



大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



20周年記念号

第24号
平成10年6月



水野祥太郎教授



故水野教授を偲んで

堀 木 篤

私が阪大整形外科に入局して2年目、前任の原田基男教授が病に倒れ亡くなられてしばらくたった頃、水野祥太郎先生が教授として赴任された。それまで大阪市大の教授として活躍されていたが、若輩の私には全く先入観なしの出会いであったので、印象は強烈であった。あの丸い体軀から発するアグレッシブな雰囲気と少しオクターブの高い速射砲のような口調で、医局員を叱咤する有様を今でも思い出す。あれ程教育熱心な先生には出会ったことがない。アフリカに落下傘で降りても十分やって行ける医師になれというのがモットーであり、インターナショナルに通用する医師になれというのも口癖であった。手術中であれ回診中であれ、その餌食になった者は数知れない。嵐が起こるとしばらく黙って嵐が弱まるのを待つという業を身につけた者も数知れない。カンファランスではアイデアとエビデンスを見せなければ納得してもらえない。先生の実証主義を重んじる一面であったのかも知れない。夢を夢として終わらせなかった先生の生き方であったのかも知れない。

怖いばかりではない。稚気あふれる面も持ち合わせていた。嵐がやってこようとする時、タイミングよく山の話を持ち出すと嵐がおさまるとか、背の高い者を助手につけると嵐がこないとか、いろいろあった。「水野の OSSAN は偉かったなあ」と懐かしむ先生も少なくない。結局、あの怖い先生の中にひそむ稚気あふれる一面が、そうさせているのかも知れない。

先生の足跡は多岐にわたり、その関心の多様さと探究の深さはどれ一つとってみても、我々凡人の及ぶ所ではない。山、スキーを愛し、若き頃北アルプスの岩壁に「水野ルート」を残し、「山野スキー術教本」、「岩登り術」等の本を出されたことをみても分かる。整形外科での業績は言うに及ばない。それより恐竜の歩行の定説をくつがえすことができたと言っていた先生を忘れることができない。そして名著「ヒトの足」を残して去って行かれた。私にとって水野先生はロマンを求めつづけた個性あふれる人として一生忘れることのできない存在である。



水野 祥太郎 教授 御履歴

明治 40 年 2 月 6 日出生(神戸)
 昭和 5 年 3 月 25 日 府立大阪医科大学卒業
 同 副手に採用(第 1 外科)
 4 月 8 日 医師免許証 第 61907 号
 昭和 8 ~ 12 年 岩国帝人工場医師
 昭和 13 ~ 20 年 大阪陸軍造兵廠医師
 昭和 20 年 1 月 軍事保護院囑託(兼務)
 4 月 大阪大学講師(整形外科)
 (兼務)
 昭和 22 年 1 月 大阪市立医学専門学校講師
 昭和 22 年 4 月 大阪傷痍者職業補導所長(兼任)
 (軍事保護院-厚生省-労働省)
 昭和 27 年 8 月 同 退任
 昭和 23 年 8 月 大阪市立医科大学教授
 (のち市立大学医学部となる)
 昭和 35 年 9 月 大阪大学教授
 昭和 42 ~ 44 年 同 医療技術短期大学部
 主事(兼務)
 昭和 45 年 3 月 同 定年退官、同 名誉教授
 4 月 川崎医科大学教授(非常勤)
 昭和 46 年 1 月 同 教授
 昭和 47 年 4 月 同 学長
 昭和 49 年 4 月 同 リハビリテーション学院長
 (兼務)
 昭和 54 年 3 月 同 学長を任期満了によって
 退任、学院長を専任

昭和 59 年 5 月 10 日 御逝去

賞罰

昭和 33 年 11 月 大阪市民文化賞(大阪市)
 昭和 43 年 11 月 高木賞(日本肢体不自由者協会)

学会活動

昭和 32 年 日本手の外科学会会長
 昭和 34 年 日本整形外科学会会長
 昭和 39 年 日本リハビリテーション医学会会長
 昭和 44 年 日本パラプレジア医学会会長

学会員

名誉会員：日本整形外科学会、
 日本リハビリテーション医学会、
 日本手の外科学会、
 日本パラプレジア医学会、
 インド外科学会、
 エジプト整形外科学会、
 日本山岳会

特別会員：国際整形外科災害外科学会、
 国際外科学会、
 イギリス整形外科研究学会

会 員：イギリス王室医学会フェロー、
 国際霊長類学会

痛み・炎症に24時間効果



効能・効果

■下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛

慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、変形性脊椎症、頸肩腕症候群、肩関節周囲炎、痛風発作

■外傷後及び手術後の消炎・鎮痛

用法・用量

通常、成人にはオキサプロジンとして1日量400mgを1～2回に分けて経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日最高量は600mgとする。

使用上の注意

1. 一般の注意

- (1) 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。
- (2) 慢性疾患（慢性関節リウマチ、変形性関節症等）に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。
ア. 長期投与する場合には、定期的に臨床検査（尿検査、血液検査及び肝機能検査等）を行うこと。
また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な措置を講ずること。
イ. 薬物療法以外の療法も考慮すること。
- (3) 外傷後及び手術後に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。
ア. 炎症及び疼痛の程度を考慮し投与すること。
イ. 原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。
- (4) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。
- (5) 感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染症を合併している患者に対し用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に怠り慎重に投与すること。
- (6) 他の非ステロイド性消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。
- (7) 高齢者及び小児には副作用の発現に特に注意し、必要最小限の使用にとどめるなど慎重に投与すること。

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）

- (1) 消化性潰瘍のある患者〔副作用として消化性潰瘍が報告されているため、消化性潰瘍を悪化させるおそれがある。〕
- (2) 重篤な肝障害のある患者〔副作用として肝障害が報告されているため、肝障害を悪化させるおそれがある。〕
- (3) 重篤な腎障害のある患者〔腎血流量を低下させ腎障害を悪化させるおそれがある。〕
- (4) 本剤の成分に対し過敏症の患者
- (5) アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発）又はその既往歴のある患者〔喘息発作を誘発させるおそれがある。〕
- (6) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人（「妊婦・授乳婦への投与」の項参照）

3. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）

- (1) 消化性潰瘍の既往歴のある患者〔消化性潰瘍を再発させるおそれがある。〕
- (2) 血液の異常又はその既往歴のある患者〔血液の異常を悪化又は再発させるおそれがある。〕
- (3) 肝障害又はその既往歴のある患者〔肝障害を悪化又は再発させるおそれがある。〕
- (4) 腎障害又はその既往歴のある患者〔腎血流量を低下させ腎障害を悪化又は再発させるおそれがある。〕
- (5) 過敏症の既往歴のある患者
- (6) 気管支喘息の患者〔喘息発作を誘発させるおそれがある。〕
- (7) 高齢者（「一般の注意」、「高齢者への投与」の項参照）
- (8) 小児（「一般の注意」の項参照）

4. 相互作用

併用に注意すること

- (1) 経口抗凝血剤（臨床的に認められていないが、本剤は血漿アルブミンと高率に結合するので併用する場合には慎重に投与すること。）
- (2) リチウム製剤（他の非ステロイド性消炎鎮痛剤でリチウム製剤の作用を増強するとの報告がある。）
- (3) ニューキノロン系抗菌剤（ニューキノロン系抗菌剤との併用により産生を誘発するおそれがある。）

5. 副作用（まれに：0.1%未満、ときに：0.1～5%未満、副詞なし：5%以上又は頻度不明）

(1) 重大な副作用

消化性潰瘍：まれに消化性潰瘍があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。

(2) 重大な副作用（外国症例）

アナフィラキシー様症状、皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、急性腎不全が海外で報告されている。

(3) その他の副作用

- 1) 消化器
ときに胃・腹部不快感、胃・腹痛、嘔気・嘔吐、また、まれに食欲不振、便秘、下痢、胃炎があらわれることがある。
- 2) 過敏症
ときに発疹、また、まれにかゆみがあらわれることがある。
- 3) 精神神経系
まれに眠気、頭痛、めまいがあらわれることがある。
- 4) 肝臓
まれにGOT、GPT、Al-Pの上昇があらわれることがある。
- 5) 血液
まれに貧血があらわれることがある。
- 6) その他
まれに浮腫、口内炎、舌の荒れ、口渇、倦怠感、発汗、胸部圧迫感、耳鳴り、霞目があらわれることがある。また、まれに尿沈渣の異常がみられることがある。

※その他の「使用上の注意」等は、添付文書をご参照下さい。

持続性消炎・鎮痛剤

Alvo[®] 100/200
オキサプロジン100mg錠、200mg錠 薬価基準収載



資料請求先

大正製薬株式会社

〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1 ☎(03)3985-1111

目 次

巻頭言	堀木 篤	1
	新会長就任御挨拶	三橋二良 2
	副会長御挨拶	服部良治 3
	大阪臨床整形外科医会創立 20 周年の道程	小松堅吾 5
20周年特集	OCOA 20 周年記念式典式辞	堀木 篤 11
	OCOA 20 周年御来賓祝辞	植松治雄 12
	OCOA 20 周年御来賓祝辞	安部龍秀 14
	OCOA 20 周年御来賓祝辞	小野村敏信 15
	OCOA 20 周年御来賓祝辞	島津 晃 16
	OCOA 20 周年記念講演 高齢社会における脊椎症の新しい課題	小野啓郎 17
	OCOA 20 周年乾杯の辞	小川亮恵 22
	20 周年祝賀行事風景	大竹節郎 23
	20 周年記念に寄せて	増原建二 26
	JCOA 大阪研修会と 林原明朗研修会々長を偲んで	坂本徳成 27
	三代目会長時代	伊藤成幸 30
	同じ土俵で相撲を取りたい	大橋規男 32
	OCOA と私	小杉豊治 33
	OCOA 年表	34
OCOA 総会の報告	第 22 回大阪臨床整形外科医会総会	44
理事の声	労災医療と自賠責保険	八幡雅志 55
	骨と関節の日の行事について	堀木 篤 57
研修会報告	レーザーによる経皮的椎間板髄核の蒸散法	米沢卓実 67
	慢性関節リウマチ治療の最近の展開	小松原良雄 71
	ペインクリニックにおける神経ブロック	森 秀磨 75
	骨粗鬆症の診断－新しい診断基準と画像診断	福永仁夫 77
	慢性関節リウマチの手術的治療	上尾豊二 80
	関節リウマチのトータルマネージメント	吉野慎一 83
	肩のいたみスポーツ障害をふくむ	信原克哉 88
JCOA 学会報告	腰痛の保存的治療	須藤容章 91
	第 12 回大阪整形外科症例検討会	92
	第 13 回大阪整形外科症例検討会	96
誌上勉強会	第 20 回大阪府医師会医学会総会 closing wedge osteotomy による 外反母趾手術症例の検討	堀木 篤・早石雅宥 102
	第 21 回大阪府医師会医学会総会 上肢腫瘍～手術症例の検討	堀木 篤・早石雅宥 103
	第 13 回淀川整形外科懇話会をお世話して	福井宏宥 105
	整形外科診療と漢方 むちうち損傷に葛根湯と桂枝茯苓丸	須藤容章 108
エッセイ・紀行	第 24 回日本臨床整形外科医会研修会(横浜) に参加して	頼 功 110
	第 24 回 JCOA 親善ゴルフ大会(神奈川) に出席して	河村都容市 112
	OCOA 懇親旅行に参加して	長嶋哲夫 115

随想	エッセイと私・・・・・・・・・・・・・・・・・・	河合秀郎	117
	華麗なる？死と宗教・・・・・・・・・・・・・・・・	河合秀郎	118
	私と酒・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	松本俊一	120
厚生部報告	平成9年度O C O A 春期ゴルフコンペ・・・・・・・・		122
	平成9年度O C O A 秋期ゴルフコンペ・・・・・・・・		124
私の傑作	初孫・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	石澤命徳	127
	伏虎・黎明と残り月・・・・・・・・・・・・・・・・	三明靖昌	128
	Untitled-01・Through・・・・・・・・・・・・・・・・	竹中美雪	129
	花火・M嬢・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	三橋允子	130
	飛・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	原 昌吾	131
私の工夫	手関節の簡易副子(装具)・・・・・・・・・・	島津 晃・北野和美	132
	高齢者の股関節骨頭周辺の 手術材料の適応について・・・・・・・・	山本光男	133
私の提言	危ない話!!柔整師の元気(繁盛)の理由・・・・・・・・	中村満次郎	134
	70歳定年制・・・・・・・・・・・・・・・・	廣谷 巖	135
	整形外科医と生涯研修・・・・・・・・・・・・・・・・	秋吉隆夫	135
私のボヤキ	医療行政へ実のある内容を望む・・・・・・・・	山本光男	136
	私のボヤキ・・・・・・・・・・・・・・・・	岩井 浩	136
私とO C O A	O C O A 創始「七人の侍」・・・・・・・・	吉田正和	137
	開業当初を振り返って・・・・・・・・	小松建次	137
O C O A 理事会議事録	第5回日本腰痛研究会幹事会報告とご案内	坂本徳成	148
新入会員の紹介	自己紹介・・・・・・・・・・・・・・・・	馬野隆信・中川伊佐夫・中嶋 洋 萩野 晃・南谷哲司	152
新理事紹介	理事を引き受けて思うこと・・・・・・・・	小松建次	156
	新理事御挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・	石井正治	156
	ご挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・	前野岳敏	157
	O C O A 新理事に就任して・・・・・・・・	右近良治	158
	ご挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・	吉田研二郎	159
	ご挨拶・・・・・・・・・・・・・・・・	広瀬一史	160
	大阪臨床整形外科医会の新理事に就任して	澤田 出	161
	理事就任のご挨拶と自己紹介	茂松茂人	162
会員名簿補追			163
編集後記			165

巻 頭 言

OCOA会長 堀 木 篤

大阪臨床整形外科医会が発足して以来、20年になる。それを記念して平成10年4月4日、創立20周年記念祝賀会が行われた。会発足当時の20年前と比べると、医療環境が激変した感がある。さらにこれからは介護保険の導入などで、より複雑な医療制度の仕組みとなって行くに違いない。



高齢化、少子化という人口動態の変化のみならず、経済情勢の悪化が医療、福祉の変換を余儀なくさせているのであろうが、福祉予算の削減がドイツ、フランスでも行われていると聞くにつけても、「高福祉イコール良い社会」という20世紀の理念が幻想にすぎなかったのかと非常に残念に思う。また最近「環境ホルモン」が男性の女性化をおこすと言うショッキングな報告もあり、少子化にますます拍車がかかるのではないかと危惧される。「健全な肉体に健全な精神が宿る」と言ったのは誰であろうか。21世紀は医療に対してどういうスタンスを取ろうとするのか。医療を社会の辺境に押しやるようでは必ずやツケが廻ってくるに違いない。消費税が3%から5%になった時、増税分は福祉に廻すと政治家はおっしゃった。本当はどうなっているのかお尋ねしたい。

確かに医療、福祉は生産産業ではない。その行為自体は病気を健康に戻す作業にすぎない。しかしそれを取り巻く薬業界、医療機器業界さらに生保業界に至るまで恩恵をこうむって利益を上げている。医師の技術料はそう考えると微々たるものに過ぎないのではないか。健康を取り戻した人はふたたび生産に従事するだろう。「医療、福祉は社会のお荷物」という考えが定着しないことを祈りたい。

新会長就任御挨拶

三 橋 二 良

平成9年12月31日、平成9年度 第3回O C O A理事会の席上で、次期執行部の件が協議されまして、次期会長として私を推薦することが全員一致で了承されました。これを受けて、平成10年4月4日のO C O A総会において次期役員が選出されました。

名実共に日本一の大阪臨床整形外科医会の会長に御推挙いただきました事は、身に余る光栄と存じます。

先生方の御高配の賜と深く感謝申し上げます。

昭和61年坂本会長の時代に3年間副会長を勤めましたが、昭和63年、大阪でJ C O A研修会を行い、O C O A会員が一致団結して大成功裡に終わった感激は今でも忘れられません。又、大橋会長の時代にも2年間副会長を勤めました。その後、4年間大阪府医師会理事を努め、府医植松会長より厳しい御指導を受けて参りました。

今日迄、植松会長の御懇篤な御指導は、私の生涯で一番大きな資産であろうと思います。

今後O C O Aの内外で、如何なる苦難が生じても、府医の時代の苦労を思えば、いともたやすく越えられる気がします。

特に、最後の2年間、医療保険担当理事



を勤めて参りましたが、現在の医療をとりまく情勢が如何に厳しいものがあるか身をもって体験いたしました。

約36年間、国民皆保険の下で、健保闘争はつづいて参りましたが、今日程、日医会員にとってきびしい時代はなかったと思います。かつては日医の意向が政府に受け入れられず保険医総辞退をした事もありましたが、今日では「国民の医療と社会保障を守る医師会」をスローガンとして、医師会の理念を理解してくれる政治家を一人でも多く味方に入れ、ロビー活動を活発にしていくことが肝心ではないかと思います。

O C O A歴代の会長が築いて来られました輝かしい業績を汚さないよう頑張っていきたいと思いますので、今後共御指導御鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

副会長御挨拶

OCOA副会長 服部良治

前期に引き続き保険、学術担当を勤めさせて頂くことになりました。三橋会長のもと会の円滑な運営とさらなる発展のため微力ながら努力する覚悟です。

会員各位には今後とも一層のご指導、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

大阪臨床整形外科医会（OCOA）は日本臨床整形外科医会（JCOA）の傘下では会員数において最大を誇る会となりました。

これもひとえに会員各位のご理解と歴代会長が会員相互の親睦、融和を基本理念として、学閥を廃し、まず会員のためにと、和やかななかにも学術研修の推進を中心に据えて会の運営にあたってこられたお陰と考えます。

さて、平成10年度教育研修会の今後の方針・予定について申し上げます。

今年度は合計8回の研修会開催を予定している。従来どうり研修内容は他の講演会とは一と味違った内容になるよう工夫して、演題、講師を選ぶよう心掛けていますが、研修会の一層の充実を計るため会員の先生方のご意見ご要望をお待ちしています。

FAXでも研修会出欠の返信はがきの片隅にでもインホメーションしていただければ有り難いのですが。

また、研修会・懇親会は会員の過半数が一堂に会する絶好の機会です、懇親の実を深めるとともに、意見交換、医療情報の入手など積極的に活用していただく場として利用願えれば幸いです。

研修会年間スケジュールは右記のとうりです。



第1回H.10.4.4(土)(南海サウスタワー
ホテル) 大正 終了

第2回H.10.6.6(土)(ウエスティンホテル)
エーザイ

第3回H.10.7.11(土)(ウエスティンホテル)
大塚

第4回H.10.8.29(土)(大林ビル) 旭化成

第5回H.10.10.24(土)(大林ビル) サール

第6回H.10.11.14(土)(ワシントンホテル)
久光

第7回H.11.1.30(土)(大林ビル) レダリー

第8回H.11.2. (土)(未定)

なお、日整会研修単位の申請は従来どうり行い、加えて研修内容によってはリウマチ財団研修単位を申請、または日医認定健康スポーツ医再研修会単位の申請などを行い単位取得の機会を出来るだけ多くしたいと計画しております。

このところ毎年のように手を変え品を変えて医療保険制度、保険点数の改正が打ち出されて参りました。

しかし我々整形外科医にとっては何一つメリットのある改正は見当たらない。

三橋会長の提案で、第5回研修会は医療保険制度に関する勉強会を企画した。

当日は多数ご出席のうえ日頃疑問に思われることや、納得のいかないこと、或いは要望事項等ございましたらご意見を頂きたくぞんじます。

西暦 2000 年から実施される『介護保険制度』についても、我々整形外科医は積極的な研究と真剣な取組が必要である。

この制度は医療と福祉を一元化して統合したものと説明されているが、はたしてそうであろうか。サービスを受けるには『要介護認定』が必要となる。ここで認定にあたっての医師の裁量については具体的にみえてこない。

介護認定審査会が合議の上要給付の決定をおこない、ケアプラン作成も合議であり、サービス提供の調整者はケアマネージャーが中心となって行う。

現在、在宅医療を希望する人がおおくなり、すでにこの制度の基本理念から外れて通

院可能な患者すら“社会資源の活用”という天の声に、自立を目指すどころか自立心を阻害していく光景もめずらしくない。医療が福祉を活用するのではなく利用、悪く言えば悪用することになれば、社会資源の枯渇は目に見えている。公的介護保険制度は、これを利用しようとする高齢者(利用者)の要望が全ての出発点である。

すなわち、利用者の申請 …… 要介護の認定 …… 継続的自立支援 …… 自立?。余程きめこまかな運用を精力的に、かつ継続的に行わなければ“終りのないサービス”制度と化すかも知れない。

厚生省は“十分な財源があり、過不足ないサービスの提供”が約束できると豪語しているようだが、はたしてそんなにうまくいくのだろうか。これを機会に保健医療福祉の有機的な統合を実現し、老人のみならず障害者にも福音となる制度に発展していくことを期待したい。

大阪臨床整形外科医会 創立 20 周年の道程

OCOA副会長 小松 堅 吾

平成 10 年 4 月 4 日「南海サウスタワーホテル大阪」に於いて、我々の大阪臨床整形外科医会(以下 OCOA と略)の総会と、引き続き「創立 20 周年」の記念式典および祝宴が催されました。

4 月からの健保改正実施により極めてご多忙な時期にも係わらず府医師会 植松 治雄会長、日本臨床整形外科医会 安部 龍秀理事長他多数のご来賓にご臨席を賜りました。

式典の詳細については後日会報に報告されることでもあり、私は創立 20 周年を機に、OCOA の会員動態等を主とする経過について簡単にまとめてみました。

式典当日にも瀬戸副会長から 20 年の概略が紹介され、一部重複する部分もあるかと思いますが、その点はどうかご容赦ください。

なお創立以降 10 周年の紹介は、会報 7 号に記載されております。

創立当時、整形外科専門医の開業は、昨今とは比較にならない程少なかったとの事です。だからこそ組織の必要性を感じられたのかも知れません。

昭和 52 年(1977 年)11 月、天王寺の料亭「阿倍野・新宿」に 27 名が参加し設立総会が開催されました。(会場となった料亭は現在の場所には無いそうです)初代会長には越宗正先生(現在の名誉会長)が就任されました。現在の三橋会長は 7 代目の会長に当たります。

現名誉会員の稲松 滋、原 省吾両先生か



らお伺いしたところでは「発足当初は整形外科専門の開業医が少なく、とにもかくにも会員の親睦が最大の目的だった。」

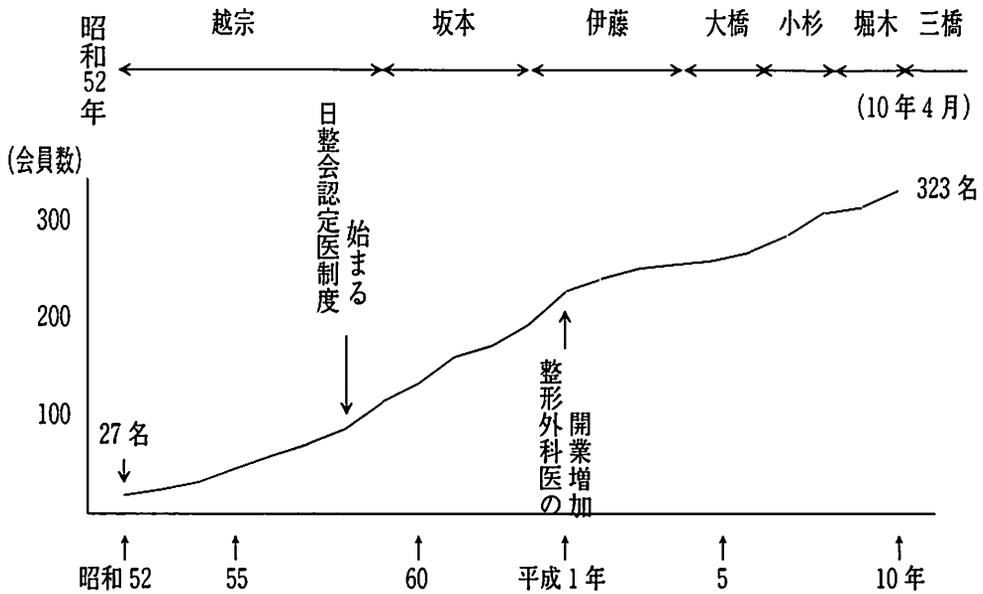
「医療情報の交換とか研修には決して積極的じゃなかったよ」「OCOAに限らず、各種の会でも創立当初は人数も少なく、親睦のグループから出発するケースが多く、定款を最初から決めている例は、まず稀だったでしょう」と言うことでした。

以来 20 年、歴代会長、役員 の努力、加えて会員のご理解とご協力により現在の会員数は「323 名」になっております。この数字は東京を凌ぐとも言われております。

表(1)は創立時の 27 名から現在に至る会員数の推移をグラフで表し、同時に歴代会長名を上部に記してあります。

昭和 58 年、日整会による認定医制度がスタートし、これが大きな引き金となり、さらに整形外科開業医の絶対数の増加に加え、本会が研修活動の充実に努力したこと等の要因が加わって、飛躍的な会員の増加につながったと思われます。

表1 20年間の会員数の推移と歴代会長



開業医の場合、診療に携わる医師の宿命として時間的余裕がなく、週日開催の学会や大学同門会や医局による研究会への出席も思うに任せない事情があります。

開業医を中心としたO C O Aは日整会の認定医制度に積極的に対応し、常に会員の立場と利益を考え努力して参りました。その間、服部副会長をはじめ学術担当各役員の実力は大変だったと敬服しております。

表(2)は20年間の研修会の開催数を年次に従いグラフで示したもので、通算では83回をかぞえます。

また昭和63年頃から、総会の開催される4月を除いて、原則として「1研修会に2単位取得」を目標に努力しております。これは研修事業に努力してきたO C O Aの特記すべき点でもあります。一方で、研修会が年

間7～8回開催され、収容能力200名以上の会場(ホテル等)を年間予約することの難しさ、他の学会・研究会との日程の調整等を考え合わせると現状が精一杯かとも考えます。

福利・厚生事業では、10年来担当理事を務めて頂いた古賀先生を中心に、年2回の親善ゴルフや懇親旅行は定番となっております。

広報活動は殊更とくに説明する必要もないことです

この10年間、O C O Aによる全国的なイベントとして、昭和63年(坂本会長の時)J C O A研修会がO C O Aの担当により大阪で開催されました。

また「骨と関節の日」が設定されて以来、堀木前会長を中心にO C O Aは毎年マスコ

ミの協力を得て、PRと催しを通じ啓蒙活動を行っております。

ところで、O C O Aの理事会について少し触れたいと思います。各理事はO C O Aだけでなく、過去あるいは現在も、府医や地区医師会その他の役員経験者がほとんどで、この事が責任をもって会務をスムーズに推進させている原動力かと思われます。

理事会は定期的には年4回ですが、臨時(緊急)理事会は随時開催されます。(それにしても、理事会は歴代会長の薫陶を受けたためか大変なマジメ人間の集団です)協議・報告その他諸々の懸案についていつもビッシリ3時間以上の会議を続け、中座して「たばこを一服」と言う者が誰一人いないのが現状です。私など2時間以上も禁煙す

ると、頭がボケて良い知恵も浮かんでこない筈が、昨今はすっかり馴らされてしまい、これだけは大変な収穫です。

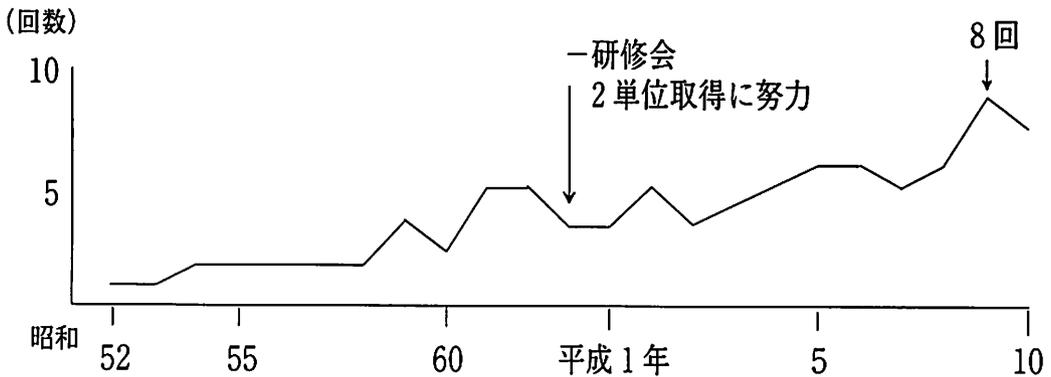
三橋新会長は総会の挨拶の席で抱負を披露されました。詳細は巻頭言なり理事会で説明されると思いますが、要点を簡単に記します。

(1) 保険・医療、点数改正などに取り組む「機関」の設置

(2) 上部組織に要望を伝えうる組織とするため「会員数の増強」

医療周辺または医療類似業種(鍼灸師、柔整師等)への対応など従来の事業活動に加え、以上の2点を特に重点項目にする方針で臨まれることと思います。

表2 研修会開催状況(通算83回)



表(3)は現会員の医療機関所在地をもとに、郡・市別に会員数を集計しました。参考にしてください。

OCOAの各事業を発展、充実させるため今後とも会員先生方のご理解とご協力そ

してご参加をぜひお願い致します。

20周年の「報告」ともなれば、もっと詳細な資料をお示しする必要がありますが、今回は一応20年の経過と現在の諸活動について簡単に触れさせて頂きました。

表3. 地域別OCOA会員数

大阪市内	134	豊中	25	東大阪	22
堺	22	高槻	15	枚方	11
寝屋川	8	八尾	8	岸和田	6
大東	4	富田林	4	泉大津	4
箕面	3	松原	3	池田	3
羽曳野	3	高石	3	四条畷	3
泉南	2	和泉	2	阪南	2
摂津	3				
河内長野、柏原、貝塚、大阪狭山、泉北郡、泉南郡、三島郡 各1名					

大阪臨床整形外科医会

創立20周年 記念講演会・祝賀会

特集

第 2 2 回大阪臨床整形外科医会定時総会 及び創立 2 0 周年記念講演会・祝賀会

日時：平成 10 年 4 月 4 日(土)

場所：南海サウスタワーホテル大阪 8 階 浪華の間

(I) 総 会	午後 3:30 ~ 4:00	
1. 開会宣言	瀬戸副会長	
2. 会長挨拶	堀木会長	
3. 議 事	議 長 松尾澄正先生 副議長 佐藤利行先生	
第 1 号議案	平成 9 年度庶務及び事業報告について承認を求める件	瀬戸副会長
第 2 号議案	平成 9 年度収支決算について承認を求める件	早石理事
第 3 号議案	平成 1 0 年度事業計画案について承認を求める件	服部副会長
第 4 号議案	平成 1 0 年度収支予算案について承認を求める件	早石理事
第 5 号議案	平成 1 0 年度新役員選出の件	堀木会長
4. 次期会長挨拶		
5. 閉会宣言	服部副会長	
(II) 医薬品紹介	午後 4:00 ~ 4:20	総合司会 河村理事
	「持続性消炎・鎮痛剤《アルボ》について」	大正製薬(株)大阪支店 医薬情報部
(III) 記念講演会	午後 4:30 ~ 5:30	座長 小杉理事
	演題：「高齢社会における脊椎症の新たな課題」	
	講師： 大阪厚生年金病院 院長 小野啓郎先生	
(IV) 記念式典	午後 5:30 ~ 6:10	司会 長田理事
1. 開式の辞	副会長 瀬戸信夫	
2. 式 辞	会 長 堀木 篤	
3. 御来賓祝辞	大阪府医師会 会長 植松治雄先生 日本臨床整形外科医会 理事長 安部龍秀先生 大阪医科大学 名誉教授 小野村敏信先生	
4. 御来賓紹介		
5. 記念表彰	歴代会長 越宗 正先生 坂本徳成先生 伊藤成幸先生 大橋規男先生 小杉豊治先生	
6. 叙勲のお祝い	増原建二先生 越宗 正先生	
7. 閉式の辞	副会長 服部良治	
(V) 記念祝宴	午後 6:15 ~ 8:15	司会 村上理事
1. 開宴の挨拶	会 長 堀木 篤	
2. 御来賓挨拶	大阪市立大学 名誉教授 島津 晃先生	
3. 乾 杯	関西医科大学整形外科 教授 小川亮恵先生	
4. 食事・歓談		
5. 閉宴の挨拶	次期会長 三橋二良	

OCOA 20周年記念式典式辞

OCOA会長 堀 木 篤

本日は御多用中にもかかわらず、大阪臨床整形外科医会創立20周年記念式典に御出席頂き誠に有り難うございます。

大阪府医師会会長 植松治雄先生 日本臨床整形外科医会理事長 安部龍秀先生ならびに大阪府医会連合の各代表の先生方、また本会名誉会員および顧問の先生方に御出席を賜り感謝の念にたえません。

先程は大阪厚生年金病院院長 小野啓郎先生に記念の御講演を頂き有り難うございました。

本会は昭和52年11月越宗初代会長のもとに発足して以来20年になります。その間坂本、伊藤、大橋、小杉の各先生が会長として会の発展に努力されてきました。また会員の多くが医師会関係、日本臨床整形外科医会、日本整形外科学会などに出務して活躍しておりますことは御承知のことと存じます。

発足当初、僅か27名の会員でありましたが現在では300名を越す会員数となっております。本会は地域医療に貢献し、会員相互の親睦と団結をモットーに活動してまいりましたが、昨今の医療を取り巻く環境は誠にきびしいものがあり、その対応が重要課題となってきております。

当医会が発足いたしました昭和52年頃と比べますと隔世の感があります。高齢化、少子化という人口動態の変化とともに医療財政の



悪化が、医療、福祉の質と量の変換を余儀なくさせてきたと思われまます。

こうした問題と平行して医療に対する社会の意識も変わってまいりました。インフォームド・コンセントが日常語として定着し、また情報公開を求める動きなど医療に対する眼がきびしいものとなってまいりました。

このようにきびしい環境ではありますが、私達は臨床医として日常診療の質を高め維持して行くことも忘れてはならないと思えます。これからも会員一同より一層努力してまいり所存でございます。21世紀に向け大阪臨床整形外科医会がますます発展し活躍の場をひろげて行くためにも、本日御臨席頂きました御来賓の先生方に今後とも御支援、御指導を切にお願いしたいと存じます。簡単ではございますが私の挨拶とさせていただきます。

大阪臨床整形外科医会創立 20 周年記念式典

〔御来賓祝辞〕

大阪府医師会 会長 植松治雄先生

ご紹介頂きました大阪府医師会の植松でございます。大阪臨床整形外科医会創立 20 周年にあたりまして会員を代表致しまして一言お祝いを述べさせていただきたいと思っております。

ただ今、副会長先生のお話にもございましたような歴史でこの会が成長されたわけでございますけれども、これもひとえに初代越宗会長から現堀木会長に至りますまでの会長、役員並びに会員の先生方のご努力の結果でございますまして敬意を表したいと思っております。

大阪府医師会とこの整形外科医会の関係でございますが、今も会長のご挨拶を聞きながら感じたわけですが、府医師会の副会長の平山先生はちょうど 20 年間医師会の役員をしておりますしてこの整形外科医会の歴史と同じだけ医師会で働いていただいたと思っております。又現在はその他にも代議員会議長の村上先生も整形外科でございますし、つい 3 月一杯まで私どもの医療保健担当の理事でございます三橋先生は次期会長ということでございます。その他では地域医療全般を引き受けている八幡理事も整形外科ということで、私どもは整形外科に振り回されているような感じがあるくらいの医師会でございます、非常にお世話になっているという事でお礼を申し上げたいと思っております。

この整形外科に我々が一番主にお世話になっておりましたのは労災医療の問題であったわけでございますが、時代の流れと共に健康増進ということで健康スポーツ医学というようなことが出て参りました。その中心として働いて頂いておりましたのもこの整形外科の先生方でございますし、特に阪大の越智教授にはお力を頂いたなあと今思い返しておりますところでございます。高齢化を迎えましてオステオポロシスの問題であるとか、或いは



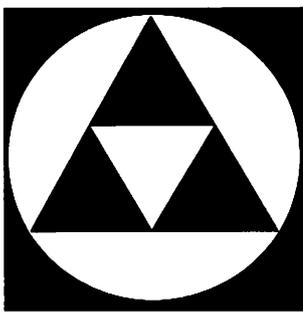
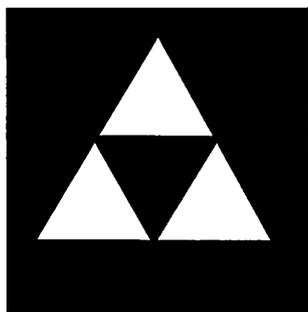
寝たきりの原因であります超高齢者の骨折の問題等、色々これから整形外科の先生方にお世話になることが多いのではないかとということで今後とも宜しくお願いを申し上げたいと思うわけでございます。

ただ今会長が申されましたように医療をめぐる環境は非常に厳しくございます。この 4 月 1 日からの診療報酬の改定は既に先生方は身を以ってお感じのようにやはりマイナス改訂と言わざるを得ない状況でございますが、国民の医療福祉を守りますために私ども医師会と致しましてはこれからも大いに努力をする必要はございますけれども、最終的解決と言うところに参りますと政治の中で医療がどう扱われるかということでございます。そういう状況にある中で私どもの主張を実現させる方法を考えますと、やはり医師一人一人が毎日の診療の中で患者さんに信頼を得るということ。医師会はトータルと致しまして地域医療・福祉に邁進を致しまして地域の方々のご理解を得ながら私どもの主張を、確かにそうだなという理解を得る必要があると思っております。インフォームドコンセントをはじめと致しまして色々情勢が変わって参ります中でやはり良質の医療を誠心誠意尽くすというところにあるかと思うわけでございます。

4月1日の日本医師会の代議員会で坪井会長も言われましたように、やはり医学、医療の質を上げると言うことは倫理の問題と共に大きな問題でございます。そういう意味からは大阪臨床整形外科医会におかれましてはさらに会員と共に研鑽を積まれてこの分野で十分にご活躍して頂きますと同時に、日本医師会が申し上げておりますように各専門の医会、専門医でありましてもかかりつけの機能を持って頂くと言うことも大事でございます。かかりつけ医の問題につきましては色々議論があるわけでございますが、私はこれは心がまえの問題であると考えております。こ

れら種々のことを考えますとこれから私どもあるいは先生方に課せられた期待と責務は大きいと考えている次第でございます。今後とも臨床整形外科医会の先生方のお力を頂きながら私どもも努力をして参りたいと考えておりますので宜しくお願いを申し上げたいと思っております。

創立20周年という節目を迎えられまして益々貴会が発展されますこと、また会員の先生方が健やかで毎日充実した診療活動をして頂きますことを祈念致しましてご挨拶とさせていただきます。本日はどうもおめでとうございます。



鱗(うろこ)

鎌倉創業の始め、源頼朝を担いで大バクチをうち、運よく成功した北条門郎時政が、子孫繁栄を祈って江の島の弁天さんに参籠、緋の袴に柳裏の衣を着た神々しくも麗しい女が悠然として現れ、時政に向かって「お前は生前箱根法師で、六十六部の法華經を書き写し、六十六カ所の靈地に奉納した善根によって、再びこの地に再生することができ、さらにその子孫は永く日本の主となって栄えるであろう。」と告げると、その女房みるみるうちに二十丈ばかりの大蛇となり、海の中へ消え去った。そしてその跡に三個の大きな鱗が残っていた。時政は大蛇の残した三個の鱗を押し戴いてわが家へ持ち帰り、以後北条家の旗の紋にしたという。

大阪臨床整形外科医会創立 20 周年記念式典

〔御来賓祝辞〕 日本臨床整形外科医会 理事長 安部龍秀先生

この度大阪臨床整形外科医会が20周年をお迎えになり日本臨床整形外科の会員を代表致し心からお慶びとお祝いを申し上げたいと思います。先程もお話にありましたように20年前に大阪臨床整形外科医会は27名の人数でスタートしておられます。それがこの20年間で現在は300名を越す会員数ということでこうした立派な会にご成長になりましたことを歴代の役員の皆様また会員の皆様のご努力、ご尽力に心から敬意を表する次第でございます。この300名を越します会員数は全国で一番多い東京臨床整形外科医会に現在は並んだ数でございますが一時は東京臨床をしのいだ人数でございます。これだけの立派な会でございますので皆様方のご活躍を今後ともお願いしたいと思います。第15回のJCOAの研修会を大阪臨床整形外科医会の皆様にご担当頂きました。非常に立派な会でございます。どうも有り難うございました。厚く御礼を申し上げます。大阪臨床整形外科の皆様にはこうした研修会以外にも色々とお世話になっておりまして高い席からではございますが、この席をかりまして心から御礼を申し上げる次第でございます。日本整形外科学会では先程話が出ましたように10月8日が「骨と関節の日」と言うことでございます。日本臨床整形外科医会でも各県の臨床整形外科医会の皆様のご協力を得ながら色々活動しております。昨年はテーマがリウマチでございました。大阪臨床整形外科の皆様には市民の皆様を対象と致しました公開講座や新聞の啓蒙広報、100数十件におよびます電話相談等々ご協力頂き本当に有り難うございました。今年は「腰痛」がテーマだそうでございます。昨年



同様本年も宜しくお願い致します。それから私常日頃感じておりますのは整形外科はやはり政治力が非常に大事だと思います。前回の衆議委員の選挙で私どもの会員で後援会の会長等大事な役職をされたり色々ご活動頂きました会員がかなりおられます。そこにおられます村上先生がご担当で色々ご調査頂きました結果現在約50数名の議員の方とパイプがございます。そういった議員とのパイプを今後大事にして私どもの会の政治力を増したいと思っております。大阪では松田議員に色々ご後援を頂いており有り難うございます。松田議員は整形外科の開業医でございますし私どものもちろん会員でございます。松田議員から色々な情報を頂いておりますし又ご協力を頂いており感謝しております。今後とも松田議員のご後援宜しくお願い申し上げます。大阪臨床整形外科医会の皆様が今後こうして20周年を迎えられますがこれを期に又一段と飛躍されまして、より立派な会になられますことを心からご祈念を申し上げまして私のご挨拶とさせていただきます。本日はどうもおめでとうございました。

大阪臨床整形外科医会創立 20 周年記念式典

〔御来賓祝辞〕

大阪医科大学 名誉教授 小野村敏信先生

私はこの会の名誉会員ということで、本日はこのような高い席に座らせていただいておりますが、これまで長い間会員の皆様とは、本当に親しくお付き合いさせていただきました。まず何よりも、皆様のご努力により本年で発足20周年という記念すべき節目を迎えられましたことを心からお祝い申し上げる次第です。

先程、現在の会員数が約300名というお話があり、安部先生によりますとこれは東京をしのぐ数であるとのことでした。大阪府には5つの大学があってその出身者は多いと思いますが、その他近畿地区だけではなくおそらく全国の多くの大学のご出身の方がおられると思います。それらの方々が協力して今日まで、臨床整形外科医会として赫々たる実績を積み重ねてこられたことに敬意を表したいと存じます。

日本整形外科学会は現在すでに1万8千を越える会員数を擁し、内科、外科につぐ大きな学会となっております。数年前に私が学会のお世話役をさせて頂いていたときの大きな問題点の一つは、これだけの会員が高いアクティビティーで活動していながら、世の中で整形外科医の仕事が正しく評価されていないのではないかということでした。整形外科は昭和30年頃から専門とする医師がどんどん増えてきた科ですので、平均年齢が若く、アクティブな方の占める割合が圧倒的に多い学会であり、古くからある他の学会と比べますと、皆さんのお働きはすごいのではないかと思います。しかし一方では、整形外科がこれまで守備範囲としてきたことが、少しずつ削られてきているような気がいたします。これは整形外科の先生方があまりにお忙しいので、少々のレパートリーが削られても差し支



えないということが、幾らかあったかも知れませんが、しかし先程小野先生のお話にもありましたように、整形外科はどういうことを専門にして、どれだけ頑張ってきたかということ、世の中に正しく知ってもらうための努力がまだまだ必要であると思っております。国民に対して、政府に対して、あるいは日本医師会に対して整形外科の認識を高めて行くために、日本整形外科学会としてのアプローチもあります。しかし各地の臨床整形外科医会の先生方に頑張って頂いて、地域での整形外科のウェイトと評価を高めて頂くことが何よりも必要な基本的な条件であると考えております。日本医師会の沢山の理事の中に整形外科の方が長い間おられなかったということが、整形外科医の意見が通りにくかった理由の一つであろうと思います。さきほど植松先生から大阪の医師会は整形外科に振り回されているというお言葉があり、真偽のほどはわかりませんが、整形外科医療の水準をあげる気運を臨床整形外科医会を中心として今後ますます盛り上げて頂きたいと思っております。

21世紀に向けまして、大阪臨床整形外科医会ならびに会員各位のご発展が続きますよう祈っております。本日はどうも有り難うございました。

大阪臨床整形外科医会創立 20 周年記念式典

〔御来賓祝辞〕

大阪市立大学 名誉教授

島津 晃 先生

ご指名を受けましたのでご挨拶させていただきます。大阪臨床整形外科医会の 20 周年でございますが、そもそも昭和 49 年日本臨床整形外科医会が発足して、そしてすぐに約 3 年後にこの大阪地区でもでき上がったという事でございます。日本臨床整形外科医会が何故出来たのかということを考えてみますと、当時から医療事情は非常に厳しく、その厳しさの中で日本整形外科学会の御歴々はいったい何をされているのかと、臨床整形外科の人達から声が出まして、そのアンチテーゼの一つとして、日本臨床整形外科医会が発足したのではないかと考えております。

そして大阪臨床整形外科医会の会員の方々も日本整形外科学会の理事として色々日本整形外科学会の方向付けをして頂いた。これは貴重なことでございます。そういうことも兼ねましてこの 20 年間に大阪臨床整形外科医会は立派に成長し、20 周年を迎えられたのではないかと思います。また、今日お話を聞いてみますとこの 20 年間に研修会を 82 回、単純計算で 1 年に 4 回行って、お互いの会員の研鑽もやり、日本臨床整形外科学会の舵取りもやって頂いたということで非常に感謝に堪えない次第でございます。

いよいよ今年で 20 年を迎えて新たな節目と言うことになった訳ですが次のステップはどうするかと言うことも今、堀木先生から言われました。我々は臨床医でございます。考えてみますと臨床整形外科の中の研究部門として日本整形外科学会があるのだとそれくらいの大風呂敷を広げてこれからやって頂ければ如何かと、そうすると整形外科全体の方向を



誤らないためにも良いご意見番として日本臨床整形外科医会がこれからも生き続けて行って頂けると思う次第でございます。まず望むことは我々の臨床医としての卵の卒前教育をしっかり大学がやっているかというような皆さんのお叱りの声をあげてもらおう。そして卒後の教育も、教えるのが専門と思っておられる諸侯がたくさんおられるわけですから、その卒後の教育の指針を示してくれと日本整形外科学会に掛け合ってください。その一方で、整形外科医としての基礎体力をつけるために研究して下さいと言っただけならば良いんです。だから臨床整形外科医会は日本整形外科学会を抱えているんだという、それくらいの大風呂敷で今後邁進して頂ければさらに 21 世紀を大きくこれが拡大していくのではないかと思います。323 名という会員数はそんなに多くない訳ですから、そういうチャームな会にこれから仕上げてさらに会員を増やして行って頂きたいと思う次第でございます。それを 20 周年の饒の言葉とさせていただきます。本日はどうも有り難うございました。

大阪臨床整形外科医会創立 20 周年記念式典

〔記念講演〕

「高齢社会における脊椎症の新しい課題」

大阪厚生年金病院 院長 小野啓郎先生

平均寿命が70～80歳にのびた時代の腰痛疾患には、これまでと違った取り組みが求められる。

40年近い昔、故恩地教授と共著で出版した「腰痛の診断と治療」では腰椎椎間板ヘルニアと軟部組織由来の腰痛を中心に話しを組み立てればよかった。脊椎症は常識として知っておく程度で済ましたものである。

今やリタイア組の関心事、再雇用を妨げる最大の敵が骨関節疾患と腰痛である。

年配の患者が腰痛を訴える場合に考えておかなければならない病気には以下のようなものがある：脊椎症、脊柱管狭窄症とヘルニアや靭帯骨化症の合併、一次性と二次性の骨粗しょう症、骨軟化症、腰椎の後方弯曲と筋肉疲労性の背腰痛、感染性と非感染性脊椎炎、原発性と転移性腫瘍、骨折(胸椎から骨盤まで)あるいは帯状ヘルペスと神経痛などである。

とりわけ脊椎症はさまざまな症状を呈し、高齢者のQOLを著しく低下させるので重大な関心を払ってほしい。

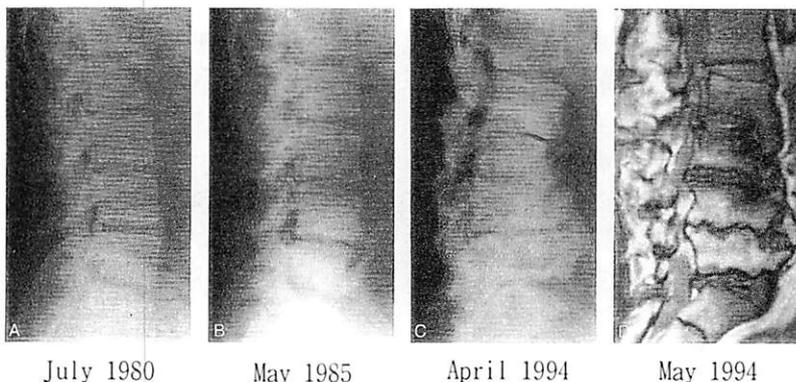
脊椎症の診断と治療の問題点は何か？

1) 脊椎症は予防できない。

椎間板ヘルニアを生涯経験したことがな



い、少なくともその症状を知らない人々は決して稀ではない。また、注意深い人物は未然に再発を避けているように見える。しかし椎間板の変性と脊椎症は誰しも避けることができないと信じられている。10歳台で腰椎椎間板ヘルニアを発症した小児の周辺には腰椎椎間板ヘルニアの家族集積性が認められるという報告がある。椎間板ヘルニアの発生にはメカニカルな原因が関わると思いがちであるが、前段階の変化を椎間板にもたらしている素因が家族に集積しているということを示唆している。あるいは脊柱管狭窄症を伴う進行性の脊椎症を、最近、千葉大学が報告している(図1)。14年で極度の多椎間脊椎症が完成し患者は顕著な馬尾症状を呈したという。遺



(K. Takahashi et al, 1998, Spine より)

図1 急速に進行する腰部脊椎症：多椎間罹患、不安定性、骨肥厚症と脊柱管狭窄をともなう。

伝性の素因を強く示唆する脊椎症である。

2) 診断と評価は、必ずしも、容易ではない。

脊椎症のレ線診断はまことに容易であるが、その大部分は無症状である。したがってこの脊椎症所見が、当該患者の腰痛の真の原因であるという診断はかなり難しい。問診・理学所見・神経症状などを勘案し、評価した末に判定されることが多い。多椎間にわたる脊椎症の場合には、その結果として、下肢麻痺や間欠性跛行があってはじめて診断がつく。責任病巣の判定にはしばしば神経根ブロックという侵襲的操作を必要とする。

3) 難治性である。

ことに、多椎間脊椎症、不安定性を伴う、彎曲異常を伴うタイプは難治であることが多い。この種のタイプには腰椎装具は装着しづらく、かつ、無効のことも少なくない。牽引治療は、愛用されるわりに科学的な根拠に乏しく、ことに多椎間脊椎症には効果を期待できない。手術治療は後述するが、徹底した除圧を必要とするケースが一般で、したがって、広範囲の固定を追加しなければならなくなる。

4) 脊髄造影術、椎間板造影術、神経根造影術の必要性。

診断画像テクノロジーは日新月异の時代であるが、それでも上にあげた侵襲的検査は不可欠であるか？

臨床検査を評価する場合には検出の精度が問われねばならない。この点、上記の諸検査が、たとえば有症状椎間板ヘルニアどのくらいの sensitivity と specificity を持っているのか？MRI に優るのか、劣るのか？評価は定まっていない。しかし侵襲的検査には苦痛のほかに感染やショックの危険性も少なくない、過去、さまざまな油性造影剤が使用されそれによるくも膜と馬尾神経の癒着が癒し難い神経痛や排尿便障害の原因になっている。忘れてはならない不幸な歴史である。

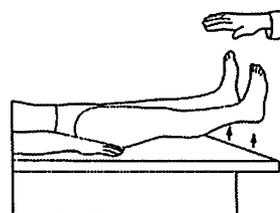
また、侵襲的な検査に固執するあまり、MRI を自由に駆使して貴重な所見を得る努力を怠るのも憂うべき事態である。椎間板ヘルニア

摘出の完遂度、あるいは再発の危険度などはMRI による判定が標準化されていけよう。

5) 治療方針について。

脊椎症が有症状になり、あるいは難治の病態に転じるのは不安定性、彎曲変形、多椎間罹患に陥った場合である。さらに馬尾症状を呈するのは先天性(developmental)ないし後天性の脊柱管狭窄を前提にしている。

不安定性を判定するにはMilgrim's test が役立つ(図2)。患者さん自身で両下肢のLa-



The Milgrim test

図2 「両足を揃えて、少し、挙げてごらん」と指示する。椎間板ヘルニア、脊柱の損傷や不安定性があれば挙げられない。(原法は硬膜内の腫瘍を除外診断するために工夫された。腹圧上昇—硬膜内圧上昇で痛みを誘発することを狙った。挙げることができれば腫瘍を否定)

segue test をやってもらうのである。挙上角度はほんの10～20度でよい。脊柱不安定性があれば、このわずかの両下肢挙上が腰の痛みでできない。坐骨神経痛に関しては、その後で、術者がLasegue test をすればよい。脊椎症に椎間板ヘルニアを合併することは、さほど稀ではない。

馬尾神経症状を主症状とする脊椎症はレ線所見上いくつかの特徴を備えている。上に述べた多椎間罹患と脊柱管の狭窄は必発である。おそらく、複数レベルにおける馬尾の絞扼と神経根の圧迫が重なる事例が多いと考える。

馬尾神経症状は一般に両側性に出現し、膝以下の「しんしんとする痛み」、下垂足、会陰部のしびれと陰萎・排尿便の異常などを訴える。

こうした症例には装具療法、牽引治療あるいは硬膜外のステロイド注入なども無効である。

手術は脊柱管の前後径と神経根トンネル(椎間孔)を拡げる、あるいは絞扼された神経成分を解放するために椎弓切除と椎間関節切除を必要とする。関節切除が広範囲に及べば不安定性を勘案して脊椎固定術を追加することになる。instrumentation と骨移植を併用するとなれば、高齢者には負担が大きすぎる手術となる。

馬尾ないし神経根症状を伴う広範脊椎症例の問題は責任病巣を限局しづらい点にもある。脊髓造影術や MRI で複数レベルの硬膜嚢絞扼や蛇行する馬尾を確認したならば神経成分は二重三重に圧迫されているものと予想すべきだろう。この場合には教科書的な皮膚節や骨格筋節は局所診断に役に立たない。切除範囲は尾側に偏し不満足除圧にとどまることが少なくない。具体的には、足の症状に対して L4/5 と L5/S1 レベルの除圧に留めるといった過ちである。腰椎中央から上位における長期間の馬尾圧迫によっても痛み・しびれ・麻痺は膝以下、とりわけ、足首以下に訴えるものであることを銘記すべきである。

6)手術の合併症

術前から多彩な合併疾患があるのが高齢者の特徴である(表 1)。高血圧を含めて循環器

表 1 腰椎手術前合併症

合併症	(+)98 / 130 (75.4%)
<u>疾患内訳</u>	
循環器	54%
糖尿病	9
消化器	7
泌尿器	7
呼吸器	6
脳血管障害	6
腎障害	2
婦人科	2

疾患と呼吸器疾患の頻度が高い。尿路感染症の頻度も低くない。

例外見逃されがちであって、しかもショッ

クや術後の血栓症といった重篤な手術合併症の原因になるのが脱水である。高齢者の脱水を確実に捉える訓練が、初心者にはことに重要である(表 2)。脱水のために貧血や低蛋白

表 2 脱水を見逃すな!!即、循環器、不全血栓症!!

要注意症状:

口の渇き、乾燥、皮膚乾燥・緊張の低下、起立性低血圧、頻脈、尿量減少、体重減少

検査所見:

血清蛋白、アルブミンの上昇、Ht の上昇
水分欠乏量(1)=体重(kg)×0.6×(Ht 後-Ht 前) / Ht 前
BUN、尿酸の上昇
BUN / 血清クレアチニンの正常値 10~15 を超える

高齢者の腎機能は脱水、感染、手術、心不全、腎毒性薬剤でさらに悪化する

血症を見逃すことも多い。手術創の治りも遅いので臥床期間が長引きがちである。起立台などを利用して早期離床をうながさないと循環器や呼吸器系の回復も遅れ、ほけも進む惧れがある。その意味でも十分な除圧と強固な固定は望ましい治療法ではある。

7) では高齢者の QOL を著しく低下させ、治療も難航する脊椎症とはいかなる病態なのか?

これはすでに紹介したごとく、多椎間脊椎症、後天的な腰部脊柱管狭窄としばしば不安定性を合併する脊椎症である。なかには十数年で急速に進行し、馬尾神経症状をも合併するものが報告されていることはすでに述べた。高齢者の腰部レ線所見に遭遇しがちな L4/5、L5/S1 レベルの椎間狭小と骨きょく形成とは異なり、上位腰椎まで冒される。椎体前面や椎間関節およびきょく突起に骨肥厚症の特徴像を伴うことも少なくない。

腰部脊柱管の構造は上位が円筒で、下位が三角形の断面を呈する。関節突起の向きと形

状も上位と下位で差が大きい。椎弓根の長さや正中からの距離にも個体差があり脊柱管の深さは変異が比較的大きい。神経根は下位椎間孔で圧迫されやすく、馬尾は上位で絞扼されがちだと考えられている(図3)。もしも高

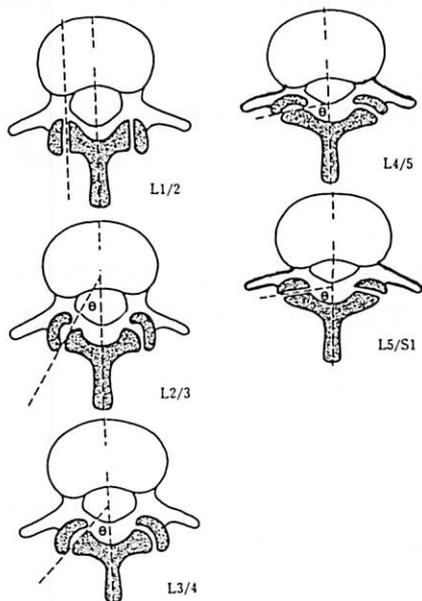


図3 上位腰椎レベルでは仙髄と馬尾が脊柱管を満たし、骨増殖・肥大・靭帯骨化はこれを絞扼する。下位腰椎レベルでは神経根が圧迫される。椎弓根が短く、トンネルが狭いからである。

齢とともに脊柱靭帯骨化症が合併すればどのレベルでも神経成分の圧迫を生じる可能性は高くなる。急速に進行する脊椎症は上に述べたように、しばしば骨肥厚症を合併しているのが特徴である(図4)。関節突起の肥大化、

椎間関節の関節症あるいは黄色靭帯骨化症など、いずれも脊柱管を狭めて馬尾・神経根など神経成分を慢性的に圧迫する。

これを永年の荷重と加齢による椎間板変性、それと変性に由来する脊柱の支持性破綻ですましてよいだろうか? L4/5、L5/S1の変性や変性すべりとは明らかに異なる病態である。

8) 脊椎症の実験モデル

われわれは2種類の実験モデルを作ることができた。

一つはマウスのきょく突起切除と背腰筋肉の解離によって人工的な不安定脊柱を作成し早期に脊椎症を惹き起こしたものである(米延、1991)(図5)。



図5 脊柱の後方要素を操作することによって典型的な脊椎症と椎間板ヘルニアを惹き起こしたマウス(米延、1991)

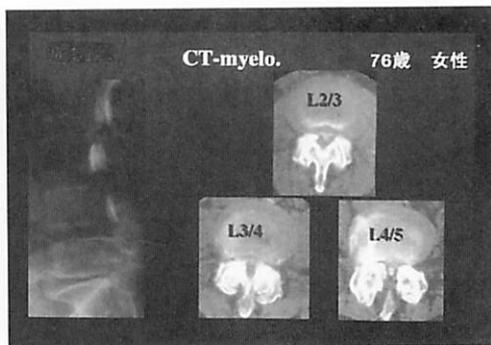


図4 (a)他椎間における硬膜嚢(馬尾)の絞扼。(b)横断面では椎間関節突起の肥大を認める。上位では馬尾を、下位では神経根を圧迫する。

いま一つは、9型コラーゲンの異常構造を遺伝子操作によって惹き起こしたモデルマウスである(木村、1993)(図6)。四肢の骨関節と脊椎症に罹患する個体が得られた。



図6 結合織の組成である9型コラーゲンに、遺伝子操作で構造異常を作り出すと、全身の骨関節症と脊椎症を促進する(木村、1993)

メカニカルな構造劣化が惹き起こす脊椎症のあることは従来からも知られていたが、結合組織の組成異常がこれほど見事な脊椎症を招く事実をあきらかにしたのは初めてである。

実験モデルから、直ちに臨床の病因を類推するのは危険であるが、上位腰椎を含めて一般的な脊椎症の進行に遺伝的な素因を考える必要のあることは間違いない。

9) 高齢社会に新しい腰部脊椎症が登場したのか？

高齢者のQOLを著しく阻害する脊椎症が存在することは確実である。それが独立した病態であるかどうかは、今後の研究に期待しなければならない。

馬尾症状を呈する進行性の腰部脊椎症ははなはだ難治である。その治療は除圧とinstrumentを利用する広範囲の固定が、現状では、有効のようである。この点はさらに臨床的に工夫を凝らす努力が望まれる。

まとめ：

腰痛と下肢症状を主訴にする病気は高齢者に多い。命に関わるリスクの高い病態も稀ではない。従来の教科書的対応は、ときとして、誤認を招く。

脊椎症を、高齢者には避け難い“長生きのつけ”と看做すことは誤りである。高齢者のQOLを著しく阻害する腰部脊椎症が特定できるものと考えている。多椎間罹患、不安定性、脊柱管狭窄と骨肥厚症の特徴を備えて進行性である。

保存治療は難航し、手術は除圧と広範囲固定を必要とするために高齢者の負担が大きい、手術の安全性向上とともに病態解明が急務である。

大阪臨床整形外科医会創立 20 周年記念式典

〔乾杯の辞〕

関西医科大学 整形外科教授

小川亮恵先生

ご指名賜りました関西医科大学の小川でございます。先程村上先生に乾杯の音頭だけをと申しましたら、何か少し話せと言うお言葉でございます。杯が満たされるまで只今感じましたことを簡単に申し上げます。鳥津先生は日本整形外科学会及びこの会の名誉会員でございます。名誉会員は責任のないことを言っても許されるので、遠慮なく大変良いことをお話になりました。他の先生方も色々お話になって、私がお話しようと思ったことが全て話されてしまったわけです。ただ私が感激しましたのは、この会は東京の会に負けない程の人員を擁する会であるという事です。本当に意を強くしました。東京の臨床整形外科医会は大変ウエイトが重いように感じていましたけれども、この会は会員の数に於いてはそれに劣らない程の会であるとのこと、驚いています。これは東京の方がアクティビティの高い人がいらっしゃるということであろうかと思えます。しかし、大阪には大人の先生方が多いと思えます。物事の全体を見てじっくりとお考えになる先生が多いので一見アクティビティが低いように見えますが、決してそうではないと思えます。先程小野村先生が整形外科学会の会員の中からはまだ日医の理事が出てないのではないかとおっしゃいましたが、実は関東から出ておられま



す。是非とも大阪からも一人と言わず二人でも出ていただいて、大阪の医師会の中で整形外科医会の先生方がイニシアティブを取って頂けたら有り難いと思っております。鳥津先生もおっしゃいましたが、整形外科学会は立て前を主にせざるを得ない所もございまして、その至らぬ所を先生方の会がサポートして頂いて、整形外科学会会員全体としては得る物は得る、認められる所は認められるようであれば有り難いと思えます。

それでは、ビールも注がれまして泡がぼつぼつ消えかけていますので乾杯させて頂きます。皆さんご唱和をお願い致します。

大阪臨床整形外科医会の創立 20 周年をお祝い致しますと共に、今日お集まりの先生方とこの会の益々のご発展を祈念致しまして乾杯致します。乾杯。

大阪臨床整形外科医会創立 20 周年記念式典

〔20 周年祝賀行事風景〕

広報担当理事 大竹 節 朗

我々の大阪臨床整形外科医会創立 20 周年を祝うかの様に、桜花満開、春爛漫、快晴の平成 10 年 4 月 4 日、南海サウスタワーホテル大阪 8 階浪華の間に於いて、会員の半数が集い、約 30 分間の第 22 回定時総会の後、午後 4 時 30 分より「高齢者における脊椎症の新たな課題」と題して、小野啓郎 大阪厚生年金病院々長による大阪臨床整形外科医会創立 20 周年記念講演会が河村理事司会、小杉理事座長のもとで行われた。

高齢者の脊椎症では、病気は我々の理解を越えて進み、他科の合併症、整形外科の合併症が大きく作用し、手術ともなれば循環不全により脱水、血栓症等がおこり易い、多椎間障害、腰椎に変化があれば頸椎にも変化が多く、関節症も合併し易いし、筋力低下は体幹に現れる。脊髄の根症状と馬尾神経症状を分けることが出来ないなど診断、治療共に困難な事が多々あるとの事。またこれとは別に、ニューイングランドメディカルジャーナルのアンケートによると、急性腰痛症をレセプトから分類、約 2 週間の同じ様な回復過程をたどった患者の満足度を調べた所、整形外科医、かゝりつけ医、カイロプラクターの間ではカイロプラクターに軍配が挙げたと云う為政者が我々整形外科医につきつけるのに都合



の良い結果が出ているとの事で、对患者との skinship が大切ではなからうかと結んで終られた。

この後、午後 5 時 30 分より、大阪臨床整形外科医会創立 20 周年記念式典が長田理事司会により開始された。

開式の辞で瀬戸副会長が昭和 52 年 11 月 26 日初代会長、越宗正先生を擁し、僅か 27 名で旗揚げした当会の歴史について簡単にふれた。

堀木会長の式辞では医療財政の悪化、informed consent、情報公開等の医療情勢のきびしい中、会員相互の親睦、団結の下で臨床の質の向上に努める様要望があった。

御来賓祝辞では、最初に登壇された植松大阪



堀木会長挨拶

府医師会会長が、当会の歴代会長に敬意を表され、平山、村上、八幡、三橋、当会理事の府医師会での活躍に対し御礼、次いで、高齢者問題、寝たきり問題等、医療環境悪化の中で、医療の質向上に努める様、各人の責任の重大さについて話された。

安部日本臨床整形外科医会理事長の祝辞では、20年前、僅か27名で発足した当会が、全国一の会員数になったこと、第15回日本臨床整形外科医会研修会の担当、10月8日の「骨と関節の日」リウマチのテーマでの公開講座、電話相談等による整形外科のPRに対する謝辞、また医療環境での政治力の必要性を強調された。

最後の小野村大阪医大名誉教授の祝辞では、整形外科医は、内科医、外科医に次いで8,000余人の数にのぼり、活動期の医師が多い反面、整形外科の守備範囲が浸食されている事から、整形外科医の仕事が正しく評価される様、世間にPRして認識を高める必要があると語られた。

次いで来賓紹介、歴代会長への記念表彰、代表、坂本第2代会長の答辞、増原、越宗正両先生の叙勲のお祝いと記念品贈呈、増原(元奈良医大大学長)の答礼と続く。

医療情勢のきびしい中、国民医療、福祉の向上のため会員一同、心を引き締めて頑張ろうとの、服部副会長の閉式の辞で午後6時10分祝典は無事終了した。

午後6時20分、同じ8階浪華の間に於いて、来賓、会員約150名が出席し、村上理事司会で祝宴

が開かれた。

席上、堀木会長が21世紀の新しいスタートの日として、きびしい環境に耐えて行こうと決意を述べ開宴の挨拶をされた。

来賓挨拶に立たれた、島津大阪市立大名誉教授は、臨床整形外科医会は、日本整形外科学会の舵取りを行い、卒前教育は大学で、日本整形外科学会は臨床医の研究部門、即ち、卒後教育と整形外科医としての基礎体力をつけるための研究を受け持つことを提案された。

また、乾杯の音頭をとられた、小川関西西医大教授は、当会が東京の会より多人数になった事に感激、日本医師会の理事も当会よりと希望されたが、司会の村上理事より、この4月から平山理事が出られているとの報告があった。

あとはbackground musicの流れる中、和やかな祝宴が続いたが口をついて出る言葉は医療事情がきびしいと云う一語につきる様だ。

午後7時45分、三橋次期会長の閉会の挨拶で会員各位の協力をお願いされ、幕を閉じた。

今迄の20年は我々にとって通過点に過ぎないが、21世紀に向かつては、高齢化社会の医療、介護問題に加え、人間の生活環境の悪化(少子化、地球温暖化、核エネルギー廃棄物、ダイオキシンを含むゴミ問題、環境ホルモン問題)に直面するのではと懸念する。会員各位の団結と叡知により未来が開け、この会の歴史が永く続く様、切に祈る次第です。



安部JCOA理事長を
囲んで、左から

- 服部 副会長
- 堀木 会長
- 安部 理事長
- 坂本 理事
- 瀬戸 副会長
- 大橋 理事



堀木会長挨拶と来賓の方々

左から堀木会長、越宗初代会長、稲松名誉会員、小野村
名誉教授、原名誉会員、島津名誉教授、小野名誉教授



三橋次期会長



一堂に会したOCOA会員



初代会長越宗先生と第五代堀木会長



盛会にて祝賀会も終了。
ホッとて歓談の理事各位

創立 20 周年記念に寄せて

OCOA 名誉会員 増 原 建 二

平成 10 年 4 月 4 日、大阪臨床整形外科医会が創立 20 周年を迎えられ、その記念式典が堀木篤会長のもとに盛大に催されましたことは、まことにめでたく心からお慶び申し上げます。

また、この記念すべき席上で、越宗名誉会長とともに、昨秋の叙勲受章に対し、心温まるお祝いを戴き、感激一入のものがありました。茲に会員各位のご厚志に対し、心からお禮を申し上げます。

さて、今回会報への投稿募集がありましたので、臨床整形外科医会との思い出の一端を記させていたゞきます。

臨床整形外科医会は、もともと大学関係者は入会させない趣旨で発足しましたので、当時大学在籍中の私とも直接関係はありませんでした。ところが、昭和 49 年 9 月 15 日に第 1 回の JCOA 研修会が、竜野市の信原克哉先生の世話で、姫路市境田温泉で開催されました。その際に、神戸大の故広畑教授とともに講師として招かれ、私は「股関節疾患」について述べました。大阪臨床整形外科医会が発足する 3 年前のことです。これが縁となって、初代の JCOA 会長故三木先生をはじめ、代々の会長先生方と親交を深めることになりました。特に私が第 61 回日整会を担当しました前後数年間は、JCOA の役員諸先生には随分ご協力をいたゞき、今でも感謝しています。なかでも二代目の谷口会長とは、50 年前に東京三楽病院で 1 年間インターン生活を共にした仲でしたので、何かと応援してくれました。ところが、偶然にも記念式典の当日、隣席の JCOA の安部現会長から、彼の



急逝の報せを受け愕然としました。謹んで冥福を祈る次第です。

一方、OCOA との関係は、昭和 62 年 11 月 28 日第 10 回総会の折、研修会で「股関節疾患の種々相」について講演させていたゞきました。それ以来、越宗初代会長をはじめ代々の会長先生方と昵懇になりました。特に平成 2 年 4 月に大阪厚生年金病院に着任して間もなく、大阪府医師会の平山副会長や三橋理事に説得されて、労災保険診療費審査委員長を引き受けてからは、会員の諸先生と接触する機会が増えました。約 4 年の短期間でしたが、この間に整形外科系委員の増員を果たし、基準局や医師会との協力関係も深めることができたのは幸いでした。

現在、光栄にも OCOA の名誉会員にしていたゞいていますが、その後は何一つお役に立つこともできず申し訳なく思っています。たゞ式典の際、OCOA 会員が 300 名を超え、本邦最大の組織として発展しつつあることは、まことに喜ばしい限りで、今後の一層の飛躍を祈って止みません。

JCOA大阪研修会と、林原明朗研修会々長を偲んで

第2代会長 OCOA理事 坂本徳成

OCOAが発足して20年が過ぎ、去る4月4日、堀木篤会長のもと、20周年記念式典、記念講演会、祝賀会が南海サウスホテルで盛大に開催されましたことは誠に慶賀にたえません。

これを記念して20周年記念誌が発行されることになり、担当の丹羽権平理事よりOCOAのビッグイベントであったJCOA大阪研修会と、今は亡き林原研修会々長について、当時研修会実行委員長をしていた私に、当時のことを振り返り書くようにとのご指示をいただきましたので、思い出すままに書いてみようと思います。

第15回JCOA大阪研修会は、昭和63年10月8日(土)、9日(日)、10日(祝)の3日間、大阪ロイヤルホテルで行われた。

当時のスケジュール表及び研修会1、2、3は別表のごとくで、このプログラムが出来上がるまでが大変であった。

昭和60年度頃より、JCOA各県代表者会議で研修会は大阪だという声が強くなり、当時各県代表者であった私自身も大阪でやらなければと考えていた。



その時点でOCOA理事会には阪大出身者が極めて少なく、研修会を有意義に、また、成功させるためには、阪大出身で大阪の顔である林原明朗先生にご協力と、研修会々長をお願いすることとなった。しかしそれまでは、学会の会場でたまに拝顔する位でほとんど面識がなかった先生に、電話でアポイントをとり、池田市にある先生の医院に恐る恐るお願いに出掛けた。およそ1時間位色々話し合った末、「分かった、帰れ、後で電話する」ということでその日は別れた。

翌日、「引き受けた。一緒にやろう」という電話をいただいた時は、涙が出るほど嬉しかった。



研修会会長故林原明朗先生の御挨拶

それから、研修会の会場探しが始まった。折しも世の中はバブル期の真っ只中で、二、三のホテルからは採算の取れない学会には会場は貸せないとされた。2～3年前に、やはり研修会を大阪でと言う話があった時、一度断られたロイヤルホテルではあったが、私の取引銀行である住友銀行にお願いし、協力を得てあったところ、「これからのホテルは、学会のような文化的なことに積極的に取り組んでいくべきだと考えている」と、すんなり快諾をもらったのには少々びっくりした。

この頃より、林原先生のお陰で阪大医局出身者のOCOA入会者が増え始めた。

次に、オプション行事の企画が始まった。特にゴルフ場の設定、懇親会の後の二次会については下見を兼ねて、何度となく北新地へ実地見学へ出かけた。その都度、林原会長のカバンを持ってお供をし、ブランデーのコルクで鼻髭を書かれたり、石原裕次郎の歌も聞かされた。歌は玄人裸足で本当にお上手であった。

実行力、信頼性を兼ね備えた素晴らしい先生で、JCOA会報第14号、58頁に小杉豊治元会長も書かれているように、正に「巨星」と呼ぶにふさわしい先生であった。

最も心配されたバブル期のゴルフ場も、林原先生のお顔で名門・花屋敷ゴルフクラブが確保出来、研修会I、II、IIIでは在阪五大学の現教授5名のご協力をいただき、文化講演では長田 明理事のお力添えて関西の著名な作

家藤本義一氏を迎え、藤本氏の講演を楽しみにしていた方々の中に、会場に入れなかった方もあり、お小言をいただいた。

懇親会では河合秀郎ご夫妻の名司会で進行がスムーズに行われ、大正製薬のお骨折りで招いた歌手の松尾和子さんが、「気持ちのいいお客様で、思い切り歌っちゃお」と時間を大幅に越えて歌われ、予定時間内に懇親会が終わるかどうかとはらはらしたのも懐かしい思い出である。

その他、オプションツアーの下見をしたり、一部食事の試食をしたりもした。

582名の参加者を得て大盛況に研修会が終了出来たことは、林原先生の実行力は言うに及ばず、当時のOCOA吉田正和、三橋二良副会長以下、理事、会員の先生方のご支援、ご協力によるものと、今でも当時を思い出すたびに気持ちが熱くなります。

その後林原先生は、大阪府医師会医事紛争特別委員会主任委員として活躍しておられ、私もその一員として色々ご指導を受け、豪放な中にも細やかな心遣いに感謝をしておりました。平成3年1月14日、医事紛争調停中に倒れられ、解離性大動脈瘤で24時間に及ぶ大手術を受けられましたが、その効なく帰らぬ人となりました。

林原先生のご冥福をお祈り致しますとともに、当時の副会長、理事、会員の先生方に心よりお礼申し上げます。



祝賀会場でのOCOA理事の面々



司会の河合理事御夫妻

第二日目 10月9日

《文化講演》

講師 作家 藤本 義一氏
 演題 「関西人間商法」
 座長 大阪研修会会長 林原明郎

第三日目 10月10日

《研修会Ⅰ》

講師 大阪医科大学整形外科
 教授 小野村 敏信先生
 演題 「腰椎疾患の臨床－留意べき点
 のいくつか」
 座長 大阪臨床整形外科医会副会長
 吉田 正和

《研修会Ⅱ》

講師 大阪市立大学整形外科
 教授 島津 晃先生
 演題 「足の痛み－診断の落とし穴」
 座長 近畿大学整形外科
 教授 田中 清介先生

《研修会Ⅲ》

講師 大阪大学整形外科
 教授 小野 啓郎先生
 演題 「整形外科の歴史と将来の展望」
 座長 関西医科大学整形外科
 教授 小川 亮恵先生

第15回 日本臨床整形外科医会研修会(大阪)のご案内
 期日：昭和63年10月8日(土)9日(日)10日(祝)
 会場：大阪ロイヤルホテル

時間 日程	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
10月8日(土) 第一日								受付開始	各県代表者会議 (午後の部)	保険懇談会 (午後の部)	JCO臨時総会 (午後の部)	研究(文芸)の部 (午後の部)	夕食会 (山菜の間) 中継料理大業 博愛ホール・F10 和風会館	二次会(北新地)	ロイヤル原宿			
10月9日(日) 第二日		朝食	シルクロード博・奈良紀行 神戸六甲エキゾチックツアー 水都大阪・浪速めぐり 京都東山散策 御堂筋パレード テニス(アメニティ江坂) ゴルフ(花屋敷GC吉川コース)						JCO臨時総会 (午後の部)	研究(文芸)の部 (午後の部)	懇親会 (光琳の間)	二次会(スカイラウンジ)	ロイヤル原宿					
10月10日(祝) 第三日		朝食 (7:30-7:45)	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始	研 修 会 の 開 始

☐ 本特内は 基本参加 基本参加以外はオプションとなります。



〇〇〇坂本会長の御挨拶



故林原会長乾杯の発声。左は村上理事



講演中の藤本義一氏



懇親会の余興にて：熱演する故松尾和子さん

三代目会長時代

第3代会長 OCOA監事 伊藤 成 幸

JCOA大阪研修会が、林原明郎、坂本徳成先生をはじめ、多くの先生方の協力によって成功裏に終了したあと、昭和63年11月、大阪臨床整形外科医会の総会で、坂本二代目会長のあとをひきついで、三代目OCOA会長を、おひきうけしました。

昭和から平成への改元と、時を同じくして私どもの執行部が発足しましたが、その時期は、大変な問題がOCOAの内外に山積みしておりました。私達に直接関係する、直・間税率の見なおしによる消費税が導入され、私どもの医療経営に大きな変革を与えるはじまりになりました。また日整会の理事長制の導入、整形外科認定医制度の発足、さらに整形外科と、その境界域での問題、すなわち、リウマチ医、リハビリテーション医、スポーツ医、等々、それぞれの学会が専門医制度を作るべく名乗りをあげておりました。その他、現在も大きな問題になっている医療類似行為等、重要な問題が、枚挙にいとまがない程、私どもの周辺に渦巻いておりました。

このように、われわれをとりまく医療状態はもとより、いろいろな面において、次第に新しい時代に移り変わりつつあることをひしひしと感じておりました。

大阪臨床整形外科医会は、昭和51年に、越宗、稲松先生等の御努力によって、産声をあげましたが、初代会長越宗正先生は、無からの出発であり、その設立のために大変な御苦労され、二代目会長坂本徳成先生は、OCO Aの進むべき道筋を、はっきり確固たる形に築かれました。私は、この先輩の敷かれたレールにのって、諸先生方の支えで難問の山積みする中を、なんとか2期3年半を、無事に歩んで参りました。それは私自身特別な能力も、センスも持ち合わせておらず、しか



も、余り細かい点に気づかないことが多いものですから、なんとか補佐してやらなくてはと、皆さんによって積極的に私を支えていただいたためと思います。しかも幸運にも、それが当時の執行部の「和と力」となって、結束を密に結ばれた所以ではないかと思っております。このような支えによって無事会長の任期を全うすることが出来ました。当時副会長の大橋、小杉先生、会計の小松先生はじめ、各担当の先生方に厚くお礼申し上げます。とくに認定医継続のための研修会はOCO Aの目玉行事の1つであり、会場設定、講師の選出等に、努力いただき、いつも満席で、非常に盛況でありました。

よく学び、よく遊びの実践の1つに、その当時、私は生まれてはじめてゴルフのクラブを握りました。皆さんに迷惑をかけないように努力しましたが、たしか平成2年春のOCO Aゴルフコンペに、初参加したとき、スコアは74と62で、同伴の先生方に大変迷惑をかけましたが、大波賞とメーカー賞をうれしさと、はずかしさの複雑な気持ちで受けとったことを、今でもよく思い出します。

会長就任時、理事の先生方から、三代目は大阪だけでなく、JCOA(日本臨床整形外科医会)、JOA(日本整形外科学会)等の中央部

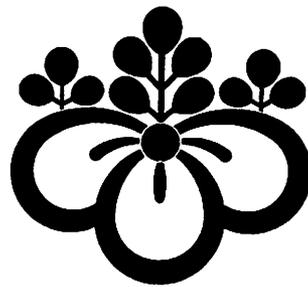
との繋がりをもちような会にしてほしいと、
というような事を云われたことがありました。
そのころは、どのようなルートをつければよ
いか、全く暗中模索の状態でした。私は昔か
ら、運の強い男で、何かやる時なんとなく良
い方にむかっていく傾向がありました。

当時のO C O Aの先生方の活動状況は、各
先生方のご努力によって大阪府内では、府医
師会副会長に平山正樹先生、理事に八幡雅志
先生、健保審査員に反田英之、稲松滋、原省
吾の先生方。国保審査員に村上白士先生。労
災の審査員に、長田明、坂本徳成、八幡雅
志、三橋二良、反田英之、村上白士、大橋規
男の先生方が、それぞれ会員のためにお骨お
りをいただき、大半の先生は現在も、大いに
活躍しておられます。

大阪以外すなわち中央に向かっては、当
時、J C O A理事に坂本徳成先生が就任さ
れ、会則等検討委員会委員長に三橋二良先
生、日整会に対しては、社会保険等委員会に
反田英之先生、スポーツ委員会に坂本徳成先
生、リウマチ委員会に河合秀郎先生が入って

活躍しておられました。平成3年になって日
整会評議員に大橋規男、坂本徳成の両先生と
私と一挙に3人の評議員が誕生することが出
来ました。このことは、会員の先生方が各大
学当局と、前向きにコンタクトを常にとつて
おられたからだと思います。さらに平成4年
4月(於京都)の日整会評議員会で坂本徳成先
生が、理事に選出され、整形外科医にとつて
重要な産業医委員会の担当理事として2期4
年間活躍されました。また日整会の認定医審
査委員会(地方区)の副委員長(委員長玉置教
授)として、大橋規男先生が就任されました。

このように、大阪の内外におきましてO C
O Aの会員の先生方が縦横に活躍しておら
れ、昭和の時代には、このようなことは想像
もできないことでした。これらは、O C O A
の歴史の一コマにすぎないかもしれませんが、
たまたま本会が大きく発展した時期に会
長をさせていただいたことは、幸運であり光
栄であると当時を思い出して、感慨深いもの
があります。



桐(きり)

「桐一葉落ちて天下の秋を知る」皇室御紋としての桐紋より、豊臣家紋としての太閤桐の哀れ
さが人の心にさまざまな感慨をかきたてる。桐を菊と同じように瑞祥視するのは中国思想で
ある。中国では鳳凰は桐に棲み、竹実を喰うと伝えられる。桐を皇室御紋章としていつごろ
から用いられたか、菊花紋章と同様に鎌倉時代終わりころには紋章化されていたことにはま
ちがいない。後醍醐天皇が足利尊氏にこの紋章を下賜されたことでも明らかである。
足利に代わった織田もこれを家紋としている。信長はこれを室町最後の将軍足利義昭から
賜っている。織田の跡を継いだ豊臣秀吉は、豊臣の性を朝廷から賜るとき一緒に桐紋も下賜
されたと思われる。

同じ土俵で相撲を取りたい

第4代会長 OCOA理事 大橋 規 男

私がOCO Aに入会した昭和58年(1983年)は、OCO Aが揺籠期を経て一人歩きを始めた頃で、会員数76名の小さい所帯であった。私は特別な才能を持ち合わせていないので、理事として学術を担当することになり、その後も引き続いて研修会の充実に力を注いできた。当時はまだ会員数が少ないためPR不足で外に対する力も弱く、研修会をするにも最近のような薬品メーカーの協賛は無く、しかもOCO Aにも金銭的余裕が無かったため、薬品会社の講堂を借りて行っていたような状態が数年間続いていた。勿論、現在のような立派な懇親会もなかった。会員による症例検討会も企画実行したが、会場の確保困難などの理由で2年間で中止せざるを得なかった。

その当時の私のささやかな願いは、出身大学、経歴、開業年数、年齢などは、さまざまであっても、整形外科を専攻している開業医の先生方が学閥意識を棄て、OCO Aと言う同じ土俵に上がって、研修と懇親の共通の場を持つことであった。当時の執行部の先生方も同じ思いで、“難しいことは言わずにOCO Aを楽しい会に育てよう”と言う言葉をモットーにして積極的な活動が続けられた。その後、会員の皆様のご協力もあって、OCO Aは素晴らしい発展を遂げ、創立20周年の現在、会員数の面だけでなく、研修会活動や会員の懇親の面でもJCOAの中で一二を争う会となってきた。

しかし、周囲に目を向けると、整形外科の診療面だけに限ってみても不公正、不平等がまだまだ多いのが目につく。診療報酬点数の面で、特定疾患指導料が何故整形外科的疾患では認められないのか、各種の器具で何箇所



にも温熱療法をしても内科の外来管理加算点数よりも低い評価しかされていないし、我々整形外科開業医がもっとも得意として力を入れている運動療法が不当に低い点数に抑えられている事実等、明らかに診療科による差別がある。

審査の面でも、医会の力によって各科別、府県別に差があると言われている。また、問題になっている柔道整復師の施療に関しても、本来ならば医師よりも低い健康保険点数が適用されるべきであるのに、同じ単価で、しかも我々が1箇所にもまるめられている処置点数が彼等には3箇所以上認められている等、数々の矛盾点がある。

我々OCO Aの会員が整形外科のスペシャリストとして、特別の優遇を得ることは期待していないが、少なくとも診療報酬面での不公正、不平等が是正されて、皆が同じ土俵で相撲を取れるようになりたいと思っているのは私一人だけであろうか。20歳の成人式を迎えたOCO Aが、今後、仲良しクラブ的な会から脱却していくためには、より多くの新しい若い力が必要であることを痛感している。

OCOAと私

第5代会長 OCOA理事 小杉 豊 治

大阪臨床整形外科医会が発足して、満20年を経過しその記念誌が発刊されることになりました。一時期会長として、その運営にたずさわったものといしましては、感慨ひとしおのがあります。

この稿を書くにあたり会誌7号(昭和62年12月)の10周年記念号を改めて読み返してみ、創立に盡力された諸先生の御苦勞に、心から感謝いたしたいと思います。

私がOCOAに入会して理事に推挙されたのは昭和61年で、当時の会員は139名でした。初めての理事会に出席して、坂本会長のもと出身大学の枠を越えたセクショナリズムのない、和気藹々とした会合に、新鮮な驚きと楽しさを感じました。今までささいな行き違いと誤解から、阪大整形外科の出身者の入会が少ないことを大変恥ずかしく思い、それ以後積極的に入会を勧誘してきました。その結果阪大整形外科からの入会者も増えました。

昭和63年10月8日から3日間OCOA主催のもとに、第15回日本臨床整形外科医会研修会が、阪大整形外科の大先輩である故林原明郎先生の会長のもとに盛大に開催され、OCOAの組織力を全国のJCOA会員に示しました。

平成2年には伊藤成幸会長のもと大橋規男先生と二人で副会長を務め、主として庶務を担当致しました。

平成6年には大橋規男先生のあとを引き継いで、第5代目の会長に推挙され2年間会務全般を見ることになりました。副会長を木佐貫一成先生と長田明先生に引き受けて頂きました。

現代の医療は医学・経済・倫理の三つの柱の上に成り立っているものと云われています。大学や大病院ではどうしても医学が重視されがちであり、民間病院や開業医ではどちらかと云えば経済が優先されがちであり、これもやむをえない面もあるかと思われます。会長就任時の抱負としてこの三つがバランスよく保たれ運営を心がけるようにしました。しかしながら顧みて2年の任期中になし得たことは微々



たるもので、なし得なかったこと、積み残したことがはるかに多いと反省しております。

小生のあとを継いで、第6代会長になられた堀木篤先生は、「骨と関節の日」のPR事業や創立20周年記念祝賀会などを主催者として成功させられ、その御苦勞に深い感謝と敬意を表さずにはられません。

OCOAは現在会員数が300名を超えて、JCOAで最大の会員数を誇るようになり、大変うれしいことです。これを機会にJCOAに対し積極的に働きかけて、イニシアティブをとるようになってほしいものです。

われわれ開業医をとりまく医療環境は年々厳しくなり、昨年9月の保険本人の2割負担や、本年4月の薬価改正など世紀末を迎えて「冬の時代」を通り越して「氷河期」に突入した感さえいたします。この医療危機を乗り切ることは容易ではありませんが、会員が一致団結して事態がわれわれにとっても国民にとっても一層悪くなる状況だけは避けねばならないということが最大の責務かと思えます。

かつてケネディ大統領は「国がきみたちに何をしてやるかではなく、きみたちが国になにができるのか」と問いかけましたが、われわれOCOAの会員一人一人が会(JCOAも含めて)が自分たちになにかをしてくれるかではなく、自分は会になにができるかを考えて発言し行動して頂ければOCOAはより一層発展するものと確信いたします。

O C O A 年表(この10年)

昭和63年 (戊辰) ^{つちのえ たつ} — 1988年

J C O A		
〔学 会〕	第1回 6月19日	東京
〔研修会〕	第15回 10月8・9・10日	大阪
文化講演会		
「関西人間商法」 藤本義一		
学術講演会		
①「腰椎疾患の臨床—留意すべき点のいくつか」		
	大医大	小野村敏信
②「足の痛み—診断の落とし穴」		
	大市大	島津 晃
③「整形外科の歴史と将来の展望」		
	大阪大	小野啓郎
O C O A (会長 坂本徳成)		
〔研修会〕		
5月28日	大阪大	廣島和夫
	高知医大	山本博司
7月9日	京府医大	平澤泰介
	大市大	大久保 衛
11月26日	京府医大	榊田喜三郎
日 整 会		
〔学 会〕	4月1・2・3日	京都
	奈良医大	増原建二
〔骨軟部腫瘍〕	7月21・22日	金沢
	金沢大	野村 進
〔基 礎〕	9月1・2日	東京
	防衛医大	下村 裕

〈この一年の出来事〉

昨秋脾臓手術を受けられた昭和天皇陛下御容態悪化。リクルート疑惑で宮沢蔵相辞任、それでも竹下改造内閣は消費税法案年末ギリギリに成立させる。

1ドル120円の円高で経済界氣息奄々。東京の地価上昇68%と過去最高。対外資産1兆ドル突破。32年か、って水俣病裁判判決確定。奈良シルクロード博開幕。藤の木古墳発掘。世界最長青函トンネル開業。本四連絡橋児島—坂出ルート開通。潜水艦「なだしお」と釣船「第一富士丸」衝突して30人死亡。高知学芸高中国修学旅行中、列車事故で27人死亡。千代の富士53連勝、54勝ならず。名門南海ホークス身売り。東京ドーム完成。カルガリ冬季オリンピック、ソウルでの秋のオリンピックも共に日本不振。

日本では行革の鬼土光敏夫、三木武夫元首相、元東大学長茅誠司、京大名誉教授桑原武夫、俳人中村汀女、俳優小沢栄太郎、宇野重吉。元ソ連首相マレンコフ、ソ連の指揮者ムラビンスキー、彫刻家イサム・ノグチら逝く。

平成元年 (己^{つちのと}巳^み) - 1989年

<この一年の出来事>

年明け松飾りもそのまゝの1月7日昭和天皇陛下御薨去。激動の昭和はこゝに幕を閉じ、平成と元号は変る。米大統領に共和党ブッシュ氏。年末アメリカ軍はパナマに侵攻。4月から消費税3%実施。6月竹下内閣総辞職、宇野内閣は短命。参院選で自民大敗北。さらに海部内閣へと一年間に首相3人。田中元首相は71才で引退。千代の富士秋場所で歴代最多勝で初の国民栄誉賞。リクルート事件は政官界を直撃して逮捕者12人。第100回天皇賞で20才の武豊騎手は春秋連覇。プロ野球日本シリーズ巨人が4-3で逆転勝ち。日本初の生体肝移植島根医大で。総評は結成より39年で連合と全労連に変身。4件連続の幼児誘拐殺人で宮崎勤逮捕。

日本では経営の神様松下幸之助、近鉄の佐伯勇、大阪の作家藤沢恒夫、天声人語の荒垣秀雄、大歌手美空ひばり、作曲家古関裕而、指揮者芥川也寸志、新国劇辰巳柳太郎、作家開高健、漫画家手塚治虫、民社党の春日一幸、元京大総長平澤興と各界の巨星墜つ。

海外ではシュールリアリズムの巨匠ダリ、イランの革命を指導したホメイニ師、イギリスの監督兼俳優ローレンス・オリヴィエ、指揮者カラヤン、マンボのペレス・プラド。フィリピンの元大統領マルコスはハワイでひっそり死去。アメリカのピアニストカーメン・キャバレロ、クラシックのホロヴィッツ、ソビエトでは水爆の父、ノーベル平和賞受賞のサハロフ等の訃報。

J C O A		
〔学 会〕	第2回 6月18日	神戸
〔研修会〕	第16回 9月22・23・24日	松江
O C O A (会長 伊藤成幸)		
〔研修会〕		
5月27日	大医大	阿部宗昭
	大医大	田嶋宗夫
7月15日	大市大	浅田崇爾
	大市大	史野根生
9月16日	奈良医大	三井宣夫
	奈良医大	尾崎二郎
11月25日	関西医大	小川亮恵
	(総会)	
日 整 会		
〔学 会〕	4月14・15・16日	浦安
	日本大	鳥山貞宣
〔骨軟部腫瘍〕	7月21・22日	福岡
	福岡大	高岸直人
〔基 礎〕	8月31日、9月1日	東京
	北里大	山本 真

平成2年 (庚^{かのえ}午^{うま}) - 1990年

J C O A	
[学 会]	第3回 6月17日 名古屋
[研修会]	第17回 9月22・23・24日 高松
O C O A (会長 伊藤成幸)	
[研修会]	
3月22日	府立成人病センター 小松原良雄
5月19日	北野病院 梁瀬義章
	大市大 鳥津 晃
7月21日	大市大 井上祐一
	大市大 高岡邦夫
10月10日	関西医大 森 良樹
	大阪大 越智隆弘
11月17日	星丘厚生年金病院 上野良三
	(総会)
日 整 会	
[学 会]	4月13・14・15日 名古屋
	名古屋大 三浦隆行
[骨軟部腫瘍]	7月19・20日 大阪
	大阪大 小野啓郎
[基 礎]	10月3・4・5日 神戸
	神戸大 廣畑和志

<この一年の出来事>

11月日即位の礼にて皇位継承さる。年明け衆院解散総選挙で自民圧勝、第二次海部内閣成立、花の万博4月1日より開幕(於大阪鶴見緑地)9月30日閉幕で、入場者2,300万人。盧泰愚韓国大統領来日。

10年ぶりの癌全国調査で肺・乳癌大幅増加、胃・子宮癌は減少。4月1日東京株式で株価2万円の大台を割る。神戸高塚高校で校門圧死事件。台風19号本土横断、死者39人。

ゴルビーにノーベル平和賞。日本シリーズ西武-巨人は西武4-0で圧勝。統一ドイツ誕生。英サッチャー首相辞任、11年半の長期政権はメージャ首相に手渡し。ポーランド連帯の委員長ワレサ氏が大統領に、イラク、クエートに侵攻、国連多国籍軍と対峙。

日本では元横綱栃錦春日野親方、「自由と規律」の著者エッセイスト池田潔、元アナウンサー木島則夫、宮田輝。小説家「鬼平」の池波正太郎、なにわの笑優藤山寛美、前大阪大学長山村雄一、作曲家浜口庫之助らが死去。

米元駐日大使ライシャワー、アメリカのエンタティナーのサミー・ディビス・ジュニア、ジャズのサム・ティラー、指揮者のレナードバーンスタイン、ラテンのザビアクガート、女優のグレタ・ガルボら逝く。

平成3年(辛^{つちのと}未^{ひつじ}) - 1991年

J C O A		
[学 会]	第4回 7月14日	札幌
[研修会]	第18回 9月21・22・23日	新潟
O C O A (会長 伊藤成幸)		
[研修会]		
6月1日	阪和泉北病院 和医大	多田浩一 玉置哲也
7月20日	奈良医大 国立南大阪病院	高倉義典 大西啓靖
9月28日	大阪労災病院 大阪大手前整肢学園	川村次郎 富 雅男
11月30日	関西医大 大阪ガス健康 開発センター	岩坂舜二 岡田邦男
日 整 会		
[学 会]	4月18・19・20・21日	京都 京都大
		山室隆夫
[骨軟部腫瘍]	7月19・20日	東京
	帝京大	立石昭夫
[基 礎]	8月29・30日	京都
	島根大	廣谷速人

<この一年の出来事>

野村證券等の損失補填、三菱商事のルノワール絵画転売、イトマン事件など明るみに出て、日本のバブル破綻、狂宴終わる。湾岸戦争で多国籍軍が「砂漠の嵐作戦」でイラクを空爆。信楽高原鉄道で正面衝突事故、42人死亡。脳死臨調は「脳死は人の死」と答申。ソ連邦崩壊69年の歴史終わる。ソビエト・ゴルバチョフ大統領辞任。年末宮沢内閣発足。大東亜戦争開戦50周年としてハワイ真珠湾ではブッシュ大統領出席して記念式典。長崎の雲仙普賢岳200年ぶり噴火、犠牲者43人。横綱千代の富士初顔合わせの貴花田に敗れ引退。プロ野球西武、日本シリーズ二連覇。大阪桐蔭甲子園初出場初優勝。

作家井上靖、将棋の升田幸三、歌手ディック・ミネ、俳優上原謙、本田技研の本田宗一郎、浪速の天牛古書店主天牛新一郎ら死す。

海外ではクラシックのピアニスト、ケムプ、ゼルキン、アラウの三人が。フランスのシャンソン歌手イヴ・モンタンも。

平成4年 (壬^{みづのえ} 申^{さる}) — 1992年

J C O A		
[学 会]	第5回 6月28日	千葉
[研修会]	第19回 10月8・9・10・11日	鹿児島
O C O A (会長 大橋規男)		
[研修会]		
5月9日	大医大	瀬本喜啓
	大医大	小野村敏信
7月4日	大阪労災病院	辻本正記
	大体大	市川宣恭
10月3日	大阪大	内田淳正
	千葉大	守屋秀繁
11月7日	大市大	楠 正敬
	川崎医大	福永仁夫
日 整 会		
[学 会]	4月16・17・18日	福岡
	九州大	杉岡洋一
[骨軟部腫瘍]	7月17・18日	松山
	慈恵医大	室田景久
[基 礎]	10月8・9日	東京
	慈恵医大	室田景久

<この一年の出来事>

米大統領選民主党新人クリントン共和党ブッシュ現大統領を破り当選。リオデジャネイロで100ヶ国越す首脳が一堂に会して、地球サミット。ソマリアでは旱魃と内戦で200万人が餓死寸前、骨標本の様な小児の写真。日本医師会尊厳死容認。貴花田と宮沢りえ婚約してすぐ破棄。佐川急便事件で金丸前自民党副総裁議員辞任し、竹下元首相は参院で証人として証言。

天皇皇后両陛下は初めて中国を御訪問、万里の長城に登られた。52ヶ月続いた大型景気は幕を閉じて日本経済は鍋底、株式市況は続落低迷。

アルペールビルで冬季五輪、金1、銀2、銅4の日本は夏季バルセロナ五輪でも金3、銀8、銅11と前回のソウルと比べて倍増。女子200m平泳ぎ優勝の岩崎恭子(14才)は金メダル。学校週5日制スタート。米留学の高校生服部君射殺され、銃規制の論議。

惜しい人が逝く日本、俳優若山富三郎、歌手松尾和子、岸洋子、近江俊郎、漫画家長谷川町子、作家松本清張、元阪神タイガース藤村富美男、将棋の大山康晴、阪大元学長赤堀四郎。海外も作曲家メシアン、俳優マレーネ・ディートリッヒ、アンソニー・パーキンス、西独元首相ブランド、ノーベル平和賞受賞のベギンイスラエル元首相等々。

平成5年(癸酉) — 1993年

J C O A		
[学 会]	第6回 6月20日	広島
[研修会]	第20回 10月9・10・11日	鹿児島
O C O A (会長 大橋規男)		
[研修会]		
4月17日	滋賀医大 (平成4年度総会)	福田眞輔
6月19日	奈良県立身障者 リハビリセンター 東大	岩崎洋明 黒川高秀
7月24日	順天堂大 大阪厚生年金病院	塩川優一 米田 稔
10月16日	鹿屋体大 名市大	広橋賢次 松井宣夫
11月20日	関西労災病院 滋賀医大	井上雅裕 西岡淳一
6年3月26日	神戸大 兵庫医大	水野耕作 圓尾宗司
日 整 会		
[学 会]	4月8・9・10・11日	神戸
	大阪大	小野啓郎
[骨軟部腫瘍]	7月16・17日	甲府
	山梨医大	赤松功也
[基 礎]	10月7・8日	松本
	信州大	寺山和雄

<この一年の出来事>

4年前からバブル崩壊による景気後退は一段と深刻に。宮沢首相は衆院解散して総選挙、しかし自民惨敗して野に下り、細川連立内閣誕生。お隣韓国では金泳三氏大統領就任。金丸自民党前副総裁の逮捕が発端となりゼネコン汚職は底無しの泥沼化して仙台市長、茨城県・宮城県の知事が相次いで司直の手に。皇太子殿下御結婚。奥尻島地震で死者231人。冷夏と永雨、東京では真夏日が半年の半分。その上台風6つが日本列島に上陸で米凶作。

4月大阪出身の中田厚仁さん射殺され、カンボジア和平の犠牲となる。曙外人初の横綱に。サッカーJリーグがブーム。田中角栄元首相が肺炎で死去。俳優笠智衆、オーディリー・ヘプバーン、ハナ肇、元共産党野坂参三、TVタレント逸見政孝ら死す。

平成6年(甲戌) — 1994年

J C O A		
[学 会]	第7回 6月26日	宇都宮
[研修会]	第2回 10月8・9・10日	山口
O C O A (会長 小杉豊治)		
[研修会]		
4月23日	大市大	山野慶樹
6月4日	大阪赤十字病院	渡辺秀男
	大阪大	越智隆弘
7月2日	鳥取大	豊島良太
	大市大	大久保 衛
10月15日	国立大阪南病院	村田紀和
	船越整形外科	船越 忠
11月26日	大医大	木下光男
	行岡病院	前田 晃
7年2月25日	大阪大	木村友厚
	京大医療技術短大	濱 弘道
日 整 会		
[学 会]	5月12・13・14日	仙台
	東北大	櫻井 實
[骨軟部腫瘍]	7月21・22日	三重合歓の郷
	三重大	荻原義郎
[基 礎]	10月7・8日	神戸
	近畿大	田中清介

<この一年の出来事>

年明けて昨年の凶作による米不足騒ぎ、タイなどから緊急輸入。細川「殿」首相は4月に政権投げ出し、羽田→村山とリレーされ、自社サの同床異夢の連立政権発足。ヨーロッパで英仏間ドーバー海峡下にユーロトンネル開通。大阪では関西空港開業。名古屋では中華航空墜落事故264人死亡。松本サリン事件で7人死亡。夏は猛暑で列島サウナ風呂となり水不足。大江健三郎ノーベル文学賞受賞。韓国ではソウル市内の漢江にかかる聖水大橋落下32人死亡。北朝鮮では金日成首席死去して南北関係は不安定。プロ野球ブルーウェーブイチロー 210 本安打、パ・リーグのMVPに。貴乃花65代目の横綱に昇進。

アイルトン・セナ(34才)事故死。アメリカ第37代大統領ニクソン、バート・ランカスター、俳人山口誓子、元外相伊東正義、作家吉行淳之助、俳優東野英治郎、乙羽信子、評論家福田恒存、細川隆元ら死去。

平成7年(乙亥) — 1995年

J C O A		
[学 会]	第8回 6月18日	大宮
[研修会]	第22回 9月23・24日	静岡
J C O A (会長 小杉豊)		
[研修会]		
6月3日	近畿大	宗圓 聰
	大阪大	越智隆弘
7月8日	関西医大	赤木繁雄
	浜松医大	井上哲朗
10月21日	九州大	佛淵孝夫
	京府医大	平澤泰介
11月18日	関西労災病院	米延策雄
	神戸大	黒坂昌弘
8年2月17日	大阪警察病院	垣内雅明
	京都大	中村孝志
日 整 会		
[学 会]	4月9・10・11日	横浜
	東京大	黒川高秀
[骨軟部腫瘍]	7月14・15日	東京
	東医大	三浦幸雄
[基 礎]	10月12・13日	軽井沢
	埼玉医大	東 博彦

<この一年の出来事>

お屠蘇気分の醒めた途端の1月17日早暁、阪神大震災で6,309人の死者、31万人が避難生活。3月20日春の訪れを待たず東京地下鉄サリン事件で11人の死者。犯人として5月16日オウム真理教々祖麻原を逮捕。兵庫銀行・木津信と経営破綻。大和銀行米で巨額(1000億円)の損失隠し、国内でも海外でも日本金融機関の信用は失墜。

円相場 80 円を突破。金利は 0.5%と最低。輸出は低迷。東京は青島・大阪はノック両タレント知事誕生。大阪にて A P E C 18ヶ国首脳会議が開催される。村山首相は続投表明。

米ドジャースの一員となった元近鉄野茂は13勝6敗でナ・リーグの新人王。日本では今年もイチロー人気沸騰。プロ野球日本一はヤクルト。

「前畑ガンバレ」の兵藤秀子、作家山口瞳、米フルブライト元上院議員、テレサ・テン逝く。

平成8年(丙子) — 1996年

J C O A		
[学 会]	第9回 6月16日	和歌山
[研修会]	第23回 9月21・22・23日	大分
O C O A (会長 堀木 篤)		
[研修会]		
4月20日	大医大	阿部宗昭
6月29日	大市大	油谷安孝
	奈良県立医大	大串 始
7月27日	和歌山県立医大	上好昭孝
	大医大	田嶋定夫
8月31日	大市立弘済病院	佐藤哲也
	大阪大	安井夏生
10月19日	京府医大	久保俊一
	福島医大	渡辺栄一
11月16日	大市大	西村典久
	大阪府立病院	富士武史
12月7日	大市大	大久保 衛
	信州大	高岡邦夫
9年2月8日	大医大	米沢卓実
	近畿大	浜西千秋
日 整 会		
[学 会]	4月11・12・13・14日	東京
	慶応大	矢部 裕
[骨軟部腫瘍]	7月19・20日	札幌
	札幌医大	石井清一
[基 礎]	10月17・18日	鹿児島
	鹿児島大	酒匂 崇

<この一年の出来事>

米クリントン、露エリツィン両大統領共に現職のまゝ、再選。日本では衆院選で自民勝利。第二次橋本内閣は三年三ヶ月振りの自民党単独内閣として成立、社・さは閣外協力。住専処理に6,850億の税金投入で国民の怒り噴出。薬害エイズに菅厚相謝罪、産・官・学の癒着の構図が浮かび上がる。大阪で大腸菌O-157猛威を振るい、11人死亡。カイワレ大根受難。年末になりまたも厚生省岡光事務次官収賄で逮捕されて厚相はこの一年間頭を下げっ放し。2月雪の北海道で豊浜トンネル崩落事故、20人が生き埋めに。「奥の細道」の芭蕉自筆本が大阪で発見。

12月17日ペルー日本大使館での天皇誕生日祝賀パーティをゲリラ襲撃。600人以上が人質に。軍や警察と睨み合いのまゝ、年を越す。

海外ではフランス前大統領ミッテラン、ルネクレマン監督(禁じられた遊び・太陽がいっぱい)、ジャズ歌手エラ・フィッツジェラルド逝く。太陽の塔の岡本太郎、小説家司馬遼太郎、遠藤周作、金丸信元自民党副総裁、俳優フランキー・堺、渥美清、沢村貞子、漫才師横山やすしら死去。

平成9年(丁^{ひのと}丑^{うし}) - 1997年

J C O A		
[学 会]	第10回 6月8日	岡山
[研修会]	第24回 9月14・15日	神奈川
O C O A (会長 堀木 篤)		
[研修会]		
4月19日	行岡病院	小松原良雄
6月28日	京府医大	黒川正夫
	兵庫医大	立石博臣
7月26日	大阪労災病院	堀部秀二
	大医大	森 秀麿
8月30日	川崎医大	福永仁夫
	京府医大	玉井和夫
11月15日	大阪厚生年金病院	米田 稔
	大体大	広橋賢次
10年1月31日	玉造厚生年金病院	上尾豊二
	日医大	吉野楨一
10年2月14日	大阪大	吉崎和幸
	信原病院	信原克哉
日 整 会		
[学 会]	6月19・20・21・22日	札幌
	北大	金田清志
[骨軟部腫瘍]	7月18・19日	名古屋
	名市大	松井宣夫
[基 礎]	10月16・17日	新潟
	新潟大	高橋栄明

<この一年の出来事>

年明け早々、日本海でロシアタンカー沈没して重油流出事故。昨年暮からのペルー日本大使館人質事件は、4月22日強行突入による犯人全員射殺で127人の人質解放。消費税率は3%→5%に引き上げ、景気は悪くなるばかり。その中で山一・拓銀の倒産、大手企業のソーカイヤとの癒着も露頭。神戸の酒鬼薔薇少年の連続殺傷事件は教育界を激しく揺さぶり、阪神大震災以上のショックが日本中を駆け巡った。京都での地球温暖化防止会議は大もめ。しかし11月日本サッカーチーム、イランを破りW杯への出場権を得て日本国民も少しは溜飲が下がったか。

8月パリでダイアナ元英皇太子妃は事故死。7月1日阿片戦争以来の植民地香港をイギリスは中国へ返還。その香港の株暴落を切っ掛けにアジアに通貨金融危機逼る。

鄧小平、マザーテレサ、杉村春子、勝新、三船敏郎死す。

I. 平成9年度O C O A庶務及び事業報告

(1) 会員状況

期首(平成9年4月1日) 306名

期末(平成10年3月31日) 323名

入会者(19名)

退会者(2名)

(2) 研修会・講演会

○ 第76回研修会及び平成9年度総会

平成9年4月19日(土)

於：大正製薬大阪支店

「慢性関節リウマチの治療の進展」

行岡医学研究会・行岡病院リウマチ研究室 室長 小松原 良雄先生

「保険請求上の問題点」

大阪臨床整形外科医会 反田理事

「老人施設について－特養ホームを運営してみて－」

大阪臨床整形外科医会 孫 理事

○ 第77回研修会

平成9年6月28日(土)

於：ウェスティン・ホテル

「肩腱板障害とスポーツ」

京都府立医科大学整形外科 講師 黒川 正夫先生

「慢性関節リウマチの病態と治療」

兵庫医科大学整形外科 教授 立石 博臣先生

○ 第78回研修会

平成9年7月26日(土)

於：帝国ホテル大阪

「スポーツ選手の足関節捻挫」

大阪労災病院スポーツ整形外科 部長 堀部 秀二先生

「ペインクリニックにおける神経ブロック」

大阪医科大学麻酔科 教授 森 秀麿先生

○ 第79回研修会

平成9年8月30日(土)

於：大林ビル

「手関節痛の診断と治療－スポーツ障害を含む－」

京都府立医科大学整形外科 講師 玉井 和夫先生

「骨粗鬆症の診断－新しい診断基準と画像診断－」

川崎医科大学放射線科(核医学) 教授 福永 仁夫先生

○ 第80回研修会

平成9年11月15日(土)

於：大林ビル

「肩の鏡視下手術－その現状と展望－」

大阪厚生年金病院 整形外科 部長 米田 稔先生

「体育大学におけるスポーツ外傷と障害の現状－腰痛を中心として－」

大阪体育大学 教授 広橋 賢次先生

○ 第81回研修会

平成10年1月31日(土)

於：ザ・リッツ・カールトン大阪

「慢性関節リウマチの外科的治療」

玉造厚生年金病院 院長 上尾 豊二先生

「慢性関節リウマチのトータルマネージメント」

日本医科大学リウマチ科 教授 吉野 慎一先生

○ 第82回研修会

平成10年2月14(土)

於：新阪急ビル

「寛解導入可能な慢性関節リウマチの新しい治療法の確立」

大阪大学健康体育部健康医学第一部門 教授 吉崎 和幸先生

「肩の痛み - スポーツ障害を含む -」

信原病院 院長 信原 克哉先生

(3) 各種会議開催及び出席状況

A) OCOA関係

- ① OCOA定時総会 [9.4.19] 於：大正製薬(株)大阪支店
- ② 定例理事会 4回 [9.6.14・9.9.20・9.12.13・10.3.14]
- ③ 常任理事会 [9.11.15]
- ④ OCOA20周年準備委員会 [9.8.2・9.12.13・10.1.11・10.2.15・10.3.22]

B) JCOA関係

- ① JCOA医療システム委員会 [9.4.5・9.8.30・9.12.6] (堀木、村上、長田) 於：大阪
[10.2.1] 於：東京
- ② JCOA医業経営委員会 [9.11.30・10.3.15] (黒田、首藤) 於：東京
- ③ JCOA会誌等編集委員会 [9.5.10・9.10.4・9.11.22・10.1.17・10.3.28]
(村上、須藤、瀬戸) 於：東京
[9.7.12] 於：大阪
- ④ [JCOA新指導大綱監査要綱対策特別委員会
JCOA社会保険等検討委員会
[9.5.18・9.8.3] (反田、三橋、村上) 於：東京
[9.12.21] 於：大阪
- ⑤ JCOA学術研修委員会 [9.8.10・9.10.19・10.1.15] (堀木) 於：大阪
- ⑥ JCOA会則検討委員会 [9.6.29] (三橋) 於：東京
- ⑦ JCOA総務委員会 [9.10.5] (三橋) 於：東京
- ⑧ JCOA審査委員会議 [9.9.27] (三橋、村上、反田、天野) 於：東京
- ⑨ JCOA代議員会 [9.6.7] (堀木、服部、瀬戸)
[9.9.14] 於：東京
於：横浜
- ⑩ JCOA総会 [9.6.8] (堀木、村上、服部、瀬戸他) 於：岡山
- ⑪ 第10回JCOA学会 [9.6.8] 於：岡山
- ⑫ JCOA各県代表者会議 [9.9.14] (堀木) 於：横浜
- ⑬ JCOA各県代表者懇話会 [9.8.23～24] (瀬戸) 於：東京
- ⑭ 第24回JCOA研修会 [8.9.13～15] 於：横浜
- ⑮ JCOA近畿ブロック会 [9.6.15] (堀木、服部、瀬戸) 於：京都
[9.12.7] (堀木、長田、木佐貫、瀬戸) 於：和歌山
- ⑯ JCOA理事会 [9.4.20・9.7.27・9.8.24・10.2.11] (村上) 於：東京

C) 日整会関係

- ① 日整会評議員会 [9.6.18] (堀木、長田、服部、甲斐) 於：札幌
- ② 日整会評議員懇談会 [9.9.15] (服部、甲斐) 於：新潟
- ③ 日整会移植問題検討委員会 [9.5.15・9.7.17・9.9.17・9.10.8・
9.12.8・10.1.22・10.3.27] (伊藤) 於：東京
- ④ 日整会リウマチ委員会 [9.5.17・9.8.17・9.11.12・10.2.1] (堀木) 於：東京
- ⑤ 全国整形外科会保険審査委員会議 [9.9.28] (三橋、反田、村上、天野) 於：東京
- ⑥ 日整会認定医試験 [10.1.22～23] (堀木) 於：大阪

D) 大阪府医師会関係

- ① 大阪府医師会医学会運営委員会 [毎月1回 計12回] (木佐貫)
- ② 大阪府医師会医学会評議員会 [9.11.16] (堀木、長田、木佐貫)
- ③ 大阪府医師会医会連合会 [9.8.28] (瀬戸)
[10.3.16] (堀木)
- ④ 大阪府医師会交通事故医療委員会 [9.6.30・10.1.29] (平山、八幡、三橋、越宗、瀬戸)
- ⑤ 大阪府医師会健康スポーツ医学委員会 [9.6.25・9.10.15・10.1.29] (平山、三橋、
八幡、坂本)
- ⑥ 大阪府医師会労災部会役員会 [9回] (平山、八幡、三橋、河村、坂本、首藤、
服部、矢倉)
- ⑦ 大阪府医師会労災部会委員会 [9.5.16] (平山、八幡、三橋)
- ⑧ 大阪府医師会労災医療研修会 [9.12.13・10.2.13] (平山、八幡、三橋)
- ⑨ 大阪府医師会労災部会10周年記念式典 [9.12.13]
- ⑩ 大阪府医師会産業医部会常任委員会 [11回] (平山、八幡、三橋、坂本)
- ⑪ 大阪府医師会医事紛争処理特別委員会 [毎月1回 計12回] (八幡、坂本、濱田、
木下、荻野)
- ⑫ 大阪府医師会医事紛争特別委員会 整形外科委員会 [毎月1回 計12回] (八幡、
坂本、濱田、木下、荻野)
- ⑬ 医療周辺業種問題検討プロジェクトチーム・整形外科領域小委員会 [9.4.17]
(平山、八幡、三橋、堀木、村上、中村)
- ⑭ 医療周辺業種問題検討プロジェクトと大阪府環境保険部医療対策課との懇談会
[9.2.25] (平山、八幡、三橋、堀木、村上)
- ⑮ 大阪府医師会健康スポーツ医学講習会 [9.7.10・9.11.8] (平山、三橋、八幡)
- ⑯ 大阪府医師会運動負荷試験講習会 [9.8.27・9.9.1] (平山、三橋、八幡)
- ⑰ 大阪府医師会救急医療委員会 [9回] (平山、八幡、三橋)

E) その他

- ① 柔道整復師レセプト審査会 [月1回 計12回] (堀木、長田)
- ② 大阪整形外科症例検討会世話人会 [9.8.2・10.2.7] (坂本、濱田、服部)
- ③ 大阪府自動車保険医療連絡協議会 [9.5.14・9.11.17] (平山、八幡、三橋)
- ④ 日医労災・自賠責委員会 [5回] (八幡)
- ⑤ 国民年金障害認定審査会 [毎月2回 計24回] (堀木)
- ⑥ 大阪体育協会医科学委員会 [9.2.27・10.2.12] (三橋、坂本)
- ⑦ 労災保険診療審査委員会 [毎月2回 計24回] (大橋、長田、河村、小杉、坂本、
反田、三橋、八幡、吉中、上田)

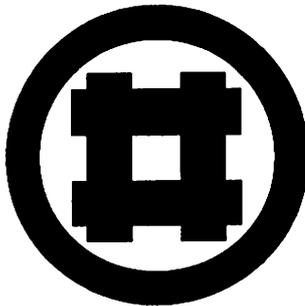
⑧ ふれあいピック大阪表彰式：JCOAより表彰楯授与 [9.11.3] (堀木、服部、瀬戸)

(4) 福祉厚生部事業

- 第25回O C O Aゴルフコンペ 平成9年6月1日(日)
於：北六甲カントリー倶楽部
- 第26回O C O Aゴルフコンペ 平成9年10月10日(日)
於：北六甲カントリー倶楽部
- 第13回O C O A懇親旅行 平成9年11月29日(土)～30日(日)
賢島 志摩観光ホテル泊 ゴルフ：賢島カントリークラブ

(5) 広報事業

- 大阪臨床整形外科医会会報 第23号 発刊(平成9年6月14日)
- 『骨と関節の日』(平成9年10月8日)の行事
O C O A創立20周年記念行事として
*骨と関節の日シンポジウムを開催
日 時：平成9年9月27日(土)
会 場：オーバルホール(毎日新聞ビル)
テ ー マ：関節リウマチー早期発見と早期治療
パネリスト：関西医大整形外科 小川亮恵 教授
大阪大学整形外科 越智隆弘 教授
対 象：一般市民(当日聴衆約500名)
*骨と関節の日シンポジウムの記事を毎日新聞掲載(平成9年10月11日)
*骨と健康電話相談室：大阪市内3箇所、市外2箇所で実施



井筒(いづつ)・井桁(いげた)

その形が正方形であるのを井筒と称し、斜方形、菱形なものを井桁といわれた。井筒、井桁は根元は井戸に発している。これを家紋とするもの多くは、名字に井の字を持つもので、例えば、酒井、花井、今井、駒井、折井、佐々井、井上、井野、為井、井口、川井、荒井、白井、長井、坂井、細井、福井、平井、玉井の諸氏に多い。万延元年(1860)庚申の節句、暫の桜田門外で水戸浪士のため討ち取られた時の大老井伊直弼の家紋も井筒であった。

(4) 大阪臨床整形外科医会収支計算書

自 平成9年4月1日

至 平成10年3月16日

収	入	支	出
年会費 (298名)	6,569,000 (3月16日決算)	日本臨床整形外科医会会費	4,560,630
府医師会助成金	0	J C O A 入会金 (8名)	80,000 (10,000×8)
会報23号広告代	420,000 (35,000.×12)	事務費	74,423
預金利息	2,724	会報製作費	1,071,105
寄附金	2,000,000	通信印刷費	591,605
J C O A 入会金 (17名)	170,000 (10,000.×17)	会議費	
前期繰越現金	28,165	総会	801,150
		研修会対策費	76,540
		理事会等	533,528
		役員出務交通費	241,000
		役員出務弁償費	90,000
		近畿ブロック会費	90,000
		単科医会会費	10,000
		諸活動費(慶弔費、福利厚生)	1,215,566
		支出小計	9,435,547
		剰余金	▲ 245,658
計	9,189,889	計	9,189,889

監 査 報 告 書

平成9年度の大阪臨床整形外科医会の歳入歳出決算につき、平成10年3月19日慎重に監査致しました処、適正に処理、管理されたことを認めます。

平成10年3月19日

監 事 吉 田 正 和 印

監 事 伊 藤 成 幸 印

大阪臨床整形外科医会殿

Ⅲ. 平成10年度事業計画

整形外科医療の発展・普及のため活動すると共に、生涯研鑽を軸として会員相互の親睦・融和と団結を目指して、より一層精力的に事業を推進する。尚、本年度はO C O A創立20周年目にあたるので、それを記念する行事を行う。

1. 組織の強化

- (1) JCOA研修会、JCOA学会、JCOA近畿ブロック会等に積極的に参加し、JCOA及びその各ブロック都道府県との交流・協調・情報の交換・収集に務め、整形外科医の親睦と団結に貢献する。
- (2) 日本整形外科学会、その他の関係諸学会、日本医師会、大阪府医師会、大阪府医会連合(旧単科医会)、その他医療団体との連携を強化する。
- (3) 会員の権益擁護のため、理事会活動、各種委員会活動を活発に行う。
- (4) 未加入開業整形外科医の入会促進のために、積極的に勧誘活動を行う。

2. 学術活動

- (1) 会員の生涯研修と自己啓発のため、日本整形外科学会認定医、同認定スポーツ医、同認定リウマチ医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計ると共に、日本医師会、大阪府医師会の生涯教育研修システムとも協調する。
- (2) 各大学、公私病院との連携を密にし、生涯教育内容のさらなる充実と整形外科医療の進歩・発展に努力する。

(3) 平成10年度O C O A研修会日程

第1回(83回)研修会：平成10年4月4日(土) 於：南海サウスタワーホテル大阪
「高齢社会における脊椎症の新たな課題」

大阪厚生年金病院 院長 小野 啓郎 先生

第2回(84回)研修会：平成10年6月6日(土) 於：ウェスティン・ホテル
「ドーピングって何」

日本水泳連盟ドーピング医事審査委員 伊藤 禎之 先生

「整形外科領域における高気圧酸素治療」

医療法人玄眞堂 川罵整形外科病院 院長 川罵 真人 先生

第3回(85回)研修会：平成10年7月11日(土) 於：ウェスティン・ホテル
「関節軟骨欠損の修復」

国立大阪南病院 脇谷 滋之 先生

「整形外科領域における非ステロイド系抗炎症薬による胃粘膜傷害の病態とその対策」

彦根中央病院 副院長 内藤 裕二 先生

第4回(86回)研修会：平成10年8月29日(土) 於：大林ビル
「骨腫瘍の診断と治療」

京都府立医大 整形外科 講師 楠崎 克之 先生

「RA上肢の外科的治療—今までの考え方でよいのか—」

大阪大学 整形外科 講師 政田 和洋 先生

第5回(87回)研修会：平成10年11月14日(土) 於：ワシントンホテル
第6回(88回)研修会：平成11年1月30日(土) 於：未定
第7回(89回)研修会：平成11年2月予定 於：未定

3. 保険医療に関する諸問題の研究と対策

医療保険制度、診療報酬、審査、指導、老人保険（医療）に関して研究と対策を行う。

4. 医業周辺業種への対策

5. 高齢者対策

在宅医療、在宅ケア、介護保険制度への対策。

6. 労災保険、交通事故医療、医事紛争等に関する研修活動の強化

7. 広報・情報活動

- (1) 会報第24号（O C O A創立20周年記念号）発刊予定
- (2) 会員名簿の発刊
- (3) 会員アンケートの実施
- (4) 医療・保険情報の収集・伝達に、より一層努力する。
- (5) 「骨と関節の日」のPR企画

8. 厚生・福祉活動

- (1) 第14回会員懇親旅行
平成10年11月7日(土)～8日(日)
場所：加賀温泉 越前海岸方面
ゴルフ 加賀芙蓉カントリー倶楽部
- (2) 会員懇親ゴルフコンペ
第27回 平成10年5月24日(日) 於：北六甲カントリー倶楽部
第28回 平成10年9月27日(日) 於：北六甲カントリー倶楽部

Ⅳ. 平成 10 年度収支予算案

期 間 自 平成 10 年 3 月 17 日
 至 平成 11 年 3 月 31 日
 会 計 早 石 雅 宥 理 事

(収入の部)

会 費	7,200,000(24,000×300)
JCOA入会金	140,000
会報広告収入	600,000
寄附及び助成金	1,300,000
受取利息	40,000
繰 越 金	7,566,309

16,846,309

(支出の部)

会 議 費	2,100,000
内訳：総 会 費	700,000
研修会対策費	1,000,000
理事会等会議費	400,000
分 担 金	4,665,000
内訳：日本臨床整形外科医会会費	4,500,000
同上入会金	150,000
近畿ブロック会費	10,000
大阪府単科医会会費	5,000
需 要 費	2,450,000
内訳：事 務 費	250,000
印 刷 費	300,000
通 信 費	500,000
O C O A 会報製作費	1,400,000
交 通 費	700,000
内訳：役員出務弁償費	300,000
役員出張出務費等	400,000
諸 活 動 費	1,000,000
内訳：福利厚生活動費	600,000
渉外・諸対策費	400,000
支 出 小 計	10,915,000
20周年記念事業費(特別行事)	4,000,000

予 備 費 1,931,309

合 計 16,846,309

平成 10 年度 O C O A 役員

(五十音順)

顧問 阿部宗昭 大阪医科大学整形外科 教授
 小川亮恵 関西医科大学整形外科 教授
 越智隆弘 大阪大学医学部整形外科 教授
 田中清介 近畿大学医学部整形外科 教授
 山野慶樹 大阪市立大学医学部整形外科 教授

名誉会長 越宗正

名誉会員 稲松滋・上野良三・小野啓郎
 小野村敏信・島津晃・原省吾
 増原建二

会長 三橋二良

副会長 小松堅吾・服部良治
 理事 天野敬一・石井正治・右近良治
 大橋規男・長田明・甲斐敏晴
 河合秀郎・河村都容市・木佐貫一成
 栗本一孝・黒田晃司・古賀教一郎
 越宗正晃・小杉豊治・小松建次
 坂本徳成・澤田出・茂松茂人
 柴田辰男・首藤三七郎・須藤容章
 瀬戸信夫・孫瑤權・反田英之
 新田望・丹羽權平・濱田博朗
 原田稔・馬場貞夫・早石雅宥
 広瀬一史・平山正樹・福井宏有
 堀木篤・前野岳敏・松矢浩司
 村上白士・八幡雅志・山本光男
 吉田研二郎

監事 伊藤成幸・吉田正和

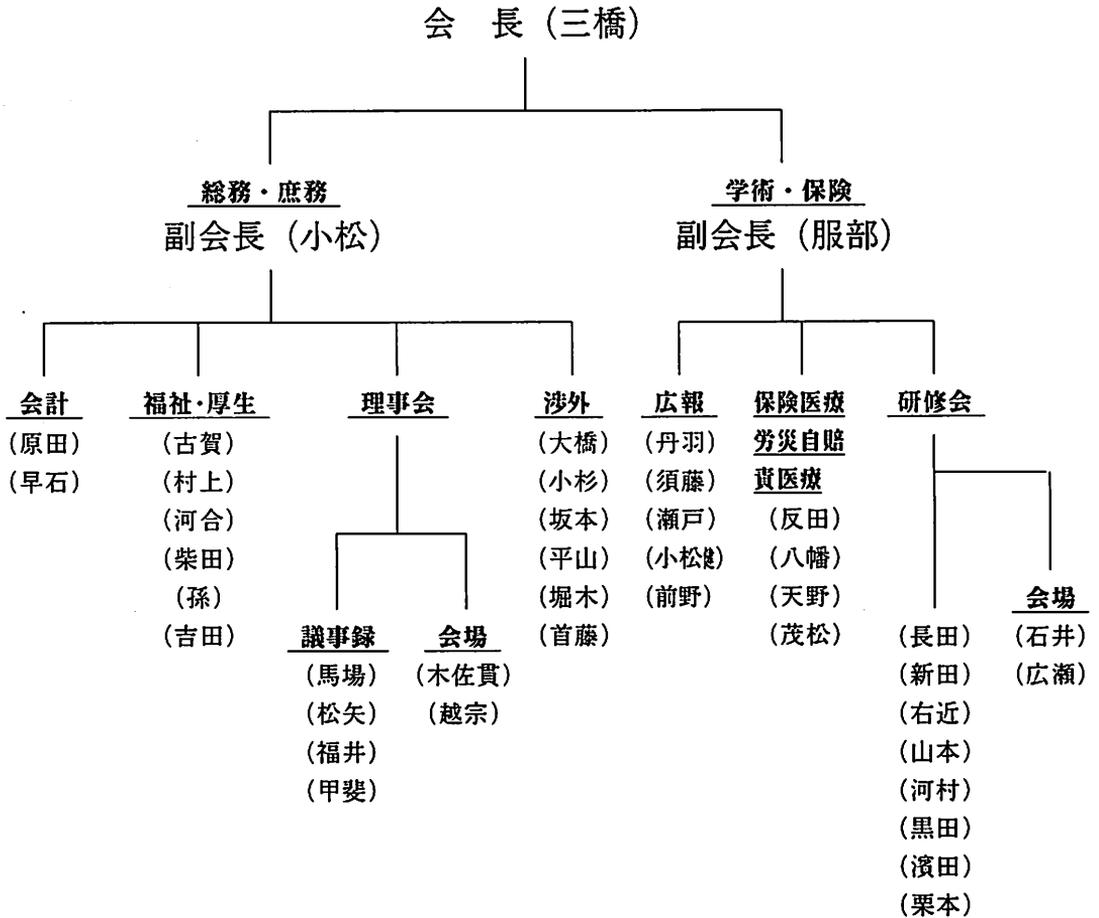
議長 松尾澄正

副議長 佐藤利行

裁定委員 原卓司・廣谷巖・藤原孝義

平成 10 年度 O C O A 役員役割分担表

(平成 10 年 4 月 1 日より)



(順不同)

労災医療と自賠償保険

日本医師会労災・自賠償委員会
大阪府医師会理事 八幡雅志

昨年12月、私が委員長を務めた日本医師会の労災・自賠償委員会において、平成8年7月に日本医師会会長から諮問のあった「労災医療の将来像－労災診療費算定基準のあり方－」および「自賠償保険診療費算定基準の推進－問題点と解決－」について答申をまとめ、これを会長に提出したので、この内容について紹介したい。

まず、労災医療に関して答申では、被災労働者の早期社会復帰を目的とした、より積極的、緊急的に手厚い診療を要する労災医療の特殊性を十分評価するためには、健康保険診療報酬に準拠する現行の労災診療報酬体系では、対応できないとして急性期医療や災害医療に重点を置いた独自の労災診療報酬体系の構築や健康保険に先駆けた予防給付の導入を提言した。

現行の健康保険の診療報酬体系は、出来高払いを原則としているとはいえ、近年の国民医療費の増加等により社会保障の構造改革や医療費の適正化が指摘され、健康保険の診療報酬体系においては、徐々に包括制の導入・拡大が進んでおり、しかも少子高齢社会の到来により高齢者医療・慢性疾患医療への評価の重点が移ってきている。このことはその体系の大部分を健康保険に準拠している労災医療にも少なからず影響を与えており、より積極的に手厚い診療を必要とする労災医療の特性からみても妥当なものとは言い難く、労災独自の診療報酬体系の構築が急がなければならない。また、独自の診療報酬体系が実現するまでの間は、現行の労災診療費算定基準の労災特掲部門を適宜充実させることが必要であり、特に労災診療の特殊性から、初期入院時医学管理料、四肢に対する診察料、リハビリなどの評価充実や予防給付の導入が必要であることを求めた。

平成10年5月の労災診療費の改定において入院時に治療計画を作成し、病状期間等を文書で



説明した場合の治療計画加算が労災特掲として新設されている。

今後の労災診療報酬体系に求められるのは、労災医療の特性、業務上の負傷・疾病等の状況の変化を的確に反映させていかなければならないことである。

次期労災診療費改定に向けた要望事項としては、救急医療体制、四肢の傷病やリハビリ機能、早期診療の評価とともに、技術料の重点的評価などを基本に据えた。具体的には、①健康保険の入院時医学管理料における通減の是正②初期入院に関する特掲項目の設定③診療所(外来)以外への湿布処置特例の適応拡大④症状固定後・治療後に要治療の場合、アフターケア制度を拡大活用した対応、あるいは健康保険が適応できるような対応の整備などを列挙した。前回の改定要望に比べ、健康保険との差異を強調した内容となっているのが特徴である。

また、労災保険情報センター(RIC)については、有効な活用方法を再検討する必要があると提言している。RICの契約状況は、平成9年3月現在で、全労災指定医療機関のうち契約率は84.4%となり、年々順調に推移している状況である(大阪は平成10年3月末現在90.1%の契約率)。しかしながら、契約率の増加、不支給事案の減少等から共済事業の収支において繰越

余剰金が増加している状況の中でその有効な活用方法を再検討する時期にある。答申では、具体的に①現行の「長期運転資金貸付金制度」の大幅な見直し②労災指定医療機関、特に民間医療機関への還元方法の検討を求めている。

さらに、労災かくしの問題については、従来から行政が中心となったより強い啓発活動の必要性を指摘しているが、改善の傾向がみられないため、今後は労災かくしの背景にある無事故表彰制度、保険料に係るメリット制等現行制度の検討を行うとともに医師会と労働基準局が緊密な連携を保ち、事業所に対する指導等を強化していくことが強く望まれるところである。

一方、交通事故医療に係わる医療費については、従来より自由診療として扱われ、各地域や医療機関によって請求額に格差が生じていた。このような状況の中で、一部の医療機関に過大な請求額があり、大蔵大臣の諮問機関である自賠責審議会によって適正化を強く求められたという経緯から、日本医師会、日本損害保険協会、自動車保険料率算定会の三者協議会では、平成元年6月に自賠責保険診療費算定基準(労災診療費算定基準に準拠し、薬剤等の「モノ」については単価12円とし、技術料についてはこれに20%を加算した額。以下、「新基準」)を策定し、請求における一定のガイドラインを示した。

実施にあたっては、各都道府県の三者協議会で実情に応じた対応を協議することとし、平成10年4月現在、33道府県で新基準を実施するに至っている。しかし、ここ2年近くの間実施された都府県はなく、また、実施地区の中でも、手上げ方式を採用するところでは、移行率の著しい増加は見られなくなっている。

そこで、日医労災・自賠責委員会では、新基準推進の立場から、実施の阻害要因である問題点とその解決方法について検討を重ねてきた。最大の阻害要因は、入院部分を中心とする医療機関の収入の減少があげられる。これは、新基準が準拠する労災基準の中で、入院部分に対する評価があまりなされていないことによる。しかし、先に述べた策定当初の経緯を考慮すれ

ば、労災基準(技術料は労災の1.2倍)以上の合意は困難であったことも確かである。これに対しては、①入院部分に対する特掲項目を設定する(現在ある「初回入院時諸費用2,000円」の引き上げも含む)、②新基準のベースとなる労災基準の初期入院の評価の是正、等を答申の中に盛り込んでおり、②については、労災診療費の改定時に徐々に改善されてはいるが、受傷部位が四肢を中心とした労災医療と頸部や腰部が中心となる交通事故医療とでは、同じ災害医療でも異なる点があり、頭・頸部や腰部に対する手術料、処置料、リハビリテーション料等の引き上げ等、交通事故医療に見合った見直しも必要である。

また、収入減少に対する対応とともに、支払いのルール化による支払いの迅速化(医療機関は毎月請求を行い、任意一括では翌月末日まで、自賠償のみでは、受け付け日から2ヶ月以内を期日とする)や値切り問題の解消等の新基準のメリット面を追求することによって、普及をはかることも方策のひとつである。

また、新基準実施の阻害要因のひとつに、独占禁止法との関係があげられるが、日本医師会の見解では、「新基準は大蔵省の要請で国の施策として取り組まれているものであり、新基準の実施は、社会公共性の高い自賠責保険の健全な運営を目的とするものである。

さらに新基準はガイドラインの性格にとどまるものであることから、この推進は交通事故診療を自由診療とする従来からの姿勢を崩すことなく、マスコミ・国会等からの一方的な法制化を求める声を回避することにつながるものとして評価している。」と指摘し、新基準の推進の妨げにはならないとしている。

今後、新基準の普及推進において、メリット面の追求や健保使用の適正化等の周辺問題の解決も残されており、問題点の解決のためには医師会のみでなく、損保側の取り組みも重要であるため、各地域の三者協議会の充実がこれまで以上に期待される。

骨と関節の日の行事について

OCOA会長 堀木 篤

今年(平成9年度)は、公開シンポジウム、新聞特集記事、電話相談の三本立てでおこなった。

9月27日(土)午後2時から大阪市内のオーバルホールに於いて、「関節リウマチー早期発見と早期治療」をテーマにして一般市民を対象に開催した。あらかじめ新聞紙上で募集したところ約1000人の応募があり、抽選で約500人が聴講した。まず大阪大 越智隆弘教授が「関節が脹れたらどうする」と題して講演し、つづいて関西医大 小川亮恵教授が「リウマチと言われたらどうする」と題して講演した。そのあと、あらかじめ聴講者から集められた質問をもとに福永氏(毎日新聞社)をコーディネーターとしてシンポジウム形式で質疑応答がなされた。途中席を立つ人もなく盛況裡に終了した。

10月11日(土)新聞紙上で、シンポジウムの内容を特集記事として掲載した。また、同日午後1時から4時まで5院所において電話相談をおこない、計110件の相談に応じた。

今回の行事を省みて、関節リウマチに対する一般の人々の関心がいかに高いかをあらためて知った。また出席者のアンケートでリウマチ患者の多くが整形外科を受診していることがわかった。

電話相談の結果報告

電話相談の告知は、会員に配布したポスター、シンポジウム参加者へのパンフレットさらに新聞紙上での案内でおこなった。

電話相談は5院所(大阪市内3、北摂地区1、南大阪地区1)でおこなった。

10月11日(土)午後1時から4時までの3時間であったが、各先生方ははっきりなしの電話で休む暇もなく応対した。数日前からの



問い合わせや11日以降の相談もあったようで、その反響の大きさに驚かされた。

主治医があるにも拘わらず不安をもっているという患者の複雑な心理が読みとれる。またRA、OAなど予後や機能障害に対する不安は電話でしか話せないという印象を受けた。

以下集計結果を示す。

1. 住所：(府県名)
大阪 75 京都 5 奈良 7
兵庫 12 和歌山 6 滋賀 3
石川 1 香川 1 神奈川 1
東京 1
2. 相談者：本人(男 16人 女 88人) 家族(男 3人 女 3人)
計 110人
3. 相談病名と件数：RA 40 OA 22(股 3 膝 12 指 7) 腰椎ヘルニア 8 腰椎分離・すべり症 4 腰痛症 5 頸椎症 4 骨折 4 骨粗しょう症 4 側弯症 3 大腿骨骨頭壊死 3 その他 14
4. 現在受診中の者は110人中104人であった。
5. 電話相談には、長田、河村、木佐貫、早石、堀木の各理事に御協力頂いた。



骨と関節の日

関節リウマチ

テーマ 早期発見と早期治療



- 主 催／大阪臨床整形外科医会・毎日新聞社
- 後 援／大阪府・大阪市・大阪府医師会
・日本整形外科学会・日本臨床整形外科医会

事業報告書

1997年10月
毎日新聞社
大阪臨床整形外科医会

【骨と関節の日シンポジウム「関節リウマチ」－テーマ 早期発見と早期治療－】

にご協力いただきありがとうございました。

当企画の実施概要、事業内容及び応募者・来場者のプロフィール、また当日実施したアンケートの回答をまとめましたのでご報告申し上げます。ご参考いただければ幸甚に存じます。

○●○実施概要○●○

- 日 時 1997年9月27日(土) 午後2:00～4:00
- 会 場 オーバルホール(大阪市北区梅田3-4-5 毎日新聞大阪本社 地下1階)
- 主 催 大阪臨床整形外科医会・毎日新聞社
- 後 援 大阪府・大阪市・大阪府医師会・日本整形外科学会・日本臨床整形外科医会
- 応募方法 はがきに住所、氏名、年齢、職業、電話番号、参加人数と質問事項を記入のうえ応募。
(毎日新聞紙上による告知及び医会会員等の協力によるポスター掲出・チラシ配布)
- あて先 〒530-91 大阪中央郵便局私書箱321号
毎日新聞社「骨と関節の日シンポジウム」係
- 定 員 500名
- 応募総数 1083名
- 来場者数 約500名
- プログラム 挨拶 堀木 篤 氏 (大阪臨床整形外科医会 会長)
講演 越智 隆弘氏 (大阪大学医学部整形外科 教授)
小川 亮恵氏 (関西医科大学整形外科 教授)
コーディネーター 福永 勝也 (毎日新聞大阪本社編集部長)
- 募集告知 8月26日(火) 朝刊・大阪府内版にて社告

○●○募集告知○●○

● 8月26日 (火) 朝刊 社告

毎日新聞社は、大阪府東淀区外科学会会場で「骨と関節の日」シンポジウムを開催します。テーマは「関節リウマチ」です。

関節の病気や治療について、最新の研究や治療法が紹介されます。また、患者の体験談や、医師の講演もあつきます。関節リウマチは、痛みや腫れ、関節のこわばりなどが特徴です。早期発見と早期治療が大切です。関節リウマチは、生活習慣や遺伝子などが関係しています。関節リウマチは、痛みや腫れ、関節のこわばりなどが特徴です。早期発見と早期治療が大切です。関節リウマチは、生活習慣や遺伝子などが関係しています。

【日時】9月27日(土) 午後2時～4時
 【会場】オーバルホール(毎日新聞ビル地下1階)
 大阪府大阪市北区梅田3-4-1 JR大塚駅 地下鉄西田駅 徒歩10分(参加者) 即ち徒歩10分(参加者) 即ち徒歩10分(参加者) 即ち徒歩10分(参加者)

来月27日、「関節リウマチ」テーマに
骨と関節の日シンポ

学術部長 小川 亮恵氏
 大阪大学医学部整形外科学教室教授
 【参加方法】個人参加も団体参加も可
 参加費 無料
 申込先 毎日新聞社 大阪府東淀区外科学会
 〒594-8602 大阪府東淀区外科学会
 〒594-8602 大阪府東淀区外科学会
 〒594-8602 大阪府東淀区外科学会

● 8月30日 (土) 夕刊ほか 募集告知

骨と関節の日 シンポジウム

関節 リウマチ
 早期発見と早期治療

【日時】9月27日(土) 午後2時～4時
 【場所】オーバルホール(毎日新聞ビル地下1階)
 大阪府大阪市北区梅田3-4-1 JR大塚駅 地下鉄西田駅 徒歩10分(参加者) 即ち徒歩10分(参加者) 即ち徒歩10分(参加者)

◆ 入場ご希望の方は ◆
 小川 亮恵氏
 越智 隆弘氏
 コーディネーター
 福水 啓也

○●○招待状○●○

主催 / 大阪府東淀区外科学会・毎日新聞社
 後援 / 大阪府・大阪府医師会・日本整形外科学会・日本関節外科学会

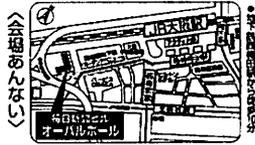
骨と関節の日
シンポジウム
関節 リウマチ
 早期発見と早期治療

◆ 聴講券 ◆

※当日本紙をご持参の上会場受付でお渡し下さい。

【日時】9月27日(土) 午後2時～4時(開場午後1時30分)
 【会場】オーバルホール(毎日新聞ビル地下1階)
 (大阪市北区梅田3-4-1) JR大塚駅 地下鉄西田駅 徒歩10分

- 【パネリスト】
 小川 亮恵氏 (関西医科大学整形外科学教室教授)
 越智 隆弘氏 (大阪大学医学部整形外科学教室教授)
 【コーディネーター】
 福水 啓也 (毎日新聞大阪本社編集部長)



問い合わせ: TEL. 06-346-6662 (土、日、祝曜除く)

○○○応募者プロフィール○○○

◆参加申込総数 1083名 (654組)

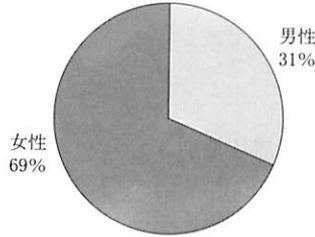
事前にはガキでお申し込みいただいた方々の(複数人参加申込み可としたため、申込代表者の)プロフィールを分類しました。*年代別、居住地別、職業別

◆性別◆

男性 205

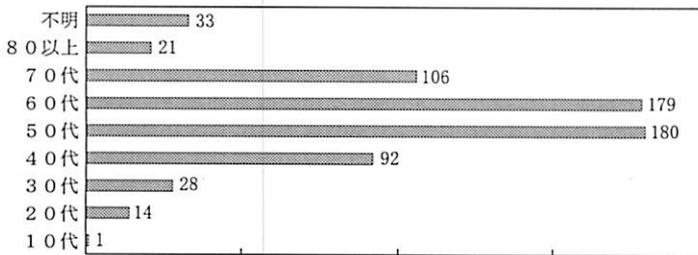
女性 449

合計 654



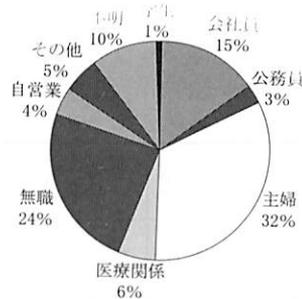
◆年代別◆

年代	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80以上	不明	合計
人数	1	14	28	92	180	179	108	21	33	654



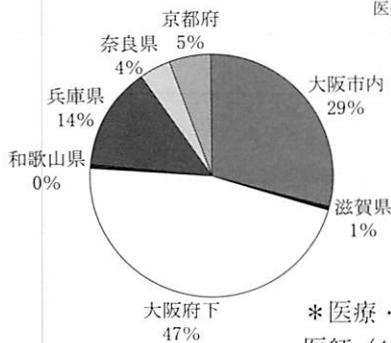
◆職業別◆

職業	人数
会社員	98
公務員	18
主婦	213
自営業	28
医療関係	37
無職	158
学生	5
その他	33
不明	64



◆居住地別◆

大阪市内	192
大阪府下	303
兵庫県	90
奈良県	27
京都府	35
滋賀県	4
和歌山県	3



*医療・介護関係内訳

医師 (4) 鍼灸治療師 (6) 柔整師 (1) 接骨師 (2)
看護婦 (1) 薬剤師 (2) ホームヘルパー (6)
特養ホーム寮母 (2) 理学療法士 (2) 医療機器メーカー (1)

アンケート集計

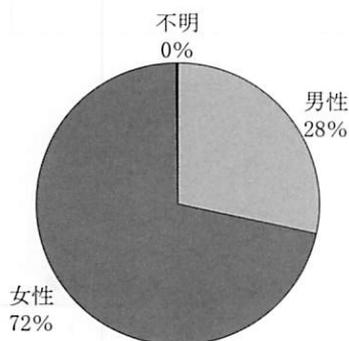
当日ご来場いただいた約500名の方にアンケートをお願いし、387名からご回答をいただきました。

※ 回収率77.4%

◆回答者内訳

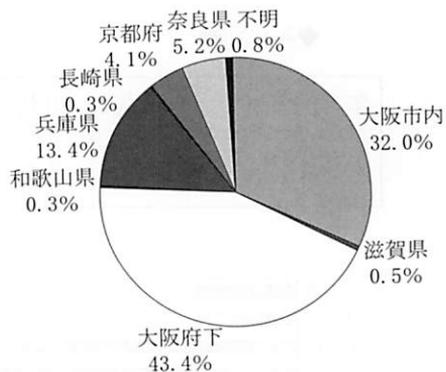
<性別>

男性	110
女性	276
不明	1
	387

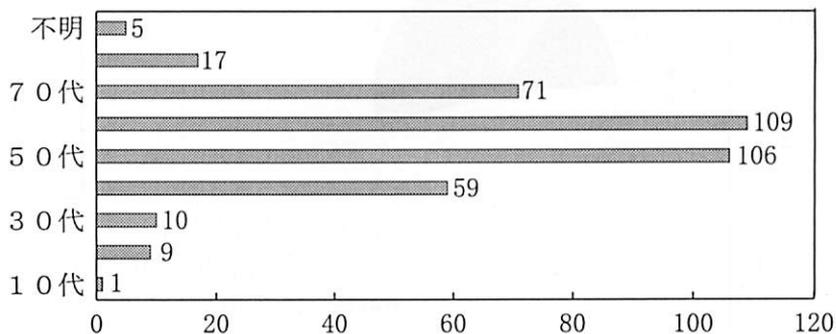


<居住地別>

・大阪市内	124
・大阪府下	168
・兵庫県	52
・奈良県	20
・京都府	16
・滋賀県	2
・和歌山県	1
・長崎県	1
・不明	3



年代	10代	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80以上	不明	合計
人数	1	9	10	59	106	109	71	17	5	387



■質問1. 本日のシンポジウムをお聞きになって参考になりましたか？

- ①とても参考になった 307 (79.3%)
②まあ参考になった 74 (19.1%)
③参考にならなかった 1 (0.3%)
*無回答 5 (1.3%)

■質問2. 現在、リウマチで治療中の方に伺います。何科の先生にかかっていらっしゃいますか？
(複数解答可)

- ①整形外科 122 (31.5%)
②リウマチ科 20 (5.2%)
③内科 37 (9.6%)
④その他 12 (3.1%)
*無回答 215 (55.6%)

○●○ その他 ○●○

- ・漢方薬治療 (2) ・マッサージ (2)
・治療していない (2) ・整骨院 (1)
・免疫内科 (2)

■質問3. 「リウマチ友の会」をご存じですか？

- ①知っている 115 (29.7%)
②知らない 241 (62.3%)
*無回答 31 (8.0%)

■質問4. その他、お気づきの点やご意見をお聞かせください。

- ・リウマチはおそろしい病気と思っていましたが、今日のお話を聞いて、病気とゆっくりした気持ちでつきあって行けると思いました。ありがとうございました。
- ・現在右手首が痛くて電気治療を受けていますが、リウマチでないかと心配しておりますが、リウマチではなさそうなので少し安心しました。
- ・質疑応答で具体的な問題は、大変わかりやすく、参考になった。今後とも、この時間をもっと長くして、やってほしい。
- ・編集部長さんと講師の先生の質問のやり取りを笑いの中に一時痛みを忘れてお聞きし、ほんとうに有難うございました。
- ・越智先生のお話もよくわかり参考になりました。小川先生のお話も福祉のことからいねいに教えて戴き助かりました。
- ・ありがとうございました。内科に勤務しておりますが、患者さんが悲観的になることのないようアドバイスできると思いますし、又、自分のまわりの人達や自分が発病してもあわてることなく対処できると思います。
- ・今日のお話はとても参考になりました。家に帰りましたら、父に「悲観する病気ではない」ことを話したいと思います。ありがとうございました。遺伝しないと考えていいということも初

めで知りました。

- ・病気とうまく付き合う（あせらない、迷わない）という言葉が印象的であった。
 - ・治療には教育が必要であると感じました。
 - ・RA陽性だけでリウマチと判断しなくてもよいとの事を聞き、一安心。気長に付き合っていこう。
 - ・こういうシンポジウムの開催によりわかりやすい医学、あるいは治療の説明の機会を作ることは非常に良いこと。重要なことと思います。患者側からするとまず不安を取り除いてほしいという気持ちが強いと思いますから。
 - ・先生方のお話は解かりやすく大変良かったと思います。特に質問コーナーが実生活に即し、大変解かりやすかったと思います。
 - ・関節のしくみがよく解かりました。痛風、リウマチその他の関節疾患のことが勉強になりました。ありがとうございました。
 - ・私の知りたかった薬についてよく解かりました。
 - ・将来の悲壮感がなくなり、気持ちが楽になりました。
 - ・リウマチは一生の難病と悲観的になっておりましたが、お話を伺い生きる希望が持てるようになりました。これ以上悪くならないよう自分でも努力したいと思います。今日はどうも有難うございました。
 - ・細やかな具体的な例の質問も我々の身になって下さっているようで大変好感を抱きました。ありがとうございました。
 - ・リウマチではないのですが、手の関節がはれて整形外科に通っていますが、今の病院ではあまり説明がありません。今日のお話でよくわかりました。もう一度はつきり今のところで聞いてみたいと思います。
 - ・今までもう少しつつこんでお聞きしたいと思っていたいくつかの点が、よく納得がいき、内容的にとっても理解しやすいお話で、うれしく思いました。
 - ・だいぶんリウマチについて知識ができ、少し安心しました。余り恐れずにいきでゆけそうです。有難うございました。
 - ・大変良い勉強をさせていただき、感動しております。病気に付き合っていく勇気ができました。
-
- ・治療例を多く聞きたかった。時間が少ないと感じました。漢方療法についても説明が聞きたかった。
 - ・食生活（食品）についての留意点の説明がほしかった。
 - ・当日の質問コーナーの時間もほしかった。
 - ・治療薬についての説明をもっとくわしくしてほしかった。（例えばFAS抗体の関節注入、IL6の治験効果などについて）
 - ・もう少し具体的な治療方法であるとか、症状の固定後はどのような症状であり手帳の申請が可能であるなど説明してほしかった。発症時の対応や内服の副作用など。
 - ・リウマチになって10～12年のつきあいですが、漢方薬でおさえております。漢方とのつながりも聞きたかったです。

〇●〇シンポジウムの様子〇●〇



レーザーによる経皮的椎間板髓核の蒸散法 (Percutaneous Laser Disc Decompression: PLDD)

大阪医科大学整形外科教室 非常勤講師 米 沢 卓 実

レーザー、椎間板ヘルニア、椎間板内圧、
組織蒸散

腰部椎間板ヘルニアに対する微小侵襲治療が、1980年代以降、盛んに試みられるようになり、経皮的治療法としてキモパインによる腰椎椎間板内酵素注入療法や土方による経皮的椎間板の髓核摘出術などが実施されてきた。このような環境の中でレーザーによる腰部椎間板ヘルニアに対する治療法が開発され、1987年以降アメリカ、ヨーロッパで神経根症状を持つ人腰椎椎間板ヘルニアに対し使用され始めた。我々も1983年来、レーザー用の針や減圧効果の確認のための針先型圧センサーの開発と共に、Nd:YAGレーザーの改良を加えた。当初は切り出したヤギ腰椎、術中に摘出した人椎間板ヘルニアや髓核を使用し、最終的には麻酔下ヤギ腰椎により安全試験を実施した。上記の基礎実験によりレーザーの照射条件などの設定が行われ、1992年に、本邦で始めてオリジナルの2重構造針・圧センサーの使用のもと、人腰椎椎間板ヘルニアによる根性坐骨神経痛患者に、局所麻酔下でレーザーによる椎間板内圧の減圧術を実施した。その後、症例数は多くはないが頸椎症を生じている椎間板ヘルニアに対しても本法を実施している。

レーザーのヘルニア治療に対するメカニズ



ムは椎間板内圧の減圧術であること、すなわち、髓核部分でレーザーの熱による組織の蒸散が生じることにより椎間板内圧が減圧され、ヘルニア塊の神経根への圧迫を2次的に解除するものである。この点について、レーザーがヘルニア塊に直接働きかけるものではない点を確認しておくべきであると考えている(図-1)。レーザーの髓核への作用の中心は、組織に吸収されたレーザー光が熱に変換され、発生した熱の作用により生じる組織の蒸散による腔の形成と熱変性により生じる組織の収縮による椎間板内圧の減圧が、術後早期に確認される主たる早発効果であると考えている。次に、4週間から8週間でレーザー照射された髓核は軟骨性の繊維性組織に置換され、髓核部の減圧と椎間の安定が完成され、早発効果以降のこの期間での症状の改善が遅発効果と考えている。その後の経過は

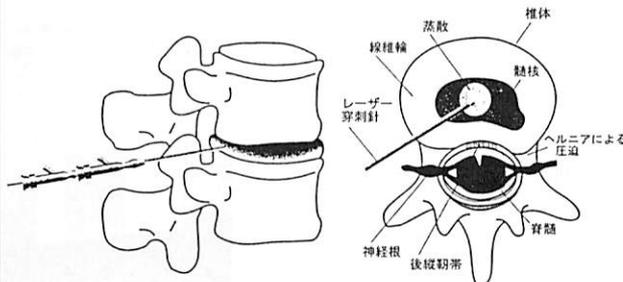


図-1 レーザーによる経皮的椎間板髓核蒸散法 (PLDD)

自然経過をたどり自然治癒していくものと思われる（図-2）。上記のように髄核部の減圧術であるがゆえに、我々は別表のような適応と適応除外項目により患者の選択をしている（表-1）。1992年来、100例近くの症例

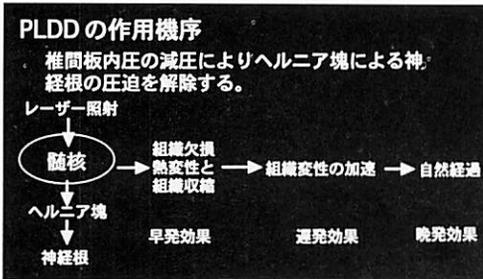


図-2 PLDDの作用機序

表-1 PLDDの適応と適応除外項目

<p>PLDD法の適応</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 神経症状により各人の生活や職業上の制約が許容範囲を超え、積極的保存療法を実施しても難治のもの 2. 本法を十分理解し、心理的社会的要因上で本法が良好に作用すると考えられるもの 3. 身体的所見により根性が明らかであり、高位診断のできるもの 4. 画像診断上、椎間板ヘルニアの確認ができ、遊離型やマイグレーションの大きくないもの 5. 椎間板造影の際に、造影剤の注入時に圧抵抗のあるもの <p>適応除外項目</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 馬尾症状、強い麻痺や進行の早い麻痺を示すもの 2. 手術既往のあるもの(PN法施行例を含む) 3. 心理的側面(個人的、社会的)に問題のあるもの 4. 不安定脊椎症の生じているもの。骨性因子が大きく関与しているもの

PLDD法：percutaneous laser disc decompression
PN法：percutaneous nucleotomy

に実施してきたが、当初の成績は60%程度の有効率で満足すべきものではなかったが、厳密な適応の設定とレーザーの多点照射と総出力を増やすことにより、最近の50症例の有効率は85%を超えるものとなっています（日本整形外科学会の腰痛判定基準およびその平林法による改善率より：表2、3）。

表-2 平林法による改善率の計算式

$$\text{改善率} = \frac{\text{治療後点数} - \text{治療前点数}}{\text{正常} - \text{治療前点数}} \times 100\%$$

表-3 94年11月より97年2月までの20症例の成績

20症例 21椎間の内訳と成績	
1994年11月～1997年2月	
性別	男性12例、女性8例
手術時年齢	平均36.8才(17才～60才)
罹患高位	L1/2:1, L4/5:8, L5/S1:12例
総照射熱量	1761.7(1470～2058)ジュール
臨床成績	優16例、良4例、可1例、不可0例
有効率	95.2%

使用機器はNd:ヤグレーザー（波長：1064nm、連続発振）（図-3）、空気の還流ができるオリジナルのダブルルーメンの針、椎間板内圧の減圧を確認するための針先型圧センサー、導光路はコア径200もしくは400ミクロンの石英ファイバーを使用している。レーザーの照射条件は、10ワットで0.3秒、レーザー照射の後、1.7秒の休止で反復照射を行う。適時、垂直・水平方向の椎間板内圧を計測し減圧の確認をするとともに、理学所



図-3 Nd:ヤグレーザー装置 (長田電機工業社製)

見も参考にした上で総出力を決定している(図-4、5)。

術手順：

- (1) 腹臥位で約 10 cc の 1 % ボスミン加ピバカインによる局所麻酔を皮下から筋層内にかけて行う。この際、深部にまで麻酔薬を浸潤させ根ブロックとならないようにすることがより安全に針の刺入ができる。
- (2) 患側より後外側進入でガイドピンを進め、2 方向からの X 線透視によりピン先を椎間板中央部に進める(側臥位での操作でも良いと考えている)。このとき、椎間板に平行に刺入することが好ましい。
- (3) 外套針をガイドピンにかぶせて刺入し、ピン除去後に圧センサーを挿入し椎間板内圧を計測する。

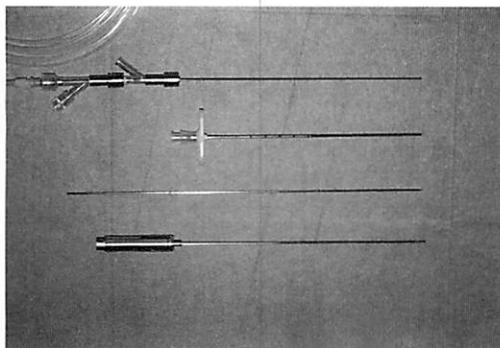


図-4 オリジナルの 2 重構造針と針先型圧センサー
(東海理科工業社製)

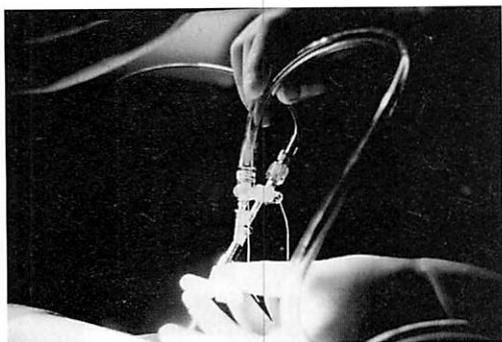


図-5 レーザー照射の様子

- (4) レーザーファイバーを内装する内筒針を挿入し、外套針側に吸引管を接続する。レーザー照射は反復照射であるが、20 - 30 回に 1 度、内筒針を抜去し、内筒針表面、外套針内面に付着した炭化物を無水アルコールで拭き取る。我々は、安全のために初めは 5 ワットで 20 回のレーザー照射を行い異常のないことを確認した後、10 ワットでレーザー照射をしている。
- (5) 術中・術後に圧計測を行い減圧が十分であることを確認したあと、理学所見も参考にし器具を抜去しカットバンを張り終了とする。

後療法：術直後に水分テストを行い、異常がなければ数時間後のベッド上安静の後にコルセット装着にてトイレ歩行を許可し、術翌日に異常がなければ退院としている。術後、1 週目より、学業および軽作業のデスクワークなどの復帰を許可している。リフティングなどの動作は、髓核が軟骨性の繊維性組織に置換し終えらると考えられる 2 ヶ月後より許可している。

今後、検討されなければならない課題については、

1. 本法の適応を従来の手術適応の中から選択するのか、保存療法が思わしくなく患者の満足度の低いボーダーライン上のものにも適応を広げるのか慎重な検討を要する。この点に関して、一部医療機関では乱診乱療の形で高額な診療費をとり、自由診療として不良な成績にも関わらず本法を実施している医療機関があることは遺憾であり、また、そのような医療機関の症例の中には、少なからず椎体の骨壊死を発生させた症例もある事実を直視した上で本法を採用されることが望ましい。
2. 日常診療レベルでの使用に際して、少なくとも危険度がクラス-4 に分類されるレーザーを使用することから、安全性に対する慎重な配慮とともに、パラメディカルのレーザー治療に対する理解を深める

必要がある。

3. 上記の問題とは別に日本の保健医療システムの中で本法が普及しうるか否かについては、機器そのものや、使い捨てのファイバーの価格などが高額であるために普及が遅れていることも事実であり、この点で、高出力半導体レーザー装置による低価格化の実現が一般医療機関でのレーザー医療の普及に大きく関与するものと考えられる

(図-6)。しかしながら、上記で述べたように、一部の医療施設においては手技の容易さゆえに、不用意に適応の拡大をし、病院経営のためのレーザーと称して自由診療下での乱診乱療に近いことが実施され、その結果に対して不評を買っている施設もあり安易に本法を適応すべきでないと考えている。

4. 頸椎や胸腔鏡視下での胸椎椎間板ヘルニアに対する本法の実施も進め始められており、その有用性が確認されつつあるので、慎重に本法を適応していくことが本法の普及につながるものと考えている。

5. 現在、減圧術に使用されるレーザーの種類については、我々が使用している連続発振のNd:YAGレーザーとパルス発振のホルミウムヤグレーザー(波長:2100nm)が主流であるが、将来的には管理・維持が容易、小型(装置重量:15kg)、低価格かつ100ボルト電源で使用できる高出力半導体レーザーなどの出現が期待される(照射条件の設定や安全試験はほぼ終了している)。

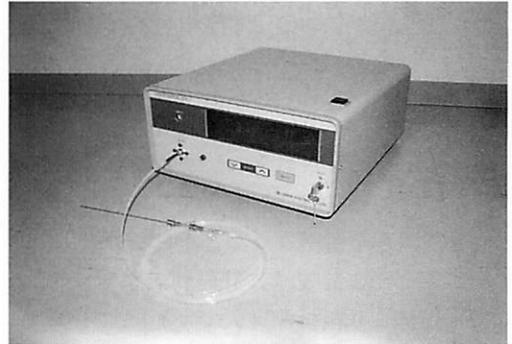
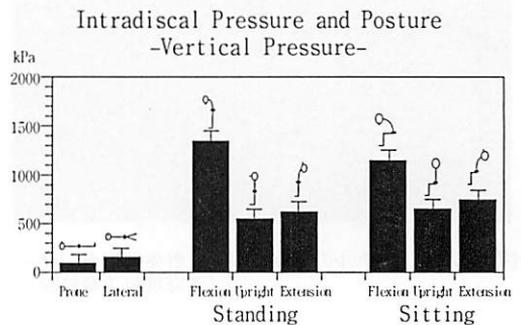


図-6 高出力半導体レーザー装置

なお、参考までに福島県立医大で実施した各姿勢による正常椎間板内圧のデータを表-4に示しておきます(1997年3月にアメリカで開催された第44回 Orthopaedic Reserch Society:ORSで発表したものです)。

表-4 各姿勢によるL4/5椎間板内圧(佐藤、菊池、米沢による)



鷹の羽(たかのは)

この紋が初めて史料に顔をだすのは「蒙古襲来絵巻」で、九州の豪将菊池武房がこの紋打った軍旗を翻して奮戦している。この菊池氏の鷹羽紋は、阿蘇明神より賜ったと「北肥戦誌」にある。もちろん往時より阿蘇神社は鷹羽が神紋で、神官阿蘇氏もこれを家紋に用いている。忠臣蔵で名高い播州赤穂の城主浅野内匠頭守長矩、彼は芸州広島浅野家の庶流、当然家紋は芸州鷹の羽、すなわち「丸に鷹の羽の打違ひ」違鷹羽紋であった。足利時代すでにこの紋を家紋として氏族は全国的に及び、徳川期になるとこの紋章を用いるもの、大名旗本を合わせて百二十三家にもなった。

慢性関節リウマチ治療の最近の展開

行岡病院 リウマチ科
大阪府立成人病センター

小松原 良 雄

—はじめに—

昨年9月に診療科としてリウマチ科の標榜が認められたが、リウマチと呼ばれる疾患の概念は1977年国際リウマチ学会が一般用に示した表1のような考え方である。

表1 **リウマチとは**

結合組織を冒かし、痛みやその他の病状を引き起こす。
持続性が繰り返す傾向がある。
しばしば構造や機能を破壊し、永久的な障害を残す。
正常な生活を妨げ、社会的、経済的な困窮を生じる。

本日はそのなかの慢性関節リウマチ (RA) についての最近の話題をお話するが、リウマチ病には臨床的にRAと類似した病像を示す患者も多いので、広いリウマチ病についての知識のもとに正確な診断を下してほしい。

RAとは昨年発表されたACR (アメリカ リウマチ学会) のガイドラインから抜粋すると次のようになる。原因不明の自己免疫異常があり、対称的な滑膜炎と、時には全身症状、系統的異常を示すことがある。慢性に経過することが多く、治療されないと進行性関節障害、変形、廃疾、死亡に至る。患者数が多く、病院への通院も多い。働き盛りの人に発症するので社会的経済的損失が大きいというような疾患である。

RAの病因・病態については多くのことが明らかとなってきてはいるが、治療はなお混迷している。少しずつ整理されはじめたRAの治療について抗炎症療法からまとめてみる。



— RA の抗炎症療法—

RAの病因はともかくサイトカインが炎症に関与し、滑膜炎が増悪するため疼痛、腫脹による苦痛が生じるので、抗炎症療法はもっとも必要な治療である。コルチコステロイドと非ステロイド抗炎症剤 (NSAID) とに分けられるが、後に示す抗リウマチ剤 (DMARD) も有効なれば炎症を鎮静に向かわせる力がある。

コルチコステロイドについてはプレドニゾロン市販以来40年あまり経過し、必要性、安全性はよく理解されているが、現在臨床的に比較的安全で有効性が認められている低用量ステロイド投与についての問題点を表2にあげる。

以前と比べそれほど危険ではないと考えら

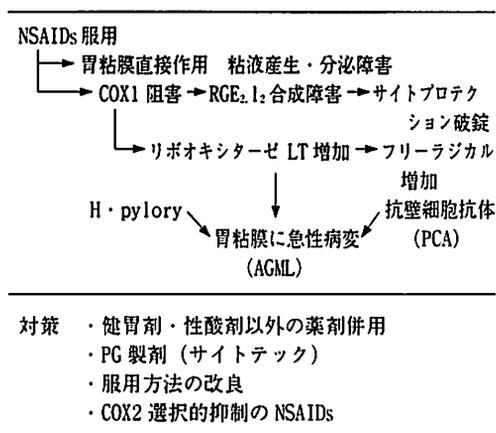
表2. RAへのコルチコステロイドの長期低用量投与の問題点

-
- ・骨、関節への悪影響はないか
(ムチランス型への進展 骨粗鬆症の進行)
 - ・消化管系への作用
 - ・代謝異常の発生
 - ・効果の低下があるのか
 - ・精神的な問題 (不安、興奮性、依存性)
-

れ投与されている頻度は高くなっている。

一方、ステロイドに変わる薬剤として多種のNSAIDが開発され、多用されている。しかし副作用も多く、皮疹、消化器障害、腎障害、血液障害と多様の報告があるが、一番注目したいのは消化器症状、特に、急性胃粘膜病変である。強い症状と急性の発症で対応に困ることも多い。(表3)いくつかの発生要

表3. RAに対するNSAIDsの胃粘膜障害



(1995. 林より)

因が考えられているがPGE₂抑制によるものが最大の原因である。近年、NSAIDの作用機序が徐々に解明され(表4)胃に影響の少ないCOX2抑制に働く薬剤も研究されている。それまでは通常の胃粘膜保護剤で無効な場合は、PG製剤であるサイトテックの併用が必要となる。

表4. NSAIDsの作用機序

PG合成酵素であるシクロオキシゲナーゼ(COX)を阻害。
PGE ₂ などの炎症メディエーター生成を抑制。抗炎症、鎮痛、解熱作用を示す。
COX1(構成酵素)正常組織に広く発言している。
COX2(誘導酵素)炎症時に炎症組織に誘導される。
COX1抑制による副作用
COX2の選択的阻害が有用か

— DMARD (抗リウマチ剤) —

RAの病態が免疫異常の結果と考えれば対症的な抗炎症療法より免疫を抑制、あるいは、正常化する薬剤に期待がかかる。

現在わが国でRAに対し使用が認められているものと適応が認められていないが有効性のあるものを表5にまとめてある。

表5. わが国で使用可能なDMARDS

RAに適応が認められているもの		初期投与量
金剤	経口	リドーラ 3~6 mg/日
	注射	シオゾール 10 mg/1~2週
SH基		メタルカプターゼ 50~100 mg/日
		リマチル 50~100 mg/日
サテブスルファピリジン		アザルフィジンEN 500~1000 mg/日
ミゾリピン		ブレディニン 150 mg/日
ロベンザリット		カルフェニール 300 mg/日
アクタリット		オーケル、モーバー 300 mg/日
RAに適応が未承認のもの		
メソトレキサート	メソトレキサート	2.5~5 mg/週
シクロスポリン	サンデムイン	2 mg/kg/日
アザチオプリン	イムラン	1 mg/kg/日
シクロフォスファミド	エンドキサン	50 mg/日

このなかには欧米で使用されていないもの、また逆に外国では用いられているものもある。DMARDの評価は一定したものではなく、わが国では一般に低用量が用いられる場合が多い。

個々の薬剤についてはここで再記することはしないが、市販後の薬剤の有効性、安全性の報告があるので十分それらを参考にしてほしい。

ACRでは薬剤の有効性の評価法を示しているが(表6)これはかなりきびしい評価で薬

表6. RAに対する薬物療法の効果判定基準 — ACR —

必須事項	・ 疼痛関節数	20%以上の減少
	・ 腫脹関節数	20%以上の減少 (28関節以上の判定)
5項目中 3項目で20% 以上の改善	・ 患者による疼痛評価	
	・ 患者による総合評価	
	・ 医師による総合評価	
	・ 患者についての機能評価	
	・ 急性期蛋白の変動(赤沈、あるいはCRP)	

剤の真価が表れるかもしれない。

有効性の低い例に DMARD を併用する場合があるが今のところ併用のメリットを確実に示した報告はなく、経験的なもので今後の進展を待ちたい。

一関節局所療法一

従来コルチコステロイドの関節内注入が多用されていた。一時的な効果のあること明らかであるが、頻回の注入で関節の弱化を生じ増悪することも経験されていると思う。年に数回程度は安全かも知れないが、この治療のみでの鎮静は無理である。関節軟骨の保護という面で関節症に用いられるヒアルロン酸の有効性も示されているが、まだ、保険適用にはなっていない。比較的 mild な例では有効性があり、関節症変化があれば有効性は高い。(表7)

表7. 局所の抗炎症療法

- ・コルチコステロイドの関節内注入療法
 - ・注入時の注意
 - ・注入後の注意
 - ・投与回数、間隔の問題
- ・ヒアルロン酸の関節内注入療法
 - ・関節洗浄の効果
 - ・装具、外用剤の併用
 - ・その他の理学療法の併用

一 ACR の RA 治療ガイドライン一

1996 年 ACR が臨床的なガイドラインのために AD HOC COMMITTEE を作り、その報告が行われている。そのなかの RA への対応の図を簡単にまとめたのが図1である。初期の診断・治療は一般医で可能であるが、進行し DMARD の投与が必要とする判断にはリウマチ専門医のアドバイスを求めてほしい。さらに、進展する場合はリウマチ医の指導のもとで治療をすすめるように求められている。わが国では厚生省の研究班から一応の治療ガイドラインが出されている。

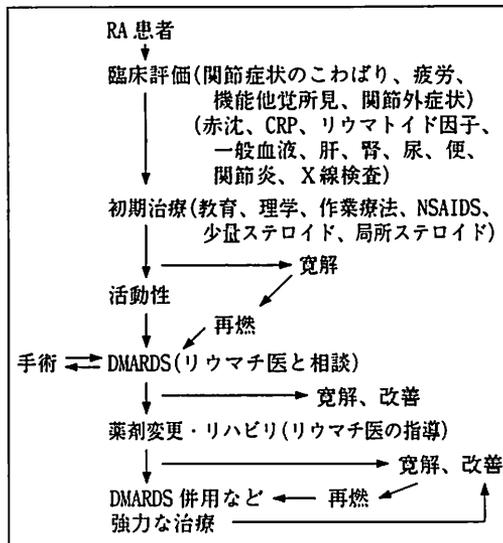


図1. management of RA - ACR ガイドライン 1966 -

一手術療法一

RA に対する手術療法として確実な有効性が評価されているのは ACR のガイドラインでは 3 つあげられている。趾関節に対する形成術、手根管症候に対する手術と股、膝の人工関節置換術である。

わが国では整形外科医が RA の治療の中心になっていた関係で、滑膜切除、脊椎に対する手術など、かなり広範囲に実施されている。しかし、どの時期に手術をどの部位に行い、長期の成績はどうかなど、担当医が自ら考えてすすめる必要がある。手術によりこれまで予後が悪くするという報告はなく、また一方長期にその結果が維持されるか一部に疑問も残されている。(表8)

表8. RA の外科療法

- 炎症部位の切除 (滑膜切除)
- 障害された軟部組織の再建
- 関節再建
- 脊椎罹患に対しての手術
- 繰り返しての手術への対応

どんな状態の時外科療法が必要か
手術後どうすればよいか
手術による合併症はどんなものか

—これからの治療—

免疫学の進歩から多くの生物学的製剤による治療が試みられている。(表9)ある程度の期間の有効性は証明されている、いづれも、根本的な治療には不十分である。最近、岸本らによるヒト型化抗IL-6受容体抗体療法はその効果は期待できるが(表10)、市販されるまでにはまだ期間がかかり、そのうえ、かなり高価な治療法となる可能性がある。

表9. RAに対する生物学的製剤の研究

細胞表面分子に対するモノクローナル抗体
抗CD4抗体 抗ICAM-1抗体
抗CD5抗体
抗CD52W抗体
抗CD7抗体
サイトカインに対するモノクローナル抗体
抗TNF α 抗体
抗IL-6抗体
サイトカイン拮抗物質
IL-1受容体アンタゴニスト(IL-1ra) α
可溶性TNF α 受容体

表10. ヒト型化抗IL-6受容体抗体療法
—岸本 他 1997—

- マウスのモノクローナル抗IL-6抗体では、人体内で異種蛋白と認識され、アレルギーが生じ効果不十分(wcndling)
- IL-6Rを認識するマウスのモノクローナル抗体の相補性決定領域(CDR)の遺伝子のみをヒト免疫グロブリン遺伝子に移入(ヒト型抗IL-6R抗体)

効果：週1～2回点滴(1～100mg)11例
2カ月経過の8例の分析で著明な効果
全例CRP陰性化、最長10カ月効果持続

—RAの予後—

RAの死亡年齢は一般の群に比べ低いと考えられている。死亡の原因として死因の統計で

は、本部およびアメリカでも、心、循環器系が第1位で一般と比較して感染症、腎障害が多い。近年DMARDの投与でがんの発生が増えないかという問題が示されているが、これは今後の研究課題である。

Rothschildは1992年、古代骨のRA変化を調査し、ヨーロッパなど旧大陸では少なくとも1700年代以前にはRAの変化はどの骨にも認められないが、アメリカ、ミシシッピイ流域の一部でRAに罹ったと明らかな古代骨が見出される。したがってRAは新大陸病で、それがヨーロッパに拡がったのではと報告している。最近ウイルスのRA発症への関与が話題になっているが、歴史からのヒントからRAの病因が早く解明されるのを待ちたい。

表11. 慢性関節リウマチの死因

	RA(US)*	一般(US)*	RA(大阪府)**	一般(日本)
	2262例	-1977年-	315例	-1980年-
心循環器	42.1%	41.0%	27.6%	17.9%
がん	14.1	20.4	7.6	22.4
感染症	9.4	1.0	23.5	1.7
腎障害	7.8	1.1	10.8	1.4
呼吸器	7.2	3.9	5.1	6.6
RA	5.3	NL	1.6	NL
消化器	4.2	2.4	6.0	4.1
中枢神経(CVA)	4.2	9.8	8.9	23.6
他	8.0	20.6	8.9	22.4

*Pincus(1988) **太田ら(1992)

参考文献

○ACR Committee :
guideline for the management of rheumatoid arthritis
Arthritis Rheum. 39,713-722,1996

○相崎禎夫 他
慢性関節リウマチに対する治療のガイドライン
厚生省長期慢性疾患総合研究事業リウマチ班 1997

ペインクリニックにおける神経ブロック

大阪医大麻酔科 森 秀 磨

はじめに

神経ブロックは各々末梢神経にブロックという名前をつければ良く、すべての末梢神経がその対象となる。したがってその数は無数にある。しかしながら通常ペインクリニックで使われている神経ブロックはそれほど多くない。神経ブロックの中で星状神経節ブロックが70%を占めついで硬膜外ブロックが8-11%であり、あとは顔面神経、三叉神経肩甲上神経、後頭神経ブロックとつづく。ほかに、神経根ブロックと椎間関節ブロックがある。整形外科医に対するアンケートによると腰部硬膜外、仙骨硬膜外、後頭神経、肩甲上神経、星状神経節ブロックの5つが多く用いられている。

痛みの分類

最近痛みは1) 侵害受容性疼痛、2) 神経源性疼痛、3) 心因性疼痛の3つに大きく3つに分けられる。侵害性疼痛は通常の疼痛経路を経るものであり、心因性疼痛は心因を伴うものであり、これ以外をすべて神経源性疼痛に分類している。神経ブロックはこれらのすべてにわたって用いられるが、効果の余り期待できないものにたいしては、他の薬物、理学療法などを並行して施行する。

神経ブロック

三叉神経痛は最もブロックの適用される疼痛である。顔面皮膚上3枝がはっきり分類できそれに応じてブロックを行う。ただ毛様体神経痛および翼口蓋神経痛は交感神経が入り込んでいるので三叉神経のみのブロックでは痛みを取ることはできない。第2枝、第3枝が多く第1枝は少ない。第1枝は神経孔がはっきりしないのでアルコールの使用はさける。眼科下神経、おとがい神経は神経孔がはっきりしているので注



射針を神経孔まで進めてアルコールを使用する。実際はほとんどの例でアルコールは使用せず1%ジブカインを0.3ml使用している。これで不十分な場合には側面の頬骨突起下と下顎切痕とのあいだを刺入点として神経本幹をブロックする。この場合には必ずParesthesiaを得る必要がある。レントゲンでも確認をする。1年ごとにブロックを行う必要があるのでアルコールも0.4mlと少量にとどめ、次回のブロックが行いやすいように炎症をできるだけ最小にとどめる。これより広範囲の痛みにはガッセル神経節ブロックをおこなう。この場合には入院によりレントゲン透視下に行う。アルコールは今まで以上に少なく0.1か0.2mlでじゅうぶんである。

顔面けいれんと顔面麻痺は単純にみればどちらかはわからない。特発性顔面麻痺は原因不明で突然起きる。頭蓋骨の顔面神経管を通るので途中での炎症、浮腫などが考えられる。従って治療も抗炎症、抗浮腫の薬物治療を行う。水痘・带状疱疹ウイルスが膝神経節を侵して引き起こされる痛みを伴った顔面麻痺もしばしば起きるがこれは抗ウイルス剤を主にする。いずれの麻痺も星状神経節ブロックの適用となる。

顔面けいれんはジャネッタの顔面神経減圧術の登場以来、顔面神経ブロックの症例は少なく

なった。顔面神経は運動神経であるためブロックの程度をコントロールするのに困難であった。最後には神経破壊薬を使わずに機械的控減のみで運動神経損傷を引き起こさせる方法となり、これは茎乳突孔の出口で顔面神経を針先で圧迫し血流障害により運動神経機能を低下させるものである。三叉神経痛も同様の機序で起きるといわれており同様の手術が行われている。

後頭神経ブロックもよく行われるブロックであるが、最近よく行われるのはC2脊髄神経節ブロックである。この適応は後頭部全般にわたる訴えに用いられると同様に眼深部の原因不明の疼痛に対して有効である。三叉神経核は延髄から脊髄の第2頸髄にまでおよぶ大きな神経核であり、そのためか相互に投影しあうことがある。すなわち、顔面特に歯や目の痛みが後頭部に投影し、後頭部の痛みが目や歯に投影する。これは三叉神経核を介している。

星状神経節ブロックは応用範囲の広いブロックでありブロック全体の70%を占め上胸部より上の痛みなどに対して用いられる。

肩部の疼痛に対しては当該部の局注のほかに肩甲骨神経、肩甲上神経、肩甲下神経ブロック、上腕二頭筋長頭筋腱注射などが用いられる。C4、C5ブロックも併用する。

胸部の痛みに対しては肋間神経ブロックと胸部硬膜外部ブロックがほとんどである。腰部、下肢の訴えに対しては腰部硬膜外部ブロックをまず試みる。筋筋膜性疼痛および神経をも含めた炎症、浮腫に対しては腰部硬膜外ブロックがよい適応となるし、これで軽快せず根症状を残せば根ブロックの適応となる。きわめて限局した腰臀部痛では椎間関節ブロックの適応となる。

骨盤腔内の痛みに対しては仙骨神経ブロックあるいは上下腹神経ブロックが適応となる。仙骨硬膜外ブロックも便利で応用範囲の広いブロックであり肛門部、会陰部から下肢、そけい部までブロックできる。

下肢での個別の神経、すなわち大腿神経、外側大腿皮神経、脛骨神経、総腓骨神経、伏在神経、後脛骨神経も余り多くない。

神経ブロックの限界

現在の痛みの研究では末梢神経のみの原因による痛みは多くなく個別の神経すなわち、くも膜下経路による運動神経、知覚神経ブロック、交感神経節ブロック、硬膜外ブロックのみでは十分な鎮痛を行うことは困難である。その原因が脊髄レベルに求められている。痛みの局在を求めるために、ドラッグチャレンジテストが近年行われるようになった(図1)。薬物の作用の局在が明らかである4-5種類の薬物、すなわち、フェントラミン、バルビツレイト、ケタミン、リドカイン、モルヒネを使用して効果判定を行い、それにあった薬物投与その他の治療方針を立てる。とくに、ケタミンを持続投与して劇的な鎮痛効果を得られた例が報告されている。

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1. <u>フェントラミン</u> : | 痛みに関与しているか |
| 2. <u>バルビツレイト</u> : | 痛みに関与しているか |
| 3. <u>ケタミン</u> : | NMDAが関与しているか |
| 4. <u>リドカイン</u> : | 神経細胞、神経繊維に異所性異常活動があるか |
| 5. <u>モルヒネ</u> : | 侵害性疼痛かどうか |

図1 ドラッグチャレンジテストの意義

硬膜外脊髄電気刺激法

最終的な手段として、硬膜外脊髄通電法が用いられる。これは、刺激電極を硬膜外に留置して脊髄後根を直接電気刺激するもので、作用機序としては、下降性抑制系の賦活が主と考えられている。治療効果はほぼ50%である。

以上、神経ブロックを主として述べてきたが現在の考えでは痛みは末梢神経のみの関与ではなく、もっと中枢での神経伝達機構に問題があり、従って神経ブロックのみでは十分な治療効果が期待できず、脊髄レベルにまで立ち入って考える必要から薬物治療の重要性が認識されつつある。

「骨粗鬆症の診断—新しい診断基準と画像診断」

川崎医科大学 放射線科 (核医学) 福永 仁 夫

I. 原発性骨粗鬆症の診断基準

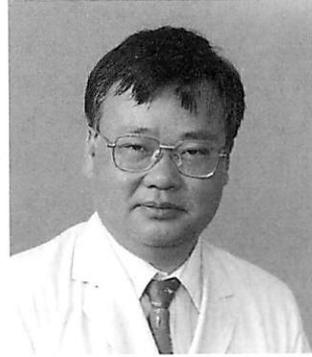
原発性骨粗鬆症の診断基準は、(1)患者は整形外科、内科、婦人科など多岐に亘ること、(2)各科を受診する患者の病態および病期は異なることが予想されること、(3)しかし、疾患としての本症の概念およびその診断基準は本質的には同一であるので、(4)各科に共通に用いることができるものが必要である。

従来、1988年厚生省シルバーサイエンス骨粗鬆症研究班から低骨量と臨床症状(骨折、腰痛)を重視したスコアリング・システムによる診断基準、1993年厚生省長寿科学骨粗鬆症研究班から骨密度を加えた改訂版、1994年WHOから骨密度を指標とした診断基準が発表されていた。しかし、シルバーサイエンス、長寿科学の診断基準の運用に当たっては、(1)前文で記載されているにも拘わらず、十分鑑別診断がなされていない、(2)低骨量(骨萎縮度I度以上)で骨粗鬆症と診断されるため、70歳以上の女性では有病率は80%以上になる、(3)大腿骨頸部骨折や橈骨骨折は必ずしも低骨量が主因ではない、(4)腰痛は骨粗鬆症に特異的でないなどの問題点が指摘されていた。

このような状況下において、1995年日本骨代謝学会は、整形外科、内科、婦人科、放射線科、リハビリテーション科の骨粗鬆症の専門家からなる原発性骨粗鬆症の診断基準検討委員会を設置し、診断基準の設定を行った。

1. 鑑別診断

鑑別診断の手順と方法は以下のとおりである。(1)問診により続発性骨粗鬆症などの除外と、危険因子の有無の把握、(2)診察により腰痛などの原因疾患の鑑別、(3)



胸・腰椎の正面、側面X線像により骨萎縮度の分類、骨折、変形、変性所見の検索、(4)血液・尿検査により低骨量をきたす疾患の鑑別を行う。

その結果、(1)続発性骨粗鬆症(内分泌性、栄養性、薬剤性、不動性、先天性、その他)、(2)低骨量をきたす疾患(代謝性骨疾患、腫瘍性疾患、炎症性疾患)、(3)腰痛をきたす疾患、(4)椎体の変形や骨折をきたす疾患(続発性骨粗鬆症、代謝性骨疾患、骨系統疾患、変性疾患、腫瘍、炎症、外傷)などを鑑別する。

2. 低骨量の判定

腰椎X線側面像の椎体について、骨萎縮度分類(I度:縦の骨梁が目立つ、II度:縦の骨梁が粗になる、III度:縦の骨梁が不明瞭になる)あるいは骨密度から、低骨量の有無を判定する。骨密度の測定は、二重エネルギーX線吸収測定法(DXA)による腰椎を第一義とし、腰椎DXAで低骨量の判定が困難な場合(脊椎骨折のある症例、変形性脊椎症を合併する症例、骨密度が著明に低下している症例、腹部大動脈の石灰沈着が著明な症例)には、橈骨(DXA, pQCT)、第2中手骨(MD)、大腿骨頸部(DXA)や踵骨(DXA)を

用いて判定する。

骨量減少症と判定される骨密度の cut-off 値は、若年成人平均値 (YAM) の 80 % としたが、この値は骨萎縮度分類上正常と初期の骨粗鬆化と考えられる I 度を効率よく分離できる値である。骨粗鬆症と判定される骨密度の Cut-off 値は、YAM の 70 % とし、脊椎骨折例と非骨折例を効率良く分離できる値である。なお、胸・腰椎の骨折の判定は、椎状椎 (椎体前縁高 (A)/後縁高 (P) が 0.75 未満)、魚椎 (中央高 (C)/A と C/P が 0.80 未満)、扁平椎 (変形椎体の上部または下部の前縁高 (A')、中央高 (C')、後縁高 (P') との比 (A/A'、C/C'、P/P') が 0.80 未満) の有無から行う。

3. 原発性骨粗鬆症の診断基準 (1996 年度改訂版)

1) X線像上、椎体骨折を認める場合

低骨量 (骨萎縮度 I 度以上あるいは骨密度値が YAM の 80 % 以下) で非外傷性椎体骨折のある症例を骨粗鬆症とする。

2) X線像上、椎体骨折を認めない場合

骨萎縮なし、または骨密度が YAM の 80 % 以上の症例をを正常、骨萎縮度 I 度または骨密度が YAM の 70 % - 80 % の症例を骨量減少症、骨萎縮度 II 度以上または骨密度が YAM の 70 % 未満の症例を骨粗鬆症とする。なお、診断基準の適用に際して、骨萎縮度分類と骨密度値からの判定が異なる場合には、骨萎縮度分類を優先する。

本診断基準の特徴は、(1) 鑑別診断の重要性を強調していること、(2) 低骨量の判定は骨萎縮度分類または骨密度値から行うこと、(3) 椎体骨折のない症例にも適用できることである。

原発性骨粗鬆症の診断基準と薬剤治療の開始基準は、同一でないという意見が多い。1997 年日本骨代謝学会では「骨粗鬆症治療薬のガイドライン」のシンポジウムが行われた。それによると、骨粗鬆症の薬剤治療の対

象は、(1) 低骨量者のほか、(2) 骨折の有無、合併症、活動状態、易転倒性、(3) 低体重、遺伝歴、低 Ca 摂取などを考慮して決定するとしている。さらに、(1) 50 歳代前半までは骨密度が YAM の 80 % 以下、(2) 70 歳までは YAM の 70 % 以下、(3) 70 歳代以上は YAM の 60 % 以下を薬剤治療の対象とする提案がなされている。

II. 骨粗鬆症とその鑑別における画像診断

骨粗鬆症の病変骨は、腰椎 CT スキャン上、椎体の骨梁の分布は粗で、皮質骨の非薄化が観察される。近年開発された末梢骨を測定対象とする pQCT 装置は、(1) 皮質骨と海綿骨を分離して骨密度を求めることが可能、(2) 腰椎を測定対象とする QCT よりも測定精度が良く、(3) 被曝線量も少なく、(4) 分解能 (200 μ m) が良好であるので、骨梁の分布状態を把握することができる利点がある。そのため、フラクタル解析などの画像解析の手法を用いて、骨梁分布の複雑さを定量化する試みがなされている。

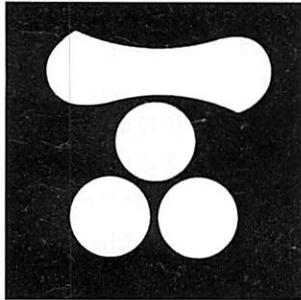
骨粗鬆症の椎体は、ヘリカル CT の利用により、3 次元的に画像を得ることができる。MRI では、(1) 骨と骨髄は磁化率が異なり、磁場の不均一が生じるが、(2) gradient echo 法で得られる T_2 は、spin echo 法で得られる T_2 よりも磁場の不均一性の影響を受け易い、(3) 骨粗鬆症では T_2 は延長するとされる。骨シンチグラフィでは、椎体の変形や骨折部位は集積の増加を示すとともに、合併する肋骨の微小骨折を検出できる。なお、新鮮な骨折例では集積が強く、他方陳旧例は弱い。なお、変形性脊椎症でも集積は増加する。椎体の集積部位を解剖学的により詳細に知るためには、核医学の CT である SPECT が行われることがある。

骨粗鬆症と鑑別診断が必要な骨疾患は、骨軟化症、副甲状腺機能亢進症、悪性腫瘍の骨転移、多発性骨髄腫、脊椎血管腫、脊椎カリエス、化膿性脊椎炎、腰痛症、変形性脊椎

症、脊柱管狭窄症、分離症・すべり症、椎間板ヘルニア、椎間板変性、坐骨神経痛、脊柱靭帯骨化症、Scheuermann 病、脊椎異形成症、外傷など多岐に亘る。それぞれ、画像診断が疾患名の確定に用いられることは周知のことである。

骨粗鬆症の鑑別診断で最も重要な疾患は、悪性腫瘍の溶骨性骨転移である。骨は肺や肝とともに転移の生じ易い部位であるが、骨転移は前立腺癌や乳癌などでしばしばみられる。骨転移は、X線像上、(1)骨硬化性(前立腺癌、カルチノイド、ムチン産生胃癌、神経芽腫、網膜芽腫、髄膜芽腫、胸腺腫)、(2)溶骨性(甲状腺癌、腎癌、副腎癌、頭頸部癌、消化器癌、多発性骨髄腫、子

宮体部癌)、(3)混合性(乳癌、肺癌、子宮頸部癌)に分類される、これは、腫瘍から骨形成促進因子または骨吸収促進因子が産生され、それぞれ骨芽細胞、破骨細胞に作用して骨硬化、溶骨を生じるためである。脊椎骨骨転移のCT診断については、後部椎体の検出率が最も高く、ついで前部椎体、pedicle の順で、後方の突起部が最も低い。骨シンチグラフィでは、骨粗鬆症の椎体骨折部はび慢性の集積増加を示すのに対して、骨転移は椎体の部分的な集積増加のパターンを呈することが多い。MRIでは、(1)T₁強調像で低信号、(2)T₂強調像で高信号、(3)脂肪像で骨髓脂肪の消失、(4)STIR像でび慢性の高信号がみられる時は、骨転移の可能性が高い。



三つ星(みつぼし)

中国では三星を三武または將軍星という。どちらも勇ましく尚武的である。

この尚武的名称と形の簡潔明瞭さが、武人の好みに応じて、武家の家紋となったものである。

三星には一文字を上添えたものと、下添えたものがある。

三星一文字は渡辺氏、これはほとんど渡辺氏専用で渡辺星と称し、渡辺氏の代表紋になっている。

渡辺氏は摂津渡辺が本家で、その一門は各地に繁栄した。なかでもとくに勢力を張ったのは三河、

肥前で、三河では三河渡辺党、肥前では松浦党と称していた。

昨年のNHK「毛利元就」に登場したのもこの紋所である。

第81回大阪臨床整形外科医会研修会

慢性関節リウマチの手術的治療

玉造厚生年金病院 院長 上尾 豊 二

慢性関節リウマチ (RA) は人口の約 0.3 % が有病率とされているので日本には 60 万人程の患者がいるものと思われる。RA は自己の免疫機構に異常を来した自己免疫疾患であり、病気の本体はそこにあるわけですが、症状の発現する主な標的器官は関節滑膜であり関節の機能障害が主症状であるところに特徴がある。RA に罹患した関節を評価する際に、そこに生じている滑膜炎とその滑膜炎が持続したために生じている骨軟骨破壊とを区別して考える必要がある。たとえ変形が強くてもリウマチ活動性は低いこともあり、極端な場合、関節が強直してリウマチ炎症は消退している場合もある。滑膜炎に対しては薬物治療を、関節破壊に対しては手術治療を考慮することになる。しかし、どのような場合でも患者が治療に最も望むことは痛みからの解放であることは肝に銘じておかねば成りません。

一般に手術の例数は下肢が上肢の三倍ほどになる。その理由として下肢の関節は移動動作にかかわり、日常生活上代用が利かない上に、左右で一对でどちらが欠けても機能を無くすことにある。一方、上肢は関節機能が著明に障害しても何とか日常生活が出来るということがある。また、必ずしも手術を受けなくても種々の自助具を用いて機能を代償する事が出来る。強い痛みがあれば別だが、上肢は自助具、下肢は手術とすることができる。

RA の手術には内容から見て二つの種類がある。一つは滑膜炎そのものを治療しようとするもので滑膜切除術があたる。これはリウマチの反応の場である滑膜そのものを取り去って、炎症の場を無くせば炎症も生じないという理屈である。もう一つは関節破壊に対する機能回復のための手術である。リウマチ友の会のアンケートによると、リウマチに罹患し



て 10 年を過ぎると約半数の人が手術を経験するようになる。それまで投薬治療にもかかわらず骨破壊が徐々に進行し、薬剤では症状を押さえきれなくなるのが 10 年ということになる。

リウマチの手術の代表的なものは各関節について表 1 のようになる。これを手術例数で

表 1. リウマチで慣用する手術

頸椎	固定術
肩	人工関節
肘	滑膜切除
手	滑膜切除 伸筋腱縫合
指	滑膜切除 スワンソン
股	人工関節
膝	人工関節 鏡視下滑膜切除
足	固定術
足指	関節切除術 固定術

見ると玉造厚生年金病院の場合には下肢の手術は手術全体の 8 割を占めており上肢の手術は 2 割程度である。先に述べたように下肢の日常生活での必要度が高いことが判かる。リウマチ友の会のリウマチ白書では手術の 90 % が下肢で上肢は 10 % となっている。

各関節について大要を述べる。

肩関節はリウマチの手術ではこれまで消極的な扱いを受けてきた。肩には巨大な滑液包炎を生じることがあり、これは摘出が必然であるが、肩関節そのものの滑膜切除が手術的に行われることは希である。しかし、関節鏡を用いた滑膜切除が今後盛んとなることが予想される。骨破壊が進んで疼痛がコントロール出来なくなった症例には人工関節が有用である。肩人工関節は可動域の改善は約束できないが除痛効果は大きく、除痛に伴う日常生活動作の改善は約束できる。

肘関節は滑膜切除術と人工関節手術どちらも同じ程度に行われる。Larsen分類で4以上の骨破壊があれば人工関節が適応となってくる。しかし、レントゲン上でかなりの骨破壊があっても橈骨頭切除を伴う滑膜切除で満足が得られることが多い。尺骨と上腕骨間の腕尺関節で破壊が進み前腕が中枢側に移動すると橈骨頭と上腕骨の間の腕橈関節に強い圧迫が生じ、これが疼痛の大きな原因になっているので橈骨頭を切除することにより除痛されるからである。肘の人工関節は除痛効果だけでなく屈曲角度の改善も良好であり食事洗面動作が改善される。

手関節は今のところ人工関節は適応でない。滑膜切除が一般であり、尺骨頭の処置を併用し回内外運動での下橈尺関節の痛みを除くのが大切である。以前は尺骨頭を切除するダラーの手術を行ったが、最近では尺骨頭は残しその中枢部の尺骨を部分的に切除して前腕の回旋運動を回復するカバンジーの手術が行われる。これは手根骨の安定を目的とし、外観的にも自然な手関節が得られる。

手指の伸筋腱断裂は多くの場合背側に脱臼突出した尺骨頭と腱との摩擦で生じる。手関節滑膜切除と併用して腱の手術を行うが、端々縫合は無理で切断腱を正常腱に端側縫合することになる。

指関節は滑膜の肥厚が持続してステロイドの関節注入で治まらないときには積極的に滑膜切除を行うのがよい。つい放置されてしま

うが外来での手術が可能なのでこまめに行うのがよいと思う。骨破壊が進行するとスワンソンのシリコンインプラントを挿入する。破損が問題にされるが他に良い手段も無く、大関節と異なりインプラントの破損が直ちに大問題となることはない。

拇指はピンチでの支持性が求められるので関節破壊には関節固定術を行う。

下肢の手術は日常生活活動で最も基本的な移動に関する問題となる。リウマチ友の会のアンケートによればリウマチ罹患後10年をすぎれば外出に介助が必要な人は20%を越え、手術が必要となってくる。股関節、膝関節は人工関節、足関節は関節固定が主体となる。

股関節は1961年チャンレーがLancetに発表した新しい関節形成術¹⁾が革命的な進歩をもたらした。本邦での第一例は1970年にチャンレーの許から帰国した長井によって京大で施行されている。リウマチ股関節は中心性脱臼が進行していることが多く菲薄な臼底部への骨移植が必要である。人工関節はセメントタイプ以外にセメントレスタイプも多く使用されるようになっているが、リウマチは骨質が脆弱でありセメントを用いて固定するほうがよいと考えている。人工関節にはチャンレー式以外にベートマン式の人工骨頭もあり、このタイプは長所としてソケット設置位置に考慮する必要がないこと、手術時間が短く容易であること、術後に脱臼の心配がないこと、短所として術後の除痛効果が少し不安定であること、将来migrationとosteolysisの可能性があるのである。日常活動性の低いリウマチではよい適応となることもあり考慮する必要がある。

膝関節はリウマチ手術の中で最も頻度が高い部位である。リウマチでは一関節の障害が他関節に過剰の負担を掛けることになると障害が連鎖するので注意が必要である。例えば右膝関節の障害で左股関節に破壊が生じることは時に経験するところである。

膝滑膜切除術は以前は盛んに行われたが手

術侵襲の割に効果が不十分という事で下火になっていた。しかし関節鏡の普及で鏡視下に滑膜を切除する方法が開発されると、僅かな侵襲で一定の効果が見込まれるために滑膜切除術が再び見直されている。大きな注射という感覚で患者の納得も得易く、我々の経験でも2年間ほどの効果の持続が認められている。

膝人工関節は1976年 Total condylar 型の膝関節が開発されてから信頼性の高い手術となり、今では日本で年間3万件程の人工膝関節手術が見込まれている。私も京大で1990年までに128関節の Total condylar 膝を経験して、その除痛効果、歩行能力の回復、及び関節耐久性が優れていることを確認した。しかし膝人工関節の唯一の欠点は術後の屈曲が不十分なことであり、このことはリウマチ友の会のアンケートにおいても不満として示されている。そこで私達は屈曲機能を求めた新しい関節を1989年に開発²⁾した。これは膝の機能を支持部分と屈曲部分に明確に分離し二界面型としたものであり KU 型と称している(図1)。

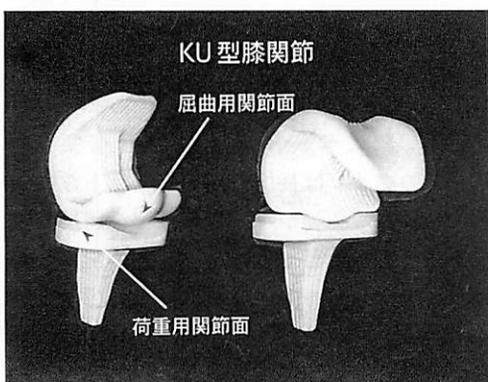


図1

現在では術後の屈曲角度は平均で131度であり、正座角度である145度以上に達するものは手術関節の17%となっている。

足関節は専ら固定術を行っている。手術法は色々であるが私は外側経路で腓骨をはずし、一部は関節を貫いて髓内釘として用い一部は骨プレートとして用いている。関節変形が著明な場合は前方経路で関節内外を広く展開し整復固定をしなければならない。足人工関節も開発されているがこれを保持する骨面積が小さく関節の沈み込みの危惧がありまだ市民権を得るに至っていない。

足指関節はMP関節の脱臼による中足骨の足底への突出が足底に“べんち”を形成し痛みを生じることが最も障害となる。専ら関節切除による形成術を行うが、第1足指についてはスワンソンを挿入して支持性を得ることもある。

以上、関節手術について主に述べてきたが頸椎罹患も重要で、特に上位頸椎のhorizontalあるいはverticalの脱臼が生命に関わることがある。リウマチでは関節破壊や筋萎縮のために腱反射などの理学的所見がとりこく脊椎の圧迫障害が見逃されやすい。時機を失せぬ固定手術が必須である。

以上のようにリウマチのどのような障害でも何らかの救済手段があり、患者の日常生活を少しでも改善することが可能である。最も大切なのは手術のタイミングを失しないことである。筋力が失われない内に障害関節は順次こまめに再建していくことが日常生活機能を保持する上で欠かせない要点である。

- 1) Charnley J: Arthroplasty of the hip: a new operation. Lancet 1:1129, 1961
- 2) 上尾豊二、他: 屈曲角度の増大を目的とした2界面型膝人工関節の開発。整形外科バイオメカニクス 12: 57-60, 1990

第 81 回大阪臨床整形外科医会：大阪
1998 年 1 月 31 日

関節リウマチのトータルマネージメント

日本医科大学 リウマチ科 吉 野 槇 一

関節リウマチ (RA) は、原因不明の非特異的慢性炎症が関節、そして時に関節外臓器 (眼、心、肺、腎、神経など) におき、徐々に関節に痛みを伴いながら身体障害者になる疾患である。

RA の治療目標は、炎症を「ゼロ」にし、将来の関節破壊を予防すること、また不幸にも身体障害者になった RA では、その ADL ならびに QOL を向上させることである。

この目標を達成するには、抗リウマチ剤を主体とした薬物療法、滑膜切除術や人工関節置換術による手術療法、リハビリテーション療法などを適時応用することが大切である。

最近我々が行なっているユニークな治療法のいくつかを紹介してみたい。

(1) RA 活動性をコントロールする基本はまず抗リウマチ剤投与である。しかし、抗リウマチ剤には限界があり、積極的に投与しても必ずしも RA 活動性をコントロールできるとは限らない。

我々はこの様な RA に対し、根治的多関節滑膜切除術 (RaMS) を行ない、大変よい成績を得ている【文献 1)、2) 参照】。

(2) RA 活動性をコントロールする上で、患者の気分を明るくすることの重要性は、洋の東西を問わず古くから指摘されている。

我々はこの事実を客観的に証明するため、RA 患者、健康人 (コントロール群) を対象に笑いの実験を行なった。笑いの後、RA 病態と密接な関係がある血清中インターロイキン 6 が著明に減少することを見出した。この結果から RA 患者の気分を明るくする必要性を改めて認識した

【文献 3) 参照】。

(3) RA は女性に多く発病するので、患者の結婚、性生活、妊娠に影響を与えることが少



なくないことが推測される。アンケート調査ならびに自験例などからこの事実が明らかにされたので、患者の QOL をより向上させるためにも、性生活などを是非適切に指導をされることを希望したい

【文献 4) 参照】。

【文献 1】

吉野槇一、小岩政仁、小和田誠、永島正一、西岡久寿樹：関節リウマチに対する根治的多関節滑膜切除術－短期術後成績について－、リウマチ 34 (5)：908-913, 1994.

抗リウマチ剤の効果をより高め、そして RA を完全寛解に導入する目的で、全身の RA 滑膜を可能なかぎり切除する根治的多関節滑膜切除術 (RaMS) を積極的な抗リウマチ剤投与にもかかわらず 5 関節以上の多関節に腫脹がみられた RA 19 人に行った。なお、術後経過観察期間は 15 ヶ月である。

1) 対象 19 人の臨床ならびに検査所見で modified Lansbury's index、関節点数、赤沈、CRP、血清 IL-6、ならびに TNF- α 、末梢血リンパ球 CD4/CD8 比、そして疼痛度を示す visual analog scale 値が術後有意に改善した。

- 2) 術後 RA 寛解に導入でき、そして持続したのは 10 人 (52.6%) であった。一方、膝関節、足関節などに腫脹の再発が 6 人 (31.6%) に認められた。
- 3) RA 寛解群は非寛解群に比較し、有意に罹病期間が高く、入院時検査でヘモグロビンは高値を、そして血清 IL-6 は低値を有意に示した。
- 4) RA 寛解群、非寛解群とも術前に比較し、術後、経時的に modified Lansbury's index、赤沈、関節点数、末梢血リンパ球 CD4/CD8 比は有意に改善した。なお、CRP と血清 IL-6 は RA 寛解群でのみ有意にその値は低下した。

【文献 2】

H. NAKAMURA, S. YOSHINO, N. ISHIUCHI, J. FUJIMORI, T. KANAI, O. NISHIMURA: Outcome of radical multiple synovectomy as a novel surgical treatment for refractory rheumatoid arthritis: Implication of HLA-DRB1*0405 in post-operative results. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 15: 53-57, 1997.

Discussion

Inflammatory cytokines such as IL-1 (19), IL-6 (20) and TNF- α (21) are produced in synovial tissues in RA patients, so that inflammation would be expected to be relieved by excising them. As complete excision of synovial tissues is impossible, it is necessary to use DMARDS, corticosteroids or both with RaMS for more reliable antiinflammatory effects. Since the disease did not respond to previous treatments and the prescriptions were unchanged after surgery, the surgical results seen here were considered to mainly reflect the effectiveness of RaMS.

As RA activity fluctuates, it is essen-

tial to keep it at a low level to ensure a favorable prognosis (1). Since the objective of RaMS is to keep RA activity low, the "nonremission" or "flare" rating was made if remission or improvement was not maintained throughout the observation period. The cumulative success rates for "remission" and "improvement" were 33.3% and 57.8%, respectively, three years after RaMS. These rates may not be high, but it is important to emphasize that all of the patients enrolled in the present study had refractory RA which was unresponsive to previous medical treatments.

RaMS, which is a unique new surgical treatment for refractory RA, was effective in some patients, while others did not respond or required another operation, despite expensive and invasive treatment. It would be premature to draw any final conclusions regarding RaMS from this short term follow-up study.

A rational approach to DMARD combination therapy based on pharmacokinetics has been advocated (22) and a combination of MTX, azathioprine and antimalarial drugs has been reported to induce remission (23). Although 10/18 of our patients were treated with combination DMARD therapy previous to RaMS, other combinations or large doses of corticosteroids might have induced better results, especially for the patient with a 2-year disease duration.

HLA-DRBI typing was conducted because certain HLA-DRBI alleles have been reported to be closely related to a poor RA prognosis (11, 24). Consistent with this hypothesis, none of our patients with HLA-DRBI*0405, an RA-susceptible HLA allele (25), achieved remission. No sig-

nificant differences were noted with respect to any other of the DRBI alleles, suggesting that DRBI*0405 may well be a good marker for determining the effects of RaMS in RA patients. It will be necessary to follow up more patients for longer periods to determine the exact characteristics of those patients in whom RaMS can be expected to be effective.

【文献 3】

S.Yoshino, J.Fujimori, M.Kohda : Effects of Mirthful Laughter on Neuroendocrine and Immune Systems in Patients with Rheumatoid Arthritis. Journal of Rheumatology, 23(4):793-794, 1996.

Effects of Mirthful Laughter on Neuroendocrine and Immune Systems in Patients with Rheumatoid Arthritis

To the Editor:

Norman Cousins reported that positive thinking and laughter have favorable effects on diseases. In daily medical practice, we often observe that symptoms of rheumatoid arthritis (RA) improve or worsen depending on the emotional state of patients. To evaluate this clinical experience, we studied the effects of mirthful laughter on RA symptoms and the neuroendocrine and immune systems.

Twenty-six patients with RA and 31 healthy controls were studied. All were women. Patients with RA ranged from 43 to 66 years (mean 18.9 years). Subjects were exposed to "rakugo" (tra-

ditional Japanese comic stories) for 1 hour from 13:00 to 14:00 in our lecture hall. The following variables were determined 1 hour before exposure (12:00) and 30 minutes after exposure (14:30): (1) state of mood using the face scale of Lorish. et al²; (2) degree of pain using a 10 cm visual analog scale, and (3) beta endorphin, methionine enkephalin, substance p, epinephrine, norepinephrine, dopamine, corticotropin releasing factor, corticotropin, cortisol, CD4/CD8 ratio, CD57, natural killer cell activity, interleukin-6(IL-6), and interferon gamma(IFN-γ), determined from blood samples. Findings were statistically analyzed using Wilcoxon's signed rank test.

The state of mood, degree of pain, and laboratory variables showed significant changes after exposure to mirthful laughter (Table 1). The exact mechanisms by which cortisol, IL-6 and IFN-γ levels change are unclear, but these data suggest that mirthful laughter affects favourably. RA symptoms and neuroendocrine and immune systems in patients with RA.

Table 1. Neuroendocrine and immune responses to laughter. Data represent mean (SD).

Time (1=12:00, 2=14:30)	RA(n=26)		Controls(n=31)	
	RA1	RA2	Control1	Control2
Face scale(number)	7.2(4.7)	2.1(1.5)*	7.4(3.7)	2.4(2.2)*
VAS(cm) for pain	4.7(3.7)	3.1(2.5)*	—	—
Cortisol(μg/dl)	11.5(5.3)	8.3(3.2)*	10.3(3.6)	10.3(3.1)
IL-6(pg/ml)	34.0(37.9)	10.6(8.1)*	1.8(2.1)	2.3(2.8)
IFN-γ(pg/ml)	73.8(54.6)	41.1(30.8)*	55.1(31.3)	39.7(32.2)*

* p < 0.01.

【文献4】

吉野 榎一：ショートレビュー：関節リウマチと結婚・性生活・妊娠・出産。作業療法ジャーナル 29：210-212, 1995.

結 婚

結婚には、大きく分けて2つの論点がある。まず、第1は結婚できる機会が健康の人と同様にあるか、また第2は結婚生活が円満に送れるか否かである。

1. 結婚の機会

結婚前に RA または若年性関節リウマチ (JRA) が発病した場合、統計はないが男女とも結婚される患者は非常に少ない。特に、重度身体障害の RA 患者ほど、結婚する頻度は低い。われわれは下肢に人工関節置換術を行った RA 患者 219 名を対象に、この問題をアンケート調査したところ、手術後結婚した RA 患者は 2 名で、未婚者が 22 名であった。未婚 RA 患者の平均年齢は 43.7 歳と高く、結婚する機会はほとんどないと思われた。なお、結婚された JRA 患者 2 名に面接調査を行ったところ、配偶者である夫は RA をよく理解し、また将来 RA の悪化が起きうることも十分納得していた。

RA を隠し、また配偶者が RA を理解していないで結婚すると、離婚など最悪の状態になる患者が時々いる。

2. 結婚生活 (性生活)

夫婦が円満な生活を送るには、いろいろな要因を満たす必要がある。中でも性生活は大切な要因の 1 つである。RA 患者における円満な性生活は関節の痛みを軽減し、RA の炎症度を低下させ、また精神的にはうつ状態を解消し、一時的ではあるがストレスからも解放する作用がある。しかし、性生活がいったんギクシャクすると、夫婦の絆が切れ、別居、離婚に至ることがある。この状態は夫婦または家族の不幸ばかりではなく、RA 自体にも影響を与え、悪化させうることもある。

そこで、われわれは既婚 RA 患者の性生活の

実態を知り、治療にいくらかでも反映できればと考えて男性 44 名、女性 112 名を無作為に抽出し、性生活、夫婦仲の良し悪しなどについて無記名のアンケート調査を行った。

男性 RA 患者の回答は 38 名 (84.4 %) であった。性欲の減少または消失は 24 名、性交中の関節痛 10 名、性交体位のとりづらさ 11 名、また現在の性生活に満足 25 名、不満 6 名、回答なし 2 名であった。なお、夫婦仲は RA 発病後、良くなった 2 名、不変 30 名、悪化 1 名、回答なし 5 名であった。以上の結果より、男性 RA 患者は性行為自体が少なからず困難ではあるが、性生活の満足度ならびに夫婦仲はさほど悪くないことが推測された。

一方、女性 RA 患者ではアンケート調査の回答は 91 名 (81.3 %) であった。性欲の減少または消失 59 名、性交中の関節痛 45 名、性交体位のとりづらさ 18 名、また性生活に満足 89 名であった。一方、夫婦仲は RA 発病以前と比較し、良くなった 7 名、不変 75 名、悪化 9 名であった。女性 RA 患者の性生活は、男性 RA 患者と同様な結果であった。

RA 発病初期は発熱、倦怠感で気力が減退し、いわゆる“初期うつ状態”に、晩期では関節の変形と疼痛、そして将来への不安から発病初期同様に“うつ状態”になりやすいと報告されている。既婚 RA 患者の性欲ならびに/またはオルガズムの減退または消失は、RA による身体的ならびに精神的障害に強く影響されていることが推測されている。ゆえに、性生活に悩んでいる RA 患者の対策はそのおもな原因を見出し、関節痛に対しでは理学療法、鎮痛消炎剤投与、性交体位の工夫、また時には人工関節置換術などを、そして“うつ状態”にはカウンセラー、抗うつ剤投与などの薬物療法を行うのが基本となる。特に、性生活に消極的で自分中心になっている患者には、配偶者のことを考えて積極的になることが、夫婦仲を良くするうえで大切であると助言することも、時には必要であると思われる。

妊 娠

20歳代ならびに30歳代の既婚女性RA患者は妊娠する可能性があるし、また出産を希望することがある。しかし、RA患者は妊娠がRAに及ぼす影響、反対にRAが妊娠に及ぼす影響、薬剤の妊娠ならびに胎児に対する影響を非常こ心配している。

1. 妊娠がRAに及ぼす影響

妊娠中はRA活動性が鎮静化し、疼痛などの症状の軽減する患者が少なくないことはよく知られている事実である。この機序はまだ明らかでない。しかし、免疫抑制作用のあるPAG (preg-nancy-associated α_2 -glycoprotein) が血液中に増えてくることが注目されている。一方、出産後は反対にRAが悪化する患者が多い。なお、長期的な影響を調べた結果では、妊娠群と非妊娠群との間に差は認めなかったとの報告もあるので、妊娠のRAに対する悪影響はあまり心配する必要がないと思われる。むしろ、出産後、育児に手がかかり、精神的にも身体的にも多大なストレスを受けることの方が憂慮される。

2. RAが妊娠に及ぼす影響

RAが妊娠に及ぼす影響、すなわち不妊とか、流産を起こしやすいか、また胎児の発育を障害するか否かであるが、研究報告が少なく確定的なことはいえない。しかし、経験的にはあまり大きな影響はないと考えられている。なお、血管炎を伴っているRA (悪性関節リウマチ) では流産とか、胎児の発育不良が生じうるとの報告があるので、関節外症状を伴っていると、活動性の高いRA患者では、注意深い経過観察が必要であると思われる。

3. 薬剤の妊娠ならびに胎児に対する影響

RAの治療に処方される薬剤には、ステロイド剤、鎮痛消炎剤、金製剤、SH基剤 (ブシラミン、D-ペニシラミン)、メソトレキセートなどの疾患修飾性抗リウマチ剤 (DMARD) がある。これらの薬剤が妊娠の可能性を妨げる

か否かは不明である。しかし、動物実験で薬剤を多量投与すると胎児になんらかの奇形が認められることがあるので、薬剤の胎児に対する影響を完全に否定することはできない。特に、DMARDに属する薬剤ならびにステロイド剤ではこの傾向が強いので、妊娠を希望するとか、妊娠が明らかになった時点で投与を中止するのが原則である。しかし、少量のステロイド剤 (プレドニゾン換算 5mg/day)、金製剤 (シオゾール注射) は絶対的禁忌ではないとの報告がいくつかある。事実、薬剤投与を中止するとRAが悪化し、妊娠どころではなくなってくる患者が少なくないので、現在われわれは鎮痛消炎剤、少量のステロイド剤、金製剤は積極的に投与中止を指導していない。

出 産

股関節、膝関節の痛みならびに変形が強く、正常分娩が困難な患者では、帝王切開分娩の適応となる。また、RA活動性が高く、分娩後RAの悪化が予測される場合は帝王切開分娩が考慮されることがある。

なお、人工股関節置換術が行われているRA患者で、正常分娩が可能であるか否かを時に問われることがある。両側に人工股関節の手術を行い、正常分娩で2子を得ている患者を経験していることから、人工関節置換術を行っているがゆえに、帝王切開分娩が絶対的適応であるとはいえないと思う。

おわりに

以上、RA患者の結婚、性生活、妊娠、出産について述べてきたが、RA患者のQOLを考える際、非常に重要な研究課題である。今後、この方面の研究が進み、RA患者に適切な指導が行えることをわれわれは、強く願っている。

肩のいたみ—スポーツ障害をふくむ—

信原病院・バイオメカニクス研究所 信原 克哉

1. 基本的知識

i) 肩の進化。

肩は魚のひれから進化したと云われている。原始の恐竜の肩関節は蝶番状で肩甲骨も棍棒状だが、上肢に巧緻性をもつようになってやっと球関節になり肩甲骨も扁平化する。疾走する四足動物では肩甲骨は二等辺三角形でこの形状は原始猿まで続いている。しかし日本猿では棘は上方に移動しはじめ、起立した人類では肩甲骨の形状は変形し、肩甲骨棘は完全に上方に移動している。こうして負担を受ける棘上筋腱の疾患が起きようになった。

ii) 第2肩関節の概念。

解剖上の肩関節だけを診ていても肩の病変は理解できない。烏口肩峰靭帯と腱板から構成される機能的な肩関節（第2肩関節）の概念を理解することが臨床に役立つ。事実、多くの肩の病変は関節外に発生している。肩峰と骨頭の間には水枕状の肩峰下滑液包がありこれがクッションの役目をしているが、後捻した骨頭は挙上時に大結節は肩峰との衝突を避けるため自然に外旋し、正常な肩では大結節は決して肩峰に衝突しない。

iii) ゼロ・ポジション。

SAHAの提唱したものでその肢位は「どの面から挙上しても回旋が最小になる肢位があり、そこでは機能軸は解剖軸に一致、個人差はあるが約155度の挙上位」と定義されている。この肢位は四足動物が速く駆けるときに前足に安定性をもたせるための肢位でもある。日本人の平均値は130度でそれ以上の挙上はむしろ亜脱臼を強制している。これは最も楽な挙上位でCodman (1934) はこれをハン



モック肢位と名付けている。この肢位は臨床的に重要で、レ線写真で不安定性の有無や見落としやすい肩峰・肩鎖関節の病変を知ることができるし、脱臼の整復や上腕骨・肩甲骨骨折の整復、術後の固定肢位として応用できる。スポーツの分野でみると、投球動作やテニスのスマッシュ動作、ジャンプとアタックを同時に行なうバレーボールなど、総ての種目でこの肢位がとられている。

iv) 痛みの診かた。

前方および後方、そして運動させながら診るのがよい。①前から診る：圧痛点として烏口突起、腱板疎部、結節間溝、大結節、関節裂隙の5つの部位を調べる。腱板疎部 rotator interval は外傷や障害、ことにスポーツでの障害を受けやすいのでかならず診ておこう。②後から診る：肩は後ろから見るほうがよく観察できる。圧痛点として骨頭の後上方部、外方四角腔、棘下筋、肩甲骨内上角の4つを調べる。③動かしながら診る：動的な状態で起きる痛みと不安定性を把握する。まず上肢を下方に引っぱり動揺性を調べる。不安定のあるものでは外観上、肩峰下方に陥凹（えくぼ）が見られる。痛みを伴うときは腱板疎部損傷や亜脱臼障害、それに動揺性肩関

節症などを考える。前二者では陥凹は内旋位での牽引で起きるが、外旋位では骨頭が求心位をとるため不安定性と疼痛は消失する。挙上位でも不安定性を調べておこう。上肢を側方挙上させ屈曲させた肘を一方の手で支え、他方の手で後方から骨頭を圧迫する apprehension test は、脱臼による不安定性を知る方法である。また挙上位で回旋（ゼロ・ポジションテスト）させ痛みが発生するとき肩甲下滑液包閉塞の存在を知ることができる。

v) Joint Distension.

肩関節造影は関節内の病変を知るために欠かせない検査法だが、同時に除痛できるという治療効果も得られる。Joint distension は「関節内圧は動作により変化し、挙上時には最高になるという理論」を応用して、減圧による除痛効果を期待する方法である。肩甲下滑液包の閉塞は肩関節疾患の 34% に認められているが、これを注入圧あるいは運動圧で解決する。効果的な動作は側挙・内旋の強制で、痛みの軽減は distension 直後からみられる。ときに烏口肩峰靭帯下への局麻剤の注入とリハビリテーションの処方を追加する。

2. 肩のスポーツ障害。

i) インピンジメント症候群。

インピンジメントというのは衝突・轢音・ひっかかりなどの意味で、インピンジメント症候群とは、上肢挙上に際して腱板修復部の膨隆、大結節の転位変形治療、肩峰下滑液包の石灰沈着などが、第 2 肩関節で衝突して起きる症候を指している。ところが最近では、Neer が報告した“インピンジメント障害”という論文が、肩峰下滑液包炎、腱板炎、腱板断裂などを包括したことから混乱が始まり、どの病態を示しているのか不明確なまま肩疾患の屑篋的診断名として用いられるようになっていく。上肢挙上で疼痛が発生したときインピンジメントサインあり、肩峰下滑液包への局所注射で痛みがとれるとインピンジメ

ントテスト陽性とする簡単な診察法がこの傾向に拍車をかけている。しかしそこには大きな落とし穴がある。

上肢挙上位は肩関節内圧が最高値に達する肢位で、もし肩甲下滑液包が閉塞していると関節内圧が上昇し痛みが発生する。さらなる欠点は肩関節の不安定性を考慮していないことで、具体的には投球動作での痛みが直ちに“インピンジメント障害”と誤診される危険性を孕んでいる。投球動作によって生じる肩峰下の摩擦は、全身のインバランスによって発生するもので、肩自体に責任病因があることはむしろ少ない。関節の器質的変化や機能的な破綻などの複雑な病態が、単純な手技で説明できることはあり得ない。

腱板を傷めるインピンジが肩峰前下部に起きるとする Neer は、その部の切除効果を強調しており、Bigliani も肩峰の形状が腱板断裂に関与していると報告しているが、肩峰下の骨棘は無症状なことが多く、たまたま線写真で検出された単なる加齢変化にすぎないとの見解もある。実際にインピンジが肩峰下で発生しているかどうかを研究した当院の結果は、肩峰下圧は挙上でも下垂位での内旋や外旋でも上昇せず、水平位での内旋で著しく上昇することを立証している。これは閉塞した肩甲下滑液包の distension ができる肢位で、インピンジメントテスト陽性というだけでただちに肩峰切除術の適応を考えることは誤りである。

ii) 腱板疎部損傷 rotator interval lesion.

腱板疎部とは肩甲下筋腱と棘上筋腱との間隙をさしており、薄い膜状の組織で周辺の靭帯・関節包で補強されかなりの緊張と弾力性をもつ構造をもち、その機能的は上肢の挙上・回旋運動を円滑にするものである。しかし外力を受ける機会も多く、たとえば過度な外旋肢位から急激な内旋運動をするような投球動作やバレーのアタック動作で破綻・損傷しやすい。下方不安定性と挙上時運動痛が主

徴で、その症状は痛み、だるさ、不安感、運動障害、肩凝り、腕のしびれ感などである。若年男性に多く外傷、過度の上肢使用やスポーツなどで発生する。患者の90%は保存的治療で治癒するので、新鮮時に打撲・捻挫・挫傷あるいは外傷性腱板炎として診断、加療されていたとしても弊害はないが、問題は慢性化したものが検査されないままルーショウルダーや亜脱臼と誤認され、リハビリが処方されたり精神的な問題として放置されている傾向がある。保存的治療に抵抗して症状が憎悪する症例に手術適応がある。

iii) 棘下筋腱損傷。

棘下筋腱に萎縮があると肩甲上神経のエントラップメントと診断されているが、スポーツ選手では案外棘下筋腱の断裂のことが多い。これは投球時のフォロースルーで上肢に強い牽引力が働くことで発生する。

iv) ベンネット症候。

長く投球動作をつづけると肩甲骨白蓋下縁に骨棘がみられることがある。これはベンネット障害と呼ばれるもので、その発生原因は、不安定性への対応から起きる自然防御反応で骨増殖するものと上腕三頭筋腱の牽引刺激で骨棘を形成するものなどがある。痛みがあるとき当部の炎症が考えられるが保存的加療で十分である。

v) 広背筋症候群（信原）。

広背筋は背腰部から起始し上腕骨小結節稜に停止している。その作用は上腕を内転・後内方に牽くことだが、投球動作で腰と上肢の捻りを結び伝達する重要な機能をもっており筋攣縮や腰痛で投球動作に障害をもたらす。とくに外転拳上制限に影響すると「肘下がリ・腕下がリ」現象でフォームが崩れゼロポジションでの正しい投球ができなくなる。この症候群は肩の痛みと障害という病態で訴えられるので注意を要する。

vi) 投球面での不安定症。

腱板疎部損傷と棘下筋腱損傷が併存すると投球面で著明な障害をおこす。腱板疎部損傷があると骨頭は前方に逸脱し骨頭が求心位をとれなくなり、急激な加速や無理な姿勢からの投げ動作で、腱線維方向に異常な力がかかり棘下筋腱の部分断裂が発生する。上述の棘下筋萎縮は肩甲上神経の圧迫によると考えられているが、実際には過疲労による棘下筋断裂のことが多い。骨頭後方は炎症による滑膜増殖が起きやすい部位なので、投球時の腱板緊張により締め付けられ自発痛運動痛などを起こす。症状は腱板疎部と棘下筋腱付着部の強い圧痛、拳上位で増強する運動痛など。

3. 投球動作解析。

投球動作は古くから収録され分析されているが、当院では運動技術向上の情報を得るためとスポーツによって生じる障害を予防するため三次元分析を行なっている。この分析では、あらゆる方向からの投球フォームの描出が可能となり、各相における動作の相違点、特徴および諸相間の関連性やtimingなどを詳細に探ることができる。また個々の投球フォームの特徴だけでなく個人および各群を対比することで各年齢層の違い、成長による変化、好・不調時の差、技術的な熟度・改良点なども判断できる。

4. おわりに。

肩の障害は身体他の部位、すなわち関節や脊柱の動きの破綻によっていることが案外多い。この場合、肩に十分な加療が行なわれたとしても総合的な対応をしなければ、彼らをスポーツ現場に復帰させることは不可能である。諸検査による責任病巣の探索が優先し過ぎて発生メカニズムが解析されることが少ないが、投球による肩の障害はそのほとんどが過度の使用による炎症、あるいはその積み重ねによって障害された機能的なものであることを銘記することが肝要である。

「腰痛の保存的治療」

枚方市 須藤医院々長 須藤 容章

去る平成9年6月8日の第10回JCOA学会、パネルディスカッションII腰痛の保存的治療、一私はこちらやっている(日臨整会誌、22巻、3号、69頁)を拝聴する機会を得ましたので興味のもたれた二、三について記してみます。

北海道の中野昇氏は「腰部椎間関節症に対するマニプレーションの効用」について急性の激しい腰痛の一つにFacet Syndromeがあり、この原因は腰を前屈と捻転をしたときに、弛緩した関節囊が椎間関節に嵌頓されて激しい痛みを起こすと考えられ、マニプレーションによって劇的に回復すると述べられた。適応は下肢痛、しびれ感、椎間板ヘルニアの所見のない激しい腰痛であると言われた。

マニプレーションの操作は患者を背臥位に寝かせ患側の股関節を屈曲させ、骨盤を押さえて大腿を保持し、牽引しながら内転させて腰椎を捻転させる操作を無麻酔下で行うということでした。

東京の佐藤安正氏は椎間関節性腰痛は「操体法」により瞬時にして軽快すると述べられた。「操体法」は故・橋本敬三氏が創始されたもので、根本良一氏の著書(救急操体法、エンタプライズ社、1997年4月)を参考にして、私なりに解説を試みることにします。

腰痛に対する操体法では次の四つの操作を行います。

(1)足指をまわす操作：患者を背臥位、両下肢伸展位とし、術者は患者の下方から、足指を1本ずつ母指を示指でサイドピンチではさみ、気持の良い方向へ内施または外施を行う、全足指に対して30回ずつ行う。

(2)胸部の操作：①患者は背臥位のまま両肘内側で術者の手をはさみ前方へ突出す、そのまま患者の肩関節を挙上して行く、②術者は触診で患者の腹筋がゆるむ肘の高さを選び、そ



れが上胸部ならば横下へ、中胸部ならば真横へ、下胸部ならば肩の上方へ肘を移動させながら、術者は抵抗をかけながら3秒数えて、フッと息を吐きながら脱力させる。

(3)大腰筋の操作：患者は背臥位、下肢伸展位とする。①患者のアキレス腱部を術者の正座した大腿前面に置き、足背部に手をかける。②患者に腰、股、膝、足関節を伸展するように指示して、術者は足背部に抵抗を加える。③腰、下肢が伸びきったら3秒連動させて脱力させる。

(4)上体を捻る操作：患者を診察台に腰かけさせて、上体を左右へまわして、気持のよい方向へ捻る。まわした方向と反対側の足尖でふんばって、膝を外側へ開くようにさせる。ここで術者は膝関節、足関節の外側から抵抗を加えて、腰を更に前方へ押し出すように捻らせる。患者は十分に動いたら3秒間押し込ん でフッと脱力させる。これを3回行う。

すべての操作は患者の気持の良いように行う。

埼玉の住田憲是氏は「AKAによる腰痛の診断と治療」の中でArthrokinematic Approach (AKA)＝関節運動学的アプローチによって、ギックリ腰の本態は仙腸関節捻挫による異常であると断定し、関節包内運動を改善することにより治療すると述べておられました。

第12回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日：平成9年2月8日（土） 14:30～18:00

場 所：参天製薬（株） 5階 センチュリーホール

<第1部>

座長 西塔 進（住友病院）

1.

北野病院 梅本 周作

【症例】44歳、女性。（主訴）両股関節痛。（現病歴）10年前より透析しており、平成4年頃より右股関節痛出現。徐々に疼痛増強しており、最近左股関節痛も出現。

（現症）SMD70/71 股関節屈曲 120°/120° 伸展 10°/10° 外転 30°/45° 内転 30°/30° 外施 45°/60° 内施 10°/30° JOA score 右 64点、左 76点。X線上臼蓋形成不全と右末期股関節症、左関節裂隙は保たれている。

*若年者変股症に対する治療方針について。

*長期透析患者の変股症に対する治療方針について。

★44歳、女性。両股OA例で、10年間の透析を受けている。右股は既に末期OA、左股は臼蓋形成不全で、両股に疼痛を訴える。この症例に対する治療方針について議論された。透析患者の寿命が平均より10年短いこと、10年以上の透析がアミロイドーシスが関節を含め生じていることが指摘され、右股に対しTHRの施行が望ましいとの意見が提出された。また、透析患者でのTHRの成績がアミロイドーシスの理由で通常のTHRより劣っていることも指摘された。左股に対する臼蓋形成術など関節温存手術の適否についての質問があったが、アミロイドーシス=進行性疾患との理由で待機し、将来的にTHRを指示する意見が出された。

2.

済生会中津病院 西浦 道行

【症例】47歳、女性。（主訴）左股関節痛。（現病歴）平成8年9月左股関節痛出現。10月1日近医受診RA疑いにてステロイド剤の投与を受けた。10月9日当院内科入院、ステロイド療法の継続及び抗生剤の全身投与を受けたが、左股関節痛持続するため11月1日精査目的に当科へ紹介された。

（現症）著明な左股関節痛を認めたが発熱なく、CRP 0.45、X-P上荷重部の関節裂隙の消失を認めるのみであった。11月19日X-P上骨頭の急速な骨破壊を認めたため化膿性股関節炎を疑い、関節穿刺を実施した。関節液の採取はできなかったが、混入した血液の培養にて黄色ブドウ球菌が検出され、化膿性股関節炎と診断した。11月28日、左大腿後面から膝窩部にかけて膿瘍を形成。大量の血性膿の排出をみた。12月4日、デブリーバマン及びドレナージを実施現在に至っている。

*反省点として化膿性股関節炎の診断及び外科的処置の遅れたこと。

*股関節の再建に関して。

★47歳、女性。左股関節痛を訴える症例の提示。最終診断は黄色ブ菌による化膿性股関節炎で、演者から診断の遅れについての反省と股関節再建に関する質問が提出された。極めて教訓的な症例で、感染症の恐ろしさと早期診断の重要性を再認識した。診断にあたっては、まず安静時

痛、強い運動痛、血液学的な血沈、CRP、白血球増多、核左方移動が重要であることの指摘があった。股関節の再建法については、関節固定術を支持する考えが多かった。一方で、固定術の成功率、それによる脚短縮（5 cm）の理由から、完全な感染の沈静を待って、おそらく2年以上の待機期間を待ってTHRという考えも提出された。

<第2部>

座長 梁瀬 義章（北野病院）

3.

大阪市立総合医療センター 原 好延

〔症例〕46歳、女性。（主訴）左下腿挫減創。（現病歴）平成8年9月17日50 ccの原付バイクにて走行中乗用車と接触し転倒受傷。路肩の歩道の段に左足の外側がこすられ、左下腿遠位1/4の下腿亜切断状態となった。

（現症）Gustilo3b。前脛骨動脈と腓骨動脈の損傷があったが、遠位の左足の血行や皮膚の色は正常で壊死の傾向はなかった。脛骨は遠位1/4にて開放骨折、一部骨欠損があったが、0.5×1.0 cm程度の小さなものであった。腓骨は約3 cm程度の欠損があった。TA、EDL、EHL、TPは程度の差こそあれ2-3 cmの欠損が存在し、また存在する部分でも引き伸ばされたり、コンクリートの色素がこびりついていたりしていた。表皮は約8×5 cmの欠損があった。

* 1. 治療法の選択？

①血管柄付 flap による方法。どの flap を用いるか。

②骨短縮による方法。将来の骨延長法はどうするか。

2. 現状の報告。

★交通事故で左下腿遠位1/4の部分での不全切断例で後脛骨動脈が1本残っていたため、骨欠損も含め、脛骨を7 cm短縮し、皮膚や伸筋腱を縫合し、皮膚欠損が2×3 cm残った症例（46歳、女性）を報告して頂いた。皮膚欠損に対しては関電病院好井先生より lat. dorsi flap の使用が良いのではないかという意見を頂いた。骨延長に関しては国立大阪病院的の廣島先生、北野病院的の石田先生などは bifocal の骨延長が良いのでは…という意見を頂いた。

4.

済生会泉尾病院 中 紀文

〔症例〕12歳、男性。（主訴）左手関節痛。（現病歴）平成9年1月14日バスケットボールのリングにぶらさがっていて、転落。左手から落ちた。近医受診後、X-Pにて左・骨骨折と診断され当科紹介となる。

（現症）左手関節に著明な腫脹と変形を認めた。左肘関節には訴えがなかった。X-Pにて左・骨遠位端骨折を認めた。肘関節には脱臼が見られなかった。同日、局所静脈麻酔下に整復。k-wive 固定し前腕ギブスとした。翌日より徐々に前腕、肘周辺の腫脹出現し、肘関節痛を訴えた。第4病日、X-Pにて肘関節後方脱臼がみられたため全麻下に徒手整復を行った。術中、肘伸展位で易脱臼性を認めた。現在、徒手整復後3wで casting 中である。

*①非常に稀な外傷と考えられる。

②受傷機転は？

③治療（特に肘関節の易脱臼性について）

★バスケットボールのリングにぶら下がっていて、後方へ転倒し、コレス骨折を受傷した例である

が、肘関節の後方脱臼も合併していた珍しい症例である。受傷機転について稲次先生、北野先生、池田先生などから発言があった。やはり、肘過伸展位での受傷と思われるが、整復後の肢位についても、anterior oblique lig.のうち、前方部は伸展位で緊張し、後方部は屈曲位で緊張するためその肢位に注意が必要とのことであった。

<第3部>

座長 池田 清 (関西電力病院)

5. 小児の足関節にみられた骨性腫瘍の1例

国立大阪病院 林 潤三、廣島 和夫

【症例】5歳、男児。(主訴)左足内顆部の腫瘍形成。(現病歴)平成5年頃より誘因なく左足内顆後方部の腫脹に気付く。近医にて経過観察。平成8年8月頃から腫脹の増大と疼痛のため当院紹介受診。

(現症)入院時、左足内顆後方部を中心とする骨性隆起を認めるが、熱感・発赤等はない。自発痛もない。足関節は軽度の外反変形をしめす。レ線像上、内顆後方の骨端に有茎の骨性腫瘍が見られ、対応する距骨滑車部にも異常な骨隆起を伴っている。

(経過)平成8年11月脛骨骨端部の骨腫瘍切除。

*臨床診断・病理診断について。

★臨床的、病理的に診断はDisplasia epiphysealis hemimericaであると会場から指摘があり、続いて演者から同症についての一般的な考察がなされた。今後の変形や再発については、追加手術の経験はないとの発言があった。

6.

北野病院 長谷川 新

【症例】66歳、男性。(主訴)右ソケイ～大腿部痛。(現病歴)平成8年8月頃より特に誘因なく右大腿部痛出現。近医にて硬膜外ブロック等にて保存的に経過を観察したが症状著変なく、MRI上L4/5のdisc herniationを指摘され、手術目的にて当科受診となった。初診時熱発あり。CRP27.7と上昇していたため、MRI再検。右腰筋部の腫脹硬膜外の膿瘍とも腫瘍ともとれる像があり10/22右腸腰筋膿瘍掻・施行したが、膿と思われるものはなく筋肉の色調も正常であった為、L4/5の硬膜外腔を検索したが、膿腫瘍様組織は見られず癒痕様組織が癒着していた。その際、L4/5の髄核を摘出している。術後症状軽快し退院となったが、直後より症状再発し、MRI上、右腰筋部の腫脹が増大。炎症反応強陽性であった。画像上、悪性リンパ腫も疑われ各種検査にて検索したが、否定的で、症状も抗生剤投与にて軽快した。単純X-Pにては化膿性椎間板炎の像を呈している。現在、右下腿筋力の低下、しびれ以外に明らかな症状は認めない。

*診断について。

*今後の治療方針について。

★血液、画像所見ともに膿瘍性病変の可能性は当初から小さく、感染症として対処すべきではなかったかと発言された。感染の原因として硬膜外ブロックが疑われること、またCRP値、白血球数、赤沈値がこの順を追って変化するので臨床経過を評価する際参考となることなどが指摘された。

<第4部>

座長 廣島 和夫 (国立大阪病院)

7.

濟生会泉尾病院 松岡 孝志

〔症例〕50歳、男性。(主訴)左足関節痛。(現病歴)平成9年1月8日作業中、ハシゴを踏み外して転倒。左足関節を強制背屈された。以後、左足関節痛生じ歩行不能となった。近医受診し、レ線にて左距骨頸部骨折みとめ、シャーレ固定をうけたが疼痛増強し、翌日当科受診した。レ線、Tomeにて骨片転位見られたため、1.10 ORIF 施行した。

(現症)手術は、徒手整復後、cannulated screw を用いて内固定を行った。Screw hole を利用し、レーザードップラー血流測定器を開いて、血流測定を行った。距骨体部には、心拍と同期した良好な血流の存在を認めた。現在術後、2w で casting 中である。

* 距骨頸部骨折における、距骨体部壊死の予測について。

* レーザードップラー血流測定器の整形外科領域での臨床応用について。

★ レーザードップラー血流測定器を用いて、骨組織内の血流量を測定し、avascular necrosis の予測を試みた報告。侵襲性検査のため、ORIF 時に施行する必要があるが、MRI や骨 scintigraphy と異なり、受傷直後に評価できる特徴がある。Hawkins type2 の距骨頸部骨折の ORIF 時に距骨体部で測定したが、正常の血流量を示したので、本症例では、距骨壊死は生じないと予測された。受傷後まだ日が浅いので、最終結果は出ていない。なお、近隣地区であれば、泉尾病院整形外科河野譲治先生まで連絡すれば、本器を借用できるとのことです。

8. 肩甲骨鎖骨骨折後に異所性化骨を生じた一例

住友病院 宮崎 忠勝

〔症例〕49歳、男性。(主訴)右肩痛。右肩関節拘縮。(現病歴)平成7年12月21日作業中受傷。右鎖骨骨折、右肩甲骨骨折と診断をうけ保存治療す。平成8年2月骨折は治癒、疼痛消失するも同年3月より右肩運動痛・拘縮を生じ、当科受診。右鎖骨・肩甲骨骨折後異所性化骨と診断。手術目的にて入院となる。

(現症)右肩関節は90°外転、90°外施で疼痛を生じる。3D-CTにて鎖骨骨折部より肩甲骨頸部へ連続した異所性化骨を認めた。これに対し化骨切除、肩峰形成術を施行した。術後5ヵ月経過した現在、可動域は右肩屈曲180°、外転180°、外施20°で疼痛認めない。X-P上の異所性化骨の再発も認めない。

* 術前の右肩関節の可動域制限の原因は？

* 鎖骨骨折部より肩甲骨頸部の間に連続して異所性化骨を生じた原因は？

★ 論点は、1) 異所性骨化の原因・誘因は何か、2) 肩関節可動域制限の生じたメカニズムは何か、の2つであった。鎖骨骨折後の鎖骨-烏口突起間の異所性骨化の報告例は全くなく、また手術所見でもこの原因を示唆する所見は得られなかった、とのことである。骨膜剝離状況や骨髄出血に起因する骨誘導などが関与しているのかも分からない。可動域制限については、scapulo-humeral rhythmがブロックされていること・異所性化骨による胸骨に対する鎖骨の回旋挙上障害の存在などが原因となっているのであろうと推測された。

<第5部>

座長 北野 公造 (済生会中津病院)

9. (当日症例1)

協和会共立病院 山崎 敏之

★8歳、女児：白蓋骨髄炎？

安静、抗生物質には良く反応。

関節穿刺、病巣穿刺が行われていないため起炎菌は確認されていない。

関節炎所見が少ないまれな症例、再燃があれば、白血病等なども考慮すべきか。

10. (当日症例2)

北野病院 田中 康之

★74歳、女性：大腿頸部骨折、Th₁₁, 12 圧迫骨折。

Th₁₁; MRI, T₁: high, T₂: iso.

Th₁₂; MRI, T₁: low, T₂: low.

病的骨折の可能性の有無について、

tumor-marker の check、生検が必要。

<第6部>

特別講演

座長 北野 公造 (済生会中津病院)

【スポーツと腰痛】

兵庫医科大学 整形外科 教授 圓尾宗司 先生

日整会教育研修会認定 (N又はS) 1単位

第13回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日：平成9年8月2日(土) 14:30～18:00

場 所：参天製薬(株) 5階 センチュリーホール

<第1部>

座長 服部 良治 (大阪臨床整形外科医会)

1.

住友病院 町田 明敏

[症例] 77歳、女性。(主訴)左膝不安定感。(現病歴)両膝変形性股関節症に対し、平成3年1月右TKR、同年3月左TKR施行した。平成4年10月頃より、左膝不安定感を認め、レントゲンにて脛骨の後方への脱臼を認め、平成9年4月左膝 femoral component を後方安定型にHDPinsertを8mmから10mmへ変更する手術施行した。術中所見では、HDP, tibial compone の wear、メタロシスを認めた。術後2ヵ月の同年6月より、時おりクリックとともに脛骨が後方へ亜脱臼するようになった。パーキンソン病を合併。

(現症)術後3ヵ月の現在、現症は以下のごとくである。歩行:T-cane の歩行が可能だが、やや不安定。左膝屈曲30°での外反ストレステストは強陽性、後方への不安定性を認める。

可動域：屈曲90°、伸展0°

左膝関節周囲筋力は MMT で 4⁺レベル。

*最初の TKR が破損し、脱臼した原因。

*・再 TKR 後の亜脱臼の原因。

・再 TKR の手術に問題はなかったか。

*今後の加療

・再々手術 (MCL 再建、insert の厚み?)

・リハビリ

★パーキンソン病を合併する 77 歳女性、両側 OA に対し TKR を施行した。術後 1 年半で左側が脛骨後方脱臼を生じた。初回術後 6 年目に再置換術を行ったが再び 2 ヶ月後に同様の亜脱臼を生じた。この症例報告に対し、次の問題点が論議された。

1) 初回 TKR 後早期に脱臼、インプラント破損の生じた原因は?

2) TKR を施行したにもかかわらず、再び早期に亜脱臼を生じた原因は?

3) 再々手術を含め今後の治療法は?

種々に問題点が指摘されたが、発表者側より 1)、2) に関しては、初回手術時、PCL 切離 ACL 広範剝離を行ったため術後著明な膝不安定性が出現し、その結果コンポーネントの wear やメタロシスが生じ、脱臼に至ったものであろう。特に筋力や筋持久力に問題のある症例に対しては PCL、ACL を温存する手術法を選択すべきであったとの反省が述べられた。3) に対しては、既存コンポーネントの破損もなく補装具を用い、リハを中心に保存的治療が適当であろうとの見解に至った。

2.

国立大阪病院 星 学

【症例】63 歳、男性。(主訴)両股部痛。(現病歴)平成 7 年 1 月頃より急激に左股部痛増強してきた。平成 8 年 9 月に右股部痛も出現。平成 9 年 2 月当科受診。レントゲンにて両大腿骨頭壊死を疑うも、血清 Ca、P の低下を認め、骨軟化症が疑われた。平成 9 年 4 月 2 日腸骨生検術施行。平成 9 年 7 月 4 日右 THR 施行した。

(現症)両股部に安静時痛 歩行時痛あり。著明な疼痛性跛行あり。両松葉杖にて約 100 m の歩行が可能である。

可動域 股関節	右	左
屈曲	120	100
外転	5	5
内旋	20	20
外旋	15	10

*骨軟化症で診断してよいのか?

*THR 後の人工関節の耐用年数は他例と比較してどうか。

★両股関節痛を主訴とする 63 歳男性。レ線検査で両大腿骨骨頭壊死を疑ったが、血清 Ca、P の低下を認め、RI でも肋骨など他の部位にも病的骨折を思わせる著明な集積があった。骨生検等精査を行い成人型低リン血症性骨軟化症と診断した。VitD₃ など投与とともに右 THR 施行した。術後経過は良好である。

この症例に対し演者より以下の問題提起があった。

1) 診断は骨軟化症としてよいか

2) THR 後の人工関節の耐用年数は他例と比較してどうか
意見交換の結果、

1) 診断はその通りでよいであろう。

2) 耐用年数についてのフロアーからのコメントはなかったがこの症例にはセメントレスより、セメント施用による THR の方がよかったのではないかと意見が出された。

3.

済生会中津病院 安並 敏哉

【症例】47歳、男性。（主訴）右手筋弱力。（現病歴）5月20日めまい、嘔吐があり、近医に入院。右手のしびれもあり、頭部MRI、血管造影、頸椎MRI行っても異常なし。6月5日退院後も右手の筋弱力が続いたため、当科を受診した。

（現症）母指球が萎縮し、pinch不能。それ以外の部位に、筋力低下は見られず、知覚異常も見られない。手根管症候群を疑い、伝導試験を行ったところ、母指球からM波は導出されなかった。一方、示指や中指のSCVは正常であった。

*通常の手根管症候群は知覚異常を伴い、伝導試験でもM波よりもSCVに早期に異常が出るのが普通だと思います。本例は、解剖学的には母指球筋々枝のみの症状です。筋枝の破格でもあるのでしょうか。また、その他に考えられる疾患はあるのでしょうか。ご意見を聞かせて頂きたいと思っています。

★右手のシビレ感と右母指運動障害を訴える47歳男性。頭部、頸椎の検査に異常なし。右母指球の筋萎縮とchip pinchの障害がある。手根管症候群を疑い伝導試験等検査を行うも確定診断に至らなかった。

手術時所見では手根管内に正中神経を圧迫する所見なく、さらに手梢部に追求しても神経走行、分枝にも特に異常は認められなかった。

フロアーからの質問に対し、筋生検を行ってみるべきではなかった、神経鞘を開放して圧痕の有無を確認すべきではなかったかなどの御意見の他、テイネル徴候の有無、今後の術後経過を教えてくださいなどのコメントがあった。

本症例は障害部位は確定出来ないが、短母指外転筋へのmotor branchのみの障害と考えられるとの結論に至った。

<第2部>

座長 北野 公造（済生会中津病院）

4.

北野病院 石田 文明

【症例】77歳、女性。（主訴）左足痛。（現病歴）数年来の足趾の変形。

（現症）左第1趾外反母趾、第2趾claw toeを呈しており、靴をはいての歩行では、第2趾PIP背側に胼胝形成された所が痛く、短時間しか歩行できない。

*疼痛は第2趾のみですが、第1趾にも処置を加えるべきかどうか、御教授下さい。

★第2足趾背側の胼胝の痛みに対する手術療法について—

外反母趾の矯正と第2足趾の中足骨での短縮骨切、さらに第3足趾の中足骨での短縮骨切も必要。

5.

北野病院 伊藤 秀夫

〔症例〕56歳、女性。(主訴)右足関節痛。(現病歴)昭和54年4月慢性関節リウマチにて内科で治療開始。昭和60年atlanto-axial arthrodesis、平成5年右股人工骨、平成8年左TKA施行。平成8年末頃より足関節痛出現。

(現症)歩行時著明な足関節痛、レ線上下右足関節の変形性変化著明。

*慢性関節リウマチに対する足関節固定術の適応、他の治療法等御教授お願いします。

★足関節固定術の適応についてー

両側であれば片側は人工関節で可動域の確保、片側では関節固定。

この症例では扁平足もあり、3関節固定がよい。

6.

住友病院 山本 健吾

〔症例1〕55歳、男性。(主訴)右先天性内反足。(現病歴)治療歴なし。10年来、慢性関節リウマチ(RA)あり、RAによる左扁平足変形に対して足挿板にて加療中。

〔症例2〕62歳、女性。(主訴)左先天性内反足。(現病歴)治療歴なし。右変形性股関節症にて加療中。最近左足痛増強し、歩行困難となった。

(現症)症例1)、2)とも患肢に尖足、前足部内転、後足部内反変形を認める。症例1)は患肢に疼痛訴えず。症例2)は左足関節側方動揺性のために疼痛、歩容異常あり。

*成人内反足の治療と予後。

★成人内反足；尖足、前足部内転、後足部内反の矯正についてー

・痛みがあれば足根管神経剥離、内側皮膚のtissue-expanderの使用などによるpantalar arthrodesis

・前足部、後足部の骨切を行い、Ilizarovによる矯正

・“成人内反足”の手術による矯正は極めて難しい

<第3部>

座長 梁瀬 義章(北野病院)

7.

大阪市立総合医療センター 辻尾 唯雄

〔症例〕10歳、男性。(主訴)左足関節外傷後変形。(現病歴)平成8年3月20日交通外傷、#1右下腿開放性骨折、#2左下腿外側から、左足部外側にかけての皮膚、外果欠損。同日、#1に対して創外固定。#2に対して広背筋皮弁移植を施行。2週後、左足部皮膚欠損に対して、分層植皮施行。5月頃より、左足関節、装具、装着して、荷重開始していたところ、外果欠損により、外反変形を生じてきた。

(現症)左足関節、骨端様欠損を伴う。外果欠損により、距骨の外方変移、脛骨遠位端の外傾。

・前脛骨筋腱欠損による、足部の内反。平成9年6月30日にOP施行。脛骨遠位部内反骨切、腓骨による外果再建、前脛骨筋腱移行、イリザロフ創外固定。

*小児の骨端線を伴う外果欠損に対して、上記手術施行しましたが、今後の問題点は？

★交通外傷による両側下腿外傷例

左下腿が外側から足部外側の皮膚欠損と外果欠損に対し、広背筋皮弁と遊離植皮で創閉鎖がなさ

れた。2ヵ月後より徐々に足関節の外反変形が生じ、1年後距骨の外方偏位と天蓋角97度となったことに対する治療法について討議された。

北野先生より Ilizarov 法で矯正を試みてはとの意見があり、石田先生も同様の意見であった。高倉先生より最初に腓骨遠位端を脛骨と癒合させておけば良かったのではないかとのコメントをいただいた。いずれにしても、難しい開放損傷を上手に創閉鎖がなされた症例であった。

8.

北野病院 大江 久之

〔症例〕67歳、女性。(主訴)両足関節痛。(現病歴)平成9年5月10日、歩行時に誘因なく、両足関節痛が出現した。放置するも、歩行時痛が消失しないため、5月15日に当科受診となる。

(現症)両足関節前面に軽度圧痛を認めるものの、可動域制限や運動時痛はない。腫脹や局所熱感も認めない。足関節の動揺性も認めない。単純X線像にて軽度の変形性足関節症変化を認める。MRI 検査にて両距骨滑車の内側上部に T₁にて低信号 T₂にて高信号を示す離断性骨軟骨炎様変化が存在した。

*この症例の診断について。

*治療方針についてご教示ください。

★67歳女性の両足関節痛例

診断は両側距骨の離断性骨軟骨炎で異論はなかったが、治療法では西塔先生は痛みが大したことなければ、保存的治療でよいのではないかとの意見であった。北野先生は保存的にみる場合と、内果をV字型に切って進入し、骨移植する場合もあるとのことであった。高倉先生は本例はBraddy分類の亜型Ⅱbであるので手術的治療を勧められた。内果を骨切りし、ドリリングと滑膜切除を勧められた。50歳以上の症例は38例くらい経験されているとのことであった。痛みは随伴する滑膜炎によるため、保存的治療をする場合は outer wedge の足底板と局麻にステロイドを混ぜて関節内注射をすると効果がある場合があるとのことであった。

<第4部>

座長 池田 清 (関西電力病院)

済生会泉尾病院 三橋 浩

9.

〔症例〕32歳、男性。(主訴)右人工足関節置換術後感染。(現病歴)平成2年10月作業中に右足関節を骨折、他医にてORIFを受けた。その後も歩行時痛が持続。外傷後OAの診断のもと前医で平成5年6月TARを施行された。その後1年間は疼痛が消失していたが、平成8年頃より歩行時痛が出現、増悪し当科初診。初診時レントゲン上インプラントのlooseningを著明に認め、次第に進行してきたため平成9年2月5日人工関節抜去、創外固定、持続洗浄術を施行。その際の術中培養で緑膿菌が検出され、以後感染徴候の沈静化を待っている。

(現症)歩行は連続200m程度で、足関節痛が増悪する。ROMは背屈0度、底屈5度。前回手術創より時々浸出液をみとめた。

*前医でのTARの適応は？

*salvage手術のタイミングは？

*その後我々はこの症例に対し6月25日に血管柄付き腓骨を用いた足関節固定術をおこなったがbone transportとの比較によるメリット、デメリットは？

★演者より本例は血管柄付き骨移植により足関節固定を行ったが、化骨延長の可能性も考察され、また TAR の適応については年齢的に問題があったとされた。

高倉先生より発言をいただき、足関節固定の際の血管柄付き腓骨移植は血管吻合をせずに移動させることも可能であると教唆された。

10.

大阪北通信病院 森竹 財三

〔症例〕66歳、男性。(主訴)右足腫瘍。(現病歴)昭和57年より塵肺にて健診を受けていた。家族歴は特記すべき事なし。平成5年頃に右足第Ⅲ趾MP関節付近の腫脹に気付くも、症状ないため放置。平成8年6月他院にて穿刺されるも、吸引されず。平成9年9月初診。右足背側に第Ⅲ趾MP関節を中心に約2cmのcystic tumorを触れる。エコーにて内部にhyperechoic massを伴うcystic patternを認めた。平成9年7月再診。

(現症)右足前足部に足背から足底に広がる約3×5cmのcysticな部分とelasticな部分が混在するsoft tumorを触れた。発赤、熱感、圧痛などは認めず、皮膚との癒着はなかった。XP上、第3中足骨に病的骨折を認める。

* 診断について

* 治療方針について

★演者より生検による組織像が示されたが、細胞成分の極めて少ない線維性ないし壊死性部分のみの標本であり診断がつかないとされた。

国立大阪病院青木先生より、臨床診断としては腱鞘巨細胞腫のほか結核、PVS、滑膜肉腫などが疑われる。治療方針検討の前に組織診断が下されねばならないと発言された。

高倉先生より、切除範囲が第2中足骨に及べば外反母趾、Lisfranc関節まで及べば尖足変形が予測されるので対処が必要と示唆された。

<第5部>

特別読演

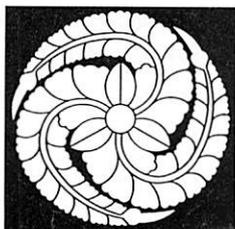
座長 西塔 進 (住友病院)

『後足部変形の病態と治療』—関節リウマチを含む—

奈良県立医科大学整形外科 助教授 高倉義典 先生

日整会教育研修会認定 (N又はR) 1 単位

日本リウマチ財団教育研修 0.5 単位



藤(ふじ)

藤が古くからわが国民に愛せられたことは、わが古典文学の中にも多く顔を出していることでも明らかである。奈良時代すでに文様として用いられ、平安朝に至ると衣服の文様に競ってこれが用いられたものである。藤紋を家紋とするものは多い。公家では九条、二条、一条、醍醐、富小路家などが下藤丸、正新町が左藤巴、裏辻が右藤巴ですべて藤原氏出。藤原氏の嫡流である近衛、鷹司などの摂関家は用いていない。藤井、藤林、伊藤、佐藤など名字に藤がつくものが、記念的意義からこれを用いたものも多い。

第20回(平成8年度)大阪府医師会医学会総会

Closing wedge osteotomyによる外反母趾手術症例の検討
〔医学研究奨励費助成研究〕

大阪臨床整形外科医会 堀 木 篤
早 石 雅 宥

〔はじめに〕

外反母趾による愁訴に対し、保存的には装具や靴の工夫、運動療法などがあるが、疼痛や変形高度の症例には手術的治療が必要となる。今まで多くの手術法が報告されているが、その適応と術式についてはいまだ議論のあるところである。外反母趾角(HV角)は第1～2中足骨間角(M₁M₂角)と強い関係があるとされ、M₁M₂角を矯正するclosing wedge osteotomyは理にかなった手術法と言える。われわれはこの手術法を用いて治療した症例について検討したので報告する。

〔対象ならびに方法〕

1988年から1996年までに手術した症例は男2例、女14例、計16例(28足)である。うち6カ月以上経過し調査できた症例は12例(21足)であり、平均年齢は49.7歳であった。平均経過年数は2年8カ月である。手術方法は第1中足骨基部で20度～30度のwedge osteotomyをおこなう。必要に応じ、bunion切除、神経剥離、骨棘切除、腱形成をおこなった。(図) 臨床的評価として、1)整容面を含めた満足度、2)胼胝の有無、3)足痛などを調査した。X線学的評価は、1)HV角、2)M₁M₂



角、3)第2中足骨長に対する第1中足骨長比を計測した。さらに総合評価としてGlynnの評価基準を用いた。

〔結果〕

X線学的評価、術前HV角とM₁M₂角の間には高い相関を認めた。相関係数(Pearson)0.6882、P<0.0001、HV角と第1、2中足骨長比の間では相関は高くなかった。相関係数(Pearson)0.1903 P<0.2106 HV角についてみると、術前平均38.4度が術後平均19.8度と改善し、M₁M₂角は術前平均15.7度が術後平均8.8度となった。骨長比は92.6%が76.4%と減少した。

手術所見の中で、dorsal digital nerveの異常(肥大、扁平、癒着)を29例中14例に認め、外反母趾痛の一因になると思われた。臨床症状についてみると、整容面での不満足例はなく、術後足痛を認めたのが21足中2足、新しい胼胝形成を3足に認めた。(表1) 総合的評価としてのGlynnの評価基準ではexcellent 12足、good 6足、unsatisfactory 3足であった。

手術方法



- ① 第1中足骨
- Wedge
- osteotomy(20~30°)
- ② neurolysis
- ③ bunion切除
- ④ osteophyte切除
- ⑤ 軟部組織のrelease

〔結語〕

closing wedge osteotomy は、HV角と相関の
高いM1M2角を適確に矯正でき、第1中足骨
の短縮により、内転筋への侵襲を必要としな
い利点のある有用な手術方法を考えられた。

表1. 成績：(自覚症状)

1	痛み	歩くとき痛む	1足
		靴をはくと痛む	
		寒いときに痛む	1足
		安静時でも痛む	
2	靴	痛くない	19足
		普通の靴がはける	21足
		はげない	
3	胼胝	ハイヒールがはける	2足
		はげない	
		無くなった	2足
4	変形	新しい胼胝ができた	3足
		前と変わらない	5足
		良くなった	21足
		前と変わらない	
手術		受けてよかった	21足
		まあまあである	0足
		しないほうがよかった	0足

誌上勉強会

第21回(平成9年度)大阪府医師会医学会総会

上肢腫瘍～手術症例の検討～

大阪臨床整形外科医会 堀 木 篤
早 石 雅 宥

〔対象ならびに方法〕

1976年から1997年までの間、手術した上
肢腫瘍255例について腫瘍の種類、性別差、
年齢差、発生部位について検討した。同一患
者で2つの腫瘍を有した者が2名あり、患者
の内訳は男117名、女136名である。



表1に示す。軟部腫瘍は233例で内5例は悪性腫瘍であった。一番多かったのがガングリオン78例(33%)、次いで血管腫、腱鞘巨細胞腫の順となる。骨腫瘍は22例に認め、内軟骨腫が11例(50%)に認められた。悪性腫瘍は角化扁平上皮癌3例、ボーエン病表皮内癌1例、表層性悪性黒色腫1例で、いずれも手に原発した。手術的に切除、植皮術をおこなったが再発例はなかった。性別との関係では、グロムス腫瘍と腱鞘巨細胞腫が女性に有意に認められ($P < 0.05$)、血管腫はや、有意であった($P < 0.1$) (表2)。年齢との関係では、腱鞘巨細胞腫は男性では平均年齢が46.7歳であるのに対し、女性では35.2歳と年齢が低く、また血管腫についても男性49.8歳に比べ、女性が35.4歳と低かった。他の腫瘍では

年齢差にひらきは少なかった。発生部位との関係では、軟部腫瘍233例中187例(80.7%)が手に発生し、前腕34例、上腕12例となった。なかでも腱鞘巨細胞腫およびグロムス腫瘍は全例手に発生した。骨腫瘍22例中20例(90.1%)が手に発生した。内軟骨腫11例すべて手に発生した。グロムス腫瘍は特徴的な痛みをもつ腫瘍とされているが、見過ごされる例も多く、われわれの場合手術までに要した平均経過年数は7年と長かった。また18例中15例が中指爪部に発生しており興味深い。

【結語】

上肢腫瘍255例について、分類、性別差、年齢差、発生部位等について検討し興味ある知見を得た。

表1 腫瘍内訳(255例)

	軟部腫瘍(233例)			骨腫瘍(22例)				
		♂	♀		♂	♀		
良 性	ガングリオン	78	31	47	内軟骨腫	11	7	4
	血管腫	30	12	18	骨軟骨腫	5	3	2
	腱鞘巨細胞腫	25	10	15	骨嚢腫	3	3	0
	脂肪腫	20	11	9	軟骨腫	2	1	1
	グロムス腫瘍	18	3	15	骨巨細胞腫	1	1	0
	類上皮嚢腫	17	11	6				
	神経鞘腫	13	6	7				
	繊維腫	13	8	5				
	扁平上皮乳頭腫	4	2	2				
	石灰上皮腫	4	3	1				
	血管平滑筋腫	3	2	1				
	神経繊維腫症	1	1	0				
	組織球種	1	0	1				
	リンパ管腫	1	0	1				
	悪 性	角化扁平上皮癌	3	1	2			
ボーエン病表皮内癌		1	1	0				
表層性悪性黒色腫		1	0	1				

表2 性別と腫瘍

	良性軟部腫瘍		
	男	女	合計
ガングリオン	31	47	78
血管腫	12	18	30
GCT	11	15	26
脂肪腫	11	9	20
グロムス腫瘍	3	15	18
アテローム	11	6	17
その他	22	18	40

+ $p < 0.1$ * $p < 0.05$

第13回淀川整形外科懇話会をお世話して

淀川区 福井整形外科 福井 宏 宥

第2報

毎年3月と9月の第2週の土曜日に関西文化サロンにて、淀川区、東淀川区、西淀川区の開業されていたり、病院にお勤めの先生方や、各地区の大学で整形外科学教室に居られた先生方に集まって戴き、地域の患者さんの為の意見交換に、講演会や、症例検討会を中心にっております。

東淀川区で新しく開業された喜多クリニックの喜多先生のご紹介で今回は淀川キリスト教病院に新しく就任された高見勝次先生に腫瘍に関してのスライドを各先生方に御教示して戴きました。開業医には時々落とし穴のように陥る腫瘍の診断と治療に関してくわしく御講演して戴きました。次の日からの患者さんへの治療や診断に役に立つことと思われまます。今回も関西文化サロンで、開催することができました。定期の講演会は、淀川キリスト教病院の高見勝次整形外科部長

昭和49年 大阪市大 卒業、

国立大阪病院 研修医、

51 大阪市大 大学院

55 同 卒業

昭和60年4月 大阪市大 整形外科 助手

平成7年1月 大阪市大 講師

平成9年7月 淀川キリスト教病院 整形外科勤務

が新しく部長になられた。

病理や化学療法に関しても詳しく教えて戴きました。

これまででは腫瘍に関しては、詳しい先生方が少なかったので、地域の先生方にも参考になることと思います。

続いて十三市民病院の伊藤先生（O C O Aの伊藤元会長の御子息）から関連の腫瘍の症例の数例の供覧が御座いまして、さらに掘り



下げて理解を感じていました。知識を深めることができました。続いて西淀病院の寺沢先生から、股関節の大腿骨頸部骨折の内側と外側について、たいへん高齢の方の手術例を提出して戴きました。

人工骨頭を骨セメントを使用せず、早期離床に心がけているとのことでした。

O C O Aや大阪症例検討会の理事もされよく出ておられる浜田先生から参考になる御指導を戴きました。全体的な骨腫瘍についての約1時間の分類を通じてのくわしい御教示が御座いました。西淀病院の寺沢先生から約95例の多数の大腿骨頸部骨折のスライドを用いての御報告が御座いました。きわめて高齢の患者の内側、外側に分けての奨励が供覧され、それらに対して大阪臨床整形外科医会の浜田理事等からアドバイスがなされました。

症 例

1. 十三市民病院 67才 女 仙骨部の石灰化・仙骨部の軽い痛みから腰痛、神経学的症状は無く、50才結核の既往あり、30才で、外妊のO P E、bone infarctionにて3ヶ月から半年経過観察、塚本で御開業の斎藤D rからは御専門のE M Gの所見を交えて肩の挙上を制限を来たした症例が股関節にも運動制限を来たした例の検討をいた

しました。

2. 48才 男 腫瘍 5、6年前から
3. 63才 女 RA
4. 斎藤整形外科 82才 男 Lumbago と ISCHIAS 独歩困難 関注
5. 特発性骨頭壊死 P V S ankylosing に近い avascular necrosis
6. 74才 女 右手があがらなくなって neurogenic と疑われた方の歩行不能 免荷 関注等に対して

近くで御開業の喜多先生と浜田先生とは症例検討会の後でも自然にお互いにご挨拶がされ和やかに懇談されていました。開業して間のない喜多先生も近くの浜田先生とも自然にご挨拶され、地域の患者さんにもプラスになることと思います。地域の患者さんに対しても、協力して行かれる地域の多くの先生の融和を図り、ひいては地域の患者さんの福祉厚生に努力していきたいと思ひます。参加していただく先生方には、御迷惑をおかけしげばなしですが、これからも、ご協力よろしくお願ひいたします。

十三市民病院の河田先生や、御経験の深い浜田先生たちのご協力のおかげと感謝しております。これからも地域の患者さんに貢献できるように地域の Dr の皆様と頑張っていきたいと思ひます。

大阪大学
大阪市立大学
大阪医科大学
関西医科大学

近畿大学等の在阪5大学を中心にいろんな大学の先生方の御意見を聞くことができ、有意義な会に発展していきたいと思ひます。

各種の方向の多方面の研究や、豊富な御経験をザックバランにお聞きすることができ、有意義と思ひます。

fibro-cortical defect
non-ossifying osteoma
Pancoast tumor
P V N S

温熱療法に関しても話題提供されました。

20周年の記念すべき大阪臨床整形外科医会雑誌にこのような文章で載せて頂けるのも、三橋元会長や堀木元会長や理事の皆様のご協力のおかげです。

これからも続けて行って30周年、35周年へと続けて行きたいとおもいます。

医療と倫理についてもいろんな意見が出ました。最近、安田病院を始め、医療の倫理についてよく云々されております。私が思いますのに、安田病院の件は、阪大という、行政の枠の中に、大阪大学という医学部の人々が、深く関わりをもっている事も一つの問題だと思ひられます。区役所や保健所の単位では、それほどでないことがやはり、府や国という行政の中には、深く各階層に同期をも含め、多数の人々が入りこんでいます。上を含め・副知事、理事を含め、当然、大きな権限を有している人々が、各主要なポストにいるようです。大阪府下では、やはり、5大学がある訳ですから、その人数割りにしたがって配分すべきではないかと考えます。

日美整形の件に関しては、神戸大学の医学部の内科のDrとのことですが、やはり各分野で、check 機構が働くように各種学会、並びに、研究会等、とくにO C O Aの様に開業医の団体も力をつけるべきだと思ひます。

オウムに関しては、宗教の中にも相互監視の機構が必要で、政治家、各大学にも全体的社会を見据えた、長老的人物の存在—それが政治家ということなのでしょうが、社会をリードし、哲学的、社会的行動（パフォーマンス）をすべきと思ひます。

ジャーナリズムもそのことを十分に自覚し、世のト托として振る舞うべきです。世の中に、社会病理学的問題も次第に盛んになってきており、そういう問題をきちんと討議する場も必要でしょう。TVだけで無く、このような文章化された紙面も必要と思ひます。乱筆乱文お許しください。

3 S, sex, speed, shop が、爛熟した世に

は、平安、平成の中から生まれた衰退に結びつくことのないように、世の中の健全な成長を期待します。

医師の副業について

1. 院外薬局
2. 駐車場
3. マンション
4. 食堂

医療とは何か、区切りをつけること、インフレからデフレの時代へと社会情勢は変化、土地神話の崩壊とか医師及び、医療を取り巻く環境はきわめて厳しい、このようなときこそ、攻めの経営を見ださねばなりません。それには本業から派生した。院外薬局の検討や、拡販のために、種々の老人ホーム、社保協、団体への特徴的なアプローチが必要です。

JCOA, OCOAも整形外科医の個別の利益を守るための種々の機能をつけていくことが必要と思われま

す。各種委員会も次第に内容が変質していくと思いますが、最初の趣旨に立ち戻って、今現在何ができるかを考えるときと思います。

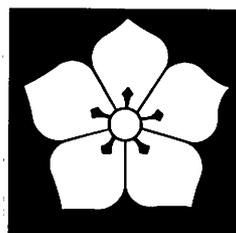
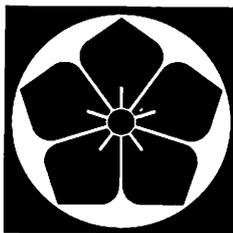
まだまだ若く、時代の要求の大きい整形外科が、各種医療類似行為に世界を侵食されるか、内科にRAを、スポーツを外科にと存在価値を下げていくか、リハビリテーションに代表されるように、治療に始まる時期から、最後のところまで、全てを管理していくかとおもわれます。

院外薬局に対しても、大阪大学を始めとして、中小の病院や、ほとんどの診療所でもたくさんの院外処方箋が発行されていますが、門前薬局を始めとして、多く開設して行っていますが、実際には患者さんにとっては、薬品やいろんな相談に乗ってもらえず、20から100軒のところでも、1軒ぐらいしか、キッチンとした詳しい説明をしてもらえず、ガスター10に見られるようにすごい宣伝をしても、いろんな問題が出ているそうです。そのようなことを埋めるには地域の各先生方の連携を深めることが大事だと思います。見かけの点数や収入増だけで無く本当の地域の患者へのサービスを考えるべきでしょう。大学や中小の病院の紹介状やその関係も、病診だけで無く、診診の協力関係を組み立てていくことが大事でしょう。それによって大事で十分な相談をしていくことができるでしょう。とおもいます。

院外薬局や院外処方箋は高くつきますし、遠方まで歩いて行ったり、整形外科では特に、体の不自由なかにワザワザ負担を掛けることになりまし、避けるべきだと思います。院内薬局を利用して組みこんで行くべきだと思います。

下肢を捻挫した患者さんに湿布を取りにいかせることにどんな意義あるのでしょうか。

などと懇親会の場でもいろんな意見が出て、談論風発でした。



桔梗(ききょう)

天正十年(1582)六月、明智日向守光秀が本能寺に主君織田信長を襲ったとき、信長の愛童森蘭丸は、暁闇にざわめく時ならぬ軍勢を見て、「水色桔梗の旗印、日向守謀反と覚えたり!」と、まだ深い眠りにおちている信長に注進する。史上悪名高い明智光秀の家紋は水色桔梗であった。もともと明智は美濃の土岐氏の支流、土岐氏の祖先が、路傍に咲いた桔梗の一輪を、兜に挟んで出陣したところ大勝利を得て、それから土岐氏の紋章になったという。

「むちうち損傷」に葛根湯と桂枝茯苓丸

日本整形外科学会認定医
日本東洋医学会専門医
枚方市 須藤医院々長

須藤 容章

漢方薬を用いるには東洋医学的診断に基づく『証』によって適応を決めて行くべきであると言われており、薬が無効であったり、副作用が生じた場合には『証』が合っていないからだと言われます。そこで私はあまり難しいことを考えずに漢方薬を用いて西洋薬を用いるよりも有効であったと考えられる薬剤についてのべたいと思います。今回は「むちうち損傷」に対する葛根湯と桂枝茯苓丸の合方を取りあげてみました。

症例

S. A. 20歳、男子、大学生。

主訴、頸部痛と前頭部痛。

現病歴、平成7年4月28日、助手席に乗車中、交差点で前方を走行中の自動車が急停車したので、自分達の車が急ブレーキをかけた所へ後続車に追突され頸椎の過伸展を強いられ、更に自分達のが前方車輛に追突したので、頸椎には二重の衝撃が加えられた。受傷直後より激しい頸部痛、項部痛を来とし、次第に前頭部にも疼痛を覚え、首は全く動かすことができなくなったという。

現症、平成7年4月29日本院を受診。

頸椎は疼痛のためあらゆる方向に運動制限があり、第4・5頸椎に圧痛、両胸鎖乳突筋、両前斜角筋、両上腕神経叢にも著明な圧痛が認められ、両上腕二頭筋腱反射は低下していたが、両手指に運動障害、手覚障害は認められなかった。

X線所見では側面像で第4・5椎間で前弯の消失が認められた。

そこでツムラ①：葛根湯7.5gとツムラ②⑤：桂枝茯苓丸7.5gを一日量として三分服するように指示しました、三日間安静臥床していましたが疼痛が次第に軽減してきたので



起き上がるようになり、一週間後には登校するようになり、二週間服薬を続けた後スポーツに復帰することができました。受傷後三年の現在外傷は忘れたかのように一般的な生活を送っております。

「むちうち損傷」は外傷性頸部症候群とも言われ、(1)捻挫型、(2)神経根型、(3)脊髄型、(4)バレー・リュウ型(頸部交感神経型)、(5)心身症等に分類され、薬物療法、理学療法、神経ブロック、手術療法⁽⁴⁾等が行われておりますが漢方療法も有用な手段だと思えます。

この症例に用いられた葛根湯は感冒薬として有名ですが、整形外科的疾患に用いる場合頸部から両肩、両背部にかけての疼痛とこわばりを目標として投与され、特に肩こりに用いられる場合には『証』を考えなくてもよいと言われております⁽³⁾。

一方、桂枝茯苓丸は月経異常や月経痛に対する婦人薬として有名ですが整形外科的領域では打撲や捻挫に用いられ⁽³⁾、内出血やうっ血は東洋医学的には瘀血と言われており、桂枝茯苓丸は血流をすみやかに改善し、症状の改善を早めます。顔面や手足の打撲症に対して本剤を用いますと数日で出血斑は消失し、特に女性に喜ばれます。足関節の捻挫の治療

ではRICE(安静、冷却、圧迫、挙上)の原則に従って治療を行いますが、本剤を併用することにより早期に社会復帰が可能となります。

「むちうち損傷」に対する葛根湯と桂枝茯苓丸の合方使用に関して、林⁵⁾は受傷直後は安静が第一で、初期には桂枝茯苓丸を用い、中期・慢性期に葛根湯を用いるべきだとのべております、私も当初は受傷後2カ月以上経過した症例この合方を用いていましたが有効でありましたので、次第に使用する時期を早めるようになり、現在では受傷当日よりこの合方を用いておりますが経過は良いようです。

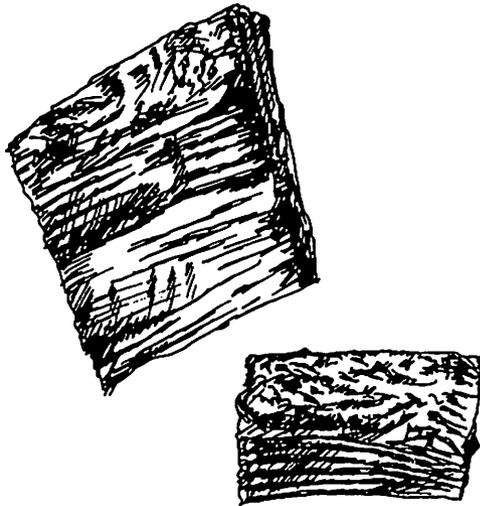
興味もたれた方はどうか追試をしてみてください。消炎・鎮痛剤禁忌の人にも用いることができます。

<文献>

(1)遠藤健司・他：Barré-Lieôu 徴候を合併し

たむち打ち損傷に対する椎骨動脈MRAの検討：日整会誌、72巻、2号、423頁、1998年。

- (2)大塚恭男・他編、安部敬雄：ムチ打ち症：プライマリ・ケアと東洋医学、誠信書房、290頁、1986年。
- (3)水野瑞夫・他：家庭の民間薬・漢方薬、新日本法規、552頁、564頁、1984年。
- (4)須藤容章・他：頸性頭痛に対する頸椎前方固定術の検討：中部整災誌、16巻、1号、156頁、1973年。
- (5)林一郎：むちうち症：漢方保険診療指針：日本東洋医学会編、葛友印刷株式会社、261頁、1993年。
- (6)渡部一幹：鞭打ち損傷に関する5症例、漢方診療、2巻、2号、57頁、1983年。



葛 根

第24回日本臨床整形外科医会研修会（横浜）に参加して

堺市（医）頼整形外科クリニック 頼 功

神奈川県COAによる第24回JCOA研修会が横浜、21世紀に向けての未来都市をめざすウォーターフロント“みなとみらい21”地区にて平成9年9月14、15日の両日を中心に行われた。

学会とは違って肩、肘のはらない、いわばあそびの会で家族も楽しめる、と先輩ご夫婦のかたがたよりのお誘いもあって家内と二人で初めて参加致しました。家内などは、横浜という場所柄、デラックスなホテルでの豪華なディナーにボニージャックスのショーつきということで期待度100%で参加したようです。

「大栈橋に集まろう」を合言葉に基本参加のプログラムが始まり（オプショナルプログラムが9月12、13日に施行）、まず2800トンのロイヤルウィング号にてウェルカムランチクルーズを皮切りに研修会が行われました。大栈橋の集合場所には多くのJCOA会員で一杯で、しかもほとんどがご家族同伴の会員であるのにはびっくり、なるほどこの研修会が学会とはかなり異質のものであることにすぐに悟った。この研修会にお誘いいただいた長田明先生並びに明石武彦先生のご家族一行に合流し、乗船しました。船上では、バイキング料理を囲みながら和気あいあいとお喋りをし、横浜港内の景色をほとんど目もくれないまま一時を楽しみました。

ウェルカムランチクルーズを終えて次のスケジュールである文化講演まで少し時間があつたので講演会場周辺を散策。講演会場であるパシフィコ横浜は国立国際会議場で有名であり、イベントホールがいくつも収容されているコンベンショナル施設である。このパシフィコ横浜から約800m離れたところに日本一の超高層タワーである横浜ランドマークタワーがそびえたっている。“みなとみらい21”の



シンボルとして存在感をあらわしている。そのランドマークタワーに到達するまでの通りに地下二階、地上五階、全長300mの巨大なショッピングモール、クイーンズ・スクウェア横浜が隣接されている。その中のランドマークタワーに通じる通路と言うや、幅が大阪の心斎橋通りの3、4倍であり、吹き抜けのばかでかいショッピング大通りにはとても圧倒されました。数多くの店舗に先輩先生方の奥様、娘さん、そして家内の女性たちの食指がおいに動かされたようでした。

さて、第一日目の文化講演は地元文学者である小山文雄先生による「開国の風景—横浜」というご講演でした。現在NHKで大河ドラマ「徳川慶喜」が放送されておりますが、ドラマの背景がまさに幕末の日本開国の風景であり、横浜港誕生の状況などが描かれており、もう少し早い時期に放送が始まっていたならば、ご講演をもっと興味深く拝聴できていたのではと、ほとんど居眠りをしていた自分をくやんでおります。幕末維新の激動の時代の開国の横浜の風景を裏話を交えてお話になられたようです。

文化講演終了後、隣のヨコハマグランドインターコンティネンタルホテルの3Fボールルームにおいて懇親会が行われました。メイ

ンホールに参加者全員が入りきれず、やむなく東京と地元神奈川県が別室着席にてテレビをみながらの会食となってしまったとのことで、開催者側のご苦勞を察せられる。参加者総数がおよそ600名。JCOAの正会員がおよそ4600名であり、その1割の会員が研修会に参加するとなれば、随伴されるご家族を含めておよそ900名強の参加者が見込まれる。これだけの参加者を収容できる懇親会場を確保するという事は非常に大変なことであると余計な心配をしながら、つぎつぎと出てくるデリシャスなフランス料理と美味しいワインに十分堪能しました。アトラクションのボニージャクスの素晴らしい歌とお喋りにも大変楽しむことができました。以前にもまして年齢の深みを感じさせ、なおかつまだ衰えを知らない声量と素晴らしいハーモニーにしばし時を忘れるほど聞き入っていました。懇親会終了後、OCOAからの参加者だけの二次会、カラオケ会に参加させていただきました。会には20数名のかたがたが参加されていましたが、ほとんどOCOAの理事の方ばかりで少し緊張しました。しかし普段では滅多に聞けそうにない堀木篤先生を始め理事の先生方の喉を披露していただきました。20数年間お付き合い、ご指導をいただいている大先輩である長田明先生のうたも今回初めて聞かせていただき、大いに感激しまし

た。圧巻は河合秀郎先生のパフォーマンスであります。関西のお笑い人に負けない、先生独特の、絶妙なシャベクリで二次会を仕切っていただき、仕上げがシャ乱Qのヒットソング（いいわけ？）の歌と踊りである。しかも途中から闖入された河村都容市先生とのハデな振り付けと歌の掛け合いには抱腹絶倒、とりわけ女性たちにバカウケで、夜の更けるのも忘れるくらい大いに盛り上がりました。

さて研修会第二日目は研修講演2題、腰野富久横浜市立大学教授による「膝蓋骨をめぐるスポーツ障害」と養老孟司東京大学名誉教授・北里大学教授による「運動器とはなにか」が行われた。このあと、さよなら昼食会がおこなわれたようであるが、我々3家族のパーティーは研修講演Ⅱの半ばで会場をあとにして我々だけの昼食会をするため、長田先生のお嬢さんのおすすめのレストランに直行しました。ご一緒させていただいた長田先生ならびに明石先生のお嬢さんお二人の明るく、健康的でかつ、さわやかな元気に接することができ、私ども夫婦にとってとても楽しい旅になりました。このたびの研修会にお誘いいただいた長田先生ご夫妻ならびに明石先生ご夫妻に大変感謝しております。また、このたびの有意義な横浜でのひとときを提供いただいた神奈川県COAの諸先生に深く感謝します。



第24回 JCOA親善ゴルフ大会(神奈川)に出席して

COA理事 河村都容市

今回の神奈川大会は、プレーの日が土曜日なので2日間の休診は小生には経営上非常に痛手となるため不参加と決めていたところ、丹羽権平理事からお誘いがかかり、以前丹羽理事から大枚の「お小遣い」を頂いているため断りきれず参加することとなった。丹羽理事はゴルフの「チョコレート(お小遣い)」が大好きで、何が何でもその「チョコレート」を取るという大望を持っておられ、そのためにはお歳も考えず毎土曜日に豊中から富田林のPL教団まで練習に通っている程の熱の入れ様である。その情熱の甲斐あって、腕前もシングルクラスに近づきつつあるようである?今回大阪組でラウンドしたいから(もちろん「チョコレート」のため)4人でまわれるように誰かをお誘いしろとのこと、早速孫瑠権理事と古賀教一郎理事にお願いした次第である。



金曜日の大雨の夜、ホテル大箱根に集まる。明日の「チョコレート」を考え、酒と肉シャブでエネルギーを貯める。もちろん Dutch count だから丹羽理事はお酒を飲まない分、お肉を沢山食べていた。

9月13日(土)、大箱根C.Cに於いて親善ゴルフ大会が行われた。参加者は組合せ表(1)の通りで、47都道府県中1府10件の僅か29名であった。余りの少なさにJCOAの将来に危惧をおぼえる。昨

夜の大雨が嘘のように良い天気になり、高原独特の朝霧が心地良かった。まずは「天の運」に恵まれたわけだ。8時21分アウトとインに分かれスタートした。丹羽理事は腰と膝に昔歩兵が愛用していた Bandage を巻きつけていた。柔道四段の後遺症か加齢のためかは知らないが、とても身障者とは思えない、理に適った豪快なスイングをしている。野武士を思い出した。古賀理事はというと、実に個性的で他の追随を許さないスタイルだ。クラブフェイスは自分に向けているかの如くにド・フックに構え、円とは云い難いスイングでボールをつかまえている。強烈な印象だったので、自分の打順の時に図らずも思い出ミスショットをしてしまった。孫理事はというと、野球をしていたためかボールを打つことに関しては名人芸である。down blow に打っておられる。惜しいかなドライバーも同じ打ち方だから距離が思った程出ていない。今回、3人から3様の影響を受け、どうしても集中ができなかった。「人の運」に恵まれ過ぎてしまった?ボビー・ジョーンズ(米)の“Down the Fair Way”を心掛けることが出来ず、ボールはラインの悪い所に止まっていることが多かった。「地の運」にも恵まれなかったことになる。

コンペの結果は別表2の通りで、奇しくも丹羽、孫、小生の3人は同じ「7.6」のHDCになっていた。「チョコレート」は丹羽理事が一番沢山もらったわ

表1. 組み合わせ表

OUT		1組		2組		3組		4組	
○横坪宏之	○愛	○鏡持政男	○神奈川	○末仲晃	○静岡	○古賀教一郎	○大阪	○丹羽権平	○孫瑠権
○兼山兼山	○敦	○鏡持優子	○吉井新一	○末仲芳	○岡山義雄	○河村都容市			
○兼山康美		○石黒隆							

IN		1組		2組		3組		4組	
○安間敏男	○福井	○寺下浩彰	○和歌山	○田中義之	○兵庫	○岡崎純二	○大阪	○安間令子	○森清
○森清	○森山起子	○寺下美紀子	○安土忠義	○嘉本崇也	○萩原一輝	○霜礼次郎	○千代	○森山起子	○霜祐子
		○安土清美							

表彰式移動 15時50分ロビー集合 16時00分バス出発
 表彰式 18時00分より華正楼にて行います

けである。

表彰式は中華街の華正楼で行われた。出席者が少ない為、部屋には丸テーブルが2つしかなく、入口に近い所と奥にセットされていた。入口に近いテーブルにはドキッとするほどの美人が居られた。引かれるように美人のテーブルに坐る。美人の隣には色浅黒く目付きの鋭いスリムでハンサムな男が坐っていた。他の先生方も始めてお目にかかる人たちだった。偶々、和歌山の後輩の寺下夫妻が通りかかったので小生の左隣に坐らせる。医局を離れてから久しく会っていないので積もる話が飛び交う。ゴルフの話しになり、今悩んでいると云う。「グリップをしてごらん。」案の定、イモ握りのグリップをしている。

「それでは手とクラブの接点が弛んでしまうから僕のようにココを締めてごらん。」ゴルフの話をした途端から、左真向かいのどう見てもお百姓にしか見えない温厚そうな先生が小生を見て頻りに頷いている。話しかけてみたくなった。「先生、careerほどのくらいですか?」「まだ浅いよ。」「(その浅黒い顔は地黒かいな…)」「でもJCOAのコンペに出て来るくらいだから練習熱心じゃないのですか?」「練習は全然しないよ。」「(多分この人の趣味としてのゴルフは、その日が楽しけりゃいいというPastimeのレベルかも知れないが、自信ありげな黒い顔からみて全然しないとは思われない。その素っ気ない返事に少し腹が立ってきた。)続いてご愛想に聞く。「今日は何位でしたか?」「2位だよ。」「何?嘘だろう?」「2位に嘉本崇也と載っているだろう!!」「あれ、本当だ。信じられないな。careerも浅い、しかも練習もしない。それでグロス「84」なんか出るわけじゃないか!!ド素人ぶって聞いていたな!!もう顔も見たくないわい!!」小生のボヤキに皆が笑っている。席に坐り直し、美人を見る。ニコッと笑っている。隣のハンサムも笑っ



ている。ハンサムに「この美人はあなたの小指かい?」ハンサムの隣の同県人が慌てて「お嬢さんですよ。」ハンサムは相変わらず静かに笑っていた。

表彰式が始まった。男子の部の優勝は当番幹事の剣持政男先生だった。幹事さん、本当にお目出とうございます。2位は鳥根の何とか先生でした。3位は例のハンサム先生で、広島出身、オフィシャル「3」の横坪宏之先生でした。美人の父君だったのだ。女子の部の優勝は「小指」と間違えられて一躍有名になった横坪先生のお嬢さん「愛」さんでした。万歳!!心底から声が出た。我がMiss愛は、お名前通りの実に愛らしい顔立ちで、スタイルも声も良く、世界的なモデルにも引けをとらない美し

い人でした。(写真を見て下さい。)まるで場違いの所へ迷い込んで来た感じがした。優勝者のスピーチがあり、我が愛さんはオフィシャル「3」の実力者で、今回東京で日本女子アマに出席して直ぐ参加されたそうで、小生二度びっくりしたわけである。女性の「3」の人には今まで出合ったことも無かったので、失礼にも顧みず「記念写真」と思い、スピーチされている横に並びました。右手を愛さん

の肩にそっと乗せようとした時「さわるな!!嫁に行けなくなるぞ!!」と出席した男性共のお叱りの大合唱にあいました。男性ども皆が同じ気持ちだったのだと解りました。幸運にも福井市の安土忠義先生がバカチョンカメラを手にしていたので、お先に一枚をと撮ってもらいました。さらに幸運にもこの一枚でフィルムが終わってしまい、小生にやっと残り福がめぐってまいりました。「チョコレート」をとられ、鳥根の先生にも笑われた鬱憤がようやく晴れました。こんなすばらしい表彰式並びに懇親会に出会ったことを皆さんに心からお礼を申し上げます。またお会いできることを楽しみにして筆を置きます。

表2. <プライベートコンペ 順位表> コンペ名：日本臨床整形外科医会

計算方式：ダブルベリア

ハンディホール：アウト①②③④⑦⑧

イン⑪⑫⑭⑮⑰⑱

ハンディ 上限：PAR*2-1

順位決定：ネット・ハンディ・年齢

順位	氏名	アウト	イン	グロス	ハンディ	ネット
1	劔持政男	48	43	91	18.4	72.6
2	嘉本崇也	41	43	84	11.2	72.8
3	楨坪宏之	38	39	77	4.0	73.0
4	安間敏昭	39	43	82	8.8	73.2
5	末仲芳	44	44	88	14.8	73.2
6	岡崎純二	45	45	90	16.0	74.0
7	安土忠義	44	42	86	11.2	74.8
8	末仲晃	42	39	81	5.2	75.8
9	楨坪愛	42	39	81	5.2	75.8
10	孫瑠権	43	41	84	7.6	76.4
11	河村都容市	42	42	84	7.6	76.4
12	荻原一輝	48	48	96	19.6	76.4
13	霜祐子	48	47	95	18.4	76.6
14	古賀教一郎	49	52	101	24.4	76.6
15	吉井新一	43	45	88	11.2	76.8
16	兼山敦	48	46	94	17.2	76.8
17	丹羽權平	41	44	85	7.6	77.4
18	安土清美	47	49	96	18.4	77.6
19	霜礼次郎	49	46	95	17.2	77.8
20	田中義之	49	45	94	16.0	78.0
21	森清	46	45	91	12.4	78.6
22	寺下浩彰	48	49	97	18.4	78.6
23	森由起子	46	50	96	17.2	78.8
24	石黒隆	47	51	98	16.0	82.0
25	安間令子	56	60	116	32.8	83.2
26	寺下美紀子	55	61	116	30.4	85.6
27	劔持優子	62	61	123	35.2	87.8
28	岡山義雄	64	67	131	36.0	95.0
29	兼山康美	69	64	133	36.0	97.0

O C O A 懇親旅行に参加して

大東市 長嶋整形外科 長嶋 哲夫

H9年9月より病棟をやめ、外来診療だけに、50歳の目標を数カ月早めてみた。

早速に、賢島へ懇親旅行のお誘いを、ゴルフの師匠でもある河村都容市先生より頂いた。入院患者さんを気にすることなく行ける旅行。開業して始めてのことだった。友人の石井先生も初参加とのこと。小学校の遠足、修学旅行のような気持ちになってしまった。

11月29日、大阪・近鉄上六駅1F改札口前に集合。14:25分発 近鉄特急 → 16:30分賢島着予定。

午前診を急いで終わらせ、集合場所の上六へタクシーでかけつけた。電車の中では、ウィスキー、ビール、珍酒(朝1杯飲めば夜3回?)を頂きながら、車窓より飛びかう鮮明な雨景色に、まるで別世界でも見るかのように見蕩れ、あつという間に賢島に着いた。

宿泊先の志摩観光ホテルは駅よりバスで5分ほどのところにあった。志摩半島は南に熊野灘、東は太平洋に続き、近くを黒潮が流れ、海の幸の宝庫でもある。私は新宮市出身で熊野の産である。ホテルの窓より海を見ていていつの間にか郷愁に浸ってしまった。

レストランでは18:00より宴会が始まった。日本酒に新鮮な海の幸料理と思っていたが、海の幸フランス料理だった。まず華美と高雅を現す伊勢海老料理に始まり、車海老、鮑のステーキ、ほたて貝のムース、鯛のマリネ、等々美味な料理とワインに舌鼓を打ち、約2時間の食事も盛況のうちに終わった。普通は、さあこれからという自由な時間であるが、外はいつの間にか大雨、ホテルには娯楽に興ずるような場所もなく、仕方なく部屋に帰り、明日のゴルフに備えようかなァ…と一応考えたが…。

やはり魚心あれば水心、昼間の珍酒の効果



もでてきたのか、約4名、大雨の中をどこかに行こうということになった。タクシーでいわゆる町というところへ。道路わきにバーのような店が数軒あった。そのうちの1軒に入った。

20代の女の子が独り居た。カラオケバーのようなところかな?

頭の中では梅田の感覚が抜けきれず、田舎に来てまで外で飲むことはないなァと思いつながらカラオケに興じてしまった。

10:00 虚しく、迎えのタクシーに乗った。

10:30分 明日のゴルフに備え床に着くもこの季節にしては暑くて眠れず、冷房も効かず、窓を開けて寝たものの夜中に、耳もとで蚊の飛びかう羽音と、刺された痒さで眠れず。

同室の古賀先生は、am 2:30分起き出し部屋の隅の蛍光灯をつけ蚊の退治に精を出されていたもよう…。明日のゴルフ大丈夫かなァ…、そのうち熟睡してしまった。

朝6:30分 起床。大阪での土曜深夜までの飲み歩きと異なり比較的すっきりした目覚めであった。

7:00 朝食

天気も昨夜とは打って変わりゴルフに最適の気候で、快晴、しかし風強し。

7:40分 賢鳥カントリーへ。

8:30分 スタート。

コースは両サイドが狭く、ティグラウンドに立てばグリーンまで直線的に見える美しいコースだった。早石先生曰く、『グリーンに乗るまで後の人に全部見られてしまうコースやなァ…。嫌やなァ…。』その心配が的中したのか、11番ホール。ショート。160ヤード。アゲインストの風に煽られ、右の深いガードバンカーへ。打てども、打てども出ず、結局後方に出してからグリーンにオン。バンカーで10打?。「10打たたいても笑顔のお客さんは居ませんよ。」とキャディーさんより励まされたとのこと。その甲斐あってか、次のホールはパーをとったとのことでした。この間後ろで待っていると、風がフォローになったり、アゲインストになったりで、早石先生がホールアウトすると、今までフォローであった風がアゲインストに変わっている。早石先生のショットがもう2打少なかったら、俺もバンカーに入れずに済んだのにと思いな

がらこの11番ショートホールを終わった。

1組目、孫 Dr、丹羽 Dr、河村 Dr、土井 Dr

2組目、三橋 Dr、早石 Dr、古賀 Dr、石井 Dr

3組目、服部 Dr、木佐貫 Dr、長嶋 Dr、松井氏(メンバー)

の3組で優勝は孫 Drでした。

入浴後、ゲームの表彰式をかねて賢鳥駅近くの寿司屋さんで食事をした。新鮮な潮のかおりのするようなアワビ、カイ、エビを頂いた。日本人にはやはり“これ”といった料理だった。帰る間に、やはり志摩半島やなァという実感の持てる料理でした。

始めから終わりまで幹事の古賀先生にお世話になりっぱなしで楽しい1日半を過ごさせて頂きました。先輩の諸先生方とも楽しくゴルフをさせて頂きました。ありがとうございました。

ちなみに、やっとやめた病棟も平成10年1月より、患者さんの要望強く、心もとなくも再開してしまった。次回、参加できるのはいつのことやら…。



エッセイと私

泉大津市 河合整形外科病院 河合 秀 郎

OCOAの会誌に私が以前書いたエッセイを載せてあげるといふ報せを丹羽先生からいただきましたので、この前文をしたためている次第です。

私は元来、文学青年とは全くかけ離れた男でありました。もともと、体を動かすのが大好きでありましたが、10年程前、ひょっとしたきっかけで、「死と宗教」に興味を持つようになりその関係の本を読みあさるようになったのです。

そうこうしている内に平成6年の春、私が経営しております 医療法人の病院長を辞してから、少しまとまった時間的余裕ができました。読書が高じて何か書いてみたいという欲求にかられ、私の所属している大阪府病院協会の会報に「医と死と宗教」というテーマで毎月エッセイを書くようになったのです。現在ではこの小欄が4年間に38回を数えるに至っております。何でもやり出すと面白くなり、文を書くことが好きになり、もっと多くの人に読んで欲しいと思うようになりました。

われわれの関係のある雑誌で読者の多いものと言えば、やはり第一は「日本医事新報」であります。しかし、この本は投稿する医者も



多いらしく、なかなか採用してくれません。

やっと採用されると喜んだら、その添削のきついこと……。誤字やテニオハのまちがいを直されるのは当然として、引用した文献まできちんと点検されており、活字になるのが大変でした。

それでも今まで6回載せてもらうことができたのをとてもうれしく思っている次第です。おかげで、見知らぬ方から「読後感」を送っていただいたり、知人から「いつも読んでるよ」と声を掛けられることがあります。今後も時間が許す限り雑文を書きつづけ、投稿していこうと思っているので、皆様も辛抱してお読み下さい。



華麗なる？ 死と宗教

日本醫事新報 No3808 (平成9年4月19日)

最近、「死」と「宗教」に関する話題が賑やかだ。新聞、雑誌、テレビなどでもよく報道されているし、書店でもこれらに関する本の出版が目白押しだ。

私は時々自分の死のことを考える。それが何となく楽しい。生まれる時は、好むと好まざるとにかかわらず、場所も日時も人様任せなのだから、せめて死ぬ時ぐらゐは自分で決めたいと思っているのである。

何歳くらいで死のうか？ 季節は？ 場所は？ 病気は何かよいだろうか？ さらには、葬式はどうしようか？ とか、自分の遺骨の置き場所は？ 墓は？ とか、演出しだすとキリがないくらい興味は尽きず、顔がほころんでくる。「死は人にとって最後の愉しみ」などと、いきがっているのである。

閑話休題。私は以前は死や宗教は嫌だった。不吉で、汚くて、陰気で、退屈で、抹香臭くて、鬱陶しい。ところが、1987年、日本病院学会で上智大学のアルフォンス・デーケン教授が、「死への準備教育」と題して特別講演されたのに感銘を受け、あれこれ本を読むようになったのである。その影響で、1994年から大阪府病院協会の機関誌に「医と死と宗教」のタイトルで誌面を汚すこととなり、すでに27回を教えるに至っている。

ところが、医療界では、まだまだ死はタブーである。科学万能で高度最新医療を重視する昨今では、死は否定的であり敗北である。医学教育でも死をほとんど教えない。医師は最も頻繁に死と直面しているにもかかわらず、死を遠ざけ、死を避けているのが実情である。

しかし、世間の流れはそうではない。平均寿命は延長したが、痴呆や骨粗鬆症による骨折や腰痛の対策は未解決だ。延命治療にのみ固執する現代の医療は、とかく批判されがちである。厚生省

の諮問機関である国民医療総合政策会議の中間報告にも、おくれらせながら21世紀の医療として、「末期医療のあり方」を取り上げている。

「ただ生かすだけの医療」が錦の御旗である時代は去った。安楽死事件で担当医がよく槍玉に挙げられるが、マカロニ、スパゲティー治療のほうがもっと批判されるべきであるまいか。私が先の「医と死と宗教」で繰り返し述べているのは、人間としての尊敬である。

人間の命は地球より重いか軽いかは、人それぞれの考え方であろうが、無駄な延命治療によく遭遇する。私の義兄の場合もそうであった。重篤な肺結核と腎透析患者であったその老人は、脳内出血を併発し、意識不明でベッドに縛られ、何日間も機械的に生かされていた。若い主治医と議論したが、えらい剣幕で私に食って掛かった。たとえ数週間命を長らえて、どれほどの価値があろう。無意味な延命治療はかわいそうで、決して美しいものではなく、治療費の無駄が残るだけである。家族からは、なかなか「もう治療を止めてください」とは言えないものなのである。

私は尊厳死協会に加入している。これは、1976年、日本安楽死協会という名で発足した団体だが、1983年、日本尊厳死協会と改称したものである。現在、会員は79,500名であるが、そのうち医師が772名加入している。今、日本では人口10万人に医師180名くらいだから、この数字は医師の加入率が極めて高いことを示している。言い換えれば、医師は他人の延命治療は必要以上にするが、自分は適当に死なせて欲しいと言っているのである。

米国のジャック・キボキアン元医師は、安楽死を希望する末期癌患者20名に自殺装置を使って死に至らしめているが、自殺補助罪については無罪の判決を得ている。何故なら、彼は器具

の手伝いはするが、自分は手をくさず、装置のレバーを引くのは患者自身だからである。

ノンフィクション作家・上坂冬子氏は、安楽死肯定派だ。昨年6月の産経新聞正論欄で、「苦しむばかりで回復の見込みのない状態を死としたい」とし、京都の京北病院・山中院長のような医師に最後を看取ってほしいと言い切っている。

自殺については賛否分かれるが、人間には、生きる権利もあるが、死ぬ権利もあるのではないか。私もできれば、キボキアン先生に自殺装置を一台注文したいくらいである。キリスト教では自殺を最大の罪としているが、仏教では基本的には自殺を悪としてはいないようだ。宗教学者ひろさちや氏は、次のように説明している。紀元前500年頃、インドとネパールの国境にあった小さい王国で生まれた釈迦は、29歳で出家し、35歳で究極の真理に目覚めて仏陀となる。仏教において、仏陀は永遠の存在であるから、死ぬはずはない。その釈迦が80歳で死亡(入滅)したということは、自殺以外には考えられないというのである(仏典ではこれを捨寿行という)。

医療界も考え直す必要があるが、宗教界もひとふんばり欲しいところだ。人間がどう生きるかを教え、安らかな死を迎えられるようにすべき宗教の、昨今の乱れ方はひどい。オウム殺人集団は論外だが、布施の強要、いんちき呪術や占いにより人心を混乱させ、家族を破滅に陥れている。そして、儲けた金に税金はかからない。重税と経営難にあえぐ私立病院経営者は腹の虫がおさまらない。観光業や葬儀屋まがいの寺院が多いのはある程度許せるとしても、もう少し分かりやすい教義で人を救えないものか。

末期患者や心を病んだ人々に、もっと救いの手をさしのべるべきである。幸い、最近、仏教界も少しずつ変わってきている。浄土真宗大谷派は2つに別れ、一方は寺の形のないバーチャル寺院で活動している。コンピューター・インターネットを利用して説法し写経を指導したりしている。また、大阪の寺町にある一心寺、応典院では斬新な設計の寺院を建て、音楽や演劇で「癒し」を図っているという。坊さんは、死んでから戒名をつけにやってくるのではなく、生

きている人間に手をさしのべる方法があるはずである。

日本人の宗教観は、世界に類をみないくらいマイルドなものである。キリスト教やイスラム教、ヒンズー教等の攻撃的で排他的な一神教とは異なり、アニミズム(万物靈魂)と儒教とが混ざり合った「日本教」とも言うべき素晴らしい宗教を我々は持っている。

日の出を仰ぎ、三宝さんに手を合わせ、夕方、山や海に一日の無事感謝する。神前で結婚式を挙げ、死ぬ時は仏様の力を借りる。聖バレンタイン・デーにはチョコレートを、クリスマスにはケーキを食う。イワシの頭を戸口に刺して悪霊の侵入を防ぎ、節分には巻寿司をほうばって健康を折るのである。外国人から見れば奇異に映るらしいが、仰山な神・仏を拜んで何が悪いかと言いたい。

さて、私の死の演出であるが、美しく華やかなのが良い。(願わくば花のもとにて春死なんそのきさらぎの望月の頃)と詠んで、その通りに死んだ西行が羨ましい。

青空に入道雲のわく夏のプールサイドにピアノとギターを配し、浄土三部経と生前の私の声がデュエットするというのはどうだろう。もちろん、その後はさっぱり、ひと泳ぎが良いだろう。曾野綾子氏は「死後は静かに消えるのがいい」と書いているが、渥美清氏の“ひっそり葬”を真似て、他人に全く知らせないでおくのもいいなと思ったりしている。

しかし、葬式や墓は、死ぬ本人より、後にやりというものだ。あまり変わったことを考えると、遺族が困るからである。とにかく、もう少し考える時間が欲しい。一杯飲みながら、家族とワイワイ相談するのも良いだろう。

私は一体どのような死に方をするのであろうか。おっちょこちょいで目立ちたがり屋の私であるから、「華麗な死」が理想である。一度練習しておけば上手くいくと思うのだが、これだけは一回きりだから困る。なんとかならないものか。

今年も日本各地の桜便りを聞く。

死に支度いたせいたせと桜かな

一茶

私 と 酒

岸和田市 松本整形外科 松 本 俊 一

私は医学部1年の夏、激しい腹痛におそわれ、近くの開業医に尿管結石と診断され、1回だけ診てもらいましたが、あとは自己流にヤカンの水をガブガブ飲み石を流したことがあります。水では飲みにくいのでビールにかえたのがアルコールとのつきあいの始まりです。以後は自分の結石予防のためビールを愛用し続けたところ、だんだん強くなり友人と麻雀をしても隣のビールが気になり勝負に熱が入りませんでした。その内に酒・ウイスキーを常に併用するようになりました。

医大でのインターン時代、泌尿器科の医局で紀三井寺の花見を催すこととなり誘われたことがあります。その宴席でかなり酒がまわり金沢教授から更に酒をすすめられた時には、いらない事を言ってしまいました。つまり私は和歌山のブラクリ町でよくハシゴ酒をしましたが、帰る時は先生の家の前をよく通るので、その都度門に泌尿器科の教授だからと言って小便をすることにしていますと言ったところ、教授は最近門が臭い臭いと思っていて犯人はお前だったのかと叱れるかと思ったら逆に「お前が気にいった泌尿器科へ入局しなさい」と誘われたことがあります。然し帰る時に教授の靴を履いて帰り、小生のボロボロの靴を教授が履いて帰らざるを得なくなり怒らせてしまったことがあります。

医大の整形外科へ入局してからも、よく飲みましたので整形の宴会の時は終わりが近づくと、いつも酒の集中攻撃をうけ、倒れた私に、教授を始め皆が御詠歌をうたい参拝して御開きになるということが暫く続いたことがあります。整形外科教室の中で一番酒の強いもの3人が寄り毎月順番で自宅にて3人だけの宴会を開く「飲む会」なるものを作ったことがあります。当番の奥さんは大変だったと思



います。ビール1ダースに酒何升瓶かと、それにウイスキーも用意しなければなりません。足りなくなって酒屋に買いに走った奥さんもありました。メンバーは和歌山労災の原田部長と日本臨床整形外科元理事の青木先生と後から加わった麻酔科の西本先生と私の4人です。然し今では皆弱くなっているものと思います。或る年の正月3日間、N整形外科病院の当直をたのまれ留守番をしたことがあります。奥さんが酒造りの家から来ていたので風呂場に数えきれない程沢山の酒をおいて、ニコニコしながら留守中は此等を飲んで下さいお願いしますとって先生夫婦が海外へ旅行されました。三日三晩飲みながら留守番をしたところ、帰ってきてから奥さんに、あまりの酒の減りように一体何本飲んだのと叱られてびっくりしたこともあります。

然し、私は酒には強かったのですが、車には弱く、すぐ車酔いしてしまいます。或日、和医大の市原硬学長(生化学)が下腿の骨折をし、整形外科嶋教授について学長の自宅(東住吉区矢田)へ往診したことがあります。入院の必要があるということで後日私が一人で学長宅へ運転手つきで迎えに行ったことがあります。病院への帰路、学長は私に始めから終わりまで話しづくめでしたので緊張していた私

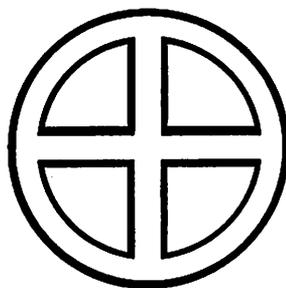
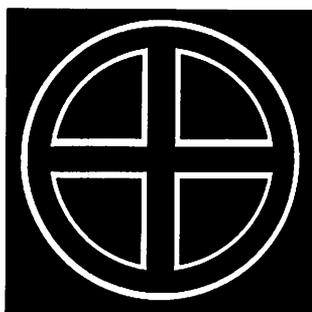
は、だんだんと気分が悪くなり酔ってしまいました。病院へ着いた時はフラフラで松葉杖をついた学長が、出迎えの沢山の教授を前に「付き添いの松本君をよろしくたのむよ」と言われ誰が病人かわからないことがありました。このような失敗談には事かきません。

私は飲めば愉快になり能弁になり怖さ知らずになるので色々な人とも知り合いになりました。新聞記者・弁護士・坊さん・教授・将棋のプロその他数え切れないでしょう。

以上、酒も百薬の長として飲んでいる間はよいのですが「酒極まって乱となる」或いは「酔って狂言、さめて後悔」となるとよくありません。よく言われる言葉に「一杯は人酒を飲む、二杯は酒酒を飲む、三杯は酒人を飲む」と

いう名句があります。私は二杯の手前かなと自分で思っています。「酒に十の徳あり」百薬の長、寿命をのばす、愁いはらう、労を助く、旅に食あり、寒気に衣あり、推参に便あり、万人和合す、位なくして貴人に交わる、独居の友。然し一方で「酒に六種の失あり」財を失う、病を生ず、闘い争う、悪名流布、怒りにわかに生ず、知恵日々に損す。これもまた真実です。

私は岸和田へ来て開業してからは、飲むのはすっかり弱くなり、今日この頃は1日1～2本程度のビールです。カラオケでは吉幾三の「酒よ」を歌い全くおとなしい毎日です。肝機能検査も全く異常なし。以上思いついたまま書きました。



十字(じゅうじ)

「見えた見えたよ 松原越しに 丸に十の字の オハラハー……」の鹿児島オハラ節で有名で、島津氏一門の紋所となっている。

十字紋の現在残っている最も古いものは島津忠久が甲冑につけたものである。本来十字紋はその名のおり十文字の筆勢を示しただけであった。それが丸に十文字といった外郭を施すようになったのは徳川以後のことである。十字紋をもちいた氏は島津小笠原を初め約四十氏に及んでいる。

厚生部報告

平成9年度OCOA春期ゴルフコンペ(第25回)

平成9年度春期ゴルフコンペは6月1日(日)晴天の下、北六甲カントリー倶楽部東コースで行われた。参加者は23名、優勝は今回初参加の佐々木哲先生。

上位成績は次の通り

		グロス	ネット
優勝	佐々木 哲	96	72
準優勝	稲毛 昭彦	86	74
3位	服部 良治	92	75
4位	八幡 雅志	86	76
5位	池田 克己	94	78

ベストグロスは同グロスの3名

稲毛 昭彦、八幡 雅志、河村 都容市

敬称略

プレー終了後、パーティーの席で表彰式が行われ、和気あいあいに歓談し散会した。

厚生部 古賀



第25回 OCOA春季ゴルフコンペ 於 北六甲C.C 平成9年6月1日

第25回O C O A春季ゴルフコンペ成績表

平成9年6月1日

敬称略

RESULT	NAME	OUT	IN	GROSS	H.D.C.P	NET	次回HD
優勝	佐々木 哲	50	46	96	24	72	19
準優勝	稲毛 昭彦	45	41	86	12	74	10
3位	服部 良治	51	41	92	17	75	16
4位	八幡 雅志	42	44	86	10	76	
5位	池田 克己	47	47	94	16	78	
6位	孫 瑠権	43	44	87	7	80	
7位	石川 正樹	49	50	99	19	80	
8位	河村 都容市	45	41	86	5	81	
9位	北野 継武	48	48	96	15	81	
10位	青野 充志	52	54	106	25	81	
11位	林原 卓	43	46	89	6	83	
12位	濱田 博朗	56	53	109	23	86	
13位	土井 志郎	49	48	97	10	87	
14位	波多野 弘次	57	47	104	17	87	
15位	坂本 徳成	60	58	118	31	87	
16位	首藤 三七郎	50	51	101	12	89	
17位	平山 正樹	59	47	106	17	90	
18位	三橋 二良	50	53	103	13	90	
19位	高井 澄男	58	48	106	16	90	
20位	古賀 教一郎	58	53	111	20	91	
21位	瀬戸 信夫	67	61	128	36	92	
B.B	早石 雅宥	75	57	132	31	101	
B.M	木佐貫 一成	96	79	175	36	139	

特別参加	竹内 常夫	49	46	95	10	81	
------	-------	----	----	----	----	----	--

ベストグロス賞 稲毛 昭彦

八幡 雅志

河村 都容市

ドラゴン賞 No. 4 孫 瑠権 坂本 徳成

ニアピン賞 No. 7 林原 卓 池田 克己

No. 15 土井 志郎 八幡 雅志

平成9年度O C O A秋期ゴルフコンペ(第26回)

平成9年度秋期ゴルフコンペは10月10日(金)爽やかな天候に恵まれた体育の日に24名が参加、北六甲カントリー倶楽部東コースで行われた。

長嶋哲夫先生が、ベストグロスで優勝。初参加の濱田茂幸先生も1アンダーの好成績で準優勝。

上位成績は次の通り

	グロス	ネット
優勝 長嶋 哲夫	80	69
準優勝 濱田 茂幸	92	71
3位 伊藤 成幸	109	73
4位 服部 良治	92	76
5位 石川 正樹	95	76
ベストグロス 長嶋 哲夫		

敬称略

プレーを楽しんだ後、パーティーと表彰式が行われ、しばし賑やかに談笑し散会した。

厚生部 古賀



第26回 O C O A秋期ゴルフコンペ 於 北六甲C.C 平成9年10月10日

第 26 回 O C O A 秋期ゴルフコンペ成績表

平成 9 年 10 月 10 日

敬称略

RESULT	NAME	OUT	IN	GROSS	H.D.C.P	NET	次回HD
優勝	長嶋 哲夫	40	40	80	11	69	7
準優勝	濱田 茂幸	46	46	92	21	71	19
3 位	伊藤 成幸	57	52	109	36	73	34
4 位	服部 良治	49	43	92	16	76	
5 位	石川 正樹	49	46	95	19	76	
6 位	野々村 淳	51	51	102	25	77	
7 位	八幡 雅志	45	43	88	10	78	
8 位	池田 克己	48	47	95	16	79	
9 位	林原 卓	46	40	86	6	80	
10 位	丹羽 権平	45	48	93	12	81	
11 位	茂松 茂人	54	55	109	28	81	
12 位	河村 都容市	42	45	87	5	82	
13 位	孫 瑤権	46	43	89	7	82	
14 位	稲毛 昭彦	47	45	92	10	82	
15 位	平山 正樹	49	50	99	17	82	
16 位	早石 雅宥	60	52	112	28	84	
17 位	青野 充志	51	59	110	25	85	
18 位	佐々木 哲	55	52	107	19	88	
19 位	宗 景泰	53	58	111	23	88	
20 位	古賀 教一郎	57	53	110	20	90	
21 位	濱田 博郎	56	57	113	23	90	
22 位	村上 白士	54	52	106	14	92	
B. B	瀬戸 信夫	64	65	129	36	93	
B. M	木佐貫 一成	82	70	152	36	116	
	北野 継弐		46		15		

特別参加	秋山 哲雄	50	52	102	24	78	
	肥後 保樹	59	55	114	28	86	

ベストグロス賞 長嶋 哲夫

ドラコン賞 No. 8 長嶋 丹羽 No. 12 河村 長嶋

ニアピン賞 No. 3 村上 河村 No. 7 北野 丹羽

No. 13 茂松 林原 No. 15 河村 平山

平成 10 年度 O C O A 厚生部事業計画

第 27 回 O C O A ゴルフコンペ(春期)

平成 10 年 5 月 24 日(日)

北六甲カントリー倶楽部西コース

第 28 回 O C O A ゴルフコンペ(秋期)

平成 10 年 9 月 27 日(日)

北六甲カントリー倶楽部

平成 10 年度 O C O A 懇親旅行

平成 10 年 11 月 7 日(土)・8 日(日)

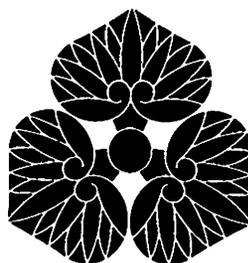
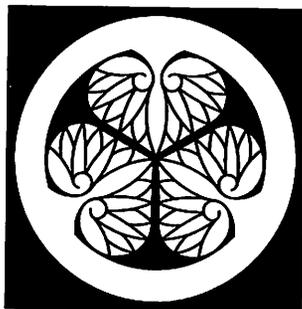
7 日 片山津温泉 `佳水郷、に宿泊

8 日 観 光 組 越前海岸方面

ゴルフ組 加賀芙蓉カントリークラブでプレー

以上の様に計画しましたので、奮って御参加下さい。

O C O A 厚生部



葵(あおい)

どうして葵が徳川氏の家紋になったか。もともと葵は加茂神社の神紋、三河国(愛知県)には加茂神社の氏子が多い。松平氏の祖は加茂神社の祠官だったと伝えられ、これら諸豪族は加茂明神への信仰と神護を祈り、葵を以って家紋としたものである。松平は徳川の旧姓である。松平を徳川に改めたのは永禄四年(1561)家康が三河一國を平定して三河守に任ぜられたときからで、姓は改めたが家紋は改めていない。葵が將軍家の家紋になるとこれまで先祖代々葵を家紋にしていた諸家も將軍家を憚ってそれぞれ改紋し、幕府でも使用を厳禁した。

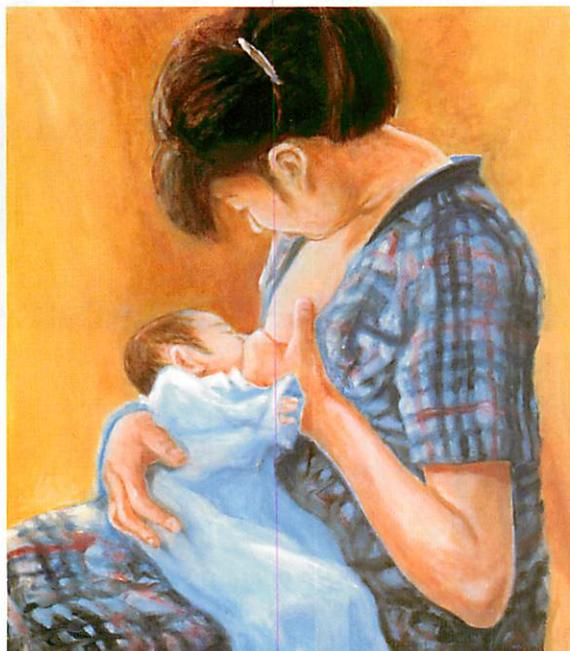
初孫

豊中市 石澤整形外科医院 石澤 命 徳のり やす

20年近くも前の作、おなじみの藤沢薬品「いずみ誌」1983年8・9月合併号の表紙になった。

思いがけず各地の多くの方々、特に産婦人科の先生からお便りを頂いた。東京の某医大S婦人科教授からは授乳に関する講演のスライドに使用させてほしいとの御申し出でもあり、喜んでお送りしたのを覚えている。私には思い出深い作品の一つである。

この孫も今年は高校2年生になった。



いずみ誌掲載“表紙絵のことば”

初孫

産後の里帰りの娘と孫、生後約20日の男児である。2年前の作。この娘、実は2度目の登場である。たしか彼女が4歳の正月であった。初めて着せてもらった晴着姿の水彩スケッチが1962年度いずみ新年号の表紙になった。まこと光陰矢の如し、20有余年、人並みに花嫁の父の気持も味わたったが、こんな可愛いみやげを連れて帰って来た姿に思わず筆をとったものである。

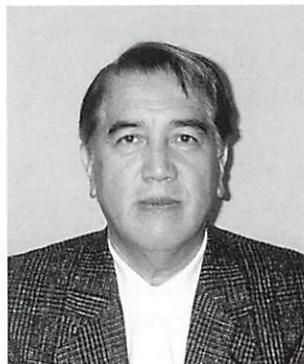
私の傑作



私の傑作

守口市 三明整形外科 三明 靖昌

拙い写真ですが、2点応募いたします。写真を始めて2年余り、まだまだとは思いますが、今では月に一度の撮影会が楽しみです。



“虎”撮影の状況です。



1. 伏虎(大阪城 天守閣)寅どしにちなんで、
* 1996年 秋、
* 改修工事中の足場にて、
* 工事完了後は、二度と撮れないと考え、関係者に依頼して登った。



2. 黎明と残り月(奈良 興福寺)
* 1997 11 24
* 興福寺境内にて、
* 好天の朝、日の出の写真を撮りに行き、その直前。

私の傑作

生野区 木佐貫整形外科職員 竹中美雪

「Untitled-01」

私はどんな絵を書く時もまず初めに決めるのが“色”です。絵の全体的なイメージは私の場合、色で決まるので色が決まらないことにはモチーフも決まりません。この絵もまず深い緑のモノトーンがイメージされ、それから私の好きな写真家「ウィリアム・ウェグマン」のワイマラナー2匹をモチーフとして書き初めました。

なにせ油絵など書くのは高校時代の美術の時間以来だったので色のイメージは鮮明にうかんでくるのに絵の具の調合が思うように出来ず苦労しました。そんな中で特にこだわって書いた所はトリックアートのように犬の顔がとびだして見えるようにすることと2匹の犬を人間のしかも男女のように見せることでした。



「Through」

この作品もまず色だったのですがバックの色と水のコントラストに苦労しバックの色は全部で5回くらいぬりなおしました。

私はマグリットの絵が好きで、非日常的な世界を写實的に表現するのが好きです。だからこの作品で苦労したのは私の想像で書いた魚をいかに日常的な感じに見せるか、それをどう非日常的なものからめていくかでした。資料は見つても想像物なので動きを出すのにも苦労しました。

今、描いている絵は初めての裸婦なので今度は少し画風を変え新しいジャンルに挑戦したいと思っています。



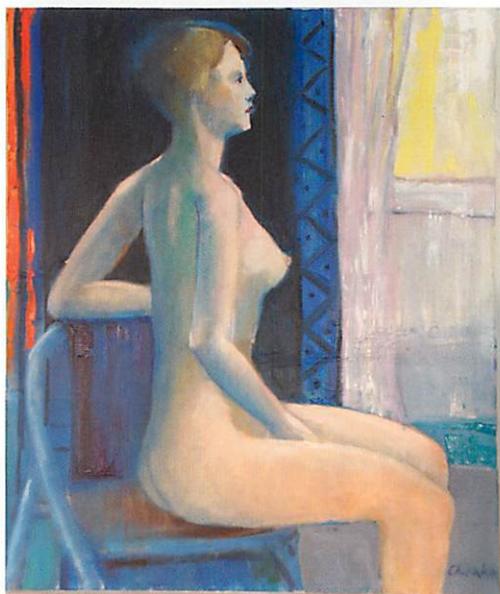
住吉区 三橋医院 三橋 允子



1. 花火

近年、夏になると花火をテーマに100号の絵を描くようになりました。この絵は昨年一水会に入選した作品です。最初は遠くから眺めていた花火ですが、大阪の夜空に花火が上がる頃になると落ち着きがなくなり、資料集めと称して出かけます。

段々花火に近づきたくなり、画面からお腹の底に響くあのドドーッと言う音が聞こえる様な、一瞬夜景が昼のようになるような輝きが描けたらと、思いながら描いています。



2. M嬢

若い女性の身体は見る程に美しく素晴らしい。

長い人生の中の輝きの時を描けたらと、思います。モデルは若くて美しい人で姿勢良く胸を張ってポーズをとってくれました。暖房の中で描くうちに肌がピンク色に染まって描いている私も熱くなって絵が仕上がりました。

私の傑作

私の傑作



OCOA名誉会員 原 省 吾

OCOAも創立以来、20年がたち、立派に成人致しました。

歴代の会長、役員、並びに会員の御盡力の賜ものと感謝致しております。

私のこの書「飛」も書きまして、もう20年たち、同じ頃の誕生です。

OCOAは大きく発展し、育ちましたが、私の「飛」はその后育ちも悪く、20年がたち、これを書きました時は元気もあり、勢いもあったと思い返しております。

一口に20年と言いましても、長くもあり、今振り返れば、短い気も致します。OCOAはどんどん伸びておりますが、私の書の方は、残念ながら、今、中断しており、老後の為にも、もう一度、70の手習いと致したく思っております。



20周年の記念号に如何かと思いますが、寄稿させていただきます。

OCOAのますますの御発展を心より祈念申し上げます。



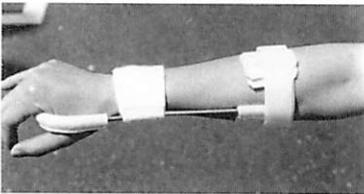
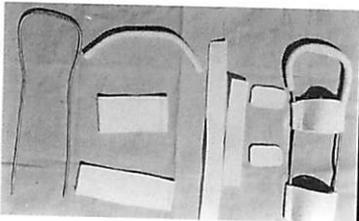
手関節の簡易副子（装具）

堺市 以和貴会 北条病院整形外科

島津 晃、
北野 和美(RPT)

32 mm の針金を用いて手関節背屈副子を手製で作っている。手掌を支える部分は症例に応じて手塚アーチを作り、図のように厚さ3 mm のフェルトを筒にして挿入し、同様のフェルト4 cm幅で前腕部のカフを作り、前腕遠位と近位に位置するように支柱に突込む。遠位のものは背側を、近位のものは屈側を支え、3点支持になる。図は部品と、これを組み合わせた完成品。そして着用している状態である。

1. 橈骨神経麻痺の下垂手の副子：手部が掌屈すればするほど副子は前腕に密着し、包帯を用いなく



ともよい。これによって、簡単な事務作業は可能となる。

2. テニス肘、上腕骨外側上顆炎への応用：前者の副子を1.5 cm長くし、その近位のカフの部分の背側に、マジックテープで着脱できる3 cm×4 cmの小枕を取り付け、手背屈筋群の起始から3 cmの部分を押迫する。丁度、テニス肘ベルトを付けたと覚えてもらえばよい。

手関節の掌屈を制限し、背屈位で作業するため、背屈筋群の過度の収縮を防ぎ、炎症を軽減させ得る。

3. 手根管症候群への応用：成書には手関節中間位固定装具を用いるとされている。手根管症候は手



関節・指の屈伸、いずれでも手根管内圧は上昇するが、痛みを誘発するのはPhalenのテストの掌屈肢位である。この副子は掌屈を制限するが、その他の方向への運動は制限しない。このことはSeradgeのいう1時間に1分間程度の指屈伸体操ができ、これによる除圧と除痛が図れる。

これを用いて夜間痛は消失し、安眠できるようになり、日常の看護業務に支障を来たさず、働いている看護婦がいる。また、ガソリンスタンドでのコックの繰り返す開閉によって起こった例も、痛みは消失し、どろどろになるまで使用してきている。カフは汚れても簡単に取り替え可能であり、予備のカフを渡している。

針金の原価は30円、フェルトは75円、マジックテープ100円、これに縫製・はと止めの手間賃と時間にアイデア代を加えると、幾らに評価すればよいのか分からないが、副木を用いた場合の創傷処置の49点だけでは些か間尺に合わない。これに材料費として仮に21点を加えると70点。義肢製作業者に作らせると、採型料1100点、それに装具費用の2万円強が患者負担になる。せめて、前腕ギブスシャーレの144点は欲しいものである。それだけでなく、立派な装具は大げさになり、日常業務に支障を来し休業を強いかねない。これらを考えると、この副子（装具）は患者には喜んでもらえるので是非、追試して欲しい。

高齢者の股関節骨頭周辺の手術材料の適応について

寝屋川市 星光病院 山本光男

高齢化社会に入りつつある今日、老人の外傷は交通事故の内かなりの比重を占めている事は、日整会、中部整形等によく報告されています。

私たちの所でも、頭部外傷と両四肢の骨傷を伴うケースが救急搬送や紹介患者として、よく見受けられます。特に脳外科と整形外科を組み合わせた出血を伴う症例で、同時に手術を行うことも少なくありません。そこで即刻手術材料の選定が必要とされます。

その条件として、1) 手術の侵襲が少なく、2) 手術時間が短い、3) 出血量の制限、4) 術後早期離床、5) リハビリへ移行し、6) 長期臥床の防止など、出来るだけ短い日常生活復帰への期待は、私たちに絶えず要求されている。

今回は、股関節大腿骨頸部骨折、頸部内外側・大転子小転子大腿中樞骨折について、私の手術での考え方を申し述べます

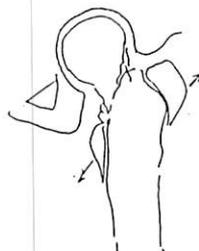
イ) 大腿骨内側では、完全 Gread III・IV から人工骨頭置換術「ストライカー社 OMNIFIT、Bateman 社 UPF II、ZIMMER 社製」へ、次に Gread I・II は神戸製鋼の Kompression スクリュープレート。少し紹介しますと、神戸製鋼最新式 130～135 螺子で 1～2 秒の締め直し術前術中の修正が簡単、又プレートの長短も調整出来、手術侵襲 7～10 cm 皮切可能

ロ) 大腿骨頸部外側の転子間骨折ではチタン



合金の各社のマルチプルスクリュー 3 本挿入又は神戸製鋼の Kompression スクリュープレート又は、EnderPin が望ましくこれをよく用いています。

ハ) 20 数年余り Enderping が今日まで広範囲に用いられていますが、高度骨損傷及び骨粗鬆症の大転子小転子外側頸部の症例では、早期離床に少し難点のある場合があり、複雑性骨折で挫滅範囲が広い損傷レベルが高度なものは、神戸製鋼やジンマー Ti パーサフィックス II の方がより優れています。何故なら EnderPin すべてが解決される点でなく、早期離床すると、中には内反股傾向「おじぎ現象」を呈する、高齢化した老人達には神戸製鋼・ジンマー等の手術材料が優勢で、少ない材料で固定し、早期にベッドサイトからリハビリと移行できることが望ましい。



大腿頸部周囲複雑性骨折
ZIMMER
Ti-Versa Fx II Femoral Fixation System

危ない話!! 柔整師の元気(繁盛)の理由

大阪市北区 医師会専務理事 中村 満次郎

整形外科医と競合する柔整師についての文章は、散見されますが、大抵、格調高く書かれていて分かりにくい面があります。そこで、今日は分かりやすく私見を混じえて書いて見ます。ここまで書いて良いかと言う程度に……。

まず、理解を容易にする為に柔整師と助産婦を対比して述べて見ます。今から4、50年前位までは、市中で助産婦の看板(開業)をよく見かけたものです。しかし、最近では殆ど見ません。一方、柔整師の看板はどうでしょう、市中でよく見ますし、むしろその数が増加しております。そして、元気です。この二者の差はどこにあるのでしょうか……。それは助産婦の場合、お産は云うまでもなく母子の生命が人質となっている訳です。ですから投薬、注射が出来ない事等で安価な助産婦より、費用は高くついても、より安心出来る産婦人科が選ばれ、助産婦は淘汰されていったのです。

ところで、柔整師は業務範囲(骨折、脱臼、捻挫、打撲)が法的に限定されており、従って、そんな筈が無いのに、メスを持たない整形外科医より元気です。之は、後記する抜け道と云うか、違反行為が横行しているのがその理由です。助産婦の場合の様に、直接、患者の生命にかかわる事が少ないのに助けられ、整形外科領域をも浸食しております。特に老人医療の無料化は違法行為の根源となっております。(時には、柔整師は、エコーとかレ線を撮らせやの要求運動をするやも聞きます。)

それではどんな現状か列記してみます。
①柔整師は、公然と多くの整形外科的疾患を



施術している。(受傷原因は殆どの場合、作文されている。)②従って長期(年余)に亘り施術③しかも、施術部位は多部位(実際には、常に喧嘩でもするか、階段から転落するかしか考えられない程)④未だに施術部位毎の加算点数が生きている。⑤レセプト審査は形式のみ⑥療養費払いのため患者の印が、レセプトに必要であるが、予め院で用意した三文判を勝手に使用するのが殆どです。

以上の様な現況であるので、例えば、理学療法のみで通院する患者の場合、医者より柔整師の方が部位毎に点数加算があるため、点数逆転が生じている。云い換えれば大学出より、高校出の給料が高いと云う事で、その整合性が全く崩れている訳です。

この様な矛盾、惨状を放置すれば、メスを捨てた整形外科開業医の明日はない。下手をすると柔整師の浸食により第二の助産婦の運命を辿りかねない。

結局、日整会とか日本臨床外科医会等は、素人にも他科の医師達にも分かる如く、上手に柔整師と整形外科医の違いをPRし、柔整師に業務範囲を厳守せしめる様、有効な施策を行政に強く求められる昨今であります。

70 歳定年制

東大阪市 広谷整形外科 廣 谷 巖

日本人の平均寿命は80歳近くになり、世界第2の長寿国になったと記憶している。

長生きすることは、大変喜ばしいことではあるが、21世紀には老人人口が増加し、若い人たちの負担が増大し結構なことばかりではない。

そこで私は**70歳定年制**を訴えたい。

70歳の誕生日と同時に、政・官・財・学界等のすべての社会において第一戦を退き後進に道を譲るべきかと思う。日本には昔から「亀の甲より年の劫」という諺があり、年長者の経験を尊重する傾向が強い。現状は、すべての社会において第一戦を引退した老人が、相談役・顧問・会長等の役職に就き、後継者の行動を監督指導している。急激な変化を嫌う老人のもとでは、世代交代したところで大変革などはとても実行できる環境ではない。

これはまさに老害と言わねばならない。

老害社会は昭和の時代と共に終わっておれば、現在のような大不況に悩まなくてもよかったと思う。



今後の若い人たちの力を信じ、若い人の指導力に任せるべきだ。近づくビッグバンに対処するには、若い人の発想と実行力が必要であり、そうしなければ21世紀の日本の将来に明るい展望は開けないだろう。

日本の医療制度は今、重要な改革の時期を迎えている。抜本的な医療改革なしには、医療制度は崩壊することは目に見えている。

OCOAは、**70歳定年制**を率先し、他の社会に範を垂れるべきかと思う。

整形外科医と生涯研修

福島区 秋吉整形外科 秋 吉 隆 夫

大阪府医師会は生涯研修システムの目的として、医師の生涯研修は医師自らが自発的に、自己の責任においてなすべきことが基本であるとしている。

本来の意味では、講演会、講習会、関連学会、症例検討会、各種業績などが研修であろうが、広い意味の研修も考えてよいと思う。例えば、医師会の理事としての活動、区の機能訓練事業への参加、知人の病院での手術経験、日常診療上の治療経験など。私の外来クリニックでは大阪場所中に大島部屋の力士が診療に訪れ、相撲によく見られる外傷などの症例を経験している。先日、医師会主催の介護保険のケアマネージャー養成のための講習



会を受講した。将来的には、介護や福祉の分野でケアマネージャーとして活動したり、指導することも広い意味での生涯研修と考えていいのではないのでしょうか。

私のボヤキ

医療行政へ実のある内容を望む

寝屋川市 星光病院 山本 光 男

この2～3年厚生省の医療行政の引き締め策は、我々開業医に対する指導は目に余る点が多い。

今回国会で可決実施される

- ①厚生省の医療費削減
- ②乳幼児医療費の助成削減
- ③国民健康保険の負担増加
- ④医療点数の引き締め

大変な時期に達していると言える、我々中小病院、救急病院にとっては経営の立て直し策として、2分の1あるいは3分の1に削減して老健病院への移行をも余儀なくされる始末です。病院従業員の生活基盤の確保に努力せざるを得ない。今後の救急病院は円滑に機能を果たし切れなくなる。

私の病院では息子医師3人、嫁医師1人で一家



揃って24時間勤務しても今の診療報酬にはついていけない。将来は受難な問題が待ち受けていて、まさしく今後の病院経営をどう立て直すか私には解らない。皆様のご指導を仰ぎたい心境です。

私のボヤキ

枚方市 岩井クリニック 岩井 浩

生涯教育が医師にも必要とのことで、学会だけでなく、日医や府医その他主催による多くの学習機会が与えられて、非常に嬉しい。どのテーマをみても興味をそそられるし、是非拝聴したく思う。これらの機会を準備する役員の方の先生方の御苦労は大変なものといつも感謝申し上げている。

ところで 多くの講習会に比し、整形外科関係の研修会は会費が必要である。学会費や参加費、認定医更新料等をもみても、整形外科関係の諸費用は他学会に比し、断然高いのはどうしてであろうか。

研修会も多すぎるためか、また講師が少ないためか、同じ講師が同じ内容で場所をかえて講演しておられるのも眼につく。

認定医更新を希望しなければよいのだが、今認定医は必要かどうか思い悩んでいる。これまで認定医であるがためのメリットは何もなかったし、



介護保険が日本の医療のひとつの柱になる近い将来、整形外科認定医のメリットは開業医にとってほとんどないものと予想する。

それよりも自分が勉強したことを人に公表し、申告することそのものに戸惑いを感じつつ、本日もO C O A研修会に出席させていただいた小生である。

O C O A 創始「七人の侍」
サムライ

O C O A 監事 吉田 正 和

日整会も中部日本整災会も、大学の先生方が主体で運営されているので、我々開業医の都合なんか殆ど考えてくれない。学会開催日にしても、保険点数にしても……。その他諸々の不満の高まりが、開業整形外科医の団結と意見表明が出来る組織の必要性をヒシヒシと感じさせていました。

一夕、原・稲松両先生の肝煎りでミナミの小料理座敷(稲松先生好みらしき)に集まったのが、越宗正・原省吾・稲松滋・伊藤成幸・坂本徳成・本田寅二郎・吉田正和の七人の顔触れでした。いさゝか深刻な討議ながら、意見は忽ちに一致し、越宗先生を会長に予定し各人の役割分担を決めて、O C O A の結成を呼び掛けることになりました。無論、初めからJ C O A 加入も目標に入っていました。



その後20年間の経過と、この七人の侍が果たして来た牽引的役割と苦労は、大方の御存知の通りですが、今や会員数全都道府県中最多の310余名となったO C O A の、盛んな活動現況を見るにつけて、あの夕のお酒の味をしみじみと思い出すのです。

開業当初を振り返って

茨木市・小松整形外科 小松 建 次

10年余り勤めた京都の病院を退職して、友達に誘われるまま、茨木市で開業して以来20年が瞬く間に過ぎたような気がする。

20年前、診療所の建設の段階でいろいろな問題が起こったことが、今思うと最も困難なことであった。まず土地の取得に絡む誤解で、近隣の千所帯余のマンションの自治会から歓迎しない旨の質問書を突きつけられてうろたえた。私の取得した土地がもともとマンションの公共施設建設の予定地と聴いているのに話が違うと言うのである。マンション自治会の役員会に幾度も出席して土地取得の経緯を説明し、結局マンション業者が勝手にでっち上げた事実で誤解は解けた。いよいよ



診療所の建設にかかろうとして、所有地に上水道管の引き込みがないことがわかった。紹介した不動産屋のいいかげんな不動産説明書

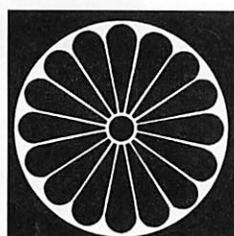
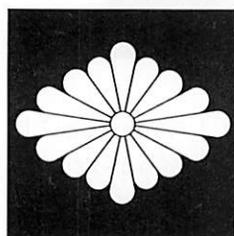
の文言に騙されたのであった。上水道のない土地に診療所の建設など考えられない。土地の回りの面した道路が府道と国道という場所柄、引き込み可能な適当な水道管がないというのである。契約工期のこともあり、近隣のマンションの散水栓からもらい水で取り敢えず工事を始めた。これは一体誰の責任であるのか、不動産屋、建築設計事務所などがいろいろ理由をあげて互いに責任のなすり合いで一向埒があかず、終には井戸を掘ってはどうかという始末。水道局の指導で近隣のマンションの水道管から引く方法以外にないという。マンション自治会とはこれまでのいきさつ上もう交渉を持ちたくなかったが、こちらも死活問題であるため仕方なく再度自治会長に会い、相談を持ちかけた。会長の一存では許可できないので千所帯余の住民のアンケートを取って、その集計結果の返事待ちということになった。

これでは水道の引き込みが可能になるのはいつになるやも知れず、先の見えないままにもらい水で工事は続けていた。約1ヶ月後のアンケート結果で数軒の反対があり、これをクリアしないと自治会としては許可できないという。

果たして反対意見の内容は水道を分けると水圧が下がるのではないかと、診療所が出来ると救急車の出入りで喧しいのではないかとといったものまであった。

数軒の反対の方々を一軒、一軒訪ね事情の

説明と誤解を解き了解を取りに回った。ようよう上水道の解決の目処も立った頃、今度は下水道処理の排水の問題が起こった。当時は未だ公共下水道設備が無く、各戸が浄化設備をつける必要があり、市町村に浄化槽設置の許可を受ける時には必ず地元の水利組合の承諾書を提出する習慣になっているということがわかり、診療所建設地の近くの村の水利組合を訪ねた。その組合長の言い分は全く意外であった。私の診療所の道路を隔てて向かい側に古い神社がある。村の鎮守社でもあり、その神社の前を診療所の下水道の排水が流れるのは信仰上誠に不浄であるといい、断じて許可できないと言い張るのであった。水は高さから低きに流れるのは当然で、診療所の地形上、側溝は神社の前を流れるようになってるのは当方に責任のないことであり、また浄化槽の排水は大変きれいな水であることなど幾ら説明しても納得してもらえず、しかしことが信仰に拘わる事であるだけに解決は困難な状況で、行政側もあくまで話し合いで解決をするよう薦めた。結局診療所の浄化槽は建築完成後も設置出来ないまま診療を始めたが、予定の5か月遅れで、その年の梅雨時に今度は建物の2階から雨が漏り出した。考えて見るといずれのトラブルも「シ」三水偏さんすいへんに関わることであり、自らの信仰の無さを改めて悔い、水の神様にご挨拶に行ったのであった。



菊(きく)

「葵は枯れて菊は榮える……」徳川幕府が滅び王政復古明治御一新、になったとき唄われた歌で、この覇者交替によって皇室の御紋菊が生気を取りもどした。菊花が皇室の紋章になったのは鎌倉時代後鳥羽上皇のころかららしい。後鳥羽上皇といえば王政復古を志し承久の乱を起こされた八十二代目の天皇である。

平成9年度

第1回理事会(9年6月14日)

§報告事項

(1) 日整会移植問題検討委員会(II.9.5.15)
の報告。 (伊藤理事)

処理骨作成マニュアルを日整会誌に掲載を依頼し、「日本整形外科学会評価基準・ガイドライン・マニュアル集」が改訂される際にも、収載を依頼する事にした。等の報告があった。

(2) 日整会リウマチ委員会(II.9.5.26)の報告。 (堀木会長)

日整会認定リウマチ医が特例処置に従って、日本リウマチ学会認定医に移行できることになった。そこで、この一本化が円滑に移行できるよう、日整会主催の日整会認定リウマチ医取得・継続のための研修会を1998年に2回、1999年に1回の計3回行う。日整会誌に説明があると思われるが、必要なDrは資格を取得しておいて欲しい。等の報告があった。

(3) JCOA医療システム小委員会
(II.9.3.29)の報告。 (長田理事)

(4) JCOA医療システム委員会(II.9.5.10)
の報告。 (長田理事)

① 角南理事より、第10回JCOA学会で医業類似行為等に関するサテライトシンポジウムを開催したい、との提案があり、協力することに決定。大阪より堀木会長がシンポジストの一人として参加予定。

② JCOAホームページに載せる「医業類似行為」の文面について。

現在、インターネットでホームページを開いている接骨院、カイロのページの中には、明らかに医師法、柔整師法に違反するものもあり、ひどいものにはJCOAとして抗議することにした。

③ 各県の医師会報に掲載してもらう「医業類似行為」についての文面はJCOA名で全国统一したほうが良いが、県医師会報であるので掲載者名はJCOA各県代表者に依頼する。

④ 船越先生より、柔整師問題についての話(会計検査院の件)。

⑤ 安部先生より医政問題について。資料をもとに報告があった。

(5) JCOA会誌等編集委員会(II.9.5.10)
の報告。 (瀬戸理事)

全国的に投稿が少ない。会誌の裏面に投稿用紙が付いているので、積極的に投稿していただきたい。との依頼があった。

(6) JCOA学会(II.9.6.7)の報告。
(瀬戸理事)

岡山で平成9年6月7～8日に開催され、大阪から25名程が参加された。研修会は「関節水腫」井上 一 岡山大学 整形外科教授
「足関節周辺のスポート外傷」渡辺 良 川崎医科大学整形外科教授
の講演であった。

「交通事故医療の日医新基準—その功罪」と題してのパネルディスカッション、「整形外科医療とその周辺を検証する」と題してのサテライトシンポジウムについて報告があった。

(7) JCOA代議員会(II.9.6.7)の報告。
(瀬戸理事)

安部理事長より、医療保険法改正法案は医療現場を無視したもので、薬剤費の問題は現場の混乱が予想される。

整形外科医から初めて衆議院議員を送り出すことができた。JCOA医政懇談会を設立し、政治力の強化を計りたい。

集団的個別指導は不合理な制度で、廃止を求める運動を推進する。

JCOAの法人化を準備中である。

政府の予算削減は社会保障費に皺寄せが来ることが予想される。との挨拶があった。

事業計画承認の件、収支予算承認の件、会則及び同施行細則一部改正(案)等、代議員会は活発な意見の交換が行われ、殊に法人化を控えての大切な会則変更だけに、代議員が各地区の会員の代表として出席しているという自覚が各発言者に見られ、所々に、JCOA会員の知性と結束の強固さを再認識した。との報告があった。

(8) 医業周辺業種問題検討「整形外科領域小委員会」(H.9.4.17)の報告。(堀木会長)

医業周辺業種、特に柔道整復師、按摩マッサージ、鍼、灸師の現況について、会計検査院の立入調査報告について、日本臨床整形外科医会医療システム委員会報告について、柔道整復師審査の現況について～レセプトを中心として～、等について資料に説明を加えて報告があった。

(9) 府医師会医学会運営委員会

(H.9.3.24,4.21,5.26)の報告。

(木佐貫理事)

資料に説明を加え、委員会の審議結果が報告された。

(10) 第53回「リウマチ医の会」(H.9.5.31)

の報告。(堀木会長)

O C O Aが共催する事になった、との報告が、資料に説明を加えて行われ、了承された。

(11) O C O A平成9年度第1回(76回)研修会報告。(服部理事)

(12) O C O A第3回、第4回研修会－総合司会交代について。(服部理事)

第3回黒田理事、第4回山本理事に変更された、との報告があった。

(13) 第25回O C O Aゴルフコンペの結果報告。

(古賀理事)

平成9年6月1日北六甲CCにて開催され、23名の参加者があった。

(14) その他

丹羽理事より、大阪臨床整形外科医会会報23号発刊のお礼と、24号への原稿依頼があった。

§ 審議事項

(1) 「骨・関節の日」の行事の件について。

(堀木会長)

毎日新聞骨の日の広告については、1件2万円で、できるだけ多く参加していただく。整形外科をアピールする目的で内容を検討する。電話相談について担当者が決定された。寄付金については、公取規約に必要な趣意書、事業計画等の文章が提示され、了承された。

(2) 平成9年度第5回研修会(80回)以降第7回研修会(82回)までの講師依頼に関する件について。(服部理事)

第5回(80回)：平成9年11月15日(土)

於：大林ビル

総合司会：新田理事

①演題：「肩の鏡視下手術、その現状と展望」

講師：大阪厚生年金病院 整形外科部長 米田稔先生

座長：天野理事

②演題：「体育大学におけるスポーツ外傷と障害の現状－腰痛を中心として－」

講師：大阪体育大学 教授

廣橋賢次先生

座長：小松理事

第6回(81回)：平成10年1月31日(土)

於：ザ・リッツ・カールトンホテル

①演題：未定

講師：

②演題：「慢性関節リウマチのトータルマネージメント」

講師：日本医科大学 リウマチ科

教授(整形外科) 吉野慎一先生

第7回(82回)：平成10年2月14日(土)

会場、演題未定

(3) ゴルフコンペの賞品等について。

(古賀理事)

今まで協賛していただいていた製薬会社が研修会を共催する事になったので協賛がなくなった。会より10万円の援助と参加者の会費だけで運営している。参加者も減少している。との現状説明があり、審議の結果、通信費の2万円を会より増額して援助する事に決定された。

文責：松矢

柔道整復師、自賠責請求、院外処方についての協議があった、との報告がなされた。

平成9年度集团的個別指導の実施方法の報告がなされた。

府医共済規定の紹介がなされ、理事会への参加時や研修会への途中にも事故に対して救済。

(6) JCOA各県代表者懇話会

(H.9.8.23～24)の報告 (瀬戸理事)

各県の状況と日整会の会員の性格について報告された。

平成9年度臨時時代議員会の開催について案内された。

(7) JCOA研修会・代議委員会

(H.9.9.14～15)の報告。(堀木会長)

第11回JCOA学会の準備状況につき報告があった。

第12回JCOA学会に、大阪が候補に上げられた。学会開催の要項の見直しについて報告された。JCOA学会賞について報告され、教育研修会講師名簿を長田理事等に委嘱され、関連の事項の報告がなされた。

(8) 平成9年度各県代表者会議(H.9.9.14)の報告。(堀木会長)

各県の事業報告、会員状況、賛助会員の厳しい状況が報告された。

(9) JCOA会誌等編集委員会

(H.9.7.12、大阪)の報告。(須藤理事)

(10) 府医師会医学会運営委員会

(H.9.6.23,7.28,8.25)の報告。

(木佐貫理事)

入会の件、堀木会長からの演題提出の予定が報告された。

(11) 大阪府医学連合会(H.9.8.23)の報告。

(瀬戸理事)

(12) OCOA会計報告。(早石理事)

「骨・関節の日」の協賛について報告。

連絡事項として、各理事の出張手当の清算。

(13) OCOA入会時の礼状としての挨拶状の件。(堀木会長、小松理事)

第2回理事会(9年9月20日)

§報告事項

(1) 日整会移植問題検討委員会(H.9.7.17)の報告。(伊藤理事)

多臓器移植ネット確立準備体制・組織図について、WG6の組織移植委員会の厚生省の骨・腱と皮膚等の各大学別に委託されたとの報告がなされた。

(2) 日整会リウマチ委員会(H.9.8.23)の報告。(堀木会長)

日本リウマチ学会認定医と日本リウマチ財団の登録医への移行には日整会リウマチ医に分かりやすいインフォメーションを送付する。

(3) 日整会平成8年度評議委員会(H.9.6.18)の報告。(服部理事)

日整会の種々の集会の報告がなされた。大橋規男理事が学会功労賞に決定との報告がなされた。

(4) JCOA医療システム委員会(H.9.8.30)の報告。(長田理事)

角南義文理事の南江堂論文不掲載問題、等。

(5) JCOA近畿ブロック会(H.9.6.15)の報告。(堀木会長)

JCOA理事会、JCOA学術委員会について報告がなされた。

「骨と関節の日」委員会、日本整形外科理事會についての報告がなされた。

平成8年8月作成の名簿以降のO C O A
入会の会員の紹介。現在313名。13名の新
入会員の紹介がなされた。

(14) 平成9年度の「骨・関節の日」の行事に
ついて。(II.9.9.27) (堀木会長)

新聞広告ではメーカーの協賛が望めない
ので、講演や公開シンポジウムなどを予定
したい、との報告があった。「骨・関節の日」
の取り組みについて、電話相談、収支明細
等の報告があった。

(15) O C O A 第5回・第6回・第7回教育
研修会の報告。(服部理事)

第4回(79回)：平成9年8月30日(土)
於：大林ビル

総合司会：山本理事(参加総数126名)

①演題：「手関節痛の診断と治療－スポー
ツ障害を含む－」N, S

講師：京都府立医大 整形外科 講師
玉井和夫先生

座長：甲斐理事(受講証発行105名、う
ちN 47名、S 54名)

②演題：「骨粗鬆症の診断－新しい診断基
準と画像診断－」N,

講師：川崎医科大学 放射線科(核医学)
教授 福永仁夫先生

座長：栗本理事(受講証発行104名、う
ちN 98名)

第5回(80回)：平成9年11月15日(土)
於：大林ビル

総合司会：新田理事

①演題：「肩の鏡視下手術－その現状と展
望－」N, S

講師：大阪厚生年金病院 整形外科
部長 米田稔先生

座長：早石理事

②演題：「体育大学におけるスポーツ外傷
と障害の現状－腰痛を中心とし
て－」N, S

講師：大阪体育大学 教授 廣橋賢次先生
座長：黒田理事

第6回(81回)：平成10年1月31日(土)

於：ザ・リッツ・カールトンホテル

総合司会：栗本理事

①演題：「慢性関節リウマチの外科的治
療」N, R

講師：玉造厚生年金病院 院長
上尾豊二先生

座長：須藤理事

②演題：「慢性関節リウマチのトータルマ
ネージメント」N, R

講師：日本医科大学 リウマチ科 教授
(整形外科) 吉野慎一先生

座長：瀬戸理事

第7回(82回)：平成10年2月14日(土)
於：新阪急ビル 12階

総合司会：甲斐理事

①演題：「寛解導入可能な慢性関節リウマ
チの新しい治療法の確立」N, R

講師：大阪大学 健康体育部健康医学第
1部門 教授 吉崎和幸先生

座長：孫理事

②演題：「肩の痛み－スポーツ障害を含む
－」N, S

講師：信原病院 院長 信原克哉先生
座長：新田理事

(16) 日整会平成9年度臨時代議員会
(II.9.8.6)の報告。

平成10年度役員選出日程の報告。

(17) 医療保険及び医療提供体制の抜本的改
革の方向の厚生省案の報告。

21世紀の医療保険制度(厚生省案)の報告
がなされた。

§ 審議事項

(1) 平成10年度総会並びに20周年記念講
演会・祝賀会(案)

日時：平成10年4月4日(土)
午後3：30～8：00

場所：南海サウスタワーホテル大阪
8階 浪華の間(200人位)

大阪市中央区難波5-1-60

TEL 06-646-1111

- ① 総 会：午後 3：30 ～ 4：10
- ② 製 品 紹 介：午後 4：10 ～ 4：30
- ③ 記念講演会：午後 4：30 ～ 5：50
 講師 [元顧問の小野村、小野、
 島津の元教授のうち 1 人]
 座長 [上記の同門から]
- ④ 記念祝賀会：午後 6：00 ～ 8：00
 司会 [瀬戸副会長]
 開会の辞 [堀木会長]
 祝辞 [安部理事長] [植松会長?]
 乾杯 [[元顧問] 島津元教授?]
 祝宴
 閉会の辞 [新 OCOA 会長]
 答礼(見送り) [新旧理事]
 阪大 早石理事
 市大 長田理事
 阪医大 服部理事
 関医大 坂本理事
 近大 須藤理事

* 家族不参加

* 来賓 安部 JCOA 理事長、顧問教授(あ
 らかじめ打診のこと)
 大阪府医師会会長
 単科医会会長 (約 20 名)

* 来賓への記念品(時計程度)及びお車代
 (3 万円)

* 来賓には案内状を別に送付(発送時期、祝
 辞の件)

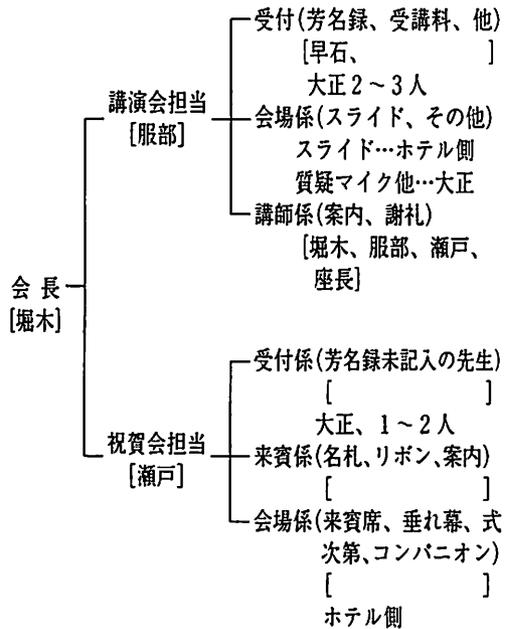
* 来賓退席の際、記念品、お車代を渡すこと。
 (帰途方法を尋ね、誘導)

* 越宗初代会長挨拶の件

* 来賓者からのお祝いについては、案内状
 に辞退の文章を入れる?

* 会場の形式 立食(来賓は着席)バイキン
 グ 祝賀担当に一任

20 周年記念講演会、祝賀会 役割分担(案)



写真、記録録音係(大正、ホテル側)

(2) 中部震災を山野市大教授がされる件に
 つき寄付、謝礼を検討した。

(堀木会長)

(3) OCOA 研修会(第 5、6、7、8 回)
 の件。

文責：福井

第 3 回理事会(9 年 12 月 13 日)

§ 報告事項

(1) JCOA 医療システム小委員会

(H.9.12.4)の報告。 (長田理事)

平成 9 年 12 月 6 日大阪ヒルトンホテルに
 て JCOA 医療システム小委員会が開かれた。

柔整関係についての討議が中心であった。
 来年あたりから医師、柔整師、学識経験者
 の三者構成による柔整師のレセプトを対象
 とした審査機構が出来るとの報告があった。

(2) JCOA 経営委員会(H9.11.30)の報告。

(黒田理事)

平成 9 年 11 月 30 日、JCOA 事務局に

て行われた。今年9月の医療保険法改定の影響について、約2割位ダウンしている予測である。また、医療費が西高東低の傾向にあるので、一度疾患別に各自調査する。

病院のリストを今後作成する予定である。また、来年3月に経営セミナーを開催予定である等の報告があった。

(3) JCOA学術研修委員会(II.9.10.19)の報告。(堀木会長)

平成9年10月19日、東洋ホテル(大阪)にて行われた。

来年はJCOA学会が岐阜、研修会が神戸にて開催されるとのこと。

また、再来年は学会が福岡、研修会が岩手にて開催予定との報告があった。

(4) JCOA会誌編集委員会(II.9.10.4,11.22)の報告。(瀬戸副会長・須藤理事)

JCOAニュース35・36・37号。JCOA会誌55・56・57号についての反省点、及び進行状況、及びJCOA会誌58号は4月下旬発行予定であるとの報告があった。

(5) JCOA近畿ブロック会(II.9.12.7)の報告。(堀木会長)

平成9年12月7日、和歌山ターミナルホテルで行われた。

報告事項として、JCOAの法人化について、「骨と関節の日」について、各府県の現状について。協議事項として、JCOAの次期理事の選出についての報告があった。

(6) 第5回日本腰痛研究会幹事会(II.9.11.1)の報告(坂本理事)

平成9年11月1日、サンケイ会館(東京)で第5回日本腰痛研究会が開催された。来年は宮崎医大・田島直也教授の主催で開かれる予定である。まだまだ歴史の浅い学会であるため、是非多くの先生に参加していただきたいとの報告があった。

(7) 全国整形外科保険審査委員会議(II.9.9.28)の報告。(天野理事)

骨粗鬆症(エルシトニンの使い方)とヒア

ルロン酸ディスポ(アルツの使い方)について、現在は各地区によって審査状況が違う、との報告があった。また、来年の4月に医療点数の改正がある、との報告があった。

(8) 府医師会医学会運営委員会(II.9.9.22,10.27,11.21)の報告。

(木佐貫理事)

大阪府医師会館において9月22日、10月27日、11月21日に、府医師会医学会運営委員会が開催され、それぞれ資料をもとに報告がなされた。

(9) 府医師会医学会総会(II.9.11.16)の報告。(木佐貫理事)

大阪府医師会医学会総会が平成9年11月16日(日)、大阪府医師会館にて開催された。演題及びパネル展示、計131題があり、参加者380名であった。午後より特別講演2題、シンポジウム5題があった等の報告があった。

(10) 会員動態(入退会)の報告。(小松理事)

入会17名、退会6名で計313名となった。また、会員数は大阪が全国一である、との報告があった。

(11) 平成9年度第5回研修会報告。(服部副会長)

第5回(80回):平成9年11月15日(土)

於:大阪・大林ビル

総司会:新田理事

①演題:「肩の鏡視下手術、その現状と展望」

講師:大阪厚生年金病院 整形外科部長 米田稔

座長:天野理事

②演題:「体育大学におけるスポーツ外傷と障害の現状-腰痛を中心として」

講師:大阪体育大学 教授 広橋賢次

座長:小松理事

参加総数141名、との報告があった。

(12) 「骨・関節の日」の行事報告。

(堀木会長)

平成9年9月27日、毎日新聞オーバルホールにて「骨・関節の日」のシンポジウムを開催した。テーマは「関節リウマチー早期発見と早期治療」で約470名の参加があった。

また、O C O Aでは10月11日に「骨と関節・健康電話相談」も行った、との報告があった。

(13) 「骨・関節の日」の会計報告。

(早石理事)

10月11日毎日新聞広告料として、「骨・関節の日」のシンポジウムの費用として、O C O A会計から240万3,784円を支出した、との報告があった。

(14) 平成9年度O C O A秋のゴルフコンペと懇親旅行の報告。 (古賀理事)

10月10日、O C O A秋のゴルフコンペを北六甲カントリークラブにて行った。

11月29日～30日、賢島方面に懇親旅行。志摩観光ホテルに1泊し、翌日、賢島カントリーでゴルフを行った、等の報告があった。

(15) その他

①今年9月の医療法改定の影響についての報告があった。(木佐貫理事)

②大阪市大・山野教授が中部整形外科災害外科学会を開催されるにあたり、O C O Aから30万を寄付したとの報告があった。(堀木会長)

§ 審議事項

(1) O C O A会誌第24号・20周年記念号に対する執筆依頼人選について。

(丹羽理事)

できるだけ早急に決める必要がある、とのことであった。

(2) 20周年記念行事の件。 (堀木会長)

日時：平成10年4月4日(土)

午後3時30分～「平成10年度定時総会」

午後4時30分～「O C O A創立20周年記念式典」

○式典 ○記念講演会 ○記念祝賀会

場所：南海サウスタワーホテル大阪

20周年運営委員会を発足し、式次第(祝辞)等詳細について決定する、との事であった。

(3) 平成10年度第1回研修会(記念特別講演)について。 (服部副会長)

第1回(83回)：平成10年4月4日(土)

於：南海サウスタワーホテル大阪

総合司会：未定

①演題：「高齢者会における脊椎症の新たな課題」

講師：大阪厚生年金病院 院長 小野啓郎

座長：小杉理事

(4) 平成10年度第2回研修会について。

(服部副会長)

平成10年6月6日、ウエスティンホテルで開催される。

尚、演題、講師については未定である、とのこと。

(5) 次期執行部の件。 (堀木会長)

次期会長として三橋二良理事、副会長として小松堅吾理事と服部良治副会長を推薦する。全員一致で了承された。

(6) その他

①平成10年度日整会各種委員会委員が、J C O Aにて5名欠員が生じるとのことで、O C O Aとして数名推薦したい、とのことであった。(堀木会長)

②Fネット(ファクシミリの通信網サービス)について、資料を用いて説明があった。

(瀬戸副会長)

文責：甲斐

第4回理事会(10年3月14日)

§ 報告事項

(1) 日整会リウマチ委員会(II.10.1.16)の報告。 (堀木会長)

日本整形外科学会認定リウマチ医については、2000年度末(2001年2月末)以降、新たな募集は行わない。

過去及び現在において日本整形外科学会

認定リウマチ医資格を取得した者に対し、認定リウマチ医の証明書を発行する。等の報告が資料に説明を加えて行われた。

(2) JCOA医療システム委員会

(H.10.2.1)の報告。(長田理事)

柔整師問題等について資料にもとずいて報告があった。

(3) JCOA会誌編集委員会(H.10.1.17)の報告。(須藤理事)

資料により説明と報告があった。

(4) JCOA学術研修委員会(H.10.1.15)の報告。(堀木会長)

各都道府県JCOA会長宛、会員からの講師の推薦を依頼したところ、80名の推薦があった。被推薦者に協力を依頼した結果、47名の講師の受諾を得たので名簿を作成した。等の報告があった。

(5) JCOA経営セミナー開催について。(H.10.3.15) (黒田理事)

明日東京で開催される。OCOAから何人かの先生が出席されるのでまた結果を報告いただきたい。との堀木会長のコメントがあった。

(6) 大阪府医会連合(H.10.2.19)の報告。(堀木会長)

平成9年度の診療報酬改正後影響が無かったと答えたのは、小児科医会、透析医会、産婦人科医会だけであった。等の報告があった。

(7) 府医師会医学会運営委員会

(H.9.12.15, H.10.1.24, 2.23)の報告。

(木佐貫理事)

(8) OCOA第6・7回研修会の報告。

(服部理事)

第6回研修会よりリウマチ財団の研修単位も取得できるようにしたところ第6回204人、第7回170人と多数の参加者があった。

(9) 平成10年度第1回研修会について。

(服部理事)

平成10年4月4日(土)

於：南海サウスタワーホテル大阪

総合司会：河村理事

演題：『高齢社会における脊椎症の新たな課題』

講師：大阪厚生年金病院 院長 小野啓郎

座長：小杉理事

(10) OCOA会報第24号(20周年記念号)の内容について。(丹羽理事)

資料により内容、執筆者、進行状況について詳しい説明があり、協力の依頼があった。

(11) その他

坂本理事より今回堀木会長、三橋次期会長の御推挙を受けJCOAの監事として書類を提出した。決定したときには御協力をお願いしたい。との報告があり、全理事が拍手で了承した。

§ 審議事項

(1) 平成10年度第2・3・4回研修会について。(服部理事)

第2回(84回)：平成10年6月6日(土)

於：ウエスティンホテル

総合司会：浜田理事

①演題：『ドーピングって何?』

講師：日本体育協会 ドーピング医事審査委員 伊藤禎之先生

座長：小杉理事

②演題：『整形外科領域における高気圧酸素治療』

講師：医療法人玄真堂 川島整形外科病院 川島真人先生

座長：坂本理事

第3回(85回)：平成10年7月11日(土)

於：ウエスティンホテル

総合司会：黒田理事

①演題：『関節軟骨欠損の修復』

講師：国立大阪南病院 脇谷滋之先生

座長：天野理事

②演題：『整形外科領域における非ステロイド系抗炎症薬による胃粘膜傷害の病態とその対策』

座長：小松理事

第4回(86回)：平成10年8月29日(土)

於：大阪・大林ビル

総司会：山本理事

①演題：『骨腫瘍の診断と治療』

講師：京都府立医大 整形外科 講師
楠崎克之先生

座長：甲斐理事

②演題：『RA上肢の外科的治療—今までの考え方でのよいのか』

大阪労災病院 リハビリテーション科 部長 政田和洋先生

座長：

(2) 平成10年度春のゴルフコンペの日程と場所について。(古賀理事)

日時：平成10年5月24日(日)

場所：北六甲カントリー倶楽部 西コース

(3) 来年度就任の役員の意向と推薦について。(三橋理事)

大竹理事の希望退任と5名の新理事の推挙がありました承された。

副会長及び各理事の分担が決定され定時総会で承認を受けることになった。

(4) 定時総会用レジメについて。

(瀬戸理事)

資料により各担当理事の説明と確認がおこなわれ、修正と補足が行われた。

(5) 20周年記念行事の件。(堀木会長)

各理事の分担が確認された。

文責：松矢

平成10年度O C O A理事会予定

平成10年 平成11年

6月13日(土)

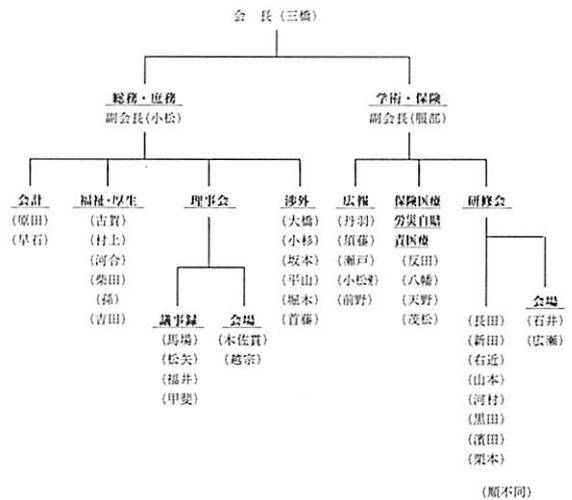
3月13日(土)

9月26日(土)

12月5日(土)

平成10年度O C O A役員役割分担表(案)

(平成10年4月1日より)



菊水(きくすい)

南朝の忠臣楠木氏の家紋で、従来忠義の象徴みたいになっている家紋である。「後醍醐天皇判官(楠木正成)をめされ、御みずから菊の華一英を杯の中に浮かべさせ給い、正成に下され、菊に千載の功ありとのたまひしより、家の紋と定む云々」と楠木家家系図にある。

第5回日本腰痛研究会幹事会報告及び御案内

日時：平成9年10月31日(金) 午後5時から6時

場所：KKRホテル 東京 11階(丹頂の間)

理事 坂本徳成

- ① 第5回日本腰痛研究会の開催概要の報告
山浦会長の挨拶
- ② 事務報告(日本医大事務官宮本幹事より)
会員数750名、役員数(別表参照)、平成8年度会計及び監査報告(別表)、9年度予算案審議
- ③ 第6回日本腰痛研究会の開催予定の報告
日時：平成10年11月21日(土)、会場：宮崎観光ホテル
次期会長：宮崎医大・田島直也教授
- ④ 第7回日本腰痛研究会の開催予定の報告
次々期会長：守山市民病院・花井謙次院長
日時：平成11年11月20日(土)
- ⑤ 第8回日本腰痛研究会々長候補選出
候補者 日医大・白井康正教授
- ⑥ 役員の変更(変更事項のみ)
名誉会員 桜井実(第2回会長) 高山 瑩(常任幹事)
常任幹事 大成清一郎(大成整形外科病院長) 岩谷 力(編集委員長)
新幹事 久野木順一(日赤医療センター) 佐々木信之(佐々木整形麻酔クリニック) 角南義文(竜操整外病院) 鈴木信治(N T T 東海総合病院)
幹事辞退 佐野精司(日大) 本多純男(湖山病院)

以上、幹事会終了後、同ホテルで山浦会長主催の招宴が開かれ、情報交換が行われた。

翌11月1日(土)は、第5回日本腰痛研究会が東京サンケイ会館(サンケイホール)で、8時55分より18時30分まで、演題発表が行われた。



演題では、手術症例5題、腰痛に関する基礎4題、疫学6題、筋性、心因性5題、仙腸、椎間関節性6題、椎間板性7題、腰痛発痛源の探究とその方法7題、計40題となっており、教育研修講演には、日整会教育研修単位1単位「腰痛の基盤となる局所解剖」と題して、東京医歯大教授・佐藤達夫先生の講演があった。

本年度は、宮崎医大田島直也教授のもと、11月21日(土)、宮崎観光ホテルで開催されます。多数の会員の先生方が御参加くださいますようお願い申し上げます。

平成8年度日本腰痛研究会会計報告

自 平成8年9月1日 至 平成9年8月31日

(収入)	正会員会費	1,870,000
	賛助会員会費	1,050,000
	会誌広告料	463,000
	銀行利息	4,477
	前年度繰越金	7,028,942
<hr/>		
	計	10,416,419
(支出)	学会誌制作費	1,110,611
	学会誌発送費	283,700
	学術集会補助金	500,000
	学会奨励賞賞金	200,000
	委員会費	291,402
	通信費	118,838
	事務費	115,962
	交通費	75,526
	人件費	544,000
	雑費	8,054
<hr/>		
	計	3,248,093
	本年度繰越金=収入-支出=	7,168,326

以上の通り相違ありません

平成 年 月 日
幹事

日本腰痛研究会 役員名簿一覽

ソート1

ソート2

出欠	役員1	役員2	氏名(敬称略)	勤務先名	役職
<input type="checkbox"/>	名誉会長		近藤鉄雄	現代政策研究会近藤鉄雄事務所	名誉会長
<input type="checkbox"/>	常任幹事		大井淑雄	余暇厚生文化財団	
<input type="checkbox"/>	常任幹事		栗原章	神戸労災病院整形外科	部長
<input type="checkbox"/>	常任幹事	代表幹事	白井康正	日医大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	常任幹事		鈴木勝己	元産業医大	名誉教授
<input type="checkbox"/>	常任幹事		高山登	高山整形外科病院	院長
<input type="checkbox"/>	常任幹事		蓮江光男	帝都高速度交通営団保健医療センター	
<input type="checkbox"/>	幹事		安部龍秀	安部整形外科医院	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		市堰英之	市堰整形外科病院	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		今井健	竜操整形外科病院	副院長
<input type="checkbox"/>	幹事		岩井浅二	岩井整形外科	院長
<input type="checkbox"/>	幹事	編集委員長	岩谷力	東北大学院医学系研究科障害科学専攻 運動障害科学講座肢体不自由学分野	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		宇沢充圭	慶友整形外科病院	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		大成清一郎	大成整形外科病院	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		小田裕胤	山口大医学部整形外科	助教授
<input type="checkbox"/>	幹事		金田清志	北大医学部整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		刈谷裕成	自治医大整形外科	講師
<input type="checkbox"/>	幹事		河合伸也	山口大医学部整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		菊池臣一	福島医大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事	編集委員	北原宏	千葉大医学部附属病院放射線部	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		吉良貞伸	吉良整形外科医院	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		工藤尚	山梨県身延保健所	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		黒川高秀	東大医学部整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		国分正一	東北大医学部整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		腰野富久	横浜市大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		坂本徳成	坂本整形外科	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		佐藤光三	秋田大医学部整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		佐藤栄修	北大整形	講師
<input type="checkbox"/>	幹事		佐藤哲朗	東北大学医学部整形外科	助教授
<input type="checkbox"/>	幹事		佐野茂夫	三楽病院整形外科	部長
<input type="checkbox"/>	幹事		佐野精司	日大板橋病院整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		四宮謙一	東京医科歯科大学整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		司馬立	慈恵医大整形外科	助教授
<input type="checkbox"/>	幹事		島津晃	北条病院	
<input type="checkbox"/>	幹事		白土修	北大医学部整形外科/リハ部	助手
<input type="checkbox"/>					

出欠	ソート1 役員1	ソート2 役員2	氏名(敬称略)	勤務先名	役職
<input type="checkbox"/>	幹事		高瀬佳久	高瀬整形外科病院	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		高橋和久	千葉大医学部整形外科	講師
<input type="checkbox"/>	幹事		竹光義治	総合脊損センター	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		田島健	田島整形外科	理事長
<input type="checkbox"/>	幹事	編集委員	田島直也	宮崎医大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		玉置哲也	和歌山医大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		辻陽雄	富山医薬大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		土井照夫	大阪労災病院整形外科	副院長
<input type="checkbox"/>	幹事		富田勝郎	金沢大医学部整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		中井修	九段坂病院整形外科	医長
<input type="checkbox"/>	幹事		永田見生	久留米大医学部整形外科	助教授
<input type="checkbox"/>	幹事		中野昇	中野整形外科医院	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		中村耕三	東大医学部整形外科	助教授
<input type="checkbox"/>	幹事	編集委員	中山義人	日医大第二病院	助教授
<input type="checkbox"/>	幹事		野原裕	獨協医大越谷病院整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		花井謙次	守山市民病院整形外科	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		馬場久敏	福井医大整形外科	助教授
<input type="checkbox"/>	幹事		原田征行	弘前大医学部整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		原田雅弘	原田整形外科	院長
<input type="checkbox"/>	幹事	編集委員	土方浩美	東女医大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		藤井克之	慈恵医大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		星野雄一	自治医大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		本多純男	湖山病院	副院長
<input type="checkbox"/>	幹事		町田正文	日大医学部整形外科	講師
<input type="checkbox"/>	幹事		松井宣夫	名市大医学部整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		松崎浩巳	日大附属駿河台病院整形外科	助教授
<input type="checkbox"/>	幹事		松本学	宝塚市立病院整形外科	講師
<input type="checkbox"/>	幹事		圓尾宗司	兵庫医大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		三秋宏	三秋整形外科医院	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		見松健太郎	J R 東海総合病院	
<input type="checkbox"/>	幹事		宮本雅史	日医大整形外科	講師
<input type="checkbox"/>	幹事		森康	森整形外科	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		山浦伊娑吉	九段坂病院整形外科	院長
<input type="checkbox"/>	幹事		山本博司	高知医大整形外科	教授
<input type="checkbox"/>	幹事		吉田徹	吉田整形外科病院	院長
<input type="checkbox"/>	幹事	編集副委員長	米延策雄	大阪大医学部整形外科	助教授

幹事総数： 71

自己紹介

新入会員の自己紹介

東住吉区 ウマノ整形外科クリニック 馬野 隆 信

この度伝統ある大阪臨床整形外科医会に入会させていただきました。平成6年より大阪市東住吉区、長居公園通りで整形外科のクリニックを開設しております。

昭和34年に泉佐野市で生まれ、大阪教育大学教育学部附属高校平野校舎を卒業、昭和58年大阪市立大学卒業後に、同大学整形外科学教室に入局させていただきました。同大学大学院・病理学教室では骨代謝を中心に研究に勤んでおりましたが、その頃はむしろ臨床医と呼べるものではありません。大学院卒業後に医局の関連施設で良き先輩方に恵まれ、いろいろ臨床経験させていただきました。しかしながら、開業してみた今にしてみれば勤務医時代は私にとっては今と似て異なる“臨床医”であったかの様に思います。

“臨床医”というものの概念についてはそれぞれの立場で異なると思います。病院の整形外科勤務医であれば外来や手術を中心とした病棟勤務が第一線の臨床医の姿でありましょうが、一介の開業医となった今となつては、病院の勤務医時代には想像もつか無かった次元で深く患者さんやその家族と関わりを持ち（持たざるを得ず）、外来だけではなく（このご時世ですか



ら）在宅医療にも関わり、いわゆる疾病だけではなく患者さんの社会的背景まで治療してゆかねばならない医療が求められ、それが現在の私の“臨床医”像であると思っております。

救急医療に携わっていた頃、第一線の病院で整形外科医療に携わっていた頃、それぞれに臨床医として精いっぱい頑張ってきたつもりですが、整形外科専門医としての立場のみならず医療全般・介護にまで関わらねばならない今となつては、それらの経験を生かしながら、先輩方よりご教唆頂きつつ“地域の臨床医”として精進してゆきたいと思っております。

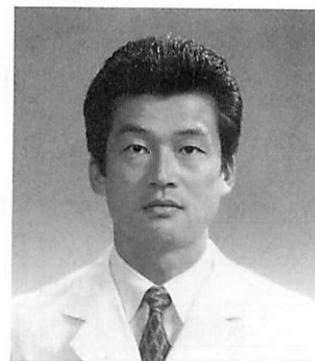
これからもどうぞよろしくお願い致します。

自己紹介

堺市 中川整形外科クリニック 中川 伊佐夫

昨年9月に堺の南海高野線中百舌鳥駅前で、中川整形外科クリニックを開業しました中川です。出身は堺で、自宅もクリニックから比較的近い所にあります。昭和58年に山口大学医学部を卒業後、大阪市立大学整形外科教室に入局しましたが、開業する前は、約9年間大阪市立北市民病院に勤務していました。

勤務医の間は、年がら年中、手術ばかりしていましたので、開業してから、ほとんどメスを握ることもなく、外来診療だけしていますと、



体がなまってくるような気がして、昼休みは、暇さえあれば、テニスや水泳などをやっています。もともとスポーツが好きなので、勤務医をしていた頃は、手術の体力を養うため、毎朝約5kmのランニングを欠かさずやっていたのですが、やめると太ると、長年の習慣で朝早く目が醒めるので、現在も、ジョギング程度に毎朝走っています。冬の暗く寒い朝や、夏の熱帯夜の翌朝は、慣れてもさすがにつらいものがありますが、春は百花繚乱、ウグイスの声も聞かれ、秋には日ごとに紅葉が深まっていくのが、目にも鮮やかに見られるなど、四季おりおりの楽しみもあります。また、時おり市民マラソン

に出場して、走った後に、仲間と飲むビールの味は格別のものです。以前はフルマラソンにも出場していましたが、ある時、完走した翌日に採血してみると、CPKの値が4,200にも達していたので、体に良くないと思い、それ以来フルマラソンはやめました。

大阪臨床整形外科医会の研修会には、勤務医をしていた頃から、時々出席させていただいておりましたが、このたび正式に入会させていただきましたので、今後ともなるべく出席して、研鑽に努めたいと思っております。御指導、御鞭撻いただきますよう宜しくお願い致します。

自己紹介

高槻市 なかじま整形外科 中嶋 洋

出身地は山口県下関市です。当地の下関西高等学校を昭和47年に卒業後大阪大学に入学し昭和53年卒業。その後の経歴としましては、大学病院の1年の研修後、大学院で核医学診断学をテーマとし、また大学院卒後のハワイ大学病理の留学を加えたため整形外科の臨床経歴は骨軟部腫瘍学がはじめてでした。その後、香川医大に3年間在籍し、腫瘍、手の外科、リウマチ診療と3足のわらじを履き、昭和62年に住友病院に赴任してからはリウマチクリニックを主体とするかたわら、脊椎外科、関節外科とレパートリーを次第に広げていきました。その中で肘人工関節の開発と臨床応用をテーマとし、充実した勤務医生活を送れたと思います。研究が一段落し、一念発起し昨年10月に開業して整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科を標榜科目とし地域医療に従事する毎日です。

趣味はテニス、ゴルフ、スキー、音楽鑑賞と一通りします。中でもテニスはスクールに通い



始め約9年と、その間、強度のテニス肘に悩まされ、また肩関節周囲炎になりかけながらも根気強く（惰性かもしれませんが）続けております。今では週1回ですが、いい息抜きになっています。現在は、毎日の診療で精神的な余裕がありませんが、おいおい医師会のテニス大会にも参加したいと思っています。早くその日が来ることを願っています。

自己紹介

—おぎの整形外科医院を開院して—

天王寺区 おぎの整形外科医院 荻野 晃

H9.2月に天王寺区にて開業しました。周囲は家内工業的な中小企業や古くからの家屋がならぶ街並みにて、近隣医院の世代交代の進んでいる地域です。開業を考えた当時は交通の便がいい駅前や人口増加地域をと、おもっておりましたが、じっくりと地域医療を行える地ということで選びました。駅からも速く夕刻になると人通りのたえる場所ですが、なんとか無事1年あまりがすぎました。

病診連携においても、近くには大病院が数多くあり症例に応じて高い医療をうけることができ、いつも心強く感謝しております。今後医療改革が進みますますますきびしくなっていきますが、時代を読みよりよい地域医療を行うにはどうすべきかを常に考えていきたいと思っております。

最後になりましたが、まだまだ未熟者ですので今後とも諸先生方のご指導のほどお願い申し上げます。



出身地 兵庫県神戸市

経歴 S58 兵庫県立神戸高校卒業

H元 滋賀医科大学卒業

H元 大阪大学整形外科入局後

国立大阪南病院、国立白浜温

泉病院、国立南和歌山病院、

大阪警察病院勤務

H9 天王寺区に開業

趣味 テニス、園芸

自己紹介

豊中市 南谷クリニック 南谷 哲司

今般入会させて頂きました南谷です。昭和59年に京都府立医大を卒業しH7年より豊中で開業しております。専門は主に膝関節疾患とスポーツ医学で、運動療法を中心としたリハビリを行い早期の社会復帰を目指した診療を行っております。学生時代にサッカーをしていた関係で関西のJリーグ某サッカーチームのドクターをしております。趣味と実益を兼ね楽しんでやらせて頂いておりますが、整形外科的な知識と現場で選手に即応する知識にはギャップもあり

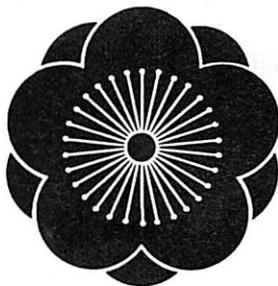
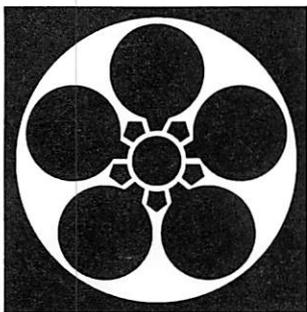


試合中にあれこれ思い悩むこともしばしばです。また、運動生理や精神面でのサポートも必要な場合もあるなど、年を経るごとに安易にこの世界に入り込んだ自分を後悔し始めています。それでも門前の小僧よろしく最近になってようやく少しずつではありますがプロに対応した知識は身につけてきているようです。以前からカイロプラクチストや柔整、鍼灸師がスポーツリハビリを謳いプロスポーツ選手を扱っているケースをよく耳にします。中高生のスポーツ選手もよく利用しているようですが、障害に対する専門的な知識もなく障害を増悪させているケースがしばしばあり気にかかっています。整形に行くと練習を止められる、ギプスなどで固定されるなどと考え、まず接骨院へと行くようです。患者さんへの啓蒙が必要であり、本当に

よくなるためにはどうすればよいのかを時間をかけて説明してあげる姿勢を常に持たなければと痛感しています。

幸いにして好きな分野での診療が行えている私ですが年々厳しくなる医療情勢（診療報酬の引き下げ、まるめ医療、薬剤自己負担等々）に安穩とはしてられないことを常々感じております。このような状況の中で取り残されないためにも知識の集積は不可欠なものと考えます。常に最新の知識を取り入れ自分のそれまでの経験に加味し、自分の診療形態をバージョンアップしていくことが重要でしょう。その意味でも今般本会に入会させて頂いたことは非常に喜びであり、先輩諸先生方に更なる御教授を頂きたいと存じます。

今後とも何卒よろしく申し上げます。



梅(うめ)

こち
「東風吹かば匂い起せよ梅の花……云々」の和歌で有名な菅原道真は平安朝九百年代初期の人で、平素梅花を愛し、梅花と道真は離すことが出来ないが、鎌倉以後天満宮信仰が盛んになったのと道真懐慕の人々が公家武家の間に現れ、即ち信仰的意義と記念的意義から、梅紋を家紋とするものが比較的広く現れる。今日最も著名なるものは加賀百万石の領主前田家であろう。

新理事紹介

〔理事を引き受けて思うこと〕

茨木市 小松整形外科 小松 建次

私は開業して今年で20年、OCCOAに入会して20年になります。そしてOCCOAは本年20周年に当たります。今日までその運営に当たって来られた諸先輩のご尽力に深く敬意を表し、厚く感謝するものです。私の開業当初、医業の経費率の特措、薬剤の購入に際しての特典?の認められていた最後の年で、以後は年々医療費の改定に際しては、医業の経営を脅かすようなことが毎年毎年続いてきたわけであります。果たして我々の仕事の今後を思うと大変不安な思いの如何ともし難いものがあります。私に与えられた理事としての担当は広報の分野であります。世間では整形外科というと未だ美容整形や整骨院との区別が明確に認識出来ない方々があり、先般も当院に来院の腰痛の患者さんと、整骨院へ行くべきかどうか真剣に相談されたり、骨折を指摘すると、それでは骨接ぎやに行くべきですかといい出したり、またピアスの依頼ならまだしも、隆鼻術や豊胸術の相談の



電話が未だにあります。整形外科という部門の受け持つ医療をもっと世間に正しく認識されるように対外広報活動を行い、整骨院と同列に評価されるような世間の認識を改めたく思うのであります。

京都市出身・関西医大卒・京都府立医大整形外科入局・京都第二赤十字病院整形外科勤務後、友人の紹介で大阪府茨木市にて開業。

〔新理事御挨拶〕

箕面市 石井整形外科 石井 正治

このたび丹羽先生のご推薦により理事をさせていただき事になりました、石井正治でございます。昭和23年に豊中市岡町に生まれました。克明小学校、豊中市立第五中学校、大阪府立北野高校と、大阪生まれの大阪育ちです。京都大学医学部卒業後、京大附属病院、関西電力病院、京都大学院博士過程、専売公社京都病院、川崎医科大学講師、田附興風会北野病院を経て、1994年11月に箕面の地で診療所を開業いたしました。医療保険制度、医療法、薬価、集



団指導、医業類似行為、自由診療、介護保険など勤務医の時にはほとんど何も考えずに過ごしてきた問題が現実問題として考えなければいけない立場になってきました。保険点数制度のことに関しても、研修医の頃にはほんの短時間に説明を受けただけで、ほとんど何も知らないで診療を続けてきました。今も多くの勤務医はそうだと思いますが、医学的に正しいと思って診療をすれば問題はないし、それが保険上問題があるのなら悪いのは保険制度であるという考え方を、押し通してきました。自由診療制度と保険診療制度の違いも根本的に解らないまま過ごしてきました。正しい医療はすべて保険で認められるのが理想ですが、なかなか現実には難しいことも少しずつわかってきました。保険制度の

危機の原因は、色々と考えられますが、高齢化社会が現実になるまで手をこまねいてみていた事や、一県一医科大学をめざした結果、卒業者は地方に定着しないで、過疎地の医療向上よりもむしろ保険診療をする医師の数を増やすぎた事など、根本的な原因はやはり国の医療政策の誤りということになるのでしょうか。医療の目的とは何なのか。延命だけを考えている医療で良いのか。それがかえって社会的負担にならないのか。手術と診療だけに明け暮れていた時と違い、考えることが増えてきた今日この頃です。微力ながらお役に立ちたいと思っています。

ご指導ご鞭撻のほどよろしく願いいたします。

〔ご 挨拶〕

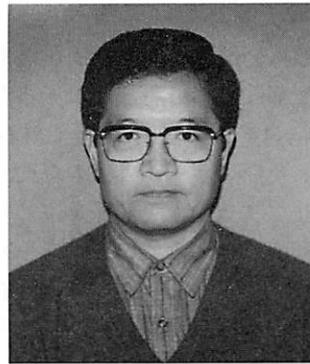
大東市 前野整形外科クリニック 前野 岳 敏

この度、伝統あるO C O Aの理事の末席を汚がすことになりました。どうぞよろしく願い致します。簡単に自己紹介させていただきます。

昭和14年生まれ、市岡高校出身です。昭和40年大阪市大医学部卒業、1年のインターンを経て、昭和41年5月に大阪市大整形外科に入局しました。

昭和42年5月より昭和48年までの6年間、長期出張で、大阪厚生年金病院にお世話になりました。ここでは、やさしく優秀なスタッフの先生方から、脊椎外科、股関節外科、災害外科、リウマチ等を広く教えていただきました。特に手の外科は堀木先生に、EMGは多久先生に、殊の外、親切にいただき、小生の整形外科医としての将来の方向づけに、多大なる影響を与えていただきました。

昭和48年、EMGの担当として市大中央臨床検査科にもどりました。整形外科も兼務となり、豊島先生の下で、末梢神経外科、脊椎外科



等を担当しました。

市大に在籍中、昭和50年、USA、ミネソタ、メイヨークリニック、及び昭和54年、スウェーデン、ストックホルム、カロリンスカ大学で行われた2回の国際筋電図学会で発表しました。又昭和52年4月より約9カ月間、頸椎外科の研修のため、フランス、ストラズブル大学に出張しました。

昭和55年、城北市民病院に赴任(整形外科長)

し、特殊救急外来、THRを中心とした股関節外科も経験しました。

昭和57年、大阪労災病院に転勤(整形外科第二部長)、EMGを中心とした電気生理学的診断学、末梢神経外科、脊椎外科を担当しました。

昭和60年、個人的な事情により、大東市で小さなクリニックを開業しました。メスとは縁を切り、保存療法に徹して、14年目に入りました。医療事情は厳しくなる一方ですが、明るく元気にやって行くつもりです。

〔O C O A 新理事に就任して〕

八尾市 右近整形外科クリニック 右近良治

此度、今年度O C O A 理事の就任にあたり、会誌編集部よりご依頼がございましたので、自己紹介をさせていただきます。

私は大阪市天王寺区生まれで、府立天王寺高校、大阪大学医学部と、育ちもずっとこの大阪にて、現在も自宅は天王寺区内と、大阪をこよなく愛する生粋の大阪人と自負している者です。

昭和54年大阪大学医学部卒業後、大阪大学整形外科教室、国立防衛医科大学整形外科、国立大阪南病院整形外科などで、また開業までの5年間は八尾市立病院整形外科に勤務し、膝関節及びスポーツ外傷の専門分野においてや、リウマチや人工関節を主とした関節外科の分野で研究と治療に研鑽を積んできました。そして、平成3年10月より現在まで、JR大和路線八尾駅前のスポーツクラブビルの1階にて、開業しております。

開業当初、O C O A の存在すら知らない時に、大学の先輩で現理事でもあられる孫瑛権先生に誘われて、O C O A ゴルフコンペに参加したのが、O C O A とのかかわりの最初です。以後、ゴルフコンペや、研修会には、都合の許す限り参加させていただきありがたいと思っておりましたので、今回、元会長の小



杉豊治先生からの「そろそろ君らも働いてくれんな。」との一言にて、喜んで理事をお受けさせていただいた次第です。

今回、研修会担当とのことですが、実は、八尾市において、若い整形外科の開業医の方々を集めて懇話会をこれまで十数回にわたって八尾市立病院の先生と共に主催し、地域の先生方との情報交換、連携を行ってまいりました。ついては、この経験をO C O A においても生かしたいと思っております。

医療情勢のきびしい昨今、整形外科医療の発展と普及のためのO C O A 活動に少しでもお役に立てればとの所存でおりますので、どうか今後ともO C O A 諸先輩には、ご指導ご鞭撻の程、よろしくお願い致します。

〔ご 挨拶〕

阿倍野区 整形外科吉田クリニック 吉田 研二郎

このたび大阪臨床整形外科医会の理事に就任させていただき会員の諸先生方のご指導の下に努力して参る心算ですのでよろしくご鞭撻の程をよろしく申し上げます。

私が大阪市立大学医学部を卒業後、整形外科にお世話になる様になったは昭和 49 年です。当時、人工関節置換術は色々な大学に導入されはじめた先端の医術であり研修医であった私共にとっては大層な手術でした。術者を始めみんなピリピリしていて術野を見るために覗き込もうものなら「不潔」とえらくどやしつけられたものでした。その私が人工膝関節をはじめ自分で出張先の病院で人工関節のパンフレットを読みながらおっかなびっくりで執刀したのは昭和 54 年のことでした。片側置換型のものでしたが関節切開に習熟しないときの手術でしたからアライメントがどうか考える余裕がないまま終わったものです。その後、市立大学病院で島津名誉教授の下で人工膝関節の開発を中心にバイオメカニクス方面で研究させていただく機会を得、膝関節手術の一般も仰せつかる様になっておりました。島津教授の退官されたのを期に、平成 7 年に阿倍野区で開業致しました。中学、高校が大阪教育大学付属、市立大学、大学病院就職そして開業地もすべて阿倍野の界隈でほとんど移動していない井戸の中の蛙のようなものです。小規模ながら手術室を備えて外来関節鏡検査及び手術をできるようにした関係か相変わらず膝を中心に診療をおこなっております。

外来関節鏡検査は奈良の藤沢先生を始め日本でも随分前から確立された方法ですが、私も 3 年前に開業して以来約 600 症例に施行しています。肩やら足関節もやっては見ましたが自信があって確実な治療が可能な膝関節は



かりに対して行うようになってしまいました。先日、Whiteside らに色々関節鏡を使って外来手術をしている話をする、かの国では日帰り手術が日常的で人工膝関節も外来手術でやっているやつがいると聞いておりました。彼自身は Day surgery でやっているわけではなく、術後 3 - 4 日で退院させているそうです。ACL 再建も一日入院で退院してもらうこともあるので環境さえ整えれば問題なく可能と考えているのですが、今の所、社会的になかなか受け入れられそうになく他院に入院してもらってやっている現状です。半月板縫合を全身麻酔下でおこなってその日にかえってもらいましたが、吸入麻酔も術後半日程度の経過観察が必要で、結果そのものは悪くなかったものの日常的に行うことは困難と思われました。最近は縫合材料が良くなって局所麻酔でもかなり容易にできるようになったのですが、気の利いた縫合材料などが高価で患者さんの負担を考えると少し気が重くなります。十字靭帯縫合などを外来で行うことは、麻酔の管理を始め人手が必要なこと、人手のみならず手術器械や手術室の整備など問題が多く、今の所困難かなとあきらめている所です。試みに、手術室の埃をカウントしてもらったら、100 万個/立法 inch 以上もあつ

て早急に改善する必要はあると考えられました。しかし、外来だけの診療所にクリーンルームの施設を導入しても採算のとれる可能性はきわめて少なく、当面はあまりリスクの高いものは遠慮しておいた方が無難と考えております。人工膝関節置換術や靱帯再建術などはクリーンルームが備えられていて仲間のある病院に入院してもらって執刀させてもらっておりますが、やりっぱなしと言われないようにするのがなかなか難しいところです。

自己紹介のつもりで、今までやってきましたことを簡単に書かせていただきました。開業以来机の前から離れることが少なく運動量が激減したためかウエストがゴルフのスコアと同じで100センチを越えてしまい自分の健康管理ができない状態、少しづつ両方を減らして行かないとと考えているところです。自分の管理もなかなかうまく行かない者ですが、福利厚生担当と言うことで諸先輩方のご

指導の下努力させていただきますのでよろしくをお願いします。

略 歴

- 昭和 49 年 大阪市立大学医学部卒業
- 昭和 51 年 大阪市立大学医学部整形外科学教室入局
- 昭和 54 年 大阪暁明館病院整形外科
- 昭和 54 年 国立大阪病院整形外科
- 昭和 57 年 大阪市立大学医学部整形外科助手
- 平成 4 年 大阪市立大学医学部講師
- 平成 6 年 整形外科吉田クリニック

専門分野

関節外科

特に膝関節

人工関節、関節鏡

バイオメカニクス

〔ご 挨拶〕

高石市 広瀬クリニック 広瀬 一 史

この度、大阪臨床整形外科医会の理事にご選任いただいた広瀬一史です。わたくしは昭和52年川崎医科大学を卒業し同年阪大整形外科へ入局しました。小野教授のもとで研修後はいくつか病院勤務し最終的には大阪労災病院整形外科で臨床の腕を磨き、平成3年2月高石市で開業しました。病院勤務中は多岐にわたり治療に携わりましたが特に膝関節外傷並びに疾患にかかわる機会が多かったようです。今なお膝関節手術を行うことがあり早石病院、泉大津市立病院には大変お世話になっています。しかし、開業しましてからは、予防医学に興味に移りつつあり、臨床医学上の開業医の役割を考えるようになりました。実家は兵庫県宝塚市仁川です。父は整形外科医で川西市民病院に長く努めさせていただき平



成3年に退職いたしました。今は隠居生活と決め込んでいるようです。大阪臨床整形外科医会理事はわたしのような若輩ものには過ぎたる重責ですが、鋭意専心努力しますので今後皆様にご指導ご鞭撻下さいようお願い申し上げます。

〔大阪臨床整形外科医会の新理事に就任して〕

堺市竹城台 澤田整形外科 澤田 出

この度副会長の服部良治先生のご推薦により大阪臨床整形外科医会の理事に就任させていただくことになりました。

大阪医科大学の医局を平成5年に退き、開業してまだ5年にしかありません。地域のための医療を心掛け努力中ではありますが、まだまだこれからというところです。このようなときに、突然の大役のお声がかかり、戸惑うと同時に果たして私のような若輩者にこのような責任のある仕事ができるのかと不安でなりません。

担当は学術です。大阪臨床整形外科医会の先輩諸先生方のお勉強のお手伝いができますよう、精一杯頑張らせていただきます。私自身大学の医局時代とは異なり、なれない医療経営等に追われ、勉強になかなか時間をあてることができなくなっています。しかし、これをひとつの反省の機会として、日進月歩の医学に遅れることのないよう勉学に励みたいと考えております。

今後とも諸先生方のご指導ご鞭撻をいただけますようよろしくお願い申し上げます。

履 歴

昭和30年11月13日出生(大阪市)

(1)学 歴

昭和49年3月 大阪府立三国丘高等学校卒業

昭和50年4月 大阪医科大学入学

昭和56年3月 同 卒業

昭和59年4月 同 大学院入学

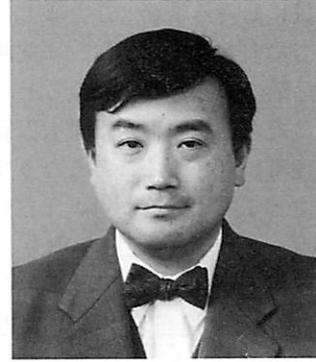
(医学研究科整形外科学専攻)

昭和63年3月 同 大学院単位取得

(2)職歴・研究歴

自昭和56年6月 大阪医科大学付属病院(整形
至昭和58年5月 外科学教室)にて臨床研修

昭和58年6月 大阪医科大学専攻医(整形外



科学教室)

昭和59年4月 同 辞退

昭和63年4月 医仁会武田総合病院
整形外科医員

平成1年8月 同 退職

平成1年9月 大阪医科大学専攻医(整形外
科学教室)

平成1年10月 フランス政府給費留学
(キャロー整形外科研究所)

平成2年12月 フランスより帰国

平成3年6月 大阪医科大学専攻医(整形外
科学教室)を辞退

平成3年7月 大阪医科大学助手(整形外
科学教室)

平成5年3月 同 辞退

平成5年4月 堺市竹城台にて整形外科医院
を開業 現在に至る

(3)免 許

昭和56年6月 第71回医師国家試験合格
(医籍登録番号第261021号)

昭和63年3月 日本整形外科学会認定医
(第107082号)

昭和63年5月 日本リハビリテーション医学
会認定臨床医(206号)

平成8年3月 医学博士学位取得

平成10年3月 日本リウマチ学会認定医

〔理事就任のご挨拶と自己紹介〕

茨木市 茂松整形外科

茂松 茂人

新緑が目にしみる季節となりましたが、会員の先生方におかれましては、ご健勝にてますますご活躍のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび思いもかけず大阪臨床整形外科医会理事に就任することとなりました。担当しますところは保険、労災、自賠責医療の部門です。とても広範囲であり、細かい種々の難題が多いと思われれます。私は全く未熟、若輩ですので担当理事の先生方のご指導、御協力をいただき、少しずつ勉強、努力を重ねて当医会の発展に少しでもお役に立つよう頑張っていきたいと思っております。

原稿依頼の中に出身地、経歴を含めてとありましたので、ここで自己紹介をさせていただきます。

私は現在46歳で大阪市北区に生まれ、菅南中学、北野高校へ進学しました。一年の浪人生活の後、大阪医科大学へ入学しました。大学生活では6年間無我夢中でバレーボールに打ちこみました。昭和53年に卒業し大阪医科大学整形外科学教室に入局致しました。2年間の関連病院、6カ月間の麻酔科研修後当大学助手にさせていただき、手の外科を専攻することになりました。現教授阿部宗昭先生の直接のご指導を仰ぎ、マイクロサージェリーを含め上肢の外科を教えていただきました。当時は手関節、特に手根不安定症がトピックで、手関節の外傷に非常に興味をもち手関節造影を検査手段にし検討を重ねたことを思い出します。昭和62年からは門真市の救急病院である蒼生病院の整形外科部長となり、再接



着から脊髄損傷の脊椎整復固定など外傷を中心に勉強をさせていただきました。当時麻酔の先生が少なく自分たちで麻酔も担当するため、そのことが少しストレスでした。年間400件を越える手術件数も約4年間続けると少し疲れも出現してきました。そして平成2年に茨木市にて開業を致しました。また今年からは茨木市医師会の理事になり、学校保健と医事対策の担当にあたっています。全てが初めての事で、少しずつ研鑽を積みあげていきたいと思っております。

趣味についてはお酒を飲みながらお話をしたり、カラオケも大好きです。冬はスキー、残りの季節はゴルフ、テニスを下手ながら楽しんでおります。

このような私ですが、創立20周年という記念すべき時に理事の大役を仰せつかり、良き機会を与えていただいたと受けとめ精一杯頑張りたいと思っております。

最後に諸先生方のご指導、ご鞭撻をよろしくお願い申し上げます。

会 員 名 簿 補 追

・ 会 員 名 簿 追 加

氏 名	医 療 機 関 名	医 療 機 関 所 在 地 所 自 宅 住 所	T E L	F A X
清 水 孝 修	清 水 整 形 外 科	〒544-0013 大 阪 市 生 野 区 巽 中 4-11-6 〒546-0035 大 阪 市 東 住 吉 区 山 坂 1-8-10	06-752-3800 06-628-0362	06-752-5005
原 田 潔	笠 原 整 形 外 科 産 婦 人 科	〒557-0041 大 阪 市 西 成 区 岸 里 2-1-7 同 上	06-658-0405 06-653-7341	06-659-2776
宮 本 洋	み や も と 整 形 外 科 ク リ ニ ッ ク	〒564-0062 吹 田 市 垂 水 町 1-28-10 ア ベ ニ イ ール 江 坂 1 階 〒564-0004 吹 田 市 原 町 3-36-1	06-337-2741 06-337-2854	06-337-2741
西 沢 徹	西 沢 整 形 外 科 ク リ ニ ッ ク	〒599-8114 堺 市 日 置 荘 西 町 978-5 パ テ イ オ 2 階 〒586-0073 河 内 長 野 市 大 矢 船 西 町 3-1-401	0722-88-2001 0721-63-4076	0722-88-2002
井 上 芳 則	井 上 ク リ ニ ッ ク	〒546-0002 大 阪 市 東 住 吉 区 杭 全 5-8-15 同 上	06-713-5821 06-713-5821	
中 川 浩 彰	中 川 整 形 外 科 ク リ ニ ッ ク	〒532-0033 大 阪 市 淀 川 区 新 高 6-7-14 〒563-0022 池 田 市 旭 丘 2-13-28	06-396-6525 0727-63-1572	06-396-6536
野 々 村 淳	野 々 村 整 形 外 科 ク リ ニ ッ ク	〒533-0032 大 阪 市 東 淀 川 区 淡 路 3-20-17 〒565-0842 吹 田 市 千 里 山 東 2-2-11	06-322-3113 06-337-4391	06-322-2523
荻 野 晃	お ぎ の 整 形 外 科 医 院	〒543-0043 大 阪 市 天 王 寺 区 勝 山 3-6-21 〒663-8113 兵 庫 県 西 宮 市 甲 子 園 口 4-11-18	06-775-5911 0798-63-7370	06-775-5912
河 村 禎 人	(医) 整 形 外 科 河 村 医 院	〒552-0016 大 阪 市 港 区 三 先 1-10-30 〒545-0021 大 阪 市 阿 倍 野 区 阪 南 町 1-23-17-401	06-575-3737 06-622-9431	06-575-3806
西 浦 弘 行	(医) 正 和 医 院	〒547-0022 大 阪 市 平 野 区 瓜 破 東 1-5-5 〒640-8125 和 歌 山 市 島 崎 町 2-20	06-709-8886 0734-36-7627	
白 石 英 典	(医) 愛 仁 会 高 槻 病 院	〒569-1115 高 槻 市 古 曾 部 1-3-13 〒569-1121 高 槻 市 真 上 町 5-5-18	0726-81-3801 0726-83-5509	0726-82-4164
柴 田 和 弥	久 米 田 外 科 整 形 外 科 病 院	〒596-0821 岸 和 田 市 小 松 里 町 928-1 〒543-0036 大 阪 市 天 王 寺 区 小 宮 町 3-8-805	0724-43-1891 06-775-4050	0724-43-2738
濱 田 茂 幸	(医) 浜 田 整 形 外 科 ク リ ニ ッ ク	〒573-0036 枚 方 市 伊 加 賀 北 町 5-20-101 〒572-0002 寝 屋 川 市 成 田 東 が 丘 25-9	0720-44-0122 0720-32-5655	0720-44-0122
馬 野 隆 信	ウ マ ノ 整 形 外 科 ク リ ニ ッ ク	〒546-0023 大 阪 市 東 住 吉 区 矢 田 2-17-3 〒546-0042 大 阪 市 東 住 吉 区 西 今 川 町 3-32-14	06-698-8411 06-704-5875	06-698-8411
東 晴 彦	あ ず ま 診 療 所	〒590-0024 堺 市 向 陵 中 町 2-4-12 伸 和 ビ ル 2・3 階 〒560-0013 豊 中 市 上 野 東 2-4-34	0722-55-4970 06-852-2045	0722-55-4971

氏名	医療機関名	医療機関所在地 自 宅 住 地 所	TEL	FAX
山本 哲	山本整形外科	〒599-8233 堺市大野芝町180 神工ビル1階 〒594-1105 和泉市のぞみ野1-24-1	0722-39-8110 0725-56-8263	0722-39-8110
南谷 哲司	南谷クリニック	〒560-0884 豊中市岡町北1-2-4 〒520-0531 滋賀県志賀町小野水明2-17-9	06-841-5700 077-594-4170	06-841-5730
中川 伊佐夫	中川整形外科 クリニック	〒591-8023 堺市中百舌島町5-632 コーポベル1階 〒590-0045 堺市四条通り5-19	0722-54-6767 0722-23-9482	0722-54-6767
白川 貴浩	白川整形外科	〒566-0001 摂津市千里丘1-13-23 千里丘サニーハイツ1階 〒565-0842 吹田市千里山東2-26-2	06-337-5273 06-388-7968	06-337-5273
横山 一郎	横山整形外科 クリニック	〒547-0021 大阪市平野区喜連東4-4-19 ルシーダ1階 〒590-0144 堺市赤坂台5-28-1	06-705-1314 0722-99-9005	06-705-1314
和田 剛正	和田整形外科	〒552-0004 大阪市港区夕凪2-16-9 〒662-0097 兵庫県西宮市柏堂町7-7-202	06-574-6226 0798-72-3810	06-574-6266
横田 徹	横田整形外科 クリニック	〒560-0082 豊中市南桜塚3-3-16 同 上	06-852-7125 06-852-3567	06-852-7126
北川 修	北川整形外科 クリニック	〒581-0013 八尾市山本町南4-2-4 桂コート1階 〒579-8003 東大阪市日下町6-4-11	0729-23-8141 0729-86-4661	0729-23-2008
中嶋 洋	なかじま整形外科	〒569-0818 高槻市桜ヶ丘南町23-5 桜が丘ビル1階 〒567-0892 茨木市並木町12-11	0726-90-3230 0726-32-2324	0726-90-3231 0726-32-2324
山内 栄二	中村医院	〒570-0009 守口市大庭町1-22-21 〒570-0008 守口市八雲北町3-11-15-1124	06-908-0037 06-991-6882	06-908-6823 06-991-6882
田 篤 孝治	田 篤 整形外科 リウマチ科	〒542-0006 大阪市中央区瓦屋町2-10-21 〒662-0052 西宮市霞町5-2	06-762-0062 0798-35-6188	06-762-8802 0798-35-6189
原田 茂	原田整形外科 クリニック	〒594-0023 和泉市伯太町6-10-20 〒559-0033 大阪市住之江区南港中2-3-12-114	0725-46-4601 06-612-3505	0725-46-4601
浜田 智志	清水会 鶴見緑地病院	〒570-0044 守口市南寺方南通り3-4-8 〒535-0022 大阪市旭区新森3-3-31	06-997-0101 06-952-5058	06-992-0151
清水 宏行	清水医院 整形外科	〒577-0841 東大阪市足代2-7-24 〒577-0841 東大阪市足代2-5-18 パークハイツ9F	06-729-2000 06-721-1101	06-721-1101
斉藤 潤	さいとう整形外科	〒551-0001 大阪市大正区三軒家西1-4-25 〒665-0877 宝塚市中山桜台6-10-1	06-554-3636 0797-89-1436	0797-89-1436

・注：住所、電話番号等の変更はO C O事務局までお知らせ下さい。

編集後記

会報に限らず、我々の日常にはいろいろな印刷物が洪水の如く押し寄せてくるのでありますが、その中で読む読まざるの取捨は個人個人の自由裁量であります。くず箆のごみと化する印刷物も多いと存じます。例えば日医雑誌、府医会報、府医ニュース、地元医師会報、各所属学会誌など数え上げても数誌あり、これらは常に読まなければなりません、多忙の内についつい診療机に堆く積み上

げられる羽目になり、読む機会を失ってしまうことが多いものであります。

私は本年度よりO C O A会報の編集の一端をお手伝いすることとなりましたが、次号の発刊が楽しみにして頂けるような会報作りに努めたいと思います、会員の皆様のご投稿をよろしくお願い申し上げます。

(広報担当理事 小松建次記)

丹羽理事の主導でO C O A会報 24号(創立20周年記念号)が発刊の運びとなりました。

多数の会員の皆様が投稿にご協力をいただいたことで、会員間の意志疎通という会報の役割を果たし、読んで楽しい会報になって参りました。

この20年でO C O Aもすばらしい発展を遂げつつあります。ちなみに平成10年3月期末

で会員数 323(全国1位)、研修会延回数 83、延演題数 131、会報 23号、懇親ゴルフ 26回、懇親旅行 19回(国内外)。J C O A理事 1、各種委員会委員 8、日整会評議員 4、大阪府医師会理事 3(副会長含む)、社保国保審査員 5等々となっております。

(広報担当理事 瀬戸信夫記)

夏草に露涼しきこの頃に、活力ある大阪臨床整形外科医会の20周年特集号が、会員の皆様の御協力により、お手元に届ける事ができました。ありがとうございます。

創立当時 27名の会員数が、20年後の現在は 323名となり、東京を凌ぐ本邦最多の会員数を誇る整形外科医の組織になったのも、歴代の会長を始め役員の方々の並々な御尽力の賜物と思われま

す。一方、会長の挨拶、御来賓の祝辞、会員の寄稿等に度々述べられているごとく、医療行政事情の劣悪化、柔整等の医療周辺業種問題

等の厳しき現実に直面しています。又最近の大阪府医ニュース(平成10年6月17日発行)によりますと“審査への不満は整形外科がトップ”とのアンケート結果が報告されています。創立当時の目的である親睦はもとより、通算 83回を誇る充実した研修会による整形外科医としての質の向上に努めて来ましたが、これ等の厳しき現実の諸問題への対応についても、次なるステップが迫られています。会員の皆様のさらなる御協力をお願い致します。

(広報担当理事 前野岳敏記)

大阪臨床整形外科医会創立 20周年記念おめでとうございます。

創立 20周年を迎えた都道府県の臨床整形外科医会は数多くあると聞いておりますが、20年前に「七人の侍」で創始された本会(吉田正和監事)が平成10年3月31日現在 323名(平成9

年度O C O A庶務及び事業報告)の会員数となっているのは驚きであります。

平成12年4月から介護保険が実施されることになりました。本会の堀木 篤前会長、三橋二良現会長も介護保険の研修、実践には意欲をもって取り組んでおられます。

介護保険の給付を受ける疾患としては脳血管障害、アルツハイマー病は勿論のこと整形外科疾患(両股または両膝の変形性関節症、慢性関節リウマチ、後縦靭帯骨化症、脊椎管狭窄症、骨粗鬆による骨折)が含まれており、こ

の分野での我々臨床整形外科医会員の専門性、指導力が期待されています。

(広報担当理事 須藤容章記)

年明けから理事の先生方に「原稿お願いします。広告をお願いします。」と鸚鵡の様に繰返していた甲斐あって立派な記念誌が出来上がりました。これも偏えに先生方や製薬・問屋の人々の御理解と御協力によるものと厚く御礼申し上げます。

前号でも余白の扱いに迷ったのですが、今回は忘れられかけている日本の家紋を並べてみました。説明も入れたので何となく堅苦しくて肩が凝ると仰る向きもあるかと存

じますが、ご容赦下さい。

先生方も自分の家に伝わる家紋を見比べて頂ければ皆さんの一寸した話題づくりの足しになるかと存じます。好評ならば次号では西欧の家紋=エンブレムを挿入してみようかと思っています。御感想をお寄せ下さい。

(平成十年七月)

(広報担当理事 丹羽権平記)

大阪臨床整形外科医会会報 第 24 号

平成10年 6月30日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒558-0011 大阪市住吉区苅田8-6-27
三橋医院内
TEL (06) 698-0661
FAX (06) 698-8332
編集者 三橋 二良・服部 良治
瀬戸 信夫・小松 建次
前野 岳敏・須藤 容章
丹羽 権平



腰痛、下肢痛に

疲れやすくて、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿で時に口渴がある場合

107

ゴ シャ ジン キ ガン
ツムラ牛車腎気丸

エキス顆粒(医療用)

健保適用

- 比較的体力の低下した人あるいは老人で、腰部および下肢の脱力感、冷え、しびれ、排尿異常(特に夜間頻尿)を訴える場合に適用されます。
- 腰部脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、骨粗鬆症などによる『腰痛』に効果があります^{1)~4)}。

【文献】 1)大萱 稔：第6回日本漢方治療シンポジウム講演内容集：P117, 1993 2)中村哲郎・他：老化と疾患, 2, 8, 1775, 1989
3)高岸直人：老化と疾患, 4, 3, 389, 1991 4)大萱 稔：PTM, 6, 13, 2, 1993

効能・効果

疲れやすくて、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿で時に口渴がある次の諸症：下肢痛、腰痛、しびれ、老人のかすみ目、かゆみ、排尿困難、頻尿、むくみ

用法・用量

通常、成人1日7.5gを2~3回に分割し、食前又は食間に経口投与する。なお、年齢、体重、症状により適宜増減する。

使用上の注意(全文記載)

1. 一般的注意 (1)本剤の使用にあたっては、患者の証(体質・症状)を考慮して投与すること。なお、経過を十分に観察し、症状・所見の改善が認められない場合には、継続投与を避けること。(2)他の漢方製剤等を併用する場合は、含有生薬の重複に注意すること。ブシを含む製剤との併用には、特に注意すること。2. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)体力の充実している患者[副作用があらわれやすくなり、その症状が増強されるおそれがある。] (2)暑がり、のぼせが強く、赤ら顔の患者[心悸亢進、のぼせ、舌のしびれ、悪心等があらわれることがある。] (3)著しく胃腸の虚弱な患者[食欲不振、胃部不快感、悪心、嘔吐、腹痛、下痢、便秘等があらわれることがある。] (4)食欲不振、悪心、嘔吐のある患者[これらの症状が悪化するおそれがある。] 3. 副作用(まれに：0.1%未満、ときに：0.1~5%未満、副反応なし：5%以上又は頻度不明) (1)過敏症：発疹、発赤、痒痒等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。(2)消化器：食欲不振、胃部不快感、悪心、嘔吐、腹痛、下痢、便秘等があらわれることがある。(3)その他：心悸亢進、のぼせ、舌のしびれ等があらわれることがある。4. 高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているため減量するなど注意すること。5. 妊婦への投与 妊娠中の投与に関する安全性は確立していないが、本剤に含まれるゴシツ、ボタンビにより流早産の危険性があり、また修治ブシ末の副作用があらわれやすくなるので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい。6. 小児への投与 本剤には修治ブシ末が含まれているので、小児には慎重に投与すること。(平成9年6月改訂)

*組成、取扱い上の注意等は製品添付文書をご覧ください。



株式会社 **ツムラ**

資料請求 弊社MR(医薬情報担当者)、または下記住所宛ご請求下さい。

●本社：〒102-8422 東京都千代田区二番町12番地7 ☎(03)3221-0001(代)



スムーズな動き、助けます



健保適用

抗痙縮剤

抗痙縮剤

ムスカルム[®]D錠

ムスカルム[®]S錠

塩酸トルペリリゾン製剤

塩酸トルペリリゾン製剤

効能・効果

下記疾患における筋緊張状態の改善

- 頸肩腕症候群
- 腰痛症

下記疾患による痙性麻痺

- 脳卒中後遺症
- 筋萎縮性側索硬化症
- 脳性麻痺
- 小脳脊髄変性症
- スモン(SMON)
- 多発性硬化症
- 痙性脊髄麻痺
- 後縦靱帯骨化症
- 外傷後遺症(脊髄損傷・頭部外傷)
- 術後後遺症(脳・脊髄腫瘍等手術後)

※使用上の注意

※1. 一般の注意

本剤の投与中に脱力感、ふらつき、眠気等が発現することがあるので、その場合には減量又は休薬すること。なお、本剤投与中の患者には自動車の運転など危険を伴う機械の操作には従事させないように注意すること。

※2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

※3. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

※(1)薬物過敏症の既往歴のある患者

(2)肝障害のある患者〔肝機能を悪化させるおそれがある。〕

※4. 相互作用

併用に注意すること

(1)メトカルバモール〔メトカルバモールとの併用時、眼の調節障害があらわれたとの報告がある。〕

※(2)骨格筋弛緩剤(ダントロレンナトリウム)〔筋弛緩作用が増強することがある。〕

※(3)アミノグリコシド系抗生物質〔神経筋遮断作用による呼吸抑制が増強することがある。〕

※5. 副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)

(1)重大な副作用

- 1)ショック:まれにショックを起こすことがあるので観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2)胸内苦悶、呼吸障害:まれに胸内苦悶、呼吸障害があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。

(2)その他の副作用

- 1)肝障害:まれに肝障害(薬剤過敏症)、肝機能異常があらわれることがあるので、肝機能検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。
- 2)過敏症:ときに発疹等があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。
- 3)精神神経系:ときにふらつき、脱力感、倦怠感、眩暈、またまれに頭痛・頭重、眠気等があらわれることがある。
- 4)消化器:ときに食欲不振、腹痛、胃・腹部不快感、悪心・嘔吐、下痢、口渇、またまれに便秘、鼓腸、胃・腹部膨満感、胃もたれ感、胸やけ等があらわれることがある。
- 5)その他:まれに痒疹、下肢脱力感があらわれることがある。

※6. 高齢者への投与

一般に高齢者では生理機能が低下しているので減量するなど注意すること。

※7. 妊婦・授乳婦への投与

(1)妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。

※(2)授乳中の婦人に投与することは避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合には、授乳を避けさせること。

※1995年9月改訂

資料請求先

日本化薬株式会社
東京都千代田区富士見一丁目11番2号

※用法・用量などは、製品添付文書をご参照ください。



ARTZ Dispo®
●薬価基準収載



関節機能改善剤

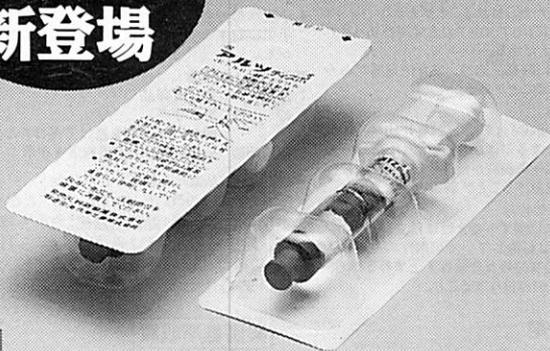
Ⓜ

アルツディスポ®

(ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

ブリスター包装内滅菌済

新包装で
新登場



(効能・効果) 変形性膝関節症、肩関節周囲炎

禁忌(次の患者には投与しないこと)
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

(使用上の注意)

- 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 - 他の薬剤に対して過敏症の既往歴のある患者
 - 肝障害又はその既往歴のある患者
[肝障害の既往歴のある患者においてGOT、GPT異常値例がみられた。]
- 重要な基本的注意
 - 変形性膝関節症で関節に炎症が著しい場合は、本剤の投与により局所炎症症状の悪化を招くことがあるので、炎症症状を除去してから本剤を投与することが望ましい。
 - 本剤の投与により、ときに局所痛があらわれることがあるので、投与後の局所安静を指示するなどの措置を講ずること。
 - 関節腔外に漏れると疼痛を起こすおそれがあるので、関節腔内に確実に投与すること。
- 副作用

総症例9,574例中副作用が報告されたのは、50例(0.52%)73件であった。また、臨床検査値には一定傾向の変動は認められなかった。

変形性膝関節症については、7,845例中にみられた副作用45例(0.57%)68件の主なものは、局所疼痛37件(0.47%)、腫脹14件(0.18%)、関節水腫3件(0.04%)であった。

肩関節周囲炎については、1,729例中にみられた副作用5例(0.29%)5件の主なものは、局所疼痛4件(0.23%)であった。

(再審査終了時:承認申請資料及び再審査申請資料)

(1)重大な副作用

ショック:まれに(0.1%未満)ショック症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2)その他の副作用

分類	頻度	
	0.1%以上5%未満	0.1%未満
過敏症注)		蕁麻疹等の発疹、痒痒感
投与関節	疼痛(主に投与後の一過性の疼痛)、腫脹	水腫、発赤、熱感、局所の重苦しさ

注)発現した場合は投与を中止し、適切な処置を行うこと。

- 高齢者への投与
一般に高齢者では生理機能が低下しているので注意すること。
- 妊婦、授乳婦等への投与
 - 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。(動物実験(ウサギ)では催奇形性は認められていないが、妊娠中の投与に関する安全性は確立していない。)
 - 授乳中の婦人には、本剤投与中は授乳を避けさせること。(動物実験(ラット)で乳汁中へ移行することが認められている。)
- 小児への投与
小児に対する安全性は確立していない。

7. 適用上の注意

(1)注射時の注意

- 本剤は膝関節腔内又は肩関節腔内に投与するので、厳重な無菌的操作のもとに行うこと。
- 症状の改善が認められない場合は5回を限度として投与を中止すること。
- 関節液の貯留があるときには、必要に応じ穿刺により排液すること。

(2)その他

- 血管内へは投与しないこと。
- 眼科用には使用しないこと。
- 本剤は粘潤なため、22-23G程度の注射針を用いて投与することが望ましい。
- 本剤の使用は1回限りとし、開封後は速やかに使用し、使用後は廃棄すること。
- 本剤は、殺菌消毒剤である塩化ベンザルコニウム等の第4級アンモニウム塩及びグルクロンヘキシンにより沈殿を生じることがあるので十分注意すること。

(取扱い上の注意)

- ブリスター包装内は滅菌済みのため、使用前に開封すること。
- ブリスター包装が開封していたり、破損していた場合には使用しないこと。

用法・用量、その他の詳細は、添付文書をご参照ください。

(製造元)



生化学工業株式会社
東京都中央区日本橋本町2-1-5

(発売元・資料請求先)

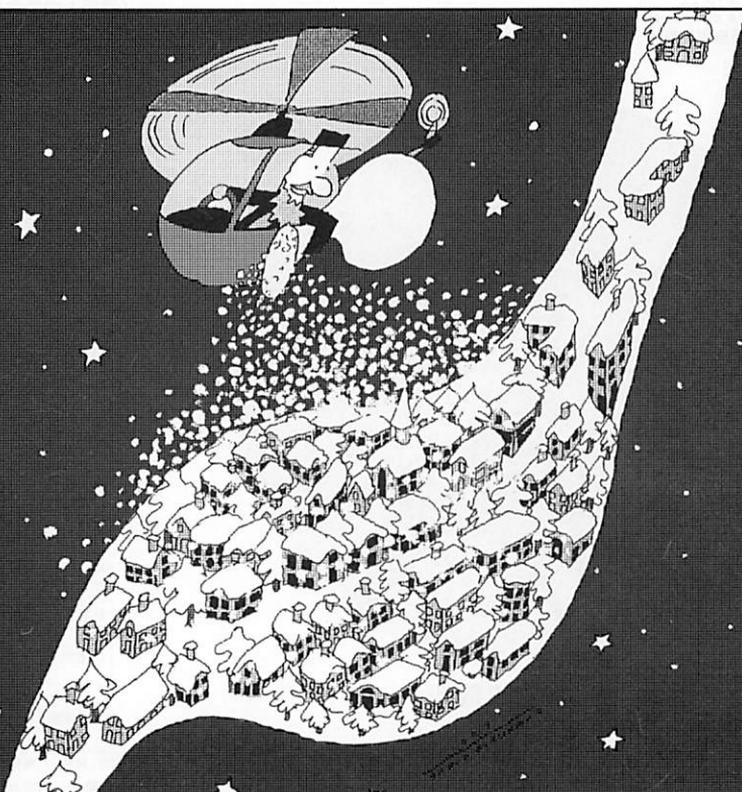


科研製薬株式会社
東京都文京区本駒込2丁目28-8

(1997年12月作成)

97H

おおつて守つて、直接なおす。



特徴

- ①松香成分由来の胃炎・胃潰瘍治療剤です。
- ②胃粘膜障害部を被覆することによって、バリアー層を形成し、胃粘膜を保護します(ヒト、ラット)。
- ③消化酵素であるペプシンの活性を抑制します。
- ④Helicobacter pyloriに対し、ウレアーゼ阻害作用を伴う殺菌作用を示します(in vitro)。
- ⑤服薬コンプライアンスのよい1日2回投与です。
- ⑥副作用発現率は0.8%(6例/729例)でした。

■効能・効果/胃潰瘍

下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

■用法・用量

通常、成人には本剤を1回1.5g(エカベトナトリウムとして1g)、1日2回(朝食後、就寝前)経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

■使用上の注意

1. 副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)
副作用が認められた場合には、必要に応じて減量又は投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

1)過敏症:ときに発疹、痒痒感、蕁麻疹があらわれることがある。

2)消化器:ときに便秘、下痢、腹部膨満感、悪心・嘔吐があらわれることがある。

3)肝臓:ときにGOT、GPTの上昇等があらわれることがある。

4)その他:ときに胸部圧迫感、全身倦怠感があらわれることがある。

2. 高齢者への投与

本薬はほとんど吸収されず、非高齢者に比べて高齢者で特に注意する点はないと考えられるが、一般に高齢者では消化器機能が低下しているため、便秘等の発現には注意することが望ましい。

3. 妊婦・授乳婦への投与

1)妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には治療上の有益性が危険性を上まると判断される場合にのみ投与すること。

2)授乳中の投与に関する安全性は確立していないので、授乳中の婦人に投与することを避け、やむを得ず投与する場合には授乳を中止させること。

4. 小児への投与

小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

■取扱い上の注意

1. 規制区分: 指定医薬品

2. 貯法: 室温保存

開封後は湿気を避けて保存のこと。

3. 使用期限: 外箱、容器に使用期限を表示

●詳細は、製品添付文書をご参照ください。

●使用上の注意の改訂には十分ご留意ください。

本剤の適応疾患(効能・効果)のうち胃潰瘍は、厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)に基づき、1回30日間分投薬が認められています。

胃炎・胃潰瘍治療剤

指 薬価基準収載

ガストローム® 顆粒

Gastrom® (一般名: エカベトナトリウム)



製造発売元(資料請求先)

田辺製薬株式会社

大阪市中央区道徳町3丁目2番10号



骨粗鬆症治療剤

指定医薬品

オステン[®]錠

(イプリフラボン錠)

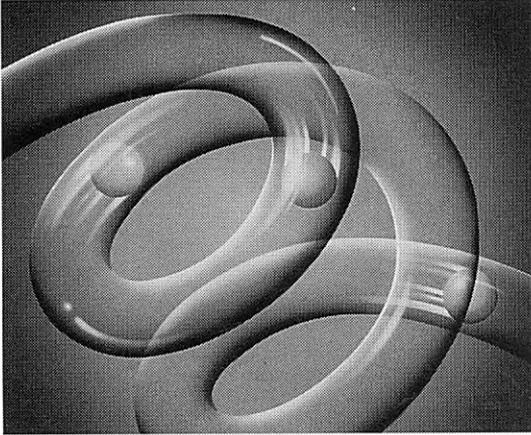
■効能・効果、用法・用量、使用上の注意および取扱い上の注意等については、添付文書をご参照ください。

■薬価基準：収載

OSTEN[®] (本剤はCHINOIN, Budapest, HUNGARY
の許諾に基づき製造)

(資料請求先)
▲ **武田薬品工業株式会社**
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

(9802-B51-16)



慢性動脈閉塞症における 四肢潰瘍ならびに 安静時疼痛の改善に 血行再建術後の 血流維持に

プロスタグランジンE₁製剤
劇指要
注射用 **プロスタンディン**[®]

薬価基準収載

注射用アルプロスタジル アルファデクス

禁忌 (次の患者には投与しないこと)

- (1) 重篤な心不全のある患者 (心不全を増悪させることがある。)
- (2) 出血 (頭蓋内出血、出血性眼疾患、消化管出血、咯血等) している患者 (出血を助長するおそれがある。)
- (3) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人 (「妊婦等への投与」の項参照)
- (4) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

■効能・効果 **I. 動脈内投与**：慢性動脈閉塞症 (パージャー病、閉塞性動脈硬化症) における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善 **II. 静脈内投与**：
1. 振動病における末梢血行障害に伴う自覚症状の改善ならびに末梢循環・神経・運動機能障害の回復 2. 血行再建術後の血流維持 3. 動脈内投与が不適と判断される慢性動脈閉塞症 (パージャー病、閉塞性動脈硬化症) における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善

■用法・用量 **I. 動脈内投与**：1. 本品1管 (アルプロスタジル 20μg) を生理食塩液 5mL に溶かし、通常成人 1日量アルプロスタジルとして 10~15μg (およそ 0.1~0.15ng/kg/分) をインフュージョンポンプを用い持続的に動脈内へ注射投与する。 2. 症状により 0.05~0.2ng/kg/分の間で適宜増減する。
II. 静脈内投与：1. 通常成人 1回量本品 2~3管 (アルプロスタジル 40~60μg) を輸液 500mL に溶解し、2時間かけて点滴静注する (5~10ng/kg/分)。なお、投与速度は体重 1kg 2時間あたり 1.2μg をこえないこと。 2. 投与回数 は 1日 1~2回。 3. 症状により適宜増減する。

■使用上の注意 **1. 慎重投与** (次の患者には慎重に投与すること) (1) 心不全のある患者 [心不全の増強傾向があらわれるとの報告があるので、循環状態に対する観察を十分に行い、慎重に投与すること。] (2) 重症糖尿病患者 (網膜症など脆弱血管からの出血を助長することがある。)] (3) 出血傾向のある患者 (出血を助長するおそれがある。)] (4) 胃潰瘍の合併症及び既往歴のある患者 (出血を助長するおそれがある。)] (5) 抗血小板剤、血栓溶解剤、抗凝血剤を投与中の患者 (「相互作用」の項参照) (6) 緑内障、眼圧亢進のある患者 (動物実験 (ウサギ) で眼圧上昇が報告されている。)] **2. 重要な基本的注意** (1) 本剤による治療は対症療法であり投与中止後再燃することがあるので注意すること。(2) 慢性動脈閉塞症における四肢潰瘍の改善を治療目的とする場合、静脈内投与は動脈内投与に比し治療効果がやや劣るので、動脈内投与が非適応と判断される患者 (高位血管閉塞例など) 又は動脈内投与操作による障害が、期待される治療上の効果を上まわると判断される患者に行うこと。
3. 相互作用 併用注意 (併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗血小板剤 アスピリン、 チクロピジン、 シロスタゾール	これらの薬剤と併用することにより出血傾向の増強をきたすおそれがある。	本剤は血小板凝集能を抑制するため、類似的作用を持つ薬剤を併用することにより作用を増強することが考えられる。
血栓溶解剤 ウロキナーゼ	観察を十分に行い、用量を調節するなど注意すること。	
抗凝血剤 ヘパリン、 ワルファリン		

4. 副作用 (動脈内投与) 副作用は 465 例中 220 例 (47.31%) について 408 件の報告があり、主な副作用は注射部位では浮腫・腫脹 145 件 (31.18%)、鈍痛・疼痛 115 件 (24.73%)、発赤 57 件 (12.26%)、熱感・発熱 51 件 (10.97%)、および注射部位以外では発熱 11 件 (2.37%) などである。(1982年10月使用成績の調査報告) (静脈内投与) 副作用は 2,200 例中 221 例 (10.05%) について 318 件の報告があり、主な副作用は注射部位では血管痛 77 件 (3.50%)、静脈炎 13 件 (0.59%)、疼痛 16 件 (0.73%)、発赤 97 件 (4.41%)、および注射部位以外では悪心・嘔吐 16 件 (0.73%)、頭痛・頭重 11 件 (0.50%) などである。(再審査終了時) (1) 重篤な副作用 1) ショック、心不全、肺水腫 ショック、心不全、肺水腫があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。2) 脳出血、消化管出血 脳出血、消化管出血 (0.05%) があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。

(2) その他の副作用

注射部 その他	頻度不明		10~35%未満		3%未満	
	頻度不明	頻度不明	頻度不明	頻度不明	頻度不明	頻度不明
			疼痛、腫脹、発赤、発熱			脱力感、痙攣
			血漿蛋白分画の変動			頭痛、発熱、動悸

循環器 出血傾向 注射部 消化器 肝臓 皮膚 その他	頻度不明		0.5~5%未満		0.5%未満	
	頻度不明	頻度不明	頻度不明	頻度不明	頻度不明	頻度不明
						胸部絞扼感注)、血圧降下注)、顔面潮紅、動悸
			眼底出血、皮下出血			
			血管痛、静脈炎、疼痛、発赤			腫脹、痙攣
			悪心・嘔吐			胃部不快感、食欲不振、下痢
						GOT、GPTの上昇等
			発疹			痙攣
			頭痛・頭重			発熱、熱感、浮腫、めまい、乳房硬結

頻度不明は自発報告による
注)：発現した場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

5. 高齢者への投与 一般に高齢者では、心機能等生理機能が低下しているので減量するなど注意すること。 **6. 妊婦等への投与** 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。(アルプロスタジルには子宮収縮作用が認められている。)] **7. 小児等への投与** 小児等に対する安全性は確立していない (使用経験が少ない)。 **8. 適用上の注意** (1) 投与速度：本剤投与により、副作用があらわれた場合には、すみやかに投与速度を遅くするか又は投与を中止すること。(2) 調製方法：インフュージョンポンプ使用に際しては、バグがあるいはシリンジ内に気泡が混入しないように注意すること。(3) アンプルカット時：本品はワンポイントカットアンプルであるが、アンプルのカット部分をエタノール綿等で拭拭カットすることが望ましい。
* その他詳細は製品添付文書をご参照ください。

製造発売元
資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-8526 大阪市中央区道修町2丁目1番5号 980101

EPA~ 母なる海から。

1回**30**日間分投薬可能
閉塞性動脈硬化症
高脂血症

[厚生省告示第26号:平成8年3月8日付]

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

出血している患者(血友病、毛細血管脆弱症、消化管潰瘍、尿路出血、咯血、硝子体出血等) [止血が困難となるおそれがある。]

【効能・効果】【用法・用量】

効能・効果	用法・用量
閉塞性動脈硬化症に伴う潰瘍、疼痛及び冷感の改善	イコサペント酸エチルとして、通常、成人1回600mg(2カプセル)を1日3回、毎食直後に経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。
高脂血症	イコサペント酸エチルとして、通常、成人1回600mg(2カプセル)を1日3回、毎食直後に経口投与する。ただし、トリグリセリドの異常を呈する場合には、その程度により、1回900mg(3カプセル)、1日3回まで増量できる。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1) 月経期間中の患者 (2) 出血傾向のある患者 (3) 手術を予定している患者 [(1)~(3) 出血を助長するおそれがある。] (4) 抗凝薬剤あるいは血小板凝集を抑制する薬剤を投与中の患者(「相互作用」の項参照) 2. 重要な基本的注意 (1) 本剤を閉塞性動脈硬化症に伴う潰瘍、疼痛及び冷感の改善に用いる場合、治療にあたっては経過を十分に観察し、本剤で効果がみられない場合には、投与を中止し、他の療法に切り替えること。また、本剤投与中は定期的に血液検査を行うことが望ましい。(2) 本剤を高脂血症に用いる場合には、次の点に十分留意すること。1) 適用の前に十分な検査を実施し、高脂血症であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。2) あらかじめ高脂血症治療の基本である食事療法を行い、更に運動療法や高血圧・糖尿病の虚血性心疾患のリスクファクターの軽減等も十分に考慮すること。3) 投与中は血中脂質値を定期的に検査し、治療に対する反応が認められない場合には投与を中止すること。

3. 相互作用 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗凝薬剤 ワルファリン 等 血小板凝集を抑制する薬剤 アスピリン インドメタシン 塩酸チクロピジン シロスタゾール 等	出血傾向をきたすおそれがある。	イコサペント酸エチルは抗血小板作用を有するので、抗凝薬剤、血小板凝集を抑制する薬剤との併用により相加的に出血傾向が増大すると考えられる。

4. 副作用 総症例12,007例中、439例(3.7%)に副作用が認められている。なお、以下の副作用はこれらの症例及び頻度を算出できない自発報告において認められたものである。(1997年9月までの集計) 副作用 以下のような副作用があらわれた場合には、症状に応じて適切な処置を行うこと。

	D.1~5%未満	0.1%未満	頻度不明
過敏症 ^{注1)}	発疹、痒痒感等		
出血傾向 ^{注2)}		皮下出血、血尿等	
血液	貧血等		
消化器	悪心、胃部不快感、下痢	嘔吐、食欲不振、便秘等	
肝臓 ^{注3)}	GOT・GPTの上昇	ALPの上昇等	黄疸
その他	CPKの上昇	頭痛・頭重感、めまい、ふらつき、眩暈、不眠、顔面潮紅、ほてり、発熱、動悸、浮腫、しびれ、関節痛、頻尿	女性化乳房

注1) このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。注2) 観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

5. 妊婦・産婦・授乳婦等への投与 (1) 妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。(2) 授乳中の婦人には投与しないことが望ましいが、やむを得ず投与する場合には授乳を避けさせること。[動物実験(ラット)で乳汁中に移行することが報告されている。] 6. 小児等への投与 小児等に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。7. 適用上の注意 (1) 服用時 1) 本剤は空腹時に投与すると吸収が悪くなるので食後直に服用させること。2) 本剤は噛まずに服用させること。(2) 薬剤交付時 PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること(PTPシートの破損により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている)。8. その他の注意 コントロール不良の高血圧症を有し、他の抗血小板剤を併用した症例において、脳出血があらわれたとの報告がある。

※詳細は添付文書をご参照下さい。

(N7)



EPA製剤 指定医薬品

エパデール^{カプセル}300

EPADEL CAPSULES (一般名: イコサペント酸エチル)

健保適用

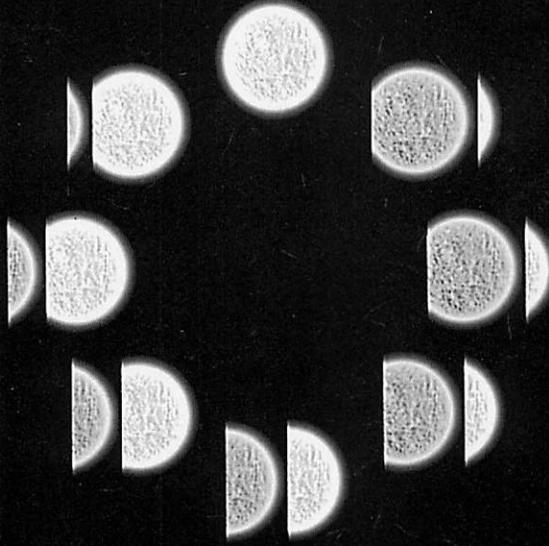
<資料請求先>



持田製薬株式会社
東京都新宿区四谷1丁目7番地
電話(03)3358-7211(代) 〒160-8515

骨は生きている

骨粗鬆症による腰背痛、骨病変の改善に、ワンアルファ。



ワンアルファ錠^{0.25}液^{0.5}^{1.0}

薬価基準収載 Onealfa[®]

活性型ビタミンD₃製剤 〈アルファカルシドール製剤〉 (劇) 指

【効能・効果】

○下記の疾患におけるビタミンD代謝異常に伴う諸症状(低カルシウム血症、テタニー、骨痛、骨病変等)の改善：●慢性腎不全 ●副甲状腺機能低下症 ●ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症 ●未熟児(液のみ)

○骨粗鬆症

【用法・用量】

本剤は、患者の血清カルシウム濃度の十分な管理のもとに、投与量を調整する。

●慢性腎不全、骨粗鬆症の場合

通常、成人1日1回アルファカルシドールとして0.5~1.0μgを経口投与する。ただし、年齢、症状により適宜増減する。

●副甲状腺機能低下症、その他のビタミンD代謝異常に伴う疾患の場合

通常、成人1日1回アルファカルシドールとして1.0~4.0μgを経口投与する。ただし、疾患、年齢、症状、病型により適宜増減する。

(小児用量) 通常、小児に対しては骨粗鬆症の場合には1日1回アルファカルシドールとして0.01~0.03μg/kgを、その他の疾患の場合には1日1回アルファカルシドールとして0.05~0.1μg/kgを経口投与する。

未熟児には1日1回0.008~0.01μg/kgを経口投与する(液のみ)。ただし、疾患、症状により適宜増減する。

【使用上の注意】— 抜粋 —

1. 一般の注意

(1) 過量投与を防ぐため、本剤投与中、血清カルシウム値の定期的測定を行い、血清カルシウム値が正常値を越えないよう投与量を調整すること。

(2) 高カルシウム血症を起こした場合には、直ちに休薬する。休薬により血清カルシウム値が正常域に達したら、減量して投薬を再開する。

※ 2. 相互作用

併用に注意すること

(1) マグネシウムを含有する薬剤(高マグネシウム血症が起きたとの報告がある。)

(2) ジギタリス製剤(ジゴキシン等)(本剤により、高カルシウム血症が発症した場合、ジギタリス製剤の作用が増強し不整脈があらわれるおそれがある。)

※ 3. 副作用(まれに：0.1%未満、ときに：0.1~5%未満、副詞なし：5%以上又は頻度不明)

① 消化器：ときに食欲不振、悪心・嘔気・嘔吐、腹部膨満感、下痢、便秘、胃痛、胃部不快感、まれに消化不良、口内異和感、口渇等があらわれることがある。

② 精神神経系：まれに頭痛・頭重、不眠・いらいら感、脱力・倦怠感、めまい、しびれ感、眠気、記憶力・記憶力の減退、耳鳴り、老人性難聴、背部痛、肩こり、下肢のつばり感、胸痛等があらわれることがある。

③ 循環器：まれに軽度の血圧上昇、動悸があらわれることがある。

④ 肝臓：ときにGOT、GPT、LDH、γ-GTPの上昇があらわれることがある。

⑤ 腎臓：まれにBUN、クレアチニンの上昇(腎機能の低下)、腎結石があらわれることがある。

⑥ 皮膚：ときに掻痒感、発疹、まれに熱感等があらわれることがある。

⑦ 眼：ときに結膜充血があらわれることがある。

⑧ 骨：まれに関節周囲の石灰化(化骨形成)があらわれることがある。

⑨ その他：まれに嘔声、浮腫があらわれることがある。

※ 7. 過量投与

副作用の中には、高カルシウム血症に基づくと思われる症状が多いので、このような症状があらわれた場合には、血清カルシウム値を測定することが望ましい。処置に関しては、一般的注意を参照のこと。

※ 1995.5.改訂 ※ 1997.10.改訂

●厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)により、本剤の効能・効果のうち「骨粗鬆症」及び「ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症」は1回30日分投薬が、また「副甲状腺機能低下症」は1回90日分投薬がそれぞれ認められています。

●使用上の注意、取扱上の注意につきましては、製品添付文書をご参照下さい。



製造元・販売
帝人株式会社 医療事業本部
〒100-8585東京都千代田区内幸町2-1-1
資料請求先：
帝人株式会社 医療事業本部第2学術部
ONE14Z(INP)9711 作成年月1998年1月

薬価基準収載

変形性膝関節症、肩関節周囲炎に



発酵法により得られたヒアルロン酸ナトリウム製剤です。
ディスプレイザブル注射筒に充填したキット製剤です。

関節機能改善剤

①指 **ヒアロス**®

Hyalos®: ヒアルロン酸ナトリウム 関節内注射液

●使用に際しては、添付文書をよくご覧ください。

資料請求先 ☎
(1997.4作成)

販売

マルホ株式会社
大阪市北区中津1丁目5-22

製造 **株式会社 資生堂**
東京都中央区銀座7丁目5-5

Anti Free Radical & PG Inducer



薬価基準収載

ムコスタの特徴

1. 胃粘膜のPG増加作用・フリーラジカル抑制作用を併せ持つ初めての胃炎・胃潰瘍治療剤です(ヒト、ラット、*in vitro*)。
2. NSAIDs*や *Helicobacter pylori* (*in vitro*) などによる胃粘膜傷害を抑制します。
3. QOUH**を高め、再発・再燃を抑制します(ラット)。
4. 胃炎***、特にびらん・出血に効果を示します。
5. 副作用発現率は0.54% (54/10,047)でした。

- * NSAIDs: non-steroidal anti-inflammatory drugs(非ステロイド性抗炎症薬)
- ** QOUH: Quality of ulcer healing (潰瘍治癒の質)
- *** 胃 炎: 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

〔効能・効果〕

- ・ 胃痛
- ・ 下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

〔使用上の注意〕一抜粋—

副作用

調査症例10,047例中54例(0.54%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められている。このうち65才以上の高齢者3,035例では18例(0.59%)に副作用がみられた。副作用発現率、副作用の種類においても高齢者と非高齢者とでは認められなかった。以下の副作用には別途市販後に報告された自発報告を含む。(承認時～1997年12月までの集計)

種類/頻度	0.1%未満	頻度不明*
過敏症 ^{注1)}	発疹、痒痒感、薬疹様湿疹等の過敏症状	
精神神経系		しびれ、めまい、眠気
消化器	便秘、腹部膨満感、下痢、嘔気・嘔吐、胸やけ、腹痛、げっぷ、味覚異常等	口渇
肝 臓	GOT、GPT、 γ -GTP、Al-Pの上昇等の肝機能障害	黄疸
血 液	白血球減少、顆粒球減少等	血小板減少
その他	月経異常、BUN上昇、浮腫、咽頭部異物感	乳腺腫脹、乳房痛、乳汁分泌誘発、動悸、発熱、顔面潮紅

注) このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。

*: 自発報告において認められた副作用のため頻度不明。

※用法・用量、その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

胃炎・胃潰瘍治療剤

指定医薬品

ムコスタ錠 100

Mucosta® tablets

レバミピド製剤



製造発売元
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社 学術部
〒101-8535 東京都千代田区神田2-2
大塚製薬 神田第二ビル

(98,4作成)

池上義肢製作所

〒613-0022

京都府久世郡久御山町市田新珠城210-9

TEL 0774-45-1757

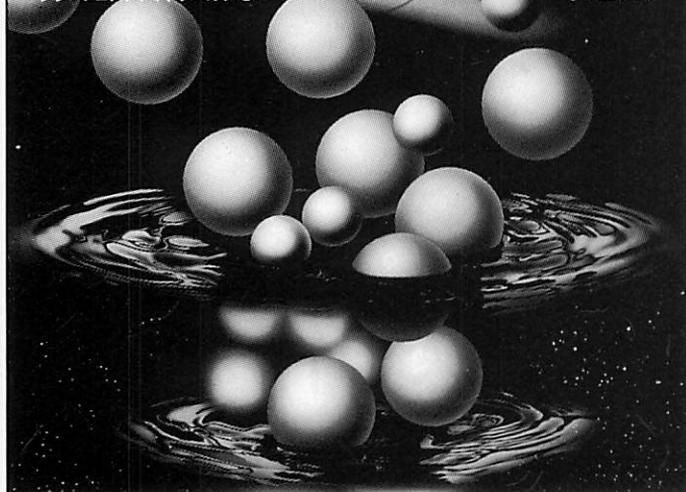
FAX 0774-45-1918

徐放性鎮痛・抗炎症剤

ボルタレン® SRカプセル

ジクロフェナクナトリウムカプセル

特許 登録商標



禁忌(次の患者には投与しないこと)

(1)消化性潰瘍のある患者 (2)重篤な血液の異常のある患者 (3)重篤な肝障害のある患者 (4)重篤な腎障害のある患者 (5)重篤な高血圧症のある患者 (6)重篤な心機能不全のある患者 (7)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 (8)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等により誘発される喘息発作)又はその既往歴のある患者

*使用上の注意等詳細につきましては製品の添付文書をご覧ください。

NOVARTIS

本剤の効能・効果のうち慢性関節リウマチに加えて、平成6年4月1日より変形性関節症に対しても1回30日間分投薬が認められています。
(厚生省告示第111号 平成6年3月29日付)

■組成/ボルタレンSRカプセルは、日本薬局方ジクロフェナクナトリウムの速溶性顆粒と徐放性顆粒を3:7の割合で混合し、白色の硬カプセルに充填した製剤で、1カプセル中にジクロフェナクナトリウム37.5mgを含有する。添加物(カプセル本体中):亜硫酸水素ナトリウム、ラウリル硫酸ナトリウム

■効能・効果/下記の疾患並びに症状の鎮痛・消炎
慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群

■用法・用量/通常、成人にはジクロフェナクナトリウムとして1回37.5mgを1日2回食後に経口投与する。

■包装/カプセル(37.5mg):(PTP)100カプセル・1000カプセル・(バラ)500カプセル

■薬価基準収載

製造/同仁医薬化工株式会社(東京都中野区弥生町5丁目2番2号)
販売/ノバルティスファーマ株式会社(東京都港区西麻布4-17-30)

(資料請求先)

ノバルティス ファーマ株式会社
東京都港区西麻布4-17-30

1997年11月作成

NOVARTIS



痛みを伴う筋緊張症状を軽減し、患者さんに暮らしの快適さ(アメニティ・オブ・ライフ)を

テルネリンは、腰痛症・頸肩腕症候群の患者さんに、より快適な、いきいきとした日常生活をもたらすのに役立っています。

筋緊張緩和剤

特許 薬価基準収載



テルネリン® 錠 1mg 顆粒 0.2%

塩酸チザニジン製剤

アメニティ: Amenity: (場所・環境・気候等の)快適さ、心地よさ、好ましさ等の意味。

●用法・用量、その他の使用上の注意等の詳細については、添付文書をご参照ください。

【効能・効果】

1. 下記疾患による筋緊張状態の改善
頸肩腕症候群、腰痛症
2. 下記疾患による痙性麻痺
脳血管障害、痙性脊髄麻痺、頸部脊椎症、脳性(小児)麻痺、外傷後遺症(脊髄損傷、頭部外傷)、脊髄小脳変性症、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症

【使用上の注意】

1. 一般的注意
(1)投与初期に急激な血圧低下があらわれることがあるので注意すること。
(2)反射運動能力の低下及び眠気を催すことがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作には従事させないよう十分注意すること。
2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
3. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
(1)肝障害のある患者[本剤は主として肝で代謝される。また、肝機能の悪化が報告されている。]
(2)腎障害のある患者[腎からの排泄が遅延し、高い血中濃度が持続するとの報告がある。]
4. 相互作用
併用に注意すること
(1)降圧剤[低血圧及び徐脈があらわれることがある。]
(2)中枢神経抑制剤、アルコール[眠気等の副作用が増強されるおそれがある。]

販売元 [資料請求先]

ノバルティス ファーマ株式会社
〒106-8618 東京都港区西麻布4-17-30

製造元 日本チバガイギー株式会社
〒665-8666 兵庫県宝塚市美幸町10番66号



やすらぎの予感

日々の排尿コントロール
1日1回バップフォー錠

バップフォー錠10・20
1回30日分処方のお知らせ

バップフォー錠10・20は厚生省告示第26号(平成8年3月8日付)に基づき、平成8年4月1日より1回30日分処方が可能になりました。

特長

1. 尿失禁・頻尿を改善します
2. 1日1回の投与で優れた効果を発揮します
3. 残尿量を増加させることなく膀胱容量を有意に増加させます
4. 抗コリン作用と平滑筋直接作用(カルシウム拮抗作用など)により膀胱の異常収縮を抑制します(*in vitro*)

■効能・効果

下記疾患又は状態における頻尿、尿失禁、神経因性膀胱、神経性頻尿、不安定膀胱、膀胱刺激状態(慢性膀胱炎、慢性前立腺炎)

■用法・用量

通常、成人には塩酸プロピベリンとして20mg(バップフォー錠10として2錠又はバップフォー錠20として1錠)を1日1回食後経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日最高投与量は40mgまでとする。

■使用上の注意

①一般の注意/眼調節障害、眠気、めまいがあらわれることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等、危険を伴う機械の操作に従事させないよう十分に注意すること。

②禁忌(次の患者には投与しないこと。)/①膣門、十二指腸及び腸管が閉塞している患者(胃腸の平滑筋の収縮及び運動が抑制され、症状を増悪させるおそれがある。)/②下部尿路が閉塞している患者(排尿筋が弛緩し、症状を増悪させるおそれがある。)/③緑内障の患者(抗コリン作用により眼圧が上昇し、症状を増悪させるおそれがある。)/④重篤な心疾患の患者(期外収縮等が報告されており、症状を増悪させるおそれがある。)

⑤慎重投与(次の患者には慎重に投与すること。)/①排尿困難のある患者(残尿が増加し、腎機能に影響を及ぼす可能性がある。)/②不整脈又はその既往歴のある患者(期外収縮等が報告されており、症状を増悪又は再発させるおそれがある。)/③肝障害又はその既往歴のある患者(主として肝で代謝されるため、副作用が発現しやすいおそれがある。)/④腎障害又はその既往歴のある患者(腎排泄が減少し、副作用が発現しやすいおそれがある。)/⑤高齢者(「高齢者への投与」の項参照)

④相互作用/併用に注意すること。抗コリン剤、三環系抗うつ剤、フェノチアジン系薬剤、モノアミン酸化酵素阻害剤(抗コリン作用等が増強されるおそれがある。)

⑤副作用/(まれに)0.1%未満、ときに0.1%~5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)①)重大な副作用/①)本剤の副作用:ア、急性緑内障発作:まれに眼圧亢進があらわれ、急性緑内障発作を惹起し、嘔気、頭痛を伴う眼痛、視力低下等があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、直ちに適切な処置を行うこと。イ、尿閉:ときに尿閉があらわれることがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。ウ、麻痺性イレウス:まれに麻痺性イレウスがあらわれることがあるので、観察を十分に行い、著しい便秘、腹部膨満等があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。エ、幻覚、せん妄:ときに幻覚、せん妄があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。②)類似薬の副作用:AVブロック、心室性頻拍:外国において類似薬(塩酸テロジリン)の服用により徐脈、QT延長、AVブロックあるいは心室性頻拍があら

れたとの報告がある。③)その他の副作用/①)過敏症:ときに痒疹、蕁麻疹、発疹等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。②)循環器:ときに動悸、また、まれに徐脈、期外収縮、胸部不快感等があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。③)精神神経系:ときにめまい、頭痛、眠気、しびれ等があらわれることがある。④)泌尿器:ときに排尿困難、尿意消失、残尿等があらわれることがある。⑤)眼:ときに調節障害等があらわれることがある。⑥)消化器:口渇、ときに便秘、腹痛、嘔気、下痢、消化不良、嘔吐、食欲不振等があらわれることがある。⑦)肝臓:ときにGOT、GPT、Al-Pの上昇等があらわれることがある。⑧)腎臓:ときにBUN、クレアチニンの上昇等があらわれることがある。⑨)血液:ときに白血球減少等があらわれることがある。⑩)その他:ときに浮腫、倦怠感、脱力感、腰痛、嘔吐、痰のからみがあらわれることがある。

⑥高齢者への投与/高齢者では肝機能、腎機能が低下していることが多いため、安全性を考慮して10mg/日より投与を開始するなど慎重に投与すること。

⑦妊婦、授乳婦への投与/①)妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい。②)動物実験(ラット)で乳汁への移行が報告されているので、授乳中の婦人には授乳を中止させること。

⑧小児への投与/小児に対する臨床評価及び安全性は確立していないので、投与しないことが望ましい。

⑨その他/雄雄ラット及びマウスに2年間経口投与したところ、雄ラットにおいて臨床用量の122倍(49mg/kg/日)投与群に腎腫瘍、雄マウスにおいて臨床用量の447倍(179mg/kg/日)投与群に肝腫瘍の発生率が対照群に比べ高いとの報告がある。

■その他詳細につきましては、添付文書をご参照ください。

尿失禁・頻尿治療剤

バップフォー錠10・20
BUP-4 tablet 10・20 一般名:塩酸プロピベリン 健保適用

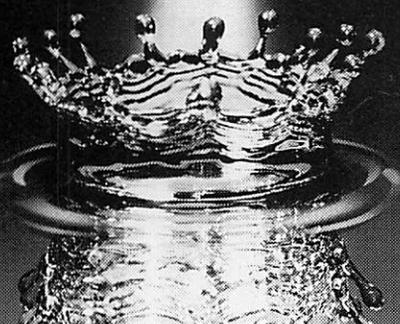
資料請求先
製造販売元



大鵬薬品工業株式会社
〒101 東京都千代田区神田錦町1-27

提携 Apogepha社 ドイツ

オリジンは
neurotropic



® **ノイトロピン® 特号3CC**

●効能・効果、用法・用量

腰痛症、頸肩腕症候群、症候性神経痛、皮膚疾患（湿疹・皮膚炎、蕁麻疹）に伴う痒痒、アレルギー性鼻炎

通常成人1日1回ノイトロピン単位として、3.6単位（1管）を皮下、筋肉内又は静脈内に注射する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

スモン（SMON）後遺症状の冷感・痛み・異常知覚

通常成人1日1回ノイトロピン単位として、7.2単位（2管）を静脈内に注射する。

●使用上の注意（抜粋）

1. 禁忌（次の患者には投与しないこと） 本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

2. 相互作用

併用に注意すること

麻薬性鎮痛薬（モルヒネ等）、非麻薬性鎮痛薬（ベンタゾシン等）、マイナートランキライザー（ジアゼパム等）、解熱鎮痛薬（インドメタシン等）、局所麻酔薬（塩酸リドカイン等）【併用薬の作用を増強することがあるので、併用に際してこれらの薬量を減量するなど、慎重に投与すること。】

3. 副作用（まれに：0.1%未満、ときに：0.1～5%未満、副詞なし：5%以上又は頻度不明）

(1) 重大な副作用

ショック

まれに脈拍の異常、頻脈、脈拍触知不能、胸痛、呼吸困難、顔面蒼白、チアノーゼ、血圧低下、意識喪失、喘息発作、嘔吐、咳、くしゃみ発作、失禁等のショック症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような場合には直ちに投与を中止し適切な処置を行うこと。

(2) その他の副作用

1) 過敏症

まれに発疹、蕁麻疹、紅斑、痒痒等の過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。

2) 循環器

まれに血圧上昇、心悸亢進等があらわれることがある。

3) 消化器

まれに悪心・嘔気、嘔吐、口渇、食欲不振、腹痛、下痢等の症状があらわれることがある。

4) 精神神経系

ときに眠気、また、まれにめまい、ふらつき、頭痛・頭重感、ふるえ、痙攣、しびれ、異常感覚、冷感、発赤、潮紅（フラッシング）、発汗・冷汗、意識障害、ぼんやり等の症状があらわれることがある。

5) 肝臓

まれにGOT、GPTの上昇がみられることがある。

6) その他

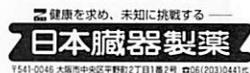
ときに顔面紅潮、また、まれに気分不良、倦怠感、脱力感、一過性の不快感、ほてり、浮腫・腫脹、発熱、悪寒、さむけ、戦慄があらわれることがある。

7) 注射部位

まれに注射部の疼痛、発赤、腫脹、硬結等があらわれることがある。

その他の「使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

資料請求先：日本臓器製薬株式会社 学術部



長びく痛みに

® **ノイトロピン® 錠**

〈薬価基準収載〉

効能・効果 腰痛症、頸肩腕症候群、肩関節周囲炎、変形性関節症

用法・用量 通常、成人1日4錠を朝夕2回に分けて経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

使用上の注意（抜粋）

1. 禁忌（次の患者には投与しないこと） 本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

2. 相互作用 併用に注意すること

（同一成分注射薬で下記の報告がある。）
麻薬性鎮痛薬（モルヒネ等）、非麻薬性鎮痛薬（ベンタゾシン等）、マイナートランキライザー（ジアゼパム等）、解熱鎮痛薬（インドメタシン等）。【併用薬の作用を増強することがある。】

3. 副作用（まれに：0.1%未満、ときに：0.1～5%未満、副詞なし：5%以上又は頻度不明）

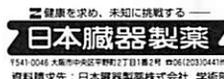
(1) 過敏症：ときに発疹、また、まれに蕁麻疹、痒痒等の過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。

(2) 消化器：ときに胃部不快感、悪心・嘔気、食欲不振、下痢・軟便、胃痛、口渇、腹部膨満感、便秘、口内炎、胃重感、胃部膨満感、腹痛、放屁過多、消化不良、また、まれに胸やけ、胃のもたれ感、嘔吐の症状があらわれることがある。

(3) 精神神経系：ときに眠気、めまい・ふらつき、頭痛・頭重感の症状があらわれることがある。

(4) その他：ときに全身倦怠感、浮腫、また、まれに熱感、動悸、皮膚感覚の異常等の症状があらわれることがある。

※その他の「使用上の注意」などについては添付文書をご参照ください。



MINATO

電流バランスをたえず監視し、自動調整するフルオートバランス機能を装備。

高効率かつ省力化を極めた、最新の干渉・吸引低周波治療器です。

患部に無理なく、不快感なく効果的に電流が働きかける干渉低周波治療法は様々な症状に効果を発揮します。干渉拡大や距離補正をかけても電流バランスを最適に自動調整する、フルオートバランス機能を搭載。単独吸引が可能な弁機構を採用した吸引導子なども新たに装備。コンパクトサイズの省スペース設計で、より使いやすく高機能を目指しました。



superkine
スーパーカイン SK-7

生体組織に損傷を与えず、筋肉や関節の痛みをやわらげる半導体レーザー治療器は、もはや疼痛治療に欠かせない存在です。国内最高出力180mWを実現。素早く「痛み」の深部へ浸透し、治療の効果と効率をアップ。もちろん出力は症状に合わせて60/100/140/180mWの4段階から選べる可変方式。完全独立2チャンネルの2プローブは、二人でもニカ所でも同時使用でき、スピーディに手際よく照射が行えます。

SOFTLASERY

ソフトレーザー J@310



等尺測定

等尺訓練

等速訓練



膝関節専用筋力訓練・測定システム

COMBIT
CB-2 コンビット

走る、跳ぶ、蹴る…。
等速訓練をはじめとする各種訓練、測定によってスポーツ選手やアスリートの大腿部の筋力をパワーアップさせる COMBIT CB-2。
ここちよい汗は健康と運動を愛する人をより輝かせます。アスレチックジム、フィットネスクラブ、リハビリテーション…。すべてのフィジカルなシーンへ。

販売元 **ミナト医科学株式会社**

本社 大阪市淀川区新北野3-13-11 TEL.06(303)7161
支店 東京都文京区本郷3-40-3 TEL.03(3815)3710

営業所：札幌・盛岡・仙台・浦和・東京特販・船橋・東東京
西東京・東部特機・国分寺・横浜・新潟・金沢
静岡・名古屋・中部特販・京都・南大阪・大阪
西部特機・近畿特販・神戸・広島・高松・北九州
福岡・九州特販・熊本・鹿児島

骨粗鬆症の治療に!

週1回投与で骨量改善

骨粗鬆症の適応症が認められた初のカルシトニン製剤

特性

1. 天然ウナギカルシトニンのS-S結合をC-C結合に変えた合成ウナギカルシトニン誘導体の骨粗鬆症治療剤です。
2. 20単位週1回の投与により骨粗鬆症に対して、骨量改善効果を示します。
3. 骨吸収抑制作用を示し、骨粗鬆症の骨吸収亢進状態を改善します。(in vitro, in vivo)
4. 骨形成促進作用を有することが示唆されています。(in vitro, in vivo)
5. 副作用発現例は、総症例221例中16例で、発現頻度は7.2%でした。

■効能・効果／骨粗鬆症

■用法・用量／通常、成人には1回エルカトニンとして20エルカトニン単位を週1回筋肉内注射する。

■使用上の注意／1. 一般的注意 (1)本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究班」の診断基準(骨量減少の有無、骨折の有無、腰痛の有無などの総合による)等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立した患者を対象とすること。(2)本剤はポリペプチド製剤であり、ショック症状を起こす可能性があるため、アレルギー既往歴、薬物過敏症等について十分な問診をすること。(3)ラットに1年間大量皮下投与した慢性毒性試験において、下垂体腫瘍の発生頻度の増加がみられたとの報告があるので、長期にわたり潑然と投与しないこと。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

3. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)発疹(紅斑、丘疹等)等の過敏症状を起こしやすい体質の患者 (2)気管支喘息又はその既往歴のある患者 [喘息発作を誘発するおそれがある。] 4. 相互作用 併用に注意すること ビスホスホン酸塩系骨吸収抑制剤(パミドロン酸ナトリウム) [血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。] 5. 副作用 (まれに): 0.1%未満、ときに: 0.1~5%未満、副詞なし: 5%以上又は頻度不明 (1)重大な副作用 1)ショック まれにショックを起こすことがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。2)テタニー 低カルシウム血症性テタニーを誘発することがあるので、症状があらわれた場合には投与を中止し、注射用カルシウム剤の投与等適切な処置を行うこと。3)喘息発作 まれに喘息発作を誘発することがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと(「3. 慎重投与」の項参照)。(2)その他の副作用 1)過敏症発疹、じんま疹等があらわれた場合には投与を中止すること。2)循環器 ときに顔面潮紅、熱感、胸部圧迫感、動悸、また、血圧上昇、血圧低下があらわれることがある。3)消化器 ときに悪心、嘔吐、食欲不振、口内炎、また、まれに腹痛、下痢、口渇、胸やけ等があらわれることがある。4)神経系 ときにめまい、ふらつき、まれに頭痛、耳鳴、視覚異常(かすみ目等)があらわれることがある。5)肝臓 まれにGOT、GPTの上昇があらわれることがある。6)電解質代謝 まれに低ナトリウム血症、また、低リン血症があらわれることがある。7)注射部位 ときに疼

痛、また、発赤、腫脹等があらわれることがある。8)その他 ときに痛痒感、また、まれに発汗、指先のしびれ、頻尿、浮腫、咽喉部異和感(咽喉部ハツカ様爽快感等)、発熱、悪寒、脱力感、全身倦怠感があらわれることがある。9. 高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているため用量に注意すること。7. 妊婦・授乳婦への投与 (1)妊婦・授乳婦への投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人及び授乳中の婦人には治療上の有益性が危険性を上まわると判断される場合にのみ投与すること。(2)動物実験で、本剤を妊娠中及び授乳中の母体に投与すると、乳汁分泌量が減少し、新生仔の体重増加の抑制が認められたとの報告がある。(3)動物実験で、本剤を妊娠末期の母体に静脈内投与すると、血清カルシウムの急激な低下、テタニー様症状の発現が認められたとの報告がある。8. 小児への投与 未熟児、新生児、乳児、幼児又は小児に対する安全性は確立していない(使用経験が少なくない)。9. 適用上の注意 (1)筋肉内注射時: 筋肉内注射にあたっては、組織・神経等への影響をさけるため、下記の点に配慮すること。1)神経走行部位をさけるよう注意すること。2)繰り返し注射する場合には、例えば左右交互に注射するなど、注射部位をかえて行うこと。3)注射針を刺入したとき、激痛を訴えたり、血液の逆流をみた場合には、直ちに針を抜き、部位をかえて注射すること。(2)アンブルカット時: 本品はワンポイントアンブルであるが、アンブルのカット部分をエタノール綿等で拭拭してからカットすることが望ましい。10. その他 ラットに1年間大量皮下投与した慢性毒性試験において、下垂体腫瘍の発生頻度の増加がみられたとの報告がある。*その他の詳細については、添付文書をご参照ください。



骨粗鬆症治療剤
エルカトニン注20S
(一般名: エルカトニン) 薬価基準収載

製造発売元 旭化成工業株式会社
大阪市北区堂島浜一丁目2番6号
資料請求先 医薬学術部
東京都千代田区神田美土代町9-1 MD神田ビル

おかげさまで

周年

フェルピナク貼付剤は無臭性

無臭性

〔効能・効果〕

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎

- 変形性関節症 ○肩関節周囲炎 ○腱・腱鞘炎 ○腱周囲炎
- 上腕骨上顆炎(テニス肘等) ○筋肉痛 ○外傷後の腫脹・疼痛

〔用法・用量〕 1日2回患部に貼付する。

〔使用上の注意〕

①一般的な注意/●消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。

●皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分行い慎重に投与すること。

●慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また、患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。

②「禁忌(次の患者には使用しないこと)/●本剤又は他のフェルピナク製剤に対して過敏症の既往歴のある患者
1 ●アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者[喘息発作を誘発するおそれがある。]

③慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)/●気管支喘息のある患者[喘息発作を誘発するおそれがある。]

④副作用(まれに①、①%未満、ときに①、①%~5%未満、副腎なし5%以上又は頻度不明)/皮膚とくに痒痒、発赤、皮膚炎(発疹、接触皮膚炎を含む)、まれに刺刺感、また、水疱があらわれることがある。これらの症状が強い場合は使用を中止すること。

⑤妊婦への投与/妊娠中の投与に関する安全性は確立していませんので、妊娠又は妊娠している可能性のある婦人には治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合のみ投与すること。

⑥小児への投与/小児に対する安全性は確立していません(使用経験が乏しい)。

⑦適用上の注意/使用部位

- 損傷皮膚及び粘膜に使用しないこと。
- 腫瘍又は発疹の部位に使用しないこと。

〔製品特性〕

1. 香料を含まない無臭性のパップ剤です。
2. 経皮吸収により、強い鎮痛・消炎作用を示します(ラット)。
3. 安定した粘着性を示します。
4. 水分含有量が多いパップ剤です。
5. 副作用発現率は1.35%(5,028例中68例)で、主な副作用は痒痒、発赤、皮膚炎、接触皮膚炎、刺激感等でした。



経皮吸収型鎮痛消炎剤(無臭性)

セルタッチ®

SELTOUCH®

フェルピナク貼付剤

薬価基準収載

1998.4

合成セファロスポリン製剤 ■健保適用
セファメジン[®]
 (日抗基:注射用セファゾリンナトリウム) (指) (要指)

注射用 **1g** キット品
 (生理食塩液100ml付)

注射用 **2g** キット品
 (生理食塩液100ml付、5%ブドウ糖注射液100ml付)

合成セファロスポリン製剤 ■健保適用
エポセリン[®]
 (日抗基:注射用セフチゾキシムナトリウム) (指) (要指)

静注用 **1g** キット品
 (生理食塩液100ml付、5%ブドウ糖注射液100ml付)



CZX
Epocelin[®]
 (略号: CZX)

CEZ
Cefamezin[®]
 (略号: CEZ)

●禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1)本剤の成分によるショックの既往歴のある患者
- (2)次の患者への5%ブドウ糖注射液100mlのキット品の投与
 低張性脱水症の患者[脱水症状を増悪させるおそれがある]

*ご使用に際しましては、製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元

フジサワ
 大阪府中央区道修町3-4-7 〒541

資料請求先: 藤沢薬品工業株式会社薬事業部

作成年月1997年3月

B51

Santen

遅すぎないうちに!!



抗リウマチ剤

薬価基準収載

アザルフィジン[®]EN錠

Azulfidine[®] EN tablets

サラゾスルファピリジン腸溶錠



【効能・効果】慢性関節リウマチ
【用法・用量】本剤は、消炎鎮痛剤などで十分な効果が得られない場合に使用すること。
通常、サラゾスルファピリジンとして成人1日投与量1gを朝食及び夕食後の2回に分割経口投与する。

●禁忌(次の患者には投与しないで下さい)

- 1) サルファ剤又はサリチル酸製剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2) 新生児、未熟児〔「新生児・未熟児又は小児への投与」の項参照〕

*その他の使用上の注意等については、添付文書をご参照下さい。

●本剤は、厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)に基づき、1回30日分投薬が認められています。
投与開始後3ヵ月間は2週間に1回の検査の実施をお願い致します。

発売元 **参天製薬株式会社**
大阪市東淀川区下新庄3-9-19
資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

製造元 **ファルマシア・アップジョン株式会社**
東京都港区虎ノ門4-3-13

98E285-2

Santen



The opening of a better life

活動性RAに挑むDMARD

抗リウマチ剤

薬価基準収載



リマチル[®]

Rimatil[®] プシラミン100mg錠



リマチル50[®]

Rimatil[®] 50 プシラミン50mg錠

※本剤は、厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)に基づき、1回30日分投薬が認められています。

製造発売元
参天製薬株式会社
大阪市東淀川区下新庄3-9-19
資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

●禁忌(次の患者には投与しないで下さい)

- 1) 血液障害のある患者及び骨髄機能の低下している患者〔骨髄機能低下による血液障害の報告がある〕
- 2) 腎障害のある患者

■効能・効果、用法・用量及び使用上の注意、副作用等については、添付文書をご参照下さい。

98D285-2

Soleton.
ザルトプロフェン製剤

薬価基準収載



非ステロイド性鎮痛・消炎剤

劇薬 指定医薬品

ソルトン[®]錠80

●禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1)消化性潰瘍のある患者(ただし、添付文書の「慎重投与」の項参照)
[消化性潰瘍を悪化させることがある]
- (2)重篤な血液の異常のある患者
[血液の異常をさらに悪化させるおそれがある]
- (3)重篤な肝障害のある患者
[肝障害をさらに悪化させるおそれがある]
- (4)重篤な腎障害のある患者
[腎障害をさらに悪化させるおそれがある]
- (5)重篤な心機能不全のある患者
[心機能不全をさらに悪化させるおそれがある]
- (6)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (7)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等により誘発される喘息発作)又はその既往歴のある患者
[喘息発作を誘発させるおそれがある]

●効能又は効果

下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛
慢性関節リウマチ、変形関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、
頸肩腕症候群
手術後、外傷後並びに抜歯後の消炎・鎮痛

●用法及び用量

通常、成人に1回1錠(ザルトプロフェンとして80mg)、1日3回
経口投与する。
頓用の場合は、1回1~2錠(ザルトプロフェンとして80~160mg)
を経口投与する。

●「使用上の注意」等は製品の添付文書をご参照ください。

製造発売元(資料請求先)

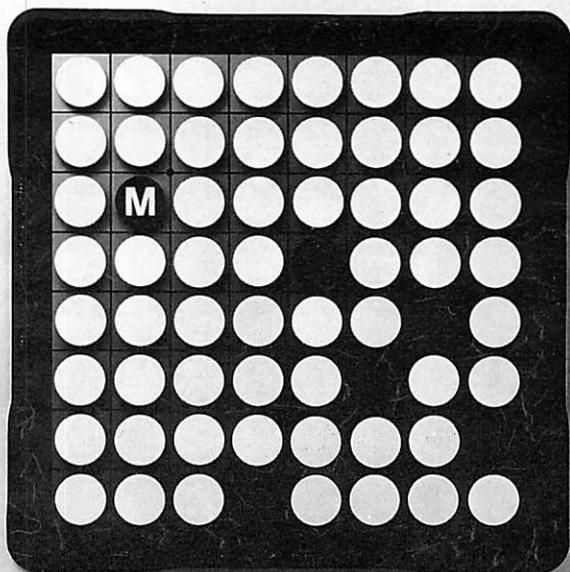


日本ケミファ株式会社
東京都千代田区岩本町2丁目2番3号

RAに新戦略。

慢性関節リウマチの早期治療に

MOVE by MOVER



抗リウマチ剤(DMARD)

薬価基準収載

モーバー錠100mg

MOVER[®] Tablets

アクタリット製剤

モーバーの特徴

- 1 従来の薬剤(SH剤、金製剤)と異なる新しいタイプのDMARD。
- 2 サプレッサーT細胞を賦活し、免疫異常を是正する。(マウス、ヒト)
- 3 消炎鎮痛剤との併用において、RAの関節症状、赤沈及びCRPの改善がみられた。
- 4 健康成人においては、体内で代謝を受けることなく未変化体として、尿中にほぼ100%排泄された。
- 5 副作用は669例中119例(17.8%)に認められ、消化器症状56例(8.4%)が主であった。

なお、腎臓に関する副作用(BUN、クレアチニン上昇等)は6例(0.9%)に認められたが、3段階評価(高・中等・軽度)で高度と判定されたものはなかった。(全症例、消炎鎮痛剤と併用)

効能・効果 慢性関節リウマチ

用法・用量 通常、他の消炎鎮痛剤等とともに、アクタリットとして成人1日300mgを3回に分けて投与する。

使用上の注意 1. 一般的注意 1) 本剤の投与に際しては、慢性関節リウマチの治療法に十分精通し、患者の病態並びに副作用の出現に注意しながら使用すること。2) 本剤は鎮痛消炎作用を持たないため従来より投与している消炎鎮痛剤等を併用すること。ただし本剤を6カ月間継続投与しても効果があらわれない場合は投与を中止すること。3) 本剤は比較的発症早期の慢性関節リウマチ患者に使用することが望ましい。4) 本剤投与中は臨床症状を十分観察するとともに、定期的に臨床検査(血液検査、肝機能・腎機能検査等)を行うこと。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)妊婦又は妊娠している可能性のある婦人、授乳婦(妊娠・授乳婦への投与)の項参照(妊娠に対する安全性は確立していない) 3. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) 1) 腎障害又はその既往歴のある患者(腎障害が悪化するおそれがある。) 2) 肝障害のある患者(肝障害が悪化するおそれがある。) 3) 消化性潰瘍又はその既往歴のある患者(消化性潰瘍が悪化するおそれがある。) 4. 副作用(まれに0.1%未満、ときに0.1~5%未満、頻度なし:5%以上又は頻度不明) ※※1) 重大な副作用 (1) 神経痛、腰痛、手足のしびれ、めまい、頭痛、耳鳴、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。7) その他 ときに浮腫、発熱、倦怠感、動悸、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。5. 高齢者への投与 本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中濃度が持続するおそれがあるため、低用量(例えば1回1錠1日2回)から投与を開始すること。なお、定期的に臨床症状の観察、臨床検査(肝機能・腎機能検査等)を行い、異常が認められた場合には、減量か又は休薬等の適切な処置を行うこと。6. 妊婦、授乳婦への投与 1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。なお、動物実験(ラット)で胎児への移行が認められている。2) 動物実験(ラット)で乳汁中への移行が認められているので、授乳中の婦人には投与しないこと。7. 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。 ※8. 適用上の注意

※※2) 重大な副作用(頭痛の場合)他の抗リウマチ剤で、急性腎不全、無顆粒球症、再生不良性貧血、肺線維症、天疱瘡様症状が報告されているので、定期的に検査を行うこと。3) その他の副作用 (1) 腎臓 血尿、ときに蛋白尿、BUN、クレアチニン、尿中NAGの上昇等の腎機能異常があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2) 肝臓 ときにGOT、GPT、ALPの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。 ※※(3) 血液 貧血、血小板減少、ときに白血球減少、顆粒球減少等があらわれることがある。(4) 消化器 ときに嘔気、嘔吐、食欲不振、腹痛、消化不良、下痢、胃潰瘍、口内炎、口内乾燥、口唇腫脹等があらわれることがある。 ※(5) 皮膚 紅斑性発疹、脱毛、ときに痒疹感、発疹、潰瘍等があらわれることがある。(6) 精神神経系 ときに頭痛、めまい、傾倒、しびれ感等があらわれることがある。7) その他 ときに浮腫、発熱、倦怠感、動悸、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。5. 高齢者への投与 本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中濃度が持続するおそれがあるため、低用量(例えば1回1錠1日2回)から投与を開始すること。なお、定期的に臨床症状の観察、臨床検査(肝機能・腎機能検査等)を行い、異常が認められた場合には、減量か又は休薬等の適切な処置を行うこと。6. 妊婦、授乳婦への投与 1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。なお、動物実験(ラット)で胎児への移行が認められている。2) 動物実験(ラット)で乳汁中への移行が認められているので、授乳中の婦人には投与しないこと。7. 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。 ※8. 適用上の注意

※※3) 重大な副作用(腎臓の場合)他の抗リウマチ剤で、急性腎不全、無顆粒球症、再生不良性貧血、肺線維症、天疱瘡様症状が報告されているので、定期的に検査を行うこと。3) その他の副作用 (1) 腎臓 血尿、ときに蛋白尿、BUN、クレアチニン、尿中NAGの上昇等の腎機能異常があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2) 肝臓 ときにGOT、GPT、ALPの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。 ※※(3) 血液 貧血、血小板減少、ときに白血球減少、顆粒球減少等があらわれることがある。(4) 消化器 ときに嘔気、嘔吐、食欲不振、腹痛、消化不良、下痢、胃潰瘍、口内炎、口内乾燥、口唇腫脹等があらわれることがある。 ※(5) 皮膚 紅斑性発疹、脱毛、ときに痒疹感、発疹、潰瘍等があらわれることがある。(6) 精神神経系 ときに頭痛、めまい、傾倒、しびれ感等があらわれることがある。7) その他 ときに浮腫、発熱、倦怠感、動悸、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。5. 高齢者への投与 本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中濃度が持続するおそれがあるため、低用量(例えば1回1錠1日2回)から投与を開始すること。なお、定期的に臨床症状の観察、臨床検査(肝機能・腎機能検査等)を行い、異常が認められた場合には、減量か又は休薬等の適切な処置を行うこと。6. 妊婦、授乳婦への投与 1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。なお、動物実験(ラット)で胎児への移行が認められている。2) 動物実験(ラット)で乳汁中への移行が認められているので、授乳中の婦人には投与しないこと。7. 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。 ※8. 適用上の注意

※※4) 重大な副作用(頭痛の場合)他の抗リウマチ剤で、急性腎不全、無顆粒球症、再生不良性貧血、肺線維症、天疱瘡様症状が報告されているので、定期的に検査を行うこと。3) その他の副作用 (1) 腎臓 血尿、ときに蛋白尿、BUN、クレアチニン、尿中NAGの上昇等の腎機能異常があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2) 肝臓 ときにGOT、GPT、ALPの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。 ※※(3) 血液 貧血、血小板減少、ときに白血球減少、顆粒球減少等があらわれることがある。(4) 消化器 ときに嘔気、嘔吐、食欲不振、腹痛、消化不良、下痢、胃潰瘍、口内炎、口内乾燥、口唇腫脹等があらわれることがある。 ※(5) 皮膚 紅斑性発疹、脱毛、ときに痒疹感、発疹、潰瘍等があらわれることがある。(6) 精神神経系 ときに頭痛、めまい、傾倒、しびれ感等があらわれることがある。7) その他 ときに浮腫、発熱、倦怠感、動悸、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。5. 高齢者への投与 本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中濃度が持続するおそれがあるため、低用量(例えば1回1錠1日2回)から投与を開始すること。なお、定期的に臨床症状の観察、臨床検査(肝機能・腎機能検査等)を行い、異常が認められた場合には、減量か又は休薬等の適切な処置を行うこと。6. 妊婦、授乳婦への投与 1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。なお、動物実験(ラット)で胎児への移行が認められている。2) 動物実験(ラット)で乳汁中への移行が認められているので、授乳中の婦人には投与しないこと。7. 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。 ※8. 適用上の注意

※※5) 重大な副作用(腎臓の場合)他の抗リウマチ剤で、急性腎不全、無顆粒球症、再生不良性貧血、肺線維症、天疱瘡様症状が報告されているので、定期的に検査を行うこと。3) その他の副作用 (1) 腎臓 血尿、ときに蛋白尿、BUN、クレアチニン、尿中NAGの上昇等の腎機能異常があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2) 肝臓 ときにGOT、GPT、ALPの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。 ※※(3) 血液 貧血、血小板減少、ときに白血球減少、顆粒球減少等があらわれることがある。(4) 消化器 ときに嘔気、嘔吐、食欲不振、腹痛、消化不良、下痢、胃潰瘍、口内炎、口内乾燥、口唇腫脹等があらわれることがある。 ※(5) 皮膚 紅斑性発疹、脱毛、ときに痒疹感、発疹、潰瘍等があらわれることがある。(6) 精神神経系 ときに頭痛、めまい、傾倒、しびれ感等があらわれることがある。7) その他 ときに浮腫、発熱、倦怠感、動悸、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。5. 高齢者への投与 本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中濃度が持続するおそれがあるため、低用量(例えば1回1錠1日2回)から投与を開始すること。なお、定期的に臨床症状の観察、臨床検査(肝機能・腎機能検査等)を行い、異常が認められた場合には、減量か又は休薬等の適切な処置を行うこと。6. 妊婦、授乳婦への投与 1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。なお、動物実験(ラット)で胎児への移行が認められている。2) 動物実験(ラット)で乳汁中への移行が認められているので、授乳中の婦人には投与しないこと。7. 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。 ※8. 適用上の注意

※※6) 重大な副作用(頭痛の場合)他の抗リウマチ剤で、急性腎不全、無顆粒球症、再生不良性貧血、肺線維症、天疱瘡様症状が報告されているので、定期的に検査を行うこと。3) その他の副作用 (1) 腎臓 血尿、ときに蛋白尿、BUN、クレアチニン、尿中NAGの上昇等の腎機能異常があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2) 肝臓 ときにGOT、GPT、ALPの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。 ※※(3) 血液 貧血、血小板減少、ときに白血球減少、顆粒球減少等があらわれることがある。(4) 消化器 ときに嘔気、嘔吐、食欲不振、腹痛、消化不良、下痢、胃潰瘍、口内炎、口内乾燥、口唇腫脹等があらわれることがある。 ※(5) 皮膚 紅斑性発疹、脱毛、ときに痒疹感、発疹、潰瘍等があらわれることがある。(6) 精神神経系 ときに頭痛、めまい、傾倒、しびれ感等があらわれることがある。7) その他 ときに浮腫、発熱、倦怠感、動悸、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。5. 高齢者への投与 本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中濃度が持続するおそれがあるため、低用量(例えば1回1錠1日2回)から投与を開始すること。なお、定期的に臨床症状の観察、臨床検査(肝機能・腎機能検査等)を行い、異常が認められた場合には、減量か又は休薬等の適切な処置を行うこと。6. 妊婦、授乳婦への投与 1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。なお、動物実験(ラット)で胎児への移行が認められている。2) 動物実験(ラット)で乳汁中への移行が認められているので、授乳中の婦人には投与しないこと。7. 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。 ※8. 適用上の注意

※※7) 重大な副作用(腎臓の場合)他の抗リウマチ剤で、急性腎不全、無顆粒球症、再生不良性貧血、肺線維症、天疱瘡様症状が報告されているので、定期的に検査を行うこと。3) その他の副作用 (1) 腎臓 血尿、ときに蛋白尿、BUN、クレアチニン、尿中NAGの上昇等の腎機能異常があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2) 肝臓 ときにGOT、GPT、ALPの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。 ※※(3) 血液 貧血、血小板減少、ときに白血球減少、顆粒球減少等があらわれることがある。(4) 消化器 ときに嘔気、嘔吐、食欲不振、腹痛、消化不良、下痢、胃潰瘍、口内炎、口内乾燥、口唇腫脹等があらわれることがある。 ※(5) 皮膚 紅斑性発疹、脱毛、ときに痒疹感、発疹、潰瘍等があらわれることがある。(6) 精神神経系 ときに頭痛、めまい、傾倒、しびれ感等があらわれることがある。7) その他 ときに浮腫、発熱、倦怠感、動悸、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。5. 高齢者への投与 本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中濃度が持続するおそれがあるため、低用量(例えば1回1錠1日2回)から投与を開始すること。なお、定期的に臨床症状の観察、臨床検査(肝機能・腎機能検査等)を行い、異常が認められた場合には、減量か又は休薬等の適切な処置を行うこと。6. 妊婦、授乳婦への投与 1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。なお、動物実験(ラット)で胎児への移行が認められている。2) 動物実験(ラット)で乳汁中への移行が認められているので、授乳中の婦人には投与しないこと。7. 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。 ※8. 適用上の注意

※※8) 重大な副作用(頭痛の場合)他の抗リウマチ剤で、急性腎不全、無顆粒球症、再生不良性貧血、肺線維症、天疱瘡様症状が報告されているので、定期的に検査を行うこと。3) その他の副作用 (1) 腎臓 血尿、ときに蛋白尿、BUN、クレアチニン、尿中NAGの上昇等の腎機能異常があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2) 肝臓 ときにGOT、GPT、ALPの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。 ※※(3) 血液 貧血、血小板減少、ときに白血球減少、顆粒球減少等があらわれることがある。(4) 消化器 ときに嘔気、嘔吐、食欲不振、腹痛、消化不良、下痢、胃潰瘍、口内炎、口内乾燥、口唇腫脹等があらわれることがある。 ※(5) 皮膚 紅斑性発疹、脱毛、ときに痒疹感、発疹、潰瘍等があらわれることがある。(6) 精神神経系 ときに頭痛、めまい、傾倒、しびれ感等があらわれることがある。7) その他 ときに浮腫、発熱、倦怠感、動悸、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。5. 高齢者への投与 本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中濃度が持続するおそれがあるため、低用量(例えば1回1錠1日2回)から投与を開始すること。なお、定期的に臨床症状の観察、臨床検査(肝機能・腎機能検査等)を行い、異常が認められた場合には、減量か又は休薬等の適切な処置を行うこと。6. 妊婦、授乳婦への投与 1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。なお、動物実験(ラット)で胎児への移行が認められている。2) 動物実験(ラット)で乳汁中への移行が認められているので、授乳中の婦人には投与しないこと。7. 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。 ※8. 適用上の注意

※※9) 重大な副作用(頭痛の場合)他の抗リウマチ剤で、急性腎不全、無顆粒球症、再生不良性貧血、肺線維症、天疱瘡様症状が報告されているので、定期的に検査を行うこと。3) その他の副作用 (1) 腎臓 血尿、ときに蛋白尿、BUN、クレアチニン、尿中NAGの上昇等の腎機能異常があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2) 肝臓 ときにGOT、GPT、ALPの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。 ※※(3) 血液 貧血、血小板減少、ときに白血球減少、顆粒球減少等があらわれることがある。(4) 消化器 ときに嘔気、嘔吐、食欲不振、腹痛、消化不良、下痢、胃潰瘍、口内炎、口内乾燥、口唇腫脹等があらわれることがある。 ※(5) 皮膚 紅斑性発疹、脱毛、ときに痒疹感、発疹、潰瘍等があらわれることがある。(6) 精神神経系 ときに頭痛、めまい、傾倒、しびれ感等があらわれることがある。7) その他 ときに浮腫、発熱、倦怠感、動悸、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。5. 高齢者への投与 本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中濃度が持続するおそれがあるため、低用量(例えば1回1錠1日2回)から投与を開始すること。なお、定期的に臨床症状の観察、臨床検査(肝機能・腎機能検査等)を行い、異常が認められた場合には、減量か又は休薬等の適切な処置を行うこと。6. 妊婦、授乳婦への投与 1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。なお、動物実験(ラット)で胎児への移行が認められている。2) 動物実験(ラット)で乳汁中への移行が認められているので、授乳中の婦人には投与しないこと。7. 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。 ※8. 適用上の注意

●その他の詳細につきましては製品添付文書をご参照下さい。

※1996年7月改訂(下線:—)

※1996年10月改訂

販売元(文獻請求先)
日研化学株式会社
東京都中央区築地5-4-14 〒104
Tel:03-3544-8858

製造元
三菱化学株式会社
東京都千代田区夫の内2-5-2 〒100
Tel:03-5463-0732



はつらつと、素敵にエイジング!

骨をみつめた、New Compliance Drug



骨代謝改善剤

薬価基準収載

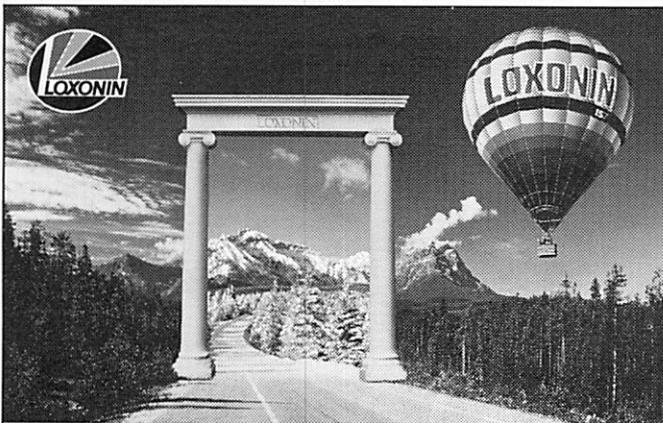
ダイドロネル[®]錠200

ⓂⓂⓂ 要指 Didronel[®] エチドロン酸 ニナトリウム錠

■効能・効果、用法・用量、使用上の注意等は添付文書をご覧ください。

 **住友製薬**

製造発売元 (資料請求先)
住友製薬株式会社
〒541-8510 大阪市中央区道修町2丁目2番8号



急性上気道炎の 解熱・鎮痛に

効能が 拡大されました。

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

(1)消化性潰瘍のある患者 (2)重篤な血液の異常のある患者 (3)重篤な肝障害のある患者 (4)重篤な腎障害のある患者 (5)重篤な心機能不全のある患者 (6)本剤の成分に過敏症の既往歴のある患者 (7)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者 (8)妊娠末期の婦人

【効能又は効果】

①下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛 慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群 ②手術後、外傷後並びに抜歯後の鎮痛・消炎 ③下記疾患の解熱・鎮痛 急性上気道炎(急性気管支炎を伴う急性上気道炎を含む)

【用法及び用量】

効能又は効果①・②の場合 通常、成人にロキソプロフェナトリウム(無水物として)1回60mg、1日3回経口投与する。頓用の場合は、1回60～120mgを経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。効能又は効果③の場合 通常、成人にロキソプロフェナトリウム(無水物として)1回60mgを頓用する。なお、年齢、症状により適宜増減する。ただし、原則として1日2回までとし、1日最大180mgを限度とする。また、空腹時の投与は避けさせることが望ましい。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)消化性潰瘍の既往歴のある患者 (2)血液の異常又はその既往歴のある患者 (3)肝障害又はその既往歴のある患者 (4)腎障害又はその既往歴のある患者 (5)心機能異常のある患者 (6)過敏症の既往歴のある患者 (7)気管支喘息の患者 (8)高齢者
2. 重要な基本的注意 (1)消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることを留意すること。(2)慢性疾患(慢性関節リウマチ、変形性関節症)に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。ア、長期投与をする場合には定期的に臨床検査(尿検査、血液検査及び肝機能検査等)を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休業等の適切な処置を講ずること。イ、薬物療法以外の療法も考慮すること。(3)急性疾患に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。ア、急性炎症、疼痛及び発熱の程度を考慮し、投与すること。イ、原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。ウ、原因療法があればこれを行うこと。(4)患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。過度の体温下降、虚脱、四肢冷却等があらわれることがあるので、特に高熱を伴う高齢者又は消耗性疾患を合併している患者においては、投与後の患者の状態に十分注意すること。(5)感染症を不顕性化することおそれがあるので、感染による炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。(6)他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。(7)高齢者には副作用の発現に特に注意し、必要最少限の使用にとどめるなど慎重に投与すること。

3. 相互作用 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
クマリン系抗凝血剤(ワルファリン等)	その抗凝血作用を増強することがあるので注意し、必要があれば減量を考慮すること。	本剤のヒトでの蛋白結合率は、ロキソプロフェンで97.0%、trans-OH体で92.8%と高く、蛋白結合率の高い薬剤と併用すると血中に活性型の併用薬が増加し、その薬剤の作用が増強されるためと考えられる。
スルホニル尿素系血糖降下剤(トルブタミド等)	その血糖降下作用を増強することがあるので注意し、必要があれば減量を考慮すること。	ニューキノロン系抗菌剤は、中枢神経系の抑制性神経伝達物質であるGABA受容体への結合を阻害し、痙攣誘発作用をおこす。本剤の併用によりその阻害作用を増強するためと考えられている。
ニューキノロン系抗菌剤(エノキサシン等)	その痙攣誘発作用を増強するおそれがある。	
リチウム製剤(炭酸リチウム)	血中リチウム濃度を上昇させ、リチウム中毒を起こすおそれがあるので血中のリチウム濃度に注意し、必要があれば減量すること。	明らかにされていないが、本剤の腎におけるプロスタグランジン生成成抑制作用により、炭酸リチウムの腎排泄が減少し血中濃度が上昇するためと考えられている。
チアジド系利尿薬(ヒドロフルメチアジド、ヒドロクロロチアジド等)	その利尿・降圧作用を減弱するおそれがある。	本剤の腎におけるプロスタグランジン生成成抑制作用により、水、ナトリウムの排泄を減少させるためと考えられている。

4. 副作用 総症例13,486例中副作用の報告されたものは410例(3.04%)であった。その主なものは、消化器症状(胃・腹部不快感、胃痛、悪心・嘔吐、食欲不振等2.25%)、浮腫・むくみ(0.59%)、発疹・蕁麻疹等(0.21%)、眠気(0.10%)等が報告されている。〔新医薬品等の副作用等の使用成績の調査報告書(第6次)及び効能追加時〕(1)重大な副作用 1)ショック:まれに(0.1%未満)ショックを起こすことがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。2)溶血性貧血:まれに(0.1%未満)溶血性貧血があらわれることがある。3)皮膚粘膜眼症候群:まれに(0.1%未満)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。4)急性腎不全、ネフローゼ症候群:まれに(0.1%未満)急性腎不全、ネフローゼ症候群があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。5)間質性肺炎:まれに(0.1%未満)発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多等を伴う間質性肺炎があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。(2)重大な副作用(類薬) 再生不良性貧血:他の非ステロイド性消炎鎮痛剤で、再生不良性貧血があらわれるとの報告がある。

その他の使用上の注意は添付文書をご覧ください。

鎮痛・抗炎症・解熱剤

ロキソニン®錠 細粒

劇薬・指定医薬品 一般名:ロキソプロフェナトリウム ■薬価基準収載



資料請求先

三共株式会社

〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1



Quick &
Quality

速やかな自覚症状の改善と質の高い治癒。胃炎・潰瘍に。

【特性】

- ① 速効性 胃炎の3大症状(胸やけ、胃部膨満感、腹痛)を速やかに改善します。
- ② デュアルアクション サイトプロテクション作用と制酸作用により、潰瘍発症原因の両面から作用します。
- ③ 潰瘍治癒の質の向上(ラット) 実験的潰瘍の治癒を促進し、粘膜構造修復の質的改善が示唆されています。
- ④ 副作用 副作用は189例中5例5件(2.6%)に認められ、その内訳は便秘2件(1.1%)、下痢2件(1.1%)、軟便1件(0.5%)でした。

【効能・効果】下記疾患における制酸作用と症状の改善

胃・十二指腸潰瘍、胃炎、上部消化管機能異常

【用法・用量】通常成人1日1.6～4.8gを数回に分割し、用時水に懸濁して経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減する。

本品1gを約10mlの水に懸濁する。

【使用上の注意】1. 禁忌(次の患者には投与しないこと)透析療法を受けている患者[長期投与によりアルミニウム脳症、アルミニウム骨症があらわれることがある。]2. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)(1)腎障害のある患者[長期投与によりアルミニウム脳症、アルミニウム骨症があらわれるおそれがあるので、定期的に血中アルミニウム、リン、カルシウム、アルカリフォスファターゼ等の測定を行うこと。](2)心機能障害のある患者[マグネシウムは、心機能を抑制する作用がある。](3)下痢のある患者[水酸化マグネシウムの緩下作用により、下痢を促進するおそれがある。](4)高マグネシウム血症の患者[血中マグネシウム濃度を上昇させるおそれがある。](5)リン酸塩低下のある患者[アルミニウムは無機リンの吸収を阻害する。]3. 相互作用併用に注意すること(1)テトラサイクリン系抗生物質、ニューキノロン系抗菌剤、ジフルニサル、ケノデオキシコール酸、鉄剤、ビスホスホン酸塩系骨代謝改善剤[これらの薬剤の吸収を阻害することがあるので、同時に服用させないなど慎重に投与すること。](2)本剤の吸着作用又は消化管内・体液のpH上昇

により、併用薬剤の吸収・排泄に影響を与えることがあるので、慎重に投与すること。(3)活性型ビタミンD₃製剤[腎障害のある患者では、併用により高マグネシウム血症を起こすことがあるので、慎重に投与すること。](4)クエン酸製剤[アルミニウムの吸収を促進させることがあるので、同時に服用させないなど慎重に投与すること。](5)大量の牛乳、カルシウム製剤[milk-alkali syndrome(高カルシウム血症、高窒素血症、アルカローシス等)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。]4. 副作用(までに:0.1%未満、ときに:0.1～5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)(1)代謝異常:長期大量投与により高マグネシウム血症、リン酸塩の低下を起こすことがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には減量又は休薬等の適切な処置を行うこと。(2)消化器:ときに食欲不振、悪心、胃部不快感、便秘、下痢等があらわれることがある。(3)長期投与:長期投与によりアルミニウム脳症、アルミニウム骨症があらわれるおそれがあるので、慎重に投与すること。5. 高齢者への投与一般に高齢者では、生理機能が低下していることが多く、副作用があらわれやすいので注意すること。6. 適用上の注意 服用時:本剤は用時懸濁し、懸濁後は速やかに服用すること。

※その他の項目につきましては製品添付文書をご参照ください。

消化性潰瘍・胃炎治療剤

薬価基準収載

マーロックス[®] 懸濁内服用
Maalox[®] Dry Suspension Granule



【製造発売元】(資料請求先)

RHÔNE-POULENC

ローヌ・プーラン ローラー株式会社

東京都中央区勝どき1丁目13番1号

PGE₁誘導体の経口剤

プロスタグランジンE₁



■組成

1錠中リマプロスト アルファデクスをリマプロストとして5μg含有する。

■効能・効果

閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感などの虚血性諸症状の改善

■用法・用量

通常成人に、リマプロストとして1日30μgを3回に分けて経口投与する。

■薬価基準収載

※使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤

（特）**プロレナル錠**[®]

（リマプロスト アルファデクス錠）

PRORENAL Tablets



〔資料請求先〕

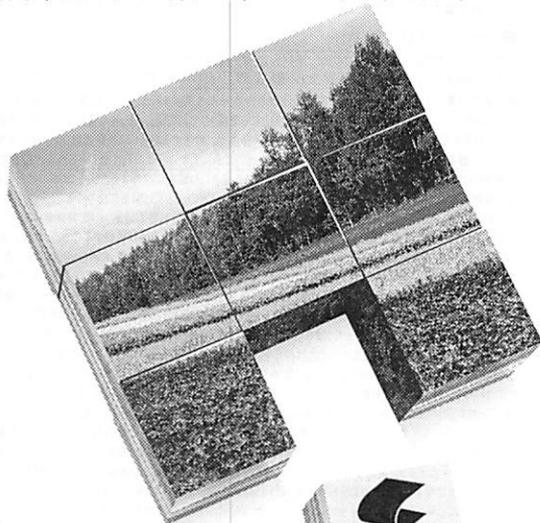
大日本製薬

〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

P-1

アレルギー疾患に Eバステル H₁ ブロッカー

（蕁麻疹、痒痒性皮膚疾患、アレルギー性鼻炎）



■禁忌

（次の患者には投与しないこと）
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

■効能・効果

蕁麻疹、湿疹・皮膚炎、痒疹、皮膚掻痒症
アレルギー性鼻炎

■用法・用量

通常、成人には、エバスチンとして1回5～10mgを1日1回経口投与する。

なお、年齢・症状により適宜増減する。

■薬価基準収載

※詳細は添付文書をご参照ください。

持続性選択H₁受容体拮抗剤

エバステル[®]

EBASTEL[®]

（特）（薬指）エバステル錠5mg

（特）（薬指）エバステル錠10mg

（エバスチン錠）



〔資料請求先〕

大日本製薬

〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

提携 アルミラル・プロデスファーマ、S.A.（スペイン）

DIRECT ACTION ON STOMACH MUCOSA

胃粘膜に直接作用



胃粘膜防御機構増強 胃炎・胃潰瘍治療剤

® **ウルグート** ®
カプセル
塩酸ベネキサート ベータデクスカプセル

■薬価基準記載

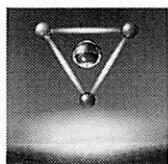
〔資料請求先〕塩野義製薬株式会社 医薬情報本部 〒553-0002 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

‘98.4.作成B52 ®:登録商標

■効能・効果 ○下記疾患の胃粘膜病変(びらん,出血,発赤,浮腫)の改善 急性胃炎,慢性胃炎の急性増悪期 ○胃潰瘍
■用法・用量 通常,成人には塩酸ベネキサート ベータデクスとして,1回400mg(2カプセル)を1日2回朝食後及び就寝前に経口投与する。なお,年齢,症状により適宜増減する。■使用上の注意 ①一般的な注意 胃炎に対して胃粘膜病変(びらん,出血,発赤,浮腫)の改善がみられない場合,長期にわたって漫然と使用すべきでない。②禁忌(次の患者には投与しないこと) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人〔⑥妊婦への投与〕の項参照 ③慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)血栓のある患者(脳血栓,心筋梗塞,血栓性静脈炎等)[*in vitro*で抗プラスミン作用が報告されている。] (2)消費性凝固障害のある患者[*in vitro*で抗プラスミン作用が報告されている。] ④副作用(まれに:0.1%未満,ときに:0.1~5%未満,副詞なし:5%以上又は頻度不明) (1)消化器 まれに口渇,悪心・嘔吐,腹部不快感・膨満感,また,ときに便秘,下痢があらわれることがある。(2)肝臓 ときにGOT, GPTが軽度上昇することがある。(3)皮膚 ときに痒疹感,発疹があらわれることがあるので,このような症状があらわれた場合は投与を中止すること。(4)精神神経系 ときに頭痛,頭重感があらわれることがある。(5)その他 まれに浮腫,また,ときに胸部絞扼感,浮遊感,困がうく感じの症状があらわれることがある。⑤高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているので慎重に投与すること。⑥妊婦への投与 ラット(Wistar系),ウサギにおける器管形成期投与試験において催奇形作用の報告はないが,ラット(SD系)で臨床用量の150倍(2000mg/kg)投与により催奇形作用が報告されているので,妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。⑦小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。(使用経験がない。)

THE STRONG, BALANCED ANTIBACTERIAL AGENT

均整のとれた強い抗菌力



オキサセフェム系抗生物質製剤
® **フルマリン** ®
静注用0.5g・1g
日抗基 注射用フロモキシセナトリウム 略号 FMOX

- グラム陽性菌から陰性菌まで,好気性菌,嫌気性菌を問わず均整のとれた強い抗菌力を示す。
- PBP-2'を誘導しにくい。
- 副作用は2.35%(78/3314例)に発現し,その主なものはアレルギー症状と胃腸症状であった。

■薬価基準記載

■「用法・用量」,その他の「使用上の注意」等の詳細については,添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕塩野義製薬株式会社 医薬情報本部 〒553-0002 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

‘98.3.作成B52 ®:登録商標

■効能・効果 ドブ球菌属,レンサ球菌属(腸球菌を除く),肺炎球菌,ペプトストレプトコッカス属,ブランハメラ・カタラリス,淋菌,大腸菌,クレブシエラ属,プロテウス属,インフルエンザ菌,バクテロイデス属のうち本剤抗菌性による下記感染症○敗血症,感染性心内膜炎○外傷・手術創等の表在性二次感染○頭頸部炎,扁桃炎,気管支炎,気管支拡張症の感染時,慢性呼吸器疾患の二次感染○腎盂腎炎,膀胱炎,前立腺炎,淋菌性尿道炎○胆うづり炎,胆管炎○腹膜炎,骨髄炎,ダグラス窩膿瘍○子宮付属器炎,子宮内感染,骨盤腔炎,子宮結合織炎,バルトリン腺炎○中耳炎,副鼻炎

■使用上の注意(一部抜粋)

本剤の使用にあたっては,耐性菌の発現等を防ぐため,原則として感受性を確認し,疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。

- ①一般的な注意 (1)ショックがあらわれるおそれがあるので,十分な問診を行うこと。なお,事前に皮膚反応を実施することが望ましい。(2)ショック発現時に救急処置の準備しておくこと。また,投与後患者を安静の状態に保ち,十分な観察を行うこと。(3)低出生体重児(未熟児)・新生児に投与する場合には在胎週数,投与時の体重を考慮すること。②禁忌(次の患者には投与しないこと) 本剤の成分によるショックの既往歴のある患者 ③原則禁忌(次の患者には投与しないことを原則とするが,特に必要とする場合には慎重に投与すること) 本剤の成分又はセフェム系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者 ④慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)ペニシリン系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者 (2)本人又は両親,兄弟に気管支喘息,発疹,蕁麻疹等のアレルギー症状をきたしやすい体質を有する患者 (3)高度の腎障害のある患者[血中濃度が持続するので,投与量を減らすか,投与間隔をあけて使用すること。] (4)経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者,高齢者,全身状態の悪い患者[ビタミンK欠乏症状があらわれることがあるので観察を十分にすること。] ⑤相互作用 併用に注意すること。利尿剤(フロセミド等)[併用により腎毒性が増強されるおそれがあるので,併用する場合には慎重に投与すること。] ⑥副作用(まれに:0.1%未満,ときに:0.1~5%未満,副詞なし:5%以上又は頻度不明) (1)重大な副作用 1)ショック,アナフィラキシー様症状 まれにショック,アナフィラキシー様症状(呼吸困難,全身潮紅,浮腫等)を起こすことがあるので,観察を十分に行い,症状があらわれた場合は投与を中止し,適切な処置を行うこと。2)急性腎不全 まれに急性腎不全等の重要な腎障害があらわれることがあるので,定期的に検査を行うなど観察を十分に行い,異常が認められた場合には投与を中止し,適切な処置を行うこと。3)汎血球減少,無顆粒球症,血小板減少,溶血性貧血 まれに汎血球減少,無顆粒球症,また,ときに血小板減少があらわれることがあるので,異常が認められた場合には投与を中止し,適切な処置を行うこと。また,他のセフェム系抗生物質で溶血性貧血があらわれることが報告されている。4)偽膜性大腸炎 まれに偽膜性大腸炎等の血便を伴う重要な大腸炎があらわれることがある。腹痛,頻回の下痢があらわれた場合には,直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと。5)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群),中毒性表皮壊死症(Lyell症候群) まれに皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群),中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)があらわれることがあるので,観察を十分に行い,このような症状があらわれた場合には投与を中止し,適切な処置を行うこと。6)間質性肺炎,PIE症候群 まれに発熱,咳嗽,呼吸困難,胸部X線異常,好酸球増多等を伴う間質性肺炎,PIE症候群等があらわれることがあるので,このような症状があらわれた場合には投与を中止し,副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。



シオノギ製薬
大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045

薬価基準収載

Drug Delivery System

経皮鎮痛消炎剤 ®ハップスターID HAPSTAR®-ID インドメタシンパップ

効能・効果

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎
変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨
上顆炎（テニス肘等）、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

用法・用量

1日2回患部に貼付する。

使用上の注意

1. 一般的注意

- (1) 消炎鎮痛剤による治療は原因療法でなく対症療法であることに留意すること。
- (2) 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
- (3) 慢性疾患（変形性関節症等）に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）

- (1) 本剤又は他のインドメタシン製剤に対して過敏症の既往歴のある患者
- (2) アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発）又はその既往歴のある患者（喘息喘息発作を誘発するおそれがある。）

3. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）

気管支喘息のある患者（重症喘息発作を誘発するおそれがある。）

■その他の使用上の注意、取扱い上の注意等については、添付文書をご参照ください。



外傷後の腫脹・疼痛や
膝関節症等の慢性疾患に対して
優れた効果が認められています。

- インドメタシンによる強力な鎮痛・抗炎症作用。
- 優れた経皮吸収性により疾患部位に直接作用。
- 強力な粘着力と伸縮性により関節など可動部位にもよくフィットします。

21世紀をみつめて

Heartful Wave of Pharmaceuticals

[資料請求先]
発売元



テイコクメディックス株式会社
東京都中央区日本橋富沢町9番19号

製造元



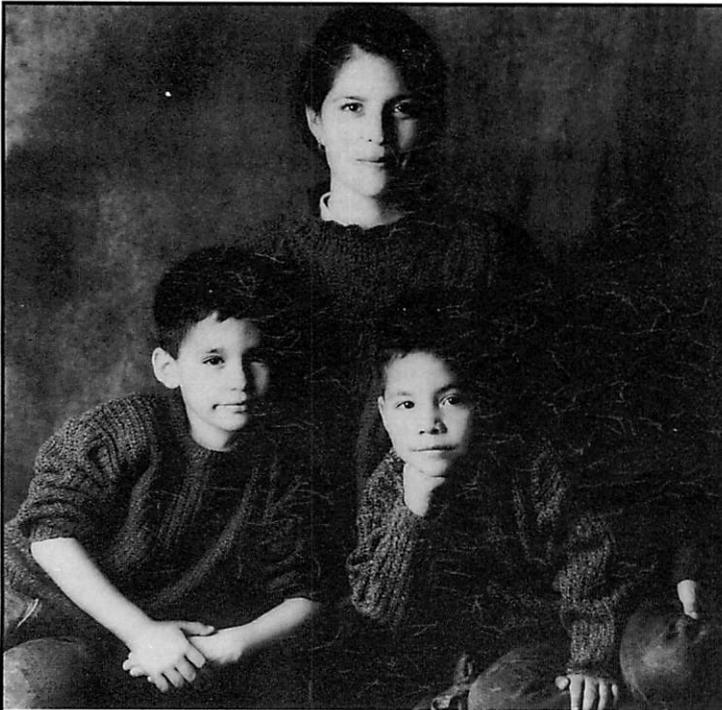
株式会社大石膏盛堂
〒841 佐賀県鳥栖市本町1丁目933番地

Heartful Wave of Pharmaceuticals

21世紀をみつめて

安心といわりの生命科学、その答えが自然と現代科学の融合でした。

テイコク 漢方



発売元 [資料請求先]



テイコクメディックス株式会社
東京都中央区日本橋富沢町9番19号

製造元



帝國漢方製薬株式会社
香川県大川郡白鳥町湊636番地1

#hisamitsu



今日からは一日、一回。

薬価基準収載

経皮鎮痛消炎剤

指

モーラス[®]
テープ[®] 2%
ケトプロフェン
貼付剤

資料請求先

久光製薬株式会社 学術部

〒141-0031 東京都品川区西五反田6-25-8

- 1日1回の貼付ですぐれた臨床効果
- すぐれた有効性と高い浸透性で、腰痛も改善
- 副作用発現率は、4.93%(57/1156例)で、主な副作用は接触性皮膚炎などでした。

■効能・効果

下記疾患の慢性症状(血行障害、筋痙攣、筋拘縮)を伴う場合の鎮痛・消炎
腰痛症(筋・筋膜性腰痛症、変形性脊椎症、椎間板症、腰挫捻挫)、変形性
関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎(テニス肘炎)

■使用上の注意

1. 一般的な注意

- (1)消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意すること。
- (2)皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
- (3)本剤による治療は対症療法であるので、症状に応じて薬物療法以外の療法も考慮すること。また、投与が長期にわたる場合には患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。
- (4)局所熱感、腫脹等を伴う急性期には有効性が確認されていないので使用しないこと。

2. 禁忌(次の患者には使用しないこと)

- (1)本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者。
- (2)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者。
[喘息発作を誘発するおそれがある。]

3. 慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)

気管支喘息のある患者。
[アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある。]

(副作用の項参照)

4. 副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)

- (1)重大な副作用
 - 1)アナフィラキシー様症状:まれにアナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸困難等)があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には使用を中止すること。
 - 2)喘息発作の誘発(アスピリン喘息):まれに喘息発作を誘発することがあるので、乾性気管支炎、喘鳴、呼吸困難感等の初期症状が発現した場合は使用を中止すること。(禁忌及び慎重投与の項参照)
 - 2)その他の副作用

皮膚:接触皮膚炎(ときに発疹、発赤、腫脹、痒痒感、まれに水疱・糜爛・刺激感等)、まれに光線過敏症があらわれることがある。これらの症状が強い場合は使用を中止すること。

*その他の使用上の注意については添付文書を参照してください。

#hisamitsu



「におい」・粘着性を改善、さらに使いやすくなりました。

進化したモーラス

(薬価基準収載)

経皮鎮痛消炎剤

指

モーラス[®]
MOHRUS

ケトプロフェン貼付剤
0.3%

資料請求先

久光製薬株式会社 学術部

〒141-0031 東京都品川区西五反田6-25-8

- モーラスの主薬ケトプロフェンは、すぐれた鎮痛抗炎症作用を有し、水性基剤からの放出性・経皮吸収性にすぐれている。
- モーラスは、従来品に比べ「におい」の指標となる揮散成分が70%以上低減した。
- モーラスは、関節部などの屈曲伸展部位にも貼付できる粘着性・伸縮性を有する製剤である。

■効能・効果

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎
変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎(テニス肘等)、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

■使用上の注意

1. 一般的な注意

- (1)消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意すること。
- (2)皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
- (3)慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。

2. 禁忌(次の患者には使用しないこと)

- (1)本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者。
- (2)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者。
[喘息発作を誘発するおそれがある。]

3. 慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)

気管支喘息のある患者。
[アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある]

(副作用の項参照)

4. 副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)

- (1)重大な副作用
 - 1)アナフィラキシー様症状:まれにアナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸困難等)があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には使用を中止すること。
 - 2)喘息発作の誘発(アスピリン喘息):まれに喘息発作を誘発することがあるので、乾性気管支炎、喘鳴、呼吸困難感等の初期症状が発現した場合は使用を中止すること。なお、本剤による喘息発作の誘発は、貼付後数時間で発現している。(禁忌及び慎重投与の項参照)
 - 2)その他の副作用

皮膚:接触皮膚炎(ときに発疹、発赤、腫脹、痒痒感、まれに水疱・糜爛・刺激感等)、まれに光線過敏症があらわれることがある。これらの症状が強い場合は使用を中止すること。

*その他の使用上の注意については添付文書を参照してください。

- 腰痛症、頸腕症候群、肩関節周囲炎の消炎・鎮痛に
- 手術後、外傷後、抜歯後の消炎・鎮痛に

非ステロイド性消炎・鎮痛剤

④ **シロpain**® 錠75
モフェゾラク Disopain®



禁忌(次の患者には投与しないこと。)

- 消化性潰瘍の患者(消化性潰瘍を悪化させるおそれがある。)
- 重篤な血液の異常のある患者(血液の異常をさらに悪化させるおそれがある。)
- 重篤な肝障害のある患者(副作用として肝機能障害が報告されているため、肝障害をさらに悪化させるおそれがある。)
- 重篤な腎障害のある患者(腎血流量減少や腎での水及びNa再吸収増加を引き起こし、腎機能をさらに低下させるおそれがある。)
- 重篤な心機能不全のある患者(プロスタグランジン合成阻害作用に基づくNa・水分貯留傾向があるため、心機能をさらに悪化させるおそれがある。)
- 重篤な高血圧症の患者(プロスタグランジン合成阻害作用に基づくNa・水分貯留傾向があるため、血圧をさらに上昇させるおそれがある。)
- 本剤に過敏症の患者
- アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者(重症喘息発作を誘発する。)

※〈効能・効果〉〈用法・用量〉〈使用上の注意〉等については、製品添付文書をご参照ください。

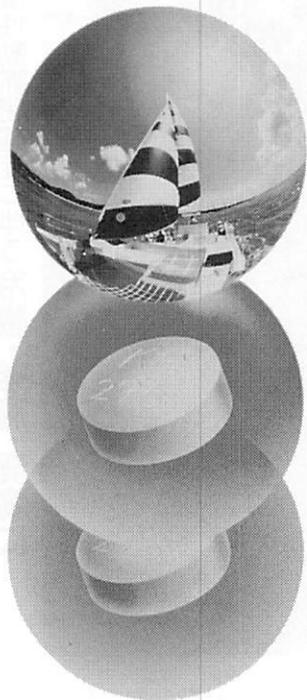


〈資料請求先〉

吉富製薬株式会社

ヨシトミ 〒541 大阪市中央区平野町二丁目6番9号

DS-4(B5) 1997年3月作成



早く、きれいに。
アプレースは、すぐれた胃粘膜再生促進作用を発揮します。

胃炎・胃潰瘍に

胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載

アプレース®

④ アプレース錠100mg・アプレース細粒 **APLACE**®

一般名：トロキシピド(troxipide, r-INN)



杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台2-5

〈資料請求先〉杏林製薬医薬情報部

HMG-CoA還元酵素阻害剤 リポバス錠5

指定医薬品 **LIPOVAS**® (シンバスタチン錠)
〈薬価基準収載〉

【禁忌】、【効能・効果】、【用法・用量】、【使用上の注意】等については、製品添付文書をご参照下さい。



(資料請求先)

萬有製薬株式会社

〒103-8416 東京都中央区日本橋本町2-2-3

ホームページ <http://www.banyu.co.jp/>

98.1

12-98 ZCR97-J-7720J

【効能・効果】 慢性動脈閉塞症に伴う潰瘍、疼痛及び冷感の改善
【用法・用量】 通常、成人にはベラプロストナトリウムとして1日120μgを3回に分けて食後に経口投与する。
【使用上の注意】(抜粋)

1. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

- 1) 出血している患者(血友病、毛細血管脆弱症、上部消化管出血、尿路出血、痔血、閉子体出血等)【出血を増大するおそれがある。】
- 2) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人【妊婦・授乳婦への投与】の項参照】

2. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) 1) 抗凝血薬あるいは抗血小板薬(アスピリン、チクロピジン等)を投与中の患者【抗凝血薬あるいは抗血小板薬の作用を増強し、出血傾向を助長するおそれがある。】 2) 月経期間中の患者【出血傾向を助長するおそれがある。】 3) 出血傾向並びにその素因のある患者【出血傾向を助長するおそれがある。】

3. 副作用(まれに0.1%未満、ときに0.1~5%未満、副詞なし:5%以上または程度不明) (1) 重大な副作用 1) 出血傾向(脳出血、消化管出血、肺出血、眼底出血): 観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。2) ショック: まれにショックを起こすことがあるので、観察を十分に行い、血圧低下、頻脈、顔面蒼白、嘔気等が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。3) 肝機能障害: 黄疸や著しいGOT、GPTの上昇を伴う肝機能障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。(2) その他の副作用 1) 出血傾向: 出血傾向(鼻出血、皮下出血等)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。2) 血液: 血小板減少があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。3) 過敏症: ときに発疹、また、湿疹、痒痒等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。4) 精神・神経系: ときに頭痛、まれに眠気、また、めまい、ふらつき、立ちくらみ、しびれ感等があらわれることがある。5) 消化器系: まれに胃潰瘍、ときに嘔気・嘔吐、下痢、胃障害、腹痛、食欲不振、また、口渇、胸やけ等があらわれることがある。6) 肝臓: 黄疸、また、ときにGOT、GPTの上昇等の肝機能障害があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。7) 循環器系: 血圧低下、ときに顔面潮紅、ほてり、のぼせ、動悸、まれに頻脈があらわれることがある。8) その他: 浮腫、疼痛、胸痛、関節痛、脱毛、咳嗽、息苦しき、他息怒、ときにトリアシライドの上昇、まれに発熱、冷汗等があらわれることがある。 ※その他の使用上の注意等詳細は、製品添付文書をご参照ください。

エドガー・ドガ作「エトワール」パピ、オルセー美術館 Photographie Giraudon, Paris.



指先まで、満ちてくる。
慢性動脈閉塞症に伴う冷感・疼痛・潰瘍に

経口 プロスタサイクリン(PGI₂)誘導体製剤

ドルナー錠 20μg

薬価収載

Yamanouchi

販売元 山之内製薬

TORAY

製造・発売元
東レ株式会社

(資料請求先)

山之内製薬株式会社 学術情報部 〒103-8411 東京都中央区日本橋本町2-3-11
東レ株式会社 薬事・医薬情報部 〒103-0022 東京都中央区日本橋室町2-2-1

98/3作成, B5½, A, 06

NSAID長期投与時にみられる胃潰瘍及び十二指腸潰瘍に

NSAIDから胃を守る — サイトテック



抗NSAID潰瘍剤
錠100錠200
サイトテック[®]
Cytotec[®] (ミノプロストール錠) 登録商標

1998年2月改訂(新様式第1版)

禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1) 妊娠又は妊娠している可能性のある婦人〔「6.妊婦・産婦・授乳婦等への投与」の項参照〕
- (2) プロスタグランジン製剤に対する過敏症の既往歴のある患者

原則禁忌(次の患者には投与しないことを原則とするが、やむを得ず投与する場合は「2.重要な基本的注意」を厳守すること)
閉経前の婦人(妊娠した場合、流産を起こすおそれがある。)

■**効能・効果** 非ステロイド性消炎鎮痛剤の長期投与時にみられる胃潰瘍及び十二指腸潰瘍

■**用法・用量** 通常、成人にはミノプロストールとして1回200 μ gを1日4回(毎食後及び就寝前)経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

■**閉経前の婦人に投与する際には別途配布の安全対策リーフレットをご参照ください。**

■**使用上の注意**
(抜粋)

本剤には子宮収縮作用があるので、妊娠又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。また、閉経前の婦人には投与しないことを原則とするが、やむを得ず投与する場合には、妊娠中でないことを十分確認すること。

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 脳血管障害や冠動脈疾患等血圧低下により重篤な合併症を起こすおそれのある患者(類薬(PGE₁)で血圧低下作用が報告されている。)
- (2) 肝障害のある患者(肝障害を増悪させるおそれがある。)

2. 重要な基本的注意

- (1) 本剤は原則として非ステロイド性消炎鎮痛剤を3カ月以上長期投与する必要がある関節炎患者の胃潰瘍及び十二指腸潰瘍の治療にのみ用いること。
- (2) 本剤には子宮収縮作用があり、流産を起こしたとの報告があるので、閉経前の婦人に投与する場合には、妊娠中でないことを十分確認すること。
- (3) 閉経前の婦人に投与する場合には、本剤の妊娠に及ぼす危険性について患者によく説明し、服薬中は避妊するよう指導すること。また、本剤投与中に妊娠が確認された場合又は疑われた場合には、直ちに投与を中止すること。
- (4) 本剤を12週間以上投与しても改善傾向が認められない場合には、他の療法を考慮すること。
- (5) 本剤は非ステロイド性消炎鎮痛剤と併用投与することが可能である。非ステロイド性消炎鎮痛剤においては、消化性潰瘍のある患者は投与禁忌となっているが、本剤が投与されている場合はこの限りでない。しかし、高齢者等の患者においては非ステロイド性消炎鎮痛剤による消化性潰瘍の合併症(穿孔、出血等)の危険性が高いため、本剤と併用投与する場合には、経過を十分に観察すること。
- (6) 本剤投与時にみられる下痢は、通常、軽度で一過性であるが、症状が持続する場合には、減量等の適切な処置を行うこと。また、下痢の発現を少なくするため、マグネシウム含有制酸剤との併用を避けること。

本剤は、厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)に基づき、1回30日分投薬が認められています。

・「使用上の注意」の改訂には十分ご注意ください。その他詳細は、製品添付文書をご参照ください。

MONSANTO
Food・Health・Hope™



製造販売元
日本モンサント株式会社
東京都中央区日本橋箱崎町41-12
(資料請求先) 日本モンサント株式会社
セールス事業部 医薬情報部
〒550-0014 大阪市西区北堀江3-12-23

抗ウイルス剤／一般名：ビダラビン

指定医薬品

アラセナ-A軟膏

健保適用

ARASENA-A Ointment



SB

SmithKline Beecham

【禁忌(次の患者には使用しないこと)】

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

帯状疱疹、単純疱疹

【用法・用量】

患部に適量を1日1~4回、塗布又は貼布する。

【用法・用量に関連する使用上の注意】

1. 本剤の使用は、発病初期に近い程効果が期待できるので、原則として発症から5日以内に使用開始すること。
2. 本剤を7日間使用し、改善の兆しがみられないか、あるいは悪化する場合には他の治療に切り替えること。

※詳細は添付文書をご参照下さい。

販売元

スミスクライン・ビーチャム製薬株式会社

東京都千代田区三番町6番地

<資料請求先>



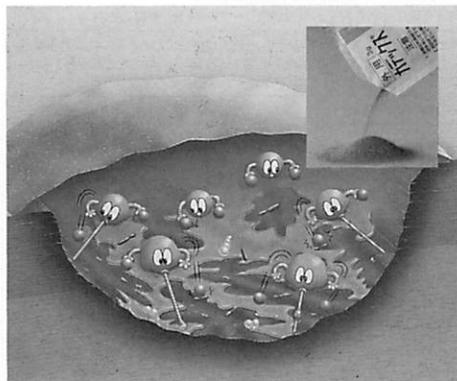
MOCHIDA

製造販売元

持田製薬株式会社

東京都新宿区四谷1丁目7番地 (98.03)

褥瘡、皮膚潰瘍に新しい治療原理



褥瘡・皮膚潰瘍治療剤

カデックス®

ヨウ素DDSパウダー



- 効能・効果 褥瘡、皮膚潰瘍(熱傷潰瘍、下腿潰瘍)
- 用法・用量 潰瘍面を清拭後、通常1回1回、患部に約3mmの厚さに散布する。(直径4cmあたり)3gを目安に散布する。) 滲出液の量が多い場合は、1日2回投与する。

●使用上の注意

1. 一般的注意

- 1) 本剤による治療は保存的治療であることに留意し、約2か月間投与しても症状の改善が認められない場合には、外科的療法等を考慮すること。
- 2) 本剤は熱傷潰瘍を適用としているので、臨床的に潰瘍がみられない熱傷に対しては、他の適切な療法を考慮すること。

2. 禁忌(次の患者には使用しないこと)

ヨウ素過敏症の患者

- #### 3. 副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)
- 過敏症 ときに皮膚炎(発疹、水疱、発赤など)、刺激感、疼痛、痒痒等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には使用を中止するなど適切な処置を行うこと。

※詳細は製品の添付文書をご参照下さい。

— カデックスの特徴 —

- 1 1日1回の使用で優れた有用性
- 2 高い滲出液吸収能による潰瘍面の清浄化 (in vitro)
- 3 持続的な殺菌作用 (in vitro)
- 4 速やかな創傷治癒促進効果 (in vivo)
- 5 副作用発現率は2.9%

潰瘍面の清浄化機能

+

持続的な殺菌作用

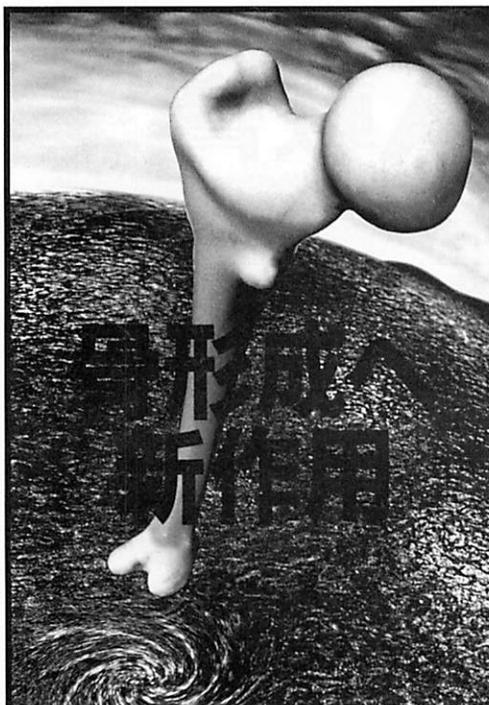
↓

創傷治癒促進効果



輸入・製造発売元
(資料請求先)

日本医薬品工業株式会社
富山市総曲輪1丁目6番21



骨粗鬆症治療用ビタミンK₂剤 薬価基準収載

グラケークアプセル 15mg

Glakay® <メナテトレノン製剤>

平成10年4月1日より
1回30日間分の
投与が可能になりました。

本剤はビタミンK₂製剤であり、抗凝血薬療法で用いられるワルファリンカリウム(ワルファリン)の作用を減弱します。これに基づき、使用上の注意に「禁忌」と「相互作用」が設定されています。

【効能・効果】

骨粗鬆症における骨量・疼痛の改善

【用法・用量】

通常、成人にはメナテトレノンとして1日45mgを3回に分けて食後に経口投与する。

【使用上の注意】

1. 一般的注意

(1) 本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究班」の診断基準(骨量減少の有無、骨折の有無、腰背疼痛の有無などの総合による)等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立し、骨量減少・疼痛がみられる患者を対象とすること。

(2) 発疹、発赤、痒痒等があらわれた場合には投与を中止すること。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

ワルファリンカリウム投与中の患者(「相互作用」の項参照)

3. 相互作用

併用しないこと
ワルファリンカリウム(ワルファリンカリウムの作用を減弱する。)

4. 副作用

(まれに:0.1%未満、ときに:0.1%~5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明)

(1) 消化器
ときに胃部不快感、悪心、嘔吐、下痢、腹痛、消化不良等があらわれることがある。

(2) 過敏症

ときに発疹、発赤、痒痒等があらわれることがある。

(3) 精神神経系

ときに頭痛等があらわれることがある。

(4) 肝臓

ときにGOT、GPT、γ-GTPの上昇等があらわれることがある。

(5) 腎臓

ときにBUNの上昇等があらわれることがある。

5. 高齢者への投与

高齢者に長期にわたって投与されることが多い薬剤なので、投与中は患者の状態を十分に観察すること。

6. 妊婦・授乳婦への投与

妊婦・授乳婦への投与に関する安全性は確立していない(使用経験がない)。

7. 小児への投与

小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

8. 適用上の注意

(1) 投与時

本剤は空腹時投与で吸収が低下するので、必ず食後に服用させること。なお、本剤の吸収は食事中の脂肪含有量に応じて増大する。(「体内薬物動態」の項については添付文書を参照)

(2) 薬剤交付時

PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。(PTPシートの剥離により、硬い鋭角部が食道粘膜に刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている)

hvc Eisai エーザイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10

資料請求先:
エーザイ株式会社医薬企画部

●ご使用に際しては添付文書
をご参照ください。



抗ヒスタミン作用を併せ持つ 抗アレルギー剤

【効能・効果】

セルテクト錠：アレルギー性鼻炎、蕁麻疹、皮膚掻痒症、
湿疹・皮膚炎、痒疹

セルテクトドライシロップ：気管支喘息、アトピー性皮膚炎、
蕁麻疹、痒疹

アレルギー性疾患治療剤(オキサトミド製剤)

セルテクト[®]錠
ドライシロップ

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

- 1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- 1) 肝障害又はその既往歴のある患者〔肝障害が悪化又は再燃するおそれがある。〕

2) 幼児

2. 重要な基本的注意

- 1) 眠気を催すことがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作には従事させないように十分注意すること。
- 2) 本剤は気管支拡張剤並びに全身性ステロイド剤と異なり、既に起こっている喘息発作を速やかに軽減する薬剤ではないので、このことは患者に十分注意しておく必要がある。
- 3) 長期ステロイド療法を受けている患者で、本剤投与によりステロイド減量を図る場合には十分な管理下で徐々に行うこと。
- 4) 本剤により、末梢血中好酸球が増加することがあるので、このような場合には経過観察を十分に行うこと。

*「用法・用量」、その他の「使用上の注意」は製品添付文書をご参照下さい。



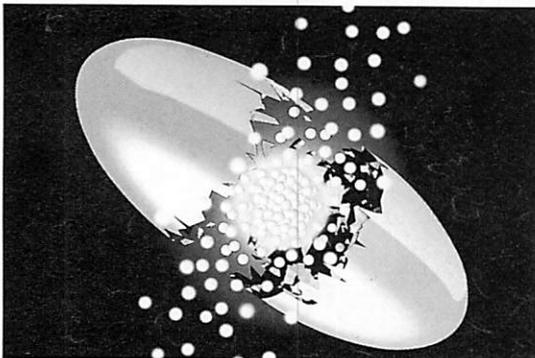
製造発売元
協和発酵工業株式会社
東京都千代田区大手町1-6-1

【資料請求先】 提携
ヤンセン ファーマスーティカ
ベルギー

98.5.

放出制御で Once a day

— Biovail Delivery System に基づく NSAID —



〈効能・効果〉 下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎
慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、
頸肩腕症候群、肩関節周囲炎



pH作用型鎮痛・消炎剤
新薬

薬価基準収載

オルヂスSR 150

Orudis SR 150 〈持効型ケトプロフェンカプセル〉

※pH作用型とはケトプロフェンがpH依存的に徐々に放出されることを意味します。

禁忌(次の患者には投与しないこと)

- 1) 消化性潰瘍のある患者〔消化性潰瘍を悪化させるおそれがある。〕
- 2) 重篤な血液の異常のある患者〔血液の異常を悪化させるおそれがある。〕
- 3) 重篤な肝障害のある患者〔肝障害を悪化させるおそれがある。〕
- 4) 重篤な腎障害のある患者〔腎障害を悪化させるおそれがある。〕
- 5) 重篤な心機能不全のある患者〔心機能を悪化させるおそれがある。〕
- 6) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- 7) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者〔喘息発作を誘発するおそれがある。〕
- 8) 塩酸シプロフロキサシンを投与中の患者〔製品添付文書の「相互作用」の項参照〕
- 9) 妊娠後期の婦人〔製品添付文書の「妊婦・授乳婦への投与」の項参照〕

●用法・用量、その他の使用上の注意等の詳細は、製品添付文書をご参照下さい。



製造発売元
北陸製薬株式会社
福井県勝山市猪野口37号1-1

【資料請求先】北陸製薬株式会社 医薬情報室
〒911 福井県勝山市猪野口37号1-1



提携
RHÔNE-POULENC RORER
ロヌアアラロー社

ⒻF97



鎮痛・抗炎症剤

薬価基準収載

(アンピロキシカムカプセル)

フルカムカプセル

FLUCAM[®] Capsules

13.5mg・27mg

■効能・効果、用法・用量、使用上の注意等は添付文書をご参照下さい。



開発・製造・販売元

ファイザー製薬株式会社

東京都新宿区西新宿2-1-1 〒163-0461

資料請求先:マーケティングサービス部



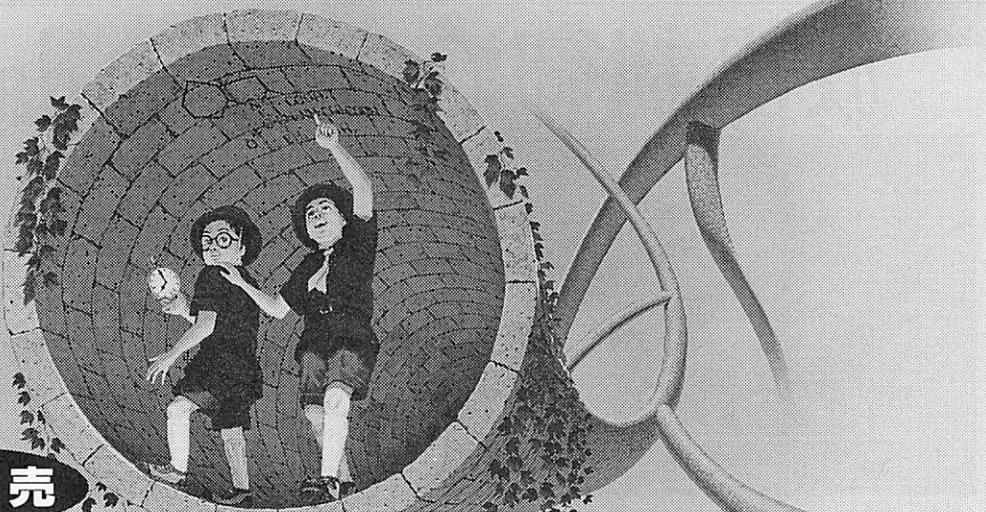
開発・販売元

富山化学工業株式会社

東京都新宿区西新宿3-2-5 〒160-0023

資料請求先:学術情報部

1998.2



新発売

持続性組織ACE阻害剤

薬価基準収載

指定医薬品/要指示医薬品*

製造発売元

第一製薬株式会社

資料請求先:東京都中央区日本橋三丁目14番10号



コバシル錠 2mg 4mg

提携先



レ ラボラトワーズ セルヴィエ フランス

一般名: ペリンドプリルエルブミン (perindopril erbumine)

※注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

★効能・効果・用法・用量および使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

B51/2.98.4

シクロオキシゲナーゼ(COX)-2 選択的阻害薬

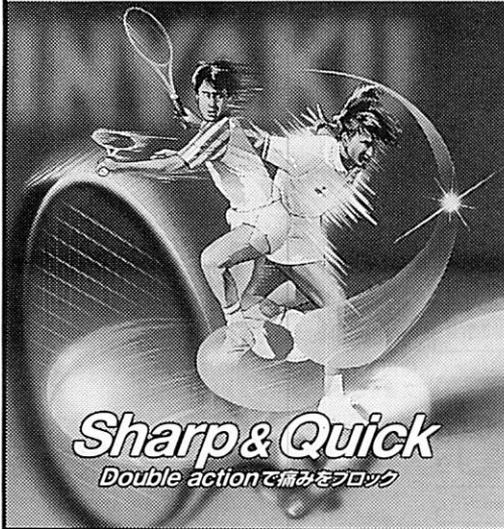
非ステロイド性鎮痛・抗炎症剤



特指

ハイペン錠 100mg
200mg

エトドラク製剤



禁忌(次の患者には投与しないこと)

①消化性潰瘍のある患者②重篤な血液の異常のある患者③重篤な肝障害のある患者④重篤な腎障害のある患者⑤重篤な心機能不全のある患者⑥重篤な高血圧症のある患者⑦本剤の成分に対し過敏症のある患者⑧アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者⑨妊娠末期の婦人(要約)

●効能・効果、用法・用量、および使用上の注意等は添付文書をご覧ください。



日本新薬

資料請求先

日本新薬株式会社 学術部
〒601 京都市南区西大路八条下ル

HY9607B5/2-4

「本物は変わらない」持続する炎症にレリフェン



■効能・効果

下記疾患並びに症状の消滅・鎮痛

慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、頸肩腕症候群、肩関節周囲炎

■用法・用量

通常成人にはナブメトンとして800mgを1日1回食後に経口投与する。

なお、年齢・症状により適宜増減する。

禁忌(次の患者には投与しないこと) (1)消化性潰瘍のある患者[プロスタグランジン生合成抑制作用により胃の血流量が減少し、消化性潰瘍を悪化させるおそれがある。] (2)重篤な血液の異常のある患者[症状を悪化させるおそれがある。] (3)重篤な肝障害のある患者[副作用として肝障害が報告されており、肝障害を更に悪化させるおそれがある。] (4)重篤な腎障害のある患者[プロスタグランジン生合成抑制作用による腎血流量の低下等により、腎障害を悪化させるおそれがある。] (5)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 (6)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者[喘息発作を誘発させるおそれがある。] (7)妊娠末期の婦人[妊婦、産婦、授乳婦等への投与]の項参照

※その他「使用上の注意」等の詳細は添付文書をご覧ください。



持続性抗炎症・鎮痛剤(ナブメトン錠)特

レリフェン錠
RELIFEN 400

【確保適用】



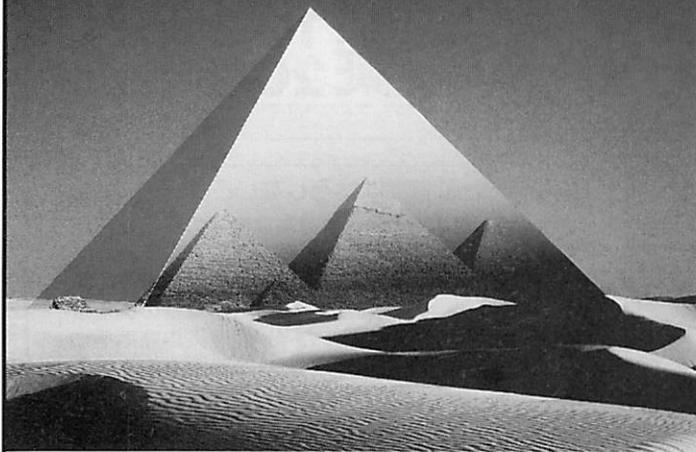
〔資料請求先〕
株式会社 三和化学研究所
本社/名古屋市東区東外堀町35番地 〒461-8631
TEL(052)951-8130 FAX(052)950-1305



提携
SB スミスクラインピーチャム
英国 ミドルセックス

世代を超えて誕生

薬価基準収載



禁忌(次の患者には投与しないこと)本剤の成分によるショックの既往歴のある患者

セフェム系抗生物質製剤

MAX 注射用 **マキシピム**® 0.5g / 1g

MAXIPIME FOR INJECTION 日抗基 注射用塩酸セフェム

〈効能・効果〉

ブドウ球菌属、レンサ球菌属、ペプトストレプトコッカス属、
 ブランハメラ・カタラーリス、大腸菌、シトロバクター属、クレ
 ブシエラ属、エンテロバクター属、セラチア属、プロテウス属、
 モルガネラ属、シュドモナス属、インフルエンザ菌、アシネ
 トバクター属、バクテロイデス属のうち本剤感菌性菌による
 中等症以上の下記感染症○敗血症○蜂巣炎、肛門周囲
 膿瘍○外傷創感染、熱傷創感染、手術創感染○扁桃周
 囲膿瘍、慢性気管支炎、気管支拡張症(感染時)、慢性
 呼吸器疾患の二次感染、肺炎、肺化膿症○腎盂腎炎、
 複雑性膀胱炎、前立腺炎○胆のう炎、胆管炎○腹膜炎、
 骨盤腹膜炎、ダグラス窩膿瘍○子宮内感染、骨盤死腔炎、
 子宮旁結合織炎○中耳炎、副鼻腔炎

〈用法・用量〉

本剤の使用に際しては、投与開始後3日をめやすとし
 てさらに継続投与が必要か判定し、投与中止又はより
 適切な他剤に切り替えるべきか検討を行うこと。さらに、
 本剤の投与期間は、原則として14日以内とすること。
 通常成人には、症状により1日1~2g(力価)を2回に
 分割し、静脈内注射又は点滴静注する。なお、難治
 性又は重症感染症には、症状に応じて1日量を4g(力価)
 まで増量し分割投与する。静脈内注射の場合は、
 日局注射用水、日局生理食塩液又は日局ブドウ糖
 注射液に溶解し、緩徐に注射する。

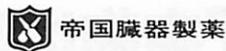
また、点滴静注の場合は、糖液、電解質液又はアミノ酸製
 剤などの補液に加えて30分~1時間かけて点滴静注する。

使用上の注意、取扱上の注意等については製品添付
 文書をご参照ください。

製造販売元
フリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社
 〒163-13 東京都新宿区西新宿6-5-1
 資料請求先:学術情報部 Tel.03-5323-8355

1997年10月作成

薬価基準収載



6員環を持つ世界初の H₂-受容体拮抗剤です。

【効能・効果】

胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、
 Zollinger-Ellison症候群、逆流性食道炎、麻酔前投薬、
 下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)
 の改善
 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

潰瘍(胃潰瘍、十二指腸潰瘍) (急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期)
潰瘍に1日2カプセル・胃炎に1日1カプセル

■用法・用量、使用上の注意等につ
 いては添付文書をご参照ください。

■資料請求先
 〒107 東京都港区赤坂2-5-1
 帝国臓器製薬株式会社・医薬学術部

H₂-受容体拮抗剤
アルタット®カプセル75
(塩酸ロキサチンアセートカプセル)

病医院設備 医療機器
開業コンサルティング

予想患者数、収益、近隣病医院などのマーケティングリサーチ、
場所設定、土地探し、及び金融機関、税理士、建築業者の紹介など
あらゆるお手伝いをします（無料）

創立52年 社員100名

石黒医科器械株式会社

〒604-0963 京都市中京区麩屋町通二条上る

TEL 075-222-1496

MEDICAL INSTRUMENTS CORPORATION

より優れた医療環境づくりをめざして、
まごころサービスでご奉仕いたします。

■ 病院設備 ■ 医療機器 ■ 医療材料 ■



株式会社 三笑堂

大阪支店

〒572-8588 大阪府寝屋川市木屋元町7-14

Tel (0720) 31-1030

京都本社・滋賀支店・舞鶴支店・神戸支店

総合医療機器商社

私たちは医療の

トータルコーディネーターをめざしています

医療機関、保健福祉施設の開設・増改築のサポートから
医療機器・消耗品のサプライ、アフターケアに至るまで
医療に関するハード・ソフトを提供しています。



あすの医療と共に歩む

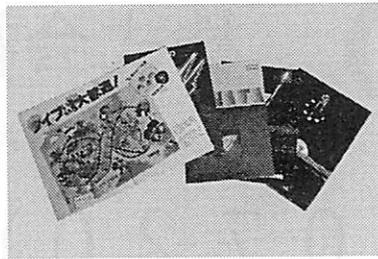
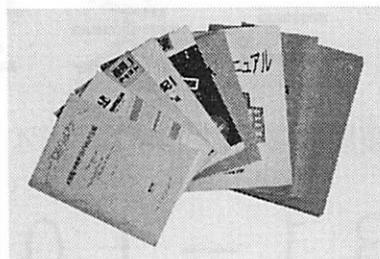
西本産業株式会社

メディカルシステム事業本部

営業部 〒566-0012 摂津市庄屋1丁目14番12号
TEL (06)382-5611・382-7741 FAX (06)382-9381

創造新印刷

DTP:パソコンで編集したものをダイレクトに印刷物にします!!



大曾印刷株式会社

大阪市鶴見区鶴見5丁目2番6号
電話 06-931-6719・FAX 06-933-8105

1 スムーズな入眠

3 さわやかな目覚め

2 自然な眠り



■効能・効果

不眠症、麻酔前投薬

■使用上の注意

1. 一般の注意

本剤の影響が翌朝以後に及び、眠気、注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、自動車の運転等の危険を伴う機械の操作に従事させないよう注意すること。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

(1) 急性狭隅角緑内障のある患者〔眼内圧を上昇させるおそれがある。〕

(2) 重症筋無力症のある患者〔重症筋無力症を悪化させるおそれがある。〕

3. 原則禁忌(次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること)

肺性心、肺気腫、気管支喘息及び脳血管障害の急性期等で呼吸機能が高度に低下している場合〔炭酸ガスナルコーシスを起こすおそれがある。〕

4. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

(1) 衰弱患者

(2) 高齢者〔添付文書の「高齢者への投与」の項参照〕

(3) 心障害、肝障害、腎障害のある患者〔本剤の作用が増強するおそれがある。〕

(4) 脳に器質的障害のある患者〔本剤の作用が増強するおそれがある。〕

※詳細については、添付文書をご参照ください。

睡眠導入剤

向(習)指
要指

レンドルミン[®]錠

(プロチゾラム製剤)



(資料請求先:学術部)

日本ベリンガーインゲルハイム株式会社

〒666-0193 川西市矢野 3-10-1

'96.6('96.3)

