



大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



第27号
平成13年7月

Lorcam[®]



劇薬・指定医薬品 / 非ステロイド性消炎・鎮痛剤

ロルカム[®]錠 2mg
4mg

新発売

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）〔消化性潰瘍の発現が報告されているため、消化性潰瘍を悪化させることがある〕
2. 重篤な血液の異常のある患者〔ヘモグロビン減少、赤血球減少、白血球減少、血小板減少が報告されているため、血液の異常を悪化させるおそれがある〕
3. 重篤な肝障害のある患者〔肝機能異常が報告されているため、肝障害を悪化させるおそれがある〕
4. 重篤な腎障害のある患者〔腎障害を悪化させるおそれがある〕
5. 重篤な心機能不全のある患者〔心機能不全を悪化させるおそれがある〕
6. 重篤な高血圧症のある患者〔血圧上昇が報告されているため、血圧をさらに上昇させるおそれがある〕
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〔重篤な喘息発作を誘発するおそれがある〕
9. 妊娠末期の婦人〔「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照〕

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意については、製品添付文書をご参照ください。



大正製薬株式会社

〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1 ☎(03)3985-1111
<http://www.taisho.co.jp>

〔資料請求先〕

2001.02
LC01B5A

整形外科 — 浪速の先覚者 森 益太 教授



故森 益太先生を偲んで

坂 本 徳 成

恩師、故森 益太名誉教授は、平成10年3月31日に永眠されました。早いもので亡くなられて3年2ヶ月の月日が経ちました。人間の記憶と言うものは、時の流れとともに少しずつ薄らぐものであります。この辺りで先生を偲んで、筆を走らせる事としました。

先生は、ご略歴にありますように、岡山県倉敷市のお生まれで、昭和16年3月、京都帝国大学医学部を卒業され、海軍入隊、京都大学大学院を経て、昭和31年5月に関西医大へ助教として来られ、昭和31年12月より、初代教授として教室の発展に尽くされ、昭和59年3月31日に定年退職されました。

教室開設当時は、現大阪医大名誉教授 小野村敏信先生、現関西医大名誉教授 小川亮恵先生、他数名の少数スタッフで大変な御苦労であったと聞き及んでおります。皆様御存じの通り、関西医大は昭和2年に設立、大阪女子医専に始まり、その後大阪女子医大、昭和30年男女共学関西医大となり、男子の一期生卒業が昭和34年卒でありましたが、インターン

終了後の昭和35年の入局者はゼロであり、36年に1人、37年に3人、38年に1人と少なく、39年に7人、40年に2人、41年に4人、42年に8人と少しずつ入局者も増え、大学の教室としての雰囲気もできたように思われます。私は昭和37年に入局しました。

このように少ないスタッフの中で、森 益太教授は教室の基礎作りにすごい情熱を注がれ、そのバイタリティーは言葉には表現できないように思われました。中でも慢性関節リウマチの外科的治療、特に膝の開節リウマチに対する滑膜切除術は、教室開設当初よりのメインテーマであり、私が入局した昭和37年頃には毎週1例以上の手術がありました。これらの手術については、術前の諸々の検査、写真、術中の写真、術後のリハビリ、組織標本など主治医は大変でした。その上、リウマチの外科的手術に対する国内の学会での反応は、昭和41～2年頃までは反対論者の方が多く、海外ではスカンジナビア（ハイノラ）の K. Vainio、チューリッヒの N. Geschwend

の賛同が得られた程度でありました。次の教室のテーマは脊椎外科で椎間板ヘルニア、脊椎管狭窄症、分離・沁り症等の外科的研究でありました。又、最近ではほとんど見られなくなりましたが、先天性股関節脱臼に対する観血的整復術や先天性内反足に対する後方分離術が教室の主な4つのテーマでした。

ちょうどこの頃(昭和41~2年)、教授はボストン、マサチューセッツゼネラルホスピタルよりcup-arthroplastyとTHAを取り入れられ、同時に大腿骨頸部内側骨折に対する人工骨頭置換術も始められました。その後、RAの手術が膝関節が主であったものが、手指及び手関節、肘関節、足関節滑膜切除術へと広く行うようになり、昭和44年(1969年)、メキシコでの国際整形外科学会で、肘関節滑膜切除術のフォローアップデータを発表されました。その後、リウマチ外科コレスポンディングクラブ(米国)やRASS(英)、ERASS(欧)に加え、昭和53年にはドイツリウマチ学会のコレスポンディングメンバー、昭和58年(1985

年)には米国リウマチ学会名誉会員に選任され、この年に「リウマチの外科」と「椎間板ヘルニア」を2大テーマとして京都で第56回日本整形外科学会を4月11日~13日に開催されました。

この頃より、関節リウマチに対する手術療法の有用性が一般に受け入れられるようになり、同時に教室員も少しずつ増えて、大学医学部の教室らしくなったように思われました。以来、昭和59年3月31日に無事定年を迎えられて退職されました。又、先生はスポーツも万能で、特に野球とゴルフはすばらしい腕前でした。

森名誉教授は、28年間の永きにわたり関西医科大学整形外科教室の基礎作りと発展に、全力投球で熱意を注がれました。今日、我々が無事診療に従事できますのも先生のおかげであると心から感謝し、先生の御冥福をお祈り申し上げます。

合 掌
平成13年5月

故 森 益太名誉教授 略歴

生年月日 大正6年1月21日生

昭和16年3月31日	京都帝国大学医学部医学科卒業
昭和16年4月	海軍入隊任海軍軍医中尉
昭和20年10月	復員し(海軍軍医少佐)、京都大学医学部整形外科教室に入る。倉敷中央病院に出向。
昭和22年4月	京都大学医学部(整形外科及び医化学)大学院学生
昭和22年10月	京都大学医学部(整形外科及び医化学)大学院特別研究生
昭和25年6月	医学博士
昭和26年7月	京都大学医学部大学院中退
昭和26年7月	玉造厚生年金病院 整形外科部長
昭和27年4月	新潟県立中央病院 整形外科医長
昭和30年	日本整形外科学会評議員(昭和57年迄)
昭和31年5月	関西医科大学整形外科助教授
昭和31年12月	関西医科大学整形外科教授
昭和32年	日本手の外科学会評議員
昭和32年	中部日本整形外科災害外科学会評議員
昭和33年	第13回中部日本整形外科災害外科学会会長
昭和36年	日本リウマチ学会理事

昭和39年	国際整形災害外科学会 (SICOT) 会員
昭和44年	第35回中部日本整形外科災害外科学会会長
昭和45年	日本整形外科学会教育研修委員
昭和46年	日本整形外科学会理事
昭和47年	日本整形外科学会教育研修委員会委員長
昭和48年	医師国家試験委員
昭和49年 5 月	中部日本整形外科災害外科学会監事
昭和51年	日本整形外科学会誌編集委員
昭和52年	国際外科学会会員 日本整形外科学会誌編集委員長
昭和53年	第1回日・英リウマチ外科合同会議幹事
昭和53年	第10回国際整形災害外科学会組織委員
昭和54年 3 月	関西医科大学附属病院救命救急副センター長
昭和54年	ドイツリウマチ学会コレスポンドングメンバー
昭和54年	第12回整形外科学会理事
昭和54年	日本手の外科学会副会長
昭和54年	日本整形外科学会骨・軟部腫瘍研究会幹事（同研究会主催）
昭和55年 1 月	第10回人工関節研究会幹事
昭和55年 5 月	第22回日本手の外科学会会長
昭和55年 6 月	国際手の外科学会arthritis committeeメンバー
昭和56年 4 月	関西医科大学附属病院中央手術部長
昭和56年 4 月	日本整形外科学会副会長
昭和56年11月	日本リウマチ関節外科学会監事並びに評議員
昭和57年 4 月	日本整形外科学会会長
昭和57年 4 月	ASSOCIATION OF BONE AND JOINT SURGEONSより招聘講演 (34th ANNUAL MEETING) Brigham & womens hospital, mass general hospital講演
昭和58年 4 月	日本整形外科学会関節疾患委員会委員長
昭和58年 5 月	日本整形外科学会認定医委員
昭和58年11月	アメリカリウマチ学会名誉会員
昭和59年 3 月31日	停年退職
昭和59年 4 月 1 日	関西医科大学名誉教授
昭和59年 5 月10日	日本手の外科学会名誉会員
昭和59年 6 月23日	日本整形外科学会名誉会員

目 次

巻頭言	長田 明	1
○COA総会の報告	第25回大阪臨床整形外科医会総会	2
理事の声	医事紛争特別委員としての15年	濱田博朗 17
	医業周辺問題検討プロジェクト委員会報告	
	－医業周辺問題検討プロジェクト－	長田 明 20
	第2回平成12年度○COA社会保険等検討委員会	天野敬一 22
JCOA学会報告	第13回JCOA学会(宮城)に出席して	小松堅吾 23
JCOA研修会報告	第27回JCOA研修会(奈良)	
	柳生の里を訪ねて	坂本葉子 25
	教育研修会「足の診かた」	伊藤成幸 27
	青山茂教授の講演「大和は国のまほろば」	黒田晃司 30
	懇親会	古賀教一郎 31
○COA研修会報告	スポーツに伴う疲労骨折	清水卓也 32
	リウマチ膝の病変と治療	中川研二 34
	RA滑膜炎と軟骨破壊	石川 斉 35
	RA治療におけるNSAIDs潰瘍の現況と治療戦略	溝上裕士 36
	整形外科領域における超音波診断法	瀬本喜啓 38
	骨粗鬆症の薬物療法、現況と展望	西沢良記 41
	スポーツによる下肢障害(サッカーを中心にして)	北野公造 43
	腰椎に対する内視鏡視下手術の実際	中村博亮 45
	白蓋形成不全に対する治療	飯田寛和 49
	変形性足関節症の病態と治療	高倉義典 52
	膝のスポーツ傷害に対する治療:最近の話題	史野根生 56
	いわゆる小児扁平足(乳幼児扁平足)について	島津 晃 58
症例検討会報告	第19回大阪整形外科症例検討会	60
	第20回大阪整形外科症例検討会	66
紙上勉強会	第24回大阪府医師会医学会総会	
	手指PIP関節側副韌帯損傷の病態－手術症例の検討－	
	堀木 篤・早石雅宥	71
	最近の高齢化社会における股関節骨頭周辺の手術症例報告	
	山本光男	73
	整形外科と漢方治療	
	冷えを伴う腰痛・下肢痛に五積散	須藤容章 78
	各地の臨床整形外科医会会報を通読して	前野岳敏 80
	他科の大阪臨床医会会報を読んで	山本 哲 83
	淀川整形外科懇話会 学術講演会の10年の歩み	福井宏有 84
JCOA委員会報告	学術研修委員会報告	堀木 篤 85
	介護保険等対策委員会報告－医療からみた介護保険の問題点－	
	甲斐敏晴	87
	近畿ブロック会議報告－近畿ブロックに出席しての雑感－	
	福井宏有	92

新入会員の顔	OCOA入会の挨拶・・・・・・・・・・	箕輪恵次	93
	・・・・・・・・・・・・・・・・	田上実男	94
	・・・・・・・・・・・・・・・・	佐藤哲也	95
	・・・・・・・・・・・・・・・・	広瀬俊一郎	96
	・・・・・・・・・・・・・・・・	斧出安弘	97
	・・・・・・・・・・・・・・・・	寺川文彦	98
	・・・・・・・・・・・・・・・・	荒巻忠道	99
	・・・・・・・・・・・・・・・・	青木 誠	100
新理事自己紹介	OCOA理事就任にあたって	矢倉久義	101
	・・・・・・・・・・・・・・・・	吉川隆啓	103
随想	主治医から見た“経営の神様”(I)	立沢喜和	105
紀行	アユタヤ チェンマイへの旅	伊藤成幸	109
厚生部報告	第31回OCOA春季・32回OCOA秋季ゴルフコンペ		113
OCOA懇親旅行報告	平成12年度OCOA懇親旅行の報告	小松堅吾	114
私の傑作	・・・・・・・・・・・・・・・・	三橋允子	115
	『水路沿いの町』 油彩80F	小瀬弘一	116
	オルガン 油彩F15号	石澤命徳	117
	我登上了万里長城	石川正士	118
	・・・・・・・・・・・・・・・・	河井梯子	119
	・・・・・・・・・・・・・・・・	西川正治	120
私の工夫	・・・・・・・・・・・・・・・・		122
OCOA理事会総会・総会議事録	・・・・・・・・・・・・・・・・		122
会員名簿補追	・・・・・・・・・・・・・・・・		131
編集後記	・・・・・・・・・・・・・・・・		132

協 賛 広 告 一 覧

大正製薬株式会社	表 2	テイコクメディックス株式会社	148
オルト産業株式会社	135	株式会社ツムラ	148
旭化成株式会社	136	第一製薬株式会社	149
帝人株式会社	137	大日本製薬株式会社	149
武田薬品工業株式会社	138	住友製薬株式会社	150
中外製薬株式会社	139	田辺製薬株式会社	150
日本ワイスレダリー株式会社	140	シオノギ製薬株式会社	151
参天製薬株式会社	141	株式会社三和化学研究所	151
大塚製薬株式会社	142	小野薬品工業株式会社	152
マルホ株式会社	143	科研製薬株式会社	152
北陸製薬株式会社	143	土井義肢製作所	153
ファイザー製薬株式会社	144	三共株式会社	153
藤沢薬品工業株式会社	144	山之内製薬株式会社	154
久光製薬株式会社	145	三菱東京製薬株式会社	154
万有製薬株式会社	145	日研化学株式会社	155
日本ロシュ株式会社	146	日本臓器製薬株式会社	155
株式会社日本メディックス	146	大阪医診会	156
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	147	ウェルファイド株式会社	156
ファルマシア株式会社	147	エーザイ株式会社	表 3

巻 頭 言

〇〇〇〇会長 長 田 明

新年早々に健康保険法等が改正施行され、あわただしく定額制、定率性の選択を余儀なくされましたが、会員の先生方におかれましてはどのような感慨をお持ちになり、新世紀の幕開けをお迎えになられたことでしょうか。

去年は、本会顧問であります、関西医科大学小川亮恵先生が定年退職され本会名誉会員とられました後を受け、同じく関西医科大学の飯田寛和先生に本会顧問を委嘱いたしました。本会に対しまして、ますますのご指導ご鞭撻をお願いいたしたいと思っております。

今年の、〇〇〇〇最大の行事は言うまでもなくJCOA学会の主催であります。新しいミレニアムの初年度に本学会を大阪の地で開催できますことは、誠に喜ばしい事でありますと同時に、その時に〇〇〇〇会長でありますことは、私にとりましても無上の幸せであります。ふり返りますと、昭和63年に故林原会長のもとJCOA研修会を大阪で開催いたしましたことを、つい昨日のように思い起こします。今回、本学会を主催いたしましたことで、JCOAの2大イベントを大阪で消化したことになります。本誌が上梓される頃には学会は無事終了していることと思いますが、役員諸兄ならびに会員の皆様方のご支援ご協力に衷心より御礼申し上げます。

大阪府でも、本年4月より柔道整復療養費審査委員会が社保、国保に分かれてやっと立ち上がりました。厚生省からの通達が出てから2年遅れであります。〇〇〇〇から社保に4名、国保に6名の先生方が審査委員として出務することになりました。しかし、審査基準がないに等しい状態ですので、いろいろと混乱をまねく恐れがなきにしもあらずという状態のようです。また、柔道整復師の養成校も15校定員1,170名であったものが、雨後のタケノコの如く、平成12年度に10校増設され定員2,220名となりました。このことに関しては、大阪府柔道整復師会でも困惑しているようです。柔道整復師大学設立の動きも活発であり、今後もいろいろと問題をはらんでいるようです。4月の日本整形外科学会代議員総会で、日整会とJCOAと合同で代替医療を検討する委員会設置の要望が、JCOAより出されましたが実現することを期待して止みません。

専門医制度につきましても、本年4月より学会認定医制協議会が発展的に改組され専門医認定制協議会として再スタートいたしました。日本医師会、日本医学会との三者による懇談会、認定資格の三者承認の枠組みは継承されるとのことです。日整会の専門医制度委員会もこのあたりのことを考慮して、活動していただければと思います。いずれにしましても、国際的に通用する専門医であって欲しいと思いますし、いずれはこのことが診療面でのメリットとなることを期待しております。

非常に厳しい医療情勢が続きますが、谷間があれば必ず山があるはずで、この様な時こそファイトを持って、明日の整形外科に向かって邁進しようではありませんか。皆様方の団結と、ご指導ご鞭撻を心よりお願い申し上げます。



第 25 回大阪臨床整形外科医会定時総会及び第 113 回研修会

日時：平成13年4月14日（土）

会場：大正製薬株式会社 大阪支店 6階ホール

(I) 総会 午後3：30～4：00

1. 開会宣言 古賀副会長

2. 会長挨拶 長田会長

3. 議 事 議 長：松尾澄正先生
副議長：佐藤利行先生

第1号議案 平成12年度庶務及び事業報告について承認を求める件 早石副会長

第2号議案 平成12年度収支決算について承認を求める件 黒田理事

第3号議案 平成13年度事業計画案について承認を求める件 早石副会長

第4号議案 平成13年度収支予算案について承認を求める件 黒田理事

4. 関西医科大学 整形外科 教授 飯田寛和先生

本会顧問就任のご紹介

長田会長

5. 閉会宣言 古賀副会長

(II) 医薬品紹介 午後4：10～4：30

総合司会：西川理事

大正製薬株式会社 大阪支店 医薬部

(III) 研修会・総会講演 午後4：40～5：40

座長：長田会長

(平成13年度第1回 通算113回)

演題：「いわゆる小児扁平足について」

講師：大阪市立大学 名誉教授 島津 晃先生

(IV) 懇親会 午後5：40～7：00

司会：西川理事

1. 平成12年度O C O A庶務及び事業報告

(1) 会員状況

期首（平成12年4月1日）	347名
期末（平成13年3月31日）	381名
入会者	36名
退会者	2名

(2) 平成12年度O C O A研修会・講演会（古賀副会長・学術担当理事）

第1回（102回）研修会：平成12年4月15日（土）

総合司会：河合秀郎理事 会場：大正製薬大阪支店ホール

演題：「腰椎椎間板ヘルニアに関する最近の話題」

講師：和歌山県立医科大学 整形外科 教授 玉置哲也 先生

座長：河合秀郎理事

第2回（103回）研修会：平成12年5月13日（土）

総合司会：広瀬一史理事 会場：ウェスティンホテル

演題：「骨粗鬆症治療と骨強度」

講師：山陰労災病院 関節整形外科 部長 岸本英彰 先生

座長：服部良治理事

演題：「Rheumatoid Spondyloarthritis」

講師：川崎医科大学 整形外科 教授 三河義弘 先生

座長：石井正治理事

第3回（104回）研修会：平成12年6月24日（土）

総合司会：西川正治理事 会場：大阪国際会議場

演題：「スポーツに伴う疲労骨折」

講師：中京大学 体育学部 教授（保健センター長）清水卓也 先生

座長：長田 明会長

演題：「リウマチ膝の病変と治療」

講師：藤田保健衛生大学 整形外科 教授 中川研二 先生

座長：早石雅宥副会長

第4回（105回）研修会：平成12年7月15日（土）

総合司会：河村都容市理事 会場：ヒルトンホテル

演題：「RAの滑膜炎と軟骨破壊」

講師：神戸大学 保健学科 教授 石川 育 先生

座長：堀木 篤理事

演題：「RA治療におけるNSAID潰瘍の現状と治療戦略」

講師：東京医科大学 第5内科 講師 溝上裕士 先生

座長：山本光男理事

第5回（106回）研修会：平成12年8月26日（土）

総合司会：石井正治理事 会場：大林ビル

演題：「慢性関節リウマチの治療理念－生体の修復機転と治療戦略－」

講師：大阪市立大学 整形外科 助教授 油谷安孝 先生

座長：吉田研二郎理事

演題：「整形外科領域における超音波診断の実際－スポーツ外傷を含む－」

講師：大阪医科大学 整形外科 助教授 瀬本真啓 先生

座長：栗本一孝理事

第6回（107回）研修会：平成12年9月30日（土）

総合司会：西川正治理事

会場：大林ビル

演題：「骨腫瘍の画像診断－単純X線所見を中心に－」

講師：大阪大学 整形外科 教授 吉川秀樹 先生

座長：早石雅宥副会長

演題：「スポーツによる膝関節半月及び軟骨損傷の治療と展望」

講師：神戸大学 整形外科 助教授 黒坂昌弘 先生

座長：右近良治理事

第7回（108回）研修会：平成12年10月14日（土）

総合司会：広瀬一史理事

会場：ヒルトンホテル

演題：「粗鬆症の薬物治療・現状と展望」

講師：大阪市立大学 第2内科 教授 西沢良記 先生

座長：吉田研二郎理事

演題：「スポーツ選手の下肢障害（サッカー選手を中心に）」

講師：中津済生会病院 整形外科（大阪市立大学臨床教授）北野公造 先生

座長：前野岳敏理事

第8回（109回）研修会：平成12年11月11日（土）

総合司会：石井正治理事

会場：大林ビル

演題：「内視鏡視下腰椎手術の実際－前方固定術と後方進入ヘルニア摘出術－」

講師：大阪市立大学 整形外科 講師 中村博亮 先生

座長：吉田研二郎理事

演題：「大腿骨頸部骨折をめぐる最近の話題」

講師：近畿大学 整形外科 教授 濱西千秋 先生

座長：須藤容章理事

第9回（110回）研修会：平成13年1月27日（土）

総合司会：澤田 出理事

会場：ウェスティンホテル

演題：「慢性関節リウマチに対する薬物療法の進歩－MTXを中心に－」

講師：埼玉医科大学 総合医療センター第2内科 教授 竹内 勤 先生

座長：早石雅宥副会長

演題：「Monteggia骨折の診断と治療上の留意点」

講師：大阪医科大学 整形外科 教授 阿部宗昭 先生

座長：服部良治理事

第10回（111回）研修会：平成13年2月24日（土）

総合司会：新田 望理事

会場：大林ビル

演題：「白蓋形成不全に対する治療」

講師：関西医科大学 整形外科 教授 飯田寛和 先生

座長：須藤容章理事

演題：「変形性足関節症の病態と治療」

講師：奈良医科大学 整形外科 教授 高倉義典 先生

座長：三橋二良理事

第11回（112回）研修会：平成13年3月10日（土）

総合司会：吉田研二郎理事

会場：大林ビル

演題：「慢性関節リウマチの病態と治療」

講師：京都大学大学院 医学研究科 臨床生態制御医学／臨床免疫学

教授 三森経世 先生

座長：堀木 篤理事

演題：「膝のスポーツ障害－最近の話題－」

講師：大阪府立看護大学医療技術短期大学 教授 史野根生 先生

座長：広瀬一史理事

(3) 各種会議の開催及び出務状況

(A) OCOA関係

- ①. 第24回OCO A定時総会 [H12.4/15] 大正製薬・大阪支店
- ②. 定例理事会 4回 [H12.6/17,9/2,12/2, H13.3/3]
- ③. 医業周辺業種問題検討委員会 [H12.10/14]
(長田、堀木、古賀、早石、服部、三橋、小松、澤田、石井、広瀬)
- ④. 会報編集委員会 [年数回随時開催] (丹羽、瀬戸、須藤、前野、山本)
- ⑤. 社会保険等検討委員会 [H12.10/21]
(天野、長田、孫、三橋、服部、茂松、栗本、吉中、楠、早石)
- ⑥. 介護保険対策委員会 [H12.6/17]
(甲斐、堀木、三橋、服部、小松、孫、河合、松矢、福井、茂松、早石、前野)
- ⑦. 第14回JCOA学会「大阪」プロジェクト委員会 [多数回開催]
同 企画プログラム委員会 2回
(堀木、長田、小松、小杉、服部、坂本、三橋、瀬戸、古賀、早石、五島、原田、黒田)
- ⑧. 第14回JCOA学会緊急打ち合わせ会議 数回 (小松実行委員長)
同 担当コンベンション企業ジェイコムとの協議 4回
- ⑨. 「骨と関節の日」の電話相談 [H12.10/1] (小松、吉田、五島、服部、長田)
- ⑩. OCOA視察・研修旅行 [H12.5/3～5/6] 東南アジア (三橋 他)

(B) JCOA関係

- ①. JCOA代議員会 <東京> [H12.5/28]
(長田、坂本、小松、古賀、早石、服部)
- ②. JCOA総会 <宮城・仙台> [H12.10/10]
- ③. 第13回JCOA学会 <宮城・仙台> [H12.6/10,11]
(長田、瀬戸、服部、小松、坂本、黒田、三橋、堀木、小杉、他多数参加)
- ④. 第27回JCOA研修会 <奈良> [H12.10/7,8,9]
(長田、小松、三橋、福井、坂本、瀬戸、黒田、他多数参加)
- ⑤. JCOA理事会 [年間6回出務] (服部)

- ⑥. JCOA各県代表者会議 <奈良> [H12.10/8] (長田)
- ⑦. JCOA専門医制度検討委員会 <東京・大阪>
[H12.8/6,10/15,12/10, H13.2/4] (長田)
- ⑧. JCOA社会保険等検討委員会 <東京> [H12.8/26,12/3] (天野、村上)
- ⑨. JCOA社保審査委員会 <東京> [H12.9/23,24] (天野、村上、長田)
- ⑩. JCOA医業経営委員会 <東京> [H13.1/21] (河合)
- ⑪. JCOA医業経営委員会病院部会 <東京> [H13.2/17,18] (河合、越宗)
- ⑫. JCOA医療システム委員会 <東京> [H12.5/20,9/9, H13.1/28,3/11]
(長田、服部)
- ⑬. JCOA社保委員会、医療システム委員会担当理事委員長会議 <名古屋>
[H12.12/9] (長田、服部)
- ⑭. 柔道整復師大学設置に関するJCOA役員との打ち合わせ会 <東京>
[H13.1/21] (長田、服部)
- ⑮. JCOA、JOA医療システム合同委員会 <東京> [H13.2/4] (長田、服部)
- ⑯. JCOA学術・研修委員会 <東京> [H12.5/27,10/1,12/3] (堀木)
- ⑰. JCOA会誌等編集委員会 <東京>
[H12.5/27,7/22,9/16,11/25, H13.1/27,3/24] (瀬戸)
- ⑱. JCOA近畿ブロック会議 <和歌山> [H12.11/18]
(長田、古賀、早石、服部、西川、福井、坂本、小松、広瀬、須藤)
- ⑲. JCOAインターネット委員会 <東京> [H12.10/22] (吉川)

(C) 日本整形外科学会関係

- ①. 日整会代議員会 <兵庫・神戸> [H12.4/5]
(長田、堀木、三橋、服部、甲斐)
- ②. 日整会臨時総会 <東京> [H12.6/13] (堀木)
- ③. 日整会代議員懇談会 <京都> [H12.9/27] (長田、堀木、服部、甲斐)
- ④. 第6回全国整形外科保険審査委員会合同会議 <東京> [H12.9/24]
(天野、村上)

(D) 府医師会関係

- ①. 交通事故医療委員会 [H12.6/14] (八幡、長田、服部、越宗)
- ②. 医学会総会評議員会 [H12.11/12] (長田、早石、堀木、三橋、木佐貴、服部)
- ③. 府医創立53周年記念式典 [H12.11/5] (長田、八幡)
OCOAが保健文化賞受賞記念大阪府医師会長賞を受賞する。
- ④. 医学会運営委員会 (木佐貴)
- ⑤. 健康スポーツ委員会 (八幡)
- ⑥. 健康スポーツ医学研修会 (三橋、八幡)
- ⑦. 労災部会役員会 [年8回出席] (坂本、八幡、矢倉、服部)
- ⑧. 労災医療研修会 (八幡)
- ⑨. 労災保険診療審査会 [月2回]
(八幡、長田、三橋、坂本、反田、服部、大橋、小杉、吉中、楠、植田)

- ⑩. 産業医部会常任委員会 [年9回出席] (八幡)
- ⑪. 医事紛争特別委員会 [年12回出席] (濱田、八幡、坂本、木下、荻野)
- ⑫. 医事紛争第5専門委員会 (整形外科) (濱田、木下、八幡、坂本、荻野)
- ⑬. 救急・労災医療関係会議 (八幡)

(E) その他

- ①. 柔道整復師レセプト審査会 [月1回 計12回] (堀木、長田)
- ②. 国民年金障害認定審査会 [月2回 計24回] (堀木)
- ③. 大阪リウマチ医の会 [H13.3/31] (長田、服部、堀木)

(4) 福利・厚生事業

- ①. 春期 (第31回) OCOAゴルフコンペ [H12.6/4] 27名
- ②. 秋期 (第32回) OCOAゴルフコンペ [H12.11/12] 7名
於：KOMAカントリークラブ
- ③. 第16回OCO A懇親旅行 [H12.12/9～10]
賢島 18名

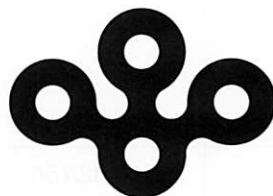
(5) 広報事業

- ①. 第26号OCO A会報の発行 (担当：丹羽理事)
- ②. OCOA「シンボルマーク」の募集 (担当：丹羽理事)
- ③. 「骨と関節の日」啓蒙行事の開催 (担当：早石副会長)
 - * 上記行事は日整会の提唱により実施
 - * 主催：大阪臨床整形外科医会、日本臨床整形外科医会
 - * 今年のテーマ：「骨粗鬆症」
 - * PRポスターの掲示：各医療機関で掲示
 - * 医療電話相談：府下5ヶ所で記事掲載の翌日に実施
(相談担当者：小松、吉田、五島、服部、長田)

大 阪 府

府章制定

昭和43年6月21日



府章の意味

豊臣秀吉の「千成びょうたん」を図案化したもの。OSAKAの「O」を基礎に希望・繁栄・調和を3つの円で表す。

(II) 平成 12 年度 O C O A 会計決算報告

大阪臨床整形外科医会収支報告書

平成13年3月末日現在
会計担当理事 黒田晃司

①. O C O A 一般会計決算報告

期首残高		期末残高
医師信用組合 普通預金	4,763,908	4,868,701
医師信用組合 定期預金	1,511,344	1,724,391
現金	79,327	107,466
合 計	6,354,579	6,700,558

収 入		支 出	
前期繰越金	6,354,579	JCOA年会費(364名)	5,460,000
会費	8,522,000	入会金(27名)	270,000
会誌広告	1,299,345	会報	2,059,754
助成金	300,000	事務費	291,797
賞金	50,000	通信	267,228
利息	6,832	出務	133,000
		会議・会場費	622,339
		厚生	427,800
		交通費	235,000
		名簿作成費	65,280
		次期繰越金	6,700,558
合 計	16,532,756	合 計	16,532,756

②. OCOA特別（学術集会）会計決算報告

期首残高		期末残高
医師信用組合 普通預金	1,258,295	2,000,000
医師信用組合 定期預金	505,511	505,998
現金	112,947	247,486
合 計	1,876,753	2,753,484

収 入		支 出	
前期繰越金	1,876,753	R A 財団認定料	616,690
受講料・R A 財団	593,000	受講申請料	241,100
日整会	1,908,000	骨と関節の日	244,330
利息	1,357	原稿料	142,770
		JCOAアンケート	78,620
		学会開催協力金	300,000
		事務費	2,116
		次期繰越金	2,753,484
合 計	4,379,110	合 計	4,379,110

監 査 報 告 書

平成12年度の大阪臨床整形外科医会の歳入・歳出決算につき、平成13年3月22日慎重に監査いたしましたところ、適正に処理、管理されていることを認めます。

平成13年3月22日

監 事 吉 田 正 和 印

監 事 伊 藤 成 幸 印

大阪臨床整形外科医会殿

(Ⅲ) 平成 13 年度事業計画案

整形外科医療の発展・普及のために活動すると共に、生涯研鑽を軸として会員相互の親睦・融和と団結を目指して、より一層精力的に事業を推進する。

尚、本年度は、平成13年6月開催予定のJCOA学会（大阪）を主幹する。

1. 組織の強化

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

2. 学術活動

- (1) 生涯研修と自己啓発のため、日本整形外科学会認定医、同認定スポーツ医、同認定リウマチ医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計ると共に、日本医師会、大阪府医師会の生涯教育研修システムとも協調する。
- (2) 各大学、公私病院との連携を密にし、生涯教育内容のさらなる充実と整形外科医療の進歩・発展に努力する。
- (3) 平成13年度も充実したOCCOA研修会を開催する。

* 第1～5回の内容は別添資料参照

3. 保健医療に関する諸問題の研究と対策

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

4. 医業周辺業種への対策

OCCOA委員会の意見を府医、JCOA、日整会、日医の各委員会へ反映させる。

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. 労災保険、交通事故医療、医事紛争等に関する研修活動の強化。

7. 広報・情報活動

- (1) 会報第27号発刊予定
- (2) 会員アンケートの実施
- (3) 医療・保険情報の収集と伝達に、より一層努力する。
- (4) 「骨と関節の日」のPRと企画

8. 福利・厚生活動

- (1) 第17回会員親睦旅行

平成13年10～11月頃を予定 詳細は協議・検討中

- (2) 会員親睦ゴルフコンペ

* 第33回 平成13年 春期コンペ 5/13 KOMA C. C.

* 第34回 平成13年 秋期コンペ 詳細は協議・検討中

(IV) 平成 13 年度 O C O A 会計収支予算案

①. O C O A 一般会計収支予算案

収 入		支 出	
繰越金	6,700,558	J C O A 年会費 (15,000×370)	5,550,000
会費 (24,000×370人)	8,800,000	会報作成費	2,500,000
会誌広告収入	1,300,000	通信費	500,000
大阪府医師会助成金	300,000	事務費	400,000
利息	5,000	出務費	200,000
		会議・会場費	700,000
		厚生費	400,000
		慶弔費	100,000
		予備費	1,000,000
		次期繰越予定金	6,155,558
合 計	17,105,558	合 計	17,105,558

②. O C O A 特別 (学術集会) 会計収支予算案

収 入		支 出	
繰越金	2,753,484	認定料	800,000
受講料	2,500,000	申請料	300,000
利息	1,000	原稿料	150,000
		骨と関節の日	500,000
		事務費	30,000
		予備費	1,000,000
		次期繰越予定金	2,474,484
合 計	5,254,484	合 計	5,254,484

(参考資料)

平成 13 年度 O C O A 教育研修会日程

第 1 回 (113回) 研修会・総会講演:平成13年 4 月14日 (土) 会場:大正製薬大阪支店ホール

演題:「いわゆる小児扁平足について」

講師:大阪市立大学 名誉教授 島津 晃 先生

座長:長田 明会長

懇親会司会:西川正治理事

第 2 回 (114回) 研修会:平成13年 5 月12日 (土) 会場:ウェスティンホテル

総合司会:河村都容市理事

演題:「慢性関節リウマチにおける下肢人工関節手術の術前プランニング」

講師:大阪医科大学 整形外科 講師 中島幹雄 先生

座長:栗本一孝理事

演題:「捻挫とテーピング」

講師:日本鋼管病院 整形外科長 栗山節郎 先生

座長:広瀬一史理事

懇親会司会:河村都容市理事

第 3 回 (115回) 研修会:平成13年 6 月30日 (土) 会場:大阪薬業会館

総合司会:孫 瑠権理事

演題:「慢性関節リウマチの薬物治療 -現状と将来展望-」

講師:大阪大学大学院 医学系研究科 講師 佐伯行彦 先生

座長:右近良治理事

演題:「肩こり・腰痛の漢方治療」

講師:聖光園細野診療所 副所長 日本東洋医学会理事 中田敬吾 先生

座長:須藤容章理事

懇親会司会:孫 瑠権理事

第 4 回 (116回) 研修会:平成13年 7 月28日 (土) 会場:ウェスティンホテル

総合司会:栗本一孝理事

演題:「ここまで来たりム・サルページ -血管外科からのメッセージ-」

講師:大阪大学 病態制御外科学 講師 川崎富夫 先生

座長:右近良治理事

演題:「生体活性セメントの基礎と臨床応用

-骨粗鬆症による骨折(コーレス骨折等)に対する新しい治療法-

講師:北野病院 整形外科 副部長 松田康孝 先生

座長:石井正治理事

懇親会司会:栗本一孝理事

第5回(117回)研修会：平成13年8月25日(土) 会場：ヒルトンホテル

総合司会：吉田研二郎理事

演題：「慢性関節リウマチの手術療法 -特に頸椎について-」

講師：天理よろず相談所病院 整形外科 部長 廣藤榮一 先生

座長：石井正治理事

演題：「ナビゲーションOPE」

講師：大阪大学 医工学治療学 助教授 菅本一臣 先生

座長：

懇親会司会：

第6回(118回)：平成13年9月29日(土) 会場：大林ビル

第7回(119回)：平成13年10月13日(土) 会場：ヒルトンホテル

第8回(120回)：平成13年11月17日(土) 会場：グランキューブ大阪

* 第6回以降の詳細は後日案内の予定です。

兵庫県

県章制定
昭和39年6月



県章の意味

セルリアンブルーをバックに、波の形をデザインした兵の字を白く抜き、南北を海に接した県の姿を象徴しています。

平成 13 年度 O C O A 役員

(五十音順)

顧問 阿部宗昭 大阪医科大学 整形外科学 教授
 飯田寛和 関西医科大学 整形外科学 教授
 越智隆弘 大阪大学 医学部
 大学院医学研究科・医工学治療学 教授
 浜西千秋 近畿大学 医学部 整形外科学 教授
 山野慶樹 大阪市立大学 医学部 整形外科学 教授
 吉川秀樹 大阪大学 医学部 整形外科学 教授

名誉会長 越宗正

名誉会員 稲松 滋・上野良三・小川亮恵・小野啓郎
 小野村敏信・島津晃・田中清介・原省吾
 平山正樹・増原建二

会長 長田明

副会長 古賀教一郎・早石雅宥

理事 天野敬一・石井正治・右近良治・大橋規男
 甲斐敏晴・河合秀郎・河村都容市・木佐貫一成
 栗本一孝・黒田晃司・越宗正晃・小杉豊治
 小林正之・小松堅吾・五島淳・坂本徳成
 沢田出・茂松茂人・柴田辰男・首藤三七郎
 須藤容章・瀬戸信夫・孫塔權・反田英之
 新田望・西川正治・丹羽權平・服部良治
 濱田博朗・原田稔・馬場貞夫・広瀬一史
 福井宏有・堀木篤・前野岳敏・松矢浩司
 三橋二良・村上白士・矢倉久義・八幡雅志
 山本哲・山本光男・吉川隆啓・吉田研二郎

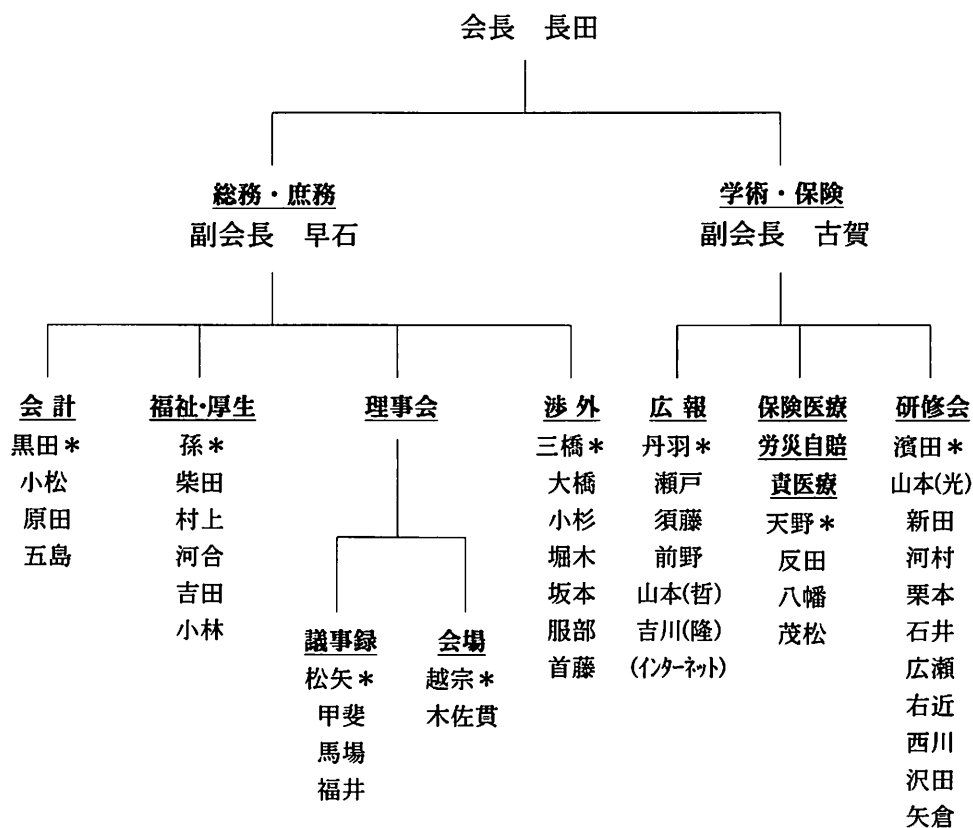
監査 伊藤成幸・吉田正和

議長 松尾澄正

副議長 佐藤利行

裁定委員 原卓司・廣谷巖・藤原孝義

平成 13 年度 JCOA 役員役割分担表 (順不同)



* 責任者

監 事：伊藤成幸 吉田正和

議 長：松尾澄正

副議長：佐藤利行

裁定委員：原 卓司 廣谷 巖 藤原孝義

JCOA代議員：長田 明 古賀教一郎 早石雅宥 小松堅吾

予備代議員：三橋二良 小杉豊治 堀木 篤 瀬戸信夫

第14回 JCOA 学会 会 長：堀木 篤

第14回 JCOA 学会実行委員長：小松堅吾

OCOA各種委員会 (順不同)

- (1) OCOA医業周辺問題検討プロジェクト (長田)
八幡雅志、村上白土、堀木 篤、三橋二良、瀬戸信夫、河合秀郎、丹羽権平、
河村都容市、広瀬一史、石井正治、沢田 出、服部良治
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥
- (2) OCOA社会保険等検討委員会 (天野)
越宗正晃、栗本一孝、吉中正好、孫 瑠権、天野敬一、甲斐敏晴、楠 正敬、
茂松茂人
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥
アドバイザー：反田英之、村上白土、堀木 篤、三橋二良、服部良治
- (3) OCOA医業経営委員会 (首藤)
河合秀郎、山本光男、福井宏有、馬場貞夫、首藤三七郎、小松堅吾
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥
- (4) OCOA介護保険等対策委員会 (甲斐)
甲斐敏晴、松矢浩司、河合秀郎、福井宏有、孫 瑠権、前野岳敏、茂松茂人、
堀木 篤、黒田晃司
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥
- (5) OCOA病院部会 (島田、中村(薫)、牧)
河合秀郎、首藤三七郎、山本光男、芥川博紀、越宗正晃、吉川秀明、渡辺 優
- (6) OCOA会誌等編纂委員会 (丹羽)
瀬戸信夫、丹羽権平、須藤容章、前野岳敏、山本 哲
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎
- (7) OCOA特別委員会
* JCOA学会 (大阪) プロジェクト委員会 (小松)
* 「骨と関節の日」行事委員会 (早石)

医事紛争特別委員としての15年

東淀川区 濱田 博 朗

医療に関する事件はニュース価値も高くマスコミ、マスメディアにも大きく取り扱われております。医事紛争に関する事件も世の中の権利意識の増大とそのニュース性から、しばしば報道される事になります。例えばつい最近にも堺の某病院で人工股関節置換術の際に手術部にガーゼを置き忘れ、それが数年後に別の手術の機会に発見されたなどという記事は、昔からいつもどこかで繰り返されていることではありますが、それはそれでニュースになるのでしょうか。

この例は明らかに医療側のミスですから、医療側はその非を認めて与えた損害に見合うだけの賠償をする義務があります。医療側と患者側とが話し合っただけで謝罪の意が伝えられ賠償の提案がなされたとしても、その額を決める段になると当事者にはなかなか難しいものです。しかも非常に重要なことですが医療機関のほとんどが加入している医師賠償責任保険を適用する場合には、当事者間で独自に額を決めてはいけないという縛りがあるのです。そこで府医師会にある医事紛争特別委員会に報告が出され、専門委員会の活動が始まります。

医事紛争特別委員会とは

医事紛争特別委員会は府医師会に設けられた私的調停機関であり、会員並びに会員が開設或いは管理する医療機関において患者との間に医事紛争が発生した場合、会員の委託を受けてその処理にあたるものです。医師会員から紛争の届け出があればその症例に応じた専門委員会に廻され、専門委員が任命されてその処理にあたるのです。

現在、整形外科専門委員会には9名の委員がおり現職の大学助教授2名、公立、私立病



院の部長3名、あとは元部長で現在開業している木下、濱田、坂本、荻野の各委員です。その上に府医師会の担当理事である八幡先生が加わって医師会とのパイプ役を務めてくれます。専門委員会は毎月一回開かれ、新件が5～6例、懸案事例の討議が10例前後、約3時間かけてじっくりと討議されます。新件の討議には画像も全部提出されますので、症例検討会そのものです。単なる骨折の見落としなどの症例であれば簡単ですが、誰がやっても難しい指の外傷例などでは医療側の責任をどの程度とすべきかなど、結構議論が白熱します。一番問題になるのは脊椎、脊髄関係の手術後に結果が悪かった例であり、明らかな過誤がなかったとしても患者の期待権が侵害されたとして紛争になるケースが多いのです。

専門委員会に提出される症例数は明らかに増えてきました。私が最初にこの委員会に参加したのは昭和56年ですが、その頃に較べると約2倍となっています。当時の委員の数は4名でしたから一人あたりにすればほぼ均衡はとれるのですが、討議すべき案件が多くなった分だけ時間がかかるわけです。平成11年度の整形外科専門委員会に提出された案件数は65件、12年度には77件ですが、因みに内科

は59件と72件、外科58件と61件、産婦人科29件と31件でこの2年間は各科とも漸増傾向にあり、また整形外科は常に主位を占めています。

各委員はこのほかに担当の案件に関して個別に医療側、患者側と面談する必要がありますが、実はこれが大変な作業です。どうしてもそれぞれに時間がかかり、そのために府医師会館へ出向く必要があります。ときには出張して入院先に出向くこともあります。このようにして調査した結果が再び専門委員会に提出され、そこで討議されて結論が出されます。その時点で賠償額が案として決定されるのですが、医療側はまず問題はないとしても患者側の要望に十分に応えられているとは限りませんので、そこで不承諾となれば更にその金額について交渉がすすめられます。この時点での交渉は一定の枠を決めて事務局のレベルでなされることが多いのです。要求額が高すぎて妥結の可能性がなければ、後は調停や裁判にまかせるとして交渉はうち切られます。

患者側の単なる思いこみや誤解であって医療側に落ち度のない場合も結構あるもので、その場合にはよく説明して納得してもらって取り下げてもらったり、ささやかなお見舞い程度で納めることもあります。

最近の医事紛争の傾向

数年来、患者側の要求が弁護士を介して医療側に申し出られるケースが増加してきました。それに先だって資料保全などの手続きが取られていることが多いのですが、とかく個人が病院に対して文句を言ってもうまく言いくるめられてしまうのではないかとの危惧の念から、最初から弁護士に相談してそのような手段となるのでしょうか。最近ではインターネット上でそのような相談に乗ってくれる弁護士や医療関係者のグループがあるとのことであり、この世界もアメリカに近づいているとの感があります。

弁護士を介して要求が出されれば当然医師側も弁護士をつけることになり、その場合には専門委員会は医師側弁護士の相談に応ずる形となります。先に述べた医療側と患者側との直接の交渉の場合であれば双方の主張を聞いて、どちらにも偏ることのない公正な立場で妥当な賠償額を提示するといういわば調停的な立場であったのですが、弁護士が加われば医療側の弁護士の顧問的な役割へと移行するわけです。相手方の弁護士は多くの場合過大な要求を出してくるものであり、それに対抗することには良心のとがめはありません。先方が妥当な要求であれば早く終結させるように勧めるのですが、そのような例はたまにしかありません。

紛争例の最近の傾向を述べましょう。

- 治療(手術)の結果が思わしくなかった場合、医者がなにか悪いことをしたからではないかと考えて文句を言ってくる「駄目でもともと」型が増えてきたこと。特に大阪、東京など都市部に多いようです。
- 病院の手術にからむ紛争が多いこと。一流といわれる病院でも結構多いのであり、内容を見れば以前から同様のことは発生していたので、それが紛争として表に出るようになったものであろうと推測します。世の中の移り変わりということでありましょう。
- 同じ病院で紛争が続発する例があります。その病院の医師の資質や管理体制に問題があるとは思いますが、地域性があるのかもしれない。
- 総体に賠償額が高額になってきました。とくに脊椎関係の術後にその傾向があります。これは弁護士の参入により損害額が高く計算されるためと考えられます。

専門委員会である程度まとめれば合同委員会に報告されます。この会は内科、外科、産婦人科、整形外科、およびその他各科の5つの専門委員会の合同した会議であり、月に一度開催されます。専門委員会でスムーズに決

まった事はここで否決されることはまずありませんが、難航したケースはここで討論され方針が示されます。この会議は出席すれば最近の各科の医事紛争の傾向がわかり、ずいぶん勉強になります。

医事紛争を避けるために

医事紛争は、ある日突然思いがけなくやってきます。でも私たちは「自分だけは巻き込まれる筈はあるまい」と安易に日々の臨床に携わっているのではなかろうかと思えます。それほど横着に構えていなくても、あるいは細心の注意を払ってやったと思う診断や手術でさえも思わぬ事でアクシデントは発生するものであります。そのときの心構えを私の経験も加味して述べておきましょう。

1. まず落ち着いて現状を的確に把握し、出来る最善の努力をする。手術などの時ではとくに大事なことである。そのためには常から協力してもらえ体制をつくっておくことが必要である。
2. 過誤があったと思っても最初からは安易に謝らない。責任のない部分までの求償をされる可能性があるからである。何事も約束をしてはいけない。ましてや金品を渡したりしてはいけない。不結果になったことに対する陳謝の気持ちは言葉や態度で十分に表すべきではあるが。
3. 紛争になってしまったら誠意をもって対応する。訴えを気の済むまで言わせる。その折々にこちらの言い分も適度に述べる。そして最後に医事紛争特別委員会に任せる事を提案する。

医事紛争特別委員会に患者側が出てくるといことは、相撲でいえば土俵に上がったようなものです。土俵に上がる気になってもらうためには相手の話をよく聞いてやり、こちらの言い分も話して公正な判断をしてもらおうと相手を説得する事が肝要です。この説得ができなければ相手は弁護士を介して要求が出てくることは、先に述べたとうりです。

まれには委員会抜きで直接交渉で話を付けることを強要される例もありますが、そのときには決して約束事はせず医事紛争特別委員会に報告してアドバイスを受けて下さい。さもないと法外な金額を吹っかけられたりするだけでなく、医賠責保険も下りない事になり大変難儀します。

5年間の中断期間はありましたが昭和56年から現在まで20年にわたりこの仕事をさせて頂いて随分勉強になったと感謝しております。故人となった林原、渡辺両先生の医人としての考え方には共鳴するものがありました。現在、大体大教授をされている広橋先生とはよく議論したものでした。今の専門委員会主任の木下先生は円満でまとめ役としては適任だし、しかも主張をもっておられて頼もしい存在です。その他の各委員の先生はそれぞれ得意な分野で最新の知見なども紹介してくれますので、私にとっても誠に有り難い会だと思っております。

医業周辺問題検討プロジェクト

COA会長 長田 明

大阪府では、平成13年4月より柔道整復療養費審査委員会が新しく発足致しました。今までは社保も国保も一緒に審査致しておりましたが、4月より社保国保がそれぞれ別々に審査委員会を構成し、審査することになりました。当プロジェクトより社保に4名、国保に6名の委員が出務しております。

また先般、JCOA医療システム委員会とJCOA社会保険等検討委員会を行いました。柔道整復療養費審査委員会に関する調査の集計結果が送られて来ました。いろいろと問題を含んでいるようですが、少しでも改善されることを期待しております。以下に、調査票とその集計結果をそのまま掲載致しますのでご一読いただければ幸いです。



柔道整復療養費審査委員会に関する調査票

1. 貴県では審査委員会は設置されていますか？（はい いいえ）

「はい」と回答された方におたずね致します

2. 貴県の審査委員会は？

（国保 社保 国保社保両方）

3. 審査委員会の構成メンバーを出来るだけ詳しくお書き下さい

例：整形外科医師○名（内JCOA会員○名）、外科医師○名、社団柔整師○名、非社団柔整師○名、社会保険事務局事務官○名、国保連合会事務官○名、健康保険組合連合会事務官○名、等

3-1. 国保審査委員会：

3-2. 社保審査委員会：

4. なにを基準にして、どのように審査しておられるのか出来るだけ詳しくお書き下さい

5. 返戻はされていますか？

（はい いいえ）

「はい」と回答された方におたずね致します

5-1. 返戻件数がお判りでしたら教えてください（約 件）

5-2. 返戻された理由は何でしょうか？

(a) 近接部位 (b) 受傷原因

(c) 治療内容 (d) 部位数

(e) 治療期間 (f) 傷病名

(g) その他（ ）

5-3. 返戻された後どうなったかお判りでしたらお教え下さい

6. 審査はされていますか？

（はい いいえ）

「はい」と回答された方におたずね致します

6-1. 査定件数がお判りでしたらお教え下さい（約 件）

6-2. 査定された根拠（審査基準）は何でしょうか？

(a) 近接部位 (b) 受傷原因

(c) 治療内容 (d) 部位数

(e) 治療期間 (f) 傷病名

(g) その他（ ）

6-3. 査定された後のことについて

(a) 何ら問題はない

(b) 異議申請がある（理由は何で

しょうか？)、そしてどうなりましたか？

7. 審査対象のレセプトは？

(a) 社団のレセプト

(b) 社団以外のレセプト

その他ご意見があればお書き下さい。

ご協力有り難うございました。衷心より御礼申し上げます。

なお、近々柔整審査委員会の先生方にお集まりいただき、意見交換会を開催致しく存じますので、その節には各県代表者各位より審査委員の先生方へ出席依頼方宜しくお願い申し上げます。

県 ご芳名

柔整審査のアンケートのまとめ

平成13年 4月

* 32県より回答あり (15県は未回答)

* 審査委員会設置

国保のみ 6

社保のみ 2

国社とも 24

* 審査委員会の構成メンバー

整形外科医 24

(JCOA会員と明記は13)

外科医 14

内科医その他技官等 23

社団柔整師 30

非社団柔整師 10

●愛媛：審査委員会はあるが内容は全く不明

事務官 23

●鳥取：柔整師と事務官のみ

* 返戻している 26

* 査定している 21 (面接等で断固として対応しているのは5県のみ)

島根：査定3,493/月 問題なしは？

岡山：乳児の外傷性股関節脱臼整復術を査定…1件のみか多数あったのか不明

* 問題点

1. 15県未回答があるが、審査委員会が設置されているのかどうか確認の必要がある。
2. 審査に整形外科医の参加のないところは、改善する必要があるのではないかと。
3. 参加していても1人というところが多い。また、内科医、歯科医が審査しているところがある。
4. 返戻が26あるが、翌月には訂正再提出など結局そのまま支払われているようである。
5. 査定21も、5県以外で、確実なのは近接部位の査定のみであり、他はあいまいで査定の結果がどうなったかは、はっきりしない。

また「法的根拠がないから査定しないでくれ」「形式だけの審査だから」と言われている等の記載もあり、審査基準を早急に整備する必要があるものとする。

医科の審査基準に相当するものを作成し(打撲、捻挫の治療指針) 監督官庁より公示してもらう必要がある。

第2回平成12年度O C O A社会保険等検討委員会

東住吉区 天野 敬 一

日 時：平成12年10月21日

場 所：ハートンホテル心斎橋

出席者：(長田) (早石) 三橋、服部、反田
天野、孫、茂松、栗本、楠、越宗
(順不同)

平成12年度社保等検討委員会は、上記にて開催された。プロジェクト委員会と、時間が重なったため、一部委員は途中退席となった。課題は以下の如く、主としてJCOAでの活動報告、中央への要望事項、医業周辺業種の件などであった。

議 題

- 1) JCOA社保等検討委員会報告
(12.8.26 ホテル国際観光 東京)
委員長選出、JCOA審査委員会議について(役割、討議事項)等。
- 2) 平成12年度JCOA保険審査委員会議報告
(12.9.23 品川プリンスホテル 東京)



一次審査における問題事例について、講演「21世紀の医療制度」(下村 健 健保連副会長)他。

- 3) 平成12年度全国整形外科保険審査委員会議報告
講演(新村和哉 厚生省保険局課長補佐)
Q&A、アンケート結果(再審査、高点数、柔整審査) 要望事項等。
- 4) その他

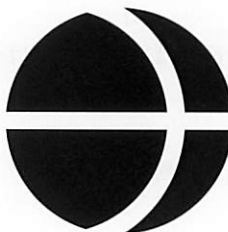
以 上

長野県

県章制定
昭和41年

県章の意味

長野県のかしら文字の「ナ」を円形の中に描き、横棒を中心に、山とそれを湖に映す姿を表しています。



第13回 JCOA学会（宮城）に出席して

第14回 JCOA学会（大阪）

実行委員長 小松 堅 吾

第13回 JCOA学会は宮城県臨床整形外科医会の担当により、総会と懇親会は平成12年6月10日（土）ホテル・メトロポリタン仙台、翌11日（日）の JCOA学会は仙台サンプラザホールに於て開催された。

すでに第13回 JCOA学会特集号が、JCOAより各会員に送付済みのため、学会の詳細はご存じの事と思われる。今回は内容の重複を避け、今年第14回 JCOA学会を主催する大阪臨床整形外科医会の実行委員長の立場で、JCOA学会のあり方、運営、内容その他についての検証と印象を書いて見たいと思う。立場上、ともすれば宮城の学会の「アラ探し」になりがちである事をお許し頂きたい。

それにしてもパネルのテーマを例にとっても、学会を担当された宮城県臨床整形外科医会の役員と会員の方々のご努力とご苦勞には心より感謝し、敬意を表したく思います。

またパネリストの方々のご発表内容には貴重な経験と苦心のあとが伺われ、改めて敬意を表したい。

JCOA学会には基本的な開催要綱があり、諸々の項目について努力目標が記されている。例えば、臨床整形外科医会にふさわしいテーマの選定とか学会が華美な催しにならない事 etc. 宮城も要綱に従いテーマの選定など随分苦心をされた様子が伺われた。

＜懇親会＞

ホテルメトロポリタン仙台に約300名の出席があり盛会であった。アトラクションは、いわゆる大道芸の面白さと「青葉城恋歌」で有名な故郷の歌手、佐藤宗幸の歌で盛り上がった。ただ残念だったのは、診療後大急ぎで大阪を出発し、代議員会・総会の疲れも手伝っての事と思うが、懇親会が3時間近くの長時



間にわたり、自分にとっては佐藤宗幸のシャンソンも懸命の熱唱の割りには聞き疲れて締まりのない結末に終わった様に思えた。主催者のご好意と誠意が伝わって来る懇親会ではあったが、余り長時間はどうか？の疑問が残った。

＜JCOA学会＞

不運にも当日は朝から終日雨が降り続いた。参加者も主催者の予想を大きく下回った事と思われる。私は立場上受付業務に注目していたが、宮城の会員でさえ出席受付に100名程の名札が残ったままであった。それでも午前中の学会本会場は、一応満足出来る出席があった。

午前のパネル後の特別講演が長くて時間のやりくりがつかず、午後の本会場の開始時間と学術展示の発表・討論が重複し、臨床的な学術展示の方に興味のある多くの会員は本会場に入らず展示発表と討論の後、そのまま帰ったようで、本会場は閑散としていた。

午前も午後も、各パネリストの口述テーマそれぞれが大テーマであっても良いようなものばかりで、何となく喋りっ放し、フロアから意見や質問もなく、座長が気を利かせた（？）長い発言も逆に発言意欲をそいだので

は無かったか。午前か午後のどちらかに臨床的なテーマを採用しても良かったのではないかと感じられた。

遠方から参加の会員にとって、交通手段によっては帰宅の時間が問題となる。3時前から会場をあとにする者が多く、会場は閑散となり始めやがて100名を切る程度にまでなった。パネリストにとっても失礼で気の毒な雰囲気になってしまい、私など出るに連れられず・・・しかし空港への出発時間は迫り、困った事態だった。

会場が閑散となると同時に、各部署に配属

されていた宮城の会員も会場に入らず殆ど帰られた様だった。

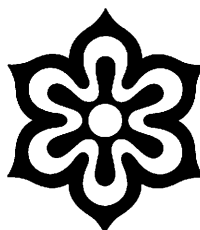
前年、福岡の第11回JCOA学会にも出席した。午後4時を過ぎた終了時にも学会場は盛況であった。後日知った情報によると、福岡県では3つの医会があって互いに協力を競い、会員の出席率がきわめて良かったとの事であった。会員の協力が如何に重要かを如実に示した例と考える。

来るJCOA学会（大阪）でも、ひたすら会員の積極的なご協力を切に切にお願いする次第です。

京 都 府

府章制定

昭和51年11月2日



府章の意味

この府章は、府民から公募して制定。六葉形は古都の格調高い土地柄を表現し、中央に「京」の文字をひとがたに図案化して配し、全体として府民の連帯性とその力の結合を表象したものです。

柳生の里を訪ねて

医療法人 坂本整形外科 坂本 葉子

高校生時代、一生懸命に読み耽った吉川英治著「宮本武蔵」の中に出て来る柳生の里を訪れることが出来るなどと、あの当時北九州に住む一高校生にとっては、夢の又夢で、この企画を拝見して胸躍るものがあった。

10月8日(日)、10月にしては少し肌寒い朝8時過、バスは森先生(JCOA奈良)のお世話でJR奈良駅前を出発し、国道369号線を柳生の里へ。

最初に訪れたのは、忍辱山「円成寺」、天平時代唐の僧虚灌によって開かれ、ご本尊は阿弥陀如来様(藤原時代)、内陣の柱には25菩薩来迎図が描かれていて、“仏の教えをひたすら辛抱して守れば極楽浄土へ行くことが出来る”など、朝早い参詣にもかかわらず、ご住職は丁寧に説明して下さった。他に仏師運慶作の大日如来坐像を擁していること、楼門前に浄土式と舟遊式を兼備した庭園のあることでも有名な寺院であるとのことであった。国道に面していながら松と杉に囲まれたとても静かな寺院であった。

次に訪れたのは、コスモスの咲き乱れる畑の畦道を通って、一重寄棟作り・本瓦葺きの南明寺、お堂に安置された、木造の薬師、釈迦、阿弥陀の3如来像はいずれも平安時代の物だとか、丸みのある、暖かで、穏やかな如来様で、「かつては、この寺の境内は、村人達にとっても親しまれ、収穫時になると境内いっぱいにござが敷かれ、穀物が天日に干されていた。」との住職のお話しに、平成8年大分で開かれた研修会のおり、訪ねた富貴寺のことをふと思い出した。堂の中央に鎮座された阿弥陀如来像、周囲の壁面にうっすらとではあるが、手を加えられないまま、びっしりと描かれた仏画、村人としてしっかり結び付いた素朴な仏教信仰・・・かつては御仏の教えが人々



の心をしっかりと捕らえていたのだと。

最後に訪れたのは、旧柳生藩家老屋敷、柳生一万石の家老小山田主鈴の屋敷跡。主鈴は、藩の財政の立て直しに成功したため、足軽から家老に昇進した人で、その屋敷は、天保年間に築かれたという立派な石垣の上に、米蔵など一部は撤去されたが主屋は、当時のままという武家屋敷である。何時ものことながら、このような昔の家屋を拝見するときには、台所は？お風呂場は？トイレは？等と日常生活に一番つながりの深い場所に興味津々であるのだが、ここの雪隠は、砂雪隠だとかで、このような高台では、さもありなんと変に納得する。この屋敷は、一時「春の坂道」の著者山岡荘八氏の所有であったが、没後は遺族により奈良市に寄贈され、現在は柳生資料館となり古文書、武具、民具等が展示されている。

ぽつぽつと雨が降り始めたため道路脇の野菜の無人販売所に立ち寄りたのを我慢して帰路についた。

柳生の里は、昭和46年NHKの大河ドラマ「春の坂道」が放映された当時は、かなり賑わったとのことであったが、今は、私が若いころ想像していたように山懐に包まれた静かな剣豪の里であった。

柳生家の菩提寺である芳徳禅寺、正木坂剣

禅道場、抱瘡地藏等、まだまだ行って見たいところのある柳生の里、今度は桜の咲く季節にぜひ訪れたいと思った。



足の診かた

講師 奈良県立医科大学 整形外科 高倉義典 教授

O C O A 監事 伊藤成幸

岩井浅二研究会会長が座長として、教育研修会が開催され、講師・高倉義典先生の経歴の紹介がありました。

[学 歴]

昭和44年3月 奈良県立医科大学卒業

[職 歴]

昭和44年5月 奈良県立医科大学整形外科
入局

昭和53年8月 New York Unibersity
Medical Center 留学

昭和57年6月 奈良県立医科大学整形外科
講師

平成元年2月 同上 助教授

平成8年8月 文部省在外研究員として
Mayo Clinic (USA) を訪問
する。

平成12年7月 奈良県立医科大学整形外科
教授

[加入学会]

日本整形外科学会（評議員）（昭和62年度
幹事）

スポーツ委員会委員・委員長（平成8年）

日本足の外科学会（幹事）（平成5年度会長）
国際委員会委員長

国際足の外科学会（International Feder-
ation of Foot & Ankie Societies）

President (1999-2002)

President Elect (1996-1999)

American Orthopaedic Foot and Ankie
Society (Corresponding Member)

[研究テーマ]

足部疾患の診断と治療（足の外科）

[著 書]

図説足の臨床、スポーツ外傷・障害（下肢
と足）他多数



高倉先生は、「足の診かた」の講演に入る前に柔整師と政治すなわち代議士との関係について、先生ご自身が感じたことをお話になられました。それは、最近奈良県柔整師会の発足25周年記念式典に参加された時のことで、「会場に入ってびっくりした。会場には奈良選出の代議士の先生方全員（1人だけ代理出席）が並んでおられ、医師会の場合は、ほとんど代理の方が来られる位であり、そのパワーの違いを、まざまざと見せつけられた」と言っておられます。さらに「日本整形外科学会の代議員会の懇親会でこのようなことが話題になっていた。この人達のいろいろな力に対抗するために、厚生省に掛け合っても、最後の段階で我々は押さえられているようです。私どもは、診断・治療の力をアップして、彼らに負けないようにするしか方法がないと感じました。」と。

私ども本来見聞きし感じていることに対して、アカデミックな大学の教授の先生方も切実に感じておられることを知って、やっと整形外科医全員の目が同じ方向を見つめて行動を起こすようになって来たなと感じました。

＜講演＞

足の診かた－診察の仕方

解剖：

ショパール・リスフラン関節を境として、前足、中足、後足部の3つに分けられます。

足は、内側のアーチと前から見て前足部に、2、3中足骨骨頭が床につかない横のアーチがある。これが崩れると痛みや疾患が起こってきます。

足には、いろいろな種子骨、過剰骨があり、種子骨はなくてはならない骨で、ショックアブソーバー等の役目をして母趾の種子骨は1,001見られます。過剰骨は、余分な骨で30種類を越えるといわれています。大きかったり存在場所によっては障害が起こることがあります。

足関節は、骨で支持されている股関節や、外内側側副靭帯・十字靭帯等大きな靭帯で支持されている膝関節に比べて、この両者の中間で、小さな靭帯で支持されており、距腿関節は、脛骨と腓骨の間のホゾ穴に半円推のような形をした距骨が、ホゾとしてはまり込んで関節を形成しております。

視診：

足の形は勿論、皮膚の色調そして歩かせたり立たせたり、特に診察室へ入ってきた時の歩容を見ることが大切で、跛行等によって異常の部位程度が判る。そして股・膝とのアライメントが重要です。

スポーツ選手等では、受診時古い履物を持ってきて貰うことによって、靴の底の減り方、変形等が非常に診断・治療の参考になります。

足の変形－内反・外反・尖足・踵足・凹足等があり、内反尖足は、先天性によく見られる疾患です。

可動性－回内・回外の他に、内がえし・外がえしという言葉があるが、複雑ではつきりさす必要があります。

内転・外転－矢状面に対して内側・外側への動き。

回内（外反）・回外（内反）－足の長軸に対する回旋運動。

内がえし－底屈・回外・内転（足底が内を向く）

外がえし－背屈・回内・外転（足底が外を向く）

触診：

足は皮下組織や大きな筋肉がないため、外から触ることで、診断が付き易く、触診は重要です。股関節等では触診が難しいが足では、本病点の部位によって疾患の診断がつく程で、足の診察で触診が非常に大切です。足根骨部に骨が多数入り組んでおり、動かしてみたり、動かし方によって診断がつく場合があります。

足根骨部の異常はX線とともに触診が重要です。

足の代表的な疾患

- ①先天性
- ②発育期（一部スポーツ障害も入る）
- ③成人期 慢性疾患、OA、扁平足等
- ④スポーツ障害
- ⑤全身性疾患、結核、リウマチ、糖尿、痛風等

人間は、他の動物とちがって、足の疾患が多く、特に発育障害による疾患が多い。またスポーツ障害が足に多く、膝ほど重症ではないが、足は外傷を受け易い。リウマチの場合も、97%足に症状が出てきます。

足関節の外傷

外傷を受ける機会が多く、靭帯損傷・脱臼・骨折等、多様に渡っております。

捻挫：

足関節の靭帯損傷です。統計によると1996年米国では、1日に27,000人の人が捻挫しており、日本では人口比から1日12,000人の人が捻挫していることとなります。

足内関節外側靭帯・前距腓靭帯損傷は、内がえしを強制されて起こり、バスケット・バ

レーボール・サッカー等で多発しています。この距腓靭帯が切れると距骨が亜脱臼して、足を前方へ引っ張るとその部が凹んで「エクボ」が出来ます。(新鮮側では疾病のため少し困難です。)足の前方引き出しで「エクボ」が出来て、離すと元に戻ってその時距骨の頭が腓骨に当たり「コツ」と音がして不安定性の広明となります。勿論、X線にて内がえし引き出しで不安定性を見て診断の根拠とします。

欧米では、新鮮靭帯損傷は手術をしないが日本では、よく手術をしております。手術例では不安定性の再発は殆どありません。

慢性損傷で不安定性のある例では、内反していく傾向があり、脛骨下端関節面角度、すなわちTAS角度を測る必要があります、TAS角が85°以上に内反傾向があれば、従来OAに移行するようです。85°以上内反位に傾くと手術の必要があります。(保存的治療で9年後にOAとなった例あり)すなわち、陈旧性不安定性に対して靭帯再建手術の必要があります。

小児の捻挫では、靭帯損傷は、まずありません。必ず剥離骨折を伴います。子供で捻挫してX線にて、骨片が見られなくても腫脹疼痛があれば、靭帯損傷はなく、骨・軟骨等の剥離があるとして、必ずギプス固定を最低2週間位やる必要があります、その後1ヶ月位サポーター等で固定が必要です。

その他の足の疾患は以下の如くです。

impingement exaotooeー距骨前背部骨棘

内反足ー日本人の内反足は正座胡座等の生活で起こり易く、内反型OAになり易い、欧米では余り見られません。

扁平足ー小児期→思春期(荷重型扁平足)→成人期(いろいろな扁平足の終末)思春期の扁平足は後で脛骨筋の弱力によるもので、一流選手にはなれないようです。

回内足障害、過労性骨障害(疲労骨折)、足底腱膜炎、踵骨後部滑液包炎、有病性三角骨、外脛骨障害(日本人に20%あり)、踵間癒合病(日本人に多い)、距舟間癒合病、舟状骨第1楔状骨間癒合病、踵骨骨端尖(踵骨と足底板の併用)、足底腱鞘炎、有痛性踵骨棘症(足底板の作成に注意)、外反母趾(保存的に10歳代~20歳代後半まで矯正の体操が有効)、Freiberg病、Morton病(3、4中足骨骨頭間で締め付けて痛む。マロイトンブロックで70%位治せる。)

最後に、“足の診かた”で最も重要なことは、**視診ついて触診そしてぜひ動かす**。このように診察をされますように!!

本講演の内容の詳細特に画像診断については、JCOA雑誌に詳しく記載されておりますので省略いたしました。その他は、私の記憶をたどって記述いたしました。

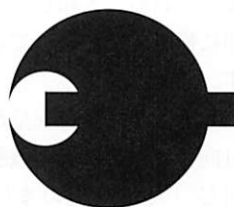
奈良県

県章制定

昭和43年3月

県章の意味

奈良県の「ナ」を図案化したものです。外円はまほろばの大和の自然を、内円は和をもって貴しとする協和の精神を表現しています。



青山 茂名誉教授の講演
「大和は国のまほろば」

黒田 晃 司

「まほろば」何とも神秘的で、耳に響きの良い言葉ではありませんか。しかし、この言葉の意味を説明できる人は少ないのではないのでしょうか。

第27回JCOA研修会は奈良で開催され、「まほろば研修会」というキャッチフレーズが付けられていました。しかし、大阪の隣の県での開催にもかかわらず、OCHA会員の参加者が少なかったのは残念です。これは、わざわざ出向かなくてもいつも出かけているという人と、JCOA研修会に対する関心の低いためだと思われます。(6月には、大阪で学会を開催することを考えあわせると、是非ともJCOAに対する皆様の関心を深めて欲しいものです。)

今回、青山名誉教授の「大和は国のまほろば」と言う講演を拝聴して、「まほろば」と言う言葉の意味が、大変深い意味をもつ物であることを知りました。すなわち、「日本書紀」や「古事記」-8世紀に編纂されたもの-にでてくる古代歌謡の「思国歌」にでてきて以来、千数百年間、連綿と受け継がれてきた心情が、この言葉の奥深い意味で、単なる観光案内の奈良に対するキャッチフレーズではないということです。

「古事記」の中で、景行天皇の皇子倭建命やまとたけるのみことが東国遠征の帰り道、伊吹山で重い傷を負って、辞世の句として詠んだ「大和は国のまほろば たたなずく青垣 やまごもれる 大和し うる わし」は、故郷の大和に帰り着くことのできない無念を詠んでいます。

一方、「日本書紀」のなかには、景行天皇が九州に遠征した帰途、日向の海岸で、赫と戦勝の喜びを心情込めて同じ「大和は国のまほろば・・・」を詠んだと記録されております。

故郷を偲ぶ同じ歌が、一方では、いまわのきわの悲しみを込めた歌として詠まれ、片方では、戦勝の喜びの歌として詠まれたものとなってい



るとともに、この「まほろば」の本質が籠められています。古代の日本人にとって「大和は国のまほろば」であったことが、伺い知られるところであります。「まほろば」とは、中心を占めるところ、物心両面の故郷としてふさわしいところを意味するものです。日本書紀や古事記の時代の日本の中心は、太田纏向遺跡-三輪山の北西山麓-が3世紀の半ばの日本の中心的集落であったことが、史実にもとづく最近の検証でも明らかにされています。大和は古代-彌生時代から古墳時代-に、この纏向周辺から発して、やがて、奈良盆地一円に広がり、時代とともに拡大していった、日本全体を「ヤマト」と呼ぶようになりました。

この講演ではもう一つ、歴史発生の時代には、どの民族にも、神話や「かたりべ」によって、口述された物語と史実の接点があり、日本でも、数多くの神話によって歴史の発生期の様子が想像されるものであります。ところが、天皇制と大東亜戦争の背景が結びつけられて、これらの神話がタブーになってしまっていることにも触れられた。私はこれらの神話は、ほとんど知らないのですが、青山教授の本も読ませていただきましたが、神話については、ほとんど記述されておりません。どなたかご存じの方、いい本がありましたらご教授ください。

懇親会

COA副会長 古賀教一郎

研修会2日目の平成12年10月8日(土)は、教育研修会、狂言、文化講演に続いて、研修会の山場でもあるが懇親会が、教育研修会会場となった奈良県新公会堂の庭園で午後5時から野外パーティ形式で行われることになっていた。

文化講演終了後開宴までの間しばらく待機することとなったが、三笠山を借景に広々と芝が敷き詰められた素晴らしい庭園に三々五々グループが出来て景色を愛でながら早々と歓談に花が咲いた。しかしながら待つうちに生憎雨がぱらついて来て、誠に残念なことに、急遽会場は屋内に変更となった。

屋内は5百数十人の参加者を収容するには少々狭かったが、岩井研修会会長の開会のことば、安部JCOA理事長の挨拶、来賓の祝辞に続いて鏡割りが行われ、増原奈良医大名誉教授の音頭で乾杯、琴の生演奏をバックグラウンドに宴は始まった。

肩を触れ合う立食パーティであったが、お互いに和気藹々とかえって懇親を深めること



が出来たようだ。

約2時間のパーティも終わりに近づき、次期研修会担当の徳島県臨床整形外科医会新野会長から研修会の案内がなされ、続いて第14回JCOA学会(大阪)開催の案内を堀木学会会長からなされて尾崎研修会実行委員長の閉会のことばで懇親会の幕を閉じた。

閉会後は二次会に参加する人、明日のオプショナルツアーに備えるためにホテルに向かう人、それぞれ会場をあとにした。

和歌山県

県章制定

昭和44年4月26日



県章の意味

和歌山県の頭文字「ワ」を簡潔に図案化したもので、県民の和を象徴している。末広がりの形は明日に向かって果てしなく発展する南国紀州と、進取の気性に富む豊かな県民性を表している。

スポーツに伴う疲労骨折

中京大学 体育学部 教授（保健センター長） 清水 卓也

一般的に人間の体の構成体は外力により変形する粘弾性体とされている。弾性とは一定の負荷をかけたときに時間の経過とともに変形が増大し、負荷を除去したときにはもとの形態に戻るのにある時間がかかる性質である。粘弾性体に対して外力が加わると、変形が起きる。骨自体は程度の差こそあれ変形をおこし骨は伸張や圧縮を繰り返す。また骨にかかる外力は引っ張り tension、圧縮 compression、剪断 shearing、曲げ bending、捻り torsion に分類されるが、骨は圧縮には強いが引っ張り、剪断、捻りに対してはかなり弱い。また同じ引っ張りでも骨にかかる負荷の方向によっては破断強度や Young 率が大きく異なる。一般的にはストレインが大きい方が疲労骨折をきたしやすい。競走馬では最初の1年はトレーニングで第3中手骨(equine cannon bone)に疲労骨折をおこす割合が7割にもなるが、トレーニングを継続することにより成熟した競走馬にはこのような疲労骨折は稀となるという。

Carterらはin vivoの実験の結果からstrainの程度と疲労性破断を比較して実際の活動に当てはめたグラフを示している。これによると強度の運動での4,000 μ strainでは数万回の負荷（走行距離にして数十km程度）、また通常のジョギング程度の2,000 μ strainでは約100万回の刺負荷（走行距離で1,000kmオーダー程度）で疲労性破断に至ると予測している。これはin vitroの実験結果をin vivoに当てはめたグラフであるが、ある程度のめやすにはなるものと思われる。

以上は単純に骨に負荷がかかった場合であるが、実際にはスポーツにおいて骨に負荷がかかる際には筋収縮の影響を無視することはできない。筋収縮と疲労骨折については、“fa-



tigue theory”と“overload theory”の二つ場合がある。“fatigue theory”は筋疲労による筋力の低下が、骨に対する外力のバランス機能を失い、骨に過度な力がかかり疲労現象を生じるというものであり荷重骨におこる。これに対して“overload theory”は筋肉が収縮を繰り返すことにより、その付着部を介してストレスを骨に与え、これが骨の機械的抵抗を減じるというものである。これは胸郭や上肢などのように非荷重部分の疲労骨折に当てはまるとされている。

ヒトにおける疲労骨折では、ほとんどの症例で保存的療法が採用されていること、また手術が必要になる症例の大部分は偽関節に近い状態になっており、疲労骨折が進行中の病理組織標本を得ることは非常に困難である。疲労骨折の進行を段階的に組織学的に検討した報告は演者の検索した限りでは動物実験のみであった。1973年星川らは家兎脛骨に対して1セットの10～13時間の持続的の反復負荷を加える実験を行いその結果を報告しており、負荷後1週間を経過すると負荷部位に一致して外基礎層板のレントゲン透過性が増大し、骨皮質中央から外周に向かって多数の骨吸収窩が出現したのちも、負荷後5週の外骨膜性仮骨の硬化まで変化が起ることを確認して

いる。この実験は反復負荷を1セットだけ加えた実験系であるが、反復負荷が何度も繰り返し加得た実験を1985年Liらが報告している。彼らは20羽の家兎にランニングとジャンプを強制させて反復する負荷を毎日、脛骨に与えて病理学的に解析ほぼ同様の報告している。また彼らは骨シンチグラフィも同時に行っており、負荷後1週間でもアイソトープの脛骨へのuptakeが全くなかったものは約半数にもみられたという。このようにシンチグラフィ陰性の段階でもすでに骨吸収は始まっており、疲労骨折が進行していると言える。これらの動物実験の結果から、疲労骨折においてはまず反復する負荷に対して最初に骨吸収が先行し、負荷開始後約2週間前後から骨膜反応等の修復機転が顕在化してくるといえる。

疲労骨折の病理の項で述べた如く、骨の疲労現象は金属などの無生物の疲労現象と異なり、生物学的応答を必ずともなうという特徴がある。すなわち早期には破骨細胞が誘導されて骨吸収を行い、その後骨芽細胞が骨形成を行う。これらの生物学的反応には各種の蛋白分解酵素やサイトカインが働いていることは想像に難くない。近年生体内に存在するサイトカインや酵素などのタンパク質や、mRNAなどを分析する手段が進歩したのにもない機械的刺激に対する内皮細胞をはじめ各種細胞の応答が解析されてきている。

ヒト線維芽細胞においては1997年Katoらが機械的伸張刺激に反応してCOX2を産生す

ることを報告している。COX2はプロスタグランジン (PG) 産生に重要な酵素であり、機械的刺激により炎症反応をおこす可能性のあることを示している。またPGE2は破骨細胞活性化因子であり、骨吸収に関与する可能性も考えられる。さらに疲労骨折を生物学的に解析するために、破骨細胞、骨芽細胞自体の機械的刺激に対する生物学的応答の研究が待たれる。

今までに述べてきたように繰り返して加わる負荷による力学的環境の変化に対して、うまく骨組織が適応できなかった結果、疲労骨折に進展すると考えられる。骨の力学的変化に対する適応としてのリモデリングは疲労性障害を受け、新しい力学的環境への適応に必要になった骨の吸収と、新しい力学的変形に最も適切に耐えられるような骨の形成の2つからなる。正常例ではこのような適応は破綻なく達成され、症状をきたさない。また疲労性障害を受け脆弱化した骨が十分吸収されなくても、破綻が起きる前に新生骨が量的にまた時間的に十分に形成されれば、骨は新しい力学的環境に耐えうる強度と形態を得ることができる。しかし吸収と置換のバランスがくずれると疲労骨折の症状が生じる。このように骨への負荷、骨強度、リモデリングのいずれかに影響のある要因はすべて疲労骨折発生の原因となりうる。従って運動選手における疲労骨折の発生を防ぐためにはこれらの要因を発見するように注意を向けることが必要である。

リウマチ膝の病変と治療

藤田保健衛生大学 医学部 整形外科 中川 研 二

慢性関節リウマチは関節滑膜の炎症を主病変とする免疫異常症であり、身体のどの関節にも発症します。なかでも膝関節は手指や手関節とともに最も罹患頻度が高く、手術が最も行われている関節です。膝関節での種々のリウマチ病変とその治療について述べます。

リウマチ膝の症状としては、膝関節の疼痛、腫脹、水腫、ROM制限、内外反変形、屈曲拘縮、歩行困難等があります。特殊な症状として膝窩嚢包があり、希に下腿後方に大きな腫瘤をつくります。膝関節造影を行いますと下腿後方の腫瘤まで造影されます。これはsynovial ruptureと呼び、膝関節の炎症が膝後方の関節包を破って膝窩部から下腿にまで滑膜と関節液が流出したものです。治療には膝関節鏡視下滑膜切除術と下腿の腫瘤摘出を行なっています。腫瘤が小さな症例では、経過を観察していると腫瘤は自然に吸収され消失します。

リウマチ膝の画像診断にはX線像が通常用いられますが、近年使用されるMRI像も貴重な情報をもたらします。特にgeodeは人工関節手術の適応や、機種を選択、骨移植等に関係します。

治療としてはDMARDs他の全身的なリウマチ治療を行い、膝の病変に対しては安静、四頭筋訓練、屈曲拘縮の予防、理学療法、杖の使用、関節洗浄他を行います。関節内へのステロイド注入は有用な治療法の一つではありますが、稀にシャルコー関節様変化を起こします。高度な脛骨内顆の骨破壊を示した1例を紹介しました。関節内ヒアルロン酸の注入薬が近く使用可能となります。骨破壊のまだないLarsen X線像分類のGrade IからIIIの症例が対象のようです。

手術的治療として滑膜切除術が広く行なわ



れた時期がありました。現在は鏡視下滑膜切除術が比較的早期の症例に行われていますが、私はsynovial ruptureのような特殊な症例以外には行なっていません。屈曲拘縮膝に対する後方解離術や骨切り術、高度破壊例に対する関節固定術等が以前は行われたようですが、現在は行なっていません。

破壊され歩行困難なりウマチ膝に対する最も有効な治療は人工膝関節置換術（TKA）です。最近の人工関節の素材やデザイン、手術器具の進歩は目覚ましいものがあり、変形の著しくない通常の手術は一般病院でも広く行われ良好な成績が得られています。しかし以下に述べる著しい変形例では、手術に際していろいろな準備・工夫が必要となります。自験TKA約700関節から症例を選び呈示します。すなわち屈曲拘縮膝、強直膝、前後および内外への動揺膝、骨欠損の著しい膝、足関節外反を合併した内反膝、若年者、遅発性感染やlooseningに対する再置換等です。術前に十分な手術術式の検討、機種を選択、患者とのインフォームド・コンセントが必要と考えます。

RA滑膜炎と軟骨破壊

神戸大学 医学部 保健学科 石川 齊

1. RA滑膜への炎症細胞の浸潤

RAの滑膜を病理学的に観察すると密なリンパ球の嚢胞様形成と形質細胞の浸潤、さらには滑膜表層細胞の肥厚が特徴的な所見である。滑膜内で活発な免疫反応が行われている部位ではマクロファージとリンパ球の相互反応が行われ、リンパ球の幼弱化現象も見られる。このような炎症細胞の滑膜内浸潤には血管内皮細胞と種々の接着分子が大きな役割を果たす。流血中のサイトカインによって活性化されたリンパ球はLFA-1やMacなどのリガンドを提示し背の高くなった内皮細胞に発現されたVCAM、ELAMあるいはICAMといった接着分子といわゆるreceptor-ligand interactionをおこし、内皮細胞に接着し、ついには内皮細胞の間隙から滑膜内へと浸潤をはじめめる。リンパ球の大部分はCD4陽性のものである。リンパ球の集合部位では多くのリンパ球はLFA-1を発現し、マクロファージとリンパ球の相互反応が行われている部位ではVLA-4やVLA-5が強く発現しcell-matrix interactionが行われている。ここでは大量の免疫グロブリンやリウマトイド因子が産生されている。これらはimmune complexesを形成し関節腔内に放出される。

2. 軟骨自由表面の破壊

関節腔の免疫複合体は多核白血球に貪食され結果的に多くのライソゾーム酵素を放出し軟骨表面を酵素的に融解する。軟骨表面が融解すると軟骨基質が露呈され前述した免疫複合体も軟骨表層に沈着する。この沈着は多核白血球に対しchemotacticになる。



軟骨破壊にはNOやスーパーオキシドなども関与し、GAG合成の抑制、軟骨細胞に対してもtoxicに働く。

3. パンヌス形成による軟骨破壊

滑膜肉芽が軟骨表面に侵入するには種々の接着分子が関与する。パンヌス侵入部の滑膜細胞にはVLA-4、VLA-5が強く発現している。これは軟骨基質中のフィブロネクチンとのreceptor-ligand interactionと考えられる。このように軟骨表面に接着した滑膜細胞は軟骨基質と相互反応を繰り返し、種々のmatrix metalloproteinaseを放出する。これらのmatrix metalloproteinasesのうちコラゲナーゼであるMMP-1及びストロメライシンであるMMP-3は滑膜-軟骨境界部につよく見られ、パンヌス侵入後の軟骨基質融解に大きな役割を演じていると考えられる。またこの基質融解を阻止するtissue inhibitor of matrix metalloproteinaseのTIMP-1はパンヌス軟骨境界部ではその発現は低く、このような現象がRAの軟骨破壊に関与していると思われる。

RA治療におけるNSAIDs潰瘍の現況と治療戦略

東京医科大学 第5内科 (霞ヶ浦病院) 溝上 裕士

1. はじめに

慢性リウマチ患者 (RA) において非ステロイド性消炎鎮痛剤 (NSAIDs) の投与は治療の根幹をなしている。しかし副作用として胃潰瘍が高率に認められその対策が必要である。消化性潰瘍学においてもNSAIDsはヘリコバクターピロリ (ピロリ菌) とならび2大成因とされ注目されている。今回はその疫学的特徴と治療について概説する。



2. 疫学

3か月以上NSAIDsが投与されている224例のRA患者に胃内視鏡検査を施行したところ、胃潰瘍を29%と高率に認めた (図1)。

所見	n	10	20	30	40 (%)
胃潰瘍	65	29			
十二指腸潰瘍	2	0.9			
胃十二指腸潰瘍	4	1.8			
胃炎 (びらん、発赤)	66	29.5			
食道炎	2	0.9			
十二指腸炎	1	0.4			
その他 (萎縮性胃炎など)	28	12.5			
異常なし	56	25			

図1 NSAIDs長期投与RA患者の上部消化管内視鏡所見

発生部位は2/3が前庭部であり、一般の潰瘍 (ピロリ菌由来) が体部、角部であるのと異なっており特徴的であった。臨床的に重要なのは潰瘍を有しても半数は無症状であり、貧血のみが発見の手がかりとなる (図2)。RA自体の貧血との鑑別が重要であり、貧血が急速に進行している場合には潰瘍出血を念頭におき、速やかに胃内視鏡検査 (レントゲン検査では見逃されることあり!) を施行すべきである。NSAIDs投与方法では2剤以上の併用 (例えば経口と坐剤) では潰瘍発生率が高率となる。少量のステロイド剤 (プレドニゾロン

10mg/日以下) では潰瘍発生に影響しないと思われる。各NSAIDs別の潰瘍発生率は、フェニル酢酸系で60.9%と高率であるがプロピオン酸系では6.1%と低率であった。さらに坐剤でも潰瘍発生を認めるので注意を要する (図3)。

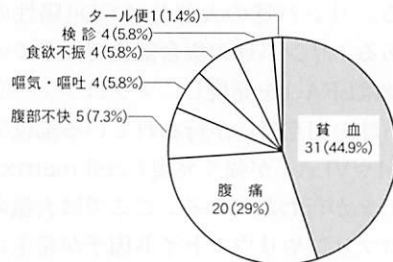


図2 胃潰瘍症例での症状

	n	10	20	30	40	50	60	70 (%)	
プロピオン酸系	33	6.1 (2/33)							
フェニル酢酸系	23	60.9 (14/23)							
インドール酢酸系 (経口)	33	15.2 (5/33)							
インドール酢酸系 (坐薬)	12	16.7 (2/12)							
オキシカム系	4	25 (1/4)							
サリチル酸系	3	33.3 (1/3)							
ピラゾロン系	2	0 (0/2)							

(※※P<0.001)

図3 NSAIDs単独投与での潰瘍発生率

3. 治療

一般の消化性潰瘍の治療に準じてH2ブロッカー（ガスター、ゼンタックなど）やプロトンポンプ阻害剤（タケプロン、パリエットなど）などの強力な酸分泌抑制剤が投与されることが多い。胃体部に発生した潰瘍は治癒しやすいが、前庭部に発生したものでは難治性である。このような潰瘍ではプロスタグランジン製剤（PG）（サイトテックなど）が有効である。NSAIDs潰瘍でのピロリ菌の除菌については賛否両論があり、結論は出ていない。本邦の健康保険制度下では認めれていないが、欧米では潰瘍予防にPG製剤が有効と報告され

ている。粘膜防御剤（ムコスタなど）での効果も期待されるが、明確な臨床データは示されていない。粘膜傷害を軽減する新しいNSAIDsとして選択的COX-2阻害剤、NO-NSAIDs、PGとジクロフェナックとの合剤も開発されており、近い将来本邦でも発売されるであろう。

4. さいごに

NSAIDs投与にさいしては常に潰瘍発生を念頭におき、消化器症状がなくても進行性の貧血には注意を要する。日頃から消化器内科医との密な連携をお願いしたい。

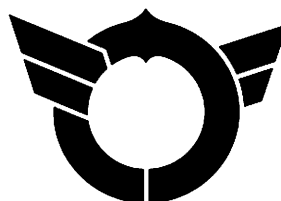
滋 賀 県

県章制定

昭和32年5月3日

県章の意味

この県章は「シ」と「ガ」を図案化して左右に配し、中央の空間をびわ湖に形どり、全体の円形と上部の両翼で“和”と“飛躍”をシンボライズしたものです。



整形外科領域における超音波診断法

大阪医科大学 整形外科科学教室 瀬本 喜 啓

【はじめに】

運動器の超音波診断は1970年代後半から欧米で乳児股関節や肩関節の診断に使用され始め、わが国でも1980年代後半より運動器疾患についての超音波診断法の研究発表が増えてきた。現在では他科と同様に、整形外科領域において重要な位置を占めるようになり、平成10年4月から四肢の超音波断層法が保険診療で認められ(350点)、日常の外来診療におけるfirst choiceの画像診断として普及しつつある。

整形外科領域には軟部組織の疾患や外傷も多く、これらの診断にはX線画像の描出力は極めて不十分であり、これに代わるものとして、あるいはこれを補うものとして造影検査や軟部撮影、MRI等様々な検査法が施行されている。しかしこれらの検査はいずれも日常の外来診療時に手軽に行なえるものではなかった。

これに代わる方法として、超音波検査法は肩関節や乳幼児の股関節を始めとして、軟部組織の損傷や腫瘍などの領域では、すでに日常の外来診療に使用されている。

ここでは超音波診断に必要な基礎的事項および代表的な症例を紹介し、関節や軟部組織の疾患や外傷に対する超音波診断法の有用性について述べる。

【使用装置】

整形外科領域で使用される装置は大部分がBモードで、プローブは電子リニア、メカニカルセクタおよびアニュラレイが主流である。周波数は生後3か月以降の乳児股関節検査に5Mhzが使用される以外は、ほとんどの場合7.5MHzから10MHzが使用される。



【超音波画像の見方】

超音波診断法は体内の1つの断面について超音波の反射をとらえて画像を形成する診断法であり、検査に当たっては常に検査部位の断面を念頭に置くことが大切である。例えば肩関節にプローブをあてると、超音波は骨組織の表面で反射され、それより深い部位へは超音波がほとんど到達せず、音の陰すなわち音響陰影(acoustic shadow)となるため、映しだされる画像は常に皮膚から骨の表層までであることをイメージして検査を行なう必要がある(図1)。

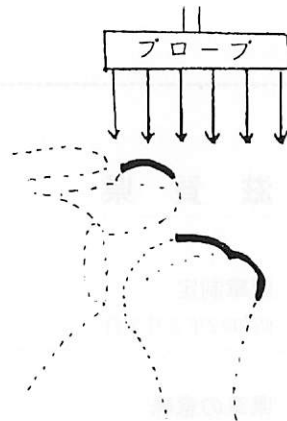


図1 超音波像の見方
検査部位の骨格表面の反射像を想定すると、超音波像の読影に際してよい指標となる。

運動器を構成する各部位は、基本的には①強いエコーを呈する骨、②中等度のエコーを呈する皮膚、靭帯、筋膜、関節包、③弱いエコーを呈する脂肪、筋、腱、④エコーを呈しない軟骨、血液、関節液の4つのグループにわけられる。

【主な疾患、外傷の超音波画像】

図2から図5に代表的な症例を呈示する。

これらの疾患以外にも、腱の脱臼、靭帯損傷、手根管症候群をはじめとする絞扼症候群、腱鞘炎、骨端症、リウマチをはじめとする炎症性疾患、化膿性関節炎など、超音波検査をfirst choiceとして行なうことが診断の大きな助けとなる疾患は数多くある。

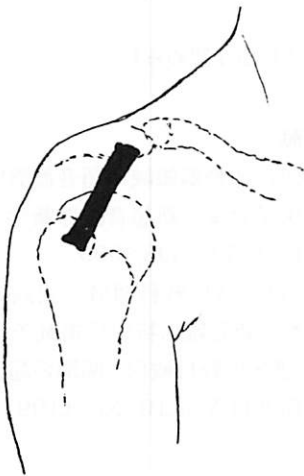
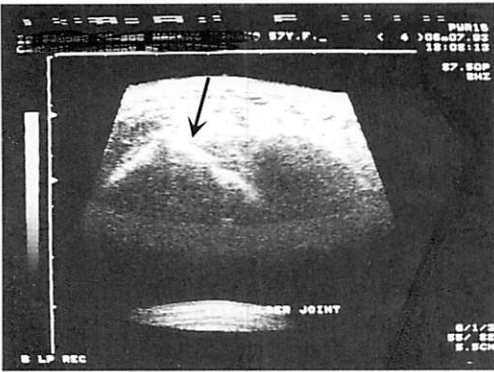


図2 <腱板断裂(長軸像)>
正常腱板は上方凸であるが、本例では下方凸となっている。(矢印が断裂部)

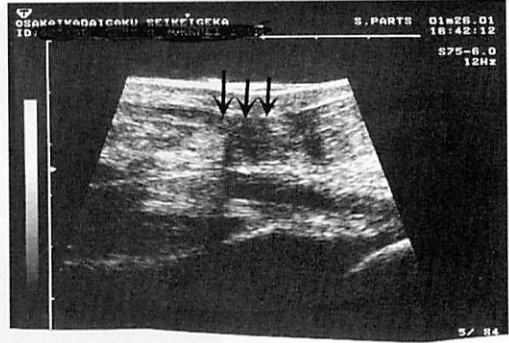


図3-a アキレス腱断裂(背屈時)・受傷後3日目
断裂部の断端は離れており、血腫と思われる間隙部分は低エコーに描出されている(矢印)。

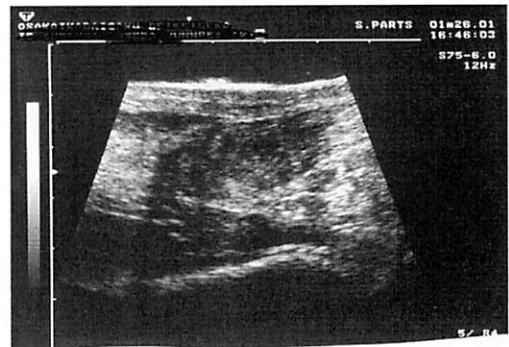


図3-b アキレス腱断裂(底屈時)
断裂部の断端は接触しており、このような症例では、通常保存的に治療を行なうことが多い。

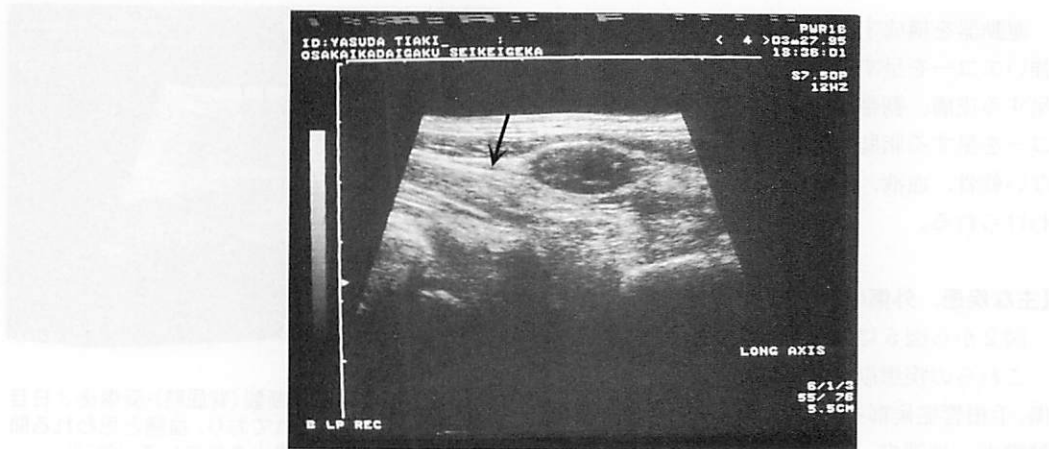


図4 neurinoma
腫瘍に連続する神経(矢印)が観察される。

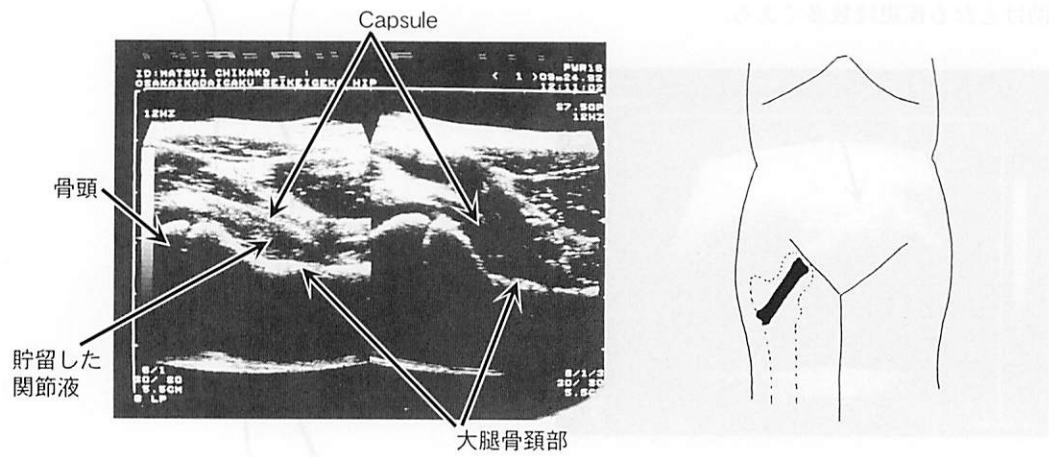


図5 単純性股関節炎
罹患側(図左)は関節法の膨隆と関節液の貯留が認められる。

【おわりに】

技術の目覚ましい進歩により、現在では白衣のポケットに入るような診断装置も市販されている。今後は、外来診療のみならず、サッカーやマラソン会場、またスキー場などでの外傷の診断、野球肘などの少年スポーツの検診など現在の医療体系から離れた場所や状況での超音波診断の使用が増えるものと思われる。

今後超音波診断法は、X線やMRIに変わるものとしてではなく、それらとは質の異なる診断法として発展して行くものと考えられる。

<参考文献>

- 1) 瀬本喜啓:運動器領域の超音波診断、日本超音波医学会編:新超音波診断学4、医学書院、P. 385-P. 395,2000
- 2) 瀬本喜啓:整形外科領域、実践エコー診断、日本医師会雑誌特別号掲載予定、2001
- 3) 瀬本喜啓・小野村敏信:関節の超音波診断法、関節外科 Vo1.10 No.9,1991

「骨粗鬆症の薬物療法、現況と展望」

大阪市立大学 第二内科 西 沢 良 記

はじめに

骨粗鬆症の社会的重要性が提起され、今後の高齢化社会を迎えるわが国の医療サイドの対応に大きな期待が寄せられている。1996年に日本骨代謝学会から新たな診断基準が提示され、治療基準が待たれるところではあるが、現時点での内科学的な面から骨粗鬆症の薬物療法への適応を示し、実際の薬物療法についての考え方を述べる。

骨粗鬆症の診療の手順は骨粗鬆症の診断、薬物療法の適応決定、骨代謝状態の把握、薬物の選択、経過観察と薬物効果の評価の順に行われ、薬物療法の適応決定は、カルシウム摂取量や種々の骨粗鬆症の危険因子の同定によりカルシウム摂取ないしはカルシウム剤の投与と適切な運動療法からなる基礎治療を前提として、症例の重篤度を加味してなされる。

薬物療法の適応

骨粗鬆症の診断において続発性骨粗鬆症や骨量減少を呈する骨粗鬆症類縁疾患（悪性腫瘍の骨転移、多発性骨髄腫、脊椎カリエス、脊椎血管腫、化膿性脊椎炎など）を除外することを前提として、骨萎縮ないしは骨塩量減少の程度でもって薬物療法の適応を検討する。診断基準に基づく考え方で示すと、骨萎縮度（粗鬆症化）Ⅱ度以上ないし腰椎骨塩量値が若年成人骨塩量平均の70%以下を骨粗鬆症とし、骨萎縮度（粗鬆症化）Ⅰ度ないし腰椎骨塩量値の70~80%以下を骨減少としている。

薬物療法の適応は上記の骨粗鬆症に相応する患者は勿論のこと骨減少に相応する者で骨粗鬆症の危険因子（低身長、早期閉経など）をもち、今後も骨塩量減少が危惧される場合も含まれると解釈している。この適応の範疇に含まれていても薬物療法に不適な場合もあ



りえるので症例毎の柔軟な判断が求められる。

骨代謝回転と薬物療法

薬物療法を行う場合、まず骨代謝回転を検討し、骨粗鬆症の病態を考える必要がある。骨代謝をみる生化学的指標は正常域とか異常値として捉えるのではなく、あくまで量的な推量を行うために用いる。骨代謝指標としての生化学検査骨代謝指標をその指標の生理的・生化学的特徴から骨形成指標と骨吸収指標に区別して考える。骨形成指標として血清骨型アルカリフォスファターゼ（BAP）、血清骨Gla蛋白（BGP、オステオカルシン）、Ⅰ型プロコラーゲンC端ペプチド（PICP）などがあり、骨吸収指標には尿中Ca/Cr比、血清酒石酸抵抗性酸フォスファターゼ、尿中ピリジノリン架橋代謝物（ピリジノリン、デオキシピリジノリン）、尿中Ⅰ型コラーゲンN端架橋断端（NTx）などがある。

これらの指標はあくまで量を表すのであり、絶対値は代謝回転を示し（3）、これらの量の相対的な比は骨量の減少（増加）を表す。保険診療として日常用いる骨形成指標は血清BAP、吸収指標としては尿中ピリジノリン架橋代謝物とNTxであろう。測定法により異なるが、Zscoreでみると、原発性副甲状腺

機能亢進症など他の代謝性骨疾患では+4～+10SDといった高値をとるが、骨粗鬆症では高回転型でもせいぜい+1～+2SD程度の上昇であることは留意すべきポイントである。具体的にはBAPは32.2U/L、デオキシピリジノリンは7.0 nmol/mmol、NTxは55.1 nmolBCE/nmolが2SDとなり、これ以上の値は高回転型を意味する。

一般には閉経後（Ⅰ型）骨粗鬆症では高回転型のパターンをとり、老人性（Ⅱ型）骨粗鬆症では低回転型をとりやすい。もちろん、閉経直後と比較的安定期に向かう6年目とは、回転速度もおおのずと異なる。一度の検査成績で評価するより、経過を追跡しつつ何度かの検索を行って判断するのが実際的である。

治療薬剤の選択

高回転型骨粗鬆症には吸収抑制剤が特に効果的である。吸収抑制剤としてはエストロゲン製剤、カルシトニン製剤、イプリフラボン、カルシウム剤、そして新たに市場にでてきたビスフォスフォネート（ダイドロネル）が適応である。低回転型骨粗鬆症ではむしろ骨形成剤が望まれるが、現時点での適切な骨形成剤はなく、骨吸収抑制と骨形成促進の両作用をもつ活性型ビタミンDが汎用される。老人

性骨粗鬆症の場合はとくに、補充療法的な意義もあってカルシウム剤とともに有効な手段であろう。さらには最近ではビタミンK2、近い将来には少量間欠PTH療法などがラインアップしている。

薬物療法の原則と薬剤選択

骨粗鬆症の薬物療法の管理の原則は、まず薬物を単剤で投与し、1～3ヵ月に代謝マーカーで薬剤に対する反応性をチェックし、順調に薬物効果がみられているかどうかを検討する。ついで6ヵ月後に骨塩量を測定し、投与前値と比較する。この場合、骨塩量が増加していれば薬物効果は十分と考え、前値に比して明らかに減少をみた場合は無効とし、他剤への変更ないしは他剤の追加を考慮する。もし有意な変化がなかった場合は慎重な判断を要する。というのも閉経5、6年以内とか骨減少著明な時期では本来大幅な骨減少に至っていたのが薬剤により阻止したのかも知れず、安易に薬剤の効果を否定してはいけない。この場合は骨代謝マーカーでの薬効評価を確認し、さらに6ヵ月後の骨塩量をみて効果判定する。今後は骨代謝マーカーを有効に用いることがよりコンプライアンスを高めた治療となると考えられる。

三 重 県

県章制定
昭和39年

県章の意味

三重県の「み」を力強く雄飛的にデザインしたもので、世界的に有名な真珠養殖も象徴しています。右上がりになっている字は、県が飛躍することを表しています。



スポーツによる下肢障害（サッカーを中心にして）

大阪府済生会中津病院 整形外科 北野 公造

シドニーオリンピックでサッカー日本代表が32年振りに決勝トーナメントに進み、アメリカにPK戦で惜しくも敗退したが、視聴率は20%に達した。

1968年メキシコオリンピックで銅メダルを獲得するまで、日本ではサッカーはマイナースポーツであった。メダルの影響が全国に少年サッカークラブを誕生させ、プロリーグ誕生の基礎を作った。

しかし、当時の指導者はサッカー経験がなく、学校でサッカー部を担当させられた教員、子供がボールを蹴り始めこれに付き合った父親などが指導する事が多かった。長すぎる練習時間、自分が出来ないテクニックの要求、勝負へのこだわり過ぎなどがあり、子供達が、捻挫での痛み、発熱などを訴えると捻挫はボールを蹴ることで治る、熱は汗をかいたら下がるなどと言われ練習への参加を強要される事が多く、障害に対する不適切な対応により、才能のある選手の芽を摘みとったり、スポーツ嫌いの若者を作ってしまうようなことが少なくなかった。

現在Jリーグで活躍する選手はほとんどが小学生の年齢でサッカーを始めている。メキシコオリンピック以来約30年で少しずつサッカー人口が増加し、経験者が地域での少年を指導するようになり底辺が整備されつつある。1997年から日本サッカー協会の“公認少年・少女指導員”制度が発足し、指導ライセンス獲得のために、実技と技術的な指導方法、各年齢の発育発達段階に応じた課題の与え方などと合わせて、外傷の救急処置法、スポーツ障害、熱中症などの基礎的な医学的対処についての知識が要求される様になった。

Osgood病、脛骨・腓骨・中足骨などの疲労骨折、脊椎分離症、分裂膝蓋骨、肉離れ、



などの障害の治療に際して、簡単にスポーツを全く禁止してしまうのではなく、むしろ医師として選手および指導者に障害に対する説明をして、その選手に合った個々の課題、適切な練習メニューを示すことが望ましい。

とくにgolden age（9～12歳）、およびその前後の子供たちの障害時には、選手として大きく育てるために、適切な治療、指導が必要であると思われる。

ブラジルSao Paulo FCでは整形外科、内科医師が常時複数が専属し、レントゲン撮影機、ECHO、各種トレーニング器具、生理検査設備はもちろんCT、MRI装置まで整備し、少年からトッププロ選手までの健康管理、治療を担当、優秀な選手の大量生産を行っており、自国はもちろんヨーロッパ、日本などで多くのプロ選手を活躍させている。

第5中足骨骨折偽関節や分裂膝蓋骨があってもトップレベルで活躍する選手があり、一方これらの障害のために消えて行く選手もある。明らかな骨折、靭帯損傷では、積極的な治療が優先されるが、足関節・足部捻挫、肉離れ、疲労骨折などでは、試合に復帰する時期の判断が難しいケースがある。

今回は、Jリーグで義務付けられているメディカルチェックで選手がどの程度の既存障

害をもってリーグに参加してくるのか、Jリーグでの外傷発生状況、およびその推移などと合わせて、主としてサッカー選手で経験した症例を供覧する。

メディカルチェック結果

対象：37名

年齢：18～32 (24) 歳

身長：164～185 (175) cm

体重：60～81 (70) kg

開始年齢：6～12 (8) 歳

サッカー歴：8～24 (16) 年

- ・心電図（安静時、負荷時）：全員左室肥大、徐脈
- ・血液生化学、尿検査：異常所見少ない
CPK高値：1500までは再検査不要（Jリーグ内示）

既往歴：2週間以上練習を休むもの：平均約3回

- ・膝：MCL損傷：11名、半月板損傷：6名
- ・足関節・足部の捻挫・骨折：9名
- ・手術歴：7名：半月板：4名、骨接合：3名

理学所見：腰、膝、足関節

- ・腰：腰椎分離部圧痛：6名、分裂膝蓋部圧痛：1名
- ・膝：MCL不安定：10名、ACL不安定：5名

X線検査：腰椎、膝・足関節、足部（キーパー：肩手部）

腰椎分離、外脛骨、Osperoneumは愁訴少ない

- ・腰椎分離：18 (49%)、分裂膝蓋：4 (11%)
- ・足関節・足部骨棘：“Footballer’s ankle”：89%

Jリーグでは毎試合後、障害発生の有無に関わらず障害発生状況報告書を提出している。この集計によると、ほぼ1試合約1件の外傷が報告されている。受傷部位では下肢が約65%と最も多い。頭頸部の外傷は発足時より漸減していたが、昨年やや増加、発足時の盛り上がり、昨年の自動入れ替え制度の導入により、競り合い厳しくなった事が考えられる。

分裂膝蓋骨、離断性骨軟骨炎、足関節疲労骨折、第5中足骨骨折、肉離れ、足根骨癒合症などの症例を供覧した。これらの障害では、症状・所見により保存・観血治療の選択について、チームの状況、リーグ戦中なのかトーナメントで決勝近くなのかでの判断、また選手の状況、セレクションでの入学、プロ2軍、学生選手でも、もう少しでレギュラーと言う選手などの対応は、訴えが過剰であったり、痛みを隠したりすることがあり、精神的な要素も絡み愁訴の評価に注意をする必要がある。

香 川 県

県章制定

昭和52年10月1日

県章の意味

カガワの頭文字の「カ」を図案化したもので、香川県の特色ある山容と、平和のシンボルである県木「オリーブ」の葉を表現しています。



腰椎に対する内視鏡視下手術の実際

大阪市立大学 整形外科 中村 博 亮

はじめに

脊椎疾患に対する手術的治療は、除圧術と固定術に大別する事ができます。いずれも神経要素に対する周囲環境の整備を目的としています。しかしより表層の構造に対してはその経路にあたるという理由から、切離を余儀なくされています。この切離を最小限にとどめるという観点から、内視鏡視下手術は有用です。我々は1997年7月から腰椎に対する腹腔鏡視下前方固定術を、99年5月から後方進入内視鏡視下ヘルニア摘出術を施行しています。今回両術式に対して紹介いたします。

1. 腹腔鏡視下前方固定術

(対 象)

これまで腰椎圧迫症15例に対して施行いたしました。その内訳は男性7例、女性8例、年齢39歳から72歳平均60.5歳、対象椎間はL3/4:1例、L4/5:13例、L5/S:1例でした。

(方 法)

最初の11例については二期的手術を施行しました。まず最初に罹患椎間のL後方除圧と



後方からPedicel screwを使用した可及的すべりの整備を施行し、3週間後に前方から内視鏡視下にケージを用いて椎体間固定を施行しました。最近の4例については前方からの内視鏡視下前方固定の後、同日後方から手術用顕微鏡視下片側進入両側除圧と片側椎間関節の固定を施行しました。以下に内視鏡視下椎体間固定術について詳述します。まず体位は右側臥位をとり、術者は患者の腹側に立ちます。手術はモニター画面をみながら行いますが、鏡像になるのをさけるため第一助手は必ず術者と同側に立ちます(図1)。最初の

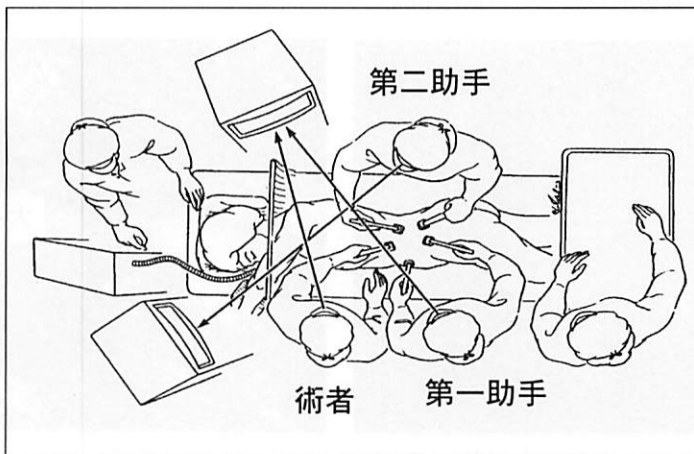


図1 手術は右下側臥位で行う。術者は腹側に立ち、鏡像を避けるために第一助手は必ず術者と同側に立つ。

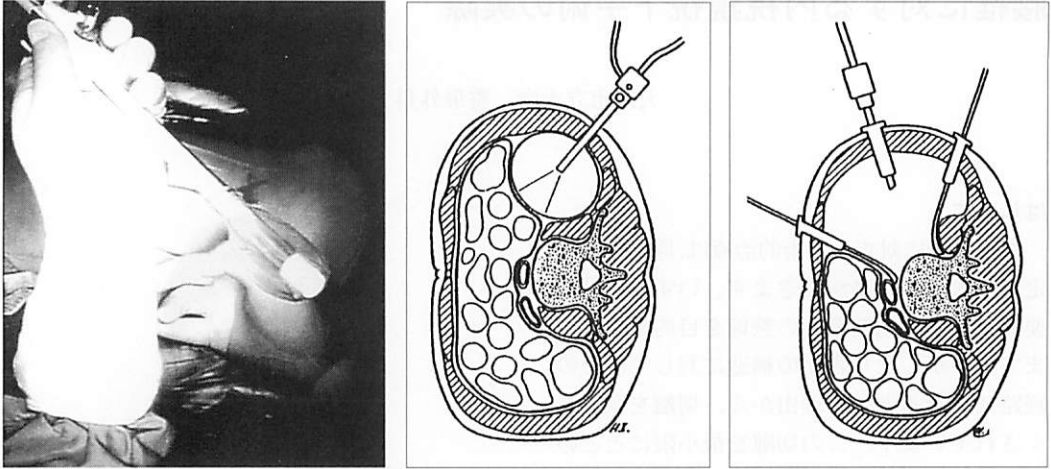


図2 示指先端で可及的に後腹膜腔を拡大の後、バルーンにてさらに後腹膜腔を拡大する。拡大した腔は、CO2ガスを注入することにより保持する。

ポートの作成はを操作椎間の直上に行いますが、腹膜損傷を避けるために open method にて施行します。2 cm 程度の小皮切の後、三層ある腹側壁の筋層を筋線維の走行方向にそってわけ、後腹膜腔に到達します。一旦後腹膜腔に達した後は示指先端で後腹膜腔を可及的拡大の後、バルーンを用いてさらに後腹膜腔を拡大します(図2)。後、腹膜胚にある程度の空間が保持できた後は、CO2ガスにてこの空間を保持します。このポートから後腹膜腔を内視鏡で観察し、第2～第4のポート挿入部を確認しながら、トロカールを皮膚上から挿入します。4個のトロカールの位置は相互

に菱形になるように作成します。後腹膜内には索状物が残存しますがこの索状物を鈍的に剥離し、腸腰筋を露出します(図3)。腸腰筋露出の後は血管テープで腸腰筋を後方へ圧排し椎間板に到達します。椎間板到達後はある程度鋭匙鉗子、鋭匙で椎間板を掘削の後、タングレトラクターを椎間へ挿入し、イメージコントロール下にドリリング、タッピングの後、目的とする径のフュージョンケイジを挿入し、手術を終了します。術後創部痛は少なく従来施行していたopen法に比べて、鎮痛処置が少なく済みました。

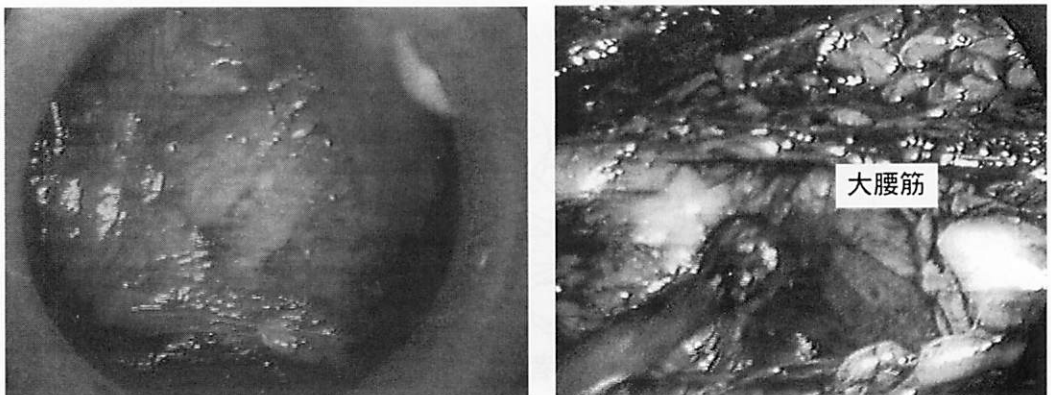


図3 左:後腹膜腔の観察、脂肪組織とともに索状物が残存している。
右:大腰筋前面の露出。

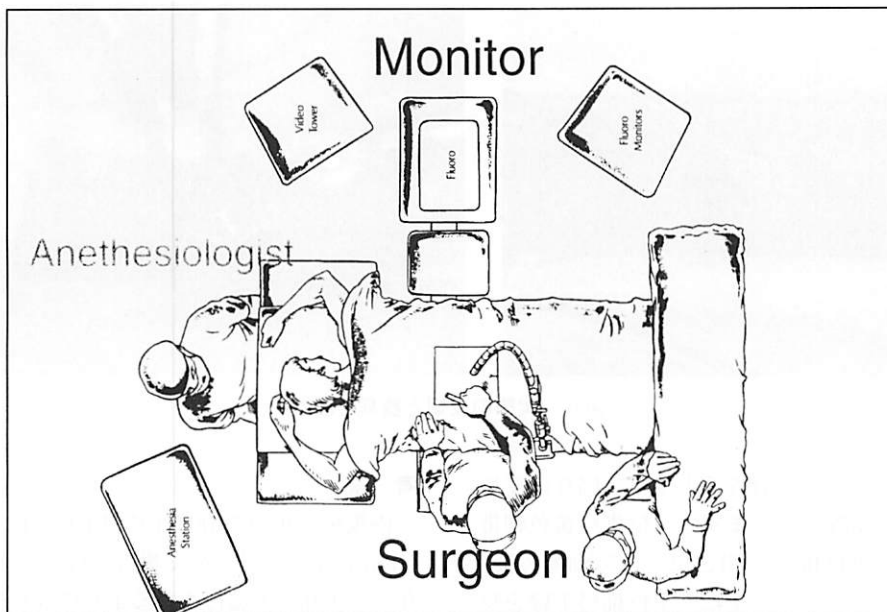


図4 体位は腹臥位で、術者は患側に立ち、正面に設置したモニターを見ながら手術を施行する。

2. 後方進入内視鏡視下ヘルニア摘出術 (MicroEndoscopic Discectomy, MED)

(対象)

これまでに30例の椎間板ヘルニア症例をMEDにて摘出した。男性23例、女性7例、年齢は13歳から59歳、平均36.0歳、罹患椎間はL4/5間16例、L5/S間14例でした。

(方法)

患者を腹臥位として図4に示すごとく、術

者は患側に立ってモニター画面に向かい、これをみながら手術を進めます(図4)。対象椎間の上位椎間下縁にイメージ正面像コントロール下、ガイドピンを挿入します。その後約1.5cmの皮切をガイドピン周囲に加え、dilatorで筋層間を拡大した後Tubular retractorを設置します(図5)。このretractor内に、ホワイトバランスを調整した後内視鏡を挿入します。内視鏡はMED様に開発された25度の斜

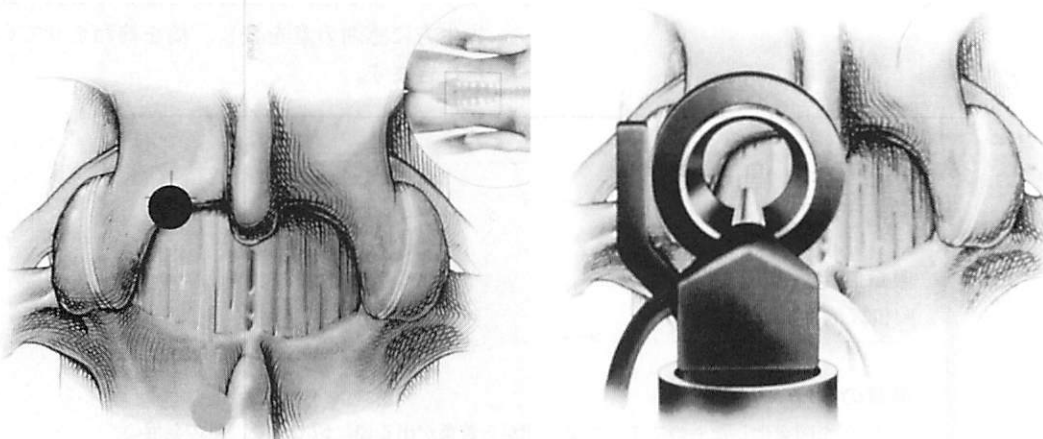


図5 イメージ正面像コントロール下にガイドワイヤーを上位椎弓下縁に挿入する。その後ダイレイターで筋層間を拡大し、チューブラーレトラクターを設置する。

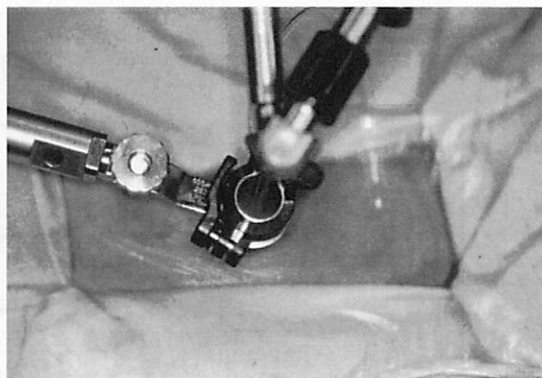


図6 実際の皮切と器具の設置

視鏡で、2.5mmの直径を有します。図6に皮切と器具の設置を示します。上位椎弓黄色靭帯附着部と上位椎弓の間を鋭匙にて剥離の後、ケリソンロンジュールにて上位椎弓下縁を咬除します。徐々にこの操作を頭側へ進めると黄色靭帯の頭側縁が確認できるので、この頭側縁を鋭匙で持ち上げた後、ケリソンで徐々に黄色靭帯を尾側へ咬除します。硬膜を確認の後外側の黄色靭帯を咬除、神経根外縁を確認し、吸引付きのレトラクターとプローベを用いて神経根を内側へよけ、ヘルニアを確認し摘出します。

術後創部痛は軽度で、術翌日からの歩行が可能でありました。当科では本術式後のクリティカルパスを作成し、術後1週間で退院を許可しています。

考 察

内視鏡を用いた脊椎手術は1991年、Obenchainによってはじめて報告され、その後1996年から本邦でも施行されるようになりました。その利点は皮切が小さく、表面構造の切離が少なく済むことで、これが術後療法の短縮につながります。一方欠点としては、対象の立体的な観察が不可能である事と、触知感覚が欠如していることで、このために手技の修得には熟練を要します。今後より小型で、flexibleなscopeが開発されれば、小空間内での対象の観察が可能になり、内視鏡の利点をより生かした手術が可能になると考えられます。

最後になりましたが、この度は大阪臨床整形外科医会研修会におまねきいただきありがとうございました。長田会長をはじめ会員の諸先生方に感謝の意を表し、稿を終わらせていただきます。

福 井 県

県章制定
昭和27年3月

県章の意味

"フクイ"を図案化したものです。二葉の間から若葉が出る姿に似ており、県の発展の願いが込められています。



臼蓋形成不全に対する治療

関西医科大学 整形外科 飯田 寛 和

はじめに

臼蓋形成不全による二次性変形股関節症に対する外科的治療を行う場合、その自然経過を知らなければならない。前・初期股関節症の自然経過を観察した結果、進行の危険因子としてCE角10度未満やAHI 65%未満、関節面の適合性不良、外転筋力低下、反対側の状況などが諸家により挙げられている。また前股関節症では10年の経過においても進行しない例の割合が多いのに比し初期股関節症はほとんどの例が進行期へ移行している。従って、前股関節症では症状がなければ慎重に経過を観察した上で手術時期を決定し、初期であれば積極的に進行を防止する手術を考慮するのが妥当と考えられる。

京都大学整形外科では1961年以降現在まで移植骨を臼蓋縁にひさし状に打ち込み骨頭を被覆する Spitzzy方に、臼蓋直上の腸骨外板を縦割りし側方へ開く tectoplasty を加えた Spitzzy 変法を行ってきた。伊藤氏は腸腰筋腱を関節包前面に移行縫着する手技を追加した場合に呼称した術式であるが、これは全例に行われたわけではなく、術者により筋解離術のみの併用であったり、軟部組織に対する処置は行われず柵形成術のみの例も存在する。しかし柵形成術自体の術式は一定しておりその長期成績を分析すると比較的小侵襲の術式にも拘わらず極めて良好な股関節症進行防止効果が証明され、現在でもその意義は全く失われていない。

手術手技

側臥位による Smith-Petersen の前方侵入路により関節包上方に達する。患者に若い女性が多いので皮膚切開はオリジナルよりも短い斜め横切開を用いる。腸骨外板から剥離する



中小臀筋群を後に確実に再縫合するために、ノミにて腸骨翼を薄くそぎ薄い骨片を臀筋につけておく、大腿直筋の reflected head を関節包から剥離し反転するが、症例によっては臼蓋唇の断裂や関節包の菲薄化により一挙に reflected head を剥離すると欠損を生じる可能性があるため、徐々に削ぐように慎重に行った方がよい。骨片を打ち込む部分にノミを刺入して X 線にて設置高位を確認するが、骨頭の突き上げ引き下げによる動き、ノミの臼蓋縁との距離、傾斜角度、関節包の厚み等を勘案して高からず低からずの位置を決定する。その位置に長さ約 3 cm、幅 3 mm、深さ 1 cm 程度の骨溝を作成し、その上方に幅 2 cm、長さ 4 cm 程度の骨弁を腸骨外板より弯曲ノミにより起こす。この時骨弁が折損しないよう、少し起こしては上方へ切れ込みを延長しながら徐々に挙上を進めるのがコツである。移植骨片は通常上前腸骨棘と腸骨稜結節との間の凹弯曲部分を利用して採取するが、亜脱臼などで骨頭との距離が短く十分な大きさの骨片が取れない場合は腸骨稜結節の後方から採取する。この場合骨片の後下方部に相当する腸骨は薄いので注意が必要である。骨弁を起こしておいて臼蓋縁の骨溝に骨片を打ち込む。臼蓋縁に打ち込む骨片と腸骨外板を起こした骨



20才時

49才時
(右術後29年、左術後26年)

弁とが互いにかみ合って固定されて関節包を抱え込むように密に接する状態が理想であり、間が空きすぎたり逆に骨頭を強く押さえ込み過ぎるのも良くない。下肢を突き上げたり屈曲して骨片が安定していることを確認する。

症 例

図に術後29年経過した45歳の症例のX線写真を示す。両股関節臼蓋形成不全、右股関節亜脱臼に対して20歳時に右股棚形成術、23歳時左棚形成術を施行した。右は術後29年、左術後26年である。両股関節ともほとんど変化を認めず良好な経過をたどっている。

結 果

我々が15年以上経過観察し得た臼蓋形成術症例119関節の15年～35年、平均23年の長期成績は、臨床成績では術前・初期61関節中では経過良好が53関節(87%)であったのに対し、術前進行期58関節では経過良好が32関節(55%)に留まった。術前進行期の内手術時年齢25歳未満では経過良好は70%であったが、25歳以上では40%と予後不良であった。X線成績では、術前に比べ最終調査時の日整会股関節X線評価点数が30点以上の低下した関節が13関節であった。そのX線を詳細に検討すると手術時に荷重部へのノミの切り込み等明らかな手術手技上の問題を認めた例が9

関節あり、これらを避けうれば臼蓋形成術により術後23年にわたりX線評価点数を-20点以内に保つ確率は89%であった。

考 察

以上の分析から明らかになったように移植骨で骨頭を被覆し介在する関節包が徐々に線維軟骨化することで安定した関節を獲得するという棚形成術の基本概念は、長期経過においても有効であると考えられ、25～30歳以上の進行期以外の症例、即ち前初期の全症例及び30歳以下等比較的若年者の進行期に適応があり、臼蓋形成不全の程度は問わないと考えている。しかし、長期間良好な結果を生む潜在的要因として関節の安定性(stability)が重要であり、棚形成術単独で安定性が得られない場合追加手術や他の手術法を考慮せねばならない症例が少ないながら存在する。また本術式は他の骨盤骨切り術による臼蓋形成術に比べて明らかに小侵襲であるが、決して容易な手術ではなく形成する棚の高さや適合には細心の注意を要する。

一方、臼蓋形成術以外にChiari法や様々な臼蓋回転骨切術(RAO)の術式が開発され、その優劣、適応について多くの論議が行われている。特にRAOは本来の軟骨で骨頭を被覆できるという他の術式にない画期的な特徴により普及し確立された術式となった。しかし、

充分に経験を積んだ術者により慎重に施行されたRAOの短中期成績は良好であることは証明されたが、その魅力故に安易に行われる傾向があり術式が不完全なために一気に末期股関節症まで進展した悲惨な症例が散見される。本来若い女性における前・初期股関節症が将来進行期末期へと移行するのを防ぐための予防手術であり、自然経過で歩行不能になるようなことは稀である疾患を治療して悪化させることは厳に防がねばならないと考えられる。筆者は単に技術が未熟であることが成績不良を生じるのみでなく、RAOの術式自体にその可能性が内在するのではないかという疑問を拭い去ることができず、その実施には極めて慎重な姿勢で臨んできた。即ち、RAOにおいては、移動臼蓋骨片の血流が50%以下に低下

すること、脱神経状態を生じていること、前外側の被覆を得る代わりに後内側の被覆がなくなること、それまでの力学的悪条件に対応すべく肥厚緊張している関節包が弛緩状態になること、術式によっては骨頭の上方向移動を生じること、股関節周囲筋の剥離や切離の量が多く皮切も大きいこと、などが挙げられる。言い換えればそれだけの代償を払って行うには他の方法では得られないそれ以上の大きな利点が保証されなければならない。

古典的臼蓋形成術を35年間にわたって行ってきた結果を振り返って、大多数の前・初期股関節症がこの侵襲も出血量も少なく安全な術式で充分であることを感じている立場からは、RAOの絶対適応は極めて限られるのではないかと考えている。

徳 島 県

県章制定
昭和41年

県章の意味

「とくしま」の「とく」を図案化し飛鳥としたもので、融和、団結、雄飛、発展の県勢を簡明に表しています。



変形性足関節症の病態と治療

奈良県立医科大学 整形外科 高倉 義典

変形性足関節症は他の荷重関節である股・膝関節に比して発生頻度は少ない。その理由には足関節の周辺に近接して多くの関節が存在するために、一つの関節に異常なストレスが掛かっても、別の関節で代償されるためである。大部分の変形性関節症は外傷後や他の疾患後に起こる二次性関節症であるが、近年の高齢化社会を迎えて、大きな外傷のない一次性もしくは特発性の関節症が増加してきている。ここでは足関節症の病態と治療について述べる。

1. 病 因

変形性足関節症の病因には以下のようなものが挙げられる。

①骨折後の関節症

脛骨下端軸圧骨折 (plafond 骨折)、距骨頸部・体部骨折、果部骨折 (Lauge-Hansen 分類でPronation-Eversion型) などの骨折後

②化膿性関節炎後の関節症

最近少なくなったが、結核性を含めた種々の化膿性関節炎後のもの

③他の疾患による関節症

麻痺足や先天性内反足に対する三関節固定術後のもの。痛風、関節リウマチ、血友病などの全身性疾患の部分症状としてのもの。

④一次性関節症

骨折や靭帯損傷など明かな外傷のない変形性関節症および慢性捻挫を来す症例の立位荷重時X線像を計測すると、脛骨下端関節面(天蓋)の内反、かつ前方開き、および内果関節面の末梢開き、かつ形成不全が存在した。関節造影像から乳幼児期の足関節を計測すると、軽度外反位を呈しており、成長とともに内反傾向を示してきている。一方、欧米諸国にはこのような関節症を示す症例は少なく、一部の東南アジア諸国に限られていることから、



この変形は正座や胡座などの独特の生活様式からくる変形ではないかと考えられる。

そこで関節症の発生機序を考察すると、正面天蓋角が内反して内果が末梢開きにあると、距骨下関節はこの変形を代償しようとする。しかし、これにも限度があり、荷重が足関節の内側や内果関節面に集中し、この部位から関節症が発症する。

2. 症 状

歩行開始時および長途歩行時の足関節前内側部の疼痛で始まる。その後、徐々に外側を含む関節全体に疼痛が増強して、腫脹も著しくなる。それと共に可動域制限、とくに背屈制限がまず出現する。

3. 診断と病期分類

圧痛は関節の内側および内果関節部に著しい。可動域を健側と比較しながら、計測する。関節のalignment異常による足底部の胼胝などにも注意を払う。

X線像は非荷重時だけではなく、立位荷重時のX線像が病期を決定するのに有用である。初期例では関節不安定性を訴えるものがあり、ストレスX線像も必要になる。内外果の関節面を均等に写し出すためには、10度内旋位に



第1期
初期

第2期 ————— 第3期
中間期

第4期
進行期

図1 変形性足関節の病期分類

するとよい。荷重時X線像より関節症は病期により4型に分類される(図1)。

- 1期：骨硬化や骨棘は存在するが、関節裂隙の狭少化は認められない。
- 2期：関節裂隙の狭少化が認めらる。
- 3期：一部の軟骨下骨組織の接触が認められる。
- 4期：全体に関節裂隙が狭少化して軟骨部が消失し、骨組織どうしの接触がある。

また、1期を初期、2期と3期を中間期、4期を進行期もしくは末期として、分類することもある。

4. 治療

①保存的治療

薬物療法としては消炎鎮痛剤の経口および湿布や軟膏などの外用薬として投与される。超短波、極超短波およびホットパックなどの温熱療法も有効である。

初期関節症に最も効果があるのが、足底挿板であり、外側および前方を高めたウエッジを付けて装着させる。足関節が床面に近いために、膝関節症に対する足底板よりもはるかに大きな効果が得られる。

②手術的治療

1) 適応

初期で不安定性のあるものには靭帯再建術が行われる。立位荷重時のX線像から、外側かもしくは内側に関節軟骨の残存が予想され、関節鏡にて確認されるような中間期のものには下位脛骨骨切り術が適応になる。関節軟骨が消失している進行期のものには年齢や社会的環境を考慮して人工関節置換術か関節固定術が行われる。

2) 靭帯再建術

初期のもので、ストレスX線像で距骨傾斜や前方引き出しが認められれば靭帯再建術が行われる。再建術には非常に多くの方法が報告されているが、Watson-Jones法が最も一般的に行われている。初期例においてはこれにより関節症の進行を留める。

3) 下位脛骨骨切り術

適応は荷重時X線像から、内側関節裂隙が狭少し、外側の関節裂隙が開大して、関節軟骨の残存を認める第2・3期の中間期の関節症が対象になる。関節鏡所見にて関節軟骨の残存を確認する。

術前に荷重時X線像から作図を行い、骨切り後の矯正角度が \angle TASで $93 \cdot 94$ 度とやや



図2 下位脛骨骨切り術 48才女性

過矯正の外反位になるように計画する。

外果末梢端から7cmの部位にて、腓骨を斜めに骨切りする。ついで脛骨骨切り術は内前方からの皮切で、内果下端より5cm中枢部で水平な骨切り術を行う。その際、後外側の一部の脛骨骨皮質を骨切りせずに残し、そこを支点として前内方をくさび状に開く。術前の作図から計測した大きさの移植骨を、腸骨もしくは骨切り部周辺の脛骨から採取して移植する。4・5穴の丁型プレートを入前方から当てて固定する(図2)。

後療法は下腿からのギプス固定を行い、2週間は完全免荷させる。その後の2週間はヒールを付けて歩行用ギプスで部分免荷歩行を許可する。完全荷重は術後2ヵ月後から行う。

4) 人工関節置換術

適応は末期すなわち進行期の第4期のものが対象になる。そのうちでも、両側例および距骨下関節やChopart関節にすでに関節症性変化が存在するものが絶対適応になる。X線像から内外反変形が15度以上存在するものは、矯正が困難であり対象外になる。社会的適応としては60歳以上のものが好ましい。

人工関節は本邦で唯一使用されている骨との接触面がビーズ加工されたアルミナセラミックとHDPの組み合わせの「TNKankle」で置換する(図3)。その際にハイドロキシアパタイト(以下HAと略す)をコーティングしたり、リン酸カルシウムペーストを接触面に塗布する。また、それらに合わせた手術器具を準備し、さらにAOのsmallスクリューも用意する。

腰椎麻酔もしくは全身麻酔にて、大腿部にtourniquetを巻いて駆血して行う。皮切は前脛骨筋と長母趾伸展筋の間で行い、足背動脈および深腓骨神経は外側によける。術前の作

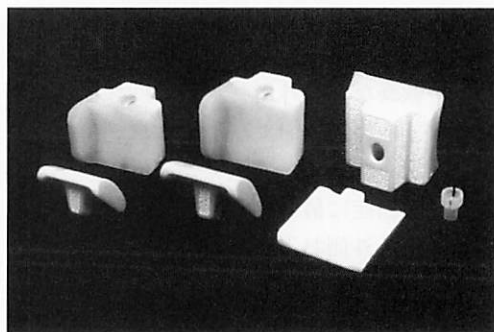


図3 人工足関節 TNK type



術後 6年

図4 人工足関節置換術 78才女性

図にしたがい、cutting guideを脛骨側に打ち込んで骨切りを行う。後方の骨皮質は関節の後方への逸脱を防ぐために残す。ついで距骨にcutting guideを当てて、距骨滑車の骨切りを行う。Trialを挿入してalignmentおよび可動性を十分に確かめる。

人工関節のピースの間隙にリン酸カルシウムペーストを塗布し、腸骨の穿刺により骨髄細胞を採取し、ピース加工された上に散布してから置換する。脛骨側をAOのスマールスクリューで固定する(図4)。

後療法はギプス固定を3週間行う。完全荷重は術後2ヵ月後に許可する。

5) 関節固定術

末期すなわち4期のものが対象になる。とくに50歳以下の一定の職種に就いているものでは人工関節は禁忌であり、従来からの固定術が行われる。

固定術の方法には脛骨の前方部をslideさせる方法、創外固定による癒着法、外側から腓骨を移植する方法など多くの方法があるが、前方からの脛骨のsliding bone graft法が最も偽関節の比率が少なく、多用されている。

後療法としては完全免荷の膝下ギプス固定を2週間、ヒールを付けた歩行用ギプスを3週間行う。

5. 予 後

最も有効な保存的治療の足底挿板は初期の症例に極めて有効である。不安定性が原因の初期例には靭帯再建術が行われ、その成績も優れている。関節軟骨の一部が消失しているような中間期の症例で、関節の構造に内反変形があるものに対しては外反骨切り術が有効で、比較的安定した成績が得られている。

人工関節置換術については螺子固定、さらにHAのコーティングもしくはリン酸カルシウムペーストの塗布により、以前に認められていたようなclear zoneやloosening zoneが出現せず、成績も向上してきている。固定術は骨癒合が完成すれば、除痛効果には優れている。

文 献

1. 高倉義典ほか：変形性足関節症に対する治療経験. 日関外誌, 5:347-352,1986.
2. Takakura, Y. et al: Ankle arthroplasty; A comparative study of cemented metal and uncemented ceramic prostheses. Clin. Orthop., 252:209-216,1990.
3. 高倉義典, 北田 力編：図説足の臨床. メジカルビュー社, 東京, 1991, p92-99.
4. Takakura, Y. et al: Low tibial osteotomy for osteoarthritis of the ankle. J Bone Joint Surg., 77-B:50-54,1995.

膝のスポーツ傷害に対する治療：最近の話題

大阪府立看護大学 医療技術短期大学部 史野根生

1. 軟部組織に対する加熱手術

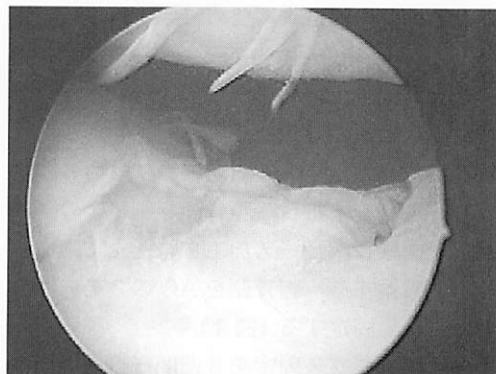
従来、関節軟骨損傷（軟化症）には鉗子などを用いて機械的なdebridementが行われてきたが、どうしても不完全となり変性した軟骨debrisが水腫を惹起したりすることが少なくなかった。近年の生理食塩水中での使用を可能な鏡視下手術用電気メスにより、微妙なエネルギーや温度の調節を可能となり、45-65℃という低い温度にて切除を行い、軟化した軟骨部を一部融解しながらdebridementを行えるので、極めてスムーズな切除面となり、従来法に比してより優れた除痛効果が得られるようになった。この方法はかなりの普及をみせており、Coblation (Cold Ablation) という言葉が生まれたほどである。また、双極性 (bipolar) とすることによりエネルギーが深部に及ばないため、安全性も向上し、Coblation 処置を受けた部分の軟骨は、機械的なshavingをうけた軟骨より良い状態に保たれていた、との実験結果も報告されている(図)。

また、本デバイスを65-85℃で用いると、靭帯や関節包などの主としてI型コラーゲンからなる組織を短縮させることが出来る。この特性を利用して、連続性はあるものの弛緩した十字靭帯や再建靭帯の短縮術にも用いられている。

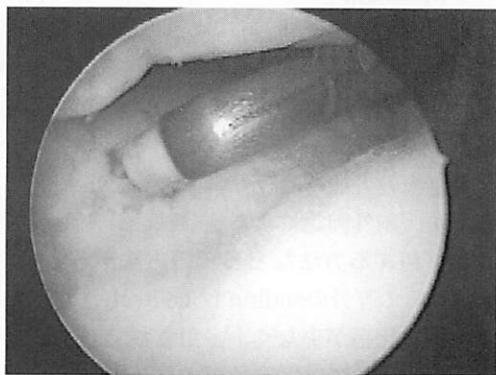
2. 関節軟骨損傷、欠損に対する手術

関節軟骨欠損に対しては、従来骨髄からの間葉系幹細胞の誘導を狙って、骨穿孔術（ドリルを用いないでアイスピックを用いて行う方法は、米国でmicro-fractureと呼ばれる。）が行われていたが、せいぜい薄い線維軟骨による被覆が見込まれる程度であった。

現在欧米で盛んに行われている方法は、自家軟骨組織を少量採取し、これをin vitroにて



大腿骨顆部膝蓋溝の軟骨損傷 (III-IV°)



双極型のデバイスを用いてほぼCoblationし終えたところ。軟骨性のdebrisが消失し、比較的スムーズな関節面となっている。

培養し、その数を増加させ、自家骨膜パッチの深層に移植するものである。米国の企業が培養を請け負って、米国を中心にその有効性の検証がなされつつある。本邦では、島根医大の整形外科や国立大阪南病院整形外科にて、改良を加えた方法が試みられている。

離断性骨軟骨炎などによる骨軟骨欠損に対しては、欧米では従来から同種骨軟骨移植が行われてきたが、本邦では組織銀行や法令が未整備で事実上不可能であった。本邦では比較的荷重の軽度な部分の自家骨軟骨片を採取し、病巣部に移植することが行われてきた。近年複数の円柱状自家骨軟骨片を移植し、その移植部位の関節面の形状にかなり近似できるようになった (Mosaicplasty)。同側膝からの採取では、9 cm²以下の欠損が一応の適応とされている。本法も近隔成績はかなり良好といえるが、採取部の欠損症状の問題の他、円柱状自家骨軟骨片間の間隙は線維軟骨により覆われており、採取部と移植部の軟骨の厚みが異なる、など、長期的には未解決の問題を含んでいる。

3. 半月修復、再建術

半月切除術は、活動性の高いスポーツ選手にはとりわけ予後不良で、二次性関節症を惹起し易い。従って、数ヶ月という比較的長期の治療期間を必要とするにも関わらず、修復術や移植術により半月機能を温存することが一般的になりつつある。

欧米では縫合不能例に対して、同種半月移植が広がりを見せつつある。微弱な免疫反応など、問題が無い訳ではないが、臨床的には良好な成績が収められつつあり、本邦においても、早急な組織銀行の整備がのぞまれる。

また、ウシアキレス腱由来のコラーゲンから成るインプラントによる部分移植も行われており、本邦でも臨床治験が行われつつある、

4. 十字靭帯修復、再建術

a. 前十字靭帯再建術

関節鏡視下に本再建術を施行することは、既に常識となっているが、近年の進歩により、一層解剖学的に、正常に近い再建術が可能となった。

解剖学的に、前十字靭帯は前内側線維束と後外側線維束とに分けられるが、これを個別に再建し、より解剖学的な再建靭帯を得ようとするものである。このため、大腿骨側では各線維束ごとに計2つのドリル孔を、関節内より大腿骨外側骨皮質に向けて穿つことが行われるようになった。

b. 後十字靭帯再建術

前十字靭帯再建術と同様に、一層解剖学的に、正常に近い再建術が可能となった。

解剖学的には、後十字靭帯は前外側線維束と後内外側線維束とに分けられるが、これを個別に再建し、より解剖学的な再建靭帯を得ようとするものである。このため、大腿骨側では各線維束ごとに計2つのドリル孔を、関節内より大腿骨内側骨皮質に向けて穿つことが行われるようになった。

c. 後十字靭帯脛骨付着部剥離骨折に対する鏡視下修復固定術

従来の後方からの関節切開法による螺子を用いた修復固定術は、大きな手術侵襲の割に小さな視野で行わざるを得ないばかりか、他の関節内合併症に対しては体位変換を要し、さらに骨癒合後の抜釘は大変困難であった。著者らは、関節鏡視下に修復し、前方より螺子にて骨片を固定する方法を確立した。

本関節内骨折に対する後方からの直視下手術は、術後の関節拘縮を生じ易いだけでなく、関節内の他の合併症の処置も不可能であったので、鏡視下法の確立の意義は大きい。

いわゆる小児扁平足（乳幼児扁平足）について

大阪市立大学 名誉教授
北条病院 院長

島 津 晃

成長・発達の過程で筋力が弱ければ乳幼児扁平足が発病し、成人の静力学的扁平足ないしは筋弱力足となると考えられてきた。本症は起立能力を獲得する頃に発病する。単に足アーチが低いだけでなく、回内扁平足の形態を示し、比較的ありふれた変形で、簡単な治療で治癒することが多い。この成因を検討した。

1. 症例の観察

起立能の完成していない乳児を足から床面に降ろすと、しばしば尖足位をとる。この尖足は第1・2足指に力を入れて爪先立ちしており、重心線は膝関節の外側を通して足の内側に落ちる。これは足を外反させる他動的な力となる。下肢は内旋する。我々が素直に爪先立ちすると足指がすべて床面に着き、2～5中足関節の配列が足長軸に対して62°傾いていることから尖足位を取ると内反し、股関節も外旋し、明かに異なる肢位を示す。

尖足位を維持できることは筋力が弱く無い。それでも乳児の或る時期には足を回外する傾向が生ずるアライメントの異常、これに関係する筋を支配する神経発達を改めて見直した。

2. 神経発達に伴う筋バランス

自動運動を支配する脊髄下行線維は生下時には未だ無髄であり、3ヵ月頃から頸髄部分が有髄化し、月齢が進むに連れて胸髄、腰髄へと伸び脊髄全体に及ぶのは1～2年かかる。このことによって新生児期の半屈曲姿勢から、次第に抗重力筋の緊張と過度な緊張が抑制され、姿勢、屈伸運動の随意的な調節が可能になり、坐位や這うことができるようになる。さらに伸展筋の緊張が相対的に増加し、坐位



から立位、歩行が可能になる。

この経過を下肢、特に足に限定して、脊髄の解剖学的分布による足の筋の発達・成熟の経緯を考えて見ると、最も近位の脊髄支配を受けているのが長指伸筋と前脛骨筋であり、背屈の随意運動が他の筋肉よりも早くから活発となる。最大背屈位では距腿関節面の形状からして回内位傾向を示し、ついで腓骨筋が活発となり回内位が固定化する例が生ずる。

脊髄神経の髄鞘化が下位レベルへ進むと、後脛骨筋、ついで下腿三頭筋が調節の取れた動きを始めると、回外運動は活発となり、それまでに起った回内変形の傾向は緩解の方向に進む。

それぞれの筋肉の持つ最大仕事量をFickの成人のデータを参考にして比較すると、仙髄支配の下腿三頭筋が自由に働き出す以前では回内筋2.89kg・m、回外筋2.59kg・mとその仕事量には大きな差は無い。下腿三頭筋の活動が調節されるようになると、その仕事量は4.6kg・mと大きいため底屈、抗重力作用、回外作用は強くなり一気に回内足傾向を解消せしめて、扁平足は自然治癒する。

今度は下腿三頭筋が活発になり過ぎて尖足、内反足傾向が起らないのは体重の負荷以外に

生体力学的影響も加わるからである。

3. 生体力学的検討

3-1. 背底屈

成人男子を対象に Reuleaux 法に従って瞬間運動中心を求め、ここから下腿三頭筋と前脛骨筋腱までの距離を計測し、これをモーメントアームの長さとして比較した。背屈位では前脛骨筋の方が長くなり、発揮できる仕事量が相対的に増加し、底屈位では下腿三頭筋の方が長くなり、働き易くなる。ただし背屈筋が有効に働いている限り、尖足変形を起す程度にはならない。

3-2. 回内外

足の回内外運動は距踵関節軸を中心とする回旋運動であることに注目し、骨格標本を用いて、各々の停止から距踵関節軸までの距離を測定し、これを輪軸のてこの柄の長さとした。長いほど運動に要する筋力は少なくて済む、つまり動かし易くなる。後脛骨筋の停止を舟状骨粗面とすると35mmと短く、足底の第3中足骨底から求めると63mmになる。回内筋である短腓骨筋では61mm、長腓骨筋も61mmと長い。

回内位では足アーチは低下し、腓骨筋腱の停止-軸間距離はやや短くなり、後脛骨筋腱のそれはやや延長する。回外位では足アーチは挙上し腓骨筋の停止-軸間距離は延長し、後脛骨筋腱のそれは短縮する。しかし、この変動は少なく、いずれの場合も腓骨筋腱の停止-軸間距離は後脛骨筋のほぼ1.8倍を示す。これらのことは回内筋である腓骨筋の仕事に有利に働き、成長の或る時期には扁平足になり易い状態を作る。

成長によって強力な回外作用のある下腿三頭筋が協調性のある収縮ができるようになると、その最大仕事量は大きいので筋力バランスは改善して回内扁平足は緩解に向う。ただし、下腿三頭筋の持つ回外作用は距踵関節軸からの距離は短いので回内筋が正常であれば逆の外反足を起さない。

4. 足の運動学

立位を保ったままで足を回外すると後足部と前足部の間で捻れ、舟状骨と立方骨とは重なり相い、足根骨の強固な組み合わせを作ると共に足アーチは挙上、下腿は外旋する。回内では逆の組み合わせのもとにアーチは低下する。この回外・回内運動の繰り返しがアーチの形成に働き、回外筋の対抗力としての回内筋の収縮も必要である。

5. 治療方針

自動的に回外運動を強要し、活発にすれば乳児扁平足は発育とともに治癒する筈である。洗いざらしのタオルで足底を刺激する。また Spitzky の靴挿板は土ふまずへの痛みを避けて自動的に回外運動を強要することになり合理的である。足アーチを下から支えるだけの成人に用いるアーチ支えでは理論的でない。

6. むすび

乳幼児期の足の発達に影響する支配神経の発育、これに伴う筋力バランス、下肢アライメントの変化の経緯、そして、生体力学的因子の関与から乳幼児扁平足の発病と緩解を論じた。

第19回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日：平成12年8月5日（土） 14:30～18:00

場 所：参天製薬(株) 5階 センチュリーホール

<第1部>

座長 濱田 博朗(浜田整形外科)

1. 人工膝関節置換術後の大腿骨顆上骨折

住友病院 整形外科 木村 宜仁

【症例】75歳 女性

【主訴】右膝痛

【現病歴】平成3年、5/31に右膝OAに対してTKR、平成4年、6/17左膝OAに対してTKR施行。平成12年、4/27転倒し右大腿骨顆上骨折受傷。

【現症】X線所見で大腿骨コンポーネント直上で骨折を認めたため、5/10髓内釘を用いて観血的整復固定術nail(径12mm、長さ15mm)を施行、またHDPのwearを認めたためtibial insertの入れかえも施行した。術後2ヶ月現在仮骨形成認めるが、しっかりとした骨癒合は得られておらず患肢免荷にて車椅子移動。

【今回討論したい点】TKR後の大腿骨顆上骨折における治療法の選択。

【座長のまとめ】この症例は、努力にもかかわらず内固定が不十分となり、そのため骨折の治療が遅延したと思われるもの。

この部位の骨折は普通は内固定が困難であるから、骨折の癒合を優先させる目的で症例によっては、外固定を併用することも止むを得ないのではないかとと思われる。

2. YKR後に生じた大腿骨顆上骨折偽関節

総合医療センター 整形外科 久次米 剛

【症例】76歳 男性

【主訴】右膝関節痛

【現病歴】平成10年4月近医にて右膝変形性関節症に対しTKRを施行された。術中に大腿骨顆上骨折を合併したため、骨折部はピンニング固定された。しかし、骨折部の安定性が保てないため、1週間後に骨折部をSupracondylar Plateにて固定した。平成10年8月スクリューの折損が生じたので、抜針を試みたが、大腿骨骨幹部にスクリューを複数残したまま抜針術を終えている。骨折部は偽関節となり、歩行困難であるため、平成12年4月に当院に紹介された。

【現症】当院来院時、患者は車イスにて移動。右大腿骨顆上部に可動性を認め、右下肢は左に対し4cm短縮していた。

【今回討論したい点】TKR後に発生した大腿骨顆上骨折と同部の偽関節について、それぞれ治療法の選択について御意見をお願いいたします。

【座長のまとめ】この症例も治療に難渋した例。治療方法はこれも一つの選択であろうが、本当はこの様になる以前に骨折を治癒させることが必要であった。症例によって異なるとはいえ、膝置換術後の顆上骨折例は骨折の治療を最優先に考えるべきであり、関節機能の温存は二次的な事と考えるべきと結論されよう。

3. 若年者の変形性股関節症に対する人工股関節置換術

済生会泉尾病院 整形外科 藤井 学

若年者に対する人工股関節置換術はその長期成績がやや劣ることや複数回の再置換術の可能性があることなどからその適応は慎重でなくてはならない。今回我々は若年者を含んだ3例にコバルト合金対コバルト合金表面置換型人工股関節を行ったので短期ではあるが成績を報告する。

【症例1】 39歳 女性 初期股関節症にて右THA施行。現在術後約9ヶ月であるが、JOAスコアは術前20点から87点に改善し、疼痛は認めない。X線学的にもゆるみを認めない。現在、保険外交員として社会復帰している。

【症例2】 34歳 女性 27歳発症のSLEにて内科follow、ステロイド投与中。平成10年頃より右股痛出現した。特発性大腿骨頭壊死症、TypeI-C、stag-Ⅲにて右THA施行。術後約1年7ヶ月の現在、疼痛なくX線学的にもゆるみを認めない。

【症例3】 60歳 男性 平成7年頃より両股部痛出現した。進行期股関節症、JOAスコア63点にて右THA施行。術後約1年4ヶ月、疼痛なくJOAスコア88点、X線学的にもゆるみを認めない。

いずれの症例にも表面置換型McMinn人工股関節を用いた。手術は後側方侵入にて行った。臼蓋コンポーネントはセメントレスで、大腿骨頭コンポーネントはセメントをもちいて固定した。

このコバルト合金対コバルト合金表面置換型人工股関節は大腿骨切除量が少なく大きな骨頭径をもつことが特徴である。従って大腿骨への荷重伝達はより生理的であり、stress shieldingの様式も大きく異なり骨萎縮は少なくなることが期待できる。また脱臼についても有利である。摩耗量に関してはポリエチレンを摺動面にもつ人工股関節のポリエチレンの摩耗量より少ない。大腿骨側については再置換術も比較的容易であることを考えあわせると若年者に対する人工股関節置換術の一つとして期待できる。適応はこの人工股関節では股関節を解剖学的に大きく変えることができないため、大腿骨の形態が正常に近いものに限定している。

【座長のまとめ】 コバルト合金対コバルト合金表面置換型人工股関節を使用した症例の提示である。39歳という若い年齢の初期股関節症に対する人工関節の適用については批判があり、骨頭を温存した治療法を採用すべきであるとの反論が出された。またこの種の評価の定まっていないプロステシスの使用についての懸念の意見もだされた。それに対する術者側からの反論が述べられ、白熱した討議がなされた。

<第2部>

座長 松田 英樹(総合医療センター)

4. 大腿骨頭壊死に対して血管柄付腸骨骨移植を行い深腸骨回旋動脈の異常走行のため腓骨血管柄付骨移植に切り換えた症例

北野病院 整形外科 藤尾 圭司

【症例】 25歳 男性

【主訴】 右股関節痛

【現病歴】 平成11年末～右股関節痛あり。平成12年1/15当科初診XpにてStegen TypeⅢ-Bと診断し腸骨血管柄付骨移植の手術目的で入院。

【現症】 平成12年2/29右腸骨血管柄付骨移植を行い、深腸骨回旋動脈を剥離したが、有効な腸骨への枝がなく、手術を中止した。3/2同じアプローチにて股関節に到達し、同側の腓骨血管柄付

骨移植を行った。(外側大腿回旋動静脈に縫合)

【今回討論したい点】北野病院及び京大関連病院でも同様の深腸骨回旋動脈を用いた有茎の血管柄付骨移植を行っているが、こういった症例は初めてである。経験のある先生方に御教示頂きたい。

【座長のまとめ】大腿骨頭壊死に対する血管柄付腸骨移植を行った際に、解剖学的な血管分岐異常のため、深腸骨回旋動脈からの腸骨への分枝血管が見いだされずに、手術を断念さざるを得なかった症例が呈示された。この症例に対して、後日腓骨からの血管柄付き骨移植が行われ、当初の目的は達成された。このような血管分岐異常の報告は文献上見出されず、非常に希なケースであるが、術前に血管造影を行うべきであったとの結論であった。

5. 診断に難渋した、リウマチ患者における小指屈曲障害の1例

国立大阪病院 整形外科 山崎 直美

【症例】50歳 女性

【主訴】小指屈曲障害

【現病歴】50歳、女性。4年前両肩痛で発症のR.A. Stage II、class I。H11年末に右小指DIP、PIPのactive flexionが不可能になり、常時伸展位にあることに気づいた。その際、小指の弾発現象は認めなかった。

【現症】有鉤骨鉤周囲に圧痛

前腕把握テストで小指屈曲は認めず。

関節可動域はpassiveにはfull range、activeにはDIP 0、PIP 45、MP 45。

腱断裂の際触知できる断端は不明。

以上の所見より小指屈筋腱の断裂を疑い、手術施行。術中所見では腱断裂は認めず、小指FDPのnodular tenosynovitisが横手根靭帯でロッキングを来していた。手根管を開放し、滑膜切除を行うことで、屈曲は可能となった。

【今回討論したい点】リウマチ患者の腱滑走障害の診断方法について

【座長のまとめ】4年来のRA症例(stage II、class I)で50歳の女性である。右の小指DIP、PIPの自動屈曲が不可能となった。他動的には完全屈曲が可能であり、前腕把握テストでは小指の屈曲を認めず、有鉤骨鉤周囲に圧痛がみられた。同部での腱断裂を疑い手術を施行されたところ、腱の連続性が確認され、横手根靭帯でのロッキングによるものであった。この症例に対する診断法について、北野病院の梁瀬先生から、最近の分解能のよい超音波検査によって、画像上診断ができたのではないかと発言があった。指の自動的および他動的屈伸時の腱の動きをエコーにて観察することが大切と考えられる。

<第3部>

座長 廣島 和夫(国立大阪病院)

6. 大腿骨骨幹部骨折を伴う人工股関節再々置換術を施行した1例

北野病院 整形外科 榊村 直志

【症例】83歳 男性

【主訴】左大腿骨骨幹部骨折1

【現病歴】昭和55年左人工股関節置換術を施行。その後H7年左人工股関節再置換術を施行。

近医にてFollow中であつたが平成12年4月より左大腿部痛出現、歩行困難となる。X-P上cementのゆるみあり。Cement Fractureにて当科紹介受診となったが、H12年4月20日転倒しFemur Stem遠位部にてFracture認めた。

【現症】来院時、左大腿部中央部に腫脹発赤著明で、圧痛、自発痛強度であった。異常可動性も認められた。足関節、足趾に知覚、循環、運動障害認めず。下腿より直達牽引施行した。(X-P)stem中央部でのFemurのCement Fracture及びStem遠位部でのFracture認める。平成12年5月HMRS下肢再建システムによる再々置換術を行った。

【討論したい点】手術術式の選択について(他の手術法等)

【座長のまとめ】手術術式の選択について討論された。高齢者であること・複数回の手術を受け長期間にわたり荷重していないこと、などから、今回の選択(Kotz腫瘍用人工関節への再々置換)は、やむを得ない選択であろう、との点で意見は合致し異論は出なかった。

初回の骨折に対する再置換時に、cementless THAを採用した方が良かった、との住友病院西塔 進部長からのコメントがあった。

7. 小児橈骨腫傷の2例

国立大阪病院 佐竹 信爾

【症例1】10歳 女性

【主訴】左前腕腫脹、疼痛

【現病歴】H11.7初旬 左手関節痛出現。2週間程で消失。H11.8頃より再び疼痛、腫脹が出現、熱感も出現したため、H11.9.14当院受診。

【現症】前腕で周囲径3cmの左右差があり、局所熱感、圧痛をみとめた。発赤はなかった。

【症例2】3歳 女性

【主訴】右肘関節痛

【現病歴】H12.6.1遊んでいたところ転倒。翌日より手をかばい始める。H2.6.6当院受診す。

【現症】右橈骨近位部に圧痛とわずかな腫脹をみとめた。発赤熱感はなかった。

【討論したい点】2症例の画像(X-P, MRI, シンチ, etc)診断

骨腫瘍における画像診断のピットフォール

【座長のまとめ】症例の紹介のあと、floorからの意見を伺った。Ewing肉腫が最も考えられ、骨髄炎も念頭に置いておかねばならない、との関電病院池田 清部長からの発言があった。その後、演者によって症例1はEwing肉腫、症例2は生検時の迅速診断ではEwing肉腫、永久標本による病理診断では好酸球性肉芽腫であることが示され、それぞれの疾患の特徴と鑑別点、および各症例の経過が報告された。

両腫瘍とも小児の前腕に生じるのは稀であり、滅多に経験するものではないためかfloorからの討論は無かった。

8. 橈骨骨幹部骨折に伴う陳旧性橈骨頭脱臼の1例

済生会中津病院 整形外科 大田 陽一

【症例】13歳 男性

【主訴】左肘可動域制限、疼痛

【現病歴】H12.4.25 体育の授業中、馬跳びをしていて転倒。

当日近医にてギブス固定を受ける。5月25日ギブス除去しリハビリ開始するも疼痛、可動域制限残存するため7月6日当科紹介受診となる。

【現症】左肘可動域 伸展 -40° 屈曲 135° 回外 35° 回内 70°+

レントゲン上、橈骨骨幹部に変形治療を認め橈骨頭の前側方への脱臼を認めるも、尺骨に仮骨形成等の変化はない。手関節部は、疼痛等なし。

【討論したい点】手術方法について、御検討下さい。

【座長のまとめ】 修復後に橈骨頭脱臼の再発した原因についての討論：健側の尺骨と見比べても、尺骨のPlastic deformationは生じていない、とのことであった。北野病院 梁瀬義章部長から、焼骨の骨折後の過成長が関与していないかを検討するため健側橈骨との比較が必要であるとのコメントがあった。初療時の固定肢位が回内位になっていたことについても議論があった。回外位での固定が原則であるが、回内位で固定されていても修復ができていますので輪状靭帯の修復に多少の影響はあったかも分からないが、再脱臼の第一の原因になったかどうかは疑わしい。

再手術では、橈骨骨幹部の矯正骨切り術・腕橈関節内郭清と修復術・輪状靭帯再建術が施行され、順調に回復しているとのことであった。手術法に関しては異論はなかった。

9. 2 椎間PLFの症状再発に対してPLIFを施行した 1 例

北野病院 整形外科 岡本 幸大

【症例】 69歳 男性

【主訴】 左下肢痛。歩行障害

【現病歴】 平成10年5月頃より特に誘因なく左下肢痛を自覚。その後徐々に増悪し、平成11年5月に他院にて手術(2椎間PLF)を受けた。症状は軽減していたが、同年8月初旬には症状が再発した。

【現症】 (感覚)左L4、L5領域に感覚鈍麻。左下肢痛

(反射) ATR↓↓ (筋力)左下肢経度低下

〈画像〉(L4/5、L5/S1)PLF (CD Horizon)、L5 foraminotomy (Pediclescrew 6本中4本にLooseningの所見)ミエログラフィー、CTにてL3/4、L4/5に硬膜管の圧排像、平成12年3月16日に手術を施行した。(L5/S1 PLIF、他screwは抜去。L5椎弓切除範囲拡大)

【討論したい点】手術について(固定範囲等について)

【座長のまとめ】再手術時の固定範囲などについて議論があった。初回手術はL5神経根症状を何処で惹起しているか、の事実誤認が固定範囲の拡大化に繋がっていたと推測される、との演者からの発言があった。

再手術時、拡大開窓のみで固定の必要はなかったのでは、との大阪市立総合医療センター 松田英樹部長からの質問に対し、北野病院 松田副部長からL5/S1不安定性があり固定は必要である(PLFでもPLIFでも良いが、PLIFを選んだ)との回答があった。

正確に病態を診断し必要最小限の手術をすべきである、ということはこの症例を通じて云いたかった、と松田副部長から補足された。

10. 追加症例原因不明の腰部痛～仙腸関節部痛について

北野病院 整形外科

【座長のまとめ】北野病院を受診した徳島県からの患者さんが当会場に来られ、梁瀬義章部長が経緯を説明され、そのあと、関電病院 池田 清部長が壇上で患者さんを診察された。

floorから多くの診察上・検査上の質問があった(掌蹠膿疱症はないか、HLAは検査されているか、など)

診断に関して、1)ankylosing spondylitisの可能性は否定できない。2)discogenicな疼痛が関連

痛として仙腸関節周辺に出現する可能性はないか。などの意見が出された。1)または、それ以外の何らかの要因による頑固な疼痛であろう、というのが大勢の意見であった。

★★★本日の特別講演を担当された東京女子医大付属膠原病リウマチ痛風センター 所長 鎌谷直之先生も会場におられ、本会終了後、このような試みは素晴らしいことであり、これからの病院医療は患者のスタンスで診療すべきであり、これを象徴するような企画である、とのお褒めの言葉を載いた(近畿手の外科懇話会では、常に患者さんを診療しながら討論を行うことが基本であり、これを踏襲したものである)今後とも、患者の理解があれば、また取り上げて良い企画である。

特別講演

座長 梁瀬 義章 (北野病院)

「通風と高尿酸血症 (治療とゲノム研究)」

東京女子医科大学付属膠原病リウマチ痛風センター 所長 鎌谷直之 先生

日整会教育研修会認定 (認定医またはリウマチ医) : 1 単位

日本リウマチ財団登録医教育研修 : 1 単位

大阪府生涯教育研修 : 5 単位

岡山県

県章制定
昭和42年



県章の意味

地方自治法施行 20 周年を記念して、県民から募集して選ばれたもので、岡山県の「岡」の文字を円形に図案化し、県民の一致団結と、岡山県の将来の飛躍発展を、力強く表したものです。

第20回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日：平成13年2月3日（土） 14:30～18:00

場 所：参天製薬(株) 5階 センチュリーホール

<第1部>

座長 池田 清(関西電力病院)

1. 橈尺骨癒合症の1例

済生会中津病院 整形外科 妻鹿 良平

【症例】1歳2ヶ月 男児

【主訴】左前腕回外制限

【現病歴】2001年1月6日初診 2日前に母親が左前腕の回旋制限に気づいた。

【既往歴】正常分娩。成育歴に特記すべきこと無し

【家族歴】特記すべきこと無し

【現症】肘関節可動域		右	左
	伸展	0°	-5°
	屈曲	155°	155°
前腕	回外	90°	-20°
	回内	90°	20°
上肢周囲径：上腕		18.5	18.0cm
	前腕	17.0	17.0cm

肩関節・手関節以下：可動域正常

【今回討論したい点】1.手術時期。
2.術式についてご教示下さい。

2. 1歳児の左大腿骨転子間部に発生し再発を起こした骨嚢腫の1例

国立大阪病院 整形外科 田村 太資

【症例】1歳 男児

【主訴】跛行、左股関節部痛

【現病歴】平成12年2月特に誘因なく跛行出現、徐々に増悪。平成12年7月レントゲン上左大腿骨転子間部中心に骨透亮像認め、MRI上骨嚢腫の形成認めた。7月21日病巣搔爬術施行。左大腿骨転子間部に径8mmの骨孔を明け、内部を十分に出血するまで搔爬。骨孔は閉じずに閉創した。内部には希黄色透明の液体が充満していた。その後、跛行の出現・消失を繰り返していた。平成12年12月、MRI上骨嚢腫の再発を認めた。

【現症】歩行は逃避性跛行。左下肢への加重はほとんどなし。他動運動時痛あり。左股関節可動域制限はなし。

【画像所見】単純レントゲン：両股正面像にて骨嚢腫周囲骨皮質の肥厚を認めるが、嚢腫内部の骨形成を認めず。MRI：左大腿骨転子間部中心に骨嚢腫を認める。

【今回討論したい点】初回手術時嚢腫内部搔爬のみ行い骨孔を塞がず手術を終えたが、早期に骨孔が閉鎖する事を予測し何らかの処置を施すべきであったかどうか。また、今後再発を繰り返さないための手術法について御討論お願いします。

3. 脛骨高原骨折を生じたRA膝の治療

大阪府済生会泉尾病院 整形外科 藤井 学

【症例】○城○代子 51歳 女

【主訴】両膝痛(左>右)

【現病歴】平成7年2月左小指、両手関節痛で発症のRA。平成9年頃より両膝痛を自覚、外来にて経過観察を行ってきた。

平成12年9月10日自転車で乗車中、足を踏ん張ってから左膝痛増強。20日当科受診しレントゲン上脛骨高原骨折指摘され治療目的で入院となる。

【現症】関節内水腫(-)、熱感軽度、動作時痛(-)。レントゲンにて左脛骨外側プラトー骨折(+)。また、右膝も骨破壊像を認めた。

10月11日右人工膝関節全置換術施行。その間、左脛骨外側プラトー骨折に対しては保存的加療を行った。骨折の治癒を待って、左人工膝関節全置換術を施行予定であったが、脛骨の骨癒合は得られず、腓骨頭の骨破壊像を新たに認めた。

11月29日左人工膝関節全置換術+骨移植術施行。12月27日両松葉杖にて退院となった。

【今回討論したい点】今回当科ではまず支持脚であった右の人工膝関節全置換術を行い、その間の骨癒合を期待。骨癒合を待って左人工膝関節全置換術を行う予定としたが、順番としてそれではよかったのか。また、他にどのような治療法が選択肢としてあったか、皆さんに討論していただきたいと考えています。

4. TKR後にポリエチレン磨耗粉による嚢胞形成をきたした症例のその後の経過

住友病院 整形外科 木村 宜仁

【症例】66歳 女性

【主訴】両膝痛

【現病歴】両変形性膝関節症の診断のもと、平成元年11月右TKR、平成2年4月左TKR施行。平成9年12月左下腿内側にBaker's cystとそこから垂れ下がる形で凝血塊を内含する嚢胞が存在し、切除術施行。病理組織診断でBaker's cyst及び嚢胞壁にポリエチレン粉が存在し、それを貪食しているマクロファージの像が認められた。X線所見では、両膝とも脛骨トレーのスクリューの周囲のosteolysisを認めた。

その2年後の平成12年初めより、両膝痛が出現した。

【現症】両膝とも脛骨トレーのスクリュー周囲のosteolysisの増大を認め、右膝では脛骨インサート wearが強く認められたため、11月に右脛骨コンポーネントとインサートの再置換術を施行した。肉眼的には4本ともスクリューの周囲にφ1~2cm程の骨欠損が認められ、同部の変性した組織は、病理診断で前回の組織同様ポリエチレン粉が関与していた。

【今回討論したい点】以前発表させて頂いた症例の以後の経過を報告させていただきます。

<第2部>

座長 西塔 進(住友病院)

5. 頑固な頸腕痛症状を呈した頸椎症

済生会泉尾病院 整形外科 谷口 暢章

【症例】Y.W 72歳 男性

【主訴】頸部痛、および左側頸部から肩甲骨棘上窩にかけての疼痛

【現病歴】H12年2月頃より、頸部痛、および左側頸部から肩甲骨棘上窩にかけての疼痛が出現。

H12年9月、整形外科を受診される。

【現症】 左側頸部から肩甲骨棘上窩にかけての範囲に、疼痛の訴えあり。両側上肢・下肢には、明らかな神経学的異常(筋力低下、識別性職圧覚の低下)を認めなかった。MRIで、Th1高位の脊柱管内に、硬膜外腫瘍を疑わせる像が見つかった。

【今回討論したい点】 MRI、CT所見から、この腫瘍性病変は、何であると考えられるか？臨床的な症状である、左側頸部から肩甲骨棘上窩かけての疼痛は、Th1レベルにおける硬膜管の左側、および左Th1 rootの圧排によって出現してきたものと説明することが出来るか？

6. 治療に難渋した腕神経叢損傷に対する薄筋移植の治療経験

北野病院 整形外科 藤尾 圭司

【症例】 T.K 28歳 男性 事務職

【主訴】 右上肢の麻痺

【原病歴】 平成11年3月12日ベルトコンベヤーに巻きこまれ、右腕神経叢損傷、右鎖骨下動静脈損傷。同日血管再建術。4月12日、正中筋皮神経再建を行うも回復しなかった。平成12年2月24日、右肘屈筋形成(薄筋移植)を行い、術後8ヶ月ごろより筋肉の収縮が認められ、現在肘の屈曲力3を得ている。

【現症】 肘は前腕回外位で伸展力4、屈曲力3、可動域0-95°となっている。手指は拘縮となっており、手関節は下垂手で可動域は他動的に背屈30°、拳屈40°可能であるが、肘以遠の筋力は0で知覚は正中神経領域のprotective sensationのみ認めている。

【今回討論したい点】

- ①筋移植時に抜針した鎖骨が再骨折をおこし、髄内針固定しているが、このままで癒合するかどうか。
- ②手関節の再建法について。

7. 頸椎椎弓形成術後に著しい後弯変形を来した2例

北野病院 整形外科 松島 正弘

【症例】 ①M.N 80歳

②S.H 74歳 女性 無職

【主訴】 項部痛 後屈制限

【現病歴】

- ①75歳時 頸骨髄症にてC3~7椎弓切除術を受ける。脊骨髄症状は改善するも術後5年徐々に項部痛増強、後屈制限著明となる。
- ②74歳 左上肢のrodiculopathyの為来院、MRI上、C2Levelに腫瘍認める。C1-3椎弓切除、腫瘍摘出施行、神経症状改善するも、術後6ヶ月で、項部痛後屈制限著明となる。

【現症】

- ①四肢深部腱反射亢進も歩行障害、巧緻運動障害認めず。頸椎可動域 屈曲60°、伸展-20°、右回旋45°、左回旋45°
- ②左C3Levelの知覚鈍麻以外、神経症状はない。頸椎可動域 屈曲60°、伸展-10°、右屈0°、左屈10°、右回旋10°、左回旋0°

【今回討論したい点】 1.今後の治療方針

2.初回手術時の問題点

8. 化膿性脊椎炎を合併した脊柱管狭窄症の1例

国立大阪病院 整形外科 高尾 正樹

【症例】71歳 女性 理容師 DM(HbA1C9.4)

【主訴】右大腿外側の筋クランプを伴う激しい痛み

【現病歴】平成12年5月15日転倒、腰部打撲し、右大腿外側の筋クランプを伴う激しい痛みが頻回に出現した。6月8日入院時、FNSTが右で筋クランプを誘発したのみで、筋力低下、知覚異常は認めなかった。WBC 13.100 CRP 1.8で、単純レ線上L3/4椎体間腔の狭小化と、MRI上脊柱管狭窄とL3/4椎間板周囲の椎体輝度変化(T1Low、T2Low)を認め、6月16日開窓術と髄核摘出生検術をおこなった。培養は陰性で病理組織も感染性炎症所見は認めず、術後立体開始とともに腰痛出現し、右大腿部痛も再燃し、右大腿四頭筋の筋力低下(MMT2)を認め、L3椎体の圧潰進行を認めた。抗生剤を投与し、CRP正常値となったが、WBCは終始1万前後を推移し、Gaシンチ上弱い集積を認めた。

【今回討論したい点】当科ではこの後、前方固定自家腸骨移植術と後方 instrumentation を行い、症状消失したが、培養は陰性で病理組織も感染性所見を認めなかった。

化膿性脊椎炎を合併する可能性のある脊柱管狭窄症に対して根性痛に対する後方除圧と細菌学的検査のために髄核摘出を施行したが、術後椎体圧潰が進行し、症状が再燃した。本例を経験して化膿性脊椎炎の疑われる症例に後方除圧は禁忌であることを改めて認識させられたので、反省をこめて症例報告する。

9. 重症筋無力症に合併した硬膜外血腫の1例

北野病院 整形外科 吹上 謙一

【症例】Y.T 69歳 女性

【主訴】腰痛 右大腿外側部痛

【現病歴】H11年夏より、腰痛あり、H11年11月より、右大腿外側部痛あり。骨粗鬆症に対する治療のみで経過観察するも症状軽減せず。H12年4月 L2片側椎弓切除、血腫除去術を施行した。

【既往歴】重症筋無力症

【現症】	Lasegue (-)(-)	MMT	Hip~Knee	4~5(-)	5
	PTR →→		TA	5(-)	5
	ATR ↘↘		EHL	4	5
	Sensorydist, (+)		FHL	5	5
	(右大腿外側)		TS	5	5

【今回討論したい点】1.経過観察期間は？
2.治療方法は？

10. ベーチェット病に対するステロイド治療によって生じた脊髄硬膜外リポマトーシスの1例

大阪市立総合医療センター 整形外科 中川 敬介

【症例】M.K 19歳 男性 学生

【主訴】両下肢脱力、シビレ、歩行障害

【現病歴】96年3月、発熱、口腔アフタ、下痢、腹痛出現し、ベーチェット病と診断された。徐々に症状の悪化を認め、98年7月よりステロイド内服開始。98年11月よりステロイドパルス療法

開始。99年11月から腰椎圧迫骨折を保存療法にて経過観察していたが、00年11月26日、突然両下肢脱力を訴え救急受診。TH8レベル以下シビレ、MMTは右下肢4、左下肢3+レベルで歩行不能。

【現症】MRI抜像したところ、Th2～11レベルに胸椎硬膜外リポマトーシスを認めた。徐々に麻痺が進行していたため、12月1日緊急手術としてTh2～11片側椎弓切除脂肪腫摘出術施行。術後経過良好で、術後約1週間の時点ではほぼ完全回復した。

【今回討論したい点】1.インストルメンテーション使用による固定術の要否。

2.今後の経過観察上注意を要する点は？

特別講演

座長 服部 良治（服部整形外科）

「肩 スポーツ傷害の臨床」

大阪厚生年金病院 スポーツ医学センター 部長 米田 稔 先生

日整会認定教育研修単位：1単位

日医認定健康スポーツ医学再研修単位：1単位

大阪府医師会生涯研修単位：5単位

愛知県

県章制定
昭和25年

県章の意味

太平洋に面した県の海外発展性を印象付け、希望に満ちた旭日波濤（きよくじつはと）を表し「あいち」の文字を図案化したものです。



第12年度(第24回)大阪府医師会医学学会総会

手指PIP関節側副靭帯損傷の病態 —手術症例の検討—

大阪臨床整形外科医会

堀木 篤
早石 雅 宥

【緒言】

手指の突き指外傷で、PIP関節側副靭帯損傷を起こすことが多い。放置した場合PIP関節の不安定さを残し、腫脹、疼痛を訴える症例も少なくない。

診断に際して受傷関節のストレスX-Pを行い、側方動揺性(tilting)が20度以下の場合には副子固定などの保存的治療を、20度以上の場合には靭帯縫合などの手術的治療を行うとされているが、一定のコンセンサスが得られているとは言いがたい。我々はストレスX-Pで手術適応と診断し手術した症例について病態を検討したので報告する。

【対象】

男24例(24指) 12~73歳(平均30.7歳)

女12例(12指) 13~71歳(平均30.8歳)

であった。

受傷原因はスポーツ外傷24指、その他(転倒など)13指であった。

手術までの期間は受傷後3週以内(新鮮例)19指、3週以後(陳旧例)18指であった。

受傷指についてみると、左手14指でありうち中指1指、環指6指、小指7指であった。右手は23指で中指11指、環指6指、小指6指で、右中指が最も多かった。



【結果】

(1) 側副靭帯損傷の内訳

指の橈側側副靭帯損傷は37指で、尺側は0指であった。損傷程度でみると完全断裂は34指であり、不完全断裂は3指であった。損傷部位は中枢側が34指、中央部が3指、末梢側は0指であり、中枢側が圧倒的に多い。

(2) 側副靭帯損傷に伴った損傷

PIP関節の支持機構は、側副靭帯(CL)、副側副靭帯(AL)、掌側板(VP)、背側関節包(DC)から成る。また骨折を伴う場合もあり、随伴した損傷をまとめると表1の如くとなり、CL+AL+VP損傷例が16指と多く、CL単独損傷は9指にすぎない。

表1 側副靭帯損傷に伴った損傷

損傷部位	指数
CL	9
CL+AL	3
CL+AL+DC	2
CL+AL+VP	16
CL+AL+VP+DC	3
CL+骨折	4

(3) 側方動揺性(tilting)と損傷程度との関係

術前、麻酔下または無麻酔に損傷側を開排するようにストレスを加えてX-Pを行い、側方動揺性を測定した。(図) 陳旧例では損傷組織の一部修復が行われるため、tiltingと損傷程度は必ずしも一致するとは考えられないが、損傷範囲が広がるにつれtiltingを増加する。(表2)(表3)

〔考察〕

PIP関節側副靭帯損傷は突き指外傷でよくみられるが、不安定さが残ると疼痛や腫脹を訴え手の動作に影響を与えることが多い。

ストレスX-Pによる側方動揺性(tilting)は、laxityによる個人差、受傷後の期間、固定状態などにより影響をうけるが、tiltingが25度以上の場合は側副靭帯損傷に加え、副側副靭帯損傷さらに掌側板損傷が加わることが多く、tiltingに加えてsubluxationがみられる。

ストレスX-Pで20度以上の場合は手術適応と考えられるが、30度以上の場合は掌側板修復が必要なケースが多い。安定したPIP関節を得るためには、新鮮例では20度以下では確実な固定が必要であるが陳旧例では20度以下でも受傷時に複合損傷の可能性が否定できず、

疼痛、腫脹を訴える場合には手術的治療を優先した方がよいと考える。

表2 側方動揺性(tilting)と損傷程度との関係

tilting	損傷程度	
25° (M. N.)	CL+AL	(陳旧)
25° (Y. S.)	CL+AL	(陳旧)
25° (Y. S.)	CL+AL+VP	(陳旧)
30° (Y. K.)	CL	(陳旧)
30° (T. U.)	CL+AL	(陳旧)
30° (M. Y.)	CL+AL+VP	(新鮮)
30° (K. A.)	CL+AL+VP+DC	(新鮮)
35° (T. K.)	CL+AL+VP	(新鮮)
35° (N. K.)	CL+AL+VP	(新鮮)
40° (A. T.)	CL+AL+VP+DC	(陳旧)
40° (T. N.)	CL+AL+VP	(新鮮)

表3 結果

- (1) 損傷はすべてPIP関節橈側であった。
- (2) CL起始部での完全断裂が大部分を占める。(37指中33指、88%)
- (3) 完全断裂の場合、靭帯の退縮がみられる。
- (4) CL単独損傷は37指中9指にすぎず、AL、VPの損傷を伴った複合損傷が多い。(78%)
- (5) ストレスX-Pで30°以上の場合、掌側板損傷を伴うと考えられる。



tilting 40°



tilting 30°

図 ストレスX-P

麻酔下または無麻酔下に損傷側を開排するようストレスを加えて撮影し、側方動揺性(tilting)を測定する。

最近の高齢化社会における股関節骨頭周辺の手術症例報告

星光病院 院長 山本光男

20世紀末期から21世紀初頭(1990～2001)に入ると、高齢化社会の人口構成がかなり長寿化社会へと入った感じがです。また世界の人口動態も高齢化へと屈指に成長しつつある今日です。

高齢化社会に入るやいなや介護保険制限に依る老健施設、介護サービス施設、老人ホーム等々増加とそれと平行し、脳血管性痴呆、痴呆性老人性の増加切り離せない面が問題の一つです。

私達の救急病院でも外科脳外科と両四肢の骨傷を伴うケースが交通外傷として搬送されてまいります。又、上述の施設からも紹介されて参ります。特に脳外科と整形を組み合わせた出血を伴う症例で同時に手術を行うことも少なくありません。

そこに手術条件として、

- 1 ; 手術の侵襲が少なく
- 2 ; 手術時間が短く
- 3 ; 出血等の制限とその補充
- 4 ; 術後早期離床
- 5 ; リハビリへの移行
- 6 ; 長期臥床の防止など

出来るだけ短い日常生活復帰への期待は私達に絶えず要求されています。

今回は最近の股関節大腿骨頸部骨折頸部内外側大転子小転子中枢部の転位の大きいものについて私の手術時の材料を述べると共に手術症例を報告致します。

A] 大腿骨内側で完全GreadIII～IV

- イ) 人工骨頭骨置で
ストライカー社 OMNIFT
Bateman社 UPF II
Zimmer社製 Depuy人工骨頭

B] Gread1. II Kobe Kompresionスクリュー

- イ) 大腿骨頸部外側でのチタン合金



ロ) Bの軽いものEndarpin

Endarpinが今日まで広範囲に用いられます

欠点として、A・Bに比し「おじぎ現象」の出現あり

ハ) MATYS

Ti DHS Trochanter stab·lizing plate

◇K. M ♀ 94歳

原因：H13.3.21発熱、全身倦怠感、眩暈にて転倒し背腰股関節部を強打す

初診時：38.5℃弛張熱 胸部両肺野白 状陰影増強あり 気管支肺炎低蛋白血漿

右大腿骨頸部 大小転筋骨複雑性骨折
既往症：胃十二指腸潰瘍 子宮筋腫(42歳)

虚血性心疾患

本人 出産7人(♂6人、♀1人)孫26人
多産家族

BNP↑ 38.5pg/ml、AG比0.6、CRP定量6.1
定性(4+)

Spute 1d Stroplocus (GPC) (3+)

Neisseria (GNC) (3+)

血液像 WBC 14.1×10²/ul

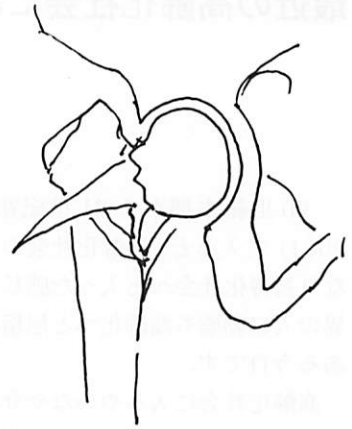
RBC 1.95MILL/cu

HGB 6.1g/dl

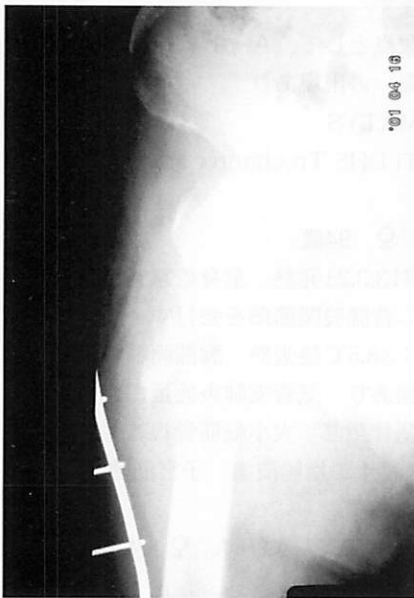
HCT 17.8% PLI 95

受傷後 MAP 2単位×5
TRパンスポ1g ベニロン1Aにて全身管理
に努め 弛張熱改善次第手術に入る
初診より2週間後手術
術後やはり血圧低下Af+VPC混合型に種々薬
物的療法す。術後2週間経過し重篤症候から
改善した症例です。

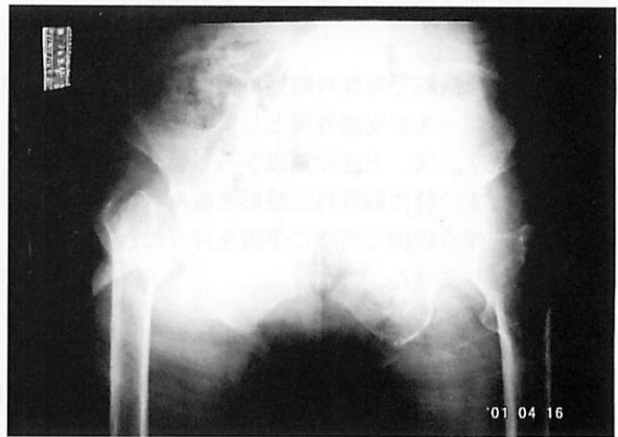
写真A1, A2, A3, A4



A1'



A2



A1



A3

◇T. H ♂ 73歳

原因：H12.3.20 交通事故 単車走行中に乗
用車と側面衝突す

診断名：頭部外傷Ⅲ型、前頭部左側頭部打撲
挫傷、背腰仙股関節打撲挫創、左大腿骨頸
部大小転子骨複雑性骨折

XPの如く マチスを用いる

現在 独歩行にて通院加療中

輸血 MAP 10単位

FFP 2単位

初診 外傷性ショック 血圧 76/55 脈拍
112

全麻下にて徒手整復 キルシナーワイ
ヤー直達牽引療法のちギプス固定3週
間

手術時マチス アンゲルプレート7穴

写真B1, B2, B2', B3



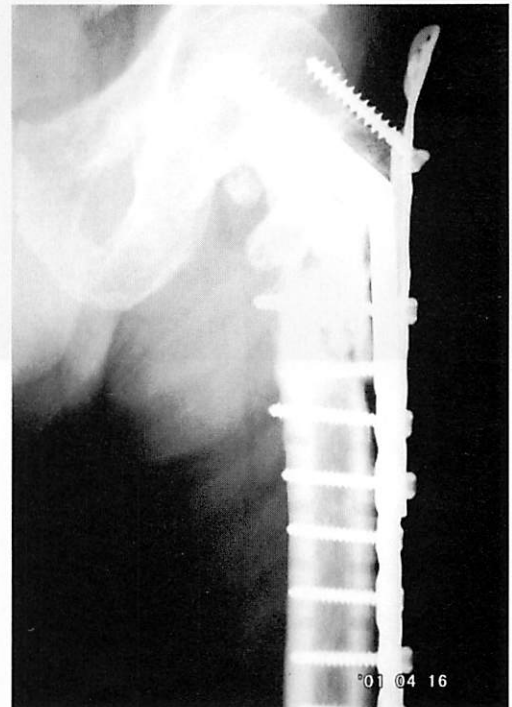
B2



B2'



B1



B3

◇T. K ♂ 77歳

原因：道路歩行中転倒し左大腿骨頸部内側骨折 (H13.3.7)

この症例は病名1) 2) の如く全身状態が良くなく転倒

診断名: 1) 気管支喘息、出血性胃潰瘍

2) 左膝関節人工関節置換術術後状態 (12.2本院にて手術)

手術 Day Depuy人工骨頭置換術施行
XPフィルム

高齢の人の全麻中の注意

人工セメントの使用時の注意

手術中の血圧 110/67 108/62 (カトボン5滴)

セメントで 78/52と急激に降下…

セメントに依る生体反応の著明な循環系の影響あり 注意を要した症例です

骨セメント使用時における血圧低下のショック出現について

経緯：

大腿骨頸部骨折や関節ロイマ等の関節に障害が起こった場合に骨頭骨切除して人工骨頭に置換する、その際に人工関節等のインプラント材に生体骨に固着するため『骨セメント』と呼ばれるアクリル製樹脂を生体骨内に注入することが、医療上必要な場合があり、そのセメントの使用に伴い血圧低下ショックが発現することが報告されている。平成12年度中、骨セメント使用ショックを発症し死亡した症例は日本内7例(実際はそれよりも2倍以上)また、高齢者が多く全例80歳以上で平均は89歳です。

特徴は：

心肺血管系疾患のある患者、全身状態不良、悪性腫瘍の大腿骨転移患者、高齢者骨粗鬆症疾患、副腎皮質ステロイド投与患者、循環血液量の減少している状態、低酸素状態の患者、肥満の方その他。

写真C1, C2



C1



C2

◇Y. U ♂ 72歳

原因：自律神経症 精神不安定症のため種々
内服薬使用中で夜間道路横断中に交通事故
にあう (13.2.25)

診断名：1) 頭部外傷Ⅱ型 2) 左側頭部扁上
腕部左下腿部打撲挫創 3) 左肩甲骨複雑性
骨折 4) 左3・4・5肋骨骨折 5) 左脛腓骨
開放性骨折

この症例は頭部外傷に伴う多発性骨折、外
傷性ショックの著明な症例です

疑い 自律神経症 精神不安定

経過：ショック状態 血圧 98/62 2週間の
カタボン使用し、のち手術の出来た症例で
す。

写真D1, D1', D2, D3, D4



D1



D1'



D3



D2



D4

おわりに

高齢化社会の人口増加を迎え、交通事故を
初め施設、道路、家等での転倒し受傷する、
若者、壮年期層に見られない様な複雑性骨折
を伴うことが多く見られ、その結果救急搬送
された内3～4例を報告しました。成人層より
骨折治癒課程の化骨形成遅延像が見られそ
の反面早期離床、早期リハビリ等機能訓練が
要求されます。本人家族とも体力に応じた耐
え難い『試練』かも知れません。明日は我が
身か？皆様方もご注意…

冷えを伴う腰痛・下肢痛に五積散

日本整形外科学会専門医
日本東洋医学会専門医
枚方市

須藤容章

最近、夏でも冷房の普及により快適な生活がおくれるようになりましたが、一方でクーラー病や冷えによる腰痛・下肢痛が増加しています。「冷え」による疼痛に対する西洋薬はありませんので漢方薬は有用であります。

症例：T. T. 75歳 男子 弁護士
病名：両変形膝関節症
主訴：右下肢痛



現病歴

高齢ではありますが若い頃から柔道、剣道で鍛えられたがっちりした体格で、これという病気はしたことがなく、弁護士として活躍しておられました。5～6年前より両膝の運動時痛をきたすようになり、疼痛は年毎に増強するようになり、1年位前から、枚方市の自宅から大阪市の事務所への通勤が困難となり、週に2日位は休業せざるを得なくなっていました。また薬剤アレルギーのため消炎鎮痛剤の内服、外用薬の使用もできないということでした。

初診 平成12年8月18日。1週間前から休業していますが、疼痛は右膝から右下肢全体に及び立つことも歩くこともできず、御子息に背負われて当院を受診されました。

初診時所見

両下肢は○脚で軽度屈曲位をとり腫脹、発赤、熱感なく、膝蓋骨の波動も認められませんでした。右膝関節の運動域は疼痛のため著しく制限されていました。両膝関節内側に圧痛が認められ、右膝に著明でありました。また足背動脈は両足ともによく触れることができました。

X線所見

両膝関節の内側裂隙は狭小化し、著明な骨棘形式を呈し、人工膝関節置換術の適応と思われる程でした。

検査所見

検尿：糖（-）、蛋白（-）、潜血（-）、
ウロビリノーゲン（±）。

検血：白血球数 4,700、RA（-）、
CRP（-）、ASLO（15 Iu）、
尿酸値 6.6mg/dL で特に異状はありませんでした。

治療及び経過

治療で先ず考えられたのはステロイド剤の関節内注入と温熱療法でしたが、その時、この弁護士さんは「この頃、下肢が非常に冷えるのです。入浴中は少し楽になるのですが、風呂から出るとすぐ冷えて、また痛むのです。」と言われたので注射を中止してツムラ[®]五積散 15g/日（常用量の2倍、薬価172.5円/日、単品ならば1日20点以内）3分服で三日分投与しました。

三日後の再診時に、この弁護士さんは「あの薬を2包（5g）服用しますとすぐに、すうっと痛みが去って行くのがわかりました。

そして三日目には仕事ができるようになりました。うそみたいです。もう痛みは全くありませんが、再発した時のためにお薬をもう一週間分下さい。」と言われましたので御希望通りにしてあげました。

平成12年11月25日、偶然に京阪電車の中でこの弁護士さんにお会いしましたので、その後の具合をお尋ねしますと「あれから全く痛みません。仕事は一日も休んでおりません。私の足は治ったのでしょうか？」と質問されましたので『あんなにひどい膝が治るはずありませんよ』という言葉が喉まで出かかって、「痛みがないのはよいことです。痛むようでしたら再診して下さい。」とお伝えしました。平成13年5月11日再会する機会がありました。膝の痛みも、下肢の冷えも全くなく、東洋医学的には治ったというのでしょうか。

参 考

漢方治療の初心者に対して山本¹⁾は「風呂に入るなど温まると楽になり、冷えると悪化する腰痛、腰股攣急、小腹痛、頭痛、臂痛、腹痛、下肢痛には五積散が70%効く、その要領は常用量の2倍服用することだと説いています。

また「冷え」を伴う腰・下肢痛に対しては当帰四逆加呉茱萸生姜湯、苓姜朮甘湯も使われています²⁾。

文 献

- 1) 山本 巖：「漢方処方への適応症」、なには漢方塾(ツムラ)テキスト、1頁、11頁、平成10年9月23日。
- 2) 中田敬吾ほか：「腰・下肢痛の治療を語る」③、漢方研究(小太郎漢方)、304号、129頁、1997年。
- 3) 難波恒雄：原色和漢薬図鑑(上)、117頁、保育社、1980年



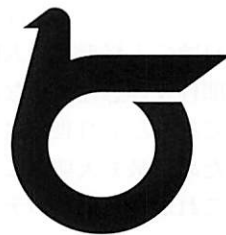
生姜

鳥 取 県

県章制定
昭和43年

県章の意味

飛ぶ鳥の姿をひらがなの「と」に造形したマークで、自由と平和と鳥取県の明日への進展を象徴したものです。



各地の臨床整形外科医会会報を通読して

広報担当理事 前野 岳 敏

この度全国各地の臨床整形外科医会の会報を数冊提供を受けたので、その事記内容について紹介と感想を記してみたい。

この度提供された会報は、佐賀県、香川県、愛媛県、兵庫県、三重県、福井県、静岡県、東京都、茨城県、宮城県の1都9県である。発行年月日はそれぞれ異なっているが、ほとんどが最新号である。

佐賀県臨床整形外科医会会報・平成12年8月発行。巻頭言、会長挨拶、研修会講演抄録等格調の高い記事の中で、藤川謙二先生の「21世紀に整形外科開業医は残れるか」がそのテーマが生々しくて、ひときわ目を引いた。最近の諸々の医療事情の悪化、たとえば整形外科医の急増による開業ラッシュ、患者の福祉サイドへのシフト、厚生省の受診抑制策等を上げている。その対策として、9つのポイントを上げているが、その要旨は高度の医療レベルを保つためにインターネットを利用したり、関連二次病院をスムーズに利用する。患者とは充分に対話して、インフォームドコンセントを確立し、患者サービスを従業員に徹底させる。医師は待ちつづける医療から、スポーツ医、産業医として積極的に行く、等であるが、最後の9番目は「医療の原点は、どんな情報化や便利な時代になっても、医療関係者と患者さんとの心と心のつき合いです」。「医療関係者の日頃の人格形成や人間学への関心を持って人間性及び感性豊かな素晴らしいスタッフを育てることが21世紀にその医療機関が生き残るために最も大切なことではないでしょうか。これが最も難しいテーマです。

愛媛県臨床整形外科医会会報・平成12年8月号では、会長の清家莊吉先生は、E.C.O.A.会員も97名となり、中四国ブロックでは広島、



岡山に次ぐ3位になった。しかしメンバーも100人ともなれば、グループ10%の法則があり、上位の5%はリーダー的存在となり、後半の5%はグループに同調出来ない人が出来ると云う法則があるとのこと。各会員は後半5%に入らぬよう各人の自覚を喚起し、互助精神を大切にして、一層強固な団結を計りたいとの事です。肝に入ります。

香川県臨床整形外科医会会報 創刊号・平成12年4月、『論説』において、介護保険に関する2論文が目を引いた。介護保険と整形外科の宮武正文先生の論文は、整形外科医はリハビリを主体としたサービスを提供し、またケアプランも整形外科医またはリハビリ医が立てる必要があると主張している。この制度の導入時期も、もう少しボランティアの心が根づいた後に導入すべきであって、心のこもった介護が分刻みでお金に換算される危惧をもつものであると指摘している。

介護保険と題する満岡文弘先生の論文は、「この制度は税収が有り余り、竹下内閣が全国町村に1億円を撒く交付を行ったバブルの頃に導入すれば、少々不備のシステムでも、何とか順調に軌道に乗れたと思われる」と論じている。両氏の導入時期についての視点は、それぞれ理にかなっているように思える。

兵庫県臨床整形外科医会だより No.60・平成12年12月20日、特集として“骨と関節の日”の関連行事、インターネット・ホームページが生まれ、内容豊富であった。特に巻頭の医事紛争担当理事 長 靖麿先生の“他人の不幸は蜜の味”は非常に含蓄のある内容であった。県下の小学校教育研究会についての新聞の記事で、これだけ先生の悪口をセンセーショナルに書いた記者の主観が前面に出ているのではないかと切り捨て、「このようなパターンは、すでに30年前よりあって、医者悪い患者よし、行政悪し市民よし、先生悪し生徒良しの他罰主義のパターンである」と述べている。

医療事故に関しても、「責任指向だけで、原因指向が不足している」。「あいつがあんな事故を起こして、アホな奴だと云う不幸な噂だけであれば、生まれて来る成果は望めない。事故から得られるはずの教訓が共有されなければ、医師、患者とも不幸である」。

三重県臨床整形外科医会会報 25周年記念号・平成12年11月、巻頭言において会長先生は、この25年の医療事情を振り返るとともに、20世紀最終章に始まった介護保険制度と、さらに近々行われようとしている第四次医療法改正により、日本の開業医の前途はまさに厳しくなっていくと予測している。「インターネットで最新の医療情報をだれも簡単に入手できるようになり、医師だけが独占していた時代は終わりをとげようとしている。21世紀の医療は画期的な変貌をとげていることであろう…。我々はどのように対応すべきであろうか。

福井県FCOA会報 第5号・平成13年3月、吉村光生先生の“保険診療に思うこと”の記事は、大変わかり易く、先生の誠実さが、にじみ出ている。「行う治療が保険で通るか通らないかで治療方針が根本的に変わることでないと思います。すなわち、保険の範囲内で治療するのでなく、保険の範囲内で請求してきました」。「査定されても再審請求はしま

せんでした。再審請求の理由を書く時は、とても不愉快で、血圧も上がるだろうし、顔もひきつって、とても患者さんに良い印象を与えるはずがありません。そんな不機嫌な悪い印象で患者さんを診察しても、患者さんは逃げてしまいます」。誠に教訓的であります。

静岡県SCOA会報・平成12年19日、『論説』“介護保険と整形外科”において、藤野圭司先生は、一般にリハビリ専門医が行うリハビリテーションと整形外科の理学療法とは明確に区別し、この二者は、その方法も目的も異なるとしている。その上立って、「介護保険のもとでは、要介護者は何もしなくても良い、すべて誰かがやってくれると云う甘えから、『出来るものまで、出来なくなり』本来の目的である自立支援でなくなり、新たな要支援状態を作り出してしまふ危険がある。要介護に至らない高齢者は勿論、たとえ要介護、要支援者となっても、自分が通院できるうちは、筋・骨格系疾患に対しては整形外科理学療法により、自立維持、要介護状態の軽減を目指してもらいたい」。至言である。

東京都臨床整形外科医会会報 第26号・平成13年3月、“論説”で、田中弘美先生は、「EBM (Evidence based medicine) の意義とその背景について」述べている。その社会的背景として患者の権利意識の拡大と医療費の急速な高騰を上げている。「EBMとは今行われている治療が大筋では基本的に間違っていない事を、科学的に再認識するための作業であり、そのためには日本・世界に共通する評価基準を医師が共有する必要があると考えればいいのではないのでしょうか」。「厚生省は今年よりEBMに関する研究会をつくり、5年間で成果を報告する計画を出しています。日本整形外科学会は去年より診断・評価等基準委員会ができ、各専門分野より代表が出席し、評価基準の見直しと英文化の作業が行われています」。

田中弘美先生は臨床医代表として出席しておられるとのこと、今後の御活躍と成果を期

待しております。

茨城JCOAニュース 第7号・平成13年4月、茨城県臨床整形外科医会10周年行事についての記事、総会報告、研修会抄録等において、JCOA理事長 安部龍秀先生の“日本臨床整形外科医会からの連絡事項”として、柔道整復療養費審査委員会アンケートの回答についての記事があった。「医科の審査基準に担当するものを作成し（打撲・捻挫の治療指針）、監督官庁より公示してもらう必要がある」と結ばれている。

宮城県 城整会会報 第26号・平成12年8月、第13回JCOA学会開催に関する記事が中心である。「平成12年6月10、11日の両日、第13回JCOA学会が仙台サンプラザホールを会場として開催された。全国から400人余りの会員が集い、2題のパネル、23件の展示

に活発な意見交換が行われ、盛会の内に幕を閉じた」。学会会長の学会報告、JCOA理事長の祝辞、実行委員長、事務局長の印象記等の後で、会場係を担当した鳥越紘二先生の苦労話が如実に語られていました。その最後に“お礼”として岡山臨床整形外科医会からの心のこもった謝辞が寄せられていました。学会の当番、本当に御苦勞様でした。

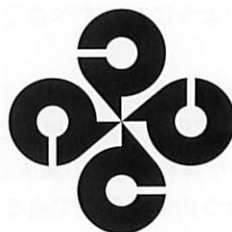
以上提供された1都9県の会報を通読し、その内の印象的な記事の要旨を提供した。介護保険、医療事故、EBM、保険請求、柔整問題等、多岐に渡っているが、それだけ我々の周辺には難題が横たわっている事を示している。しかし投稿等による趣味的、文芸的な作品には明るく、楽しい秀作も多くあり、現在会報に携わる者として、この仕事は多いに参考になった。

島 根 県

県章制定
昭和43年

県章の意味

中心から放射線状に伸びる四つの円形が雲形を構成して、島根県の調和ある発展と躍進を象徴し、円形は「マ」を四つ組み合わせたものでシマと読まれ県民の団結を表しています。



他科の大阪臨床医会会報を読んで

広報担当理事 山本 哲

今回、他科の会報を読んで耳鼻科のいびきと無呼吸の話や、眼科の健保点数調査など全く素人として面白く読ませて頂いたものもあれば、整形外科の医師として、整形外科の問題と重ね合わせて考えさせられるものもいくつかあった。その中の一つは、カルテ開示についてである。内科医会9月号の藤崎先生の論評と眼科医会12月号の座談会形式の記載である。規制緩和の流れと情報化時代と言う事がカルテ開示とは切り離せない関係にある。大きな時代の変化の一つと思われるが、そこにはカルテ開示に至る必然性がある。内科疾患の比重は肺炎など急性疾患から生活習慣病や癌など慢性疾患へと移行している検査・治療が十分な説明があつてのみ可能となる疾患の比重が大きくなっているのである。

整形疾患も同様で骨折のような外傷だけの治療の時代にはインフォームドコンセントと言ってもそれに時間はあまりかからなかったが、現在、変形性関節症、腰部脊柱管狭窄症などの、慢性疾患を対象にすることが多く、特に手術的治療となると、そのリスクまで十分な説明が必要となる。

疾患の変化だけでなく、経済的事情の変化も加わる、医療費の抑制が必要になってきたのである。旧厚生省は情報公開することが、無駄な治療ができなくなると言う意味で医療費削減につながると考え、カルテ開示を推進して来た経緯がある。一方、悪い情報公開の問題点というのがある。癌の告知、医療ミスの報告などである。これらの開示にはどうしても医師や関係者は神経を使い時間をかけて対応しなければならない。

日本人の一番不得意とする分野でもある。しかし、この問題は避けて通るわけにはいかない。患者サイドと医療関係者が悪い情報を



も共有する時代になってきている。その為にも情報公開の訓練が必要となる。学校、職場での繰り返しの訓練がスムーズに対応出来るようになる一つの手段である。

医療ミスを減らす努力も必要である。仕事が忙しくなればどこかでミスがでる。適切な仕事量というのもある。これらは逆に医療費を膨らませると言う矛盾を含んでいる。アメリカ社会と異なり日本独自の方向として、医療法にインフォームドコンセントが医師の努力規定とされている現在、医師と患者が協力して疾病を克服する為の手段の一つとしてカルテ開示があると位置づけられている。患者サイドからカルテを見たいと言う希望があつてその事が信頼関係を深くするのであれば積極的に開示すべきであると思われる。

参考会報

1. 大阪府眼科医会会報 (2001.3)
2. 大阪府内科医会会報 (2000.9)
3. 大阪府眼科医会会報 (2000.9)
4. 大阪府眼科医会会報 (2000.12)
5. 大阪府耳鼻咽喉科医会会報 (2001.1)

淀川整形外科懇話会 学術講演会の10年の歩み

淀川区 福井 宏 有

第1回 平成4年3月19日(土)
演題:骨塩定量検査装置“ボナライザー”の
使い方について

三淀川地区の病医診連携の現状について
演者:淀川キリスト教病院 整形外科 吉岡観八

第2回 平成4年10月17日(土)
演題:今後の会運営のあり方について
FCRについて

第3回 平成4年3月13日(土)
演題:症例検討会

第4回 平成5年9月11日(土)
演題:整形外科のエコーについて

第5回 平成6年3月12日(土)
演題:骨塩定量検査装置“ボナライザー”
の共同利用について

第6回 平成6年9月3日(土)
演題:“MRIの基礎”整形外科領域を中心として

第7回 平成7年3月18日(土)
演題:手術時のインフォームド・コンセント
について

演者:淀川キリスト教病院 部長 吉岡秀夫

第8回 平成7年9月9日(土)
演題:整形外科領域での針灸治療
演者:明治針灸大学 教授 勝見泰和

第9回 平成8年3月30日(土)
演題:股関節疾患に対する手術療法
演者:吹田市民病院 整形外科 部長 門脇 徹

第10回 平成8年9月14日(土)
演題:整形外科領域における超音波診断
演者:大阪医科大学 講師 瀬本喜啓

第11回 平成9年3月15日(土)
演題:整形外科領域における自己血輸血
演者:大阪医科大学 講師 中島幹雄

第12回 平成9年9月13日(土)
演題:慢性関節リウマチの治療における消炎
鎮痛剤の位置
演者:大阪市立大学 講師 油谷安孝



第13回 平成10年3月14日(土)
演題:骨軟部腫瘍の診断と治療
演者:淀川キリスト教病院 整形外科
部長 高見勝次

第14回 平成10年9月12日(土)
演題:Anterior knee painの病態と治療
演者:関西医科大学 整形外科
助手 森本忠信

第15回 平成11年3月4日(土)
演題:手の外科の小経験
演者:近畿大学 医学部 堺病院
助教授 菊池 啓

第16回 平成11年9月4日(土)
演題:膝周囲のスポーツ外傷について
演者:大阪市立総合医療センター
臨床スポーツ医学科 部長 尾原善和

第17回 平成12年3月4日(土)
演題:手の外科の進歩
演者:関西医科大学 講師 南川義隆

第18回 平成12年9月9日(土)
演題:骨軟部腫瘍に対するアプローチ
～未来への展望～
演者:兵庫医科大学 整形外科
講師 麩谷博之、川井啓市

第19回 平成13年3月17日(土)
演題:ネズミをEBMから見た整形外科疾患
演者:大阪市立大学 医学部 講師 小池達也

学術研修委員会報告

理事 堀 木 篤

JCOA学術研修委員会委員として、今期で3期目に入ります。2期目は委員長として、今期はJCOA学会の関係で副委員長として出務しています。

年初、安部龍秀理事長の学術研修委員会への諮問事項は次の通りです。

- (1) 日本臨床整形外科医会研修会・JCOA学会の次期・次々期・担当県の決定
- (2) JCOA学会のあり方と学会長との連携
- (3) 日本臨床整形外科医会研修会とJCOA学会との整合性の検討
- (4) JCOAからの日整会学術集会・教育研修講演・パネルの演題の募集・検討
- (5) 臨床学的研究
- (6) JCOA学術賞・地域医療功労賞の選考
- (7) 委員会独自の活動計画

いずれも大切な項目であり、特に(1)(2)(4)(6)は必ず対処せねばならず、時間に追われます。

(1)については担当県の意向も考慮せねばならず頭の痛い問題ですが、現在次のように決定されています。

JCOA学会 平成14年 石川

平成15年 高知

JCOA研修会 平成14年 熊本

平成15年 名古屋？

(2)については学会の簡素化が求められていますが、今回大阪が学会を担当してみてもよく解ったことですが、費用がかかるのは当然で担当県の物心両面の努力がなければ成り立ちません。昨今の業界の対応からみて受益者負担という点から参加料の値上げも考慮せねばならなくなると考えます。学会開催地は交通至便のところを望ましいとされていますが、開催地の意向もあり理想通りには行きません。また学会を隔年にしてはとか、研修会



だけでよいとかの意見もありますが、10数年続いた学会は存続させるべきと考えます。更に工夫を凝らせ会員が参加しやすい、日常診療に役立つテーマで学会を発展させたいものです。

(3)研修会は懇親を中心に、学会は日常診療の向上にと考えます。

(4)日整会学術集会には、JCOAから教育研修講演2題 パネル2題が提出されています。日整会会員の約4分の1を占めるJCOA会員の意向が反映されるよう委員会としても努力しています。またこれらの発表がJCOA会員に出席しやすいよう、土・日に組まれていますので是非出席して頂きたいものです。

(6)学術賞については、あくまでJCOA会員になってからの業績を対象とすることになっています。また地域医療功労賞はその名の通りでJCOAならではの賞で、医療福祉の社会活動に対して与えられるもので多くの先生が対象になると思われれます。毎年各県代表者に推薦依頼が送られます。

(5)(7)例えば大腿骨頸部骨折の実態や腰痛症に対するEBMの作成などJCOA会員を一つの団体として考えると非常にやり易いと考えます。大学という枠では活動できない色々

な利用の仕方があるのではないかと考えます。
実地医学として臨床経験豊富な会員の知識を
統合できればと思います。

前期に皆様の力を借り作成いたしました日

整会教育研修会のためのJCOA講師名簿は
今後共活用して頂きたいと願っております。

以上簡単ですがご報告させていただきます。

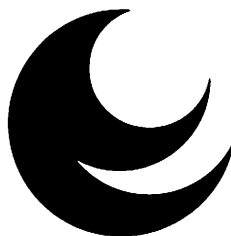
広島県

県章制定

昭和43年7月16日

県章の意味

広島県の頭文字の「七」を図案化し、県章としています。円によって県民の和と団結を表現し、その重なりによって伸びゆく広島県の躍進と発展を象徴しています。



医療からみた介護保険の問題点

大阪臨床整形外科 介護保険等対策委員会委員 甲 斐 敏 晴

介護保険制度が実施されてから、1年が経過しました。介護保険制度はそもそも、「介護の社会化」を目指しているだけに、私共、現場の立場から、これまでの「介護地獄」や「老々介護」等が減少してくるものと期待しておりました。

介護保険制度は全く新しい制度であり、充分なる検討がなされないまま、「走りながら考える介護保険」と名付けられ、多くの問題点を抱えて、スタートしました。スタート後、介護認定及び福祉の面からの不満が多く挙がってきました。当然、メディアの目も福祉の面の問題点に向けられてきました。よく見ると、医療の面からの問題点も多く、このことが、介護保険制度を根本からゆるがしかねない事となっております。そこで「医療から見た介護保険の問題点」を検証しました。

大阪府医師会が府下の行政、郡市区57医師会及び医師会立訪問看護ステーションに対して平成12年10月末時点での介護保険制度の問題点の調査をしました。大多数の医師会が介護保険制度により、様々な事で、時間を費やし、事務上の煩雑さに対して、大きな不満を述べております。その他ケアプランのフィードバック（通知）が充分でない事、医療保険と介護保険による混乱、医師の裁量権の低下、訪問マッサージの問題等を取り挙げております。（表1参照）

同様の調査を高槻市医師会員を対象に、平成12年10月、平成13年2月にしました。大阪府医師会とほぼ同じ問題点を挙げていますが、特に注目すべきは、「かかりつけ医」の役割に変化が起ってきた事です。これまで在宅療養における相談役（主役）はかかりつけ医でした。ところが、介護保険制度により、相談役はケアマネージャー（ケアマネ）に移



表1 大阪府下57医師会からみた介護保険の問題点
（大阪府医師会介護保険制度の問題点調査より）

- 審査委員会、その他事務等による時間の負担。
- 認定審査（特に1次認定の不備）。
- ケアプランのフィードバックがない。
適正なケアプランが立てられない。
- 医療保険と介護保険の境界・明確な統一的な見解が必要。
医療の独立性、裁量権の低下。
- ケアマネが医療までに関与してきた。
- 医師会立訪問看護ステーションの経営不振。
- 痴呆について介護認定及び対策が充分でない。
- 訪問マッサージの利用の増加。同意書の求めが多くなる。

りました。この事は由々しき問題です。21世紀の在宅医療のあり方を根底から覆すものです。（表2参照）

<在宅医療に影響ありか？>

高槻市医師会は昭和63年より在宅医療を開始し、平成5年には、厚生省による「かかりつけ医推進モデル事業」のモデル地区として指定されました。在宅医療に積極的な医師会です。平成4年より、介護保険がスタートする迄は順調に訪問診療患者数は増加してきま

表2 高槻市医師会員による介護保険の問題点

- 介護保険と医療保険の境界の不明瞭。
- 医療と福祉の連携が不足している。
- 柔整師による訪問マッサージの参入。
- 在宅療養の主役はケアマネになる。
かかりつけ医の役割はどうなるのか。
- 在宅における相談役はケアマネになったため在宅の救急に問題あり。
- 訪問看護ステーションの不振。
- 事業所間の能力の差。
ケアマネの能力の差が著明である。
- 不適正なケアプランが多くなる。特に福祉系のケアマネのケアプランに問題あり。

した。例えば、平成11年6月は訪問診療患者（非定期的な往診を除く）は518名でした。ところが、介護保険スタート後の平成12年度は、平均482名に減少しております。平成12年度を月毎に経過を追いますと、患者数が減少している事が判ります。調査によりますと15%の医師会員が訪問診療に変化が出てきたと回答しており、ケアマネの意向で訪問診療が左右される、診療回数が減ってきた、訪問診療に行くのが嫌がられるようになった、等の不満の報告が出されております。この現象が一時

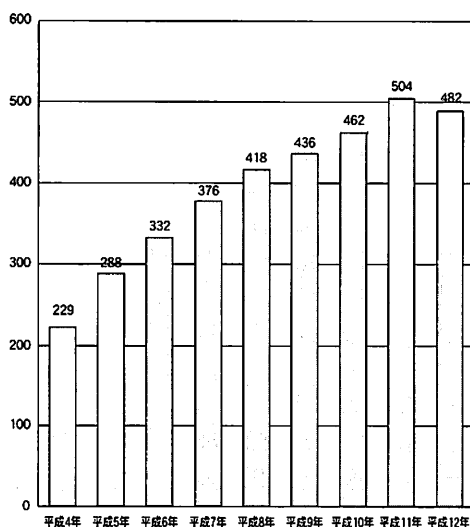
的なものか、介護保険制度によるものか、もう少し経過をみる必要があります。(図1参照)

＜ケアマネージャーとケアプランの問題点＞

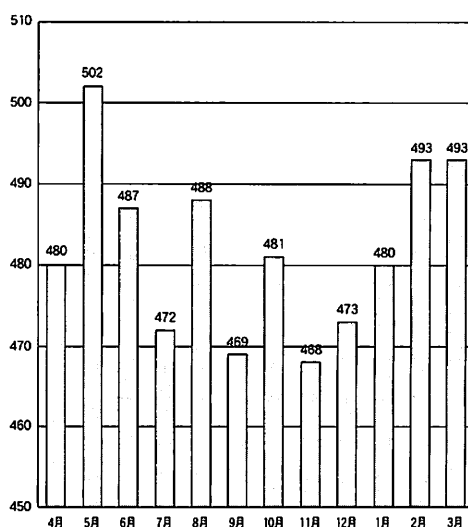
高槻市の主治医意見書において、「医療サービスの必要性あり」とどれだけ書かれているかを調べてみました。対象がお年寄りですので、高比率で身体に何らかの異常ありと指摘されております。同時に半数以上のお年寄りが、「医学的管理の必要性あり」と書かれております。一方その意見書の内容に対して、ケアプランにどの程度、医療サービスが組み入れられているかを調べてみました。医療系事務所からのケアプランには訪問リハを除いて、ほぼ医師の要望通り組み入れられております。一方、福祉系事務所からのケアプランには殆ど、意見書が参考にされていません。(表3参照)

これでは、お年寄りに対して適切なケアプランを提供しているとは云えません。

大阪府下の医師会の7割以上がケアプランに問題ありと厳しい評価をしています。同時に半数の医師会が主治医へのケアプランの通



高槻市医師会訪問診療患者数
(平成4年よりの月平均)



平成12年度月別訪問患者数
(介護保険開始後の月平均推移)

図1 在宅医療にも影響あり

表3 高槻市における主治医意見書において

医療サービスが書かれているもの			
平成12年3月末	3,300人	平成13年2月末	5,350人
身体状況異常	62.3%	身体状況異常	71.0%
訪問診療	32.6%	訪問診療	37.3%
訪問看護	37.5%	訪問看護	53.0%
通所リハ	40.2%	通所リハ	53.0%
訪問リハ	26.4%	訪問リハ	27.6%

ケアプランに医療サービスが
組み込まれている比率

	医療系事務所	福祉系事務所
ケアプラン	3,052	5,560
訪問看護	36%	11%
訪問リハ	8%	2%
通所リハ	60%	7%

医療系：診療所・病院・老健・デイケア
福祉系：特養・民営居宅介護事業所・社会福祉事業団

福祉系のケアマネは医療サービスを組み込まれていない。

適正なケアプランを作成していない。

知がない、医師との連携がなされていない事を強く指摘しています。又ケアマネ自身もケアプランの4割以上が不十分であると認めております。昨年10月時点では、大阪府下の市町村（行政）の43%がケアプランの通知を何等かの方法で取り組んでおり、最近では53%の市町村が取り組んでいると回答しており、徐々にではあるが、ケアプランの通知に対して前進的な動きがみられます。

ケアマネと医師との連携についての、大阪府医師会調査によれば、医師会立居宅介護事業所（医療系事務所）の、18%が積極的に医師と連携を行っており、62%がケースにより連携を行っていると回答しています。一方、福祉系の事業所は医師との連携が殆どみられません。

日医総研のデータによると、23%の医師がケアプランの入手を行っておりますが、一

方ケアマネとの連携は17%の医師がしているにすぎないと報告されています。そこで日医はケアプランの通知は意見書に要望を記載する事を求め、ケアマネとの連携については積極的な姿勢を示しております。しかし現実には半数の市町村がケアプランに対しての「個人情報守秘義務」ということで協力しない姿勢を持っているために、ケアプランの通知が遅々として進んでいないのが現状です。介護保険制度におけるケアマネの役目は非常に大切であるにも拘わらず、多くの問題点を抱えております。その地区の福祉資源の情報不足、意見書の把握不足、医療と福祉の連携不足等が、介護保険制度が正しく運用されていない大きな原因となっております。（表4参照）

表4

ケアマネージャーの問題点

- 福祉資源の情報不足。
- 意見書の把握不足。
- 福祉と医療の連携不足。
- 業務が多忙なため様々な弊害が生じている。
- 事業所により能力の差が大きく、信頼できない。
- ケアマネは二重人格。事前のサービスのみを提供する。「囲い込み」運動。

ケアプランの問題点

- 適正なプランがなされていない。
医療系サービスがプランに入っていない。
- ケアカンファレンスがなされていない。
- 福祉と医療の連携がとれていない。
ケアプランにかかりつけ医と相談すべきである。
- 画一的なプランのみで、患者のニーズや状態に見合うプランが組み込まれていない。
- 医療は元々報告する習慣と義務がある。
一方福祉は報告する事に慣れていない。
- 所属する事業所の利害に縛られて措置時代のように協力し合う動きがなくなった。
- 医療サービスを組み込むためには、医師の訪問診療、指示書が必要。手続きが煩雑である。

ケアマネはケアプランの4割以上が不十分であると答えており、サービスの限度額を上回るプランを作成したのは3%、限度額の6割以下しかサービスを利用しないのが7割あった。

＜訪問リハビリにおける問題点＞

整形外科医として、一番関心の深い訪問リハビリは不振です。その原因はPT、OT、の不足です。平成13年度現在、推定PT 24,000人、OT 15,000人いると云われています。今後、毎年PT 3,333人、OT 2,600人が卒業してきます。数の上では、平成16年から17年には充足されると云われております。一方、PT、OTの殆どは医療機関における医療リハビリが主で、訪問リハビリの専従が少ないのが現状です。訪問リハビリは最低3年以上の経験を必要とします。次に、もう一つの原因は、ケアプランに訪問リハビリが組み込まれていない事です。その理由として、利用料が高い、手続きに医師の指示書が必要、手続きが煩雑である、訪問リハビリが訪問看護ステーションの中に所属しているため情報が伝わりにくい点、等があります。(表5参照)大切な事はケアマネがリハビリに対して、どの程度知識を持っているかであります。そこで高槻市のケアマネ80名にアンケート調査をしました。ケアマネのリハビリに対する関心度は身体状況が中心であり、生活リハビリに対する知識、関心度は殆ど無い事が判りました。今後、ケアマネに対する啓発運動が必要と思われます。

現在、介護サービスの中で一番不足しているのは訪問リハビリです。その空き間を狙って、訪問マッサージが参入してきております。新聞の広告に、訪問マッサージの宣伝を見た

表5 訪問リハビリの問題点

- PT・OTの不足。
- 利用料が高く手続きが煩雑。
- ケアプランのリハビリに対する理解度が低い。
- ケアプランに組み込めない。
- かかりつけ医が指示書を書かない。
医師のリハビリに対する知識が薄い。
- 訪問リハビリの情報が乏しい。
訪問看護ステーションから独立するべきである。
- 本人・家族のリハビリへの理解がない。
- 訪問リハビリの方法論が確立されていない。

との報告があります。実際、訪問リハビリが不足のため、やむを得ず、ケアマネを通じて、家族が医師に訪問マッサージを受けるための同意書を求めてくるケースがあります。(表6参照)

表6 訪問リハビリに対するケアマネージャーの認識度

	歩行障害	ADL低下	身体機能障害	QOL・家族介護の問題時
訪問リハビリを行っている	24%	19%	24%	13%
行っていないが必要である	32%	34%	45%	15%
判断出来ない	44%	47%	31%	72%

リハビリに対する知識・関心度は身体状況が中心であり、生活リハビリに対して知識・関心度は殆どない。

そもそも柔整師の施術は急性疾患を対象としており、慢性と思われる疾病への訪問マッサージは違法です。しかも医療保険として負担金300円～500円で行っている様です。この事は由々しき問題です。訪問マッサージは政治的な問題として深く静かに進行しています。整形外科医として断固阻止しなければなりません。

＜訪問看護ステーションの問題点＞

訪問看護ステーションの9割近くが介護保険制度がスタートして、減収になっています。時間制約により、ケアの面、医療相談等が十分に出来ないため、仕事内容も悪くなったと嘆いています。特に訪問看護の利用料が高いため、訪問回数が激減しており、更に介護保険により訪問看護基本料が減額され、その上請求点数の煩雑さも指摘されております。今

回の介護保険制度により一番打撃を受けたのは訪問看護ステーションです。(表7参照)

表7 訪問看護ステーションからみた問題点

- 訪問看護が高単価のため利用されにくい。
- 保険請求が煩雑である。
時間により訪問看護費が違い、加算点数も複雑。
- ケアマネは訪問看護に非協力的である。
- 医療行為と身体介護の境界が不明瞭である。
- 時間の制約のため医療的処置が先行し、ケアの面、介護相談が出来なくなった。
- 医療と福祉の連携が以前より悪くなった。

<結論>

- ① 介護保険制度は医療の面から見て適正に利用されておりません。その原因は保健・医療・福祉の連携が不十分なためです。
- ② 在宅療養の主役(相談役)は医師からケアマネに交替しました。そうすると、本来の「かかりつけ医」の役割が発揮されないのではないかと心配です。
- ③ ケアプランの通知が充分ではありません。通知の徹底が最も大切であり、そのためには徹底した法制化が必要であります。又、ケアプラン作成時には必ず、何等かの方法で医師が拘わるシステムが必要です。

④ 訪問リハビリが不振です。地域リハビリの充実を早急にしなければなりません。関係者は積極的にリハビリを提供する体制を整備し、訪問リハビリの方法論を確立し、マニュアルを作成する事が大切です。

② 介護保険制度は整形外科医にとって絶好の機会であります。残念ながら一部の整形外科医しか在宅医療に取り組んでいません。

<望ましい介護保険制度とは>

望ましい介護保険制度は医療と福祉の一体的提供です。そのためにはまず、医療と福祉の連携を密にし、適正なケアプランを作成する事です。そうやって初めて、「サービスの質の向上」を望むことが出来ます。介護保険制度における中長期的な展望は在宅重視であるため、在宅医療における「かかりつけ医」の役割が大きなポイントとなります。今後、各医師会が中心となって在宅ケアネットワークを作っていく事が大切です。

この要旨は去る平成13年4月22日第74回日本整形外科学会学術集会におけるパネルディスカッション「介護保険施行後の検証」で発表したものです。

山 口 県

県章制定
昭和37年

県章の意味

「山」と「口」の文字を図案的に組み合わせ、県民の団結と飛躍を太陽に向かって羽ばたく飛鳥に託し、山口県の姿を表現したものです。



近畿ブロックに出席しての雑感

淀川区 福井 宏 有

JCOAの会員は平成13年には4,961名にもなっています。最近の伊丹 元教授の文章にも医療類似業種による整形外科の危機的状態が紹介されております。

近畿ブロックでも725名の会員が居られ、たくさんの理事役員の方々が医療の現状の改善に日夜努力されています。京都も、京都大学医学部と京都府立医科大学を中心に71名の会員が居られました。各586名と180名の同門会の方々の意見を反映されております。もちろんみなさんの意見を代表していく上には、種々の考え方がありますから、大学を代表されたり、地域を代表されたりとか、いろんな立場があるのは当然でございます。しかし、現在の状況では、その困難さを乗り越えても、やはり整形外科医としての意見を主張していくことは必要と思われまます。介護に関しましても当然、介護認定委員会にはほとんど必ず数人の整形外科医が参加しております。社会が活動を整形外科医全体に要求しているのだと思います。まだまだ不十分な医療業界に対して意見を提示していくことは大学を出た我々医療人の責務だと思うのであります。専門学校を出た、いろんな職種の人々按摩、針、灸、マッサージ師を教育し、何も知らない患者の方々を守って行くのは我々の勤めではないでしょうか？少し前でも11業態、毎年500人ほどが、医療の世界に入ってきているとのこと。大メーカーや大資本も在り、すべてを指導するなどとはおこがましいのですが、少なくとも近く在所からでも始めてみてはいかがでしょうか？

どんなシステムも万全ではありません。少しでも良くしていこうではありませんか？

長い歴史の中の汚点にはならないようにしなければなりません。



21世紀になり、時代はどんどん変革していくのです。

若い人たちの意見を取り入れ、経験者は正しい方向に進むのを見届けることが必要なのではないでしょうか？それはその場から立ち去るのではないと思います。自分たちが若い頃は年上の人たちが我慢して見守って呉れていたのだと思います。医療とは人の命を扱い、整形外科とは特に人の一生を左右するものだと思います。

現状会員数

滋賀	64	滋賀医大
京都	71	京都大学医学部 京都府立医科大学
大阪	354	大阪大学医学部 大阪市立大学医学部 関西医科大学 大阪医科大学 近畿大学医学部
兵庫	244	神戸大学医学部 兵庫県立医科大学
奈良	57	奈良県医科大学
和歌山	76	和歌山県立医科大学

O C O A 入会の挨拶

東大阪市 箕輪 恵次

大阪市大S51年卒

開業して5年になり学会に行く機会も少なくなり、学会・研究会の会員になることもやめていました。ところが黒田晃司先生から電話がありO C O Aのホームページを作りたいので知恵を貸してほしいと依頼されました。しかし私はO C O Aの会員でないためお手伝いをするにはまず会員になる必要がありました。急遽会員になりましたがホームページの件は澤田 出先生の奮闘で順調にスタートしました。結局、この件に私が貢献することはありませんでした。会員になり研究会の連絡があり日整会の研修単位を取るため参加しやすくなり感謝しております。思わぬところでO C O Aの会員にさせていただきありがとうございました。

私の公開しているホームページはありません。自宅ではPC-UNIX (FreeBSD) でサーバを作りLANでホームページを開けて遊んでいました。しかし、専用回線で公開するには費用も掛かり内容を面白くするための手間をかけるマメさもないためやめました。

今年から老人医療費が定額と定率の選択に変わりました。私の利用しているレセコンソフトはMS-DOS版で、定率にするにはWin-



dows版でないと対応しないとソフトメーカーから連絡がありました。しかも別途料金が必要でした。現在は定額を選択していますが、何時でも変更できるようにしておきたいと考えました。また、同じ費用が掛かるなら保管場所に困りだしているカルテのペーパーレスに対応した電子カルテに移行したいと思いました。医事計算と電子カルテの融合したソフトはありますが具体的に検討すると開業医で利用するには実務的に工夫が必要となりペーパーレスにはなかなか出来ないものです。今後開業医にも電子カルテの時代が到来すると思われます。私も乗り遅れないようにしたいと思っています。

福 岡 県

県章制定

昭和41年5月10日

県章の意味

ひらがなの「ふ」と「く」を梅の花でかたどったものです。5枚の花弁は、平和、県勢の発展、県民の融和と躍進などを表しています。



松原市 田 上 実 男

はじめまして。

まず、簡単に私の経歴を紹介させていただきます。

わたしは、生まれも育ちも和歌山で、正真正銘のcountry boyです。

S52年、和歌山県立医科大学を卒業後、同大付属病院、紀南総合病院、市立堺病院を経て、京都桂病院に就職いたしました。

桂病院に就職したのは、たまたま先輩の先生と一緒に手術を見学に行ったとき、症例の豊富さと、桐田先生のすばらしい技術に感銘したからであります。

そのとき見た手術は、確か腰椎前方固定術、腰椎椎間板ヘルニア、人工股関節置換術であったと思います。桐田、山村先生が中心となって手術をされていましたが、70歳をすでに超えておられた桐田先生が、いとも簡単に手術をされている姿を見て、非常に感動いたしました。

桐田先生の手術を見ていますと、未熟な私でも、急にどんな手術でもできるような錯覚に陥りました。

桐田先生が、頰椎の広範囲同時椎弓切除術を長年の苦勞の末、考案されましたのは先生が55歳のときであると聞いております。先生の整形外科に対するバイタリティ、研究熱心な心は、想像を越えるものがありました。



私もすでに50歳となりましたが、少しずつバイタリティが落ちる自分を見て、桐田先生のような積極性をもっと持つべきだと常に考えています。

次に私の趣味について。

私は海外旅行が大好きで、1年に4、5回は出かけます。連休があれば、旅行をするので、患者さんからは“次はどこにいきまねん”とよく聞かれます。

特に旅行の計画を立てるのは、楽しく、ホテルの予約、飛行機の手配も自分でします。以前は、ホテルの予約はFAXでしていましたが、最近ではE-Mailで予約します。通信費もかからず、また早いので大変便利です。

研修会、講演会が毎月あり、今後積極的に参加したいと考えていますのでよろしくお願い致します。

吹田市 佐藤 哲也

開業してまもなく1年になろうとしています。不安とともに始めましたがおかげさまでクリニックの方は順調にきています。従来から研究していた骨粗鬆症をメインにしてやっという考え骨密度測定器 (DEXA) を購入したものの薬剤で骨密度を本当に上げられるか1年後の結果が楽しみです。骨代謝を測定して決定した薬剤の効果判定がまもなくでるわけです。脊椎圧迫骨折にはホットマグナーが有効ですが、難治性の圧迫骨折の症例には磁力線治療器(ホームマグ)の貸し出しを行ったりして好結果を得ています。レントゲンフィルムは保管も大変ですがそのフィルムを短時間に探し出すのはさらに大変です。このためフィルム1枚20円にてスキャンして1ヶ月分をCD-R1枚に保存するよう業者に委託しています。こうしておくとも2~3ヶ月前のフィルムをすぐにモニターにだせるのでとても便利です。しかし、最近は自動現像機がうっとうしくなり自動現像機を廃棄し、CR機から診察室のモニターに直接写させレーザープリンターでプリントし説明記入の上その用紙を患者に持ってかえらせるシステムを考えています。こうすれば患者も喜んでくれますし保存もDVDRに簡単にできるので便利です。私の



体のことになりますが、注射のしすぎで右手のMPやCMの関節炎になりかけています。このため自分用の手のプロテクターを作って対処しています。精神的にも肉体的にもストレスが強いため第1、3土曜を休みにしました。4月の第1土曜日は北海道のキロロにスキーに行ってきた久しぶりに満喫できました。また、私は溪流露天風呂が大好きですこれこそがストレスを発散させる特効薬です。私のお勧めは黒川温泉の山みずきです。皆様のお勧めの露天風呂がありましたらお教えいただければありがたいです。まだまだ開業医の素人ですので今後ともご指導ご鞭撻よろしくお願ひします。

沖 縄 県

県章制定

昭和47年5月15日

県章の意味

外円は海洋を、白い部分はローマ字の「O」と人の和を表している。内円は沖縄県の発展性を示し、「海洋」「平和」「発展」のシンボルです。



旭区 広瀬 俊一郎

医師免許をとって以降、個人的には一生懸命してきたけれど、弁解がましいですが、人様に語るべき事項事跡がありません。お医者としては、仕事に対して比較的まじめにやってきましたつもりです。

昭和51年に和歌山県立医大を卒業し、阪大産婦人科に入局しました。産婦人科で若い妊婦を相手に楽しい思い出を多く作れましたが、子宮外妊娠で死んだり、お産で酸欠で脳性小児マヒができるのを直視目撃したり、奇形児の出産に立ち会ったり、また、今後一生365日24時間、緊急事態にいつ呼び出されるか、予期できぬ毎日がだんだん怖くなり、また、赤ちゃんや妊婦が傷ついたり死んだりしたのを数例経験した事から、ギネより脱出しました。優生保護医をとったのち、大阪日赤に整形外科を習いに入りました。4年間勤務しましたが、あまり可愛がってもらえませんでした。13時以降、日赤では、ほとんど仕事がありません。仕方なく、夜間の当直に明け暮れ、臨床経験を積みました。行岡病院、清恵会病院、etc・・・いろいろな病院で当直しました。



また、迷惑がられている事を承知の上で、早石先生や元会長の堀木 篤先生に教えを乞いに行ったりもしました。各大学の先生に、当直病院で、その場その場で臨機応変に実務を習いました。昼間、相手をしてもらえぬので、夜の12時以降に、実施で臨床経験を積んだようなものです。

元会長の堀木先生や北野病院の梁瀬先生は、私のことをよくご存知のはずです。

個人病院へ移った後も、同じようなパターンで過ごしました。

こんな事を10年程した後、昭和63年に旭区千林で開業し、現在に至っています。

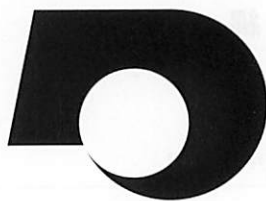
熊 本 県

県章制定

昭和41年3月

県章の意味

熊本の頭文字の「ク」の字を図案化し、九州の地形を形どったものです。中央の白い円形は、九州の中央に位置する熊本県を象徴しています。



堺市 斧出 安弘

昭和31年1月29日大阪市東区南久宝寺という所で、生まれました。(現在は大阪市中央区南久宝寺。)川崎医科大学を昭和56年に卒業。卒業と同時に大阪に帰り、大阪市立大学医学部整形外科学教室に入局。関連病院を経て、平成元年に堺の阪堺病院に就職。平成7年に医療法人いずみ会阪堺病院院長に就任。その後、5年間の院長業を経て、平成12年10月に退職し、平成12年12月1日に現在の場所で開業いたしました。

大阪市大病院では、主に関節外科(人工膝・股関節置換術など)を、関連病院では外傷学(骨折、脱臼、靭帯損傷など)を勉強し、阪堺病院ではそれらの経験を生かして、診療・手術に取り組んできました。昭和58年より、傍企業の委託産業医として9年間お手伝いをさせていただいたこともあり、その会社のクラブの選手(陸上競技をはじめ、野球、ラグビー、サッカーなど)のスポーツ外傷やスポーツ障害を見る機会を得ました。その中から、オリンピックに出た選手、プロに行った野球やサッカーの選手もたくさんおられ、今も、皆さんと親睦を深めています。



趣味は、川崎医科大学に入学した当時、何かスポーツをして体力をつけないといけないと思った時期とブルースリーの空手ブームが重なり、大学で空手道部に入部したわけです。大学を卒業し、大阪に帰って約2年間のブランクがあったのですが、空手を続けたいと思い、大学当時お世話になった師範に連絡をとったところ、一緒にやろうと誘っていただきました。その師範が起こされた会に所属し、すでに20年。今、その会の師範(5段)として(自分の子供も含めて)後進の指導を、また自らの健康維持増進のため稽古に励んでいます。

長 崎 県

県章制定
平成3年

県章の意味

長崎県の頭文字「N」と平和の象徴である「はと」をデフォルメし、未来へ力強く前進する長崎県の姿を表現しています。中央の円は地球で、長崎県の国際性を表し、色(青)は長崎県の明るい海と空を表しています。



東住吉区 寺川 文彦

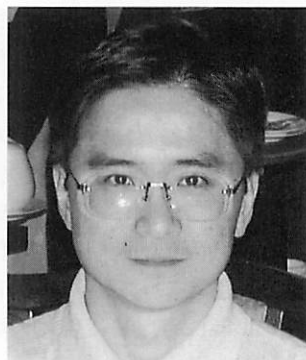
このたび先輩のすすめにて大阪臨床整形外科医会に入会させていただきました。

昭和57年卒です。市大の整形外科に入局し、国立某病院の5年たらずの勤務医生活を最後に平成4年より義父の開設した有床診療所を手伝い始め平成10年より継承し現在に至っています。

最近同門の新規開業の先生の外来に1日300人から400人来る。とかいう話を聞いても耳を貸さず、介護保険にも手を出さず（正確には手を出せず）今までの伝統を守りながらなんとか頑張っています。

将来の開業医はどうなるかわかりませんが、将来期待している一つは電子カルテです。音声でカルテに診療録が作成でき、これがそのままレセプトソフトにつながり、月始めの業務が楽になる。でも現在は音声入力はまだ使い物にはならないみたいで、入力専門の事務員さんがいるかもしれません。またレントゲンフィルムもデジタル保存が常識になるでしょう。

好きな時にいつでも条件をかえて、モニターに表示できた電子カルテに取り込みが出来る。また必要ならばフィルムに出力できる。そして病院にネットで紹介状をデジタルフィルム付で送れる。こうなればわざわざフィルムとカルテを持って大学病院にコンサルトしに行く時間が省けるかもしれません。また症例検討会もネットでチャットする如く写真やフィルムや動画を提示しながらミーティング出来るかもしれません。そういうサイトが出来ることを期待します。レセプトもネットを通じて確実に電送できるようになるでしょう。ペーパーレス、フィルムレスは循環型社会にマッチしています。開業医もITにより便利になり、少しでも患者さんとの話し合う時間



が多くなればと願っています。携帯電話のi-modeで診察予約できる診療所も出現するかもしれません。診察券も携帯電話に患者情報をいれ携帯電話が診察券に取って代わり治療費も携帯電話での決済が出来るかもしれません。無料健康相談を携帯のメールで行うところもでてくるかもしれません。

日整会も出席しないようになって3年になりますが、学会も主要なシンポジウムはwebによる同時配信して頂ければ、我々開業医は有難いのですが、また学会終了後しばらくの期間on demand配信してくれるならもっとうれしいのですが。

昨年の10月第23回日本高血圧学会総会サテライトシンポジウムで高齢者高血圧患者の治療を丁度夜診のない木曜日にwebによる同時配信していましたんで、見ました。スライドも取り込み保存できました。Real playerで演者の様子も見れました。今後整形外科の学会でもこうした配信を希望します。送られてくる学会誌のレジュメだけでは向学心が沸いてこないのは私だけでしょうか？学会を家に行ながらにして参加できるこれはITの最たるものと思います。

話は変わって趣味のことに移ります。（4枚書けというご指示ですのでもう少しお付き合

い下さい。) パソコンは素人ですが、MAC 暦 10年 WINDOWS 暦 3 年です。Net で音楽ソフトを交換できる Napster というソフトで音楽を download し MP3player でジムで楽しんでいます。今も音楽を聞きながら書いています。でももうすぐ Napster はサービスを停止する予定です。去年は Scour exchange というソフトでアメリカの最新映画ー当然英語版ーを download できていましたが、残念なが

自己紹介

平成11年6月3日に堺・中百舌鳥に開院しました。開業後約2年が経ち、午前診、夜間診の開業リズムに少し慣れてきた感じです。

私はS63年鳥取大学を卒業後、神戸大学医学部整形外科教室に入局、兵庫県立相原病院、県立加古川、県立こども、県立リハビリテーションセンター等で小児整形、スポーツ医学、身障者、脊椎等広く学ばせて頂きました。今後社会の中で自分が何をできるか？まだまだ模索中で安定感のない人間ですが、宜しくお願ひ致します。現在の所、時間に余裕がなく、あまりしてませんが趣味はゴルフです。開業前は70台で回ってましたが現在80台に下がっております。学生時代は空手バカをやってお

らこれも現在はshut downしています。いまはこれに替わる gnutella というソフトで動画が入手できます。興味ある方はいずれのソフトもネットで無料で download できますのでトライして下さい。

以上とりとめのないことを書きましたが、どうかお許し下さい。今後とも諸先輩方のご指導ご鞭撻をよろしくお願ひいたします。

堺市 荒 卷 忠 道



りましたが、西医体で覚えておられる方がおられましたら御連絡下さい。

〇〇〇Aの益々の発展をお祈り致します。

泉南市 青木 誠

平成10年5月に関西国際空港の対岸、泉南市樽井に無床診療所を開設し丸3年になります。私は平成元年に奈良県立医科大学を卒業後母校整形外科教室に入局し奈良県内や三重県内の関連病院に勤務後当地に開業いたしました。

医療先進地の大阪府内にあっても泉南地区は予想以上に医療過疎地で人口6万5千の泉南市に整形外科専門医は病診あわせてわずか5人ほどです。その結果当院より徒歩圏内だけでも10軒以上接骨院が乱立し、当院は反対に「青木接骨院はくすりももらえてレントゲンもとってくれる??」との変な評判をもらっています。慢性疾患、急性疾患とも接骨院的な対応がこの地域では常識となっているようで、急性腰痛で殆ど歩行不能な初診の人に安静指示と投薬を行い「おだいじに」と診療を終えると「えっ治療してもらえないんですか」と真顔で聞かれる始末。こちら意味がわからず「何の治療ですか?」と聞き返すと、とにかくマッサージとか指圧などを希望している様子。急性期には避けた方がよい旨説明しても不満気でそのまま約徒歩5分の接骨院へ



行ってしまう…などということは日常茶飯事でした。しかしくじけず、ごく普通の整形外科医療を行っているうちに徐々にまた普通の患者さん達（柔整師文化圏に不満をもっていた人々と思われる）が集まってくれる様になりました。しかし患者さんが素人であることにつけ込んであの手この手で多くの患者さんに無意味な施術を繰り返している接骨院があり、近隣また和歌山市の先生方とも是非協力して整形外科医による治療の必要性とその結果の優位性を広く普及できるよう努力して参りたいと考えています。

佐賀県

県章制定
昭和11年

県章の意味

円形は、協和を意味し、県民が力を合わせ手をつなぎ合い、一つの力より三つの力でますます三力（さか）える姿と、佐賀の「三力（さか）」を表しています。



〇〇〇〇理事就任にあたって

岸和田市 矢倉久義

昨年末、関西医科大学の先輩である坂本徳成先生から〇〇〇〇の理事にならないかと電話をいただきました。年に4回理事会があるだけだから気楽にしてもらえばいいですよということだったので、気楽に受けさせていただきました。しかし、3月3日に初めて理事会に参加させていただき、議事の多いこと、皆さんが分担してやっておられることを目の当たりにして、大変なところに首を突っ込んだなと思われました。元来、岸和田市医師会では、今年で8年ほど理事をおおせつかっているのですが、その経験を踏まえれば議事が多いことは押して知るべしだったものを、ついつい年に4回理事会があるだけだからという軽い言葉に乗せられてしまいました。・・・

大先輩である坂本先生たいへんありがとうございます。当惑と敬意をこめて・・・

理事として先生方にご迷惑をかけないように精一杯がんばらせていただきます。

私は、関西医科大学を昭和53年卒業、現在49歳です。卒業後、同大学整形外科学教室に入局しました。当時は知る人ぞ知る森益太教授の時代で、対外的にも教授のエピソードは数多くあったようです。私はというと、入局2年目に大学院に進学し、臨床の傍ら腰椎椎間板ヘルニアをテーマに実験・研究をしました。論文を書く段になって、機械好きが昂じてNECの98シリーズの前身である88シリーズを購入しました。今から思えばかなり原始的なワープロを使って論文を書いて教授に提出したのですが、印刷された論文は信頼が薄かったのか、ぜんぜん相手にしてもらえませんでした。改めて手書きで提出しなければならず、なんと遠回りなことをしたものだと思ったものでした。大学では助手を、また、



大和高田市立病院、岸和田市民病院の整形外科に勤務し、昭和62年(1987年)12月に岸和田市で開業(無床)いたしました。

趣味は、広く浅く。テニス・スキー・ゴルフ・楽器演奏(テナーサックス)・パソコン・・・

大学時代にはテニス部に属し、以来30年、折をみてはいまだにテニスをしています。最近では友人の所有するテニスクラブで練習をすることが多く、スクールの空き時間を利用して友人とテニスをしています。2年前、堺市の主催するトーナメントにその友人とダブルスで参加しました。その時、がんばってロウボレーを取ろうとして右足に荷重したとき、右足関節内果に激痛が走りました。我慢をしつつ無事試合を終えたのですが(当然負けてしまいましたが)、帰宅後X-Pを撮ると内果に骨折線が入っていました。幸い転位がまったくなく痛みもひどくなかったので装具で固定をし、足を引きずりながら診療をしていました。いまだに懲りずにテニスをしている今日この頃です。

スキーはというと、これも大学に入った時から毎年のように続けています。大学3年のときスキー部の合宿に参加し、緩斜面でポールを立てて競技練習をしているときに油断し

て転倒してしまいました。その時、左大腿内側広筋部を自分のストックで前から後ろにつき抜き、そこを支点に一回転してしまいました。当時は急斜面（こぶ斜面）ばかりを滑っていてストックを短くしていた為、手を上げると自分のストックの先端が大腿に届いたのです。問題はその後でした。スキー場の季節診療所で、雪はきれいだと言われて、消毒もせず、筋膜上に銀パラが見えていたにもかかわらず、そのまま縫合されてしまいました。数年間は傷の痛み・うずきなどが時々ありましたが毎年懲りずにスキーをしていました。卒業後も毎年スキーはするのですが安全に安全にということで、上級者コースは滑らなくなり中級・初級者コースでひたすら転倒しないスキーをしています。

ゴルフは入局して4年目、大和高田市立病院に勤務しているときにはじめました。叔父からフルセットをもらい、グリップだけを教えてもらって我流ではじめました。初めてコースに出たときゴルフコースとはなんと綺麗な

ところなんだと景色に感動してしまいました。そのときのスコアが126で、以来数年間100をなかなか切ることができなくて、それでいて練習もしなかったので、ますます100を切ることができずでした。今は90を切ることを目標にはしているのですが、練習をしないのでなかなか難しいものです。どなたか90を切るゴルフを教えてください。

テナーサックスは、中学生のときプラスバンド部に所属し、アルトサックスを吹いていたことが昂じて買ったのですが、練習をすると家族からやかましいと不評で、なかなか時間を取るのできません。

パソコンは前にも書きましたように、歴史は古く、専門的ではないのですが、ホームページを自作し、自画自賛しています。<http://www.osk.3web.ne.jp/~yaguraoc> 興味のあるかたは一度覗いてみてください。

以上、簡単ではありますが自己紹介をさせていただきます。

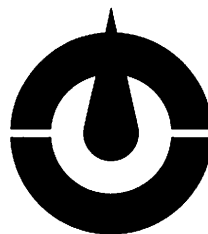
高 知 県

県章制定

昭和28年4月15日

県章の意味

土佐の「とさ」を印象化したもので、なかに高知の「コ」の字を構成し、たてのけん先は向上を、円は平和と協力をあらわしています。



新理事の自己紹介

堺市 吉川 隆 啓

昭和51年金沢大学卒、奈良医大及び関連病院勤務の後、堺市にて開業致しました。O C O A 役員の一員に加えていただきましたが、医師会活動もあまり参加しておりませんので実際の会務活動については何もわかっていない状態です。

12年8月、長田会長から電話が有りまして「JCOAの委員になったのなら府の役員にもならないといけない」そうで、任期途中からの就任となりました。以下JCOAの委員の声がかかった経過を書いて自己紹介とさせていただきます。

開業後しばらくして堺市医師会の外科医会の世話をせよと声がかかりました。いろいろやっておりましたが、ある時当時の会長に「お前の字は何書いてるか読まれへん」と言われて翌日ワープロとFAXを買い、NTTへ電話回線の増設依頼を致しました。期日までに読める字（機械文字）で会長にFAXで文章を送ったのがキーボードとの出会いであります。しばらくワープロで遊ばせていただきました。ワープロに表計算も付いています。これで給料計算を始めたのですが残念なことに毎月ほうまく処理できるのに年間合計が出来ないのです。電卓で合計したら間違えます。友人に相談したら「パソコンなら年間合計なんか簡単やで」とのこと。年末調整をするのに日本橋へ行ってパソコンを購入しました。使えないのに問屋の営業に「どうやええやろ、パソコンやぞ」と見せたら「先生、これでレセプト出来るのご存じですか?」。こういう話には弱いのですね。すぐに業者が来てソフトを入れて行きました。レセプト専用機から患者さんのデータをプリントして入力開始です。正月休みに一生懸命入れました。休み明けには偉そうに従業員に指導しておりました



（「続きを入れてもらいました」が正確です）。

このレセプトソフトをお手本に次から次から「パソコン購入、システム組み上げ」で、パソコン間のデータのやり取りに困り始めて診療所の中にLAN（局所ネットワーク）を張りました。3年ほどしてパソコン通信に手をだし始めました。そして堺市医師会パソコン研究会、大阪府医師会マイコンクラブと付き合いが広がって来ました。しばらくしてインターネットがマスコミに載り始めました。この頃が一番楽しかった頃です。

堺市医師会でもインターネットを始める話が出てきて「準備委員会」から参加しております。NTTのOCNサービス開始と同時に医師会のサーバーを起ちあげたのですがほぼ同じ頃パソコン通信はインターネットのメーリングリスト（ML）に主役を譲ったようです。医療系のMLに顔をだしている間に名前を覚えられて12年7月からJCOAのインターネット委員の声がかかりました。

既にインターネット上で音声を伝える、つまりインターネット電話サービスを一部業者が始めました。NTTも電話サービスをインターネット上で行う予定だそうです。O C O AではJCOAからのFAX連絡を会員に伝えるために相当高額の予算を組んでいるそうで

す。「MLで情報伝達すれば予算は安く済むし
双方向性の情報媒体である」とJCOAイン
ターネット委員会では理事会と会員に向け発
言しております。JCOAの委員会とOCO

Aの間の双方向の情報媒体として活動したい
と思っております。

(JCOAの会員ML参加者は13年4月で会
員5,000名のうち700人程です)

石川 県

県章制定

昭和47年10月1日



県章の意味

「石川」の文字と地形をデザイン化したものです。地色の青は、日本海と豊かな緑・
清い水・澄んだ空気という石川の恵まれた自然環境を表しています。

主治医から見た“経営の神様”（1）

守口市 立 沢 喜 和

日本では、バブルがはじけてから、戦後、経験したことのない長期間にわたる経済停滞から抜け切れない状態が続いている。不況になると、“経営の神様”と称されている松下電器創業者、故松下幸之助氏に関する本が一段と売れるようになるといわれ、書店の店頭には、元の部下や評論家など他の人が論述、論評したものまでを含めると大小ざっと20種にも及ぶ書物が並んでいる。今、一般の企業で行われているような不況すなわち解雇（リストラ）の図式は松下氏の頭にはなかった。1929年の未曾有の世界恐慌の際でさえ、従業員の一人もクビにしていない。幽明境を異にされてから早くもほぼ12年を経過しているにも拘らず、松下氏の考え方や行動が、今もって、多くの人々から注目、信奉されているゆえんである。他の人が書いたものを読んでみると、松下氏の人物像を表面的にしか描けていない。私は、主治医としていささか内面から観察する機会を得た（図1）。松下氏が、一事業家として一生一代の傑物であることは勿論であるが、一方、私人としては心暖かい“普通の人”であったことをアピールしたい。

私は、開業の前、昭和49年12月（1974年）から昭和60年3月（1985年）まで松下病院（現在、松下記念病院）の整形外科部長ないし副院長として勤務させていただいた。松下幸之助相談役が79歳から90歳の晩年の時である。最初の数年間は、特に診察を依頼される機会もなく勤務していたが、松下氏の老齢が進むとともに、よく転倒されたり、歩行がままならなくなってきたので、院長からできるだけ診察に何うように要請された。当時、松下氏は、西宮市の自宅にはあまり帰ることがなく、守口市にある松下病院の専用のエレベーターがついた4階の特別室を居とし、そこか



ら車で10分ほどの本社まで通っておられた。病院建築時に特別に配慮された特別室の窓からは遥か遠くに大阪城が望めた。この事は、草鞋取りから天下を取った城主、太閤秀吉への、境遇がやや似通った松下氏自身の強い思い入れがあったことを物語っている。秀吉が行事の重要事を“千の利休”に相談したよう



図1 晩年の松下幸之助氏
おしゃれで若々しい

に、特別室に高名なお茶の宗匠がよく出入りされていた。高野山や伊勢神宮などに立派な茶室を寄贈したり、茶の精神を企業経営の一部に取り入れたことは知る人ぞ知るである。

初めて、身近に接した松下氏は、背もそれほど高いほうではなく、思ったよりかなり華奢な体格の方であった。青少年時代から病弱で“蒲柳の質”であった松下氏が、94歳の寿命を全とうされるまで、如何にして病氣と相対し、第一線で活躍され、一代で会社を世界的な大企業に育てることができたのであろうか。因に、現在、松下電器は、松下グループとして、内外300社、従業員27万人、総年間売上高7兆8千億円を誇っている。最初は、“神様”の診察に向かう気苦労は大変なものに感じたが、時を経るにつれて次第に打ち解けた会話ができるようになった。その診察の合間に、いろいろな教訓を松下氏から学ばせていただいた。その時のエピソードを交え、その人物像とともに長寿の秘訣を紹介したい。

朝に特別室に伺うと、松下氏は、いつも長い白髪を後ろにきれいに整え、上等な綿のパジャマを着たまま、ベット上に腰を掛け、われわれを待っておられた。「相談役さん、今朝は如何ですか」と尋ねると、機嫌のよい時は「まーまーやな」とかぼそい囁れ声で答える。老人性の喉頭炎のため普通の声が出せない。「アメリカへの出張の折、ハーバード大学で高名な耳鼻科の教授に診てもらったが、治らない」とおっしゃっておられた。したがって、松下氏とお話する際に、私が聞き取り難い場合は“読唇術”を身に付けた専属秘書の方の力を借りて理解しなければならなかった。日常の整形外科的な訴えは腰痛、肩こり、両下肢の脱力感としびれ感などである。診察のみでなるべく注射はしないようにしていたが、ある時、強い腰痛を訴えたので、局麻剤を腰部に注射したところ、突然、血圧が低下した。幸い、大事に至らなかったが、心から肝を冷やしたことがある。体の調子がよい時には、大腿四頭筋の訓練を「これで間違いないか」

とやって見せて下さった。一般に、医師の指導には協力的であった。また、「先生、ときに何か元気がでる薬はありまへんか」と尋ねられたことがあるが、私は、その返事に窮した。しかしながら、ご機嫌がよいときばかりとは限らない。

学会に出席するため山形市のホテルに到着したばかりの私に、自宅から電話が入った。「東京出張の帰途、新幹線のトイレのなかで列車の揺れに応じることができず、転んで腰を打たれた」との院長からの連絡であった。私は、きびすを返して、帰阪した。第1腰椎圧迫骨折であった。ベッド上の松下氏は、欧州諸国からの記者団とのインタビューの約束を数日後に控え、強い腰痛のため体を動かすこともできず、ご機嫌がすこぶる斜めであった。老齢のため患部をギプスで固定するわけにもいかず、なす術（すべ）がない。湿布、坐薬などでお茶を濁さざるを得なかった。翌日、特別室に伺った私に、松下氏は、突然、雷を落とした。「きみは、ハ〇、キ〇ウにも劣る」。言葉ははっきりと聞き取れないが、そのお顔は、“怒髪天をつく”といった風に見えた。「これは、どのぐらいで直るかね」「2ヵ月ほどかかると思います」。この返答を聞いて、「1週間で治さんか」と更にご立腹になった。松下氏曰く「きみな一、教科書には多分全治2ヵ月と書いてあるやろ。でもな、医者が患者に特別あんただけ1週間で直してみせてあげると云ったら、この程度の病氣は1週間で直るもんや」。これには困惑した。また、たて続けに、次のようなこともおっしゃられた。「昔、シャープの早川さん（創業者）とラジオを修理する早さを競ったことがある。彼が1週間かかるところを僕はいろいろと工夫して3日間で完成した」。当初は、人間の体とラジオは同じものではないので無茶な言い分に聞こえたが、主治医の一言で病氣が大きく左右されることがあり、後で、理のある教訓と思えるようになった。また、「日にちが薬」とただ日数を待っているだけでなく、もっと早く治癒

する方法を工夫せよと教訓を垂れて下さったのであろう。その場の気まずい雰囲気や和らげていただいた、丁度居合わせた1人娘である会長夫人に今でも感謝している。また、秘書の方から、しょげている私を見て「相談役は、将来、伸びるものしか叱りませんよ」と慰められた。

翌朝、本日の診察を躊躇していた私に、「相談役さんが呼んでおられます」と総婦長から連絡があった。恐る恐る伺うと、松下氏は、“エトロ”のベズリー模様のおしゃれなシルクのガウンを身に纏い、ベットではなく、痛そうに椅子に座っておられた。しかし、昨日とは打って変わって、叱ったことはおくびにも出さず、にこにこしたお顔で、「いつも、ご苦労さん、これをいただいて下さい」。それは、自ら“以和為貴”と揮毫した色紙であった(図2)。私は、涙が溢れそうになった感激を笑顔でぐっと堪えた。これは、今、わが家の家宝である。ここに松下氏の一流の人心把握術がみられる。叱る時は、思い切り大声で叱るが、決して叱り放しにはしない。何故叱ったのか相手に分からせ、後にやさしい言葉を

かける。これで誰でも、松下氏ファンになってしまう。この場合は、私の手に負えないと考え、当時、阪大整形外科教授であった小野啓郎先生にご高診を仰ぎ、その病態について説明を受け、松下氏にご納得していただいた。松下病院までご足労願った小野教授に御礼申し上げたい。数日後、コルセットを装着しているが、辛そうに松下氏が記者団からインタビューを受けている写真が新聞紙上に載った。

1977年、「サンフランシスコで開催される国際リウマチ学会に出席するため1週間ほど留守させていただきます」と挨拶に伺ったら、思いもかけず大金の餞別を戴いた。また、サンフランシスコの郊外のソノーマに松下電器退職後、移住している元専属通訳のスクリーバさんご夫妻をご紹介していただいた。そのお陰で、カリフォルニアワインで有名なソノーマで高級ワインをご馳走になり、閑静な自宅に一泊お世話様になった。さて、餞別に対するお返しを何にするか悩んだ。その道に詳しい、旅行中、同室であった鳥巢岳彦先生(現大分医大教授)に相談し、ニューヨーク5番街の“ティファニー”の本店で、当時はまだ珍しかった“銀製のボールペン”を購入し、差し上げた。半ば神核化されている松下氏からかくのごとき暖かい心遣いを賜ったことは、私にとってこの上ない喜びであった。

“物を作る前に人を作れ”という松下電器が経営を進めるに当たっての松下氏が提唱した“哲学”がある。この“松下哲学”を信奉し、医業に応用している病院経営者も少なくない。昨年12月、“松下幸之助氏”について講演を依頼され、訪れた大分県中津市の川瀧整形外科病院の川瀧真人院長も松下氏の信奉者の1人である。朝礼時には“松下語録”を従業員に読ませ、先生自身は、就寝前には必ず松下氏の肉声が入ったテープに耳を傾け、“患者さん優先”を目指した素晴らしい人材の育成、病院の経営に邁進している。一方、医療の領域では、患者さんを前にして、“病気ではなく病人を診よ”という理念がある。これに従わ



図2 松下氏からいただいた色紙

なかった反省すべきエピソードが私にある。ある時、大阪ロイヤルホテルの“バーバー米倉”で、たまたま、松下氏とご一緒になった。理髪担当の店長さんから「松下相談役さんの耳の後ろに大きなホクロがあるので診てくれませんか」と依頼された。ホクロが悪性化することは、医者なら誰でも知っている。ここでも大事に至らず、胸をなで下ろした。この時は、松下氏に叱られなかったが、整形外科的疾患ばかりに気をとられ、素人に発見されるまで、気がつかなかったことに恥じ入っている次第である。

ある日、話の合間に、突然、「先生、これからはアジアの時代になりますよ」と予言された。その時は、松下氏がどのような根拠でおっしゃられたのか解せなかった。当時、アジアでは、日本だけが際立って経済的に発展して

いて、韓国、台湾、香港、シンガポールが“四つの竜”と呼ばれるようになったのはずっと後になってからのことである。中国も厳格な閉鎖的共産主義体制下であり、現在のような大いなる経済発展はとても考えられなかった。しかし、実際、その通りになった。松下氏は神秘的な予言者でもあった。

まだまだ、松下氏については、私が知っている限りでも書き尽くせないほど多くのエピソードがあるが、松下氏の長寿の秘訣について話を進める。肺結核蔓延の時代、青少年の時から病弱で、20歳で早くも咯血したにも拘らず、如何にして長命を保つことができたのであろうか。それに関わりがあると考えられる1) 一病息災、2) 食事、3) 強運、4) 強い精神、5) 人間愛の5つの点について、今後、紹介したい。

富 山 県

県章制定
昭和63年

県章の意味

富山県のシンボルでもある立山をモチーフに、その中央にとやまの「と」を配しています。



アユタヤ チェンマイへの旅

OCCOA監事 伊藤成幸

昨年5月の連休に、4泊5日のタイ旅行をして参りました。メンバーはOCCOAの仲間、私を含めて7人です。(坂本徳成、三橋二良、孫 瑢権、河村都容市、早石雅宥、吉田研二郎、伊藤成幸、敬称略)

5月3日予定通り関西空港を出発、香港経由でバンコックへ到着しました。途中香港での乗り換えで、私はカメラを機内へ忘れ皆さんに大変迷惑をかけました。幸にして帰りに私のもとに戻って参りましたが、旅行中はカメラ無しで、同行の先生方にいちいち撮っていただきました。その写真を眺めながら、タイでの行動を思い出しつつ筆をとっております。



到着後、バンコックで一番新しいホテル、シェラトン・グランドスクンビットに宿泊。

5月4日、AM 6:00 起床。AM 7:00 チャーターしたバスでホテルを出発。2、3km離れたRiver City (写真1) の船着き場に着き、そこからチャオブラヤ川をタイ湾と逆に遡上、定員100名ほどの遊覧船の2階で(殆ど貸し切りの状態) 各人見晴らしの良い場所に席を取りました(写真2)。川は幅200mほどでゆったり流れており、黄褐色に濁った水でしたが、水草が流れている位で、ゴミ等は殆ど見られない。これはタイ政府の方針として兩岸の家や水上家屋も含めて生活排水、糞尿を流さないように法規的に指導をしているためだそうです。



写真1 River Cityの船着き場
前はチャオブラヤ川、右の方へ遡上します。



写真2 船内は広々としていて、貸し切りの状態です。

船から見えるバンコックの町並みの中に、タイ特有の形をした赤や金色の派手な色彩のお寺が、移り変わる景色の中にくつも見られ、その寺院の中には大きな煙突が立っているところがあります。ガイドさんによると、それは火葬のためで、煙突を持っている寺院は火葬場を持っているということになります。

川の上流に向かって進んでいくと左手にタイ国旗が立っている海軍基地があり、この河川の警備に当たっております。ちなみにタイ海軍は、日本の海上自衛隊にない航空母艦を持っているそうです。

途中、船中でバイキング形式の昼食が出ましたが、味は私どもの口に合ったかなりのものでした。周囲の風景を眺めタイのビールを飲み、のんびりした時間を過ごしておりました。川岸で魚釣りをしている人や、行き交う舟も荷物、重油等を載せて2・3隻連なって、はしけに引かれて川を上下しており、日頃のあわただしい暮らしの日々に比べて、約4時間程のクルージングで、日本では味わえない心身のリフレッシュができました。

バンコックから北へ80kmのアユタヤに到着、降り立った港の棧橋の下に餌付けされた体長1m程の大鯰が、何百匹も重なり合って餌を奪い合う姿は壮観というかすざましいものです。私どもの知っている日本の鯰と違って、当地の鯰は横腹は普通の魚のようにうす青のいわゆる銀色をしており少し奇異な感がいたしました。

アユタヤはアユタヤ王朝の都で1350年～1417年間33代の王がこの地を治めており、内陸にあるが、水路を活用して貿易の中継地として栄え、インド、中国、ヨーロッパ、日本等いろいろな国の人々が暮らす国際都市だったそうです。徳川幕府の朱印船で、アユタヤへ渡った山田長政の活躍は有名な話です。

バンコックでチャーターしたバスがアユタヤ港で待っており、それに乗り込んで、まず日本人町 長田長政の住んでいた地を訪れました。そこは、小さな広場小公園のような所で中央に石碑が建っているだけで、最盛期には1,500人も日本人が住んでいたところとはとうてい思えない。私は、家の跡や砦の残骸等があるように思っておりましたが、何にもない小さな資料館がある位です。兵どもの夢の後、哀れというか愚かな人の世の無情を痛感いたしました。(写真3)



写真3 アユタヤの日本人町の跡



写真4 広大なアユタヤ王宮の一部で、王宮付属寺院(ワット・プラスク・サンペット)の遺跡(画面の後方に人が登っている所は、積み上げられた仏塔が潰れおちている)



写真5 アユタヤでの黄金に輝いた新しい寺院、さすが仏教国です。

次いでかつての王宮（北方の館）を訪れました。歴代の王達によって建立された広大な宮殿は廃墟となり、その王宮の一部としての王宮付属寺院のワット・プラスク・サンペット（ワットは寺院のこと）が、その昔華麗を極めたであろう面影を残した遺跡として残っております。それは1767年ビルマ軍の攻撃にあい、完全に破壊され王宮は勿論、寺院、仏像に至るまで崩壊してしまっております（写真4）。この南側に、1956年に仏塔が復元され16世紀に作られたタイ最大の高さ12mの仏像が納められ、国民から深い信仰を受けています。この広大な宮殿、寺院の跡地を散策しましたが、どの仏像も全部頭がなく異様な感じでした。これは仏像の頭の中に金が隠されているということ、その金を略奪する目的でビルマ軍によってすべての仏像の首が刎ねられたそうです。また27kgの金で覆われた仏像も略奪されなくなっております。宮殿、寺院はレンガを積み上げた潰れかかった残骸が残っているだけであり、アユタヤ王朝の栄枯盛衰の様が窺えます。

当時の王様は、一般国民が王様を見たり触れたりしただけで死刑という、神様以上の存在であったそうです。

翌日5月5日バンコックのドン・ムアン空港からタイ国内航空で約1時間の飛行で、タイ北部の町チェンマイ空港に到着しました。旧市街は、2km四方の堀で取り囲まれており、

その中に20ヶ所余りの寺院があるそうです（写真5）。私どもは、チェンマイ郊外のステープ山の中腹（標高約1,000m）の所にあるワット・プラタート・ドイ・ステープという寺院に参詣しました。寺院は、約200段ほどの階段で西側に頭を下にした左右それぞれの巨大な龍が彫刻され、尾の先がお寺の入口まで続いている様に、まず私どもを驚かせた（写真6）。お寺の境内は土足が禁じられており、庭はコンクリートで固められて、足の裏が汚れないようになっています。靴を脱いで境内に入ると黄金の仏陀の遺骨が納められているという塔があり、周辺に色々な仏像や分寺院のような所が数ヶ所見られ、それぞれ金色に輝いた仏像が安置されている。多数の信者が、



写真6 チェンマイ郊外のステープ山の中腹（標高 1,000 m）の所にある寺院ワット・プラタート・ドイ・ステープの入口に2匹の龍が、200段の階段の左右に彫刻され、尾は山門まで続いている。



写真7 山門を入ると境内では、全員履物を脱いで参拝します。黄金の仏塔、仏像等、華やかなお寺です。参詣者が多い。

ひっきりなしにお参りしており、なかなか国民に人気のある寺院だなあと思われました(写真7)。また仏塔と寺の建物には、青や赤のガラスをモザイク様に嵌め込んだ手の込んだ仕事になされ、日本のお寺とは違った、派手な美しさです。このお寺からチェンマイ市街が一望の下に見渡せられ市民に偉容を誇ったお寺だなあと感じました。

次いでこの寺のあるステープ山を越えて、奥へ山道を1屯トラックの後部の応急座席に乗せてもらって狭いガタガタの途中、家一軒無い山道をかかなり揺られながら、約1時間ほど山奥へ入って、やっと少数山獄民族メオ(モウ)族の部落にたどり着いたのですが、ここは標高1,400m位で、ヒマラヤ山系の東の山麓に当たるそうです。平地が無く巾3m位の道がゆるい上り坂になっており、その西側にHand makeのいろいろな織物や袋物、民族特有の衣服等を売っている小さな店が30軒ほど軒を連ねて並んでおりました。ここの人達は中国からラオスを経て移住して来た、比較的われわれ日本人に顔立ちが似ている民族で何となく私ども親しみを感じましたが、なかなか商売上手で日本語もうまく、つつい土産を買わされたようです。(値段は桁外れに安いです)

少し坂を上って行くと草葺きの家が(写真8)数件山の斜面にへばりついて建っていて、やはりタイ人と生活様式等が大分違い、少数民族として、儉しく、まとまって生活しているようです。



写真8 少数山獄民族(メオ族)の草葺きの住宅、山も斜面に建っている。

文明からはずれた地域から、トラックの荷台に乗ってチェンマイの町へ下りて来ました。

チェンマイ王が都と定めた所で、この地方独特の文化や歴史を今に伝えています。日本の都市に例えれば、京都か奈良のような感じの町で落ち着いた古都和云った所です。タイ北部、特にチェンマイは、Aidsが多いと聞いておりましたが、私どもが見た限りでは、そのようないかがわしい感じは見られず、明るい落ち着いた素晴らしい町で、タイ旅行では一見に値する所だなあと思いました。

町の中央部にチェンマイ大学があり、医学部は、12階建て3棟ほどあり、日本の大学と遜色がないように見受けられ、医学部への入学はかなり難しいそうです。(写真9)

翌日の5月6日は早朝からゴルフですので夕刻空路バンコックへ帰り着きました。

アユタヤ、チェンマイともに早朝からの厳しいスケジュールでしたが、気心の知れた仲間と楽しい旅をすることができました。



写真9 チェンマイ大学の医学部、この一部が医学部です。

第31回O C O Aゴルフコンペ（春季）

平成12年6月4日（日） 於：KOMA C.C

参加者：27名

優勝者：藤田秀隆 先生

第32回O C O Aゴルフコンペ（秋季）

平成12年11月12日（日） 於：KOMA C.C

参加者：7名

優勝者：土井志郎 先生

秋季コンペの参加者が少なく、今後の反省点にしております。アドバイスがあれば歓迎しております。

尚、本年から優勝カップが新しくなっております。O C O A前会長：三橋二良先生の御寄贈による物ですので大切にしたいと思っております。

今後とも多数の先生方の参加を期待しておりますので、厚生部の方へ連絡をお願いします。

厚生部：孫 記

予 告

第34回O C O A秋季ゴルフコンペ

平成13年10月14日（日）

於：北六甲カントリークラブ

多数参加下さいます様をお願いします。

平成12年度〇〇〇A懇親旅行の報告

理事 小松 堅 吾

例年〇〇〇Aの懇親会は10～11月に予定されているが12年度は各種の予定が重複し、12月9・10日の両日に延期された。例年なら30名前後の参加があるものの今回は8名と寂しい結果に終わった。

目的地は12月でも暖かい「志摩の賢島」で海の幸とゴルフを楽しもうと担当理事：孫先生のお心遣いだった。

また、現地では孫先生の友人で賢島カントリークラブのメンバーでもある松井先生にご参加頂き、送迎から我々の突然の希望のフランス料理のご配慮まで大変なお世話になった。



参加者：伊藤（成）、早石、古賀、天野、孫、吉田（研）、小林（正）、小松。

ホテルは広く優雅な賢島「宝生苑」、ゴルフは有名な「賢島カントリークラブ」海の幸もゴルフも素晴らしく、楽しく良い息抜きになった。ついすっかり忘れていたがゴルフは小生が優勝した。面目次第もない話だが自分のスコアも2位、3位の方々も思い出せない・・・次第です。

実は、賢島往復の車中では「クラブ早石」ですっかりお世話になり、後で考えると優勝者が投稿する事との申し合わせなど完全に忘



れていたらしい。その「クラブ早石」とは、例年早石先生が旅行の車中でオープンしてくれるお店まがいのもので、早石先生がウイスキー、ブレンダー、氷、ミネラルウォーター、コップに至るまで全てを準備し注文に応じ何杯でもサービスしてくれる「お店」の事で、すでに有名である。2、3時間の語らいで瞬間に賢島に着いた。酔っても〇〇〇Aの恥になる様なエチケツ破りの居ないのが安心。

現地では孫先生の友人：松井先生には格別お世話になった。時間的に余裕が有り、フランス料理で「賢島のアワビステーキ」を楽しめたら・・・意見が一致した。日曜日で孫先生にも急な手配が困難だったが、松井先生が行き付けのフランス料理店に予約を入れて下さった。満足以上の旨さで、田舎でも腕のいいシェフが居るものだと感心した所、なんでも当地では有名な人で予約が絶対必要との事。大阪ではウン万円との話を聞き再びビックリしたり納得したりだった。

いつもの懇親会の報告とは違って、エピソードだけの文章になり恐縮ですが今回はどうかご容赦下さい。

堺市 三橋 允子

近年、100号程の大作を1年に3枚くらい描きます。今回の作品も昨年描いた2枚です。



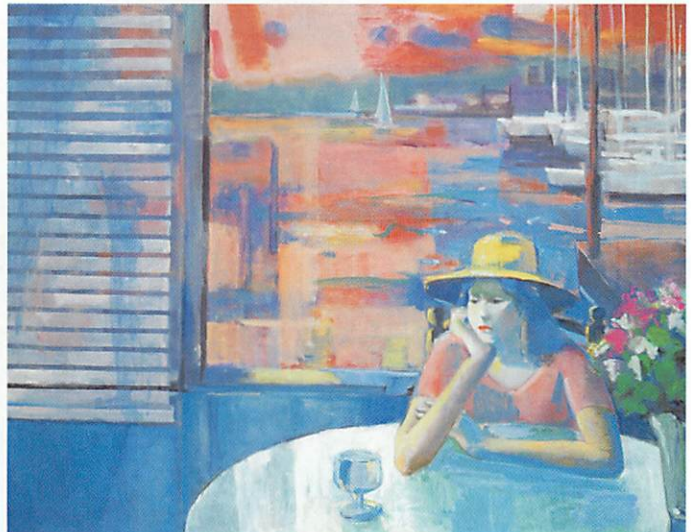
「バリ島にて」

バリ島に旅行して、沢山のスケッチをして帰りました。

大きく育った植物。木々の間に見え隠れする頭に供物を載せた娘さんの姿。いずれも、景色や文化の違いが楽しくて絵にしました。

「想う」

娘を座らせて、ヨットハーバーをバックに描きました。娘の雰囲気に合った色合いにまとめました。



『水路沿いの町』 油彩 80F

堺市 小瀬 弘一

この絵は今年の研水会に出品した絵です。画面上の町並みは近江八幡市の八幡堀という所です。今年も例年のごとく、展覧会の締め切り期日が迫ってきても絵のモチーフが決まらず、もう今年は出品を諦めようかと思っていたところ、小生の患者さんに風景写真の上手な人がいて話をしているうちに、それならということで教えてくれた場所です。

それまでは小生は現場を訪ねたこともなく全然知らなかった所なのですが、行ってみると豊臣秀次が開いた町とかで、なかなか古い町並みが残っており水路も琵琶湖に通じていて、往時のにぎわいが偲ばれる良い所でした。



絵を描くために方々訪れる機会ができることも絵を描くことの効用の1つかと思っています。



オルガン 油彩F15号

豊中市 石澤 ^{のり} ^{やす} 命 徳

私の属しております塚口協会のオルガンです。ドイツ、カール・シュッケ社の製作です。2段の手鍵盤とペダル、10ストップ、総計664本のパイプから成っています。奏者の手足、むしろ体全体で奏でられる響きはまことに快く、私には肉声にも近く感じられます。家内も娘もその魅力にとりつかれたのでしよう、練習を重ね、共にオルガニストの一員に加えられています。娘の練習につきあった冬の或日、丁度差し込んできた午後の光に惹かれ、スケッチを始め、作画したものです。



我登上了万里長城

城東区 石川正士

全長6,000kmにも及ぶ長大な万里の長城の中で、略完全な形で保存されているのは僅か20km余に過ぎないと言われています。よく写真で見る北京郊外の八達嶺などは綺麗に修復管理されていて、それは其れなりに価値あることと思いますが、数世紀の風雪で無残に荒廃したままに時を経てきた生の姿に接すると、歴史の重みが尚一層実感されます。

一昨年早春、近医のDr. Tを誘って参加したJTBのツアーで、北京の北東100kmの金山嶺から、東へ7kmの司馬台まで約4時間をかけて歩いた時の写真です。

冷風飄飄 視界縹緲
 廢墟默然 不説秘史



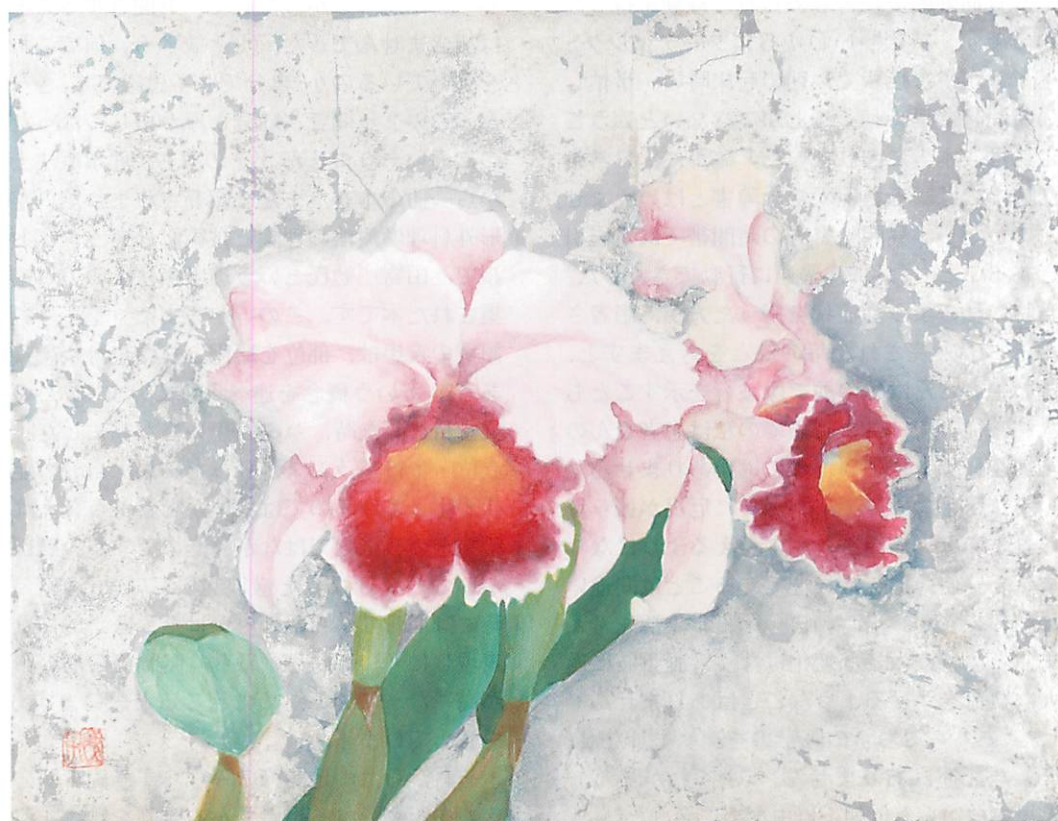
ただ漢字を並べただけの漢詩モドキですが情景はご想像いただけるかと思います。

(2001年3月記)



河井 悌子

ある時、友人から美しく咲いているカトレアを一鉢頂きました。彼女のお母様は、カトレア等洋蘭を育てられるのが大変お上手で、どんどん増やされ広い温室に沢山咲かせていらっしゃいました。その美しい花に見とれながら写生をし、それを元にしてこの絵が出来上がりました。頂いたカトレアは、残念ながら阪神大震災の折、グチャグチャになり枯れてしまいました。この絵を見るとその友人のこと、お母様のこと等あれこれと思い廻らすことが出来、私には大切な心安らぐ一枚でございます。



堺市 西川整形外科 西川 正 治

足関節周辺の腱の疼痛で、よく患者さんが来院されます。アキレス腱（周囲）炎であったり、腓骨筋腱鞘炎であったりします。諸先生は、このような患者さんに、どのように対応されていますか。私は最近まで局所のみが目が向いていまして、NSAIDの投薬や消炎鎮痛処置を行っていました。えらい諸先生方からは「今頃、何を言うとする。」とお叱りを受けることになるかもしれませんが、実は下肢の動的なアライメントの破綻によって生じているのではないかと思ひ至りました。

その理由は、約2年前から昨年までの1年間、私自身が両足関節のアキレス腱（周囲）炎や腓骨筋腱鞘炎に苦しめられた経験を持ったからです。特に、いわゆるスターティング・ペインが主な症状で、朝の起床時の一番忙しい時間帯に早く動くことができないということには、本当に困りました。確かに、日常生活の中では、それ程大きな障害とはいえませんでしたし、昼間や夕方時間帯では足を引きずることもなくて、普通に行動できました。当時の私のような症状を持った方が、患者さんとして来院された時のことを考えますと、その患者さんは私の前では跛行を示すこともなく、従って、この時までの私は患者さんの苦痛を軽く考えていたのに違いありません。しかし勝手なもので、わが身に厄災が振りますと、病因を真剣に考えるようになりました。使い過ぎ症候群であることは間違いないのですが、当時の自分の日常生活を考えますと、特に大きな変化はなく、両下肢に過大な負荷をかけるようなことはありませんでした。あちらこちらの医学書を調べましたが、大した記述はありません。「よくわからん。」と思ひながらも毎朝不自由なめに会うたびに、「さりとてこれで死ぬわけではないし、」とわ



が身を慰めたものでした。他の整形外科の先生方にお聞きするのも何となく恥ずかしいし、何より「そんなことも知らんのか、」と言われることが恐ろしかったので、お聞きすることはできませんでした。（じゃあ、今、何でこれを書いているのか、自分でも不思議です。きっと、この2年間で、随分と厚かましくなったのに違いありません。）そのうち、理学療法士から一冊の本をたまたま紹介されました。「整形外科理学療法の理論と技術」というタイトルで、山崎 勉氏という理学療法士の方が編集された本です。この方が序文で「整形外科領域の疾患は、部位を原因とした全身疾患である。」という概念を述べられています。この文を目にした時、ハタと思ひ当たりました。立位・歩行バランスが狂った結果、自分の症状が生じているのではないかと。そういえば腰痛というほどではなかったのですが、腰部がいつも突っ張った感じがしていましたし、時には仙骨部から殿部にかけて、医学的には表現しにくい不快感（恐らく腸腰筋の筋緊張が高くなっているために起こると思います。）を認めていました。

それからは両足関節のみならず、両下肢の疼痛を訴えられる患者さんの腰部を触診するようになりました。そうしますと、患者さん

からの腰痛の訴えがない場合でも、脊柱起立筋の筋緊張が上昇していることが多いのです。また、両下肢の筋緊張も高く、確かに立位・歩行バランスが正常ではないのです。やはり、この両下肢及び躯幹の動的なアライメントの破綻が、足関節周辺の疼痛によってもたらさ

れた結果ではなく、原因ではないか。この視点から治療計画を立てるようになってから、治療成績は向上しました。諸先生方は、どのようにお考えになりますか。ご批判を仰ぎたく存じます。

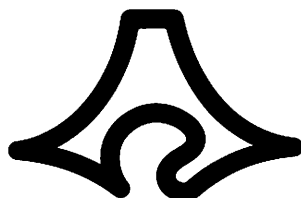
静岡県

県章制定

昭和43年8月6日

県章の意味

富士山と、静岡県の地形を曲線で表現し、親しみやすく、住みよい静岡県を表すとともに、力強い団結をデザインしています。



O C O A 理事会議事録

平成12年度

第1回理事会（12年6月17日）

§ 報告事項

- (1) 介護保険等委員会について（6/17）
[中止]
* かかりつけ医意見書の書き方特記事項に
介護度の結果を知らせるように一筆
* 介護保険実施後医師から見た問題点につ
いて
- (2) 「JCOA近畿ブロック会」(4/22)の
報告 [古賀]
滋賀県にて開催、柔整師等について三者
構成、介護保険への参入
日整会認定医継続単位6年間36単位から
120単位に
- (3) 「O C O A 研修会」(4/15、5/13)の
報告。 [古賀]
- (4) 「第14回JCOA学会(大阪)」(平成13
年5/15土)プロジェクト委員会その後
の報告とお願い [小松]

平成13年開催

- * 学会会長 堀木 篤前会長
* 学会実行委員長 小松堅吾副会長
* 学会開催日と会場
平成13年6月17日(日)
於：大阪国際会議場
- * 代議員会、総会開催日と会場
平成13年6月16日(土)
於：大阪国際会議場
- * 総会后(6/19)の懇親会と会場
懇親会 午後6時～
於：リーガロイヤルホテル

実行委員会

- * 総務委員会 (小松)
* 企画・プログラム委員会 (服部)
* 会場・懇談会委員会 (黒田)
* 展示委員会 (早石)
* 記録委員会 (瀬戸)

* 代議員会・総会委員会 (坂本)

* 会計 (原田)

- (5) JCOA学術・研修委員会(5/27)の
報告 [堀木]
ホテルホップイン アミング会議場尼崎
にて、日整会集会のパネル、教育講演につ
いての件
- (6) 日整会総会報告(4/5神戸) [三橋・長田]
- (7) 「JCOA医療システム委員会(5/20
東京)の報告」 [長田]
横浜パシフィックホテルにて、雑誌『整
形外科と医業類似行為』の発行、平成11年
3月5日の朝日新聞大阪版に柔整師の療養
費不正受給、架空請求や水増し請求で過去
3年間で1億円以上の不正受給
- (8) 「第1回JCOA代議員会」(持ち回り)
「第2回JCOA代議員会」(5/28東
京)の報告
理事長選挙等について報告
- (9) 「JCOA総会」(6/10)、JCOA学
会(仙台6/20)の報告 [長田]
- (10) その他
1) JCOA会誌 [瀬戸]
2) 会員動態 [三橋]
3) O C O A 会報原稿(投稿状況)について。
[丹羽]
O C O A のマークの決定、O C O A 会
報の報告

§ 協議事項

- (1) 平成12年6月以降の研修会について
[古賀]

平成12年度O C O A 教育研修会日程

第1回研修会(102回):平成12年4月15日(土)

会場:大正製薬大阪支店

総合司会:河合秀郎理事(総参加数:84名)

- 1) 演題:『腰椎椎間板ヘルニアに関する
最近の話題』N

講師：和歌山県立医科大学 整形外科 教授
玉置哲也

座長：河合秀郎理事

懇親会司会：河合秀郎理事

第2回研修会(103回):平成12年5月13日(土)

会場：ウェスティン

総合司会：広瀬一史理事

(総参加数：176名外部44)

1) 演題：『骨粗しょう症治療と骨密度』

講師：山陰労災病院 関節整形外科 部長
岸本英彰

座長：服部良治理事

2) 演題：『Rheumatoid Spondyloarthritis』

講師：川崎医科大学 整形外科 教授
三河義弘

座長：石井正治理事

懇親会司会：右近良治理事

第3回研修会(104回):平成12年6月24日(土)

PM3：00～6：00

会場：大阪国際会議場（特別会議室）

総合司会：澤田 出理事

1) 演題：『スポーツに伴う疲労骨折』

講師：中京大学 体育学部 教授
(保健センター長) 清水卓也

座長：長田 明会長

2) 演題：『リウマチ膝の病変と治療』

講師：藤田保健衛生大学 整形外科 教授
中川研二

座長：早石雅宥理事

懇親会司会：澤田 出理事

第4回研修会(105回):平成12年7月15日(土)

PM4：00～7：00

会場：ヒルトンホテル

総合司会：河村都容市理事

1) 演題：『RAの滑膜炎と軟骨破壊』

講師：神戸大学 保健学科 教授
石川 斉

座長：掘木 篤理事

2) 演題：『RA治療におけるNSAID潰瘍の現況と治療戦略』

講師：東京医科大学 第五内科 講師
溝上裕士

座長：山本光男理事：

懇親会司会：河村都容市理事

第5回研修会(106回):平成12年8月26日(土)

PM3：00～6：00

会場：大林ビル

総合司会：小林正之理事

1) 演題：『整形外科領域における超長波診断
の実際—スポーツ外傷を含む』

講師：大阪医科大学 整形外科 助教授
瀬本喜啓

座長：栗本一孝理事

2) 演題：『慢性関節リウマチの治療理念—生
体の修復機転と治療戦略』

講師：大阪市立大学 整形外科 助教授
油谷安孝

座長：吉田研二郎理事

懇親会司会：小林正之理事

第6回研修会(107回):平成12年9月30日(土)

PM3：00～6：00

会場：大林ビル

総合司会：西川正治理事

1) 演題：『骨腫瘍の画像診断—単純X線所見
を中心に』

講師：大阪大学 整形外科 教授
吉川秀樹

座長：早石雅宥理事

2) 演題：『スポーツによる膝関節半月及び軟
骨損傷の治療と展望』

講師：神戸大学 医学部 整形外科 助教授
黒坂昌弘

座長：右近良治理事

懇親会司会：西川正治理事

第7回研修会(108回):平成12年10月14日(土)

PM4：00～7：00

会場：ヒルトンホテル

総合司会：広瀬一史理事

1) 演題：『骨粗鬆症の薬物治療・現況と展望』

講師：大阪市立大学 第2内科 教授
西川良記

座長：黒田晃司理事
2) 演題：『スポーツ選手の下肢障害サッカー選手を中心に』
講師：中津済生会病院 整形外科
(大阪市立大学 臨床教授) 北野公造
座長：前野岳敏理事
懇親会司会：広瀬一史理事
第8回研修会(109回):平成12年11月11日(土)
PM3:00~6:00
会場：大林ビル

総合司会：石井正治理事
1) 演題：『内視鏡視下腰椎手術の実際ー前方固定術と後方進入ヘルニア摘出術』
講師：大阪市立大学 整形外科 講師
中村博亮
座長：吉田研二郎理事
2) 演題：『大腿骨頸部骨折をめぐる最近の話題』
講師：近畿大学 医学部 整形外科学 教授
濱西千秋
座長：須藤容章理事
懇親会司会：石井正治理事
第9回研修会(110回):平成13年1月27日(土)
PM3:00~6:00
会場：ウェスティンホテル

総合司会：沢田 出理事
1) 演題：『慢性関節リウマチに対する薬物療法の進歩ーMTXーを中心に』
講師：埼玉医科大学 総合医療センター
第二内科 教授 竹内 勤
座長：早石雅宥理事
2) 演題：『Monteggia骨折の診断と治療上の留意点』
講師：大阪医科大学 整形外科 教授
阿部宗昭
座長：服部良治理事
懇親会司会： 理事
(2) 小松建二先生ご廃業について (須藤)
(3) 名誉会員の会費について (黒田)
(4) 平成12年度「骨と関節の日」の行事について (早石)

電話相談、ポスター等次年度の準備の為に経費節減
(5) OCOAホームページを作成する件。
(澤田)
*OCO A会員間の情報通信。一般会員を募る。
*平成13年JCOA学会大阪の情報公開
*研修会の開催広告
*骨と関節の日の行事に用いる。
(6) その他
出張費、近畿県内は自費
新入会員を増やす。(黒田)
次回、平成12年度第2回理事会：
平成12年9月2日(土)
第3回 平成12年12月2日(土)
第4回 平成13年3月10日(土)
(文賀 福井)

第2回理事会(12年9月2日)

§報告事項

- (1) JCOA専門医制度検討委員会(8月6日)の報告 [長田]
学会継続単位取得について、以下の如く大筋決定する様である。
学会継続単位取得について
1) 総会、地方会、指定学会の出席単位を1単位とする
2) 学会発表、論文発表を各1単位とする
3) 研修講演を1単位とする
4) いずれの単位も重みづけや条件づけをしない
5) 6年間48単位程度とする
6) 今までの同程度の厳しさで取得できるようにする
7) 次回9月14日の教育研修委員会との合同会議で説明、審議する
(2) 「第14回JCOA学会・大阪」に関する経過報告 [小松]
プロジェクト委員会を7回開催した事、更に
1) 予備登録のための学会開催案内

2) 広告及び展示広告

3) 演題のメ切り〔10月末〕

4) 日整会の単位取得作業

以上の進行状況の報告があった。

(3) OCOA研修会の報告と今後の予定

[古賀]

第3回研修会(104回): H12.6.24(土)

PM3:00~6:00 参加総数235名

会場: 大阪国際会議場(特別会議室)

総合司会: 西川正治理事

1) 演題: 『スポーツに伴う疲労骨折』

講師: 中京大学 体育学部 教授

(保健センター長) 清水卓也

座長: 長田 明会長

2) 演題: 『リウマチ膝の病変と治療』

講師: 藤田保健衛生大学 整形外科 教授

中川研二

座長: 早石雅有理事

懇親会司会: 澤田 出理事

第4回研修会(105回): H12.7.15(土)

PM4:00~7:00 参加総数204名

会場: ヒルトンホテル

総合司会: 河村都容市理事

1) 演題: 『RAの骨膜炎と軟骨破壊』

講師: 神戸大学 保健学科 教授

石川 斉

座長: 堀木 篤理事

2) 演題: 『RA治療におけるNSAID潰瘍の

現状と治療戦略』

講師: 東京医科大学 第五内科 講師

溝上裕士

座長: 山本光男理事

懇親会司会: 小林正之理事

第5回研修会(106回): H12.8.26(土)

PM3:00~6:00 参加総数144名

会場: 大林ビル

総合司会: 石井正治理事

1) 演題: 『慢性関節リウマチの治療理念

—生態の修復機転と治療戦略—』

講師: 大阪市立大学 整形外科 助教授

油谷安孝

座長: 吉田研二郎理事

2) 演題: 『整形外科領域における超音波診断
の実際—スポーツ外傷を含む—』

講師: 大阪医科大学 整形外科 助教授

瀬本喜啓

座長: 栗本一孝理事

懇親会司会: 広瀬一史理事

第6回研修会(107回): H12.9.30(土)

会場: 大林ビル

総合司会: 西川正治理事

1) 演題: 『骨腫瘍の画像診断—X線所見を中
心に—』

講師: 大阪大学 整形外科 教授

吉川秀樹

座長: 早石雅有副会長

2) 演題: 『スポーツによる膝関節半月及び軟
骨損傷の治療と展望』

講師: 神戸大学 医学部 整形外科 助教授

黒坂昌弘

座長: 右近良治理事

懇親会司会: 西川正治理事

第7回研修会(108回): H12.10.14(土)

PM4:00~7:00

会場: ヒルトンホテル

総合司会: 広瀬一史理事

1) 演題: 『骨粗鬆症の薬物治療・現状と展望』

講師: 大阪市立大学 第二内科 教授

西沢良記

座長: 黒田晃司理事

2) 演題: 『スポーツ選手の下肢障害』(サッ
カー選手を中心に)

講師: 中津済生会病院 整形外科

(大阪市立大学 臨床教授) 北野公造

座長: 前野岳敏理事

懇親会司会: 広瀬一史理事

第8回研修会(109回): H12.11.11(土)

PM3:00~6:00

会場: 大林ビル

総合司会: 石井正治理事

1) 演題: 『内視鏡視下腰椎手術の実際—前方
固定術と後方進入ヘルニア摘出術』

講師：大阪市立大学 整形外科 講師
中村博亮
座長：吉田研二郎理事

2) 演題：『大腿骨頸部骨折をめぐる最近の話題』
講師：近畿大学 医学部 整形外科学 教授
濱西千秋

座長：須藤容章理事
懇親会司会：石井正治理事

第9回研修会（110回）：H13.1.27（土）
PM3：00～6：00
会場：ウェスティンホテル

総合司会：沢田 出理事

1) 演題：『慢性関節リウマチに対する薬物療法の進歩－MTX－を中心に』
講師：埼玉医科大学 総合医療センター
第二内科 教授 竹内 勤

座長：早石雅宥副会長
2) 演題：『Monteggia骨折の診断と治療上の留意点』
講師：大阪医科大学 整形外科 教授
阿部宗昭

座長：服部良治理事
懇親会司会：
第10回研修会（111回）：H13.2.24（土）
PM3：00～6：00
会場：大林ビル

総合司会：新田 望理事

1) 演題：『白蓋形成不全に対する治療』
講師：関西医科大学 整形外科 教授
飯田寛和

座長：須藤容章理事
2) 演題：『変形性足関節症の病態と治療』
講師：奈良医科大学 整形外科 教授
高倉義典

座長：
懇親会司会：
第11回研修会（112回）：H13.3.10（土）
PM3：00～6：00
会場：大林ビル

総合司会：

1) 演題：『
』
講師：
座長：
2) 演題：『慢性関節リウマチの病態と治療』
講師：京都大学大学院 医学研究科 臨床
生態総御医学/臨床免疫学 教授
三森経世

座長：
懇親会司会：
(4) JCOA福祉委員会の報告 [福井]
JCOA生命共済保険について、出来るだけ多く加入して欲しい、特に未加入の先生方のリストアップをしており、加入を促していきたいとの報告があった。

(5) JCOA会誌等編集委員会（7月22日）の報告 [瀬戸]
平成12年7月22日JCOA会議等編集委員会の報告では新しい委員会の委員の変更と次回の委員会における予定議題についての報告があった。

(6) 「骨と関節の日」の行事予定について [早石]
電話による医療相談を予定しており、宣伝手段として ①毎日新聞を利用する ②大阪府医師会ニュースを利用するとの報告があった。

なお、「骨と関節の日」は、今年より10月を「骨と関節の月間」と変更になった。

(7) 閉院された小松健次先生の近況 [早石]
前理事小松健次先生の連絡先は大阪府三島郡島本町水無瀬1-9-7との報告があった。

(8) その他
イ) 柔整師の不正請求に対して、厚生省が公的審査機構を各都道府県に設置することを決定したとの報告があった。 [三橋]
ロ) 日整会より柔整師の実情調査の報告があった。 [会長]

§ 協議事項

(1) 新理事推薦について [長田]
吉川隆啓先生（堺市草部1413開業）（昭

和51年金沢大学医学部卒)を新理事とし推薦された。

(2) インターネット委員会設置について

[澤田]

- * 「骨と関節の日」の利用方法
- * ホームページの作成
- * OCOA会員間の情報通信
- * 平成13年JCOA学会大阪の情報公開
- * 研修会の開催広告

イ) インターネット委員会が承認された。なお委員は、沢田 出、長田会長、西川正治、右近良治(以上理事)と箕輪恵次(OCOA会員)計5名で構成される。

ロ) ホームページの管理には(株)NTTPCコミュニケーションズのウェブアリーナを利用する事が決まった。

ハ) 「骨と関節の日」の広告、平成13年JCOA学会の情報等、多方面に積極的に取り組むことが確認された。

(3) 名誉会員の会費に関する件

OCOAN名誉会員は、OCOANの会費は免除する。但し、本年度よりJCOANの会費は各人が払っていただく事が決定した。

(4) 大阪整形外科症例検討会の件

大阪整形外科症例検討会とOCOANとの関係について、過去の経緯からみて関係がないのではとの意見が大勢であった。但し、世話人をOCOANとして出すことは今後の話し合いで決定する。

(5) 大阪府医師会医学会総会(11月12日)の一般演題募集について

OCOANから堀木理事が「PIP関節の側副靭帯損傷の病態について」演題提出するとのことである。

(6) その他

イ) OCOAN入会希望者の資格について

[黒田]

大阪府に在住する整形外科医に限ると再確認された。

ロ) 第36回JCOAN近畿ブロック会開催について [長田]

日時：平成12年11月18日(土)

PM3:00~5:30

場所：和歌山県民文化会館

※理事会開催の変更

平成13年3月10日(土)

⇒平成13年3月3日(土)

(文責 甲斐)

第3回理事会(12年12月2日)

§ 報告事項

- (1) 大阪府医師会創立53周年記念式典の報告(11/5) [長田会長]
- (2) 日本整形外科学会役員代議員懇談会の報告(9/27) [長田会長]
- (3) JCOA各県代表者会議の報告(10/8) [長田会長]
- (4) JCOA医療システム委員会の報告(9/9) [長田会長]
- (5) JCOA専門医制度委員会の報告(10/5) [長田会長]
- (6) OCOA医療周辺業種プロジェクトの報告(10/14) [長田会長]
- (7) OCOA社会保険等検討委員会の報告(10/21) [天野理事]
- (8) 全国整形外科保険審査員会議の報告(9/21) [天野理事]
- (9) 第一回JCOA学術研修委員会の報告(10/1) [堀木理事]
- (10) JCOA研修旅行の報告(8/23~8/30) [坂本理事]
- (11) 第一回JCOA将来構想委員会の報告(11/12) [坂本理事]
- (12) JCOA近畿ブロック会議和歌山の報告(11/18) [広瀬理事]
- (13) JCOA組織拡大委員会、福祉委員会の報告(9/15) [福井理事]
- (14) JCOAインターネット委員会の報告(10/22) [吉川理事]
- (15) JCOA医業経営委員会の報告(10/1) [河合理事 代 長田会長]

- (16) 大阪府医師会医学会総会の報告(11/12)
[木佐貫理事]
- (17) OCOA研修会報告 [古賀副会長]
- (18) JCOA学会大阪の進行状況について
[小松実行委員長]
- (19) OCOAゴルフコンペの報告 (10/21)
[古賀副会長]

§ 協議事項

- (1) OCOA会誌原稿集めとその配布先について
[丹羽理事]

各大学の関連で原稿集めに協力する事になった。昨年度の配布先は、会員、顧問、JCOA役員、各県代表、代議員、大阪府の各単科医会、前年度・前々年度講師、近畿地区の医大で、計596名と大阪府の国公立病院の部長に送っている。今年度から会誌に載っていない講師と国公立病院には送らないことになった。

- (2) 関西医大 飯田寛和教授の顧問就任依頼の件 [長田会長]

会則により在阪5大学の教授に顧問をお願いすることになっている。

毎年4月の総会の時に委嘱状をお渡ししているが、飯田教授は、2月の研修会に講演していただく事になっている。2度も来て頂くのは心苦しいので、その時に委嘱状をお渡しし、総会で報告したいとの会長より提案があり、了承された。

- (3) 名誉会員の会費の取り扱いについて [長田会長]

OCO Aの名誉会員は現在6名おられる。会則により、OCO Aの会費は免除されるが、JCOAの名誉会員でない方は、JCOAの会費は払って頂く事で了承された。

- (4) 坂本理事より矢倉久義会員の理事への推薦がありました。了承された。

(文責 松矢)

第4回理事会 (13年3月3日)

§ 報告事項

- (1) JCOA専門医制度検討委員会報告 (12/10,2/4) [長田会長]
- (2) JCOA医療システム委員会関連会議報告 (12/9,1/21,1/28,2/4) [長田会長]
- (3) JCOA医業経営委員会報告 (1/21) [河合理事]
- (4) JCOA病院部会設立総会報告 (2/17) [河合理事]
- (5) 平成12年度、9回、10回研修会報告 [古賀理事]
- (6) 「第14回JCOA学会大阪」の現状報告 [小松理事]
- (7) 第2回JCOA将来構想委員会報告 (2/4) [坂本理事]
- (8) JCOA学術研修委員会報告 (12/3) [堀木理事]
- (9) 会員の現状報告 [黒田理事]

§ 協議事項

- (1) 平成12年度会計報告(案)、13年度予算(案)資料により説明があり、了承された。 [黒田理事]

- (2) 平成13年度第4回研修会以降の演題、講師について [古賀理事]

第4回研修会 (116回) : H13.7.28 (土)

PM3:00~6:00

会場: ウェスティンホテル

総合司会: 栗本理事

- 1) 演題: 『ここまで来たりム・サルベージー血管外科からのメッセージ』

講師: 大阪大学 病態制御外科学 講師
川崎富夫

座長: 右近理事

- 2) 演題: 『生態活性セメントの基礎と臨床応用ー骨粗鬆症による骨折(コーレス骨折等)に対する新しい治療法ー』

講師: 北野病院 整形外科 副部長
松田康孝

座長: 石井理事

懇親会司会: 栗本理事

第5回研修会 (117回) : H13.8.25 (土)

PM4：00～7：00

会場：ヒルトンホテル

第6回研修会（118回）：H13.9.29（土）

会場：大林ビル

第7回研修会（119回）：H13.10.13（土）

(3) OCOA学術研修委員会の設置の件

[堀木理事]

委員長に堀木理事が選出された。各大学の出身者から委員を出し、大学の意向も汲み上げさせていただくことになった。

(4) OCOAホームページの件について

[澤田理事]

*「会員の病院、医院の内容紹介」をす
る広告ページ作成

*OCO A会員間の情報通信／アドレス
帳

会員のEメールを集めて試みる方向で検
討する事になった。

(5) JCOA学会当日の理事役員分担につ
いて [小松理事]

小松実行委員長に一任する事になった。

(6) JCOA学会当日のOCO A会員の出
席対策（夫人の懇親会出席は?）

[小松理事]

現時点でのOCO A会員の出席申し込み

状況は、余り多くはない。夫人にも出来る
だけ出席していただき、懇親を深めて頂く
よう努力することになった。

(7) 平成15年日整会（金沢）の希望演題募
集について [長田会長]

長田会長より説明があり、検討して行く
ことになった。

(8) 第39回JCOA近畿ブロック会議（神
戸13.5.12開催）の件 [長田会長]

出席する理事が決定された。

(9) 柔整レセプト審査基準を語る会について
[長田会長]

現在、審査基準がなく、混乱している現
状の説明があり、平成13年6月16日のJ C
O A学会総会の前に各県の柔整レセプト審
査員等関係者に集まっていたいで「語る
会」を開催することに決定された。

(10) OCOA総会レジメを予め全会員に送付
する件並びに研修会通知封筒変更の件

[長田会長]

毎回レジメは送られていない。今回も、
レジメは郵送せず、当日出席者に手渡す事
で了承された。

（文責 松矢）

山 梨 県

県章制定
昭和41年告示

県章の意味

周囲は富士山と武田菱で麗しい郷土を象徴しており、中のマークは、三つの人文字で山梨の山を形どり、和と協力を表現している。



総会議事録

第25回大阪臨床整形外科医会定時総会議事録

平成13年4月14日（土）

大正製薬大阪支店 6階ホール

(1) 開会宣言

古賀副会長より、本総会の開会宣言がなされた。

(2) 会長挨拶

長田会長より、議事に先立って挨拶がなされた。

(3) 議事

古賀副会長の司会により、議事進行に入った。

議長の新井先生より、本総会の定款22条により本総会は成立する、との旨が伝えられ議事進行に入った。

総会出席42名 委任状115名。

第1号議案 平成12年度庶務及び事業報告について承認を求める件

レジメ2ページから7ページの「平成12年度〇〇〇〇庶務及び事業報告」について、早石副会長より、それぞれについて報告・説明が行われ、満場一致で承認された。

第2号議案 平成12年度収支決算について承認を求める件

レジメ8ページから9ページの「平成12年度会計報告」について、会計担当理事の黒田先生より、会計収支について細かく報告・説明が行われ、又、会計監査報告（レジメ10・11ページ）についても、伊藤監事より報告が加えられ、満場一致で承認された。

第3号議案 平成13年度事業計画案について承認を求める件

レジメ12・13ページの「平成13年度〇〇〇〇事業計画案」について、早石副会長より説明がなされ、又、追加資料（レジメ16・17ページ）の「平成13年度〇〇〇〇研修会日程」についても、説明がなされた。これも、満場一致で原案通り承認された。

第4号議案 平成13年度収支予算案について承認を求める件

レジメ14・15ページの「平成13年度収支予算案」について、会計担当理事の黒田先生より、細かく内容の説明がなされ、満場一致で原案通り承認された。

議長より議事録署名人として、藤原孝義先生・上川英徳先生が指名された。

(4) 関西医科大学 整形外科 教授 飯田寛和先生 本会顧問就任のご紹介

長田会長により、本会定款により飯田先生の本会顧問就任の依頼と平成13年2月24日に承諾を頂き、委嘱状をお渡しした旨の報告がなされた。


(5) 閉会宣言


古賀副会長より、本総会の閉会宣言がなされた。

以上で、第25回大阪臨床整形外科医会定時総会は無事終了した。

（議事録署名人 署名）

第25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。

署名： 藤原孝義 

署名： 上川英徳 

会員名簿補追

〈平成12年3月以降の入会〉 (上段：医療機関、下段：自宅)

ふりがな 氏名	医療機関名	医療機関所在地 自宅住所	TEL	FAX
おおえ ひさゆき 大江久之	大江整形外科	〒544-0013 大阪市生野区巽中 1-21-18 〒558-0054 大阪市住吉区帝塚山東 1-3-22-207	06-6758-5550 06-4701-4455	06-6758-5520
おがわ ひろのしん 小川寛之進	おがわクリニック	〒591-8002 堺市北花田町 3-22-2 〒591-8004 堺市蔵前町 1414-5	0722-54-2648 0722-54-1482	0722-54-2649 0722-54-1482
おので やすひろ 斧出安弘	おので整形外科	〒590-0972 堺市龍神町 2-1-5 〒590-0971 堺市栄橋町 2-1-10-701	0722-25-0220 0722-26-8321	0722-25-0221 0722-26-8321
かしわぎ なおき 柏木直樹	柏木クリニック	〒571-0061 門真市朝日町 21-3-100 〒560-0053 豊中市向ヶ丘 2-9-17	072-885-8778 06-6853-8267	072-885-5441 06-6853-8801
きたわき てつお 北脇哲雄	北脇クリニック	〒558-0003 大阪市住吉区長居 2-9-25 〒558-0003 大阪市住吉区長居 2-9-25	06-6692-0262 06-6692-0262	06-6606-3897 06-6606-3897
きたわき ふみお 北脇文雄	北脇クリニック	〒558-0003 大阪市住吉区長居 2-9-25 〒558-0053 大阪市帝塚山中 3-6-3-204	06-6692-0262 06-6675-8388	06-6606-3897 06-6675-8388
てらかわ ふみひこ 寺川文彦	(裕雅会) 有馬外科整形外科	〒546-0002 大阪市東住吉区杭全 3-1-1 〒546-0002 大阪市東住吉区杭全 3-1-6	06-6719-0012 06-6719-5624	06-6719-0013 06-6719-5624
なりた しんや 成田信哉	整形外科 なりたクリニック	〒565-0874 吹田市古江台 4-2-60 千里ノルテビル 4F 〒560-0013 豊中市上野東 1-4-50	06-6873-5551 06-6854-9874	06-6873-5552 06-6854-9874
はやし まさき 林正樹	林整形外科 クリニック	〒558-0041 大阪市住吉区南住吉 3-19-27 〒559-0138 堺市鶴谷台 1-29-9	06-6696-8558 0722-99-6280	06-6696-8558 0722-99-6280
べっしょ やすお 別所康生	別所整形外科	〒560-0005 豊中市西緑丘 3-5-13 〒663-8154 西宮市浜甲子園 2-1-26-3F	06-6842-6060 0798-40-6010	06-6842-6070 0798-40-6010
まるやま たかし 丸山貴資	八戸の里病院	〒577-0803 東大阪市下小阪 3-16-14 〒577-0803 東大阪市下小阪 1-17-18	06-6722-7676 06-6723-5983	06-6721-9361 06-6723-5983
こんどうりょうじ 近藤了嗣	近藤診療所	〒582-0001 柏原市本郷 1-3-18 同上	0729-71-3301	
きら さだまさ 吉良貞政	吉良整形外科	〒570-0053 守口市高瀬町 3-9-11 〒569-1041 高槻市奈佐原 2-6-201	06-6998-7600 0726-94-5687	06-6997-2629 0726-94-5687

〈名簿作成後の退会会員〉 小村 時久 H13.4.2 死亡退会
岩橋 邦彦 H13.7.5 希望退会

〈住所他訂正〉 青野 充志 自宅 〒561-0864 豊中市夕日丘2-16-3
神原 幹司 診療所 〒590-0814 堺市石津町3-2-7
喜多 章介 診療所 〒565-0084 豊中市新千里南町3-35-10 TEL 06-6872-6758
栗田 正憲 診療所 FAX 06-6843-3696
菅 厚二 自宅 〒596-0076 岸和田市野田町1-12-22
宝山野田タウン501 TEL 0724-36-0419
藤本 啓治 診療所 (医) コスモス会
榊田 理 自宅 〒560-0014 豊中市熊野町1-8-45-506
松矢 浩司 診療所 TEL 06-6933-9487
矢倉 久義 診療所 FAX 0724-45-5293
吉田研二郎 自宅 TEL 06-6626-2888

・注：住所、電話番号等の変更は〇〇〇〇事務局までお知らせ下さい。

(平成13年3月現在)

編集後記

2000年4月に介護保険が実施されて1年が経過し、走りながら考えるというこの制度がどうなるのか関心を持っておりました。私も介護支援専門員（ケア・マネジャー）、介護認定審査会委員、特別養護老人ホームの管理医師、居宅療養管理指導医として関与しながら種々の問題に気づきました。

(1) 要介護認定について：介護サービスを受けるには先ず要支援・要介護度の認定を受けなければなりません。この際、身体運動障害に対して比較的正当に評価されていると思いますが、痴呆・精神障害に対する評価は2～3ランク低く評価されているように思います。これは厚生労働省もよく承知しており、専門家によるプロジェクトチームで検討するという事です。

(2) 要介護者の自己負担について：老人保健施設、療養型病床群の中には保険給付以外に10万円～20万円の協力費を徴収しているという事です。自己負担ができなければ居宅介護をやりなさいという事です、これは希望により、必要に応じてサービス

を提供するという主旨に反するものだと思います。

(3) 介護保険について：

65歳以上の公的年金受給者から月15,000円の受給があれば

1,800円の保険料を天引き徴収するのは酷だと思えます。低所得者の保険料免除を拡大して欲しいものです。

(4) 介護保険に対する私の評価：従来、親の介護の85%は嫁や娘達によって支えられて来ましたが介護保険によって肉体的、精神的な負担が軽減され、仕事を続けながら親の介護ができるようになったという声や、要介護者が楽しい日々を送れたという声を耳にします。

この制度がもっと充実し、個人的にも、社会的にも多くの人々が満足できるものなることを期待しています。

(広報担当理事 須藤容章記)



去る6月16、17日両日に行われた第14回JCOA学会（大阪）が無事終了した。堀木学会長、小松実行委員長、長田OCCOA会長をはじめ役員各位の御尽力および会員の先生方の御協力により、昨年を上まわる参加者数を誇る事が出来た。昨年の宮城県・城整会会報によると「第13回JCOA学会には全国より400人余りの会員が集い……」とあったが、大阪大会では参加者が508名と500人を越える大盛況であった。運営も会場も良かった等の事で、JCOAの安部龍秀会長を始め、多くの県から感謝と賞賛の御連絡をいただき

た事は関係者のよろこびとするところ、大であった。

整形外科、浪速の先駆者の関西医大教授の森益太先生は全国的にも大変存在感のあった先生で

した。学会での応答も大変熱のこもった発言が多く、印象に残る事が多々ありました。因みに小生の昭和58年、整形外科認定証の日整会会長は、森先生でした。

(広報担当理事 前野岳敏記)



OCO Aも会員数381名(3月末)と、数の上では日本の最多府県となりました。JCOA理事会にも今後は常時理事を送ることになると思います。JCOA各種委員会にも多くのOCO A会員が参加していますし、日整会代議員4名をはじめ、府医の執行部や各種委員会、社保国保審査会などにOCO A会員が多数活躍しておられます。

この6月16・17日には第14回JCOA学会がOCO A主催で、大阪国際会議場にて全国から500余名の会員を集めて盛会に開催されました。現在会誌学会号の編集にとりかかっております。

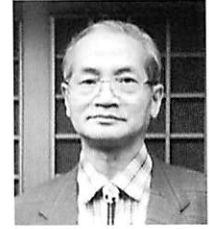
毎月のOCO A研修会も多数の参加があり、

またここは日頃の診療の問題点などを互いに相談できる場でもあります。

会員数日本一のOCO Aも、その組織率は60%位かと思われます(小さい県は100%近い)。未加入のお知り合いの先生がおられましたらぜひ入会をおすすめ下さい。

この会報はOCO A会員相互の疎通の場でもありますので、どしどし投稿していただくとともに、ぜひご一読をお願い致します。

(広報担当理事 瀬戸信夫記)



先ず、今年はJCOA学会が大阪で行われた。関係皆様のご努力に敬意を表したい。今後もOCO A会員が結束して事に当たる事が種々の課題を解決することにつながると考える。介護保険が始まり種々の問題点が浮き出ており、更に柔整師問題、情報公開の問題など、今後ともに解決すべき問題は山積状態である。これらの問題点を会員全員で共有する

という点においても会報は重要であり、今後もその充実に努力していきたいと思っている。皆様のご協力を今後も宜しくお願いしたい。

(広報担当理事 山本 哲記)



前略

「暑いでんな〜」「暑うおますな〜」と言った会話が土用遙か手前なのに飛び交う7月初旬ですが、皆様お元気ですか。(7月5日)

私共編集担当も、去年の轍を踏むまいと、春から準備おさおさ怠り無く構えていたお陰で、滞りなく本年号会報27号を刊行させて頂く運びとなりました。

前野先生は第14回JCOA学会大阪のパネリストとして大変だったろうと思います。

しかし学会が大成功裡に終了したことは先

生方の御努力の賜と自ら誇ってもいいことで、自画自賛しても他のJCOA会員から叱られない?と思います。

本年は広告協賛集めが稍手ぬるかったのか、昨年48件に比べ、今年は37件と少なかったのが気掛かりです。

(広報担当理事 丹羽権平記)



大阪臨床整形外科医会会報 第 27 号

平成13年7月25日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒592-8348 大阪府堺市浜寺諏訪森町中1丁112
医療法人 オサダ整形外科クリニック内
TEL 0722-65-5516
FAX 0722-63-3661

編集者 長 田 明・古 賀 教 一 郎
瀬 戸 信 夫・山 本 哲
須 藤 容 章・前 野 岳 敏
吉 川 隆 啓・丹 羽 權 平

膝の安静保持と保温に
KNEE SUPPORTER

Mein

マイン

★ **Comfort**

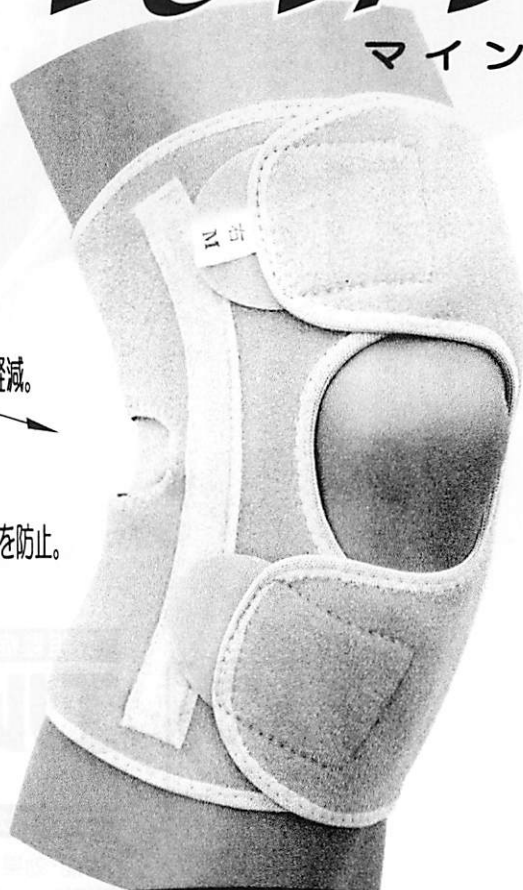
やさしい肌ざわりと厚みを感じさせない通気性。

★ **Activation**

膝窩部の生地を薄くすることで屈曲時の不快感を軽減。

★ **Control**

内外側部にスパイラルステーを配しずれや振れを防止。



規格	膝周り(目安)
LL	40~43cm
L	37~40cm
M	34~37cm
S	31~34cm

左・右別

適応：軽～中度膝関節症

標準価格(税別)

(S~L)¥3,500 (LL)¥4,000

製造元：オルト産業株式会社
〒651-0071

神戸市中央区筒井町3-18-11
TEL 078-252-0160 FAX 078-231-7523

* サンプルのお求めは…

骨粗鬆症治療剤

旭化成



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

エルシトニン[®]注20S

Elcitonin Inj.20S

劇薬、指定医薬品

(エルカトニン注射液)

〈効能・効果〉〈用法・用量〉〈禁忌を含む使用上の注意〉等、
詳細については製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元

旭化成株式会社

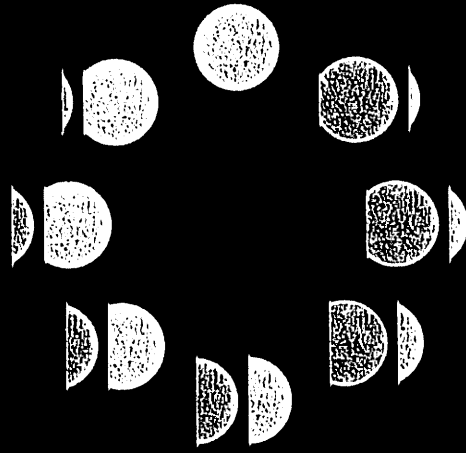
大阪市北区堂島浜一丁目2番6号

資料請求先：医薬学術部 東京都千代田区神田美土代町9番地1

※「旭化成工業株式会社」は、2001年1月1日から「旭化成株式会社」に社名変更いたしました。

H.13.01

骨は生きている



【効能・効果】

1. 下記の疾患におけるビタミンD代謝異常に伴う諸症状(低カルシウム血症、テタニー、骨痛、骨病変等)の改善
 ●慢性腎不全 ●副甲状腺機能低下症 ●未熟児(液のみ)
 ●ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症

2. 骨粗鬆症

【用法・用量】

本剤は、患者の血清カルシウム濃度の十分な管理のもとに、投与量を調整する。

●慢性腎不全、骨粗鬆症の場合

通常、成人1日1回アルファカルシドールとして0.5～1.0μgを経口投与する。ただし、年齢、症状により適宜増減する。

●副甲状腺機能低下症、その他のビタミンD代謝異常に伴う疾患の場合

通常、成人1日1回アルファカルシドールとして1.0～4.0μgを経口投与する。ただし、疾患、年齢、症状、病型により適宜増減する。

(小児用量)

通常、小児に対しては骨粗鬆症の場合には1日1回アルファカルシドールとして0.01～0.03μg/kgを、その他の疾患の場合には1日1回アルファカルシドールとして0.05～0.1μg/kgを、また未熟児には1日1回0.008～0.1μg/kgを経口投与する。ただし、疾患、症状により適宜増減する。

【使用上の注意】

1. 重要な基本的注意

(1) 過量投与を防ぐため、本剤投与中、血清カルシウム値の定期的測定を行い、血清カルシウム値が正常値を超えないよう投与量を調整すること。
 (2) 高カルシウム血症を起こした場合には、直ちに休薬する。休薬により血清カルシウム値が正常域に達したら、減量して投薬を再開する。

※2. 相互作用

【併用注意】(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状	機序・危険因子
マグネシウムを含む製剤(酸化的マグネシウム、炭酸マグネシウム等)	高マグネシウム血症が起きたとの報告がある。	不明。
ジギタリス製剤(ジゴキシン等)	不整脈があらわれるおそれがある。	本剤により高カルシウム血症が発症した場合、ジギタリス製剤の作用が増強される。
カルシウム製剤(乳酸カルシウム、炭酸カルシウム等)	高カルシウム血症があらわれるおそれがある。	本剤は腸管でのカルシウムの吸収を促進させる。
ビタミンD及びその誘導体(カルシトリエール等)	高カルシウム血症があらわれるおそれがある。	相加作用。

ワンアルファ錠^{0.25} 液^{0.5・1.0}

薬価基準外製剤 Onealfa[®]
 活性型ビタミンD₃製剤(アルファカルシドール製剤) 創薬・指定医薬品

3. 副作用

承認時及びその後の使用成績調査における副作用の発現状況は以下のとおりであった。(再審査終了時)

(1) 慢性腎不全、副甲状腺機能低下症、ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症、未熟児におけるビタミンD代謝異常に伴う諸症状の改善

4,967例中285例(5.7%)471件の副作用が認められた。主な副作用は痛痒感112件(2.3%)、食欲不振48件(1.0%)、嘔気47件(0.9%)、下痢28件(0.6%)、GPTの上昇27件(0.5%)等であった。

(2) 骨粗鬆症

14,808例中192例(1.3%)241件の副作用が認められた。主な副作用はBUNの上昇24件(0.2%)、嘔気23件(0.2%)、食欲不振21件(0.1%)、胃痛19件(0.1%)、GOTの上昇14件(0.09%)等であった。

以下のような副作用が認められた場合には、減量・休薬等適切な処置を行うこと。

	0.1～5%未満	0.1%未満
消化器	食欲不振、悪心・嘔気、下痢、便秘、胃痛	嘔吐、腹部膨満感、胃部不快感、消化不良、口内異和感、口乾等
精神神経系		頭痛・頭重、不眠・いらいら感、脱力・倦怠感、めまい、しびれ感、眩暈、記憶力・記憶力の減退、耳鳴り、老人性難聴、背部痛、写こり、下肢のつばり感、胸痛等
循環器		軽度の血圧上昇、動悸
肝臓	GOT、GPTの上昇	LDH、γ-GTPの上昇
腎臓	BUNクリアチンの上昇(腎機能低下)	腎結石
皮膚	痒痒感	発疹、熱感
眼	結膜充血	
骨		関節痛用の石灰化(化骨病状)
その他		嚔声、浮腫

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ので用量

に注意すること。

※5. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

(1) 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。[妊娠中の投与に関する安全性は確立していない。動物実験(ラット)で大量投与の場合、胎児化骨遅延、性腺への影響がみられ、妊娠率の低下、胎児死亡率の上昇、胎児の発育抑制および授乳力の低下等が認められている。]

(2) 授乳中は投与を避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合には授乳を避けさせること。[授乳婦への投与に関する安全性は確立していない。動物実験(ラット)で授乳による新生児への移行率は、母動物投与量の1/20に相当する。]

6. 小児等への投与

小児に投与する場合には、血清カルシウム値、尿中カルシウム・クレアチン比値等の観察を十分に行いながら少量から投与を開始し、新增投与する等、過量投与にならぬよう慎重に投与すること。[幼若ラット経口投与における急性毒性は成熟ラットに比べ強くあらわれている。]

7. 適用上の注意

錠剤交付時：PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。(PTPシートの損傷により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている。)

液投与時：投与量は、添付のスポイトを用い、目盛により正確に量るが、滴数(通常、本剤1滴はアルファカルシドール約0.01μgに相当)を正確に量ること。

8. その他の注意

高リン血症のある患者に投与する場合はリン酸結合剤を併用し、血清リン値を下げること。

※1998年6月改訂(新様式第1版)

●厚生省告示第73号(平成12年3月17日付)により、本剤の効能・効果のうち「骨粗鬆症」、「慢性腎不全」及び「ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症」は1回30日分投薬が、また「副甲状腺機能低下症」は1回90日分投薬が認められています。

★その他の詳細につきましては、製品添付文書を参照下さい。

TEIJIN

製造元・販売
 帝人株式会社 医薬医療事業本部

〒100-8585 東京都千代田区内幸町2-1-1
 資料請求先：帝人(株)医薬医療事業本部学術情報部
 ONE012INP10101改3 作成年月2001年1月



骨粗鬆症治療剤

指定医薬品

オステン[®]錠

(イプリフラボン錠)

■ 効能・効果、用法・用量、使用上の注意および取扱い上の注意等については、添付文書をご参照ください。

■ 薬価基準：収載

OSTEN[®] (本剤はCHINOIN, Budapest, HUNGARY
の許諾に基づき製造)

 (資料請求先) **武田薬品工業株式会社**
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

(9802-B51-16)

「慢性関節リウマチにおける膝関節痛」に適應をもつ 初めてのヒアルロン酸Na誕生。

3つの関節疾患に適應を有する平均分子量約190万のヒアルロン酸Naが、関節治療への新しい道を拓きます。

新発売



慢性関節リウマチにおける膝関節痛*

変形性膝関節症

肩関節周囲炎

*以下の基準を全て満たす場合に限る。
(1)抗リウマチ薬等による治療で全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛のある場合
(2)全身の炎症症状がCRP値として10mg/dL以下の場合
(3)膝関節の症状が軽症から中等症の場合
(4)膝関節のLarsenX線分類がGrade IからGrade IIIの場合

●5つの製品特性●

- 1 ヒアルロン酸ナトリウム製剤として、初めて慢性関節リウマチにおける膝関節痛*に対する効能・効果が認められました。
- 2 正常関節液中に存在するヒアルロン酸に近い粘弾性特性を有する高分子量ヒアルロン酸ナトリウムです (in vitro)。
- 3 軟骨変性(ウサギ, in vitro)、炎症性滑膜増殖(サル)および疼痛(イヌ, in vitro)に対し抑制効果が認められます。
- 4 関節液の潤滑(液体膜潤滑、境界潤滑)を改善します (in vitro)。
- 5 副作用は1,376例中42例(3.05%)にみられました。主なものは、局所疼痛12件(0.87%)等でした。(効能追加時)



関節機能改善剤

指定医薬品

スベニール®

薬価基準収載

ディスポバイアル

Suvenyl (ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

- 変形性膝関節症、肩関節周囲炎
- 慢性関節リウマチにおける膝関節痛(下記(1)～(4)の基準を全て満たす場合に限る)
 - (1)抗リウマチ薬等による治療で全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛のある場合
 - (2)全身の炎症症状がCRP値として10mg/dL以下の場合
 - (3)膝関節の症状が軽症から中等症の場合
 - (4)膝関節のLarsenX線分類がGrade I からGrade IIIの場合

【用法・用量】

- 変形性膝関節症
通常、成人1回2.5mLを1週間毎に連続5回膝関節腔内に投与する。その後、症状の維持を目的とする場合は、2～4週間隔で投与する。
- 肩関節周囲炎
通常、成人1回2.5mLを1週間毎に連続5回肩関節(肩関節腔、肩峰下嚢液包又は上腕二頭筋長頭腱鞘)内に投与する。
- 慢性関節リウマチにおける膝関節痛
通常、成人1回2.5mLを1週間毎に連続5回膝関節腔内に投与する。

＜用法・用量に関連する使用上の注意＞

本剤は、関節内に投与するので、厳重な無菌的操作のもとに行うこと。

【使用上の注意】—抜粋—

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 - (1)他の薬剤に対して過敏症の既往歴のある患者
 - (2)肝障害又はその既往歴のある患者
 - (3)対象関節部に皮膚疾患又は感染症のある患者
2. 重要な基本的注意
 - (1)本剤の投与により、ときに局所痛があらわれることがあるので、投与後の局所安静を指示するなどの措置を講じること。
 - (2)注入部位以外に漏れると疼痛を起こすおそれがあるので、確実に投与すること。
 - (3)変形性膝関節症、慢性関節リウマチにおける膝関節痛については、投与関節の炎症又は関節液貯留が著しい場合、本剤の投与により当該部位の炎症症状の悪化を招くことがあるので、炎症症状を抑えてから本剤を投与することが望ましい。

(4)慢性関節リウマチにおける膝関節痛については以下の点に注意すること。

- 1)本剤による治療は原因療法ではなく局所に対する対症療法であるので抗リウマチ薬等と併用すること。本剤は漫然と連用する薬剤ではない。
- 2)抗リウマチ薬等の治療により全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛のある場合、当該膝関節腔内に投与すること。
- 3)膝関節以外の使用経験はなく、他の関節については有効性・安全性が確立していないため本剤を投与しないこと。
- 4)慢性関節リウマチでは膝関節の器質の変化が高度なものは有効性・安全性が確立していないため本剤を投与しないこと。
- 5)慢性関節リウマチでは、連続5回投与後、症状の維持を目的として、原則2～3週間隔で最高10回(合計15回)までの使用経験はあるが、それ以上の安全性は確立されていない。

3. 副作用

安全性評価対象症例1,376例中、42例(3.05%)54件に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められた。

主な副作用は、投与関節での局所疼痛12件(0.87%)、AST(GPT)上昇7件(0.51%)、ALT(GOT)上昇5件(0.36%)、Al-P上昇4件(0.29%)、LDH上昇3件(0.22%)、局所熱感2件(0.15%)、発熱2件(0.15%)、発疹2件(0.15%)、倦怠感2件(0.15%)等であった。(効能追加時)

以下のような副作用が認められた場合には、減量・休薬など適切な処置を行うこと。

	0.1～5%未満	0.1%未満
過敏症	発熱、発疹	痒痒感
肝臓	AST(GOT)上昇、ALT(GPT)上昇、Al-P上昇、LDH上昇	
血液		好酸球増多、ヘマトクリット低下、白血球増多
投与関節	疼痛(主に投与後の一過性の疼痛)、熱感	腫脹、関節周囲のしびれ感、関節液貯留
その他	倦怠感、蛋白尿、尿沈渣異常	動悸、ほてり、総蛋白低下、BUN上昇

太字の副作用があらわれた場合には投与を中止すること。

※その他「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。「使用上の注意」の改訂には十分ご留意ください。

販売

【資料請求先】



中外製薬株式会社
〒104-8301 東京都中央区京橋2-1-9

製造 アベンティス ファーマ株式会社
〒107-8465 東京都港区赤坂二丁目17番51号

CSU1158 2001.1



筋・骨格系疾患の トータルケアを目指して

WYETH LEDERLE JAPAN

日本ワイセダグリーは、筋・骨格系疾患のトータルケアを目指し、
有用性の高い治療薬の開発と提供、医療関係者の方々や患者さんへの幅広い学術情報の提供など
多方面からのアプローチを「Arthro-Care」と名付け、このコンセプトのもと、今後さまざまな活動を進めてまいります。
私たちのこれからどうぞご期待ください。

経皮吸収型鎮痛消炎剤（無臭性）（特許医薬品）
セルタッチ®
フェルビナク貼付剤 薬価標準収載

非ステロイド性鎮痛・抗炎症剤 （特許 特許医薬品）
オステラック®錠 100/200
エトドラク錠 薬価標準収載

経皮吸収型鎮痛消炎剤
ナハゲルン®錠 （特許）
フェルビナク製剤 薬価標準収載

抗リウマチ剤 （特許 特許医薬品 特許医薬品）
リウマトレックス®カプセル 2mg
メトトレキサートカプセル 薬価標準収載
（注）本薬・他剤との併用は、併用時の注意を参照してください。

注意 各製品の効能・効果、用法・用量および警告、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。



（資料請求先）

日本ワイセダグリー株式会社
〒104-0031 東京都中央区京橋一丁目10番3号

Santen



抗リウマチ剤

指定医薬品、要指示医薬品(注意—医師等の処方せん・指示により使用すること)

アザルフィジン[®]EN錠

Azulfidine[®] EN tablets

薬価基準収載

サラゾスルファピリジン腸溶錠

■〔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。

発売元
S 参天製薬株式会社
大阪市東淀川区下新庄3-9-19
資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

製造元
ファルマシア株式会社
東京都新宿区西新宿3-20-2

2001年1月作成
AF01AB5W

Santen



抗リウマチ剤

薬価基準収載

劇薬・指定医薬品

リマチル[®]

ブシラミン100mg錠

Rimatil[®]

劇薬・指定医薬品

リマチル[®]50

ブシラミン50mg錠

Rimatil[®] 50



製造発売元
参天製薬株式会社
大阪市東淀川区下新庄3-9-19
資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

■〔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。

2000年4月作成
RM00DB5W

Pletaal tablets

ANTITHROMBOTIC THERAPY

抗血小板療法

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

- (1) 出血している患者(血友病、毛細血管脆弱症、消化管出血、尿路出血、喀血、硝子体出血等)[出血を助長するおそれがある。]
- (2) うっ血性心不全の患者[症状を悪化させるおそれがある。]
- (3) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (4) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人[動物実験(ラット)で異常胎児の増加並びに出生児の低体重及び死亡児の増加が報告されている。]

【効能・効果】

慢性動脈閉塞症に基づく潰瘍、疼痛及び冷感等の虚血性諸症状の改善

【用法・用量】

通常成人、シロスタゾールとして1回100mgを1日2回経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減する。

【使用上の注意】—抜粋—

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 抗凝固剤(ワルファリン等)、血小板凝集を抑制する薬剤(アスピリン、チクロピジン等)、血栓溶解剤(ウロキナーゼ、アルテプラナーゼ等)、プロスタグランジンE₁製剤及びその誘導体(アルプロスタジル、リマプロストアルファデクス等)を投与中の患者〔2.相互作用〕の項参照)
- (2) 月経期間中の患者[出血を助長するおそれがある。]
- (3) 出血傾向並びにその素因のある患者[出血した時、それを助長するおそれがある。]
- (4) 重篤な肝障害のある患者[シロスタゾールの血中濃度が上昇するおそれがある。]
- (5) 重篤な腎障害のある患者[シロスタゾールの代謝物の血中濃度が上昇するおそれがある。]

◇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。

【指定医薬品】 抗血小板剤

プレタール[®]錠50
プレタール[®]錠100

(シロスタゾール錠)

薬価基準収載



製造発売元
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 学術部
〒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

(00.9作成)

2. 相互作用

併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗凝固剤 ワルファリン等 血小板凝集を抑制する薬剤 アスピリン、 チクロピジン等 血栓溶解剤 ウロキナーゼ、 アルテプラナーゼ等 プロスタグランジンE ₁ 製剤 及びその誘導体 アルプロスタジル、 リマプロストアルファデクス等	出血した時、それを助長するおそれがある。 併用時には出血等の副作用を予知するため、血液凝固能検査等を十分に行う。	本剤は血小板凝集抑制作用を有するため、これら薬剤と併用すると出血を助長するおそれがある。
薬物代謝酵素(CYP3A4)を阻害する薬剤等 エリスロマイシン、 シメチジン等、 グレープフルーツジュース	本剤の作用が増強するおそれがある。併用する場合は減量あるいは低用量から開始するなど注意すること。また、グレープフルーツジュースとの同時服用をしないように注意すること。	本剤の薬物代謝酵素(CYP3A4あるいはCYP2C19)を阻害あるいは拮抗阻害する薬剤等との併用により本剤の血中濃度が上昇することがある。
薬物代謝酵素(CYP3A4)の基質となる薬剤 ジルチアゼム等		
薬物代謝酵素(CYP2C19)を阻害する薬剤 オメプラゾール等		

3. 副作用

調査症例4,370例中299例(6.84%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められている。以下の副作用には別途市販後に報告された頻度の算出できない副作用を含む。(承認時～2000年3月までの集計)

重大な副作用

- (1) 出血：脳出血、肺出血、眼底出血(頻度不明)*、また、消化管出血、鼻出血(0.1%未満)があらわれることがある。このような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- (2) 汎血球減少、無顆粒球症(頻度不明)*、血小板減少(0.1%未満)：汎血球減少、無顆粒球症、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) 間質性肺炎(頻度不明)*：発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸球増多を伴う間質性肺炎があらわれることがある。このような場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。
- (4) うっ血性心不全、心筋梗塞、狭心症、心室頻拍(頻度不明)*：うっ血性心不全、心筋梗塞、狭心症、心室頻拍があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- (5) 肝機能障害(0.1～5%未満)、黄疸(頻度不明)*：AST(GOT)、ALT(GPT)、AI-P、LDH等の上昇や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。

*：自発報告又は海外において認められた副作用のため頻度不明。

Hyalos[®]

関節機能改善剤

薬価基準収載

ヒアロス[®]

指定医薬品 ヒアルロン酸ナトリウム 関節内注射液



●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む
使用上の注意等については添付文書
をご参照ください。

資料請求先

販売 **マルホ株式会社**

大阪市北区中津1丁目5-22

製造 **株式会社 資生堂**

東京都中央区銀座7丁目5-5

(1999.9作成)

デュアルの提案

ドパミンD2受容体拮抗作用と
アセチルコリンエステラーゼ阻害作用を併せもつ
新しいタイプの消化管運動賦活剤です。



消化管運動賦活剤

指定医薬品

薬価基準収載

ガナトン[®]錠50mg

Ganaton (塩酸イトブリド錠)

特徴

- 1 腹部膨満感、食欲不振、悪心、嘔吐、胸やけなどの慢性胃炎に伴う症状に改善作用を示します。
- 2 消化管運動賦活作用(ヒト、イヌ、ラット)・制吐作用(イヌ)を有します。
- 3 副作用は、2.45%(572例中14例)です。
主な症状は、下痢4件(0.70%)、頭痛2件(0.35%)、腹痛2件(0.35%)等です。

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

●効能・効果、用法・用量、その他の使用上の注意等の詳細は、製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元



北陸製薬株式会社

■資料請求先：市販後調査管理室 福井県勝山市猪野口37号1-1

急性感染症に 1日1回3日間



* 呼吸器、耳鼻咽喉、皮膚、歯性感染症



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

アジスロマイシン感性のブドウ球菌属、レンサ球菌属、肺炎球菌、モラクセラ(ブランハメラ)・カタラリス、インフルエンザ菌、ペプトストレプトコッカス属¹⁾、マイコプラズマ属、クラミジア・ニューモニエによる下気道感染症

・癒²⁾、癒腫症³⁾、よう⁴⁾、丹毒⁵⁾、蜂巣炎⁶⁾、リンパ管(節)炎⁷⁾、潰瘍⁸⁾、化膿性爪囲炎⁹⁾、咽喉頭炎(咽喉腫痛)、急性気管支炎、扁桃炎(扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍)、慢性気管支炎¹⁰⁾、気管支拡張症(感染時)¹¹⁾、慢性呼吸器疾患の二次感染¹²⁾、肺炎、肺化膿症、副鼻腔炎¹³⁾・中耳炎(含、乳様突起炎、錐体尖端炎)¹⁴⁾、歯周組織炎¹⁵⁾、歯冠周囲炎¹⁶⁾、顎炎¹⁷⁾

[a] 錠250mgのみ、b) 細粒小児用 カプセル小児用100mgのみ

用法・用量

[ジスロマック錠250mg]
成人にはアジスロマイシンとして、500mg(力価)を1日1回、3日間合計1.5g(力価)を経口投与する。

[ジスロマック細粒小児用、カプセル小児用100mg]
小児には、体重1kgあたり10mg(力価)を1日1回、3日間経口投与する。ただし、1日量は成人の最大投与量500mg(力価)を超えないものとする。

- …用法・用量に関連する使用上の注意…
- (1) 本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認すること、(2) 外国の臨床における体内動態試験の成績から、本剤500mg(力価)を1日1回3日間経口投与することにより、感受性菌に対して有効な組織内濃度が約7日間持続することが予測されているので、治療に必要な投与期間は3日間とする。
 - (3) 4日目以降においても臨床症状が不変もしくは悪化の場合には、医師の判断で適切な他の薬剤に変更すること(「相互作用」(3)の項参照)。

2000年6月作成

■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) 他のマクロライド系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者
 - (2) 高度な肝機能障害のある患者
2. 重要な基本的注意
 - (1) アナフィラキシー・ショックがあらわれるおそれがあるので、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。
 - (2) アレルギー反応が認められた場合には本剤の投与を中止し、適切な処置を行うこと。本剤は組織内半減期が長いことから、対症療法を中止した時にアレルギー症状が再発する可能性があることに注意すること。
 - (3) 本剤の組織内半減期が長いことと投与終了後発現する副作用との因果関係は明らかではないが、投与4日目以降においてもアレルギー反応等の副作用が発現する可能性があるため、観察を十分に行うことなど注意すること。
3. 相互作用
 - (1) 併用注意(併用に注意すること)
 - ① 併剤(水酸化マグネシウム、水酸化アルミニウム)、ワルファリン、シクロスポリン
 - ② 他のマクロライド系薬剤において、下記薬剤による相互作用が報告されている。なお、本剤のチクロロームP450による代謝は確認されていない。
 - 1) テルフェナジン、アステミゾール、シタプリド
 - 2) テオフィリン、ミダゾラム、トリアゾラム、カルバマゼピン、ヘキサバルビタール、フェントイン
 - 3) エルゴタミン含有製剤
 - 4) ジゴキシン
 - ③ 他の抗菌剤との相互作用
 本剤と他の抗菌剤との相互作用に関しては、これまでの国内又は外国における臨床試験成績から、マクロライド系、ペニシリン系、キノロン系、テトラサイクリン系、セフェム系及びカルバペネム系抗菌剤との間で相互作用によると考えられる有害事象の報告はない。しかしながら、本剤の組織内濃度持続時間は長く、投与終了後も他の抗菌剤との間に相加作用又は相乗作用の可能性は否定できないので、本剤投与後に切り替える場合には観察を十分に行うことなど注意すること。
 - (2) 副作用
 - (1) 重大な副作用(頻度不明)
 - ① ショック：アナフィラキシー・ショック(血管浮腫を含む)をおこすことがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - ② 皮膚粘膜炎候群(Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)：皮膚粘膜炎候群(Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)が主に投与開始日から翌日、投与終了数日後にも発現したとの報告があるので、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、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

※2000年6月改訂(第2版)

■その他の使用上の注意
注意については添付文書をご参照ください。

Life is our life's work
ファイザー製薬株式会社
東京都新宿区西新宿2-1-1 〒163-0461
資料請求先：マーケティングサービス部



TLM-A



Cefzon[®]
(略号:CFDN)

経口用セフェム系製剤

薬価基準収載

セフゾン[®] 細粒小児用
カプセル 100mg / 50mg
CFDN (セフジニル)
指定医薬品、要指示医薬品^(注)

注) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

● 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元

フジサワ
大阪市中央区修町3-4-7 〒541-8514
資料請求先：藤沢薬品工業(株)医薬事業部

作成年月2000年8月



使いやすさ、さらにアップ。

—— フィルムセンターカットでさらに貼りやすい。 ——

経皮鎮痛消炎剤

指定医薬品

モーラス MOHRUS®

(薬価基準収載)

ケトプロフェン0.3%

- モーラスの主薬ケトプロフェンは、すぐれた鎮痛消炎作用を有し、水性基剤からの放出性・経皮吸収性にすぐれている。
- モーラスは、従来品に比べ「におい」の指標となる揮散成分が70%以上低減した。
- モーラスは、関節部などの屈曲伸展部位にも貼付できる粘着性・伸縮性を有する製剤である。
- 副作用発現率は2.04% (141/6,908例) で主な副作用は局所の皮膚症状であった。

【禁忌】(次の患者には使用しないこと)

- (1) 本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者。
- (2) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者。
[喘息発作を誘発するおそれがある。]

■効能・効果

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎
変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎(テニス肘等)、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

■用法・用量

1日2回患部に貼付する。

■使用上の注意


1. 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。] (重大な副作用の項参照)

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) 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
- (3) 慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。

※その他の使用上の注意については添付文書を参照してください。

資料請求先  久光製薬株式会社 学術部

〒141-0031 東京都品川区西五反田6-25-8

リポバス -LIT 4S




HMG-CoA還元酵素阻害剤

リポバス錠5

指定医薬品(シンバスタチン錠) <薬価基準収載>

【禁忌】、【効能・効果】、【用法・用量】、【使用上の注意】等については、製品添付文書をご参照ください。

[資料請求先]

 万有製薬株式会社

〒103-8416 東京都中央区日本橋本町2-2-3

ホームページ <http://www.banyu.co.jp/>

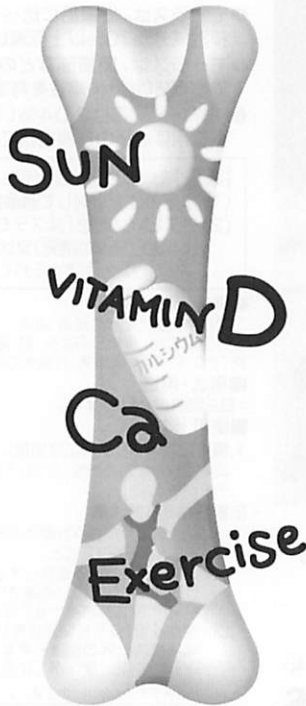
インターネットナンバー:1193(いいいくすり)

©Trademark of Merck & Co. Inc.
Whitehouse Station.N.J.U.S.A

2000年12月作成

11-01ZCR00-J-0711J

あつ、「**體**」からだって豊かな骨なんだ。



<http://www.richbone.com>

Roche

活性型ビタミンD₃製剤 薬価基準収載
劇薬、指定医薬品

ロカトル[®]

カプセル0.25-カプセル0.5

Rocaltrol[®] (カルシトリオール製剤)

※ 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製品添
付文書をご参照ください。

製造・販売
(製品情報問合せ先)

日本ロシュ株式会社

〒105-8532 東京都港区芝2-6-1

FAX情報BOX ☎0120-642-643

問合せTEL ☎0120-642-644

問合せFAX ☎0120-642-645

E-mail dic@nipponroche.co.jp

<http://www.nipponroche.co.jp>

2001.4

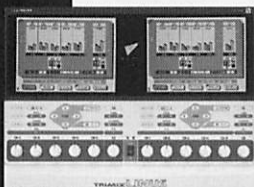
S.S.P.療法器

TRIMIX LINUS TM-5502 トリミックス リノス 5502



S.S.P.療法器の最新鋭「トリミックス リノス」は、治療初の大型カラーディスプレイ、世界初の運動出力ユニット等、高機能な装備を搭載したS.S.P.療法器です。

1977年、日本メディックスと大阪医科大学麻酔科との共同研究の上、開発されたS.S.P.電極。その独特な形の金属電極を用いた治療法は、20年の臨床研究と治療効果により、今や痛みに対する刺激療法の代名詞となりました。その頂点に立つトリミックスシリーズから、フルモデルチェンジをした「TRIMIX LINUS」の誕生です。



● **世界初！出力運動ユニット (PAT.P)**

どれかの出力ボリュームを上げると、その動きに連動して他のチャンネルの出力ボリュームも自動的に上がります。煩わしかった出力調整が簡単にやさしく行えます。

(※一定時間を経過すると連動機能が解除され、個々に調整が可能です。また、連動機能をOFFにもできます)

● **大型ディスプレイ**

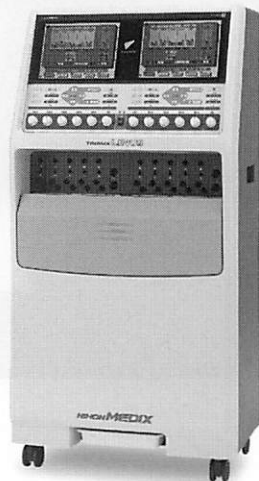
全チャンネル電流、電圧、導電度をグラフィカルに同時表示します。

● **デュアル通電**

「1/fゆらぎ」「トリミックス」等、モードを選ばず各チャンネルごとに高周波周波数帯、低周波数帯の詳細を設定できます。

● **可倒式マグネット導子掛け**

ユーザーの先生方からのアイデアからマグネット式の導子掛けを開発しました。



承認番号：21100BZZ00160000

S.S.P. Silver Spike Pointは、(株)日本メディックスの登録商標です。

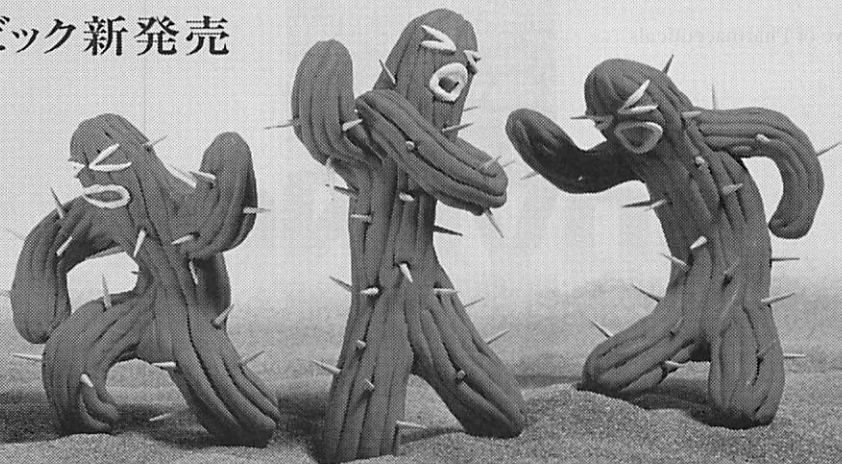
株式会社日本メディックス www.nihonmedix.co.jp

〒271-0065 千葉県松戸市南花島向町315-1

☎ 047-368-8714 FAX.047-368-1535

大阪支店 ☎06-6369-1201(代) 九州支店 ☎092-571-8258(代) 名古屋支店 ☎052-704-1616(代) 札幌営業所 ☎011-787-1182(代) 仙台営業所 ☎022-288-2955(代)
盛岡営業所 ☎019-699-1201(代) 新潟営業所 ☎025-284-3641(代) 埼玉営業所 ☎048-767-1681(代) 千葉営業所 ☎0471-93-1120(代) 東京営業所 ☎03-5689-4611(代)
横浜営業所 ☎045-911-8421(代) 金沢営業所 ☎076-222-3811(代) 京都営業所 ☎075-213-7511(代) 神戸営業所 ☎078-252-2336(代) 広島営業所 ☎082-238-7988(代)
高松営業所 ☎087-851-1788(代) 鹿児島出張所 ☎099-228-1479(代) 沼南工場 ☎0471-93-3333(代) 埼玉工場 ☎048-766-2669(代)

モービック新発売



非ステロイド性消炎・鎮痛剤 劇薬 指定医薬品

モービック®カプセル
5mg・10mg

Mobic® Capsules 5mg・10mg (メロキシカム製剤)

薬価基準収載

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書等をご覧ください。



Boehringer
Ingelheim

製造発売元

日本ベーリンガーインゲルハム株式会社

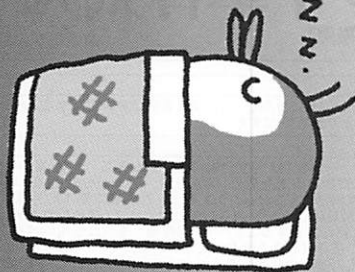
資料請求先: 学術情報部

〒101-0004 東京都千代田区錦糸町2-8-8 住友不動産錦糸町ビル13階

2001年2月作成 (2000.12) ©



Z
Z
Z



睡眠導入剤 向精神薬、習慣性医薬品注1)、指定医薬品、要指示医薬品注2)

ハルシオン®

0.125mg錠・0.25mg錠

トリアゾラム

■薬価基準収載

■効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

注1) 注意—習慣性あり 注2) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

PHARMACIA

資料請求先

ファルマシア株式会社

学術情報室

東京都新宿区西新宿 3-20-2

TEL: 0120-417151

21世紀をみつめて
Heartful Wave of Pharmaceuticals

薬価基準収載

DOVONEX

尋常性乾癬治療剤

創薬
指定医薬品

ドボネックス[®]軟膏

DOVONEX[®] OINTMENT

<カルシポトリオール軟膏>

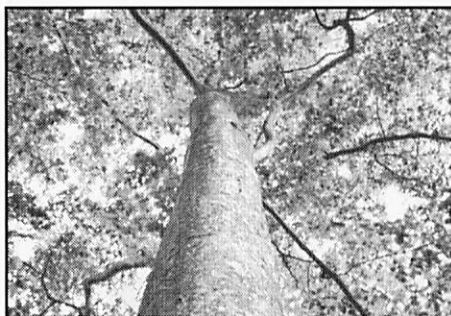
「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、現品添付文書をご参照ください。

販売【資料請求先】
テイコクメディックス株式会社
東京都中央区日本橋富沢町9番19号



輸入元
帝國製薬株式会社
香川県大川郡大内町三本松567番地

作成年月2000年4月



疲れやすくて、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿で時に口渴があるもの

腰痛、下肢痛に

ツムラ牛車腎気丸

エキス顆粒(医療用)

薬価基準収載

効能又は効果

疲れやすくて、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿で時に口渴がある次の諸症：
下肢痛、腰痛、しびれ、老人のかすみ目、かゆみ、排尿困難、頻尿、むくみ

用法及び用量

通常、成人1日7.5gを2～3回に分割し、食前又は食間に経口投与する。なお、年齢、体重、症状により適宜増減する。

使用上の注意(全文記載)

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)体力の充実している患者[副作用があらわれやすくなり、その症状が増強されるおそれがある。] (2)暑がり、のぼせが強く、赤ら顔の患者[心悸亢進、のぼせ、舌のしびれ、悪心等があらわれることがある。] (3)著しく胃腸の虚弱な患者[食欲不振、胃部不快感、悪心、嘔吐、腹部膨満感、腹痛、下痢、便秘等があらわれることがある。] (4)食欲不振、悪心、嘔吐のある患者[これらの症状が悪化するおそれがある。] 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。フシを含む製剤との併用には、特に注意すること。 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)過敏症：発疹、発赤、掻痒等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。 (2)消化器：食欲不振、胃部不快感、悪心、嘔吐、腹部膨満感、腹痛、下痢、便秘等があらわれることがある。 (3)その他：心悸亢進、のぼせ、舌のしびれ等があらわれることがある。 4. 高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているため減量するなど注意すること。 5. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい。[本剤に含まれるゴシツ、ボタンビにより流早産の危険性があり、また修治ブシ末の副作用があらわれやすくなる。] 6. 小児等への投与 小児等には慎重に投与すること。[本剤には修治ブシ末が含まれている。] (1999年10月改訂)
*組成・性状等は製品添付文書をご覧ください。

参考

●比較的体力の低下した人あるいは老人で、腰部および下肢の脱力感、冷え、しびれ、排尿異常(特に夜間頻尿)を訴える場合に適用されます。

●腰部脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、骨粗鬆症などによる『腰痛』に効果があります^{1)~4)}。

【文献】 1)大貫 稔・他:第6回日本漢方治療シンポジウム講演内容集:P117(1993) 2)中村哲郎・他:老化と疾患, 2(6):1775(1989)
3)高岸直人:老化と疾患, 4(3):389(1991) 4)大貫 稔:PTM, 6(13):2(1993)

株式会社 ツムラ

資料請求 弊社MR(医薬情報担当者)、または下記住所宛ご請求下さい。

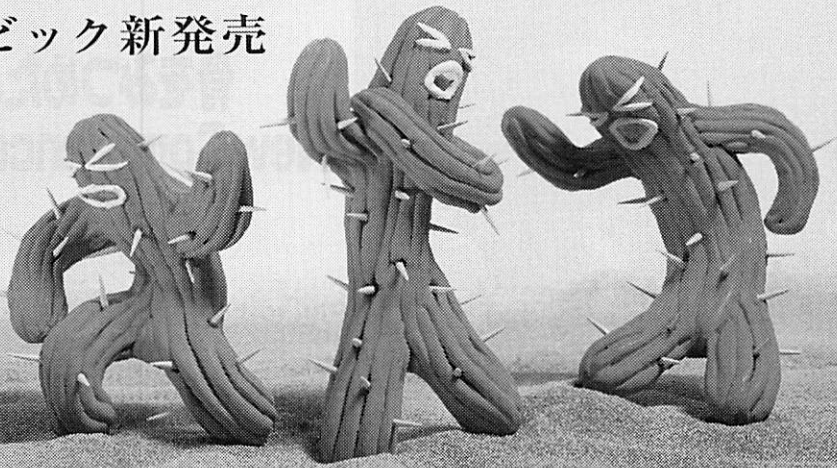
●本社:〒102-8422 東京都千代田区二番町12番地7 <http://www.tsumura.co.jp/>

(2000年12月制作)

■使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。

YZ-1072

モービック新発売



非ステロイド性消炎・鎮痛剤 劇薬 指定医薬品

モービック®カプセル
5mg・10mg

Mobic® Capsules 5mg・10mg (メロキシカム製剤)

薬価基準収載

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書等をご覧ください。



Boehringer
Ingelheim

製造発売元

日本ベーリンガー・インゲルハム株式会社
資料請求先: 学術情報部
〒101-0064 東京都千代田区協栄町2-8-8 住友不動産協栄町ビル13階

発売元

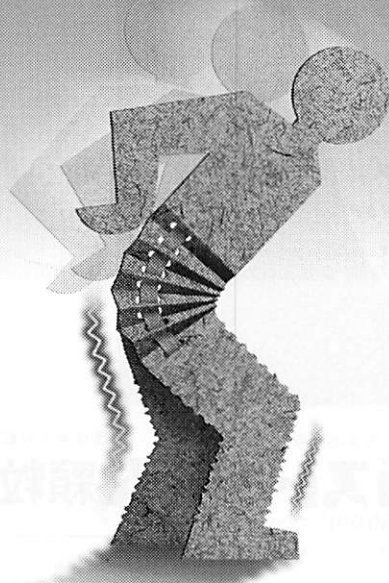


第一製薬株式会社

資料請求先
東京都中央区日本橋三丁目14番10号

2001年2月作成 (2000.12)

経口プロスタグランジンE₁誘導体製剤



指定医薬品 要指示医薬品^{注)}

プロレナル[®]錠

〈リマプロスト アルファデクス錠〉

PRORENAL[®]

■薬価基準収載

注) 注意-医師等の処方せん・指示により使用すること

※効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

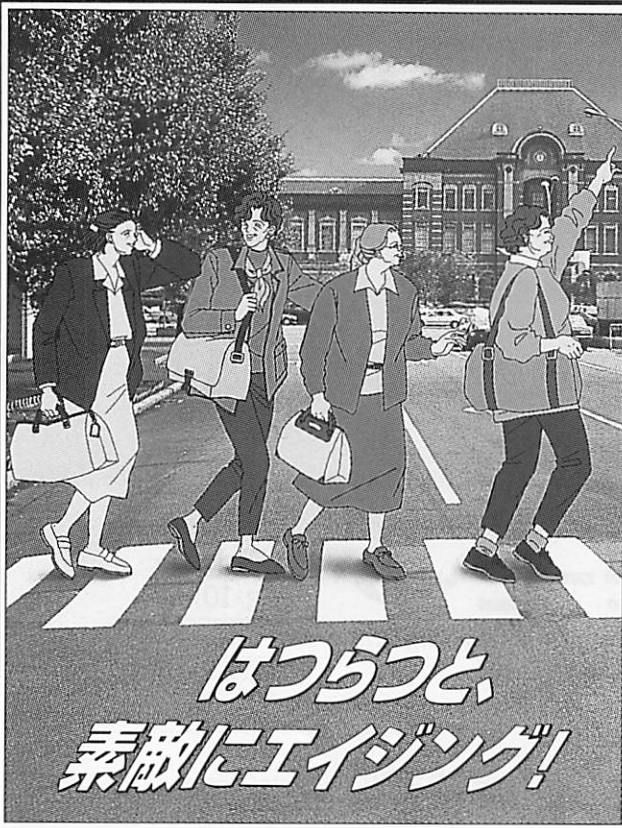


〔資料請求先〕

大日本製薬

〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

0103



骨をみつめた、 New Compliance Drug



骨代謝改善剤 薬価基準収載

新薬・指定医薬品・要指示医薬品（注意—医師等の処方せん—指示により使用すること）

ダイドロネル錠200

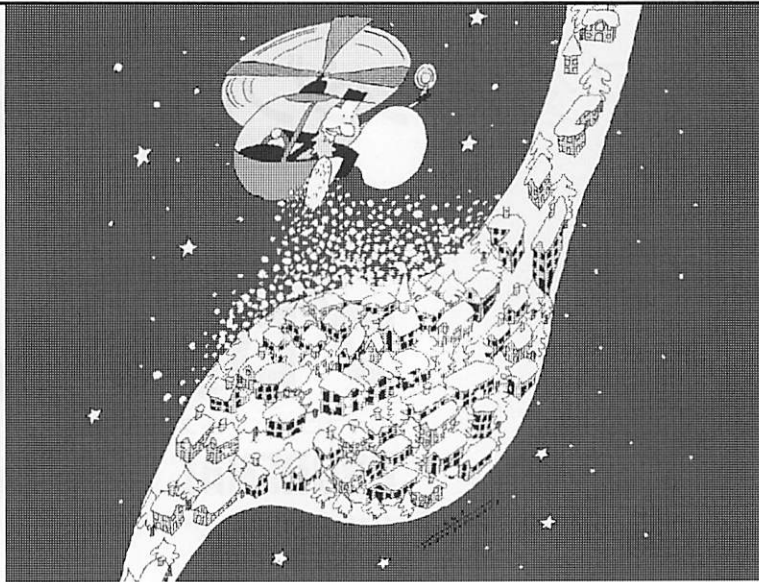
Didronel エチドロン酸 ニナトリウム錠

■効能・効果・用法・用量、使用上の注意等につきましては添付文書をご覧ください。

住友製薬

製造発売元 (資料請求先)
住友製薬株式会社
〒541-8510 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

おおって守って、直接なおす。



■効能・効果/胃潰瘍

下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

■用法・用量/通常、成人には本剤を1回1.5g(エカベトナトリウムとして1g)、1日2回(朝食後、就寝前)経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

- 使用上の注意は製品添付文書をご覧ください。
- 使用上の注意の改訂には十分ご留意ください。



胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載

ガストローム® 顆粒

Gastrom® (エカベトナトリウム製剤)

指定医薬品

<資料請求先>

田辺製薬株式会社
大阪市中央区道修町3丁目2番10号
<http://www.tanabe.co.jp/>



経口用セフェム系抗生物質製剤

指定医薬品, 要指示医薬品^(注1)

フロモックス®

錠 75mg・100mg
小児用細粒 100mg



日抗基 塩酸セフカペン ピボキシル錠/細粒 略号 CFPN-PI

注1) 注意-医師等の処方せん・指示により使用すること

■薬価基準収載

■「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」、「原則禁忌」、「使用上の注意」等については添付文書をご参照下さい。

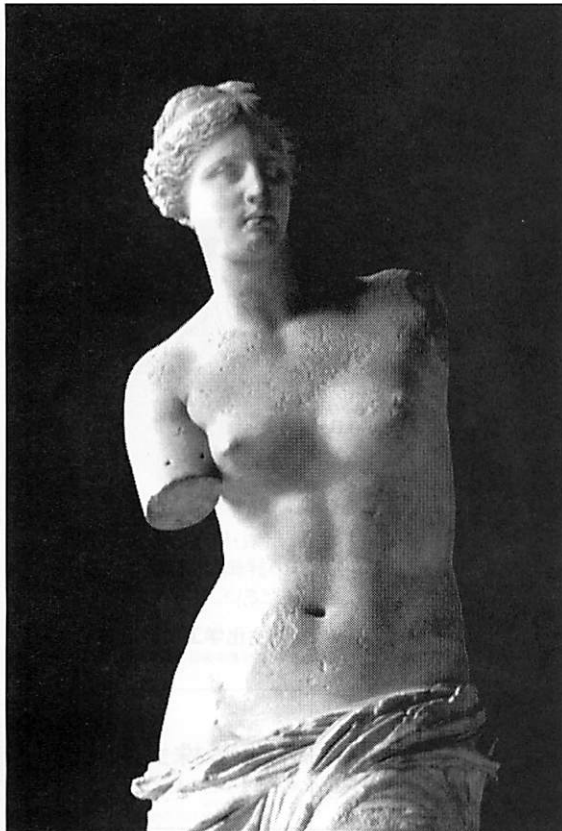
〔資料請求先〕 塩野義製薬株式会社 医薬情報本部 〒553-0002 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

1999年3月作成 B52 ®:登録商標



シオノギ製薬

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045



持続性抗炎症・鎮痛剤 《ナブメトン錠》

指定医薬品
レリフェン®錠
RELIFEN RELIFEN 400 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につきましては添付文書をご参照ください。

資料請求先
株式会社 三和化学研究所
S K K

SM スミスクリン ピーチャム
提携 英国 ミドルセックス

1999年5月作成

効能・効果追加

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

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

1. 閉塞性血栓性血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感などの虚血性諸症状の改善 2. 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

1. 閉塞性血栓性血管炎に伴う潰瘍、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。2. 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)

1. **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) 2. **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 併用注意**(併用に注意すること)

指定医薬品
 要指示医薬品

薬価基準収載

経口プロスタグランジンE₁誘導体製剤

オパルモン錠[®]

OPALMON

リマプロスト アルファデクス錠

薬剤名等	抗血小板剤 血栓溶解剤 抗凝血剤	アスピリン、チクロピジン、シロスタゾール ウロキナーゼ ヘパリン、ワルファリン
------	------------------------	---

4. 副作用(閉塞性血栓性血管炎に伴う潰瘍、疼痛および冷感などの虚血性諸症状の改善) 副作用集計の対象となった4,582例中184例(4.02%)に249件の副作用が認められた。主なものは下痢49件(1.07%)、悪心・嘔気・嘔吐22件(0.48%)、潮紅・ほてり22件(0.48%)、発疹17件(0.37%)、腹部不快感・心窩部不快感18件(0.39%)、腹痛・心窩部痛15件(0.33%)、頭痛・頭重14件(0.31%)、AST(GOT)・ALT(GPT)の上昇等の肝機能異常12件(0.26%)、食欲不振10件(0.22%)などである。(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) 副作用集計の対象となった373例中34例(9.12%)に54件の副作用が認められた。主なものは胃部不快感8件(2.14%)、発疹6件(1.61%)、頭痛・頭重4件(1.07%)、下痢4件(1.07%)、貧血3例(0.80%)などである。(承認時)

●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。

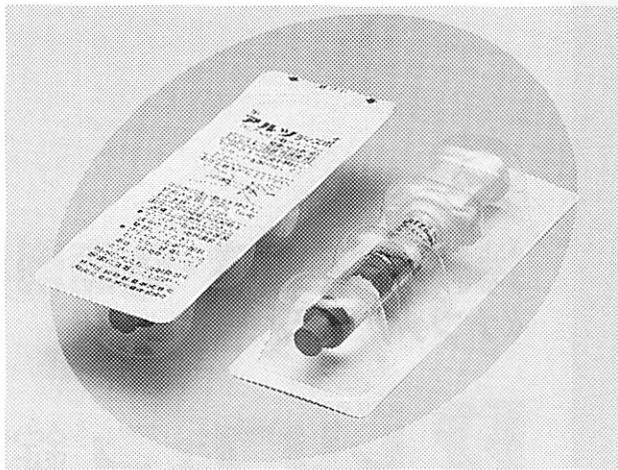
製造発売元
 資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-6526 大阪市中央区道修町2丁目1番5号

010404



関節機能改善剤

指定医薬品

アルツディスポ[®]

(ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

ブリスター包装内滅菌済

ARTZ Dispo[®]

●薬価基準収載



●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。

(製造元) **生化学工業株式会社**
 東京都中央区日本橋本町2-1-5

発売元

(資料請求先)

科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28-8

(1998年12月作成)

97H4

大阪府、大阪市、指定

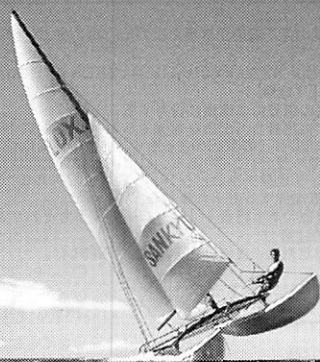
土井義肢製作所

〒540-0003

大阪府中央区森の宮中央 2-8-12

TEL 06 (6943) 6567

FAX 06 (6943) 6878



鎮痛・抗炎症
・解熱剤

ロキソニン[®]錠 細粒

劇薬・指定医薬品 一般名:ロキソプロフェンナトリウム ■薬価基準収載

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む
使用上の注意は添付文書をご覧ください。

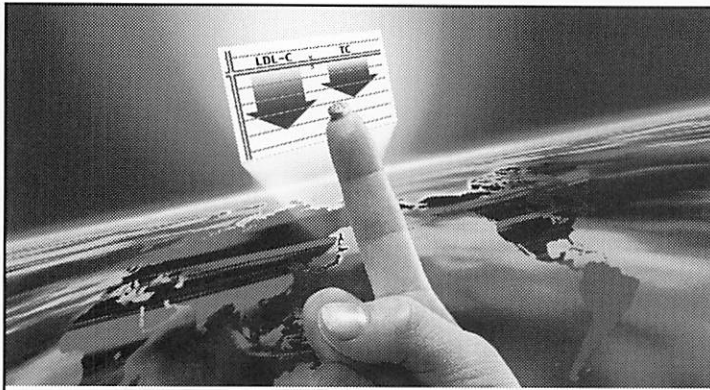


資料請求先

三共株式会社

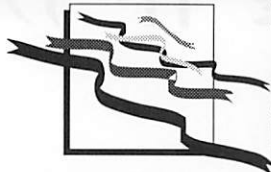
〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1

99.10(七)



Yamanouchi

Pfizer
ファイザー



指定医薬品 HMG-CoA還元酵素阻害剤

リピートル[®]錠 5mg 10mg

アトルバスタチンカルシウム水和物 薬価収載

●禁忌、原則禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

製造発売元 **山之内製薬株式会社**
[資料請求先] 〒103-8411 東京都中央区日本橋本町2-3-11

販売提携 **ファイザー製薬株式会社**
〒163-0461 東京都新宿区西新宿2-1-1

2001年6月1日より
30日投与
が可能です。

高脂血症に関する情報提供サイト **LIPID NET**

<http://www.lipid.ne.jp/>

●詳しい情報をご入力の方は山之内製薬株式会社またはファイザー製薬株式会社、医薬情報担当者 (MR) にお申し付け下さい。

2001.5作成 B5% B.04



5-HT₂ブロッカー

指定医薬品



アンプラーグ[®]錠 50・100mg
細粒10%

ANPLAG Tablets / Fine granules

一般名：塩酸サルボグレラート 薬価基準収載品

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

- 1) 出血している患者 (血友病、毛細血管脆弱症、消化管潰瘍、尿路出血、喀血、硝子体出血等) (出血をさらに増強する可能性がある。)
- 2) 妊婦また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】

慢性動脈閉塞症に伴う潰瘍、疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善

【用法・用量】

塩酸サルボグレラートとして、通常成人1回100mgを1日3回食後経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

【使用上の注意】(抜粋)

1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

- 1) 月経期間中の患者 (出血を増強するおそれがある。)
- 2) 出血傾向ならびにその素因のある患者 (出血傾向を増強するおそれがある。)
- 3) 抗凝固剤 (ワルファリン等) あるいは血小板凝集抑制作用を有する薬剤 (アスピリン、塩酸チクロピジン、シロスタゾール等) を投与中の患者 (出血傾向を増強するおそれがある。)
- 4) 重篤な腎障害のある患者 (排泄に影響するおそれがある。)

2. 重要な基本的注意

本剤投与中は定期的に血液検査を行うことが望ましい。

3. 相互作用

【併用注意】併用に注意すること

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗凝固剤 ワルファリン等	出血傾向を増強するおそれがある。	相互に作用を増強する。
血小板凝集抑制作用を有する薬剤 アスピリン、塩酸チクロピジン、シロスタゾール等		

4. 副作用

1) 重大な副作用

- (1) 脳出血 (0.1%未満)、消化管出血 (0.1%未満)、脳出血、吐血や下血等の消化管出血があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- (2) 血小板減少：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、黄疸：AST (GOT)、ALT (GPT)、Al-P、γ-GTP、LDHの上昇等を伴う肝機能障害や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)

類薬 (塩酸チクロピジン) では無顆粒球症等が知られているので注意すること。

*その他の使用上の注意は、添付文書をご覧ください。

製造発売元
資料請求先



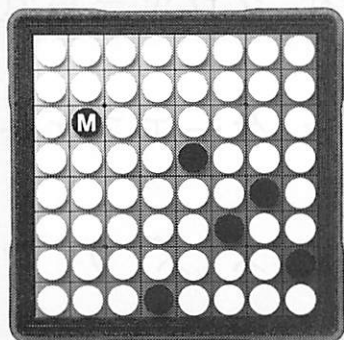
三菱東京製薬株式会社
〒103-8405 東京都中央区日本橋本町2-2-6

2000年11月作成

MOVE by MOVER

RAに新戦略。

慢性関節リウマチの早期治療に



販売元(資料請求先)
日研化学株式会社
〒104-0045 東京都中央区築地5-4-14 Tel:03-3544-8858

禁忌(次の患者には投与しないこと) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人、授乳婦(「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照)〔妊娠中の投与に関する安全性は確立していない〕

効能・効果 慢性関節リウマチ
用法・用量 通常、他の消炎鎮痛剤等とともに、アクタリットとして成人1日300mgを3回に分割経口投与する。

使用上の注意
1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) 1) 腎障害又はその既往歴のある患者(腎障害が悪化するおそれがある。) 2) 肝障害のある患者(肝障害が悪化するおそれがある。) 3) 消化性潰瘍又はその既往歴のある患者(消化性潰瘍が悪化するおそれがある。)

2. 重要な基本的注意 1) 本剤の投与に際しては、慢性関節リウマチの治療法に十分精通し、患者の病態並びに副作用の出現に注意しながら使用すること。 2) 本剤は鎮痛消炎作用を持たないため従来より投与している消炎鎮痛剤等を併用すること。ただし、本剤を6か月間継続投与しても効果があらわれない場合は投与を中止すること。 3) 本剤は比較的発症早期の慢性関節リウマチ患者に使用することが望ましい。 4) 本剤投与中は臨床症状を十分観察するとともに、**定期的に臨床検査(血液検査、肝機能・腎機能検査等)を行うこと。**

3. 副作用 総症例5,199例中、495例(9.52%)に副作用が認められ、主な副作用は発疹69件(1.33%)、腹痛56件(1.08%)、そう痒感56件(1.08%)であった。(承認時～1998年3月迄の集計)なお、自発報告のみで報告された副作用は頻度不明とした。

1) 重大な副作用 (1) ネフローゼ症候群 ネフローゼ症候群(頻度不明)があらわれることがあるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。**(2) 間質性肺炎** 発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常を伴う間質性肺炎(0.1%未満)があらわれることがあるので、患者の状態を十分に観察し、このような症状があらわれた場合には、投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤投与等の適切な処置を行うこと。**(2) 重大な副作用(頻度)** 他の抗リウマチ剤で、急性腎不全、無顆粒球症、再生不良性貧血、肺線維症、天疱瘡様症状が報告されているので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

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。

製造元
三菱東京製薬株式会社
〒103-8405 東京都中央区日本橋本町2-2-6 Tel:03-3241-5155

2000年5月作成

腰痛症、頸肩腕症候群 変形性関節症、肩関節周囲炎 帯状疱疹後神経痛の 長引く痛み、神経因性疼痛に

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)

ノイロトロピン錠

(薬価基準収載)

【効能・効果】

帯状疱疹後神経痛、変形性関節症、腰痛症
頸肩腕症候群、肩関節周囲炎

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉

帯状疱疹後神経痛に用いる場合は、帯状疱疹発症後6か月以上経過した患者を対象とすること。(帯状疱疹発症後6か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〉

帯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。

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

※「使用上の注意」などについては添付文書をご参照ください。

健康を求め、未知に挑戦する
日本臓器製薬
〒154-0045 大田区中央区平野2丁目1番2号 ☎03(6203)0416
資料請求先：日本臓器製薬株式会社 学術部

ノイロトロピン錠は、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。



大阪医診会

株式会社 アズウェル

株式会社 クラヤ三星堂

井筒薬品株式会社

株式会社 ケーエスケー

榎本薬品株式会社

株式会社 スズケン

大阪合同薬品株式会社

東邦薬品株式会社

オオモリ薬品株式会社

[五十音順]



Liple

プロスタグランジンE₁製剤

リプル®

アルプロスタジル注射液


劇薬、指定医薬品、要指示医薬品

Liple®

※〈警告〉〈禁忌〉〈効能又は効果〉〈用法及び用量〉
〈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。

〈薬価基準収載〉

製造発売元

 ウェルファイド株式会社

大阪市中央区平野町 2-6-9

〈資料請求先〉〈すり相談室

〒541-0047 大阪市中央区淡路町2-5-6

LIP-(B5 1/2) 2000年4月作成

Welfide Corporation



骨形成へ新作用

特 性

- 1 骨の脆弱性の要因となる骨基質タンパク質オステオカルシンの異常を正常化します。
- 2 骨形成を促進し低下した骨代謝状態を改善します。
- 3 骨の微細構造を改善します。
- 4 骨粗鬆症における骨塩量及び疼痛の改善効果が確認されています。
- 5 骨形成促進作用(ラット, *in vitro*)と骨吸収抑制作用(*in vitro*)の両面から骨組織の代謝不均衡を改善します。
- 6 副作用発現率は4,252例中145例(3.41%)でした。
主な副作用は、胃部不快感37件(0.87%)、腹痛17件(0.40%)、発疹、痒疹(症)、BUN上昇がそれぞれ10件(0.24%)等でした。(第5回安全性定期報告書より)

本剤はビタミンK₂製剤であり、抗凝血薬療法で用いられるワルファリンカリウム(ワーファリン)の作用を減弱します。これに基づき、使用上の注意に「禁忌」と「相互作用」が設定されています。

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)
ワルファリンカリウム投与中の患者〔「相互作用」の項参照〕

【効能・効果】

骨粗鬆症における骨量・疼痛の改善

【用法・用量】

通常、成人にはメナテレノンとして1日45mgを3回に分けて食後に経口投与する。

【使用上の注意】

1. 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、骨量減少・疼痛がみられる患者を対象とすること。

(2) 発疹、発赤、痒疹等があらわれた場合には投与を中止すること。

2. 相互作用

併用禁忌(併用しないこと)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ワルファリンカリウム(ワーファリン)	ワルファリンの期待薬効が減弱する可能性がある。患者がワルファリン療法を必要とする場合はワルファリン療法を優先し、本剤の投与を中止する。プロトロンビン時間、トロンプテストなど血液凝固能検査を実施し、ワルファリンが維持量に達するまで定期的モニタリングを行う。	ワルファリンは肝細胞内のビタミンK代謝サイクルを阻害し、凝固能のない血液凝固因子を産生することにより抗凝固作用、血栓形成の予防作用を示す製剤である。本剤はビタミンK ₂ 製剤であるため、ワルファリンと併用するとワルファリンの作用を減弱する。

3. 副作用

総症例1885例中、81例(4.30%)の副作用が報告されている。(承認時及び市販後第1回使用成績調査の累計)

	0.1~5%未満	0.1%未満	頻度不明
消化器	胃部不快感、腹痛、悪心、下痢、消化不良	口渇、食欲不振	嘔吐、口内炎
過敏症	発疹、痒疹、発赤		
精神神経系	頭痛	ふらつき	めまい
肝臓	AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTPの上昇等		
腎臓	BUNの上昇等		
その他	浮腫		

4. 高齢者への投与

高齢者に長期にわたって投与されることが多い薬剤なので、投与中は患者の状態を十分に観察すること。

5. 妊婦・産婦・授乳婦への投与

妊婦・授乳婦への投与に関する安全性は確立していない(使用経験がない)。

6. 小児等への投与

小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

7. 使用上の注意

(1) 投与時

本剤は空腹時投与で吸収が低下するので、必ず食後に服用させること。なお、本剤は脂溶性であるため、食事に含まれる脂肪量が少ない場合には吸収が低下する。(添付文書の「薬物動態」の項参照)

(2) 薬剤交付時

PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。(PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜に刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている)

骨粗鬆症治療用ビタミンK₂剤 薬価基準収載
グラケール®
Glakay カプセル 15mg
 <メナテレノン製剤>

●本剤は、厚生省告示第73号(平成12年3月17日付)に基づき、1回30日間分までの投薬が認められています。

●ご使用に際しては添付文書をご参照ください。
資料請求先: エーザイ株式会社医薬部

hvc
ヒューマン・ヘルスケア企業



エーザイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-10