

“骨粗鬆症マネージャー[®]”資格を取得した 自発的取り組みで展開する“骨粗鬆症リエゾンサービス[®]”

高齢者の骨折は、その後の寝たきり状態を経由して認知症の発症リスクを高めることが確認されている。超高齢社会に向けて骨折の1次予防、2次予防は喫緊の課題であり、その大きな鍵を握るのが骨粗鬆症への対応だ。そして、骨折リスクの高い高齢者を早期に発見し、1次予防、2次予防へとつなげるためには、かかりつけ医との地域医療連携や多職種との協働が不可欠となる。社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷佐倉市民病院では、一般社団法人 日本骨粗鬆症学会が創設した“骨粗鬆症マネージャー[®]”制度を活用し、骨粗鬆症対応における多職種協働の質を高めている。また、病診連携手帳を活用したかかりつけ医との地域医療連携にも積極的だ。



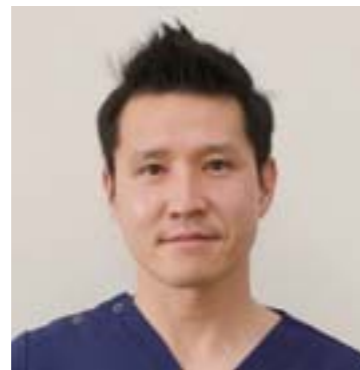
社会福祉法人 聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院

院長補佐
小谷 俊明 先生
Toshiaki Kotani

1994年千葉大学医学部卒業。同年同大学医学部肺外科、97年同医学部整形外科、2004年同大学大学院修了、同年社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷佐倉市民病院。08年オーストラリアRoyal Adelaide Hospital留学を経て、10年聖隷佐倉市民病院整形外科部長、せぼねセンター長。15年同院院長補佐に就任し、現在に至る。

増え続ける骨粗鬆症患者への 対応にBKP導入を契機として 地域医療連携を開始

聖隷佐倉市民病院は、国立病院改革における統廃合の対象となった国立佐倉病院が聖隷福祉事業団に経営移譲され、2004年に開設された。病床数304床、診療科31、職員数699人で、地域に開かれた病院として医療を展開している。千葉県佐倉市内とその周辺に



社会福祉法人 聖隷福祉事業団
聖隷佐倉市民病院

リハビリテーション室係長
加藤木 丈英 氏
Takehide Katogi

2003年順天堂大学スポーツ健康科学部卒業。07年日本リハビリテーション専門学校卒業。同年社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷佐倉市民病院リハビリテーション室入職、14年同室係長心得。15年同室係長となり、現在に至る。同院骨粗鬆症リエゾンサービス委員会委員長。

は東邦大学医療センター佐倉病院や日本医科大学千葉北総病院などの急性期施設が点在する。

整形外科医である同院の小谷俊明院長補佐は、「千葉県は医師不足が指摘されていますが、この地域は医療供給が充実しています。それだけに当院には経営的な競争力を高めるための特色が必要でした」と特殊な地域事情を説明する。

同院のストロングポイントとされているのが、国立佐倉病院時代から引き継ぐ腎疾患分野と脊柱変形関連で多くの手術実績を持つ整形外科だ。ただし、急性期病院において骨粗鬆症はその対応の優先順位が高い疾患ではない。整形外科に優れた特色を誇る同院でもそれは同様だった。

「しかし、当院だけでは増え続ける骨粗鬆症の患者さんに対応しきれず、1次予防や2次予防の重要性も考えれば、病診連携の体制構築が必要なことは以前から考えていました」（小谷院長補佐）

地域医療連携の重要性を認めながら、具体的な方策を講じることができなかった小谷院長補佐にとって大きな転機となったのが、骨粗鬆症性椎体骨折に対してセメントを注入する治療法であるBKP (Balloon Kyphoplasty; 経皮的椎体形成術)を12年に導入したことだったという。

地域全体の取り組みを重視し、 院内・院外への入念な下準備

「BKPは非常に治療効果が高く、入院期間も短いことが特長です。しかし、それほど優れた治療法であっても、骨粗鬆症の患者さんであれば骨折を繰り返

多職種の リエゾンサービス[®]”

すケースが多くあります。BKP後の継続的なフォローが不可欠であり、それには地域全体で取り組む必要がありました」（小谷院長補佐）

12年11月、小谷院長補佐は骨粗鬆症の地域医療連携に向けて動き出した。まず、病院幹部に趣旨を説明して承諾を得ると、院内全体への周知を図るため、朝のミーティングでプレゼンテーションを行った。「地域医療連携は病院全体としての取り組みなので、こうした手続きを重視しました」と準備段階の重要性を語る。

同年12月には、以前からつながりのあった整形外科診療所10施設を小谷院長補佐が訪問し、骨粗鬆症における地域医療連携の趣旨やメリットを説明した。13年1月には、訪問した医師たちを病院に招き、地域医療連携を推進する基盤としての研究会設立を呼び掛けた。また、地域住民への周知も重要だと考え、市民公開講座を開いて骨粗鬆症における地域医療連携への取り組みを解説したという。

こうした院内、院外への周知活動と並行して、地域連携パスの作成は整形外科の看護師が中心となって進めた。その内容は、

- 病院で行った治療の内容と日時
- 診療所で行う治療の内容と日時
- 使用した注射薬とその副作用
- 次回の病院受診日

などが要点となる。「基本的には退院後の治療は連携先の診療所で継続し、半年に一度、当院で

骨密度や骨代謝マーカーなどの検査を行う形です」（小谷院長補佐）

患者用パスとしてはオリジナルの病診連携手帳を作成した。検査数値を書き込み、次回受診日などを明記する。

そして、「骨粗鬆症BKP地域医療連携」が13年3月にスタートしたが、その効果はすぐに表れた。地域医療連携を始める以前、同院でBKP治療例のほとんどは最初から直接同院の外来を受診した患者さんだったが、地域の整形外科から紹介される例が顕著に増えていった。地域に医療連携の趣旨が理解され、信頼関係も構築されていったことから、同院からの逆紹介もスムーズに受け入れてもらえるようになった。

多職種の積極的な介入のため “骨粗鬆症マネージャー[®]”資格を取得

こうした同院の“骨粗鬆症BKP地域医療連携”で大きな役割を果たすことになったのがリハビリテーションスタッフだ。「リハビリテーションを受けている患者さんは整形外科疾患が約8割を占めます。そのうち脊椎椎体骨折の患者さんは決して少なくなく、BKPを導入する以前は、保存的加療が中心で、理学療法士として患者さんにできることは少なく、疼痛が軽減するまでの間に全身が廃用してしまう患者さんもいました」と語るのは理学療法士であるリハビリテーション室の加藤木丈英係長。BKP導入後はリハビリテーション室の業務が大きく変化したという。「BKPは患者さんの痛みもすぐになくなり、入院期間も短いので、そのスピードに後れを取らないように、当室としても独自のプロトコルをつくって対応しました」（加藤木係長）

“骨粗鬆症BKP地域医療連携”がスタートすると、多職種によるさらに深い介

入の在り方を模索するようになる。「私たちメディカルスタッフに何ができるかを考えた時、やはり骨折の1次予防に果たすべき役割があるように思えました。そうした時、小谷医師の打診で日本骨粗鬆症学会のホームページで、“骨粗鬆症リエゾンサービス[®]”の存在を知ったのです」（加藤木係長）

専門性の高い多職種による骨粗鬆症治療への介入としての“骨粗鬆症リエゾンサービス[®]”は英国で始まった。高齢者の骨折の1次予防、2次予防、さらにはトータルとしての医療費低減に効果を持つことが実証されている。日本骨粗鬆症学会では骨粗鬆症治療における診療コーディネーターの養成を意図し、教育プログラムを策定した。12年9月から骨粗鬆症マネージャー・リハビリテーションコースを開催し、“骨粗鬆症マネージャー[®]”の認定制度もスタートさせている。

そうした多職種の関わりが骨粗鬆症治療において重要であることを感じていた小谷院長補佐は、加藤木係長をはじめとするリハビリテーション室スタッフに“骨粗鬆症マネージャー[®]”の資格取得を勧め、病院幹部と交渉して研修を受講するための費用を病院負担とする承諾を得た。

そして、第1回となる14年10月の“骨粗鬆症マネージャー[®]”認定試験に合格した同院スタッフは11人（看護師3人、理学療法士3人、薬剤師2人、管理栄養士3人）だった。ちなみに、第1回認定試験の合格者は全国で680人である。

先駆例や論文を参考にして独自の “骨粗鬆症リエゾンサービス[®]”を構築

14年12月に院内に設立した骨粗鬆症リエゾンサービス委員会の委員長となった加藤木係長は、同院独自の“骨粗

鬆症リエゾンサービス®の在り方を模索した。国内の“骨粗鬆症リエゾンサービス®”の先駆例である社会福祉法人 恩賜財団 大阪府済生会吹田医療福祉センター 大阪府済生会吹田病院や医療法人愛広会 新潟リハビリテーション病院を見学し、論文などにも目を通した。

「大阪府済生会吹田病院での取り組みを参考に、内科との地域医療連携に着目しました」(加藤木係長)

地域の内科診療所に同院のDXA装置を使用してもらい、骨粗鬆症の早期発見や1次予防へとつなげるという仕組みづくりに取り掛かった。リストアップした15施設を訪問すると、骨粗鬆症の治療を行っている医師は少なくなく、機器の開放にも興味を持ってくれた。

「利用する手続きが煩雑にならないようにしてほしいという要望があったので、紹介状を必要とせず、ファクス1枚で機器だけを利用できる仕組みを整えました」(加藤木係長)

この仕組みをつくると同時に加藤木係長の念頭にあったのは、同院の患者さんを内科診療所に逆紹介できるシステムの構築だ。骨粗鬆症の患者さんを早期発見できるようになっても、同院の外来負担が増せば急性期病院としての機能低下をもたらしかねない。

15年8月、その仕組みとして“骨粗鬆症地域連携外来”を開設した。小谷院長補佐が加藤木係長たちの取り組みに協力し、月に一度、診察を3~4人に限定した外来を開く。健診センターなどで見つかった専門医の診断が必要な患者さんを診察し、基本的には地域のかかりつけ医へと逆紹介することを原則とする。隣の部屋には、“骨粗鬆症マネージャー®”の資格を持つ看護師による“骨粗鬆症看護外来”も併設した(図)。

「小谷院長補佐の診察時間を長くするわけにはいかないし、患者さんは医師には話しにくい悩みや不安を抱えていますからね」(加藤木係長)

多職種の自発性に大きな意義 診診連携の充実が今後の課題

“骨粗鬆症BKP地域医療連携”と“骨粗鬆症リエゾンサービス®”が主体となる内科診療所との地域医療連携の成果は数字として表れている。

「外来患者数は約2割減少し、逆に入院患者数や手術件数は増えました。紹介率も上がっています。また、地域とのつながりが深まるにつれて、信頼関係が増した手応えも感じています」(小谷院長補佐)

しかし、数字以上に小谷院長補佐がメリットとして受け止めていることがある。一連の活動が医師以外のメディカルスタッフによる主体的な活動として取り組まれたことだ。

「“骨粗鬆症リエゾンサービス®”を導入する病院でも、それを牽引する委員

長は医師が務めている場合があります。しかし、医師の指示や決定に従って動くことは、“骨粗鬆症リエゾンサービス®”の本質ではないように思います。当院の取り組みはメディカルスタッフが自ら考え、形にしていきました。彼らがクリエイティブであり、地域に飛び込んでいく働き方を見つけれられたことは当院にとっての大きな財産です」(小谷院長補佐)

今後の課題としては、病診連携手帳の電子化や院内の医師への理解度アップなどがある。そして、地域医療連携の展望として掲げるのは診診連携の充実だ。超高齢社会に増え続ける骨粗鬆症患者の対応には、内科診療所と整形外科診療所の地域医療連携によって完結する診療形式も求められる。「内科と整形外科が顔を合わせるような場をつくり、診診連携がよりいっそう進むことを願っています」と語る小谷院長補佐は、そのためにも地域における自分自身の信頼をさらに高める努力が必要だと考えている。

図 聖隷佐倉市民病院を中心とした
骨粗鬆症における地域医療連携システム(さくらモデル)

