別添 1

厚生労働科学研究費補助金

免疫・アレルギー疾患政策研究事業

介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

令和７年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　松井 利浩

令和８（2026）年３月

別添２

目　　次

I. 総括研究報告

介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 1

国立病院機構相模原病院臨床研究センター・リウマチ性疾患研究部

研究代表者　松井　利浩

II. 分担研究報告

1. 関節リウマチ患者の診療実態に関する疫学研究‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 9

昭和医科大学・医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門

矢嶋　宣幸

2. 介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援の充実を目指す研究‥‥‥‥‥‥ 13

国立病院機構相模原病院臨床研究センター・リウマチ性疾患研究部

松井　利浩

3. 悪性腫瘍および悪性リンパ腫を発症した関節リウマチ患者における

抗リウマチ薬治療の安全性に関する研究‥‥‥‥ 29

聖マリアンナ医科大学・リウマチ・膠原病・アレルギー内科学

川畑　仁人

4. 高齢期関節リウマチ患者の治療戦略の確立に関する研究‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 33

東邦大学・医学部内科学講座膠原病学分野

杉原　毅彦

III. 研究成果の刊行に関する一覧表‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥‥ 41

◇ その他：成果物

（別添資料１）『介護・福祉スタッフのための関節リウマチQ&A すぐわかる患者支援ガイド』

（別添資料２）『リウマチ医が知っておきたい社会保険・福祉制度、在宅医療の基礎知識』

（別添資料３）『メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド2025改訂版』

厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
総括研究報告書

介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

研究代表者　松井利浩
国立病院機構相模原病院臨床研究センター・リウマチ性疾患研究部 部長

研究要旨

「リウマチ等対策委員会報告書」（平成 30 年 11 月)において、関節リウマチ(RA)患者の高齢化および高齢発症 RA 患者の増加が明らかとなった。しかし、高齢 RA 患者における医療・介護保険等の利用状況や、介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の実態は十分に明らかではない。また、多職種連携による患者支援の充実に向けて、介護支援専門員や社会福祉士等が活用できる患者支援資材や啓発活動の整備も求められている。

本研究では、介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の実態調査に基づき抽出されたアンメットニーズを踏まえ、RA 患者支援の充実に資する介護・福祉職向け支援資材およびリウマチ医向け啓発資材の作成と普及活動を行うことを目的とした。加えて、RA 患者コホートを用いて、高齢 RA 患者における診療実態、併存症、身体機能低下、悪性腫瘍合併例に対する治療実態などについて検討を行い、今後の高齢 RA 患者支援および医療・介護・福祉連携体制の充実に資する基盤的知見の構築を目指した。また、NDB および介護 DB を活用し、本邦 RA 患者における診療実態ならびに介護・福祉サービス利用実態の把握を進めた。今年度の主な成果は以下の通りである。

1)2023 年の匿名医療保険等関連情報データベース(NDB)解析では、RA 定義に合致した患者数は 98.6 万人であり、2017 年度調査時の 82.5 万人と比較して増加を認めた。高齢患者で MTX 使用率低下および GC 使用率増加を認めた一方、生物学的製剤は 70 歳以上でも 20%以上で使用されていた。抗リウマチ薬処方率には地域差を認めた。

2)『介護・福祉スタッフのための関節リウマチ Q&A ～すぐわかる患者支援ガイド～』、『リウマチ医が知っておきたい社会保険・福祉制度、在宅医療の基礎知識』、ならびに『メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025 改訂版』を作成・公開した。

3) Web 講演会や学会発表等を通じて作成した資材の普及活動を実施し、多職種から多数の参加を得た。講演会および資材に対するアンケートでは高い満足度が示された。

4) 前年度に実施したアンケート調査結果について 2 編の論文として発表し、学術的成果を発信した(Mod Rheumatol. 2026;36:218-226., Mod Rheumatol. 2026;36:282-289.)。

5) National Database of Rheumatic Diseases in Japan (NinJa)を用いて実施した悪性リンパ腫既往 RA 患者を対象とした解析では、抗 IL-6 受容体抗体使用による明らかな再発リスク増加は認められなかった。

6) 多施設前向きコホート研究(ATOMM コホート、KURAMA コホート)解析では、年齢、手足レントゲン Stage、MTX 未使用、グルココルチコイド使用、HAQ-DI が併存症蓄積と関連していた。

7) NinJa 解析では、HAQ-DI は年齢、罹患期間、疾患活動性、関節破壊で調整後も女性で不良であった。

本研究成果は、高齢 RA 患者支援における医療・介護・福祉・在宅医療連携体制整備に資する基盤的知見を提供するとともに、多職種連携を促進する実践的支援資材の整備と普及に寄与するものと考えられた。

研究分担者

川畑　仁人	聖マリアンナ医科大学・リウマチ・膠原病・アレルギー内科学 主任教授
川人　豊	京都府立医科大学・大学院医学研究科 准教授
小嶋　雅代	名古屋市立大学・医薬学総合研究院（医学）特任教授
酒井　良子	明治薬科大学・公衆衛生・疫学研究室 准教授
杉原　毅彦	東邦大学・医学部内科学講座膠原病学分野 准教授
辻村　美保	国立病院機構相模原病院臨床研究センター・リウマチ性疾患研究部 客員研究員
房間　美恵	関西国際大学・保健医療学部 准教授
松下　功	金沢医科大学・リハビリテーション医学科 特任教授

矢嶋　宣幸　　昭和医科大学・医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門 教授

研究協力者
門永登志栄　公益社団法人日本リウマチ友の会 会長
安藤　千晶　公益社団法人日本社会福祉士会 副会長
中林　弘明　一般社団法人日本介護支援専門員協会 常務理事
磯﨑　健男　昭和医科大学・薬学部臨床薬学講座臨床病態学部門 教授
井上　永介　昭和医科大学・統括研究推進センター 教授
宇田　和晃　国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究センター
老年社会科学研究部 研究員
大野　玲　昭和医科大学・薬学部臨床薬学講座臨床病態学部門 助教
熊澤　良祐　明治薬科大学・公衆衛生・疫学研究室 客員研究員
此村　恵子　国立保健医療科学院・保健医療経済評価研究センター 主任研究官
島原　範芳　医療法人千寿会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
鈴木翔太郎　聖マリアンナ医科大学・リウマチ・膠原病・アレルギー内科学 助教
田口　真哉　社会医療法人抱生会丸の内病院・リハビリテーション部 課長
當間　重人　国立病院機構東京病院・リウマチ科 部長
柳井　亮　昭和医科大学・医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門 講師
山﨑　秀　社会医療法人抱生会丸の内病院・診療部 部長

A．研究目的

「リウマチ等対策委員会報告書」(平成 30 年 11 月）において、関節リウマチ（RA）患者の高齢化および高齢発症 RA 患者の増加が明らかとなった。近年の治療進歩により RA 患者の生命予後は改善している一方、高齢患者では身体機能低下、併存症増加、介護ニーズ増大、在宅医療への移行など新たな課題が生じている。しかし、高齢 RA 患者における医療・介護保険等の利用状況や、介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の実態、多職種連携の課題は十分に明らかではない。また、社会福祉士や介護支援専門員等が活用可能な患者支援資材や啓発活動も十分に整備されていない。

本研究では､RA 患者の QOL 向上を目指し､医師、看護師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、社会福祉士、介護支援専門員、患者が協働して、以下を実施することを目的とした。

1）NDB および介護 DB を用いた本邦 RA 診療実態および介護・福祉サービス利用実態の把握
2）介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の実態把握とアンメットニーズの抽出
3） 多職種連携を促進するための支援資材の作成と普及活動
4）高齢 RA 患者における診療実態、併存症、身体機能低下、悪性腫瘍合併例に関する検討

B．研究方法

1. 関節リウマチ患者の診療実態に関する疫学研究

＜RA 患者の定義＞

2023 年 1 月から 2023 年 12 月の NDB において RA の病名(ICD10 コード M05.x(血清反応陽性 RA), M06.x（その他の RA）[ただし M061 成人発症 Still 病と M064 炎症性関節障害は除く]）が一度でも付与されかつ、何らかの抗リウマチ薬（従来型疾患修飾性抗リウマチ薬[csDMARDs]または RA に適応を有する分子標的薬）の処方が最低 2 か月認められた症例を RA 患者と定義した。

＜RA 治療薬および関連薬の処方実態＞

上記で定義した集団において抗リウマチ薬、グルココルチコイド(GC)、非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs)、骨粗鬆症治療薬、ST 合剤が同期間に一度でも処方された患者割合を RA 全体、年齢階層別（I 群：16-29 歳、II 群：30 歳代、III 群：40 歳代、IV 群：50 歳代、V 群：60 歳代、VI 群：70 歳代、VII 群：80 歳以上)、都道府県別、RA 専門施設受診有無別に記述した。なお、RA 専門施設は、RA 専門医が勤務している医療施設または日本リウマチ学会より認定を受けた教育施設とした。

＜介護 DB を用いた記述研究＞

上述の RA 定義に合致した症例において介護 DB と連結した 40 歳以上を対象とし、要介護度、介護サービスの内容等を記述した。得られた結果は現在、公表審査中である。

（倫理面への配慮）

本研究は、匿名加工情報のみを用いた研究であるため、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の対象外であるが NDB および介護 DB

の申出に際してはデータ利用者の施設での研究倫理審査委員会での承認を必須とするため昭和大学、国立病院機構相模原病院、明治薬科大学での研究倫理審査委員会での承認を既に得ている（承諾番号：昭和医科大学：2023-231-A、国立病院機構相模原病院：倫理 2023 年度-025、明治薬科大学：202306)。また、公表する結果は NDB のガイドラインに従い、10 人未満の人数は非公表とし、厚生労働省による公表審査で許可を得ている。

2. 介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援の充実を目指す研究

1)介護支援専門員および社会福祉士を対象とした RA 患者支援資材の作成

前年度に実施した、介護・福祉職を対象としたアンケート調査結果(令和 6 年度研究報告書参照)を基盤として、介護支援専門員および社会福祉士を対象とした RA 患者支援資材を作成した。

2)リウマチ医を対象とした社会保険・社会福祉に関する啓発資材の作成

前年度に実施した、リウマチ医を対象としたアンケート調査結果(令和 6 年度研究報告書参照)を基盤として、リウマチ医を対象とした社会保険・福祉制度および在宅医療に関する啓発資材を作成した。

3)『メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド』改訂作業

厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業)「ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班で 2021 年に作成した『メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド』について、その後のガイドライン改訂や新規薬剤上市等を踏まえ、記載内容の改訂を行った。

4)Web 医療講演会の開催

作成した資材の普及および活用促進を目的として、介護・福祉職およびメディカルスタッフを対象とした Web 講演会を開催した。

5)Web 医療講演会および作成資材に関するアンケート調査

Web 講演会参加者を対象として、講演会終了後、講演会および作成資材に関するアンケート調査を実施した。

6)アンケート結果に関する論文作成

前年度に実施した 2 つのアンケート調査結果について、学術的整理を行い論文化した。

3. 悪性腫瘍および悪性リンパ腫を発症した RA 患者における抗リウマチ薬治療の安全性に関する研究

National Database of Rheumatic Diseases in Japan (NinJa)に登録された 2014～2023 年度の RA 患者を対象とした。固形がんを中心とする解析では、2022 年度時点でがん既往を有する患者を抽出し、観察期間中に一度も再発を認めない症例を非再発例、一度でも再発を認めた症例を再発例と定義した。初発がん診断時年齢、がん種、転帰、初発がん発症時および発症 6 か月後の抗リウマチ薬使用状況、再発時および再発 6 か月後の薬剤使用状況を記述的に集計した。

悪性リンパ腫の解析では、2014～2023 年度の悪性リンパ腫の初発診断が記録され、診断年月日、再発年月日または最終観察日が明記され、診断年度またはその直前年度の患者情報、ならびに診断後から再発または最終観察年までの連続した登録情報を有する症例を評価対象とした。観察期間不適切例およびベースライン・追跡情報の欠損例を除外した。

薬剤曝露は､抗 IL-6 受容体抗体(トシリズマブ、サリルマブ) 使用例、抗 IL-6 受容体抗体以外の生物学的製剤または JAK 阻害薬使用例、および csDMARDs 群に分類した。主解析として悪性リンパ腫診断 12 か月後をランドマークとし、その時点で生存・無再発かつ以後の追跡を有する症例を対象に、ランドマーク以降の再発をイベントとして解析した。感度解析として 6 か月および 24 か月ランドマーク解析を実施した。

さらに、年度単位で曝露を更新する人年法により発生率と incidence rate ratio (IRR) を算出し、同年イベントを同年曝露へ帰属する解析と、逆因果を緩和するため前年曝露へ帰属する解析を行った。イベント数が少ないことを考慮し、Exact 法および Firth 補正 Poisson 回帰を用いた。補助解析として ever exposure に基づく Cox 比例ハザードモデルも検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に則り、聖マリアンナ医科大学倫理審査委員会の承認（承認番号 4366 号）を経て行われた。

4. 高齢期関節リウマチ患者の治療戦略の確立に関する研究

1)Rheumatoid arthritis cohort on transitional medicine from middle age to old age (ATOMM コホート：参加施設:国立病院機構相模原病院、東京都健康長寿医療センター、仁愛医院、東京科学大学、東邦大学医療センター大森病院）のベースラ

インデータと、京都大学の KURAMA コホートのデータを二次利用し、50 歳以上の RA883 例を対象とした横断解析を実施した。併存症については、動脈硬化、心血管病変、呼吸器疾患、感染症、骨関節疾患、悪性腫瘍、自己免疫疾患、脳血管病変、消化器疾患、腎疾患について評価した。併存症に関する項目数をカウントし Comorbidity score と定義した。また、既知の併存症評価方法として Rheumatic disease comorbidity index (RDCI)を評価した。抑うつは PHQ-2、身体機能は HAQ-DI、認知・意欲・生活機能は DASC8 を用いて評価した。

2) NinJa データベースを用いた解析: 2021 年度調査の臨床データを使用して、身体機能指標の HAQ-DI をアウトカムとして性差と HAQ-DI に関する関連について多変量解析を実施した。

（倫理面への配慮）

既存のコホート研究(ATOMM、KURAMA データ二次利用、NinJa コホート)については倫理申請を終えている。

C．研究結果

1. 関節リウマチ患者の診療実態に関する疫学研究

2023 年 1～12 月の NDB 解析では、RA 定義に合致した患者数は 98.6 万人であった。csDMARDs の処方割合は全体で 91.3%と高かったが、MTX 処方割合（全体 59.5%）は高齢群で低下し、最高齢群では 43.4%であった。一方、bDMARDs 処方割合（全体 25.3%）は若年群で高かったものの、70 歳以上でも 20%以上で使用されており、高齢患者に対しても積極的治療が行われている実態が示された。bDMARDs の内訳では、TNFα 阻害薬は若年群で多く、アバタセプトは高齢群で多い傾向を認めた。GC 処方割合は全体で 36.4%であり、全年齢層で 30～40%台と高値であった。

また、骨粗鬆症治療薬の処方割合は高齢になるほど増加し、最高齢群では 55.2%であった。一方、NSAIDs および ST 合剤の処方割合には年齢による大きな差を認めなかった。

都道府県別解析では、MTX、bDMARDs、JAK 阻害薬、GC の処方割合に地域差を認めた。さらに、RA 専門施設を 1 年間に一度も受診しなかった患者は 28.3%であり、専門施設のみ受診していた患者は 51.9%であった。専門施設受診患者では、bDMARDs および JAK 阻害薬の処方割合が高く、ST 合剤使用率も高かった一方、GC 処方割合には大きな差を認めなかった。

介護 DB 解析についてはデータ提供遅延の影響により、本報告書作成時点では公表審査中である。

2. 介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援の充実を目指す研究

1)～3)各種資材の作成および改訂

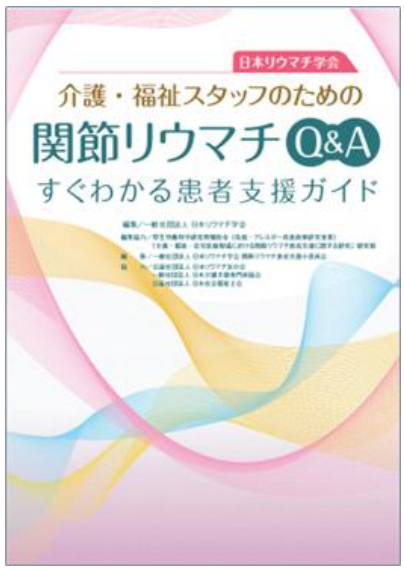
以下の 3 資材を作成した。

・資材①『介護・福祉スタッフのための関節リウマチ Q&A ～すぐわかる患者支援ガイド～』

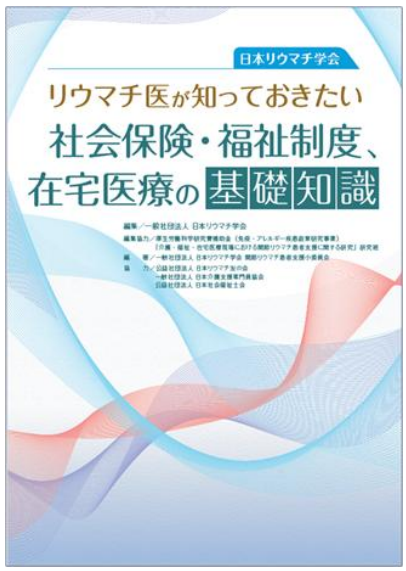
・資材②『リウマチ医が知っておきたい社会保険・福祉制度、在宅医療の基礎知識』

・資材③『メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025 改訂版』

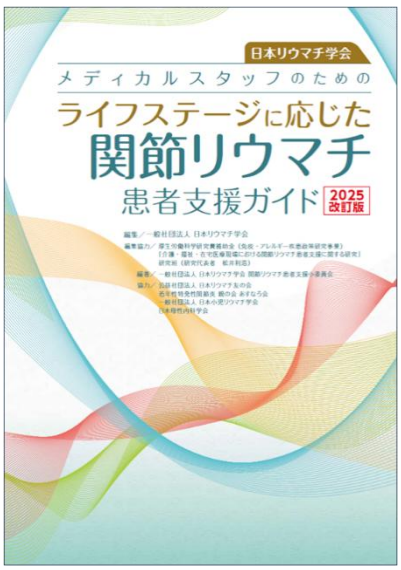
資材①



資材②



資材③



作成した資材について日本リウマチ学会、日本小児リウマチ学会、日本母性内科学会を通じてパブリックコメントを募集し、寄せられた意見を踏まえて一部修正した上で完成させた

完成した資材は、PDF 形式で自由に閲覧・ダウンロードできるよう、日本リウマチ学会 Web サイト上に無償で公開した。パソコンだけでなく、タブレット、スマートフォンからも閲覧可能であり、医療・介護・福祉現場でも活用しやすいものとなっている。URL は以下の通りである。

資材① https://www.ryumachi-jp.com/medical-staff/ncwguide/

資材② https://www.ryumachi-jp.com/publish/others/rheudr/

資材③ https://www.ryumachi-jp.com/medical-staff/life-stage-guide/

また、資材①および②については冊子化し、日本介護支援専門員協会および日本社会福祉士会には資材①を、日本リウマチ学会教育認定施設には資材①および②を頒布した。

各資材の 2025 年 9 月から 2026 年 3 月までのアクセス数は、資材①が 1,840 回、資材②が 1,771 回、資材③が 3,807 回であった。

4)Web 医療講演会の開催

『すぐに役立つ! 関節リウマチ患者支援のポイント ～介護・福祉スタッフのための実践セミナー～』を開催した。

・開催日時：2025 年 12 月 7 日(日) 13:30～15:30

・オンデマンド配信期間：2025 年 12 月 12 日～2026 年 1 月 26 日

・参加登録者数：350 名(図 1)

・視聴者数：ライブ視聴 127 名、オンデマンド再生：187 回

参加者の職種では看護師が最も多く(35.7%)、介護支援専門員(18.6%)、社会福祉士(10.6%)、医師(8.3%)、リハビリテーションスタッフ(8.0%)、薬剤師(7.7%)と多様であった。全国各地から参加があり、特にオンデマンド配信の利用が多く、時間的・地理的制約を超えた教育機会提供の有用性が示唆された。また、参加登録者には冊子化した資材①を送付した。

5)Web 医療講演会および患者支援ガイド(資材①)に関するアンケート調査

Web 講演会参加登録者を対象として、講演会終了後に、講演会および『介護・福祉スタッフのための関節リウマチ Q&A ～すぐわかる患者支援ガイド～』(以下、『患者支援ガイド』)に関するアンケート調査を実施した。

・実施期間：2026 年 2 月 3 日～16 日

・調査方法：インターネット調査

講演会満足度については、「とても満足」「やや満足」を合わせ 87.1%であり、高い評価を得た。また、有用性についても大部分の回答者が「役立った」と回答した。

『患者支援ガイド』についても、高い満足度が示された。自由記載では、「PDF 形式で公開されており利用しやすい」などの意見がみられた。

6)アンケート結果に関する論文作成

介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の実態およびアンメットニーズを把握するための 2 つのアンケート調査結果について論文化した。

①介護支援専門員、社会福祉士向けアンケート:
Support for patients with rheumatoid arthritis provided by care and welfare professionals in Japan: a cross-sectional study. Mod Rheumatol. 2026;36:218-226.

②リウマチ医向けアンケート:
Awareness of social insurance, welfare systems, and home medical care among rheumatologists in Japan: a cross-sectional study. Mod Rheumatol. 2026;36:282-289.

3. 悪性腫瘍および悪性リンパ腫を発症した関節リウマチ患者における抗リウマチ薬治療の安全性に関する研究

2022 年度時点で、がん既往を有する RA 患者は 1,034 例であり、乳がん、肺がん、胃がん、結腸がんが多かった。再発例は 74 例で、初発がんから再発までの期間は平均 51.5 か月であった。がん発症時には MTX 436 例、生物学的製剤／JAK 阻害薬

190 例が使用されており、がん発症 6 か月後も一定数で抗リウマチ薬治療が継続または再開されていた。

悪性リンパ腫既往 RA 患者 254 例の解析では、再発率は csDMARDs 群 11.1%、抗 IL-6 受容体抗体群 7.4%、その他の生物学的製剤／JAK 阻害薬群 7.9%であり、群間差は認めなかった。Cox 解析では、抗 IL-6 受容体抗体群の再発リスク増加は認められず（HR 0.46, 95%CI 0.16-1.36)、ランドマーク解析や前年固定解析においても同様に明らかなリスク増加は認めなかった。これらの結果から、悪性リンパ腫既往 RA 患者において、抗 IL-6 受容体抗体使用による再発リスク増加は示されなかった。

4. 高齢期関節リウマチ患者の治療戦略の確立に関する研究

1）ATOMM コホート、KURAMA コホートの解析

RA 患者 883 例（平均年齢 68.2 歳、女性 84%）を解析した。平均 SDAI は 4.8 で、MTX は 60.3%、生物学的製剤は 51.2%、GC は 31.7%で使用されていた。併存症では、高血圧（34.5%)、脂質異常症（28.7%)、間質性肺疾患（10.4%)、帯状疱疹既往（31.0%)、骨粗鬆症治療（33.7%）などが多く認められた。

Comorbidity score 平均は 3.75 で、90.9%が 1 点以上、79.3%が 2 点以上と、多疾患併存が高頻度であった。重回帰解析では、年齢、手足レントゲン Stage、MTX 未使用、GC 使用、HAQ-DI が併存症増加と有意に関連していた。特に GC 投与群では、動脈硬化、呼吸器疾患、骨関連疾患、悪性腫瘍など複数領域で併存症スコアが高値であった。さらに、GC 曝露期間が 2 年超の群では、2 年以下群より Comorbidity score が有意に高値であった。

骨関連疾患は最も頻度の高い併存症領域であり、骨関連 Comorbidity score 高値群では、高齢、女性、GC 使用率高値、他領域の併存症蓄積を認めた。多変量解析では、手足レントゲン Stage、HAQ-DI、骨疾患以外の併存症スコアが骨関連疾患と有意に関連していた。

2)NinJa コホートの解析

2021 年度 NinJa データ 17,181 例から欠損症例を除外し、11,645 例を解析対象とした。HAQ-DI は、年齢、罹患期間、疾患活動性、関節破壊で調整後も女性で有意に高値であった。性差は HAQ-DI の全ドメインで認められ、特に「食事」「届く範囲」「握力」「家事や雑用」で顕著であった。この傾向は 70 歳未満および 70 歳以上群の両群で共通していた。

D．考察

1. 関節リウマチ患者の診療実態に関する疫学研究

RA 定義に合致した患者数は、2017 年度 NDB を用いた既報の 82.5 万人より増加していた。その背景として、RA 診療ガイドライン普及による積極的治療の浸透、高齢発症 RA 患者の増加、ならびに今回の NDB に生活保護受給者データが含まれたことなどが考えられた。

抗リウマチ薬処方実態は 2017 年度の報告と概ね同様であり、高齢患者では MTX 処方割合が低く、GC 処方割合が高かった一方、bDMARDs は高齢者でも比較的高頻度に使用されていた。MTX 処方低下には加齢に伴う腎機能低下の影響が考えられた。また、感染症リスク管理や各種ガイドライン整備により、高齢者に対しても bDMARDs が積極的に使用されている可能性が示唆された。一方、高齢ほど GC 使用率が高い点は今後の課題と考えられた。

都道府県別解析では、MTX 処方割合には大きな差を認めなかった一方、分子標的薬処方割合には地域差を認めた。これは、リウマチ専門施設の地域偏在や施設間での治療経験・処方方針の違いが影響している可能性が考えられた。今後は、専門医と一般医との連携強化やオンライン診療活用も重要と考えられた。

本研究の強みは、全国規模 DB を用いた点である。一方、薬物治療を要さない寛解患者が含まれていない可能性、詳細な臨床情報不足、新規患者と長期罹患患者の混在、横断研究であることなどが限界として挙げられた。

2. 介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援の充実を目指す研究

本研究では、前年度アンケート調査で明らかとなった、介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の知識不足や情報共有の課題に対し、多職種および患者会・関連職能団体と連携して啓発資材を作成・普及した。学会によるパブリックコメントを経て内容の修正・改善を行い、PDF 形式で無償公開するとともに、冊子化や QR コード活用により現場で利用しやすい形とした。

Web 講演会や広報活動には全国から多職種の参加を認め、特にオンデマンド配信の利用が多かったことから、時間的・地理的制約を超えた情報提供の重要性が示唆された。また、講演会および資材に対するアンケートでは高い満足度が示され、本資材が実用的価値を有することが示唆された。さらに、資材公開直後にはアクセス数の増加を認

めた一方、その後は減少傾向を示しており、継続的な情報発信や内容更新の必要性が示された。

一方、アンケート回答数が限定的であったこと、資材が実際の臨床・介護現場や患者アウトカムへ与える影響については未検証であることが課題として挙げられた。

以上より、本研究はRA患者支援における多職種連携基盤の整備に資するものであり、今後の医療・介護・福祉連携および在宅医療体制の充実に寄与することが期待される。

3. 悪性腫瘍および悪性リンパ腫を発症した関節リウマチ患者における抗リウマチ薬治療の安全性に関する研究

本研究では、NinJaデータベースを用いて、がん既往を有するRA患者における初発がんの種類、再発頻度、およびがん発症後の抗リウマチ薬使用実態を本邦の実臨床データとして整理した。がん既往例では高齢者が多く、乳がん、肺がん、胃がん、大腸がんなどの固形がんが中心であった。一方、再発例は全体の一部に限られ、がん発症後もcsDMARDsや生物学的製剤／JAK阻害薬が一定数で継続使用されていたことから、腫瘍既往例におけるRA治療の実態と安全性評価の重要性が改めて示された。

悪性リンパ腫解析では、抗IL-6受容体抗体使用による明らかな再発リスク増加は認められず、ランドマーク解析、人年法IRR解析、ever exposureに基づくCox解析においても概ね同様の結果であった。各解析における点推定値はいずれも1未満であり、再発が少ない可能性を示唆する傾向を認めたが、統計学的有意差はなく、イベント数も限られていたため、本結果は仮説生成的所見として解釈すべきと考えられた。

一方、NinJaは年1回登録データであり、曝露とイベントの時間的前後関係、薬剤変更、immortal time bias、がん病期や腫瘍治療内容による交絡などに限界を有する。本研究では、ランドマーク解析、人年法IRR解析、Exact法およびFirth補正を用いることでこれらの影響軽減を試みた。今後は、がん種別や発症時期別の層別化に加え、腫瘍治療内容や患者背景を考慮したさらなる検討が必要と考えられる。

4. 高齢期関節リウマチ患者の治療戦略の確立に関する研究

併存症を網羅的かつ定量的に評価することで、RA患者における併存症蓄積の実態を把握できると考えられた。特に、RA以外の筋骨格系疾患に関するスコアが最も高く、筋骨格系疾患と他の併存症が相互に関連しながら悪循環を形成している可能性が示唆された。また、その背景因子として、年齢、関節破壊進行、MTX未使用、身体機能低下、GC使用が関連していた。

さらに、NinJaデータベース解析では、70歳未満群および70歳以上群のいずれにおいても、疾患活動性などで調整後も女性でHAQ-DIが高値であり、RA患者における身体機能低下には性差が存在する可能性が示唆された。

E．結論

本研究では、NDB、介護DB、NinJa、ATOMMコホート、KURAMAコホート等を用いて、高齢RA患者における診療実態、併存症、身体機能低下、悪性腫瘍合併例の治療実態、および介護・福祉・在宅医療現場における患者支援の課題について多面的な検討を行った。

NDB解析では、本邦RA患者数の増加とともに、高齢患者においてもbDMARDsが比較的高頻度に使用されている実態が明らかとなった。一方で、高齢患者ではGC使用率が依然として高く、地域差も認められたことから、高齢RA患者に適した治療戦略や医療連携体制整備の必要性が示唆された。

介護・福祉・在宅医療分野では、多職種および患者会・関連団体と連携し、RA患者支援に関する啓発資材を作成・普及した。Web講演会やアンケート調査では高い満足度が示され、多職種連携基盤整備に一定の成果が得られた。

また、悪性腫瘍既往RA患者における解析では、抗IL-6受容体抗体使用による悪性リンパ腫再発リスク増加は認められなかった。さらに、高齢RA患者では多疾患併存が高頻度であり、年齢、関節破壊、GC使用、身体機能低下などが関連していた。加えて、身体機能低下には性差が存在する可能性も示唆された。

以上より、本研究は、高齢化時代におけるRA患者支援の課題と実態を明らかにするとともに、多職種連携による支援体制整備や高齢RA患者に対する適切な診療戦略構築に資する基盤的知見を提供するものと考えられた。今後は、介護DB解析を含めたさらなる検討を進めるとともに、支援資材の継続的改訂と普及、医療・介護・福祉連携体制の実装およびその効果検証が重要と考えられる。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

別紙・刊行物一覧表のとおり

2．学会発表.

別紙・刊行物一覧表のとおり

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1．特許取得

特になし

2．実用新案登録

特になし

3．その他

特になし

厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
分担研究報告書

関節リウマチ患者の診療実態に関する疫学研究

研究分担者	矢嶋　宣幸	昭和医科大学・医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門
	酒井　良子	明治薬科大学・公衆衛生・疫学研究室
研究協力者	磯﨑　健男	昭和医科大学・薬学部臨床薬学講座臨床病態学部門
	井上　永介	昭和医科大学・統括研究推進センター
	宇田　和晃	国立長寿医療研究センター老年学・社会科学研究センター 老年社会科学研究部
	大野　玲	昭和医科大学・薬学部臨床薬学講座臨床病態学部門
	此村　恵子	国立保健医療科学院・保健医療経済評価研究センター
	柳井　亮	昭和医科大学・医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門
	熊澤　良祐	明治薬科大学・公衆衛生・疫学研究室

研究要旨

本研究目的は、我が国の関節リウマチ(RA)患者における診療実態を最新の匿名医療保険等関連情報データベース(NDB)を用いて明らかにし、さらに RA 患者の介護・福祉・在宅医療サービスの利用実態を匿名介護情報等関連情報データベース(介護 DB)を用いて明らかにすることである。令和 7 年度は、両 DB の解析を実施し 2023 年 1 月から同年 12 月の NDB を用いて RA 患者における RA 治療薬および関連薬の処方割合を RA 全体、年齢階層別、RA 専門施設受診有無別に記述した。また、NDB において RA と定義された症例のうち、介護 DB と連結した集団における要介護度等の記述結果は現在、公表審査中である。

A．研究目的

本研究目的は、第一に我が国の関節リウマチ(RA)患者における RA 治療薬の処方割合や合併症の有病率などの診療実態を、最新の匿名医療保険等関連情報データベース(NDB)を用いて明らかにすること、第二に RA 患者の介護・福祉・在宅医療サービスの利用実態を匿名介護情報等関連情報データベース(介護 DB)を用いて明らかにすることである。

B．研究方法

＜RA 患者の定義＞

2023 年 1 月から 2023 年 12 月の NDB において RA の病名(ICD10 コード M05.x(血清反応陽性 RA), M06.x（その他の RA）[ただし M061 成人発症 Still 病と M064 炎症性関節障害は除く]）が一度でも付与されかつ、何らかの抗リウマチ薬（従来型疾患修飾性抗リウマチ薬[csDMARDs]または RA に適応を有する分子標的薬）の処方が最低 2 か月認められた症例を RA 患者と定義した。

＜RA 治療薬および関連薬の処方実態＞

上記で定義した集団において抗リウマチ薬、グルココルチコイド(GC)、非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs)、骨粗鬆症治療薬、ST 合剤が同期間に一度でも処方された人数の割合を RA 全体、年齢階層別（I 群：16～29 歳、II 群：30 歳代、III 群：40 歳代、IV 群：50 歳代、V 群：60 歳代、VI 群：70 歳代、VII 群：80 歳以上)、都道府県別、RA 専門施設受診有無別で記述した。なお、RA 専門施設は、RA 専門医が勤務している医療施設または日本リウマチ学会より認定を受けた RA 教育施設とした。

＜介護 DB を用いた記述研究＞

上述の RA 定義に合致した症例において介護 DB と連結した 40 歳以上を対象とし、要介護度、介護サービスの内容等を記述した。得られた結果は現在、公表審査中である。

（倫理面への配慮）

本研究は、匿名加工情報のみを用いた研究であるため、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の対象外であるが NDB および介護 DB の申出に際してはデータ利用者の施設での研究倫理審査委員会での承認を必須とするため昭和大学、国立病院機構相模原病院、明治薬科大学での研究倫理審査委員会での承認を既に得ている（承諾番号：昭和医科大学：2023-231-A、国立病院機構相模原病院：倫理 2023 年度-025、明治薬科大学：202306)。また、公表する結果は NDB のガイドラインに従い、10 人未満の人数は非公表とし、厚生労働省による公表審査で許可を得ている。

C．研究結果

RA 患者（n=98.6 万人）において、何らかの csDMARDs が処方されている割合(全体平均 91.3%)は、I 群（n=14,315）82.5%、II 群（n=29,779）84.9%、III 群(n=81,143)90.6%、IV 群(n=154,179)93.0%、V 群(n=211,489)93.0%、VI 群(n=298,624)91.6%、VII 群（n=195,986）89.4%、メトトレキサート(MTX)の処方割合(全体平均 59.5%)は 51.0%、53.5%、66.5%、68.8%、66.7%、59.2%、43.4%と VII 群はそれ以外の群より低かった。生物学的製剤（bDMARDs）の処方割合（全体平均 25.3%）は I 群が最も高く、70 歳以上においても 20%以上だった（I 群 41.1%、II 群 37.0%、III 群 30.0%、IV 群 25.6%、V 群 24.3%、VI 群 24.3%、VII 群 22.8%)。bDMARDs の内訳としては、TNFα阻害薬の処方割合は若年ほど高い一方でアバタセプトの処方割合は高齢ほど高かった。GC の処方割合(全体平均 36.4%)は 30～40%だった。RA に承認されているバイオ後続品のうち、インフリキシマブ(IFX)、エタネルセプト（ETN)、アダリムマブ（ADA）の処方割合は、IFX と ADA はいずれの年齢階層においても 30～40%代であったが、ETN においては 60 歳代までは 60～70%を占め、70 歳代以降はその割合は 40%代へと低下した。さらに、NSAIDs の処方割合（全国平均 52.1%）は年齢による大きな差はなく、どの年齢階層においても 50%代であった。骨粗鬆症治療薬の処方割合（全国平均 38.2%）は高齢ほど処方割合が高かった（40 歳代までは 10%代、IV 群 22.7%、V 群 34.6%、VI 群 46.3%、VII 群 55.2%)。ST 合剤の処方割合（全国平均 10.4%）はいずれの年齢階層においても 10%前後であった。

都道府県別の記述においては、MTX の処方割合は 44.5%から 63.9%、bDMARDs の処方割合は 16.6%から 29.4%、ヤヌスキナーゼ（JAK）阻害薬の処方割合(全国平均 5.4%)は 3.0%から 8.2%、GC の処方割合は 29.9%から 47.8%と地域によるばらつきが認められた。また、1 年間に RA 専門施設を一度も受診しなかった（専門非受診）患者は全体で 28.3%、RA 専門施設のみ受診していた（専門のみ受診）患者は全体で 51.9%だった。RA 治療薬の処方割合（専門非受診、専門のみ受診）は MTX は 61.0%、58.8%、bDMARDs は 16.8%、28.7%、JAK 阻害薬は 3.1%、6.1%、GC はどちらも 35.1%だった。また、骨粗鬆症治療薬は 35.4%、37.3%、ST 合剤は 6.9%、11.8%だった。

D．考察

RA 患者の定義に合致した人数は 2017 年度 NDB を用いた結果（Int J Rheum Dis. 2020;23(12):1676-1684）である 82.5 万人より増えていた。その理由として、RA 診療ガイドラインの普及により、GC や NSAIDs に頼らない積極的な抗リウマチ薬による治療が行われていること、高齢発症 RA 患者の増加が諸外国で報告されていることから我が国においてもその可能性があること、2017 年度の NDB には含まれていなかった生活保護受給者のデータが今回の NDB には含まれていることが理由として考えられた。

抗リウマチ薬の処方実態は、2017 年度 NDB を用いた結果と概ね同等の結果であった。我が国の多施設コホート研究である NinJa データベースにおいても高齢患者は若年患者と比較して MTX の処方割合が低いこと、GC の処方割合が高いこと、bDMARDs は同等であることが示されており（Mod Rheumatol. 2023;34(1):60-67.）、本研究結果は既報と矛盾はない。MTX は患者の腎機能によりその投与を慎重にするべきであることから、高齢になるほど腎機能が低下することを考慮した結果と考えられる。一方、bDMARDs 使用下における頻度の高い有害事象の一つに感染症が挙げられ、一般的に高齢ほど感染症のリスクが上がるが高齢者においても bDMARDs が積極的に使用されていることが示された。これまで、bDMARDs 使用下の感染症リスクおよびリスク因子が明らかにされ、使用ガイドラインが整備されたことで感染症のハイリスク患者においてはワクチン接種や予防薬の投与、慎重なモニタリングが適切に実施されていることが背景にあると考えられた。しかしその一方で高齢ほど GC の処方割合が高いことは感染症のリスクを考慮しても是正すべき課題として考えられた。

都道府県別の抗リウマチ薬の処方実態においても 2017 年度の結果（Mod Rheumatol.2022;32(1):105-113）と概ね同等であり、MTX の処方割合に地域間格差や施設間格差は認められなかったが、分子標的薬の処方割合はばらつきが認められた。この結果から、MTX の使用は RA 診療ガイドラインの普及に伴い標準化がなされている一方で分子標的薬の処方割合の違いはリウマチ専門施設の地域偏在が理由の一つとして考えられた。専門医の地域偏在を解消するのは困難なため、一般医と専門医との連携を改善したり、オンライン診療等の利用も必要になるかもしれない。また、専門施設に受診する患者は、受診しない患者よりも疾患活動性が高く、治療抵抗性を有する患者である可能性があることや、分子標的薬の経験や知識、処方の閾値が専門施設とそうではない施設で異なることも理由として考えられた。

本研究の強みは、選択バイアスの影響がほぼない日本最大の DB であることが挙げられる一方で

限界点としては以下が挙げられる。一つ目に、RA 患者を定義するために抗リウマチ薬が処方されていることを条件としたため、真の RA 患者であるが寛解に到達したため薬物治療を必要としなかった患者が含まれないため本研究の対象集団の人数は真の RA 患者の人数ではない。二つ目に、臨床検査値、疾患活動性など全ての臨床データが不明のため治療の妥当性は検証出来ないこと、三つ目に新規発症患者と長期罹患患者を区別せず混在しているため、RA 治療のフェーズは不明であること、四つ目に本研究デザインは横断研究のため治療薬の変遷は検証出来ないことが挙げられる。

Ｅ．結論

RA 治療薬および関連薬を年齢別、地域別、RA 専門施設受診有無別に記述し我が国の薬物治療がされている RA 患者における処方実態が明らかになった。今後も新たな RA 治療薬の上市や患者の高齢化が見込まれるため、引き続き RA 診療実態を定期的に更新していく必要がある。

Ｆ．健康危険情報

特になし

Ｇ．研究発表

1．論文発表

なし

2．学会発表.

なし

Ｈ．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1．特許取得

特になし

2．実用新案登録

特になし

3．その他

特になし

厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
分担研究報告書

介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援の充実を目指す研究

研究分担者

松井　利浩	国立病院機構相模原病院臨床研究センター・リウマチ性疾患研究部 部長
川畑　仁人	聖マリアンナ医科大学・リウマチ・膠原病・アレルギー内科学 主任教授
川人　豊	京都府立医科大学・大学院医学研究科 准教授
小嶋　雅代	名古屋市立大学・医薬学総合研究院（医学）特任教授
酒井　良子	明治薬科大学・公衆衛生・疫学研究室 准教授
杉原　毅彦	東邦大学・医学部内科学講座膠原病学分野 准教授
辻村　美保	国立病院機構相模原病院臨床研究センター・リウマチ性疾患研究部 客員研究員
房間　美恵	関西国際大学・保健医療学部 准教授
松下　功	金沢医科大学・リハビリテーション医学科 特任教授
矢嶋　宣幸	昭和医科大学・医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門 教授

研究協力者

門永登志栄	公益社団法人日本リウマチ友の会 会長
安藤　千晶	公益社団法人日本社会福祉士会 副会長
中林　弘明	一般社団法人日本介護支援専門員協会 常務理事
磯﨑　健男	昭和医科大学・薬学部臨床薬学講座臨床病態学部門 教授
島原　範芳	医療法人千寿会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
鈴木翔太郎	聖マリアンナ医科大学・リウマチ・膠原病・アレルギー内科学 助教
大野　玲	昭和医科大学・薬学部臨床薬学講座臨床病態学部門 助教
田口　真哉	社会医療法人抱生会丸の内病院・リハビリテーション部 課長
當間　重人	国立病院機構東京病院・リウマチ科 部長
柳井　亮	昭和医科大学・医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門 講師
山﨑　秀	社会医療法人抱生会丸の内病院・診療部 部長

研究要旨

関節リウマチ（RA）患者の高齢化および高齢発症例の増加に伴い、介護・福祉・在宅医療現場における患者支援の重要性が高まっている。しかし、これらの現場における支援の実態や課題は十分に明らかでなく、多職種連携を推進するための教育資材や啓発活動も十分とは言えない。本研究は、介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の充実を目的として、実態およびアンメットニーズの把握に基づく資材作成と普及活動を行った。

前年度に実施した 2 つのアンケート調査結果を基盤として、介護支援専門員・社会福祉士向け資材およびリウマチ医向け資材の作成、ならびに既存ガイドの改訂を行った。資材は研究班内で分担執筆・精査のうえ完成させ、日本リウマチ学会等のパブリックコメントを反映して最終化した。完成した資材は PDF 形式で無償公開するとともに冊子化し、関係団体や医療機関へ頒布した。また、Web 講演会の開催や学会発表等を通じた広報活動を実施した。

講演会には多職種からの参加があり、満足度および有用性はいずれも高い評価を得た。資材についても有用性が確認され、特に PDF 形式での公開が利便性の点で評価された。Web サイト上でのアクセス数は公開初期に増加し、その後減少傾向を示したことから、初期周知の効果とともに、継続的な情報発信の必要性が示唆された。さらに、前年度のアンケート調査結果については論文化を行い、学術的にも成果を発信した。

以上より、本研究は、RA 患者支援における多職種連携を基盤とした実践的資材の開発と普及を通じて、医療・介護・福祉の連携強化に資するものである。今後は資材の継続的な更新および普及活動を通じて、その実装効果の検証を進め、在宅医療体制の充実に寄与することが期待される。

A．研究目的

「リウマチ等対策委員会報告書」(平成 30 年 11 月)において、関節リウマチ(RA)患者の高齢化、および高齢発症 RA 患者の増加が明らかとなったが、介護・福祉・在宅医療現場における高齢 RA 患者支援の実態は明らかでない。また、多職種連携による RA 患者支援の充実には、介護支援相談員や社会福祉士の理解と協力が不可欠であるが、そのための資材や啓発活動が充実しているとは言い難い。

本研究の目的は、介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の充実を目指し、介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の実態およびアンメットニーズの把握を行い、介護・福祉職向けの資材作成および啓発活動を行うことである。

B．研究方法

前年度に実施した、介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の実態およびアンメットニーズを把握するための 2 つのアンケート調査結果(令和 6 年度研究報告書参照)を基盤とし、患者支援の充実を目的とする資材作成および啓発活動を中心に活動を行った。

1. 啓発資材の作成

介護支援専門員および社会福祉士向けの啓発資材ならびにリウマチ医向けの啓発資材については、前年度までの活動において取り上げるべき項目の選定を完了していた。今年度は、各項目について班員が分担して執筆を行い、その内容を研究班全体で精査のうえ完成させた。

また、前研究班で作成した『メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド』について、最新の知見を踏まえた改訂を行った。

2. 医療講演会の開催

作成した資材の普及および活用促進を目的として、介護・福祉職およびメディカルスタッフを対象とした Web 講演会を開催した。

3. 医療講演会および作成資材に関するアンケート調査

Web 講演会参加者を対象に、講演会終了後、講演会および作成資材に関するアンケート調査を実施した。

4. 資材の広報活動と Web サイトの閲覧数

作成した資材の普及を目的に広報活動を積極的に行った。

5. アンケート結果に関する論文作成

前述した 2 つのアンケート調査結果について、学術的整理を行い論文化した。

C．研究結果

1. 啓発資材の作成

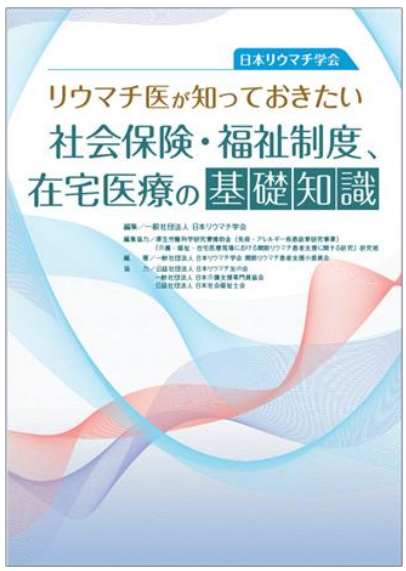
各項目について班員が分担して執筆を行い、その内容を研究班全体で精査のうえ、啓発資材を作成した。誌面の制約を踏まえ、詳細な情報については下記資材③および関連資料を参照できるよう、QR コードを用いて参照先を案内した。また、改訂作業を行った資材③も作成した。

資材①『介護・福祉スタッフのための関節リウマチ Q&A ～すぐわかる患者支援ガイド～』(資料 1)
資材②『リウマチ医が知っておきたい社会保険・福祉制度、在宅医療の基礎知識』(資料 2)
資材③『メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025 改訂版』

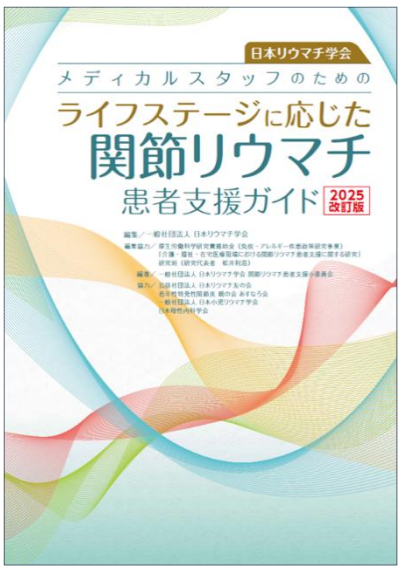
資材①



資材②



資材③



作成した資材について日本リウマチ学会、日本小児リウマチ学会、日本母性内科学会にてパブリックコメントを求め、一部を修正して完成した。

完成した資材は、PDF 形式で自由に閲覧・ダウンロードできるよう、日本リウマチ学会 Web サイト上に無償で公開した。パソコンだけでなく、タブレット、スマートフォンからも閲覧可能であり、医療・介護・福祉現場でも活用しやすいものとなっている。URL は以下の通りである。

資材① https://www.ryumachi-jp.com/medical-staff/ncwguide/

資材② https://www.ryumachi-jp.com/publish/others/rheudr/

資材③ https://www.ryumachi-jp.com/medical-staff/life-stage-guide/

また、資材①、②については冊子化し、日本介護支援専門員協会および日本社会福祉士会には資材①を、日本リウマチ学会教育認定施設には資材①②を頒布した。

2. 医療講演会の開催

作成した資材の周知を目的として、主に介護・福祉スタッフを対象としたメディカルスタッフ向け医療講演会を Web で開催した。

『すぐに役立つ! 関節リウマチ患者支援のポイント ～介護・福祉スタッフのための実践セミナー～』

開催日時：2025 年 12 月 7 日(日) 13:30～15:30
(オンデマンド配信:2025 年 12 月 12 日～2026 年 1 月 26 日)

参加登録者数：350 名(図 1)

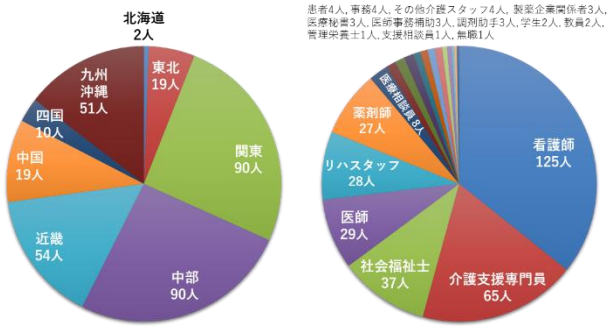
視聴者数： ライブ視聴 127 名
オンデマンド再生：187 回

Web 講演会チラシ



参加者の職種では看護師が最も多く(35.7%)、介護支援専門員(18.6%)、社会福祉士(10.6%)、医師(8.3%)、リハビリテーションスタッフ(8.0%)、薬剤師(7.7%)と多様であった。全国各地から参加があり、オンデマンド再生の利用が高かった。参加登録者には冊子化した資材①を送付した。

図 1. Web 講演会参加登録者(地域と職種)



3. 医療講演会および患者支援ガイド(資材①)に関するアンケート調査

Web 講演会参加登録者を対象に、講演会終了後、講演会および『介護・福祉スタッフのための関節リウマチ Q&A ～すぐわかる患者支援ガイド～』(以下、『患者支援ガイド』)に関するアンケート調査を実施した。

・実施期間：2026 年 2 月 3 日～16 日
・調査方法：インターネットにて実施
・質問内容：①職業・年齢、②講演会に関する質

問、③患者支援ガイドに関する質問、④自由記載
・回答者：31 名
1)Web 講演会に関するアンケート結果(資料 3)
①回答者の職業は、看護師(35.4%)、介護支援専門員(25.8%)、社会福祉士(16.1%)、リハビリテーションスタッフ(16.1%)であった。年齢は、40 歳代(48.4%)、50 歳代(32.3%)が大半を占めた。
②講演会の満足度は、「とても満足」(41.9%)、「やや満足」(45.2%)と 87.1%が満足だったと回答した。講演会の有益性は、「非常に役立った」(29.0%)、「とても役に立った」(41.9%)、「そこそこ役に立った」(29.0%)と高い評価が得られた。
③講演会を他人に勧めたいかの質問に、「非常にそう思う」(35.5%)、「そう思う」(48.4%)と回答した。また、視聴方法は「ライブ配信」が 16.1%にとどまり、「オンデマンド配信」(83.9%)が大半を占めた。
④自由記載では、講演会全般に対して高い評価が多く、オンデマンド配信の実施が好評であった。

2)『患者支援ガイド』に関するアンケート結果（資料 4)
①『患者支援ガイド』には「とても満足」(29.0%)、「やや満足」(41.9%)、「どちらとも言えない」(29.0%)と回答した。
②『患者支援ガイド』の有益性は「非常に役立った」(25.8%)、「とても役に立った」(35.8%)、「そこそこ役になった」(38.7%)と高い評価が得られた。
患者支援ガイドを他人に勧めたいかの質問には、「非常にそう思う」(32.3%)、「そう思う」(19.4%)と回答した。
③自由記載では、PDF で公開している点を評価する意見が聞かれた。

4. 資材の広報活動と Web サイトの閲覧数
1)資材の広報活動
資材普及のため、上記講演会以外に以下のような広報活動を行った。
①日本リウマチ学会の Web サイト、SNS およびメールマガジンを介した同学会員への周知
②日本リウマチ学会学術集会における資材紹介のためのポスター発表
③日本リウマチ学会関東支部学術集会、中部支部学術集会における口演
④日本リウマチ学会教育認定施設への冊子化した資材の頒布（前述）
⑤日本リウマチ友の会への冊子化した資材の頒布
⑥医療講演会の開催および参加者への冊子化した患者支援ガイドの配布(前述)
⑦その他、本資材の主旨に賛同する企業主催のメディカルスタッフ向け RA 患者支援セミナー、ライフステージに応じた RA 患者支援セミナーが複数回開催された。
2)Web サイト上での資材の閲覧数
2025/9/29 に資材を日本リウマチ学会の Web サイト上で公開したが、月間のアクセス(2025/9～2026/3)は以下のとおりである。
資材①：98→928→271→172→139→141→91(計 1840 回)
資材②：131→645→106→597→171→78→43(計 1771 回)
資材③:155→1331→533→464→474→479→371(計 3807 回)

5. アンケート結果に関する論文作成
介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援の実態およびアンメットニーズを把握するための 2 つのアンケート調査結果について論文化した。
①介護支援専門員、社会福祉士向けアンケート
Support for patients with rheumatoid arthritis provided by care and welfare professionals in Japan: a cross-sectional study. Mod Rheumatol. 2026;36:218-226.
②リウマチ医向けアンケート
Awareness of social insurance, welfare systems, and home medical care among rheumatologists in Japan: a cross-sectional study. Mod Rheumatol. 2026;36:282-289.

D．考察
本研究では、前年度に実施したアンケート調査により明らかとなった、介護・福祉・在宅医療現場における RA 患者支援に関する知識不足や情報共有の課題、ならびに社会保険・福祉制度に対する理解のばらつきといったアンメットニーズに対し、それらを直接的に補完することを目的とした啓発資材の作成と普及を行った。
まず、本研究の特徴として、多職種で構成された研究班に加え、患者会および関連職能団体の代表者を含めた協議を通じて資材内容を検討した点が挙げられる。これにより、実際の現場ニーズや多職種の視点を反映した、実用性の高い資材の作成が可能となったと考えられる。また、学会によるパブリックコメントを経て内容の修正・改善を行ったことは、資材の信頼性および妥当性の担保という点で意義が大きい。さらに、作成した資材を PDF 形式で無償公開し、スマートフォン等からもアクセス可能としたこと、ならびに冊子化して

関係団体へ頒布したことは、現場での利便性および実装可能性を高める工夫として重要である。加えて、誌面の制約に対応するため QR コードを活用した情報提供を行ったことも、限られた媒体の中で情報量と可読性を両立させる有用な手法であったと考えられる。

講演会の開催および広報活動により、全国から多職種の参加が得られたこと、さらにオンデマンド配信の利用が多かったことは、時間的・地理的制約を超えた情報提供の重要性を示唆している。また、講演会および資材に対するアンケートにおいて高い満足度および有用性が示されたことから、本研究で作成した資材は一定の実用的価値を有していると考えられる。特に、PDF での公開に対する評価が得られた点は、今後の資材普及戦略において重要な示唆を与えるものである。

さらに、各資材への月間アクセス数の推移をみると、いずれの資材においても公開初期にアクセス数の顕著な増加を認め、その後は減少傾向を示した。これは、公開時の周知活動や講演会等により初期需要が喚起された一方で、継続的なアクセス維持には追加的な情報発信が必要であることを示唆している。これらの結果は、資材の普及においては単発的な周知にとどまらず、継続的かつ戦略的な情報発信が重要であることを示している。以上より、今後は学会や関連団体を通じた定期的な情報発信、講演会や研修会との連動、SNS やメールマガジンを活用した再周知を行うとともに、アクセス動向を踏まえた内容の更新や改訂を行うことが重要と考えられる。また、資材の実際の活用状況や臨床・介護現場への影響について評価を行い、その結果を次の改訂に反映させることが望まれる。

一方で、本研究にはいくつかの課題も認められる。講演会後のアンケート回答数は限定的であり、評価結果の一般化には慎重な解釈が必要である。また、本研究は主として資材の作成および初期普及に焦点を当てたものであり、これらの資材が実際の臨床現場や介護・福祉現場においてどの程度活用され、患者アウトカムや支援の質の向上に寄与するかについては、今後の検証が必要である。

以上より、本研究は、RA 患者支援における多職種連携の基盤整備に資するものであり、今後の医療・福祉連携の推進および在宅医療体制の充実に寄与することが期待される。

E．結論

本研究では、RA 患者支援に関するアンメットニーズに基づき、多職種連携のもとで啓発資材の作成および普及を行い、その有用性と一定の普及効果を確認した。今後は継続的な情報発信と内容の更新を通じて、医療・介護・福祉の連携強化および在宅医療体制の充実に寄与することが期待される。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

1) Matsui T, Fusama M, Kawahata K, Sakai R, Sugihara T, Tsujimura M, Matsushita I, Yajima N, Isozaki T, Shimahara N, Suzuki S, Ono R, Taguchi S, Tohma S, Yanai R, Yamazaki H, Kadonaga T, Nakabayashi H, Ando C, Kojima M, Kawahito Y. Support for patients with rheumatoid arthritis provided by care and welfare professionals in Japan: a cross-sectional study. Mod Rheumatol. 2026;36:218-226.

2) Matsui T, Fusama M, Kawahata K, Sakai R, Sugihara T, Tsujimura M, Matsushita I, Yajima N, Isozaki T, Shimahara N, Suzuki S, Ono R, Taguchi S, Tohma S, Yanai R, Yamazaki H, Kadonaga T, Nakabayashi H, Ando C, Kojima M, Kawahito Y. Awareness of social insurance, welfare systems, and home medical care among rheumatologists in Japan: a cross-sectional study. Mod Rheumatol. 2026;36:282-289.

2．学会発表.

1) 松井利浩, 川畑仁人, 酒井良子, 杉原毅彦, 辻村美保, 房間美恵, 松下功, 矢嶋宣幸, 磯﨑健男,門永登志栄, 島原範芳, 鈴木翔太郎, 高橋玲, 當間重人, 柳井亮, 山崎秀, 小嶋雅代, 川人豊. 介護・福祉職を対象とした関節リウマチ患者支援に関するアンケート調査. 第 68 回日本リウマチ学会総会・学術総会. 2025/4/25. 福岡.

2) 松井利浩, 川畑仁人, 酒井良子, 杉原毅彦, 辻村美保, 房間美恵, 松下功, 矢嶋宣幸, 磯﨑健男,門永登志栄, 島原範芳, 鈴木翔太郎, 高橋玲, 當間重人, 柳井亮, 山崎秀, 小嶋雅代, 川人豊. リウマチ医を対象とした社会保険・社会福祉制度に関する意識調査. 第 68 回日本リウマチ学会総会・学術総会. 2025/4/26. 福岡.

3) 松井利浩, 川畑仁人, 酒井良子, 杉原毅彦, 辻村美保, 房間美恵, 松下功, 矢嶋宣幸, 磯﨑健男,門永登志栄, 島原範芳, 鈴木翔太郎, 高橋玲,

當間重人，柳井亮，山崎秀，小嶋雅代，川人豊．リウマチ医を対象とした関節リウマチ患者の在宅診療に関する意識調査．第 68 回日本リウマチ学会総会・学術総会．2025/4/26．福岡．
4） 松井利浩．未来のリウマチ患者を支えるチーム医療とは？ 医師の立場．第 68 回日本リウマチ学会総会・学術総会．2025/4/26．福岡．
5）辻村美保，小嶋雅代，田口真哉，松下功，山﨑秀，松井利浩．関節リウマチにおけると社会保険､社会福祉制度についての支援の実際と問題点．第 36 回日本リウマチ学会中部支部学術集会．2025/9/12．金沢．
6）松井利浩．高齢リウマチ患者の現状と課題 ～認知機能低下時の RA 診療を考える～．第 35 回日本リウマチ学会関東支部学術集会． 2025/12/6．前橋．
7 松井利浩，川畑仁人，酒井良子，杉原毅彦，辻村美保，房間美恵，松下功，矢嶋宣幸，磯﨑健男，島原範芳，鈴木翔太郎，大野玲，當間重人，柳井亮，山崎秀，小嶋雅代，川人豊．介護・福祉スタッフに向けた関節リウマチ患者支援充実のための啓発資材の開発． 第 69 回日本リウマチ学会総会・学術総会．2026/4/23．福岡．
8） 松井利浩，川畑仁人，酒井良子，杉原毅彦，辻村美保，房間美恵，松下功，矢嶋宣幸，磯﨑健男，島原範芳，鈴木翔太郎，大野玲，當間重人，柳井亮，山崎秀，小嶋雅代，川人豊.リウマチ医に向けた社会保険・福祉制度および在宅医療に関する啓発資材の開発． 第 69 回日本リウマチ学会総会・学術総会．2026/4/23．福岡．

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1．特許取得

特になし

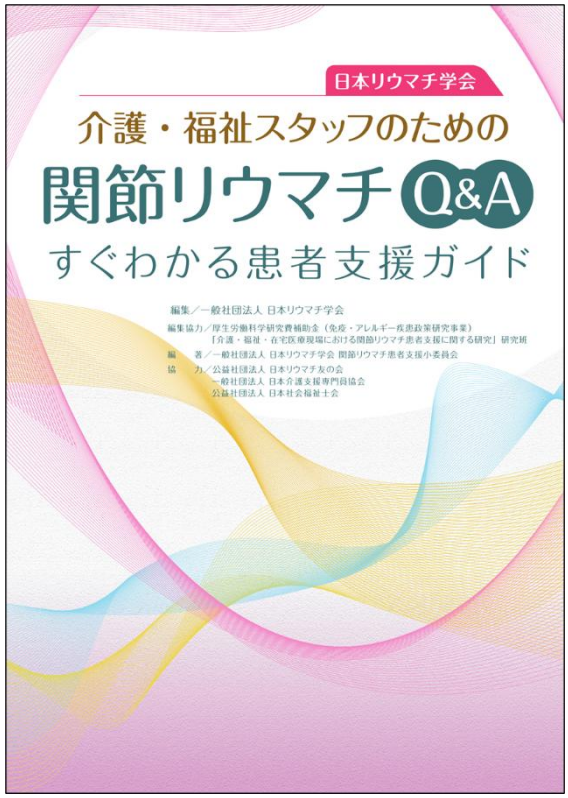
2．実用新案登録

特になし

3．その他

特になし

＜資料１＞　『介護・福祉スタッフのための関節リウマチ Q&A ～すぐわかる患者支援ガイド～』









③JAK阻害薬◆資料4-4

生物学的製剤と同等の有効性が認められる内服薬です．一般的な感染症に加えて帯状疱疹の合併が多いので注意が必要です．

表1　疾患修飾性抗リウマチ薬（DMARDs）

	一般名	先発商品名	投与経路	主な副作用	注意点
cDMARDs	メトトレキサート	リウマトレックス®	週に1，2日内服	口内炎，消化器症状	週に決められた曜日のみ内服をする
		メトジェクト®	週に1回皮下注射	口内炎	
	サラゾスルファピリジン	アザルフィジン®EN	内服	発熱，皮疹	発疹がないか確認
	ブシラミン	リマチル®		蛋白尿	足のむくみの確認
	イグラチモド	ケアラム®		肝機能障害	発熱の有無など
	タクロリムス	プログラフ®		蛋白尿	足のむくみの確認
	レフルノミド	アラバ®		間質性肺炎	咳や息切れを確認
	アクタリット	モーバー®		特になし	特になし
生物学的製剤	インフリキシマブ	レミケード®	点滴	注射部位反応，感染症	毎週，2週間間隔，4週間間隔で薬剤の種類によって投与間隔が異なる
	エタネルセプト	エンブレル®	皮下注射		
	アダリムマブ	ヒュミラ®			
	セルトリズマブ ペゴル	シムジア®			
	ゴリムマブ	シンポニー®			
	オゾラリズマブ	ナノゾラ®			
	トシリズマブ	アクテムラ®	点滴もしくは皮下注射		
	サリルマブ	ケブザラ®	皮下注射		
	アバタセプト	オレンシア®	点滴もしくは皮下注射		
JAK阻害薬	トファシチニブ	ゼルヤンツ®	内服	感染症，帯状疱疹*，血栓症	*体の片側に出現するピリピリとした痛みを伴う水ぶくれが出現した際は早めの受診が必要
	バリシチニブ	オルミエント®			
	ウパダシチニブ	リンヴォック®			
	ペフィシチニブ	スマイラフ®			
	フィルゴチニブ	ジセレカ®			

2）非ステロイド抗炎症薬（消炎鎮痛薬，NSAIDs）◆資料4-5

関節の痛みを比較的速やかに軽減できますが，病気の進行を止めることはできません．副作用として消化管潰瘍や腎機能の低下をきたします（表2）．

表2　非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）（主なもの）

一般名	先発商品名	投与経路	主な副作用	注意点
ジクロフェナク	ボルタレン®	内服，外用薬，湿布剤，坐薬など	胃潰瘍，胃機能障害	腹痛や足のむくみが出てきた際には受診の勧奨が必要
ロキソプロフェン	ロキソニン®			
セレコキシブ	セレコックス®			
インドメタシン	インフリー®			

3）副腎皮質ステロイド（ステロイド）◆資料4-6

強力な抗炎症薬です．感染症リスクの上昇やさまざまな副作用（糖尿病，骨粗鬆症，白内障など）をきたしうるため，可能な限り短期投与が推奨されますが，現実的にはやむなく使用されるケースも少なくありません．ステロイドを急にやめてしまうと発熱，血圧低下，倦怠感や時にはショック状態に陥ることがあるため，感染症合併時や体調のすぐれないときも内服の継続が必要です．

◆資料4-4
JAK阻害薬
（患者支援ガイドp.34）

◆資料4-5
非ステロイド抗炎症薬
（患者支援ガイドp.35）

◆資料4-6
副腎皮質ステロイド
（患者支援ガイドp.36）

5　関節リウマチの手術と術後の注意点は何か？

関節の部位や関節の壊れ具合などにより人工関節置換術，固定術（関節を固定する），形成術（形を整える）などの手術が行われます◆資料5-1．

人工関節を挿入した骨はストレスを受けやすく，転倒すると人工関節周囲で骨折する危険性があります．骨粗鬆症がある場合は，まず薬物療法を受けることが大切です．また転倒を防止するため，滑りにくい靴を履いたり，下肢の筋力訓練（Q6参照）を行うことも大切です．

人工肩関節については脱臼に気をつけなければならない姿勢があります．通常の人工肩関節置換術では外旋位で脱臼しやすいので注意してください（図1）．また上肢の人工関節置換術を受けた場合，手術した片側の手で重たいもの（通常5 kg以上）を持つことや，手術した側の手や肘を強くついて体を支える動作は避ける必要があります．下肢については，人工股関節置換術後の脱臼が心配です．畳や床に座って手術した側の下肢を外に出す横座りの姿勢（図2）をとると，股関節が脱臼する危険性があります．人工膝関節置換術や人工足関節置換術には日常生活動作で脱臼する危険肢位はありませんが，通常は関節の動き（可動域）が少なくなっていますから，大きな可動域が必要となる畳での生活は避け，適切な高さの椅子を使用することが大切です．その他，人工関節手術後に気を付ける点については◆資料5-2もご参照ください．

足趾の手術後に，外反母趾や足裏の胼胝が再発することがあります．踵の高い靴や，甲から足先にかけて狭い靴を使用すると外反母趾や胼胝が再発しやすくなります．踵が低く甲広の靴を履くことが予防につながります．

◆資料5-1
関節リウマチに対する整形外科的手術
（患者支援ガイドp.40～41）

◆資料5-2
人工関節手術後に気を付けるべきこと
（患者支援ガイドp.43）



図1　人工肩関節置換術後の脱臼肢位



図2　人工股関節置換術後の脱臼肢位

6　リハビリテーションとその注意点は何か？

近年，関節リウマチ患者さんのサルコペニア（筋肉量が減少した状態）やフレイル（虚弱）が問題になっています．薬物療法により関節の炎症（腫れや痛み）がおさまっても，日ごろから運動することを心掛けなければ，体の機能は低下してしまいます．

体の機能を維持するためには，まず薬物療法で関節の炎症を抑えて，そのうえで積極的に体を動かすことが大切です．1日20～30分程度の運動を週2～3回以上実施することがすすめられます．

行うべき運動は表のとおりです．特に下肢ではレジスタンス運動が，上肢では関節可動域訓練が重要です．「関節リウマチ患者支援ガイド」◆資料6，「やってみよう！リウマチ体操（DVD）」※にある運動を参考にしてください．

注意点としては，関節の痛みが強くならないように実施することです．関節の痛みが強くなる場合には，運動の種類や時間，強さを調整してください．また関節炎が落ち着いていない状態で運動する場合は，軽くレジスタンス運動と可動域訓練を実施することがよいでしょう．

表　関節リウマチ患者さんにすすめる代表的な運動

運動の種類	内容	代表的な運動
有酸素運動	酸素を使い糖質などをエネルギー源とし，筋肉への負荷が軽い運動	散歩，ジョギング，サイクリング，水泳，水中ウォーキング
レジスタンス運動	筋肉トレーニング	前腕の押し合い，椅子を使った立ちすわり［スクワット］，寝た位置での膝上げ，座った位置での膝伸ばし／太もも上げ，立った位置での股広げ（図1）
関節可動域訓練	関節が固まらないように関節を動かす運動	棒を使用した方の挙上（図2），肘の曲げ伸ばし，前腕回し（手のひら返し），指のグーパー，膝／足首の曲げ伸ばし



図1　立った位置での股を広げる運動（椅子につかまりながら行う）



図2　棒を使用した肩の挙上運動

◆資料6
リウマチ体操
（患者支援ガイドp.44～46）

※「やってみよう！リウマチ体操（DVD）」（公益社団法人 日本リウマチ友の会）ご希望の方は，日本リウマチ友の会にお問い合わせください（本冊子p.14 資料12-3参照）

7　日常生活および介護・介助時の注意点は何か？

Q1：服薬管理における注意点はありますか？

A1：関節リウマチ（RA）の治療薬は飲み薬と注射薬（皮下注射，点滴）があり，代表的な薬剤としてメトトレキサート（MTX），生物学的製剤，JAK阻害薬，副腎皮質ステロイド（ステロイド）があげられます．MTXや生物学的製剤は，通日使用する薬剤ではないため，投薬曜日や間隔についての情報共有が重要です．感染症や副作用の有無について定期観察を行ってください．ステロイド以外は感染症等での体調不良時は休薬可能です．ステロイドは体調不良時も内服するように指導してください（詳細は資料7参照）．

Q2：感染対策はどのように行うべきですか？

A2：手洗い，うがい，人混みのなかへ出かける際のマスク着用などにご留意ください．感染症症状のあるとき，ステロイド以外の抗リウマチ薬は一般的に一時休薬可能ですが，体調不良時の対応についてはあらかじめ各担当医と相談をしておきましょう．感染症による重症化リスクを軽減するため，ワクチン接種（インフルエンザ，肺炎球菌，新型コロナウィルス，帯状疱疹など）も重要です．

Q3：喫煙や歯周病は関節リウマチを悪化させますか？

A3：はい．喫煙や歯周病はRAの発症，増悪いずれにも関与するため，基本的に患者さんには禁煙を指導します．また定期歯科受診のうえ口腔内衛生状況を良好に保つことが好ましいです．

Q4：関節保護の観点から日常生活における注意点はありますか？

A4：特定の関節のみに負荷がかからないように，長時間同じ姿勢でいることは避けましょう．自助具なども取り入れてみましょう．靴は圧迫感のあるものは避け，踵が低く安定して歩行可能なものを選ぶことが好ましいです．

Q5：介助する際に注意すべきことはありますか？

A5：RA患者さんは朝に関節のこわばりが強く出ることが多いため，必要に応じて外出や作業をする時間帯をお昼以降にするなどの工夫を心がけてください．なるべく関節痛が悪化しないような姿勢で各動作，作業ができるよう，関節痛が強いときは作業を中断し，休みながら行えるように配慮してください．頚椎病変を有する患者さんは，急激な頚部の屈曲・伸展動作により頚髄が圧迫されるリスクがあるため，頚部を愛護的に扱うよう注意してください．

◆資料7
服薬管理における注意点
（詳細版）

Q6：自宅療養環境の整備について，注意点はありますか？

A6：転倒防止のため，床の段差の解消，手すりの設置などが検討されます．また，つまずきやすい荷物や電子機器のコードは，なるべく患者さんの移動範囲内の床に置かないようにしましょう．床座より椅子，布団よりベッドを用いた方が，関節への負荷は軽減されます．椅子や便座の座面の高さが低すぎる場合，立ち上がり動作で関節への負荷が重くなってしまうため注意してください．

Q7：メンタルケアの観点で気を付けることはありますか？

A7：RA患者さんはうつ病や抑うつ状態を併発しやすいといわれています．患者さんの気分の落ち込みや不眠，食欲低下などがみられる場合は，担当医にご相談ください．

8 「痛み」にはどう対処すればよいか？

関節リウマチの痛みは関節炎により生ずる「炎症性疼痛」と関節破壊により生ずる「機械的疼痛」に分けられます．手根管症候群などの合併による神経障害性の疼痛もあります．痛みの対処法はどこがどのように痛むのか，何が困っているのかを確認し，痛みが局所の安静等で緩和する場合は経過をみます．患部を温めるべきか冷やすべきかは症状をみて判断します．腫れや熱感があるときは適度に冷やし，こわばりがあるときや腫れがないときは患部を温め血流を良くすることが大切です．痛いときは体を休ませ，痛まない範囲で運動をするとよいでしょう．主な痛み止めを表に示します．投与できる間隔や1日に使用できる回数は薬ごとに異なるので，特に屯用で使用するときは注意してください．痛みで日常生活に支障をきたす場合には医療機関にご相談ください．

表　関節リウマチに使用される痛み止め

痛み止めの種類	代表的な薬剤名（先発商品名）	気をつける副作用
非ステロイド抗炎症薬	ロキソプロフェン（ロキソニン®），セレコキシブ（セレコックス®）など	消化性潰瘍，腎不全など
アセトアミノフェン	アセトアミノフェン（カロナール®）	過敏症，肝機能障害など
アセトアミノフェン・トラマドール合剤	トアラセット配合剤（トラムセット®）	嘔気，めまいなど

9 骨粗鬆症の治療薬とその注意点は何か？

関節リウマチは骨粗鬆症のリスクとなる病気で副腎皮質ステロイド（ステロイド）内服者はさらにリスクが高まります．骨粗鬆症の治療薬を一覧表に示します（表）．これらの薬剤は年齢と骨粗鬆症の程度，過去の骨折があるかなどによって使い分けられます．高齢者には自己管理が難しい薬剤が多く，抜歯の際の顎骨壊死など副作用に注意する必要があります．ビスホスホネート製剤は早朝空腹時に内服し，内服後30分は横にならないよう注意します．**治療を中断せず長期間継続するためには，家族や介護関係者の協力も重要です**．日常生活においては，転倒による骨折の予防，栄養管理，日光浴など環境整備や食事にも配慮しましょう．

表　骨粗鬆症治療薬と注意点

作用による分類	各種製剤	代表的な薬剤名（商品名®）	用法	気をつける副作用，注意点
骨吸収抑制薬（古い骨を壊す働きを抑える）	ビスホスホネート製剤*	アレンドロン酸など	内服（起床空腹時），静脈注射	胃部不快，インフルエンザ様症状
	選択的エストロゲン受容体調整薬	ラロキシフェン バゼドキシフェン	内服	ほてり，深部静脈血栓症
	抗ランクル抗体*	デノスマブ（プラリア®）	皮下注射（6カ月に1回）	低カルシウム血症
骨形成促進薬（新しい骨を作る）	副甲状腺ホルモン薬	テリパラチド	皮下注射*（18～24カ月）	吐き気，頭痛
骨吸収抑制と骨形成促進の両作用を有する薬	抗スクレロスチン抗体*	ロモソズマブ（イベニティ®）	皮下注射（月1回，1年間）	心血管系イベント既往者は避ける
骨に必要な栄養素を補う薬	活性型ビタミンD3製剤	アルファカルシドール，エルデカルシトール	内服	高カルシウム血症，腎不全，尿路結石
	カルシウム薬	L-アスパラギン酸カルシウム	内服	胸やけ
	ビタミンK2薬	メナテトレノン	内服	吐き気，ワーファリンとの併用禁忌

*抜歯時の顎骨壊死発生に注意が必要だが，予防的休薬は原則として不要（状況により休薬する場合もあり得る）　＃自己注射可

Column 2 関節リウマチ患者さんから介護・福祉職に期待すること

介護保険申請後の審査では，時間帯によって日内変動があるため，介護度の判定時に考慮されにくく，利用できる制度に制限があります．介護職・福祉職に関節リウマチ（RA）の特性を理解してもらえていないのが現状です．

RA患者さんは40歳以上が介護保険の対象です．40，50歳台で介護認定を受けてデイサービス等を利用した場合，施設内では高齢者中心のため利用を避けてしまいがちです．

RA患者さんの特性が介護保険制度に十分反映・理解され，どの世代でも，年代に沿って利用できることを期待します．

10 自助具・福祉用具・装具にはどんなものがあるか？

自助具・福祉用具は，変形，筋力低下，疼痛などから生じる生活への支障を補うためのものです（図）◆資料10-1．主には，手の届く範囲を補うリーチャーや長柄加工したブラシなどがあります．握力低下や把持のしにくさには，ボトルオープナーや太柄加工した歯ブラシなどがあります．起居動作能力を補助するための福祉用具として，ベッドや手すり，補高マットなどの他，移動動作能力を補助するための車椅子や歩行器，シルバーカーや杖などがあります．

装具は，理学療法士・作業療法士・義肢装具士が作製します（図）◆資料10-2．主な部位は，頚椎・手首・手指関節・足部・足趾となります．装具の目的は①固定による脱臼や変形の予防，徐痛，②日常生活活動での関節への負担軽減と保護です．これら自助具・装具などの一部は通販サイト等でも入手可能ですが，病状管理・関節保護の観点から，医師またはリハ専門職に相談のもと，購入の検討をしてください．

◆資料10-1
自助具と福祉用具
（参考支援ガイドp.48～49）

◆資料10-2
装具
（参考支援ガイドp.50～51）


オープナー（既製品）


リーチャー（既製品）


ボタンエイド（自作）


滑り止めシート・自助箸・スプーンフォーク各種・太柄グリップ


手指リングスプリント


尺側偏位防止スプリント（軟性）


足底板

図　主な自助具・福祉用具・装具

11 関節リウマチ患者さんが利用できるサービス・支援制度は何か？

利用できるサービスや支援制度（表）は，病気の状態，障害の程度，加入している健康保険，ご本人やご家庭の収入などによって異なります．こうした支援や制度を利用するには，ほとんどの場合，患者さん自身が申請を行う必要がありますので，どのような制度があって，どこに相談すればよいかを知っておくことが大切です．

表　患者さんが利用できるサービス・支援制度（2025年3月現在）

	制度やサービス	内容	問い合せ・相談窓口	参考・詳細情報URL
医療	高額療養費制度	同一月の医療費の自己負担額が高額になった場合，自己負担限度額を超えた分が，後で払い戻されます．医療費が高額になることが事前にわかっている場合には，「限度額適用認定証」を取得すると便利です．健康保険組合では，更に自己負担が軽減されることがあります（付加給付）	加入健康保険の保険者	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/jukyu/kougakuiryou/index.html（厚生労働省） https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/sb3020/r151/（全国健康保険協会）
	高額介護合算療養費制度	医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日～翌年7月31日まで）の医療保険と介護保険の自己負担額の合算額が高額であった場合に，自己負担額が軽減されます	加入健康保険の保険者	https://www.tyojyu.or.jp/net/kaigo-seido/kaigo-hoken/kogakukaigogassanryoyohiseido.html（公益財団法人長寿科学振興財団）
	指定難病患者への医療費助成制度	「指定難病」と診断され，「重症度分類等」に照らして病状の程度が一定程度以上の場合に，その治療にかかる医療費などの一部が助成されます（悪性関節リウマチ）	都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）	https://www.nanbyou.or.jp/entry/5460#taisho（難病情報センター）
	小児慢性特定疾病医療費助成	小児慢性特定疾病にかかっている児童等について，医療費の自己負担分の一部が助成されます（JIA）	都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）	https://www.shouman.jp/assist/（小児慢性特定疾病情報センター）
	重度心身障害者（児）医療費助成	身体に障がいを持つ方が受ける治療について，医療費が無料・あるいは低額になります（自治体によっては500円程度の負担があります）	市区町村担当窓口	https://kokoro.ncnp.go.jp/support_promotion.php（国立精神・神経医療研究センター）
	自立支援医療（更生医療）	身体に障がいを持つ方がその障がいの程度を軽くしたり，日常生活を容易にするために医療が必要な場合に，医療の給付を行います	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsu/kousei.html（厚生労働省）
	自立支援医療（育成医療）	身体に障がいを持つ18歳未満のお子様がその障がいの程度を軽くしたり，日常生活を容易にするために医療が必要な場合に，医療の給付を行います	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsu/ikusei.html（厚生労働省）
	妊娠のための治療	不妊・不育症検査，先進医療を含めた不妊治療において助成を受けることができます．各自治体独自に行っている事業のため，自治体ごとに制度が異なります	都道府県窓口	https://www.funin.info/subsidy/（不妊治療情報センター）

	制度やサービス	内容	問い合せ・相談窓口	参考・詳細情報URL
所得保障	障害基礎年金	国民年金法による障がいの程度に応じて障害基礎年金の1級または2級の認定を受けたとき年金が支給されます	市区町村国民年金係，ねんきんダイヤル，年金事務所	https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150514.html（日本年金機構）
	障害厚生年金・障害手当金	厚生年金保険加入中に初診日のある病気やけがにより，障がいが残ったときに支給されます．軽い障がいが残ったときは，障害手当金（一時金）を受け取ることができる場合があります	ねんきんダイヤル，年金事務所	https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/seido/shougainenkin/jukyu-yoken/20150401-02.html（日本年金機構）
	特別障害給付金	国民年金の任意加入期間に加入しなかったことにより障害基礎年金等を受給していない国民年金法による障がい者の方について，特別障害給付金が支給されます	市区町村国民年金係，ねんきんダイヤル，年金事務所	https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/sonota-kyufu/tokubetsu-kyufu/tokubetsu-kyufu.html（日本年金機構）
	傷病手当	療養のため仕事を休んだ日から連続して3日間（待期）の後，4日目以降の仕事に就けなかった日に対して標準報酬月額の平均値の3分の2が支給されます	加入健康保険の保険者	https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/sb3040/r139/（全国健康保険協会）
日常生活	補装具の交付・修理	障害者総合支援法による支援サービスです．補装具の購入や修理・借受けが可能です．身体障害者手帳をおもちか，RA等の難病患者さんが対象です	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisha-hukushi/yogu/index.html（厚生労働省）
	日常生活用具の給付		市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisha-hukushi/yogu/seikatsu.html（厚生労働省）
	車いすの貸出	介護保険法による借受ができない方や介護保険申請中の方，病気やケガなどで，一時的に車いすが必要となった方へ車いすの貸出を行っています	各地域の社会福祉協議会，ボランティアセンター，地域サポートセンターなど	https://www.chiyoda-cosw.jp/service/kurumaisu/（千代田区社会福祉協議会）
就労	障害者就労支援	障害者手帳をおもちの方は，就労に関する相談と，就労後，安心して働き続けられるための定着支援を受けられます	ハローワーク，各自治体障害者就労支援センターなど	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/shisaku/shougaisha/index.html（厚生労働省）
	就職の相談	障害者手帳をおもちの方やRA等の難病患者さんは，就労に関する相談，助言，支援，援助が受けられます	ハローワーク，都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所），障害者職業・生活支援センターなど	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/06e.html（厚生労働省）
	職業訓練			
その他	医療費控除	1年間（1月1日～12月31日）に支払った医療費が10万円あるいは総所得金額等の5%の金額を超えている場合，所得が控除され，所得税，住民税などが軽減されます	最寄りの税務署	https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shotoku/1120.htm（国税庁）
	障害者の希望を踏まえた結婚，出産，子育てに係る支援	障害者総合支援法により障がい者の希望を踏まえた結婚，出産，子育てに係る支援を受けることができます	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisha-hukushi/other/index_00002.html（厚生労働省）

12 関節リウマチ患者さんの支援に役立つ情報はどこから入手できるか?

日本リウマチ学会や日本リウマチ財団，日本リウマチ友の会などの機関が，病気や治療，日常生活に関する情報や患者さん向けイベント情報などを提供しています．若年性特発性関節炎に関しては，日本小児リウマチ学会や患者会のあすなろ会などが情報を発信しています◆資料12-1～4．また，厚生労働省研究班が作成した関節リウマチ患者支援ガイドも無償で閲覧できます◆資料12-5．

◆資料12-1 日本リウマチ学会
◆資料12-2 日本リウマチ財団
◆資料12-3 日本リウマチ友の会
◆資料12-4 日本小児リウマチ学会
◆資料12-5 患者支援ガイド

13 関節リウマチ患者さんが災害時に備えて準備しておくことは何か?

関節リウマチ患者さんは，関節の痛みや変形による機能障害がある場合も多く，災害時には特別な配慮が必要です．

- 日頃から患者さんと一緒にハザードマップを活用し，居住地域の災害リスク，避難場所，避難経路を確認しましょう．特に車椅子を利用している患者さんの場合は，避難経路と避難にかかる時間の確認が重要です．自力での避難が困難な患者さんでは，市区町村の避難行動要支援者支援制度への登録を検討してください．
- 非常用の持ち出しバッグの準備として，重要なものを表にまとめました．薬は継続する必要がありますので，すぐに持ち出せるように準備しておくことが大切です◆資料13-1．ステロイドなど急に中止できない薬については，事前に医師に確認しておきましょう．
- 基本情報を記載した緊急連絡カードの作成は必須です◆資料13-2．患者さんと一緒にカードを作成し，財布などに入れて常に携帯するように声をかけてください．
- 災害時に薬が不足した場合，すぐに医療機関や救護所などに相談してください．避難所での床での生活による立ち上がり困難や冷えによる痛みを避けるため，段ボールベッドや洋式トイレの確保を相談しましょう．マスク着用や換気等の感染症予防も重要です．狭い場所で長時間足を動かさないと，血栓ができやすくなりますのでこまめな水分補給や軽い体操を心掛けください．

◆資料13-1 非常用持ち出し品（患者支援ガイドp.133）
◆資料13-2 緊急連絡カード（患者支援ガイドp.134）

表　関節リウマチ患者さんに特に必要な非常用持ち出し品（非常用持ち出しバッグに準備しておきましょう）

□	携帯電話，貴重品（通帳，印鑑，現金，健康保険証，パスポート，運転免許証，マイナンバーカードなど）	□	持病の薬（内服，注射製剤，個包装のアルコール綿）は1週間分ぐらいの予備を準備しておく，お薬手帳のコピー，直近の検査データ（※携帯電話にも保存）
□	アルミブランケット，サポーター，レッグウオーマー，使い捨てカイロ	□	折り畳み式のポリタンク
□	成人用オムツ，尿取りパッド，入れ歯用ウェットシート（普段使用していなくても必要になることがある），携帯用トイレ	□	エアー枕，エアークッション，杖

Contents

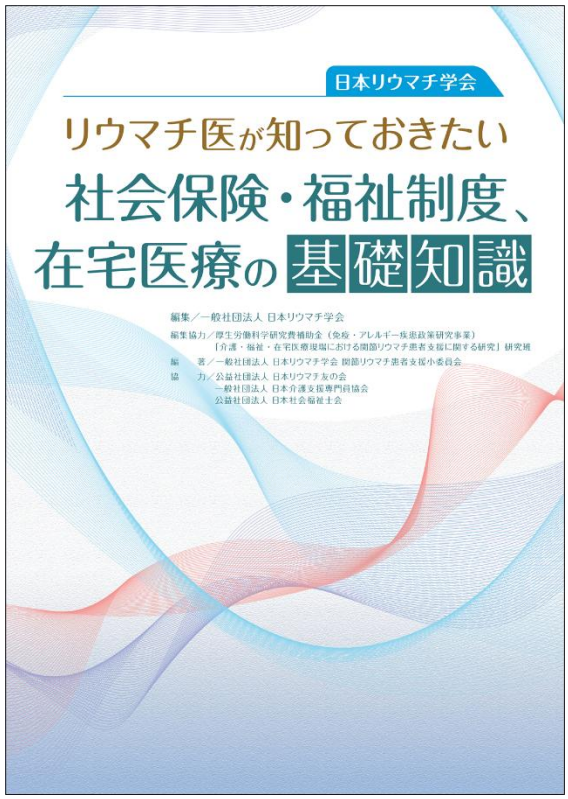
Q1　関節リウマチとはどのような病気か? …… 2
Q2　関節リウマチの症状や合併症は何か? …… 2
Q3　関節リウマチの治療はどのように行うのか? …… 4
Q4　関節リウマチの治療薬とその注意点は何か? …… 4
Q5　関節リウマチの手術と術後の注意点は何か? …… 6
Q6　リハビリテーションとその注意点は何か? …… 7
Q7　日常生活および介護・介助時の注意点は何か? …… 8
Q8　「痛み」にはどう対処すればよいか? …… 9
Q9　骨粗鬆症の治療薬とその注意点は何か? …… 10
Q10　自助具・福祉用具・装具にはどんなものがあるか? …… 11
Q11　関節リウマチ患者さんが利用できるサービス・支援制度は何か? …… 12
Q12　関節リウマチ患者さんの支援に役立つ情報はどこから入手できるか? …… 14
Q13　関節リウマチ患者さんが災害時に備えて準備しておくことは何か? …… 14

Column 1　医師から介護・福祉職に期待すること …… 3
Column 2　関節リウマチ患者さんから介護・福祉職に期待すること …… 10

※本冊子の一部箇所では，日本リウマチ学会が作成し，インターネット上で無料公開している「日本リウマチ学会 メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025改訂版」（患者支援ガイド）を参照しています．
該当箇所には二次元コードを付けました．本冊子と合わせてご覧ください．

患者支援ガイド（全文）

＜資料２＞ 『リウマチ医が知っておきたい社会保険・福祉制度、在宅医療の基礎知識』







① 高齢者施設の種類による医療提供の違いは何か？

高齢者施設への入所や入居を検討する際，各施設の特徴を理解しておくことが重要である（表）．

施設を選ぶ際に悩ましいのは，介護老人保健施設や介護医療院への入所時に高額薬剤の使用が制限される点であり，その理由は以下の通りである．

・両施設での投薬，注射，検査，処置費用は介護保険で給付され，施設のサービス費に包括される．
・サービス費の総額は介護度により上限があるため，薬剤に割ける費用は限られている．
・介護保険施設では高額療養費制度が適用されない．
・施設の性質上，高度な医療処置やモニタリング，薬剤管理が難しい場合が多い．

以上のことから，現行の制度上では，これらの施設入所時の薬剤調整はやむを得ない状況である．

一方，介護老人福祉施設およびその他の高齢者施設では訪問診療が可能であり，医療保険による給付となるため高額な薬剤も処方できる．生物学的製剤や骨粗鬆症治療薬などの注射剤についても，施設内もしくは訪問看護師による実施が可能であり，入所前の治療を継続できることが多い．

表　高齢者施設における医療提供体制の違い（大まかな目安として）

高齢者施設		施設の位置付け	役割	入居条件		職員配置義務			在宅医療		薬剤費の保険給付	備考
				要支援	要介護	医師	看護師	薬剤師	訪問診療	訪問看護		
介護保険施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	介護の必要な方の入所施設	介護	−	3〜5	△（非常勤可）	○（日勤）	×	○	○	医療保険	夜間に看護的処置が必要な方は入所困難．薬剤は，薬剤師が訪問し管理
	介護老人保健施設（老人保健施設）	介護やリハビリテーションが必要な方の入所施設	介護	−	1〜5	○（24hr）	○（24hr）	○	×	×	介護保険	薬剤費の制限あり（抗がん薬，抗ウイルス薬，麻薬などの一部の薬剤は医療保険による給付が可能）
	介護医療院	介護と医療の必要な方の入所施設	介護	−	1〜5	○（24hr）	○（24hr）	○	×	×	介護保険	
それ以外	特定施設（介護付有料老人ホーム等）	施設内で介護サービスが提供される高齢者居住施設	介護	1〜2	1〜5	×	○（日勤）	×	○	△*	医療保険	夜間に看護的処置が必要な方は入所困難＊特別訪問看護指示書が必要
	グループホーム（認知症対応型）	認知症の高齢者が少人数で生活する施設	住まい	2のみ	1〜5	×	×	×	○	○	医療保険	
	グループホーム（障害者向け）	障害者の方が少人数で生活する施設	住まい	備考参照**		×	×	×	○	○	医療保険	**身体障害者手帳，精神障害者保険福祉手帳，療育手帳のいずれかの取得者
	サービス付き高齢者向け住宅	入居者を高齢者世帯に特定した賃貸住宅	住まい（一部介護）	要支援，要介護認定者は介護保険サービスを利用することもある		×	×（○#）	×	○	○	医療保険	一般型と介護型（特定施設）がある＃特定施設は義務
	軽費老人ホーム	自宅での生活に不安のある方のための老人ホーム	住まい（一部介護）			×	×（○#）	×	○	○	医療保険	在宅介護対応型軽費老人ホームは「ケアハウス」と呼ばれる
	有料老人ホーム	民間の老人ホーム	住まい（一部介護）			×	×（○#）	×	○	○	医療保険	介護付き有料老人ホームは特定施設
	養護老人ホーム	低所得の方が利用できる老人ホーム	住まい（一部介護）			×	×（○#）	×	○	○	医療保険	条件を満たせば特定施設

＃特定施設：厚生労働省が定めた基準を満たし，都道府県や市区町村から指定を受けた施設



② 知っておくべき社会保険・社会福祉制度は何か？

主な社会保険・社会福祉制度は表に示すとおりである．多く利用されている制度は介護保険（Q3参照），身体障害者手帳（Q6参照），高額療養費制度（Q7参照），指定難病患者への医療費助成制度である．指定難病は悪性関節リウマチ（MRA）と若年性特発性関節炎（JIA）が対象となり，重症度分類に照らして病状の程度が一定程度以上あるいは軽症高額該当の場合に医療費助成が受けられる．指定難病の申請に必要な「臨床調査個人票」を作成できるのは「難病指定医」に限られる．指定難病の詳細は「難病情報センター」◆資料2-1を参照．

こうした支援や制度を利用するには，ほとんどの場合，患者自身が申請を行う必要があるため，制度の種類や相談窓口を知っておくことが大切である◆資料2-2．

◆資料2-1 難病情報センター

◆資料2-2 患者が利用できるサービス・支援制度（患者支援ガイドp.111）

表　主な社会保険・社会福祉制度（2025年3月現在）

	制度やサービス	内容	問い合せ・相談窓口
医療	高額介護合算療養費制度	医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日〜翌年7月31日まで）の医療保険と介護保険の自己負担の合算額が高額であった場合に，自己負担額が軽減される	加入健康保険の保険者
	指定難病患者への医療費助成制度	「指定難病」と診断され，「重症度分類等」に照らして病状の程度が一定程度以上の場合に，その治療にかかる医療費などの一部が助成される（MRA，JIA）	都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）
	小児慢性特定疾病医療費助成	小児慢性特定疾病にかかっている児童等について，医療費の自己負担分の一部が助成される（JIA）	都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）
所得保障	障害基礎年金	国民年金法による障害の程度に応じて障害基礎年金の1級または2級の認定を受けたとき年金が支給される	市区町村国民年金係，ねんきんダイヤル，年金事務所
	障害厚生年金・障害手当金	厚生年金保険加入中に初診日のある病気やけがにより，障害が残ったときに支給される．軽い障害が残ったときは，障害手当金（一時金）を受け取ることができる場合がある	ねんきんダイヤル，年金事務所
	傷病手当	療養のため仕事を休んだ日から連続して3日間（待期）の後，4日目以降の仕事に就けなかった日に対して標準報酬月額の平均値の3分の2が支給される	加入健康保険の保険者
日常生活	補装具の交付・修理	障害者総合支援法による支援サービス．補装具の購入や修理・借受けが可能となる．身体障害者手帳を取得しているか，MRA等の難病患者が対象	市区町村担当窓口
	日常生活用具の給付		市区町村担当窓口
	車いすの貸出	介護保険法による指受ができない者や介護保険申請中の者，病気やケガなどで，一時的に車いすが必要となった者へ車いすの貸出を行っている	各地域の社会福祉協議会，ボランティアセンター，地域サポートセンターなど
その他	医療費控除	1年間（1月1日〜12月31日）に支払った医療費が10万円あるいは総所得金額等の5％の金額を超えている場合，所得が控除され，所得税，住民税などが軽減される	最寄りの税務署
	障害者の希望を踏まえた結婚，出産，子育てに係る支援	障害者総合支援法により障害者の希望を踏まえた結婚，出産，子育てに係る支援を受けることができる	市区町村担当窓口

3 介護保険制度について知っておくべきことは何か？

1. 介護保険制度のサービスは誰が受けることができるのか？

介護保険は40歳以上の国民が被保険者（加入者）となって保険料を納め，介護が必要になったときに介護サービスを利用できる制度である．

被保険者	65歳以上の方（第1号被保険者）	40～64歳までの方（第2号被保険者）
サービスを利用できる被保険者	介護や支援が必要と認定された人	加齢に伴う特定疾病が原因となって，介護や支援が必要と認定された人 ＊加齢に伴う特定疾患には，RAのほか，骨折を伴う骨粗鬆症，脳血管性神経障害，腎症および網膜症なども含まれる

2. 介護保険制度のサービスにはどのようなものがあるか？

要介護1～5：介護サービス（介護給付）

通所介護（デイサービス）：食事，入浴などの日常生活上の支援や生活能力向上のための日帰りでの支援

通所リハビリテーション（デイケア）：病気や怪我などで身体機能が低下した要介護の利用者にリハビリテーションを施し，機能の維持回復を図るサービス

訪問介護：ホームヘルパーが居宅を訪問し，入浴，排泄，食事などの身体介護や本人に関わる調理，洗濯などの生活援助を行う．通院などを目的とした介護タクシーも利用できる

訪問リハビリテーション：理学療法士や作業療法士などが訪問サービスを提供するリハビリテーションのことである．要支援者も自宅で介護予防訪問リハビリテーションを受けることができる

＊要支援1・2（予防給付）でも介護予防サービス，予防通所事業，介護予防リハビリテーション，予防訪問事業，介護予防訪問リハビリテーションなどを受けることが可能である

3. 要介護度によって保険給付の上限は違うか？自己負担はあるか？

介護保険は認定の度合いにより，給付額の上限（区分支給限度基準額）が定められている．この基準内であれば，利用者は自由にサービスを組み合わせて利用ができる．区分支給限度基準額内でサービスを利用した場合，利用者の本人負担割合は1割（所得により2～3割）であるが，基準額を超えた金額は全て自己負担となる．

4. 介護保険と医療保険のリハビリテーションは何が違うか？

主に急性期および回復期には医療保険，維持期には介護保険のリハビリテーションとなる．

5. 訪問看護について

訪問看護は看護師や保健師などが利用者の自宅を訪問して医師の指示のもとに療養上の世話や医療処置，診療の補助を行うことである．主治医の訪問看護指示書が必要で，有効期限は1～6か月．症状が悪化したときには特別訪問看護指示書が交付され2週間に限り毎日訪問看護を受けることができ，その費用は医療保険の対象となる．

参考文献
・「図解入門ビギナーズ 最新介護保険の基本と仕組みがよ～くわかる本 第9版」（高室成幸／監，ケアマネジメント研究フォーラム／著），秀和システム，2024

Column 1 高齢RA患者が医師に望むこと

高齢になると，健康であった方でも関節の痛みなどの主訴が出てきます．その痛みはリウマチの痛みなのか他の原因の痛みなのか，心配になります．また，リウマチ以外の病気にも罹患すると，リウマチとの薬も合いや先々の暮らしに不安が生じてきます．医師から，本人・家族が納得できる説明を受け，家族，医療者・介護・福祉職の方々との共有が必要となります．

複数の薬の自己管理が困難となったときは薬局で薬を一包にしてくれます．一部変更になった場合，前回のものと間違えることもありますし，ほかの薬が無駄になることもあります．

4 関節リウマチ患者の主治医意見書を書く際のコツは何か？

要介護認定は，心身の状況に関する調査（認定調査）と，主治医意見書に記載された疾患の状態や生活機能に基づく一次判定結果を原案とし，介護の手間に係る審査・判定を行う．さらに，認定調査票の特記事項や主治医意見書の医学的意見などが考慮され，必要に応じて結果が変更される[1]．

「2020年リウマチ白書」では，介護保険制度の認定度への患者の満足度が35.1％と低く，要介護認定が必ずしも疾患の特性を反映していないという意見もある[2]．また，リウマチ医，介護職，福祉職への調査でも各々約46％，58％，53％の人が「実状より介護度認定が低いことがある」と回答している[3]．以上より，主治医意見書では，患者の実状と要介護度の差を埋めるような記載が望まれる．

主治医意見書は以下の用途に利用されるため，評価の根拠を具体的に記載する必要がある[1]．

1. 第2号被保険者では，生活機能低下の直接原因となる疾病が特定疾病に該当することの確認
2. 介護の手間の程度の確認
3. 状態の維持・改善の可能性の評価
4. 認定調査による調査結果の確認や修正
5. 介護サービス計画作成時の利用

「傷病に関する意見」では，介護の必要性につながる状況を具体的に記載する．「症状としての安定性」については，全般的な疾患活動性に加え，朝のこわばりや症状の日内変動の影響なども考慮して判断する．「生活機能」は，身体・精神に関する心身機能，日常生活／社会生活全般の活動，家庭・社会への参加の全てを包括的にとらえるものである[1]．

「心身の状態に関する意見」の「日常生活の自立度等について（寝たきり度）」には，移動能力の評価のみならず，本来，食事，排泄，着替えの自立度が含まれるが，表記のみではわかりにくい．RAで問題となるような手指を含む上肢機能障害については，「身体の状態」で関節および付随する筋力の状態を記載するとともに，「その他特記すべき事項」に日常生活動作の問題を具体的に記載する工夫が必要である（表）◆資料4．

参考文献
1）厚生労働省：要介護認定における「認定調査票記入の手引き」，「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について，老老発0816第1号，令和3年8月16日．https://www.mhlw.go.jp/content/000819403.pdf
2）「2020年リウマチ白書」（公益社団法人 日本リウマチ友の会／編），2020
3）厚生労働省，厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」令和6年度 分担研究報告書

◆資料4
介護保険主治医意見書記載時の留意点

表 関節リウマチにおける主治医意見書記載時の留意点

傷病に関する意見	・特定疾病および生活機能低下の直接原因となる疾病から優先して上位に記入．関節リウマチは「1.」に記入することが想定される ・40歳以上65歳未満の第2号被保険者では，特定疾病である関節リウマチの診断根拠を記載する ・介護の必要性につながる状況を具体的に記載する．疾患に起因し生活機能低下につながる問題や，投薬に際して腎障害理や免疫抑の状況など （朝のこわばりや症状の日内変動の影響などについても留意する）
心身の状態に関する意見	・関節となる関節，筋力低下の部位と程度を正確に記載する
生活機能とサービスに関する意見	・「その他特記すべき事項」には，生活機能の具体的な問題事例を記載する．特に上肢機能障害に起因する生活機能の記載は必要である ・生活環境，栄養，リハビリテーションの目標など，評価根拠となる情報や，介護サービスを行う際の医学的観点からの留意事項や禁忌などを記載する

5 障害年金制度について知っておくべきことは何か？

65歳未満で関節変形による機能障害を認める RA 患者では，国民年金加入者は障害基礎年金を，厚生年金加入者の場合は加えて障害厚生年金を受給できる可能性がある．障害年金は障害等級表により認定され，認定基準は身体障害者手帳と異なる．また，身体障害者手帳を取得しなくても障害年金の受給は可能である．障害基礎年金は障害等級1，2級，障害厚生年金は1，2，3級．障害厚生年金では3級よりも軽い障害でも一時金として障害手当金が支給される．障害等級1級の目安は，他人の介助を受けなければ日常生活のことがほとんどできないほどの状態で，入院や在宅介護を必要とし，活動の範囲がベッドの周辺に限られるような場合，2級は日常生活がきわめて困難で，労働によって収入を得ることができないほどの状態で活動の範囲が病院内・家屋内に限られるような場合とされている．表にRAに関連する障害等級例を示す．

障害年金の申請書類作成に医師の特別な資格要件はない．障害年金の申請には，障害認定日（初診日から1年6か月後）の診断書と現在の診断書の2通を求められることがある◆資料5．

表 障害基礎年金，障害厚生年金の対象者と認定要件例

障害等級	国民年金加入者	厚生年金加入者	認定要件例
1級	障害基礎年金	障害基礎年金＋障害厚生年金	著しい機能障害を以下に認める ・両上肢あるいは両下肢 ・両側すべての手指
2級			著しい機能障害を以下に認める ・片側上肢あるいは片側下肢 ・片側のすべての手指
3級	–	障害厚生年金	関節の用を廃したものを以下に認める ・片側の上肢の大関節で2関節 ・片側の下肢の大関節で2関節 ・片側の脊柱，股関節のそれぞれ1関節 ・両足全て
3級より軽い障害	–	障害手当金一時金	著しい機能障害を以下に認める ・1上肢の大関節で2関節 ・1下肢の大関節で1関節 関節の用を廃したものを以下に認める ・片側3手指以上，示指全めた2手指，あるいは母指，片側の全ての足趾

障害等級例詳細は日本年金機構ホームページの障害等級表を参照

◆資料5
障害年金の診断書作成時の留意点

6 身体障害者手帳について知っておくべきことは何か？

身体障害者手帳は，身体に一定の障害がある患者が医療費助成や生活支援を受けるために必要な証明書である．RAによる機能障害は身体障害者福祉法に基づき，肢体不自由として1級から6級に分類される．申請には「障害の固定」（一般的には6か月程度）が重要であり，治療により病勢が安定しても関節の変形や可動域制限が残存する場合に該当する．なお，人工骨頭もしくは人工関節置換術を実施した場合，術後の経過が安定した時期の関節可動域や筋力テストの結果に応じて評価がなされる点に注意する．

障害等級は，身体障害者福祉法第15条に基づく指定医（原則5年以上の臨床経験を有し，身体障害者の福祉に理解を有する者，都道府県もしくは政令指定都市に申請し指定を受けた医師）が記載した診断書◆資料6-1に基づいて判定される．申請は市区町村の福祉窓口で行い，診断書には障害の程度や日常生活への影響を具体的に記載する必要がある．多くの自治体で医療費負担の軽減や訪問看護，補装具の支給や住宅改修費の助成，公共交通機関の割引，税金の免除などが受けられるが，等級による支援内容は自治体により異なるため確認が必要である◆資料6-2．身体障害者手帳は福祉制度であり，障害年金とは異なり保険料納付要件は不要である．

◆資料6-1
身体障害者診断書・意見書（肢体不自由）記載時の留意点

◆資料6-2
身体障害者手帳で受けられるサービス（患者支援ガイドp.112～113）

7 高額療養費制度について知っておくべきことは何か？

1. 高額療養費制度

1か月（同月内）に支払った医療費が高額となった場合，所得や年齢に応じた自己負担限度額（限度額）を超えた額の払い戻しを受けることができる◆資料7-1．詳細は厚生労働省ウェブサイト◆資料7-2を参照．

①世帯合算

1つの医療機関等（院外処方に基づく保険薬局での医療費は処方元の医療機関に含まれる）での自己負担では限度額を超えないときでも，同じ月の別の医療機関等での医療費や世帯内（同一保険の被保険者と被扶養者の関係，同居非同居は問わない）の他の者の医療費について合算することができる．ただし，69歳以下（70歳になる誕生月まで）の場合は，1医療機関あたり一定の金額以上の医療費のみ合算される．同じ医療機関でも，入院と外来，医科と歯科は別に計算する．申請期限は，診療を受けた翌月初日から2年以内となる．

②多数該当

初めて限度額を超えてから12か月以内に3回限度額を超えた場合には，4回目以降は多数該当となり，自己負担額がさらに軽減される．これは，保険者が同一であれば，翌年も継続され，収入の増減により適用区分が変更となっても多数該当は継続される．

③限度額適用認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）

あらかじめ手続きをすることにより，医療費の窓口負担が①の限度額までとなる制度である．69歳以下の全員，70歳以上の住民税非課税の者，現役並みの収入の者が対象で，申請は加入医療保険の窓口となる．

④付加給付

加入の健康保険組合によっては，組合独自の「付加給付」として，①の共通の額よりも低い負担の上限額を設定している場合がある．付加給付の金額，申請方法などは加入の健康保険組合の窓口となる．

2. 高額介護合算療養費制度

高額療養費制度のような月単位での負担軽減があっても，年単位としては重い負担が残る場合に負担を軽減する制度である．

医療保険の世帯内で，医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日から翌年7月31日まで）の自己負担の合算額が高額であった場合，所得や年齢に応じた限度額を超えた額の払い戻しを受けることができる◆資料7-1．申請をすることにより，介護保険に係る部分は「高額医療合算介護サービス費」として，医療保険に係る部分は「高額介護合算療養費」として負担額の一部が払い戻される．

◆資料7-1
高額な医療費に対する支援制度（患者支援ガイドp.114～117）

◆資料7-2
厚生労働省：高額療養費制度を利用される皆さまへ

8 障害者就労支援について知っておくべきことは何か?

「障害者総合支援法」には以下に示す就労関連支援事業がある．対象者は身体障害者手帳所持者，もしくは対象となる疾患の患者でRAも含まれる．支援が必要な場合は，市町村や保健所の担当窓口，障害者相談支援事業所などのソーシャルワーカーなどに相談する．

①就労移行支援：一般企業への就労希望者に，一定期間，就労に必要な知識および能力向上のために必要な訓練を行う．就職活動準備や企業見学支援など．

②就労継続支援：一般企業などでの就労困難者に，働く場を提供するとともに，知識および能力向上のために必要な訓練を行う．

③就労定着支援：一般就労移行者に，就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う．例えば，就労後の体調不良などに関して，企業や関係機関との連絡調整や課題解決に向けた支援など．

また，障害者である患者が就職先を考える際，障害を開示すべきか，障害者枠での応募を考えるべきか，などで悩む場合がある．障害の開示/非開示にはいずれもメリット/デメリットがあるので注意する◆資料8．「障害者枠」への応募には障害者手帳の所持が必要となるが，「一般枠」への応募時には障害の開示は必須ではない．

障害者就労の相談先には，ハローワーク（「難病患者就職サポーター」を配置）や全国に設置された障害者就業・生活支援センターなどがある．

◆資料8
障害の開示/非開示にするメリット/デメリット
（患者支援ガイドp.124～125）

Column 2 介護支援専門員が医師に望むこと

在宅における介護支援専門員は，利用者および家族などに健康状態やご希望の生活に合わせて，生活課題を明確化して，ケアプランを作成・実行し，自立した生活を支援します．利用者の心身状態を明らかにし，解決しなければならない生活課題と支援の方針を導くためには，リウマチ患者さんの主治医意見書などの医療情報が不可欠です．これらの情報は，健康状態や生活機能低下の原因を把握するうえで重要であり，在宅生活を継続していくにあたっては，治療内容などの情報共有と医療機関との連携を期待しています．

Column 3 社会福祉士が医師に望むこと

リウマチとは経過が長く辛い病気というイメージがありました．今回，研究班でご一緒させていただく過程で，画期的な新薬や目を見張る治療法のこと，先生方が私たち福祉職との連携を重んじてくださることを知りました．

私たち社会福祉士は，患者さんの日常生活における不具合を見つけ，生活環境を整える役割を担っています．医師が施す治療に患者さんが適切に向き合えるためには，在宅での暮らしぶりを十分に把握する必要があります．その際には是非お声がけください．先生方のお手伝いをさせていただきます．

9 在宅医療について知っておくべきことは何か?

在宅医療とは?

自宅や高齢者施設（**Q1～表 参照**）に訪問して診療や治療，処置などを行うもので，医師による訪問診療や往診，看護師による訪問看護，理学/作業療法士による訪問リハビリテーションなどが含まれる．

訪問診療の頻度は通常月に2回（1～4回），訪問看護や訪問リハビリテーションは患者の状態と介護保険の利用状況などから決定される（通常週1～2回）．しかし，傷の処置などで看護師の頻回訪問が必要な場合は，医療保険適用とはなるが，訪問診療医による特別指示書により訪問可能となる．在宅診療移行後も医療機関への通院は可能であり，例えば年に1～2回リウマチ専門医を受診するなども可能である．

在宅医療にかかる費用と患者負担

在宅医療にかかる費用を**図**に示す．薬剤費や血液検査費用は都度請求できるため，在宅診療においても生物学的製剤やJAK阻害薬をはじめとする高額薬剤は必要に応じて使用可能である．

在宅医療は介護保険や加入の医療保険を利用することができ，原則として1～3割が自己負担となる．自己負担額が高額になった場合の軽減措置として，介護サービスの利用者負担の合計額（同一世帯内に複数の利用者がいる場合にはその合算）に応じた「高額介護サービス費」（**表1**），医療保険と介護保険の自己負担額の合算に応じた「高額医療・高額介護合算療養費制度」などが設けられている（**表2**）．

図 在宅医療にかかる費用

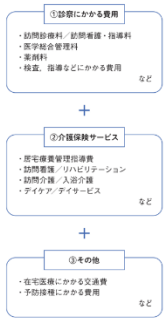


表1 高額介護サービス費

区分	限度額（月額）
課税所得690万円以上（年収約1,160万円以上）	140,100円（世帯）
課税所得380～690万円（年収約770～1,160万円）	93,000円（世帯）
住民税課税者あり，課税所得380万円（年収約770万円）未満	44,400円（世帯）
世帯全員が住民税非課税	24,600円（世帯）
うち前年の年金収入+その他の合計所得が80万円以下	15,000円（個人）
生活保護受給者	15,000円（個人）

表2 高額医療・高額介護合算療養費制度

70歳未満の世帯	
所得要件（8月1日～翌7月31日）	限度額（年額）
901万円超	212万円
600万円超901万円以下	141万円
210万円超600万円以下	67万円
210万円以下	60万円
住民税非課税世帯	34万円

70～74歳の世帯・75歳以上の世帯	
所得要件（8月1日～翌7月31日）	限度額（年額）
課税所得690万円以上	212万円
課税所得380万円以上690万円以下	141万円
課税所得145万円以上380万円以下	67万円
課税所得145万円未満	56万円
住民税非課税世帯	31万円
住民税非課税世帯（世帯所得0円）	19万円

在宅医療への移行を考えた際に考慮すること

①全身評価

在宅移行後はさまざまな検査のハードルが上がる．機器を用いた検査は改めて受診が必要となるため，骨密度や各種画像検査なども含め，必要に応じて移行前に全身評価を行っておくことが望ましい．また，関節機能やADLなども再評価し，装具や自助具の作製なども検討する．

②治療薬の整理

前述のとおり生物学的製剤やJAK阻害薬なども使用可能なため，必要な治療であれば継続が望ましい．しかし，現在の疾患活動性，在宅移行後の薬剤管理，アドヒアランス，家庭環境（独居，老々介護），介護サービス（訪問薬局や服薬介助）の利用予定，在宅診療主治医のRA治療に対する親和性などを総合的に考慮し，移行前に治療薬を見直しておくことも重要である．管理面から内服回数を最小限（できれば分1朝食後）にまとめられないか，安全面から規定通り内服できそうか（グルココルチコイド連日やメトトレキサート週1回など），などを検討する．場合によっては注射剤に変更し，医師や看護師が訪問した際に投与する方が安全かつ確実な薬剤もあるため，投与経路についても検討する．

"リハビリテーション"内容の違いについて

在宅患者に実施されるリハビリテーションは，利用するサービスの違いにより内容も異なるため，十分理解しておく必要がある（**表3**）．

RA患者における在宅医療のメリット/デメリット

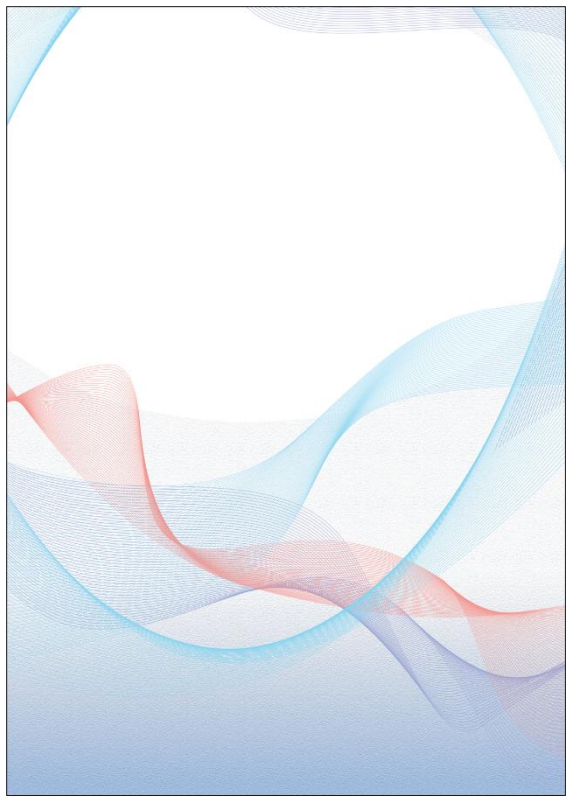
- **メリット**：独居や老々介護増加のなか，本人および家人にとって通院負担の軽減は大きく，24時間対応（原則）で多職種の支援を受けられる安心感もある．外出に伴う感染リスクも低減でき，各種ワクチンも自宅で接種可能．
- **デメリット**：リウマチ診療に精通した在宅医療スタッフが少ないため，専門的な対応は期待し難く，薬剤の副作用や合併症への対応も懸念される．そのため，診療情報提供書には患者の状態や治療内容に応じた留意点をより具体的に記載しておく．

在宅医療にかかわる介護・福祉スタッフとの連携

介護支援専門員，訪問介護員，社会福祉士などとの連携も重要であるが，RA患者への対応に不慣れな場合が多い．指示書作成時などにも専門用語を控え，平易な表現を用いるよう心がける．

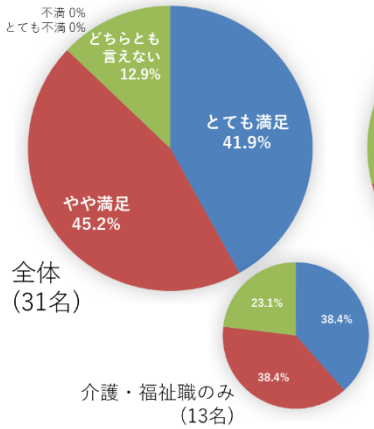
表3 在宅医療におけるリハビリテーション

サービス	訪問リハビリテーション	訪問看護のリハビリテーション	デイケア（通所リハビリテーション）	デイサービス（通所介護）
概要	自宅でリハビリ専門職による訓練を受け，ADL向上や自立生活維持を目指す	訪問看護ステーションに所属するリハビリ専門職により提供されるサービス	通所し，リハビリ専門職の指導のもとで身体機能の改善や維持を図る	日常生活支援やレクリエーション活動に加え，簡易的なリハビリを実施することあり（※）
提供場所	利用者の自宅	利用者の自宅	デイケアセンターや病院併設施設	デイサービス施設
提供者	理学療法士，作業療法士，言語聴覚士	理学療法士，作業療法士，言語聴覚士	医師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士	介護福祉士，看護師（リハビリ専門職がいる場合もある）
対象者	自宅での生活動作に支障がある方，自力で外出が困難な方	病状の管理が必要で医療ケアを求める方	比較的程度で通所が可能な方，リハビリが必要と判断された方	自立生活支援が必要な高齢者や程度の介護が必要な方
補足	病院・診療所，介護老人保健施設，介護医療院が運営	訪問看護ステーションが運営，制度上「訪問リハビリテーション」とは区別される	医師が常駐している	※リハビリ専門職によるリハビリに特化した「リハビリ特化型デイサービス」もある

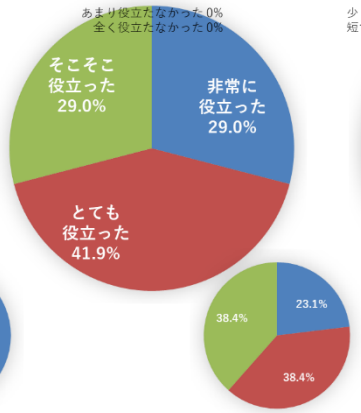


＜資料 3＞ Web 後援会に関するアンケート結果

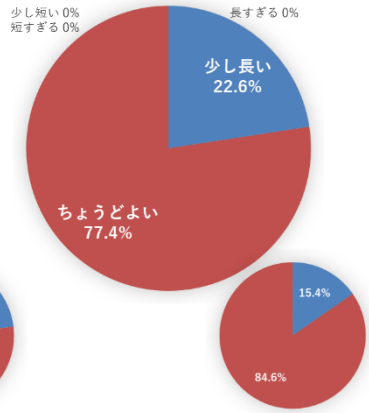
Q1.講演会にどの程度満足していますか?



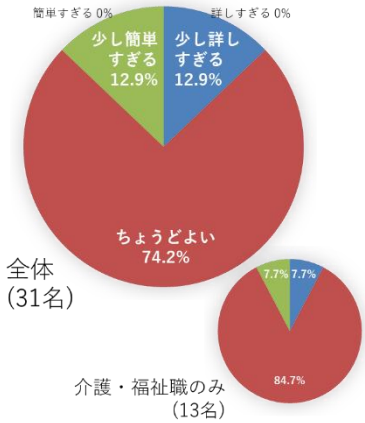
Q2.講演会の内容はどの程度役に立ちましたか?



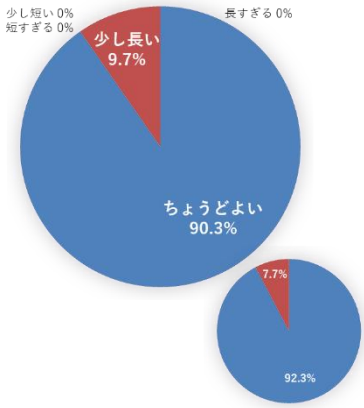
Q3.講演会の時間(全体で2時間)について



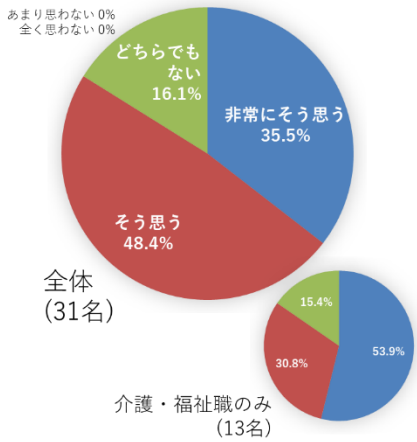
Q4.一つ一つの講演内容について



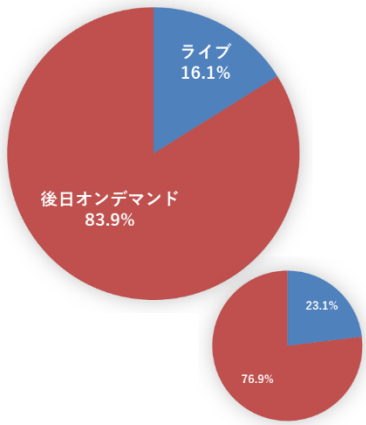
Q5.一つ一つの講演時間(約15分)について



Q6.オンデマンドを継続したら他の人にも視聴を勧めたいですか?

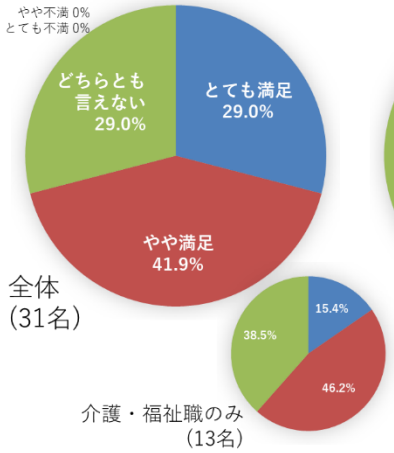


Q7.講演会の視聴方法を教えてください

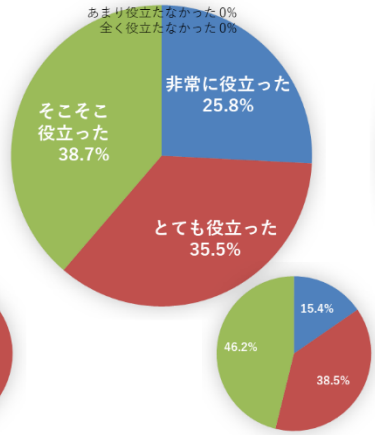


＜資料 4＞ 『介護・福祉スタッフのための関節リウマチ Q&A ～すぐわかる患者支援ガイド～』に関するアンケート結果

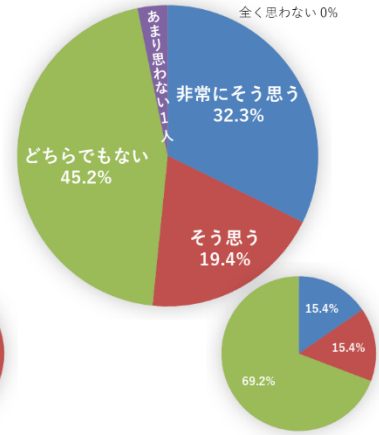
Q8.「ガイド」に満足していますか?



Q9.「ガイド」の内容は役に立ちましたか?



Q10.「ガイド」を他の人にも勧めたいですか?



厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
分担研究報告書

悪性腫瘍および悪性リンパ腫を発症した関節リウマチ患者における抗リウマチ薬治療の安全性に関する研究

研究分担者　川畑 仁人　聖マリアンナ医科大学・リウマチ・膠原病・アレルギー内科学　主任教授
杉原 毅彦　東邦大学・医学部内科学講座膠原病学分野 准教授
松井 利浩　国立病院機構相模原病院臨床研究センター・リウマチ性疾患研究部 部長
研究協力者　鈴木翔太郎 聖マリアンナ医科大学・リウマチ・膠原病・アレルギー内科学　助教

研究要旨

高齢化とがん治療成績の向上に伴い、悪性腫瘍既往を有する関節リウマチ患者に対し、腫瘍再発への影響を考慮しながら適切に疾患活動性を制御することは重要な臨床課題である。本研究では、日本リウマチ性疾患データベース（National Database of Rheumatic Diseases in Japan: NinJa）を用い、関節リウマチ患者における悪性腫瘍発生後の抗リウマチ薬治療と腫瘍再発との関連を検討した。本年度は、2014～2023年度の NinJa データを対象に、固形がんを中心とするがん既往例の発生・再発状況と治療実態を記述するとともに、悪性リンパ腫について薬剤曝露と再発リスクの解析を行った。がん既往例 1,034 例のうち、観察期間中に一度でも再発を認めた症例は 74 例であり、初発がんの内訳では乳がん、肺がん、胃がん、大腸がんが多かった。悪性リンパ腫については、NinJa 登録 33,965 例中 307 例が抽出され、解析条件を満たした 254 例を csDMARDs 群、抗 IL-6 受容体抗体群、その他の生物学的製剤／JAK 阻害薬群に分類した。12 か月ランドマーク解析では、抗 IL-6 受容体抗体使用中群で 43.63 人年中再発 0 例、非使用群で 561.77 人年中 20 例であり、Exact IRR は 0.00（95%信頼区間 0.019-5.19）であった。6 か月および 24 か月ランドマーク、ならびに年度単位の人年法 IRR 解析でも、抗 IL-6 受容体抗体による明らかな再発リスク上昇は認められなかった。ただしイベント数は少なく信頼区間は広いため安全性を断定するものではない。以上より、本邦実臨床データに基づき、悪性腫瘍既往を有する関節リウマチ患者の治療選択に資する基盤的知見が得られた。

A．研究目的

本研究は、悪性腫瘍および悪性リンパ腫を発症した関節リウマチ患者において、悪性腫瘍発生後に使用される抗リウマチ薬と腫瘍再発との関連を明らかにし、がん既往例に対する関節リウマチ治療の安全性評価に資する実臨床エビデンスを構築することを目的とする。特に本年度は、NinJa データベースを用いて、がん既往関節リウマチ患者の腫瘍発生・再発状況、がん発症後の薬剤使用実態、および悪性リンパ腫における抗 IL-6 受容体抗体を含む生物学的製剤・JAK 阻害薬の使用と再発リスクとの関連を検討した。

B．研究方法

日本リウマチ性疾患データベース（National Database of Rheumatic Diseases in Japan: NinJa）に登録された 2014～2023 年度の関節リウマチ患者を対象とした。固形がんを中心とする解析では、2022 年度時点でがん既往を有する患者を抽出し、観察期間中に一度も再発を認めない症例を非再発例、一度でも再発を認めた症例を再発例と定義した。初発がん診断時年齢、がん種、転帰、初発がん発症時および発症 6 か月後の抗リウマチ薬使用状況、再発時および再発 6 か月後の薬剤使用状況を記述的に集計した。

悪性リンパ腫の解析では、2014～2023 年度の悪性リンパ腫の初発診断が記録され、診断年月日、再発年月日または最終観察日が明記され、診断年度またはその直前年度の患者情報、ならびに診断後から再発または最終観察年までの連続した登録情報を有する症例を評価対象とした。観察期間不適切例およびベースライン・追跡情報の欠損例を除外した。

薬剤曝露は、抗 IL-6 受容体抗体（トシリズマブ、サリルマブ）使用例、抗 IL-6 受容体抗体以外の生物学的製剤または JAK 阻害薬使用例、および csDMARDs 群に分類した。主解析として悪性リンパ腫診断 12 か月後をランドマークとし、その時点で生存・無再発かつ以後の追跡を有する症例を対象に、ランドマーク以降の再発をイベントとして解析した。感度解析として 6 か月および 24 か月ランドマーク解析を実施した。

さらに、年度単位で曝露を更新する人年法により発生率と incidence rate ratio（IRR）を算出

し、同年イベントを同年曝露へ帰属する解析と、逆因果を緩和するため前年曝露へ帰属する解析を行った。イベント数が少ないことを考慮し、Exact 法および Firth 補正 Poisson 回帰を用いた。補助解析として ever exposure に基づく Cox 比例ハザードモデルも検討した。

（倫理面への配慮）

本研究は「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」に則り、聖マリアンナ医科大学倫理審査委員会の承認（承認番号 4366 号）を経て行われた。

C．研究結果

2022 年度時点でがん既往を有する関節リウマチ患者は 1,034 例であり、そのうち非再発例は 960 例、再発例は 74 例であった。女性は 745 例、関節リウマチ発症時年齢は平均 57.3 歳、2022 年度時点の年齢は 73.2 歳、初発がん診断時年齢は 65.9 歳であった。初発がんの内訳は、乳がん 209 例、肺がん 136 例、胃がん 131 例、結腸がん 116 例が多く、再発例における初発がんから再発までの期間は平均 51.5 か月であった。初発がん発症時には csDMARDs 620 例、MTX 436 例、生物学的製剤／JAK 阻害薬 190 例、プレドニゾロン 269 例が使用されていた。初発がん発症 6 か月後には csDMARDs 516 例、MTX 290 例、生物学的製剤／JAK 阻害薬 87 例、プレドニゾロン 291 例であり、がん発症後も一定数で抗リウマチ薬治療が継続または再開されていた。

悪性リンパ腫については、NinJa 登録 33,965 例のうち 307 例が抽出され、観察期間不適切例 38 例、ベースライン情報欠損 2 例、追跡情報欠損 12 例、ベースラインおよび追跡情報欠損 1 例を除外し、254 例を最終解析対象とした。薬剤群は csDMARDs 群 162 例、抗 IL-6 受容体抗体群 54 例、その他の生物学的製剤／JAK 阻害薬群 38 例であった。再発はそれぞれ 18 例(11.1%)、4 例(7.4%)、3 例(7.9%)で、群間差は有意ではなかった（p=0.665）。ever exposure に基づく Cox 解析では、csDMARDs 群を基準としたハザード比は抗 IL-6 受容体抗体群 0.4626（95%信頼区間 0.1569-1.364、p=0.1622）、その他の生物学的製剤／JAK 阻害薬群 0.8038(95%信頼区間 0.3008-2.148、p=0.6632）であった。

ランドマーク解析では、12 か月時点の抗 IL-6 受容体抗体使用中群で 43.63 人年中再発 0 例、非使用群で 561.77 人年中 20 例であり、Exact IRR は 0.00（95%信頼区間 0.019-5.19）であった。6 か月ランドマーク解析では抗 IL-6 受容体抗体使用中群 1 例／31.49 人年、非使用群 23 例／684.12 人年で IRR 0.94（95%信頼区間 0.125-3.15）、24 か月ランドマーク解析では 1 例／57.77 人年、9 例／362.25 人年で IRR 0.70（95%信頼区間 0.089-2.69）であった。年度曝露の前年固定解析でも、抗 IL-6 受容体抗体は csDMARDs のみとの比較で IRR 0.56（95%信頼区間 0.16-1.93）、他の生物学的製剤／JAK 阻害薬との比較で IRR 0.78（95%信頼区間 0.16-3.85）であり、いずれも統計学的有意差は認めなかった。

D．考察

本研究では、NinJa データベースにより、がん既往を有する関節リウマチ患者における初発がんの種類、再発の頻度、およびがん発症後の抗リウマチ薬使用実態を本邦の実臨床データとして整理した。がん既往例では高齢者が多く、乳がん、肺がん、胃がん、大腸がんなど頻度の高い固形がんが中心であったが、再発例は全体の一部に限られた。がん発症後も csDMARDs や生物学的製剤／JAK 阻害薬が使用されており、腫瘍既往例における関節リウマチ治療の実態と安全性評価の必要性が改めて示された。

悪性リンパ腫の解析では、抗 IL-6 受容体抗体使用例において再発リスクの明らかな上昇は認められず、複数の感度解析でも同様の結果であった。さらに、ランドマーク解析、人年法 IRR 解析および ever exposure に基づく Cox 解析における抗 IL-6 受容体抗体の点推定値は、いずれも 1 を下回り、再発がやや少ない可能性を示唆する方向であった。ただし、いずれの解析においても統計学的有意差は認めず、イベント数が少なく信頼区間も広いため、抗 IL-6 受容体抗体が再発リスクを低下させる、あるいは安全であると断定することはできず、本結果は今後検証すべき仮説を生成する所見として解釈することが妥当である。

NinJa は年 1 回登録であるため曝露とイベントの厳密な前後関係、薬剤変更、immortal time bias、がんの病期や腫瘍治療内容による交絡には限界がある。本年度は、ランドマーク解析、年度割付を変えた人年法 IRR、Exact 法および Firth 補正を用いることで、これらの限界に配慮した解析を行った。今後は、固形がんにおけるがん種別・発症時期別の層別化、腫瘍治療内容や患者背景を加味した解析を進める必要がある。

E．結論

本年度は、2014～2023 年度の NinJa データを用い、がん既往関節リウマチ患者の腫瘍発生・再発状況と、悪性腫瘍発生後の抗リウマチ薬使用実態

を明らかにした。また、悪性リンパ腫を発症した関節リウマチ患者 254 例を対象に、抗 IL-6 受容体抗体を含む生物学的製剤・JAK 阻害薬と再発リスクとの関連を検討した。

抗 IL-6 受容体抗体使用例では、ランドマーク解析および人年法 IRR 解析において悪性リンパ腫再発リスク上昇を示す明確な所見は得られず、各解析の点推定値は一貫して 1 を下回り、再発が少ない方向の仮説を支持する結果であった。一方で、イベント数が限られ、信頼区間も広く、統計学的有意差は認められないため、抗 IL-6 受容体抗体の安全性や再発抑制効果を断定することはできない。これらの結果は、悪性腫瘍既往を有する関節リウマチ患者における治療選択の基礎資料となるとともに、抗 IL-6 受容体抗体使用下で悪性リンパ腫再発がやや少ない可能性について、今後検証すべき仮説生成的所見と位置づけられる。今後の固形がんを含めた層別化解析および臨床的意思決定支援につながるものと考えられる。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1．論文発表

Matsui T, Kamezaki-Nakagawa A, Hoshi M, Hirano H, Sugiyama N, Hirano T, Enami M, Toyoizumi S, Matsuyama F, Murata T, Urata Y, Kawahata K, Tohma S. Incidence and risk of malignancy in japanese patients with rheumatoid arthritis in the national database of rheumatic diseases in Japan (NinJa Database). International journal of rheumatic diseases, 2025;28(7)：e70363.

2．学会発表.

無し

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1．**特許取得**　なし
2．**実用新案登録**　なし
3．**その他**　なし

厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
分担研究報告書

高齢期関節リウマチ患者の治療戦略の確立に関する研究

研究分担者　杉原毅彦　東邦大学・医学部内科学講座膠原病学分野　准教授

研究要旨

関節リウマチ(RA)は免疫異常を背景に、関節滑膜組織の増殖による関節破壊をもたらす疾患であり、患者の quality of life(QOL)に多大な影響を与える。近年、メトトレキサート(MTX)と分子標的薬を中心とした治療戦略が確立し、発症年齢の高齢化、RA の治療成績向上と生命予後の改善に伴い、RA 患者が高齢化している。そこで、前期から後期高齢期で発症した RA の寛解達成あるいは低疾患活動性を達成するための治療戦略、中年期以降に発症した患者の長期的な予後と、健康寿命延長を可能とする治療戦略を検討する必要がある。一般的に、身体機能低下と併存症の増加は、フレイルと要介護と関連することが知られている。そこで我々は既存のコホートと新たに開始する前向きコホート研究により、併存症の増加、身体機能低下に関連する因子を明らかにし、中年期から前期高齢期、後期高齢期への移行期における RA 治療戦略の確立を目指す。

A．研究目的

1. 加齢に伴う筋力低下、生理機能低下、認知機能低下に加え、関節リウマチ(RA)の進行による身体機能低下と併存症の増加により、虚弱がすすみ要介護となる。csDMARDs あるいは分子標的薬で治療中の患者の疾患活動性、併存症と身体機能、生活機能、認知機能を評価し、RA 患者によるダメージの蓄積とフレイルの進行を明らかにする。

2.我々は寛解を達成している高齢者の身体機能低下に年齢とグルココルチコイド(GC)が相互的に関連していることをすでに報告している(Clin Rheumatol 2025 DOI: 10.1007/s10067-025-07599-2)。女性も身体機能低下の関連因子であった。介護、在宅医療の現場における患者支援を検討する上で性差は一つの重要な要素と考えられる。そこで、性差と RA の身体機能について評価する。

B．研究方法

1.Rheumatoid arthritis cohort on transitional medicine from middle age to old age (ATOMM コホート：参加施設:国立病院機構相模原病院、東京都健康長寿医療センター、仁愛医院、東京科学大学、東邦大学医療センター大森病院) のベースラインデータと、京都大学の KURAMA コホートのデータを二次利用し、50 歳以上の RA 患者 883 名を対象とした横断解析を実施した。併存症については、動脈硬化、心血管病変、呼吸器疾患、感染症、骨関節疾患、悪性腫瘍、自己免疫疾患、脳血管病変、消化器疾患、腎疾患について表 1 に示す項目を評価した。併存症に関する項目数をカウントし Comorbidity score と定義した。また、既知の併存症評価方法として Rheumatic disease comorbidity index (RDCI)を評価した。抑うつは PHQ-2、身体機能は HAQ-DI、認知・意欲・生活機能は DASC8 を用いて評価した。

2. 既存コホートの National Database of Rheumatic Diseases in Japan (NinJa) データベースを使用した解析を行った。2021 年度調査の臨床データを使用して、身体機能指標の HAQ-DI をアウトカムとして性差と HAQ-DI に関する関連を多変量解析で評価した。

（倫理面への配慮）

既存のコホート研究(ATOMM、KURAMA データ二次利用)については倫理申請を終えている。

C．研究結果

1. ATOMM コホート、KURAMA コホートの解析

解析した RA コホート 883 例の平均年齢 68.2 歳、女性が 84%, SDAI は平均 4.8、MTX が 60.3%、生物学的製剤が 51.2%、GC は 31.7%で使用され、GC 使用者の平均投与量はプレドニゾロン換算で 3.3mg だった（表 2)。併存症の頻度は表 3 に示した。高血圧が 34.5%、脂質異常症が 28.7%、糖尿病が 5.4%、間質性肺疾患が 10.4%, 帯状疱疹既往が 31.0%, 骨粗鬆症の治療が 33.7%、悪性リンパ腫が 1.9%であった。Comorbidity score の平均は 3.75、RDCI の平均は 1.82 で、両者の相関係数は 0.789 と相関をみとめた。全体の 90.9%が Comorbidity score 1 点以上、79.3%が 2 点以上であり、多疾患併存を有していた。併存症と関連すると思われる臨床的に重要な項目として、年齢、性別、手足レントゲンの Stage、SDAI、MTX の有無、分子標的薬

有無、GC の有無、HAQ-DI、抑うつ、DASC8 を独立変数としステップワイズ法で重回帰解析をおこなったところ、年齢、手足レントゲンの Stage、MTX 未使用、GC の使用、HAQ-DI が併存症の増加と関連した(表 4)。臨床的な重要性を考慮して、GC 投与群と非投与群での Comorbidity score を確認したところ、動脈硬化、呼吸器疾患、骨関連疾患、悪性腫瘍、神経疾患、自己免疫疾患、腎疾患で GC 投与群のほうが非投与群よりスコアが高かった。
GC 投与群 280 名について、GC 曝露期間別に併存症スコアを比較したところ、GC 曝露が 2 年を超える群では、2 年以下の群と比較して Comorbidity score が有意に高かった（図 1)。また、骨関連疾患は全併存疾患領域のなかで最も高頻度であり、骨関連系併存症に着目して追加解析を行った。骨関連疾患の Comorbidity score を 4 群に分類して比較したところ、スコアが高い群ほど年齢、女性の割合、GC 使用率が高く、骨疾患系以外の Comorbidity score も高値であった（表 5)。一方で、GC 投与量そのものには群間差を認めなかった。さらに、骨疾患系 Comorbidity score 2 点以上を従属変数として多変量ロジスティック回帰解析を行ったところ、手足レントゲンの stage ベースライン HAQ-DI、筋骨格系以外の併存症スコアが有意に関連した。

2. NinJa コホートの解析

2021 年度の調査データ 17181 名からデータ欠損症例を除いて、解析に使用する対象患者 11645 名を抽出した(表 6)。HAQ-DI は、年齢、罹患期間、疾患活動性、関節破壊の程度で調整後も、男性よりも女性で不良であった。HAQ-DI のすべてのドメインで性差がみられ、特に『食事』、『届く範囲』、『握力』、『家事や雑用』で顕著であった。性差がみられたドメインの傾向は、 70 歳未満の群、70 歳以上の群で同様であった。

D．考察

併存症を網羅的に評価し定量化することで、RA 患者における併存症の蓄積を評価できると考えられた。併存症の中で、RA 以外の筋骨格疾患に関するスコアが最も高く、筋骨格疾患とその他の併存症は互いに関連しながら併存症を増加させ悪循環になっていると考えられた。さらにその悪循環に年齢、関節破壊の進行、MTX 未使用、身体機能、と GC の使用が関連していた。

NinJa データベースを使用した性差と HAQ-DI との関連から、70 歳未満、70 歳以上とも女性のほうが、疾患活動性を調整しても HAQ-DI が高いことが示唆された。

E．結論

我々の研究により、医学的、科学的根拠をもとに、併存症の蓄積と要介護への進行を遅くするため治療戦略を確立できることが期待される。また現在の身体機能正常の指標である HAQ-DI0.5 以下であるが、男性では HAQ-DI の目標値を女性より低く設定する必要性が示唆された。

F．健康危険情報

特になし

G．研究発表

1. 論文発表

なし.

2. 学会発表.

1) 入田泉、杉原毅彦、橋本求、松本拓実、竹中健智、久保かなえ、松尾祐介、木村直樹、大西輝、田中真生、津野宏隆、南木敏宏、松井利浩 関節リウマチ患者における併存症の蓄積に関連する因子の検討　第 69 回日本リウマチ学会総会・学術集会　ワークショップ, 2025 年 4 月
2) 戸倉　雅, 平野　史生, 長谷川　久紀, 杉原毅彦, 當間　重人,保田　晋助,松井　利浩 NinJa データベースを用いた HAQ-DI(Health AssessmentQuestionnaire-Disability Index)の性差の解析 第 69 回日本リウマチ学会総会・学術集会　ワークショップ, 2025 年 4 月

H．知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

表 1　併存症の蓄積の評価方法(ATOMM コホート、Comorbidity score)

動脈硬化(3 項目)	1.薬物治療要する高血圧、2.脂質異常症、3.糖尿病
心疾患(7 項目)	1.薬物治療要する狭心症，2.心筋梗塞，3.狭心症か心筋梗塞による入院，4.心不全，5.心不全による入院，6.心臓カテーテル治療，7. 心臓の外科手術
呼吸器疾患 (5 項目)	1.間質性肺疾患，2.気道病変（細気管支炎、気管支拡張症）3.副腎皮質ステロイド要する呼吸器疾患，4. 軽労作で呼吸困難，5. 在宅酸素療法
感染症 (6 項目)	1. 感染症による入院，2. 感染症による複数回の入院，3.ニューモシスチス肺炎，4.結核，5.非結核性抗酸菌症，6.帯状疱疹
骨関節疾患 (5 項目)	1.薬物治療要する骨粗鬆症，2.脊椎圧迫骨折，3.大腿骨頸部骨折，4.その他の骨折，5.整形外科手術
悪性腫瘍 (6 項目)	1.固形癌，2.化学療法を要する固形癌，3.外科手術あるいは放射線治療を要する固形癌，4.悪性リンパ腫，5.化学療法を要する悪性リンパ腫，6. 免疫抑制薬の中止で改善した悪性リンパ腫、LPD
自己免疫疾患 (2 項目)	1.ILD 以外の関節外病変，2.膠原病疾患、自己免疫性疾患
脳血管病変(3 項目)	1.脳梗塞、脳血管障害，2.運動神経麻痺，3.認知症
消化器疾患 (4 項目)	1.胃十二指腸潰瘍，2.治療要する B 型肝炎，3.治療要する C 型肝炎， 4.肝硬変
腎疾患(3 項目)	1. eGFR<60，2. eGFR<30，3. 血液透析

表2　患者背景

年齢，mean(SD)	68.2（11.1）
女性，%	84.0
抗 CCP 抗体，%	77.8
SDAI，mean(SD)	4.8（4.7）
腫脹関節数，mean(SD)	0.7（1.5）
圧痛関節数，mean(SD)	0.6（1.2）
患者 VAS，mean(SD)，mm	14.1（20.2）
医師 VAS，mean(SD)，mm	4.9（8.3）
CRP，mean(SD)	0.36（1.00）
HAQ-DI，mean(SD)	0.46（0.67）
eGFR，mean(SD)	66.8（16.6）
MTX，%	60.3
bDMARDs，%	51.1
GC，%	31.7
PSL，mean(SD)，mg/day	3.3（1.9）

表3　併存症頻度

高血圧，%	34.5	骨粗鬆症の治療，%	33.7
脂質異常症，%	28.7	脊椎圧迫骨折，%	9.6
糖尿病，%	5.4	大腿骨頸部骨折，%	4.7
狭心症，%	3.9	その他の骨折，%	19.2
心筋梗塞，%	1.4	固形癌，%	12.1
心不全，%	1.8	悪性リンパ腫，%	1.9
間質性肺疾患，%	10.4	抗がん剤，%	1.0
気道病変，%	4.6	その他の膠原病，%	5.0
過去１年間の感染症の入院歴，%	0.9	脳梗塞，脳血管障害の入院歴，%	2.3
結核既往，%	3.9	認知症の既往，%	0.6
帯状疱疹既往，%	31.0	胃十二指腸潰瘍，%	14.3
ニューモシスチス肺炎既往，%	1.7	治療要する B 型肝炎，%	1.6
NTM 既往あるいは合併，%	2.9	治療要する C 型肝炎，%	0.2

表4 Comorbidity scoreと関連する因子　(横断的解析、重回帰分析:ステップワイズ法)

	非標準化係数		標準化係数	*P*
	β	95%CI	ベータ	
定数	-2.018	-3.170 ～-0.866		0.001
年齢	0.072	0.056 ～0088	0.290	<0.001
Steinbrocker の stage	0.283	0.135 ～ 0.432	0.125	<0.001
MTX 有無	-0.981	-1.318 ～ -0.643	-0.178	<0.001
GC 有無	0.454	0.092 ～ 0.815	0.080	0.014
HAQ-DI×8	0.104	0.072 ～ 0.136	0.225	<0.001

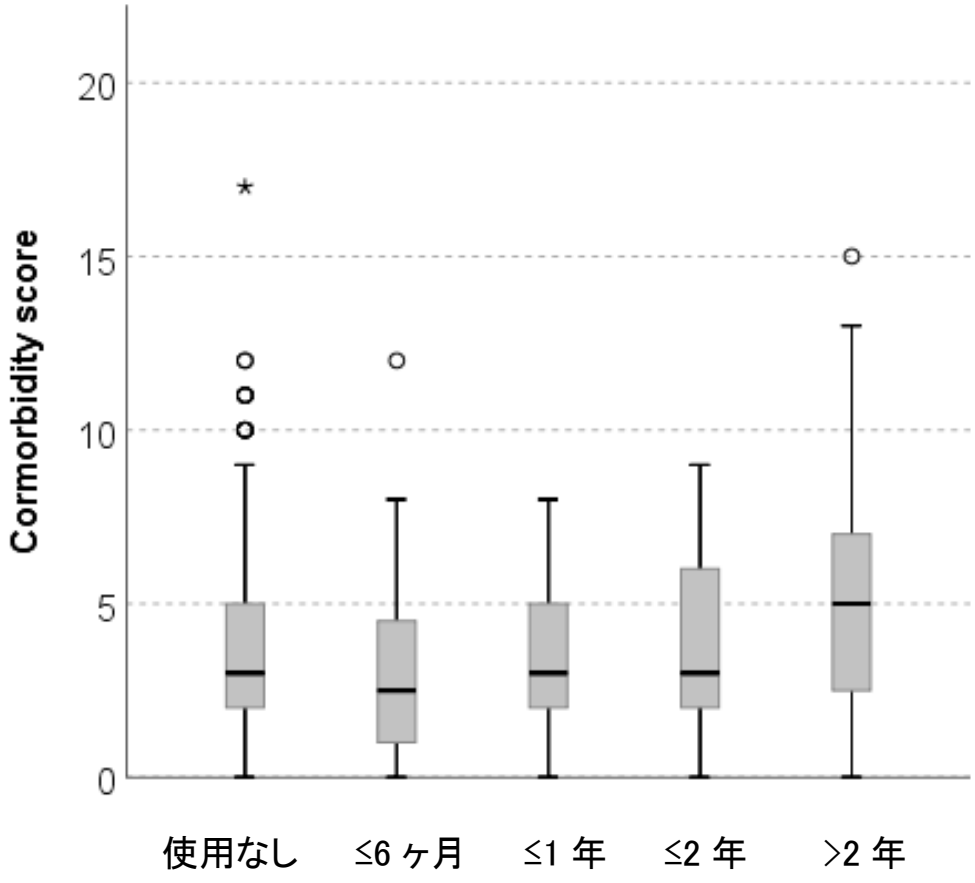
表5 骨関節疾患の重症度と臨床像

Comorbidity score (骨関連疾患のみ)	Score 0 n=318	Score 1 n=280	Score 2 n=191	Score 3-5, n=94	*P*
年齢, mean (SD), 年	64.8 (12.2)	69.2 (10.0)	70.2 (9.3)	73.2 (10.4)	<0.001
女性, %	77.0	86.1	88.5	92.6	<0.001
GC の使用頻度, %	21.7	32.9	40.3	44.7	<0.001
PSL 使用量, mg/day, (SD)	2.90 (1.70)	3.32 (1.96)	3.47 (2.19)	3.36 (1.68)	0.326
ビスホスホネートの使用頻度, %	6.6	18.3	31.4	24.5	<0.001
デノスマブの使用頻度, %	6.9	15.8	24.6	43.6	<0.001
PTH 製剤の使用頻度, %	0	0	0.5	3.2	<0.001
骨関連疾患以外の Comorbidity score, mean, (SD)	2.03 (1.94)	2.72 (2.21)	3.09 (2.17)	3.66 (2.52)	<0.001

表6 NinJaコホートの解析対象患者の背景

	解析対象症例 (N=10403)	女性 (N=8221)	男性 (N＝2182)
年齢（歳） 平均±SD	67.41±12.64	66.94±12.93	69.17±11.31
罹患期間(年) 中央値[四分位]	11.00 [5.00, 19.00]	12.00 [6.00, 20.00]	13.00 [6.00, 22.00]
BMI(kg/m^2) 平均±SD	22.48±3.80	22.23±3.84	23.42±3.52
DAS-28-CRP 中央値[四分位]	1.85 [1.38, 2.58]	1.87 [1.39, 2.61]	1.79 [1.36, 2.47]
HAQ-DI 中央値[四分位]	0.25 [0.00, 0.88]	0.25 [0.00, 0.88]	0.00 [0.00, 0.38]
Stage 分類			
I(人)	3734(35.9%)	2717(33.0%)	1017(46.6%)
II(人)	2867(27.6%)	2211(26.9%)	656(30.1%)
III(人)	1756(16.9%)	1462(17.8%)	294(13.5%)
IV(人)	2046(19.7%)	1831(22.3%)	215(9.9%)

図 1



別添 5

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
川人 豊	膠原病と内科的合併症	全国膠原病友の会編	膠原病ハンドブック　第4版	障害者団体定期刊行物協会	東京	2025	40-43
川人 豊	関節リウマチ診療ガイドラインJCR2024	針谷 正祥	リウマチ科	科学評論社	東京	2025	73(4): 345-352
川人 豊	関節リウマチ診療ガイドライン(JCR)2024	庄田 宏文	Medical Practice	文光堂	東京	2025	42(8): 1161-1167
房間 美恵	関節炎マネジメントにおける患者教育の重要性	針谷 正祥, 天野 宏一, 田村 直人, 藤尾 圭志, 中島亜矢子, 山岡 邦宏, 保田 晋助, 金子 祐子	リウマチ科	科学評論社	東京	2025	669-674
房間 美恵	膠原病看護外来における動機づけ面接	瀬在 泉	外来看護	日総研	名古屋	2025	90-101
房間 美恵	移行期若年性特発性関節炎患者の課題と支援 ～成人診療科リウマチ看護師の立場から～	森 雅亮	小児内科	東京医学社	東京	2025	1343-1344
房間 美恵	リウマチ性疾患患者の看護について	竹末 芳生, 一木 薫, 佐野 統, 東 直人	看護学テキストNiCE 病態・治療論[10] 感染症/アレルギー/膠原病　第2版	南江堂	東京	2025	336-340
松下 功	運動器疾患のリハビリテーション医療	田中 栄, 高木 理彰, 松田 秀一, 谷口 昇, 今釜 史郎	標準整形外科 第16版	医学書院	東京	2026	930-954
松下 功	義肢	田中 栄, 高木 理彰, 松田 秀一, 谷口 昇, 今釜 史郎	標準整形外科 第16版	医学書院	東京	2026	955-963

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Shoda H, Yamamoto Y, Matsui T, Tohma S, Sawada T.	Glucocorticoid sparing in rheumatoid arthritis patients treated with Janus kinase inhibitors: insights from the Japanese patient registry	Sci Rep	16(1)	13796	2026
Matsui T, Fusama M, Kawahata K, Sakai R, Sugihara T, Tsujimura M, Matsushita I, Yajima N, Isozaki T, Shimahara N, Suzuki S, Ono R, Taguchi S, Tohma S, Yanai R, Yamazaki H, Kadonaga T, Nakabayashi H, Ando C, Kojima M, Kawahito Y.	Awareness of Social Insurance, Welfare Systems, and Home Medical Care Among Rheumatologists in Japan: A Cross-Sectional Study	Mod Rheumatol	36(2)	282-289	2026
Matsui T, Fusama M, Kawahata K, Sakai R, Sugihara T, Tsujimura M, Matsushita I, Yajima N, Isozaki T, Shimahara N, Suzuki S, Ono R, Taguchi S, Tohma S, Yanai R, Yamazaki H, Kadonaga T, Nakabayashi H, Ando C, Kojima M, Kawahito Y.	Support for Patients with Rheumatoid Arthritis Provided by Care and Welfare Professionals in Japan: A Cross-sectional study	Mod Rheumatol	36(2)	218-226	2026
Yamamoto H, Suzuki M, Kojima T, Sugiura T, Saito Y, Saito Y, Terabe K, Ohashi Y, Sato R, Hasegawa J, Ohno Y, Nagai K, Ohnishi C, Sugiura H, Fujita H, Nagayoshi M, Kojima M, Asai S, Imagama S.	Evaluation of physical function in rheumatoid arthritis patients by locomotive syndrome stage	Mod Rheumatol	36(2)	205-210	2026
Higuchi T, Oka S, Shimada K, Tsunoda S, Ito S, Fujimori M, Nakamura T, Suzuki M, Saisho K, Shinohara S, Matsui T, Migita K, Nagaoka S, Tohma S, Furukawa H.	Lengthened telomere length in peripheral blood leukocytes in patients with rheumatoid arthritis complicated with airway disease	BMC Rheumatol	10(1)	6	2025
Iwata S, Nishida K, Inoue Y, Abe A, Sada K, Tanaka E, Kawakami A, Kawahito Y, Miyamae T.	The need for telemedicine for rheumatic diseases in adult medical care: A Survey of non-pediatric rheumatologists.	Mod Rheumatol	36(1)	90-96	2025

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Fusama M, Nakahara H, Kaneko Y, Bennett SE, Ndosi M, Takeuchi.	Acceptability and Barriers to Implementation of the EULAR Recommendations for the Role of the Nurse in the Management of Chronic Inflammatory Arthritis: A Mixed-Methods Study With Nurses and Rheumatologists in Japan	Int J Rheum Dis	28(12)	e70511	2025
Ito H, Ishikawa H, Tsuji S, Nakayama M, Nishida K, Mochizuki T, Ebina K, Kojima T, Matsumoto T, Kubota A, Nakajima A, Kaneko A, Matsushita I, Hara R, Sakuraba K, Akasaki Y, Matsubara T, Mochida Y, Kanbe K, Nakagawa N, Murata K, Momohara S.	Does perioperative discontinuation of anti-rheumatic drugs increase postoperative complications in orthopedic surgery for rheumatoid arthritis?	Arthritis Res Ther	27(1)	219	2025
Higuchi T, Oka S, Shimada K, Tsunoda S, Ito S, Okamoto A, Fujimori M, Nakamura T, Katayama M, Suzuki M, Saisho K, Shinohara S, Matsui T, Migita K, Nagaoka S, Tohma S, Furukawa H.	Association of rare single nucleotide variant MUC5B rs35705950 with interstitial lung disease in Japanese rheumatoid arthritis	Rheumatology (Oxford)	64(SI)	SI55-SI62	2025
Mori S, Shabana K, Matsui T, Nozawa T, Sugita Y, Tomiita M, Nakagishi Y, Yamasaki Y, Umebayashi H, Yashiro M, Iwata N, Yasumura J, Wakiguchi H, Yamamoto T, Takezaki S, Okura Y, Yokoyama T, Shimizu M, Hirayama M, Tohma S, Okamoto N, Mori M.	Comparison of clinical practices during the transitional and young adult phases between patients with oligoarticular/polyarticular juvenile idiopathic arthritis and those with rheumatoid arthritis in Japan	Pediatr Rheumatol Online J	23(1)	120	2025
Oku K, Yamada H, Ikenoue T, Akizuki M, Hagiyama H, Ideguchi H, Ihata A, Kakutani T, Kawahata K, Matsui T, Obata J, Ohno S, Sato S, Sawa N, Suda A, Taguchi H, Takeno M, Ueda A, Yamasaki M, Yamaoka K.	Vaccine-related environments and patient preferences in Japanese patients with autoimmune rheumatic diseases	Mod Rheumatol	35(6)	997-1008	2025

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Furukawa H, Oka S, Higuchi T, Okamoto A, Fujimori M, Matsui T, Ihata A, Hirano F, Okada A, Migita K, Tohma S.	Urine phospholipid profiling in patients with rheumatoid arthritis and nontuberculous mycobacterial pulmonary disease	Sci Rep	15(1)	35694	2025
Nogi S, Furukawa H, Yano Y, Tohma S, Hashimoto A, Matsui T.	How should we manage patients with interferon-gamma release assay-positive results in rheumatology: assessing the risk and long-term prognosis of tuberculosis	EULAR Rheumatol Open	1(4)	361-367	2025
Saito Y, Suzuki M, Kojima T, Yamamoto H, Saito Y, Terabe K, Ohashi Y, Sato R, Hasegawa J, Ohno Y, Nagai K, Ohnishi C, Sugiura H, Fujita H, Nagayoshi M, Kojima M, Asai S, Imagama S.	Features of sarcopenic obesity in rheumatoid arthritis patients	Geriatr Gerontol Int	25(10)	1323-1331	2025
Kobayashi I, Nakahara H, Fusama M	The Significance of Participation in Peer Support Groups for People with Rheumatoid Arthritis: A Qualitative Study	Mod Rheumatol	doi: 10.1093/mr/roaf101.		2025
Oka S, Higuchi T, Shimada K, Fujimori M, Hashimoto A, Komiya A, Saisho K, Yoshikawa N, Suzuki M, Matsui T, Fukui N, Migita K, Tohma S, Furukawa H.	Anti- *Porphyromonas gingivalis* lipopolysaccharide antibody in rheumatoid arthritis patients with emphysema	Front Med (Lausanne)	12	1654271	2025
Komiya Y, Sugihara T (corresponding author), Ishizaki T, Kimura N, Kamiya M, Hirano F, Matsumoto T, Sasaki H, Hosoya T, Tohma S, Yasuda S, Matsui T.	The impact of aging and glucocorticoid use on physical function of older rheumatoid arthritis in remission: analysis of a National Database of Rheumatic Disease in Japan	Clin Rheumatol	44(9)	3477-3486	2025

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Miyamae T, Okamoto N, Inoue Y, Kubota T, Ebato T, Irabu H, Kameda H, Kaneko Y, Kubo H, Mitsunaga K, Mori M, Nakajima A, Nishimura K, Ohkubo N, Sato T, Sugita Y, Takanashi S, Tanaka T, Umebayashi H, Yashiro M, Yamanishi S, Fusama M, Hirata S, Kishimoto M, Kohno M, Kojima M, Kojima T, Morinobu A, Sugihara T, Tanaka E, Yajima N, Yanai R, Kawahito Y, Harigai M.	Recommendations for the treatment of juvenile idiopathic arthritis with oligoarthritis or polyarthritis from the 2024 update of the Japan College of Rheumatology Clinical Practice Guidelines for the management of rheumatoid arthritis including juvenile idiopathic arthritis with oligoarthritis or polyarthritis - secondary publication	Mod Rheumatol	35(5)	894-908	2025
Sato T, Sato M, Nagai K, Fukasawa M, Nagashima Y, Uchida T, Tsutiya A, Omoteyama K, Arito M, Takakuwa Y, Ooka S, Suematsu N, Kawahata K, Yamano Y, Kato T, Kurokawa M S.	Serum peptides as candidate biomarkers for relapsing polychondritis	J Mass Spectrom Adv Clin Lab	37	28-38	2025
Matsui T, Kamezaki-Nakagawa A, Hoshi M, Hirano H, Sugiyama N, Hirano T, Enami M, Toyoizumi S, Matsuyama F, Murata T, Urata Y, Kawahata K, Tohma S.	Incidence and Risk of Malignancy in Japanese Patients With Rheumatoid Arthritis in the National Database of Rheumatic Diseases in Japan (NinJa Database)	Int J Rheum Dis	28(7)	e70363	2025
Sada KE, Iwata S, Inoue Y, Tanaka E, Nishida K, Kawahito Y, Abe A, Kawakami A, Miyamae T.	Telemedicine as an alternative to in-person care in the field of rheumatic diseases: A systematic scoping review.	Mod Rheumatol	35(4)	715-721	2025
Shoda H, Matsui T, Tohma S, Sawada T.	Evaluation of patient-based disease activity score (PDAS) in the Japanese rheumatoid arthritis patient registry (NinJa registry)	Rheumatology (Oxford)	64(6)	3415-3425	2025
Harigai M, Kaneko Y, Tanaka E, Hirata S, Kameda H, Kaneko K, Kishimoto M, Kohno M, Kojima M, Kojima T, Morinobu A, Nakajima A, Sugihara T, Fusama M, Yajima N, Yanai R, Kawahito Y.	2024 Update of the Japan College of Rheumatology Clinical Practice Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis: Secondary publication.	Mod Rheumatol	35(3)	387-401	2025
松井 利浩	高齢関節リウマチ治療における多職種連携	LOCO CURE	12(1)	43-47	2026

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
川畑 仁人	関節リウマチに関する最新の話題	尿酸NEXT Stage	2025(2)	8-9	2025
川畑 仁人	関節リウマチの鑑別と診断	Medical Practice	42(8)	1154-1160	2025
房間 美恵	リウマチ看護のオーバービュー～リウマチ看護師の役割を中心として～	臨床リウマチ	37(1)	9-16	2025
房間 美恵, 小林 いずみ, 中原 英子, 行岡 正雄	関節リウマチ患者の電話相談に対応する看護師の現状と課題	臨床リウマチ	37(2)	67-75	2025
松下 功	令和6年能登半島地震における日本災害リハビリテーション支援協会の取り組みについて	日本義肢装具学会誌	41(2)	121-125	2025

その他

著者 ※作成責任者	冊子名	編集／編集協力者名	URL	制作業者	出版年
松井 利浩※, 川畑 仁人, 川人 豊, 小嶋 雅代, 酒井 良子, 杉原 毅彦, 辻村 美保, 房間 美恵, 松下 功, 矢嶋 宣幸	介護・福祉スタッフのための関節リウマチQ&A すぐわかる患者支援ガイド	一般社団法人日本リウマチ学会／厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班	https://www.ryumachi-jp.com/medical-staff/ncwguide/	羊土社	2025
	リウマチ医が知っておきたい社会保険・福祉制度、在宅医療の基礎知識	一般社団法人日本リウマチ学会／厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班	https://www.ryumachi-jp.com/publish/others/rheudr/	羊土社	2025
	メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025改訂版 (PDFでの公開)	厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班／「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班	https://www.ryumachi-jp.com/medical-staff/life-stage-guide/	羊土社	2025

日本リウマチ学会

介護・福祉スタッフのための
関節リウマチQ&A
すぐわかる患者支援ガイド

編集／一般社団法人 日本リウマチ学会

編集協力／厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班

編　著／一般社団法人 日本リウマチ学会 関節リウマチ患者支援小委員会

協　力／公益社団法人 日本リウマチ友の会
一般社団法人 日本介護支援専門員協会
公益社団法人 日本社会福祉士会

Q1 関節リウマチとはどのような病気か?

関節リウマチ（Rheumatoid Arthritisを略して“RA”とも呼ばれます）は，関節の痛みや腫れを特徴とし，進行すると関節の変形や機能障害を引き起こす疾患で，免疫異常を背景にもつ膠原病と呼ばれる疾患群のなかの一つです◆資料1-1．原因は不明な点が多いものの，疾患へのなりやすさに関連する遺伝要因と喫煙，歯周病などの環境要因が発症に関与すると考えられています．これにより免疫が自己に反応し，関節の滑膜に炎症が起こり，骨や軟骨の破壊へ進行します．さらに間質性肺炎や血管炎など，関節外の炎症がみられる場合もあります．本邦の患者数は82.5万人と推定されており，女性に多い病気です（男女比1：3～4）．どの年代でも発症しますが，以前より高齢で発症する方が増加しており，70歳台，80歳台で発症する方もいます◆資料1-2．関節破壊は初期により進行しやすいため，早期の診断と早期からの適切な治療が重要です．近年は治療の進歩により症状の改善と生命予後の向上を顕著に認めます．

難病指定の“悪性関節リウマチ”とは，関節変形の激しいRAを指すのではなく，血管炎をはじめとするさまざまな関節以外の症状を認め，難治性もしくは重症な病態を伴うRAのことです．該当者はRA全体の0.6％程度です．

◆資料1-1
関節リウマチ患者さんの関節変形の写真
（患者支援ガイドp.13）

◆資料1-2
関節リウマチ患者さんの発症年齢分布

Q2 関節リウマチの症状や合併症は何か?

関節リウマチ（RA）は膠原病といわれる免疫の病気の一つで，主に関節に炎症を引き起こし，痛みや腫れ，動く範囲に制限をもたらします．その代表的な症状である「朝のこわばり」は，起床時に手指・足指がこわばり，手が握りづらい，立ち上がりにくいなどの形で現れます．このこわばりは数時間続くこともあり，患者さんに大きな負担を与えます．RAでは，手のさまざまな関節（第一関節を除く）に痛みや腫れが出やすいですが，肘，膝，足首，肩などの大きな関節にも症状が出ることもよくあります．また，症状は左右対称に現れると思われがちですが，実際には片方だけの場合もあります．RAの症状は急激ではなく，数週間から数か月をかけて徐々に進行することが一般的です．

高齢者で関節痛がある場合は，変形性関節症や偽痛風などの鑑別も重要です．変形性関節症は指の第一関節や膝などの関節にごつごつとした硬い腫れや変形がみられ，朝のこわばりは30分以内に解消することがほとんどです．症状の進み方もRAと比較するとゆっくりです．一方，偽痛風は膝などに急激な腫れと強い痛みを伴うのが特徴で，しばしば発熱を伴います．変形性関節症や偽痛風のいずれも関節の痛みを生じる点では共通していますが，RAの最大の特徴は，炎症により関節が破壊され変形が進む点です．治療が遅れると関節の動く範囲が狭くなり，手足の変形により日常生活動作が著しく制限される可能性があります．

RAでは，単に関節が腫れて痛みが出るだけではなく，全身に影響を及ぼす点にも注意が必要です（図）．微熱，倦怠感，貧血などの全身の消耗に伴う症状に加え，ドライ

アイ，間質性肺炎（進行すると息切れや空咳），胸膜炎（胸に水が貯まる）といった合併症も認められることがあります．さらに，長く患っている方のなかには強膜炎（目が充血して痛くなる），末梢神経の障害（足のしびれや筋力が落ちる），皮膚の潰瘍など多様な症状が現れることもあります．患者さんの症状や生活の変化に寄り添いながら，早期診断と適切な治療を行うことで，生活の質を維持し，進行を防ぐことが大切です．

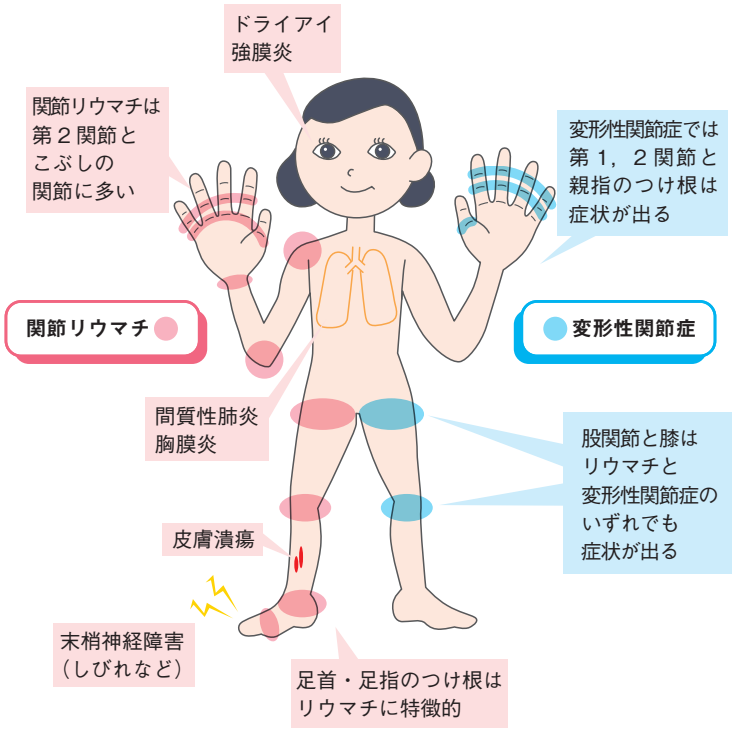


図　RA の代表的症状と変形性関節症との違い

Column 1　医師から介護・福祉職に期待すること

関節リウマチ（RA）患者さんも高齢化が進んでおり，高齢で発症する方も増えています．RA 治療は新薬の登場などもあり大きな進歩を遂げていますが，関節の痛みや変形などにより日常生活に支障をきたし，周囲の支援を必要とする方がたくさんいらっしゃいます．支援の充実には，患者さんの近くで寄り添っていらっしゃる介護・福祉職の方々のご理解とご協力が不可欠です．今回，医療者，介護・福祉職の方々，RA 患者さんが協同して本冊子を作成しました．これを機に RA のことを知っていただき，日々の患者さん支援に役立てていただくことを期待したいと思います．

Q3 関節リウマチの治療はどのように行うのか?

関節リウマチの治療薬としては，最初にメトトレキサートを考慮し，その使用が難しい，もしくは効果が不十分な場合は，他の従来型の経口抗リウマチ薬を使用または併用します◆資料3-1．治療目標である症状や検査異常が改善あるいは消失した状態（寛解）もしくは低疾患活動性に達しない場合は，生物学的製剤またはJAK（ジャック）阻害薬を使用し，さらにこれら薬剤の変更も検討します．治療目標が維持でき，関節破壊進行がなく身体機能も維持できれば，薬物の減量を考慮します．副腎皮質ステロイド（ステロイド）や非ステロイド抗炎症薬（消炎鎮痛薬）などは，病状に応じて補助的に使用する場合があります．また，ステロイドやヒアルロン酸の関節内注射も適宜使用します．寛解や低疾患活動性の評価は，炎症反応を示すCRPが上昇しないこともあるため，CRPに加えて，痛みや腫れのある関節数，医師と患者さんの評価を含めて判断します◆資料3-2．

◆資料3-1
関節リウマチの薬物療法の全体像
（患者支援ガイドp.29）

◆資料3-2
関節リウマチ関連の血液検査
（患者支援ガイドp.17）

Q4 関節リウマチの治療薬とその注意点は何か?

関節リウマチの治療には，主に疾患修飾性抗リウマチ薬（DMARDs（ディーマーズ））．非ステロイド抗炎症薬（消炎鎮痛薬），副腎皮質ステロイド（ステロイド）が用いられます．

1）疾患修飾性抗リウマチ薬（DMARDs（ディーマーズ））

症状の改善のみならず，関節破壊の予防効果や関節機能の喪失を防ぐなど，治療の中心として位置づけられる薬です．大きく3つに分類されます（**表1**）．

①従来型疾患修飾性抗リウマチ薬（csDMARDs（シーエスディーマーズ））◆資料4-1，2

診断された際に初めに処方される薬です．効果の発現まで数週間かかることがあるので，継続することが重要です．代表的な薬剤はメトトレキサート（MTX）で，週に1，2日の内服もしくは週に1回の注射で投与します．誤って連日投与すると重篤な副作用をきたすので注意が必要です．また，MTXの副作用予防のため葉酸（フォリアミン®）が処方される場合もあります．

②生物学的製剤◆資料4-3

csDMARDsで効果が不十分な患者さんに皮下注射または点滴で投与されます．免疫力を強く抑えることがあるため，感染症には注意が必要です．

◆資料4-1
メトトレキサート
（患者支援ガイドp.30）

◆資料4-2
メトトレキサート以外のcsDMARDs
（患者支援ガイドp.31）

◆資料4-3
生物学的製剤
（患者支援ガイドp.32～33）

③JAK（ジャック）阻害薬◆資料4-4

生物学的製剤と同等の有効性が認められる内服薬です．一般的な感染症に加えて帯状疱疹の合併が多いので注意が必要です．

表1　疾患修飾性抗リウマチ薬（DMARDs）

	一般名	先発商品名	投与経路	主な副作用	注意点
csDMARDs	メトトレキサート	リウマトレックス®	週に1，2日内服	口内炎，消化器症状	週に決められた曜日のみ内服をする
		メトジェクト®	週に1回皮下注射	口内炎	
	サラゾスルファピリジン	アザルフィジン®EN	内服	発熱，皮疹	発疹がないか確認
	ブシラミン	リマチル®		蛋白尿	足のむくみの確認
	イグラチモド	ケアラム®		肝機能障害	発熱の有無など
	タクロリムス	プログラフ®		蛋白尿	足のむくみの確認
	レフルノミド	アラバ®		間質性肺炎	咳や息切れを確認
	アクタリット	モーバー®		特になし	特になし
生物学的製剤	インフリキシマブ	レミケード®	点滴	注射部位反応 感染症	毎週，2週間間隔，4週間間隔で薬剤の種類によって投与間隔が異なる
	エタネルセプト	エンブレル®	皮下注射		
	アダリムマブ	ヒュミラ®			
	セルトリズマブ ペゴル	シムジア®			
	ゴリムマブ	シンポニー®			
	オゾラリズマブ	ナノゾラ®			
	トシリズマブ	アクテムラ®	点滴もしくは皮下注射		
	サリルマブ	ケブザラ®	皮下注射		
	アバタセプト	オレンシア®	点滴もしくは皮下注射		
JAK阻害薬	トファシチニブ	ゼルヤンツ®	内服	感染症 帯状疱疹* 血栓症	*体の片側に出現するピリピリとした痛みを伴う水ぶくれが出現した際は早めの受診が必要
	バリシチニブ	オルミエント®			
	ウパダシチニブ	リンヴォック®			
	ペフィシチニブ	スマイラフ®			
	フィルゴチニブ	ジセレカ®			

2）非ステロイド抗炎症薬（消炎鎮痛薬，NSAIDs（エヌセイズ））◆資料4-5

関節の痛みを比較的速やかに軽減できますが，病気の進行を止めることはできません．副作用として消化管潰瘍や腎機能の低下をきたします（**表2**）．

表2　非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）（主なもの）

一般名	先発商品名	投与経路	主な副作用	注意点
ジクロフェナク	ボルタレン®	内服，外用薬，湿布剤，坐薬など	胃潰瘍 胃機能障害	腹痛や足のむくみが出てきた際には受診の勧奨が必要
ロキソプロフェン	ロキソニン®			
セレコキシブ	セレコックス®			
インドメタシン	インフリー®			

3）副腎皮質ステロイド（ステロイド）◆資料4-6

強力な抗炎症薬です．感染症リスクの上昇やさまざまな副作用（糖尿病，骨粗鬆症，白内障など）をきたしうるため，可能な限り短期投与が推奨されますが，現実的にはやむなく使用されるケースも少なくありません．ステロイドを急にやめてしまうと発熱，血圧低下，倦怠感や時にはショック状態に陥ることがあるため，感染症合併時や体調のすぐれないときも内服の継続が必要です．

◆資料4-4
JAK阻害薬
（患者支援ガイドp.34）

◆資料4-5
非ステロイド抗炎症薬
（患者支援ガイドp.35）

◆資料4-6
副腎皮質ステロイド
（患者支援ガイドp.36）

Q5 関節リウマチの手術と術後の注意点は何か?

関節の部位や関節の壊れ具合などにより人工関節置換術，固定術（関節を固定する），形成術（形を整える）などの手術が行われます◆資料5-1.

人工関節を挿入した骨はストレスを受けやすく，転倒すると人工関節周囲で骨折する危険性があります．骨粗鬆症がある場合は，まず薬物療法を受けることが大切です．また転倒を防止するため，滑りにくい靴を履いたり，下肢の筋力訓練（**Q6参照**）を行うことも大切です．

人工肩関節については脱臼に気をつけなければならない姿勢があります．通常の人工肩関節置換術では外旋位で脱臼しやすいので注意してください（**図1**）．また上肢の人工関節置換術を受けた場合，手術した片側の手で重たいもの（通常5 kg以上）を持つことや，手術した側の手や肘を強くついて体を支える動作は避ける必要があります．下肢については，人工股関節置換術後の脱臼が心配です．畳や床に座って手術した側の下肢を外に出す横座りの姿勢（**図2**）をとると，股関節が脱臼する危険性があります．人工膝関節置換術や人工足関節置換術には日常生活動作で脱臼する危険肢位はありませんが，通常は関節の動き（可動域）が少なくなっていますから，大きな可動域が必要となる畳での生活は避け，適切な高さの椅子を使用することが大切です．その他，人工関節手術後に気を付ける点については◆資料5-2もご参照ください．

足趾の手術後に，外反母趾や足裏の胼胝（たこ）が再発することがあります．踵の高い靴や，甲から足先にかけて狭い靴を使用すると外反母趾や胼胝が再発しやすくなります．踵が低く甲広の靴を履くことが予防につながります．

◆資料5-1
関節リウマチに対する整形外科的手術
（患者支援ガイドp.40～41）

◆資料5-2
人工関節手術後に気を付けるべきこと
（患者支援ガイドp.43）



図1　人工肩関節置換術後の脱臼肢位



図2　人工股関節置換術後の脱臼肢位

Q6 リハビリテーションとその注意点は何か?

近年，関節リウマチ患者さんのサルコペニア（筋肉量が減少した状態）やフレイル（虚弱）が問題になっています．薬物療法により関節の炎症（腫れや痛み）がおさまっても，日ごろから運動することを心掛けなければ，体の機能は低下してしまいます．

体の機能を維持するためには，まず薬物療法で関節の炎症を抑えて，そのうえで積極的に体を動かすことが大切です．1日20～30分程度の運動を週2～3回以上実施することがすすめられます．

行うべき運動は**表**のとおりです．特に下肢ではレジスタンス運動が，上肢では関節可動域訓練が重要です．「関節リウマチ患者支援ガイド」◆資料6，「やってみよう！リウマチ体操（DVD）」※にある運動を参考にしてください．

注意点としては，関節の痛みが強くならないように実施することです．関節の痛みが強くなる場合には，運動の種類や時間，強さを調整してください．また関節炎が落ち着いていない状態で運動する場合は，軽くレジスタンス運動と可動域訓練を実施することがよいでしょう．

表　関節リウマチ患者さんにすすめる代表的な運動

運動の種類	内容	代表的な運動
有酸素運動	酸素を使い糖質などをエネルギー源とし，筋肉への負荷が軽い運動	散歩，ジョギング，サイクリング，水泳，水中ウォーキング
レジスタンス運動	筋肉トレーニング	前腕の押し合い，椅子を使った立ちすわり（スクワット），寝た位置での腰上げ，座った位置での膝伸ばし/太もも上げ，立った位置での股広げ（図1）
関節可動域訓練	関節が固まらないように関節を動かす運動	棒を使用した方の挙上（図2），肘の曲げ伸ばし，前腕回し（手のひら返し），指のグーパー，膝/足首の曲げ伸ばし



図1　立った位置での股を広げる運動（椅子につかまりながら行う）



図2　棒を使用した肩の挙上運動

◆資料6
リウマチ体操
（患者支援ガイドp.44～46）

※「やってみよう！リウマチ体操（DVD）」（公益社団法人 日本リウマチ友の会）ご希望の方は，日本リウマチ友の会にお問い合わせください（本冊子p.14 資料12-3参照）

Q7 日常生活および介護・介助時の注意点は何か?

Q1：服薬管理における注意点はありますか？

A1：関節リウマチ（RA）の治療薬は飲み薬と注射薬（皮下注射，点滴）があり，代表的な薬剤としてメトトレキサート（MTX），生物学的製剤，JAK（ジャック）阻害薬，副腎皮質ステロイド（ステロイド）があげられます．MTXや生物学的製剤は，連日使用する薬剤ではないため，投薬曜日や間隔についての情報共有が重要です．感染症や副作用の有無について定期観察を行ってください．ステロイド以外は感染症等での体調不良時は休薬可能です．ステロイドは体調不良時も内服するように指導してください（詳細は資料7参照）．

Q2：感染対策はどのように行うべきですか？

A2：手洗い，うがい，人混みのなかへ出かける際のマスク着用などにご留意ください．感染症症状のあるとき，ステロイド以外の抗リウマチ薬は一般的に一時休薬可能ですが，体調不良時の対応についてはあらかじめ各担当医と相談をしておきましょう．感染症による重症化リスクを軽減するため，ワクチン接種（インフルエンザ，肺炎球菌，新型コロナウィルス，帯状疱疹など）も重要です．

Q3：喫煙や歯周病は関節リウマチを悪化させますか？

A3：はい，喫煙や歯周病はRAの発症，増悪いずれにも関与するため，基本的に患者さんには禁煙を指導します．また定期歯科受診のうえ口腔内衛生状況を良好に保つことが好ましいです．

Q4：関節保護の観点から日常生活における注意点はありますか？

A4：特定の関節のみに負荷がかからないように，長時間同じ姿勢でいることは避けましょう．自助具なども取り入れてみましょう．靴は圧迫感のあるものは避け，踵が低く安定して歩行可能なものを選ぶことが好ましいです．

Q5：介助する際に注意すべきことはありますか？

A5：RA患者さんは朝に関節のこわばりが強く出ることが多いため，必要に応じて外出や作業をする時間帯をお昼以降にするなどの工夫を心がけてください．なるべく関節痛が悪化しないような姿勢で各動作，作業ができるよう，関節痛が強いときは作業を中断し，休みながら行えるように配慮してください．頚椎病変を有する患者さんは，急激な頚部の屈曲・伸展動作により頚髄が圧迫されるリスクがあるため，頚部を愛護的に扱うよう注意してください．

◆資料7
服薬管理における注意点
（詳細版）

Q6：自宅療養環境の整備について，注意点はありますか？

A6：転倒防止のため，床の段差の解消，手すりの設置などが検討されます．また，つまずきやすい荷物や電子機器のコードは，なるべく患者さんの移動範囲内の床に置かないようにしましょう．床座より椅子，布団よりベッドを用いた方が，関節への負荷は軽減されます．椅子や便座の座面の高さが低すぎる場合，立ち上がり動作で関節への負荷が重くなってしまうため注意してください．

Q7：メンタルケアの観点で気を付けることはありますか？

A7：RA患者さんはうつ病や抑うつ状態を併発しやすいといわれています．患者さんの気分の落ち込みや不眠，食欲低下などがみられる場合は，担当医にご相談ください．

Q8 「痛み」にはどう対処すればよいか?

関節リウマチの痛みは関節炎により生ずる「炎症性疼痛」と関節破壊により生ずる「機械的疼痛」に分けられます．手根管症候群などの合併による神経障害性の疼痛もあります．痛みの対処法はどこがどのように痛むのか，何が困っているのかを確認し，痛みが局所の安静等で緩和する場合は経過をみます．患部を温めるべきか冷やすべきかは症状をみて判断します．腫れや熱感があるときは適度に冷やし，こわばりがあるときや腫れがないときは患部を温め血流を良くすることが大切です．痛いときは体を休ませ，痛まない範囲で運動をするとよいでしょう．主な痛み止めを**表**に示します．投与できる間隔や1日に使用できる回数は薬ごとに異なるので，特に屯用で使用するときは注意してください．痛みで日常生活に支障をきたす場合には医療機関にご相談ください．

表　関節リウマチに使用される痛み止め

痛み止めの種類	代表的な薬剤名（先発商品名）	気をつける副作用
非ステロイド抗炎症薬	ロキソプロフェン（ロキソニン®）， セレコキシブ（セレコックス®）など	消化性潰瘍，腎不全など
アセトアミノフェン	アセトアミノフェン（カロナール®）	過敏症，肝機能障害など
アセトアミノフェン・ トラマドール合剤	トアラセット配合剤（トラムセット®）	嘔気，めまいなど

Q9 骨粗鬆症の治療薬とその注意点は何か?

関節リウマチは骨粗鬆症のリスクとなる病気で副腎皮質ステロイド（ステロイド）内服者はさらにリスクが高まります．骨粗鬆症の治療薬を一覧表に示します（**表**）．これらの薬剤は年齢と骨粗鬆症の程度，過去の骨折があるかなどによって使い分けられます．高齢者には自己管理が難しい薬剤が多く，抜歯の際の顎骨壊死など副作用に注意する必要があります．ビスホスホネート製剤は早朝空腹時に内服し，内服後30分は横にならないよう注意します．**治療を中断せず長期間継続するためには，家族や介護関係者の協力も重要です**．日常生活においては，転倒による骨折の予防，栄養管理，日光浴など環境整備や食事にも配慮しましょう．

表　骨粗鬆症治療薬と注意点

作用による分類	各種製剤	代表的な薬剤名（商品名®）	用法	気をつける副作用，注意点
骨吸収抑制薬（古い骨を壊す働きを抑える）	ビスホスホネート製剤*	アレンドロン酸など	内服（起床空腹時），静脈注射	胃部不快，インフルエンザ様症状
	選択的エストロゲン受容体調整薬	ラロキシフェン バゼドキシフェン	内服	ほてり，深部静脈血栓症
	抗ランクル抗体*	デノスマブ（プラリア®）	皮下注射（6か月に1回）	低カルシウム血症
骨形成促進薬（新しい骨を作る）	副甲状腺ホルモン薬	テリパラチド	皮下注射#（18～24か月）	吐き気，頭痛
骨吸収抑制と骨形成促進の両作用を有する薬	抗スクレロスチン抗体*	ロモソズマブ（イベニティ®）	皮下注射（月1回，1年間）	心血管系イベント既往者は避ける
骨に必要な栄養素を補う薬	活性型ビタミンD3製剤	アルファカルシドール， エルデカルシトール	内服	高カルシウム血症，腎不全， 尿路結石
	カルシウム薬	L-アスパラギン酸カルシウム	内服	胸やけ
	ビタミンK2薬	メナテトレノン	内服	吐き気，ワーファリンとの併用禁忌

＊抜歯時の顎骨壊死発生に注意が必要だが，予防的休薬は原則として不要（状況により休薬する場合もありうる）　＃自己注射可

Column 2 関節リウマチ患者さんから介護・福祉職に期待すること

介護保険申請後の審査では，時間帯によって日内変動があるため，介護度の判定時に考慮されにくく，利用できる制度に制限があります．介護職・福祉職に関節リウマチ（RA）の特性を理解してもらえていないのが現状です．

RA患者さんは40歳以上が介護保険の対象です．40，50歳台で介護認定を受けてデイサービス等を利用した場合，施設内では高齢者中心のため利用を避けてしまいがちです．

RA患者さんの特性が介護保険制度に十分反映・理解され，どの世代でも，年代に沿って利用できることを期待します．

Q10 自助具・福祉用具・装具にはどんなものがあるか?

自助具・福祉用具は，変形，筋力低下，疼痛などから生じる生活への支障を補うためのものです（図）◆資料10-1．主には，手の届く範囲を補うリーチャーや長柄加工したブラシなどがあります．握力低下や把持のしにくさには，ボトルオープナーや太柄加工した歯ブラシなどがあります．起居動作能力を補助するための福祉用具として，ベッドや手すり，補高マットなどの他，移動動作能力を補助するための車椅子や歩行器，シルバーカーや杖などがあります．

装具は，理学療法士・作業療法士・義肢装具士が作製します（図）◆資料10-2．主な部位は，頚椎・手首・手指関節・足部・足趾となります．装具の目的は①固定による脱臼や変形の予防，徐痛，②日常生活活動での関節への負担軽減と保護です．これら自助具・装具などの一部は通販サイト等でも入手可能ですが，病状管理・関節保護の観点から，医師またはリハ専門職に相談のもと，購入の検討をしてください．

◆資料10-1
自助具と福祉用具
（患者支援ガイドp.48～49）

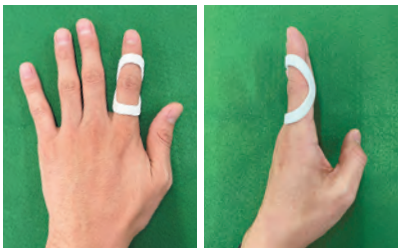
◆資料10-2
装具
（患者支援ガイドp.50～51）


オープナー（既製品）


リーチャー（既製品）


ボタンエイド（自作）


滑り止めシート・自助箸・スプーンフォーク各種・太柄グリップ


手指リングスプリント


尺側偏位防止スプリント（軟性）


足底板

図　主な自助具・福祉用具・装具

Q11 関節リウマチ患者さんが利用できるサービス・支援制度は何か?

利用できるサービスや支援制度（**表**）は，病気の状態，障害の程度，加入している健康保険，ご本人やご家庭の収入などによって異なります．こうした支援や制度を利用するには，ほとんどの場合，患者さん自身が申請を行う必要がありますので，どのような制度があって，どこに相談すればよいかを知っておくことが大切です．

表　患者さんが利用できるサービス・支援制度（2025年3月現在）

	制度やサービス	内容	問い合せ・相談窓口	参考・詳細情報URL
医療	高額療養費制度	同一月の医療費の自己負担額が高額になった場合，自己負担限度額を超えた分が，後で払い戻されます．医療費が高額になることが事前にわかっている場合には，「限度額適用認定証」を取得すると便利です．健康保険組合では，更に自己負担が軽減されることがあります（付加給付）	加入健康保険の保険者	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/juuyou/kougakuiryou/index.html（厚生労働省） https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/sb3020/r151/（全国健康保険協会）
	高額介護合算療養費制度	医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日～翌年7月31日まで）の医療保険と介護保険の自己負担の合算額が高額であった場合に，自己負担額が軽減されます	加入健康保険の保険者	https://www.tyojyu.or.jp/net/kaigo-seido/kaigo-hoken/kogakukaigogassanryoyohiseido.html（公益財団法人長寿科学振興財団）
	指定難病患者への医療費助成制度	「指定難病」と診断され，「重症度分類等」に照らして病状の程度が一定程度以上の場合に，その治療にかかる医療費などの一部が助成されます（悪性関節リウマチ）	都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）	https://www.nanbyou.or.jp/entry/5460#taisho（難病情報センター）
	小児慢性特定疾病医療費助成	小児慢性特定疾病にかかっている児童等について，医療費の自己負担分の一部が助成されます（JIA）	都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）	https://www.shouman.jp/assist/（小児慢性特定疾病情報センター）
	重度心身障害者（児）医療費助成	身体に障がいを持つ方が受ける治療について，医療費が無料・あるいは低額になります（自治体によっては500円程度の負担があります）	市区町村担当窓口	https://kokoro.ncnp.go.jp/support_promotion.php（国立精神・神経医療研究センター）
	自立支援医療（更生医療）	身体に障がいを持つ方がその障がいの程度を軽くしたり，日常生活を容易にするために医療が必要な場合に，医療の給付を行います	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsu/kousei.html（厚生労働省）
	自立支援医療（育成医療）	身体に障がいを持つ18歳未満のお子様がその障がいの程度を軽くしたり，日常生活を容易にするために医療が必要な場合に，医療の給付を行います	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsu/ikusei.html（厚生労働省）
	妊娠のための治療	不妊・不育症検査，先進医療を含めた不妊治療において助成を受けることができます．各自治体独自に行っている事業のため，自治体ごとに制度が異なります	都道府県窓口	https://www.funin.info/subsidy/（不妊治療情報センター）

	制度やサービス	内容	問い合せ・相談窓口	参考・詳細情報URL
所得保障	障害基礎年金	国民年金法による障がいの程度に応じて障害基礎年金の１級または２級の認定を受けたとき年金が支給されます	市区町村国民年金係，ねんきんダイヤル，年金事務所	https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150514.html（日本年金機構）
	障害厚生年金・障害手当金	厚生年金保険加入中に初診日のある病気やけがにより，障がいが残ったときに支給されます．軽い障がいが残ったときは，障害手当金（一時金）を受け取ることができる場合があります	ねんきんダイヤル，年金事務所	https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/seido/shougainenkin/jukyu-yoken/20150401-02.html（日本年金機構）
	特別障害給付金	国民年金の任意加入期間に加入しなかったことにより障害基礎年金等を受給していない国民年金法による障がい者の方について，特別障害給付金が支給されます	市区町村国民年金係，ねんきんダイヤル，年金事務所	https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/sonota-kyufu/tokubetsu-kyufu/tokubetsu-kyufu.html（日本年金機構）
	傷病手当	療養のため仕事を休んだ日から連続して３日間（待期）の後，４日目以降の仕事に就けなかった日に対して標準報酬月額の平均値の３分の２が支給されます	加入健康保険の保険者	https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/sb3040/r139/（全国健康保険協会）
日常生活	補装具の交付・修理	障害者総合支援法による支援サービスです．補装具の購入や修理・借受けが可能です．身体障害者手帳をおもちか，RA等の難病患者さんが対象です	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/yogu/index.html（厚生労働省）
	日常生活用具の給付		市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/yogu/seikatsu.html（厚生労働省）
	車いすの貸出	介護保険法による借受ができない方や介護保険申請中の方，病気やケガなどで，一時的に車いすが必要となった方へ車いすの貸出を行っています	各地域の社会福祉協議会，ボランティアセンター，地域サポートセンターなど	https://www.chiyoda-cosw.jp/service/kurumaisu/（千代田区社会福祉協議会）
就労	障害者就労支援	障害者手帳をおもちの方は，就労に関する相談と，就労後，安心して働き続けられるための定着支援を受けられます	ハローワーク，各自治体障害者就労支援センターなど	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/shisaku/shougaisha/index.html（厚生労働省）
	就職の相談	障害者手帳をおもちの方やRA等の難病患者さんは，就労に関する相談，助言，支援，援助が受けられます	ハローワーク，都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所），障害者職業・生活支援センターなど	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/06e.html（厚生労働省）
	職業訓練			
その他	医療費控除	１年間（１月１日～12月31日）に支払った医療費が10万円あるいは総所得金額等の５％の金額を超えている場合，所得が控除され，所得税，住民税などが軽減されます	最寄りの税務署	https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shotoku/1120.htm（国税庁）
	障害者の希望を踏まえた結婚，出産，子育てに係る支援	障害者総合支援法により障がい者の希望を踏まえた結婚，出産，子育てに係る支援を受けることができます	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/other/index_00002.html（厚生労働省）

Q12 関節リウマチ患者さんの支援に役立つ情報はどこから入手できるか?

日本リウマチ学会や日本リウマチ財団，日本リウマチ友の会などの機関が，病気や治療，日常生活に関する情報や患者さん向けイベント情報などを提供しています．若年性特発性関節炎に関しては，日本小児リウマチ学会や患者会のあすなろ会などが情報を発信しています◆資料12-1～4．また，厚生労働省研究班が作成した関節リウマチ患者支援ガイドも無償で閲覧できます◆資料12-5．

◆資料12-1
日本リウマチ学会

◆資料12-2
日本リウマチ財団

◆資料12-3
日本リウマチ友の会

◆資料12-4
日本小児リウマチ学会

◆資料12-5
患者支援ガイド

Q13 関節リウマチ患者さんが災害時に備えて準備しておくことは何か?

関節リウマチ患者さんは，関節の痛みや変形による機能障害がある場合も多く，災害時には特別な配慮が必要です．

- 日頃から患者さんと一緒にハザードマップを活用し，居住地域の災害リスク，避難場所，避難経路を確認しましょう．特に車椅子を利用している患者さんの場合は，避難経路と避難にかかる時間の確認が重要です．自力での避難が困難な患者さんでは，市区町村の避難行動要支援者支援制度への登録を検討してください．
- 非常用の持ち出しバッグの準備として，重要なものを**表**にまとめました．薬は継続する必要がありますので，すぐに持ち出せるように準備しておくことが大切です◆資料13-1．ステロイドなど急に中止できない薬については，事前に医師に確認しておきましょう．
- 基本情報を記載した緊急連絡カードの作成は必須です◆資料13-2．患者さんと一緒にカードを作成し，財布などに入れて常に携帯するように声をかけてください．
- 災害時に薬が不足した場合，すぐに医療機関や救護所などに相談してください．避難所での床での生活による立ち上がり困難や冷えによる痛みを避けるため，段ボールベッドや洋式トイレの確保を相談しましょう．マスク着用や換気等の感染症予防も重要です．狭い場所で長時間足を動かさないと，血栓ができやすくなりますのでこまめな水分補給や軽い体操を心掛けください．

◆資料13-1
非常用持ち出し品
(患者支援ガイドp.133)

◆資料13-2
緊急連絡カード
(患者支援ガイドp.134)

表　関節リウマチ患者さんに特に必要な非常用持ち出し品（非常用持ち出しバッグに準備しておきましょう）

□	携帯電話，貴重品（通帳，印鑑，現金，健康保険証，パスポート，運転免許証，マイナンバーカードなど）	□	持病の薬（内服，注射製剤，個包装のアルコール綿）は1週間分ぐらいの予備を準備しておく，お薬手帳のコピー，直近の検査データ（※携帯電話にも保存）
□	アルミブランケット，サポーター，レッグウオーマー，使い捨てカイロ	□	折り畳み式のポリタンク
□	成人用オムツ，尿取りパッド，入れ歯用ウェットシート（普段使用していなくても必要になることがある），携帯用トイレ	□	エア枕，エアクッション，杖

Contents

Q1 関節リウマチとはどのような病気か? …… 2

Q2 関節リウマチの症状や合併症は何か? …… 2

Q3 関節リウマチの治療はどのように行うのか? …… 4

Q4 関節リウマチの治療薬とその注意点は何か? …… 4

Q5 関節リウマチの手術と術後の注意点は何か? …… 6

Q6 リハビリテーションとその注意点は何か? …… 7

Q7 日常生活および介護・介助時の注意点は何か? …… 8

Q8 「痛み」にはどう対処すればよいか? …… 9

Q9 骨粗鬆症の治療薬とその注意点は何か? …… 10

Q10 自助具・福祉用具・装具にはどんなものがあるか? …… 11

Q11 関節リウマチ患者さんが利用できるサービス・支援制度は何か? …… 12

Q12 関節リウマチ患者さんの支援に役立つ情報はどこから入手できるか? …… 14

Q13 関節リウマチ患者さんが災害時に備えて準備しておくことは何か? …… 14

Column 1 医師から介護・福祉職に期待すること …… 3

Column 2 関節リウマチ患者さんから介護・福祉職に期待すること …… 10

※本冊子の一部箇所では、日本リウマチ学会が作成し、インターネット上で無料公開している「日本リウマチ学会 メディカルスタッフのための ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025改訂版」(患者支援ガイド)を参照しています。
該当箇所には二次元コードを付けました。本冊子と合わせてご覧ください。

患者支援ガイド(全文)

日本リウマチ学会

リウマチ医が知っておきたい
社会保険・福祉制度、在宅医療の基礎知識

編集／一般社団法人 日本リウマチ学会

編集協力／厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班

編　　著／一般社団法人 日本リウマチ学会 関節リウマチ患者支援小委員会

協　　力／公益社団法人 日本リウマチ友の会
一般社団法人 日本介護支援専門員協会
公益社団法人 日本社会福祉士会

Contents

Q1 高齢者施設の種類による医療提供の違いは何か? …… 3

Q2 知っておくべき社会保険・社会福祉制度は何か? …… 4

Q3 介護保険制度について知っておくべきことは何か? …… 5

Q4 関節リウマチ患者の主治医意見書を書く際のコツは何か? …… 6

Q5 障害年金制度について知っておくべきことは何か? …… 7

Q6 身体障害者手帳について知っておくべきことは何か? …… 7

Q7 高額療養費制度について知っておくべきことは何か? …… 8

Q8 障害者就労支援について知っておくべきことは何か? …… 9

Q9 在宅医療について知っておくべきことは何か? …… 10

Column 1 高齢 RA 患者が医師に望むこと …… 5

Column 2 介護支援専門員が医師に望むこと …… 9

Column 3 社会福祉士が医師に望むこと …… 9

※本冊子の一部箇所では、日本リウマチ学会が作成し、インターネット上で無料公開している「日本リウマチ学会 メディカルスタッフのための ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025改訂版」(患者支援ガイド) を参照しています。
該当箇所には二次元コードを付けました。本冊子と合わせてご覧ください。

患者支援ガイド(全文)

Q1 高齢者施設の種類による医療提供の違いは何か?

高齢者施設への入所や入居を検討する際，各施設の特徴を理解しておくことが重要である（**表**）.

施設を選ぶ際に悩ましいのは，介護老人保健施設や介護医療院への入所時に高額薬剤の使用が制限される点であり，その理由は以下の通りである.

・両施設での投薬，注射，検査，処置費用は介護保険で給付され，施設のサービス費に包括される.
・サービス費の総額は介護度により上限があるため，薬剤に割ける費用は限られている.
・介護保険施設では高額療養費制度が適用されない.
・施設の性質上，高度な医療処置やモニタリング，薬剤管理が難しい場合が多い.

以上のことから，現行の制度上では，これらの施設入所時の薬剤調整はやむを得ない状況である.

一方，介護老人福祉施設およびその他の高齢者施設では訪問診療が可能であり，医療保険による給付となるため高額な薬剤も処方できる．生物学的製剤や骨粗鬆症治療薬などの注射剤についても，施設内もしくは訪問看護師による実施が可能であり，入所前の治療を継続できることが多い.

表　高齢者施設における医療提供体制の違い（大まかな目安として）

高齢者施設		施設の位置付け	役割	入居条件		職員配置義務			在宅医療		薬剤費の保険給付	備考
				要支援	要介護	医師	看護師	薬剤師	訪問診療	訪問看護		
介護保険施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	介護の必要な方の入所施設	介護	－	3～5	△（非常勤可）	○（日勤）	×	○	○	医療保険	夜間に看護的処置が必要な方は入所困難 薬剤は，薬剤師が訪問し管理
介護保険施設	介護老人保健施設（老人保健施設）	介護やリハビリテーションが必要な方の入所施設	介護	－	1～5	○（24hr）	○（24hr）	○	×	×	介護保険	薬剤費の制限あり（抗がん薬，抗ウイルス薬，麻薬などの一部の薬剤は医療保険による給付が可能）
介護保険施設	介護医療院	介護と医療の必要な方の入所施設	介護	－	1～5	○（24hr）	○（24hr）	○	×	×	介護保険	
それ以外	特定施設（介護付有料老人ホーム等）	施設内で介護サービスが提供される高齢者居住施設	介護	1～2	1～5	×	○（日勤）	×	○	△*	医療保険	夜間に看護的処置が必要な方は入所困難 ＊特別訪問看護指示書が必要
それ以外	グループホーム（認知症対応型）	認知症の高齢者が少人数で生活する施設	住まい	2のみ	1～5	×	×	×	○	○	医療保険	
それ以外	グループホーム（障害者向け）	障害者の方が少人数で生活する施設	住まい	備考参照**		×	×	×	○	○	医療保険	**身体障害者手帳，精神障害者保険福祉手帳，療育手帳のいずれかの取得者
それ以外	サービス付き高齢者向け住宅	入居者を高齢者世帯に特定した賃貸住宅	住まい（一部介護）	要支援，要介護認定者は介護保険サービスを利用することもある		×	×（○#）	×	○	○	医療保険	一般型と介護型（特定施設）がある #特定施設は義務
それ以外	軽費老人ホーム	自宅での生活に不安のある方のための老人ホーム	住まい（一部介護）			×	×（○#）	×	○	○	医療保険	在宅介護対応型軽費老人ホームは「ケアハウス」と呼ばれる
それ以外	有料老人ホーム	民間の老人ホーム	住まい（一部介護）			×	×（○#）	×	○	○	医療保険	介護付き有料老人ホームは特定施設
それ以外	養護老人ホーム	低所得の方が利用できる老人ホーム	住まい（一部介護）			×	×（○#）	×	○	○	医療保険	条件を満たせば特定施設

#特定施設：厚生労働省が定めた基準を満たし，都道府県や市区町村から指定を受けた施設

Q2 知っておくべき社会保険・社会福祉制度は何か?

主な社会保険・社会福祉制度は**表**に示すとおりである．多く利用されている制度は介護保険（**Q3参照**），身体障害者手帳（**Q6参照**），高額療養費制度（**Q7参照**），指定難病患者への医療費助成制度である．指定難病は悪性関節リウマチ（MRA）と若年性特発性関節炎（JIA）が対象となり，重症度分類に照らして病状の程度が一定程度以上あるいは軽症高額該当の場合に医療費助成が受けられる．指定難病の申請に必要な「臨床調査個人票」を作成できるのは「難病指定医」に限られる．指定難病の詳細は「難病情報センター」◆資料2-1を参照．

こうした支援や制度を利用するには，ほとんどの場合，患者自身が申請を行う必要があるため，制度の種類や相談窓口を知っておくことが大切である◆資料2-2．

◆資料2-1
難病情報センター

◆資料2-2
患者が利用できるサービス・支援制度（患者支援ガイドp.111）

表　主な社会保険・社会福祉制度（2025年3月現在）

	制度やサービス	内容	問い合せ・相談窓口
医療	高額介護合算療養費制度	医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日～翌年7月31日まで）の医療保険と介護保険の自己負担の合算額が高額であった場合に，自己負担額が軽減される	加入健康保険の保険者
	指定難病患者への医療費助成制度	「指定難病」と診断され，「重症度分類等」に照らして病状の程度が一定程度以上の場合に，その治療にかかる医療費などの一部が助成される（MRA，JIA）	都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）
	小児慢性特定疾病医療費助成	小児慢性特定疾病にかかっている児童等について，医療費の自己負担分の一部が助成される（JIA）	都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）
所得保障	障害基礎年金	国民年金法による障害の程度に応じて障害基礎年金の1級または2級の認定を受けたとき年金が支給される	市区町村国民年金係，ねんきんダイヤル，年金事務所
	障害厚生年金・障害手当金	厚生年金保険加入中に初診日のある病気やけがにより，障害が残ったときに支給される．軽い障害が残ったときは，障害手当金（一時金）を受け取ることができる場合がある	ねんきんダイヤル，年金事務所
	傷病手当	療養のため仕事を休んだ日から連続して3日間（待期）の後，4日目以降の仕事に就けなかった日に対して標準報酬月額の平均値の3分の2が支給される	加入健康保険の保険者
日常生活	補装具の交付・修理	障害者総合支援法による支援サービス．補装具の購入や修理・借受けが可能となる．身体障害者手帳を取得しているか，MRA等の難病患者が対象	市区町村担当窓口
	日常生活用具の給付		市区町村担当窓口
	車いすの貸出	介護保険法による借受ができない者や介護保険申請中の者，病気やケガなどで，一時的に車いすが必要となった者へ車いすの貸出を行っている	各地域の社会福祉協議会，ボランティアセンター，地域サポートセンターなど
その他	医療費控除	1年間（1月1日～12月31日）に支払った医療費が10万円あるいは総所得金額等の5％の金額を超えている場合，所得が控除され，所得税，住民税などが軽減される	最寄りの税務署
	障害者の希望を踏まえた結婚，出産，子育てに係る支援	障害者総合支援法により障害者の希望を踏まえた結婚，出産，子育てに係る支援を受けることができる	市区町村担当窓口

Q3 介護保険制度について知っておくべきことは何か?

1. 介護保険制度のサービスは誰が受けることができるのか?

介護保険は40歳以上の国民が被保険者（加入者）となって保険料を納め，介護が必要になったときに介護サービスを利用できる制度である．

被保険者	65歳以上の方（第1号被保険者）	40～64歳までの方（第2号被保険者）
サービスを利用できる被保険者	介護や支援が必要と認定された人	加齢に伴う特定疾病が原因となって，介護や支援が必要と認定された人 ＊加齢に伴う特定疾患には，**RAのほか，骨折を伴う骨粗鬆症，糖尿病性神経障害，腎症および網膜症**なども含まれる

2. 介護保険制度のサービスにはどのようなものがあるか?

要介護1～5：介護サービス（介護給付）
通所介護（デイサービス）：食事，入浴などの日常生活上の支援や生活能力向上のための日帰りでの支援
通所リハビリテーション（デイケア）：病気や怪我などで身体機能が低下した要介護の利用者にリハビリテーションを施し，機能の維持回復を図るサービス
訪問介護：ホームヘルパーが居宅を訪問し，入浴，排泄，食事などの身体介護や本人に関わる調理，洗濯などの生活援助を行う．通院などを目的とした介護タクシーも利用できる
訪問リハビリテーション：理学療法士や作業療法士などが訪問サービスを提供するリハビリテーションのことである．要支援者も自宅で介護予防訪問リハビリテーションを受けることができる

＊要支援1・2（予防給付）でも介護予防サービス，予防通所事業，介護予防リハビリテーション，予防訪問事業，介護予防訪問リハビリテーションなどを受けることが可能である

3. 要介護度によって保険給付の上限は違うか? 自己負担はあるか?

介護保険は認定の度合いにより，給付額の上限（区分支給限度基準額）が定められている．この基準内であれば，利用者は自由にサービスを組み合わせて利用ができる．区分支給限度基準額内でサービスを利用した場合，利用者の本人負担割合は1割（所得により2～3割）であるが，基準額を超えた金額は全て自己負担となる．

4. 介護保険と医療保険のリハビリテーションは何が違うか?

主に急性期および回復期には医療保険，維持期には介護保険のリハビリテーションとなる．

5. 訪問看護について

訪問看護は看護師や保健師などが利用者の自宅を訪問して医師の指示のもとに療養上の世話や医療処置，診療の補助を行うことである．主治医の訪問看護指示書が必要で，有効期限は1～6か月．症状が悪化したときには特別訪問看護指示書が交付され2週間に限り毎日訪問看護を受けることができ，その費用は医療保険の対象となる．

参考文献

・「図解入門ビギナーズ 最新介護保険の基本と仕組みがよ～くわかる本 第9版」（高室成幸／監，ケアマネジメント研究フォーラム／著），秀和システム，2024

Column 1 高齢RA患者が医師に望むこと

高齢になると，健康であった方でも関節の痛みなどの主訴が出てきます．その痛みはリウマチの痛みなのか他の原因の痛みなのか，心配になります．

また，リウマチ以外の病気にも罹患すると，リウマチとの兼ね合いや先々の暮らしに不安が生じてきます．医師から，本人・家族が納得できる説明を受け，家族，医療者・介護・福祉職の方々との共有が必要となります．

複数の薬の自己管理が困難となったときは薬局で薬を一包にしてくれます．一部変更になった場合，前回のものと間違えることもありますし，ほかの薬が無駄になることもあります．

Q4 関節リウマチ患者の主治医意見書を書く際のコツは何か?

要介護認定は，心身の状況に関する調査（認定調査）と，主治医意見書に記載された疾患の状態や生活機能に基づく一次判定結果を原案とし，介護の手間に係る審査・判定を行う．さらに，認定調査票の特記事項や主治医意見書の医学的意見などが考慮され，必要に応じて結果が変更される[1]．

『2020年リウマチ白書』では，介護保険制度の認定度への患者の満足度が35.1％と低く，要介護認定が必ずしも疾患の特性を反映していないという意見もある[2]．また，リウマチ医，介護職，福祉職への調査でも各々約46％，58％，53％の人が「実状より介護度認定が低いことがある」と回答している[3]．以上より，主治医意見書では，患者の実状と要介護度の差を埋めるような記載が望まれる．

主治医意見書は以下の用途に利用されるため，評価の根拠を具体的に記載する必要がある[1]．

1. 第2号被保険者では，生活機能低下の直接原因となる疾病が特定疾病に該当することの確認
2. 介護の手間の程度の確認
3. 状態の維持・改善の可能性の評価
4. 認定調査による調査結果の確認や修正
5. 介護サービス計画作成時の利用

「傷病に関する意見」では，介護の必要性につながる状況を具体的に記載する．「症状としての安定性」については，全般的な疾患活動性に加え，朝のこわばりや症状の日内変動の影響なども考慮して判断する．「生活機能」は，身体・精神に関する心身機能，日常生活/社会生活全般の活動，家庭・社会への参加の全てを包括的にとらえるものである[1]．

「心身の状態に関する意見」の「日常生活の自立度等について（寝たきり度）」には，移動能力の評価のみならず，本来，食事，排泄，着替えの自立度が含まれるが，表記のみではわかりにくい．RAで問題となるような手指を含む上肢機能障害については，「身体の状態」で関節および付随する筋力の状態を記載するとともに，「その他特記すべき事項」に日常生活動作の問題を具体的に記載する工夫が必要である（**表**）◆資料4．

参考文献

1）厚生労働省：要介護認定における「認定調査票記入の手引き」，「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について．老老発0816第1号，令和3年8月16日．https://www.mhlw.go.jp/content/000819403.pdf

2）『2020年リウマチ白書』（公益社団法人 日本リウマチ友の会/編），2020

3）厚生労働省．厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」令和6年度 分担研究報告書

◆資料4
介護保険主治医意見書記載時の留意点

表　関節リウマチにおける主治医意見書記載時の留意点

傷病に関する意見	・特定疾病および生活機能低下の直接原因となる疾病から優先して上位に記入．関節リウマチは「1. 」に記入することが想定される ・40歳以上65歳未満の第2号被保険者では，特定疾病である関節リウマチの診断根拠を記載する ・介護の必要性につながる状況を具体的に記載する．疾患に起因し生活機能低下につながる問題や，投薬に際して服薬管理や見守りの状況など （朝のこわばりや症状の日内変動の影響などについても留意する）
心身の状態に関する意見	・問題となる関節，筋力低下の部位と程度を正確に記載する
生活機能とサービスに関する意見	・「その他特記すべき事項」には，生活機能の具体的な問題事例を記載する．特に上肢機能障害に起因する生活機能の記載は必要である ・生活環境，栄養，リハビリテーションの目標など，評価根拠となる情報や，介護サービスを行う際の医学的観点からの留意事項や禁忌などを記載する

Q5 障害年金制度について知っておくべきことは何か?

65歳未満で関節変形による機能障害を認めるRA患者では，国民年金加入者は障害基礎年金を，厚生年金加入者の場合は加えて障害厚生年金を受給できる可能性がある．障害年金は障害等級表により認定され，認定基準は身体障害者手帳と異なる．また，身体障害者手帳を取得しなくても障害年金の受給は可能である．障害基礎年金は障害等級1，2級，障害厚生年金は1，2，3級，障害厚生年金では3級よりも軽い障害でも一時金として障害手当金が支給される．障害等級1級の目安は，他人の介助を受けなければ日常生活のことがほとんどできないほどの状態で，入院や在宅介護を必要とし，活動の範囲がベッドの周辺に限られるような場合，2級は日常生活がきわめて困難で，労働によって収入を得ることができないほどの状態で活動の範囲が病院内・家屋内に限られるような場合とされている．**表**にRAに関連する障害等級例を示す．

障害年金の申請書類作成に医師の特別な資格要件はない．障害年金の申請には，障害認定日（初診日から1年6か月後）の診断書と現在の診断書の2通を求められることがある◆資料5.

表　障害基礎年金，障害厚生年金の対象者と認定要件例

障害等級	国民年金加入者	厚生年金加入者	認定要件例
1級	障害基礎年金	障害基礎年金＋障害厚生年金	著しい機能障害を以下に認める ・両上肢あるいは両下肢 ・両側すべての手指
2級			著しい機能障害を以下に認める ・片側上肢あるいは片側下肢 ・片側のすべての手指
3級	−	障害厚生年金	関節の用を廃したものを以下に認める ・片側の上肢の大関節で2関節 ・片側の下肢の大関飾で2関節 ・片側の母指，示指含めた4手指 ・両足趾すべて
3級より軽い障害	−	障害手当金一時金	著しい機能障害を以下に認める ・1上肢の大関節で2関節 ・1下肢の大関節で1関飾 関節の用を廃したものを以下に認める ・片側3手指以上，示指含めた2手指，あるいは母指，片側の全ての足趾

障害等級例詳細は日本年金機構ホームページの障害等級表を参照

◆資料5
障害年金の診断書作成時の留意点

Q6 身体障害者手帳について知っておくべきことは何か?

身体障害者手帳は，身体に一定の障害がある患者が医療費助成や生活支援を受けるために必要な証明書である．RAによる機能障害は身体障害者福祉法に基づき，肢体不自由として1級から6級に分類される．申請には「障害の固定」（一般的には6か月程度）が重要であり，治療により病勢が安定しても関節の変形や可動域制限が残存する場合に該当する．なお，人工骨頭もしくは人工関節置換術を実施した場合，術後の経過が安定した時期の関節可動域や筋力テストの結果に応じて評価がなされる点に注意する．

障害等級は，身体障害者福祉法第15条に基づく指定医（原則5年以上の臨床経験を有し，身体障害者の福祉に理解を有する者．都道府県もしくは政令指定都市に申請し指定を受けた医師）が記載した診断書◆資料6-1に基づいて判定される．申請は市区町村の福祉窓口で行い，診断書には障害の程度や日常生活への影響を具体的に記載する必要がある．多くの自治体で医療費負担の軽減や訪問看護，補装具の支給や住宅改修費の助成，公共交通機関の割引，税金の免除などが受けられるが，等級による支援内容は自治体により異なるため確認が必要である◆資料6-2．身体障害者手帳は福祉制度であり，障害年金とは異なり保険料納付要件は不要である．

◆資料6-1
身体障害者診断書・意見書（肢体不自由）記載時の留意点

◆資料6-2
身体障害者手帳で受けられるサービス（患者支援ガイドp.112～113）

Q7 高額療養費制度について知っておくべきことは何か?

1. 高額療養費制度

1か月（同月内）に支払った医療費が高額となった場合，所得や年齢に応じた自己負担限度額（限度額）を超えた額の払い戻しを受けることができる◆資料7-1．詳細は厚生労働省ウェブサイト◆資料7-2を参照．

①世帯合算

1つの医療機関等（院外処方に基づく保険薬局での医療費は処方元の医療機関に含まれる）での自己負担では限度額を超えないときでも，同じ月の別の医療機関等での医療費や世帯内（同一保険の被保険者と被扶養者の関係，同居非同居は問わない）の他の者の医療費について合算することができる．ただし，69歳以下（70歳になる誕生月まで）の場合は，1医療機関あたり一定の金額以上の医療費のみ合算される．同じ医療機関でも，入院と外来，医科と歯科は別に計算する．申請期限は，診療を受けた翌月初日から2年以内となる．

②多数該当

初めて限度額を超えてから12か月以内に3回限度額を超えた場合には，4回目以降は多数該当となり，自己負担額がさらに軽減される．これは，保険者が同一であれば，翌年も継続され，収入の増減により適用区分が変更となっても多数該当は継続される．

③限度額適用認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）

あらかじめ手続きをすることにより，医療費の窓口負担が①の限度額までとなる制度である．69歳以下の全員，70歳以上の住民税非課税の者，現役並みの収入の者が対象で，申請は加入医療保険の窓口となる．

④付加給付

加入の健康保険組合によっては，組合独自の「付加給付」として，①の共通の額よりも低い負担の上限額を設定している場合がある．付加給付の金額，申請方法などは加入の健康保険組合の窓口となる．

2. 高額介護合算療養費制度

高額療養費制度のような月単位での負担軽減があっても，年単位としては重い負担が残る場合に負担を軽減する制度である．

医療保険の世帯内で，医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日から翌年7月31日まで）の自己負担の合算額が高額であった場合，所得や年齢に応じた限度額を超えた額の払い戻しを受けることができる◆資料7-1．申請をすることにより，介護保険に係る部分は「高額医療合算介護サービス費」として，医療保険に係る部分は「高額介護合算療養費」として負担額の一部が払い戻される．

◆資料7-1
高額な医療費に対する支援制度
（患者支援ガイドp.114 ～117）

◆資料7-2
厚生労働省：高額療養費制度を利用される皆さまへ

Q8 障害者就労支援について知っておくべきことは何か?

「障害者総合支援法」には以下に示す就労関連支援事業がある．対象者は身体障害者手帳所持者，もしくは対象となる疾患の患者でRAも含まれる．支援が必要な場合は，市町村や保健所の担当窓口，障害者相談支援事業所などのソーシャルワーカーなどに相談する．

①就労移行支援：一般企業への就労希望者に，一定期間，就労に必要な知識および能力向上のために必要な訓練を行う．就職活動準備や企業見学支援など．

②就労継続支援：一般企業などでの就労困難者に，働く場を提供するとともに，知識および能力向上のために必要な訓練を行う．

③就労定着支援：一般就労移行者に，就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う．例えば，就労後の体調不良などに関して，企業や関係機関との連絡調整や課題解決に向けた支援など．

また，障害者である患者が就職先を考える際，障害を開示すべきか，障害者枠での応募を考えるべきか，などで悩む場合がある．障害の開示/非開示にはいずれもメリット/デメリットがあるので注意する◆資料8．「障害者枠」への応募には障害者手帳の所持が必要となるが，「一般枠」への応募時には障害の開示は必須ではない．

障害者就労の相談先には，ハローワーク（「難病患者就職サポーター」を配置）や全国に設置された障害者就業・生活支援センターなどがある．

◆資料8
障害の開示/非開示にするメリット/デメリット
（患者支援ガイドp.124～125）

Column 2 介護支援専門員が医師に望むこと

在宅における介護支援専門員は，利用者および家族などに健康状態やご希望の生活に合わせて，生活課題を明確化して，ケアプランを作成・実行し，自立した生活を支援します．利用者の心身状態を明らかにし，解決しなければならない生活課題と支援の方針を導くためには，リウマチ患者さんの主治医意見書などの医療情報が不可欠です．これらの情報は，健康状態や生活機能低下の原因を把握するうえで重要であり，在宅生活を継続していくにあたっては，治療内容などの情報共有と医療機関との連携を期待しています．

Column 3 社会福祉士が医師に望むこと

リウマチとは経過が長く辛い病気というイメージがありました．今回，研究班でご一緒させていただく過程で，画期的な新薬や目を見張る治療法のこと，先生方が私たち福祉職との連携を重んじてくださることを知りました．

私たち社会福祉士は，患者さんの日常生活における不具合を見つけ，生活環境を整える役割を担っています．医師が施す治療に患者さんが適切に向き合えるためには，在宅での暮らしぶりを十分に把握する必要があります．その際には是非お声がけください．先生方のお手伝いをさせていただきます．

Q9 在宅医療について知っておくべきことは何か?

在宅医療とは?

自宅や高齢者施設（**Q1-表 参照**）に訪問して診療や治療，処置などを行うもので，医師による訪問診療や往診，看護師による訪問看護，理学/作業療法士による訪問リハビリテーションなどが含まれる．

訪問診療の頻度は通常月に2回（1～4回），訪問看護や訪問リハビリテーションは患者の状態と介護保険の利用状況などから決定される（通常週1～2回）．しかし，傷の処置などで看護師の頻回訪問が必要な場合は，医療保険適用とはなるが，訪問診療医による特別指示書により訪問可能となる．在宅診療移行後も医療機関への通院は可能であり，例えば年に1～2回リウマチ専門医を受診するなども可能である．

在宅医療にかかる費用と患者負担

在宅医療にかかる費用を図に示す．薬剤費や血液検査費用は都度請求できるため，在宅診療においても生物学的製剤やJAK阻害薬をはじめとする高額薬剤は必要に応じて使用可能である．

在宅医療は介護保険や加入の医療保険を利用することができ，原則として1～3割が自己負担となる．自己負担額が高額になった場合の軽減措置として，介護サービスの利用者負担の合計額（同一世帯内に複数の利用者がいる場合にはその合算）に応じた「高額介護サービス費」（**表1**），医療保険と介護保険の自己負担額の合算に応じた「高額医療・高額介護合算療養費制度」などが設けられている（**表2**）．

図　在宅医療にかかる費用

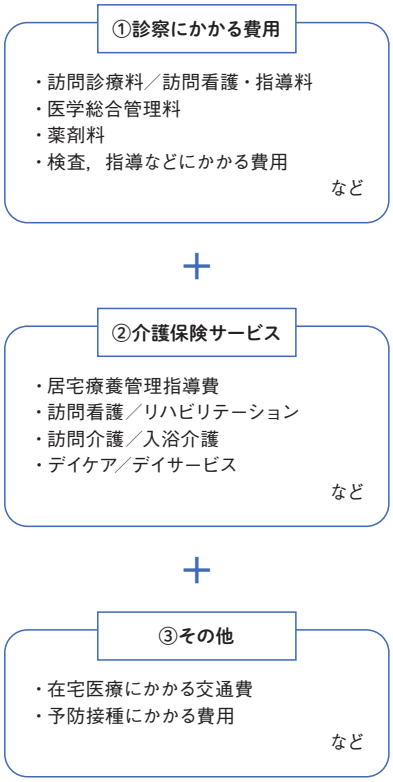


表1　高額介護サービス費

区分	限度額（月額）
課税所得690万円以上（年収約1,160万円以上）	140,100円（世帯）
課税所得380～690万円（年収約770～1,160万円）	93,000円（世帯）
住民税課税者あり，課税所得380万円（年収約770万円）未満	44,400円（世帯）
世帯全員が住民税非課税	24,600円（世帯）
うち前年の年金収入＋その他の合計所得が80万円以下	15,000円（個人）
生活保護受給者	15,000円（個人）

表2　高額医療・高額介護合算療養費制度

70歳未満の世帯	
所得要件（8月1日～翌7月31日）	限度額（年額）
901万円超	212万円
600万円超901万円以下	141万円
210万円超600万円以下	67万円
210万円以下	60万円
住民税非課税世帯	34万円

70～74歳の世帯・75歳以上の世帯	
所得要件（8月1日～翌7月31日）	限度額（年額）
課税所得690万円以上	212万円
課税所得380万円以上690万円以下	141万円
課税所得145万円以上380万円以下	67万円
課税所得145万円未満	56万円
住民税非課税世帯	31万円
住民税非課税世帯（世帯所得0円）	19万円

在宅医療への移行を考えた際に考慮すること

①全身評価

在宅移行後はさまざまな検査のハードルが上がる．機器を用いた検査は改めて受診が必要となるため，骨密度や各種画像検査なども含め，必要に応じて移行前に全身評価を行っておくことが望ましい．また，関節機能やADLなども再評価し，装具や自助具の作製なども検討する．

②治療薬の整理

前述のとおり生物学的製剤やJAK阻害薬なども使用可能なため，必要な治療であれば継続が望ましい．しかし，現在の疾患活動性，在宅移行後の薬剤管理，アドヒアランス，家庭環境（独居，老々介護），介護サービス（訪問薬局や服薬介助）の利用予定，在宅診療主治医のRA治療に対する親和性などを総合的に考慮し，移行前に治療薬を見直しておくことも重要である．管理面から内服回数を最小限（できれば分1朝食後）にまとめられないか，安全面から規定通り内服できそうか（グルココルチコイド連日やメトトレキサート週1回など），などを検討する．場合によっては注射剤に変更し，医師や看護師が訪問した際に投与する方が安全かつ確実な薬剤もあるため，投与経路についても検討する．

“リハビリテーション”内容の違いについて

在宅患者に実施されるリハビリテーションは，利用するサービスの違いにより内容も異なるため，十分理解しておく必要がある（**表3**）．

RA患者における在宅医療のメリット/デメリット

- **メリット**：独居や老々介護増加のなか，本人および家人にとって通院負担の軽減は大きく，24時間対応（原則）で多職種の支援を受けられる安心感もある．外出に伴う感染リスクも低減でき，各種ワクチンも自宅で接種可能．
- **デメリット**：リウマチ診療に精通した在宅医療スタッフが少ないため，専門的な対応は期待し難く，薬剤の副作用や合併症への対応も懸念される．そのため，診療情報提供書には患者の状態や治療内容に応じた留意点をより具体的に記載しておく．

在宅医療にかかわる介護・福祉スタッフとの連携

介護支援専門員，訪問介護員，社会福祉士などとの連携も重要であるが，RA患者への対応に不慣れな場合が多い．指示書作成時などにも専門用語を控え，平易な表現を用いるよう心がける．

表3　在宅医療におけるリハビリテーション

サービス	訪問リハビリテーション	訪問看護のリハビリテーション	デイケア（通所リハビリテーション）	デイサービス（通所介護）
概要	自宅でリハビリ専門職による訓練を受け，ADL向上や自立生活維持を目指す	訪問看護ステーションに所属するリハビリ専門職により提供されるサービス	通所し，リハビリ専門職の指導のもとで身体機能の改善や維持を図る	日常生活支援やレクリエーション活動に加え，簡易的なリハビリを実施することあり（※）
提供場所	利用者の自宅	利用者の自宅	デイケアセンターや病院併設施設	デイサービス施設
提供者	理学療法士，作業療法士，言語聴覚士	理学療法士，作業療法士，言語聴覚士	医師，理学療法士，作業療法士，言語聴覚士	介護福祉士，看護師（リハビリ専門職がいる場合もある）
対象者	自宅での生活動作に支障がある方，自力で外出が困難な方	病状の管理が必要で医療ケアを求める方	比較的軽度で通所が可能な方，リハビリが必要と判断された方	自立生活支援が必要な高齢者や軽度の介護が必要な方
補足	病院・診療所，介護老人保健施設，介護医療院が運営	訪問看護ステーションが運営，制度上「訪問リハビリテーション」とは区別される	医師が常駐している	※リハビリ専門職によるリハビリに特化した「リハビリ特化型デイサービス」もある

日本リウマチ学会

メディカルスタッフのための

ライフステージに応じた 関節リウマチ 患者支援ガイド

2025 改訂版

編集／一般社団法人 日本リウマチ学会

編集協力／ 厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」
研究班（研究代表者　松井利浩）

編著／ 一般社団法人 日本リウマチ学会 関節リウマチ患者支援小委員会

協力／ 公益社団法人 日本リウマチ友の会
若年性特発性関節炎 親の会 あすなろ会
一般社団法人 日本小児リウマチ学会
日本母性内科学会

日本リウマチ学会

メディカルスタッフのための

ライフステージに応じた 関節リウマチ 患者支援ガイド

2025 改訂版

編集／一般社団法人 日本リウマチ学会

編集協力／厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班（研究代表者　松井利浩）

編著／一般社団法人 日本リウマチ学会 関節リウマチ患者支援小委員会

協力／公益社団法人 日本リウマチ友の会
若年性特発性関節炎 親の会 あすなろ会
一般社団法人 日本小児リウマチ学会
日本母性内科学会



日本リウマチ学会 メディカルスタッフのための
ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025改訂版
刊行によせて

日本リウマチ学会より「日本リウマチ学会 メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025 改訂版」をお届けします．日本リウマチ学会関節リウマチ患者支援小委員会（松井利浩委員長）を中心に，厚生労働省「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究班」の皆様らのご協力を得て作成され，パブリックコメントを経て本学会理事会で承認しました．

関節リウマチ患者は全国に約83万人とされますが，発症の高齢化，それに伴う臓器障害や合併症が増加，多様化してきています．また，適切な治療や支援によって，妊娠，出産，授乳，修学，就労がいずれも可能となり，それぞれのライフステージに応じた治療の選択や実践，および，患者支援体制の充実が課題です．さらに，メトトレキサートに加え，生物学的製剤やＪＡＫ阻害薬などの分子標的治療薬の導入により，全身的な内科的管理，副作用出現時の対応が，より複雑で難しくなっています．

これらの課題の克服には，医師のみならず，看護師，薬剤師，リハビリテーションスタッフ，介護・福祉職などのメディカルスタッフの多職種連携によるチーム医療が不可欠です．本ガイドラインでは，メディカルスタッフの立場から85のクリニカルクエッションを設定し，それぞれの疑問に関する基礎知識を概説し，患者さんへの説明，教育，指導について，指導例を挙げながら丁寧に解説を加えています．

作成にあたっては，上記に加えて日本リウマチ友の会，若年性特発性関節炎親の会あすなろ会，日本小児リウマチ学会，日本母性内科学会の皆様のご協力も得ました．ご尽力いただいた関係の皆様には心から厚く御礼申し上げます．斯様な活動は学会と社会を結びつける架け橋となるはずであり，本書をリウマチ患者の診療や支援の実践に広く役立て，様々な問題点に的確に対処することを目指していただければと存じます．それによって，多くの患者の皆様の心の支えに繋がればと心から祈念致します．

2025年8月吉日

一般社団法人日本リウマチ学会理事長
（産業医科大学医学部分子標的治療内科学特別講座 特別教授）
田中良哉

日本リウマチ学会 メディカルスタッフのための ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025改訂版 刊行によせて

近年，治療法の進歩により，関節リウマチ患者さんの疾患活動性は低下し，関節破壊の抑制も進んできています．その一方で，小児期から成人期への移行診療体制の構築，職場や学校での生活支援，妊娠・出産への対応，高齢化に伴う合併症対策など，ライフステージに応じた多様な課題への対応が，より一層求められるようになっています（平成30年11月 厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ等対策委員会報告書）．これらの課題に対応するためには，患者さんやご家族への支援体制の充実が不可欠であり，その実現には，医師に加え，看護師，薬剤師，リハビリテーションスタッフ，介護・福祉職など多職種が連携してチーム医療を推進していくことが求められています．

このような背景のもと，厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）「ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班では，医師，看護師，薬剤師，理学療法士，作業療法士，そして患者会（日本リウマチ友の会，あすなろ会）の皆様と協働し，「メディカルスタッフのための ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド」を作成し，2021年11月に公開いたしました．本ガイドでは，移行期，妊娠・出産・授乳期，高齢期といった各ライフステージにおける支援情報を中心に，関節リウマチ全般の知識，患者支援制度，災害時の対応なども網羅しており，多くの方々にご活用いただいております．

その後，新たな治療薬の登場に加え，「関節リウマチ診療ガイドライン 2024改訂」や「若年性特発性関節炎診療ガイドライン 2024–25年版」，「関節リウマチにおけるメトトレキサート使用と診療の手引き 2023年版」などが公表されたことを受け，当研究班ではガイドの内容を最新の情報に基づいてアップデートし，「メディカルスタッフのための ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025改訂版」を作成いたしました．

本ガイドが，関節リウマチ患者さんとそのご家族への支援の一助となり，より良い医療の提供と生活の質の向上に寄与することを，作成者一同，心より願っております．

2025年8月吉日

日本リウマチ学会関節リウマチ患者支援小委員会委員長
厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班代表
国立病院機構相模原病院臨床研究センターリウマチ性疾患研究部 部長
松井利浩

日本リウマチ学会

メディカルスタッフのための

ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025 改訂版

contents

刊行によせて …… 田中良哉 2

刊行によせて …… 松井利浩 3

執筆・協力者一覧 …… 8

略語一覧 …… 10

第1部 関節リウマチの基礎

Ⅰ.関節リウマチの基礎知識

Q1 関節リウマチ（RA）はどのような病気か？（原因・疫学） …… 12

Q2 関節症状の特徴は？ …… 13

Q3 関節以外の症状として何があるのか？ …… 15

Q4 RAの診断の基準は？ …… 16

Q5 どのような血液検査が行われるのか？ …… 17

Q6 どのような画像検査が行われるのか？ …… 18

Q7 疾患活動性の評価はどのように行われるのか？ …… 19

Q8 ADLの評価方法は？ …… 20

Q9 RAにおける「寛解」とは何か？ …… 21

Q10 T2Tとは何か？ …… 22

Q11 「関節リウマチ診療ガイドライン2024」の概要は？ …… 23

Q12 RAの長期予後および生命予後は？ …… 24

contents

Ⅱ.関節リウマチの治療

Q1 治療の全体像は？ …… 26
Q2 日常生活における注意点は？ …… 28
Q3 薬物療法の全体像は？ …… 29
Q4 メトトレキサート（MTX）：治療における役割と使用時の注意点は？ …… 30
Q5 MTX以外の従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）：治療における役割と使用時の注意点は？ …… 31
Q6 生物学的製剤（bDMARDs）：治療における役割と使用時の注意点は？ …… 32
Q7 分子標的合成抗リウマチ薬（tsDMARDs）：治療における役割と使用時の注意点は？ …… 34
Q8 非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）：治療における役割と使用時の注意点は？ …… 35
Q9 副腎皮質ステロイド：治療における役割と使用時の注意点は？ …… 36
Q10 抗RANKL抗体：治療における役割と使用時の注意点は？ …… 37
Q11 体調が悪いときや，内服や注射を忘れたときはどうすればよいのか？ …… 38
Q12 治療薬は将来，減量したり中止できるのか？ …… 39
Q13 手術の種類と適応は？ …… 40
Q14 手術前後のマネージメントで気を付けるべきことは？ …… 42
Q15 人工関節手術後に気を付けるべきことは？ …… 43
Q16 リハビリテーションの全体像は？ …… 44

Ⅲ.患者支援の実際

Q1 自助具や福祉用具にはどのようなものがあるのか？ …… 48
Q2 装具にはどのようなものがあるのか？ …… 50
Q3 余暇活動の支援としてどのようなものがあるのか？ …… 52
Q4 骨粗鬆症対策にはどのようなものがあるのか？ …… 53
Q5 注意すべき感染症とその対策は何か？ …… 54
Q6 帯状疱疹の特徴と対策は何か？ …… 55
Q7 予防接種における注意点は何か？ …… 56
Q8 間質性肺炎について知っておくべきことは何か？ …… 57
Q9 悪性腫瘍について知っておくべきことは何か？ …… 58
Q10 がん検診は受けるべきか？ …… 59
Q11 その他の注意すべき合併症は何か？ …… 60
Q12 RA患者さん，JIA患者さんへの支援制度にはどのようなものがあるか？ …… 61
Q13 患者さん向けの公益性の高い情報を入手するには？ …… 62

第2部　ライフステージ別の患者支援

Ⅰ.移行期

Q1　若年性特発性関節炎（JIA）と関節リウマチ（RA）の違いは何か？ …… 66
Q2　関節型JIAとRAでは，保険適用のある治療薬に違いはあるのか？ …… 68
Q3　移行期関節型JIAの診療で留意すべき治療薬の副作用や合併症は何か？ …… 70
Q4　移行期関節型JIA症例やその家族と医療者の関係性で留意すべき点は何か？ …… 71
Q5　移行期関節型JIAの生活指導において必要な知識は何か？ …… 73
Q6　移行期関節型JIAのリハビリテーション治療について知っておくべき知識は何か？ …… 74
Q7　関節型JIAの小児期と成人期での医療費助成の違いは何か？ …… 75
Q8　関節型JIAの移行サマリーに必要な情報は何か？ …… 77
Q9　移行期関節型JIA症例の進学，就労に関する指導で留意すべき点は何か？ …… 78

Ⅱ.妊娠・出産・授乳期

Q1　プレコンセプションケアを行う際，確認すべき点は何か？ …… 80
Q2　加齢による妊娠への影響は？ …… 81
Q3　RAが妊娠に及ぼす影響および女性RA患者さんの挙児率は？ …… 82
Q4　避妊方法やパートナーへ伝えるべきことは何か？（月経周期の知識も含めて） …… 83
Q5　妊娠希望のRA患者さんが考慮すべき点は？ …… 84
Q6　不妊検査や不妊治療時の注意点は？ …… 85
Q7　妊娠を希望した際に調整が必要な薬剤は？ …… 86
Q8　「子どもにも病気は遺伝するのでしょうか？」と聞かれたら？ …… 88
Q9　妊娠中，RAの活動性はどう変わるのか？ …… 89
Q10　妊娠中の生活で気を付けるべきことは何か？ …… 90
Q11　妊娠中や授乳中に使用が許容される薬剤は？ …… 91
Q12　産後，RAの活動性はどうなるのか？ …… 92
Q13　産後の合併症（骨粗鬆症や産後うつ）への注意点は？ …… 93
Q14　児の予防接種時の注意点は？ …… 94
Q15　育児による関節機能への負担を軽減するにはどうすればよいのか？ …… 95
Q16　産後の患者さんへの支援制度や相談窓口は？ …… 96

Ⅲ. 高齢期

Q1 高齢RA患者さんの特徴は何か？ …… 98
Q2 ライフステージに応じた高齢RA患者さんの治療目標は何か？ …… 99
Q3 高齢RA患者さんの服薬管理指導はどのように行えばよいのか？ …… 101
Q4 高齢RA患者さんに対する総合的な機能評価はどのように行えばよいのか？ …… 102
Q5 高齢RA患者さんに対するサルコペニア評価はどのように行えばよいのか？ …… 104
Q6 高齢RA患者さんにリハビリテーション治療を実施するときの注意点は何か？ …… 106
Q7 介護保険施設への入所や在宅医療への移行の際に注意すべきことは何か？ …… 107

第3部 患者支援制度について

Q1 RA患者さんが利用できる支援制度にはどのようなものがあるのか？ …… 110
Q2 身体障害者手帳の申請方法と助成内容は？ …… 112
Q3 高額な医療費に対する支援制度にはどのようなものがあるのか？ …… 114
Q4 若年性特発性関節炎（JIA）および悪性関節リウマチに対する医療費助成制度は？ …… 118
Q5 年金，税控除，休業中の補償などに関する支援制度にはどのようなものがあるのか？ … 120
Q6 福祉やサービスなどの支援制度にはどのようなものがあるのか？ …… 122
Q7 就労支援制度にはどのようなものがあるのか？ …… 124

第4部 災害時に対する備えと対応について

Q1 知っておくべき災害時の医療体制とRA患者さんの支援体制は？ …… 128
Q2 災害時に備えて知っておくべき内服薬や注射薬の知識は何か？ …… 130
Q3 災害時に困らないように家庭で取り組むべき対策は何か？ …… 133
Q4 知っておくべき災害発生時に必要な行動は？ …… 136
Q5 災害時・避難時の生活上の注意点は？ …… 138

索引 …… 140

コラム

MTX 服用中の葉酸摂取について …… 27
MTX と葉酸の服用方法 …… 33
RA に漢方薬やサプリメント，健康食品は有効なのか？ …… 63
RA 患者さんの在宅診療について …… 108

2025改訂版　執筆・協力者一覧

◆編集

一般社団法人 日本リウマチ学会

◆編集協力

厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）
「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班（研究代表者　松井利浩）

◆編著

一般社団法人 日本リウマチ学会 関節リウマチ患者支援小委員会

・委員長

松井利浩	独立行政法人 国立病院機構 相模原病院 臨床研究センター リウマチ性疾患研究部

・委員（五十音順）

川畑仁人	聖マリアンナ医科大学 リウマチ・膠原病・アレルギー内科
川人　豊	京都府立医科大学 大学院医学研究科
小嶋雅代	公立大学法人 名古屋市立大学 医薬学総合研究院（医学）
酒井良子	明治薬科大学 薬学部
杉原毅彦	東邦大学 医学部内科学講座膠原病学分野
辻村美保	独立行政法人 国立病院機構 相模原病院 臨床研究センター リウマチ性疾患研究部／コミュニティーホスピタル甲賀病院
房間美恵	関西国際大学 保健医療学部看護学科
松下　功	金沢医科大学 リハビリテーション医学科
矢嶋宣幸	学校法人 昭和医科大学 医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門

・執筆協力者（五十音順）

金子佳代子	国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター 母性内科
久保かなえ	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
後藤美賀子	国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター
小林聖未	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
島原範芳	医療法人 千寿会 道後温泉病院リウマチセンター リハビリテーション科
鈴木理絵	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター
田口真哉	社会医療法人 抱生会 丸の内病院 リハビリテーション部
中原英子	大阪行岡医療大学 医療学部
中村英里	大阪医科薬科大学 リウマチ膠原病内科
橋本　求	大阪市立大学 膠原病内科
羽多野美香	学校法人 昭和医科大学 医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門
平松ゆり	大阪医科薬科大学 リウマチ膠原病内科
宮前多佳子	東京女子医科大学病院 膠原病リウマチ痛風センター 小児リウマチ科
村島温子	埼玉医科大学 リウマチ膠原病科
森　雅亮	国立大学法人 東京科学大学 生涯免疫医療実装講座
山﨑　秀	社会医療法人 抱生会 丸の内病院 リウマチ膠原病センター

◆協力

公益社団法人 日本リウマチ友の会
若年性特発性関節炎 親の会 あすなろ会
一般社団法人 日本小児リウマチ学会
日本母性内科学会

利益相反（COI）について

本ガイドの作成資金はすべて，厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」により支出された．作成にかかわったメンバーは利益相反（COI）に関する申告書を提出し，日本リウマチ学会利益相反マネジメント委員会にて問題がないことが確認された．

第1版　執筆・協力者一覧

◆編集・執筆

厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班

◆研究代表者

松井利浩	独立行政法人 国立病院機構 相模原病院 臨床研究センター リウマチ性疾患研究部

◆研究分担者（五十音順）

浦田幸朋	つがる西北五広域連合 つがる総合病院 リウマチ科
川畑仁人	聖マリアンナ医科大学医学部 リウマチ・膠原病・アレルギー内科
川人　豊	京都府立医科大学 膠原病・リウマチ・アレルギー科
小嶋雅代	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター フレイル研究部
佐浦隆一	大阪医科薬科大学医学部 総合医学講座 リハビリテーション医学教室
杉原毅彦	聖マリアンナ医科大学医学部 リウマチ・膠原病・アレルギー内科
橋本　求	大阪市立大学 膠原病内科
房間美恵	宝塚大学看護学部
宮前多佳子	東京女子医科大学病院 膠原病リウマチ痛風センター 小児リウマチ科
村島温子	国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター
森　雅亮	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 生涯免疫難病学講座
矢嶋宣幸	昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門

◆研究協力者（五十音順）

島原範芳	医療法人 千寿会 道後温泉病院リウマチセンター リハビリテーション科 理学療法部門
田口真哉	社会医療法人 抱生会 丸の内病院 リハビリテーション部
辻村美保	社会医療法人 青虎会 フジ虎ノ門整形外科病院 薬剤管理室／日本大学薬学部 病原微生物研究室
當間重人	独立行政法人 国立病院機構 東京病院
中原英子	大阪行岡医療大学医療学部
橋本　淳	独立行政法人 国立病院機構 大阪南医療センター 統括診療部
長谷川三枝子	公益社団法人 日本リウマチ友の会
牧　美幸	若年性特発性関節炎 親の会 あすなろ会
吉住尚美	（株）レーベンブラン レモン薬局

◆執筆協力者（五十音順）

磯島咲子	昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門
板谷崇央	京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻・医療疫学分野
井畑　淳	国立病院機構横浜医療センター 膠原病・リウマチ内科
宇都宮雅子	東京都立多摩総合医療センター リウマチ膠原病科
大岡正道	聖マリアンナ医科大学医学部 リウマチ・膠原病・アレルギー内科
大島洋平	京都大学医学部附属病院 リハビリテーション部
金子佳代子	国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター 母性内科
河野千慧	国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター 母性内科
後藤美賀子	国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター
髙井千夏	国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 妊娠と薬情報センター
土田優美	東京大学医学部附属病院 アレルギーリウマチ内科
徳永剛広	昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門
豊島堅志	東京都健康長寿医療センター 糖尿病・代謝・内分泌内科
鳥井美江	京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 在宅医療・認知症学
中川俊作	京都大学医学部附属病院 薬剤部
中村英里	大阪医科薬科大学 リウマチ膠原病内科
羽多野美香	昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門
平松ゆり	大阪医科薬科大学 リウマチ膠原病内科
松原和夫	和歌山県立医科大学附属病院 薬剤部
三浦瑶子	昭和大学医学部内科学講座 リウマチ膠原病内科学部門
米澤　淳	京都大学医学部附属病院 薬剤部
渡部　龍	大阪市立大学大学院医学研究科 膠原病内科学講座

◆協力

一般社団法人 日本リウマチ学会
一般社団法人 日本小児リウマチ学会
日本母性内科学会

※所属は第1版発刊当時のものを記載

略語一覧

略語	フルスペル	和訳
ACPA	anti-citrullinated peptide/protein antibody	抗シトルリン化ペプチド/蛋白抗体
ACR	American College of Rheumatology	米国リウマチ学会
ADL	activities of daily living	日常生活動作
bDMARDs	biological disease-modifying antirheumatic drugs	生物学的製剤（生物学的抗リウマチ薬）
CDAI	clinical disease activity index	（複合的評価指標）
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment	高齢者総合機能評価
CRP	C-reactive protein	C反応性タンパク
csDMARDs	conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs	従来型合成抗リウマチ薬
DAS28	disease activity score 28	（複合的評価指標）
DMARDs	disease-modifying antirheumatic drugs	疾患修飾性抗リウマチ薬
ESR	erythrocyte sedimentation rate	赤血球沈降速度
EULAR	European League Against Rheumatism	欧州リウマチ学会
HAQ-DI	health assessment questionnaire disability index	（身体機能障害評価指標）
HLA	human leukocyte antigen	ヒト白血球抗原
HRCT	high resolution CT	高分解CT
IADL	instrumental activities of daily living	手段的日常生活動作
IGRA	interferon gamma release assay	インターフェロンγ遊離試験
IL	interleukin	インターロイキン
IP（関節）	interphalangeal (joint)	指節間（関節）
JAK	Janus kinase	ヤヌスキナーゼ
JIA	juvenile idiopathic arthritis	若年性特発性関節炎
KL-6	sialylated carbohydrate antigen KL-6	シアル化糖鎖抗原KL-6
MAS	macrophage activation syndrome	マクロファージ活性化症候群
MCP（関節）	metacarpophalangeal (joint)	中手指節（関節）
mHAQ	modified HAQ	（身体機能障害評価指標）
MMP-3	matrix metalloproteinase-3	マトリックスメタロプロテイナーゼ-3
MRA	malignant RA	悪性関節リウマチ
MTP（関節）	metatarsophalangeal (joint)	中足趾節（関節）
MTX	methotrexate	メトトレキサート
NSAIDs	non-steroidal anti-inflammatory drugs	非ステロイド抗炎症薬
PIP（関節）	proximal interphalangeal (joint)	近位指節間（関節）
RA	rheumatoid arthritis	関節リウマチ
RANKL	receptor activator of NF-κB ligand	RANKリガンド
RF	rheumatoid factor	リウマトイド因子
SDAI	simplified disease activity index	（複合的評価指標）
sDMARDs	synthetic disease-modifying antirheumatic drugs	合成抗リウマチ薬
SSI	surgical site infection	手術部位感染
T2T	Treat to Target	目標達成に向けた治療
TNF	tumor necrosis factor	腫瘍壊死因子
tsDMARDs	targeted synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs	分子標的合成抗リウマチ薬
VAS	visual analog scale	（視覚的評価尺度）
抗CCP抗体	anti-cyclic citrullinated peptide antibody	抗シトルリン化ペプチド抗体

第1部

関節リウマチの基礎

Ⅰ　関節リウマチの基礎知識

Q1　関節リウマチ（RA）はどのような病気か？（原因・疫学）……12
Q2　関節症状の特徴は？……13
Q3　関節以外の症状として何があるのか？……15
Q4　RAの診断の基準は？……16
Q5　どのような血液検査が行われるのか？……17
Q6　どのような画像検査が行われるのか？……18
Q7　疾患活動性の評価はどのように行われるのか？……19
Q8　ADLの評価方法は？……20
Q9　RAにおける「寛解」とは何か？……21
Q10　T2Tとは何か？……22
Q11　「関節リウマチ診療ガイドライン2024」の概要は？……23
Q12　RAの長期予後および生命予後は？……24

Q1 関節リウマチ（RA）はどのような病気か？（原因・疫学）

1. 基礎知識

関節リウマチ（rheumatoid arthritis：RA）は，主に関節に炎症が起きて痛みや腫れを生じ，進行すると関節の変形や機能障害をきたしうる病気です．RAは膠原病（※）の一種で，“免疫”の機能に異常が生じ，自分自身を敵とみなして攻撃してしまう“自己免疫疾患”です．本邦のRA患者数は82.5万人と推定されており[1]，女性に多い病気です（男女比1：3.21）[1]．どの年代でも発症しますが，以前よりも高齢で発症する方が増加しており，70歳台，80歳台で発症する方もいます．高齢発症者では男女比が1：2～3と男女差が小さくなります[2]．

RAでは，関節内の滑膜とよばれる組織に持続的に炎症が生じ，増殖した滑膜やそこから産生されるさまざまな物質によって，軟骨や骨，関節が破壊されていきます．RAの原因は十分解明されていませんが，発症には多数の遺伝要因と環境要因の関与が指摘されています．親兄弟や親類にRAの方がいる場合には，いない場合より発症頻度は高くなりますが，いわゆる遺伝性疾患ではありません（**第2部Ⅱ-Q8**参照）．環境要因のうち，喫煙と歯周病に関しては，発症との関連だけでなく，病気の活動性や治療抵抗性などにも関係があると報告されています．

主な症状は，関節の痛み，腫れ，朝のこわばりです．部位として，手足の指，手首などの小さい関節が多いですが，肘，肩，膝，足首などにもみられます．また，左右対称，複数の関節に症状を認めることが多いですが，片側のみや，少数の関節の場合もあります．手指の第一関節（DIP関節）が罹患するのは稀で，その場合は変形性関節症などを疑います．また，全身倦怠感や微熱，食欲低下などの全身症状や，皮膚（皮下結節など），眼，肺など，関節以外の症状が出ることもあります．難病に指定されている“悪性関節リウマチ（malignant RA：MRA）”とは，関節変形の激しいRAを指すのではなく，血管炎をはじめとする関節以外の症状を認め，難治性もしくは重症な病態を伴う場合を指し，該当者はRA全体の0.6％程度です[3]．

関節の破壊は発症早期（2年未満）に進行することが多く，自然寛解は稀ですので，早期からしっかりとした治療を行い，長期にわたり継続していく必要があります．

※膠原病：皮膚や関節，内臓などの結合組織（さまざまな組織の間を満たして支えている組織）に炎症を起こし，さまざまな臓器に炎症を起こす病気の総称．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「RAは免疫の異常により起こる慢性の病気です．自然に改善することは稀なので，関節の破壊を防ぐためにもしっかりと治療し継続していくことが大切です．長くうまく付き合っていきましょう．」
- 禁煙，歯周病の予防や治療，関節以外の症状（**第1部Ⅰ-Q3**参照）についても指導が大切です．

文献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

2）厚生労働省．厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」令和6年度 分担研究報告書

3）「難病情報センター．悪性関節リウマチ（指定難病46）」www.nanbyou.or.jp/entry/43（2025年4月閲覧）

Q2 関節症状の特徴は?

1. 基礎知識

関節はその構造により，可動性の高い“滑膜関節”と主に荷重を支え可動性の低い“線維性関節”や“軟骨性関節”に分類されます．RAでは関節にある滑膜という組織に炎症が生じるため，これらのなかでも“滑膜関節”に炎症が生じます．滑膜関節は主に四肢にある関節で，手関節，手指や足趾の関節，肘や肩関節，膝や足関節が含まれます．脊椎では首を回す働きのある頚椎の環軸関節も滑膜関節のため炎症が生じることがあります．一方，関節炎が生じにくい部位として，遠位指節間（DIP）関節（図1）や仙腸関節，胸鎖関節，胸肋関節などがあげられます．

関節炎の症状としては，関節裂隙を中心とした腫れや痛み，圧痛，可動域の制限を認めます．この他，炎症が強い場合は熱を有したり，発赤を認めることもあります．関節病変が進むと，手指や足部の変形を認めます（図2）．手指では尺側偏位，スワンネック変形，ボタン穴変形，オペラグラス

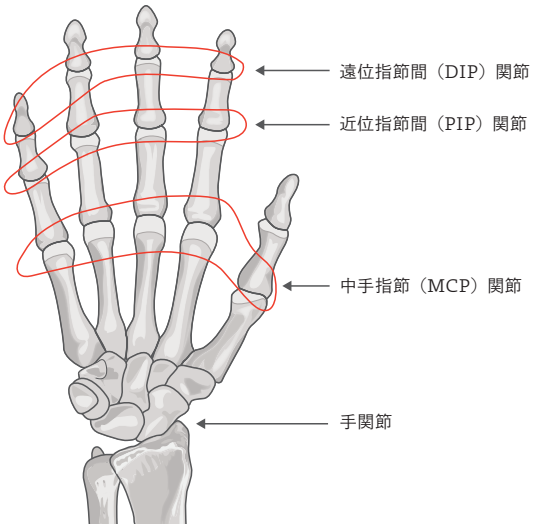


図1　関節の名称



図2　RAの代表的な関節変形

変形（ムチランス変形），母指ではZ変形，足趾では外反母趾や槌趾（つちゆび）変形を合併することによる三角変形が知られています．関節症状が進行した場合は手指伸筋腱断裂により環指や小指が伸ばせなくなる症状も認めることがあります．環軸関節に炎症が生じると頚部痛を認めることがあります．

日本人における罹患関節の研究では，関節腫脹および圧痛のいずれも手関節に多く認め，腫脹では中手指節間（MCP）関節，足関節，膝関節が続き，圧痛では膝関節，肘関節，足関節が続いています．発症１年以内では，腫脹は近位指節間（PIP）関節に最も多く，手関節，膝関節が続き，圧痛は手関節に最も多く，膝関節，肩関節，PIP関節が続きます[1)]．症状は持続し対称性を示していく場合が多いですが，発症早期の場合や治療による影響がある場合は症状の変動や非対称性を認めることもあります．典型例における関節炎の特徴は，6週以上持続する小関節（手関節およびそれより以遠の関節，足関節以遠の関節）を含む多関節炎であることです．さらに遠位指節間（DIP）関節炎や炎症性腰背部痛（安静や起床時に悪化し，運動により改善）などを示さない場合，特にRAやその他の膠原病を考え鑑別を進めることが重要です．治療に伴い腫脹や圧痛は改善していきますが，関節の骨軟骨の変化が進むと変形や機能の障害が残ることあります．

2．患者さんへの説明，教育，指導

- RAの主症状である関節症状の説明では，具体的に関節の腫れや痛みが出ること，それに伴い，着替えや食事，歩行などの日常生活において支障が出る可能性があることを伝えましょう．RAの活動性や治療効果の判断では血液検査も参考にしますが，関節症状や日常生活における機能の障害の把握が重要です．
- **指導例：**「RAでは関節の炎症により，手や足の関節に腫れや痛みが生じます．また首の痛みを認めることもあります．このため日常生活で種々の支障をきたす場合があります．」

文 献

1）Kanazawa T, et al：Mod Rheumatol 2013；23：44–49.

Q3 関節以外の症状として何があるのか?

1. 基礎知識

RAでは関節症状以外に**表1**のような病態や症状を認めることがあります．そのなかでも，血管炎をはじめとする関節外の症状を認め難治性もしくは重症な場合は「悪性関節リウマチ」とよばれ指定難病になっています．血管炎とは血管壁に炎症が生じ，その血管によって養われる皮膚や神経などの臓器に梗塞や機能障害が生じる病態です[1]．

また，RAでは以下の病気を合併することがあります．

- シェーグレン症候群：目や口が渇く免疫の病気です．
- アミロイドーシス：関節炎が長期間続くことにより，炎症物質であるアミロイドAタンパクが腎臓や消化管，心臓などに沈着することがあります．そのため，蛋白尿を認めたり，食思不振や腹部膨満，下痢，心不全などを認めることがあります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 関節外症状に対しては関節炎と異なる治療を要する場合もありますので，その把握は重要です．

指導例：

・「RAの主な症状は関節症状ですが，関節外の症状を認める場合があります．一見，RAと関係ないと思うような症状でも関連がある場合もあるので，もし気になる症状があれば主治医に相談してみてください．」

・「目や口の渇きが主な症状でRAと同じ免疫の病気であるシェーグレン症候群や，炎症物質のアミロイドAタンパクが腎臓や消化管に沈着し蛋白尿や食思不振，下痢などが認められるアミロイドーシスにも頻度は低いながら注意が必要です．」

・「血管炎をはじめとする関節外症状があり難治性もしくは重症の場合は悪性関節リウマチとして指定難病に認定可能な場合もあります．」

文 献

1）「日本循環器学会．血管炎症候群の診療ガイドライン（2017年改訂版）」https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2017_isobe_h.pdf（2025年4月閲覧）

2）Gabbay E, et al：Am J Respir Crit Care Med 1997；156：528–535.

3）Kim EA, et al：Radiographics 2002；22 Spec No：S151–S165.

表1　RAの関節外症状

間質性肺炎	画像検査ではじめてわかる場合や，咳や息切れなどの症状も出る場合があります．胸部X線で約5%，HRCTで30～50%に認められるという報告があります[2) 3)]
漿膜炎（胸膜炎・心膜炎）	胸水や心嚢水が溜まります
上強膜炎・強膜炎	目の白目の充血や目の痛みを認めます
末梢神経障害	血管炎による末梢神経炎や，脊髄や手足での圧迫による神経障害により，手足の運動や感覚の障害が生じます
リウマトイド結節	後頭部や肘などの骨突起部や伸側表面または関節近傍にみられる皮下結節です
皮膚潰瘍・梗塞・指趾壊疽，紫斑	血管炎により生じることがあります
全身症状	血管炎により発熱や体重減少を認めることがあります

Q4 RAの診断の基準は?

1. 基礎知識

進行したRAの診断は変形や骨破壊が見てとれるためそれほど難しいものではありませんが，早期の診断は専門家でも難しいことがあります．RAの症状は患者さんごとに非常に多様なため，診断の基準を決めるのはなかなか困難です．そのため，“このような患者さんはRAとして分類してよいだろう”という「分類基準」を設け，診断の際にも利用しています．2010年に発表された「ACR/EULAR関節リウマチ分類基準」[1]（**図1**）では，少なくとも1つ以上の関節腫脹があればRAを疑ってよいのですが，最初に他の疾患でないことをしっかり確認しておく必要があります．その後，①腫脹または圧痛のみられる関節数（関節スコア），②RFまたは抗CCP抗体，③CRPまたは赤血球沈降速度，④症状の持続期間の4項目の点数を合計し，6点以上であればRAと分類されます．

この分類基準は抗リウマチ薬を早期に導入するために考案されましたが，早期RAと診断された方の約75%が分類基準を満たすものの，RFや抗CCP抗体が陰性の場合や，関節スコア（上記）が低い症例は分類されにくいとの報告があります[2]．分類基準を満たさない場合でも，身体所見や病歴，検査や画像所見を参考にRAと診断することがあります．

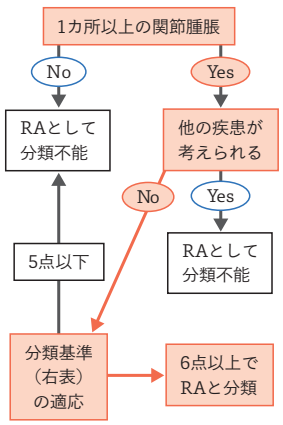
2. 患者さんへの説明，教育，指導

- RAの診断は病歴・身体所見・検査所見を合わせて総合的に決定します．画像検査は診断の助けになります．
- **指導例：**「リウマチの診断で重要なことはスピードと確実性です．早い段階で治療をはじめられれば，骨破壊や変形を防止できる可能性が高まるので早期診断はとても重要です．片手だけ，片足だけに症状が出現することもあります．RF陽性というだけで診断することはできません．RAと診断するには他の疾患でないことをきちんと確認する必要があります．リウマチの治療薬は長期間使用するので，きちんと除外診断をして確実な診断をすることがとても大事です．」

文 献

1）Aletaha D, et al：Arthritis Rheum 2010；62：2569-2581.

2）「日本リウマチ学会．日本リウマチ学会 新基準検証委員会報告書」https://www.ryumachi-jp.com/info/news110913.pdf（2025年4月閲覧）



A. 腫脹または圧痛のある関節数	0～5点	
大関節1カ所	0	大関節：肩，肘，股，膝，足
大関節2～10カ所	1	
小関節1～3か所	2	小関節：MCP関節，PIP関節，母指IP関節，第2～5趾MTP関節，手関節
小関節4～10カ所	3	
11カ所以上（1カ所以上の小関節を含む）	5	顎，肩鎖，胸鎖関節を含めてよい
B. 自己抗体	**0～3点**	
RF（－）かつ抗CCP抗体（－）	0	
RF，抗CCP抗体のいずれかが低値陽性	2	低値：正常上限の3倍未満
RF，抗CCP抗体のいずれかが高値陽性	3	高値：正常上限の3倍以上
C. CRPまたはESR（赤血球沈降速度）	**0～1点**	
CRP，ESRの両方が正常	0	
CRPもしくはESRのいずれかが高値	1	
D. 関節症状の持続期間	**0～1点**	
6週未満	0	
6週以上	1	

図1　2010 ACR/EULAR関節リウマチ分類基準
文献1をもとに作成

Q5 どのような血液検査が行われるのか?

1. 基礎知識

RAの血液検査は，初診時と定期通院時でその意味合いや内容が異なります．

1）初診時

診断・鑑別診断に必要な項目や合併症の有無，疾患活動性に関連する項目を調べます．RAの診断を行うには他の疾患を除外する必要があり，また，治療方針の決定には，問題となる合併症がないことを確認することが重要だからです．そのため，初診時には，一般的な血算，生化学検査に加え，関節症状の鑑別のための膠原病関連検査や，一見，RAと関連のなさそうなB型肝炎や結核などの感染症関連項目などが含まれることがあります．そのため，採血量も多くなってしまいますが，これらすべての項目を毎回検査することはありません．

RAの診断時に行われる検査としては，RF，抗CCP抗体があげられます．RA患者さんが診断時に各検査で陽性となる頻度はいずれも約70％で，決して100％ではありません[1]．一方，RAでない方もRFは約15％，抗CCP抗体は約5％で陽性になる[1]ので解釈には注意が必要です．これらの検査は診断だけでなく骨破壊のリスクなど予後予測にも活用可能です．

2）定期通院時

疾患活動性，副作用に関連する項目を調べます．疾患活動性に関連するものとしては，全身の炎症を反映するCRPや赤血球沈降速度，滑膜炎を反映するMMP-3（エムエムピースリー）などがあげられます．定期通院時の検査を確認する際には，正常値かどうかだけでなく，前回や前々回と比較しながら値の変動の意味について考えることが重要です．

また，血液検査の値の解釈は1つではありません．例えば炎症マーカーであるCRPや赤血球沈降速度は，RAの悪化以外に感染症を合併しても上昇します．また，MMP-3はステロイドの使用でも上昇してしまうため，滑膜炎の絶対的なマーカーとはいえません．病態および治療方針決定の判断はしっかりと病歴や身体所見を確認したうえで総合的に行われるべきです．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例・初診時：**「血液検査はRAの診断や除外診断，現在の活動性や今後の骨破壊のリスクについて検討し，今後の薬剤選択に必要な情報を集めるために行います．初診時には調べる内容が多いため全体の採血量が増えて検査にかかる費用が高くなってしまいますが，毎回同じような検査をするわけではありません．また，治療薬を決める前にB型肝炎や結核などに罹ったことがあるかどうかを知ることはとても大事なことです．今回の検査結果を踏まえて次回は今後の治療方針を相談する予定です．」
- **指導例・定期受診時：**

・「血液検査はRAがうまくコントロールできているか，薬による副作用や何らかの合併症が出現していないかを調べるために行っています．通常，検査で採取する血液量は全体の0.5％以下なので，外来のたびに採血したとしてもそれが原因で貧血になることはありません．」

・「血液検査の結果を確認するときには1回の結果だけでなく，以前からの結果も含めてデータの動きをみるようにしてください．正常値の範囲から外れている結果すべてが診療上で問題のある結果ではありません．」

文 献

1）Nishimura K, et al：Ann Intern Med 2007；146：797-808.

Q6 どのような画像検査が行われるのか?

1. 基礎知識

RAで行われる主な画像検査として，単純X線検査，超音波検査，MRI検査があり，診断，病気の活動性，構造変化を評価するために行われます[1)]．

1）単純X線検査

単純X線検査は骨びらんや関節裂隙の狭小化などRAによる関節破壊を確認するのに有用な検査です．全身のどの部位でも撮影可能で，再現性が高く安価であることが特徴です．この検査でRAに特徴的な骨破壊が認められれば確定診断ができること，骨破壊の評価法も確立されていることから，最も一般的な画像検査です．RAの初診時には必須といえますが，この検査では疾患早期に変化が指摘できることは少ないため，早期診断や活動性評価の面では有用性が低いと考えられます．

2）超音波検査

超音波検査は関節内の微細な変化を確認するのに有用な検査です．関節内の滑膜や滑液，腱や腱鞘，骨の変化などがリアルタイムにわかるため，早期診断や活動性の評価に非常に役立ちます．また，関節を屈伸することによって動的な変化も確認できるため，機能障害の部位を絞り込むことにも使用可能です．放射線曝露の心配もなく，手軽に行える点もこの検査の優れているところです．一方で検査結果の信頼度は行う人の熟練度に依存すること，評価関節数が増えた場合時間がかかること，再現性や客観性がやや低いこと，定量的な評価が難しいことは弱点といえます．

3）MRI検査

MRI検査は関節・軟部組織・骨内部の評価に有用な検査です．超音波検査で得られる所見に加えて炎症細胞が骨内部から関節へ誘導されている所見（骨髄浮腫）が見えるため，早期診断に役立ちます．また，検査の再現性・客観性が高いことも特徴といえます．一方で読影まで含めた検査結果を得るまでに時間がかかること，1回の検査で行える撮影部位が限られるため，複数の関節評価をするのには適さないこと，高価な検査であることは弱点と考えられます．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 画像検査は検査内容によってそれぞれ使用目的に差があるため，患者さんから尋ねられたときに適切な回答ができることが望ましいです．
- **指導例・単純X線検査：**「骨破壊の程度や変形の有無がわかります．以前の画像と比較することで病気の進行の度合いがわかるため，治療がどの程度有効であったかの評価もできます．検査で浴びる放射線の量は身体に障害が起きる量の2,500分の1以下で，最小限の被ばくにとどまるよう放射線技師や医師が配慮しています．ちなみに1年間に人間が自然に浴びる放射線量はこの検査の40倍以上です．」
- **指導例・超音波検査：**「関節の中の構造がよくわかるので今現在炎症があるかどうか，どこが傷んでいるのかがわかります．今後の治療方針決定に役立ちます．この検査が身体に悪影響を及ぼすことはありません．」
- **指導例・MRI検査：**「骨以外の部分や骨の中についての情報がわかります．磁力を使って検査をするため，放射線の曝露の心配はありません．炎症が残存しているかどうかも評価できます．」

文 献

1）Colebatch AN, et al：Ann Rheum Dis 2013；72：804–814.

Q7 疾患活動性の評価はどのように行われるのか?

1. 基礎知識

RAは炎症性疾患であるため，血液検査による炎症反応（CRPや赤血球沈降速度）のみで病勢を判断されがちです．しかし，炎症反応が実際の関節所見（圧痛，腫脹の程度や罹患関節数）や，患者さんや医師の主観的評価（visual analogue scale：VAS）をあらわしているとは限りません．そこで，RAの疾患活動性の評価にはこれらを総合して評価する「複合的評価指標」を用いることが推奨されています．

代表的な複合的評価指標として，DAS28-ESR，DAS28-CRP，SDAI，CDAIがあります（**表1**）[1]．いずれも，**図1**にある28関節の圧痛や腫脹と，VASや炎症反応を評価して算出します．以前はDAS28-ESRが頻用されていましたが，寛解の基準が甘く，算出式も複雑なため，最近では算出が簡便なSDAI，CDAIが主に使用されています．各指標で，寛解，低・中・高疾患活動性を定義する数値が示されていますが（**表1**），4つの各指標が同じ評価を下すとは限りません．例えば，寛解の基準は，DAS28-ESRと比べてDAS28-CRPは緩く，SDAI，CDAIでは厳しいとされています．また，複合的評価指標は用いませんが，最も厳しい寛解基準として「Boolean基準」も提唱されています（**表1**）．

「関節リウマチ診療ガイドライン2024」（後述）では，これらの指標を用いて治療方針を決定していくことを推奨しています[2]．

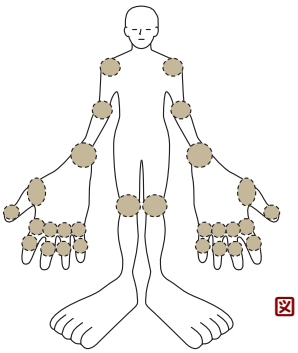


図1　複合的評価指標で評価する28関節

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- RAの病気の勢いは，血液検査以外に，痛みや腫れのある関節の数や，患者さんご自身や医師の主観的な評価を加え総合的に評価します．寛解の判断もこれに従います．
- **指導例：**「炎症反応（CRPや赤血球沈降速度）は，RAの病気の勢いを反映することが多いですが，必ずしも関節の痛みや腫れと一致するわけではありません．検査結果に一喜一憂するのはやめましょう．」

文 献

1）England BR, et al：Arthritis Care Res（Hoboken）2019；71：1540-1555.

2）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

表1　複合的評価指標および寛解/活動性基準

	DAS28-ESR	DAS28-CRP	SDAI	CDAI	(Boolean2.0寛解)
計算方法	0.56×√(圧痛関節数) ＋0.28×√(腫脹関節数) ＋0.7×ln (ESR) ＋0.014×患者による全般的健康状態 (VAS)	0.56×√(圧痛関節数) ＋0.28×√(腫脹関節数) ＋0.36×ln (CRP×10＋1) ＋0.014×患者による全般的健康状態 (VAS) ＋0.96	圧痛関節数 ＋腫脹関節数 ＋医師による全般評価 (VAS) ＋患者による全般評価 (VAS) ＋CRP	圧痛関節数 ＋腫脹関節数 ＋医師による全般評価 (VAS) ＋患者による全般評価 (VAS)	①圧痛関節数 ②腫脹関節数 ③患者による全般評価 ④CRP
寛解	＜2.6	＜2.6	≦3.3	≦2.8	①，②，④≦1 かつ③≦2
低疾患活動性	≦3.2	≦3.2	≦11	≦10	−
中疾患活動性	≦5.1	≦5.1	≦26	≦22	−
高疾患活動性	＞5.1	＞5.1	＞26	＞22	−

文献1をもとに作成

Q8 ADLの評価方法は?

1. 基礎知識

日常生活動作（activities of daily living：ADL）とは，日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作です．RAでは，これらの身体機能を評価する手段として，health assessment questionnaire disability index（HAQ-DI（ハックディーアイ））が用いられています[1]．これは，8つのカテゴリーで計20項目の質問から構成されています（**表1**）．質問ごとに0～3点の4段階で点数化し，各カテゴリー内の最高点の総和をカテゴリー数で割った値がHAQ-DIスコアとなります．また，modified HAQ（mHAQ（エムハック））[2]はHAQ-DIを簡素化したもので，HAQ-DIの各カテゴリーのなかから決められた1つの質問項目のみ回答していただき，その総和をカテゴリー数で割って算出されます．

RA患者の身体機能障害は，関節の腫脹や疼痛による“可逆的な機能障害”と，関節の破壊や変形による“不可逆的な機能障害”により生じます．そのため，適切な治療を行い，不可逆的な機能障害をきたす前に病勢を鎮静化させることが望まれます．HAQ-DI≦0.5は機能的寛解と定義され，治療の目標となりますが，加齢によってもスコアは高くなるので注意が必要です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 不可逆的な機能障害を残さないためにも，しっかりとした治療の継続が必要であることを理解してもらいましょう．
- **指導例：**「HAQ-DIは，日常生活動作にどのくらい支障があるかを知るための指標です．加齢による要素も影響しますが，リウマチの勢いとも関連があります．」

文 献

1）Fries JF, et al：Arthritis Rheum 1980；23：137-145.
2）Pincus T, et al：Arthritis Rheum 1983；26：1346-1353.

表1　HAQ-DIおよびmHAQスコア質問票

カテゴリー	各項目の日常動作について，この1週間のあなたの状態を平均して，右の4つから1つを選んで✓印をつけてください	何の困難もない（0点）	いくらか困難（1点）	かなり困難（2点）	できない（3点）
（1）衣類の着脱と身支度	1．靴ひもを結び，ボタンかけも含めて自分で身支度できますか？	□	□	□	□
	2．自分で洗髪できますか？	□	□	□	□
（2）起立	1．肘かけのない背もたれが垂直な椅子から立ち上がれますか？	□	□	□	□
	2．就寝，起床の動作ができますか？	□	□	□	□
（3）食事	1．皿の上の肉を切ることができますか？	□	□	□	□
	2．いっぱいに水が入っている茶碗やコップを口元まで運べますか？	□	□	□	□
	3．新しい牛乳のパックの口を開けられますか？	□	□	□	□
（4）歩行	1．戸外で平坦な地面を歩けますか？	□	□	□	□
	2．階段を5段登れますか？	□	□	□	□
（5）衛生	1．身体全体を洗い，タオルで拭くことができますか？	□	□	□	□
	2．浴槽につかることができますか？	□	□	□	□
	3．トイレに座ったり立ったりできますか？	□	□	□	□
（6）伸展	1．頭上にある5ポンド（約2.3 kg）のものに手を伸ばしてつかみ，下に降ろせますか？	□	□	□	□
	2．腰を曲げ床にある衣類を拾い上げられますか？	□	□	□	□
（7）握力	1．自動車のドアを開けられますか？	□	□	□	□
	2．広口のビンの蓋を開けられますか？	□	□	□	□
	3．蛇口の開閉ができますか？	□	□	□	□
（8）活動	1．用事や買い物で出かけることができますか？	□	□	□	□
	2．車の乗り降りができますか？	□	□	□	□
	3．掃除機をかけたり，庭掃除などの家事ができますか？	□	□	□	□

HAQ-DI：（1）～（8）の各カテゴリー中の最高点の総和／回答したカテゴリー数．
mHAQ：青字の質問項目のみで回答を得て，同様の計算を行う．文献1，2をもとに作成

Q9 RAにおける「寛解」とは何か?

1. 基礎知識

寛解とは,「症状や検査異常が改善あるいは消失した状態」「症状が安定して落ち着いた状態」を意味します．疾患によっては，そのまま治癒に至ることもありますが，病状の再燃・増悪もあり得る状態です．

RAの場合，治癒に至る治療法は確立されていないため，関節の痛みも腫れも改善して症状が落ち着いている場合でも「治癒」と判断されることはありません.「治癒に近い良い状態，しかし一時的かもしれない状態」を寛解といいます．寛解状態にもち込み，それを維持することが最も大切です．

RAにおいては，**表1**で示すように4つの寛解があります．

- **臨床的寛解**：関節の症状や血液検査などから算出される複合的評価指標を用いて算出される疾患活動性がほぼない良好な状態を意味します．構造的寛解や機能的寛解につなげるためにも，まず目標にすべき状態です．しかしながら，罹病期間が長い場合やすでに不可逆的関節破壊が進行している場合には達成が困難なこともあるため，当面，低疾患活動性を達成目標に設定することもあります（**第1部Ⅰ-Q7**参照）．
- **構造的寛解**：関節破壊がほぼ進行しない状態を示します．X線撮影などの画像検査を行い判断します．達成のためには，臨床的寛解の維持が重要です．
- **機能的寛解**：通常の日常生活が行える状態を示します．種々の日常生活動作の困難度を評価して判断します（**第1部Ⅰ-Q8**参照）．評価時の疾患活動性および関節や骨の損傷程度が影響します．
- **完全寛解**：臨床的寛解，構造的寛解，機能的寛解のすべてが達成できている状態です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 臨床的寛解を維持することにより構造的寛解がもたらされ，両寛解が持続することで機能的寛解が維持されます．まずめざすべきは，臨床的寛解です．
- **指導例**：「寛解状態など病状が改善した状態になっても，その状態を確認・維持するためには定期的診察と治療の継続が大切です．」

文 献

1）「リウマチ病学テキスト改訂第3版」(公益財団法人 日本リウマチ財団教育研修委員会，一般社団法人 日本リウマチ学会生涯教育委員会/編)，南江堂，2022

表1　寛解の種類

	定義	評価指標	寛解基準
臨床的寛解	炎症による症状や徴候がほぼない状態	SDAIやCDAIなどの複合的評価指標（**第1部Ⅰ-Q7**参照）	SDAI≦3.3やCDAI≦2.8など（**第1部Ⅰ-Q7**参照）
構造的寛解	関節や骨に損傷の進行がない状態	X線検査で関節損傷の進行程度を評価	年間あたりの関節損傷の進行度Δ mTSS（Δ modified Total Sharp Score）＜0.5
機能的寛解	日常生活動作に支障がない状態	患者さん自身が生活機能を評価	HAQ-DI≦0.5（**第1部Ⅰ-Q8**参照）
完全寛解	臨床的寛解，構造的寛解，機能的寛解の全てが達成できている状態	上記すべて	上記すべて

Q10 T2T（ティートゥーティー）とは何か?

1. 基礎知識

T2T（Treat to Target）とは，「目標達成に向けた治療」のことです．糖尿病や高血圧では，HbA1c値や血圧値などの治療目標値がガイドラインなどで示されており，これらの目標値を意識したT2Tにより，より良い予後が得られるようになりました．RA治療においてもT2Tによるタイトコントロールの有用性が確認されています．タイトコントロールとは，定期的かつ適切な指標を用いて治療効果判定を行うことにより，早期に病気をコントロールする方法です．T2Tは，国際的な委員会によって示された「基本的な考え方」（**表1**）と「リコメンデーション（推奨）」（**表2**）からなり立っています．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 患者さんにT2Tの考え方を知っていただくことは，治療方針の決定に有用です．
- **指導例**：「生活の質（QOL）を良い状態にもっていくために大切なことは，RAの勢いを定期的に評価して，その都度治療方針を検討することです．」

文 献

1）Smolen JS, et al : Ann Rheum Dis 2010 ; 69 : 631–637.
2）T2T-Japan編　竹内 勤：治療学 2010 ; 44 : 1081–1085.
3）竹内 勤，金子祐子：日本内科学会雑誌 2014 ; 103 : 2321–2327.
4）「リウマチ病学テキスト改訂第3版」（公益財団法人 日本リウマチ財団教育研修委員会，一般社団法人 日本リウマチ学会生涯教育委員会/編），南江堂，2022

表1　T2T：基本的な考え方

A.	関節リウマチの治療は，患者とリウマチ医の合意に基づいて行われるべきである
B.	関節リウマチの主要な治療ゴールは，症状のコントロール，関節破壊などの構造的変化の抑制，身体機能の正常化，社会活動への参加を通じて，患者の長期的QOLを最大限まで改善することである
C.	炎症を取り除くことが，治療ゴールを達成するために最も重要である
D.	疾患活動性の評価とそれに基づく治療の適正化による「目標達成に向けた治療（Treat to Target；T2T）」は，関節リウマチのアウトカム改善に最も効果的である

文献1より引用．日本語訳は文献2，3より引用

表2　T2T：リコメンデーション

1.	関節リウマチ治療の目標は，まず臨床的寛解を達成することである
2	臨床的寛解とは，疾患活動性による臨床症状・徴候が消失した状態と定義する
3	寛解を明確な治療目標とすべきであるが，現時点では，進行した患者や長期罹患患者は，低疾患活動性が当面の目標となり得る
4	治療目標が達成されるまで，薬物治療は少なくとも3カ月ごとに見直すべきである
5	疾患活動性の評価は，中～高疾患活動性の患者では毎月，低疾患活動性または寛解が維持されている患者では3～6カ月ごとに，定期的に実施し記録しなければならない
6	日常診療における治療方針の決定には，関節所見を含む総合的疾患活動性指標を用いて評価する必要がある
7	治療方針の決定には，総合的疾患活動性の評価に加えて関節破壊などの構造的変化及び身体機能障害もあわせて考慮すべきである
8	設定した治療目標は，疾病の全経過を通じて維持すべきである
9	疾患活動性指標の選択や治療目標値の設定には，合併症，患者要因，薬剤関連リスクなどを考慮する
10	患者は，リウマチ医の指導のもとに，「目標達成に向けた治療（T2T）」について適切に説明を受けるべきである

文献1より引用．日本語訳は文献2，3より引用

Q11 「関節リウマチ診療ガイドライン2024」の概要は?

RAは，MTXに加え有効性の高い生物学的製剤やJAK阻害薬などの新規分子標的治療薬が開発され，その予後は飛躍的に改善しており，治療目標は，関節破壊の進行抑制と身体機能の改善に加えて，仕事や社会身体活動も問題なくできるようになることなど，さらなる高い目標に変化してきています．

また，わが国のRA診療における解決すべき課題として，地域間の医療格差，ライフステージ別のRA治療，高騰する医療費，患者さんとの協働的意思決定のあり方，多職種によるチームワーク医療の実践などが指摘されています．これら医療環境を反映した独自の治療指針が「関節リウマチ診療ガイドライン」です．日本リウマチ学会により2014年に第1版が作成されましたが，その後6年以上が経過する間に，JAK阻害薬を含む新規RA治療薬の承認，医療保険制度の変化をはじめとして，RA診療を取り巻く環境はさらなる変化をとげました．これらの課題を念頭に，厚生労働行政推進調査事業費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）「わが国の関節リウマチ診療の標準化に関する臨床疫学研究」の関節リウマチ診療ガイドライン分科会において，新たなRAの包括的な診療ガイドラインとしてアップデート版が策定され，日本リウマチ学会の承認を得て2021年に「関節リウマチ診療ガイドライン2020」が公表され，その後2024版にアップデートされました．

「関節リウマチ診療ガイドライン2024」[1]の主な内容は，下記の通りです．

①MTX（皮下注射製剤を含む），バイオ後続品を含む生物学的製剤，JAK阻害薬などの新規薬剤に関連した推奨
②高齢者，合併症を伴う患者を対象とした推奨
③手術治療・リハビリテーション治療の進歩に伴う推奨
④薬物治療および非薬物治療・外科的治療のアルゴリズム
⑤医療経済学的評価
⑥患者アンケート調査による患者価値観・意向
⑦若年性特発性関節炎，移行期，妊娠・授乳などの幅広いライフステージにおけるRA治療に関する推奨とQ＆A

また，上記の厚生労働省研究班の関節リウマチ関連リンパ増殖性疾患分科会と関節リウマチ疫学研究分科会の研究データを加えて，RA患者におけるリンパ増殖性疾患と地域医療対策のためのエビデンスも提供されています．

RA治療は診療ガイドラインに示されている治療アルゴリズムと推奨を踏まえて実践されることが期待されますが，日常臨床で遭遇する多様な背景を有するすべての患者さんに診療ガイドラインに基づいた治療を行うことは難しい現状があります．その実践には多職種のメディカルスタッフによる共同作業が不可欠で，その手引きとなるのが本ガイドです．治療法の選択にはリウマチ専門医が患者さんと情報を共有し，利益と不利益，患者の価値観や意向，医療経済的視点も加味したうえで，患者さんと協働的意思決定をして治療にあたる必要があります．

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

Q12 RAの長期予後および生命予後は?

1. 基礎知識

RAの経過は患者さんによりさまざまですが，大まかには，単周期型，多周期型，進行型の3つのタイプにわかれます．単周期型は，発症数年間で関節炎が自然に治まるタイプですが，ほとんどの方は，症状の悪化と軽快をくり返して進行していく多周期型か，短期間に悪化し進行していく進行型に含まれます．

関節の破壊は，発症後2年以内に出現することが多く，しかもこの間に急速に進行することが明らかになっています（図1）．発症から治療開始までの時間が3カ月未満の方と，3カ月以上かかった方を比べると，1年後の関節破壊に明らかな差が出たという報告もあり[1]，できるだけ早期に治療を開始することが重要です．また，RFや抗CCP抗体陽性，炎症反応高値，X線検査ですでに骨びらんがある，などの場合は，関節破壊が進みやすいため，よりしっかりとした治療が求められます．

RA患者さんの生命予後は，全般的にみると健常人と比べて劣るとされています．生命予後に影響するものとしては，男性，高齢，身体機能低下，関節外症状あり，合併症あり，骨びらんあり，炎症反応高値などがあげられています[2]．しかし，最近では，RAの早期診断，早期治療開始により，関節破壊を防ぎ，身体機能を維持することで，生命予後の改善ももたらされてきています[2]．

RA患者さんの死亡原因として，欧米では心血管障害が多いのですが，日本では，悪性腫瘍，感染症（特に呼吸器感染）が多く，次いで心血管障害，間質性肺炎だったと報告されています[3]．普段から，健康診断受診の推奨や，感染症予防の指導，間質性肺炎のモニタリングなどにも留意していく必要があります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- RAが自然に治ることは稀なので，治療を継続していくことが必要です．
- RA治療を継続して良い状態を保つことは，関節破壊を防いで身体機能を維持するだけでなく，生命予後の改善にも結び付くので，非常に重要です．

文献

1）Lukas C, et al：Arthritis Rheum 2011；63：1804–1811.
2）Young A, et al：Rheumatology (Oxford) 2007；46：350–357.
3）Nakajima A, et al：Scand J Rheumatol 2010；39：360–367.
4）Fuchs HA, et al：J Rheumatol 1989；16：585–591.

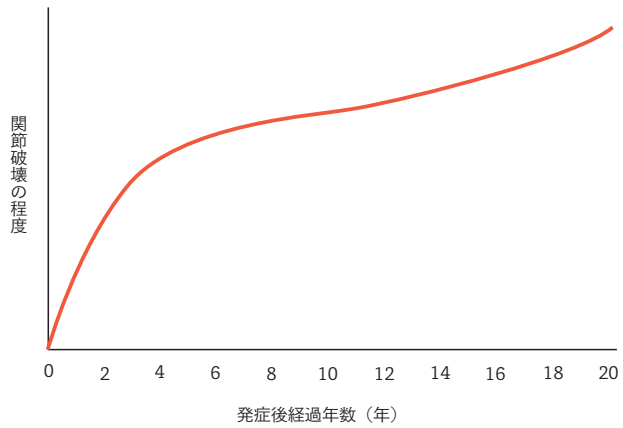


図1　関節破壊の経年的変化
文献4をもとに作成

第1部

関節リウマチの基礎

Ⅱ.関節リウマチの治療

Q1 治療の全体像は？ 26
Q2 日常生活における注意点は？ 28
Q3 薬物療法の全体像は？ 29
Q4 メトトレキサート（MTX）：治療における役割と使用時の注意点は？ 30
Q5 MTX以外の従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）：治療における役割と使用時の注意点は？ 31
Q6 生物学的製剤（bDMARDs）：治療における役割と使用時の注意点は？ 32
Q7 分子標的合成抗リウマチ薬（tsDMARDs）：治療における役割と使用時の注意点は？ ... 34
Q8 非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）：治療における役割と使用時の注意点は？ 35
Q9 副腎皮質ステロイド：治療における役割と使用時の注意点は？ 36
Q10 抗RANKL抗体：治療における役割と使用時の注意点は？ 37
Q11 体調が悪いときや，内服や注射を忘れたときはどうすればよいのか？ 38
Q12 治療薬は将来，減量したり中止できるのか？ 39
Q13 手術の種類と適応は？ 40
Q14 手術前後のマネージメントで気を付けるべきことは？ 42
Q15 人工関節手術後に気を付けるべきことは？ 43
Q16 リハビリテーションの全体像は？ 44

Q1 治療の全体像は?

RA治療は，T2T（Treat to Target）（**第1部Ⅰ-Q10**参照）という目標達成に向けた治療概念を基本に，6カ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」をめざします．「関節リウマチ診療ガイドライン2024」[1]の薬物治療のアルゴリズムでは，この概念をもとに**図1**のようにフェーズⅠからⅢまで順に治療を進めます．

RF/抗CCP抗体陽性（特に高値）や早期からの骨の破壊（骨びらん）を有する症例は関節破壊が進みやすいため，より積極的な治療を考慮し，治療開始後3カ月で改善がみられなければ治療を見直します．治療目標達成・維持，関節破壊進行抑制，身体機能維持ができた場合に，薬物の減量を考慮します．非ステロイド抗炎症薬，副腎皮質ステロイド，抗RANKL抗体は補助的な治療の位置づけになります．

薬物治療でなお四肢関節症状および機能障害が残存する場合に，**図2**に示す非薬物治療・外科的治療のアルゴリズムに進み，フェーズⅠで装具療法，リハビリテーション治療，短期的な副腎皮質ステロイドの関節内注射を含む保存的治療，フェー

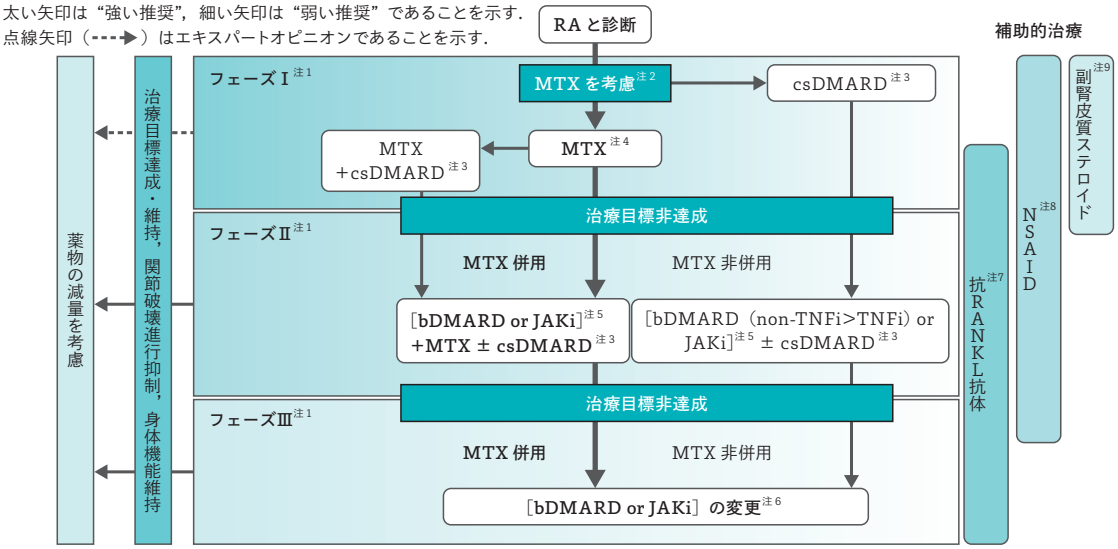


図1　関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂 薬物治療アルゴリズム

注1：原則として6か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」が達成できない場合には，次のフェーズに進む．治療開始後3か月で改善がみられなければ治療を見直し，RF/ACPA陽性（特に高力価陽性）や早期からの骨びらんを有する症例は関節破壊が進みやすいため，より積極的な治療を考慮する．

注2：禁忌事項のほかに，年齢，腎機能，肺合併症などを考慮して決定する．

注3：MTX以外のcsDMARDを指す．

注4：皮下注射投与は，内服よりも優れた有効性と同等以上の安全性が期待されるが，コスト面からMTX未投与患者ではまず内服を優先する．

注5：短期的治療ではTNF阻害薬とJAK阻害薬の有用性はほぼ同等だが，長期安全性，医療経済の観点からbDMARDを優先する．JAK阻害薬使用時には，悪性腫瘍，心血管イベント，血栓イベントのリスク因子を考慮する．

注6：TNF阻害薬で効果不十分な場合は，他のTNF阻害薬よりも非TNF阻害薬への切り替えを優先する．

注7：疾患活動性が低下しても骨びらんの進行がある患者，特にRF/ACPA陽性患者で使用を考慮する．

注8：疼痛緩和目的に必要最小量で短期間が望ましい．

注9：早期かつcsDMARD使用RAに必要最小量を投与し，可能な限り短期間（数か月以内）で漸減中止する．再燃時などに使用する場合も同様である．

RA：関節リウマチ，MTX：メトトレキサート，csDMARD：従来型合成疾患修飾（性）抗リウマチ薬，bDMARD：生物学的疾患修飾（性）抗リウマチ薬，JAKi：ヤヌスキナーゼ阻害薬，TNFi：TNF阻害薬，RANKL：receptor activator of NF-κB ligand，NSAID：非ステロイド抗炎症薬

文献1より転載

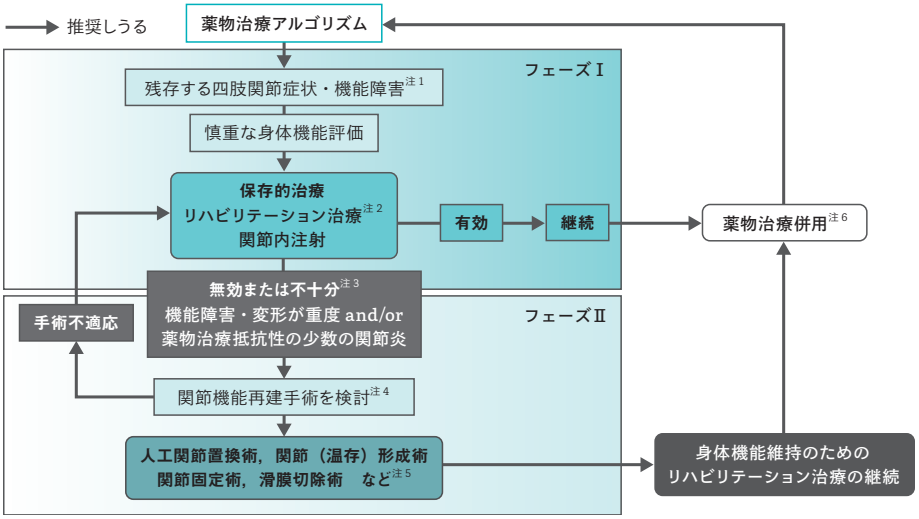


図2　関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂 非薬物治療・外科的治療アルゴリズム

注1：骨折，感染，脊髄障害，腱断裂など急性病態や緊急手術が必要な状態を除く．
注2：装具療法，生活指導を含む．
注3：適切な手術のタイミングが重要である．
注4：手術によって十分な改善が得られない，または害が利益を上回ると判断される場合，不適応とする．患者の意思・サポート体制を考慮する．
注5：有効な人工関節置換術，関節温存手術がある場合はまず考慮する．
注6：保存的治療継続中および外科的治療後も，適正な薬物治療を常に検討する．
文献1より転載

ズⅡでは手術を検討します．術後はリハビリテーション治療を行い，長期的に身体機能を維持するために治療を継続します．非薬物治療・外科的治療は薬物治療のどのフェーズにも応用可能です．

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

Column　MTX服用中の葉酸摂取について（第1部Ⅱ-Q4参照）

葉酸を大量に摂取すると，MTXの効果が減弱してしまいます．葉酸は藻類（焼きのり，乾燥わかめ，青のりなど），野菜類（えだまめ，モロヘイヤ，干し椎茸，パセリ，ほうれん草，ブロッコリー，アスパラガスなど），肉類（レバー）などに比較的多く含まれています[1)]．しかし，通常，食品から摂取される葉酸の量ではMTXの効果減弱を気にする必要はありません．問題となるのは，青汁や葉酸含有量の多いサプリメントを摂取する場合です．青汁中の葉酸含有量は商品によっても異なりますが，概して多く含まれるため，MTX服用中の青汁使用は控えるように患者さんに伝えてください．また，サプリメントも成分を確認して，葉酸含有量が多いものは控えるようにしてもらってください．

文 献

1）「文部科学省．日本食品標準成分表（八訂）増補2023年」https:// www.mext.go.jp/content/20230428-mxt_kagsei-mext_00001_011.pdf（2025年4月閲覧）

Q2 日常生活における注意点は?

1. 基礎知識

RA治療の4本柱とは，「薬物療法」「手術療法」「リハビリテーション療法」そして「基礎療法」です．治療は薬物療法が中心となり，必要に応じて症状や関節機能を維持・改善する目的で手術療法やリハビリテーション療法を組合わせますが，基礎療法も大切です．基礎療法とは，治療効果を維持しQOLを最大限向上させるために，病気を理解すること，そして日常生活において注意・工夫をすることです．ここでは，日常生活における注意点や工夫を列挙します．

- 治療薬の効果や安全性に影響を及ぼす飲食物やサプリメントに注意が必要です．
  - ・MTX服用時の葉酸摂取過多やタクロリムス服用時のグレープフルーツジュースの摂取など，抗リウマチ薬の効果や安全性に影響する場合があるので注意が必要です．
- 関節の損傷や機能障害による影響を低減するために注意・工夫できることがあります．
  - ・下肢関節の損傷が進行している場合や人工関節置換術後で関節可動域が制限されている場合，便座・椅子・ソファなどの座面を高めにすることによりADLやQOLを改善することができます．
  - ・頚椎病変，特に環軸椎亜脱臼による神経症状がある場合には，枕の形状を調整する（例えば，頚椎の過前屈を避けるために低めにする，など）ことにより神経症状を軽減できる場合があります．
  - ・人工股関節置換術後は脱臼を起こさないように注意する必要があります（あぐらをかかない，足を組まないなど）．
- 関節機能の維持に自宅などでのリハビリテーション療法が有効です．
  - ・炎症や疼痛のある関節は屈曲拘縮をきたしやすいので，関節可動域を維持するための運動が重要です．日常生活においてもリハビリテーション療法の一貫として，関節の屈伸運動をすることにより関節可動域の維持を図ることができます．リハビリテーション科医や理学療法士，作業療法士の指導を受けて行うようにしましょう．
- 感染症の予防
  - ・抗リウマチ薬には免疫抑制作用を有する薬が多いことから，感染予防対策も大切です．手指消毒や口腔内の保清，飛沫感染予防対策としてのマスク着用が有効です．
- 十分な休息，適度の運動，心のリフレッシュも穏やかな日常生活を送るうえでとても重要なことです．
- RAに関して，あるいは日常生活の質を高めるための情報を得るために，患者同士の交流（公益社団法人日本リウマチ友の会など）もきわめて有用です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**
  - ・「治療薬の服用は最も大切ですが，適度の運動も大切です．」
  - ・「翌日に痛みや疲労が残らない程度の運動をするようにしましょう．」
  - ・「無理をしない，頑張り過ぎない，痛みのあるような動きはしないようにしましょう．」
- 日常生活における日々のADL/QOLには，患者さん個々の身体的・精神的状況と環境が大きく影響します．ADL/QOLを最大限向上させるために，まず必要なことは，今現在患者さんが望んでいることを把握することです．患者さんにかかわるすべての職種がその情報を共有するためのしくみ作り，その端緒として本ガイドが機能することを期待したいと思います．

Q3 薬物療法の全体像は?

1. 基礎知識

RAで用いられる薬剤は，抗リウマチ薬〔正式には，疾患修飾性抗リウマチ薬（DMARDs）〕，副腎皮質ステロイド，非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）に大別できます．DMARDsはさらに**表1**のように分類されます．

薬物治療の全体的な流れは，「関節リウマチ診療ガイドライン2024」[1]の薬物治療アルゴリズムが参考となります（**第1部Ⅱ-Q1**参照）．RAと診断されたら，抗リウマチ薬による治療を進めていくことにより，関節の炎症を抑え，症状を軽減し，関節破壊の進行を防ぎます．患者さんの年齢や腎機能，その他合併症などに注意しながら治療薬の選択を行いますが，基本はcsDMARDsの代表的な薬剤であるMTXによる治療です．MTXが適さない場合は，その他のcsDMARDsが用いられます．MTXを中心とした抗リウマチ薬の併用療法も行われる場合があります．以上のcsDMARDsを中心とした治療がフェーズⅠになります．

フェーズⅡでは生物学的製剤もしくはJAK阻害薬による治療が中心となります（長期安全性，医療経済の観点から生物学的製剤を優先）．MTXが併用できる場合は併用し，MTXが併用できない場合は状況により他のcsDMARDsを併用する場合があります．これらによっても治療目標が達成できない場合はフェーズⅢに移行し，抗リウマチ薬の変更を行います．副腎皮質ステロイドやNSAIDs，抗RANKL抗体（**第1部Ⅱ-Q10**参照）は補助的治療に位置付けられています．副腎皮質ステロイドやヒアルロン酸の関節内注射も行われる場合があります．

表1　RA治療で用いられる薬剤

1. 疾患修飾性抗リウマチ薬（DMARDs）
   1）合成抗リウマチ薬（sDMARDs）
      ①従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）：MTXなど
      ②分子標的合成抗リウマチ薬（tsDMARDs）：JAK阻害薬など
   2）生物学的抗リウマチ薬（bDMARDs，生物学的製剤）
2. 副腎皮質ステロイド
3. 非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）

症状の寛解が続いている場合は，併用薬の中止や投与量の減量，投与間隔の延長など個々に応じた内容で治療の強さを下げていくことが可能な場合もありますが，再燃に対する注意は必要です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- ガイドラインを参考にしながら，薬物治療の重要性と治療の方向性につき説明をしていきましょう．
- **指導例：**

・「薬物治療の中心は抗リウマチ薬であり，ステロイドや消炎解熱鎮痛薬は補助的な役割となっています．」

・「薬物治療開始後は定期的に医師の診察をうけ，その効果や副作用につきチェックをしていきます．十分な効果が得られない場合は，他の治療薬の追加や変更を行っていきます．また症状が改善しても再燃を防ぐためには，治療を継続していくことが重要です．」

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

Q4 メトトレキサート（MTX）：治療における役割と使用時の注意点は?

1. 基礎知識

MTXは，免疫抑制作用と抗炎症作用をもち，世界的に最もよく使用されている抗リウマチ薬です．「関節リウマチ診療ガイドライン2024」では，MTXが禁忌の場合や，年齢や腎機能障害，肺合併症の併存などを考慮してMTXの使用を控える場合を除き，RA治療の第一選択薬として推奨しています[1]．

MTXは，**内服では週に1～2日，皮下注射では週に1回**だけ投与される薬剤です[2]〔**コラム「MTXと葉酸の服用方法」(p.33)** 参照〕．通常，内服では6～8 mg/週，皮下投与では7.5 mg/週で開始しますが，効果発現には数週間かかります．効果と副作用の有無をみながら用量を調整していきますが，本邦では最大16 mg/週（皮下投与は15 mg/週）まで漸増できます．副作用予防目的のため，MTX使用者全例でMTX最終投与後24～48時間後に葉酸（フォリアミン®）の投与が推奨されています（前述のコラム参照）．MTXを中心とした抗リウマチ薬の併用療法が行われる場合があります．

MTX投与開始前には，一般的な血液検査，胸部X線検査に加え，肝炎ウイルスと結核のスクリーニング検査を実施します．MTX服用開始後，半年以内は2～4週ごと，その後状態が安定している場合には4～12週ごとに血液検査を実施します．呼吸器症状がなくても年1回は胸部X線検査の施行が推奨されます[2]．MTXで気を付けるべき副作用を**表1**に示します．特に，間質性肺炎やリンパ腫については治療開始時に十分説明しておく必要があります．また，妊娠，授乳中のMTX服用は禁忌です．妊娠する可能性のある女性RA患者さんの場合には，投与中止後1回生理を見送るまでは確実に避妊するように指導します[1) 2)]．男性RA患者さんの場合，薬剤添付文書上では投与中および投与中止後3カ月間は避妊の指示となっていますが，児の奇形発生リスクの上昇の報告はないため，治療に不可欠な場合は継続も可能です[1]．

表1　MTXで気を付けるべき副作用

副作用名	症状
骨髄抑制（血球減少症）	口の中のただれ，感染症，貧血，出血など
間質性肺炎	空咳，息切れ，呼吸困難感，発熱など
感染症	発熱，全身倦怠感，咳，呼吸苦など
リンパ増殖性疾患（リンパ腫）	頚部や腋窩のリンパ節腫脹，発熱など
肝機能障害	肝機能値異常，倦怠感
吐き気，頭痛，口内炎	（軽度であれば，MTXの減量や葉酸製剤の併用で改善することもあり）

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「MTXを飲み忘れた場合，その週は服用せずに翌週からいつも通り服用してください．」（主治医から事前に指示がある場合はその指示に従ってください）

・「体調が悪くMTXを服用すべきか悩む場合，その週のMTX服用はスキップしましょう．1～2週間服用しなくてもRAは急激に悪化しません．安全を優先しましょう．」

・「サプリメントで葉酸を取り過ぎると，MTXの効果が弱まってしまいます」〔**コラム「MTX服用中の葉酸摂取について」(p.27)** 参照〕．

● 患者さんへの説明には，日本リウマチ学会が作成した「メトトレキサートを使用する患者さんへ（第4版）」[3] というパンフレットを活用してください．

文献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

2）「関節リウマチ治療におけるメトトレキサート（MTX）使用と診療の手引き2023年版」（日本リウマチ学会MTX診療ガイドライン小委員会/編），羊土社，2023

3）「日本リウマチ学会．メトトレキサートを使用する患者さんへ（第4版）」https://www.ryumachi-jp.com/jcr_wp/media/2024/01/mtx_2024.pdf（2025年4月閲覧）

Q5 MTX以外の従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）：治療における役割と使用時の注意点は？

1. 基礎知識

従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）には，MTX以外に**表1**に示すような薬剤があります．いずれも，RAの病態にかかわる免疫の異常を改善したり，抑制する効果があります．共通した特徴として，効果が発現するまでに1～2カ月以上かかる，有効な患者でも効果が減弱することがある（エスケープ現象），などがあげられます．

「関節リウマチ診療ガイドライン2024」では，MTXが第一選択薬的位置づけにあり，それ以外のcsDMARDsは，MTXが禁忌の場合や，年齢や腎機能障害，肺合併症の併存などを考慮してMTXの使用を控える際に選択される薬剤とされています[1]．また，MTX単独使用で効果が不十分な場合には，他のcsDMARDsの追加併用療法を検討するよう推奨されており[1]，実臨床ではさまざまな状況でcsDMARDsが幅広く使用されています．

“免疫抑制薬”に分類される薬剤を開始する前には，MTXと同様のスクリーニング検査が必要です．開始後は血液・尿検査や胸部X線検査などを定期的に実施しますが，特に副作用の出やすい開始後3～6カ月までは，こまめなチェックが必要です．**表1**に各csDMARDsに特徴的な副作用を示します．現状では，使用前に有効性や安全性を予測することは不可能です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「通常，csDMARDsの効果が出るのに1～2カ月以上かかります．痛み止めのようにすぐには効かないので，あまり効果が感じられなくても副作用がなければ服用を続けてください．」
- csDMARDs服用中に体調の異常を感じたら，まず休薬してもらい，状態によっては受診していただくよう指導しましょう．

文献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

表1 csDMARDsと主な副作用

	一般名	先発薬剤名	特徴的な副作用
免疫抑制薬	メトトレキサート（MTX）	リウマトレックス®	（第1部Ⅱ-Q4参照）
	タクロリムス	プログラフ®	腎障害，高血圧，耐糖能異常
	レフルノミド	アラバ®	肝障害，皮疹，間質性肺炎，脱毛
	ミゾリビン注1	ブレディニン®	高尿酸血症
免疫調整薬	サラゾスルファピリジン	アザルフィジン®EN	重症の皮膚粘膜障害，肝障害，胃腸障害
	ブシラミン	リマチル®	蛋白尿，血液障害，間質性肺炎，黄色爪
	イグラチモド	ケアラム®	肝障害，血液障害，（ワルファリン併用禁忌）
	アクタリット注1	オークル®/モーバー®	皮疹，掻痒感
	D-ペニシラミン注1	メタルカプターゼ®	皮疹，血液障害，腎障害

注1 ガイドライン不掲載．

Q6 生物学的製剤（bDMARDs）：治療における役割と使用時の注意点は?

1. 基礎知識

2025年4月現在，投与可能な生物学的製剤（bDMARDs）は，作用機序から①TNF阻害薬，②IL-6阻害薬，③T細胞選択的共刺激調節薬の3つに分けられます（**表1**）．RAでは，TNFやIL-6といった，細胞から分泌される生理活性物質（サイトカイン）が炎症を増幅しており，またT細胞（Tリンパ球ともよばれる）がその炎症の司令塔として働くため，それらの働きを阻害する薬がRA治療に有効です．原則として，MTXなどの従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）の治療で効果が不十分なRA患者さんに投与され[1]，MTX単独の治療よりも，関節破壊の進行を抑えることが明らかになってきました．点滴や皮下注射で投与されますが，投与間隔や薬価は薬剤ごとに大きく異なります．

使用上の注意として，生物学的製剤投与中には肺炎などの感染症だけでなく，結核やB型肝炎の再活性化などが起こることがあります．そのため，生物学的製剤を投与する前に必ず感染症のスクリーニングを行い，患者さんのリスクを把握しておくことが重要です．また投与開始後は，血液・尿検査や胸部X線検査などを定期的に実施することにより，副作用の発現を早期に見つけることができます．

表1　2025年4月現在，投与可能な生物学的製剤の一覧

分類	一般名	商品名	投与方法	投与間隔	投与量	投与間隔短縮
TNF阻害薬	インフリキシマブ	レミケード®（先発品）	点滴静注	初回投与後，2週，6週に体重1kgあたり3mgで投与し，以降8週間の間隔で投与	10mg/kgまで増量可能	4週間まで短縮可能（その場合は，6mg/kgまで）
		インフリキシマブBS				
	エタネルセプト	エンブレル®（先発品）	皮下注射	10～25mgを1日1回，週に2回，または25～50mgを1日1回，週に1回投与	50mg/週まで増量可能	短縮不可
		エタネルセプトBS				
	アダリムマブ	ヒュミラ®（先発品）	皮下注射	40mgを2週に1回投与	80mgまで増量可能	短縮不可
		アダリムマブBS				
	ゴリムマブ	シンポニー®	皮下注射	（MTX併用時）50mgを4週に1回，（MTX非併用時）100mgを4週に1回投与	100mgまで増量可能	短縮不可
	セルトリズマブペゴル	シムジア®	皮下注射	400mgを初回，2週後，4週後に投与し，以降1回200mgを2週間の間隔で投与	症状安定後は400mgを4週間の間隔で投与可	短縮不可
	オゾラリズマブ	ナノゾラ®	皮下注射	30mgを4週間隔で投与	増量不可	短縮不可
IL-6阻害薬	トシリズマブ	アクテムラ®	点滴静注	1回8mg/kg，4週間隔で投与	増量不可	短縮不可
			皮下注射	162mgを2週に1回投与	増量不可	1週間に1度まで短縮可能
	サリルマブ	ケブザラ®	皮下注射	1回200mgを2週に1回投与	患者の状況に応じて150mgに減量	短縮不可
T細胞選択的共刺激調節薬	アバタセプト	オレンシア®	点滴静注	初回投与後，2週，4週に投与し，以降4週間隔で投与	体重60kg未満は500mg，体重60kg以上100kg以下は750mg，100kg超は1g	短縮不可
			皮下注射	125mgを週1回投与	初回投与時には，点滴静注用製剤を併用投与してもよい	短縮不可

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「生物学的製剤は，これまでの薬よりもしっかりと病気の勢いを抑え，関節破壊を防ぐことが期待できます．高価な治療ですが，治療効果が認められたら継続していく必要があります．医療費の面で心配なことがあれば相談してください．」（**第３部**参照）．

・「生物学的製剤使用中は感染症に特に注意が必要です．インフルエンザワクチンや肺炎球菌ワクチンの予防接種は可能です．」（**第１部Ⅲ-Q7**参照）．

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

Column MTXと葉酸の服用方法（第１部Ⅱ-Q4参照）

RAでは，経口投与の場合，MTXを週に1～2日だけ服用しますが，その服用方法はさまざまです（JIAに関しては第２部II-Q2を参照）．「関節リウマチ治療におけるメトトレキサート（MTX）使用と診療の手引き2023年版）」の推奨では，「1週間あたりのMTX投与量を1回または2～3回に分割して，12時間間隔で1～2日間かけて経口投与する．1週間あたりの全量を1回投与することも可能であるが，8 mg/週を超えて投与するときは，分割投与が望ましい（**図1**）」とされています[1]．皮下投与の場合は，1週間間隔で1回投与されます．

上記のいずれかの服用方法でなければならない，ということはなく，実際には患者さんの服薬コンプライアンスや，嘔気などの消化器症状の有無などによって決まることが多いです．

また，葉酸について，「葉酸製剤の併用投与は，MTXの開始用量にかかわらず全例で強く勧められる．特に，肝機能障害，消化器症状，口内炎の予防に有用である」[1]とされています．投与の量とタイミングに関しては，「一般的に，葉酸5 mg/週を，MTX最終投与後24～48時間後に投与する．葉酸は，通常，フォリアミン®を使用する」とされています．副作用が改善しない場合には，葉酸の増量（10 mg/週まで），もしくはMTXの減量を考慮します．重篤な副作用発現時（重篤あるいは症状を伴う血球減少症など）には，MTX投与を中止し，活性型葉酸製剤であるロイコボリン®を使用します．

文 献

1）「関節リウマチ治療におけるメトトレキサート（MTX）使用と診療の手引き2023年版」（日本リウマチ学会MTX診療ガイドライン小委員会/編），羊土社，2023

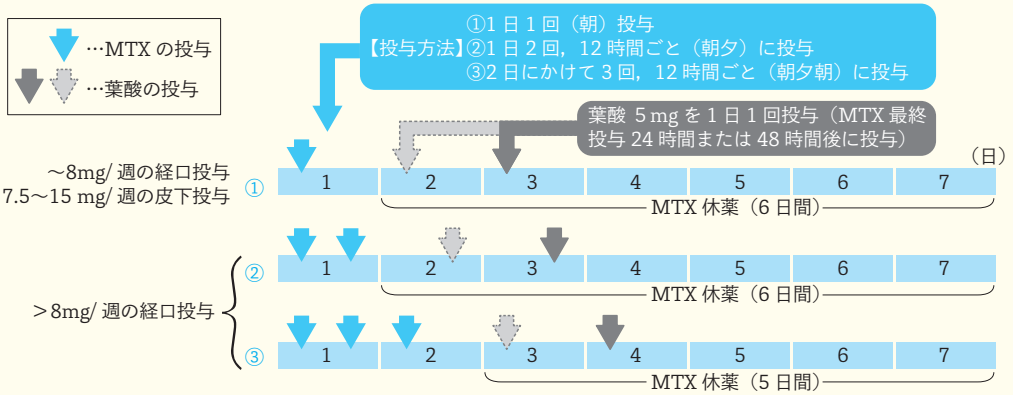


図1　MTXの用量別投与法
文献1より転載

Q7 分子標的合成抗リウマチ薬（tsDMARDs）：治療における役割と使用時の注意点は?

1. 基礎知識

分子標的合成抗リウマチ薬（tsDMARDs）は，標的分子が定められた合成低分子化合物で経口投与可能な薬剤です．現在，Janus kinase（JAK）阻害薬が実際に使われています．

作用機序としては，IL-6などのサイトカインが細胞表面の受容体に結合すると，細胞内でJAKというタンパク質がリン酸化されます．リン酸化されたJAKは転写因子のSTATを介して，炎症などに関連する遺伝子発現を調節します．JAK阻害薬はそれを阻害することで，RAに対して有効性を発揮します．日本においては，2013年に1剤目が承認され，2025年4月現在，計5剤が投与可能になっています（**表1**）．生物学的製剤と同様，原則として，MTXなどの従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）で効果が不十分なRA患者さんに投与され，MTX単独の治療よりも，関節破壊の進行を抑えることがわかっています．有効性は，生物学的製剤とほぼ同等と考えられていますが，「関節リウマチ診療ガイドライン2024」では，長期安全性や医療経済の観点から原則的に生物学的製剤を優先するとされています[1]．

使用上の注意として，生物学的製剤と同様に肺炎，結核，B型肝炎の再活性化などに注意する必要がありますが，JAK阻害薬では明らかに帯状疱疹が多いと報告されています[2]．また，悪性腫瘍や心血管合併症，静脈血栓塞栓症などについても注意が必要です．生物学的製剤と同様，投与前に必ず感染症などのスクリーニングを行い，患者さんのリスクを事前に把握するだけでなく，投与開始後も，血液・尿検査や胸部X線検査などを定期的に実施する必要があります．

表1　2025年4月現在，投与可能なJAK阻害薬の一覧

分類	一般名	商品名	阻害するJAK
JAK阻害薬	トファシチニブ	ゼルヤンツ®	JAK1，2，3
	バリシチニブ	オルミエント®	JAK1，2
	ペフィシチニブ	スマイラフ®	JAK1，2，3，TYK2
	ウパダシチニブ	リンヴォック®	JAK1，(2)
	フィルゴチニブ	ジセレカ®	JAK1

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「JAK阻害薬は内服薬ですが，生物学的製剤とほぼ同等の効果が期待できます．感染症，特に帯状疱疹の発現が多いことがわかっています．帯状疱疹は早く治療すると予後が良いので，皮膚の異常に気づいたら早めに皮膚科を受診するか相談してください．」

・「副作用の早期発見のためにも，定期受診での検査だけでなく，健康診断やがん検診なども積極的に受診するようにしましょう．」

・「帯状疱疹はワクチン接種で発症や重症化を軽減できます．未接種でしたらJAK阻害薬開始前に接種を検討してください（**第1部－Ⅲ－Q7**参照）」

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

2）Nash P, et al：Ann Rheum Dis 2021；80：71-87.

Q8 非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）：治療における役割と使用時の注意点は?

1. 基礎知識

RA患者さんの関節痛は，QOLを低下させるため，そのコントロールが重要です．RAでの除痛には，安全性と効果出現の速さから非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）が使われてきました．NSAIDsは20種類以上あり，特殊なNSAIDsとしては消化管障害の副作用の軽減を目的とした選択的COX2阻害薬があります．

しかしながら，NSAIDsには関節変形の予防効果はなく，疾患修飾性抗リウマチ薬（DMARDs）には含まれません．関節痛の原因がRAの活動性のコントロール不良（関節腫脹がみられる）である場合には，しっかりとDMARDsによる治療を行うべきであり，いたずらにNSAIDsの継続，強化をすべきではありません．副作用は，消化管潰瘍，腎障害以外に，脳梗塞，心筋梗塞などの心血管イベントがあります（**表1**）．そのため，少量，かつ，短期間の使用，可能であれば屯用や中止が望ましいです．また，副作用が増えることからNSAIDsの併用も行いません[1]．

「関節リウマチ診療ガイドライン2024」には，“NSAIDsは，RAの疾患活動性の改善効果はないが，疼痛などの症状緩和に効果があり，常用や長期使用による弊害も考慮に入れ，患者背景や状態に応じた使用が適切である”と記載されています[2]．

表1 NSAIDsの副作用

消化管潰瘍
腎障害
アスピリン喘息
胎児の動脈管閉鎖（妊娠後期の内服）
出血傾向
心血管障害（特に，選択的COX2阻害薬）
薬剤相互作用（例：ワルファリン効果増強）

2，患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「RAにおいて，NSAIDsは，疼痛を抑えてくれるものの変形予防効果はなく，抗リウマチ薬（DMARDs）と併用されることが一般的です．」

・「関節痛が持続する場合には，RAの疾患活動性がコントロールできていない可能性があるため，抗リウマチ薬の見直しが必要か主治医に相談してみましょう．」

・「胃潰瘍，腎障害などの副作用がありうるため，不必要な常用や長期使用は避けるようにしましょう．」

文 献

1）Principles of Management of Rheumatoid Arthritis. DynaMed（25 NOV 2020 Update.）
2）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

Q9 副腎皮質ステロイド：治療における役割と使用時の注意点は?

1. 基礎知識

副腎皮質ステロイドはもともと体内で毎日つくられているホルモンの一種で，通常“ステロイド”とよばれています．さまざまな種類がありますが，プレドニゾロン（プレドニン®）が代表格です．RAでは抗炎症作用，鎮痛作用を期待して使用されますが，発症早期に短期間使用する場合を除き，関節破壊抑制効果は期待できません．また，副腎皮質ステロイドはNSAIDsと同様に抗リウマチ薬（DMARDs）には含まれません．

「関節リウマチ診療ガイドライン2024」[1]では，副腎皮質ステロイドは補助的治療の位置づけとして，“早期かつcsDMARDs使用RAに必要最小量とし，可能な限り短期間（数カ月以内）で漸減中止する．再燃時などに使用する場合も同様である”と注記しています．関節痛が残存する場合や，副腎皮質ステロイド減量後に症状が再発する場合は，抗リウマチ薬の効果が不十分であると考えられ抗リウマチ薬治療を考え直さねばなりません[2]．

また，“副腎皮質ステロイドは早期RA患者において，効果的なcsDMARDs療法併用下で，疾患活動性，身体機能を改善する．一方，長期的には重症感染症，重篤有害事象，死亡のリスクとなる”とも記載されています[1]．しかしながら，実際にはやむなく使用しているケースも臨床では多くみられ，リスクとベネフィットを考えることが重要です．**表1**に副腎皮質ステロイドの主な副作用を示します[2]．それぞれに注意が必要ですが，特に骨粗鬆症対策は重要であり，「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」[3]を参考に予防を行います（**第1部Ⅲ-Q4**参照）．

また，副腎皮質ステロイドの関節内注射も日常診療でよく用いられますが，同一関節への頻回な注射は感染のリスクを上げるだけでなく，骨，軟骨，靭帯を脆くする可能性もあるので注意が必要です．

表1　副腎皮質ステロイドの副作用

副作用	対応策
骨粗鬆症・骨折	運動，日光浴，「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」に基づく薬剤治療
感染症	マスク，手洗い，うがいなどの感染予防，必要に応じて予防内服
白内障	定期的な眼科受診
消化管出血	プロトンポンプ阻害薬などの予防内服
糖尿病	定期的な血液検査，肥満予防，食事制限，薬物治療など
副腎不全	患者さん指導（突然の中止はしないように）

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「ステロイドは炎症や関節痛に有効ですが，副作用にも注意が必要です．単剤で使用されることは多くなく，抗リウマチ薬に併用して使用を考慮します．」

・「ステロイドは少量であったとしても**自己判断で突然に中止しないでください**．体のステロイドが不足するために出現する副腎不全（発熱，血圧低下，倦怠感，関節痛など）が起こりえます．嘔吐や下痢がひどい場合は，点滴による補充が必要になる場合があるので相談してください．」

文 献

1）O’Dell JR & Matteson ML：Use of glucocorticoids in the treatment of rheumatoid arthritis. UpToDate®, 2020（last updated：Feb 28, 2020）

2）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

3）「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」（一般社団法人日本骨代謝学会 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作成委員会/編），南山堂，2023

Q10 抗RANKL抗体：治療における役割と使用時の注意点は?

1. 基礎知識

RANKL（receptor activator of NF-κB ligand）は破骨細胞の分化や活性化に必須で，抗RANKL抗体（デノスマブ，商品名プラリア®）はRANKLがその受容体（RANK）に結合するのを阻害することで，破骨細胞の形成，機能，および生存を抑制します．デノスマブは，原発性骨粗鬆症患者において骨吸収抑制効果を示すことで，腰椎，大腿骨近位部，橈骨遠位端で骨密度上昇，新規骨折発生リスクの低下の効果が示されています．一般に骨粗鬆症治療薬として用いられているデノスマブですが，骨びらんを有しかつMTXを中心とした従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）で治療中のRA患者さんに対して，骨びらんの進行を抑制する効能が示されました[1]．疾患活動性の改善効果はありません．そこで，「関節リウマチ診療ガイドライン2024」の薬物治療アルゴリズムでは，疾患活動性が低下しても骨びらんの進行がある患者に対する補助的治療の位置づけで，抗リウマチ薬への上乗せとして使用を考慮することが推奨されています[1]．通常，6カ月に1回の投与ですが，骨びらんの進行が認められる場合には3カ月に1回投与することができます．

デノスマブ投与により低カルシウム血症が出現することがありますので，血清補正カルシウム値が高値でない限り，毎日カルシウムおよびビタミンDの経口補充のもとに本剤を投与することが推奨されています．特に腎機能低下例は，低カルシウム血症が起こりやすく，活性型ビタミンD製剤を併用することが重要とされています．観察事項として，低カルシウム血症による筋肉のこわばり，テタニー，しびれ，失見当識，痙攣などの症状がないか注意しましょう．検査データを確認できる場合は血清カルシウム値が低くなっていないか確認することが有用です．

抜歯などの侵襲的な歯科治療後の顎骨壊死の合併についても注意が必要です[2]．デノスマブ開始前に齲歯の有無など口腔内の管理状態を確認しましょう．抜歯など侵襲的治療の予定がある場合はデノスマブの開始を遅らせますので，問診で確認しましょう．デノスマブ投与中に抜歯などの処置が必要となった場合，以前は顎骨壊死予防のため同剤の休薬を考慮することがありましたが，休薬の有用性を示すエビデンスに乏しいため，現在では「抜歯時に休薬しないことを提案する（弱く推奨する）」とされています[3]．しかし，休薬を完全に否定するものではないので，状況に応じた対応を検討してください．デノスマブを休薬する場合は，治療中止後骨吸収が一過性に亢進して多発性椎体骨折があらわれることがあるため，休薬の判断は慎重に行う必要があります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

以下の点について指導しましょう．

- 口腔内を清潔に保つこと．
- 定期的な歯科検査を受けること．
- 歯科受診時に本剤の使用を歯科医師に伝えること．

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024
2）「日本リウマチ学会．関節リウマチに対するデノスマブ使用の手引き（2020年2月1日改訂版）」https://www.ryuma-chi-jp.com/info/guideline_denosumab.pdf（2025年4月閲覧）
3）「顎骨壊死検討委員会．薬剤関連顎骨壊死の病態と管理：顎骨壊死検討委員会ポジションペーパー2023」https://www.jsoms.or.jp/medical/pdf/work/guideline_202307.pdf（2025年7月閲覧）

Q11 体調が悪いときや，内服や注射を忘れたときはどうすればよいのか?

1. 基礎知識

1）体調が悪いとき

原因としてRAの症状の悪化，薬の副作用，合併症などが考えられます．薬の副作用や感染症などの合併症であれば，原因と考えられる薬剤の中止や休薬，急ぎの受診が必要です．

① **従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）**：服用している薬の副作用を疑う場合，基本的には休薬を指示します．感染症合併時，免疫調整薬は継続することが多いですが，免疫抑制薬は休薬を考えます．対応に迷う場合や受診の必要性の判断に関しては主治医に相談するのがよいでしょう．

② **生物学的製剤**：感染症合併時には投与の回避が必要です．IL-6を阻害する薬剤（アクテムラ®，ケブザラ®）では感染症の際にも発熱しにくいことがあるので，全身のだるさや咳，痰などの症状を見逃さないことが重要です．皮下注射部位の発赤は様子を見てよい場合が多いですが，次回受診時に主治医に相談するよう指導しましょう．

③ **副腎皮質ステロイド**：副腎皮質ステロイドの急な中止はそれ自体で体調不良をきたします．感染症合併時をはじめ，いかなる場合でも副腎皮質ステロイドを中止してはいけません．

体調不良時の適切な判断のために，患者さん，メディカルスタッフともに薬の代表的な副作用について知っておくことが必要です（**第1部Ⅱ-Q4～10**参照）．

2）内服や注射を忘れたとき

基本的には，副腎皮質ステロイド以外は投与間隔があいても短期間であればRAの病状が急に悪化することはありません．それよりも，実際には内服（注射）したのにそれを忘れて再度内服（注射）してしまう方が危険です．副腎皮質ステロイドだけは時間がずれても同日中に内服するよう指導しましょう．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

注：主治医や施設の取り決めがあればそちらを優先してください．

- 体調不良時の対応，内服忘れや注射忘れ時の対処法については主治医に確認しておきましょう．
- **指導例：**

・MTX内服中，口内炎が出現→「たくさん出ているのならすぐに受診を．1～2個なら少し様子を見て，数が増えたり治りが悪かったりすれば内服を止めて受診してください．」

・サラゾスルファピリジン内服中，全身に発疹が出現→「重篤化することがあるので，内服を止めてすぐに受診してください．」

・JAK阻害薬内服中，皮膚のチクチク，赤みが出現→「帯状疱疹の可能性もあるので，近くの皮膚科か当科を受診してください．」

・アクテムラ®/ケブザラ®使用中，全身のだるさが出現→「薬のせいで熱が出にくくなっているだけで感染症の可能性もあります．注射は打たずにすぐ受診してください．」

・嘔吐と下痢が持続→「ふだんステロイドを飲んでいるのならすぐに受診してください．」

・MTXの飲み忘れ→「MTXは1週間スキップしても病状の悪化はまずないので，翌週からいつも通り服用してください．」もしくは「1日ずらして明日内服し，次週から曜日を1日ずらして続けましょう．」

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

Q12 治療薬は将来，減量したり中止できるのか?

1. 基礎知識

RAの治療目標は，適切な治療介入によって寛解や低疾患活動性を達成・維持することです．治療目標を達成した後に薬剤を減量することは，副作用や医療費の軽減につながる反面，疾患活動性の再燃リスクを高める可能性があります[1]．

1）csDMARDsの減量・中止について

MTXを含む従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）は，生物学的製剤またはJAK阻害薬と併用時に寛解または低疾患活動性を維持した場合，減量を検討してもよいとされていますが[1]，MTXを中止すると疾患活動性の再燃割合が高くなる可能性も示されています[1]．

2）生物学的製剤の減量・中止について

TNF阻害薬で寛解または低疾患活動性を維持している場合，TNF阻害薬を中止すると寛解維持率の低下，関節破壊の進行，身体機能の低下をもたらすことが多いですが，同剤の減量ではいずれも悪い影響は少ないとされています．そのため，再燃リスクを含めて十分説明したうえで，薬剤の減量を検討するべきと推奨されています[1]．しかし，寛解を得られたすべてのRA患者において減量をするべきではなく，再燃のリスクも考慮し，患者の希望やコストにも配慮したうえで検討します．

IL-6阻害薬であるトシリズマブ（アクテムラ®）（TCZ）の点滴投与で寛解または低疾患活動性を維持している場合，TCZを中止すると多くの場合は再燃します．一方，TCZの投与間隔の延長では再燃は少なく，多くは寛解を維持でき，関節破壊の進行も抑制できます．以上より，IL-6阻害薬で寛解または低疾患活動性を維持していれば，まずは投与間隔の延長を考慮します．しかし，これらのデータはTCZの点滴製剤のものであり，IL-6阻害薬の皮下投与の中止，減量のエビデンスは不十分です．

アバタセプト（オレンシア®）（ABT）の点滴投与による寛解維持中にABTを中止すると半数以上で寛解が維持できません．一方，ABT＋MTX治療により寛解となった場合，ABTの減量による，寛解維持や再燃，重篤な副作用の出現率は，ABTを減量しない群と差がありません．以上より，ABTで寛解または低疾患活動性を維持している場合，まずは投与量の減量を考慮します．しかし，ABTの皮下投与の中止，減量のエビデンスは不十分です．

3）JAK阻害薬の減量・中止について

JAK阻害薬で寛解または低疾患活動性を維持しているときに，トファシチニブ（ゼルヤンツ®）を中止すると再燃する可能性が高いと報告されていますが，トファシチニブやバリシチニブ（オルミエント®）を減量した場合には，継続群に比べて再燃率は上昇するものの，寛解や低疾患活動性を維持できる可能性が示されています．以上より，JAK阻害薬で寛解または低疾患活動性を維持している場合，減量は可能と考えられます．しかし，減量することは継続することに比べて再燃のリスクが上昇するため，慎重に経過を観察する必要があります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例**：「治療薬の中止は再燃を招く可能性が高く，薬の量を0にすることは難しいですが，安定して寛解が続いている場合に，量を減らすことは検討できます．主治医の先生と十分話し合って，ちょうどよいお薬の量を決めていきましょう．」

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

Q13 手術の種類と適応は?

1. 基礎知識

薬物療法の進歩は著しいですが，RA患者さんに関節破壊が生じなくなったわけではなく，さまざまな機能障害も生じています．医療従事者は，病初期や若年ゆえにうまく機能代償して本人も自覚していない関節機能障害についても把握することが大切です．加齢進行は止められませんが，RAで障害された関節機能の回復は手術治療で可能なことが多数あります．「関節リウマチ診療ガイドライン2024」では，薬物療法のどの段階でも非薬物治療・外科的治療を適切に検討すべきと示されています[1)]．

RAに関連した手術を図1～4に示します．主な手術として，障害のある関節を人工物に置き換える人工関節置換術，増殖した滑膜組織を取り除く滑膜切除術，形を整える形成術，不安定な関節に対する固定術などがあります．RAでは全身のさまざまな部位が手術の対象となりますが，膝や股関節をのぞく肩・肘・手・手指・足・足趾関節の手術は適応も技術も進歩が著しく，手や足の専門的技術をもったリウマチ関節外科医でないと治療は難しくなっています．頚椎の手術も昔はリウマチ関節外科医が行っていましたが今は経験豊かな脊椎の専門の医師が行うことがほとんどです．

RA患者さんの手術適応は，単なる変形や痛みの程度だけでなく，RAの病勢や期待される機能改善，患者さん自身のニーズなどを考慮して総合的に判断する必要がありますので，リウマチの手術を多数行っている専門施設との連携も重要です．膝や股関節の大関節はリウマチの病勢鎮静化のためか手術は減少しています．しかし，リウマチ手や足の専門性の高い手術を行う施設では，手足の関節手術は増加する傾向にあります．また，機能回復目的ではなく，より良い外観を取り戻すための手術例も増えています．RA治療の進歩とともにRA患者さんの手術に対するニーズが変化してきています．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

1）手術の目的

現時点での機能回復（除痛も含む），長期的機能維持，整容（失った正常外観からの回復）の三面

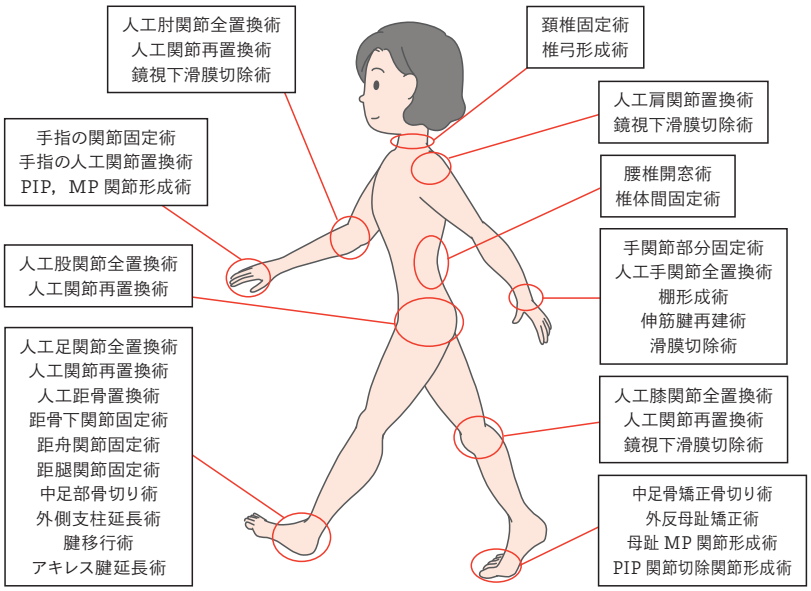


図1　RAに対する整形外科的手術

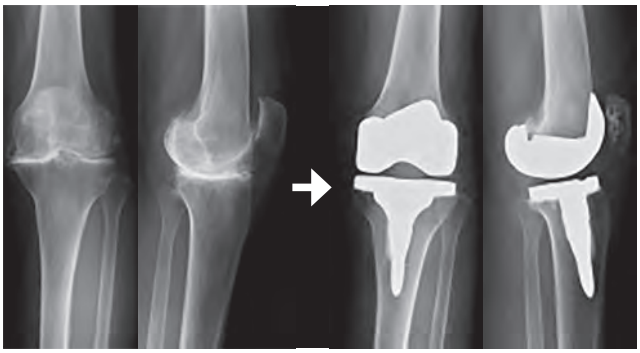


図2　人工膝関節置換術

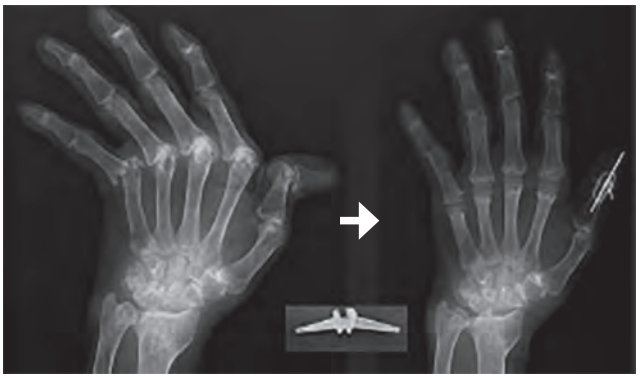


図3　人工指関節置換術



図4　足趾形成術

が常に重なっています．どこに重点をおくかを患者さんとよく相談してともに考えましょう．

2）手術の時期

どの年齢であっても「旅行に行ける，近所に歩いて買いものに行ける」レベルの歩行能力維持，上肢は食事や着替えなど生活の基本動作ができるレベルの維持を考えます．ギリギリまで我慢してからの手術は適切ではありません．

3）早い時期からの情報提供

早い時期から，多数の障害関節すべてについて手術療法という選択肢があることを情報提供することが大切です．手術の選択肢があることを知らずに耐え続けたり，突然手術の話が出されて戸惑うということが生じないようにしましょう．

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン 2024 改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会／編），診断と治療社，2024

Q14 手術前後のマネージメントで気を付けるべきことは?

1. 基礎知識

RA患者さんの周術期には，関節障害だけでなくさまざまな臓器病変の併存，低栄養，骨脆弱性に伴う骨折リスク，サルコペニアの合併，副腎皮質ステロイドや免疫抑制薬・分子標的薬などの複数の薬剤使用など，留意すべき多くの背景があります．手術技術の向上に加えて，これらを理解したチームでの取り組みが，合併症が少なく長期成績の優れた手術のために求められる周術期のマネージメントの基本となります．チームの取り組みは術前後の栄養管理，手術室チームの感染対策環境整備や手技，臓器合併症の管理など多岐にわたります．

◆ 抗リウマチ薬の休薬をどうするか？

手術部位感染（surgical site infection：SSI）リスクにMTX休薬と継続で差はみられず，MTXを含む従来型抗リウマチ薬（csDMARDs）は原則として継続のなかで手術を行うのが「関節リウマチ診療ガイドライン2024」の推奨です[1]．しかし，脱水が危惧される，高用量を服用している，短期のMTX休薬で病勢再燃リスクが少ない，など状況に合わせて判断する余地を残しておくことも大切です．

一方，生物学的製剤は手術部位感染，創傷治癒遅延リスクを高める可能性があることから，術前後は休薬することが「関節リウマチ診療ガイドライン2024」の推奨です[1]．休薬によるRAの疾患活動性再燃のリスクもあり，個々の例で両者のバランスを考慮して休薬期間を考えます．

JAK阻害薬に関する術前後の休薬の是非についてはまだデータも乏しく，「関節リウマチ診療ガイドライン2024」でもその記載はありませんが，現状では生物学的製剤と同様の考え方で休薬期間を検討するのがよいでしょう[2]．しかし，生物学的製剤と違ってJAK阻害薬の半減期は数時間と短いことから，今後のデータの蓄積が待たれます．

生物学的製剤やJAK阻害薬のいずれであっても，休薬による病勢再燃時に「プレドニゾロン内服」が手術治療を行ううえで安全というエビデンスはないことの理解が必要です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 患者さんにとって手術は喜んで受けるものではなく通常はできたら避けたい不安なものです．それが自然な気持ちであることを理解することで，不安をとるために必要な私たちの日ごろからの準備として，早い時期からの手術という治療選択肢について情報提供することを意識できます．
- リウマチ治療の4本柱はお薬とリハビリテーション治療，手術，ケアといわれ，お薬だけではないですよという基本的な情報提供も役立ちます．患者さんの安心と手術に対する前向きな理解とともに，周術期の注意の説明を行うことが大切です．
- 説明の場は患者さんの安心とより良い理解のために，ご家族とともに聞いていただくとともに，医師一人で説明するのではなく多職種同席での説明が勧められます．

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024
2）Goodman S M & George M D：RMD Open 2020；6：doi:10.1136/rmdopen-2020-001214

Q15 人工関節手術後に気を付けるべきことは?

1. 基礎知識

すべての人工関節に共通した注意点は感染防止と感染の早期診断です．人工関節感染の機序として，口腔，呼吸器系，尿路系，消化器系など全身のさまざまな部位の感染からの血行性感染と，脆弱な皮膚や足の胼胝（たこ），巻き爪などより細菌が進入し，局所の感染から蜂窩織炎，そして人工関節へと波及する場合があります．いずれも元となる感染の迅速な治療が重要ですが，スキンケアやフットケアによる感染予防と感染の早期発見も大切です．足・足趾の変形による胼胝や潰瘍は感染のリスクが高いので，自分自身での削りや処置は控えるよう指導します．歩くことで感染をくり返す場合には変形矯正手術を考えることも説明しましょう．

人工関節の感染は，早期の手術による洗浄で人工関節を抜去せずに治癒できる確率が高くなります．逆に，腫脹や疼痛，発赤などの感染を疑う症状が出てから洗浄の手術までの時間が長くなるほど，“人工関節を抜去し感染治療後に人工関節の再挿入術”という数カ月の治療になるリスクが高まります．この場合，身体機能に及ぼす不利益は甚大ですので，人工関節の感染は早期診断・早期手術が大切です．

人工股関節独特の合併症として「脱臼」には注意が必要です．一般に股関節をねじらない，しゃがみ込まないよう気を付けてもらいますが，最近では手術の進入方法や軟部の再建，正確な設置などさまざまな工夫がなされてきており，施設によっては特に制限を設けていないところもあります．人工関節手術後の動作や運動の制限は個々の病態により異なりますので，手術を実施した医師に確認することが大切です．術後早期に脱臼をきたした場合は，脱臼した肢位をとらない指導や装具を使用することがあります．術後早期の脱臼は股関節周囲の筋力の回復とともに多くの場合生じなくなりますのでその間の指導となります．

人工関節置換術後長期の経過のなかで，加齢や廃用による骨強度低下に伴う人工関節周辺骨折のリスクが増えます．骨がとても脆弱なため，軽微な外力（ねじった，軽く転倒しかけた）や日常の生活動作のくり返しで生じます．骨が弱くなりすぎないように，歩数や身体活動性の維持を意識することが大切です．

飛行機搭乗前の金属探知機への対応として，診断書などの文書やX線写真を印刷したものを持参していただくとよいのですが，場合によっては手術創の確認までされる場合もあります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 人工関節置換部位に，腫脹や疼痛，発赤などの感染を疑う症状が出た場合は，次の予約日が例えば3日後であっても待たずにその日にすぐ受診するよう指導しておきます．また咽頭炎などを伴うよくある感染でも，肺炎併発や人工関節への感染波及などがあることを説明して，早く治療することの重要性を説明しましょう．
- 胼胝の傷を気づかずに放置している患者さんや，皮膚科で削ってもらい続けている患者さんには，人工関節置換部位の感染リスクと，感染した場合の不利益の大きさを具体的に説明します．手術，靴の調整，足底挿板，足の観察や保清について情報提供しましょう．
- 加齢とともに人工関節周辺骨折を生ずることがあるので，骨が弱りすぎないように歩数・身体活動性を維持することの指導が大切です．

Q16 リハビリテーションの全体像は?

1. 基礎知識

RAに限らず，本邦のリハビリテーションは医療保険で行われるリハビリテーション医療と介護保険で行われるリハビリテーションマネジメントに大きく分けられます．

一般にリハビリテーション医療で実施される疾患別リハビリテーション治療は算定日数上限が定められており，RAに対して処方される運動器リハビリテーションは起算日（急性増悪または最初に診断された日）から150日を限度に実施できます．ただ，RAは医科診療報酬点数表で規定された算定日数上限の除外対象でもありますので，「治療継続により状態の改善が期待できる」と医学的に判断されれば，算定日数上限は除外されます．一方，RAは介護保険の対象となる特定疾病でもあり，40歳を超えると第2号被保険者に該当しますので「生活期の機能維持」が目的となる場合には，介護保険下での通所あるいは訪問リハビリテーションとして運動療法や作業療法が実施されます．

運動器リハビリテーションには理学療法（物理療法・運動療法）と作業療法および装具療法があり，疼痛・腫脹の軽減，筋力・体力の維持・改善，日常での関節・脊椎などへの負担軽減と変形進行の予防などを目的に行われます．一方，通所あるいは訪問リハビリテーションはもっぱら高齢者や障害者の運動機能や生活機能の維持に主眼が置かれていることが多いので，RA患者さんの疾患特性やニーズにマッチしないこともあります．

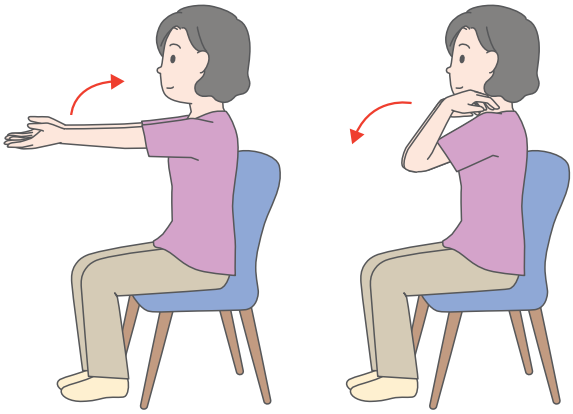
リハビリテーション治療では適切な安静や運動の励行，負担をかけない身体動作の遂行などによる症状の軽減，変形や運動器廃用（筋力・体力や心肺機能の低下）の発症／進行予防が重要であり，薬物治療と同じく「治療機会の窓（Window of opportunity）」を意識して発症早期から開始します．また，RAの急性増悪時や外科治療後は状態に応じて，症状の軽減，運動・日常生活動作の維持／改善を目的に治療を行います．一方，介護保険下でのリハビリテーションマネジメントでは，残存する関節炎や変形による疼痛など，RAの疾患特異性や患者特性を踏まえた運動・日常生活動作の維持を目的とした訓練が望まれます．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「RAのリハビリテーション治療の目的は，活動を育んで，その語源の通り“普段の生活に戻る”ことです．マッサージや温熱・電気治療だけでは関節の変形予防や日常生活動作の維持・向上はできません．運動には，素晴らしい効果が秘められています．毎日，コツコツと体を動かすこと，体に無理な負担をかけないことを念頭に置いて楽しく運動を続けてください．“継続は力なり”です．」
- 運動のコツは，自分の力で全身の関節をすべての範囲で動かすことです．
- いつでも，どこでも，手軽に，無理なく続けられる運動の一例を**図1，2**に示しますので，RA患者さんにご紹介ください．
- 日本リウマチ友の会監修の「やってみよう！ リウマチ体操（DVD）」[1]も参考になりますので，ぜひ，ご活用ください．

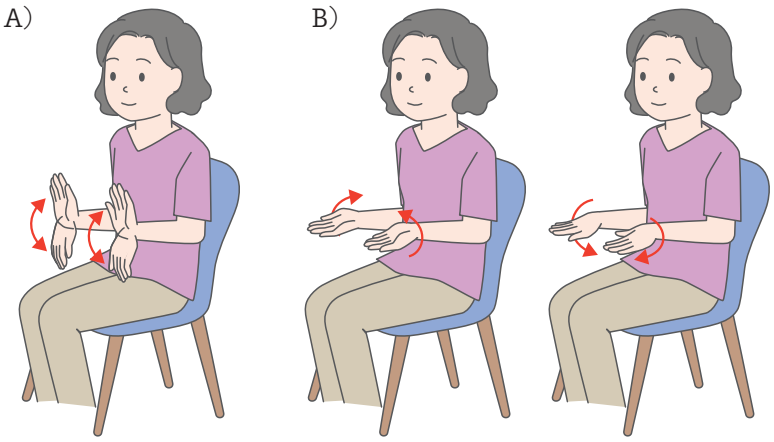
文 献

1）「やってみよう！ リウマチ体操（DVD）」（公益社団法人 日本リウマチ友の会）（ご希望の方は，日本リウマチ友の会にお問い合わせください）



①肘の屈伸

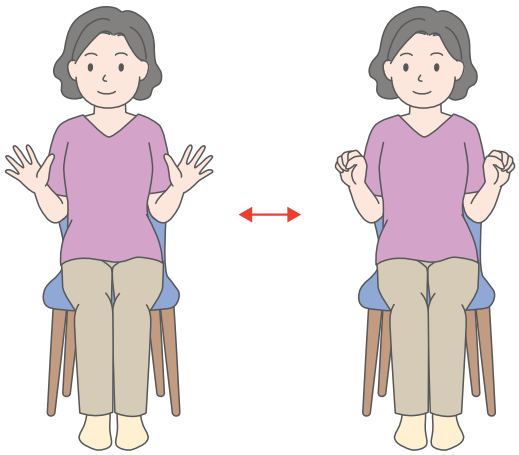
肘を前へ伸ばす．曲げるときは肩に触るように曲げる



②手関節の運動（A）・前腕を回す運動（B）

A）手関節を左右同時に起こしたり下げたりした状態で，それぞれ 3〜5 秒間保持する

B）小さく前にならえをした状態で，手のひらを上に向けたり下に向けたりするように前腕を回し，それぞれ 5〜10 秒間保持する

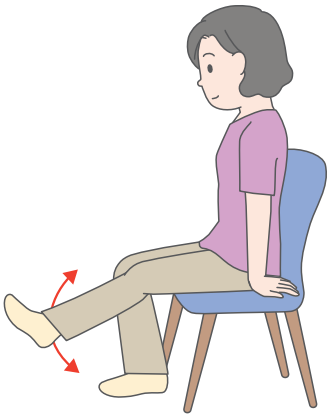


③手指の運動

手指を大きく開いたり握ったりした状態で，それぞれ 3〜5 秒間保持する

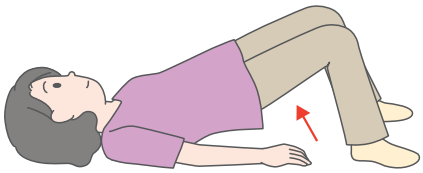
図1　リウマチ体操：上肢

5〜10回を1セットとしてリウマチの状態に応じて実施してください



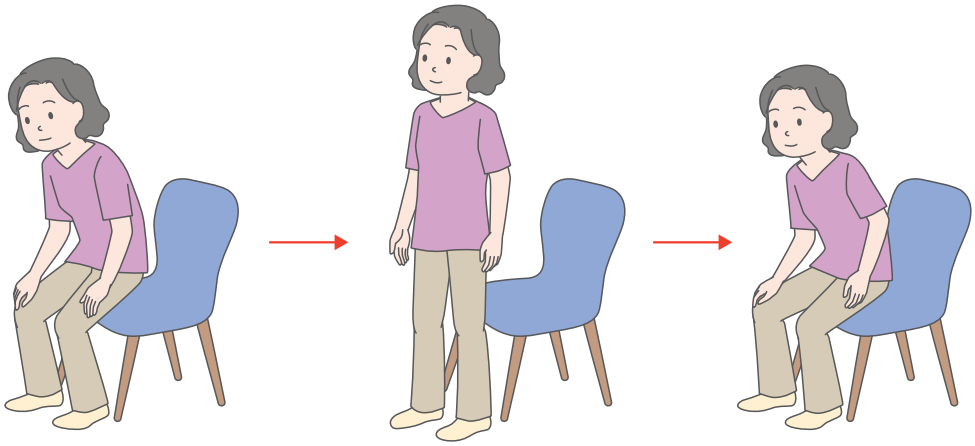
①座った位置での膝の屈伸

椅子，またはベッドに座った状態から
膝関節をゆっくりしっかり伸ばし，
その位置で5秒間保持してください



②腰上げ

膝を立てて寝た状態から，腰（臀部と背中）をゆっくり
しっかり持ちあげ，その位置で 5 秒間保持してください



③椅子を使った立ち座り

腰掛けた状態から，膝と背中をしっかり伸ばし切るまで，ゆっくりと立ち上がります．
立ち上がったら，5 秒間保持した後にゆっくり座ります

図2　リウマチ体操：下肢

5～10回を1セットとしてリウマチの状態に応じて実施してください

第1部

関節リウマチの基礎

Ⅲ. 患者支援の実際

Q1 自助具や福祉用具にはどのようなものがあるのか？ 48
Q2 装具にはどのようなものがあるのか？ 50
Q3 余暇活動の支援としてどのようなものがあるのか？ 52
Q4 骨粗鬆症対策にはどのようなものがあるのか？ 53
Q5 注意すべき感染症とその対策は何か？ 54
Q6 帯状疱疹の特徴と対策は何か？ 55
Q7 予防接種における注意点は何か？ 56
Q8 間質性肺炎について知っておくべきことは何か？ 57
Q9 悪性腫瘍について知っておくべきことは何か？ 58
Q10 がん検診は受けるべきか？ 59
Q11 その他の注意すべき合併症は何か？ 60
Q12 RA患者さん，JIA患者さんへの支援制度にはどのようなものがあるか？ 61
Q13 患者さん向けの公益性の高い情報を入手するには？ 62

Q1 自助具や福祉用具にはどのようなものがあるのか?

1. 基礎知識

自助具や福祉用具の使用目的は，変形や脱臼といった関節の不可逆的変化を有する機能障害や能力障害に対し，リーチ機能，手指変形や筋力低下による握力・巧緻性を補うことでADLやIADL※の自立の支援，介助量軽減を行うことです．また，腫脹や痛みなど，可逆的変化からの関節保護の目的で使用することもあります．しかし，それらを利用することで潜在的な身体能力の低下，他の関節への負担が新たに生じる危険性もあり，適応する時期を考慮した使用方法の指導が必要です．

※：日常生活動作（ADL）には，基本的ADLと手段的ADL（instrumental ADL：IADL）があります．基本的ADL（いわゆる“ADL”）とは，移動，階段昇降，入浴，トイレの使用，食事，着衣，排泄などの日常的な基本動作を指します．一方，手段的ADL（IADL）とは，買い物，食事の準備，服薬管理，金銭管理，交通機関を使っての外出など，より複雑で多くの労作が求められる動作を指します．

1）自助具（図1）

上肢の関節可動域制限や筋力低下，巧緻性障害の際に用いる自助具として，ビン・缶・ペットボトル開け（オープナー），孫の手，トング，リーチャーがあります[1]．また，下肢では股関節や膝関節への関節可動域制限に対する自助具としてソックスエイドや長枝ブラシがあります[1]．これらは既製品の種類が豊富であり，インターネットやカタログ，100円均一ショップで自費にて購入可能です．作業療法士によるオリジナル自助具やテーラーメイドで作製も可能です．その際には，希望（ニーズ）や身体機能障害に合わせて，持ちやすさ・重さ・耐久性・デザインなどを考慮する必要があります．既製品および作製品とも，見本を提示し，実際に手に取り，試行することが望ましいです．

2）福祉用具

起居動作能力を補助するためのベッドや手すり，補高マットなどの他，移動動作能力を補助するための車椅子や歩行器，シルバーカーや杖（一本杖，松葉杖，肘支持型杖）などがあります．また，ADL


リーチャー（既製品）


ひっかけ棒（自作）


長柄ブラシ（自作）


長柄洗体（自作）


太柄歯ブラシ（自作）


爪切り台（既製品）


爪切り台（自作）


オープナー（既製品）


ボタンエイド（自作）


自助箸・スプーンフォーク各種

図1　自助具

表1　自助具と福祉用具の使用目的と名称一覧

起居動作	ベッドからの起き上がり，椅子からの立ち上がりなど起居動作を補助するための用具					
	ベッド	補高マット	手摺			
移動動作	屋内・屋外での移動動作自立の支援や安全性を補助するための用具					
	車椅子	歩行器	シルバーカー	一本杖	松葉杖	肘支柱型杖
更衣動作	上肢機能を補助し，更衣動作を安楽に行うための用具					
	リーチャー	ボタンエイド	ソックスエイド			
整容動作	整容動作を安楽かつ手指や手関節に負担をかけずに行うための用具					
	太柄歯ブラシ	爪切り台	長枝ブラシ	ドライヤースタンド		
食事動作	上肢の機能を補助し，食物を把持したり，口に運ぶ動作を補助する用具（**図1右下**の写真順）					
	食器すべり止め	ばね箸	曲げられるフォーク・スプーン	スプーン箸	形状記憶グリップ（フォーク）	太柄スポンジ
入浴動作	湯船につかる，洗髪や洗体動作などを補助する用具					
	手すり	バスボード	浴槽台	洗体台	長枝洗体ブラシ	
排泄動作	排泄動作を補助する用具（起居・移動動作能力も含む）					
	温水洗浄便座	手すり	便座用補高	ポータブルトイレ		
その他	日常生活活動を補助する用具					
	オープナー	孫の手	トング			

能力を補完するものとして入浴補助用具のバスボードや手すり，洗体台や浴槽台などがあります．いずれもADL活動がRA患者にとって安楽かつ安全に遂行できること，さらに福祉用具の使用によって，他の関節に新たな痛みや関節機能障害を招かないことを念頭に適切に選択することが重要です（**表1**）．

歩行補助具として何時，何を選択すべきか？という点については誤用・過用予防の観点から，手指MCP関節や手関節に，骨軟骨破壊や軟部組織の破綻に伴う変形・脱臼の傾向を認める場合には，関節負担軽減のため，一本杖などより松葉杖や肘支柱型杖が望ましいと思われます．加えて肘関節などにも変形や脱臼の傾向を認める場合には歩行器（屋外ではシルバーカー）などが適応になります．

2．患者さんへの説明，教育，指導

- 自助具・福祉用具は，今すぐ必要性がなくても，本人・ご家族に知識・情報として知っていただくことも大切です．

- **指導例：**
  - 「自助具は，“あと少しで自分で，できる”を，支援するもので，制限された関節や筋力低下をサポートします．」
  - 「福祉用具は，日常生活を安楽かつ安全に送るために活用できる便利な用具ですが，関節の状態や炎症，疼痛などリウマチの病状によっては，使用によって新たな痛みや障害を招く可能性があります．購入や使用を検討される際には，導入するタイミングや関節の状態も十分考慮し，適切な福祉用具を安全に使用できるように必ず理学療法士・作業療法士にご相談ください．」

文 献

1）『2020年リウマチ白書』（公益社団法人 日本リウマチ友の会／編），2020

Q2 装具にはどのようなものがあるのか?

1. 基礎知識

装具は，医師の指示に従い，理学療法士（PT）・作業療法士（OT）・義肢装具士（PO）が作製します．主な適応部位は，頚椎・手関節・手指関節・膝関節・足関節・外反母趾・足趾となります[1]．手関節装具の一部や手指には作業療法士が作製するスプリントとよばれる装具もあります．

装具の目的は①安静固定による脱臼や変形の予防，除痛，②日常生活活動での関節への負担を軽減すること，過用や誤用に対する保護です．また，適応にはライフステージに応じた要望や外観面に対して考慮が必要となります．小児医療からの移行期ではADL・学業における適応を，妊娠出産期以降は育児・家事といったIADL，高齢期では障害進行と退行変性との重複障害を考慮する必要があります．

1）上肢装具（図1）

①**肘関節装具**：肘関節に疼痛または強い不安定性がある場合には，軟性の支柱付き肘装具が使用されます．

②**手関節装具**：手関節では安定性と可動性を必要とするため，生活や仕事などの希望に合わせ，サポーターを作製する必要があります．疼痛が強い場合には硬性スプリントや手関節固定用装具の検討が必要となります．

③**スプリント**：母指・手指では主に作業療法士が作製するスプリントが中心となります．スワンネック変形・ボタン穴変形に対して，リングスプリントを装着します．変形予防や拘縮の除去を目的に日中または夜間装着します．PIP関節の屈曲・過伸展が高度で，リングスプリントの装着が困難な場合には掌側または背側から支えるスプリントを作製します．MCP関節（尺側偏位・亜脱臼）では，変形の予防を目的に作製します．尺側偏位のみの場合，軟性スプリント，亜脱臼が伴う場合には硬性スプリントの検討も必要です．軟性の場合には，日中または夜間装着し，硬性の場合には，夜間に装着をします．

2）下肢装具（図2）

①**膝関節装具**：軟性・硬性のものに大別され，それぞれ膝継手（ひざつぎて）（いわゆる，膝の曲げ伸ばしの軸：ジョイント）があるものとないものがあります．軟性装具の使用目的は安静固定による消炎鎮痛であり，軟部組織や骨軟骨破綻などによる動揺性や痛みが出現した際には硬性装具が適応となります．

②**インソール・足関節装具**：足趾，足関節罹患の状態や痛みの部位と程度，立位・歩行能力への影響など個別性が高く，また患者の生活スタイルに対する希望への配慮が必要です．MTP関節などの前足部の除痛や足趾変形予防には，足底装具を選択します．足関節の安静固定による消炎鎮痛に対しては布，または軟性ポリエチレン性などの足関節装具が適応となります．罹病期間が長く，足関節で動揺性がある場合や中・後足部の障害は革製の硬性足関節装具が適応となります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 装具は関節を守ることと安楽な生活を両立するものです．生活スタイルに対する要望や外観などを聴取し，装具の必要性，目的，期待できる効果，装着する時間帯を説明することで装着の継続に結びつきます．
- 装着後は，「痛くなくしっかりしている」，「軽く動きやすい」などの機能評価と装具の調整を定期的にフォローアップしていくことが重要です．

文 献

1）『2020年リウマチ白書』（公益社団法人 日本リウマチ友の会／編），2020


支柱付き肘関節装具


肘サポーター


リストサポーター


各種母指のスプリント


母指のリングスプリント


手指のリングスプリント


尺側偏位防止スプリント（軟性）


尺側偏位防止スプリント（硬性）

図1　上肢装具・スプリント


膝関節装具
（軟性）


膝関節装具（硬性）


足底装具（アーチサポート・
前足部外側ウエッジ付き）
表：足底側


足底装具（アーチサポート・
前足部外側ウエッジ付き）
裏：靴底側

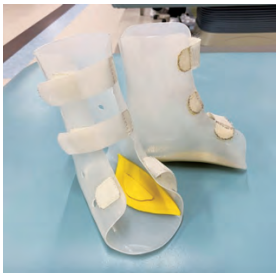

軟性足関節装具
（アーチサポート付き）

図2　下肢装具・足底板

Q3 余暇活動の支援としてどのようなものがあるのか?

1. 基礎知識

『2020年リウマチ白書』のRA患者さんの「今したいこと」の希望では，「温泉や旅行に行きたい」が最も多く，その他，「学校やカルチャースクールに行きたい」，「地域の行事に参加したい」など余暇活動に関連する内容が多くみられました（図1）[1]．

RAケアでは，余暇活動を含め患者さんが社会活動への参加を通じてQOLを最大限に高められるように，また，病気と付き合いながら幸せな暮らしができるように支援する必要があります[2]．医療者は，患者さんの視点をもちながらコミュニケーションを図り，その思いを尊重しながら意思決定支援を行うと同時に，その実現に向けて患者さんの自己管理意識を高めることが重要です[3]．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 不安なく余暇活動を行うために，病気や薬の使用，感染対策，生活面など普段から少しずつ自分で管理できるように指導していきましょう．
- 旅行などの余暇活動で何か配慮が必要な場合は，利用する交通機関や宿泊先に事前に車椅子のレンタルやエレベーターの確認，部屋の相談（バリアフリーなど）をしておくことでより快適に過ごせることを説明しましょう[4][5]．
- 患者さんが，余暇活動を行うことが不安で自信がない場合は，ご家族など支援者の方とも一緒に希望を伺い，無理のない範囲で相談しながら少しずつ計画していきましょう．ご自身が考えておられる以上に活動できる場合もあり，少しでも活動の幅を広げることができれば自信にもつながります．
- **指導例**：「関節など身体への過度な負担がないように，どの程度の余暇活動が無理なく実施できるかを事前に主治医に相談しておくことが重要です．また，緊急時に備えて，最新のお薬手帳のコピーや少し余分の薬を準備し，緊急対応の病院や災害時の避難場所や経路を確認しておくことも大切です．」

文 献

1）『2020年リウマチ白書』（公益社団法人 日本リウマチ友の会／編），2020
2）Zangi HA, et al：Ann Rheum Dis 2015；74：954-962.
3）房間美恵，他：Progress in Medicine 2021；41：57-61.
4）「公益財団法人交通エコロジー・モビリティ財団．らくらくおでかけネット（駅のバリアフリー情報など）」https://www.ecomo-rakuraku.jp/ja（2025年4月閲覧）
5）「社団法人全国脊髄損傷者連合会．全国車いす宿泊ガイド（バリアフリーの宿泊施設検索など）」https://www.raqoo.jp/（2025年4月閲覧）

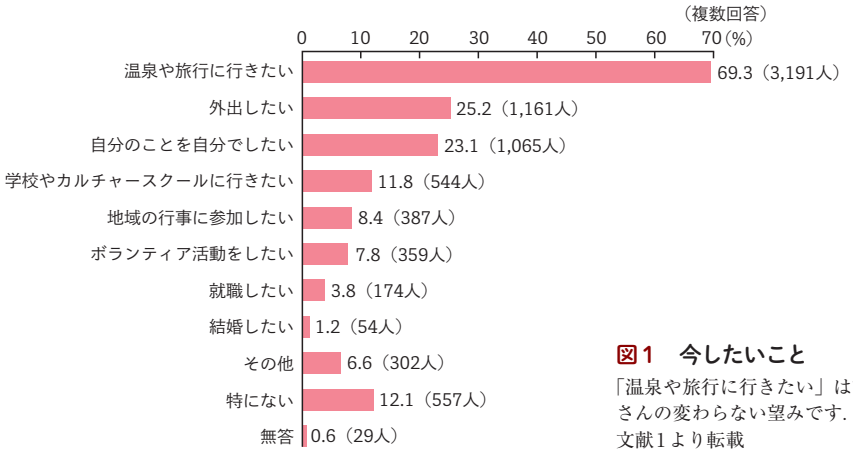


図1　今したいこと
「温泉や旅行に行きたい」は調査のたびに特に多い．RA患者さんの変わらない望みです．
文献1より転載

Q4 骨粗鬆症対策にはどのようなものがあるのか?

1. 基礎知識

骨粗鬆症患者に認められる骨強度低下は，骨密度低下と骨質の劣化の2つの要素で規定されます．骨密度低下，既存骨折，喫煙，飲酒，低体重，副腎皮質ステロイド内服，運動不足は骨折のリスク因子となります．骨折のリスクを高める基礎疾患として，RAと続発性骨粗鬆症（糖尿病，甲状腺機能亢進症，栄養失調，早期閉経など）が知られています[1]．RAは疾患の病態自体と運動機能低下の両方が骨折リスクと関連します．加えて，健常者のみでなく，RA患者においても，加齢や閉経に伴うエストロゲン低下などが関与し，破骨細胞による骨吸収が骨芽細胞による骨形成を上回り，骨密度は低下します．加齢によるカルシウム吸収能の低下も骨密度低下に関連します．加齢，閉経，生活習慣病による酸化ストレスの増大，ビタミンD不足，ビタミンK不足は骨質劣化と関連します[1]．

脆弱骨折の既往がある場合と骨密度がyoung adult mean（YAM）値で70％以下の場合，原発性骨粗鬆症と診断され薬物治療の対象となります．しかし，RA患者さんや副腎皮質ステロイド内服患者さんは骨折のハイリスク患者となるため，治療に関しては個々の患者さんに応じた対応が求められます．

副腎皮質ステロイドは骨質劣化と骨密度低下を引き起こします．骨量減少は副腎皮質ステロイド内服初期の数カ月間で減少率が高いことが知られ，3カ月以上投与予定の場合，既存の脆弱骨折，高齢者，プレドニゾロン（プレドニン®）7.5 mg/日以上はリスク因子であるため，薬物治療を考慮します．

RA患者さんにおいても，骨密度を維持・増大させるための栄養，運動を含めた生活習慣の指導が最も大事で，骨粗鬆症患者さんの骨折リスクの軽減のための薬物療法として，女性ホルモンやビタミンDの補充，骨吸収抑制薬，骨形成促進薬が使用されます（**表1**）[2]．

表1　骨粗鬆症対策

若年期の予防対策	・Ca摂取．荷重的な運動の励行
中後年期の予防対策	・適正体重の維持とやせの防止 ・ビタミンDとカルシウムの摂取 　カルシウムの多い牛乳・乳製品，小魚類，緑黄色野菜，大豆・大豆製品，ビタミンDの多い魚類（特に鮭），天日干しされたきのこ類，ビタミンKの多い納豆をバランス良く摂りましょう ・歩行を中心とする運動の日常的な実施．転倒リスクが低ければ，ジョギング，ダンスなどの動的荷重運動は大腿骨の骨密度維持に有用 ・喫煙をはじめない，禁煙，アルコール量は適切に管理
代表的な骨粗鬆症治療薬	・骨吸収抑制薬 　ビスホスホネート製剤 　デノスマブ（プラリア®） ・骨形成促進薬 　副甲状腺ホルモン薬（テリボン®，フォルテオ®） 　ロモソズマブ（イベニティ®） ・その他 　活性型ビタミンD誘導体 　エストロゲン受容体モジュレータ（エビスタ®，ビビアント®）

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- RAの疾患活動性をコントロールすることが骨折のリスク低下につながることを説明しましょう．
- 副腎皮質ステロイドの使用を短期間，最小限に留めようという主治医の方針に対して患者さんが不安を訴える場合，副腎皮質ステロイドの減量や中止が骨粗鬆症対策にもつながることをご理解いただけるとよいでしょう．
- 生活習慣の改善を指導しましょう．

文献

1）「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015年版」（骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会/編），ライフサイエンス出版，2015
2）「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」（一般社団法人日本骨代謝学会 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作成委員会/編），南山堂，2023

Q5 注意すべき感染症とその対策は何か?

1. 基礎知識

- **RAの治療を開始する前に**：RA患者は重症感染症のリスクが一般人に比べて高いため，治療前に，感染症の増悪因子である年齢，ADL，肥満の有無，糖尿病や呼吸器疾患，喫煙の有無などを確認します．また，結核，非結核性抗酸菌症，B型肝炎，C型肝炎などについてもチェックします[1]．
- **結核**：本邦では諸外国と比較すると結核の罹患率が高いため，治療開始前に十分な問診，胸部X線検査（適宜胸部CT検査），インターフェロンγ遊離試験（IGRA）あるいはツベルクリン反応で感染の既往をチェックします[1]．陽性の場合，予防としてイソニアジド（イスコチン®）を6カ月または9カ月間投与します．偽陰性の可能性があることから，明らかな曝露の既往がある場合や，医療関係者の場合は予防投与を考慮します．
- **非結核性抗酸菌症**：現在の治療薬では治癒は期待できないため，非結核性抗酸菌症と確診されている場合，生物学的製剤は原則禁忌です．しかし，投与による利益が危険性を上回ると判断された場合に限り，リスク・ベネフィットバランスを十分検討したうえで生物学的製剤の開始を考慮してよいとされています[2]．その場合，呼吸器専門医の併診が望ましいです[2]．
- **B型肝炎**：RA治療に伴い，慢性感染ないし既往感染のB型肝炎が再活性化することがあります．HBs抗原陽性者では肝臓専門医との連携が推奨され，B型肝炎既感染者（HBs抗原は陰性，HBs抗体/HBc抗体いずれか一方でも陽性）では定期的なモニタリングを行ったうえで通常の治療戦略に沿ったRA治療が推奨されています[3]．
- **C型肝炎**：RA治療はC型肝炎に大きな影響を与えないため，C型肝炎感染者に対しては，肝臓専門医と連携し，通常の治療戦略に沿ったRA治療が推奨されています[3]．
- **細菌性肺炎**：RA治療中，最も頻度が高い感染症が細菌性肺炎です．65歳以上，糖尿病，呼吸器疾患がある場合は肺炎のリスクが高くなります．一般的な予防だけでなく，肺炎球菌ワクチンの接種を考慮します．
- **ニューモシスチス肺炎**：日和見感染症の1つです．低酸素状態でも症状が乏しいことがあり注意が必要です．発症するとMTX肺炎や間質性肺炎と鑑別がつかないことがあります．定期的な胸部X線検査を行うとともに，適宜β-Dグルカンの測定やST合剤の予防投与などを考慮します．

2. 患者さんへの説明，教育，指導．

- 基本的な感染症の防御法（マスクの着用，手洗いの励行，うがいなど）については指導が大切です．さらに，感染症にかかった場合，ステロイドは継続内服すること，免疫抑制作用のある薬は中止することなどの注意事項について指導しましょう．
- 感染症の悪化を防ぐために禁煙，肥満の是正や糖尿病などの基礎疾患のコントロールが大事であることを指導しましょう．

文献

1）「関節リウマチ治療におけるメトトレキサート（MTX）使用と診療の手引き2023年版」（日本リウマチ学会MTX診療ガイドライン小委員会/編），羊土社，2023

2）「炎症性疾患に対する生物学的製剤と呼吸器疾患　診療の手引き 第2版」（日本呼吸器学会 炎症性疾患に対する生物学的製剤と呼吸器疾患 診療の手引き 第2版作成委員会/編），一般社団法人 日本呼吸器学会，2020

3）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

Q6 帯状疱疹の特徴と対策は何か?

1. 基礎知識

RA治療において免疫抑制療法を行う場合は帯状疱疹が発症する頻度が高くなるので，特徴と対策についての知識が必要です．

- **特徴**：帯状疱疹は水痘帯状疱疹ウイルスの再活性化によって起こる皮疹です．水痘（いわゆる水疱瘡）になったことのある人なら誰でも発症する可能性があります．最初の感染後，水痘帯状疱疹ウイルスは脊髄後根神経節内に潜伏し，全く症状がない状態になりますが，ストレスや免疫機能が低下した際に，再活性化し神経分布に沿って（帯状に）紅斑が出現します．はじめは神経に沿った違和感があり，その後境界明瞭な紅斑が出現します．ぴりぴりするような神経由来の痛みとなり，水疱が出現します．その後痂皮化（かさぶた）して治ります（図1）．
- **感染性**：ウイルスは水疱内で増殖するので，通常，痂皮化したものには感染力はありません．接触感染が主体となりますので，病変部を包帯などで被覆することが伝播の予防に大切です．免疫機能低下者に対しても，接触を抑えればほとんど移すことはありません．しかし，3分節以上に病変がある場合は水痘と同様に空気感染する可能性があり，個室隔離とともに空気感染予防が必要です．水痘帯状疱疹ウイルス抗体非保持者に感染した場合には帯状疱疹ではなく水痘として発症します．
- **治療**：発症後48時間以内に抗ウイルス薬の内服もしくは点滴治療を開始します．治療開始が遅れると皮疹の拡大や帯状疱疹後神経痛が長期間残存するリスクが高くなります．
- **予防**：ストレスなどを避けることが大事です．免疫機能低下者に対するワクチンの効果については，いまだデータが少ないため，リスクとベネフィットを考慮して投与するかを決定します．免疫抑制療法を予定している場合は，事前に不活化ワクチンまたは生ワクチンのいずれか，免疫抑制療法中の場合は不活化ワクチンを選択して接種します（**第1部Ⅲ-Q7**参照）．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 神経由来の疼痛は徐々に悪化し，治療が遅くなると数カ月から数年にわたり後遺症として疼痛が残存することがあります．早期診断，早期治療が重要であるため，普段から違和感や痛みを伴う発疹が出現したら，皮膚科もしくは主治医に早めに相談するよう指導しましょう．



図1　帯状疱疹
神経分布に沿って集簇する紅斑．神経性の疼痛を伴う

Q7 予防接種における注意点は何か?

1. 基礎知識

感染症によりRAが悪化することや治療に伴い免疫力が低下することがあるため，感染対策がとても重要で，その1つにワクチンによる予防接種があります．

ワクチンには，生ワクチン，不活化ワクチン，トキソイドがあります．生ワクチンは，病原性を極度に弱めたウイルスや細菌などをワクチンとしたものです．免疫抑制療法を行っていると生ワクチンは感染症の発症リスクがあり接種できません．不活化ワクチンは，ウイルスや細菌からウイルス粒子や細菌の菌体を集めて精製した後，ホルマリンなどを用いて，病原体の活力を失わせたものです．トキソイドは類毒素とも呼ばれ，日本ではジフテリアや破傷風の予防で使用されます．

- **帯状疱疹ワクチン**：生ワクチン（乾燥弱毒生水痘ワクチン「ビケン」）と不活化ワクチン（シングリックス®）がありますが，免疫抑制療法中の方ではシングリックス®のみ接種が可能です．シングリックス®は50歳以上を対象に通常2カ月の間隔をおいて，もしくは帯状疱疹に罹患するリスクが高いと考えられる18歳以上を対象に通常1～2カ月の間隔をおいて2回筋肉内に注射します．免疫力が保たれている方を対象とした研究では，2回接種後の帯状疱疹の発症予防効果は50歳以上で97.2％[1]，10年以上の効果持続が期待できますが，RAにおける詳細はまだ不明です．2025年4月1日から定期接種が始まりました．対象者は当該年度に65歳になる方ですが，経過措置に伴う対象者の拡大や対象外の設定もありますので詳しくは主治医とご相談ください．
- **インフルエンザワクチン**：不活化ワクチンです．血清学的な有効性のエビデンスがあり，副作用も限定的であることから，「関節リウマチ診療ガイドライン2024」では副腎皮質ステロイドや抗リウマチ薬投与中のRA患者さんに接種が推奨されています[2]．
- **肺炎球菌ワクチン**：不活化ワクチンです．これも「関節リウマチ診療ガイドライン2024」で接種が推奨されています[2]．ワクチンにはカバーする型が多い23価（PPSV23，ニューモバックス®）と15価（PCV15）および20価（PCV20）があり，65歳以上の方への定期接種にはニューモバックス®が使用されています[3]．1回接種が原則ですが，5年以上の間隔を空ければニューモバックス®を任意で再接種可能です．免疫不全状態のある65歳以上の方ではPCV15-PPSV23の連続接種（PCV15接種後1年以上の間隔をあけること）またはPCV20の単独接種が推奨されます[3]．
- **COVID-19ワクチン**：2024年10月1日から，65歳以上を対象に定期接種が始まりました．定期接種の対象者以外の方も任意接種として接種が可能です．日本リウマチ学会の最新の情報については，「新型コロナウイルス（COVID-19）・ワクチンについて」（https://www.ryumachi-jp.com/information/medical/covid-19/）を参照してください．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- RA治療中の感染症予防として，予防接種は非常に重要であることを指導しましょう．
- **指導例**：

・「ガイドラインでは，ステロイドや抗リウマチ薬を使用中であれば，インフルエンザワクチン，肺炎球菌ワクチンの接種が推奨されています．」

・「免疫抑制療法を行っている場合，風疹ワクチンや水痘ワクチンなどの生ワクチンは接種できません．ワクチン接種時は必ず主治医に確認しましょう．」

文献

1）Lal H, et al：N Engl J Med 2015；372：2087-2096.

2）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会／編），診断と治療社，2024

3）日本呼吸器学会 感染症・結核学術部会ワクチンWG／日本感染症学会ワクチン委員会／日本ワクチン学会・合同委員会．「65歳以上の成人に対する肺炎球菌ワクチン接種に関する考え方（第6版）」，2024年9月6日

Q8 間質性肺炎について知っておくべきことは何か?

1. 基礎知識

肺では，肺胞と呼ばれる部屋の薄い壁の中（間質）を流れる毛細血管と吸気の間で，酸素や二酸化炭素のガス交換を行っています．間質性肺炎は，さまざまな原因からこの薄い肺胞壁に炎症や損傷が起こり，壁が厚く硬くなり（線維化），ガス交換がうまくできなくなります．このことにより，安静時には通常感じない呼吸困難感を，坂道や階段，平地歩行中や入浴・排便などの日常生活の動作のなかで感じるようになります．季節に関係なく痰を伴わない空咳が出ることもあります．

RAでは胸部X線で約5％，HRCTで30～50％に間質性肺炎が認められるという報告があります[1) 2)]．間質性肺炎がなぜ生じるかは不明ですが，喫煙，RFや抗CCP抗体，高齢などが関連のある因子として指摘されています．経過はさまざまで，進行をほとんど認めない場合から，緩徐に進行する場合，急性増悪とよばれる急な肺炎の悪化が生じる場合があります．また，間質性肺炎はRAに伴うだけではなく，MTXやレフルノミド（アラバ®）などの治療薬に関連することもあります．適切にフォローするためには，定期的な画像検査や呼吸機能検査，KL-6などの血液検査，酸素飽和度測定なども行っていきます．

間質性肺炎がある場合のRA治療では肺への影響が少ない薬剤を選択することが必要になります．間質性肺炎の進行を抑える必要がある場合は，さらにそれに適した薬剤を選択することになります．RAの活動性が高い場合はその制御も必要です．近年，進行する間質性肺炎に対しては抗線維化薬という薬剤も使用できるようになりました．治療薬の選択とともに，禁煙の徹底，インフルエンザワクチンや肺炎球菌ワクチンの接種，必要な方では酸素療法も重要です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 「関節リウマチ診療ガイドライン2024」では，抗リウマチ薬は間質性肺疾患合併患者への投与は可能だが安全性が確立していないため注意深く使用することとなっています[3)]．また高度の呼吸機能障害がある場合はMTXの使用は禁忌となり，生物学的製剤の使用も控える方がよいとなっています．患者さんの関節症状と間質性肺炎の程度を把握し，注意深く治療を行い，患者さんの症状の確認や定期的な検査を忘れずに経過をよくみていきましょう．
- **指導例**：「RAでは間質性肺炎とよばれる肺炎を合併することがあります．この肺炎が進んだ場合は歩行や入浴・排便などの労作時に呼吸困難感が生じたり，空咳が出ることもありますが，ほとんど症状もなく進まない場合もあります．リウマチ科や呼吸器内科に定期的に受診し経過を診ていただくようにしましょう．治療薬についても注意深く使用することになります．また喫煙者では禁煙の徹底が必要です．インフルエンザワクチンや肺炎球菌ワクチンの接種も考慮します．」

文献

1）Gabbay E, et al：Am J Respir Crit Care Med 1997；156：528–535.
2）Kim EA, et al：Radiographics 2002；22 Spec No：S151–S165.
3）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

Q9 悪性腫瘍について知っておくべきことは何か?

1. 基礎知識

日本では生涯で男性63％，女性51％が悪性腫瘍にかかり，50歳代から80歳代にかけて増加します．5年生存率は男女計で64％です[1]．RA患者さんの平均年齢は67.8歳と高齢化しており[2]，悪性腫瘍を経験する患者さんの数は増加しています．

本邦の報告では，RAにおける悪性腫瘍の発生率は一般人口と総じて同じですが[3][4]，悪性リンパ腫の発生率は3～4倍高いとされています[3][4]．また，本邦ではMTXの高用量使用はリンパ増殖性疾患と関連すると報告されており，悪性リンパ腫発生後5年間はMTX使用は禁忌，その後も慎重投与とされています[5]．生物学的製剤の悪性腫瘍発生率はcsDMARDsと同様と報告されており[6]，再発に関してもTNF阻害薬では固形癌再発を増やさない可能性が示されていますが[6]，その他の生物学的製剤に関しては明らかではありません．JAK阻害薬に関しては，トファシチニブ使用群がTNF阻害薬使用群に比べて悪性腫瘍の発生率が高い可能性が示されましたが[7]，引き続きデータの蓄積が必要な状況です．

悪性腫瘍の治療法は，手術療法，抗がん剤治療（化学療法），放射線療法があります．血液のがん（白血病やリンパ腫など）を除いて手術療法が悪性腫瘍の治療法の中心です．手術療法のメリットは完全に切除できれば最も根治の可能性が高いことです．術後の傷や体力の回復に時間を要することや，切除する部位により臓器や体の機能が失われるデメリットはあります．

がん細胞が手術の範囲を越え，他の臓器に転移すると手術療法は無力です．このような進行がんには，手術療法と化学療法や放射線療法を組合わせて治療を行います（集学的治療）．集学的治療は，手術で悪性腫瘍の病巣を切除し，化学療法や放射線療法などで目に見えない微小ながん細胞を死滅させ根治をめざす治療法です．効果を高めるために，現在では数種類の抗がん剤を併用する多剤併用療法が一般的です．数種類の薬を併用すると，抗がん剤が効きにくい部分にも，別の抗がん剤が効く可能性があるためです．

放射線治療とは，X線，電子線，γ線などの放射線を用いて，悪性腫瘍を治療する方法です．放射線は，がん細胞内の遺伝子（DNA）にダメージを与え，がん細胞を壊します．放射線によって，正常細胞もダメージを受けますが，がん細胞とは異なり自分自身で修復することができます．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例**：「悪性腫瘍の再発に注意しながらRAの治療を開始，継続することは可能です．もし悪性腫瘍が再発したとしても，主治医の先生と相談しながら最適のRA治療を決定していきましょう．」

文献

1）「国立研究開発法人 国立がん研究センターがん対策情報センター．最新がん統計（2025年7月3日更新）」https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html（2025年9月閲覧）
2）厚生労働省．厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」令和5年度研究報告書
3）Hashimoto A, et al：J Rheumatol 2015；42：564–571.
4）Harigai M, et al：Ann Rheum Dis 2021；80（Suppl 1）：113.
5）「関節リウマチ治療におけるメトトレキサート（MTX）使用と診療の手引き2023年版」（日本リウマチ学会MTX診療ガイドライン小委員会／編），羊土社，2023
6）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会／編），診断と治療社，2024
7）「ファイザー株式会社．NEWS/Pfizer Shares Co-Primary Endpoint Results from Post-Marketing Required Safety Study of XELJANZ® (tofacitinib) in Subjects with Rheumatoid Arthritis（RA）（January 27, 2021）」https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-shares-co-primary-endpoint-results-post-marketing（2025年9月閲覧）

Q10 がん検診は受けるべきか?

1. 基礎知識

がん検診は，自覚症状がない人を対象に，がんを早期発見し適切な治療により，がんによる死亡率の低下を目的としています．RA患者さんのなかには，リウマチの定期検査でがんもみつかるだろうと考えてがん検診を受診しない方も少なくありませんが，それは大きな間違いです．

早期がんでは自覚症状がほとんどなく，症状が出て受診した人の多くは進行がんで発見されます．症状が出る前なら治癒する確率も高く，体への負担が少ない治療により治療後の生活の質も保てます．がん検診で，がんがある人を「異常あり」と正しく判断する率は6～8割です．要因は機器の限界，医師や検査技師の技量と技術の問題などです．逆に「がんの疑い」とされ精密検査の結果，問題がない場合もあります．

がんの進行はがんの種類により異なり，多くの胃がん，大腸がん，子宮頸がん，乳がん，非喫煙者の肺がんは進行がゆるやかで，定期的な検診で症状が出る前にがんを発見できる可能性が高いです．白血病，喫煙者の肺がんなどは発病から症状が出るまでの期間が短く（数カ月から数週間），早期発見は困難です．一方，甲状腺がんや前立腺がんは進行が非常に遅く寿命への影響は少ないとされますが，診断，治療されることもあります．

がん検診には，市区町村の住民対象の「対策型検診」と，個人が私費で行う人間ドックなどの「任意型検診」があります．対策型検診は，費用の全額もしくは一部を公費で負担しています．国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では，胃がん，肺がん，乳がん，子宮頸がん，大腸がんが検診の対象とされています．ただし，指針で推奨しないがんや対象年齢外でがん検診を実施している自治体もあります．任意型検診は，個人の死亡リスク低減を目的とし，最新の検査機器や検査方法を選べますが科学的根拠が確認されていない検診も含まれています．法的根拠に基づく検診ではないため，実施体制，精度管理などは，施設でそれぞれ異なります．

2. 患者さんの説明，教育，指導

- **指導例：**「がん検診は，自覚症状がない人を対象に，がんを早期発見し適切な治療により，がんによる死亡率の低下を目的としています．RA患者さんにおいても定期的に受診しているからと過信せず，早期にがんを発見すれば治癒が望めますので積極的にがん検診を受けましょう．」
- RA患者さんが胃部X線（バリウム）検査を受ける際，関節変形や握力，筋力低下などが支障となり，安全に実施できない場合があるので注意が必要です．その際は胃の内視鏡検査を検討しましょう．
- 胃の内視鏡検査の際，頚椎に病変のある方は事前に医師に相談するよう指導しましょう．

文 献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

Q11 その他の注意すべき合併症は何か?

1. 基礎知識

RAにおいて注意すべき合併症として，心血管疾患（CVD），心不全，腎障害があります．

RA患者さんではCVDのリスクが一般人口に比して1.48倍高くなります[1]．日本では，RAの死因の3位が脳血管障害，4位が心筋梗塞と報告されており[2]，CVDのリスク管理は重要です．CVDリスクのあるRAでも，CVD危険因子（喫煙，高血圧，脂質異常，肥満，糖尿病など）の対応をしながら抗リウマチ薬によりRAの活動性をコントロールするとCVDリスクを減らせる可能性があります．ただし，重症心不全（NYHA Ⅲ度以上）にTNF阻害薬を投与すると心不全が悪化したとの報告があり，重症心不全患者ではTNF阻害薬は禁忌です[3]．また，高用量のJAK 阻害薬投与でCVDや静脈血栓塞栓症の発生率が増える可能性が報告されており，CVDの既往のある場合，JAK阻害薬は慎重に使う必要があります[3]．

また，RA患者さんでは慢性腎臓病（CKD）に進行するリスクが健常人より1.52倍高いと報告されています[4]．RAにおける腎障害は疾患活動性に伴うものや薬剤に起因するものなどがありますが，抗リウマチ薬によるT2Tに基づいた治療により腎障害の合併頻度は減少しました[5]．つまり，腎障害があってもRAに対する抗リウマチ薬治療をしっかり行い疾患活動性を抑えることにより，腎機能低下を抑制できる可能性があります．腎障害合併時，薬によっては血中濃度が上昇して副作用が出現する可能性があり，慎重に投与量を決定する必要があります．特に注意が必要なのはMTXとJAK阻害薬です．MTXはeGFR（糸球体濾過量，腎機能をあらわす指標）が60 mL/分/1.73 m^2未満では慎重投与，30 mL/分/1.73 m^2未満では禁忌とされています．JAK阻害薬は薬剤によって腎機能に応じた投与量が異なります．透析RA患者さんにおける抗リウマチ薬の安全性については十分検討されていません．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「RAには関節病変以外にさまざまな合併症が出現することがありますが，RAの活動性をコントロールすることにより，それらの発生を低下させることができます．」

・「足のむくみ，息切れ，息苦しさ，体重増加（2 kg/週以上），だるさや疲れやすさがあれば心不全が，目のまわりや足のむくみ，疲れやすさ，食欲低下，息切れ，皮膚のかゆみなどがあれば，腎不全が考えられます．これらの症状がみられたら，すみやかに主治医に相談しましょう．」

・「嘔吐や下痢などにより脱水がひどい場合，MTXの血中濃度が高くなって副作用が出やすくなるので，MTXは一時休薬しましょう．」

文 献

1）Avina-Zubieta JA, et al：Ann Rheum Dis 2012；71：1524-1529.
2）Nakajima A, et al：Scand J Rheumatol 2010；39：360-367.
3）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024
4）Kim HW, et al：Rheumatol Int 2015；35：727-734.
5）Miyagawa I, et al：Mod Rheumatol 2014；24：405-409.

Q12 RA患者さん，JIA患者さんへの支援制度にはどのようなものがあるか?

1. 基礎知識

医療費・介護費，就学・就労などに生じる負担軽減のために，医療，介護，福祉の面からさまざまな支援制度があります．ここでは，費用負担制度を簡単に説明します．詳しくは**第3部「患者支援制度について」**を参照してください．

1）高額療養費制度

医療費が1カ月の上限額を超えた場合，その超過額が支給されます．上限額は，年齢や所得に応じ異なりますが，負担をさらに軽減するしくみもあります．受付は，加入医療保険の担当となります．

2）高額介護合算療養費制度

世帯内の同一の医療保険の加入者について，医療保険と介護保険の1年間の合計自己負担金基準額を超えた場合に，その超えた額を支給します．基準額は世帯員の年齢構成や所得区分に応じて設定されています．受付は，加入医療保険の担当となります．

3）付加給付制度

1）とは別に健康保険組合（共済保険組合を含む）が独自で1カ月の医療費の自己負担限度額をより低く設定し，その超過額を払い戻す制度です．この制度は，協会けんぽや国民健康保険にはありません．詳細は加入医療保険の担当窓口へお問い合わせください．

4）難病医療費助成制度

「難病法」による医療費助成です．悪性関節リウマチが対象です．難病指定医の診断を受け，都道府県・政令指定都市の窓口（主に保健所）に申請します．所得により1カ月の限度額が異なります．

5）小児慢性特定疾病医療費助成制度

「児童福祉法」による医療費助成です．JIAが対象となります．申請は4）同様ですが，自己負担額は4）の2分の1です．

6）重度心身障害者医療費助成制度

身体障害者手帳1級・2級（自治体により3級以下でも可の場合あり）をもち，所得要件が合えば使える制度（自治体により「重度医療」，「福祉医療」と名称が異なります）です．医療費が無料または低額になります．身体障害者福祉法指定医の診断を受け，市区町村の担当窓口へ申請します．

この他に傷病手当制度（社会保険加入者が病気により就労できない場合，最大18カ月間標準報酬額の3分の2が支給），障害年金制度（障害による生活支障が生じた場合の年金で，年金法で定められた障害等級，年金種類に応じて支給），自立支援医療制度（障害者手帳取得者が障害を除去・軽減する医療につき医療費の自己負担額を軽減する公費負担医療制度）などがあります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- お困りの内容を聴き，該当する支援制度について簡単な説明と，問い合わせ先をお知らせできるとよいでしょう．
- 自治体によっては独自の支援サービスがありますので，最寄りの自治体窓口に問い合わせてみてください．

文 献

1）「東京都福祉保健局．東京都心身障害者福祉センター」https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/shisetsu/jigyosyo/shinsho（2025年4月閲覧）
2）「日本年金機構」https://www.nenkin.go.jp/index.html（2025年4月閲覧）

Q13 患者さん向けの公益性の高い情報を入手するには?

1. 基礎知識

患者支援にはさまざまな方法があります．ふだんの個々の患者さんへの対応に加え，患者さん向けの勉強会の開催，看護師外来や薬剤師外来，フットケア外来の開設など，施設として取り組んでいるものもあると思います．

しかし，特別なことを行わずとも患者さんから，どのような不安やストレスを感じているかを聞き取り，一緒に考えることで十分な患者支援を行うことができます．患者さんの対応には時間がかかることもありますが，一度信頼関係が築けると，その後の対応はスムーズになることが多いです．

正しい情報の提供とともに，正しい情報へのアクセス方法の提供も重要です．インターネットの普及で情報過多の現在では，誤った情報も多く配信されています．公益性の高い機関が発信している情報を得て，患者さんに提供する必要があります．以下に参考となる機関のWebサイトをご紹介します．

1）公益財団法人日本リウマチ財団リウマチ情報センター

→https://rheuma-net.or.jp/rheuma/index.html

リウマチ性疾患の調査研究，リウマチ性疾患医療に従事する専門職の養成を行っています．病気や治療の情報だけでなく，Q＆A，患者向け講演会の紹介，災害時の備えや災害時RA患者支援事業協力医療機関が掲載されています．

2）公益社団法人日本リウマチ友の会

→http://www.nrat.or.jp/

RA患者さん，患者家族，医療・福祉関係者などで構成される患者会です．機関誌「流」に最新の医療情報や知っておきたい制度，専門医の医療相談などを紹介しています．全国で療養医療講演会・相談会・懇親会を開催し，毎月専門医による電話相談（希望する会員のみ）が受けられます．さらに，リウマチ体操DVDや自助具の紹介・頒布も行っています．

3）若年性特発性関節炎親の会「あすなろ会」

→https://asunarokai.com/

新しい情報や専門医からの助言により，正しい知識の情報発信をめざし，「会報あすなろ会」やガイドブック，パンフレット，絵本などで，症状や治療について紹介しています．サマーキャンプ，春・秋の集い，各地域での集いなどを開催し，新しい情報だけでなく，家庭内や就学・就労など，子どもたちを取り巻くさまざまな問題に対し，悩みや体験を共有する場をつくっています．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 患者さんの声をよく聴き，個々に対応していきましょう．
- さまざまな支援の方法がありますが，身近な問題から少しずつ支援していきましょう．
- 患者さんへの支援には，正しい情報を提供するだけでなく，正しい情報へのアクセス方法をお知らせすることも大切です．

Column RAに漢方薬やサプリメント，健康食品は有効なのか?

『2020年リウマチ白書』によると，4,606人中28.6％のRA患者さんが，医療保険が使えない治療や健康食品を使用しています．具体的には，健康食品（70.7％），マッサージ（21.9％），市販薬（16.4％），はり・灸（13.2％），漢方薬（11.2％）が使用されています．1カ月の平均費用は，5千円未満（36.3％），1万円未満（30.5％）が多くを占めますが，5万円以上費やされている方も1.7％います[1]．

現在，RAの治療は，MTXや生物学的製剤，JAK阻害薬などにより寛解をめざすことが可能です．これらの治療薬が使用される以前では，RAの活動性を十分に抑え切れないことも多く，漢方薬やサプリメント，健康食品に頼ることも多かったと思われます．

海外のレビューによると，ミネラル，ビタミンを除いた天然成分由来の健康補助食品は，RA患者さんの47％で用いられ，そのうちの46％が症状や疲労の改善効果を実感したと報告されています[2]．また，医療用医薬品としてRA，関節痛，神経痛に適応症のある漢方薬もありますが，一部の漢方薬は，ステロイドの減量・離脱の目的など，適応症以外で処方されることもあります．

したがって，治療の補助としての漢方薬やサプリメント，健康食品などを完全に否定するものではありませんが，主治医から処方されている医薬品（漢方薬を含む）以外のサプリメントや健康食品，個人で購入する漢方薬については，関節破壊を防いだり，痛みを和らげたりする効果は必ずしも明らかではありません．

また，一般的には，漢方薬やサプリメント，健康食品は「副作用が無い」，「安全性が高い」と思われがちですが，副作用や医薬品との相互作用は起こる可能性があります．

患者さんへのアドバイスとして

主治医からの処方以外に，漢方薬やサプリメント，健康食品などの服用を希望される患者さんには，「現在使われている治療薬との兼ね合いもあるので，必ず主治医に相談し，必要があれば主治医から処方していただくことをおすすめします」などと説明するとよいでしょう．

さらに，「RAに対して十分な効果のある治療薬がなかった時代は，サプリメントや健康食品，民間療法などに頼らざるを得ないことが多かったようです．ですから，人づてにそれらは『効果がある』と聞くこともあるかと思います．しかし，現在はRAの治療は大きく進歩し，確実に病気の進行を抑制することができるようになりました．残念ながら，サプリメントや健康食品のRAに対する効果は科学的に示されてはいませんし，副作用や治療薬との相互作用の可能性は否定できません」のように説明できると，親切かもしれません．

文 献

1）『2020年リウマチ白書』（公益社団法人日本リウマチ友の会/編），2020
2）DeSalvo JC, et al：Arthritis Care Res（Hoboken）2019；71：787–797.

第2部

ライフステージ別の患者支援

Ⅰ.移行期

Q1 若年性特発性関節炎（JIA）と関節リウマチ（RA）の違いは何か？ 66
Q2 関節型JIAとRAでは，保険適用のある治療薬に違いはあるのか？ 68
Q3 移行期関節型JIAの診療で留意すべき治療薬の副作用や合併症は何か？ 70
Q4 移行期関節型JIA症例やその家族と医療者の関係性で留意すべき点は何か？ 71
Q5 移行期関節型JIAの生活指導において必要な知識は何か？ 73
Q6 移行期関節型JIAのリハビリテーション治療について知っておくべき知識は何か？ 74
Q7 関節型JIAの小児期と成人期での医療費助成の違いは何か？ 75
Q8 関節型JIAの移行サマリーに必要な情報は何か？ 77
Q9 移行期関節型JIA症例の進学，就労に関する指導で留意すべき点は何か？ 78

Q1 若年性特発性関節炎（JIA）と関節リウマチ（RA）の違いは何か?

1. 基礎知識

若年性特発性関節炎（juvenile idiopathic arthritis：JIA）と関節リウマチ（RA）は同一ではなく，いくつもの違いがあります．JIAとは，16歳未満で発症し，少なくとも6週間以上持続する原因不明の慢性関節炎と定義されます．その病型は7つに分類されます（**表1**）．成人のRAと異なる点は，成人（発症）スチル病と病態が類似する「全身型」や，乾癬に伴う「乾癬性関節炎」，強直性脊椎炎とも関連する「付着部炎関連関節炎」などがJIAという括りに含まれることです．「少関節炎」，「多関節炎（RF陰性）」，「多関節炎（RF陽性）」は便宜的に「関節型」として取り扱われ，RAと類似した病態を示しますが，病型により発症年齢や合併症，予後に特徴があります．移行期のJIAを診療する際にはまず病型を意識することからはじめる必要があります（**表1**）．

1）JIAの病型分類（表1）

全身型は，自然免疫の異常を背景とし，全身性の炎症をくり返す自己炎症性疾患と考えられており，その病態形成には，IL-6やIL-1，IL-18などの炎症性サイトカインが深く関与しています．全身型の経過中，ウイルス感染などを契機に，マクロファージ活性化症候群（macrophage activation

表1　JIA分類基準（ILAR分類2001 Edmonton改訂）

分類	定義	除外
全身型	1関節以上の関節炎と2週間以上続く発熱（うち3日間は連続する）を伴い，以下の徴候を1つ以上伴う関節炎． ①暫時の紅斑，②全身のリンパ節腫脹，③肝腫大または脾腫大，④漿膜炎	a，b，c，d
少関節炎	発症6カ月以内の炎症関節が1～4カ所に限局する関節炎，以下の2つの型を区別する． （a）持続型：全経過を通して4関節以下の関節炎． （b）進展型：発症6カ月以降に5関節以上に関節炎が見られる．	a，b，c，d，e
多関節炎（RF陰性）	発症6カ月以内に5カ所以上に関節炎が及ぶ型で，RFが陰性．	a，b，c，d，e
多関節炎（RF陽性）	発症6カ月以内に5カ所以上に関節炎が及ぶ型で，RFが3カ月以上の間隔で測定して2回以上陽性．	a，b，c，e
乾癬性関節炎	以下のいずれか ①乾癬を伴った関節炎 ②少なくとも次の2項目以上を伴う例 （a）指趾炎 （b）爪の変形（点状凹窩，爪甲剥離など） （c）親や同胞に乾癬患者	b，c，d，e
付着部炎関連関節炎	以下のいずれか． ①関節炎と付着部炎 ②関節炎あるいは付着部炎を認め，少なくとも以下の2項目以上を伴う例 （a）現在または過去の仙腸関節の圧痛and/or炎症性の腰仙関節痛 （b）HLA-B27陽性 （c）親や同胞に強直性脊椎炎，付着部炎関連関節炎，炎症性腸疾患に伴う仙腸関節炎，Reiter症候群または急性前部ぶどう膜炎のいずれかの罹患歴がある （d）しばしば眼痛，発赤，羞明を伴う前部ぶどう膜炎 （e）6歳以上で関節炎を発症した男児	a，d，e
その他の関節炎（未分類関節炎）	6週間以上持続する小児期の原因不明の関節炎で，上記の分類基準を満たさないか，または複数の基準に重複するもの．	

除外項目：a．患児や親・同胞での乾癬罹患や乾癬既往歴
b．6歳以降に発症したHLA-B27陽性の関節炎男児
c．強直性脊椎炎，付着部炎関連関節炎，炎症性腸疾患に伴う仙腸関節，Reiter症候群または急性前部ぶどう膜炎のいずれかに罹患しているか，親・同胞に罹患歴がある
d．3カ月以上の期間をおいて少なくとも2回以上のIgM-RF陽性
e．全身型JIA

文献1より引用

syndrome：MAS）へ移行することがあります．MASはサイトカインストームともよばれる著しい高サイトカイン血症の状態ですが，特に全身型JIAにおいては治療介入が遅れると生命の危機をもたらし，一刻を争う事態に陥ります．

一方，関節型（少関節炎および多関節炎）は，獲得免疫の異常を背景とする自己免疫疾患と考えられていますが，これらの病態がRAと同一のものであるかは不明です．関節においては，炎症細胞の浸潤と滑膜組織の増殖による関節軟骨および骨組織の破壊を認め，これらの炎症反応にTNF-αやIL-6などのサイトカインが関与していますが，現在のところJIAにおける滑膜炎の詳細は不明な点も少なくありません．RFや抗CCP抗体の陽性率は成人のRAほど高くありませんが，陽性者はハイリスク群に含まれます．合併症として重要なぶどう膜炎はJIAの関節外症状として特徴的なものです．治療の遅れや不十分な治療による炎症の持続は，白内障や続発性緑内障，帯状角膜変性をきたし，視力低下・失明に至ることがあり注意が必要です．

また，成人診療科へ移行が必要なJIA患者さんは，成長期である小児期に受ける長期間の痛みや治療によって心理的負担を強いられ，心理的サポートを必要とする場合もあります．移行に際しては，疾患活動性評価だけではなく，心理ケアの視点も取り入れる必要があります．

2）JIAとRAの違い（表2）

JIAのなかでも「関節型」はRA，「全身型」は成人（発症）スチル病に類似の病態を示します．「関節型」は成人診療科移行後もRAに準じた治療を継続することが多いですが，RAと完全には同一の疾患ではありません．**表2**に示すような違いがありますので注意が必要です[2]．

3）移行期JIA症例を診る際の注意点

JIA診療のポイントとしては，①病型を心得る，②全身型と関節型（少関節炎・多関節炎）の病態・治療は異なる，③全身型はMASの合併に注意，④ぶどう膜炎の発症に注意（特に抗核抗体陽性・幼児期発症・少関節炎），が重要です．

表2　JIAとRAの違い

		JIA	RA
疫学	患者数	数千人（3,000人程度）	70~80万人
	性差（男女比）	全身型（1：1）	1：4
		関節型（1：4）	
症状		全身型：高熱，紅斑，関節痛等	関節痛，関節腫脹等
		関節型：関節痛，関節腫脹等	
合併症，関節外症状		全身型：マクロファージ活性化症候群	間質性肺炎，皮下結節，リンパ腫等
		関節型：ぶどう膜炎	
自己抗体		全身型では基本的に陰性 RF陽性JIA全体で約20% 抗核抗体はJIA全体で約25%	RF陽性は約80%
保険適用がある抗リウマチ薬（内服）		メトトレキサート，タクロリムス※	多数
保険適用がある生物学的製剤		全身型：トシリズマブ（点滴），カナキヌマブ	多数
		関節型：トシリズマブ（点滴），エタネルセプト，アダリムマブ，アバタセプト（点滴）	
評価法		全身型：特になし	DAS28, SDAI, CDAI, HAQ等
		関節型：JADAS-27, CHAQ等	
医療費助成制度		小児慢性特定疾病・指定難病 等	高額療養費制度 等

※社会保険診療報酬支払基金によってメトトレキサートに不応・不耐の関節型JIAに対して0.05～0.15 mg/kg/日での適応外使用が通知．

文献2より改変して転載

2．患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例**：「JIAには，RFや抗CCP抗体といった自己抗体が陽性の人と陰性の人がいますが，あなたの場合はRFや抗CCP抗体，いずれも陽性ですので，JIAのなかでもいちばん成人発症のRAに病気のメカニズムが近いタイプですね．生物学的製剤を休薬後の再燃ですので，まずは，これまで使っていたJIAで保険適用のある生物学的製剤を再開しましょう．」

文献

1）Petty RE, et al：J Rheumatol 2004；31：390-392.
2）「成人診療科のための小児リウマチ性疾患移行支援ガイド」（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業），羊土社，2020

Q2 関節型JIAとRAでは，保険適用のある治療薬に違いはあるのか?

1. 基礎知識

JIAに承認されている薬剤は成人（注：医薬品の添付文書に記載のある成人とは「15歳以上」を指します）と比較してかなり限られています．以下に，主なものをまとめてみました．

1）NSAIDs（非ステロイド抗炎症薬）

本邦においてJIAに保険適用のあるNSAIDsはありませんが，「関節痛および関節炎」に対して保険適用をもつイブプロフェンとナプロキセンは小児の使用が可能であるため，これらの使用が推奨されています[1]．アスピリンは，薬剤性肝障害の発生頻度が高いことやReye症候群を誘発するおそれなどから，JIAの治療では使用されなくなってきています．また，小児における選択的COX-2阻害薬の有効性と安全性についての情報がないため積極的な使用はされていませんが，移行期以降は可能です．

2）合成疾患修飾性抗リウマチ薬（sDMARDs）

sDMARDsには，従来型合成抗リウマチ薬（csDMARDs）と分子標的合成抗リウマチ薬（tsDMARDs）がありますが，現時点でJIAに対して保険適用のあるsDMARDsはMTXのみです[1-3]．しかも，JIAでは，①体表面積あたりの用量（10 mg/m^2/週を超えない範囲）で，②小児における薬物動態の点から週1日朝空腹時に，③腎排泄速度を考慮し，年長児～移行後に減量を検討，④有害事象としての間質性肺炎はきわめて稀など，成人RAとは異なる性質があることは心に留めておいてください．また，RAで使用されているレフルノミド，サラゾスルファピリジン，ブシラミン，イグラチモドなどは投与が認められていません．なお，タクロリムスは社会保険診療報酬支払基金で適応外使用算定認可を取得しており，メトトレキサートに不応・不耐の関節型JIAに対して使用できるようになりました．

3）生物学的製剤（bDMARDs）

2025年4月現在，関節型JIAで保険適用のある薬剤を**表1**に示しました．以下に，簡単に各薬剤の現況についてまとめてみます．関節型JIAではトシリズマブとアバタセプトは点滴静注用製剤のみが保険適用を有しており，エタネルセプトは週2回投与のバイアル製剤に加えバイオシミラーの目

表1　2025年4月現在，関節型JIAに使用される生物学的製剤

一般名	トシリズマブ	エタネルセプト	アダリムマブ	アバタセプト	エタネルセプト後続1	エタネルセプト後続2	アダリムマブ後続1/2	アダリムマブ後続3/4
投与経路	点滴	皮下注（自己注射可）	皮下注（自己注射可）	点滴	皮下注（自己注射可）		皮下注（自己注射可）	
規格	点滴製剤	皮下注製剤（バイアル）	皮下注製剤 20 mgシリンジ 0.2 mL 40 mgシリンジ・ペン 0.4 mL	点滴製剤	皮下注製剤 10 mgバイアル 25 mgバイアル	皮下注製剤 10 mgシリンジ 25 mgシリンジ	皮下注製剤 20mgシリンジ 0.4mL 40mgシリンジ・ペン 0.8mL	皮下注製剤 20mgシリンジ 0.2mL 40mgシリンジ・ペン 0.4mL
用量	8 mg/kg	0.2～0.4 mg/kg	体重15 kg以上30 kg未満：20 mg 体重30 kg以上：40 mg	10 mg/kg（＊）	（エタネルセプトの項と内容は同じ）		（アダリムマブの項と内容は同じ）	
投与間隔	4週ごと	週に2回	2週ごと	0, 2, 4週目と4週ごと	週に2回		2週ごと	
承認年	2008年	2009年	2011年	2018年	2018年	2019年	2018年/2019年	2021年/2023年

＊ただし，体重75 kg以上100 kg以下の場合は1回750 mg，体重100 kgを超える場合は1回1 gを点滴静注すること

盛り付きシリンジ製剤（10 mgおよび25 mg）も保険適用となりました．アダリムマブは体重15 kg以上30 kg未満と30 kg以上の2群で投与量が異なります．アダリムマブも「アダリムマブBS皮下注」としてバイオシミラーが承認されましたが，製品によっては同成分量あたりの液量がオリジナルの「ヒュミラ®」の2倍となるものもあるので，使用時には十分な注意が必要です．それぞれの使用法や注意点の詳細に関しては，「若年性特発性関節炎診療ガイドライン2024-25年版」[1]，「若年性特発性関節炎（JIA）における生物学的製剤使用の手引き2020年版」[4]を参照してください．

4）分子標的合成抗リウマチ薬（tsDMARDs）

新しいタイプのRA治療薬で，JAK（ヤヌスキナーゼ）阻害薬と呼ばれる経口の薬です．RAに適用を有するJAK阻害薬としては トファシチニブ，バリシチニブ，ペフィシチニブ，ウパダシチニブ，フィルゴチニブの5種類がありますが，JIAでは2025年4月現在バリシチニブのみが認可されています．

2．患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**「RA患者さん向けに，新しい薬が承認されて使用されており，有効性や安全性が実証されるようになりました．JIAの患者さんでは認められている薬がRAより少ないですが，臨床試験などで使用できるものが増えてきています．主治医の先生に，一度認められている薬について確認してみてもいいでしょう．とくに現在使っているお薬で少し心配があるときは，ちょうどご相談するタイミングかも知れません．」

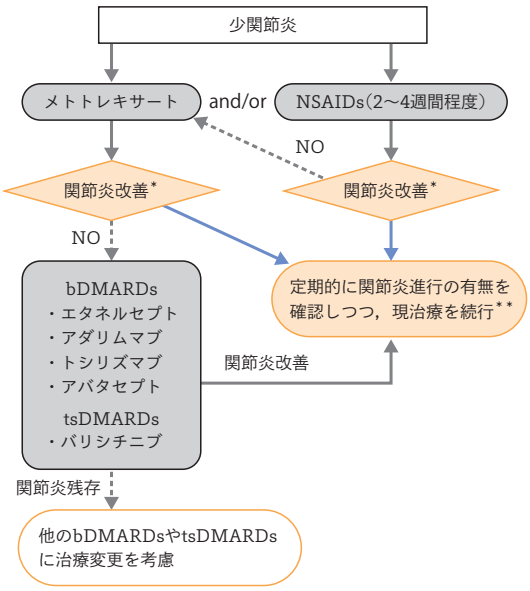
文 献

1）「日本リウマチ学会 若年性特発性関節炎診療ガイドライン2024-25年版」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），メディカルレビュー社，2024

2）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024

3）「成人診療科のための小児リウマチ性疾患移行支援ガイド」（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業），羊土社，2020

4）「若年性特発性関節炎（JIA）における生物学的製剤使用の手引き2020年版」（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業），羊土社，2020



＊**関節炎改善の目安**：メトトレキサートについては開始後3カ月程度で判断する
①腫脹・疼痛・可動域制限のある関節がない
②画像検査で活動性のある関節炎がない
③CRP，ESR等の炎症マーカーや血清MMP-3等の関節炎マーカーの改善

補助治療
・必要に応じてNSAIDsまたはグルココルチコイド関節内注射を追加
・日常生活が高度に障害される場合，期間を限定して（3カ月未満），経口グルココルチコイドを考慮

難治例に対する他の選択薬
タクロリムス（タクロリムスは社会保険診療報酬支払基金で適応外使用可）

＊＊抗核抗体陽性，女児，幼児期発症等ぶどう膜炎発症リスクを有する場合は眼科の定期的受診を要する

図　JIA少関節炎の治療アルゴリズム（p.70 Q3参照）
「日本リウマチ学会 若年性特発性関節炎診療ガイドライン 2024-25年版」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），メディカルレビュー社，2024より転載

Q3 移行期関節型JIAの診療で留意すべき治療薬の副作用や合併症は何か?

1. 基礎知識

関節型JIAの治療において，非ステロイド抗炎症薬（NSAIDs）単独投与の有効率は約3％と少なく，MTXが国際的にも標準治療薬として使用されています（**図1**）[1]．小児におけるMTXの使用では，消化管障害（嘔気や口内炎），肝障害は成人と共通して認めますが，副作用としての間質性肺炎の出現はきわめて稀とされています．また，小児では，MTXの腎排泄が成人に比較して高めであることより，10 mg/m^2（約0.3 mg/kg）の週1回経口服用と用量が定められていますが，上限はRAと同様に16 mg/週です．MTXは約70％の症例に有効ですが，疼痛が強い例などでは急性期に副腎皮質ステロイドを併用する場合もあり，プレドニゾロン0.1～0.2 mg/kg/日（初期最大量15 mg/日程度）の内服が一般的です．副腎皮質ステロイドの副作用には成人と共通するものに加え成長障害がありますが，少量・短期間の投与であれば，問題となることはあまりありません[2]．生物学的製剤はMTX不応もしくは，消化器症状や肝障害などの副作用によりMTXが増量できず，かつ関節炎の抑制が困難な場合に適用を検討します[3]．

また，関節型JIAの合併症ではぶどう膜炎が重要です．本邦のJIA関連ぶどう膜炎の有病率は約6％で，少関節炎，女児にリスクが高く認められます．自覚症状に乏しい場合もあり，定期的な眼科受診が必要になります[2]．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「ぶどう膜炎の合併があって眼科にもかかっていますね．現在，関節炎は安定していますが，生物学的製剤はぶどう膜炎にも効果を発揮しているので，中止については眼科とも相談して検討しましょう．」

文 献

1）「日本リウマチ学会 若年性特発性関節炎診療ガイドライン2024-25年版」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），メディカルレビュー社，2024

2）「成人診療科のための小児リウマチ性疾患移行支援ガイド」（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業），羊土社，2020

3）宮前多佳子：若年性特発性関節炎（関節型）．「今日の治療指針 2022年版」（福井次矢，他/編），医学書院，2022

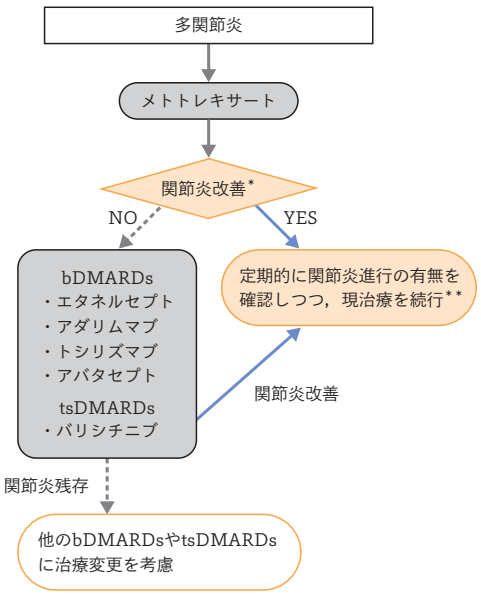


図1　JIA多関節炎の治療アルゴリズム
文献1より転載．
p.69の図も参照

Q4 移行期関節型JIA症例やその家族と医療者の関係性で留意すべき点は何か?

1. 移行期患者さん本人に伝えるべきこと

1）保護者から

- 予防接種歴や疾患と関連しないと思われるその他の病歴・入院歴についても医療者と日頃からよく話し合っておく必要があります．母子手帳が残っている場合にはこれを有効に利用できます．
- 受診に際しては年齢・理解度に応じて，本人が体調や服薬状況などを医師に伝え，医師の説明が理解できるように自ら質問する習慣を付けるように心がけるように本人に伝えておいてください．
- 患者さん本人が自立するためには，①自分の病気や治療，病歴について正しく理解していること，②基本的な生活や服薬などの自己管理ができること，③主治医に体調を伝えて，疑問や不安について質問できること，などが重要ですから，医療の主役は患者さん自身であることを伝え，患者さんの自立を手助けするようにしてください．病院における受付から診察・会計・処方せん発行の手順や薬局における薬の受け渡しなど，受診時に必要な一連の行動を将来自分1人でできるように，保護者の側も日頃から意識しているか注意を払うことが大切です．

2）小児科医療者から

- 移行期における病勢悪化の多くは怠薬によることが示されています．したがって処方されている治療薬の必要性をよく理解してもらうために，日頃から指導が必要です．特に副腎皮質ステロイドの急激な服薬中止は，急性副腎不全（副腎クリーゼ）をきたし，発熱，呼吸困難，関節痛，脱水，血圧低下，ショック，消化器症状（食欲不振，嘔気，嘔吐，腹痛），精神症状〔倦怠感，無気力感，脱力，意識障害（混乱状態，昏睡）〕など生命を脅かす危険があることを理解させてください．
- どのような症状が出た場合に基礎疾患増悪や薬剤副作用を疑って医師に伝えるかを伝えておく必要があります．服薬に際しては1日何回服用するか，食前・食後・食間かの指示を守るように指導します．特にMTXは空腹時と食後では効果・副作用に差があること，副腎皮質ステロイドは朝・昼・夕で服薬量が異なることがあるので注意がいります．服薬忘れに気がついたときの対応も日ごろから指示をして理解してもらってください．
- 妊娠中は禁忌となる薬剤については，避妊の知識と合わせてよく理解させておいてください．
- 副腎皮質ステロイドを使用していると，にきびが増えたり，容姿が変わることがあるため，特に思春期ではそれを気にして怠薬をする場合があり症状の悪化をみることがよくあります．
- 薬剤アレルギーの既往や他の薬剤との併用禁忌などで特定の薬剤を避けている場合があります．頭痛・発熱などで市販薬を服用する際に該当薬剤を使用することのないよう，購入時に薬局で確認するか，あらかじめ主治医が処方をして注意を与えましょう．
- 自己管理が難しい場合は保護者にも十分に注意をしてもらい，徐々に自己管理ができるように指導を行います．幼少期から保護者が服薬を管理していた患者さんは，自己管理への移行が難しいことが多いです．特に保護者からの自立がはじまる思春期には生活リズム，親子関係，交友関係などの変化に伴って服薬が疎かになりやすい傾向があります．
- 治療についての理解不足や副作用，内服困難，精神的ストレスなども怠薬の原因となり得ます．保護者は，患者さんの自己能力を過小評価せず，段階的に患者さんへの介入を減らして自立を促すように意識し続けることが重要です．
- 医療者や保護者が患者さんの理解力に合わせた説明を行い，患者さん自身に薬の管理を意識させていくことが大切です．

2. 移行期患者さん本人から成人診療科医療者に伝えるべきこと

- 成人診療科への転院または転科では，本人が自身の疾患名，発症年齢，経過，治療内容，合併症を伝えられるのが理想です．そのため，転科もしくは併診の際に小児科から成人診療科宛に診療情報提供書（診療情報サマリーを含む）※を作成し，初発症状，経過，治療内容を含めた情報を患者さん自身にも知ってもらえるように指導します．
- 日々の生活習慣，疲労などのからだの変調，感情の起伏にも自身でどこまで対処できるかを医療者に伝えさせます．発熱，頭痛，気道症状や消化器症状などを安易に感冒などと自己判断せずに伝えることも指導しましょう．
- 成人診療科においては，自身の症状をはっきりと医師に伝えることが大切ですから，あらかじめ伝えたいこと，聞きたいことをよく整理し，内容が多い場合にはメモなどを利用するように習慣づけさせる必要があります．移行のためのチェックリスト（**図1**）[1] や，小児リウマチ性疾患移行支援手帳「MIRAI TALK（ミライトーク）」[2]（**第2部Ⅰ-Q8**参照）を使用して患者さん自身が自立し，主要な病歴や診療情報を把握できることが望ましい姿です．

※：診療情報提供書は治療内容（副腎皮質ステロイドの最高用量や再燃増量の経過，パルス療法の実施回数など副腎皮質ステロイド総量を推測しうる情報，免疫抑制薬使用歴，使用期間，副作用の有無），合併症，合併症の検索，臓器障害，入院治療歴を含む．

文 献

1）「一般社団法人 日本小児リウマチ学会．小児リウマチ性疾患版移行チェックリスト」http://plaza.umin.ac.jp/praj/activities/acrivities01.html（2025年4月閲覧）

2）「一般社団法人 日本リウマチ学会．小児・移行期医療について．MIRAI TALK（ミライトーク）」https://www.ryumachi-jp.com/pdf/miraitalk_1004.pdf（2025年4月閲覧）

リウマチ性疾患成人移行チェックリスト　患者用＜中学生用＞
記入年月日　　年　月　日（　才）

以下の項目について，当てはまっているようならチェックボックスに☑してください

病気・治療に関する知識

☐ 1. 自分の身長・体重・生年月日を知っている
☐ 2. 自分の病名を知っている
☐ 3. 自分の病状や受けている治療内容を分かっている

体調不良時の対応

☐ 4. 自分が処方されている薬の名前，用法，効果，副作用を知っている
☐ 5. 受診しなければならない症状を知っている
☐ 6. 体調不良時の対応（連絡先・相談先・応急処置など）ができる

医療者との対等なコミュニケーション

☐ 7. 診察前に質問項目を考えて受診することができる
☐ 8. 診察時，医師に質問および自分の意見を述べることができる
☐ 9. 医師・看護師，または他の医療者（栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカーなど）からの質問に答えることができる
☐10. 困ったときには医師・看護師，または他の医療者（栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカーなど）に話すことができる

診療情報の自己管理

☐11. 検査結果について記録またはコピーをもらい保管管理できる
☐12. 診断書や意見書など必要な書類を医師に依頼できる
☐13. これまでにかかった病院の自分の診療録（カルテ）がどこにあるか知っている
☐14. 今まで自分がかかった病院の名前・担当医師の名前を把握している
☐15. 外来の予約の時期を把握し，忘れないための工夫ができる
☐16. 外来の予約方法を知っている（自分で診療の予約ができる）
☐17. 残っている薬を把握し，必要な分の薬の依頼ができる
☐18. 処方箋の期限や，期限が過ぎたときの対応を知っている
☐19. 自分の病気に関して，必要時に協力が得られるよう第三者へ説明できる（学校・友人・家族など）
☐20. 医療保険について説明できる（自分の健康保険と自己負担額についての知識がある）
☐21.（該当する方のみ）自分が使用している特殊な機器〔歩行補助用具とか，自己注射のための物品（消毒用アルコールなど）〕の注文と使用法や管理の仕方を知っている

日常診療の自己管理

以下に関していちばん責任をもって担当している人はどなたですか？
該当するチェックボックスに☑してください
22. のみ薬の管理　☐自分，☐父親・母親，☐祖父・祖母，☐兄・姉，☐その他（　　）
23.（在宅自己注射を使用している場合）注射薬の管理　☐自分，☐父親・母親，☐祖父・祖母，☐兄・姉，☐その他（　　）
24. 次回受診日の確認　☐自分，☐父親・母親，☐祖父・祖母，☐兄・姉，☐その他（　　）

以下の項目について，当てはまっているようならチェックボックスに☑してください

思春期・青年期としての健康教育

☐25. 医師・看護師，または他の医療者（栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカー等）と，喫煙・飲酒・薬物乱用・人間関係について議論したことがある
☐26. 医師・看護師，または他の医療者（助産師・ソーシャルワーカー等）と，妊娠・出産の問題，性の問題や悩みについて相談したことがある
☐27. 避妊の仕方と性病の予防法を知っている

主体的な移行準備

☐28. 内科の医師といつどのような形で診療を開始するのかを主治医と相談している
☐29. 自分に役立つような情報について主治医と話合いをしている
☐30. 転科する前に内科医に会って話をしている

図1　リウマチ性疾患成人移行チェックリスト 患者用＜中学生用＞
文献1より引用

Q5 移行期関節型JIAの生活指導において必要な知識は何か?

1. 基礎知識

1）患者さんの体調不良時の対応について

体調不良の原因として，原疾患である関節型JIAの再燃なのかどうかを評価しなければなりません．薬剤減量や，感染症への罹患，ストレス過負荷（過労，睡眠不足，生活リズムの乱れなど）などは再燃の誘因となりうるため，定期外来受診時の対応および指導が重要です[1]．

2）患者さんの自立支援について

日常の服薬や自己注射の管理について，自己管理ができず，保護者に依存している場合があるかもしれません．外来の診察時も十分に自分では必要なコミュニケーションがとれる社会性が備わっていないこともあり，診療に時間がかかるかもしれません．日本小児科学会による「小児期発症慢性疾患を有する患者の成人移行支援を推進するための提言」[2]のなかで，医療者による計画的な移行の準備や患者さんの自立支援の必要性をあげています．

3）ヘルスリテラシーについて

成人移行期の看護目標は患者さん本人の自立（自律）性を高め，一人ひとりが自分のニーズに見合った医療を受けられるよう支援することです（図1）．Healthy People 2010ではヘルスリテラシーを「認知面，社会生活上のスキルを意味し，健康増進や維持に必要な情報にアクセスし，理解し，利用していくための個人的な意欲・動機・能力をあらわすもの」と定義しています．このような能力は，成人移行期にある小児慢性疾患患者さんにとって，重要な移行推進力となります[3]．

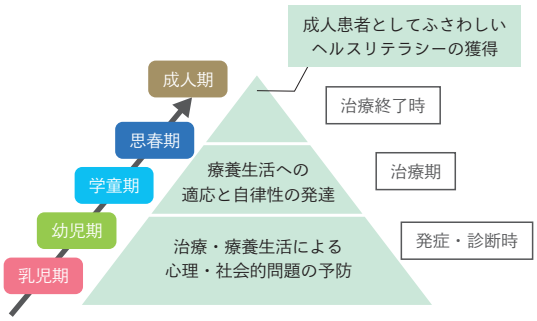


図1　成人患者としてふさわしいヘルスリテラシーの獲得に向けた看護目標
文献4より引用

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「高校生になりましたね．これまで外来では，医療者からの質問にお母さんが主に答えていましたが，これからは診察室では1人でやりとりしてみましょう．お母さんは心配かもしれませんが，診察室の外で待っていてください．」

文 献

1）「成人診療科のための小児リウマチ性疾患移行支援ガイド」（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業），羊土社，2020
2）賀藤均，他：日本小児科学会移行支援に関する提言作成ワーキンググループ委員会報告 小児期発症慢性疾患を有する患者の成人移行支援を推進するための提言．日本小児科学会雑誌，127：61-78，2023
3）「成人移行期支援看護師・医療スタッフのための 移行期支援ガイドブック（第2版）」（丸光恵，他/著），p4，東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 国際看護開発学，2012
4）「ココからはじめる 小児がん看護」（丸 光恵，石田也寸志/監），へるす出版，2009

Q6 移行期関節型JIAのリハビリテーション治療について知っておくべき知識は何か?

1. 基礎知識

移行期は，両親・家族や小児科医の保護的な支援や援助などを受ける医療から，成人として，自ら自立し，意思決定をする医療につなげるための，重要な「乗り換え」時期となります．

この時期のリハビリテーション治療の目的は，両親・家族の支援・援助のもとでの日常における生活活動全般の自立ではありません．小児リウマチ診療を生涯医療に切り替え，進学，就職，就労，結婚といった今後のライフステージの変化を見据え，短・中期での治療目標を設定，変更し，自立（自律）を支えていくための基盤を構築していくものです．さらに，進学・就労などのライフイベントも多く，活動の幅の広がりが予測され，リハビリテーション治療が途切れやすい時期のため，注意が必要となります．

運動療法，作業療法，装具療法では，自己決定や意思尊重をしながら，患者さん本人とのコミュニケーションを意識し，進めることとなります．そして，現状の機能障害・能力障害を改善し維持するだけでなく，患者さん自身が将来に望む生活像を明確にし，治療に望むことが求められます．

リハビリテーション治療として，機能評価をはじめ，現在の日常生活活動・学業などの社会活動・余暇活動が自立しているか，または支援が必要なのか評価をします．そして，運動療法や作業療法による機能改善や能力向上の他，自立に向けた教育を行います．困難な動作に対しては，代償動作指導や補装具・福祉用具・自助具の提供，社会福祉支援の紹介など，現状への適切な対応を進めていくこととなります．リハビリテーション治療での機能改善が困難な場合には人工関節置換術が適応になります．移行期の手術はタイミングの問題など[1]により術後のリハビリテーション治療も難渋することが多くなります．術後，獲得可能な生活機能や生活活動レベルを見据えた内科主治医や整形外科医との連携が重要です．

また既存の機能障害や学校生活，部活，余暇などでの誤用・過用のリスクの他，今後生じることが予見される機能障害から患者さんの望む生活能力を護ることも大切となります．予防的手段として関節保護や日常生活指導が重要となります．また，補装具や福祉用具・自助具の提供について検討も必要です．その際には，外観や使用感も含め，多感な時期の患者さんの要望に応える配慮も必要となります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 移行期におけるリハビリテーション治療の主役は患者さん自身となります．
- 移行期は，両親・家族や小児科医といった「他者が意思決定する医療」から，成人として「自らが意思決定する医療」への重要な「乗り換え」時期となります．

文献

1）「成人診療科のための小児リウマチ性疾患移行支援ガイド」（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業），羊土社，2020

Q7 関節型JIAの小児期と成人期での医療費助成の違いは何か?

1. 基礎知識

小児リウマチ性疾患患者さんが現在受けることが可能な医療費助成は，**表1**の通りです[1]．

JIAは小児慢性特定疾病および指定難病の医療費助成（それぞれ下記，小慢制度，指定難病制度とします）の対象となっています．移行期JIAの患者さんは20歳を境に医療費助成制度が切り替わるため，医療者は両方の制度について十分に理解しておく必要があります．また，切り替え手続きに数カ月を要する場合もあるので，20歳の誕生日を迎える半年前には指定難病医療助成の申請手続きを開始した方がよいでしょう．

申請書記載者は，小慢制度と指定難病制度それぞれにおいて，各申請先に登録された指定医である必要があります．特に，小慢制度の指定医の要件については，①診断または治療に5年以上（臨床研修を受けている期間を含む）従事した経験を有すること，②診断書を作成するのに必要な知識と技能を有すること，の両要件を満たしたうえで，③関係学会が認定する専門医の資格を有すること，または④都道府県などが実施する研修を修了していること，が必要です．リウマチ科や内科・整形外科などの成人診療科の医師でも，個人および施設の要件を満たせば小慢指定医の資格は取得できます．20歳に満たない年齢で成人診療科に移行した場合，この小慢制度の助成の継続が必要となります．その際，移行先が「指定小児慢性特定疾病医療機関」でないと助成が受けられないことも記憶しておいてください．

表1　JIA患者さんに対する医療費助成

- 小児慢性特定疾病対策による助成制度（本文参照）
- 指定難病医療費助成制度（本文参照）
- 乳幼児または子ども医療費助成制度（医療費のうちの保険診療の自己負担分を助成）
  助成の対象や内容について：対象年齢は4歳未満まで～22歳年度末まで，自己負担金は0円～6,000円と自治体により大きな開きがあり，世帯所得制限についても自治体により異なるので，各自治体のホームページなどを参照のこと
- 障害者医療費助成制度（**第3部-Q2**を参照）
  1級・2級の身体障害者手帳保有者，自己負担金上限あり，本人所得制限あり

1）小児慢性特定疾病医療費助成制度（小慢制度）

児童福祉法に規定されている小児慢性特定疾病に罹っている児童などについて，その医療費の自己負担分の一部が助成される制度です．医療費助成の対象は18歳未満（満18歳になる前から補助を受けていた児童の場合は20歳になるまで）かつ疾病の状態の程度（治療で非ステロイド抗炎症薬，副腎皮質ステロイド，免疫調整薬，免疫抑制薬，抗凝固療法，ガンマグロブリン製剤，強心利尿薬，理学作業療法，生物学的製剤または血漿交換療法のうち1つ以上を用いている場合）を満たす例です．申請・認定がなされれば自己負担金の助成や日常生活用具給付（車いすや手すり，スロープ，歩行器など）などが受けられます．自己負担金の上限や各居住地における保険事業については個々の状況により変わる可能性があるため，詳細は小児慢性特定疾病情報センターのホームページ（https://www.shouman.jp）あるいは各都道府県，指定都市または中核市のホームページなどを参考にしてください．

2）指定難病医療費助成制度[2]

「難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）」に基づいた，指定難病患者さんに対する医療費助成制度です．以前は，成人に達したJIA患者さんに対する助成制度はありませんでしたが，2018年4月に「若年性特発性関節炎」の呼称で新たに登録されました（注：乾癬性関節炎，付着部炎関連関節炎，未分類関節炎は助成対象外です）．医療費助成の対象は，JIAと診断され，かつ，「重症度分類」で寛解基準を満たさず，一定以上の病状と病勢がある患者さんです（**表2**参照．注：JIAは「全身型」と「関節型」に分けられますが，ここではRAに病態が似ている「関節型」のみ紹介しま

表2　指定難病（関節型 JIA）重症度分類

重症	寛解基準（下段）を満たさず，下記の1，2いずれかを満たす
1	若年性関節炎の活動性評価指数を用いて中等度以上の疾患活動性（Juvenile Arthritis Disease Activity Score-27　2.1以上）を認めるもの
2	modified Rankin Scale（mRS）の評価スケールで3以上

寛解基準	寛解＝治療中に以下のすべての状態が直近の6カ月以上連続するもの
①	活動性関節炎がない
②	活動性ぶどう膜炎がない
③	赤沈値正常* またはCRP＜0.3 mg/dL （*正常値：50歳未満　男性≦15 mm/h　女性≦20 mm/h）
④	朝のこわばりが15分以下

文献3より引用

す）．さらに「高額かつ長期（月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者）」に該当すれば自己負担上限額がより軽減されます．また，重症度分類を満たさない場合でも，「軽症高額（医療費総額が33,330円を超える月が支給認定申請月以前の12月以内に3回以上ある場合）」に該当すれば医療費助成の対象となります．生物学的製剤を使用している患者さんにおいては，症状が落ち着き重症度分類を満たさない例も多いですが，「軽症高額」に該当すれば医療費助成が受けられます．

20歳前に寛解し20歳以降に再燃した場合は，上記の重症度分類を満たせば助成の対象となります．

申請のためには，都道府県知事の定める医師（指定医）に臨床調査個人票（診断書）の作成を依頼し，市区町村の窓口に提出します．関節型JIAの認定には，助成対象外である付着部炎関連関節炎の除外のためにHLA検査（2025年4月現在保険未収載）を行う必要があるので注意が必要です．

3）その他

関節機能障害などで法令により定められた障害等級表（1級・2級）による障害の状態にあり，国民年金に加入している間，または20歳前（年金制度に加入していない期間）に初診日（JIAに関してはじめて医師の診療を受けた日）のあるときは障害基礎年金が支給されます（**第3部-Q5**参照）．具体的には，日常生活で介助を要し，就労に制限（労務内容の制限，通勤困難など）がある場合などが対象となります．

文 献

1）「若年性特発性関節炎（JIA）における生物学的製剤使用の手引き2020年版」（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業），羊土社，2020

2）「公益財団法人 難病医学研究財団／難病情報センター．若年性特発性関節炎（指定難病107）診断・治療指針（医療従事者向け）」http://www.nanbyou.or.jp/entry/3947（2025年4月閲覧）

3）「厚生労働省：指定難病の概要、診断基準等、臨床調査個人票．107 若年性特発性関節炎」https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/001174027.pdf（2025年4月閲覧）

Q8 関節型JIAの移行サマリーに必要な情報は何か?

1. 基礎知識

小児科から成人科への移行にあたり，定期的にチェックリスト[1]（**第2部Ⅰ-Q4**の図1参照）の評価を行い，自立支援の目標を確認しつつ，医療サマリー（移行サマリー）や緊急時のケアプランの作成が必要です．移行サマリーには主要な病歴，合併症，予防接種歴などを含みます．公費負担の申請書類がある場合にはその写しがあると参考になります．また，指定難病の将来的な新規申請の可能性がある場合には，初発時の情報が申請の際に求められますので，移行サマリーと一緒に転科先に提供してください．

また，日本小児リウマチ学会・日本リウマチ学会が作成した小児リウマチ性疾患移行支援手帳MIRAI TALK（ミライトーク）は，小児リウマチ性疾患の中学生以上の患者さんが，主な治療内容や合併症などの重要なことについて記録し，自分の健康管理に役立てるとともに，病院に受診したときにこれまでの診療情報を伝えることを目的とした本人携帯型の移行サマリーともいえるものです[2]．自立支援の一環としてサポートしながら記入してもらってください．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例**：「中学生になりましたね．この機会にこのミライトークに少しずつこれまでの病気や治療のことを記録していきましょう．外来のときにはもってきてくださいね．」

文献

1）「一般社団法人 日本小児リウマチ学会．小児リウマチ性疾患版移行チェックリスト」http://plaza.umin.ac.jp/praj/activities/acrivities01.html（2025年4月閲覧）
2）「一般社団法人 日本リウマチ学会．小児・移行期医療について．MIRAI TALK（ミライトーク）」https://www.ryumachi-jp.com/pdf/miraitalk_1004.pdf（2025年4月閲覧）

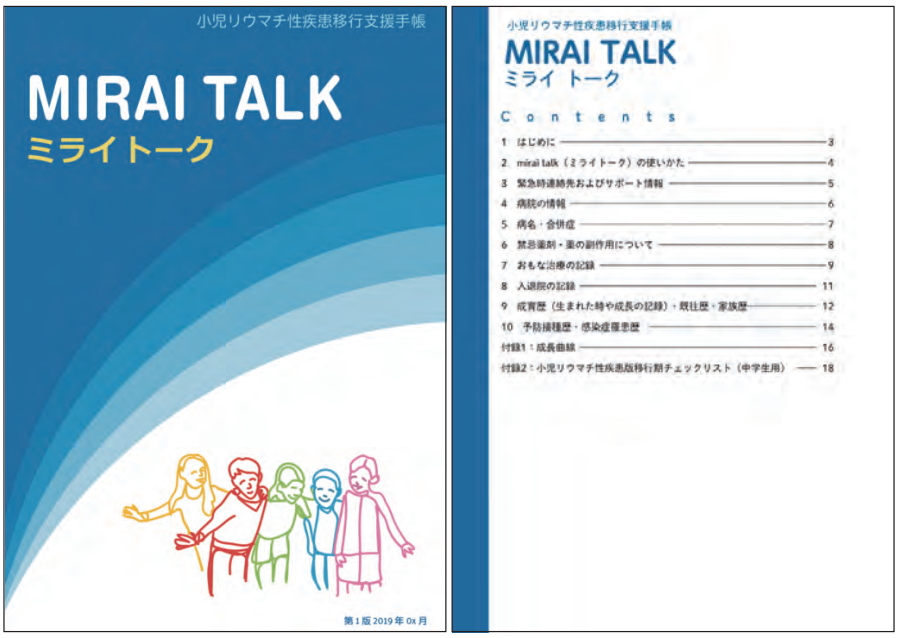


図1　小児リウマチ性疾患移行支援手帳「MIRAI TALK（ミライトーク）」
文献2より転載

Q9 移行期関節型JIA症例の進学，就労に関する指導で留意すべき点は何か?

1. 基礎知識

移行期にあたる小学校高学年から高等学校，大学・専門学校にかけての期間は，心理的にもさまざまな課題がある時期です．学校生活は勤勉性や自我同一性の獲得，人間関係の構築，保護者からの自立の観点からも重要です．関節型JIAで認める合併症や薬剤の副作用，また病院への受診が通学に与える影響は無視できません．受診のために学校を休む，また早退をするということに，心理的に負担を感じる子どもたちは多く，また高校生以上になると，同じ曜日の受診で学業での単位取得が難しくなる場合もあります．医療従事者はこの点にも十分配慮し，その影響を最小限に抑えるための指導や配慮をしてあげてください．ほとんどの関節型JIAの患者さんは免疫抑制治療を受けていますが，疾患活動性が高い時期を除いて，基本的には学業や学校行事への参加は推奨されます．病状や学業，学校行事の内容によっては参加が難しい場合もありますが，なるべく事前に相談してもらうようにしてください．

長期の入院加療が必要な場合には，義務教育のみですが，院内学級制度がありますので，対応可能な施設では，学籍の必要な手続きなどについて情報提供をしてください．また，入院中の受験についても，「配慮申請」を行うことにより保健室や病院での受験が可能となる場合があります．

進学先や就職先については，関節症状や関節障害を考慮して選択することも必要かもしれません．通学，通勤時間やその手段も毎日のことであり，重要な検討項目となります．また身体障害者枠での雇用を検討する患者さんもいます．医療系の学校へ進学，また医療従事者として働く場合には，必要な予防接種について検討することになります．これまでの予防接種歴，罹患歴，抗体価保有状況と現在の治療内容によって判断が求められます．

進学・就職の機会に転居し，親元を離れる患者さんも少なからずいます．定期的な通院や服薬について必ずしも保護者が確認できるわけではないので，計画的に，可能なら事前に自身でこれらの管理ができることを確認してください．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例**：「京都・奈良に修学旅行に行くのですね．現在，足関節と膝関節の炎症が完全には治まっていないので，長く歩いて移動するスケジュールはひかえて，バス移動で対応してもらってください．それ以外は楽しんできてください．旅行中も，薬を忘れないように飲んでくださいね．」

文 献

1）「成人診療科のための小児リウマチ性疾患移行支援ガイド」（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業），羊土社，2020

第2部

ライフステージ別の患者支援

Ⅱ. 妊娠・出産・授乳期

Q1 プレコンセプションケアを行う際，確認すべき点は何か？ 80
Q2 加齢による妊娠への影響は？ 81
Q3 RAが妊娠に及ぼす影響および女性RA患者さんの挙児率は？ 82
Q4 避妊方法やパートナーへ伝えるべきことは何か？（月経周期の知識も含めて） 83
Q5 妊娠希望のRA患者さんが考慮すべき点は？ 84
Q6 不妊検査や不妊治療時の注意点は？ 85
Q7 妊娠を希望した際に調整が必要な薬剤は？ 86
Q8 「子どもにも病気は遺伝するのでしょうか？」と聞かれたら？ 88
Q9 妊娠中，RAの活動性はどう変わるのか？ 89
Q10 妊娠中の生活で気を付けるべきことは何か？ 90
Q11 妊娠中や授乳中に使用が許容される薬剤は？ 91
Q12 産後，RAの活動性はどうなるのか？ 92
Q13 産後の合併症（骨粗鬆症や産後うつ）への注意点は？ 93
Q14 児の予防接種時の注意点は？ 94
Q15 育児による関節機能への負担を軽減するにはどうすればよいのか？ 95
Q16 産後の患者さんへの支援制度や相談窓口は？ 96

Q1 プレコンセプションケアを行う際，確認すべき点は何か?

1. 基礎知識

「プレコンセプションケア」とは「妊娠前ヘルスケア」であり，将来の妊娠を考えながら女性やカップルが自分達の生活や健康に向き合い，より良い妊娠転機のために計画的に妊娠することです．

RA合併妊娠においては，RA疾患そのものが妊娠・出産・育児に与える影響に加え，RA治療による影響があります．また一般的にいわれている高齢妊娠や高齢出産についても例外ではありません．妊娠を希望されるRA患者さんやパートナーとともにプレコンセプションケアを通じてRA合併妊娠の理解を深めることが重要です．またRA患者さんの4人に1人は妊孕性(にんようせい)が低い（妊娠しづらい）ことが報告されています[1]．将来の妊娠の希望がある場合は主治医と相談のうえしっかりとRA疾患活動性をコントロールし，環境が整いしだい，ぜひ早い時期から家族と妊娠計画を話し合うよう促しましょう．

アンカードラッグであるMTXやレフルノミド（アラバ®），イグラチモド（ケアラム®），ミゾリビン（ブレディニン®），JAK阻害薬内服中は流産や催奇形性のリスク上昇の観点から確実な避妊が必要です．具体的に妊娠を希望する時期や希望される子どもの人数が決まっている場合は，その希望を主治医に伝えることでより細やかな治療方針の計画を立てることが可能になります．妊娠を望んでいない場合や主治医から避妊を指示されている場合には確実な避妊が必要であり，産婦人科で相談することが大切です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：表1**を参考に指導を行ってください．
  - 「妊娠が可能な年齢となったら，できるだけ早く主治医の先生に相談して，計画的に将来の妊娠に向けて準備していきましょう．確実な避妊を行うために産婦人科の先生と相談しましょう．」
- MTX，レフルノミド，イグラチモド，ミゾリビン，JAK阻害薬が開始される前は必ず避妊の必要性を説明しましょう．
- MTX，レフルノミド，イグラチモド，ミゾリビン，JAK阻害薬以外のお薬についても患者さん自身でしっかりと把握し，妊娠に向けて不安な場合は主治医に相談のうえ，**患者さん本人からの**「妊娠と薬情報センター」（国立成育医療研究センター，https://www.ncchd.go.jp/kusuri）への相談も有用です．
- RA患者さんは妊孕性が低いことも報告されています[1]．可能な限り早い段階で将来の妊娠について家族と話し合っていただくように指導しましょう．
- 主治医が男性の場合，挙児や妊娠に関して相談しにくいと感じる患者さんも少なくありません．メディカルスタッフが患者さんの要望を聞きとり，プレコンセプションケアにつなげていくことが大切です．

表1　プレコンセプションケアチェックリスト

☐ 妊娠について主治医，家族と相談する RAの状態が妊娠可能な状態であるか確認．妊娠に向けた薬剤調整を行う
☐ RAの治療内容，薬剤を把握しておく
☐ 主治医から妊娠許可が出ていない場合は確実な避妊を行う 避妊方法を確認する
☐ かかりつけの産婦人科医を見つける
☐ 子宮がん検診，乳がん検診を定期的に受診する
☐ 風疹・麻疹の既往歴や予防接種歴を確認する
☐ 感染症に注意する（風疹・B型，C型肝炎・性感染症など）
生活習慣の改善
☐ 適正体重（BMI：19～24程度）を保つ
☐ バランスのとれた食生活，運動習慣を心がける
☐ アルコール，タバコを控える
☐ 食事やサプリメントから葉酸を積極的に摂取する
☐ 歯のケア（歯周病など）を行う
☐ ストレスをためない

文献2をもとに作成

文献

1）Brouwer J, et al：Ann Rheum Dis 2015；74：1836-1841.
2）「国立研究開発法人 国立成育医療研究センター．プレコン・チェックシート」https://www.ncchd.go.jp/hospital/about/section/preconception/pcc_check-list.html（2025年4月閲覧）
3）Sammaritano LR, et al：Arthritis Rheumatol 2020；72：529-556.

Q2 加齢による妊娠への影響は?

1. 基礎知識

加齢と妊娠の関係については，避妊法が確立していない1960年代のデータが参考になります．年齢別婚姻内出生率のデータを見ると，国や時代にかかわらず一様に加齢とともに出産数が下がっています[1]（**図1**）．35～40歳で減少傾向が顕著となり，40歳を過ぎるとさらに加速しています．厚生労働省の人口動態統計（2017年）によると，周産期死亡※率（出産千対）は25～29歳が3.1と最も低く，30歳代以降は年齢とともに増加し45歳以上では15.7となります．これは，加齢とともに妊娠高血圧腎症などの産科合併症が増えるためと考えられます．また，加齢は流産にも影響があり，自然流産率は25～29歳の女性で最も低く（9.8％），45歳以上で最もリスクが高かった（53.6％）という報告もあります[2]．

しかしながら本邦において第一子を授かる母体平均年齢は，1975年の25.7歳から2024年には31.0歳と高年齢化が進んでおり，35歳以上の母の総出産に占める割合は1985年の7.1％から2024年には30.3%に上昇しています．自然妊娠が難しい場合，不妊治療の選択肢がありますが，日本産科婦人科学会「ARTデータブック2022」[3]によると，**総治療周期数あたりの生産率**は，32歳までは約20～22％ですが，33歳から低下しはじめ，**37歳以降は急激に下降**します．特に40代では大きく低下し，生殖補助医療であっても生児獲得が厳しくなります．

※周産期死亡とは妊娠22週以後の死産と早期新生児死亡を示します．

2. 患者さんへの説明・教育・指導

- **指導例**：「加齢に伴い出産率が低下します．不妊治療を選択したとしても40歳を超えると治療の成功率が低い現状があります．」
- 月経のトラブル（月経痛や月経前症候群など）の相談を受けたときには，将来の妊娠についての話をするきっかけにするとよいでしょう．
- 情報を聞くことでショックを受ける方もいらっしゃるかもしれません．本ガイドの妊娠に関する項を参考にしながら，手立てを一緒に考え，寄り添っていかれるとよいでしょう．

文献

1）Henry L：Eugen Q 1961；8：81–91.
2）Magnus MC, et al：BMJ 2019；364：l869.
3）「公益財団法人 日本産科婦人科学会．日本産科婦人科学会 ARTデータブック2022」https://www.jsog.or.jp/activity/art/2022_JSOG-ART.pdf（2025年4月閲覧）

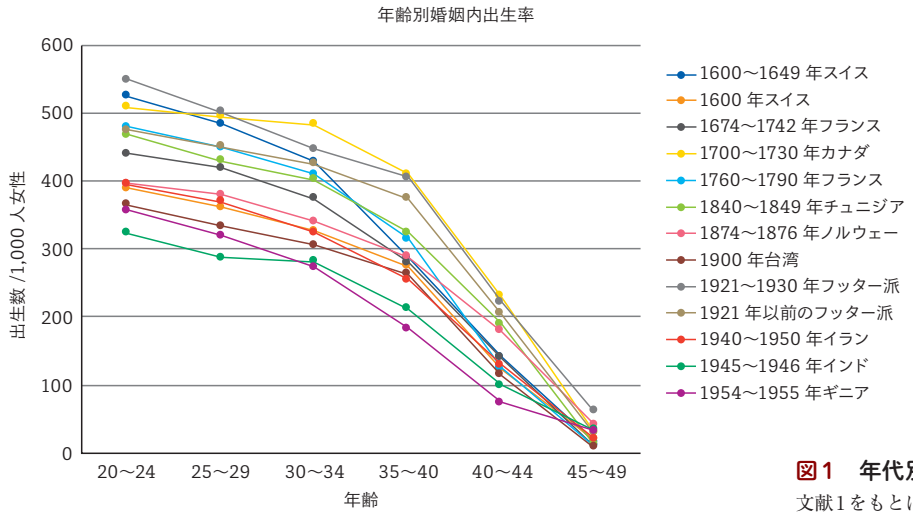


図1　年代別婚姻内出生率
文献1をもとに作成

Q3 RAが妊娠に及ぼす影響および女性RA患者さんの挙児率は?

1. 基礎知識

かねてよりRAはさまざまな要因から妊娠しづらいといわれています[1]．近年オランダの前向きコホート研究で，妊娠を希望した女性RA患者さんの約半数が妊娠成立までに1年以上要したこと，高疾患活動性（図1），NSAIDs使用，プレドニゾロン（＝副腎皮質ステロイド）7.5 mg/日以上の使用が妊娠率低下と関連したことが報告されました[2]．受精卵の着床にかかわるさまざまな炎症性物質と疾患活動性との関連や，NSAIDsの排卵への影響，副腎皮質ステロイドによる卵巣機能への影響などが考えられています．RAにおける妊孕性（＝妊娠のしやすさ）低下の要因は痛みによる生活の変化ではなく，疾患特有のものと認識し，適切な抗リウマチ薬で疾患活動性を十分抑えておくことが重要です．“より早期に寛解達成をさせ，妊娠計画可能な時間をより長くつくる”ことが必要と考えます．

国内のデータでは，NinJa2018年度版において，50歳未満の女性RA患者さん1,533人を対象とした挙児希望の質問で，回答のあった743人のうち，「挙児希望あり」は30歳未満で15.1％（8/53人），30～34歳31.0％（22/71人），35～39歳24.1％（27/112人），40～44歳14.0％（30/215人），45～49歳2.7％（8/292人）でした．40歳以上で妊娠率は著しく低下し母児合併症リスクも上昇するため，早い段階から妊孕性について情報提供を行うことが望ましいと考えられます．また50歳未満女性1,533人中，1年間での出産例は15人（30～39歳11人，40～44歳3人，45～49歳1人）でした．これは2018年度人口動態統計から算出された期待出生数（＝同年代の一般の方々の出産数）の73.1％でした[3]．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 患者さんの家族計画に寄り添いながら，妊娠時期を逸することのないよう，適切な時期に妊孕性低下についての情報提供を行いましょう．
- **指導例：**「リウマチ患者さんでは，妊娠したいと思ってから妊娠するまでに時間がかかることがあります．特に疾患活動性が高いと妊娠しづらくなる可能性があります．妊娠したいからといって薬を中断することなく，必要な治療をしっかり続けましょう．」

文献

1）Provost M, et al：Curr Opin Rheumatol 2014；26：308–314.
2）Brouwer J, et al：Ann Rheum Dis 2015；74：1836–1841.
3）「厚生労働省．厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業 ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援に関する研究」令和元年度 総括・分担研究報告書

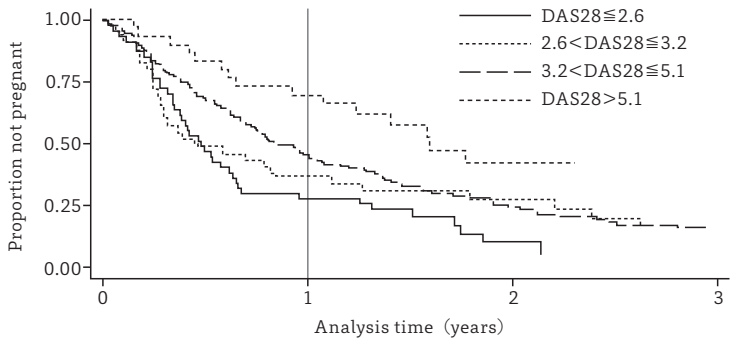


図1　疾患活動性別にみた，妊娠をイベントとした生存曲線
縦軸は未妊娠の割合，横軸は観察期間．文献2より引用

Q4 避妊方法やパートナーへ伝えるべきことは何か？（月経周期の知識も含めて）

1. 基礎知識

1）確実な避妊のために必要なことは何でしょうか？

男女が，それぞれ明確に「避妊しよう」という意思をもつことです．海外では，一般の方が排卵日を考えずに性交を行うと，1年間で約85％の女性が妊娠するとの報告があります．このため，病気のコントロールが悪いときや，催奇形性のある薬剤を使用しているときは確実な避妊法を使用して妊娠しないようにすることが必要です．

現在日本で最も確実な避妊方法は**経口避妊薬（低用量ピル）**※です．通常，避妊法というとコンドームを思い浮かべる人が多いですが，コンドームは性感染症には高い予防効果があるものの，避妊率は決して高くありません．コンドームを付けているのに妊娠してしまう人の割合は1年間に約13％とされています[1]．

2）低用量ピルを確実に内服できない，または合併症で低用量ピルが禁忌の場合は？

低用量ピルは毎日1粒確実に内服しなければ十分な避妊効果は期待できません．また，重度の高血圧症，血管病変を伴う糖尿病，血栓症既往のある方，RAでは稀ですが抗リン脂質抗体陽性（＝血栓を生じやすくなる）の方は禁忌となっています．したがって低用量ピルを確実に内服できない，または使用禁忌の方に対しては**子宮内避妊器具**※が勧められます[2]．黄体ホルモン付加リングは過多月経や月経困難症に対して保険適用があります．

3）月経周期の基礎知識（図1）

月経の初日を1日目と数え，そこから次の月経の前日までが1つの月経周期です．排卵期に性交渉を行うと妊娠する可能性がきわめて高く，卵胞期は妊娠の可能性がありますが周期に限らずいつでも妊娠の可能性があることに留意する必要があります．

※避妊目的での使用は保険適用外

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「病気のコントロールが悪いときや，催奇形性のある薬剤を使用しているときは，確実な避妊法を使用して妊娠しないようにすることが必要です．」

・「低用量ピルを使用できない場合に子宮内避妊器具などを使用するなど，産婦人科の先生と避妊方法を相談しましょう．」

文 献

1）Bradley SEK, et al : Effectiveness, safety, and comparative side effects.「Contraceptive Technology. 22nd ed.」(Cason P, et al, eds.), pp130–131, Jones & Bartlett Learning, 2023

2）Sammaritano LR, et al : Arthritis Rheumatol 2020 ; 72 : 529–556.

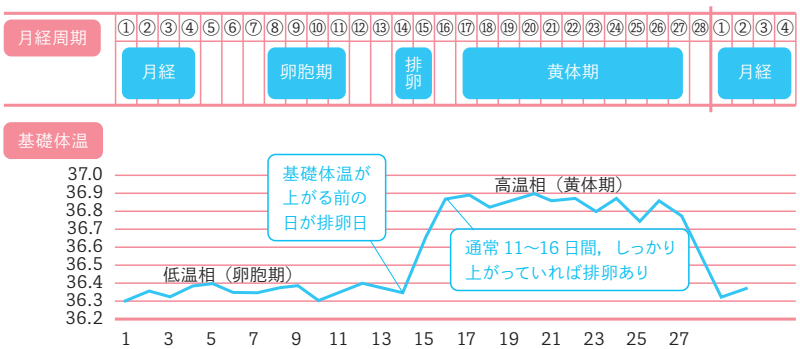


図1　月経周期と基礎体温の関係
文献1より引用

Q5 妊娠希望のRA患者さんが考慮すべき点は?

1. 基礎知識

妊娠中も使用を許容できる安定した薬剤を使用しながら，寛解または低疾患活動性を維持しているときに妊娠することが理想的です．また肺や腎，心臓など主要な臓器に重大な合併症がないことも重要な妊娠の許容条件になります．

明らかな催奇形性のリスクがある，または疑われる薬剤（詳細は**第2部Ⅱ-Q7**参照）を使用している場合は，妊娠を計画する前にこれらの薬剤を中止し一定期間あける必要があります．MTXについては，妊娠初期に曝露されると流産率と催奇形率が明らかに上昇するという疫学研究の結果から，薬剤中止後少なくとも1月経周期以上経過してから（MTXを中止したあとに1回以上の月経を経験してから）妊娠を計画することが勧められています[1]．**表1**に，RA患者さんの妊娠許容条件を確認するための医療者用チェックリストを示します．この表を患者さんと一緒に見ながら，その方が今，妊娠してもよい状況にあるかどうかを確認するようにしましょう．

RAでは，シェーグレン症候群を合併することがあります．シェーグレン症候群では抗SS-A抗体が陽性となることが多く，この抗SS-A抗体が妊娠中に胎児へ移行し，児に皮疹や心臓伝導異常などをきたす「新生児ループス」を引き起こすことがあります．抗SS-A抗体陽性者が妊娠を希望する際には産科医との情報共有が重要であることを伝えましょう．

表1　妊娠前チェックリスト（医療者用）

チェック項目	はい	いいえ
1）現在，寛解状態である		
2）現在，以下の薬剤を使用していない		
・明らかな催奇形性がある，または疑われる薬剤		
☐ レフルノミド（アラバ®）		
☐ JAK阻害薬		
☐ イグラチモド（ケアラム®）		
☐ ミゾリビン（ブレディニン®）		
・妊娠中の安全性のデータが乏しい薬剤		
☐ COX2選択的阻害薬		
3）前回の月経以後，以下の薬剤を使用していない		
☐ メトトレキサート（MTX）		
4）肺，腎，心臓に重大合併症がない※		

※RAでは重大な合併症があるのは非常に稀

すべて「はい」の場合，妊娠を容認できる．「いいえ」にチェックがあるとき，「いいえ」の項目への対策を講じ，「はい」になったら妊娠を容認できる．または，「いいえ」の項目を「はい」にするのが困難である場合は，主治医および産婦人科医から妊娠時のリスクを十分に説明し本人と相談する

文献2より許諾を得て改変して転載

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「いま，リウマチの症状は非常に安定しているようですが，MTXを内服されているので，主治医の先生と休薬できるか相談してから妊娠を計画しましょう．もしMTXを休薬できた場合は，休薬後生理が1回以上来てから妊活を開始しましょう．」

・「生物学的製剤やステロイドを使用しながらでも，妊娠を計画することは可能です．妊娠成立後に薬剤を継続することも可能ですが，具体的な使用計画については前もって主治医とよく相談しましょう．」

・「（男性のRA患者さんに対して）パートナーが妊娠する際に，特別注意することはありません．ただし，サラゾスルファピリジンを使用していて，なかなか妊娠に至らないケースでは，精子の検査を受けることを検討してもよいでしょう．」

文 献

1）「関節リウマチ治療におけるメトトレキサート（MTX）使用と診療の手引き2023年版」（日本リウマチ学会MTX診療ガイドライン小委員会/編），羊土社，2023

2）『厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）「関節リウマチ（RA）や炎症性腸疾患（IBD）罹患女性患者の妊娠，出産を考えた治療指針の作成」研究班．全身性エリテマトーデス（SLE），関節リウマチ（RA），若年性特発性関節炎（JIA）や炎症性腸疾患（IBD）罹患女性患者の妊娠，出産を考えた治療指針〔平成30年（2018年）3月〕』https://ra-ibd-sle-pregnancy.org/（2025年4月閲覧）

Q6 不妊検査や不妊治療時の注意点は?

1. 基礎知識

1）不妊とは？

「不妊」とは，妊娠を望む健康な男女のカップルが避妊をしないでいるにもかかわらず，一定期間妊娠しないことをいいます．「一定期間」というのは，「1年が一般的」とされていますが，RA患者さんのようなもともと妊娠しにくい病気に罹患されている場合は，1年未満でも「不妊かもしれない」と心配に感じたら，早めに検査や治療に踏み切った方がよいでしょう[1]．

2）不妊の原因

男性側，女性側，あるいはその両方に原因がある場合がありますが，何も原因がない場合もしばしばあります．男性側の要因としては乏精子症・無精子症などの精子の問題，女性側の要因としては排卵や卵管の障害，子宮内膜症などの子宮の問題があります．サラゾスルファピリジン（SASP）で可逆的な精子数減少や精子運動機能低下を示す場合があるため，男性RA患者さんがSASPを使用中でパートナーが不妊の際には精子の検査も検討します．

3）不妊の検査と治療について

内診や経腟超音波検査，子宮卵管造影検査，ホルモン検査，性交後試験，精液検査などがあります．これらの検査を通して不妊の原因を調べ，適切な治療を選択します．

不妊の原因がわからない場合でも，タイミング法や排卵誘発法，人工授精，体外受精などのさまざまな治療法があり，段階を踏みながらステップアップすることが一般的です．

一般的に，RA患者さんであっても通常通りの不妊治療を行うことができますが，抗リン脂質抗体※が陽性の場合は，血栓症を誘発しやすいホルモン剤の使用や妊娠後の管理に関して注意が必要となります．RA患者さんにおける抗リン脂質抗体の保有率は決して高いものではありませんが，不妊治療を行う際には抗リン脂質抗体の有無について確認し，陽性の場合は専門医に相談する必要があります．

※抗リン脂質抗体：この抗体が陽性の場合，血栓症や流産が起こることがあります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「不妊のカップルは約10組に1組とされますが，最近妊娠を希望する年齢が上昇していることもあり，この割合はもっと高いともいわれています．まずは産婦人科を受診し相談してみましょう．基礎体温は不妊の原因を考えるうえで大事なヒントを与えてくれますので，受診時には2～3カ月分の記録を持参することをお勧めします．」

・「不妊の原因は，女性側にのみあるわけではありません．原因の約半分は男性要因といわれています．ぜひカップル二人で診療を受け，どのような治療がお二人に最も適しているのか，よく話し合うことが必要です．」

・「不妊の原因がはっきりわからなくても，人工授精，体外受精などさまざまな治療法があります．焦らずゆっくり治療を進めましょう．ただし，抗リン脂質抗体陽性など血栓症を起こしやすい体質の方は，不妊治療やその後の妊娠において特別な配慮が必要になります．事前に内科で抗体のチェックを受けましょう．」

文 献

1）「公益社団法人 日本産科婦人科学会．産科・婦人科の病気：不妊症」http://www.jsog.or.jp/modules/diseases/index.php?content_id=15.（2025年4月閲覧）

Q7 妊娠を希望した際に調整が必要な薬剤は?

1. 基礎知識

妊娠希望のRA患者さんは男女ともに，先に薬剤の調整を行ったうえで計画的な妊娠を行うことが重要です．妊娠0週0日は最終月経の開始日であり，妊娠検査薬が陽性になるのは早くても妊娠4週以降です．また妊娠中の服薬の影響がなくても，15％の自然流産，3％の自然奇形がみられます[1]．妊娠希望のRA患者さんで，避妊を中止する前に

表1　妊娠希望者・妊産婦・授乳婦の薬剤使用

一般名	添付文書（妊婦）	ヒトの疫学研究データ	妊娠希望	妊産婦	授乳婦
csDMARDs					
メトトレキサート	禁忌：動物実験で胎仔死亡，催奇形性	催奇形性，流産のリスクあり	× 休薬後1月経周期避妊	×	×
サラゾスルファピリジン	有益性投与	リスクなし	○	○	○
ブシラミン	有益性投与	データはないが有害事象報告なし	○	△**	△**
イグラチモド	禁忌：動物実験で催奇形性	データなし	×	×	×
タクロリムス	有益性投与	リスクなし	○	○	○
ミゾリビン	禁忌：動物実験で催奇形性	小規模の市販後調査のみ	×	×	×
レフルノミド	禁忌：動物実験で催奇形性．妊娠希望時コレスチラミンで薬物除去	小規模研究のみ	×	×	×
bDMARDs					
インフリキシマブ	有益性投与	リスクなし	○	○	○
エタネルセプト	有益性投与	リスクなし	○	○ 低胎盤移行性	○
アダリムマブ	有益性投与	リスクなし	○	○	○
ゴリムマブ	有益性投与	リスクなし	○	○	○
セルトリズマブ ペゴル	有益性投与	リスクなし	○	○ 低胎盤移行性	○
トシリズマブ	有益性投与	中規模研究でリスクなし	○	△*	○
サリルマブ	有益性投与	データなし	○	△**	○
アバタセプト	有益性投与	中規模研究でリスクなし	○	△*	○
オゾラリズマブ	有益性投与	データなし	○	△**	△**
バイオシミラー（インフリキシマブ・エタネルセプト・アダリムマブ）	有益性投与	データなし	○	△**	○
tsDMARDs					
トファシチニブ	禁忌：動物実験で催奇形性，胎児毒性	小規模研究のみ	×	×	×
バリシチニブ	禁忌：動物実験で催奇形性，胎児毒性	データなし	×	×	×
ペフィシチニブ	禁忌：動物実験で催奇形性，胎児毒性	データなし	×	×	×
ウパダシチニブ	禁忌：動物実験で催奇形性，胎児毒性	データなし	×	×	×
フィルゴチニブ	禁忌：動物実験で催奇形性，胎児毒性	データなし	×	×	×
他					
NSAIDs（COX-2非選択的）	妊娠後期は禁忌（妊娠後期以外は有益性投与）	妊娠末期の使用で動脈管収縮，羊水過少症	○	初中期○ 後期×	○
NSAIDs（COX-2選択的阻害薬）	妊娠後期は禁忌（妊娠後期以外は有益性投与）	データなし	○	初中期×* 後期×	○
副腎皮質ステロイド	有益性投与	奇形全体のリスク上昇なし	○	○	○

○　ヒトでの疫学研究でリスクを認めず使用が可能である
△*　ヒトでのデータは限られるがリスクベネフィットを勘案し状況により容認できる
△**　ヒトでのデータはないが，類薬や経験から使用が容認できる
×　ヒトでの疫学研究でリスクがある，または動物実験でリスクがありヒトでのデータがないため使用しない
×*　ヒトでの疫学データがないため，妊娠全期間で使用を避けるのが望ましい

調整が必要な薬剤を示します（**表1**）.

RAの第一選択薬であるMTXは流産や奇形発生のリスクがあるため，中止後1回生理を見送るまでは確実な避妊が必要です．男性RA患者さんがMTXを内服している場合も薬剤添付文書上，投与中および投与中止後3カ月間は避妊の指示となっています．しかし，児の奇形発生リスクの上昇の報告はないため治療に不可欠な場合は継続も可能です.

生物学的製剤に関しては，胎盤移行性が低いことが報告されているものが優先されますが，患者にとってベストな生物学的製剤を使用している場合はその限りではありません.

NSAIDsについては，添付文書上，妊娠後期は禁忌，それ以前は「有益性投与」とされていますが，COX-2選択的阻害薬はヒトでの十分なデータがないため，妊娠全期間を通じて使用は避けるのが望ましいです．その他のNSAIDsについても，常用が必要な場合は，妊娠中使用可能なDMARDsへの切り替えを検討します．外用薬でも，妊娠後期は経皮吸収により内服薬と同等の血中濃度となる可能性があるため，使用は控えるべきです．また，NSAIDsはプロスタグランジン合成を抑制して排卵を妨げる可能性があります．不妊の一因となりうるため，妊娠を希望する女性では服用中止を検討しましょう.

副腎皮質ステロイドは必要であれば使用可能ですが，妊娠関連骨粗鬆症や糖尿病，感染症，早産などのリスクがあるため，可能であれば妊娠中に使用可能なDMARDs追加による治療強化が望まれます．やむを得ず使用する場合も，1日5 mg以下であればリスクは比較的低いとされています.

妊娠前からの十分な説明と情報提供が，妊娠判明後のスムーズな治療継続と良好な疾患コントロールのために重要です（**表1**）.

2．患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「女性が妊娠に気づくのは早くて妊娠4週時点です．妊娠希望の方は，主治医と相談してから避妊をやめましょう．お母さんと赤ちゃんのためにも，妊娠中にも安心して使用できるお薬で治療を続けましょう.」
- 男性RA患者さんの場合，パートナーの妊娠希望についても確認しましょう.
- 中止や減量が必要な薬剤は，その理由と時期を具体的に説明しましょう.

文 献

1）関節リウマチ治療のQ&A 3．妊娠・授乳期のマネジメント.「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），pp202-207，診断と治療社，2024

Q8 「子どもにも病気は遺伝するのでしょうか?」と聞かれたら?

1. 基礎知識

RAの発症にはヒト白血球抗原（human leukocyte antigen：HLA）遺伝子をはじめとする多くの遺伝要因に加え，さまざまな環境要因が関与していることが明らかになっています．

本邦の家系調査では，1親等以内にRA患者がいると回答したRAの方は9.8％と報告されています[1]．また，双生児の研究において，遺伝子が全く一緒の一卵性双生児の片方がRAを発症した場合に，もう片方がRAになる確率は9.1～15.4％[2-4]，二卵性双生児の場合は2.3～6.4％[2-4]と報告されており，これらはいずれも一般人口におけるRA発症頻度（0.5～1.0％）と比較すると高い結果です．以上より，RAの発症には遺伝要因が関与しているものの，父母がRAの場合に子どもに必ずRAが遺伝するということではなく，出生後の後天的要因，すなわち環境要因（喫煙，歯周病，ウィルス感染，腸内環境など）の関与の方が大きいとされます．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「RAの発症には遺伝的な要因が関連することが指摘されています．しかし，遺伝的な要因がなくてもRAを発症することがあるため，遺伝的要因だけで発症が決まるわけではなく，大部分は喫煙などの生活習慣や感染症など，さまざまな要素によって発症します．お子さんのRA発症の可能性が一般と比べて高まるのも事実ですが，必ず発症するということではありません．」
- RA患者さんのお子さんは発症のリスクは一般に比べ若干高い可能性がありますが，発症に多く関与する環境因子をできるだけ注意していただくように説明しましょう．
- もし将来的にお子さんに関節症状など，RAを疑う症状がみられた場合は早期にリウマチ専門医に相談していただくように，早期診断・早期治療の重要性を指導しましょう．

文献

1）首藤敏秀，他：整形外科と災害外科 1990；38：1823-1826.
2）Terao C, et al：Mod Rheumatol 2016；26：685-689.
3）Silman AJ, et al：Br J Rheumatol 1993；32：903-907.
4）Svendsen AJ, et al：PLoS One 2013；8：e57304.

Q9 妊娠中，RAの活動性はどう変わるのか?

1. 基礎知識

妊娠中のRAの活動性は，39～90％の患者さんで改善を認めると報告されています[1]（**表1**）．一方でTNF阻害薬を妊娠判明時に中止すると大部分の患者さんは妊娠中に再燃しているとの報告[2]もあり，「妊娠＝RAが改善する」とは限らないことに注意が必要です．

妊娠中のRAの疾患活動性を予測する因子としては妊娠初期の疾患活動性，抗CCP抗体やRFが検討されており，妊娠前にRAの疾患活動性が高い場合には妊娠期間中も活動性が高いまま経過することがあるとされています．また抗CCP抗体やRFが陽性の患者さんは陰性の患者さんに比べて妊娠中の改善度は少ないとされており[3]，患者さんの血清学的な背景を知ることも妊娠中の治療方針の決定に役立ちます．

妊娠中のRAの活動性の評価については妊娠に伴う生理的な変化を考慮することが必要です．健常人では，妊娠中にフィブリノーゲンが50％以上上昇するとされており，赤血球沈降速度（ESR）は亢進しています．そのため，疾患活動性の指標であるDAS28-ESRは評価が難しくなります．また，HAQや患者全般評価VASも妊娠後期にかけて上昇傾向にあることが知られており，多方面から評価することが重要です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「妊娠中はRAの状態が良くなる傾向にあります．症状が改善していても，治療薬の調整に関しては主治医とよく相談するようにしましょう．」

・「妊娠前のRAの活動性が安定しているほど，妊娠中のRAの経過は良くなるので，妊娠前にしっかりと病気を落ち着かせましょう．」

・「出産後にはRAの病状が悪化することが少なくありません．その際，授乳中には使用できない薬剤の投与が必要になる場合もあり，状況によっては断乳や早めの卒乳を検討する必要があることをあらかじめ理解しておきましょう．」

文献

1）Funakubo Asanuma Y：Jpn J Clin Immunol 2015；38：45-56.
2）van den Brandt S, et al：Arthritis Res Ther 2017；19：64.
3）de Man YA, et al：Ann Rheum Dis 2010；69：420-423.

表1　妊娠中のRAの症状改善割合の報告

報告者	発表年	患者数（妊娠回数）	妊娠中に改善した患者の割合	分娩後に再燃した患者の割合	妊娠中の疾患活動性	分娩後の疾患活動性
Hench	1938	20（34）	90%	90%	ND	ND
Oka	1953	93（114）	77%	81%	ND	ND
Hargreaves	1958	10（11）	91%	91%	ND	ND
Ostensenら	1983	31（49）	75%	62%	ND	ND
Klipple and Cecere	1989	93（114）	77%	82%	ND	ND
Nelsonら	1993	41（57）	60%	ND	ND	ND
Barrettら	1999	140	66%	75%	ND	ND
Ostensenら	2004	10	70%	60%	ND	ND
de Manら	2008	84	39%	38%	DAS28↓	DAS28↑

文献1より引用

Q10 妊娠中の生活で気を付けるべきことは何か?

1. 基礎知識

妊娠中RAの悪化は胎児や妊娠経過に悪影響を及ぼす可能性があります．このためRA合併妊婦さんでは，妊娠中の一般的な注意点に加え，RAのコントロールを良好に保つことができるよう留意することも重要です．

まず，妊娠中は身体的負担が大きくかかる作業は避けるべきとされていますが，RAにおいては関節への負担が大きい動作にも注意する必要があります．家事などではパートナーや家族の協力で関節負荷の軽減を図り，重い日常品などの買いものは宅配に依頼するなど関節負荷や使用頻度を減らし関節保護に努めることが望ましいです．また，疾患活動性をコントロールするためには薬物療法も重要です．妊娠中は胎児への影響を懸念して薬剤の使用をためらう患者さんもいますが，妊娠中の使用のエビデンスが確立されている薬剤で治療を継続することが，RAの活動性を安定させ最終的に良好な妊娠転帰につながります．患者さんが不安なく治療を継続できるよう，医療者が十分な情報提供を行うことが重要です．また疼痛は妊娠に伴う身体の変化によるものとの区別が難しいことも多いため，有症状時は早めに受診してもらい関節評価をすることが再燃の早期発見のために必要です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「抗リウマチ薬を急に中止したり減量したりすると，リウマチの悪化からお母さんと赤ちゃん双方に悪影響を及ぼす可能性があるため，自己判断での調節はせず主治医によく相談するようにしましょう．痛みがあるときは早めに受診するようにしましょう．」

・「適度の運動は健康増進につながりますが，負担が大きい運動は赤ちゃんへの影響のほかリウマチの悪化につながる可能性もあります．関節の痛みが生じるような運動のほか，妊娠中は他者との体の接触や転倒の可能性のある運動（サッカーなどの球技，サイクリング，スキー，乗馬など），過度な体温上昇が生じうる運動（ホットヨガなど）などは避けるようにしましょう．また，負担が大きい作業を伴う仕事がある場合は勤務先へ早めに相談するようにしましょう．」

● 禁煙や感染症予防など一般的な注意事項に加え，RAの悪化につながる事項についても注意が必要であることを説明し理解してもらうことが重要です（表1）．この他，患者さんの疑問や不安を聴取し適切なサポートを行うことが求められます．

表1　RAにおいて妊娠中に主に注意すべきこと

注意点	備考
薬剤の自己中断	自己判断せず，主治医やメディカルスタッフとよく相談する
負担が大きい作業	腹部を圧迫する姿勢，重量物の取り扱い，全身の振動，頻繁な階段昇降などを伴う作業は避ける
一部の危険を伴う運動	長時間の全身運動，長時間の立位や仰臥位を要する運動，他者との身体的接触を伴う運動，転倒の恐れのある運動，過度の体温上昇を伴う運動は避ける
喫煙，飲酒	受動喫煙や電子タバコも含む
感染症	生ものの摂取や土いじり，動物との接触などに注意する

文 献

1）『厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）「関節リウマチ（RA）や炎症性腸疾患（IBD）罹患女性患者の妊娠，出産を考えた治療指針の作成」研究班．全身性エリテマトーデス（SLE），関節リウマチ（RA），若年性特発性関節炎（JIA）や炎症性腸疾患（IBD）罹患女性患者の妊娠，出産を考えた治療指針〔平成30年（2018年）3月〕』https://ra-ibd-sle-pregnancy.org/（2025年4月閲覧）

2）「American College of Obstetricians and Gynecologists. FAQs：Exercise During Pregnancy」https://www.acog.org/womens-health/faqs/exercise-during-pregnancy?utm_source=redirect&utm_medium=web&utm_campaign=int（2025年4月閲覧）

Q11 妊娠中や授乳中に使用が許容される薬剤は?

1. 基礎知識

RAで疾患活動性をできるだけ低く抑えることは，その後の人生の関節予後のみならず，妊娠のしやすさにも影響します．妊娠計画時もそれ以外と同様，可能な限り低い疾患活動性をめざし，具体的に妊娠をめざす時期には催奇形性や胎児毒性のある薬剤は各薬剤の休薬期間に応じて休薬し，そして妊娠成立後は関節炎の状態に応じてプラス面とマイナス面を考慮しながら薬剤の使用を都度検討していくことが重要です．仮に活動性が高い状態で，妊娠中9カ月あまり治療をせずに過ごすことは疾患そのもの，母体，ひいては胎児にも影響しうるため，妊娠初期においても活動性が高いあるいは妊娠中に再燃した場合は，「薬を使用していない場合でも約15％で流産，約3％で先天異常の可能性がある」ことを説明のうえ，使用可能な薬でコントロールを図っていきます（**第2部Ⅱ-Q7**の表1参照）．妊娠中の活動性の高い場合は，生物学的製剤を継続することもあります．生物学的製剤のなかでは胎盤移行性が低いとされる製剤が優先されますが，患者さんにとってベストな生物学的製剤を使用している場合にはその限りではありません．

基本的に妊娠中に使用可能だった薬剤は授乳中も使用が可能です．高分子化合物である生物学的製剤は乳汁への移行や児の消化管からの吸収率が低く，妊娠中より安全性が高いと考えられます．授乳期もRAのコントロールをしっかり行うこと，および禁忌でない薬剤（**第2部Ⅱ-Q7**の表1参照）を用いれば母乳育児が可能であることを患者さん・医療者双方が理解していることが大切です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「一部の薬剤は妊娠がわかるまで，あるいは妊娠中も使用が可能です．ただし薬を使っていない健康な人でも約15％は流産，約3％は先天異常の可能性があるといわれていますので，流産や先天異常の可能性がゼロというわけではありません．」
- 薬剤の使用への不安も受け止めつつ，出産のあとに続く育児，その後の人生において関節の状態を良く保つことも重要であることを説明します．
- **指導例：**「薬を飲んでいるからといって授乳をあきらめる必要はありません．RAは出産後に悪化することも多く，しっかりコントロールすることが大切です．」「なお，母乳に関しては体調の悪いときは粉ミルクや液体ミルクを使うなどして無理をしないことが大切です．」

文献

1）Sammaritano LR, et al：Arthritis Care Res（Hoboken）2020；72：461-488.
2）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024
3）『厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）「関節リウマチ（RA）や炎症性腸疾患（IBD）罹患女性患者の妊娠，出産を考えた治療指針の作成」研究班．全身性エリテマトーデス（SLE），関節リウマチ（RA），若年性特発性関節炎（JIA）や炎症性腸疾患（IBD）罹患女性患者の妊娠，出産を考えた治療指針〔平成30年（2018年）3月〕』https://ra-ibd-sle-pregnancy.org/（2025年4月閲覧）

Q12 産後，RAの活動性はどうなるのか?

1. 基礎知識

妊娠するとRAの症状は39～90％の方で改善しますが，産後は38～90％で再燃すると報告されています[1]．妊娠中のコルチゾール，エストロゲン，プロゲステロンといったホルモンレベルが変化すること，妊娠中は体内の免疫のバランス自体がRAの活動性を抑える方向に変化することが原因として考えられています．産後それらが戻ることにより再燃が起こります[1]．また，授乳による高プロラクチン血症も関与しているともいわれていますが，育児を行ううえでの関節への機械的負担（メカニカルストレス）も影響していると思われます．

これらの理由から，妊娠中は休止できていた薬剤も産後は再開が必要となることが多いです[2]．授乳中使用可能な薬剤に配慮しつつ通常のRA診療と同様に，骨関節破壊の進行を抑制していくように治療を行うことが必要です．また，薬剤の効果が出るまでの間の育児サポート体制を検討しておくことも必要です．

産後はさまざまな関節への負担が増えますので，妊娠中に引き続き，家族の協力や行政の支援を受けながら，関節負荷の軽減をはかる工夫が大切です（**第2部-Ⅱ-Q15**参照）．

授乳に関しては母親，児ともに多くのメリットがいわれており安易に中止を行うべきではありません．しかし授乳中は使用不可能な薬剤を使用せざるを得ないことも多く，そのような場合は断乳や卒乳を進めていくこともあります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「RAは多くの方で妊娠中は良くなり，産後に再度症状が出ます．免疫やホルモンの変化などが原因です．関節の炎症が起こっているままの状態でいると関節の破壊が起こってきますので，その前に治療が必要です．授乳中でも使える薬が多くありますので治療を進めていきましょう．」

・「手首や指の関節に痛みが出てきてしまったときに，誰が一緒に赤ちゃんのお世話をしてくれるかを事前に相談しておきましょう．また，手首や指の負担が軽くなるような授乳，抱っこのポジションを妊娠中からリハビリテーション治療スタッフや助産師さんなどと相談し，個別指導してもらいましょう．」

文献

1）Funakubo Asanuma Y：Jpn J Clin Immunol 2015；38：45-56.

2）「膠原病学 改訂6版 免疫学・リウマチ性疾患の理解のために」（塩沢俊一/著），p272，丸善出版，2015

3）『厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業（難治性疾患政策研究事業）「関節リウマチ（RA）や炎症性腸疾患（IBD）罹患女性患者の妊娠，出産を考えた治療指針の作成」研究班．全身性エリテマトーデス（SLE），関節リウマチ（RA），若年性特発性関節炎（JIA）や炎症性腸疾患（IBD）罹患女性患者の妊娠，出産を考えた治療指針〔平成30年（2018年）3月〕』https://ra-ibd-sle-pregnancy.org/（2025年4月閲覧）

Q13 産後の合併症（骨粗鬆症や産後うつ）への注意点は?

1. 基礎知識

妊娠中から産後には，体内のホルモン環境が大きく変化し，育児などの負担も加わり，骨粗鬆症や産後うつなどの合併症を認めることがあります．RA患者さんが妊娠・出産された場合にも，このような合併症に注意が必要です．産前から，ご本人およびご家族に情報提供しておいた方がよいでしょう．

1）妊娠後骨粗鬆症

妊娠・授乳中は児にカルシウムを供給するためにカルシウム・骨代謝が大きく変化します．それに伴い，骨量が低下し，脊椎圧迫骨折などを起こすこともあり，妊娠後骨粗鬆症や妊娠授乳関連骨粗鬆症とよばれます．一般的には稀な疾患とされていますが，診断のついていない患者さんも多いと思われます．妊娠後骨粗鬆症の病態については，もともと骨密度の低い女性において，妊娠・授乳を契機に問題が顕在化するという考え方もありますが不明な面も多いです．RAそのもの，および，副腎皮質ステロイドなどの治療により骨密度の低いことが多いRA合併妊娠では，より一層の注意が必要と考えられます．妊娠後骨粗鬆症の治療については，明確なコンセンサスはないものの，断乳したうえで，ビタミンD製剤，ビスホスホネート製剤などの一般的な骨粗鬆症の治療薬で治療され，自覚症状および骨密度の改善を認めたとの報告が多くみられます[1]．授乳中の使用が有益性投与となっている薬剤を使用しながら授乳を継続する場合には，薬剤投与のリスク・ベネフィットについて，ご本人と十分話し合う必要があります．

2）産後うつ

妊娠中から産後は，精神面での問題も生じやすい時期です．特に産後うつは，産後の女性の10～15％に発症し[1]，児の精神発達への悪影響も懸念されることから，予防および早期の発見・介入が重要です．なお，産後多くの女性で，一過性の軽度の抑うつ気分（涙もろくなる，不安，不眠など）がみられ，マタニティ・ブルーズとよばれます．マタニティ・ブルーズは，産後うつとは異なりますが，マタニティ・ブルーズを経験した女性は産後うつを発症しやすく注意が必要です[2]．

産後うつの治療としては，抗うつ薬などの薬物治療に加えて，助産師や保健師による育児の助言，保育施設などの社会サービスなども重要であり，地域および医療機関のメディカルスタッフ，医師が連携して支援する必要があります．RAの産後うつに関する報告は限られていますが，RA患者さんではうつ病や抑うつ気分が多いとの報告[3]もあり，産後うつにも注意が必要と思われます．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**
  - ・「妊娠・授乳中に骨粗鬆症が悪くなる方もいらっしゃるので，必要に応じて，妊娠前に骨粗鬆症の検査や治療を受けましょう．」
  - ・「お母さんの休養も大切です．一人で頑張りすぎないようにしましょう．」
- 産後うつの患者さんは，「母親だから我慢するのは当たり前」などと思い，周囲に助けを求めないことが多いです．相談しやすい環境を整え，患者さんの状況に応じて，家族や地域からのサポートを受けられるようにしましょう．

文 献

1）「臨床医のための膠原病・リウマチ疾患と妊娠・授乳ハンドブック」（村島温子／監，金子佳代子，綿貫 聡／編），南山堂，2019

2）「産婦人科診療ガイドライン―産科編2020」（公益社団法人日本産科婦人科学会，公益社団法人 日本産婦人科医会／編），日本産科婦人科学会，2020

3）Matcham F, et al：The prevalence of depression in rheumatoid arthritis：a systematic review and meta-analysis. Rheumatology 2013；52：2136.

Q14 児の予防接種時の注意は?

1. 基礎知識

生物学的製剤はMTXが使用できない妊娠期において，病勢をコントロールするために有用な選択肢となります．現時点では，TNF阻害薬は母体・胎児へ与えるリスクを上昇させないと考えられており，妊娠末期までの継続が可能となっています[1]．ただ，インフリキシマブを妊娠末期まで投与された母体から出生した児が，生後3カ月でBCGワクチン接種後に播種型結核のため死亡した1例報告[2]があることから，妊娠末期まで母親が生物学的製剤を使用していた場合は児の生ワクチン接種に注意が必要です．現時点ではいずれかの生物学的製剤を妊娠末期まで使用していた場合は生後6カ月頃まで生ワクチン接種を避けるよう記載されており，本邦では定期接種が推奨されているロタウイルスワクチンとBCGを接種する際に注意が必要です*（**表1**）．妊娠末期も投与継続が必要な場合は，児の生ワクチン接種に関して事前に説明し，ご理解いただく必要があります．BCGに関しては出生6カ月以降に接種すること，ロタウイルスワクチンに関しては接種推奨期間での投与は困難になることをあらかじめ説明したうえで投与継続することが重要です．

※米国リウマチ学会のワクチン接種ガイドライン[4]では，TNF阻害薬を妊娠第2もしくは第3三半期に使用した場合であってもロタウイルスワクチンを通常の接種時期に接種することが条件付きで推奨されています．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「妊娠後期まで生物学的製剤を使用している場合は，その影響が数カ月残る可能性があり，生ワクチン自体で感染を引き起こす可能性があるため，**生後6カ月までの期間は生ワクチンの接種を控えてください．**日本で1歳未満に定期接種が推奨されている生ワクチンはBCGとロタワクチンです．」
- **妊娠中に生物学的製剤を使用継続する場合は，必ず早めにお子さんのワクチン接種に制限がある可能性を説明しましょう．**生ワクチン接種に関しては，産後に説明するのではなく妊娠中からくり返し（内科や産科を含めメディカルスタッフから）説明しておくことが必要です．
- 自身がRAで，妊娠中に生物学的製剤を使用していたことを児のワクチン接種時に小児科医に説明するよう説明しましょう．
- 特にロタワクチンは接種期限が限定されており，事前に産科や小児科，妊娠と薬外来との連携を図りましょう．

文献

1）「免疫不全状態にある患者に対する予防接種ガイドライン2024」（一般社団法人日本小児感染症学会/監），協和企画，2024
2）Cheent K, et al：J Crohns Colitis 2010；4：603-605.
3）「公益社団法人 日本小児科学会．日本小児科学会が推奨する予防接種スケジュール 2025年5月改訂版」https://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=138（2025年5月閲覧）
4）Bass AR, et al：Arthritis Rheumatol 2023；75：333-348.

表1　本邦で推奨されている生ワクチンの予防接種スケジュール（1歳未満）

ワクチン	薬剤名		標準接種年齢と接種期間	日本小児科学会の考え方	注意事項
ロタウイルス			生後6週から接種可能，1価ワクチンは8～15週未満を推奨	生後15週以降は，初回接種後7日以内の腸重積症の発症リスクが増大するので，原則として初回接種を推奨しない※	母体が妊娠中に生物学的製剤による加療を受けた児への接種については「免疫不全状態にある患者に対する予防接種ガイドライン2024」[1]を参照
	1価	ロタリックス®	1回目と2回目の投与は4週以上あける		計2回，2回目は生後24週0日までに完了
	5価	ロタテック®	1回目と2回目，2回目と3回目の投与は，それぞれ4週間以上あける		計3回，3回目は生後32週0日までに完了
BCG			・12カ月未満に接種 ・標準的には5～8カ月未満に接種	結核の発生頻度の高い地域では，早期の接種が必要	

※長期入院などの何らかの医学的理由により接種機会を得られなかった乳児については，上記の情報について保護者に丁寧に説明を行い，同意を得てから，生後15週以降の初回接種を考慮することが望ましい．
文献3より許諾を得て改変して転載[3]

Q15 育児による関節機能への負担を軽減するにはどうすればよいのか?

1. 基礎知識

育児の内容は授乳，抱っこ，沐浴，おむつ交換，寝かしつけと多岐にわたり，またそれぞれ児の成長に合わせてかかる負担も変わってきます．出生時は3 kg前後であった児の体重が3カ月ごろには倍，1年ごろには9 kgほどになり，荷重関節への負担が増えていきます．また，産後2カ月ごろに首が座るようになり，6～7カ月でお座りができるようになりますが，それまでは特に児の頭の保持のために手関節，手指の負担が多くかかります．

炎症が強い際は冷却と安静が必要でありときに育児に支障が起こるため，家族のサポートと早期の治療介入が大切です．サポーターやテーピングなどの使用もよいでしょう．関節の炎症が落ち着いてからストレッチなどの運動を加えていくようにしてください．炎症のある部位の屈伸は関節内圧を高め炎症を増悪させます[1]．

具体的には以下のような工夫を行いましょう．授乳や沐浴の際には頭を保持するために手関節，手指関節を屈曲，母指を外旋させた状態で保持することが負担となります[2]．授乳クッションの使用，児のネックピローを使用することで手関節の過屈曲を避けましょう．抱っこに関してはなるべく児と体を密着させることで体重の分散をすること，頭を支える際に手関節や手指の関節が過屈曲にならないようにすること（図1），適宜抱き変えること，抱っこ紐を使用すること，また膝関節や足関節など荷重関節に炎症がある場合は長時間の立位での抱っこを避けるといった工夫が必要です．

沐浴，授乳などの動画が下記NPO法人のホームページで解説されています．



図1　関節負担の少ない抱っこのしかた
左：第一指と第二指で頭部をホールドするよう指導されることが多いですが，手指に力が必要なため関節ならびに腱の負担がかかってくることが多いです
右：前腕に乗せてしまう，授乳クッションに乗せるなどの工夫で軽減しましょう

NPO法人 リウマチ性疾患に全人的医療で取り組むJ-ネットワーク（https://j-network.org/）

2. 患者さんへの説明・教育・指導

- **指導例：**「産後はリウマチでない方でも体の痛みが出やすい時期です．ましてやリウマチの方は産後悪化することが多いことがわかっていますので，なるべく関節の負担にならないような工夫をしていきましょう．クッションなどの使用や姿勢の工夫で手首や指の負担を軽くしていきましょう．痛みの強いときは安静が必要ですので，ご家族などのサポートもお願いできるようにしておきましょう．」

文献

1）「膠原病学 改訂6版 免疫学・リウマチ性疾患の理解のために」（塩沢俊一／著），p283，丸善出版，2015
2）「千葉大学大学院看護学研究院 子育て支援ガイドライン開発研究プロジェクト．高年初産婦に特化した産後1か月までの子育て支援ガイドライン，p87」https://www.n.chiba-u.jp/mamatasu/doc/guidelines_fix.pdf（2025年4月閲覧）

Q16 産後の患者さんへの支援制度や相談窓口は?

1. 基礎知識

RAの活動性は産後に悪化しやすい傾向にあるといわれています．産後にRAが悪化してしまうと，育児を思うように行えなくなる可能性があるため患者さんに対するサポート体制が重要になってきます．家族による育児協力に加えて地域で利用できる支援制度を妊娠中から知っておくと安心できます．

育児に疲れてしまったときや体調がすぐれないときなどに，保育所などで子どもを一時的に預かる「一時預かり」や，地域における育児の相互援助活動を行う「ファミリー・サポート・センター」，家事支援や育児支援などを行う家庭訪問などがあります．また乳児家庭全戸訪問事業は，原則生後4カ月を迎える乳児のいる全家庭が対象となり①育児に関する不安や悩みの傾聴，相談，②子育て支援に関する情報提供，③乳児およびその保護者の心身の様子および養育環境の把握，④支援が必要な家庭に対する提供サービスの検討，関係機関との連絡調整を目的に行われています[1]．この訪問で心配なことを相談して次なる支援につなげてもらうことも大切です．子育て支援サービス[2]に関する窓口や，提供されるサービス（**表1**）に関しては，各自治体から配布される母子手帳に記載があります．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「産後にRAが悪化した場合は，育児の負担が大きくなってきます．体調が悪いときやRAによる痛みがつらい場合は無理をしないようにしましょう．家族のほか，地域の支援サポートもありますので，自治体の子育て支援窓口に相談をしてみてください．」
- 妊娠中から産後に体調を崩した場合や子育ての不安がでてきた場合にどのような支援体制が利用できるのかをあらかじめ調べておくと安心できると思います．

文 献

1）「こども家庭庁．乳児家庭全戸訪問事業ガイドライン」
2）「こども家庭庁．子ども・子育て支援制度」https://www.cfa.go.jp/policies/kokoseido（2025年4月閲覧）

表1　各地域の子育て支援

利用者支援	困り事に合わせて，地域の子育て支援事業などから必要な支援を選択して利用できるように，情報の提供や支援の紹介などを行います
地域子育て支援拠点	親子の交流や子育て相談ができる場所です
一時預かり	急な用事やリフレッシュしたいときに保育園などでお子さんを預かってくれます
ファミリー・サポート・センター	子どもの預かりなどの援助を受けることを希望する方と，援助を行うことを希望する方との相互に助け合う活動に関する連絡，調整を行います
子育て短期支援	病気などにより，子どもの保育ができない場合に，短期間の宿泊で子どもを預かります

文献2をもとに作成

第2部

ライフステージ別の患者支援

Ⅲ. 高齢期

Q1 高齢RA患者さんの特徴は何か？ 98
Q2 ライフステージに応じた高齢RA患者さんの治療目標は何か？ 99
Q3 高齢RA患者さんの服薬管理指導はどのように行えばよいのか？ 101
Q4 高齢RA患者さんに対する総合的な機能評価はどのように行えばよいのか？ 102
Q5 高齢RA患者さんに対するサルコペニア評価はどのように行えばよいのか？ 104
Q6 高齢RA患者さんにリハビリテーション治療を実施するときの注意点は何か？ 106
Q7 介護保険施設への入所や在宅医療への移行の際に注意すべきことは何か？ 107

Q1 高齢RA患者さんの特徴は何か?

1. 基礎知識

高齢者は非高齢者と比較して，身体機能，認知機能，社会的背景がさまざまです．長期罹患歴のある関節破壊進行例と罹病期間の短い高齢RA患者さんでは異なる対応が必要となることが多いです．高齢RA患者さんの特徴（**表1**）を理解し，身体機能，生活機能がどの程度維持されているのか，治療方針を理解できるか，薬剤自己管理が可能な程度の認知機能は維持されているか，意欲の低下はないか，仕事や家事を継続できているか，老々介護を行っているかなどを把握して，個々に応じた治療目標を設定する必要があります．

高齢で発症したRAは早期から短期間で疾患活動性が高くなることがあり，関節破壊進行の予測因子（予後不良因子）として，高疾患活動性，抗CCP抗体陽性，診断時の骨びらんの存在が報告されています．「関節リウマチ診療ガイドライン2024」では，予後不良因子を有する場合は，非高齢者同様のMTXを中心としたT2T（Treat to Target）の治療戦略がすすめられ，効果不十分の場合には，生物学的製剤やJAK阻害薬（条件付き）が推奨されます．一方で高齢者は若年者より，肺疾患や悪性腫瘍などの併存症の頻度が高く，副腎皮質ステロイドの使用頻度が高く，重篤感染症，脆弱骨折，ステロイド離脱症候群などを含めた有害事象に注意する必要があります．

本ガイドでは，メディカルスタッフで実践可能な高齢者の身体機能，生活機能，認知機能，意欲を簡便に把握する方法を紹介します．高齢RA患者さんの治療計画の立案や，リウマチ専門医，一般内科医，老年病専門医，精神科医とのチーム医療に役立てることができると思います．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 治療中の有害事象のリスクは若年者より高いが，疾患活動性をコントロールする必要があることを説明しましょう．
- 治療継続の重要性を指導しましょう．
- 身体機能を維持するための生活指導をしましょう．
- 疾患活動性のコントロールのみでなく，併存症の管理，チーム医療が重要であることを教育しましょう．

文献

1）Sugihara T, et al：Mod Rheumatol 2021；19：1–15.
2）Sugihara T, et al：Rheumatology（Oxford）2021；60：4252–4261.

表1　高齢RA患者さんの特徴

特徴	メディカルスタッフで対応するときの注意点
疾患活動性が高い	・疾患活動性が高く，関節破壊が進行しやすいケースがある ・疾患活動性悪化により身体機能が低下しやすい
併存症，治療開始後の有害事象が多い	・疾患活動性のコントロール不良例は有害事象に注意する ・有害事象は，併存症，使用薬剤が関連する場合があるため，併存症と使用薬剤を把握する ・呼吸器疾患，慢性腎臓病，心疾患，骨粗鬆症，悪性腫瘍既往，慢性感染症など併存症を有する場合，有害事象に注意する
加齢に伴う認知機能の低下，意欲の低下	・認知機能の低下，意欲の低下により，服薬や自己注射の自己管理が悪化していないか注意 ・筋量低下，栄養状態の低下，免疫機能の低下に伴い，治療方針の見直しを必要とする場合がある ・身体機能，生活機能の低下に注意 ・社会参加を継続できているか把握する

Q2 ライフステージに応じた高齢RA患者さんの治療目標は何か?

1. 基礎知識

高齢RA患者さんにTreat to Target（目標達成に向けた治療：T2T）を実践する場合の治療目標は，疾患活動性のコントロール，関節破壊進行の抑制，身体機能の維持，生活機能・認知機能の維持，RA自体による有害事象を防ぐこと，薬剤関連の副作用を防ぐこと，加齢に伴う有害事象を最小限に抑えることです．T2Tを実践し，少なくとも低疾患活動性を達成すること，理想的には寛解を達成することは高齢者の身体機能を維持するために大切です．一方で，高齢RA患者さんでは疾患の背景が多様であり，個人差が大きいため，個々の状況を最大限に配慮した目標設定が必要です．高齢者に対する最適な治療提案とケアにつなげるためには，疾患活動性のコントロールに加えて，主治医とメディカルスタッフによるチーム医療により，個人のニーズと利用可能な資源について把握し，治療に関連するリスクを考慮して，治療目標を定めることが理想的と考えられます．

高齢RA患者さんの治療目標を設定するための具体的なガイドはありませんが，別項の総合機能評価（**第2部Ⅲ-Q4**参照）の結果は参考になります．また，認知機能，手段的ADL（IADL）※，基本的ADL※を評価することは有用です．これらの評価は，治療目標の設定の参考にできるのみでなく，服薬管理状況の確認や介護認定状況と適切なサービスが受けられているかの確認など患者指導の指標にもできます．具体例としては，高齢者糖尿病では，認知機能，手段的ADL，基本的ADLの低下に伴い，治療強度を弱め，目標とするHbA1cを高く設定して，低血糖に起因する薬剤関連のリスクを減少させます．認知機能やADLを評価する方法はさまざまありますが，メディカルスタッフにより簡便に評価できるツールとしてDASC-8を紹介します．DASC-8は8問（認知機能：2問，買いものなどの応用的動作である手段的ADL：3問，排泄や食事といった基本的動作である基本的ADL：3問）からなります[1]．DASC-8の評価表は日本老年医学会のホームページからマニュアルとともにダウンロード可能です（マニュアルを読んでからの使用が推奨されています）（**表1**）[2)3)]．

※：日常生活動作（ADL）には，基本的ADLと手段的ADL（instrumental ADL：IADL）があります．基本的ADLとは，移動，階段昇降，入浴，トイレの使用，食事，着衣，排泄などの日常的な基本動作を指します．一方，手段的ADL（IADL）とは，買い物，食事の準備，服薬管理，金銭管理，交通機関を使っての外出など，より複雑で多くの労作が求められる動作を指します．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 外来受診の際など残薬の有無や注射手技の確認をしてください．特に認知機能，手段的ADL，基本的ADLが低下している場合は注意しましょう．
- 認知機能，手段的ADL，基本的ADLが低下している場合は，介護認定状況や介護サービスの利用状況を確認し，調整が必要であればケアマネージャーや地域包括支援センターに相談してください．

文献

1）Toyoshima K, et al：Geriatr Gerontol Int 2018；18：1458-1462.
2）「日本老年医学会．認知・生活機能質問票（DASC-8）」https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/dasc8_01.pdf（2025年4月閲覧）
3）「日本老年医学会．DASC-8使用マニュアル」https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tool/pdf/dasc8_02.pdf（2025年4月閲覧）

表1　認知・生活機能質問票（DASC-8）

Assessment Sheet for Cognition and Daily Function-8 items（i.e. the Dementia Assessment Sheet for Community-based Integrated Care System-8 items）（©日本老年医学会2018）　　記入日　　年　月　日

ご本人の氏名：				生年月日：　　年　月　日（　歳）		男・女		独居・同居
本人以外の情報提供者氏名：　　（本人との続柄：　　）				記入者氏名：　　（職種：　　）				
		1点	2点	3点	4点	評価項目		備考欄
A	もの忘れが多いと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる	導入の質問（評価せず）		
B	1年前と比べて，もの忘れが増えたと感じますか	1. 感じない	2. 少し感じる	3. 感じる	4. とても感じる			
1	財布や鍵など，物を置いた場所がわからなくなることがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	記憶	近時記憶	
2	今日が何月何日かわからないときがありますか	1. まったくない	2. ときどきある	3. 頻繁にある	4. いつもそうだ	見当識	時間	
3	一人で買い物はできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない	手段的ADL	買い物	
4	バスや電車，自家用車などを使って一人で外出できますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		交通機関	
5	貯金の出し入れや，家賃や公共料金の支払いは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. だいたいできる	3. あまりできない	4. まったくできない		金銭管理	
6	トイレは一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する	基本的ADL	排泄	
7	食事は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		食事	
8	家のなかでの移動は一人でできますか	1. 問題なくできる	2. 見守りや声がけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		移動	

DASC-8：（1〜8項目まで）の合計点　　点/32点

参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbAlc）におけるカテゴリー分類とDASC-8の合計点の関係
カテゴリーⅠ（認知携能正常かつADL自立）：　10点以下
カテゴリーⅡ（軽度認知障害〜軽度認知症または手段的ADL低下，基本的ADL自立）：　11〜16点
カテゴリーⅢ（中等度以上の認知症または基本的ADL低下または多くの併存疾患や機能障害）：　17点以上
本ツールはスクリーニングツールのため，実際のカテゴリー分類には個別に評価が必要

文献2より転載
※必ずマニュアルを読んでからご使用ください（日本老年医学会：DASC-8使用マニュアル[3)]）

Q3 高齢RA患者さんの服薬管理指導はどのように行えばよいのか?

1. 基礎知識

RAの治療は薬物療法が中心です．治療効果が期待通りに発揮されるためには，メディカルスタッフ（特に薬剤師）による患者支援が重要な役割をもちます．RA患者さん，特に，高齢者では併存疾患を有することがあるため，薬剤師に求められる基本的な役割として服薬情報を一元的に把握し，同効薬の重複処方や薬物間相互作用を防ぐことがあげられます．一般的に，加齢に伴い抗リウマチ薬による副作用発現リスクが上昇するため，副作用発現のモニタリングも重要です．

加えて，薬物療法に関する患者教育も重要です．『2020年リウマチ白書』によると[1]，回答した患者さんの多くが薬による副作用を経験したことが示されています．また，薬を指示通り飲んで（使って）いるかという質問に対して，13.7％の方が「指示通りだいたい飲んで（使って）いる」，0.9％の方が「指示通り飲んで（使って）いない」と回答しており，その主な理由として「副作用がこわい」や「忘れてしまう」があげられています．一方，日本人RA患者さんを対象とした研究から，患者さんの服薬アドヒアランスは薬物治療の効果に影響を及ぼすことが示唆されています[2]．以上のことから，薬物治療に関する患者教育と服薬状況の定期的なモニタリングの重要性が示唆されます．

保険薬局において服薬指導を行った際には，実施した内容や結果について服薬情報提供書などを通して主治医へ情報提供を行うことが推奨されます．病院・診療所・保険薬局間においてそれぞれの役割分担を整理し，服薬指導においてモニタリングすべき項目およびそこで得た結果の共有方法についてあらかじめ定めておくことが重要です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 抗リウマチ薬は適切に使用することが求められます．服薬をどのように管理しているか確認し，実際に服薬を管理している方にも説明や指導を行いましょう．
- 高齢RA患者さんでは抗リウマチ薬による感染症などの副作用の発現リスクが高くなるため，副作用のモニタリングが重要です．服薬指導において確認した項目を，他職種と情報共有することも踏まえて，整理する際の例を**表1**に示します．

文 献

1）『2020年リウマチ白書』（公益社団法人 日本リウマチ友の会／編），2020

2）Nakagawa S, et al：PLoS One 2018；13：e0206943.

表1　他職種との情報共有も踏まえた患者評価結果の記録方法の一例

【服薬状況の評価】	
内服薬	1週間あたり未服用回数とその理由を記録
自己注射薬	前回の調剤回数あたりの未使用回数とその理由を記録
【副作用発現の評価】	
間質性肺炎を疑う症状（咳，息切れ，呼吸困難　など）	ありまたはなしを 具体的な症状とともに記録
感染を疑う症状（発熱，咳，痰，咽頭炎，倦怠感　など）	
薬剤性過敏症症候群（皮疹，発熱，口の中の荒れ　など）	
口内炎（口内や唇のただれ，喉の痛み，発熱）	
脱水症状（喉の乾き，吐き気，全身の脱力感）	
出血傾向（鼻血，歯茎からの出血，皮下出血）	

Q4 高齢RA患者さんに対する総合的な機能評価はどのように行えばよいのか?

1. 基礎知識

高齢RA患者さんは生活機能や社会背景などが多様であり，これらを踏まえた治療方針の決定が重要です．高齢者総合機能評価（comprehensive geriatric assessment：CGA）は疾患だけでなく，運動機能や認知機能，うつ状態，ADL，栄養状態，社会・経済状況，QOLなどを包括的に評価し，治療やケアの方針を決定する手法です．すべてを網羅的に評価することは困難なため，CGA-7のような簡便なツールを用いスクリーニングを行うことが現実的です．CGA-7は**表1**のような7項目からなり，5分程度で評価でき，医師以外でも実施可能です．項目は標準的評価法のなかから，早期より低下しやすいものや出現頻度が高いものが抽出されていますが，あくまでスクリーニングのため，異常がみられた場合は表の「次のステップ」にあるような標準的評価が必要であること，項目が少ないため，社会背景など漏れる項目があることに注意が必要です．

CGA-7以外にも2020年4月より後期高齢者を対象とした健診において導入された「後期高齢者の質問票」（**表2**）も有用である可能性があります．これは，高齢者の特性を踏まえた健康状態，フレイルを総合的に把握するためのもので，15項目で構成されています．該当する項目があった場合の対応方法について，かかりつけ医向けの対応マニュアルが日本老年医学会のホームページ内に掲載されており，参考になります[3]．

CGAは多面的であるため，評価や介入は多職種で行うことが効果的です．理学・作業療法士によるADL評価や看護師による介護環境の評価など，各職種の得意分野を生かすことが患者さんの利益にもつながります．

表1　CGA7 高齢者総合機能評価：評価内容，成否，解釈，次のステップ

番号	CGA7の質問	評価内容	正否と解釈	次へのステップ
①	＜外来患者＞診察時に被験者の挨拶を待つ	意欲	正：自分から進んで挨拶する 否：意欲の低下	Vitality index
	＜入院患者・施設入所者＞自ら定時に起床するか，もしくはリハビリへの積極性で判断		正：自ら定時に起床する，またはリハビリその他の活動に積極的に参加する 否：意欲の低下	
②	「これから言う言葉を繰り返して下さい（桜，猫，電車）」 「あとでまた聞きますから覚えておいて下さい」	認知機能	正：可能（できなければ④は省略） 否：復唱ができない⇒難聴，失語などがなければ中等度の認知症が疑われる	MMSE・HDS-R
③	＜外来患者＞ 「ここまでどうやって来ましたか?」	手段的ADL	正：自分でバス，電車，自家用車を使って移動できる 否：付き添いが必要⇒虚弱か中等度の認知症が疑われる	IADL
	＜入院患者・施設入所者＞ 「普段バスや電車，自家用車を使ってデパートやスーパーマーケットに出かけますか?」			
④	「先程覚えていただいた言葉を言って下さい」	認知機能	正：ヒントなしで全部正解．認知症の可能性は低い 否：遅延再生（近時記憶）の障害⇒軽度の認知症が疑われる	MMSE・HDS-R
⑤	「お風呂は自分ひとりで入って，洗うのに手助けは要りませんか?」	基本的ADL	正：⑥は，失禁なし，もしくは集尿器で自立．入浴と排泄が自立していれば他の基本的ADLも自立していることが多い 否：入浴，排泄の両者が×⇒要介護状態の可能性が高い	Barthel index
⑥	「失礼ですが，トイレで失敗してしまうことはありませんか?」			
⑦	「自分が無力だと思いますか?」	情緒・気分	正：無力と思わない 否：無力だと思う⇒うつの傾向がある	GDS-15

日本老年医学会．改訂版　健康長寿診療ハンドブック：実地医家のための老年医学のエッセンス．メジカルビュー社，2019, p9（原出典：日老医誌 2005; 42: 177-180より一部改変）[1)2)] より 許諾を得て改変して転載

表2　後期高齢者の質問票の内容について

類型名	No	質問文	回答
健康状態	1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい　②まあよい　③ふつう ④あまりよくない　⑤よくない
心の健康状態	2	毎日の生活に満足していますか	①満足　②やや満足 ③やや不満　④不満
食習慣	3	1日3食きちんと食べていますか	①はい　②いいえ
口腔機能	4	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか ※さきいか，たくあんなど	①はい　②いいえ
	5	お茶や汁物などでむせることがありますか	①はい　②いいえ
体重変化	6	6カ月間で2～3 kg以上の体重減少がありましたか	①はい　②いいえ
運動・転倒	7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい　②いいえ
	8	この1年間に転んだことがありますか	①はい　②いいえ
	9	ウォーキングなどの運動を週に1回以上していますか	①はい　②いいえ
認知機能	10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの 物忘れがあると言われていますか	①はい　②いいえ
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい　②いいえ
喫煙	12	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている　②吸っていない ③やめた
社会参加	13	週に1回以上は外出していますか	①はい　②いいえ
	14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい　②いいえ
ソーシャルサポート	15	体調が悪いときに，身近に相談できる人がいますか	①はい　②いいえ

文献3より引用

2．患者さんへの説明，教育，指導

- 認知機能低下が疑われる場合は患者さんだけでなく，ご家族への指導も必要です．また，主治医に認知症サポート医などへの相談を提案することも有用です．
- ADL低下があり在宅療養に支障があり，介護サービスを利用していなければ，地域包括支援センターを紹介し，介護サービスの導入，生活上困っていることなどを相談していただきましょう．患者さん本人が伝えるのが難しいようであれば，ご本人やご家族の許可を得たうえで状況を直接地域包括支援センターに連絡するもの有用です．
- 免疫抑制薬使用下などで注意が必要な場合には具体的な注意点（感染症の徴候に注意し，見守りの目を増やしたいなど）について，地域包括支援センターやケアマネージャーと情報を共有しましょう．

文献

1）「改訂版 健康長寿診療ハンドブック 実地医家のための老年医学のエッセンス」（日本老年医学会／編），メジカルビュー社，2019
2）鳥羽研二：日老医誌 2005；42：177–180.
3）「厚生労働省．高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第2版：別添　後期高齢者の質問票の解説と留意事項」https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000557576.pdf（2025年4月閲覧）

Q5 高齢RA患者さんに対するサルコペニア評価はどのように行えばよいのか?

1. 基礎知識

サルコペニアは，加齢に伴う骨格筋量の低下や身体機能が低下することにより，転倒や骨折，身体機能の低下，死亡などのリスクが高まった進行性かつ全身性の骨格筋疾患です．サルコペニアの有病割合は6～12％と考えられていますが，RA患者さんは一般の高齢者と比べて高い割合でサルコペニアを合併していることが報告されています[1]．アジア人のサルコペニアの診断基準（AWGS2019）[2]を図1に示します．サルコペニアは①骨格筋量，②身体機能または，筋力で診断されますが，骨格筋量はDXA法やインピーダンス法で，身体機能は歩行速度で，筋力は握力で評価します．低骨格筋量に加えて低身体機能もしくは低筋力が認められると「サルコペニア」，低骨格筋量，低身体機能，低筋力のすべてが認められる場合は「重度サルコペニア」と診断されます．RA患者さんでは関節変形により握力や歩行機能に影響がみられる可能性がありますが，現状ではRA患者さんも同じくAWGS2019で評価されます．AWGS2019の診断アルゴリズムでは，骨格筋量の測定装置がない施設でも下腿周囲長やSARC-F[4]（図2）などの簡易な質問紙を用いたスクリーニングを行い，「サルコペニア疑い」を特定できます．サルコペニアの予防には運動と適切な栄養が推奨されていますが，RA患者さんに特化したサルコペニア予防法は確立されていません．

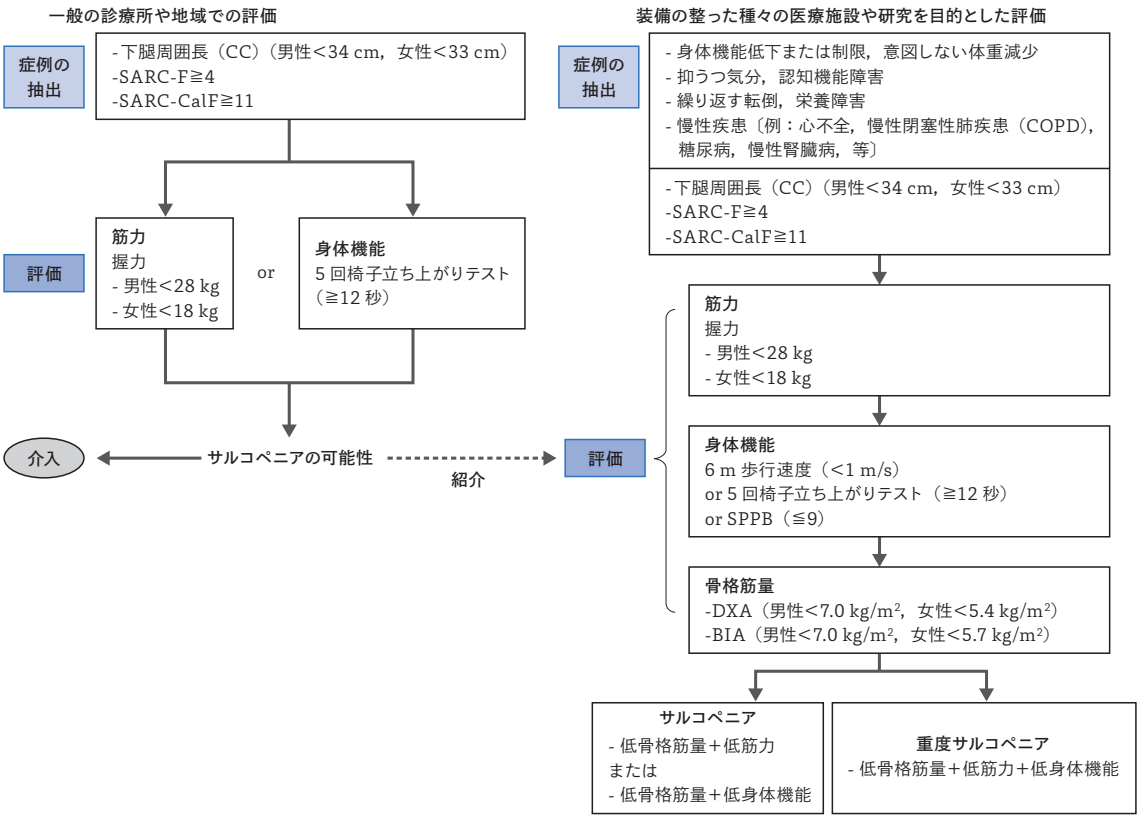


図1　サルコペニアの診断法：AWGS2019サルコペニア診断基準
文献2，3より引用

以下の①～⑤の質問について，1)～3）のいずれかに○をつけてお答えください．

①4.5 kg の荷物（2 リットルのペットボトル 2 本，あるいは市販のお米など）を持ち運びするのはどれくらい困難ですか？

1）困難ではない	2）いくらか困難である	3）非常に困難，あるいはできない

②部屋の中を移動するのはどれくらい困難ですか？

1）困難ではない	2）いくらか困難である	3）非常に困難，あるいはできない

③椅子やベッドから立ち上がるのはどれくらい困難ですか？

1）困難ではない	2）いくらか困難である	3）非常に困難，あるいはできない

④階段を 10 段のぼるのはどれくらい困難ですか？

1）困難ではない	2）いくらか困難である	3）非常に困難，あるいはできない

⑤過去 1 年間で何回転倒しましたか？

1）0 回	2）1～3 回	3）4 回以上

図 2　SARC-F
文献 4，5 より引用

2．患者さんへの説明，教育，指導

- ステロイドなどの治療薬で筋力・筋量の減少リスクが高い患者さんにはSARC-F などの簡便なツールを活用すると，サルコペニアのハイリスク群をスクリーニングすることができます．
- **指導例：**「サルコペニアの予防には運動習慣とタンパク質の摂取が良いとされています．関節症状など体調に注意しながら活動的な生活を心がけましょう．」

文 献

1）Torii M, et al：Mod Rheumatol 2019；29：589–595.
2）Chen LK, et al：J Am Med Dir Assoc 2020；21：300–307.
3）荒井秀典：日本サルコペニア・フレイル学会誌 2020；4：6–9.
4）神崎恒一：日本サルコペニア・フレイル学会誌 2019；3：21–26.
5）Ida S, et al：Aging Clin Exp Res 2017；29：935–942.

Q6 高齢RA患者さんにリハビリテーション治療を実施するときの注意点は何か?

1. 基礎知識

RA患者さんに対する治療法の進歩によって，疾患活動性の厳格なコントロールが可能となった今，運動療法を中心としたリハビリテーション医療による機能維持・機能再獲得への期待が高まっています．「関節リウマチ診療ガイドライン2024」[1]においても運動療法や作業療法は強く推奨されており，可能な限り実施，継続することが望ましいといえます．また，近年では高齢発症のRA患者さんが増加しており[2]，高齢RA患者さんに対しても安全にリハビリテーション医療を提供することで，フレイルやサルコペニアを予防していくことが重要です．

一般的に高齢者は併存疾患を有していることが多く，身体機能や認知機能，活動に対する意欲などが低下しており，転倒・骨折リスクが高いことが特徴としてあげられます．また，高齢者は自覚症状が表れにくく，運動による脱水や血圧異常，疼痛の増悪や関節破壊の進行といった過用症候群にも特に注意が必要です．

高齢RA患者さんにリハビリテーション医療を実施するときの注意点と対策を表にまとめます（**表1**）．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 関節の症状や変形の程度，併存疾患は個人によって異なります．可能であれば理学療法士や作業療法士などの専門スタッフによる個別指導を受けるとよいでしょう．
- **指導例：**「腫れや関節痛が増悪しない範囲で運動を行いましょう．また，関節以外の症状にも注意しましょう．リハビリテーション治療の内容は，ストレッチやレジスタンス運動（筋力トレーニング），歩行や水泳などの有酸素運動を組合わせて行いましょう．頻度は，レジスタンス運動は週3～4回（隔日）程度，ストレッチや有酸素運動はできるだけ毎日20～60分程度，体力に合わせて行いましょう．血液検査の炎症反応や疼痛が増悪しているときは医師と相談のうえ，頻度や強度を落とすか休止して，症状がある関節を安静に保つことが重要です．症状が治まれば運動を少しずつ再開しましょう．」

文献

1）「日本リウマチ学会 関節リウマチ診療ガイドライン2024改訂」（一般社団法人日本リウマチ学会/編），診断と治療社，2024
2）Kato E, et al：Int J Rheum Dis 2017；20：839-845.

表1　高齢RA患者さんにリハビリテーション医療を実施するときの注意点と対策

注意点	症状，状態	リハビリテーション医療における対策
間質性肺炎	低酸素血症，呼吸困難	酸素投与，運動強度の調整
弁膜症，狭心症，心膜炎	呼吸困難，胸部痛	バイタルサインの観察強化，運動強度の調整
糖尿病	高血糖，低血糖	食後の血糖上昇時に実施
筋痛	筋の運動時痛	温熱療法（炎症時は禁忌），ストレッチ
骨粗鬆症	骨密度低下，骨折	骨への適度な荷重，装具・歩行補助具の使用
関節破壊	変形，疼痛	運動部位・運動強度の調整，自助具の使用
転倒	骨折	筋力・バランスの改善，歩行補助具の使用
脱水	倦怠感，意識障害，低血圧，脳梗塞，心筋梗塞	運動中のこまめな水分摂取
血圧異常	高血圧，低血圧	運動様式・運動強度の調整，息ごらえの防止
認知機能低下	実施困難，学習困難	運動様式の調整，視覚的な提示

Q7 介護保険施設への入所や在宅医療への移行の際に注意すべきことは何か?

1. 基礎知識

高齢者の退院先には患者の自立度や患者家族の状況に応じて，自宅以外に介護保険施設が選択肢となることがあります．介護保険施設の公的施設には特別養護老人ホーム（特養），介護老人保健施設（老健），介護医療院（介護療養型医療施設の廃止に伴い2018年に誕生）があります（図1）[1]．特養は終身利用ができ身体介護や生活支援などを受けて居宅する施設，老健はリハビリなどを実施して在宅復帰をめざす施設，介護医療院は介護や日常生活支援，機能訓練，医療ケア，看取りを行う施設であり，これらの施設はそれぞれに要介護度や医療的ケアの必要性などの入所条件があります．特養や介護医療院では医療保険が利用できる一方で，老健では入所者の病院受診時の検査や薬にかかる費用に医療保険は利用できず，施設が負担することになります．このように施設の経営面の事情から，生物学的製剤などの高価な注射や薬を必要とするRA患者さんの場合，入所のハードルが高くなる可能性が考えられます．入所先を選択する際は，サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームなどの民間施設も視野に入れて患者さんの希望や状態だけでなく経済状況，治療状況も考慮して検討することが勧められます．

RA患者さんが在宅療養に移行する際は，内服や自己注射の管理が非常に重要になります．高齢者は薬物代謝が低下し，副作用が生じやすく，ポリファーマシーに陥りやすいという特徴があり，

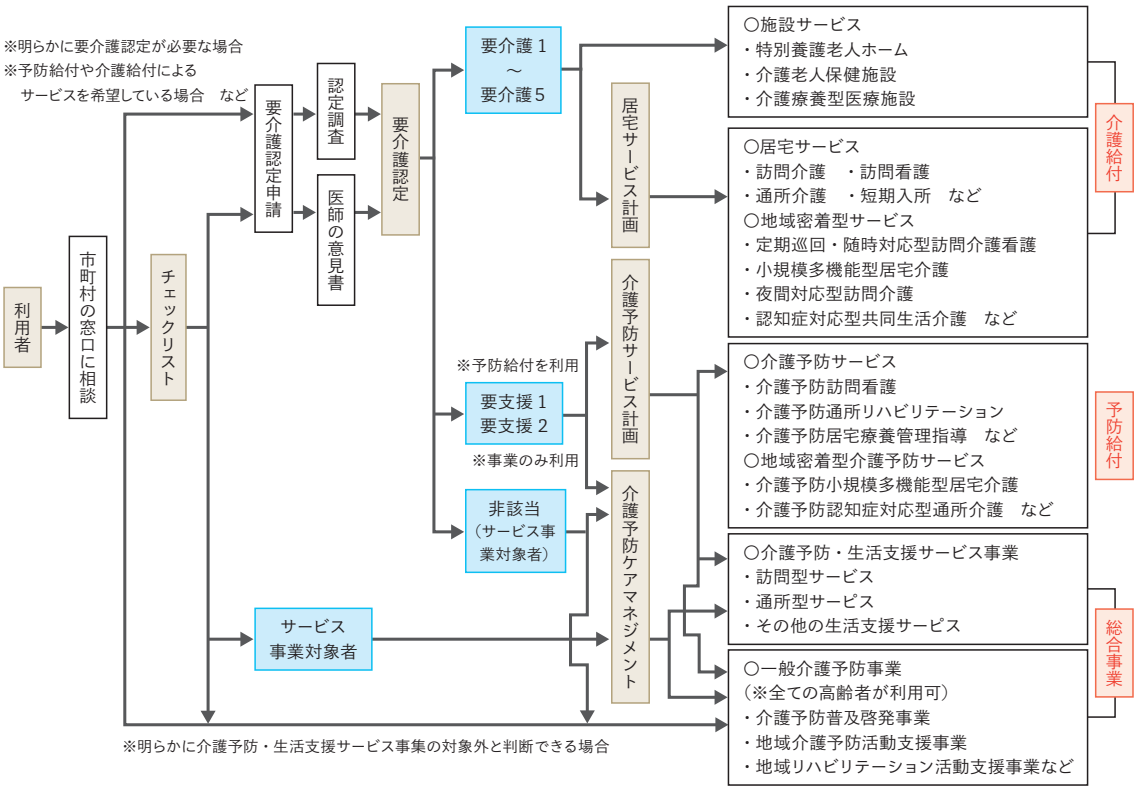


図1　介護サービスの利用の手続き
文献1より引用

認知機能や感覚機能の低下は飲み忘れや飲み間違いにつながります．患者さんの認知機能やADL，介護者の有無などを確認し，患者さんの自己管理能力に応じて，内服薬の一包化や壁掛けお薬カレンダーの利用などの工夫が必要になります．また，訪問介護やデイサービス利用時に服用できるようなスケジュールの作成，介護予防居宅療養管理指導（介護保険）や在宅患者訪問薬剤管理指導（医療保険）を利用して薬剤師による訪問指導を利用する，といった多職種で連携し安全で正確な内服ができるような方法をご家族やケアマネージャーなどとともに検討することが勧められます．

2．患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「高齢者はお薬の副作用が出やすいので内服は正確に行いましょう．ご自分でお薬の管理が難しい場合はご家族やケアマネージャー，かかりつけの薬局，訪問看護師に相談しましょう．」

文 献

1）「厚生労働省．公的介護保険制度の現状と今後の役割（平成30年度），p17」https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000213177.pdf（2025年4月閲覧）

Column RA患者さんの在宅診療について

在宅診療の現場では，RA患者さんの対応に不慣れな医師やメディカルスタッフが少なくないのが現状です．リウマチ医を対象に実施した在宅診療に関するアンケート調査では，RA診療に精通した在宅診療医が少ないことへの懸念が多くあげられました．特に，薬剤の副作用や合併症のモニタリング，RA治療薬の調節や選択に対する不安が強く示されていました．その一方で，リウマチ医自身も介護・福祉制度に関する知識不足を自覚しており，特に若手医師ほどその傾向が顕著でした[1]．

また，介護・福祉職を対象としたアンケート調査では，「RA患者さんの支援経験が全くない」あるいは「支援経験が5名未満」であると回答した人の割合が60～70％に上りました．RA患者さんを支援するうえで，他の疾患と異なる特徴として，「痛みの訴えが多いこと」，「関節への配慮が必要であること」があげられ，それらにどのように対応すればよいか知りたいという声が多く寄せられました[1]．

このような現状を踏まえると，RA患者さんとそのご家族を在宅で支えるためには，リウマチ医，在宅診療医，看護師，薬剤師，リハビリテーションスタッフ，介護・福祉職といった多職種が連携し，相互に情報を共有することが不可欠です．

RAは，疾患のコントロールと生活支援の両面から支えることが重要な慢性疾患です．在宅という生活の場において，痛みや不安を抱えながら暮らす患者さんとご家族に寄り添い，安心して治療を継続できる環境を整えることが，私たち医療・福祉従事者に求められています．

文 献

1）厚生労働省．厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」令和6年度研究報告書

第3部

患者支援制度について

Q1 RA患者さんが利用できる支援制度にはどのようなものがあるのか？ 110
Q2 身体障害者手帳の申請方法と助成内容は？ 112
Q3 高額な医療費に対する支援制度にはどのようなものがあるのか？ 114
Q4 若年性特発性関節炎（JIA）および悪性関節リウマチに対する医療費助成制度は？ 118
Q5 年金，税控除，休業中の補償などに関する支援制度にはどのようなものがあるのか？... 120
Q6 福祉やサービスなどの支援制度にはどのようなものがあるのか？ 122
Q7 就労支援制度にはどのようなものがあるのか？ 124

Q1 RA患者さんが利用できる支援制度にはどのようなものがあるのか?

1. 基礎知識

RAは，さまざまな治療薬の登場によって，寛解をめざすことができるようになりました．しかし，寛解の状態であっても機能的な障害のために，通勤・通学，家事などの日常生活に不自由があったり，一時的に何らかの支援が必要になったりする場合があります．また，身体機能上の問題や障害がなくても，治療にかかる費用負担が重かったり，病気の治療や療養によって仕事を休まなければならなくなって収入に不安が生じたりすることがあります．

わが国には，生活上の身体への負担や経済的な負担の軽減を目的としたさまざまな医療・福祉制度やサービスがあります（**表1**）．利用できる制度やサービスは，病気の状態，障害の程度，加入している健康保険，ご本人やご家庭の収入などによって異なります．こうした支援や制度を利用するには，ほとんどの場合，患者さん自身が申請を行う必要がありますので，どのような制度があって，どこに相談すればよいかを知っておくことが大切です．最近では，多くの病院に，医療・福祉の相談窓口が設置され，医療ソーシャルワーカー（MSW）などが相談に応じていますが，支援を必要としている患者さんすべてに情報が行き届いているとはいえません．RA患者さんに多くの医療・福祉制度やサービスを最大限に活用していただくためには，多くのメディカルスタッフがこれらの制度やサービスについて簡単に説明できて，MSWにつないだり，相談窓口を紹介できたりするようになることが理想です．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 個別の制度やサービスについて，患者さんからの質問に応じてどこへ相談したらよいのか，最寄りの相談窓口を把握しておくとよいでしょう．
- 費用負担の軽減や日常生活のサポートについて，医療・福祉制度やサービスを利用できないのはしかたないと考えている患者さんも多くおられます．何らかの支援が得られる可能性もありますので，患者さんのニーズをしっかりと聴き，支援の窓口へつなげられるようにしましょう．

表1　患者さんが利用できる主なサービス・支援制度（2025年4月現在）

	制度やサービス	内容	問い合せ・相談窓口	参考・詳細情報URL
医療	高額療養費制度	同一月の医療費の自己負担額が高額になった場合，自己負担限度額を超えた分が，後で払い戻されます．医療費が高額になることが事前にわかっている場合には，「限度額適用認定証」を取得すると便利です．健康保険組合では，更に自己負担が軽減されることがあります（付加給付）	加入健康保険の保険者	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/juuyou/kougakuiryou/index.html（厚生労働省） https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/sb3020/r151/（全国健康保険協会）
	高額介護合算療養費制度	医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日～翌年7月31日まで）の医療保険と介護保険の自己負担の合算額が高額であった場合に，自己負担額が軽減されます	加入健康保険の保険者	https://www.tyojyu.or.jp/net/kaigo-seido/kaigo-hoken/kogakukaigogassanryoyohi-seido.html（公益財団法人長寿科学振興財団）
	指定難病患者への医療費助成制度	「指定難病」と診断され，「重症度分類等」に照らして病状の程度が一定程度以上の場合に，その治療にかかる医療費などの一部が助成されます（悪性関節リウマチ）	都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）	https://www.nanbyou.or.jp/entry/5460#taisho（難病情報センター）
	小児慢性特定疾病医療費助成	小児慢性特定疾病にかかっている児童等について，医療費の自己負担分の一部が助成されます（JIA）	都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）	https://www.shouman.jp/assist/（小児慢性特定疾病情報センター）
	重度心身障害者（児）医療費助成	身体に障がいを持つ方が受ける治療について，医療費が無料・あるいは低額になります（自治体によっては500円程度の負担があります）	市区町村担当窓口	https://kokoro.ncnp.go.jp/support_promotion.php（国立精神・神経医療研究センター）
	自立支援医療（更生医療）	身体に障がいを持つ方がその障がいの程度を軽くしたり，日常生活を容易にするために医療が必要な場合に，医療の給付を行います	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougai-hoken/jiritsu/kousei.html（厚生労働省）
	自立支援医療（育成医療）	身体に障がいを持つ18歳未満のお子様がその障がいの程度を軽くしたり，日常生活を容易にするために医療が必要な場合に，医療の給付を行います	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougai-hoken/jiritsu/ikusei.html（厚生労働省）
	妊娠のための治療	不妊・不育症検査，先進医療を含めた不妊治療において助成を受けることができます．各自治体独自に行っている事業のため，自治体ごとに制度が異なります	都道府県窓口	https://www.funin.info/subsidy/（不妊治療情報センター）
所得保障	障害基礎年金	国民年金法による障がいの程度に応じて障害基礎年金の1級または2級の認定を受けたとき年金が支給されます	市区町村国民年金係，ねんきんダイヤル，年金事務所	https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150514.html（日本年金機構）
	障害厚生年金・障害手当金	厚生年金保険加入中に初診日のある病気やけがにより，障がいが残ったときに支給されます．軽い障がいが残ったときは，障害手当金（一時金）を受け取ることができる場合があります	ねんきんダイヤル，年金事務所	https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/seido/shougainenkin/jukyu-yoken/20150401-02.html（日本年金機構）
	特別障害給付金	国民年金の任意加入期間に加入しなかったことにより障害基礎年金等を受給していない国民年金法による障がい者の方について，特別障害給付金が支給されます	市区町村国民年金係，ねんきんダイヤル，年金事務所	https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/sonota-kyufu/tokubetsu-kyufu/tokubetsu-kyufu.html（日本年金機構）
	傷病手当	療養のため仕事を休んだ日から連続して3日間（待期）の後，4日目以降の仕事に就けなかった日に対して標準報酬月額の平均値の3分の2が支給されます	加入健康保険の保険者	https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/sb3040/r139/（全国健康保険協会）
日常生活	補装具の交付・修理	障害者総合支援法による支援サービスです．補装具の購入や修理・借受けが可能です．身体障害者手帳をおもちか，RA等の難病患者さんが対象です	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/yogu/index.html（厚生労働省）
	日常生活用具の給付		市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/yogu/seikatsu.html（厚生労働省）
	車いすの貸出	介護保険法による借受ができない方や介護保険申請中の方，病気やケガなどで，一時的に車いすが必要となった方へ車いすの貸出を行っています	各地域の社会福祉協議会，ボランティアセンター，地域サポートセンターなど	https://www.chiyoda-cosw.jp/service/kuru-maisu/（千代田区社会福祉協議会）
就労	障害者就労支援	障害者手帳をおもちの方は，就労に関する相談と，就労後，安心して働き続けられるための定着支援を受けられます	ハローワーク，各自治体障害者就労支援センターなど	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaisha-koyou/shisaku/shougaisha/index.html（厚生労働省）
	就職の相談	障害者手帳をおもちの方やRA等の難病患者さんは，就労に関する相談，助言，支援，援助が受けられます	ハローワーク，都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所），障害者職業・生活支援センターなど	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/shougaishakoyou/06e.html（厚生労働省）
	職業訓練			
その他	医療費控除	1年間（1月1日～12月31日）に支払った医療費が10万円あるいは総所得金額等の5％の金額を超えている場合，所得が控除され，所得税，住民税などが軽減されます	最寄りの税務署	https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shotoku/1120.htm（国税庁）
	障害者の希望を踏まえた結婚，出産，子育てに係る支援	障害者総合支援法により障がい者の希望を踏まえた結婚，出産，子育てに係る支援を受けることができます	市区町村担当窓口	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/other/index_00002.html（厚生労働省）

Q2 身体障害者手帳の申請方法と助成内容は?

1. 基礎知識

障害者基本法では，「障害者」とは「身体障害，知的障害または精神障害があるため，継続的に日常生活または社会生活に相当な制限を受ける者」と定義されています．しかし，実際の生活では，継続的に日常生活または社会生活に相当な制限をどの程度受けていると支援が受けられるかが問題となります．「身体障害者手帳」とは，身体障害のある人に対して自治体が交付する手帳です．交付を受けると，障害の種類や程度に応じたさまざまな支援やサービスを利用できます．このサービスは，RA患者さんでは，肢体不自由のうち，主に上肢と下肢の障害が対象となることが多いです．なお，上肢と下肢の障害は合わせて申請できますが，下肢と体幹の障害は合わせて申請できませんので，注意が必要です．

「身体障害者手帳」，「障害年金」，「障害者総合支援法」と，「障害」という言葉を含む支援制度や法律がありますが，これらの「障害」の種類や程度はそれぞれ異なります．「障害年金」は年金法に基づく障害等級表により認定され，「障害者総合支援法」は対象となる難病（361疾病）にRAが含まれているため，身体障害者手帳をもっていなくてもこれらの支援を受けることができます．

1）身体障害者手帳の申請

申請の手続きを行わなければ，交付・再交付はされません．障害の程度変更など，再交付の申請はいつでも行えます．申請の流れは以下の通りです．

①都道府県・指定都市・中核市の指定を受けた指定医がいる病院・診療所で診断
②指定医が手帳交付の対象になると診断した場合，専用の診断書を作成
③②の診断書を市区町村の障害担当窓口へ提出
④審査（申請から1カ月半～2カ月ほどで結果が出ます）
⑤身体障害者手帳発行

各都道府県・指定都市・中核市の指定医については多くの場合，ホームページで公開されています．または，市区町村の障害担当窓口へ相談しても対応してもらえます．

2）医療費助成・医療支援制度

① 重度心身障害者（児）医療費助成制度

一定の等級の障害者手帳を所持している人に対して，医療費の一部を助成する制度です．市区町村により対象や，助成金額が異なります．名称も「重度心身障害者（児）医療費助成制度」だけではなく，「心身障害者医療費助成制度」，「障害者医療費助成制度」と自治体により異なり，「マル障」と省略されることがあります．対象は障害等級1～2級，自己負担金は1カ月あたり500円としている自治体が多いようです．

② 自立支援医療（更生医療）

更生医療は，身体障害者手帳をもっている18歳以上の人に対して，その障害の軽減や除去，機能回復を目的とした治療を行う場合に医療費を助成する制度です．RAの場合は，人工関節置換術や関節形成術などが該当します．この制度は，更生相談所（福祉事務所長など）の判定が必要で，都道府県・指定都市・中核都市によって指定された医療機関においてのみ利用できます．医療費負担は，入院時の食費を除き，原則として1割に軽減されますが，世帯の所得水準や疾病などに応じて，負担上限額が異なります．

③ 自立支援医療（育成医療）

育成医療は，身体障害者手帳をもっている，あるいは現存する疾患を放置すると将来障害を残すと認められる18歳未満の児童に対して，生活能力を獲得するために行われる手術などの医療費を助成する制度です．JIAの場合は，関節形成術，人工関節置換術が該当します．

この制度は更生医療と同様に，都道府県・指定

表1　身体障害者手帳で受けられるサービス（居住地や等級にもよりますので注意が必要です）

	サービスの種類	問い合わせ
医療費の軽減	重度心身障害者（児）医療費助成	市区町村担当窓口，都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）
	自立支援医療（更生医療）	市区町村担当窓口，都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）
	自立支援医療（育成医療）	市区町村担当窓口，都道府県保健所（指定都市，中核市は市保健所）
税の軽減	所得税・住民税の障害者控除	税務署
	軽自動車税環境性能割・軽自動車税種別割・自動車税環境性能割・自動車税種別割の減免	
	相続税の控除	
	預貯金利子の非課税	各金融機関
公金料金	水道・下水道料金の免除	水道局
	NHK受信料の減額・免除	NHK各営業センター
	郵便料金などの軽減	郵便局
	青い鳥郵便葉書の無料配布	郵便局
	NTTふれあい案内（無料の電話番号案内）	NTTふれあい案内事務局〔0120-104174（全国共通）〕
	携帯電話の料金割引など	携帯電話サービス各社
交通の割引	JR・私鉄・公営交通の割引	JR各社，私鉄各社，公営交通局各社
	民営バスの割引	市区町村担当窓口
	タクシーの割引	市区町村担当窓口，各タクシー協会，各タクシーセンター
	飛行機の割引	各航空会社
	有料道路の割引	各高速道路会社
	フェリーの割引	各フェリー会社
自動車	自動車改造費の助成	市区町村担当窓口
	自動車燃料費の助成	市区町村担当窓口
	駐車禁止等除外標章の交付	警視庁，各警察署

都市・中核都市によって指定された医療機関においてのみ利用できます．医療費負担も同様で，入院時の食費を除き，原則として1割に軽減されますが，世帯の所得水準や疾病などに応じて，負担上限額が異なります．

3）身体障害者手帳を取得すると受けられるサービス

障害の種類や程度によって異なりますが，RA患者さんに関係する肢体不自由（上肢，下肢，体幹）の身体障害者手帳をお持ちの方が利用できるサービスについて紹介します（**表1**）．

身体障害者手帳をお持ちではないRAなどの難病患者さんが受けられる障害者総合支援法による支援サービスについては，**第3部-Q6**を参照してください．

2．患者さんへの説明，教育，指導

- 身体障害者手帳の申請には，指定医の診断が必要ですので，患者さんからの相談に応じられるよう，お近くの指定医を把握しておくとよいでしょう．
- 自治体の相談窓口（県や政令指定都市，中核市の保健所や市区町村の障害担当窓口）をあらかじめ調べておき，患者さんに紹介できるとよいでしょう．可能であれば，普段からこれらの相談窓口と連携をとり，情報交換しておくことが理想です．
- 患者さんがお住まいの自治体で受けられる支援サービスについて，ある程度把握し，患者さんへ情報提供できるとよりよいでしょう．

文献

1）「厚生労働省．障害者手帳」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/techou.html（2025年4月閲覧）

2）「厚生労働省．身体障害者手帳」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisha-hukushi/shougaishatechou/index.html（2025年4月閲覧）

Q3 高額な医療費に対する支援制度にはどのようなものがあるのか?

1. 基礎知識

1）高額療養費制度

① 高額療養費制度

1カ月（同月内）に支払った医療費が高額となった場合に，所得や年齢に応じた自己負担限度額（限度額）を超えた額の払い戻しを受けることができます（**表1，2**）．この医療費には，健康保険が適用外となる食事療養費，差額ベット代，診断書代，医師の同意のない鍼灸，あん摩や疲労回復や慰安を目的としたマッサージなどの施術などは含みません．

1つの医療機関などでの自己負担（院外処方に基づく保険薬局での医療費を含む）だけでは限度額を超えないときでも，同じ月の別の医療機関などでの医療費や同じ世帯にいる他の方（同じ医療保険に加入している方に限ります）の医療費を合算することができます．ただし，69歳以下の場合は

表1　高額療養費制度における自己負担限度額（70歳未満）

適用区分		ひと月の上限額（世帯ごと）	多数該当※
ア	年収約1,160万円～ 健保：標報83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	252,600円＋（医療費－842,000）×1％	140,100円
イ	年収約770～約1,160万円 健保：標報53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円	167,400円＋（医療費－558,000）×1％	93,000円
ウ	年収約370～約770万円 健保：標報28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円	80,100円＋（医療費－267,000）×1％	44,400円
エ	～年収約370万円 健保：標報26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税者	35,400円	24,600円

※多数該当：はじめて限度額を超えてから12カ月以内に3回限度額を超えた場合
文献1をもとに作成

表2　高額療養費制度における自己負担限度額（70歳以上）

適用区分		外来（個人ごと）	ひと月の上限額（世帯ごと）	多数該当※
現役並み	年収約1,160万円～ 標報83万円以上／課税所得690万円以上	252,600円＋（医療費－842,000）×1％		140,100円
	年収約770万円～約1,160万円 標報53万円以上／課税所得380万円以上	167,400円＋（医療費－558,000）×1％		93,000円
	年収約370万円～約770万円 標報28万円以上／課税所得145万円以上	80,100円＋（医療費－267,000）×1％		44,400円
一般	年収156万～約370万円 標報26万円以下 課税所得145万円未満など	18,000円 （年144,000円）	57,600円	44,400円
住民税非課税など	Ⅱ 住民税非課税世帯	8,000円	24,600円	
	Ⅰ 住民税非課税世帯 （年金収入80万円以下など）		15,000円	

※多数該当：はじめて限度額を超えてから12カ月以内に3回限度額を超えた場合
文献1をもとに作成

1医療機関あたり21,000円以上の医療費のみ合算できます．同じ医療機関でも，入院と外来，医科と歯科は別に計算します．申請期限は，診療を受けた翌月初日から2年以内です．

はじめて限度額を超えてから12カ月以内に3回限度額を超えた場合には，4回目以降は多数該当となり，自己負担額がさらに軽減されます（**表1，2**）．これは，保険者が同一であれば（同じ保険を利用していれば），翌年も継続されます．

RAの治療では，生物学的製剤，JAK阻害薬などを使用した場合，医療費の自己負担額が1カ月の限度額を超える可能性があります．

② 限度額適用認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）

あらかじめ手続きをすることにより，医療費の窓口負担が①の限度額までになる制度です．70歳未満の全員，70歳以上の住民税非課税の方，現役並みの収入（年収約370万円～約1,160万円）の方が対象です．申請は加入している医療保険の窓口となります．

①の「1つの医療機関」には医療機関と院外処方箋に基づいた保険薬局での医療費（院外処方費）を含みますが，限度額適用認定証では院外処方費は別に計算します．したがって，医療機関と保険薬局の医療費の合計が限度額を超える可能性があります．その場合は，①に基づき後日返金されます．

③ 付加給付

保険給付には，①のような法律で定められた「法定給付」と健康保険組合が独自に行う「付加給付」とがあります．加入の健康保険組合によっては，組合独自の「付加給付」として，①の共通の額よりも低い負担の上限額を設定しているところもあります．付加給付としての上限額，申請方法などは加入の健康保険組合に尋ねてください．

2）高額医療・高額介護合算療養費制度

高額療養費制度が月単位で負担を軽減するのに対し，高額医療・高額介護合算療養費制度は，このような月単位での負担軽減があっても，年単位としては重い負担が残る場合に負担を軽減する制度です．

表3　高額介護合算療養費制度の自己負担上限額

	70歳以上（注1）	70歳未満
年収約1,160万円～ 標報83万円以上 課税所得690万円以上	212万円	212万円
年収770万～1,160万円 標報53～79万円 課税所得380万円以上	141万円	141万円
年収370万～770万円 標報28～50万円 課税所得145万円以上	67万円	67万円
一般（年収156～370万円） 健保 標報26万円以下 国保・後期 課税所得145万円未満	56万円	60万円
市町村民税世帯非課税	31万円	34万円
市町村民税世帯非課税 （所得が一定以下）	19万円 （注2）	

（注1）対象世帯に70～74歳と70歳未満が混在する場合，まず70～74歳の自己負担合算額に限度額を適用した後，残る負担額と70歳未満の自己負担合算額を合わせた額に限度額を適用する．
（注2）介護サービス利用者が世帯内に複数いる場合は31万円．
文献2をもとに作成

医療保険の世帯内で，1年間（毎年8月1日から翌年7月31日まで）の医療保険と介護保険の自己負担の合算額が著しく高額であった場合に，所得や年齢に応じた自己負担限度額（限度額）を超えた額の払い戻しを受けることができます（**表3**）．申請をすることにより，介護保険に係る部分は「高額医療合算介護サービス費」として，医療保険に係る部分は「高額介護合算療養費」として負担額の一部が払い戻されます（**図1**）．健康保険適用外のもの，要介護度ごとの支給限度額を超えて介護サービスを利用した分（自費利用分）の費用は対象とはなりません．

医療保険の世帯の考え方は，同居・別居にかかわらず，**図2**に示した通り，同一保険の被保険者と被扶養者の関係であれば，同一世帯として医療保険と介護保険の自己負担金額を合算することができます．

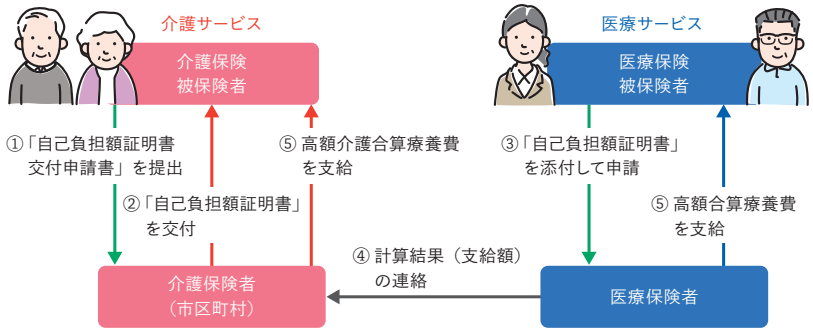


図1　高額医療・高額介護合算療養費申請の流れ

①介護保険の被保険者は，介護保険者（市区町村）に「高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書」を提出します．
②①の申請書を受けた介護保険者（市区町村）から，「自己負担額証明書」が交付されます．
③②の交付を受けた方が属する「医療保険（健康保険）の被保険者」が，医療保険者（健康保険組合など）に証明書を添付して支給申請を行います．
④医療保険者（健康保険組合など）が支給額を計算し，介護保険者（市区町村）に計算結果（支給額）を連絡します．
⑤医療保険者（健康保険組合など）と介護保険者（市区町村）の制度別に按分計算し，医療保険者（健康保険組合など）からは「高額介護合算療養費」，介護保険からは「高額医療合算介護サービス費」として支給されます．
文献3をもとに作成

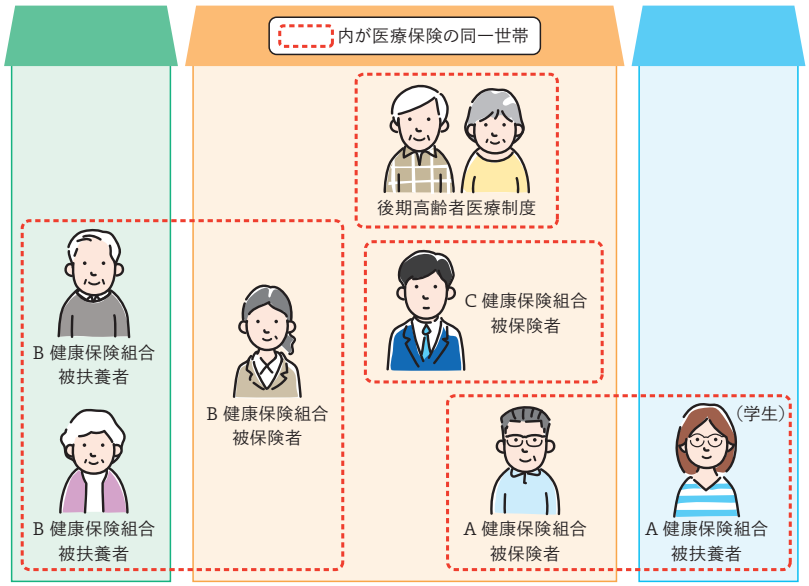


図2　医療保険の世帯の考え方

別居であっても，同一保険の被保険者と被扶養者の世帯であれば，医療保険の世帯内となります．同居であっても異なる医療保険に加入している場合には，医療保険では別世帯となります

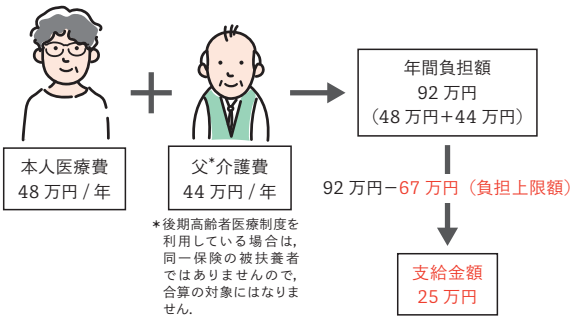


図3　合算の例（一般的な年収370万～770万円の場合）

生物学的製剤やJAK阻害薬などで治療すると，平均で月間4万円ほどの費用がかかります．そこで，医療保険の被保険者本人の医療費を年間48万円とし，被扶養者の父の介護費は年間の上限446,400円ですので，44万円として計算しました．一般的な年収370万円～770万円の場合の年間負担上限額は表3より67万円ですので，年間負担額92万円から負担上限学の67万円を引いた25万円が支給金額として返金されます

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- 高額療養費制度の詳細は加入の医療保険の窓口へ問い合わせていただくことになりますが，ほとんどの患者さんは何を，どこへ，どのように問い合わせてよいかわかりません．
- 限度額を超えた場合，自動的に返金されるのか，送付された申請書を記入して返送するのか，自ら進んで申請しないといけないのか，などは，加入している医療保険によって異なります．窓口での支払いが限度額を超えていることが想定される場合は，手続きの問い合わせ方法や窓口をアドバイスできるとよいでしょう．
- 限度額適用認定証の交付手続きは，多くの場合，健康保険証，被保険者の印鑑を添えて医療保険の保険者へ申請します．少なくとも，最寄りの国民健康保険窓口ではどのような対応をしているのか，一度問い合わせておくとよいでしょう．
- 高額医療・高額介護合算制度の支給を受けるためには，申請が必要です．制度を知らずに「両親の介護もあるのに，医療費がかさんで困る」と言われる患者さんや，「年金生活なのに，介護費も医療費もかかって困っている」と悩んでいる患者さんが，少なからずおられます．ご家族の介護などの費用がかさむために，ご自分の生物学的製剤やJAK阻害薬の導入を諦めた患者さんも少なくないと思います．そのようなときに，この制度を紹介できるとよいでしょう（図3）．

文 献

1）「厚生労働省保険局．高額療養費制度を利用される皆さまへ（平成30年8月診療分から）」https://www.mhlw.go.jp/content/000333279.pdf（2025年4月閲覧）
2）「厚生労働省保険局．高額介護合算療養費制度について（平成28年11月18日）」https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000143276.pdf（2025年4月閲覧）
3）「厚生労働省．高額医療・高額介護合算療養費制度について」https://www.mhlw.go.jp/topics/2009/07/dl/tp0724-1b.pdf（2025年4月閲覧）
4）「厚生労働省．令和6年版厚生労働白書　資料編，pp27-30」https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/23-2/dl/02.pdf（2025年4月閲覧）
5）「厚生労働省保険局．高額療養費制度の見直しについて（概要）」https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/dl/ryouyou-01.pdf（2025年4月閲覧）
6）「医療福祉総合ガイドブック2023年版」（NPO法人 日本医療ソーシャルワーク研究会/編），pp63-68，医学書院，2023

Q4 若年性特発性関節炎（JIA）および悪性関節リウマチに対する医療費助成制度は?

1. 基礎知識

1）JIAに関連した医療費助成制度

（**第2部Ⅰ-Q7**も参照）

JIAの患者さんが利用可能な医療費助成制度は**表1**の通りです．そのなかでも重要なのは，小児慢性特定疾病医療費助成制度（小慢制度）と特定医療費（指定難病）助成制度です．

① 小児慢性特定疾病医療費助成制度（小慢制度）

児童福祉法に規定されている小児慢性特定疾病に罹っている児童などについて，その医療費の自己負担分の一部が助成される制度です．助成対象年齢は，申請は18歳未満までですが，満20歳未満まで助成の延長が可能です．指定医療機関の指定医（後述）が医療費助成申請書類に必要事項を記載し，都道府県もしくは指定都市，中核市に提出します．申請書の記載者は登録された指定医（小慢指定医）である必要があります．そのため，小児科から成人診療科に移行後も小慢制度の利用を継続したい場合には，移行先の成人診療科で小慢制度の更新書類を書いてもらえるか，事前に確認しておくことが重要です（詳細は**第2部Ⅰ-Q7**参照）．

② 特定医療費（指定難病）助成制度

「難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）」に基づいた，指定難病患者さんに対する医療費助成制度です．以前は成人になったJIA患者さんに対する医療費助成制度はありませんでしたが，2018年4月にJIAが指定難病に認定され医療費助成を受けられるようになりました（注：JIAのなかでも乾癬性関節炎，付着部炎関連関節炎，未分類関節炎は助成対象外です）．助成の対象は，JIAと診断され，かつ，「重症度分類」で寛解基準を満たさず，一定以上の病状と病勢がある患者さんです（詳細は**第2部Ⅰ-Q7**参照）．

都道府県知事の定める医師（指定医）に臨床調査個人票（診断書）の作成を依頼し，市区町村の窓口に提出します．

※JIAにおける小慢制度から指定難病への切り替え：

通常，小慢制度の方が自己負担額が少ないため，18歳未満で登録できるなら小慢制度を利用し，20歳に到達したら指定難病に切り替えます．手続きに数カ月かかるため，主治医と相談のうえ，20歳の誕生日の半年前には手続きの準備を開始しましょう．

2）悪性関節リウマチに関連した医療費助成制度

リウマチ性疾患のなかでもRAの症状に加えて血管炎をはじめとする関節以外の症状を認め，難治性もしくは重症な病態を伴うものは悪性関節リウマチ（MRA）として区別されます．RAは指定難病ではありませんが，MRAは指定難病助成制度の対象となります．助成対象となるのは，MRAと診断され，かつ，「重症度分類」で1）または2）に該当する患者さんです（**表2**）．申請の手順などに関しては上記JIAの項を参照してください．

表1　JIA患者さんに対する医療費助成

- 小児慢性特定疾病対策による助成制度（本文参照）
- 指定難病医療費助成制度（本文参照）
- 乳幼児または子ども医療費助成制度（医療費のうちの保険診療の自己負担分を助成）
  助成の対象や内容について：対象年齢は4歳未満まで～22歳年度末まで，自己負担金は0円～6,000円と自治体により大きな開きがあり，世帯所得制限についても自治体により異なるので，各自治体のホームページなどを参照のこと
- 障害者医療費助成制度（**第3部-Q2**を参照）
  1級・2級の身体障害者手帳保有者，自己負担金上限あり，本人所得制限あり

2. 患者さんへの説明，教育，指導

- **指導例：**「JIAは難病に指定されたため，20歳以降も医療費の助成を受けられるようになりました．そのためには，20歳時に小慢制度から指定難病助成制度への切り替えが必要です．主治医と相談のうえ，20歳になる半年前から指定難病の申請準備を開始しましょう．」

表2　指定難病（悪性関節リウマチ）重症度分類

1）又は2）を認める場合を重症とする

1）悪性関節リウマチによる以下のいずれかの臓器障害を有する

臓器	障害の内容
腎臓	CKD重症度分類ヒートマップの赤色に該当，又は腎血管性高血圧
肺	特発性間質性肺炎の重症度分類でⅢ度以上に該当，又は肺胞出血，又は滲出性胸膜炎
心臓	NYHA 2度以上の心不全徴候，又は心外膜炎
眼	良好な方の眼の矯正視力が0.3未満
耳	両耳の聴力レベルが70デシベル以上か，一側耳の聴力が90デシベル以上かつ他側耳の聴力レベルが50デシベル以上の聴力障害
	平衡機能の著しい障害又は極めて著しい障害
腸管	腸管梗塞，消化管出血
皮膚・軟部組織	四肢の梗塞・潰瘍・壊疽，又はそれらによる四肢の欠損・切断（部位は問わない）
神経	脳血管障害により，modified Rankin Scaleで3以上
	末梢神経障害により，徒手筋力テストで筋力3以下
	末梢神経障害による2肢以上の知覚異常
その他の臓器	肝、膵臓の梗塞、胆のう炎、睾丸炎等

2）血管炎の治療に伴う以下のいずれかの合併症を有し，かつ入院治療を必要とする

・感染症
・圧迫骨折
・骨壊死
・消化性潰瘍
・糖尿病
・白内障
・緑内障
・精神症状

※診断基準及び重症度分類の適応における留意事項

1. 病名診断に用いる臨床症状，検査所見等に関して，診断基準上に特段の規定がない場合には，いずれの時期のものを用いても差し支えない（ただし，当該疾病の経過を示す臨床症状等であって，確認可能なものに限る）．
2. 治療開始後における重症度分類については，適切な医学的管理の下で治療が行われている状態であって，直近6カ月間で最も悪い状態を医師が判断することとする．
3. なお，症状の程度が上記の重症度分類等で一定以上に該当しない者であるが，高額な医療を継続することが必要なものについては，医療費助成の対象とする．

文献2より引用

- JIA患者さんが成人診療科の移行先を検討する場合，移行先の診療科で小慢制度の更新書類を書いてもらえるかを必ず確認しましょう．
- 指定難病は，ある程度以上の重症度でないと助成対象になりません．指定難病の診断がついたから，必ず助成が受けられるわけではないことは十分に説明しておいてください．

文 献

1）「成人診療科医のための小児リウマチ性疾患移行支援ガイド」（厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患等政策研究事業），羊土社，2020
2）「厚生労働省：指定難病の概要、診断基準等、臨床調査個人票．46 悪性関節リウマチ」https://www.mhlw.go.jp/content/10905000/001173548.pdf（2025年4月閲覧）

Q5 年金，税控除，休業中の補償などに関する支援制度にはどのようなものがあるのか？

1. 基礎知識

1）障害年金（障害基礎年金，障害厚生年金）

障害年金は，病気やけがによって生活や仕事などが制限されるようになった場合に，現役世代（65歳未満）も含めて受けとることができる年金です．病気やけがではじめて医師の診療を受けたときに国民年金に加入していた場合は「障害基礎年金」，厚生年金に加入していた場合は障害基礎年金に上乗せして「障害厚生年金」が請求できます．支給要件は，年金加入中に初診日があり，一定の障害の状態にあることです．障害基礎年金は，年金制度に加入していない期間（20歳前および60歳以上65歳未満）に初診日がある場合でも認められます．初診日の年齢が65歳未満で，初診日前々月までの1年間に保険料の未納がないことも条件です．障害年金は生涯にわたり受給でき，国民年金保険料も免除されます（障害等級1・2級のみ）．

障害年金の支給要件となる障害等級表（抜粋）を**表1**に示します（身体障害者手帳の障害等級とは異なるので注意が必要です）．障害基礎年金は障害認定日に障害等級1級または2級，障害厚生年金は1級，2級または3級の状態にあると支給されます．障害厚生年金では3級よりも軽い障害が残った場合に一時金として障害手当金が支給されます．いずれも，具体的な年金支給額は日本年金機構のホームページ[1]を参照してください．また，障害認定日において上記の障害の状態に該当しなかった場合でも，その後症状が悪化し，上記等級の障害の状態になったときには障害年金を請求できます．これを「事後重症による請求」といいますが，65歳の誕生日の前々日までに請求する必要があります．

2）医療費控除制度

医療費控除とは，その年の1月1日から12月31日までの間に患者さん自身および生計をともにす

表1　障害等級例（RA，JIAに関連したものを抜粋）

1級（抜粋）	両上肢の機能に著しい障害を有するもの
	両上肢のすべての指を欠くもの
	両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの
	両下肢の機能に著しい障害を有するもの
	両下肢を足関節以上で欠くもの
2級（抜粋）	両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの
	両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの
	1上肢の機能に著しい障害を有するもの
	1上肢のすべての指を欠くもの
	1上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの
	両下肢のすべての指を欠くもの
	1下肢の機能に著しい障害を有するもの
	1下肢を足関節以上で欠くもの
3級（抜粋）	1上肢の3大関節のうち，2関節の用を廃したもの
	1下肢の3大関節のうち，2関節の用を廃したもの
	長管状骨（上腕，前腕，大腿，下腿の管状の骨）に偽関節を残し，運動機能に著しい障害を残すもの
	1上肢のおや指及びひとさし指を失ったもの又はおや指若しくはひとさし指を併せ，1上肢の3指以上を失ったもの
	おや指及びひとさし指を併せ1上肢の4指の用を廃したもの
	1下肢をリスフラン関節（足趾の一番付け根，土踏まずの前方）以上で失ったもの
	両下肢の十趾の用を廃したもの
手当金（抜粋）	1上肢の3大関節のうち，2関節に著しい機能障害を残すもの
	1下肢の3大関節のうち，1関節に著しい機能障害を残すもの
	1下肢を3センチメートル以上短縮したもの
	長管状骨（上腕，前腕，大腿，下腿の管状の骨）に著しい転移変形を残すもの
	1上肢の2指以上を失ったもの
	1上肢のひとさし指を失ったもの
	1上肢の3指以上の用を廃したもの
	ひとさし指を併せ1上肢の2指の用を廃したもの
	1上肢のおや指の用を廃したもの
	1下肢の第1趾又は他の4趾以上を失ったもの
	1下肢の5趾の用を廃したもの

る家族のために支払った医療費が一定額を超えた場合，その額をもとに計算される金額が所得から控除されるもので，所得税および住民税が軽減されます．控除の対象となる医療費には，病院，医院や歯科医院での治療費（健康診断や予防接種の費用は除く），治療のための薬代，通院のための交通費（電車やバスなど）などが該当します．医療費控除額の計算は以下の通りですが，上限は200万円です．

医療費控除額＝［1年間の医療費の合計額］－［保険金などの補てん金額］－10万円

「保険金などの補てん」には，生命保険などで支給される入院費給付金や健康保険などで支給される高額療養費・出産育児一時金などが含まれます．総所得金額などが200万円未満の場合は，その総所得金額などの5％を超えた金額が所得から控除されます．

医療費控除の申請は確定申告で行います．一般の会社員の方などが医療費控除のみを行う場合は還付申告を行います．還付申告は確定申告期間とは関係なく，その年の翌年1月1日から5年間可能です．つまり，申告を忘れてもさかのぼって申告できます．詳細は，国税局のホームページ[2]を参照してください．

3）傷病手当金

傷病手当金は，被保険者（患者さん）が業務外の事由による病気やけがの療養のために会社を休み，事業主から十分な報酬が受けられない場合に保険者から支給されます．労務不能かどうかの判断は被保険者の仕事の内容・病気やけがの症状，療養を担当した医師の意見などをもとに総合的に判断されます．手当金の支給は3日以上連続して休んだ場合が対象となり，支給期間は4日目から最長1年6カ月と決められています．支給額は，1日につき，直近12カ月の標準報酬月額を平均した額の30分の1に相当する額の3分の2に相当する金額（休業した日単位で支給）となります．支給額に障害の程度は関係しません．通常，国民健康保険では傷病手当金の支給は行われませんが，特例的に新型コロナウイルス感染症感染者では支給が可能となっています．

2．患者さんへの説明，教育，指導

- 障害基礎年金の相談，手続きに関してはお住いの市区町村や年金事務所の窓口で，障害厚生年金と障害手当金については年金事務所の窓口で相談いただくことになります．障害基礎年金については，厚生労働省作成の「障害基礎年金お手続きガイド」[3]も役立ちます．
- 医療費控除の対象となるRA患者さんも少なくないと思います．申請にはやや手間がかかりますが，過去にさかのぼって申請することも可能です．
- 病気で仕事を休む必要がある場合には傷病手当金の対象になる可能性があります．まずは職場の担当部署・担当者に相談してみてください．

文 献

1）「日本年金機構」https://www.nenkin.go.jp/index.html（2025年4月閲覧）
2）「国税庁．No.1120　医療費を支払ったとき（医療費控除）」https://www.nta.go.jp/taxes/shiraberu/taxanswer/shotoku/1120.htm（2025年4月閲覧）
3）「厚生労働省．障害基礎年金お手続きガイド」https://www.mhlw.go.jp/content/12500000/001247161.pdf（2025年4月閲覧）

Q6 福祉やサービスなどの支援制度にはどのようなものがあるのか?

1. 基礎知識

病気や加齢により，日常生活や社会生活を営むうえで支援が必要となった場合に利用できる社会福祉制度があります.

1）介護保険制度

介護保険制度とは，病気や加齢に伴う身体機能の低下により家事や身支度などの日常生活に支障が生じた場合，適切なサービスを受けられるようにサポートする保険制度です．自立支援や，介護する家族の負担軽減を目的としています．サービスを受けるためには，自治体の窓口で手続きをして受給できるかどうか審査を受ける必要があります．要介護・要支援認定されると所得に応じて1割～3割の自己負担で介護サービスを受けることができます.

このサービスの利用は，65歳以上の「第1号被保険者」と，40～64歳までの「第2号被保険者」とに大別されます．第2号被保険者は，「特定疾病」が原因で要介護状態となった場合に介護サービスを利用できます．RAはこの「特定疾病」に含まれるため，40歳以上であれば要介護度に応じて介護保険のサービスを受けることができます.

介護保険で受けられるサービスには，①ケアプランの作成，家族の相談対応などの居宅介護支援，②自宅に住む人のための居宅サービス（訪問介護などの訪問型サービス，デイサービスなどの通所型サービス，ショートステイなどの短期滞在型サービス，施設に入居する施設サービス），③介護ベッドなどのレンタル，福祉用具の購入費の助成などの福祉用具に関するサービス，④手すり，バリアフリー化，トイレの改修などの工事費用の助成などが受けられる住宅改修などがあります.

介護保険は市区町村ごとの運営であるため，利用するにはお住まいの自治体の担当窓口に申請します．その後，訪問調査員が申請者の自宅を訪問して本人の状態を調査します．この調査と主治医意見書をもとに要介護・要支援状態区分の審査・判定が行われます．要介護1～5，要支援1，2のいずれかに認定されれば，それぞれの要介護度に定められた範囲でサービスを利用することができます.

介護保険については，厚生労働省のホームページの「介護・福祉」のサイト[1]に詳しく記載されています．または，お近くの地域包括支援センターへお問い合わせください.

2）障害者総合支援法によるサービス

障害者総合支援法は障害のある人への支援を定めた法律で，正式名称は「障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律」です．この法律では難病の患者さんも障害者の範囲に含まれており，RAはその対象となる難病361疾病[2]の1つですので，身体障害者手帳を取得していなくても，支援を受けることができます.

RA患者さんが主に利用できるサービスは，ホームヘルパーによる入浴，排泄，食事などの介護，調理，洗濯，掃除などの家事援助や補装具の交付や修理，日常生活用具の給付，車いすの貸出などです．その他に自立訓練，各種相談など，条件によっては幅広い支援も受けることができます.

サービスの利用を希望する場合は，RAに罹患していることが記載された診断書を添えて，お住まいの市区町村の担当窓口に申請します．障害支援区分の認定や支給決定などの手続き後，必要と認められたサービスが利用できます．なお，訓練系・就労系サービスなどは障害支援区分の認定を受ける必要はありません.

障害者総合支援法については厚生労働省ホームページの「障害者総合支援法が施行されました」のサイト[3]をご覧ください．給付を受ける対象，内容は自治体によって異なりますので，具体的な

内容や手続きは，各自治体のホームページで確認されるか，担当窓口へ相談してください．サービス内容の参考として，東京都福祉保健局の障害者総合支援法における障害者福祉サービスに関するホームページ[4]をご紹介します．

2．患者さんへの説明，教育，指導

- 介護保険の利用などでは，地域包括支援センターとの連携が必要になる場合がほとんどです．日頃から地域包括支援センターやケアマネージャーなどと交流して，連携をとりやすい環境をつくっておくとよいでしょう．
- 介護保険と障害者総合支援法では，介護保険が優先されます．したがって，障害者総合支援法のサービスの利用は，40歳未満であることなどの理由で介護保険のサービスを利用できないRA患者さんのうち，身体障害者手帳をお持ちでない方が主な対象となります．
- 日常生活支援のサービス利用をあきらめている患者さんも多くおられるようですので，ぜひ，ニーズを拾い上げてサービス利用へつなげてください．

文 献

1）「厚生労働省．介護・高齢者福祉」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/index.html（2025年4月閲覧）

2）「厚生労働省．障害者総合支援法の対象疾病（難病等）」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/hani/index.html（2025年4月閲覧）

3）「厚生労働省．障害者総合支援法が施行されました」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/sougoushien/index.html（2025年4月閲覧）

4）「東京都福祉保健局．障害福祉サービス等の内容」https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/shougai/shogai/naiyo.html（2025年4月閲覧）

Q7 就労支援制度にはどのようなものがあるのか?

1. 基礎知識

RAおよびJIA患者さんの就労を考える際，病勢に影響を及ぼす可能性がある関節への負担，職場環境，精神的ストレスなどさまざまな点を配慮する必要があります（**表1**）．また，RAおよびJIAにより身体機能に障害のある場合，働く意欲があってもさまざまな制約を受ける可能性があります．そのような方々に対して，行政や企業では以下のような取り組みを行っています．

表1　RA患者さんの就労に際して注意すべき点

1. 関節負荷の軽減（以下の作業を避ける）
   長時間の立位・歩行
   同一姿勢の維持を伴う仕事
   重いものをもち上げたり運んだりする仕事
   高いところに登る仕事
2. 精神的ストレスの軽減
3. 職場環境の整備（室温・湿度の調節）

1）「就労支援制度」とは？

障害のある方への支援を定めた「障害者総合支援法」には，**表2**に示すような就労関連支援事業があります．障害者総合支援法の対象者は障害者手帳をお持ちの方，もしくは対象となる病気に罹患している方となっており，RAおよびJIAも含まれます．支援を必要とする場合は市町村や保健所の担当窓口，障害者相談支援事業所などのソーシャルワーカーなどに相談することになります．

①就労移行支援

一般企業などへの就労を希望する方に，一定期

表2　障害者総合支援法による就労に関する支援事業

	就労移行支援事業（規則第6条の9）	就労継続支援A型事業（規則第6条の10第1項）	就労継続支援B型事業（規則第6条の10第2項）	就労定着支援事業（規則第6条の10）
事業概要	通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれる者に対して，①生産活動，職場体験等の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練，②求職活動に関する支援，③その適性に応じた職場の開拓，④就職後における職場への定着のために必要な相談等の支援を行う （標準利用期間：2年） ※必要性が認められた場合に限り，最大1年間の更新可能	通常の事業所に雇用されることが困難であり，雇用契約に基づく就労が可能である者に対して，雇用契約の締結等による就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等の支援を行う （利用期間：制限なし）	通常の事業所に雇用されることが困難であり，雇用契約に基づく就労が困難である者に対して，就労の機会の提供及び生産活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う （利用期間：制限なし）	就労移行支援，就労継続支援，生活介護，自立訓練の利用を経て，通常の事業所に新たに雇用され，就労移行支援等の職場定着の義務・努力義務である6月を経過した者に対して，就労の継続を図るために，障害者を雇用した事業所，障害福祉サービス事業者，医療機関等との連絡調整，障害者が雇用されることに伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談，指導及び助言その他の必要な支援を行う （利用期間：3年）
対象者	①企業等への就労を希望する者 ※平成30年4月から，65歳以上の者も要件を満たせば利用可能	①移行支援事業を利用したが，企業等の雇用に結びつかなかった者 ②特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが，企業等の雇用に結びつかなかった者 ③就労経験のある者で，現に雇用関係の状態にない者 ※平成30年4月から，65歳以上の者も要件を満たせば利用可能	①就労経験がある者であって，年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者 ②50歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者 ③①及び②に該当しない者で，就労移行支援事業者等によるアセスメントにより，就労面に係る課題等の把握が行われている者	①就労移行支援，就労継続支援，生活介護，自立訓練の利用を経て一般就労へ移行した障害者で，就労に伴う環境変化により生活面・就業面の課題が生じている者であって，一般就労後6月を経過した者

文献1より引用

間（原則2年以内），就労に必要な知識および能力向上のために必要な訓練を行います．就職活動準備，企業の見学や実習などの支援も受けられます．

②就労継続支援

一般企業などでの就労が困難な方に，働く場を提供するとともに，知識および能力の向上のために必要な訓練を行います．利用期間に制限はありません．雇用契約を結ぶA型と，雇用契約を結ばないB型があります．

③就労定着支援

一般就労に移行した方に，就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行います．利用期間は3年です．例えば，就職後に生じた人間関係の悩みや体調不良などに関して，企業や関係機関との連絡調整や課題解決に向けた支援などを行います．

2）障害を開示すべきか？ 障害者枠での応募は？

障害者である患者さんが就職先を考える際，障害を開示すべきか，障害者枠での応募を考えるべきか，など，迷うことも多いと思います．

まず，患者さんが障害者であることを開示（オープン）して働くか，開示せず（クローズ）働くか，について，それぞれのメリット，デメリットを**表3**にまとめてみます．障害の内容や程度にもよるので一概にその善し悪しは決められませんが，自分にとって働きやすい環境はどちらかをしっかり考えてもらうことが重要です．

また，企業の求人には「一般枠」と「障害者枠」があります．障害者枠に応募するには障害者手帳の所持が必要ですが，障害者手帳を所持している方は，一般枠，障害者枠のどちらにも応募できます．一般枠で応募する際は，障害の開示は必須ではありません．障害者枠での就職については，ハローワーク（「難病患者就職サポーター」を配置）や全国に設置された障害者就業・生活支援センターでご相談いただくことになります．

表3　障害をオープン/クローズでの就労

	メリット	デメリット
開示（オープン）	体調や障害に対して必要な配慮をしてもらえる 通院への配慮も得られる 障害者枠の求人に応募できる	職種の選択肢が狭くなる，求人件数が減る 軽作業が多く，作業内容が限られてしまう場合もある 非開示での雇用より賃金が低い場合もある
非開示（クローズ）	職種の選択肢が広がり，求人件数も多い	必要な配慮を受けられず職場への定着に不安が残る 通院のための休みが申請しづらい

2．患者さんへの説明，教育，指導

- 就労を考える際，障害の状況によっては行政からさまざまな支援を受けられることを説明しましょう．
- 患者さんが就職を考える際，障害があることを開示するのか，障害者枠で応募するのか，など悩む場合があると思います．それぞれのメリット，デメリットを十分に説明して，患者さんにとって働きやすい環境はどちらなのかをよく考えてみてもらいましょう．

文献
1）「厚生労働省．障害者の就労支援対策の状況」https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_40524.html（2025年4月閲覧）

第4部

災害時に対する備えと対応について

Q1 知っておくべき災害時の医療体制とRA患者さんの支援体制は？ 128
Q2 災害時に備えて知っておくべき内服薬や注射薬の知識は何か？ 130
Q3 災害時に困らないように家庭で取り組むべき対策は何か？ 133
Q4 知っておくべき災害発生時に必要な行動は？ 136
Q5 災害時・避難時の生活上の注意点は？ 138

Q1 知っておくべき災害時の医療体制とRA患者さんの支援体制は?

1. 基礎知識

災害時の医療体制については，超急性期から活動するDMAT（災害派遣医療チーム）の創設や災害拠点病院の指定，広域医療搬送計画の策定などが行われてきました．災害時は現場と支援チームとが連携し，超急性期から慢性期，既存の地域の医療へとシームレスな支援が行われます（**図1**）．さらに，地域を越えて被災地の災害医療情報を共有し，迅速で適切な医療・救護に関する情報の集約・提供を目的とした広域災害救急医療情報システム（EMIS）の普及も進められています．

RA患者さんはどんなときでも治療の継続が必要であり，また，身体に障害のある方もおられますので，災害時にはさまざまな支援を必要とします．災害対策基本法に基づく施策としては，個別対応がなされていない状況ですが，日本リウマチ財団は「災害時リウマチ患者支援事業」を通して災害時のリウマチ患者支援を実施しています[2]．災害時，同事業の協力医療機関の被災状況や診療体制，被災医療施設への応援体制，関連医薬品の供給体制などの情報提供を行っています（日本リウマチ財団ホームページ参照）[2]．

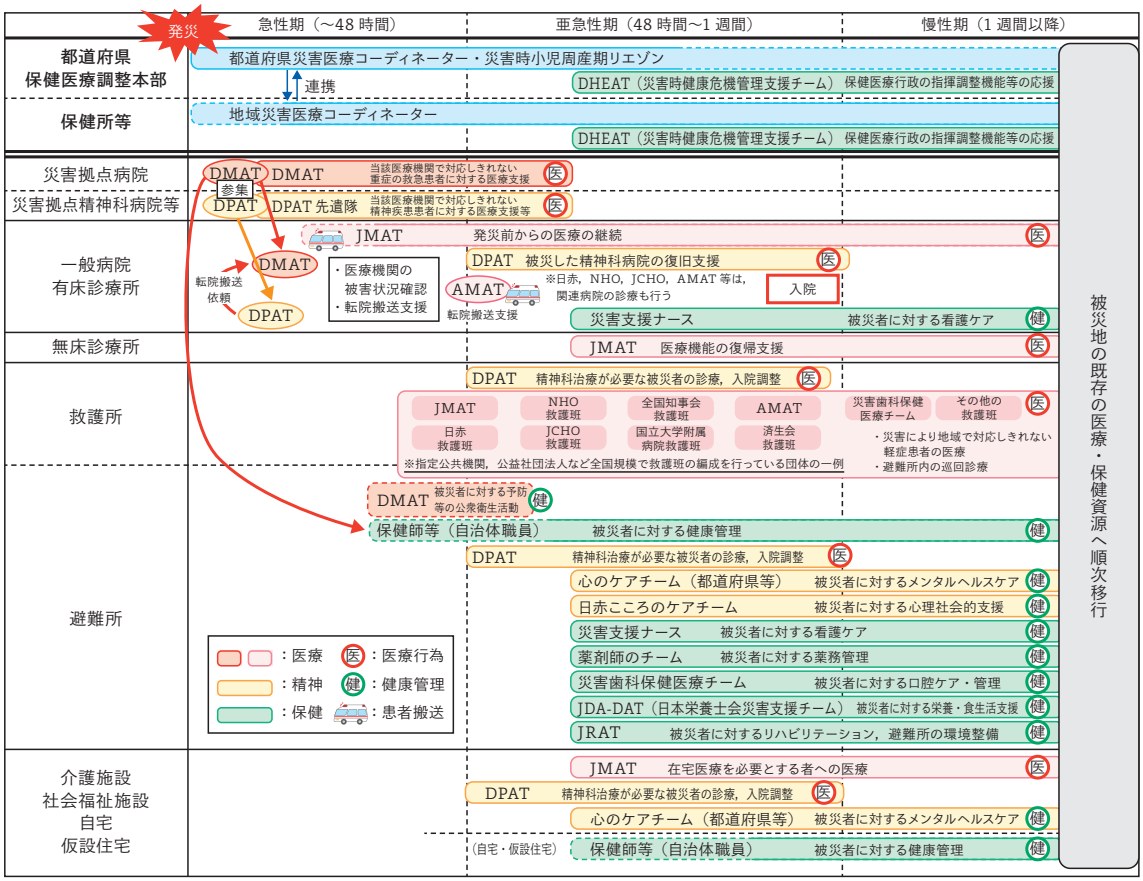


図1　災害時における被災地外からの医療・保健に関わる支援の例
文献1をもとに作成

実際，RA 患者さんは災害時にどんなことに困るのでしょうか？ 2004 年の中越地震では，関節痛が出現してステロイドの飲み忘れに気づき，余震のなか，薬を取りに戻った方や，自力で動けず運んでもらった方，避難所暮らしで合併症が悪化した方，下肢人工関節置換術を受けた患者さんで車中泊を続け一時歩けなくなった方などが報告されています[3]．

薬に関しては，万が一に備えて予備を持参しておくことが重要ですが，被災された際には身の安全を第一に考え，状況が落ち着くまでは家に取りに戻ることは避けるよう指導しましょう．薬は処方箋がなくても薬局が対応可能であれば医師の電話やメモがあれば数日分の調剤が認められています（注：後日処方箋発行が必須条件です）．また，災害救助法が適用された場合には救護所や避難救護センターなどで処方箋の交付を受け調剤が可能です．いずれの場合も，お薬手帳をコピーしたり携帯電話で写真を撮って保存しておくと有用です．

また，災害時に自力で避難することが困難な方を対象に「避難行動要支援者支援制度」が設けられています．これは，事前に市区町村が避難行動要支援者の名簿を作成し，本人に同意を得たうえで，名簿情報を避難支援にかかわる関係者（民生委員，自治会や自主防災組織，消防，警察など）に提供するもので，災害発生時，避難支援や安否確認などを行うことをめざしたしくみです（図 2）．登録の対象となる条件や登録方法については，それぞれの市区町村にお問い合わせください．

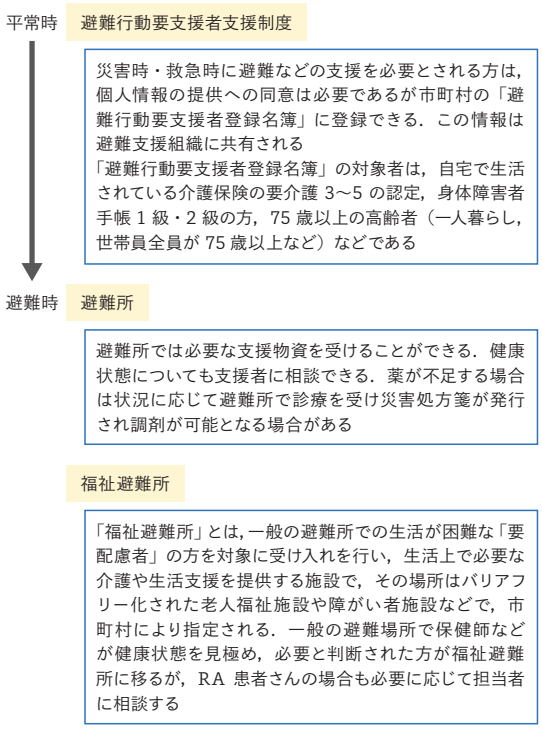


図 2　災害時の避難における支援体制

2．患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「災害はいつでも起こる可能性があります．ハザードマップ（**第 4 部-Q4** 参照）を参考に，身近でどのような災害が起こる可能性があるか考えてみましょう」

・「災害時に備え，お薬手帳をコピーしたり，携帯電話で写真を撮って保存しておきましょう」

● 災害時に自力で避難が難しい方には「避難行動要支援者支援制度」について説明し，希望される場合には各市区町村に問い合わせてみるよう指導しましょう．

文 献

1）「厚生労働省．災害時における被災地外からの医療・保健に関わるチームの一例」https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000377339.pdf （2025 年 4 月閲覧）
2）「日本リウマチ財団．災害時リウマチ患者支援」https://www.rheuma-net.or.jp/rheuma/disaster/（2025 年 4 月閲覧）
3）羽生忠正：臨床リウマチ 2006；18：256-261.

Q2 災害時に備えて知っておくべき内服薬や注射薬の知識は何か?

1. 基礎知識

「2020年リウマチ白書」によると，RA患者さんが災害時の備えとして準備するものとして，薬（78.2％），リウマチ手帳・お薬手帳（71.7％）をあげています[1]．しかし，薬を持ち出せた場合でも，災害で家屋が損壊したり，停電が長く続いたりした場合，いつものように内服薬や注射薬を家庭で保存することができません．内服薬の多くは直射日光や湿気を避け，室温（1～30℃）で保存していれば，成分の残存率に問題はありません．実際に，内服薬の抗リウマチ薬は，PTP包装での保存であれば，温度，湿度，光による影響はほとんど認められません（**表1**）．しかし，PTP包装から出した状態（裸錠）や服用時点ごとに分包してある状態（一包化）では，高湿度の場合は成分が溶け出てしまう可能性がありますので，普段から裸錠の状態で長く保管しないことや，一包化された内服薬は乾燥剤とともに保管するなどの指導が必要です．

一方，皮下注射製剤の生物学的製剤は，冷所で保存しなければなりません．日本薬局方によると，冷所とは1～15℃[2]とされていますが，生物学的製剤はさらに温度の範囲が狭く，すべての製剤で2～8℃と指定されています．また，温度だけでなく，光の影響も強く受けます（**表2**）．生物学的製剤それぞれで温度や湿度，時間の条件が異なるため，成分の残存率に影響しない条件の範囲を把握しておいた方がよいでしょう．

災害時に薬を持ち出せなかった場合は，一時的に治療が中断してしまうことがあります．この中断がRAやJIAの病態に影響があるかどうかが問題となります．一般的に考えると，効果の発現がゆっくりな薬や投与間隔が長い薬に関しては，多少間隔が開いても病勢に大きく影響することはないでしょう．例えば，MTXやcsDMARDsは効果が現れるのには数週間程度かかります．したがって，1～2週の中断でRAがすぐに悪化することは通常ありません．同様に，投与間隔が1～数週間である生物学的製剤を使用中の場合も，1～2週の投与延期で病勢に大きな変化を与えることはないでしょう．JAK阻害薬も数日程度の中断によりRAが急激に悪化することは通常ありません．一方，NSAIDsや副腎皮質ステロイドなどのすぐに効果が現れる薬は，服用間隔が開いてしまうと，痛みや炎症が出現するかもしれません．特に副腎皮質ステロイドは，長期間使用している場合の急な中断は，数日間であっても途切れると反跳（リバウンド）現象といって病状がかえって悪化するだけでなく，副腎機能不全を生じて非常に危険な状況（ステロイド離脱症候群）に陥る可能性があります．

中断前の病勢が高い場合や災害時のストレス，環境の変化により，中断後早期にRAやJIAの症状の悪化がみられる可能性も考えられますので，災害時に必ず薬を持ち出せるように日頃から準備をしておくことはとても大切です．また，お薬手帳やリウマチ手帳などの常時携帯はもちろん，自治体が公表している災害時に医療支援を受けることのできる医療救護所を知っておくとよいでしょう．

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● 指導例：

・「災害時にすぐに薬をもち出せるように準備しておくとよいでしょう．内服薬はシートのまま保管しておくことを勧めします．一包化された薬は乾燥剤と一緒に保管してください．」

・「注射薬は，温度や光によって有効成分が分解してしまうことがありますので，災害時に持ち出すときには，光から薬を守るためにその箱や袋から出さずに持ち出し，冷蔵できなかった日時と，およその温度を記録してください．状況

によっては使用できる場合もありますので，使用前にかかりつけ医または薬剤師にご連絡ください．」

・「ステロイドはとても大切な薬です．急に止めてしまうと具合が悪くなることがありますので，災害時に持ち出せなかった場合は，医療支援をすみやかに受けられるように困っていることを周りに伝えましょう．」

・「災害時に治療でお困りのときには，お住まいの近くの医療救護所で医療支援を受けることができます．市区町村から発行されている防災マップやホームページに記載されていますので，平時から把握しておくことをお勧めします．」

表1　代表的なDMARDs（内服）の保存条件と製剤安定性試験の結果

医薬品名	通常の保存条件	加速試験*1	苛酷試験*2など
メトトレキサート（リウマトレックス®カプセル2mg）	室温保存	40℃/75％RH*3/PTP包装+アルミ袋/6カ月：規格内	該当なし 参考：室温/常湿/室内散光/30日：規格内 30℃/75％RH*3/遮光/無包装/30日：規格内
タクロリムス（プログラフ®カプセル1 mg）	室温保存	該当なし 参考：有効成分の加速試験は「いずれも規格内であった」	30℃/60％RH/PTP包装/24カ月：規格内での変化あり 30℃/75％RH/無包装/3カ月：規格内 5℃⇔40℃/PTP包装+アルミ包装75％RH×2サイクル（2カ月）：規格内での変化あり 1,000 lx/無包装/25日：規格内での変化あり
サラゾスルファピリジン（アザルフィジン®EN錠250 mg，500 mg）	室温保存	40℃/75％RH/PTP包装/6カ月：規格内	40℃/75％RH/遮光/気密容器/6ヵ月：規格内 30℃/75％RH/遮光/無包装/6カ月：50 mg規格内 30℃/70％RH/無包装/3カ月：100 mg規格内，含量4.1％上昇，硬度17.8→5,0 kgに低下 1,000 lx/総照度120万lx･hr*4/気密容器/無包装：50 mg規格内 1,000 lx/総照度430万lx･hr/気密容器/無包装：100 mg規格内
ブシラミン（リマチル®錠50 mg，100 mg）	室温保存	40℃/75％RH/PTP包装/6カ月：規格内	40℃/75％RH/ガラス瓶/無包装/3カ月：規格内 30℃/75％RH（暗所）/無包装/3カ月：50 mg高度低下，100 mg規格内 25℃/標準光源1,000 lx/総照度120万lx･hr/無包装：規格内
イグラチモド（ケアラム®錠）	室温保存	40℃/75％RH/PTP包装/6カ月：規格内	60℃/ガラス容器（密栓）/無包装/3カ月：規格内 25℃/75％RH/無包装/6カ月：規格内 2,000 lx/総照度120万lx･hr/総近紫外放射エネルギー200W･hr/m^2/無包装/600時間：規格内
トファシチニブ（ゼルヤンツ®錠）	室温保存	40℃/75％RH/PTP包装/6カ月：規格内	総照度120万lx･hr/総近紫外放射エネルギー200W･hr/m^2/PTP包装，無包装：規格内
バリシチニブ（オルミエント®錠2 mg，4 mg）	室温保存	40℃/75％RH/PTP包装/6カ月：規格内	70℃/20％RH，75％RH/無包装/28日：類縁物質増加を認めた（規格を逸脱） 室温，常湿/約240万lx･hr*5および総近紫外放射エネルギー薬1,200W･h/m^2/無包装/：規格内
ペフィシチニブ（スマイラフ®錠50 mg，100 mg）	室温保存	40℃/75％RH/PTP＋アルミ袋（乾燥剤）/6カ月：規格内	30℃/75％RH（暗所）/無包装/3カ月：規格内 40℃/75％RH（暗所）/無包装/3カ月：規格内（使用上問題とならない程度の硬度の低下が認められた） 25℃/標準光源1,000 lx/無包装/50日：規格内
ウパダシチニブ（リンヴォック®錠7.5 mg，15 mg）	室温保存	40℃/75％RH/二重ポリエチレン製袋/6カ月：規格内	50℃/75％RH/二重ポリエチレン製袋/15日：規格内 総照度120万lux･hr以上/総近紫外放射エネルギー200W･h/m^2以上/無包装：規格内
フィルゴチニブ（ジセレカ®錠100 mg，200 mg）	室温保存	40℃/75％RH/PTP＋アルミ袋（乾燥剤）/6カ月：規格内	30℃/75％RH/無包装/105日/規格内（規格値範囲内での水分の増加が認められた） 総照度120万lx･hr以上/総近紫外放射エネルギー200W･hr/m^2以上/無包装（曝光）：規格内

各製薬会社インタビューフォームを参考に作成

＊1：加速試験：通常の貯蔵方法で長期間保存した場合の化学的変化を予測，および流通時に起こり得る貯蔵方法の短期的な逸脱の影響を評価するための試験

＊2：苛酷試験：流通時に遭遇する可能性のある苛酷な条件における品質の安定性に関する情報を得るための試験

＊3：RH：相対湿度（一般的な湿度）

＊4：120万lx・hrとは1,000 lx（JIS照度基準【自宅の勉強読書】）で1,200時間（50日間）照射し続けた照度

＊5：240万lx・hrとは1,000 lx（JIS照度基準【自宅の勉強読書】）で2,400時間（100日間）照射し続けた照度

参考：日本工業規格照明基準総則による基本的な照明要件：教室（300 lx），診察室・会議室（500 lx），事務室（700 lx），手術室・救急室（1,000 lx）

表2　代表的なDMARDs（皮下注射）の保存条件と製剤安定性試験の結果

医薬品名	保存条件	加速試験	苛酷試験
メトトレキサート皮下注（メトジェクト® 皮下注7.5 mgシリンジ、7.5 mgペン）	凍結を避け25℃以下	40±2℃/75±5％RH/シリンジ（外箱なし）/3カ月：規格内、6カ月：類縁物質増加により規格外 参考：25±2℃/60±5％RH/シリンジ（外箱なし）/6カ月：規格内	総照度120万lx･hr/総近紫外放射エネルギー200W･hr/m²/ペン（未包装）：類縁物質増加により規格外，ペン（個装箱に包装）：規格内，ペン（アルミ箔で被覆）：規格内
エタネルセプト（エンブレル® 50 mg）	2～8℃	25℃/暗所/12カ月：3カ月までは安定	40℃/暗所/無包装/8週：2週間までは規格内 5℃/総照度120万lx･hr*以上/総近紫外放射エネルギー200W･hr/m²以上/無包装：純度試験で規格を逸脱 5℃/総照度120万lx･hr以上/総近紫外放射エネルギー200W･hr/m²以上/市販包装：規格内 23℃/室内蛍光灯下/無包装/12週：規格内
アダリムマブ（ヒュミラ® 20 mg，40 mg，80 mg）	2～8℃	5℃/遮光/無包装/36カ月：リジン変異体の減少傾向および単量体の減少傾向を認めたが，ごくわずかであった。 （参考） 室温/遮光/48時間：規格内 9～15℃/遮光/無包装/5日間：規格内 15～25℃/遮光/無包装/2日間：規格内 26～30℃/遮光/無包装/12時間：規格内	25℃/60％RH遮光/無包装/6カ月：リジン変異体の減少および単量体の減少を認めた。 40℃/75％RH遮光/無包装/6カ月：リジン変異体の減少および単量体の減少を認めた
ゴリムマブ（シンポニー®）	2～8℃	該当なし 参考：「包装された状態（遮光された状態）であれば，冷蔵庫から取り出した後，25°C以下で保存することも可能であるが，30日以内に使用すること」の記載あり	35℃/無包装/3カ月間：規格内での変化あり －18℃/3日以上→25℃/3日→5℃/1日以上→－18℃/3日以上保存を1サイクルとし，3サイクル目終了後に5℃で1日保存/無包装：規格内 室温/120万lux･hr/総近紫外放射エネルギー200W･h/m²/2次包装（外箱）：規格内 室温/120万lux･hr/総近紫外放射エネルギー200W･h/m²/無包装：規格を逸脱
セルトリズマブ・ペゴル（シムジア®）	2～8℃	25±2℃/60±5％RH/無包装/6カ月：分解物の増加を認めた	5℃で3日，30℃で4日，5℃で4日，30℃で3日，5℃で3日，30℃で4日の3回の温度サイクル/無包装：変化なし 室温/120万lux･hr/総近紫外放射エネルギー200W･h/m²/無包装：分解物の増加を認めた
オゾラリズマブ（ナノゾラ®30 mgシリンジ）	2～8℃	25±2℃/60±5％RH/無包装/6カ月：室温/120万lux･hr/総近紫外放射エネルギー200W･h/m²/無包装：分解物の増加を認めた（3カ月までは規格内）	40±2℃/75±5％RH/無包装/3カ月：室温/120万lux･hr/総近紫外放射エネルギー200W･h/m²/無包装：分解物の増加を認めた（1カ月で規格外） 室温/120万lux･hr/総近紫外放射エネルギー200W･h/m²/無包装：分解物の増加を認めた（規格外） 室温/120万lux･hr/総近紫外放射エネルギー200W･h/m²/2次包装（外箱）：規格内
トシリズマブ（アクテムラ®）	2～8℃	25℃/無包装/6カ月：規格内での変化あり	40℃/無包装/3カ月：分解物と不溶性微粒子の増加を認めた 25℃/120万lux･hr/総近紫外放射エネルギー200W･h/m²/無包装：分解物と不溶性微粒子の増加，色調の変化（淡黄色→黄色）を認めた （参考） －20°C⇔5°C×2サイクル（28日）→30°C（14日）→5°C（24カ月）→30°C（14日）：規格内
サリルマブ（ケブザラ®）	2～8℃	詳細な条件記載なし：純度の減少および分子変化体の増加が認められた	詳細な条件記載なし：純度の減少および分子変化体の増加が認められた
アバタセプト（オレンシア®）	2～8℃ 遮光	25℃/60％RH/暗所/無包装/6カ月：純度試験において経時的な変化がみられ，6カ月の時点で規格に適合しなかった	30℃/75％RH/暗所/無包装/1週：規格内 40℃/75％RH/暗所/無包装/1日：純度試験が規格に適合しなかった 25℃/60％RH/室内散光（500 lx）/無包装/2日：規格内 25℃/60％RH/室内散光（500 lx）/2次包装（紙箱・遮光）/7日：規格内 25℃/20万lux･hr/総近紫外放射エネルギー200W･h/m²/無包装/4日：純度試験が規格に適合しなかった 25℃/20万lux･hr/総近紫外放射エネルギー200W･h/m²/2次包装（紙箱・遮光）/4日：規格内

各製薬会社インタビューフォームを参考に作成

＊120万lx・hrとは1,000 lx（JIS照度基準【自宅の勉強読書】）で1,200時間（50日間）照射し続けた照度

文献

1）「2020年リウマチ白書」（公益社団法人 日本リウマチ友の会/編），2020

2）「厚生労働省．第十八改正日本薬局方」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000066530.html（2025年4月閲覧）

Q3 災害時に困らないように家庭で取り組むべき対策は何か?

1. 基礎知識

阪神・淡路大震災では多くの方が家具の下敷きになりました．また，災害時には電気やガス，水道などのライフラインが止まる場合も多く，普段からの準備が大切です．

1）食料・飲料・生活必需品の備蓄

飲料水や保存の効く食料品などの日常生活の必需品を人数分備えるようにします（**図1**）[1]．生活用水も必要で，水を入れたポリタンクや，お風呂の水を張っておく，などの備えをお勧めします．懐中電灯，カセットコンロ，携帯ラジオ，使い捨てカイロなども役立ちます．ヘルメットや軍手も身を守るうえで大切です．

2）非常用持ち出しバッグの準備

RA患者さんが避難時に携帯すべき必需品としては，①RAの治療薬など医療に関連したもの，②貴重品，③緊急連絡カード（後述），④緊急連絡先のリスト，⑤通信手段，⑥避難所や避難ルート図，⑦衣食住など日常生活を送るうえで必要なものなどがあります（**図1**）．自宅が被災する可能性を考え，非常時に携帯する必需品を関節に負担がかからないような重さまでに制限してリュックサックに詰めて準備します．

災害時には，ケガをして応急処置が必要な場合や，皮膚のトラブル，急な関節痛の増悪などが起こりがちです．絆創膏や消毒液のほか，ガーゼや

非常用持ち出し品（非常用持ち出しバッグに準備しておきましょう）			
□	飲料水	□	持病の薬（内服，注射製剤，個包装のアルコール綿）は1週間分ぐらいの予備を準備しておく，お薬手帳のコピー，直近の検査データ　※携帯電話にも保存
□	食品〔ご飯（アルファ米など），レトルト食品，ビスケット，チョコレート，乾パンなど：最低3日分の用意〕	□	救急用品（体温計，ばんそうこう，包帯，ネット包帯，ガーゼ，消毒液，常備薬，湿布など）
□	防災用ヘルメット・防災ずきん	□	マスク
□	衣類・下着・タオル・ブランケット	□	手指消毒用アルコール
□	レインウェア・軍手	□	緊急連絡先リスト，緊急連絡カード　※携帯にも保存
□	ウェットティッシュ，トイレットペーパー	□	避難所や避難ルート　※携帯にも保存
□	紐なしのズック靴	□	自助具・杖（必要に応じて）
□	懐中電灯（手動充電式が便利）	□	携帯トイレ
□	携帯ラジオ（手動充電式が便利）	□	折り畳み椅子（必要に応じて）
□	予備電池・携帯充電器	□	エア枕，エアクッション
□	マッチ・ろうそく	□	使い捨てカイロ
□	洗面用具・歯ブラシ・歯磨き粉・石鹸・ハンドソープ	□	サポーター・レッグウォーマー
□	ペン・ノート	□	アルミブランケット
□	携帯電話，貴重品（通帳，印鑑，現金，健康保険証，パスポート，運転免許証，マイナンバーカードなど）	□	防犯ブザー/ホイッスル（キーホルダータイプが便利）
備蓄品（上記以外）			
□	飲料水　3日分（1人1日3リットルが目安）	□	カセットコンロ
□	食品（最低3日分，できれば1週間分）	□	ラップ，ゴミ袋，ポリタンク（折り畳み式が便利）

図1　災害時に備えてRA患者さんが用意すべき必需品チェックリスト
※必要に応じて非常用持ち出しバックにヘルプマークをつけておくとよいでしょう
文献1をもとに作成

固定用テープ，ネット包帯，湿布などが役立ちます．少量ずつ備えておくとよいでしょう．

全体ではかなりの量になるので，患者さんご自身で携行できない分は，事前にご家族や支援者の方に相談し，災害時に持ち出してもらえるよう依頼しておくことが大切です．

3）災害時に備えて準備すべき情報（緊急連絡カードの準備）

災害時には主治医とは異なる医師に診察を受ける可能性があります．RA は慢性疾患であり治療経過が長く，また多くの種類の薬剤を服用している患者さんも少なくありません．患者さんの基本情報を「緊急連絡カード」（**図 2**）に記載し，患者さん自身が携帯しておくと受診がスムーズになります．保険証番号やかかりつけの病院の診察券番号，障害者年金など公的制度の支援を受けている場合は受給者番号や介護保険の被保険者番号なども記載しておくと便利です．自身の住所や電話番号だけでなく，家族や親戚などの緊急時の連絡先，できれば居住地以外の親族がいればその連絡先も記載しておくと被災地外からの支援が受けやすくなるかもしれません．かかりつけの調剤薬局，訪問看護ステーションの名前や連絡先，ケアマネージャーの名前なども記載しておくとよいでしょう．

RA 以外の疾患を併存している場合は，それぞれの疾患についても同様に記載しておきます．また患者さんが使用している薬のなかで，副腎皮質ステロイドや降圧薬，インスリンなど急に中断してはいけない薬がないか，事前に主治医と相談して，記載しておくことが必要です．

災害時には怪我などで輸血や普段使用していない薬剤での治療を行う場合もあり，血液型や薬剤アレルギー，その他，食物などを含めアレルギーがある場合は，わかるように記載しておくことが



図 2　緊急連絡カード

重要です．また，ワクチン接種歴，特に肺炎球菌ワクチンについては接種日も記載しておく必要があります．

4）災害時における安全な空間づくり

地震では家具は倒れるものと考えて，日頃から転倒防止対策を講じることが必要です[2) 3)]．すぐ手の届く場所にものを置くRA患者さんも多く，避難の際につまずいたり通路をふさがれたりしないように注意することが必要です．

2．患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

・「災害時は電気やガス，水道などが止まる場合があり，日ごろからチェックリストを見ながら必需品を準備しておいてください．」

・「特に，非常用持ち出し袋には数日～1週間分のお薬を，最新のお薬手帳のコピーや受診先の診察券のコピーとともに入れておいてください．」

・「緊急連絡カードをつくり，ご家族や親戚のほか，通院先の医療機関名と電話番号，主治医名，かかりつけの調剤薬局，介護支援を受けている場合は訪問看護ステーションの名前や連絡先，ケアマネージャーの名前なども記載しておくとよいでしょう．」

・「使用している薬のなかで，ステロイドや降圧薬，インスリンなど急に中断してはいけない薬がないか主治医に確認し，血液型や薬剤・食物アレルギー，ワクチン接種歴などとともに，緊急連絡カードに記載しておきましょう．」

文 献

1）「首相官邸．災害が起きる前にできること」https://www.kantei.go.jp/jp/headline/bousai/sonae.html（2025年4月閲覧）

2）「内閣府．防災情報のページ：特集 家族で防災」http://www.bousai.go.jp/kohou/kouhoubousai/h23/66/special_01.html（2025年4月閲覧）

3）「東京都渋谷区．一般向け家具転倒防止金具等購入費用の補助」https://www.city.shibuya.tokyo.jp/bosai/josei/tento-boshi-josei/kaguten_hojo.html（2025年4月閲覧）

Q4 知っておくべき災害発生時に必要な行動は?

1. 基礎知識

災害発生時には，まず身の安全を保ち，火を消す，逃げ道を確保する行動が必要です．災害の発生状況と自宅や周辺地域の被害状況をすみやかに情報収集し，適切な避難行動を考え急いで逃げることが重要ですが，RA患者さんの場合は，関節の痛みや変形がある場合も多く，転倒には注意が必要です．

災害時には市区町村から避難情報が発令され，テレビやラジオ，インターネット，防災行政無線や広報車などで勧告が出ますが，普段から居住地域の災害リスクや避難場所，避難経路を市区町村が公表しているハザードマップで確認しておくことも重要です（図1）[1]．事前に避難経路を確認し，どれくらい時間がかかるかをあらかじめ理解しておくこと，特に，車椅子を普段使用しているRA患者さんの場合は，車椅子が通れるかどうかも確認しておくことが重要です．

図2は災害時の警戒レベルと避難行動の指標を示しています[2]．警戒レベル1では，災害発生の危険性は低いものの災害への注意喚起が求められ，

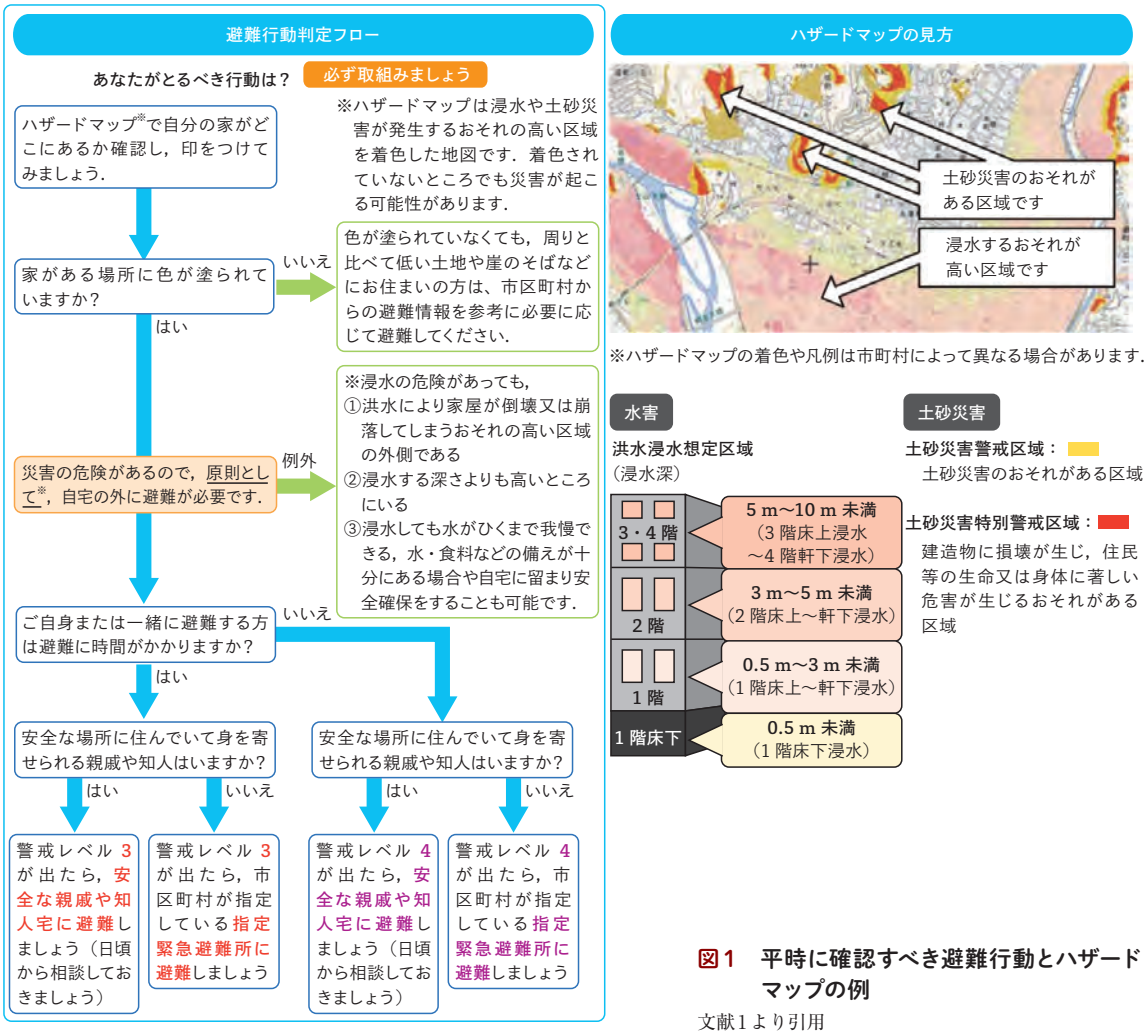


図1　平時に確認すべき避難行動とハザードマップの例
文献1より引用

警戒レベル2では，災害発生リスクが高まってきた段階です．警戒レベル3では高齢者や障害のある方などは安全な場所へ避難が必要で，RA患者さんの場合は移動に時間がかかる場合が多く，この段階で避難を終えておくのが安全です．警戒レベル4は「避難指示」が発令される段階で，全員すみやかに避難が必要です．警戒レベル5はすでに災害が発生している状況で，安全な避難が難しい場合は，命を守る最善の行動をとってください．

避難する場合は，必需品は携行して避難できるように準備しておくこと（**第4部-Q3**参照），特に患者さんが普段使用している薬剤は，1週間分程度は持参するよう準備しておくことが重要です．必需品が多くて自分一人で持参できない場合は，前もって家族や支援者にお願いしておくことも大切です．RA患者さんを含め，災害時に配慮や支援が必要な人々に対する制度として，避難行動要支援者支援制度があります．これは自力で安全な場所への避難が困難な方の避難誘導に役立てるために本人の同意に基づいて，避難行動要支援者名簿に情報を登録する制度です．一人暮らしの方や避難に支援が必要と思われる方は，事前に居住地の市区町村に相談してください（**第4部-Q1**参照）．



図2　災害時の警戒レベルと取るべき避難行動
文献2より引用

2. 患者さんへの説明，教育，指導

● **指導例：**

- 「災害発生時には，まず身の安全を保ち，火を消す，逃げ道を確保する行動が必要ですが，避難の際には慌てて転倒しないように注意してください．」
- 「避難の際に必需品を携行できるように準備しましょう．薬は1週間分程度携行できればいいですが，もし薬を持ち出せなくても安全が確認されるまでは取りに戻らないようにしましょう．」
- 「平時よりハザードマップで危険箇所や避難場所，避難経路などの情報を確認し，避難にどの程度時間がかかるかを確認しておきましょう．また患者さんの居住地の市区町村の災害時の避難情報とその入手方法（市区町村のウェブサイト，防災無線など）を確認しましょう．」
- 「災害レベルについて理解し，避難が遅れないように注意してください．」
- 「自力での避難が困難な場合，誰と行動するか，支援者について具体的に考え，地域での取り組みについても確認してください．」
- 「避難時に支援を要する方は，“避難行動要支援者名簿”への登録を市区町村にご相談ください．」

文献

1）『内閣府．「避難行動判定フロー」および「避難情報のポイント」』http://www.bousai.go.jp/fusuigai/typhoonworking/pdf/houkoku/campaign.pdf（2025年4月閲覧）
2）『政府広報オンライン．「警戒レベル4」で危険な場所から全員避難！5段階の「警戒レベル」を確認しましょう』https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201906/2.html（2025年4月閲覧）

Q5 災害時・避難時の生活上の注意点は?

1. 基礎知識

被災時には体調面や衛生面，精神面などについて注意が必要です．

体調面では，睡眠や食事などできるだけ規則正しい生活を心がけ，薬も決められた通りに飲むことが基本です．副腎皮質ステロイドなど中断すると危険な薬については，普段から医師に確認しておくことが必要です（**第4部-Q2**参照）．

避難所や車など狭い場所で長時間足を動かさないと，血行不良で血栓ができ深部静脈血栓症や肺塞栓などエコノミークラス症候群が起こる恐れがあります．片側の下肢の腫脹や疼痛，胸痛や息苦しさなどがあればすぐに受診が必要です．また予防としてこまめな水分補給，ストレッチやかかとの上げ下ろし運動，軽い体操を行うことが有用です（**図1**）[1]．これらの運動は避難所生活による筋力低下の予防にもなります．

RA患者さんでは免疫を抑制する薬剤を使用している場合が多く，感染症に注意が必要です．避難所での集団生活では新型コロナウイルスやインフルエンザ，感染性胃腸炎など感染症が広がりやすいため，十分な手洗いやうがい，マスク着用，換気，一定の距離を保つ，などの予防が重要です．必要なワクチン接種は普段から実施しておくことも大切です．RA患者さんでは骨粗鬆症に対してビスホスホネート製剤や抗RANKL抗体製剤を使用している方も多く，口腔内感染とともに顎骨壊死のリスクを下げるためにも歯みがきやうがいは重要です．また排尿を我慢すると尿路感染症のリスクが増します．水分の摂取が足らず脱水になると，心筋梗塞や脳梗塞，暑い時期には熱中症の原因にもなります．熱中症対策としては水分と同時に塩分補給も必要です．経口補水液やスポーツドリンクなど塩分の多い飲料も有用ですが，吐き気や頭痛，虚脱感，意識レベル低下などの症状がある場合はすぐに受診が必要です．また土で汚れた傷は破傷風感染の恐れもあり診察を受けるようすすめてください．

衛生面では提供された食事は早めに食べ，ゴミはすみやかに捨てるようにします．居住スペースは土足禁止とし布団を敷くところと通路を分けます．避難生活が長期に及ぶとダニが繁殖しやすいので，定期的な清掃や布団などの日干しが望まれます．定期的に窓を開けるなど換気も重要です[2]



図1　災害時におけるエコノミークラス症候群の予防
文献1より引用

生活面では，慣れない生活や不安により睡眠が十分とれない恐れがあります．夜は毛布などで光や音の刺激を減らし温度調節を行い，昼間に睡眠をとりすぎないなど工夫が必要です．寒い時期はリウマチの痛みが強くなる場合が多いので，カイロや毛布などで関節や身体を冷やさないようにします．食事は，まず体力を維持するためのエネルギー確保が重要です．食欲がないときは，カロリーの高い飲料を試してください．ビタミンやカルシウムなどのミネラル，食物繊維も不足しますので野菜や果物のジュースを積極的に取るようにしますが[3]，食事制限が必要な方は医療支援者に相談してください．

避難所ではできる限りプライバシーを保てる空間や仕切りを確保して生活しますが，関節の変形や痛みのあるRA患者さんの場合，椅子やベッドが使えない狭い避難所での生活は関節など身体に負担となる場合があります．段ボールベッドを用意する避難所も少しずつ増えているようですので現場で相談してみてください．また，要支援者に配慮した福祉避難所が開設されることがありますので，必要な場合は担当者に確認してください．喫煙については肺や心血管系の合併症や呼吸器感染症のリスクも高まり，また受動喫煙の問題もあるので控えてください．

精神面ではストレス反応を軽減させる方法として，傾聴することがまず大切です．無理に聴き出したり，災害を想い起こさせる聴き方は避けながら，話を妨げず共感する姿勢で接します．被災者の安全を確保し尊厳に配慮しながら心理・社会的支援を行うために，支援者が身につけておくべき心構えと対応を学ぶのに，世界保健機関（WHO）が示したサイコロジカル・ファーストエイド（Psychological first aid：PFA）ガイドライン[4]が役に立ちます．被災者が自然な回復力（レジリエンス）を取り戻せるよう，心のケアをむやみに押しつけないように支援する必要があります．被災者の気持ちが落ち着くような話し方を心がけ，必要に応じて公共のサービスや情報につなげます．強度の不眠や緊張，興奮が続く，ストレスによる深刻な身体症状，強い落ち込みなど，心的外傷後のストレス症状が顕著な場合は専門家への紹介が必要です[5]．

2．患者さんへの説明，教育，指導

● 指導例：

・「エコノミークラス症候群の予防のため水分をこまめにとり，無理のない範囲でストレッチやかかとの上げ下ろし運動や軽い体操などを，また関節可動域や全身の筋力を保つためにも適度な運動を行いましょう．」

・「衛生面を考え，食事の前には手洗い・うがいを行い提供された水や食事は早めに取りましょう．定期的に窓を開けるなど換気も重要です．」

・「インフルエンザや新型コロナウイルスなど感染症の予防のため十分な手洗いやうがい，換気，マスク着用，一定の距離を保つなどが必要です．何か症状があれば医療者に相談しましょう．」

・「災害時には必要に応じて要支援者に配慮したバリアフリー化が図られた福祉避難所が開設される場合がありますので，利用が可能か避難先にてご確認ください．」

・「体調の変化，薬や自己注射の消毒綿などが不足する場合は医療支援者に相談してください．」

参 考

1）「厚生労働省．エコノミークラス症候群の予防のために」https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000212521_00001.html（2025年4月閲覧）

2）「厚生労働省．被災地での健康を守るために」https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/hoken-sidou/disaster.html（2025年4月閲覧）

3）「国立研究開発法人　医薬基盤・健康・栄養研究所．災害栄養情報研究室．災害時の栄養情報ツール」https://www.nibn.go.jp/eiken/disasternutrition/info_saigai.html（2025年4月閲覧）

4）「World Health Organization．Psychological first aid : Guide for field workers, WHO［訳：国立精神・神経医療研究センター，他．心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエイド：PFA）フィールド・ガイド．2011］」https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/images/upload/files/whopfa_jpn.pdf（2025年4月閲覧）

5）「国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 ストレス・災害時こころの情報支援センター．心理的応急処置（Psychological First Aid：PFA）」https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/research_top_detail.php?@uid=KRLjKa8fZG-gUFzEn（2025年4月閲覧）

索引

欧　文

A～D

ACR/EULAR関節リウマチ分類基準 ……16
ADL ……20, 48, 99
AWGS2019 ……104
bDMARDs ……32
Boolean基準 ……19
B型肝炎 ……54
CDAI ……19
CGA ……102
CKD ……60
CRP ……17
csDMARDs ……31
csDMARDsの副作用 ……31
csDMARDsの減量・中止 ……39
CVD ……60
C型肝炎 ……54
DAS28-CRP ……19
DAS28-ESR ……19
DASC-8 ……99
DMARDs（内服）の保存条件 ……131

H～J

HAQ-DI ……20
IADL ……48, 99
IL-6阻害薬 ……32
JAK阻害薬 ……34
JAK阻害薬の減量・中止 ……39
Janus kinase阻害薬 ……34
JIA ……66
JIAとRAの違い ……67
JIA分類基準 ……66
JIA患者さんに対する医療費助成 ……75, 118
JIA関連ぶどう膜炎の有病率 ……70

M・N

MAS ……67
mHAQ ……20
MMP-3 ……17
MRA ……12
MRI検査 ……18
MTX ……30
MTXで気を付けるべき副作用 ……30
NSAIDs ……35
NSAIDsの副作用 ……35

P～S

Psychological first aidガイドライン ……139
RANKL ……37
RA患者さんが利用できる主な医療・福祉支援 ……111
RA治療で用いられる薬剤 ……29
RA治療の4本柱 ……28
RF ……17
SARC-F ……104
SDAI ……19
SSI ……42
STAT ……34

T～Z

T2T ……22, 26
TNF阻害薬 ……32
Treat to Target ……22
tsDMARDs ……34
T細胞選択的共刺激調節薬 ……32
VAS ……19
Window of opportunity ……44
Z変形 ……14

和　文

あ～お

悪性関節リウマチ ……12, 15, 61
悪性関節リウマチに関連した医療費助成制度 ……118
悪性腫瘍 ……58
悪性リンパ腫 ……58
アミロイドーシス ……15
育成医療 ……112
医療費控除制度 ……120
医療・福祉制度 ……110
運動器リハビリテーション ……44
疫学 ……12
エコノミークラス症候群 ……138
オペラグラス変形 ……13

か

介護医療院 ……107

介護保険……44
介護保険施設……107
介護保険制度……122
介護老人保健施設……107
外反母趾……14
画像検査……18
顎骨壊死……37
合併症……60
滑膜関節……13
加齢と妊娠の関係……81
がん……58
寛解……21
寛解基準……19
寛解の種類……21
がん検診……59
間質性肺炎……15, 57
患者支援制度……61
患者数……12
関節以外の症状……15
関節炎の症状……13
関節外症状……15
関節型JIA症例の進学，就労に関する指導……78
関節型JIA治療薬の副作用……70
関節型JIAに使用される生物学的製剤……68
関節型JIAの移行サマリー……77
関節型JIAの生活指導……73
関節型JIAのリハビリテーション……74
関節症状……13
関節スコア……16
関節破壊の経年的変化……24
関節リウマチ診療ガイドライン……23, 26
完全寛解……21
感染症……54
感染予防対策……28
漢方薬……63

き

喫煙……12
機能的寛解……20, 21
基本的ADL……48, 99
強膜炎……15
胸膜炎……15
緊急連絡カード……134

け

経過……24
血液検査……17
結核……54
血管炎……15
月経周期……83
原因……12
健康食品……63
限度額適用認定証……115

こ

抗CCP抗体……17
抗RANKL抗体……37
高額医療合算介護サービス費……115
高額介護合算療養費……61, 115
高額療養費制度……61, 114
後期高齢者の質問票……102
膠原病……12
更生医療……112
構造的寛解……21
高齢RA患者さんの治療目標……99
高齢RA患者さんの特徴……98
高齢RA患者さんの服薬管理指導……101
高齢者総合機能評価……102
高齢で発症したRA……98
高齢発症……12
子育て支援サービス……96
骨髄浮腫……18
骨折のリスク因子……53
骨粗鬆症……36, 37
骨粗鬆症対策……53

さ

災害時における安全な空間づくり……135
災害時の医療体制……128
災害時の警戒レベル……136
災害時リウマチ患者支援事業……128
細菌性肺炎……54
サイコロジカル・ファーストエイドガイドライン139
在宅療養……107
サイトカイン……32
サプリメント……28, 63
サルコペニア……104, 106
サルコペニア診断基準……104
三角変形……14
産後うつ……93

し

シェーグレン症候群……15
自己免疫疾患……12
指趾壊疽……15

歯周病 ……12
自助具 ……48
疾患活動性（産後）……92
疾患活動性（妊娠中）……89
疾患活動性の評価 ……19
指定難病 ……118
指定難病（悪性関節リウマチ）重症度分類 ……119
指定難病医療費助成制度 ……75
指定難病（関節型JIA）重症度分類 ……76
紫斑 ……15
尺側偏位 ……13
若年性特発性関節炎 ……66
若年性特発性関節炎親の会「あすなろ会」……62
周術期のマネージメント ……42
重度心身障害者医療費助成制度 ……61, 112
従来型合成抗リウマチ薬 ……31
就労移行支援 ……124
就労継続支援 ……125
就労支援制度 ……124
就労定着支援 ……125
主観的評価 ……19
手指伸筋腱断裂 ……14
手術 ……40
手術の種類と適応 ……40
手術部位感染 ……42
手段的ADL ……48, 99
授乳中に使用可能な薬剤 ……91
障害基礎年金 ……120
障害厚生年金 ……120
障害者医療費助成制度 ……112
障害者総合支援法 ……112, 122, 124
障害年金 ……112, 120
上強膜炎 ……15
小児慢性特定疾病医療費助成制度 ……61, 75, 118
小児リウマチ性疾患移行支援手帳MIRAI TALK ‥77
傷病手当金 ……121
漿膜炎 ……15
小慢制度 ……75, 118
自立支援医療 ……112
心血管疾患 ……60
人工関節感染 ……43
腎障害 ……60
心身障害者医療費助成制度 ……112
身体障害者手帳 ……112
身体障害者手帳で受けられるサービス ……113
診断の基準 ……16
心不全 ……60
心膜炎 ……15

す

ステロイド ……36
ステロイド離脱症候群 ……130
スワンネック変形 ……13

せ・そ

生物学的製剤 ……32
生物学的製剤の減量・中止 ……39
生物学的製剤（皮下注射）の保存条件 ……132
赤血球沈降速度 ……17
選択的COX2阻害薬 ……35
装具 ……50

た〜と

帯状疱疹 ……55
タイトコントロール ……22
単純X線検査 ……18
段ボールベッド ……139
超音波検査 ……18
治療機会の窓 ……44
治療目標 ……23
槌趾 ……14
低カルシウム血症 ……37
特定医療費（指定難病）助成制度 ……118
特別養護老人ホーム ……107
特養 ……107

な・に

生ワクチン ……94
難病医療費助成制度 ……61
日常生活動作 ……20
日常生活における注意点 ……28
日本リウマチ財団 ……62
日本リウマチ友の会 ……62
ニューモシスチス肺炎 ……54
妊娠希望時の薬剤調整 ……86
妊娠後骨粗鬆症 ……93
妊娠前チェックリスト（医療者用）……84
妊娠前ヘルスケア ……80
妊娠中に使用可能な薬剤 ……91
妊娠中の注意点 ……90
妊娠の許容条件 ……84
認知・生活機能質問票 ……100
妊孕性 ……80
妊孕性低下 ……82

は

肺炎……54
ハザードマップ……136
はり・灸……63

ひ

非結核性抗酸菌症……54
非常用持ち出し品……133
非ステロイド抗炎症薬……35
備蓄品……133
避難行動の指標……136
避難行動判定フロー……136
避難行動要支援者支援制度……129
避難所での集団生活……138
避妊……83
皮膚潰瘍……15
非薬物治療・外科的治療アルゴリズム……27

ふ

付加給付……115
付加給付制度……61
複合的評価指標……19
副作用のモニタリング……101
福祉避難所……139
福祉用具……48
副腎皮質ステロイド……36
副腎皮質ステロイドの副作用……36
服薬アドヒアランス……101
ぶどう膜炎……67
不妊検査……85
不妊治療……85
フレイル……102, 106
プレコンセプションケア……80
分子標的合成抗リウマチ薬……34
分類基準……16

ほ

ボタン穴変形……13
ポリファーマシー……107

ま〜も

マクロファージ活性化症候群……66
マタニティ・ブルーズ……93
マッサージ……63
末梢神経障害……15
慢性腎臓病……60
ミライトーク……77
メトトレキサート……30
免疫調整薬……31
免疫抑制薬……31
目標達成に向けた治療……22

や・よ

薬物治療アルゴリズム……26
薬物療法の全体像……29
要介護・要支援認定……122
葉酸……27, 30, 33
余暇活動の支援……52
予後……24
予防接種……56, 94

り・ろ

リウマチ性疾患成人移行チェックリスト……72
リウマトイド結節……15
リハビリテーション……28, 44, 74, 106
臨床的寛解……21
老健……107

わ

ワクチン……56

謹告

本ガイドに記載されている診断法・治療法に関しては，製作時点における最新の情報に基づき正確を期するよう，著者は最善の努力を払っております．しかし，医学，医療の進歩により，記載された内容が正確かつ完全ではなくなる場合もございます．

したがって，実際の診断法・治療法で，熟知していない，あるいは汎用されていない新薬をはじめとする医薬品の使用，検査の実施および判読にあたっては，まず医薬品添付文書や機器および試薬の説明書で確認され，また診療技術に関しては十分考慮されたうえで，常に細心の注意を払われるようお願いいたします．

本ガイド記載の診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応などが，その後の医学研究ならびに医療の進歩により本ガイド公開後に変更された場合，その診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応などによる不測の事故に対して，著者はその責を負いかねますのでご了承ください．

日本リウマチ学会 メディカルスタッフのための ライフステージに応じた 関節リウマチ患者支援ガイド2025改訂版

2021年12月1日第1版発行
2025年9月15日第2版発行

編集　一般社団法人 日本リウマチ学会

編集協力　厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業
「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」
研究班（研究代表者　松井利浩）

編著　一般社団法人 日本リウマチ学会 関節リウマチ患者支援小委員会

協力　公益社団法人 日本リウマチ友の会
若年性特発性関節炎親の会 あすなろ会
一般社団法人 日本小児リウマチ学会
日本母性内科学会

編集製作　株式会社 羊土社

ⓒ厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班，2025
Printed in Japan

本書を無断で複製する行為（コピー，スキャン，デジタルデータ化など）は，著作権法上での限られた例外（「私的使用のための複製」など）を除き禁じられています．研究活動，診療を含み業務上使用する目的で上記の行為を行うことは大学，病院，企業などにおける内部的な利用であっても，私的使用には該当せず，違法です．また私的使用のためであっても，代行業者等の第三者に依頼して上記の行為を行うことは違法となります．

本書の内容に関するお問い合わせは，独立行政法人国立病院機構 相模原病院 臨床研究センター リウマチ性疾患研究部〔TEL042-742-8311（代表）〕までご連絡ください．

日本リウマチ学会

メディカルスタッフのための

ライフステージに応じた 関節リウマチ 患者支援ガイド

2025 改訂版

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣　　殿

独立行政法人
機関名　国立病院機構　相模原病院

所属研究機関長　職　名　院長

氏　名　安達　献

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　免疫・アレルギー疾患政策研究事業

２．研究課題名　介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）リウマチ性疾患研究部・部長

（氏名・フリガナ）松井　利浩・マツイ　トシヒロ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	独立行政法人 国立病院機構 相模原病院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 3 日

厚生労働大臣　　殿

機関名　聖マリアンナ医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　北川　博昭

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　免疫・アレルギー疾患政策研究事業

２．研究課題名　介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部・主任教授

（氏名・フリガナ）川畑　仁人・カワハタ　キミト

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年１月26日

厚生労働大臣　殿

機関名　京都府立医科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　夜久 均

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　免疫・アレルギー疾患政策研究事業

２．研究課題名　介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　大学院医学研究科・　准教授

（氏名・フリガナ）　川人　豊・カワヒト　ユタカ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 ■　無 □（研究成果の論文発表や学会発表時に開示すること）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 4 月 15 日

厚生労働大臣　殿

機関名　公立大学法人　名古屋市立大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　郡　健二郎

次の職員の令和 7 年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

1．研究事業名　免疫・アレルギー疾患政策研究事業

2．研究課題名　介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

3．研究者名　（所属部署・職名）医薬学総合研究院（医学）・特任教授

（氏名・フリガナ）小嶋雅代・コジママサヨ

4．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	国立病院機構 相模原病院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

6．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年　4月　4日

厚生労働大臣　　殿

機関名　明治薬科大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　越前　宏俊

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　免疫・アレルギー疾患政策研究事業

２．研究課題名　介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）薬学部・准教授

（氏名・フリガナ）酒井良子・サカイリョウコ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	明治薬科大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 17 日

厚生労働大臣　殿

機関名　東 邦 大 学

所属研究機関長　職 名　学 長

氏 名　渡 邉 善 則

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　免疫・アレルギー疾患政策研究事業

２．研究課題名　介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　医学部・准教授

（氏名・フリガナ）　杉原 毅彦 （スギハラ タカヒコ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	東京科学大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称： ）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由： ）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関： ）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由： ）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容： ）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣　　殿

独立行政法人
機関名　国立病院機構　相模原病院

所属研究機関長　職　名　院長

氏　名　安達　献

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　免疫・アレルギー疾患政策研究事業

２．研究課題名　介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）リウマチ性疾患研究部・客員研究員

（氏名・フリガナ）辻村　美保・ツジムラ　ミホ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年　3月　31日

厚生労働大臣　　殿

機関名　関西国際大学

所属研究機関長　職　名　学長

氏　名　濱名　篤

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　免疫・アレルギー疾患政策研究事業

２．研究課題名　介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）保健医療学部・准教授

（氏名・フリガナ）房間美恵・フサマミエ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■	□	■	独立行政法人国立病院機構相模原病院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□	■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□	■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□	■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 □　無 ■（令和７年度の本研究においては利益相反に抵触しないため　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年　４月１日

厚生労働大臣　　殿

機関名　　金沢医科大学

所属研究機関長　職　名　　学長

氏　名　　宮澤　克人

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　免疫・アレルギー疾患政策研究事業

２．研究課題名　介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　リハビリテーション医学科・特任教授

（氏名・フリガナ）　松下　功・マツシタ　イサオ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年 3 月 31 日

厚生労働大臣　殿

機関名　学校法人昭和医科大学

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　小口　勝司

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　免疫・アレルギー疾患政策研究事業

２．研究課題名　介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）医学部内科学講座リウマチ・膠原病内科学部門　・　教授

（氏名・フリガナ）矢嶋 宣幸・ヤジマ ノブユキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。

（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。