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

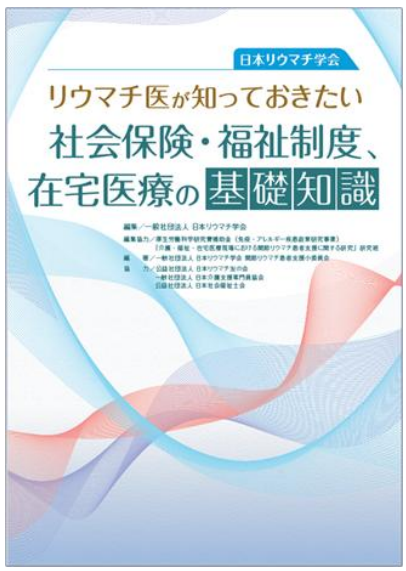
1. 啓発資材の作成

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。

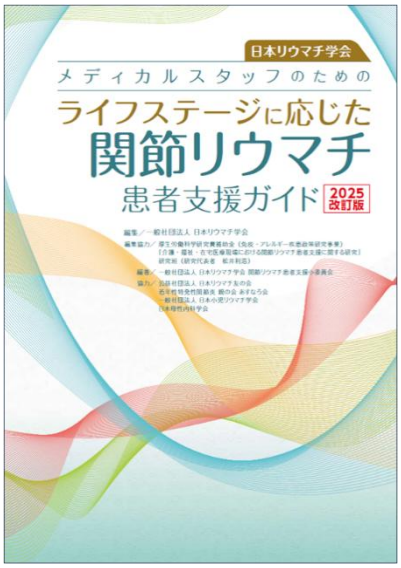
資材①『介護・福祉スタッフのための関節リウマチ Q&A ～すぐわかる患者支援ガイド～』(資料 1)
資材②『リウマチ医が知っておきたい社会保険・福祉制度、在宅医療の基礎知識』(資料 2)
資材③『メディカルスタッフのためのライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025 改訂版』

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）

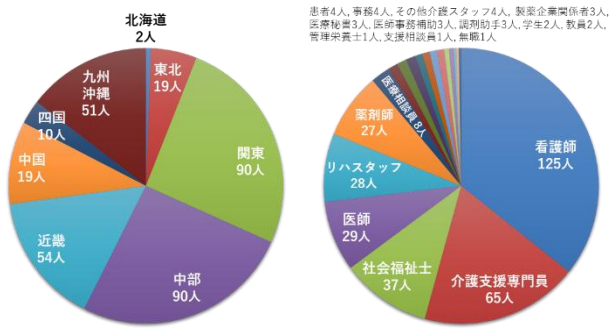
参加登録者数：350 名(図 1)

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， 山崎秀， 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

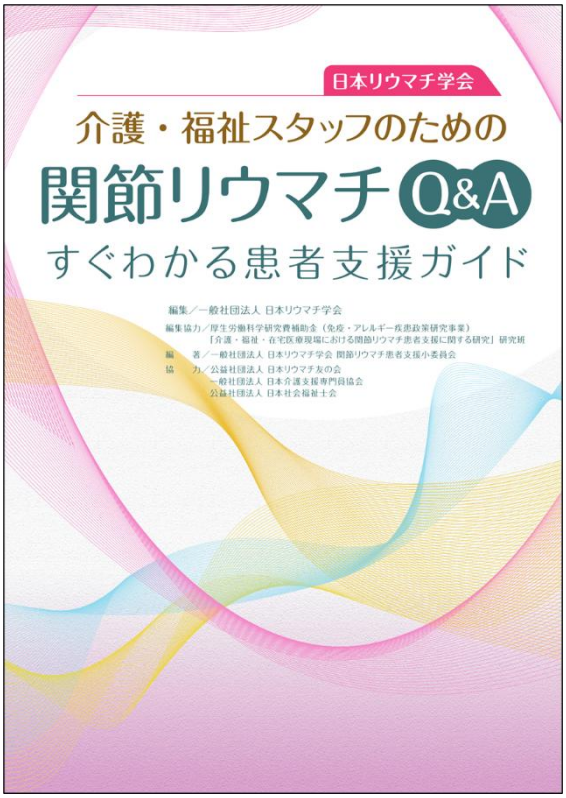
2. 実用新案登録

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～』



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

1 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

2 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

2

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．

3

3 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
関連リウマチ関連の血液検査
（患者支援ガイドp.17）

4 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）

4

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
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（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）

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．

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

◆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）

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，立った位置での脚広げ（**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

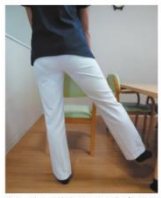


図1　立った位置での脚を広げる運動（椅子につかまりながら行う）

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（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）

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/seisakunit-suite/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/kai-go-seido/kaigo-hoken/kogakukaigogas-sanryoyohiseido.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_pro-motion.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）

	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/shougaisinenkin/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）

＜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』

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	
その他	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	入居者を高齢者所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

3

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	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

4

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	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 ・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

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

①診療にかかる費用
- 訪問診療料／訪問看護・指導料
- 医学総合管理料
- 薬剤料
- 検査，指導などにかかる費用

など

＋

②介護保険サービス
- 居宅療養管理指導費
- 訪問看護／リハビリテーション
- 訪問介護／入浴介護
- デイケア／デイサービス

など

＋

③その他
- 在宅医療にかかる交通費
- 予防接種にかかる費用

など

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

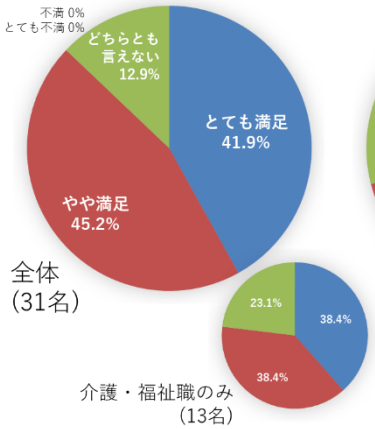
介護支援専門員，訪問介護員，社会福祉士などとの連携も重要であるが，RA患者への対応に不慣れな場合が多い．指示書作成時などにも専門用語を控え，平易な表現を用いるよう心がける．

表3 在宅医療におけるリハビリテーション

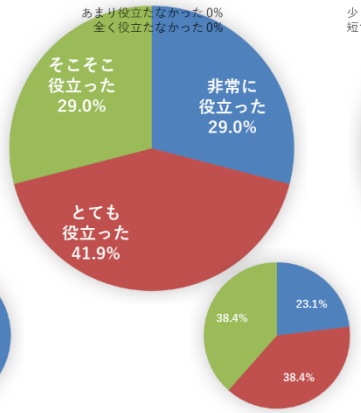
サービス	訪問リハビリテーション	訪問看護のリハビリテーション	デイケア（通所リハビリテーション）	デイサービス（通所介護）
概要	自宅でリハビリ専門職による訓練を受け，ADL向上や自立生活維持を目指す	訪問看護ステーションに所属するリハビリ専門職により提供されるサービス	通所し，リハビリ専門職の指導のもとで身体機能の改善や維持を図る	日常生活支援やレクリエーション活動に加え，簡易的なリハビリを実施することあり（※）
提供場所	利用者の自宅	利用者の自宅	デイケアセンターや病院併設施設	デイサービス施設
提供者	理学療法士，作業療法士，言語聴覚士	理学療法士，作業療法士，言語聴覚士	医師，理学療法士，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

＜資料 3＞ Web 後援会に関するアンケート結果

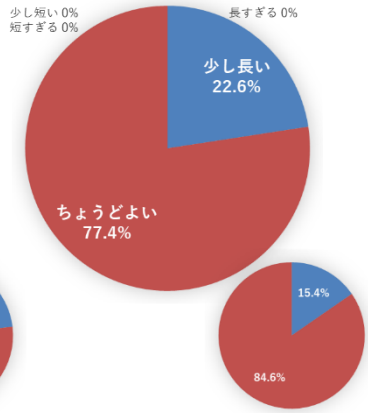
Q1.講演会にどの程度満足していますか?



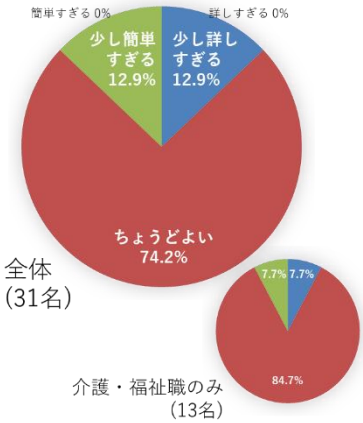
Q2.講演会の内容はどの程度役に立ちましたか?



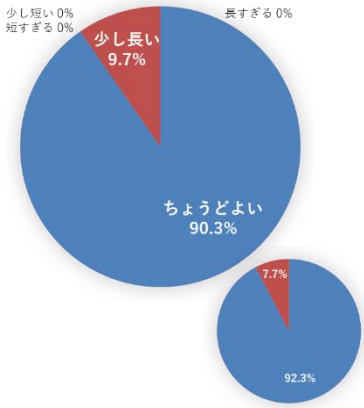
Q3.講演会の時間(全体で2時間)について



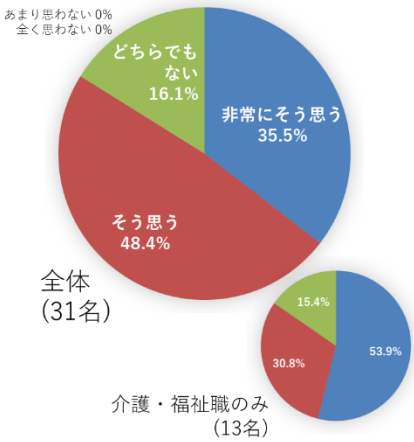
Q4.一つ一つの講演内容について



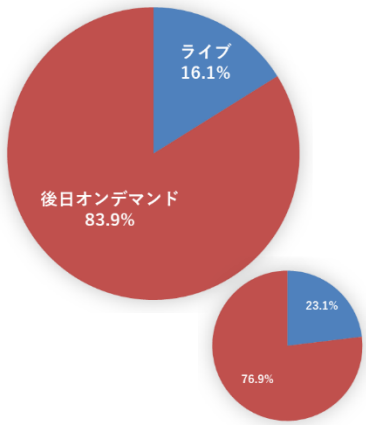
Q5.一つ一つの講演時間(約15分)について



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?

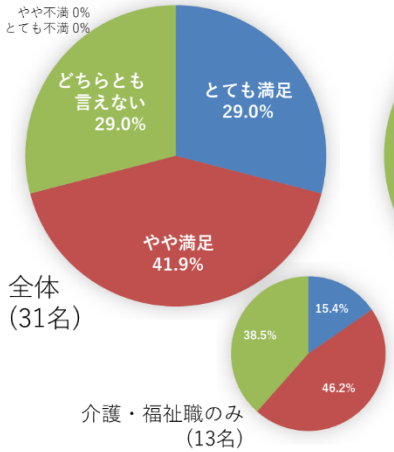


Q7.講演会の視聴方法を教えてください

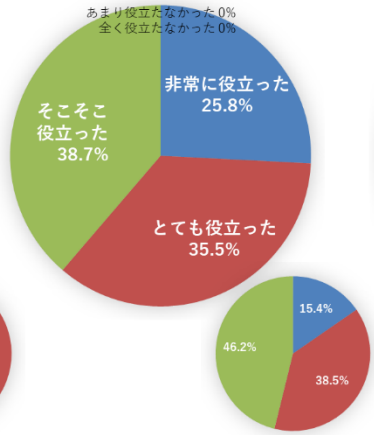
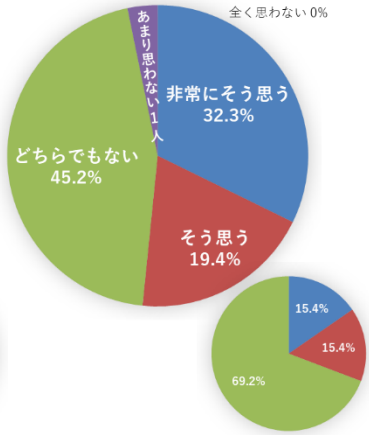


＜資料４＞ 『介護・福祉スタッフのための関節リウマチ Q&A ～すぐわかる患者支援ガイド～』
に関するアンケート結果

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?