



先日、オホーツク骨粗鬆症研究会で講演する機会を得た。WEB併用であるが、3年ぶりの対面開催となり、お世話になった先生方との再会を嬉しく思うとともに、改めて骨粗鬆症や本邦の高齢化社会について考えるきっかけとなった。

2021年人口動態統計によると、出生数は、前年比2万9231人減の81万1604人となり、過去最少を更新した。道内の出生数も2年連続3万人を割り込み、少子化の加速がみられる。一方、65歳以上の高齢者人口は、3640万人と、前年に比べ22万人増加

## 健康寿命の延伸に向けて

### —骨粗鬆症対策—

情報広報部副部長

寺本

瑞絵

し、総人口に占める割合は29・1%と過去最高となり、文字通り少子・超高齢化社会を迎えている。

2019年時点での平均寿命は男性81・41歳、女性は87・45歳。一方、健康寿命は男性72・68歳、女性75・38歳であり、この平均寿命と健康寿命の差が、要支援・要介護の期間であり、男性では約9年、女性では約12年に達する。

要支援・要介護の原因の第1位・約25%を占めるのは運動器の障害である。いわゆる、運動器の障害のために移動機能の低下をきた

した状態を「ロコモティブシンドローム」ロコモといい、2007年に日本整形外科学会から提唱された概念である。ロコモの代表疾患の1つが骨粗鬆症であり、健康寿命の延伸のためにロコモ対策は必須である。

65歳以上の医療費は全体の54・6%を占める。また、超高齢化や人口の減少により、疾病構造が変化し、生活習慣病が医療費に占める割合は約3割に達する。現在、「健康日本21(第2次)」が走っており、健康寿命の延伸と健康格差の縮小、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底など、健康の増進の総合的な推進が行われている。しかし、「健康日本21」を見渡しても、骨粗鬆症を含めたロコモ対策についての記載は少なく、骨粗鬆症が健康寿命に直結した疾患として捉えられていないのが現状であろう。

そもそも、骨粗鬆症とは、骨密度および骨質からなる骨強度が低下し、骨折のリスクが増大しやすくなる骨格疾患と定義され、本邦では年間1300万人の発症があると推計される。主な発症要因としては女性ホルモンの低下や加齢、続発性としてはステロイドを代表とする薬剤が挙げられる。

骨粗鬆症による大腿骨近位部骨折は、転倒などの軽微な外傷で高齢者に生じ、入院や手術を要することが多く、生命予後を悪化させることが知られている。最近では、脳卒中になぞらえ、「骨卒中」という名称も市民権を

得てきた。しかし、骨粗鬆症としての治療率が3割に満たないことや、治療効果の実感が得られにくく、徐々にアドヒアランスが低下するといった継続率の低さが問題となっている。骨粗鬆症検診率も5%と低い。そのうえ、一度脆弱性骨折を生じると、その後の骨折頻度を上昇させることが知られている。

二次骨折を未然に防ぐことは本人のみならず、家族、地域社会、医療経済の面からも極めて重要である。骨粗鬆症の治療率向上と治療継続率向上を目的とした、多職種連携による集学的アプローチである骨粗鬆症リエゾンサービス(OLS)や二次骨折リエゾンサービス(FLS)は骨粗鬆症診療には欠かせないものであり、今年度4月の診療報酬改定で「二次性骨折予防継続管理料」が新設されたことは、骨粗鬆症診療の進展において非常に喜ばしいことであろう。

産婦人科の視点からは、女性の骨粗鬆症診療は、若年期に高い最大骨量を獲得すること、閉経後もその骨量をできるだけ維持することの2つが要点となる。女性アスリートの三主徴を含めた、若年期のやせや無月経に介入し、最大骨量を獲得するよう働きかけることは重要な役割の一つである。また、近年は2人に1人ががん罹患する時代であり、QOLに留意し、癌治療関連骨減少症(CTIBL)にも目を向けるべきであろう。閉経後以降にはエストロゲン低下による骨代謝の直接的悪化だけでなく、もとの筋量の少なさによるサルコペニア、フレイルへの対策も重要となる。

超高齢化社会における健康増進において、骨粗鬆症と二次骨折の予防は健康寿命延伸のために医師が担うべき大きな役割であろう。