

# 上手な RA 治療保険診療のコツ

生野リウマチ整形外科クリニック

生野 英祐

(2014年 第15回博多リウマチセミナー)

これまでも関節リウマチ診療における「コツ」について多くの先生が報告されている。これまでに紹介されている「コツ」は、治療アルゴリズム、外科的処置の工夫、患者への対応などであり、ある程度の経験を要するものが多い。

今回は、関節リウマチ診療を初めて日が浅い先生にも実践可能で、経営上もメリットがある「コツ」について述べてみたい。

## 1. 時間的なロスの軽減

関節リウマチ診療においては、特に初診時の診察に多くの時間を要する。しかし、一人の初診患者に多くの時間をかけることは、現実的には難しい。初診時に行う問診、診察、検査をいかに効率的に計画するかということが重要である。

どちらの施設でも初診患者には問診票を記入させていることと思う。短時間で効率良く診察するためには、診察室に入る前のある程度の情報を入手しておく必要がある。しかし、問診票に自分で必要な情報を漏れなく記載できる患者は少ない。また、患者の満足度を上げるためには、open question での問診が理想的である。

そこで、当院では、リウマチケアナースが待合室で初診患者に寄り添い、問診票の記入を手伝いながら、来院の動機、これまでの治療歴と治療内容、合併症、アレルギー歴、手術歴、現在の処方と使用状況などを確認する。加えて疼痛関節、腫脹関節を確認し、血圧、脈拍数、SpO<sub>2</sub>などの計測まで行う。リウマチケアナースが関与することで、医師は短時間に多くの情報を得ることができ、患者は多くの時間を割いて診察されたという満足感を得ることができる。初診患者の診療時間短縮と満足度の向上には、リウマチケアナースの存在と教育が最も有用な手段であると考えている<sup>1)</sup>(表1)。

### (表1) 患者が望む再来診療体制

1. 待ち時間が短いこと。
2. 病状の悪化・急変にすぐ対応してもらえること。
3. 十分な病状説明や、薬の効果・副作用説明を受けること。
4. 主治医がリウマチ専門医で、かつ同一の医師にみてもらうこと。
5. 整形外科医と内科医の連携が十分行われること。
6. 必要なときには入院加療ができること。
7. 電子カルテで視覚的に患者自身が病態の変化を理解しやすいこと。
8. 待合室での工夫。

近藤正一先生のRA診療のコツより

## 2. 前医での治療について

前医での診療に対する不満や不信感を持っている患者が来院することも少なくない。しかし、前医の診

療については批判しないことが重要である。その時点での状況を正確に把握することは不可能であるので、前医の診療内容を批評することはできないからである。

### 3. 受診の動機をふまえた対応

関節リウマチ患者は治療のみを求めて来院するわけではないことに注意が必要である。患者に満足感を与えるためには、患者が最も困っている部分に適切に対応することが重要である。患者の受診動機は痛みとは限らず、今後の病状に対する不安解消、日常生活での支障や経済的な問題から社会保障制度の利用などを考えている場合も少なくない。正確に診断し、治療を行うだけでは、患者の受診動機を満たすことはできない。常に患者が何を求めて受診しているのかを意識することで、信頼関係を強固にし、治療を円滑に進める一助となる

### 4. 初診時検査

初診時には早期関節リウマチのスクリーニング、他疾患の鑑別、合併症の確認を目的とした検査を計画する必要がある。患者には、検査内容と意義、リウマチ学会や厚労省のガイドラインに沿った検査であることを説明した上で、検査を実施する。画像診断としては、両手 2R、胸部 2R、両足 2R、疼痛のある関節を加えた単純 X 線撮影を行う。初診時に行う血液検査には、その検査の種類によって血液学的検査判断料(125 点)、生化学的検査( )判断料(144 点)、生化学的検査( )判断料(144 点)、免疫学的検査判断料(144 点)が発生する。既に他院で関節リウマチと診断されている患者では、RF や MMP3 を選択する。抗 CCP 抗体は疑い病名でなければ査定されるので、前のデータを引用する。残薬を充分持っている場合には疑い病名で抗 CCP 抗体を調べることもある。しかし、検査会社によって cut off 値が異なることに注意が必要である。他の膠原病の合併や除外が必要と思われる症状がある場合には、抗核抗体、CH50 を検査に加える。閉経前後の患者には NTX を追加する。確定診断後の検査はガイドラインでは MTX などを用いている場合には 1 か月に 1 度必要とされている。しかし、実際には査定される場合もあるので、生化学検査などは安定時期が長い場合には間隔を延ばすことを考慮する必要がある。

### 5. 初診時診察・処方

初診時の患者さんは不安や心配を抱えているケースが多く、リウマチという病気を理解していただくように対応することが必要である。再診やセカンドオピニオンなど病歴の長い患者さんは、あきらめ感ややり場のない怒りなどを持っている場合が多い。新しい治療を含めて治療の選択肢について希望が持てるように対応することが肝要と思われる(表 2)。

(表 2) リウマチ患者さんに言うてはいけないことと  
言ったほうがよいこと

- 言うてはいけないこと  
「リウマチは一生治らない」  
「リウマチだから関節の痛みは仕方ない」
- 言うてあげたい言葉  
「検査結果が良くなっていますよ」  
「症状が安定しています」

近藤正一先生の RA 診療のコツより

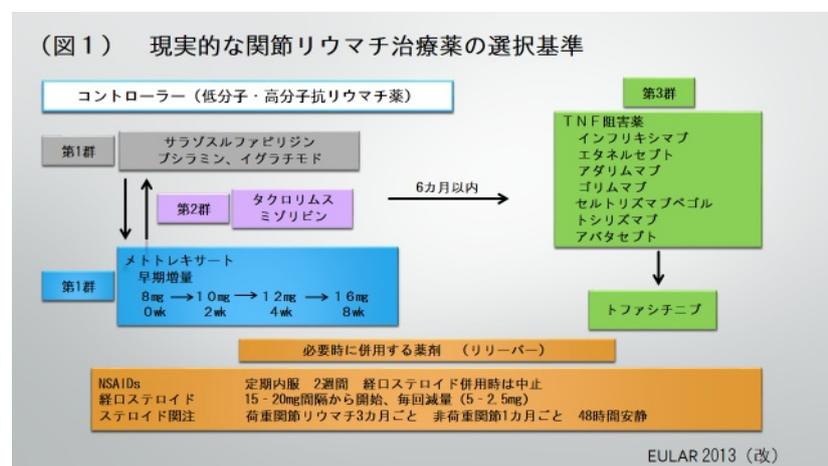
著しい合併症がないことが確認されているとき(前医の検査結果や画像がある場合)においても内服については大きな変更は行わない。既に MTX を内服している場合は副作用が出現していないかどうかを検査する。肝機能障害などがある場合にはフォリアミンの増量や MTX を減量するなどの調整を行う。ALP や LDH の上昇がみられる

ときは悪性リンパ腫の合併も考慮する。<sup>2)</sup>

MTXに限らず悪性リンパ腫はリウマチ外来では年間2~3症例ほど経験する。MTXを中止することにより改善することが多いが腹部病変を伴うものやリツキサンの投与を必要とする場合には関連病院に紹介している。<sup>3)</sup>疼痛のため日常生活に著しい支障がみられるときは、関節内注射や静脈注射を行うこともある。多くの場合、関節内注射に用いる薬剤はリンデロンを選択する。ケナコルトは反応性の腫脹や水腫を来す場合があるので、リンデロンが無効であれば2回目移行に用いる。静脈内注射はリメタゾンを用いるが、保険上、2週に1回の投与が望ましい(年齢・体重・症状により適宜増減)。

## 6. 再来時

検査結果、DAS28などを用いて疾患活動性を客観的に評価し、検討を加えたうえで治療方針について説明する。生物学的製剤などの投与が必要な場合などには、経済的な面も配慮しなくてはならない。したがって、医師に代わり看護師が説明を担当することも多い。治験などに前向きな場合は、コーディネーターが行う。著者の施設では早期の場合はMTXに生物学的製剤を加え2年間ほどで生物学的製剤は中止することが多い。EULAR 2013のガイドラインに沿って治療することが望ましいと考える(図1)。



そうした世界標準のガイドラインに沿った治療は患者さんにも説明しやすく理解が得やすい。しかしながら薬剤の特性から少なからず重篤な副作用もあり、生物学的製剤、DMARDsの投与開始前には同意書を交わしている。DMARDsの主な選択肢はMTX、タクロリムス、アザルフィジン、リマチル、注射金剤からなる。この時、前

医で投与され服用中であってもリスク管理として改めてインフォームドコンセントを行い、同意説明書にサインをいただいている。<sup>4)</sup>

## 7. 再来時の検査

確定診断後であればRF値やMMP-3をみることもあるが、同時算定は不可である。そのため、先にRF値を選択し、次回来院時に病勢をMMP-3で確認することが多い。

RF値は診断時、MMP-3値は経過を追うためのものと解釈している方がいる。しかし、RF値が45 U/ml以上で、リドーラ、チオラ、シオゾールなどを用いている場合、キレートの効果をみる必要がある。RF値を調べる頻度は少なくとも良いが、MMP-3の検査間隔は3~4ヵ月が適当と考えられている。

最近、状態の安定した患者の生化学的検査は必要ないのではないかという意見がある。MTXのガイドラインでは安全性の観点から毎月の検査が推奨されているが、すべての保険者がこれを容認するものではなくなるかもしれない。

著者の施設ではMTXやTAC、JAK阻害剤(トファシチニブクエン塩酸:ゼルヤンツ錠)などを使用している患者に関しては、基本的には学会の方針に沿って毎月検査を施行している。他のDMARDsを使用している場合、特に問題のない患者であれば、CBC、CRP、ときに検尿にとどめ、生化学は2~3ヵ月間隔にしている場合もある。KL-6値や-Dグルカン値を測る場合、病名の登録漏れがないよう注意する。

## 8. 薬物治療

実際の臨床の現場では個々の患者における薬剤の使い方や変更のタイミングが経験によって異なる。経済状況などを把握したうえでジェネリックに変更することも多くなった（表3・4）

（表3）後発品を用いた処方(MTXの場合)

先発品	後発品
・リウマトレックスカプセル12mg/週 299.5×6C×4W=7,188	・メトレート錠12mg/週 212.89×6T×4W=5109.36
・ロキソニン60mg 3T 55.8×30=1,674	・ロキソプロフェン60mg「EMEC」 3T 23.4×30=702
・ムコスタ3T 52.2×30=1,566	・レバミピド3T「EMEC」 33.3×30=999
・ワンアルファ錠1μg 1T 78.59×30=2,357.7	・アルファカルシドール錠1μg 1T 8.90×30=267
3割負担の場合の合計金額3,836円	3割負担の場合の合計金額2,123円
後発品を用いた場合、月額で1,713円、年額では20,566円の差が生じる。	

（表4）後発品を用いた処方(TACの場合)

先発品	後発品
・プログラブ3mg/日 821.79×3C×30=73,961.1	・タクロリムス3mg/日 575.29×3T×30=51,776.1
・モービック10mg 60×30=1,800	・メロキシカム10mg「EMEC」 38.40×30=1,152
・ムコスタ1T 17.40×30=522	・レバミピド1T「EMEC」 11.1×30=333
・ワンアルファ錠1μg 1T 78.59×30=2,357.7	・アルファカルシドール錠1μg 1T 8.90×30=267
3割負担の場合の合計金額23,592円	3割負担の場合の合計金額16,058円
後発品を用いた場合、月額で7,534円、年額では90,408円の差が生じる。	

NSAIDsはその力価を把握できているものを使うことが望ましい。一般名処方をすれば一般名処方加算2点が算定できる。COX2 選択性でエトドラクやセレコキシブ、速効性のロキソプロフェン、半減期の長いメロキシカムなどを選ぶことが多い。腰痛の合併などで強力な鎮痛効果を期待する場合、ジクロフェナクNa徐放剤やロルノキシカム、オキサプロジンを用いる。関節水腫が継続する場合にはインドメタシンファルネシルを用いることもある。高齢者や e-GFR が低い傾向にある人にはスリダクを用いている。これら薬剤が適格に服用できているかで用法を変更することもある。喘息やアレルギーの既往がある場合には少量のステロイドで対応している。

ステロイド剤は、以前のように5mg錠を使うことは少なくなっている。4mg錠、2mg錠、1mg錠を選択し、必要に応じ用量・用法の使い分けをしている。湿布は、関節リウマチに適応があるものはモーラステープとパテルテープのみである。時にパップ剤を使用している症例が散見されるが、その場合には適応病名を追加しなければならない。関節数における処方上限は都道府県によって異なるので注意が必要である。1日に3～4部位が目安とされるが、明確な回答は得られていない。

骨粗鬆症が示唆される場合、一般名処方ではアルファカルシドールを投与し、必要に応じてビスフォスフォネートを投与する。この場合、血中NTXを6ヵ月に1度行い、レセプトに記載するコメントとして前回検査日を記入する。PTH製剤は自己注射のものもあるが、52週以降の取り扱いの問題があるために、当院では採用していない。PTH製剤の場合はP1NPによる検査が必要と思われる。現在のところ骨皮質の再生を促す製剤はデノスマブだけであるが、高価であることから現実的には投与しにくい。

レセプトの突合・縦覧点検における減点事例として、算定誤り、病名漏れ、胃薬の漫然投与などがある。縦覧点検の具体的な項目に医薬品の投与量および投与日数があるが、禁忌とされている薬剤などは問題となる。例えばMTXとウルソデオキシコール酸を同時に処方するとMTXが減点の対象となるかも知れない。突合・縦覧点検の具体的な項目では医薬品の品目数の適否等が算定ルールチェック区分とされている。医薬品チェックでは禁忌病名が医科レセプトに記載されていないか吟味する必要がある。

## 9. 生物学的製剤

これまで、生物学的製剤(Bio)については多くの報告があり、臨床の場でも十分認知されている。2013

年の EULAR で発表されたように骨破壊を来す前の早期投与開始が重要であると述べている。しかし、患者の経済的状況がこれを許さない場合も少なくない。経済的な問題がある場合には、治験という選択肢もある。Bio を投与するにあたり、肝炎の再不活化の可能性も考えられること、 $\gamma$ -D グルカン値が高値であればバクタ投与、また高齢者のイソニアジド (INH) 予防投与も必要に応じ行わなければならない。こうした安全管理が求められることから、現在、日本リウマチ財団では全ての生物学的製剤における管理料の統一化の申請を行っているところである。Bio とは別に JAK 阻害剤投与前には消化管の検査や婦人科検診も必要と思われる。可能性のあるリスクは常に考慮し、病診・診診連携を密接に行わなければならない。投与前に必要な検査に関しては、専門医の意見を聞くことも重要である。<sup>5)6)7)8)</sup>

## 10. 医療保障における負担の軽減について

近年の医療費の動向をみると、国民医療費は経済（国民所得）を上回る伸びを示している。それに伴い医療制度構造改革などで私たちの医療を取り巻く環境はめまぐるしく変化している。患者さんにとってより良い医療を提供することは重要だが、様々な社会保険制度等を利用し医療費負担をできるだけ軽減する工夫や提案を行うのも主治医の務めと考える。<sup>9)</sup>これには下記のようなものがある。

- 自己負担限度額について  
同じ医療機関で支払った 1 か月の医療費の自己負担額（外来診療、入院診療ごとにそれぞれ計算）が自己負担限度額を超える場合、限度額を超えて支払った分が「高額療養費」として払い戻される。
- 特定疾患治療研究事業<sup>10)</sup>  
目的：難病患者のための医療費の助成（自己負担分の一部を国と都道府県が公費負担として助成）  
対象：難治性疾患克服研究事業の臨床調査研究分野の対象疾患である 130 疾患のうち 56 疾患（疾患毎の認定基準あり）  
リウマチ性疾患における指定対象疾患：悪性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、混合性結合組織病、強皮症/皮膚筋炎及び多発性筋炎、結節性多発動脈炎、ベーチェット病など<sup>1)</sup>
- 障害者総合支援法（旧 身体障害者手帳）  
平成 25 年 4 月 1 日に施行。「障害者自立支援法」が「障害者総合支援法」となり、障害者の定義に難病等が追加された。「障害者総合支援法」では、関節リウマチも、身体障害者手帳の有無に関わらず、障害福祉サービス等を受けられるようになった。1・2 級でなければ医療費の一部助成（地域差あり）が受けられず、メリットがないという誤解もある。しかし、3～6 級でも収入に応じて税金の控除や交通機関に関するサービスなどの制度が利用できる。
- 補装具の取り扱い  
平成 25 年からは障害者総合支援法の「障害者」の定義に難病等が加わるため、難病患者等についても補装具費の支給対象となる（但し、更生用装具として）  
対象疾患に罹患していれば、身体障害者手帳がなくても対象となるが、医師の診断書もしくは、特定疾患医療受給者証が必要である。

➤ 自立支援医療（厚生医療）の給付

対象：身体障害者手帳 1 級～6 級

障害の軽減や機能回復のために必要な医療には、自立支援医療（更生医療）が給付される。

例：関節拘縮、関節硬直 関節受動術、関節形成術、人工関節置換術、義肢装具手術（肢体不自由）など

- 1.指定医療機関で行われた医療に限る。
- 2.更生相談所の審査に通らなければならない。

➤ 介護保険

2000 年 4 月にスタートした介護保険制度は、介護費用を介護保険料と公費で負担する制度である。40 歳以上の関節リウマチの患者は、認定された支援・介護度（要支援 1, 2 および要介護 1～5 の 7 段階に区分される）に応じ在宅・施設サービスが受けられる。

## 11. 本邦のリウマチ治療と社会保障

人口の自然高齢化に伴い医療費は費用対効果とともに社会保障に見合うものにする必要がある。既に障害者支援法では肢体不自由（人工関節等置換者）の身体障害認定基準が見直される。これによって助成圏の対象外となり、自己負担が生じる患者も少なくないと思われる。また、生物学的製剤使用時の外来化学療法加算や在宅自己注射指導管理料の見直しも行われることが予想される。将来的には均一なものに管理は統一されるものと思われるが、このような事を考慮したうえで保険診療にあたらなければならない。

### まとめ

一般外来と専門外来では異なるかもしれないが、関節リウマチ患者が何を求めて受診しているかというニーズをつかみ、その患者にとって最も満足度が高い選択肢を多く持つことが必要と思われる。間違いのない診療を保障するためには良いスタッフを育成し、病診・診診連携をうまく利用し、安全を第一に考えることである。「できるだけ最新の医療を世界標準に沿って行う」ということは、必要不可欠な条件である<sup>11)</sup>。より良い医療を提供できるように、セミナーや学会等に参加し、常に新しい情報を得るようにしなければならないと思われる。

## 文献

- 1) 近藤正一. RA 診療のコツ. リウマチ財団ニュース
- 2) 生野英祐. メトトレキサート 2mg 錠 (メトレート錠 2mg) の使用経験. 新薬と臨床 2005;54(10):86-94.
- 3) 生野英祐. 関節リウマチにみられる偽腫瘍および免疫力低下による腫瘍病変. 整形・災害外科 2011;54(10):1267-1274.
- 4) 日本リウマチ実地医会編. リウマチのすべて 患者と家族への説明のポイント. プリメド社 2007.
- 5) 生野英祐, 若崎るみ枝. クリニックにおけるエタネルセプトの使用経験およびその適正使用と留意点. 整形外科 2006;57(13):1708-1711.
- 6) 生野英祐, 柴田志保. クリニックにおける関節リウマチに対するエタネルセプトの長期成績とリスク管理. 整形外科 2008;59(12):1429-1435.
- 7) 生野英祐, 柴田志保, 堀内孝彦. クリニックにおける関節リウマチに対するアダリムマブの使用経験と適正使用について. 2009;42(2):229-235.
- 8) Shono E. Effectiveness of Golimumab in Clinical Management of Patients with Rheumatoid Arthritis. Drugs R D 2013;13(1):95-100.
- 9) 生野英祐, 柴田志保ほか. クリニックにおける高齢 R A 患者の治療について ~ 専門医の立場から ~. 九州リウマチ 2011;31(2):104-110.
- 10) 公益財団法人 難病医学財団難病情報センター ホームページ <http://www.nanbyou.or.jp/entry/513>
- 11) Sokka T, Shono E, Yamanaka H et. al. for the QUEST-RA study group. Work disability remains a major problem in rheumatoid arthritis in the 2000s: data from 32 countries in the QUEST-RA Study. Arthritis Research & Therapy 2010;12(2)R42:doi:10.1186/ar2951.