

若年性特発性関節炎診療における 小児科・整形外科連携のための 10 の Q&A

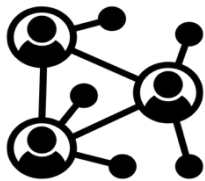
2026.7 第 1 版

日本リウマチ学会 移行期医療検討小委員会・小児リウマチ調査検討小委員会

はじめに

この Q&A は、若年性特発性関節炎（JIA）の診療に従事する小児科医を中心とした医療者を対象に、整形外科との連携が必要と思われる状況や、臨床における整形外科的評価について、JIA の診療に精通した整形外科医にご協力いただき、その意見をまとめたものです

【1. 紹介・初期連携】



Q1.

小児科から整形外科への紹介のタイミングとその基準はどのように考えますか？

A1.

関節炎が遷延している場合や関節可動域が制限されている、あるいは X 線・MRI で異常が認められる場合には整形外科への紹介を検討してください。特に下肢関節の炎症に左右差がある場合、脚長差が生じることがありますが、診察のみでの診断は容易ではありません。そのため、6～12 か月に一度は両下肢立位正面 X 線を撮影して脚長を計測してください。計測の結果、脚長差が 1cm を超える場合には、脚長補正の診療経験がある整形外科医（基本的には小児整形外科医）へ紹介することが推奨されます。また、骨粗鬆症に伴う骨折を疑う症状が出現した場合にも整形外科への紹介が推奨されます。

【2. 評価】



Q2.

関節変形や機能障害が認められない段階において、整形外科による評価は必要でしょうか？

A2.

明らかな関節変形が認められない段階であっても、可動域制限や疼痛がある場合には、原因の精査や将来的な変形・QOL 低下を防止するために整形外科的評価を受けることは非常に重要です。早期の介入により、脚長差の補正や関節内注射といった積極的な処置を通じて、不可逆的な変化を最小限に抑えられる可能性があります。ただし、成長期においては薬物療法による炎症コントロールが最も重要であるという内科的治療重視の視点も踏まえ、連携を図る必要があります。学校生活やスポーツ活動については、JIA であるからといって一律に運動を禁止すべきではありません。炎症が落ち着いていれば、本人の疼痛の有無や運動後の症状の変化を指標とし、個別かつ柔軟に判断することが望まれます。具体的な指導としては、運動後のアイシングや、痛みがある場合に一時的に運動量を減らすといったセルフモニタリングを促します。紹介にあたっては、すべての整形外科医が外科的介入に精通しているわけではないことを念頭に置き、「運動制限に関する助言」や「装具・補正の必要性」など、期待する役割を明確に伝えることがスムーズな連携に繋がります。また、画像検査については、小児科側で一般的な 2 方向撮影を行った上で併診するか、あるいは詳細な撮影計画自体を整形外科医に委ねる方向がよいと考えられます。



Q3.

JIA 診療において整形外科的観点から重要となる診察・評価にはどのようなものがありますか？

A3.

整形外科的な評価では、まず関節の腫脹、疼痛、発赤・熱感といった炎症所見を詳細に確認します。あわせて、関節可動域の制限や左右差、およびそれらの経時

的な変化を把握することが重要です。また、跛行の有無といった歩容や、歩行可能な距離・時間、補助具の使用状況など、日常生活動作（ADL）に直結する歩行能力の評価も欠かせません。さらに、関節のアライメント（O 脚や X 脚など）や脚長差、左右差や前傾姿勢といった姿勢の変化についても注意深く観察を行います。これらの評価項目については、施設内でのカンファレンスやカルテを通じた情報共有が基本となります。なお、Juvenile Arthritis Disease Activity Score (JADAS) や Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) といった包括的な評価指標については、小児科医側で記載することが望ましいという意見もあり、役割分担を明確にしながら多角的に病態を把握していくことが求められます。

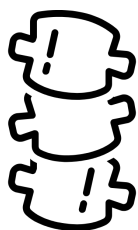


Q4.

JIA 診療において整形外科的観点から重要となる画像検査はどのように活用すべきでしょうか？

A4.

JIA 診療では、目的に応じて画像検査を使い分けることが重要です。X 線検査は関節破壊や骨変形、アライメントなどの形態変化を評価する基本的検査であり、経時的変化の把握にも有用です。関節腫脹や疼痛がある場合には、滑膜炎や腱・靱帯など軟部組織の評価に優れる関節超音波や MRI を併用します。画像所見は疾患活動性や関節破壊の進行を評価するだけでなく、運動量の調整、装具療法、薬物治療の見直し、外科的治療の必要性を検討する際の重要な情報となります。MRI は、関節炎の評価を目的とする場合、造影 MRI のほうが滑膜所見に関する情報が豊富に得られます。一方、腱・靱帯・骨髓内病変などの評価には単純 MRI で十分です。評価間隔の目安としては、疾患活動性が低い場合には年 1 回程度、活動性が高い場合には 3～6 か月ごとに評価することが推奨されます。



Q5.

環軸椎病変の評価はどのように行い、整形外科への紹介はどのタイミングで検討すべきでしょうか？

A5.

環軸椎病変の評価にあたっては、まず頸部痛、可動域制限、脊髄障害症状といった臨床症状の確認とともに、画像検査による評価を行います。基本となる単純X線検査では、頸椎側面の中間位における ADI（Atlantodental Interval: 環椎前弓後縁 [図ライン A] と軸椎歯突起前縁の距離 [図ライン B]）の計測に加え、前屈・後屈位での動態撮影を行うことが重要です。



症状を伴い、中間位で ADI が 5mm 以上に拡大している場合や、前屈時に後屈時と比較して明らかな拡大を認める場合には、整形外科への紹介を検討してください。なお、斜頸が見られる場合には、開口位や頸椎正面像の撮影も追加します。MRI は滑膜炎や脊髄の状態を詳しく見る際に有用であり、CT は回旋位固定の疑いや、亜脱臼・骨折といった骨の形態評価に適しています。これらの検査を依頼する際、通常の「頸椎」オーダーでは後頭骨から第一頸椎（環椎、C1）付近が写りきらないことがあるため、撮影コメントとして「後頭骨まで含めること」を明記しておくのが望ましいです。最終的には、これらの画像所見と臨床症状を総合し、小児科医が必要と判断したタイミングで連携を図るのがよいと考えられます。

【3. 保存的治療】



Q6.

リハビリテーションおよび装具療法において、どのように整形外科・リハビリテーション科と連携すべきでしょうか？

A6.

リハビリテーション科がない施設においても、整形外科医が定期的に評価を行い、理学療法士等と連携して必要最小限の運動指導を行うことで一定の対応が可能です。運動療法は、炎症が比較的安定していることを前提に、疼痛の増悪や腫脹がない範囲で軽度の可動域訓練や日常生活動作から開始します。万が一、疼痛や炎症所見が悪化した場合には速やかに中止し、小児科と情報を共有することが重要です。なお、自施設での対応が困難な場合には、リハビリ体制が整った他の中核医療機関への紹介・連携も検討すべきです。装具療法については、小児科医が変形予防やADL支援のために必要と判断したタイミングで、速やかに整形外科へコンサルテーションを行う形が望ましいです。整形外科側では「義肢装具等適合判定医」などの資格を持つ医師が装具業者への指示書作成などを柔軟に行うことができます。ただし、車椅子や複雑な補助具など、公的な補助申請が伴う支援に関しては、小児科やリハビリテーション科が主導して進めるのがスムーズです。



Q7.

関節内グルココルチコイド注射の実施および管理において、小児科と整形外科はどのように連携すべきでしょうか？

A7.

関節内グルココルチコイド注射は、関節炎がその時点で1～2個所に限局している限局性関節炎に対する有効な補助療法です。小児科主導で適応を判断し、整形外科が実際の手技や局所管理を担う形で連携を図ることが望まれます。主な適応としては、全身治療のみでは炎症管理が不十分な場合や、関節炎による歩行障害や強いADL障害があり、迅速な炎症制御が必要なケースが挙げられます。実

施にあたっては、感染や骨粗鬆症、成長障害、あるいは頻回注射による骨壊死といったリスクを避けるため、原則として注射そのものを最小限に抑えることが重要です。同一関節への反復注射については、3か月以上の間隔を空けるなど慎重に検討すべきであり、副作用を未然に防ぐ配慮が欠かせません。製剤については、国内未発売ではありますが、トリアムシノロン・ヘキサセトニドがより推奨されています。なお、本療法のエビデンスは限定的であることを理解した上で適応を考慮する必要があります。処置に際して鎮静を要する場合もあり、侵襲的な処置に対する患者さんやご家族の意向も多様であるため、十分な共有と理解に基づいた連携体制を構築することが大切です。

【4.外科的治療】



Q8.

JIA に対する整形外科的手術にはどのような種類があり、その適応はどのように考えますか？

A8.

JIA に対する整形外科的手術は、基本的に薬物治療で十分なコントロールが得られない場合に検討されます。特に分子標的薬を含む内科的治療が奏効しない症例のうち、炎症が単関節または少数関節に局限し、グルココルチコイド関節内注射を複数回行っても再燃する場合には滑膜切除術が有効なことがあります。一方で多関節炎が残存している場合には、整形外科的治療は原則として適応外です。変形による機能障害や疼痛により日常生活に支障をきたしている場合、変形矯正手術や人工関節置換術が検討されることもあります。ただし骨の向きを変える骨切りを行うことが多いため、成長への影響を考慮し、可能であれば骨端線閉鎖後に行うことが望まれます。各関節・部位の変形には各領域の専門医、脊椎病変では脊椎外科医が手術することが望ましいと考えます。脚長差に関しては、その特殊性から、小児整形外科を専門とする整形外科医への相談が必要です。

【5. 医療体制】



Q9.

JIA の整形外科診療体制における地域間較差にどのように対応し、小児科と整形外科の連携を構築すべきでしょうか？

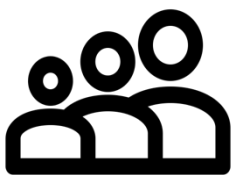
A9.

地域間の診療格差に対応し、適切な連携を構築するためには、まず日本リウマチ学会が認定するリウマチ専門医の資格を有する整形外科医への紹介を検討してください。

<https://pro.ryumachi-net.com/>

また、小児整形外科の診療が可能な施設や、日本小児整形外科学会認定医への紹介もあわせてご検討ください（日本小児整形外科学会認定医とは、整形外科的治療を必要とするお子さんを、専門性の高い医師へと適切につなぐ役割を担う医師を指します。）具体的な連携先を探す際は、日本小児整形外科学会のホームページが活用できます。一般向けページの「小児整形外科医を探す」メニューから診療可能施設を確認できるほか、認定医名簿から地域ごとの専門医を検索することも可能です（2026 年 6 月時点）。こうしたリソースをあらかじめ把握しておくことで、地域的な制約がある中でもスムーズな専門的介入へとつなげることができます。

【6. 移行医療】



Q10.

成人診療科への移行に際して、整形外科的観点からどのような情報の共有が重要でしょうか？

A10.

成人診療科へのスムーズな移行のためには、小児期における整形外科的な治療経過を詳細に共有することが不可欠です。具体的には、まず関節炎の既往がある部位とその経過を共有してください。とくに関節可動域制限があった場合に

はその経過もあわせて情報提供するようにしてください。 また、すべての画像検査データを提示してください。さらに関節内注射、手術や装具作製、リハビリテーションの実施状況といった、整形外科的治療の共有も重要です。