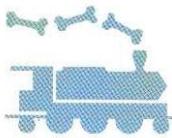


LOCO CURE

Vol.3 No.2 2017



座談会

特集

連載

処方エキスパートへの道

デュロキセチン

治療選択 誌上ディベート

大腿骨転子部骨折の治療選択 SFN vs CHS

明日から役立つ 外来の工夫

これだけ体操[®](腰痛に対する運動療法)

全身の疾患とロコモ

ロコモと高血圧 —内分泌代謝内科医の視点から—

施設探訪 —より良いロコモ診療を求めて—

一般社団法人巨樹の会 所沢明生病院

—超急性期医療からの骨粗鬆症、サルコペニア・フレイルへの取り組み—

ロコモ ティールーム

ヒトの進化とロコモ



ロコモ／フレイルをめぐる最近の展開
ロコモと地域包括ケア



先端医学社

ロコモを取り巻く地域医療の課題

医療法人アスムス

太田秀樹

Summary

世界に類をみない超高齢社会は、さまざまな生活障害と暮らす高齢者を増加させ、わが国では、「地域包括ケアシステム」という新たな仕組みのなかで、地域医療が展開されることとなった。人口構造の激変は、疾病構造を変え、さらには疾病概念をも変えた。病気を治し、命を救うという従来の医療の役割を超え、限りない医療の生活モデル化は、ロコモティブシンドロームに象徴されるように、人生の質を高めるための医療へとパラダイムをソフトさせている。運動器の疾患を扱う整形外科医がかかりつけ医としてオーガナイザーをつとめ、地域が主体となりロコモにかかる時代が到来している。

key words 地域包括ケアシステム・かかりつけ医・介護保険制度・受療率・生活モデル

はじめに

地域包括ケアシステム構築が、基礎自治体の役割となつたが、概念的な解説が先行し、実態として本質的理解が乏しい場面も少なくない。地域包括ケアシステムとは、住み慣れた地域で尊厳をもって最期まで暮らす仕組みといえるが、視点を変えると、地域医療を提供していくうえでの新たな秩序である。そして、世界に類をみないわが国の超高齢社会をより豊かなものにしていくための目標であり、ゴールでもある。

地域包括ケアシステムは、医療・介護・福祉（生活支援）・保健（予防）・住居の5つの領域から構成されるが、それぞれの領域において、ロコモと深いかかわりがある。とくに医療においては、在宅医療の推進普及が重要となる。在宅医療の主な対象者は通院困難者であり、運動器に由来する移動機能低下に起因することは少なくない。すでに、デイサービスやデイケアのアクティビティプログラムのなかで、いわゆる「ロコトレ」を提供している事業所も増加しつつあり、したがって、介護保険制度についての理解も非常に大切となる。

さらに、長年外来に通院してきた患者さんの移動機能が低下し、通院が困難となりつつある現実を踏まえると、日本医師会が提唱している「かかりつけ医」の

役割の一つとしても、より積極的にロコモとかかわることが求められている。

そこで、本稿では在宅医療に力をいれている地域の開業医の立場で、ロコモを取り巻く地域医療の課題について述べる。

介護保険制度への理解

介護保険制度は、在宅療養を社会的介護力で支えることを基本理念として2000年に創設された。より実情に即した形で3年ごとに改定をおこないながら、現行のサービス体系となっている。介護認定対象者の増加に伴い、財源の課題も大きく、従来予防給付区分とされていた要支援I・要支援IIが、介護予防・日常生活支援総合事業（表①）¹⁾に移行した。財源が介護保険事業から切り離されたが、必要なサービスは介護保険サービス事業所において継続的におこなわれており、区分の大部分をロコモとみなしてもよい。変形性腰椎症、腰部脊柱管狭窄症、変形性膝関節症など運動器の障害によって、移動機能が障害され要介護認定を申請すると、障害の重症度によるものの要支援I・IIと認定されるからである。認知症の合併や、病態が不安定な場合を除き、介護給付区分となりにくい（図①）。したがって、歩行が不安定で、仮に杖などの支持を必要

表① 介護度とそのサービス・事業

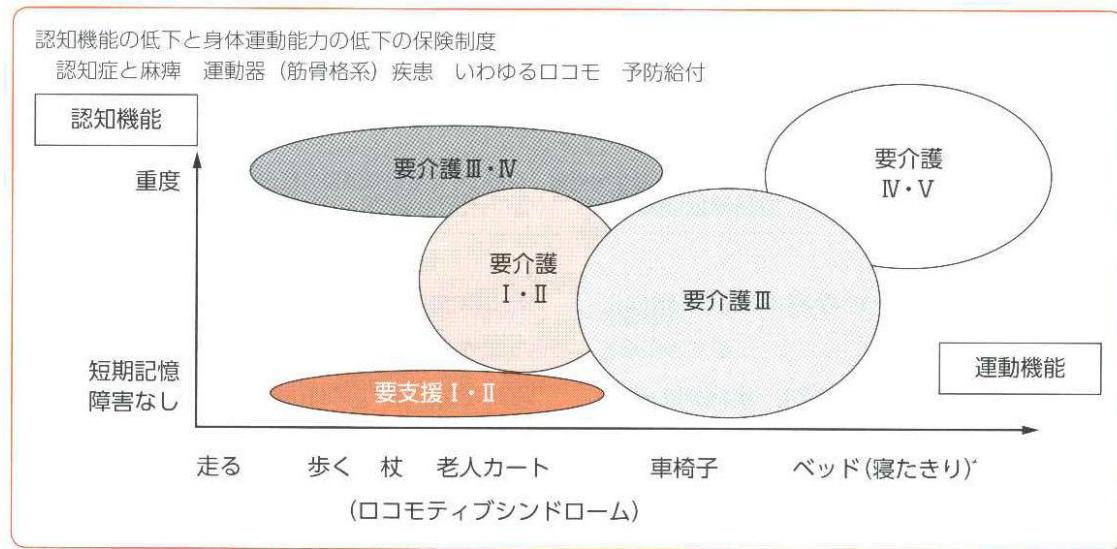
2015年度 (2014改正)	非該当(自立)		要介護認定者		
	一次予防対象者	二次予防対象者	要支援I	要支援II	要介護I~V
介護予防・日常生活支援総合事業			介護予防・生活支援サービス事業		
一般介護 予防事業		訪問介護・通所介護を除く 介護予防サービス(給付)		介護サービス (給付)	

* (介護予防) 居宅療養管理指導 医師・歯科医師【支給限度額外】

通院が困難なものに対して計画的かつ継続的な医学管理または歯科医学管理に基づき介護支援専門員に対するケアプランの作成などに必要な情報提供並びに利用者もしくは家族等に対する介護サービスを利用するうえでの留意点、介護方法などについて指導または助言した場合に算定

「情報提供」事項 (a) 基本情報 (b) 利用者の病状 (c) 介護サービスを利用するまでの留意点、介護方法等 (d) 利用者の日常生活上の留意点

(平成28年度厚生労働省委託事業在宅医療関連講師人材養成事業研修会テキスト¹⁾より引用)


図① 介護保険 介護度とロコモの位置づけ

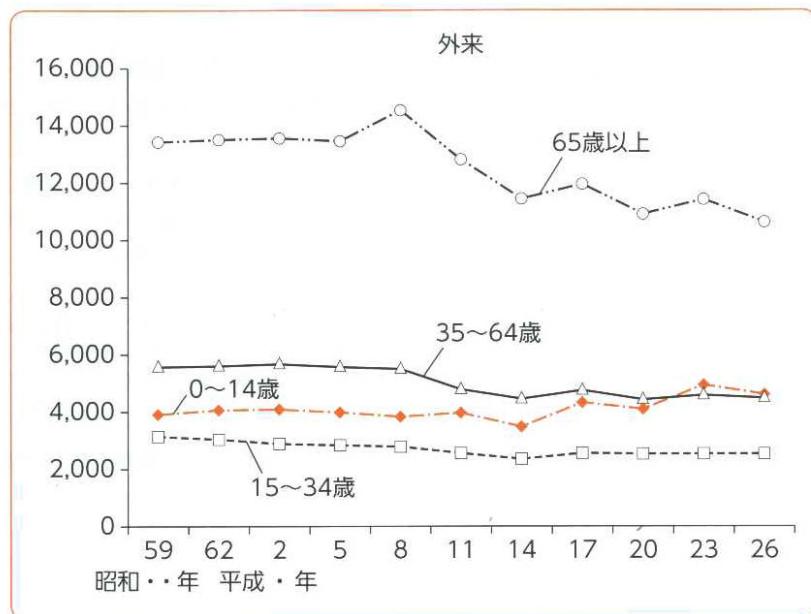
としても、ロコモが、介護を要する原因疾患とした場合には介護予防・日常生活支援総合事業としてサービスが提供されると考えられる。また、非該当と認定されると一般介護予防事業の対象となる。

すなわち、ロコモに対しては介護保険制度への理解²⁾が非常に重要で、介護保険の保険者である市町村行政との連携協力なくして、かかわることが困難といつてもよい。医療保険と介護保険という2つの視点でマネジメントしていくこととなり、超高齢社会における地域医療を担ううえで、ロコモへの関心を深めないわけにはいかない。

かかりつけ医とロコモ

整形外科領域において退行性変性に基づく骨関節脊椎疾患で観血的加療の適応と考えられる場合でも、年齢や合併症の有無など全身状態によっては、保存的加療が妥当と判断される場合は少なくない。適切な運動療法の介入によって、移動機能の障害の進行を遅らせることができるもの最終的な状態像としては歩行が不安定となり、車椅子での移動が実際的となる場面も多い。

一般的には、高齢者の増加によって、受療率(人口10万人あたりの推計患者数)は高まると考えられがち



図② 年齢階級別にみた受療率（人口 10 万対）の年次推移

注：平成 23 年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏および福島県を除いた数値である。

(厚生労働省：平成 26 年度患者調査の概況より引用)

であるが、実際には 65 歳以上の受療率は低下傾向にある（図②）。

高齢患者自身やその家族が、臓器別、疾病別の専門医の診療を望まず、総合的な診療を希望する傾向の顕在化とみなすことができるが、一方で高齢者居住系施設の運営方針として特定の医師の診療を入所の条件とするなどして、いわゆるフリーアクセスが阻害されている現状もある。また、臨床に長く携わっていると、外来患者の高齢化に伴い、認知症の増悪や移動機能の障害によって、外来受診が困難な患者が増加しつつあることがわかる。

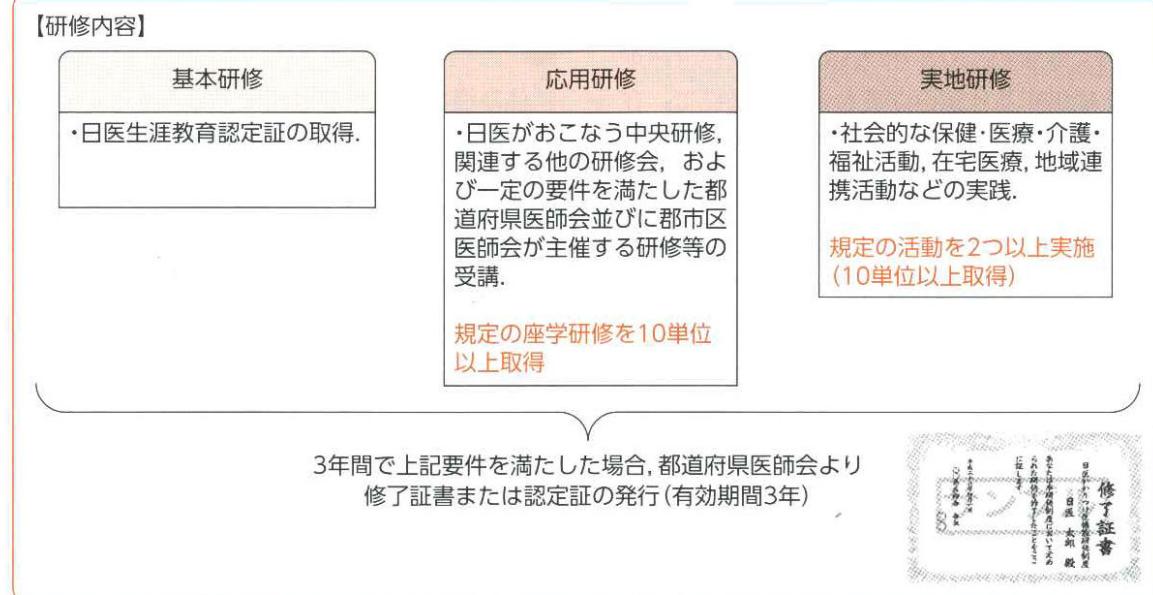
そこで日本医師会では、総合診療専門医の議論とは別に、かかりつけ医機能の強化を掲げ、臓器や疾患別の専門医たちが、専門性を超えて総合的に診療する能力を高める目的で、2016 年 4 月より研修制度を開始している。

かかりつけ医を「なんでも相談できるうえ、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と位置づけ、

本研修制度は、「基本研修」、「応用研修」、「実地研修」の 3 つの柱で（図③）構成されている。応用研修（表②）では、8 つの領域から既定の単位数の取得を義務付けられ、とくにフレイル予防、高齢者総合的機能評価・老年症候群、リハビリテーション、在宅医療・緩和医療の項目では、ロコモと密接なかかわりが生じる。さらに、「実践的活動」の項目において、多職種や市民へのロコモ啓発活動が一層重要となってくる。

病院医療から在宅・施設医療へ

肺炎や心不全など、運動器の障害でなくとも、入院加療に伴う長期の臥床によって、下肢や体幹の筋力が低下し、歩行障害を生じることは、臨床上しばしば経験し、「入院関連機能障害（hospitalization-associated disability : HAD）」³⁾とよばれている。すでに、ロコモによって移動能力が障害されている症例では、さらに移動の障害が増悪し、その結果在宅医療へ移行する例も経験する。適切な運動療法の介入によって、入院前の状態像まで回復することもあるが、ケアマネジャー



図③ 日医かかりつけ医機能研修制度

(日本医師会ホームページより)

表② 日医かかりつけ医機能研修制度

応用研修

- ・修了申請時の前3年間において下記項目より10単位を取得する。
 - 単位数については1~8の各項目につき最大2回までのカウントを認める。
 - 下記1~6については、それぞれ1つ以上の科目を受講することを必須とする。
 - 下記1~6については、日医が作成した規定のテキストを使用する。
1. かかりつけ医の「倫理」、「質・医療安全」、「感染対策」(各1単位)
 2. 「健康増進・予防医学」、「生活習慣病」、「認知症」(各1単位)
 3. 「フレイル予防」、「高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群」(各1単位)
 4. かかりつけ医の「栄養管理」、「リハビリテーション」、「摂食嚥下障害」(各1単位)
 5. かかりつけ医の在宅医療・緩和医療(1単位)
 6. 症例検討(1単位)
 7. 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」等※の受講(2単位)
※平成26年10月13日に開催した日本医師会在宅医リーダー研修会を含む、日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会が主催する当該研修会に準ずる研修会
 8. 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了(1単位)

(日本医師会ホームページより)

のリハビリテーションに対する認識が乏しかったり、適切なサービスの導入が困難だったりする場合には、介護度が悪化することもある。施設ケアに移行する場合も同様で、施設のケア体制によっては、さらにADLを低下させ、あるいは認知症を増悪させ、介護負担が増加することもある。高齢者ケアにかかわるケアマネジャー や多職種にとっても同様に、ロコモへの本質的理解が強く求められるゆえんといえる。

在宅医療とロコモ

地域包括ケアシステムの構築が国家的プロジェクトとして進められているなかで、在宅医療の推進⁴⁾とは、表裏の関係性といえる。世界に類を見ない少子化のなかで急速に進展した超高齢社会の存在がその背景にあるが人口構造の変化は疾病構造を変えただけでなく、疾病概念を大きく変えた。ロコモが象徴するように原

因を究明して、原因を除くことで治癒を期待できる単一臓器の疾病ではない。したがって、提供される医療とその医療を提供する仕組みが変わるのは必然で、在宅医療の推進はもはや世界の潮流となっている。入院、外来につぐ第三の医療との位置づけであるが、今後はさらに重要な医療形態となることは間違いない。

一般的に在宅医療は、病院における入院機能が地域に拡がったと説明されることが多いが、そこで提供されている医療はまったく異質であり、治し支える医療との表現が妥当である。

疾病を治療し、命を救うという医療本来の役割だけでなく、生活障害を支え、人生を看取る役割までもが、そこに求められている。

移動機能の障害は、日常生活活動を制限し、社会参加を阻害する。WHOの国際生活機能分類（ICF）に明確に整理されているが、医療者が単に臓器の障害に目を向けるだけでなく、患者の暮らし、活動の場に関心を向けないとロコモと対峙することはできない。

在宅医療とは人生を支える医療であって、ロコモは在宅医療の入り口となる病態といえる。適切な介入で移動機能の低下を予防し、機能改善が期待できるが、かかりつけ医として患者の人生とかかわる矜持をもたない限り、人生の最終段階までその関係性を継続することはむずかしい。

認知症とロコモ

ロコモの啓発が盛んにおこなわれているが、その対象となる高齢者の中には、加齢に伴い移動機能は徐々に低下する。運動習慣と認知症の発症に関連が示唆されているように、高齢化に伴い認知症罹患率は増加し、認知症ケアの一環としてロコトレを導入する状況でもある。

運動器の疾患は整形外科医が専門医として扱うが、糖尿病をはじめ、いわゆる生活習慣病や認知症など幅広くいわゆる老年症候群への理解が、ロコモケアに重要な要素となってくる。

おわりに

住み慣れた地域で最期まで暮らすという目標は、ややもすると病院医療を否定して、在宅で看取られることを善とする誤った認識で受け取られる懸念がある⁵⁾。その人らしい暮らしを支え、尊厳や生きがいといった文化的な評価軸を持ち込まないと、従来の自然科学的な思考だけでは、地域包括ケアシステム構築はむずかしい。

昨今回復への期待が乏しくなった虚弱な要介護高齢者への人工栄養の是非が議論されているが、歯科医師たちが中心となり最期まで口から食べようという運動を展開している。口から食べるという生物本来の行為は、人として尊厳を守るという営みであり、食事を文化としてとらえているからである。

ロコモも同様で、「運動器を長持ちさせ、生涯にわたり立ち、歩き続けるための対策」という中村耕三氏の理念は、超高齢社会におけるるべき医学の姿でもあり、思想かもしれない⁶⁾。障害を叡智で回避しようというものである。

猪飼周平氏は著書『病院の世紀の理論』において、20世紀を病院の世紀と位置づけ、21世紀は地域包括ケアの時代であると述べている⁷⁾。「歩くこと」や「食べること」の意義が今改めて重要な課題となっているように、医療の限りない生活モデル化は時代の必然であるとの彼の理論に合致する。医療が介入した妥当性の尺度は、もはや単に長寿ではない。人生の質を高める医療の在り方を皆で考える時代となった。不老長寿化を目指して発展し続けてきた医学であるが、地域医療は、今までに歴史的転換点を迎えたといえる。

将来、人工知能を活用したテクノエイドの開発や、ロボット技術の導入で、移動機能の低下を補う科学技術が完成するかもしれないが、だからといってロコモを克服したわけではない。目標は、高齢者をもっと幸せにできるかどうかだからである。



文 献

- 1) 平成 28 年度厚生労働省委託事業 在宅医療関連講師人材養成事業 研修会テキスト, p.113
- 2) 太田秀樹：ロコモティブシンドローム（在宅医療からみた高齢者運動器障害）2. 介護保険制度と運動器障害. *Modern Physician* **30**: 509-511, 2010 年
- 3) 角田 亘ほか：入院関連機能障害予防システム（HPS）の先駆的導入～病院全体の医療の質を高めることを目指した本邦初の取り組み～. 慎恵医大誌 : **129** : 59-70, 2014
- 4) 太田秀樹：高齢者在宅医療の実際 整形外科疾患の管理. 特集：高齢者在宅医療の新しい展開. *Geriatric Medicine* (老年医学) **48** : 1507-1510, 2010
- 5) 太田秀樹：在宅看取りは、在宅医療と在宅医学の架け橋となるか、特集 在宅医療から在宅医学へ～医学教育へのチャレンジ～. 保健の科学 **50** : 378～384, 2008
- 6) 中村耕三：ロコモティブシンドロームの概念と疫学. ロコモティブシンドロームのすべて. 日本医師会雑誌 **144** : S29-S33, 2015
- 7) 猪飼周平：病院の世紀の理論. 有斐閣. 東京, 2010

Take Home Message



- ✓ 超高齢社会は、人口構造を変化させ、疾病概念をも変え、地域包括ケアシステムという新たな秩序のなかで医療や介護が提供される時代となった。
- ✓ ロコモへの理解は地域医療を担うかかりつけ医として、大変重要となっている。
- ✓ ロコモとかかわっていくうえで、介護保険制度への理解を忘れてはならない。
- ✓ 運動器の疾患を扱う専門家として整形外科医がオーガナイザーとなり、地域が主体となりロコモをケアしていくかねばならない。