

# 大腿骨近位部骨折地域連携パス のこれまでとこれから

～求められる骨粗しょう症対策の現実～

水戸中央病院／小美玉市医療センター 整形外科 部長  
古俣 正人

本稿は2013年3月11日に茨城県保険医協会と小野薬品工業(株)が共催した「大腿骨近位部骨折セミナー」の演者である古俣正人先生に、改めてご執筆いただいた講演抄録です。当時、先生は土浦協同病院救命救急センター整形外科に在籍されていました。(編集部)

## 土浦協同病院の 地域連携パスとは

2006年診療報酬改定で“地域連携診療計画管理料”が新設され、日本各地で地域連携パスが活発に運用されるようになりました。土浦周辺地域でも急性期・回復期あわせて4病院による会議を重ね、07年1月より運用を開始しました。今回は、12年12月までに当パスを使用した計477名を振り返り、現状を確認するとともにその経験から得られた様々な課題を検討したいと思います。

4病院で開始された当パスは、その後参加する病院も増え、現在は急性期3病院、回復期5病院の計8病院で運用されるように発展しています(図1)。

土浦協同病院(以下、「当院」)から転院した患者数の割合をみると、約3分の2が神立病院という現状です(図2)。元々の患者群を医療圏でみると、土浦～かすみがうら・石岡地区が圧倒的に多く、つくば・阿見・稲敷地区は少ないという地理的な背景からくる必然的な数字かもしれませんが、日頃連携が良好な病院で、より患者を送りやすい環境から得られたものとも考えられます。

連携パスを始めるにあたり、まず期待されることは“在院日数短縮”だと思います。事実、他地域の連携パスからも

多くの報告がされています。しかし当院では、04年より在院日数短縮を主としたパスをすでに運用していたため、当パス運用開始前と開始後の在院日数に変化はありませんでした。在院日数短縮という数字としての結果は得られませんでした。スタッフへのアンケートを行った結果、開始以前と比べ患者への説明がしやすくなった、入院時から将来のイメージをお互いに持ちやす

い等の声が多く聞かれました。実際、運用開始後のパス使用群と非使用群での比較では、使用群で在院日数が短い傾向にあり、業務の効率化を実感しています(図3)。

## 見えてきたさまざまな課題

多くの連携パス患者を経験すると、さまざまな問題にも直面してきました。それらを再確認しながら解決策についても考えていきたいと思えます。

当院では大腿骨近位部骨折の診療にあたる若手医師が、ほぼ毎年入れ替わるため、異動直後の時期はどうしてもスムーズに運用できなくなってしまいます。そこで、MSWの協力のもと、当院独自のマニュアルを作成し毎年オリエンテーションを行い対応しています。

さて実際に、我々急性期側の求めるものは早期転院ですが、待機日数が連携先病院によって違いました(図4)。受け入れシステムの違い等、各病院特有の原因もあるとは思いますが、やはり転院患者数も多く、日頃連絡を取り合う機会が多い病院が最短でした。今後は現状を見据え、長期化傾向の病院へはこちらからも積極的に関わる様に心がけていく方針です。

一方で早期転院を望みながら、急に決まることも問題というジレ

ンマも実感しました。将来的には、お互いの状況を確認しあえるIT/オンライン化が望まれます。

また、転院先でリハビリが進まない場面にも何度か遭遇しました。当然回復期に入院し続ける理由がなくなります。その原因が、“術後合併症で再手術”であればこちらに、“痛”であれば当該科に再転院となります。このように理由が明確であればあまりストレスは感じません。問題となるのは、器質的異常がない食思不振や意欲低下の場合です。お互い入院適応はないのですが、どちらかが退院調整をせざるを得ません。結果的には、そのための調整がさらに必要となるストレスが生まれます。連携会議を分科会レベルで開催する、単病院間も現場レベルでの交流を図る等を行うことで“顔の見える連携”をめざし、ストレスをなるべく減らすべく模索中です。

## 骨粗しょう症対策の現実

無事退院まで至った後も問題が残ります。新ガイドラインで大腿骨近位部骨折はそれだけで治療の対象であることが明記されましたが(図5)、当院での治療率は約6%と満足の結果ではありません。急性期・回復期両者とも外来患者の増加は避けたい本音があり、今後は地域の診療所も含める形での発展が必須と考えています。これまでの病病連携でもパス以外での地域連携まで発展する相乗効果を得てきました。今後新たな病診連携を構築することで同様の効果を期待できるのではないのでしょうか。

## 理想の治療とは～治療薬の使い分け～ミノドロン酸の存在価値

一つ骨折を生じるとさらに骨折するという悪循環になるので、早期に介入し治療を開始し、初発骨折から予防することが望まれま

す。しかし、日本人の骨粗鬆症患者は約1,280万人存在するといわれるなか、そのうち約2割しか治療されていません。現実には骨折を生じてから我々が関わり始めるという状況です。今後、健診等の普及と社会的啓蒙活動が必要です。

そして現実を見据え、まずは目の前にいる骨粗鬆症患者へ適切な治療を行い、将来の二次骨折を予防しなければなりません。ガイドラインでは、薬物治療開始の基準は示されていますが、明確な使い分けは示されていません。それぞれの薬剤には一長一短があり、偏った使用は必ず弊害を伴います。そこであくまで私案ではありますが、選択基準を作成しながら使い分けを行っています(図6)。

中等症以上の患者数が多い現状を踏まえるとビスフォスホネート製剤の存在意義は極めて高いと思われます。その中でリカルボン®(ミノドロン酸)は、ガイドライン上C評価の部分もありますが、純国産で日本人を対象とした高いエビデンスを有しています。外来の負担を減らしたい急性期病院ではMonthly製剤が術後通院頻度に合わせて処方しやすい一面もあり、適切に使い分けをしながら使用しています。

## 最後に

これまで地域連携パスを使用した477名を振り返り

- \*より効果的に運用するためには…
- ・周知徹底とお互いの理解が必須!
- ・現場レベルでの交流から“顔の見える連携”へ!!
- \*骨粗鬆症治療は不十分…
- ・診療所も含めた地域連携で更なる相乗効果!?
- ・早期介入と薬剤の適切な使い分けを!

