



一般社団法人大阪臨床整形外科医会 会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



第51号

令和7年7月

目 次

巻頭言

..... 貴島 浩二	1
-------------------	---

追 悼

山野慶樹先生を偲んで	木下 裕介	2
越智隆弘先生を偲ぶ	越智 早石 雅宥	4

JCOA学術集会・研修会報告

第37回日本臨床整形外科学会学術集会報告・ 第50回JCOA研修会報告	調子 和則	6
--	-------------	---

OCOA研修会報告

整形外科の整形外科医によるリウマチ患者のための治療 ～整形外科医にしかできない リウマチ治療を目指して～	佐藤 宗彦	9
Hip-spine relationshipを考慮した THAのトータルマネジメント	後藤 公志	11
整形外科医のための不眠症薬物療法 ～転倒転落リスクやせん妄リスクをふまえて～	弼川 朋哉	13
高齢者の人工関節置換術 －セメントレス人工股関節置換術を中心に－	松矢 浩暉	15
レセプトデータベースから見える 骨粗鬆症診療の現状	伊木 雅之	16
小児脊柱変形の診断と治療の最新動向 －患児の将来を守るために－	松村 昭	19
手外科領域におけるエクオールの可能性 ～手のしびれ、年齢のせいにはいませんか？～	市原 理司	22
整形外科における男女共同参画のこれまでの歩み ～現在地から将来への展望～	大泉 尚美	24
分子標的治療薬は リウマチ患者の筋肉を増やすか？	多田 昌弘	27
骨・軟部腫瘍のプライマリ・ケア	朴木 寛弥	30
股関節診療におけるピットフォールと対応 リウマチ性疾患や神経障害性疼痛への 対策も含めて	崔 賢民	32
人工膝関節置換術後の患者満足度向上を目指して ～術後動態解析からの最新知見～	玉城 雅史	33
骨形成促進薬による骨質改善と骨折抑制	田中 伸哉	34
骨粗鬆症性椎体骨折に対する外科的治療介入	太地 良	36
運動器疾患の痛みに対する私の治療指針	四方 秀人	38
頰椎後方固定術の現状 －解剖を熟知した手術計画と 患者さんに与える恩恵－	太田 雅人	40

令和6年度単位申請状況

.....	42
-------	----

OCOA活動報告	2024 ロコモ健康フォーラム …………… 木下 裕介 ……	43
	令和6年度 大阪臨床整形外科医会療法士会の報告 …… 中川 浩彰 ……	44
	療法士会に参加して …………… 木下 裕介 ……	46
	大阪マラソン出務報告 …………… 吉川 尚孝 ……	47
	令和6年度 各務文献追善法要のご報告 …………… 中野 晋吾 ……	49
厚生部報告	第74回、第75回OCOAゴルフコンペ報告 …………… 片岡英一郎 ……	51
会員投稿	「医学史探訪」(9) 華岡青洲 1760-1835 …………… 今井 秀 ……	54
	再訪問してスリランカで感じたこと …………… 黒田 晃司 ……	60
編集便り	……………	69

協賛広告一覧表

第一三共株式会社	75
久光製薬株式会社	76
アムジェン株式会社	77
エーザイ株式会社	78
旭化成ファーマ株式会社	78
大正製薬株式会社	79
科研製薬株式会社	79
あゆみ製薬株式会社	80
ニプロ株式会社	80
株式会社ツムラ	81
小野薬品工業株式会社	81
アッヴィ 合同会社	82
帝人ヘルスケア株式会社	82
ビタカイン製薬株式会社	83
株式会社松栄製作所	83
東和薬品株式会社	84

OCOA会長 貴 島 浩 二

大阪臨床整形外科医会の先生方には、日頃より地域医療の最前線でご尽力いただき、また、当医会の諸活動に対し多大なるご理解とご協力をいただき、心より感謝申し上げます。

昨年4月に会長に就任し、瞬く間に1年が経過いたしました。

さて、社会保障費予算の大幅削減が国会で議論されるなど、昨今の医療を取り巻く環境は益々厳しさを増しております。また、令和6年の診療報酬改定はプラス改定ではありましたが、医療機関の増収となる項目は少なく、さらに施設基準維持が難しくなる内容でした。そして、その後の物価高騰、人件費上昇も相まって、病院や診療所の経営難が続いております。



このような状況下ではございますが、私たちが継続してより良い地域医療を行えること、そして医療経営状況の改善していくことを目的に、JCOA整形外科医政協議会では、令和8年度診療報酬改定に向けて、JCOAの考えを反映させるために精力的に国会議員の方々、日本医師会、厚生労働省へ積極的な働きかけを行っていただいております。

現在、大阪の会員の先生方のJCOA整形外科医政協議会の入会率が低い状況が続いております。整形外科医政協議会の活動を十分に御理解いただき、是非、ご入会をお願いいたします。

来年度には大阪臨床整形外科医会において大きな行事が2つございます。2026年（令和8年）の11月28日（土）にリッツカールトン大阪に於きまして大阪臨床整形外科医会50周年記念祝賀会を開催いたします。特別講演は山中伸弥先生にお願いしております。貴重なお話を直接お聴きいただけるまたとない機会です。ご多用のことと存じますが、是非、御参加をお願い申し上げます。さらに、翌日の11月29日（日）には日本整形外科学会創立100周年のイベントとして全国で一斉に行われます市民公開講座をエクセラーンホールで予定いたしております。「運動器」の健康を支えることで誰もが一生自分で動ける社会を創造するという主旨で一般市民の方々に役立ていただけるような有意義なイベントにできるように取り組んでいく所存です。

引き続き大阪の整形外科医療へ貢献できるよう活動してまいりますので、今後ともOCOA会員の先生方のご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

山野慶樹先生を偲んで

OCA副会長 木 下 裕 介



山野 慶樹 先生

山野慶樹先生は令和6年7月18日にご逝去されました。山野慶樹先生のご経歴は以下の通りです。(市大整形外科学教室 開講70周年記念誌より)

昭和37年大阪市立大学医学部卒業後、昭和38年大阪市立大学医学部研究生、昭和46年大阪市立大学医学部助手、昭和48年川崎医科大学整形外科講師、昭和53年川崎医科大学整形外科助教授、昭和62年川崎医科大学整形外科教授、平成5年大阪市立大学医学部整形外科教授、平成14年大阪市立大学医学部整形外科名誉教授、大阪市立大学退官後は堺市にある清恵会病院でご活躍されました。

私が何故山野先生の追悼文を？と思う先生が数多くいらっしゃると思います。私は平成4年福岡大学を卒業後、父の勧めで川崎医科大学整形外科に入局致しました。川崎医大の災害整形外科学教室教授として君臨されていたのが、山野教授でした。また、市大整形外科に入局後、最後に勤務していた病院が清恵会病院で清恵会病院退職後も毎週水曜日に外来を担当しており、毎週山野先生とお会いし

ていた事もあり追悼文を書かしていただくことになりました。

アフガニスタン

山野先生は、多くの諸外国に行かれご活躍をされてこられました。特にロシア イリザロフとアフガニスタンは欠かせません。

山野先生ご自身が書かれた投稿文によると、アフガニスタンと関わりを持たれたのは川崎医大時代からだそうです。実際にアフガニスタンへの医療支援を決心されたのは、定年退職の時だそうです。私が山野先生からアフガニスタンの話をお聞きしたのは清恵会病院で特に山野先生の手術の助手に入ったときによく教えて頂きました。治安についても質問しました。山野先生が名誉教授になられたのが2002年、アメリカニューヨークでテロが起こったのが2001年9月11日なので、治安は良いはずが無いのですが、山野先生からは「意外と安全、アフガニスタンは親日で基本的に高齢者には危害を加えない。だからそれ程心配することはない」と仰っていました。信じられません。「お前もアフガニスタンに一緒に行くか？」と誘われたのですが、返答できずに困ったのを思い出します。また、日本から医療支援に来たと言っても、当初は受け入れられなかった話もよく聞かされました。受け入れられるためには、彼らを驚かす医療行為が必要だった事も教えて頂きました。成人男性の肩の脱臼を無麻酔で整復したり、透視を使わないで髓内釘を挿入したり、特にクーレンキャンプ法については彼らをかなり驚かせたそうです。現地で数多くの手術を行い、市大に現地Dr.を留学させるシステムを構築したり、現地で手術できない患者様を日本に呼

び手術をしたりされていました。この医療支援は山野先生だからこそ可能になった医療支援だったと思います。

川崎医大時代

前述したように、私は福岡大学卒業後、平成4年に川崎医科大学整形外科に入局しました。当時の主任教授は渡辺良教授で山野先生は災害整形外科学教室の教授でした。当時の川崎医大の研修医システムは各科に入局後、2年間で外科、内科、救急、麻酔科など各科3～4ヶ月間程度研修し3年目から入局した教室で本格的に研修するシステムでした。

入局後最初の数ヶ月間は整形外科で研修させて頂きました。私は山野先生を慕って入局した事になっていたので、山野先生執刀の多くの手術に入らせて頂きました。山野先生の症例は多岐にわたっていました。頸椎手術、腰椎手術、腫瘍、膝・股関節の人工関節、外傷など、当然深夜の切断指再接着術にも数多く入らせて頂きました。実は医師になって最初に手術を見たのが山野先生で、人生初の第一助手を努めたのも山野先生でした。上腕骨頸部骨折に対する山野式フックプレートにも入りました。「整復してこのプレートを入れるだけで十分」と仰せられていたのを思い出します。

また研修室に呼ばれ、直系1mm弱のビニールテープを鏡視下で縫合する練習もさせて頂きました。実際に深夜の再接着術で山野先生が動脈1本、静脈2本縫合後「丁度良い静脈があるから縫ってみろ」と言われ縫合させて頂いたのを思い出します。本当にありがとうございました。

清恵会病院にて

私は、平成4年に川崎医大に入局したのですが、平成5年に山野先生が市大整形外科教授に就任されました。翌平成6年に当時の助教授から「教授からの伝言で、『山野先生は市大に行ったけど、木下君はどうするのか聞いといて』と言ってたけどどうするの？」と

言われました。この言葉を受け、山野先生に相談し平成7年に市大に入局させて頂きました。

市大入局後、府立身体障害者福祉センター附属病院、清恵会病院で勤務させて頂きました。父より医院に戻ってきてほしい。と言われ平成14年に清恵会病院を退職、退職後は非常勤として毎週水曜日に清恵会病院で外来を担当しておりました。山野先生は、教授退官後清恵会病院に赴任され水曜日に外来をされていたため、体調を崩されるまで毎週水曜日にお会いすることになりました。外来の合間によくお話しさせて頂きました。その内容のほとんどが川崎医大時代の事です。もともと川崎医大には主任教授一人のみだったのが、山野先生の功績を称え災害整形外科学教室を設立し山野先生が教授に就任した話や島津先生退官後、川崎医大教授選の秘話など文章に残せない事柄を色々教えて頂きました。本当に書けないので御容赦頂きたく思います。山野先生と川崎医大時代の事を懐かしんでお話しさせて頂いたのも今となっては良い思い出となっております。

山野先生の魂を数多くの公立大の先生方が受け継がれていると思います。

山野先生 本当にお世話になりました。山野先生のご冥福をお祈りし追悼文とさせて頂きます。

越智隆弘先生を偲ぶ

天王寺区 早 石 雅 宥



越智 隆弘 先生

越智隆弘先生は昭和16年11月20日のお生まれです。阪大では私の1年先輩になります。同じ時代を過ごしたものとして追悼を述べさせていただきます。先生のご活躍の記録はリウマチ学に関するもの整形外科学に関するものスポーツに関するものまた、診療報酬や社会健康制度指針に関するものの業績が沢山残されています。先生の花やかなご略歴は省略させていただきます。阪大定年退官後国立相模原病院院長、行岡病院学園長、大阪警察病院院長に就任されこの限られた期間で東京－大阪間を駆け巡って数々の大業を成就されました。日本リウマチ学会理事長と日本整形外科学会の理事長を連続して就任された方は私が知る限り他にはおられません。先生はどんな時にもフットワークが軽くアグレッシブに時代に切り込んでおられました。兵庫県立長田高校をご卒業後大阪大学医学部にご入学されました。学生時代は剣道部に属されスポーツに親しんでおられました。昭和40年から始まったインターン闘争に学年幹事の一人として参加されていました。当時国立大学で

は学生運動が盛んで東大安田講堂が全共闘によって焼かれた時代です。阪大医学部においても医局解体や臨床系博士号ボイコットが叫ばれていました。先生は卒業後すぐに微生物病研究所に行かれ大学院に進学され医学博士号を取得されました。それから阪大整形外科に入局され臨床研修を始められました。入局された段階で既にアカデミックな雰囲気を備えておられました。整形外科に入局後当時助教授の七川欽次先生のお力でリウマチ財団の海外留学制度に推薦され神戸大学広畑和志教授のご推薦でアメリカテキサス大学のジフ先生のところへ留学されました。短期間の間にも勉学に励まれアメリカのACR学会に発表もされています。アメリカから帰って来られた後、旧東館2階の階段の片隅に汚いレントゲンフィルム庫がありました。そこに積み上げられたフィルムの山の中からリウマチ患者の患者さんの一人一人のレントゲン写真を10年間時経的に観察され破壊された関節の数を丹念に調べられました。すると進行の病型がLES, MES, MUDの3種類に分けられ発症早期にその後の予後が決定されるという有名な論文を完成されました。リウマチ患者さんの関節手術も精力的に手術しておられました。全国高校野球連盟の副会長に就任され少年野球の投手の投球過多を問題視されていて投球数の適正化に尽力されました。プロに入団する選手には高校時代の「ひじの酷使」が原因で選手生活を早くやめざるを得ない人が多く甲子園出場選手の肘の検診を積極的に取り組みました。特に1990年夏の甲子園野球の時には沖縄の投手の登板過多の多さを見かねて全国野球選手の試合前の健康チェックを始められました。その頃から各球団とのお付き合

いも始まり阪神タイガースのチームドクターも務めておられました。スポーツ選手の肘、肩、腰、膝などの障害のある方が来院されその頃からスポーツクリニックにプロ選手が多数来院されました。

大阪大学を退官後相模原病院の院長として当時の橋本龍太郎厚生労働大臣の推薦によりトップ人事で赴任されたそうです。このころから厚生労働省の方々と交友がありました。診療報酬の改定で消炎鎮痛処置が無くなり整形外科点数の減点が決定されました。全国の開業医は減点をカバーできる案は何かあるか？と考えていました。政府の政策に載る項目以外厚生労働省は加算しないと回答されました。報酬加算の手立てはないものかと画策され「健康日本21」というものすごく厚い政策本を短期間のうちに完成されました。日整会の理事会でその内容を披露され東京在住の大学の整形外科教室に割り当てて日整会の名前でまとめられました。この会議には小生も監事として出席していましたので覚えてます。この時代は随分時の厚生労働省の官僚と親交があったようで私たち整形外科医にとって忘れられない出来事がありました。診療報酬を上げるには医師に運動器リハビリテーションの評価を行える技量が必要であるという観点から講習会を阪大整形外科のスタッフを講師にして短期間に講習会を開催していただきました。リハビリの診療点数が公表されていない段階でこの講習会を受けさえすれば運動リハの加算ができるという越智先生と厚生労働省の口約束を信じて講習会を開催したわけです。講習会終了後に行われる試験に合格すると合格証書を頂戴出来てそれがあれば最低でも消炎鎮痛処置に変わる収入が得られることになるわけです。講習会をOCAの主催で開催しましたのでOCAの加入者は飛躍的に増えました。全国的にもJCOAの加入者の増加もこの年にはありました。警察病院に赴任されるとき今までの無理がたたって体調を崩されました。入院中お見舞いに参りましたがこれからの医業の政策論を熱心に考え

ておられ側近の先生方を悩ませておられました。警察病院に行かれてからすぐ手術室の拡張をされ手狭になった病院の将来計画を考えておられました。将来通信病院の買収と本院の新規移転改築工事計画がすぐ始まりました。病院近くの桃屋というレストランで夕食を取りながら計画を話しておられました。借金の全責任を負う理事長に推挙され警友会から離れ孤軍奮闘をされていました。夢を描きながら旧警察病院に入院されていたことは噂では聞いていました。残念ながら2024年5月3日ご逝去されました。2024年9月25日に先生の御偉業を偲ぶ会を開催いたしました。桃谷駅前の新警察病院は1月1日に移転開院しましたので先生存命中には間に合いませんでした。しかし越智先生が夢見た新病院は見事に完成しました。日本中には大病院の移転計画は沢山あります。しかし土地代建築費の高コストの為頓挫しています。コロナ騒動が過ぎて診療報酬の上がないこの時期に大阪万博前の建築費高騰のこの時期によくぞ完成できたと皆さん拍手を送っています。端から端まで走ると160メートルある立派な最新の病院です。最新のハイブリッド手術設備があり手術室の定番の无影灯は消えました。ダビンチやジーゴが入って動き回れる設備になっています。JR桃谷駅前のアクセスのよいところにそびえています。天国からご覧になってきっと喜んでおられるでしょう。越智先生の最大の偉業は新警察病院の建設であったと思います。最後は地域医療に尽くしていただき感謝申し上げます。本当に有難うございました。

第37回日本臨床整形外科学会学術集会報告

羽曳野市 調 子 和 則

第37回日本臨床整形外科学会学術集会「火の国学会・熊本」は、令和6年7月14日（日）から15日（祝）にかけて、熊本市の「熊本城ホール」にて、日本臨床整形外科学会および熊本県臨床整形外科医会の主催により開催されました。参加者は総計1,035名にのぼり、多くの参加を得て盛大に執り行われました。

学術集会のテーマは「人生100年への挑戦～運動器新時代～」とされました。急速に進む高齢化社会において、健康寿命の延伸がますます重要な課題となる中、整形外科医の役割は運動器の健康を支えることで生活の質を向上させることにある、という認識のもとテーマが設定されました。

本集会では、今後の整形外科診療のあり方や課題、注目すべきトピックスを取り上げた興味深いプログラムが構成され、各セッションにおいては貴重な演題発表や研修会が行われました。

特別講演

「JCOAの現状と今後の抱負」

長谷川 利雄（JCOA理事長／長谷川整形外科医院（大阪府））

「整形外科の進歩と課題

～日本整形外科学会創立100年に向けて～」

中島 康晴（日本整形外科学会理事長／九州大学院医学系研究院 整形外科）

「病態の理解に基づいた骨粗鬆症の治療戦略」

宮本 健史

（熊本大学 生命科学研究部 整形外科）

教育講演

「臨床研究40年からの教訓と整形外科医への提言」

小川 久雄（熊本大学学長）

「これからの超高齢社会に整形外科医はどう備えるか」

福島 靖正（元厚生労働省医務技監）

文化フォーラム

「女性とスポーツ

～人生100年への健康寿命延伸に向けて～」

福島 絵美

（元RKK熊本放送アナウンサー）

田中 眞希（田中まき整形外科 東京都）

山内 かづ代（千葉大学大学院医学研究院 地域医療教育学 特任教授）

陣内 貴美子（キャスター・元オリンピックバドミントン選手）

松野 明美（参議院議員・元オリンピックランナー）

阿蘇セミナー

「整形外科診療と医療DX

～国の動きと日本医師会の取組～」

長島 公之（日本医師会常任理事）

天草セミナー

「基礎からの整形外科ゲノム医療：パーソナルゲノム時代に乗遅れないために」

池川 志郎

（理化学研究所 客員主幹研究員）

熊本セミナー（県民公開講座）

人生100年への挑戦（運動器新時代）

秋山 幸二（福岡ソフトバンクホークス元監督）

台湾会長講演

「Advances in Ligament and Meniscus Surgery for Joint Preservation」

Yi-Sheng Chan (President of Taiwan Orthopaedic Association (TOA))

シンポジウム

超高齢者（90歳以上）に対する薬物治療のコツとピットフォール

整形外科外来診療におけるエコー活用update
交通事故診療における最近の問題

今後の運動器リハビリテーションの展望

薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）予防とこれからの医歯薬連携

JCOADiT活動～被災地域医療に貢献するための会員の支援・JOAとの連携・JRATとの協働模索～

高齢者の手肘疾患治療のポイントとエッセンス
整形外科最新の保存療法

運動器検診 ―各地の現状と問題点

ロコモ・フレイル・サルコペニア ―高齢者の運動器を考える―

肩関節外科の最前線（勤務医から開業医へ）

フットケア・足病医療

高齢者へのスポーツ指導の注意点

令和6年度診療報酬改定と整形外科診療所の生き残る道

健康日本21（第三次）ロコモ対策で整形外科医は何をなすべきか

整形外科有床診療所の未来予想図

一から始める関節リウマチ診療

二次性骨折予防継続管理料による地域連携の現状と課題

第22回JCOAスポーツ医懇談会

教育研修講演

「令和のスポーツ指導、必要なのは気合でなくリズム感！ ―心身の健全な育成とけが防止のために―」

講師：岩間 徹（JCOAスポーツ委員会委員長／潤生会岩間整形外科）

「成長期投球障害に対するリハビリテーショ

ン・予防の理論と実践」

講師：坂田 淳（トヨタ記念病院）

シンポジウム

「野球における腰椎分離症 ―学童期からのアプローチ―」

シンポジスト：加藤 欽志

（福島県立医科大学病院整形外科講座、
楽天イーグルスチームドクター）

「北海道における野球障害防止活動
―内科的な対策も含めて―」

シンポジスト：門間 太輔

（北海道大学病院 スポーツ医学診療セン
ター、日本ハムファイターズチームドク
ター）

「令和の指導者に求められること」

シンポジスト：石川 智雄

（全日本軟式野球連盟）

「『神奈川県における高校野球メディカルサ
ポート20年』―エンジョイベースボールを
目指して―」

シンポジスト：岩間 徹

（JCOAスポーツ委員会委員長／
潤生会岩間整形外科）

総演題数 341題

日本整形外科学会教育研修講演 34講演

懇親会

懇親会は7月14日、熊本ホテルキャッスルにて開催され、251名が出席しました。

東 一成学術集会会長、長谷川利雄JCOA理事長、木村敬熊本県知事、大西一史熊本市長、中嶋康晴日本整形外科学会理事長よりご挨拶があり、熊本大学整形外科教授・宮本健史先生のご発声により乾杯、開宴となりました。

会場では懇親会を盛り上げる余興として、熊本ヴォルターズによるチアリーディング、山鹿灯籠踊りの披露、ミカ・ストルツマンさん（マリンバ）とリチャード・ストルツマンさん（クラリネット）による演奏が行われ、華やかなひとときとなりました。

なお、令和7年度の学術集会は三重県津市にて開催予定です。



第50回JCOA研修会報告

「第50回JCOA研修会 in京都」は令和6年10月12日(土)から14日(月・祝)まで、「伝統と創造の都 京都」をテーマとして、京都市のホテルオークラ京都で行われました。

教育研修講演では京都大学iPS細胞研究所の山中伸弥先生が「iPS細胞研究の現状と医療応用に向けた取り組み」と題してご講演くださいました。文化講演では、陶芸家で清水

焼 八代清水六兵衛先生による「京焼の中における八代清水六兵衛の仕事」、および国際日本文化研究センター所長の井上章一先生による「近畿か関西か」の演題でご講演いただきました。

懇親会はホテルオークラ京都の大宴会場 暁雲で盛大に行われ、芸舞妓の踊りや鷹山保存会による祇園囃子が披露されました。

4月20日 368回研修会

整形外科の整形外科医によるリウマチ患者のための治療 ～整形外科医にしかできないリウマチ治療を目指して～

社会医療法人愛仁会井上病院 副院長 整形外科・リウマチ科
佐藤 宗彦

整形外科医にしかできないリウマチ治療がある。それは以下の5本柱である。①適切なタイミングで行う手術 ②罹病関節に対する関節注射 ③リハビリテーション ④骨粗鬆などの合併症治療 ⑤薬物治療

2024ガイドラインが改訂され、フェーズⅠではMTXもしくはcsDMARD、MTXはIL-6を主に抑制している。RA病態で中心的な役割を果たしているのはTNF α とIL-6であるため、フェーズⅡでは、第一にTNF阻害薬を選択し、MTXを併用してIL-6を抑制することは合理的であると考えられる。最近TNF α が破骨細胞・軟骨細胞・滑膜繊維芽細胞に働き関節破壊に重要な役割を担っていることが明らかとなり、TNF阻害薬が重要視されている。一方TNF阻害薬では、効果減弱による治療中止が課題となる。TNF阻害薬は脱落率がIL-6阻害剤・JAK阻害剤よりも高いことが示されている。この機序としてリウマトイド因子（RF）に着目してみると、IgMの五量体であるRFが、既存のTNF阻害薬などのIgG抗体のFc領域と結合することで免疫複合体を形成し、薬剤のクリアランス亢進、抗薬物抗体の産生、TNF α ・IL-6などの炎症促進をもたらす可能性が考えられる。そのためRFが高力価な症例では、Fc領域を持つTNF阻害薬では疾患活動性の改善が乏しくなる傾向にある。また、既存の生物学的製剤では効果発現までに2、3ヵ月を要するが、患者の多くは1週間以内の効果発現を期待しており、速やかな効果発現が課題となっている。2024ガイドラインでは新規TNF阻害薬オゾラリズマブのエビデンスが追加された。オゾラリズマブは既存のTNF阻害薬の課題を克服すべく開発された次世代抗体であ



る。従来型の抗体の分子サイズは約150kDaであるため、皮下投与では血管内皮を通過できず、まずリンパ管で吸収され血流に入るため吸収速度は遅くなる。分子サイズ40kDaを境にこれを下回る抗体であれば直接血管内に入ることができるため、吸収速度の速い薬剤となるが、分子サイズが小さくなることで血中濃度半減期は短くなるため、製剤化の障壁となっていた。オゾラリズマブは、ラマにヒトのTNF α 、アルブミンを免疫して作られたナノボディ分子を取り出し、相補性決定領域以外を遺伝子組換えによりヒト化した製剤であり、分子サイズは約38kDaである。オゾラリズマブの構造的特徴は、2つの抗TNF α ナノボディ分子と1つの抗ヒト血清アルブミンナノボディ分子からなる3量体構造を有することである。オゾラリズマブのサロゲート抗体を用いた検討において、抗TNF α ナノボディ分子の2量体のみではマウスに静脈内投与したときの血中濃度半減期が54分と、薬剤として利用することが難しい。そこで、ヒトの体内において安定的に存在する蛋白であるアルブミンに結合する抗ヒト血清アルブミンナノボディ分子を付加することで血中濃度半減期を2.2日と約50倍まで延長すること

が報告されている。実際オゾラリズマブの半減期は約18日である。また、コラーゲン誘発性関節炎（CIA）モデルマウスに対して蛍光標識したオゾラリズマブと対照薬（アダリムマブ）を投与したところ、投与4時間後には四肢関節部位へ移行し、8、24時間後にも対照薬よりも多くの集積が確認された。

このような構造的特徴を持つオゾラリズマブは、第Ⅱ／Ⅲ相試験であるOHZORA試験を行った。本試験は、MTX効果不十分な日本人RA患者381例を対象に、オゾラリズマブ30mg、80mgまたはプラセボを4週間隔で投与した。患者背景には生物学的製剤の使用歴が約40%含まれており、D2TRAに近い患者の存在も想定できる。オゾラリズマブ30mg群において投与開始3日目から各評価時期で有意差が認められ、期待された即効性の高さが証明された。52週時の疾患活動性の改善率は高く、生物学的製剤使用歴の有無に関係なく高かった。MMP-3、IL-6ともに、オゾラ

リズマブ投与3日目から各評価時期で有意差が認められた。追加解析である関節破壊の進行が見られなかった患者（ Δ mTSS $\leq$ 0）の割合はオゾラリズマブ30mg群で73.0%、プラセボ群で56.0%となり有意差が認められた。本試験において中和抗体の発現率は、オゾラリズマブ30mg群で7.0%であり、既存のTNF阻害薬と同様に発現すると考えられる。安全性についても他のTNF阻害薬と同様に感染症や結核への注意が必要である。さらにMTX非併用のNATSUZORA試験も施行されており、MTX併用には劣るものの良好な臨床成績が得られた。さらに4週に1回という投与頻度が良好なアドヒアランスをもたらすと考えられる。

以上から、オゾラリズマブは速やかな効果発現、生物学的製剤効果不十分例に対する効果などといった可能性を持つ薬剤である。実際当院の25例のデータでも良好な成績が示されている。

4月20日 368回研修会

Hip-spine relationshipを考慮した THAのトータルマネジメント

近畿大学 整形外科
主任教授 後藤 公志



手術手技の進化と、インプラントの進化、特にクロスリンクポリエチレンの登場によってポリエチレン摩耗に伴う骨融解や無菌性弛みが劇的に生じにくくなった今日において、THAの長期成績は向上して極めて患者満足度の高い手術となっているが、相対的に骨折、脱臼、感染による再置換リスクが上昇している。高齢化社会の進展と脊椎固定術の普及によって、高度の脊柱変形を伴ったTHA症例や、脊椎固定術後のTHA症例が増加しており、その場合には可動性の乏しい脊柱に対して相対的にTHA後の股関節により大きな可動域が日常生活で必要となる。それがTHA後の脱臼リスクを増大させる為、THAにおいてHip-spine relationshipを考慮した対策が求められるようになってきている。脊椎、骨盤、股関節は連動して動き、鼠径部痛は腰椎疾患を含めて股関節以外の原因で生じることも多く、股関節外科医には脊椎疾患を含めた正確な病態把握と適切な治療選択が求められている。

脊椎と股関節の密接な関連性において、①L4神経根障害が股関節痛をもたらすこと、②変形性股関節症による股関節の屈曲拘縮が腰椎前弯を強めるが、THAによって腰椎前弯は軽減し、腰痛も改善すること、③側弯が2次的なdysplasiaを生じさせ、股関節OAを悪化させること、逆に股関節の内転拘縮は2次的な腰椎側弯を生じさせることが以前から知られている。我々の研究でも、①THA後に腰椎前弯が減少し、腰痛が軽減しやすいこと、②股関節変形と仙腸関節OAが密接に関連していること、③脊椎固定術後の股関節の軟骨のすり減りは脊椎固定の範囲が大きいほど進みやすいことなどが証明されてい

る。また、脊椎固定術後にTHAを行うよりも、THAを行った後に時間をおいて脊椎固定術を行った方が、THA後の脱臼率や再置換率が低下することが報告されている。さらに、脚長差は腰や膝関節にさまざまな悪影響をもたらすことが報告されており、THAでは極力脚長差を0にすることが望ましい。

Hip-spine relationshipを考慮したTHAの術前計画において、我々がルーチンに行っていることは、①下肢全長、全脊椎、座位腰椎側面のXp検査を行って、PL-LL、 ΔSS を計測して脊椎矢状面アライメントと脊椎—骨盤可動性を評価すること。②術前CTで股関節のcombined anteversionを計測し、cupは原臼位設置、脚長差は0となるように設計図を作成すること。③認知症があったり、 $PI-LL > 20^\circ$ 、 $\Delta SS < 10^\circ$ となるようなspinal imbalanceとstiff spineが併存している症例や、術前ROM制限が少なく、脚延長3mm以下の症例や、多椎間腰椎固定、腰仙椎固定術後の症例や再発性脱臼に対する再置換症例では、脱臼予防対策としてdual mobility cupの使用を検討することである。

実際にHip-spine relationshipを考慮してTHAを行う場合、ナビゲーションやロボッ

トの使用の有無に関係なく、カップの前方開角は、寛骨臼の骨棘を除いた元々の寛骨臼の前方開角に出来るだけ合わせるべきと考えている。股関節の可動域は寛骨臼と大腿骨の形状によって規定されており、寛骨臼の前方開角は骨盤傾斜の変化に応じて変化する。その骨盤傾斜は年齢とともに変化し、脊椎固定術やTHAによっても変化し、肢位によっても変化するが、個々の症例で変化のばらつきが大きく、将来的な骨盤傾斜の変化を予測することは困難である為、カップの前方開角は生来の股関節の形状に合わせておくのが合理的である。過度にカップの前方開角を減らすと、カップが前方の寛骨臼壁から突出して腸腰筋インピンジメントのリスクが増大することも考慮する必要がある。また、カップの高位設置は股関節のバイオメカニクスに不利に働くだけでなく、正常な寛骨臼壁による骨性インピンジメントのリスクを増大させる為、カップは原臼位に設置することが大原則となる。術中のカップ前方開角を決定する際には、術中の骨盤傾斜がレトラクターのかけ方や牽引台使用によって変化し、股関節の拘縮解離に

よっても変化する為、ナビやロボットを使用しない場合にはX線透視や術野で骨盤傾斜の変化を確認する必要がある。

生体の股関節は、骨盤傾斜が変化しても脱臼しないが、それは骨頭径が大きいだけでなく、強靱な関節包靱帯が股関節を安定化させているからである。同様に、THAにおいて骨盤後傾症例での股関節過伸展外旋による脱臼や、THA後の骨盤傾斜の変化による遅発性の脱臼を予防する為には、特に脚延長をせずにTHAを行う場合には、dual mobilityを含めて可能な限り大きな径の骨頭を選択することも重要だが、関節包靱帯を極力温存または修復しておくことが重要である。大きな径の骨頭を使用することにはhead-neck junctionでの金属腐食（Trunnionosis）のリスクがあり、dual mobility cupの選択においてもCoCr製のライナー使用による股関節周囲の異常組織反応（ARMD）の症例報告がされており、安易な適応拡大には慎重にならざるを得ないが、dual mobility cupの使用は術後脱臼対策に有用であることは明白であり、今後も使用の増加が見込まれる。

5月11日 369回研修会

整形外科医のための不眠症薬物療法 ～転倒転落リスクやせん妄リスクをふまえて～

大阪市立総合医療センター 精神神経科
医長 粥 川 朋 哉

【はじめに】大阪市立総合医療センターは約1000床の総合病院であり、年間の手術件数は1万件を超える。精神科はリエゾンチームと認知症ケアサポートチームで全病棟からコンサルトを受けているが、せん妄関連の依頼が半数以上を占める。せん妄は不穏や興奮を認めることがあり、発症すると対応がとても困難である。なので、せん妄は起こってからどう対応するかというよりは、いかに起こさないようにするかが重要である。今回、せん妄の予防について薬物療法を中心に説明する。

【医薬品誘発性せん妄】せん妄の原因薬剤は様々ある。H2ブロッカーはPPIに変更することで対応する。ステロイドやオピオイド、抗コリン薬などは身体的治療に必要な場合が多く、身体科に相談し可能なら漸減していただく。薬剤性せん妄で最も予防可能なのは、実はGABA受容体作動薬かもしれない。BZ系や非BZ系といったいわゆるベンゾ系の睡眠薬や抗不安薬、アルコールなどのGABA受容体作動物質を定期的に摂取していない患者が、術後に眠れないからといって不眠時にベンゾ系睡眠薬を内服するとせん妄が起こる。これを予防するためには、入院時の問診が重要であり、飲酒歴やベンゾ内服歴がない患者であるならば、不眠時の睡眠薬はベンゾ系を避けなければならない。当院では不眠時として、オレキシシン受容体拮抗薬のスボレキサントかレンボレキサントを使用している。

【離脱せん妄】上記の取り組みによって、医薬品誘発性せん妄は減ってきているように思う。離脱せん妄には、アルコール離脱せん妄とベンゾ離脱せん妄がある。離脱せん妄を起こすのは、アルコール依存かベンゾ依存の患者であり、いずれもGABA受容体作動物質の



定期摂取による身体依存の形成が原因である。これを予防するためには、やはり入院時の問診が重要であり、アルコールの長期多飲歴やベンゾ系薬剤の6カ月以上の定期内服歴があれば、依存状態であるとみなして対応する必要がある。アルコール依存の場合は院内でのアルコール摂取ができない代わりにジアゼパムなどのベンゾ系薬剤を定期内服とし、ベンゾ依存の場合は内服しているベンゾ系薬剤を中断せず内服継続とする。ベンゾ系薬剤がせん妄の原因になるからといって、手術を控えるベンゾ依存患者のベンゾ系薬剤内服を中止してしまい、ベンゾ離脱せん妄が起きるといったケースを経験することがあるので注意が必要である。いずれの場合も入院時の問診が重要であり、「ベンゾ系を飲んでないなら飲ませるな、飲んでるなら急にやめるな」という対応となる。これはアルコールも同じで、「飲んでない人には飲ませるな、飲んでる人は急にやめるな（つまり同じGABA受容体作動物質であるベンゾ系薬剤を定期内服してもらう）」ということなのである。

【おわりに】入院時の対応については問診が重要であったが、普段の診療から、アルコール依存、ベンゾ依存を形成しないよう注意し

ていくことが、より重要である。不眠患者に安易にベンゾ系薬剤を処方することは避け、メラトニン系やオレキシン系の睡眠薬を中心とした不眠症薬物療法を施行することが、せん妄予防につながる。

5月11日 369回研修会

高齢者の人工関節置換術 ーセメントレス人工股関節置換術を中心にー

関西医科大学総合医療センター
松 矢 浩 暉

超高齢化社会を迎えるなか、高齢者の社会活動やスポーツ参加の機会がますます増加し、それに伴って高齢者の手術機会も年々増加しています。当院では例年約130例140股関節／年の人工股関節置換術（以下THA）、約150例200膝関節／年の人工膝関節置換術（以下TKA）を行なっておりますが、70歳以上の割合がTHA48%、TKA81%と多くを占めております。

当院では年齢に関係なくTHAにおいてそのほぼ全例をセメントレスTHAで対応しております。今回はその理由について講演させていただきました。

第一の理由は、使い慣れた機種であるということです。当院では昭和59年以降一貫してセメントレス機種を使用しており、特に1996年以降はDepuy社のS-ROMを主要機種としております。この機種は全周がポーラスコーティングされた近位スリーブと、ポリッシュ表面加工されたステムで構成されるモデュラステムで、大腿骨近位部と遠位部でfit and fillにて髓腔占拠率を高めて初期固定を得るのがデザインコンセプトです。スリーブ・ステムともに至適角度で任意に挿入可能なため術中での融通性が高く、我が国に多い形成不全性股関節症など大腿骨の変形が強い初回症例から再置換例まで幅広い対応が可能な機種です。よって皮質骨の菲薄化や髓腔拡大が顕著化する高齢者においても十分に対応可能です。第2の理由は、セメントレス表面加工の進歩です。以前の容射加工・ビーズ加工・メッシュ加工に比して、最近の3Dポーラス加工・3D OM加工は術直後よりインプラントの固定性が高く、さらに骨誘導能・骨新生能が著しく向上しており高齢者でも十分な固



定性が得られます。第3の理由は、ポリエチレンよりも摩耗の少ないセラミックライナーを使用することで大径骨頭の選択が可能となり、結果的に脱臼率が優位に軽減できるので、筋力低下や認知症のある高齢者でも安心してTHAを行えます。

高齢者手術での工夫は、愛護的な手術操作の更なる徹底や締結による骨折予防、必要時に摘出骨頭を細片化して自家骨移植することです。また平素から骨粗鬆症治療を行っております。

以上について詳細に説明し、症例を供覧させていただきました。

6月29日 370回研修会

レセプトデータベースから見える骨粗鬆症診療の現状

近畿大学 名誉教授、近畿大学医学部 公衆衛生学 客員教授
伊 木 雅 之

Real world data研究としての医療データベース研究

Evidence-based medicine (EBM) では無作為化比較試験 (randomized controlled trial; RCT) が最も信頼できる研究デザインとされるが、RCTは厳しい繰り入れ基準と除外基準によって選択された比較的均質な患者を厳格に管理した診療環境下で行われることが多く、内的妥当性は高いが通常医療への一般化が難しい。そこで注目されるのがReal world dataである医療データベースを用いた研究である。「匿名レセプト情報・特定健診等情報データベース」(NDB) は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、厚生労働省がレセプト情報と特定健診・特定保健指導情報を格納・構築しているもので、第三者提供もされている⁽¹⁾。NDBには2012年以降のすべての電子レセプトデータが格納されている。NDBの強みは悉皆性、すなわち母集団の代表性と、規模が膨大で希少疾患の解析が可能であること、そして医療機関が変わっても患者を個人レベルで追跡できること等である。



骨粗鬆症の診療実態

骨粗鬆症では治療を受けていない患者が多い、いわゆる治療ギャップが問題になっている。そこで、NDBから2012年4月～2019年3月に大腿骨近位部骨折を起こした患者、男264,003人、女677,480人を抽出し、骨折前と骨折後90日以内の骨粗鬆症治療薬の処方開始割合を求めたところ、骨折前は男5.7%、女27.2%、骨折後は男8.9%、女29.6%が骨粗鬆症治療を受けていた(図1)⁽²⁾。この結果は過去の研究と著変なく、骨折後の増加もわずかに止まった。大腿骨近位部骨折後は骨密度に関係なく骨粗鬆症の薬物療法を考慮するこ

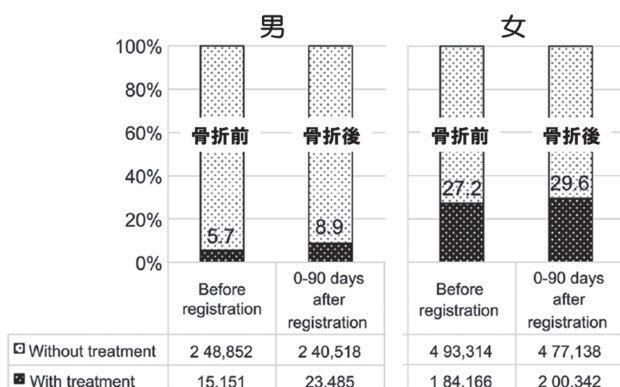


図1 大腿骨近位部骨折発症前と発症後90日以内の骨粗鬆症治療割合 (文献(2)より改変)

とがガイドラインでも求められている⁽³⁾。この点の啓発が必要である。

グルココルチコイド誘発性骨粗鬆症の診療実態

経口グルココルチコイド（GC）を使用すると数ヶ月の内に骨密度が低下し、骨折リスクが上昇するグルココルチコイド誘発性骨粗鬆症（GIO）が生じる⁽⁴⁾。このため、日本でも2004年にGIO管理ガイドラインの初版が、2023年に再改訂版が出版された⁽⁵⁾。それによれば、経口GC薬を3ヶ月使用したか使用する予定の患者には骨折リスク評価を行い、リスクが高い場合は骨粗鬆症薬物治療を推奨している。しかし、その遵守割合はどうか。NDBから2012～2017年度に新たにGC治療を開始し、最初の3ヶ月にプレドニゾロン

（PSL）換算で70mg以上処方された患者女332,086人、男288,879人を抽出し、GC開始後360日の骨粗鬆症治療の実施状況を追跡した。ガイドラインに従えば女の90.9%、男の84.4%がAOM実施対象となったが、その内、投薬されていたのは女52.8%、男31.4%の低率であった⁽⁶⁾。しかも、骨粗鬆症治療が開始された患者の中でも女32.2%、男28.0%はGC開始後90日より後に開始されていた。この治療開始遅れの骨折発生への影響を見ると、90日以内に開始された「遅れなし」患者に比べ、その後に開始された「遅れあり」患者では明らかに大腿骨近位部骨折と臨床椎体骨折の発生率が高くなっていた（図2）⁽⁷⁾。ガイドラインに従って、骨折リスクが高い患者についてはGC開始後速やかな骨粗鬆症治療開始が望まれる。

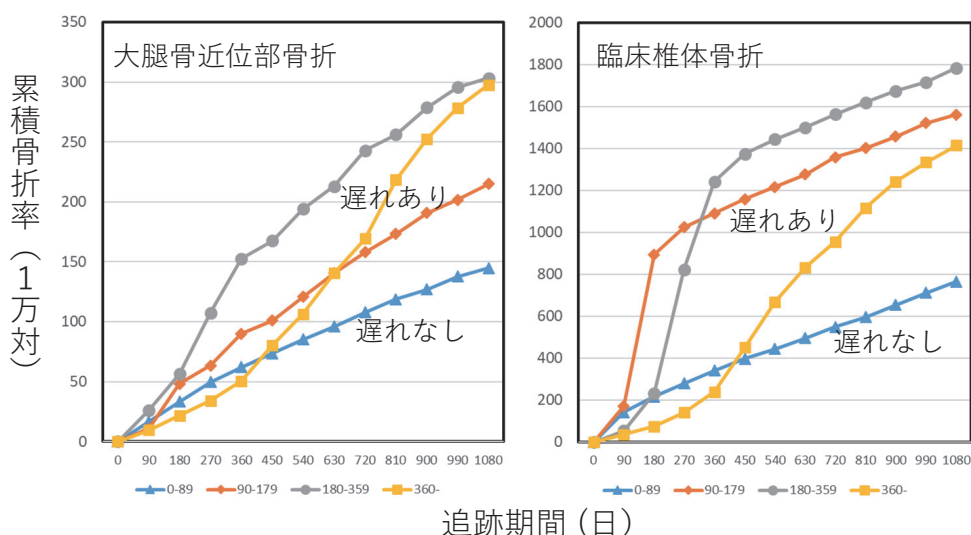


図2 グルココルチコイド使用女性患者におけるグルココルチコイド開始から骨粗鬆症治療薬処方までの日数別に見た大腿骨近位部骨折と臨床椎体骨折の累積発生率（文献(7)より改変）

引用文献

1. Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare. National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan (NDB) 2024 [Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhooken/reseputo/index.html].
2. Nakatoh S, Fujimori K, Ishii S, Tamaki J, Okimoto N, Ogawa S, et al. Insufficient increase in bone mineral density testing rates and pharmacotherapy after hip and vertebral fracture: analysis of the National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan. *Archives of osteoporosis*. 2021;16 (1):130.
3. 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会. 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2015年版. 東京：ライフサイエンス出版；2015.
4. Buckley L, Humphrey MB. Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. *The New England journal of medicine*. 2018;379 (26):2547-56.
5. 日本骨代謝学会グルココルチコイド誘発性骨粗鬆症の管理と治療のガイドライン2023作成委員会. グルココルチコイド誘発性骨粗鬆症の管理と治療のガイドライン2023. 東京：南山堂；2023.
6. Iki M, Fujimori K, Nakatoh S, Tamaki J, Ishii S, Okimoto N, et al. Guideline adherence by physicians for management of glucocorticoid-induced osteoporosis in Japan: a nationwide health insurance claims database study. *Osteoporos Int*. 2022;33 (5):1097-108.
7. Iki M, Fujimori K, Nakatoh S, Tamaki J, Ishii S, Okimoto N, et al. Delayed initiation of anti-osteoporosis medications increases subsequent hip and vertebral fractures in patients on long-term glucocorticoid therapy: A nationwide health insurance claims database study in Japan. *Bone*. 2022;160:116396.

6月29日 370回研修会

小児脊柱変形の診断と治療の最新動向 －患児の将来を守るために－

大阪市立総合医療センター 整形外科 側弯症センター

松 村 昭

小児側弯症は運動器健診の結果、医療機関を受診し判明することが多い疾患です。側弯症は特に成長期に悪化することが知られており、特に思春期には注意が必要です。成熟後には急速に悪化することはありませんが、弯曲が大きければ少しずつ悪化し機能障害の原因となる可能性があります。本稿では日常診療で最も多く遭遇する特発性側弯症について最新の知見を含めて簡単に説明いたします。



特発性側弯症の基礎知識

約80%の側弯症は“特発性側弯症”とよばれるものです。“特発性”とは、原因がわからないことを意味します。学童期の後半から思春期にかけて（小学校高学年～中高生）、成長とともに脊椎が回旋変形を伴い曲がっていく病気です。特発性側弯症の治療は成長の程度・脊柱の変形の程度から判断し、(1) 外来での経過観察、(2) 装具治療、(3) 手術治療、を行います。診療する上では疾患の基礎情報が重要ですので簡単にまとめます。

- ✓原因：特発性の名前がついているように原因は不明です。遺伝的な要因はある程度ありますが、その詳細は不明です。最近の疫学研究で母親が特発性側弯症の場合には1.5倍の危険因子となるようです。
- ✓発生頻度：10°以上の側弯症の頻度は2-3%と言われています。また治療を要する側弯症（Cobb角30°以上）は0.1～0.3%で、男女比は1：10と言われています。
- ✓生活様式の影響：運動、食生活、日常生活での姿勢など生活様式は側弯症の発生に全く影響しないことが最近の大規模研究の結果判明しております。

✓症状：小児期にはほとんど症状はありません。ですので運動器健診を中心に早期発見することが重要です。

- 腰下肢痛：思春期には側弯が原因となることは極めて少ないと言われています。ただ、手術適応になるような側弯症の場合には骨成熟後も側弯カーブは進行し症状を惹起します。
- 呼吸機能障害：Cobb角80°を超えるようなカーブでは呼吸機能障害を惹起する可能性があります。注意が必要です。
- 消化器症状：思春期には症状の原因となることはまずありません。ただ、成人期になり変形が進行すると逆流性食道炎（GERD）の原因となります。
- 整容面：女兒が多い本疾患では、体表面上の異常（前述）が大きな心理的ストレスとなっていることが多くなります。美容的な要因は無視できない問題ですので、患児の心理を十分理解し診療にあたる必要があると考えます。
- ✓自然経過：成長期にカーブは急激に進行する場合もあります。骨成熟後の自然経過が非常に重要で、胸椎カーブ40-45°以上、腰椎カーブ30-35°以上の場合には年

間0.5～1°程度はカーブが進行する可能性があるとされています。また、近年L3 tilt（第3腰椎の冠状面での傾斜）が16°を超える場合は腰椎カーブが進行することが指摘されています。

特発性側弯症の治療

✓ 定期的経過観察

彎曲が軽い場合（20-30°未満）には、成熟するまで定期的に経過観察を行います。1年

に2～3回レントゲン写真を確認します。進行があれば適切なタイミングで次の段階の治療に移行します。

✓ 装具治療

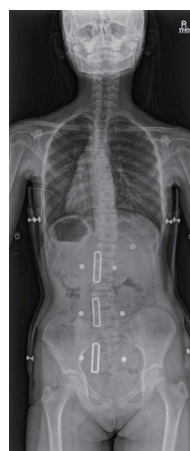
彎曲が中等度の場合（20-30°以上）、側弯が進行しないよう装具治療を行います。装具治療は彎曲が急速に悪化する成長期にのみ行います。成熟した時点で彎曲が中等度で治まれば、装具治療終了となります。



大阪市立総合医療センター
(OCGH) 装具



装具なし

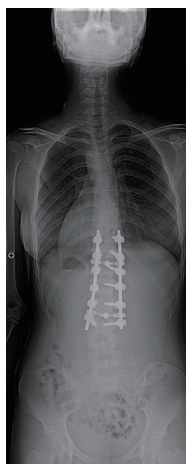
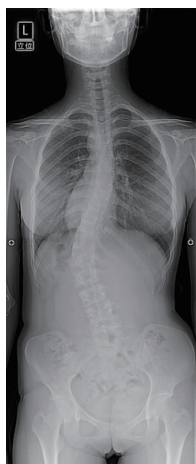


装具あり

✓ 手術治療

前述のように彎曲が大きな場合（胸椎カーブ：45°以上、腰椎カーブ：35°以上）は成熟

後も彎曲が悪化することが知られています。進行は少しずつではありますが、数十年の経過でさらに大きな彎曲となり、前述の機能障



腰椎の側弯症手術



胸椎の側弯症手術

害の原因となる可能性があります。これらの障害を予防するため、適切なタイミングでの手術治療が勧められます。

まとめ

小児側弯症の治療の目的は将来起こる可能性がある障害の発生を予防することです。そのためには適切なタイミングでの治療が重要です。基本的には専門機関での治療が勧められます。

7月27日 特別研修会

手外科領域におけるエクオールの可能性 ～手のしびれ、年齢のせいにはしていませんか？～

順天堂大学 医学部付属浦安病院 整形外科
准教授 市 原 理 司

講演要旨：

「手の変性疾患」としてヘバーデン結節、ブシャール結節、母指CM関節症といった手の変形性関節症や、ばね指、デ・ケルバン病などの狭窄性腱鞘炎、手根管症候群に代表される絞扼性神経障害が挙げられます。これら個々の手の変性疾患に対してどのように保存治療に取り組むべきか？また、保存治療で改善が不十分なときに、どのタイミングで手外科専門医へ紹介すべきかなどに関して詳説させて頂きました。

また、本邦において手の痛みやしびれを愁訴として整形外科を受診する患者の大半は中高年の女性患者であり、その数は100万人にのぼると言われており、多くの患者が手の変性疾患で来院されています。日常の外来診療において、診察室に中高年の女性患者が訪れ、指の痛みやしびれを訴えた際に、「それは年のせいです」、「使い過ぎです」と言った経験がある先生も少なからずおられると思いますし、実は私も5年前まではその一人でした。しかし、近年の手外科分野での基礎研究の進歩により、手のしびれや痛みが女性ホルモンの変動と深い関連があることが報告されるようになりました。そこで本講演では個々の手の変性疾患と女性ホルモンとの関係について、女性のライフサイクルとホルモンバランスの変化との相関について詳細に説明させて頂きました。

現在では全国各地の整形外科クリニックで手の痛みやしびれを訴える中高年の女性患者に対して「手のしびれや痛みは女性ホルモンの急激な低下により引き起こされることがあります」と説明されている先生が増え始めています。しかしながら、その割合は依然とし



て13.5%に留まるとする報告もあります。本講演を通して、なぜ女性ホルモンの急激な低下が起きる更年期に手の痛みやしびれが強くなるのか？また、高齢化が進む日本において女性のヘルシーエイジングをサポートするための方策として、われわれ整形外科医はどう向き合えばいいのかに関して、手外科医として日々の診療の中で得られた私の知見を交えて述べさせて頂きました。

講演の中では、私のライフワークである外傷再建センター長としての再建症例の提示や、スポーツドクターとしての2023バスケットボールW杯でのメディカルサポート、そして2023年6月から週刊少年サンデーで連載されている「漫画テノゲカ」のエピソードや、韓国進出を皮切りに今後ますます活発化するであろう世界進出に関しても多くのイラストと共に紹介させて頂きました（図1）。今後も大阪臨床整形外科医会の会員の皆さまに、ご購入頂ければ幸いです。

予告 フランスで医師になる

よく頑張った、いい医者になれよ

はい

あんた太田鹿野郎だわ

手外科医になるんだ

日本とフランス、
2つの国の長大な距離、
その中で医師を目指す
手塚の成長物語

合格を握って、乾杯

筋肉絶食の地獄だぞ

テノゲカ

第2部 “日仏青春編”

漫画テノゲカより

週刊少年サンデー20号(4/10発売)にて開幕!!

수부외과

Hand surgery

“손”을 전문적으로 치료하는 정형외과의 분과

JUMP COMICS SPECIAL

世界へ進出！（韓国版）

ご清聴ありがとうございました

図1：週刊少年サンデー（小学館）で連載中の漫画テノゲカに関する公演中スライドでハングル語で韓国書店で販売が開始になったことを紹介した。

7月27日 特別研修会

整形外科における男女共同参画のこれまでの歩み ～現在地から将来への展望～

整形外科北新病院 上肢人工関節・内視鏡センター 副センター長
日本整形外科学会男女共同参画委員会 委員長 **大 泉 尚 美**

1. 日本における整形外科女性医師の現状

医師全体数における女性医師の割合は2008年の18.1%から2022年には23.6%と徐々に増加しているのに伴い、整形外科における女性医師も3.8%から6.0%と増加しているが、科別にみる40科中38番目と依然として女性が非常に少ない（厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師統計より）。日整会会員数を見てみると、2024年2月現在26,746名の会員中、女性は1,867名、6.9%とやはり少ないが、女性会員を年代別に見ると20代14.6%、30代11.4%、40代10.0%、50代6.6%、60代1.8%、70代2.0%、80代1.0%と、若い世代にいくにしたがって増加しており、今後は女性整形外科医が増えていくことが期待される。しかし、森本ら¹⁾は、主要臨床分野で女性比率が下位の10診療科において女性が30%を達成するのに要する時間を推定し、整形外科が最も長くこのままでは160年を要すると報告している。一方で、若手男性医師の科選択の動向をみると、30代の整形外科医はこの20年で約3割減少し、30代男性医師総数に占める割合も1割ほど減少している。それに伴い、整形外科医の人口ピラミッドは1996年の若手が多い富士山型から、2020年には50代後半をピークに若手が少ないつば型となっている。今後、高齢化社会が進むにつれて需要が増えると予想される整形外科医の減少は大きな問題であり、女性整形外科医を増やすことは整形外科医不足に対する有効な解決策でもある。

2. 日本整形外科学会における男女共同参画への取り組み

日本整形外科学会では女性整形外科医を増やす、支援することを目的に2017年に女性医



師支援等検討委員会を発足し、2018年には男女共同参画委員会、2019年には男女共同参画・働き方改革委員会と名称が変わり、2021年に働き方改革委員会と分離して現在の男女共同参画委員会となった。この年に日整会に初の女性理事2名が誕生している。男女共同参画委員会のこれまでの活動を紹介する。

① 第1回女性医師の現状に関するアンケート²⁾

委員会発足時の2017年に、まず女性の勤務状況の実態を知る目的で日整会女性会員を対象にアンケートを行い、775名から回答を得た（回答率53.3%）。勤務形態は常勤77%、非常勤19%、休職中3%であった。サブスペシャリティがあると回答したのが76%で、その内訳は多い順に手外科とリハビリテーションが各12%、関節外科11%、リウマチ10%であったが、ほぼすべての分野が選択されていた。「育児はキャリア形成の障害になるか？」との質問には72%が「なる」と回答し、その理由は「技術面（手術など）の遅れ」「学術活動への時間が不足」「学位取得が困難」などであった。一方で「ならない」と回答した28%の理由は「専門医取得・学会

発表・手術・学位取得ができてい」などが多く、仕事と関わりモチベーションを保つことが重要と考えられた。2024年7月現在、第2回のアンケートを実施しており、この7年間で女性医師の現状がどう変わったかを含めて結果を報告する予定である。

② 「イクボス」と男性育休の推進

男女共同参画を進める上では指導者・管理者の意識改革も重要であり、イクボスという概念を広めることがその一助になるのではないかと考え、本活動に取り組んだ。イクボスとは、「職場でともに働く部下・スタッフのワーク・ライフ・バランスを考え、その人のキャリアと人生を応援しながら、組織の業績も結果を出しつつ、自らも仕事と私生活を楽しむことができる上司」である。また、2022年4月には育児・介護休業法の改正が行われた(図1)。これらを踏まえ、2022年10-11月に日整会会員を対象にイクボスと育休に対する認識についてのアンケートを行った³⁾。リーダー版とチームメンバー版の2種類を作成し、それぞれ641名、434名より回答を得た。リーダーがイクボスの工夫として取り組んでいることと、チームメンバーが上司にイクボスとして望むことは、「時間外勤務を縮減するための工夫(補助作業やICTの活用、業務時間の効率化)」がともに多く、チームメ

ンバーからは「多様な働き方の理解」も挙げられた。育休取得状況について子どもがいると回答した男性242名、女性75名に聞いた結果を図2に示す。女性では40歳代以下では希望者がほぼ育休を取得できていた一方で、男性では年齢が下がるほど取得希望者が増加していたが、実際に取得できたのは20歳代でも40%であった。これからの若い世代では男性でも育休取得が増えていくと予想され、育休を取得しやすい雰囲気づくり、人的資源の確保、育休制度の周知が喫緊の課題として浮き彫りとなった。

③ 整形外科医になろうセミナー

整形外科医を増やすための取り組みとして、医学生・研修医にむけて整形外科の魅力を伝え興味を持つきっかけを作ること、年齢に近い若い先生の話聞くことで整形外科医のリアルな生活を身近に感じ、具体的にイメージしてもらうこと、を目的に2023年2月よりこれまで3回開催した。比較的若い様々なサブスペシャリティの専門医や専攻医に演者を依頼し、聴講者からは好評を得ている。「整形外科医になろうセミナー」特設サイト(日整会HPよりリンクあり)より視聴可能であり、今どきの若い先生のことを知ることができる機会としてぜひ一度ご覧いただきたい。

	産後パパ育休(R4.10.1～) 育休とは別に取得可能	育児休業制度 (R4.10.1～)	育児休業制度 (改正前)
対象期間 取得可能日数	子の出生後8週間以内に 4週間まで取得可能	原則子が1歳 (最長2歳)まで	原則子が1歳 (最長2歳)まで
申出期限	原則休業の2週間前まで ^{※1}	原則1か月前まで	原則1か月前まで
分割取得	分割して2回取得可能 (初めにまとめて申し出ることが必要)	分割して2回取得可能 (取得の際にそれぞれ申出)	原則分割不可
休業中の就業	労使協定を締結している場合に限り、 労働者が合意した範囲 ^{※2} で休業中に就業 することが可能	原則就業不可	原則就業不可
1歳以降の延長		育休開始日を柔軟化	育休開始日は1歳、 1歳半の時点に限定
1歳以降の再取得		特別な事情がある場合 に限り再取得可能 ^{※3}	再取得不可

図1：改正育児・介護休業法（2022年4月改正 厚生労働省ホームページより）

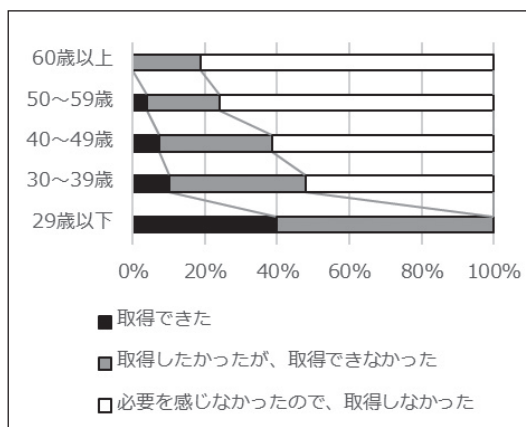
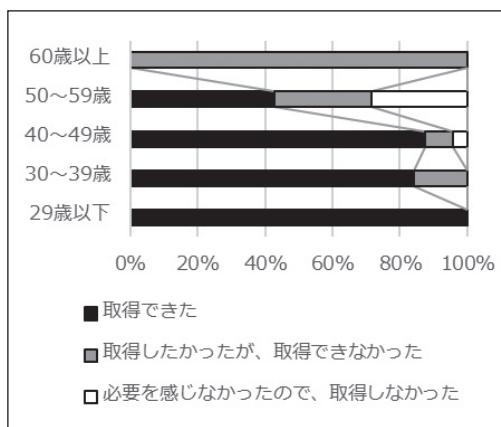


図2：育休取得について（2022年 整形外科領域における「イクボス」および「育休」に関するアンケート結果³⁾より）左グラフ：女性医師、右グラフ：男性医師の回答結果

④ その他

- ・男女共同参画委員会HPでの情報提供（トラベリングフェロー、各施設の男女共同参画への取り組み、男性育休体験談、など）
- ・日整会学術総会における男女共同参画に関するシンポジウムの企画提案、座長への女性会員の推薦
- ・海外の女性整形外科医との交流（トラベリングフェローとの意見交換会や米国 Ruth Jackson Orthopaedic Society annual meetingの視察など）

3. 整形外科における男女共同参画の今後の展望

整形外科における男女共同参画の歴史的な流れは、女性のみを支援してきたフェーズから、男女とも対象にした働き方改革のフェー

ズへと変化している。女性はもちろん、男性も含めて人的資源を増やす必要があり、医学生・研修医に選ばれる魅力ある整形外科にするためにどうしたらいいかを考えていかなくてはならない。さらに次のステップとして、人を増やすだけではなくキャリア支援が必要であり、ダイバーシティや多様な働き方を尊重すること、サブスペシャリティ教育、メンタリングプログラム、若い世代との世代間ギャップを理解した上で指導者世代の意識改革も重要となる。また、日本ではまだ系統だっで行われることが少ないリーダーシップ教育を充実させていくことも必要と考えられる。今後も男女ともに働きやすい整形外科を目指して委員会活動を続けていく所存であり、皆様のご理解とご協力をいただければ幸いである。

- 1) Morimoto T, et al. How long will it take to reach the gender diversity goal for orthopaedics in Japan? J Orthop Sci, 29;1140-1144, 2023.
- 2) 日本整形外科学会男女共同参画委員会. 第1回整形外科領域における女性医師の現状に関するアンケート調査報告. 日整会誌 92:574-580, 2018.
- 3) 日本整形外科学会男女共同参画委員会. 整形外科領域における「イクボス」および「育休」に関するアンケート調査報告. 日整会誌 97:288-297, 2023.

8月24日 371回研修会

分子標的治療薬はリウマチ患者の筋肉を増やすか？

大阪市立総合医療センター 整形外科学
副部長 多田 昌弘

はじめに

基礎研究では、TNFやIL-6などの炎症性サイトカインが関節リウマチ（RA）患者の筋肉量を減少させることが報告されている。しかし、実臨床において、抗リウマチ薬のみで治療を強化した群と、分子標的治療薬を追加した群で筋肉量を比較した研究はない。これらを検討するために、1年間の前向き研究（PRESENT研究）を実施した。本研究の結果を報告し、RA患者の筋肉量維持や増加に有用な対策について、文献的考察を踏まえて解説する。



るための前向き観察研究（CHIKARA研究）では、サルコペニア合併率は28%であった⁴⁾。

高齢化するRA患者とサルコペニア

厚生労働省の「RA患者の診療実体および問題点を明らかにする研究（松井利浩ら）」によると2018年の日本人RA患者の平均年齢は66.5歳（2002年：61.1歳）、平均発症年齢は52.6歳（2002年：46.3歳）と経年的に高齢化が進んでいる。高齢化するRA患者の問題点としては、生理活性機能の低下、合併症（慢性腎不全、間質性肺炎など）、感染症リスクの上昇、MTX使用困難などが挙げられる。また、サルコペニアや骨粗鬆症を合併すると、QOL低下を引き起こす転倒、骨折のリスクも上昇する。筋肉量、筋機能低下と定義されるサルコペニアは、心疾患イベントのリスク上昇や、死亡率、要介護発生率上昇にも関係すると報告されている^{1,2)}。サルコペニアに関連する疾患を調査した研究では、RAのオッズ比が16.4と断トツに高く、第二位の慢性気管支炎（オッズ比4.84）や第三位の骨粗鬆症（オッズ比4.40）を大きく引き離している³⁾。我々の施設で施行した「RA疾患活動性とサルコペニアの関連性」を調査す

サイトカンと筋肉

運動すると筋肉からマイオカイン（筋肉由来活性物質）が放出され、筋肉の肥大化のみならず、血糖値の低下や、動脈硬化予防、脂肪分解、骨の強化などに効果的であると報告されている⁵⁾。代表的なマイオカインとしてIL-6やIrisin、IGF-1、IL-15などがあり、筋肉と他臓器の間で情報伝達を行っている。健康人において、運動直後では血清のIL-6濃度は運動前と比較して、有意に上昇している。しかし、RAを日々診察するリウマチ医としては、IL-6は炎症性サイトカインとしての側面が強く、IL-6が筋肉を肥大化させたり、骨を強化させたりするanabolic作用には、違和感がある。

炎症性サイトカインであるTNF α やIL-6は筋肉組織を分解する作用があることが、モデル動物や基礎研究から報告されている（図1）。TNF α はNF- κ Bを介して、IL-6はJAK-STATを介して、MuRF-1やAtrogin-1を誘導し、筋肉を分解する事から、炎症性サイトカインは筋肉に対してcatabolicな作用が

ある。

現状では、IL-6は筋肉に対して二面性を有すると考えられている。即ち、運動などの負荷時には、抗炎症効果及び筋肉に対してanabolic作用をもたらす。一方、RAを含む慢性炎症疾患などでは、炎症効果及び筋肉に対してcatabolic作用をもたらす。

PRESENT研究

分子標的治療薬がRA患者の体組成（体重、筋肉量、脂肪量、基礎代謝など）にどのような影響を与えるかを調査するために、従来型抗リウマチ薬のみで治療した群と比較検討した。当院および関連施設では、前向き観察研究「RAにおけるバイオ製剤とJAK阻害薬のサルコペニア抑制効果（PRESENT研究）」を2021年から行っている。治療強化が必要なRA患者200人を分子標的治療薬群（b/tsDMARDs群）100人と従来型抗リウマチ薬（csDMARDs群）100人にわけ、52週治療継続が可能であった80人ずつを検討した。ベースラインの全体の年齢、罹病期間の中央値は70歳、4年であり、両群に有意差はなかった。DAS28ESRはb/tsDMARDs群が5.07で、csDMARDs群の4.75よりも有意に高値であった（ $p=0.001$ ）。体組成と筋機能は有意差がなかった。体組成変化の結果を図2に示す。体重の変化量は、b/tsDMARDs群が0.87kgで、csDMARDs群の-0.54kgと比較して有意に高値であった（ $p<0.001$ ）。また、b/tsDMARDs群の筋肉量変化（中央値0.35kg）は、csDMARDs群（中央値-0.1kg）よりも高値で、有意差を認めた（ $p=0.002$ ）。**治療強化が必要なRA患者において、分子標的治療薬は従来型抗リウマチ薬と比較して、体重と筋肉量を有意に増加させた。分子標的治療薬による治療強化は、RA患者の疾患活動性だけでなく、体組成の改善にも有用である。**

サルコペニア対策

筋肉量を増加させ、筋機能を改善する夢のような薬剤は現状存在しない。そのため、筋肉量・筋機能を正常化し、サルコペニアから回復することは容易ではない。運動と栄養のみが、サルコペニアの薬である。運動療法に関しては、有酸素運動と抵抗運動を無理のない範囲で継続的に行っていただくように説明している。運動の継続が重要であるが、実際はモチベーションの維持が難しい。外来で運動療法を指導した上で、「**骨骨（コツコツ）貯筋！**」というキャッチフレーズを作り、患者のモチベーション維持に務めている。栄養に関しては、オメガ3脂肪酸が、筋肉量、筋機能維持のみならず、RA自体（朝のこわばり軽減や圧痛関節減少）にも効果的と報告されており、RA患者でサルコペニアを合併している患者には理想的な栄養素である。筋肉量を増やすためには、タンパク質（1.0-1.2g/kg/日）、ビタミンD（1000IU/日）、カルシウム（500-600mg/日）、クレアチン（3-5g/日）も有用である。また、和食や地中海食は、サルコペニア予防に有用との報告⁶⁾があり、栄養バランスの良い食事を心がけることが重要である。

おわりに

RA患者ではサルコペニアの合併が多く、QOL低下をもたらす可能性がある。特に疾患活動性が高い患者では、関節の腫脹圧痛により、QOLが低下し、筋肉量、筋機能が低下する。PRESNET研究から、治療強化が必要なRA患者において、分子標的治療薬は従来型抗リウマチ薬と比較して、体重と筋肉量を有意に増加させることが明らかとなった。分子標的治療薬による治療強化は、RA患者の疾患活動性だけでなく、体組成の改善にも有用である。寛解・低疾患活動性に至れば、運動、栄養が筋肉を維持、増強させる最善の方法である。

RA患者がサルコペニアを合併するメカニズム

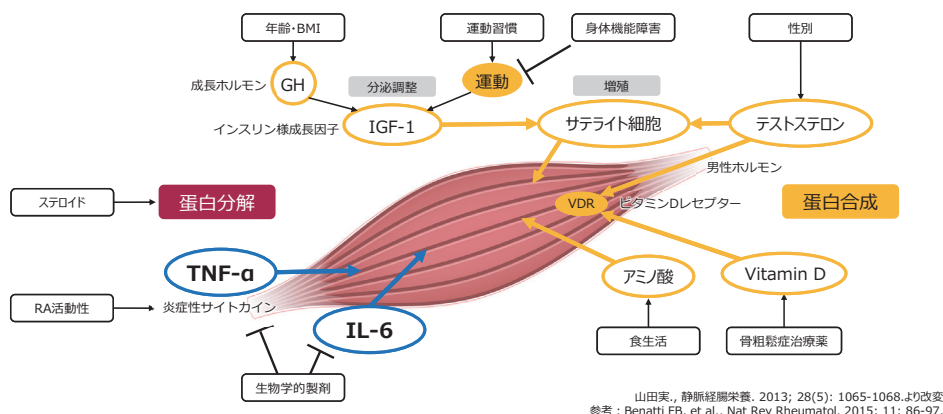


図1 骨格筋の蛋白合成と分解

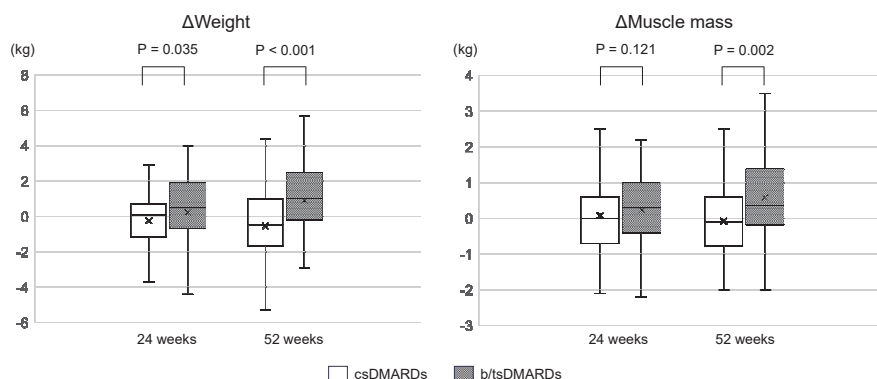


図2 体重と筋肉量の変化量比較 ～分子標的治療 vs 従来型抗リウマチ薬治療～

文献

1. Hanatani S, Izumiya Y, Onoue Y, et al. Non-invasive testing for sarcopenia predicts future cardiovascular events in patients with chronic kidney disease. *Int J Cardiol.* 268:216-221, 2018.
2. Kitamura A, Seino S, Abe T, et al. Sarcopenia: prevalence, associated factors, and the risk of mortality and disability in Japanese older adults. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 12:30-38, 2021.
3. Petermann-Rocha F, Chen M, Gray SR, et al. Factors associated with sarcopenia: A cross-sectional analysis using UK Biobank. *Maturitas.* 133:60-67, 2020.
4. Tada M, Yamada Y, Mandai K, et al. Matrix metalloproteinase 3 is associated with sarcopenia in rheumatoid arthritis - results from the CHIKARA study. *Int J Rheum Dis.* 21:1962-1969, 2018.
5. Benatti FB, Pedersen BK. Exercise as an anti-inflammatory therapy for rheumatic diseases-myokine regulation. *Nat Rev Rheumatol.* 11:86-97, 2015.
6. Suthuvoravut U, Takahashi K, Murayama H, et al. Association between Traditional Japanese Diet Washoku and Sarcopenia in Community-Dwelling Older Adults: Findings from the Kashiwa Study. *The journal of nutrition, health & aging.* 24:282-289, 2020.

8月24日 371回研修会

骨・軟部腫瘍のプライマリ・ケア

奈良県立医科大学 寄附講座骨軟部腫瘍制御・機能再建医学
教授 朴 木 寛 弥

骨・軟部腫瘍の特徴は、その頻度が特に悪性腫瘍については人口10万人あたり4-5人と稀少であること、にもかかわらず診断、発症年齢、発症部位が極めて多様であることが挙げられる。しかしながら、脂肪腫に代表される良性腫瘍あるいは腫瘍類縁疾患に関しては、日常診療において遭遇する機会はそれほど珍しくはない。骨・軟部とも良性腫瘍については多くが無症候性で何らかの機会がなければ医療機関を受診されておらず、その頻度は正確には把握できていないが、悪性腫瘍のおよそ100倍程度とも言われ、日常診療においては100例の腫瘍症例の中に潜む1例の悪性腫瘍を正しく治療に導くことが肝要となる。

そのためには、まず頻度の高い良性腫瘍・腫瘍類縁疾患、骨であれば骨軟骨腫（外骨腫）、内軟骨腫、類骨骨腫、単純性骨嚢腫、非骨化性線維腫、線維性骨異形成、軟部ではガングリオン、脂肪腫、血管腫、神経鞘腫などであるが、これらの臨床的・画像的特徴をしっかりと把握し、こういった疾患が除外される場合には慎重に診療を進めることが必要で、場合によっては迷うことなく専門施設に紹介するというのも大切となる。

図1に骨・軟部腫瘍の診断アルゴリズムを示すが、年齢、部位、臨床経過、画像所見から先に述べた頻度の高い良性疾患に合致するか、あるいはそれが除外された場合は、生検へと進めるべきか、経過観察でもよいか、切除術は問題ないか等を検討することになる。骨腫瘍に関しては、臨床所見、画像所見からある程度診断を絞り込むことは可能である。一方で、軟部腫瘍については、患者本人が腫瘍の経時的変化を自覚している場合も多く、そういった情報も大切なヒントとなる。血液



生化学検査は、特に骨転移や骨髄腫などの血液疾患が疑われるケースでは有用で、画像診断と合わせれば生検を必要としないこともままある。

骨・軟部腫瘍の診療でもっとも避けるべきは、術前にMRIで十分な画像評価を行わずに切除を行って、それが悪性腫瘍と診断されるいわゆる不適切切除（Whoops! Surgery）のケースで、通常は追加広汎切除を要することになるが、その場合切除縁の設定が困難で、さらに本来は必要のない侵襲を患者に強いることになる。一定の大きさ（通常は2cmを超える場合とされる）の腫瘍に関しては、切除に臨む際には一歩立ち止まり、術前評価は充分か今一度考えることが大切である。

骨・軟部腫瘍の病理診断は、診断確定が難しい症例も少なくなく、また近年遺伝子診断も広く行われるようになってきていることから、生検術もそういったことに対応が可能な専門施設でできる限り行うのが良い。しかしながら、やむを得ず生検を行う場合には、臨床経過、臨床所見、画像、血液生化学などの情報は充分か？追加の画像検査は不要か？（できれば造影MRIが望ましい。転移性腫瘍を疑う場合、PET-CT）、本当に生検が

必要か？（“do not touch” or “should not touch” lesionsではないか？）を吟味したうえで、採取する部位の決定、生検ルートの検討を行ったうえで生検を施行する。基本的には、悪性腫瘍であった場合を想定して、生検創は後の手術のアプローチに含まれるように計画することも肝要である。切除生検については、その適応基準として、sizeが小さい（＜2cm）、浅在性（皮下）、神経・血管の剥離が不要、そして生検前評価が十分であること（特にMRI、できれば造影）の条件を満たす場合のみに行うことが望ましい。

Take Home Messages

- 骨・軟部腫瘍診療にあたっては、恐れずとも決して侮らずに臨むことが大切。
- 比較的頻度の高い良性腫瘍・腫瘍類縁疾患の特徴をつかみ、そこから逸脱すると思われる場合には慎重に。必要であれば迷うことなく専門施設に紹介。
- 切除をする前に一歩立ち止まり、術前評価が足りているか検討。
- 生検も可能であれば専門施設で。やむを得ずの場合、進入路を吟味。
- 切除生検は、悪性であった場合のリハビリ・ショットまでを念頭に。

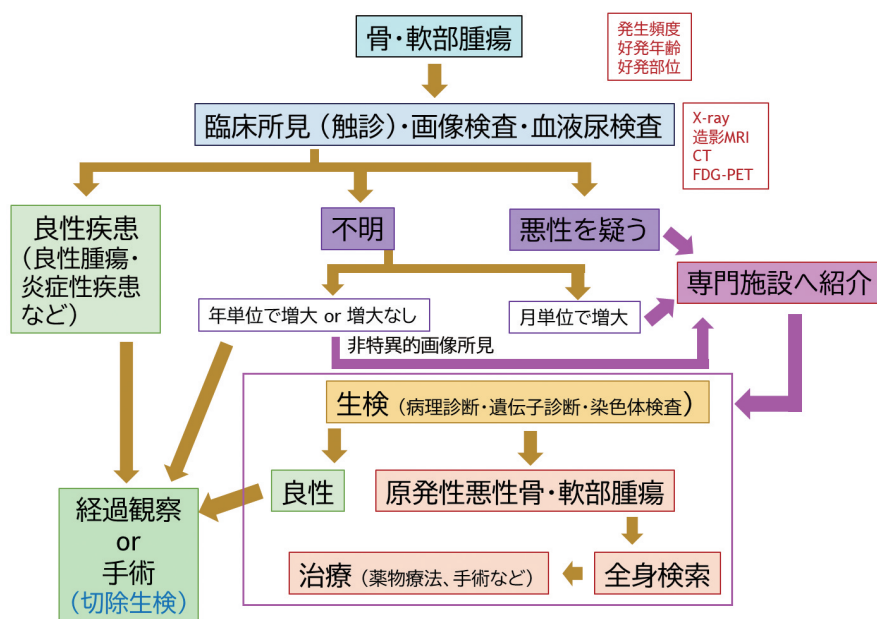


図 1

9月28日 372回研修会

股関節診療におけるピットフォールと対応 リウマチ性疾患や神経障害性疼痛への対策も含めて

横浜市立大学 整形外科
崔 賢 民

股関節診療における代表的な疾患には小児の股関節疾患として、先天性股関節脱臼や化膿性股関節炎やペルテス病、大腿骨頭すべり症など、成人の股関節疾患として、変形性股関節症や大腿骨頭壊死症、関節リウマチなどが挙げられる。股関節は体の中心に位置する関節であるため、股関節診療ではこれらの代表的な疾患のみではなく、隣接関節障害や股関節のオーバーユースなどによっても生じることを知る必要がある。診療においては、現病歴から急性か慢性化を知るとともに、患者背景や歩様か疾患を想定し、診断と治療を行うことが重要である。小児患者が股関節痛を訴える場合は、年齢や性別、疼痛性跛行の有無から先天性股関節脱臼、単純性股関節炎、化膿性股関節炎、ペルテス病、大腿骨頭すべり症、特発性軟骨溶解症といった主要な疾患を想定することで、小児にとっては負担の大きい採血やMRI検査の必要性について想定することが可能となる。また超音波診療は小児においても簡便に可能な検査であり、特に関節水腫の有無を判定するのに有用である。また、小児にも自己免疫性疾患の患者は多数存在しており、長期間の歩行障害や関節の疼痛・腫脹を認める場合は、小児特発性関節炎なども想定した診断が必要となる。成人患者が股関節痛を訴える場合は、股関節痛の原因となる代表的な疾患、すなわち変形性股関節症、大腿骨頭壊死、股関節インピンジメントなどに対して、確立された診断法があるため、臨床所見（ストレステスト）や画像所見から適切に診断を行い治療を行う必要がある。特に関節内の痛みや荷重時痛があるかないかについては重要な所見であり、関節内疼痛の診断方法として超音波ガイド下のキシロカイン



テストは鑑別診断に有用な検査である。一方で、股関節痛を訴える患者には、関節内疼痛や荷重時痛を訴えない患者も多く存在している。これらの股関節障害の誘因として、股関節周囲の神経障害性疼痛が挙げられる。大腿外側皮神経障害や閉鎖神経障害、坐骨神経障害は、股関節内病変ともオーバーラップして認められることもあり、そのような患者では神経障害性疼痛の治療を加えることで、より効果的に股関節痛の改善が認められるようになる。疼痛の緩和とともに適切なリハビリテーションや運動療法の指導も重要であり、特に慢性疼痛患者では不必要な安静期間の長期化を避けて、全身運動を推奨する必要性もあると考える。

9月28日 372回研修会

人工膝関節置換術後の患者満足度向上を目指して ～術後動態解析からの最新知見～

大阪大学大学院 医学系研究科 整形外科学
講師 玉城 雅史

人工膝関節置換術（TKA）は人工股関節置換術（THA）と比べて患者満足度が低いとされ、患者満足度向上に向けた様々な取り組みが行われている。これまでに術後疼痛、可動域とアライメント、活動性、手術に対する期待や待機期間、筋力、内側の安定性などが要因として報告されている。

我々の取り組みとしては、術前に膝痛の部位や性質を把握し、関節内の痛みなのか、関節外の靭帯や腱付着部の痛みなのかを評価し、術後の遷延痛を防ぐよう注意している。また、術前から適切な鎮痛薬を用い、術中の神経ブロックや関節内カクテル注射などを併用し、周術期のマルチモーダルペインマネジメントを行っている。

さらに、患者教育の面では、リハビリカードやスマホアプリの導入により疾患や手術に関する患者の理解を深め、手術支援ロボットなどのコンピュータ支援手術（CAOS）技術を用いて正確な手術手技を実践している。

当施設で独自に開発した2D3Dレジストレーション技術によるTKA術後動態解析は、1 mm、1 度の精度で正確に解析することが可能であり、インプラントデザインや手術手技の評価に用いられてきた。我々は、TKA術後動態解析症例の患者満足度を含む患者立脚型評価（PROMs）を行い、その関連性について検討した。対象は、TKA術後スクワット動作の生体内動態解析を行った100膝で、平均年齢は73.4歳、男性18例、女性82例、平均術後経過期間は29.1か月であった。当施設で独自に開発した2D3Dレジストレーション技術によりスクワット動作の生体内動態解析を行い、そのインプラント間の屈曲角度、回旋角度、内外側のロールバックと患者



立脚型評価として2011 Knee Society Score（2011KSS）の症状、満足度、期待度、活動性の各項目との相関を検討した。

結果は、患者満足度と最大屈曲角度、外側ロールバック、術後の活動性と可動域、内側の安定性に相関を認めた。

術後動態解析の観点からは、屈曲動作時の内側の安定性とインプラント間の接触点が前方から後方に移動する外側ロールバックが患者満足度の向上に繋がると考えられた。この動態は、正常膝の関節動態で報告されているものであり、TKA術後関節動態においても正常膝に近い動態となることが重要であることが示唆された。

10月19日 373回研修会

骨形成促進薬による骨質改善と骨折抑制

医療法人社団全仁会 東都春日部病院 整形外科

田 中 伸 哉

動物が陸上で生活するにあたり、①血中カルシウム (Ca) の恒常性と②力学的環境に適応した骨格形態の維持のために骨が進化し、これらの働きをリモデリングが担っている。リモデリングは破骨細胞と骨芽細胞系細胞のクロストークでコントロールされるが、40歳台の後半から骨吸収が骨形成を上回るようになり、骨粗鬆症化が徐々に進行する。つまり、ヒトは生殖年齢を遥かに超えて生きるために、骨粗鬆症という新しい疾患と向き合わなければならなくなった。エストロゲンの低下は骨吸収作用を促進させ、加齢は骨形成を低下させる。

組織学的に見ると、閉経後骨粗鬆症では骨形成はわずかに低下し、リモデリング速度が上昇している。一方、後期高齢者の骨粗鬆症は、リモデリング速度は上昇していないが、骨形成が著明に低下している。骨吸収を阻害すれば、クロストークにより骨形成も抑制され、リモデリングが緩徐になる。骨吸収抑制薬による骨量の維持は、リモデリングによる骨質の改善を犠牲にするというジレンマを孕む。したがって、SERMによる閉経後骨粗鬆症治療に始まり、ビスホスホネートによる後期高齢者の治療へと、段階的にリモデリング抑制を強化することが適当と考えられる (図1)。

しかし、骨粗鬆症罹病期間は30~40年にわたる。その間、リモデリング抑制で骨量を維持することは難しい。さらに、骨には疲労がたまり、骨質が低下する。骨形成薬による骨量の増加、骨質の改善が必要になる。

「骨折の危険性の高い骨粗鬆症」は①腰椎骨密度が若年成人平均 (YAM) の60%未満である、②脆弱性椎体骨折が2カ所以上あ



る、③脆弱性骨折により椎体高が上下椎体の60%以下に低下している、のいずれかの存在により診断される。骨吸収抑制薬では骨折抑制効果が十分ではなく、骨形成薬の適応になる。骨形成薬は、骨量増加機序からテリパラチド、アバロパラチドが属する骨形成性リモデリング促進薬とロモソズマブの骨形成性リモデリング抑制薬の2つに大別される。骨形成性リモデリング促進薬については、ビスホスホネート投与歴のある「骨折の危険性の高い骨粗鬆症」症例を対象とした試験において、骨折抑制効果がビスホスホネートよりも優れていることが明らかにされている。ビスホスホネートを投与された症例にテリパラチドを投与することで、微小損傷の密度が低下したことが組織学的に証明されており、リモデリングの再賦活化による、骨質の改善効果によると考えられる。リモデリングにより骨質が改善されることが理解できる。

アバロパラチド (オスタバロ®) はテリパラチドと同様の副甲状腺ホルモン1型受容体 (PTH1R) 作動薬であるが、PTH関連タンパクとの相当性が74%と高いことより、PTHrPに分類される。骨形成性リモデリング促進作用があるが、骨吸収亢進作用が

テリパラチドほど強くなく、骨同化作用が高い。したがって、骨密度の上昇効果も高いが、椎体骨折、臨床骨折、非椎体骨折、主要骨粗鬆症骨折のいずれにおいても明確な骨折抑制効果を示しており、特に主要骨粗鬆症骨折については、非盲検のテリパラチド群に対してハザード比は0.45であった。また、アバロパラチド投与群とプラセボ投与群には18ヵ月の試験後に、24ヵ月のアレンドロネート投与が行われているが、アバロパラチドの先行投与により、骨折抑制効果が持続することが確認されている。骨同化の後に骨吸収抑制薬により剛性を高めるanabolic-consolidation療法

(A-C療法)においても、アバロパラチドが有効であることが明らかにされた。

リモデリング抑制による骨量の維持が骨粗鬆症治療の基本的な考え方だが、「骨折の危険性の高い骨粗鬆症」に対しては骨形成薬の骨折抑制効果が優れている。また、リモデリングの抑制により骨質が低下することや、カルシウムの恒常性が崩されることも念頭に入れておかなければならない。骨粗鬆症治療は年齢、重症度、治療歴を考え、1日1000mg程度のカルシウム（サプリメントとして500mg程度）と所要量の天然型ビタミンDを摂取しつつおこなうのが適正である。

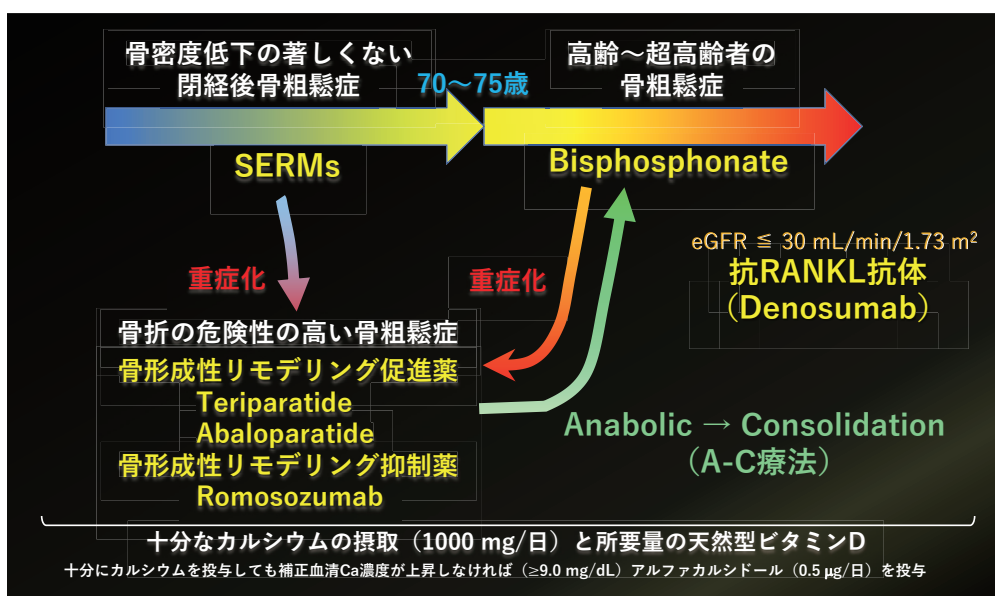


図1；骨粗鬆症の逐次療法。リモデリング抑制は段階的におこなう。「骨折の危険性の高い骨粗鬆症」に対しては骨形成薬で骨同化を促し、その後はビスホスホネートで剛性を高める（A-C療法）。休薬が困難なデノスマブは腎機能が著明に低下している症例に摘要する。全行程を通じて、1日1000mg程度のカルシウムと所要量（200 IU）の天然型ビタミンDを補充する。（田中伸哉2017 臨床リウマチ 29:228-237（改））

10月19日 373回研修会

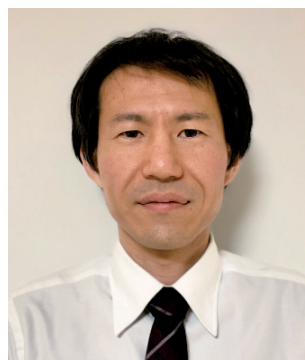
骨粗鬆症性椎体骨折に対する外科的治療介入

和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院
助教 太 地 良

社会の高齢化に伴い骨粗鬆症患者数は増加し、骨粗鬆症性椎体骨折（OVF）などの骨脆弱性骨折も増加している。OVFの治療は保存治療が原則で、短期間の安静臥床とコルセットによる外固定により多くの症例は治癒し得る。しかし保存治療にも問題があり、安静臥床による四肢体幹の筋力低下や認知機能障害の進行により、長期間リハビリや介護を要したり、骨折前のADLの獲得が困難となったり、時には生命予後の短縮に至る。また20-35%で疼痛が早期に改善せず治癒が遅延し、13.5-30%で骨癒合不全が発生し、手術を要する患者も決して少なくない。

従来のOVFへの手術介入は、偽関節症例や遅発性神経麻痺に至った症例であった。近年、エクスパンダブル型ケージによる椎体置換システムが使用可能となり、比較的侵襲な前方後方固定術が可能となり有効な術式となっている。しかしインプラント関連トラブルや隣接椎体骨折が一定頻度で発生し、revision surgeryは困難なものとなる。このためOVFの治療は、偽関節や後弯変形に至る前に低侵襲な治療で介入し、これらを予防できることが理想的であり、こういった位置づけの治療として経皮的椎体形成術（BKP）が普及してきた。

OVFに対するBKPの適応は、原発性骨粗鬆症による有痛性椎体骨折で十分な保存治療を施行して改善しない症例とされているが、保存治療期間は明確に定められてはおらず、適応は担当医の裁量に委ねられるのが現状である。適応を判断する上で、OVFの治療目標と予後を判断する画像所見を理解することが重要である。治療目標は、除痛とADL維持により骨折が生じる前と同等な状態にする



ことである。年齢や活動性によって目標設定は変化し、高齢者では安静による弊害があるため、早期除痛・早期離床によりADLを維持することが重要であるし、比較的若い患者の場合は脊椎アライメントの維持も考慮すべきで、椎体圧壊や偽関節リスクがある場合はアライメントが悪化する前にBKP介入すべきと考えられる。また近年の研究により、椎体圧壊や偽関節に至る画像所見が明らかとなり、骨折の予後が判断できるようになっている。受傷時に椎体骨折の予後は決まっているといっても過言ではなく、我々医療者がハイリスク群を早期に見極めることが求められる。また近年は4週以内のBKP早期介入は疼痛軽減、脊椎アライメント維持、隣接椎体骨折の減少に有利であると報告されている。BKPは後療法も非常に重要であり、良い成績をおさめるためには続発性椎体骨折を防ぐことが重要である。当院では、3カ月間は外固定を継続すること、骨粗鬆症に対してはできるだけPTH製剤やアバロパラチド、ロモソズマブなどの骨形成促進薬を使用すること、リハビリテーションを継続することに取り組んでいる。骨粗鬆症性椎体骨折は、適切な治療介入により予後が大きく変わる。患者一人ひ

とりを適切に評価し、BKPの適応と考えられる患者には、可及的早期、できれば4週以内に介入を行うこと、骨粗鬆症治療をはじめ集学的に治療していくことが重要である。

11月16日 374回研修会

運動器疾患の痛みに対する私の治療指針

医療法人梅寿会 四方医院
四 方 秀 人



整形外科の外来には痛みを抱えて来院する患者がほとんどである。患者の治療満足度を向上させるには、その痛みの病態を的確に捉え、それに合った疼痛治療薬を選択し、尚且それを上手く使いこなす必要がある。整形外科が扱う運動器の痛みには3種類に分類される。侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、痛覚変調性疼痛である。また罹病期間により急性疼痛、慢性疼痛に分類されており、それぞれの痛みに適した治療薬を選択することが重要である。また痛みが慢性化すると治療が難渋する傾向にある。慢性疼痛の治療満足度ではその治療を受けた患者の約4割が満足していない。その理由として痛みが取れない、納得のいく説明が受けられなかった、痛みについて理解してもらえなかったなどがあげられる。そこで急性期にしっかりと痛みをコントロールする必要がある。しかしながら外来初診時病態が既に急性期を過ぎていた場合には慢性疼痛治療薬を使用しなおかつ運動療法を行い、患者のADLを改善するように努める必要がある。慢性疼痛の治療のポイントは慢性疼痛の病態説明を十分に行い、治療目標は痛みをゼロにすることではなく痛みを軽減させADLを改善しやりたい事が出来るようになることと始めに説明することが重要であり、治療満足度を上げるポイントである。

今回当院においてNSAIDsの貼付剤を主に急性疼痛を抱える患者に投与した結果を報告する。発売後1年間で1150例NSAIDsの貼付剤（以下ZT）を投与した。対象疾患は腰痛症（755例）、肩関節周囲炎（177例）、頸肩腕症候群（199例）、腱鞘炎（19例）である。発売後半年で、当院薬を処方した症例のうち約15%前後の症例にZTを処方した。また月毎

では受診した実人数約1800人のうち約300例にZTを処方した。処方した症例のうち再診された患者にその効果の有無を聴取しえた結果、腰痛68.5%、肩関節周囲78.5%、頸肩腕症候群69.3%、腱鞘炎36.8%に効果を認めた。中止例は35例で、その理由は貼付部位のかぶれ24例、使用感に不満（スーッとしない）7例、はがれやすい2例、浮遊感1例、薬価が高い1例であった。重篤な副作用をきたした症例は認めなかった。

ZTを処方した2症例を紹介する。腰部脊柱管狭窄症の65歳男性症例、数か月より腰痛と両下肢痛・痺れを認め悪化し趣味のゴルフが困難になったため受診。処方後症状改善しゴルフのラウンドが可能となる。腰椎椎間板ヘルニアの25歳男性、プロバスケットボール選手。以前から腰痛を認めたが、悪化し、プレーに支障きたすようになり受診。処方後腰痛軽減しプレーに支障をきたさなくなった。

ZTの推奨症例であるが、複数部位に痛みのある方、経口投与が好ましくない方、痛みで睡眠が妨げられる方、多剤併用をしている方、服薬管理が困難な方などである。

また治療に当たっては悪性腫瘍の転移、感染症等のRed Flagsに留意が必要である。

疼痛疾患の治療に当たっては、患者の訴える痛みの本質を見極めて薬剤を選択し、その効果、副作用、依存性の問題などを十分に理解したうえで使用し、また薬物療法のみでなく理学療法など多方面からのアプローチが必要である。

11月16日 374回研修会

頸椎後方固定術の現状

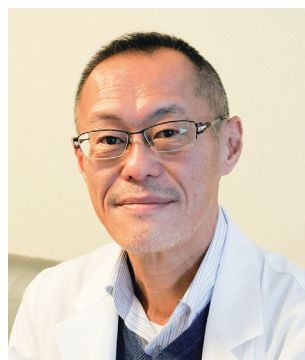
ー解剖を熟知した手術計画と患者さんに与える恩恵ー

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 整形外科
主任部長 太田 雅人

近年の頸椎後方固定術で用いられるツールは、棘突起プレート、外側塊スクリュー、椎弓根スクリューなどであるが、当科では固定範囲、骨質、矯正を行うか否かなど、手術の目的によって使い分けている。このうち、頸椎椎弓根スクリュー（CPS）は最も固定力に優れているため、頸椎の外傷やメタなど不安定性が主体となる疾患に対して信頼できる安定性を獲得できる。また、高度の変性、変形を有する透析に伴うDSAやアテトーゼ頸髄症、首下がり症など、アライメントの矯正を目的とした手術に対しても強力なアンカーとなり得るため、非常に有用である。

CPSを正確かつ安全に設置するためには、頸椎の骨形態についての詳細な解剖を熟知することに加えて、近接して走行する椎骨動脈（VA）の特徴について把握しておかねばならない。頸椎は腰椎と比較して椎弓根径が著しく細く、横断面での椎弓根角が非常に大きい。また、V2セグメントでのVAの走行には、横突孔への入孔部高位異常や蛇行などの走行異常が決して稀ではない。VAは約90～96%がC6より横突孔へ入るが、頻度は低いながら他のレベルから入孔する例もあり注意が必要である。VAの蛇行は頸椎症の重症度に相関するとの報告もある。これらは個々の症例によってかなりのバリエーションがあるため、術前から精密に検討しておく必要がある。

VAを損傷すると、術中に大量出血をきたしうる。また、小脳障害（悪心・嘔吐、小脳失調など）、脳幹部障害（眼振や球麻痺など）、後大脳動脈領域の障害（視力低下など）を呈する椎骨脳底動脈系の虚血が生じうる。VAの内膜損傷から血栓形成、遠位塞栓が惹起されるなど術後少し経ってから重大な合併症が



起こりえるため、スクリューの誤刺入によるVA損傷を回避するための努力を怠ってはならない。

CPSを正確に設置するためには、術前の綿密な準備と術中の工夫が重要である。前者には術前CTナビやO armなどのナビゲーションシステム、後者ではテンプレートを事前に作成しておいて術中にガイドとして用いるなどさまざまな工夫が報告されている。当院では術前CTナビを採用している。数年前まではポインターのみがナビゲートされるツールであったが、近年ではエアドリルにタップ、最終のscrewingに至るまでリアルタイムで確認しつつナビガイド下に操作できるため、さらに精度が上がった。術中の工夫として当科では、必要に応じて頸椎外側塊を椎弓根手前まで骨削したのちにスクリューを刺入するFunnel法にて設置精度を上げている。

今回の講演では、アテトーゼ頸髄症および首下がり症について詳しくとりあげ、CPSによる頸椎後方固定術が有用であった症例を供覧して概説した。アテトーゼ頸髄症の麻痺進行例では診断が遅れると手術成績が不良と報告されている。しかし患者さんの多くは発語困難で自覚症状を適確に伝えにくい傾

向があることに加え、診察する医師にとってももともとの脳性麻痺の影響できちんとした神経学的評価が難しい。さらに、多くの症例で不随意運動が強いため、MRI画像が乱れるなど診断をさらに難しくする。しかしながら、紹介した2症例ともに幼少期の頃から歩行が困難で車椅子生活を余儀なくされており、ADLにおいて上肢の機能はより重要であるため、頸髄症が増悪すれば的確に診断して遅滞なく手術治療を考慮することが肝要である。

首下がり症の原因となる疾患は、Neuromuscular diseaseとしてはPD, MSA, ALSなどが挙げられ、非神経筋疾患では薬剤性（ドパミン作動薬、抗精神病薬など）、甲状腺疾患、低K血症、放射線治療後や頸椎除圧術後後弯など多岐にわたる。近年の報告で

は神経内科的疾患が原因であるものは8.3%にすぎないとされている。発症早期のものや軟らかい後弯は保存治療が期待しやすいといわれているので、できるだけ早期に原疾患をつきとめてその治療を行うことと、頸部伸筋群強化を含めたりハビリテーションの介入がより重要である。本症に対する手術戦略は、脊椎外科の学会でも近年のトピックスである。全脊柱アライメントを評価して胸腰椎骨盤の矯正を優先すべき症例もある。頸椎の矯正について、どのような症例に後方の矯正固定に加えて前方解離を併用するかという点も議論の多いところである。頸椎の目指す矯正角 > T1 slope-20度が推奨されているが、まだまだエビデンスに乏しいため今後の確立が課題である。

令和6年度単位申請状況

	日本整形外科学会単位分類																								その他						
研修会名	日付	演 題 数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14-1	14-2	14-3	14-4	14-5	R	S	SS	Re	府 医	日 本 リ ウ マ チ 学 会	日 本 リ ウ マ チ 財 団	日 本 手 外 科 学 会	日 本 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 医 学 会	日 本 骨 粗 鬆 症 学 会	日 本 医 師 会 健 康 ス ポ ー ツ 医
第368回	2024/ 4/20	2						1	1				1		1						1			1	2	2	2				
第369回	2024/ 5/11	2	1			1							1								1				2	1	1			1	
第370回	2024/ 6/29	2	1		1	1			1														1		2	2				1	
特別 研修会	2024/ 7/27	2	1									1								1	1				2	2		1			
第371回	2024/ 8/24	2	2				1	1													1				2	2	2				
第372回	2024/ 9/28	2						1					1	1	1						1			1	2	2	2		1		
第373回	2024/ 10/19	2	1			2			1														1		2	2	2			1	
第374回	2024/ 11/16	2	1						1				1										1		2	2			2		

2024 ロコモ健康フォーラム

OCOA副会長 木下 裕 介

令和6年10月26日(土) 14時開始、アベノ区民センター大ホールでロコモ健康フォーラムを開催した。令和5年度まで産経新聞社と共催で開催していたが、仕事を請け負っていた吉田様が退職された事に伴い、今まで通りの共催は出来なくなったと連絡が入った。今まで通りの新聞紙面での広報や終了後の見開き全面での特集の掲載にはそれなりの経費が必要である。との連絡であった。産経新聞社と数回面談を行ったが良い回答が得られなかったため、産経新聞社と共催については断念した。ロコモ健康フォーラムの運営自体は産経開発新聞社にお願いした。

今まで産経新聞社には、会場費、著名人の紹介とその経費、講師料、製薬メーカーへの協賛の依頼、新聞紙面での広報および見開き全面での特集等々すべて含めて税抜き65万円で共催して頂いていた。どう考えても破格の値段でお願いしていた。令和6年度からはこれらすべてをOCOAで企画することとなった。

プログラムは、講演1として大阪労災病院総長 樂木宏実先生に「フレイル対策で健やかな長寿を」を内科的な立場から講演をお願いした。講演2として私と宮田先生で「ロコトレ教室」を行った。従来であれば講演3として著名人の講演をお願いしていたが今年度からは中止とした。

来場者は市民100名(スタッフ等含め125名)であり少ないながらも何とか無事終了し胸をなで下ろしています。来場者へのアンケート結果では高評価であり、特にロコトレ教室は好評であり今後も続けていこうと思います。また、来場されている市民の方はロコモについて興味を持たれている方が多く今後参加したいとの回答が多く見受けられた。



年齢別では、70歳代49%、80歳代31%でありもう少し若い世代の方が参加して頂ければもっと良いフォーラムになると考えております。改めて広報の難しさを痛感しております。

令和7年度は阿倍野を離れ、令和7年7月6日(日)松原市文化会館で予定しております。引き続きご協力の程よろしくお願い致します。最後になりましたが、OCOA理事の先生方、ロコモコーディネーターの皆様、協賛及び労務提供を頂いた製薬メーカーの皆様および産経開発新聞社の皆様本当にありがとうございました。今後ともご支援の程よろしくお願い申し上げます。

令和6年度の大阪臨床整形外科医会療法士会の活動報告を療法士会会長の妻鹿整形外科 福田孝治PTから頂きました。療法士会の会員は減少傾向にあるようでリハビリテー

大阪臨床整形外科医会理事 療法士会担当委員
委員長 中 川 浩 彰



第70回勉強会 令和6年7月7日(日)

テーマ：『プロサッカー選手から見たリハビリテーション』

(ヴィッセル神戸)

参加者：20名（会員17名、非会員3名）

内 容：膝十字靱帯や半月板損傷など怪我から復帰までのリハビリテーションについての体験談。

①大阪臨床整形外科医会療法士会会員の相互の親睦と会員施設間の交流

②知識・技術の向上を図り、質の高い運動
器リハビリテーションを提供する。

会員数57名 (27施設)

*令和6年度 入会5名、退会19名
年会費納入57名 未納0名

勉強会 5 回

会 場：妻鹿整形外科

テーマ：『外来リハでの肩関節疾患の
診かた』

講 師：福田 孝治 PT

(妻鹿整形外科 理学療法士)

参加者：10名（会員6名、非会員4名）

内 容：肩甲上腕関節、肩甲胸郭関節の評価・アプローチなど実技を交えての講義。

オンライン開催

テーマ：「整形外科クリニックの

情報交換会 |

司 会：療法士会役員

参加者：8名（会員8名、非会員0名）

内 容：整形外科クリニック内での加算や
運営、人材育成などについて情報
交換。

第72回勉強会 令和6年12月8日(日)

会 場：こみ整形外科

テーマ：『外来リハでの橈骨遠位端骨折の
診かた』

講 師：柳川 明義 PT

(啖生会脳神経外科病院
作業療法士)

参加者：14名(会員6名、非会員8名)

内 容：手関節の基礎解剖学、運動学から
臨床での病態理解や予後予測など
の講義。

(参加者合計)

勉強会5回：対面4回、オンライン1回

参加者65名(会員42名、非会員23名)

以上

第67回勉強会 令和7年1月26日(日)

会 場：こみ整形外科

テーマ：『歩行における骨盤・胸郭・股関
節の回旋と呼吸の関係』

講 師：鈴木 真理 先生

(High Performance Institute
理学療法士)

参加者：13名(会員5名、非会員8名)

内 容：歩行の評価やアプローチについて
実技を交えた講義

療法士会に参加して

OCOA副会長 木下 裕介

令和6年7月7日(日) 療法士会主催の第70回勉強に参加しました。

くそ暑い夏の午後、梅田にある貸し会議室での勉強会で、雑居ビルの確か5階で、エレベーターが無く階段を上がり、受付を済ませたのち、PTに「自販機は？」と聞いて見ると「このビルにはありません。外のコンビニです。」少し考えたのち、コンビニまで買いに行きました。コンビニから会場に戻る途中、道に迷っている宮崎先生と会い、「凄いビルが会場になっている。とりあえず飲み物を買っていった方が良い。」と言ったのを覚えています。

当日のテーマは「プロサッカー選手から見たリハビリテーション」講師は齊藤末月選手（ヴィッセル神戸 プロサッカー選手）内容は「膝十字靱帯や半月板損傷などの怪我から復帰までのリハビリテーションについての体験談」、参加者20名（会員17名、非会員3名）でした。内Drは私と宮崎先生の2人。

齊藤末月選手、各世代で代表に選ばれてきた日本の若きストライカーの1人で2023年8月19日に行われたJ1第24節 柏レイソル戦でゴール前のこぼれ球を押し込みに行った際、左右両サイドから2人のDFからタックルを受け左膝脱臼及びACL損傷+PCL損傷、左右の側副靱帯損傷等受傷されました。

受傷後、約11ヶ月でしたが、ランニング等のトレーニングしているとの事でした。

やはり普通の患者様とは違ってました。時間の有る限りトレーニングを行い、保険点数内でのリハビリでは彼の欲求を満たすことは当然出来ず、良いと聞いた医師、病院、トレーナーには日本全国会いに行ったそうです。主治医はかなりやりにくかったと思います。



また彼の視線は非常に前向きです。過去の事を悔いても恨んでも元には戻らずメリットもない。復帰を目指して今できる事をするだけだ。と言っていました。この言葉には感銘しました。また、この言葉はスポーツ選手だけでなく、目標を持ってチャレンジしている人すべてに当てはまる言葉だと思いました。恐らく当日の参加者全員が心を打たれたと思います。

今回初めて療法士会の勉強会に参加しましたが、非常に勉強になりました。また、療法士会の面々にも初めて会いコミュニケーションもとれて非常に良かったと思いました。OCOAの先生方も時間が許せば療法士会に参加頂ければと思います。今後ともよろしくお願い致します。

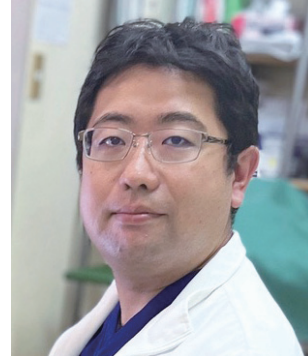
大阪マラソン出務報告

寝屋川市 吉 川 尚 孝

今回、令和7年2月24日（振替休日）に開催された大阪マラソンにおいて、初めて医療スタッフとして出務する機会を得ました。私は26km地点に設置された救護所に配属され、整形外科医、内科医数名に加え、看護師、理学療法士、さらには翻訳ボランティアの学生たちとともに、救護活動にあたりました。

当日は、春の訪れを感じさせるには程遠い悪天候に見舞われました。昼頃から断続的に吹雪く場面があり、気温も日中にかろうじて7℃に達する程度で、厳しい寒さの中での活動となりました。昨年出務の先生から「寒いよ」という話を聞いていましたので、自院のスタッフからプレゼントしてもらった極暖カイロを持参していましたが、それでも十分とは言えず、常に冷えと闘いながらの出務となりました。

今年の大阪マラソンには、32,727人（公式発表）ものランナーが出場し、加えて約1万人ものボランティアスタッフが大会運営を支えていました。その規模の大きさと、関わる人々の多さには、初参加の私にとって大変な驚きと感動がありました。特に救護所の向かい側に大きな給水ポイントがあったこともあり、ランナーが集中し、まるで梅田地下街の



ような密度で人が走っている状態に衝撃を受けました。

このような状態ですので、救護所には、他のランナーとぶつかり転倒、脚の痙攣の応急処置、足底の水泡の応急処置など、さまざまなランナーが駆けこんできました。特に印象的だったのは、寒さによる低体温症に陥り、レース継続を断念するランナーが複数見受けられたことです。温めたスポーツドリンクの補給などで対応しましたが、中には意識障害も生じ救急搬送となった選手もあり、応急処置しかできない救護所の難しさを痛感しました。

救護所にはトイレも併設されていました。最初は観客用なのかと思っていましたが、実



はランナー用だったのです。マラソン中にトイレ、っていうイメージが全くなかったのですが、サブ3のトップランナーはともかく、4～5時間も寒空の中を走ると尿意も出てくるようで、結果トイレが大渋滞。吹きさらしの中20～30人待ちというなかなか悲惨な状況が発生しており、運営上の問題と感じました。

大会終了後はホテルニューオータニで打ち

上げ会、反省会が行われました。大会での死者ゼロの記録を継続できるように、改善点を大会本部へ、フィードバックしていただくことになりました。

今後もこのような活動に積極的に参加し、微力ながら大会の円滑な運営とランナーの安全に寄与していきたいと考えています。



令和6年度 各務文献追善法要のご報告

阿倍野区 中野 晋 吾

令和6年度 各務文献追善法要

令和6年10月20日(日) 午前10:30～11:30

夕陽丘 浄春寺本堂

この会は、各務文献先生200回忌にあたる2018年に大阪臨床整形外科医会が追善法要を行い、日本医史学会・大阪府医師会とともに顕彰碑を浄春寺の表門に掲げさせていただいたのが始まりです。追善法要を立ち上げられたのは医学史に造詣の深い今井 秀 先生で、過去6年間は自ら企画準備して来られました。今後ずっと継続して開催するにあたり、令和6年からはOCOA（総務）からご案内させていただくことになりました。

<法要次第>

控室に集合ののち、法要は本堂にて（ご住職の読経と焼香、法話）

そのあと墓所で各自焼香、控室に戻り15分ほど歓談し三々五々解散

服装は平服、数珠持参、今回は法要後の会食無し

参列者 10名（敬称略、順不同）

今井、黒田、右近、前中、永田、
貴島、白木、宮崎、片岡、中野

例年法要の参加者はほぼ同じ顔ぶれでしたが、今回は3名が新しく参加されました。

今後もOCOAの行事として多くの方に参加していただけるように努力し、我々整形外科医の草分けともいえる各務文献先生を顕彰し続けたいと思います。

今井 秀 先生には、これまで一人で準備を続けていただいたこと大変感謝いたします。



浄春寺本堂での追善法要



各務文献先生のお墓（浄春寺）での焼香

令和7年度以降の各務文献追善法要について

- 1、10月14日が各務文献の命日なので、毎年10月でOCOA会長が参加できる日曜日に開催します。
- 2、会の形式は今の形で、OCOA会員メールで参列を呼び掛けます。
- 3、没後210年になる2028年には少し盛大に執り行いたいな、と。
- 4、今後の供花・焼香などの準備は浄春寺にお願いしました。また法要時に掲げる各務文献の肖像画の写しも預かっていただくことにしました。

＜参考＞

※以下の記載は、「近世の医療史」今井 秀先生、「大坂名医伝」中野 操 先生の著書から、その内容をお借りしています。

各務文献先生（1755年～1819年10月14日没享年65）について

骨折や脱臼などの骨や関節などの外傷は古来按摩の領域であって、姑息な「もみ治療」に終始してきたが、ようやく江戸時代後期（18世紀終わり）頃に整形外科の草分けともいべき整（正）骨科という専門分野がひらけてきて、大坂では各務文献が出ました。

麻睡散（曼荼羅家華と白蛇の二味）整骨撥乱 1804年11月に記載

大きな損傷や劇症の治療の際、患者が術を受けるのに、あらかじめ麻睡散を温酒に溶き服用すると知覚が消失するので行うべき、と痛みを和らげる人間的な配慮を示され、全身麻酔を骨折や脱臼の整復の際の積極的な治療手法とされました。

整骨新書（1810年刊行）

整骨術の基本は骨格の解剖学と洞察し、その状況を研究して骨関節の運動機能の理を極め、適用できる種々の器械の発明をして治療の成果をあげ、副木や繃帯術についても新しい知見を導入されました。また、付録の「全骨玲瓏図」は文献の骨格写生で精彩的確を極めているらしいです。

各務木骨（1819年）

一体の模骨（木製骨格）を製し、江戸幕府の医学館に献上。この木骨は今も現に東京大学医学部に保存されているとのことです。

浄春寺のご案内

所在地

〒543-0075 大阪府大阪市天王寺区

夕陽丘町5-3

（アクセス 地下鉄 四天王寺前夕陽ヶ丘駅から徒歩3分）

（令和7年5月3日 記）

第74回、第75回OCOAGOLFコンペ報告

豊中市 片岡 英一郎

令和6（2024）年よりOCOAGOLFコンペの幹事を宮崎浩先生から受け継ぎました。下手の横好きで恥ずかしくOCOAGOLFコンペに出たこともなかったので指名されて驚きました。それよりも、GOLFコンペの幹事自体が初めてですので、OCOAGOLFのような伝統ある大きなコンペができるのか不安でいっぱいでした。しかし、宮崎先生、貴島先生をはじめ多くの先生方に支えられながら、想像以上の楽しさでやっております。この場を借りて御礼申し上げます。

第74回は令和6年6月9日（日）よみうりカントリークラブ（西宮市）で開催し、18名にご参加頂きました。初幹事で多くの先生にエントリーしていただけたのは、本当にうれしかったです。結果は、優勝が筆者、ベストグロスは大谷明久先生でした。初参加の幹事がホームコースでダブルペリアの優勝という疑惑の結果になってしまい、本当に困りました。隠しホールを知っていたわけではありませんし、知っていてもスコアを調整できるほ

どの腕はありません（涙）ので、ご勘弁ください。表彰式の後、複数の先生から幹事のご褒美だという優しいお言葉を頂き、ホッとしました。なお、当初5組20名の枠はすべて埋まっていたのですが、2名の先生が急なご事情でキャンセルされました。手柄話になって恐縮ですが、クラブと交渉し、キャンセル料をなしにできました。せっかくエントリーしていただくのですから、今後もキャンセル料の発生しないように努めてまいります。



第75回は令和6年11月24日(日) 飛鳥カンツリー倶楽部(奈良市)で開催し、20名にご参加頂きました、5組の枠がすべて埋まりましたことを御礼申し上げます。結果ですが、優勝は鄭明和先生、ベストグロスは山本哲先生でした。おめでとうございます。鄭先生は初参加の73回に続く優勝で、出場3回のうち2回の優勝という勝負強さには脱帽するほかありません。飛鳥カンツリー倶楽部は大阪からのアクセスも抜群によく、日本庭園を思わせる美しいコースです(上田治設計1959年開場)。今回はメンバーの貴島浩二先生が申し込んで下さり、参加者にも戦略的なレイアウトの砲台グリーンと紅葉の奈良を楽しんでいただきました。余談ですが、幹事に指名されたときOCOAGOLFコンペの歴史を紐ときました。会報第1号によりますと、最初のコンペは昭和59(1984)年7月22日竜王ゴルフコースで開催され、15名が参加されています。その後、現在まで続いているわけですから、第75回は40周年の記念すべき大会でした。そこで参加賞として帽子につけるマーカーを作りました。ご愛用頂ければ幸いです。

OCOAGOLFコンペは会員相互の親睦を目的として、援助を頂いて開催しており、会員ならどなたでも参加できます。令和7年は、

第76回を6月15日(日) 秋津原ゴルフ倶楽部クラブにて開催予定です。下記の成績分布のように、幅広い腕前の整形外科医が集う和気あいあいとしたコンペです。毎回、初参加の先生がおられますし、同組の希望なども承っておりますので、お誘いあわせの上、ご参加ください。大谷明久先生が会報40号に書いて



おられます①行ってみたいコース、②持って帰って喜ばれる賞品、に加えて、③スコアに関わらず楽しめる表彰式、を目指して続けていきたいと思っています。過去には30名以上参加されていたようですから、これから、より多くの先生方とラウンドできるのを楽しみにしております。

【大会結果】（敬称略）

トップ3とベストグロス、参加者氏名（スタート順）、成績分布

【第74回OCOAGゴルフコンペ】

R6.6.9 よみうりCC 参加者18名

優勝：片岡 英一郎 準優勝：村上 仁志

3位：山本 哲 ベストグロス：大谷 明久

第1組 西浦 弘行 荻野 晃
片岡 英一郎

第2組 貴島 浩二 堀口 泰輔
宮崎 浩 綾久 文

第3組 中川 浩彰 松原 康秀
邊見 俊一 片岡 豊

第4組 山本 哲 矢倉 久義
牧 恭彦 村上 仁志

第5組 鄭 明和 朝雲 浩人
大谷 明久

【第75回OCOAGゴルフコンペ】

R6.11.24 飛鳥CC 参加者20名

優勝：鄭 明和 準優勝：大谷 明久

3位：山本 哲 ベストグロス：山本 哲

第1組 牧 恭彦 村上 仁志
松原 康秀 片岡 英一郎

第2組 鄭 明和 朝雲 浩人
北西 正光 田中 直史

第3組 綾久 文 山本 哲
大谷 明久 宮崎 浩

第4組 貴島 浩二 右近 良治
西浦 弘行 荻野 晃

第5組 金子 元春 史 賢林
吉田 清志 片岡 豊

成績分布	第74回 よみうりCC	第75回 飛鳥CC
80 ～ 84	1	0
85 ～ 89	0	3
90 ～ 94	5	4
95 ～ 99	1	4
100 ～ 104	2	3
105 ～ 109	4	2
110 ～ 114	0	1
115 ～ 119	1	1
120 ～ 124	2	1
125 ～ 129	0	1
130 ～	2	0
合計	18名	20名

「医学史探訪」(9) 華岡青洲 1760-1835

吹田市 今 井 秀

1) はじめに

華岡青洲は江戸末期の外科医で、世界最初の全身麻酔下での乳癌摘出手術に成功し、西洋医学（蘭学）の発展に貢献した。昭和41年に新潮社から出版された有吉佐和子の小説『華岡青洲の妻』がベストセラーとなり、また翌年には映画化され、華岡青洲の名前は一躍有名となった。全身麻酔による乳癌の手術を行った青洲の麻酔薬完成のため、青洲の母と妻が人体実験に身を差し出した。有吉佐和子は華岡青洲（華岡家）の光と影を、嫁姑の愛の葛藤という壮絶な戦いの形で創作し、見事なまでに作品として仕上げたのである。



筆者 南茨木緑地梅林にて

2) 青洲の生い立ち

青洲は宝暦10（1760）年10月23日、紀伊国上那賀郡名手庄西野山村字平山（和歌山県紀の川市西野山）に生まれた。名は震^{ふるう}、字は伯行^{のり}、雲平^{ゆき}、随賢^{ずいけん}ともいった。父の直道もオランダ外科を学んだ村医者であった。



(図1) 70才時「華岡青洲肖像画」
文化遺産オンライン

3) 京都遊学

青洲は23歳の天明2（1782）年から天明5（1785）年2月にかけて約3年間京都に遊学した。最初の1年半はいわゆる一般教養の勉強をした。その後吉益南涯に古方派の漢方を3ヵ月学び、続いて後に岸和田藩医となった大和見立^{やまとけんりゅう}にカスバル流外科を1年間学んだ。さらに見立の師・伊良子道牛^{いらこうどうぎゅう}が確立した伊良子流外科を学んだ。その後も京都に留まり、医学書や医療器具を買い集めた。「予成童ノ比花岡伯行京ニ出テ勤学セリ。数々会シテ医事ヲ談ジタル」（『女科筌蹄』『兎枕痛治法』）と述べているように、この時中川修亭（1771-1850）は青洲と出会い医事を談じる親しい間柄となった。その後修亭は天明8（1788）年18歳の時、京都の大火で罹災したため、旧友を頼り紀州平山村の青洲の所で数年過ごした。

4) 麻酔薬の開発

青洲は11歳年下の修亭をとりわけ可愛がり、

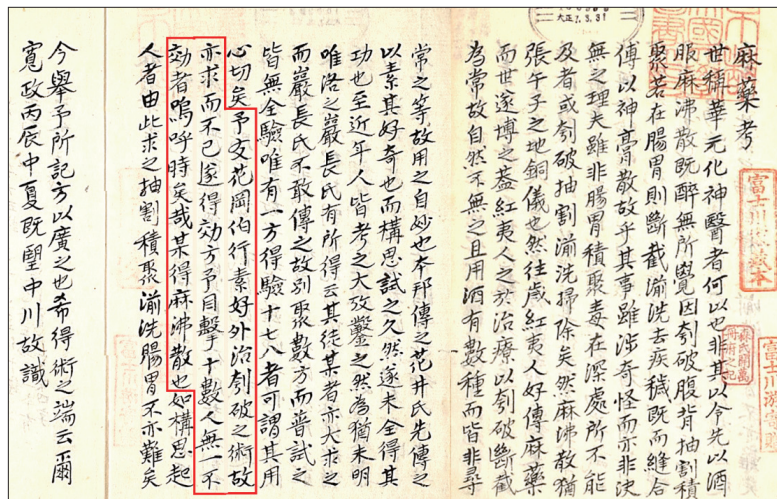
研究の助手をさせた。寛政3（1791）年修亭21歳の時、青洲の著『禁方録』の「凡例」を書いた後、再び京都へ帰り吉益南涯に入門した。一方青洲は麻沸散の処方が完成したのか、寛政7（1795）年に再上洛している。1796年に修亭はこれまで見聞した麻沸散開発の経緯についての成果をまとめ、『麻薬考』を著した。

その自序に「予ガ友花岡伯行^{もと}ハ素ヨリ外治^{こは}剝破ノ術ヲ好ム。故ニ亦求メテ已マズ。遂ニ効方ヲ得ル。予目撃スルコト十数人。一トシテ効カザル者無シ。嗚呼時カナ。其ノ麻沸散ヲ得ルナリ」（図2赤枠線部）と、修亭は

外科手術をするのを目撃したが、一例として効かなかったものはなかった」と述べている。

5) 麻沸散による乳癌摘出手術

文化元（1804）年10月13日、青洲は大和国宇智郡五條村の藍屋 勘^{あいや かん}という60歳の女性に対し、麻沸散による全身麻酔下での乳癌摘出手術に成功した（図3）。勘の乳癌は腕ほどの大きさですでに拡がっており、青洲も手術はできないと最初は断ったが、本人も家族も難治は承知のこと、是非手術して欲しいと嘆願した。全身麻酔で手術を行う承諾を得た青洲は、まず全身状態の改善をはかり数カ月後に手術を行ったが、出血が多く難しい手術で



(図2) 『麻薬考』序 中川 故（修亭）識 京都大学附属図書館所蔵『富士川文庫』



(図3) 藍屋利兵衛の母・勘の乳岩(癌)摘出手術図（片桐家所蔵）

あった。20日余りで勤は全快して退院したが、翌年2月（術後4ヵ月）に再発して亡くなった。

6) 全身麻酔薬

「麻沸散」(別名「通仙散」)の開発

手術で患者の苦しみを和らげ、人の命を救いたいと考え麻酔薬の開発を始め、どうすれば多くの人の生命を救うことができるのだろうか…と、青洲は思い悩んでいた。

ある日「中国後漢の華佗^{かだ}という名医が曼陀羅華^{まんだらげ}（チョウセンアサガオ）という薬草を使い、病人を眠らせ腹部の腫瘍切除などの手術に成功していた」という『三国志』の話を耳にする。「これだ！」青洲の身体に稲妻に似た感覚が走った。研究を重ねた結果、曼陀羅華や烏頭^{うず}（トリカブトの母根）を主成分とした種類の薬草に麻酔効果があることを発見した（図4）。

青洲の麻沸散は『麻薬考』には「紀州花岡氏方」とあり、用法は“曼陀羅花、烏頭、白芷、当帰、川芎、天南星の六味を細末と為し、温酒で服用す”と記される。

7) 全身麻酔の歴史

前述の通り青洲は文化元（1804）年10月13日、世界で初めて麻沸散による全身麻酔により乳癌摘出手術に成功した。1846年には、米国の歯科医・ウィリアム・T・G・モートンがエーテルによる吸入麻酔で無痛拔牙を行い、さらに同年10月16日にボストン・マサチューセッツ総合病院で世界初の公開麻酔を行い、ハーバード大学教授ジョン・ウォレン執刀による顎下部腫瘍摘出手術が行われ、成功した。この時、エーテルによる全身麻酔をかけているのがモートンである（図5）。これは青洲による全身麻酔の42年後のことであった。



曼陀羅華



トリカブト
濱口昭宏氏提供



トリカブトの塊根
(母根が烏頭、子根が附子)

(図4)「痿薬」として用いられた生薬



William T.G. Morton

(図5) モートンによるエーテル全身麻酔下顎下部腫瘍摘出手術風景とモートンの肖像画

8) 青洲の外科手術

『春林軒奇患図』の上冊にある珍しい青洲の手術図である。「先生、刀を下し粉瘤膜塊を取る」とあり、不精ひげに今も伝わる愛用の眼鏡をかけ、患者に膝枕をさせて粉瘤（アテローム）を真剣な眼差しで切除している（図6）。



（図6）青洲の手術図『春林軒奇患図』
北里大学白金図書館所蔵

青洲は乳癌だけでも156例、膀胱結石、脱疽、痔、腫瘍摘出術など様々な手術を行っている。青洲の医塾「春林軒」からは、本間玄調、鎌田玄台、熱田玄庵、館玄竜、難波立愿、三村玄澄といった優れた外科医を輩出してい

る。なかでも特に優れていたのが本間玄調（棗軒）と鎌田玄台で、「東の本間、西の鎌田」と称賛されるほどであった（図7）。

9) 青洲の里

青洲は『内外合一・活物窮理』を、信条として唱えた。内科と外科を区別せず（当時の内科とは漢方医学、外科とはオランダ医学のことをいう）、ともに幅広い知識を持たなければならない。また生きた物の中に物事の真理がある。すなわち、物事をよく観察しその真理を見極めることで、机上の空論ではなく実験や実証を重んじるという意味である。

道の駅「青洲の里」には、華岡青洲の手術道具・遺品・資料などが並ぶ展示室や、当時の佇まいを再現した「春林軒」が併設されている（図8）。

10) 青洲の墓

青洲は天保6（1835）年10月2日死去。華岡家の墓地は紀の川市西野山にあり、「天聴院聖哲直幸居士」とあるのが、青洲の墓である。真後ろに末弟の鹿城の墓、その右の傾いた小さな墓が青洲の母・於継の墓、後方に見えている小さな墓が青洲の妻・加恵の墓である（図9）。

華岡鹿城（1779-1827）は青洲より華岡流外科を修得し、青洲の薦めで和泉堺の小林寺



伊予大洲藩医・鎌田玄台



水戸藩医・本間玄調

（図7）青洲の高弟「東の本間、西の鎌田」



医塾「春林軒」



「医聖華岡青洲先生之像」と「活物窮理」

(図8) 青洲の里



青洲の墓



左が末弟・鹿城, 右が母・於繼, 後方に妻・加恵の墓

(図9) 華岡家の墓

町で開業ののち、1816年には大坂中之島に移り、春林軒の分塾「合水堂」^{がっすいどう}を開設した。外科手術の評判が高く、鹿城の名声は兄の青洲にも負けないほどで、「北岡南岡に譲らず」(北岡は鹿城、南岡は青洲)と評判になったという。

11) 青洲の友人・中川修亭について

青洲の朋友・中川修亭(名が故、号が壺山^こ山) (図10) は、嘉永3(1850)年2月6日80歳の長寿で亡くなった。中川家の菩提寺・京都太秦の法雲禅院の過去帳には、壺山の法号は「修山直翁居士」で「大坂難波ニテ死」と付記されるが、長年その墓の所在は不明で



(図10) 中川修亭肖像

藤浪剛一編『医家先哲肖像集』
国立国会図書館デジタルコレクション

あった。ところが掃苔家仲間の濱口昭宏氏が昨年1月16日に「中川壺山墓」を発見し、“大阪夕陽丘珊瑚寺境内で中川修亭の墓と思しき墓を見つけた”と私に連絡をくれた。早速二人で珊瑚寺を訪ねたが、墓石後面に「嘉永三年二月六日没」と刻まれ、中川修亭の墓で間違いないことを確認した(図11)。彼は打鍼法中興の祖で正親町天皇・後陽成天皇に仕えた鍼博士・御蘭意斎みそのいさいの第7代・常言の墓を探す目的で珊瑚寺の墓地を調査していたところ、修亭の墓を偶然発見したのである。珊瑚寺は天王寺七坂の一つ口縄坂の北にある曹洞宗の寺院で、その南に各務文献が眠る浄春寺があり、法要などで頻繁に訪ねている場所であった。



(図11) 中川修亭の墓

12) おわりに

青洲研究の第一人者は弘前大学麻酔科名誉教授の松本明知氏である。著書も多く出版されているが、その集大成の書『華岡青洲～その医学と思想～』が2022年4月に上梓された。2012年～2021年までの最近10年間の青洲に関する論文も紹介し、読み応えのある一書である。私は翌年「華岡青洲と父直道の瘍科の師・岩永一族の謎に迫る」を公表し、日本医史学会雑誌 第68巻 第4号(2022) http://jshm.or.jp/journal/68-4/68-4_gencho_1.pdfに掲載して頂いた。その要旨は青洲の父直道は大坂の岩永蕃玄に、また青洲は蕃玄家親族の外科医で、当時京で名を馳せた岩永左門・貞吉父子のいずれかに師事したことを明らかにし、さらに岩永一族の先祖は、長崎に孔子廟を創建し私塾で儒学を教えた向井元升(1609-1677)に若い頃師事し、医者・儒学者として多くの人物を教育した岩永宗故(1634-1705)であると推理した。宗故は出島蘭館医テン・ライネに医術に関する質問を行い『阿蘭陀薬方雑聚』を著し、また晩年は茶を嗜み、千家の茶の湯の基本的な所作と事柄をまとめた『茶湯秘書』ちやのゆひしょを著した文化人でもあった。ご一読いただければ幸いである。

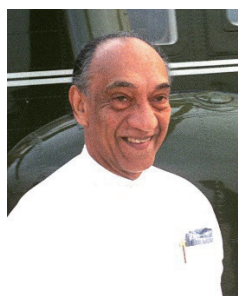
今回は、幕末の大坂において蘭学塾である「適塾」を主宰し、その門からは明治期日本で活躍した多くの人材を輩出した緒方洪庵についてお話するつもりです。

再訪問してスリランカで感じたこと

堺市 黒 田 晃 司

1) 56年後に再訪問したSri Lankaで感じたこと

2023年10月18日から56年ぶりにセイロンに行きました。国名が**スリランカ民主社会主義**



共和国にかわり首都が1985年に旧首都のコロンボ市から南東10kmの**スリ・ジャヤワルダナプラ・コッテ**に遷都された。島の名称はセイロン島（光り輝く島）のままです。現在の

の首都の名前は遷都を決めた左の写真のスリランカ第2代大統領の名前**スリ・ジャヤワルダナ**（勝利をもたらす）・**プラ**（都市）・**コッテ**（元々の街の名前）を並べて命名された。国会議事堂と行政機関が集まっているカドゥウェラ市バッターラムツラがコッテ地区にあるので最後にコッテとされました。人名と地名を繋いで作った名称です。1語でも長い人名の後ろに都市と地区の名前が並べられて造られた言葉です。スリランカの人には馴染みの言葉なのでしょうが、外国人には判らないし、その上発音しにくいので覚られない。この国の国民はそういうネーミングを当たり前だと思っているようですが外国人は発音しにくい。

元のセイロン国コロンボ市は覚えやすかった。下の写真が新国会議事堂です。元の沼を湖にして侵入しにくい池の中国会議事堂は建設された。写真のように湖の島に浮かんでいる。私が撮影した写真です。日本の三井建設が造ったことは誇らしい。我が国とスリランカは非常に親密な関係です。それは第二次世界大戦後に日本が国連への復帰できなかったとき、スリランカが手を差し伸べてくれました。お互いに仏教国であり精神的な繋がりがあった。第2次大戦後1951年のサンフランシスコ講和会議の場でスリ・ジャヤワルダナ大統領が演説した**ブッダの言葉**は日本を救ったことで有名です。日本人は忘れてはならない。日本が戦争で犯した罪が大きく、なかなか日本の国連への再加盟が認められなかったとき、心に訴えた演説です。私はこの大統領演説はお釈迦さまの説法のように思えた。現在のスリランカ政府は中国に借金まみれにされ、国家予算の90%を毎年中国に支払はなければならない額になり財政は破綻した。そのため島の南端のハンバントタ港の使用権を100年間中国に召し上げられた。中国がアヘン戦争に敗れて英国に香港を100年間支配されたことと同じことを中国はした。相手を思いやる心の無い中国です。スリランカの国民はこの事



態と共にその理由を永遠に忘れてはなりません。記憶しておくべきです。

スリランカの人口は2,027万人。人種の構成はシンハラ族：1,517万人、人口の74.9%。タミル族：311万人15.3%。ムーア族：187万人、9.2%、混血、その他：0.8%。宗教はヒンドウ教徒12.6%、イスラム教9.7%、キリスト教徒6.1%、その他1.14%となっている。

スリランカには社会基盤にカースト制度が残っている。印度ほどではないが職業差別となっています。王族、百姓、サラリーマン…最下層が旅芸だそうです。日本人には判りにくい。

国会議事堂は内部が撮影禁止になっているところが多いがPCで検索すれば閲覧できるところも多いそうです。この矛盾はなぜ？後進国では空港や速道路のパーキングエリアはことごとく撮影禁止。現在写真がそんなに国家の安全に影響するとは思えないが後進国ほどやたら写真禁止になっている。その理由が写真好きな私には理解できないが想像するにカメラが国民に普及していない国では、カメラを使用する人は限られている。その人達のカメラを嫌っている。カメラで撮影すること・カメラを多用する人を嫌っている。カメラを使わせないようにしているらしい。私は今回の旅行中に高速道路のパーキングエリアで1度注意された。あらかじめ「空港、高速道路、機内では写真は禁止」と聞いていたので私は素直にカメラをしまった。何事も起こらなかった。

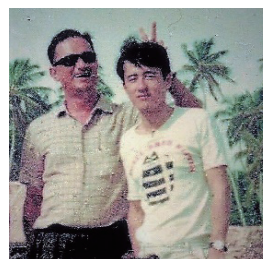
1981年大学での研修と大学院生の生活が終了して、12年目に大学を去る時、一度時間を取ってゆっくりしたかったが日本の制度ではそれは認められなかった。セイロンを訪れたかった。整形外科の医局長がころころ変わり、教授が亡くなり市川先生は鹿屋体育大学に赴任して相談できなかった。

今回スリランカを再訪問して1968年のセイロンが変わったと思ったことは ①高層ビルが増えた ②ホテルが増えてきれいになった ③庶民の話す英語がきれいになった ④街行

く人の服装がきれいになった ⑤国民がみな靴を履いて、はだして歩いている人を見かけなかった ⑥国民の表情が豊かになったことでした。ここではシギリャロックのことを述べてみたい。

2) シギリャロックが変わっていた

シギリャロックの観光客がメチャクチャ増えていた。というよりセイロンを訪れる観光客が増加していた。日本人も増えていたが中国人の観光客は世界中に溢れていて、公害をまき散らしていた。シギリャロックに人工的な鋼鉄の階段が取り付けられて、自然な岩登りではなくなった。1968年の我々のセイロン島内旅行はMr.Jahanzが作ったプランで、彼が全行程を彼のジープ



Jahanz氏と私

を改造した車に我々をギュウギュウズ目にして、自分で車の運転手役、ガイド役を担当して案内してくれました。我々は第3次医学調査隊から申し送りがあり、何よりもその準備に追われ、我々は初めての海外旅でした。そのためセイロン島内旅行の準備まで手が回らず、全面的に任せてしまった。彼のプランに従った。

第3次セイロン医学調査隊の旅記だけが頼りでした。

Jahanz氏が初日に

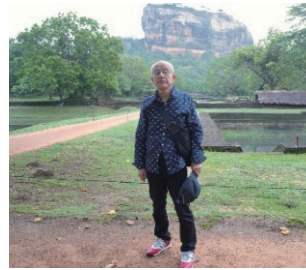
アメリカ製のジープを改造した自動車を迎えに来たときは「まるで探検隊や」と思いました。この時セイロン島内旅行の5日目に訪れたのがシギリャロックでした。その時はっきり記憶に残っているのは、ジープが到着した時目に飛び込んできたのはいきなりライオンの大きな前足の間にあったのが階段の前でし



Jahanz氏のジープの改造車



1968年のシギリアロック



2023年に撮影した写真



1968年訪問時の写真



2023年に写真。いずれも階段に私がいる

た。この階段からシギリアロックへの登山が始まりました。カッサバ王の遺跡野は飛ばされた。上の写真は雨水を貯めた水が吹き上がる噴水と弟が攻めてこないよう造った堀などは見学していない。今回はガイドがこの岩山の歴史を話しながら案内してくれた。

カッサバ王が実父を殺して王位を奪ったことは仏教の国では最も恥ずべきことで、そのため弟からの反撃を恐れて首都アヌラダプラを離れてシギリヤへ遷都した。

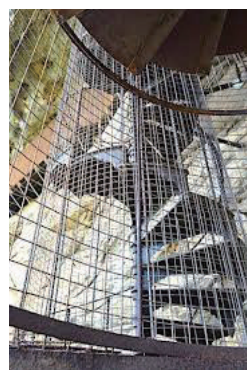
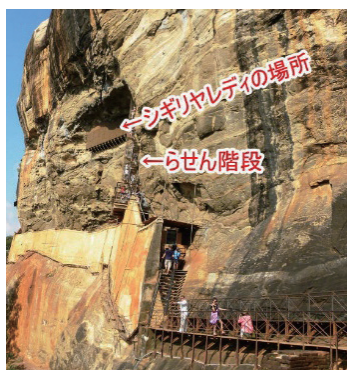
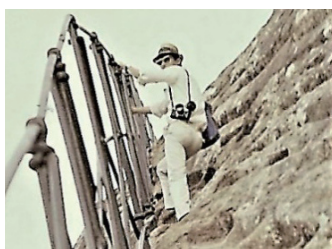
高度の文化を持っていた民族だった。古代のアヌラダプラ王国の国王が紀元前495～473年まで在位した時の文化が残っていました。噴水もその1つです。今朝は「頂上で日の出を見る」と説明されていたが遺跡を見ている間に太陽が昇ってしまった。1968年はカッサ

バ王朝のこと知らなかった。この時は我々のほかに岩山に登る観光客はいなかった。当時のセイロン国民には国

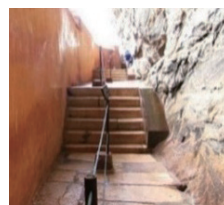
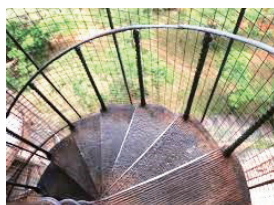


下が小さく見えたシギリアロック

内旅行をするほど余裕がなかった。今回はバスが何台も止まっていて登口へ直接向う人の方が多かった。我々は駐車場でバスを降り歩いて雨水を貯める水源池ほりを歩いてシギリヤロックの防衛のため周囲に造られた2重の堀を越えて岩山の辺まで歩いた。この辺りは家来の生活圏だったので道の両側に噴水の装置＝昔のままの施設＝などがあつた。説明



を聞きながら小1時間歩いてライオンの前足の間の階段の前の広場に来た。1968年はシギリヤロックは森の中にあった。今回見たシギリヤロックは周り森から切り離され観光資源として不自然な石・地上に落ちた岩の姿が強調されて見えた。ライオンの前足の間に造られた階段を登り、そこから岩山をひたすら階段を登った。今回は観光客は頂上まで造られた階段を登った。セイロンの観光資源として売り出すために仕方なかったのでしょうかもう少し考えて欲しかった。確かに階段を設置したので観光客は1968年は0だったのだから成功したと言えます。今回の写真では絶壁に見えますが、以前はここを斜めに這い上がった。前足の間の階段の大きさを上の私が階段いたって手羽挙げている写真でその大きさを想像してください。いかにその階段が大きい



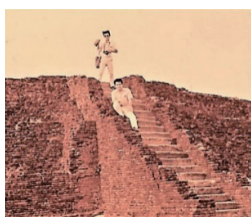
か、石の階段を登ったところに広場にあり、そこに鉄製の長い階段が造られていた。今日は観光客が続くので止まらずに登らないと邪魔になる。沢山の人が45度の階段を登って来る。右上写真で私の手すりにしがみついています。この写真は1968年の写真で、右下の写真と同じ場所であると思つた。これは新旧この2枚の写真を比べないと判りません。前回急角度の斜面で靴が滑って手を離すと墜落すると思わずしがみついたところで、アルバムを見ても緊張した写真でした。今度の階段の角度は急峻でしたが両側に捕まえられるところが

あり少なくとも振り返らない限り恐怖心はなかった。上の写真は空中回廊というべき岩肌に取り付けられた壁を迂回する空中を歩いて行く道です。螺旋階段は壁画を見た後一気に30mほど下ります、右端の写真が螺旋階段です。その右の道は登りと下りが対面で出来る程広い道でこた、対面交通ですが1968年には真中にロープはありませんでした。1968年はすれ違う観光客はいなかった。右端は螺旋階段です。それは壁画の近くに取り付けられていました。よく考えて建設されていました。「この鉄製の階段はいつ設置されたのか？」ガイドに聞いてみたが知らなかった、岩登りをしていた時のことも「聞いたことが



ない」と言い、私とその時代にセイロンに来たことにも驚いていた。「**日本を救ったブッダの言葉のお礼に、ラトナプラ総合病院の計画の話をする大阪市立大学の教授についてきた**」と言ったら目を丸くして驚いていた。ガイドはまだ中学生の時のことです。1990年頃というシンハラ族とタミル族が内戦状態だった時代で日本からの渡航が禁じられていました。階段の鉄板に穴の開いているところがありました。日本人でしたら岩の中央まで横穴を掘りそこから縦穴を頂上までエレベーターを設置出来ます。こうすれば景観が悪くなることも無く展望を楽しめます。右上の私が手を上げている上の写真のところが1968年に頂上にたどり着いた所で、その下の写真が今回の登りの階段の最終地点でした。もう一段高い場所まで延長されていました。

外観も良くて急階段を登らなくても頂上に行ければ観光客がもっと来ると思う。梯子が無くても健脚であれば頂上に無料で登れたと思います。選択肢があるのも良かったかもしれません。天気も良く今日は頂上に登



れました。1968年の宮殿のあったところ。右：1968年には発掘されていなかったカッサバ汪の椅子。



階段の巾・高さがまちまちである。岩の上に宮殿を造れば攻られないと考えたアヌラダブラ王は傾斜の緩い岩の部分にレンガを積んで登れないようにした跡が随所に見られた。階段の幅は階段の数を増せば狭くなるのは必然です。前日登った人の靴に付いた砂が残るため滑りそうで怖い。上の中断の写真、モノクロの写真は1968年の隊員が写っている。カラー写真のプールの写真は2023年の写真。ほぼ同じところから撮影した。下中央の写真は2023年撮影した宮殿跡、今回発掘されていた。右の写真は今回新たに発掘された王座と説明がついていた。見学に訪れる観光客のため発掘をしてかなり整備されていた。登りは階段の角度が急なので息が切れた。ガイドは身長約175cmだが腹囲は1mを超える体形で60歳を超えた人なので私の息切れる前にガイドの方止まって説明を始めのて助かった。プールは変わっていなかったが整備されていた。水は下からは運び上げられないので、すべて雨水です。1968年のものは白黒写真、今回はカラー写真ですがホボ同じ方向から撮影されています。上の王座の場所は前回は発掘されていなかった。55年の間に観光客を呼ぶた

めあちこち発掘していた。ガイドはいつ発掘されたのかは知らなかった。1968年は玉座の場所は山の斜面でした（アルバムの写真にその場所が写っていた）。住居跡の基礎石もなかった。頂上には父親を殺した異母兄弟の王が兄弟に殺されるのを恐れてこの自然の要塞に立てこもった時代の遺跡が残っている。仏教の教えの国なので当然その処罰（後でカッサパ王朝の歴史を書いた）を受けた。そのた

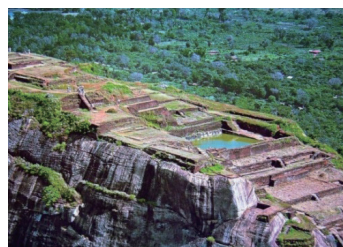
め基石は残ったが建造物はすべて破壊のか2000年の間に消滅したのかわからないが何も残っていない。雨水を貯めたプールも整備されている。1968年の写真と比べると一番違うのは頂上へ登道＝階段＝が取り付けられたことです。頂上は観光を意識して整備したのは確かです。1968年とははかなり様子が変わっていたが、ガイドに質問してみたが50年以上昔のことで知らなかった。



1968年 撮影した王の宮殿に付帯した建物後



2023年 左の場所を撮影した。発掘されている



2023年 ドローンを使って頂上全体を撮影したもの

岩山を降る階段は段の高さ、幅の広さもはばらばらで、下りは目の高が身長にプラスされるので下界を見ると吸い込まれそうになる。岩側の手すりを両手で持つと体は横向きになり下界が視野に入らないので1段1用心して降ると下界が視野に入らないのはいいが、横に足を運ぶのも疲れる。前日登った人の靴に付いた砂が段に残るため滑りそうで怖い。今朝はすでに掃除をする人が出勤してきて掃いてくれていたので足元は安定していた。カッサパ1世は（Kashyapaの生年は不明）古代スリランカのアヌラーダプラ王国国王でした。右下の写真は下りの階段です。目線は下向きのため下界が目に入り恐怖を感じ足がすくむ。473～495年の間在位した。世界遺産シーギリヤ王宮を築いた1世に攻められ自ら命を絶つとされる。その国王の父を監禁・殺害して王位を手入れたが後、弟のモッガラナ



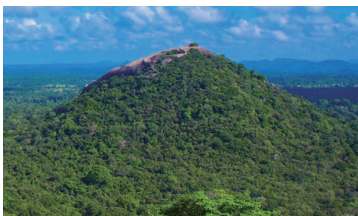
1世に攻められ自ら命をたった。カッサパは入れたが後、弟のモッガラナダートゥセーナの長男であったが母が庶民出身のため王位継承権を持っていなかった。一方弟のモッガラナの母は王家の血筋を引いていたので、カッサパは王位を自分は継承できないので父ダートゥセーナから王位を奪うため父・ダートゥセーナを殺した。「父殺し」という仏教徒として最大の罪を犯した。カッサパは民衆や仏僧から「父殺しのカッサパ」として軽蔑された。このことに加えて弟に復讐されることを恐れカッサパは首都アヌラーダプラを離れシーギリヤ・ロックの上に王宮を築き、その周辺に都市を建設した。この岩山の頂上に王宮を建設するというのは亡き父ダートゥセーナの夢でもあった。王宮の工事には7年を要した。シギリヤ・ロックは巨大な岩山であり見晴らしが非常によかった。そのためカッサパはこの地を王都として選んだ。また岩山の周囲には壘壁や堀が造られ堀にはワニが放たれた。美女のフレスコ画は風雨から逃れるよう流れ落ちる雨水を止める溝を掘る技術と3重に漆喰を塗り重ねる技術で2000年たっ



左の写真は壁画の写真です。左下壁画は岩が引っ込んでいて撮影地点から40cmほど向こうにあり、右上の壁画が手前になる。ピントが同時に合わない。右の2枚は別々に撮影されている。

でも色が褪せることなくきれいな赤色緑色などの花束の色素が保たれている。ダンブツラの石窟寺院も同じ技術が使われている。日本の飛鳥の古墳は密封されていたが発掘すると同時に古墳内に空気と共に水滴が壁に付き、壁画はカビが付着して白虎などの壁画は消えた。下の壁画は左が壁画の写真を拡大したのが右の2枚で、岩の上に描かれているので屈曲している。私が撮影したものです。父・ダートゥセーナをために描かせたフレスコ画は当初は500体あったようですが風化により現在は18体が残るのみとなりました。やはりこの壁画も守るための処置が必要です。花や草木などの顔料で描かれた美女たちは妖艶でその壁画が2000年前のものですが漆喰の技術によって現在まで赤や青の色素が保たれた。下の絵も拡大しても現在までこれだけの画質が保たれてきている。しかし出来ればカバーをつけて欲しいと思いました。カッサバ王が父を弔うためのもののようです。

もう一つ気になっていた平原の中に1つだけシギリアロックがそそり立っているわけは



なく頂上から見ると南側に小高い山が見えていた。1968年に確認したピドゥランガラロックです。このとき望遠レンズを持参していなかった。今回はそちらにも登りたいと思ったがツアーなので時間的に無理でした。紅茶の茶葉をTea Factoryを訪問した時に買ってきました。試飲するとき

再度紅茶の入れ方を訊てきました。1968年に訊た説明と全く同じでした。帰国後楽しんでいますが水牛のミルクを入れた独特のセイロンティーの味は日本では再現できません。楽しめません。なぜなら水牛のミルクは日本では入手不可能です。あの味が忘れられませんか。どなたか水牛のコンデンスミルクを見つけたら是非お知らせください。右はシギリアロック登頂の証明書です。1968年にはこんなものはありませんでしたが、時代の流れでモンサンミッシェルでもあの島？を訪れた証明書をくれました。いずれも入場料に含まれているようでした。ガイドが名前と日にちは書き込んでいました。



スリランカは中国の「一帯一路」の片棒を担された大統領の政策の失敗で国家財政の90%を中国に毎年支払う羽目になり、国家は破産しました。その大統領はシンガポールへ亡命しようとしたしましたが受け入れられませんでした。しかし滞在は許可されて現在シンガポールにいます。「亡命は認めないが滞在は認める」というシンガポールもあちらを立てればこちらから立たずという苦しい立場のようです。

ご存知のように1952年の日本が国際社会に復帰できた（国連に再加盟した＝日本を救ったブッダの言葉）恩義を感じている日本政府

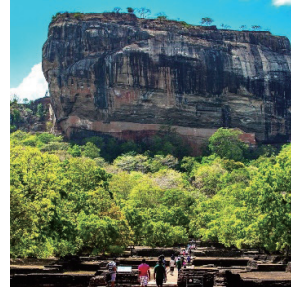
が今回も手を差し伸べています。スリランカは輸出する物は増えています。一番は人間の輸出です？判らないかも知れませんが、それは学生の教育費を国家財政で全額負担することです。親の負担なくし学校教育でシンハラ族とタミール族の融和を図るため共通語として英語を小学生の時日常語になるよう教育し、中学生以後もう1つの外国語を学ばせています。今回驚いたのが日本語を話す人がホテルや観光施設にいました。日本語の読み書き話せると日本人観光客の対応、日本の会社で働けます。稼げるのが魅力だそうです。主語・述語・動詞の順番は日本語もシンハラ語と同じ順番で英語とは違い学びやすい？そうです。要するに日本語の話せる人を日本に輸出して（日本で働かせて）外貨を稼ぐのです。日本円は現在は円安と言われるものの、ルピーに換えると3・4倍くらいに増えるそうです。

政策です。帰りの飛行機でスリランカ人で上手な日本語を話す看護婦さんと一緒になりました。

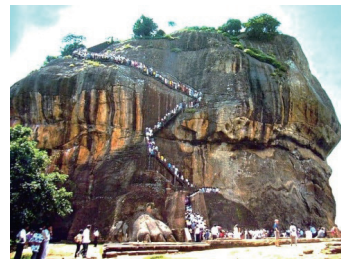


彼女曰く、日本語で日常会話ができるようになれば看護師の免許を持って日本に来れば、日本の看護師の免許に合格する手伝いを病院がしてくれるそうです。日本では看護師は不足しています。「免許を取れば日本の給料は高い。本国へ帰れば円安とはいえルピーに換えると3倍以上に増える？給料を貯めて帰れば結婚もできるので頑張っている」と言ってニコニコしていました。彼女は1年で看護師の免許を取得したそうです。輸出する物に人間が加わって外貨を稼ぐのです。もう1つ日本でmade in CEYLONの物は1968年当時は紅茶とココツ、宝石（キャツアイ、ルビー、サファイア、トパーズ）を輸出していましたが、現在は人間の輸出が加わった。彼女は明るく語ってくれました。関西でもスリランカから日本に来ている看護婦さんがいます。55

年前のセイロンからは考えられないことです。上の写真はシギリアホテルから見たシギリアロックの遠景です。森の中へ突き刺さったような岩に見えます。岩山です。美しい借景です。今回見たシギリアロックは見る場所によって様々な顔を見せてくれました。シギリアロックへは



バスで来ました。駐車場でバスを降ると森のかたに岩山が霞んでいます。岩の色が太陽光線



が当たると岩肌の凹凸や岩を反射する光線で側壁の角度により色が変わって見えます。霧が温度が上ると消えて、近づいて行くと岩の表情が変化した。駐車場から出てロックの方へ近づくとも森の手前は大きな広場になっていて視界が開けました。森の中に大きな岩が鎮座しています。今回私達はカッサパ王が遷都した住居跡の説明を受けてからシギリアロックの登りました。登り口になるライオンの前脚の間の階段からです。以前と異なり岩山の周囲の森の樹木は伐採されたていました。裸の岩山だけが急に目の前に現れました。近付くと大きくなると思っていたシギリアロックは、以前は広大な樹海に囲まれていて周りの樹木に溶け込んでいたが、周りから切り離されて比較するものがなくなり、丸裸でボツンと1人座っているように見えて、恥ずかしそうに小さい岩になっていました。ひどく小さな石コロになったシギリアロックは一跨ぎで登れるかと思う姿になっていた。錯覚に陥った私が見たのはその岩に階段が造られ。その階段に群がる観光客の姿でした。目の前に見えました。シギリアロックは身を縮めてしまったように見えました。非常に印象的なシギリア

ロックの表情
を見ました。
その写真を並
べて今回シギ
リアロックに
来て経験した
1968年に見た
シギリアロッ
クとは変わっ
ていた私の目
の錯覚をお伝
えました。
右の写真は今
回もらったパンフレットのドローンの写真を
借用した。



日本の医療援助して建設されたラトナプ
ラ総合病院 下の写真は1986年頃シナタン

ビー先生にもらったパンフレットより。

1972年に日本が建設した。建設費用55400
万円でした。1968年第3次セイロン調査隊が
訪問した時医薬品の分析センターを日本政府
が寄贈して、小谷整形外科教授、高井小児科
教授、高田医動物教授らが厚生省の事務官2
人を交えて相談していたのが次のラトナプラ
総合病院建設のことだったことを知りました。

ラトナプラ総合病院はサバラガムワ州唯一
の基幹医療施設です。2012年に日本が建設し
たラトナプラ市総合病院（右の写真）の第二
期工事を1428億円でしたことを今回ガイドか
ら聞きました。金額などは厚生省のホーム
ページで確認しました資料です。

OCOA医業継承システム

親族に継承者がいないためにOCOA高齢会員の閉院が多くなっています。長年地域医療を担ってきた先生の診療所が閉院することは、地域住民の方やスタッフの方にとって悲しい出来事だと思います。M&A業者に依頼すると両者から最低500万円請求されます。OCOA勤務医会員と継承を希望する開業医とをマッチングして後で揉めないように弁護士を介して契約書を交わすOCOA医業継承システムを立ち上げました。10年先でも第3者に

継承する意思のある先生は、OCOAアンケートに回答ください（詳しくは以下のQRコード）。継承したいという勤務医が現れましたら、ご連絡入れます。その時に、今じゃないとお考えの場合は、その旨回答下されば結構です。

（広報担当理事 宮田重樹記）



私もOCOAに入会させて頂いて約30年、この大阪臨床整形外科医会の会報の作製などに携わってもう数年になりますが、当医会のこの会報は、単科医会の会報として非常に優れたものを毎年皆様方のご協力で作成することができている事を、非常に誇らしく思います。

研修会報告も演者の先生方の迅速な執筆活動で、ほぼ欠落もなく完成できています。

大阪を代表する著名な先生方の「なにわの先達」も毎年、非常に勉強となる内容を諸先

輩方に執筆していただいて現在まで続いています。OCOAも来年50周年を迎えようとしています。

引き続き次の50年もこの素晴らしい伝統のある会の会報として、存続させて頂きたいと思うばかりです。今後、冊子からPDFなどの電子媒体に代わる予定ですが、内容はより充実したものにしていきたいと、考えております。

（広報担当理事 副会長 白木隆士記）

昨年の診療報酬改定により影響を受けた先生も多いことと思います。加えて、今後はさらにデジタル化の流れが加速し、日々の診療スタイルを見直す必要性を感じておられる先生方も多いのではないのでしょうか。

一方で、市町村においては、介護予防や健康寿命の延伸を目的とした取り組みの中で、ロコモティブシンドロームやフレイル対策の重要性が今後ますます高まってくるものと思われます。整形外科は、こうした流れの中でますます頼りにされる存在です。長期的な健康支援を意識した診療が、これから一層求められることでしょう。

また、「医療DX」や「医師の地域偏在」といったキーワードも、もはや無視できない課題となってきました。変化のスピードが速

い時代ではありますが、無理をせず、できることから一歩ずつ、地域に根差した診療を心がけていきたいと思っています。

さて、今年度の研修会では、日常診療のアップデートや最先端治療の実際など、興味深い講演を幅広く行っていただきました。しかし近年、我々の希望に沿った研修会の開催が難しくなっているのも現状です。そのような中、昨年度も担当役員の先生方のご尽力により、貴重な研修会を開催することができました。

ぜひとも本誌の研修会報告に目を通していただくとともに、今年度の研修会にも足をお運びいただけますよう、よろしくお願いいたします。

（広報担当理事 調子和則記）

3月18日の深夜就寝時に、クリニックで契約している警備会社から電話がありました。泥棒でも入ったかと電話に出ると、クリニックに車が突っ込んだとのこと。車でクリニックに駆け付けると、居眠り運転の車がクリニックの正面玄関に突っ込んでいました。

保険で元通りに修繕してもらえとは言え、

工事の手配、患者さんへのお知らせ作成、数日休業した休業補償のための資料作成など、余計な仕事が増えて大変でしたが、運転手を含め、誰もお怪我をされなかったのは不幸中の幸いでした。

(広報担当理事 明石健一記)

令和6年度各務文献追善法要に参加いたしました。

この法要は今井秀先生（2006年～2014年 OCOA理事）が立ち上げられ、主宰されてきました。医学史に造詣が深く「近世の医療史—京洛・大坂ゆかりの名医」を2015年に執筆されています。私が大阪医大整形外科教室に入局し（1985年）Neuherennだった頃、今井先生はLeiterのお一人で、「鬼の…、仏の今井先生」と、とても優しく教育していただきました。当時のLeiterには茂松茂人先生、白川貴浩先生（OCOA元理事）、澤田出先生（OCOA元理事）、森下忍先生（現OCOA理事）がおられ、何もわからない私に方向付け

していただいたことに感謝しています。

さて、5月10日にOCOA研修会をさぼって、EXPO2025大阪・関西万博に行きました。大阪ウィーク春の陣として大阪府内各地からだんじり40台ほどが大集合し、それぞれの囃子と曳廻しが披露され、伝統を守り継がれていることに感心。今後も各地の文化は守ってほしいです。

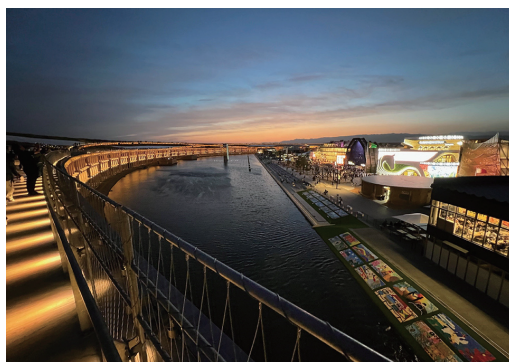
なお、7月26日～29日には大阪ウィーク夏の陣、盆踊りがあります。

ついでに上ってみた大屋根リングの写真も載せておきます。

(広報担当理事 中野晋吾記)



だんじり（堺市、忠岡町、高石市）



大屋根リング

先日妻と、とある有名な温泉地へ出かけましたが、そこへ向かう観光特急は中国人だらけ。着いて、街を散策すれば韓国人だらけ。日本語は旅館でしか聞けませんでした。日本の人口は減る一方。このままいけば、100年後には日本人は少数原住民として扱われるようになるのでは、と感じます。多様性、個人

の意思も大事ですが、人が減る、というのはあらゆる面で物事が悪い方向へ向かうような気がしてなりません。いろいろ思うことはありますがラジカルになるので、人間万事塞翁が馬、でしょうか。

(広報担当理事 山本善哉記)

2024年はOCOAに入って本当によかったと思える年でした。

まず、福利厚生委員長を拝命しました。

といってもゴルフコンペの幹事が主な仕事なのですが、これが素晴らしく楽しいのです。

会報にも書きましたように、予想を超える数の先生方がご参加くださり、ちょっとしたことでも「ありがとう」「楽しかった」と褒めていただける、本当にありがたい仕事です。

幹事になったおかげで、プライベートでゴルフに誘われることも増えましたし、感謝しております。

次に、带状疱疹ワクチンのアンケートをご承認いただきました。

研修会会場でも実施し、100名以上の回答を頂いておりますので、結果をまとめて、2025年7月に三重で開催されるJCOA学会で発表する予定です。

しかも当院の看護師が関心を持ってくれましたので、日々の診療にも良い刺激となっています。

医療を取り巻く情勢は厳しさを増す一方ですが、OCOAを通じて得られたつながりや機会には恵まれています。

研修会の減少は気がかりですが、宮崎先生を中心に新たな企画も考えておりますので、今後ともご指導宜しくお願い致します。

(広報担当理事 片岡英一郎記)

コロナ禍は収束しましたが、5類感染症には分類されており、感染者が出た場合一律の制限事項がかかってまいりますので終息とは言えません。入院患者の感染隔離や、スタッフが罹患した際には体調に関わらず休務しないといけませんので、未だ人員確保に悩まされることもあります。

診療報酬の負の改定に加え、世の物価上昇の影響で様々な物品の納入に関する値上げ・光熱費の増加、医療器材も次々と償還価格が下げられていくのに物品の納入価格は値上げが続きます。一部の手術材料も製品の納入価格が償還価格を上回ってしまい、消耗品でもないのに病院がその差額を負担させられる逆ザヤ状態が増えてきており、身をすり減らして日々働いているのに赤字状態です。クリ

ニックも大変かと存じますが、病院は一部の高収益領域に力を入れている機関以外はほとんど赤字状態だと思われます。

このような状態で自院のことで手一杯な状況になってきており、一部の主要理事の方々に負担が集中してしまうことを危惧しております。

ホームページリニューアルに伴い開始したバナー広告は概ね順調には運営できておりますが、残念ながら現在1枠に空きが発生しております。広告を掲載していただける企業や病院をご存知でしたら、HP事務局のinfo@ocoa.jpもしくは担当理事宮口のm-gucci@kbh.biglobe.ne.jpまでご連絡を頂ければ幸いです。

(広報担当理事 宮口正継記)

4月の下旬に、白浜のパンダが4頭とも6月中に中国に返還されるというニュースが飛び込んできました。もう2カ月ほどしかないのに、突然の発表でおどろきました。私が物心ついた時から白浜にはパンダがいて、いるのが当たり前と思っていたのですが、白浜にパンダがきたのが1988年とのこと、1989年が平成元年なので、パンダがいたのはほぼ平成の時代であったのかと思い返しておりました。

子どもにせがまれ、駆け込みで白浜へいつてきましたが、駆け込みパンダの恐ろしい集客力にはおどろきました。これまで何度かア

ドベンチャーワールドへ赴きましたが、これほどの人は見たことがありませんでした。それでもゆっくりパンダをみることはできましたが、今後東京へわざわざパンダを見に行くこともおそろくはないと思うので、もしかするともう一生パンダを直接見ることはかなわないかもしれません。

これまで当たり前にあると思っていたものが、突然なくなってしまうさみしさをかみしめ、感慨深く帰ってまいりました。

(広報担当理事 岸本英樹記)

石破政権の発足以降、立て続けに医療費削減に関する政策が打ち出されています。その動きは極めて迅速かつ強引で、「石破政権は短命に終わる可能性が高いため、今のうちにやれることをやってしまえ」といわんばかりの自民党の姿勢が垣間見えます。

まず注目すべきは、財務省主計局が主導したと見られる「自民・公明・維新の3党による医療費4兆円削減方針」です。これにより、医療現場に与える影響は計り知れず、特に地方や中小病院にとっては死活問題となりかねません。

また、岸田内閣が掲げた「異次元の少子化対策」の財源捻出の一環として、高額療養費制度における自己負担額の引き上げが提案されました。これは5,330億円もの削減効果を見込むものでしたが、現時点では一旦見送りとなったものの、参議院選挙後には議論が再燃し、実施に踏み切る可能性が高いと見られています。

さらに、風邪薬・湿布薬・花粉症薬など、いわゆるOTC（一般用医薬品）類似薬を保険適用から外す政策も進行中で、これにより3,200億円の医療費削減が見込まれています。これらの薬は高齢者や慢性疾患を抱える患者にとって生活に密接に関わるものであり、そ

の負担増は社会的弱者を直撃することになります。

2025年度の予算案に関しては、衆議院で少数与党にとどまる自民・公明の両党が、日本維新の会と協議を重ねた結果、「教育の無償化」および「国民医療費の負担軽減」に取り組むということで3党が合意し、維新が予算案に賛成するに至りました。

この3党合意に基づく政策の順序としては、高額療養費制度の見直しよりも、OTC医薬品の保険適用除外が先行して議論される見通しです。医療の必要性や公平性を問う本質的な議論が置き去りにされ、政党間の駆け引きの“駒”として医療政策が利用されている現状は、決して看過できるものではありません。

こうした国民不在の政策決定プロセスに対しては、医療従事者としても、また一市民としても強い懸念を抱かざるを得ず、今後の動向については引き続き注意深く監視し、必要に応じて声を上げていくことが重要です。

今回51号OCA会誌の編集・校正を担当させていただきました。何れも吟味された、素晴らしい内容でした。皆様のご協力のおかげで、今年も素晴らしい会報が出来たと自負しております、関係の皆様方お疲れ様でした。

(広報担当理事 神藤佳孝記)

雑誌のPDF化は、世間の流れとして進んでいる傾向があり、多くの学会が電子ジャーナル化を進めています。最近では、紙媒体を廃止し、郵送せずにホームページから閲覧する形態へ移行する学会がほとんどです。

メリットとして、スマホやパソコンでいつでも閲覧でき、検索機能を活用して過去の情報を簡単に探せる点が挙げられます。また、印刷や配送コストの削減により、会報誌の維持がしやすくなります。デメリットとしては、紙媒体の「手に取って読む」感覚が失われ、長時間の画面閲覧が負担になることがあります。また、Pc・インターネット環境がない

と読めないため、読みたいときにすぐに読めるというアクセスが制限されることもあります。

賛否両論はあると思いますが、媒体の違いはあるものの、質を向上させる努力を続ける必要があります。電子化によって利便性が向上し、会員にとって価値のある情報を提供し続けることが重要です。会員の先生方の好みも分かれるところです。電子化による利便性を重視する方もいれば、紙媒体の読みやすさや保存性を好む方もいます。あなたは、PDF化と紙媒体のどちらを好みますか？

(広報担当理事 吉村弘治記)

一般社団法人 大阪臨床整形外科医会 会報 第51号

令和7年7月31日発行

発行所 一般社団法人 大阪臨床整形外科医会 事務局
〒581-0088
大阪府八尾市松山町1-4-11
医療法人貴医会 貴島中央病院 内
TEL 072-922-1581
FAX 072-991-8976

編集者 貴島浩二・白木隆士
明石健一・榎本英一郎
大河窪博・片岡成一郎
岸合大五郎・岸本成理也
神藤英樹・小坂川浩彰
中野晋吾・宮口正繼
宮田重樹・吉村弘治
山本善哉・調子則

印刷 川西軽印刷株式会社
〒540-0005 大阪市中央区上町A-22
TEL 06-6761-5768
FAX 06-6762-2772



病気になる。あるいは、健康への心配がある。

それだけで、人は日常から引き離されてしまう。

第一三共が掲げる「健康で豊かな生活」とはつまり、
すべての人が前向きに日々を生きられる、ということ。

わたしたちがサイエンス&テクノロジーで、
革新的モダリティ(治療手段)を追求するのも、そのためです。

健康につまずかない。そんなサステナブルな未来へ。

わたしたちは今日も、イノベーションの先にあるこたえをさがしています。

世界中の人々の健康で豊かな生活に貢献する

イノベーションに情熱を。
ひとに思いやりを。



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社

Hisamitsu®



経皮吸収型 持続性疼痛治療剤

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

ジクロフェナクナトリウム経皮吸収型製剤

ジクトルテープ® 75mg

ZICTHORU® Tapes 75mg

1枚中 日局ジクロフェナクナトリウム75mg含有

薬価基準収載

● 効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元  **久光製薬株式会社** 〒841-0017 鳥栖市田代大官町408番地

文献請求先及び問い合わせ先：お客様相談室 〒135-6008 東京都江東区豊洲三丁目3番3号

TEL. 0120-381332 FAX. (03) 5293-1723

受付時間／9:00—17:50 (土日・祝日・会社休日を除く)

URL: <https://www.hisamitsu-pharm.jp/product/dl/zicthoru-75-7/>



2025年4月作成

AMGEN

astellas



ヒト化抗スクレロスチンモノクローナル抗体製剤 [薬価基準収載]

イベニティ® 皮下注105mg シリンジ

ロモソズマブ(遺伝子組換え)注
生物由来製品、処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

EVENITY®

■「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、
電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売 **アムジェン株式会社**
東京都港区赤坂九丁目7番1号

[文献請求先及び問い合わせ先] メディカルインフォメーションセンター 0120-790-549

発売 **アステラス製薬株式会社**

東京都中央区日本橋本町2-5-1

[文献請求先及び問い合わせ先] メディカルインフォメーションセンター ☎ 0120-189-371
[医薬品情報サイト] <https://amn.astellas.jp/>

EVN02-H01-01-K

2024年3月作成 230×160mm
ROM246001IS1



hvc
human health care

患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

いのちの数だけ、 アンサーを。



旭化成ファーマ株式会社

旭化成ファーマの医療関係者向けサイト
<https://akp-pharma-digital.com>

Pharma DIGITAL





骨粗鬆症治療剤

創薬、処方箋医薬品^(注)

薬価基準収載

ボンビバ® 静注1mgシリンジ

Bonviva
ibandronate

イバンドロン酸ナトリウム水和物注
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること



効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については
電子化された添付文書をご参照ください。

骨粗鬆症治療剤

創薬、処方箋医薬品^(注)

薬価基準収載

ボンビバ® 錠100mg

Bonviva
ibandronate

イバンドロン酸ナトリウム水和物錠
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること



製造販売【文献請求先】



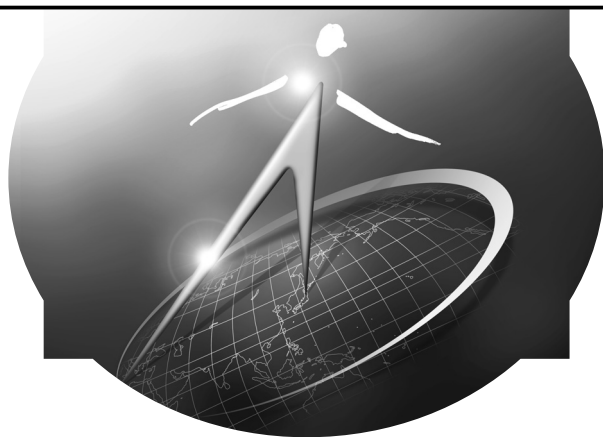
大正製薬株式会社

〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1

お問い合わせ先: ☎ 0120-591-818

メディカルインフォメーションセンター

2023年4月改訂



関節機能改善剤

（処方箋医薬品） 注意—医師等の処方箋により使用すること

日本薬局方 精製ヒアルロン酸ナトリウム注射液

アルツディスポ® 関節注25mg



「運動器の健康」世界運動
動く喜び 動ける幸せ

科研製薬は

「運動器の健康」

世界運動を応援し、

QOLの向上に

貢献してまいります。

- 薬価基準収載
- 効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報については電子添文をご参照ください。

（製造販売元）



生化学工業株式会社
東京都千代田区丸の内一丁目6-1



発売元【文献請求先及び問い合わせ先】

科研製薬株式会社

東京都文京区本駒込二丁目28番8号

医薬品情報サービス室

（2024年3月作成） ARZ08DK



解熱鎮痛剤

薬価基準収載

劇薬（錠500のみ）

カロナール[®]錠200・300・500

アセトアミノフェン錠

〔効能又は効果〕、〔用法及び用量〕、〔警告・禁忌を含む使用上の注意〕等については、電子化された添付文書（電子添文）をご参照ください。

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）



あゆみ製薬株式会社
東京都中央区銀座四丁目12番15号

CAB52M-23BAY01



Authorized Generic

プロトンポンプ・インヒビター
エソメプラゾールマグネシウム水和物カプセル
処方箋医薬品^注

薬価基準収載

エソメプラゾールカプセル10mg「ニプロ」
エソメプラゾールカプセル20mg「ニプロ」

（先発・代表薬剤：ネキシウムカプセル10mg・20mg）

注）注意—医師等の処方箋により使用すること



製造販売元：ニプロ株式会社
大阪府摂津市千里丘新町3番26号
<https://www.nipro.co.jp/>

文献請求先及びお問い合わせ先（医薬品情報室）：
TEL: 0120-226-898
FAX: 050-3535-8939

●「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」を含む注意事項等情報 等の詳細は、電子添文をご参照ください。

2025年4月作成（MDX）
[審2504220543]



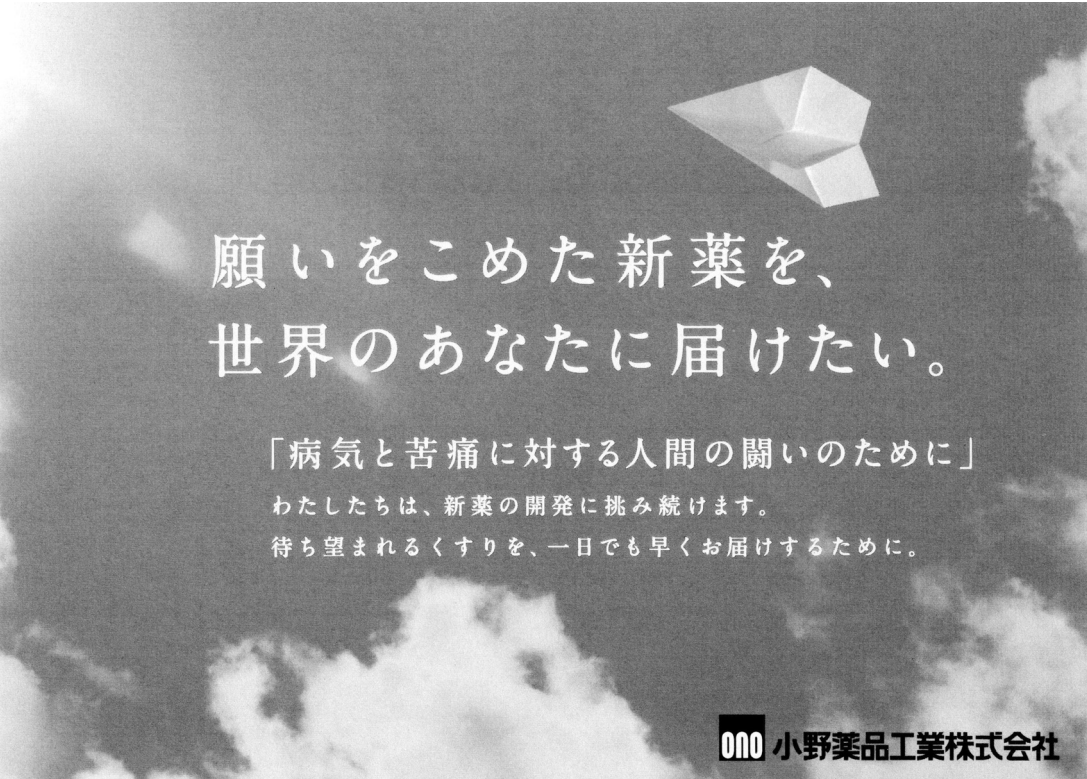
生薬には、
個性がある。

漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。



株式会社ツムラ <https://www.tsumura.co.jp/> 資料請求・お問合せは、お客様相談窓口まで。
医療関係者の皆様 tel.0120-329-970 患者様・一般のお客様 tel.0120-329-930 受付時間 9:00～17:30(土・日・祝日は除く) 2021年4月制作 (審)



願いをこめた新薬を、 世界のあなたに届けたい。

「病気と苦痛に対する人間の闘いのために」
わたしたちは、新薬の開発に挑み続けます。
待ち望まれるくすりを、一日でも早くお届けするために。

 **小野薬品工業株式会社**



ヤヌスキナーゼ (JAK) 阻害剤

リンヴォック®錠 15 mg
7.5 mg

ウパダシチニブ水和物錠 **RINVOQ**

劇薬 処方箋医薬品^(注) 注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

● 効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子化された添付文書(電子添文)をご参照ください。

製造販売元

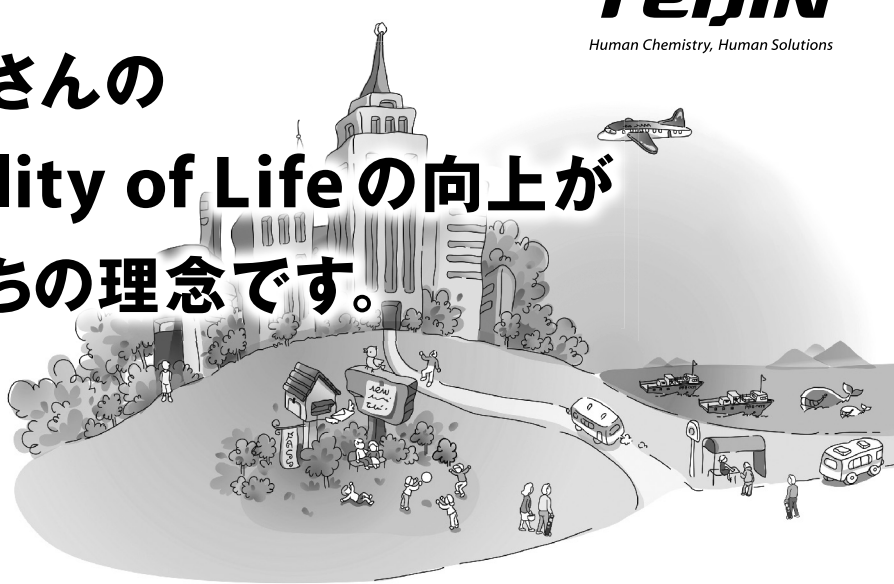
アッヴィ合同会社 (文献請求先及び問い合わせ先)
くすり相談室
東京都港区芝浦3-1-21 フリーダイヤル 0120-587-874

2024年12月作成
JP-RNQR-240537-1.0

abbvie

TEIJIN
Human Chemistry, Human Solutions

**患者さんの
Quality of Lifeの向上が
私たちの理念です。**



帝人ファーマ株式会社 帝人ヘルスケア株式会社
〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

PAD005-TB-2103-1

疼痛治療剤(局所注射用)

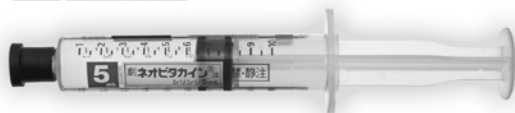
薬価基準収載

ネオビタカイン[®]注 2mL・5mL シリンジ 2mL・5mL

Neo Vitacain[®] INJECTION 2mL・5mL, INJECTION SYRINGE 2mL・5mL

サリチル酸ナトリウム・ジブカイン配合剤

劇薬 処方箋医薬品 (注意 - 医師等の処方箋により使用すること)



※〈警告〉〈禁忌〉〈効能・効果〉〈用法・用量〉〈使用上の注意〉
等の詳細については、電子化された添付文書をご参照ください。



製造販売元

ビタカイン製薬株式会社

大阪府中央区伏見町 2-6-8



販売

田辺三菱製薬株式会社

大阪府中央区道修町 3-2-10

2022年4月作成 (B5 1/2)

SHOUEI

義肢装具・車椅子・各種杖



supportive

大阪府指定

株式会社

松栄製作所

〒589-0002 大阪狭山市東野中5丁目469-1

TEL (072) 367-0002

FAX (072) 367-7602



東和薬品

薬価基準収載

骨粗鬆症治療剤(活性型ビタミンD₃製剤)

劇薬 処方箋医薬品^{注)}

エディロール錠 0.5 μ g 0.75 μ g

EDIROL[®]

エルデカルシトール錠

® 中外製薬株式会社登録商標

※注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

※ 効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については、電子添文をご参照ください。

製造販売元

発売



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1



ロシュグループ

東和薬品株式会社

医療関係者向けサイト

エディロール錠0.75 μ g



2023年8月改訂 (DC-003284_02)

