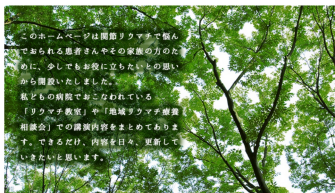


関節リウマチ患者の高齢化について

リウマチよきようなら
金沢城北病院
リウマチ科

- はじめに
- プロフィール
- リウマチ教室
- 薬について
- ユニバーサルデザイン
- 診察案内

Q&A
患者さんの
疑問に答えます
コーナー



最新情報

・ リウマチ教室のお知らせ



リウマチ教室

2024年4月2日（金）

- 講師：リウマチと免疫科 先生
- 会場：コブエ
- 講演：高齢者の対応
- 動画：コブエ

過去のリウマチ教室はこちら

薬について

- 関節リウマチの患者さんのくらし
- ナゾリン®による関節リウマチ治療を助ける患者さんへ
- メトキシムで治療する患者さんへ

第213回城北リウマチ教室
2026.9.3

<http://www.jouhoku-rheumatism.com>

リウマチ教室の予定とこれまでの講義
内容が収録されています

城北病院リウマチ科
村山 隆司

皆さんは高齢者とは何歳からとお考えですか？

何歳から高齢者？



一般的には65歳以上が高齢者とされています。
日本では統計や行政でも、**65歳以上**を高齢者とする人が多いです。

年齢による高齢者の区分

65歳以上

一般的な「高齢者」の区分



65～74歳

前期高齢者（医療制度などで使われる区分）



75歳以上

後期高齢者（医療制度などで使われる区分）



社会や制度によって定義が異なることもありますが、
65歳以上を高齢者とする考え方が広く一般的です。

一般的には65歳以上を高齢者と考えます。日本でも行政や統計では65歳以上を高齢者として扱うことが多く、65～74歳を『前期高齢者』、75歳以上を『後期高齢者』と区分しています。ただし、これは年齢による目安であり、実際には健康状態や生活機能には個人差があります。そのため、年齢だけでなく、その方の体力や生活状況に合わせた医療やケアを行うことが大切です。

高齢者定義の見直し

高齢者の定義と区分に関する、
日本老年学会・日本老年医学会
高齢者に関する定義検討ワーキンググループからの提言（概要）

高齢者に関する
定義検討
ワーキンググループ
報告書

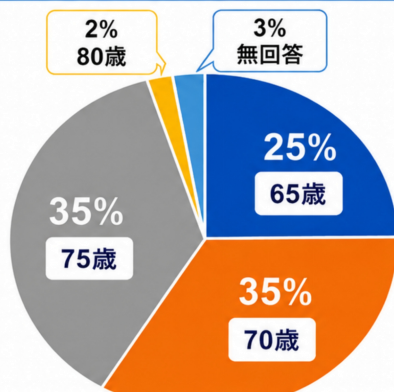
日本老年学会・日本老年医学会

年齢	区分	日本語での表現	英語での表現（参考）
65～74 歳	準高齢者	准高齢期	(pre-old)
75～89 歳	高齢者	高齢期	(old)
90 歳～	超高齢者	超高齢期	(oldest-old, super-old)

日本老年学会・日本老年医学会は、高齢者の定義見直しを提言しています。65～74歳を『準高齢者』、75～89歳を『高齢者』、90歳以上を『超高齢者』と区分し、健康寿命の延伸を反映した新しい考え方を示しました。ただし、行政や医療制度では現在も65歳以上を高齢者とする区分が一般的です

日本のリウマチ専門医はLORA(高齢発症関節リウマチ)を何歳からと考えているか？

日本のリウマチ専門医を対象にアンケート調査を実施



日本の専門医の約7割(72%)が、LORAのカットオフ年齢を70歳以上と回答

【方法】 日本リウマチ学会認定リウマチ専門医65名に対し、LORAのカットオフ年齢(65歳、70歳、75歳、80歳)を質問した。

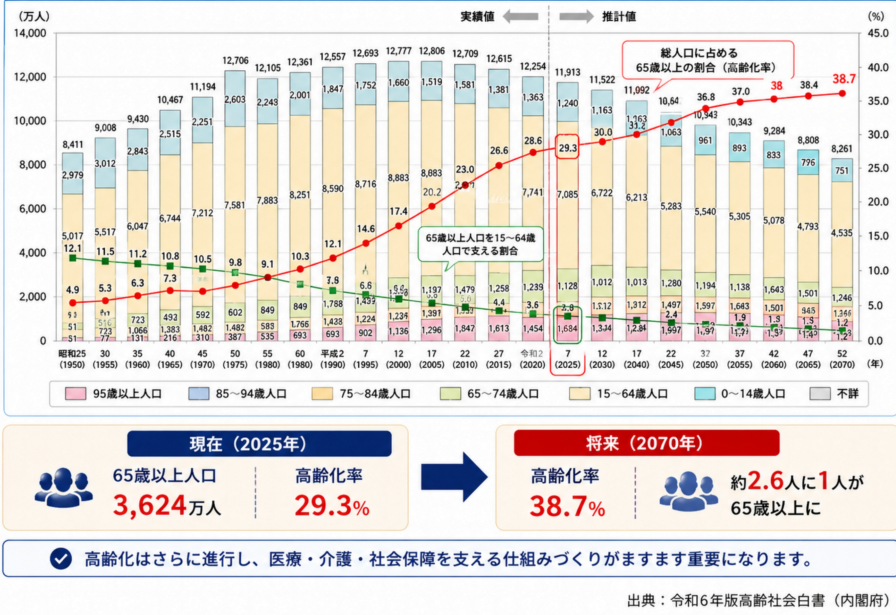
【結果】 65歳 16名(25%)、70歳 23名(35%)、75歳 23名(35%)、80歳 1名(2%)、無回答 2名(3%)。

Takanashi S, et al. Intern Med. 2024;63(24):3299–3306.

日本のリウマチ専門医を対象に、LORA、つまり高齢発症関節リウマチを何歳以上の発症と考えるかを調査した結果です。65歳以上と回答した医師は25%、70歳以上と75歳以上がそれぞれ35%でした。したがって、全体の約7割の専門医は、LORAを70歳以上で発症する関節リウマチと考えていました。LORAの年齢定義は一定していませんが、日本では70歳以上を目安とする考え方が多いことが分かります。

日本では高齢化がさらに進みます

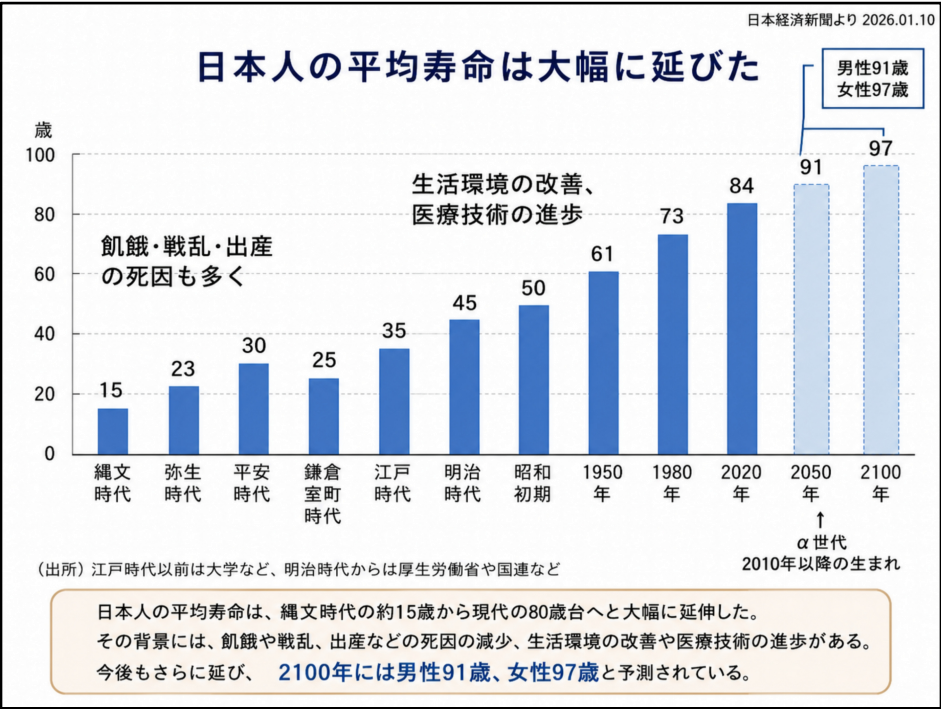
図1 高齢化の推移と将来推計



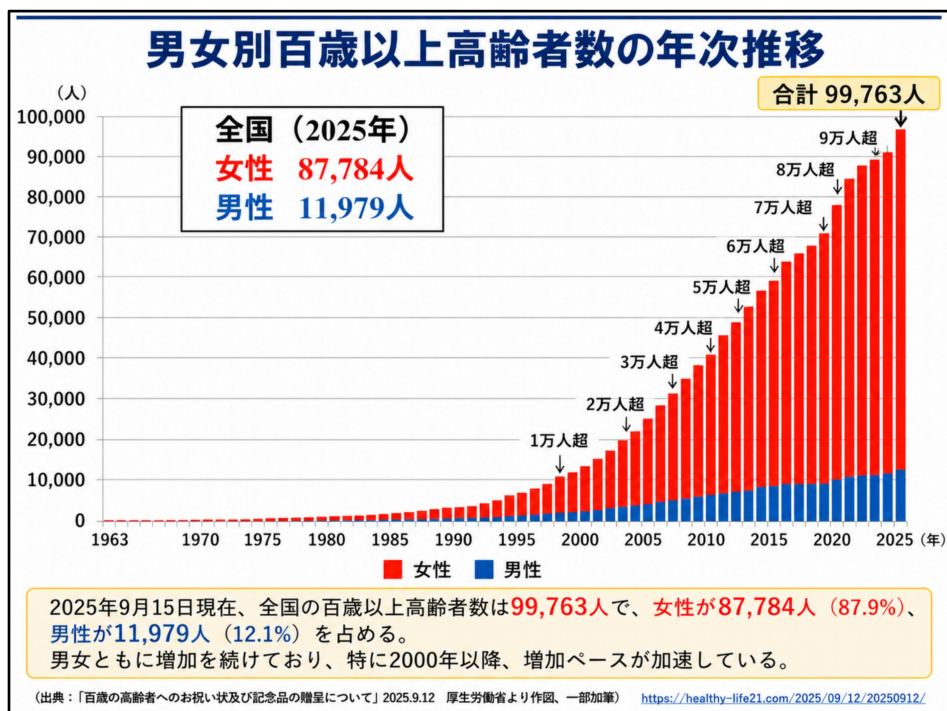
日本では高齢化が今後さらに進んでいきます。赤い折れ線は、**総人口に占める65歳以上の割合、つまり高齢化率**を示しています。2025年には65歳以上が3,624万人、高齢化率は29.3%ですが、2070年には38.7%、**約2.6人に1人が65歳以上**になると推計されています。

一方、青い折れ線は、**65歳以上の高齢者を15～64歳の人口で支える割合**を示しており、年々低下しています。

つまり、今後は高齢者の割合が増える一方、それを支える現役世代は相対的に少なくなります。**医療・介護・社会保障をどのように支えていくかが、ますます重要になります。**



日本人の平均寿命は大幅に延び、今後もさらに延伸すると予測されています。これは生活環境の改善や医療の進歩によるものです。平均寿命の延伸に伴って高齢者人口が増加し、高齢発症関節リウマチ（LORA）の重要性もますます高まると考えられます。



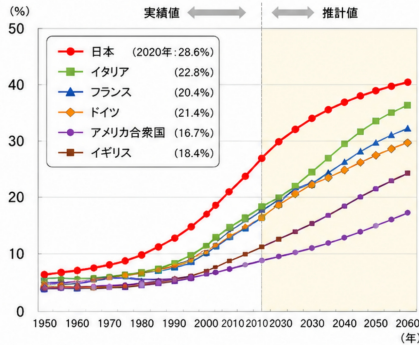
100歳以上の高齢者は年々増加し、2025年には約10万人に達しました。その約9割を女性が占めています。超高齢社会の進展に伴い、高齢発症関節リウマチ（LORA）や超高齢患者への診療の重要性は今後さらに高まると考えられます。

日本の高齢化は世界でも速く進んだ

日本は欧米より速いペースで高齢化が進み、アジア諸国も今後、急速に高齢化する

1. 日本と欧米の高齢化率の推移

総人口に占める65歳以上の割合（高齢化率）

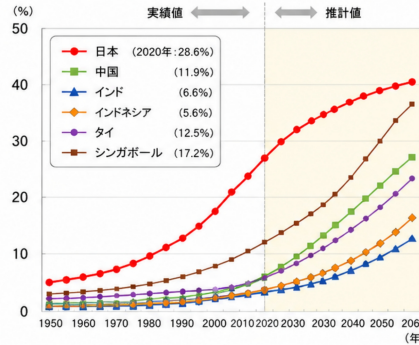


先進地域（欧米）

北米、ヨーロッパ、オーストラリア及びニュージーランドからなる地域をいう。

2. 日本とアジアの高齢化率の推移

総人口に占める65歳以上の割合（高齢化率）



開発途上地域（アジア）

アジア（日本を除く）を中心とする地域をいう。

ポイント

- ✓ 日本の高齢化率は2020年に**28.6%**。2060年には**約40%**（2.5人に1人）が
- ✓ アジア諸国も今後、急速に高齢化が進む見通し。



※ 推計値は中位推計による。各国の区分は国連の地域区分に準拠。

出典：UN, World Population Prospects 2022: The 2022 Revision (国連経済社会局)

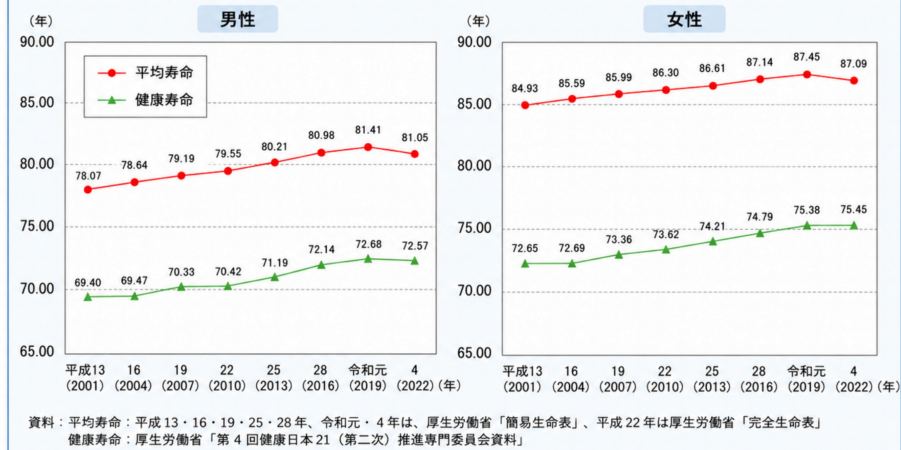
日本の将来推計人口（令和5年推計）：出生中位・死亡中位（国立社会保障・人口問題研究所）。

作成：2024年5月

日本は、世界の中でも非常に速いスピードで高齢化が進んできました。左のグラフは欧米との比較です。日本の高齢化率は欧米諸国を上回る速さで上昇し、**2020年には28.6%、およそ3～4人に1人が65歳以上**となっています。今後も上昇し、2060年には**約40%**に達すると予測されています。右のグラフはアジア諸国との比較です。現在は日本の高齢化率が突出していますが、**中国やタイ、シンガポールなどでも今後急速に高齢化が進む**と予測されています。つまり、高齢化は日本だけの問題ではありません。ただし日本は世界に先駆けて高齢社会を経験しており、**医療や介護、そして高齢になっても健康を維持する取り組みが、ますます重要になります。**

平均寿命と健康寿命の推移

図 1-2-2-2 健康寿命と平均寿命の推移



平均寿命と健康寿命の差は、男性で**8.48年**、女性で**11.64年**
約10年程度は日常生活が制限され、何らかの介護を必要として余生を送っている。

令和7年版高齢社会白書（内閣府）P29 図1-2-2-2

平均寿命と健康寿命はともに延びていますが、その差は男性で約8年半、女性で約11年半あります。これは、多くの高齢者が約10年間、何らかの介護や支援を必要として生活していることを示しています。関節リウマチ診療でも、寿命だけでなく健康寿命を延ばすことが重要な目標です。

日本におけるRA患者の発症年齢

Should we reconsider the definition of elderly-onset rheumatoid arthritis in an ageing society?

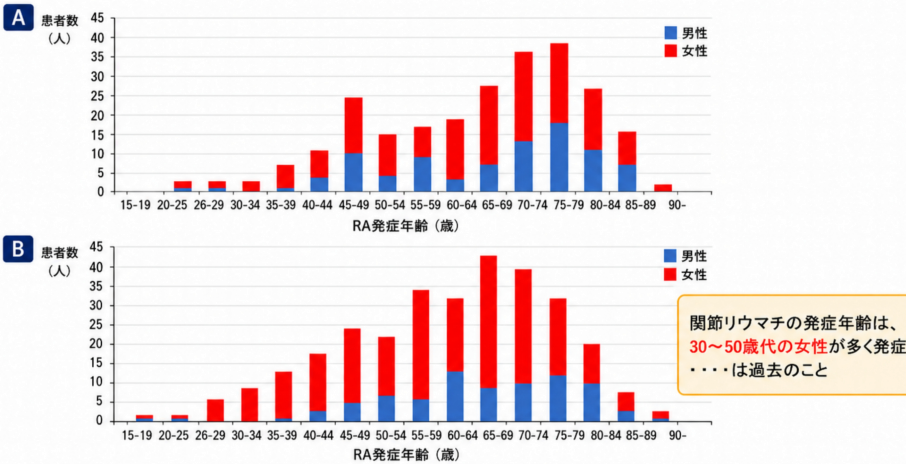
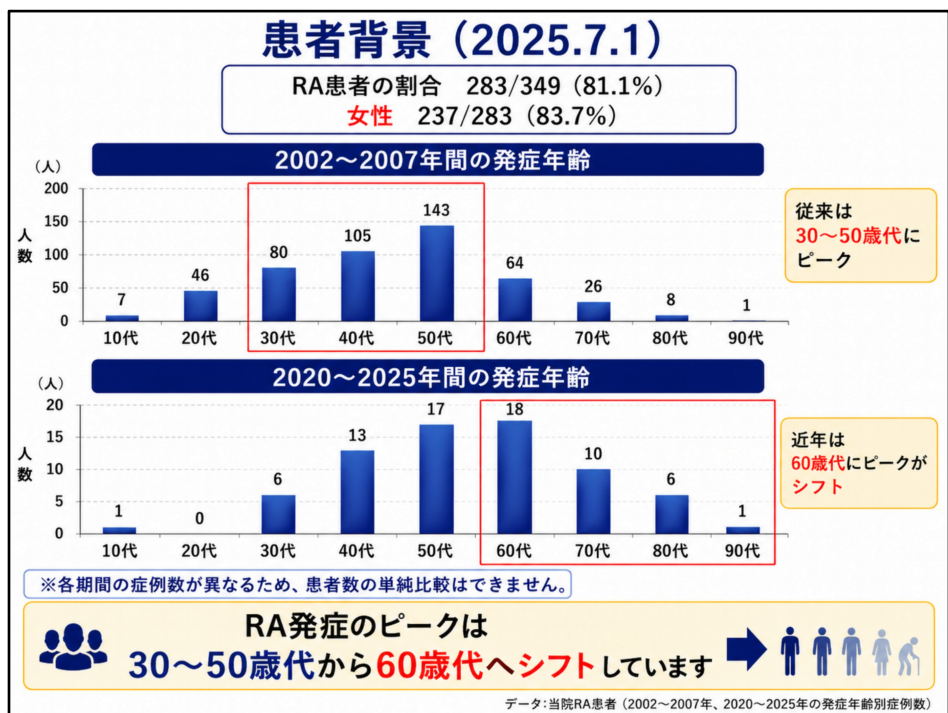


Figure 1. Distribution of the onset age of RA in the NMS (A, $n = 204$) and Keio (B, $n = 296$) cohorts. Patients were divided into age groups of 5 years. Individual bars show the proportions of males and females.

日本医科大学 (A) と慶應義塾大学 (B) コホートにおけるRAの発症年齢の分布
60代と70代における発症のピークが見られ、年齢が上がるにつれて患者数が増加、男女比が狭まる傾向

Modern Rheumatology, 32, 2022, 323–329

日本の2つのコホートでは、関節リウマチの発症年齢は60～70歳代にピークがみられました。また、高齢になるほど男性患者の割合も増加します。関節リウマチは30～50歳代女性に多いという従来のイメージは変化しており、高齢発症RA (LORA) が重要な診療対象となっています。



この図は、当院の関節リウマチ患者さんの背景と、RAを発症する年齢の変化を示しています。

2002～2007年では、RAの発症は30～50歳代に多く、50歳代がピークでした。一方、2020～2025年では、60歳代が最も多く、70歳代以降で発症する患者さんもみられます。

2つの期間では症例数が異なるため、患者数そのものを単純に比較することはできません。しかし、発症年齢の分布を見ると、RA発症のピークが30～50歳代から60歳代へ高齢側にシフトしていることが分かります。

高齢化が進むなか、RAも「若い人・働き盛りの人だけの病気」ではなく、高齢になってから発症することも多い病気になってきています。

RA発症の高齢化の原因は？

1



高齢化社会の進展

- 世界的に高齢者の割合が増加し、**高齢発症のRA患者が増加**。

2



医療技術の進歩による寿命の延伸

- 寿命が延び、加齢に伴う免疫変化により、**自己免疫疾患の発症リスクが上昇**。

3



生活習慣の変化

- 運動不足、ストレス、喫煙などの**生活習慣**が、高齢者のRAリスク因子となる。

4



高齢発症リウマチ（EORA）の認知向上

- 医師・患者の認知が向上し、**高齢発症例が診断されやすくなっている**。

5



感染症との関係

- 一部のウイルス**感染症**がRA発症のトリガーとなる可能性がある。

6



遺伝的要因と環境因子の複合的影響

- 遺伝的要因と環境因子（喫煙・ホルモン変化など）が複雑に絡み合い、**発症リスクを高める**。



これらの要因が複合的に関係して、
関節リウマチの**発症が高齢化**していると考えられます。

ChatGPT 2025.1.14

RA発症の高齢化は、高齢化社会の進展、免疫老化、生活習慣の変化、高齢発症RAの認知向上など、さまざまな要因が複合して生じています。単一の原因ではなく、複数の要因が重なった結果と考えられます。

13

高齡発症RA (LORA)と若年発症RA (YORA)の臨床像比較		
Late-onset rheumatoid arthritis: clinical features, diagnostic challenges, and treatment approaches		
高齡発症RA (LORA)	項目	若年発症RA (YORA)
・急性、時に感染症に酷似	発症	・慢性発症
・大関節、時に小関節罹患	罹患関節	・小関節、両側性
・やや低率	血清反応陽性率	・高率
・ほぼ同等	性差	・女性優位
・一般的	老齢に関係する症状	・希
・腎肝機能を考慮した容量調整	csDMARDs	・標準的に使用
・使用頻度は少ないが、適切にモニタリングで同程度の有効性	Biologics	・広く使用




➡ LORAは急性発症や大関節主体、血清反応低率、併存症や臓器機能に配慮した治療が特徴です。

一方、YORAは慢性発症、小関節両側性、血清反応陽性率が高く、標準治療が行いやすい傾向があります。

Rheumatology International (2025) 45:152より作図

高齡発症RA（LORA）は、若年発症RA（YORA）とは臨床像が異なります。LORAでは急性発症で大関節から始まることが多く、血清反応陽性率はやや低い一方、性差は少ないことが特徴です。また、高齢者では併存疾患や腎・肝機能を考慮した治療が重要となります。一方、YORAは小関節の対称性関節炎を呈し、女性に多く、標準的なRA治療が行われます。

高齢者の身体的特徴



○ 生理機能（恒常性維持機能・予備能）の低下

- ・ 腎機能（水・電解質）、耐糖能など
- ・ 薬物動態の加齢変化



○ 複数の病気を同時に持つ



○ 認知機能の低下



○ 免疫能の低下（獲得免疫>自然免疫）

- ・ 肺炎での死亡増加（死因の第4位）



○ 症状の遷延化と非典型

- ・ 発見、治療の遅れによる重症化



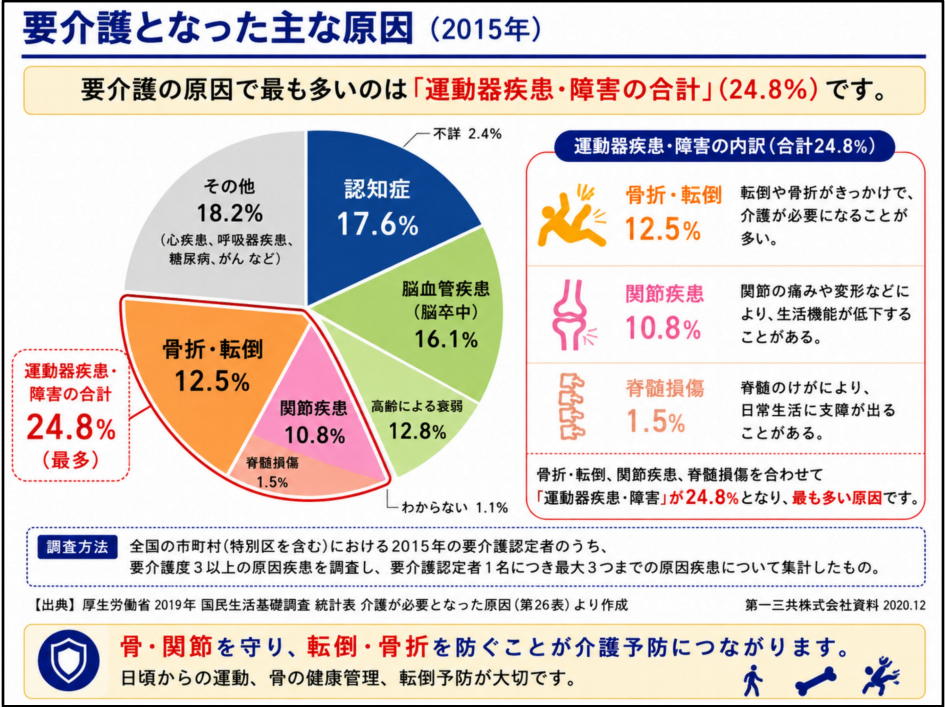
加齢に伴う身体機能の変化により、疾患の発見や治療が難しく、重症化しやすいことが特徴です。

高齢者マニュアル（日本医師会）

高齢者では加齢に伴い、生理機能や免疫機能、認知機能が低下し、複数の疾患を併せ持つことが少なくありません。また、薬物動態も変化するため、副作用への配慮が重要になります。さらに症状が非典型的で診断が遅れやすく、治療開始の遅れから重症化につながることもあるため、高齢者では若年者とは異なる視点で診療することが重要です。

高齢RA患者の特徴	
	① 若年発症RAとは症状が異なることがある 急に発症したり、肩や膝など大きな関節に症状が出ることもある。
	② 合併症・多剤併用が多い 高血圧、糖尿病、心疾患、腎疾患などの合併症を持つ方が多く、複数の薬を併用していることが多い。
	③ 薬の副作用が出やすい 年齢に伴い、薬の影響が強くなるため、副作用に注意が必要。
	④ 感染症が重症化しやすい 免疫の低下や合併症の影響で、肺炎などの感染症が重症化しやすい。
	⑤ フレイル・骨粗鬆症・転倒に注意 筋力や体力の低下、骨粗鬆症により、転倒・骨折のリスクが高まる。体重減少や活動量の低下にも注意が必要。
	⑥ 認知機能・気分の変化にも配慮 うつや認知機能の低下がみられることがあり、生活や治療の継続に影響する。
	年齢に伴う身体・精神・社会的要因を考慮した包括的な診療と慎重な薬物管理が重要です。 

高齢の関節リウマチ患者さんでは、若い方とは少し異なる特徴があります。まず、高齢になってから発症するRAでは、**比較的急に発症したり、肩や膝などの大きな関節に症状が出たりすることがあります。**また、高血圧や糖尿病、心臓病、腎臓病などの**合併症を持つ方や、複数の薬を服用している方が多い**ことも特徴です。そのため、薬の相互作用や副作用に注意しながら治療する必要があります。さらに、年齢とともに感染症が重症化しやすくなるほか、**フレイル、骨粗鬆症、転倒・骨折**にも注意が必要です。認知機能や気分の変化が、治療や日常生活に影響することもあります。したがって高齢のRA患者さんでは、関節だけを見るのではなく、**身体・精神・生活環境まで含めて総合的に考え、その方に合った治療を行うことが大切です。**



この図は、**介護が必要になった主な原因**を示しています。

2015年の調査では、**骨や関節などの「運動器疾患・障害」が24.8%と最も大きな割合**を占めています。その内訳は、骨折・転倒が12.5%、関節疾患が10.8%、脊髄損傷が1.5%です。

つまり、認知症や脳血管疾患だけでなく、**骨折や関節の病気によって体を動かしにくくなることも、介護が必要になる大きな原因**です。

特に高齢になると、骨粗鬆症による骨折や筋力低下による転倒が増えます。

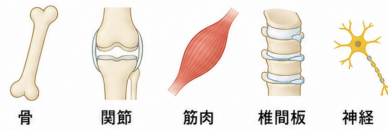
また、関節リウマチでは関節の機能を保つことも重要です。

そのため、**骨や関節を守り、運動を続け、転倒・骨折を防ぐことが、将来の介護予防につながります。**

ロコモティブシンドローム、サルコペニア、フレイル

ロコモティブシンドローム

- 骨、関節、筋肉、椎間板、神経など運動器全体の障害によって移動能力が低下した状態



骨

関節

筋肉

椎間板

神経

サルコペニア

- 主に加齢に伴う筋肉量や筋力の低下にて、歩行、立ち上がり、持ち上げなどが困難になる状態



歩行

立ち上がり

持ち上げ

フレイル

- 加齢に伴う全身的な虚弱状態を指し、身体的、精神的、社会的な面での脆弱さが増加した状態



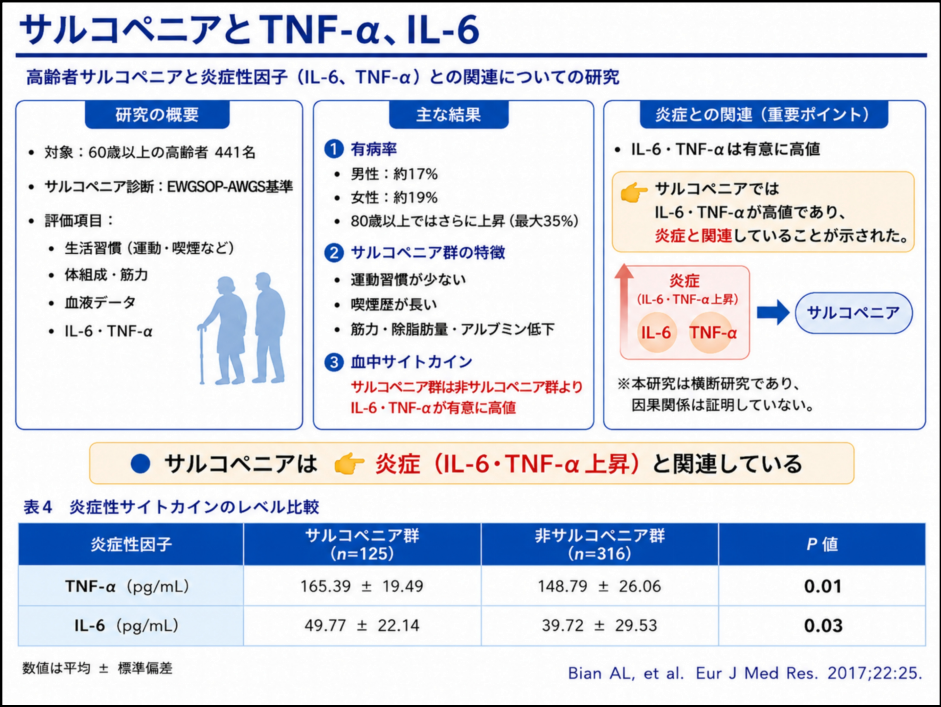
身体的

精神的

社会的

脆弱性の増加

ロコモティブシンドローム、サルコペニア、フレイルは似ていますが、それぞれ意味が異なります。ロコモティブシンドロームは、骨や関節、筋肉、神経など運動器の障害によって移動しにくくなった状態です。サルコペニアは、加齢などにより筋肉量や筋力が低下し、歩く・立ち上がる・物を持つことが難しくなる状態を指します。フレイルは、身体だけでなく心や社会とのつながりも含めて全身の活力が低下した状態です。関節リウマチでは、痛みや活動量の低下によってこれらが進みやすいため、病気のコントロールに加え、適度な運動、十分な栄養、社会参加を続けることが予防につながります。



この研究は、60歳以上の高齢者441名を対象に、**サルコペニアと炎症との関係**を調べたものです。

サルコペニアは男性の約17%、女性の約19%にみられ、80歳以上ではさらに増加していました。また、サルコペニアのある方では、運動習慣が少なく、筋力や除脂肪量、アルブミン値が低い傾向がみられました。

特に重要なのは、サルコペニア群では、炎症に関係する**IL-6とTNF-αが有意に高かった**ことです。

つまり、サルコペニアには筋力低下や栄養だけでなく、**慢性的な炎症も関連している可能性**があります。ただし横断研究のため、炎症がサルコペニアの原因であることを証明した研究ではありません。

JAK阻害薬はサルコペニアを改善させる

研究の目的

関節リウマチの動物モデルで、JAK阻害薬（トファシチニブ）が筋肉の量や筋肉の健康に与える影響を調べました。



e-RAとは？



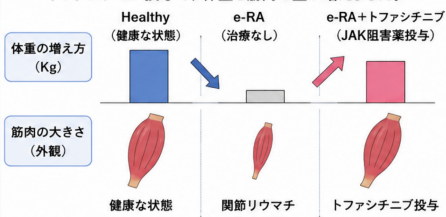
e-RA（実験的リウマチ性関節炎）とは、人の関節リウマチに似た炎症を人工的に起こした状態のことです。

4つのグループで比較しました

- Healthy（健康なうさぎ）
- e-RA（治療なし）
- e-RA+トファシチニブ（JAK阻害薬投与）

① 体重増加と筋肉の増加

トファシチニブ投与で、体重と筋肉の量が増えました。



② まとめ

JAK阻害薬（トファシチニブ）は、体重や筋肉の量を増やし、**筋肉の健康を改善**させることが示されました。



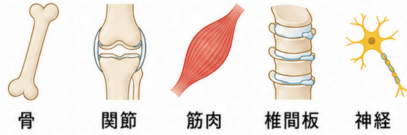
➡ 関節リウマチの治療で炎症をおさえることは、筋肉の量や健康を保ち、**サルコペニアの改善につながる可能性**があります。

この研究では、関節リウマチに似た状態を作った動物（e-RA）で、JAK阻害薬（トファシチニブ）の効果を調べました。その結果、治療によって筋肉量が増え、筋肉の状態が改善しました。関節リウマチでは炎症によって筋肉が減りやすくなりますが、炎症をしっかり抑えることで筋肉を保ち、サルコペニアの予防や改善につながる可能性が示されています。

ロコモティブシンドローム、サルコペニア、フレイル

ロコモティブシンドローム

- 骨、関節、筋肉、椎間板、神経など運動器全体の障害によって移動能力が低下した状態



骨

関節

筋肉

椎間板

神経



サルコペニア

- 主に加齢に伴う筋肉量や筋力の低下にて、歩行、立ち上がり、持ち上げなどが困難になる状態



歩行

立ち上がり

持ち上げ



フレイル

- 加齢に伴う全身的な虚弱状態を指し、身体的、精神的、社会的な面での脆弱性が増加した状態



身体的



精神的

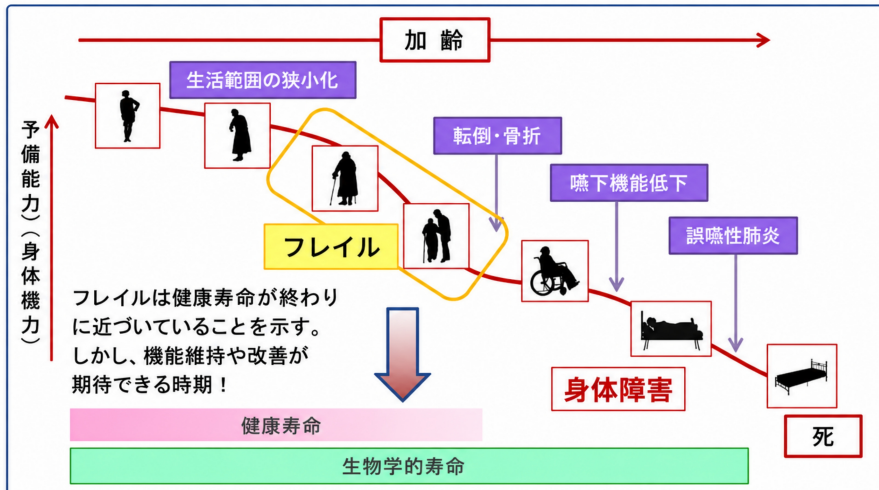


社会的



脆弱性の増加

老いに伴う身体機能の変化



国立長寿医療研究センター

年齢を重ねると、筋力や体力（予備能力）は少しずつ低下し、生活範囲も狭くなります。フレイルは、健康な状態と要介護状態の間にある時期で、転倒や骨折、身体機能の低下が起こりやすくなります。しかし、この段階は運動、十分なたんぱく質摂取、栄養管理、社会参加などにより改善や進行予防が期待できます。早めに気づき、対策を始めることが健康寿命を延ばすために重要です。

簡易フレイルインデックス

簡易フレイルインデックス

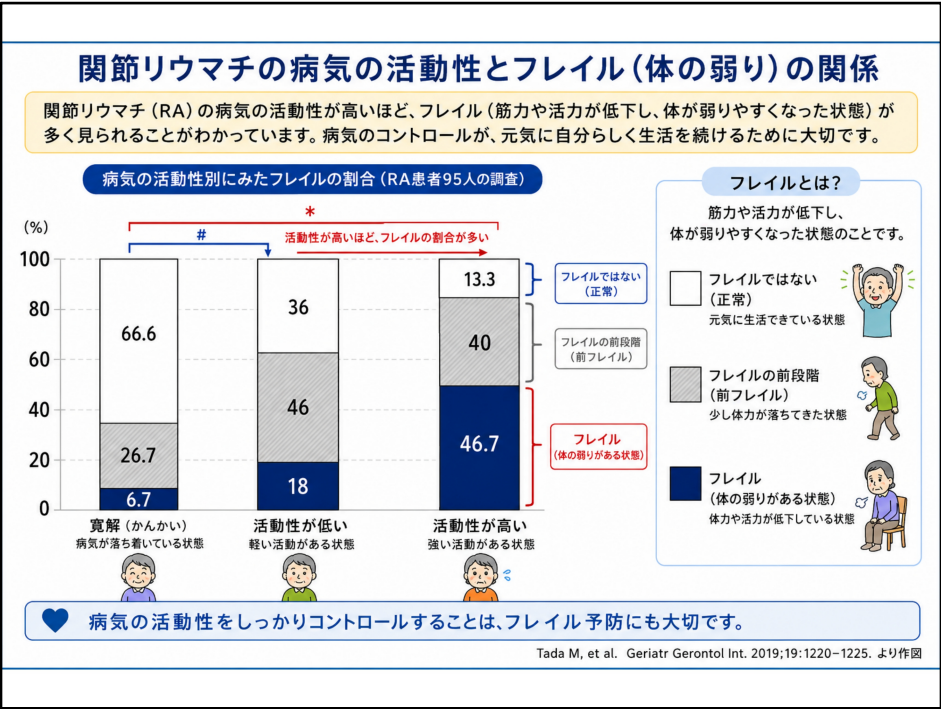
- 6 カ月間で 2～3 kg の体重減少がありましたか？ はい ⇒ 1 点
- 以前に比べて
歩く速度が遅くなってきたと思いますか？ はい ⇒ 1 点
- ウォーキング等の運動を
週に 1 回以上していますか？ いいえ ⇒ 1 点
- 5 分前のことが思い出せますか？ いいえ ⇒ 1 点
- (ここ 2 週間) わけもなく疲れたような
感じがする。 はい ⇒ 1 点

3 点以上 → フレイルの可能性

※ この指標はスクリーニングのためのもので、診断を確定するものではありません。

Yamada M, et al. J Am Med Dir Assoc. 2015;16:1002.e7-11.

この「簡易フレイルインデックス」は、フレイルの可能性を簡単に確認するための質問票です。体重減少、歩く速さの低下、運動習慣の不足、もの忘れ、疲れやすさの5項目を評価し、3点以上でフレイルの可能性が高いと判断されます。フレイルは早く見つけることで改善が期待できます。気になる場合は、運動習慣の見直しや十分なたんぱく質・栄養の摂取、必要に応じて医療機関への相談を行い、健康寿命の延伸につなげることが大切です。



この図は、関節リウマチの病気の活動性とフレイル、つまり「体の弱り」との関係を示しています。病気が落ち着いている患者さんではフレイルは6.7%ですが、活動性が低い場合は18%、活動性が高い場合には46.7%まで増えています。つまり、**関節リウマチの活動性が高いほど、フレイルが多くみられることがわかります**。フレイルは、筋力や活力が低下して体が弱りやすくなった状態です。関節リウマチの治療では、関節の痛みや腫れを抑えるだけでなく、**病気の活動性をしっかりコントロールすることが、フレイル予防の面からも大切です**。



この図は、加齢や関節リウマチによってフレイル、つまり「体の弱り」が進みやすくなることを示しています。フレイルには、体重減少、疲れやすさ、歩く速さの低下、筋力低下、活動量の低下などがみられます。しかし、フレイルは早い段階で気づいて対策することで、改善が期待できる状態です。関節リウマチをしっかりと治療するとともに、運動、バランスのよい食事、十分な睡眠、人とのつながりを大切にして、フレイルの進行を防ぎ、元気で自分らしい生活続けることを目指しましょう。

関節リウマチ(RA)と認知症のリスク

関節リウマチ(RA)の方は、そうでない方に比べて、認知症のリスクが高いことが報告されています。

メタアナリシスの結果

複数の研究をまとめて解析した結果、
RAの方は認知症のリスクが

約1.6倍

高いことがわかりました。
(リスク比 1.61)



認知症のリスクの比較

コホート研究
(3つの研究)



1.34倍高い
(95%信頼区間
1.26-1.42)

横断的研究
(2つの研究)



2.02倍高い
(95%信頼区間
1.83-2.23)

すべての研究を
合わせた結果



1.61倍高い
(95%信頼区間
1.10-2.37)

0.5 1 2 5
リスクが低い 差なし リスクが高い



慢性的な炎症は、脳に影響を与え、認知症のリスクを高める可能性があります。

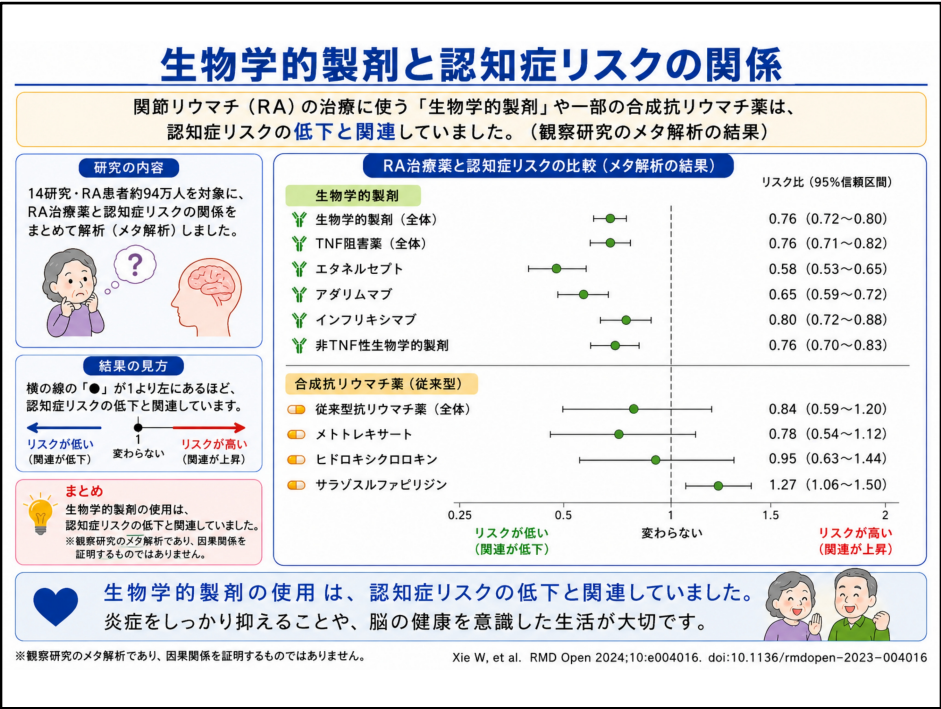
関節リウマチの治療で炎症をしっかりコントロールし、
血圧や血糖、コレステロールの管理、運動や生活習慣の改善を心がけることが大切です。

Neurol India 2016;64:56-61. より作図

関節リウマチ (RA) の方は、そうでない方に比べて認知症になりやすいことが報告されています。その理由の一つとして、長く続く炎症が脳や血管に影響を与える可能性が考えられています。しかし、これは必ず認知症になるという意味ではありません。RAの炎症をしっかり抑え、適度な運動、バランスの良い食事、十分な睡眠、血圧や血糖の管理を続けることが、脳の健康を守るためにも大切です。



この図は、関節リウマチの患者さんを10年間追跡し、認知機能の低下に関係する要素を調べた研究です。日頃から体を動かしている人や、生物学的製剤を使用している人では、認知機能の低下が少ない傾向がみられました。一方、炎症が強い人、うつ症状がある人、睡眠の質が悪い人などでは、認知機能の低下が多くみられました。これらは原因と結果を直接証明するものではありませんが、運動を続けること、関節リウマチの炎症をしっかり抑えること、こころのケアや良い睡眠を心がけることが、認知機能を守るうえでも大切と考えられます。



この図は、関節リウマチの治療薬と認知症リスクとの関係を、14研究・約94万人の患者さんを対象に調べたメタ解析です。生物学的製剤を使用している患者さんでは、認知症リスクが低いことと関連していました。一方、従来型の抗リウマチ薬では、薬剤によって結果が異なります。ただし、これは観察研究をまとめた結果なので、生物学的製剤そのものが認知症を予防すると証明したわけではありません。関節リウマチでは、炎症を適切にコントロールするとともに、運動や睡眠など脳の健康を意識した生活を続けることも大切です。

高齢RA患者さんの治療で大切なこと

年齢とともに、薬の影響や合併症のリスクが高まります。安全に治療を続けるために、次の点を意識しましょう。

🔑 高齢者に多い主なリスク

リスク	ポイント
 腎機能低下	薬の排泄が遅れ、副作用が出やすい
 多剤併用	薬同士の相互作用が起こりやすい
 免疫機能低下	感染症のリスクが高くなる
 骨粗鬆症	RAやステロイドで骨折リスク↑
 転倒・フレイル	加齢や筋力低下、薬の影響に注意

☑ 患者さんが日常的に注意したいこと

-  **感染症の早期サインを見逃さない**
発熱・咳・排尿痛など、いつもと違う時は受診を。
-  **定期的に血液検査**
腎機能・肝機能・血球などを定期的にチェック。
-  **ワクチン接種歴を確認**
生ワクチンは主治医に相談。
-  **薬の管理をシンプルに**
お薬カレンダーなどを活用し、飲み忘れ防止。
-  **骨折予防と体力づくり**
転倒を防ぎ、骨密度も定期的にチェック。
-  **自己中断しない**
症状が落ち着いても、勝手に中止しない。

❤️ **大切なこと** 気になる症状は早めに相談しましょう。



安全に治療を続けて、
元気な毎日を目指しましょう！

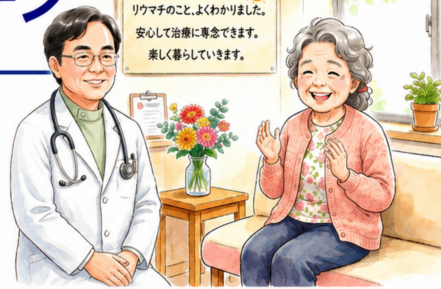


この図は、高齢の関節リウマチ患者さんが、安全に治療を続けるために注意したいポイントをまとめています。年齢とともに、**腎機能の低下、多剤併用、感染症、骨粗鬆症、転倒・フレイル**などのリスクが高くなります。そのため、感染症のサインに早く気づくこと、定期的な血液検査、ワクチン接種歴の確認、薬の管理、骨折予防が大切です。また、症状が良くなっても、**薬を自己判断で中止せず、気になることがあれば早めに主治医や薬剤師に相談すること**が、安全に治療を続けるポイントです。

次回のリウマチ教室

10月1日（木）14:00～15:00

肺炎球菌ワクチンと 带状疱疹ワクチン



リウマチ教室に参加して
リウマチのこと、よくわかりました。
安心して治療に専念できます。
楽しく暮らしていきます。