

骨粗鬆症における医療連携

国立病院機構千葉医療センター
臨床研究部長・整形外科医長
大河昭彦

高齢化社会となり、骨粗鬆症を基盤とする骨折の患者さんが激増しています。転倒など軽微な外力で骨折し、股関節の骨折である大腿骨近位部骨折、脊椎圧迫骨折、手首の部分の橈骨遠位端骨折、肘の肘頭骨折、足関節部の内果・外果骨折、膝蓋骨骨折などが頻度多く発生します。大腿骨近位部骨折、脊椎圧迫骨折は体動困難となるため入院が必要であり、受傷直後は寝たきりとなってしまいます。高齢者が長期に臥床すると、廃用となり歩行の再獲得ができなくなる、誤嚥性肺炎・血栓塞栓症などの重篤な合併症を生じるリスクが増える、といったことから、大腿骨近位部骨折は手術可能な全身状態であれば早期に手術を行うことが標準となっています。脊椎骨折も早期離床を目指して手術を行うケースもあります。30年前には大腿骨近位部骨折の患者さんは70歳台が多く90歳台は稀でしたが、近年は80歳台が多く、90歳超える方も普通に見られるようになっており、90歳台でも手術を行うケースがしばしばあります。急性期治療ののちには集中的なリハビリテーションが必要であり、回復期リハビリテーション病院に転院してリハビリテーションを行ったのちに退院を目指すこととなります。急性期病院においては在院期間短縮が重要課題であること、早期からリハビリテーションをたくさん行うことが機能予後ひいては生命予後に影響すること、などから、急性期病院—回復期病院間の転院を円滑に進めることが必要です。当院では千葉市内の二次救急を担う急性期病院（当院含む3施設）と市内の多数の回復期病院で大腿骨近位部骨折における医療連携システムを構築

し、転院が円滑に行われるよう地域連携パスを作成し運用してきました。

骨粗鬆症性脆弱性骨折をおこした患者さんはその後に他部位の骨折をおこすことが多く、骨折の連鎖を生じます。片側の大腿骨近位部骨折を負った方は対側の骨折をおこすことがよくあります。脊椎圧迫骨折が次々と生じる例があります。初回骨折後に正しく骨粗鬆症治療を行い次の骨折を予防することが必要です。骨粗鬆症治療を熱心に行っている病院では正しく治療が開始されていましたが全国的には二次骨折の予防という概念は十分には浸透していませんでした。急性期病院や回復期病院ではDPCのからみで新規に骨粗鬆症治療を開始しにくいという事情があり、初回骨折後に骨粗鬆症治療が開始されておらず次の骨折を生じてしまうという現象がこれまでは多々見られていました。それに対して2022年4月の診療報酬改定で「二次性骨折予防継続管理料」という項目が新たに設定されました。大腿骨近位部骨折の手術患者において、急性期病院で骨粗鬆症の評価と治療を行うことに対して1000点、回復期病院で治療を継続することに対して750点、さらにクリニックあるいは病院外来で治療を継続することに対してひと月に500点、それぞれ診療点数が与えられました。この改定が急性期病院において骨粗鬆症治療を開始しやすくする引き金になっており、骨粗鬆症が放置されるケースが全国的に減少傾向になっています。骨粗鬆症治療がさらに普及し二次骨折をおこす患者さんが減ることが大きく期待されます。