

1

がんとロコモティブシンドローム



ロコモティブシンドローム（ロコモ）は2007年、日本整形外科学会が世界に先駆けて提唱した言葉と概念である。2013年から、その定義を「運動器の障害のため、移動機能の低下をきたした状態で、進行すると介護が必要となるリスクが高まるもの」としている。運動器に common disease が起こるとそれらが連鎖、複合して運動器の痛み、機能低下をきたし、またその機能低下が運動器疾患をさらに悪化させたりしつつ、歩行障害に進展し、さらに悪化すると最後には介護状態に至る、というとらえ方がロコモである（図1）。

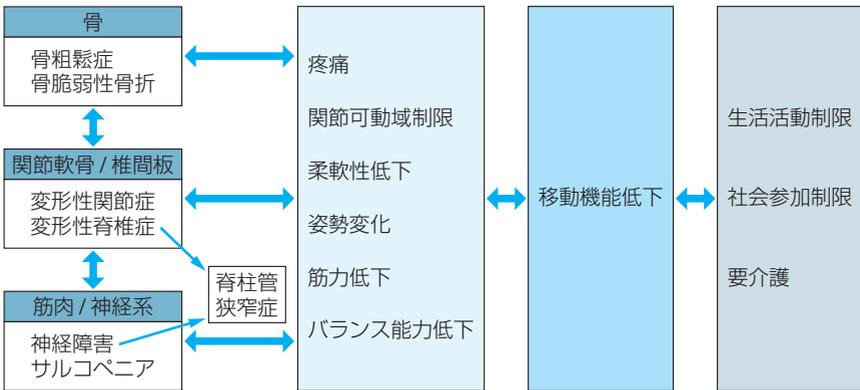


図1 ロコモの構成概念

(ロコモパンフレット 2015 年度版より)

2015年から、ロコモの判定は2つの運動機能検査と1つの質問票からなるロコモ度テストで行うこととしており、ロコモの段階をロコモ度1、ロコモ度2とした臨床判断値を決め（図2）、ロコモ度1の場合は主に自助努力を、ロコモ度2で痛みがある場合など運動器疾患の存在を疑う場合は整形外科専門医の受診を勧めている。

わち、がん自体の治療だけでなく、がん患者の移動機能をできるだけ高く保つ必要性が高まっている。

そのような状況を鑑み、日本整形外科学会は2018年のテーマを「がんとロコモティブシンドローム」と決め、10月8日の「骨と関節の日」を中心として、がん患者が「動ける」ために、運動器の専門家である整形外科医が貢献できること、貢献すべきことをがん患者とがん治療に携わる医療者に向けて宣言することとした。

がん患者の運動器障害

がん患者の運動器障害は、3つに分類される（表1）。

表1 がん患者の運動器障害

① がんによる運動器の問題	骨・軟部腫瘍、骨転移（痛み、骨折、麻痺を生じる）
② がんの治療による運動器の問題	骨・関節障害、筋力低下、末梢神経障害
③ がん以外の運動器疾患の進行	骨粗鬆症、変形性関節症、腰部脊柱管狭窄症など

① がんによる運動器の問題

骨や軟部に原発した腫瘍や転移性骨腫瘍は痛みや骨の脆弱性をきたし、病的骨折を招く。特に下肢や脊椎の病的骨折は移動機能を低下させることは言うまでもない。脊椎に原発した腫瘍や転移性腫瘍が脊柱管狭窄を生じさせれば、脊髓・馬尾・脊髓神経の麻痺を生じ、移動機能が低下する。

② がんの治療による運動器の問題

がんの手術後の活動制限は筋萎縮、関節可動域制限を招く。がんの化学療法後の低栄養、活動制限も同様である。がんの放射線療法による末梢神経障害は痛みや麻痺を生じさせる。これらの影響は高齢者でさらに顕著になる。

③ がん以外の運動器疾患の進行

図1の左にある運動器の common disease に疼痛や筋力低下などの運動機能

低下が加わった場合、移動機能の低下を招くが、多くの高齢者ではこれらの common disease をすでに1つ以上有していることが多い。したがって、がんである高齢者ではがんによる疼痛や筋力低下がすでにあるロコモを進行させる。またこの中には痛みを生じる原因が、がんではないのに、がんの転移であるなどと誤って診断・治療された結果、移動機能低下をきたす場合も含まれる。

がん患者の運動器障害に整形外科が果たすべき役割

上記の①、②、③のそれぞれにおいて、運動器の専門家である整形外科医が果たすべき役割がある。

①では原発性の骨・軟部腫瘍の治療はもちろんであるが、転移性骨腫瘍では、病的骨折を生じる前に把握し、キャンサーボードなどに関わることで、他の医療者と協働して必要な手術があれば積極的に行うことである。転移性骨腫瘍では骨折が切迫しているうちに固定する方が、病的骨折を生じてから固定するよりはるかに容易である。その場合、腎癌など易出血性の腫瘍では手術直前の塞栓術が必須であり、放射線医との協働なしには行えない。

②では、リハビリテーション部門や緩和医療部門に運動器の専門家として助言することができる。

③では、がん患者の愁訴に対して、運動器の専門家としての知識を総動員してあたることで、対処できる。

がん患者の運動器障害を疑ったら

がん患者を地域で多く診療する総合診療医に期待することは、がん患者が運動器の問題を訴えた場合に特別視せず、がんだから仕方がないと思わず、がん拠点病院を中心とする病院の整形外科に紹介していただきたいということである。今まで、がん診療に積極的に関わってきたとは言い難い整形外科ではあるが、今後はがん患者とがん診療に関わる医療者に今まで以上の貢献をしたいと考え始めている。

[大江隆史]

2

がんロコモの概念

—がんロコモの目指すもの—



わが国は「がん大国」

令和という新しい時代を迎えたわが国は、社会の少子高齢化という問題に直面している。医療界も疾病構造の変化への対応が求められている。

国内のがん新規罹患数は今や年間 100 万人を超え、出生数を上回った。また、がん診療の進歩に伴って生命予後が改善し、がんを持ったまま生活するがん患者の数が激増している。わが国は、世界で随一の超高齢社会であると同時に「がん大国」となろうとしているのである。

「がん時代」を迎えた今日、がんは根治を目指すと共に、慢性疾患としてがんと共存を許容して quality of life (QOL) の維持・向上を図るというパラダイムシフトが生じている。

がんは原発科が診るという文化

しかし、いまだにがんを慢性疾患として診療科横断的かつ包括的に対応する体制は整っていない。糖尿病や関節リウマチなどの通常の慢性疾患は、生じる個々の問題に対して、適切な診療科がその時々を主治医として担当するが、がん診療においては「原発担当科が主治医」という習慣が根強く残っているのではないだろうか。

この背景には、「がんは根治を目指さなければいけない」という「がん診療の呪縛」があると感じている。医療者も患者もがんを特別視し、他の疾患よりも優先する雰囲気がある。根治しなければいけないがんを持つ患者は、がんと共存を許されず、時には生活を犠牲にしてまで「がんと闘い＝闘病」を強いられる。闘いの勝敗は生命予後で決定され、その結果は担当医が自らの成果とする。成果の帰属を重視する姿勢が、「原発担当科が主治医」という習慣に繋がっているように感じる。