

テーマ	チーム作りと運用_Implementation（日常診療・退院支援への導入）		
執筆者の 所属と職種 および氏名	NPO 法人 HAP/ケイ薬局 薬剤師 宮原富士子	執筆年月日	2026 年 2 月 25 日
<ポイント> - 骨粗鬆症は、長期的なマネジメントが不可欠であるという認識を全ての関係者で共有する必要がある。 - 骨粗鬆症マネジメントには、「急性期医療モデル」ではなく、「継続的なフォローアップと多職種連携によるマネジメントモデル」が求められる。単発的な治療や一時的な対応ではなく、患者一人ひとりの状態や生活背景を踏まえた長期的な支援体制が重要であり、関わる支援者も年代・背景によりフレキシブルに形を替えた協働が必要である。・地域ごとの日常的関係者協働が成果につながる。 - 骨折で手術・入院等を要する状況において、退院時から自宅での療養とその後のフォローのシームレスな連携支援が最大の支援の要点となる。 - 再骨折の予防、さらなる介護度上昇させない覚悟で当たる必要がある			
<本文> 骨粗鬆症は、長期的なマネジメントが不可欠であるという認識を全ての関係者で共有する必要がある。骨粗鬆症ケアマネジメント(予防から治療・予後)は「急性期医療モデル」ではなく、「継続的なフォローアップと多職種連携によるマネジメントモデル」が求められる。単発的な治療や一時的な対応ではなく、患者一人ひとりの状態や生活背景を踏まえた長期的な支援体制が重要であり、関わる支援者も年代・背景によりフレキシブルに形を替えた協働が必要である。 1) 骨粗鬆症発症や進展予防において性差医療の視点に注目すべき疾患であることを認識する 成長の過程での性差：女性の最大骨量＝PBM は 21 歳前後、男性の最大骨量 38 歳前後¹⁾ 発症の年齢における性差：骨量・骨質の維持に関わる女性ホルモンの関与があり、女性では閉経後、骨粗鬆症の発症が増加し、初発骨折がこの前後から増加する。 共通の背景：ステロイド服用歴 2) 予防と治療のそれぞれの目的が明確な疾患であることを認識する： 骨折の初発を防止し、再骨折を防止するという明確な目的をもって疾病予防と治療を行う疾患である。 3) 症状が出ないまま発症し進む疾患であることの認識を共有する： 骨粗鬆症は多くの場合、症状が現れず、患者自身が疾患を自覚しにくいという特徴がある。この特徴ゆえ、せっかく薬物治療を始めても服薬や生活習慣の改善といった治療の継続率（アドヒアランス）が低下しやすい疾患である。 (1 年後のアドヒアランス率は 40～60%程度、半数以上が治療を中断している)²⁾ 4) 要介護になる原因の一つであることの認識を共有する 実際に骨折が起こって初めて「重大な問題」として認識されることが多く、一度骨折を起こすと再骨折のリスクが非常に高いことも大きな課題である。 一度骨折を起こすと 1 年以内に 2 割の人が再骨折を起こす疾患であることの認識が重要である³⁾ 5) 入院事象において、入院した時に、その患者が地域でつながっている医療者(かかりつけ医師、かかりつけ薬剤師、そのほか医療機関) 情報、介護保険サービスを利用しているときのケアプラン、生活環境（食）を入手把握し、退院時には療養型医療機関のその先を踏まえて、協働ができるような仕組みづくりを行い退院カンファランスを必須として行うことも肝要である。 5) 要介護と認定されるような状況においては、骨折の予防、再骨折の予防とその具体的プランがケアプランに 明記されることが重要である。いったん要介護になり、支援が必要になった段階では、その介護保険サービスなどにケアプランの中に、再骨折の予防を柱としたさまざまな支援が組み込まれることが重要である。 骨粗鬆症のケア&チーム医療の構築にあたっては、骨粗鬆症は慢性的長期的潜在化している疾患であり、生涯にわたり管理していく必要がある」という基本的な考え方を、医療スタッフ、成長過程の支援をする 教職、保健領域の支援をする保健師、地域のスポーツ指導者、そのほか、発症したあとについては患者、			

家族、介護支援スタッフが共有する環境づくりが重要となる。この共通理解のもと、各職種が役割と責任を明確にし、互いに連携しながら継続的なケアを実践していくことが、骨折の予防や再発防止のために不可欠である。 地域ごとのシームレスな“骨”をキーワードとした取組・協働が求められる

<事例>

① 入院時の地域社会資源利用アセスメント

具体的な地域社会資源活用プラン

介護保険サービス調整（要介護認定区分変更申請・退院前カンファレンス実施）

訪問看護導入（服薬管理（骨粗鬆症治療薬・疼痛コントロール・転倒予防指導）

福祉用具レンタル（手すり設置・歩行器導入・ポータブルトイレ検討）

住宅改修（玄関スロープ・洋式トイレ化・浴室手すり設置・デイケア利用）

アセスメントのポイントは、ADL レベル・転倒リスク・住環境・家族支援力・既存社会資源利用状況これを統合して退院支援計画に落とす。

② 介護保険サービス導入時のケアプランの事例

厚生労働省の公式資料；居宅サービス計画書（ケアプラン）の標準様式と記載要領（公式資料）

- 厚労省が公開しているケアプラン（居宅サービス計画書）の標準様式と記載要領で、記入するときの考え方や順序

が示されている。

→ 介護支援専門員がどのようにアセスメントからプラン作成に落とし込むかの基本的な枠組み（思考順序）と要点が

解説されている。

参考資料

1) 成長の過程での性差：女性の最大骨量＝PBM は 21 歳前後、男性の最大骨量 38 歳前後

・Theintz et al., 1992, *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*

思春期～若年成人女性の追跡研究。骨量増加は 20 歳頃までにほぼ完了。

・Baxter-Jones et al., 2011, *Journal of Bone and Mineral Research*

縦断研究。男性は女性より遅いが、20 代後半～30 代前半でピークに近づく

・山本逸雄 『CLINICAL CALCIUM』

女性は 20 歳前後でほぼ到達・男性は女性より遅れるが 30 歳前後でピーク

2) 1 年後のアドヒアランス率は 40～60%程度、半数以上が治療を中断している

・Cramer JA et al., 2007 *Osteoporosis International*

Medication compliance and persistence in the treatment of osteoporosis.

1 年後の継続率：約 40～50%、半数以上が 1 年以内に中断（メタアナリシス級の重要論文）

・Nakamura T et al., 2012 *Journal of Bone and Mineral Metabolism*

日本人女性対象。1 年後継続率：約 50%前後

・日本骨粗鬆症学会 『骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2015 / 2023』ガイドライン内で：骨粗鬆症治療のアドヒアランスは低く、1 年後で約 50%程度と明記されている。

3) 一度骨折を起こすと1年以内に2割の人が再骨折を起こす疾患であることの認識が重要である

・Lindsay R et al., 2001 JAMA

Risk of new vertebral fracture in the year following a fracture

既存椎体骨折がある女性を対象に解析。1年以内の新規椎体骨折発生率：約19%、既存骨折が最大のリスク因子

「約2割」の根拠として非常に有名な論文。

・van Geel TA et al., 2009 Annals of the Rheumatic Diseases

Clinical subsequent fractures cluster in time after first fractures

再骨折は時間的に集中、最初の1年で再骨折率 約15~20% (高齢群)

・日本骨粗鬆症学会 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン

骨折既往は最強のリスク因子、骨折後早期（特に1年以内）に再骨折が集中

COI 執筆内容に関連し、開示すべきCOI関係にある企業等はありません。