

骨粗鬆症による高齢者の骨折は要支援・介護の大きな原因となっている。特に背骨の骨折（椎体骨折）と股関節部の骨折（大腿骨近位部骨折）を起こすと1～3割は寝たきりになり、さらに寿命も短くなる。したがって、健康寿命を延伸し、要支援・介護者の増加抑制のためには高齢者の骨折予防、骨粗鬆症治療の普及が非常に重要である。

骨粗鬆症自体は症状がないので骨折するまで気づかれないことが多い。日本では骨粗鬆症患者の15～20%しか治療を受けていないと推定されている。さらに、最もQOLや生命予後を悪化させる大腿骨近位部骨折後でさえ骨粗鬆症治療を受けているのは20%にも満たないと報告されている。骨粗鬆症治療が必要な患者を的確に診断し、治療へ結びつけることが最も大事である。

骨折予防では脆弱性骨折患者において次の骨折を予防すること（二次予防）がまず重要である。それだけで骨粗鬆症が確定診断される椎体骨折と大腿骨近位部骨折患者では骨粗鬆症治療が必須である。骨密度(YAM値)が80%未満ならば骨粗鬆症治療が必要となる橈骨遠位端骨折や上腕骨近位端骨折では骨粗鬆症検査が必ず必要である。これらの骨折患者を見過ごさないようにしなければならない。

まだ骨折を起こしていない骨粗鬆症患者で初めての骨折を予防すること（一次予防）にも取り組む必要がある。骨折の既往がない骨粗鬆症患者を発見するのは困難だが、続発性骨粗鬆症の原因となる疾患や薬剤が糸口となる。関節リウマチや糖尿病、ステロイド剤内服では骨粗鬆症検査をして治療の要否を確認すべきである。原因となる疾患や薬剤がない場合（原発性骨粗鬆症）では、60歳以上の女性と70歳以上の男性に骨粗鬆症検査を勧めていくしかない。

骨粗鬆症治療は継続が特に重要である。どの治療薬でも明らかな効果が出るのに1年はかかるとされている。また、降圧剤の効果は血圧で、糖尿病薬の効果をHbA1cで測れるが、骨粗鬆症治療薬の効果は単一の目安では判断できない。そのうえ、もともと骨粗鬆症自体に症状がないので治療の効果を実感しにくい。それゆえ、患者が骨粗鬆症治療を中断してしまうことが少なくない。特にビスホスホネート内服薬の治療継続率が低く、月1回製剤でも1年継続率が約50%である。さらに、いわゆる顎骨壊死に対する誤解、曲解がいまだに一部の歯科医で根強くあり、それに扇動されて骨粗鬆症治療を止めてしまう患者もいる。

医師だけで骨粗鬆症治療が必要な患者を見つけ出し、治療を継続させることは非常に困難である。ここに骨粗鬆症リエゾンサービスの意義がある。医療や介護に携わる多職種で、さらに一施設だけではなく地域全体で、骨粗鬆症患者を発見して治療へと繋げ、治療を継続することによって脆弱性骨折を予防し、要支援・介護者の増加を抑制することが超高齢社会となった日本では今、求められている。