



大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association

30周年記念号



第34号
平成20年7月

Lorcam[®]

PAIN

劇薬・指定医薬品 / 非ステロイド性消炎・鎮痛剤

ロルカム[®]錠 2mg
ロルカム[®]錠 4mg

ロルノキシカム製剤

薬価基準収載

「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」は添付文書をご参照ください。



発売 [資料請求先]

大正富山医薬品株式会社
〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1



製造販売

大正製薬株式会社
〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1

目 次

巻頭言	黒田 晃 司	1
浪速の先覚者	高齢者の尊厳	小川 亮 恵 3
30周年特集	OCOA30周年 記念式典式辞	早石 雅 宥 7
	特別講演 「整形外科の明るい未来」	越智 隆 弘 8
	会長講演 「30年の経過報告」	早石 雅 宥 10
	OCOA30周年 御来賓祝辞	吉良 貞 伸 13
	OCOA30周年 御来賓祝辞	浜西 千 秋 14
	OCOA30周年 御来賓祝辞	酒井 国 男 16
	OCOA30周年 功労者表彰式	17
	OCOA30周年 記念祝賀会風景	20
OCOA年表	OCOA年表	丹羽 権 平 22
OCOA総会の報告	第32回 大阪臨床整形外科医会定時総会	堀 木 篤 26
JCOA学会(青森)報告	第20回JCOAまほろば学会に参加して	早石 雅 宥 43
	20回JCOA学会に参加して。青森は遠かった。	吉田 研 二 郎 45
	第20回JCOA学会一北のまほろば青森一に参加して	大 島 正 義 48
	平成19年7月14日・15日に青森市で開催された第20回 JCOA学会一北のまほろば青森一に参加して	黒田 晃 司 49
	夏泊ゴルフに参加して	岸 本 成 人 51
	青森でのJCOA学会に参加してまいりました。	吉 川 隆 啓 53
JCOA研修会(琵琶湖)報告	平成19年度各県代表者会議報告(琵琶湖研修会)	早石 雅 宥 55
	『JCOA研修会大懇親会』に参加して	前 野 岳 敏 56
	(E-7) 近江八幡水郷めぐり	栗 本 一 孝 57
	「信楽→石山寺めぐり」	丹羽 権 平・長 田 明 59
	琵琶湖研修会に参加して一教育講演会を聞いて一	山 本 哲 61
OCOA研修会報告	平成19年度大阪臨床整形外科医会研修会	黒田 晃 司 62
	「ピットフォールに嵌らない足疾患・外傷のみかた」	木 下 光 雄 65
	人工関節再置換術の問題点	岡 垣 健 太 郎 67
	スポーツ競技における外傷と障害に対する安全対策	阿 部 均 69
	新世代の人工骨と骨再生医療の最前線	名 井 陽 72
	腰仙部神経根障害の基礎と臨床	小 林 茂 75
	関節リウマチの最新治療	菊 池 啓 80
	大腿骨近位部骨折の予防と治療 一全国調査からの現状と将来一	荻 野 浩 83
	関節リウマチに対する薬物療法 一最近の知見と今後の展望一	宮 島 茂 夫 86
	『リスクマネージメントの原理と組織戦略』	橋 本 廸 生 87
	骨粗鬆症の最近の知見と治療	岩 本 潤 91
	医工及び産学連携による整形外科領域への貢献	菅 本 一 臣 93
	本邦における内視鏡下脊椎手術の現状	中 村 博 亮 96
	スポーツ整形の活動と膝関節治療の 再生医学:半月板の再生	中 田 研 99
	外来での骨腫瘍の対処一良性から悪性まで一	荒 木 信 人 104
	リウマチ疾患の疼痛管理における最新の治療戦略	宗 圓 聰 107
	開業医に必要な肩の知識	井 樋 栄 二 110

	下腿・後足部のスポーツ障害	安田 稔人	112
	変形性膝関節症の最近の知見		
	一保存療法から手術まで	小林 章郎	116
	手の機能とリウマチ手の治療	矢島 弘嗣	118
	手術による医原性末梢神経損傷	谷口 泰徳	120
	関節リウマチの最新治療		
	一新規COX-2阻害薬と生物学的製剤の使い方	佐野 統	122
研修会トピックス	iPS細胞の展望と課題	山中 伸弥	124
	新しいDMARDsについて	原 まさ子	125
症例検討会	第33回・第34回大阪整形外科症例検討会 抄録	古瀬 洋一	128
紙上勉強会	他府県の臨床整形外科医会会報を通読して	阪本 邦雄	135
	他科の大阪府単科医会会報を通読して	宮田 重樹	138
骨と関節の日	JCOA「運動器の10年・骨と関節の日」委員会現況	黒川 隆彦	140
	「骨と関節の日」in Osaka	森本 清一	141
			143
新理事の自己紹介			
新入会員の自己紹介			146
厚生部報告	第45回・第46回OCAゴルフコンペ成績表	長嶋 哲夫	150
エッセイ	面白い話	森本 清一	152
	整形内科医の囁言	丹羽 権平	154
	英雄色を好む	河合 長兵衛	156
私の趣味	日々のお稽古事あれこれ	茶之木 頼彦	158
		藤原 良仁	160
私の傑作	梅林のメジロ	石川 正士	161
	彫塑「なんとなく」	石上 直	162
	私の趣味 絵画	福西 睦子	163
		三橋 允子	164
		丹羽 雅子	165
OCA理事会議事録	OCA理事会議事録		166
新入会員名簿補追			190
編集後記			191

協賛広告一覧表

大正富山医薬品株式会社	表 2	アステラス製薬株式会社	208
第一三共株式会社	197	田辺三菱製薬株式会社	209
日本臓器製薬株式会社	198	科研製薬株式会社	210
大塚製薬株式会社	199	ファイザー株式会社	211
久光製薬株式会社	200	大洋薬品大阪東販売株式会社	212
中外製薬株式会社	201	シオノギ製薬株式会社	212
エーザイ株式会社	202	ワイス株式会社	213
帝人ファーマ株式会社	203	大高ブレース	213
大日本住友製薬株式会社	204	株式会社ツムラ	214
武田薬品工業株式会社	205	参天製薬株式会社	214
万有製薬株式会社	206	小野薬品工業株式会社	表 3
旭化成ファーマ株式会社	207		

大阪臨床整形外科医会 新会長 黒 田 晃 司

新緑の爽やかな緑とともに新しい年度が始まり、早石雅宥先生の後を受けて、私が本会の会長に就任させていただきました。同時に本会は新しい組織と、新しい担当者でスタートいたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

その陣容は、会長代行・学術担当副会長、栗本一孝先生。総務担当副会長、森本清一先生。庶務担当副会長、山本哲先生。JCOA地区理事・JCOA諸問題担当副会長、前中一孝先生。会計担当副会長、阪本邦雄先生がそれぞれ担当していただきます。この他、たくさんの理事のパワーと、参与の先生方の経験に支えていただきまして、本会は組織的に運営されております。



ご存知の通り、わが国の医療情勢は悪化の一途。坂道を転げ落ちてゆく情勢です。とりわけ整形外科医を取り巻く環境はますます厳しい状況でございます。現在の日本の医療情勢はまさに最悪と言わざるを得ません。小泉改革以降、世界で最も安価で、最も充実していると言われてきた健康保険制度は、厚生労働省の役人の思いつきなのか、財務省の数字合わせなのか、長年、医者と医療関係者の犠牲の上に何とか維持されてきた制度が、国民の悲鳴とともに見事に崩壊してしまいました。

今回の健康保険制度の改正（改悪といわざるを得ないと思いますが）でも、「まるめ」と「引き下げ」のみが強調され、「5分ルール」とか「20分ルール」と言われるものを始め、とうてい患者さんに説明しても理解が得られない制度が作られてしまいました。65歳から74歳の国民を対象に前期高齢者医療制度という保険制度に加入させ、その医療費の一部を健康保険組合に補填させることにより、一部負担金を拠出しなければならなくなった組合は大赤字になり、サラリーマンの負担金の大幅引き上げを招きました。また75歳以上の国民を後期高齢者医療制度という、家族から老人を切り離して、年金から保険金を天引きして徴収、確実に金集めする制度を作りました。これらの新しく導入された制度については国民にほとんど説明されることなく実施され、国民の間に混乱を招きました。また、後期高齢者という名称が選挙活動にマイナスになると気づくや、急に「長寿医療制度」と名称だけ変えてしまいました。しかもその保険証が届かないお年寄りが出るや、診察してもその医療費が支払われる保証のない期限の切れた古い保険証で、医療機関に診察することを強要するなど、混乱にさらに拍車をかける結果を招きました。誰のための制度改革なのか全く信用できない状況になっています。

一方で、今や、柔整に支払われている医療費が小児科の医療費より多くなり、しかもその財源は特別会計から支払われています。これら本当に改革しなければならないことは手付か

ずのままです。お隣の国・韓国では、戦後すぐ、医療類似行動を制限、ポーンセッターの新規の資格が生じないように制度改革が実行され、健全な医療制度の確立が進められております。

我々大阪臨床整形外科医会は会員数450人余り、日本で最大の臨床整形外科医会です。何とかこの「数の力」をこれらの改革に生かしたいと思えます。是非とも日本臨床整形外科学会医政協議会（議員さんに献金するだけの会ではありません。JCOA健保改善対策委員会と理解してください）に皆様の一人でも多くのご参加をいただきまして、せめて、ご自分の診療活動を犠牲にしてロビー活動し、厚生労働省に度々足を運んでくださっているJCOAの理事・役員のみなさまをバックアップしようではありませんか。

会員のみなさまのご協力を心からお願いいたします。

今年度もまず、我々自身整形外科診療に当たる者として、その基礎となります知識を日々吸収し、日常診療に生かすため、月一回研修会を開催いたします。その講師には、今や世界的にも注目されているときの人・山中伸弥教授をはじめ整形外科に関係ある各分野の専門の先生方を毎月講師にお迎えする予定です。

運動器リハビリテーションを実施するに当たり、当面PT,OTの不足をカバーするため、3年前に厚生労働省に認可された「セラピスト」の資格継続に必要な5年間で12単位の講習会を今年度7月以降、順次開催いたします。

この会報をはじめ広報活動は主にインターネットを用いますが、ファクシミリなどを通じて情報を発信いたします。今やインターネットは必要な手段となりました。まだ手を付けていない会員の皆様、当会にも詳しい理事がおられます。ご相談下さい。本会のホームページ、メーリングリストをご利用いただけます。大いにご利用下さい。

例年通り10月は『骨と関節の月間』になっておりますので、今年も全国規模で啓蒙行事を実施いたします。大阪では、西成区民センターにてOCO A主催の行事を開催いたします。さらに、各地区の医師会と共催で、地域の方々を対象に講演会、健康相談、骨塩量測定などを実施いたします。今年度は、枚方市、大阪市平野区、西成区で地区医師会の行事と一緒にこの運動を実施する準備をすでに始めています。それぞれの地域の会員の皆様のご協力をお願いいたします。

閉塞感に襲われがちな昨今、今年1年はたとえカラ元気でも、とにかく元気を出して突っ走ろうではありませんか。皆さまと共に。向こうに（未来に）明かりが見えるまで。

高齢者の尊厳

関西医科大学名誉教授 小川 亮 恵

最近、認知症という病気に関する記事や見出しに接する機会が多くなった。住民の高齢化、核家族化と無関係ではなかろう。本年2月17日、大阪府医師会主催の「かかりつけ医認知症対応力向上のための研修」と「認知症サポーター養成講座」が併催された。医師を対象とする研修会のテキスト（国立長寿医療センター作製、大阪府医師会複製）をいただき、一読して驚いた。大げさな表現かも知れないが、記憶と知能の障害を有する患者と彼らの家族に対する思いというか、愛情が感じられた。昔、筆者自身が身近のものを含む何件かに関わったことがあり、本症に対する最近の診断、治療を知りたいと思っていた。その望みはこのテキストによって大方は充たされた感じがする。テキストは280ページに及び、その内容は基礎知識、診断、治療とケア、連携に分けられ、講演は数名の演者が分担されたらしい。内容の一部を紹介する。

「痴呆」という用語は平成16年12月24日、高齢者の尊厳に対する配慮を欠くことと、病気としての実態を正確には表していないことが主な理由で「認知症」に改められた。米国精神医学会では「認知症」の定義を意識障害が無いことを前提として、記憶障害に加えてそれ以外の認知機能障害、即ち判断力の障害、実行機能障害が認められ、それらの障害によって日常の社会生活や対人関係に支障をきたすもの。病因として器質性病変の存在が確認あるいは推定されたものの中で、「うつ病」が除外されれば認知症とした。認知症があると推定される人たちの約半数は居宅である。約40%は特養、老健、療養型のうちのどれかの施設に収容されている。初診患者の家族によると受診理由が物忘れのみは稀で、大抵は夜間に叫ぶ、徘徊する、不潔な行為が見られる、などであった。しかし、患者



の家族が最初に気付いた変化は、同じ事を繰り返し言ったり聞いたりする、財布を盗まれたと言う、だらしなくなったなどであった。

この病気が認知症たる由縁は認知機能の障害にある。それによって現れる症状を中核症状と言う。これに続発、併存して多様な精神症状或いは行動上の障害が現れる。これを周辺症状と呼ぶ。中核症状は記憶障害を初め判断力低下、見当識障害、失語、失行、失認などの症状が見られる。周辺症状としてはせん妄、抑うつ、興奮、徘徊、睡眠障害、妄想などがある。これらの症状は対症的な薬物療法、環境の調整や応対上の工夫などで改善する可能性がある。

認知症の診断と治療は真似事では出来ないとされる。診断がアルツハイマー型認知症であれば薬物療法で病気の進行を遅延させることが出来る。診断の結果、病気の質と治療、予後などを何時、どのように誰に説明するか、告知後のフォローをどうするかを考えなければならない。中核症状に対しては塩酸ドパジルが有効で、病気の進行をある期間遅延させる。治療開始が早いほど効果は大である。周辺症状は薬の副作用、不適切なケアが誘因となって発現する場合がある。治療としては原因が明らかであれば除去する。抗うつ薬、抗精神病薬、睡眠導入薬、抗不安薬を適宜用いる。

以上、本年2月に開催された、「かかりつけ医認知症対応力向上のための研修」に用いられたテキストの内容の一部を紹介した。この疾患もその経過は一樣ではない。整形外科で手術を受ける高齢者の中にも認知症になっておられるが、診断されていない方がいる可能性がある。また認知症が受傷、入院を契機として発症する可能性もある。アルツハイマー病は現在では薬物療法が有効な病気であると言われている。ただし、早期発見早期治療が必要である。

健康寿命の延伸のため予防医療の重要性が叫ばれる現在である。生活習慣病の予防のため昨年来、世に浸透したメタボが若年層から壮年層を対象にするなら、高齢者においてはロコモ（運動器不安定症）が予防の重要な疾患群であると近年整形外科医はアピールしている。

一方、今年4月から長寿（後期高齢者医療制

度として75歳以上の医療体制が確立されたが、差別感を払拭できない。認知症があると疾病の予防を心掛ける事は不可能である。俗に言う「元気な認知症」は徘徊が認められると、社会的介護量は増す。現在の高齢化社会においては認知症関連の種々の問題点が日毎増大するものと思われる。「認知症」は本来、精神科、神経内科等で扱われて当然なのに何故今、整形外科医の私に取り上げたのかとご指摘を受けるかもしれない。しかし整形外科医療の骨折予防や術後療法においても、寝たきり状態や機能不全に陥らず速やかな機能回復を得る上では、患者ご本人の自覚と理解が必要である。認知症の方には、周囲の温かい見守りが不可欠である。

医療に携わるものとして認知症関連の予備知識の必要性と重要性を痛感したため、今回話題にしてみた。

〔筆者略歴〕

生年月日 昭和7年7月7日

経 歴 1957年 岐阜県立医科大学卒業
1957年 関西医科大学整形外科学教室入局
1984年 関西医科大学教授（整形外科学）
1987年 関西医科大学付属病院長（～1991年）
2000年 定年退職
(関西医科大学名誉教授)

大阪臨床整形外科医会

創立30周年 記念講演会・祝賀会

特集

OCOA創立30周年記念講演会・祝賀会

日時 平成19年8月25日（土） OCOA研修会当日（全日空ホテル）

式 辞 早石会長

16：00 講演会開始 司会 黒田晃司副会長
旭化成 商品説明

16：20 『明るい整形外科の未来』 大阪警察病院院長 越智隆弘先生
座長 OCOA会長 早石雅宥会長

17：20 謝 辞 早石雅宥会長

17：30 記念式典 開会の辞 黒田晃司副会長

会長講演 『OCOA 30年の歩み』 早石雅宥会長

御来賓祝辞 JCOA会長 吉良貞伸先生
OCOA顧問 浜西千秋教授

功労者表彰 早石雅宥会長

①堀木 篤先生 ②服部良治先生 ③長田 明先生
④瀬戸信夫先生 ⑤小松堅吾先生 ⑥丹羽権平先生
⑦松矢浩司先生

18：30 祝宴開始 司会 栗本一孝副会長

御来賓祝辞 大阪府医師会長 酒井国男先生

乾 杯 堀木 篤先生

祝 宴 ジャズバンド シイナキノハララテンプロジェクト

20：30 閉会の辞 松矢浩司前会長

大阪臨床整形外科医会創立30周年記念式典

〔式 辞〕

大阪臨床整形外科医会 会長 早 石 雅 宥

本日はご多用中にも拘りませず 大阪臨床整形外科医会創立30周年記念式典にご出席を戴き有難うございました。

大阪府医師会会長 酒井国男先生、日本臨床整形外科学会理事長 吉良貞伸先生を始め近畿ブロックの各県ご代表の先生方、ならびに大阪府医会連合の先生方、また本会名誉会員および顧問の先生方にご臨席を賜り感謝の念に耐えませ

ん。また会員の奥様方には会に花を添えていただきまして有難うございます。本日はご存知のごとく世界陸上大会や東住吉医師会の60周年記念行事、大学の整形外科の研修会と重なり合っておりそのため理事や教授の先生方がご欠席されておりますことをご報告申し上げます。本当にご多忙のところ当会にご出席くださり有難うございました。

本会は昭和52年11月に越宗初代会長の下に発足し、以来30年になります。その間 坂本、伊藤、大橋、小杉、堀木、三橋、長田、服部、松矢の先生方が会長として今日の発展に努力されて参りました。当会の会員の多くの先生方が医師会関係、日本臨床整形外科学会、日本整形外科学会に出務され活躍されて居られることは御承知の事と存じます。今日のお祝いの会は30周年を節目として会員の奥様も参加していただけるように計画いたしました。10周年や20周年記念式典とは違った形式で格式ばらないように、会員の皆様方に楽しんでいただけるように特にホテルの方々に料理に趣向を凝らしていただきました。短い時間ではありますが会員皆様方の懇親の機会にしていただければ幸いです。



現在は医療崩壊と叫ばれる厳しい時代ではありますが、私たちは臨床医として日常診療の質を高め維持していくことも忘れてはなりません。

これからも会員一同より一層努力して参る所存でございます。30周年を区切りとして大阪臨床整形外科が益々発展していくために、本日もご出席戴きましたご来賓の先生方に今後ともどもご支援ご指導を切にお願い申し上げる所でございます。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30周年記念式典

〔特別講演〕

「整形外科の明るい未来」

大阪大学名誉教授

行岡保健衛生学園 学園長 越智 隆 弘

本日は大阪臨床整形外科医会創立30周年記念にお招き下さいまして誠に有難うございます。歴史ある本会が30周年をお迎えになられましたことに心から御祝い申し上げます。沢山の先生方には公私に亘ってご交誼を賜り厚く御礼申し上げます。

平成19年5月27日（日）午後3時半、京都大学中村孝志教授を会長とする第80回日本整形外科学会総会の閉会式が終了し、その時を以って私の日本整形外科学会理事長任期が終了しました。理事会のメンバーのご協力により自分のイメージ通りに全力で進めて無事に任期を終え、次期中村耕三理事長に引き継いだことを本当に喜んでおります。

私が平成5年から日整会の副理事長、理事長をそれぞれ一期ずつ務めさせて頂きましたが、最初の一年が私にとって大きな経験でした。私は大学教授の感覚で、すこしでも多くの大学の整形外科学教室に厚生科学研究費が当たるように厚生科学課と交渉を始めました。ちょうどそのような頃でしたが、日本臨床整形外科医会の角南義文理事長から日整会理事長の山本博司先生と私宛にファックスが届きました。高齢者リハビリテーション研究会が厚生労働省老健局で立ち上げられることになったがメデイファックスに掲載されたメンバーには整形外科からは誰も入っていない。今後の整形外科臨床現場からリハビリ診療領域が除かれる可能性が大きく大変なことだというものでした。私は行政的なことは公表されてしまった後では変更困難と思いましたが、日整会としての立場を主張しておかねばと老健局に出かけました。

担当課長補佐にリハビリ医療の始まりは戦傷者の機能訓練から始まったもので整形外科治療の一貫であったし、今も整形外科医が大きな比重を占めていることを説明して委員会に整形外科医を加えるべきことを説きました。しかし、担当官は「あのメンバーは普段からリハビリテ



ーションで御指導いただいている先生方です。整形外科の先生方が高齢者のリハビリに関連しておられるとは認識していませんでした。私が着任して以来、リハビリの件で整形外科の先生方が来られたことは一度もありませんでしたので、・・・委員会のメンバーは公表後なので追加は出来ません。」と譲る姿勢を見せませんでした。

後に次の会議に入っていた私の携帯電話に厚生労働省の旧知の課長から連絡が入りました。

「越智先生、来られていたらしいですね。私は数日前から担当課長になっています。越智先生を委員に加わって頂きます。」ということになり、日整会として研究班でのデーターなどを提示できる機会を得ました。これはその後の流れに大きな効果があったと思います。

平成15年の秋になって、「運動器の10年」日本委員会の初代委員長の黒川高秀先生の御健康が優れないことから、杉岡洋一先生が第二代会員長に就かれました。委員長交代ということで、第二期小泉内閣改造直後の厚生労働大臣と各関連局長の席に挨拶にまわりました。私は予め日本委員会の趣旨と希望を説明していたのですが、挨拶回りのあとで局長から「越智先生の今までの動きでは、確かに整形外科への研究費は増すと思います。しかし広く整形外科医療全体を考えると、その進め方では駄目です。日本の癌対策がどのように進められたかを参考にし

て下さい。」と資料を頂き、行政資料を作るときに相談できるようにと元整形外科医であった課長補佐を紹介してくれました。

厚生労働省から作成を勧められたのは余にも大量の資料でした。「こんなものどうやって作ればいいのだ。」と茫然としている私に、日整会の前事務局長の磯野氏が「越智先生は医学部長をしていたのなら概算要求の時の思い出せばいいのです。少数のエネルギッシュなメンバーで夜を徹してやるしかないですよ。」と声をかけてくれました。政策をしめす2-3枚の図は時間も迫っているので自分で作りました。分厚い「整形外科医療の現状・問題点・改善対策と効果」は中村耕三教授、戸山芳昭教授をはじめ、主として在京の教授の先生方にお願いして作りました。約7センチの資料が出来上がってほっとしていると、実は「要約と10年後の医療経済的効果」を急いでまとめて本にして欲しいと言われ、また皆様にお願いして何とか作り上げました。資料を全部眺めた局長は「短期間によくこれだけのものを作られましたね。これは政策にできます。2週間後に与党の幹事長・政務会長などの会がありますが提案できます。」と言ってくれました。平成15年5月19日だったと思いますが、丁度神戸で日整会総会（国分会長）の期間中に日経新聞で確認して喜びました。厚生労働省にお礼に出かけたときに、担当官から「今後急速に運動器医療関係が広がります。先生1人では対応できませんよ。」と言われたのは嬉しい思い出です。後日、尾辻議員が「生活習慣病が並んでいるはずだったのに、介護予防が入ってきたので驚きました。」と言っておられました。これは日整会のエネルギーと厚生労働省行政官僚との協力とで、今の日本の大きな問題点に迫る施策が加わったと思っています。

平成17年5月に山本博司理事長の後任に選ばれましたが、改めて、日整会は本当にエネルギーあふれた学会であることを実感しました。行政対応は大切ですが、他に多くの重要懸案事項があり、圧倒される感じでした。これでは学会事務局や厚生労働省の在る東京、借家して自宅としている横浜市青葉区、そして本務の院長をしている相模原の3点が離れているのでは十分にこなせないことを痛感しました。何か用があ

れば即東京へ出かけられ、しかも所用をこなすことが必要です。院長室の決済書類が蓄積されてゆくのを見て、私は相模原病院宿舎に単身赴任することを決め、自宅を神戸に戻しました。東京と相模原の2点間での移動で悔いなく行動できる形にしました。

理事長になってからは副理事長時代以上に色々な事があったことは言うまでもありません。東京だけでは行き詰ったことがありました。平成18年4月の診療報酬改訂で運動器不安定症に対する運動器リハビリテーション治療に診療報酬がつくと決まった時に、そのエビデンス作りに焦りを感じていました。他領域からみて是とするためには、「運動器リハビリテーションによって要介護への増悪が抑えられる」というエビデンスが必要です。その前年から準備を進めていましたが、地域医療の問題ですので大学関係者だけでは分からない問題が多々ありました。一定地区の疫学調査を急いで進めるこの案件作成には大阪府茨木市保健所長の柳先生、大阪身体障害者福祉センター所長の鈴木先生、そして堺市の臨床整形外科医会の先生方に大きなお力を頂きました。エビデンスとしてまとまることに不安を感じることなく、私は安心して理事長任期を終了できました。

その後も色々な案件がありましたが、行政官僚の方々は非常に好意的に応援して下さいました。平成19年4月に公表された安部内閣の新健康フロンティア戦略に膝痛・腰痛が加わる過程でも杉岡洋一先生、戸山芳昭先生を初めとする整形外科の先生方が厚生労働省行政官僚の方々の御協力を得て活動され望ましい形で進められています。しかしその一方で、その政策に予算をひっばって大きく展開してゆく過程では政治家の方々のお力が是非必要です。その意味で日本臨床整形外科医会から創設された整形外科医政協議会は重要な機能が期待されます。

私達にとって整形外科医療に政策的支援が加わることは重要です。我々の成すべき事、行政官僚の成すべき事、政治家の成すべき事、夫々の棲み分けを明確に認識して尊重し、全年齢層の運動器疾患対策が大きな政策として進められるよう努めねばと思います。

大阪臨床整形外科医会創立30周年記念式典

〔30年の経過報告〕

大阪臨床整形外科医会 会長 早石 雅 宥

会員の皆様方ご多用中にも拘りませず大阪臨床整形外科医会創立30周年記念式典にご出席を賜り有難うございました。

ここで平成10年から本日までにお亡くなりなられました16名の会員の先生方のお名前をご報告申し上げます。(図1)



訃報			
訃報 16名			
平成10年	大村 清一		
平成12年	中本 学	林 敏夫	
平成13年	小林 時久	廣谷 巖	
平成14年	林 誠之	庄司 義和	
平成15年	中淵 勲	安藤 晃	大竹 節朗
平成17年	越宗 正	久保 俊雄	
平成18年	宇野 衛男	池浦 泉	北脇 哲雄 中野 繁則

図1

お名前をお呼びするだけで在りし日の面影がしのばれ、思い出が湧き出てくる先生が沢山おられます。ご出席の先生方と皆様に黙祷をささげたいと思います。

さて大阪府医師会 会長 酒井国男先生、日本臨床整形外科学会 理事長 吉良貞伸先生、ならびに近畿ブロック各県御代表殿、大阪府医会連合の先生方また本会の名誉会員および顧問の先生方にご出席を賜り感謝の念に耐えません。また当会会員の奥様方には会に花を添えていただき有難うございました。大阪大学名誉教授 現 行岡保健衛生学園 学園長の越智隆弘先生には記念のご講演を戴き有難うございました。明日への勇気を頂戴した気持ちになっております。早速ではあります但し本会の30年の歴史を述べさせていただきます。(図2)

概要				
就任月	任期	会員数	理事数	
第1代目 S52.11	会長(初代) 越宗 正 先生	6年	27	7
(坂本会長が 保険医協会から分離した整形外科医会を中心の会ですとめられる)				
第2代目 S58.12	坂本 徳成 先生	3年	76	7
S60.12	再選 坂本 徳成 先生	3年	129	16
第3代目 S63.11	伊藤 成幸 先生	3年6ヶ月	195	32
○昭和63年10月8日 大阪にて15回JCOA研修会開催 研修会長 林原 明郎先生				
第4代目 H 4.5	大橋 規男 先生	2年	264	32
第5代目 H 6.4	小杉 豊治 先生	2年	268	34
第6代目 H 8.4	堀木 篤 先生	2年	301	38
○平成10年4月4日 創立20周年記念祝賀会を開催				
第7代目 H 10.4	三橋 二良 先生	2年	320	38
第8代目 H 12.5	長田 明 先生	2年	381	40
○平成13年6月16日大阪にて14回JCOA学会開催 学会会長 堀木篤先生				
第9代目 H 14.5	服部 良治 先生	2年	389	40
第10代目 H 16.5	松矢 浩司 先生	2年	390	50
第11代目 H 18.5	早石 雅宥	2年	480	53

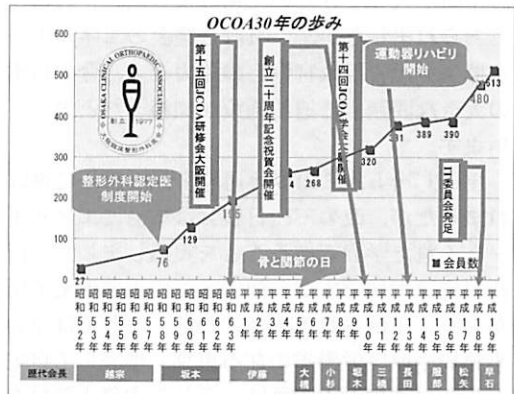


図2

本会は昭和52年11月に故越宗初代会長の下に27名の整形外科開業医が集まって天王寺区阿倍野の料亭「新宿」にて初会合をもたれ発足しました。はじめは他の大阪府の単科医会の例と同じく親睦を目的に会が結成されたようで学術的なことや医療情報の収集には消極的であったようでした。会の創立には稲松 滋先生、原省吾先生がご尽力され、初代会長には故越宗正先生が就任されました。2代目の坂本徳成先生は二期6年間に亘り会長に就任され組織の拡大に努められました。伊藤、大橋会長時代は症例検討会なども開催されましたが今のように製薬業界の協力は全く得られず運営は大変苦しかったようです。また会場の確保も難しい時代でしたが出席者が多く盛況であったと述べておられます。昭和58年に医療改革案が発表され将来どうなるのか不安を感じさせられた時代です。

昭和63年10月8日第15回JCOA研修会が大阪ロイヤルホテルで開かれ故林原明郎先生が会長をされました。その頃の会員数は120名でしたが全国から沢山のJCOA会員が参加され「チーム大阪」のまとまりがよいのを印象づけた様です。

平成元年に創立10周年記念行事が行われその記事は会報7号に記載されております。第4代大橋会長、第5代小杉会長の時代は世の中の景気は風雲急を告げバブルがはじけ大変な時代でした。が診療報酬については変化が無くまじめに診療さえすれば医者は食べていける時代であったと思います。平成8年に橋本内閣が誕生し医療費の更なる抑制政策が激しくなりました。

次に平成10年4月4日に創立20周年記念式典が堀木会長の下で開催されました。この件については会報24号に小松堅吾先生がまとめておられますし未だ皆様のご記憶に残っていることでしょう。

その後、三橋、長田、服部、松矢の先生方が会長として今日の発展に努力されて参りました。平成16年に新医師臨床研修制度が開始されました。スーパーローテイトと言う制度で新卒医師が自分が好きな場所でマッチングというシス

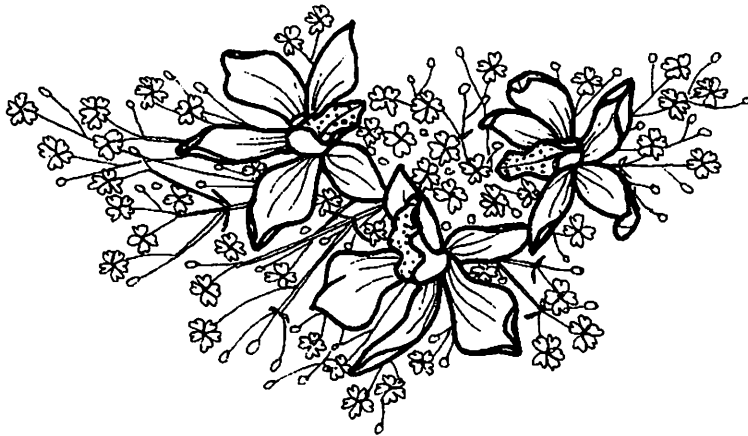
テムで研修病院を選べることになりました。この時から僻地や地方大学にて研修する医師は居なくなることが予想され、今日の医師偏在や不足は誰しも予想でき、警鐘を鳴らす人もおられたのですが其のまま研修システムがスタートしております。話を元に戻しますと会員の多くの先生方が医師会関係、日本臨床整形外科学会、日本整形外科学会に出務されご活躍されていますことは御承知の事と存じます。発足以来活躍された先生は大阪府医師会副会長の平山先生を始め沢山の先生方が健保、国保、労災、柔整の審査員に出務され、また坂本先生が日整会の理事に就任され人脈の大きさも大阪が光っておりました。当初わずか27名の会員数でありましたが、現在では参与や顧問の先生を加えますと500名にもなる会員数です。JCOAの中では日本一巨大な組織となっております。6代目の堀木先生は大変なお仕事を3つされました。大阪臨床整形外科医会創立20周年記念祝賀会と平成13年に開かれたJCOA学会 会長です。また大きなイベントだけではなく「骨と関節の日の講演会」を関西医科大学の小川亮恵先生と本日ご講演の越智隆弘先生をお招きしてリウマチをテーマにオーバルホールに沢山の一般の方々をお招きして開催したことも忘れられない思い出です。

昭和58年から認定医制度がスタートし研修会を受講するため入会者が急激に増えました。面白いもので行政の制度改革のたびに入会者が増えます。三橋、長田会長の時に介護保険、老人保健、の制度改革と老人の負担金問題が起りました。中医協の情報に耳をそばだてていた時代です。最近では松矢浩司会長の時、運動器リハビリテーションが診療報酬で計上される時にも会員が増えました。みなしPTの講習会では松矢先生が率先して天満の研修センターで開催し迅速に行動されました。研修会の開催は服部副会長の頃から充実し一回の研修会で2単位取得と言うハイペースで単位が取得できるシステムとなり入会者がまた増加しました。本会は地域医療に貢献し会員相互の親睦と団結

をモットーに活躍をしてみいました。しかし行政改革は進み小泉安倍総理時代に入って医療を取り巻く環境は誠に厳しいものになりました。その対応がOCOAの重要課題となってきております。この環境の変化は昭和52年と比べますと隔世の感があります。高齢、少子化、保険や年金、等の医療財政の悪化がこの国の全ての医療を崩壊させているといっても過言ではありませんまい。また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。情報公開を求める動きなど医療に対する目が厳しいものとなって参りましたし、IT化がレセプ

ト請求にも用いられようとしております。このような厳しい時代ではありますが、私たちは臨床医として日常診療の質を高め維持していくことも忘れてはなりません。

これからも会員一同より一層努力して参る所存でございます。30周年を区切りとして大阪臨床整形外科が益々発展していくために、ご出席戴きましたご来賓の先生方や奥様方に今後ともどもご支援ご指導を切にお願いいたしたいと存じます。簡単ではございますが30年の報告とさせていただきます。



大阪臨床整形外科医会創立30周年記念式典

〔御来賓祝辞〕

日本臨床整形外科学会 会長 吉 良 貞 伸

この度は、大阪臨床整形外科医会創立30周年、誠におめでとうございます。日本臨床整形外科学会を代表いたしまして心よりお慶び申し上げます。

大阪臨床整形外科医会-OCOAは昭和52年に創立されまして、初代の越宗正会長から、そして現在の12代目の早石雅宥会長にわたり、多くの歴代の会長並びに多くの関係各位の大変な御努力によりまして大変立派な会に育って参りました。特に2代目、坂本徳成先生が会長をされました以来、この先生の細やかな心使いと、そして粘り強い忍耐力をもちまして、劇的な発展をとげられて参りました。OCOAの先生方の中には沢山の先生方、三橋二良先生、堀木篤先生、長田明先生、その他たくさんの先生方がJCOAの発展に献身的に御尽力をたまわっております。その他、現在は澤田出先生に医療システムの担当理事としてがんばっていただいております。この場をかりまして、敬意を表わし、感謝する次第であります。

昭和63年に第15回JCOA研修会をこの大阪で開かれました。又平成13年には第14回のJCOA学会が開催をされまして、大変お世話になりました。その上、私どもが第2回JCOA学会を神戸で開催いたしました折に、OCOAから第15回JCOA研修会の余剰金との名目でもって50万円と云う大金を御寄贈頂きました。当時のJCOA学会は主催者がすべて自前で行って参りましたので大変助かりました。OCOAの御恩を忘れず、今も尚熱い気持ちを持ち続けております。本当に有難うございました。

今、まさに昨年より本年にわたりまして、実際に整形外科の医療制度が改革、改正されまして大変な激動期を迎えております。このPTの



絶対的不足によりまして、整形外科医療の保存的医療の本幹であります運動器リハビリテーションが、おもうようにできない状況になっております。又来年度は後期高齢者医療制度が大変な問題として我々にのしかかって参ります。この平成18年度よりJCOAは日本臨床整形外科学会として始動しました。学会の充実をはかり、JCOAの学会を見直し、そして学術の向上をはかって参りました。一方では、このJCOAの新執行部は整形外科医政協時代とともにJCOA会員の皆様の保険診療並びに整形外科の保険診療を守るために、一生懸命戦っております。

OCOAの先生方は、先程云われましたように480名を越えるJCOAの中で最も多くの会員数を擁して、まさにJCOAの原動力となり、そのリーダーシップを取っていただいておりますので、是非これからも皆様の絶大なる御支援と御協力をJCOAのために添えていただきますようお願い申し上げます。

最後に大阪臨床整形外科医会が益々ご発展致しますように御祈念致しまして、本日のご挨拶とさせていただきます。

本日は30周年記念、誠におめでとうございます。

大阪臨床整形外科医会創立30周年記念式典

〔御来賓祝辞〕

近畿大学 整形外科教室 浜西千秋

第63回日整会代議委員会にて長田先生は日本整形外科学会が代替医療の問題に真剣に取り組むようにとの意見を述べられました。その時その場に居ました私は柔整問題のことを知らずにいました。日整会という学術団体には長田明先生のその意見はなかなか受け入れられませんでした。JCOAが政治団体を造って活動し、政治を変えないと柔整問題は解決しない。政治を動かすのは票です。集票力が政治を動かしている現実がある。柔整の業界は集票力があるので政治を動かす力があるのです。このようなやり取りを代議委員会でしたのを覚えています。その後、平成14年12月にJCOAは整形外科医政協議会を発足させました。私は多くの先生方がその協議会に入会されて政治活動にも参加されていると思っています。私自身も入会させていただいています。これがきっかけで私自身も柔整問題と関わるようになりました。平成14年の学会で柔整問題のパネルディスカッションがありました。厚生労働省の代表も来ていました。服部先生が問題になる事例をアンケートを出すことによって集められ発表されました。それがその日の毎日新聞の夕刊に載り、いちだいキャンペーンとなりました。それを持って厚生大臣に陳情に参りました。その時にはその毎日新聞社の記者も同行しました。厚生大臣にこのような業界があるので何とかしませんかという陳情でした。ところが後から知って驚きました。厚生大臣は私たちの陳情の前の日と前前日の2日間、すなわち1泊2日で東海地方の柔整の団体が主催する研修会に参加していたのです。

平成10年に柔整の学校は10校でした。許認可の裁判で負け学校設立が制限できなくなったのをきっかけに学校はどんどん設立され今は86校出来ています。そのうち13校は大阪にあ



ります。したがって大阪に毎年800人の卒業生が出ます。その中の500人が免許をもったとして、このOCOの全会員と同じ数が毎年毎年大阪に生まれてきているということになります。しかし彼らの大半は骨折を扱ったことはない、彼らを教えている教師ですらマニピュレーションをしたことのない人が多い。このような状態のまま業界はどんどん大きくなっています。

一方、別の見方をしますと、患者さんの調査では整形の先生に一度は診て頂いていることがほとんどなのです。またその調査で私は、先生方に診ていただいてその後整骨院に流れていく患者さんがずいぶんいることを知りました。接骨院側からしますと新患の三分の一は既にどこかの整形外科で診断を受けてから来ているということを知っています。私は整形外科の先生方にその地域の運動疾患の見張り番であり、灯台であっていただきたいと思っています。回りを照らしていただき人々を自分の下に集めなければなりません。どうぞそういう立場に立っていただきたいという思いが強くなりました。その為にも日整会の専門医認定、研修制度の充実が是非とも必要だと主張してきました。

これらのことから整形外科医がする運動器保存療法を充実させていくことが重要です。幸い

運動器リハ学会が立ち上がり運動器専門の認定制度が始まりました。この制度のなかに代替医療問題などを含めて学んでいくようなシステムとして発展していくことを願っています。柔整の業界のなかにも問題があると認識している方もおられます。法律を守って外傷をしっかりやっておられる柔道整復師の方も多くおられます。私は違法なことに対しては声を上げて間違

っていると指摘し、連携できる部分はそうすべきだと考えています。そういった意味でも先生方は運動器疾患の見張り番であり灯台です。これからも頑張って患者さんの助けとなっていていただきたいと思います。いろいろ申しましたけれども30周年おめでとうございます。これからもどうぞよろしくお願いします。



大阪臨床整形外科医会創立30周年記念式典

〔御来賓祝辞〕

大阪府医師会 会長 酒 井 国 男

大阪府医師会を代表して、OCA（大阪臨床整形外科医会）30周年をお祝いいたします。日頃、早石会長をはじめOCAの皆様方には、今回の世界陸上競技大会への出務や普段は労災、自賠責など医師会活動に御尽力を頂きお世話になっております。

最近の情勢については、今回の参議院選挙は私どもの予想していたとおりの結果となったものと思っています。

来る平成20年4月には、次期診療報酬改定が予定されていますが、ここ数回の改定ごとに苦渋をなめた整形外科の皆さんですが、私ども医師会としては来年度こそぜひプラス改定に持っていくべく努力をしていきますが、皆様方の御協力もお願いします。

また後期高齢者医療制度は来年度改定の1番の問題で、いわゆる姥捨て山制度にならないように注意して見守る必要があります。他にも特定健診制度、特定保険指導制度がありますが、整形外科の先生方にも多数の参加をお願いします。



今後とも大阪府医師会へのご尽力をお願いしつつ、お祝いの言葉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。

大阪臨床整形外科医会創立30周年記念式典

〔功労者表彰式〕

功労者（6名）

堀木篤先生、服部良治先生、長田明先生
瀬戸信夫先生、小松堅吾先生、丹羽権平先生
松矢浩司先生

黒田 今日ありますOCOのこの姿は、非常にたくさんの先生方のご努力、ご尽力で出来たのでありますが、本日は20周年記念以降に、本会をリードされてきました先生、ご尽力されてこられました8人の先生方に感謝状を差し上げて、会員一同日本一に発展充実いたしました今日のOCOの活動に心から感謝の気持ちを表したいと思えます。8人の先生方どうぞ登壇ください。堀木篤先生、三橋二良先生、長田明先生、服部良治先生、松矢浩司先生、瀬戸信夫先生、丹羽権平先生、小松堅吾先生、どうぞ登壇ください。

早石 感謝状をお渡しいたします。堀木先生、前へ。堀木篤史先生、先生は第6代の大阪臨床整形外科学会会長として、本会の発展に寄与されるとともに、JCOAの役員として、数々の貢献をされ、現在もなお、学術の向上、普及に活動しておられます。長年に渉る多大の業績をたたえ、会員を代表して心より感謝の意を表します。平成19年8月25日大阪臨床整形外科医会 会長早石雅宥。どうもありがとうございました。



堀木先生

黒田 堀木先生どうぞ一言ご挨拶を御願います。

堀木 10年というものは早いもので、昔のことを思い出しますが、これからも10年皆さん頑張って、整形外科医会のためにご尽力ください。どうぞ、よろしく御願います。

早石 服部先生、前へ御願います。先生は第9代大阪臨床整形外科学会会長として、本会の発展に寄与されました。また、JCOAの役員として、さまざまな分野で活動を続けてこられました。これらの長年に渉る多大なご貢献に対し、会員を代表して、心より感謝の意を表します。平成19年8月25日大阪臨床整形外科医会会長 早石雅宥。どうもありがとうございました。



服部先生

服部 本日は、表彰いただきまして、大変うれしく思っております。最近ちょっと病気をしまして、元気がないですが、なるべくこういった会合には参加したいと思っております。よろしく御願います。

早石 長田先生、前へ

感謝状 長田明先生先生は第8代臨床整形外科学会医会会長として、本会の発展に寄与されました。現在も引き続きJCOAの役員として、今なお、多くの分野で活動を続けておられます。これらの長年に渉る多大なご貢献に対し、会員を代表して心より

感謝の意を表します。平成19年8月25日
大阪臨床整形外科医会会長 早石雅宥。



長田先生

長田 長田でございます。感謝状をいただきありがとうございます。私は、早石会長が申されましたように、JCOAで色々やってはおりますけれども、これは皆様方がバックで支えていただいたおかげであると、心から思っております。本当にありがとうございました。どうぞよろしく願いいたします。

早石 瀬戸先生、前へ 瀬戸信夫先生、先生は大阪臨床整形外科医会の副会長として、本会の発展に寄与されました。また、JCOAの会報、日本臨床整形外科学会の学会誌の編集に長年に亘り携わり、広報の活動分野で貢献されました。会員を代表して、心より感謝の意を表します。平成19年8月25日大阪臨床整形外科医会 会長早石雅宥。どうぞありがとうございました。



瀬戸先生

瀬戸 会長から先ほど歴史について説明ありましたが、20周年ちょうど堀木会長で、副

会長の時に一生懸命やったんですけれども、本当に10年は早いな—と思います。その間にすごく会員数が増えて、大きいほんとに日本一の会になられたと思います。喜んでおります。会報の方は、私の頃より、今の会報は凄く立派になってホントに日本中から絶賛されております。本当に喜んでおります。どうも、ありがとうございました。

早石 小松先生前へ 感謝状小松堅吾先生、先生は大阪臨床整形外科医会の副会長として、また長年に亘り本会の会計を担当され、JCOA学会大阪の開催、「骨と関節の日」の講演会を毎日オーバルホールで企画し成功に導かれました。これら本会の発展に大きく寄与されました功績をたたえ、会員を代表して心より感謝の意を表します。平成19年8月25日 大阪臨床整形外科医会 会長早石雅宥。



小松先生

小松 皆様方のおかげで、感謝状をいただきました。どうも、ありがとうございました。

早石 丹羽先生前へ 感謝状丹羽権平先生、先生は大阪臨床整形外科医会の理事として、広報を担当し、本会のシンボルマークの作成を熟し、本会の会報の編集に長年に亘り携われ、数ある臨床整形外科の会報の中で、最も充実しているといわれるまでに育てられました。会員を代表して心から感謝の意を表します。平成19年8月25日 会長 早石雅宥。



丹羽先生

丹羽 皆さんの前でご挨拶させていただくのは、本当にうれしいです。会報の方も段々成長してって、まだまだ成長の余地があると思います。皆楽しみにして、ご覧になっていただいたらいいと思います。さらに一言感想を付け加えるとですね、OCAは凄く仲がいい。それが、今の発展を築いてきた影響力であった。学閥もくそも何もないと言う、気持ちの良い会であったから、このように発展したことを強く認識してご挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

早石 松矢先生前へ 感謝状松矢浩司先生、先生は第10代大阪臨床整形外科学会会長として、本会の発展に寄与されました。特に就任中に行われましたリハビリテーションの改定に迅速に対応されました。引き続き、現在も当会の常任理事として活動を続けておられます。これら長年に亘る貢献に対し、会員を代表してここに感謝の意を表します。平成19年8月25日 会長 早石雅宥。



松矢先生

松矢 米寿まで現役で、「今回は先生は感謝状はないよ。」と言われていたんです。ところが、考えますと次に感謝状いただくのは、10年後です。だから今日ここにいただきました。この会の発展に気をよくして、またこの10年発展して、医療のため、そして会員全員のため、寄与したいと思いますので、そのつもりで、私これから10年頑張りたいと思いますので、またどうぞよろしく御願い申し上げます。

早石 あと一人、三橋先生に感謝状をお渡ししたい所ですが、今日は先ほどもうしあげましたように、大阪の東住吉区の医師会の創立60周年記念の祝賀会が同じ時間に、同じような進行状況で行われるため、いたし方ございません。その表彰状を文書だけ披露させていただきます。

三橋二良先生 先生は第7代大阪臨床整形外科医会会長として、本会の発展に寄与されました。また我々が地域医療として実践すべきことを、現在もなお多くの分野で実行しておられます。これらの長年にわたる多大な貢献に感謝し、会員を代表して感謝の意を表します。平成19年8月25日 会長 早石雅宥。これは、後ほど、ご本人にお渡しいたします。今日は、本当にありがとうございました。



大阪臨床整形外科医会創立30周年記念式典

〔30周年記念講演会祝賀会風景〕



30周年記念講演をいただいた
大阪大学名誉教授 現 行岡保健衛生学園学園長の
越智隆弘先生



右から第10代会長 松矢浩司先生
第11代会長 早石雅宥先生
第12代会長 黒田晃司先生



早石会長から越智隆弘先生に感謝状が贈られる



受付風景



30周年記念講演の司会をされる黒田副会長



受付を担当された
前中副会長(右)、右近理事(中)、中川理事(左)



祝宴の司会をされる栗本副会長



講演会場風景



祝宴時、乾杯の御発声をいただいた
第6代会長 堀木篤先生



祝宴を盛り上げてくれたジャズバンド
シナキノハララテンプロジェクト



祝宴会場風景



祝宴会場で盛り上がる
三浦理事(右)、澤田理事(中)、永田理事(左)



大阪臨床整形外科医会 創立30周年記念 平成19年8月25日 於 大阪全日空ホテル

O C O A 年 表

平成18年 ひのえ いね (丙戌) — 2006 年

J C O A	
[学 会] 第19回	6月17日・18日 京都
[研修会] 第33回	10月 7日～ 9日 福島
O C O A (会長 早石雅春)	
[研修会]	
4月15日 大阪医科大学整形外科教授	阿部宗昭
5月13日 大阪府立急性期総合医療センター整形外科部長	藤原桂樹
	東京女子医大東医療センター整形外科教授
	井上和彦
6月24日 関西労災病院整形外科部長	大和田哲雄
	大阪市立大学大学院医学研究科整形外科講師
	伊藤陽一
7月22日 大阪医科大学整形外科講師	植田直樹
	岡山大学医学部付属病院総合リハビリテーション部
	助教授
	千田益生
8月26日 和歌山医大整形外科助教授	川上 守
	奈良県立医科大学整形外科臨床教授
	尾崎次郎
9月16日 済生会中津病院整形外科部長	大橋弘嗣
	近畿大学整形外科教授
	浜西千秋
10月21日 関西医科大学整形外科講師	中村誠也
	産業医科大学整形外科教授
	中村利孝
11月18日 星薬科大学薬品毒性学教授	鈴木 勉
	大阪大学大学院医学系研究科器管制御外科・
	整形外科講師
	中村憲正
1月20日 京都大学整形外科理学療法部講師	富田直秀
	昭和大学藤が丘病院整形外科教授
	斉藤 進
2月24日 京都大学医学部整形外科講師	柿木良介
	大阪医科大学整形外科助教授
	中島幹雄
3月24日 東京医科大学血管外科教授	重松 宏
	長吉総合病院院長
	梁瀬義章
J O A (日 整 会)	
[学 術 集 会]	5月18日～21日 横浜
	東京大学 中村耕三
[骨・軟部腫瘍]	7月6日～7日 札幌
	旭川医大 松野丈夫
[基 礎]	10月18日～20日 長崎
	長崎大学 進藤裕幸

〈この一年の出来事〉

1月韓国ソウル大教授の胚性細胞に関する研究がインチキだったことが発覚して韓国民をガッカリさせた。

4月日本でも耐震偽装設計が発覚、姉齒1級建築士他関係者逮捕。株式取引の違法も次々発覚。1月にホリエモン、6月に村上ファンド代表も逮捕。二人とも徹底的に争う構えだが、企業買収の手口に各企業は戦慄。防衛策の必要性が認識された。

イラク・サマーワ派遣の陸自、一人の犠牲者も出さず任期を終え撤収。空自は補給業務を継続。原油高がジワジワと世界の産業の首を絞める7月に1バレル77ドル突破。

飲酒運転による死亡事故続出。福岡では幼い三兄弟が橋より転落溺死。

世界天文学会で冥王星が惑星より降格、ただの星になってしまった。しかし誰も困らない。

8月小泉首相、年来の公約通り8月15日靖国神社参拝。オウム真理教の麻原教祖の死刑確定。しかし刑の執行はいつ？

9月秋篠宮家に親王御誕生、皇位継承順位第3位に当たられ、お世継ぎ問題は急速に調む。安部政権発足。官製談合続々発覚。福島・宮崎・和歌山の三知事相次いで逮捕される。

10月国内初の臓器売買、病腎移植も行われたと宇和島市民病院ではてんやわんや。

北朝鮮、ミサイル発射すぐに核実験強行。世界の世論の抗議に聞く耳なし。国内の小学生の親、給食費も払わずかえって食ってかかる。モンスターペアレントと云うらしい。

11月元ロシア情報部幹部ロンドンにて怪死。放射性物質による他殺か。イラク大統領フセイン死刑確定。日本とは違い間をおかず刑執行。

米中間選挙。イラク泥沼化で共和党敗北。プッシュ政権もそろそろ末期か。

12月戦後日本の教育を歪めて来た教育基本法改正成立。

スポーツ

2月冬季オリンピックで米・佛の選手転倒で荒川静香選手金メダル。

3月世界野球選手権で日本優勝。米大リーグの選手は大半不参加？

7月サッカーW杯イタリア優勝そのイタリアと対戦したフランスのジダン頭突き退場。世界のサッカーファンは彼に同情的。

8月早実斉藤佑樹ハンカチ王子甲子園を制す。

9月石川遼ハニカミ王子も。プロゴルフツアーで最年少優勝。

10月日本プロ野球選手権では日本ハムが40数年ぶりの日本一へ。

12月西武松坂大輔・阪神井川慶両投手米大リーグへ。



訃報

漫画家加藤芳郎80歳、毎日新聞で「まっぴら君」連載漫画最長記録達成。元自民党総務会長松野頼三89歳、政界の寝技師、小泉首相の相談役。映画監督今村昌平79歳、「復讐するは我にあり」で映画賞総ナメ。「楢山節考」「うなぎ」等。指揮者岩城宏之も73歳で夭折？日本人で初めてウィーンフィル指揮。

元首相橋本龍太郎68歳とはまだまだお若いと皆思っていたのに。蔵相時代消費税創設。首相時代ペルーの人質事件で苦慮。劇作家木下順二92歳天寿を全うした。代表作「夕鶴」は故山本安英の好演を得て上演1000回を越えた。青島幸夫元東京都知事74歳、瓢箪から駒か出た当選で都知事になった。海外ではポール・モーリア81歳、フランス、イージーリスニングの王様として、世界のポピュラーミュージック界に君臨した。ミルトン・フリードマン94歳米経済学者ノーベル経済学賞受賞。「小さな政府」を理論的に支えた。

ジェラルフォード米元大統領93歳ニクソンの失脚により副大統領から昇格。ベトナム撤退を実現。エリザベート・シュワルツコップ90歳、ドイツのソプラノ歌手

平成19年（丁亥）^{ひのと い} — 2007 年

J C O A		
[学 会]	第20回	7月14日～15日 青森
[研修会]	第34回	10月 7日～ 9日 滋賀
O C O A (会長 早石雅宥)		
[研修会]		
4月 7日	大阪医科大学整形外科教授	木下光雄
5月12日	馬場記念病院整形外科部長 北里研究所病院外科部長	岡垣健太郎 阿部 均
6月30日	大阪大学整形外科助教授 福井大学医学部整形外科助教授	名井 陽 小林 茂
7月21日	近畿大学医学部整形外科教授 鳥取大学医学部リハビリテーション部助教授	菊池 啓 萩野 浩
8月25日	日本整形外科学会前理事長	越智隆弘
9月15日	関西医大付属滝井病院整形外科講師 横浜市立大学付属病院医療安全管理学教授	宮島茂夫 橋本迪生
10月20日	慶応大学医学部整形外科講師 大阪大学大学院医学研究所	岩本 潤 菅本一臣
11月10日	大阪総合医療センター整形外科部長 大阪大学大学院医学研究科器官制御外科講師	中村博亮 中田 研
12月 8日	大阪府立成人病センター整形外科部長 近畿大学医学部整形外科教授	荒木信人 宗圓 聡
1月26日	大阪医科大学整形外科講師 東北大学整形外科教授	安田稔人 井樋栄二
2月23日	大阪府立病院整形外科部長 奈良県立医大整形外科助教授	小林章郎 矢島弘嗣
3月22日	和歌山医大整形外科助教授 兵庫医大内科学リウマチ膠原病科教授	谷口泰徳 佐野 統
J O A (日 整 会)		
[学 術 集 会]	5月24日～27日	神戸
	京大	中村孝志
[骨・軟部腫瘍]	7月12日～13日	甲府
	山梨大学	浜田良機
[基 礎]	10月24日～26日	浜松
	浜松医大	長野 昭

<この一年の出来事>

2月年金記録漏れ5000万件。消えた年金はどこへ。

3月北陸電力を始め、電力12社全社でコンプライアンス違反。能登半島沖地震(マグニチュード6.9)

4月全国小6、中3の221万人参加の学力テスト実施。大阪は45位。大阪の子供は皆アホか？

5月松岡農水相「政治とカネ」で自殺。

6月コムスン法令違反で介護事業撤退。

7月中越沖地震(マグニチュード6.8)柏崎原発で火災。安倍自民党参院選大敗。なじれ国会出現。

8月記録的猛暑、多治見市で「40.7℃」と最高記録。

9月安倍首相辞任。福田康夫前官房長官第91代首相に指名。親族相続内閣ばかり。民主党小澤代表との大連立密談成立せず。

ミャンマー民主化要求デモで日本人カメラマン長井さん射殺。

食品偽装相次ぐ「不二家」「ミートホープ」「白い恋人」「赤福」「船場吉兆」。

10月郵政民営化スタート、ゴア前米副大統領地球温暖化キャンペーンでノーベル平和賞受賞。

11月インド洋給油時間切れ撤退で給油中止。防衛利権の闇、守屋前事務次官逮捕。ヒトの皮膚から万能細胞山中教授お手柄。日米同時成功とはどうして？

12月トヨタ売上高、生産台数共に世界一。

パキスタンの野党ブット元首相暗殺。薬害肝炎(フィブリノーゲンによる)全面解決。プーチンロシア大統領下院選で圧勝。院政もあり得るか？

韓国大統領に保守派李明博氏が(大阪生れ)。

中国製品の安全性に世界中で不信拡大。有害物質続々と検出。

佐世保のスポーツクラブで猟銃乱射、二人射殺。

NY原油高騰初の1バレル99ドル。米サプライムローン焦げ付きで世界同時に金融・株価混乱。

スポーツ

6月大相撲時津風部屋で若い力士が稽古中「かわいがられ」て急死。

7月大相撲横綱朝青龍帰国してモンゴルでサッカー。「出場停止」のお灸据えられる。

10月プロ野球中日が43年振りに日本一へ。落合監督の涙。

ボクシング界亀田選手の反則試合に揺れる。

12月米メジャーリーグ選手もドーピング「クロ」とされ裁判闘争へ。

訃報

1月チキンラーメンの安藤百福96歳(大阪府池田市)、即席麺で世界を席捲。

3月城山三郎79歳、作家、剛直な人間を描くことに徹した。

植木等80歳、クレージーキャッツ時代より特異なキャラクターで映画にTVで「お呼びでない」等の流行語を生んで活躍。

5月横山ノック75歳。大阪府知事になったのは「浪花の夢」か。

6月宮沢喜一87歳、元首相。大蔵官僚出身で、こよなく酒を愛したことが知られている。

8月阿久悠70歳、「また逢う日まで」「ペッカー警部」等の作詞5000曲以上、「瀬戸内少年野球団」も篠田正浩監督により映画化されている。

9月瀬島龍三95歳、元伊藤忠会長、「財界のキーマン」「政界のフィクサー」として活躍。

10月黒川紀章73歳、建築家・設計家。最後に東京都知事選と7月の参院選にも出馬。

11月稲尾和久70歳、元西鉄投手、1シーズン最多の42勝、日本シリーズでは「神様・仏様・稲尾様」とファンの喝采を受ける。

一方国外では

4月ボリス・エリツィン76歳、ソ連解体の立役者元大統領、東西冷戦を終結させた。酒の飲み過ぎ?

ムスツィスラフ・ロストロポーヴィッチ80歳、ロシアのチェリスト。

7月イングマール・ベルイマン89歳、スウェーデンの映画監督「第7の封印」。

ミケランジェロ・アントニオーニ94歳、「夜」でベルリン、「赤い砂漠」でベネツィア、「欲望」でカンヌと三大映画祭の賞を総なめ。

9月ルチアーノ・パパロッチィ70歳、イタリアオペラ歌手。世界三大テノールの一人。

マルセル・マルソー84歳、フランスのパントマイムの第一人者。

11月ノーマン・メイラー84歳、アメリカ作家「裸者と死者」。

(文責 参与 丹羽権平)

第32回 大阪臨床整形外科医会定時総会

日時：平成20年4月5日（土）3：30～4：00pm

会場：大正富山医薬品株式会社大阪支店6階ホール

第32回 大阪臨床整形外科医会定時総会 3：30～4：00pm

1. 開会宣言 森本 清一 副会長
2. 会長挨拶 早石 雅宥 会長
3. 黙 禱 松本 俊一先生、永山 宗徳先生を偲んで
4. 参与への感謝状贈呈 早石 雅宥 会長
参与候補者 須藤 容章 先生へ
5. 議 事 議長：堀木 篤 先生
副議長：佐藤 利行 先生
議事録署名人指名
 - 第1号議案 平成19年度庶務および事業報告について承認を求める件
山本 哲 副会長
 - 第2号議案 平成19年度収支決算について承認を求める件
前中 孝文 会計担当副会長
 - 第3号議案 平成20年度事業計画について承認を求める件
栗本 一孝 副会長
 - 第4号議案 平成20年度収支予算案について承認を求める件
前中 孝文 会計担当副会長
 - 第5号議案 新理事承認を求める件
早石 雅宥 会長
 - 第6号議案 平成20年度新役員承認を求める件
 - 第7号議案 その他
6. 新会長挨拶 新会長
7. 花束贈呈 早石 雅宥 会長に感謝して
8. 閉会宣言 山本 哲 副会長

総合司会 森本 清一 副会長

<第1号議案>

平成19年度庶務および事業報告

(1) OCOA会員動態報告(平成20年3月22日現在)

平成19年3月12日 一般会員数 440名
顧問 7名
名誉会員 14名 計461名

平成20年3月22日 一般会員数 452名
顧問 8名
名誉会員 14名 計474名

※ 越智 隆弘先生は従来、名誉会員です。本年一般会員にもなられました。
(重複考慮：全会員数474名)

平成19年3月12日から平成20年3月22日までの入会者・退会者

【新入会者21名】 村田 茂(東住吉区)、京川 進(都島区)、藤原良江(東大阪市)、
三橋 浩(住吉区)、山口勝之(貝塚市)、鍋島隆治(池田市)、
松崎 浩(天王寺区)、西岡栄恵(堺市)、新井達也(住吉区)、
本島 太(西区)、多田浩一(堺市)、堀口泰輔(池田市)、
越智隆弘(大阪警察病院)、野上倫昭(泉南市)、藤本勝久(東住吉区)、
富永浩司(西成区)、中岡伸哉(寝屋川市)、黄 祥訓(門真市)、
喜多保文(守口市)、丸井 隆(天王寺区)、浅田雄一(吹田市)
【退会者7名】 東田光浩(生野区)、郡 義彦(大正区)、衣川弘昭(高槻市)、
河野 実(西区)、渡辺 優(東大阪市)、藤原孝義(阪南市)、
亘 康男(城東区)
【物故者2名】 松本俊一(岸和田市)、永山宗徳(泉南郡)

(2) 平成19年度OCOAR研修会

第180回研修会(H19・4・7) 大阪臨床整形外科医会総会・大正・富山

司会：黒田 晃司 副会長

参加人数：80人

ピットフォールに嵌らない足疾患・外傷の診かた 座長 栗本 一孝 副会長

大阪医科大学整形外科学・教授 木下 光雄

第181回研修会(H19・5・12) ウェスティン大阪(エイザイ)

司会：柴田 和弥 理事

参加人数：214人

受付担当：小林 正行 理事・森下 忍 理事

①人工関節再置換術の問題点

馬場記念病院・整形外科部長 岡垣 健太郎

座長：斧出 安弘 理事

②スポーツ外傷障害の診かた・考え方

座長：青木 誠 理事

北里研究所病院・副院長・整形外科部長 阿部 均

第182回研修会(H19・6・30) 阪急インターナショナルホテル (小野薬品)

司会：阪本 邦雄 理事

参加人数：318名

受付担当：黒川 隆彦 理事・五島 淳 理事

①「新世代の人工骨と骨再生医療研究の最前線」

座長：岸本 成人 理事

大阪大学整形外科・准教授 名井 陽

②「腰仙部神経根障害の基礎と臨床」

座長：長谷川 利雄 理事

福井大学医学部整形外科・リハビリテーション部准教授 小林 茂

第183回研修会(H19・7・21) 全日空ホテル (中外製薬)

司会：岸本 成人 理事

参加人数：164名

受付担当：坂口 光輝 理事・阪本 邦雄 理事

①「関節リウマチの最新治療」

座長：三浦 光也 理事

近畿大学医学部附属堺病院・整形外科・教授・菊池 啓

②「大腿骨近位部骨折の予防と治療 -全国調査からの現状と将来-」

座長：白川 貴浩 理事

鳥取大学医学部・リハビリテーション部長 萩野 浩 准教授

第184回研修会(H19・8・25) 全日空ホテル (旭化成ファーマ)

司会：黒田 晃司 副会長

参加人数：230名

受付担当：森本 清一 副会長・山本 哲 副会長

大阪臨床整形外科医会30周年記念講演・

講師：日本整形外科学会・前理事長 越智 隆弘 先生

演題：「整形外科医の明るい未来」

座長：早石 雅宥 会長

第185回研修会(H19・9・15) 全日空ホテル (第一三共株式会社)

司会：今井 秀 理事

参加人数：175名

受付担当：青木 誠 理事・白川 貴浩 理事

①「関節リウマチに対する薬物療法」 -最近の知見と今後の展望-

座長：佐藤 利行 理事

関西医科大学付属滝井病院・整形外科・講師・宮島 茂夫

②「リスクマネジメントの原理と組織戦略」

座長：前中 孝文 副会長

横浜市立大学附属病院 医療安全管理学教授 橋本 勉生 先生

第186回研修会(H19・10・20) ウェスティンH大阪 (帝人ファーマ)

司会：森 泰壽 理事

参加人数：156名

受付担当：田上 実男 理事・中川 浩彰 理事

①「骨粗鬆症の最新の知見と治療」

座長：山本 哲 副会長

慶応大学医学部・整形外科・講師 (スポーツクリニック担当) 岩本 潤

- ②「医工連携による整形外科領域への貢献」 座長：早石 雅宥 会長
大阪大学大学院医学研究科 教授 菅本 一臣

第187回研修会(H19・11・10) ウェスティンH大阪 (久光)

司会：三浦 光也 理事

参加人数：228名

受付担当：中嶋 洋 理事・永田 行男 理事

- ①「本邦における内視鏡下脊椎手術の現状」 座長：柴田 和弥 理事
大阪総合医療センター整形外科部長 中村 博亮
- ②「スポーツ整形・膝関節治療の再生医学と応用への課題」 座長：右近 良治 理事
大阪大学大学院医学研究科器管制御外科・講師 中田 研

第188回研修会 (H19・12・8) 大阪国際会議場 (アステラス)

司会：柴田 和弥 理事

参加人数：227名

受付担当：福井 宏有 理事・藤本 啓治 理事

- ①「外来での骨腫瘍の対処 - 良性から悪性まで -」 座長：岸本 成人 理事
大阪府立成人病センター整形外科部長 荒木 信人
- ②「リウマチ性疾患の疼痛管理における最新の治療戦略」 座長：永田 行男 理事
近畿大学奈良病院・整形外科・リウマチ科 教授 宗園 聰

第189回研修会(H20・1・26) 全日空ホテル大阪 (日本臓器)

司会：坂口 光輝 理事

参加人数：307名

受付担当：三浦 光也 理事・柴田 和弥 理事

- ①「下腿・後足部のスポーツ傷害」 座長：中川 浩彰 理事
大阪医科大学整形外科・講師 安田 稔人
- ②「開業医に必要な肩の知識」 座長：森本 清一 副会長
東北大学・整形外科・教授 井樋 栄二

第190回研修会(H20・2・23) グランビア大阪 (科研製薬)

司会：黒川 隆彦 理事

参加人数：255名

受付担当：宮田 重樹 理事・古瀬 洋一 理事

- ①「変形性膝関節症の最近の知見 - 保存療法から手術まで -」 座長：吉田 研二郎 理事
大阪府立急性期総合医療センター・整形外科部長 小林 章郎
- ②『手の機能とリウマチ手の治療』 座長：五島 淳 理事
奈良県立医科大学・整形外科・准教授 矢島 弘嗣

第191回研修会(H20・3・22) 帝国ホテル大阪 (大塚製薬)

司会：白川 貴浩 理事

参加人数：156名

受付担当：森 泰壽 理事・矢倉 久義 理事

- ①「手術による医原性末梢神経損傷」 座長：福井 宏有 理事
和歌山医大整形外科・准教授 谷口 泰徳
- ②「関節リウマチの最新治療 - 新規COX2阻害薬と生物学的製剤の使い方 -」
座長：黒田 晃司 副会長

(3) 平成19年度各種委員会と出務状況

平成19年4月

7日 第31回大阪臨床整形外科医会定時総会
第1回OCCOA研修会

8日 19年度第1回JCOA学術研修専門医制度委員会 長谷川、堀木

14日 JCOA近畿ブロック会(尼崎) 早石、黒田、栗本、森本、前中、山本哲、長谷川、
福井、長田、他

22日 平成19年度第1回JCOA理事会 澤田

5月

12日 第2回OCCOA研修会

23日 JOA理事会 早石

24日 JOA代議員会 早石

6月

2日 第1回OCCOA理事会

3日 JCOA医療システム委員会 長田、澤田

第20回まほろばJCOA学会 青森 早石、黒田、吉田、吉川、岸本、大島、前野、
長田、坂本、他

24日 平成19年度第一回介護保険委員会 西川

30日 第3回OCCOA研修会

7月

11日 JOA理事会 早石

12日 第一回交通事故医療委員会 早石、石井、茂松、八幡、行岡、長嶋、他

14日 JCOA代議員会 早石、黒田、栗本、松矢

21日 第4回OCCOA研修会

22日 第1回JCOA「運動器の10年・骨と関節の日」委員会 黒川

24日 JOA広報渉外委員会 澤田

8月

4日 第33回大阪整形外科症例検討会 栗本、古瀬、岸本、他

19日 JCOA医療システム委員会 長田、澤田

24日 JOA臨時理事会 早石

25日 大阪臨床整形外科医会創立30周年記念式典
第5回OCCOA研修会

26日 JCOA代議員会 早石、澤田

26日 JCOA理事会・整医協執行委員会 澤田

9月

1日 第2回OCCOA理事会

2日 JCOA第1回組織拡大委員会 森本

6日 JOA広報・渉外委員会 澤田

9日 全国整形外科保険審査委員会 武田、石井

15日 第6回OCCOA研修会

10月

6～8日 第34回JCOA琵琶湖研修会

13日 平成19年度「運動器の10年・骨と関節の日」行事 森本、他

20日 第7回OCOAR研修会

21日 平成19年度 第1回無床診WG委員会 矢倉

24日 JOA理事会 早石

28日 平成19年度第2回JCOA学術研修専門医制度委員会 堀木、長谷川

11月

10日 第8回OCOAR研修会

11日 JCOA医療システム委員会 長田、澤田

15日 JOA理事会 早石

18日 第2回 会則等検討委員会 岸本

25日 JCOA理事会 早石、澤田

12月

1日 第3回OCOAR理事会

2日 平成19年度全国柔整審査委員懇談会 岸本、長田、堀木、他

5日 第2回交通事故委員会報告 早石、石井、茂松、八幡、行岡、他

8日 第9回OCOAR研修会

23日 JCOA近畿ブロック会（奈良） 早石、栗本、福井、長田、澤田、長谷川、西川、
阪本、宮田、他

平成20年1月

17日 JOA理事会 早石

20日 第2回JCOA組織拡大委員会 森本

26日 OCOA広報編集会議 前野、他

第10回OCOAR研修会

2月

3日 第2回JCOA「運動器の10年・骨と関節の日」委員会 黒川

10日 JCOA総決起集会 早石、黒田、栗本、古瀬、前中、山口、他

11日 JCOA病院部会全体会議 古瀬

16日 第34回大阪整形外科症例検討会 栗本、古瀬、岸本、他

17日 19年度最終JCOA会則委員会 岸本

JCOA医療システム委員会ならびにJOA委員会との合同委員会 澤田、長田

23日 第11回OCOAR研修会

3月

1日 第4回OCOAR理事会

22日 第12回OCOAR研修会

(4) OCOA各種プロジェクト委員会

- ① OCOA「骨と関節の日」委員会
(天野、森本、小林、大島、古賀、藤本、黒川、斧出、福井、中川、山口)
- ② 府医交通事故医療委員会
(八幡、早石、行岡、石井、茂松、他)
- ③ 府医健康スポーツ医学委員会
(八幡、石井、茂松、他)
- ④ 府医自賠責・労災部会役員会 [年6回]
(石井、八幡、茂松、武田、右近、行岡、他)
- ⑤ 労災保険診療審査会 [月2回]
(八幡、阪本、坂本、茂松、松矢、石井、頼、楠、上田、宮内、他)
- ⑥ 社会保険診療報酬支払い審査委員会 [毎月]
(八幡、石井、岩本、小林、右近、他)
- ⑦ 国民健康保険診療報酬支払い審査委員会 [毎月]
(上田、武田、茂松、他)
- ⑧ 府医産業医部会常任委員会 [年9回]
(石井)
- ⑨ 府医医学会運営委員会 [毎月]
(小林、石井)
- ⑩ 府医医事紛争特別委員会 [毎月]
(濱田、石井、荻野、森下、他)
- ⑪ 府医救急・労災医療関係会議
(茂松、他)
- ⑫ 国保柔整施術療養費審査会 [月2回]
(石井、松矢、栗本、山本、宮田、中川、五島、他)
- ⑬ 社保柔整施術療養費審査会 [月2回]
(堀木、長田、岸本、他)
- ⑭ 国民年金障害認定審査会 [月2回]
(堀木、他)
- ⑮ OCOA柔整審査委員合同会議
(堀木、石井、松矢、山本、五島、長田、岸本、他)

(5) 福利・厚生事業

- ① 平成19年6月3日
第45回OCOAゴルフコンペ（北六甲カントリークラブ東コース）で開催された。
- ② 平成19年11月11日
第46回OCOAゴルフコンペ（北六甲カントリークラブ東コース）で開催された。

(6) 広報事業

1. 第33号OCOA会報発行 [H19] (担当理事 前野、他)
2. 会員名簿発行 (担当理事 森本、他)
3. 平成19年度「骨と関節の日」行事報告
今年のテーマは 運動器不安定症
 - (1) 平成19年10月13日(土) 14:00～ 西成区民センター
講演① 『運動器不安定症』
講師 有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 副院長 赤木繁夫先生
講演② 『楽しい体操』
講師 京都学園大学 人間文化学部教授 吉中康子先生
出務医師：早石、黒田、栗本、斧出、森、三浦、中川、小林、馬場、坂本、森本
 - (2) 平成19年10月6日(土) 14:00～ 千里市民センター
吹田市、摂津市合同開催
講演：『運動器不安定症にならない為に=豊かな老後を迎えましょう』
講師 済生会吹田病院 副院長 黒川正夫先生
出務医師：今井、白川、前中、岸本、平賀、浜、梁、澄川、近藤、橋本、小林、森本
 - (3) 平成19年10月27日(土) 13:30～ 西成区民センター
『西成区みんなの健康展』
出務医師：三浦、森、長谷川(秀太)、森本
 - (4) 平成19年10月27日(土) 13:30～ 北区民センター
『北区みんなの健康祭り』
出務医師：藤本、山口、福井、中川、波多野(泉)
4. インターネットのホームページを通じて、各OCOAの学術講演会やその他の活動を公開した。
(JCOAおよびOCOAのML管理者 岸本理事)
5. FAX網の整備をF-NETによって行った。(山本哲副会長)

<第2号議案>

平成19年度OAOA会計報告

平成19年度 一般会計収支報告

平成20年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越額	¥16,398,550	JCOA会費入会金	¥10,620,000
会費収入、JCOA入会金	¥15,927,000	会報作成費	¥2,181,312
		通信費	¥165,283
会報名簿広告収入	¥1,540,000	福利厚生費	¥230,000
府医師会助成金	¥400,000	出務手当交通費	¥615,000
受け取り利息	¥16,926	事務費	¥533,310
		理事会会議費	¥806,312
仮受金 ※	¥2,767,569	ホームページ維持管理費	¥55,125
		30周年記念講演会	¥2,767,569
		仮受金返金 ※	¥2,767,569
		次期繰越金	¥16,308,565
合計	¥37,050,045	合計	¥37,050,045

財産目録

府医師信用組合定期預金	¥4,736,689
府医師信用組合普通預金	¥13,869,239
りそな銀行千里中央支店普通預金	¥455,273
現金手許有高	¥14,933
仮受金 ※	¥-2,767,569
合計	¥16,308,565

学会会計収支報告

平成20年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥11,951,229	認定料申請料	¥225,000
受講料(日整会、リウマチ財団、リウマチ学会、リハビリ)、会場費	¥2,717,500	事務費	¥114,044
骨と関節の日協賛金	¥500,000	骨と関節の日	¥950,244
運動器の10年大阪府推進委員会助成金	¥200,000	出務手当交通費	¥10,000
受取利息	¥15,152	会議費	¥13,890
仮払金返金 ※	¥2,767,569	仮払金 ※	¥2,767,569
		次期繰越金	¥14,070,703
合計	¥18,151,450	合計	¥18,151,450

財 産 目 録

府医師信用組合定期預金	¥1,510,238
府医師信用組合普通預金	¥6,615,086
りそな銀行千里中央支店普通預金	¥2,651,129
現金手許有高	¥526,681
仮払金 ※	¥2,767,569
合 計	¥14,070,703

※) 30周年記念事業費を学術会計で仮処理したことに対する年度末調整。一般会計への付け替え。

監 査 報 告 書

大阪臨床整形外科医会 殿

平成 19 年度の大阪臨床整形外科医会の歳入、歳出
につき、平成 20 年 2 月 23 日慎重に監査を実施した。

監査の結果、適正に会計処理管理されていることを認める。

平成 20 年 2 月 23 日

幹事 い、 杉 堅 吾 (印)

幹事 服部 良治 (印)

<第3号議案>

平成20年度事業計画案

国会は衆議院では自公が過半数、参議院では民主党が過半数。いわゆるねじれ現象を呈しております。

我々の大阪府医師会は主流・非主流に完全に二分したままで未だ決着をみておりません。

現状は、大阪臨床整形外科医会は整形外科医政協議会の加入率において全国最低レベルであります。本年は我々もロビー活動に参加、一層支援出来る体制を構築しなければならないと考えております。

そのためにはまず、会員の50%の参加と資金的なバックアップが必要です。4月には保険改定も行われましたが技術料アップとの宣伝は掛声のみで我々臨床の整形外科医にとりまして非常に不満の残る改定でありました。次回の改定ではこの様なことがなきよう整形外科医政協議会を通じて、会員一同の力を結集したいと思います。

この逆風の中、大阪臨床整形外科医会は、現在まで培ってきた日本一の研修会や、日頃の活動を通じての会員の医療の質の向上に取り組む必要があると考えております。

1. 組織の強化

- (1) JCOA研修会及び、JCOA近畿ブロック会等に積極的に参加し、JCOAの地域及び全国の会員とも交流を促進し、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、大阪府医学連合会、その他医療団体との連携を強化する。
- (3) 会員の權益擁護のため、理事会活動、各種委員会活動を活発に行う。
- (4) 未加入の整形外科医の入会促進のため、積極的に勧誘活動を行う。
- (5) インターネット通信及びF-ネットを用いて、会員への連絡、広報を迅速かつ広く行う。

2. 学術活動

- (1) 生涯研修及び自己啓発のため、日本整形外科学会専門医、同認定スポーツ医、同認定リウマチ医、脊椎脊髄病専門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ともに、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、関係諸病院との連携を密にして、生涯教育をより一層充実したものとなるように、また、整形外科医療の進歩と発展に努力する。
- (3) 平成20年度も年10回以上、充実した研修会を開催する。

3. 保険医療に関する諸問題の研究と対策

- (1) 益々、国民の健康を守ることから遠ざかっていく医療制度の改悪に対処するため、JCOAの整形外科医政協議会を支援する。
- (2) 医療報酬、審査、指導、老人保健、介護保険に関して研究と対策を実行する。

4. 医業周辺業種への対策

- (1) 日本一の会員数をバックに、OAOAの各委員会の意見を府医、JCOA、日整会、日医の各委員会に反映されるよう努力する。

- (2) 柔整問題は、今、大変危険な方向に向かっていると思われる。今後とも重大な関心を持って対処する。

5. 高齢者対策

- (1) 在宅医療、在宅ケア、介護保険制度への対策。
(2) 本年度より開始された後期高齢者医療には、医療人として十分理解し、対処方法を考える。

6. 労災保険、交通事故医療、医療紛争等に関する研修活動の強化

交通事故医療は従来労災医療に準じて改正されていたが、遞減性は本質的になじまないものとして、強く異論を唱え続けていきたい。本来、自由診療の分であるべきと考える。

7. 広報・情報活動

- (1) 会報34号を発行する。
(2) 「運動器の10年・骨と関節の日」活動について
今年のテーマは「骨粗鬆症 -運動器不安定症の要因として-」
10月4日（土） 西成区民ホール
講演1.関西医大滝井病院院長 整形外科 濱田 彰教授
講演2.京都学園大学 吉中康子教授
その他大阪市内は平野区で、大阪府下は枚方市にて会員による市民向けのPRを行う。
(3) 空手、ラグビー、テニス、市民マラソン等の大会時、ドクターをOCOAとして積極的に支援する。

8. 福利・厚生活動

会員親睦ゴルフコンペ
第47回ゴルフコンペ（春季） 平成20年6月8日
第48回ゴルフコンペ（秋季） 検討中

9. 平成20年度OCOA研修会

第192回研修会（H20・4・5）大正・富山大阪支店 「小児の足の痛み」	司会：森本 清一 副会長 座長：早石 雅宥 会長
---	-----------------------------

国立病院機構大阪医療センター名誉院長
学校法人四条畷学園大学・短期大学学長 廣島 和夫

第193回研修会（H20・5・17）ウエスティンホテル（エーザイ） 受付担当：今井 秀 理事・石橋 伊三郎 理事・岩本 斗伸 理事	司会：中川 彰浩 理事
--	-------------

- ①「新しいDMARDについて」 座長：阪本 邦雄 副会長
東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター 教授 原 まさ子
②「人工多能性幹細胞の可能性と課題」 座長：長田 明 参与
京都大学再生医科学研究所再生誘導研究分野・教授 山中 伸弥

第194回研修会 (H20・6・21) 阪急インターナショナルホテル (小野薬品)

司会：永田 行男 理事

受付担当：斧出 安弘 理事・金田 隆義 理事

- ①「腰痛の診断・治療のポイントとピットフォール」 座長 宮内 晃 理事
えにわ病院 整形外科部長 佐藤栄修先生
- ②「投球動作による肘関節の障害 -学童期を中心に-」 座長：大島 正義 理事
大阪医科大学・整形外科・助教授 渡辺 千聡

第195回研修会 (H20・7・12) 全日空ホテル (中外製薬)

司会：野々村 淳 理事

受付担当：古瀬 洋一 理事・坂口 光輝 理事

- ①「腱・靭帯付着部症 (enthesopathy) の基礎と臨床-日常診療に役立つ知識」
座長：宮田 重樹 理事
奈良県立医科大学講師 熊井 司
- ②「変わりゆくリウマチ治療 -関節機能温存のために今何ができるか-」
座長 岸本 成人 理事
大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学 (整形外科)：准教授 橋本 淳 先生

第196回研修会 (H20・8・30) ウエスティン (旭化成)

司会：藤本 啓治 理事

受付担当：柴田 和弥 理事・白川 貴浩 理事

- ①『整形外科における医療安全-大阪府の現状をふまえて』 座長：山本 哲 副会長
近畿大学医学部・整形外科・教授 福田 寛二
- ②「手の外科・スポーツ障害」 座長：山口 康二 理事
兵庫医大整形外科・教授：田中寿一

第197回研修会 (H20・9・20) 全日空ホテル (第一・三共株式会社)

司会：藤田 秀隆 理事

受付担当：田上 実男 理事・中川 彰浩 理事

- ①「骨軟部腫瘍について」 座長：西川 正治 理事
岡山大学医歯薬学総合研究科生体機能再生・再建学講座 (整形外科学)
教授 尾崎 敏文
- ②「交通・労災事故受傷後に発生した手足のしびれの臨床」 座長：矢倉 久義 理事
関西医大整形外科准教授 斉藤 貴徳

<第4号議案>

平成20年度OCAO会計報告

平成20年度OCAO会計予算案

一般会計

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越額	¥16,308,565	JCOA会費	¥10,656,000
JCOA会費収入	¥10,656,000	JCOA入会金	¥100,000
JCOA入会金	¥100,000	会報作成費	¥2,500,000
OCAO会費	¥5,328,000	通信費	¥400,000
会報等広告収入	¥800,000	福利厚生費	¥200,000
府医師会助成	¥300,000	出務手当交通費	¥1,200,000
受取利息	¥2,000	事務費	¥500,000
		理事会会議費	¥1,000,000
		慶弔費	¥100,000
		ホームページ維持管理費	¥60,000
		予備費	¥16,778,565
合計	¥33,494,565	合計	¥33,494,565

学術会計

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥14,070,703	認定料申請料	¥300,000
受講料 日整会	¥2,200,000	事務費	¥400,000
リウマチ財団	¥300,000	骨と関節の日活動費	¥1,000,000
リハビリ	¥100,000	出務手当交通費	¥450,000
協賛金、助成金	¥700,000	予備費	¥15,235,703
受取利息	¥15,000		
合計	¥17,385,703	合計	¥17,385,703

<第5号議案>

新理事承認を求める件

石橋 伊三郎	S57年卒	岩本 斗伸	S57年卒
金田 隆義	S57年卒	野々村 淳	S59年卒
藤田 秀隆	S57年卒	増田 博	S57年卒
宮内 晃	S60年卒		

<第6号議案>

新役員承認を求める件

会 長

黒田 晃司

会長代行

(学術担当副会長)：栗本 一孝

総務・庶務

担当副会長：森本 清一、山本 哲

理事会 会場：森 泰壽、白川 貴浩

議事録：(宮田重樹、青木誠)(田上実男、藤田秀隆)(永田行男、金田隆義)
(斧出安弘、宮内晃)(山口康二、岩本斗伸)(今井秀、石橋伊三郎)

会員管理(入・退会及び名簿作成)：森本 清一・阪本 邦雄

総会：森本 清一・山本 哲・阪本 邦雄

近畿ブロック会：山本 哲、栗本 一孝

学術・研修会

担当副会長：栗本 一孝、森本 清一

講師・演題選定：右近 良治、長谷川利雄、松矢 浩司、山本 哲、阪本 邦雄
研修会：今井、石橋、岩本(斗)、斧出、金田、古瀬、坂口、柴田、白川、
田上、中川、永田、野々村、福井、藤本、藤田、三浦、増田、宮田、
宮内、森、森下、矢倉、山口

JCOA学会・JCOA研修会担当：山本 哲、長谷川 利雄

広 報

担当副会長：山本 哲、阪本 邦雄

会報：前野 岳敏、宮田、斧出、中川、山口、永田、藤田、

インターネット：岸本 成人、古瀬、澤田、吉川、西川、斧出

ファクシミリ：山本 哲

骨と関節の日・運動器の10年

担当副会長：森本 清一、山本 哲

委員会：小林正之、森泰壽、斧出安弘、藤田秀隆、大島正義、宮田重樹、
田上実男、岩本斗伸

健保・自賠責等対策委員

担当副会長：山本 哲、森本 清一

委員：小林 正之、右近、武田、岩本、石井、山本、茂松、中川、五島、
宮田、野々村、松矢

福利・厚生

担当副会長：山本 哲
委員：長嶋 哲夫、新田 望

会 計

担当副会長：阪本 邦雄、前中 孝文

JCOA諸問題・医政協議会担当

前中 孝文

監 事：服部 良治、小松 賢吾

議 長：堀木 篤

副 議 長：佐藤 利行

裁定委員：三橋 二良、長田 明、古賀 教一郎

大阪府医師会医学会評議委員：黒田 晃司、栗本 一孝、阪本 邦雄

大阪府医師会交通事故医療担当委員：八幡 雅志、阪本 邦雄、森 泰壽

大阪府医師会・医学運営委員：小林 正之

大阪府医師会・健康相談医：反田 英之、新田 望

JCOA理事：前中 孝文

JCOA代議員：早石 雅宥、松矢 浩司、黒田 晃司、栗本 一孝、山本 哲

JCOA予備代議員：右近 良治、森本 清一、阪本 邦雄、五島 淳、小林 正之

JCOAの各委員は7月に決定される予定

大阪症例検討委員会：大島 正義、岸本 成人、古瀬 洋一

運動器リハビリテーション・セラピスト講習会担当：

森本 清一、山本 哲、阪本 邦雄(会計)、松矢 浩司(アドバイザー)

澤田 出、小林 正之、長谷川 利雄、五島 淳、岸本 成人、森 泰壽、

永田 行男、石橋 伊三郎、岩本 斗伸

平成20年度第1回(192回)研修会

総合司会 森本 清一 副会長

[I] 医薬品紹介

大正富山医薬品(株) 医薬情報部

[II] 特別講演

座長：早石 雅宥 会長

演題：「小児の足の痛み」

講師：国立病院機構大阪医療センター名誉院長

学校法人四条啜学園大学・短期大学学長 廣島 和夫

共催：大阪臨床整形外科医会

大正富山医薬品株式会社

平成 20 年度総会議事録

議 長

堀木 篤



議事録署名人

長谷川 利雄



議事録署名人

長谷川 明



平成 20 年 4 月 5 日

(文責 参与 堀木 篤)

第20回JCOAまほろば学会に参加して

大阪臨床整形外科医会 会長 早石雅宥

19年7月14日台風の間には飛んだ飛行機に乗って無事青森空港に到着。大阪伊丹発の飛行機はその前便は全て早い時期に完売されていて私が青森に行くには東京乗り続ぎの飛行機しかなかった。台風4号の影響で飛行機は大いに揺れた。新しい青森空港は緑の森に囲まれ高台に聳え立つ。空港から会場までの道のりは約40分間のリムジンでの移動。顔見知りの先生方は皆さんご夫婦で参加しておられた。会場はホテル青森。午前11時から受付開始。受付のあと昼食をホテルのレストランに摂りに行くと吉田研二郎先生が一人でぽつんと座っておられた。定刻の1時から代議員会が開始されたが参加代議員が30名と極端に少ない。聞くと沖縄九州四国中国地方の飛行機が台風のため欠航との話。大会関係者は大量のキャンセルで真っ青になっていた。入会者、学会員数、退会者、各種委員会等の報告が例年通りに行われた。会の冒頭にこの度の参議院選挙でJCOA推薦の武見敬三氏が落選したことも報告された。会員各位に選挙応援に関して謝辞があった。5時から文化講演が行われた。三内丸山遺跡対策室長の岡田康博氏の話が素晴らしかった。お話の内容は青森球場を建設中に遺跡発掘に遭遇したとの事。岡田氏がこの歴史的な日本でも数少ない縄文文化遺跡を保存しようと既に完成していたコンクリート造りの球場のベンチを破壊し史跡を保存したという。縄文文化は約1万年続いた狩猟採集文化で未開且つ未発達の原始的な文化と考えられてきた。しかし三内丸山遺跡では、はじめは小規模集落と考えられた遺跡は1600個以上の土偶を出土するなど規模、内容ともに大規模な集落跡であり長時間にわたり定住生活が行われ竪穴住居、土杭墓甕棺墓、掘立柱住居、道路それに420メートルに及ぶ墓地が埋蔵されていた。平成12年に特別史跡、15年に重要文化財に指定



されている。「縄文時代」の美人は小柄でグラマーな安室奈美恵のような体型であったと言う。また、「弥生時代」の美人は背の高い岩下志麻のタイプと考えられている。遺跡は空港とホテル青森との丁度中間にあり私は帰路にタクシーで寄ることにした。夜の歓迎懇親会は圧巻であった。ホテル青森に小型のねぶたが飾られ「はねこ」と呼ばれる沢山のねぶた囃子の踊り子が鈴の音とともに登場。会場のテーブルの間を飛び歩く。山上進氏の尺八と津軽三味線の演奏も素晴らしいものであった。料理も美味しくその上青森の地酒も「田酒」「豊盃大吟醸」「八甲田おろし華想い」「長月花純米大吟醸」の4種が用意されていて、それぞれ辛口で香りが良く下戸の私でも沢山頂戴することが出来た。学会が終了して空港への帰路、その道中で運転手さんは文化講演の岡田氏のことを大変自慢していた。彼のお蔭で素晴らしい遺跡が保存されたことや特に県の特別財政支援を使って素晴らしい観光遺跡を構築したことなど、自慢の種はつきないことでした。運転手さんが特に強調したことは小児用甕棺は竪穴住居の中にあり古代であっても母親は若くして死んだわが子の亡骸だけはいつも側に置き、子がさびしがらない様に甕棺の蓋をなでていたようでわが子を偲んでいた風情が思い出されその時代から子を思う母親の

気持ちが伝わってきて涙すると語ってくれた。このことから岡田氏は青森県民全員の尊敬を集めておられるようだ。見張り台のような巨木を組んで作った建物にも目を奪われる。この木はシベリアから来たとの事で日本の木ではないそうである。この木をどのような手段で運んできたのか謎が深まる。出土した土偶は必ずどこかが割れているか欠けているそうで祈祷に活かわれたようだ。体の傷ついた人が悪い所を割っ

て祈りに使用したようである。病気から治す為にも祈願に使われたようでお腹の部分に傷をつけた土偶もあった。その他沢山の素焼きの土器の出土や魚の骨を利用した布針、料理に利用したシャモジ、当時の生活を連想させる展示があり古代の時代にタイムスリップできる。その後隣接した美術館にも寄り4時間を過ごしたあと空港に向かった。



左から長田先生、吉良先生、筆者 早石



縄文美人二人

20回JCOA学会に参加して。 青森は遠かった。

阿倍野区 吉田 研二郎

JCOA学会と改名してより学術的な学会にし、各臨床整形外科医会から発表するというので私もエントリーさせていただきました。各県に医会があるので少なくとも50演題が集まることになるので日曜日一日で済ませてきた今までの会とは雰囲気は異なったものになると考えられました。インターネットで演題の題名やら抄録を送るシステムは他の学会と同じように学会屋さんがうまく運用しておりました。結局はいつもの学会とほぼ同じようなプログラムでしたが、当初は一般演題は日曜日に発表するだけのはずが土曜日に変更になったとのメールが来て、飛行機が土曜日の朝の便しか間に合わなくなって外来をやめるのに偉い目に遭いました。

学生時代は北海道に列車で行く時、青森で連絡船まで結構待ち時間があって、駅前の市場のおばちゃんにホタテを剥いてもらって醤油を借りてきて食べた記憶がよみがえってき、なんか懐かしい感じでいくのを楽しみにしておりました。しかし、台風4号が急に日本直撃、飛行機が飛ぶか少し心配。土曜日の朝の便は全く問題なく午後3時から始まるのに10時に着いてしまいました。帰りはちょうど台風が上陸中で飛行機が飛ばないかもしれない。早石会長は飛行機がなかったそうで東京周りだと少し早めの便で出発でしたがさすがに直通便は早い。ホテルにもチェックインできないしスライドはあらかじめメールで送ったのでコンピューターすら持ってきていないので全くやることがない。澤田先生とご一緒でしたので軽く観光に、三内丸山遺跡か、八甲田山か美術館に行って中国の美術品展をみるかなどというので、我が懐かしの市場に行きましょと誘ったわけでした。澤田先生はJCOAの偉いさんと食事会があるそうで市場に行ってもつまみ食いはなし、三角形のビルの展望台とか、ねぶたを作ってるところがありう



ろろ。物産展のサクランボが偉く甘くてやすいみたいなので澤田先生お買い上げ。ねぶたのところも少しのぞいて観光はおしまい。澤田先生が会場に戻られたのでいざ市場につまみ食いに、結局すしをたらふく食ってしまいました。寿司屋としては偉い加減でしたが、ウニ丼は1700円で山ほどウニがのってました。

会場で受け付けてもらいましたが相当早くいったようでネームタグがやたらに残っていて九州勢が50人ほど台風で来れなくなって学会費が大赤字になるような噂もあったので、おもわず九州地方の並べてあるネームタグを数えてしまいました。結局ほとんどの方が来られた様ですが。

PC受付にファイルが届いているか確認にいくと届いてませんとのこと、確かにメールしましたが、というものの無いようなのでフラッシュメモリスティックを取り出し事なきをえました。

私のしゃべったセッションは膝関節のセッションで、最初の演題がUKAの話でFTAがどうかでしたので一応質問しておきました、いろいろ雑多な話でかくいう私も自慢話とか何というか、開業して1000関節以上の人工膝関節をしましたという話で、やはり質問は適応についてでした。UKAOxfordの手術見学を森本

病院に来られた方やセミナーを聞いてくれていた方がおられて色々講演後も質問されてしまいました。ターニケットの圧力を血圧に合わせて変化させて強く締めないという話を埼玉の石井先生というのがされていましたが、よく見ると昔ニューヨークでHSSと一緒にいった佐渡にいた新潟大学の先生がやせたような顔をしておられ、懇親会で聞くとやはりそうでパーティ後にすしを食いにいくというのについて行ってしまいました。

特別講演が三内丸山遺跡の世界というのですが、この手の話はわからないところが多いようでしたがとてもわかりやすい話で手慣れた講演でした。私の好みの女の子は縄文人なんだと再認識してしまいました。

日曜日はさっさと帰るつもりで10時50分の飛行機を予約していましたが、大阪に台風4号が朝方にきてしまい、飛行機が飛んでこないのではないかとおそれていましたら、案の定、朝起きてネットで確認するとキャンセルとのこと。昼からの便に予約し直すのに携帯電話のネットでいろいろ朝の5時からさわってみましたかうまくいかず、しかも電話が全くかからない。同じようなことをしているやつが山ほどいるに相違ない。どうも6時半から空港が目覚めるみたいでやっと空港の案内がつながりJALの方につないでもらった。すると、その便はキャンセルになっているので電話を予約センターにかけ直せという。さんざん予約センターに電話してもつながらないので空港につないでもらったんだとごねたら、こちらで予約しますとぬかしよった。やっと予約番号をもらって一安心。偉く暇ができてしまい仕方ないのでめし食って学会に出席することに。

高速艇トッピーの事件は秘密の部分があるとかでせっかくポーと聞いていたのに思わず聞いてしまいました。トリアージタグをつけて対応したとかで我々は地震でも起きれば対応仕切れず訓練が必要かな。ステロイドとヒアルロン酸の混合注射はかえって水腫がとれないとの報告でほんとかかなとも思いましたが、北海道では使

用機点が違うので認めているとのえらい先生の質問で、おやおや。慢性疼痛、カウザルギとかRSDみたいな疼痛のコントロールに麻薬を使うとよろしいという発表でコデインやらオピウムは疼痛に普通に使えるようなことで効くまで十分な量を使えとの事で持続的に使っていて緩和医療ということでした。術後疼痛に使うのはどうかと聞いたかったけれどももう少しこの手の薬の使い方も勉強し直さないといけなかもしれません。

上肢のセッションでバネ指は横切りより立て切りでとか勉強しとかないとついて行けません。特に吉村先生のリンパ浮腫に対するリンパ管静脈吻合術なんてのは大阪でだれがやっているのでしょうか。日頃リンパ管を見つけたことがないのですが、それを何本もつなぐとよいとか目から鱗、この間リンパ浮腫の方がひっかき傷を作ってきてそこから濃液いっぱい液が出てきたのにひたすら圧迫をしていただけでしたが、水が出てくるようなのがよい適応とおっしゃられたので本人にいいものやら悪いものやら。

手の外科の教育研修では、舟状骨骨折は背側から切開せず透視下にピンをいれてクローズドにねじを入れるんだと初めて知りました。最近手の外科も全く勉強してませんでした。

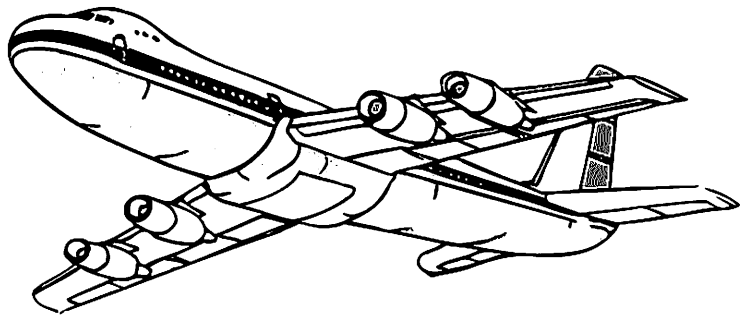
脊髄の低侵襲手術の現況というパネルでは、もう低侵襲がスタンダードになっているのだなと印象で、個人病院でも年間150を超える内視鏡手術をやっておられる岡先生なんかは、やり過ぎて肝機能が悪くなってきたと報告されました。私の場合は食べ過ぎで脂肪肝になっているのと少し違うよう。

ランチョンセミナーでは講演者の坂田先生も数字がおおい講演なのでつまらないかもしれないのお言葉通り途中から寝てしまいました。

パネルディスカッションでどうなる医療の電子化という内容で本田先生が座長で楽しんで電子化みたいないいアイデアがあるのかと思いましたが、必要に応じて少しずつ導入されてくるのかなという印象でした。この間からコンピュー

ターのクラッシュに悩まされ続けているので標準的な方法があるのかなと少し期待しましたが、結局金を使って業者をつかうことになるのか。この辺で飛行機の運行状況がサブスライドで表示されているのをみると私の乗る便が運行未定とでている。なに、未定。すなわち飛ばないかもれない。あわててツアーリストのデスクにいて確かめると、この飛行機は名古屋から飛んでくるとのこと伊丹より悪いやないか。4時過ぎればわかると思いますとか何とか。

おみやげも買わなあかんで、早めに空港にいこう、と駅前市場に買い物に、ウニやらホタテやらおもっきり買い込んで2時間前に空港についてしまった。チェックインはえらくすんなりすんで、ひまやからなんか食おうとおもたもののさっき市場ですしをたらふく食ってしまった。中に入って昼寝でも、一寝入りしたら早石会長が入ってこられてVISAの部屋で寝てましたとのこと、そういえばゴールドは私も持ってました。少し揺れましたが、無事大阪に。



第20回JCOA学会 一北のまほろば青森一 に参加して。

茨木市 大島 正義

COAより今回の学会に何題か演題を出さなければという話が栗本副会長からあり一度も行ったことがない青森に行けるならと私が引き受けました。学会当日の7月14日は夕方の伊丹から経つ予定で台風が九州から接近しており、もう数時間遅ければ欠航になっていたような状況でしたが、なんとか青森にたどり着いた次第です。青森では台風の影響が少し風が強かったのですが大阪と違い大変空気がきれいで、なんとすがすがしくこれだけでも来てよかったと実感しました。翌日発表のスライドは出来ていましたが原稿がまだまだ未完成でホテルでは懇談会にも出席せず夜遅くまで原稿を書き直しておりました。

さて当日“肋骨骨折における超音波診断の有用性”という演題で発表しました。昨夜遅くまで頑張って仕上げた原稿が暗くて全く読めず(演者用のライトを点けるのを忘れていたようです)いい加減な発表になってしまいましたが要旨は・超音波検査で診断できた40例の肋骨骨折例中、単純XPで骨折が確認できたのは15例(37.5%)しかなく、超音波検査は肋骨骨折の診断に有用であり、単純X線検査では日常外来で肋骨骨折があっても6~7割は診断出来ない事が分かりました。

・咳や捻るなどの軽微な外傷例、若年例、上位から中位肋骨の骨折例は単純X線検査では異常が認められない場合が多く、たとえX線に異常



が見られなくても症状があれば肋骨固定などの適切な処置や患者への説明を行うのが良い。という内容でした。

さて今回青森に来た目的は学会発表だけでなく家族での奥入瀬(おいらせ)十和田湖の旅行でした。発表が終わるとほとんど演題も聴かずタクシーで八甲田山を経て遠くの岩木山を眺め1時間半かかり奥入瀬溪流ホテルに到着し家族と合流しました。奥入瀬ではブナやカエデの原生林のなかの溪流沿いを散策しマイナスイオンを十分に補い、夜は溪流露天風呂に浸かり日頃の疲れも癒すことができました。また十和田湖の展望台からの眺めは幻想的で感動しました。

今回の発表は初期脳萎縮(おそらくアルコール性)が疑われる私の頭の刺激剤となり、また楽しい家族旅行もでき大変いい機会になりました。有難うございました。

平成19年7月14日・15日に青森市で開催された
第20回JCOA学会—北のまほろば青森—に参加して。

大阪臨床整形外科医会 新会長 黒田 晃 司

折から、台風4号が接近、13日に沖縄に上陸。近畿地方直撃は必至。というニュースの中。「参加を中止すべきかどうか？」迷いに迷った末の決断でしたが、14日には雨は小降りになり、直撃は免れ、勢力も弱くなってきましたので、大丈夫と空港に来たものの、まだ強風の吹く中、大阪空港から青森空港へ出発いたしました。着陸した青森は晴れており、「ホット」しましたが、こちらにも既に台風の前方の強風が吹き始めており、台風の影響をここでも感じました。事実、四国・九州を出発地とした飛行機は軒並み欠航となっていましたので、やはり台風の影響は相当大きいようでした。帰りの飛行機は飛ぶかな？とまた心配。

同じ飛行機に大島、岸本理事等OCOのメンバー他、近畿各地のJCOA会員、中国・山陰地区の会員が多数乗り合わせておりました。空港からタクシーで会場の「ホテル青森」に到着して聞きますと、やはり前日(13日・金曜日)の飛行機は欠航したところが多く、特に九州は各県ほとんどの空港が閉鎖され、今日の代議委員会・総会には間に合わなかったそうです。

13:00 代議委員会

14:00 総会

15:40 開会式

16:00 一般演題、膝関節の部門には「オープン病院と連携した人工関節置換術」吉田研二郎理事先生が実施された1011関節の成績を発表されました。

18:20 懇親会が盛大に開かれ、郷土青森の出し物も会に花を添えて、なかなか普段顔を合わせる事のない、各地のJCOA会員と話しに花の咲くひと時を過ごしました。次回には皆様も是非ご参加下さい。そのためには、学会は参加しやすいところで開催していただき



たいものです。

7月15日

8:00 一般演題 {外傷、股関節}

「肋骨骨折における超音波診断の有用性」
大島正義OCO理事
先生が超音波で診断された31例のうち、単純X線写真だけでは55%が診断困難であった。

9:25 一般演題 {上肢}

10:10 教育研修講演

「手・手関節部外傷の診断・治療のポイント」
講師 弘前大学医学部・整形外科教授：
藤 哲先生

11:20 パネルディスカッション-1

『脊髄低侵襲手術の現況』

12:30 ランチョンセミナー

「高齢者の体力と整形外科運動器疾患」
講師 埼玉大学 保健医療福祉学部教授：
坂田 悍教先生

13:40 パネルディスカッション-2

『どうなる医療の電子化(院内と地域)』

14:50 教育研修講演

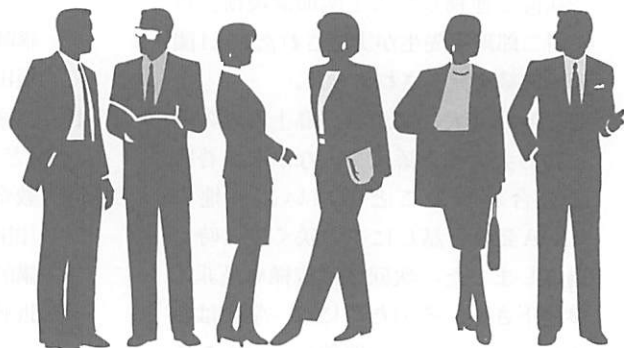
「国民の求める医療改革に向けて-3つの課題」
講師 日本福祉大学 社会福祉学部教授：
近藤 勝則 先生

- 16:00 一般演題
 {リハビリテーション・RA・骨粗鬆症}
 {脊髄}
- 17:00 閉会式
 イブニングセミナー
 「モチベーション・コントロールの手法について」
 講師 福島大学 人間発達文化学類教授：
 白石 豊 先生

大変忙しい日程、スケジュールでした。また、不幸なことに台風の影響をモロに受けて、14日(土曜日)は参加できなかった会員が多数出ました。これらは予期せぬ出来事、自然の災害には勝てません。私ども開業医といたしましては土曜日は診療に従事する必要があるわけで、

今回のように16日(祭日)の日程がまったく空いているのであれば、一般演題は少なくとも土曜日にしないで、後ろへずらしていただきたいかった。祭日をもう少し有効に使用して欲しかった。というのが私の率直な感想です。また、学会を学問的なものとして会員の多数の参加を求めるならば、一年でも早く、東京、大阪など交通の便の良い所で開催していただきたいものです。

大阪臨床整形外科医会の会員の皆様の、もう少し多くの参加をお願いいたします。10月の滋賀県臨床整形外科医会主催の研修会と比較すると、遠方であることを考えると仕方ないのかもしれませんが、いかにも少ないと思いました。



夏泊ゴルフに参加して。

城東区 岸本 成人



7月15日JCOA学会の閉会式・イブニングセミナーを終え、ホテル青森を出発したバスは夏泊ゴルフ参加者を乗せ一路陸奥湾中央の突端のコースをめざしました。夏泊は海浜コースとしては静岡県の川奈と並び称される名コースとされています。冬はもちろん雪のため3月まで閉鎖されますが、夏は涼しく快適なコースです。

バスは途中で学会主催者のお一人でゴルフにも参加される新渡戸剛先生の剛整形外科の前を通りました。雨が降ってきて、今のうちに雨降っておいてくれと皆で祈りました。



海辺のコースのはずですが、バスは険しい山をこえ約1時間半で到着しました。夏泊到着後参加者全員で夕食を頂きました。ここで参加者が改めて一同に会して和やかに前夜祭となりました。雨は小降りとなりまして、リンクスのコテージに一泊です。周りは真っ暗でどこにコースが有るか外の様子は分かりませんでした。

あくる朝、すばらしい光景が目の前に広がっていました。緑あふれるコース。ラフは深いといつかススキがながくのびていました。広々とした陸奥湾の景色。大阪のゴルフ場ではめったにない光景が広がります。下北半島・津軽半島ずっと見渡せて全部青森県だということです。大阪湾なら淡路島・四国くらいの規模です。そしてなにより、夏とは思えない冷たいやませと呼ばれている突風が吹き荒れました。

私の組は学会で座長もされていた青森の大竹先生・福島の志賀先生と秋田の文豪三浦先生です。ティーショットはやませの向かい風では低く打たないと飛びません。皆苦労していました。アイアンは3番手くらい長いのを選ばないと風に押し戻されます。パターのリズムも狂います。

(夏泊リンクスとかけて 全ておまかせ風まかせと解く・・・その心は：パターンリズム) 冗談を言っている場合には有りません。寒い。風よ止めと何度も祈りました。優勝は誰だったか忘れましたが、みなこの風光明媚なコースを心ゆくまで楽しんでいました。やはり、ゴルフの難しさ奥深さを思い知らされました。



青森でのJCOA学会に参加してまいりました。

堺市 吉川 隆 啓

大阪から青森へは結構不便で、札幌の方が便利です。普通選択する交通機関としては午前か午後5時半頃の飛行機ということになります。羽田へ行って乗り換える話もあることはあります。午前の便では土曜日の診療を休まねばなりません。午後の便では一番の楽しみに懇親会に間に合いません。参加する、しない、と迷っておりますとメルトモ（メール友達）からいろいろな声が飛んでまいりました。懇親会の目的はメルトモと会うことです。

いろいろな声の中に「もう一つ選択肢があるぞ」というのがありました。たしかにあります、夜行列車です。あることは知ってましたが自分から選択する乗り物とは思っておりませんでした。ML（メーリングリスト）というのは話がどんどん進んでしまいます。「仕方なく」か「よろこんで」か分らないうちに切符の手配までしてくれることになりました。連休のA個室寝台というのはすぐに売りきれてしまうそうです。自分で動くな「切符が取れなかったので青森行きが中止」にもなり得たのですが切符を確保してくれるというのです。うれしい話です(；;)

今までに寝台列車には学生時代に利用したことがあります。そして寝台列車は新幹線の開通と共にどんどん減っていっています。大阪から青森は寝台列車選択の最良路線です。次に青森へ行くのは？JCOA学会としては47年先でしょう。寝台列車と組み合わせたら大げさな表現で人生最後のチャンスかもしれません。

乗ったのは日本海の1号車、「車内販売は1号車から順番に」らしいのですが個室ですから知らない間に通過してしまいました。折り返しの販売で買えばいいわ、と待ってましたら「今日はお客さんが多くて売り切れです。」弁当がありません。ビールとお豆さんとちくわを購入。



車掌さんに駅の売店のことを聞きますと「金沢は三分停車ですけど・・・、新津は9分止まりますが夜中の1時半ですし・・・」「加賀温泉の5分停車はどうですか」「加賀温泉ですか・・・」

一縷の望みをかけて加賀温泉駅のプラットホームへ出てみますと売店どころではありません。プラットホームにいるのは浴衣に着替えた夜行列車の客だけです。ホームの自動販売機でビールを追加しました。と、その時サンダーバードが追い越していきました。そう言えば近江塩津でも追い越されました。電車特急に比べたらゆっくりなんですね。金沢駅も売店は全部閉まっています残念な結果になりました。

目が覚めると海が見えました。どこだか全然分かりません。車内案内はまだやってないし、どこかな？と外を見てますと海の向こうに山が見え始めました。横の国道の案内に「秋田??Km」が見えました。そして秋田。6時半から車内案内が始まり「車内販売が10号車からまいります。」コーヒーとサンドイッチの朝食を摂った後に見た津軽富士はきれいでした。

さて学会です。学会報告を書け、と言われたのは「パネルディスカッション2 医療の電子化」についてでした。4名の方はそれぞれすばらしいことをされています。出発直前に私のところ

のレセコンが故障したのでそれについて聞いてみましたら「きっちりバックアップをすること」「機械の故障には予備機を用意しておくこと」だそうです。安く運営したければ努力が必要だし、楽をしたければ経済的負担は仕方がない。地域の連携にはボランティアとして活動する中心人物が欠かせないようです。連携する地域の大きさも大事との印象も受けました。

メルトモの二人が出るパネルディスカッションを聞き終えてアスパムという物産センターへ行くと別のメルトモがうじゃうじゃいました。話の流れでお寿司屋さんへ行って、また会場のホテルへ戻ってしまいました。娘さん二人が東京という山口の方、お子様が仙台にいる香川の方、それぞれ奥様とお子様同伴で家族旅行を楽しんでおられるようでした。

往路の失敗に懲りて復路は困らないだけの食料を準備して日本海4号に乗り込みました。弘前を出ると周りは真っ暗です。車室の電気を消しカーテンを開けて星空を見ておりました。大阪では見られない星の数です。

まもなく山科、というトンネルを抜けたところで停車して「大阪付近で人身事故がありすべての列車の運行を停止しております。京都・大阪への到着予定は不明です」の車内案内がありました。大阪到着予定から少し遅れた時刻に京都に着き「阪急で振り替え輸送」の案内を聞いたので近鉄で大阪へ帰ってまいりました。家について新潟県の地震を知りました。青森往復だけでも結構いろんなことがあるものです。

最後に夜行列車という案を出し、切符の手配から弁当の心配までしていただいたOCOA理事のK先生、ありがとうございました

m(_ _)m



平成19年度各県代表者会議報告(琵琶湖研修会)

平成19年度各県代表者会議報告(琵琶湖研修会)

19年10月7日(日)13:00~14:50

大津プリンスホテル コンベンションホール淡海

大阪臨床整形外科医会 会長 早石 雅 宥

研修会に先立って午後1時から開催されました。

先ず研修会長の遠藤 紀 先生の挨拶がありました。滋賀県で研修会が行われるのがはじめてのことであること。それと整形外科医の加入が少ないため少ない人数で会を運営するのが大変であったことなどを語られました。浦門理事からJCOA会員数が報告され5881名との事でその中で大阪は441名で第一位でした。各種委員会報告があり来年は診療報酬改定がありその詳細は今年の11月頃には大筋話が決まるとの事です。それに沿って整形外科医政協議会が動くとの事でした。「運動器の健康を増進させ健康寿命を延伸させる」51名の議員連盟名簿が報告されコンタクトを取るべく終始努力していることが報告されました。全国の医院で今まで「リハの4」で申請請求していたもののうち48パーセントの医院が何等かの原因で申請請求できなくなったようでその理由は施設基準だそうです。この緩和が緊急の課題との事です。20年改定に向けて関連3学会（JOA、JCOA、運動器リハ）の要望書がありました。

1. 算定日数の上限廃止。
2. 逡減制の撤廃。
3. リハ集団療法の復活。
4. 消炎鎮痛処置の再評価。



牽引逡減制撤廃の他に、あと5~8の要望がありますが厚生省は財源が無いということで聞く耳を持たないようです。整形外科医政協議会の活動内容をオープンに出来る範囲で報告して欲しいという声が四国の代表から発言されました。8月8日、日本医師会で行われた第2回日本臨床単科医会代表者会議の報告がありました。宝住与一副会長から推薦候補が落選して残念であることの談話があったそうです。吉良理事長から医療類似行為の問題、TVのCMの誇大広告医療機関と紛らわしい看板の指導、サプリメント等の安全性の検証を求める意見が出されたとの事でした。

『JCOA研修会大懇親会』に参加して

大東市 前野 岳 敏

大津プリンスホテルの巨大なプリンスホールでPM6:30より始まった大懇親会は“フルトオーケストラ湖笛の会”の気品のあるメランコリックで透明感あふれる演奏を序曲として三三五五に、御来賓合わせて優に500人を越す参加者が入場した。

最初に琵琶湖研修会会長 遠藤 紀先生の会長挨拶が始まった。この会への参加者への御礼と感謝を述べられ、皆様のご協力がこの会が成功することを願って歓迎の挨拶とされた。その中で琵琶湖の話となり、この琵琶湖は1日数mmの早さで北上しているとの事で、したがってあと数億年後には琵琶湖は日本海につながる。その時に再びJCOA研修会の当番が滋賀県に当れば、オプションは琵琶湖クルーズではなく日本海クルーズにするつもりである、とのお話に沢山の拍手が送られた。その後JCOA理事長吉良貞伸先生、滋賀県 嘉田由起子知事、大津市の目方信市長の祝辞の後に滋賀県医師会の浅野定弘先生の乾杯の後、宴は始まった。ひきつづいて、次期JCOA研修会の岡山県の角南義文会長、次期JCOA学会の福井県の吉村光生会長より“どうぞ、多くの先生方の御参加をお待ちしております”との挨拶があった。

その後は明治時代に全国的に流行った大津絵節に振りをつけた大津絵踊り、最後は、あの有名な江州音頭が舞台と会場とを盛り上げた。和



風フルコースも美味しく、特に近江地鶏焼き鳥、近江竜王蕎麦等の模擬店も出ていて、地方色を強くアピールしていたのが印象的であった。又普段会わないのに、滋賀県で頑張っている後輩の先生達に何年振りかに会い、旧交をあたためたり、最後のアトラクションの“江州音頭総踊り”では、将に会場の多くの先生方や奥方まで“ソレー、ヨイトヨイヤマッカ、ドッコイサーノセー”の囃子にのって、舞台ならぬ会場を踊って練り歩いたりで、アルコールも過度に入り、ワイワイ騒いでいる内に、実行委員長の橋本猛先生の閉会の辞があり、夢のような宴は幕を閉じた。私はこのように楽しく騒いだ懇親会は初めてであった。この会に参加できて本当に良かった。このような楽しい会を企画実行していただいた滋賀県の先生方に感謝しながら、ほろ酔い気分で会場を後にした。



〈E-7〉近江八幡水郷めぐり

COA 副会長 栗本 一 孝

第34回滋賀琵琶湖研修会のオプションルツア－E-7、近江八幡水郷めぐりと散策コースに参加してまいりました。

研修会当日8:45にホテルを2台のバスに分乗し、総数約45名にて出発いたしました。大阪からは浜田先生、服部先生ご夫妻、松矢先生ご夫妻と私共夫婦の7名が参加いたしました。

又、出発に際しては研修会会長の遠藤紀先生のお見送りを受けたことを報告しておきます。バスは比叡山を左に観て琵琶湖の東岸を北上し日牟礼八幡宮のふもとの近江八幡水郷めぐりへと向いました。

道中のバスガイド嬢の説明は後で解ったのですが、文化講演での木村先生のお話の前座風のものでそのおかげで木村先生の講義がスムーズに頭に入ったように思います。そのバスガイドのお話は琵琶湖の水位1cmで近畿の1400万人の1日使用水をまかなっているかとか、琵琶湖は400万年かけて今の三重県から北上して来ておりやがて400万年後には日本海へとつながるであろうとか、車中を楽しんで最初のアトラクション「日本で一番遅い乗物 近江八幡水郷めぐり」に到着写真①伝馬舟の船頭爺ちゃまの何かわからない説明を聞きながら（先程のバスガイド嬢の説明を加えるとよく理解できましたが…）約1時間の水郷めぐりを楽しみました。



ちなみに昨日はちょうど200万人目の客が表彰され記念品を戴いたようです、我々は2000200番目のお客ということです。

舟中は私共と松矢先生ご夫妻それに福岡より来られた先生とご一緒させていただき福岡県柳川の話や天然うなぎの話で水郷周辺の話に華をさかせていただきました。約45分で水郷めぐりを切り上げ、あの有名な近江牛を味わうため料亭「毛利志満」へと向かいました。この間の車中でもバスガイド嬢の近江牛の説明でも思わず唾が出て来て食欲をそそられておりました。しゃぶしゃぶ付きの会席には皆様「予想通りの味だ」と満足そうな顔をして召し上がっておられました。写真②③





後で知ったのですがこの毛利志満の名前の由来は近江商人の家訓である「三方よし」の理念の上に出来上がったらしく、これは売り手よし、買い手よし、世間よしの三方を示しているとのことです。

美味しい昼食の後には近江八幡の八幡堀周辺の散策へ出かけました。写真④



この周辺は歴史を感じさせる町並みであり、蒲団の西川産業の祖の西川甚五郎邸や重要文化財の旧西川邸にはずっしりと重みを感じさせる建物です。

途中の洋菓子店クラブハリエにてパームクーヘンを購入しようと思いましたが余りにも有名すぎて客があふれて結局買えずじまいでした。しかし後程聞いた話では阪神百貨店にて販売しているとのことを知りましたので帰阪後に買うこととしました。

途中からミュージアム、あきんどの里を散策し、お土産には丁字麩・ういろ等を仕入れてバスに戻りました。

バスは2:40きっかりにホテルに到着し、文化講演会にも参加致しました。

今日の『オプションルツアーE-7』は「美味でありました」「ゆっくり舟に乗りました」「お土産を買いました」の3点にしぼり楽しませて頂きました。

「信楽→石山寺めぐり」

豊中市
丹羽 権 平

堺市
長 田 明

「あ～あ、眠たい。大津のプリンスホテルの一夜。和室を頼んだら、柔道場程もある広い座敷にポツンと布団を二つ並べて寝ると何となく淋しい感じがして、眠り難かったわ。こんなんを貧乏人のひがみと云うのやないか。

まあそんなことどないでもよろし。今日は陶芸の里・信楽と石山寺や。

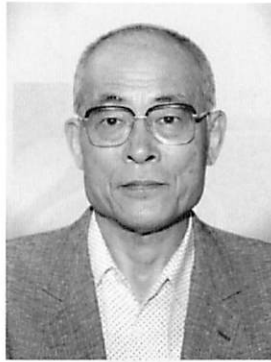
まづお天気はと嵌め殺しの大窓のカーテンを引いて外を見ると…………。あ

れまあまだ雨が降るとるわ。しかしこの高い処から見る琵琶湖は又格別やなあと云いたいところやが、ずーつと霧雨が畑て遠くが見えへんがな。やれやれ雨の止む気配もなし、早う行かんとバスに乗り遅れるがな」

『さゝなみの志賀の都は荒れにしをむかしながらの山桜かな』えゝとこれは誰やったかいな。確か平忠度卿やったか。もう一つは『淡海の海夕波千鳥汝が啼けば心もしのいにしえ思ほゆ。』柿本人麻呂か。この二首しか知らんわ。人麻呂が『いにしへ』と云うのは志賀の都と天智天皇のこと知らん。」

「どうも雨の止む気配もあらへん。しかし信楽の町に入って来てどないするんやろと思うたらお店へ入って、裏の方へ案内されて粘土の塊を渡されて、クルクル廻る台の上に置いてつと。廻しながら茶碗作りか。小学校の工作の時間の粘土細工を想い出すわ。

仲々うまいこと出けへんもんやなあ。分厚かったり、薄かったり。儂や、盆栽の鉢を作ろうと思うとるんやが、仲々うまいこと行かんわ。もうこれ位にしとこう。我ながら不細工やけど、時間を急がされるよってにしようがないわ。おっさん植木鉢のつもりやさかい。底に穴開けていてや。いつ出来るんや。1ヶ月で自宅へ送ってくれるんやな…。ふんふん…。」



「まだ雨が止まん。これから石山寺か。京都に居ったのに石山寺には一度も詣ったことがあらへん。罪滅ぼしにお賽銭をはずんで…。この岩の前の貴船菊はえゝなあ。白はよう見るが、こんな紅色のものは珍しい…。」

まあ石段の多いお寺やなあ。建物は古びて如何にも年代物の小さいのがあっちにも、こっちにもある。えゝとお賽銭をはずむ…つと。小銭入れを開けてみると、…あら五百円玉一個しかないわ。一寸惜しいなあ…。いやこんなケチなこと云うとったら、お願いも聞き届けて貰えへんかったらどないしよ。えゝ五百円玉奮発や。よろしう頼んまつせ。」

「石山寺とはよう云うた。この寺は一枚の岩の上に建てられたと書いたある。道理で石段が多い。フウフウ云うてるのは儂だけやないなあ…。」

あれつと十二単衣の女が暗い中からじつとこちらを見ている。連子窓からこちらをじーつと見ているのは一寸薄気味悪いやないか。紫式部やな。

何を見とるんかなあ、窓から月を見とる恰好にこさえたある。何となう冷たい気配やが紫式部は一生独り身やった相やから、冷たい女やったんやないか。植木のムラサキシキブも実は紫色できれいやが、毒がある相や。毒味してみ

よと思う男は居らなんだらしいから、腹立ちまぎれに源氏物語を書きまくったんやないか…。いや余計な妄想…。」

「瀬田川を眺めると昔のことを憶い出すわ。すぐそこにあるポート部の艇庫で、柔道部の春

の合宿させて貰ったこと。桜が咲いとったなあ。あれからどれだけ経ったんや、ひい、ふう、みい…53年も昔やないか…。さいなら石山寺、さいなら瀬田川。」

(文 丹羽権平)



(左・穴あき)丹羽 権平、(右)丹羽 雅子 作

このオプションツアーに長田明先生御夫妻も参加されました。

その時の長田先生御夫妻の作品です。右側が長田夫人の作品「植木鉢カバー」左が長田先生の作品「平べったい花瓶」です。



(左)長田 明、(右)奥様 作

琵琶湖研修会に参加して
—教育講演を聞いて—

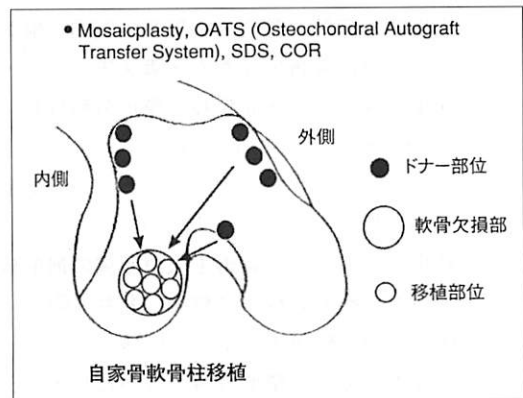
COA 副会長 山本 哲

10月2日、朝早くから車で大津へ向かった。大阪からだだと1時間半もあれば充分会場に到着できるところで研修会が開催された。会場に着くとたくさんの知った顔が見受けられた。やはり大阪からの参加者が一番多いようだった。大津プリンスの会場では教育講演が1題、文化講演が2題行われた。教育講演は滋賀医科大学整形外科の松末吉隆教授のお話だった。関節軟骨損傷と関節機能再建という演題名で、興味深く拝聴した。ご存知のように医療が発展した現在においてもなお硝子軟骨の再建は非常に難しい。松末教授は今では有名になったモザイクプラスティのパイオニアである。中長期の成績も優れていることから広く臨床にとりいれている。野球のオリックスに所属するK選手も同様の手術を受けたと聞いている。教授によると移植硝子軟骨と間をうめてくる再生繊維性軟骨との結合が得られるかどうかは手術成績を左右する。手技的には関節面に合致するようにグラフトを採骨し加重面に垂直になるように移植することが鍵になる。年齢は若い方が成績はよく、適応とされるのは40歳以下だそうだ。私は適応外だがK選手はぎりぎりOKか？骨軟骨病変、特に離断性骨軟骨炎や限局した骨壊死は成績が非常に良いようだ。

他の方法としての培養軟骨細胞移植はモザイクプラスティに比較すると採取する部位を傷つけずに済む。モザイクプラスティより大きな欠損にも対応できるという利点はあるが、2回の手術を要しコストも高く、モザイクプラスティより関節切開は大きい。さらにリハビリにも時間が必要になるという欠点がある。Steadmanの発表によるとmicrofracture法も良い成績をあげているが、若いスポーツ選手にはモザイクプラスティのほうが優れているようだ。今回の教育講演を聞いてモザイクプラスティの有用性



が良く理解された。モザイクプラスティした場合のスポーツへの復帰は6～9か月、プロのスポーツ選手でも場合によってはプロ生命に関わるような期間が必要である。そろそろK選手もランニング、素振りぐらひはしている時期と思われるが、この会報が出る頃にバッターボックスに立っていればさらにモザイクプラスティの成績はよいと評価していいと思われる。



平成19年度大阪臨床整形外科医会研修会

大阪臨床整形外科医会 新会長 黒田 晃司

今年度は、ついに12月も研修会を実施したため、毎月一回、年間12回の研修会を開催しました。別表の通り日本整形外科の14分野をバランス良く配分し、またリウマチ学会、リウマチ財団、スポーツ医、リハビリテーションの学会の単位も考慮して演題を決めましたので、会員の皆様にお役に立てたものと確信しております。各種団体の研修会と重なった日もありましたが、会員の皆様積極的にご参加いただきまして、まことにありがとうございました。



第180回研修会 (H19・4・7)

大阪臨床整形外科医会総会・大正・富山
参加人数：80人 (66,14)

司会：黒田 晃司 副会長

ピットフォールに嵌らない足疾患・外傷の診かた
大阪医科大学整形外科学・教授 木下 光雄

座長 栗本 一孝 副会長

第181回研修会 (H19・5・12)

ウエスティン大阪 (エイザイ)
参加人数：214人 (144,70)

司会：柴田 和弥 理事

受付担当：小林 正行 理事・森下 忍 理事

①人工関節再置換術の問題点

馬場記念病院・整形外科部長 岡垣 健太郎

座長 斧出 安弘 理事

②スポーツ外傷障害の診かた・考え方

北里研究所病院・副院長・整形外科部長 阿部 均

座長 青木 誠 理事

第182回研修会 (H19・6・30)

阪急インターナショナルホテル (小野薬品)
参加人数：318名 (171,147)

司会：阪本 邦雄 理事

受付担当：黒川 隆彦 理事・五島 淳 理事

①「新世代の人工骨と骨再生医療研究の最前線」

大阪大学整形外科・准教授 名井 陽

座長 岸本 成人 理事

②「腰仙部神経根障害の基礎と臨床」

福井大学医学部整形外科・リハビリテーション部准教授 小林 茂

座長 長谷川 利雄 理事

第183回研修会 (H19・7・21)

全日空ホテル (中外製薬)
参加人数：164名 (112,52)

司会：岸本 成人 理事

受付担当：坂口 光輝 理事・阪本 邦雄 理事

①「関節リウマチの最新治療」

近畿大学医学部付属堺病院・整形外科・教授 菊池 哲

座長：三浦 光也 理事

②「大腿骨近位部骨折の予防と治療ー全国調査からの現状と将来ー」

鳥取大学医学部・リハビリテーション部長 萩野 浩 准教授

座長：白川 貴浩 理事

第184回研修会 (H19・8・25)

全日空ホテル (旭化成ファーマ)

参加人数: 230名

司会: 黒田 晃司 副会長

受付: 森本 清一 副会長・山本 哲 副会長

大阪臨床整形外科医会30周年記念講演

座長: 早石 雅宥 会長

講師: 日本整形外科学会・前理事長・前理事長 越智 隆弘 先生

演題: 「整形外科医の明るい未来」

第185回研修会 (H19・9・15)

全日空ホテル (第一三共株式会社)

参加人数: 175名 (124,51)

司会: 今井 秀 理事

受付担当: 青木 誠 理事・白川 貴浩理事

① 「関節リウマチに対する薬物療法」－最近の知見と今後の展望－

座長: 佐藤 利行 理事

関西医科大学付属滝井病院・整形外科・講師 宮島 茂夫

② 「リスクマネージメントの原理と組織戦略」

座長: 前中 孝文 副会長

横浜市立大学附属病院 医療安全管理学教授 橋本 迪生先生

第186回研修会 (H19・10・20)

ウエスティンH大阪 (帝人ファーマ)

参加人数: 156名 (113,43)

司会: 森 泰壽 理事

受付担当: 田上 実男 理事・中川 浩彰理事

① 「骨粗鬆症の最近の知見と治療」

座長: 山本 哲 副会長

慶応大学医学部・整形外科・講師 (スポーツクリニック担当)

岩本 潤

② 「医工連携による整形外科領域への貢献」

座長: 早石 雅宥 会長

大阪大学大学院医学研究科 教授 菅本 一臣

第187回研修会 (H19・11・10)

ウエスティンH大阪 (久光)

参加人数: 228名 (121,107)

司会: 三浦 光也 理事

受付担当: 中嶋 洋 理事・永田 行男 理事

① 「本邦における内視鏡下脊椎手術の現状」

座長: 柴田 和弥 理事

大阪総合医療センター整形外科部長 中村 博亮

② 「スポーツ整形・膝関節治療の再生医学と応用への課題」

座長: 右近 良治 理事

大阪大学大学院医学研究科器官制御外科・講師 中田 研

第188回研修会 (H19・12・8)

大阪国際会議場 (アステラス)

参加人数: 227名

司会: 柴田 和弥 理事

受付担当: 福井 宏有 理事・藤本 哲治 理事

① 外来での骨腫瘍の対処－良性から悪性まで－

座長: 岸本 成人 理事

大阪府立成人病センター整形外科部長 荒木 信人

② 「リウマチ性疾患の疼痛管理における最新の治療戦略」

座長: 永田 行男 理事

近畿大学奈良病院・整形外科・リウマチ科 教授 宗圓 聰

第189回研修会 (H20・1・26)

全日空ホテル大阪 (日本臓器)

参加人数: 307名

司会: 坂口 光輝 理事

受付担当: 三浦 光也 理事・三村 和博 理事

① 「下腿・後足部のスポーツ障害」

座長: 中川 浩彰 理事

大阪医科大学整形外科・講師 安田 稔人

② 「開業医に必要な肩の知識」

座長: 森本 清一 副会長

東北大学・整形外科・教授 井樋 栄二

第190回研修会 (H20・2・23)

グランビア大阪 (科研製薬)

司会: 黒川 隆彦 理事

参加人数:

受付担当: 宮田 重樹 理事・古瀬 洋一 理事

① 「変形性膝関節症の最近の知見 -保存療法から手術まで-」 座長: 吉田 研二郎

大阪府立急性期総合医療センター・整形外科部長 小林 章郎

② 「手の機能とリウマチ手の治療」 座長: 五島 淳 理事

奈良県立医科大学・整形外科・准教授 矢島 弘嗣

第191回研修会 (H20・3・22)

帝国ホテル大阪 (大塚製薬)

司会: 白川 貴浩 理事

参加人数:

受付担当: 森 泰壽 理事・矢倉 久義 理事

① 「手術による医原性末梢神経損傷」 座長: 福井 宏有 理事

和歌山医大学整形外科・准教授 谷口 泰徳

② 「関節リウマチの最新治療-新規COX2阻害薬と生物学的製剤の使い方」 座長: 黒田 晃司 副会長

兵庫医科大学内科学リウマチ膠原病科教授 佐野 統

<OCOA研修会各種学会認定状況>

回	年	月日	日整会				リウマチ		日医スポーツ	リハ	府医
			N	R	S	SS	学会	財団			
180	19	4月7日	1							1	
181	19	5月12日	2		1			1		1	
182	19	6月30日	2			1			1	1	
183	19	7月21日	2	1			1	1		1	
184	19	8月25日	0							0	
185	19	9月15日	2	1			1	1		1	
186	19	10月20日	2	1						1	
187	19	11月10日	2		1	1		1		1	
188	19	12月8日	2	1			1	1		1	
189	20	1月26日	2		1			1		1	
190	20	2月23日	2	1					1	1	
191	20	3月22日	2	1			1	1		1	
計			21	6	3	2	4	4	3	2	11

<平成19年度必須分野申請状況>

回	月日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	必須分野(詳細)
180	4月7日	1		1									1			1 整形外科基礎科学
181	5月12日	1					1					1				2 外傷性疾患(スポーツ障害含む)
		2	1											1		3 小児整形(先天異常・骨系統疾患含む外傷を除く)
182	6月30日	1	1		1											4 代謝性骨疾患(骨粗鬆症含む)
		2						1	1							5 骨軟部腫瘍
183	7月21日	1			1							1				6 リウマチ性疾患・感染症
		2	1				1									7 脊椎・脊髄疾患
184	8月25日	1														8 神経筋疾患(末梢神経麻痺含む)
	30周年															9 肩甲帯・肩・肘疾患
185	9月15日	1	1				1									10 手関節・手疾患(外傷含む)
		2												1		11 骨盤・股関節疾患
186	10月20日	1			1		1									12 膝・足関節・足疾患
		2	1		1											13 リハビリ(理学療法・義肢装具含む)
187	11月10日	1						1	1							14 医療倫理・医療安全・医療制度等
		2	1										1			
188	12月8日	1				1										
		2					1									
189	1月26日	1	1							1						
		2	1										1			
190	2月23日	1						1			1			1	1	
		2						1			1					
191	3月22日	1							1	1						
		2	1					1								
合計			6	4	0	4	1	7	2	3	1	2	2	4	2	1

「ピットフォールに嵌らない足疾患・外傷のみかた」

大阪医科大学整形外科教授 木下光雄

はじめに

医療の現場では、医療面接、身体診察、検査、診断、治療、経過観察という一連の流れにそって診察がなされている。経過観察中に治療効果が得られていないと判断されれば治療方法に問題がなかったか否かを検証する。治療方法に問題がなければ診断に誤りがなかったのか、診断に必要な検査が不十分ではなかったのか、所見の見落としはなかったなど、常に診療のプロセスを振り返り検証するという行為を繰り返す、この診療のスパイラルを経ることにより治療の精度をあげることができ、同時に臨床経験を豊かにしていくことができる。

医療行為の中で身体診察はとりわけ重要な部分であり、医師としての技量が最も問われる場面でもある。足関節や足部の症状を訴えていても、直ぐに患部の診察にかからず下肢全体を診ることから始める。時には脊椎の診察も必要であり、局所所見にのみ目を奪われることなく全身を診ることを忘れてはならない。救急外傷の場合も同じであり、患部を診る前にまず全身状態をチェックする。

足関節・足部の診察においても注意しておかなければならない幾つかのピットフォールがある。紙面の制約もあるため限られた範囲のものになるが、足関節・足部の疾患・外傷の診療上のコツやピットフォールについて述べる。

1) 正常所見と異常所見

整形外科的診察により得られた異常所見は病態の把握に有用であり、また正常な所見を確認しておくことは除外診断や鑑別診断に役立つ。さらに、異常所見については、治療が必要となる病的なものであるか否かを判断しておく。例えば、踵部にみられるfatherniationやblack heel、あるいは足趾にみられるblack nailなどは異常所見であっても治療を必要とするような病的な



ものではない。病態を説明し日常生活動作や靴についての注意事項を説明するだけですむ。

2) X線検査のピットフォール

足のX線撮影方法については、正面と斜位の2方向撮影をルーチンとしていることが多いようである。このルーチンとしている撮影方法が骨折や脱臼の見落としの原因になっていることが少なくない。足の斜位像は疾患や外傷によっては必要となる撮影方法でありルーチンの方法とすることには問題がある。X線撮影の基本はあくまでも正側の2方向撮影である。

3) 趾骨骨折の治療

趾骨骨折は母趾と第4、5趾に発生する頻度が高い。日本人では第4の約16%、5趾では約80%が2趾節である。この趾節癒具合に関する知識が乏しいために骨折を見落としした事例もある。また、趾節が短いため、手指と同様の感覚でbuddy-tapingをすると、症例によっては偽関節をつくってしまうので注意を要する。

4) Lisfranc関節脱臼

第2足根中足関節の単独脱臼のタイプは、見落とされることが少なくない。X線検査で確定診断するが、診断に際して第2中足骨と中間楔状骨の内側線を結ぶ線が途絶せず滑らかに繋がるか否かを調べればよい。確認しにくい時には健側と患側のX線像を比較してもよい。

5) 踵骨骨折

治療の難しい骨折の一つであり、治療後の距骨下関節症やインピンジメントなどが後遺障害として知られている。踵骨は踵部からの血流が豊富な骨であるが、安易に治療すると偽関節になったり、無理な経皮的ピンニングにより晩期感染を起こすことがある。このことに関する危惧は極めて少ない。骨折の治療原則に従い、関節内骨折で転移が大きい場合には直視下に整備固定することを躊躇してはいけない。

6) 距骨骨軟骨障害タイプV

距骨離断性骨軟骨炎といえばBerndt-Hartyの分野がよく知られているが、この分類にあてはまらない距骨の嚢腫状病変を伴うタイプがある。本症はスポーツ障害など明らかな外傷がなくても発症する。単純X線検査で距骨に嚢腫状陰影があれば距骨滑車の骨軟骨病変を伴っていることがあることを念頭において病態を把握するようにする。

7) 外反母趾とMTP関節痛

靴を履く生活が定着してきたこともあり、外反母趾が増加している。バニオンの疼痛のみならず隣接趾の疼痛や脱臼を伴っていることもある。ここで注意を要するのは、疼痛が外反母趾によるものか否か、あるいは並存する疾患がないかを鑑別診断しておくことである。痛風や早期関節リウマチによることがあるからである。

8) 早期関節リウマチ

関節リウマチは手指の小関節から発症するということがよく知られている。しかし、足のMTP関節から初発することも少なくない。このことについては十分に認識されていないようである。エピソードのはっきりしない足趾MTP関節の腫脹や疼痛の鑑別診断として関節リウマチを忘れてはいけない。

9) 骨関節結核

結核はWHOでも再興感染症として注意を喚起しているが、本邦の今日においても骨関節結核を時に経験する。原因のはっきりしない骨関節の腫脹や疼痛においては、結核を鑑別しておくことも必要である。

10) 捻挫の鑑別診断

足を捻ったという場合、足関節外側の靭帯が損傷されることが多いが、これ以外にも様々な組織が損傷されていることがあるため腫脹と圧痛部位を丁寧に診察しておく必要がある。末梢の踵立方関節部が腫脹している時には二分靭帯損傷が疑われ、この他にも脛腓靭帯や骨間距踵靭帯が損傷されていることがある。また、距骨滑車の骨軟骨損傷や腓骨筋腱脱臼あるいは浅腓骨神経が損傷されていることがあり注意を要する。

11) 下腿の捻じれと歩行障害

小児のみならず成人でも歩行障害あるいは歩容異常を主訴として受診する場合も少なくない。まず脊椎や脊髄の障害の有無を鑑別しておく。足部の診察の際には、下腿の診察を忘れてはならない。足部には異常が無く、下腿骨の過度の捻じれがうちわ歩行やそとわ歩行の原因になっていることがあるからである。診断には3DCTが有用である。

おわりに

整形外科的疾患・外傷の診療のプロセスにおいては幾つかのピットフォールがあり、これに嵌らないように注意する必要がある。足疾患。外傷の診療においても同様である。ピットフォールに嵌らないようにするには「手に取るように足をみる」ことが肝要と言える。

【文献】

- 1) 木下光雄ほか.足関節部外傷の診断
—画像診断と鑑別診断を含む—, 関節外科,
2004; 23: 24-28.
- 2) 木下光雄.診療必須手技: 基本手技と診断
ピットフォール 足関節、足部、関節外科,
2007; 26: 105-112.

人工関節再置換術の問題点

馬場記念病院 整形外科 岡 垣 健太郎

人工関節の再置換が必要となる原因は、ゆるみ、摩耗、骨融解、脱臼、感染、脱臼などがあります。

そのうちの緩みの原因としては骨母床の質、手術手技、人工関節のデザインであります。患者の活動性、体重、年齢なども関係しているのかもしれませんが。

2番目の摩耗の原因としては人工関節の材質、デザインが関連しているようです。また印象としてはセメントレス人工関節に摩耗は大きいように思えます。

骨融解ですがポリエチレン摩耗による骨融解の個体差は大きいようです。セメントレス人工関節でのポリエチレン摩耗により骨頭と金属シェルが直接接することによる異種金属摩耗による骨融解は急速でそれに対する処置は困難となるため、それが疑われる場合は早期のポリエチレンインサートの交換を行うべきだと思います。ゆるみに伴う骨欠損に対して

旧大阪府立身体障害者福祉センターでは1974年より股関節再置換術を行っていましたが、当初は骨欠損に対してセメントの補填のみで行いましたが、再ゆるみが早期に起こるため自家骨移植を行いました。採取骨量が少なくその効果が見られなかったため、1985年より主に大腿骨頭を用いた他家骨移植を行ってきました。当初、免疫反応や病気を移し等が懸念されましたが、今までのところ経験していません。その結果ですが、大きな一塊の骨移植は早期に吸収されますが、細片化した骨を十分に母床に打ち込めばX線的には母床との一体化が見られ又骨のリモデリングも見られます。現在もこの方法を用いていますが、病気移し、取り扱いの煩雑さなどの問題は残っています。



＜他家骨移植の方法＞

- | | |
|-----|--|
| 採取 | 主に大腿骨頭置換術の際に摘出した感染のない骨頭（HIV HTLVなどの検査も行う） |
| 保存法 | -80度の冷凍保存で3週以上経過したものをを用いる |
| 使用法 | ロベイター骨消毒器を用いた加温消毒（80度）を行った後に、5mm～1cmに骨を碎片化して用いる。脱臼側の骨欠損が蝸壺状であればそのまま骨を打ち込みますが、股臼内板が欠損している場合には、一塊の他家骨を欠損部に打ち込みその後碎片骨を打ち込みます。また骨欠損が大きく外壁も欠損している場合には、一塊の他家骨を欠損部に裸子で固定するか、金属メッシュを固定した後に碎片骨を打ち込みます。ケルプールなどの白蓋補強器具も用いる場合もありますが、大きさ、形など使いやすさといえませんが、大腿骨側についても同様の方法で骨移植を行っています。大腿骨に欠損部があればメッシュや一塊の骨移植を大腿骨外側に用いて細片化した骨を大腿骨内側に打ち込みます。 |

術後荷重時期

使用当初は遅らせていましたが、現在は特に荷重時期を遅らせることはありません。

<セメントレス人工股関節の問題点>

脱臼側の金属シェルが供給されている人工関節のほとんどで非常に分厚くポリエチレン磨耗の程度がX線写真では判定できません。先に述べましたようにポリエチレンの交換時期の判定が困難です。また日本人は臼蓋形成不全を伴うことも多く、もともとのサイズも小さいためポリエチレンが薄くなってしまいうこともあり、より薄い金属シェルでもよいのではないかと思います。

<人工膝関節の問題点>

人工膝関節は股関節よりゆるみが少ないといわれていますが、X線的に問題が無くてもポリエチレンの損傷が見られます。また大腿骨の遠位部は人工関節に取り囲まれているため骨融解などの変化が発見しにくく突然人工関節のゆるみが発現したように感じられます。片側置換については経験がなくよく解りませんが、再置換は全置換と同じように骨欠損を伴います。結局全置換と変わらないのではないかと考えています。

<見方を変えての問題>

現在供給されている人工関節のほとんどは modular化されそれぞれの部品の交換が可能です。10年後、15年後にも現在使用している部品がすべて供給されるのか非常に不安です。

ポリエチレンインサートのみの交換で済む関節が関節すべてを交換しなければならない、と言うような事にならないように願っています。

スポーツ競技における外傷と障害に対する安全対策

北里研究所病院スポーツクリニック 阿部 均

A. スポーツ競技の分類

1. 格闘技系：タックルする、ブロックする、押す、倒す、殴る
アメリカンフットボール、ラグビー、アイスホッケー、ボクシング、相撲、柔道
2. 球技系：投げる、打つ、蹴る
野球、サッカー、バスケットボール、バレーボール、テニス、ゴルフ
3. 持久系：走る、泳ぐ、滑る、漕ぐ、回す
陸上、マラソン、水泳、ボート、サイクリング、トライアスロン、スキー、スケート

B. 部位別における外傷と障害

1. 頭部外傷：脳振盪、硬膜下血腫
障害：筋緊張性頭痛
2. 頸部外傷：頸椎捻挫、頸髄損傷
障害：頸椎椎間板ヘルニア
3. 肩周辺部外傷：腱板損傷、肩関節脱臼、鎖骨骨折
障害：腱板炎、スラップ症候群
4. 上肢外傷：肘関節脱臼、捻挫、手関節捻挫、中手骨骨折
障害：テニス肘、野球肘、ゴルフ肘
5. 胸背部外傷：胸部挫傷、肋骨骨折
障害：背部痛
6. 腰部外傷：腰椎捻挫、腰椎横突起骨折
障害：腰痛症、腰部椎間板ヘルニア、腰椎分離
7. 骨盤、股関節外傷：骨盤骨折、股関節脱臼・捻挫
障害：股関節炎、スポーツヘルニア
8. 膝関節外傷：靭帯損傷、半月板損傷
障害：ランニング障害、オスグット病、ジャンパー膝
9. 足関節・足部外傷：足関節捻挫・足関節脱臼骨折



障害：アキレス腱炎、中足骨疲労骨折

10. 下肢外傷：下肢骨骨折、大腿挫傷

障害：肉ばなれ、コンパートメント症候群

C. 動作別における外傷と障害

1. 走る外傷・障害：足関節捻挫、ランニング障害、疲労骨折、肉ばなれ、腰部障害
2. 投げる外傷・障害：投球骨折、野球肩、野球肘、リトルリーガー肩
3. 打つ外傷・障害：手根骨骨折、テニス肘、ゴルフ肘、手関節炎
4. 泳ぐ障害：水泳肩、平泳ぎ膝、腰部障害
5. 蹴る外傷・障害：足関節捻挫、肉ばなれ、オスグット病
6. 跳ぶ外傷・障害：アキレス腱断裂、肉ばなれ、ジャンパー膝
7. 殴る外傷・障害：頭頸部外傷、中手骨骨折、手関節炎
8. 接触する外傷・障害：全ての部位での外傷、全ての部位での障害、腰部障害

D. 年齢別身体特徴における外傷と障害

1. 小学校：成長軟骨が豊富。神経系の成長は10歳で成人に達する。俊敏性を競うゲームがよい。
2. 中学校：急激に身長が伸びる（Growth Spurt）。骨から伸びるので身体は相対的に固くなる。

3. 高校：成長軟骨が消え、第二性徴が起こる。筋肉トレーニングに反応する。
メンタル面ではまだ未熟。
4. 大学、成人：合目的に鍛えられる。外傷が多い、メンタル面でも成長が著しい。
5. 中高年：身体的能力がおとろえ始める。生活習慣病が発生する。健康増進と維持が必要。

E. 女性のスポーツの特徴

第二性徴。体脂肪の増加。体脂肪は内分泌器官の様なものでとても重要。過度なダイエットは禁物。

骨密度の維持。閉経すると、20～30%の骨密度が減少し、骨粗鬆症に注意。

女性としての機能を保ちつつ競技スポーツを行ない、健康増進と維持に努める。

F. スポーツ外傷と障害の予防と対処方法

1. スポーツの目的と外傷・障害のメカニズムの理解。
2. 成長と性別の正しい知識。
3. 筋力、持久力、瞬発力の正しいトレーニング。
4. 正しい栄養補給。
5. 的確な技術的なトレーニング。
6. コンディショニング。
7. ルールの順守。
8. メンタル面の指導。
9. メディカルチェック。

メディカルチェックの目的と結果のフィードバック

A. メディカルチェックの目的

1. 突然死、頭頸部外傷などの重大事故の防止
2. 外傷を起こさない医学的に安全なプレー方法の習得
3. 安全でかつ勝てるためのプレーができる体力を付ける
4. 選手の健康管理、外傷管理をする
5. 選手個人の体格、体力などの把握とトレーニング目標の設定
6. チームとして、外傷・障害の予防策を考え、救急システムをつくる

B. 内科的チェック

1. 既往歴

- 1) 不整脈、高血圧、心雑音などの心疾患
→精査
- 2) 心疾患アンケートで危険因子を持つ選手
→精査→場合によりプレー禁止
- 3) 腎疾患、血尿→精査、確認
- 4) 喘息、アトピー→確認
- 5) 川崎病などウイルス、細菌性疾患→川崎病は精査
- 6) マーファン症候群などの先天的疾患→精査→場合によりプレー禁止

2. 食事、嗜好品

- 1) 欠食、偏食→食事、栄養指導
- 2) 酒量大、喫煙多→注意

3. 貧血、末梢血

- 1) Hb14↓ →再検、栄養指導
- 2) Hb13↓ →精査、栄養指導

4. 呼吸器機能

- 1) 心肥大→精査

5. 腎機能

- 1) 蛋白尿、血尿→再検

6. 肝機能

- 1) ウイルス性肝障害→精査、治療
- 2) 脂肪肝→精査、栄養指導

7. 循環器機能

- 1) 不整脈、心エコー異常→精査

8. CPK検査

- 1) 異常高値→再検、精査

C. 整形外科的チェック

1. 既往歴

- 1) 頭痛、てんかん→精査、確認→場合によりプレー禁止
- 2) 骨折、変形治療→確認
- 3) 腰痛→確認

2. 頸椎X線

- 1) アライメント異常→頸筋トレ、頸の前弯を保つプレー方法の習得
- 2) 椎間板変性→頸筋トレ、頸の前弯を保つプレー方法の習得

- 3) 脊柱管狭窄→一過性四肢麻痺の可能性あり→頸筋トレ、安全なプレー方法の習得→場合によりプレー禁止

3. 腰椎X線

- 1) 分離、椎間板変性→腰痛発生因子となる→腹背筋トレ、プレーでの腰の位置の確認

4. 頭頸腰MRI

- 1) 脳出血、脳梗塞→精査→場合によりプレー禁止
- 2) 脳の先天性形態異常→頭痛発生は正常の2倍→頸筋トレ、安全なプレーの指導→場合によりプレー禁止
- 3) 頸部椎間板変性→頸筋トレ、安全なプレーの習得
- 4) 頸部脊柱管狭窄→精査→頸筋トレ、安全なプレーの指導→場合によりプレー禁止
- 5) 脊髓空洞、頸髄変性→精査→頸筋トレ、安全なプレー方法の指導→場合によりプレー禁止
- 6) 腰部椎間板変性、ヘルニア→精査→腹背筋トレ、安全なプレーの指導→場合によりプレー禁止

5. 下肢アライメント

- 1) アライメント異常→下肢筋トレ、コンディショニング→装具、テーピング指導

6. 全身関節柔軟性

- 1) 固い場合→筋トレ、ストレッチング、プレー方法の指導
- 1) 軟らかい場合→筋トレ、ストレッチング、プレー方法の指導

D. 体力チェック

1. 形態（デジタル計測器）

- 1) 体脂肪率との関係を見る

2. 体脂肪率、除脂肪体重、身長当除脂肪体重（超音波皮脂圧計）

- 1) ポジション別に目標設定→トレーニング
- 2) 体脂肪率高値→精査、治療→トレーニング

3. 頸筋力（マイクロFET筋力計）

- 1) ポジション別に目標設定→トレーニング
- 2) 屈伸比異常→トレーニング

4. 膝、腰筋力（CYBEX 6000 b筋力計）

- 1) ポジション別に目標設定→トレーニング
- 2) 屈伸比異常→トレーニング

5. 無酸素パワー（COMBI POWER MAX V エルゴメーター）

- 1) ポジション別に目標設定→トレーニング

6. 有酸素パワー（COMBI 75 XL エルゴメーター）

- 1) ポジション別に目標設定→トレーニング

E. メディカルチェック結果のフィードバック

1. 選手個人へのフィードバック

- 1) チェック当日、可能な限り結果の説明をする
- 2) 内科的チェック、MRIは後日、書類にて返却する
- 3) 2) で問題点を指摘された場合は保険診療とし、後日、再検、精査とする
- 4) トレーニングやコンディショニングの指導をする

2. チームへのフィードバック

- 1) 全てのデータを分析（Excelに入力）し、指導する
- 2) チームの健康管理、安全管理を具体的に指導する
- 3) チームとしての筋トレ、ストレッチング、コンディショニングの考え方を指導する
- 4) チームの基礎トレーニングに対する目標と年間のスケジュールについて指導する
- 5) トレーナー、スタッフとミーティングを行い、1-4) について確認する
- 6) チーム毎に安全対策セミナーを行う

新世代の人工骨と骨再生医療研究の最前線

大阪大学医学部附属病院 未来医療センター

副センター長、准教授 名 井 陽

新世代の人工骨

近年バイオマテリアルの研究開発が進み、種々の生体親和性材料が骨補填材料“人工骨”として臨床応用され、その臨床成績も報告されてきている。なかでも骨組織に優れた親和性を示し、生体骨組織と直接結合できるリン酸カルシウム系セラミックスの人工骨は良性骨腫瘍の治療や脊椎手術において広く応用されるようになってきたことが日整会の調査でも明らかになってきた。我々が開発してきた連通多孔体ハイドロキシアパタイト人工骨、ネオボーン®やアパセラム AX®、やはり連通性多孔質のリン酸三カルシウムセラミックス、オスフェリオン®などの新世代の人工骨は、従来の人工骨と比べ優れた骨欠損修復能を示し、これまでの人工骨の用途を超えて多様な応用ができる可能性をもつ^{1,2}。これら骨補填材料は自家骨の代替材料を目指して開発されてきたものではあるが、材料学的には全く、生体骨とは異なり、その特性をよく理解して利用することが肝要である。

生体活性セラミックスは生体内で徐々に溶出、分解、吸収される性質を有し、同時に骨組織と直接化学的に結合しうる、すなわち骨伝導能を有するが、マテリアル（ハイドロキシアパタイト・リン酸三カルシウム）の特性、気孔率、気孔の連通性を含むマイクロ/マクロ構造、形状（緻密体・多孔体顆粒・多孔体ブロック）などの種々のパラメーターにより、強度、吸収性、骨伝導性が影響を受ける、市販されている骨補填材料は製品によりそれぞれ異なる特徴を持つが、セラミックス材料の宿命として脆性が高く可塑性が低い、すなわち“もろく、しなやかでない”という共通の特性があり、また現在まで臨床的に骨誘導能を示す材料は開発されていない。骨欠損の修復の際に臨床的に留意すべき点は力学的負加の大きさ、安定性、母床および移植骨の



骨質、母床の骨形成活性、骨皮質欠損、感染などであり、自家骨移植を行う場合でもこれらの因子を考慮して移植骨の採取部位や形態などを決定する必要があるが、現状の骨補填材料は自家骨と同等の性能を実現したものは無く、現状の骨補填材料を選択する際には各々の製品の特徴を理解したうえで慎重な選択が必要となる。最近、我々は母床骨との結合性と初期強度を同時に実現するため連通多孔体部分と緻密体部分を有するコンポジット型水酸アパタイトセラミックスを開発した³。荷重部分にも安心して利用できる人工骨として商品化を目指している。

骨の再生医療の動向

医療技術の向上により多くの疾患の治療法が確立されてきているが、今なお、治療困難な病態の新規治療、あるいはさらに高次元の治療効果を求めて、再生誘導治療に対する期待は大きい。運動器の領域では、特に難治性で再生能力の低い軟骨病変および交通事故や悪性腫瘍などで失った大型の骨欠損や血流の不良な部位の難治性偽関節、末梢神経切除後の修復などにおいて再生医療に期待が寄せられている。

我々はネオボーン®のほぼ完全な気孔間連通性に着目し、これをスカフォールドとして用いた骨再生の研究を行ってきた。動物実験ではラ

ット皮下異所性骨形成モデルで骨髄由来培養間葉系細胞導入したIP-CHAの骨形成能を、ウサギ橈骨骨欠損モデルで骨形成因子（BMP）を導入したIP-CHAの骨欠損修復能を検討した。連通気孔構造により気孔内への細胞やBMPの導入は容易であり、いずれにおいても生体内移植後に良好な気孔内骨形成が見られた^{4,5}。これらの実験的検討をふまえて、大阪大学医学部附属病院未来医療センターに設置された細胞培養調整施設（CPC）で患者骨髄間葉系細胞を培養し、IP-CHAに導入後、骨芽細胞系に分化誘導して患者に移植する臨床実験を開始している。この研究では良性骨腫瘍の患者を対象に本治療法の安全性および有効性を検討している。

骨の再生誘導治療、特に幹細胞治療がターゲットとすべきは、前述のような骨形成環境が不良な病態であり、このような疾患を治療するには、骨形成細胞と足場を供給するだけでなく、移植再生組織の血管化など周辺技術の整備が重要である⁶。しかし再生組織の血管化については技術的な課題が多く、現実的には移植片に対して手術時に血管柄を挿入するといった基本的な技術に限られている。

また動物実験では、BMPを利用した骨再生システムとほぼ同様の方法を、関節軟骨の再生法として利用できることを見いだしている、軟骨下骨部分にBMPを徐放するネオボン®を移植することにより、骨髄側から軟骨欠損部に間葉系細胞を動員し、さらにBMPによる軟骨分化促進作用が加わって軟骨欠損を修復すると考えている⁷。

骨・軟骨再生医療はまだ始まったばかりであり、これを標準的治療法の一つとして確立するには、そのコスト、問題点を認識し、これをしのぐ高い有効性の技術の確立をめざす必要がある。

参考文献

1. Tamai N, et al. Novel hydroxyapatite ceramics with an interconnective porous structure exhibits superior osteoconduction in vivo. *J Biomed Mater Res*. 2002, 59(1):110-7.
2. 名井 陽他、連通気孔構造を有するハイドロキシアパタイト人工骨の臨床応用—物理学的特性・臨床的特徴・問題点—。日整雑誌 80:262-269, 2006.
3. Kaito T, Mukai Y, Nishikawa M, Ando W, Yoshikawa H, Myoui A. Dual hydroxyapatite composite with porous and solid parts: experimental study using canine lumbar interbody fusion model. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater*. 2006, Aug;78(2):378-84
4. Nishikawa M, et al. Bone tissue engineering using novel interconnected porous hydroxyapatite ceramics combined with marrow mesenchymal cells: quantitative and three-dimensional image analysis. *Cell Transplant*. 2004, 13(4):367-76.
5. Kaito T et al. Potentiation of the activity of bone morphogenetic protein -2 in bone regeneration by a PLA-PEG/hydroxyapatite composite. *Biomaterials*. 2005, 26(1):73-9
6. Akita S, et al. Capillary vessel network integration by inserting a vascular pedicle enhances bone formation in tissue-engineered bone using interconnected porous hydroxyapatite ceramics. *Tissue Eng* 2004, 10(5-6):789-95
7. Tamai N, et al. A new biotechnology for articular cartilage repair: subchondral implantation of a composite of interconnected porous hydroxyapatite, synthetic polymer (PLA-PEG), and bone morphogenetic protein-2 (rhBMP-2). *Osteoarthritis Cartilage*. 2005, 13(5):405-17.

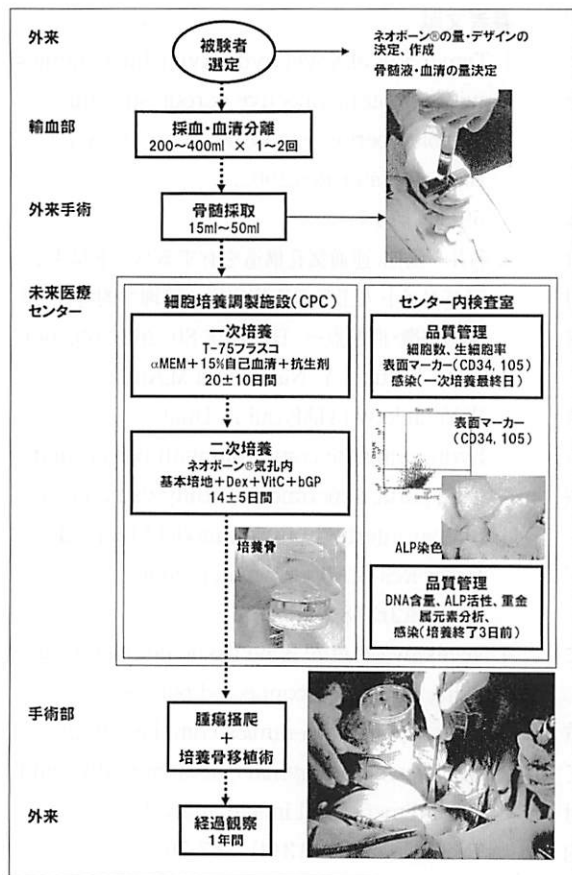


図1:市販リン酸カルシウムセラミックス人工骨の特徴

現在市販されている主なリン酸カルシウム系セラミックス人工骨の特徴をまとめた。インプラントとしての形状だけでなく材料の吸収性や微細構造も考慮に入れて、使用目的に見合った適切な人工骨を選択すべきである。Hap:ハイドロキシアパタイト、βTCP:リン酸三カルシウム

商品名	アパセラム-AI	アパセラム	ボンフィル	ネオボーン	ボーンセラムP	オスフェリオン
製造元	ペンタックス			東芝セラミックス	オリンパス テルモ バイオマテリアル	
組成/気孔率	HAp/85%	HAp/0-60%	HAp/60, 70%	HAp/75%	Hap/48%	βTCP60, 75%
気孔径	50-300 μm	50-500 μm	90, 200, 300 μm	150 μm	30-400 μm	100-400 μm
連通性	○/50-100 μm	×	×	○/50 μm	×	△
壁構造	多孔質	多孔質	多孔質	緻密質	多孔質	多孔質
圧縮強度MPa	2.0	245-15.2	39.3-49.5	8	60	2-5
材料吸収性	△	×	×	×	×	○
微細構造						

図2:間葉系幹細胞を用いた骨再生の臨床研究

大阪大学医学部附属病院未来医療センターで行われている間葉系幹細胞を用いた骨再生の臨床研究の概要。患者自身の骨髄細胞から間葉系幹細胞を増幅培養し、ネオボーン®の気孔内に導入して、さらに骨芽細胞へ分化誘導する。これを骨欠損部に移植する。品質管理には厳重な注意が払われている。

腰仙部神経根障害の基礎と臨床

福井大学医学部整形外科・リハビリテーション部

准教授 小林 茂

■ はじめに

腰痛・根性疼痛（坐骨神経痛）、そして間欠性跛行などの腰仙部神経根障害の発現には、馬尾・神経根に対する機械的圧迫、更にはその結果生ずる血流障害などの因子が関与しているといわれている。なかでも、比較的若年齢で根性疼痛を主訴として発症することの多い腰椎椎間板ヘルニアと高齢者で間欠性跛行を主訴として発症することの多い腰部脊柱管狭窄症では、その症状発現に大きな相違点が見られる。しかし、未だ根性疼痛と間欠性跛行の発現機序の相違点については不明な点が多い。そこで本稿では正常及び病的状態の馬尾・神経根の血流動態を観察し、根性疼痛と間欠性跛行の発現機序を考察した。

■ 馬尾・神経根の血管形態と血流動態

最初に脊髄・神経根の血管を記載したのは、17世紀OxfordのChrist churchの解剖学者であるThomas Willisである。彼は、脊髄への栄養血管は脳底部の椎骨動脈から下降する縦走血管であると記載した。その後、18世紀の著名な解剖学者であるHallerも、Willisと同様、1本の前脊髄動脈と2本の後脊髄動脈が椎骨動脈より下降し、途中その両側からの脊髄枝によって補強されると報告した。しかし、この考え方は、19世紀にはいり、二人のポーランド人によって根本的に改められます。同じクラコウ大学で研究していたAdankiewicz¹とKadyi²は、後にその成果を別々に発表したが、両者の一致した見解は、前脊髄動脈・後脊髄動脈とも椎骨動脈の一分枝ではなく、体節動脈脊髄枝の上行枝と下行枝が吻合してできた動脈であり、脊髄栄養での根脊髄動脈の重要性を強調したことにある。この後、神経根血流に関する研究は、脊髄血行の研究に付随する形で論じられていきま



す。

1961年Corbin³は、神経根伴走血管をその分布領域から3つに分類している。すなわち、①神経根を上行し、脊髄まで到達せずに根内で終わるもの（*árteres radiculo-greles*）、②神経根の途中から出て中枢に向かい脊髄円錐部周囲の軟膜静脈叢（*vasocoroa*）と吻合しているもの（*árteres radiculo-piemiennes*）、③神経根に沿って上行し、前及び後脊髄動脈に合流しているもの（*árteres radiculo-medullaires*）である。しかし、彼はこれらの血管の血流方向や機能についての詳細には触れておらず、近年まで神経根の血流方向はおおよそ末梢より脊髄方向であると考えられていた。Parke（1981）ら⁴は、胎児屍体を用いた標本からCorbinらの分類での*árteres radiculogreles*を*distal radicular artery*として上行性に神経根を栄養するもの、*árteres radiculopiemiennes*を*proximal radicular artery*として中枢側から下行性に神経根を栄養するものと考え、根の近位1/3の部に比較的血流の乏しい領域があり、血流の分水界（*water shed*）が存在すると報告している。そして、この解剖学的根拠の基づいて、分水界部周辺は変性疾患などの種々の圧迫により根の乏血につながりやすい領域であると推察し、その臨床的意義を強調している。し

かし、Crock (1984) ら⁵⁾は、脊髓円錐部から馬尾への動脈分布は分節的で極めて豊富であり、Parkeらのいう血流上の分水界は存在しないと反論している。すなわち、微小血管造影法による観察は死後であること、又造影が不十分な領域の解釈が難しいことなどの理由により血管形態を知り得ても血流動態の観察には適さない。このように、現在まで神経根の血流動態の関する研究は主に形態学的な面から論じられ、根動脈の血流方向、分水界の有無、そしてこれらの臨床的意義については不明な点が多かった。Kobayashiらはイヌを使用し、大動脈内に挿入したカテーテルよりIndia inkを注入後、馬尾・神経根の血流動態を観察した。⁶ その結果、神経根に伴走する根動脈の血流は、中枢側（下行性）と末梢側（上行性）よりの2方向より供給されており、硬膜出口部近位に根動脈の分水界が認められ、（図1）。この領域で根動脈内の血流速度は著明に低下した。次に上行性の血流を血管縫合用クリップで遮断すると、根動脈内の血流の方向が変化し、下行性の血流による代償機構が存在した。また神経根は他の末梢神経と同様、微小血管造影像（microangiogram）で根内全長にわたりT字型分岐を繰り返す豊富な血管網が存在し、根動脈からT字型に分岐し根内に進入する血管は、根動脈の血流方向に左右されることは少なく、根内への血流供給を合目的に維持する機構を有していた。そして、これは根動脈の分水界部周辺でも同様であり、Parkeらのいう血管の乏しい（hypovascularity）領域は認められなかった。すなわち、根内血管の血流方向は多種多様であり、高い血管内圧で維持された根動脈の分水界部がParkeらのいう臨床的に根症状の発現を導く根内の乏血につながりやすい領域であるとは考えにくい。すなわち、腰部脊柱管狭窄症などでみられる馬尾の全周性の圧迫では根動脈の血流ではなく、むしろ血管内圧の低い毛細血管や細静脈の領域での血流障害が根症状の発現に最も深く関与すると考えられた。

また神経根の解剖学的特殊性の1つには、椎

間孔部に1次性知覚ニューロンを含んだ後根神経節が存在し、他の末梢神経とは異なり豊富な血管網を有している。後根神経節の血行は脊髓や神経根とは異なり、より末梢の分節動脈（segmental artery）より直接供給され、この血管の損傷は1次性知覚ニューロンに重大な障害を及ぼすと考えられる。^{7,8}

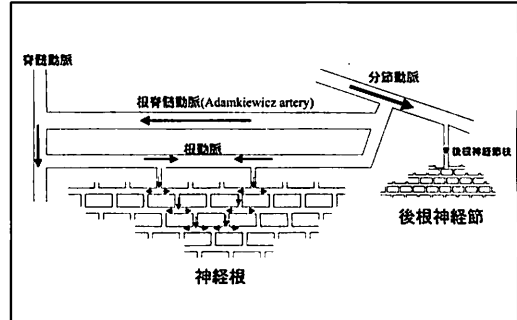


図1:腰仙部神経根及び後根神経節の血流動態

前脊髄動脈・後脊髄動脈へ分岐する血管はみられない。根動脈（radicular artery）の血流は中枢側と末梢側の2方向より血流供給を受け、硬膜出口部近傍に根動脈自体の分水界（water-shed）が存在した。根動脈より根内へT字型に分岐する血管は、根動脈の血流方向に左右されることは少なく、根内血管への血流供給を合目的に維持する機構を有していた。また、根内血管（intrinsic vessels）は根全長にわたって豊富に存在し、その血流方向は多種多様であった。後根神経節への血流供給は脊髓や神経根とは異なり、より末梢の分節動脈より直接供給される。

■根性疼痛（坐骨神経痛）の発現機序

腰部神経根症状の発現における病態は、末梢神経と同様、機械的圧迫によって生ずる神経線維の変形が主因であるといわれている。また神経線維が正常な伝導性を維持するためには十分な酸素供給が必要であり、機械的圧迫による血流障害も神経機能障害の発現に深く関与していると考えられる。Straight leg raising (SLR) テスト⁹や大腿神経伸展テスト (FNST)¹⁰は、椎間板ヘルニアによる根性疼痛の重症度を反映する有用な検査法である。

腰椎椎間板ヘルニアの手術中に行なったSLRテストやFNSTテストでは、ヘルニアと神経根の癒着によって圧迫された神経根の扁平度が増し、その滑走はわずか数mmと明らかに障害さ

れていた。SLR施行時の神経根内の血流は、坐骨神経痛の発症する角度で急激に低下し、施行前に比しL5神経根で40~98%、S1神経根で41~96%の低下がみられた。また、1分間のSLR負荷後の根内血流は、直ちにSLR施行前の値に回復した。ヘルニア摘出後、全例で術中SLRテスト施行時の神経根の滑走は滑らかとなり、明らかな根内血流の低下も見られなかった。松崎らは、椎間板ヘルニア症例の術中のSLRテスト施行中に神経根の活動電位を計測している。その結果、5例中2例にヘルニア切除前に得られたSLR0度での活動電位が、SLR90度を5分間保つと消失し、その後90度から30度に戻すと10分間で活動電位は回復したと報告している。また、ヘルニア切除後では、同処置で波形の変化は全くみられなかったことから、これらの変化は、根内の血流障害に起因するのではないかと推察している。彼らはこのようにSLRの角度を増すことによって神経根への圧も上昇したため、ヘルニアによる圧迫が神経根障害の原因であると結論したが、ヘルニアと神経根の癒着度については検討していない。我々が行なったSLR施行時の根内血流の変化は、かなり急激な根内血流の低下を示し、上記の基礎的・臨床的研究結果と考え合わせると、SLR施行時の疼痛発現には根内血流の低下というよりはむしろ神経線維への直接的な機械的圧迫が原因となっている可能性が高いと考えられた。しかし、正常な神経は圧迫しても痛みを生じないことからわかるように、椎間板ヘルニアの患者では、歩行などによる度重なる神経根への機械的ストレス（急性圧迫）が根内に浮腫や脱髄を生じせしめている可能性が高い。すなわち、神経根内で炎症が生じた時、SLR施行時に生ずる神経根の機械的ストレスは、阻血と低酸素状態を導き、その結果生じた脱髄部への直接的な機械的圧迫が坐骨神経痛の原因となる異所性発火^{11,12}を誘発するものと推察された（図2）。

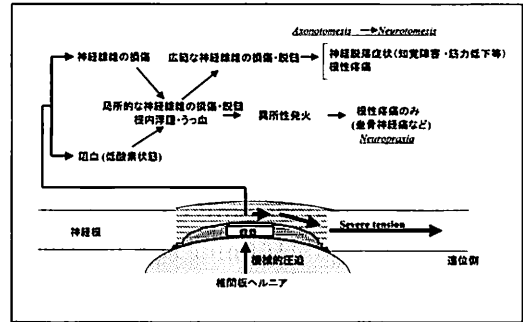


図2:椎間板ヘルニアによる根性疼痛の発現機序
 腰椎椎間板ヘルニアで見られる根症状の発現は、ヘルニアと神経根との間に生じた炎症性変化による癒着と機械的圧迫が、下肢の運動にともなう神経根の可動性を低下させることが主因である。この機械的ストレスによる神経根の可動性制限は、根内に過剰な牽引力をもたらし、2次的に根内に脱髄、血流障害、そして浮腫を生じせしめる。ヘルニアや神経根周囲でみられる炎症性変化は、椎間板組織の化学的因子によって誘発される。しかし、神経根内の炎症性変化は機械的ストレスによる脱髄や浮腫により誘発され、根外と根内の炎症性変化の発現機序は異なる。よって、根性疼痛の発現は機械的ストレスによって根内の脱髄部で生じた異所性発火が深く関与している。

■腰部脊柱管狭窄症でみられる間欠性跛行の病態

腰部脊柱管狭窄症は高齢者に多く見られ、椎間板ヘルニアでみられる片側下肢の根性疼痛（坐骨神経痛）を主訴とすることは少なく、両下肢の脱力感やしびれ感の増強によって生ずる間欠性跛行を主訴とすることが多い。よって、この点で同じ馬尾・神経根の圧迫でも間欠性跛行と根性疼痛の発現機序は異なると考えられる。

間欠性跛行に関する研究は、1911年 Dejerine¹³が脊髄性の間欠性跛行の症例を報告したのに始まる。1961年にBlauとLogue¹⁴が馬尾性の間欠性跛行の症例を報告して以来、馬尾性間欠性跛行の原因には運動時の動脈性の阻血（ischemia）が関与するという研究結果がある一方で、Kavanaughら¹⁵はクモ膜下腔の高度な閉塞が起こるとそれより末梢の髄液圧は上昇し、静脈の還流が障害される結果生ずる静脈性の阻血（venous ischemia）が間欠性跛行の発症に深く関与していることを指摘しているが、動脈系の障害と静脈性の障害のいずれが循環障害の主体をなすかについては未だに議論

のあるところである。

これまで腰部脊柱管狭窄症においてもCTやMRIを用いて脊柱管や硬膜管の横断面積が緒家により測定され、硬膜管横断面積が他の面積値よりも鋭敏に狭窄の程度を反映していると報告されている。Schönstrom¹⁶らは、CTを用いて硬膜管横断面積が100mm²以下であれば脊柱管狭窄とみなしてよいと報告した。またPorterら¹⁷は間欠性跛行にみられた腰部脊柱管狭窄症患者49例を脊髓造影とCTで検索し、46例が多椎間での狭窄を認めたことを報告し、間欠性跛行の出現には2椎間の高位での圧迫による馬尾の静脈うっ血が深く関与するという仮説を提唱している。しかし、単椎間狭窄でも間欠性跛行の出現する症例がみられることから、多椎間狭窄例で間欠性跛行が生じ易くなるのは、むしろ脊柱管狭窄症の自然経過から考えて当然であると考えられる。間欠性跛行発症の病態の本質は単椎間・多椎間にかかわらず、馬尾内に同様な循環動態や病理学的変化が生じているものと考えられる。

Jenkins¹⁸らは、間欠性跛行のみられた腰部脊柱管狭窄症に造影MRIを施行し、7例中5人(71.4%)に馬尾の造影効果がみられたことを報告した。狭窄部の上位でみられた造影効果が静脈の遮断・拡張によるものと考え、一方では狭窄部の上位や下位でもみられた馬尾の造影効果が根への慢性圧迫による機械的損傷や炎症性反応、そしてワラー変性などに合併した血液-神経閥門の破綻であると推察している。我々の検討でも間欠性跛行を有した症例の多くで馬尾の造影効果(91.7%)を認め、これらの症例のダイナミックMRIでは造影剤静注後、長時間馬尾内の輝度が低下せず、造影剤の貯留が認められた。この馬尾内の造影剤の貯留は、静脈鬱血や根内浮腫を示唆する所見である。すなわち、根内浮腫の発現には、根内血管への機械的圧迫因子のほかに、その結果生ずる静脈の還流障害(鬱血)が重要な因子であると考えられる。^{19,20}

腰部脊柱管狭窄症における間欠性跛行の発現は、歩行時に生ずる姿勢などの変化による脊柱

管狭窄が増強し、全周性の馬尾への機械的圧迫が反復・増強する。その結果、クモ膜下腔は閉塞し、根内で生じた血液-神経閥門の破綻に基づく神経内膜腔内の浮腫液のクモ膜下腔(脳脊髄液)内への流出は困難となる。そして、クモ膜(diffusion barrier)内の神経内膜腔液圧(endoneurial fluid pressure)は上昇し、いわゆるcompartment syndromeを生じると考えられる³⁰。この神経内膜液圧の上昇はさらに根内血流を悪化させ、根内に低酸素やアシドーシスの状態を導く。すなわち、間欠性跛行の原因となる伝導障害の発現には、血流障害に基づく静脈鬱血や根内浮腫によって生じた低酸素状態が深く関与しているものと推察された(図3)。

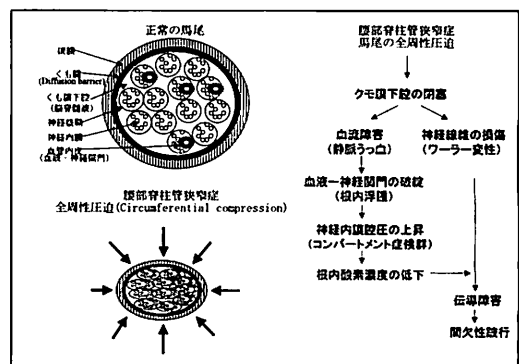


図3:腰部脊柱管狭窄症による間欠性跛行の発現機序
間欠性跛行の原因となる伝導障害の発現には、馬尾の全周性圧迫に伴う静脈鬱血や根内浮腫によって生じた低酸素状態が深く関与しているものと推察された。

おわりに

腰椎椎間板ヘルニアの根性疼痛(坐骨神経痛)の発現には、ヘルニアによる直接的な機械的ストレスが、腰部脊柱管狭窄症での間欠性跛行の発現には静脈うっ滞、そして毛細血管領域の酸素濃度の低下に起因した伝導障害が原因であると考えられた。

文 献

1. Adamkiewicz A. Die Blutgefasse des menschlichen Ruckenmarkes, I: Die Gefasse des Ruckenmarkssubstanz. Sitzungsab. d. k. Akad. d. Wissensch, in Wien. mathnaturw 84. 469-502, 1881.
2. Kadyi H. Uber die Blutgefasse des menschlichen Ruckenmarkes. Gubrynowicz und Schmidt, Lumberg, 1889.
3. Corbin JL. Anatomie et pathologie arterielles de la moelle. Masson et Cie, Paris, 1961.
4. Parke WW, Gammell K, et al. Arterial vascularization of the cauda equina. J Bone Joint Surg 63-A. 53-62, 1981.
5. Crock HV, Yamagishi M, et al. The conus medullaris and cauda equina in man. Springer-Verlag, New York, Wien, 1986.
6. Kobayashi S, Yoshizawa H, et al. Circulatory dynamics of lumbar nerve root. Spine 25: 298-305, 2000.
7. Bergmann L, Alexander L. Vascular supply of the spinal ganglia. Arch Neurol Psychiat 46:761-782, 1941.
8. Kobayashi S, Yoshizawa H. Effect of mechanical compression on the vascular permeability of the dorsal root ganglion. J Orthop Res 20: 730-739, 2002.
9. Kobayashi S, Yoshizawa H, et al. Changes in nerve root motion and intraradicular blood flow during an intraoperative straight leg-raising test. Spine 28: 1427-1434, 2003.
10. Kobayashi S, Yoshizawa H, et al. Changes in nerve root motion and intraradicular blood flow during an intraoperative femoral nerve stretch test. J Neurosurg (Spine 3) 99. 298-305, 2003.
11. Howe JF, Loser JD, et al. Mechanosensitivity of dorsal root ganglia and chronically injured axons: A physiological basis for the radicular pain of nerve root compression. Pain 3. 25-41, 1977.
12. Calvin WH. Some design features of axons and how neuralgias may defeat them; Advances in pain research and therapy. Pain 3. 297-309, 1979.
13. Dejerine J. La claudication intermittente de la moelle epiniere. Presse Med 19. 981-984, 1911.
14. Blau, JN, Logue V. Intermittent claudication of the cauda equina. An usual syndrome resulting from central protrusion of a lumbar intervertebral disc. Lancet 1.1081-1086, 1961.
15. Kavanaugh GJ, et al. Pseudoclaudication" syndrome produced by compression of cauda equina. JAMA 206. 2477-2481, 1986.
16. Schonstrom, NSR, Bolender NF, Splender DM. The pathomorphology of spinal stenosis as seen on CT scan of the lumbar spine. Spine 10. 806-811, 1985.
17. Porter WW, Gammell, K, Rothman RH. The significance of two-level pathology. Spine 17. 9-15 1981.
18. Jinkins JR. Gd-DTPA enhanced MR of the lumbar spinal canal in patients with claudication. J Comput Assist Tomogr 17. 555-562, 1993.
19. Suzuki Y, Kobayashi S, Yoshizawa H, et al. Changes in cauda equina blood flow in lumbar canal stenosis before and after surgery; Observation of dynamic magnetic resonance imaging (MRI). Brock M, et al (Eds). First Interdisciplinary World Congress on Spinal Surgery and Related Disciplines. Monduzzi Editore, Bologna, Appendix, 63-65, 2000.
20. Kobayashi S, Yoshizawa H, et al. Vasogenic edema induced by compression injury to the spinal nerve root; Distribution of intravenously injected protein tracers and gadolinium-enhanced magnetic resonance imaging. Spine 18.1410-1524, 1993.

関節リウマチの最新治療

近畿大学医学部堺病院整形外科 教授 菊池 啓

1. はじめに

関節リウマチ (RA) 治療はメソトレキサート (MTX) の出現で生命予後が変わり、近年生物学的製剤の出現で寛解が得られることから、諸外国では早期リウマチを対象に完治を目指す時代になってきた。2007年7月現在日本ではまだまだ保険的縛りが強く、生物学的製剤の恩恵を受けられないRA働き手が存在する。経済面からしても早期に治療することが重要なことは諸外国で人工関節に代表されるRA手術が減少したことから明らかであろう。しかし、副作用や費用対効果を考えると積極的治療に踏み切れない(?) 政府、医療関係者、患者ならび患者関係者、社会的背景が多いようである。今回堺病院で行っているRA治療を紹介する。



諸外国に比較して約6倍肺合併症が多く、MTX、レフルノミド、生物学的製剤による肺合併症で死に至る重篤な報告もある。従って、堺病院では肺合併症の少ないプシラミン (100mg/日から増量) を優先的に選択している。但し、どの薬剤を選択しても投与開始から少なくとも3ヶ月間は定期的な検査を1ヵ月毎に行うべきである。

2. 早期関節リウマチ診断基準

日本RA友の会アンケート調査によると、RAが診断された年齢は、19歳以下：4.9%、20-29歳：13.2%、30-39歳：19.5%、40-49歳：26.2%、50-59歳：22.9%、60歳以上：12.0%であり、女性からすると自由な時間と資金が確保できない時に診断されている。ホルモンバランスやストレスはRA活動性と関連するので、リウマチ科を標榜できなくなることは国民にとって何の利点もないと考える。表1に示す早期リウマチ診断基準や厚生労働省科学研究情報が提示している関連補助診断を用いればもっと早い時期から治療することが可能になる。極早期に日本人にあった抗リウマチ薬を選択することが一番の得策である。現在のEBMに基づくガイドラインから抜粋した代表的薬剤を表2に示しているが、その中の推奨度A免疫調節剤を先ず少量から始めるのが基本である。国産品は治験を日本で行った強みがある。何故ならば、金製剤、プレオマイシン、イレッサなど日本人は

表1 早期リウマチ診断ならびに関連補助診断

早期リウマチ (ERA) 診断: 日本RA学会

1. 3関節以上の圧痛または他動運動痛
 2. 2関節以上の腫脹
 3. 朝のこわばり
 4. リウマトイド結節
 5. 赤沈20mm以上またはCRP陽性
 6. リウマトイド因子陽性
- 1-6の内: 3項目以上を満たすこと

補助早期診断

1. MRI所見における対称性滑膜炎(Odds比5.2)
2. MRI所見における骨髄浮腫、浸蝕(Odds比9.6)
RF、抗CCP抗体、抗フィカリン抗体、IL-6値、HLA-DRB1*0405と相関
3. 抗CCP抗体陽性、RF陽性(Odds比7.7)

表2 代表的抗RA薬の作用と副作用

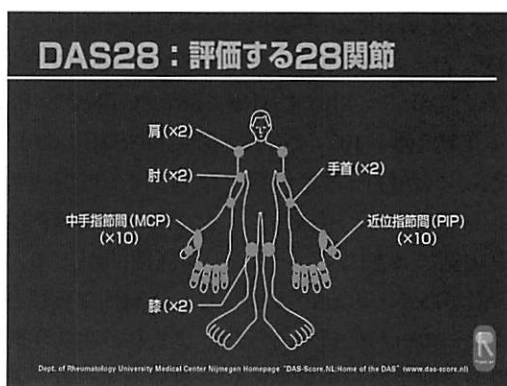
免疫調節剤名	抗RA効果	推奨度	副作用
アザルフィジンEN	中	A	消化器、皮疹、肝
リマチル(国産)	中	A	消化器、粘膜、腎
シオゾール	中	B	皮疹、口内炎、蛋白尿
メタルカプターゼ	中	B	消化器、肝、腎
リドーラ	弱	B	下痢、軟便、皮疹
オークルなど(国産)	弱	B	消化器、皮疹

免疫調節剤名	抗RA効果	推奨度	副作用
リウマトレックスなど	強	A	IP、骨髄抑制、肝
アラハ	強	A	IP、感染症、脱毛
プログラフ	中	B	腎、高血圧、DM
ブレディニン	弱	B	消化器、粘膜、高尿酸

3. RA活動性のコントロール

RA活動性の評価は欧州リウマチ学会が推奨するDAS28(表3)を用いている。大関節や脊椎が対象とならない欠点もあるが、ACRスコアより簡便である。寛解基準を目標に治療するが、免疫調節薬で活動性が治まらなければ早期からMTX投与を行い、関節破壊が進行する症例ではレフルノミド(未だ登録制!)を選択している。MTXは8mg/日の保険的縛りがあるため、当科では1回量(8mg分2)を増やす工夫をしている。その効果は良好で54%がgood、12%はmoderate、15%が生物学的製剤に移行し、副作用の増加は認めなかった(原文彦,他:臨床リウマチ学会誌2007)。レフルノミドは関節破壊マーカー(CCP抗体、抗CCP抗体、MMP-3)を抑制し、諸外国と同じ投与量が認可されているので、用量調節を間違わなければ優れた薬剤である。レフルノミド20mgはMTX25mg以上に相当することを覚えていただきたい。今後諸先生の施設で使えるように現在長期試験中である。

表3 RA活動性評価



計算式に圧痛関節数と腫脹関節数、炎症スコア(赤沈かCRP)、全般的健康状態(VAS)を入力する。

DAS 28

寛解	< 2.6	反応良好	> 1.2
低い	3.2未満	中等度反応	0.6-1.2以下
中等度	3.2-5.1	反応不良	< 0.6
高い	> 5.1		

4. 生物学的製剤の使用経緯

レミケードとエンブレルは似て非なる薬剤であるので、効果が現弱した場合にはスイッチするとか、MTXが使えない症例ではエンブレルを選択することが可能である。妊娠を希望する女性ではエンブレルのみならWHO勧告カテゴリーCと一番安全である。今後も新たな薬剤(表4)が認可されることでさらなる寛解・完治が望まれ、手術する患者がいなくなることを祈る。当科で経験したRA40例(男性7例、女性33例。20-75歳平均56歳。Body Mass Index: 18.7-31.2平均23.4。Stage 1: 8、S2: 5、S3: 3、S4: 24。Class 1: 9、C2: 22、C3: 9、S4: 0。罹病期間0.5-45年平均12年)を対象とし、投与中止時点か投与後6ヵ月後以降で評価(DAS28)した。使用薬剤はレミケード12例、エンブレル28例で患者背景に差異はなかった。著効例は14例(平均年齢50歳、罹病期間9年、BMI23.5、Stage 1: 6、Class 1: 6、初回CRP: 2.9、MMP-3: 328、CARF: 127、CTX-2: 461、抗CCP抗体: 349、NTX: 42、DAS28: 5.7。終診時CRP: 0.4、MMP-3: 141、CARF: 161、CTX-2: 335、抗CCP抗体: 262、NTX: 43、

DAS28 : 2.5。) 中止例は8例 (レミケード2例、エンブレル6例。平均年齢63歳、罹病期間17年、BMI22.6、Stage 4 : 7、Class 3 : 5、初回CRP : 7.6、MMP-3 : 464、CARF : 387、CTX-2 : 465、抗CCP抗体 : 407、NTX : 55、DAS28 : 6.6) で、5例が呼吸器合併症、無効2例、皮膚症状1例であった。【結論】生物学的製剤著効例は中止例に比較して、若く、罹病期間が短く、BMIが高く、Stage & Class、活動性ならび各種マーカーが低値であった。つまり、生物学的製剤の使用は今後早期RA も対象とすべきと考える。生物学的製剤投与前にはHRCTによる肺精査、ツ反、 β -D-グルカン、KL-6、HBウイルス検索に加えて、大阪では結核が多いので、イスコチンの予防投与を常に念頭に置く必要がある (本人の住む環境を考慮することも必要)。

5. 局所療法

EBMでは関節症治療 (除痛) にNSAIDsは有用であるが、関節軟骨破壊には保護的作用を持たない。一方、関節内高分子ヒアルロン酸 (HA) 注入療法は早期の除痛効果は少ないものの関節軟骨保護には重要であり、10回を超えるリピーターではNSAIDs不要でコントロール可能な症例も多く、関節マーカー (CTX-2 など) 的にも有用であった (菊池 啓 : Monthly Book Orthopedics誌2007)。生理的な分子量であるHAと関節内組織に浸透しやすいHAがあるので、一剤で効果がなくともスイッチすることも可能である。またRAではステージが進行するとCTX-2も上昇することが報告しているので (菊池 啓、他 : 臨床リウマチ学会誌2007)、各種マーカーと治療を組み合わせることで患者の治療意識を高めることができる。今回詳細は割愛するが手術療法も機能回復には重要な手段であり、術直後にRA活動性 (サイトカインを含め) が抑制されることも報告した (菊池 啓、他 : 臨床リウマチ学会誌2005)。しかし残念ながら、RA手術件数は日本では今のところ減っていない。

6. まとめ

早期リウマチの診断が普及し、患者意識が向上するためには、整形外科医は手術に至らないように関節破壊を抑制する (副作用があっても効果のある) 薬剤を選択しなければならない。まずは推奨度Aの免疫調節剤 (リマチル、アザルフィジン) を投与し、無効ならばMTXに代表される免疫抑制剤に切り替えることが必須である。重要なポイントは関節変形が生じる前に積極的に治療することで、患者教育が重要になってくる。堺病院では関節破壊マーカーを提示することが患者の理解を得やすいと考えているが、それぞれのドクターのテクニックで今後リウマチが制圧されることを期待したい。

表4 今後認可されるRA新薬

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. アダリムマブ:ヒューミラ (エーザイ、アボット)
ヒト抗TNFαモノクローナル抗体、半減期が長いので、2週間毎の皮下投与、MTX併用必要 2. イグラチモド:ピアラム (富山、エーザイ)
MTX無効例でもSASPよりも効果が高い
日本開発、肝機能チェック必要 3. トシリズマブ:アクテムラ (中外製薬)
生物学的製剤のイチロー (阪大)
ヒト抗IL-6受容体抗体 4. その他:リツキシマブ、アバタセプト、... |
|---|

大腿骨近位部骨折の予防と治療

—全国調査からの現状と将来—

鳥取大学医学部附属病院リハビリテーション部

准教授 萩野 浩

はじめに

高齢者の骨折は加齢ともなって発生率が上昇する。なかでも大腿骨近位部骨折は日常活動性を著しく制限して生活の質（QOL）を低下させる骨折で、生命予後も悪化させることが知られている。本骨折は85歳以上の超高齢者での発生率が高く、わが国では人口の高齢化が今後急速に進むと予測されているため、患者数が増加すると見込まれている。



1. 患者数と発生率

日本整形外科学会では平成1998年から全国の認定研修施設および臨床整形外科有床診療所を調査対象に、大腿骨近位部骨折の調査を行っている。1998年～2000年の調査結果¹⁾では110,747例（35歳以上）が登録され、女性が男性の3.7倍であった。年齢階級別の患者数は80-84歳が最多であった。骨折型別患者数は頸部（内側）骨折が47,853例（44%）、転子部（外側）骨折が61,632例（56%）（骨折型不明1262例）で、大腿骨頸部骨折全体では、外側骨折が内側骨折よりも多かった。受傷側は右が53,713例、左が56,090例、両側895例（左右不明944例）で、左側に多い傾向が見られた。

近年わが国で行われた各地域での全数調査や全国規模でのサンプリング調査によれば、大腿骨近位部骨折の発生率は50歳以下では男女とも人口10万人当たり10以下で、その発生はごく少なく、60歳以上で徐々に発生率が増加し、70歳以降に指数関数的に上昇する（図1）。鳥取県での1998～2001年の調査結果では、75-79歳では女性で505.8（年間人口10万人当たり）、80～84歳では1115.4、85歳以上では2066.4に達する²⁾。

骨折型別の発生率は、70歳代前半までは頸部（内側）骨折と転子部（外側）骨折に差はな

いが、70歳代後半から転子部骨折の方が高値となる。85歳以上の女性の発生率は、頸部骨折が625.2であるのに対して、転子部骨折は1388.2と2.2倍である。

日本以外のアジア地域や、欧米での発生率調査結果を元に、人口補正した発生率を表1に示す。日本人を含めたアジア人での発生率は、北欧や米国の白人のものより明らかに低値である。これは大腿骨近位部骨折に限らず、前腕骨骨折、上腕骨近位部骨折でも同様である³⁾。日本人の転倒発生率が欧米白人に比べて低いことが、骨折発生率低値の理由と考えられるに至っている。

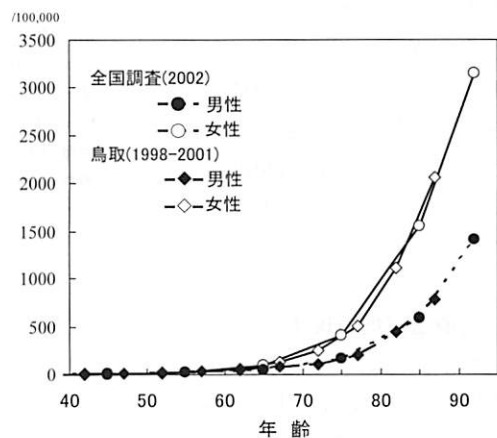


図1. 年齢階級別発生率

表1 各国の四肢骨折発生率の比較

地域 (国)	大腿骨近位部骨折		前腕骨折		上腕骨近位部骨折	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
ロチェスター (米国ミネソタ州)	147	335	89	438	54	161
マルメ(スウェーデン)	173	405	166	766	91	221
ダンディー-オックスフォード (英国)	97	273	73	330	36	63
鳥取(日本)	54	155	57	196	21	52
香港 (中国)	52	136				
クアラルンプール(マレーシア)	48	72				
ホーナン(韓国)	28	25				
イダバン(ナイジェリア)	1	1	2	2		

数値は1995年の日本人口構成(25歳以上)に補正した発生率 (100,000人・年当たり)

2. 受傷の原因

日本整形外科学会の調査では受傷原因も明らかとされ、74%が「立った高さからの転倒」であった。不明、記憶無し、交通事故を除くと87.9%で転倒が原因であった。受傷場所は屋内が68.8%を占め、80歳以上の超高齢者群ではさらに屋内で受傷する割合85%と高かった。

3. 季節変動

季節変動については、有意な変動が観察されたとする報告や、季節性が見られなかったとする報告があり、地域によって結果が分かれる。日本整形外科学会の全国調査によれば、夏期に比べて冬季に発生率が有意に高い¹⁾。冬季に本骨折が多く発生する理由としては、寒いため着衣が多く転倒しやすいこと、血中ビタミンDが冬季に低下し骨の脆弱化や筋力低下を来す可能性、低温となると低血圧を生じ転倒頻度が増加することなどが考えられる。

4. 治療法選択の現状

わが国における術前待機期間は平均5.3日(中央値4日)で、これは欧米の待機期間に比べて長期間である。

表2に術前待機期間と死亡率に関する比較試験結果を示す。1990年代には、早期手術が推奨され、受傷後24時間以内の緊急手術が勧められた。しかし、その後の報告では合併症を考慮した補正死亡率は、48時間以内に手術した早期手術例と、それ以後に手術を行った待機群との間に差はない。しかしながら、わが国における待機期間は5.3日と

長く、本骨折治療の問題点といえる。

わが国では頸部骨折の93.3%、転子部骨折の94.1%で観血的治療が選択されている。そして頸部骨折では73.8%の症例で人工骨頭(関節)置換術が選択され、転子部骨折では97.4%に骨接合術が選択されている。

表2 手術時期と死亡率

報告者	調査国	研究デザイン	n	早期の定義	死亡率	有意差	補正死亡率
早期手術は有益							
Rogers (1995)	米国	後ろ向き	82	<24h	入院中	p<0.001	ND
Perez (1995)	英国	後ろ向き	581	<24h	入院中	p<0.01	ND
Hamlet (1997)	米国	後ろ向き	168	<24h	1年	p<0.001	ND
Gdalevich (2004)	イスラエル	後ろ向き	637	<48h	1年	p<0.001	p=0.012
早期手術は有益ではない							
Todd (1995)	英国	前向き	580	<48h	1年 3か月	NS p=0.016	ND NS
Zuckerman (1995)	米国	後ろ向き	367	<72h	入院中 1年	NS p=0.04	ND NS
Hoening (1997)	米国	後ろ向き	1880	<48h	1か月 6か月	ND ND	NS NS
Grimes (2002)	米国	後ろ向き	8886	<24h	1か月 5-10年	p<0.05 p<0.05	NS NS
Elliot (2003)	英国	前向き	1867	<24h	1年	p<0.001	NS
Orosz (2004)	米国	前向き	1206	<24h	6か月	p=0.03	NS
Moran(2005)	英国	前向き	2660	<24h	1か月	NS	NS
Majumdar (2006)	カナダ	後ろ向き	3981	<24h	入院中	ND	NS
加藤 (2005)	日本			<24h	死亡率の比較無し		
市村 (2006)	日本	後ろ向き	331	<48h	1年	NS	ND

合併症を考慮した補正死亡率は、48時間以内に手術した早期手術例と、それ以後に手術を行った待機群との間に差はない。

Majumdar, S. R., L. A. Beaupre, et al, Med Care 44(6):552-9, 2006 より引用

5. 経年的推移

鳥取県での1986-88年、1992-94年、1998-2001年の年齢階級別発生率を比較した結果によれば、80歳以上の女性での経年的な上昇が著しく、統計学的に有意な経年的発生率上昇があった²⁾。また5年ごとに推計解析が行われている全国調査結果でも1987年～2002年間に発生率の上昇が観察されている。

国外でも、シンガポール、韓国、ホンコン、台湾などのアジア諸国では発生率が経年的に上昇している。シンガポールでは1960年代から1990年代にかけて骨折発生率が5倍以上に上昇し、韓国でも1991年から2001年の10年間で4倍の発生率上昇があった⁷⁾。これに対して北欧や北米では以前には発生率上昇の傾向が見られたが、近年では変化がないという報告が多い。

このように地域や人種によって発生率やその推移にばらつきがあり、都市化が進んだ地域ほど発生率が高いことが知られている。発生率の推移に影響する重要な要因として、身体活動性の低下、飲酒量や催眠鎮静剤の服用頻度の増加があげられ、これらは転倒の危険性を高め、骨折発生率上昇の原因となっている。

おわりに

2007年発表の日本将来人口推計に従って、国内での発生率全国調査結果に基づいて、推計した結果、新規骨折発生数は2030年には年間26～30万人に達すると予想される。しかも、2007年には80歳台が全体の半分を占め、90歳以上の患者数は半分以下であるが、30年後にはこれが逆転し、90歳以上の患者が全体の半分近くを占めることとなる。年齢別の発生率上昇が今後も続けば、この患者数増加に拍車がかかることになる。

本骨折の予防には骨強度改善、転倒防止、転倒時の衝撃防止の、3つのアプローチが試みられている。運動療法には転倒予防効果があることが知られているが、骨折の予防を証明した研究はない。また転倒時衝撃防止のために開発されているヒッププロテクターは装着率を高めれば有効であることが判明しているが、広く一般的に使用しても効果はない。北米では骨粗鬆症の適切な診断と、骨吸収抑制剤による治療によって、大腿骨近位部骨折や橈骨遠位部骨折の発生率が近年低下していると報告されている。わが国でも大腿骨近位部骨折発生率のリスク評価とそれに応じた予防戦略が急務である。

文 献

- 1) Committee for Osteoporosis Treatment of The Japanese Orthopaedic Association. :Nationwide survey of hip fractures in Japan. J Orthop 9: 1-5, 2004
- 2) Hagino H, Katagiri H, Okano T, et al: Increasing incidence of hip fracture in Tottori Prefecture, Japan: trend from 1986 to 2001. Osteoporos Int 16(12): 1963-8, 2005
- 3) Hagino H, Yamamoto K, Ohshiro H, et al: Changing incidence of hip, distal radius, and proximal humerus fractures in Tottori Prefecture, Japan. Bone 24: 265-270, 1999

関節リウマチに対する薬物療法 —最近の知見と今後の展望—

関西医科大学附属滝井病院整形外科 講師 宮島茂夫

関節リウマチ (RA) は、未だ病因不明の慢性多発性関節炎で、身近な難病の1つと言える。関節破壊はその殆どが非可逆性であり、発症早期の的確な治療開始の重要性が叫ばれている。生物学的製剤の登場以来、RAに対する薬物療法は大きな変革期を迎え、治療の目標も関節破壊の進行抑制から進行防止、あるいは破壊関節の修復へと変貌している。

今回の講演では、RAに対する薬物療法、特に抗リウマチ剤の最近報告された副作用について解説し留意点を述べ、生物学的製剤の使用経験を踏まえ、今後のRA薬物療法の展望について言及した。

RA薬物療法の4本柱は、非ステロイド性消炎鎮痛剤(NSAIDs)、抗リウマチ剤(DMARDs)、ステロイド剤、生物学的製剤であるが、その中心はDMARDsであり、頻用されているブシラミン (BUC)、スルファサラゾピリジン (SASP) につき使用上の注意点を述べた。BUCの有害事象は頻度としては皮膚障害、腎障害が多く重篤なものは肺障害が多い。その約60%は開始後3カ月以内に発症し、注意を要する。SASPの有害事象は、皮膚障害・胃腸障害が多く、重篤な合併症はBUCと同様である。副作用発現は開始後1カ月以内が多い。

メトトレキサート (MTX) は、1999年国内でRAに適応となったが、現在ではRAに対するアンカードラッグとして位置付けられ、当院ではRA患者の70%以上に本剤が使用されている。発売から2006年末までに、約240例の死亡症例が報告されており、高齢者・病期の進行した症例・MTXの長期投与例で特に注意を要し、厳重なモニタリングが必要である。

生物学的製剤は、2003年にインフリキシマブ、2005年にエタネルセプトが発売され、共に既存の抗リウマチ剤に比し、優れた効果を示して



いる。2008年中には更に2剤が発売される見込みで、今後生物学的製剤の使用頻度は増加していくものと予想されるが、感染症等重篤な副作用もあり、より一層の注意が必要である。

リウマチ友の会のアンケートによれば、関東では主治医は内科系リウマチ医が多いのに対し、近畿圏では依然整形外科医を主治医とする患者が多く、近い将来迎えるであろう生物学的製剤を中心としたRA薬物治療の時代に対応するため、我々整形外科医も病診・診診連携を密にして今後も積極的にRA治療に参加したいものである。

『リスクマネジメントの原理と組織戦略』

横浜市立大附属病院 医療安全管理学 教授 橋本 迪生

■医療における安全文化

平成11年1月11日に、我が国の医療安全が大きく動き出すきっかけとなった大きな医療事故が、横浜市立大学附属病院（以下、横浜市大）で発生した。有名な「患者取り違い事故」である。患者Aさんへの心臓手術をBさんに、Bさんへの肺の手術をAさんに実施してしまったというものだ。あいまいな主治医制やカルテ携行などが事故の要因として挙げられるが、もっと根幹となる原因が指摘される。それは手術室にいた複数の医療者が、「これはAさんではないかもしれない」と思っていたにもかかわらず、看過してしまったことであり、重要な安全情報がチームで検証されることがなかった点である。これは、典型的な組織事故で、この組織に安全文化が欠けていたといえる。

では、安全文化とは何か。文化とは、「ここにいるコミュニティの成員が、ある価値を共有して、それに基づく行動が規範的であること」といえる。従って安全文化とは、「安全を高い価値とする認識を共有し、安全の確認や確保のための行動が組織の中で当たり前に行われること」となる。と考えると、安全文化の確立こそが医療安全の最重要命題であることがわかる。

■医療安全の原理の理解が役に立つ

1. SRKモデル

安全の原理について主要なものをいくつか解説する。ラスムッセンのSRKモデルという人間の行動エラーの類型区分がある（図1）。ラスムッセンは、「日常的に馴染んだ状況」から「未知の状況」までの「状況の次元」と、「自動モ



ード」から「意識モード」までの「心理の次元」の2つの組み合わせで行動を区分し、①日常的に馴染んだ状況の中で勝手に手が動く行動をスキルベース、②その対極にある未知の状況の中で自分の意識や知識、経験をフル稼働して対応していく行動をナレッジベース、③その間にあるものをルールベースの行動とした。この類型区分ごとにエラーの特性が異なり対処も異なってくる。

スキルベースでは、熟練した行動が慣れていない行動を乗っ取ってしまうエラーなどが発生

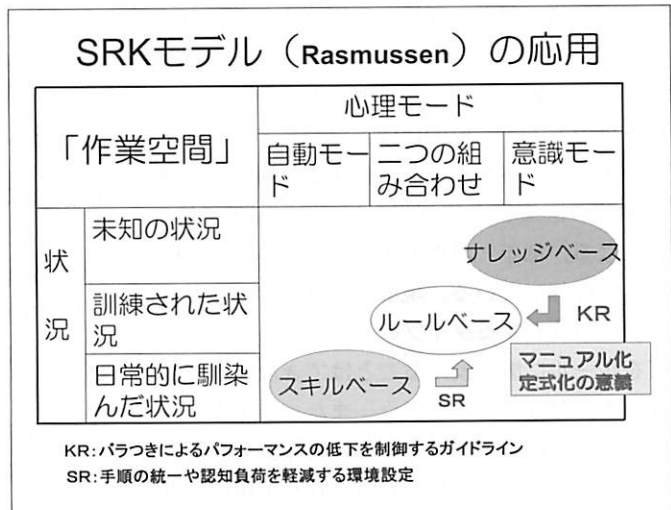


図1. SRKモデル (Rasmussen) の応用

する。また、看護師によくあるが、ナースステーションで作業中にナースコールで呼ばれ、患者さんのベッドサイドで対応して戻った後、元の作業を忘れてしまう、といったケース（業務中断と呼ばれる）がある。これは、深い意識による行動ではないので、「気をつけなさい」という再発防止対策は、看護師の認知負荷を大きくしているだけで効果が長期的には期待できない。これに対して先進の病院では、「作業中断札」を使っている。作業中その場を離れるときに札を置く、つまり認知負荷をモノに置きかえるという対策である。人の注意特性は、「関心のあるものには注意が向く」「強い注意を向ければその範囲は狭くなる」「注意力は持続できない」「強い注意の後には必ず弛緩がくる」というものであり、限界が示されている。だから「気をつけなさいー気をつけます」的な精神論は、スキルベースのエラー対策には原理的に適用できない。

ナレッジベースでは、論理的に重要なことが、心理的に顕著なものとして捉えられないために判断を誤る、情報収集不足による誤った判断や過大評価をする、などのエラーが発生する。経験の浅い研修医などが陥りやすいエラーの区分である。そのまま放置しておくアウトプットのバラツキが大きくなる。

このように、ナレッジベースのパフォーマンスでは知識や経験、環境の影響に依存するバラツキが生じやすいので、可能なものはルールベースに置き換えることが重要である。つまり、標準化である。一般的には、マニュアルやガイドラインといったものが該当する。横浜市大附属病院の医療安全管理指針は、2007年で第7版となる。毎年、現場の不都合については、検証して改訂している。現場の合意をとりながら少しずつ改良するタイプのルールである。すべてをルールに置き換えることはできないが、かなりの部分はできると思う。また、スキルベースのものも作業方法によっては認知負荷が大きい場合があるが、それを軽減させる手順に変更するなど、ルールベースへの置き換えを考えて

もよい。

2. 事故はどのように起こるか

ジェームズ・リーズンのスイスチーズモデルでいうと、事故は、いくつもの防護壁の穴がたまたま一列に並んだ結果、発生する。では、人間のエラーを防止するのに多重防護が理論どおりなのか。例えば、トリプルチェックであるが、仮に一人ひとりが1,000回に1回間違ってしまう場合、3人同時に間違える確率は $1/1,000$ の3乗と計算される。理論的にはそうなのだが、通常には人間のもつ冗長性という特性が働き、自分の前に他の人がチェックしていると思うと、 $1/1,000$ の力が発揮できなくなってしまう。仮に $(1/1,000) \times (1/100) \times (1/10)$ だとすると、 $1/1,000$ の3乗の1,000倍のリスクがあることになる。作業環境にもよるが、人間のこういった傾向を認識しておくことは大切である。

3. 指差し確認

もうひとつ大事なことは、現場の環境では1人で対応しなくてはならないことが多いことだ。そのときに有効な方法として「指差し確認」を推奨したい。飛行機の客室内で座席上方の荷物入れの蓋がきちっとが閉まっているか、昔はキャビンアテンダントが目視だけで確認していたが、今はひとつずつ触って確認している。触れることができない場合には、「指を差し」、一つひとつの行為を独立させ確認することは上に述べたように理論的にもリスクを低減できることとなる。この原理的な理解が役に立つ。

4. 安全対策のキーワードの意味：fool proof と fail safe

安全対策を考えていく上で、原理的な順番がある。一番に考えるべきが、fool proof に基づいた対策はないか、ということである。それは、「どんなに粗忽な人でも間違いようが無いシステム」を意味する。例えば、現実には、高濃度カリウム製剤の静脈注射事故が発生していたが、本来点滴に混ぜて薄めて使うものならば、点滴からのみ刺入できる針の先の形状にする、といった対策が有効であり、それがfool proof で

ある（写真）。二番目に考えるべきが、fail safe に基づく対策である。「エラーが発生しても、より安全な方向に結果が終息するシステム」を意味する。オーダリングでの誤入力防止するシステム等で利用されている。



点滴にしか接続できない針の形状に変更した

■医療安全管理の一般解

法的な義務（入院基本料の算定要件）として必要なのは、「病院の組織体制づくり」「報告制度」「マニュアルの整備」「組織の啓発・個別の研修」である。もうひとつは、法的な拘束はないが、「事故発生時の対応の確立」である。以下に、これらの要点を解説したい。

1番目が、組織体制づくりである。医療安全対策委員会などがこれに当たるが、力量のある委員会なのかがポイントである。例えば、10%キシロカインは、循環器系の救急場面で役立つ薬だが、間違っって静脈に直接注射して死亡させる事故が全国で多発した。横浜市大でも全面排除の検討がされた。残すべきと主張する部署もあったが、臨床現場から濃度2%のものでうまく使えば効果が得られるという指摘があり、10%のものを病棟から撤去できた。委員会として単に「やめましょう」というか、本当に必要な手段を講じて、確固たる決定ができるか、力量が試される。2番目は院内報告制度である。ヒヤリハット報告制度は医療界でもとり組まれているが、現場で情報を共有できていないことがしばしば観察される。これでは現場の人は何が起こったかわからないまま、改善されないという医療安全体制になる。現場での共有をいかに図るかがポイントである。3番目は安全管理指針の充実である。横浜市大では共通編と各部署編があるが、本質的なのは共通編で、あちこ

ちで同じようなエラーが起こるのであれば、共通編に入れ標準化する必要がある。4番目は組織の啓発である。講演会のようなケースが多いが、そう身に付くわけではない。自分たちの問題としてワークショップを行った方がよいと思われる。5番目は事故発生時の対応である。事故は起こしたくて起こすものではないが、裁判の場面になると、医療関係者が犯罪者のような扱い方になることもある。そのため、医師が逃げ出してしまうような状況もあり得る。そうならないように、また患者側の立場も考慮した、裁判外の仕組みづくりの動きがある。これには2つある。ひとつは、裁判ではないのだが、裁判型の形式で法的な決着を重視する仕組み、もうひとつは私も推している対話型の紛争処理システムである。前者は医療者のニーズを満たすが、患者さんのニーズを満たさない。後者は、大事な人を失って悲嘆に暮れている人たちを癒しつつ、医療側と患者側の対話を促しながら解決していくというやり方である。これは、コンフリクト・マネジメントということを進めおり、日本医療機能評価機構患者安全推進協議における教育プログラムで、対話解決スキルを持った人の養成を現在進めている状況である。

■今後求められるもの

医療安全において、今後求められることとして3つのことを挙げておきたい。第1は、医療サービスの質を個々に任せないで、組織として管理することである。高い標準を設定し訓練し、バラツキの少ない高品質の医療を提供できる仕組みを創ることで、当然、安全にも寄与するわけである。第2は、患者参加型の医療安全を進めていく必要があるということである。患者自身が、医療プログラム上で何らかの役割を担うものが想定される。患者参加のあり得る幾つかのシーンを提示しておきたい（表）。患者参加は決して医療者が手を抜くものではなく、そもそも医療は患者と医療者の協働作業であるという認識を持ってもらう必要性から重要となる。

副次的に医療に対する信頼を醸成していくことに寄与すると考えている。第3は、医療安全について社会にPRすることだ。例えば、2007年の病院の重点活動はこうです、と社会に見える形で活動を提示していく。これにより、病院の職員が患者に見られているということで、底上げの効果が期待される。こういったものを患者さんに提示しつつ、一緒にやってもらうという

ことが、これから重要になってくると思う。医療はサービス業である。製造業とは異なって、サービスの利用者がその作業の中にコミットできるという利点がある。もちろん欠点にもなり得るが、利点として生かしていくことが、これからの医療安全の成功の鍵になると考えている。

表 患者参加プログラムのシーン

患者参加プログラムのシーン	
1. informed consent	7. 危険予知トレーニング
2. 患者確認	8. 治療への参加促進
3. 化学療法への参加	9. 看護計画
4. 術前訪問	10. 患者の声
5. 服薬管理	11. 在宅ケア
6. 転倒・転落	12. 感染管理

骨粗鬆症の最新の知見と治療

慶應義塾大学病院整形外科 講師 岩本 潤
(スポーツクリニック担当)

本邦では骨粗鬆症患者に対する治療薬として、アレンドロネート、リセドロネート、エチドロネートなどのビスフォスフォネートやラロキシフェン、活性型ビタミンD₃、ビタミンK₂、カルシトニン、女性ホルモンなどが使用されている。骨粗鬆症の薬物治療はEvidence-based Medicine (EBM) に基づいて行われる。

EBMでは文献検索により得られた最もグレードの高いエビデンス（大規模無作為化比較試験やそのメタアナリシスあるいはシステムティックレビューによって得られた結果）に基づいて治療が行われる。骨粗鬆症治療薬の選択は、各薬剤の1) 脊椎、非脊椎、大腿骨近位部の骨折予防効果、2) 無作為化比較試験で得られた結果の一貫性、3) 長期の治療成績と安全性などを考慮に入れて行う。脊椎骨折を予防すべき患者に対してはアレンドロネート、リセドロネート、ラロキシフェンのいずれかが第1選択薬として考慮される。また既存脊椎骨折を有し、転倒のリスクが高いとされる患者（主に高齢者）に対してはアレンドロネートかリセドロネートが第1選択として考慮される。

このようにEBMに基づいた治療を考慮に入れることは重要である。しかし、実際の臨床の間では同じ疾患でも個人差があることも事実であり、多くの集団についての統計学的分析から得られたエビデンスをすべての患者に当てはめることにも無理がある。すなわち、EBMに基づいた画一的な治療法の選択には限界があると考えられる。骨粗鬆症患者に対する薬物治療においても、活性型ビタミンD₃、ビタミンK₂、カルシトニン、ホルモン補充療法もそれぞれの特徴があり、症例によっては必要かつ有効である。



活性型ビタミンD₃は腸管でのカルシウム吸収を促進し、血清カルシウム値を上昇させ、血清副甲状腺ホルモン（PTH）値を低下させる。ただし尿中カルシウム排泄も増加させる。また近年天然ビタミンDあるいは活性型ビタミンD₃は高齢者の転倒予防に有用であることが報告されている。特に1993年Chapuyらにより天然のビタミンDが大腿骨近位部骨折の予防に有用であることも報告されている。一方、ビタミンK₂はオステオカルシンのグラ化の促進やsteroid and xenobiotic receptor (SXR) を介して骨形成を促進する。両ビタミンとも本邦での無作為化比較試験により骨折（主に脊椎骨折）予防効果が報告されている。またカルシトニン（筋注）は、骨折予防効果は確認されていないものの、中枢神経を介して疼痛（骨粗鬆症に伴う腰背痛など）を軽減する。もちろん更年期障害のある閉経後骨粗鬆症女性に対してはホルモン補充療法も考慮されるべきである。このように各薬剤の特徴を知っておけば、臨機応変に対応できるものと考えられる。ただし、各薬剤の注意点にも十分留意すべきであろう。

骨折予防効果の優れたアレンドロネート、リセドロネート、ラロキシフェンなどの薬剤による治療は可能な限り続けるべきである。しかし、一般臨床医にとっては服薬の継続は大きな問題である。服薬継続率を向上させるためには、患者に治療の必要性（脊椎単純X線、骨密度、骨代謝マーカーから）や治療の見通しを十分に説明し、骨密度や骨代謝マーカーによるモニタリングを行い、その結果をフィードバックし、予想される副作用に対して対応できる体制を整えておくことが肝要である。

本邦でも最近使用可能となったビスフォスフォネート週1回製剤は、骨粗鬆症治療において極めて有用である。週1回製剤は毎日製剤と骨代謝回転抑制効果や骨密度増加効果は同等であるが、使用成績直後調査によると副作用発現率は少ないとされる。また毎日製剤に比べて、利便性に優れ、服薬継続率が高く、また薬価も安いなどの利点がある。本邦でのアンケート調査によると、ビスフォスフォネート毎日製剤を中止した患者の63%が週1回製剤なら再度服用し

てもよいと回答したと報告されている。したがって、ビスフォスフォネート週1回製剤は骨粗鬆症患者の第1選択薬として考慮されるのみならず、毎日製剤から週1回製剤への切り替えや毎日製剤を中止した患者に対する週1回製剤の再投与も検討されよう。

最新の知見として、新しいビスフォスフォネートであるゾレドロネートの静注投与（年に1回）は、閉経後骨粗鬆症患者において脊椎、非脊椎、大腿骨近位部骨折の予防に有用であり、また大腿骨近位部骨折術後患者において骨折の発生率や死亡率を減少させることが報告されている。今後本邦でも使用可能となることが期待される。

今後は高齢化の進行に伴い、骨粗鬆症の罹病率は上昇し骨折患者数が増加することが予想される。骨粗鬆症による骨折は高齢者の寝たきりの要因となるばかりでなく死亡率を高め、健康寿命を著しく縮めることから、その予防対策はますます重要となってくる。一般臨床医にとっても、理論的根拠に基づいた適切な骨粗鬆症の薬物治療が必要とされる。

医工および産学連携による整形外科領域への貢献

大阪大学大学院医学系研究科 教授

(運動器バイオマテリアル学) 菅 本 一 臣

(はじめに)

近年、大学内ではさかんに医工、産学連携が叫ばれている。その背景には日本でのバブル崩壊に続き90年代には産業界の長期低迷が挙げられる。それを打破するために21世紀に入り新たな産業システムの構築を行う必要が生じた。またその中で研究開発成果を事業へ確実に結びつけることが重要な課題となってきた。産業にinnovationをもたらすものとして異業種のマッチングすなはち医工および産学連携に期待がかけられ、これらは2001年に大学発ベンチャー3年1000社計画という国策となり非常に脚光を浴びることとなった。

しかし最近それら大学発ベンチャーの中で収益を得てビジネスとなっているものがほぼ皆無であることがわかり衝撃をもって伝えられた。大学での革新的な発明、発見と売れる商品との間に大きな隔たりが存在したのである。(この現象をアメリカ西部に位置する峡谷の名前をとってデスバレーという) 現在はその反省の時期ともいえよう。

一方で勤務医、開業医からは一向に臨床にフィードバックしない大学の研究に対する批判は昔から存在していた。臨床の役に立たない研究を新規性、革新的ということばで片付けようとすることへのアンチテーゼである。

(臨床における疑問)

我々の研究はこの課題を少しでも解決するためにスタートしたわけではなく、臨床上の専門分野である肩関節疾患の病態解明、治療を行うためであった。

インピンジメント症候群を例にとってみよう。1972年にNeerによって提唱された病態であるが、上腕骨大結節が肩峰に衝突することにより生じると考えられてきた。しかしこれまでにそ



の衝突する様子を確認できたものはいない。肩関節亜脱臼も同様である。特定の肢位、動作により生じると考えられているがどの向きにどのように亜脱臼するのかなどは不明なままである。

わからないことは肩関節に限ったことではない。人工膝関節置換術後に正常な膝屈伸に伴って関節が正しく外旋またはロールバックしているかなども全くわからない。術後X線写真でアライメントを評価するのみである。

整形外科医の治療目的は痛みがなくかつ動きが正常な関節を得ることであるが、これまで動きを評価できるシステムが存在しなかった。

(生体内3次元動態解析手法の確立)

皮膚上から関節の3次元動的な動きを知ることが不可能である。これは解析できる手法がなかったためである。手法を開発するには当然医師だけで可能なはずがなく、ここに医工および産学連携の必要性があった。我々の研究室では8年前からその研究をスタートしたが、最終的に2種類の解析システムを開発できた。

i) 2D-3Dレジストレーション法

その一つはX線イメージ画像を用いたものである。X線で得られる画像はいわば影絵のようなものであるが、その影絵を作る

元となる物体の空間位置は一つに決められるはずである。少しでも位置や向きが変われば影絵は当然変化する。影絵を作る物体の空間位置をコンピュータで正確に求めることができれば、あとはそれを繰り返すのみである。イメージ画像はビデオのような動画であるから、それをコマ送り画像と繰り返すのみである。イメージ画像はビデオのような動画であるから、それをコマ送り画像としてすべての画像について空間位置を求めそれをつなぎ合わせることで関節の3次元的な動きを知ることができる。

この手法は特に人工関節など金属が入った関節の評価に優れている。

ii) ボリュームレジストレーション法

もう一つはCTまたはMRIを用いる方法である。例えば手関節の掌背屈の動きを解析する場合、手関節を最大掌屈から最大背屈まで60度刻みで撮影を行う。それをいわばバラバラ漫画のように画像をつないでゆくことにより、手関節の3次元的な動きを知ることができる。この手法は正確な意味での動態評価ではないが骨の解析に優れている。

基本的に以上の2種類の方法を確立したが、その組み合わせまた応用により様々な方面に有用となることが明らかとなった。そのいくつかをここでご紹介させていただく。

1) 人工関節術後3次元動態解析

人工関節の術後にインプラントの正確な設置ができているか、また例えば膝術後において正常な外旋、ロールバックが屈伸運動において可能になっているかなど術後機能評価が可能となる。これまで何十年にわたり術後単純X線像による粗い面との評価のみ行われてきたが、それは動きの評価をするものではない。

2) 次世代人工関節の開発

メーカーからさまざまな機種的人工関節が販売されているが、形状は理論的に最適なものが考えられているが、その根拠となっているものは生体内での膝関節動態を基にしたものではない。我々のシステムを用いて解析したデータを用いることで初めて生体内での動きを考慮した革新的人工関節開発の可能性が期待されている。

3) 骨関節の形態評価

本システムを用いると骨の重心位置を求めたり、骨の長軸を算出すること、さらには関節面の局率半径などが計測できる。それにより骨関節の詳細な形態評価ができるので、その結果から術前評価（変形治癒や奇形での変形評価）、術中ナビゲーション、病態解明（内反足、側弯症などの成因の推察、関節リウマチの関節破壊様式の検討）などが可能となる。

4) 教育

本システムを用いるとこれまで文章で説明されてもよく理解できなかった骨関節の動きが瞬時に視覚的に捉えることが可能となり、医学、看護、理学療法学生に不可欠の教材となる。

5) 健康、リハビリ機器開発

生体内の関節の動きを立体的に知ることが可能であるから、それを考慮してこれまでにない機器開発が可能となる。すでに多くの基幹産業を担う会社から依頼を受けている。

6) ロボット産業

人間の関節の動きを考慮してロボットアームなどを作成する際に不可欠のデータを得ることができる。80年の使用に耐える関節は耐久性にも優れているはずであり、無駄のないスムーズな動きをもたらすことができる。

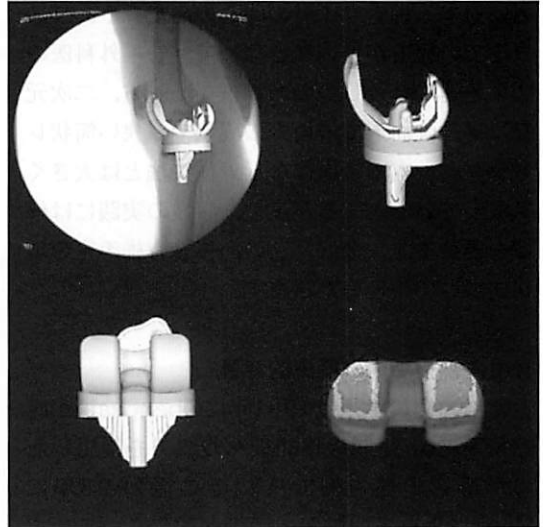
7) 歯科領域

顎関節の動きなどを含めて整形外科領域に近い対象臓器を持つ歯科領域での応用は可能である。

以上すでにスタートしているプロジェクトを総括して提示したが、それ以外での応用も多いと考える。当初は整形外科領域への貢献を考慮に入れて始めた研究であるが、整形外科領域以外にも有用となることが明らかとなりつつある。またすべてにおいて臨床治療へのフィードバック

がすでにできていることを特に強調したい。

これらは小生個人がひとりでも頑張ってもできるはずもなく、すばらしい同僚、部下に恵まれたゆえになしえたものである。すべての研究者にこの場を借りて感謝を述べたい。



本邦における内視鏡下脊椎手術の現状

大阪市立総合医療センター 整形外科部長 中村博亮

はじめに

脊椎手術に対する内視鏡の応用は、低侵襲手術に対する患者サイドの関心の高まりや、マスコミでの報道が追い風となって、脊椎外科医の間で急速に普及しつつあります。一方、二次元モニター画面上での術野の観察や、狭い筒状レトラクター内での操作など、従来法とは大きく異なっているところが多く、手技の実践には修練を要します。今回、この内視鏡脊椎手術の現状について報告いたします。



脊椎内視鏡手術の歴史的背景

脊椎内視鏡手術は1991年にObenchainが胸腔鏡下にL5/S間の椎間板ヘルニアを摘出したのが最初の報告例で¹⁾、その後1993年にMackによって胸腔鏡下手術が報告されています²⁾。一方 後方からの内視鏡手術は1997年にFoleyとSmithにより³⁾、腰椎椎間板ヘルニアに対する内視鏡下摘出術 (MicroEndoscopic Discectomy) が報告されたのが最初となります。上述したごとく脊椎内視鏡手術は腰椎に対する前方法が最初に行われ、その後直径3mmの内視鏡が開発されて後方法が始められるにいたりました。本邦における内視鏡手術は1995年に腰椎に対する前方固定が行われ、1997年にはFoleyらの方法に準じて、後方からの内視鏡下椎間板ヘルニア摘出術が腰椎に対して行われています。我々もこれらの流れに準じて、1997年7月からは前方からの腰椎変性すべり症に対する椎体間固定術を、1999年5月には腰椎椎間板ヘルニアに対する後方からの内視鏡下摘出術を開始しています。

脊椎内視鏡器具の変遷

現在後方からの内視鏡手術が急速に普及しており、腰椎椎間板ヘルニアや腰部脊柱管狭窄症

を対象として、数多くの手術的治療が施行されています。これにはこの術式が正式に保険収載されたこと、マスコミ報道の多さに伴う患者サイドの関心の高まりが関与していますが、それ以外に特に後方において手術器具が格段に進歩したことが大きな要因となっています。

まずスコープですが、当初はdisposableのもので、その画質は鮮明とはいえないものでした。したがって、このスコープによる術野の観察およびこの観察下での操作はストレスを伴うものでしたが、その後いわゆる関節鏡と同じ硬性鏡が開発され、その画質が格段に向上しました (図1)。また最近では長さが約1.5cm短いスコープも開発されたために、円筒形レトラクターが15mm短いものを使えるようになり、インストルメントの操作性も格段に向上しました (図2)。



図1. スコープは初期のDISPOSABLEのもの (左) から、REUSABLE (右) へと改良され、その画質は格段に進歩した。

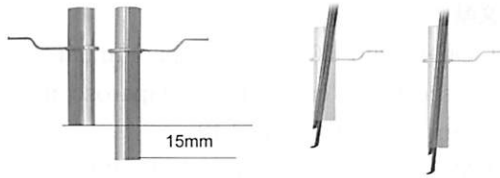


図2. ショートスコープが開発され、円筒型レトラクターも15mm短いものが使用可能となった。このため術野に対する操作性も格段に向上した。

またカメラも現在ではハイビジョンカメラがこのシステムに導入されています。したがってモニター画面に映し出される画像は、鮮明さが増し、顕微鏡像にも劣らない画質を獲得しています。

脊椎内視鏡手術の実際

ここでは現在最も普及している後方からの脊椎内視鏡手技について報告します。最も適応となる疾患は腰椎椎間板ヘルニアです。当該椎間をイメージコントロールにて同定しますが、皮切の中心は頭側椎弓の尾側端になります(図3)。この部分を中心に約2cmの縦切開を加え、同様に筋膜も切開します。その後ダイレーターで筋層間を拡大し直径16mm、あるいは18mmの円筒型レトラクターを椎弓間後面に設置します(図4)。椎弓間の軟部組織を可及的にエイヒカシで除去したあと、頭側椎弓尾側端をエイヒで展開し黄色靭帯を腹側へ剥離し、この尾側端をケリソンの咬除します。この部分で硬膜外腔に到達し、黄色靭帯を尾側へ反転します。正中部から黄色靭帯の切除を進め、硬膜、神経根を吸引しかんでプロテクトしながら、黄色靭帯切除を外側へ進めます。神経根が確認できたら、吸引つきレトラクターと神経へらを用いて愛護的に神経根を内側へよけ、椎間板を露出します。後縦靭帯部でヘルニア摘出の際に邪魔になりそうな静脈叢はあらかじめパイポラにて止血しておきます。ヘルニアが後縦靭帯が穿破していない場合にはこれを専用のメスで切開し、椎間板ヘルニアをできるだけ一塊として摘出します。

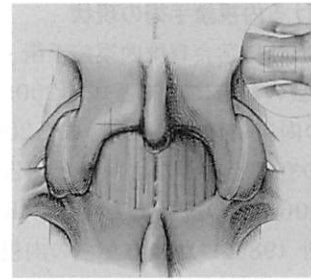


図3. 腰椎椎間板ヘルニアに対する内視鏡下ヘルニア摘出術において、皮切の中心は頭側椎弓の尾側端とする。

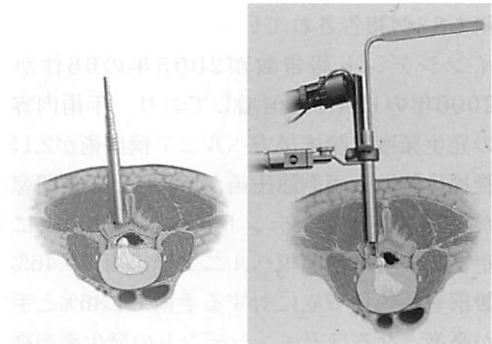


図4. 皮切、筋膜切開の後、dilatorで筋層間を開大し、円筒型レトラクターを設置、レトラクター内にスコープを設置する。

近年では腰部脊柱管狭窄症に対する除圧術にも本法が用いられています。腰椎椎間板ヘルニアに対する手術手技と異なるところは、椎弓間の間隙が狭いために骨性要素の切除量が多くなることで、ハイスピードエアドリルを頻繁に使用することになります。まずエアドリルで椎弓間隙を十分に拡大しますが、進入側の椎弓、下関節突起を切除後、黄色靭帯を切除する前に、円筒型レトラクターをかたむけて、反対側の椎弓および下関節突起内縁を切除します。また硬膜外腔への進入は黄色靭帯の頭側端のみならず尾側端からも行います。進入側の神経根除圧が十分になされたのち、反対側の硬膜および神経根を吸引しかんで保護しつつ、黄色靭帯を切除する際には、黄色靭帯と硬膜後面の癒着を十分に剥離した後に行います。

本手技には熟練を要するが、まずヘルニア症例で経験をつみ、しかる後に適応を狭窄症へと拡大することが重要です。

本邦における内視鏡手術の現状

日本整形外科学会脊椎内視鏡手術・技術認定制度委員会の報告によると⁴⁾、2005年度には4215例の内視鏡脊椎手術が、また2006年には4611例の脊椎手術がなされたと報告されています。2006年度の統計によれば、4611例中実に4549例(98%)が後方からの内視鏡手術例です。これら後方手術のうちでは腰椎椎間板ヘルニア摘出術が3152例で68.4%をしめ、腰部脊柱管狭窄症に対する片側進入両側除圧術が1032例22.4%で、頸椎に対する後方からの手術も83例報告されています。しかし一方ではインシデント報告数が2005年の66件から2006年の124件に倍増しており、手術内容別の発生頻度は腰椎後方ヘルニア摘出術が2.13%、腰椎片側進入両側除圧術が5.43%、頸椎開窓術が5.66%、インシデントレベルを3b以上に限定すると腰椎椎間板ヘルニア摘出術で0.46%、腰部脊柱管狭窄症に対する手術で1.36%と手技が高度となるほどインシデントの発生率が高くなる傾向がうかがえます。

おわりに

上述したごとく脊椎内視鏡手術は特に後方法を中心に、急速に広まった感があります。患者さんからもこの手技による手術的治療を求められることがあります。本手技には全身麻酔を必要とすることや、小さいとはいえ皮膚切開を必要とするため、その適応をいたずらに広げるべきではありません。また自身の技量を省みずに本法を適応すると、思わぬ落とし穴が待ち構えていることもあります。内視鏡という武器があるからといって、何でもなおせうというものではないことを十分に肝に銘じ、自分の現時点での技量を考え合わせて、適応疾患を選択することをお勧めします。

文献

1. Obenchain TG:Laparoscopic lumbar discectomy. case report. J laparoscopic Surg. 1991;1:145-149.
2. Mack MJ, Regan JJ, Bobechko WP, Acuff TE:Application of thiracoscopy for diseases of the spine. Ann Thoracic Surg. 1993; 56:736-738.
3. Foley KT, Smith MM. Microendoscopic discectomy.Technique in Neurosurgery. 1997; 3:301-7.
4. 長谷川徹、相澤俊峰、猪川輪哉、他. 脊椎内視鏡手術の現状—2006年1月～12月手術施行状況調査・インシデント報告 集計結果— 日整会誌 2007; 81:1072-1077.

スポーツ整形の活動と膝関節治療の再生医学:半月板の再生

大阪大学大学院医学系研究科

器官制御外科学 (整形外科)

中 田 研

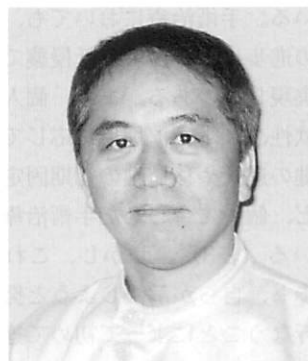
スポーツは、健全な心身をつくり、全ての人が享受できる社会の基本的な権利として国際的にも認められた権利であり、現在、国境を越えて平和を実現できる文化習慣である。医師として、このスポーツに関わり、障害の予防、治療に関することは、社会への大きな責務のひとつであり、スポーツ医学が、すべての人に健全で安全なスポーツへの参加の機会をひろげること、さらに、スポーツ障害の予防と治療を目標としていることは万人が認めるところであろう。このようなスポーツ医学の中で、スポーツ整形外科の診療目標は、一つは運動器のスポーツ障害の予防であり、さらには、起こったスポーツ障害に対してできるだけ高いレベルに早期に復帰できるよう診療することである。これらを実現するためにその手段として、1) 早期の正確な診断、2) 適切な治療プランの提案と治療選択、3) 正確かつ最小侵襲治療、4) 安全で効果的なりハビリテーション、であると考えている(表1)。

表1. スポーツ整形外科の治療目標

<p>“高いレベル”への“早期復帰”</p> <p>1) 早期の正確な診断</p> <p>2) 正確かつ最小侵襲治療</p> <p>3) 安全で効果的なりハビリ</p> <p>“障害の予防”</p> <p>知識の普及, 指導</p>
--

さらに、基礎医学の進歩、さらに、それら成果を臨床医療への結実させることも責務として挙げられ、現在、我々のスポーツ整形外科のグループでは、再生医学を用いた新しい治療法の開発も行っている。

本稿では、我々が運動器のスポーツ障害について行っている活動について紹介し、さらに、



治療の向上を目指して行っている膝関節の軟骨・半月板の再生医学に関して概説したい。

1. スポーツクリニックの活動と診療目標

スポーツクリニックでは、病院での診療とともに、学生への講義や実習、医師への臨床研修や学会活動を通して教育を行い、また、基礎的ならびに臨床に関する研究を行い、新しい治療の開発、評価を行ない、成果につき報告を行ってスポーツ整形外科のレベルアップと普及をめざしている。さらに、国際、国内のスポーツ大会やスポーツイベントに医師として出務しての活動やスポーツ医事活動を行い、また、アマチュア、プロのスポーツチーム、選手へのメディカルサポートなどの社会的活動と、これらスポーツドクターのための個別の指導や研修を行っている(表2)。

表2. スポーツクリニックの活動

<p>1. 病院, 大学でのスポーツクリニック活動</p> <p>1) 診療</p> <p>2) 研究</p> <p>3) 教育</p> <p>4) 学術活動</p> <p>2. スポーツ医事活動</p> <p>1) 大会ドクター</p> <p>2) チームドクター</p>

2. スポーツ障害に対するメディカルアプローチの進歩

医学の一分野としてスポーツ医学も診断、治療の進歩は著しく、低侵襲で定量的な評価が可能になってきている。特に、MRIによる画像診断の進歩による診断、評価は臨床の場に大いに貢献している。手術治療においても、関節鏡手術、器械の進歩により、より低侵襲で解剖学的な治療が実現しつつある。また、個人の体格や関節の柔軟性、スポーツ種目に応じて靭帯再建での移植腱の選択や移植腱の初期固定張力を決定するなど、個人に合わせた手術治療法なども開発している（表3）。しかし、これら診断、治療の進歩も、自らが解決しようと努力し研究と開発を行なうことによって初めて達成されるのであり、自然に与えられるものではないので、診断、治療の進歩に貢献できるよう日々の努力が必要である。

表3. スポーツ障害に対するメディカルアプローチの変遷

診断	低侵襲, 正確, 定量的診断へ
治療	1) 保存療法から手術治療へ 2) 解剖学的再建術へ 3) 低侵襲手術へ 4) 正確, 個人に合わせた手術へ

3. スポーツ整形外科の再生医学とトランスレーショナルリサーチ

従来の薬物治療や手術治療で治療不可能な組織の損傷、病巣部を、体外で培養した組織を代用して、本人の再生力を利用して治療する方法である再生医学の研究が進められている。細胞生物学、分子生物学、組織工学、生体力学などの様々な学際領域の知識、技術を動員して、運動器の再生医学を医療に応用しようとしている。スポーツ整形外科分野では、軟骨や半月板の再生をはじめとして、靭帯、腱、さらには、軟骨と骨や靭帯と骨などの複合組織の再生を目指して研究を行っている。

研究室での成果が臨床応用され世の中に貢献できることが、医学の進歩の最大の目標であるので、基礎医学の成果を臨床応用するにあつ

て、効果と安全性、社会的認知、法制度、医療経済上の観点からも十分に検証し、様々な角度から検討する必要がある。このような、基礎医学の成果を医療の現場に適応するための研究はトランスレーショナルリサーチと呼ばれ、大阪大学では、医学部内に新しく作られた未来医療センターと各診療科、知財本部、ベンチャービジネスラボラトリーなどの施設、大阪府や文科省、厚労省、産業省など政府行政、民間企業が連携して進めている（図1）。人工骨である連通孔セラミックのネオポーンなどもこれらの成果で生まれている。

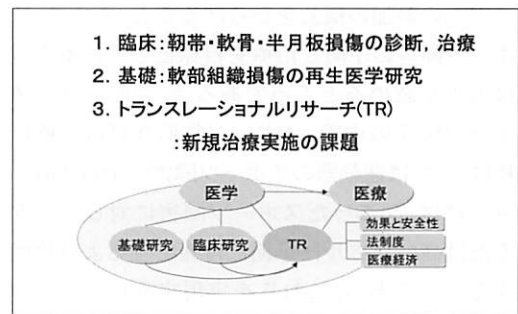


図1. スポーツ整形の再生医学と課題

4. 関節軟骨 半月板損傷の診断の進歩

MRIと、コンピューターの進歩により画像解析による評価の進歩が著しい。以前、行われていた関節造影による半月板損傷の診断は、すっかりMRIにとって代わられた（図2）。我々は、関節軟骨や半月の機能的な評価をめざして、関節軟骨の荷重時MR画像の定量化や、半月板の動態MRを行っている。

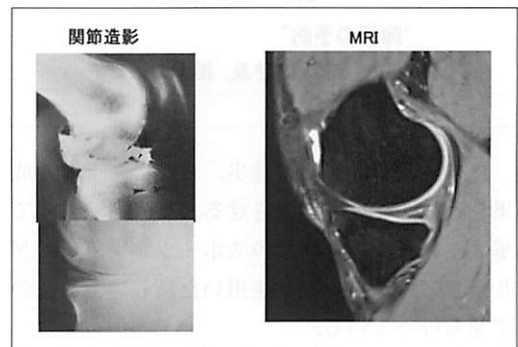


図2. 半月板損傷に対する治療の現状と将来像

関節軟骨を3T MRI装置を用いて、荷重時と非荷重時に撮像しT2 マッピングを行うと、半月板損傷による関節軟骨の病変が、より詳細に定量的に評価が可能であった。これらの臨床的意義についてはさらに検討が必要であるが、半月板と関節軟骨の低侵襲の機能的評価と発展が期待できる。

半月板は、膝屈伸とともに変形しながら脛骨プラトー上を移動しているが、この変形と変位を評価するために、健常人を用いて膝伸展位から、屈曲位まで複数のポジションでMR撮影を行い、MRI画像から半月板の三次元モデルを作製して評価した(図3、4)。膝関節の伸展から屈曲につれて、半月板は内側半月、外側半月とも脛骨関節軟骨上を後方に移動するが、外側半月は内側半月より後方への移動が大きく、さらに前節と後節では、内側は前節の方が移動が大きく、外側は後節の方が移動が大きかった。半月の厚みは、屈曲に伴い内外側とも前節は厚みが減少し、後節は厚みが増大した。さらに、損傷半月をMRを用いて膝屈伸に伴う三次元変形、変位を評価すると、例えば、内側半月板の水平断裂では伸展時の撮影のみではわからない、断裂部が開大する変形が見られた。現在、正常、損傷半月板の変形、変位を定量的に評価できるよう研究を行っており、半月板損傷の機能的な診断のみならず、正常半月の生理的機能や、治療方法の開発、修復術後の評価にも有用であると考えられる。

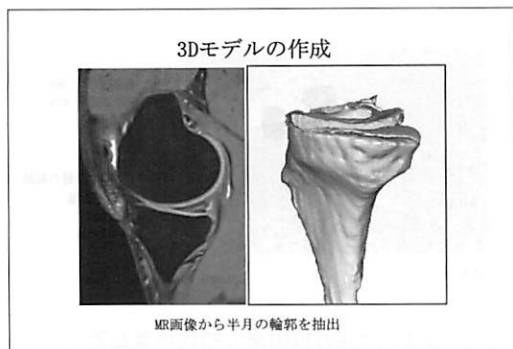


図3. 損傷半月の評価

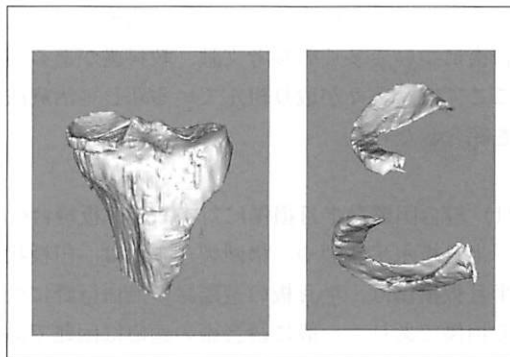


図4. 損傷半月の3D評価

5. 半月板損傷に対する治療

半月板損傷は、スポーツ整形外科でも頻度の高い損傷で、血行に乏しい部分が存在することや強い力学的負荷がかかるため修復の困難な組織である。従来、修復が困難な損傷や欠損に対して、関節鏡視下半月板部分切除術が行われてきたが、たとえ部分切除であっても、関節軟骨に対する力学的負荷が増大し、関節軟骨の障害の誘因となることが知られている。特に、活動性の高いスポーツ選手やスポーツ愛好家の場合、半月板切除による関節の破壊は、数ヶ月から1～2年の短期間に進行する例も見られ、できるかぎり温存治療をめざすべきと強く勧められている。現在、血行野の縦断裂は縫合術のよい適応とされ、一方、横断裂や無血行野の断裂、変性や多断裂、円板状半月損傷などは、縫合術の適応が難しく、切除術が行われてきた。我々は、このような縫合困難な半月板損傷に対し、縫合術の拡大、半月板再建、再生をめざして研究を行っている(図5)。

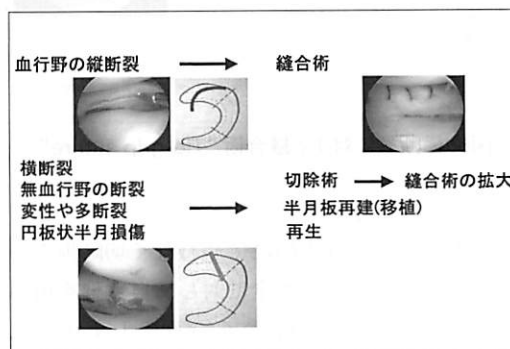


図5. 半月板損傷に対する治療の現状と将来像

半月板の温存治療については、関節鏡視下縫合術について多くの参考文献、教科書があるが、ここでは、我々が取り組んでいる新しい治療法を紹介したい。

(1) 縫合困難な半月損傷に対する半月板縫合術

半月板水平断裂や、横断裂、または、円板状半月板損傷は、半月板の遊離縁の無血行野に至る損傷であり、一般に縫合術の適応は困難である。我々は、縫合方法を工夫することにより、水平断裂、横断裂、円板状半月損傷に対し、症例を選んで縫合術を適応してきた。例えば、従来から報告されている縫合部の修復を促進すると考えられている自己末梢血由来のフィブリンクロットを用いることや、滑膜、半月部のラスピング、さらに、レッグホルダーや縫合用手術器具を用いることや、補助的な追加ポータルを用いることにより関節鏡での十分な視野を確保し、縫合部の安定性を得るようしっかりとした縫合法を行うこと、リハビリを含め後療法を初期の固定から段階的な可動域、荷重、筋力訓練を指導している。これらの治療法の成績、意義については、長期成績を含めて慎重に検討すべきと考えるが、術後平均4年までの短中期成績は良好であり、温存治療の適応を広げる治療法として期待できる (図6)。

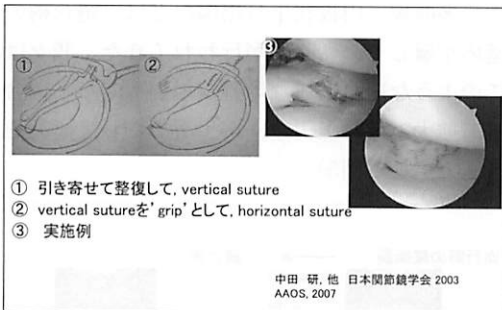


図6. 横断裂に対する縫合術 “Tie-grip suture”

(2) 半月板再建術

修復不能な半月損傷にてやむなく切除術をうけた膝関節の半月板不全に対し、自家腱を用いた半月板再建術を行っている。Johnson, Kohnらが1992,1999,2000年に報告した自家

腱を用いた再建は、成績が不良であったが、堀部らが工夫して改良し、現在では、自家半腱様筋腱を用いて症例を選んで実施し、短期的には安定した成績を得ている。

(3) 半月板の再生医学

半月板の機能を果たす組織を体外で培養し、患者の膝関節に戻して移植する、再生治療の研究が進められている (図7)。我々は、ヒト半月板から採取した細胞の機能を解析し、部分切除を受けた損傷半月板組織からも細胞分離と培養が可能であり (図8)、半月板の細胞外マトリックスであるI型コラーゲンやII型コラーゲン、プロテオグリカンのコアプロテインの遺伝子発現や蛋白発現を認めた。また、これらの細胞は、コラーゲンから作られた細胞担体に接着すること、三次元培養組織を作製できること、実験動物であるラットの膝関節内やブタの半月板として生着し維持された。

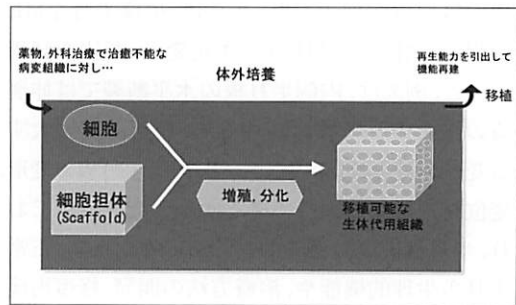


図7. 再生医療

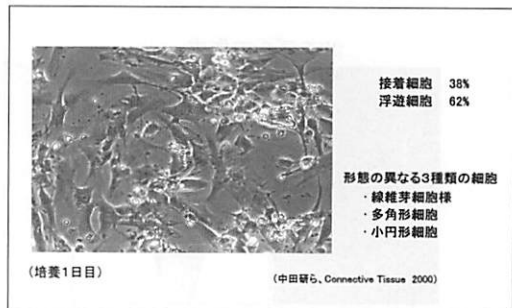


図8. ヒト半月板由来の初代培養細胞

再生半月板となる三次元培養組織は、半月板由来の細胞以外にも、骨髄や膝関節滑膜やその他、脂肪や筋肉からの幹細胞を用いても作製で

きることが示されているが、半月板の体内でうける力学的環境下でどのような運命を示すかはまだ明らかではない。我々は、さらなる効率のよい機能的な培養組織を作製することと、体内での力学的環境下での影響を調べるために、体外培養で力学刺激を繰り返し与える培養装置を用いて解析している。ヒト滑膜由来幹細胞から作製された三次元培養組織を、力学刺激培養を行うと、力学刺激条件によっては、コラーゲンなど細胞外マトリックスと分解する酵素であるマトリックスプロテアーゼが産生、活性化されるとともに、II型コラーゲンやアグリカンの産生がおり、三次元組織のリモデリングが起こることが明らかとなった。

半月板は、特徴的な三日月型の形態と、荷重分散や衝撃吸収、膝関節の滑動性、安定性など多くの機能が密接に関係しているので、解剖学的な構造、形態も重要と考える。MRによる半月板の三次元形態をもとに、三次元培養組織を患者本人の半月板の形態に作製する技術も開発している(図9)。この方法により、病巣部の半月板に形態的に適合する三次元培養組織を作製することができる可能性がある。

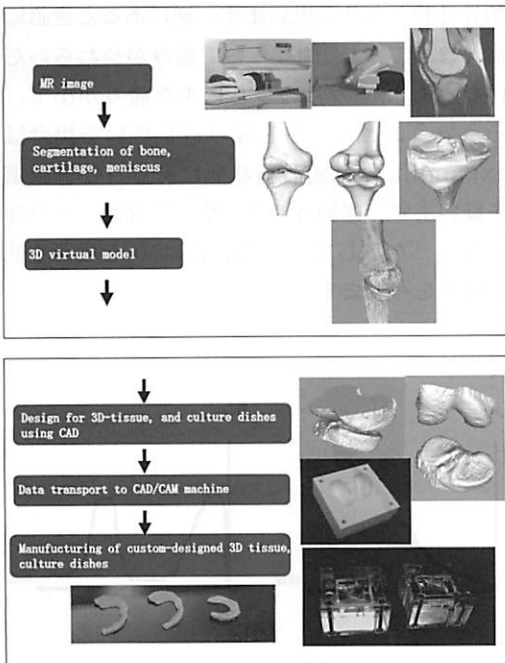


図9. カスタムメイドの半月板再生

6. スポーツ整形の再生医学と課題

軟骨/半月板の修復不能な損傷に対し、再生医学による治療可能性が広がることが期待される。基礎医学での成果を臨床応用するためのトランスレーショナルリサーチを進めて、より効果的で安全、経済的な新しい医療が始まるよう活動が必要である。そのためには、基礎医学の成果を正しく評価し、多くの整形外科医、患者さんを含め広く社会に理解されるよう努力することが重要であり、また、行政、産業を含め、治療により社会が豊かになるようなしくみをつくることも必要である(表4)。再生医学は、さまざまな生物学、医学、材料学などの成果の集積であり、単に一研究室での成功に終わらず、国民、社会が恩恵を受けられる医療として根付き健全に発展していくよう努力したい。

表4. 半月板の再生医療:臨床応用への関門

1) 生物学的治癒	半月板細胞の機能, 細胞外マトリックスの構成(線維配列) 再生組織の健全組織との結合
2) バイオメカニクス, キネマティクス	荷重による機能, 膝の運動中の解析
3) 社会的システム	治療効果の客観的判定, 費用/効果, 社会的認知

外来での骨腫瘍の対処 — 良性から悪性まで —

大阪府立成人病センター整形外科 荒木 信 人

【はじめに】

一般的な整形外科の教科書では、おおよそ5%位が腫瘍性疾患にあてられているが、その原発性骨軟部腫瘍はいずれも頻度の少ないものが多く、日常臨床でその病態を把握し、的確に対処することは難しい。特に骨腫瘍は種類の多さ、名前の複雑さ、そして稀少さから、とっつきにくい病気といえる。今回は外来における骨腫瘍への対処法に付き検討し、レントゲン像と痛みによる初期の対処法と、年齢と頻度構成による臨床診断の手がかりにつき報告する。

【初診時の対処方法について】

外来で骨腫瘍を見た時に、最低限どの情報が必要か、あるいはどの情報をもとに対処するか、ということを考えて、良性なのか悪性なのか、痛みがあるのかどうか、増大傾向があるのかなのか、の3点を考えます。対処を決める第一の要因はレントゲン像での良悪性判断でしょう。一般に辺縁硬化像のあるものが良性、骨破壊を伴うものが悪性とされますが、一筋縄ではいきません。良性腫瘍ですが、悪性のように見えるもの、悪性腫瘍ですが良性と見えるものも多数存在し、極めて典型的なもの以外は悪性を疑っておくほうが無難です。特に稀な部位、稀な腫瘍は注意が必要で、好酸球性肉芽腫症とユーイング、巨細胞腫と骨肉腫、骨嚢腫と血管拡張型骨肉腫などは画像での鑑別は非常に困難です。悪性と診断して良性ならばまだ経過は良好ですが、良性と診断して悪性の場合は許されません。従って外来での対処としてはもう一つの要素である症状、殆どの場合痛みですが、これの助けを借りる必要があります。つまり偶然見つか、症状が無く、レントゲンで確実に良性と思われるもののみ良性と判断し、迷う症例は悪性寄りに対処の方が外来では良いと思われま



に外来での対処を決める次の要因の、痛みについて検討してみます。痛みは切迫骨折に伴う骨膜性の痛みと炎症励起物質による痛みの2つが主なものと思います。痛みの性状に加え、その時間的な経過を詳細に聞くことは診断の大きな助けになります。緩徐な発症で徐々にどんどん強くなってきた持続的な痛み、安静時痛は悪性を疑います(図1a)。それが夜間痛であれば類骨骨腫もありと思います。逆にあるとき急に痛くなって、1週間くらいで痛みがやわらいだけれども2、3カ月のうちにまた痛みが出て、そういうエピソードを繰り返している場合はexpandingな切迫骨折状態にある良性骨腫瘍を疑います。運動時のみの痛みで痛かったり痛くなかったりしている場合にはNOFなどや他の障害を考えます。

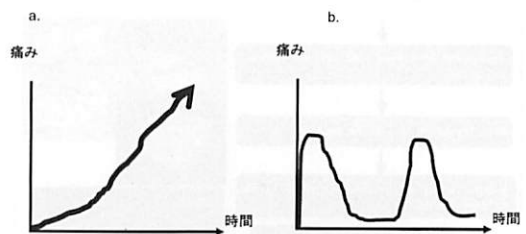


図1

以上の2要因、痛みとレントゲン像よっての初診時対処方法を考えてみました。

まず、痛くて、レントゲン像で悪性と思われる骨腫瘍は急いで診断をつけ治療する必要があります。急がないと治療がどんどん難しくなるからです。説明については、基本的に悪性を最初に説明した方がよいでしょう。痛い思いをしている分、本人もうすうす考えている事が多いので最初に悪性を言ってあげた方がすっきりします。時々、本人には言わないでくれという家族がありますが、このときは家族からまず説得に入る必要があります、可能性のみにとどめる事もあります。

次に痛みがあって、でもレントゲンで良性と思われる場合には、まず安静を指示します。良性であれば安静だけで軽快することが多く、これは診断的価値もあります。痛み止めを飲んで我慢しながら仕事や学校を続けるのは診断を誤らせる可能性があることをきちんと説明して診断的な経過観察である認識を持ってもらう必要があります。

痛みは無いが画像では悪性と思われるものは、そのまま悪性ですと説明するとびっくりされます。最近は医師の信用は地に落ちていますので、患者自身が納得しなければすぐ医者が疑われます。症状が無ければ患者さんは不安を感じていないので悪性の可能性の説明でとどめ、しかし対応を急ぐ必要は説明して、検査に行くことや紹介先に行くことを患者さんをお願いするようなスタンスで行けばうまくいくことが多いです。

最後に痛み無く、画像も良性の場合には経過観察が第一選択です。初診から2、4、12、26、52週後、そして出来れば3年後にレントゲンを撮ります。これは必ず撮ると決めておく方がよいと思います。初診時に良性とは思いますが、一応上記5回レントゲン検査だけさせてくれ、と依頼すれば拒否はあまりされません。5回撮って大丈夫であれば放置します。

さて、以上のように症状と画像から初診時にどう対処しようかという方針は決まりますが、実際にどのように治療していくかには、どうし

ても臨床診断を煮詰める必要があります。ここで最も有用なのが年齢と頻度です。

【年齢と頻度からみた悪性骨腫瘍頻度】

日整会骨軟部腫瘍委員会は国立がんセンターで骨腫瘍患者の登録を行っています。その資料の中で主要な悪性骨腫瘍のみを取り出してその病名と年齢分布をグラフにすると図2のようになります。

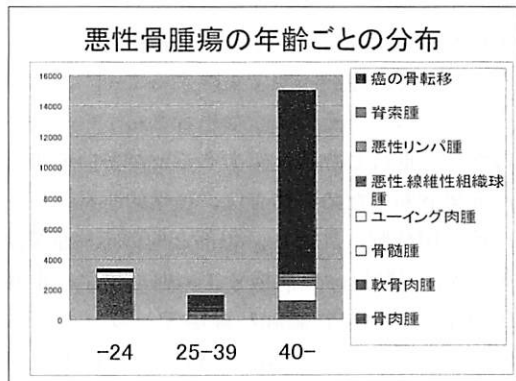


図2. 悪性骨腫瘍の年齢ごとの分布

すなわち、若年者では骨肉腫+Ewing肉腫を見逃さない、とれない痛み(安静時)に注意する、必ずMRIを撮る、スポーツ障害との鑑別をしっかりと行う、ALP、CRP、LDH、NSE等の血液検査、診断不明時は必ず経過観察、等が重要です。

壮年層は、症例数は他の世代に比し少なく、巨細胞腫が多い、悪性では原発と骨転移が半々ぐらい、原発悪性は骨肉腫、軟骨肉腫などが主な疾患となります。

これに対し、40才以降では原発は少なくなります。原発では軟骨肉腫が最も多く、他に骨の悪性線維性組織球腫や脊索腫がこの年代には特徴的ですが、頻度としては圧倒的に骨転移が多い年代となります。

【転移性骨腫瘍に対する対処】

増加の一途をたどる転移性骨腫瘍はもはや日常的な疾患として外来を受診するようになってきました。これに対して、整形外科医は骨の専

門家として、骨転移の診断と治療に関わる責務が有ります。特に手術治療を行うか否かの判断、術式の選択は非常に難しい状況です。また、初診時原発不明の骨転移患者さんの原発巣検索も重要な問題です。検索は原発巣としての頻度の多い順に行う必要があります。つまり、肺、腎、骨髄腫、前立腺、肝癌、悪性リンパ腫、甲状腺などです。逆に、乳癌や消化器の癌は進行してからの骨転移が多いので、原発不明で来院することは多くなく、そのような患者さんはかなり進行した状況であることが多いです。原発巣診断のための検査は、理学的所見（リンパ節、甲状腺、乳房）、患部と他の疼痛部X線、胸部X線（肺）、血液検査：末血、生化、止血、蛋白電気泳動（骨髄腫）腫瘍マーカー：PSA、CEA、AFP、CA15-3、CA125、sIL2R（前立腺癌、肝癌、ML、卵巣癌）胸腹部CT（肺、腎）等を出来るだけ短期に行い、それで判らなければ生検を行う方が早い場合が多いと言えます。その他、骨転移患者の外来では転移部位の骨折危険性の診断や、予後診断が重要となります。治療については、我々は、表の如く、患者の状態別や受診状況別に層別化して対応しています（表）。これらの、診断に有用な基本的な項目、現状での対応方針案、各原発ごとの骨転移の特徴を記載したハンドブックを厚生労働省の骨転移研究班では作成しました（図3）。診療の座右に置いて頂ければと思います。

表 層別化による治療方針策定

層別化による治療方針策定			
骨転移状態	単発骨転移	多発(骨)転移	骨髄癌症
受診状況			
麻痺・骨折	積極的手術	可能なら手術	手術禁忌
麻痺骨折以外	積極的手術	保存的治療 全身治療	手術禁忌
原発巣別の対応			

骨転移治療ハンドブック

第1部 総論

第1章 転移性骨腫瘍診療の現状
第2章 基本的診察項目、診断基準
第3章 治療方針の立て方
第4章 骨転移患者における告知、説明と同意
第5章 有痛性骨転移の除痛方法
第6章 骨転移に対する放射線治療
第7章 手術療法・・・いままでの成績と適応について
第8章 他の保存療法：内科的治療、抗転移療法、装具療法
第9章 骨転移の分子機構の重要性と標的治療

第2部 各論

第1章 肺 癌
第2章 乳 癌
第3章 腎 癌
第4章 肝細胞癌
第5章 甲状腺癌
第6章 前立腺癌
第7章 血液癌 | 悪性リンパ腫 || 多発性骨髄腫
第8章 上部消化管の癌 | 食道癌 || 胃癌
第9章 大腸癌




図3. 骨転移治療ハンドブック

【謝辞】

当院へ患者様をご紹介戴いている紹介元の諸先生、大阪大学腫瘍クリニックの諸先生、厚生労働省がん研究助成金 平成14年～17年度「がんの骨転移に対する予後予測方法の確立と集学的治療法の開発」班会議分担研究者の諸先生方に深謝申し上げます。

リウマチ性疾患の疼痛管理における最新の治療戦略

近畿大学医学部奈良病院整形外科・リウマチ科 宗 圓 聡

はじめに

リウマチ性疾患に対する治療目標として、疼痛の緩和や検査値の改善、関節破壊・変形の予防、QOLの維持・改善、生命予後の維持・改善、の順にhierarchyが高い(図1)。すなわち、疼痛の緩和は最も質の低い治療目標と言えるが、一方で患者の疼痛を緩和することでQOLを改善することも可能である。この目的のために最もよく使用されるのが非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)である。

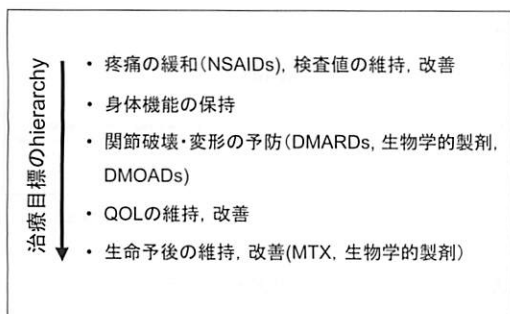


図1. リウマチ性疾患の治療目標

NSAIDsの歴史

1899年にアスピリンが誕生して以来1970年代にかけてより強力な薬剤や長期作用型の薬剤の開発が行われた。1971年にNSAIDsの作用機序がシクロオキシゲナーゼ(COX)阻害によることが報告されるとともに、1980年代にかけて主に消化管障害を軽減する目的での薬剤開発が行われた。1991年に炎症部位で炎症担当細胞に誘導されるCOX-2が発見され、COX-2をターゲットとする薬剤の開発が行われ、1998年に初のコキシブ系薬剤としてセレコキシブが米国で承認され、2007年にはわが国でも承認された。

NSAIDsの副作用

消化管障害、心および腎への影響としての血



圧上昇や末梢浮腫、腎障害、血小板機能抑制があり、これらはいずれもNSAIDsによるCOX-1（構成型酵素で生理的に重要な役割を果たす）阻害により説明できる副作用である。COXと無関係な副作用として肝障害もある。

NSAIDsによる上部消化管障害

NSAIDsによる上部消化管障害は副作用の中で最も頻度が高く、NSAIDsが抱える深刻な問題である。1998年の米国の報告では、NSAIDsによる消化管障害による死亡例が年間16,500人とされ、年間死亡数で見ると多発性骨髄腫、喘息、子宮頸癌、悪性リンパ腫などよりも多く、HIV感染による死亡例とほぼ同数であることが示されている¹⁾²⁾。わが国では、1991年に日本リウマチ財団から、NSAIDsを3ヶ月以上服用している関節炎患者1,008例に内視鏡検査を行ったところ、全異常所見を合わせると62.2%に異常が認められたことが報告され(図2)、症状を伴わない例が約半数であることも示されている³⁾。

NSAIDsによる消化性潰瘍の危険因子としては、高齢（65歳以上）、潰瘍の既往、ステロイドの併用、複数あるいは高用量のNSAIDs服用、抗凝固薬の併用、重篤な全身疾患の合併などが挙げられる。変形性関節症や関節リウマチ

の場合、これら危険因子を有する例も多く注意を要する。

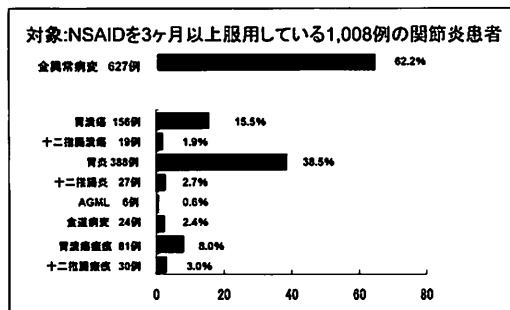


図2. NSAID潰瘍に関する疫学調査²⁾

NSAIDsによる消化管障害の予防として、空腹時の使用を避ける、化学構造的に胃腸障害の少ないものを選択する（プロピオン酸系）、Drug Delivery System(DDS)製剤を選択する（プロドラッグ、経皮吸収剤）、COX-2選択的阻害剤を使用する、抗潰瘍薬を併用する、などの手段が考えられる。抗潰瘍薬のうち、明らかなエビデンスを有するのは、ミソプロストールとプロトンポンプ阻害薬である。

近年、カプセル内視鏡の発達に伴い、NSAIDsによる下部消化管障害も注目されるようになった。現時点で抗潰瘍薬には下部消化管障害を軽減できる効果は確認されておらず、唯一、以下に述べるセレコキシブでその軽減が報告されている⁴⁾。

新たなCOX-2選択的阻害剤セレコキシブ

セレコキシブを含むコキシブ系薬剤はCOX-2のみを阻害する目的で化学構造から新たに設計された薬剤である。エトドラク、メロキシカムなどもCOX-2選択的阻害剤と呼ばれるが、これらは従来の化学構造上の分類に含まれる点で異なると言える。

セレコキシブは国内外で関節リウマチ⁵⁾⁶⁾と変形性関節症⁷⁾⁸⁾を対象に臨床試験が実施された。その結果、国内ではロキソプロフェンナトリウムと海外ではジクロフェナク（150mg）とほぼ同等の臨床効果を示した。

コキシブ系薬剤は大規模無作為化比較対照試

験において、従来のNSAIDsに比し消化管障害が有意に少ないことが示されている⁹⁾¹⁰⁾。一方、ロフェコキシブによる心血管系リスクの増加が示され、本薬剤は自主回収された。その後、米国食品医薬品局(FDA)の諮問委員会により心血管系リスクは必ずしもCOX-2選択的阻害剤に特異なものではなく全NSAIDsに共通した問題として添付文書に警告表示（表1）を行うよう通達された。その後のsystematic reviewによると、セレコキシブによる心血管系相対リスクは1.06とほとんど影響がない可能性もある（表2）¹¹⁾。

表1. 米国におけるNSAIDの添付文書

Cardiovascular Risk	
•	NSAIDs may cause an increased risk of serious cardiovascular thrombotic events, myocardial infarction, and stroke, which can be fatal. This risk may increase with duration of use. Patients with cardiovascular disease or risk factors for cardiovascular disease may be at greater risk. (See WARNINGS and CLINICAL TRIALS)
•	TRADENAME is contraindicated for the treatment of peri-operative pain in the setting of coronary artery bypass graft (CABG) surgery (see WARNINGS)
Gastrointestinal Risk	
•	NSAIDs cause an increased risk of serious gastrointestinal adverse events including bleeding, ulceration, and perforation of the stomach or intestines, which can be fatal. These events can occur at any time during use and without warning symptoms. Elderly patients are at greater risk for serious gastrointestinal events. (See WARNINGS)

2005年7月より全てのNSAIDの添付文書が上記内容が追加

表2. Cyclooxygenase阻害と心血管系リスク¹¹⁾
— systematic review —

薬剤	Summary relative risk
セレコキシブ	1.06
ロフェコキシブ	1.35
メロキシカム	1.25
ナプロキセン	0.97
ジクロフェナク	1.40
イブプロフェン	1.07
インドメタシン	1.30
ピロキシカム	1.06
その他のNSAIDs	1.10

おわりに

リウマチ性疾患の疼痛管理にはNSAIDsは欠かせぬ薬剤である。しかし、最も頻度の高い消化管障害は無症候性のものが半数あり、リスクのある患者に対しては、消化管障害の予防策を講じる必要がある。さらに、腎障害や心血管リスクを十分に考慮した上で、漫然とした長期投与を避けることが肝要である。

文献

- 1) Ventura SJ, et al : Births and Deaths: Preliminary Data for 1997. National vital statistics reports 1998 ; 47
- 2) Singh G, et al : Recent considerations in nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropathy. Am J Med 1998 ; 105 : 31S-38S.
- 3) 塩川優一ほか：日本リウマチ財団委員会報告—非ステロイド性抗炎症剤による上部消化管傷害に関する疫学調査。リウマチ 1991 ; 31 : 96-111.
- 4) Goldstein JL, et al : Video capsule endoscopy to prospectively assess small bowel injury with celecoxib, naproxen plus omeprazole, and placebo. Clin Gastroenterol Hepatol 2005 ; 3 : 133-141.
- 5) 安倍達ほか：関節リウマチに対するセレコキシブ(YM177)の臨床評価—ロキソプロフェンナトリウムを対照とした第Ⅲ相二重盲検並行群間比較試験—。Progress in Medicine 2006 ; 26 : 2820-2845.
- 6) Emery P, et al : Celecoxib versus diclofenac in long-term management of rheumatoid arthritis : randomised double-blind comparison. Lancet 1999 ; 354 : 2106-2111.
- 7) 菅原幸子：変形性関節症におけるセレコキシブ(YM177)のロキソプロフェンナトリウムおよびプラセボを対照とする第Ⅲ相二重盲検並行群間比較試験。Progress in Medicine 2006 ; 26 : 2911-2931.
- 8) McKenna F, et al : Celecoxib versus diclofenac in the management of osteoarthritis of the knee. Scand J Rheumatol 2001 ; 30 : 11-18.
- 9) Silverstein FE, et al : Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: A randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study. JAMA 2000 ; 284 : 1247-1255.
- 10) Langman MJ, et al : Adverse upper gastrointestinal effects of rofecoxib compared with NSAIDs. JAMA 1999 ; 282 : 1929-1933.
- 11) Mcgettigan P, et al: Cardiovascular risk and inhibition of cyclooxygenase: a systematic review of the observational studies of selective and nonselective inhibitors of cyclooxygenase 2. JAMA 2007; 296: 1633-1644.

開業医に必要な肩の知識

東北大学大学院医学系研究科医科学専攻外科病態学講座

整形外科学分野 教授 井 樋 栄 二

本日は開業医に必要な肩の知識と題して、中高年に多くみられる腱板断裂の診断、治療を中心に概説する。

腱板とは、肩甲骨から上腕骨近位部に向かって走る4つの筋肉（棘上筋、棘下筋、小円筋、肩甲下筋）の総称である。各筋の腱が板状に癒合して上腕骨近位端を包み込んでいるため、日本語では腱板、英語ではRotator Cuff（回旋作用を有する袖という意味）と呼ぶ。腱板のうち、上方に位置する棘上筋腱は上腕骨大結節の上腱板付着面（superior facet）に、後方に位置する棘下筋と小円筋はそれぞれ中腱板付着面（middle facet）、下腱板付着面（inferior facet）に停止する。

腱板断裂は剖検例で調べると50%近くにみられる。ドイツのTempelhofらの報告によると肩痛などの症状のない健常者に超音波を用いて腱板断裂の有無を調査したところ、50歳代では13%、60歳代では20%、70歳代では31%、80歳以上では51%に腱板断裂が認められた¹⁾。皆川洋至らの秋田県における住民検診によると、50歳代で10人に1人、80歳代では3人に1人の割合で腱板断裂が存在し、およそ3分の1の断裂は痛みを有し、3分の2の断裂は痛みがない無症候性であることが判明した²⁾。また、古来五十肩と呼ばれる症候群、すなわち1) 50歳代に多く、2) とくに誘因なく発症し、3) 90%は1年以内に軽快する中高年の肩痛症候群の40%は腱板断裂を有していることも分かった²⁾。

腱板断裂は棘上筋腱にもっとも多くみられる。肩を伸展することにより、肩峰の前方に棘上筋腱が出てくるため、この肢位で棘上筋腱の触診を行うと、完全断裂がある場合には腱の陥凹を触知する。これをRent testと呼ぶが、その感度、特異度とも95%以上であり、臨床的に極



めて有用な診察所見といえる。上肢を挙上するときに腱板断裂部と肩峰がぶつかることにより動作時痛が誘発され、持続する肩峰下滑液包の炎症により安静時痛や夜間痛が誘発される。自動運動で腱板断裂部と肩峰が衝突するために痛みが誘発される現象を有痛弧（painful arc）と呼び、他動的に断裂部と肩峰とを衝突させることで疼痛が誘発される現象をimpingement徴候と呼ぶ。さらに肩峰下滑液包内に局所麻酔剤を注入することでimpingement徴候が消失するかどうかを確かめるテストをimpingementテストと呼ぶ。局所麻酔剤で疼痛が消失する場合をimpingementテスト陽性という。断裂部位によって生じる筋力低下には部位特異性があるため、断裂部位診断として使われる。棘上筋腱断裂に対する棘上筋テスト、棘下筋腱断裂に対する外旋筋力テスト、外旋Lag sign、Hornblower's sign、肩甲下筋腱断裂に対するLift-offテスト、Belly pressテスト、内旋Lag signなどがよく行われる。この中で外旋Lag sign、Hornblower's sign、内旋Lag sign、Lift-off test、Belly press testは特異度100%の検査であり、これらが陽性であればそれに相当する腱板の断裂が確実に存在すると言える。しかし、感度は低く、その腱板の断裂があってもこれらのテストが陽性にでないこともしばしばある点

注意しないとイケない。画像診断には関節造影、MRI、MR関節造影、超音波などがあるが、近年高精度MRIや超音波が徐々に普及してきた。MRI撮像にあたっては、前述の腱板付着面をきれいに描出することが断裂腱判定上重要である。そのためには斜位矢状断を関節窩面に合わせるのではなく、骨頭中心と結節間溝を結ぶ線に対して40度傾けた面でスライスを切ると3つの腱板付着面がきれいに描出できる。

治療には保存療法と手術療法とがある。保存療法としては消炎鎮痛剤の内服、外用、ステロイドやヒアルロン酸の関注、温熱、可動域訓練などのリハビリテーションがある。疼痛が強い時期にはステロイドの関節内注射を行うが、症状が落ち着いてきたらヒアルロン酸に切り替えて、継続する。リハビリテーションでは温熱を利用して疼痛の閾値を高め、痛みを感じにくくした状態で可動域訓練や筋力訓練を行う。筋のストレッチは筋スパズムによる見かけの拘縮を解除し、リハビリテーションを進める上で重要である。保存療法で75%の症例はADLに全く支障がなく、自覚的にも満足のいくレベルまで回復する³⁾。しかし保存療法に抵抗する症例では手術的な腱板修復術が行われる。最近の研究で、保存療法によく反応する症例は、棘上筋、棘下筋の機能がよく温存されている症例である

ことが分かってきた。保存療法によく反応し、かつ断裂拡大のリスク（重労働、スポーツ、喫煙など）が少ない症例は保存療法のよい適応である。一方、保存療法に対する反応性の低い症例、また断裂拡大のリスクが高い症例は、むしろ手術を考慮したほうがよい場合が多いので肩の専門家へ紹介することをお勧めする。従来、腱板修復は直視下に行われてきたが、肩峰下除圧術のみを鏡視下に行うミニ・オープン法、すべてを鏡視下に行う鏡視下腱板修復術が10年ほど前から開発され、近年、最小侵襲手術という時代の要請もあり、徐々に広まりつつある。

参考文献

- 1) Tempelhof S, Rupp S, Seil R. Age-related prevalence of rotator cuff tears in asymptomatic shoulders. J Shoulder Elbow Surg 1999; 8: 296-9.
- 2) 皆川洋至、井樋栄二、阿部秀一、福田雅、山本宣幸、関展寿、菊池一馬. 腱板断裂肩の疫学. 第79回日整会学術総会, 横浜, 5/18-21, 2006.
- 3) 皆川洋至、井樋栄二、斉藤功. 腱板断裂の保存療法. リウマチ科 2001; 25: 494-500.

下腿・後足部のスポーツ傷害

大阪医科大学 整形外科 講師 安田 稔 人

はじめに

下腿・後足部はスポーツ傷害の好発部位である。近年、スポーツ愛好家の増加に伴い、日常診療においても下腿・後足部のスポーツ傷害を診断、治療する機会が多い。今回はこれらのうちでも、発生頻度の高いアキレス腱断裂と足関節靭帯損傷を中心に述べる。また下腿・足部の疲労骨折についても概説する。



アキレス腱の解剖と基礎

アキレス腱は腓腹筋とヒラメ筋の腱性部が合流して形成され、踵骨隆起の後面に付着する。筋腱移行部以遠のアキレス腱実質には滑膜性の腱鞘はなく、その表層には腱上膜が存在し、腱上膜はさらにパラテノンに囲まれている。腱上膜とパラテノンの間には液体の貯留する薄い層があり、腱の滑走時の摩擦を防ぐ構造になっている。アキレス腱の線維は近位から遠位へ約90°捻じれており、近位において内側を走行する線維が遠位では後面に位置する。アキレス腱付着部においては腱の磨耗を防止するために腱の前方と後方に2つの滑液包が存在する。アキレス腱遠位部は踵骨の骨内動脈により、近位部は筋肉内の動脈の分枝により栄養されている。しかし、踵骨付着部から2~6cmの範囲は血行が不良であり、アキレス腱の変性や断裂が起こりやすい。

正常アキレス腱の組織像は膠原線維が腱の長軸方向に平行に配列し、少数の線維芽細胞を認めるが、血管は少ない。家兎を用いたアキレス腱断裂の実験的研究からは断裂したアキレス腱の腱断端間はまず肉芽組織で埋まり、癒痕組織に置換され、徐々に膠原線維の配列が整い、腱組織に近づく。また、修復腱の適度の動きや張力は組織修復にとって有利に働き、修復腱が完全に静的な状態になると、組織うっ血と張力の

消失のため、腱の修復は遅延する¹⁾。

新鮮アキレス腱断裂の最近の知見

アキレス腱症、アキレス腱断裂例を組織学的に検討すると、ともに腱に変性所見を認め、アキレス腱症よりアキレス腱断裂例のほうが腱の変性はより高度である。つまりアキレス腱症と腱断裂の病態は腱の変性であり、変性のより高度なものが断裂を起こす²⁾。

アキレス腱断裂の治療については手術治療、保存療法ともに治療成績は良好である。再断裂率は手術治療3.5%に対し、保存療法12.6%と報告されている³⁾。また、30歳未満のスポーツ選手の再断裂率は16.6%と30歳以上のスポーツ選手に比較して再断裂率が高いとの報告がある⁴⁾、もともと腱の変性が高度のためか術後のスポーツレベルや練習量に起因するものかは明らかではない。

陳旧性アキレス腱断裂の病態と治療

陳旧性アキレス腱断裂は受傷後、4週間以上経過した断裂例をさす。通常、腱断端の間隙には癒痕組織が形成され、治療については腱断端間の癒痕組織を全て切除して腱の再建術が必要とされてきた。しかし、陳旧性アキレス腱断裂の腱断端間に介在する癒痕組織はしばしば太く、

力学強度も強い印象を受ける。またアキレス腱の腱断端はまず瘢痕組織が形成され、徐々に膠原線維の配列が整い、腱組織に置換される基礎実験の結果から我々は瘢痕組織を利用する術式を考案した。本術式の適応は術前にMRIにて腱が紡錘状となり、T2強調像にて腱全体に縦走する線状の高信号変化を認める例(図1)とした。術中に採取した瘢痕組織には比較的配列の整った密な膠原線維の増生がみられ、腱の修復像を認めた(図2)。一方、術前のMRIにて腱が部分的に細くなり、局所的な高信号変化を認める例(図3)は本術式の適応外と判断し、Bosworth法などの従来の再建術を行った。我々の術式は瘢痕組織の中央1/3程度を切除し、近位および遠位断端を引き寄せ足関節が底屈20°~30°になるようにする。その後、瘢痕部を含めた腱断端をKrackow法にて縫合する(図4)。後療法は2週間のギプス固定の後、装具を装着させて荷重を許可し、術後6週間で全荷重とした。



図1. MRI (T2強調像)
アキレス腱は紡錘状に肥厚し、腱全体に縦走する線状の高信号変化(矢印)を認める。

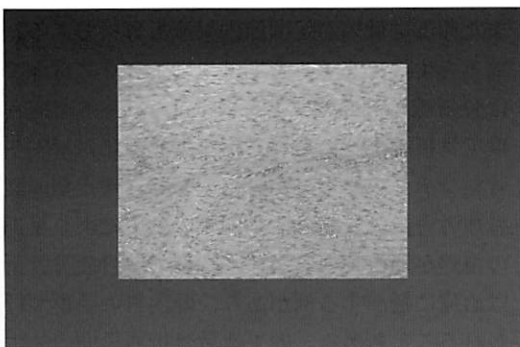


図2. 瘢痕組織の組織像
比較的配列の整った密な膠原線維の増生を認める。



図3. MRI (T2強調像)
アキレス腱は部分的に細くなり(矢印)、局所的な高信号変化(矢頭)を認める。

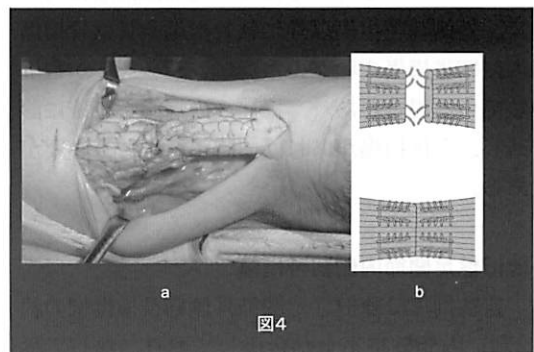


図4. 術式
a Krackow法にて近位および遠位断端を縫合した。

競技レベルのスポーツ選手を含む6例に瘢痕組織を利用した腱修復術を行い、良好な臨床成績を得た。術後平均31ヵ月で、全例片側つま先立ち可能、AOFASスコアは平均98.3点、スポーツ選手は全例もとのスポーツに復帰し、下腿周長差は平均0.8cmであった。腱断端間の瘢痕組織は密な膠原線維の増生を認め、腱に置換されていく組織像であった。術前のMRIで、腱が紡錘状を呈し、T2強調像にて腱全体に縦走する線状の高信号変化を認めれば、瘢痕組織を利用した腱修復術により良好な臨床成績が期待できる⁵⁾。

陳旧性足関節外側靭帯損傷

新鮮足関節外側靭帯損傷の治療については保存療法により良好な成績が報告され、手術を勧める論文は少なく、スポーツ選手に対しても新鮮損傷の場合は保存療法が一般的である。また

近年の報告ではギプス固定よりも機能的装具療法が勧められている⁶⁾。しかし、足関節の靭帯損傷に対して適切な診断や治療が行われなければ、慢性足関節不安定症や肥厚、瘢痕化した靭帯がインピンジメント（衝突、はさみ込み）の原因となる。陳旧性足関節外側靭帯損傷は新鮮靭帯損傷の10%～20%を占め、足関節部痛や不安定感を生じ、スポーツ活動や日常生活動作に支障をきたす。陳旧性足関節外側靭帯損傷の手術治療は多数の靭帯再建術が報告されているが、術式に関わらずその治療成績は良好である。しかし、足関節捻挫後の足関節部痛に対して、外側靭帯損傷以外に軟骨損傷や骨軟骨損傷、内側靭帯損傷や種々のインピンジメントが合併している場合があり、捻挫後の病態を正確に診断し、合併損傷があれば同時手術を行う必要がある。

陳旧性足関節内側靭帯損傷

自験例では陳旧性足関節外側靭帯損傷例の約2割に内側靭帯不全が合併しており、決して稀な外傷ではない。陳旧性足関節内側靭帯損傷の診断にはMRIが有用であり、断裂例では内側靭帯深層線維の縞状信号は消失し、内側靭帯の肥厚や高輝度変化を認めた。関節鏡では内側靭帯の断裂像を認め、内側靭帯深層線維のはさみ込みを認める例もあった。陳旧性足関節内側靭帯損傷の病態は内側の不安定性によるものと内側靭帯のはさみ込みによるものがある。外側靭帯不全によりその病態は増悪すると考えられ、治療は外側靭帯の再建術に加え、内側の不安定性のある例には内側靭帯再建術を、内側靭帯のはさみ込みを認める例には病変部の切除により良好な臨床成績が得られる。陳旧性足関節外側靭帯損傷例の中で足関節内側部痛を訴える場合は軟骨損傷以外に内側靭帯損傷の合併を疑う必要がある。

足関節後方インピンジメント

近年、足関節捻挫後の後方の関節包や靭帯による後方インピンジメントの報告が散見される

ようになった。

後脛腓靭帯の深層線維である横脛腓靭帯と後距腓靭帯の間には81.8%にIntermalleolar ligament（以下IML）が存在する。このIMLが足関節後方インピンジメントの原因となることがあるが、鏡視下あるいは直視下の病巣切除により、良好な治療成績が報告されている。我々は足関節後方インピンジメント例の切除組織を組織学的に検討した結果、関節包の肥厚や滑膜炎、靭帯の線維増生や粘液変性、石灰沈着、軟骨化生などの変性所見を認めた。術中所見からは肥厚した足関節後方の軟部組織のインピンジメントを認めたことから、関節包や靭帯が損傷後に肥厚、線維化あるいは変性し、いわゆるmeniscoid lesionとなり、これが後方のインピンジメントの原因になったと推察した。捻挫の程度に関わらず、足関節捻挫後に足関節後方の疼痛が持続する場合、鑑別診断の一つとして、関節包やIMLによるインピンジメントを念頭におく必要がある。

下腿・足部の疲労骨折

抵抗性の減弱した骨に生じるものではなく、正常の抵抗性を持つ骨組織に繰り返しストレスが加わって起こる骨折である。スポーツによる疲労骨折の中では脛骨に多く、全体の約50%を占める。原因スポーツとしてはランニングやバスケットボール、バレーボールなどジャンプ動作を繰り返す競技に多い。下腿疲労骨折は発生部位により、脛骨の中1/3前面の跳躍型と脛骨中枢側1/3後内側および末梢側1/3後内側と腓骨下部の疾走型のタイプに分けられる。また頻度は低いが発見されやすい足関節内果疲労骨折もある。痛みを生じてすぐの時期は単純エックス線像では骨折線の写らない場合があり、2～6週間程度で骨折線が認められる。早期診断にはMRIや骨シンチグラフィが有用である。疾走型の脛骨疲労骨折は安静と活動内容の変更により早期の復帰が期待できるが、跳躍型の脛骨疲労骨折は治療に難渋する例があり、髄内釘の手術が行われることもある。内果疲労骨折も早期のスポ

ーツ復帰を望む場合は手術適応があり、第5中足骨近位骨幹部疲労骨折は骨癒合が遅延することが多く、スポーツ選手には一般に手術が行われる。

まとめ

1. 下腿、後足部のスポーツ傷害の中からアキレス腱断裂、足関節靭帯損傷、疲労骨折について概説した。
2. 陳旧性アキレス腱断裂に対する腱断端間の癒痕組織を利用した修復術の適応と治療成績を述べた。術前のMRIで、腱が紡錘状を呈し、T2強調像にて腱全体に縦走する線状の高信号変化を認めれば、癒痕組織を利用した腱修復術により良好な臨床成績が期待できる。
3. 足関節靭帯損傷後の後遺障害については靭帯損傷による慢性足関節不安定症以外に靭帯や関節包によるインピンジメントや軟骨損傷、骨軟骨損傷などが合併している場合がある。病態を正確に把握し、合併損傷に対しても治療が必要である。
4. 疲労骨折の治療については早期スポーツ復帰を希望する場合には、保存療法に固執せず、手術治療も考慮する必要がある。

文献

- 1) Yasuda T et al. Unfavorable effect of knee immobilization on Achilles tendon healing in rabbits. *Acta Orthop Scand.* 2000; 71: 69-73.
- 2) Tallon C et al. Ruptured Achilles tendons are significantly more degenerated than tendinopathic tendons. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33:1983-1990.
- 3) Khan RJ et al. Treatment of acute Achilles tendon rupture. A metaanalysis of randomized, controlled trials. *J Bone Joint Surg Am.* 2005; 87:2202-2210.
- 4) Rettig AC et al. Potential risk of rerupture in primary Achilles tendon repair in athletes younger than 30 years of age. *Am J Sports Med.* 2005; 33: 119-123.
- 5) Yasuda T et al. Reconstruction of chronic Achilles tendon rupture with the use of interposed tissue between the stumps. *Am J Sports Med.* 2007; 35: 582-588.
- 6) Jones MH et al. Acute treatment of inversion ankle sprains: immobilization versus functional treatment. *Clin Orthop Relat Res.* 2007; 455:169-172.

変形性膝関節症の最近の知見 －保存療法から手術まで－

大阪府立急性期・総合医療センター整形外科 小林 章 郎

はじめに

変形性膝関節症（膝OA）は膝関節の軟骨変性を主体する変性・退行性疾患で、高齢者の膝慢性疾患としては最も頻度が高い。膝OAは膝関節痛・機能障害の原因となり、患者のADLを著しく障害し、人口の高齢化に伴って一種の国民病とも言える運動器疾患である。本稿では膝OAの疫学・診断法・治療を概説し、特に保存療法のデビデンスについて、また普段の外来での患者さんとのやりとりから疑問に思う事項に関して可能な限り文献を渉猟した。紙面の都合上、その結論（Take home message）と参考文献のリストを掲載し、手術療法については割愛した。

膝OAのレントゲン診断

Kellgren-Lawrence分類（Ann. Rheumatic Disease 1957）明確な骨棘形成の有無で診断、すなわちGrade 2以上をOAと診断するのが妥当である。

参考文献

(DJ. Hart et al. ARTHRITIS & RHEUMATISM Vol. 42, 1999, pp 17-24)

Kellgren-Lawrence分類

Grade 0: 正常: 所見なし

Grade 1: 疑い: 疑わしい関節裂隙の狭小化、骨棘の可能性

Grade 2: 軽度: 明確な骨棘、関節裂隙の狭小化の可能性

Grade 3: 中等度: 中等度で複数の骨棘、明確な関節裂隙の狭小化、骨硬化、骨端部変形の可能性

Grade 4: 高度: 大きな骨棘、著明な関節裂隙の狭小化、高度の骨硬化、明確な変形

膝OAの疫学

東大のROAD研究で東京と和歌山で調査した50才以上男性で44.6%、女性で66.0%にレ線



でK-L分類で2以上をOAが認められた。それから推察すると日本全国のOA膝人口は約2400万人である。またリスクファクターは年齢、性別（女であること）、肥満である。

参考HP (http://www.h.u-tokyo.ac.jp/center22/rinsyo_undouki.html#d03)

膝OAの保存療法

①患者教育

本邦ではあまり熱心でない。欧米では治療行為とは別の教育活動で治療行為を側面から支援し患者に疾患の本質・自然経過を理解させることが重要とする多くの報告がある。

②減量

減量だけでは痛みや機能改善に対して18ヶ月までは効果が無く、減量と運動を組み合わせることが重要である。

参考文献

(Messier, SP. et. al. Arthritis & Rheumatism Volume 50, 2004, P1501-1510)

③運動療法

i) Meta-analysisの結果から運動療法が除痛や膝機能改善に効果があることは明らかであるが、運動の種類・頻度などについては一定のコンセンサスはない。小規模のグループで行うグループ訓練やマンツーマンで行う個別指導の方がホームトレーニングより効果がある。

参考文献 (Fransen, M. et. al. Cochrane Musculoskeletal Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 1, 2007.)

- ii) 歩行 (有酸素運動) と筋力訓練 (ホームトレーニング) では同等の効果があるので、膝が痛いときは無理に歩かずSLR運動だけでよい。

参考文献 (Roddy E et al Annals of the Rheumatic Diseases. 64(4):544-8, 2005)

- iii) プール運動は臍までの水深で体重が50-60%に軽減、足の負荷はゆっくりで2倍、早くで40倍かかりジムでの運動に効果は匹敵する。

参考文献 (Foley A et al Annals of the Rheumatic Diseases. 62(12):1162-7, 2003)

- iv) 運動療法の効果発現機序ははっきりわかっていないが、著者らの研究では運動によって関節液中のヒアルロン酸の分子量が上昇し、関節液の潤滑性能を上げることがわかった。

参考文献 (Miyaguchi M. Kobayashi A. et. al. Osteoarthritis & Cartilage. 11:252-9, 2003)

- v) 中等度の運動によって関節軟骨のグルコサミン量を上昇させる。

参考文献 (Roos M et al. Arthritis & Rheumatism 52:3507-3514, 2005)

- vi) 運動療法によってOAの進行が遅くなった。

参考文献 (Mikesky AE et al. Arthritis & Rheumatism 15:55:690-9, 2006)

※このように運動療法はOAの対症療法のみならず、病気そのものを修飾する可能性がある。

④装具療法

- i) 外反ブレースは下肢アライメントに変化は及ぼさないが、症状には有効である。

参考文献 (Finger S. et al The Journal of Knee Surgery. 15:155-8; discussion 159, 2002. J. D. Richards et al J Bone Joint Surg Br 2005 87-B: 937-939.)

- ii) Subtalar Strap 付き足装板は有効である。

参考文献 (Toda Y. et al Arthritis & Rheumatism. 50:3129-36, 2004)

⑤薬物療法 (サプリメント)

- i) グルコサミンの3年間の服用でレ線による関節列隙の狭小化の進行が抑えられた。

参考文献 (Reginster JY. et al. Lancet. 357(9252):251-6, 2001)

この文献が出てから、本邦でも大きな製薬会社・食品会社がグルコサミンを食品として販売しているが、この研究の評価法がわずかなレ線での関節列隙の評価なので真偽に異論がある。

Meta-analysisでもグルコサミンは痛み・膝機能に関して効果がある。

参考文献 (Towheed TE et. al. Glucosamine therapy for treating Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 1, 2007.)

この研究は15編のRCTを集めたもので、グルコサミンに肯定的であるが、それらの幾つかは製品を作っている会社に関与している研究であり、結果にバイアスがかかっている可能性がある。

- ii) 3ヶ月に一回のステロイド関節注射は痛みに対しては有効でレントゲンの進行 (副作用) がなかった。

参考文献 (Raynauld J-P et al Arthritis & Rheumatism 48:370-7,2003)

ステロイドには強力な抗炎症作用があり関節炎所見を有する (腫れている) 膝OAで他の保存療法が効かない時に3ヶ月に一回程度使用するのが望ましく、関節炎所見がなければヒアルロン酸を選択するのが安全と思われる。

- iii) ヒアルロン酸の関節注射は、物理的な関節の潤滑と保護・抗炎症作用・滑膜細胞や血管系細胞に対する作用・軟骨細胞に対する作用などにより効果が発現するとされている。Meta-analysisの結果、効果は認められている。

参考文献 (Bellamy N et al Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. Cochrane review 2007)

手の機能とリウマチ手の治療

奈良県立医科大学 整形外科 准教授 矢島 弘 嗣

一般整形外科医の間では、「手」はとっつき難いと考えられている。その理由は他の部位と比べて軟部組織が重要な意味を持ち、そのために解剖学的に複雑であり、理解しがたいのではと推測される。とくに伸筋腱と内在筋の解剖およびその機能を正確に把握していないために、神経麻痺やリウマチによる手の変形がわかり難いのではないであろうか。さて虫様筋は4つあり、第1、2虫様筋はひとつの深指屈筋腱に起始をもち正中神経支配である。尺側の2本の虫様筋は尺骨神経支配であり、2本の深指屈筋腱に起始する(2つの頭を持つ)(図1)。虫様筋の作用は第2~5中手指節関節の屈曲と指節間関節の伸展である。骨間筋は中手骨間に位置し、4つの背側骨間筋と3つの掌側骨間筋からなる(図1)。いずれも尺骨神経支配で、虫様筋の補助として第2~5中手指節関節の屈曲と指節間関節の伸展を行う。そして背側骨間筋は指(母指と小指以外)の外転、掌側骨間筋は内転(示指、環指、小指を中指に近づける)を行う。指の伸筋はMP関節、PIP関節、DIP関節全てを伸展させるが、骨間筋や虫様筋はMP関節を屈曲させ、PIP関節とDIP関節を伸展させる。指伸筋腱、骨間筋腱、虫様筋腱は指の中で繊維を交差させ、指背腱膜を形成して指の伸展運動を司るのである(図1)。この内在筋の機能を正確に理解すれば、手の変形がなぜ生じるのか、そしてどのように治療すればよいかの理解できる。神経麻痺、外傷だけでなく関節リウマチにおいてもこのことは非常に重要な意味がある。

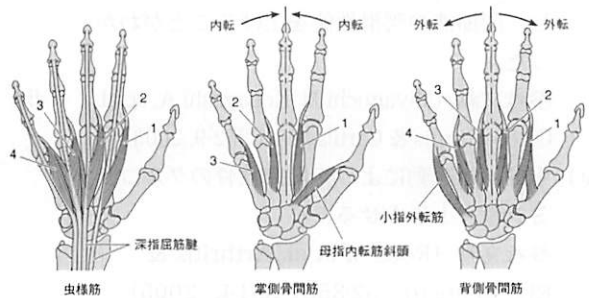


図1. 虫様筋と骨間筋

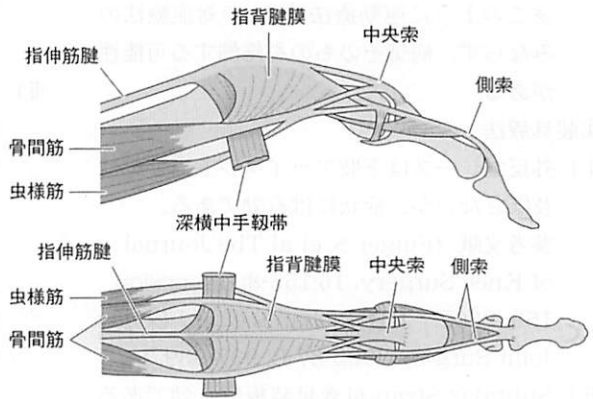


図2. 指の伸展機構と指背腱膜

リウマチ手の患者を診察するにあたって、第一に鑑別を要する疾患は変形性関節症とくにHeberden結節である。リウマチではMP関節およびPIP関節が侵食されるが、変形性関節症はDIP関節が侵されるので、罹患部位から鑑別は容易である。通常Heberden結節は保存療法あるいは放置されるが、疼痛が持続する症例や変形が高度な症例に対しては、ときに関節固定術が適応される。最近Acutrac Screwを用いた方法が注目されている。

一方、リウマチ手に対しては抗リウマチ剤などによる内科的治療が優先されるが、整形外科において最もよく行われる手術は滑膜切除術である。滑膜切除術は通常早期のリウマチに適応される。しかし手関節は他の関節に比べて除痛効果が優れているために、進行した症例でも適応されることが多い。その際Sauve-Kapandji法による手関節形成術を併用する方がよい。これにより滑膜炎の再燃をある程度防止することが可能で、かつ前腕回内外域の改善が得られる。

手関節が脱臼しているような症例に対しては関節固定術が行われる。そしてリウマチ手の患者に対する絶対的手術適応は伸筋（屈筋）腱の断裂である。腱縫合は不可能であるために腱移行あるいは腱移植により対処する。指の変形と肘に対してはしばしば人工関節が用いられる。種々の人工関節が使用されているが、指に対しては今なおスワンソン型のシリコン製の関節が一般的である。肘の人工関節も種々のものが発売されているが、現在最もよく使用されているのがKudo Elbow とCoonrad/Morrey Total Elbowである。後者はヒンジ型であるために不安定性の強い症例に対しては勧められる。

以上、手の基本的な解剖並びにリウマチ手の治療について述べたが、リウマチに対しては最近生物学的製剤の出現により手術適応が減少している感がある。しかしながら全くなくなるとは考えられず、やはり適切な時期に適切な手術を行うことにより患者さんのQOLを一定水準に保たなければならないと考えている。

手術による医原性末梢神経損傷

和歌山県立医科大学 整形外科 准教授 谷口泰徳

はじめに

医原性末梢神経損傷の原因には、針差し損傷、タニケット麻痺、手術操作などが指摘されている¹⁾。しかし、本邦において、外科医の手術操作による末梢神経損傷のまとまった報告^{2)、3)}は、散見されるのみである。今回我々は、外科医の手術操作による医原性末梢神経損傷例について検討を加えたので報告する。

対象

過去15年間に当科で治療を行った医原性末梢神経損傷例で、原因が外科医による手術であるものを対象とした。症例は17例で、男8例女9例であった。年齢は5歳から79歳、平均39.8歳であった。

方法

今回は以下の項目について、調査検討した。調査項目は、(1)神経損傷を起こした外科医の専門、(2)外科医の医師歴、(3)神経損傷の原因となった手術、(4)損傷された末梢神経名、(5)今回行った末梢神経損傷に対する治療、(6)外科的治療が行われた症例の手術所見の6項目であった。

結果

- (1)神経損傷を起こした外科医の専門は、12例が整形外科、2例が耳鼻科、そして皮膚科、胸部外科、消化器外科がそれぞれ1例ずつであった。
- (2)神経損傷を起こした外科医の医師歴は、15人については調査できたが、2人については不明であった。その調査できた15人の医師歴は7年から33年、平均20.8年であった。医師歴の内訳は、5年から10年未満が1人、10年から20年未満が6人、20年から30年未満が5人、30年から35年未満が3人であった。

手術操作による医原性末梢神経損傷は、10年から30年未満の医師歴が長い外科医により、起こされていた。

- (3)神経損傷の原因となった手術は、腫瘍摘出術、腱鞘切開術がそれぞれ4例、腫瘍生検術3例、骨折の観血的整復固定術、腱縫合術がそれぞれ2例、経皮ピンニング、鏡視下手根管開放術がそれぞれ1例であった(表1)。

表1. 神経損傷の原因となった手術

表1 神経損傷の原因となった手術

腫瘍摘出術	4例
腱鞘切開術	4例
腫瘍生検術	3例
腱縫合術	2例
観血的整復固定術	2例
経皮ピンニング	1例
鏡視下手根管開放術	1例

- (4)損傷された末梢神経は指神経が6例、正中神経が3例、副神経、尺骨神経、橈骨神経がそれぞれ2例、後骨間神経、尺骨神経手背枝がそれぞれ1例であった(表2)。損傷された神経は、副神経以外全例が上肢の神経であった。

表2. 損傷された末梢神経

表2 損傷された末梢神経

指神経	6例
正中神経	3例
副神経	2例
尺骨神経	2例
橈骨神経	2例
後骨間神経	1例
尺骨神経手背枝	1例

- (5)今回行った神経損傷に対する治療は、外科的治療を15例、他の2例に経過観察を行った。経過観察を行った2例は、最終調査時、神経

麻痺が残存していたが、外科的治療を希望しなかったため、治療はそのまま終了となった。外科的治療の内訳は、神経縫合が8例で、神経移植が3例、そして腱移行術、神経剥離がそれぞれ2例であった。神経損傷から神経修復までの期間は、1日から5年、平均9.4ヶ月であった。外科的治療が行われた症例の術前の症状は、術後全例で改善していた。

(6)外科的治療が行われた15例の手術時所見は、13例で神経は完全断裂しており、2例では不全断裂であった。今回の医原性末梢神経損傷症例のほとんどが完全断裂例であった。

考 察

我々が経験した外科医の手術による医原性末梢神経損傷は、整形外科医による上肢の末梢神経損傷の症例が多かった。原因となった手術は、腫瘍摘出術、生検術、腱鞘切開術などの小手術が半数以上を占めていた。

勝見らは、医療事故による医事紛争事例を調査し、手術による末梢神経損傷17例を報告している²⁾。彼らは、医事紛争事例では頸部周辺の局麻下の手術による神経損傷例を多く認めため、このような手術を行うときは、末梢神経損傷の危険性があることを、一般外科医に対して啓蒙する必要があると述べている。また根本らは、手術的治療を要した医原性末梢神経損傷5例を報告している³⁾。彼らは、頸部リンパ節生検術による症例が見られたため、生検術であっても、経験豊富な医師が行うか、経験豊富な医師の下で行うべきであると述べている。

我々の症例では、医師歴の長い外科医による上肢の末梢神経損傷例が多かった。そのため腫瘍摘出術、生検術、腱鞘切開術などの小手術であっても、術者は自己の技量を過信せず、神経解剖の熟知、手術の計画性、止血帯や拡大鏡の使用など手の外科基本手技を徹底することが重要であると思われた。

Khanらは、手術を含めて様々な原因による医原性末梢神経損傷612例の治療を行い、内291例で手術的に損傷神経を観察し、その状態により外科的に治療を行ったと述べている⁴⁾。

彼らは、その報告の中で医原性末梢神経損傷において、手術的に損傷神経を確認する適応を次のように指摘している。持続する難治性の痛みがあるとき、神経切断の確証があるとき、予定された期間に麻痺の回復を認めないとき、経過観察中に症状が悪化したときと述べている。

しかし、今回の我々の症例の結果が示す様に手術における医原性末梢神経損傷では、高頻度に神経断裂を来していたため、医原性末梢神経損傷の原因が手術によるときは、出来るだけ早期に、手術的に神経損傷部を確認すべきであると考え。このことが、患者側の機能の損失と犠牲を最小限にする最善の方法である。

まとめ

- 1.手術操作による医原性末梢神経損傷の症例では、神経が完全に切断されている症例が多かった。
- 2.そのため出来るだけ早期に損傷神経を観血的に確認し、その損傷状態に応じて修復術を行うことが大切である。
- 3.医原性末梢神経損傷は、医師歴が10年以上の外科医により、多く起こされていた。
- 4.その予防のためには、外科医は自己の技量を過信せず、神経解剖の熟知、手の外科基本手技の徹底、そして術前の入念な手術計画を行う事が重要である。

文 献

- 1)平澤泰介. 医原性末梢神経障害. 長野 昭編. 図説整形外科診断治療講座, 13巻, 末梢神経障害. 東京: メジカルビュー社; 1991: 170-179.
- 2)勝見泰和, 北条達也・坂本敏弘, 他. 医療事故例における末梢神経損傷の検討. 日手会誌 2001; 18: 168-172.
- 3)根本孝一, 有野浩司, 中道憲明, 他. 手術的治療を必要とした医原性神経損傷. 日整会誌 2002; 76: S623.
- 4)Khan R, Birch R. Iatrogenic injuries of peripheral nerves. J Bone Joint Surg 2001; 83-B: 1145-1148

関節リウマチの最新治療 —新規COX-2阻害薬と生物学的製剤の使い方—

兵庫医科大学 内科学講座 リウマチ・膠原病科 教授 佐野 統

関節リウマチ (RA) は多発関節炎を主徴とする原因不明の慢性炎症性疾患であり、その病変の主座は関節滑膜であり、進行すれば軟骨、骨を侵し、関節組織の破壊や変形を起こす。その骨破壊の進行は従来の予想より速いことが示された。滑膜組織には多彩な細胞の浸潤が見られ、産生されるサイトカイン (TNF- α 、IL-1、IL-6)、増殖因子 (FGF、PDGF)、プロスタグランジン (PGs) などの作用で関節が破壊される。TNF- α はサイトカインカスケードの上流にある重要な生理活性物質である。近年、抗TNF製剤をはじめとする生物学的製剤の導入により、関節リウマチの治療戦略は大きく変わった。生物学的製剤は、臨床症状の改善に加え、関節破壊の進行を抑制し、臨床的寛解を長期にわたり維持することを可能にし、治療のパラダイムシフトをもたらした。RA患者の生命予後は不良であることが認識されているが、最近海外では抗TNF製剤の投与により心血管イベントを減少させ、女性のRA患者の死亡率が低下したとの報告もある。ATTRACT試験、ASPIRE試験でインフリキシマブ (INF) 投与にて画像的寛解が早期でも進行期でも得られ、さらに、発症1年以内の症例ではINF中止後、寛解維持が可能な症例もみられることが示された。TEMPO試験ではエタネルセプトもMTXとの併用で関節破壊の抑制が認められている。また、生物学的製剤間でのスイッチングも可能である。今後、アダリムマブ、トリズマブなどの生物学的製剤も投与可能となり、CCP抗体などの血液検査や画像診断を用いて早期にRAを診断し、MTXを中心とした抗リウマチ薬、さらには生物学的製剤を積極的に使用する新しいパラダイムを構築する時代に入るのであろう。

非ステロイド鎮痛薬 (NSAIDs) は鎮痛、解熱、抗炎症作用をもち、以前はRA治療の第一



選択薬であった。しかし、RAの進行阻止や関節破壊を防止する作用はないことから、現在では副次的な位置づけになっている。その作用機序がCOX活性阻害によることは1971年Vane博士によって解明された。1991年誘導型COX-2が発見された。COX-2は発癌との関連が注目されているが、RAにおいても滑膜細胞や滑膜組織に、IL-1やTNF- α などのサイトカイン刺激により高発現している。その結果、産生されるPGE₂は炎症、血管新生、破骨細胞の活性化などRAの病態に関与している。副作用の少ないNSAIDsとして、数種のCOX-2阻害薬が開発された。COX-2阻害薬の臨床効果は従来のNSAIDsと同等で、消化器系副作用が有意に少ないことが示された。COX-2選択性の高いほど消化管障害の少ないことが示されている。セレコキシブ、エトドラクでは従来薬に比べ、約60%消化管障害の低減が見られている。さらに抗腫瘍効果、破骨細胞活性抑制効果も認められている。しかしながら、コキシブ系のCOX-2阻害薬の長期投与で心血管イベントが増加するとの大規模臨床試験の結果が示された。その結果2004年一部のCOX-2阻害薬 (ロフェコキシブ、バルデコキシブ) は販売中止となった。その後、多数の疫学調査により、従来のNSAIDsでも心血管イベントが増加することが

示され、結局すべてのNSAIDsの添付文書に心血管イベントのリスクが記載されることになった。しかし、日米で比較すると日本人は心血管系のイベントで死亡するRA患者は少なく、OECD加盟国の中で虚血性心疾患による死亡率がもっとも低いことも知られている。NSAIDsはRA治療においては早期の関節疼痛、腫脹に使用し、DMARDsや生物学的製剤の効果が出てくれば中止するのが一般的である。米国のガイドラインでも初期治療に考慮するとだけ記載されている。

NSAIDsは様々な副作用があり、決して安全な薬剤ではない。本邦のRA患者においてNSAIDsを3ヶ月以上服用すると約15%に胃潰瘍が見られると報告されている。しかもそのうち、41%の症例で消化器症状がなかった。米国では年間16500人が消化管出血で死亡するとの報告がある。消化性潰瘍の主な原因はピロリ菌とNSAIDsである。ピロリ菌は除菌療法によって80~90%除菌が可能であるため、残された課題はNSAIDs潰瘍である。そのリスクファクターには年齢、潰瘍の既往、ステロイド服用、ビスフォスフォネート使用、飲酒などが挙げられている。NSAIDsはCOX阻害によるPGs産生減少を介し、粘液産生減少、重炭酸分泌減少、微少循環障害、胃運動亢進、組織修復

抑制など防御機能低下による胃粘膜障害をもたらすと考えられている。NSAIDs潰瘍の予防法としては、PG製剤（ミソプロストール）、高用量のH2受容体拮抗薬、プロトンポンプ阻害薬の併用が示されており、COX-2阻害薬の使用もガイドラインに挙げられている。しかしながら、これらは米国の成績であり、日本人でのエビデンスはない。防御因子増強薬レバミピドがPG製剤と同等の抗潰瘍効果を示すことも明らかにされている。すなわちNSAIDsには、COX阻害以外の消化管障害機序として、COX阻害によるリポキシゲナーゼ系の優位なり、ロイコトリエン（LTC4、LTD4）が産生され、血管攣縮、虚血、再灌流が引き起こされ、活性酸素が増加し粘膜障害が生じることが考えられている。最近では、NSAIDs起因性小腸障害も注目されている。NSAIDsを3ヶ月以上服用した関節炎患者で小腸粘膜障害が71%に見られるとの報告もある。小腸粘膜病変の予防にはPPIは効果なく、防御因子増強薬の有効性が報告されている。このように、個々の患者のリスクファクターによるNSAIDsの使い分けが重要な課題となってきた。

本講演会ではRA治療における生物学的製剤とNSAIDs/COX-2阻害薬の話題について、筆者の研究成績を交えて報告した。

iPS細胞の展望と課題

京都大学 iPS細胞研究センター センター長 山中伸弥

胚性幹細胞 (ES) 細胞はすべての細胞へと分化できる多能性を維持したまま、無限に増殖できる。ヒトES細胞は、脊髄損傷、心筋梗塞、I型糖尿病、筋ジストロフィーなどの疾患に対する細胞移植治療の資源として期待されているが、倫理的課題や免疫拒絶がある。私達は、体細胞からES細胞に類似した多能性をもち、細胞移植治療や、病態解明、有効で安全な薬物の探索に真に応用できる細胞を創出することを目標に研究を行っている。

まず、私たちは、多能性誘導因子の多くは多能性維持因子であると考え、その探索を行ったところ、ES細胞における多能性の長期維持には、ES細胞特異的転写因子に加えて、複数の癌関連遺伝子が関与していることを明らかにした。次に、ES細胞で特異的に発現する遺伝子に薬剤耐性遺伝子をノックインしたマウスを作出し、その胎児由来繊維芽細胞に多能性誘導因子候補をレトロウイルスベクターで導入する実験系を構築した。すなわち、因子導入により繊維芽細胞の核が初期化され、ES細胞に類似する多能性が獲得された細胞のみ薬剤耐性を獲得する。様々な組み合わせで因子導入実験を行ったところ、Oct3/4、Sox2、c-Myc、Klf-4の組み合わせの4因子導入により、耐性コロニーを得ることができた。コロニーから樹立した細胞は、形態と増殖能においてES細胞に類似し、Oct3/4や、NanogなどのES細胞マーカーの発現や、ヌードマウス移植実験での三胚葉系組織を含むテラトーマの形成を認めた。このように誘導した細胞を人工多能性幹 (iPS; induced pluripotent stem) 細胞と命名した。iPS細胞は、成体マウス皮膚に由来する繊維芽細胞からも誘導でき、また、Nanog遺伝子を指標として樹立したiPS細胞のGermline transmission、すなわち、成体キメラマウスを経て全身がiPS



細胞に由来するマウスを生むこともできた。さらには、レトロウイルスによる4因子導入の方法を工夫することで、ヒト成人皮膚由来の繊維芽細胞からもiPS細胞を得ることができた。

しかし、これまでの実験でc-Myc導入に起因するものと考えられる、腫瘍形成がキメラマウスで認められた。将来の臨床応用を鑑みたとき、腫瘍形成は大きな課題となるため、誘導プロトコルを再検討することで、c-Mycレトロウイルスベクターを用いずに、iPS細胞を樹立することに成功した。新プロトコルにより樹立したiPS細胞に由来するキメラマウスは、一定期間の観察下では腫瘍形成は認められなかった。また、この方法でヒト繊維芽細胞からもiPS細胞を誘導することができた。さらに、iPS細胞の由来や成立の機序を明らかにし、安全性を高めるために、マウス肝臓および胃の細胞からiPS細胞を誘導した。その結果、iPS細胞は真に体細胞に由来すること、また、染色体の特定位置への因子導入は不要であることを明らかにした。

新しいDMARDsについて

東京女子医科大学膠原病リウマチ痛風センター 原 まさ子

1. 新しいDMARDsについて

関節リウマチは関節滑膜を炎症の場として、免疫担当細胞が浸潤し、炎症性サイトカインを産生して、毛細血管や滑膜細胞の増殖を誘導し、軟骨、骨破壊をきたして関節機能障害に至る進行性の疾患である。その治療法は免疫学的機序による悪循環を断つ免疫調節薬や免疫抑制薬、抗サイトカイン療法を含む抗リウマチ薬 (disease modifying anti-rheumatic drugs; DMARDs) と炎症性メディエーターを抑える抗炎症薬による。治療の目標は疼痛を抑え、関節破壊を抑制して、機能障害を阻止することで患者のADL, QOLを改善する事である。

早期に炎症を抑えた群と、抑えられなかった群では関節破壊の進行が著しく異なる。Lardらによると、発症15日以内にDMARDsを開始した群は4ヶ月以降に開始した群に比べて骨破壊が抑えられたと報告している。

東京女子医科大学膠原病リウマチ痛風センターでは2000年10月から6ヶ月ごとにRA患者のアンケート調査、医師評価、臨床検査を行い、前向き観察研究をしている。このコホート研究で、発症2年以内の早期患者群と2年以上の患者群の経過を比較すると、疼痛関節数、腫脹関節数、HAQ, CRP, ESR、患者評価、医師評価、いずれの改善率も早期RAで良好であった。発症1年以内の群ではDAS28で評価した治療反応

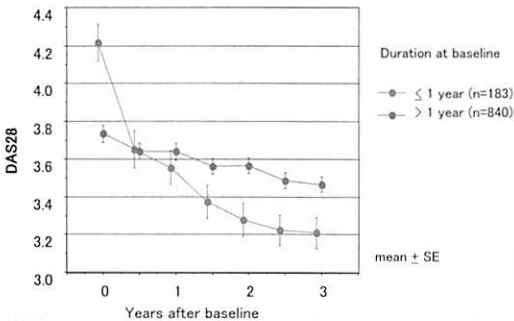


図1. 早期RAは治療反応性が良い



性が発症1年以上の群より良好であった (図1)。また疾患活動性を低く (DAS28を3.2以下に) 制御した群では、HAQで評価する機能障害の進展を防ぐ事が出来た (図2)。また生命予後も良好であった。

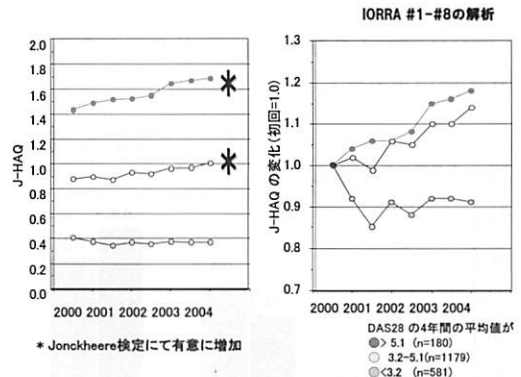


図2. 疾患活動性の制御が機能障害進展を防ぐ

従って関節破壊の進行を抑えるためには早期診断、早期治療とそれによる疾患活動性の十分な制御が必要である。

米国リウマチ学会(ACR)のRA治療ガイドラインではRAの診断3ヶ月以内にDMARDsを投与することを推奨している。

広義の抗リウマチ薬には、低分子化合物の免疫調節薬と免疫抑制薬、高分子化合物である生物学的製剤がある。

生物学的製剤はすでに講演されているので、ここでは新しくRAに適応が認められた免疫抑制薬、タクロリムス（FK506）と現在申請中の免疫調節薬であるイグラチモド（T614）について紹介する。

タクロリムスは放線菌の代謝産物として発見された、マクロライド骨格を有し、真菌から得たシクロスポリンA（CsA）とは構造的に異なるが薬理的には類似している。タクロリムスはPPIase活性を有する細胞内受容体のFKBp(FK binding protein)と結合し、カルシニューリンのホスファターゼ活性を阻害し、活性化されたT細胞のサイトカイン産生を抑制する。経口投与ではほとんど糞便中や胆汁中に排出される。後期第II相試験では3mg/日でACR20改善率は48.3%で、MTX無効例でも40.0%とプラセボより有意に有効であった（図3）。効果の発現は8週後～16週後と比較的早い。米国ではMTX 効果不十分例にMTXとの併用でACR20改善率51.4%、ACR50改善率34.3%の有効性を示している。我々のセンターでもMTX効果不十分例やMTXが使用できない例に多く使用されている。

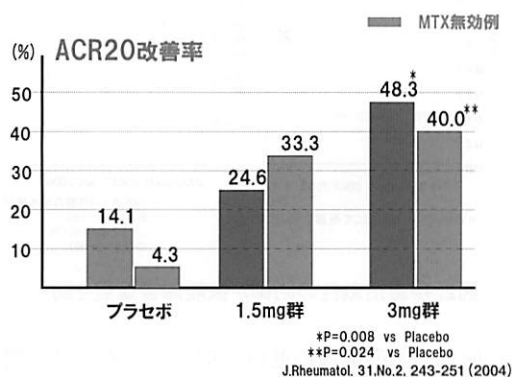


図3. FK506 後期II相試験 (非高齢者)

イグラチモド(T614)は富山化学工業株式会社が創製し、エーザイ株式会社とともに開発した新しいDMARDである。作用機序は1.免疫グロブリンの産生抑制、2.リンパ球増殖反応の抑制、3.滑膜細胞、単球、マクロファージによるサイトカイン産生抑制、4.COX-2の活性阻害と

発現抑制である。用量設定試験と漸増法試験の結果から、T614 25mg/日、4週間投与後、50mg/日に増量する方法で、SASPとプラセボと比較した。ACR20改善率は63.1%でSASPの57.7%に劣らず、プラセボより有意に改善した（図4）。他のDNARDsやMTX無効例にも有効であった。効果発現は8週と早期であった。プラセボに比べ骨破壊の進展も抑制した。副作用として肝機能障害、胃腸障害が多く、出現時期は8週以内が多かった（図5）。

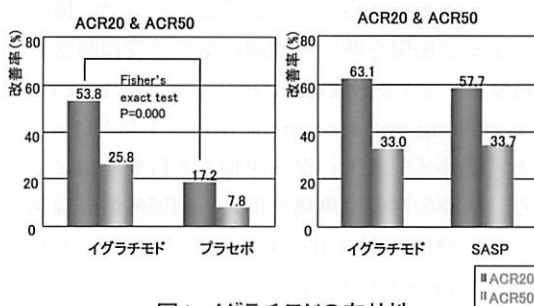


図4. イグラチモドの有効性

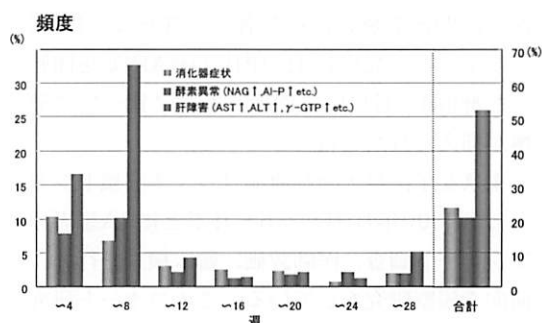


図5. イグラチモドの副作用

2. RA患者の妊娠・出産について

妊婦の免疫機構の変化は自己免疫疾患であるRAの病態に影響を与えると考えられる。RA患者の妊娠・出産で問題になるのは病気が妊娠・出産に及ぼす影響と、胎児への影響、妊娠・出産がRAに及ぼす影響である。我々のセンターのRA患者さんに対する調査では、発症前に比較して発症後は流産の率が高く、正常満期産に比較して流産、早産、子宮内胎児死亡、死産などの異常分娩の危険率がオッズ比で1.93であった。

妊娠中はRAが軽快する例が多く、寛解期の

症例では47.9%、活動期でも35.7%が軽快していた。出産後は寛解期で31.2%、活動期で50%が悪化した(図6)。妊娠中のホルモン変化が免疫系をTh1の細胞性免疫から、Th2の液性免疫へシフトさせ、出産後は逆転する事によると考えられる。

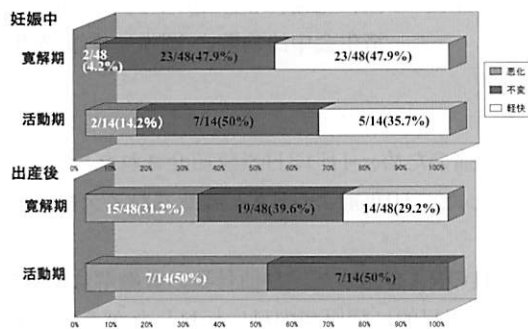


図6. 妊娠・出産によるRAの経過

治療に用いられる薬の胎児への影響は大きい。非ステロイド性抗炎症薬はプロスタグランジン産生抑制の作用機序から、妊娠期間や分娩期間が延長し、胎児動脈管の拡張を抑制することで胎児死亡や新生児高血圧の危険がある。抗リウマチ薬は催奇形性や染色体異常に対する安全性が確認されていない。スルファサラジンは比較的妊婦に対する投与経験があり、継続可能とされている(図7)。また免疫抑制薬は妊娠第1期には催奇形性の可能性があり、第2、3期には胎児の膵、肝、リンパ球に対する毒性や易感染性、出生児低体重の危険性がある。乳汁中へ移行するため、授乳は禁忌である。ステロイド薬のうちprednisolone (PSL) や hydrocortisone は胎盤で不活化され胎児への影響は少ない。Dexamethazone, Betamethazone は不活化され難いので妊婦への投与時にはPSLを用いる。乳汁への移行は1~0.3%なのでPSL20mg/日以下は問題ない(図8)。

薬剤	妊娠数	先天性奇形	催奇形性の証明	妊娠中の継続
スルファサラジン	=2100	5	ナシ	可能
注射金剤	82	1	ナシ	絶対的な適応ならば可
ペニシラミン	=100	5	ナシ	不可

図7. DMARDsの胎児への影響

薬剤	FDA危険分類	奇形	子宮内発育遅延	新生児長期合併症	授乳
ステロイド薬	B	白内障	+	一過性免疫抑制	≥20mg/day以上は4時間あける
イムラン	D	散発	+	染色体異常	禁忌
エンドキサン	D	+	+	稀に骨髄抑制	禁忌
MTX	X	+	+	染色体異常 乾湿性肺炎 稀に骨髄抑制	禁忌
サイクロスポリン	C	+	+	発育不全	禁忌

FDA分類 A:対照試験で危険なし
B:ヒトにおける危険の事実なし
C:危険は除外できない
D:危険の可能性あり
X:妊娠中は禁忌

図8. ステロイド薬と免疫抑制薬の胎児への影響

従ってRA患者の妊娠の条件は1.病状が安定している事。2.重大な臓器障害がないこと。3.免疫抑制薬、抗リウマチ薬を服用していないこと。4.原病に対する母体の十分な治療が行われている事である。

第33回 大阪整形外科症例検討会 抄録

開催日時：平成19年8月4日（土） 14：30～18：00

開催場所：大阪証券取引所ビル3F 北浜フォーラム会議室B・C

大阪市中央区北浜1丁目8-16

<第一部>

座長 大橋 弘嗣 先生（済生会中津病院）

1. 「RAに合併した病的骨吸収を伴う骨粗鬆症」

済生会中津病院 岡本 雄策 先生

【症 例】・年齢 70歳代・性別 女・職業 事務職

【主 訴】左骨盤部痛、左膝痛による歩行困難

【現病歴】本年2月に骨盤骨折し、変形治癒と左仙骨部痛のため、4月13日当院紹介された。

両側臼蓋底の骨折と左仙骨の骨融解を認め入院加療した。10年前よりRAと診断されステロイドにて加療されている。

【現 症】CRP 10.08、RA 1078とコントロール不良のRAを認めた。左仙骨翼の骨融解はRAにより以前よりあったものと考えた。生物学的製剤の使用目的に膠原病内科に転科したがその前後より急な発熱がありCRP 21.59、WBC 2300になった。血培にてBacteroides uniformisとHaemophilus influenzaeが検出され抗生剤の投与を行った。5月8日から6月14日まで点滴加療し、熱発はなくなりCRP13.80となった。同時期に右坐骨の骨融解が急激に進行し、左膝の水腫骨破壊を認め車椅子となった。

【今回討論したい点】

- ①X線像での骨盤骨融解は骨髄炎でしょうか。
- ②骨吸収をおさえ腱の変形を止める方法はありますか。
- ③今後の生物学的製剤の全身投与についてご意見を頂きたい。

2. 「軟部腫瘍と鑑別を要したアキレス腱部滑膜炎の1例」

大阪医療センター 岡本 恭典 先生

【症 例】・年齢30歳代・性別 女 ・職業

【主 訴】左アキレス腱付着部周囲の有痛性腫脹

【現病歴】2006年4月頃から特に誘因なく上記を自覚

他院にてMRI施行され、軟部腫瘍の疑いにて同年9月11日当科紹介初診、切除生検の目的で2007年5月入院。

【現 症】歩行にて増強する左アキレス腱周囲の疼痛あり、左アキレス腱の踵骨付着部に横径3cm・上下径1.5cm程度の弾性軟・可動性のある腫瘤を触知した。MRIのT1強調画像で筋と等信号、T2強調画像で中等度高信号の腫瘍性病変を認めた。

軟部腫瘍を疑い切除生検を施行した。

病理組織検査にて腫瘍性病変はなく滑液包炎と診断された。

【今回討論したい点】

鑑別診断は関節リウマチと考えて良いかどうか

3. 「仙骨骨折に合併した腰椎硬膜外血腫の一例」

市立堺病院 田村 理 先生

【症 例】・年齢70歳代・性別 女・職業

【主 訴】腰痛、歩行困難

【現病歴】6月30日家で後方に転倒し、尻餅をついた。腰痛のため歩行困難となり、当院救急搬送
【現 症】腰部に圧痛あり。皮下血腫なし。筋力は明らかな低下なし。腱反射はPTR、ATR共に消失。レントゲンにてL5圧迫骨折。入院後、安静加療をしていた。腰椎精査のため、受傷後13日MRI施行。腰椎硬膜外血腫、仙骨骨折。受傷後15日、右TA4、EHL2の筋力低下、L5領域の知覚低下出現。緊急MRI施行。血腫軽減、圧迫所見に乏しかった。撮影後、筋力低下改善。経過観察とした。

【今回討論したい点】

治療法、経過について

<第二部>

座長 太田 信彦 先生（太田整形外科クリニック）

4. 「右足関節骨性腫瘍の診断」

大阪回生病院 若見 朋晃 先生

【症 例】・年齢40歳代・性別 男・職業

【主 訴】右足関節の腫瘍、同部位の痛み

【現病歴】2006年より大きくなったと自覚、同部位に痛み出現

2007年4月から増強（痛み）、5月 当院初診

既往歴 14歳 右足関節骨折、15歳抜釘

【現 症】右足関節、前外側皮下に骨性腫瘍あり。レントゲンCTにて前脛腓間靭帯部に骨性隆起、脛骨腓骨とも隆起あり。

MRIではT1W、T2Wともにlow、2007年7月4日Ope、突出部切除。

【今回討論したい点】

診断は何か。DDXとして骨棘、癒合症、骨腫瘍（外骨腫）が考えられるが、先生方の意見をお聞きしたいと思います。

5. 「骨盤、左股関節、右下肢の多発外傷の1例」

サトウ病院 古瀬 洋一 先生

【症 例】・年齢40歳代・性別 男・職業 産業廃棄物作業員

【主 訴】両下肢の疼痛、感覚障害、機能障害

【現病歴】平成19年3月某日、作業中にショベルカーのキャタピラに轢かれ受傷。3次救急救命センターに搬送された。

1) 骨盤骨折（右恥坐骨骨折、左恥骨骨折、仙骨骨折、右仙腸関節脱臼、恥骨結合離解）

2) 左股関節脱臼骨折

3) 右大腿骨骨幹部開放性骨折

4) 右足関節内外果開放性骨折

と診断され、

受傷当日 骨盤骨折に対して創外固定、左股関節脱臼に対して徒手整復を試みるも困難

2病日目 骨盤内動脈からの出血に対して右上殿動脈、左閉鎖動脈の塞栓術

6病日目 右大腿骨骨折に対して逆行性髄内定による内固定

左股関節脱臼骨折に対して観血的整復固定

17病日目 骨盤骨折に対して観血的整復固定

右足関節内外果骨折に対して観血的整復固定を施行された。

5月21日、当院に転院となった。

【現 症】 受傷後約4ヶ月の現在

- 1) 右大腿、右足関節に開放創が残存している。
- 2) 両大腿から足趾にかけて強い痛みと痺れがありNSAIDsの内服と持続硬膜外ブロックを行っている。両下肢の疼痛と痺れ感のため荷重できず起立不能である。
- 3) 両股関節、膝関節、足関節のROM制限が強く座位も困難である。

上記症状のためADLは著しく制限されている。

【今回討論したい点】

機能回復にむけて行うべき処置（手術を含めて）について。

6. 「胸椎悪性リンパ腫術後に後弯変形を来たした一例」

北野病院 塚中 真佐子 先生

【症 例】 ・年齢20歳代 ・性別 男 ・職業 学生

【主 訴】 歩行障害

【現病歴】 H10年10歳時 Th5・6・7の悪性リンパ腫にて減圧的に椎弓切除、後方固定行った。

H15年16歳時に抜釘。その後神経学的に問題なく経過していたが徐々に後弯変形すすみ、H19年より歩行障害出現。cobb角125°となる。

【現 症】 痙性歩行

階段昇降には手すりが必要

両下肢腱反射亢進

【今回討論したい点】

手術適応に関して

術式は？

7. 左上腕骨頸部骨折に合併した左肩関節後方脱臼の一例

北野病院 石川 裕志 先生

【症 例】 ・年齢20歳代 ・性別 男 ・職業 会社員

【主 訴】 左肩関節痛、ROM制限

【現 症】 H18.12.29 交通事故 当院整形外科受診、左上腕骨頸部骨折の為、軸射が不可にて左肩後方脱臼を見逃した。3週間後肩関節ROM訓練開始時に運動制限を契機として上記判明。

Krの卒業試験と重なった事もあり、4/3に観血的整復術施行。

現在(H19.7月)、肩甲骨による代償を加味すればほぼROMfullである。

【今回討論したい点】

①診断について

②治療法について

<特別講演>

関節リウマチの薬物療法の実際

京都大学大学院医学研究科臨床免疫学 三森 経世

関節リウマチ (Rheumatoid Arthritis: RA) は自己免疫異常を基盤として全身の慢性持続性多発関節炎を主症状とする疾患であり、年余にわたって寛解と再燃を繰り返しながら徐々に関節が破壊されてゆき重い機能障害を残す。RAの骨関節破壊は発症から比較的早期のうちに進行が早いことが明らかにされており、従来想定されていたよりも早期の強力な治療介入が必要と考えられている。

RAの治療は近年格段に進歩し、我国においてもエビデンスに基づくRAの治療ガイドラインが2004年に発表された。このガイドラインでは薬物療法のみならず、手術療法およびリハビリテーションについても記載され、個々の治療法についてはエビデンスレベルなどから勘案した「推奨度」が設定されている。薬物療法では抗リウマチ薬を中心として、非ステロイド抗炎症薬およびステロイドを補助的に用い、RAの診断より3ヶ月以内に抗リウマチ薬を開始することが強く推奨される。

近年はさらにRAの病態に関わるTNF α などの炎症性サイトカイン活性をピンポイントで制御する蛋白質製剤 (生物学的製剤) が開発され、寛解導入や骨関節破壊の抑制効果などに多大な効果を上げている。我国では既に生物学的製剤としてインフリキシマブ (キメラ型抗TNF α 抗体) とエタネルセプト (可溶性TNFレセプター融合蛋白) が認可され、RA治療の新たな時代に入った。かかる生物学的製剤を含めた強力な薬剤の早期使用は欧米では既に認識されつつあるが、我国では様々な制約より必ずしも早期RAに対する標準的治療としてのコンセンサスが得られていない。

今後のリウマチ診療においてはRAをいかに早期に診断し、十分な薬物療法をいかに行なうかが大きな焦点となろう。

第 34回 大阪整形外科症例検討会 抄録

開催日時：平成20年2月16日（土） 14：30～18：00

開催場所：大阪証券取引所ビル3F 北浜フォーラム会議室B・C

大阪市中央区北浜1丁目8-16

<第一部>

座長 岸本 成人 先生（岸本整形外科）

1. 「3D造型モデルを利用した大腿骨頭すべり症に対する骨切りの一例」

大阪府済生会中津病院 整形外科 高橋 真治 先生

【症 例】・年齢13歳・性別 男性

【主 訴】右股関節痛

【現病歴】A年10月頃から右大腿部痛あり。翌年2月頃に右股関節痛が出現し、近医を受診。徐々に跛行が出現し、疼痛も増強。同年4月に単純レントゲンで大腿骨頭すべり症を指摘され当院を紹介受診。

【現 症】身長156cm、体重50kg、成長・発育に関して特記すべきものなし。右股関節の可動域は屈曲30、伸展5、外転10、内転20、外旋30、内旋30で、右股関節のJOAスコアは、合計35

【愈回討論したい点】

高度大腿骨頭すべり症に対し、3D造型モデルを利用して屈曲骨切りを施行。術前にシミュレーションが可能で、術前計画に非常に有用であった。

2. 「鎖骨骨幹部骨折に対しKirschner鋼線による髓内釘後、Kirschner鋼線が弯曲し再転位を認めた1例」

財団法人住友病院 整形外科 大浦 圭一郎 先生

【症 例】・年齢30代・性別 男性・職業 ガードマン

【主 訴】左肩部痛

【現病歴】柔道で左肩から転倒し受傷。同日当科紹介受診し入院。

【現 症】身長178cm、体重90kg、胸囲約110cmと屈強な体格。左鎖骨骨幹部に圧痛。左肩挙上不能。レントゲンで左鎖骨骨幹部骨折を認めた。受傷後1日、径2.4mmのKirschner鋼線で髓内釘を施行し固定性は良好であった。三角巾固定とし、肩の可動域訓練、Codman体操などは行っていなかったが、術後2日目にKirschner鋼線が弯曲し骨折が再転位した。術後5日目に再手術。リコンストラクションプレートで固定した。固定性は良好だが、肩を前方へ押すとプレートがたわみ骨折部が動いた。術後1日、90度外転位でギプス固定。術後6週でギプス除去し、肩外転装具を90度で装着した。ギプス除去後3日、レントゲンで再転位のないことを確認し外転60度に変更。以後レントゲンで確認しながら30度へ変更し6週程度で外転装具除去予定。

【今回討論したい点】

初回手術で再転位した理由。屈強な体格であり上腕の重量や筋力が強いためにKirschner鋼線が彎曲したのか？屈強な体格の男性の第3骨片を伴う鎖骨骨幹部骨折にたいしてはKirschner鋼線による髓内釘は行なうべきではないのか？

3. 「胸髄髓内腫瘍の腫瘍内出血により急速な馬尾症候群をきたした1症例」

北野病院 整形外科 西田 晴彦 先生

<第二部>

座長 栗本 一孝 先生 (栗本整形外科)

4. 「硬膜管背側に脱出した胸椎椎間板ヘルニアにより下肢麻痺をきたした1症例」

北野病院 整形外科 岡本 健 先生

5. 「高度の変形をきたした変形性膝関節症の1例」

りんくう総合医療センター市立泉佐野病院 整形外科 太田 一威 先生

6. 「マラソン市民ランナーの大腿骨遠位端および脛骨近位端骨挫傷の一例」

サトウ病院 整形外科 井関 一道 先生

【症 例】 40歳台 男性 医師

【主 訴】 右膝痛

【既往歴】 数回の右腸脛靭帯炎

【現病歴】 平成19年某月、100kmウルトラマラソンに出場した。60km地点より右膝外側の痛みが出現したが我慢して完走した。痛みは数日で軽快したのでレース後2週目にジョギングを再開したが1kmで痛みが再発したため中止した。痛みが続くためレースから26日目に当科を初診した。

【現 症】 関節可動域正常、膝蓋跳動(-)、側方動揺性(-)、McMurray test (-)、Lachman test (-)、sagging徴候(-)、腸脛靭帯圧痛(+)

【経 過】 初診日に第1回目のMRIを撮影した。大腿骨および脛骨には異常を認めず、右腸脛靭帯炎の再発と診断した。アスレチックリハビリテーションのため専門病院へ転院し、ストレッチや筋力強化訓練を指導されたが右膝外側の違和感と長距離歩行時の痛みが持続した。レースから約5ヵ月後に第2回目のMRIを撮影した。大腿骨遠位端および脛骨近位端の広範囲に異常像を認め骨挫傷と診断した。可及的安静と免荷歩行を指示し経過を観ていたが症状が持続するためレースから約7ヶ月時に第3回目のMRIを撮影した。前回のMRIとほとんど同様の所見で改善は認められなかった。このため骨生検を行った。

【今回討論したい点】

このような症例は初めて体験した。レースが原因とすれば26日後のMRIに骨変化がないのは合理的か？7ヶ月時で症状もMRI所見もまったく改善が認められないが、今後の治療方針は？経験のある先生のご教示をお願いいたします。

<特別講演>

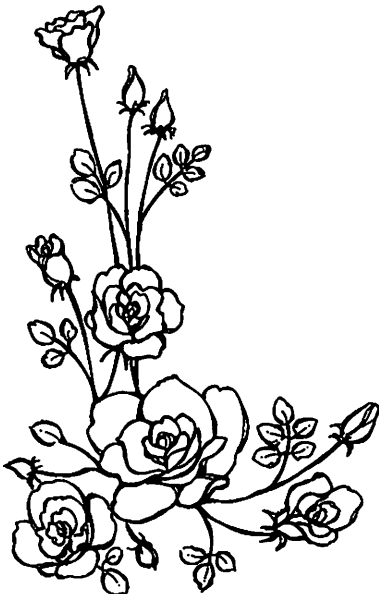
「靭帯再建術の基礎と臨床」－いつスポーツ復帰可能か－

東京慈恵会医科大学整形外科科学講座教授 丸毛 啓史 先生

近年、膝前十字靭帯(以下、ACL)断裂に対する自家組織を用いた初回再建術の術後成績は、臨床的には概ね満足できる結果が報告されており、これに伴い、術後療法の短縮化が計られてきました。しかし、関節内に移植または移行した自家組織は、一時的な血行障害や滑膜細胞などの影響により、基質が変性、分解され、その力学的強度を急速に減じます。このため、術後早期から再建靭帯に強い負荷が加わると、再建靭帯に劣化を生じる危険性があります。BeynonらはACL再建術後の後療法が再建靭帯に及ぼす影響について検討したところ、accelerated rehabilitation programを行った群では、non-accelerated rehabilitation programを行った群と比べ、術後2

年では、有意に前方動揺性が増していたことを報告しています。また、こうした症例では、短期的な臨床成績や術後の関節鏡視所見が良好であるにも拘らず、再建靭帯の組織学的検索では、著しい硝子化を認めるものが少なからず存在するなどの指摘がなされています。我々は、ヒトACL再建術において、再建ACLのリモデリングの過程を分子レベルの変化として捉えるために、術後経時的に採取した同組織の生検試料と、新鮮屍体より採取したACLおよび移植組織として用いる膝関節周囲組織のコラーゲン分析を行い、比較検討いたしました。その結果、関節内に移行した腱組織は、関節内環境に適応して本来のACLに類似した生化学的特性を有した結合組織に変化しますが、術後1年が経過してもなお、リモデリングの過程にあることを明らかにしております。今回の講演では、こうした知見を踏まえ、関節内靭帯再建術の後療法に対する考え方や早期復帰に向けた取り組みについて述べたいと思います。

(文責 担当理事 古瀬 洋一)



他府県の臨床整形外科医会会報を通読して

広報担当理事 阪本 邦雄

この度、他府県の臨床整形外科医会会報を通読させていただきました。各会報はJOCA総会報告、各医会の総会報告、研修会・学術講演の内容、「運動器の10年・骨と関節の日」の行事、新入会員報告、エッセイ・趣味・紀行などに関する記載分よりなっています。今回は各会報の簡単な紹介と我々の医療現場に直接関係する難しい診療報酬、柔整師問題についての原稿は、横に置いときまして、日常の疲れきった頭に一瞬の涼風を吹き込むエッセイ・趣味・紀行、雑感などにつきまして、特に私が個人的に興味を持ちました原稿を中心に紹介させていただきます。

1. 奈良県臨床整形外科医会会報

- ①会則、会員名簿を入れて41ページ。
- ②研修会は1月、7月の年2回、骨・関節フォーラム、「骨と関節の日」時の講演会。
- ③『私の趣味一せめて、線の一本でもうまく描ければ』廣野 毅志先生

「線とは、もともとは存在しないものだろうで、線とは面と面の境だといわれています。」という絵画論から始まり、幼少の頃からテキスト等の空白に絵を書かれ、構図、遠近法、着色法などの基本技術も学ばれ、医師になられるまでさらに医師になられてからの絵画の思い出や絵画論また“美”についての独創性についても論じ、十分に画家になられるくらいの才能を持っておられる。最後に「自分にとっては画も線もただ生活の一部のようで、努力もしなければ放棄することもないこの身体に住み着く居候のようなものです。」と述べられ、絵画がすでに体の一部にまでなっておられる。これほど専門的に打ち込むことは、我々には不可能かもしれませんが、仕事以外の趣味、絵画にもっと積極的に眼を向けるべきだと教えられた思いがしました。



2. 兵庫県整形外科医会だより

- ①会則、会員名簿なしで、69ページ、その内17ページが「骨と関節の日」関連行事に関する記載。目次がないので、少し読みづらい。
- ②研修会は1、4、6、10、12月の年5回、東播、西播磨整形外科医会学術講演会。
- ③『気楽な本の話』坂部 泰彦先生
娘さんが、オックスフォードで生活をされている関係もあり、イギリスに対して非常に興味を持たれているようです。今回もイギリスに関する9冊にもおよぶ本を紹介されておられます。貴族の国の認識が強いイギリスですが、庶民の暮らしは、「妊娠中逆子の検診に関しては、普通だと1ヶ月先の予約でないとは診てくれない。」「家の改造に日本なら2週間くらいでできそうなのに半年もかかる。」など様々な矛盾が隠されているようです。その中で日本とイギリスの習慣の違いもあるようですが、外から見られるのと、内で暮らしているのでは、判らないところや我々日本人も外から見られているとおかしいと思われるところも多々あるのだろうと反省いたしました。

3. SCOA会報（静岡県臨床整形外科医会便り）

- ①会則、会員名簿なしで、14ページ。
- ②研修会は7月、年1回

4. 鹿児島県整形外科医会会報

①会員名簿を含め、79ページ。

②教育研修会は3月の年1回

③『ラジオ体操のススメ』平田 健作先生

ラジオ体操の歴史、効用について書かれている。御自身の腰痛、肩こり、五十肩、さらにゴルフのトレーニングとして飽きのこない、続けられる運動としてラジオ体操を推奨されている。毎朝、朝礼前に3分ほど行い、職員にも評判が良く、運動不足の我々も簡単に出来る運動として診察の合間にするのも良いのではと思います。

5. 北海道臨床整形外科医会会報

①A4判、会則、会員名簿を入れて、84ページ。

②学術講演は8、11月の年2回

③『日本の医療制度は何处へ？』

映画「SiCKO (シッコ)」を見て』

新田 智先生

「SiCKO (シッコ)」では、民間の保険会社に支配されたアメリカにおける医療崩壊の現場を表している。『指を2本切断した大工は、保険会社の指示で手術費の安い薬指を選び、中指はあきらめた』という様な非常にショッキングなアメリカの医療現場では、我々日本の真面目な医療人にとっては、信じられないような事が起こっています。さらに『支払い能力がないからと病院から強制的にタクシーで路上に放置される女性。』、最近、堺市でも同様のことが起こり大きな問題になっておりますが、アメリカでは当然の事のように。医療保険に入れない無保険者が4000万人もいると言われるこのようなアメリカの医療保険制度を取り入れようと、医療専門家がまったく参加していない経済財政諮問委員会なる医療に対しての素人集団が、日本の医療保険制度を決め、その結果起こるであろう医療格差による「医療難民」の出現を推し進めている。これらを阻止するためには、新田先生も述べておられるように、今後さらに官僚や政治家をしっかりと監視しなければならないであろう。

6. 東京都臨床整形外科医会会誌

①会則、会員名簿なしで、110ページ。さらに年6回TCOAニュースを発行。

②教育研修会を年6回、さらに城東臨床整形外科医会、南多摩ブロックでの研修会、足立整形外科医会での画像診断研修会を開催されておられる。

③『人生波乱万丈』 田辺 秀樹先生

突然、娘さんから「来年、結婚するの」、さらに、2~3ヶ月後には、「できちゃったので来年じゃなくて9月に結婚したいけれど……」と言われたそうです。この事実は先生以外の家族の方は、すでに十分ご存知だったそうで、先生はまったく蚊帳の外。このような辛く、悔しい目には私もたびたび遭遇し、家庭では、男はのけ者にされている実態が如実に表されています。逆に、私だけではなかったと少しほっといたしました。また先方の両親と食事をしている時の心情を、「手術中に、見えない血管を切ってしまうと、出血がとまらなくなってあせっている時と似ている」と書かれ、そのお気持ちがヒシヒシと判ります。最後に、「無事？娘は彼に取られてしまった」。うれしいが、反面さびしい男親の心情が、しみじみと読み取られました。

7. NCOAだより (長崎臨床整形外科医会会報)

①A4判、16ページ。

②学術講演は、総会時の記念講演1回

8. 愛媛県臨床整形外科医会会報

①会則、名簿を含めて、72ページ。

②学術講演は、1回、その他勉強会、南予部会、運動器フォーラムにおける講演会。

③『神武東遷(2)』松岡 一元先生

狭野命(さぬみこと)(神武天皇)の九州から大和への遠征の道程を6ページにもわたり、詳細に書かれています。狭野命の足跡が、九州・四国・瀬戸内海の各地の神社に多数に残され、その中で我々大阪人にも関係のあることも書かれました。命の一行が、明石海峡から、大

阪湾に入った時、早い潮流に乗って、大変早く着いたので浪速国（なみはやのくに）と名付け、これがなまって、現在の難波になったと言われているそうです。

9. TCOS会報（栃木県臨床整形外科医会）

- ①写真付きの名簿を含めて42ページ
- ②研修会は、3回。

10. 佐賀県臨床整形外科医会会報

- ①会則、名簿を含めて、78ページ。
- ②教育研修会は、年5回開催。その他、骨折、脊椎、手の外科・外傷、肩関節、手術侵襲・疼痛、リハビリテーションの各研修会を開催されている。
- ③「私の定年」 島内 良三先生

高校時代の同級生から「医者はいいなあ、定年がないから、死ぬまで先生だもんな。」とよく言われたそうで、このような事は、私もしばしば感じるのですが、「いいような、悪いような。」まったく同感です。

さらに、ポンペの教えの中に「医師は、自分

自身のものではなく、病める人のものである。」と諭されている。従って、医師は自分自身に戻りたくなかった時、仕事を辞めると考える医師もいるであろう。このような意見に対し、島内先生は「遊びや趣味の中に人生の価値はない。仕事を通じてしか、自分の価値を高める方法はない。」と述べられ、開業医の仕事が好きになるようにさらに努力をして、定年はまだまだ先であると述べられている。ただ小人の考えからは、はっきりとした定年があったほうが締めもつき、余生をしっかりと楽しめるのではないのでしょうか。

11. 岩手県臨床整形外科医会会報

—設立30周年記念号—

- ①会則、名簿を含めて、58ページ。
- ②研修会は、盛岡臨床整形外科医会で講演会6回、中部臨床整形外科医会で講演2回、症例検討会2回。

最後に、今回紹介させていただいた以外にも、我々にとって有益な様々な御意見や楽しい趣味の起稿が多数ありました。

他科の大阪府単科医会会報を通読して

広報担当理事 宮田重樹

このたび、他科（内科医会、泌尿器科医会、小児科医会、臨床放射線科医会）の会誌を読ませていただく機会を得ました。

1. 大阪府眼科医会

年4号が発行されており、各号とも巻頭言、視線の欄があり、それぞれの先生方が日頃感じていることや問題点、医療制度に対し、自分の意見を述べられています。

医療費抑制の弊害、後期高齢者医療制度導入に関して、レセプトのオンライン請求、独創と標準化、医療の現況などについて持論を述べられています。このような内容は、我々整形外科医が日頃感じていることとほとんど変わりありません。

科ごとに感じていることや考えていることが違うと思いましたが、現在の医療を営んでいく上で問題と思うことが一致することも多いことがわかりました。

各科が個別に厚労相と交渉することが多い中、各科が協力し全体として交渉することも可能でないかと思いました。

各部会報告があり、眼科医会でされている活動がわかりやすくなっていました。

眼科医会は42%が女性で、厚生部のポウリング大会には33名の参加がありにぎやかに行われていました。また、秋の観劇（マンマ・ミーア）があり、53名の参加者があり、会員間の交流がうまくなされているようです。

勤務医部会と在阪5大学新入医局員との交流会が6月に行われており、平成19年度は、新入医局員20名が各大学医局長とともに参加していました。新入医局員の時に大学の先生だけでなく開業している先生方と交流することで、幅広い視野を持てるようになる良いきっかけになると思いました。



病院紹介があり、それぞれの病院を詳しく紹介していました。

それぞれが、自院を上手に説明、宣伝しており、会員の先生方に紹介しようかなという気持ちにさせるような内容でした。

6月号には、5大学勤務表欄があり、在阪5大学の勤務表がわかるようになっていました。

大阪府下には多くの病院があり、それぞれが個性を持って診療していますが、なかなか外部の先生方にはわかりにくいので、こういう欄も、有効だと思いました。

9月号にインタビューという欄があり、長年小児眼科という分野で活躍された湖崎 克先生のインタビュー記事がありました。インタビューを進めながらその先生の功績、考え方、時代の変化がわかり興味深く拝見いたしました。

会員の寄稿の欄には、旅行した時の紀行文や、趣味（昆虫、編み物、人形収集、魚の飼育など）があり、暖かい雰囲気を感じられる文章が多かったです。

2. 大阪小児科医会

小児科医会も年4回発行されています。学術中心で、日頃より小児科医の先生方がまじめで真剣に診療に当たっていることが感じられる会報になっています。

大学の窓（各大学教授のコラム）、学術集会の講演内容、病院紹介、子育て通信などがあります。

子育て通信：水疱瘡、手足口病などの病気の話や、しもやけ、子供の自慰、いつ冷やす・どこ冷やすなど日々診療に関する内容を1ページにコンパクトにまとめてあります。

この中に、創傷に対する閉鎖療法（消毒しない、ガーゼで乾燥させずドレッシング材で適度な湿润状態を保つ）のことが載っていました。外科系以外の先生方にも浸透してきているので、我々整形外科医が消毒・ガーゼ交換をしていると白い目で見られるかもしれません。

大学の窓の中で“医療崩壊”と題するお話がありました。病院医療崩壊の対策として病院の経営基盤の確保と時間外診療に対する対策、勤務医数の確保が必須と訴えられています。医師卒後研修義務化前の平成16年度に小児科になった医師は713名であったが、平成18年度は528名でそのうち大学に入局した者は322名（入局者数は44%減）で、そのため、中小の病院の医師不足が顕著になり、病院に残った先生に仕事が集中した結果、開業する先生が増えてさらに状況を悪化させているとの事です。

“病気やケガとのおつきあい”というお母さん方に配布する小冊子がありました。

病気やケガした時の対応の仕方が書かれてあり、どういう状態のとき受診したらいいのか、受診した時の医師への説明の仕方、多くの親御さんが心配に思うことに対するアドバイスが書かれていました。情報が氾濫しているが、結局どうしたらいいのか判らない患者家族が多い現代において有効な冊子と思いました。

3. 大阪府内科医会

大阪府内科医会市民講座の報告がありました。テーマは、アンチエイジングと“市民と医療を考える（こんなことお医者さんに相談してもいいの）”でした。

アンチエイジングは、いまはやりで、一般の方がとても興味を持っていることでとっつきやすいテーマだと思います。

気軽に医師とコンタクトしてほしい、どのようにすれば健康に暮らしていけるのかなどのパネルディスカッションが行われていました。

9件の講演会内容と思われる論文がありました。1件の投稿論文もありました。

4. 大阪泌尿器科臨床医会

2回の大阪泌尿器科臨床医会学術集会の報告がありました。この学術集会は、講演だけでなくパネルディスカッションがあります。

第50回のパネルディスカッションの主題は、医療の電子化で、電子カルテやフィルムレスについて現在利用されている先生方からの報告がありました。

導入してのメリットや問題点が述べられており、これは各科共通の話題のように思いました。

在阪5大学の新入医局員は16名で、各先生の自己紹介が載っていました。

最後に大阪府下病院泌尿器科の診療内容地区別一覧があり、92病院の住所、電話番号、ホームページ、外来勤務表などが掲載されていました。

5. 大阪府臨床放射線医会

総会の議案書と理事会報告だけの簡単な冊子だけでした。

JCOA「運動器の10年・骨と関節の日」委員会現況

近畿地区委員 黒川 隆彦

1998年スウェーデンのリドグレン教授の提唱で1999年にアナン国連事務総長が支持を表明し、2001年WHOが協調し世界96ヶ国で行われているBJD (Bone and Joint Decade) 世界運動 (2000～2010) も8年が経過した。2007年世界委員会でJOA作成の啓発漫画本が高評価を受けており、各国の言語に変換した漫画が作成されることになっています。

日本では、JOA運動器の10年日本委員会・地域推進委員会 (会長 杉岡洋一先生) とJCOAが協力して例年10月8日の「運動器の10年・骨と関節の日」のイベントを実施して啓発運動を続けている。

2007年度は「運動器不安定症」をメインテーマとして各県臨床整形外科医会が中心となり、講演会や医療相談が実施された。各地区の市民健康展との相乗りイベントやウォーキング大会も日本ウォーキング協会県支部の協力を得て開催された。

今年度も恒例となった骨と関節の日のイベントポスター・新聞広告の優秀作品がJCOA学会 (福井) で展示、表彰される。ポスター部門は1位：山口県 (204点)、2位：宮城県 (202点)、3位：長崎県 (197点)、新聞広告部門は1位：東京都 (202点)、2位：北海道 (176点)、3位：沖縄県 (150点) である。

2008年のテーマは「骨粗鬆症一運動器不安定症の要因として」に決定された。現在JCOA「運動器の10年・骨と関節の日」委員会では共催の万有製薬に今年度のポスター作成を依頼するため図柄構成を検討中である。例年当委員会は各県各地区の本年度の行事予定を収集し、JOAとの共同記者説明会を9月に実施し、マスコミに予定を公開している。11月末までに実施された行事記録と原稿の作成を各県各地区イベント担当者に依頼収集し、JCOA会誌特集号「骨と関節の日」に収録していたが、2006年特集号の発刊が中止されたため、現在では当委員会7名の地区委員が行事記録等を電子媒体で



収集し、各県毎に編集し、JCOAホームページに掲載公開することとなった。ちなみに現時点では提出済みの2006年、2007年記録がホームページ上で未公開のため、近畿2府4県の2007年度「骨と関節の日」行事記録を簡単に紹介いたします。資料、原稿をご提出いただきました各県各地区の担当者に厚く御礼申し上げます。

2007年度は近畿16会場で講演会が実施されました。滋賀県ではJCOAびわこ研修会と並行してウォーキング大会「コツコツ (骨々) ウォーク」が開催されました。各会場での把握できた参加者総数は概算1655名、イベントに要した総費用は概算¥3,354,059、出務臨床整形外科医会医師は概算84名、骨と関節の日市民アンケート調査結果、骨と関節の日の認識度は33.5%で、2006年の16.1%に比較しやや増えてはいますが、なお認識度は低く更なる啓発が必要です。運動器の10年の新たな取り組みとして、「運動器不安定症」の概念を国民に浸透させることが提唱されました。JOA中村耕三理事長が中心になり推進されています。すでに浸透したメタボ (Metabolic Syndrome) に対してロコモ (Locomotive Syndrome) として自己管理、予防が重要な疾患群であることを認識していただくための啓発運動が必要です。

ロコモが国民に定着するまで「骨と関節の日」のイベントテーマは2008年度以降もロコモティブシンドローム関連のテーマが続くと思われます。

骨と関節の日

「骨と関節の日 in Osaka」

OCAO副会長 森本清一

平成19年度の「運動器の10年・骨と関節の日」の行事は下記の如く行なわれました。テーマは、運動器不安定症です。

<メイン行事>

日時：平成19年10月13日（土）

14：00～19：00

場所：西成区民センター

大阪市西成区岸里1丁目1番50号
地下鉄四つ橋線岸里下車徒歩5分

講演①『運動器不安定症』

講師 有恵会 香里ヶ丘有恵会病院
副院長 赤木繁夫先生

講演②『楽しい体操』

講師 京都学園大学 人間文化学部教授
吉中康子先生

責任者：森本清一

参加者：200名

出務医師：早石、黒田、栗本、斧出、森(康壽)、
三浦、中川、小林、馬場、坂本(徳成)、森本(11名・順不同・敬称略)

<サブ行事>

①吹田市摂津市合同

日時：平成19年10月6日（土）14：00～

場所：千里市民センター

阪急電車 南千里駅下車すぐ

講演：

『運動器不安定症にならない為に＝豊かな老後を迎えましょう』

講師：済生会 吹田病院 副院長 黒川正夫先生
骨塩定量及び健康相談も行ないました。

責任者：今井 秀

参加者：90名

参加医師：今井、白川、前中、岸本、平賀、浜、
梁、澄川、近藤、橋本、小林、森本
(12名・順不同・敬称略)



お手伝い：前中Jr、今井、山根、柴田、樋口
(下線部は今井整形外科より)

②西成区

『みんなの健康展』にて骨塩定量及びその解説と指導

日時：平成19年10月27日（土）13：30～

場所：西成区民センター

責任者：森本清一

出務医師：森、三浦、長谷川(秀太)、森本
(4名・順不同・敬称略)

③北区

『北区みんなの健康祭り』に於いて骨塩定量及びその解説と指導

日時：平成19年10月27日（土）13：30～

場所：北区民センター

※大淀区医師会と共催

責任者：藤本啓治先生

参加者：170名

出務医師：波多野(泉)、福井、中川、山口、
安田(忠勲)、藤本
(6名・順不同・敬称略)

尚、万有製薬の方々が各会にてお手伝いして
くださいました。
催しの写真を掲載いたしますのでご覧下さい。



COCA会長 早石 雅宥



COCA新会長 黒田 晃司



赤木 繁夫 先生



吉中 康子 先生



自己紹介

新理事の自己紹介

OCOA会員の皆様はじめまして。この度副会長の森本清一先生のご推荐で理事に就任させて頂きました岩本斗伸（マスノブ）です。昭和57年に関西医科大学を卒業、同年整形外科教室に入局しました。昭和62年から4年間は大学院にて研究生活に没頭いたしましたがその期間以外は医局人事にて関連病院で従事致しました。大学付属病院および医局関連病院では当会副会長、理事であります森本清一先生、西川先生、黒川先生、矢倉先生に公私共大変お世話になりました。この場をお借りしてお礼申し上げます。さて研究生活にピリオドを打った間もなくの平成5年に生まれ育った生野区で開業致しました。最寄りの駅はJR桃谷ですが、少し駅から離れており御幸森と呼ばれる地区に医院を構えています。いわゆる下町です。焼肉やキムチそしてお好み焼きのメッカですので、近くまでお越しの先生は是非お声を掛けてください。美味しいお店を紹介いたします。今一番熱中している趣

生野区 岩本斗伸



味は楽器サックスの練習です。ひよんなきっかけでヤマハ大人の音楽教室に行きだしてから“ハマッて”しまいました。やっと音が鳴り出した初心者ですが、アドリブ演奏ができるようになるのを夢に頑張っています。最後になりますが今後微力ながらOCOAおよび会員の皆様に少しでもお役に立てるよう頑張っていきたいと思っております。よろしくご指導、鞭撻をお願い致します。

自己紹介

皆様、初めまして、このたびOCOAの理事にさせていただいた、増田博です。大阪市大を昭和57年に卒業し、大学病院で研修をした後、大阪市大の第2病理学教室で学位を取得しました。その後、国立大阪南病院（現大阪南医療センター）、そして羽曳野市にある島田病院に勤務した後、平成6年の10月に同じ羽曳野市内の近鉄古市駅の近くで開業をしました。

すでに開業して14年目に入り、ほんとに時間のたつのは早いなという感じです。この間に診療報酬は下がる一方で、かたや患者さんからの訴訟問題におびえなければならないというように、医療環境は悪化の一途をたどっています。そのような時、整形外科の集まりである。大阪臨床整形外科の会合に出席すると、同じ悩みを抱えている先生方といろいろな話をする機会に恵まれ、またアドバイスをいただき、役に立つ情報を手に入れることができました。

羽曳野市 増田 博



これからは今までの経験を生かして、OCOAの理事として、多くの会員の先生方に、少しでも役に立つ情報を、いち早く提供できるように、お手伝いできればと思っております。微力ながら精一杯、会の運営を支えていますので、これから、どうぞよろしくお願い致します。

自己紹介

新理事の自己紹介

豊中市千里中央地区で平成4年より開院しています。大阪臨床整形外科医会には、開業以来研修会などに参加させていただき、大変お世話になっております。今回理事に御推挙いただき、微力ながら会の運営に協力させていただくことになりましたので、よろしくお願いたします。

私が開院した当初は、医療費改定毎に少し上がるという状況でした。老人は定額制、本人負担1割という状況でしたが、その後、徐々に患者負担が増えて現在に至っております。我々も患者さんにも厳しい世の中になってきました。自己負担が増えたこと自体も問題ですが、一人暮らしの老人が、病気や障害で本当に困った時に、行く先がどんどんなくなってきています。一人暮らしで動けない患者さんの行き先を探してあげなければなりません、それが結構骨が折れることがあります。バブルのあたりから世の中の流れが変わってきたように思えます。米国の圧力で内需拡大に励んだ結果、莫大な財政赤字

豊中市 藤田 秀 隆



が生じ、国債を返すのにアップアップです。医療、福祉を考える余裕さえなくなりましたのでしょうか。開院後のわずか十数年で世の中随分変わりましたが、医療の環境も激変しています。そろそろこの流れを変えなければ、日本の暮らしやすさがなくなってしまいます。医療に関わる者として、国民のためにも、少しでもこういう状況がよくなることを願っています。

自己紹介

昭和59年大阪医科大学を卒業し、同大学の整形外科教室に入局しました。大学付属病院や医局関連病院で勤務後、平成7年12月元々の地元である東淀川区で開業しました。

開業当初は手指骨骨折に対する経皮ピンニングなどの小手術は自院で、入院が必要な症例は近くの関連病院に患者を連れて行って手術を行っていましたが、最近は訴訟のリスクもあり、ほとんどしておりません。整形外科でなく整形内科となっており、このままで良いのだろうか？と自問しているこの頃です。

趣味はゴルフですが、ゴルフの才能はなく何度もやめようかと思いましたが、やめても他に趣味はなくメタボリックになると考え、続けています。今後は才能がなくても努力だけで、シングルになれるか挑戦してみようかと考えてい

東淀川区 野々村 淳



ます（ちなみに10年前に23のハンデを取得し、現在のハンデは17です。このままの調子でいったら不可能ですが…）

どうぞ宜しくお願いします。

自己紹介

新理事の自己紹介

八尾市 石橋 伊三郎

平成16年4月より大阪臨床整形外科医会に入会させて頂き、講演会にもあまり主席出来ていなかったのですが、栗本先生に推薦していただき平成20年4月より理事をさせていただくこととなりました。私は大阪医科大学を昭和57年に卒業し、母校の整形外科学教室に入局し、研修医、専攻医を経て、平成9年9月より八尾にて医院を開業いたしました。

私は無類の物臭であり、表に出るのが嫌で、人見知りな激しい性格のため理事には向かないのではと今でも考えることがあります。理事をお引き受けした以上、出来る限りOCOAのために頑張りたいと思っておりますのでどうぞよろしくお願い申し上げます。

ただ、今日の医療の置かれている状態は大いに問題はあります。今までマクロ的な



見方をしたことが無いので良い機会ではないかとも思っています。会員のみなさまにはいろいろなことをご協力をお願いしたり、御迷惑をおかけしたりすることがあるかもしれませんが、どうぞよろしくお願い申し上げます。

自己紹介

平野区 金田 隆 義

このたび、近畿大学の同門でもあり、大阪臨床整形外科医会副会長である山本哲先生から、是非にとのお誘いを受け、無力ではありますが理事に就任させて頂く事になりました。何分にもここ数年体調不良が続き、しかも昨年4月からは、永年に渡って勤務した河内長野市の青山第二病院から、現勤務先である大阪市平野区の青山第三病院への転勤と重なり、とてもお引き受けする状況ではないと考えておりました。更に、正月明け早々、かねてより療養中であった父が亡くなり、未だに雑用に追われております。そのような現状ではありますが、理事の諸先生方の足を引っ張る事のないように勤めますので、何卒よろしくお願いいたします。



堺市 多田 浩一

泉北高速鉄道深井駅前（堺市）で、平成19年4月より整形外科の小さなクリニックを開業致し、本年よりOCAOに入会させて頂きました。ここで少し自己紹介と開業までのいきさつを述べさせて頂きます。私は1967年（昭和42年）に大学を卒業しましたので、ちょうど満40年の記念すべき年に開業しました。振り返ってみますと大学病院勤務20年、市中病院勤務20年になります。勤務医生活40年目の節目で、後進に道を譲ろうと考えました。自分としては体力に応じて医師を続けるとすれば勤務医よりは開業医のほうが適していると考え、この道に進む事を決めた次第です。しかし、いざやってみると小さな診療所をオープンするにも、慣れない作業の連続で大きなエネルギーを必要とし、65歳の体力、気力では目一杯の努力が必要でした。

いざ開業にこぎつけてみると勤務医時代の会議と診療の繰り返しの連続よりはずっと時間の余裕もあり、自分の決断ですべての事が決まって行く生活のスタイルに満足がいくものでした。十分な時間があり患者さん一人一人とゆっくり対話を楽しむ事が出来、街のお医者さんになったなーと実感する事が出来ます。

まだまだ軌道に乗ったとは言えませんが、40年の臨床経験を日頃の診療に最大限活かし



た開業スタイルを目指したいと思います。日常の診療においては腰痛、膝痛、肩痛などが多くを占め、骨粗鬆症の多さも含めて、勤務医時代の手術適応と術後経過観察の為の外来診療とは大いに異なり戸惑っています。しかし今のところ毎日に変化に富んだ生活で満足していますが、病院勤務の時と違って運動量が少なく、明らかにメタボ体質に移行しました。今後は成人病が進行しないよう自戒するつもりです。

堺市には平成2年より大阪労災病院、阪和泉北病院に合計5年間勤務しました。知り合いの先生方や同門の先輩、後輩も多く居られます。しかし殆どの先生方を知りません。今後地域の医師会、大学の同窓会、OCAOなどを通じて色々教えて頂ける先生方を見つけたいと思います。

貝塚市 山口勝之

このたび、大阪臨床整形外科医会に入会させていただきました、貝塚市で開業をしております。山口勝之と申します。

出身は堺市で、大阪府立三国ヶ丘高校を卒業後、昭和53年に岡山大学医学部に入学しました。昭和59年に大阪大学医学部整形外科学教室に入局後は大阪大学の関連病院で、4年間の研修を終えました。その後は市立貝塚病院、大阪厚生年金病院、国立大阪南病院（現、国立病院機構大阪南医療センター）、再び、市立貝塚病院と関連病院のスタッフとして勤務させていただきました。勤務医時代には関連病院で、外傷など一般整形外科を中心として、さらに股関節外科に興味を持ち、臨床研究も行って参りました。

平成17年2月に南海貝塚駅前で山口整形外科として、整形外科、リウマチ科、リハビリテーション科を標榜して開業を始めました。

開業をしてみて、わかったことは、勤務医の時も、開業医の時もストレスの種類がただけで、絶対値は同じくらいであることでした。特に、今の方が、時間があまり取れなく、学会出張もなかなか行けないため、耳学問でもよいから、時代の流れに遅れないように、勉強会には行きたいと思うようになりました。そのような考えから、この会にも入会する動機となりました。



特に、趣味というものはありませんが、メタボリックシンドロームにならないように（もう既になっているかもしれませんが）、日曜日は散歩をしたり、フィットネスに通ったりするように心がけております。

勤務医同様、開業医も年々、医療制度の改革、診療報酬の改定など、取り巻く環境は悪化の一途のような気がします、開業医としてはようやく4年目を迎えるという、まだまだ新米ですが、今後ともご指導、ご鞭撻のほど、宜しく願い申し上げます。

池田市 堀口泰輔

私は昭和63年大阪医科大学を卒業後、まず全身を診れる医師になりたいと思い兵庫県立尼崎病院で2年間内科研修を受けました。その後、当時小野村教授が主催されていた母校の整形外科科学教室に入局させていただきました。1年間の大学での研修の後、医仁会武田総合病院（京都府）、春秋会城山病院（羽曳野市）、春秋会西大阪病院（西淀川区）、奈良友誼会病院（奈良県）、晋真会ペリタス病院（川西市）で勤務しました。その後大学院生として大学に戻りました。最後の勤務先は済生会茨木病院（茨木市）で5年間在籍しました。勤務している間には多くの先生方にお世話になったことと存じます。この紙面をお借りして御礼申し上げます。

医院は池田市にあり堀口外科であったものを私が戻るのを機会に堀口整形外科医院に名称を改めました。現在は父である院長と診療しております。不器用で手術に関してもうまくないと思っておりますのでひたすら外来診療しております。開業して驚いたのは病院ではほとんど診ることのなかった粉瘤や巻き爪が多いことです。今まで巻き爪の手術には鬼塚法とフェノール法で対処していたところワイヤー法があることを知り、東京までVHO法の講習会に行き、採用することにしました。まだまだ不勉強で診療所でもやらなければならないことがたくさんありそうです。



大阪府ラグビー協会の医務委員にも属しており、本会の森本副会長のもと年数回ですがゲームドクターとして出務しています。私は主に高校生から小学生までの試合に行っています。先日肩の脱臼があり、この会の研修会で講演された井桶先生ご推薦の方法で徒手整復を試みたのですが成功せず私の未熟さを痛感しました。結局、Kocher法で整復しました。今後も整形外科医として医師として地域住民やラグーマンのお役に立てるように日々精進しようと思っております。

今後とも宜しくお願い申し上げます。

大阪府ラグビー協会 新入会員の自己紹介

住吉区 新井 達也

このたびOCOIAに入会させていただきました新井達也です。

兵庫県明石市の出身ですが、1歳より大阪市に住んでいました。昭和63年に愛媛大学を卒業し、その後京都大学整形外科教室に入局いたしました。大学病院での1年の研修後、北野病院、済生会野江病院に各2年間勤務し、その後6年間は静岡県の市立島田市民病院に勤務。平成11年からは市立岸和田市民病院に勤務した後、平成14年7月から医局の先輩の診療所を継承し、住吉区長居で開業しています。

趣味と言えるのは、ラグビーです。小学校からラグビースクールでラグビーを始め、高校、大学とラグビー部に所属していました。

卒業後は一時ラグビーから遠ざかり、ゴルフに熱中した時期（特に静岡県に在住中は月に2回程はラウンドだけはしていました。）もありました。が、岸和田市民病院に転勤になり、整形外科と一緒にラウンドしてくれるDrがいなかったのと、自分にはゴルフの才能が無い事に気づき（いつも百叩きの刑でした）、徐々にゴルフと疎遠になりました。

ちょうどその頃に子供達がラグビースクールに通いだして、一緒にまたラグビーを始めるようになりました。

現在は、ラグビースクールの指導者、レフリ



ー、ラグビー協会の医務委員として、そして時にはプレイヤーとして（家内は最初は「怪我をすれば診療所はどうするの?」と言っていましたが、最近はあきらめたのか何も言わなくなりました）休日はほとんど朝からラグビー漬けです。日頃はどうしても医療関係者と接する機会が多くなるなか、ラグビーのみの関係で様々な人達と知り合う事が出来、交流が広がり、また日々の診療のストレス発散にも役立っています。今回のOCOIA入会に関しても、ラグビーの関係でお世話になっていましたOCOIA副会長であり大阪府ラグビー協会医務委員長の森本清一先生には大変お世話になりました。

これからはOCOIAの先生方にも色々とお世話になるかと思いますが、ご指導の程よろしくお願ひいたします。

厚生部報告

第45回OCOAゴルフコンペ成績表

2007/6/3(日)

場所:北六甲カントリー倶楽部 東コース

順位	氏名	OUT	IN	グロス	H.D	NET
優勝	林原卓	42	40	82	10.8	71.2
準優勝	長嶋哲夫	39	43	82	8.4	73.6
3位	増田達之	50	43	93	19.2	73.8
4位	北野継弉	47	44	91	16.8	74.2
5位	山本哲	40	44	84	9.6	74.4
6位	池田克巳	45	44	89	14.4	74.6
7位	黒川隆彦	51	45	96	20.4	75.6
8位	服部良治	44	51	95	19.2	75.8
9位	白崎信己	50	45	95	19.2	75.8
10位	濱田博朗	47	47	94	18	76
11位	孫瑠権	47	46	93	16.8	76.2
12位	佐々木哲	55	50	105	28.8	76.2
13位	右近良治	50	59	109	32.4	76.6
14位	首藤三七郎	54	53	107	30	77
15位	矢倉久義	55	51	106	28.8	77.2
16位	田上実男	49	48	97	19.2	77.8
17位	森泰壽	49	49	98	19.2	78.8
18位	松矢浩司	56	59	115	36	79
19位	吉田研二郎	47	50	97	18	79
20位	石川正樹	45	49	94	14.4	79.6
21位	古賀教一郎	61	56	117	36	81
22位	武田十四也	60	57	117	36	81
23位	岸本成人	63	52	115	31.2	83.8
24位	夫俊彦	47	63	110	22.8	87.2
B B	青野充志	58	64	122	32.4	89.6
B M	早石雅宥	69	59	128	36	92

ベスグロ 林原卓 42 40 82
 長嶋哲夫 39 43 82

ニアピン OUT3番 服部良治 OUT3番 古賀教一郎
 OUT7番 白崎信己 OUT7番 黒川隆彦
 IN13番 北野継弉 IN13番 石川正樹
 IN15番 早石雅宥 IN15番 石川正樹

ドラコン OUT8番 白崎信己 OUT8番 矢倉久義
 IN12番 増田達之 IN12番 黒川隆彦



第46回OCOAゴルフコンペ成績表

2007/11/11(日)

場所:北六甲カントリー倶楽部 東コース

順位	氏名	OUT	IN	グロス	H.D	NET
優勝	長嶋 哲夫	43	40	83	12	71
準優勝	林 原 卓	44	41	85	12	73
3位	石川 正樹	47	49	96	22.8	73.2
4位	河村 都容市	42	45	87	13.2	73.8
5位	新田 望	45	48	93	19.2	73.8
6位	服部 良治	43	46	89	14.4	74.6
7位	孫 容権	41	46	87	12	75
8位	山本 哲	46	41	87	12	75
9位	矢倉 久義	47	58	105	30	75
10位	白崎 信己	52	48	100	24	76
11位	池田 克巳	45	46	91	14.6	76.4
12位	古賀 教一郎	49	60	109	32.4	76.6
13位	岸本 成人	50	61	111	33.6	77.4
14位	奥野 雅男	60	50	110	32.4	77.6
15位	黒川 隆彦	53	44	97	19.2	77.8
16位	小野村 敏信	50	55	105	26.4	78.6
B B	森 泰壽	51	52	103	24	79
B M	藤本 哲治	59	57	116	34.8	81.2

ベストスコア 長嶋 哲夫 OUT 43 IN 40 グロス 83

ニアピン OUT 3番 黒川 隆彦 OUT 3番 服部 良治
 OUT 7番 該当者ナシ OUT 7番 長嶋 哲夫
 IN 13番 該当者ナシ IN 13番 新田 望
 IN 15番 河村都容市 IN 15番 該当者ナシ

ドラコン OUT 8番 山本 哲 OUT 8番 孫 容権
 IN 12番 藤本 哲治 IN 12番 長嶋 哲夫

大波賞 OUT 52 IN 48 白崎 信己
 小波賞 OUT 51 IN 52 森 泰壽

第46回賞 服部 良治、孫 容権、山本 哲、池田 克巳
 (ハーフ46打)

(文責 担当理事 長嶋 哲夫)



面白い話

COA副会長 森本清一

①パッチの怪

今、私は、泉北の山奥に住んでおります。
私の診療所は朝8時半スタートですので、セ
コム解除等で8時までに到着せねばなりませ
ん。それに間に合うには、バスの都合等で
自宅を6時半に出発致します。
今日(3/17)などでは、朝は寒いのでパッ
チを着用します。ところが、昼近くになると
暑いので、パッチを脱いで2階の自室に置き
ます。そのまま帰ったところ、翌日の朝は寒
いので、パッチを着用します。又、昼頃にな
ると、暑いので、パッチを脱いで2階の自室
に置きます。その繰り返しの為、泉北の家の
パッチが無くなります。嫁はんに、「パッチ
が無いやないか！」と怒鳴ると、嫁はんは、
怒って、いっぺんにパッチを6着くらい買い、
「こうきたで！これで足りるやろ。」とい
い、私に投げてよこします。
本日、西成の診療所の2階のパッチを数えたら
40着以上ありました。
どなたか、ご希望の方が、居られましたら、
安価でお譲り致します。
連絡をお待ちしております。(06-6631-
6171)

②のりちゃん

私の親友に千住典男先生という内科医が居ら
れます。
彼は、S.21年生まれの1浪。私はS.26年生ま
れ1浪ですから、元々はかなり先輩でしたが、
あまりにも学生運動に熱中した為、留年を重ね、
終には同級生と成りました。
私が、必死で、代返、ノートのコピー、カン
ニングの手助け等をしたおかげで、どうかか
こうにか在学11年目にして、同期で卒業し
ました。その後、専門科目も異なる為、しば



らく付き合いは途絶えておりましたが、24
年前、私が西成区で開業した当時、彼は、近
くの病院の副院長をして居られました。お互
いに寂しかった為、再び付き合い始め、今日
に至っております。今でも彼とは、最低週に
1回は飲みに行きます。
かれこれ、16年位前、私の嫁はんが、3度目
の妊娠を致しました。
はるかに40歳をオーバーしていた為、妊娠9
ヶ月目から、これ又、今は無き大阪市立母子
センター(現・おとしよりすこやかセンター
南部花園館)に入院しました。
これを幸いに、上の2人の息子の世話を母や
義母に任せ、私と千住先生は毎晩の様に、北
新地へ飲みに行きました。
馴染みの店に「のりちゃん」という女性がお
りました。歳も同じだし面白いから仲良くな
りました。毎晩3人であほな事を言ったり、
歌を歌ったりしておりました。
但し、神に誓っていやらしいことは何もして
おりません。
そうこうする内に、子供が生まれました。父
が「早苗」と命名しました。
生後2週間目、退院の日が来ました。
母子センターから、親兄弟親戚一同おまけに
患者さんまで繰り出して20人以上の行列で

私の診療所に早苗ちゃんを連れて戻ってきました。

診察室で、嫁さんが、「お父さん、抱いてあげて。」と言いました。私は赤ちゃんを抱いて、おもわず、「のりちゃん」って、言ってしまいました。

嫁はんは、「それ誰？」と、訝しげに言いました。

私は、咄嗟に、「千住先生の事や！千住さんは典男という名前やからこの頃、のりちゃんって、呼んでんねん。」と、言いました。嫁はんは「ああ、そう！？」と言って、早苗ち

ゃんに、お乳を飲み始めました。

私は、それから、しばらくの間、千住先生が家に来ると「のりちゃん」って呼んでおりました。が、ある日、千住先生は堪り兼ねて、「森本、頼むから、『のりちゃん』って、俺を呼ぶのはやめてくれ！気色悪い！」と、怒って私に、言いました。

それ以来、彼のことは、「千住さん」と、呼ぶようにしております。

掲載されている写真は、パッチと千住典男先生（左上でピースサインをしてる方）です。



生省が我々の診療内容にまで介入してきた。次はもつと露骨な行動をとり、この疾患にはこのような診療をしなくてはならないと、医師の片言雙句に迄イチャモンつけて来るであろう。

こんなことを許して置いてよいのか。患者さんとの者の言い方から注射の仕方、ラセーグ症候の脚の挙げ方からP S Rの踵の叩き方：まで幼い子供に箸の持ち方を教えている父親のように、健康保険が箸の上げ下げに一々注文をつけているとしか思えない。その内にカルテの書き方から、これは勿論電子カルテとかやらずに既にスタートしているのであるがレントゲンの撮り方、診察時の服の脱がせ方に至るまで指図して来るに違いない。

診察に五分以上掛けると外来管理加算とやらがつくとのことだが、私の様にブロックや関注、関節穿刺を行う為に三台のベッドの上に其々患者さんを横臥させて、患部の清拭、消毒等行つていれば充分五分以上掛かるのは間違いないと思つてゐる。しかし冒頭のお示しに依つて「患者が退室するまで：」とされれば私の前から居なくなる事なのか、関注やブロックは処置と看做して診療時間の中に入らないのか。入らないのなれば五分間以上のルールは適用はされず請求すればバツサリと大減点の大鉈が待つてゐるかも知れない。

選挙の出口調査宣敷く、役人が医院から出て来た患者を捕まえて質問する。

「今日はどこが悪うてこの丹羽整形外科へ診て貰いに来たんですか。」

「腰痛ですわ。」

「先生は貴方の診療に五分以上掛けて丁寧な診て呉れましたか」

「え、五分以上。そんなには掛かつてないんやないか。」

「先生は貴方の腰を診察して呉れましたか」

「いや、口で『どうですか、楽になつてますか』と聞くんで、い

やまだよくなつてはいないです云つたらそんなら薬を替えとくさかい、それで様子みなさい云われて、薬貰つて出てきたとこですかな。」

「そうですか。有難うございました：とえくと、この整形外科はさつきの患者も、その前のお婆さんも、その前の前の若い娘さんも：えくと、娘さんは大分永いこと話し込んだ様なこと云うとつたが。若い娘とイチャイチャすると云う評判は前から聞いたつたんや。

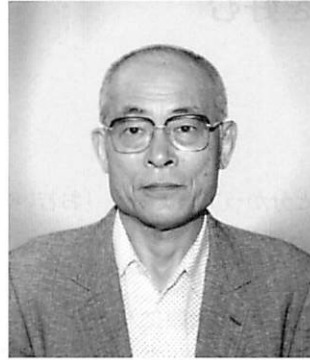
関注やらブロックやら医師本人がやつてもそれは診療行為やないんやから患者と話したり診察したりする時間は短い筈や。：大体薬を替えるだけで大した診療はしとらん様な具合やな。この丹羽整形外科からは五分以上診察しましたと請求が沢山来とるが、この請求はインチキ臭いんやないか。」

てなことになるんとも限らんでつせ。

前の年度の「青本」を引張り出してみたが、こんな教科書的な教えたと云わんばかりの条項を残して置いたら、開業医は勿論勤務医でも「青本」の中の金科玉条を遵守せねば請求できない。保険診療が出来ないという時代がやつて来るのではないか。

前年度の「青本」には医師の診療内容に迄口を挟む様な条項は全くない。どうしてこんなことになつてゐるのか。それははつきりしてゐる。何故か厚生省が顔を顰める様なほんの一部医師の行状を見て聞いてこゝは一丁お叱言をとの義務感がそうさせているとしか思われぬ。しかし我々は厚生省に雇われているのではないから、金銭的な問題に就いては兎も角、医師の問診のやり方まで指示される因はない。

どうですか皆さん。こんなことまで指図されて腹立たんですか。私達の立場を代表する偉い医師達はこゝまで云われても厚生省に一言半句も反応できないのですか。



本二十年度の点数改正が行われ、所謂「青本」のA〇〇一再診料6項の(2)に「提供される診療内容の事例」として次の様な文章が掲載されている。

(1) 外来管理加算は、処置、リハビリテーション等を行わずに計画的な医学管理を行った場

合に算定できる。

(2) 外来管理を算定するに当たっては、医師は丁寧な問診と詳細な身体診察（視診、聴診、打診及び触診等）を行い、それらの結果を踏まえて、患者に対して症状の再確認を行いつつ、病状や療養上注意点を懇切丁寧に説明するとともに、患者の療養上の疑問や不安を解消するため次の取組を行う。

〔提供される診療内容の事例〕

1. 問診し、患者の訴えを総括する。

「今日伺ったお話では、「前回処方した薬を飲んで、熱は下がったけれど、咳が続き、痰の切れが悪い」ということですね。」

2. 身体診察によって得られた所見及びその所見に基づく医学的判断などの説明を行う。「診察した結果、頸のリンパ節やどの腫れはよくなっていますし、胸の音も問題ありません。前回に比べて、すいぶん良くなっていますね。」

3. これまでの治療経過を踏まえた、療養上の注意などの説明・

指導を行う。「先日の発熱と咳は、ウイルスによる風邪の症状だと考えられますが、〇〇さんはタバコを吸っているために、喉の粘膜が過敏で、ちょっとした刺激で咳が出やすく、痰がなかなか切れなくなっているようです。症状が落ち着くまで、しばらくの間はタバコを控えて、部屋を十分に加湿し、外出する時にはマスクをした方が良いでしょう。」

4. 患者の潜在的な疑問や不安等を汲み取る取組を行う。

「他に分からないことや、気になること、ご心配なことはありませんか。」

(3) (2)に規定する診察に要する時間として、医師が実際に概ね五分を超えて直接診察を行っている場合に算定できる。この場合において、「診療を行っている時間」とは、患者が診察室に入室した時点を診察開始時間、退室した時点を診察終了時間とし、その間一貫して医師が患者に対して問診、身体診察、療養上の指導を行っている場合の時間に限る。

また、患者からの聴取事項や診察所見の要点を診療録に記載する。併せて、外来管理加算の時間要件に該当する旨の記載をする。

私はこの項を読んで哑然とした。ポリクリに参加している学生を前にした教授のように、我々に教えを垂れている文章としか思えない。

いつから厚生省のお役人達は医師に教えなければならぬと考える様になったのであるのか。診察というものは斯くあるべしとの考えが行間に満ち満ちているのを見て私は愈々来たとと思う。即ち厚

英雄色を好む

河合 長兵衛

御世辞だと分かっていても、「お若いですね」と言われると嬉しい。

しかし、風呂屋の大鏡に写った自分の体は何処から眺めても立派な年寄りです。首筋から胸にかけてはスジやアバラが浮き上がり、臍の周りはシワだらけ、尻や腕や脚の筋肉はだらしなく垂れ下がっています。

ところが、こんな自分がすこぶる愛おしく、「歳をとるのもアナガチ満更ではないわい」と、人生を謳歌しています。近年の年賀状には、

夜の明けるのが待ち遠しくて
落ち葉をふんで外に出る
古希の体は少しずつ 枯れていって
西に沈む月のように 透明になる
朝の光はやわらかく
幸せな世界が訪れる
(2002)

ひとは老いると詩人になれる
詩人は太陽と遊び 風に舞う
詩人は酒を好み 女を愛でる
そんな詩人に僕はなりたい
(2006)

毎日が楽しくて 喜びに満ちています
老いは確実に 進んでいます
ちっとも 厭ではありません
だから いつでも
オカゲサマ と モッタイナイ が
口からこぼれます
(2008)



と、印刷しました。「ウレシイナ・タノシイナ」といった具合に毎日を満足しているのです。

老子の第33章には「知足者富」とあります。「足るを知る者は富む」と読みます。現在の己の有り様を容認し不足を言はないことです。歳をとったら歳をとったで楽しいことが一杯あるからです。アンチ・エイジングなんか糞くらえと思っています。

最近、厚生労働省が後期高齢者という有難い名前をつけてくれました。嬉しい限りです。「俺は普通の高齢者と違う。後期だから偉いんだ」と叫びたい気持ちです。

とはいっても、老人でも後の方ですから、行く末のあまり長くはないことぐらいは解っているつもりです。だから、毎日が忙しく、やることが多くて大変です。サプリメントを探し求めたり、孫を抱いたりする暇なんかありません。栄養剤を服むのなら酒を飲みますし（休肝日なしの熱燗五合）、孫を抱くより女を抱くほうがずっと性にあっているのです。

酒と女にだけ、うつつを抜かしているのではなく、週に2回のゴルフと3回のテニス、年に5・6回スキーに出かけます。昨年は冬山に登りましたし、一昨年はモンブランにも挑戦しました。

診療の合間を見つけて雑文を書くのが好きです。今、2、3の雑誌にコラムを連載中で、それをまとめて、昨年、4冊目の随筆集を出版しました（老いの哲学・なにわのへんこつ医）。

去年から3年コースの通信教育を受けています。京都の仏教学院です。アノクタラサンミヤクサンボダイなんて大声でお経を唱えていますし、漢字で、阿耨多羅三藐三菩提と書くことも出来ます。今年の筆記試験の問題は、「歎異抄の概要について」と「世界の宗教を分類し説明せよ」でありました。釈迦の教えは最高の哲学だと自信を持って断言できます。

こんな自慢たらしいことを書くと、頭も身体も凄く丈夫で快調であるかのように聞こえますが、実はそうではありません。年相応に、脳みそはカスカスで、かなり柔らかかりかけているし、肩や腰や手足も痛いところだけのカチカチなのです。

診察室では「痛みがあるのは生きている証拠です」などと、上手く治せない患者さんに啖呵をきっているのが、自分から弱みを吐けないだけなのです。時には、「死んでしまったら何処も痛みがなくなるのですよ」と説明したら、「ああ、そう言うのとそうですね」と本当に治ってし

まった呑気な患者さんもいます。

後期高齢者の特典はいくらでもあります。調子の良い時は黙っていて、都合が悪くなれば歳の精にするのです。登山でしんどくなったり、シッコを漏らしたり、もの忘れのひどい時は「もう年やからな」と言い訳をして惚けることができます。実を言うと、ずっと昔から足腰に欠陥があり、頭脳が良くないのですが、それは棚に上げておきます。

女と遊ぶ時は、「後期高齢者」が「^{こうきこうせい}香氣好性者」になりすますのです。そして豪傑^{ごうけつ}気取りで「英雄は色を好むからね」と、胸を張ることにしています。近頃、女房もあきれ果てたのか、「エエ年して、おじいちゃんもようやるわ」と、相手にしてくれません。

有難いことです。若い者には出来ない芸当だとは思いませんか。



野沢温泉スキー場にて華麗な滑降をする筆者



老いの哲学・書店では売り切れだが、未だ少し在庫あり



この秋、合計・150歳以上のテニスの試合に出るペアー

日々のお稽古事あれこれ

淀川区 茶之木 頼彦

平成4年秋に開業した当初から、自営業ほど自分に合わないものは無いのではと悶々と日々を送っていたが、3年間も経つと慣れというか、諦めの境地になって、何か仕事の他に打ち込めるものを探すうちに偶々巡り会ったのがフラメンコギターだ。フラメンコギターの魅力は、音の多様性と曲種に特徴的なリズムパターン（コンパス）とファルセータ（メロディー）を守れば、比較的自由に演奏ができるところである。コンパスさえしっかりしていれば、これが最も難しい点だが、音が少々ビビってお構いなしで演奏者の個性として受け入れられる。フラメンコギターのそういう大原則に則ったいい加減さが私の性分にあっているのか、13年間余り、毎週レッスンを受けてきた。レッスンの前半は楽譜を参照しての練習で、後半には先生の指使いを真似ながら耳で曲を覚える訓練がある。楽譜を使わないのが本場アンダルシアでの教授法らしい。それはフラメンコ音楽を正確に記譜するのは不可能なためでもある。これまで数十曲をこなしたが、悲しいかな暗譜で弾けるのは極僅かしか無い。

昨年には、待望のパコ・デ・ルシアの名曲、「二筋の川」を教えてもらった。一度は全曲弾けるまで仕上がったのに、次の新しい曲に苦戦しているうちいつものように運指を忘れてしまいガックリしている。ギターを変えれば上手く演奏できるかもしれないと思い続けて今や5台も手元にある。最近オーダーして作ってもらった两用ギター（独奏と伴奏に適すタイプ）も先生の手には掛かると全く違う音になってしまう。道具を云々するのではなく、やはり練習がすべてだと反省している今日この頃である。

50才を目前にし記憶力や記銘力の衰えが気になりだした。外国語の学習をすれば、認知証の進展を少しでも食い止められるのではと取り



組み始めたのがドイツ語の再学習だ。工業高専3年の授業でドイツ語の「いろは」を習ったことを契機にドイツ語が好きになり、大学入試では英語の代わりにドイツ語を選択した経験がある。しかし、ドイツ語は仕事に役に立つ言語ではないため、25年以上も遠ざかっていた。趣味として語学をするのなら、思い入れのあるほうが楽なのでドイツ語に舞い戻ったのだ。上達度を確認する手立てとしてはドイツ語検定を受けることにした。3級は3ヶ月の準備で難なく合格できたが、2級の初挑戦では、1次試験は運良く受かったものの2次試験の口頭試問で躓いた。読むことはそれほど苦にならないが、苦手なヒアリングの対策として、ラジオ講座とインターネットのドイツ語ニュースを聞き続けた事が功を奏し、2006年度に3回目の挑戦でやっと2級の合格証書を手にすることができた。口頭試問については、予想問題を作成し自分なりの解答を用意したのが勝因だった。次は1級狙いなのだが、この級は大学でドイツ語を専攻しても簡単には受からないようだ。なにせ合格者は年に30人程度しかいない。昨年夏から週1回スイス人にドイツ語会話の個人レッスンを受けているが、言いたいことの10分の1も口に出来ない状況である。さて、いつになったら1級に合格できることやら。

日曜の朝、10年以上テニススクールに通っているため、家人からは小学校低学年並みの習い事の数だと揶揄されている、最近ではこのよ

うな開業医生活が一番自分に合っているのかもしれないと思えるようになった。



写真1: 格好だけパコ・デ・ルシア風手にしているのはグラナダの作家、アギラルテのフラメンコギター。値段の割にはいい音が出る。

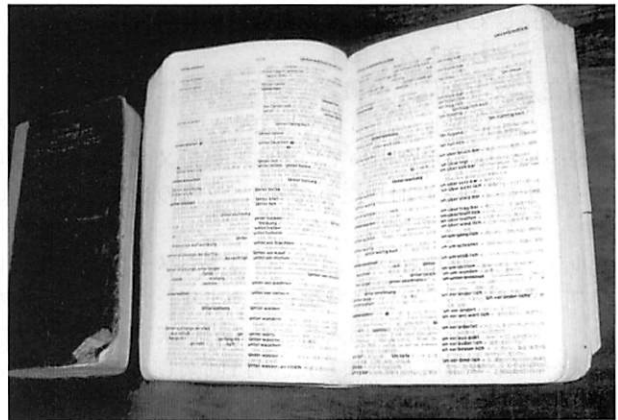


写真2: 高専を中退しドイツ語を独学していた時に使い込んだ辞書。只管この辞書を読んでいた。人生最悪の時を思い起こしてくれる宝物。(左は岩波、右は三修社ロベルトシンチンゲルの初版)。

私の趣味

東大阪市 藤原良仁

2007年早春、黒田晃司先生のオドシに近い勧誘により入会いたしました藤原でございます。

この年、日本手の外科学会は専門医制度を発足させ、私も専門医の認定を受けました。丁度50周年記念学会ということで出席しますと懐かしい全国の先生方とお会い出来、また発表をきき、刺激を受け、学会出席のよいところを認識した次第です。

今後時間と体力の許す限り出席しようと思いましたが。さて私は小さい頃より器用だと言われて育ちました。手先の器用さを必要とする事に興味があり、実践してきました。手芸全般→これが成長して手の外科、微小血管、神経縫合につながったものと考えます。

現在大阪市を停年退職して6年、趣味に、パートにと結構忙しく暮らしています。

絵……いつ頃からか描いています。最近スケッチ旅行に参加したものを1~2枚のせていただいています。

ゴルフ…下手の横好き、どこへ行ってもメーカーですが懲りずに参加しています。今度は北六甲へ参加出来ると喜んでます。

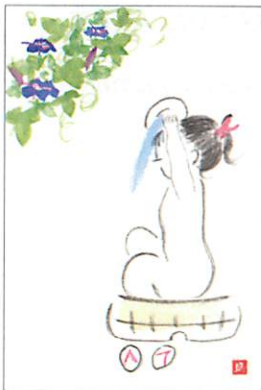
お茶…50才すぎて始めました。月1回楽しんでいます。



麻雀…退職後週2回、7時間その他さそわれれば参加しています。負けると今月の老化防止代は高かったと考えています。自宅に電導麻雀台があります。

草花を育てるのは小さい時から得意でした。庭には年中何か一つ花が咲いています。花の咲かないのは槇、紅葉、柏くらいでしょうか。

旅行…45才頃より毎年海外へ出ています。停年後は年2~3回になりました。出来る丈人の行かない時期と場所を選んでいます。来年はアンナプルナ、ダウラギリを目指し、現在体力の強化と痩せることに専念しています。



梅林のメジロ

城東区 石川 正 士

早春の一日、大阪城公園の梅林でメジロを追いました。本来ならば梅に鶯であれば申し分ないのですが、実際には梅林には花蜜を好むメジロが集まり、虫好きの鶯は余り見られないようです。大阪城公園には渡り鳥を含めて、常時30種類ほどの鳥が観測されるとの事で、その中でもメジロは極くありふれた鳥ですが、動きが素早いので、追尾にやや苦労しました。upの写真で見ると、時に愛らしく、時には険しいような色々な表情を見せてくれています。

カメラ：キャノン10D

レンズ：EF75～300mm,IS,USM

F：5.6～6.7 T：自動



彫塑「なんとなく」

堺市 石上 直

この度は医師国保の資格を失い、次いで役所からははよ死ね保険の被保険者証が送られてきました。この先、生きていくのはいろいろ難しそうです。又リスクのある分野に携わる医師がだんだん少なくなってきているようで、心細い限りです。

そんな時代にあって、彫塑なんぞというものに現を抜かしていることに何かしら後ろめたさを感じるようになってきました。

それでもなおもうちょっとましなものがでけんかいなと念じながら相変わらずぼちぼちやり続けています。

仕事は力の範囲内で真面目にやっています。



私の趣味 絵画

城東区医師会 絵画部 福西睦子

私は、絵は相変わらず白い卓上を描いています。

机の上に置くものや、花瓶にどの花を生けようかと考えるのは楽しいものです。

生花の豪華で美しいものは、ホテルに多くあります。

食堂の入り口に生けてある、小さな花瓶に入れてある花もどの方向から見ても美しいようになっています。3次元的になっているのでしょうか。花を買ってきて生けても、描いているうちに、すぐに萎れて枯れてきて、散ってしまいます。

写真にとってきてその美しさを反芻しながら描いていると、いつまでも美しいのです。

花は日当たりの良いところに咲いても、日陰に咲いても美しい色をしています。

どんなに明るくて派手な色をしていても、どこかしっとりとしていて見飽きません。

生物保存のためでしょうか、雄蕊、雌蕊も美しいのです。私は毎年花を描いているおかげで楽しみながら名前を覚えることが出来るようになりました。

画を描くことは1人でできる楽しみで、



どんなに下手でも誰にも迷惑をかけません。静かに出来ます。高齢になった今1人の時間を楽しむことが出来るのを嬉しく思う毎日です。



住吉区 三橋 允子

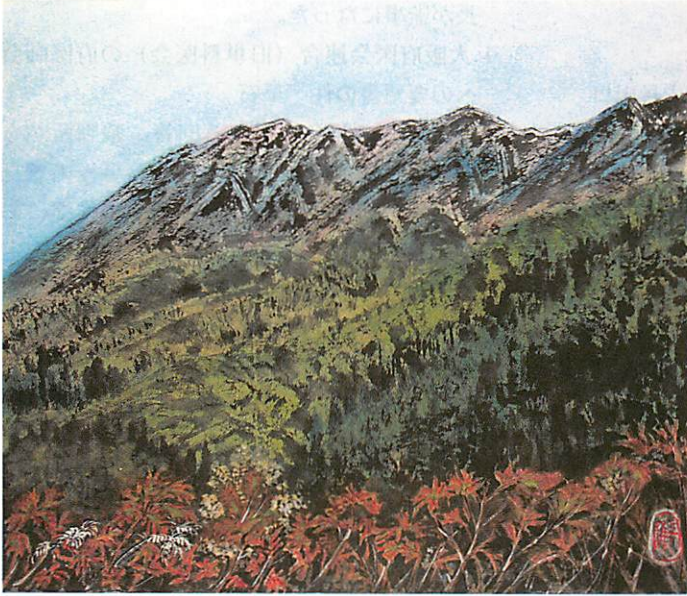
- 1) 庭に咲いた可愛いピンクの佐助です。優しい色をしています。



- 2) 若い美しいモデルさんが、古いイタリアの花嫁衣装を着て坐ってくれました。明暗を捉えて描いてみました。



豊中市 丹羽雅子



大山

春はもえ夏は緑に
くれなるの緑色しむいろに見ゆる
秋の山かも

万葉集 卷十一 二一七七
詠み人知らず

山百合

道の辺の草深百合の花笑みに
笑みしがからに 妻と言ふべしや

万葉集 卷七 一 二五七七
詠み人知らず



平成19年度

第1回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録

日 時：平成19年6月2日（土曜日）

午後3時から6時

場 所：帝人ビル 2F

大阪市中央区南本町1-6-7

TEL 06-6268-3131

地下鉄堺筋線堺筋本町駅 2号出口

出 席：38名

会 長：早石雅寿

副会長：栗本一孝、黒田晃司、前中孝文、森本清一、山本 哲

理 事：青木 誠、石井正治、今井 秀、斧出安弘、岸本成人、黒川隆彦、五島 淳、古瀬洋一、小林正之、坂口光輝、坂本徳成、佐藤利行、澤田 出、茂松茂人、白川貴浩、須藤容章、中川浩彰、永田行男、西川正治、長谷川利雄、馬場貞夫、福井宏有、藤本啓治、前野岳敏、松矢浩司、三浦光也、宮田重樹、森下忍、森 泰壽、矢倉久義、山口康二、吉川隆啓

◆報告事項

1.平成18年度 第3回無床診WG委員会（3月25日 品川プリンスホテル）矢倉

1) 2月に行われた“PT・OTの現状に関する緊急アンケート”の主計結果の報告

①リハ(I)の算定は1246施設中598施設

②PT雇用において、足りているは185施設のみ

③PTの給与は、全国平均年俸400～450万円が一番多かった。

2) 無床診WG委員会の活動方針

①無床診療所部会役員を各県に1名配置する

②年1回、無床診療所部会大会を開催

③会員はネット会員として登録し、JCOAネットに無床診窓口を開く

④無床診便りまたはニュースの発行

2. JOA理事会報告（5月23日）早石

1) 運動器不安定症のリハビリの点数化が大きな改革であった

2) 学会の予算は、4億円、税金は約1000万円になる

3) JOAカードに対する不満の声が上がった

3. JOA代議員会報告（5月24日）早石

20名の理事と3名の監事が選ばれた。早石会長が監事になった。

4.大阪府医会連合（旧単科医会）の府医師会への要望書の件 早石

警察からの照会に対する回答、裁判所からの照会に対する回答、学校検診事後の意見や指導に関する文書、保育園・幼稚園における食物アレルギー指導書、公共職業安定所に対する就労可能証明書、行政に対する生活保護要否意見書などの文書においては、医療機関より文書料を請求しても支払われていない現状が判明した。医療機関に対し照会を行う場合には、その対価としての文書料を支払うべく申し入れを行っていただくことを要望するか協議され、整形外科医会としては、反対しないこととした。

5.19年度第1回JCOA学術研修専門医制度委員会（19.4.8 大阪）長谷川、堀木

(1) 平成20年4月に第21回（福井）JCOA学会の合同プログラム委員会を開催する（当委員会と学会主催県：福井県）

(2) 第82回日整会学術集会（福岡）のパネル演題、教育研修講演演題案

1) パネル演題案

・これからの整形外科開業医の戦略（座長は未定）

・運動器リハビリテーションの検証（座長は未定）

・第81回パネル演題案の未採用演題

2) 教育研修講演演題案

・手の外科について（仮題）講師 吉村光生、麻生邦一

・医療安全について（仮題）講師 浦門操

・診療所におけるリハビリテーション 講師 未定

3) 日本臨床整形外科医会研修会・JCOA

学会の担当県の決定

- ・第24回JCOA学会（平成23年）九州ブロック
- ・第37回JCOA研修会（平成22年）中部ブロック

4) 専門医研修単位取得状況（14分野）についてのアンケート調査結果の再検討

- ・単位取得困難な地域も少なからずある。
- ・今後何らかのかたちで教育研修講演会（大学と共催、ブロック単位での開催など）を開催する必要がある。
- ・アンケート調査を日整会に報告し、新たな対策の必要性について提言する。

5) 学術誌の査読委員会について

- ・講師名簿をもとに査読委員の委任（現在60名より応諾）
- ・査読方法について細部を検討中

6) 地域功労賞を廃止（当委員会案）代わりに学会功労賞を創設する。

6.近畿ブロック会（4月14日 尼崎）前中早石会長を始め10名が参加した。

- 1) 政治活動に関する報告があった。
- 2) 学会場所を交通の便の良い所にしてはどうかという意見があった。
- 3) 柔整問題に関する大阪の取り組みと、他府県の取り組みに関して意見が交わされた。
- 4) JCOA各種アンケートに関する報告が少ないので、フィードバックしてほしいという意見があった。
- 5) 次回は、奈良県が主催で、10月20日から27日の予定

7.実施した研修会の報告と問題点 黒田

第179回研修会（H19・3・24）
 帝国ホテル 大塚製薬
 司 会：古瀬 洋一理事
 参加人数：195人
 受付担当：岸本 成人理事・北野 総式理事

①ガイドラインからみた血管性跛行の診断と治療

座長：山本 哲副会長
 東京医科大学・血管外科・教授 重松 宏

②判例やマスコミ報道からみた整形外科医事紛争

座長：須藤 容章理事
 長吉総合病院・院長 梁瀬 義章

第180回研修会（H19・4・7）
 大阪臨床整形外科医会総会・大正・富山
 司 会：黒田 晃司副会長
 参加人数：80人

①ピットフォールに嵌らない足疾患・外傷の診かた

座長：栗本 一孝副会長
 大阪医科大学整形外科学・教授 木下 光雄

第181回研修会（H19・5・12）
 ウエスティン大阪（エイザイ）
 司 会：柴田 和弥理事
 参加人数：214人
 受付担当：小林 正行理事・森下 忍理事

①人工関節再置換術の問題点

座長：斧出 安弘理事
 馬場記念病院・整形外科部長
 岡垣 健太郎

②スポーツ外傷障害の診かた・考え方

座長：青木 誠理事
 北里研究所病院・副院長・整形外科部長
 阿部 均

8.研修会の受付の役割 黒田

- ・受付のトラブル回避のため必要である
- ・会員名簿を用意して、OAOA会員か確認するようにする

9.JCOA緊急討論集会（3月21日東京）森本

- ・4月の診療報酬改定について討論された

10.JCOA組織拡大委員会の報告（3月4日東京）森本

- ・組織率向上のための手段の検討
- ・会員名簿を作成する（住所変更されたケースが多い）

11.「骨と関節の日」委員会の報告 森本

- ・今年もOAOAで開催する
- メイン行事は、10月3日西成区民センターで行われる

運動器不安定症 赤木繁夫准教授

楽しい運動 京都学園大学教授 吉中康子先生

吹田市と北区でも行われる

12.JCOA福祉委員会 (3月31日東京) 吉川

団体生命保険は加入者にとって有利な保険です。

A事故が多くて保険金支払いが増えると保険会社が保険金を支払う

B一方事故が少ないと保険会社の利益になる分が配当金として払い戻してくれる。

「ただし会員の35%以上の加入が必要である」のです。

現状の加入率 (20~25%) ではAの状態になったら翌年から保険の継続ができなくなります。団体生命保険の終了です。

毎年、秋から募集をはじめますので未加入の方はご参加ください。

13.JOA定款等検討委員会 (3月5日東京) 澤田

(1) 研修施設認定の条件の変更

1) 日整会誌とJOSを施設として購読し、図書館に備えていること

2) 研修施設長または研修指導責任者は理事会から依頼されたアンケートには回答すること

3) 研修指導責任者は、学術総会で開催される指導者講習会に、5年間に1回以上は出席すること

(2) 表彰規定

1) 学会奨励賞受賞者については、理事長は前項のほか学術総会会長にこれを通知し、学術総会において発表の機会を与えるよう依頼するものとする

(3) 学会功労賞候補者基準を一部改正された

14.JCOA平成19年度第1回理事会

(4月22日 東京) 澤田

(1) 厚生労働省「後期高齢者医療のあり方に関する基本的考え方」

1) 後期高齢者における課題

①複数の疾患を併有しており、合わせて心のケアも必要

②慢性的な疾患のために、その人の生活に合

わせた療養を考える必要

③複数医医療機関を頻回受診する傾向があり
検査する投薬が多数、重複となる傾向

④地域における療養を行えるよう弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要

2) 後期高齢者にふさわしい医療の体系

①急性期入院医療にあっても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要。入院中から退院後の生活を考えた治療。

②在宅を重視した医療。複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師。

③介護保険他のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供

④安らかな終末期を迎えるための医療

⑤その他

新制度の被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した、効果的、効率的な医療提供の視点が必要

(2) JCOA学会、研修会の開催県の決定

学会開催地の順序

A群：北海道、東北、関東、中部ブロック

B群：近畿、中四国、九州ブロック

学会

研修会

20回 (H19) 青森

34回 (H19) 滋賀

21回 (H20) 福井

35回 (H20) 岡山

22回 (H21) 愛媛

36回 (H21) 佐賀

23回 (H22) 神奈川

(3) 医療事故などの「事例報告書」の提出お願い

(4) 過去の判例 (地裁、高裁、最高裁) をデータベース化したサイト (LEX/DB) への入会

(5) 75才以上膝関節OA患者に対する運動評価判定 (他施設共同臨床研究)

15.その他

(1) 広報委員 前野

・33号の原稿、投稿は、順調に集まっている

・広告協賛企業は現在のところ29社

(2) 国保と社保合同の審査委員会を開催した
石井

- ・システムの審査の仕方が違う
- ・問題のあるレセプトに対する対抗手段がない
- ・他府県の対策に対する情報を得ながら、少しずつ対応していく

(3) 大阪陸上のドクター依頼

- ・内科医と外科医が依頼された
- ・選手は個人的にドクターを帯同している。
出席者は、会場での医務班として依頼されている。

以上文責 宮田、五島

◆協議事項

1. 今後の研修会

第182回研修会 (H19・6・30)

阪急インターナショナルホテル (小野薬品)

司 会：阪本 邦雄理事

受付担当：黒川 隆彦理事・五島 淳理事

① 「新世代の人工骨と骨再生医療研究の最前線」

座長：岸本 成人理事

大阪大学整形外科・准教授

名井 陽

② 「腰部神経根障害の基礎と臨床」

座長：長谷川 利雄理事

福井大学医学部整形外科・リハビリテーシ

ョン部准教授 小林 茂

第183回研修会 (H19・7・21)

全日空ホテル (中外製薬)

司 会：岸本 成人理事

受付担当：坂口 光輝理事・阪本 邦雄理事

① 「関節リウマチの最新治療」

座長：三浦 光也理事

近畿大学医学部付属堺病院・整形外科・教

授・菊池 啓

② 「大腿骨近位部骨折の予防と治療－全国調査
からの現状と将来－」

座長：白川 貴浩理事

鳥取大学医学部・リハビリテーション部

長 萩野 浩准教授

第184回研修会 (H19・8・25)

全日空ホテル (旭化成ファーマ)

司 会：黒田 晃司副会長

受付担当：森本 清一副会長・山本 哲副会長

大阪臨床整形外科医会30周年記念講演・

講師：日本整形外科学会・前理事長 越

智 隆弘先生

演題：「整形外科医の明るい未来」

座長：早石 雅宥会長

第185回研修会 (H19・9・15)

全日空ホテル (第一三共株式会社)

司 会：今井 秀理事

受付担当：青木 誠理事・白川 貴浩理事

① 「関節リウマチに対する薬物療法」－最近

の知見と今後の展望－

座長：佐藤 利行理事

関西医大附属滝井病院・整形外科・講師

・宮島 茂夫

② 「リスクマネージメントの原理と組織戦略」

座長：前中 孝文 副会長

横浜市立大学付属病院 医療安全管理学

教授 橋本 廻生先生

第186回研修会 (H19・10・20)

ウエスティンH大阪 (帝人ファーマ)

司 会：森 泰壽理事

受付担当：田上 実男理事・中川 浩彰理事

① 「骨粗鬆症の最近の知見と治療」

座長：山本 哲副会長

慶応大学医学部・整形外科・講師 (スポ

ーツクリニック担当) 岩本 潤

② 「医工連携における整形外科領域への貢献」

座長：早石 雅宥 会長

大阪大学大学院医学研究科 教授 菅本

一臣

第187回研修会 (H19・11・10)

ウエスティンH大阪 (久光)

司 会：三浦 光也理事

受付担当：中嶋 洋理事・永田 行男理事

① 「脊椎鏡視下手術」

座長：柴田 和弥理事

大阪総合医療センター整形外科部長・中

村 博亮

- ②「スポーツの膝関節障害・膝関節治療の再生医学と応用への課題」
座長：右近 良治理事
大阪大学大学院医学研究科器官制御外科
・講師 中田 研

第188回臨時研修会 (H19・12・8)

大阪国際会議場 (アステラス)

司 会：三村 和博理事

受付担当：福井 宏有理事・藤本 啓治理事

第189回研修会 (H20・1・26)

全日空ホテル大阪 (日本臓器)

司 会：坂口 光輝理事

受付担当：三浦 光也理事・三村 和博理事

- ①「下腿・後足部のスポーツ障害と外傷」
座長：中川 浩彰理事
大阪医科大学整形外科・講師 安田 稔人
- ②「開業医に必要な肩の知識」
座長：森本 清一 副会長
東北大学・整形外科・教授 井樋 栄二

第190回研修会 (H20・2・23)

グランピア大阪 (科研製薬)

司 会：黒川 隆彦理事

受付担当：宮田 重樹理事・古瀬 洋一理事

- ①「変形性膝関節症の最近の知見－保存療法から手術まで－」
座長：吉田 研二郎
大阪府立急性期総合医療センター・整形外科部長 小林 章郎
- ②『手の機能とリウマチ手の治療』
座長：五島 淳理事
奈良県立医科大学・整形外科・准教授 矢島 弘嗣

第191回研修会 (H20・3・22)

帝国ホテル大阪 (大塚製薬)

司 会：白川 貴浩理事

受付担当：森 泰壽理事・矢倉 久義理事

- ①「手術による医原性末梢神経損傷」
座長：福井 宏有理事
和歌山大学整形外科・准教授 谷口 泰徳

- ②「関節リウマチの最新治療－新規COX2阻害薬よ生物学的製剤の使い方」
座長：黒田 晃司副会長
兵庫医大内科学リウマチ膠原病科教授 佐野 統

第192回研修会・総会 (H20・4・5)

大正・富山大阪支店

第193回研修会 (H20・5)

ウエスティンホテル (エーザイ)

司 会：中川 浩彰理事

受付担当：吉川 隆啓理事・吉田 研二郎理事

第194回研修会 (H20・6・21)

阪急インターナショナルホテル (小野)

司 会：森下 忍理事

受付担当：青木 誠理事・今井 秀理事

第195回研修会 (H20・7)

全日空ホテル大阪 (中外)

司 会：新田 望理事

受付担当：大島 正義理事・斧出 安弘理事

2. 30周年記念祝賀会の役割分担と計画 黒田
30周年記念祝賀会・講演会の役割分担
早石会長

- ①越智先生への連絡 (演題の確認、タイムスケジュール確認)
- ②案内状作成 (会員用・招待者用)
黒田副会長
- ①講演会の進行
- ②記念式典の進行
- ③祝賀会の料理
- ④テーブルの配置
- ⑤席割り付け
- ⑥功労者の表彰状
栗本副会長
- ①案内状の発送と回収・ (招待者用・7月初め発送、未までに回収して出席者確定。会員は別にする。参加費の振込みで確定する。)

②祝賀会の進行

③アトラクションの選定と手配（長谷川・斧出・藤本）

森本副会長

①招待者の胸の花とネーム

②当日の出席者の受付…（右近・小林・阪本邦・大島・松矢）

③席への案内（福井・矢倉・柴田・古瀬・山口・坂口）

④帰りのタクシーの配車（松矢・森・黒川・田上）

⑤お土産の配布（宮田・中川・森下・三村・西川）

山本副会長

①会員の受付・ネームの手配（永田・今井・白川・澤田・吉田研・広瀬・新田）

前中副会長

①会計・②祝儀、③会員の会費振込みで出席者の確定

五島理事

①記録 ②写真（岸本・吉川・三浦・青木・宮田）

前野理事

①会報担当（山本・宮田……）

出席者確保のお願い（黒田副会長）

6月2日現在100名、予想200名にはるかに及ばない、そのため、夫人同伴で再度案内を出します。パーティは公取の関係で製薬会社ではなくOCOAで行います。服装は基本的には自由です。

ドレスコードをはっきりさせたほうがいいのではないかという意見もあり今後の検討課題とされた。

3.新理事の推薦と休眠理事の取り扱い 黒田

現在理事総数62名です。学術講演会の担当を選ぶのにも毎回やりくりが困難です。そのうち2年間一度も理事会に出席していない人が11名います。出欠の連絡すらされない人もあり、実働人数はかなり不足していると思います。それらの休眠理事に対しても連絡はしなくてはならず、事務量は増えています。これらの理事に

引退勧告しやめてもらうのは問題があるので、一旦例えば「予備役員」とでも名づけ事務連絡も行わないこととすればどうか。また同時に、新たに10名以上の理事を迎えることとしてはどうかとの提案があった。

→ 一人ひとりの理事には事情があり、例えば、地区医師会活動などが多忙であるとか診察時間中であるとの理由で欠礼を示しておられる方もあり、やめさせると受け取られる行動は慎重にするべきとの意見。

→ 新たに若手で活動的な新理事の必要性は明らかで、次回9月理事会まで推薦を受け付けます。

4.臨時研修会の申し込みの取り扱い 黒田

12月8日仮に設定した研修会は、ファイザー製薬、アステラス製薬より依頼されたセレコックス発売記念学術講演会です。単発の講演会で、10月の木曜日夕方開催が先方の希望ですが、当会として12月の方が都合がいいのではないかと思います。受けてもいいでしょうか。

同じ月に予定の講演会があると、参加人数が減り、レギュラーのメーカーに失礼。空いているのは12月のみ、OCOAへの貢献が、今後確かに見込めるのか？まとまった寄付金を（100万円程度）求めてもいいのでは？受領は会計処理上困難と考える（執行部）

多数決により、とりあえず受けることとした。日程は10月（平日）か12月（土曜日）。10月なら主体はメーカー、12月ならOCOAとなる見込み。決定については会長一任とした。

5.大阪府空手道連盟から

ドクターの出務の依頼 西川

6月24日（日）、8月4日（土）大阪府立体育館剣道場

西川先生が出られないとき、OCOAのメーリングリストを使って出務できるドクターを探してもよいか？

→ メーリングリストを使って何を送っても自由です。どうぞお使いくださいとの意見続出。

6.その他 黒田

JOA、JCOAともスポーツ障害の検診を学校検診に取り入れる運動をしています。ただ、学

校医会はかなり閉鎖的な組織で、整形外科医には入り込みにくい状況です。黒田先生個人の調査として、側わん症の調査をOCAの会員に送付する予定です。ご了解ください。

→ 了承

次回の理事会は9月1日(土)の予定です。

以上文責 青木、五島

平成19年度

第2回大阪臨床整形外科医会理事委員会議事録

日時：平成19年9月1日(土曜日)

午後3時から6時

場所：梅田スカイタワーウエスト

36階 R会議室

大阪市北区大淀中1-1-88

Tel 06-6440-3933

出席：32名

会長：早石雅宥

副会長：栗本一孝、黒田晃司、前中孝文、森本清一、山本 哲

理事：青木 誠、今井 秀、大島正義、岸本成人、黒川隆彦、越宗正晃、坂口光輝、阪本邦雄、坂本徳成、佐藤利行、澤田出、首藤三七郎、白川貴浩、須藤容章、田上実男、永田行男、長谷川利雄、福井宏有、前野岳敏、松矢浩司、三浦光也、宮田重樹、森 泰壽、矢倉久義、山口康二

参加：古賀教一郎

◆報告事項

1.運動器リハビリテーションの学会(7月7日 軽井沢)

報告なし

2.JOA理事会報告(7月11日 甲府富士屋ホテル) 早石会長

(1) JOAカード(ICカード)の取得について

3. JCOA代議員会報告(7月14日 ホテル青森) 早石会長

(1) 新名誉会員 当初より長田 明理事(参加)

(2) 会員数5875名 大阪440名で1位 以下 福岡、兵庫、神奈川、東京、愛知

(3) 学会開催地について交通利便性のよいところでの開催を

(4) 今回の学会参加者は約300名

4. 第33回大阪臨床整形外科症例検討会(8月4日 大阪) 栗本副会長

(1) 合計7題の発表、OCAからは古瀬理事が発表

(2) 次回開催は平成20年2月の第3土曜日の予定

5. 大阪臨床整形外科医会創立30周年記念報告(8月25日大阪全日空ホテル) 黒田副会長

(1) 出席者数206名(うち 夫人61名、ゲスト24名)

(2) 記念講演 大阪大学名誉教授 越智隆弘先生「明るい整形外科医の未来」

(3) 写真集はCDにして配布予定

6. 日本臨床整形外科学会理事会(8月26日 東京) 澤田理事

(1) 各県臨床整形外科医会等会員資格喪失の件

・平成17年度会則変更により約30数名の退会者が発生した(JCOA正会員入会は各県臨床整形外科医会入会資格を満たす必要があることより)

・再入会については他学会の規定等確認して検討する(会費未納者を含む)。

(2) JCOA学会開催地選定のあり方

・参加者450名以上の開催地 東京、神戸、名古屋、千葉、岡山、福岡、大阪、金沢など札幌、宮城、高知は少なかった

・今後の検討課題として500-1000名の参加規模の学会開催を考えると、案として全国7ブロックごとでの開催や開催地の固定を考える必要がある(研修会を除く)

(3) 医療システム委員会

・「柔道整復 整形外科学」著者 松下隆先生へのお伺い

日整会代議員会で問題提起する方向で

7. 平成19年度第1回JCOA「運動器の10年・骨と関節の日」委員会

(7月22日 品川プリンスホテル) 黒川理事

委員会メンバーは昨年度と同じ

- (1) 年間予定の確認
- (2) JCOA青森学会でのポスター・新聞広告表彰と展示
- (3) 本年度の「運動器の10年・骨と関節の日」各県行事予定について
 - 1) 各県予定行事および担当者の確認
COAでは森本副会長
・JOAのHPへの情報書き込み依頼 協力依頼、メール送付済み
・JOA記者説明会の対応 小玉理事に出席依頼を
・各県行事講演会でのアンケート依頼 各県担当者に市民意向調査のアンケート依頼
 - 2) 万有製薬共催ポスター 本年度については4月に決定済み、小冊子については本年度より作成中止
- (4) 各県行事結果取りまとめについて
 - 1) 各県担当者に行事報告とアンケート、ポスター、新聞広告の資料提供をお願いする
 - 2) 行事資料の保存について検討
・JCOA雑誌特別号編集中止により資料保存ができなくなった
JCOAのHPへの掲載依頼IT委員会へ
各県行事は11月末までに提出していただき地区委員がまとめる
HP掲載可能であれば、資料はCDにて保存可能
- (5) 「運動器の10年」日本委員会について
 - 1) 各県単位に地域推進助成金が出ているので各県JCOAでも活用するよう勧める
 - 2) 本年度より広報啓発の講演会講師の助成費用枠があるので申請活用を促す
・本年度の講師が助成受給可能かどうかの確認を
 - 3) 「こつこつウォーク大会」を地域で開催するよう促す 骨関節の日の事業として
COAでも共催の方向で、地域のウォーキング協会、毎日ライフの担当者（尾崎氏）と連絡、連携する。
- (6) 次期委員会開催 平成20年1月20日（日）東京にて開催希望
各県行事アンケート集計、ポスター・新聞広告コンテストの集計予定
8. 第1回JCOA医療システム委員会
6月3日（東京） 澤田理事
9. 第2回JCOA医療システム委員会
8月19日（東京） 澤田理事
 - (1) 診断書・施術証明書併用問題
 - 1) 診断書発行について一部では施術証明書併用がまだ残っており併用書式であることのみで診断書発行を行わないのは医師法違反の可能性がある。
この場合、各自の書式にて診断書の発行を行えば特に問題とはならない。
 - (2) 医師国保 柔整療養費受領委任払契約を更新しない件
 - 1) 愛媛県で検討されていたが国民健康保険中央理事会理事長と契約であり全国の各医師国保と契約しているのではないので、一医師国保として更新しなければ行政指導が入る可能性があり、いろいろ問題となる可能性がある。
 - (3) 側彎症改善大塚式RHPI療法
 - 1) 柔道整復師により療法 明らかな違反の可能性があり今後の対応を考える。
10. 第1回JOA広報渉外委員会
7月24日（東京） 澤田理事
 - (1) 医療システム委員会と広報室が再編され、新たに広報渉外委員会、情報管理、システム検討委員会、広報室ニュース編集委員会、調査統計委員会が新設された。
 - (2) 事業計画 インターネットホームページのリニューアル（2年間で全面的に刷新する）
会員向け、患者・一般向け、マスコミ・行政向け、医学生・研修医向けの4つに対して整形外科とは何かを広報していく。
5つ目として渉外（主に医業類似行為関連に対してJOAとしても対応していく）

これらの5つに対して各委員がワーキンググループを作っていく。

9月6日にマスコミに対する広報会を開催する。

11. 第2回整医協執行委員会

8月26日（東京） 澤田理事

(1) 平成20年度診療報酬改定に向けての要望

- 1) 運動器リハビリテーションの算定日数上限の廃止
- 2) 逓減性の撤廃
- 3) リハビリテーション集団療法の復活
- 4) 算定上限後も同一医療機関でリハを継続可とする。
- 5) 消炎鎮痛処置の再評価
- 6) リハビリテーション技術料の適性評価
- 7) リハ開始日とリハ起算日の統一

(2) 維持期リハの介護保険利用

- 1) 運動期リハは120日までそれ以降は介護保険
- 2) 介護保険非該当者のみ制限付の医療リハで
- 3) 通所リハの拠点不足、診療所のみなし通所リハで対応へ

12. 平成19年6月以後の

大阪臨床整形外科医会研修会 黒田副会長

第182回 研修会 (H19・6・30)

阪急インターナショナルホテル（小野薬品）

司 会：阪本 邦雄理事

参加人数：318名

受付担当：黒川 隆彦理事・五島 淳理事

① 「新世代の人工骨と骨再生医療研究の最前線」

座長：岸本 成人理事

大阪大学整形外科・准教授 名井 陽

② 「腰仙部神経根障害の基礎と臨床」

座長：長谷川 利雄理事

福井大学医学部整形外科・リハビリテーション部准教授 小林 茂

第183回 研修会 (H19・7・21)

全日空ホテル（中外製薬）

司 会：岸本 成人理事

参加人数：164名

受付担当：坂口 光輝理事・阪本 邦雄理事

① 「関節リウマチの最新治療」

座長：三浦 光也理事

近畿大学医学部付属堺病院・整形外科・教授・菊池 啓

② 「大腿骨近位部骨折の予防と治療－全国調査からの現状と将来－」

座長：白川 貴浩理事

鳥取大学医学部・リハビリテーション部長 萩野 浩准教授

第184回 研修会 (H19・8・25)

全日空ホテル（旭化成ファーマ）

司 会：黒田 晃司 副会長

参加人数：203名

受付担当：森本 清一副会長・山本 哲副会長 他理事

① 大阪臨床整形外科医会30周年記念講演

講師：日本整形外科学会・前理事長 越智 隆弘先生

演題：「明るい整形外科医の未来」

座長：早石 雅宥会長

13. 第一回交通事故医療委員会

7月12日 大阪府医師会会議室 早石会長
委員長 八幡理事、長島理事、石井理事、
早石会長（当会関係者）

(1) 平成18年度自賠責関係事項

年間6件以上取り扱った医療機関のうち80%が新基準に移行。

全国47都道府県中45県が新基準を採用している。

(2) 大阪府自動車保険医療連絡協議会

このなかに苦情処理委員会あり規定の条件を満たしている場合対応してくれる。

(3) 平成19年4月1日より労災診療報酬算定一部改定により自賠責も一部改正となり労災に準じた扱いとなる。

(4) 苦情のあったケースは6件（内容は極秘事項）

(5) 医療機関と損保会社との信頼増進

診療費の翌月払い

健保切り替え時、事前協議を

裁判移行時には事前通告を
社外調査機関への調査委託留意点（マナー
や賠償額に触れてはいけない）
任意保険と自賠責保険の一括取り扱いにつ
いて事前の打ち合わせを
（事故全体の80%は自賠責保険のみ）

マナーの遵守と引継ぎの徹底を
以上 これらについて問題があれば、
交通事故医療委員会まで報告を

自賠責研究会

平成19年9月12日（木）午後2時～4時
エル大阪2階 エル*シアターにて

14. 平成19年度 JOA臨時理事会

8月24日 日整会事務所（東京）早石会長
山形大学医学部付属病院の件について
症例検討会を経ずに行なわれた癒痕形成術で
術中静脈損傷により***切断となる。

この責任により整形外科教授が更迭された、
これに関して日整会から何らかの対応を、と
るよう整形外科教授、日本手の外科学会理事
長などから、複数の要請があったが審議の結
果、学内問題であり学術団体として関与でき
る問題ではないなどの意見があり、この旨を
理事長から日本手の外科学会理事長につたえ
ることとした。

15. OCOA会員動向 森本副会長

新名簿作成以降

入会 三橋 浩 先生

退会 郡 義彦 先生

◆協議事項

1. 10月6～8日琵琶湖研修会の参加について

早石会長

参加者の予備登録は、現在約450名されてい
ます。

遠藤先生から、より多くの予備登録者・参加
者をお願いしますとの要請があった。

2. 平成19年度「運動器の10年・骨と関節の日」

行事予定 森本 副会長

今年のテーマは 運動器不安定症です。

メイン行事

日時：平成19年10月13日（土）14：00～

場所：西成区民センター

大阪市西成区岸里1丁目1番50号

地下鉄四ツ橋線岸里下車徒歩5分

講演①『運動器不安定症』

講師 有恵会 香里ヶ丘有恵会病院

副院長 赤木繁夫先生

講演②『楽しい体操』

講師 京都学園大学 人間文化学部

教授 吉中康子先生

責任者：森本 清一

今年は体操がメインになるので参加して
くださる先生は体操のできる服装で願
いします。

サブ行事

①吹田市摂津市合同

日時：平成19年10月6日（土）14：00～

場所：千里市民センター

阪急電車 南千里駅下車すぐ

講演：『運動器不安定症にならない為に＝
豊かな老後を迎えましょう』

講師 済生会吹田病院 副院長

黒川正夫先生

骨塩定量及び健康相談も予定しております

責任者：今井 秀

②西成区

『みんなの健康展』にて骨塩定量及びその解
説と指導

西成区医師会長南先生より依頼があり行いま
す。費用の10万円は西成区医師会が負担し
てくださいます。

解説と指導はOCOA会員の三浦先生・三村
先生・森先生・長谷川先生・森本先生が行い
ます。

機器2台及びスタッフ4名は業者に依頼済み
です。

日時：平成19年10月27日（土）13：30～

場所：西成区民センター

責任者：森本 清一

③北区（大淀区医師会と共催）

『北区みんなの健康祭り』に於いて骨塩定量

及びその解説と指導

機器・スタッフは業者に依頼済みです。

費用はOCAOの負担です。

日時：平成19年10月27日（土）13：30～

場所：北区民センター

責任者：藤本 敬治

OCAO会員から山口理事・福井理事・中川理事に手伝っていただくことが決まった。

3. 大阪で整医協加入率をあげるにはどうしたらよいか。 澤田理事

大阪の整形外科医政協議会への加入状況は、会員数が約440名と日本一にもかかわらず加入者が57名（加入率13.0%）と47都道府県中41位と低迷している。昨年は加入者81名であり、さらに加入率が低下している。何とか加入率を上げなければならないと協議された。

加入率1位（72.7%）の岡山県は、会費を県で取りまとめて東京本部に送られている。

整医協は、運動器リハビリテーションをはじめ診療報酬改正のために活動していることを広く知っていただくことが重要である。

加入率を上げるために、大阪支部を作って独自に入会案内・集金をおこなう。研修会でもっとPR活動を行う。研修会の案内状に整医協の黄封筒を同封するなど多くの意見がだされた。

4. 今後の研修会 黒田副会長

第187回 研修会（H19・11・10）

ウエスティンH大阪（久光製薬）

司 会：三浦 光也理事

受付担当：中嶋 洋理事・永田 行男理事

- ①「本邦における内視鏡下脊椎手術の現状」
大阪総合医療センター整形外科部長・中村博亮
座長：柴田 和弥理事
- ②「スポーツ整形・膝関節治療の再生医学と応用への課題」
大阪大学大学院医学研究科器管制御外科・講師 中田 研
座長：右近 良治理事

第188回 研修会（H19・12・8）

大阪国際会議場（アステラス製薬）

司 会：柴田 和弥理事

受付担当：福井 宏有理事・藤本 啓治理事

- ①「外来での骨腫瘍の対処－良性から悪性まで－」
大阪府立成人病センター整形外科部長 荒木 信人
座長：岸本 成人理事
- ②「リウマチ性疾患の疼痛管理における最新の治療戦略」
近畿大学奈良病院・整形外科・リウマチ科教授 宗圓聰
座長：永田 行男理事

第189回 研修会（H20・1・26）

全日空ホテル大阪（日本臓器）

司 会：坂口 光輝理事

受付担当：三浦 光也理事・柴田 和弥理事

- ①「開業医に必要な肩の知識」
東北大学・整形外科・教授 井樋 栄二
座長：森本 清一副会長
- ②「下腿・後足部のスポーツ傷害」
大阪医科大学整形外科・講師 安田 稔人
座長：中川 浩彰理事

第190回 研修会（H20・2・23）

グランピア大阪（科研製薬）

司会：黒田 隆彦理事

受付担当：宮田 重樹理事・古瀬 洋一理事

- ①「変形性膝関節症の最近の知見－保存療法から手術まで－」
大阪府立急性期総合医療センター・整形外科部長 小林 章郎
座長：吉田 研二郎理事
- ②「手の機能とリウマチ手の治療」
奈良県立医科大学 准教授 矢島弘嗣
座長：五島 淳理事

第191回 研修会（H20・3・22）

帝国ホテル大阪（大塚製薬）

司 会：白川 貴浩理事

受付担当：森 泰壽理事・矢倉 久義理事

- ①「手術による医原性末梢神経損傷」

和歌山医大整形外科 准教授 谷口 泰徳
座長：福井 宏有理事

②「関節リウマチの最新治療－新規COX2阻害薬と生物学的製剤の使い方－」

兵庫医科大学 内科学 リウマチ膠原病科
教授 佐野 統

座長：黒田 晃司副会長

5. その他

JCOA近畿ブロック会の日程が10月20日になっていたが、10月27日に変更希望を出しました。

文責 矢倉久義
山口康二

平成19年度

第3回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録

日 時：平成19年12月1日（土曜日）

午後3時から6時

場 所：梅田スカイタワーウエスト

22階 会議室

大阪市北区大淀中1-1-88

Tel 06-6440-3933

出 席：39名

会 長：早石雅宥

副会長：栗本一孝、黒田晃司、前中孝文、森本清一

理 事：天野敬一、今井 秀、右近良治、大島正義、岸本成人、北野継式、古瀬洋一、小林正之、坂口光輝、阪本邦雄、坂本徳成、澤田 出、柴田和弥、白川貴浩、須藤容章、武田十四也、中川浩彰、永田行男、西川正治、長谷川利雄、馬場貞夫、廣瀬一史、福井宏有、藤本啓治、松矢浩司、三浦光也、宮田重樹、森下忍、森 泰壽、矢倉久義、山口康二

参 与：長田 明、古賀教一郎、三橋二良（順序不同、敬称略）

◆報告事項

※議題開始前に早石会長から前中孝文、森本清一、山本 哲各理事のご尊父様が相次いでご逝去された旨の報告があり、一同で黙祷を捧げ、ご冥福をお祈りした。

1. 平成19年度 第1回無床診WG委員会

10月21日（日） 品川（矢倉理事）

（資料有）

①来年度診療報酬改定に向け、運動器リハを算定している施設と、していない施設との診療報酬の格差を把握し、介護予防通所リハにどう取り組むかの資料作成のため、無床診WGとしてアンケートを如何に作成するかの検討がなされた。

②アンケートは無床診だけではなく、有床診・病院にも拡大することとなった。

③アンケートはFaxおよびインターネットで回答可能であり、インターネットではJCOAのHPから会員の部屋に入り、ユーザーネームが『joca』、パスワードが『orth』とのこと。数多くの回答を得て今後の参考にし、再アンケート実施の可能性もある。

④日整会の認定運動器リハビリテーション医の申請については、すぐに診療報酬には反映しないが、他科との差別化のため整形外科医としてのリハビリの特徴を生かすためにも申請することを推奨する。

※OAOAではH20年4月から日整会認定運動器リハ医の継続単位取得のための講習会に対応してゆく考えである（5年間で12単位）。

⑤厚労省は維持リハを介護保険で行う方向で考えている。

⑥消炎鎮痛処置の包括化や通減性の可能性は現時点では少ないが、今後の動向には十分な注意が必要である。

2. 平成19年度

第2回JCOA学術研修専門医制度委員会

（10. 28大阪）（長谷川理事）

（資料有）

◆審議事項

①第21回JCOA学会

吉村会長（福井：H20. 7. 20～21）の演題募集

100題目標：各県2題。募集期間H19. 12. 1～H20. 2. 28

演題は個人でも応募可能であるが、各県であ

る程度まとめて欲しい。

- ②JCOA学会合同プログラム委員会を開催する
(H20. 4. 6)

次期開催県と学術委員の合同

- ③JCOA学会・研修会の担当県
学 会

第21回H20年 福井 (北陸)

第22回H21年愛媛 (中四国)

第23回H22年神奈川 (関東)

第24回H23年長崎 (九州)

研修会

第35回H20年岡山 (中四国)

第36回H21年佐賀 (九州)

第37回H22年富山 (中部)

第38回H23年 (関東)

学会開催地について、参加者の利便性を考え、東京・大阪・福岡等での開催を希望する意見があり、福井・愛媛での参加者数などの結果を見て結論を出してゆくこととなった(継続審議)。

- ④地域功労賞は廃止されて、JCOA学会功労賞の制定(運営・発展に顕著な業績・)

- ⑤JCOA青森学会のライブ中継が好評であり、本田理事に第81回日整会(北海道)で「整形外科の未来を拓く：特別ポスター展示」をお願いすることになった。

3. JOA広報・渉外委員会

9月6日(東京) (澤田理事)

(資料無)

- ①記者説明会を中心に準備としての会を作って行きたい。これを通して整形外科というものを社会に理解してもらうことを目指してゆく。

5つのWGの作成

- 1) 会員向け (堀内行雄先生)
- 2) 患者向け (佐藤公一先生)
- 3) マスコミ向け (星野雄一先生)
- 4) 学生向け (織田弘美先生)
- 5) 医療類似行為関連 (藤田泰宏先生)

- ②中村理事長は「運動器不安定症」を全国に周知したい考えである。

H20年の骨と関節の日のテーマを「上肢帯の

痛みと痺れ」から『運動器不安定症からみた骨粗鬆症』などのように運動器不安定症と骨粗鬆症を関連したものに変更したいとのことである。

- ※『運動器不安定症』・高齢化により、バランス能力および移動歩行能力の低下が生じ、閉じこもり、転倒リスクが高まった状態。
機能評価基準

1) 日常生活自立度：ランクJまたはA(要支援+要介護1、2)

2) 運動機能：1. 開眼片脚起立時間

15秒未満

2. 3m Timed up and go test 11秒以上

4. JOA理事会

10月24日 オークラアクトシティホテル
浜松(早石会長)

(資料有)

理事会の内容は日整会誌に随時載るので、参照してください。

- ①3. 第20回専門医試験口頭試験委員の委嘱について

原案通り199名を承認した。

- ②5. 平成19年度専門医資格継続審査で7,017名が資格継続・猶予申請の審査結果を承認した。

- ③13. 会員(入会・脱会)承認

10月1日現在正会員数は22,016名。

- ④14. 教育研修会オンライン申請プログラム
変更に伴う費用の承認

安井理事から運動器リハビリテーション医の単位申請・審査機能の追加と今年度からの運用の説明があり、承認された。

- ⑤毎日新聞特集記事「運動器不安定症」10月8日

米延副理事長から掲載されたことが報告された。

- ⑥厚生労働省医道審議会医道分科会行政処分者について

会員2名が破廉恥罪で処分され、医師免許も剥奪された。

⑦「医療機器の立会い」に関する基準実施について

機器業者の立会いで機器のコストがかさんでいるのではないかと意見に対して、その必要性を訴えることにした。

- a) 特定手術時の専従看護師の確保の困難さ、またその習熟の機会の確保の必要性。
- b) 医用機器の消耗品としてのスクリー・ロッド等の形状の変化が解かり難い点
※医療機器メーカーは機器の保管を10年を1つのスパンとしているので、10年を過ぎた付属機器は業者から譲り受けるのも一考である。
- c) コンピューター外科関連機器の取り扱いには特別な訓練を受けた技術者の立会いが、手術を安全・確実に行うためには不可欠である。

⑧日整会ICカードについて

(ア) 北海道の第81回の学会から本格的に『日整会ICカード』を運用すること。

(イ) カードを持参しない人は当日仮カードを¥1,000円で借りることが可能である。

(カードと引き換えに¥1,000円は返金される)。

⑨JCOAの会員数が5,881名で、OCOA会員数が441名が一番多い。

⑩整形外科医の平均死亡年齢（平均寿命ではない）

昭和61年から平成3年では 約59歳

平成13年から平成17年では 約66歳

5. JOA理事会

11月15日（東京）報告（早石会長）

①週刊文春（11月8日）安心できる信頼の病院「整形外科特集」について

日整会はまったく関知しておらず、勧誘には十分に注意が必要。

②医療事故調査委員会の試案

毎日新聞：朝刊記事

医療関連の死亡の届出を警察ではなく、厚労省（医療事故調査委員会）に一元化の案。

6. 第2回 会則等検討委員会

平成19年11月18日（日）（岸本理事）

ML上にて発表済み

日整会誌の現物保存を10年間とすることで検討中。

7. JCOA医療システム委員会

11月11日（東京）（澤田理事）

（資料無）

①柔整師の問題

- 1) 7月18日のNHK（ためしてガッテン）の問題

柔整師が関節リウマチ患者を診断したことを放映したことについて、NHKに抗議した。NHKは深謝し、再放送時には修正すること。

- 2) 大塚整体治療院（池袋）について

柔整師がX線の読影、側彎症患者を診察、装具の改変を行ったことを「医師法違反」で池袋保健所に訴えた。

医師法違反は保健所の管轄ではなく、警察または福祉医療政策部へ相談することを考慮。

JCOAだけではなく、JOAの広報委員会や側彎症研究会とも連携して対応してゆく。

- 3) 大阪岸和田市の国際東洋柔整学院について

理学療法士に柔整師になれば、開業権が得られるとして特待生制度を持ちかけている。

JCOAニュースに澤田理事が見解を投稿しているので参照してください。

（以上文責：永田）

8. JCOA理事会

11月25日（東京）（澤田理事）

- 1) 学会学会の開催地選定について、吉良委員長より参加者を多くするために集まりやすい場所にすべきとの報告があった。
- 2) 学術賞に4名の先生が推薦されたが、理事会で川島先生に決定された。
- 3) 学会功労賞については、1月に再度、理事会で決定されるとの報告があった。
- 4) 医療システム委員会において帝京大学の

松下先生の書かれた柔整師の教科書に対する抗議文についての報告があった。

- 5) 医整協議会の加入者が全国で24%であり、これでは運営不能である。50%以上でなければ厚労省にも相手にされない。従って、加入率をあげる方法を真剣に考えるべきであると報告された。
- 6) 次回の診療報酬改定について、算定条件を超えた運動器リハについては、介護保険になる可能性が高く、我々も介護保険に関する準備が必要であるとの報告があった。
- 7) 運動器リハのリハ処方料について算定しにくいので、1ヶ月に1回算定する制度へ変更及びリハに対する医師の処方料の新設を要望する。また、慢性疼痛疾患管理料についての報告があった。

9. JCOA平成19年度

第1回組織拡大委員会の報告

9月2日（東京）（森本副会長）

- 1) 会員名簿について吉良理事長より自宅関係も載せた完璧なものを作ってほしいとの要望があったが、個人情報関係から拒否された。
- 2) 名簿の料金については、無料とするとの報告があった。
- 3) 名簿作成の為の現状調査は、全会員に封書で協力お願いの文と返信用のはがきを郵送する。
- 4) 名簿作成のインターバルは、従来どおり4年間隔とする。
- 5) レイアウトは、従来のB5版からA4版に変更するとの報告があった。

10. OCOA平成19年度

「運動器の10年・骨と関節の日」の報告
（森本副会長）

1) 行事報告

この行事は下記の如く行われました。テーマは運動器不安定症です。

メイン行事

日時：平成19年10月13日（土）

場所：西成区民センター

講演①：「運動器不安定症」

講師 有恵会 香里ヶ丘有恵会病院 副院長 赤木繁夫先生

講演②：「楽しい体操」

講師 京都学園大学 人間文化学部教授 吉中康子先生

参加者：200名

サブ行事

①吹田市摂津市合同

日時：平成19年10月6日（土）

場所：千里市民センター

参加者：90名

講演：「運動器不安定症にならないために
＝豊かな老後を迎えましょう」

講師 済生会吹田病院 副院長
黒川正夫先生

②西成区

日時：平成19年10月27日（土）

場所：西成区民センター

参加者：105名

『みんなの健康展』にて骨塩定量及びその
解説と指導

③北区

日時：平成19年10月27日

場所：北区民センター

参加者：170名

『北区みんなの健康祭り』にて骨塩定量及
びその解説と指導

2) 会計報告

各行事に関して会計報告があり、予算1,000,000円、支出合計949,244円、残高50,756円と報告があった。

11. 全国整形外科保険審査委員会会議

9月9日（東京）（武田理事）

全国整形外科保険審査委員会の審議事項についての報告があった。

12. 今年度研修会報告（黒田副会長）

第185回 研修会（H. 19・9・15）

全日空ホテル（参加者175名）

司会：今井理事

①「関節リウマチに対する薬物療法」－最近の知見と今後の展望－

座長：佐藤理事

関西医科大学附属滝井病院 整形外科講師
宮島 茂夫

②「リスクマネジメントの原理と組織戦略」

座長：前中副会長

横浜市立大学附属病院 医療安全管理学教授
橋本 進生

第186回 研修会 (H. 19. 10. 20)

ウエスティンH (参加者156名)

司会：森理事

①「骨粗鬆症の最近の知見と治療」

座長：山本副会長

慶応大学医学部 整形外科講師 (スポーツ
クリニック担当) 岩本 潤

②「医工連携による整形外科領域への貢献」

座長：早石会長

大阪大学大学院医学研究科 教授 菅本
一臣

第187回 研修会 (H. 19. 11. 10)

ウエスティンH (参加者227名)

司会：三浦理事

①「本邦における内視鏡下脊椎手術の現状」

座長：柴田理事

大阪総合医療センター整形外科部長 中村
博亮

②「スポーツ整形・膝関節治療の再生医学と応用への課題」

座長：右近理事

大阪大学大学院医学研究科器官制御外科講師
田中 研

13. 平成19年度第一回介護保険委員会

6月24日 (大阪) (西川理事)

1) 急性期リハと回復期リハは医療保険、その後の維持期リハは介護保険で行うこととなったが、経営・人材の面から多くの課題がある。さらに、吉良委員長より、医師会には内科医が多いが、今後は整形外科医が役員になって、行政に入り込み、介護保険下でのリハに整形外科医がもっと関わるべきであると提言され

た。さらに、ビル診で介護保険事業を展開するためにはハード面での緩和処置が必要である。

2) 介護保険事業についてのアンケート結果

190医療機関の有床診療所、無床診療所、病院に対して行われたアンケート調査の結果では、無床診療所の56%が介護保険事業を実施している。通所リハを行っている無床診療所では、過半数でPT、OT、STは非常勤である。さらに、今後整形外科は、介護予防通所リハに入り込むべきであると報告された。在宅医療において、たとえばリハビリテーションの分野を担当することで、整形外科医と他科とでチーム医療を行うことは、今後の整形外科が生き残るための1モデルとなりうる。在宅緩和ケアでさえ、内科医をかかりつけ医としても、呼吸リハを中心とした緩和リハが必要であり、整形外科医の役割が存在する。しかし一方で、在宅医療で内科医をかかりつけ医とするだけではなく、整形外科医自らが患者の全身管理を行えるように研鑽すべきである。

14. その他

長谷川理事よりOCAでは、来年の4月より運動器リハビリテーション認定医の単位申請が始まるとの報告があった。

(以上文責：阪本)

◆協議事項

1. 平成20年3月以降の研修会予定

(黒田副会長)

第191回 研修会 (H20・3・22)

帝国ホテル (大塚製薬)

司 会：白川 貴浩理事

受付担当：森 泰壽理事・矢倉 久義理事

①「手術による医原性末梢神経損傷」

座長：福井 宏有理事

和歌山医大整形外科・准教授 谷口 泰徳

②「関節リウマチの最新治療－新規COX2阻害薬と生物学的製剤の使い方－」

座長：黒田 晃司副会長

兵庫医科大学・内科・リウマチ膠原病科・
教授 佐野 統

第192回 研修会 (H20・4・5)

大正・富山大阪支店

司会：森本 清一副会長 (総会開催日)

①「小児の足の痛み」

座長：早石 雅宥会長

国立病院機構大阪医療センター名誉院長

学校法人四條畷学園大学・短期大学学長

広島 和夫

第193回 研修会 (H20・5・17)

ウエスティンH (エーザイ)

司会：森下 忍 理事

受付担当：未定

①「新しいDMARDについて」

座長：栗本 一孝 副会長

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風

センター 教授 原 まさ子

②「人工多能性幹細胞の可能性と課題」

座長：阪本 邦雄 理事

京都大学再生医科学研究所再生誘導研究分

野・教授 山中 伸弥

第194回 研修会 (H20・6・21)

阪急インターナショナルホテル (小野薬品)

司会：中川 浩彰理事

受付担当：未定

①「腰痛の診断・治療のポイントとピットフォー
ール」

座長：前中 孝文副会長

えにわ病院 整形外科部長 佐藤 栄修

②「投球動作による肘関節の障害—学童期を中
心に—」

座長：大島 正義理事

大阪医科大学・整形外科・助教 渡部 千

聡

第195回 研修会 (H20・7・12)

全日空ホテル (中外製薬)

司会：新田 望理事

受付担当：大島 正義理事・斧出 安弘理事

①奈良県立医科大学講師 熊井司先生

②大阪大学 橋本 淳先生

第196回 研修会 (H20・8・30)

ウエスティンホテル

第197回 研修会 (H20・9・20)

全日空ホテル

第198回 研修会 (H20・10・18)

ウエスティンホテル

第199回 研修会 (H20・11・15)

ウエスティンホテル

2. 研修会開催時の、非会員から徴収している
会場費の使い道 (黒田副会長)

会計に直接入れると収入と見なされ税務上の
問題が生じないかと黒田副会長から発言があっ
た。問題ないとする意見や特別会計に入れるべ
きとの意見などが出たため会計士と相談した上
で処理の方法を決めることになった。

3. 整形外科医政協議会の会員を増やすために
良い知恵はないか。(澤田理事)

入会率50%を目指したいが現在大阪府の入
会者は60名しかおらず会員を増やすにはどう
すればよいか議論された。まず、当日の出席者
で未入会の理事が会場で入会を勧められた。理
事は全員が入会するよう会長から要請があった。

会費を毎年振り込まなくてはならないので自
動引き落としを考へてはどうか、OCA会費
に上乗せして徴収してはどうか、一口2万円は
高いので減額してはどうか、OCAで一括して
払ってはどうか、1万円ずつ徴収して半分の
会員を登録してはどうか等々、多数の意見が出
たが結論には至らず継続して協議することにな
った。

4. 次年度事業計画

- 1) 研修会回数 現状のまま年間12回
- 2) 後援企業 アステラスに替わり萬有製薬が
入る。
- 3) 会誌 現状のまま年1回発行
- 4) 名簿 自宅住所を載せるかどうか議論され
た結果、載せないことに決まった。

- 5) 福祉 年2回のゴルフコンペを開催する。
 6) 骨と関節の日 行事の開催地に偏りがあるのでできるだけ未開催地での開催を検討する。

5. 新理事の推薦 (早石会長)

野々村淳先生、石橋伊三郎先生、藤田秀隆先生、宮内晃先生、増田博先生、金田隆義先生、岩本斗伸先生、以上7名の先生が新理事に推薦された。総会で承認を行うことになった。

6. その他

- 1) 長谷川理事から次期会長に黒田副会長が推薦された。
 2) 12月23日の近畿ブロック会議への出席者が募られた。
 3) 越智隆弘先生のOAOAへの入会と、医政協議会の役職就任について提案があった。

(以上文責：古瀬)

平成19年度

第4回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録

日 時：平成20年3月1日(土曜日)

午後3時から6時

場 所：梅田スカイタワーウエスト

22階 F会議室

大阪市北区大淀中1-1-88

Tel06-6440-3933

出 席：37名

会 長：早石雅有

副会長：栗本一孝、黒田晃司、前中孝文、森本清一、山本 哲

理 事：青木 誠、天野敬一、石井 正治、今井 秀、岩本善介、右近良治、大島正義、岸本成人、黒川隆彦、越宗正晃、古瀬洋一、小林正之、坂口光輝、阪本邦雄、白川貴浩、田上実男、中川浩彰、永田行男、西川正治、長谷川利雄、廣瀬一史、福井宏有、藤本啓治、前野岳敏、三浦光也、宮田重樹、森下 忍、矢倉久義、山口康二

参 与：古賀教一郎、三橋二良(順序不同、敬称略)

◆報告事項

1. 12/2 平成19年度

全国柔整審査委員懇談会

於 品川プリンスH 岸本理事

愛媛大学の石原 謙先生の講演があった。

(詳細はJCOAホームページに掲載)

国民総医療費約30兆円のうち柔整への支払い額は3000億円(0.9%)であり、整形外科への支払い額6800億円の半分近くにもおよぶ多額の金額である。近年柔整師養成学校は激増しており、合格者の平均偏差値は代々木ゼミナール資料では41~43であり医学部の60以上と比べると明らかに低い。ここでは、短期間に修練して一定の成果が挙げられるなどという虚構幻想が築かれている。

元来整形外科医が不足していた時代に柔整は緊急避難的にできた制度であるので、整形外科医が充足した今日では見直しが必要である等の内容であったとの報告があった。

2. 2/17 平成19年度

最終JCOA会則委員会

於 品川プリンスH

①文書管理規程、②会則等の見直し 岸本理事会則にある文言の不備を訂正することや文書の保管期間を定めることなどが協議されたとの報告があった。

3. 2/10 JCOA総決起集会報告

於品川プリンスH 早石会長

遜減性撤廃などの改善された項目と、集団リハの復活などが認められなかった。項目について、藤野先生から「運動器リハの改定」の説明がなされたとの報告があった。また数多くの要望を認めていただいたのは、整形外科医政協議会活動のたまものであることを説明された。

引き続き愛媛大学の石原 謙先生から「後期高齢者医療制度の光と影」と題しご講演をいただいた。そのなかで、厚労省の今までのやりかたからは今後DPCについても最後に梯子をはずすこともありうるので、慎重に考えた方がよいと説明された。

最後に、JCOAから日本医師会会長宛に決議文が作成された。

4. 平成19年度各種委員会出席状況

早石会長

委員会出席者の確認がなされた。

5. 1/17 JOA理事会報告 早石会長

・4名の名譽会員の推挙と10名の学会功労賞の受賞者が決定した。

・「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案について」

中村耕三先生が座長となり、JOAとして意見書を提出したとの報告があった。

10年前と比べて手術時の患者さんの平均年齢も丁度10歳程上がっているために、術中死や術直後の死亡が増加している。すべて警察に報告して検死を受けるとなれば、検死を行う側も態勢が整っていないのが現状であり、答申中である旨の説明があった。

・「屍体から採取した四肢標本を使った教育的なLive手術」について

警察当局は大学病院内それも解剖学教室内で行うようにとの考えであり、大阪大学の倫理委員会は承認しているものの外部委員会との調整が難航している旨の説明があった。

・脊椎造影剤イソピストにパラフィンが混入されていることが判明したためメーカー側が自主回収したとの報告があった。オムニパーク（第一三共）が代替品としてあるが不足しており、4月に増産の見込みであるとの説明があった。

・週刊文春の掲載記事についての抗議に対して、出版社から謝罪があった。

・日本整形外科学会の専門医制度が、日本医学会専門医制度委員会から専門医の制度として正式に認められた旨の報告があった。

6. JCOA理事会報告 澤田理事

（都合により次回に延期）

7. 12/5 第2回交通事故委員会報告

早石会長

損保会社からの支払いの遅延があれば、委員会に依頼してくださいとの説明があった。

8. JCOA組織拡大委員会の報告

H20. 1. 20 品川プリンスホテル 森本

(1) 個人情報保護法等、法律上の問題点について（山崎理事）

JCOAの規定集に掲載されている個人情報に関する取り扱い基準に則って作成した旨を名簿に明記しておけば問題が無く、公開の範囲はあくまでも会員に限定し、名簿として、及び本会の事業目的に使用すれば問題がないとの結論でした。

(2) 装丁及びレイアウト

- ・名称 日本臨床整形外科医会
→日本臨床整形外科学会
- ・サイズ B5版→A4版

9. 近畿ブロック会

H19. 12. 23 於、奈良 福井

(1) JCOA選挙管理委員の選出

近畿ブロックから和歌山県会長 竹中先生を地区理事に選出、予備委員に坂田仁彦先生に決定した。

(2) JCOA学会開催地選定について

ブロック内で交通の便利なところの希望が多い。24回の長崎までは決まっているが、25回近畿になっているがどこでするかを決めて頂かなければならない。

(3) 運動器リハビリテーション、セラピスト研修会について

資格継続の条件を（5年間に12単位）満たすために、各県で研修会を催して頂きたい。近畿ブロック会内で研修会を開催されるときには他府県にも知らせて頂きたい。

(4) 整形外科医政協議会について

入会者が少ないので維持できるか、解散するかの状態になっている。会費を下げたてて会員を増やす、アンケートをとって会員に問う、会費徴収の方法を変える、等色々な意見がある、との報告。

(5) JCOA理事会報告補足（大阪 澤田）

医療システム委員会 柔整士の問題を多数例挙げて説明があった。

後期高齢者リハビリテーションに対しての問題点。介護保険での査定にたいしては面談も抗議もできない。医者はずしされている。

整形外科医政協議会の加入率（23%）を上げる方法を考えて欲しい。

10. 12月～2月の研修会報告 黒田

第188回 研修会（19・12・8）
大阪国際会議場（アステラス）
司 会：柴田 和弥理事
参加人数：227名
受付担当：福井 宏有理事・藤本 啓治理事

①「外来での骨腫瘍の対処－良性から悪性まで－」

座長：岸本 成人 理事
大阪府立成人病センター整形外科部長 荒木 信人

②「リウマチ性疾患の疼痛管理における最新の治療戦略」

座長：永田 行男理事
近畿大学奈良病院・整形外科・リウマチ科教授 宗園 聰

第189回 研修会（H20・1・26）
全日空ホテル大阪（日本臓器）
司 会：坂口 光輝理事
参加人数：307名
受付担当：三浦 光也理事・柴田 和弥理事

①「下腿・後足部のスポーツ傷害」

座長：中川 浩彰理事
大阪医科大学整形外科・講師 安田 稔人

②「開業医に必要な肩の知識」

座長：森本 清一副会長
東北大学・整形外科・教授 井樋 栄二

第190回 研修会（H20・2・23）
グランピア大阪（科研製薬）
司 会：黒川 隆彦理事
参加人数：255名
受付担当：宮田 重樹理事・古瀬 洋一理事

①「変形性膝関節症の最近の知見－保存療法から手術まで－」

座長：吉田 研二郎理事

大阪府立急性期総合医療センター・整形外科部長 小林 章郎

②『手の機能とリウマチ手の治療』

座長：五島 淳理事
奈良県立医科大学・整形外科・准教授 矢島 弘嗣

11.平成19年度第二回JCOA

「運動器の10年・骨と関節の日」委員会
2008.2.3 東京 黒川

(1) ポスター及び新聞広告コンテスト

ポスター部門最優秀1位は山口県、新聞広告部門最優秀1位は、東京都であった。

(2) 平成20年度のテーマ

『骨粗しょう症－運動器不安定症の要因として－』となった。

ポスターとして「背骨比べ」を1案とし、残りは再検討する。

国民に対し、メタボリックシンドロームに続き、ロコモティブシンドロームを浸透させたい。

12.F-NETの利用状況 山本 哲

2007年度は2月末現在で、4600枚、137,000円で、運動器リハの情報を発信が多かった。2006年度に比し約6分の1になっている。メールを利用する理事及び会員が増えると更に節約できるので、メール利用を勧めていく。

13.平成19年度会員動態の報告 森本

平成19年3月12日	一般会員数	440名
	顧問	7名
	名誉会員	14名
	計	461名

平成20年3月1日	一般会員数	448名
	顧問	8名
	名誉会員	14名
	計	470名

※越智 隆弘先生は従来、名誉会員です。

本年一般会員にもなられました。

(重複考慮：全会員数470名)

平成19年3月12日から平成20年3月1日までの
入会者・退会者

【新入会者21名】

村田 茂(東住吉区)、京川 進(都島区)、
藤原良江(東大阪市)、三橋 浩(住吉区)、
山口勝之(貝塚市)、鍋島隆治(池田市)、
松崎 浩(天王寺区)、西岡栄恵(堺市)、
新井達也(住吉区)、本島 太(西区)、
多田浩一(堺市)、堀口泰輔(池田市)、
越智隆弘(大阪警察病院)、野上倫昭(泉南市)、
藤本勝久(東住吉区)、富永浩司(西成区)、
中岡伸哉(寝屋川市)、黄 祥訓(門真市)、
喜多保文(守口市)、丸井 隆(天王寺区)、
浅田雄一(吹田市)

【退会者7名】

東田光浩(生野区)、郡 義彦(大正区)、
衣川弘昭(高槻市)、河野 実(西区)、
渡辺 優(東大阪市)、藤原孝義(阪南市)、
亘 康男(城東区)

【物故者2名】

松本俊一(岸和田市)、永山宗徳(泉南郡)

14. JCOA病院部会全体会議報告

2月11日 品川プリンスホテル 古瀬
仔細は、JCOAより会員に送られている冊子に
記載されています。

- (1) 病院部会役員、各県代表者名簿、JCOA
病院部会規約、平成20年度事業計画案など
の報告があった。
- (2) 「平成20年度診療報酬改定への対策」の
講演があった
- (3) 「整形外科病院におけるDPC導入の影響」
パネルディスカッションがあった

15.平成19年度会計報告

平成19年度COA会計報告 一般会計収支報告

平成20年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越額	¥16,398,550	JCOA会費入会金	¥10,620,000
会費収入JCOA入会金	¥15,927,000	会報作成費	¥2,181,312
会報名簿広告収入	¥1,540,000	通信費	¥165,283
府医師会助成金	¥400,000	福利厚生費	¥230,000
受け取り利息	¥16,926	出務手当交通費	¥615,000
		事務費	¥533,310
仮受金 ※	¥2,767,569	理事会会議費	¥806,312
		ホームページ維持管理費	¥55,125
		30周年記念講演会	¥2,767,569
		仮受金返金 ※	¥2,767,569
		次期繰越金	¥16,308,565
合計	¥37,050,045	合計	¥37,050,045

財産目録

府医師信用組合定期預金	¥4,736,689
府医師信用組合普通預金	¥13,869,239
りそな銀行千里中央支店普通預金	¥455,273
現金手許有高	¥14,933
仮受金 ※	¥-2,767,569
合計	¥16,308,565

※30周年記念事業費を学術会計で仮処理したことに対する年度
末調整。一般会計への付け替え。

学術会計収支報告

平成20年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越額	¥11,951,229	認定料申請料	¥225,000
受講料(旧費、リウマチ講座)	¥2,717,500	事務費	¥114,044
リウマチ学会、リハビリ)、会場費		骨と関節の日	¥950,244
骨と関節の日協賛金	¥500,000	出務手当交通費	¥10,000
運動器の10年大阪府	¥200,000	会議費	¥13,890
推進委員会助成金			
受取利息	¥15,152	仮払金 ※	¥2,767,569
仮払金返金 ※	¥2,767,569	次期繰越金	¥14,070,703
合計	¥18,151,450	合計	¥18,151,450

財産目録

府医師信用組合定期預金	¥1,510,238
府医師信用組合普通預金	¥6,615,086
りそな銀行千里中央支店普通預金	¥2,651,129
現金手許有高	¥526,681
仮払金 ※	¥2,767,569
合計	¥14,070,703

※30周年記念事業費を学術会計で仮処理したことに対する年度
末調整。一般会計への付け替え。

16. その他

OCOA会報の印刷会社が、大曾印刷から(株)ひらた(06-6962-7271)に変更になった。

◆協議事項

1. 4月2日以降の予定について(早石 黒田)

総会 4月5日

理事会 6月7日 9月6日 12月6日

平成21年3月7日

ゴルフコンペ 6月8日 北六甲GC

骨と関節の日 メイン行事10月4日

場所 西成区民センター

講師 浜田あきら先生 吉中康子先生

サブ行事 枚方市(府下)平野区(市内)

2. 次期理事役割分担(早石 黒田)

会長 黒田 晃司

会長代行 栗本 一孝

総務・庶務

担当副会長: 栗本 清一・山本 哲

学術・研修会

担当副会長: 栗本 一孝・森本 清一

広報 担当副会長: 山本 哲・阪本 邦雄

骨と関節の日・運動器の10年

担当副会長: 栗本 清一・山本 哲

健保・自賠責等対策委員

担当副会長: 山本 哲・森本 清一

福利・厚生

担当副会長: 山本 哲 委員: 長嶋 哲夫

会計

担当副会長: 阪本 邦雄・前中 孝文

JCOA諸問題・医政協議会担当 前中 孝文

監事: 服部 良治 小松 賢吾

議長: 堀木 篤 副議長: 佐藤 利行

裁定委員: 三橋 二良・長田 明

・古賀 教一郎

大阪府医師会・医学運営委員: 小林 正之

大阪府医師会・健康相談医: 反田 英之

・新田 望

JCOA理事: 前中 孝文

JCOA代議員: 早石 雅宥・松矢 浩司

・黒田晃司・栗本一孝・山本 哲

JCOA予備代議員: 右近 良治、森本 清

一、阪本邦雄、五島 淳、小林正之

JCOA学術委員: 長谷川 利雄

JCOA骨と関節の日担当委員: 栗本 一孝

JCOA組織拡大委員会: 森本 清一

JCOA病院部会担当委員: 古瀬 洋一

JCOA無床診療所部会担当委員: 矢倉 久義

JCOA・IT委員・JCOA・会則等検討委員

: 岸本成人

大阪症例検討委員会委員: 大島 正義、

岸本 成人、古瀬 洋一

運動器リハビリテーション・セラピスト

講習会担当: 松矢 浩司、(斧出、今井、

森、岸本、永田)

3. 近畿ブロック会議について

(4月19日3時全日空ホテル) (早石)

議長 黒田晃司

出席者の募集と議題について協議した。

4. 大阪府医師会講演 医学の進歩シリーズ

7月24日(小林)

演者 荒木信人(大阪府立成人病センター

整形外科部長)

演題 外来での出来物の対処に決定

5. 平成20年度予算案について(前中)

一般会計 学術会計の予算案について協議された

6. 旅費規程、会議費、出務日の改定について

(前中)

東京出張に関する取り決め 理事会出務費
情報交換会に変更が加えられた

7. 今後の研修会について(黒田)

第191回 研修会(H20・3・23)

帝国ホテル大阪(大塚製薬)

司会: 白川 貴浩理事

受付担当: 森 泰壽理事・矢倉 久義理事

①「手術による医原性末梢神経損傷」

座長: 福井 宏有理事

和歌山医大整形外科・准教授 谷口 泰徳

②『関節リウマチの最新治療-新規COX2阻害

薬と生物学的製剤の使い方-』

座長: 黒田 晃司副会長

総会 第192回研修会(H20・4・5)

大正・富山大阪支店

司 会：森本 清一副会長

①「小児の足の痛み」

座長：早石 雅宥会長

国立病院機構大阪医療センター名誉院長

学校法人四条啜学園大学・短期大学学長

廣島 和夫

第193回研修会(H20・5・17)

ウエスティンホテル(エーザイ)

司 会：中川 浩彰理事

受付担当：今井 秀理事・石橋 伊三郎理事

・岩本 斗伸理事

①「新しいDMARDについて」

座長：阪本 邦雄副会長

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風

センター 教授 原 まさ子

②「人工多能性幹細胞の可能性と課題」

座長：長田 明参与

京都大学再生医科学研究所再生誘導研究分

野・教授 山中 伸弥

第194回研修会(H20・6・21)

阪急インターナショナルホテル(小野薬品)

司 会：永田 行男理事

受付担当：斧出 安弘理事・金田 隆義理事

①「腰痛の診断・治療のポイントとピットフォール」

座長：宮内 晃理事

えにわ病院 整形外科部長 佐藤栄修先生

②「投球動作による肘関節の障害－学童期を中心に－」

座長：大島 正義理事

大阪医科大学・整形外科・助教 渡辺 千

聡

第195回研修会(H20・7・12)

全日空ホテル(中外製薬)

司 会：野々村 淳理事

受付担当：古瀬 洋一理事・坂口 光輝理事

①「腱・靭帯付着部症(enthesisopathy)の基礎と臨床－日常診療に役立つ知識」

奈良県立医科大学講師 熊井 司先生

②「変わりゆくリウマチ治療－関節機能温存のために今何ができるか－」

座長：岸本 成人理事

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科

学(整形外科)：准教授 橋本 淳先生

第196回研修会(H20・8・30)

ウエスティン(旭化成)

司 会：藤本 啓治理事

受付担当：柴田 和弥理事・白川 貴浩理事

①『整形外科における医療安全－大阪府の現状をふまえて』

座長：山本 哲副会長

近畿大学医学部・整形外科・教授 福田

寛二

②「手の外科・スポーツ障害」

座長：山口 康二理事

兵庫医大整形外科・教授：田中寿一

第197回研修会(H20・9・20)

全日空ホテル(第一・三共株式会社)

司 会：藤田 秀隆理事

受付担当：田上 実男理事・中川 浩彰理事

①「骨軟部腫瘍について」

座長：西川 正治理事

岡山大学歯歯薬学総合研究科生体機能再生

・再建学講座(整形外科) 教授 尾崎

敏文

②「交通・労災事故受傷後に発生した手足のしびれの臨床」

座長：矢倉 久義理事

関西医大整形外科准教授 斉藤 貴徳

8. 193回研修会(20. 5. 17)の対応について(長谷川)

193回研修会実施要項

演題1：「新しいDMARDについて」

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風

センター教授 原まさ子先生

演題2：「人工多能性幹細胞の可能性と課題」

京都大学再生医科学研究所 再生統御学研

究部門再生誘導研究分野 山中伸弥先生

1 単位申請について

- ・単位申請：府医、日整会：演題1 N (1.6)、R 演題2 N (1.12)
- ・日整会、府医：「事前申し込み要」とする。

2 周知方法：ホームページへの公示、府医ニュース、日整会誌、OCAO会員へ郵送、MRの案内

3 参加申し込み

- ・定員300名とさせていただきます（実際は400-450が限界か）。
- ・会員にも参加申し込みしてもらおう（原則として断らない）。
- ・非会員：官製はがきにて参加申し込み（別紙申込要項）
- ・申込先：非会員は長谷川整形外科へ、会員は担当副会長
- ・締め切り：20. 4. 30

4 当日受付

- ・参加者名簿を作成しておく（あいうえお順、電話番号順）。
- ・当日受付は、記帳はなくし、参加者名簿のチェックする方式にする。
- ・当日参加をどうするか（会員は受け入れ、非会員は断る？）
- ・看板にて告知（本日の研修会は事前申し込みが必要です。当日参加はできません。）

事前申し込み方法

- ・会員の方は本研修会の案内状に同封の返事をご送付ください。
- ・非会員の方は下記送付先まで必要事項（1 ご氏名（ふりがな）、2 所属、3 連絡先住所、4 電話番号、5 FAX番号）をご記入の上、官製はがきにてお申し込みください。
- ・お断りの場合のみ連絡させていただきます。
- ・平成20年4月30日締め切りでございます。

送付先：〒547-0011大阪市平野区长吉出戸

5-2-13

長谷川整形外科医院 長谷川利雄 宛

連絡先：TEL06-6701-5815

e-mail:tshsgw@pj8.so-net.ne.jp

9. その他

OCAOホームページの掲載方法（黒田）
理事会専用ページなど掲載は広報の山本哲先生が担当

新入会員名簿補追

<平成19年3月以降入会>

氏名	医療機関名	医療機関所在地	TEL/FAX
みつはし ひろし 三橋 浩	(医)三橋医院	〒558-0011 大阪市住吉区苅田8-6-27	TEL 06-6698-0661 FAX 06-6698-8332
やまくち かつゆき 山口勝之	山口整形外科	〒597-0001 貝塚市近木972-1 グランドストアビル1階	TEL 072-430-5558 FAX 072-430-5565
なべしま たかはる 鍋島隆治	なべしま クリニック	〒563-0024 池田市鉢塚3丁目1-18 ラ・フォーレ鉢塚1F	TEL 072-760-5050 FAX 072-760-5054
にしおか しげとし 西岡栄恵	にしおか 整形外科	〒599-8123 堺市北野田1084番地 ベルヒル北野田2F204-3	TEL 072-234-5011 FAX 072-234-5021
まつさき ひろし 松崎 浩	(医)暁会 田辺整形外科 上本町クリニック	〒543-0027 大阪市天王寺区笹ヶ崎町5番52号 ウェルライフ上本町 クリニックプラザ	TEL 06-6774-1151 FAX 06-6774-1177
あらい たつや 新井達也	新井整形外科ク リニッ ク	〒558-0003 大阪市住吉区长居3-13-3 オプスローザビル201号	TEL 06-6691-1600 FAX 06-6691-1600
もとじま ふとし 本島 太	(医)寿楽会 大 野記念病院	〒550-0015 大阪市西区南堀江1丁目26-10	TEL 06-6531-1815 FAX 06-6531-0690
ほりぐち たいすけ 堀口泰輔	堀口整形 外科医 院	〒563-0047 池田市室町2-1	TEL 072-752-1420 FAX 072-752-1465
ただ こういち 多田浩一	整形外科 多田ク リニッ ク	〒599-8236 堺市深井沢町3271 サンケンビル3F	TEL 072-276-7667 FAX 072-276-7668
なかおか しんや 中岡伸哉	中岡整形 外科	〒572-0833 寝屋川市初町2-7 エムウェル初町ビル2階	TEL 072-822-0788 FAX 072-822-1013
きのした ゆうすけ 木下裕介	木下整形 外科医 院	〒580-0023 松原市南新町5-1-35	TEL 072-336-0831 FAX 072-330-3380
きりめ いさお 切目 勲	(医)正和会 協和病 院	〒538-0043 大阪市鶴見区今津南1-5-8	TEL 06-6969-3500 FAX 06-6969-0780
いしざわ みちひと 石澤命仁	石澤整形 外科	〒560-0021 豊中市本町7-2-16	TEL 06-6852-3371 FAX 06-6852-3362
しんやま たけし 晋山 武	(医)真和会 真和整形 外科	〒577-0843 東大阪市荒川1-5-24	TEL 06-6722-8510 FAX 06-6722-8506

・注：住所、電話番号等の変更はOCA事務局までお知らせ下さい。

(平成20年4月現在)

編集後記

この時期になると会報の校正をしながら OCOA のこの 1 年間を振り返ることになる。毎年多くの先生方が会報に投稿して下さっている。その原稿に目を通しながら 1 年を振り返るのである。岸本先生の原稿を読ませていただきながら、そうそう昨年 7 月は青森で JCOA 学会があって、医会から学会となって第 1 回目であったことを思い出す。交通の便からして参加者が少ないかもしれないと心配したがこの青森の JCOA 学会は大成功であった。またこの学会の成功の裏では OCOA の長谷川先生の発表演題の質の向上、数の増加に奮闘されていたことを同時に思い出す。



今後は学会がブロック単位の枠組みの中で開催される。いろいろ問題が出てくるかもしれないが協力し合って成功させていきたいものである。

(広報担当理事・副会長 山本 哲記)

まだ、まだ、鬱陶しい梅雨が続いています。そのような時に一時でも晴れ間があると、ホッと気分も明るく、心も和まされる、今日この頃です。

本年も診療報酬の改定がありました。診療報酬改定の時にいつも感じることは、医療現場にまったく無知な集団である厚労省が、この診療報酬に関する改定を行う矛盾、さらに政治力が強い道路族に誘導され、1日に1台しか通らないような道路には財政を回すのに、政治力の弱い医療、福祉、年金関係には、いじめのごとく財政削減策を行う財務省の横暴には、いつも腹立たしい思いをいたしております。また、昨今、報道されているような、タクシーの私用乗車やまだまだ他にもたくさんあるであろう官僚の目に余る税金横領に近い横暴を我々は断じて許すことはできません。

これらの問題を解決するには、誰かがしてくれるというような他人事ではなく、医療に直接携わっている我々自身が、日本国民にとって真の医療をめざし、もっと強く政治に目を向けて、行動していかなければならないのではないのでしょうか。

このような我々の周りにある暗いニュースの中、梅雨時の一時の晴れ間のような、久々に明るいニュースがありました。山中伸弥京大教授の iPS 細胞に関するニュースです。ノーベル賞



の候補にも名前が、挙げられている山中教授は、元来、整形外科医であり、先日の講演会では、御自身の臨床の経験をユーモラスに楽しくお話していただきました。今後、日本の各医療分野の医療関係者との強い協力により、さまざまな分野で応用され、さらに日本政府の強力なバックアップによって、日本さらには世界の医学の大きな進歩に貢献されることを期待いたします。

最後に、今回、他府県の臨床整形外科医会会報を通読させていただきましたが、その中で、佐賀県の島内先生が書かれました「私の定年」の中で述べられているポンペの『医師は、自分自身のものではなく、病める人のものである』と論された言葉に少しでも近づけるように、明日からの診療に勤しんでいきたい。

(広報担当理事・副会長 阪本邦雄記)

浜西先生の柔整に関わる調査の中で、“接骨院側からしますと新患の三分の一はすでにどこかの整形外科で診断を受けてから来ている”という内容に驚きと自責の念を感じました。

病院勤務している整形外科医は、手術で治す患者さんをピックアップするために外来診療をしている感があります。「手術するほど悪くありません。お薬を出しますので様子見てください。」「手術する必要のない病気です。近くの診療所に行ってください。」この後の患者さんの行動として接骨院へ行くということになってしまうことが多いでしょう。

整形外科医は、日頃保存療法としてブロック、投薬、ギプス固定、装具、物療機器等を行っていますが、運動器疾患を患っている患者さんが

満足する保存的治療を提供できているのでしょうか。

“整形外科医がする運動器保存療法を充実させていくことが重要です。”という提案は、我々整形外科開業医にとって心すべき言葉と思いました。

運動器の器質的な問題は手術治療になりますが、多くの患者さんは運動器の機能障害が問題だと思います。これを改善させる治療方法（各種体操指導、徒手理学療法、運動療法、生活指導等）を研究、開発、習得し、真の運動器疾患治療のプロにならないといけないと思いました。

(広報担当理事 宮田重樹記)



私が大学を卒業し、大阪市大の整形外科に入局したのは、昭和56年です。もうすでに、28年の時が流れてしまいました。入局当初は、学会発表の原稿といえば、手書き。オーベンの先生に見ていただくと、たくさん赤ペンで修正され、それをもらっては、また最初から書き直したものです。その後、フロッピーディスクを使用するパソコンが出ました。使える方には便利だったので、MS-DOSで動くパソコンは、私にとっては未知の世界で、ワープロ機能はついていたものの、ワープロ専用機の方がずっと使い勝手が良く、結局そのパソコンは、ただのゲーム機に化していました。それから、約20数年、パソコンは今や普通の家電となり、電源を入れればインターネットが出来る時代になりました。今回原稿の校正をしていると、いずれもワープロで打たれた原稿で、非常に読みやすく、たまたま、変換間違いと思われる誤字が出てくる程度で、校正もスムーズに出来ます。JCOAの学会に参加された先生方の原稿の中にも、原稿

をメールで送付したり、マイクロチップで持ち運びする話が出てきました。携帯電話やデジタルカメラなども含めて、まさしく、手塚治虫が40数年前に書いた「鉄腕アトム」の中の未来の世界が、今現実のものとなっています。

今年度のOCAの組織表の中で、「広報」のインターネット委員の中に、いつの間にか私の名前が入っていて驚いたのですが、当初全くパソコンを使えなかった私が、パソコンが家電になったおかげで、メールやパワーポイントなどが一通り使えるようになりました。現在インターネットやメールをされていない先生方にも、ぜひ一度チャレンジしていただき、インターネットの楽しさを体験していただき、JCOA、OCAのメーリングリストにもぜひ御参加いただけたらと思います。

(広報担当理事 斧出安弘記)



編集後記

第34号会報です。広報担当となって、今まで何となく読み流してきた文章を校正する立場になりますと真剣に目を通さねばとなり少々肩が凝ります。今回は大阪臨床整形外科30周年の記念号でもあり、また今話題の再生医療最先端の京大山中伸弥先生の講演内容も掲載されボリューム満点です。

ところで平成20年7月現時点での整形外科の外来診療はいかがでしょうか？リハビリの遜減性は無くなったとしても、やはり日数制限は残り未だに事務からはリハビリ13単位を過ぎまし



たが後どうしましょう？といわれ頭を悩ます毎日です。人件費は右肩上がり、診療費は右肩下がり、何か妙案はないのでしょうか？

(広報担当理事 中川浩彰記)

今回黒田会長の体制になり、初めて広報担当に任せられました。以前な何気なく見ていた会報が皆様の大変な努力によって編纂されていることを知り、OCHOAの伝統・役員の方の先生方のご努力に感銘を受けました。小生などは日常診療だけで手一杯でこのような役割が勤まるのか心配になりました。

現在の日本の情勢はいたるところに制度疲労が現れており、このことが原因でいろいろな矛盾・犯罪が起こっているように思います。健康に対する国民の関心は非常に高く、一テレビ番組でココアが良いといえば、店頭からココアがなくなり、訳のわからないサプリメントに数十万円を支払う人が沢山います。然るに医療関係の支払いが10円上がっただけで、大騒ぎです。医療の育成、医薬品の開発、医療の研究等には多くの時間と費用がかかるのが当然であり、その結果として行われる種々の医療行為に費用がかかるのが当然です。今のように厚労省の出される方針の小手先の変更は満足せず、何が医療に必要なか、国民の健康増進、治療をどのように行うか、国民の望みはどこにあるのかを検討し、医療の専門家（各科で対立するのではなく協力して）としての提言を国・国民に訴え、それを実現し

てゆくことが大切ではないでしょうか。

当会に参加するまでは小生もこのようなことに関心がありませんでした。現在の医療情勢を考えると医整協議会を中心に整形外科の実情・要望を訴えています、やはり数が必要であり、JCOAおよび医師会をバックにして訴えていかないと、アピールが伝わらないでしょう。

建築・食品・医療（点滴事件・これが整形外科の開業医）等の偽装や利益追求主義はプロとしての自覚が欠如していると思います。生活・医院経営等にお金はかかりますが法外な利益追求は許されません。正々堂々と国・国民に医療の状態を専門家として訴えて、本来あるべき医療制度に変えてゆかなければなりません。そのためにも整形外科の現状を把握し、分析し、方向性を打ち出して行くことが必要です。その一翼を担っている会報発行に、力不足かもしれませんが、よりよい会報が出来るように努力してゆきたいと考えています。

(広報担当理事 永田行男記)



編 集 後 記

今年度より、OCAの理事にさせていただき、本会誌に自己紹介も書きましたが、小生どういうわけか広報委員をまかされ、早速、会誌の一部校正を任せられました。そこで、自分の分を含む何人もの先生の文章の校正をやり、我拙文を恥じることになってしまいました。学生時代小説を読みふけたこともあります。医者になって以来、文学的文章より無機的な文ばかり読んできていたことに気づかされ、自分の文才のなさをも、いやおうなく自覚しています。いまままで何気なく飛ばし読みしていた、雑誌ではありますが、多くの先生の労力によってできていることや先生の多才さに今更感心しています。



今後は臨床整形外科医会の発展に多少なりとも貢献できるよう努力いたします。

(広報担当理事 藤田秀隆記)

今回始めて参加させていただきました、大東市の山口です。

最近世間を賑わしているもの、伊賀市の点滴造り置き事件、微量採血器具の使いまわし事件、医療廃棄物処理問題、等々。北京オリンピックまであと〇〇日といわれ、オリンピック日本代表が次々と決まっています。オリンピックの計時時計はオメガです。また放送機器類は松下電器（パナソニック）で、パナソニックのデジカメはライカのレンズを使っています。ライカ社もデジカメのM8を販売していますが、やはりライカはフィルムでしょうか？

学生時代から使用してきたカメラは、キャノンデミ、キャノネットGⅢ、FTb、AE1、F1、newF1、EF、T90、EOS100、EOS1n、また

キャノンIVSb、LeicaCL、M6、MinoltaCLE、ContaxRTSⅢ、Rollei35T、Mamiya6451000s、645pro、FUJI690Ⅱ、などでした。



写真についても機材についてもはたまた整形外科臨床についてもまだまだ未熟者ですが、今後ともよろしく願います。

(広報担当理事 山口康二記)

編 集 後 記

この度、大阪臨床整形外科医会30周年記念特集号を発行できた事は、誠によろこばしい事と思っています。創立当時27名の会員数が、30周年目には、450余人と日本臨床整形外科学会中最多の会員を誇る組織に発展致しました。これは30周年祝賀会でも早石会長が述べられたように、歴代の会長、副会長、理事、並びに会員の先生方の並々ならぬ努力と協力のたまものちががありません。

しかしこの30年の歴史の中でも色々の問題が常に提起されております。柔整問題、レセプト審査、運動器リハビリ問題等、多々ありますが、特に黒田新会長が巻頭言に書いています日本臨床整形外科学会医政協議会への入会率が大阪では大変低いことです。多くの先生方が入会して、中央で交渉に苦勞しておられる役員の先生方をサポートしてあげる事が、結果として全国の整形外科医に恩恵をもたらすのではないのでしょうか。

そして、この30周年記念特集号はその特集分だけでも分厚くなっていますが、さらには平成20年5月に行われた、山中伸弥教授の世界的業績『人工多能性幹細胞の可能性と課題』の講演内容は、来年号では価値が薄れるとの黒田新会長の提言で、同日講演の原まさ子教授の論文と共に繰り上げて本号に収録いたしました。

昔から“30にして立つ”という言葉があります。大阪臨床整形外科医会も、新会長と共に次のステップに向かって飛躍する事を願っています。

(広報担当理事 前野岳敏記)



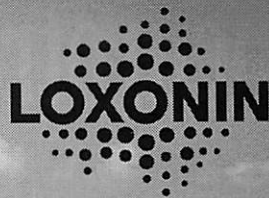
大阪臨床整形外科医会会報 第 34 号

平成 20 年 7 月 25 日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒590-0012 堺市堺区浅香山町1-3-30
黒田整形外科クリニック内
TEL 072-228-3213
FAX 072-228-1983

編集者 黒田晃司・山本哲
阪本邦雄・宮田重樹
斧出安弘・中川浩彰
山口康二・永田行男
藤田秀隆・前野岳敏

印刷 株式会社 ひらた
〒538-0043 大阪市鶴見区今津南2-6-3
TEL 06-6962-7271 (代)
FAX 06-6962-2571



使い続けられているブランド

Well-Balanced ロキソニン

【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 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、歯痛 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ンナトリウム(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。また、空腹時の投与は避けさせることが望ましい。効能又は効果③の場合 通常、成人にロキソプロフェンナトリウム(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) 非ステロイド性消炎鎮痛剤の長期投与による消化性潰瘍のある患者で、本剤の長期投与が必要であり、かつミソプロストールによる治療が行われている患者
 - (3) 血液の異常又はその既往歴のある患者
 - (4) 肝障害又はその既往歴のある患者
 - (5) 腎障害又はその既往歴のある患者
 - (6) 心機能異常のある患者
 - (7) 過敏症の既往歴のある患者
 - (8) 気管支喘息の患者
 - (9) 潰瘍性大腸炎の患者
 - (10) クロウン病の患者
 - (11) 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に留意すること。(2) 慢性疾患(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) 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い、本剤を漫然と投与しないこと。(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、必要最小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)

クマリン系抗凝血剤(ワルファリン)、スルホニル尿素系血糖降下剤(トルブタミド等)、ニューキノロン系抗菌剤(エノキサシン水和物等)、メトレキサート、リチウム製剤(炭酸リチウム)、チアジド系利尿薬(ヒドロフルメチアジド、ヒドロクロチアジド等)。

4. 副作用(本項には頻度が算出できない副作用報告を含む。)総症例13,486例中副作用の報告されたものは409例(3.03%)であった。その主なものは、消化器症状(胃部不快感、腹痛、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。〔再審査終了時及び効能追加時〕

(1) 重大な副作用 1) ショック(頻度不明)、アナフィラキシー様症状(頻度不明):ショック、アナフィラキシー様症状(血圧低下、蕁麻疹、喉頭浮腫、呼吸困難等)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直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。2) 溶血性貧血(頻度不明)、白血球減少(頻度不明)、血小板減少(頻度不明):溶血性貧血、白血球減少、血小板減少があらわれることがあるので、血液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直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。3) 皮膚粘膜眼症候群(頻度不明)、中毒性表皮壊死症(頻度不明):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、異常が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。4) 急性腎不全(頻度不明)、ネフローゼ症候群(頻度不明)、間質性腎炎(頻度不明):急性腎不全、ネフローゼ症候群、間質性腎炎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直ちに投与を中止し、

適切な処置を行うこと。また、急性腎不全に伴い高カリウム血症があらわれることがあるので、特に注意すること。5) うっ血性心不全(頻度不明):うっ血性心不全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直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。6) 間質性肺炎(頻度不明):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直ちに投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。7) 消化管出血(頻度不明):重篤な消化性潰瘍又は小腸、大腸からの吐血、下血、血便等の消化管出血が出現し、それに伴うショックがあらわれることがあるので、観察を十分に行い、これらの症状が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。8) 消化管穿孔(頻度不明):消化管穿孔があらわれることがあるので、心窩部痛、腹痛等が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。9) 肝機能障害(頻度不明)、黄疸(頻度不明):肝機能障害(黄疸、AST(GOT)上昇、ALT(GPT)上昇、γ-GTP上昇等)、劇症肝炎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中止するなど適切な処置を行うこと。10) 喘息発作(頻度不明):喘息発作等の急性呼吸障害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、本剤の投与を直ちに中止し、適切な処置を行うこと。11) 無菌性髄膜炎(頻度不明):無菌性髄膜炎(発熱、頭痛、悪心・嘔吐、項部硬直、意識混濁等)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直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと(特にSLE又はMCTDの患者に発現しやすい。)

(2) 重大な副作用(頻度不明)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等は添付文書をご覧ください。

鎮痛・抗炎症・解熱剤

薬価基準収載

ロキソニン®
錠/細粒

創薬・指定医薬品 ロキソプロフェンナトリウム水和物製剤

製造販売元(資料請求先)

第一三共株式会社

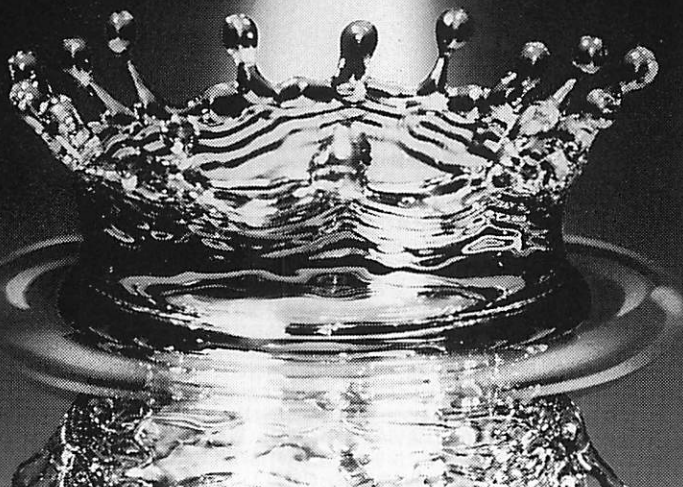


東京都中央区日本橋本町3-5-1

0704 (0805)

オリジンは neurotropic

ノイロトロピンの命名は、「neurotropic」——神経を介して作用するという意味に由来しています。本剤は、痛み、痒み、鼻アレルギー症状、スモン後遺症状の冷感・痛み・異常知覚（しびれ感、ピリピリ・ジンジンした感じ）などに改善効果を有し、主として障害された神経機能に対し修復・賦活作用をもたらす、生体調整型の医薬品です。



生物由来製品
指定医薬品
処方せん医薬品

疼痛（非オピオイド、非シクロオキシゲナーゼ阻害）

スモン後遺症状（冷感・異常知覚・痛み）、アレルギー性鼻炎・そう痒

ノイロトロピン®注射液3.6単位

ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液含有製剤

注意—医師等の処方せんにより使用すること。〈薬価基準収載〉

【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

【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）に伴う掻痒、アレルギー性鼻炎

通常成人1日1回ノイロトロピン単位として、3.6単位（1管）を静脈内、筋肉内又は皮下に注射する。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・異常知覚・痛み

通常成人1日1回ノイロトロピン単位として、7.2単位（2管）を静脈内に注射する。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

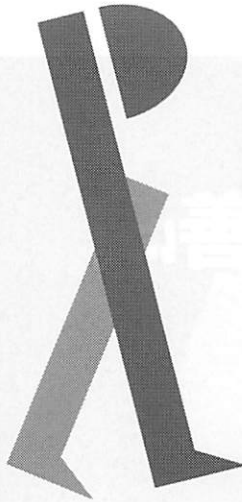
スモン（SMON）後遺症状の冷感・異常知覚・痛みに対する投与期間は、6週間を目安とする。ただし、投与開始2週間で何ら効果が認められない場合には漫然と投薬を続けないように注意すること。

「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

日本臓器製薬

〒541-0048 大阪市中央区平野町2丁目1番2号 ☎06-6203-0441



抗血小板剤

日本薬局方 シロスタゾール錠

プレタール®錠50mg・100mg

Pletaal® tablets 50mg・100mg

薬価基準収載

指定医薬品

抗血小板剤

シロスタゾール散

プレタール®散20%

Pletaal® powder 20%

薬価基準収載

指定医薬品

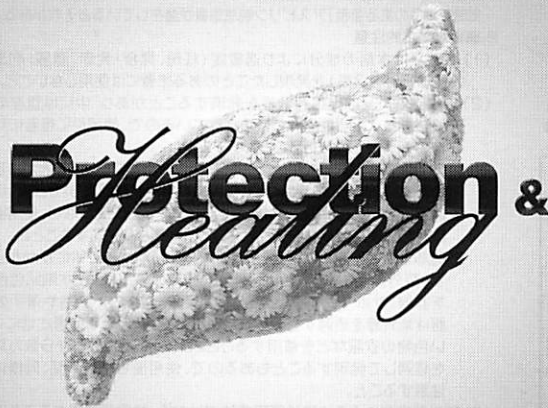
◇効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
大塚製薬株式会社
Otsuka 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社
信頼性保証本部 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4
品川グランドセントラルタワー 13F

(‘07.10作成)

薬価基準収載



しっかり守って、きれいに治す。

胃炎・胃潰瘍治療剤

指定医薬品

ムコスタ®錠100
ムコスタ®顆粒20%
Mucosta® レバミピド製剤

製造販売元
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社
信頼性保証本部 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4
品川グランドセントラルタワー 13F

〔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〕及び〔用法・用量〕

〔効能・効果〕	〔用法・用量〕
胃潰瘍	通常、成人には1回レバミピドとして100mg(ムコスタ錠100:1錠、ムコスタ顆粒20%:0.5g)を1日3回、朝、夕及び就寝前に経口投与する。
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	通常、成人には1回レバミピドとして100mg(ムコスタ錠100:1錠、ムコスタ顆粒20%:0.5g)を1日3回経口投与する。

〔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歳以上の高齢者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で差は認められなかった。(ムコスタ錠100の承認時及び再審査終了時)

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。

重大な副作用

1. ショック、アナフィラキシー様症状(頻度不明*): ショック、アナフィラキシー様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. 白血球減少(0.1%未満)、血小板減少(頻度不明*): 白血球減少、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し、適切な処置を行うこと。
3. 肝機能障害(0.1%未満)、黄疸(頻度不明*): AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP、AI-Pの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸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。

*: 自発報告において認められた副作用のため頻度不明。

◇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。

(‘07.

腰痛症[※]、 変形性関節症等の改善に！

腰などの大関節部位にピッタリフィット

※筋・筋膜性腰痛症、
変形性脊椎症、椎間板症、腰椎捻挫

- Lサイズ(10×14cm)唯一の「腰痛症適用」
- Lサイズ(10×14cm)唯一の「1日1回」
- 腰等の大関節(広い患部)にピッタリサイズ
- 副作用 総症例1,156例中副作用が報告されたのは57例(4.93%)であり、発現した副作用は、発疹11件、発赤9件、痒痒感18件、刺激感5件等の接触皮膚炎54件(4.67%)、貼付部の膨疹、動悸、顔面及び手の浮腫各1件(0.09%)などであった。(モーラステープ承認時)ほかに医師などの自発的報告により、アナフィラキシー様症状、喘息発作の誘発(アスピリン喘息)、光線過敏症の発現が報告されている。
- 重大な副作用として、アナフィラキシー様症状、喘息発作の誘発(アスピリン喘息)、接触皮膚炎、光線過敏症がある。

指定医薬品

経皮鎮痛消炎剤 (薬価基準収載)

ケトプロフェン2%

モーラステープ[®]L

【禁忌】(次の患者には使用しないこと)

- (1) 本剤又は本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者
(「重要な基本的注意」の項(1)参照)
- (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) チアプロフェン酸、スプロフェン、フェノフィブラート及びオキシベンゾンに対して過敏症の既往歴のある患者[ケトプロフェンと交叉感作性を有することが知られており、本剤の使用によって過敏症を誘発するおそれがある。]

【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、腰椎捻挫)、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(テニス肘等)

【効能・効果に関連する使用上の注意】

- (1) 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) 本剤の使用により重篤な接触皮膚炎、光線過敏症が発現することがあり、中には重度の全身性発疹に進展する例が報告されているので、疾病の治療上の必要性を十分に検討の上、治療上の有益性が危険性を上回る場合にのみ使用すること。

【用法・用量】

1日1回患部に貼付する。

【使用上の注意】

1. 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。]

2. 重要な基本的注意

- (1) 本剤又は本剤の成分により過敏症(紅斑、発疹・発赤、腫脹、刺激感、痒痒等を含む)を発現したことがある患者には使用しないこと。
- (2) 接触皮膚炎又は光線過敏症を発現することがあり、中には重度の全身性発疹に至った症例も報告されているので、使用前に患者に対し次の指導を十分に行うこと。
 - 1) 紫外線曝露の有無にかかわらず、接触皮膚炎を発現することがあるので、発疹・発赤、痒痒感、刺激感等の皮膚症状が認められた場合には、直ちに使用を中止し、患部を遮光し、受診すること。なお、使用後数日を経過して発現する場合があるので、同様に注意すること。
 - 2) 光線過敏症を発現することがあるので、使用中は天候にかかわらず、戸外の活動を避けるとともに、日常の外出時も、本剤貼付部を衣服、サポーター等で遮光すること。なお、白い生地や薄手の服は紫外線を透過するおそれがあるので、紫外線を透過させにくい色物の衣服などを着用すること。また、使用後数日から数カ月を経過して発現することもあるので、使用後も当分の間、同様に注意すること。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。

●その他の使用上の注意については添付文書をご参照下さい。

2008年5月作成

製造販売元

久光製薬株式会社

〒841-0017 鳥栖市田代大宮町408

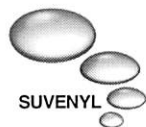
資料請求先：学術部 〒100-6221 東京都千代田区丸の内1-11-1



関節機能改善剤

指定医薬品、処方せん医薬品^{注)}

薬価基準収載



スベニール[®] ディスポ関節注 25mg
バイアル関節注 25mg

SUVENYL[®]

ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液

注) 注意 - 医師等の処方せんにより使用すること。

※「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌」、「使用上の注意」等については最新の添付文書をご参照ください。 <http://www.chugai-pharm.co.jp>

製造販売元

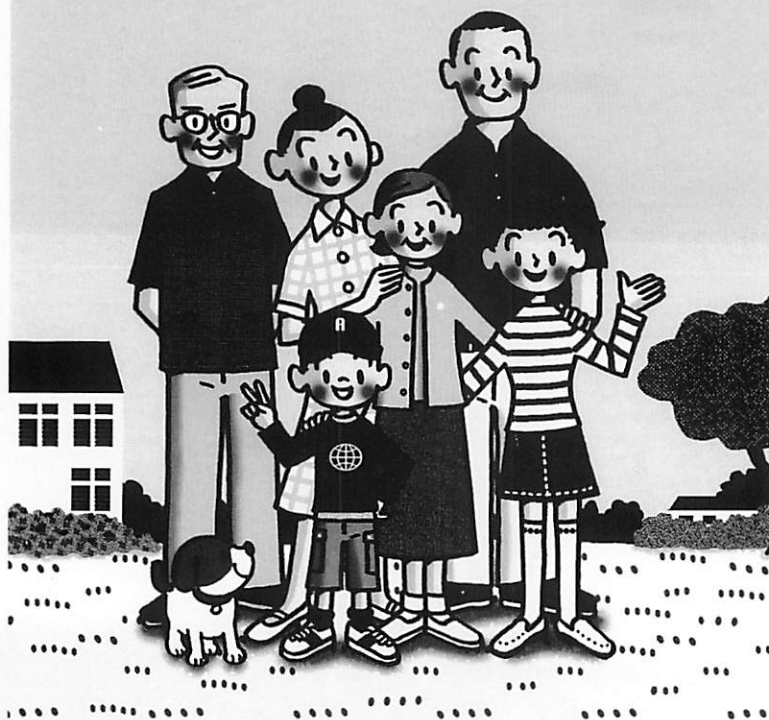


【資料請求先】
中外製薬株式会社
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

Roche ロシュグループ

2007.04

エーザイの主な骨粗鬆症治療薬



骨粗鬆症治療剤

アクトネル[®]錠17.5mg

リセドロン酸ナトリウム水和物錠 ●薬価基準収載

劇薬 指定医薬品 処方せん医薬品:注意-医師等の処方せんにより使用すること

骨粗鬆症治療用ビタミンK₂剤

グラケ-[®]カプセル15mg

メナテトロン製剤

●薬価基準収載

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。



エーザイ株式会社

〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10
<http://www.eisai.co.jp>

商品情報お問い合わせ先: エーザイ株式会社 お客様ホットライン室

☎0120-419-497 9~18時(土、日、祝日 9~17時)

ACL0801-1 2008年1月作成



新発売

骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

ボナロン®錠 35mg

Bonalon® Tablet 35mg <アレンドロン酸ナトリウム 水和物 錠>
 劇薬・指定医薬品・処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元

TEIJIN 帝人ファーマ株式会社

資料請求先：学術情報部
 〒100-8585 東京都千代田区内幸町2-1-1

商標 #702/Bonalon® is the registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

2006年9月作成
 BNW037 (KK) 0609改



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

ボナロン®錠 5mg

<アレンドロン酸ナトリウム 水和物 錠>
 劇薬・指定医薬品・要指示医薬品 (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、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。


製造・販売元

TEIJIN 帝人ファーマ株式会社

資料請求先：学術情報部 〒100-8585 東京都千代田区内幸町2-1-1

商標 #702/Bonalon® is the registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

BNT031 (KK) 0308改3 2003年8月作成

 大日本住友製薬



経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤 薬価基準収載
指定医薬品・処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)



プロレナル[®]錠5 μ g
PRORENAL[®] リマプロスト アルファデクス錠

※ 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む
使用上の注意等については添付文書
をご参照ください。

製造販売元 (資料請求先)

大日本住友製薬株式会社
〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉

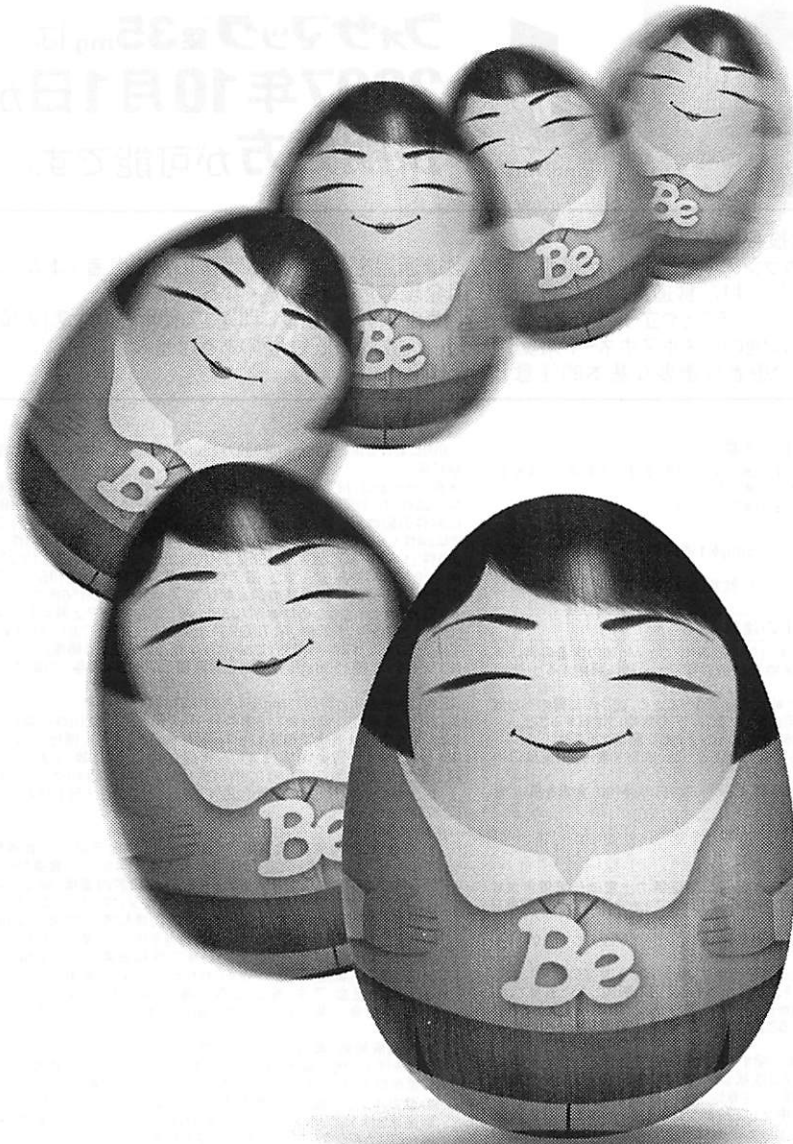
くすり情報センター

☎0120-03-4389

受付時間 / 月～金 9:00～17:30 (祝・祭日を除く)
【医療情報サイト】<http://ds-pharma.jp/>

間 寛平

2008.4 作成



新発売

骨粗鬆症治療剤 劇薬・指定医薬品・処方せん医薬品^{注)}

注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること

ベネット錠 17.5mg

リセドロン酸ナトリウム水和物錠

薬価基準:収載

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 (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
<http://www.takeda.co.jp/>

Wyeth

提携
ワイズ株式会社
〒141-0032 東京都品川区大崎一丁目2番2号
<http://www.wyeth.jp/>

(0706)



**フォサマック錠35mgは
2007年10月1日から
長期処方が可能です。**

禁忌 (次の患者には投与しないこと)

- (1) 食道狭窄又はアカラシア (食道弛緩不能症) 等の食道通過を遅延させる障害のある患者〔本剤の食道通過が遅延することにより、食道局所における副作用発現の危険性が高くなる。〕
- (2) 30分以上上体を起こしていることや立っていることのできない患者〔「用法・用量に関連する使用上の注意」の項参照〕
- (3) 本剤の成分あるいは他のビスホスホネート系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- (4) 低カルシウム血症の患者〔「重要な基本的注意」の項参照〕

【効能・効果】 骨粗鬆症

効能・効果に関連する使用上の注意

- (1) 本剤の適用にあたっては、日本骨代謝学会の診断基準等を参考に、骨粗鬆症との診断が確定している患者を対象とすること。
- (2) 男性患者での安全性及び有効性は確立していない。

【用法・用量】

通常、成人にはアレンドロン酸として35mgを1週間に1回、朝起床時に水約180mlとともに経口投与する。
なお、服用後少なくとも30分は横にならず、飲食(水を除く)並びに他の薬剤の経口摂取も避けること。

用法・用量に関連する使用上の注意

- (1) 本剤は水のみで服用すること。水以外の飲み物 (Ca、Mg等の含量の高いミネラルウォーターを含む)、食物及び他の薬剤と一緒に服用すると、吸収を抑制するおそれがある。
- (2) 食道及び局所への副作用の可能性を低下させるため、速やかに胃内へと到達させることが重要である。服用に際しては、以下の事項に注意すること。
 - 1) 起床してすぐにコップ1杯の水 (約180ml) とともに服用すること。
 - 2) 口腔咽頭部に潰瘍を生じる可能性があるため、本剤を噛んだり又は口中で溶かしたりしないこと。
 - 3) 本剤を服用後、少なくとも30分経ってからその日の最初の食事を摂り、食事を終えるまで横にならないこと。
 - 4) 就寝時又は起床前に服用しないこと。

【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) 嚥下困難、食道炎、胃炎、十二指腸炎、又は潰瘍等の上部消化管障害がある患者〔上部消化管粘膜に対し、刺激作用を示すことがあるので基礎疾患を悪化させるおそれがある。〕
 - (2) 重篤な腎機能障害のある患者〔使用経験がなく安全性が確立していない。〕
2. 重要な基本的注意
 - (1) 本剤は他のビスホスホネート系薬剤と同様に、咽喉頭、食道等の粘膜に対し局所刺激症状を引き起こすおそれがある。特に適切に服用しない患者では、食道、口腔内に重度の副作用が発現する可能性があるため、服用法について患者を十分指導し、理解させること。〔「用法・用量に関連する使用上の注意」の項参照〕
 - (2) 本剤の投与により、上部消化管に関する副作用が報告されているので、観察を十分に行い、副作用の徴候又は症状 (嚥下困難、嚥下痛又は胸骨下痛の発現又は胸やけの発現、悪化等) に注意し、患者に対して、これらの症状があらわれた場合は、本剤の服用を中止して診察を受けるよう指導すること。〔「重大な副作用」の項参照〕
 - (3) 骨粗鬆症の発症にエストロゲン欠乏、加齢以外の要因が関与していることもあるので、治療に際してはこのような要因を考慮する必要がある。
 - (4) 患者には、食事等から十分なカルシウムを摂取すること。
 - (5) 低カルシウム血症のある患者は、本剤投与前に低カルシウム血症を治療すること。また、ビタミンD欠乏症又はビタミンD代謝異常のようなミネラル代謝障害がある場合には、あらかじめ治療を行うこと。
 - (6) 本剤を含むビスホスホネート系薬剤による治療を受けている患者において、顎骨壊死・顎骨骨髄炎があらわれることがある。報告された症例のほとんどが抜歯等の歯科処置や局所感染に関連して発現しており、また、静脈内投与された患者がほとんどであったが、経口投与された骨粗鬆症患者等においても報告されている。リスク因子としては、悪性腫瘍、化学療法、コルチコステロイド治療、放射線療法、口腔の不衛生、歯科処置の既往等が知られている。本剤の投与にあたっては、患者に十分な説明を行い、異常が認められた場合には、直ちに歯科・口腔外科に受診するよう注意すること。〔「重大な副作用」の項参照〕

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
カルシウム、マグネシウム等の金属を含有する経口剤： カルシウム補給剤、制酸剤、マグネシウム製剤等	本剤の服用後少なくとも30分経ってから服用すること。	本剤は多価の陽イオン (Ca、Mg等) とキレートを形成することがあるので、併用すると本剤の吸収を低下させる。

4. 副作用

臨床試験 (治験)

・国内における本剤 (35mg/週) 投与と5mg (5mg/日) 投与との二重盲検比較試験結果
本剤 (35mg/週) 投与の安全性評価対象168例中22例 (13.1%) に28件の副作用が認められ、対照薬 (5mg/日) 投与では安全性評価対象156例中28例 (17.9%) に34件の副作用が認められた。主な症状は消化管障害であり、本剤 (35mg/週) では24件 (上腹部痛4件 (2.4%)、胃不快感4件 (2.4%)、胃潰瘍3件 (1.8%)、胃炎3件 (1.8%) 等)、対照薬 (5mg/日) では25件 (胃不快感5件 (3.2%)、便秘3件 (1.9%) 等) であった。また、臨床検査値異常変動は本剤 (35mg/週) では168例中6例 (3.6%) に10件認められ、対照薬 (5mg/日) では156例中6例 (3.8%) に7件認められた。主なものは本剤 (35mg/週) ではγ-GTP上昇4件 (2.4%)、AST (GOT) 上昇2件 (1.2%)、ALT (GPT) 上昇2件 (1.2%) であり、対照薬 (5mg/日) ではγ-GTP上昇2件 (1.3%) であった。なお、5%を超える頻度の副作用は認められず、本剤 (35mg/週) 投与と対照薬 (5mg/日) 投与との副作用発現率は同程度であった。

・国内における5mg製剤 (5mg/日) の臨床試験結果 (参考)

承認時の安全性評価対象718例中140例 (19.5%) に218件の副作用が認められた。主な症状は消化管障害126件 (嘔気18件 (2.5%)、便秘14件 (1.9%)、下痢13件 (1.8%)、胃炎10件 (1.4%)、胃痛10件 (1.4%) 等) であった。また、臨床検査値異常変動は676例中102例 (15.1%) に194件認められ、主なものはLDH上昇 (3.4%)、CK (CPK) 上昇 (2.6%) であった。なお、5%を超える頻度の副作用は認められていない。

(1) 重大な副作用

- 1) 食道・口腔内障害：食道障害 (食道穿孔 (頻度不明)^{※1)}、食道狭窄 (頻度不明)^{※1)}、食道潰瘍 (頻度不明)^{※1)}、食道炎 (0.4%)^{※2)}、食道びらん (頻度不明)^{※1)} があらわれ、出血を伴う場合がある。、口腔内潰瘍 (頻度不明)^{※1)} があらわれることがある。観察を十分に行い、徴候又は症状 (吐血、下血、貧血、嚥下困難、嚥下痛、胸骨下痛、胸やけ、口腔内異和感、口内痛の発現・悪化等) に注意し、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) 胃・十二指腸障害：(出血性) 胃・十二指腸潰瘍 (いずれも頻度不明)^{※1)}、出血性胃炎 (頻度不明)^{※1)} があらわれることがある。観察を十分に行い、徴候又は症状 (吐血、下血、貧血、上腹部痛、心窩部痛、上腹部不快感の発現・悪化等) に注意し、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) 肝機能障害、黄疸 (いずれも頻度不明)^{※1)}：AST (GOT)、ALT (GPT) の上昇を伴う肝機能障害、黄疸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) 低カルシウム血症 (頻度不明)^{※1)}：痙攣、テタニー、しびれ、失見当識、QT延長等を伴う低カルシウム血症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カルシウム剤の点滴投与等を考慮すること。
- 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) (いずれも頻度不明)^{※1)}：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) 等の重篤な皮膚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直ちに適切な処置を行うこと。
- 6) 顎骨壊死・顎骨骨髄炎 (頻度不明)^{※1)}：顎骨壊死・顎骨骨髄炎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。

注1) 自発報告あるいは海外において認められている。

注2) 国内における5mg製剤 (5mg/日) の頻度。

その他の【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。

骨粗鬆症治療薬

フォサマック錠35mg
Fosamax Tablets 35mg
アレンドロン酸ナトリウム水和物錠
(薬価基準収載)

製造販売元 [資料請求先]

万有製薬株式会社

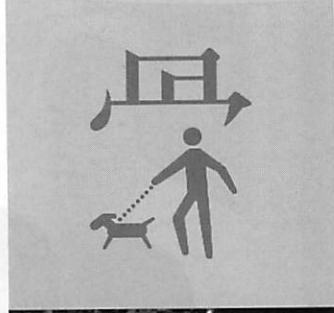
〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア

ホームページ <http://www.banyu.co.jp/>

Registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A. 2007年7月作成 07-08-FSM-07-J-A05-J

笑顔で毎日、
いきいきライフ。

旭化成ファーマ



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】

骨粗鬆症における疼痛

【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回筋内注射する。

【使用上の注意】 (一部抜粋)

1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 発疹 (紅斑、膨疹等) 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。]

2. 重要な基本的注意

- (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、疼痛がみられる患者を対象とすること。本剤の投与は、6ヵ月間を目安とし、漫然と投与しないこと。 [「臨床成績」の項参照]
- (2) 本剤はポリペプチド製剤であり、ショックを起こすことがあるので、アレルギー既往歴、薬物過敏症等について十分な問診を行うこと。
- (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、長期にわたり漫然と投与しないこと。 [「9.その他の注意」の項参照]

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
ビスホスホン酸塩系骨吸収抑制剤	血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。	両剤のカルシウム低下作用により、血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。
バミドロン酸二ナトリウム水和物等	高度の低カルシウム血症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。	血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。

4. 副作用

承認時までの調査及び市販後の使用成績調査等における総症例22,478

例中、887例 (3.95%) に副作用 (臨床検査値の異常を含む) が報告された。その主なものは、悪心183件 (0.81%)、顔面潮紅175件 (0.78%)、ALT (GPT) 上昇63件 (0.28%)、AST (GOT) 上昇61件 (0.27%) 等であった。(2003年9月再審査期間終了時)

(1) 重大な副作用

- 1) ショック、アナフィラキシー様症状 (頻度不明) ショック、アナフィラキシー様症状を起こすことがあるので、観察を十分に行い、血圧低下、気分不良、全身発赤、尋麻疹、呼吸困難、咽頭浮腫等の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 (頻度不明) 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 (0.1%未満) 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。 [「1.慎重投与」の (2) の項参照]
- 4) 肝機能障害、黄疸 (頻度不明) AST (GOT)、ALT (GPT)、ALPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸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。

■上記以外の使用上の注意等、詳細については製薬添付文書をご参照下さい。禁忌を含む使用上の注意の改訂に十分ご注意ください。

骨粗鬆症治療剤 **薬価基準収載**

エルシトニン®注20S
エルシトニン®注20S ディスポ
Elicitonin® Inj. 20S Elicitonin® Inj. 20S Dispo

劇薬、指定医薬品、処方せん医薬品* (エルカトニン注射液)

*注意—医師等の処方せんにより使用すること

製造販売元 (資料請求先)

旭化成ファーマ株式会社

医薬学術部：〒101-8101 東京都千代田区神田神保町1丁目105番地

URL <http://www.asahi-kasei.co.jp/iyaku/>

H20.05



見つめるその先に「はやさ」

エビデンスに裏付けられた効果発現の早さです

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】 ○胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血(消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による)、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群 ○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】 ○胃潰瘍、十二指腸潰瘍、吻合部潰瘍、上部消化管出血(消化性潰瘍、急性ストレス潰瘍、出血性胃炎による)、逆流性食道炎、Zollinger-Ellison症候群 通常、成人にはファモチジンとして1回20mgを1日2回(朝食後、夕食または就寝前)経口投与する。また、1回40mgを1日1回(就寝前)経口投与することもできる。なお、年齢・症状により適宜増減する。ただし、上部消化管出血の場合には通常注射剤で治療を開始し、内服可能になった後は経口投与に切りかえる。 ○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 通常、成人にはファモチジンとして1回10mgを1日2回(朝食後、夕食または就寝前)経口投与する。また、1回20mgを1日1回(就寝前)経口投与することもできる。なお、年齢・症状により適宜増減する。

<用法・用量に関連する使用上の注意>

腎機能低下患者への投与方法 ファモチジンは主として腎臓から未変化体で排泄される。腎機能低下患者にファモチジン投与すると、腎機能の低下とともに血中未変化体濃度が上昇し、尿中排泄が減少するので、次のような投与方法を目安とする。

<1回20mg/1日2回投与を基準とする場合>

クレアチニンクリアランス (mL/min)	投 与 法
Ccr ≥ 60	1回20mg 1日2回
60 > Ccr > 30	1回20mg 1日1回 1回10mg 1日2回
30 ≥ Ccr	1回20mg 2~3日に1回 1回10mg 1日1回
透析患者	1回20mg 透析後1回 1回10mg 1日1回

【使用上の注意】(抜粋)

1. 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)腎障害のある患者 (3)心疾患のある患者 (4)肝障害のある患者 (5)高齢者 2. 重要な基本的注意 (1)本剤は口腔内で崩壊するが、口腔の粘膜から吸収されることはないため、唾液又は水で飲み込むこと。(2)治療にあたっては経過を十分に観察し、病状に応じ治療上必要最小限の使用にとどめ、本剤で効果がみられない場合には他の療法に切りかえること。なお、血液像、肝機能、腎機能等に注意すること。3. 相互作用【併用注意】(併用に注意すること) アンゾール系抗真菌薬(イトラコナゾール) 4. 副作用 承認時及び市販後の使用成績調査に

おける調査症例20,137例(経口・注射を含む)中、本剤との関連が疑われる副作用発現症例(臨床検査値異常を含む)は、360例(1.8%)であった。そのうち主なものは便秘及び白血球減少等である。(口腔内崩壊錠承認時)

(1) 重大な副作用 1) ショック、アナフィラキシー様症状(0.1%未満): ショック、アナフィラキシー様症状(呼吸困難、全身潮紅、血管浮腫<顔面浮腫、咽頭浮腫等>、蕁麻疹等)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直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。2) 汎血球減少、無顆粒球症、再生不良性貧血、溶血性貧血(頻度不明): 汎血球減少、無顆粒球症、再生不良性貧血、溶血性貧血(初期症状として全身倦怠感、脱力、皮下・粘膜下出血、発熱等)があらわれることがあるので、定期的に血液検査を実施し、異常が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。3) 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)(頻度不明): 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直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。4) 肝機能障害、黄疸(頻度不明): AST(GOT)・ALT(GPT)等の上昇、黄疸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直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。5) 横紋筋融解症(頻度不明): 横紋筋融解症があらわれることがあるので、高カリウム血症、ミオグロビン尿、血清逸脱酵素の著明な上昇、筋肉痛等が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。6) QT延長(頻度不明): QT延長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。特に心疾患(心筋梗塞、弁膜症、心筋症等)を有する患者においてあらわれやすいので、投与後の患者の状態に十分注意すること。7) 意識障害、痙攣(頻度不明): 意識障害、全身痙攣(痙直性、間代性、ミオクローヌス性)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。特に腎機能障害を有する患者においてあらわれやすいので、注意すること。8) 間質性腎炎、急性腎不全(頻度不明): 間質性腎炎、急性腎不全があらわれることがあるので、初期症状として発熱、皮疹、腎機能検査値異常(BUN・クレアチニン上昇等)等が認められた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。9) 間質性肺炎(頻度不明): 発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常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(類案) 不全収縮: 他のH₂受容体拮抗剤で不全収縮があらわれるとの報告がある。

■ その他の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。

製造販売 アステラス製薬株式会社

東京都板橋区蓮根3-17-1

【資料請求】 本社/東京都中央区日本橋本町2-3-11



H₂受容体拮抗剤(ファモチジン口腔内崩壊錠) 薬価基準収載
ガスターD錠 10mg 20mg
 指定医薬品 Gaster® D





抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤

薬価基準収載

レミケード®点滴静注用100

REMICADE® for I.V. Infusion100

インフリキシマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品 新薬 指定医薬品 処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

■ 効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。



製造販売元(資料請求先)

田辺三菱製薬株式会社

大阪市中央区道修町3-2-10

2008年3月作成



「運動器の10年」世界運動

科研製薬は
「運動器の10年」世界運動を推進し、
QOLの向上に貢献してまいります。

ARTZ® World renowned since 1987

【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】

○変形性膝関節症、肩関節周囲炎

○慢性関節リウマチにおける膝関節痛

(下記(1)~(4)の基準を全て満たす場合に限る) (1)抗リウマチ薬等による治療で全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛のある場合 (2)全身の炎症症状がCRP値として10mg/dL以下の場合 (3)膝関節の症状が軽症から中等症の場合 (4)膝関節のLarsen X線分類がGradeIからGradeIIの場合

【用法・用量】

○変形性膝関節症、肩関節周囲炎

通常、成人1回1アンプル又は1シリンジ(ヒアルロン酸ナトリウムとして1回25mg)を1週間ごとに連続5回膝関節腔内又は肩関節(肩関節腔、肩峰下滑液包又は上腕二頭筋長頭腱鞘)内に投与するが、症状により投与回数を適宜増減する。

○慢性関節リウマチにおける膝関節痛

通常、成人1回2.5mL(1アンプル又は1シリンジ、ヒアルロン酸ナトリウムとして1回25mg)を1週間毎に連続5回膝関節腔内に投与する。

本剤は関節内に投与するので、**厳重な無菌的操作のもとに行うこと。**

【使用上の注意】 — 抜粋 —

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
(1)他の薬剤に対して過敏症の既往歴のある患者 (2)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AST(GOT)、ALT(GPT)異常値例がみられた。] (3)投与関節部に皮膚疾患又は感染のある患者[本剤は関節内に投与するため。]
2. 重要な基本的注意

(1)変形性膝関節症、慢性関節リウマチにおける膝関節痛については、投与関節の炎症又は関節液貯留が著しい場合は、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、炎症症状を抑えてから本剤を投与することが望ましい。(2)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じること。(3)関節腔外に漏れると疼痛を起こすおそれがあるので、投与後に確実に投与すること。(4)慢性関節リウマチにおける膝関節痛については以下の点に注意すること。1)本剤による治療は原因療法ではなく局所に対する対症療法であるので抗リウマチ薬等と併用すること。本剤は漫然と連用する薬剤ではない。2)抗リウマチ薬等の治療により全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛がある場合、当該膝関節腔内に投与すること。3)膝関節以外の使用経験はなく、他の関節については有効性・安全性が確立していないため本剤を投与しないこと。4)慢性関節リウマチでは膝関節の器質的変化が高度なものには有効性・安全性が確立していないため本剤を投与しないこと。

3. 副作用
総症例9,574例中、副作用が報告されたのは450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。(アルツ再審査終了時: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:ショック症状(頻度不明^{注1)})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

以下のような症状が認められた場合は適切な処置を行うこと。

分類	頻度	0.1%未満	0.1%未満	頻度不明 ^{注1)}
過敏症 ^{注3)}			蕁麻疹等の発疹、痒痒感	浮腫(顔面、四肢等) ^{注1)} 、顔面発赤 ^{注1)}
投与関節			疼痛(主に投与後の一過性の疼痛)、腫脹	関節周囲のしびれ感 ^{注2)}
肝臓				AST(GOT)上昇 ^{注2)} 、ALT(GPT)上昇 ^{注2)} 、AI-P上昇 ^{注2)} 、LDH上昇 ^{注2)}
血液				好酸球増多 ^{注2)} 、ヘマトクリット低下 ^{注2)} 、白血球増多 ^{注2)}
その他				嘔気・嘔吐 ^{注1)} 、発熱 ^{注1)} 、倦怠感 ^{注2)} 、蛋白尿 ^{注2)} 、尿沈渣異常 ^{注2)} 、動悸 ^{注2)} 、ほてり ^{注2)} 、経蛋白低下 ^{注2)} 、BUN上昇 ^{注2)}

注1)自発報告により認められている副作用のため頻度不明。
注2)慢性関節リウマチにおける膝関節痛適用をもつ頻度により認められている副作用のため頻度不明。
注3)発現した場合は投与を中止し、適切な処置を行うこと。

関節機能改善剤 (ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

指定医薬品 処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

アルツ® 関節注25mg

指定医薬品 処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

アルツ® ディスポ® 関節注25mg

ブリストア® 包装内滅菌済

特許登録—日本国特許第3831505号;第3845110号(医療用滅菌包装における滅菌方法)

- その他の使用上の注意等詳細は、添付文書をご参照下さい。
- 薬価基準収載

製造販売元 **生化学工業株式会社**
東京都千代田区丸の内1丁目6-1

発売元 **科研製薬株式会社** [資料請求先]

科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込2丁目28-8

(2007年12月作成) 07LK

astellas

Pfizer



CELECOX

非ステロイド性消炎・鎮痛剤 (COX-2選択的阻害剤) 薬価基準収載

セレコックス錠 100mg
200mg

セレコキシブ錠 劇薬、指定医薬品、処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)

- 「効能・効果」「用法・用量」「警告、禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売 **アステラス製薬株式会社**
東京都板橋区蓮根3-17-1
[資料請求先] 本社 / 東京都中央区日本橋本町2-3-11

販売提携 **ファイザー株式会社**
〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7
資料請求先：製品情報センター

08/4作成_B5.A.03

CELECOX

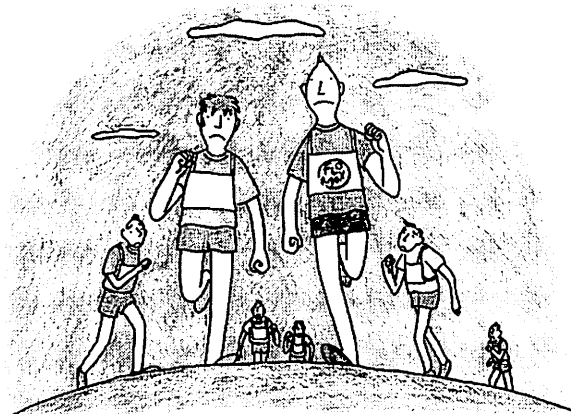
大洋薬品大阪東販売(株)

〒577-0841

東大阪市足代 3 - 1 - 7

TEL (06) 6736 - 4335 FAX (06) 6736 - 4336

ジェネリック医薬品メーカー大洋薬品の医薬品を営業・販売しております。



経口用セフェム系抗生物質製剤

指定医薬品, 処方せん医薬品^(注1)

フロモックス[®]

錠 75mg・100mg
小児用細粒 100mg



日本薬局方 セフェケン ピボキシル塩酸塩錠/細粒 略号 CFPN-PI

注1) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

■薬価基準収載

■「効能・効果」, 「用法・用量」, 「禁忌」, 「原則禁忌」, 「使用上の注意」
等については添付文書等をご参照下さい。

2007年2月作成 B52 ©:登録商標



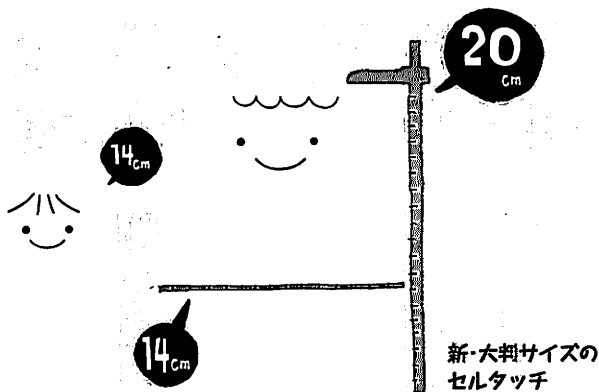
製造販売元 [資料請求先]

シオノギ製薬

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045
電話0120-956-734 (医薬情報センター)
<http://www.shionogi.co.jp/med/>

セルタッチのニューラインナップ

セルタッチに
大きなサイズが
新登場。



従来の
セルタッチ

10 cm

14 cm

新・大判サイズの
セルタッチ

経皮吸収型鎮痛消炎剤(無臭性)
[指定医薬品]

セルタッチ®
SELTOUCH®

フェルピナク貼付剤

経皮吸収型鎮痛消炎剤(無臭性)
[指定医薬品]

セルタッチパップ140
SELTOUCH® PAP 140

フェルピナク貼付剤

新発売

経皮吸収型鎮痛消炎剤

禁忌: 次の患者さんには使用しないでください。

1. 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
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。]

【効能・効果】、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
帝国製薬株式会社
〒719-2071 香川県高松市北本町357番地

Wyeth

製造元 (資料請求先)
ワイズ株式会社
〒144-0222 東京都中央区大塚一丁目2番2号

販売
武田薬品工業株式会社
〒540-8545 大阪府中央区東船場4丁目1番1号

2007年10月作成

義肢装具士が痛みを和らげます

大高ブレース

[大高 茂隆]

☎576-0016 交野市星田2-2-29-4

☎072-894-3511 [FAX] 072-894-3511

Sales Point

医師の指示のもとに、義肢装具士が専門の知識と技術で、あなたの患部にフィットしたコルセットやサポーターを製作し、痛みを緩和します。

TSUMURA Kamabakutaihoto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Sakanto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Chishikito Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Shikarishito Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Pyutanshokant Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Kyukiukyogaito Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Makyoyokukan Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Hetsuan Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Saikoseikanto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Nishi Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Kei Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Yoku Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Daino Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Shiru Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Tokirishi Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Pakunigan Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Nijutsuto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Jidibokuippo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Wahaibo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Chikujomanto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Jirohoro Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Jirukoto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Gokuto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Sakonzo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Onseito Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Obiawafuta Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Oshokanbu Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Dainkyushun Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Shimekashoto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Toseno Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Suwancho Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Awa-jenbanbo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Tsuboano Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Usenryo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Goshinigan Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Nanyo-yoto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Shirokaiokakik Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Fushuan Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Seihensho Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Chonjo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Kwan-mangko Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Shirokaiokakik Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Chonjo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Jirohoro Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Jirukoto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Gokuto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Sakonzo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Onseito Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Obiawafuta Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Oshokanbu Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Dainkyushun Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Shimekashoto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Toseno Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Suwancho Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Awa-jenbanbo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Tsuboano Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Usenryo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Goshinigan Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Nanyo-yoto Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Shirokaiokakik Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Fushuan Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Seihensho Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Chonjo Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Kwan-mangko Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Shirokaiokakik Extract Granules for Ethical Use
 TSUMURA Chonjo Extract Granules for Ethical Use

西洋医学と漢方医学の融合により 世界で類のない最高の医療を患者さんに

(薬価基準収載)

ツムラ医療用漢方製剤129品目、ツムラ調剤用生薬

株式会社ツムラ <http://www.tsumura.co.jp/>
 ●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。 ☎0120-329-970

抗リウマチ剤 [薬価基準収載] **アザルフィジン® EN錠 500mg** Azulfidine® EN tablets 500mg

抗リウマチ剤 [薬価基準収載] **リマチル® 錠 100mg** Rimatil® tablets 100mg

抗リウマチ剤 [薬価基準収載] **メトレート® 錠 2mg** Metolate® tablets 2mg

抗リウマチ剤 [薬価基準収載] **メトレート® 錠 2mg** Metolate® tablets 2mg

■(効能・効果)、(用法・用量)、(禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意)等については、添付文書をご参照下さい。

●(効能・効果)、(用法・用量)、(禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意)等については、添付文書をご参照下さい。

●(効能・効果)、(用法・用量)、(警告、禁忌を含む使用上の注意)等については、添付文書をご参照下さい。

株式会社 **参天製薬株式会社**
 大阪府東淀川区下新庄3-9-19
 資料請求先: 医薬部課 | 医薬情報部

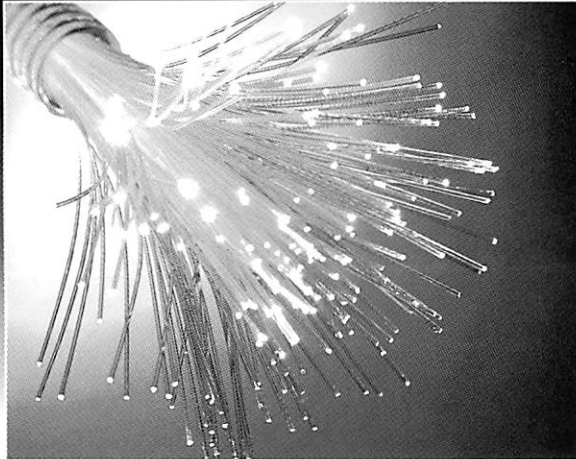
Pfizer **ファイザー株式会社**
 東京都品川区西六丁目3-22-7

株式会社 **参天製薬株式会社**
 大阪府東淀川区下新庄3-9-19
 資料請求先: 医薬部課 | 医薬情報部

株式会社 **参天製薬株式会社**
 大阪府東淀川区下新庄3-9-19
 資料請求先: 医薬部課 | 医薬情報部

2008年5月作成
 3MTL06BE52

後天性の腰部脊柱管狭窄症 (SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者) に伴う自覚症状(下肢疼痛、下肢しびれ) および歩行能力の改善に…



経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤

指定医薬品
処方せん医薬品*

オパルモン[®]錠5μg

リマプロスト アルファデクス錠

OPALMON[®]

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること。

薬価基準収載

〔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(「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照)

■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
- 後天性の腰部脊柱管狭窄症(SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者)に伴う自覚症状(下肢疼痛、下肢しびれ)および歩行能力の改善

■用法・用量

- 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には 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。
- 後天性の腰部脊柱管狭窄症(SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者)に伴う自覚症状(下肢疼痛、下肢しびれ)および歩行能力の改善には 通常成人に、リマプロストとして1日15μgを3回に分けて経口投与する。

■使用上の注意(抜粋)

- 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1) 出血傾向のある患者〔出血を助長するおそれがある。〕 (2) 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)
- 重要な基本的注意 (1) 腰部脊柱管狭窄症に対しては、症状の経過観察を行い、漫然と継続投与しないこと。(2) 腰部脊柱管狭窄症において、手術適応となるような重症例での有効性は確立していない。
- 相互作用(抜粋) 併用注意(併用に注意すること)
薬剤名等 抗血小板剤(アスピリン、チクロピジン、シロスタゾール)、血栓溶解剤(ウロキナーゼ)、抗凝血剤(ヘパリン、ワルファリン)

4. 副作用

〈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〉承認時までの調査及び市販後調査において副作用集計の対象となった4,582例中184例(4.0%)に249件の副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められた。主なものは下痢49件(1.1%)、悪心・嘔気・嘔吐22件(0.5%)、潮紅・ほてり22件(0.5%)、発疹17件(0.4%)、腹部不快感・心窩部不快感18件(0.4%)、腹痛・心窩部痛15件(0.3%)、頭痛・頭重14件(0.3%)、AST(GOT)・ALT(GPT)の上昇等の肝機能異常12件(0.3%)、食欲不振10件(0.2%)等であった。(再審査終了時)

〈後天性の腰部脊柱管狭窄症(SLR試験正常で、両側性の間欠跛行を呈する患者)に伴う自覚症状(下肢疼痛、下肢しびれ)および歩行能力の改善〉承認時までの調査における373例中34例(9.1%)に54件の副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められた。主なものは胃部不快感8件(2.1%)、発疹6件(1.6%)、頭痛・頭重4件(1.1%)、下痢4件(1.1%)、貧血3例(0.8%)等であった。(承認時)市販後の使用成績調査等(2005年4月時点)では、2,327例中136例(5.8%)に169件の副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められた。主なものは胃・腹部不快感34件(1.5%)、腹痛13件(0.6%)、下痢10件(0.4%)、頭痛10件(0.4%)、悪心7件(0.3%)、胸やけ7件(0.3%)等であった。(再審査申請時)

(1) 重大な副作用

肝機能障害、黄疸 AST(GOT)、ALT(GPT)の著しい上昇等を伴う肝機能障害、黄疸(いずれも頻度不明)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。

●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。

(2007年5月改訂)

資料請求先



小野薬品工業株式会社

F541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

070501