

## CONTENTS



巻頭 PHOTO レポート  
医療連携を成功に導く方程式

### 04 楽しく、迅速に、 提案を否定しない OLS活動が実を結ぶ

北水会記念病院(茨城県水戸市)

12 キーパーソン本音トーク



特集

### 14 高齢者のパフォーマンスを上げる —健康日本21(第三次)の取り組みから

- 16 1 健康日本21(第三次)のロコモ・骨粗鬆症に関する目標  
◎石橋 英明
- 18 2 健康日本21(第三次)とフレイル・サルコペニアとの関連  
◎小川 純人
- 22 3 1万人調査からわかったロコモ対策—ロコモサインに気づいたら  
◎山田 恵子
- 25 4 「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」の  
概要とポイント◎澤田 亨

## INTERVIEW

- 30 人生100年時代に知っておきたい  
加齢による睡眠の変化 若返りの秘訣は運動療法!◎内田 直(すなおクリニック)

表紙：下半身の筋力を意識してバランス体操。体幹も鍛えます！  
北水会記念病院の大高さん、野上さん、奥村さん  
(巻頭PHOTOレポートで紹介)



## REPORT

### 34 国立長寿医療研究センター発 公開シンポジウム&レクチャー2024 認知症臨床の最前線を学ぶ

## SERIES

#### 38 聞きたい、知りたいリエゾンサービスのモチベーション [第5回]

栄養管理で骨粗鬆症患者のADL、QOLアップを実感

ゲスト：佐々木 裕子さん(杏林大学医学部附属杉並病院)◎栗田 慎也

#### 42 高齢者によく処方される 漢方薬のこと [第3回]

フレイルの予防・改善に使われる漢方薬◎劉 園英

#### 44 私たちにできる がん口コモ対策 [第4回]

がんと骨粗鬆症◎五木田 茶舞

#### 48 私のナラティブ [第2回]

「久しぶりに起きた」と笑顔になった患者さんから学んだこと◎川田 俊哉

私が意識している「草の根運動」◎佐野 玉美

#### 51 歯科とリハビリのヒミツな関係 [第8回]

カルシウムをしっかり摂って歯を健康に◎島谷 浩幸



#### 52 Report 骨粗鬆症財団の活動

世界骨粗鬆症デーアクション／第26回日本骨粗鬆症学会／骨を守る会

#### 60 主な略語と骨粗鬆症治療薬

#### 61 アンケートのお願い

#### 62 バックナンバーのご案内

#### 64 次号予告 読者の声お待ちしております

#### 編集委員長

折茂 肇 骨粗鬆症財団 理事長

#### 編集委員 (50音順)

石島 旨章 順天堂大学大学院医学研究科整形外科・運動器医学 教授

石橋 英明 愛友会伊奈病院 副院長／整形外科科長

小川 純人 東京大学大学院医学系研究科老年病学 教授

三浦 雅一 北陸大学理事・薬学部薬学臨床系 教授

#### 編集アドバイザー (50音順)

上 西 一 弘 女子栄養大学栄養生理学 教授

宮原富士子 ジェンダーメディカルリサーチ社長、薬剤師

吉田 澄恵 日本運動器看護学会 理事長、  
東京医療保健大学千葉看護学部 教授

#### 編集協力

公益財団法人骨粗鬆症財団



## 巻頭PHOTOレポート

医療連携を成功に導く方程式



# 北水会記念病院

(茨城県水戸市)

楽しく、迅速に、  
提案を否定しない  
OLS 活動が実を結ぶ

骨を強くするといわれる「納豆」で有名な茨城県水戸市。その住宅街にある北水会記念病院は、医療・介護・福祉の複合エリア「水高スクエア」内にある総合病院です。複数の高齢者施設を併設しており、人工関節の手術を中心とした整形外科領域に力を入れてきました。骨粗鬆症リエゾンサービス（OLS）を始めたのは2017年。増え続ける骨粗鬆症に危機感を覚えた院長が、ある看護師に白羽の矢を立てたのが始まりです。（2024年9月取材、編集部）



水高スクエア



病院敷地内にあるベンチ。来訪者は自由に座ることができる。



### Hospital Data

#### 北水会記念病院

開院：1979年  
所在地：茨城県水戸市東原3-2-1  
病床数：128床（2024年9月現在）



向かって左から、OLS チーム初期メンバーの大高さん（外来看護師）、野上さん（理学療法士）、奥村さん（薬剤師）。この3名でスタートしたチームは、いまや12名に。

### 患者さんの回復に向けた強い思いを チームで共有

「当院のOLS チームは学生サークルみたいで、日々の活動が本当に楽しいんです」。

満面の笑みを見せる大高眞有美さんは外来看護師。北水会記念病院初の骨粗鬆症マネージャーでもあり、チーム発足の立役者です。

取材当日も院内電話をかけながら、「私が代わりに現場に行くからインタビューを受けに来て」と、シフト調整に余念がありません。

大高さんは続けます。「どこの病院もそうでしょうが、看護部をはじめスタッフは大変忙しい状況です。当院はそれでもOLS活動にメンバーを派遣してもらえる。各部署のスタッフには感謝しかありません」。

大高さんは、他院のスタッフから「院内の理解が難しく、OLS活動が負担になっている」と聞くこともあるそう。しかしこの北水会記念病院では、通常業務に加えてのOLS活動を続けています。

上手くやりくりするコツを聞くと、「チームのみんながそれぞれの部署で、互いを思いやりながらシフトを工夫しています。それは、患者さんの回復に向けた強い思いがあるからです」と答えてくれました。

現在、OLSチームのメンバーは12名。医局や看護部、薬剤部、リハビリ室、検査部など、院内のさまざまな部署に所属しています。多職種で行うOLS活動は、チームのモチベーションを維持するのが大変だとも聞きます。理学療法士の野上義明さんが、OLSチームの特徴について興味深い話をしてくれました。

「当院はチームの誰かがやりたいことがある場合、それがどうしたら実現できるか、みんなで考えていくんです。それはダメ、やらないほうがいいとは決して言いません。そして提案に対するアドバイスやフィードバックが丁寧でとても早いです」。

## 特集

# 高齢者のパフォーマンスを上げる —健康日本21(第三次)の取り組みから

監修

石橋 英明

愛友会伊奈病院 副院長／整形外科科長 本誌編集委員

いしばし・ひであき／1988年東京大学医学部医学科卒業、東京大学医学部附属病院、東京都老人医療センター（現・東京都健康長寿医療センター）などに勤務。1996年学位（医学博士）取得後、米国ワシントン大学留学。東京都老人医療センター整形外科を経て、2004年より伊奈病院整形外科部長、2020年より現職。2005年、NPO法人高齢者運動器疾患研究所を設立。ロコモティブシンドロームや骨粗鬆症などに関する正しい知識を伝える活動を行っている。骨粗鬆症財団理事、日本骨粗鬆症学会理事。



「健康日本21(第三次)」が2024年度から始まりました。これは、さまざまな健康課題について目標を設定し、2035年度までの12年間でそれらを達成しようという国民健康づくり運動です。運動器に関する目標としては「骨粗鬆症検診受診率の向上」「ロコモティブシンドローム(ロコモ)の減少」などが含まれています。

本特集では、まず私が健康日本21(第三次)について概説します。さらに、「骨粗鬆症検診受診率の向上」と「ロコモの減少」の2つの目標について触れています。そのあと、以下の3名のエキスパートに登場いただきます。

まず、東京大学老年病学の小川純人先生です。高齢期の脆弱な状態を示すフレイル、サルコペニアにとっても造詣の深い小川先生には、健康日本21(第三次)の高齢者の健康についての設定目標について、多岐にわたるポイントを解説していただきます。さらに、フレイル、サルコペニアの予防に向けた取り組みの実際や、メディカルスタッフとして高齢者にどのように関わっていけばよいかも示していただいています。

次は埼玉県立大学の山田恵子先生です。山田先生は整形外科医でロコモの専門家です。健康日本21(第三次)では、「ロコモの減少」が目標とされ、

その指標は「足腰に痛みのある高齢者の減少」とされています。ただ、痛みは重要ですが、ロコモは「運動機能低下や運動器疾患による移動機能の低下」を意味し、痛み以外の要素もとても重要です。山田先生にはロコモ予防を考えるうえで、こういったポイントを考慮して対策をすればよいかを、ロコモの大規模調査の結果を基に論じていただきます。

最後は、早稲田大学スポーツ科学学術院の澤田亨先生です。先生には、ロコモ予防にもつながる「健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023」について解説していただきます。このガイドは、健康のためには生活の中でどの程度動けばよいかという身体活動の指針と、運動はどの程度したらよいかという指針を、膨大なエビデンスを基にまとめたものです。澤田先生は、このガイドとその前身である「健康づくりのための身体活動基準2013」の中心的な策定メンバーでした。

本特集は健康日本21(第三次)について、骨粗鬆症マネージャーをはじめとするメディカルスタッフが知っておくとよいポイントについてまとめています。きっと皆さんの骨粗鬆症リエゾンサービスや、日常の医療の現場で役立つことと思います。

# INDEX

## 1 健康日本21(第三次)の ロコモ・骨粗鬆症に関する目標 ..... 16

石橋 英明

愛友会伊奈病院 副院長／整形外科科長 本誌編集委員

## 2 健康日本21(第三次)と フレイル・サルコペニアとの関連 ..... 18

小川 純人

東京大学大学院医学系研究科老年病学教授、本誌編集委員

## 3 1万人調査からわかったロコモ対策 ーロコモサインに気づいたら ..... 22

山田 恵子

埼玉県立大学 保健医療福祉学部／大学院研究科 准教授

## 4 「健康づくりのための身体活動・ 運動ガイド2023」の概要とポイント ..... 25

澤田 亨

早稲田大学 スポーツ科学学術院 教授



人生100年時代に知っておきたい  


# 加齢による睡眠の変化 若返りの秘訣は運動療法!

うちだ すなお  
**内田直**

スリープ・メンタルヘルス総合ケア すなおクリニック（埼玉県）院長／早稲田大学名誉教授／自治医科大学非常勤講師

精神科医・メンタルヘルス運動指導士。1983年に滋賀医科大学を卒業後、東京医科歯科大学医員、カリフォルニア大学ディビス校客員研究員、東京都精神医学研究所睡眠障害研究部門部門長、早稲田大学スポーツ科学学術院教授を経て、2017年に開業。主な著書に『好きになる睡眠医学』（講談社）ほか。



寝付きが悪い、ちょっとした物音で目が覚める、トイレに行ったらもう眠れない、夜明け前に起きてしまった……加齢とともに睡眠の変化を感じる人は増えていきます。しかし、埼玉で睡眠障害を専門に診ている内田直さんは「高齢者の睡眠時間が短いというのは、果たして本当でしょうか？」と疑問を投げかけます。睡眠薬の過剰投与や薬以外の対策についても詳しく聞きました。（編集部）

## ◆ 高齢者は朝が早くて、睡眠時間が短い？

### Q 年を重ねると睡眠は変わっていくのでしょうか。

加齢による睡眠の変化は、50代から感じる方が多いですね。若いころにロングスリーパー、あるいはショートスリーパーだった方は年を重ねてもその傾向にあります。加齢による変化は同じように起こります。

加齢による睡眠の変化には、主な特徴が3つあります。

#### ① 中途覚醒

まず睡眠が「分断」されて目が覚めてしまう、いわゆる中途覚醒が始まります。

#### ② 眠りが浅くなる

それから年をとればとるほど、深い睡眠が減って

いきます。ぐっすり眠れる「ノンレム睡眠」と呼ばれる状態が少なくなるんです。

#### ③ 早寝早起きになる

また、早寝早起きになる方が増えます。若いころと違って疲れやすく、起きていられずに早く寝てしまうんですね。そうすると目が覚めるのも早くなり、自然と朝型になっていきます。

ただ、「年をとって睡眠時間が減った」と訴える方は多いですが、意外とそうでもないんですよ。よく話を聞くと、睡眠時間は十分取れていることが多いんです。

統計をみると、睡眠時間が短いのは高齢者でなく働き盛りや子育て世代です（図1）。高齢者は退職するなどして昼間に時間が取れますから、昼寝をしている方が多いんですね。その時間を加えると、高

## 認知症臨床の最前線を学ぶ



2024年6月29日・30日  
国立長寿医療研究センター 教育研修棟（愛知県）  
現地開催& Zoom による同時配信

2024年6月29日・30日の2日間、国立長寿医療研究センター（愛知県）において公開シンポジウム&レクチャー「認知症臨床の最前線を学ぶ」が開催されました。医療・介護従事者を対象とした本シンポジウムに、全国各地から約950人が参加しました。その1日目の最初のシンポジウム「認知症マネジメントの極意」の内容の一部を紹介します。（編集部）

### 服薬管理は多職種の見点が重要

溝神文博氏（国立長寿医療研究センター長寿医療研修センター臨床薬学研修室長）は、薬剤師の立場から認知症患者の服薬管理について話しました。

認知症患者では、多疾患併存症（multimorbidity）が多く、多剤服用（ポリファーマシー）になりやすいため、薬物有害事象のリスクに注意する必要があります。さまざまな疾患の治療に用いられる抗コリン薬の過剰投与は、認知症、アルツハイマー病の発症リスクを高めることが報告されています<sup>1)</sup>。

老年症候群の症状として知られるふらつき・転倒、記憶障害、せん妄、抑うつ、食欲低下、便秘、排尿障害・尿失禁などは、薬物起因性のももあります。それに気づかないと、薬物による有害な反応を新たな疾患や症状と勘違いし薬の追加処方を繰り返す「処方カスケード」が起こります。処方の全体像が把握されないままポリファーマシーが引き起こされることが問題です。

認知症ケアサポートチームなどに薬剤師が積極的に参画し、処方の見直しやポリファーマシーなどに

介入することで、医療費削減や再入院の減少につながることを期待されます。また、薬剤師が定期的なフォローアップや患者の家族・介護者に教育を行うことで、服薬アドヒアランスの向上が見込めます。高齢者の服薬アドヒアランス低下の理由は、処方複雑でわからない、薬の説明が聞き取れない、薬の表示が見えない、薬を取り出せない、薬を飲みこみにくい・飲もうとする意欲がない、病気だと思っていない、服薬管理をする家族や介護者の問題など、患者ごとにさまざまです。服薬アドヒアランス低下、残薬の問題など服薬管理に取り組むためには、患者一人ひとりの服薬状況を確認し、機能評価を行う必要があると、溝神氏は述べました。そして、高齢者総合機能評価（CGA）を活用して、多職種の視点で服薬管理を行うことが重要であり、多職種によるサポート体制の構築が大切である、とまとめました。

### 軽度な認知症の段階から出現する 下部尿路機能障害

西井久枝氏（国立長寿医療研究センター摂食嚥下・