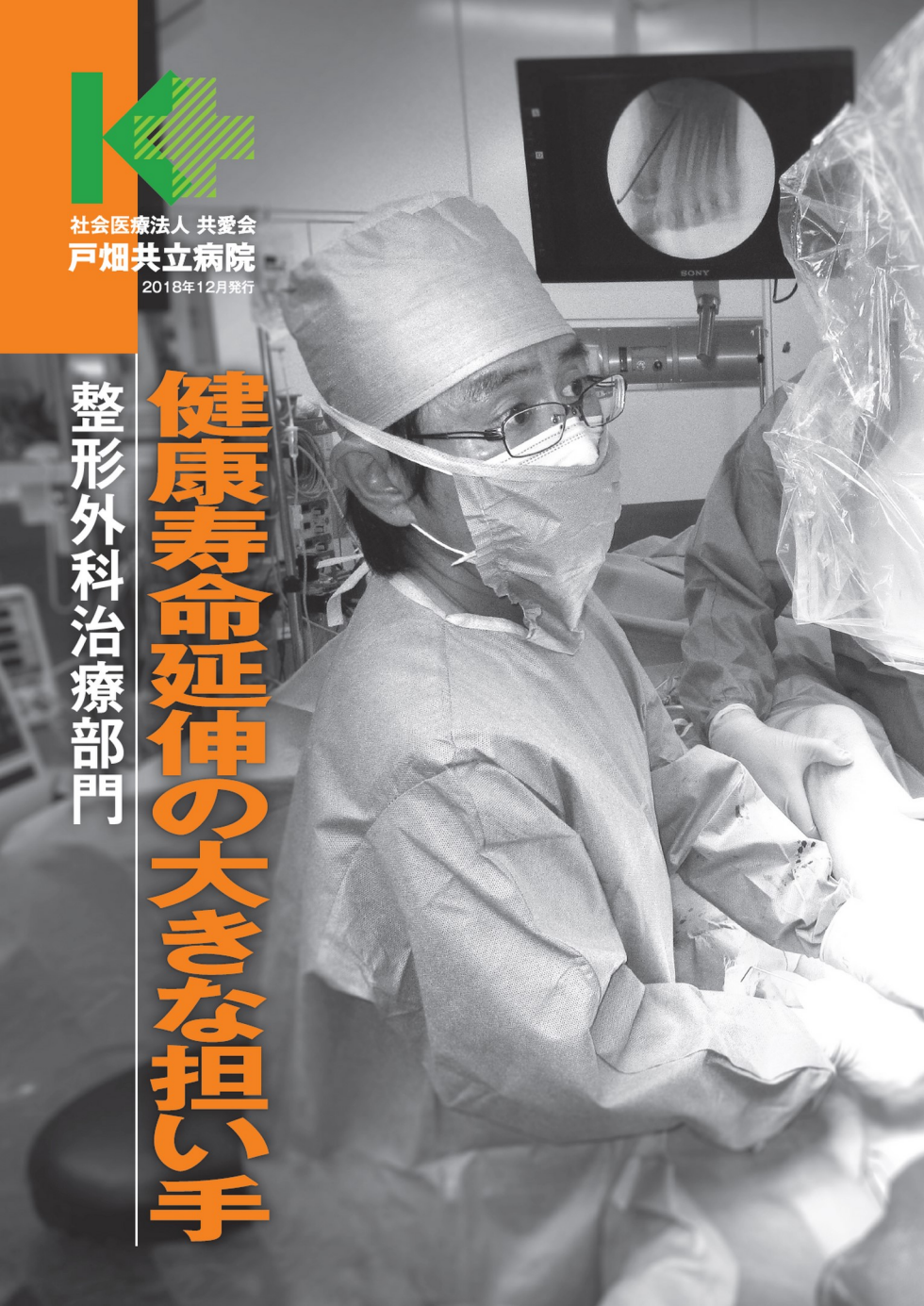
社会医療法人 共愛会
戸畑共立病院
2018年12月発行

健康寿命延伸の大きな担い手

整形外科治療部門



今や世界有数の長寿国となった日本。しかし、平均寿命と健康寿命の間には、男性で約9年、女性で約13年の差があります。つまり、その間は何らかの支援や介護が必要になるということです。

要支援・要介護となる要因の第1位は「運動器の障害」です。高齢化が急速に進む中、健康寿命を延ばすためにも、運動器疾患を専門とする整形外科が果たす役割は、今後ますます大きくなるに違いありません。

戸畑共立病院の整形外科は、専門性を持ったスタッフがチームとなり、それぞれの専門性を生かして治療に取り組んでいます。

共愛会の戸畑リハビリテーション病院とも連携しながら、効果的でシームレスな医療の提供を目指す戸畑共立病院の整形外科。その最前線をご紹介します。

「整形外科」ドクター紹介

➡P2・12

副院長・主任整形外科部長
田原 尚直（たはら ひさなお）
日本整形外科学会専門医
同 認定スポーツ医
臨床研修指導医

➡P6

脊椎脊髄外科部長
清水 建詞（しみず けんじ）
日本整形外科学会専門医
日本整形外科学会脊椎脊髄病医
日本脊椎脊髄学会脊椎脊髄外科指導医
臨床研修指導医

➡P4

整形外科手外科部長
大茂 壽久（おおしげ としひさ）
日本整形外科学会専門医
日本手外科学会専門医

➡P10

脊椎脊髄外科部長
大友 一（おおとも はじめ）
日本整形外科学会専門医・同 脊椎脊髄病医
同 運動器リハビリテーション医・日本脊椎脊髄病学会認定医
日本脊椎脊髄外科指導医・日本骨粗鬆症学会認定医

➡P3

整形外科部長
古子 剛（ふるこ つよし）
日本整形外科学会専門医・同 認定スポーツ医・日本DMAT隊員・日本スポーツ協会公認スポーツドクター・NPO法人オーソペディックスパフォーマンス認定ブットケアトレーナー・SPMTpad

➡P8

整形外科部長
濱田 賢治（はまだ けんじ）
日本整形外科学会専門医
日本整形外科認定スポーツ医

チーム力で健康寿命の延伸に挑む！

それぞれが専門性を持った、運動器のプロフェッショナル軍団。

世界に先駆けて超高齢社会に突入した日本。その中でも、北九州市の高齢化率は政令指定都市で第1位です。今後も脆弱性骨折や変性疾患などの運動器疾患を発症する高齢者は年々増加すると推測されます。運動器疾患の治療を担う整形外科に求められるのは、こうした高齢者に対する効果的な治療戦略の構築です。

戸畑共立病院の整形外科は、「骨折・外傷」「手外科」「脊椎」「肩スポーツ」「人工関節」の5つの班で構成されています。それぞれが専門分野の診療に従事しながら、一つのチームとして、運動器疾患を発症した高齢者の早期社会復帰を目指しています。

脆弱性骨折に対しては、手術を含めた治療をできる限り早期に行うことで離床を促すとともに内科合併症を未然に防ぎ、速やかな自宅、施設復帰が可能となる他科横断的な集学的治療を目指しています。

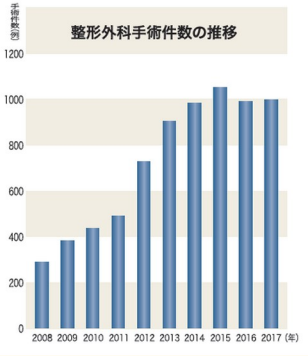
また、変性疾患に対しては、移動能力が低下した高齢者のＡＤＬ改善のため、適応があれば人工関節や脊椎手術も積極的に行える環境を整備。専門性をより高め、良好な術後の治療成績が維持できるよう、今後もスキルアップしていきます。

さらに、脆弱性骨折予防を目的とした効果的な骨粗しょう症治療の確立を目指し、多職種で構成された骨粗しょう症リエゾンチームを組織。地域の先生方とも連携しながら、地域の皆さんの健康寿命の延伸に向けて、チーム一丸となって取り組んでいます。

実績

2017年度の新患外来患者数は1487件、新入院患者数は1049人、平均在院日数は13.1日でした。その内、紹介患者数は228人で、紹介率は15%でした。

手術症例数は999例で、1千例に近い症例数を維持。中でも脊椎手術、特に頚胸椎の手術症例や、変形膝関節症に対する高位脛骨骨切り症例が増加してきました。



入院から、48時間以内の手術を目指す。

内科合併症の併発を最小限に抑え、寝たきりにならない。

北九州市の中でも戸畑は高齢化率の高い地域です。この地域に根ざした地域支援病院として、戸畑共立病院の整形外科が果たすべき役割は大きいと考えています。

高齢者の場合、転倒による骨折が非常に多く、特に多いのが大腿骨近位部骨折です。当院では、大腿骨近位部骨折の患者さんに対して、長期臥床に伴う内科合併症の併発を最小限にするため、また寝たきりになるのを防ぐため、原則入院後48時間以内の手術を目標として術前待機期間の短縮に取り組みました。その結果、2015年度の人工骨頭置換術を除く骨接合の術前待機期間は平均2・2日に減少。大腿骨近位部骨折の患者さんの約8割は、入院して48時間以内に手術を行いました。

テーラーメイド医療の実現にも威力を発揮する3Dプリンター。

関節内の骨折、特に粉砕が強いような場合は、X線写真やCT画像だけでは熟練した医師であっても骨の形状を完全に把握することは困難です。そこで、術前の計画を立てる際、手術のシミュレーションやインプラントの選択などの決定に3Dプリンターを活用しています。

3Dプリンターを使って患者さんの骨の状態を実物大の立体的な模型(骨モデル)に再現することで、患者さんの骨の形状を正確に把握できます。そのため、術前の計画が立てやすくなるだけでなく、より適切に手術を行うことが可能となります。

手術適応の患者さんの半数以上は救急外来に搬送されて来ますが、紹介の患者さんも少なくありません。最終的にかかりつけ医療機関の先生のもとに無事に戻ることができるよう、病診連携を強化することも重要だと考えています。

リハビリのセラピストと一緒に動きを見ながらアプローチを考える。

運動器の再建には何よりも患者さんの動きを見ることが大切。

肩に関しては、スポーツ外傷、脱臼の治療、ルーズショルダーという動揺性の肩の治療、高齢者の腱板断裂の治療を。膝に関しては、半月板やじん帯の修復再建、骨切り術も行っています。

一般的な関節鏡視下手術などの手術治療を主に行いますが、まず手術ありきではなく、できるだけ手術をしない方向でなんとか良くならないか試してみてからの手術、という考え方です。画像だけを見て、来院した時のファーストタッチだけで手術の方向に持っていくのは、患者さんの体の、せっかく治る可能性のあるところを摘むことにもなりかねないからです。

運動連鎖を考えながら診ている、これが肩・スポーツのストロングポイントといえます。具体的には、リハビリのセラピストと一緒に、患者さんの動きを見ながら、それに対してどうアプローチするかを考えながら診療を行っています。この「患者さんの動きを見ながら」というの重要です。

例えば、膝が痛くて変形性膝関節症と診断された患者さんに対して、普通、足底板といわれるものを作ります。その際、座っている状態で作って歩かせるというのは矛盾しています。当院では、ダイナミックインソールが作れる業者を呼び、まず患者さんの歩き方や靴の減り方などを見て、動いている時に適応したインソールを作ってもらいます。

患者さんの実際の動きを見ずして、運動器の再建はできないと考えるからです。

リハビリに重点を置く。院内連携、患者さんとのコミュニケーションも重要。

整形外科はリハビリが大事です。リハビリの専門家であるPT、OTなどのセラピストの役割は大きく、共通の言語である程度知識を持って話せなければなりません。そのため医師だけでなくセラピストも、例えばヨガの講習会やアスリートのファンクショナルな評価の勉強会などにも参加して、幅広い知識や情報を得るよう努めています。

患者さんとのコミュニケーションが重要なことは言うまでもありません。院内の他科やコメディカルと連携して、患者さんの癖や社会生活なども考慮しながら、最後までしっかりフォローするように心がけています。

戸畑共立病院健診センター内にあるメディカルフィットネスとのコラボレーションも、その一環です。体幹と脚の連鎖や、高齢者であれば認知の問題も含めて多角的に見ながら、患者さん一人一人にあった効果的なプログラムを進めていきます。

こうしたきめ細かな対応ができるのも、当院の特徴といえるでしょう。

印象に残っている症例

80代の患者さんで、腱板の広範囲断裂のため、手が全く上がりませんでした。リハビリテーション病院で週に1度、セラピストとも一緒に動きを見ながら、「こうしたほうがいい」というアプローチを考えて実行したところ、普通なら人工関節に移行するような患者さんでしたが、頭に手が届くようになりました。

次に起こるイベントのサインを見逃さず、ここでせき止める！

骨粗しょう症に伴う骨折が増加。骨折の連鎖を防ぐ。

上肢の外傷と腫瘍、神経損傷、関節炎などの症例が多く、中で一番多いのは骨折です。患者さんは主に若年者と中高齢女性で、骨粗しょう症に伴う骨折が増加しています。

骨粗しょう症でも初発骨折の人に多いのが橈骨遠位端骨折で、当院でも年間100例ほどです。以前はギブス固定で治すのが一般的でしたが、最近は一人暮らしや仕事をしている方が多く、なるべく早く元の生活に戻りたいと、手術を選択するケースが増えています。関節内が壊れている場合は、関節鏡視下手術によって整復を目指します。

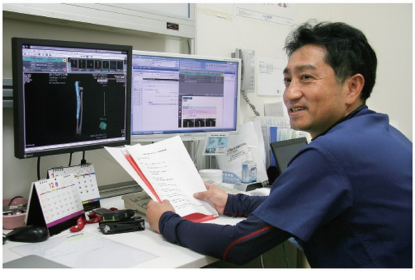
また、骨粗しょう症があれば、それも含めて評価し、次に折れないような取り組みを行っています。

手根管症候群

中高齢の女性と高齢男性に多く発症します。親指から薬指にかけてしびれや痛みがあります。進行すると、夜痛くて眠れなくなったり、親指の使い勝手が悪くなり細かい動作ができなくなったりします。

しびれや痛みが強く、眠れなくて困っている患者さんにはブロック注射か、手根管のじん帯を切って神経の圧迫をとる手術（手根管開放術）を行います。

手根管症候群は、女性ホルモンのエストロゲンが減少した時に発症しやすいことが分かってきています。エストロゲンが減少するとコレステロール値は上昇するため、閉経後、コレステロール値が高くなった女性に非常に多くみられます。また、冬に患者が増え、神経の血流が悪くなればなるほど症状が出やすくなるのも特徴です。



コレステロール値が高いと、二次的に動脈硬化や狭心症を引き起こすことがあり

微細血管・神経の縫合手術

ます。手根管症候群でコレステロール値が高い患者さんの場合は、その次に起こる骨粗しょう症と高脂血症にターゲットを絞って治療しています。

一方、高齢男性に多いのはアミロイド沈着によるものです。腱にアミロイドがたまった時に神経がシグナルを出し、しびれや痛みが出るのです。アミロイドが沈着すると心臓に支障が出て心不全になることもあるため、この点もチェックします。さらに、FAP家族性アミロイドポリニューロパチーのチェックや、必要に応じて遺伝子検査まで行っています。

手外科では、その患者さんに今起こっていることの10年後、20年後を予測して治療するだけでなく、将来的に起こり得る病気を、その患者さんの世代を超えて治すことを目指しています。

ばね指

女性に多い疾患です。同じ病態が場所を変えて起こります。腱が太くなって腱鞘とぶつかり腱鞘炎になるため、ばね指と腱鞘炎は合併しやすいのが特徴です。治療法は、切開して腱鞘を取ります。

ばね指もコレステロール値が高い人に起こります。特にその傾向が強いのが中指です。

そのため、中指に関しては手術前にコレステロール値をチェックし、運動療法や食事療法も含めて治療を行っていきます。

敷居の低い整形外科でそこから派生するいろいろな病気を見つける。

整形外科はもともとキャッチ&リリースの科です。キャッチして治したら、また戻す。しかし当院では、次に起こることまで治療する、というのがスタンダードになってきています。つまり、次に起こるイベントを早く見つけてあげるということを、我々整形外科がさせてもらっているわけです。

整形外科は他の科に比べて敷居が低く、病院は苦手という人にとっても行きやすい科といえるでしょう。その特性を生かし、例えば痛みで来院した患者さんに対して、そこから派生してくるいろいろな病気を見つけてあげることができます。なぜなら、手からはいろいろなことが分かるからです。心臓のことも分かるし、血管のことも分かります。

整形外科が病気のサインを見逃してしまうと、発見がどんどん遅れてしまいます。健康寿命を延ばすためにも、できるだけここで食い止めたいと考えています。

印象に残っている症例

60歳の女性。10代の時に体操をしていて肘を骨折し脱臼。当時は整形外科もそれほど進歩しておらず、情報もあまりなかったため、相談できるところもなく、43年間、ブラブラの状態のまま放置していたそうです。両親のサポートを受けてなんとか生活してきましたが、43年たって今度は年老いた母親の介助をしなければならなくなります。しかし、手がつけない、よいしょと起き上がれない、腰が痛くなる。そこで、当院を紹介され、手術を行った結果、肘はまっすぐになり、手もつけるようになりました。骨粗しょう症の治療も並行して行いました。

LIF手技による脊椎手術のさらなる低侵襲化を実現。

脊椎内視鏡や顕微鏡を用いた低侵襲除圧術が標準。

担当は脊椎外科で、頚椎、胸椎、腰椎、仙椎など全ての部分をカバーしています。まずは保存的な治療を行ったうえで、症状が改善しない場合は手術を行います。

腰椎疾患としては腰椎椎間板ヘルニアや腰部脊柱管狭窄症などが最も多く、まずは外来で内服薬やブロック治療による保存治療を行い、症例の多くは改善が得られます。しかし保存治療無効例では手術を検討することになります。手術としては腰椎椎間板ヘルニアでは内視鏡下ヘルニア摘出術を施行し約1週間程度で退院となります(図1)。また椎間不安定性のない腰部脊柱管狭窄症では顕微鏡下の除圧術を標準的に施行しています(図2)。2013以降は棘突起縦割式アプローチを用い、従来施行していた棘突起を温存した手術に比べて筋肉ダメージが有意に少なく安全に施行できることを2018年に学会発表しました。

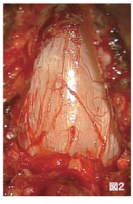


図2

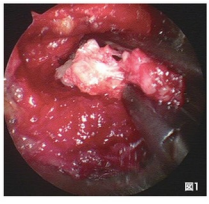
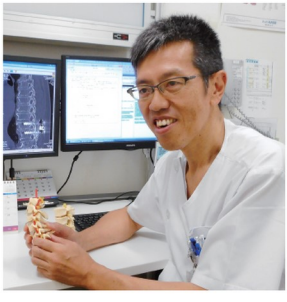


図1

最近増えているのは骨粗鬆症に伴う椎体骨折の患者さんです。ほとんどは体幹コルセットによる保存治療で比較的良好な経過をたどりますが、多椎体が連続癒合している強直性脊椎骨増殖症(DISH)に骨折が起こると骨癒合が得にくく、手術適応とされています。保存治療でも痛みが持続する患者さんはCTやMRIで骨折椎周辺の状態を詳細に調べる必要があります。



認定された脊椎外科医と認定施設でしか行えないLIF手術を開始。

不安定性を伴った腰椎変性疾患に対しては脊椎固定術が

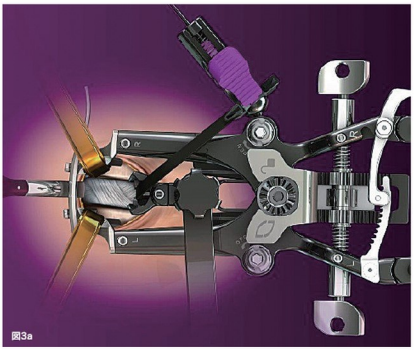


図3a

必要となりますが、新しい脊椎固定術として2017年から側方侵入椎体間固定術（LIF）を開始しました。これは側腹部の創（4～5㎝）から腸管や血管をよけて専用の開創器を設置し、X線透視を見ながら自家骨を詰めた椎体間ケージを挿入する方法で、一番の特徴は出血が少ないことです（図3a・b・c、図4a・b）。また椎間板腔を広げる力が強いため、直接的な除圧操作を行わずに神経除圧できるケースもあります（間接除圧）。当科の大友医師がアメリカでLIFの研修を受けて認定され、日本の施設基準（腹部外科や血管外科専門医の常勤など）を満たしたことで許可されました。

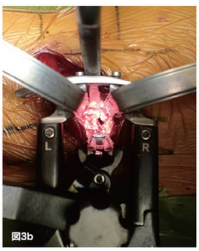


図3b

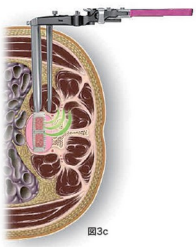


図3c

図4b

図4a

問診と診察に必要な時間を割いて、痛みの原因を突き止める。

例えば歩行障害がある場合、腰椎か、胸椎か、頚椎か、神経学的な評価が難しいことがよくあります。また慢性腰痛の病態が精査されず、漫然と鎮痛剤内服や局所注射をされている症例をみかけることもあります。どの神経がどこで圧迫されているのか？ 椎間板や椎間関節は？ 腫瘍や感染は除外できるか？ など神経障害や痛みの原因を突き止める努力をすることに当院では重点を置いています。一人一人の患者さんに時間をかけられない開業医の先生に代わり原因を掘り下げることが我々の役目だと考え、問診と診察には必要な時間を割くようにしています。

術後まだ自立できない患者さんは回復期病院に転院してリハビリをすることになります。一般に急性期病院で執刀医が診察するのは患者さんが回復期病院を退院したあとになります。当院はリハ病院が併設されているため、回復期に移った後も執刀医が患者さんの状態を継続して診ていくことができます。

印象に残っている症例

L2椎体骨折の62歳の男性ですが、他院の保存治療後も痛みが持続し1ヶ月後に当院へ紹介されました。圧潰が強くLIF開創器を用いた前方支柱再建と椎弓根スクリュー固定を施行し、骨癒合が得られました（図5a・b）。元気に自宅での生活を送っています。

LIFを利用した椎体置換により骨折椎の安定性と正常椎間の可動性を両立でき、腰椎椎体骨折の治療が大きく前進したことを実感しました。

図5a

図5b

チーム医療で一人一人に合わせたテーラーメイドの治療を！

変形のグレードや年齢活動性に応じて適切な手術を考慮。

膝の人工関節置換術と骨切り術を行っています。膝の変形のグレードは0から4までの5段階に分類されますが、グレード1～3は骨切り、3～4で人工関節を考えています。また、年齢でもある程度区切っていて、70歳以上は人工関節、50～70歳くらいまでが骨切りです。ただし、高齢者でもゴルフなどのスポーツをするような活動性の高い患者さんは、なるべく関節を温存する骨切り術を選択しています。

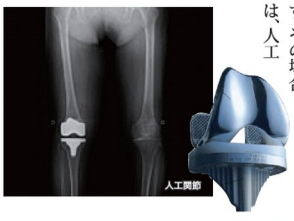
変形性膝関節症、関節リウマチに加え、原因不明の大腿骨内顆骨壊死も人工関節や骨切りの適応になります。

患者さんの年齢は大体50～90歳くらいまでで、約半分が紹介の患者さんです。

人工関節と手術手技。高齢者には低侵襲の片側置換術という選択も。

人工関節に用いられている金属はコバルトクロムで、耐久性も強度もあります。金属同士の摩耗を防ぐために間にポリエチレンを挟みますが、このポリエチレンも摩耗しにくい素材になってきました。耐久性は問題ありませんが、骨と金属のバランスに歪みが出た場合、不具合が起こる可能性があります。その時は再置換術を行います。

高齢者の場合はいろいろな内科的合併症をお持ちの方が多く、手術を行うリスクが高い患者さんもいます。その場合は、人工膝関節全置換術（TKA）ではなく、膝関節の片方だけを換える低侵襲の片側置換術（UKA）という方法もあります。活動性が低い高齢者の患者さんであれば、片側だけでも十分に満足してもらえると思っています。

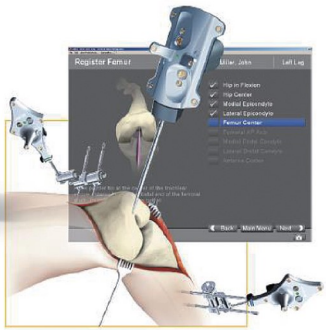


イメージフリーナビゲーションを用いた人工膝関節置換術。

大切なのは正確な骨切りとじん帯バランスを整えることです。そのため当院では正確な骨切りを行うため、手術にイメージフリーナビゲーションを採用しています。イメージフリーナビゲーションは画像データが必要

イメージフリーナビゲーション

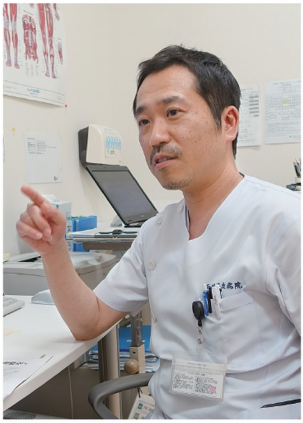
ないため、レントゲン撮影による被爆を回避することができます。



イメージフリーナビゲーションシステムは、骨を正確に切るためのツールです。膝に近い位置に固定具を設置して、その上にトラッカーという赤外線でやり取りする送信機を付けます。術中に膝を動かしたり、特殊なマーカーで膝の目印を触ることでコンピュータが仮想の骨を作ります。モニターに表示されたその仮想の骨を見ながら、例えば直角に切ろうとか、3ミリ傾けようとか、10ミリ切ろうとか、そういうことをシミュレーションしながら骨切りをしていきます。

安心のチーム医療でテーラーメイドの治療を目指す。

整形外科のチームに加え、病棟、外来、リハビリ、栄養科、さらに自己血専門ナース等が連携して治療やケアに当たっています。人工関節は待機手術であるため、必要のある患者さんには自己血輸血が望ましいと考えています。当院に自己血専門ナースがいるのは強みの一つといえるでしょう。



安心のチーム医療で目指すのは、患者さん一人一人に合ったテーラーメイドの治療です。患者さんの年齢や活動性、その時の状況などに応じて治療法を選択しています。

高齢者は痛くても我慢してしまいますが、我慢せずに、できるだけ早く診療を受けていただきたいと思います。一人でも多くの患者さんに治療を受けていただき、健康寿命の延伸に貢献できればと考えています。

多職種連携・病診連携で骨粗しょう症の予防と改善、骨折防止に取り組む。

北九州市内でも先駆的な取り組み「骨粗しょう症リエゾンチーム」始動。

超高齢社会となった今日では、どの疾患においても高齢者の患者さんが多いため、当然、骨粗しょう症が関わってきます。特に救急は、高齢者の外傷（手・大腿骨・腰椎・背骨等の骨折）の患者さんが多く、そういった患者さんを対象に骨粗しょう症という視点で治療の介入を行っていくことが求められています。

しかし、欧米に比べて日本の取り組みは遅れているのが現状です。欧米では大腿骨の骨折などは減少していますが、日本では一向に減らないどころか、むしろ増えています。そこで、戸畑共立病院ではいろいろな医療スタッフの力も借りて、積極的に介入していこうということで、2017年6月に「骨粗しょう症リエゾンチーム」を立ち上げ、「骨太サポート」運動を開始しました。

骨粗しょう症の治療は、骨折を防ぐことが目的です。そのため、骨粗しょう症という診断がついた患者さんをピックアップして治療を進めていくことが1次予防、骨折で入院してきた患者さんが次の骨折を起こさないように、骨折の連鎖をなくすのが2次予防となります。骨粗しょう症リエゾンチームでは、主に2次予防を中心に取り組んでいます。

チームで役割分担して、骨折で来院した患者にまず介入。

当院には骨粗しょう症のスペシャリストとして、骨粗しょう症認定医が2名（1名は戸畑リハビリテーション病院勤務）、骨粗しょう症マネージャー認定試験合格者が3名（看護師1名、薬剤部2名）が在籍しています。医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、診療放射線技師、ドクターズクラークなど様々な職種のスタッフがチームを作り、それぞれが役割分担をして、最初は骨折で入って来た患者さんに介入します。それらの患者さんのほとんどは骨粗しょう症のため、骨粗しょう症の治療という点では効率的だからです。

それぞれの役割分担ですが、例えば栄養士は骨粗しょう症についてや栄養面の説明を。放射線技師は骨密度の測定結果の説明を。理学療法士は転倒防止を意識した指導などを行います。また、骨粗しょう症の治

療を行う上で口腔ケアは大事で、薬の副作用が顎骨に関係するともいわれているため、歯科口腔外科にもできるだけ入ってもらうようにしています。

「骨太サポート」の流れ

骨折の入院患者さんには、基本的に骨粗しょう症の検査を行います。

大腿骨近位部骨折と骨粗しょう症性の椎体骨折の入院患者さんに対しては、まず介入するかしないかを主治医が決め、チームの各部署に院内メールが送られます。そのメールを見て、それぞれの部署に割り当てられた役割で介入していきます。

介入したら、「骨粗しょう症連携手帳」に記入していき、手帳は退院時に患者さんに渡します。

定期的に骨密度を測り治療薬の効果を評価することも大事。

骨密度は、骨粗しょう症のガイドラインなどで推奨されているように、腰椎と大腿骨で測るのが最も的確です。当院ではX線骨密度測定装置「Discovery」を導入。腰椎と大腿骨の2カ所で測り、低い方を基準にして治療を開始していきます。

開業医の先生も治療を開始する前に、一度、当院で骨密度を計測し、評価してもらうことも可能です。その際、当院では血液検査なども含めて骨の代謝動態（骨代謝マーカー）も測ることができます。その結果をもとに、患者さんに適した治療薬を検討し、あとは開業医の先生に投薬をお願いするといった連携を、今後は進めていきたいと考えています。

X線骨密度測定装置「Discovery」

日本は服薬継続率が低いのですが、その一方で、同じ薬を長い間飲み続けている人もいます。できれば半年に1回は骨密度を測り、本当に薬の効果があるかどうかを評価すべきでしょう。例えばビタミンDは飲み続けると高カルシウム血症で搬送されてくる人もいます。高齢者は腎臓が悪いと副作用が出やすいため、そういう意味でも定期的な血液検査は必要です。

整形外科は、骨折に限らず、いろいろな変性疾患や人工関節なども直接骨を扱って治療します。例えば背骨の手術で、特に固定術を行う時は、骨粗しょう症だと糖に釘を打つようなものです。つまり、骨粗しょう症がベースにあると治療は難しくなってしまうのです。

骨粗しょう症の治療は継続することが大事です。そういう意味でも、病診連携による役割分担は、今後ますます重要性を増すに違いありません。

スタッフ紹介

●骨粗しょう症マネージャー・看護師
柳田 久枝

私は主に外来で1次予防の介入をさせてもらっています。新患で来られた50歳以上の女性、70歳以上の男性に対して、「骨密度を測ったことがありますか？」と声掛けをしたり、独自に作った「骨の問診票」に記入していただいたりして、検診に導くという役割を担っています。「骨の問診票」は、10年後のその方の骨折リスクを評価するツールにそって作ったもので、病棟でも使っています。検査結果は大体1週間で出ます。患者さんに検査結果を説明して、必要であれば治療を受けていただくといったサポートを行っています。

実際に声を掛けてみると、骨密度を測ったことがない方はとても多いことが分かりました。病院に来る機会が少ない方もいますから、骨粗しょう症が心配で来られたわけではない患者さんに対しても、骨粗しょう症の予防・改善の窓口になれればと思っています。

いかに健康寿命を延ばすか、そのためにできることに全力を尽くしたい。

ますます重要になる整形外科の役割を果たしていくことが使命。

すでに超高齢社会に突入した日本ですが、高齢化はまだ歯止めがかからず、今後しばらくは高齢者が増え続けると予想されています。健康寿命をいかに延ばして、寝たきりの状態を防ぐようにするか。それが国をあげての喫緊の課題です。我々整形外科が専門とする運動器の疾患は、健康寿命の延伸に大きく関与しています。それだけに、我々に課せられた役割は非常に大きいといえます。

一方で、核家族化が進む今日、老々介護の家庭や独居の高齢者が増えています。そういった方たちの行き場がなくならないように、いかに自宅で健康に日常生活を送ることができるか。その手助けをしていくのも、我々の役割だと思います。

包括的・継続的なケアシステムで骨折の連鎖を防ぐ。

骨粗しょう症は、骨折しなければまったく症状がありません。しかし、一度骨折してしまうと骨折の連鎖が始まってしまいます。その結果、寝たきりになることも少なくありません。そうならないように、なるべく早く治療に介入して骨折を未然に防ぐことが大事です。当院では骨粗しょう症リエゾンサービスを始めていますので、近隣の先生方とも連携しながら、骨折する前にしっかり介入していきたいと考えています。

リハビリ室

骨折した場合も、戸畑共立病院は戸畑リハビリテーション病院が併設されているため、入院してから退院後のケアも含めて包括的に関わっていけるのがメリットといえます。急性期病院ではDPCの縛りがあるため、手術して2週間ほ

どで退院した後は診ることができません。その点、当院は回復期のリハビリテーション病院に移った患者さんに対しても、手術を担当した主治医が毎週必ず訪問してレントゲンフォローを行っていますので、患者さんも安心です。

将来的に高齢者対応外傷チームを確立し、タイムロスをなくしたい。

今後、高齢化はますます進むと予想されますが、高齢者の皆さんは何らかの内科疾患を持っている方がほとんどです。そのため、内科疾患をしっかり把握した上でなければ、なかなか手術はできません。そうなると、内科にも依頼して診てもらうというタイムロスが生じます。

そこで、将来的には救急外来に手術が必要な患者さんが搬送されてきた場合、整形外科だけでなく内科、麻酔科の3つの科が介入。整形外科医は、骨折の評価をした上で手術をするかどうか。麻酔科医は、この患者さんなら今からすぐでも手術ができるのか、あるいは明日まで待った方がいいのか。内科医は、既往症に関しての評価と、どんな薬を飲んでいるのか、手術に支障をきたすような症状がないかなど、それぞれが救急外来の現場で介入することによってタイムロスをなくし、迅速に治療を開始できる高齢者対応外傷チームが設立できる体制を構築していきたいと考えています。

高齢者がいきいきと暮らせる環境を整えるために貢献を。

いくら平均寿命が延びても、寝たきりで5年、10年過ごすのは、何より本人も辛いし、介護する側も大変です。繰り返しになりますが、健康寿命を延ばすために整形外科に課せられた役割は非常に大きいといえます。

当院では治療だけでなく、骨折予防や転倒予防などの予防にも力を入れています。共愛会には医療の場に加え、メディカルフィットネスがあります。ここも活用して、転倒しないような、バランスが維持できる体づくりも行っています。

今後も、戸畑の地域で高齢者の方がいきいきと暮らしていただけるような環境を整えていきたいと考えています。それがまちの元気にもつながるはずです。そのためにも、地域の先生方から安心して患者さんを紹介していただけるよう、それぞれが専門性を持った運動器のプロフェッショナル軍団であるという自覚を持ちながら、チームが一丸となって、質の高い医療を提供していきます。

メディカルフィットネス戸畑

社会医療法人 共愛会のご案内

https://www.kyoaikai.com
https://ja-jp.facebook.com/kyoaikai/

地域医療支援病院　救急告示病院　福岡県指定がん診療拠点病院　へき地医療拠点病院
災害拠点病院　管理型臨床研修病院　開放型病院届出施設　日本医療機能評価機構認定病院

戸畑共立病院　tel.093-871-5421

※救急患者は休日・夜間でも受付致します。

女性検診レディック
戸畑共立病院健診センター　tel.093-871-6025

日本医療機能評価機構認定病院　回復期リハビリテーション病棟　地域包括ケア病棟　緩和ケア病棟
戸畑リハビリテーション病院　tel.093-861-1500

在宅療養支援診療所
明治町クリニック　tel.093-871-3655

介護老人保健施設 **あやめの里**　tel.093-871-5902

ケアハウスあやめ　tel.093-861-1663

明治町デイサービスセンター　tel.093-861-1765

メディカルフィットネス戸畑　tel.093-861-1746

住宅型有料老人ホーム
サンセリテ明治町　tel.093-871-3711

福祉用具レンタル・販売・住宅改修
あやめレンタルサービス　tel.093-871-3712

あやめ在宅ケアセンター

- あやめ訪問看護ステーション　tel.093-871-5917
- あやめヘルパーステーション　tel.093-873-8327
- あやめケアプランサービスステーション　tel.093-873-8317
- あやめ巡回ステーション　tel.093-871-4571

共愛会法人本部　tel.093-330-0032

共愛会健康保険組合　tel.093-871-6151