

Q1

在宅医療とは

最近、「在宅医療」という言葉を新聞や週刊誌でもよく目にしますが、これは往診のことを指すのでしょうか？

A

point

- ▶在宅医療は、入院医療、外来医療に次ぐ第三の医療と言われている。
- ▶在宅医療は、自宅や高齢者住宅などの生活の場で繰り広げられる医療のことで、医師だけでなく、歯科医師、看護師、薬剤師、リハ専門職、管理栄養士等、医療専門職が訪問して医療サービスを提供する。医師の往診だけを意味するものではない。
- ▶病院の機能が地域に広がったと考えると理解しやすいが、そこで提供される医療の質や目的は大きく異なる。

1 在宅医療推進の背景

古くから患者や家族の要請で医師による往診は行われていたが、急性疾患への一時的な対応にすぎなかった。居宅が医療提供の場として制度上認められたのは1992年のことで、その背景には、人口構造の変化に伴う疾病構造の変化、慢性疾患の増加があった。さらに、医療技術の目覚ましい発展によって、従来救命できなかった病態でも命をつなぐことが可能となった一方で、何らかの医療的ケアを必要とする療養者も増加傾向となった。従来このような病態の療養者は、病院や施設で生活することが一般的だったが、いわゆるノーマライゼーションの思想の普及や、脱施設化などの社会規範の変化によって、住み慣れた地域、あるいは自宅で療養する重要性が認識されはじめた。

一方で、増加の一途をたどる認知症など高齢者の生活課題をも、入院医療によって解決しようとした社会的風潮も根強く残り、いわゆる社会的入院への解決方策としても、居宅における医療、すなわち在宅医療の普及推進が国家的方策となった。

2 在宅医療の概念

在宅医療とは、「自宅で行われる医療」と理解される傾向があるが、今後は単身者の増加や認知症の増加によって、自宅で安全な生活を継続することが困難な場合も予想される。そこで、グループホームやサービス付き高齢者向け住宅なども含めた「暮らしの場での医療」と考えるとよい。したがって、「生活の場に、医療専門職が訪問して提供する医療」と考える。

さらに提供される医療は、患者（利用者）やその家族の意向を汲んだ全人的・包括的な医療であって、疾病治療や救急救命をめざす病院医療とは性格を異にするが、急性疾患や外傷などに対して在宅で治療を継続することも可能である。また、望まれれば看取りにまで関わることとなり、「人生を丸ごと支える医療」と言っても過言ではない。

3 在宅医療の対象者

介護保険制度によって市民権を得たこともあって、在宅医療＝高齢者医療と考えられる傾向があるが、その対象は医療的ケアを必要とする小児や障害者、神経筋難病患者、がん末期患者なども含めた、機動力ある医療サービスをもとめる療養者である。

4 在宅医療継続の3要素と地域包括ケアシステム

在宅医療を継続するためには、病態に応じた介護力、看護力、療養環境が重要と言えるが、在宅で療養したいと願う療養者自身の明確な意思、意欲が前提条件であることが望ましい。さらに、多職種協働、地域連携、24時間365日の切れ目のないサービスによって支えられる。換言すると地域包括ケアシステムがしっかりと機能することが大切と言える（☞「Q23～33」参照）。

太田秀樹

Q2

在宅医療がめざすものとは

在宅医療は、入院患者を減らして、医療費を節減、社

会保障制度を堅持するために推進されているのでしょうか？

A
point

- ▶在宅療養の重視は、先進欧米諸外国における時代の趨勢であり、その背景には社会の高齢化がある。人口構造の変化は疾病概念をも変え、フレイル、サルコペニア、認知症が象徴するように、医療提供の場として在宅の優位性がはっきりとしつつある。
- ▶入院医療が病気を治し、命を救う医療と考えると、在宅医療は寄り添い、支え、治し、看取る医療と言い換えることができる。
- ▶在宅医療は、療養者の価値観を汲んだ尊厳ある人生を支えるための医療であり、決して財政論から在宅医療が推進されているわけではない。

1 在宅医療と社会保障費

在宅医療の推進は、明確に国家の方針となり、法制度に牽引され、力強く推し進められている。一方で、医療費の高騰が大きな社会問題であり、医療を効率的に提供するための様々な方策と同時に在宅医療推進の議論がなされていたことから、「在宅医療は安上がりで粗悪な医療である」と、まるで国民から適切な医療を奪うかのような論調で批判されていた時期もあった。

2 在宅医療ニーズが高まった背景

しかし、世界に類を見ない規模とスピードでわが国が迎えた超高齢社会では、高齢者医療に関わる多くの研究が精力的に行われ、ロコモティブ症候群やフレイルといった疾病概念を生活障害としてとらえようという活動も始まっている。認知症やサルコペニアも同様であるが、加齢に起因する様々な症候の治癒をめざすことが困難であることは誰の目にも明らかで、純粋な治療医学のスキームを越えた関わりが求められつつあるのは社会の必然と言える。すなわち、食事や運動といった生活の課題だけでなく、社会交流の場の重要性など、老年学(gerontology)の視点なくして全人的な医療を効果的に提供することは難しいのである。

さらに、終末期医療への期待の変化である。大部分



図 在宅医療がめざすもの

の国民は、許されるなら人生の最期を自宅で迎えたいと願っている。自宅でも緩和ケアが確実に提供されることや、介護家族への遠慮や気兼ねを払拭することなど、一定の条件は当然として、国民の希望としての在宅医療なのである(図)。

3 尊厳ある最期のために

病院医療を疾病の治癒、救命と位置づけると、疾病の治癒が望めず生命の終焉が近づいた時期に、一体どのような医療が適切なのかと自問自答すると、財政論から在宅医療が推進されているという受け止め方に対する違和感が気づくのではないだろうか。確かに在宅医療推進の結果、入院医療費が軽減される可能性は高いが、尊厳ある暮らしが担保されなければ、尊厳ある最期は存在しえない。むしろ、在宅での療養生活を支える社会的コストをも勘案すると、単純な比較検討で社会保障費の節減効果があると言えるのか、はなはだ疑問である。

太田秀樹

Q3

在宅医療の歴史とは

現在、わが国で行われている在宅医療の歴史を教えてください。

A

point

- ▶「現代の在宅医療」は、現在行われている在宅医療の基本形態をなし、それは、医師の定期的な訪問と24時間対応によって構成される。
- ▶「現代の在宅医療」は病院で発祥した側面が大きく、当初は病院医療の限界を補完するために生じてきた。一方、かかりつけ医による在宅医療は診療所をベースに行われてきた。
- ▶在宅医療の主なプレイヤーは医師と看護師であったが、とりわけ介護保険制度の創設以後、多職種との有機的な連携のもとに実施されるようになった。

1 「現代の在宅医療」の発祥 (表)¹⁾

「現代の在宅医療」において、在宅医は患者に期日を予告し、定期的に訪問を行う。この診療形態は多くの医療機関で「定期往診」と呼ばれてきた。「定期往診」と「24時間対応」が、「現代の在宅医療」における医師の行為の基本的構成要素である。

1970～1980年代にかけ、自宅での継続的な医療を提供しようとする、意識の高い臨床家が各地に現れた。佐藤 智(白十字病院・東京都東村山市)、早川一

光(堀川病院・京都府上京区)、黒岩卓夫(ゆきぐに大和総合病院・新潟県大和町)、今井 澄(諏訪中央病院・長野県茅野市)、増子忠道(柳原病院・東京都足立区、所属はいずれも当時)、などである。そして、「定期往診」は1986年に「訪問診療」として保険診療に位置づけられ、その技術的な意義が報酬として結実した。

上記のように「現代の在宅医療」は病院医療との密接な連携で発祥した。その理由は、病院医療が十分に有効でない患者に対して、「自宅」という快適な環境を保障することと、「複数医師を必要とする」という技術的要請であったと考えられる。ほぼ同時期に鈴木 荘一(鈴木内科医院・東京都大田区)らは、必ずしも病院と関係性を持たない患者に対しても同様の活動を開始した。

2 在宅医療が再び注目される背景

1970～80年代に「現代の在宅医療」が発祥し、各地で先人が実践を蓄積し、今、在宅医療が再び注目されている。それは「様々な障害によって通院困難となった人々への継続診療」としてである。

背景のひとつに人口構成の高齢化がある。諸々の意識調査等で、最期の場合、療養場所として、自宅を希望する人が多いことが知られているが、同様の調査結果

表 在宅医療の歴史的分類

在宅医療	年代	特徴	社会背景
古典的 在宅医療	～1965年前後	急性疾患(感染症、脳卒中)に対し、医師が往診(宅診⇔往診)	外的疾患(感染症、母子) 脳卒中などの急性疾患 平均寿命：60歳代
現代的 在宅医療	黎明期 1970～1992年	障害を持つ患者、終末期の患者への24時間、計画的支援、家族介護前提(近代的在宅医療の萌芽)	成人病(がん、心臓病、脳卒中) ⇒治す医療、病院医療 平均寿命：70～75歳(男)/75～85歳(女)
	創生記 1992～2012年	介護保険下の在宅医療(高齢世帯を支える) 供給量の増加(介護保険、在宅医療、ゴールドプラン)、サービスの普及 学問体系・教育システムの確立	成人病+老年病 平均寿命：79歳(男)/87歳(女)
	発展期 2012年～	地域包括ケア時代の在宅医療(独居などを対象) 多職種協働(水平統合)となるべく在宅時々入院(垂直統合) 在宅医療のシステム化(市区町村、医師会) 研修推進・質の改善	老年症候群 平均寿命：80歳(男)/90歳(女) 超高齢者(85歳↑)の増加 独居高齢者の増加、家族基盤脆弱、地域づくり

(平原佐斗司による在宅医療の歴史的分類)

(文献1より引用)

は、高齢者ばかりでなく、予後不良の疾患を持つ人にもみられる。これらの要素が現代の「在宅医療」のニーズを形成している。また、このような患者では、既に病院で病状が一定程度究明されていることが多く、在宅で継続診療するにあたり医療水準の維持が比較的容易という特性もある。

「現代の在宅医療」のもう1つの重要な特性は、広範な多職種との連携である。1970～80年代以降しばらくは、在宅医療の主なプレイヤーは医師と看護師であった。一方、意識の高い歯科医師、薬剤師、栄養士などが訪問活動を行ってきており、それらは、しだいに医療保険にも位置づけられた。

以上の基盤の上に、2000年から介護保険制度が施行された。これによって、在宅医療は、歯科医師、薬剤師、リハ専門職、栄養士などの訪問活動を含めた多彩な活動となった。また、在宅医はケアマネジャーや介護職との連携を行い、幅広い在宅医療・在宅ケアの社会資源を活用するようになった。

【文献】

- 1) 和田忠志：在宅医療の今日的意義。勇美記念財団 在宅医療テキスト(第3版)。2015。
[<http://www.zaitakuiryoyuuumizaidan.com/textbook/pdf/1-1.pdf>]

和田忠志

Q4

在宅医療の現状は

現在、わが国で行われている在宅医療の現状について教えてください。

A

point

- ▶在宅医療の診療報酬制度の実施蓄積のもとに2006年に在宅療養支援診療所が制度化され、24時間対応する在宅医療が本格的に推進されるようになった。
- ▶現在、在宅医療は、「地域包括ケア」の根幹をなすもののひとつとして位置づけられ、わが国の地域福

祉の重要な構成要素となっている。

- ▶並行して、2000年前後に在宅医療を推進する様々な団体が発足し、在宅医療が質的にも深められていく時代になった。

1 24時間対応型在宅医療の普及と推進

「現代の在宅医療」は、医師の定期的な訪問と24時間対応によって構成される。在宅医療の対象者は外来通院者より虚弱で、病態は24時間にわたり変化がありうる。さらに、自宅で最期を迎えたいという患者も少なくない。したがって、「現代の在宅医療」には、24時間対応が要請される。

これは旧来の臨時的な「往診」を主体とする在宅医療ではない。すなわち、単に急性期対応や看取りだけを行うのではなく、定期的な診療により、高齢者や障害者が自宅で療養することを中・長期的に支援し、必要があれば、看取りまでを行う、継続的な医療形態である。この活動は2006年に「在宅療養支援診療所」(その後「在宅療養支援病院」も制度化)として診療報酬制度に結実した。

24時間対応は、在宅医にとって苦しい業務であることが知られている¹⁾。このため、医師1人の開業医による24時間対応の困難さに関しては、各地で取り組みがされている。1つは、24時間対応型の訪問看護ステーションと連携する方法である。もう1つは、複数の診療所の医師が協同して24時間対応を行うもので、この方法は「機能を強化した在宅療養支援診療所」制度として結実した。そのほか、医師会などの公的な団体等の取り組みとして、広島県尾道市医師会の活動、長崎県長崎市の長崎在宅Dr.ネット、千葉県匝瑳市医師会の試みなどがある。

2 地域包括ケアと在宅医療

これまでのわが国の基本的な公的福祉制度である医療、介護に、予防、住まい、生活支援を加えた、地域における相互支援概念が「地域包括ケア」である。地域の医師が身近な健康問題に対応する「かかりつけ医機能」を発揮し、日常生活圏域で医療・介護・福祉がある程度完結することを前提とした制度設計である。

2017年からは「医療介護連携推進事業」が全市町村で行われている。在宅医療は、地域包括ケアの重要な

Q98

在宅医療に必要なコミュニケーションスキルとは

在宅医療では患者さんとのコミュニケーションもケアの質に関わってくると思いますが、特に必要とされるコミュニケーションスキルがあれば教えてください。

A

point

- ▶在宅医療では「患者－家族－医師のコミュニケーション」が多いという特徴がある。
- ▶家族が患者の援助者・代弁者として機能し、患者中心となっているかアセスメントするように心がける。
- ▶患者あるいは家族のみとのコミュニケーションも念頭に置くようにする。

1 在宅医療におけるコミュニケーションの機能と構成員

在宅医療におけるコミュニケーションの機能(表1)は、外来診療におけるコミュニケーションと類似している。一方、構成員は、在宅医療では診療に家族が付き添うことが多く、「患者－医師」に加えて「家族」が加わった「患者－家族－医師」の構成員が原則で、さらに介護支援専門員などの多(他)職種が加わることも少なくない。これは、外来診療においては、「患者－医師」の構成員が原則で、家族が加わるのは高齢患者などの際に限られる点と異なる。

コミュニケーションは一般的に構成員が多いほど複雑であり、「患者－家族－医師のコミュニケーション」が多い在宅医療では複雑なコミュニケーションが日常的に行われていると言える。在宅医療における患者・家族双方との良好なコミュニケーションのためには、外来診療などにおける高齢者とのコミュニケーションの注意点である「ペースを合わせる」「簡潔な内容とする」「聞きやすい声で話す」「適宜、筆談も併用する」「理解度を確認しながら行う」などをふまえた上で、在宅医療におけるコミュニケーションに特有の側面に留意する必要がある。

表1 在宅医療におけるコミュニケーションの機能

- ▶患者・家族との関係構築(雰囲気・態度を含む)
- ▶情報収集(病歴聴取・患者の意向を確認するなど)
- ▶情報提供(病状説明・療養のアドバイスなど)
- ▶治療的機能(心配事が払拭されるような説明・共感的対応を行うなど)

表2 在宅医療で家族が立ち会う背景

- ▶患者のADLに障害があり、患者へ身体補助が必要
- ▶患者の認知機能に障害があり、患者が医師からの説明・指示を理解することや、患者の意思決定にサポートが必要
- ▶患者の言語機能に障害があり、患者が医師へ病状を伝えたり、意思表示することにサポートが必要
- ▶患者へ精神的・情緒的なサポートが必要
- ▶患者へのサポートの必要性は低いが、家族が診療へ参加することを希望している

2 患者中心を心がける

在宅医療では「患者－家族－医師のコミュニケーション」となるが、特に患者の認知機能・言語機能に問題がある際には、患者の客観情報は、患者本人からよりも家族から聴取したほうが効率良く、かつ正確に得られることが多い。そのため、「家族－医師のコミュニケーション」が主となってしまふことがありうる。これは、患者中心から遠ざかる危険性を秘めており、「家族とばかり話したり、家族のほうばかり見ていないか」に留意し、「患者の話を聞くこと」「患者の顔を見ること」を意識的に行うようにしたい。

3 家族が患者の援助者・代弁者となっているかアセスメント

「患者－家族－医師のコミュニケーション」で、家族が患者の適切な援助者・代弁者であれば理想的である。しかし、そうでない場合、たとえば「家族が本人を遮って発話するケース」などがある。また、たとえば「患者と配偶者がお互いに気を遣い合う」など、患者(家族)が家族(患者)の前で医師に言いにくいこともありうる。

これらは患者と家族の関係性による面があるが、本質的にアセスメントするのは限界がある。そのため、

在宅医療で家族が立ち会う背景(表2)を考え、家族が患者の援助者・代弁者として必要十分に機能しているか否かアセスメントしつつ、対応を検討するとよい。

4 患者あるいは家族のみとのコミュニケーションも念頭に置く

「患者-家族-医師のコミュニケーション」で、「患者の主観的事実が蔑ろになっている」「患者(家族)が家族(患者)の前で医師へ言いにくいことがある」と判断すれば、「患者-医師コミュニケーション」の場を考慮する。

さらに、医師が「患者(家族)の前で家族(患者)に言いにくいことがある」際、たとえば、家族へ看取りの具体的な説明などを行う際には、例外的に「家族-医師のコミュニケーション」の場も設定せざるをえないことがあるように思う。これは、訪問を終え、患家をあとにする際に廊下・玄関で家族に一言伝えるだけで効果的に行うことが可能な場合もある。

これらの場を設けるかは、患者・家族の背景はもちろん、患家に患者が療養する以外の部屋があるか否かという物理的問題を含めケースバイケースである。そのため一般化はできないが、在宅医療におけるコミュニケーションの難しさとやりがい表裏一体であることを実感する瞬間であるように思う。

5 コミュニケーションは診療の根幹

在宅医療におけるコミュニケーションは、患者・家族以外に多職種(紹介元や紹介先の医師を含む)とのコミュニケーションを含め診療の根幹と言える。スキルに落とし込めない部分も多く、日々の研鑽が前提となる。

木村琢磨

Q99

地域連携、多職種協働の意義は

地域連携とはどのようなことをするのですか？ 多職種協働とはどうやってするのですか？

A

point

- ▶在宅ケアを成功させるためには、問題点の抽出とニーズアセスメントが不可欠。
- ▶多様な在宅患者のニーズに対応するには、チームの形成と役割分担を明確にすることが重要。
- ▶利用者に対して適切なケアを提供するには、専門職が目標と情報を共有し連携することが重要。

1 在宅ケアの質を決定する多職種協働のチームケア

地域に住む、在宅療養の必要な高齢者や障害者の生活を支えるためには、医療のみならず、介護・福祉(生活支援)の連携が必要である。そして最大の結果を得るためにはそれぞれの専門職が協働(チーム形成)する必要がある。すなわち、多職種協働が在宅ケアの質を決定すると言っても過言ではない¹⁾。

2 生活の質を保ちながらその人らしい生き方を支援する

在宅療養の必要な高齢者や障害者の生活を支えるための要は、ケアマネジャーである。ケアマネジャーは利用者の問題点と、誰とどのように連携するかを明確にする。必要に応じてカンファレンスや会議を開催する。それがチームづくりの初めの一步である。

チームは、生活を支えるために必要な人材・組織から形成される。医療では主治医、歯科医師、薬剤師、看護師がメンバーになるが、時には主治医のほかに専門医が複数必要なことがある。その場合は主治医が適切に専門医と連携し、多職種と情報を共有することが連携の鍵となる。

さらに障害者の場合は、主治医が意見書にリハビリテーションの必要性を指示し、ケアマネジャーは訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションのセラピストをチームメンバーにする。社会的問題がある場合は、ソーシャルワーカーや地域包括支援センター(保健師・主任介護支援専門員)に相談する、または地域ケア会議の開催を依頼することもある。地域で「生活の質を保ちながら生きる」ことを支えるために、多様な専門職が関わり、チームケアを実践することが多

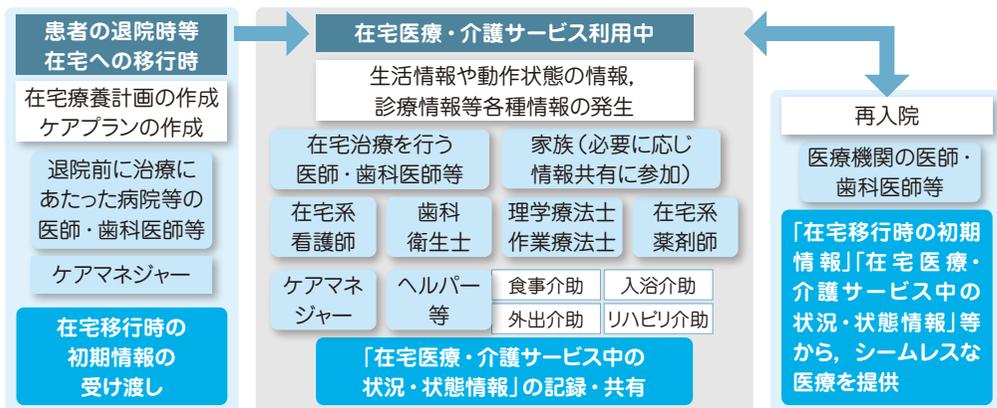


図 多職種地域連携における情報共有のモデル

(文献2より改変)

職種協働である。

3 地域連携の基本となる「情報の共有」

ケアチームが十分に機能を発揮するためには、地域における多職種連携が必要である。連携には、多職種が自己紹介や話し合う機会を持つことが大切である。様々なカンファレンスや会議に参加することで地域の多職種関係者の名前と顔がわかり、「顔の見える関係」が構築されていく。

さらに大切なことは、多職種が情報共有できることである。たとえば患者が入院したら、医師の情報提供のみならず、ケアマネジャーが病院へ提供する情報も情報連携として評価される。また、患者が退院するとき、退院時カンファレンスで患者の病状などの情報の共有ができる。

入院患者が地域に戻ったら地域連携が始まる。連携の基本は、地域の多職種が情報共有することである(図)²⁾。多職種が必要な情報を得るためには情報発信が必要となるが、それには情報通信技術(information and communication technology: ICT)化が役立つであろう。これは情報連携・情報提供の迅速化・効率化に役立ち、医師はタイムリーに状態の変化、生活の状況の変化を把握でき、治療方針を決定できる。多職種は治療方針や病状を理解し、状況・状態に応じたより質の高いケアを行うことが可能となる。

【文献】

1) 平原佐斗司:10.多職種連携(IPW)について、在宅医療テキスト

ト、第3版、在宅医療助成勇美記念財団、2015。

[<http://www.zaitakuiryoyuumizaidan.com/textbook/pdf/1-10.pdf>]

2) 高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部：在宅医療・介護において共有すべき情報について、第6回 医療情報化に関するタスクフォース、2011。

[<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/iryoujyohou/dai6/siryou2.pdf>]

前川 裕

Q100

地域の資源(ソーシャル・キャピタル)の使い方は

健康や生きがいを維持する点において、「地域につなぐ」ことの重要性がよく言われますが、どうしたらよいかイメージが湧きません。

A

point

- ▶多職種協働は地域のソーシャル・キャピタルのひとつ。
- ▶人とのつながりは健康に影響を与える。
- ▶地域の様々な活動につなげていくことが大切。

1 多職種協働とソーシャル・キャピタル

公衆衛生学の社会疫学領域で、地域での人とのつながりや結束力が健康にどのような影響を与えているかについての研究が進展をみせている。「ソーシャル・キ

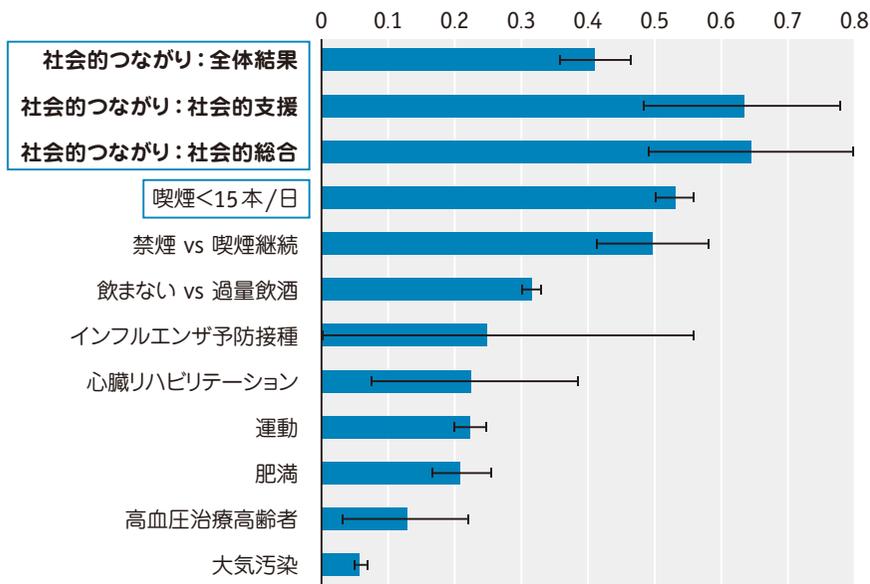


図 社会的つながりの死亡への影響

社会的つながりが死亡に与える影響力は「1日15本までの喫煙」と同等。

(文献2より改変)

「社会资本」とは「社会関係資本」と訳され、「地域全体の人とのつながり(結束力)により得られるもの」と定義される。近年、地域のソーシャル・キャピタルが健康に良い影響を与えていることが明らかになってきた¹⁾。

地域の住民同士や職場におけるつながりから生まれる助け合いは、地域の大事なソーシャル・キャピタルのひとつである。そして、多職種協働の現場で日々構築されているつながりも、地域のソーシャル・キャピタルのひとつとして認識されるようになってきている。エビデンスと呼べる研究成果はないが、多職種協働により生まれる地域の安全・安心のつながりは、地域のソーシャル・キャピタルのひとつとして患者や介護者の健康に影響を与えているのだと思う。

2 人とのつながり

妻に先立たれた夫は、そのあとに体調を崩したり、あとを追うように亡くなることがある。一方で、夫に先立たれた妻は、そのあとに体調を多少崩すことがあっても、半年後や1年後には元気を取り戻すことが多い。このことは配偶者の死亡が健康に与える影響として、多数の研究結果から示されている。

配偶者は一番身近なつながりの例であるが、人は人とのつながりから様々な影響を受けている。人とのつな

がりにより健康に関する意識や行動が影響を受け、肥満、飲酒、喫煙が広がることも明らかになっている。訪問診療や訪問看護を選択した理由が、知人の紹介ということも多い。また、退院して自宅に戻ってきたり、デイサービスに通うようになるとさらに元気になる人が多いように、人とのつながりを通じて交流が増えることにより、健康になることも明らかになってきている。

3 社会的処方——ソーシャル・プリスクライビング

人とのつながりが健康に影響を与えることが明らかになるにつれて(図)²⁾、地域ごとに様々な趣味の活動の場を設けたり、人と人がつながる場の提供が行われるようになってきている。海外ではこれを社会的処方(ソーシャル・プリスクライビング)と呼んでいる。在宅ケアの現場での遺族会や保健室活動もそのひとつとらえると整理が進むであろう。多職種協働の先に見据えるのは、つながりを大切にし、地域の様々な活動に本人や家族をどのようにつなぐかということであろう。

【文献】

1) イチロー・カワチ: 命の格差は止められるか ハーバード日本人

転倒，骨折への対応は

在宅で療養している患者が痛みを訴えて歩行が難しくなっています。どうしたらよいでしょうか？

A

point

- ▶ 転倒して立てなくなっている場合には、大腿骨頸部骨折の可能性を考えて診察し、病院への紹介の必要性を判断する。
- ▶ 腰痛の場合には、圧迫骨折の可能性を考えた上で疼痛管理と療養環境の整備を行う。
- ▶ 過度な安静は、寝たきり状態となる可能性があることを常に考えなければならない。

1 高齢者に多い骨折

高齢者に多い骨折として、脊椎圧迫骨折、橈骨遠位端骨折、大腿骨近位部骨折、上腕骨近位端骨折がある。特に大腿骨近位部骨折は、日常生活・生命予後に大きな影響を及ぼす(寝たきりになりやすい)。初発の骨折を起因とし、第二・第三の骨折が負の連鎖として起こることが知られている(ドミノ骨折)。大腿骨近位部骨折を起こした人の80%は、それ以前に脊椎圧迫骨折を起こしており、脊椎圧迫骨折を起こした人の45%が大腿骨近位部骨折をきたしている。脊椎圧迫骨折を起こした人が次に大腿骨近位部骨折を引き起こすリスクは、骨折していない人の約3~5倍であり、片方の大腿骨近位部骨折を起こした人が、次に反対側の大腿骨近位部骨折を引き起こすリスクは骨折していない人の約4倍であると言われている。

二次予防をすることで大腿骨近位部骨折をかなりの割合で減らすことが可能である。そのためには、初発の骨折後に適切な骨粗鬆症治療を継続することが大切である。ビスホスホネート製剤(BP)で反対側の大腿骨近位部骨折を約70%抑制することができる。初発骨折後のリハビリ、運動療法も非常に重要である。

2 大腿骨近位部骨折のトリアージ

大腿骨近位部骨折は、特に日常生活や生命予後に大

きな影響を及ぼす骨折である。この骨折で生存率の低下(高齢者での1年以内の死亡率が10~20%)、歩行機能の低下(介護や、杖・車椅子が必要となる)、QOLの低下(外出頻度が少なくなり社会とのつながりが希薄になる)がみられる。

在宅医療において、転倒後に大腿骨の骨折の有無の判断をしなければならない場面にしばしば遭遇する。往診でX線撮影が必要か、救急で病院に紹介したほうがよいかを診察してトリアージしなければならない。症状は一般的には立位が困難となり、患肢は外旋し短縮して自動運動が不能となる。腫脹・皮下出血はみられないことも多い。患肢を他動的に動かし、特に内外旋において局所の痛みがあるかを診なければならぬ。股関節の前面、すなわち鼠径部のスカルパの三角を押すことで骨折部の圧痛もみられる。逆にいわゆるガニ股の肢位、もしくはあぐらをかいたような肢位にしても痛がらなければ、大腿骨近位部の骨折の可能性は少ないと考える。

骨折の原因はほとんどが平地や室内でのつまずきによる転倒である。時に痛みを訴えていたが歩行可能で、転倒から数日経ってから立てなくなるといったことも起こる。転倒の有無は非常に重要な情報であるが、認知症がある場合にははっきりしないこともあり注意が必要である。股関節周囲の痛みであればこの骨折を疑えるが、認知症で痛みの部位がはっきりしないこともある。まずは疑うことが必要である。

3 腰痛に対する対応

高齢者の腰痛は、椎体の圧迫骨折によるものなのか、そうでないのかを判別して対応しなければならないが、かなり難しい。椎体骨折の2/3は無症候性で症状がなく、患者が骨折のあることに気づかない、いわゆる「いつの間にか骨折」になっているものである。受傷直後にはX線検査でも診断が不可能なことが多い。しばらくして圧潰し変形することでX線の経過から画像での診断がつくこともしばしばある(図)。陈旧性の骨折か、新しい骨折かをX線で判別することは難しく、MRI検査を行えば判別はつくが、全例に行うことは困難であり、意義も少ない。

新しい骨折による痛みの症状は体動時の痛みと、椎体骨折レベルでの圧痛と叩打痛である。診察の際に脊

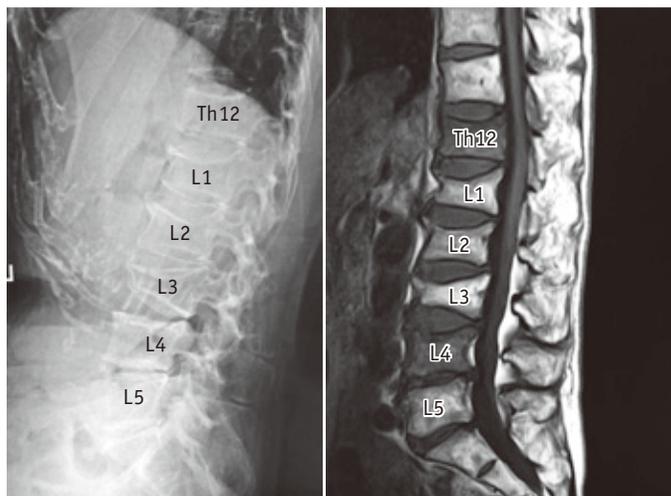


図 4 腰椎の単純X線とMRI

X線写真(左)ではL1, L2, L3の圧迫骨折のように見えるが、MRI(右)を撮影するとそれらは陳旧性の骨折で、実は新しい圧迫骨折がTh12とL4に発生していたことがわかる。すなわちX線撮影だけでは圧迫骨折が起こっているか否かということ、それが新鮮骨折か陳旧骨折かを判断することが大変難しいということがわかる。

Th12:第12胸椎, L1~5:第1~5腰椎

椎の棘突起を上から順番に叩き、強く響くところがあるかどうかを診ることは非常に重要であり、背部の叩打痛の有無で新しい圧迫骨折が起こったかどうかを疑う。叩打痛は時に悪性腫瘍の脊椎転移を疑う診察所見でもあるので、背部痛などの診察においては必ず行うことを心がけたい。新しい骨折では局所の安静、体幹ギプスやコルセット装着による外固定、鎮痛薬の投与が初期治療となる。

通常の脊椎圧迫骨折であれば神経損傷を伴うことはないが、強い外力が加わった場合には、破裂骨折という脊柱管内の神経の損傷を伴う病態となることがある。下肢の麻痺が出ていないかどうかの診察を行い、そのような所見があれば専門医に診せる必要がある。

圧迫骨折が落ち着いた段階では椎体が圧潰(多くは前方が潰れて楔状に変形)して、変形性脊椎症といった状態となる。腰が曲がる、背が低くなるという状態となるが、これは変形を伴って治るためである。その場合、その後の腰痛の有無が問題となる。骨折の痛みよりもその後の慢性腰痛に対する治療が主体となるが、新しい骨折かどうか区別がなされないために、過度の安静となって、廃用が進むことが問題となる。

4 転倒について

わが国では、在宅高齢者の1/5~1/4が毎年転倒しており、転倒した高齢者の約10%が何らかの骨折を生じている。大腿骨近位部骨折は全骨折の中の10%未満と考えられ、転倒した高齢者の1%が大腿骨近

位部骨折を起こしていると推定される。

転倒の原因は大きく内的要因と外的要因にわけられる。内的要因には身体的要因(高齢、女性、転倒の既往、運動機能低下など)、身体疾患的要因(運動器疾患、脳神経疾患、循環器疾患など)、精神疾患(特に認知症)、薬物使用(特に睡眠導入薬、抗てんかん薬、抗精神病薬、パーキンソン病治療薬)などが挙げられる。外的要因としては住環境(段差、障害物)、靴・衣類、天候などが挙げられる。危険因子としては①転倒の既往、②歩行能力(あるいは脚運動能力)の低下、③特定薬物の服用などが挙げられている。

そもそも高齢者は転倒するものであり、転倒をなくすことは不可能である。「転倒はするものである」という前提で、それを少なくするにはどうしたらよいか、介護方法、環境を検討し、転倒、骨折を予防することが重要である。

【参考】

- ▶ 武藤芳照, 監修: こころまでできる高齢者の転倒予防. 日本看護協会出版会, 2010.
- ▶ 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会, 編: 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版. ライフサイエンス出版, 2011.
- ▶ 日本整形外科学会, 他, 監修: 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン(改訂第2版). 南江堂, 2011.

木下朋雄