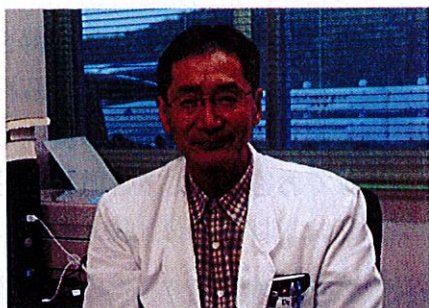


特集

「この人に聞く」

～整形外科と介護保険～



溪仁会札幌西円山病院副院長/
リハビリテーションセンター長
横串 算敏 先生

略歴

氏名 横串 算敏(よこくし かずとし)
生年月日 昭和26年1月19日生 64歳

職歴

1976/3 札幌医科大学医学部卒業
1980/9 同大学院医学研究科卒業(1980/9/26 医学博士学位取得)、
札幌医科大学整形外科学講座研修医
1980/11 同整形外科学講座助手
1983/10-12 登別厚生年金病院整形外科科長
1984/1 (1984/12-1985/1)
札幌医科大学整形外科学講座助手
(札幌肢体不自由児総合療育センター兼務)
1989/12 札幌医科大学整形外科学講座講師
1991/9-92/3 米国で研修 <New York (Buffalo General Hospital),
Kentucky (Louisville Norton Hospital),
New Orleans (Tulene Medical Center) >
1993/7-2004/12 札幌医科大学附属病院リハビリテーション部副部長
2005/5- 溪仁会札幌西円山病院副院長

資格

医師(医師登録番号229959:1976/5/29取得)、
保険医(北医7752:1976/7/16取得)
医学博士(札幌医科大学大学院医学研究科第728号:1980/9/26取得)
リハビリテーション医学会リハ科専門医(専門医登録番号738:1999/3/13)
リハビリテーション医学会指導責任者(登録番号90494:2003/9/27)
日本整形外科学会専門医(第104952号:1983/4/11)

学会・その他活動

北海道リハビリテーション学会会長(2001/7-2008/7) 理事長(2003/7-)
日本リハビリテーション病院施設協会理事(2010/4-)
日本運動器リハビリテーション学会評議員(1998/4-)
日本運動器科学会評議員(2011/4-)
日本義肢装具学会評議員(1999/9-)
北海道肢体不自由児者福祉連合協会評議員(2001/7-2011/6)
社団法人札幌市医師会代議員会副議長(2009/4-)
札幌市整形外科医会副会長(2006/4-)
北海道国民健康保険団体連合会審査委員会常任委員、
介護給付費審査委員(2011/4-)

「この人に聞く」という新たなコーナーができて、私、橋本が横串先生のところインタビューに行きました。

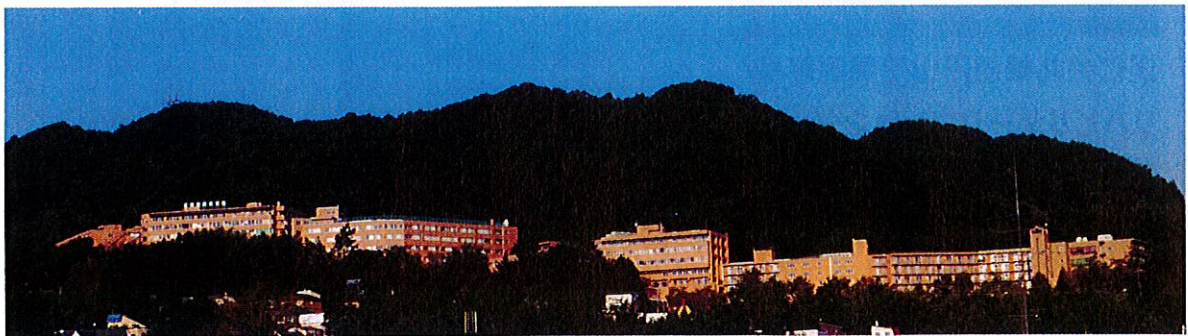
横串先生は私の出身医局（札幌医大 整形外科）の先輩でありまして、丁度、私が入局した頃（昭和63年）、脊椎班のチーフであり、教室の講師であり、医局のまとめ役であり、また、医局員の身の振り方や結婚や論文のまとめ方やらのよろず相談役でもありました。一言で申しますと、「頼りになる兄貴」と言う感じでありました。

札幌医大のリハビリ科で一緒に仕事をさせていただいたこともあります。当時、横串先生はリハビリテーション部門のチーフであり、外来、病棟で沢山の患者さんを診察し、それだけでも大変なのに、いくつかの学会や研究会の事務局も担当しておられ、且つ、精力的に論文をお書きになり、学会活動もしておられました。お側で見ていて、その卒のない仕事力には、ただただ脱帽ものでした。息を切らしたり弱音を吐いた入りすることもなく、

美しい自然体とでも言いましょうか、常にシャンと背筋を伸ばし机に向かわれ、淡々としかも着実に仕事を熟^{こな}しておられました。実は私が開業する折にも、わざわざ休日の朝に時間を取って相談に乗って頂き、貴重なアドバイスを戴きました。

月日の経つものは速いもの。入局した頃から幾星霜。あの当時少年だった橋本も颯爽とした若先生であった横串先生もそれだけ年齢を重ねましたが、私や私と期の近い当時の医局員の横串先生を見る目はまったく変わりません。

平成17年5月に大学から現在の西円山病院にご勤務されることになりました。横串先生とは、医局の行事や医師会の場で何度もお会いしておりましたが、勤務先をお訪ねするのはこれが初めてでした。西円山病院の待合室で待っていると、いつも通り、颯爽とした頼りになる兄貴分として現れ、下記の質問にも卒なく淀みもなくお答えして下さいました。



病院全景

1) 札幌西円山病院の概要は

札幌西円山病院は、初代理事長加藤隆正先生により昭和54年154床の療養型病院として設立され、今年で34年目を迎えます。現在854床（介護療養型病床－306床、療養病棟病床－292床、一般病床（障害者施設等13対1）－169床、回復期リハ病棟1－87床）、北海道では最大の慢性期病院です。回復期リハ病棟

は平成12年に開設され、北海道では一番長い歴史を持っています。職員は医師－38名（内歯科医師3名）、看護師・准看護師－290名、介護福祉士－94名、介護職員－149名、薬剤師－16名、リハ（PT, OT, ST）－191名、事務職その他155名の計933名、定員80名（0歳から就学前までの24時間保育）の保育所「ピッコロ」が併設されています。



2) 理学療法士と作業療法士の相違は？

理学療法とは、身体に障害のある者に対し主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいいます。作業療法とは、身体又は精神に障害のある者に対し主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行なわせることをいいます。言語聴覚療法とは、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うこといいます(理学療法士及び作業療法士法S40/1965、言語聴覚士法H9/1997)。法律上はリハの目的と業務内容は区別されていますが、実際の医療現場では必ずしも厳密に区別されている訳ではなく、基本動作や日常生活動作のリハは理学療法士・作業療法士、摂食嚥下、高次脳機能のリハは言語聴覚士・作業療法士のどちらか、あるいは共同して行われているのが一般的です。

3) 平成12年4月に介護保険法が施行され14年以上が経ちました。介護先進国はどこなのでしょう？

高齢者の介護は、財源をどうするかで保険方式と税方式に分かれます。保険方式では、オランダが「特別医療費保障制度」を1968年に、ドイツが「介護保険法」を1994年に始めています。ドイツもオランダも年齢制限はなく全国民を対象にしています。税方式では、スウェーデンが「社会サービス法」を1982年に、イギリスが「コミュニティケア法」を1993年に始めています。各地方自治体の財源と利用者負担で成り立っており、ドイツ、オランダの保険方式と同じように年齢制限はありません。日本の介護保険制度は、ドイツの「社会保険方式」を参考に作られましたが、日本とドイツとの相違点は、財源が保険料と税金/保険料のみ、被保険者が65歳以上/全年齢、要介護度が要支援・要介護/3段階の要介護度、給付が現物給付/現物+現金給付、があります。日本の介護保険はいろいろな国の高齢者福祉制度を参考にしており、例えば「ケアプランのためのアセスメント」についてはアメリカを、「ケアマネジメント技法」はイギリスを参考にしています。

社会保障や福祉の考え方は国によって異なり、一概に先進国＝福祉先進国とは言えません。北欧諸国（デンマーク、スウェーデン、アイスランド、ノルウェー、フィンランド）が福祉先進国と言われますが、これらの国は社会民主主義型、あるいは普遍主義型（全ての国民が基本的な社会保障の給付とサービスを受けられる）福祉国家ともいわれ、福祉のための拠出（税金）が多いことが特徴です。高齢者介護を福祉制度の一つと考えると、前述の北欧諸国は高齢者介護の先進国とも言えるでしょうが、社会保険制度である「介護保険制度」の先進国はどこかといえばデンマーク、ドイツになると思います。

4) 我が国に介護保険が設立されたいきさつは？

日本の高齢者福祉政策の始まりはS38/1963年の老人福祉法の制定で、特別養護老人ホームが造られ、老人家庭奉仕員（ヘルパー）制度ができました。日本はS45/1970年に高齢者人口が7%を超す高齢化社会となり、S48/1973年老人医療費無料化が始まりその後は老人医療費の増大、社会的入院や寝たきり老人が社会問題化しました。H1/1989年にゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10カ年計画）が策定され、その後の10年間に関連する福祉、医療法などの改正が矢継ぎ早に行われましたが、高齢者介護については従来の老人福祉・老人医療制度による対応には限界があることは明らかでした。H6/1994年には高齢者人口が14%を超えて文字通りの高齢社会となりました。要介護高齢者増加や介護期間の長期化などで介護ニーズが増大するとともに、一方核家族化の進行など要介護高齢者を支えてきた家族、地域の状況も変化し、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みが必要になったのです。従来高齢者福祉は措置制度で行われてきたのですが、日本の介護保険制度は、

1) 自立支援、2) 利用者の選択、3) 社会保険方式、の3つが根幹になっています。

5) 介護保険で定めている16の特定疾患のうち、脊柱管狭窄症をはじめとしたロコモティブシンドロームに関する疾患3つが該当しているようですが、何を基準にこの13の疾患が定められているのでしょうか？

介護保険の特定疾病は18年に「がん(末期)、リウマチ、多系統萎縮症」が追加され、現在16疾患になっています。1. がん(末期)、2. 関節リウマチ、3. 筋萎縮性側索硬化症、4. 後縦靭帯骨化症、5. 骨折を伴う骨粗鬆症、6. 初老期における認知症、7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）、8. 脊髄小脳変性症、9. 脊柱管狭窄症、10. 早老症、11. 多系統萎縮症、12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、13. 脳血管疾患、14. 閉塞性動脈硬化症、16. 慢性閉塞性肺疾患、16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症、です。

介護保険は65歳以上であれば無条件に被保険者（第一号被保険者）となりますが、40歳から64歳までの医療保険加入者（第二号被保険者）でも罹患率や有病率が加齢と関係がある疾患を持つ人は介護保険を利用できるようになっています。介護保険は高齢者に対する制度ですので、壮年期でも高齢者に特有の疾患であれば制度を利用できるようにしています。ロコモの三大原因である骨粗鬆症、脊柱管狭窄症、下肢変形性関節症が特定疾病に含まれているのは、それが加齢に伴う運動器の障害だからです。

6) 平成24年3月に厚生省は、今から10年後には医療費は35兆円が1.5倍の54兆円に、介護費用は9兆円が2.4倍の20兆円になる

と予想しており、施設型から在宅型へ、介護予防に重点が置かれつつあります。その観点より、いわゆる、地域包括ケアシステムの構築に国は力を入れているようですね…。

高齢化に伴い増え続ける社会保障費をどう削減するか、時の政府は苦勞してきました。「聖域なき構造改革」を掲げた小泉首相は、平成18年の骨太の方針（経済財政諮問会議）で、2011年度まで基礎的財政収支を均衡させるため毎年2200億（5年間で1.1兆円）の社会保障費削減を行いました。この年は医療制度改革が行われた年（同時改訂の年でもあった）でもあり、後期高齢者医療保険制度導入、医療費適正化計画、介護療養病床の撤廃などが診療報酬介護報酬の同時改訂に盛り込まれました。介護保険は要支援者を2段階に分け予防介護給付を行い、ケアマネジメントは後の地域包括ケアシステムに繋がる地域包括ケアセンターで行うシステムを作りました。平成18年には障害者自立支援法も施行され、「病院・施設から地域へ」を推し進める政策の基盤はこの年にできたといっても良いと思います。その後政治の混乱や東日本大震災があり、経済も長年デフレ状況が続き社会保障についても足踏みがつづきました。民主党政権の最後の年、平成24年2月に社会保障・税一体改革が閣議決定され、この趣旨を反映したのが平成24年の前回の診療報酬介護報酬の同時改定です。社会保障・税一体改革の「2025年のあるべき医療介護の姿」を目指す第一歩と位置付けられています。医療・介護の役割分担と連携強化、在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの基盤整備が柱でした。しかし毎年2.7兆円増え続ける高齢者に対する社会保障費をどうするか、財政健全化としてアベノミクスの諸政策と消費税増税が進められています。社会保障に関する政府の考え方は当時の小泉内閣と同じで、平成25年の骨太の方針では2020年まで基礎的財政収支を

黒字化するために社会保障費をどう削減するかが隠れた目標になっています。アベノミクス第4の矢とも言えます。その一つが医療介護総合確保法案での、基金の創設、病床医療機能報告制度、地域包括ケアシステムの構築、二つ目が平成26年診療報酬改定での薬価の取り扱い、三つ目が規制改革会議などで唐突に提出された「患者申し出制度」の混合診療拡大です。地域包括ケアもあるべき医療介護の姿という一面と、社会保障支出削減という面があるというとらえ方をすべきです。26年診療報酬規定は25年8月の社会保障制度改革国民会議の報告書の考え方がベースになっており、地域包括ケアシステムの構築を目指す第二歩と位置付けられています。

9) この地域リハビリテーションをテーマに医療と介護連携について2年前に、先生は、札幌コンベンションセンターを会場に行われましたリハビリテーション・ケア合同研究大会の大会長をされました。この大会における学会の趣旨と日本リハビリテーション学会との関係についてご紹介ください。

平成24年に私が会長を務めた「リハビリテーション・ケア合同研究大会札幌2012」は、日本リハビリテーション病院・施設協会、回復期リハビリテーション病棟協会、全国地域リハビリテーション研究会、日本訪問リハビリテーション協会などリハビリテーション医療に関わる6団体と北海道リハビリテーション学会が共催したもので、多職種が参加するリハビリテーション医療に関する大会としては日本で最も規模の大きなものです。札幌大会は24年度の同時改訂を受けて、「新しい医療介護福祉の連携をめざして一抜けよう繋げようリハケアの輪」というテーマにしましたが、演題数が918題と過去最高で、2025年に向けリハ医療が直面する課題について充実した議論ができ、またその成果を全国のリハケ

ア関連職種、障がいを持つ方々とそのご家族に届けることができたのではないかと思います。日本リハビリテーション病院・施設協会はリハビリテーション医学会とは組織的に異なりますが、リハビリテーション医療に関する活動（リハグランドデザイン、診療介護報酬改訂、災害支援、人材育成）はリハ医学会と協同して行っています。

10) この地域包括ケアシステムについて、もう少し詳しくご説明ください。

地域包括ケアシステムは、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域（日常生活圏域/中学校区：総居住者数1万人、診療所が10件前後、訪問・通所介護事業所数カ所、老人保健施設・介護老人福祉施設もありうる）で、ニーズに応じた住宅確保を基本とし、住民の安全・安心・健康の確保のために、医療や介護、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、適切に提供出来るような体制」です。平成22年3月の地域包括ケア研究会（座長：田中滋慶応大学教授）の報告書にまとめられています（2003年厚労省高齢者介護研究会/堀田力座長：「2015年の高齢者介護」で地域包括ケアシステムが提唱されている）。厚労省が作成したポンチ絵も何度か変わりましたが、現在は「鉢植え図」が使われています。基本に本人の選択と家族の心構えがあり、その上で、ハードとしての住まいとソフトとしての住まい方が鉢にあたり、生活支援と福祉サービスの豊かな土壌のなかで医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・予防の専門的なサービスによって支えられています。住まいは生活の基盤となるので、本人の希望と経済力にかなった住まい、高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られている住環境が必要です。生活支援・福祉サービスの点では何から何まで行政が係わると言うことではなく、自分のことは自分で決める、自分で行う、

配食など市場サービスの購入を含め、食生活を含めたセルフケアを行う、という「自助」が基本にあります。地域がそこに住む高齢者や障害者を支えることも必要です。核家族化が進み、地域での結びつきが少なくなっていますので、地域力を高める、改めて地域作りを同時に行っていく必要があります。ボランティアや町内会活動、患者会などで互助をめぐむことが必要です。共助は介護保険に代表される公的保険制度、公助は税金で賄われるものです。

地域包括ケアシステムは、広島県尾道の御調町で公立みつぎ総合病院の山口昇先生が昭和50年代に「地域包括医療システム」として始められた地域医療連携がモデルになっています。地域包括ケアは介護保険制度だけではなく、地域の生活を支える医療との連携づくりが必要です。24年の同時改訂、26年の診療報酬改定で医療と介護の連携、在宅医療の推進が続けて強調されているのはこのためです。今国会で成立した医療介護総合確保法案にもそれが具体化されています。

11) 国は、新しい包括的支援事業として、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、生活支援サービスの体制整備などに力を入れていく方向と聞いていますが…。

今国会で決められた医療介護総合確保法案で、介護保険法に関連するものは、特養入所基準を要介護3からに制限することと、全国一律で行われている介護予防給付の一部（訪問介護、通所介護）を地域支援事業として市町村に移管する、自己負担増額などがあります。

平成18年の改正介護保険法で地域支援事業が創設されました。同時にいままで要支援と一括りにされていた状態を要支援1、2にわけ、要介護状態への移行を防ぐサービスとして施設サービス以外の介護保険サービスが利

用できるようにしました。これが介護予防給付です。2015年の介護保険改正で、この予防介護給付の訪問介護と通所介護を市町村の地域支援事業に移行します。厚労省の試算では、予防給付の地域支援事業移行で、将来的に毎年5%~6%と見込む要支援者の給付額の伸びを3~4%程度に留められるとしています。国のサービスとしての予防給付を市町村に移行し、削減された分は重度化した要介護者への介護給付給付を厚くするとしています。現行の介護予防事業は、リハ専門職が関与する「一般介護予防事業」、予防給付の訪問介護と通所介護は配食、見守りなど生活支援サービスを含む「介護予防・生活支援サービス事業」になります。これが市町村に移行すると既存の訪問介護、通所介護事業所によるサービス提供はそのままですが、NPO、民間業者、住民ボランティアが参加するので、厚労省は市町村の裁量が拡大し、しかもサービスが多様な組織から提供されるために、利用者はサービス選択が可能になると言っています。これは見方を変えれば、サービスに民間をもっと参入させ競争原理を持ち込むものとも言え、地域格差が生まれる心配もあります。

国（国交省・厚労省）は平成23年に改正高齢者住まい法を作り、従来あった高専賃などの高齢者向け住宅を整理しました。職員が安否確認サービス（少なくとも日中常駐）と生活相談サービスを行うこと、バリアフリーで各専用部分に水洗便所・洗面設備・台所・収納・浴室を備える（ただし、台所・収納・浴室は共用でも可）、各専用部分の床面積は原則25㎡以上（共用の居間・食堂・台所そのほか十分な面積を有する場合は18㎡以上）が条件で、介護サービスは外付けです。安否確認と生活相談サービスが必須条件とはいえ、在宅に執着する高齢者のニーズには必ずしも応えられていません。住み慣れた家で最後まで暮らすためにはそれを支える医療が必要で、

政府が在宅医療に力を入れているのはそのためです。地域包括ケアシステムは中心には医療ですが、医療費の伸びを野放しにできないのも事実です。胃ろうや終末期医療に対する意識の変換や医療・介護サービスに見合った負担を負うという国民の覚悟も必要でしょう。

12) 当DCOA会員の中には、医療法人グループ内に施設介護、在宅介護事業をされている先生が多いのですが、その運営上の最大の関心事は、当DCOAの中央支部長を務める瀧内先生も述べているように「整形外科にとって、リハビリの位置づけが今後どのように変わっていくと考えられるか」ということです。言い換えますと、通所リハビリと通所介護、訪問介護において、とりわけ機能介護を医師の医学的管理下に、きちんとPT、OT、STを配置して本格的にやっているリハビリと、内科などでリハビリと称して柔道整復師や看護師などで行っているリハビリとを国は区別してきていますが、この延長がどこを目指しているのかということが最大の関心事ですが…。

平成18年の同時改訂は整形外科のリハビリという点からみると、疾患別リハ料が導入され大きな転換点でした。運動器リハ料は脳血管疾患等リハ料との差がつき、算定標準日数が定められましたが、今までと同じく出来高で算定できますし、診療所でも増収になっても減収になることはなかったと思います。高齢者の運動器疾患は「治癒」することはありませんから、運動器リハのニーズは増え続けると思います。前回24年の改訂では、運動器、脳血管疾患等で要介護者の上限超のリハ料は平成26年3月で廃止されることが決まりましたが、平成28年の次回改訂まで延期になりました。その代わりに、介護保険サービスを行っていない医療機関ではリハ料が低減になりました。医療機関は介護保険のみなし事業

所になっていますので、通所リハ（ディケア）や訪問リハをしていない医療機関では上限超のリハ料は減算になります。急性期、亜急性期（回復期）のリハは医療保険で、慢性期のリハは介護保険で（慢性期リハ医療費の削減）というのが政府の方針ですので、次回改訂では「上限超の運動器リハは介護保険に移行する」のは予定通り行われると思います。整形外科の病院、診療所の先生は介護保険での運動器リハも担当してほしいというのが厚労省のメッセージです。

現状をみると介護保険のリハは、通所リハ（ディケア）と訪問リハ事業所で提供されています。保健診療上のリハの定義は、「医学的管理下に行われる治療の一手段」ですので、医師の指示がなければ行うことができません。通所介護（デイサービス）でおこなうものは「機能訓練」ですが、これは生活機能を目的に行われる活動で、医師の指示はいらず施設基準（常勤の訓練指導員＝理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、あん摩マッサージ師、柔道整復師が1名以上）を満たしていれば、訓練指導員職、介護職員、生活指導員その他の職種のもが行ってよいことになっています。「機能訓練」は医療保険のリハでも現場では普通に使われていますので、一般の方にとっては機能訓練＝リハですが、リハ特化型デイサービス、機能訓練特化型デイサービスでは医学的管理下にリハが行われている訳ではありません。これは景品表示法の誇大広告に匹敵するといっているのですが、介護保険のリハは人的、物的リハ資源が不足していますので、厚労省は「リハビリテーション」と「機能訓練」の違いをあえて明確にせずきました。

経営上は診療報酬を度外視することはできませんが、整形外科医が介護保険に関わることは、慢性期の運動器リハビリテーションの質を上げることに繋がる可能性もありますの

で、整形外科の先生方にはこうした見方もあるということを知っていただきたいと思います。

13) 病院から施設へという理念のもと介護療養病床の削減を打ち出しながら、高齢者は、突然病気を発症することが多く、結局、病院から退院できないため、平成23年に全廃する方針だった介護療養病床は70%近くがまだ残ったままです。また、在宅医療を推進すると言っておきながら、本年4月の介護保険の改定では、老人ホームなど的高齢者向け施設に訪問診療を続けている医師を派遣している医療法人の間では「割に合わない」ような大幅な減額が行われる矛盾に満ちた政策をしている始末です。これはほんの一例にしかすぎませんが、私には患者不在の政策としか思えないような気がいたします。先生はどうお考えでしょうか？

2025年に向けてどのような医療・介護システムを作るのか、今まで経験したことのない事態なので、模範解答はないと思います。高齢化が進むことは間違いないことで、それと同時に人口の減少も起こります。日本は逆立ちをしても、再び高度成長の時代には戻れません。家計で収入が減少していく時に、ある部分だけ支出が伸びるのはやむを得ないということが出来ないように、医療・介護の社会保障分野でも支出を抑制する試みはしなければいけないと思います。26年の診療報酬改訂の柱は医療機関の機能分化、在宅医療推進ですが、国民のために従来あるシステムをいかに効率よく連携させるかを、我々医療提供側も考えなければなりません。

診療報酬改定は政策誘導の一手段なのですが、改訂に乗じて不正行為をする輩がでてくるのは事実です。しかし、国民のニーズに応えることで、それによって国民に利益や幸福をもたらすことであれば、粘り強く努力を続

けていくというのが我々の役目です。今盛んに取りざたされている地域包括ケアシステムは、昭和50年代に地方の一医者が「住民が地域に根ざした生活をするために、病院を中心にした保健・医療・介護・福祉の連携が必要である」と信念をもって始めた取り組みです。医療を利用する住民がハッピーにならない医療は、存在意義はありませんので、医療制度も診療報酬だけからではなくそういう視点で見つめ直す必要があると思います。

14) 平成24年現在では、認知症の患者数は300万人以上と推定され、高齢化社会の大きな問題になりつつあります。DCOA会員の入院・外来患者の治療にも、このことが、しばしば大きな障害となっています。この方面の治療に明るい専門の医師がいれば、多少は解決されるかもしれませんが、一般の整形外科の開業医には、荷が重いと感じる人が多いのですが、OTや看護師と連携すればなんとかなるのでしょうか？

認知症の問題は整形外科医にとっても大きな問題です。2012年時点で65歳以上の高齢者では約462万人（15%）で、軽度認知症を含めると約800万人、実に4人に一人です。整形外科で扱う運動器疾患とその患者さんは、加齢と変性が基盤にある運動器疾患を持っており、その多くは高齢者、それも後期高齢者です。結局認知症を合併する高齢者が多くなりますので、整形外科といえども認知症の診断、治療に関わる基本的な知識と臨床力は持っていなければなりません。周術期には認知症やせん妄の管理に精神科医や認知症認定看護師の手助けが必要です。急性期や回復期で認知症を合併した運動器疾患のリハビリテーションには、従来のように理学療法士だけではなく、作業療法士や言語聴覚士の参加が必要に

なるでしょう。平成24年の認知症ガイドラインは、多くの臨床研究から定期的な運動が高齢者の認知症やアルツハイマー病の予防、あるいは高齢者の認知機能の低下を抑制するとの結果が出ており、運動は積極的に推奨すべきとされています。またすでに発症したアルツハイマー病の進行を抑制する二次予防にも効果があるとの報告もあります。加齢による日常生活機能の低下をもたらすロコモシンドローム対策は整形外科医の仕事の一つですが、実は認知症対策にも繋がる部分があることを知っていただき、認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）を推進するために、整形外科医も認知症サポート医となり地域の中での連携の輪に加わってほしいと思います。

16) 最後になりましたが、DCOA会員が今後の介護保険制度にどう向き合い、日々の臨床を続けていけばよいのか、先生より会員へメッセージをお願いします。

要介護になる原因は男女で多少異なりますが、第1位は脳卒中（21.6%）、次いで認知症（15.3%）、老衰（13.7%）となります。注目してほしいのですが、関節疾患、転倒・骨折など整形外科で扱うものを合わせると21.1%と、ほぼ脳卒中の頻度と同じになることです。介護費用を増大させないためには、脳卒中、認知症に次いで運動器疾患による生活機能障害を予防すること、これが厚生行政のターゲットになっています。運動器を扱う整形外科医こそ、医療保険だけではなく介護保険により一層関わっていただきたいですし、運動器のスペシャリストとして保健・予防などの地域活動に関わっていただきたいと思います。

（池本吉一 橋本英樹 記）