



大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



第32号
平成18年7月



創薬・指定医薬品 / 非ステロイド性消炎・鎮痛剤

ロルカム錠 2mg / 4mg

ロルノキシカム製剤 薬価基準収載

【禁忌（次の患者には投与しないこと）】

1. 消化性潰瘍のある患者（ただし、「慎重投与」の項参照）
2. 重篤な血液の異常のある患者
3. 重篤な肝障害のある患者
4. 重篤な腎障害のある患者
5. 重篤な心機能不全のある患者
6. 重篤な高血圧症のある患者
7. 本剤の成分に対して過敏症のある患者
8. アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発）又はその既往歴のある患者
9. 妊娠末期の婦人

【効能・効果、用法・用量】

効能・効果	用法・用量
○下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛 慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、頸肩腕症候群、肩関節周囲炎	通常、成人にはロルノキシカムとして1回4mgを1日3回食後に経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日18mgを限度とする。
○手術後、外傷後及び抜歯後の消炎・鎮痛	通常、成人にはロルノキシカムとして1回8mgを頓用する。ただし、1回量は8mgまで、1日量は24mgまで、投与期間は3日までを限度とする。また、空腹時の投与は避けることが望ましい。

用法・用量に関連する使用上の注意 手術後、外傷後及び抜歯後の消炎・鎮痛に用いる場合、1回8mg、1日24mg及び3日間を超えて、投与された経験はなく、安全性は確立されていないので、用法・用量を遵守すること。

【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) 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) 心機能障害のある患者
- (7) 高血圧症のある患者
- (8) 過敏症の既往歴のある患者
- (9) 気管支喘息の患者
- (10) 高齢者
- (11) 小児等

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（慢性関節リウマチ、変形性関節症等）に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。
 - 1) 長期投与する場合には定期的に臨床検査（尿検査、血液検査及び肝機能検査等）を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な措置を講ずること。
 - 2) 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。
 - 1) 急性炎症及び疼痛の程度を考慮し、投与すること。
 - 2) 原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。
 - 3) 原因療法があればこれを行うこと。
- (4) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。
- (5) 感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染症を合併している患者に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分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) 高齢者及び小児等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

本剤は、主として肝代謝酵素CYP2C9で代謝される。

併用注意（併用に注意すること）

ジゴキシン、クマリン系抗凝薬（ワルファリン等）、スルホニル尿素系血糖降下剤（トルブタミド等）、リチウム製剤（炭酸リチウム）、メトトレキサート製剤（メトトレキサート）、ループ利尿剤（フロセミド等）、チアジド系利尿剤（ヒドロクロロチアジド等）、アンジオテンシン変換酵素阻害剤（エナラプリル等）

4. 副作用

国内において総症例2,017例中282例（14.0%）392件の副作用が認められた。消化器系の副作用は191例（9.5%）に認められ、その主なものは、腹痛94件、腹部不快感37件、嘔気31件であった。肝臓系の副作用（肝機能異常、肝機能検査異常）は17例（0.8%）に認められた。その他の主な副作用としては、発疹24件であった。〔承認時〕

(1) 重大な副作用

- 1) **消化性潰瘍（穿孔を伴うことがある）**：消化性潰瘍（0.4%）があらわれることがあり、穿孔に至る場合もある（頻度不明）ので、観察を十分に行い、異常（腹痛、嘔吐、吐血、下血等を伴う胃腸出血）が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2) **ショック、アナフィラキシー様症状（いずれも頻度不明）**：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（尊麻疹、潮紅、浮腫、呼吸困難、血圧低下等）が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 3) **血小板減少（頻度不明）**：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、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 4) **皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）（頻度不明）**：皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 5) **急性腎不全（頻度不明）**：急性腎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（浮腫、乏尿、血尿、尿蛋白、BUN、血中クレアチニン上昇、低アルブミン血症等）が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 6) **肝機能障害、黄疸（頻度不明）**：AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GTP、ALP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。

(2) 重大な副作用（類薬）

- 他のオキシカム系消炎鎮痛剤で、以下のような副作用があらわれるとの報告がある。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。
- 1) 再生不良性貧血、無顆粒球症、骨髄機能抑制
 - 2) ネフローゼ症候群
 - 3) 中毒性表皮壊死症（Lyell症候群）

※詳細につきましては製品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	今、整形外科医を取り巻く環境	早石雅宥	1
浪速の先覚者	島津源蔵のこと	田中清介	2
OCOA 年表			5
OCOA 総会の報告	第 30 回大阪臨床整形外科医会総会		7
退任御挨拶	会長退任に際して	松矢浩司	25
JCOA 研修会報告	第 32 回日本臨床整形外科医会研修会(千葉)文化講演会 「日本の医療の特徴」(講師 行天 良雄 先生)を聞いて	長田 明	26
	第 32 回 JCOA 研修会 腰痛の保存的療法に参加して	宮田重樹	27
	JCOA 研修会(千葉) - 教育講演会、特別講演会	前野岳敏	29
	第 32 回 日本臨床整形外科医会懇親会	越宗正晃	30
	佐原の大祭見物と朝陽の絶景 犬吠埼温泉「ぎょうけい館」宿泊	伊藤成幸	31
	ゴルフ(成田ゴルフクラブ)	丹羽権平	34
JCOA 学会報告	第 18 回 JCOA 学会に出席して	山本 哲	36
OCOA 研修会報告	整形外科領域におけるマイクロサージャリーの応用	玉井 進	38
	足の外科 最近のトピックス	田中康仁	40
	スポーツ医学と介護予防の実践・教育	武藤芳照	44
	骨軟部腫瘍における pitfall	家口 尚	46
	腰部脊柱管狭窄症の病態と治療	高橋和久	48
	低侵襲脊椎手術-われわれの行っている手術法-	笹井邦彦	51
	EBM に基づく NSAID 潰瘍診療ガイドライン	太田慎一	53
	骨粗鬆症性椎体骨折と腰背部痛	中野哲雄	55
	中高年における膝スポーツ傷害	濱田雅之	60
	患者の安全、特に外来診療における安全性の向上 アメリカ内科学会の取り組みの紹介	木野昌也	64
	整形外科の外傷性疾患およびスポーツ傷害分野への実地応用 プロサッカーチームドクターとしての責任と役割	福岡重雄	65
	脊柱管狭窄症の診断と治療	松村文典	70
	新しい骨代謝マーカーを求めて -骨代謝マーカーの基礎的な理解と今後の発展-	橋本 淳	73
	末梢神経損傷に対する Polyglycolic acid (PGA) - Collagen tube を用いた 生体内再生治療:末梢神経欠損から複合性局所疼痛症候群へ	稲田有史	76
	膝関節外科・スポーツ医学における新世代の治療	吉矢晋一	82
	新しい創傷治療	夏井 睦	85
	診断が難しい小児の下肢痛 ~その診断へのアプローチ~	北野利夫	86
	人工股関節置換術周辺の留意点	岸本郁男	89
	膝関節靭帯、軟骨(半月)損傷の治療	史野根生	94
	リウマチ上肢の再建術と適応	正富 隆	95
	関節リウマチに対する薬物治療戦略 -現状と将来展望-	石黒直樹	99
	第 29 回大阪整形外科症例検討会報告		100
	第 30 回大阪整形外科症例検討会報告		105
症例検討会			

紙上勉強会	整形外科医に役立つ「チャングム」の漢方 須藤容章 108
	他科の大阪府単科医会会報を通読して 阪本邦雄 110
	他府県の整形外科医会会報を通読して 宮田重樹 113
JOA 委員会報告	第79回 日本整形外科学会学術総会に参加して 早石雅宥 115
骨と関節の日	JCOAの「運動器の10年・骨と関節の日・委員会」の現状 黒田晃司 116
	平成17年度「骨と関節の日」行事報告 小林正之 117
 119
新入会員の紹介	平成17年度 OCOA 春季ゴルフコンペ (第41回) 132
厚生部報告	平成17年度 OCOA 春季ゴルフコンペ (第42回) 133
私の提言	診療所でこそインターネットを 岸本成人 134
	ペーパーレス理事会を目指して 岸本成人 135
エッセイ・紀行	カリジェを尋ねて (2005年 夏) 堀木 篤 136
私の趣味	大阪府ラグビーフットボール協会医務委員長として 森本清一 138
	峰床山の鹿 奥田好彦 140
	溪流入門 佐竹兼爾 141
	私の趣味=昆虫採集 吉田正和 142
	さつき盆栽 前野岳敏 144
私の傑作	白い卓上 福西睦子 145
 三橋允子 146
 丹羽雅子 147
 小瀬弘一 148
	彫塑 渚 石上 直 149
	小谷山のモミジ 石川正士 150
OCOA 理事会・総会議事録 151
会員名簿補遺 168
編集後記 170

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	186
第一製薬株式会社	174	田辺製薬株式会社	187
日本臓器製薬株式会社	175	大洋薬品工業株式会社	187
大塚製薬株式会社	176	株式会社フジモト・ダイアグノスティックス	188
久光製薬株式会社	177	マルホ株式会社	188
中外製薬株式会社	178	キリンビール株式会社	189
エーザイ株式会社	179	株式会社ツムラ	189
帝人ファーマ株式会社	180	三菱ウェルファーマ株式会社	190
大日本製薬株式会社	181	大鵬薬品工業株式会社	190
小野薬品工業株式会社	182	カネボウ薬品株式会社	191
武田薬品工業株式会社	183	科研製薬株式会社	191
旭化成ファーマ株式会社	184	三共株式会社	192
参天製薬株式会社	185	大曾印刷株式会社	192
土井義肢製作所	186	株式会社神陵文庫	表3

今、整形外科医を取り巻く環境

OCAO 会長 早 石 雅 宥

日本財政再建で始まった小泉構造改革の流れの中で厚生労働省が今回国会で提出する医療制度改革関連法案も審議されないまま衆議院を通過しそうな気配である。

偽メールに乗った永田民主党議員の騒動で民主党は自滅した。数の理論で優位な自民党の法案は抵抗も無く全て可決される模様である。健保法、医療法等改正案の中で混合診療問題も対応可能とされ、その上、介護報酬改定案も概ね国会を通過する。

整形外科の診療報酬の改定ではリハビリテーションの分野で切り捨てが行われようとする時、辛うじて JOA、JCOA のトップが共同で厚生労働省に陳情し、このたびの運動器リハビリテーション研修会の開催となった。これで得た資格をもって診療報酬の減点を最小限に食い止めようと努力したわけである。

今年の3月6日に青本の印刷は終了したが私たち医師にはその施行細則は未だ知らされていない。将来の展望の見えないまま「運動器リハビリテーション研修会」を受講し、また、「セラピスト研修会」も開催した。

多くの会員たちは受講しても診療報酬のアップに繋がらないと分かりつつも自分の見識を高めるためと今後の医療の前途を知るため研修会に参加した。私たち整形外科医は国民の医療に対する厳しい目に曝されながら、より良い医療を心がけ努力していることを一般の人々は分かっているのだろうか？

私たちは崇高な自己研修に励んでいる。にもかかわらず、報酬だけが毎年確実に下げられていくと言う現実には戸惑いを感じている。厚生労働省は政策誘導のため必ず給をぶら下げ指示に従うように仕向ける。例としては医薬分業と院外薬局があった。薬価差益の大きい頃は院内で薬を処方していたが、薬価差益がなくなると院外処方が時代の流れとなり、また院外薬局の利益がなくなるとジェネリックの推奨となり、また今、院内薬局に戻つつあると言う。即ち、厚生労働省は梯子はずしを何気なく実行する。給を食べようと二階に上ってしまった者は梯子がなく転落する以外手はない。改定を知らずリハビリ施設を拡張して広大なリハビリ室を設けた病院もある。今回の改正で 100 平方メートルで良しとされ、またリハビリ点数の下落で建設費の償却は不可能とのこと、誠に胸がいたむ。

勝ち組、負け組、の二極化した厭な世の中で医療は負け組みに入ってしまうのだろうか？この難局に立ち向かうべく会員が一致団結して明るい未来を信じて努力して行こうではありませんか？ご協力の程お願いする次第です。



島津源蔵のこと

近畿大学名誉教授 田中清介

2002年（平成14年）、島津製作所の一研究員に過ぎない無名の田中耕一氏がノーベル化学賞を受賞した。それにより、島津製作所の存在もまた日本全国に知られるようになった。

島津製作所といえば、我々整形外科医にとっては欠かせないX線装置をはじめとして数々の理化学・医療機器を製造している会社である。1909年（明治42年）日本で最初に製造されたX線装置1号機は千葉の国府台陸軍病院に、1911年（明治44年）2号機の大型医療用X線装置は大津赤十字病院に設置された。理化学・医療機器の中には、世界初、日本初のものも少なくない。例えば、世界初としては、光電式分光光度計「QB-50」（1952年）、X線テレビジョン装置（1959年）があり、日本初としては、工業用炭酸ガス記録計（1929年）、ガラス分光写真機（1934年）、工業用X線装置「WELTES」（1936年）、電子顕微鏡（1947年）、直示天秤「ドデック」（1950年）、汎用ガスクロマトグラフ（1956年）がある。

最近、京都の木屋町二条上にある島津創業記念資料館を訪れ、創業以来製造されてきた理化学器械や医療用X線装置をはじめ文献、資料などの展示を通して日本の近代科学技術の発展過程を知る機会があり、また島津製作所の創業の頃のことを知りえたので、ここに紹介したい。

島津創業記念資料館のある木屋町二条は、1611年（慶長6年）角倉了以が米、材木などを大阪より淀川を通して京都の町なかに運ぶための水路として開鑿した高瀬川の基点に当たるところである。また、高瀬川といえば森鷗外の小説でも知られる川である。木屋町二条の界限は、東京遷都により衰微した京都の



筆者略歴

昭和5年8月29日生

昭和30年3月 京都大学医学部卒業

昭和35年3月 京都大学医学部大学院卒業

昭和38年2月 京都大学医学部整形外科助手

昭和44年2月 京都大学医学部整形外科講師

昭和53年1月 近畿大学医学部整形外科教授

平成9年4月 近畿大学医学部長

平成12年3月 退職

産業振興策として、1870年（明治3年）舎密局、勸業場、栽培試験場、織工場などが次々と設立された地であり、また1875年（明治8年）教育用理化学器械の製造を始めた島津製作所発祥の地でもある。舎密局は理化学研究教育機関として設立されたが、後に紆余曲折を経て1886年（明治19年）第三高等中学校となり、1889年（明治22年）吉田の地に移転し、1894年（明治27年）第三高等学校となり、最終的に1950年（昭和25年）京都大学に合併された。

島津製作所は1875年（明治8年）、36歳の初代島津源蔵により設立された。彼は欧米の科学技術を積極的に導入し、1877年（明



初代島津源蔵



2代目島津源蔵

治8年)に日本で初めての有人水素気球を揚げており、また1881年(明治14年)には第2回内国勸業博覧会に蒸留器を出品して有功2等賞を受賞している。惜しいことに、満55歳で急逝した。

2代目島津源蔵は、1894年(明治27年)25歳で家督を相続し、父の遺志を継いで、1896年(明治29年)日本で初のX線写真の撮影に成功したのをはじめとする数々の世界初、日本初の理化学・医用機器の製造に繋がる科学技術の発展に寄与した。彼の科学技術に関する探究心は並々ではなく、それは内外の専門家の知識を敬意をもって吸収し、また未経験の若い人達、現場の一工員の声にも敬虔に耳を傾ける態度にも表れており、また博覧会、展示会にはその遠近大小を問わず出掛けて、普通数時間や半日で終わるところを、一日はおろか二日、三日もかけて克明に見学し、自分の研究や事業に関連するものを求めて、新しいこと、知らないことには、必ず帰ってから実験して納得するまで極めたという。そうした中から数々の発明が生まれたのである。その一つに彼の事業を大きく発展することになった発明、空気の利用による易反応性亜酸化鉛粉製造法がある。もともと、X線装置用の蓄電池の製造のために、1917年(大正6年)日本電池(株)を創立していたが、鉛粉製造の発明は海軍の潜水艦用蓄電池の大量受注により社業を大きく発展しただけでなく、1929年(昭和4年)鉛粉塗料の会社、大日本塗料(株)の設立へと繋がった。

彼の発明家として、事業家として成功に導いたのは、人一倍の努力と研鑽を重ね実行する彼の性格、激しくまた厳しい性格によるものである。それを端的に表わしているのが1939年(昭和14年)彼の示した家訓・社是である。

事業の邪魔になる人

1. 自己の職務に精進することが忠義である事を知らぬ人
2. 共同一致の融和心なき人
3. 長上の教へや他人の忠告を耳にとめぬ人
4. 恩をうけても感謝する心のない人
5. 自分のためのみ思ひ他人の事を考へぬ人
6. 金銭でなければ動かぬ人
7. 艱難に堪へずして途中で屈服する人
8. 自分の行ひに就いて反省しない人
9. 注意を怠り知識を磨かぬ人
10. 熱心足らず實力なきに威張り外見を飾る人
11. 夫婦睦じく和合しない人
12. 物事の軽重緩急の区別の出来ぬ人
13. 何事を行ふにも工夫をせぬ人
14. 國家社会の犠牲となる心掛のない人
15. 仕事を明日に延す人

家庭を滅す人

1. 自分の一家と國家との繋りを知らぬ人
2. 両親及び兄弟を敬はず夫婦和合せぬ人
3. 身分相應を忘れる人
4. 毎日不平を言うて暮す人
5. 相互扶助を知らぬ人
6. 嘘を言ひ我儘を平氣でする人
7. 不用の物を買ひたがり無駄事に多くの時間をつぶす人
8. 夜ふかし朝寝をし實力を養成しない人
9. 失敗したとき勇気を失ふ人
10. 非禮なことを平氣でする人
11. 今日積む徳が明日の出世の因となることを知らぬ人

12. 先輩を軽んじ後輩に親切を盡さぬ人
13. 他人の悪口を言ひ争ひを好む人
14. 秩序を守らぬ人
15. 今日一日の無事を感謝せぬ人

以上の三十ヶ条はいづれも處世の要道であつて十分に之を理解し且つ實行に努むる時は

1. 職務上獨特の技倆を發揮して無くてはならぬ人となり
2. 人格を向上し正確を圓滿ならしめ諸人の愛敬を受け
3. 以て立身立家立国の三大任務を完成することが出来る

然るに 若し之を讀むも皮相にして底の心理を味解するに至らず或はたゞ知るのみにし

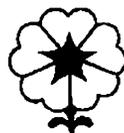
て之を貫き行ふの熱意を缺く者は必ず一身一家を破滅の淵に陥れるのである。

以上の二代目島津源蔵の示した家訓・社是は、67年経た今日なお国民として、社会人として、家庭人として、そして何よりも人として欠かせないことばかりである。しかし、今日ではこの家訓・社是の示す倫理の喪失が、政治家から官僚、財界人、教育者、医師、一般国民に至るまで、大人から子供まで、都会から田舎に至るまで広く蔓延し、犯罪を招いている。これは戦後の小学校から大学までの教育の根本的な誤りに基因していると思えてならない。

1951年（昭和26年）二代目島津源蔵は82歳で永眠した。

阿倍野区の花 モモ、ペチュニア

ももはその形や色、ほのかな甘い香りが親しまれており、古くから区内に多く見られ、桃ヶ池公園など名所があること、ペチュニアは花数が多く色彩豊かなうえ、開花期間が長く育てやすく、市街地景観にマッチするということから選ばれました。



O C O A 年表

きのと さる
平成 16 年 (乙 申) - 2004 年

J C O A		
【学 会】	第 17 回 6 月 12 日・13 日	つくば
【研修会】	第 31 回 10 月 9 日～11 日	札幌
O C O A (会長 松矢浩司)		
【研修会】		
4 月 10 日	近畿大学医学部整形	田中清介
5 月 29 日	大阪大学整形 九州大学病院 リハビリテーション部	菅野伸彦 三浦裕正
6 月 26 日	姫路赤十字病院整形 久留米大学整形	青木康彰 永田見生
7 月 17 日	近畿大学医学部堺病院整形 和歌山県立医大整形	菊池 啓 吉田宗人
8 月 28 日	日大医学部内科学講座 大阪市大整形	村上正人 香月憲一
9 月 25 日	清恵会病院整形 大阪厚生年金病院整形	坂中秀樹 大脇 肇
10 月 23 日	関西医大リハビリテ ーション科 大阪大学応用医工学	菅 俊光 菅本一臣
11 月 13 日	大阪医大麻酔科 名鉄病院整形	南 敏明 杉本勝正
1 月 29 日	大阪南医療センター整形 熊本リハビリテーション病院	齋藤正伸 山鹿真紀夫
2 月 12 日	近畿大学医学部堺病院整形 京都大学整形	辻本晴俊 中川泰彰
3 月 26 日	大阪医科大 東京女子医大付属膠原病 リウマチ痛風センター	藤原憲太 山中 寿
J O A (日整会)		
【学 術 集 会】	5 月 22 日～23 日	神戸 東北大 国分正一
【骨・軟部腫瘍】	7 月 15 日～16 日	東京 癌研病院 川口智義
【基 礎】	10 月 21 日～22 日	東京 福島医大 菊地臣一

正月元旦からキナ臭い。小泉首相靖国参拝。
思った通り中韓は敏感に反応。しかし口先だけで国民に嫌日感情を抱かせたいと思惑ありあり。

麻原インチキ教祖の一審判決は死刑。当然と思うのは素人、三百代言の弁護士団は上告すると。4 月年金法の審議中に政治家共が年金を払っていないことが発覚。大荒れ国会になる。5 月民主党代表に岡田克也氏。

6 月三菱自動車の欠陥隠しが発覚。この欠陥で死者も出た。三菱は潰れるか。

7 月参議院選挙で自民惨敗。全国的に猛暑、東京では過去最高の 39.5℃ を記録。

10 月ビン・ラディンが米国同時多発テロに関与していたと認める。10 月 22 日新潟中越地震 (M・5.8) 震度 7 を記録。死者 40 人。皆川優太君の生き埋めからの生還は感動的。

11 月新札登場、福沢先生はそのまゝ、樋口一葉が 5,000 円札、野口英世が 1,000 円にと様変わり、これも女尊男卑? しかしそれまでの駆け込みの偽札事件がピタリと止まる。

奈良市で小 1 女児誘拐して殺害。変質者を早く取締って欲しいと父母の切実な訴え。オレオレ詐欺が横行、警察庁では「振り込め詐欺」と命名。

12 月 26 日インドネシアスマトラ島沖大地震 (M・9.0) 発生、死者 12 万 3,000 人とインドネシアのみならず、タイ、ビルマ、セイロン島、東アフリカにも被害拡大。

本年は四年毎のオリンピック。アテネで開催され、東京五輪に並ぶ金メダル 16 個を奪り取ったのは立派。谷亮子の二連覇を皮切りに野村など柔道勢の活躍。北島康介の平泳ぎ 2 冠、陸上ハンマー投げ室伏廣治、女子マラソンの野口みずきも。体操男子団体金と嬉しくてしょうがない。イチローアメリカ大リーグで年間最多安打記録 257 本を 84 年振りまで 262 本へ更新。

パリーグの再編では新球団は「楽天」に。

訃報：2 月ジャズピアニスト世良譲 71 歳。3 月にはドリフターズのいかりや長介 72 歳。4 月浪速の男優芦屋雁之助 72 歳、6 月ロナルド・レーガン米元大統領 93 歳で。国語学者金田一春彦 91 歳。受験の時にはお世話になりました。7 月鈴木善幸元首相 93 歳。ゴッドファーザーのマーロンブランド 80 歳、200 キロ以上にも肥満したまゝ絶命。9 月元東大総長の林健太郎 91 歳は安田闘争で男を上げた。9 月小説家水上勉は 85 歳で逝く。フランソワーズ・サガンは「悲しみよこんにちは」69 歳はまだ早かった。

11 月元衆議院議長原健三郎は淡路島出身 97 歳。新国劇でのスター島田正吾 85 歳。しぶとかったヤセル・アラファト 75 歳、パレスチナ自治を建上げたが、その遺産は「こゝ掘れワンワン、ザックザク。」か。12 月伊の名ソプラノ歌手レナータテバルディ 82 歳。

ひのえ とり
平成 17 年 (丙 酉) - 2005 年

J C O A			
[学 会]	第 18 回 6 月 18 日・19 日		宮崎
[研修会]	第 32 回 10 月 8 日～10 日		千葉
O C O A (会長 松矢浩司)			
[研修会]			
4 月 9 日	奈良県立医大整形	玉井 進	
5 月 28 日	奈良県立医大整形	田中康仁	
	東京大学院身体教育学	武藤芳照	
6 月 25 日	大阪市大大学院整形	家口 尚	
	千葉大大学院整形	高橋和久	
7 月 16 日	関西医大	笹井邦彦	
	埼玉医大消化器肝臓内科	太田慎一	
8 月 20 日	公立玉名中央病院	中野哲雄	
	星ヶ丘厚生年金病院整形	濱田雅之	
9 月 24 日	北摂総合病院	木野昌也	
	静岡リウマチ整形外科病院	福岡重雄	
10 月 22 日	大阪大学整形	橋本 淳	
	近畿大学整形	松村文典	
11 月 26 日	奈良県立医大整形	稲田有史	
	兵庫医大整形	吉矢晋一	
1 月 28 日	慈泉会相澤病院	夏井 睦	
	大阪市大整形	北野利夫	
2 月 18 日	大阪医大整形	岸本郁男	
	大阪府立大総合リハビリ		
	テーション学部	史野根生	
3 月 25 日	大阪厚生年金病院整形	正富 隆	
	名古屋大整形	石黒直樹	
JOA (日整会)			
[学 術 集 会]	5 月 12 日～15 日	横浜	
	慈恵医大	藤井克之	
[骨・軟部腫瘍]	7 月 21 日～22 日	横浜	
	聖マリアンナ医大	青木治人	
[基 礎]	10 月 20 日～21 日	伊勢	
	三重大	内田淳正	

昨年から騒々しい IT 関係。ライブドア 2 月にニッポン放送に敵対的 TOB を仕掛け、10 月には楽天も TBS 買収に乗り出す。3 月からは愛知万博開催 2,205 万人が訪れる。4 月には中国は小泉首相の靖国神社参拝、国連常任委入り、東支那海ガス田開発等の争点を問題にして、大規模な反日官製デモを仕掛けた。アスベストによる健康被害の虞れが拡がってアスベスト除去に大童の行政。もう遅いか？

4 月福知山線尼崎でのスピード出しすぎ脱線事故で 107 名死亡、555 人が負傷。

マンションやホテルの耐震強度偽装が発覚して、どこに責任があるのか行政と民間検査機関との醜い責任逃れの構図は改革が軌道に乗っても同じこと。

6 月天皇后両陛下はお揃いで南の島サイパン島を戦没者慰霊の為ご訪問。8 月超大型ハリケーン「カトリーナ」米南部のニュー・オーリンズを直撃 1,200 人の死者。

7 月ロンドンで同時テロ、続いてエジプト、その後 10 月はインドネシアバリ島、11 月にはヨルダンと大規模テロが相次ぐ。

中国が買漁る原油は高騰 1 バレル 70 ドル突破。日本人野口聡一さんを乗せたスペースシャトル「ディスカバリー」発射成功。

アジア～ヨーロッパの各国で鳥インフルエンザウイルスによると思われる野鳥・家禽死亡例多数。

8 月猛暑の中での衆議選は郵政改革の旗を掲げた、小泉自民党の圧勝。80 名を越す小泉チルドレン誕生。皇室典範改正の有識者会議が女系及女性天皇容認の答申。

下校時の一瞬を狙った卑怯な小学生誘拐殺人事件相次ぎ、子を持つ親達の心痛と不安はエスカレート。31 年振りヴァレンタイン・ロッチがプロ野球日本一に。思い出しても口惜しい、阪神惨敗！サッカー W 杯への道程はまずまず。連続 3 度目の出場で果たして 3 度目の正直になるか。

訃報：2 月アメリカ文学の第一人者アーサーミラー逝く、「セールスマンの死」等。3 月大阪落語の第一人者上方落語協会会長、桂文枝、4 月ローマ法王パウロ II 世死去、その葬儀には世界中からヴァチカンへ 100 万人が集った。

5 月大相撲二子山親方、6 月食道癌手術の第一人者であった東医大消化器病センター名誉所長の中山恒明逝去「白い巨塔」のモデルだった？

9 月日本に流通革命を齎した中内功ダイエー社長が死去。

12 月にはプロ野球オリックス前監督仰木彬氏も逝く。

(文責 参与 丹羽権平)

〇〇〇A総会の報告

第30回大阪臨床整形外科医会定時総会

日時：平成18年4月15日（土）

会場：大正製薬株式会社 大阪支店 6階ホール

第30回 大阪臨床整形外科医会定時総会 3:30~4:00pm

1. 開会宣言 栗本 一孝 副会長
2. 会長挨拶 松矢 浩司 会長
3. 黙 禱 故久保俊雄先生（旭区高殿にてご開業）を偲んで
4. 参与への感謝状贈呈 松矢 浩司 会長
参与候補者 甲斐敏晴 小松堅吾 丹羽権平 服部良治
三橋二良 山本光男 吉中正好 の各先生方へ
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17年度庶務および事業報告について承認を求める件
早石 雅宥 副会長
第2号議案 平成17年度収支決算について承認を求める件
森本 清一 会計担当理事
第3号議案 平成18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18年度収支予算案について承認を求める件
森本 清一 会計担当理事
第5号議案 会則の変更の承認を受ける件
澤田 出 会則担当理事
第6号議案 平成18年度新役員選出の件 松矢 浩司 会長
6. 次期会長挨拶 新会長
7. 花束贈呈 松矢浩司会長に感謝して
8. 閉会宣言 新副会長

総合司会 栗本一孝 副会長

《第1号議案》

平成17年度庶務及び事業

(1) 会員動態

平成17年4月1日	会員数	416名	
	顧問	6名	
	名誉会員	12名	計434名
平成18年4月1日	会員数	429名	
	顧問	5名	
	名誉会員	12名	計446名

平成18年4月1日までの入会者・退会者氏名

- 【新入会24名】金田隆義・西野佳浩・高山昌義・西浦道行・高田敬蔵・浦勇武志
桑 敏之・和田 誠・牧野 正・高谷泰輔・矢野博志・王 正道
井上 剛・綿谷勝博・山田純司・奥野雅男・橋本 規・前田莊二郎
浜 直・秋野一男・天野祐一・中野彰夫・西口豊憲・津森孝生
- 【退会者10名】三木春一郎・松本廣司・中川英隆・上川英徳・小川政明
野々上泰信・井上博夫・伊藤忠信・青野 壽・尾辻浩二
- 【物故者1名】久保俊雄

(2) 研修会

- 平成17年度第1回研修会(158回)日時:H17.4.9(土) 68名 PM4:00～
会場:大正製薬株式会社大阪支店(大正富山医薬品)
総合司会 栗本 副会長
- 1) 演題:「整形外科領域におけるマイクロサージャリーの応用」
講師:奈良県立医科大学整形外科名誉教授 玉井 進
座長 三橋理事
- 平成17年度第2回研修会(159回)日時:H17.5.28(土) 236名 PM4:00～
会場:ウェスティンホテル大阪(エーザイ)
総合司会 三村理事
- 1) 演題:「足の外科最近のトピックス(スポーツ障害を含む)」
講師:奈良県立医科大学整形外科講師 田中康仁
座長:五島理事
- 2) 演題:「スポーツ医学と介護予防の実践・教育」
講師:東京大学大学院教育学研究科身体教育学講座教授
東京厚生年金病院整形外科客員部長 武藤芳照
座長:松矢会長
- 平成17年度第3回研修会(160回)日時:H17.6.25(土) 293名 PM4:00～
会場:ホテル阪急インターナショナル(小野薬品)
総合司会 三浦理事
- 1) 演題:「骨軟部腫瘍診療における pitfall」
講師:大阪市立大学大学院医学研究科整形外科 家口 尚^{まこと}
座長:阪本理事

2) 演題：「腰部脊柱管狭窄症の病態と治療」

講師：千葉大学整形外科助教授 高橋和久

座長：栗本副会長

■平成17年度第4回研修会(161回)日時：H 17. 7. 16(土) 154名 PM 4:00～

会場：ウェスティンホテル大阪(大塚製薬)

総合司会 白川理事

1) 演題：「低侵襲脊椎手術」

講師：関西医科大学整形外科講師 笹井邦彦

座長：藤本啓治理事

2) 演題：「リウマチ疾患等の治療における、NSAIDの使い方

－副作用発現予防の為に－

講師：埼玉医科大学消化器・肝臓内科教授 太田慎一

座長：小林副会長

■平成17年度第5回研修会(162回)日時：H 17. 8. 20(土) 236名 PM 4:00～

会場：ヒルトンホテル(旭化成)

総合司会 澤田理事

1) 演題：「骨粗鬆症性椎体骨折と腰背部痛」

講師：公立玉名中央病院 副院長 中野哲雄

座長：森本理事

2) 演題：「中高年の膝スポーツ傷害」

講師：星ヶ丘厚生年金病院整形外科部長 濱田雅之

座長：右近理事

■平成17年度第6回研修会(163回)日時：H 17. 9. 24(土) 236名 PM 4:00～

会場：ヒルトンホテル(第一製薬)

総合司会 中川理事

1) 演題：「患者の安全、特に外来診療における安全性の向上」

講師：北摂総合病院院長(大阪医科大学臨床教授) 木野昌也

座長：栗本副会長

2) 演題：「整形外科の外傷性疾患およびスポーツ障害分野への実地応用」

～プロサッカーチームドクターとしての責任と役割～

講師：静岡リウマチ整形外科病院スポーツクリニック 福岡重雄

座長：早石副会長

■平成17年度第7回研修会(164回)日時：H 17. 10. 22(土) 188名 PM 4:00～

会場：ヒルトンホテル(帝人)

総合司会 森下理事

1) 演題：「脊柱管狭窄症の診断と治療」

講師：近畿大学整形外科講師 松村文典

座長：永田理事

2) 演題：「新しい骨代謝マーカーを求めて

－骨代謝マーカーの基礎的な理解と今後の発展－

講師：大阪大学整形外科講師 橋本 淳

座長：岸本理事

■平成17年度第8回研修会(165回)日時:H 17. 11. 26(土) 194名 PM 4:00～
会場:グランヴィア(久光)

総合司会 柴田理事

1) 演題:「人工神経・再生医療を用いたカウザルギーに対する新しい治療法」

講師:稲田病院院長

京都大学再生医科学研究所臓器再建応用分野非常勤講師

奈良県立医科大学 整形外科 麻酔科 耳鼻咽喉科

救急医学高度救命センター非常勤講師 稲田有史

座長:五島理事

2) 演題:「膝関節外科・スポーツ医学における新世代の治療」

講師:兵庫医科大学整形外科教授 吉矢晋一

座長:早石副会長

■平成17年度第9回研修会(166回)日時:H 18. 1. 28(土) 276名 PM 4:00～
会場:全日空(日本臓器)

総合司会 岸本理事

1) 演題:「新しい創傷治療」

講師:特定医療法人慈泉会 相澤病院 傷の治療センター長 夏井 睦

座長:白川理事

2) 演題:「診断が難しい小児の下肢痛—その診断へのアプローチ—」

講師:大阪市立大学整形外科講師 北野利夫

座長:古瀬理事

■平成17年度第10回研修会(167回)日時:H 18. 2. 18(土) 263名 PM 4:00～
会場:グランヴィア(科研)

総合司会 阪本邦雄理事

1) 演題:「人工股関節置換術周辺の留意点」

講師:大阪医科大学整形外科講師 岸本郁男

座長:大島理事

2) 演題:「膝関節靭帯・軟骨(半月を含む)損傷の治療」

講師:大阪府立大学 総合リハビリテーション学部教授 史野根生

座長:天野理事

■平成17年度第11回研修会(168回)日時:H 18. 3. 25(土) PM 4:00～
会場:帝国(武田)

総合司会 今井理事

1) 演題:「リウマチ上肢の再建術と適応」

講師:大阪厚生年金病院整形外科部長 正富 隆

座長:北野理事

2) 演題:「関節リウマチに対する薬物治療戦略

—現状と将来展望—」

講師:名古屋大学大学院医学系研究科

機能構築医学専攻運動・形態外科学教授 石黒直樹

座長:栗本副会長

(3) 平成 17 年度各種会議の開催及び出務状況

4 月

- 9 日 (土) OCOA 定時総会第 1 回研修会 (大正製薬大阪支店)
- 16 日 (土) 近畿ブロック会 (滋賀・・・京都) 多数参加
- 24 日 (日) 第 1 回 JCOA 理事会・・・ 澤田、長田
- 29 日 (祝) JCOA 第 1 回社会保険等検討委員会・・・岩本

5 月

- 11 日 (水) 日本整形外科学会
JCOA の代議員懇談会・・・JCOA 代議員
- 22 日 (日) 第 41 回 OCOA ゴルフコンペ (北六甲カントリークラブ)
- 28 日 (土) 第 2 回研修会、骨と関節の日の準備委員会
- 29 日 (日) JCOA 第 1 回医療システム委員会・・・西川、澤田、長田
JCOA 第 1 回無床診WG 委員会会議・・・矢倉

6 月

- 4 日 (土) 第 2 回 OCOA 理事会 (リバーサイドホテル)
- 5 日 (日) JCOA 第 1 回組織拡大委員会 (日)・・・福井
- 18 日 (土) JCOA 代議員会及び総会 澤田、長田、松矢ほか
- 19 日 (日) 第 18 回 JCOA 学会 (宮崎)
- 25 日 (土) 第 3 回研修会

7 月

- 10 日 (日) JCOA 第 2 回社会保険等検討委員会・・・岩本
- 16 日 (土) 第 4 回研修会、日本運動器リハビリテーション評議委員会 (広島)
- 24 日 (日) JCOA 第 1 回「骨と関節の日」委員会・・・黒田

8 月

- 7 日 (日) JCOA 第 1 回会則等検討委員会・・・澤田
- 20 日 (土) 第 5 回研修会
- 27～28 日 JCOA 理事会 地区代表、一般会員との懇談会・・・松矢、早石、
西川、澤田、長田、黒田ほか
- 28 日 (日) 第 2 回 JCOA 理事会・・・澤田、長田

9 月

- 3 日 (土) 第 3 回 OCOA 理事会 (全日空ホテル)
- 10 日 (土) JCOA 審査委員会会議・・・岩本、小林、長田
- 11 日 (日) JOA 全国保険審査委員会会議・・・岩本、小林、長田
- 16 日 (金) JOA 医療システム検討委員会ならびに「骨と関節の日」記者説明会・長田
- 23 日 (金) JCOA 第 2 回医療システム委員会・・・西川、澤田、長田
- 24 日 (土) 第 6 回研修会
広報臨時編集会議 古賀他

10 月

- 2 日 (日) JCOA 第 1 回福祉委員会・・・吉川
- 8～10 日 第 32 回 JCOA 研修会 (千葉) 多数参加
- 9 日 (日) JCOA 各県代表者会議・・・松矢、澤田、長田

- 22日(土) 第7回研修会
 30日(日) JCOA 第3回社会保険等検討委員会・・岩本
- 11月
- 12日(土) JCOA 近畿ブロック会 (OCAO 主催ニューオータニ) 18名参加
 13日(日) JCOA 第2回無床診WG委員会・・矢倉
 19日(土) OCAO 第2回経営セミナー (帝国ホテル)
 JCOA 名誉会員との懇談会・・堀木、澤田、長田
 20日(日) JCOA 第3回医療システム委員会・・西川、澤田、長田
 JCOA 全国柔整審査委員会議・・服部、坂本、西川、澤田、長田
 23日(祝) JCOA 第1回学術研修専門医制度委員会・・右近、長田
 JCOA 第1回学術研修・理学療法合同委員会・・右近、長田
 26日(土) 第8回研修会
- 12月
- 3日(土) OCAO 第4回理事会 (アートクラブ)
 11日(日) JCOA 第3回理事会・・澤田、長田
 17日(土) JOA 医療システム検討委員会・・長田
- 平成18年1月
- 15日(日) JCOA 第2回「骨と関節の日」委員会・・黒田
 28日(土) 第9回研修会
 広報定例編集会議 古賀
 29日(日) JCOA 第4回社会保険等検討委員会・・岩本
- 2月
- 5日(日) JCOA 第2回学術研修・理学療法合同委員会・・右近、長田
 18日(土) 第10回研修会
 19日(日) JCOA 第4回理事会・・澤田、長田
 25日(土) JOA 医療システム検討委員会・・長田
 JOA・JCOA 合同医療システム委員会・西川、澤田、長田
 JCOA 医療システム委員会・・西川、澤田、長田
- 3月
- 5日(土) JCOA 第2回組織拡大委員会・・福井
 11日(土) JCOA 病院部会役員会・・河合
 12日(日) JCOA 病院部会
 25日(土) 第11回研修会

(4) OCOA 各種プロジェクト委員会

- ① OCOA「骨と関節の日」準備委員会
(天野, 松矢, 黒田, 栗本, 澤田, 茂松, 五島, 西川, 小林, 山本, 他)
- ② 府医交通事故医療委員会(八幡, 石川, 越宗, 長嶋, 行岡, 長田, 辻, 服部, 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, 越宗, 坂本, 茂松, 武田, 反田, 中嶋, 服部, 行岡, 他)
- ⑤ 労災保険診療審査会 【月2回】
(八幡, 長田, 坂本, 服部, 茂松, 松矢, 石井, 頼, 楠, 上田, 他)
- ⑥ 社会保健診療報酬支払い審査委員会【毎月】(三橋, 八幡, 天野, 石井, 岩本, 小林, 右近, 他)
- ⑦ 国民保険診療報酬支払い審査委員会【毎月】(上田, 武田, 他)
- ⑧ 府医産業医部会常任委員会 【年9回】(八幡, 他)
- ⑨ 府医医学会運営委員会 【毎月】(小林, 他)
- ⑩ 府医医事紛争特別委員会 【毎月】(濱田, 八幡, 坂本, 木下, 萩野, 森下, 他)
- ⑪ 府医救急・労災医療関係会議 (堀木・茂松, 他)
- ⑫ 国保柔整施術療養費審査会 【月2回】(三橋・坂本・服部・上田・古賀・西川, 他)
- ⑬ 社保柔整施術療養費審査会 【月2回】(堀木, 河合, 長田, 広瀬, 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・三橋・坂本・長田・服部, 他)

(5) 福利・厚生事業

- ① 平成17年5月22日
第41回OCOAGOLFコンペ(北六甲カントリークラブ)で開催された。
- ② 平成17年11月20日
第42回OCOAGOLFコンペ(北六甲カントリークラブ)で開催された。

(6) 広報事業

① 第31号〇〇〇A会報発行【H.17.7】(担当理事 丹羽・他)

② 平成17年度「骨と関節の日」行事報告

(1) 茨木市

日時:17年10月6日(木)2時~4時 場所:茨木市福祉文化会館(オークシアター)

担当者:茂松茂人、大島正義

演題:靴による足の障害(スポーツ障害も含む)や病気について

講師:第二警察病院整形外科部長 森川 潤一 先生

講演参加者 86名(芳名録より)骨塩測定35名、健康相談20名

体操指導参加者20名程度 アンケート54名

出務者 〇〇〇A理事 大島正義 今井秀 白川貴浩

会員 高島孝之 眞下武巳 三木正士 先生

(2) 住吉区

日時10月8日(土)健康まつり 開会 午後1時 講演午後1時30分より

開催場所 住吉区民ホール 住吉福祉センター

代表者 三橋二良 住吉区医師会長

講演:スポーツ傷害は予防できるか

講師:びわこ成蹊スポーツ大学教授 大久保 衛 先生

総入場者約350名(昨年度1500名) 講演聴講者約250名、体力測定69名、

スポーツ外傷相談53名(出務5名) 骨塩量測定152名(出務2名)アンケート141名

その他 体脂肪測定137名 食生活診断46名など

(3) 堺市

日時 10月8日(土) 午後2時より午後6時、午後3時より講演会

開催場所 堺市総合福祉会館

代表者 中村英健(堺市医師会整形外科医会会長)

担当者 黒田晃司 理事

講演:スポーツ傷害の考え方とその対策 講師 斧出 安弘 先生

講演:中高年のスポーツ傷害 講師 頼 功 先生

講演聴講者46名 アンケート回収26名

(4) 大阪府医師会館

日時:17年10月15日(土)2時~5時

場所:大阪府医師会館 担当者 岸本成人 理事

講演1:肘のスポーツ障害 講師:関目病院 広岡淳先生

健康ストレッチ体操 築山 和司先生

講演2:膝のスポーツ障害-年代別特徴 講師:大阪労災病院 堀部秀二先生

講演53名 骨塩量測定20名 アンケート26名

担当者コメント:講演の内容はプロ野球選手のこと等も具体例として出され、非常に一般向けとして濃い内容のものでした。しかし、聴衆の数は、例年の約半数であり、天候が悪かったのと、テーマが老人向けでなかったのが原因と考えられました。またチラシに会場の付近図がなく場所が分かりにくかったのかも知れない

いと思われました。

出務者 岸本 成人、藤本 啓治、福井 宏有、中川 浩彰、山口 康二、吉川 隆啓
孫 瑠権、坂本 徳成、黒田 晃司
松矢 浩司、早石 雅宥、栗本 一孝、小林 正之

(5) 羽曳野医師会

日時 10月16日(日) 健康まつり 開催場所 羽曳野市立保健センター

担当者 増田 博 羽曳野市医師会副会長

演題 自分の健康は運動で守りましょう—スポーツ整形外科医の立場から

講師 医療法人永広会島田病院院長 島田 永和先生

講演会出席者58名、骨塩量測定者 683名、整形外科健康相談者65名 アンケート32名

担当者コメント：反省点は講演会の広報活動が少なかったので、もう少し宣伝をすれば、もっと多数の方が出席してくれたのではと思います。

(6) 西成区

『骨と関節の日』の行事として、10月22日(土)西成区民センターにおいて、『西成区みんなの健康展』に相乗りし骨塩定量および整形外科専門医によるその説明を行った。

1時半から3時半までで、約150名の方が来られた。

担当医師は、竹中稔幸、長谷川秀太、三浦光也、三村和博、森本清一の5名。

機器提供は千田医療器株式会社(無料)2台 森整形外科(森泰寿院長)1台

機器取扱い千田医療器株式会社より2名 および森本ミエ子(森本清一先生夫人)

- ③ インターネットのホームページを通じて、各種O C O Aの学術講演会やその他の活動を公開した。(J C O A ML管理者 澤田出理事 O C O A ML管理者 岸本成人理事)
- ④ 大阪臨床整形外科医会会員名簿発行(担当：森本理事 他)
- ⑤ F A X網の整備をF-N E Tによって行った。

《第2号議案》

平成17年度 OCOA 会計報告

一般会計収支報告書

平成18年1月31日現在 (単位 円)

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	11,660,032	JCOA会費・入会金	9,960,000
会費・入会金	15,142,000	会報作成費	1,936,805
会報広告収入	825,000	通信費	241,087
府医師会助成金	300,000	福利厚生費	150,000
受取利息	1,206	出務手当・交通費	724,000
		事務費	100,113
		理事会・会議費	391,443
		ホームページ維持管理費	44,100
		雑費	3,840
		次期繰越金	14,376,850
合計	27,928,238	合計	27,928,238

財産目録

府医師信用組合定期貯金	4,731,717
府医師信用組合普通貯金	8,690,661
りそな/萩之茶屋普通預金	610,378
現金手許有高	344,094
合計	14,376,850

学術会計収支報告書

収 入 の 部		支 出 の 部	
項 目	金 額	項 目	金 額
前 期 繰 越 金	7,185,630	認 定 料・ 申 請 料	178,700
受 講 料 日 整 会	2,527,000	事 務 費	178,770
リウマチ財団	211,000	骨 と 関 節 の 日	695,915
リ ハ ビ リ	40,000	出 務 手 当・ 交 通 費	50,000
骨と関節の日 協賛金	500,000		
府 医 師 会 助 成 金	100,000		
受 取 利 息	414	次 期 繰 越 金	9,460,659
合 計	10,564,044	合 計	10,564,044

財産目録

府 医 師 信 用 組 合 定 期 貯 金	1,508,382
府 医 師 信 用 組 合 普 通 貯 金	4,063,716
りそな/萩之茶屋普通預金	3,656,891
現 金 手 許 有 高	231,670
合 計	9,460,659

監 査 報 告 書

大阪臨床整形外科医会殿

平成 17 年度の大阪臨床整形外科医会の歳入歳出につき、平成 18 年 2 月 25 日、慎重に監査いたしましたところ、適切に処理、管理されていることを認めます。

平成 18 年 2 月 25 日

監事 い 松 堅 吾 

監事 服部 良 治 

(Ⅲ) 平成18年度事業計画案

日本財政再建で始まった小泉構造改革の流れの中で厚生労働省が今国会で提出する医療制度改革関連法案も審議されないまま衆議院を通過しそうな気配である。偽メールに乗った永田民主党議員の騒動で民主党は自滅した。数の理論で優位な自民党の法案は抵抗も無く全て決定される模様である。健保法改正案、医療法等改正案の中で混合診療問題も対応可能とされ、その上介護報酬改定案も概ね国会を通過する。整形外科の診療報酬の改定ではリハビリテーションの分野で切り捨てが行われる時、辛うじてJOA、JCOAのトップが共同で厚生労働省に陳情し、このたびの運動器リハビリテーション研修会の開催となった。これで得た資格をもって何がしかの診療報酬の確保を得ようと言うわけである。3月6日に診療報酬の青本の印刷は終了したが私たち医師にはその施行細則は未だ知らされていない。国民の医療に対する厳しい目に曝されながら、より良い医療を心がけているにもかかわらず、報酬だけが毎年下げられていくと言う現実戸惑いを感じる毎日である。勝ち組、負け組、の二極化した厭な世の中で医療人としてこの難局に立ち向かうべく努力していく必要がある。

1. 組織の強化

- (1) JCOA研修会及び学会、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) 会員の権益擁護のため、理事会活動、各種委員会活動を活発に行う。
- (4) 未加入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、日本整形外科学会認定医、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18年度も年10回以上、充実した研修会を開催する。

3. 保健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) 診療報酬、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。
- (3) 医療経営について、セミナーを行う。

4. 医業周辺業種への対策

- (1) 日本一の会員数をバックに、OCO A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

在宅医療、在宅ケア、介護保険制度への対策。

6. 労災保健、交通事故医療、医事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、今回の逡減性導入には、本質的になじまないものとして、強く異論を唱えている。本来、自由診療の分野であるべきと考える。

7. 広報・情報活動

- (1) 会報第32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「肩の痛み」であり、10月8日の「骨と関節の日」前後に、各地でイベントを企画中である。一般市民向けの講演会、骨塩量測定、医療相談などを通じて、多くの市民に向けて整形外科のPRを行う。

8. 福利・厚生活動

会員親睦ゴルフコンペ

第43回ゴルフコンペ 春季コンペ

5月OCO Aコンペ

平成18年5月14日(日曜日)

場所 北六甲カントリー 西コース

OUT IN それぞれ4組づつ、8組32名を確保しています。

9時10分スタート予定です。

第44回ゴルフコンペ 秋季コンペ 検討中

《第4号議案》

平成18年度 OCOA 会計収支予算案

一般会計

(単位円)

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	14,376,850	JCOA会費	10,032,000
会費収入	15,048,000	JCOA入会金	100,000
JCOA入会金	100,000	会報作成費	2,500,000
会費等広告収入	800,000	通信費	400,000
府医師会助成金	300,000	福利厚生費	200,000
受取利息	1,500	出務手当・交通費	1,200,000
		事務費	500,000
		理事会・会議費	1,500,000
		慶弔費	100,000
		ホームページ維持管理費	50,000
		予備費	14,044,350
合計	30,626,350	合計	30,626,350

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	9,460,659	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PR費	1,000,000
リハビリ	100,000	出務手当・交通費	450,000
協賛金	500,000		
受取利息	500	予備費	10,411,159
計	12,561,159	計	12,561,159

《第5号議案》

会則の変更

訂正 青い新しい名簿の会則2ページの 第2章 「目的及び事業」 のところで
 (事業)
 第4条 ① 日本臨床外科医会→日本臨床整形外科医会

変更 青い新しい名簿の会則4ページの 第4章 「役員」 のところで

I 第13条 第1項の変更(追加)案

現行 「会長はこの会を代表し、会務を統括する。」

→ 改正案 「会長はこの会を代表し、会務を統括する。また日本臨床整形外科医会の各県代表者となり、その業務を行う。」

II 13条に7.を設け追加条項を加える案

7.他の機関の役員の選出

- ① 日本臨床整形外科医会の代議員および予備代議員は理事会が会員の中から委嘱する。
- ② 任期、職務は日本臨床整形外科医会会則で定めるところによる。
- ③ 本会役員との兼務、および再任を妨げない。

《第6号議案》

平成18年度 OCOA 理事役員分担表



(参 与)：伊藤成幸 大橋規男 松尾澄正 小杉豊治 吉田正和 河合長兵衛
濱田博明 村上白士 藤原孝義 瀬戸信夫 堀木 篤 木佐貫一成 丹羽權平
(監 事)：服部良治 小松堅吾
(議 長)：堀木 篤
(副議長)：佐藤利行
(裁定委員)：吉中正好 三橋二良 藤原孝義

大阪府医師会・医学会運営委員：小林正之
大阪府医健康相談医：反田英之 新田 望
JCOA 理 事：澤田 出 (地区)
JCOA 代 議 員：早石雅宥 黒田晃司 栗本一孝 森本清一 松矢浩司
JCOA 予備代議員：山本 哲 前中孝文 前野岳敏 五島 淳 小林正之

JOCA 学術研修 : 長谷川利雄
JCOA 運動器の10年 : 黒川隆彦
JCOA 社会保険 : 岩本善介
JCOA 病院WG : 古瀬洋一
JCOA 無床診WG : 矢倉久義
JCOA 福祉制度 : 吉川隆啓
JCOA 組織拡大 : 森本清一
JCOA 会則等 : 中嶋 洋
JCOA 介護保険 : 西川正治
JCOA 学術アドバイザー : 堀木 篤
JCOA 医療システムアドバイザー : 長田 明
大阪症例検討会 : 栗本一孝 岸本成人 古瀬洋一
F - NET 発送センター : 山本 哲
運動器リハビリテーションの医師、セラピスト講習会関係 : 松矢浩司

H18.6.12 (文責早石)

平成 18 年 OCOA 研修会

■平成 18 年度第 1 回研修会 (169 回) 日時：H18. 4. 15 (土) PM 4：00～

会場：大正製薬株式会社大阪支店 (大正富山医薬品)

総合司会 黒田理事

1) 演題：「肘の外傷と疾患の見方、私の経験から」

講師：大阪医科大学 前教授 阿部宗昭

座長 服部理事

■平成 18 年度第 2 回研修会 (170 回) 日時：H18. 5. 13 (土) PM 4：00～

会場：ウェスティンホテル大阪 (エーザイ)

総合司会 森理事

1) 演題：「頸椎変性疾患の診断と治療」

講師：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

座長：武田十四也理事

2) 演題：「RA 最新治療における滑膜切除の意義」

講師：東京女子医大東医療センター 整形外科教授 井上和彦

座長：(次期会長) 理事

■平成 18 年度第 3 回研修会 (171 回) 日時：H18. 6. 24 (土) PM 4：00～

会場：ホテル阪急インターナショナル (小野薬品)

総合司会 三浦理事

1) 演題：「見逃してはならない腰痛疾患－ここに気をつけて！－」

講師：関西労災病院 整形外科部長 大和田哲雄

座長：三村理事

2) 演題：「肩関節疾患の診断と治療－スポーツ障害と鏡視下手術の可能性－」

講師：大阪市立大学大学院医学研究所 整形外科講師 伊藤陽一

座長：柴田理事

■平成 18 年度第 4 回研修会 (172 回) 日時：H18. 7. 22 (土) PM 4：00～

会場：ウェスティンホテル大阪 (中外製薬)

総合司会 三村理事

1) 演題：「外来診療における骨軟部腫瘍の診断と取り扱いの留意点」

講師：大阪医科大学 整形外科助手 植田直樹

座長：森下理事

2) 演題：「変形性膝関節症の保存的治療」

講師：岡山大学医学部・歯学部附属病院 総合リハビリテーション部助教授 千田益生

座長：長谷川理事

■平成 18 年度第 5 回研修会 (173 回) 日時：H18. 8. 26 (土) PM 4：00～

会場：ヒルトンホテル (旭化成)

和医大整形外科 助教授 川上守先生

演題：「変性椎間板の再生と疼痛の制御」

奈良県立医科大学整形外科 臨床教授 尾崎二郎

演題：「肩後方のスポーツ障害：その診かたと治しかた」

■平成 18 年度第 6 回研修会 (174 回) 日時：H18. 9. 16 (土) PM 4：00～

会場：ヒルトンホテル (第一三共製薬)

済生会中津病院整形外科 部長 大橋弘嗣 先生

演題：「人工股関節置換術の適応と限界」

近畿大学整形外科 教授 浜西千秋 先生

演題：「小児整形外科診療のピットフォール」

■平成 18 年度第 7 回研修会 (175 回) 日時：H18. 10. 21 (土) PM 4：00～

会場：ヒルトンホテル (帝人)

関西医科大学整形外科 講師 中村誠也

演題未定 (手の外傷関連)

■平成 18 年度第 8 回研修会 (176 回) 日時：H18. 11. 18 (土) PM 4：00～

会場：ウェスティンホテル (久光)

城西大学薬理学 教授 もりもとやすのり 森本雍憲

(演題：未定、貼付剤の薬効のお話の予定)

大阪大学医学部附属病院未来医療センター

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科 (整形外科) 中村 憲

平成 18 年度第 9 回研修会 (177 回) 日時：H19. 1. 20 (土) PM 4：00～

会場：全日空ホテル (日本臓器)

京都大学国際融合創造センター 創造部門 (生体・医療工学) 教授 富田直秀

(演題：未定、軟骨の再生医療の話)

平成 18 年度第 10 回研修会 (178 回) 日時：H19. 2. 24 (土) PM 4：00～

会場：ホテルグランヴィア (科研)

大阪医大整形外科 講師 中島幹雄

(演題：未定)

平成 18 年度第 11 回研修会 (179 回) 日時：H19. 3. 24 (土) PM 4：00～

会場：帝国ホテル (大塚製薬)

長吉総合病院 院長 梁瀬義章

(演題：未定、医療安全の話)

18 年度第 1 回学術講演会を総会に引き続いて開催いたします。

平成 18 年度第 1 回 (第 169 回) 研修会

総司会 黒田 晃司 理事

〔I〕医薬品紹介

「非ステロイド性消炎鎮痛剤『ロルカム』について」

大正富山医薬品株 医薬情報部

〔II〕特別講演

座長 服部 良治 理事

演題：「肘の外傷と疾患の見方、私の経験から」

講師：大阪医科大学 名誉教授 阿部 宗昭先生

共催：大阪臨床整形外科医会

大正富山医薬品株式会社

会長退任に際して

OCOA 前会長 松 矢 浩 司

この度、大阪臨床整形外科医会会長の任期を満了し、退任致しました。

在任中は、会員の皆様をはじめ、理事役員の皆様から温かいご指導、ご鞭撻を賜り、大過なく任期を全うすることができましたことを、心より厚く御礼申し上げます。

私が、会長職をお引き受けしたのは、初めて医療費のマイナス改定を、日本医師会が受け入れ、特に整形外科がscape・goatとなった年でありました。日本臨床整形外科医会の角南理事長をはじめ、執行部の先生方の忘我の奮闘を目の当たりして、私も勇気付けられました。お陰でその後の会の運営が楽しく、充実したものとなりました。

ボトムアップを基本姿勢とし、40人を越す出席理事役員のご賛同を得ての会務は、執行部としても心強く、スムーズに取り計らうことができました。

セラピスト研修会は、準備期間も短く、開催に反対のあるなかで、又、診療報酬に反映されるかどうか、疑心暗鬼のなかで、トップダウン方式でさせていただきました。

臨時理事会の開催、講師の指名、実行委員の任命も、独断的にさせていただきました。

手頃な研修会場が見つかり、応募状況をみて別室でのスクリーンによる研修会場を確保増設できたのもラッキーでした。

臨時理事会での予想100～150名を大きく上回る316名が、講義と引き続いて行われた試験を受けて下さいました。

準備段階からお世話になった理事役員の皆



様、印刷会社の方々には、資料作成等にご無理をお願いし、多大なご迷惑をおかけしたことをお詫び致しますと共に、感謝申し上げます。

今は、任期を全う出来た充実感と情報が入らなくなった虚無感を味わっております。

任期中、私を支えご協力下さいました会員、理事役員の皆様、執行部の皆様、大学をはじめ、関係各位の先生方へのご恩に報いるために、これからも、世のため、人のため、病める人の為に、尽くさなければと考えております。

今期会長に就任されました早石先生は、卓越した識見と幅広い人脈、行動力を兼ね備えた大阪臨床整形外科医会の顔として誠にふさわしい人物でございます。会員皆様のご協力を宜しくお願い致します。

最後に、OCOAの更なる発展を祈念致しますとともに、今一度お世話になった皆様にも、深甚なる感謝を申し上げます。

第32回日本臨床整形外科医会研修会(千葉)文化講演会 「日本の医療の特徴」(講師 行天 良雄 先生)を聞いて

中央区 長 田 明

- I 今後すすむ最大の特徴
 - ① 人口減少と高齢化 特に後期高齢層の激増
 - ② 過疎化 孤老者への支援
- II 現政権のすすめる方向
 - ① 財政安定のための皆保険をはじめとする社会保障面の見直し
 - ② その一翼として 医療収入の見直し
- III おびえるばかりでなく発想の転換
という面からお話があった。

終戦後、すべてアメリカ、アメリカという方向に動いたなか、アメリカのサムズ准将が1961年にいわゆるサムズプランを提唱し「日本の医療をアメリカ本国の如くにはしてはいけない」と日本に国民皆保険制度を導入させた。その結果、現在の世界に冠たる日本の医療構造が出来上がり、国民はその恩恵に浴している。即ち、誰でも、何処でも、何時でも、平等にいい医療を受ける事が出来るのであるが、国民はこの状態に慣れきってしまい、このことが国民の権利と考えるようになってきている。

しかし現在、人口の老齢化が進み、2007年からは確実に人口の減少化がおこり、ますます人口の老齢化に拍車がかかると言われている。夫を亡くした妻は平均22年生存するという統計が生命保険会社から出ているという。そうすると、今後は、老人医療の問題、介護の問題、そして年金の問題、の3者が浮上するのは当然の事である。

そこで、政府は財政安定のために医療費抑制策を画策し、経済財政諮問会議の提唱のもとに、すべてのものを「官」から「民」へもって行きたい、すべての民営化が主体であるという方向に動いている。「医」は「民」ではだめで「公」の部分が絶対に必要なのである。経済財政諮問会議の考えが通ると、国民皆保険が崩れ、医療の悪い面が強調され、医療を受けたくても受け



られないことも起こる。つまり金がある者は良い医療が受けられるが、貧乏人は十分な医療は受けられなくなる。これはたいへん不幸な事であり絶対に阻止しなければならない。

これらの問題を解決するには、もっとPRが必要である。国民全体を巻き込んだ運動が必要である。医師はもっとものを言うべきである。患者さん一人ひとりにもっともっと説明すべきではないか。大病院での入院が2~3ヶ月で打ち切れ、退院を余儀なくされる問題、手術を受けてもすぐに病院を追い出される問題、治療が必要でも回数が多いからといって診療を打ち切られる問題、一般には何故だか理解されていない。これらの事をよく患者さんに説明しなければならない。最近の医師は患者さんを触らなくなった。極端な場合にはパソコンの画面を見ながら話をして顔を合わせる事すらないという。医師としてあってはならない事である。大いに反省すべきであろう。よく顔を見て、話をし、触って、診断をし、治療をしなければならない。医療の原点に戻るべきである。医はあくまで仁術であるから。

お話をお聞きし、医療人として、医師としてその根底にあるものを、もう一度見据えなければならぬと痛感した。

第32回 JCOA 研修会 腰痛の保存的療法に参加して

富田林市 宮田 重樹

シンポジウム腰痛の保存療法は、一般整形外科医が日々診療に際してとても役に立つ情報が満載でした。参加できなかった会員の先生方に少しでも情報を共有していただきたいと思い、シンポジウムの要旨をまとめましたので、参考になれば幸いです。

1. 薬物療法

函館中央病院 金山雅弘先生のご講演より
神経根症は機械的圧迫と炎症反応によって起こる。発痛物質としてノルアドレナリン、ヒスタミン、セロトニン (5-HT_{2A}) サブスタンス P、ブラディキニン、TNF- α 、IL-1 β などがある。

セロトニン拮抗剤の神経根症に対する効果を見るために、40例の椎間板ヘルニア症例にNSAIDとセロトニン拮抗剤を無作為に投与した研究の結果、アンプラグ 300mg/日 2週間投与で75%が有効でNSAIDとほぼ同等の治療効果を示した。但し、突出型は80%無効で、脱出型は80%有効であった。アンプラグ 2週間投与後にNSAIDが必要になった症例は、38%であった。セロトニン拮抗剤であるアンプラグは、神経根症に対する新しい薬物治療の選択肢になる。但し、現在のところアンプラグは、ASOにしか適応がありません。

2. 画像診断によるヘルニアの経過

千葉大学整形外科助教授

高橋和久先生のご講演より

- ・MRI画像上ヘルニアがあっても症候性のものと無症候性のものがある。その差は、髄核周辺に出現したTNF- α などのサイトカインによって惹起される炎症



(神経根炎)があるか否かである。

- ・脱出型の椎間板ヘルニアが、2-6ヶ月で自然消失すること、症状も3-4ヶ月待てば良くなることが明らかになった結果、椎間板ヘルニアに対しては保存的療法が第1選択となり、手術に至る症例は5%程度となった。平成8年を境に椎間板ヘルニアの手術より腰部脊柱管狭窄症の手術件数のほうが多くなり、最近では8:2で腰部脊柱管狭窄症が多くなっている。
- ・脱出型でも椎管孔に脱出したヘルニアは、症状が長引き、手術に至ることが多い。
- ・椎間板性疼痛：椎間板の損傷部位に神経線維が進入。椎間板性疼痛は、L2神経根を通じて伝達される。椎間板は、交感神経と脊椎洞神経の二重支配。

3. ブロック療法

福島県立医科大学整形外科助教授

紺野慎一先生のご講演より

- ・ブロック治療の第1の目的は、即時的な除痛による患者さんの不安除去。
- ・ブロックに際しての注意点として、神経根ブロックは直接神経根に当てず無用に

痛がらせないようにし、回数は3回までにしている、麻痺のある症例には施行しない。

- ・仙骨部硬膜外ブロックに際して、骨髄内に針先が入らないようにするために刺入中に針先を変えないようにする。
- ・ブロックに対する強い恐怖感を持っている患者さんには行わない。
- ・ブロックに限らずプラセボ効果は大きく、特に即時除痛のブロック治療は患者さんに良くなるという安心感を与えるのでプラセボ効果が大きい。
- ・心理状態の把握にBS-POPを利用している。

◎治療における最も強力な心理的効果は、医師の個人的な力、人柄に負うところが大きい。治療に際して、心理的影響は大きく、安心してもらうことが大事。

◎治療の進め方は、まず内服薬を投与し、効果なければ硬膜外ブロックや神経根ブロックを施行する。但し、患者さんの痛みが非常に強く内服では痛みのコント

ロールが難しい症例には、初診時でもブロック治療を行う。

4. 腰痛に対するリハビリテーションの実際
船橋整形外科 道永幸治先生のご講演より
発症後2週間以上経過した腰痛患者に対し、体幹深部筋の筋力強化と体幹および股関節周囲のストレッチングを8週間施行した。

筋力トレーニングは左右10回ずつ1日に3回、ストレッチングはストレッチ感を感じてから5秒間保持を5回行う。

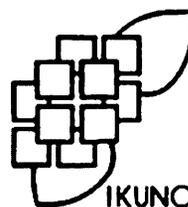
初めからきついと長続きしないので、2段階に分け、4週間後にレベルを上げた。

施行前JOAスコア19.5点が8週間後には24点に改善した。

一般に運動療法は、継続させることが難しいが、患者さんがわかった気になっても繰り返し来院してもらい院内で運動させ、病院管理によってモチベーションを維持することでできた。単に運動指導や腰痛予防の情報提供のみより有効で、高い効果を得ることができた。

生野区の花 アジサイ

花の色が土壌のpH濃度によって様々に変化するので、「七変化」とも呼ばれる。日本原産の最も古いものは、青色だという。花はつぼみのころは緑色、それが白く移ろい、咲くころには水色、または薄紅色。咲き終わりに近づくとつれて、花色は濃くなっていく。



JCOA 研修会(千葉)－教育講演会、特別講演会

広報担当 前野岳敏

平成17年10月9日、10日の2日間、幕張メッセ国際会議場にて千葉きらめき研修会と題してJCOA研修会が行われた。OJCOAからは、松矢会長を始め早石、栗本副会長、伊藤、坂本、服部、丹羽、長田、越宗、澤田、宮田の諸先生方が参加された。

私は10月10日、信原病院院長の信原克哉先生の教育講演会と千葉大整形外科教授、守屋秀繁先生の特別講演会についての印象について報告する。

信原先生は標題『肩関節の診かた』について、基本を解かり易く説明された。まず患者の訴えをよく聞くこと、見て触れて動かしながら診る事の大切さを述べられ、圧痛点、診断のためのブロックを有用に活用し診断を助ける事、さらに各肢位のレントゲン写真、動態関節造影等の画像診断にて確定診断を行う必要がある事、MRIの判読については豊富な知識と経験が要求される等、詳しく述べられた。又、先生の所では三次元MRIシステムを開発され、投球フォーム等の改善を計っておられるとの事であった。特に小生には、肩関節に痛みを訴えて来る患者の約3割が肩甲下滑液胞の閉塞が存在しており運動通の大きな原因となっているとの事であって、そのためには注入圧と運動負荷にて行われる肩関節内減圧法によって約31%拡張させる事ができ、症状の改善が高率にみられるとの事が興味をひいた。

守屋秀繁教授の『変形性膝関節症の診断と治療』では、加齢と共に関節疾患が増加する事は日々経験、認識させられる事であるが、その治療となると大変困難である事を述べられた。講演では女性に多い関節症の原因として、遺伝因子、関節軟骨の加齢変化、外傷、



大腿四頭筋筋力低下、肥満等の複合因子による事がほとんどであり、先生は保存療法として大腿四頭筋筋力増強訓練が最も大切との事を強調されている(素人はやせる事を強いるが)、又薬物療法ではグルコサミン等のサプリメントが話題をよんでいるが、本邦ではその効果は確認されておらず、むしろグルコサミン服用による血糖値の上昇が報告されているとの事である。ヒアルロン酸製剤が出現してからは手術例、特に高位脛骨骨切り術が激減している事により、本剤の有効性は推測可能であるとの事である。

手術法としては旧来より行われて来ている高位脛骨骨切り術、人工関節置換術に加えて、関節鏡視下手術がしばしば行われており、その有効性を強調しておられた。先生はステロイド剤の注入には1万回に1回位の確率で感染の危険性があり、他に骨軟骨の破壊や手術創の治療遅延などがあり注意を要するとの事で、ステロイドを使った経験のある症例はなるべく手術をしないようにしているとの事であった。日常外来でステロイドを最後のたよりにしているわれわれ臨床整形外科医にとっては耳が痛い話であるが、非常に教訓的でもあった。

第32回 日本臨床整形外科医会懇親会

住吉区 越 宗 正 晃

千葉にて32回日本臨床整形外科医会研修会が、10月8日より3日間開催された。

懇親会は10月9日、行天良雄先生の「日本の医療の特徴」、二間瀬敏史先生の「ここまでわかった宇宙の謎」の文化講演のあと、ホテルニューオオタニ幕張の鶴の間にてスタートした。

ジャズ演奏のあと千葉きらめき研修会会長三橋稔先生の「朋あり遠方より来る、また楽しからずや」の開催の挨拶で始まり、日本臨床整形外科医会理事長 角南義文先生の医療界の迷走する現実をいかにするかを多くの友人と語りたいと挨拶され、そのあと日本整形外科学会理事長 越智隆弘先生、千葉県医師会会長 藤森宗徳先生はこの会の準備、運営の苦労に対するねぎらいの言葉をいただいた。

鏡開きのあと、オカリナ伴奏、ゴルフ大会



の表彰式の発表、会食が和気藹々と進行していった。全国より懇親会参加者三百数十名の内、大阪から21名の参加であった。

今回も丹羽先生の奥様の和服姿は落ち着いた風情が感じられた。

医療界の迷走のためか年々この会も地味になってきているように感じられた。



佐原の大祭見物と朝陽の絶景

犬吠埼温泉「ぎょうけい館」宿泊

旭区 伊藤 成 幸

千葉きらめき研修会のオプションツアーEコースに参加してまいりました。私は、はじめFコース南房総の南端に興味があり、それに参加する予定でしたが残念ながら人が集まらず、とりやめとなり急遽Eコースの犬吠埼と佐原の大祭見物に変更いたしました。

私達夫婦は、ホテルニューオータニ幕張のバス乗場にpm. 1:00 出発の直前にたどりつきましたが、バスの中にはすでに各地から参加された方々が乗っておられ、幸いにも私がよく存じあげている京都の土屋先生ご夫妻、岐阜の木田先生ご夫妻がおられ旧交を温めることができました。

出発に先だって研修会長の三橋稔先生が挨拶をされpm. 1:00 かつきりの出発を見送っていただきました。

バスは東関東高速道路を東へ成田を経て、佐原香取で一般道へおり、香取神宮を左に利根川に沿って銚子市に向かう。この道は、国道356号で利根川水郷ラインと呼ばれており、この周辺一帯は、板東太郎の異名をも



1. かもめ橋

利根川にかかる大橋。対岸は茨城波崎町
写真では見られないが風力発電の風車が立ち
並んでいます。



つ利根川下流で豊かな水をたたえた、みずみずしい水田風景の広がる水郷地帯です。見渡すかぎり、広々とした平野で、せいぜい標高300m程の山がある程度の台地と利根川の間は平地で、イチゴやスイカがよくとれるそうです。日本で一番はやく太陽が見える町銚子市に入ると大きな「かもめ橋」がかかり、対岸の茨城県の波崎町へ通じていて、茨城県側には、風力発電の風車が15基ほど並んでいるのが見えます。(写真1)銚子市の沖合には、好漁場があり古くから漁港として栄えていたそうです。町の中に入ると、大きな醤油工場があり、なんとなく醤油のかおりが漂ってくるような感じです。そして銚子の名物は醤油がしっかりからんだぬれおかきだそうです。

銚子電鉄は、総武本線の銚子駅から犬吠そして外川駅まで走っております。遊園地の電車を少し大きくしたような電車で1時間1回位の単線運転です。一度乗りたかったのですが時間の都合がつかず、そのままバスで犬吠駅を横に見ながら地球が丸く見える丘展望館へと到着しました。(画2)銚子半島の先端に近い高台にあって、すでに多勢の観光客がきており、その屋上は、風が非常に強いが見晴らしがよく三方が海に囲まれ、海に向かっ

深瀬日

地球の丸く見える丘展望館
No. 304040
差し込んでください

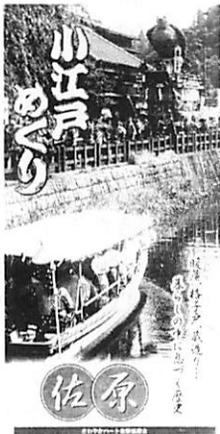


熊子市
地球の丸く見える丘展望館

2. 地球が丸く見える丘展望館入場券

南へ1kmほどの所に「ぎょうけい館」という旅館があり、そこに投宿いたしました。この旅館は、太平洋の荒波、朝日、夕暮れの漁り火等、素晴らしい情景を見ることができ、それをいつくしんで文人、画家（藤村・独歩・夢二等）が好んで泊まった宿だそうです。

温泉で疲れをいやし、夜の会食となりました。（写真4）ここではサンマ、イワシ、サバ、カツオ等がよくとれて、それぞれの刺身がとくにサンマの刺身が名物だそうです。出された



5. 佐原は、水郷地帯として知られ、町並みは、江戸時代の佇まいが残り、小江戸と呼ばれている。

て左側にある岬の先端に犬吠埼燈台が崖の上に立っており、外洋からの波は大きく力強く岩場に打ちよせて雄大な感じですが。（写真3）私は約30分程、360°くると見まわせるこのすばらしい光景に見入っております。

新鮮でおいしく、よく食べ、よく飲み楽しい1日目が終わりました。

翌日は、第1日目と違って変わって朝から秋雨のお見舞いで、なんとなく重たい気持ちで朝食をすませ、佐原の大祭（関東三大山車祭り）を見物に予定通りam.9:00にバスで出発しました。

来た道を逆行し



3. 犬吠埼燈台



4. 第1日目の会食。海の珍味が並んでいる。

て佐原市へと、佐原は水田風景の広がる水郷地帯として知られ、町並みは江戸時代の佇まいが今も残っており、現在小江戸と呼ばれているところです。（画5）そして江戸時代に水運の河港として栄えた町です。市の中心を流れる小野川が利根川に入る所でバスを降り、ここから市内へ川舟に10人ずつ分乗してのりこみ小野川を遡上しました。（写真6）



6. このような川舟に乗って、小野川を遡上して町の中に入ります。



7. 土蔵造りの商家や格子の町屋が並び天保時代のおもかげを残している。

土蔵造りの商家や格子の町屋が立ち並び、天保時代の昔の佇まいを残しているのが見られました。(写真7) 小野川沿いに伊能忠敬旧宅と記念館が川をはさんで立っており、子どもは記念館に入って伊能図(地図)、測量



8. 佐原の大祭のポスターです。それぞれの山車にこのような2~3mの高さの人形をのせて町をねり歩きます。



9. 雨のためビニールで包まれていて、中の人形は見えませんが、引き手の人達が囃子に合わせて踊っております。

器具、遺品等を見学し、そのあと町並みを見ながら、佐原の大祭に繰り出した出車(24台)(有形民俗文化財)を町角のあちらこちらで見物しました。(画8)しかし雨のため高さ7m位の山車の上からすっぽりビニールで包み込まれた人形をビニール越しに見るという状態で少し残念でした。しかし山車をひく人達の衣装は、その所属する町々によって違っており、しかも町角で止まってそれぞれ独特の踊りや囃子を披露してなかなか面白かった。(写真9) 天気よければもっと町中が盛り上がっていたことと思います。

佐原「懐石そう馬」の2階で昼食をとっていましたが、店の前を山車や諏訪神宮の神輿の渡御行列が通り、昼食もそこそこに2階の窓からこれらの行列を見せていただいたあと、なごりおいしいが佐原をあとに幕張へと、楽しい2日間の旅が終わりました。

ゴルフ

豊中市 丹羽 権 平

いよいよJCOA研修会千葉のコンペや、OCOAOも昔は会員多数が参加したんやが。歴代会長の坂本先生、三橋先生、大橋先生、服部先生、河村都容市先生……服部先生などは鹿児島でやったかなあ、優勝しやはってなんと黒牛の肉一頭分か、一年分か貰われたんと覚えとるんやが。今は参加が少うなってしもうて。

さあ、今年のJCOAのコンペ、千葉の成田ゴルフクラブでっせ。成田空港の近くやないか。ジェット機が頭の上すれすれに飛んだら気が散って困らへんかなあ。

「あれ早石先生やおまへんか。相も変わらずお元気ですなあ。あれ別嬪さんを連れて、先生も隅に置けまへんかなあ、北の新地？」

えゝっ、奥さんでっか、これは知らぬことゝは申せ、えらい失礼をばしました。」

えらいこっちゃや、大失敗してしもうたわ。そんでも今迄JCOAでもOCOAOでも、ゴルフの会でもお眼に掛かったことないし、又パーティなどで一度はお眼に掛かっとたら絶対に忘れん程の美人やよってに。今迄は悪い虫ついたらあかんと出し惜しみしてはったんやろか。

えゝっ、三年前からゴルフを始めはった。そんで先生が奥さんに歯が立たん程の腕前に上達しはったんですか。元全日本学生スキーマの代表選手をなさっとったからとか……

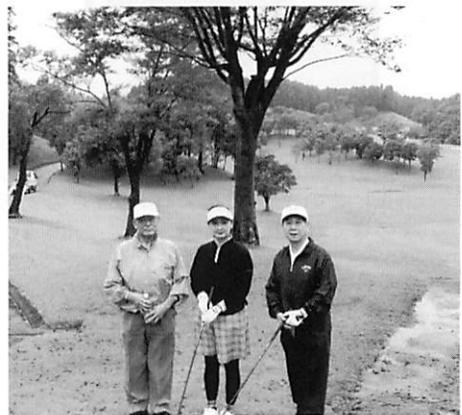
うーん、こら尤もや、元バリバリの運動選手やったら一寸基本を習ったらもうぐいぐい抜かれて、夫婦でニギったら、早石先生の財布は空っぽになってしもうて、奥様はニーコニコ。

阿呆な想像を逞しうしてポーっとしとつたらあかんで早よう着換えんと、スタートに間に合わんで。



しかし同じOCOAOから、私と早石御夫妻だけのゴルフ参加やのに、一緒に回らして呉れたら嬉しかったんやのに。主催者も気い廻して欲しいわ。残念や。せめて御一緒した名誉の為に写真撮らして貰うたのがほーら、この写真でっせ。

まあ関東でせめての記念や。そやけど家に持って帰って見つかったら、うるさいよってにうまいこと隠しとかんとえらいことになりまっせ。



やっぱり頭の上を飛行機が飛ぶとあきまへん。気にしいしいドライバー振ったよって、チョロしてしもうた。

関東のゴルフ場はアップダウンが無い替わりに林の樹の間に入ったら仲々出せへんで。方角違いに打つよりまだチョロの方がましや。あれ、チャンとフェアウェイの一番手前の端に乗っとるやないか。これでよし、これこそドラ短や。

御一緒に回って呉れはるのは滋賀の須津富鵬先生、地元千葉の谷口滋先生と三枝俊夫先生や。皆さん3人共私よりよいスコアで上りはって、私は「百獣の王」も叩いてしもうて恥かしいもんやから御挨拶もそこそこに、文化講演会行きのバスの一番後ろに乗って狸寝入りを決めこんで幕張メッセへ帰って

きました。

しかし負け惜しみ云う様やけど、ショットに入ろうとしたら、頭上すれすれにジェットが轟音を響かせて飛んで行くと、ついつい集中力が落ちてしもうて、ミスショット。やっぱりあれが悪かったんやないかと反省、いや愚痴を溢しながら大阪へと帰ってまいりました。

え、私のスコアはどないやて、勘の悪いお人やなあ。そないに恥かゝさんといてや、も一度よーく読み返してみておくんなはれ、ちゃんとかいてありまっせ。

西成区の花 ハギ

ハギ（はぎ、萩、英:Bush clover, Japanese clover）とは、マメ科ハギ属の植物、落葉低木の総称。秋の七草の一つ。分布は種類にもよるが、日本のほぼ全域。古くから日本人に親しまれ、万葉集で最もよく詠まれる花でもある。
別名：芽子・生芽（ハギ）。



第18回JCOA学会に出席して

O C O A 副 会 長 山 本 哲

第18回JCOA学会は宮崎市で6月18日、19日の2日間開催された。会場は宮崎市民プラザで近代的な建物であった。オルブライトホールと呼ばれている。アメリカ合衆国のオルブライト国務長官が来日した記念に名付けられたそうである。JCOA学会を行うには規模的にもちょうどよかったのではないか。当日は雨が降っており会場にいて熱心に話を聞いておられる先生が多かったのもその雨のおかげかも・・・？

今回の学会は“高齢者を歩かせるためには”をテーマにされている。このオルブライトホールがある場所は川端康成の著作たまゆらのモデルになった大淀川を一望できる観光ホテル街に隣接しており、昔は新婚旅行の客でにぎわっていたようであるが、今は高齢者向けのマンションが林立している。どこでも高齢者が話題の中心となる。教育講演では宮崎大学医学部整形外科学教授、帖佐悦男先生が臨床に役立つ下肢の画像診断をテーマに高齢者の下肢特に股、膝、足関節の単純レントゲン、MRIの診断について講演いただいた。単純X-P撮影時の体位、肢位、撮影条件、撮影方向などにより相当な情報が得られることを教えていただいて開業医にとっては明日からでも役に立つような内容であった。私のようにすぐにMRIの予約を取ってしまうものにとっては少々お叱りを受けているような気分になってしまったが単純X-Pの重要性を再認識させられた。次の演題は同大講師である鳥取部光司先生が高齢者の運動器リハビリテーションにおいては障害構造を理解し日常生活活動や社会参加を含めて多面的に評価することが重要であると説明された。筋力強化一つをとっても、等尺性運動は血圧上昇の危険性があり抵抗運動を繰り返すと疲労骨



折を来たす。その個人の血圧の状態や、骨強度などが問題となってくる。可動域訓練をする場合でも拘縮は改善が期待できるが強直は可動域訓練の適応ではない。介護の現場でその判断は難しい。とにかく疼痛を発生させずに行うことが重要だそうである。リハビリ後疼痛が強い時には組織の損傷出血後の異所性骨化、骨折が充分あるえることを注意すべきと話された。高齢者の場合は日常生活指導が重要で生活環境の整備だけでなく介護者の理解、協力が不可欠であると総括されている。非常に高齢者リハビリは難題が多いが我々整形外科医が最もそれらを理解しているものであり、深く関与していかなければ高齢者に不利益なことが多く発生すると思われる。ポスターセッションでも活発な討論がなされ、手根管症候群を早期に発見し夜間装具療法で改善をめざしている発表や、腰椎牽引で疼痛の改善した牽引力は体重の45%であった。当院での牽引も患者さんが望んで牽引力は私が指示して行っている。牽引力よりも強く、程々体重の半分近いところをみると納得できた。パネルでは高齢者の変形性膝関節症に対する治療、特に外科的治療についてと高齢者の起立歩行への整形外科医の関与と題され激しい議論がなされた。この場合には高齢者一

人一人の状態の把握が必要で重要な事それがリスクを回避する事になり効率的なりハビリが可能となる。単純なりハビリは続けられずモチベーションを保ちながら主に Closed kinetic chain で一度に多くの関節が動き、主動筋、抵抗筋が共同して動くような運動が高齢者特に障害がある所があればなおさらとい

うことに一応意見は一致した。私にとってこの学会への参加は整形外科医としてこれから高齢者と向かいあって診療する上において非常に価値のある学会であった。主催された宮崎県臨床整形外科医会の皆様に敬意を示すとともに深く感謝したい。ありがとうございました。

東成区の花 パラ、パンジー

平成2年(1990年)に鶴見緑地で開催された「国際花と緑の博覧会(花の万博)」を契機に各区において「区の花」が制定されてきました。昭和63年(1988年)、区民募集を行ったところ、「バラ」「パンジー」の応募が圧倒的に多く同年8月の区民まつりで「東成区の花」として発表、制定されました。



整形外科領域におけるマイクロサージャリーの応用

奈良マイクロサージャリー・手の外科研究所 玉井 進

この半世紀における外科技術の進歩の中でも microsurgery は特筆すべきものの一つである。この技術によって、整形外科領域では嘗ては全く不可能であった切断指再接着や足指の手への移植はもとより、血管柄付き皮弁や骨の移植も可能となった。

microsurgery は日本語で微小外科または顕微外科と訳され、基本的には鏡視下剥離術 microdissection、微小血管外科 microvascular surgery、微小神経外科 microneuro surgery の三つの技術からなる。

微小血管吻合 microvascular anastomosis も外径 1.0 mm ~ 3.0 mm の血管を対象とする以前からの microsurgery、0.8 mm ~ 0.5 mm を対象とする supramicrosurgery、0.5 mm 以下を対象とする ultramicrosurgery などに分けている人もいる。

微小神経縫合 microneurone suture も神経の一番外側の膜を縫合する神経外鞘縫合 epineural repair、神経の束の外にある膜を縫合して神経束同志を適合させる神経周膜縫合 perineural repair あるいは funicular suture、上の二つの方法をくっつけた神経外鞘・周膜縫合 epineuro-perineural suture がある。

実際に microsurgery を行うためには手術用顕微鏡、鏡視下手術に適した持針器、せん刀、摂子、血管クリップが不可欠であり、さらに吻合用の針付き糸、概ね monofilament nylon が用いられている。糸の太さは 8-0 から 12-0 (ミクロンから ミクロン)、針は 150 ミクロンから 50 ミクロンである。髪の毛の太さは平均して 150 ミクロンなので、いかに細い針・糸が用いられるかが解っていただけれると思う。血管クリップは金属製のものよりもプラスチック製のものが disposable clip としてよく用いられている。



血管断端を挟んで止血する single clip と血管吻合用の double clip がある。

血管吻合には端々吻合と端側吻合があり、神経にも通常の端々縫合と端側縫合があるが、後者は血管とは異っていまだ一般的ではない。

また上に述べたのは手縫い縫合であるが、血管の吻合を器械で行う方法もあるので、microsurgery を習熟していなくても少し練習すれば比較的簡単に使いこなせるようになる。

また血管にしる神経にしる、もし欠損があれば自家血管(概ね静脈)移植や神経移植が用いられる。

さて、microsurgery を用いた整形外科的再建術としてはどんなものがあるであろうか。

一期的再建としては単なる血行再建術、神経縫合術や血管・神経植術、切断肢・指再接着術、一期的複合組織移植術などがあり、二期的再建としては二期的複合組織移植術がある。

microsurgery を応用して血管や神経を修復することにより可及的に一期的再建術が実施できるので創傷治癒が促進でき、引いては手術回数を減らして入院期間を短縮できるの

で、総治療費の削減につながるわけである。

切断肢・指再接着術の基本的適応としては

- 1) 切断された肢・指の重要な組織がよく温存されている…すなわち挫滅が少ないこと。
- 2) 常温下での阻血時間が6～8時間である。
- 3) 前身状態が良好で、長時間の手術に耐えられる。

などである。もちろん小児は絶対的に優先されるのは言うまでもない。病院の受け入れ体制が整っていることも重要であり、患者さんの再接着願望も考慮せねばならない。

切断肢再接着の手術手技は1) 創の洗浄・デブリドマン、2) 切断肢のミルキング・灌流（症例によって）、3) 骨の短縮・固定、4) 筋肉・腱縫合、5) 動脈吻合・血流再開、6) 静脈吻合、7) 神経縫合、8) 筋膜切開・減張切開・皮膚縫合の順に行う。

また切断指再接着の手技は1) 洗浄・デブリドマン、2) 骨の短縮・固定、3) 屈筋腱・伸筋腱縫合、4) 動脈吻合・血流再開、5) 静脈吻合、6) 神経縫合、7) 皮膚縫合（輪状癒痕防止にZ形成術を）となる。

なお、術中の出血のコントロールには空気駆血帯を用いるのは言うまでもない。

私が奈良医大整形外科に在籍した2000年

春までに行った再接着術は491例770肢・指で、705肢・指の再接着に成功（92%）している。再接着術が成功するためには血管吻合部の血栓形成を予防して良好な循環状態を維持することが大切であるが、終局の目的はなんと言っても機能的再建である。そのためには医師と患者が一丸となってリハビリテーションに取り組みねばならない。しかし症例によっては二次的機能再建手術（たとえば腱剥離術や関節形成術など）を必要とする場合がある。経験有る医師によって行われた再接着術の成績は概ね良好で、約80%の症例は優または良であり、患者さんの満足度も高い。

各種複合組織移植術、すなわちmicrosurgeryによる遊離または有茎組織移植（足指、皮弁、筋肉、骨など）は上肢で354例362移植（348移植に成功・96%）、下肢では321例321移植（306移植に成功・95%）であった。

切断肢・指と違って組織移植は健全な組織を採取して移植する手術であるため、失敗は許されないの、術者にとってはかなりのストレスになる。いかに精魂を傾けても、種々の条件によって血管吻合部血栓形成などにより約5～6%の失敗は避けられない。

足の外科 最近のトピックス

奈良県立医科大学 整形外科 講師 田 中 康 仁

はじめに

日本足の外科学会は昭和 51 年に発足し、今年で 30 回を迎えます。当初は内反足を中心とする先天性疾患が主な研究対象でありましたが、時代の経過と共にそちらの演題は小児整形外科学会の方にシフトし、スポーツ傷害や後天性疾患の演題が多くなり現在に至っております。本稿では最近のトピックスとして、外反母趾、成人期扁平足、新鮮足関節外側靭帯損傷、人工足関節の話題について述べさせていただきます。どうしてもオムニバスのになり、誌面の関係上焦点を絞らざるを得ず、それぞれの内容が片手落ちで我田引水の傾向になることをお許し下さい。

外反母趾

外反母趾は第 1 基節骨が外反し、第 1 中足骨が内反している疾患であり、症状の発現には靴による圧迫が大きく関与しております。昭和初期までは下駄や草履が常用されたため、たとえ変形があっても症状を伴うことが少なかったと推察されます。しかし、女性の社会進出にともない長時間ファッションブルな靴を履く生活が定着し、かつマスコミを通じて本疾患の概念が一般に広まったことから、外来を訪れる患者数が飛躍的に増加しております。

治療法としては、保存治療として 1) 靴の指導、2) 日常生活の指導、3) ストレッチング、4) 運動療法、5) 矯正装具療法、6) 足底挿板療法などがありますが、体操療法が推奨されております¹⁾。以前からあるタオルギャザーリングや Hohmann 体操の他に、外反母趾体操²⁾を指導いたします。これは母趾の内反自動運動をおこなう方法で、はじめは内反しようとする母趾は底屈いたします



が、徒手的に介助して根気よく続けていくと進行した外反母趾であっても多くの例で内反できるようになります。底側に変位した母趾外転筋の走向を正常に近づけ病態の進行を予防することと、筋力を強化して母趾の外反を矯正することを目的としております。特に若年の初期例に対しては有効で、必ず指導するようにいたします。

手術治療に関して、外反母趾の術式は 150 種類以上³⁾報告されておりますが、骨切り術が中心であります。その中でも第 1 中足骨内反矯正をめざし、第 1 中足骨骨切り術を行う術式が主流になっております^{4,5)}。遠位 (Mitchell 法、Chevron 法など)、骨幹 (Scarf 法など)、近位 (Mann 法など) で行う術式があります。外反母趾の重症度や関節症性変化の有無を考慮して、症例に合わせて術式選択を行うということは今や常識であります³⁾。その基本的な考え方は、外反母趾が重症になれば母趾 MTP 関節が垂脱臼し、外側軟部組織の拘縮が起るためこれを解離する必要がありますということです。第 1 中足骨遠位骨切り術と外側軟部組織解離術と併用すると骨頭壊死を生じる可能性があるため、外反母趾角が 40° 以上の重症例では骨幹部や近位骨切り術が選択される傾向にあります。ま

た、30°以下では亜脱臼していても遠位骨切り術で対処可能であります。しかし、30～40°の例では術式選択に迷うことがあり、近位骨切り術は手術侵襲が大きく、遠位骨切り術で良好な成績が得られるのであればそれで対処すべきであります。そこで母趾内反ストレスX線撮影を考案し、術式決定が明確にできる方法として活用しております³⁾。母趾がそれ以上内反しない位置まで徒手的ストレスをかけ、荷重時足部背底X線像を撮影いたします。ストレス条件下で関節の亜脱臼が消失する例に対しては遠位骨切り術で良好な成績が得られますが、残存する例では軟部組織の解離が必要であります。

手術を行う場合、DMAA (Distal Metatarsal Articular Angle) も考慮しなければならない指標の一つであります。これは第1中足骨軸と骨頭関節面のなす角であり、これが大きいと外反母趾角が大きくても亜脱臼は生じません。若年例でこの角度が大きいことが多く、骨切り術で矯正する場合骨頭を外反する動作は避けなければなりません。

成人期扁平足

後脛骨筋腱機能不全による扁平足障害が注目されております。後脛骨筋腱機能不全症は中年以降の女性に好発し、症状は病期⁶⁾により異なりますが、初期では足関節後内側から中足部内側にかけての疼痛や違和感を訴えることが多く、腱鞘滑膜炎による症状が前面にでてきます(1期)。症状が進行すると踵部が外反し、さらに腓骨と踵骨が衝突するようになると外果周囲や足根洞に疼痛が出現します。初めのうちは扁平足があっても徒手的に矯正可能であります(2期)。後脛骨筋腱が完全に断裂すると足部内側の症状は改善し、外側の症状が主になります。長期間この状態が続くと距骨下関節に変形性関節症を生じ、関節は拘縮します(3期)。さらに足関節にも外反型関節症を来し、疼痛や腫脹を訴えるようになります(4期)。

徴候としては、Too many toes sign があります。両脚立位を取らせ、後方中央から観察します。健側と比較してより多くの外側の足趾が観察される場合を陽性とし、踵部外反や前足部外転の程度を示します⁷⁾。また、この状態でSingle-heel-rise testを行います。これは壁に手を置き、片脚つま先立ちができるかどうかをみる簡単な検査です⁷⁾。後脛骨筋は踵部を内がえしさせる作用があり、踵部が内がえし位を取ることができかどうかで判断致します。たとえつま先立ちができて踵部は内反しなければ、後脛骨筋が働いておらず陽性といえます。手技が容易で診断力に優れた検査である⁶⁾。

保存治療としては足底挿板を用いる方法が主ですが、拘縮を生じさせないようにストレッチングを励行することも重要です。手術治療は、変形が徒手的に矯正されるか否かの評価が重要で、柔らかい足に対しては外側支柱延長術や踵骨骨切り術と長趾屈筋腱移行術が用いられ、拘縮がある足では各種関節固定術が選択されます。

新鮮外側靭帯損傷

足関節捻挫は毎日10,000人に一人の割合で生じると言われており、わが国に於いては約12,000人が日々受傷していることとなります。スポーツ傷害としても最も一般的なものの一つであります。足関節周囲には多くの靭帯がありますが、最も頻度が高いのは前距腓靭帯単独損傷で足関節靭帯損傷全体の60～70%を占めます。これと踵腓靭帯損傷が合併するものが20%で、残りの10%が三角靭帯損傷、遠位脛腓靭帯損傷などです。

足関節外側靭帯には前距腓靭帯、踵腓靭帯、後距腓靭帯の3つの成分があります。前距腓靭帯は背屈位で弛緩し、底屈位で緊張します。これとは逆に踵腓靭帯は背屈位で緊張し、底屈位で弛緩します。外側靭帯の腓骨側でのアイソメトリックポイントは、前距腓靭帯の下方線維と踵腓靭帯の前方線維が停止する部分

であると言われております⁹⁾。内がえし強制されたときには前距腓靭帯が先に損傷され、重症例では踵腓靭帯も断裂します。

診断には腫脹と圧痛の部位を丁寧に評価することが最も重要であります。不安定性の診断には内がえしおよび前方引き出しストレス X 線像を撮影し評価します。

損傷が前距腓靭帯単独の場合には保存的に治療されますが、踵腓靭帯損傷合併例で共に完全断裂している場合は未だに意見が分かれています⁹⁾。踵腓靭帯は足関節だけでなく距骨下関節も制御している靭帯であることを認識する必要があります¹⁰⁾。保存治療には内がえし制限がついたブレースを使用するのが一般的で、運動療法を同時に行います。

保存治療のポイント¹¹⁾について述べますと、1) RICE 療法：急性期には Rest (安静)、Icing (水冷)、Compression (圧迫)、Elevation (挙上) を励行いたします。2) 早期接地：足は姿勢保持のために必要な床面の情報を取り込む感覚器官としての働きを持っております。その機能を低下させないためにサポーターなどで適切な支持を与えながら、ギプス固定を行っている場合でもできるだけ接地するよう指導いたします。3) 関節可動域訓練：前距腓靭帯単独損傷では、急性期を過ぎれば内がえしを制限した底背屈運動を開始いたします。4) 筋力強化訓練：外がえし作用のある腓骨筋群の強化が重要で、外がえし訓練を自動にて早期から開始いたします。5) 固有感覚機能訓練：各種バランスボードやボールなどを利用し、固有感覚の回復を図ります。

人工足関節

人工足関節の開発は 1973 年の報告が最初ですが、当科でも 1975 年から独自の人工関節を開発し臨床応用してまいりました¹²⁾。しかし、その成績は芳しくなく、末期の足関節症に対しては現在でも関節固定術がゴールドスタンダードといわれております。しかし、

ここ数年、人工足関節が世界的に話題となっております。人工足関節も第 2 世代になり、セメントレスでの成績が向上してきております。また、モバイルベアリングを採用した非拘束式の人工関節も出てきており、良好な可動域が報告されるに至っております。米国整形外科学会の総説¹³⁾では、現在主に使われている人工関節は STAR ankle、Buechel-Pappas ankle、Agility ankle、TNK ankle であると述べられております。当科の TNK ankle は半拘束式であります。1991 年からアルミナセラミックの表面をビーズ加工し、更に螺子による初期固定を施すことで成績の向上を見ております。しかし、全例で満足すべき成績が得られているわけではありません。その原因は、1)、足関節では関節自体が小さいために単位面積あたりの荷重が大きいこと。2)、足関節天蓋は脛骨と腓骨からなりインプラントのデザイン上荷重全体を皮質骨で受けることが難しいこと。3)、足関節周囲の骨髓は脂肪髄であるため強度が弱く、骨誘導も悪いこと。4)、外傷に遭遇する頻度が高いことなどが上げられます。実際に成績不良例を検討してみると、早期から骨との境界で緩みや沈み込みが認められ、経年的にそれらの変化が増強していきます。手術成績の成否の大きな部分は、初期固定の良否に著しく影響されると考えられます。そこで前もって再生医療技術を利用してインプラントの上で骨髓幹細胞から骨芽細胞に分化させておき、それから置換術を行えば早期の骨との固着性を確立できると考えました^{14,15)}。

具体的には、病院で患者さんから骨髓と血液を採取し、ティッシュエンジニアセンターに搬送いたします。そこで患者血清を含む培地を用い、インプラント上で培養し、骨髓幹細胞から骨芽細胞に分化させます。いわば骨芽細胞で生物学的なコーティングを行ったインプラントを病院に運び、手術を行います。これまですでに 30 例以上の症例に対して手術を行っており、幸い危惧された感染などの

重篤な合併症もなく、従来法と比較して良好な成績が得られております。向後更なる改良と成績の向上が望まれます。

参考文献

- 1) 田中康仁：外反母趾，プラクティカルマニユアル・下腿と足疾患保存療法，東京，金原出版，pp153-160,1997.
- 2) 田中康仁：外反母趾，図説・足の臨床，メジカルビュー社，pp.111-118,1991.
- 3) 田中康仁ほか：外反母趾の病態と治療，整災外，41:1327-1336,1998.
- 4) Tanaka, Y. et al: Radiographic analysis of hallux valgus: A two-dimensional coordinate system. J Bone Joint Surg. 77-A: 205-213, 1995.
- 5) Tanaka, Y. et al: Precise anatomic configuration changes in the first ray of the hallux valgus foot. Foot Ankle Int., 21: 651-656, 2000.
- 6) Myerson MS: Adult acquired flatfoot deformity. Treatment of dysfunction of the posterior tibial tendon. J. Bone Joint Surg., 78-A: 780-792, 1996.
- 7) Johnson KA, Strom DE: Tibialis posterior tendon dysfunction. Clin. Orthop., 239: 196-206, 1989.
- 8) 大関覚，安田和則：足関節再建術の isometry. 日足外会誌，11: 98-102, 1990.
- 9) Kerkhoffs GM et al.: Surgical versus conservative treatment for acute injuries of the lateral ligament complex of the ankle in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2002; (3): CD000380.
- 10) Sugimoto K et al: Subtalar arthrography in recurrent instability of the ankle. Clin Orthop Relat Res. 2002 Jan; (394): 169-76.
- 11) 田中康仁：足・足関節外傷の整形外科的リハビリテーション. 関節外科，22: 134-139, 2003.
- 12) Takakura Y et al: Ankle Arthroplasty Using Three Generations of Metal and Ceramic Prostheses Clin Orthop. 424: 130-136, 2004.
- 13) Easley ME et al: Total ankle arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg. 2002 May-Jun; 10(3): 157-67
- 14) Ohgushi H et al: Tissue engineered ceramic artificial joint-ex vivo osteogenic differentiation of patient mesenchymal cells on total ankle joints for treatment of osteoarthritis. Biomaterials. 2005 Aug; 26(22): 4654-61.
- 15) Tanaka, Y. et al: Osteogenic Activity of Human Marrow Cells on Alumina Ceramics, Bioceramics, 16: 181-184, 2003.

スポーツ医学と介護予防の実践・教育

東京大学大学院体教育学教授
東京厚生年金病院整形外科 客員部長 武藤 芳 照

1. スポーツ医学・健康医学とは

スポーツ・健康医学の目標を一言でいえば、スポーツ・運動・身体活動に関わっている人々の健康を守ることと、スポーツ・運動・身体活動そのものが健康であるように、それを推進していくことである。

スポーツ医学・健康医学の対象は、乳幼児から高齢者まで、疾病・障害を持つ人から一流スポーツ選手まで、性別、年代、健康度、競技レベルが多様である。したがって、医学的対応としては、次の三点が基本となる。

- (1) 個人の特性に応じた適正な運動・スポーツ・身体活動のあり方を検討し、具体的・実践的な指導をすること
- (2) 運動・スポーツ・身体活動に伴う外傷・障害・疾病の診断・治療・リハビリテーションを行うと共に、それらの予防を図ること
- (3) 運動・スポーツ・身体活動を通して、人々の健康と幸福と自己実現につながる保健・医療・福祉・教育・スポーツ・文化等の分野で、専門家としての発言と実践活動を行うこと。

旧来の「勝利のための医学」「勝つための医学」ととらえられがちであった「スポーツ医学」の言葉に「健康」の言葉を付加することによって、その対象・領域・分野の広さと学術的意味の深さが込められている。「名は体を表わす」というが、「スポーツ医学・健康医学（スポーツ・健康医学）」という呼称により、純粋に医学としての学問的充実・発展とより現実的な社会貢献に結びつくこと期待している。

2. 高齢者の転倒、骨折、介護予防

2005年度より、厚生労働省「健康フロン



ティア戦略」の政策の中に、「介護予防10カ年戦略」による効果的な介護予防対策の推進を図ることが組み入れられている。特に、家庭や地域で行う介護予防対策事業、効果的な介護予防プログラムの開発の普及事業等が、全国で実施される見込みである。

介護予防とは、単に高齢者が「介護保険の対象となることを防ぐ」ことではなく、「生活機能」の低下を防ぐことにより、健康で生き生きとした生活や人生を創ることである。そうした観点から、今後国家レベルで、あるいは都道府県レベル、市町村レベルで介護予防事業は、一層拡充されることが期待されている。

そのためには、それらの政策や事業の基盤となるべき確かな学術的知見が求められるが、転倒予防の研究の歴史は浅く、特に我が国では質・量共に未だ不十分であり、転倒予防の需要に対するエビデンスの供給は乏しいと言わざるを得ない。

したがって、まずは転倒予防に関わる学術研究の推進により、転倒予防の実践に貢献できる確かな科学的根拠を提示することが急務である。そのためには、医療、保健、福祉、健康、スポーツ、教育等の関連領域・分野の臨床医、研究者、実践家、行政関係者等が連

携・協力して研究を推進することが求められている。

3. 学校医における健康問題—スポーツ障害と生活習慣病—

昭和 33 (1958) 年に学校保健法で「学校には学校医を置くものとする (第 16 条)」と定められて以来、学校医は児童・生徒の保健管理活動、保健組織活動及び健康教育の業務を担ってきた。この間、学校医における健康問題は大きく変貌し、それに伴って、内科医のほか、眼科医、耳鼻科医が加わり、三科体制で対応されるようになってきた。さらに、現在学校現場からは、様々な健康問題に対応すべく、精神科医、産婦人科医、整形外科医、皮膚科医等の協力専門医が望まれている。

最近の健康問題の内、「スポーツ障害」と「生活習慣病」は、子どものからだと運動との関わりで言えば、表裏一体あるいは二極化現象とみなされる。つまり、子どもの心身の健全な成長・発達のためには、個の特性に応じた適正な運動が必須である。それが質的・量的に不足な状態が続けば「生活習慣病」をきたす。一方、子どものからだの特性に即さない形態と方法 (質・量) の運動・スポーツが継続的に行われれば、「スポーツ障害」を生ずる。

したがって、生活習慣病とスポーツ障害の予防を図るには、子どものからだの特性、成長・発達に即した適切な形態と方法の運動 (日常的な身体活動、遊び、スポーツを含む) を実践することができるような教育と体制づくりが必要である。

(文献)

1. 武藤芳照：運動器と運動の大切さを知り、健康と幸福を求めて。クリニシアン「運動器の 10 年」—スポーツ・健康医学最前線—、52(5):pp.2-7、2005
2. 武藤芳照：長寿社会での転倒予防の社会的意義、コミュニティーケア 2005 年 5 月臨時増刊号—必ずできる！高齢者の転倒予防—リスク管理と実践ケアテクニック、pp.4-8、日本看護協会出版会、東京、2005
3. 武藤芳照：運動器と学校医—スポーツ障害・生活習慣病予防のための適正な運動・スポーツのあり方—、平成 16 年度学校医講習会プログラム、pp.30-33、日本医師会、東京、2005
4. 武藤芳照編：運動器のおはなし マンガ大人も知らないからだの本、「運動器の 10 年」日本委員会発行、2005

骨軟部腫瘍における pitfall

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科 助手 家 口 尚

はじめに

最近日本整形外科学会の研修項目の改訂などもあり、整形外科専門医を名乗る限りはあらゆる整形外科領域の疾患を理解し、対処できることが要求されています。

中でも一般整形外科医が好まない疾患の一つとしての腫瘍性病変を持つ患者さんが受診されることは稀ではありません。おそらく腫瘍が苦手とされている整形外科医にとっては、解らない（興味ない）→怖い→見たくないという三段論法が成り立つのかもしれませんが、少し興味を持ってよく見て頂ければ、意外とおもしろい整形外科の疾患群になるかと思えます。実際の臨床の多くは、良性病変や非腫瘍性病変であります。しかし時には悪性の可能性が否定できない症例もあります。さらに最近日本においても医療訴訟件数が増加し、トラブルを避けるため腫瘍イコール専門医へ紹介すると言った過敏な対応された症例も数多く見受けられます。それとは反対に（整形外科の先生においてはかなり減りましたが）十分に精査されることなく治療を行われた腫瘍症例も散見されます。

今回は腫瘍が嫌いである先生方の日常診療に少しでもお役に立てることができればと、私見と pitfall を中心に述べさせていただきます。

1. 診断における pitfall

病歴の聴取が鍵となり、いつから、どこに、硬さは？大きさは？症状の有無は？大きくなる速度は？・・・などの一般的な問診が重要と考えます。2,3日のできたのなら感染（炎症性）病変や囊腫病変（類上皮囊腫、ガングリオンなど）などを考えますし、数年前から変化なくあるのなら良性病変を考えます。またどのような症状で来院されても必ず腫瘍病変の可能性を頭の片隅に置く必要があります。よく



言われているとおり軟部腫瘍は悪性でも痛みを伴わないことが多く、良悪の鑑別にはならない。などがあります。

2. 画像検査における pitfall

骨腫瘍における単純レントゲンは必須の検査であり、それだけで診断がつくものも多く見られます。不必要な検査は被曝などの問題もあり慎むべきではありますが、軟部腫瘍で来院されても必ずレントゲン撮影を行い、石灰化や骨化の有無を確認する必要があると考えます。MRI の普及で日常的な検査手段となり、容易に撮影が可能ではありますが、機械の性能の問題と撮影条件により、画像および診断がかなり左右されることとなります。とはいえ有力な診断ツールであり、囊腫や脂肪腫などにおいてはほぼ確定診断が得られます。読影の放射線科医師の所見は参考にするべきではありますが、必ず自分の診断と比較することが重要と考えます。

3. 生検における pitfall

整形外科医にとって、腫瘍病変の生検の必要性はかなり認識されているようです。しかし、やはり自己診断してしまい切除してから悪性だったのでと言う紹介も診られます。他に手技的に問題点がある事があります。たとえば生検の原則として横切しない事、侵入路、

27歳男性
傍骨性骨肉腫



10歳男性
単発性骨軟骨腫



悪性腫瘍と間違いやすい病変

骨病変

非腫瘍性病変
(骨系統疾患を含む)
骨髓炎
疲労骨折
良性骨腫瘍
etc.

軟部病変

結節性筋膜炎
化骨性筋炎
ネコ引つ掻き病
血腫
サルコイドーシス
etc.

35歳男性:投球骨折→骨肉腫



採取部位、必要十分量の腫瘍を採取することは重要です。(実際、悪性腫瘍の皮膜部分だけを採取され良性腫瘍と診断された症例もあります) また創の止血確認と必要あればドレナージをすることなどが大切です。(ドレーンの穴の位置も問題になります。)

4. 病理診断における pitfall

骨軟部腫瘍は頻度が少ない為、病理医にとっても診断困難なことが多い事を知っておく必要があります。十分な画像診断の情報を与えることが必要となります。若年者の骨折

した部分を生検して骨肉腫と診断されることは珍しくはないかもしれません。最重要点として、診療でお忙しいとは思いますが病理レポートは必ず確認される事を御願います。また時折あり得ない診断が返されることがありますのでご注意下さい。おかしいと思われた時は標本(プレパラート)やブロックを取り寄せていただいたの受診もしくは相談を御願いたいと思います。

5. 経過観察、治療における pitfall

良性であるから来なくて良いなどと言わずに、良性腫瘍も治療後悪性化したり、経過中に変化することがあります。その旨を説明し、必ず定期的な検診(年に一回でも)と異常が発生した時の受診を勧めることを忘れないことが大切です。切除した腫瘍は必ずもう一度(生検組織を提出していても)病理の検査に出して頂くことが大切と思われます。

6. 最後に

pitfallはどこにでもありますが、日頃からの診療における「恐らく大丈夫」ではなくて「あるかもしれない」と言う考え方と注意力で乗り切れるものと思われます。今回、多くの私の失敗談?を話をさせていただきました。

参考文献)

1. A. Greenspan ,Differential diagnosis of tumors and tumor-like lesions of bones and joints 1998
2. 岩本幸英 骨軟部腫瘍の外科の要点と盲点 2005
3. 越智隆弘 NEW MOOK 整形外科 骨軟部腫瘍 2005
4. 内田淳正 軟部腫瘍のpitfall 2001
5. P.G.Bullough ,Orthopaedic Pathology 4th.edition 2003

腰部脊柱管狭窄症の病態と治療

千葉大学大学院医学研究院 整形外科学 助教授 高橋和久

はじめに

整形外科の日常診療において、腰部脊柱管狭窄症を診る機会が多い。本稿では、腰部脊柱管狭窄症の病態、診断、治療について述べる。

1. 病態

Verbiestら¹⁾によれば、1803年、フランスの解剖学者 Portal は亀背例の剖検において脊柱管の狭小化を記載した。我国においても安齋²⁾は「肥厚硬化セル黄靱帯二依ル脊髓神経根壓迫症例」として脊柱管狭窄と思われる症例を報告している。1954年、Verbiest³⁾は血管性間欠跛行に似た症状を示した腰部脊柱管狭窄の7例を報告している。その後、腰部脊柱管狭窄症は Arnoldi ら⁴⁾により、「脊柱管，神経根管，椎間孔における部分的，分節的あるいは全体的な狭窄」により症状を呈したものと定義された。その分類には、各種疾患が記載されており、分かりにくいのが、分類作成の目的は、Arnoldi らも述べているように、「臨床医が、正確な診断を行い、合理的な治療方針を立てる際に、可能性のある全ての神経の圧迫原因を想起できる。」ようにするためであった。いずれにしても、「さまざまな疾患において脊柱管狭窄という共通の病態がある」ということを認識した上で、診断・治療にあたる必要がある。

本症の自然経過について、Johnsson⁵⁾は、患者が拒否、あるいは麻酔困難のために手術を行わなかった32名の脊柱管狭窄患者を平均4年間経過観察した結果、15%は改善し、70%は不変、15%は悪化したと報告している。Atlas⁶⁾は、手術群67名と非手術群52名を4年間経過観察した。その結果、手術群の70%、非手術群の52%で主要症状の改善がみられ、手術群の63%、非手術群の42%が現状に満足していたとしている。我国では、林⁷⁾が5年以上追跡可能であった非手術例41例において、



自覚症状では軽減20%、不変60%、悪化20%であり、他覚所見では軽減15%、不変29%、悪化56%であったと報告している。

2. 診断

腰部脊柱管狭窄症の症状には、腰痛、下肢痛・しびれ、神経脱落症状などがみられるが、中でも間欠跛行は特徴的な症状のひとつである。間欠跛行は大きく神経性間欠跛行と血管性間欠跛行に分類される。前者では、下肢の感覚・運動障害、疼痛、しびれがみられ、前屈位での歩行や自転車走行では出現しにくい特徴がある。これは前屈位でハンドルにつかまることにより腰椎前弯が軽減し、脊柱管狭窄が解除されるからである(図1)。休息時間は1-2分である。これに対し、後者では遠位部に強い疼痛しびれがみられ、休息時間が比較的長い。また、下肢動脈の触知不良や皮膚の色調不良などがみられる。

神経性間欠跛行は菊地⁸⁾により、症状をもとに馬尾型、神経根型、混合型に分類されている。馬尾型は、下肢、殿部、会陰部の異常感覚、膀胱直腸障害、下肢筋力低下、性機能障害などがみられ、多根障害を示す。神経根型は下肢の疼痛を主とする単根障害である。混合型は上記2型の合併型である。一般に馬尾型・混合型は神経根型よりも重症であり、手術治療が考

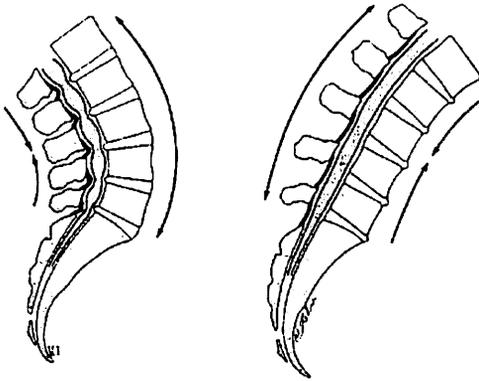


図1 前後屈時の脊柱管の変化
前屈により、椎間板後方が伸び、黄色靭帯も緊張し、脊柱管は広がる。

慮される場合も多い。

診察のポイントは (1) 血管性病変の除外、(2) 歩行後も含めた、神経学的責任高位の決定、(3) 神経性間欠跛行の種類の判別である。病歴の聴取および診察の後、各種画像検査、神経根ブロック等の機能検査により、確定診断を得る。MRI は腰部脊柱管狭窄症の画像検査として有用性が高い。しかし、読影に際しては、1断面の画像であることを認識し複数の画像を併せて読影すること、機能撮影による不安定性の評価が難しいこと、骨組織と軟部組織との区別が困難であること、無症候性の所見が存在する可能性があることなどに注意する必要がある。

3. 治療

脊柱管狭窄症患者においては活動性を低下させないことが大切である。治療は大別して保存治療と手術治療に分かれる。保存治療には、日常生活の指導、理学療法、装具療法、薬物療法、神経ブロックなどがある。日常生活の指導では、病態を分かりやすく説明すること、腰部を冷やさない、同一姿勢を長くとらないなどの一般的な腰痛疾患の注意、必要に応じて杖や乳母車の使用などを指導する。理学療法には、ストレッチング、筋力訓練、姿勢訓練、温熱治療などがある。静的な脊柱管狭窄には腰椎前弯を矯正すべく屈曲のストレッチング、姿勢訓練などを指導し、動的な要素（不安定性）に対しては、

体幹の筋力訓練を行う。コルセットは簡便なものを臍部以下の下腹部中心にしめるように指導する。夜間ははずす方がよい。薬物療法には、消炎鎮痛剤、プロスタグランジン製剤、筋弛緩剤、ビタミン剤 (B12, E) などが使用される。

代表的な神経ブロックには、硬膜外ブロックと神経根ブロックがある。硬膜外ブロックでは狭窄部位に薬剤が到達しにくいこと、クモ膜下腔に局所麻酔薬が注入されると、麻酔高位の上昇などの重大な副作用の危険がある。救急処置が可能な状態で施行することが望ましい。神経根ブロックには、治療、責任高位の診断、予後の予測、それにもとづく手術適応の決定などの意義がある。ブロック後 24 時間でも効果が持続する場合、保存治療が有効である可能性が高い。従来、神経根ブロックにおいては疼痛の再現が重視されていた。しかしながら、しばしば激痛を生じること、稀には神経損傷の危険もあることから、最近では疼痛の再現よりも、ブロックによる疼痛の軽減・消失をもって診断を行うようになっている⁹⁾。そのためには、神経根あるいは脊髄神経を直接穿刺せず、椎弓根の下方、神経根の上下側、椎体後面外側にて境されるいわゆる safe triangle (図2) を穿刺の目標点とすべきである。穿刺には専用の神経根ブロック針 (図3) を用いるとともに、ブロック前にはインフォームドコンセントとして、ブ

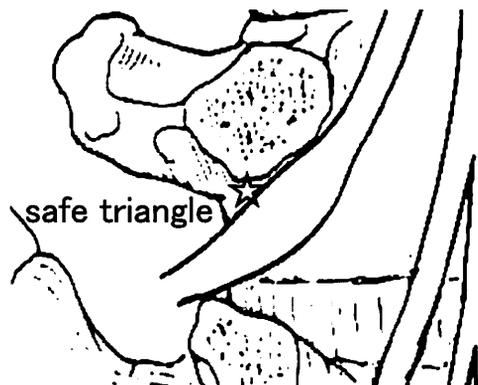


図2 safe triangle 椎弓根の下方、神経根の上下側、椎体後面外側にて境される部位を目標に神経根ブロックを行う。



図3 神経根ブロック針

先端が鈍となっており、針を横突起に当てた際に深さの目安とする皮膚のマーカーがついている。

ロックの目的、治療成績、合併症（局所麻酔剤・造影剤によるショック、神経損傷・癒着、感染、放射線被曝、刺入時疼痛など）について説明する必要がある。また、頻回の穿刺は神経根周囲に癒着を生じるため避けることが望ましい。

手術治療には、開窓術、椎弓切除術、後側方固定術（ペディクルスクリュー併用）、後方椎体間固定術、前方固定術などがある。手術適応は個々の患者の症状、所見、社会的条件などを総合的に考慮して判断するが、一般に、会陰部異常感覚・膀胱直腸障害・陰茎の勃起などの性功能障害の出現、50～300m以下の間欠跛行、高度の日常生活動作の制限などがみられた場合、手術治療を考慮する。腰部脊柱管狭窄症に対する手術治療の基本は、除圧術と固定術である。固定術の適応は、すべり症や変性側弯の存在、前後屈側面レントゲン像にて、10%の前後動揺性の存在、前屈像にて5度の後方開角がみられた場合、除圧術により不安定性の増加が危惧される場合などである。手術の合併症には、感染、金属材料の破損・ゆるみ、下肢血栓性静脈炎、神経損傷などがあり、十分なインフォームドコンセントを得て行う必要がある。

高齢化社会をむかえた我国において、腰部脊柱管狭窄症の患者は増加しているように思われる。また、高齢者の自活の必要性とともに、QOLに対する要求も高まっている。本症に対

しては、保存治療、手術治療を適切に行うことにより、患者の活動性を維持する努力が必要である。

文献

- 1) Verbiest H, Porter R, Postacchini F. Lumbar spinal stenosis. Morphology, classification, and long-term results. In Weinstein JN, Wiesel SW, editors. The lumbar spine. Philadelphia: WB Saunders; 1990. p.546-89.
- 2) 安齋 直. 肥厚硬化セル黄靭帯二依ル脊髄神経根壓迫症例. 日整会誌 1938; 13: 305-16.
- 3) Verbiest H. A radicular syndrome from developmental narrowing of the lumbar vertebral canal. J Bone Joint Surg Br 1954;36: 230-7.
- 4) Arnoldi CC, Brodsky AE, Cauchoix J, et al. Lumbar spinal stenosis and nerve root entrapment syndromes. Clin Orthop 1976;115: 4-5.
- 5) Johnsson KE, Rosen I, Uden A. The natural course of lumbar spinal stenosis. Clin Orthop 1992; 279: 82-6.
- 6) Atlas SJ, Keller RB, Robson D, et al. Surgical and nonsurgical management of lumbar spinal stenosis, Four-year outcomes from the Maine lumbar spine study. Spine 2000;25: 556-62.
- 7) 林信宏, 玉置哲也, 吉田宗人, 他. 腰部脊柱管狭窄症の自然経過、5年以上追跡例の検討. 臨整外 1994;29:679-85.
- 8) 菊地臣一, 星加一郎, 松井達也, 他. 腰椎疾患における神経性間欠跛行、第1報 分類と責任高位・部位診断. 整形外科 1986;37: 1429-39.
- 9) Bogduk N, Aprill C, Derby R. Selective nerve root blocks. In Wilson DJ editor. Practical interventional radiology of the musculoskeletal system. London: Edward Arnold 1995. p.121-32.

低侵襲脊椎手術—われわれの行っている手術法—

関西医科大学 整形外科 講師 笹井邦彦

本日は、まず、腰部脊柱管狭窄症に対する顕微鏡視下片側進入両側除圧術の手術方法を、動画を用いてご紹介し、その成績とX線学的変化を報告致します。次に、最近、われわれが行っております、頸椎症性脊髄症に対する頸半棘筋と項靭帯を温存したC3、7部分椎弓+C4-6椎弓形成術の手術手技と短期成績を報告致します。われわれの施設では、2000年12月から2004年12月までの間、腰痛に比し下肢症状が強く、分離症を除く、腰部脊柱管狭窄症例すべてに対し、顕微鏡視下片側進入両側除圧術を行ってきました。そのクライテリアには、画像上の不安定性や椎間板変性などの異常は一切含みません。本法が施行されました88例中、2年以上経過観察が可能であったのは47例でした。そのうち、経過中に新たに別の疾患が出現した7例を除外した40例（男20例、女20例）を対象とし、retrospectiveに分析しました。臨床症状は、WeinerらのNeurogenic Claudication Outcome Score (NCOS:100点)とOswestry Disability Index (ODI:50点)を用いて、術前と最終調査時とで比較しました。手術に対する満足度は下記の如く5つに分類し、最終調査時に調査しました。A:ほとんどましになり、大変満足している。B:大分ましになり、満足している。C:少しだけましになり、まあ満足している。D:変化なし。E:悪くなった。また、友達にこの手術を勧めますか(Y/N)の質問も行いました。さらに、術後の臨床症状の経過も、独自に下記のごとく、4つに分類しました。A:改善したままである。B:一旦改善した後悪くなり、最終的には改善した。C:一旦改善した後悪くなり、最終的には悪くなった。D:変化ないか悪化した。X線学的には、66椎間



での、中間位の椎間角度と前後屈の椎間角度の差が計測されました。すべりを伴った18椎間においては、中間位の% slipと前後屈の% slipの差が、側彎の6椎間では、上位椎体上縁と下位椎体下縁との角度が計測されました。これらは術前と最終調査時間で比較されました。

結果と致しましては、本法の平均手術時間は187分(120～310分)、平均出血量は77.5g(5～280g)でした。術中に硬膜損傷や神経損傷を生じた症例はありませんでした。経過観察中に固定術を追加した症例も存在しませんでした。臨床症状としては、NCOSでは、術前31.5点(9～55点)が術後67.1点(31～94点)に、ODIでは、術前23.5点(6～41点)が術後8.7点(0～30点)に共に有意に改善しました。

腰痛スコアでは、術後に悪化した症例はなく、31例は改善、9例が不変でした。満足度としては、A19例(47.5%)、B14例(35%)、C5例(12.5%)、D2例(5%)、E0例であり、友達に本手術を勧めるか否かでは、はい38例、いいえ2例でした。臨床経過としては、A33例(82.5%)、B5例(12.5%)、C1例(2.5%)、D1例(2.5%)でした。X線学的には、側彎角のみ術後有意に増加し

ましたが (p=0.0050)、他の項目においては、術前後間の値に有意差は認められませんでした。

このように、本法の手術成績は良好ですが、馬尾型以外を呈するすべり症や変性側彎の一部の症例に対しては、今後、固定術を考慮する必要があります。

頸椎椎弓形成術後の頸部痛は 60 - 80% に生じると言われ、今後解決しなければ行けない重要な問題です。また、この術後軸性疼痛に関しては、いろいろな研究が進み、現在そ

の原因と考えられているのは、C2 に付着する頸半棘筋と C(6)7 に付着する項靭帯の手術手技による破綻です。われわれはこの術後軸性疼痛を少しでも軽減するための低侵襲手術手技として C3,7 部分椎弓 + C4-6 椎弓形成術を考案し、15 例に対して行ってきました。そのうち、1 例のみで術後軸性疼痛が出現しました。現在、症例数は少なく、経過観察期間も短期間ですが、今後症例を重ね、本手術手技を分析していく予定です。

西淀川区の花 サザンカ

西淀川区を緑豊かな潤いのまちにしたいとの願いから、昭和 50 年、区制 50 周年を記念して、区の花に「サザンカ」が定められました。

平成元年に市政 100 周年を迎えたのを記念して図のようにデザイン化されました。

「サザンカ」は、区内の公園や大野川緑陰道路などに多数植えられており、緑豊かなまちづくりに役立っています。



EBM に基づく NSAID 潰瘍診療ガイドライン

埼玉医科大学 消化器・肝臓内科 教授 太田 慎一

要旨

胃潰瘍の治療においては本邦で様々な抗潰瘍剤が使われている。しかし必ずしも欧米では用いられていない抗潰瘍薬も使用されているのが現状である。

厚生省の班会議“科学的根拠に基づく胃潰瘍診療ガイドラインの策定に関する研究班”（班長：自治医科大学菅野健太郎教授）により「EBM に基づく胃潰瘍診療ガイドライン」が発表された。このガイドラインは内外の文献を一定の検索式で収集し、胃潰瘍治療における根拠を網羅的に検索し、専門家による評価が為され策定された。単行本として2003年に出版され、様々の反響を呼んだ。ガイドラインでテーマの1つとして取り上げられたNSAID 潰瘍の予防・治療を策定の経過を含めて紹介する。

はじめに

EBM (Evidence-based Medicine) は Sackett らが1990年代の初めに提唱した概念で、①利用可能な最善の科学的根拠 ②患者の価値観と期待 ③臨床的な専門技能を統合して行う医療と定義される。

利用可能な最善の科学的根拠とは診断や治療・予防に関する患者を対象とした科学的な手法に基づく臨床研究を指す。すなわちEBMとは診ている患者の臨床上的疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味したうえで患者への適応の妥当性を評価し、さらに患者の価値観や意向を考慮したうえで臨床判断を下し、専門技能を活用して医療を行う事と我が国でも定義されている。しかしながら多忙な日常の臨床で一つ一つの問題に対してこのような段階を経て



臨床判断を下す事は極めて困難である。そこで様々な臨床的課題を対象に専門家がエビデンス（根拠）を体系的に収集し、批判・吟味して、診療ガイドラインとして提供する事が欧米では行なわれている。本邦でも診療上重要性が高いとされた疾患を対象に平成11年度から厚生労働省の補助金によって専門分野ごとに診療ガイドラインの作成が開始された。胃潰瘍も対象疾患の一つとなり平成12年度から研究班が組織され、平成14年度に報告書としてまとめられ、一般向けの解説書も出版された（EBM に基づく胃潰瘍診療ガイドライン 編集 科学的根拠 (evidence) に基づく胃潰瘍診療ガイドラインの策定に関する研究班編 株式会社じほう 2003）。筆者はNSAID 潰瘍の部分を担当した。NSAID 潰瘍の治療と予防に関して概説する。

文献検索の方法

言語は英文と和文に限定された。検索の範囲は1980年から2001年とし、英語文献はMEDLINEで、日本語文献は医学中央雑誌とJMEDICINEを対象として検索が行われた。検索にあたっては一定の検索式が設定され、収集された論文が分類され、各担当者が一定の基準で採否を決定し、批判的吟味を行

い治療勧告が出された。収集された論文数は英文 3,420 編、和文 2,109 編と膨大な数であった。以下に NSAID 潰瘍に関する治療勧告を述べる。

NSAID 胃潰瘍に対する予防

1. NSAID潰瘍の予防にはプロスタグランジン (PG) 製剤、プロトンポンプ阻害剤 (PPI)、高用量のH₂受容体拮抗薬が有効である。
2. 選択的COX-2阻害薬は胃潰瘍の発生頻度が従来のNSAIDに比較すると低いので使用が勧められる。
3. 常用量のH₂受容体拮抗薬、スクラルファートがNSAIDによる胃潰瘍の発生を予防する根拠は無い。
4. NSAIDによる胃潰瘍の発生予防における*H.pylori*除菌の有効性に関しては更に今後の検討が必要である。

NSAID 胃潰瘍の予防に関しては PG 製剤、高用量 H₂ 受容体拮抗薬、PPI の使用が推奨された。本邦では予防に保険適用が無く、現実には PG 製剤以外の使用は制限される。今後検討されるべき課題であるが、エビデンスのある方向を保険診療も目指すべきであると考えられる。又採用された論文は全て欧米の論文であり今後本邦での検討が望まれる。

NSAID 潰瘍の治療

1. NSAIDは可能ならば中止し通常の潰瘍治療を行なう。

2. NSAIDの中止が不可能ならば、PPIあるいはPG製剤により治療を行う。
3. NSAID継続下での再発の防止には、高用量のH₂受容体拮抗薬、PG製剤あるいはPPIが有効である。
4. *H.pylori*除菌が潰瘍治癒あるいは再発防止に有効であるとの科学的根拠 (evidence) はない。

NSAID 潰瘍の治療に関しても本邦での検討は極めて乏しい。プロトンポンプ阻害薬の使用は NSAID と併用する場合各県の保険組合で対応が異なっており、今後の統一が望まれる。

今後の問題点

胃潰瘍診療ガイドラインは公開後社会的に大きなインパクトを与えた。現状行われている我が国の胃潰瘍診療と異なった点があったためであるが、少なくとも収集された段階に於ける最良のエビデンスは収集されていると考えられる。診療ガイドラインは作成されて役割が修了する訳ではない。新しいエビデンスを取り込んだ改訂作業を定期的に行う必要がある。現在その改定作業が始まったところである。今回の作成で明らかにされた事の一つは本邦に於けるエビデンスが極めて少ない事である。保険診療との整合性と共に今後我々の取り組むべき課題と考えられる。最初に述べた様に診療ガイドラインは診療支援の道具であり効率的な活用が望まれる。

骨粗鬆症性椎体骨折と腰背部痛

公立玉名中央病院 副院長 中野 哲 雄

【高齢者の筋骨格系の疼痛】

高齢女性が訴える筋骨格系の疼痛部位は、腰背部、膝、次いで肩である。これらの疼痛のうち、膝痛はX線単純像で変形性関節症所見を呈するものが多く、関節水腫の存在などより変形性膝関節症という診断がなされることが多い。近年では骨粗鬆症と変形性関節症相互の関与が取りざたされているが、これまでは骨粗鬆症と変形性関節症は全く別の疾患として取り扱われてきた。膝痛で骨粗鬆症と密接な関係があるのは骨折である。骨粗鬆症性骨折と呼ばれるもののなかに膝周辺の骨折が入ってないのは、手術を要する程の骨折が少なく、X線単純像では診断できない occult fracture が多いことが一因であろうと思われる。高齢者の膝周辺の occult fracture は決して少ない外傷ではない。

一般的に患者が訴える肩痛は、肩関節部に疼痛を自覚するものと、肩甲帯部に疼痛を自覚するものがある。肩関節部の疼痛はいわゆる五十肩の症状であることが多く、肩甲帯部の疼痛は頸椎由来と考えられるものが多いが、骨粗鬆症との関係は明確ではない。

腰背部痛はもっとも訴えの多い症状の1つである。本症状の起因疾患としてさまざまな病名が付けられているのが現状である。変形性脊椎症、筋筋膜性腰痛症、椎間関節性腰痛、骨粗鬆症、腰椎すべり症、椎間板症あるいは、単に腰痛症という診断がなされる。しかし、これらの疾患を明確に区別出来るわけではない。つまり、腰痛が発生する原因はよくわかっていない。しかし、骨粗鬆症の観点では、高齢女性の腰背部痛の多くは、骨粗鬆症に関係する疼痛と見なされることが多い。

疼痛は通常、急性の疼痛と慢性の疼痛に分けて検討されている。骨粗鬆症患者に発生す



る急性の疼痛のもっとも多い原因は骨折であり、われわれは高齢者の腰背部痛の多くは椎体骨折であることを報告した（2004年の日本骨粗鬆症学会にて報告）。

大腿骨頸部・転子部骨折の場合は股関節部痛を訴え、上腕骨近位部骨折では肩関節痛を訴え、膝周辺骨折では膝痛を訴えるのは当然である。しかし、椎体圧迫骨折では疼痛のない骨折がむしろ多いということが一般に信じられている。これはアレンドロネートの臨床試験である FIT study の sub 解析による報告が基となっている。筆者はこのことについて疑問に思い以下の研究を行った。

【椎体骨折の疼痛発生率に関するわれわれの研究】

前述したごとく、アレンドロネートの臨床試験である FIT study の報告において、「椎体圧迫骨折の 1/3 のみが疼痛を有する臨床骨折であった」という記述がある。この大規模前向き研究の報告により、椎体骨折の半数以上は疼痛が全くないという、やや拡大解釈もとれる受け止め方が一般になされている。一方、臨床現場では、疼痛を訴えて外来受診する椎体骨折症例が多数存在し、椎体骨折の多くは疼痛があるのではないかという印象がある。

そこで、①新鮮な椎体骨折に疼痛が存在するか否か、ないとすればその頻度はどの程度か。②疼痛がある症例とない症例があるなら、その相違点はなにか。ということを知るために、前向きコホート研究を行った。対象症例のエントリー基準は、1) 骨粗鬆症の診断基準をみたすこと、2) 3ヶ月毎に定期的に通院できる症例である。痴呆・物忘れなど申告の内容に疑問のある症例は除外した。

腰背痛が存在したか否かの調査法は、外来診察時における前回受診時より当日までの詳細な腰背痛の聴取(3ヶ月毎)を行った。新規骨折の診断法は、6ヶ月毎の脊椎側面像3方向(胸椎側面、胸腰椎移行部側面、腰椎側面)撮影を行った。さらに、骨折を疑わせる臨床症状があった場合は、随時、外来受診を促し、臨床症状に応じて、脊椎側面像3方向、MRI撮像を行った。尚、病歴の聴取はX線撮像撮影の前に行った。

どのようなエピソードをもって腰背痛陽性とするかについては、①急性あるいは1週間後で漸増する亜急性の腰背痛があり、②疼痛の程度は患者自身の表現で中等度以上の疼痛があり③その疼痛が体動により増強したという、①②③すべてをみたすものを急性腰背痛陽性とした。

新規椎体骨折の診断基準は、①前回のX線像と比較し、椎体高が減少しているか、椎体前壁に明らかな破断があるもの。あるいは、②MRIにおいて、われわれの診断基準を満たすものである。

574人の経過観察が基準を満たした。このうち、49症例がのべ87回の椎体骨折を発症した。87回のうちわけは、疼痛自覚なし：10回、軽い疼痛はあったが、前記の基準を満たさない：4回、設定基準を満たす疼痛の自覚あり：73回であった、なお、同様の疼痛あったが、椎体骨折なし：17回であった。(図1)

つまり、椎体骨折では、詳細な病歴聴取を行うと、その84%には明らかな疼痛が存在



図1：新規椎体骨折の疼痛の有無

した。疼痛を自覚したものと自覚しなかったものの違いは、年齢では、疼痛ないもの：74.2 ± 7.1歳、疼痛あるもの：75.5 ± 5.4歳であり、有意差はなかった。骨折のタイプ(楔状、魚椎、扁平椎)でも有意差はなかった。骨折の最終的な圧潰の程度でも有意差はなかった。(表1)

表1

疼痛を自覚したものと自覚しなかったものの違い	
年齢	
疼痛なし	74.2 ± 7.1
疼痛あり	75.5 ± 5.4
骨折タイプ(楔状、魚椎、扁平椎)	有意差なし
骨折程度(最終的な圧潰の程度)	有意差なし

複数椎体骨折例を除いた単独椎体骨折症例では、T12、L1では全例疼痛があり、T4-T11までの胸椎、L2-L4までの腰椎では疼痛のない例が認められた。(図2)

FIT studyで、Blackらは椎体骨折の2/3は疼痛がないと述べている。しかし、FIT studyでは疼痛の有無は自己申告制であり、申告した症例のみが疼痛のある臨床骨折として扱われた。FIT studyでは、記憶が鮮明でない疼痛や、外来受診時に疼痛がなければ、申告しない可能性がある。われわれの研究は、椎体骨折に疼痛があるかないかをアウトカムとしたコホート研究であり、疼痛の有無を調査するのに一人あたり10分以上の時間をかけて綿密に調査した。疼痛の把握は研究方法により大きく異なる可能性が高い。FIT studyとわれわれの研究では疼痛の頻度が大きく異なっているが、これは、人種差ではな

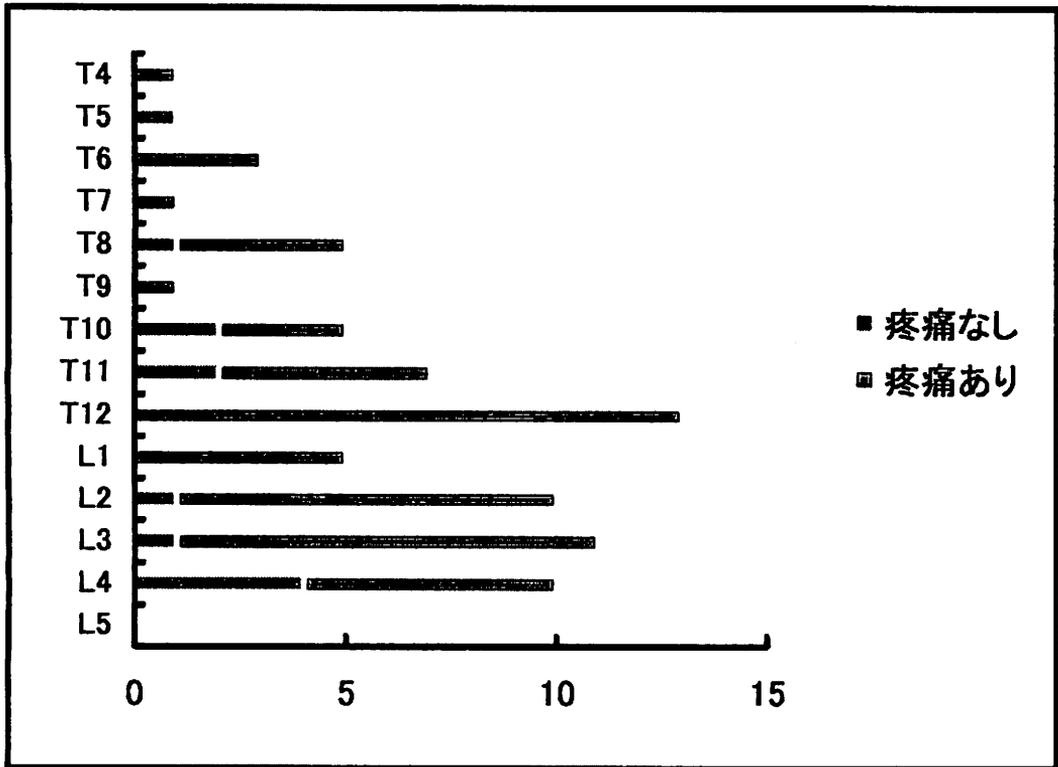


図2：骨折した椎体高位と疼痛の有無

く、われわれの研究手段の方がより疼痛を正確に把握したためであると考えられる。

新鮮椎体骨折症例の8割以上には明らかな疼痛がある。それを医師が聞き出していないのが現状と思われる。

【急性腰背痛の鑑別と疼痛対策】

急性腰背痛を訴える患者が来院した場合は、鑑別診断が重要である。急性腰背痛で受診する患者は疼痛自体が主訴であり、上手に質問しなくともおおむね疼痛の情報を聞き出すことができる。急性腰背痛をきたす代表的な疾患は椎体骨折である。椎体骨折急性期の疼痛の特徴は、体動に伴う疼痛が強いにもかかわらず、安静時はほとんど痛みがないことである。疼痛におけるこの特徴は他の脊椎疾患、例えば化膿性椎体炎や椎体に限局した悪性腫瘍の骨転移でも似たような傾向がある。

椎体骨折と他の脊椎疾患との大きな違いは、椎体骨折では強い疼痛が持続するのは通常2-3日であり、以後少しずつ疼痛は改善していくが、化膿性椎体炎や悪性腫瘍の骨転位では症状が悪化傾向にあることである。尿管結石、大動脈解離などの非脊椎疾患では安静時と体動時の疼痛の差異があまりないので症状より鑑別することが可能であるが、実際は間違われることが少なくない。大動脈解離は緊急治療の対象であり、生命に直結する疾患であるので、診断は慎重かつ迅速でなければならない。化膿性椎体炎、悪性腫瘍の骨転位、多発性骨髄腫などは鑑別診断として重要であるが、時間単位の治療を要する疾患ではないので、待機の検査で十分な精査を行うべきであり、MRIなどの一連の検査を行う。

高いエビデンスはないが、新鮮な椎体骨折の疼痛対策として最も重要な治療法は外固定

であると考えられる。具体的にはギプス固定かコルセット固定である。このとき注意しなければならないのは、骨折椎体の上下十分な長さの外固定をするということであり、T12の椎体骨折に対し、腰椎コルセットを処方するといった誤りを犯してはならない。ギプス固定が最も確実な固定であるが、快適性とコンプライアンスを重視しわれわれはコルセットを常用している。コルセットは採型から出来上がりまで最低「中1日」を要するため、前後のマジックテープを付けた、サイズ調節可能な仮コルセットを用意し、その間をしのいでいる。腰背痛をもつ症例へ安静を指示するかあるいは早期より運動療法を行うかは難しい問題である。一般成人における通常の腰痛では安静をとることは有益ではないというエビデンスの高い報告があるが、これは骨粗鬆症性骨折を想定しているわけではない。骨粗鬆症性の骨折の場合に安静をとることが有益かあるいは有害かに関する検討はなされていないようである。しかし、少なくとも長期の安静臥床は有害であろうと推測されるので、可及的早期に外固定を行い、必要に応じて薬剤を使用し離床させるのが良いと思われる。

薬剤による対策として、恐らくもっとも使用されているのはNSAIDであろう。Medlineのbest evidenceのレビューでも急性腰痛の症状緩和にNSAIDは有効とされている。しかし、ここでの腰痛は骨粗鬆症性椎体骨折によるものではない。椎体骨折が発生すると、椎体前側壁あるいは終板が破壊される。同部の骨膜、靭帯には神経終末が分布しており、また骨髄内の血管周囲にも神経終末が分布している。椎体骨折に限るとNSAIDの有効性を証明した高いエビデンスの臨床研究はないが、骨折により侵害受容器から発せられるシグナルに対しNSAIDは直接的に鎮痛効果を発揮するものと思われる。

カルシトニンは椎体骨折による急性腰痛に対する有効性が証明され、そのメカニ

ズムがわかっている薬剤である。新鮮椎体破裂骨折に対する経鼻カルシトニンを用いたランダム化しダブルブラインド化された臨床試験で、投与開始時臥床していた症例が投与開始2週間でカルシトニン群は臥床していた症例は0%となり、一方プラセボ群はすべての症例が臥床していた。痛みシグナルが末梢より脊髄視床路を通して大脳皮質に伝えられとき、疼痛を抑制する神経系では神経終末から分泌されるセロトニンが疼痛伝達物質を抑制し疼痛閾値を上げる。カルシトニンはセロトニンの分泌を促し鎮痛効果を発現することが種々の研究により確認されている。

【慢性腰背痛の実態と疼痛対策】

慢性腰背痛は労作時痛が主体であり、マスクされた疼痛とも言える。新鮮な椎体骨折のない骨粗鬆症患者でも腰痛を自覚している者は多数いるが、それを訴える者とそうでない者がいる。この腰痛は一般に慢性腰痛と呼ばれているため、常に同じ程度の弱い疼痛が一日中持続して存在すると誤解されている。しかし、慢性の腰痛の多くは労作時や強い労作後の一時的な腰痛で、同じ程度の疼痛が一日中あるわけではない。主に労作に伴う腰痛であるため、家事が忙しかった昨日は腰痛があったが、外来診察に訪れた今日は何ともないことも多い。慢性の腰痛は診察の時点では痛くないマスクされた腰痛である。外来で「いかがですか？」という問いでは「なんともありませんが湿布がほしい」という返事は一見矛盾した返事であるが、それは、今現在は痛くないが、何らかの活動をすればどこか（腰痛と膝痛が多い）が痛いわけである。アンケートなどを用いた丹念な問診では腰痛の有病率が高く、簡単な問診では有病率が低い。よって、腰痛の真の姿を見ようとする問診のテクニックが必要であり、文献により腰痛の有病率が著しく違うのはこのためであると思われる。

慢性腰背痛に対するNSAIDの効果は否定

的である。患者に最も人気があるのは貼付薬であるが、そのエビデンスは乏しい。エビデンスのある薬剤として、慢性腰背痛に限らず非悪性の慢性疼痛に効果のある薬剤として抗うつ剤があるが、本邦での報告は少ない。骨粗鬆症薬ではカルシトニンは急性だけでなく慢性の腰背痛にも有効であることが確認されている。三浦らはエルカトニンと乳酸 Ca 投与の比較試験を行い、投与開始後6週と12週および12週以降の投与終了時に有意差があったことを報告した。太田らはカルシトニンの疼痛抑制効果はほぼ確立されているため、カルシトニンを対照とし、活性型ビタミンDを事実上のプラセボとした、リセドロネートの疼痛抑制効果が検討された。盲検化されていないランダム化比較試験で、投与4ヶ月の時点でのリセドロネート群と、リセドロネート+カルシトニン併用群、およびカルシトニン群の疼痛改善効果は、活性型ビタミンD投与群に有意に勝ることが報告された。アレンドロネートでは、プラセボとの無作為化二重盲検試験において、背部痛を原因とする臥床日数、および活動制限日数が短かった。しかし、これは直接的な疼痛抑制効果か、骨折抑制効果によるものかははっきりしない。なお、ラロキシフェンの疼痛抑制効果は証明されていない。また、骨粗鬆症と直接的な関係はないかもしれないが、脊柱管狭窄症において、PGE1誘導体であるリマプロスト・アルファデクスは15 μ g/日と3 μ g/日との無作為化二重盲検試験において下肢痛の改善率は15 μ g/日群が69.4%、3 μ g/日群が

44.1%と高用量な場合が有意に改善した。

骨粗鬆症のある円背の女性に対し、特殊な運動プログラムを行うと背部痛が有意に減少するという報告がある。筆者はその経験はないが、試みる価値がある方法と思われる。

【急性膝痛の鑑別と疼痛対策】

急性の膝痛の鑑別には病歴が重要である。転倒による膝痛で関節内血腫が認められれば occult fracture の可能性は高い。その程度によって、免荷と外固定の期間が決まるので、MRIによる評価が必要である。疼痛に対し長期間の薬物療法が必要な症例は少なく、疼痛を抑制するとむしろ骨折の治療に悪影響があるかもしれない。

【まとめ】

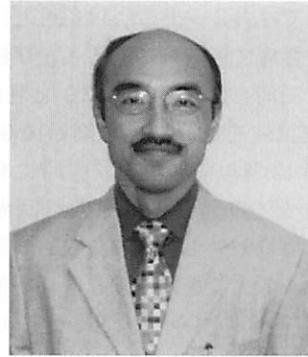
急性腰背痛では椎体骨折がもっとも多いがその診断は容易ではない。緊急に鑑別すべきものとして大動脈解離が挙げられる。エビデンスははっきりしないが、骨折であれば治療の基本となるのは外固定である。早期離床には外固定は欠かせない。それで疼痛がコントロールできない場合は薬物療法が必要である。薬物ではNSAIDとカルシトニンが有効である。

慢性の腰背痛ではカルシトニン、アレンドロネート、リセドロネートという骨粗鬆症薬、抗うつ剤が有効であり、症例によってはリマプロスト・アルファデクスの適応もあるであろう。

中高年における膝スポーツ障害

星ヶ丘厚生年金病院 スポーツ整形外科 濱 田 雅 之

近年、生活レベルの向上、長寿、中高年人口の増加など、種々の要因で中高年のスポーツ愛好家が増えています。これに伴い、スポーツにより怪我をして病院や診療所を訪れる中高年が少なからずおられます。このたびは、中高年スポーツ愛好家によくみられる膝の怪我についてお話しさせて頂きました。その内容につき、簡単ではありますがご紹介させて頂きます。



どのような症例が多いのか？

過去2年間の当施設における35歳以上の膝関節の手術症例数を図1に示します。半月や関節軟骨などの軟骨損傷と前十字靭帯損傷が大部分を占めておりますので、今回は主にこれらについてお話しさせて頂きます。

どう診断するのか？

講演中では、単純X線やMRIの具体的な撮影法をご紹介させて頂きました。単純X線は、初診の患者さんには 1) 正面は立位にて撮影し下肢アライメントの評価を行います。2) 側面は90度立て膝 (gravity sag view) で撮影しPCL損傷が診断しやすい方法で撮影します。3) スカイラインは膝屈曲45度で撮影し、さらに4) ローゼンバーク撮影と呼ばれる荷重位屈曲位撮

影を施行し、関節裂隙の変化をより鋭敏に捉えるようにしています。その上に、MRIは、評価、診断したい組織に合わせて撮像条件を変えています。具体的には、1) 靭帯組織はproton強調画像あるいは、T2強調画像、2) 半月はT2*強調画像、3) 関節軟骨は脂肪抑制T1強調あるいは、T2強調画像をもちいて診断しています。

半月、関節軟骨損傷

まず、代表症例(56歳男性のトライアスロン愛好家)を供覧します。過去数十年間にわたり一日5キロ程度のジョギングや定期的に競技に参加しておられた方です。1-2年前より時折膝痛は自覚されていましたが、すぐに改善するため放置されてきました。今回、ジョギング後の痛みを自覚され、近医にてNSAIDや関節内注射を受けられたが、屈伸にて違和感、引っ掛かり感があり改善傾向がないため当院紹介受診されました。

理学所見では、PF関節にcrepitusを伴う圧痛があり、また、内側関節裂隙に圧痛とMcMurray徴候が陽性です。

単純X線では、明らかな所見はありませんが、MRI T2*強調画像 内側半月実質内に高輝度陰影を認め(図2)、T2強調画像にて大腿骨膝蓋骨溝の関節軟骨と軟骨下骨間に高輝度陰影を

過去2年間の膝手術例(35歳以上)

・半月,軟骨損傷	36
・前十字靭帯損傷	34
・関節内腫瘍	4
・大腿骨顆部壊死	4
・後十字靭帯損傷	3
・膝蓋骨亜脱臼(MPFL再建)	2

図1 過去2年間の膝手術例(35歳以上)

認めます (図3)。

鏡視所見では、図4、5のごとく、内側半月損傷 (変性を伴う水平断裂) と大腿骨膝蓋骨溝の関節軟骨損傷 (軟骨下骨に達する) を認めました。損傷形態より、損傷組織の温存は断念し、半月切除と損傷軟骨の debridement を施行しました。

術後1年の診察では、術前見られた、PF 関



図2 症例1のMRI所見。

(T2*強調画像) 内側半月後節実質内に高輝度陰影を認める。



図3 症例1のMRI所見。

(T2強調画像) 大腿骨膝蓋骨溝の関節軟骨と軟骨下骨の間に高輝度陰影 (関節液の流入を疑う) を認める。

節の圧痛や内側FT関節の半月症状は改善しています。ジョギングは可能ですが、まだ発症前のレベルまでは復帰できていません。時に違和感を感じられているようです。

この症例より、中高年者における半月あるいは関節軟骨損傷にみられる特徴をいくつかピックアップすることができます。まず、発症要因としては、加齢による変性変化が基盤としてあり、それに、オーバークースあるいは軽微な外傷が誘因として加わり発症に至ると考えられます。このため、現病歴の聴取にて明らかな外傷がなくてもこれらの損傷を否定することはできません。次いで、理学所見としては、疼痛の部位や誘発検査などが重要であります、比較的

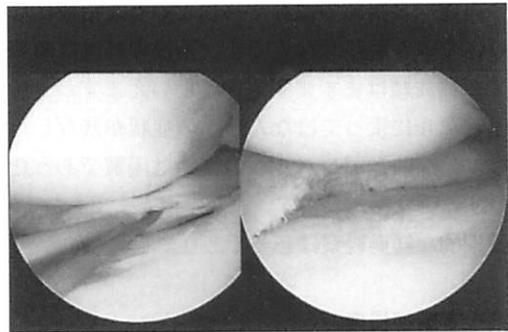


図4 (a) 内側コンパートメントの鏡視所見。
内側半月に水平断裂を認める。
(b) 半月部分切除後。

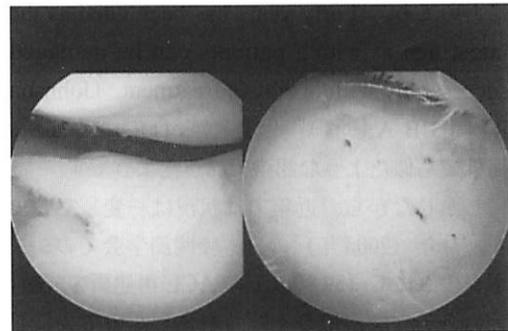


図5 (a) PF 関節の鏡視所見。
関節軟骨の剥離を認める。
(b) 不安定な関節軟骨を切除し、骨穿孔術を施行した。

高頻度にみられる PF 関節の軟骨損傷を見逃さないために FT 関節だけでなく、PF 関節の所見をとることが重要です。画像所見では、通常単純 X 線では所見に乏しいことが多く、現在のところ、本疾患を疑えば MRI は必須の検査となります。

治療方針としては、症状が軽度の場合は、活動レベルの制限や、筋力増強訓練、NSAID 投与などの保存的治療が第一選択ではあります。しかしながら、水腫や伸展制限を来す症例や、スポーツ活動への復帰が保存治療では困難な場合は手術治療が選択肢となります。ただ、中高年に生じるこれらの損傷に対しては、半月切除や損傷軟骨 debridement といった姑息的治療の適応になる症例がほとんどで、なかなか、修復や再建など組織の温存や移植といった治療になりにくいのが残念な点です。術後の経過は順調で短期成績はまずまずであるといえますが、活動レベルによってはなんらかの症状が残存したり、発症前と同レベルへの復帰は困難であったりする場合もあります。また、申すまでもなく、長期的な経過観察は必要であります。

前十字靭帯損傷

前十字靭帯損傷については、20 年以上前私が研修医であった頃には、30 歳以上ではあまり手術の適応はないのではないかと、この認識であったと思います。実際、1992 年の JBJS の review においても、“Forty years has been cited as the latest age at which patients can be managed successfully with operative treatment. (Johnson RJ: JBJS-A, 1992.)” と述べられている如く、海外でも似たような認識であったようです。

しかしながら、近年では状況は一変しています。今年 (2005 年) の日本膝関節学会でのシンポジウムにて「50 歳以上の ACL 再建術の成績」というテーマが取り上げられましたので少しご紹介致します。受傷の原因となるスポーツはスキーが最も多い、というのが特徴のようです。移植腱には膝蓋腱を用いても半腱様筋腱を用いても、どちらも、安定性は良好であり、患者さ

んの満足度も高く、若年者とほぼ同様の成績であった、との内容でした。

このような好成績の原因としては、1) より解剖学的な再建術が可能となるなど ACL 再建術自体の侵襲が小さくなったこと、2) 術後リハビリテーションが早期化したこと、3) 元気な高齢者が増えたこと、などが挙げられると存じます。海外の論文でも Miller らが、84 歳の男性に ACL 再建を施行し、良好な結果であったとする報告があもますが、論文中に彼らが述べる如く、手術適応を決める際には、暦年齢ではなく生理的な年齢が重要 (Physiologic age is more important than chronologic age when considering ACL reconstruction.) であることを痛感します。治療方針としては、年齢に拘わらず、1) 日常生活にて不安定感があったり、2) スポーツ復帰を希望されたり、3) 縫合可能な半月損傷が認められたりした場合は、若年者と同様に前十字靭帯再建術の適応であると考えています。

また、高齢者の前十字靭帯損傷を診断する際に、以下の症例の様な病歴の症例も存在することは留意しておく必要があります。

51 歳女性、1970 年 (17 歳) 頃ドッジボールにて右膝を痛めたことがあり、近医を受診したが捻挫といわれ放置されていました。その後、1985 年頃子供を抱いた拍子に右膝ぐずれを自覚したことがありました。2004/6/24 立ち上がった拍子に右膝痛が出現し伸展制限を来して来院されました。早速施行した MRI にて、ACL は消失しており、内側半月は顆間への転位を疑わず所見でした (図 6、7)。関節鏡では内側半月は顆間に転位しており半月自体の変性も強く、半月切除術を余儀なくされました (図 8)。また、ACL 再建は同時には施行できず、膝関節可動域の回復を待つて二期的に施行致しました。

このように中高齢者の ACL 損傷のなかには、1) 若い頃に受傷し医療機関を受診するも正確な診断がなされなかった、2) 時に膝ぐずれを自覚するも放置していた、あるいは医療機関で捻挫としか診断されなかった、3) 中高年にな



図6 MRI所見。(T2強調画像)正常ACLの走行は認めない。



図7 MRI所見。(T2*強調画像)内側半月は顆間への転位が疑われる。

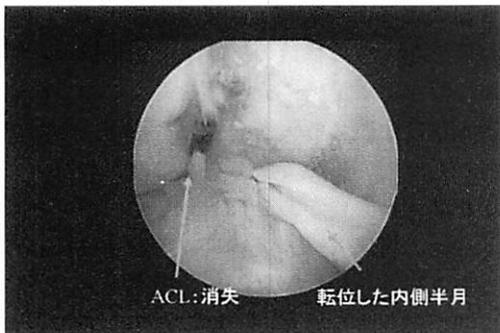


図8 鏡視所見。ACLの消失と、内側半月の顆間への転位を認める。

られてから、日常生活や軽微なスポーツ活動にて再受傷し、その時にも靭帯損傷とは診断されず半月損傷とだけ診断されて、我々の元に紹介された、といった経過をとられる患者さんもおられます。「初回受傷より年余を経て受診される場合もある」ということは一つの留意点であると思います。このようなわけで、日常診療の場面には、高齢者でもACLを損傷して診察室に来られること、ACL損傷自体は数十年前に損傷されており、半月損傷を主体とした症状で来院されることもあること、など念頭に置いていただければ、早期診断、早期治療につながるものと考えています。

最後になりましたが、大阪臨床整形外科医会でこのような講演の機会を頂きましたことを改めてお礼申し上げます。

Rosenberg TD, Paulos LE, Parker RD, Coward DB, Scott SM. The forty-five-degree posteroanterior flexion weight-bearing radiograph of the knee. J Bone Joint Surg Am. 1988 Dec;70(10):1479-83.

Shino K, Mitsuoka T, Horibe S, Hamada M, Nakata K, Nakamura N.

The gravity sag view: a simple radiographic technique to show posterior laxity of the knee.

Arthroscopy. 2000 Sep;16(6):670-2.

Johnson RJ, Beynon BD, Nichols CE, Renstrom PA.

The treatment of injuries of the anterior cruciate ligament.

J Bone Joint Surg Am. 1992 Jan;74(1):140-51.

Miller MD, Sullivan RT.

Anterior cruciate ligament reconstruction in an 84-year-old man.

Arthroscopy. 2001 Jan;17(1):70-2.

患者の安全、特に外来診療における安全性の向上 アメリカ内科学会の取り組みの紹介

日本内科学会認定内科専門医会 会長
米国内科学会日本支部 理事
北摂総合病院 院長 木野 昌也

医療事故の記事が新聞に載らない日はありません。医療事故は一旦発生すると、患者さんは勿論のこと、当事者である医師やナース等、医療職員にも立ち上がる事ができない程の打撃（トラウマ）を与えることになります。患者さんのために思い、一生懸命に尽くした結果であっても、業務上過失責任を問われるのです。平成16年9月に報道された、厚生労働科学研究「医療事故の全国発生頻度に関する研究」では、わが国の特定機能病院での医療事故発生率は10.5～12.2%であり、大学病院で有害事象が日常的に発生している現実が明らかになりました。医療事故は何時、どこでも、誰にも発生する可能性があります。

当然ではありますが、医療事故に対するマスコミの姿勢は大変厳しく、日本の医療界全体の体質までも問う勢いです。しかし医療事故は日本だけでなく、米国でも多発していることは良く知られた事実です。ボストンの有名新聞の医療部門担当記者が抗がん剤の過剰投与で死亡、健常側の下肢を誤って切断された男性、外科の小手術で誤投薬にて死亡した8歳の男児、——と枚挙に暇がありません。わが国と同様の事故が米国でも起こっているのです。米国のマスコミも医療事故について大々的に取り上げました。1999年、全米で年間に44,000～98,000人もの人が医療事故で亡くなっているという記事は、日本でも大変な話題になりました。この死亡数は、同年の全米の乳がん、AIDS、あるいは自動車事故の死亡数よりも多いからです。しかし、この後の反応がわが国とは少し違うようです。

1999年12月クリントン大統領の署名を得て、政府機関が即座に立ち上げられました。そして患者安全についての研究活動と対策が政府の資金援助のもと、全米の科学界と医学界が一つになり大々的に開始されました。

人はそもそも過ちをおかすもの。全ての医療行為は、その大小に関わらず、人、物、制度、ルールといった数多くの要因からなる一つのシステムである。一つの過ちは、その医療行為の背景、ルール、関わっていた全ての物や人の過ちの結果である。過ちが起こったからといって、起こした本人だけを責めるのでは、物事の本質的な解決にはならない。最後に過ちを犯した人だけを責めても原因の解明には繋がらないし、再発を予防することはできない。Institute of Medicineの研究結果は、従来のわれわれの考え方を根本から変えるものでした。

医療事故の発生を予防する数々の活動は、患者の安全、さらに職員の身を守るためにあるのは当然ですが、しかし、もっと広く言えば医療の信頼性を確保し、医療の質を向上させることにあるのです。この活動を通じて、医療にかかわる職員のプライドを維持し、仕事に対する満足感や充実感を得るという医療の本質にかかわる大変な重要な課題にも応えることができるのです。まさにわれわれの文化を変える必要があります。

今回の講座では、アメリカ内科学会における取り組みを紹介しながら、患者安全の問題について、みなさんと一緒に考えたいと思います。

整形外科の外傷性疾患およびスポーツ傷害分野への実地応用 プロサッカーチームドクターとしての責任と役割

静岡リウマチ整形外科リハビリ病院 スポーツクリニック
清水エスパルスメディカルアドバイザー

福 岡 重 雄

現在、競技スポーツと整形外科医は様々な形で関係を持っている。静岡県内の市立病院の整形外科医であった私は整形外科の中でも特にスポーツ医学を専門にしていたので、多くのスポーツをする学生やプロの選手を診ていた。サッカーのJリーグはその競技規約の中で、公式戦には医師のベンチ入りを義務づけている。その関係から1993年Jリーグが始まる時に、清水エスパルスから誘いを受けてそれ以来エスパルスのチームドクターを勤めている。市立病院の部長職の片手間ではやはり限界があり、病院の仕事との両立はなかなか難しく1995年からは病院を辞めてクラブと専属契約を結んで常駐ドクターとして関わってきた。

1:メディカルチームの構成は、専属ドクター（整形外科医）1名、専属理学療法士1名、トレーナー（柔整師、鍼灸師など）4名の構成である。そのほか内科・循環器・歯科のドクターにサポートしてもらっている。

トレーナーの仕事

- ・ケガに対する応急処置
- ・選手の体調管理（マッサージ、鍼）
- ・練習と試合前のテーピング
- ・水回り（ドリンク）の管理

理学療法士の仕事

- ・ベッドサイドからグラウンドレベルまでサッカーに必要なフィジカルコンディションの再獲得
- ・傷害予防トレーニング
- ・ドクターの医療補助・トレーニング基礎



知識の選手への指導

ドクターの仕事

- ・練習前に選手の状態をチェック・監督にブリーフィング
- ・ドーピングコントロール
- ・試合の前日には先発11名と控え5名の選手を監督が選択する際に情報提供する
- ・傷害の診断と治療プログラムの作成
- ・公式戦のベンチ入り

トレーナーたちはいわゆる民間療法に選手を誘導しがちである。ドクターは彼らの良い点を取り入れながら正しい方向に選手を導くことが必要である。

2:治療と予防の基本はアイシングである。

急性期にはアイシング

- ①出血を最小限に抑えこむ
- ②組織代謝速度の低下
- ③筋スバズムの抑制
- ④痛覚閾値の低下
- ⑤組織活性酸素産生の抑制?

アイシングを行う方法には状況に合わせた各種が必要である。

- ・アイスバッグ方式 (cubic/crashed Ice) (図-1)
- ・カップアイス方式 (図-2)
- ・Cooling Device (Cryo Cuff など) (図-3)
- ・氷水 (アイスタंक) (図-4)

実際のマニュアル

- ・アイスバッグ

直接患部に 20 分間当てる。60 分間皮膚を休める。これを 48 時間繰り返す。(凍傷に注意！)

- ・氷水 (アイスタंक)

氷水に 1 分間患部をつけ、約 3 分間休んでまた冷水につける。30 分間の繰り返しを 1 セットとする。

慢性傷害には交代浴 (図-5)

冷水 (0℃) に 1 分間入れることにより血管が収縮する。十分に冷えたら、直ちに温水 (42℃) に 3 分間入れる。これを繰り返す。

これらのアイシングテクニックを駆使することによって、毎週のリーグ戦に選手は出場し続けている。

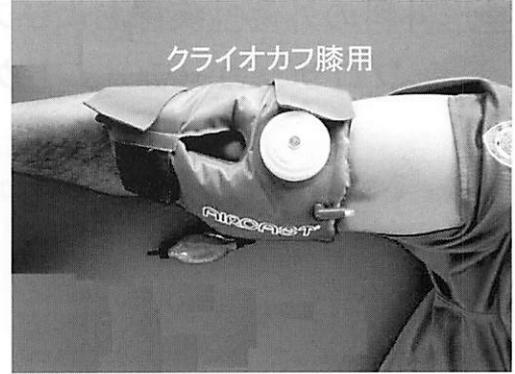


図-3 クライオカフ



図-4 アイスタंक

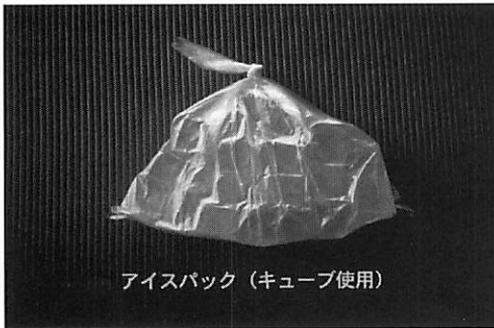


図-1 アイスバッグ

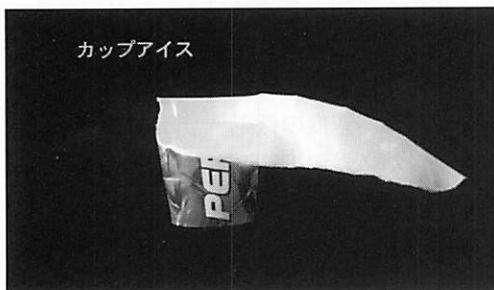


図-2 カップアイス



図-5 交代浴専用タンク

3：これら日々のケアとは別にサッカー選手に特異的な傷害がある。

A：スポーツヘルニア

1. 概念

サッカー選手は繰り返しボールを蹴るという特殊性から股関節周囲の痛みを訴えることが少なくない。従来これらの痛みに対しては、恥骨結合炎、内転筋付着部炎、腹直筋付着部炎などと様々な診断名が付けられて、かなり程度が進んでから安静を主体とする保存的治療が行われてきた。Jリーグでも各チームでこれらの痛みが問題となっていたところ、前述のように様々な診断名が付けられていたあるチームの選手がヨーロッパに渡り、そこで鼠径ヘルニアの手術を受けたら短期間に治癒した。その時の診断名がこの「スポーツヘルニア」というものであった。私の所属しているチームの選手でも過去3名に手術を行ったが結果は良好である。現時点では、病態は腹圧の上昇を繰り返した結果として鼠径管の後方の壁が弛緩して弱体化し、プレーのたびに腹圧の上昇で鼠径管が圧迫され周辺に不定の痛みを引き起こすものと考えられている。

2. 症状・症候

症状は鼠径部周囲の局在の明確でない痛みである。一側あるいは両側の大腿内側に放散痛がある。放散痛は、下腹部、会陰部、坐骨結節部に及ぶこともある。前項の恥骨結合炎と類似しているが、恥骨結合部の圧痛はあってもごく軽度である。

仰臥位からの起床時や、咳やくしゃみ、排便時などに鼠径部に痛みが走ることが特徴的である。

理学所見としては、仰臥位膝伸展位での脚挙上 (active SLR) がほんの少しの抵抗を加えるだけで出来なくなってしまう。また股関節の外転外旋屈曲位 (Patric test 肢位) で上半身を腹筋を使って起こさせると鼠径部に痛みが誘発される。これらはいずれも腹圧がかかると痛みが誘発される事を意味している。

3. 診断・検査

単純X線では恥骨結合部に変化があるとしても非特異的所見である。エコー診断で腹圧の上昇により鼠径管の後方よりの圧排像をとらえることが出来ることもある。鼠径管の造影により鼠径管の走行を見ることもある。

4. 治療

痛みの程度は初期には我慢しつつプレーできる程度のことが多く無理をしがちである。股関節周囲の痛みをかかえ股関節の動きが不十分なままキックを繰り返すために骨盤輪に負荷がかかり、真性の恥骨結合炎に移行する場合もあると考えられる。現在では、選手の間はこの鼠径部の痛みに対する理解が浸透したため、かなり初期のうちから練習量を制限することが可能になり、リハビリ訓練として、股関節と下部腰椎の柔軟性促進訓練と痛みの軽快を待っての下部腹筋 (特に側腹筋) の強化訓練を行うことにより保存的に完治することが多くなった。

手術を選択する場合には、病態から分かるように、鼠径ヘルニアの手術とはいっても通常腹部外科で行う腸管の脱出を止める手術ではなく、鼠径管の後壁を補強する手術を行う必要がある。外科医に手術を依頼する場合にはこの点を十分に理解してもらうことが必要になる。(図-6)

Jones fracture

第5中足骨基部より2cm 辺りの骨折は治療に難渋することが知られている。サッカー選手に多く特にプロ選手の場合には選

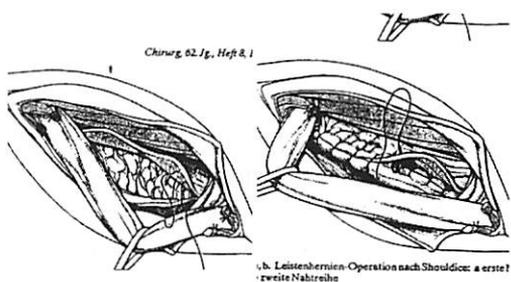


図-6 鼠径管後壁の縫縮

手生命を左右しかねない。第5中足骨基部より2cm 辺りは Zone 3 と分類されていて、Peroneus brevis の付着部、Cuboid と第4中足骨との間の靭帯によって固定されている第5中手骨の基部と骨幹部の間の繰り返しの捻れにさらされる。(図-7)

プロ選手では手術療法が第一選択となる。髓内釘による内固定を行うが、髓内に可能な限り長いキャンセラスクリューを入れることが良いというドクターもいるが、(図-8) 私としては繰り返しの捻れに対抗することを重要視して、ハバートスクリューで斜めに短く対側の皮質にグリップするように固定する方法を行っている。(図-9)

前十字靭帯損傷

プロサッカー選手にとって前十字靭帯損傷とはどのような意味を持つであろうか？ ACL 再建術は不要だと思っているドクターも未だにおられるであろう。また ACL がなくても困っていない選手を知っていると主張される方もいる。現場で多くの選手を見ている私の印象は、残念ながら実際には再受傷を繰り返し契約更新ができない。プロでは選手寿命が短くなるだけでなく、膝が変性して行くために現役引退後の膝には大いに問題が生じる。

過去から現在まで数多くの ACL 再建の術式が試みられている。その事実は未だにこれ一つだけという術式がないことを物語っている。膝前十字靭帯は前内側線維束 (AMB) と後外側線維束 (PLB) とからなる三次元的構造物である。AMB は主に脛骨の前方移動を制動し、PLB は伸展位付近での回旋安定性を担い、それらが相まって機能している。この機能を一本の索状物で代用することは極めて困難であるといつて良い。そのため、大腿骨骨孔をどの位置に開けるかをめぐっては研究者の間で二つの意見が交わされてきた。一方は最もアイソメトリックな 11 時~12 時の所に大腿骨骨孔の位置を目指すことを、他方は解剖学的な位置すなわち 10 時の位置を

目指すことを勧めている。1980 年代後半から ACL 再建術後成績の客観的評価法として矢状面での脛骨大腿骨の移動距離を測定する装置 (KT-1000,2000) の測定結果が重要

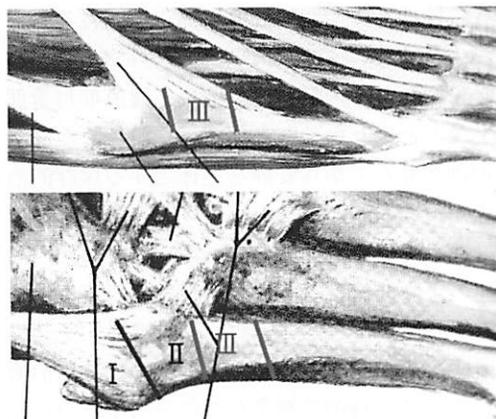


図-7 第5中足骨 Zone-3



図-8 キャンセラスクリュー髓内固定

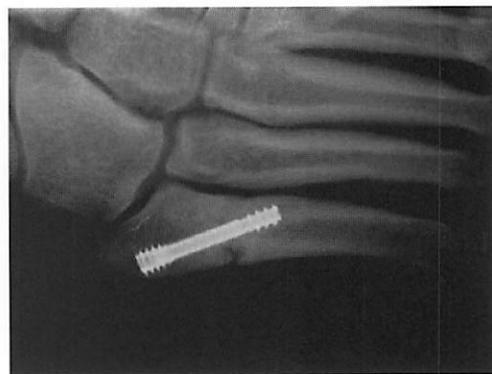


図-9 斜方向に固定したハバートスクリュー

視され、その結果のみで術後の成績を報告することが主流となった。そのため大腿骨骨孔を11～12時のアイソメトリックな位置に作成して、前内側線維束に近い索状物を作り前後方向の安定性を重視する術式が多かったと考えている。その当時からACL術後評価を矢状面の移動距離のみで下す傾向には疑問を持っており、自らACLを損傷した後日再建術を受けた経験から、ACL不全膝の人が最も必要とするものは伸展位での回旋安定性であるとの考えを持っていた。そのためには大腿骨骨孔を解剖学的な位置すなわち外側低位後方に作成し、もっと斜めに傾いた索状物を作る必要があると著者は考えていた。近年垂直方向よりも傾いた斜め方向の移植靭帯作成することの優位性を指摘する基礎研究が相次いで報告されている。著者は1999年以来脛骨骨孔を内側前方に大腿骨骨孔を低位後方に作成し、それに通した一本の索状物でいわば内側前方から外側低位後方に斜めに走る線維束を形成し、それによって前十字靭帯の代用をさせる方法を試みてきた。内側前方に開けた脛骨骨孔を介して行う操作では低位後方の解

剖学的付着部に大腿骨骨孔を作成することは困難である。実際、著者も初期の頃には斜めに走る線維束を作るための骨孔を脛骨と大腿骨に毎回再現性を持って確実に開けることは極めて困難であった。しかし、2000年4月以降は、脛骨骨孔の刺入部を明確な解剖学的指標により決定し、さらに関節内で脛骨エィマーの先端を置く位置を標準化し、そこから三次元誘導的ドリリング操作（文献7）を行うことによって、内側前方から外側低位後方に斜めに走る線維束を作成するための骨孔が再現性を持って確実に作成できるようになった。（三次元誘導的骨孔形成）骨孔作成に再現性がなければ良い手術結果は得られないと著者は考える。

再建素材として強度、骨孔固着の確実さなどから骨付き膝蓋腱を用いている。さらに内側前方から外側低位後方に斜めに走る骨孔の全長は短いため、固定法としてはInterference Screwではなく、Endo ButtonとScrew Postを使用している。

以上、チームドクターとしての経験を述べた。

脊柱管狭窄症の診断と治療

近畿大学 整形外科 松村 文典

【はじめに】

腰部脊柱管狭窄症は腰部の脊柱管が狭くなり、中に存在する馬尾や神経根が慢性的に絞扼されて神経症が生じた状態の総称であり、症候群である。その原因として先天性狭窄、変性狭窄、これらの合併やさらにヘルニアを合併する場合もある。ほとんどの症例は退行性変化が関与しており、高齢者に多く認められる。当科外来における腰部脊柱管狭窄症患者の約85%が60歳以上の高齢者であった。我が国における高齢者人口は年々増加しており、今後も腰部脊柱管狭窄症患者は増加すると考えられる。

【症状】

腰痛、下肢症状（痛み、しびれ、筋力低下など）、膀胱直腸障害、間欠跛行などの症状が認められる。症状は神経の圧迫部位により、馬尾型（しびれなど感覚異常、排尿障害など）、神経根型（疼痛が中心）、混合型（馬尾型と神経根型の混合）に分類されている。特に間欠跛行は腰部脊柱管狭窄症に特徴的な症状といわれている。

【診断】

症状と腰椎単純X線、MRI、脊髓造影などの検査から診断は容易である。しかし、閉塞性動脈硬化症などの循環障害でも間欠跛行をきたす。したがって、これらの疾患との鑑別が重要である。腰部脊柱管狭窄症で見られる馬尾性の間欠跛行は前かがみで休むと症状が改善する、あるいは前かがみで歩くと痛みが出ないなどの姿勢による要素が関与する。一方、閉塞性動脈硬化症による間欠跛行では姿勢による要素は関与しない。間欠跛行は診察室で診察できないため、もっぱら問診



に頼っている。しかし、訴えがはっきりしない患者もいる。また、腰部脊柱管狭窄症と閉塞性動脈硬化症との合併例（当科外来患者では、腰部脊柱管狭窄症患者の約10%に閉塞性動脈硬化症が合併していた。）もあり、鑑別が困難な場合がある。これらの患者に下肢MRAやABI（Ankle-Brachial Index）（図1）を行う必要がある。ABIは足関節血圧と上腕血圧の比を求めるもので、外来でも簡単に検査可能で有用である。最近では四肢の血圧を同時に測定できる機械も開発されている。

【治療】

保存的治療と手術的治療がある。膀胱直腸障害のあるもの、麻痺症状の強いもの、5分以内に間欠跛行をきたすもの、3ヶ月以上強

$$ABI = \frac{\text{足関節収縮期血圧 (mmHg)}}{\text{上腕収縮期血圧 (mmHg)}}$$

- 0.9 < ABI < 1.3 正常
 ABI ≤ 0.9 動脈閉塞の疑いがある
 ABI ≤ 0.8 動脈閉塞の可能性が高い
 0.5 < ABI ≤ 0.8 動脈閉塞が1箇所はある
 ABI ≤ 0.5 動脈閉塞が複数箇所ある
 ABI ≥ 1.3 動脈が石灰化している

図1. ABI (Ankle-Brachial Index)

い症状が持続しているもの、保存的治療（薬物療法、理学療法）が無効なものに手術適応があるといわれている。しかし、日常生活、社会生活の支障度、患者の年齢を十分考慮した上で手術を選択すべきである。また、腰部脊柱管狭窄症の自然経過として、神経根型では症状が改善しやすく、馬尾型は症状が悪化する症例が多いことも念頭においておくべきである。

保存的治療として安静、装具療法、理学療法、ブロック療法、薬物療法などがある。安静は膝を屈曲し腰椎の前弯をなくした状態に保持することが重要である。装具療法として体幹を前屈位に保持し脊柱管を広く保つ Williams flexion brace がある。しかし、装着がわずらわしいなど患者に好まれないことが多い。

理学療法として骨盤牽引や腹筋、背筋の強化による脊柱支持力の増加を目的とした腰痛体操がある。しかし、腰椎疾患患者では、腰痛、下肢痛、下肢しびれなどにより体幹筋や下肢筋の機能障害を認め、立位バランス障害がおこり、腰椎部への負荷を増大させ、さらに腰椎疾患の増悪をきたすと考えられる。そこで、腰椎疾患患者の立位バランス障害を検

討した。健常人と比較し腰部脊柱管狭窄症患者は立位バランス障害を認めた。また、立位バランス障害の改善を目的に腰椎椎弓切除術後運動療法として、不安定板を用いた神経筋強調訓練（図2）を行った。神経筋強調訓練は、術後の立位バランス障害の改善に有用であった。したがって、神経筋強調訓練は立位バランス障害の強い腰部脊柱管狭窄症の保存的治療にも取り入れることのできる運動療法ではないかと考えている。

ブロック療法として硬膜外ブロック、神経根ブロックなどがある。これらのブロック療法は神経根の圧迫による下肢痛、腰痛には有効であるが、馬尾の圧迫や神経根の強度かつ長期の圧迫には無効といわれている。

薬物療法として非ステロイド性消炎鎮痛剤（NSAIDs）、筋弛緩剤、ビタミン剤、抗うつ剤、カルシトニン製剤、プロスタグランジン製剤などが用いられている。カルシトニン製剤は骨格筋の血流が減少し、相対的に馬尾血流が増大し（vascular shunt mechanism）間欠跛行に有効と1983年にPorterらが報告した。近年、血管拡張作用、血小板凝集抑制作用により馬尾血流を改善させ、間欠跛行に有効とされるプロスタグランジン製剤が使用

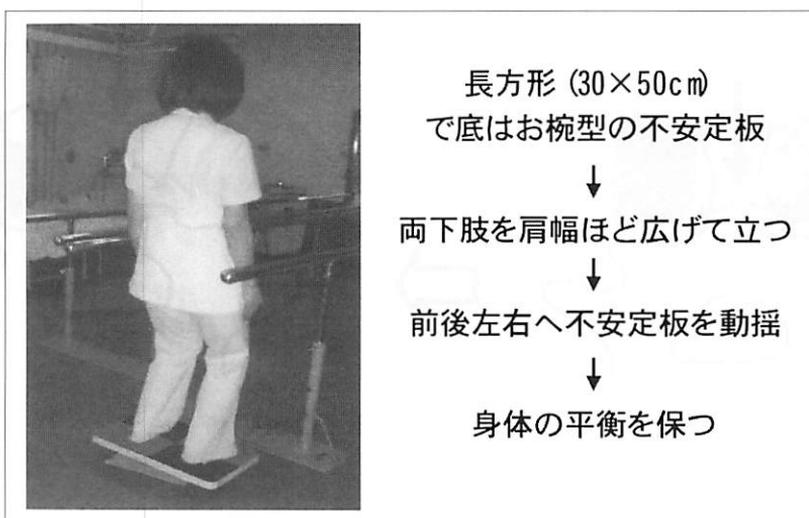


図2. 不安定板を用いた神経筋協調訓練

されている。しかし、有効でない症例もあり、どのような症例に有効であるかをプロスタグランジン製剤の点滴注射（保険適応はありません）を行った入院患者で検討した。多椎間狭窄例に有効性が高く、単椎間狭窄例には有効性が低かった。これは、多椎間狭窄では馬尾の循環障害、単椎間狭窄では馬尾の機械的圧迫が強いためと考えられた。

手術的治療として以前から椎弓切除術や開窓術が一般的に行われている。近年、医療保険制度改革による在院日数の短縮や低侵襲手術が重要視されるようになり、後方支持組織を温存する手術アプローチや顕微鏡や内視鏡を用いた手術が行われるようになった。我々は腰椎後方支持組織を温存するために、棘突起縦割進入による椎弓切除術（図3）を行っている。この術式は、棘突起に付着する傍脊筋を剥離することなく温存する方法である。この術式の導入により術後腰痛の軽減を認め、ドレーン抜去後（術後1～2日）直ちに離床が可能となり、離床までの期間が短縮された。現在、腰椎椎間板ヘルニアだけでなく腰部脊柱管狭窄症に対する内視鏡手術も行われ始めており、今後の発展が期待される。

【まとめ】

1. 腰部脊柱管狭窄症の診断において閉塞性動脈硬化症との鑑別が重要であり下肢MRAやABIが有用であった。
2. 腰部脊柱管狭窄症の自然経過、患者の日常生活、社会生活の支障度、年齢を十分考慮した上で手術を選択するべきである。
3. 腰部脊柱管狭窄症患者は立位バランス障害を認め、神経筋強調訓練は術後運動療法として立位バランス障害の改善に有用であった。
4. プロスタグランジン製剤の点滴注射は、多椎間狭窄例に有効性が高く、単椎間狭窄例には有効性が低かった。
5. 腰椎後方支持組織を温存するための棘突起縦割進入による椎弓切除術は、術後腰痛の軽減を認め、離床までの期間が短縮された。

【おわりに】

講演の機会を与えていただいた臨床整形外科医会の先生方に感謝いたします。

また、先生方の臨床に少しでも役立つようであれば幸甚に存じます。

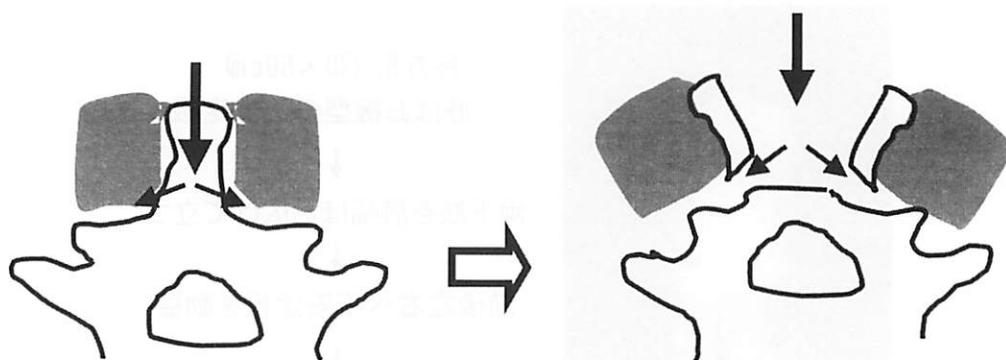


図3. 棘突起縦割進入による椎弓切除術

新しい骨代謝マーカーを求めて

—骨代謝マーカーの基礎的な理解と今後の発展—

大阪大学大学院 医学系研究科 器官制御外科学（整形外科）

橋 本 淳

はじめに

大阪臨床整形外科医会で講演をさせていただく機会を賜りましたことにお礼申し上げます。

現在まさに高齢化社会に直面し、寝たきりの防止や高齢者の QOL (Quality of Life) の向上・維持を目指して、骨粗鬆症の診断と治療の質の更なる向上が求められております。そのためには個々の患者の正確な病態評価とそれに基づくタイミングのよい効果的な治療方針の決定が必要となってきます。1000 万人を超える骨粗鬆症患者を抱えた本邦で、骨折を繰り返し起こすようになってきてから、ひとつひとつの骨折の治療に対応するに終始するだけでよしとするのでは、医師の社会的貢献は限られたものとなります。それゆえ、骨折をいかに起こらないようにするかを考えた治療を積極的に取り入れることは大切であると考えます。そのためにできることに限界があったとしても、その最大限を理解して日々の臨床に適應することは、いつの時代でも重要であります。そこで、講演会では骨粗鬆症の診断と治療の中で用いられます骨代謝マーカーに関しまして、骨折の危険度評価のツールとして重要であることを、今後の私なりの展望も交えて概説させていただきました。

骨代謝マーカーの基本的理解とその測定目的

骨組織は破骨細胞による吸収と骨芽細胞による形成を繰り返して、活発にリモデリングを行っています。その骨吸収や骨形成の際に血清や尿に出てくる酵素や骨基質タンパク質関連の物質（骨型アルカリフォ



スファターゼ (BAP)、Osteocalcin、Type I collagen propeptides (PICP(carboxy terminal propeptide of type I procollagen)、PINP(amino-terminal propeptide of type I procollagen)、Deoxypyridinoline(DPD)、Carboxy Terminal Cross-Linked Telopeptide of Type I Collagen(CTX-I)、Amino-Terminal Cross-Linked Telopeptide of Type I Collagen(NTX-I)、Tartrate-Resistant Acid Phosphatase(TRACP)など)をとらえることで骨形成や骨吸収の生化学的指標として用いられています。骨形成と骨吸収は連動して変化するのでいずれも骨代謝回転の指標となります。骨粗鬆症治療の最終目的は骨折を防止することであり、個々の患者で骨粗鬆症の治療の必要性を考える上で、骨折の危険度の評価がまず必要です。骨折の危険度を評価するうえで骨強度に関わる因子を評価することが必要であり、1960 年代に X 線画像評価での骨密度が骨強度と強く相関することが示され、骨密度をいかに正確に評価するか、骨密度の評価により骨折発生の危険度をどの程度正確に評価できるか、骨密度の増加により骨折発生減少につながるか等に関して多くの検

討が行なわれ多くの知見が集積されてきました。その結果、骨密度が同じ程度であっても血中や尿中の骨代謝マーカーの差により骨折発生率が異なることが明らかとなり、骨強度に影響する因子は骨密度だけではなく、骨代謝マーカーで評価される骨代謝回転も骨折の危険度評価に有用であることが明らかとなりました⁽¹⁻⁴⁾。また骨粗鬆症治療薬投与後にはこのようなマーカーが変動する薬剤もあり、薬剤によってはその治療のモニターに使用できることも明らかとなりました。従って、現在このような骨代謝マーカーは、臨床的には、骨折の危険度評価と骨粗鬆症治療薬使用後の治療モニタリングの2点を目的として用いられるに至っています。

骨強度と関連する因子

bisphosphonate、ビタミンD、SERM、ビタミンKなどでは骨密度変化から期待できる以上の骨折発生率の低下が得られるという臨床的な経験から骨密度以外の、骨強度と関連する因子の重要性が上げられ、2000年のNIH Consensus Statementの骨粗鬆症の定義の中で、骨強度の決定因子として骨密度以外に骨質が関与することが明記されました。骨質は具体的なひとつの因子ではなく、骨量・骨密度とは異なる、骨強度に関連する骨特性の包括的な呼称として用いられています。骨質と呼ばれる骨強度決定因子として、現在骨構造(macro,micro)、骨代謝動態(骨細胞、破骨細胞、骨細胞の密度と機能)、Microdamageの蓄積、骨基質の物質的特性(石灰化に関する特性、ハイドロキシアパタイト結晶の特性、細胞外骨基質蛋白の特性、等)などの様々な因子が様々な方法を用いて検討されています。しかしこのような評価の多くは患者に侵襲なく行うことが不可能であり、実際に目の前の患者の治療に利用する上で簡便性に優れ普及性のある評価方法は血液・尿マーカーが優れています。それゆえ、これまでに骨折リスク評価に利用されてきて

いる骨吸収や骨形成のマーカー以外に、新たな血液・尿での骨折リスクマーカーを見出すことは臨床的に重要です。

現在の骨代謝マーカーは骨基質蛋白質のmajor proteinであるI型コラーゲンの代謝に関するものが広く利用されていますが、I型コラーゲン以外に量的に少ない骨基質蛋白は数多く知られており(表)、このような多くの物質の代謝に関連した物質の測定を利用した骨折リスクの評価法の開発は今後の発展の待たれる分野であり、またその後のその機序解明は基礎的な骨代謝の理解にもつながる重要な分野であると考えます。

終わりに

骨粗鬆症により骨折が生じて日常生活動作に支障を来すことの防止を考えると、どの患者が骨折を起こすリスクが高いのかの評価が最初に必要になります。その際の判断に骨代謝回転を評価できる骨代謝マーカーが有用ですが、さらに新たな検査の開発により診断と評価の精度の向上が期待できるという意味で骨代謝マーカーは今後も新たに開発が望まれる分野であります。

1. Garnero P, Hausherr E, Chapuy M-C, Marcelli C, Grandjean H, Muller C, Cornier C, Breart G, Meunier PJ, Delmas PD 1996 Markers of bone resorption predict hip fracture in elderly women: The EPIDOS prospective study. *J Bone Miner Res* 11:1531-1538.
2. van Daele PL, Seibel MJ, Burger H, Hofman A, Grobbee DE, van Leeuwen JP, Birkenhager JC, Pols HA 1996 Case-control analysis of bone resorption markers, disability, and hip fracture risk: The Rotterdam study. *BMJ* 312:482-483.
3. Ross PD, Kress BC, Parson RE, Wasnich RD, Armour KA, Mizrahi IA 2000 Serum bone alkaline phosphatase and calcaneus

bone density predict fractures:A prospective study. Osteoporos Int 11:76-82.
 4. Garnero P, Sornay-Rendu E, Claustrat B, Delmas PD 2000 Biochemical markers

of bone turnover, endogenous hormones and the risk of fractures in postmenopausal women: The OFELY study. J Bone Miner Res 15:1526-1536.

表. 骨基质蛋白

Major composition	
Collagen type I	>90%
Minor composition	
Collagen type III	Bone Sialoprotein
Collagen type V	BAG-75
Collagen type X	DMP-I
Collagen type XI	MEPE
Osteocalcin	PHEX
Matrix Gla Protein	Versican (PG-100)
ALP	Hyaluronan
Osteonectin	Decorin
Tetranectin	Fibromodulin
Thrombospondins	Osteoglycin
Fibronectin	Biglycan
Vitronectin	Osteoadherin
Fibrillin	Sclerostin
Osteopontin	others

末梢神経損傷に対する Polyglycolic acid (PGA) -Collagen tube を
用いた生体内再生治療：末梢神経欠損から複合性局所疼痛症候群へ

In situ tissue engineering for peripheral nerve injuries
with a polyglycolic acid-Collagen(PGA-C) tube

稲田 有 史

稲田有史¹⁾、中村達雄²⁾、森本茂³⁾、飯田秀之⁴⁾、
古家仁⁵⁾、細井裕司⁶⁾

- 1) 稲田病院 整形外科、京都大学 再生医科学
研究所臓器再建応用分野
奈良県立医科大学 整形外科、麻酔科、耳鼻
咽喉科、高度救命救急センター
- 2) 京都大学 再生医科学研究所臓器再建応用
分野
- 3) 奈良県リハビリテーションセンター 神経
内科
- 4) 奈良県立医科大学 皮膚科
- 5) 奈良県立医科大学 麻酔科
- 6) 奈良県立医科大学 耳鼻咽喉科



Y.Inada¹⁾, T.Nakamura²⁾, S.Morimoto³⁾, H.Iida⁴⁾, H.Furuya⁵⁾, H.Hosoi⁶⁾

- 1) Surgeon-in-chief, Inada Hospital. Dep. of Bioartificial Organs, Institute for Frontier Medical Sciences, Kyoto University, Dept. of Orthopedics, Anesthesiology, Otolaryngology, Emergency and Critical Care Medicine. Nara Medical University
- 2) Dep. of Bioartificial Organs, Institute for Frontier Medical Sciences, Kyoto University,.
- 3) Dep. of Neurology, Nara Rehabilitation Center,
- 4) Department of Dermatology, Nara Medical University,
- 5) Department of Anesthesiology, Nara Medical University,
- 6) Department of Otolaryngology, Nara Medical University,

Key word : Polyglycolic acid(PGA)-Collagen tube
Peripheral nerve injuries
Complex regional pain syndrome

始めに

末梢神経欠損の治療は、顕微鏡下に自家神経移植による interfascicular nerve graft が標準的治療である¹⁻⁴⁾。しかしながら、その結果は決して満足できるものではない。さらに、自家神経移植は採取側の機能損失は避けられず⁵⁻⁷⁾、また広大な欠損にも対応できない。このため、神経欠損に対する管腔移植と呼ばれる人工物を挟んだ架橋形成への期待は大きく、これまでに内外で数多くの実験的な研究が行われ⁸⁻²⁶⁾、北米ではすでに臨床応用が始まっている⁸⁻⁶⁾が、臨床応用は指・足趾神経の短い欠損(30mm以下)に限られ、術後2点識別能での評価が米国内での多施設検討で採用されている。Lundborgら¹¹⁾が、報告したシリコンチューブ内での神経架橋形成に始まる管腔移植は、シリコンチューブ内への血行が周囲から隔絶され、さらには逆に絞扼の原因にも成り得る可能性から、管腔移植は生体吸収性材料へと取って代わられてきた。

今回使用した Polyglycolic-acid-collagen (PGA-C) tube¹⁷⁻²²⁾ は、現時点で世界最長の80mmのイヌ腓骨神経欠損の神経再生に成功したものである。大きな動物での複合神経再生、1年後の運動機能の回復、長大な神経再生が実験的に認められた時点で、臨床応用を目指して、さらに改良を加えられ、安全性と簡便性を備えたうえで、術者を指定しての臨床応用が開始された。腹部悪性腫瘍摘出後の体性神経再生には京都府立医科大学消化器外科の荻原氏、頭頸部咽頭部の神経再生には京都大学耳鼻咽喉科の金丸氏、そして四肢顔面神経再生には、筆者があたり、2002年からの臨床応用が開始された。その臨床応用は、腓骨神経損傷後の複合性局所疼痛症候群の一例から始まり、その後に固有指神経損傷後の寒冷時疼痛の治療に有用であることが判明、固有指神経欠損から神経因性疼痛の治療へと移り、現在は20世紀のミステリーと呼ばれた複合性局所疼痛症候群 type II から type I への挑戦へと進んでいる。今回は、筆者の臨

床応用の現状を簡単に紹介する。

1: 場の理論と生体内再生医療

京都大学再生医学研究所臓器再建応用分野では、過去にさまざまな医療材料を用いての神経架橋の研究が行われてきた。一貫して貫かれてきたのは、“場の理論”である。これは気管を再生させるのは、本来気管がある場所が、食道を再生させるには食道周囲の環境が必要であって、我々が提供するのはいくまで足場のみで、その後の再生は本来の生体内環境にまかせるという考え方である。末梢神経は優れた再生能力があることが古くから知られているが、今回瘢痕化した神経損傷部や神経腫を切除して、神経束内の軸索を切断することによって新たに放出される細胞や促進因子を PGA-C tube 内に取り入れて、生体内で再生させるという戦略である。体外での神経細胞培養を必要としないのが大きな特徴である。

神経損傷は多くは、伴走する主要血管損傷などの動脈損傷を伴いやすく、著しい瘢痕内にあることが多い。私達が目標にする生体内再生医療にとっては、周辺血行が良好であることは最低限必要な条件である。周辺血行が不良な例では血管造影を行い、神経再建に先立って遊離皮弁移植や組織再建によって損傷まへの解剖学的再建ならびに軟部組織再建を行い、血流の改善を行っておくべきである。この再建のためにも microsurgery は必須の外科的手技で、著しい瘢痕内では PGA-C tube の臨床適応はない。

たとえ指神経の再建でも伴走する指動脈の開存は必須の条件であり、遊離背尺側皮弁などを使用しての恒久的動脈再建を行うことを原則としている。

同じく PGA-C Sheet を用いた軟部組織再建はすでに人指、四肢でも応用が開始され、気管再建も人での癌切除後の部分欠損例に対して優れた効果が報告されている。

II : PGA-C tube の実験的研究と臨床応用の概要

実験的検討を積み上げた上で、荻原ら²³⁾が、この PGA-C tube を体性神経再建に用い良好な結果を報告したが、我々は 2002 年 4 月から 2004 年 4 月末までに、鼓索神経から坐骨神経に至るまで 130 症例 247 神経に臨床応用を行ってきた。今回臨床応用する人工神経は、外周を高分子ポリマーである PGA 繊維で円筒を作製し、その内腔を collagen sponge で充填した構造を持つ。Matsumoto ら¹⁹⁾は、PGA tube 内にラミニンでコーティングした collagen fiber を内腔に充填した人工神経を犬腓骨神経の 80mm 欠損に架橋形成して、組織学的、電気生理学的な検討を報告した。その結果、形態学的な連続性のもとより組織学的・電気生理学的な神経再生を証明した。さらに 12 ヶ月までに運動機能回復を認めたことを始めて証明した。その後、collagen fiber がコスト高であることなどから、内腔構造を fiber 構造から 3 次元の sponge 構造への変更が行われ²⁰⁾、かつラミニンを含まない人工神経の比較実験が、同様にイヌ腓骨神経欠損モデルで検討された。その結果、内腔に collagen sponge 構造を持つ PGA-C tube が、何ら神経再生増殖因子がなくても、同様にイヌ 80mm 腓骨神経欠損を修復可能であることが判明した。その後、犬反回神経 1cm 欠損モデルで、この PGA-C tube、自家神経移植群、PGA のみの空洞の tube の 3 群の比較実験が行われ、声帯の動きを気管支鏡で評価された結果、PGA-C tube、PGA tube、自家神経移植群の順に声帯の動きが良いことが観察された²¹⁾。さらに自家神経移植群 (epineural suture) と PGA-C tube の比較実験も 24 匹の犬腓骨神経 15mm 欠損モデルで施行し、自家神経移植群に比して、PGA-C tube が遜色のない電気生理学的、組織学的な神経再生を示したことを証明した²²⁾。

顔面神経から四肢末梢神経再建のために、

直径 0.7mm - 13mm の円筒形、末梢のワラー変性に対応する紡錘型、さらに楕円形のもの計 3 種類の人工神経をあらかじめ作製した。臨床応用は段階的に行われた。臨床応用の第一段階は、自家神経移植の採取部となる腓腹神経損傷の陳旧例再建の 1 例報告から始め、第 2 段階は切断指再接着時の固有指神経欠損の陳旧例再建の 1 例報告、これらの臨床経過をみて、第 3 段階として、切断指再接着術後の知覚回復不良例の再建、第 4 段階：外傷性指神経欠損例の急性期再建、さらにこれまでの minor nerve injuries の臨床結果と反回神経再建の実験的結果から第 5 段階：複合神経再建神経損傷例の再建へ踏み出し、同時に第 6 段階：運動神経再建として、顔面神経分枝レベルの再建、そして神経因性疼痛に対する患者の声を反映して第 7 段階、複合性局所疼痛症候群 complex regional pain syndrome (CRPS) type II : causalgia の一部の症例を選定しての再建へと進んでいる。各段階での結果については、これまでに既に簡単に概略を述べたので、詳細は他を参照していただきたい²⁷⁾。

現在、末梢神経損傷の治療方針としては、明らかな新鮮神経欠損例を除いて、PGA-Collagen tube 使用に際しては術中電気生理学的診断を必須としている。損傷を疑わせる神経部位の術中活動電位の有無によって神経剥離でとどめるか、全切除しての PGA-C tube による架橋形成を選択するかの判断としている。活動電位の導出できない場合には損傷した神経をできるだけ全切除してのちに、新鮮化した神経断端同士を架橋形成している。このために臨床第 3 段階では、伴走する指動脈損傷の頻度が高く (18%)、一次修復は可能であったが技術的にはかなり高度な ultramicrosurgery を要求されることも判明した。

陳旧性両側指神経損傷に対する同時神経再建は最悪の場合、血管損傷による組織壊死を来しかねず、片側指神経再建を分けて施行す

るのが安全であろう。

実際の PGA-C tube の使用は、ガス滅菌をかけて保存しておき、手術中に使用する神経の直径にあわせて適応する PGA-C tube を選び、長さにあわせてハサミで切って生理的食塩水に浸した状態で使用する。神経断端を独自に開発した専用の切断器を用いて新鮮化し、完全に正常な軸索と軸索間結合織からの良好な出血の確認できる部位まで鋭利に切断、Mackinnon らの報告した方法で中枢側、末梢側に数 mm 挿入し、顕微鏡下に 10-0 から 8-0 ナイロン糸で数箇所固定、決して緊張のかからない様に注意する。体内では、約 2 ヶ月程度で吸収されるため、術後は 3 週間のギブス固定の後に、自動運動を開始、超音波での画像で人工神経の開存と、内部構造を確認しながら可動域訓練を増減してゆく。原則として、3 週間の外固定後に自動運動を開始し、人工神経が溶ける 2 ヶ月で他動運動を許可した。評価は当初、術前、術後 2 ヶ月、6 ヶ月、12 ヶ月での理学的所見、電気生理学的所見 (Compound Sensory Nerve Action Potential(CSNAP), Compound Motor Nerve Action Potential(CMNAP), 針筋電図、絶対的知覚閾値 (current perception threshold:CPT)), Vasomotor response として 12 × 12cm の面積内で評価できるものは Laser Doppler Perfusion Imager(LDPI) を、広範囲にわたる再建や、躯幹に近い高位神経損傷例には thermogram を用いた。これらの定点的な観察以外にも患者の変化にしたがって、流動的に検査を追加していった。

III : PGA-C tube 内で本当に末梢神経は再生したのか？

末梢神経再生の確証を、実際に臨床の現場で得ることは極めて困難である。しかしながら、これまでに切断指再接着術後の再建目的での展開時に再生の証拠を得ることができた。

症例は 20 才男性 左母指挫滅不全切断 Z、

示指から環指 Zone V での不全切断。

母指の挫滅が高度であったため、示指を母指に移行、残った中指、環指の再建に 2 mm の PGA-C tube を総指神経 25mm 欠損に使用、術後 18 ヶ月での知覚は、まだ中指尺側 S1、環指橈側 S3 + であるが、LDPI でも血流改善ならびに CPT、SNAP が導出できた。腱剥離時に再生した総指神経が確認され、術中電気生理学的検査で、NAP の導出が確認された。さらに顕微鏡下で再生した総指神経は正常の神経に比して、細く両吻合部が紡錘型を示していた。再生した部分では顕微鏡下で軸索構造が明瞭に確認できた。

しかしながら、すべての症例に同様な方法で、再生を確認することは不可能であり、知覚の再生のためには、先に述べた主観的な評価に加えて、客観的な評価を経時的におこなってきた。評価は術前、術後 2 ヶ月、6 ヶ月、12 ヶ月での理学的所見、電気生理学的所見 (CSNAP、CMNAP)、針筋電図、絶対的知覚閾値 (CPT)、Vasomotor response として LDPI、thermogram を用いてきた。臨床段階で、さまざまな思考錯誤を行ってきたが、主観的な知覚再生ではなく、客観的な知覚再生を証明する必要があると考え、62 才男性の母指指神経損傷例 (20mm 欠損)、56 才女性の浅腓骨神経損傷例後 (65mm 欠損) の神経因性疼痛ならびに複合性局所疼痛症候群に対して詳細な知覚神経の再生が PGA-C tube によって得られたことを世界ではじめて報告した²⁸⁾。

IV : CRPS type II に対する PGA-C tube 再建と現状について

我々はこれまでに、2002 年 4 月から 2004 年 4 月末までの間に 130 症例 247 神経に、PGA-C tube を使用してきた。臨床適応は、当初、末梢神経欠損を想定したが、臨床段階の早い時期からこの人工神経チューブが神経因性疼痛に著効することが患者の訴えによって判明してきた。このことから、まず異痛症

が明瞭な四肢に限局した CRPS type 2 に対しての治療を開始し、すでに CRPS Type II に対して PGA-C tube による外科的治療が奏功し、異痛症、拘縮、振戦が局所外科治療で根治した 2 症例を報告し、これまで禁忌とさえ考えられてきた外科的治療があるタイプの type II には奏功することを報告した (Pain 2005)。この論文で、CRPS type II 患者において四肢末梢に限局する異痛症、振戦、拘縮、運動障害などの症状が末梢神経の外科的治療で根治される可能性が示されたが、四肢末梢の異痛症は損傷神経の近位部の隣接神経へのネットワークと一致した。またこれまで我々の治療で根治した患者の術後経過から、四肢末梢には損傷神経をおぎなう隣接神経の代償作用があることが判明した。現在我々は、四肢末梢から下肢では膝関節近傍、四肢では上腕遠位部までの限局する異痛症をもつ CRPS type I、II から臨床応用をすすめており、すでに 93 名の外科的治療を終えて、1 年経過での最終結果を現在集計中である。

これまでに治療した症例は、明瞭な神経外傷の既往が確認されたもの 104 例 (うち 41 例は前医で CRPS type II と診断) で術中の電気診断の結果、明瞭な既往を有する 104 例中 102 名 (98%) は PGA-C tube を必要とした。経過中他の原因で判定不可となった 3 名を除外すると、Yamashita の評価基準で Excellent & Good は 83% であった。Fair, Poor 例には、経過中に判明した、自殺企図を含む境界型人格障害 (BLD)、適応障害、うつ病、統合型失調症などの精神疾患が含まれ、これらの患者を除外すれば Excellent & Good は 89% であった。PGA-C tube をもつことで、CRPS type I への挑戦が可能となり、上肢、下肢とも症例を選んだ挑戦がおこなわれ、すでに 51 例の治療を終えて、短期的には Excellent & Good は 92% と良好な手術結果を得て、2006 年中には報告を予定している。

考察

末梢神経が強い再生能をもつことは知られているが、これが逆に PGA-C tube を用いた再生の確証を得ることを臨床的に大変難かしくしている。理想的には、我々が証明してみたように PGA-C tube 架橋形成後に再展開して再生した神経を直接確認、剥離して、術中電気生理学的検討を行い、活動転位を確認することが神経再生の確証となるであろう。しかしながら、全ての臨床例に同様の手法を行うことは不可能に近く、今後各種の人工神経が開発、臨床応用がおこなわれる可能性がでてきたことから理学的所見以外の普遍的な客観的評価法が望まれる。我々が、知覚神経欠損に対する PGA-C tube の治療の評価として、採用した客観的手法の感度、特異度、予測値については今後各神経間での大規模検討によって明らかにされるであろう。神経欠損については、まず知覚神経での再生を証明し、運動神経としては顔面神経側頭筋枝の再生を証明して、現在複合神経再生が、どこまで過誤支配なく再生可能であるかの判定に入っている。すでに坐骨神経、筋皮神経の再生例も確認された。

臨床段階の早い時期に、患者の訴えから、PGA-C tube が神経因性疼痛に対する極めて有効な治療手段になりうる可能性があることが判明し、症例を選んだ CRPS の治療が開始され、現在検討が続けられている。Yamashita ら²⁹⁾ は、神経因性疼痛にたいする神経切除法での疼痛治療の効果が平均 9 年の観察期間で、85% の good & excellent が得られたと報告した。私達の CRPS に対する高い治療成績が、神経切除の効果によるものか、神経再生によるものか、それとも相乗効果によるものか、まったく別の機序があるのか、結論を得るには今しばらく時間が必要である。しかしながら、恒久的な痛みからの開放のためには早期の知覚回復は隣接神経の代償作用はあろうが、経過中に PGA-C tube によって末梢知覚が再生されることが必須で

あると考える。

PGA-C tube は、末梢神経損傷の治療にとって福音になると思われるが、前提が末梢神経が再生の可能性がないことを証明し、そしてその神経を切断することである以上、厳密なる科学的論証を普遍的に得られるシステムを作ることは急務である。また PGA-C tube の登場により、副次的に治療をすすめることができた CRPS type I の局所所見から、その病因論から治療方針の決定へと進むことを切に希望しており、近く現在の治療結果について報告予定である。

最後に CRPS の治療には、集学的なアプローチは必須であることは当然としても、今後医療訴訟を含め、様々な医療の持つ負の問題の関与は避けられないのではないかと考えている。

まとめ

2003 年 4 月から倫理委員会の承認をうけて開始した末梢神経損傷患者に対する PGA-C tube の臨床応用例の現状に付き報告した。

謝辞

この研究にあたり稲田病院前病院長 故稲田道夫先生、京都大学再生医科学研究所臓器再建応用分野の清水研究所の皆様、奈良県立医科大学学長 吉田修先生・整形外科 高倉義典教授ならびに玉井進名誉教授、矢島弘詞先生以下マイクログループの諸先生ならびに整形外科同門の先生方、救急科の奥地一夫教授ほかスタッフの方々、稲田病院のスタッフの方々、そして何よりも臨床前段階の治療に御協力をいただきました患者の皆様へ深謝いたします。

膝関節外科・スポーツ医学における新世代の治療

兵庫医科大学 整形外科 吉 矢 晋 一

はじめに

近年各領域で、基礎科学の目覚ましい発達により、以前は考えられなかったようなことが、可能になってきている。そのなかで、ここでは膝関節外科・スポーツ医学の分野における近年の進歩と、現在行われている試みについて述べる。これら近年の進歩は、再生医療や遺伝子治療などの biology とコンピューターやロボット、センサー技術などの biomechanics の2つの領域に大別される。まず biology の進歩と応用について、見ていきたい。

Biology 領域の進歩

再生医療は、最近の医学・医療の進歩の一つのキーワードとなっている。運動器を扱う整形外科の分野では骨、軟骨、半月板、靭帯、神経などが、その対象となるものとして挙げられる。骨組織については、ハイドロキシアパタイトやリン酸カルシウムというような人工材料が以前から実用化され、実績を挙げている。関節においては、骨の表面をおおう軟骨組織には血管がなく、そのため、傷ついた組織を自己修復する機能が乏しい、という問題がある。したがって、損傷や障害による軟骨の欠損と、それに伴う症状のある例への治療は以前からの課題である。現在この軟骨欠損に対して、培養細胞や人工材料を用いた再生医療の手法による治療が試みられている。具体的手順としては、まず関節鏡を行い、軟骨の状態を確認した後、関節辺縁部の正常な軟骨組織を一部切除する。そしてその後、採取した組織から得られた軟骨細胞を培養し増殖させた後、2回目の手術でコラーゲンなどとともに欠損部へ移植する、という方法である。欧米では、長期的にも移植部の軟骨が温



存されている、という成績が報告され、企業化もされている。一方、このような時間と費用のかかる治療が本当に必要とされるのは、どのような対象に対してか（言い換えるとそこまでしなくても、もっと簡便な方法—例えば骨穿孔術、ドリリングなどで対応可能なものがあるのではないか）、という議論もある。また、関節軟骨そのものでなく、骨髓穿刺液、滑膜や筋肉といった、より採取しやすい組織由来の細胞の利用や、再生過程を促進させるための成長因子の使用、細胞増殖の足場 (scaffold) となる人工材料の開発、といった面での研究もすすめられている (図1)。ただ、今のところ、高齢者の変形性関節症で

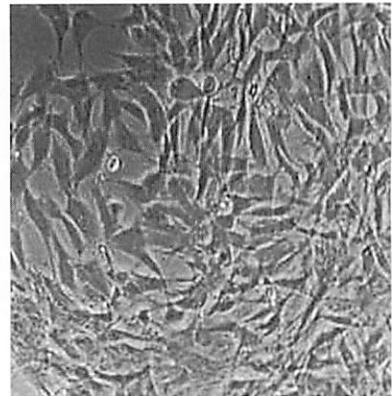


図1：骨髓穿刺液由来の培養細胞

の軟骨の消失は、そこに生物学的、力学的な多くの因子がからんでおり、それを再生できるまでには、至っていない。また、靭帯や半月板など、その他の関節の組織については、生体内での負荷に耐えられるような強い組織の再生は未だに出来ておらず、実用化の段階には至っていない。

遺伝子治療も、現在の医学領域でのトピックのひとつである。関節外科における応用の試みとしては、靭帯再建手術の際、移植腱・骨孔界面の治癒を促進させる目的で、局所の細胞に成長因子を産生させるような遺伝子を導入して効果を挙げたという動物実験が報告されている。また、変形性関節症やリュウマチなどの原因となる遺伝子を同定し、その発現を抑制することにより発病、発症を防止しよう、とする試みもある。ただし、遺伝子治療に伴う未知の合併症発生の可能性を考えると、悪性腫瘍などの治療に比べ、このような分野での臨床実用化には未だ、距離があると思われる。

Biomechanics 領域の進歩

次に二つ目の biomechanics の領域を見てみると、コンピューターテクノロジーの発展は、この分野でもさまざまなことを可能にしてきた。例えば、コンピューターナビゲーションによる人工関節手術がその例として挙げられる(図2)。靭帯再建手術や変形矯正のための骨切り術への応用も可能である。これは車の運転におけるカーナビと同様、手術をしている術者に、今自分が、どのような位置、方向に手術(例えば骨を切ったり孔をあけたり)しようとしているか、という情報をリアルタイムでモニターに表示し教えてくれるものである。このような、コンピューターの助けにより正確な手術を行うシステムは、総称して computer assisted orthopaedic surgery (CAOS) と言われている。脳・脊椎外科領域ではすでに1990年代から臨床での実用化が行われ、評価の定まったものになってきている。関節外科の分野でも、このナビゲーションシステムの利用で、より正確で再現性の高い手術が行えることは、数年来欧米で報告さ

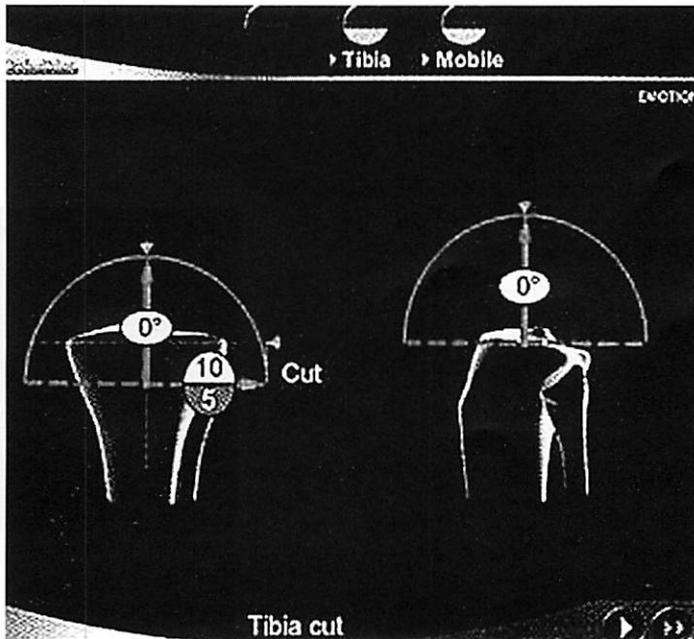


図2: コンピューターナビゲーションを用いた人工膝関節置換術における骨切り角度の決定

れ、我々も経験している。ただ、このシステム使用に要する時間と手間、費用に見合う効果があるかどうかについては、未だに議論の分かれるところである。

このナビゲーションと連動する形で、ロボットがあらかじめ決められた動きを行い骨を切ったり、切除したりしていくというロボット手術も一時話題になった。たとえばロボドックという名前のついた手術ロボットは、2000年ころから、臨床での使用が広まった。特にドイツを中心とした地域では、ロボット手術をする病院に患者が集まる、という現象も生まれ、一時広く普及した。しかし、この手術ロボットは大きなサイズのもので、使い勝手が悪く、また、手術の対象となる骨をしっかりと固定するために侵襲がむしろ大きくなる、と言うような問題もあり、そのための合併症も報告された。その結果、ドイツ国内で一時使用中止となる、という事態に至っている。ただ、このような問題は今後の技術の発展により、解決可能と考えられる。将来、より小型化した使いやすい手術ロボットが作られ、有用な手術器械となって使用される時期がやってくる、と予想される。

センサー技術の発展も関節外科領域で応用が期待される場所である。関節に対する手術の目的は、不安定になったり、変形の生じた関節をもとの正常な状態に戻すことである。現在は、手術を行っている過程では病的な状態がどの程度正常化したか、確かめるべきがない。先ほど述べたナビゲーションも、ある程度の術中情報を与えてくれるが、センサーを併用すれば、運動動作や関節に加わる力などについて術中のみならず、術後の状態についての情報も得られる。例えば膝関節の屈伸動作に伴い、大腿骨・脛骨間が3次的にどのように動いているのかがセンサーにより解析できれば、手術によって異常な運動状

態がどのように正常化されたかを、知ることができる。このような評価は、より良い手術を目指すためにも、重要な情報になる。

その他の関節の運動解析の手法として、CTやMRIといった画像検査の応用も、現在研究が進んでいる分野である。いずれの検査も、近年の進歩により、1枚あたりの撮像時間が短縮し、3次元画像の合成、解析技術も発達してきた。このことによりイメージX線に近いような、動きに伴う画像情報が得られたり、CT検査におけるX線被爆量もむしろ、低減してきている。また、以前はCTでは骨形状の情報以外は得ることが困難であったが、画像処理技術の進歩により、筋・腱や靭帯などの軟部組織の解析も行えるようになってきている(図3)。

今後これら、biomechanics 領域の技術の一層の進歩により、個々の患者に対し、術前から、どこに異常があり、それをどのように手術したら正常化できるかをプランニングできるようにする、と思われる。また、そのプランどおり、手術が行えているかどうかを、術中ナビゲーションやセンサーでの計測で確認できる、またはロボット使用により、予定したとおりの手術を行う、ということが、将来可能になってくる、と期待される。



図3：MDCTによる膝関節3次元画像

新しい創傷治療

相澤病院 傷の治療センター センター長 夏 井 睦

病気の治療の原則は、病気を悪化させる要因を除き、病状を改善させる方策をとることであり、これは皮膚外傷の治療でも同様でなければいけないはずだ。では皮膚損傷での悪化要因は何かといえば、創面の乾燥と創面の消毒の二つであり、一方、改善要因は創面を湿潤に保つことである。

つまり、「傷は乾かさな、消毒しない」という二つを守れば、薬剤を使わなくてもどんな皮膚損傷も非常に早くきれいに治癒するのである。これらの事実は、実は40年ほど前から知られていて、基礎的研究も1970年代以降、急速に進んでいるのだが、ほとんどの医師が「怪我をしたら消毒をして乾かす」という方法が正しいと考えているのである。その間違いを指摘し、どのような治療をすべきかを明らかにするのが、本講演の目的である。

創面の乾燥を防ぎ、湿潤を保つことがなぜ重要かという、あらゆる人体細胞は乾燥させると死滅するからだ。創面では欠損した組織の修復が起こっているが、これは創面で細胞培養をしているのと同じであり、培養細胞が増殖するように皮膚の細胞も増殖し、それで皮膚欠損創は治癒する。しかし、培養液がなくなれば培養細胞が死滅するが、それと同じで、創面を乾かせば創修復のために必要な細胞も死滅することになる。細胞が生きるためには湿潤環境が絶対に必要なのである。さらに、創面からは細胞の増殖に最適のサイトカインを豊富に含んだ浸出液が分泌されている。従って、創面を何かで覆えば創傷治癒物質に富んだ液で湿潤に保たれることになり、創は急速に上皮化する。この「創の閉鎖による湿潤環境の維持」のために開発された治療



材料が創傷被覆材である。

一方、消毒薬は蛋白質変性作用によって細菌を殺すのが共通した作用である。ところが、この蛋白質変性作用は種特異的でない点に問題がある。つまり、消毒薬にはその蛋白が人体のものか細菌のものかの区別がつかず、両者を無差別的に変性してしまうが、細菌と人体細胞を比べると消毒薬は人体細胞をより強力に傷害するのだ。このため、原液の消毒薬中でも増殖できる細菌がいるのに対し、希釈した消毒薬であっても人体細胞を死滅させるという現象が起こり、消毒しても感染起炎菌が死滅する前に人体細胞だけが死滅するということになってしまう。従って、消毒薬は細菌には余り害はないが、人体にとっては毒物として作用し、消毒すればするほど創は治らなくなってしまう。

さらに、創面に細菌が存在するだけでは創が化膿したり創治癒が遅れることはなく、感染を起こしていない創面の細菌は除去する必要がない。創感染の発症にとって、細菌の存在は必要条件ではあるが十分条件ではないからである。創感染が起こるためには、細菌が増殖するための場が必要なのであって、細菌単独で感染が起きているわけではない。

診断が難しい小児の下肢痛

～その診断へのアプローチ～

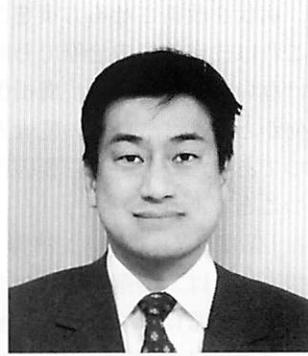
大阪市立大学大学院医学研究科 整形外科 北野利夫

外来診療において小児が下肢痛を訴えて来院した場合、その診断に苦慮することが少なくない。小児下肢痛の診察時の注意点をまとめてみた。

小児の訴える「あしが痛い」は、小児が痛みの部位をはっきり言えない幼児期から小学校低学年と、痛みの部位を比較的是っきり言える小学校高学年から中学生では、診療上注意すべき点が異なる。すなわち、小児が痛みの部位をはっきり言えない場合は器質的な病変が存在するのか、夜間痛や成長痛などの範疇に属する痛みなのかの鑑別が重要になる。一方、痛みの部位を比較的是っきり言える年齢では関連痛などの存在の有無により、疼痛の訴えの部位と病変部位との不一致のために、診断が遅延する可能性を念頭において診断を進めていくことが重要になる。

【小学校高学年から思春期】

診断の遅れは、訴えの部位と異なる部位に病変が存在する場合に起こりやすい。



この年齢層では、関連痛の理解、が重要な事項となる。

関連痛

関連痛（投射痛、連関痛、Referred pain）は「特定の臓器に痛覚刺激があると、その痛覚線維が達する背髄の同じ高さで支配される皮膚域（デルマトーム）に感じる痛み」である。下肢の神経支配のデルマトームから、股関節周辺に生じた痛み刺激は、下肢のほぼ全領域に関連痛として感じる可能性が存在する（図1）。言い換えれば、股関節疾患が存在す

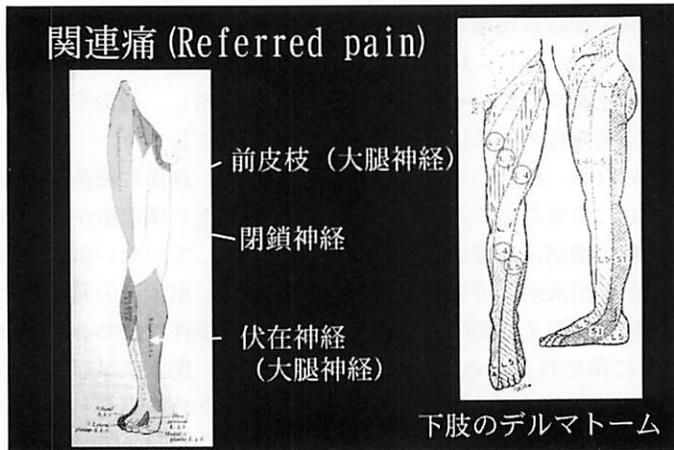


図1

る場合、その側の下肢のいかなる部位の痛みとして出現可能性がある」と理解できる。

膝の痛みとして発症し、診断が遅れやすい小児股関節疾患を以下に挙げる。

ベルテス病

大腿骨頭すべり症

一過性(単純性)股関節炎

股関節周囲の炎症・腫瘍病変

すなわち、この年齢の児が下肢痛を訴えて来院した場合には、股関節の可動域制限の有無を確認し、身体的異常所見が存在する場合には股関節のレントゲン撮影は必要ということになる。股関節の可動域制限、可動域の左右差が存在するにも関わらず、レントゲン上異常がない場合にも、経過を追いながら、再度のレントゲン撮影やMRIなどの精査が必要であろう。

スポーツ活動と股関節疾患の関連

6歳から15歳にベルテス病、大腿骨頭すべり症、一過性(単純性)股関節炎の股関節疾患を発症した患児について発症時におけるスポーツ活動の有無とその種目について調査した結果、ベルテス病、一過性(単純性)股関節炎はサッカーや野球などに従事していた割合が約25%であり、種目別には特徴がなかった。一方、大腿骨頭すべり症罹患児のスポーツ活動従事は40%を超えており、特に野球に従事する割合が多かった。すなわち、患児のスポーツ活動への参加の有無を問診時に詳しく聞く必要があるといくことを示している。

【幼児期から小学校低学年】

痛みの部位をはっきりと言えない幼児や学童においては、成長痛との鑑別、跛行の有無、が重要となる。

成長痛

成長痛(Growing Pains)についてShapiro(1939)は「器質的疾患を除外した原因のはっきりしない疾患」と定義している。Staheliによると、男児の13%、女児の18%にある

時期には夜間痛を訴えるとされる。成長痛の特徴について亀ヶ谷(2001)は以下のように述べている。発症年齢は2歳から11歳(3歳から6歳にピーク)。疼痛の時間帯は夜間が多いが日中のこともある。疼痛部位は膝周囲、足部、下腿部、股周囲などであるが、局在がはっきりしない。母親の妊娠や出産、転居や転校に関連して症状が出現することがある。疼痛の反復期間は1週間から4年。一般に跛行は存在しないとされている。

注意すべきこととしては、1) 器質的疾患をすべて除外する必要があること、2) 特に跛行を認める場合は、器質的疾患を疑う必要があること、3) 持続する場合はX線検査や血液検査が必要であることなど、である。成長痛の原因と考えられているいくつかの説を図2に、成長痛と鑑別と要する疾患を図3に示す。

成長痛の原因

- 疲労説 (fatigue theory)
- 変形説 (anatomic theory)
 - 脊柱側弯症、外反扁平足、O脚、X脚、下腿内捻、大腿骨近位過前捻
- 感情説 (emotional theory)

図2

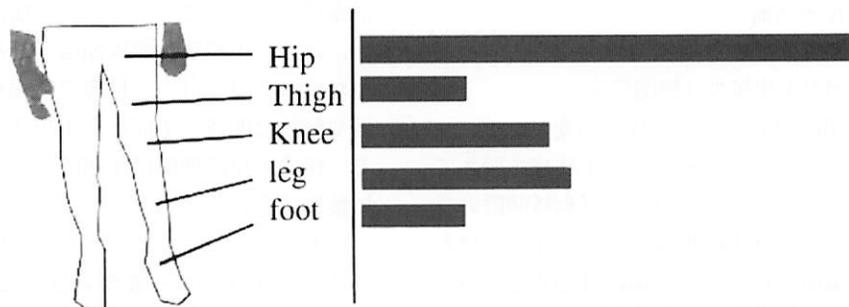
成長痛(鑑別を要する疾患)

- 臨床症状や経過にて鑑別が可能
 - 単純性股関節炎
- X線検査にて鑑別が可能
 - 骨端症(ベルテス病、Osgood-Schlatter病など)
 - 大腿骨頭すべり症
 - 骨腫瘍(悪性、良性)
- 血液検査にて鑑別が可能
 - 化膿性関節炎
 - 若年性関節リウマチ
 - 血液疾患(白血病、悪性リンパ腫など)
 - 神経芽細胞腫(+尿検査)

図3

跛行の原因（部位）

Site of origin of limp in Children



Staheli LT (2001)
Practice of pediatric Orthopedic

図4

跛行

疼痛の有無や部位を正しく表現できない小児では跛行は重要な器質的疾患を疑う所見である。跛行の原因の部位は股関節に圧倒的に多い(図4)。跛行の種類には大きく、以下のように分類される。

1) 立脚期の短縮を特徴とする疼痛逃避性跛行 (Antalgic limp)、2) 股関節外転筋力の低下による Trendelenburg 跛行 (Abductor

lurch)、3) 尖足歩行 (Equinus gait)、4) 分回し歩行 (Circumduction) である。尖足歩行では膝反張による代償している場合があるので注意が必要である。

小児が「あしが痛いと言ったら」疑うべき疾患を図5にまとめる。

最後に、市川光太郎先生著の小児救急の落とし穴—小児救急医療の基本16ヶ条—から特に筆者が肝に銘じておかななくてはならないと思う5か条を引用させていただきます。

- 1) 思い込みは臨床医の最大の敵、常にこれで良いか自問を忘れるな
- 2) 医療者は常に中立であり、保護者の言葉に扇動されてはならない
- 3) 保護者の訴えは身体所見以上に重要であり、決して無視せず真摯に聞くべし
- 4) 診断治療に迷ったら自己処理をせず、必ずセカンドオピニオンを求める
- 5) 前医の診断はあくまで参考意見であり、自分自身で診断を常に組み立てるべき

子供が「下肢（あし）が痛い」といったら

- 股関節疾患
- 外傷、疲労骨折
- 膝内障、Popliteal Cyst (Baker Cyst)
- オーバーユース
- 骨・軟部腫瘍
 - 類骨腫、骨肉腫、ユーイング肉腫
- 骨髓炎・化膿性関節炎
- その他
 - 白血病など血液疾患

図5

人工股関節置換術周辺の留意点

財団法人近江愛隣園今津病院

高槻赤十字病院嘱託医 岸本 郁 男

私が勤務手術してきた高槻赤十字病院整形外科での人工股関節置換術の合併症の回避、また成績の向上に関しての、手術周辺の留意点について述べます。

高槻赤十字病院で使用している人工股関節の機種

筆者は変形性股関節症末期で60歳以下の症例には、大腿骨外反骨切り術を行ってきました。しかし外反骨切り術自験例の検討や、良好な人工関節の長期成績から、徐々に骨切り術の代わりに人工関節をおこなうようになりました。この5年間をみても人工股関節症例数は30例から40例へと増加しています。主としてセメントレス人工関節を使用し、日本女性の現在の平均寿命が約85歳とし、その20年の耐用を考え、65歳以上の症例に摺動面がポリエチレンインサート対金属のヘッド（最近はインプラントの骨接合の改善目的で導入したHA/TCPコーティングのthird-body wearに対処するため、セラミックヘッド）で行っています。65歳未満の症例では、骨溶解の原因となる摩耗粉が、殆んど発生しないセラミック-セラミックの摺動面をもつ機種を、より長い耐用年数を期待して使用しています。ただクロスリンクのポリエチレンに変更されていますので、その低摩耗性からどちらが今後良い長期成績がでるか今のところはっきりしておりません。

末期に至っていなくても、進行期で痛みの強い40,50歳代の比較的臼蓋形成不全や亜脱臼の程度が軽い症例に対しては、再置換に至ってもボーンストックが良いメタル-メタル表面置換型人工股関節¹⁾(図1)を行っています。

手術の用意

使用機種ごとに用意されているテンプレー



トにて、通常の正側レントゲンに対して適合サイズを決めますが、京都大学整形外科から提供されていたCT画像からの術前作図ソフトSimhipによる検討が、特に、表面置換型人工股関節のソケットは固定用のスクリューが使えない関係上、十分な骨被覆が得られるかどうかの検討が必要です。(図2)。

硬膜外麻酔で手術を行いますが、麻酔科の要望で胸部レントゲン、呼吸機能、心電図、スクリーニングの意味合いの強い血液検査や尿検査をすべての症例に対し術前に行う事としています。



図1

高血圧、糖尿病があればかかりつけ医に手術の予定であることをお知らせし、入院中の対処のことを考え、院内対診を行います。糖尿病に対し、コントロールが得られるまで、手術前数週間の入院を必要とすることは、しばしばあります。心疾患、腎不全がある場合には、手術を断念しなければならないことも時に生じます。特殊な疾患を持たれている場

合、麻酔方法、手術時間、予想出血量などで手術侵襲を担当医師に伝え、何か問題点はないかの答えを求めています。

手術説明

人工股関節の手術説明は本人のほかに、家族に対しても一度に集まってもらって行います。日本人工関節学会安全性検討委員会が作成した説明書(図3)にのっとり順番に話

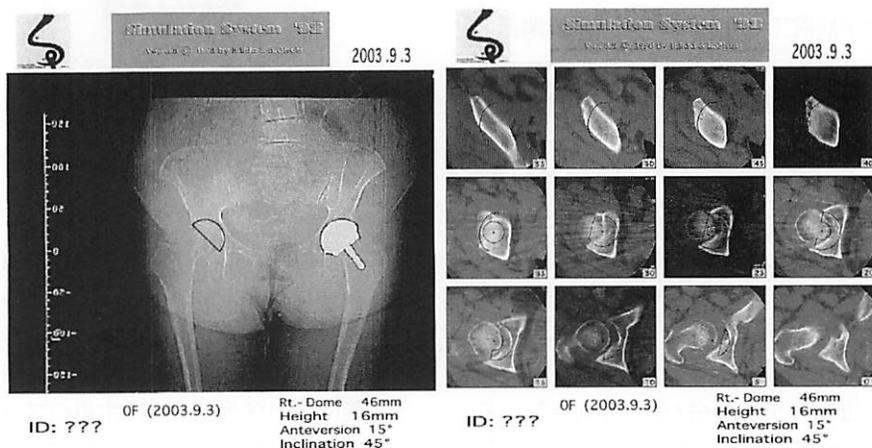


図2

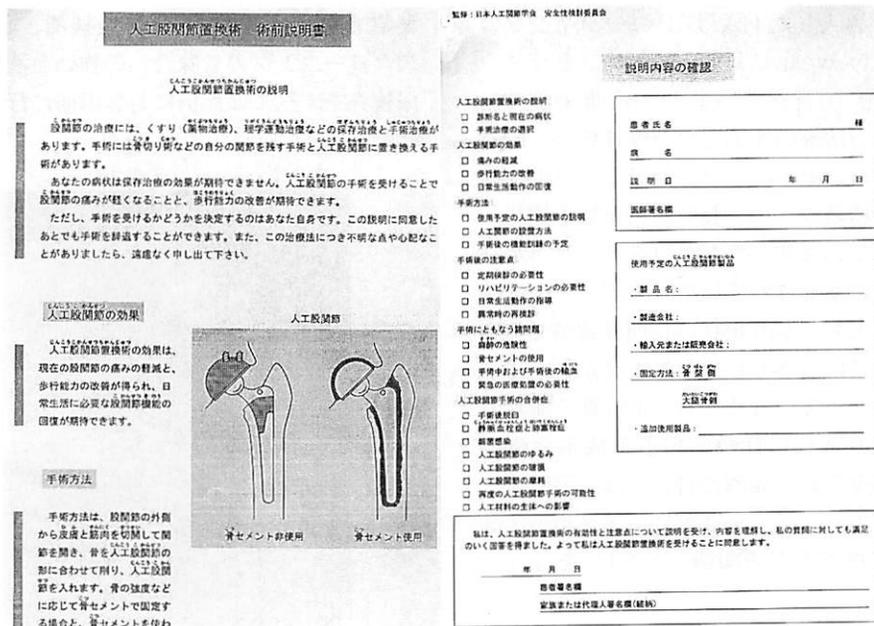


図3

していきます。その内容に、当院での成績を合わせて述べ、出来るだけ具体的に発生率に関しても伝えます。説明書の内容の一手術による諸問題のうち輸血に関しては当院ではいろいろ検討した歴史がございます。大掛かりではなく持ち運びの自在な Cell saver が売出された時に、我々はその返血時の安全性に関する報告をしてまいりました。合わせて貯血自己血とを組み合わせて自己血輸血を行っています。Cell saver は検討の結果²⁾術中使用に関しては、人的、またコストの関係で最終的には中止し、術後使用のみと致しました。

人工股関節手術の合併症に関しては 1) 手術後脱臼、2) 静脈血栓症と肺塞栓症、3) 細菌感染、4) 人工股関節のゆるみ、5) 人工股関節の破損、6) 人工股関節の摩耗、7) 再度の人工股関節手術の可能性、8) 人工材料の生体への影響を順に説明いたします。

1) 手術後脱臼

手術後脱臼の大きな要因として、各インプラントの設置角度不良が挙げられてきました。ソケット術中設置の方向決定の目安として、森下らと作製した簡単なガイドピンを、我々の使いやすいように、またより正確な設置に役立つように、少し改良し使っております。オリジナルのピンは側臥位で骨の展開後、腸骨に垂直に立てるのですが、高槻赤十字病院では術直前、仰臥位で手術側に垂直に刺入します。その理由は側臥位にした時から骨盤の前後傾が生じてしまうからです。図 4 のように側臥位で下の健側股関節の屈伸で、ガイドピンが手術台に直角になるように調整しています。2mm 径のキルシュナー鋼線を体幹軸に 45 度の外開きにそのガイドピンに挿入しその方向を目安にしてソケットの設置を行っています。

また術後には脱臼肢位を取らないように指導してきました。当院の PT³⁾ は 30 ページ近い冊子を作成、入院生活から退院後の ADL 上の危険肢位を網羅し、指導してきま

した。しかしこれらの脱臼予防対策を講じていたにもかかわらず、残念なことに 6.7 年前までは 10% 近くの脱臼率でした。

そのうちの複数回脱臼症例に対して脱臼制動術を行い、その時の検討⁴⁾以降いくつかの手術変更を行いました。各メーカーの手術手技のパンフレットがそうであった事が主な理由で、後方からの進入路を選んでおりました。しかし我々のこの時の検討では後方脱臼が多くを占め、また多くの文献で、後方進入路は他の進入路に比し、高率な脱臼率でありました。それで今では、より脱臼率が低いとされる direct lateral approach に変更し手術をしております。欧米では脱臼を心配し 22mm 径よりも大きなヘッド径のものを使うことも知っておりましたので、我々もより大きなヘッドを使うようになりました。骨性のインピンジが起こらないように術中には出来るだけソケットの原臼設置にここがけています。そして手術中の最終チェックとして股関節の屈曲、内転、内旋での後方脱臼、伸展、外旋での前方脱臼が起こらないことを確かめています。この結果最近では 1% 以下の脱臼率になっております。

2) 静脈血栓症と肺塞栓症

当院では、有症性の肺塞栓症で、肺シンチグラムまたは肺動脈造影を行い、診断が確定したのは 0.5% 以下でした。予防策としては foot pump の術後使用⁵⁾、治験で行った低分子量ヘパリン術後投与を行って来ました。しかしその時に施行した下肢の静脈造影では、深部静脈血栓はどちらも約 50% に認められました。理論的には小血栓の一部は肺動脈に流れますので、無症状の肺塞栓症はかなりあると考えられます。現在は Danaparoid を術後投与していますが、下肢の血栓や肺塞栓の率が大きく変化して居るとは考えておりません。多くの血栓は Maynard らの報告⁶⁾にあるように術中から生じているため、術後の血栓予防では対策が不十分と考えられるためです。当院の麻酔方法に関連し、硬膜外血腫と

いう重大な合併症を引き起こす可能性から、術中からの投与は出来ませんでした。今後は消毒したカフを使い、foot pumpやcalf pumpの術中からの装用を考えております。

3) 細菌感染

術後感染も幸いにも0.5%程度で済んでおります。10数年前からバイオクリーンの手術室、呼気排除装置、噴流式創洗浄装置の使

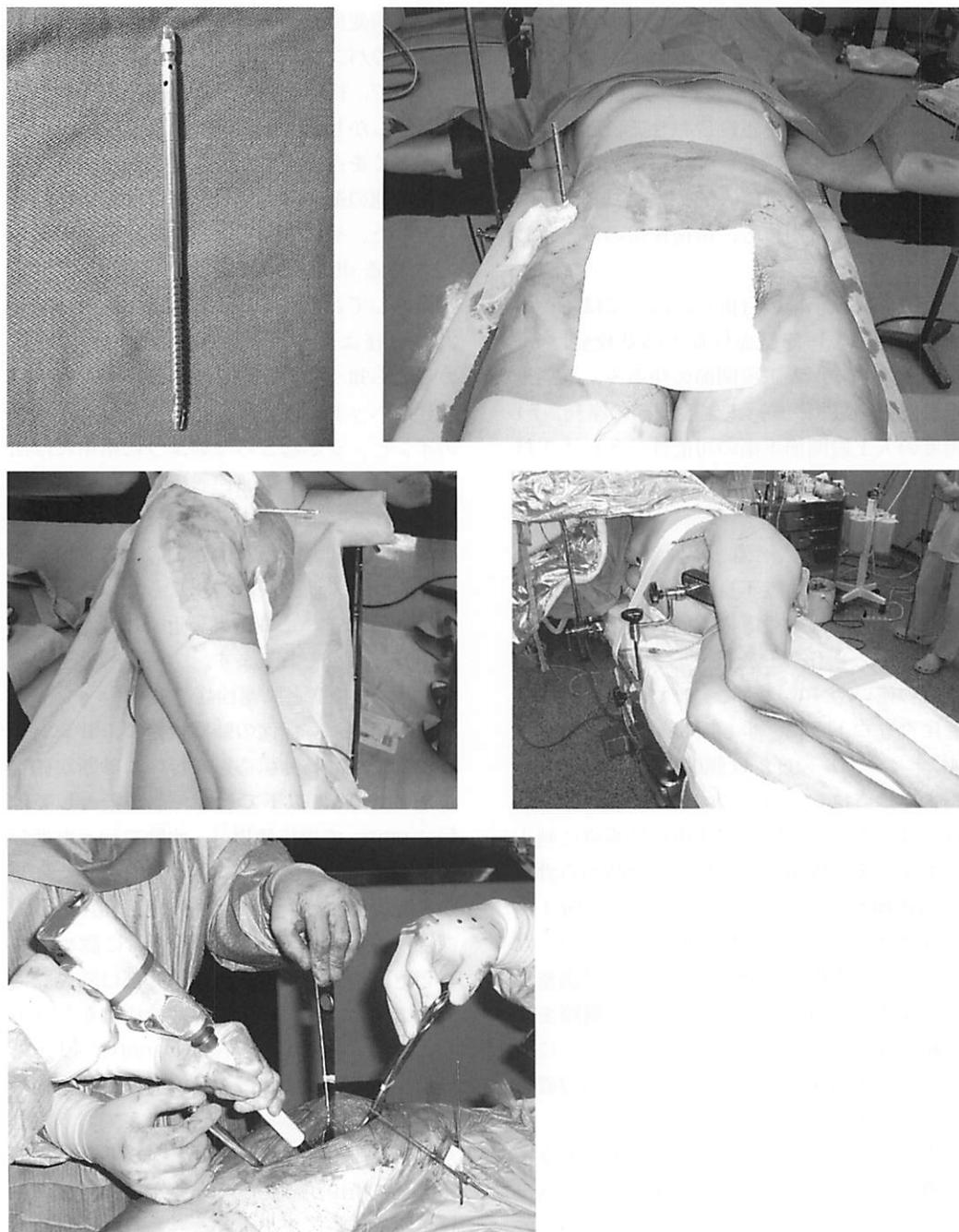


図4

用が良かったと考えています。

4) 人工股関節のゆるみ、5) 人工股関節破損、6) 人工股関節の摩耗

再置換術にいたる理由として前述の細菌感染によるものと、インプラントの破損、そして多くはポリエチレンインサートの摩耗に伴う骨溶解の発生、そしてそれに続いて起こる人工関節のゆるみによるものです。今使用している機種は10年以上の経過例は少なく、正確な率は出せませんが、1～2%位と予想しております。当然それ以上の年数が経れば数%に成ることも考えられます。今使っているクロスリンクポリエチレンでの結果は出ておりません。

しかし最近4～5年前に使ってございました長期成績の向上をねらって導入したセラミックセラミックのある機種では、ソケット側のセラミックインサートの脱転や破損、ステムのネックの折損が見られています。今後もこの機種の問題例が増加することが考えられ、頭が痛いことです。人工関節はあくまで人工物ですので、新しい機種を使うときにはデザイン上の問題が生じる可能性を忘れてはならないと思います。

7) 再度の人工股関節手術の可能性

前項で述べた理由で再手術が時に必要となります。その際、再手術の用意として長時間手術に伴う出血量の増大があります。しかしこれは、5週間貯蔵のバックが登場し、採取回数1～2回の追加で十分対処できています。

ボーンストックに関しては同種骨で対処する事とし、同じく急に大量の同種骨を使う可能性のある救急救命センターと連携し⁷⁾、大腿骨頭を熱処理冷凍保存して頂いています。初回人工股関節手術で、各種ビールの感染が無く、臼蓋への自己骨移植を必要としなかった切除骨頭を提供することにしております。

8) 人工材料の生体への影響

ポリエチレン摩耗粉は局所的な問題は骨

溶解といえます。しかし全身には殆んど分布しないようです。使用金属は時に金属アレルギーを生じます。術前に診断されていた我々の経験した症例では、骨セメントを使用し、金属と骨とが接触しないように、また摺動面にも金属を使わないことで問題なく術後経過しています。皮疹の形で術後発症した例もステロイドの投与で改善しました。血中金属イオン濃度の上昇は今のところ生体でどれだけ問題か結論は出ておりません。

結語

私は人工股関節を行うにあたり、手術に伴う可能性のある合併症をその発生率を含め説明し、その率を下げる努力を常に行う事が、患者さんとの信頼関係を築くために必要と考えています。

文献

- 1) 岸本郁男, 他. Metal on Metal 表面置換型人工股関節 McMinn Hip 手術. Hip Joint 1996; 22: 471 - 474
- 2) 山口和男, 他. 変形性股関節症に対する人工関節置換術における術中と術後の回収洗浄式自己血輸血の比較. Hip Joint 1998; 24: 177-179
- 3) 木場信幸, 他. 人工股関節置換術後脱臼予防のための生活動作指導書作成. Hip Joint 1996; 22 Supplement: 5
- 4) 岸本郁男, 他. 人工関節置換術後複数回脱臼症例の手術時所見. 日本人工関節学会誌 2000; 30: 287 - 288
- 5) 市場厚志, 他. 下肢人工関節手術後の Venous Foot Pump の使用経験. 日本人工関節学会誌 2002; 32: 265 - 266
- 6) Maynard M.J. et al. Progression and regression of deep vein thrombosis after total knee arthroplasty. CORR 1991; 1: 273: 125-130
- 7) 布谷佳久, 他. 加温型骨滅菌装置を用いた同種骨移植の経験. 整形外科 1999; 50: 309 - 312

膝関節靭帯、軟骨（半月）損傷の治療

大阪府立大学 総合リハビリテーション学部 史 野 根 生

前十字靭帯損傷膝に代表される膝のスポーツ傷害に対しては、MRIの普及により損傷靭帯のみならず半月、関節軟骨病変を含む正確な総合的診断が早期に可能となり、適切な治療計画も早期に立てられるようになった。

急性期関節軟骨には、放置や骨穿孔術などで対処できるものが多いが、半月、前十字靭帯の損傷は、正確な手術と術後リハビリテーションが必要となる。

再建術後の残存不安定性による二次的な半月損傷は、患者の予後を大きく損なうので、確実な再建靭帯の再獲得が大切である。

我々は、より正常に近く確実な再建靭帯を目指して、種々の工夫を重ねて来た。その結果、ハムストリング筋腱を用いた術式では3重束術式となり、膝蓋腱を用いた場合には長方形の骨孔を作成する方法となった。その科学的根拠につき述べ、その極めて良好な近隔成績にも言及した。

文献

1. Shino K, Nakata K, Nakamura N, Mae T, Ohtsubo H, Iwahashi T, Nakagawa



S: Anatomic ACL reconstruction using two double-looped hamstring tendon grafts via twin femoral and triple tibial tunnels. *Operative Techniques in Orthopaedics* 15:130-134, 2005

2. Shino K, Nakata K, Nakamura N, Toritsuka Y, Nakagawa S, Horibe S: Anatomically-oriented ACL Reconstruction with a Bone-Patellar Tendon Graft via Rectangular Socket/Tunnels: A Snug-fit and Impingement-free Grafting Technique. *Arthroscopy* 21:1402.e1-1402.e5, 2005

リウマチ上肢の再建術と適応

大阪厚生年金病院 整形外科 正 富 隆

はじめに

リウマチの手の手術というと「難しい」「やっても良くならない・再発する」「患者の満足度が低い」などと考えられて、日常臨床において置き去りにされやすい傾向がある。確かに技術的には誰でもできる手術・リハビリテーションではないかもしれないが、患者の満足が得られにくい最大の理由は患者とのコミュニケーション不足、つまり患者が一番何を欲しているかを酌みとりきれず、手の外科医が手前勝手に決まった手術をしてしまうことにある。手の外科医の中にはリウマチ患者に接する機会が少ない者もあり、そのような外科医に大事な患者を預ける気にはならないのも当然であろう。日常リウマチコントロールをおこない、主治医ならではのコミュニケーション力と信頼関係に基づいて患者のニーズを手の外科医に伝え、場合によっては弱者である患者の意志を代弁していただくときの参考になればとの思いに基づいて講演をさせていただいたので、ここにその要旨をまとめておきたいと思う。

リウマチ上肢の再建戦略と戦術

リウマチ上肢に対して行われる手術、いわゆる再建術は関節に対する滑膜切除術、人工関節置換術、関節固定術と腱に対する腱鞘滑膜切除術、腱移行術・移植術、腱のrealignmentしかない。これら再建術（すなわち「戦術」）をどの部位に、どのタイミング（順序を含む）で施行して患者のニーズに応じて満足してもらうか、というのが再建「戦略」であり手の外科医の腕の見せ所である。最終的には患者個人によって多少の差は生じるのであるが（たとえばそのニーズの高さ、手術回数に対するこだわり、入院・通院期間や固



定期間の制約など）、大きな流れと基本的な考え方を覚えておいていただきたい（図1）。もし自分の患者の手術がこの戦略からはずれるものであれば、是非ともその手の外科医に理由を聞いていただきたいと思う。戦略を変更するからには必ず合理的な理由があるはずで、それを提示できない手の外科医には安心して大事な患者を任せられるものではない。

再建戦略の流れは、患者のニーズが補助手的な再建（主にリーチ機能：再建のようなgross movementの再建）で良いのか、機能手（手指把持機能・リーチ機能の両再建）として再建すべきかによって変わる。機能手としての再建は、複数回手術も考えられ負担も大きいので、場合によっては利き手交換をしても手術回数を減らす道をとることもある。手指の把持機能再建により機能手として再建する場合には、後述する手指・母指再建術の前に手関節が除痛・再建（安定化）されている必要がある。これは手指の再建に筋腱のバランスをとる必要があり、手関節が不安定であれば変形の再発や機能不全が生じる可能性があるからである。総指伸筋腱の皮下断裂の場合はMP関節伸展再建ではあるが、残存指（示指・中指）の腱の緊張により適度な緊張が判断できるので、手関節手術を腱再建

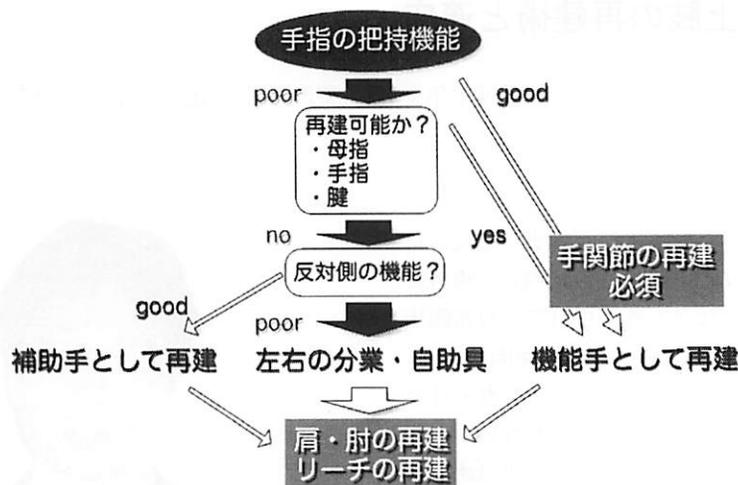


図1：リウマチ上肢の再建戦略

と同時におこなえる。これらの流れをせき止める障害因子を順次再建していくわけであるが、その時にどの再建術（戦術）を適応するかは患者のニーズや技術の進歩（人工関節の進歩など）により変わりうる。手の外科医は少なくともそれぞれの長期予後や新しい技術について絶えず情報を持っておかなければならない。

個々の再建術（戦術）について

前述のように各関節に対して持ち合わせている戦術は、滑膜切除（関節形成）術、人工

関節置換術、関節固定術しかない。滑膜切除術の大前提は関節軟骨が残存している場合である。各関節における戦術の現状について述べる。

1. 母指・手指の再建

把持機能の改善のために適応できる戦術について図2にまとめた。母指再建の基本はCM関節の動きの確保とMP・IP関節の安定性確保、手指再建ではMP関節の動きの確保、できればPIP関節は小指から示指へという優先順位で動きの確保、DIP関節は安定性確保が基本である。母指IP関節・DIP

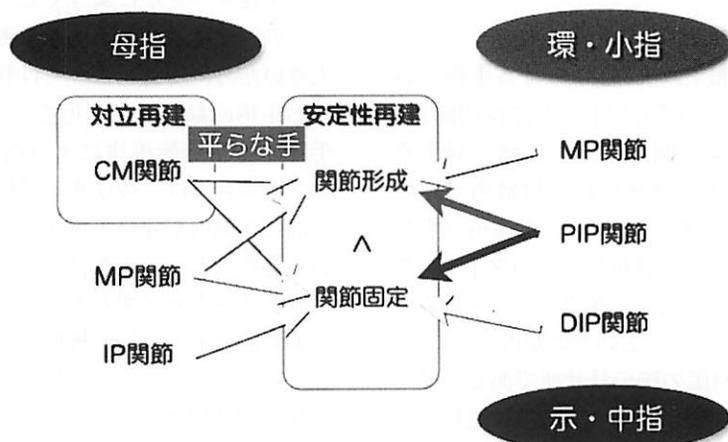


図2：把持機能の再建戦略・戦術

関節はほぼ無条件に固定術を採用する。変形矯正とともに得られる pinch の改善は患者の信頼獲得にも良い。母指 CM 関節は sling arthroplasty (大菱形骨切除と腱による懸垂関節形成) により動きを確保した方があまり重労働をしないリウマチ患者のニーズに応えられることが多い。対立の確保が最重要だが、手のひらがつける「平らな手」を求める声は多く、CM 関節形成術の成績を見れば関節形成を第一選択と考えて良い。MP 関節は Swanson's implant を使用しても動きを確保すべきである (母指は固定でも良いが)。掌側脱臼・尺側偏位を呈しても、関節軟骨が保たれ他動的に整復・伸展が可能であれば、伸展メカニズムの再建・realignment を適応する。PIP 関節がもっとも頭を悩ませるのであるが、現状では示指・中指は固定術、環指・小指は固定術がやむを得ないことが多いが、できれば関節形成術 (掌側板挿入) を考える。Swanson implant の適応はない。

2. 手関節の再建

把持機能再建の前提となるものであることは既に述べたが、手関節再建のポイントは

ずれの術式においても遠位橈尺関節の処置により、回内外を再建できることである。どの術式を選ぶかは大きな問題とはならない。またムチランス型に対する Swanson's implant は折損や wear particle の問題を差し引いても第一に考えて良いであろう。話題となった Silicon synovitis の頻度は極めて低い。関節固定は安定であろうが、toilet care におけるわずか 10° の掌屈の確保がいかにか患者にとって有り難いかを想像していただきたい。可動域は少なくとも可動性を追求すべきである。

3. 肘関節の再建

滑膜切除は関節軟骨が残存している場合にとどめる。その場合には低侵襲である鏡視下滑膜切除が良い。侵襲が小さければ再発に対する恐れを軽減できる。骨破壊・吸収があれば除痛と可動域確保が確実な人工関節を適応すべきであろう。近年肘人工関節の成績も安定してきている。われわれの開発した大阪大学式人工肘関節¹⁾ (図3) はステムに頼らない顆部固定を実現し、骨吸収が少ない若年者に適応しやすい。万が一の loosening に対する revision も standard stem で容易に置換で

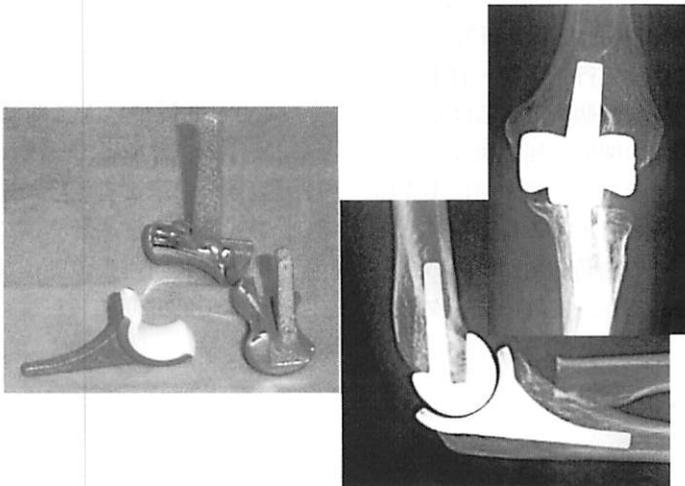


図3：大阪大学式人工肘関節

短いステム (short stem) と通常の長さのステム (standard stem) の2 type がある。Short stem type はTKAとよく似たprofileを持ち、顆部での固定を目指している。短いステムはTKAのpatellar tracking trochleaに対応する。万一のrevisionはstandard stem typeで容易に可能である。

きるというバックアップがあるからである。

4. 肩関節

滑膜切除術については鏡視下滑膜切除も導入され、比較的低侵襲で行えるようになってきたので、関節軟骨が保たれておれば再発のリスクを差し引いても、疼痛や RA activity のコントロールのため、積極的に施行されて良い。肩関節の理想的なリーチ機能再建のためには腱板が保たれていなければならないが、それが破綻していても疼痛の除去により獲得されるわずかな可動域もリーチ改善（体を拭く・洗顔・洗髪など衛生保持、衣服の着脱など）に役立つことは知っておくべきである。人工関節（人工骨頭を含む）は除痛効果が確実で、関節軟骨消失・破壊例に適応されるが、ROM 獲得を期待するには同じく腱板が温存されなければならないが、腱板が残存しているような症例は滑膜切除が適応できる程度の関節炎か、破壊があっても若年者で腱板が残存している場合であろう。したがって現状の肩関節に対する戦術に期待できるのは除痛と軽度の外転や内外旋の改善と考えるべきである。しかし肩関節に求められる可動域は意外と小さくて良い。同門の辺見ら²⁾の光学式三次元動作解析による研究によれば、手を顔や頭に持って行く洗顔・食事・洗髪動作に必要な可動域は個人によるばらつきは少なく、それぞれの関節の屈曲角度の総和は一定であることを示した。顔・頭に手を届かせる動作は頭・肩・肘・手の作る閉じた四角形となるから、その内角の和が等しいことは数学的に自明であるが、実際のデータで示

した事は大変興味深く、このような研究はこれまでにない。それによれば肩の屈曲はいずれも 40° 内外でよく、リウマチ患者の ADL 上のニーズに肩の大きな屈曲や外転は必要ないことがわかる。また他の関節（頸椎を含む）が障害関節の制限を代償できるかどうかを検討すれば、リーチ再建を上肢全体として検討できる。

おわりに

リウマチ上肢に対する再建戦略と再建戦術（再建術）の基本的な考え方と現状につき述べた。これらの情報をもとに、患者のニーズを敏感にとらえて上肢手術の可能性をいつも念頭においていただきたいと思う。一方、われわれ手の外科医も全身疾患であるリウマチ患者さんであることを意識し、十分なコミュニケーションを図って、患者さんにとってもっとも負担が少なく、最大の改善を得られる再建戦略を練る姿勢を保っていきたいと思う。それが手の外科医とリウマチ患者さん、それを橋渡しする主治医の信頼関係を構築するものと確信している。

参考文献

1. 正富 隆：肘関節 大阪大学式. 新 OS NOW 6 新しい人工関節置換術と再置換術 メジカルビュー社 2000.
2. 辺見俊一、正富 隆、米延策雄ほか：光学式三次元位置計測システムを用いた脊椎上肢共同運動の動作解析. リウマチ科 32:621-626,2004.

関節リウマチに対する薬物治療戦略 — 現状と将来展望 —

名古屋大学大学院 医学系研究科

機能構築医学専攻運動・形態外科学 石黒直樹

関節リウマチでは未知の抗原に対する認識異常から T 細胞活性化そして滑膜細胞やマクロファージからのサイトカイン、成長因子の産生過剰が起こり、最終的に破骨細胞活性化、増殖性滑膜炎・関節炎がおこる。従って関節リウマチ治療にはそれぞれの段階を抑制する方法が考えられる。活性化リンパ球の増殖を抑制する事による治療には MTX、leflunomide が、T リンパ球認識異常抑制には FK506 が有効で、各々優れた抗リウマチ薬としての臨床成績が報告されている。一方、炎症性サイトカインとしては TNF α 、IL-6、IL-1 が関節リウマチの病態において重要である。これらを抑制する抗サイトカイン療法は関節リウマチの治療法になりうる。抗 TNF α 治療には①抗 TNF α キメラ抗体、ヒト型抗体を使った治療、②ヒト型可溶性 TNF レセプターの融合蛋白治療がある。抗 TNF α キメラ抗体と MTX を併用する治療は、高い ACR20% 改善率と継続性を示した。骨関節破壊抑制効果も著しく、一部の患者では関節破壊の回復も報告されている。ヒト型可溶性 TNF レセプター治療では、TNF α が細胞表面にある TNF α レセプターへの結合を競合的に阻害して効果を発揮する。やはり MTX 併用において ACR70% 改善率を半分弱の患者において達成し、骨軟骨破壊抑制効果を示した。ヒト型抗 TNF α 抗体 (Adalimumab) 療法、ヒト型抗 IL-6 受容体抗体 (Tocilizumab) 療法などが我が国では臨床開発途上である。更に、ヒト CTLA-4 Ig 融合蛋白治療 (Abatacept)、抗 CD20 抗体治療 (Rituximab) が欧米では臨床使用が開始されている。

生物学的製剤は優れた有効性から臨床的寛解を目的とした早期患者に対する治療が提唱されている。関節破壊の進行していない早期患者に対する生物学的製剤などの強力な治療は、副作用



用や経済的な負担もあるが、関節リウマチの自然経過を変える真の抗リウマチ治療になりうる。また抗 TNF α 治療により関節破壊抑制効果のみならず関節破壊を回復させた症例も報告されている。確かに、上肢関節には関節破壊を回復させた症例も経験することができるが、荷重が加わる下肢関節には必ずしも正しいとは言えず、自験例では Larsen grade III 以上では関節障害の進行から手術が必要となる症例が見られた。関節障害はある程度以上進行すると不可逆的な変化を生じやすく、この意味からも早期からの骨関節破壊抑制治療の有用性が高いと考えられる。

抗 TNF α 治療下での手術は感染症の問題がある。整形外科手術に関して言うと①周術期全身感染症リスク ②人工材料感染症リスクに大別される。①の全身感染症リスクは Crohn 病での実績からはそのリスクは低いと考えられる。②のインプラント感染リスクは高いとする報告が散見される。自験例 10 例では感染が見られず、従来の感染対策で十分に安全に行うとの印象であった。今後この治療が更なる拡大を見せれば新たな問題点の出現もあるが、現時点では関節リウマチに対する抗 TNF α 治療は十分に安全性と有用性を兼ね備えた治療であると結論できる。

第 29 回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日時：17年7月23日（土）14：30～18：00

開催場所：参天製薬（株）5階 センチュリーホール

<第一部>

座長 大橋 弘嗣（大阪府済生会中津病院）

1. 膝伸展機構が破綻した人工膝関節に対し人工靭帯を使用した2症例

大阪鉄道病院 整形外科 武中 章太

【症例-1】年齢 77歳 性別 女性 職業 無職

【主訴】左膝痛

【現病歴】平成15年12月、変形性膝関節症に対し左TKAを施行した。術後、可動域 0° ～ 95° 、杖歩行レベルに達していたが、車椅子からの急激な立ち上がり動作にて左膝蓋骨の骨折が生じた。平成16年1月、ソフトワイヤーによる固定手術を施行したが、再骨折を生じた。

【現症】平成16年1月、Leeds-Keio人工靭帯を用いた膝蓋靭帯再建術を施行し、ギプス固定とした。術後3週でニーブレースに変更。術後7週でイメージ下にて膝蓋骨の骨癒合を確認し、ニーブレースの装着を解除し荷重歩行を開始した。退院時、可動域は 0° ～ 25° であった。術後1年で可動域 0° ～ 72° であり、1本杖歩行が可能となっている。

【今回討論したい点】

TKA後のこのような合併症に対して他の治療法はあるか？

【症例-2】年齢 76歳 性別 女性 職業 無職

【主訴】左膝痛

【現病歴】平成元年、右膝痛、平成12年左膝痛が出現した。各々当院にて、平成16年7月左TKA、10月右TKAを施行。2回目の入院は11月で退院となる。退院して自宅に戻って座椅子に座り立ち上がろうとしたとき畳に足を滑らせ転倒。左膝が過外反状態になり激痛が走った。手術創と直角方向に皮膚が離開し多量に出血。同日、当院に救急搬送となり、処置、手術目的に入院となる。

【現症】受傷直後X-p上、T/P比は $66/37=1.78$ 。受傷5日後、Leeds-Keio人工靭帯を用いた膝蓋靭帯再建術施行。ニーブレース固定とする。術後、X-p上T/P比は $42/38=1.11$ と良好。術後2週で全抜糸し、1/2部分荷重開始。同時にニーブレースを除去しCPMを開始とする（90度まで）。術後3週より全荷重開始し平行棒内歩行がスムーズであった。退院時（術後31日）には1本杖安定しており、可動域は 0° ～ 90° 、extension lag 0° であった。術後2ヶ月では可動域も 0° ～ 100° 、1本杖歩行も安定しており初回手術後と同じADLであった。

【今回討論したい点】

TKA後のこのような合併症に対して他の治療法はあるか？

2. PETにて異常を指摘された胸椎腫瘍の一例

住友病院 整形外科 藤原 啓恭

【症例】年齢 52歳 性別 男性 職業 自営業

【主訴】なし

【現病歴】2005.02.15 人間ドックにてPET施行-第8胸椎に異常陰影指摘された

その他、採血等にて明らかな異常無し

2005.03.18 精査目的にて当院当科紹介受診

【現症】及び【経過】

神経学的所見異常無し、叩打痛なし

MRIにて第8胸椎に腫瘍像認める－T1、2 low、造影（＋）

腫瘍マーカー、CT等にて精査施行も有意所見（転移巣）なし

骨シンチにて胸椎、肋骨に up take（＋）

以上検査の後 2005.06.16 生検術施行

【今回討論したい点】

本症例に対する（鑑別）診断及び今後の治療方針は？

ご検討のほどお願いします

3. 骨盤に腫瘍様陰影を呈した一例

北野病院 整形外科 小西 良一

【症例】 年齢 79 歳 性別 男性 職業

【主訴】 特になし

【現病歴】 近医にて腹部レントゲン撮影（平成 17 年 4 月）。その際に骨盤部に異常陰影を指摘され当院紹介受診となった。

【現症】 骨盤部に明らかな皮膚異常所見は認めず。股関節 ROM は正常。

末梢神経障害・循環障害を認めず。

【今回討論したい点】

無症状で発見された腫瘍様陰影を呈した症例に対して各種画像診断を試みた。

鑑別診断・確定診断に至る過程を検討したい。

4. 著明な骨脆弱性を示した大腿骨骨幹部骨折の一例

大阪市立総合医療センター 整形外科 岡野 匡志

【症例】 年齢 75 歳 性別 女性 職業 主婦

【主訴】 左大腿部痛

【現病歴】 平成 16 年 11 月、走った際に左膝崩れ感があり、左大腿部前面に疼痛が生じた。歩行は可能で疼痛も徐々に軽快してきたため放置していた。疼痛が残存するため平成 17 年 1 月 14 日に当科を受診した。単純 X 線では左大腿骨骨幹部外側に不全骨折を認め、同部で骨皮質が肥厚していた。MRI では明らかな腫瘍性病変は認めなかった。外来にて経過観察していたが、平成 17 年 2 月 12 日に階段から転落し左大腿部痛にて歩行不能となり、当科に入院となった。

【現症】 左大腿部に腫脹、圧痛を認め、単純 X 線では平成 17 年 1 月の左大腿骨骨幹部の不全骨折部に一致して横骨折を認めた。

【手術】 平成 17 年 2 月 17 日に髓内釘固定術を施行した。術中に遠位および近位の骨片に粉碎を生じたため、外側から骨折部を展開して髓内釘を挿入後、粉碎骨片を可及的にワイヤーで締結した。骨折部から採取した骨片の病理所見は髓腔の線維化を伴った骨組織のみであり、悪性所見はなかった。

【術後経過】 術後 3 週から functional brace 装着下に免荷にて離床。仮骨形成は認めるものの

骨癒合は遷延し、術後3ヶ月からセーフスを開始、tilting bedにて立位荷重訓練を施行しているが、今だ骨癒合は得られていない。

【今回討論したい点】

本症例の著明な骨脆弱性の病態。又、今後の治療法についてご教示お願いいたします。

5. 股関節脱臼骨折術後の化膿性股関節炎 (MRSA)

大阪赤十字病院 整形外科 富原 光雄

【症例】 年齢 49 歳 性別 男性 職業 トレーラー運転手

【主訴】 左股関節可動域制限

【現病歴】 平成16年8月18日、交通事故で受傷。堺市内の病院に搬送され、左股関節脱臼骨折に対し徒手整復・鋼線牽引を受ける。8月25日、観血的整復術（骨頭の骨片摘出、白蓋骨接合）。術後4日目より発熱。9月2日、螺子抜去、病巣郭清術。9月9日、家人の希望により、当院へ転院。ペンローズドレーンより排膿（MRSA）あり。VCM投与。9月14日、病巣郭清術、持続洗浄開始。9月30日、持続洗浄終了。10月21日、CRP陰性。11月2日、左股部の瘻孔閉鎖、VCM終了。11月11日、炎症再燃、VCM再開。12月13日、CRP陰性、左股固定装具装着。12月27日、VCM終了。平成17年1月4日、炎症再燃。1月11日、骨頭切除、VCM混入セメントピース充填。1月24日、CRP陰性。1月28日、VCM終了。炎症の再燃なく、2月10日退院。他院入院にて機能訓練続行、4月22日退院。

【現症】 両松葉杖で左下肢部分荷重歩行。左股関節：屈曲15°、伸展-5°、外転0°、内転10°。左膝関節：屈曲15°～50°。X線では関節包の骨化？

【今回討論したい点】

炎症沈静化して6ヶ月を経過するが、人工骨頭（関節）置換術は可能か？

関節固定術（骨移植）の方が安全か？

<第二部>

座長 中瀬 尚長（国立病院 大阪医長センター）

6. Kienbock 病小児発症の1例

大阪府済生会中津病院 整形外科 高 浩範

【症例】 年齢 10 歳 性別 女性 職業 小学生

【主訴】 右手関節痛

【現病歴】 H16年12月学校の授業中転倒し右手関節背屈位で手を衝き受傷。受傷後より疼痛あるも放置。1ヶ月经過後、前医受診。保存的治療受けるも軽快せず。MRIにて月状骨の輝度変化を指摘され、精査加療目的にて当科紹介となる。

【現症】 手関節背側は腫脹し、月状骨背側に圧痛を認めた。scaphoid shift testにて疼痛を認めた。手関節可動域は背屈30度、掌屈60度。回内外は90度であった。レントゲン上右月状骨の硬化、圧潰像を認め、carpal height ratioは0.46（左0.52）、radio-scaphoid angleは73度（左72度）であった。MRIでは月状骨全体にT1強調像にてlowの輝度変化を示し、Lichtman分類 stage III -AのKienböck病と診断した。

【今回討論したい点】

- ①小児例での治療法について
- ②手術時期、その方法について

7. 診断に難渋した小児股関節炎

市立堺病院 整形外科 名倉 温雄

【症例】年齢 11.9 歳 性別 女性 職業 小学生

【主訴】両股関節痛

【現病歴】組体操後より両股部痛出現。安静にて左股部痛軽快するも、右股部痛増悪してきたため、3日後に当院小児救急外来受診。NSAIDs とシップ処方されるも症状改善しない為、再度小児科受診し、股部痛に対して当科紹介。

【現症】右股部痛と 37.9℃ の発熱あり。MRI にて、右股関節に関節液の貯留を認めたため、関節穿刺施行した。

関節液に明らかな細菌の固定はできなかったが、CRP12.4 と高値を認めたため、安静と抗生剤投与目的に入院。入院後、症状一時改善するも、入院後 9 日目に左股部痛出現。発熱伴い血液検査所見も CRP のみ再上昇を認めた。

【今回討論したい点】

以上の経過から考えるべき股関節疾患は？

8. 関節リウマチの骨嚢腫 (geode) による肘頭骨折の 1 例

八尾市立病院 整形外科 片岡 英一郎

【症例】年齢 70 歳 性別 男性 職業 農業

【主訴】左肘痛

【現病歴】H13 年左肘痛にて RA 発症。Stage II class II。H15.12.14 左手をついてから左肘痛。骨折のため、紹介来院された。Xp では肘頭骨折とともに、橈骨頸部、上腕骨外顆にも geode を認める。手術を拒否されたため、ギプス固定としたが、偽関節となっている。

【現症】受傷後 18 ヶ月の現在 ROM: 屈曲 / 伸展 25/120 (健側 15/130) 回内 / 回外 80/65 (80/80) 重量物を持つときに鈍痛があり、手をついて体重を支えることはできないが、ADL に大きな障害はなく、手術も希望していない。

【今回討論したい点】

初期治療法の是非 (予防的手術についても) と、今後の治療法について。

9. 右足背部痛を主訴に来院した症例

国立大阪医療センター 整形外科 坂井 孝司

【症例】年齢 46 歳 性別 男性 職業 テレビ局カメラマン

【主訴】右足背部痛

【現病歴】平成 17 年 5 月初めより特に誘因なく右足背部痛が出現し当科初診。右足単純レントゲン検査にて明らかな骨傷なく、血液検査は CRP0.02、白血球 4300 (好中球 46.2%) と正常範囲内であった。2 週間後のレントゲン検査、血液検査とも同様に著変なかった。右足背部痛及び腫脹が持続するため右足部 MRI を施行したところ、第 2 中足部及びその周囲軟部組織に脂肪抑制 T2 強調画像にて high signal intensity area を認めた。

【現症】体温 36.7 度。右足背部痛及び第 2 中足骨を中心とした足背部の腫脹あり。

【今回討論したい点】

診断について

10. 再建に難渋する両下肢開放骨折損傷の1例

国立大阪医療センター 整形外科

○小瀬 弘樹、中瀬 尚長、大園 健二、廣島 和夫

【症例】 年齢 40 歳 性別 男性 職業

【主訴】 フォークリフト損傷による両下肢開放骨折。

- 1) 右大腿骨開放骨折
- 2) 左大腿骨・脛骨開放骨折
- 3) 左膝蓋骨脱臼
- 4) 左膝窩動脈損傷
- 5) 膝関節遠位の知覚障害

【現症】

- 1) 右大腿骨髄内釘固定：骨癒合進行中
- 2) 左大腿・下腿創外固定施行するも、創 MRSA 感染。下腿から膿瘍排出続いたため、洗浄ドレナージ、現在は排膿無し。CRP 陰性。ただし、下腿の開放創あり。疼痛が強い。
- 3) 左膝蓋骨も感染し、腐骨となっていたため切除
- 4) 膝窩動脈は、右大腿伏在静脈で再建。血行は再開し、壊死はまぬがれた。
- 5) 足趾の運動・知覚は改善傾向にある。

【今回討論したい点】

- 1) 何とか患肢温存は可能か？
- 2) 切断するとしても、できるだけ遠位のレベルで行うことは可能か？

特別講演

座長 右近 良治 (右近整形外科クリニック)

「関節リウマチの薬物療法－最新治療の効果と限界－」

大阪厚生年金病院 整形 (リウマチ診療) 部長 大脇 肇 先生

研修単位： 日整会教育研修会認定 1 単位
日本リウマチ財団登録医研修単位 1 単位
大阪府生涯教育研修 5 単位

第 30 回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日時：平成 18 年 3 月 18 日（土）14：30～18：00

開催場所：大阪府済生会中津病院 南棟 2 階 講堂

<第一部>

座長 太田 信彦（住友病院）

1. 当科における腰椎椎間板ヘルニアに対する内視鏡下髄核摘出術の治療成績、従来法との比較、問題点

北野病院 整形外科 岡本 健

当院では保存療法が無効な腰椎椎間板ヘルニアに対して 2004 年 8 月より内視鏡システムを用いた髄核摘出術を行っている。今までに行ってきた 27 症例の治療成績を検討し、また従来法の成績との比較を行った。

2. 胸椎くも膜嚢腫に脊髄ヘルニアを合併した 1 例

住友病院 整形外科 太田 一威

【症例】年齢 65 歳 性別 女性

【主訴】両下肢痛

【現病歴】18 歳の頃、左下肢の歩行時の違和感自覚し近医にて精査施行

手術適応なし（詳細不明）との説明にて以降経過観察

H14 年頃から歩行困難感増強

H16.3 歩行時の転倒くりかえし当科受診（第 28 回大阪症例検討会症例提示）

H17.4.14～4.23 入院精査（脊髄造影、嚢腫造影等）施行

嚢腫穿刺し排液施行後退院時歩行様式（痙性）改善するも徐々に両下肢痛再然

H17.8 月頃から両下肢痛及び歩行困難増強

H18.1.18 手術目的にて入院

H18.1.26 手術施行

【現症】Reflex BTR,RR,TTR 軽度亢進 Hoffman（-）,Wartenberg（+）

PTR,ATR 亢進（右<左） A-clonus（+ , +）（右<左）

Motor ilio.psoas44、Quard55 TA43

Sensory 臍以下に知覚鈍麻あり（歩行時には胸骨柄以下にしめつけ感増強）

Vibration,Position sense 両側（下肢）低下

膀胱直腸障害 肛門周囲の知覚鈍麻（+）

殿部から下肢へのしびれ強く長時間の立位保持困難

歩行時ふらつき強く不安定

【今回討論したい点】

①今回の症例に対する適切な治療方法及びその時期

②今後の follow up について

3. スポーツにより発症した脛骨疲労骨折の 1 例

市立堺病院 整形外科 名倉 温雄

【症例】年齢 17 性別 M

【主訴】 左足関節内側部痛

【現病歴】 1週間くらい前より、空手をしていると左足関節内側に疼痛あり、当科受診。

【現症】 左足関節内側に圧痛あるが、Xpにて異常所見なく、安静にて症状改善するため脛骨での疲労骨折を疑い、症状発現後6週間の安静を指示した。

その後より空手を再開したが、直後より疼痛再発し、再開後2週でのXpにて脛骨内果に骨折線の顕在化を認めた。徐々に内果骨片の転位の進行を認めたため、screwによる内固定を行い、現在、外来通院中である。

【今回討論したい点】

空手での脛骨内果疲労骨折の原因、機序は？

治療方針としては？（保存的 or 手術）

後療法は？

<第二部>

座長 尾原 善和（大阪市立総合医療センター）

4. 股関節痛をきたし診断困難であった一例

国立大阪医療センター 整形外科

○山崎 良二、大園 健二、李 勝博、坂井 孝司、西原 俊作、廣島 和夫

【症例】 年齢 23 歳 性別 男性 職業 自衛隊員

【主訴】 左股関節痛

【現病歴】 18歳の頃より誘引なく左股関節痛が生じるようになった。

疼痛は2～3ヶ月ごとに繰り返し、1週ほどで自然に消失する。

H17年2月、精査目的のため当院当科を受診された。

【現症】 疼痛出現時、安静・夜間痛を認める。

疼痛は消炎鎮痛剤で軽快する

左股関節屈曲 120° 伸展 10° 外転 4° 内転 20° 内旋 20° 外旋 40°

Patrick test、impingement test（屈曲内旋）陽性

X-pにて左下前腸骨棘に周囲骨硬化を伴う骨透亮像を認めた

【今回討論したい点】

診断について

5. 両側大腿骨頭に病的骨折を来した1症例

北野病院 整形外科 田村 治郎

【症例】 年齢 34 性別 男性 職業 ホテル事務

【主訴】 両股関節痛

【現病歴】 昨年10月頃より徐々に左股関節痛を来す。本年になり右股関節も出現。歩行困難の状態となる。2年前アルコール性肝障害の既往

【現症】 JOA score 55/33 pain 20/10、ROM 15/3、gait 10 ADL 10、flex 90/30、abd 20/0、add 20/20、outer rot.30/20、inner rot.10/10、SLR 30/10

レントゲン写真で両側の骨頭骨折を認め、左側のslippingを認める。

【今回討論したい点】

病能、治療に関して

6. 小児大腿骨頸部骨折の1例

大阪府済生会 中津病院 整形外科 高 浩範

【症例】年齢 3才7ヶ月 性別 男

【主訴】右股関節痛

【現病歴】H17. 6月 保育所内にて右股関節痛訴えあり

(受傷機会の詳細不明)レントゲン上、骨折線認め加療目的にて紹介入院

【現症】妊娠41週、普通分娩第1子として出生。周産期に特に異常なし。

右橈骨骨折に対してギプス加療や、右恥骨骨折も指摘されていた。

レントゲン上 Delbet 分類 type B transcervical fracture を認めた。

【今回討論したい点】

①基礎疾患の有無

②治療方針の決定

特別講演

座長 大橋 弘嗣 (大阪府済生会中津病院)

「スポーツマインドを応用した整形外科疾患の運動療法」

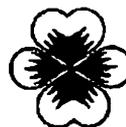
大阪産業大学 教授 大槻 伸吾 先生

研修単位： 日整会教育研修単位 1単位
日本医師会認定健康スポーツ医制度 1単位
大阪府生涯教育研修 5単位

中央区の花 ウメ、パンジー

パンジー。色彩豊かで明るくモダンな感じは中央区のイメージにふさわしく、デザインは明るく住みよい街に発展することを願い、花びらを心と心を表すハートで構成されています。

うめ。区内の高津宮、大阪城公園は梅の名所で、区民の憩いの場として親しまれ、デザインマークの花びらは丸く豊かなコミュニティが育ち、枝は未来の発展をイメージしています。



整形外科医に役立つ「チャングム」の漢方

日本整形外科学会 専門医
 日本リウマチ学会 専門医
 日本東洋医学会 漢方専門医
 枚方市

須藤容章

毎週土曜日にNHK テレビで放映されている「チャングム」に興味をもったので、これに関連した数冊の書物を読んでみた。その中の一冊で整形外科領域における膝関節痛に対して有効な五積散と独活寄生湯が紹介されている⁽²⁾。五積散に関しては既に報告しているので⁽³⁾、今回は独活寄生湯⁽⁴⁾⁽⁵⁾について考えてみたい。

しかし、独活寄生湯にはエキス剤がないので十全大補湯と疎経活血湯を合方して用いている⁽¹⁾。

症例：52歳、主婦。

病名：両変形性膝関節症。

主訴：両膝関節の運動痛と自発痛。

初診：平成17年12月6日。

病歴：2、3日前から歩行時に両膝関節の疼痛を来すようになった。疼痛は次第に増強し、自発痛を伴い、夜中にも両膝がうずいて眠れないという。また両下肢が異常に冷えるという。そこでツムラ^㊸五積散15g/日を三日分投与する。三日後の再診時、疼痛は変わらないという。そこでツムラ^㊹十全大補湯7.5gとツムラ^㊺疎経活血湯7.5gを合方して三日分投与する。

初診時所見：やっとの思いで、自動車ですって貰って当院を受診する。院内でもつまり歩行をしていた。両膝に軽度の浮腫を認めるが膝蓋骨の跳動はない。両膝内側裂隙に著明な圧痛を有する。

X線所見：両膝内側に関節裂隙の狭少、また骨棘形成も認められる。

経過：十全大補湯(+)疎経活血湯を服用して、三日で自発痛は消失し、歩行時痛も軽減したというので、更に十日分の同薬を投与して、



疼痛は消失した。その四ヵ月後の平成18年4月19日、疼痛の再発はないという。

考察

独活寄生湯は中医学でいう温通血脉の効果があり、風湿寒邪により起こされる痺症に最も有効な処方であるという⁽⁴⁾。リウマチの患者さんの治療にあたっては弁証はかなり複雑で、変化が激しく、最初から証を的確に把握することは極めて困難である。そういう意味でこの処方はファーストチョイスとして殆どすべての場合に対処できるという。この処方の効果はやゝマイルドな感じがするが確実性があり、医者として安心して使用できるという⁽⁵⁾。

一方、十全大補湯(+)疎経活血湯を独活寄生湯の代用として用いた場合、効果がやゝ異なるように思う。

腰・膝・下肢が冷えて痛む場合、五積散と十全大補湯(+)疎経活血湯をどのように使い分けるのかは難しい問題である。

下肢が冷えてうずく場合、五積散15g/日投与すれば70%に有効であると言われている⁽³⁾。五積散が無効であった症例に対して、

これを中止し、十全大補湯（+）疎経活血湯を投与するとその50%に著効を呈することを経験している。

結語

腰・膝・下肢が冷えて、うずく症例に対して、先ず五積散を常用量の2倍を投与し⁽³⁾、無効であった症例に対して五積散を中止し、十全大補湯（+）疎経活血湯を投与すると、その50%に著効を呈する。

文献

(1) 伊藤不二夫、五十嵐康美：整形外科疾患の中医学的治療：伝統医学、6巻、1号、6頁、2003年3月発行。

(2) 須藤容章：「チャングム」を読む：枚方市医師会報、第53号、63頁、平成18年3月発行。

(3) 須藤容章：冷えを伴う腰痛・下肢痛に五積散：大阪臨床整形外科医会会報、第27号、78頁、平成13年7月発行。

(4) 張 瓏英：独活寄生湯（千金方）：臨床中医学概論、313頁、自然社、昭和63年6月発行。

(5) 張 瓏英：独活寄生湯（千金方）：臨床中医学各論、73頁、緑書房、平成6年4月発行。

(6) 難波恒夫：和独活：和漢薬百科図鑑〔1〕117頁、保育社、平成5年11月発行。



図：和独活⁽⁶⁾

他科の大阪府単科医会会報を通読して

広報担当理事 阪本 邦雄

この度、他科の大阪府単科医会会報を通読させていただく機会があり、様々な原稿を読ませていただきましたが、その中で特に、我々整形外科医に関連した問題や医師、人間として共通する問題、課題について述べられた原稿、意見さらに、個人的に興味を持った原稿を紹介させていただき、小生の意見も少々述べさせていただきます。

まず、西区医師会報第83号の大楠皓亮先生の『あやしい怪しいつぶやき』では、小生も、常日頃ばやき、感じている事が、多々述べられておられる。1つ目は、戦後賠償について『戦後60年もたつのに、いまだ謝罪しろ、補償しろと〇〇大新聞はのたまう。そんなに謝罪をしたければ、自分達のポケットマネーを、気の済むまで積みばよい。』とおっしゃっておられる。その通りで、いつまで我々日本人が謝罪、反省すれば良いのか、周辺国にのみ気を使っている〇〇大新聞は、もっと真摯に日本の未来について考えていただきたい。また、その根拠の一つとされる東京裁判の弁護団は、インド人の弁護士以外は、まったくでたらめな弁護士で形成された不当裁判であることを付け加えておきたい。2つ目は、最近の裁判に関して、大楠先生は、『改悛の情があるとして減刑した犯罪者が、再び罪を犯せば、裁判官も誤診ならず、「誤審」である。』と述べられ、このような裁判の弁護士についても厳しく責任をとるべきであると述べておられる。日本の裁判は、あまりにも加害者を過保護にしすぎ、逆に被害者の心情を軽視しすぎているのではないのでしょうか。

医療と少しかけ離れた話題になりますが、最近よく新聞やテレビで報道されることがあります憲法9条についての随想をご紹介します。大阪小児科医会会報 NO.132 で堺市



の山上佳代子先生が『戦後、私達が平和に生きていくことができたのは、憲法9条のおかげであり、守り抜かなければならない。』と述べられ、それに対して同会報 NO.133 の富田和巳先生は反論され、小児科医の立場から『子供は未来』とよくいわれるが、この言葉は、「国の未来」を抜きにしては考えられず、国を危うくしていく思想をなんとしても阻止するのが小児科医の努めである。』と述べられ、子供の未来は、我々大人が責任を持って作らなければならないと協調されている。現憲法は、日本人が自主的に作ったものではなく、さらに平和憲法とされているが、昨今の日本の周辺国家の状況を考えると、現実の世界には通用しないし、他国民の行動や考えを拘束できるものではないと述べておられる。

次に、少子化についての記事、論文をご紹介します。大阪小児科医会会報 NO.133 において浜本芳彦先生は、少子化の原因には、女性の社会参加による晩婚化や未婚化などが大きな原因として取り上げられているが、男性側の責任についても言及されています。父親の企業で働く有償の労働と家事などの無償労働を合計した総労働時間に占める無償労働の割合と出生率の相関より無償労働が多いほど、つまり男性が家事をするほど出生率が

アップすると報告され、今後の少子化対策として男性にも大きな責任がありそうです。

大阪府内科医会会報は、比較的学術、学問的な論文、記事が多いように思われます。その中で、平成17年4月第14巻第1号では、介護保険に関して松本 淳先生が、『軽度者については、ヘルパーの利用回数が多く、福祉用具の利用率が高いほど、要介護度が悪化する。』と述べておられ、介護保険対象者は、ヘルパーをお手伝いさん代わりに使い、介護業者の経営優先も原因の一つと考えられるが、介護保険設立当初の理念である高齢者の自立支援からますます離れていくように思われます。次に、我々整形外科医にも関係する投薬について、国立循環器病センターの北風政史先生が『心血管疾患の連続性を断つ』というパネルディスカッションの中で新しく開発された薬の使い方について、一度自分が使ってみて、隣の先生も使い、さらに友達の親しい先生も使い、良い印象であれば自分の治療方針として決める。開業医になると、研修医、勤務医の頃のように上司の先生の指示もなく、学術講演などで最先端の治療を学んでもすぐには明日からの治療には利用できず、やはり慎重にならざるを得ないものです。『臨床内科医に必要な医療コミュニケーションの知識と技術』の中で小山 弘先生は、治療成績の向上と無用なトラブルの回避には、医療面接の重要性が大きいと述べられている。医療面接という言葉は、良好な医師患者関係を構築していく目的から、問診という言葉は使わず医療面接という言葉に置き換えられ、その目的は、①最大の情報源、②良好な患者関係の確立、③患者教育にある。身体的問題で医師にかかる患者は4割、残り6割の患者は精神的心理社会的な問題を抱えているといわれる現状において、的確な医療面接に必要な良いコミュニケーションを行う為には、患者の問題と懸念、心配を引き出し、的確な情報を与え、治療法の選択を相談し、そして支持的である事が必要と述べられてい

る。ただ、われわれのような開業医では、患者さんの待ち時間を出来るだけ少なくしようとする時に一人の患者さんに対して、あまりゆっくり患者さんの話を聞くことが出来ない時もあるのが現実です。

大阪府眼科医会会報には、眼科医会内部の各部報告の記載があり、渉外部、厚生部、校医部、コメディカル部、勤務医部、高齢者対策部、水晶会等の各部会からの報告があり、その中の勤務医部会の報告に在阪5大学眼科医局との交流会の報告がされ、また、各大学の勤務表も掲載されている。このように各大学との緊密な連携が示されており、OCOAもこのような各大学との緊密な連携が必要ではないかと考えられました。マスコミや患者さんの医療についての考えに関して、私が、日常診療で常々感じている事と同様のことを述べておられる先生がおられます。大阪府眼科医会会報168号で米本壽史先生は、『同じ病名でも程度、進行具合、予後はすべて異なると説明するのだが、なかなかすっと受け入れてもらえない。』『病気は自然現象で、マニュアル通りにはいかないんだ、思わぬことも起こるのだと患者さんにも自分にも言い聞かせている。』前者については、マスコミの影響も強く、医者言うことよりも、みのもんたの言うことを信用する傾向があります。後者については、人間の体は、ロボットとは異なり、一部品を修繕、交換したからと言ってまったく元に戻るものではありません。

同会報170号において塚木 尚先生は混合診療について述べておられ、混合診療が解禁されればお金のない人とある人の間に不公平感が生じ、格差社会が益々、顕著になり、さらに、保険外診療の治療費をカバーするために医療保険市場が、拡大し、経済財政諮問会議議長の宮内氏の思い通り、医療保険業界にとっての巨大な追い風になると論じておられる。そして、われわれ医療人に課せられた義務は、『あくまで人の生命や健康をより高レベルで守っていく事であり、そのためにはす

すべての国民が公平・平等に、より良い医療を受けられる環境を作っていくことに尽きる。』と述べておられる。

最後に、先日、日本医師会会長の選挙があり、誠に残念ながら植松先生が落選されましたが、この日医会長を選出する日本医師会代議員（日医代議員）の構成についての記載が、資料は平成16年度のものですが、大阪府眼科医会会報170号にありました。日医代議員は、日本医師会会員500名に付き1名の割合で選出され、総数は342名、多い都道府県順に東京都39名、大阪府32名、兵庫県18名、愛知県17名、神奈川県16名、福岡県15名以下各都道府県となっています。標榜科目別の人数割合では、内科39.2%、外科19.0%、次いで整形外科が8.2%と意外に上位に位置し、また、整形外科の年次推移でも昭和61年2.9%、平成4年3.3%、8年5.5%、12

年7.0%と年々割合も増加してきており、心強い限りです。

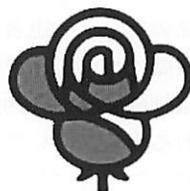
以上、この他にも大変優れた論文、記事、作品が多数あり、すべて御紹介させていただく事は出来ませんでした。私の個人的な考えを中心に勝って気ままにご報告させていただきました。

参考会報

- ①西区医師会会報 第83号 (2005.11)
- ②大阪小児科医会会報 NO.132 (2005.1)
- ③大阪小児科医会会報 NO.133 (2005.4)
- ④大阪小児科区会会報 NO.137 (2006.4)
- ⑤大阪府眼科医会会報 168号 (2005.6)
- ⑥大阪府眼科医会会報 170号 (2005.12)
- ⑦大阪府内科医会会誌 第14巻 第1号 (2005.4)

北区の花 バラ

バラ属の植物は、灌木、低木、または木本性のつる植物で、葉や茎に棘があるものが多い。葉は1回奇数羽状複葉。花は5枚の花びらと多数の雄蕊を持つ。ただし、園芸種では大部分が八重咲きである。北半球の温帯域に広く自生しているが、チベット周辺、中国の雲南省からミャンマーにかけてが主産地でここから中近東、ヨーロッパへ、また極東から北アメリカへと伝播した。南半球にはバラは自生していない。世界に約120種がある。



他府県の整形外科医会会報を通読して

富田林市 宮田重樹

OCAに送られてきた他府県の臨床整形外科医会会報を読ませていただきました。

今回通読した会報は、北海道、岩手県、宮城県、福島県、茨城県、栃木県、静岡県、三重県、奈良県、兵庫県、香川県、愛媛県、佐賀県、鹿児島県の14会です。

他府県臨床整形外科医会会報の様子と中でも興味ある原稿を紹介いたします。

各臨床整形外科医会の活動報告以外に掲載された内容は各県ごとに特徴がありますが、学術講演録、JCOA関連、研修会報告、会員投稿の原稿が多く、会誌に見られます。その他、柔整問題、保険審査関連が複数見られました。

- ・北海道：住所録含めて64ページ
JCOA 理事会報告 次期診療報告改定におけるリハビリテーション料を中心に
学術講演 4題 研修会報告
- ・岩手：住所録含めて56ページ JCOA報告
- ・宮城：21ページ 学術講演 2題
自賠責アンケート調査 会員投稿
- ・福島：住所録含めて24ページ
特別講演 1題 会員投稿
- ・茨城：11ページ 柔整審査委員懇談会報告
JCOA報告
- ・栃木：住所録含めて24ページ 学術講演
1題 会員投稿 保険審査留意点
- ・静岡：42ページ 学術講演 3題
研修会報告
- ・奈良：住所録含めて39ページ
学術講演 3題
- ・兵庫：年2回発行 70ページ 柔整問題
保険診療関連 保険審査Q&A
医事紛争症例 学術講演 1題
電子カルテ特集
- ・三重：157ページ (30周年記念誌)



30周年記念講演 学術講演 2題
会員投稿 メーリングリストの立ち上げ
および参加呼びかけ

- ・香川：住所録含めて92ページ 会員投稿
JCOA報告
- ・佐賀：住所録含め 96ページ
学術講演 8題 各研究会報告
病院だより(これは、病診連携を進める上で有効)
現在と未来
- ・愛媛：住所録含め62ページ 研修会報告
学術講演 1題
- ・鹿児島：住所録含め 78ページ JCOA
報告 会員投稿 学術講演 3題

1. 兵庫県臨床整形外科医会より

兵庫県臨床整形外科医会のウェブサイトの検索窓【<http://hcoa.jp/search.html>】利用の勧めがあり、ウェブとメールは、分類せず、検索しなさい、とのことでした。

保険審査Q&Aがあるのは、保険診療に当たりながら情報を得る手段のない会員にとって有益と思われます。

柔整特集では、9ページにわたりいろいろな記事が掲載されていました。HCOAの先生方が直接永田町を訪れ、陳情されたお話や、厚労相に対する質問とそれの回答などの記事

がありました。しかし、我々（JCOA）の要望に対しては何の返事もありません。

電子カルテ特集には、14ページにわたり多くの会員の投稿があり、現在使っている先生や導入を検討している先生はもとより、漠然といつかはと考えている先生にも有益な情報がありました。

COCAにおいても、その都度 会員の先生方が興味を持っておられる内容の特集を組み、会員の先生方のお考えや知恵を聞かせていただくことも有益かなと思いました。

2. 香川県臨床整形外科医会

竹川克一先生の“ハイリスク・ローリターン”の医療の現状と失われた未来”は、われわれ医師にとってのつらい現実をはっきりと記

載され、これを読むとわかっていただいていたことであるが、厳しい現実と見たくない未来を再認識させられた。

【<http://society3.2ch.net/test/read.cgi/hosp/1076266857/>】

またこの中であつた“病院側が頸椎椎弓切除による麻痺の賠償金として約1億7000万円を支払っていた。頸椎椎弓切除の手技料は12.1万円です。1.7億円の賠償なら1405人手術して1人麻痺すればトントン？”という言葉は、手術を行っている人間にとって非常につらい現実を言い表して印象に残りました。

【<http://www.yomiuri.co.jp/main/news/20040308i405.htm>】

福島区の花 ノダフジ

一般的に藤といわれるのがこれである。山野に普通。木に巻きついて登り、樹冠に広がる。かなり太くなるツル性の木本である。花穂（かすい）は長くしだれて20～80cmに達する。蔓の巻き方は右巻き。花は紫。本州・四国・九州（温帯から暖帯）に分布する。



第 79 回 日本整形外科学会学術総会に参加して

大阪臨床整形外科医会 会長 早 石 雅 宥

第 79 回日本整形外科学会学術総会は 2006 年 5 月 18 日から 21 日まで横浜のバシフィコ横浜にて開催されました。主催は東京大学整形外科教室、会長は中村耕三教授、標語は「次の 100 年へ」となっております。

日本の大学に整形外科が出来たのは明治 39 年 (1906 年) のことで今年で 100 年を迎えます。そこで次の 100 年には私たちがなすべきことは何かを考えるため “Toward the Next 100 Yars” が標語とされたわけです。私は学会開催前に行われた 17 日の日整会総会代議員会の副議長を担当いたしました。正議長は群馬大学整形外科教授の高岸憲二先生です。午後 1 時から 6 時までの長時間に亘り高い議長席に座り、進行時間を気にしながら審議を行いました。この総会の資料は物凄い量で持ち歩くのは苦痛な位です。審議内容は次回の日整会誌に詳細が掲載されますのでそちらの方をご覧ください。私の印象に残っているものとして「専門医制度の件」で研修施設はその期間一箇所の施設で行うのではなく複数の施設にて行わなければならないことが成文化されました。学会の会計にも税金がかかることになりました。納税予定金を予算化しなければいけなくなり、学会ごとの収支報告をするのではなく日整会として年間の行事として行うことになっています。会場も横浜、神戸、北九州しか開けないのも単に交通の便がよいのが理由だけではなく諸費用の予算化の問題もあります。その他、会期中、沢山の研修会があり井上聖啓教授の「外来で役立つ神経筋疾患の知識」を受講しました。神経科医が見る脊髄疾患の診かたに興味があったからです。第 4 世代か何世代かはわかりませんが最近の MRI の精度が上がって脊髄の横断面が美しく描写できるようになったことは驚くべきことでした。特にポロイ後遺症の脊髄 MRI で脊髄前角細胞のところの灰白質と白質の境界に異常が見られたのは驚きでした。T2 強調画像で脊髄に白く写る像がみられたら要注意ということです。その他画像の進歩が物凄くデジタルアンギオグラフィーや CT-3D、



PET と枚挙に遑がありません。こんなところにも医療費の高騰の原因があるのでしょうか。ポスター展示会場の横に医療機器の展示が整然と並び見本市会場となっていました。各ブースが美しくドーナツとコーヒーが無料で戴けるのは嬉しかったです。

日整会・JCOA 代議員懇談会

17 日の夜、横浜の中華街の菜香新館で越智理事長、次期吉良 JCOA 理事長も同席の上開催されました。その時 6 月 24 日の OCOA の研修会でお渡しした「点数改定の光と影」(浦門理事作成) の小冊子を元に解説が行われました。席上角南理事が今回の改訂が入院 17.2 パーセント、外来 12 パーセントの減収になっていることを話され政府の発表と著しい乖離があることを説明されました。「このままの政策で進むと病院や有床診療所、療養型病床群は現状の半分くらいまですぐに潰れてしまいそうで、政府の思惑とおりになってしまいそうだ」と話され JOA、JCOA ともに協力してこの難局を乗り越えていく必要があることを強調しておられました。アンケートの結果は 6 月 17 日の京都で開かれる研修会の場で報告される予定です。会場で聞いた話では、今回の改訂は外来よりも入院の方が被害が大きく国立大学付属病院に於いても同様のことが起こっています。若い研修医にいかによい治療をするべきかを勉強すべきところを、いかに儲けるかを考えさせることのないように願っております。

JCOAの「運動器の10年・骨と関節の日・委員会」の現状

JCOA 骨と関節の委員会委員 黒田 晃 司

「骨と関節の日」としてスタートしたこの運動は、途中ユネスコの活動と合体して、皆様ご存知の通り「運動器の10年・骨と関節の日」となりました17年度は「スポーツ」をテーマに10月8日を「骨と関節の日」と定め、10月を「骨と関節の月間」として各都道府県で色々なイベントを実行してきました。

さらに、昨年からは日整会もこの運動を実行するため、各都道府県の医学部・医大の教授を中心にJCOAや勤務医などで、運動器の10年・骨と関節の日委員会の各都道府県支部を作りました。

しかし、この組織についてはJCOAの現在活動している組織と二重構造になるのではないかという危惧が大きく、本年1月15日(日)の第二回目の委員会では侃々諤々議論が沸騰いたしました。その委員会に出席されていた那須副会長がその経緯をせつめいされ、「広くJCOA・勤務医・大学の力を結集し運動を盛り上げていきたい」というのが真意であるとのことでしたが、何か割り切れな



いものを感じながら終わってきました。

実際には、JOAのこの組織として今のところイベントを開催する計画はなく、協賛すればJOAから10万円の補助が出るというのが実情のようです。

本年は「肩こり・肩関節の痛み」をテーマに10月に開催されます。広く皆様の協力をお願いいたします。

なお、昨年度のポスター部門及び新聞部門の最優秀賞はそれぞれ、長崎県と東京都でした。

大正区の花 ツツジ

ツツジ(躑躅)は、ツツジ科の植物であり、学術的にはツツジ属の植物の総称である。ただし、日本ではこの中に含まれるツツジやサツキ、シャクナゲとを古くから分けて呼んでおり、これらはしばしば学術的な分類とは食い違う。ツツジ属の植物は概ね、低木から高木で、葉は常緑または落葉性である。世界に850種ほどが確認されている。



平成 17 年度「骨と関節の日」行事報告

副会長 小林 正之

今年度は各会場とも天候不良で聴衆の集まりが悪く、残念でしたが関係者の皆さまご協力ありがとうございました。以下各会場別にまとめました。

茨木市

日時：17年10月6日（木）2時～4時

場所：茨木市福祉文化会館（オークシアター）

担当者：茂松茂人、大島正義

演題：靴による足の障害（スポーツ障害も含む）や病気について

講師：第二警察病院整形外科部長
森川潤一先生

講演参加者 86名（芳名録より）骨塩測定 35名、健康相談 20名、体操指導参加者 20名程度、アンケート 54名

出務者

OCOA 理事 大島正義 今井秀
白川貴浩

会員 高島孝之 眞下武巳 三木正士先生

住吉区

日時：10月8日（土）健康まつり

開会 午後1時 講演午後1時30分より

開催場所：住吉区民ホール住吉福祉センター

代表者 三橋二良 住吉区医師会長

講演：スポーツ傷害は予防できるか

講師：びわこ成蹊スポーツ大学教授
大久保衛先生

総入場者約 350名（昨年度 1,500名）講演聴講者約 250名、体力測定 69名、スポーツ外傷相談 53名（出務 5名）骨塩量測定 152名（出務 2名）アンケート 141名

その地 体脂肪測定 137名 食生活診断 46名など



堺市

日時：10月8日（土）午後2時より午後6時、午後3時より講演会

開催場所：堺市総合福祉会館

代表者 中村英健（堺市医師会整形外科医会会長）

担当者：黒田晃司 理事

講演：スポーツ傷害の考え方とその対策

講師：斧出安弘先生

講演：中高年のスポーツ傷害

講師：頼功先生

講演聴講者 46名 アンケート回収 26名

大阪府医師会館

日時：17年10月15日（土）2時～5時

場所：大阪府医師会館

担当者：岸木成人 理事

講演1：肘のスポーツ障害

講師：関目病院 広岡淳先生

健康ストレッチ体操 築山和司先生

講演2：膝のスポーツ障害－年代別特徴

講師：大阪労災病院 堀部秀二先生

講演 53名 骨塩量測定 20名 アンケート 26名

担当者コメント：講演の内容はプロ野球選手のこと等も具体例として出され、非常に一般向けとして濃い内容のものでした。しかし、

聴衆の数は、例年の約半数であり、天候が悪かったのと、テーマが老人向けでなかったのが原因と考えられました。またチラシに会場の付近図がなく場所が分かりにくかったのかも知れないと思いました。

出務者 岸本成人、藤本啓治、福井宏有、
中川浩彰、山口康二、吉川隆啓、
孫 瑠権、坂本徳成、黒田晃司、
松矢浩司、早石雅宥、栗本一孝、
小林正之

羽曳野医師会

日時：10月16日（日）健康まつり
開催場所：羽曳野市立保健センター
担当者：増田 博 羽曳野市医師会副会長
演題：自分の健康は運動で守りましょ
う
ースポーツ整形外科医の立場から
講師：医療法人永広会島田病院院長
島田 永和 先生
講演会出席者 58 名、骨塩量測定者 683 名、

整形外科健康相談者 65 名 アンケート 32 名
担当者コメント：反省点は講演会の広報活動が少なかったもので、もう少し宣伝をすれば、もっと多数の方が出席してくれたのではと思います。

西成区

『骨と関節の日』の行事として、10月22日（土）西成区民センターにおいて、『西成区みんなの健康展』に相乗りし骨塩定量および整形外科専門医によるその説明を行った。

1時半から3時半までで、約150名の方が来られた。

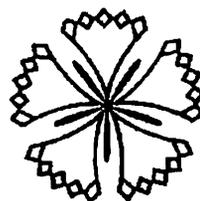
担当医師は、竹中稔幸、長谷川秀太、三浦光也、三村和博、森本清一の5名。

機器提供は千田医療器株式会社（無料）2台 森整形外科（森泰寿院長）1台

機器取扱い千田医療器株式会社より2名 および森本ミエ子（森本清一先生夫人）

浪速区の花 ナデシコ

「撫でし子」と語意が通じることから、しばしば子どもや女性にたとえられ、和歌などに多く参照される。古く『万葉集』から詠まれる。季の景物としては秋に取り扱う。『枕草子』では、「草の花はなでしこ」とあり、当時の貴族に愛玩されたことがうかがえる。また異名である常夏は『源氏物語』の巻名のひとつとなっている。



城東区 小 島 朗

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す小島朗と申します。

大阪生まれの大阪育ちで茨木高校から阪大に進みました。

中学・高校・大学と軟式テニスを頑張っていました運動大好き人間です。阪大のときは医学部と全学の体育会さらに高校のOB会で活動し、冬はスキーにいそしみ年がら年中真っ黒でした。学4になりさすがに日焼けがさめると「お前ほんとに日本人やってんな！」といわれた有様でした。

昭和58年に阪大を卒業し整形外科に入局、阪大付属病院から始まり香川医科大学・大阪府立病院・芦屋市民病院と麻酔科を含め初期研修を終え大阪厚生年金病院にて手の外科を専攻いたしました。その後柏原赤十字病院・大阪暁明館病院を経て平成元年に阪大に戻り小児整形外科および足の外科を専攻いたしました。平成3年以降は市立吹田市民病院で一般外傷およびリハビリテーションを担当し、次いで平成13年からは市立豊中病院でリハビリテーションを担当してまいりました。

平成15年8月に鳴野駅前にて無床診療所を開業いたしました現在に至っております。

開業してからは学会出席も手術もほとんどない状態ですので OCOA の会合はありがたく参加させていただいておりますが入会手



続が遅れてしまい今回となった次第です。

本年で開業してからもうそろそろ3年に成ろうとしておりますが周辺に乱立する医療類似行為の競合のおかげでか本業ではあまり忙しくなっておりません。本業以外では医師会の理事や市から依頼の審査委員等の仕事で随分忙しくなっておりましてさらに運動不足に陥っております。

趣味はテニスと言いたいところなのですが、もう体がついて行かず完全に引退してしまっております。下手なゴルフを月1程度でしております。患者さんには運動不足にならないようにと言っているもの自分自身がかんりの運動不足で何とかしなければと考えておりますこの頃です。

どうぞよろしくお願い致します。

自己紹介

天王寺区 西浦道行

平成17年3月7日、天王寺区に整形外科のクリニックを開院しました。この度、大阪臨床整形外科医会に入会させていただきありがとうございます。昭和57年大阪市大医学部を卒業、2年間の研修医を経て市立池田病院整形外科へ2年間勤務、そして大学で研究医生活を2年間送りました。その後は貴島病院本院（3年間）、済生会中津病院（6年間）、同友会共和病院（8年間）と大阪市大関連病院をローテーションしました。主には関節外科、スポーツ整形外科を中心に臨床経験を積んでまいりました。ジェネラリストを目指して数多くの疾患の診断治療に係わってまいりました。反面スペシャリストとしての技量、技術にける点も多々あるかと思えます。23年間の勤務医生活の後、一代決心の末、開業医の道を選んだわけですが、今までの病院勤務時代にはないストレスとの戦いの日々を送っております。

もう少し、趣味の世界に没頭できるかと考えていましたが、なかなか自由な時間もなく医業経営も不安定では当分の間、日々の仕事に終わってしまいそうです。3年前に始めた陶芸では、今年中に立派な壺を作るのが目標です。又、かれこれ30年にもなるゴルフの方は平成18年よりハンディキャップも失効してしまい、又一から取らなくてはならなく



なりました。もう一度競技ゴルフに挑戦するのが目標ですが、いつの日になるかわかりません。

平成18年4月初めての診療報酬改定を向かえました。リハビリテーションの診療報酬が大きく変わり、かなりの減収が予想されます。スタッフの雇用をもう一人と考えていましたが、このような状況では人件費を削るしかなく、家内に週4日リハビリ助手をやってもらっています。開業して1年、どうも医療行為を点数にして評価する今の点数制度について違和感をぬぐいきれません。患者さんのことを考えてやればやるほど保険点数が低くなると考えているのは私だけでしょうか。できる限り患者さんのための医療を目指してこれからも悩み続ける覚悟です。

堺市 中野 彰 夫

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。

私は、昭和57年に田中清介教授が主催されていた近畿大学整形外科教室に入局しました。1年間の大学での研修のあと、京都大学の関連病院である奈良県天理よろづ病院、神戸大学で研鑽を積み大学に帰学しました。

帰学後、田中清介教授のもとで関節外科、脊椎外科、リウマチの臨床研修と研究をさせていただき、研究に関しては、神経伝達物質と変形性関節症、リウマチ等整形外科疾患との関連性を神戸大学田中千賀子教授のご指導も仰ぎながら研究を続けました。

一方では、救急センターで救急医療の研修を積み、平成3年近畿大学医学部講師となり、平成4年から医療法人生長会ベルランド総合病院整形外科、リハビリテーション科部長、平成14年11月に堺市泉北ニュータウンの若松台で開業いたしました。

開業後、勤務医の時より在宅医療に携わる機会も多く、改めて患者様が今求められている医療、望まれて安心して受けられる医療とは何かを医療界に吹き荒れる逆風の中で、ふと考えると奥深いものがあり、これからまだまだ考え、解決していかなければならない課題がたくさんあるように思われる今日この頃



です。

少しでも患者様に安心して治療を受けていただきたいとの思いから、今でも自身で手術もしております。

開業してからは、勤務医時代とは違った忙しい日々を送っており、従って大きな学会や研修会にも参加できず、大阪臨床整形外科医会に入会させていただいたことを機に研修会にも積極的に参加して新しい見識を高めていきたいと考えています。また開業後、学会と同様ゴルフ場にも足が遠のいています。機会があればコンペにも積極的に参加させていただきたいとも思っております。

今後とも、諸先生方のご指導、ご鞭撻を賜り、地域医療に貢献できればと考えておりますのでよろしくお願い申し上げます。

大阪臨床整形外科医会 (OCA) の入会に際して

都島区 林 俊 一

(この度、OCAに入会しました林です。)

昭和44年に大阪市立大学医学部を卒業し、昭和56年、大阪市大病院・整形外科教室助手となり、専門は腫瘍、脊椎(特に腰椎)の研究でした。昭和58年に、チューリッヒ大学 Balgrist (スイス) に6ヶ月間、脊椎の研究で留学する機会を与えられ、スイス・ドイツ(側弯で有名な Zielke 先生のバード・ビルデュンゲンのドイツ側弯センターのもとに手術にも参加できました)で側弯、脊椎手術など治療を経験し、考え方や視野も広くなり、大変勉強になりました。

昭和61年より大阪市の市民病院(住吉・桃山・総合医療センター・北市民・身障センター所長)に勤務し、平成14年に(23年間)定年退職いたしました。

平成14年より、吹田市江坂の甲聖会記念病院(医療用療養病床103床)に院長として勤務しました。経営はなかなか大変です。まず病院機能評価得るために、研修会などを開き、H17年6月にやっと受審でき、課題「就業規則」を提出すれば、審査合格とのこと、ほぼ目途がつけましたが、本年4月より最大の難題；診療報酬改定があり、リハビリテーションと医療用療養病床の入院報酬費の大幅な減額で、柔整を含むPTスタッフ問題と医療区分の2・3の患者さんを集めて対応するのが課題となり困っております。入会を機会



に会員の先生方に良い解決策を教えていただくと思います。

ところで、大学では軟式テニス部で、卒後は硬式テニスに興味を持ち、スクールで硬式フォームに変え練習し、テニスが仕事以上に面白くなり、毎土・日曜日には万博テニスコートに出かけ、20人位のグループ(会社員)で、楽しく時に厳しく練習し、医師会のテニス大会にも出ています。軟式テニスの先輩、前野先生とダブルスを組んで優勝するのが夢ですが、OCAで大会があれば、ぜひお願いしたいと思います。

一方、囲碁も大変好きで、吹田市医師会囲碁部で時々練習しています(初段)。もう少しうまくなりたいと思っています。機会があればお相手してください。趣味と仕事が半々で楽しく生きていければ上出来と思います。今後ともよろしくお願ひします。

自己紹介

新入会員の自己紹介

自己紹介

この度、OCAOに入会させていただきました。奥野雅男です。

京都府出身で、昭和57年に、近畿大学を卒業し、整形外科に入局しました。関連病院を転々とした後、平成8年に現、堺市美原区で開業しました。

当時はまだ南河内郡で、医師会も小さく、すぐ理事になり、府医師会の広報を担当させていただきました。

趣味は下手なゴルフと麻雀ですが、練習に行かない為、年々スコアが悪くなり、どこかにもうくなる薬が無いか探しています。

又たまに釣りに行ったり、園芸を楽しんだり、熱帯魚（アロワナ）を飼育したりしています。

堺市 奥野雅男



開業して今年で10年になりますが、整形開業医をとりまく環境は年々厳しくなって来ております。

微力ながら会の発展に協力したく存じますのでよろしくお願い致します。

自己紹介

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王正道（おうまさみち）です。出身地は大阪市で、平成5年に近畿大学を卒業後、同大学整形外科学教室に入局いたしました。

大学院を含め約12年間、近畿大学医学部附属病院、及び近畿大学医学部堺病院にて勤務させていただきました。特に開院の立ち上げより参加する機会を頂きました近畿大学医学部堺病院時代にはソフト・ハードともに白紙の状態から如何に病院として機能させて行くかという大変貴重な経験をさせていただきました。平成16年11月より大阪市西区にて開業いたしました。開業当初より同門でありOCAO理事の諸先輩方より入会を勧められ、入会の

西区 王正道



意思を持ちながらも付随する雑務の多さに気がつけば1年が経っておりました。この入会を機に研修会等にはできるだけ参加していきたいと考えております。ご指導ご鞭撻の程、よろしくお願い致します。

新入会員の自己紹介

西成区 橋本 規

大阪市西成区出身

昭和 59 年神戸大学卒業、神戸大学医学部整形外科教室入局後、大学院に進学し生化学教室にて医学博士号を修得しました。以後市立加西病院、高砂市民病院等を経て、父親（内科）が開業している医院を一部改装し、平成 10 年 4 月より一緒に仕事をしております。生来の人見知りのめんどくさがり、お気楽に生きていくのが一番と常々考えており、今まで OCOA にも入会せずきました。これを機会に、他では得られない情報や知識を取得させていただきたいと思っております。



今後ともよろしくお願ひします。

都島区 天野 祐一

このたび、OCOA に入会いたしました、天野祐一と申します。出身は大阪です。山形大学を卒業し、大阪市立大学整形外科学教室に入局、国立大阪病院で研修し、淀川キリスト教病院に 8 年間在籍したあと、平成 4 年に都島区で開業いたしました。以来、医療改定、自己負担の増加、薬価の引き下げ、在宅医療の強化、介護保険の導入などなど、整形外科にとってはネガティブな出来事ばかりで、すっかりごんまりと落ち着いてしまいました。趣味は読書と運動です。いろいろ読むなかでも、西鶴と芭蕉に興味があります。人の営みは元禄の世となら変わらない事に面白みを覚えます。運動は日常診療のストレス発散に、近くのクラブでテニスや筋トレを、週末には 22 人乗り手漕ぎボートで浜寺公園あたりに出沒しています。開業してから、あっ



と言う間に 14 年が経ちました。もとの患者さんが高齢化し、どんどん介護レベルがあがっていくのはつらいですが、往診など自分の手の届く範囲内で地域医療に役立てればと考えております。

今後とも、よろしくお願ひ申しあげます。

淀川区 高田 敬 蔵

この度、原稿依頼を頂戴し誠にありがとうございます。大阪市淀川区で勤務しております、高田敬蔵と申します。よろしくお願ひ申し上げます。僭越ではございますが、自己紹介をさせていただきます。

大阪教育大学教育学部附属池田小・中・高校を経て、平成9年に関西医科大学を卒業し、整形外科学教室に入局しました。救命救急センターと放射線科（アンギオ目的）をローテーションし、関西医科大学 滝井本院と洛西ニュータウン病院、医誠会病院、阪和住吉総合病院、上山病院で勤務し、関西医科大学大学院医学研究科博士課程で学位を取得、関西医科大学リハビリテーション科で勉強させて頂き、現在も週に1日は大学で勤務しつつ、週に5日は家業である西中島クリニックの整形外科医として勤務しております。西中島クリニックは昭和35年に父が「高田医院」を開業し、その後、名称変更をし、現在は13歳年上の兄が院長をし、入院施設はありませんが多数の医師が勤務するクリニックです。西中島というオフィス街にあり、患者様の半分が社会保険の会社員の方で、時間に余裕がなく待てない挙句に、十二分な説明を期待され、時間がかかるわりにリピート率は悪く、効率性・採算性に乏しい地域です。患者様の待ち時間、十分な説明と満足感、負担額を抑えること、何かと厳しい社会保険を気にしながら、神経をすり減らす毎日です。だからという訳ではありませんが、私も一国の主になるべく、いずれ兄から独立し、尊敬する父と亡き母の意志を継いで、もう一度「高田医院」を開業したいと考えております。

さて、私の趣味ですが両親のおかげでたくさん経験のさせてもらいました。大変僭越ではございますが、これらの経験は今の私の



診療には欠かせない大きな糧となっているため、紹介させていただきます。

小・中・高・大学ではサッカー部に所属し、サッカー三昧の日々を送っておりました。しかし大学1回生の時に、腰椎分離症を患い右下肢がしびれ、歩行も困難となり、サッカー復帰まで約8ヶ月もかかりましたが、その後も少し強めの練習をすると右下肢がしびれるため、クラブでのサッカーは断念せざるをえませんでした。それまでサッカーばかりしてきた分、他に打ち込むものを見つけるべく、ゴルフを1年習いました（今でも好きですが真剣にするというより、昼間からお酒を飲みながらキレイな芝の上で過ごすことに楽しみを感じております）。この時の辛い経験から、自分と同じようにスポーツをしている学生達が青春を謳歌するのに貢献したい、と強く望むようになりました。その思いこそが、私が整形外科医を志した最たる理由です。

学内でも何かをしたく、4回生から自動車部でラリーという車の競技を始めました。サッカーに変わるものということで真剣に打ち込み、週に5日夜の林道ヘラリーの練習に出かけました。しかし、朝1限目の授業には必ず出席しておりました。自動車部は学連には所属せず、社会人に混ざってJAFが公認

新入会員の自己紹介

する競技に参加し、5回生で近畿ダートトライアル選手権 シリーズチャンピオンになりました。その後、医者になっても続け、近畿ラリー選手権でシリーズ2位をとり、スポンサーもたくさん付いて頂き、全日本ラリー選手権で北海道から九州まで転戦しました。また日本で初めて行われた国際格式ラリーのアルペンラリーにも出場し、9位に入賞しました。結婚して子供ができてからは少し控えるようになりましたが、今年も全日本ラリー選手権、近畿中部地方選手権ラリーにエントリーを予定しています。

あと、大きな趣味として欠かせないのが、筋力トレーニングです。中学2年生から腕立て伏せなどを始め、学生時代は毎日欠かさず腕立て伏せを300回×2セット、間に腹筋300回、懸垂などをしていました。スポーツクラブ主催のベンチプレス大会では、当時体重が70kgでしたが135kgを上げて優勝しま

した。国家試験直前には「筋肉番付」というテレビ番組の「3分間腕立て伏せ」に出場し、187回という記録を残しました。今でも3分間で150回くらいはできます。筋肉番付といえば、「キックターゲット」にも出場しました。

日本の医者の中で、腕立て伏せと、車を速く走らせることでは誰にも負けないと自信を持っています。こんな私ですが、患者様一人一人のそれぞれ異なるニーズに対して、医療の理想論や固定観念を押し付けるのではなく、患者様が一番望んでおられる最適な治療法と一緒に相談し、一緒に治療をしていくことをモットーとして、これからも地域医療に貢献できるように頑張る所存です。

これからもお世話になりますが、先輩先生方のご指導とご鞭撻を、何卒よろしくお願い申し上げます。

自己紹介

平成15年5月にJR学研都市線『鴻池新田』駅前に開業しました。

昭和57年に大阪市立大学を卒業。2年間の研修のあと、大学院に進学し、昭和63年に大阪市立大学大学院を卒業しました。

卒業後は和歌山県田辺市にあった国立田辺病院で2年勤務のあと、東大阪市の石切生喜病院に7年、奈良市の沢井病院に2年、大阪東成区の朋愛病院に4年勤務したのち開業しました。

専門は手の外科で、石切生喜病院時代を中心に3,000件あまりの手術をしてきました。

趣味は園芸ですが、最近はおっぱら畑で野菜作りをしています。

東大阪市 山田純司



今後はこの地で地域医療に取り組んでいくつもりです。大阪臨床整形外科医会の会員の皆さん、よろしくお願い申し上げます。

自己紹介

新入会員の自己紹介

自己紹介にかえて

診療に際して感じていた事があります。整形外科を一般の方は、はたしてどこまでの確に認識されているのかということです。

「腰が痛むのですが、そちらで診察できますか。」「初診のものですが関節の腫れているのは、みてもらえるんですか。」といった患者さんからの電話には苦笑しながら対応しております。ですが、「骨折したかもしれないのだが、X線検査はできるか。」といった問い合わせもあります。(当地区に整形外科の診療所が少ない為かもしれません。)

馬尾神経性の強い跛行を呈した方に病状を説明し、block療法で疼痛を緩和させました。その方は帰る際にこう言われました。

「筋肉痛だと思って、ずっとマッサージにかよってましたが、もっとはやく整形外科に受診すればよかった。」

このたび、OCAOに入会させていただきました。昭和59年に東京医科大学を卒業後、

西区 牧野 正



母校の整形外科学教室に入局、信濃医療福祉センター、都立松沢病院、八潮中央病院などで勤務しておりました。郷里である西区に開院し3年が過ぎました。地域のみなさんにも少しずつですが、整形外科での診療が受け入れられてきたようです。今後もOCAOのひとりとして医療にたずさわるともりであります。よろしくお願いたします。

自己紹介

この度OCAOに入会させていただきました西口です。昭和52年市大卒、平成13年1月に堺で開業いたしました。開業6年生です、この間、初年度は老人の月2回の定額制、次年度は1割の定率制、社会保険の本人3割等、リハビリ、再診料の逡減、これはやり過ぎというので復活、今年度からは消炎鎮痛処置のみなど、運動器リハビリの申請するべきかどうか等医療行政に振り回されふらふらになっています。

堺市 西口 豊憲



40歳頃に生野区の救急病院である育和会記念病院に入職した時に開業を考え、医院の設計図を書いた事もあります。その当時バブルのてっぺんで、ヨーロッパではベルリンの壁が取り払われ、ロシアも変革しようとしている時で、生野区の病院でも皆ポジティブシンキングでした、民団が乗り込んでこようが、怖いお兄さんが来ようが、全科が協力してやっていました。皆、医局は違うけれどパブリックの病院と違って風とうしのよい事、これ以後11年は気に入ってしまっただ馬の労をいっていませんでした。

自己紹介

この度、OCAOに入会させて頂きました松田浩（まつだひろし）です。出身は大阪府高槻市で昭和40年8月14日生まれの40歳です。平成3年大阪医科大学を卒業後、同整形外科学教室へ入局し、高槻赤十字病院、枚方市民病院などへ勤務いたしました。現在、地元高槻にて父松田隆一とともに松田外科を開業しております。開業以来、診療及び、診療以外の雑用に追われる毎日で学会参加もままならず、また他の医師と接する機会が少ない為、新しい知識や情報に疎くなり困っておりました。そんな折、副会長の栗本一孝先生のお勧めで当会にお世話になる事になり、研修会等を通じて少しずつ遅れを取り戻している今日この頃です。雑用についても同門の先輩方に懇親会等で相談に乗って頂き、要領よくこなしていく術を毎回教えてもらい感謝しております。

趣味は、5年ほど前までは健康の為と思い、時々テニスとゴルフをしておりましたが、最近は何となくしておらず、最近は何となく子供たちと行くキャンプとスキーに熱中してお

50歳で開業したわけですが、もう1度人生をかける最後のチャンスと思ったからです。人生をかけても最近のこの体たらくですが。

整形外科でも感冒で来る方もおられ、最近聴診器を持つ機会も多くなりました、心臓の1音、2音の異変、収縮期雑音、拡張期雑音、間質性肺炎のfine crackleなどを、時々みつけて背徳の楽しみとしております。趣味は囲碁自称初段、ゴルフ100切るか切らないか、釣りひらめ、ヒラマサ、サメ釣った事有ります。今後とも、よろしくお願いいたします。

高槻市 松田 浩



ります。ただ、どちらも時間のゆとりがなくしては十分に楽しめない為思うようには行けていません。うまく時間を見つけて仕事と共に充実させたいと思っています。

医療を取り巻く環境も冬の時代に入り、新規開業医にとっては経営的には苦しいのですが、同じ立場の医師が集う当会は私にとって何でも相談できる頼もしい存在と言えます。

今後もOCAOの行事にできる限り参加し、会員の先生方にご指導ご鞭撻を賜り、微力ながら地域医療に貢献したいと思います。何卒宜しくお願い致します。

自己紹介

新入会員の自己紹介

新入会の御挨拶

生野区 綿谷勝博

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綿谷勝博と申します。大阪市浪速区出身で平成12年9月より生野区桃谷で開業させていただいております。鳥取大学を昭和59年に卒業後、直ちに大阪大学整形外科に入局させていただき、以後、大阪警察病院、八尾市立病院、星ヶ丘厚生年金病院、大阪通信病院(現NTT西日本大阪病院)、大阪暁明館病院などで勤務させていただきました。その間、大学医局の大先輩諸先生方の薫陶をいただき、また開業の際には、早石雅宥、右近良治両先生に御尽力を賜りました。開業後は、森本清一先生にも何かと御指導を仰いでおります。早くから諸先生方に入会の御勧めをいただいております。今日まで時間



を要しましたのは、ひとえに小生の不徳のいたすところです。今後とも諸先生方の御指導を賜り、精進させていただこうと考えております。宜しく御願い申し上げます。

自己紹介

枚方市 和田 誠

皆様、はじめまして。

この度、入会させていただくこととなりました。

平成16年5月に、枚方の地に開業いたしました『わだ整形外科クリニック』の和田と申します。

末永くご指導ご鞭撻のほど宜しくお願いいたします。

さて、入会時の自己紹介をさせていただきます。

平成6年に奈良県立医科大学を卒業後、同大学整形外科学教室に入局し、奈良県立医科大学付属病院・奈良県立奈良病院・奈良県立



救命救急センター・平井病院・松原市立病院・松阪中央総合病院・大台厚生年金病院・田北病院に勤務させていただき、平成16年5月

新入会員の自己紹介

に念額の開業をさせていただけることとなりました。

そもそも、私が医師になろうと志したのが、熱心に患者に接する開業医の姿に魅せられたためでした。

開業してから、約1年10ヶ月が経過しましたが、毎日が真剣勝負で、地域に浸透していく自分が感じられ、気分的にとても充実感があります。

自己紹介

「はい、いらっしやいませ！」威勢の良い声が、次々と飛びかい、にこやかな笑顔のスタッフが、客を出迎える。帰りには、「有難うございました。」との挨拶で、見送られる。これは、寿司屋の話ではなく、最近、当区で開業された整形外科医院の話である。聞けば、卒後3年目で、開業した医者もでてきたそうで、それが大変盛業であるらしい。サービス向上の目的で、多くの病院、医院で、患者さんを、様づけで呼んでいるらしいとの話を聞き、当院も、そうした方が良いかと思いましたが、これらの話には、驚きました。「悪貨は、良貨を駆逐する。」とのグレシャムの法則を思い出しました。これらの方々は、開業の際の広告、マニュアルも完璧で、ほとんど全ての病気を診てくれるらしい。患者サービスの向上とは、こんな事なのか？。肝腎の医療の内容は、果たしていかがなものなのかを考えずにはいられませんでした。昭和56年に小生が大学を卒業し、25年が経過しましたが、医師を取り巻く環境も厳しく変化したようです。当時は、学生から研修医になったとたん、あまりの好待遇にとまどいました。周りの先輩方は、余裕に満ち、格調高く、とてもおおらかだったように記憶しておりま

医療事故、医療訴訟と、世知辛い世の中ですが、やっぱり医師になってよかったと実感している今日この頃です。

趣味は、最近忙しくて全くしておりませんが、下手なゴルフと下手な囲碁です。特に囲碁は、パソコン対戦が殆どです。

また、機会がありましたら、こちらの方もご指導のほど宜しくお願い申し上げます。

住之江区 秋野 一 男



す。そのなかで、論文、紹介状の書き方、他の医師との付き合い方など、損得を考えず、時として頑固なまでに、医師としての心構えを教えていただいたように思います。あたりを見渡せば、多くの競合がひしめき、医療環境も、当時とは激変している昨今ですが、患者サービスの意味を自問し、また新たな気持ちで、日々の診療にあたってまいりたいと思っております。最後になりましたが、歴史ある大阪臨床整形外科医会に入会の御許しをいただき、誠に有難うございました。生来の無精で、今まで入会が遅れたことを、忸怩しております。宴会、スポーツも好きですので、どうぞ、よろしく御願いたします。

自己紹介

新入会員の自己紹介

蟹は甲羅に似させて穴を掘る

旭区 井上 剛

ラグビーを天王寺高校で3年間、関西医科大学で6年間、関西ドクターズで6年間の合計約15年間やっていました。医師国家試験に合格した昭和62年に、関西ドクターズのニュージーランド遠征で、当時世界一と言われていたオールブラックスのOB（オーバー40歳）と対戦した時、2mくらいの大きな人が前から走ってこられたときは、タックルを避けて自己転倒していた記憶が残っています。日本整形外科学会の第1回東西対抗ラグビー大会で、西の代表としてスクラムハーフで出場して、逆転トライを決めて、西を勝利に導いたのはこの私です。

この頃から、少しずつ体のあちこちが痛み始め、足の痛風と膝の歩行時痛で体に良くないスポーツは控えて、ゴルフとマージャンと創作料理を楽しみに、日々の仕事に励もうと思いはじめました。

私には専門と言えるようなものは、何もありませんが関節外科が好きです。牧病院勤務時期（平成9年ー17年の8年間）は1年間に約300ー400例の関節鏡を行っていました。今は、膝の半月板損傷などの鏡視下手術をいかに正確に軟骨面を傷つけずに、できるだけ



短時間で言い患者様に喜んでもらえる時が楽しみです。

蟹は甲羅に似させて穴を掘るの意味は無駄、無理、むらがない、自分の能力に応じたことをするの意味です。平成17年10月に大阪市旭区の高殿に開院して、まだ右も左も分らず無我夢中に頑張っています。これからは健康に気を付けながら、無理をせずに自分ができる範囲の治療を、患者様一人一人に丁寧に行って、地域の皆様と共にいつまでも仲良く暮らせたら幸せかと思っていますので、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

自己紹介

中央区 内藤 二郎

大阪の北浜にあった松岡病院を父が開組し、開院していた医院を私が継承し、大阪で勤務をしましたのは平成元年6月です。しかし、開業以前より所属していた兵庫県整形外科医会は、家も神戸にありましたので、その

まま退会せずに今までできていました。

開業して16年余、ようやく大阪の空気に馴染んできましたので、大阪臨床整形外科医会に入会させて戴く事になりました。よろしくお願い致します。

厚生部報告

平成 17 年度 OCOA 春季ゴルフコンペ (第 41 回)

第 41 回 OCOA ゴルフコンペ (春季) 成績表

2005/5/22 (日)

場所：北六甲カントリークラブ 東コース

順位	氏名	OUT	IN	グロス	HDCP	NET
優勝	新田 望	45	45	90	15.6	74.4
準優勝	吉田 研二郎	48	42	90	15.6	74.4
3 位	長嶋 哲夫	40	40	80	4.8	75.2
4 位	黒川 隆彦	51	46	97	21.6	75.4
5 位	王谷 昭州	53	56	109	32.4	76.6
6 位	大谷 明久	45	46	91	13.2	77.8
BB賞	松矢 浩司	55	51	106	26.4	79.6
BM賞	首藤 三七郎	50	51	101	20.4	80.6

ベストグロス 長嶋 哲夫

ニアピン 長嶋 哲夫 OUT 3 新田 望 OUT 7
 首藤 三七郎 IN 13 長嶋 哲夫 IN 15

ドラコン 黒川 隆彦 OUT 6 大谷 明久 IN 12

平成 17 年度 OCOA 秋季ゴルフコンペ (第 42 回)

第 42 回 OCOA ゴルフコンペ (秋季) 成績表

2005/10/23 (日)

場所：北六甲カントリークラブ 西コース

順位	氏名	OUT	IN	グロス	HDCP	NET
優勝	服部 良治	48	48	96	22.8	73.2
準優勝	大谷 明久	44	41	85	10.8	74.2
3 位	長嶋 哲夫	40	43	83	8.4	74.6
4 位	市岡 侖	47	44	91	15.6	75.4
5 位	新田 望	47	46	93	16.8	76.2
6 位	矢倉 久義	51	50	101	24	77
7 位	佐藤 利行	50	44	94	14.4	79.6
8 位	松矢 浩司	52	54	106	26.4	79.6
9 位	首藤 三七郎	48	48	96	15.6	80.4
10 位	森 泰壽	57	46	103	21.6	81.4
BB 賞	吉田 研二郎	48	55	103	21.6	81.4
BM 賞	夫 俊彦	53	44	97	14.4	82.6

ベストグロス 長嶋 哲夫
 ニアピン 吉田 研二郎 OUT 4 大谷 明久 OUT 8
 首藤 三七郎 IN 15 大谷 明久 IN 17
 ドラコン 大谷 明久 OUT 5 松矢 浩司 IN 13



診療所でこそインターネットを

城東区 岸本 成人

2006年の保険改定を控え、インターネット（以下IT）が診療所の医療に於いて重要になっています。電子カルテですが、カルテの電子化に対して、画像のデジタル加算の如く、保険点数の加算がされる方向にあります。病診・診診・薬診間での患者情報・薬剤情報のやり取り。これは電子媒体で効率よく行えます。オルカもかなり機能が向上し、安いこともあり、今後IT化の核の一つとなるでしょう。

またJCOAメーリングリスト（以下ML）を初めとする医師間の電子メールでの情報のやり取り。JMEMだけでなくその下部のMLも少人数のものから多人数のものまでいろいろのものが出来ています。テキスト情報だけでなく画像、動画情報も時間・空間的な制約を受けず共有できます。私は30のMLに入っており、私の情報源の90%は今やこれです。

広告では医院のホームページによる宣伝へのシフト。これは当院でも“ホームページで息子が調べて知りました”、という患者さんが増えています。口コミ・駅看板に告ぐ安価（当院はコストはソフト代3,000円のみ）で効率よい広告媒体になっています。

そのほか営業上も薬剤・消耗品注文、見積



り、労務管理、税務管理などもITで効率よく出来ます。最近テレビ会議での遠隔医療も盛んです。

IT利用は現在パソコン・キーボードが主流ですが、いまや音声入力も安価で十分に実用化（商品名：アミボイス）されました。

すでにダイナミクス等の電子カルテで使われつつあります。さらに音声でのオーダーも試験段階に入りました。

ITは確かにウイルスや迷惑メール等不利な現象もありますが、それを上回るメリットが十分すぎるほどあります。この原稿もメールで空いた時間に行いました。送料は掛かりません、受け取る側も編集に便利と思います。今後はITの医療分野での利用はますます増えるでしょう。

ペーパーレス理事会を目指して

城東区 岸 本 成 人

紙爆弾の追放のことですが、これは診療所でのデジタル化と深い関係があります。デジタル X-P (CR) はかなり普及してきていますし、電子カルテ導入もすごい勢いです、今後もこの勢いは止まらないでしょう。

今回の改訂で、手書きレセ歯科医院の閉院が相次ぎました、領収書に対応できなかつたためといえます。5年後はカルテの電子化が半義務化され、対応できなければ、閉院へということもありえます。そこでデジタル化に慣れる必要がでてくるのですが、これには、ML (メーリングリスト) の活用から行うのが一番かと思います。

さて理事会ですが、紙を廃止して液晶プロジェクターで映せば十分でないかという意見がありますが、実際の会議となると資料は細かい活字が多く、液晶プロジェクターでは実際上見えません。また会議室が狭いと画面に映すスペースもありません。“講演と会議は違う”というのは実際にペーパーレス医師会が行われている東北地方の在る都市の理事の意見です。しかし、この医師会の規模はせいぜい 20 名であり、80 名の理事を擁する OCOA には必ずしも当てはめられません。また、たとえ無線 LAN の完備した会議室があっても全員がノートパソコンを持ち込むこともまだ非現実的であり、また PC 完備の会議室となるとせいぜい大阪産創館の 42 数席が最高で、80 名分の LAN に繋がった PC がある会議室は有りません。

大阪府医師会館内の無線 LAN の設備は今年度実現をむけて準備中の段階です。もしこの様な会議室が出来れば、その時会議は以下のような手順になるでしょう。PC 立ち上げ時にそれぞれ独自のパスワードを入力します。各種資料は、理事会 ML に流れた報告を元に、係が理事専用フォルダに登録し、実際の会議はその PDF ファイル等を元に進じます。ネット上にある各種資料も、自由に閲覧出来ます。また各 PC 専用メールアドレス



スも設定しておりますから、参加 ML などの資料をメールで流すことも可能です。

いずれにせよ、参加者全員の PC トレーニングが必要になってくるでしょう。また資料のデジタル化は出来るところから行い一次情報ソースからデジタルでご提供いただくことが望まれます。蓄積された情報の検索システムも完備する必要があります。会議で使用した文書資料は理事会サーバに蓄積し半永久的に保存できます。会議室へのノートパソコン設置がすすむまでは、当面紙資料と併用での使用が必要となるでしょう。

インターネット系の私としては、ペーパーレス理事会の第一歩は理事会 ML の活用であると思います。幸い、理事・参与 80 名のうち 60 名のアドレスは登録されています。アドレスを登録しただけでメールを見ていない方も多いのですが、メールほど時間的・空間的にコストが少ない情報伝達手段はないのです。理事会会議に掛けるまでもなく、ML 上での提示・論議だけで済んでしまう事柄も多いと思います。もちろん ML では出来ない微妙な議題は理事会で顔を見合わせて討議する必要があり、何でもかんでも ML でというわけには行きませんが、まだまだ ML は十分に利用されていないのが現状です。まず、理事会 ML の更なる活用、一日一回の閲覧、積極的な書き込みをお願い致します。

カリジェを尋ねて（2005年 夏）

参与 堀 木 篤

スイスの中央部交通の十字路口と言われるアンデルマツトから東へ、フォルダーライン川に沿って車で約1時間でトルンという村がある。何の変哲もない村であるが、スイスの画家カリジェの生れ育った村で有名である。丁度、昼頃に着いた。街道沿いに古い民家が立ち並んでいる。生憎朝から雨模様であったのだが村についた頃には本降りになってしまった。

カリジェの美術館が開くのは午後2時からということで、簡単に昼食でもと思って辺りを見廻したがレストランらしき建物が見当たらない。人影のみえるバーらしき民家があったのでドアを押して中に入った。中では子供づれの夫婦が食事をしていた。古いジュークボックスが壁際に置かれカウンターにはお酒



カリジェの墓



が並んでいる。村唯一の社交場やも知れない。女主人とおぼしきおばさんにサンドイッチと紅茶を頼んだ。パンにチーズと生ハムを挟んだだけのものではあったが素朴で旨かった。食後外へ出たがまだ雨が降っていた。谷の向うの山には低く白い雲がかかっている。

美術館といっても二階建の民家で、一階は管理人の夫婦が受付をしているだけでひっそりとしたものである。二階に上ると一室がカリジェの絵がかけられている。絵本の原画、油絵がかざられている。カリジェ(1902 - 1985)は絵本作家で日本でも6冊の絵本がだされている。「ウルスリのすず」、「フルリーナ」などどれもすばらしい。色使いが明るくて人や動物の表情が生き生きしている。やぎ、ひつじ、牛、にわとり、カケス、カラスなどみんな場面に応じた表情が丁寧にえがかれている。すべてスイスの山間部でみられる動物でいかにカリジェが親しみを持って接していたかが想像される。えがかれる背景は村や山でいかにもスイスの原風景である。

一階に降りて管理人夫婦の顔をみると、二階でみたカリジェの顔と非常によく似ている。眼の間がせまく顔全体が長細く、眼がクリッとしている。カリジェはトルンで生まれ育ったがこの辺りの人々は同じような顔をし

ているのはせまい地域ゆえの血縁の関係もあるのではないかと思われる。受付の壁に版画がかかっていたので聞くと売っているとのことである。これはよい記念になると構入することとした。農家とひつじをえがいた40号の版画で値段は約3万円であった。

美術館を出てから広場に向った。遺作「光のマリア」を見たいと思ったが、画の描かれた教会の鍵を管理人のおばさんが家にとりに返ってくれたが生憎誰かが持ち出していたとのことで見るができなかった。広場の正面には教会があり、向って右には今は管理人の家となっているがもとカリジェの生家がある。左手の4階建の民家の壁には四季をえがいた壁画がある。少し色が褪せている。教会のうらにカリジェの墓があった。二人の天使がむき合ったメルヘンチックな墓石である。雨はまだ降り止まない。しばらく道を歩いた所で「東方の三賢人」の有名な壁面のある小学校についた。思ったより大きく私の背丈の二倍大にえがかれている。色もあざやかで表情も読みとれる。でもどうしてこんな無造作に人目にさらされているのか不思議に思ったが、これが壁面の本来の姿であろう。車を走らせて「十字架の道行」の14枚が礼拝堂にかかっている老人ホームへ行った。雨は上っていた。ガラスの窓越しに老人らが談笑している。建物も小ぎれいで明るい。窓ガラスも採光が充分である。絵は礼拝堂にある。黒いタッチでえがかれた力強いシンプルな絵で十字架を背負ってゴルゴタの丘へ引きたてられ



「東方の三賢人」の壁画

るキリストがえがかれている。すばらしい環境での老人ホームの生活はいかなるものか入所している人に聞いてみたかった。礼拝堂のある老人ホームはすんなりと理解できたが、さしづめ日本では佛間のある老人ホームとなるだろうが私にはイメージできない。心の安らぎという点で差があるのではと思った。わずか半日の旅であったがトルンへの旅は濃厚な思い出を残している。

大阪府ラグビーフットボール協会医務委員長として

西成区 森本 清一

私は、H.16年4月より大阪ラグビー協会の医務委員長をしています。

現在、医務委員は29名（内歯科医師2名）で、そのうち OCOA の会員は、私を含め5名です。私以外のメンバーは、綿谷勝博、土屋和之、藤本聡、谷沢竜一（元委員長）の4名の先生です。また、H.18年度からは五島淳先生も入ってくれます。医務委員の6人に1人が OCOA の会員です。非常に OCOA と係わりの深いグループです。

現在、大阪府下には、415 チーム約 13,500 名の選手が登録されておりその試合数は、むちゃくちゃ多いです。シーズン中は毎週土曜、日曜に試合が各地であります。協会を通じて私に医師の派遣要請が毎週のように来ます。医務委員には数多くの試合に出務して頂いています。しかし、全ての試合に医務委員を派遣するのは不可能ですので日曜日の近鉄花園ラグビー場での試合はたいがい私が行くことになります。

私の H.17 年度の出務日数は約 30 日、40 試合、10 大会です。殆どの場合、コストは医務委員会が開催する年 1 回の総会の費用としてストックしております。あとは弁当だけです。家族からは、「あほ」と言われています。

私がラグビーをするようになったのは関西医大の入学式の前日です。兄の友人、松本豊一郎（医学部の中では飛びぬけた選手でした。現香里ヶ丘有恵会病院院長・整形外科医）がラグビー部におり、新入生の名簿を見て、私に電話をかけてきました。身長、体重、50m 何秒で走れるかとの質問です。私は、180cm、90kg、6.4 秒と答えました。

「ぜひとも、入ってくれ。永年にわたり低迷している我が関西医大ラグビー部の救世



主になってくれ。」といわれ、二つ返事で承諾し、春合宿の最終日、つまり入学式の前日にグラウンドへ行きました。先輩にジャージやスパイクを貸りて練習に参加しました。先輩諸氏の落胆振りはそれはもう気の毒な程でした。私が答えたものであったのは体重だけでした。その後、原因不明のイタイイタイ病（今でいうシンスプリント）に悩まされ、家にシンナー中毒の奴の車が飛び込んで家族中がてんやわんやの時でも試合を休ませてもらえず、大阪医大との死の合同合宿にも耐え、なんやかんやと6年間ラグビーを続けました。その間には関西医歯薬大会で優勝もしました。私のポジションはずっとロック（4番）でした。当時の関西医歯薬ラグビー連中における私の渾名は、なんと失礼なことに「たこ入道」でした。なんとか S.52 年に卒業し国試にも合格しラグビー部の金海先輩（現友愛会病院理事長）の誘いもあり森益太教授率いる関西医大整形外科教室に入局し、しばらくは、ラグビーからは遠ざかっておりましたが、S.57 年頃、岸和田市民病院に勤めておりました頃、あまりにも暇なので関西ドクターズというラグビーチームに入りました。割合活躍し、1 年目には新人王に輝きました。ところが、九州遠征での九州ドクター

ズとの試合でアキレス腱を切りました。ラグビーの連中はけが人には冷たいです。他の連中がアフターマッチファンクションでビールを飲んでいる時、私は1人でタクシーに乗り空港まで行き飛行機で大阪まで戻りました。伊丹空港に、山下後輩（現友愛会病院整形外科部長）に迎えに来てもらい、岸和田市民病院官舎まで帰りました。その時、長男は1歳、嫁はんは妊娠8ヶ月でした。当時、関西医大では医局員がけがをした時の執刀医は森教授と決まっておりました。私はそれが恐ろしくて、誰にも内緒で金海先生に男山病院から来ていただき手術をして貰いました。それを教授に投書した奴が居ったのです。私も金海先生も教授の逆鱗に触れました。この先どうなることかと思っている矢先、悪い時には悪い事が重なるもので、官舎から、嫁はんとは1歳の長男と義父が私に昼飯のおかずを届ける途中に長男が車にはねられたのです。2階の病室からその瞬間を私は見ておりました。長男は頭蓋骨骨折、嫁はんはショックで切迫流産の危機、義父は責任を感じて鬱病になり全員入院しました。私の人生最大の“どつぼ”の時期でした。幸いにして、私はクビにもならず、ラグビー部の先輩諸氏のご尽力により長男も元気になり、次男も無事生まれました。しかし、義父は気の毒にも数年間、鬱病に苦しみました。その後、岸和田市民病院を退



職し現在の場所
で開業しました。地元でもあり当初からたくさん患者さんが来て下さり、経営は順調でしたが、私と嫁はんの悩みの種は長男の事でした。それまでは岸和田市

民病院（今と違って春木にありました）の官舎に住んでいたのでも周りには同じ年頃の子供がいっぱいおり、まわりは緑に囲まれており、遊び場もいっぱいあり、隣近所は市民病院の勤務医の家族ばかりでした。ところが、開業した西成では（診療所の2階が自宅でした）、近所に子供が少なく、自然環境も悪く、遊び場もなく、けったいな奴がまわりにいっぱい居ります。そんな折、万博公園で毎週日曜に練習している大阪ラグビースクールのことを耳にし、そこに長男を入れて遊ばせようと考えました。早速、入校させました。それから毎週日曜日には、車で息子を万博公園へ連れて行き、私もコーチ兼ドクターとしてラグビースクールの活動に参加していました。後に次男も入れ、親子3人でラグビーを楽しんでいましたが、長男の中学入学を潮に3人もラグビースクールを辞めました。そうすると、日曜日は何もする事もなく（勉強もせず、又、あまりにも下手なのでゴルフにはよせて貰えず）ぶらぶらしていました処、当時の大阪協会医務委員長の故宮本先輩から「医務委員になってラグビーに恩返しせよ。」と言われ渡りに船の思いで医務委員になりました。その後、こつこつと花園ラグビー場に足を運んで十年以上になります。何でも長い事やっている、たよりない者にも、役が回ってくるもので2年前から医務委員長をやっています。今では花園ラグビー場では有名人です!?

長々と書いてまいりましたが、以上が私とラグビーとの関わりです。

OCAの会員には白川貴浩、森下忍、長谷川利雄、宮田重樹先生等ラグビー部出身で元名選手の先生がたくさんおられます。お願いです。日曜日は、ゴルフもいいですが、ラグビー協会の医務委員になって私を助けてください。但し、コストは出ません。弁当は出します。

尚、掲載されている写真は、H.17年11月3日の大阪ラグビー協会役員チームの岡山遠征の練習風景です。試合にも出ましたが、開始5分でリタイアしました。

峰床山の鹿

河内長野市 奥田好彦

平成18年2月12日、木下孟先生79才、宮内貴先生76才を先頭に、70才代3名60才代4名平均年齢71才の市整会のメンバー7名で登山に挑戦しました。

峰床山は琵琶湖の西側、国道367号を挟んで比良山の隣に在る、970米の冬場は殆ど人が訪れる事のない、雪の深い山でした。

葛川学校前の雪中に車を置いて、そこから輪標を付けて伊賀谷沿いに時々膝まで雪に潜りながら登って行きました。



伊賀谷沿いに登っているところ

私達が進む道に沿って鹿の足跡が沢山見られました。標を付けても深く潜って歩くのに苦労するのに、鹿の小さな足では私達以上に雪に深く潜ってしまい、どれだけ進むのが大変な事だろうと思いつつ鹿の足跡に沿って登って行きました。すると大きな雄鹿が深い雪の中、舟の様に体を前後に大きくピッチン



輪標の足跡

鹿の足跡

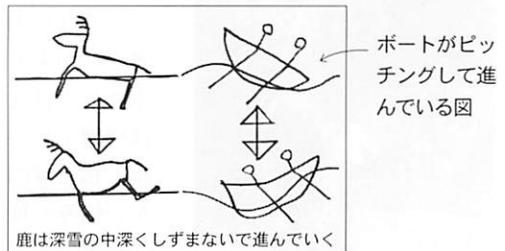


グさせて私達の目の前を横切って行くではありませんか。

鹿は大きな体が橈の様になり、雪に沈む事なく、4本の脚をボートのオールの様にして前後にピッチングを繰り返しながら、足跡だけを残して、舟の様に比較的軽々と進む事が出来るのを観察しました。

登山は中村乗越の急坂で胸にまで雪に潜ってしまい、体全身を使って少しずつ前進を試みました。この峠を乗越すとあとは緩やかな登りとなり山頂に至るのですが、鹿の様には進めません、午後1時を過ぎてしまいましたので、峠の手前で引き返す事にしました。

登り4時間降り2時間の登山でした。登り口に朝から駐車していました車には20cm程雪が積もり、車は雪に埋まって居りました。



溪流入門

高槻市 佐竹兼爾

11月の連休にT君と秋神川へ行った。この時期は禁漁期のはずだが、部落外はいいとこの返事。与十郎にに行く。一つ目の滝の上を僕が跳びこえて振り向くと、何とT君は左手の壁の凹んだ所で両足は水のすぐ上の少し出た岩に足をのせ、両手は押し上げて大の字になって壁にへばり付いたかっこうで渡って来るではないか。見ていると割と安全である。これは入門書にのっている「へずり」だ。臍をするから「へずり」とのっている。

T君は野球だけしていたと思っていたので「何でこんな事知ってんねん」「高校の時、山岳部にいた」へえー初耳だ。こりゃ強力な相棒だ。

その上流は割と平らでT君が先行した。余り釣れた記憶はない。二つ目は小さな滝で、その上も平ら。T君が「ここに大きな岩魚がいてな、すーと上へ泳いでいった。」しばらく行くと、右手から小さな川が落ち込んでいてその下が深くえぐれていた。イクラをつけて入れてみると、ゆっくりと円をかきながら回る。しばらくすると止まってしまった。底にでもひっかかったか？ そーとあげてみるとなにか重い。プンとはずれた。見てみるとイクラがない。おかしい。もう一度入れる。回って止まる。そーとあげると水の中に丁度卵大の青い石の様な物が見え、プンとはずれる。石は消える。これは岩魚の頭だ。イクラを钩いっばいつけて流して止まったら糸をゆるめてしばらく待つて合わせを入れた。ガンと重い。これは引き抜けない。平らな岸に向かって余力をつけて一気に引きずりあげた。大物だ。ビクに入れようとするが、口



からは入らない。蓋を開けて入れると、ビクにそってぐると体が回ってへびの様に入った。

三つ目の滝壺でT君は右、僕は左で釣り出した。T君はビクを持っていない。今まで沢山釣った事はなく、ビニール袋をポケットに入れている。イクラを付けて、放り込んで、流れてきて、眼印が引き込まれ、合わせて引きぬいて魚をはずす。T君は釣れると僕のビクに入れに来る。これは二人別々に釣るより分業の方が効率的なので、僕が後方にさがり、彼が釣る。引きぬいて振り返った所に僕がいる。魚をはずしてイクラをつける。彼が振り込む。これのくり返し。次第にビクは重くなる。釣れるのがだんだん遅くなり、魚の型も少しずつ小さくなってくる。魚は産卵のためこの滝に集まっていたのだろう。足元で音がするので見ると岩魚がはねている。ビクをみるともう一ぱいだ。

大物は旅館の岩魚と比べると大きさ、巾共比べ様もなかった。あちらは鯖で、こちらはサンマ。それでも帰ってメジャーではかると33センチあった。

私の趣味＝昆虫採集

豊中市 吉田正和

「たかが虫、されどムシ！」小学校3年生頃からの72年間虫採りを続けて来た私の心境です。幼稚園児から旧制高校1年生まで住んだ甲子園(旧鳴尾村)は武庫川尻の三角州、東西を松林に南は砂浜に囲まれた田園地帯。その殆どが稲田・苺畠・無花果畑と薄ッ原で生きものも一杯居ました。小学3・4年を担当された先生が理科主任だった影響で虫・蛙・魚採りだけでなく昆虫標本も作りました。

以来箕面や六甲山に始まって、甲南高校尋常科で博物研究会に入ると紀伊山地・氷ノ山・伊吹山・信州と採集旅行範囲は広まり、大阪市立医大以降には北海道から屋久島まではもちろん、台湾・タイ・マレー半島・ラオス・カンボジア・ミャンマー・ボルネオ・セレベス・パプアニューギニア・オーストラリア・ニュージーランド・カナダ・アメリカ・韓国・バンングラディッシュなどへ足を伸ばして、山野を歩き廻って来ました。

興味が一番はオサムシ科の甲虫ですが、蝶でもカメムシでも何でも手にとって観てやろうとの姿勢なので、採り集めた標本は保管場所にも劣化防止策にも困る程増えています。

熱帯で世界最大のトリバネアゲハチョウに出会った時、大雪山でチシマオサムシ亜種を採った時などの胸の高鳴りは、小学生の時に初めてカブトムシを我が手にし得た時といささかも変わりません。これこそ、老化防止の最良の薬でしょう。時偶は新知見を専門誌に報告出来るのも楽しみの一つです。

何処へ行っても、毒虫・毒蛇や感染症などの危険はありますが、ミャンマーでは「万一ゲリラでも…」と警官隊が昼夜、山に入ると軍隊が警護してくれたのは有難迷惑でした。

でも、生物や自然景観だけではなく夫々の地の住民に触れて、生活習慣や意識の相違を



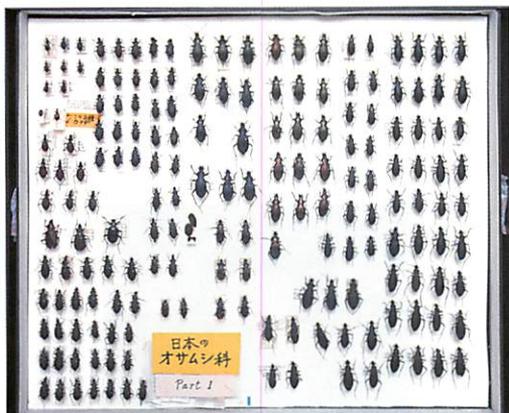
知るのも興味深いものです。台湾の高地族と先住漢族と国民政府系漢族との日本人への対応の差は大きいし、パプア独立の年の原住民エリートには明治維新の日本を想わせる意気軒昂を感じ、カナダ人のアメリカ観も大変面白く思えました。

現地案内人達や住民との意思疎通・飲食物・宿舎・暑さと高湿度とスコール・悪路等にはしばしば悩まされますが、人々は素朴・親切で身振り手振りでも分かってくれます。子供達が珍しがってゾロゾロ従って来るのにも往生しますが、虫を捕えて持って来てくれたりもします。

昼間の採集だけではなく、夜に燈火に集まる虫を採るのも重要で、宿舎や周辺民家の窓辺・軒燈・街燈を夜半まで巡視しなければなりません。無論、懐中電燈を照らして足許・頭上要注意です。住民の諒承も当然必要。

数々の困難にも懲りずに80才になっても未だ止められない「虫採り」の面白さを、理解して下さる方はどのくらいいらっしゃるのでしょうか？

珍しい昆虫名を書き並べても仕方がないと思いますので、標本の一部を写真で御覧頂くことに致しましょう。



さつき盆栽

花に魅せられて

私がさつき盆栽にはまったのは、昭和55年阿倍野地下にて、“新日光”という美しくかわいらしい米色（肌色）の花のさつき盆栽を一鉢購入したのがきっかけでした。その後、その花を育てるために、住所の奈良県、西大和さつき会に入り、整姿技術研修会や展示会等に参加する内に自然に手持ちの鉢数が増えて参りました。今では120～130の鉢があり、種類も30以上あります。

昭和63年の展示会では写真のこの“玉玲”がうれしくも銘花の部で日本さつき盆栽協会会長賞を受賞しました。赤、白、ピンク、絞り等の4種の八重の花弁の花が一本の株より咲き、実に美しく、きらびやかなこのさつきが小生の一番のお気に入りです。他にも我が家のいろいろのさつきは、平成13年、JCOA学会（大阪）の時、小生の発表スライドの中にも顔を出しました。又、澤田 出理事のご好意で、当時のインターネッ

大東市 前野 岳 敏



トのO.C.O.Aホームページの表紙にも使っていただきました。

毎年4月から6月ごろになると、この写真のように、小生のクリニックの受付カウンターには、ワンポイントとして毎週一鉢づつ、つつじ、アザレアを含めて盆栽が飾られ経費節減に貢献しています。患者のお年寄り達も美しくめずらしい生の花が入れ替わり立ち替わり飾られるので楽しんでくれています。



白い卓上

城東区医師会 絵画部 福西睦子

この絵は昨年第37回日展に入選したものです。その前に1回入選してから後、何回か落選しています。絵を描くようになったのは、同じ医師会の先生から何か趣味があったほうがいいよと誘われたからです。実際にやってみてほんとうに良かったと思っています。医者というのは、ストレスのかかる職業ですよ。人間は100%死ぬものですが、死なれては成り立たないのが我々の仕事です。言ってみれば毎日勝ち目のない戦いを続けているのです。まるでドン・キホーテではありませんか。でも絵を描いている間は、キャンパスの中だけがすべてで何もかも忘れられます。続けて亡くなった患者さんのことも、第三者的に見直してあれで仕方なかった、と思い直して新しい気持ちで診療に取り組みます。それにゴル



フやテニスでは、俺だけは誘わないでくれと言う人もおられますが、絵を描くという趣味は、どんなに下手でも誰にも迷惑をかけません。皆様、一度絵画部を覗いて見て下さい。体験入部をお勧めします。



住吉区 三橋 允子

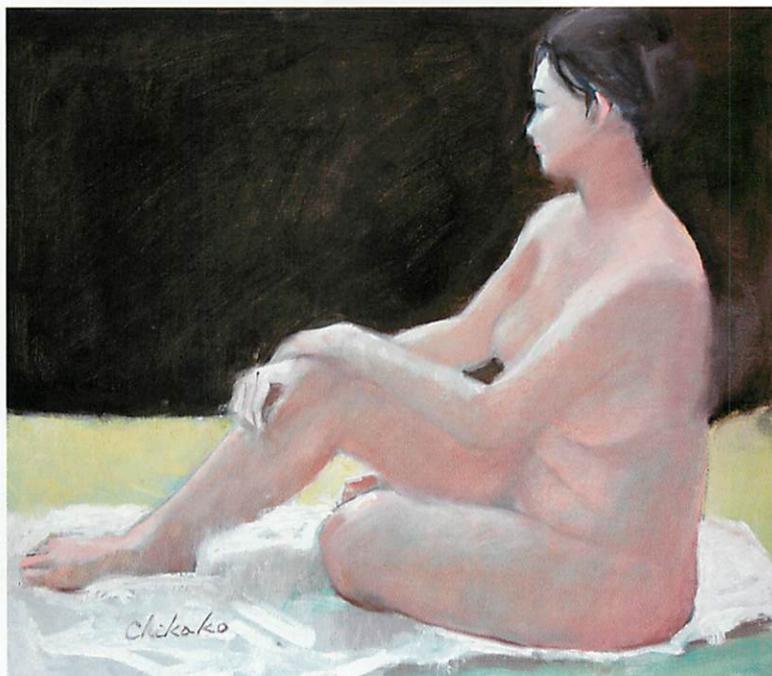


民族衣装の人

この日は、ドイツ民族衣装のモデルが来ました。赤のブラウスがとても美しく、緑のスカート、白のエプロンとよく合っていました。もっと大きなキャンバスで茶色のブーツも描けたらよかったのと思います。

裸婦

住吉医師会の絵画クラブの日に、とても胸の豊かなモデルが来てくれました。色白の美しい身体の方で、凸凹がつかみ易くデッサンより油彩で描いてみました。



豊中市 丹羽 雅子



スペインの蟠桃

スペイン在住の義妹が桃を持って帰って来てくれました。見てびっくり形のおもしろさ、まるでおたふくさん。それから味のおいしさ抜群、黒漆の丸盆のぴったりと納まり三拍子揃った桃に大感激しました。

山桜

わが家の庭に山桜が毎年静かに楚々と咲いてくれます。雨上がりの夕暮、二階から眺めると黒い幹に桜の花が白く浮かび夢の世界を見せてくれます。

五十四年前、疎開先より主人が山桜の苗木を掘りおこし豊中へ持って参りました。狭い場所で桜も一生懸命頑張っているのでしょう。わが家の宝です。



堺市 小瀬 弘一



油彩 F6号 画題「柿」

何年か前の秋、隣家の庭木の一枝をいただいたものです。



彫塑 渚

堺市 石上 直

H16年9月上野・東京都美術館における二科展出品作で、等身大ブロンズ製です。

二科展入選20回目になりました。そろそろ表現形態を変えて次のステップに移りたいと思っています。

本業は真面目にやっています。最近はやりの、の、けたたましいやりようは年令のせいかなじめないのでとり入れようとは思いません。開業医として、ごく常識的な医療の王道を探っていくつもりです。

そして両方ともそれなりに第一級でありたいと願っています。



小谷山のモミジ

城東区 石川正士

昨秋訪れた湖北は小谷山（495m）の紅葉です。イロハモミジをはじめ、桜、楓も夫々に趣を添えて色彩豊かに目を楽しませてくれました。“戦国三姉妹物語”等数多くの著書で知られる歴史学者静岡大学 小和田教授ご推薦のモミジの隠れた名所です。

JR 北陸本線の河毛駅を出ると浅井長政とお市の方の石像が我々を迎えてくれます。NHKの大河ドラマ“功名が辻”にも出て来ますが、信長の妹お市の方が嫁いだ浅井長政の居城小谷城のあった山です。天正元年（1573）織田軍の攻略により落城、朝倉家と信長との双方への義理の狭間で長政は自害、戦国の昔のそんな悲劇を秘めながら、自然は華麗な錦織の絵巻物を展開していました。



平成 17 年度

第 1 回理事会〔平成 17 年 6 月 4 日〕

§ 報告事項

1. (長田理事)

5 月 28 日に富山の COA の講演会で「柔整師の問題」について講演をされた。

富山県 COA は会員が 80 名ほどで当日 45 ～ 6 名が参加しており、なかなか盛況であったとのこと。

(2) 平成 14 年に JOA 山本理事長名で当時の坂口厚労大臣に「柔整師の受領委任払い」に対する要望書を提出したが、無視された。無視されても、何度も要望書を出すことが大切であり、今後も JCOA と JOA で協力して出してゆくとのこと。

(4) 日医の健康交差点での「肉体のおたく」問題について

JCOA の抗議に対して日医植松会長より角谷理事長へ口頭での謝罪があったとのこと。

(5) 柔整療養費支給申請書の開示について
保険局保険課によれば申請書であり、レセプトとは異なりいつでも閲覧できるとのこと。

(8) 超音波診断装置に関して辻参議院に厚労省に質問していただいた回答では、反対意見が多く公表は控えている…とのこと。

(12) 柔道整復師の卒後教育は各都道府県単位で制度化されている（法制化ではない）柔道整復師は、いわゆる医療知識とは異なる教育を受けている、これには関わらない方が良いのでは…。

その他整形外科医療の周辺問題資料集を参照されたし。

(13) 柔整師国家試験問題の内容を閲覧できる（からだサイエンス 2005、4 第 61 号）。

(17) 酒井先生に再度原稿投稿の依頼をした。

おかちまち便りとして

消炎鎮痛等処置の包括化は診療報酬の大幅な減少が考えられる。混合診療導入されても患者に代金を請求しにくいのではないか。

PT・OT の雇用費がかさむことが考えられるが、数的にはここ数年で PT・OT の新規卒業者は大幅に増加するため、雇用費は下げられるのではとの見解もある。

週間ポストの 5 月 6 - 13 日、20 - 27 日、6 月 3 日号に医療制度に暗躍する厚労省の役人批判が載っている。

2. (澤田理事)

1) 各地理事の定員の検討

JCOA の会員数に対する理事の数が多くの学会より多く、減少の検討

今、会員 400 名に対して 1 人の理事の割合を 500 名に 1 人の割合へ減少の案があり、JCOA の 3 役で検討するとのこと。

2) 事務局職員 福田さんが退職し、司馬和子さん（貝塚市出身 東京在住）が採用された。

3) 会誌等編集委員 1 人欠員であったのを鮫島弘武先生（さめしま整形外科 埼玉県）が選出された。

4) 学校保健検討委員会

現在の校医は内科・眼科・耳鼻科・歯科であるが、整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科の医師の参加が必要ではないかとの意見があり、予算の関係で学校相談医として参加が検討された。

昨年、厚木市で 4 校のモデル事業があり、今年は平塚で 15 校のモデル事業が行われる。今後、10 都道府県でモデル事業を予定しているので、大阪も名乗りを上げてほしい。尚、後日その雛形を今年の宮崎大会で大まかな内容が決定される模様とのこと。

また、これらは都道府県ではなく郡市単位で行われる。

学校相談医（整形外科）の仕事

i) 運動器の講演会をする。（PTA の会

- 合で・体育関係の教師に対してなど)
- ii) 学校行事（運動会・マラソン大会など）への参加
 - iii) 学校保健委員会へ参加して整形外科医として運動器の話をする。
 - iv) 千葉大方式に代表される時間外の救急の患者の診察を担当できる体制を作る。

例えば、時間外の輪番制など（時間外に外傷患者が整形外科以外の施設で不適切な処置を行われることを防ぐことが大切）

5) ドクターバンク

北海道の55医療機関の医師の名義貸しの問題から定年退職した医師を有効に活用することを目的にJCOA病院部会とJOA勤務医部会が合同で協議を行う予定。

2004年～2005年は福井県で医師の名義貸しの調査が行われている。

6) JCOA 会員の入会規則の変更について

JCOA 会員は各県のCOAの会員であることの原則（各県の判断に任せる）義務づけについて、宮崎で議題として提出予定。

各県のCOAの会員でない人でJCOAの会員の人が17名

会則のない各県COAが4県

JCOA 代議員の選出規定が無い県（大阪を含む）が4県

このようなことを改善したいとのこと。

7) 副理事長の藤野先生の話として

公労省はリハビリの施設基準(1～4)の白紙化をし、「運動器リハビリテーション料」の新設を考えているようだ。疾患の重傷度（重症・中等度・軽症）により報酬をランク付けするようで、重症とはリハビリをPTが施設基準を満たした施設で行うレベル、中等度は施設基準を満たさない施設でPTが行うレベル、軽症

はさらに軽いレベルのようだが、PT・OT以外の無資格者が行うリハビリは含まれていない模様。

外保連の話として

「老人転倒防止運動療法」「寝たきり介護予防」等の報酬を提案しているが、厚労省としては予防給付を医療費に算定はしたくないようだ。

「運動器不安定症」の確立

武藤先生（東大）、越智先生（JOC）、吉村先生（JCOA）などの働きかけで運動器疾患として「運動器不安定症」の確立を提案している。これも症状の重傷度のランク付けが考えられており、PT・OTによるリハ（無資格者のリハは対象外）に対して「運動機能回復管理料」を算定する考えがある。

ただし、この診断は整形外科専門医に特定は出来ない模様。厚労省の試算で「運動器不安定症」の患者は250万人でその内40万人が整形外科関係の診療にまわるものとのこと、残りの210万人は市町村などの介護関係施設へまわる予定であるとのこと。

以上総じて、今後も整形外科開業医にとっては暗い話が増えそうとの印象で報告が終了した。

3. JCOA 17年度第一回社保等検討委員会報告

(岩本理事)

要望はJCOAからJOCを介して提出された。

「平成17年度外保連要望項目」

関節鏡検査手術への移動は関節鏡学会から出された。

第2回委員会は7月10日に開催される、その中でさらに検討される。

今後の動向はJOAニュース・JCOAニュースを注視して欲しい。

JOA 5月20日に厚労省のヒアリングがあった。

ナイロン糸・頸椎カラーなどの特定材料費

化への働きかけも行っている。

9月10日にJCOAの全国審査委員会議が品川プリンスホテルで開催予定である。

18年度の診療報酬の改定の全容はまだはっきり見えてきていない。

4. 無床診療所部会アンケート集計結果報告

(矢倉理事欠席のため松矢会長が代弁)

平成17年5月29日東京「ルビーホール」

出席者 牧担当理事(京都)、後藤委員長(神奈川)、伊志嶺理事(沖縄)、山藤理事(島根)、矢倉理事(大阪)

回収率 12%(設問内容に工夫が必要か)

5. 5月11日 日本整形外科学会総会報告 (横浜)(黒田理事)

出席 坂本理事・服部理事・早石理事
黒田理事

詳細は日整会誌に掲載。

議長は 安井教授(徳大)

副議長は 鳴尾(熊本JCOA会長)

学会功労賞 OCOA前会長の服部先生

(会場内拍手喝采)

学会感謝状 東先生(東大)

山野先生(大阪市大)

会長選挙 平成18年東大(会場は横浜)

平成19年京大、平成20年北大

日整会の理事 2期4年間で退任

5月12日の理事会で越智新理事長選出、副理事長は未決定(代議員提案で副理事長を1名から3名へ増員の会則変更手続き中)

「リウマチ治療薬のエンブレル(エタネルセプト)」使用要件について

日整会専門医は日整会事務局へ申し出れば使用登録医の要件を満たせる。

6. 5月11日 JCOAのJOA代議員懇談会 報告員会(横浜)(早石副会長)

場所 6時15分から横浜グランドインターナショナルホテル

角南理事長の開会挨拶の後、山本前JOA理事長が任期中のJCOAの協力を感謝の弁を述べられた。

会としての要望は適宜出しているが、次期

診療報酬改定に関しては日整会ニュースなどを注視して欲しいとのこと。

7. OCOA会報31号発刊について(丹羽理事)

広告料が減少してきている(薬剤メーカーの統合等)、将来的には1社の料金を値上げするか、新たな広告賛助企業(装具関係会社・薬問屋など)を開拓することが必要。各会員で勧誘してください。

第159回の研修会で武藤先生(東大)が当会誌を誉めてくれたので、感銘を受けた。

岸本理事から「投稿方法を原稿用紙からコンピューター媒体を利用して頂きたい」との発案があり、大いに利用することで賛同を得た。

また、会報への投稿が一部の会員に集中する傾向があるので、その他の会員の投稿を積極的に促したいとのこと。

会計報告

1/2項 20,000 × 28社 = 560,000

1項 35,000 × 6社 = 210,000

合計 770,000円

8. 5月28日 平成17年度第1回 骨と関節 の日準備委員会 (小林副会長)

堺市 10月8日

代表者 中村(堺市医師会整形外科医会会長)および黒田理事

羽曳野市 10月16日に決定

各会場の近隣の会員は積極的に参加・協力してほしい。

勧誘のはがきの記入配布に協力して欲しい(会場の近隣の理事に100枚程度配布予定)。

エコー性骨量測定器が不足がちであるので、貸し出しできる会員は協力して欲しい。

故障費等などにはOCO Aで対応します。

都道府県で6会場もするのは大阪くらいで各会員の協力に感謝します。

9. 4月16日 JCOA近畿ブロック会議報告 (松矢会長)

●滋賀県の主催で京都リーガロイヤルホテルで開催。参加者は大阪11名、兵庫7名、京都4名、和歌山4名、奈良2名、滋賀8名

計 36 名でした。

参加者：236 名

- JCOA の会員は 5,457 名で JOA のほぼ 1/4 であるが、これを 1/3 まで引き上げて JOA での発言力を強めてゆきたい。
- 学校相談医のモデル事業などに積極的に参加して欲しい、これにより整形外科医の地域での発言力を強めたい。
- 来年度のリハビリの診療報酬の改正についての報告（澤田理事）
- 群馬県・長野県・宮崎県・沖縄県には COA としての会則が無いことの報告。
- 会員で都道府県の COA の加入重複者がいる。結論は出さず次回に持ち越しされた。
- 無床診療所部会アンケート結果の報告。
- 運動器の 10 年・骨と関節の日の説明（黒田理事）
- 第 19 回 JCOA 総会が平成 18 年 6 月 17・18 日に京都リーガロイヤルホテルで開催される。平成 17 年 9 月から演題募集が始まる。大田先生（京都）
- 討議事項
JCOA 近畿ブロック会議は「各県の JCOA 会員の有志により構成される…」を「JCOA 会員より構成し、本会議の出席は各県に一任する…」に変更（長田理事）
- 次回は大阪の主催で、平成 18 年 11 月 12 日（土）にホテルニューオオタニ大阪で開催予定。

10. 研修会（第 1 回、第 2 回）の報告

平成 17 年度

(1) 第 1 回研修会（158 回）H17.4.9

会場：大正製薬株式会社大阪支店

（大正製薬）参加者：68 名

総合司会：栗本副会長

演題：整形外科領域におけるマイクロサー
ジャーの応用

講師：奈良県立医科大学整形外科
名誉教授 玉井 進

座長：三橋理事

(2) 第 2 回研修会（159 回）H17.5.28

会場：ウェスティンホテル大阪（エーザイ）

総合司会：三村理事

1) 演題：足の外科最近のトピックス
（スポーツ障害を含む）

講師：奈良県立医科大学整形外科 講師
田中康仁

座長：五島理事

2) 演題：スポーツ医学と介護予防の実践・
教育

講師：東京大学大学院教育学研究科身体
教育学講座 教授
東京厚生年金病院整形外科 客員部長
武藤芳照

座長：松矢会長

11. 7 月 23 日 大阪症例検討会演題募集中 （参天センチュリーホール）

大きな病院中心に演題が出されているが、
開業医の先生方からも気楽に演題を出してほ
しい
（早石副会長）

12. その他

(1) 福祉委員会より（吉川理事）

JCOA 総合福祉制度の加入状況は、現在の
ところ 26.2% であるが、団体加入の特典を維
持するためには 35% 以上の加入率が必要で
ある。

生命共済の過去 15 年間の実績では、支払
い保険料のうち 89.12% が保険者に還元され
ているというとても良心的な保険であるので
みなさんのご協力をお願いしたいとのこと。

(2) 広報委員会より（前野理事）

会誌の原稿を依頼し、集めるために各大学
出身者が一人ずつ入っているとしやすいだろ
う。現在、大阪医大、関西医大、大阪大学出
身者がいないのでしかるべき人を広報委員に
任命してほしいとの申し出があり、満場一致
で承認された。

(3) 医学のシンポジウム 府医師会

9 月 22 日に行われる

講師は、市大の中村先生（脊椎の内視鏡手
術）と、阪大の平野先生（人工関節のロボッ
ト手術）です。

§ 協議事項

1. JCOA 懇談会（8月27、28日 品川プリンスホテル）の件

松矢会長ほか数名が出席することとなる

2. 今後の研修会の予定

平成17年度

- ・第3回研修会（160回） H17.6.25
- ・第4回研修会（161回） H17.7.16
- ・第5回研修会（162回） H17.8.20
- ・第6回研修会（163回） H17.9.24
- ・第7回研修会（164回） H17.10.22
- ・第8回研修会（165回） H17.11.26
- ・第9回研修会（166回） H18.1.28

第9回までの総合司会、座長を決めた

3. Medical Tribune「プライマリーケアセミナー」について

平成17年10月29日（土）朝日生命ホールで「見逃しがちな高齢者の腰痛や腰下肢痛」～その病態と診断、治療～

が行われる。OAOAに共催を依頼され、引き受ける。

石井理事が座長を勤めること承認される。

4. 第2回医療経営セミナーの日程について

第1回に引き続き第2回を11月19日に行うことを決定した。

5. 11月12日のJCOA近議ブロックの役割分担

今回は、OAOAが担当である。

4時からニューオオタニで行われる。

6. 新会員名簿作成の件（森本会計）

現在使われている名簿は、平成16年4月発行で当時402名の会員数であったが、今年5月11日現在422名の会員数となっている。来年4月予定で新しい名簿を作成したい旨申し出あり、満場一致で発行することとした。

7. ITの利用を促進すること（岸本理事）

理事間の連絡事項、会誌の原稿依頼および提出、新しい情報交換等にIT利用を勧めて行きたい旨申しがあり、利用できることから実施していくこととする。

第2回理事会〔平成17年9月3日〕

§ 報告事項

1. 6月7月8月の研修会の報告

（栗本副会長）

(1) 第3回研修会（160回）H17.6.25

ホテル阪急インターナショナル

（小野菜品）293名

総合司会 三浦理事

1) 演題：「骨軟部腫瘍診療における pitfall」

講師：大阪市立大学大学院医学研究科
整形外科 家口 尚

座長：阪本理事

2) 演題：「腰部脊椎管狭窄症の病態と治療」

講師：千葉大学整形外科 助教授
高橋和久

座長：栗本副会長

(2) 第4回研修会（161回）H17.7.16

ウェスティンホテル大阪（大塚製薬）

154名

総合司会 白川理事

1) 演題：「低侵襲脊椎手術」

講師：関西医科大学整形外科 講師
笹井邦彦

座長：藤本啓治理事

2) 演題：「リウマチ疾患等の治療における

NSAIDの使い方

－副作用発現予防の為に－

講師：埼玉医科大学消化器・肝臓内科
教授 太田慎一

座長：小林副会長

(3) 第5回研修会（162回）H17.8.20

ヒルトンホテル（旭化成）236名

総合司会 澤田理事

1) 演題：「骨粗鬆症性椎体骨折と腰背部痛」

講師：公立玉名中央病院 副院長
中野哲雄

座長：森本理事

2) 演題：「中高年の膝スポーツ傷害」

講師：星ヶ丘厚生年金病院整形外科
部長 濱田雅之

座長：右近理事

ホテルの場所で集まりが変わる？→傾向を見ます、とのこと。

2. 6月18、19日 JCOA学会と各県代表者会議（宮崎）（松矢会長）

角南先生：次回診療報酬改定は厚労省と関連医学会、内保連、外保連のみで決まる

JCOAの法人化は進んでいない

3. 7月16日 日本運動器リハビリテーション評議委員会（広島大学）（坂本理事）

来年リハビリテーションの点数の大改定に備え、整形外科医が主体となる運動器リハビリテーション学会が今後大きなものとなる。

7月14日、15日岡山で来年開かれる

4. 7月24日 JCOA骨と関節委員会報告（東京）（黒田理事）

来年は五十肩と肩こりがメインテーマ

今年は健康スポーツと整形外科 万有製薬からパンフレットがきます。ご利用下さい。

一部JOAの活動と重複するのではないかと指摘があったが、各県あまり動きはないので医師会活動健康まつりにからめて一緒に整形外科のPRをしましょう、とのことでした。

6カ所でやってる 大阪は全国一やっつるところです。

5. 7月10日 JCOA骨と関節委員会報告（東京）（岩本理事）

6. 8月7日 第一回JCOA会則等検討委員会（東京）（澤田理事）

- ・JCOAに一人事務職員を採用 有給休暇について労基法に合わせ改定
- ・現在JCOA理事長が医政協議会の委員長を兼ねることになっているが、政治家、厚労省などへの人脈が重要なので理事長に決めてしまうとコロコロ変わってしまうことになる。執行委員の互選ということになりました。
- ・理事の定数が現行会則で増え23名になる。減らしたいとの意見があったがそのままということになった。

7. 8月28日 JCOA理事会（東京）（長田理事、澤田理事）（その前に）柔整の審査について

指導監査委員会があり16年度6,000万、15年度1億円返還させている。係官も受領委任の中止しかないと云っているが様々な障害があり困難との事

厚労省筋の情報として、週に2～3回厚労省に様々な要求を3～4人組でくり返すと係官も耳を傾けることになるのではないかとのこと。

- ・パワーリハは週刊ポストの特集で厚労省はトーンダウン
「健康運動指導士」「健康運動実践指導者」は消滅の予定
- ・平成17年7月31日現在
正会員5,487名 名誉会員81名 5,568名
- ・平成18年JOA総会へJCOAより提出パネル運動器の10年 介護予防における整形外科の役割
西川正治先生 講演の予定
- ・平成25年に学会・研修会とも近畿に当たっているのでどちらかをずらしてもらいたい
- ・「整形外科外来における医療事故トラブル防止のためのチェックリスト」を発刊の予定
- ・リハの見直しについて
大改定の見込みだが詳細は不明（医師会へも示される前の情報）
運動器のリハビリテーション 180日以内
重症 150㎡以上 PTOTのみ
中等症 45㎡以上 PTOTと共に技能資格を有する看護師
あんまマッサージ師等
軽症 45㎡以上 PTOTのほか技能資格を有する看護師
あんまマッサージ師等
理学療法IVに相当する項目は2年間は残りそう。
准看も入れるように、また30㎡以上でも良いように交渉している模様
- ・運動器リハ学会の認定医をとらないとリハ点数が取れなくなりそう
当面講習会を受けて試験もいるともかく早く入会すること

8. OCOA 会報 31 号刊行 (丹羽理事)
協賛金が製薬企業の合併で件数が減っている。

医療器会社にも各理事が声をかけるべき
来年からは前野理事が担当となります。よろしくお願ひします。

9. 第 2 回 医薬経営セミナー開催について (松矢会長)

11 月 19 日 帝国ホテル大阪 4 月以降改正後の動向

10. モーラステープ発売 10 周年記念学術講演会座長引き受けの件 (松矢会長)

9 月 10 日 大阪全日空ホテル
学術講演 神大 黒坂教授
文化講演 野村克也氏

11. 社保審査委員交代の件 (松矢会長)

石井理事、茂松理事の御尽力で問題の先生は辞表を出され解決しました。

12. 8 月 27 日、28 日 JCOA 地区代表、一般会員との懇談会 (東京) (早石副会長)

13. 研修会の名札の件 (松矢会長)

理事会、研修会に名札を用意するのが大変
参与の先生から名札を希望されるが、協議の結果、理事会のみで使用することとした。

理事会の交換会、当日キャンセルは欠席者に請求書を送付することとした。

§ 協議事項

1. 11 月 12 日 OCOA 主催(会場ホテルニューオータニ)の近畿ブロック会議の詳細決定と会の役割分担

- 早石副会長 司会役 栗本副会長
1. 開会挨拶 松矢会長
 2. JCOA 報告 長田理事
 3. 議題
 - 1) 学校医大阪モデル事業の説明 (JCOA アンケートの結果で、内容把握されている先生)
 - 2) 近畿ブロックのメーリングリストについて
 - 3) 2006 年 JCOA 学会 京都主催

4) 2007 年 JCOA 研修会 滋賀主催

5) リハビリ診療報酬改正について (中医協後の話)

6) 整形外科医整協への加入促進

7) 来期の JCOA 地区理事について

参加者は大阪 14 名の予定 プログラム、内容については早石副会長に連絡を

2. OCOA 会則の変更 (澤田理事)

第 4 章役員部分について新設条項を提案します。

日本臨床整形外科医会役員を選任 次回理事会にて審議予定。

3. 次年度研修会の日程今後の研修会の司会、座長が栗本副会長より各理事に確認された。

カッコは予定。空白は未定。

	日 時	総合司会	第 1 題座長	第 2 題座長
平成 17 年度 第 6 回	H17.9.24	中川理事	栗本副会長	早石副会長
第 7 回	H17.10.22	森下理事	永田理事	岸本理事
第 8 回	H17.11.26	柴田理事	五島理事	早石副会長
第 9 回	H18.1.28	岸本理事	白川理事	古瀬理事
第 10 回	H18.2.18	阪本理事	大島理事	天野理事
第 11 回	H18.3.25	今井理事	(右近理事に一任)	栗本副会長
平成 18 年度 第 1 回	H18.4.8			
第 2 回	H18.5.13			
第 3 回	H18.6.24			
第 4 回	H18.7.22			

4. 書籍販売について

会員より要望があり、神陵文庫と相談 (開始済)

研修会開催時開催場所の了解を得られる場合に実施

販売実績に応じた (一部定額制) 費用分担をお願いする

5. 来年発行の OCOA 会員名簿の表紙の色と個人情報の取り扱いの件 (森本理事)

表紙の色は森本理事に一任
個人情報については基本的には診療所関係のみ開示する

自宅等は閉院された先生などは相談の上、
開示するか決める

6. 第20回保団連医療研究集会後援依頼の
件 (松矢会長)

(大阪府保険医協会からの依頼) → 対応せず

7. 「骨と関節の日」の行事の出務割り当て
(小林副会長)

各地区開催の場所を区分けして、近隣の理
事の名簿により出務要請を行なった

次回開催は12月3日 場所は南方面

(文責 山口)

第3回理事会〔平成17年12月3日〕

議題

§ 報告事項

1. 第3回 JCOA 全国保険審査委員会議

(9月10日東京) (岩本)

2. JOA 全国保険審査委員会議

(9月11日) (岩本)

3. JOA 医療システム検討委員会・骨と関
節の日記者会見 (9月16日東京) (長田)

4. JCOA 医療システム委員会

(9月23日東京) (長田)

5. JCOA 各県代表者会議

(10月9日) (松矢)

6. 近畿ブロック会「11月12日土ニューオー
タニ大阪」の総括報告 (早石)

イ JCOA 報告 (長田)

ロ 無床診 WG 委員会報告 (矢倉)

ハ JCOA 福祉委員会 (10月2日開催)
(吉川)

ニ 整形外科医政協への加入依頼 (松矢)

7. 第2回経営セミナー (11月19日開催)
報告 (松矢)

8. 本年度の「骨と関節の日」の行事報告
(黒田)

9. 広報誌 No32 号「2006年」発行について
(前野)

10. 単科医会 (府医) 報告 (松矢)

11. 9～11月研修会報告 (栗本)

12. 第1回学術研修専門医制度委員会 (11

月23日) 報告 (右近)

13. 理学療法委員会・学術研修委員会合同委
員会 (11月23日) 報告 (右近)

14. 平成17年度名誉会員との懇談会
(11月19日東京) (堀木)

15. JCOA 医療システム委員会
(11月20日東京) (長田)

16. JCOA 全国柔整審査委員懇談会
(11月20日東京) (長田)

17. 秋のゴルフコンペの結果 (吉田)

§ 協議事項

1. 平成18年度の「骨と関節の日」の行事
担当地区へのお願い (黒田)

「肩の痛み」がテーマで大学と共催の形に
なるかもしれない。

2. OCOA ホームページの大阪臨床整形外
科医会 MAP への新規掲載について
(岸本)

3. 今後の理事会後の懇親会の形式について
(斧出)

4. 12月以降の研修会について (栗本)

5. 大阪臨床整形外科医会会則の変更(澤田)
第13条

1. 会長はこの会を代表し、会務を総括す
る。また日本臨床整形外科医会の各県
代表者を兼務する。
(他の機関の役員の選任)

第 条

1 日本臨床整形外科医会の代議員及び予
備代議員は、理事会が会員の中から委
嘱する。

2 任期、職務は日本臨床整形外科医会会
則で定めるところによる。

3 本会役員との兼務、及び再任を妨げない。

6. その他

§ 報告事項

1. (長田理事)

1) JOA 医療システム検討委員会・骨と関
節の日記者会見 (9月16日) 東京

- 2) JCOA 医療システム委員会 (9月23日・11月20日) 東京
・整形外科医療の周辺問題等について
- 3) JCOA 全国柔整審査委員懇談会 (11月20日) 東京
- 4) 整形外科医療診療報酬に関する件
- 5) 介護保険に関する件
・介護予防、主治医意見書記載に関する留意点について西川理事より発言あり
2. JCOA 各県代表者会議 (10月9日)
(松矢会長)
- ・整形外科医政協議会への加入依頼について
 - ・第2回経営セミナー (11月19日開催) 報告
介護予防 (マシーンを使用したりハビリでの訴訟に関して、西川理事より発言あり)、デイ・ケア、デイ・サービス等について
3. 近畿ブロック会「11月12日(土)ニューオータニ大阪」の総括報告 (早石副会長)
(議事録参照)
- 1) 近畿ブロック会でのインターネット通信の活用について
 - 2) 2006年JCOA学会 京都主催 6月17、18日について
 - 3) 2007年JCOA研修会 滋賀主催について
 - 4) 診療報酬改定についての情報
4. 無床診WG委員会報告 (矢倉理事)
アンケート 3,388通 → 429回収 (12.6%)
最終集計進行中
5. JCOA 福祉委員会 (10月2日開催)
(吉川理事)
- ・JCOA生命共済の加入率が悪い
 - ・加入率 (現在26.2%) を35%にする必要あり。そうでなければ保険の維持が困難になる。
6. 本年度の「骨と関節の日」の行事報告
(小林副会長)
- ・各地区 (茨木市、住吉区、堺市、大阪府医師会館、羽曳野医師会、西成区) の開催状況について
 - ・来年度のテーマ → “肩の痛み”
 - ・収支報告
7. 広報誌 No. 32号「2006年」発行について
(前野理事)
- 9月24日に編集会議を開催
- ・今後は原稿収集にパソコンを使用していく
 - ・スポンサー原稿料の件
- 8.
- 1) 第3回JCOA全国保険審査委員会議 (9月10日) (岩本理事)
 - ・医科点数表総点検報告
 - ・事例検討
 - 2) JOA 全国保険審査委員会議 (9月11日)
 - ・アンケートの確認のみで方向性が見えてこない。
 - 3) 平成17年度第3回社保委員会の報告 (10月30日)
 - ・平成18年度診療報酬改定について (詳細は不明)
9. 単科医会 (府医) 報告 (11月17日)
(松矢会長)
- ・府医会館で開催
 - ・会員数
内科: 1,000人強 皮膚科: 350人
産婦人科: 350人 精神科: 200人以下
眼科: 1,260人 整形外科: 420人
 - ・単科医会のこれからの方向
→ 府医師会の理事にできるだけ出席してもらおう
10. 9～11月研修会報告 (栗本理事)
平成17年度
- 第6回研修会 (163回)
日時: 平成17年9月24日(土) 236名、PM4:00～
会場: ヒルトンホテル (第一製薬)
- 1) 演題: 「患者の安全、特に外来診療における安全性の向上」
講師: 北摂総合病院院長 (大阪医科大学臨床教授) 木野昌也

座長：栗本副会長

- 2) 演題：「整形外科の外傷性疾患およびスポーツ障害分野への実地応用」
～プロサッカーチームドクターとしての責任と役割～

講師：静岡リウマチ整形外科病院スポーツクリニック
福岡重雄

座長：早石副会長

■第7回研修会（164回）

日時：平成17年10月22日（土）188名、
PM4：00～

会場：ヒルトンホテル（帝人）

総合司会 森下理事

- 1) 演題：「脊柱管狭窄症の診断と治療」

講師：近畿大学整形外科 講師 松村文典
座長：永田理事

- 2) 演題：「新しい骨代謝マーカーを求めて
～骨代謝マーカーの基礎的な理解と今後の発展～」

講師：大阪大学整形外科 講師
橋本 淳

座長：岸本理事

■第8回研修会（165回）

日時：平成17年11月26日（土）194名、
PM4：00～

会場：グランヴィア（久光）

総合司会 柴田理事

- 1) 演題：「人工神経・再生医療を用いたカウザ
ツギーに対する新しい治療法」

講師：稲田病院院長
京都大学再生医科学研究所臓器再
建応用分野 非常勤講師
奈良県立医科大学整形外科麻酔科
耳鼻咽喉科
救急医学高度救命センター 非常勤講師
稲田有史

座長：五島理事

- 2) 演題：「膝関節外科・スポーツ医学にお
ける新世代の治療」

講師：兵庫医科大学整形外科 教授
吉矢晋一

座長：早石副会長

11. JCOA 第1回学術研修専門医制度委員会
（11月23日）（右近理事）

- 1) ・JCOA 学術賞、地域医療功労賞の選出
・第80回日整会（平成19年度）のパネ
ル・教育研修講演の演題について

- 2) JCOA 理学療法委員会・学術研修委員
会合同委員会（11月23日）報告

- ・新設が予定される運動器リハに対する
従事者（PT、OT以外のセラピスト）
を対象とした研修プログラムについて
・長田理事・坂本理事より経緯、内容に
ついて発現あり

12. 平成17年度名誉会員との懇談会

（11月19日東京）（堀木理事）

- 1) 次回診療報酬改定

- ・アオホン見直しヒアリング
・内保連、外保連ヒアリング
・「運動器リハ」新設

- 2) 日本運動器リハビリテーション学会研
修認定制度について

- ・第1回研修認定講演会は、3月迄に各
地区に於いて開催予定

13. 秋のゴルフコンペの結果 （吉田理事）

優勝：服部先生 準優勝：大谷先生

次回、春のコンペ→5月14日の予定

文責 藤本啓治

§ 協議事項

1. 平成18年度の（骨と関節の日）の行事
担当地区へのお願い （黒田）

来年度のテーマは肩の痛み JOA と合同の
開催になるかもしれない。

（黒田）年々この運動は尻すぼみとなってい
る。各医師会の健康まつりと合同
でおこなってはどうか。今後
JOA が（骨と関節の日）の運動に
参加するが、JCOA としてはどのよ
うに行うかは大学の窓口となる浜西
DR に相談してはどうか

（松矢）今後の方針は執行部で検討する。

(早石) 大学はこのような運動の参加者を多数集めるのは無理なように思う

2. OCOA ホームページの大阪臨床整形外科医会 MAP への新規掲載について

(岸本)

ホームページに掲載されている医院とそうでない医院があるが不公平でないか

(澤田) 会員には以前に連絡したが反応なかった。

(長田) ホームページの掲載内容は品位のあるものにしたい。今後の運営は IT 委員会でおこなっていただければいいのでは。

3. 今後の理事会後の懇親会の形式について

(斧出)

(斧出) 直前のキャンセルがあり過ぎまともならず仕事にならない。今後懇親会を今までと形式を変更すればどうか、また懇親会の出欠の確認にはメーリングリストを充実させてはどうか。

(松矢) 斧出先生 2 年間ありがとうございました。来年度は斧出先生の意見を参考にして執行部で検討する。

4. 12 月以降の研修会について

(栗本)

平成 17 年度

第 9 回 (166 回) H18.1.28 全日空ホテル

(日本臓器)

総合司会 岸本理事

1) 演題「新しい創傷治療」

講師：特定医療法人慈泉会相律病院
傷の治療センター長 夏井 睦

座長：白川理事

2) 演題：「診断が難しい小児の下肢痛－その診断へのアプローチ」

講師：大阪市立大学整形外科 講師
北野利夫

座長：古瀬理事

第 10 回研修会 (167 回) H18.2.18

グランピア (科研製薬)

総合司会 阪本邦雄理事

1) 演題：「人工股関節置換術周辺の留意点」

講師：大阪医科大学整形外科 講師

岸本郁男

座長：大島理事

2) 演題：「膝関節靭帯・軟骨 (半月を含む) 損傷の治療」

講師：大阪府立大学総合リハビリテーション学部 教授 史野根生

座長：天野理事

第 11 回研修会 (168 回) H18.3.25

帝国ホテル (武田製薬)

1) 演題：「リウマチ上肢の再建術と適応」

講師：大阪厚生年金病院整形外科 部長
正富 隆

座長：北野理事

2) 演題：「関節リウマチに対する薬物治療戦略－現状と将来展望－」

講師：名古屋大学大学院医学系研究科
機能構築医学専攻運動・形態学科
教授 石黒直樹

座長：栗本副会長

平成 18 年度

第 1 回 (169 回) H18.4.15

大正製薬 (株) 大阪支店 (大正製薬)

総合司会 黒田理事

1) 演題：「肘の外傷と疾患の見方、私の経験から」

講師：大阪医科大学整形外科 部長
阿部宗昭

座長：服部良治理事

第 2 回研修会 (170 回) H18.5.13

ウエスティンホテル大阪 (エーザイ)

総合司会 森理事

1) 演題：「頸椎変性疾患の診断と治療」

講師：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

座長：武田理事

2) 演題：「RA 最新治療における滑膜切除の意義」

講師：東京女子医大東医療センター
整形外科 教授 井上和彦

座長：次期会長

第3回研修会（171回）H18.6.24

ホテル阪急インターナショナル（小野薬品）

総合司会 三浦理事

1) 演題：「肩関節疾患の診断と治療」

講師：大阪市立大学大学院医学研究所

整形外科 講師 伊藤陽一

座長：柴田理事

2) 演題：「メーカーより 脊椎疾患関連」

講師：関西労災 大和田先生

座長：三村理事

第4回研修会（172回）H18.7.22

ウエスティンホテル大阪（中外製薬）

総合司会 三村理事

1) 演題：「外来診療における骨軟部腫瘍の診断と取り扱いの留意点」

講師：大阪医科大学整形外科 助手

植田直樹

座長：森下理事

2) 演題：「変形性膝関節症の保存的治療」

講師：岡山大学医学部・歯学部付属病院

総合リハビリテーション部 助教授

千田益生

座長：長谷川理事

5. 大阪臨床整形外科医会会則の変更

（澤田）JCOAの要望で第13条の1項に「日本臨床整形外科医会の各県代表者を兼務する。」の文言を加える。

また各県は代議員、予備代議員の決定方法を明記すべきでOAOAでは次の項目を会則に追加すればどうか

第〇条

1. 日本臨床整形外科医会の代議員及び予備代議員は、理事会が会員の中から委嘱する。

2. 任期、職務は日本臨床整形外科医会会則で定めるところによる。

3. 本会役員との兼務、及び再任を妨げない。

（松矢）これらの項目を何条にするかは執行部で検討し決定は総会で行う。

6. その他

（松矢）

「次期会長について」立候補者はなく早石副会長が推薦された。

臨時理事会議事録〔平成18年2月4日〕

議題：日本運動器リハビリテーション学会セラピスト研修会の件について

日本運動器リハビリテーション学会より開催の要請がある、日本運動器リハビリテーション学会セラピスト研修会について、松矢会長より経過説明があった。平成18年2月4日の現在、診療報酬との関連性が不透明であり、今、OAOAがこの研修会を開催するのは時期早尚ではないかとの慎重論もあったが、3月中に開催することを決定した。

文責 五島淳

§ 報告事項

1. JCOA 理学療法委員会・学術研修委員会合同委員会報告（18.2.5 東京）（右近理事）

議題：運動器リハビリテーションセラピスト研修会実施要綱について

セラピスト研修会 セラピスト研修会修了試験 セラピスト研修認定についての報告があった。

2. JCOA 平成17年度第2回学術研修専門医制度委員会報告

（18.2.15 東京）（右近理事）

第80回日整会（平成19年度）のパネル・教育研修講演の演題とJCOA学会のあり方についての報告があった。

3. JCOA 骨と関節の日委員会報告

（18.1.15 東京）（黒田理事）

1) 平成17年度「運動器の10年・骨と関節の日」全国都道府県活動報告とりまとめ

2) 平成18年度「運動器の10年・骨と関節の日」のテーマ「肩の痛み」の確認と患者向け小冊子、広報ポスターについて

3) 「運動器の10年・骨と関節の日」平成19年度以降のテーマについて

4) BJD 地域推進委員会について
の報告があった。

4. 運動器リハビリテーション研修会報告 (松矢会長)

医師研修は、平成 18 年 1 月 8、9 日に横浜で中央医師研修会を開催。

ついで、各都道府県で平成 18 年 1 月から 3 月末までに研修会を順次開催。
について報告があった。

5. 3 月 19 日の運動器リハビリテーションセラピスト研修会報告 (松矢会長)

平成 17 年 12 月 11 日にセラピスト研修制度発足が決定

平成 18 年 1 月 15 日開催に関するアンケートを実施

340 名の参加表明あり

2 月 4 日臨時理事会を行いセラピスト研修会実施 (18.3.19) が決定

講師として

山本哲 早石雅宥 森本清一 前中孝文
関谷博之 横田淳司の各先生にお願い
します。

との報告があった。

6. 1 月 2 月の研修会報告 (栗本理事)

平成 17 年度

第 9 回研修会 (166 回)

日時：H18.1.28 (土) PM4:00～

参加 276 名

会場：全日空 (日本臓器)

総合司会 岸本理事

1) 演題：「新しい創傷治療」

講師：特定医療法人慈泉会相澤病院
傷の治療センター長 夏井 睦

座長：白川理事

2) 演題：「診断が難しい小児の下肢痛その
診断へのアプローチ」

講師：大阪市立大学整形外科 講師
北野利夫

座長：古瀬理事

第 10 回研修会 (167 回)

日時：H18.2.18 (土) PM4:00～

参加 263 名

会場：グランヴィア (科研)

総合司会 阪本邦雄理事

1) 演題：「人工股関節置換術周辺の留意点」

講師：大阪医科大学整形外科 講師
岸本郁男

座長：大島理事

2) 演題：「膝関節靭帯・軟骨 (半月を含む)
損傷の治療」

講師：大阪府立大学総合リハビリテーション学部
教授 史野根生

座長：天野理事

7. JCOA 理事会報告 (澤田理事)

理学療法定の年制の撤廃

運動器リハビリテーション科の新設

JOA と JCOA との学会の問題

「運動、スポーツによる健康増進」

整形外科医療の医療経済実態調査

JCOA の就業規則と会則について報告が
あった。

8. 平成 17 年度第 3 回日整会医療システム 検討委員会報告 (17.12.17 東京)

(長田理事)

1) 平成 18 年度「運動器の 10 年・骨と関節の日」等 PR 活動について

2) 平成 19 年度以降の「運動器の 10 年・骨と関節の日」のテーマと実施について

3) 平成 18 年度以降のポスター作成について

4) 18 年度以降に作成するパンフレットの再検討、および平成 17 年度作成のパンフ

5) 「整形外科医療の周辺問題資料集」No.2 の日整会 HP への掲載について

6) 「臨床医のための医業類似行為の実態 Q&A (仮称)」の作成について

7) 日本臨床整形外科医会医療システム委員会との合同委員会について

8) 日整会 HP 一般向け HP および医療システム検討委員会のページの掲載内容

の検討
の報告があった。

9. 平成 17 年度第 4 回 JCOA 理事会報告

(18.2.19 東京) (長田理事)

- 1) 現在会員数：正会員 5,533、名誉会員 78、合計 5,611
- 2) JCOA 名誉会員推薦近畿より 土屋良之 (京都)、服部良治 (大阪)
- 3) 裁定委員近畿より 遠藤紀 (滋賀)
- 4) 第 18 回日本運動器リハ学会 (7 月 15.16) 会長角南義文 (岡山)
JCOA よりの補助金の件
- 5) JCOA 学会予定 研修会予定
19 回 18 年 京都(近畿)33 回 18 年 福島(東北)
20 回 19 年 青森(東北)34 回 19 年 滋賀(近畿)
21 回 20 年 福井(中部)35 回 20 年 岡山(中四国)
22 回 21 年 愛媛(中四国)36 回 21 年 九州
23 回 22 年 (関東)、37 回 22 年 中部
24 回 23 年 (九州)、38 回 23 年 関東
- 6) JOA 退会予定者 (会費未払い)：大阪で 2 名
小松原寿夫 (小松原クリニック)
松本廣司 (三愛病院)
- 7) JOA 学会功労賞受賞者 12 名あり。(近畿より和歌山の青木敏先生)
JCOA の JOA 代議員懇談会 (5 月 17 日) でお祝いする。
- 8) JCOA 次期各種委員会委員候補者推薦のお願い (締め切り 5 月 8 日)。
原則的に各委員会に各地区より 1 名選出、半数は 60 歳未満、アドバイザーは前委員長または前・元理事が望ましい。
- 9) 第 1 回代議員会 (持ち回り) 4 月 9 日…理事選挙
第 2 回代議員会 5 月 14 日 (日) 品川プリンス…理事長選挙と総会提出議題承認
- 10) 中医協公聴会意見陳述・JCOA 葉梨先生。
- 11) 各種委員会報告
* 「運動器の 10 年・骨と関節の日」委

員会より…黒田先生

* 社保委員会…岩本先生

* 学術研修専門医委員会…右近先生

12) JOA 医療システム検討委員会報告
の報告があった。

10. 平成 17 年度 JOA・JCOA 合同医療システム委員会報告

(18.2.25 東京) (長田理事)

- 1) 「医業類似行為に関する医療現場対応マニュアル (仮称)」
 - 2) 脊椎脊髄ジャーナル
05 年 No.4 「腰部脊柱管狭窄症に対する理学療法と鍼治療」について
 - 3) 厚生労働大臣宛の柔道整復師に関する再要望書 (平成 17 年 5 月 26 日)
 - 4) 日医「社会保険診療報酬検討委員会答申」
 - 5) ご存知ですか? 医業類似行為 (平成 17 年 9 月、12 月兵庫県医師会報) 尼崎市 山根敏彦
 - 6) 柔道整復の施術に係る療養費に関する調査 (厚生労働省平成 17 年 7 月)
 - 7) 柔道整復師養成施設 (H17.4.1 現在) 療養費推移
についての報告があった。
- #### 11. 平成 17 年度第 4 回 JCOA 医療システム検討委員会報告
- (18.2.25 東京) (長田理事)
1. 第 8、9 回理事会 (1 月、2 月) 報告
 2. ワーキンググループ報告
 - 1) 対外広報 WG
 - 2) 教育宣伝 WR
 - 3) 医療周辺関連 WGについて報告があった。
- #### 12. 平成 17 年度会計決算報告 (森本理事)
- #### 13. 平成 17 年度第 4 回社保委員会
- (18.1.29 東京) (岩本理事)
- 1) 診療報酬改定の問題点について
 - 2) 平成 18 年度外保連要望項目の募集について
 - 3) 日医疑義解釈委員会への提出項目につ

いて

- 4) 平成 18 年度 JCOA 学会（京都）でのパネルディスカッションについて
テーマは「平成 18 年度診療報酬改定の問題点」
- 5) JCOA 医療経済実態調査について
- 6) 「全国保険審査委員会議」で「労災における諸問題」を扱ってはどうかという会員からの提言に対して JCOA 労災、自賠委員会で検討して頂くこととした。
- 7) 平成 18 年度社保委員会事業計画並びに予算案の検討。

の報告があった。

14. OCOA 会員動態報告（平成 18 年 3 月 1 日現在）（森本理事）

平成 17 年 4 月 1 日 会員数 416 名

顧問 6 名

名誉会員 12 名 計 434 名

平成 18 年 4 月 1 日 会員数 421 名

顧問 5 名

名誉会員 12 名 計 438 名

平成 18 年 3 月 1 日までの入会者・退会者氏名
新入会者 14 名

金田隆義、西野佳浩、高山昌義、
西浦道行、桑 敏之、和田 誠、
牧野 正、高谷泰輔、井上 剛、
綿谷勝博、山田純司、奥野雅男、
浜 直、秋野一男

退会者 8 名

三木春一郎、松本廣司、中川英隆、
上川英徳、野々上泰信、井上博夫、
伊藤忠信、青野 壽、

物故者 1 名 久保俊雄

15. 18 年 6 月 3 日の理事会を 10 日に変更する件（早石理事）
16. 18 年 4 月 22 日近畿ブロック会（京都主催）の議題募集と出席要請（早石理事）
17. 会場係から、役員の先生方へのお願い（斧出理事）

“OCOA 役員会および懇親会の出席について”の事前報告の希望があった。

第 4 回理事会〔平成 18 年 3 月 4 日〕

§ 協議事項

1. 3 月 19 日の運動器リハビリテーションセラピスト研修会の役務分担（松矢）

受付：黒田、栗本、山口、五島

弁当：小林、森

出務手当：講師 5 万円、その他は会長に一任

2. 18 年度の骨と関節の日の行事について（小林）

JOA と共催したいので協議する。1ヶ所大きな会場を設ける。

3. 平成 18 年度の予算案について（森本）

理事会会議費が平成 17 年度より多いのは常任理事会を新設して毎月開催するからと説明があった。

一般会計、学会会計ともに承認された。（本誌 20 頁）

4. 3 月以降の研修会について（栗本）

平成 18 年度 OCOA 研修会の演題、座長、司会について協議の上決定した。

平成 18 年度

■第 1 回研修会（169 回）

日時：H18.4.15（土）PM4：00～

総合司会 黒田理事

会場：大正製薬株式会社大阪支店（大正製薬）

1) 演題：「肘の外傷と疾患の見方、私の経験から」

講師：大阪医科大学 前教授 阿部宗昭

座長：服部理事

■第 2 回研修会（170 回）

日時：H18.5.13（土）PM4：00～

総合司会 森理事

会場：ウエスティンホテル大阪（エーザイ）

1) 演題：「頸椎変性疾患の診断と治療」

講師：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

座長：武田十四也理事

2) 演題：「RA 最新治療における滑膜切除の意義」

講師：東京女子医大東医療センター

整形外科 教授 井上和彦

座長：次期会長理事

■第3回研修会（171回）

日時：H18.6.24（土）PM4：00～

総合司会 三浦理事

会場：ホテル阪急インターナショナル

（小野薬品）

1) 演題：「見逃してはならない腰痛疾患－ここに気をつけて！－」

講師：関西労災病院整形外科 部長
大和田哲雄

座長：三村理事

2) 演題：「肩関節疾患の診断と治療

－スポーツ障害と鏡視下手術の可能性」

講師：大阪市立大学大学院医学研究所
整形外科 講師 伊藤陽一

座長：柴田理事

■第4回研修会（172回）

日時：H18.7.22（土）PM4：00～

総合司会 三村理事

会場：ウエスティンホテル大阪（中外製薬）

1) 演題：「外来診療における骨軟部腫瘍の診断と取り扱いの留意点」

講師：大阪医科大学整形外科 助手
植田直樹

座長：森下理事

2) 演題：「変形性膝関節症の保存的治療」

講師：岡山大学医学部・歯学部附属病院
総合リハビリテーション部 助教授
千田益生

座長：長谷川理事

■第5回研修会（173回）

日時：H18.8.26（土）PM4：00～

総合司会 黒川理事

会場：ヒルトンホテル（旭化成）

1) 演題：「変性椎間板の再生と疼痛の制御」

講師：和歌山県立医科大学整形外科
助教授 川上守先生

座長：田上理事

2) 演題：「肩後方のスポーツ障害：その診

かたと治しかた」

講師：奈良県立医科大学整形外科
臨床教授 尾崎二郎

座長：五島理事

■第6回研修会（174回）

日時：H18.9.16（土）PM4：00～

総合司会 白川理事

会場：ヒルトンホテル（第一製薬）

1) 演題：（未定）

講師：近畿大学整形外科 教授
浜西千秋

座長：小林理事

2) 演題：（未定）

講師：済生会中津病院整形外科 部長
大橋弘嗣

座長：古瀬理事

■第7回研修会（175回）

日時：H18.10.21（土）PM4：00～

総合司会 榊田理事

会場：ヒルトンホテル（帝人）

1) 演題：（未定）

講師：関西医科大学整形外科 講師
中村誠也

座長：藤本理事

2) 演題：（未定）

講師：産業医科大学整形外科 教授
中村利孝

座長：森本理事

5. 次期 OCOA 理事の役職の分担について

（栗本）

一部原案から変更の上決定した。（本誌 21 頁）

6. 「総会の resume」作成の為の出務記録の問い合わせ

（早石）

平成 17 年度各種委員会と出務状況について確認が行われた。

7. 三村理事ご提案の協議事項

三村理事から提案のあった 2 題について協議を行った。

総会議事録

第30回大阪臨床整形外科医会総会報告

平成18年4月15日 大正製薬株大阪支店6階ホール

平成18年度の総会は、平成18年4月15日午後3時30分より開催された。

栗本副会長の開催宣言に引き続き、松矢会長挨拶の後、故久保俊雄先生を偲んで1分間の黙祷を行った。

今回は7名の参与が誕生し、松矢会長より感謝状を贈呈した。

議長には堀木篤参与、副議長には佐藤利行理事が推薦された。出席者65名、委任状による出席者は122名合計187名であった。

現会員数446名であり総会は成立した。議事録署名人に松尾澄正、伊藤成幸の両名を議長が指名し議事に入った。

議事

第1号議案 平成17年度庶務及び事業報告について承認を求める件 早石雅有副会長報告

(1) 会員動態 会員総数446名、新入会24名、退会者11名(物故者1名を含む)

(2) 研修会は11回開催された。参加者は68名～293名平均211名でありました。

リウマチ単位はもちろん、スポーツ・脊椎脊髄病医単位も網羅し内外からの評判はすこぶる良いとの事であった。

昨年度の中程より研修会及び情報交換会への参加を医師のみに限定したので会員からの評価もかなり上がりました。

(3) 各種会議、出務はますます多くなっており会長 副会長の責務は大変なものと同察されました。

(4) 福利厚生事業、春には5月22日、秋には11月20日北六甲カントリークラブでゴルフコンペが開催された。

(5) OCOA各種プロジェクト委員会

大阪府医師会、JCOAとの連絡を蜜にし会員の相互の浄化、潤滑剤としての機能を果たしています。

(6) 広報事業 第31号の会報を発行しました。

各広報委員のご努力とご苦勞には感謝しております。骨と関節の日の行事は茨木市、住吉区、堺市、大阪府医師会館、羽曳野市、西成区にて盛大に行いました。

第2号議案 平成17年度収支決算報告

森本清一会計担当理事報告

総額3,848万円余りの会計報告があり、小松堅吾・服部良治両幹事の監査報告がなされ満場一致で承認された。

第3号議案 平成18年度事業計画案

小泉構造改革の流れの中で勝ち組、負け組という二極化の結果がより鮮明になっている様であります。我々整形外科医は負け組に入るわけにはまいません。その為医療人として、この難局に立ち上がっていくべき努力をしていく必要がある。

OCOAとしての組織の強化、研修会等の学術活動、保健医療に関する諸問題の研究と対策、医業周辺業種への対策、高齢者対策、労災保険、交通事故医療、医事紛争等に関する研修活動の強化、広報情報活動として特に会報発行、骨と関節の10年の活動を通じ一般市民向けの講演活動等を行うつもりである。

会員向けとしては、親睦ゴルフコンペ等を企画しております。

以上の計画案が提案され承認された。(栗本副会長)

第4号議案 平成18年度OCOA会計予算案

第3号の計画案を施行すべく予算案が上程され承認された。(森本理事)

第5号議案 会則の変更と訂正

会長職の変更：会長は各県代表者となる

第13条に7を設け追加条項を加える案

7. 他の機関の役員の選出

① JCOAの代議員および予備代議員は理事が会員の中から委嘱する

② 任期、職務はJCOA会則で定めるところによる

③ 本会役員との兼務および再任を妨げない

(澤田 JCOA 理事)

第6号議案 平成18年度新役員選出

会長 早石雅有

副会長 学術担当黒田晃司 広報担当山本哲 総務庶務担当栗本一孝 会計担当前中孝文 保険運動器の10年担当森本清一の新役員が承認された

以上が第30回大阪臨床整形外科医会総会の議事報告である。

〈議事録署名人 署名〉

第30回大阪臨床整形外科医会定時総会は、上記の通り相違無く行われた事を認めます。

議長 堀木篤 

議事録署名人 伊藤成幸 

議事録署名人 松尾澄正 

文責 栗本一孝

新入会員名簿補追

< 17年3月以降入会 >

氏名	医療機関名	医療機関所在地	TEL	FAX
かねだ たかよし 金田 隆義	(医) 五月会 青山第二病院	〒586-0033 河内長野市喜多町 192-1	0721-65-0033	0721-62-3163
わたたに かつひろ 綿谷 勝博	綿谷整形外科 クリニック	〒544-0033 大阪市生野区勝山北 2-4-5	06-6711-7788	06-6711-7788
いのうえ つよし 井上 剛	(医) 久保会 井上整形外科	〒535-0031 大阪市旭区高殿 3-20-11	06-6951-5500	06-6956-5559
たかや やすすけ 高谷 泰輔	(医) 大潤会 みやのさか整形外科	〒573-0022 枚方市宮之阪 3-7-10	072-890-0119	072-890-0118
まきの ただし 牧野 正	京町堀整形外科	〒550-0003 大阪市西区京町堀 1-6-22 牧野ビル 1F、2F	06-4803-8777	06-4803-8778
わだ まこと 和田 誠	わだ整形外科 クリニック	〒573-0163 枚方市長尾元町 2丁目 1-21	072-875-0515	072-875-0515
くわ としゆき 桑 敏之	くわ 総合 クリニック	〒590-0113 堺市南区晴美台 2-35-10	072-292-6060	072-292-9919
にしうら みちゆき 西浦 道行	西浦整形外科	〒543-0023 大阪市天王寺区味原町 13-11-2 味原トータルライフ 3F	06-6761-8781	06-6761-8781
たかやま しょうご 高山 昌義	高 山 整形外科・内科	〒547-0047 大阪市平野区平野元町 10-23	06-6794-0909	06-6794-0909
にし の よしひろ 西野 佳浩	(医) 浩智会整形外科 おかもとクリニック	〒545-0001 大阪市阿倍野区天王寺町北 2-15-10	06-6710-7011	06-6710-7011
はま ただし 浜 直	浜 医 院	〒565-0861 吹田市高野台 1丁目 6-6	06-6836-0117	06-6836-0118
おくの まさお 奥野 雅男	おくの 整形外科	〒587-0022 堺市美原区平尾 1989 番地	072-363-7777	072-362-0877
やまだ じゅんじ 山田 純司	(医) 司誠会整形外科 やまだクリニック	〒578-0971 東大阪市鴻池本町 1-22	06-6744-7722	06-6744-7769
あきの かずお 秋野 一男	(医) あき の 整 形 外 科	〒559-0017 大阪市住之江区中加賀屋 3丁目 10-18	06-6683-8808	06-6683-8965
あもの ゆういち 天野 祐一	(医) 天野クリニック	〒534-0002 大阪市都島区大東町 2-15-16	06-6927-7500	06-6922-9974
なかの あきお 中野 彰夫	(医) 彰生会整形外科 中野クリニック	〒590-0116 堺市南区若松台 3-34-22	072-295-7007	072-295-7008
まえだ そうじろう 前田 壮二郎	前 田 医 院	〒560-0081 豊中市新千里北町 2-20-14-104	06-6834-6492	06-6834-3963

氏名	医療機関名	医療機関所在地	TEL	FAX
はしもと 規 橋本 規	(医)橋本医院	〒557-0031 大阪市西成区鶴見橋 1-12-26	06-6641-9247	06-6641-9247
おう まさみち 王 正道	整形外科 おうクリニック	〒550-0027 大阪市西区九条 1-14-3 新道ハイツ 1F	06-6581-8800	06-6581-8829
やの ひろし 矢野 博志	整形外科 やのクリニック	〒546-0013 大阪市東住吉区湯里 1-1-8	06-6701-8489	06-6701-8489
うらいさみ たけし 浦 勇 武志	うらいさみ整形外科	〒532-0005 大阪市淀川区三国本町 3-37-35 ヴェール阪急三国 3F	06-6393-0300	06-6393-0700
たかだ けいぞう 高田 敬蔵	(医)敬節会 西中島クリニック	〒532-0011 大阪市淀川区西中島 3-2-11	06-6301-5706	06-6304-0117
にしぐち とよのり 西口 豊憲	(医)西口 整形外科医院	〒593-8326 堺市西区鳳西町 1-74	072-264-8800	072-264-2330
つもり たかお 津森 孝生	(医)津森医院	〒578-0935 東大阪市若江東町 4-2-5	06-6729-6020	06-6729-7435
こにし なおお 小西 長生	(医)豊饒会 小西クリニック	〒537-0024 大阪市東成区東小橋 2-5-11	06-6974-1524	06-6974-1524
ないとう じろう 内藤 二郎	(医)内藤外科 整形外科医院	〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-6 塩野日生ビル	06-6231-1281	06-6228-0361
まつだ ひろし 松田 浩	松田外科	〒569-0803 高槻市高槻町 4-5	072-683-5413	072-683-5414
さくた こういち 作田 浩一	(医)一真会整形外科 さくたクリニック	〒538-0043 大阪市鶴見区今津南 1-5-41	06-6965-7840	06-6965-7841
はやし じゅんいち 林 俊一	甲聖会記念病院	〒564-0033 吹田市江の木町 7-1	06-6380-0666	06-6380-0736
こじま みさら 小島 朗	小島整形外科	〒536-0013 大阪市城東区鳴野東 1-13-12 かぼくビル 2F	06-6965-8041	06-6965-8041

・注：住所、電話番号等の変更は OCOA 事務局までお知らせ下さい。

(平成 18 年 3 月現在)

編集後記

小泉構造改革の名前のもと大きな資本の流れの方向がかえられた。産業界とくに大資本にお金が流れるようになったと思われる。国際競争力が必要と、報道関係も含めて大合唱で進められた。医療、福祉には大変厳しい時代になったと言える。弱いものにとっては切り捨てられていくような時代とも言えよう。医者としてはこのような体制に反対する強

い姿勢と患者さんを守るやさしい心と両方を常に持っていなければならない。あまり時代に翻弄されることなく生きたいものである。



(広報担当理事・副会長 山本 哲)

日頃、高齢者の急性腰痛の中でレントゲンでは判断できない脊椎圧迫骨折を多く経験していました。脊椎骨折であれば、痛みは強いはずと思っていたのですが、さほど強い痛みを訴えないのに MRI で骨折が確認される症例も経験していました。中野哲雄先生のリサーチで 16% に痛みのない脊椎骨折が、FIT study (患者の自己申告) では、脊椎骨折の 3 分の 2 が痛みを訴えていないと知り、高齢者の腰背部痛に対して、今まで以上に注意して診察に当たらないといけなさと新ためて教えられました。高齢者の荷重がづらいほどの膝痛で、block がほとんど効果ない症例の MRI で骨内浮腫像が見られたのですが、これも骨粗鬆症による occult fracture と知り、納得しました。

また、稲田有史先生の講演で、複合性局所疼痛症候群に対し、PGA-C tube がこれ程効果があるとは驚きです。今まであきらめてきた症例の治療方法が増えることは医師や患者さんにとって福音です。しかし、知らない患者さんに福音をもたらすことはできません。



第 32 号には、全ての OCOA 教育講演研修会報告が網羅されました。全ての研修会に参加することは不可能に近いので、会誌を熟読することで新しい情報が得ることができありがたいことだと思います。

(広報担当理事 宮田重樹記)

このたび初めて会誌の校正に携わせて頂きました。分担したジャンルは『私の趣味』と『私の傑作』の項。皆様の趣味の域を超えた芸術的な作品、日常では遭遇し難い経験談、貴重な収集作品など楽しく読ませて頂きました。浅学菲才の私には同じ OCOA の会員でもある皆様は羨ましく思えました。本業は医療改定で給付を削られ、さらなる削減が予定されている。「医療機関にはこれ以上びた一文もやるものか」という国の態度は、これからの医療の方針は高度先端医療、予防医学を柱にしているはずなのに、後者を担っていると自負している我々にとって理解しがたい政

策です。このままで行けば、医療機関の経営の悪化と同時に国民の健康が脅かされていくのでは。アメリカの軍備拡張に呼応し、際限なく続く支援金供出。アメリカの軍備の陰に隠れている我が国としては必要なのかもしれませんが、少しはお金の使い道を考えてほしいものです。以上ぼやきになりましたが、明日からも一診療所として与えられた使命を全うしましょうか。



(広報担当理事 中嶋 洋記)

味覚障害の治療に関して：既にNHKテレビで放映された「チャングム」の中で、チャングムが薬の副作用で味覚を失い、料理人として苦境に陥った際に、蜂の針を舌の経穴に刺して貰い、味覚を回復している。また漢方による味覚障害の治療もあるが、ここでは現代的治療法を紹介する。

味覚障害の原因は胃腸障害、糖尿病、肝疾患、ウイルス感染、薬剤の副作用等が考えられる。

味覚障害は亜鉛欠乏を介して顕在化し、亜鉛の投与によって血清亜鉛の正常化とともに味覚は回復すると言われている。

血清亜鉛の正常値は $84 \sim 159 \mu\text{g/dl}$ であり、薬物として用いる場合は $80 \sim 150 \text{mg/日}$ の投与が必要である。薬物としてはポラプレジ

ング（プロマック）が胃潰瘍治療薬として販売されている。

食物中で亜鉛が非常に多く含まれているのは牡蠣（カキ）で、その他の貝類、肉類、豆類、穀物などにも多く含まれている。

サプリメントとしては、種々のかき肉エキスが売られている。

また亜鉛は多くの疾患に関与して、その症状を改善している。

（参考：宮田 學（さとる）著：「亜鉛と健康」、丸善京都出版サービス、2005年9月1日発行。）

（広報担当理事 須藤容章記）



平成17年3月以降の新入会員30名、現在会員総数450余名。各県臨床整形外科医会のなかでもOCAは突出した会員数の組織です。多数の会員の御投稿によりおかげさまで会報も高く評価されています。毎月開催される研修会も盛況で最新の知見が得られる事はもとより、日常診療に即座に役立つものが多く好評です。しかしながら日々研鑽を重ねているわれわれ整形外科医を取り巻く環境は決して良化していません。

新入会員の自己紹介内にも少なからずこの悪環境を打破するための情報収集力、組織力強化をOCAに期待する御意見が散見されました。

現状の整形外科関連の診療報酬体系では患者のニーズに応え、診察、多部位のリハビリ、注射、処置等同時に実施すれば時間と労働力

ばかりを要し診療報酬面では却ってマイナスとなるケースが多い。実施した治療行為の一部が否定されたと同等の評価である。このままでは今でも

驚愕の臨床整形外科医の平均寿命66歳を更に縮める結果しか見えない。診療報酬改定に際し唯一中医協に上程できる日本医師会の活動に積極的協力参加するとともに、整形外科の診療体系の不合理を正すべくによりも整形外科医政協議会の活動力を強化し日本医師会（日本医師連盟）に働きかける必要が有ります。会員の強い意向を結実するためには会員各自ならびに組織の更なるソフト・ハード（JCOA会員一口2万円）面のパワーアップが必須である。

（広報担当理事 黒川隆彦記）



この5月から、運動器リハが始まった。OCOA 松矢前会長はじめ執行部の先生方が、大変ご尽力され、その恩恵にあずかった先生方も多いと思う。しかし、開けてみると、看護師やマッサージ師をみなし PT とした場合、専従にしなければ点数が取れない。本来、看護師等がやっていた仕事は、誰がするのか。新たな看護師を雇うしかない？それとも、看護師はリハに回して、医者自身が動く？ うちのような小さな診療所では、到底人件費も出ず、絵に描いた餅のような話であった。

話は変わるが、駐車違反取締りの強化が始まった。これは、不法駐車による事故や渋滞をなくすと言う意味では、大変効果を上げて

いるように思う。この取締りを行う、交通監視員のことを、みなし公務員と言うらしい。つまり、交通監視員に逆らうと、公務執行妨害でつかまるらしい。「みなし」を辞書で引くと、「そう思っただけのこと。気のせい。」と書いてある。人手不足を補う方法としての苦肉の策であろうが、本当の資格を持った PT や警察官には、孤軍奮闘してもらいたいものである。

(広報担当理事 斧出安弘記)



今回、はじめて広報の仕事の一部に参加させていただきました。2006年4月からのリハビリの大きな変更により、3月末にはさまざまな情報が飛び交い、右往左往する日々でしたが、ようやく落ち着いてきた今日この頃です。ただ、今回の改悪で今まで参加していただけでいなかった方たちが、情報を得るためとはいえOCOAに加入していただき、しかも活動していただけるようになればありが

たいことです。ところで、待ちに待った2006年サッカーワールドカップが始まり、本日(6月23日)日本は予選リーグ敗退が決まりました。残念。

(広報担当理事 中川浩彰記)



平成18年4月からの医療制度改正をうけて整形外科医会は、それに対応すべく運動器リハビリテーション医研修会やセラピスト養成研修会開催等、その対応に大きく揺れたこの半年でした。前会長の松矢先生はそれを必死に乗り越えられ、会員全員に感謝されました。

新会長の早石先生の巻頭言にもあります様に、我々整形外科医が負け組にならない為にもこれからが大変大切な時期だと考えられます。今、我々にとって何が最も大切かを考えて一層努力する事が必要であります。その事が反映できて、しかも多くの皆さんに読んで

いただける会報誌でありたいと考えております。

このOCOA会報No.32号誌は会員各位、役員、研修会講師、協賛企業等、多くの皆様方の御協力によってやっと発行の運びとなりました。広報先代の丹羽先生より後をうけて、私達が何とか初めてまとめあげた会報誌です。しかし不備な点多々あると思われます。今後の為にもどしどしとお叱りをいただきたいと思ひます。

(広報担当理事 前野岳敏記)



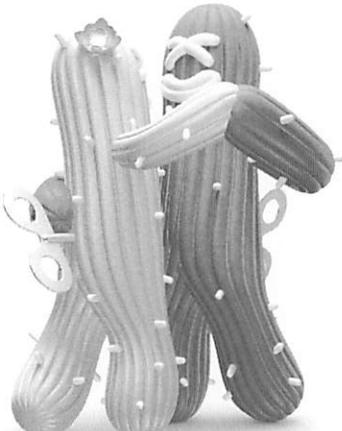
大阪臨床整形外科医会会報 第 32 号

平成 18 年 7 月 10 日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒543-0027 大阪市天王寺区筆ヶ崎町 2-12
医療法人 早石会 早石病院内
TEL 06-6771-1227
FAX 06-6771-8866

編集者 早 石 雅 宥・山 本 哲
黒 川 隆 彦・須 藤 容 章
中 嶋 洋・宮 田 重 樹
中 川 浩 彰・斧 出 安 弘
阪 本 邦 雄・前 野 岳 敏

続く痛みにモービック® いつも笑顔でいたいから



特徴

- 1. 選択的シクロオキシゲナーゼ (COX)-2阻害作用 (in vitro)**
炎症反応に関与するCOX-2をCOX-1より強く阻害します (in vitro)。
- 2. すぐれた消炎・鎮痛効果**
関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群の症状に対してすぐれた消炎・鎮痛効果を発揮します。
- 3. 1日1回投与で痛みをコントロール**
1日1回投与で鎮痛効果を発揮します。
- 4. 承認時における副作用発現率は16.22% (183例/1,128例)**
このうち消化器系の副作用は125例 (11.08%) でした。
主な副作用は胃部・心窩部不快感36件 (3.19%)、胃痛・心窩部痛28件 (2.48%)、皮疹・発疹・薬疹23件 (2.04%)、腹痛・上腹部痛11件 (0.98%)、皮膚痒痒10件 (0.89%) などでした。
重大な副作用として、消化性潰瘍 (穿孔を伴うことがある)、吐血、下血などの胃腸出血、大腸炎、喘息、急性腎不全、無顆粒球症、血小板減少、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)、水疱、多形紅斑、アナフィラキシー反応、アナフィラキシー様反応、血管浮腫、肝炎、重篤な肝機能障害が認められています (海外データによる)。
また類薬の重大な副作用として、ショック、再生不良性貧血、骨髓機能抑制、ネフローゼ症候群があらわれることが報告されています。

【禁忌 (次の患者には投与しないこと)】

- (1) 消化性潰瘍のある患者 (「慎重投与」(2)の項参照)
- (2) 重篤な血液の異常がある患者
- (3) 重篤な肝障害のある患者
- (4) 重篤な腎障害のある患者
- (5) 重篤な心機能不全のある患者
- (6) 重篤な高血圧症のある患者
- (7) 本剤の成分、サリチル酸塩 (アスピリン等) 又は他の非ステロイド性消炎鎮痛剤に対して過敏症の既往歴のある患者
- (8) アスピリン喘息 (非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発) 又はその既往歴のある患者
- (9) 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】

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

【用法・用量】

通常、成人にはメロキシカムとして10mgを1日1回食後に経口投与する。
なお、年齢、症状により、適宜増減するが、1日最高用量は15mgとする。

【用量・用量に関連する使用上の注意】

国内において1日15mgを超える用量での安全性は確立していない (使用経験が少ない)。

【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 (ミソプロストールは非ステロイド性消炎鎮痛剤により生じた消化性潰瘍を効能・効果としているが、ミソプロストールによる治療に抵抗性を示す消化性潰瘍もあるので、本剤を継続投与する場合には、十分経過を観察し、慎重に投与すること。) (3) 抗凝薬 (ワルファリン等) を投与中の患者 (「相互作用」の項参照) (4) 血液の異常又はその既往歴のある患者 (5) 肝障害又はその既往歴のある患者 (6) 腎障害又はその既往歴のある患者 (7) 心機能障害のある患者 (8) 高血圧症のある患者 (9) 気管支喘息のある患者 (10) 高齢者 (「高齢者への投与」の項参照) (11) 体液喪失を伴う大手術直後の患者

2. 重要な基本的注意 (1) 本剤は *in vitro* 試験において、シクロオキシゲナーゼ (COX)-1 に対してよりもシクロオキシゲナーゼ-2 をより強く阻害することが確認されているが、日本人を対象とした臨床試験ではシクロオキシゲナーゼ-2 に対してより選択性の低い非ステロイド性消炎鎮痛剤と比較して、本剤の安全性が高いことは検証されていない。特に、消化管障害発生のリスクファクターの高い患者 (消化性潰瘍の既往歴のある患者等) への投与に際しては副作用の発現に留意し、十分な観察を行うこと。 (「臨床成績」, 「薬効薬理」の項参照) (2) 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。また、薬物療法以外の療法も考慮すること。 (3) 長期投与する場合には、定期的かつ必要に応じて臨床検査 (尿検査、血液検査、肝機能検査及び便潜血検査等) を行うこと。また、異常が認められた場合には、減量又は休薬する等の適切な処置を行うこと。 (4) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。なお、海外では、消化器系の重篤な副作用 (消化性潰瘍 (穿孔を伴うことがある)、吐血、下血等の胃腸出血) が報告されているので、観察を十分に行い (消化管障害、特に胃腸出血に注意すること)、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。 (「副作用」の項参照) (5) 感染症を不顕性化する場合があるので、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 (他の非ステロイド性消炎鎮痛剤で、相互に副作用を増強することが報告されている)。(「相互作用」の項参照) (7) 眼の調節障害、眩暈等の精神神経系症状があらわれることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないよう十分注意すること。

3. 相互作用 【併用注意】 (併用に注意すること) 薬剤名等: 他の非ステロイド性消炎鎮痛剤又はサリチル酸塩、クマリン系抗凝薬 (ワルファリン等)、ヘパリン、チクロピジン、血栓溶解剤、コレスチラム、経口血糖降下剤、キニジン、リチウム、メトトレキサート、利尿剤、降圧薬 (β受容体遮断薬、ACE阻害薬、血管拡張薬、利尿剤等)、シクロスポリン

4. 副作用 国内におけるモービックカプセルでの臨床試験は、慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群の患者を対象に実施され、安全性について報告されたのは1,128例であった。1,128例中副作用が報告された症例は183例 (16.22%) であった。このうち消化器系の副作用は125例 (11.08%) に認められた。なお、主な副作用は、胃部・心窩部不快感36件 (3.19%)、胃痛・心窩部痛28件 (2.48%)、皮疹・発疹・薬疹23件 (2.04%)、腹痛・上腹部痛11件 (0.98%)、皮膚痒痒10件 (0.89%) 等であった。臨床検査値においては、一定の傾向を示す変動は認められていない。(1996年12月) 海外における臨床試験は、健康成人、慢性関節リウマチ、変形性関節症又は強直性脊椎炎の患者 (5,500例) を対象に実施された。このうち、3,750例に本剤7.5mg、15mgが経口投与され、主な副作用は、消化不良 (7.0%)、嘔気 (4.6%)、頭痛 (4.0%)、下痢 (3.5%)、皮疹 (2.8%) 等であった。(ヨーロッパにおける承認申請時) (1) 重大な副作用 1) 消化性潰瘍 (1%以下) (穿孔を伴うことがある)、吐血 (頻度不明)、下血等の胃腸出血 (1%以下)、大腸炎 (0.1%未満) : 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) 喘息 (0.1%未満) : 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) 急性腎不全 (頻度不明) : 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) 無顆粒球症 (頻度不明)、血小板減少 (1%以下) : 観察を十分に行い、定期的かつ必要に応じて血液検査を実施し、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。特にメトトレキサートのような骨髓機能を抑制する薬剤と併用する際には、留意すること。(「相互作用」の項参照) 5) 皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson症候群) (頻度不明)、中毒性表皮壊死症 (Lyell症候群) (頻度不明)、水疱 (頻度不明)、多形紅斑 (頻度不明) : 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。6) アナフィラキシー反応/アナフィラキシー様反応 (0.1%未満)、血管浮腫 (0.1%未満) : 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。7) 肝炎 (頻度不明)、重篤な肝機能障害 (1%以下) : 観察を十分に行い、定期的かつ必要に応じて臨床検査を実施し、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。注: 頻度は海外の臨床試験成績に基づく。また、頻度不明は海外の市販後の自発報告によるもの。

(2) 重大な副作用 (類薬) ショック、再生不良性貧血、骨髓機能抑制、ネフローゼ症候群: 他の非ステロイド性消炎鎮痛剤とこのようなことがあらわれることがあるので、観察を十分に行い、定期的かつ必要に応じて臨床検査を実施し、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。

●詳細は、添付文書等をご参照ください。

(4-09.1)

非ステロイド性消炎・鎮痛剤 薬価基準収載

モービック®

錠 5mg・10mg

Mobic® Tablets 5mg・10mg (メロキシカム製剤)

劇薬 / 指定医薬品

いちのぶくらまそう

第一製薬株式会社

〒103-8234 東京都中央区日本橋三丁目14番10号
ホームページアドレス
<http://www.daiichi-pharm.co.jp/>



製造販売元

Boehringer Ingelheim 日本ベリンガーインゲルハイム株式会社

東京都千代田区築港町2丁目8番8号

带状疱疹後神経痛 腰痛症、頸肩腕症候群 肩関節周囲炎、変形性関節症の 長引く痛み、神経因性疼痛に

ノイトロピン錠は NSAIDs とは異なる
鎮痛機序、臨床特性を持ち、難治性疼痛治
療薬の一つに位置づけられています。



指定医薬品

下行性疼痛抑制系賦活型
疼痛治療剤(非オピオイド、非シクロオキシゲナーゼ阻害)

ノイトロピン[®]錠

〈薬価基準収載〉

ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液含有製剤

【効能・効果】

带状疱疹後神経痛
腰痛症、頸肩腕症候群
肩関節周囲炎、変形性関節症

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉

带状疱疹後神経痛に用いる場合は、带状疱疹発症後6ヵ月以上経過した患者を対象とすること。(带状疱疹発症後6ヵ月未満の患者に対する効果は検証されていない。)

【用法・用量】

通常、成人には1日4錠を朝夕2回に分けて経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

带状疱疹後神経痛に対しては、4週間で効果の認められない場合は漫然と投薬を続けないう注意すること。

使用上の注意(抜粋)

1. 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
麻薬性鎮痛薬 モルヒネ等	動物実験において、鎮痛作用を増強したとの報告がある。	ともに鎮痛作用をもつ。
ベンズアゾシン系鎮痛薬 ベンタゾシン等		相加ないし相乗的に鎮痛作用を増強する。
三環系抗うつ薬 アミトリプチン等		ともに鎮痛作用をもつ。
解熱鎮痛消炎薬 インドメタシン等	本剤と同一成分の注射薬で鎮痛作用を増強したとの報告がある。	機序は不明。
マイナー トランキライザー ジアセパム等	本剤と同一成分の注射薬で麻酔前に併用した場合に覚醒が遅延するとの報告があるので、併用薬を減量するなど適切な処置を行うこと。	機序は不明。
バルビツール系 静脈注射用麻酔薬 チオペンタール等	動物実験において、睡眠時間延長作用を認めたとの報告がある。	機序は不明。

詳細は、製品添付文書をご参照ください。

2. 副作用

	0.1～5%未満	0.1%未満
過敏症(注)	発疹	蕁麻疹、そう痒
消化器	胃部不快感、悪心・嘔気、食欲不振	下痢・軟便、胃痛、口渇、腹部膨満感、便秘、口内炎、胃重感、胃部膨満感、腹痛、放屁過多、消化不良、胸やけ、胃のもたれ感、胃腸障害、嘔吐
精神神経系	—	眠気、めまい・ふらつき、頭痛・頭重感
その他	—	全身倦怠感、浮腫、熱感、動悸、皮膚感覚の異常

(注) 過敏症が発現した場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

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

日本臓器製薬

〒541-0046 大阪市中央区平野町2丁目1番2号 ☎06-6203-0441

資料請求先：日本臓器製薬株式会社 學術部

薬価基準収載

New Lineup

ムコスタに顆粒が加わりました。



The Power of Bioregulation

【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

ムコスタの特徴

- 1.胃粘膜のPG増加作用・フリーラジカル抑制作用を併せ持つ初めての胃炎・胃潰瘍治療剤です。
- 2.NSAIDs(ラット)*や*Helicobacter pylori*(in vitro)などによる胃粘膜傷害を抑制します。
- 3.胃潰瘍のQOUH**を高め、再発・再燃を抑制します(ラット)。
- 4.胃炎***、特にびらん・出血に対する有効性が認められています。
- 5.胃粘膜の炎症を制御し、粘膜機能を改善します。
- 6.副作用発現症例率は0.54%(54/10,047)で、その主なものは、便秘9件、ALT(GPT)上昇5件等でした。(ムコスタ錠100の承認時及び再審査終了時)
また、重大な副作用としてショック、アナフィラキシー様症状、白血球減少、血小板減少、肝機能障害及び黄疸があらわれることがあります。

* NSAIDs: non-steroidal anti-inflammatory drugs (非ステロイド性抗炎症薬)
 ** QOUH: Quality of ulcer healing (潰瘍治癒の質)
 *** 胃 炎: 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

【効能・効果】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】—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、Al-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。

胃炎・胃潰瘍治療剤

ムコスタ 錠100 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
〒101-8535 東京都千代田区神田司町2-2 大塚製薬 神田第2ビル

(05.04作成)

Hisamitsu

広い患部に

大判サイズ

新発売

- 広い患部に適する大判サイズ(14cm×20cm)
- 優れた使用性
 - ◆大判サイズで初の貼りやすいセンターカットフィルム採用
 - ◆優れた伸縮性・粘着性を有し、屈曲伸展部にもピッタリ貼付できる製剤である。
- 大判サイズで初の「清涼感があり、臭いが少ない」製剤
- 副作用 総症例6,908例中副作用が報告されたのは141例(2.04%)で、すべて接触皮膚炎であった。その症状は、発疹32件、発赤36件、痒痒感29件、刺激感9件等であった。(モース再審査終了時)
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。

指定医薬品
経皮鎮痛消炎剤

モース[®]60 ケトプロフェン0.3%
(薬価標準収載) **MOHRUS.60**

【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】

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎
変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎(テニス肘等)、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

【効能・効果に関連する使用上の注意】

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2回患部に貼付する。

【使用上の注意】

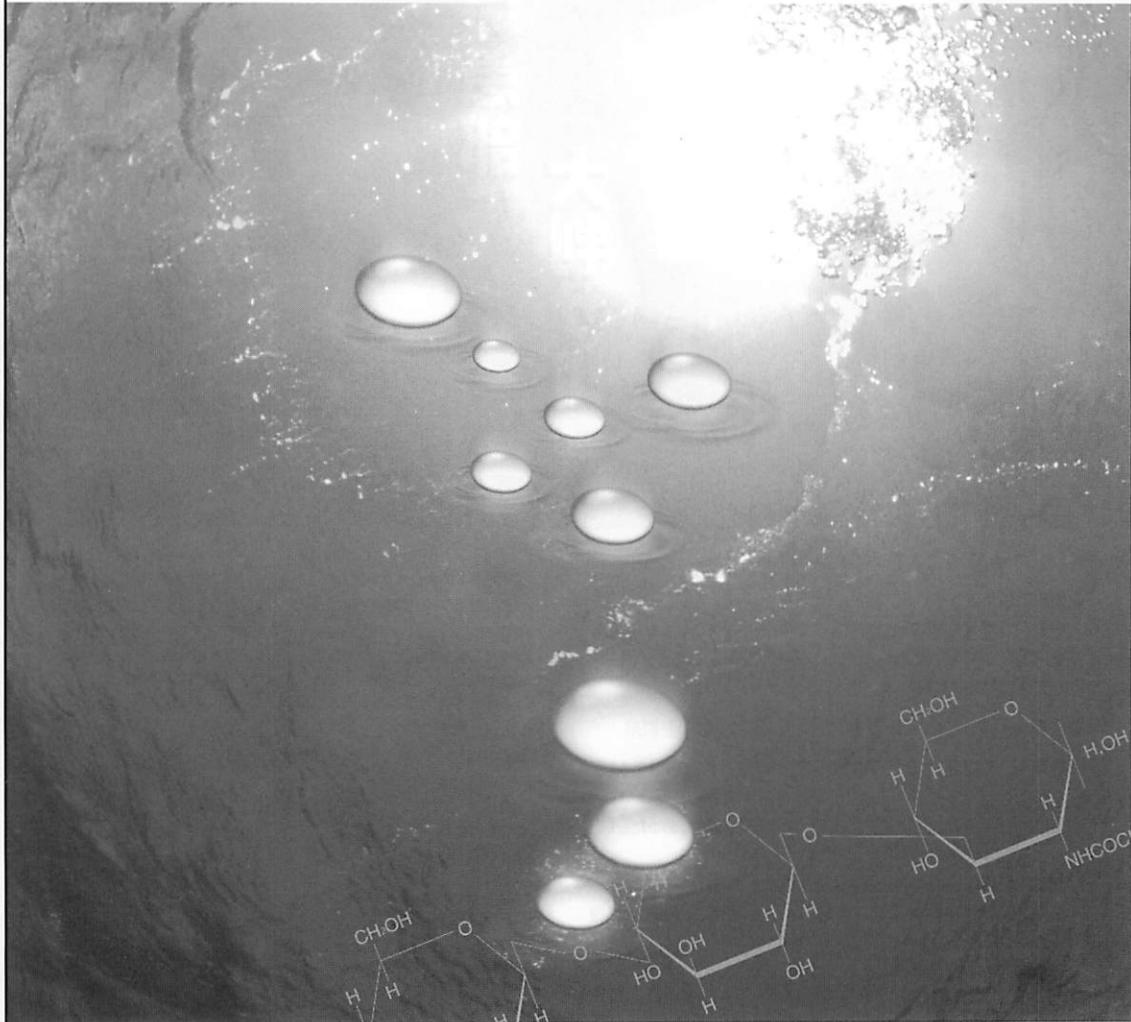
- 1.慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)
気管支喘息のある患者[アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある。]
- 2.重要な基本的注意
 - (1)本剤又は本剤の成分により過敏症(紅斑、発疹・発赤、腫脹、刺激感、痒痒等を含む)を発現したことがある患者には使用しないこと。
 - (2)接触皮膚炎又は光線過敏症を発現することがあり、中には重度の全身性発疹に至った症例も報告されているので、使用前に患者に対し次の指導を十分に行うこと。
 - 1)紫外線曝露の有無にかかわらず、接触皮膚炎を発現することがあるので、発疹・発赤、痒痒感、刺激感等の皮膚症状が認められた場合には、直ちに使用を中止し、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)慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また、患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。

●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。

製造販売元  **久光製薬株式会社** 〒841-0017 長崎市田代町408

資料請求先: 学術部 〒100-6221 東京都千代田区丸の内1-11-1

2006年4月作成



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
SUVENYL® バイアル

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



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

ロシュグループ

2005.10

Actonel



骨粗鬆症治療剤

劇薬
指定医薬品
処方せん医薬品^注

アクトネル[®]錠2.5mg

リセドロン酸ナトリウム水和物錠 ●薬価基準収載
注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

●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。

AJINOMOTO.
製造販売元: 味の素株式会社
東京都中央区京橋一丁目15番1号



販売元
イーザイ株式会社
東京都文京区小石川4-6-10
資料請求先: エーザイ株式会社医薬部

商品情報お問い合わせ先:
イーザイ株式会社 お客様ホットライン室
☎0120-419-497 9~18時(土、日、祝日 9~17時)

ACL0511-5 2005年11月作成



骨粗鬆症治療剤

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・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）

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。

商標 #ボロン/Bonalon® is the registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

製造販売元

TEIJIN 帝人ファーマ株式会社

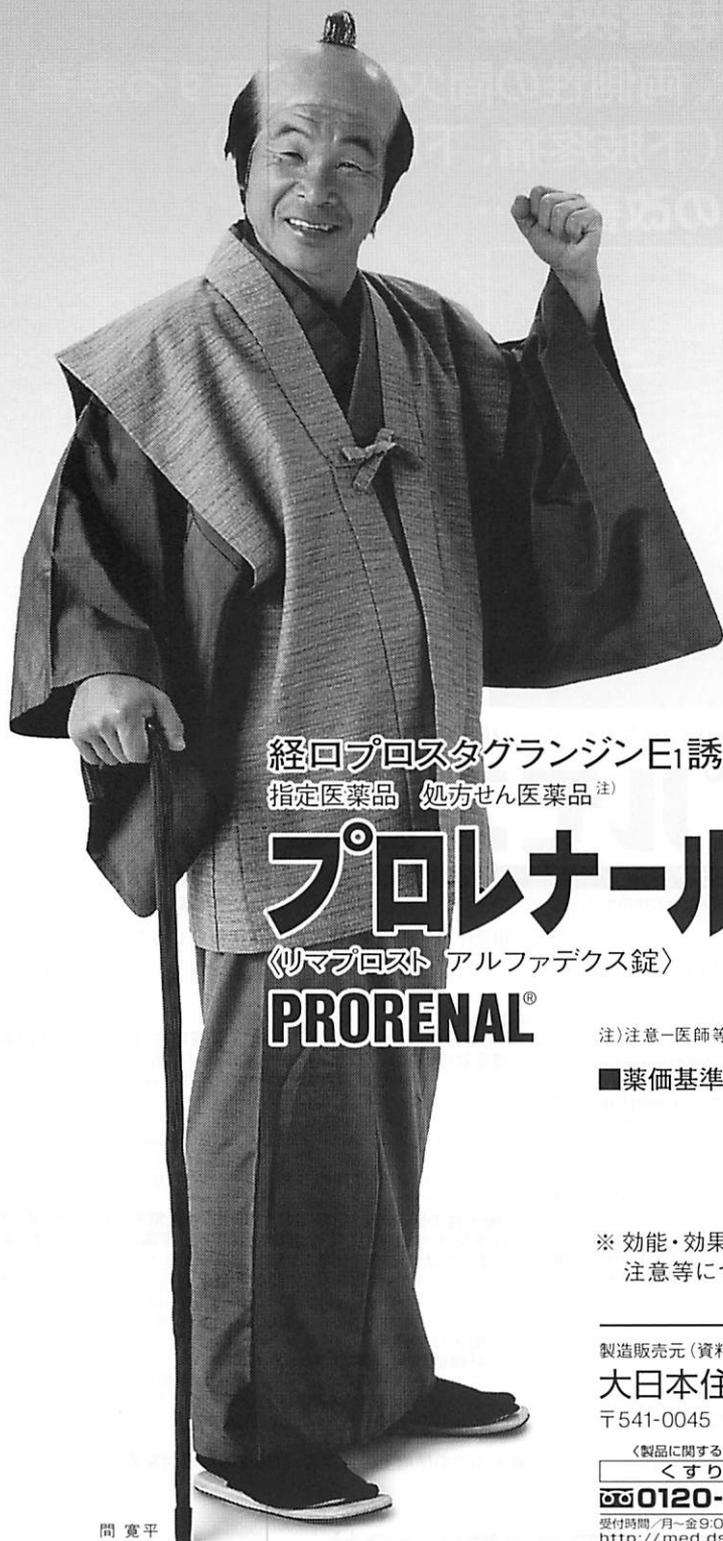
資料請求先：学術情報部

〒100-8585 東京都千代田区内幸町2-1-1

BNT027 (KK) 0504改4 2005年4月作成



DAINIPPON
SUMITOMO
PHARMA



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^注



プロレナル[®]錠5μg

〈シマプロスト アルファデクス錠〉

PRORENAL[®]

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

※ 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〉

くすり相談室

☎0120-03-4389

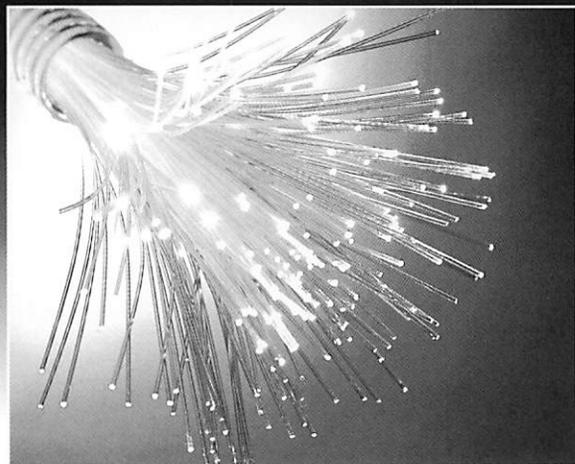
受付時間/月~金9:00~17:30(祝祭日除く)

<http://med.ds-pharma.co.jp/>

間 寛平

2005年10月作成

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¹⁾

オパルモン[®]錠5 μ g

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

- 閉塞性血拴血管炎に伴う潰瘍、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

- 閉塞性血拴血管炎に伴う潰瘍、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30 μ g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15 μ g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。

3. 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

〈閉塞性血拴血管炎に伴う潰瘍、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・心高部不快感 18件(0.4%)、腹痛・心高部痛 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)

(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。

(2005年6月改訂)

資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

050601

Benet

未来を支える骨を守る、ベネット。

元気な骨は健康寿命の基本です。

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
- (2) 本剤の成分あるいは他のビスフォスフォネート系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- (3) 低カルシウム血症の患者
- (4) 服用時に立位あるいは坐位を30分以上保てない患者
- (5) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
- (6) 高度な腎障害のある患者

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、日本骨代謝学会の原発性骨粗鬆症の診断基準等を参考に骨粗鬆症と確定診断された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、成人にはリセドロン酸ナトリウムとして2.5mgを1日1回、起床時に十分量 (約180mL) の水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、水以外の飲食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】

投与にあたっては次の点を患者に指導すること。

- 1) 水以外の飲料 (Ca、Mg等の含量の特に高いミネラルウォーターを含む) や食物あるいは他の薬剤と同時に服用すると、本剤の吸収を妨げることがあるので、起床後、最初の飲食前に服用し、かつ服用後少なくとも30分は水以外の飲食を避ける。
- 2) 食道炎や食道潰瘍が報告されているので、立位あるいは坐位で、十分量 (約180mL) の水とともに服用し、服用後30分は横たわらない。
- 3) 就寝時又は起床前に服用しない。
- 4) 口腔咽頭刺激の可能性があるので嘔まずに、なめずに服用する。
- 5) 食道疾患の症状 (嚥下困難又は嚥下痛、胸骨後部の痛み、高度の持続する胸やけ等) があらわれた場合には主治医に連絡する。

使用上の注意

● 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 嚥下困難がある患者又は食道、胃、十二指腸の潰瘍又は食道炎等の上部消化管障害がある患者
- (2) 腎障害のある患者

■ 使用上の注意の詳細については、添付文書をご参照ください。

Trademark and product under license from Procter & Gamble Pharmaceuticals, inc., U.S.A.

骨粗鬆症治療剤

劇薬・指定医薬品・処方せん医薬品^注

ベネット[®]錠2.5mg

リセドロン酸ナトリウム水和物錠

薬価基準: 収載

注) 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】



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/

提携

Wyeth

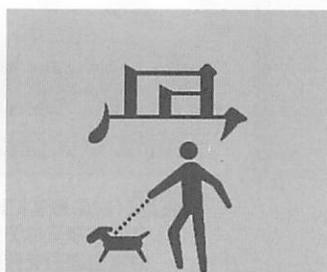
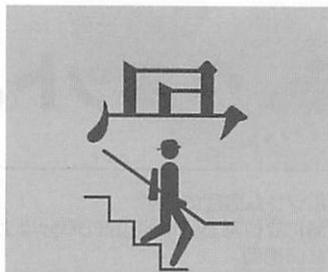
ワイズ株式会社

〒104-0031 東京都中央区京橋一丁目番3号

(0506)

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回筋肉内注射する。

【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法に関する総合的研究班」の診断基準 (骨量減少の有無、骨折の有無、腰痛の有無などの総合による) 等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立し、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年間大用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
ビスホスホン塩酸系骨吸収抑制剤 パミドロン酸二ナトリウム等	血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。 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。	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。

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、蕁麻疹、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、詳細については製品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留意下さい。

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

医薬学術統括部：東京都千代田区神田美土町9番地1
 URL <http://www.asahi-kasei.co.jp/fiyaku/>

H18.02

Santen



Together

抗リウマチ剤

薬価基準収載

創薬、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)

メトレート錠2mg

Metolate[®] tablets 2mg

メトトレキサート錠

■(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。

抗リウマチ剤

薬価基準収載

創薬、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)

リマチル錠100mg

Rimatil[®] tablets 100mg

プシラミン100mg錠

創薬、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)

リマチル錠50mg

Rimatil[®] tablets 50mg

プシラミン50mg錠

■(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。

製造販売元
S 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 医薬事業部 医薬情報室

抗リウマチ剤

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)

アザルフィジンEN錠

Azulfidine[®] EN tablets

サラゾスルファピリジン500mg腸溶錠

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)

アザルフィジンEN錠250mg

Azulfidine[®] EN tablets 250mg

サラゾスルファピリジン250mg腸溶錠

■(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、添付文書をご参照下さい。

製造販売元
S 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 医薬事業部 医薬情報室

製造販売
Pfizer ファイザー株式会社
東京都渋谷区代々木3-22-7

2005年6月作成
3MTL05FB5

大阪府、大阪市、指定

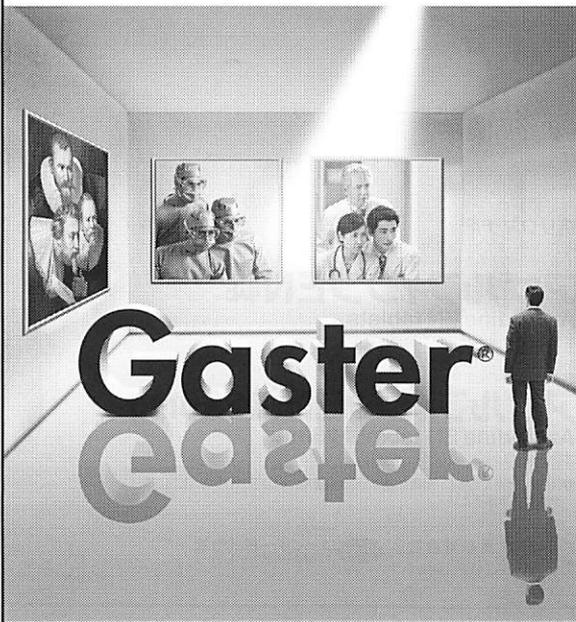
土井義肢製作所

〒540-0003

大阪府中央区森の宮中央2-8-12

TEL 06(6943)6567

FAX 06(6943)6878



H₂受容体拮抗剤(ファモチジン製剤) 薬価基準収載

ガスター[®] 錠・D錠 散・注射液

指定医薬品 **Gaster[®]**

- 錠10mg・錠20mg/日本薬局方 ファモチジン錠
- D錠10mg・D錠20mg/ファモチジン口腔内崩壊錠
- 散2%・散10%/日本薬局方 ファモチジン散

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)

- 注射液10mg・注射液20mg/ファモチジン注射液

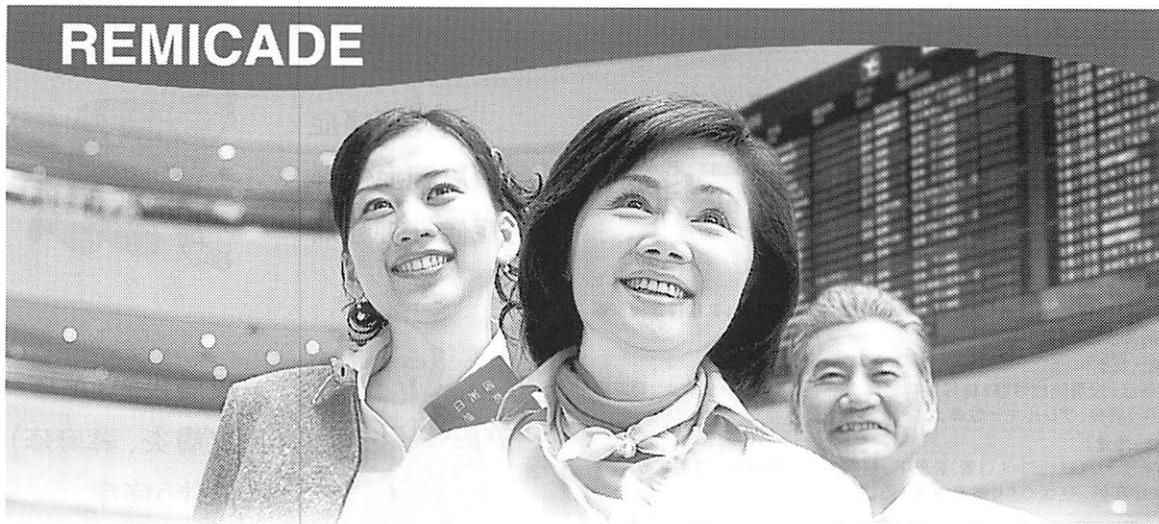
■「効能・効果」「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

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

06/2作成.B5/1.C.01

REMICADE



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 薬価 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)



製造販売元(資料請求先)

田辺製薬株式会社

〒541-8505 大阪市中央区道修町3丁目2番10号
http://www.tanabe.co.jp/

製造元



Centocor

マルバーン/ペンシルバニア州(アメリカ)

※ 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。2005年9月作成

「ジェネリック医薬品」 だからこそ メーカーを選ぶ。



①品質保証	国内外新薬企業を中心に51社の企業から190品目の受託生産を請けしており、生産・製剤技術力については高い評価を頂いております。また、委託企業各社からは定期的に工場査察も実施され、高いレベルでの工場管理と品質保証体制を確立しています。
②安定供給	注射剤・経口剤・外用剤と幅広い品揃えで、449品目のジェネリック医薬品を提供しています。新薬企業の受託生産と合わせて、高山工場は日本トップクラスの生産設備と生産規模を有しています。また、卸からの供給とともに、販売会社とは独自の販売管理システムを構築して製品の安定供給を行っております。
③情報提供	ジェネリック企業としては最も早く学術情報のIT化を実施、「TAIYO DI-NET」としてリアルタイムに情報提供を行っています。また、副作用に関する情報提供・収集・分析も安全性調査室にて迅速に対応しています。
④安定した経営	皆様のご支援により、ジェネリック企業として売上高トップとなりました。研究開発費はジェネリック企業トップであり、医療現場に即した付加価値製品、医療過誤を防止する製剤の開発も鋭意行っています。今後も安定した経営を行い、ジェネリック医薬品の開発・工場への設備投資を積極的に展開して参ります。

高齢化社会を迎え、ますます深刻化する医療費の増大。その効果的な抑制策として今、もっとも期待されているのが、成分・効果とも新薬(先発品)と同等ながら、低価格で供給できる「ジェネリック医薬品」です。私たち大洋薬品は、選ばれるジェネリックメーカーとして、「高品質ジェネリック医薬品」をお届けしております。

ジェネリック医薬品をもっと身近に。

大洋薬品

www.taiyo-yakuhin.com

お問い合わせ先/

大洋薬品工業株式会社 / 〒460-0002 名古屋市中区丸の内2丁目16-29 営業企画部
TEL: 052-205-5002 FAX: 052-211-1721 E-mail: kikaku@taiyo-yakuhin.co.jp

薬価基準収載

疼痛性・アレルギー性疾患治療剤

生物由来製品 指定医薬品 処方せん医薬品

ローズモルゲン[®]注

腰痛症
頸肩腕症候群
症候性神経痛



〔組成〕

1管(3mL)中 FN原液「フジモト」3.0mL(ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液3.6単位)

〔効能・効果〕

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

〔用法・用量〕

通常成人、1日1回3mL(1管)を皮下、筋肉内又は静脈内に注射する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

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

- その他の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。
また、使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

製造販売 株式会社フジモト・ダイアグノスティクス

アレルギー性鼻炎



〔資料請求先〕藤本製薬株式会社 医薬情報室
〒100-0005 東京都千代田区丸の内1丁目1番1号(パレスビル)

Hj

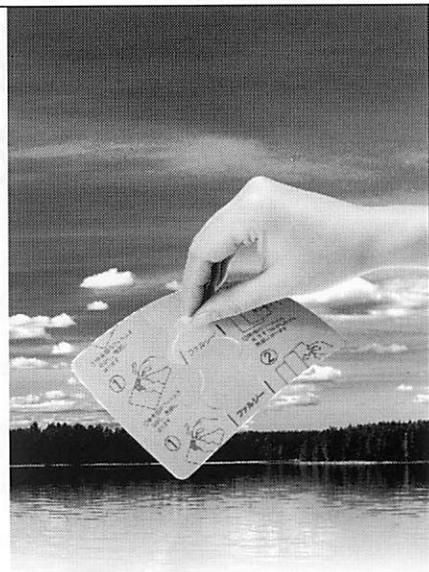
薬価基準収載

経皮吸収型鎮痛消炎剤

ファルジー[®]

指定医薬品

Falzy[®]: フェルビナク貼付剤



- 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。

販売 **maruho** マルホ株式会社

〔資料請求先〕
大阪市北区中津1-5-22 〒531-0071

製造販売 **埼玉第一製薬株式会社**

埼玉県春日部市南栄町8-1

(2006.2作成)

エスポーシリンジ



ヒト エリスロポエチン製剤
 生物由来製品、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)



エスポー® 皮下用
 6000-9000-12000-24000 シリンジ

薬価基準収載 一般名: エポエチンアルファ (遺伝子組換え)

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む
 使用上の注意等につきましては添付
 文書をご参照ください。

製造販売元資料請求先
 麒麟麦酒株式会社
 〒150-8002 東京都渋谷区神宮前六二六

2005年4月作成

http://www.KirinSmile.com/



腹痛、腹部膨満感に

腹が冷えて痛み、腹部膨満感のあるもの

ダイケンチュウ トウ
 ツムラ大建中湯
 エキス顆粒(医療用) (薬価基準収載)

- 腸管通過障害に伴う腹痛、腹部膨満感に効果があります。^{(1)~(6)}
- セロトニン3型・4型受容体を介したアセチルコリン遊離促進による腸管運動亢進作用を示します。(イヌ、モルモット)⁽⁷⁾⁽⁸⁾
- 消化管ホルモンであるモチリンの血漿中濃度を増加させます。⁽⁹⁾
- 即効的で、十分かつ生理的運動に近い消化管収縮作用が確認されています。(イヌ)⁽¹⁰⁾
- 腸管粘膜血流量を増加させます。(ラット)⁽¹¹⁾ ●副作用は、肝機能障害、黄疸などです。

効能又は効果

腹が冷えて痛み、腹部膨満感のあるもの

用法及び用量

通常、成人1日15.0gを2~3回に分割し、食前又は食間に経口投与する。なお、年齢、体重、症状により適宜増減する。

使用上の注意(抜粋)

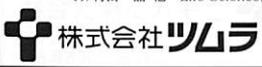
1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) 肝機能障害のある患者 2. 重要な基本的注意 (1)本剤の使用にあたっては、患者の証(体質・症状)を考慮して投与すること。なお、経過を十分に観察し、症状・所見の改善が認められない場合には、継続投与を避けること。(2)他の漢方製剤等を併用する場合は、含有生薬の重複に注意すること。3. 副作用 本剤は使用成績調査等の副作用発現頻度が明確となる調査を実施していないため、発現頻度は不明である。(1)重大な副作用 肝機能障害、黄疸: AST(GOT)、ALT(GPT)、Al-P、γ-GTPの上昇を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、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。(2)その他の副作用

過敏症(注1)	頻度不明
消化器	発疹、荨麻疹等 腹痛、下痢等

注1)このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。

4. 高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているため減量するなど注意すること。5. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与 妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。6. 小児等への投与 小児等に対する安全性は確立していない。
 *その他の使用上の注意は製品添付文書をご覧ください。(2005年4月改訂)

[文献] 1)久保宣博・他: Prog. Med., 15(9)1962(1995) 2)杉山 貞・他: Prog. Med., 12(7)1668(1992) 3)松本好市・他: 漢方医学, 18(1)19(1994)
 4)本山 豊・他: 臨床婦人科産科, 55(6)739(2001) 5)日沖真生: 和漢薬学雑誌, 11(4)310(1994) 6)尾高健夫・他: 消化器の臨床, 3(3)338(2000)
 7)柴田 近・他: Surgery, 126(5)918(1999) 8)佐藤和子・他: Digestive Diseases and Sciences, 46(2)250(2001)
 9)T. Nagano, et al.: Biol. Pharm. Bull., 22(10)1131(1999) 10)古川良幸・他: 日本消化器外科学会雑誌, 28(4)956(1995)
 11)村田 晶・他: Life Science, 70, 2061(2002)



資料請求 弊社MR(医薬情報担当者)、または下記住所迄ご請求下さい。

●本社: 〒102-8422 東京都千代田区二番町12番地7 http://www.tsumura.co.jp/

医療関係者向け会員サイト・登録募集中
 TSUMURA KAMPO SQUARE
 ●インターネット医療協議会(JIMA)の
 ドラッグプログラム認定サイト

(2006年3月制作)

■使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。 EQ-1001 密

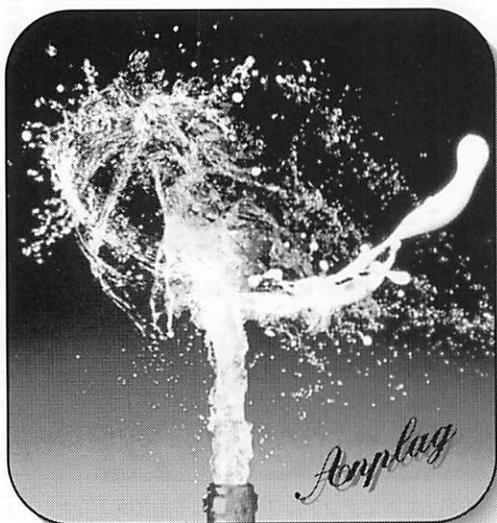
5-HT₂ブロッカー

アンプラグ[®] 錠 50mg・100mg 細粒 10%

塩酸サルボグレラート錠・細粒

ANPLAG[®] Tablets, Fine granules

指定医薬品 薬価基準収載



※ 〈禁忌〉〈効能・効果〉〈用法・用量〉
〈使用上の注意〉等の詳細については、
製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
三菱ウェルファーマ株式会社
大阪府中央区平野町2-6-9
〈資料請求先〉学術情報部 くすり相談グループ
〒541-0047 大阪府中央区淡路町2-5-6

(B5 1/2) 2005年10月作成



管理医療機器
局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材

ビューゲル[®]

VIEWGEL

保険適用



「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。

●資料は当社医薬情報担当者にご請求ください。

販売元
資料請求先
(医薬品情報室)



大鵬薬品工業株式会社
〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
TEL.03-3293-4508 <http://www.taiho.co.jp/>

製造販売元



ニチバン株式会社
東京都文京区関口2-3-3
TEL.03-5978-5622

製造元



ニチバン株式会社

作成 2005年8月

Kanebo



時代が求めるやさしい医療のために。

Citri Leiocarpae Exocarpium

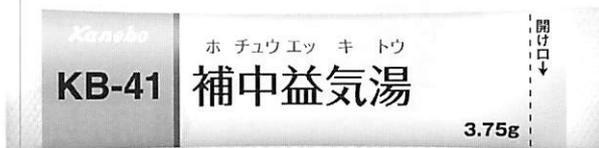
Bupleuri Radix

Glycyrrhizae Radix

Cimicifugae Rhizoma

Zingiberis Rhizoma

Atractylodis Rhizoma



Ginseng Radix

Astragali Radix

Angelicae Radix

Zizyphi Fructus

KB-41

漢方製剤 **カネボウ 補中益気湯** 薬価基準収載 エキス細粒(KB-41)



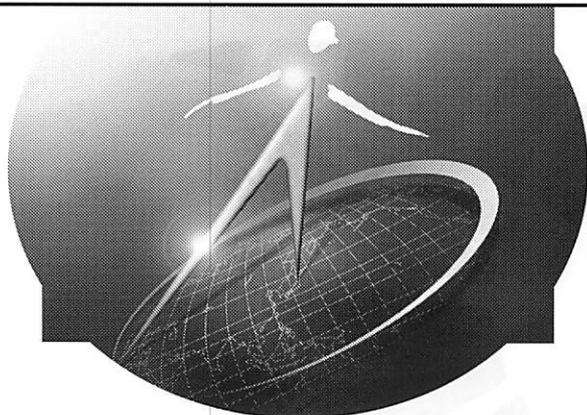
カネボウ医療用漢方製剤ホームページ 「漢・方・優・美」 <http://www.kampoyubi.jp>

カネボウ薬品株式会社

【資料請求先】 〒108-8080 東京都港区海岸3-20-20
<http://www.pharm.kanebo.co.jp>

■「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

2005年7月作成



ARTZ[®]
ARTZ Dispo[®]
●薬価基準収載



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[®]

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[®]

ブリスター包装内滅菌済

●効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等の詳細は、製品添付文書をご参照ください。

【製造販売元】 生化学工業株式会社
東京都千代田区丸の内1丁目6-1

発売元 科研製薬株式会社

【資料請求先】
〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28-8

(2006年4月作成) 06S



LOXONIN

新発売

経皮吸収型鎮痛・抗炎症剤 薬価基準収載

ロキソニン®
パップ100mg

指定医薬品 ロキソプロフェンナトリウム貼付剤



製造販売元
リドケミカル株式会社
〒930-0912 富山県富山市日保77-3



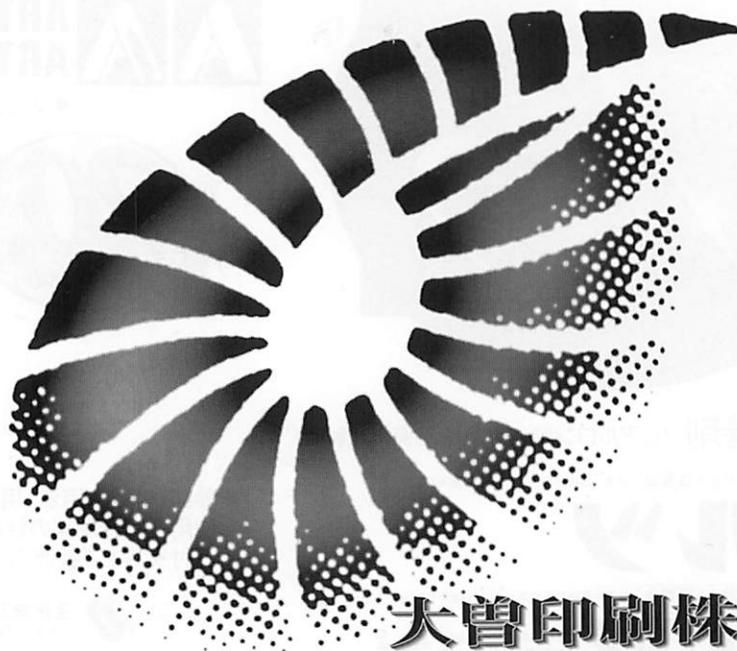
販売元(資料請求先)
三共株式会社
SANKYO 〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1



Daiichi-Sankyo
GROUP

06.5 (06.5)

※各種印刷物を承っております。
詳細につきましては、弊社までお問い合わせ下さい。



大曾印刷株式会社

〒538-0053 大阪市鶴見区鶴見5-2-6
TEL 06-6931-6719 FAX 06-6933-8105
URL <http://homepage3.nifty.com/ooso>
E-mail insatu.ooso@nifty.com

21世紀，運動器の医学は
『最新整形外科学大系』から始まる!

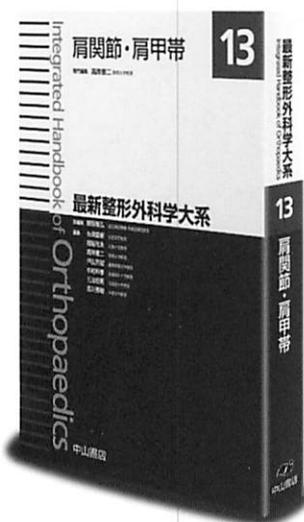
最新整形外科学大系

第1回配本

13 肩関節・肩甲帯

A4判，函入上製
オールカラー，
各巻平均400頁，
各巻平均予価28,000円

全25巻



専門編集●高岸憲二(群馬大学)

470頁/写・図・表1,000点/
総執筆者数51名

定価29,400円(本体28,000円)のところ

全巻予約特別定価

27,300円(本体26,000円)

※特別定価は全巻予約のみの扱いとなります。

contents

構造と機能/診察と診断/補助診断
断/治療(保存療法/手術療法)/
先天性疾患/肩関節不安定症/骨
折/筋腱関節唇の損傷/末梢神経
疾患/変性疾患/炎症性疾患/ス
ポーツ傷害/腫瘍

●総編集

越智隆弘(国立病院機構
相模原病院)

●編集

糸満盛憲(北里大学)

越智光夫(広島大学)

高岸憲二(群馬大学)

戸山芳昭(慶應義塾大学)

中村利孝(産業医科大学)

三浪明男(北海道大学)

吉川秀樹(大阪大学)

●ゲストエディター

高倉義典(奈良県立医科大学)

中村耕三(東京大学)

藤井敏男(福岡市立こども病院)

里宇明元(慶應義塾大学)

詳細パンフレット進呈中!!

●全25巻の構成と専門編集

1 運動器の生物学と生体力学	中村利孝, 吉川秀樹	14 上腕・肘関節・前腕	高岸憲二, 三浪明男
2 運動器の診断学	越智隆弘	15 手関節・手指	三浪明男
3 運動器の治療学	越智隆弘	16 骨盤・股関節	糸満盛憲
4 リハビリテーション	里宇明元	17 膝関節・大腿	越智光夫
5 運動器の外傷学	糸満盛憲	18 下腿・足関節・足部	越智光夫, 高倉義典
6 手術進入法と基本手術手技—脊椎・脊髄	戸山芳昭	19 関節リウマチと類縁疾患	越智隆弘
7 手術進入法—上肢	高岸憲二, 三浪明男	20 骨軟部腫瘍および関連疾患	吉川秀樹
8 手術進入法—下肢	越智光夫, 糸満盛憲	21 骨系統疾患, 代謝性骨疾患	中村利孝, 吉川秀樹
9 周術期管理, リスク管理, 疼痛管理	糸満盛憲	22 末梢神経障害, 筋疾患, 循環障害	三浪明男
10 脊椎・脊髄	戸山芳昭	23 スポーツ傷害	越智光夫
11 頸椎・胸椎	戸山芳昭	24 小児の運動器疾患	藤井敏男, 中村耕三
12 胸腰椎・腰椎・仙椎	戸山芳昭	25 高齢者の運動器疾患	中村利孝
13 肩関節・肩甲帯	高岸憲二		

※内容に若干の変更が生じることがあります。



中山書店

〒113-8666 東京都文京区白山1-25-14

TEL 03-3813-1100 FAX 03-3816-1015
http://www.nakayamashoten.co.jp/

株式会社 神陵文庫 大阪支店

大阪市中央区上町1-1-21 Tel.06-6765-5454 Fax.06-6765-4477

e-mail:osaka-gs@shinryobunko.co.jp

ご注文は当店まで(専用書架ご用意致しております)