

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

1

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

2

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、買い物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（マニュアルを読んだ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、交通機関を使つての外出など、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)

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	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. 見守りや声かけを要する	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. 見守りや声かけを要する	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. 見守りや声かけを要する	3. 一部介助を要する	4. 全介助を要する		移動

参考：高齢者糖尿病の血糖コントロール目標（HbA1c）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（認知機能正常かつADL自立）： 10点以下
DASC-8：（1～8項目まで）の合計点
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
点/32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⁾）

3

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？

2

I
II
III

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「副作用が怖い」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）	

4

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 <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	意欲	正：自分から進んで挨拶する 否：意欲の低下 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	Vitality index
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？」 <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？」	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
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	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すか？」		否：入浴、排泄の両者が×⇒要介護状態の可能性が高い	
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 物忘れがあるとされていますか	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も有用です。

- 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)

5

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。現状ではRA患者さんと同じく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-F⁴⁾（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。

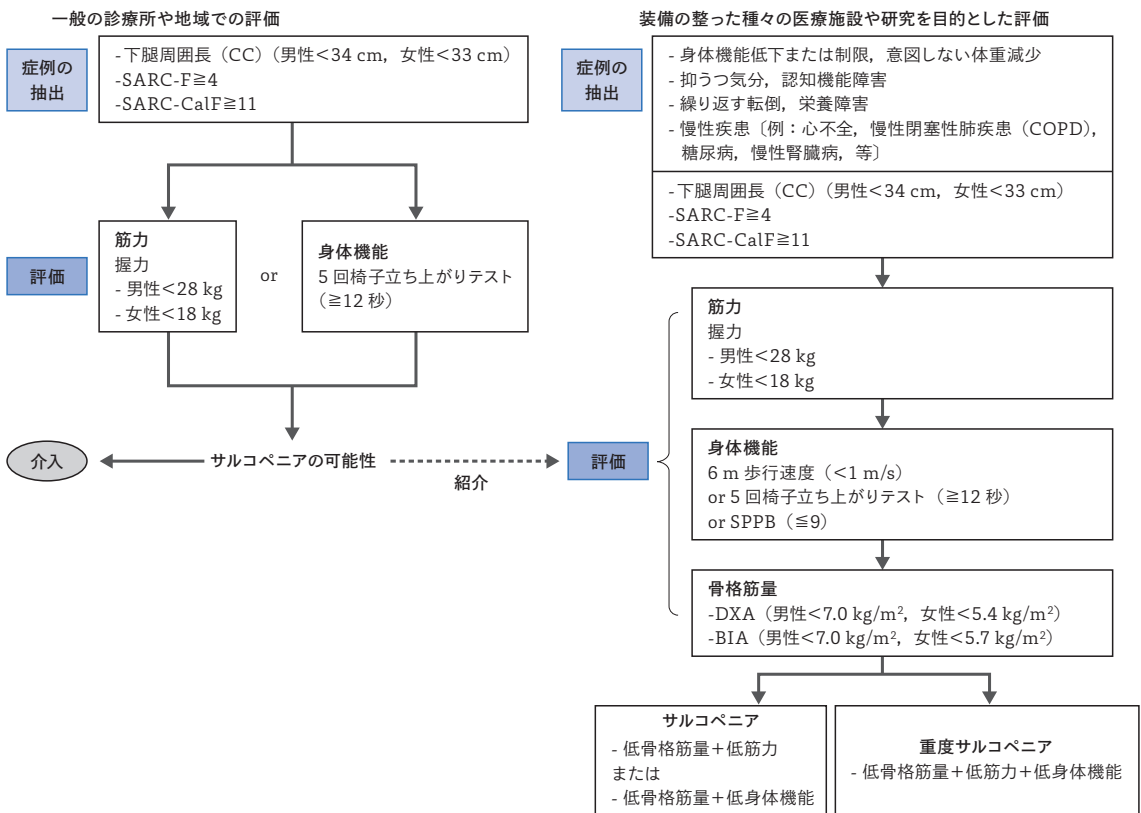


図1 サルコペニアの診断法：AWGS2019 サルコペニア診断基準

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）を持ち運ぶ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.

6

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

7

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？

2

I

II

III

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、

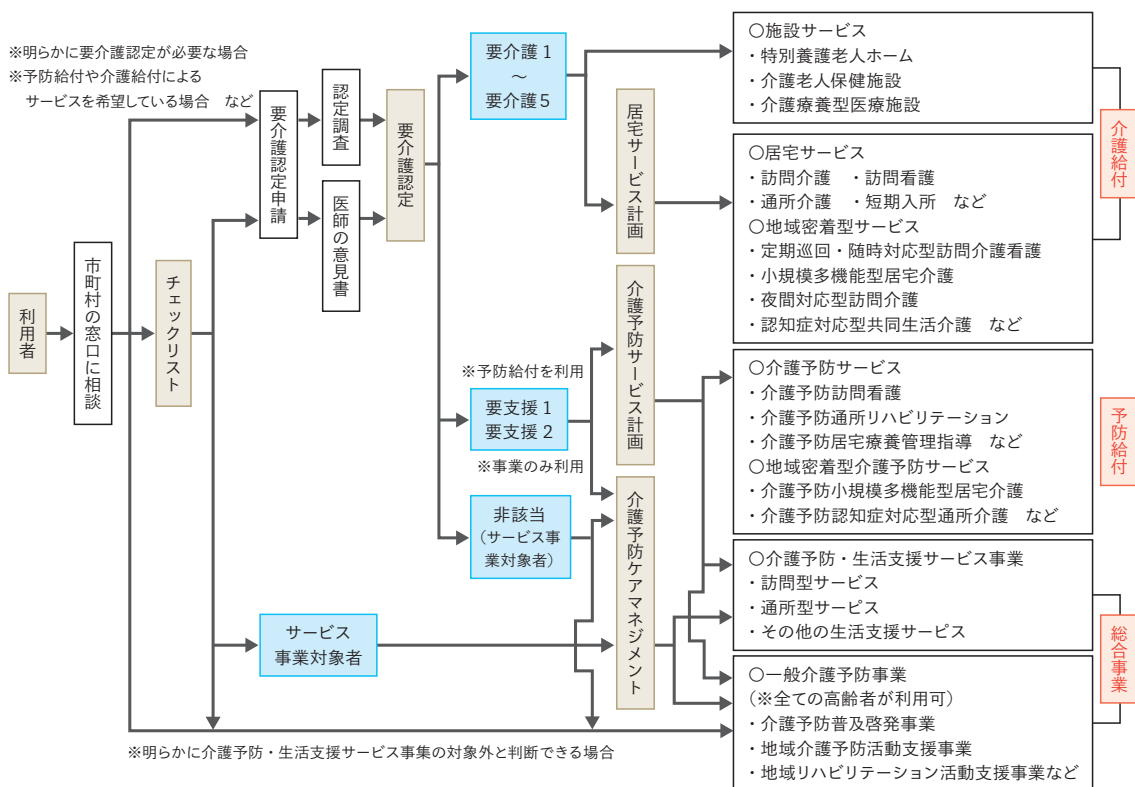


図1 介護サービスの利用の手続き

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」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わからな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