

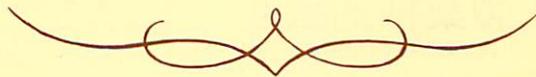


大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



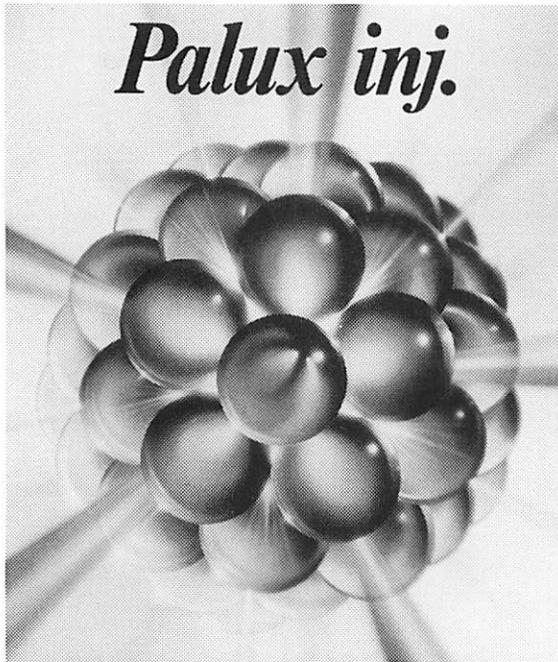
第20号
平成7年3月



プロスタグランジンDDS製剤

病巣血管ヘターゲッティング

『糖尿病における皮膚潰瘍の改善』の効能・効果が追加されました。



Palux inj.

静注用プロスタグランジンE₁製剤
パルクス®注
健保適用 (特) (要指) アルプロスタジル注射液

● 製品特長

1. PGE₁+微細脂肪粒子担体を開発(1)ボ化
2. 病巣血管ヘターゲッティング
3. 潰瘍、安静時疼痛に優れた効果
4. One Shot 静注が可能
5. 副作用発現率は4.45%(306/6873例)

—血管痛0.95%など—(成人対象疾患)



大正製薬株式会社

資料請求先

〒171 東京都豊島区高田3-24-1 ☎(03)3985-1111

(効能・効果)

- 慢性動脈閉塞症(バージャー病、閉塞性動脈硬化症)における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善
- 下記疾患における皮膚潰瘍の改善
進行性全身性硬化症
全身性エリテマトーデス
- 糖尿病における皮膚潰瘍の改善
- 振動病における末梢血行障害に伴う自覚症状の改善
ならびに末梢循環・神経・運動機能障害の回復
- 動脈管依存性先天性心疾患における動脈管の開存

〈警告〉

動脈管依存性先天性心疾患(新生児)に投与する場合には、本剤投与により無呼吸発作が発現することがあるので、呼吸管理設備の整っている施設で投与すること。

〔使用上の注意〕

1. 一般的注意

- (1)慢性動脈閉塞症(バージャー病、閉塞性動脈硬化症)、進行性全身性硬化症、全身性エリテマトーデス、振動病の患者に適用する場合には、次の事項を考慮すること。
 - 1)本剤による治療は対症療法であり、投与中止後再燃することがあるので注意すること。
 - 2)糖尿病における皮膚潰瘍の患者に適用する場合には、次の事項を考慮すること。
 - 1)糖尿病治療の基本である食事療法、運動療法、経口血糖降下剤、インスリン等の治療を行った上での適用を考慮すること。
 - 2)外用の糖尿病性潰瘍治療剤では十分な効果が期待されない患者に対して適用を考慮すること。
 - 3)本剤による治療は対症療法であり、投与中止後再燃することがあるので注意すること。
 - 4)投与中は経過を十分に観察し、4週間連日投与して効果が認められない場合には、他の適切な治療に切り替えること。
- (3)動脈管依存性先天性心疾患の新生児に適用する場合には、次の事項を考慮すること。
 - 1)重篤な疾患を有する新生児への投与なので、観察を十分に行い慎重に投与すること。なお、副作用が発現した場合は、投与中止、注入速度の減速など適切な処置を講ずること。
 - 2)無呼吸発作が発現することがあるので、投与中は呼吸状態の観察を十分に行い、発現した場合は投与を中止するなど適切な処置を講ずること。
 - 3)過量投与により副作用発現率が高まるおそれがあるため、有効最小量で維持すること。
 - 4)長期投与により長管骨膜に肥厚がみられるとの報告があるので観察を十分に行い、必要以上の長期投与は避けること。

〈2. 次の患者には投与しないこと〉

- (1)重篤な心不全の患者。
- (2)妊婦又は妊娠している可能性のある婦人。
- (3)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者。

※用法・用量、その他の使用上の注意等は、添付文書をご参照下さい。

目 次

巻頭言長田 明..... 1
諸会議の報告	I JCOA各県代表者会議.....木佐貫一成..... 2
	II 第7回JCOA学会.....長田 明..... 3
	III 日整会リウマチ委員会.....堀木 篤..... 9
	IV 第6回日本理学診療医学会.....坂本徳成..... 9
	V 大阪府医師会交通事故医療委員会の報告...木佐貫一成.....12
研修会報告	整形外科領域におけるマイクロサージャリーの応用 大阪市立大学整形外科教授.....山野慶樹.....14
	RAと類似疾患の鑑別のポイント 鳥取大学整形外科教授.....豊島良太.....18
	慢性関節リウマチの最近の治療 行岡病院院長.....前田 晃.....22
	大阪整形外科 症例検討会.....大橋則男.....25
	最近救急搬送されてきた脊柱骨折・脊髄損傷山本光男.....31
施設紹介	特別養護老人ホーム設立のための奮闘記.....孫 瑤 権.....39
OCOAアンケート丹羽権平.....43
論説・随想	上海第六人民医院 訪問記.....堀木 篤.....49
	患者さんて、勝手やなあ、けど.....島田永和.....51
	私の海外失敗談.....天野敬一.....54
	石徹白のアマゴ.....佐竹兼爾.....56
厚生部だより	平成6年度OCOA春季ゴルフコンペ.....58
	平成6年度OCOA秋季ゴルフコンペ.....60
	平成6年度OCOA会員旅行.....62
OCOA理事会議事録64
会員名簿補追69
お知らせ70
編集後記71

巻 頭 言

大阪臨床整形外科医会 副会長 長 田 明

大阪臨床整形外科医会(OCO A)が発足して今年は18年目になります。会員数も280名余とかなりの大所帯となってまいりました。そして大阪府医師会役員のうち理事2名と副議長がOCO A会員であり、それぞれの担当部門で活躍中であります。

昨年11月には日本整形外科学会評議員の改選がありました。4名のOCO A会員が評議員として選出されました。全国的にみましても以前とはかなり様相が変わり、開業医が評議員として開業医の立場を主張することができるようになったのではないかと考えております。

大阪府医師会調査委員会の会員意見調査集計報告によりますと、将来の不安材料のベスト3は「医療費抑制策」「医師の増加」「医事紛争の増加」だそうです。昨年の健保点数改正の内容は、毎回のことではありますが私たち会員が十分に納得できるものからはほど遠いものでしたし、そのほか昨今の医療をとりまく諸事情の劣悪さ加減をみましてもこの意見は的を得たものと言えるでしょう。

今こそ私たち一人一人が直面するいろいろな問題に真剣に取り組み考えねばならない時ではないでしょうか。願わくば当会員280余名の英知を集め一致団結して一個人では解決できない諸問題に取り組み、この困難な時期を乗り切りたいものです。

また今年の2月末で日本整形外科学会認定医の資格継続制度が満6年になりました。従いまして第一回目の認定医資格の更新を手続中の会員もおられることと思います。6年間で36単位の単位取得は私たち大阪など都心部にいる者にとっては一見楽な単位数のようですが、地方都市ではかなり難しいように聞き及んでおります。平成6年度もOCO Aでは6回の研修会で合計11単位取得できるように計画致しましたが、スポーツ単位、リウマチ単位の方が不足しがちであるという声を耳にいたします。本年度も会員諸先生方の御希望にそえるような研修会内容に近ずけるよう努力いたしたいと考えております。

OCO Aのますますの発展のため皆様方のあたたかいご支援をよろしくお願い申し上げます。

諸会議の報告

I JCOA各県代表者会議

日 時：平成6年10月10日(月) AM 7.30～8.20

場 所：山口市湯田温泉 ホテル・ニュータナカ

出席者：役員・舟越理事長以下18名、欠席3名

各県代表者(代理出席含む)・出席33名、欠席14名

副会長 木佐貫 一 成

理事長挨拶
研修会会長挨拶
議事録署名人指名

議題

(1)平成6年度上半期事業報告、会員状況

H.6.9.30現在で正会員4,247名、名誉会員36名、計4,283名(北海道177、東北428、関東1,033、中部580、近畿716、中四国622、九州727)。府県例では東京318、大阪275、福岡273、……。

JCOAの各種委員会で、OCO Aより社会保険等検討委員会に反田英之、医業経営委員会に小杉豊治、会則等検討委員会に三橋二良、組織委員会に福井宏有の各先生が委員として就任中。

(2)平成6年度上半期会計報告、会費納入状況

(3)事務所の移転について

常任理事会や各種委員会等を事務所で開催することで経費削減と会議場確保のためにH6.11.4より下記新事務所に移転。

〒110 東京都台東区台東4丁目26番8号

御徒町台東ビル6F

TEL 03-3839-5363

FAX 03-3839-5366

(4)JCOA生命共済および年金制度について

(5)名簿等について

JCOAニュースに載せるため、各県の活動状況を偶数月の25日迄に投稿していただきたい。

(6)「骨と関節の日」の活動状況

一般市民対象の公開講座を開催したところ大盛況であった。(宮城県)

(7)第8回JCOA学会について

H7.6.17(土) PM. 4:00～総会

H7.6.18(日) AM. 9:30～学会(自賠責診療、上肢の痛みについて等)

埼玉県大宮市ソニックホールで開催

(8)いわゆる労災かくしについて

実際は労災であるにも拘わらず、労災保険が適用されていない例が多い。窓口で保険証を提示されても、明らかに労災と判断される場合は、現認証がなくとも労災保険で治療が出来ることを説明し、請求は一時的にRICを利用して支払いに支障のないようにしている。(広島県)

(9)その他

今回のJCOA研修会は静岡県浜松市で開催予定。平成7年9月23日(土、祭)懇親会、研修会。翌24日(日)に観光、ゴルフ等のスケジュールを予定。

II 第7回 JCOA学会

日時：平成6年6月26日(日)
場所：栃木県宇都宮市総合文化センター
主催：日本臨床整形外科医会(栃木県担当)

副会長 長 田 明

大阪より伊藤成幸、坂本徳成、木佐貫一成、長田明の4名が参加した。大阪よりの参加が少なく、いささか淋しい感じがあったが、それでも全国より整形外科を志す仲間が集まり、発表に討議にと初夏の日曜日を返上しての充実した一日であった。

また、地元新聞で最も購読者数の多いと言われている下野新聞社が本学会を特集し、28頁のうち2頁を全面使用して高瀬佳久氏(第7回JCOA学会名誉会長、栃木県医師会副会長)等との座談会を記事にして整形外科をPRしていたことは特筆に値するものと考えられる。

午前と午後にパネル・ディスカッションがそれぞれひとつずつと展示発表44題である。以下にプログラムを提示する。

9:20

開会の挨拶 サブホール
JCOA学会会長 吉川 定雄
JCOA理事長

9:30

パネル・ディスカッションI サブホール
日整会の認定医制度はどうあるべきか
座長 八百板整形外科医院
八百板 沙(埼玉)

1. 日整会認定医の現況と将来予測
東北地区 柴田整形外科病院
柴田 尚一(宮城)
2. 認定医・未認定医の立場から
— 意識調査を中心として —

九州地区 整形外科米盛病院
米盛 学(鹿児島)

3. 日本整形外科学会認定医制度はどうあるべきか
— その問題点について —

中部地区 山内整形外科病院
山内 四朗(福井)

4. 日整会認定医の過去、現在、未来
関東地区 梅ヶ枝整形外科医院
梅ヶ枝 健一(東京)

11:30

JCOA学術賞受賞記念講演 サブホール
座長 高山整形外科病院
高山 登(東京)
吉川整形外科病院
吉川 定雄(栃木)

1. 足の機能と靴の機能について
石塚 忠雄(東京)
2. 先天性特発性内反足の治療の要点
月山 勉(静岡)

12:30~13:30 口演及び実技

1. 神経ブロック 第3ギャラリー
腰下肢に対する神経ブロック療法
— 適応とその実際・Accidentの対策 —
司会 河原 宏(河原整形外科医院)
講師 佐々木 信之(佐々木整形外科
麻酔科クリニック)(宮城)
2. テーピング(特に下肢について)
第4ギャラリー
司会 平野 彰三(平野整形外科医院)

No	都道府県	氏名	演題
1	栃木	平野彰三	改良プラスチックギブス固定方法
2	石川	三秋宏	関節造影のすすめ
3	栃木	五味洩諒一	乳児頭蓋変形の治療：赤ちゃんの頭のいびつが気になりませんか
4	千葉	奥山隆保	良い枕とは
5	福岡	徳永純一	鎖骨骨折に対する鎖骨バンドの改良
6	栃木	大森一紀	私の工夫“リストバンド”の試作
7	長崎	中山哲晴	リストバンド
8	長崎	中山哲晴	アンクルバンド
9	栃木	高槻先歩	腰椎椎間板症(椎間板ヘルニアを含む)間欠的90/90骨盤牽引法について
10	千葉	三橋稔	M式万能牽引装置
11	兵庫	吉良貞伸	改良型 膝自動滑車訓練器 着脱式ギブスヒール スポットライト
12	福井	大橋義一	肩腱板断裂における軋音(crepitus repitus)の診断的有用性について
13	和歌山	中城忠孝 西島洋典	大腿骨頸部骨折に対するmultiple pinningの一考案
14	和歌山	山口節生	アキレス腱断裂経皮縫合術の一方法
15	静岡	月出勉	先天性持続性内反足の治療の要点
16	埼玉	橋本昌明 菱沢利行 渡辺寛	フェノール法による陥入爪手術
17	栃木	福島稔 福島邦男 橋本祐之 粟國順二	中実丸棒髓内釘による脛骨骨折の治療経験
18	栃木	上野博嗣 吉川定雄	慢性化膿性骨髄炎の治療
19	栃木	松葉健 吉川定雄	免疫調整薬抵抗性RAに対するMTXの効果
20	福井	梅田真一郎	頸部椎間関節ブロックの臨床応用
21	栃木	青木善昭	五十肩に対する針治療(振動法)
22	静岡	月出勉	膝関節炎の痛みと炎症の早期治療
23	富山	大成清一郎	膝関節外傷に認められるbone bruise(骨挫傷)
24	神奈川	金井司郎 福田邦夫	交通事故による頸部損傷の経過に影響を及ぼす整形外科的以外の要因についての一考察
25	栃木	河原宏 宇都宮整形外科医一同	乳児先天性股関節脱臼の検診(宇都宮方式)

No	都道府県	氏名	演題
26	栃木	渡大古大福 辺塩久古森島 憲直津泉一 一文一努紀稔	栃木県北部4地区(大田原市、黒磯市、西那須野町、那須町)の乳児股関節検診について
27	宮城	笹森紀男 柴田尚一	宮城県方式脊柱側弯症検診について
28	神奈川県	檜山建宇 金井司郎 木島英夫 西村和雄 武内鉄夫 加藤俊明 今井重信 桜田允也 渡辺仁美 渡辺正美 飯塚健児	藤沢市における脊柱側弯症学校検診の12年間の結果と発現された側弯症の自然経過
29	徳島	手東昭胤 濱野浩二 長尾篤	側弯症学校検診15年間の結果とその評価
30	奈良	谷掛駿介 奈良市医師会 脊柱側弯症対策委員会	脊柱側弯症の学校検診
31	埼玉	宮之原啓 今村惠 大島正弘 武重秀雄 立川富也	上尾市に於ける学校側弯症検診
32	愛知	吉田徹	中学生の脊椎分離症学校検診について
33	富山	大成清一郎 安元三郎 布谷猛雄 羽柴秀雄 竹林俊一郎	少年野球チームの野球肘検診
34	宮崎	獅子目賢一郎	高校女子長距離選手のメディカル・サポートの実際
35	新潟	宮尾益尚 浅井忍 宮尾益信 宮尾益克	骨付き膝蓋骨髄を用いた鏡視下前十字靭帯靭帯再建術後のスポーツ復帰について
36	栃木	藤林繁実 島津一宣 黒田正孝 道山誼 小倉新一 資一郎	栃木県におけるスポーツ医事相談10年の集計(栃木県臨床整形外科医会)

No.	都道府県	氏名	演題
37	埼玉	菱沢利行 橋本月明 望渡和憲 渡辺寛寛	転倒に関する調査報告(60才以上の整形外科患者、人間ドック受診者について)
38	栃木	今井純郎 宇都宮市臨床 整形外科医会	宇都宮市保健センターに於けるリハビリ訓練教室の状況
39	東京	幡野千丕子 新島礼子 富山恵美 中田成子 橋本ノリ子 山口真由美 山西村かおる	電話相談における尿失禁の原状
40	栃木	大兼俊太郎 梅原忠雄 池田舜一 飯田弘道 菊地進一 加藤隆文 桜井文景 宝住与一	我々の行っている健康づくり教室について
41	広島	大谷宏明	地域医療における整形外科的・住民ケア
42	広島	上野武久 金野光賀 筒井美津子	RA患者のQOL向上のための試みー有床診療所の無床化への活路として
43	山口	山口県JCOA	第21回JCOA研修会(山口)の報告
44	大分	岡本雄三 赤嶺清子 田嶋昭二	地域リハビリテーションの取り組みについて

午前のパネルⅠ 日整会の認定医制度はどうあるべきか

東北地区、九州地区、中部地区、関東地区から発表がありそれぞれ問題を提起された。

1. アンケート調査より認定医の大多数は本制度に不満だと答えているが、その反面また大多数が本制度は残すべきであり、認定医資格を維持すると回答している。
 2. 現在のところ継続単位取得不足の認定医が多いがその原因を追求する必要がある。
 3. 研修会の内容にマンネリ化があるのではないか？
 4. 将来的に診療報酬と関連性がなく(経済的裏付けがない)公的制度ともならないなら、資格維持の簡素化を行なうべきではないか？
 5. スポーツ医、リウマチ医を単なる講習会のみで認定していいのか？
- ……等々熱心にディスカッションが行われた。

午後のパネルⅡ 家庭生活での和式と洋式の差について

生活様式の差により脊柱に及ぼす影響を検討した演題が2題(一つは骨粗鬆を中心として、他は脊柱周辺の筋群の筋電図を中心として検討)と膝関節への影響を検討した演題が2題発表され討議された。

また午前のパネルのあと、JCOA学術賞受賞記念講演が2題あり、東京の石塚先生は、

そのライフワークである靴の問題をとりあげられ、足の機能特に踵骨の截距突起の重要性を力説された。また静岡の月出先生はパネルに展示してあるからとご挨拶だけで終られた。

栃木会館小ホールでは市民のための講演があり、「整形外科とは」——骨、筋、腱、神経等のけがや病気について——と題して栃木の高瀬佳久先生が市民一般を対称に整形外科のPRをされておられたのも何とか整形外科をもっと一般市民に身近かに知ってもらいたいという主催者の熱意の現われであろう。

以上簡単に報告したが、本学会は日整会等とは異り、我々開業臨床医が身近にある問題を取り上げ、決して大層な検査機器や実験道具などを用いることなく我々が日常診療の中でできる範囲のことをまとめあげて報告し討議する学会である。従ってアカデミックでないと言われればそれまでかもしれないが、ではアカデミックとは何なのかということをもう一度考え直してみれば我々が現在やっていることは大へんアカデミックなことであると私は思っている。

このように身近な問題を中心とする学会であるからできるだけ多数の会員諸兄の御参加を希望する次第である。尚、来年は埼玉県が担当である。

Ⅲ 日整会リウマチ委員会

理事 堀 木 篤

第1回日整会リウマチ委員会

(H6. 6. 10 東京)

1. 平成5年度は日整会リウマチ認定医として117名を決定した。平成6年2月末現在3,667名である。
2. 第11回リウマチ医資格取得のための研修会が8月20日、21日、大阪で、第4回リウマチ医資格継続のための研修会が平成7年2月19日東京で開催予定。
3. 認定リウマチ医の将来について論議された。

第2回日整会リウマチ委員会

(H6. 8. 20 大阪)

1. 認定リウマチ医資格継続審査の結果、申請件数187件、否決15件であった。
2. 第12回リウマチ医資格取得のための研修会は、平成7年8月19日、20日東京で開催される。
3. リウマチ医一本化の問題について。最近の各学会の認定医制度の動向や一学会一認定医の制度などの点から、日整会リウマチ認定医と日本リウマチ学会認定医との間にある様々の問題点を早急に解決しておくことが極めて重要であることを確認し、そのことについて、長屋リウマチ担当理事から理事会に審議をお願いすることを全会一致で決定した。

Ⅳ 第6回 日本理学診療医学会

日理療医学会幹事・OCCOA理事 坂 本 徳 成

第6回日本理学診療医学会が、平成6年7月10日(日)、横浜市立大学医学部整形外科学教授腰野富久会長のもと、横浜市・パシフィコ横浜で開催された。

その前日の7月9日(土)、午後5時30分より、中華街・華正桜新館において学会幹事会が開かれた。

I 幹事会の報告

1. 庶務、会計報告
2. 委員会報告等

- ① 編集委員会
 - ② 物理療法機器評価委員会
 - ③ 認定医制度検討委員会
 - ④ 厚生省との話し合い、他学会との合同委員会などの活動経過報告
3. 会則改正案審議
 4. 年会費の値上げについて
 5. 事務局移転について
 6. 1994年活動計画案、予算案審議
 7. 次々期副会長選出
 8. 新監事選出

9. 新幹事推薦
10. 医師以外の正会員入会審査
11. 日本医学会入会について
12. その他

- ① 学会認定医について
- ② 法人化について

以上、項目別に会議が進行された。主な点について簡単に報告すると

1. 庶務報告

(1) 事業報告

(1993年1月1～1994年3月31日)

- ① 学術集会の開催
1993年7月4日 宇都宮にて
第5回日本理学診療医学会
会長 大井 淑雄先生
- ② 学会誌発行 理学診療第5巻1、2号
- ③ 委員会の開催
常任理事会
1993年7月3日、10月2日、12月25日
幹事会 1993年7月3日
学会誌編集委員会 1993年7月4日
物理療法機器評価委員会
1993年11月29日、1994年3月12日
認定医制度検討委員会
1993年12月25日
- ④ 厚生省薬務局医療機器開発課との懇親会
- ⑤ 厚生省健康政策局指導課への『理学療法用機器器具などの保守点検に関する要望』書の提出
- ⑥ 後援
第42回日本理学療法学会
1993年5月29日、30日、秩父市にて開催
- ⑦ 『物理療法機器の利用実態に関する調査』実施
- ⑧ 日本学術会議学術研究団体登録承認
1993年9月

(2) 会計報告

委員会費、調査研究費が増加し、繰り越し金が減少した。

(3) 活動計画案

- ① 学術集会の開催
- ② 学会誌の発行
- ③ 委員会開催
- ④ 関連学会との連携
ことに機器の保守点検制度の整備について
- ⑤ 調査研究の実施
- ⑥ その他

2. 委員会報告

イ) 認定医制度検討委員会

認定医制度は理学診療のレベルを上げ、診療科としての独立性を保つうえでは不可欠である。との一致した意見のもと、その骨格、原則、他学会との位置付け、またその実効性などについて検討されている。

ロ) 物理療法機器評価委員会、厚生省との話し合い

I) 保守点検に関するアンケート調査報告、II) 厚生省との話し合い経過報告、III) 物理療法機器分類について、IV) その他など。特に、厚生省薬務局医療機器開発課、松本課長、田坂企画官、長尾機器審査管理官、池永課長補佐、木村課長補佐、山内審査専門官を招き、日整会・日本リハビリ医学会・日本理学診療医学会の三学会との話し合いが、平成6年2月8日(火)にもたれ、薬事法の一部改正することも含め、医療用具の特性に見合った制度の見直しが話し合われた。特に、クラスⅢ用具(生命直接関連用具)と、再審査制度、再評価制度の導入、保守点検制度の義務づけなどが報告された。

3. 会則改正案審議

会則第2条を「本会の事務局の所在地は別に定める」とし、申し合わせ事項で所在地を明記することとし、所在地は東北大学肢体不自由学教室内に移転することが承認された。

4. 年会費値上げが提案され、審議のうえ、承認された。

年会費 正会員 8,000円

理由：委員会、調査研究などの学会活動が活発になり、日本医学会加盟、法人化、更に厚生省に対し積極的に提言を行うための必要経費の上昇のため。

5. 次々期会長選出
東大黒川高秀教授が推薦された。
6. 新監事選出
服部 彰国立診療所西多摩病院院長(仙台市)が推薦された。
7. 新幹事選出
新幹事候補24名全員が推薦された。
8. 医師以外の正会員入会審査
吉田正樹、講武芳英両氏の入会が承認された。
9. 正会員数は平成6年6月20日現在、2,166名；そのうち開業医1,254名、勤務医912

名となっており、大阪は179名、開業医108名、勤務医71名。

II 学会報告

別表のごとく特別講演と、一般演題49題を第一会場に22題を、腰痛の評価と治療、スポーツと理学療法、物理療法および治療機器の利用と効果、のセッションに、27題を第二会場に、下肢Ⅰ、下肢Ⅱ、筋・筋力の評価、脊椎・上肢、小児と理学療法、のセッションにそれぞれ分けられ、熱心な討論が繰り広げられた。

本年は、佐賀医大整形外科学教授・渡辺英夫会長のもと、佐賀市文化会館で平成7年7月9日(日)に開催されます。多数の先生方がご参加くださいますようご案内申し上げます。

日 程 表

第一会場

1994年7月10日(日)

開会の辞					
パネルディスカッションⅠ	腰痛の評価と治療	I-1~8	座長	大井淑雄 黒川高秀	
<休憩>					
主 題	スポーツと理学療法	I-9~15	座長	白井康正 山本博司	
<総会> <昼食>					
パネルディスカッションⅡ	物理療法および治療機器の利用と効果	I-16~22	座長	桜井 実 高山 瑩	
<休憩>					
特別講演	"Technological Advances in Physical Medicine -An Attribute to Orthopaedic Sports Medicine" Prof.K.M. Chan(香港中文大学)		座長	腰野富久	
広 報					
閉会の辞					

第2会場

一般演題	下肢Ⅰ	Ⅱ-1~5	座長	廣谷速人	
一般演題	下肢Ⅱ	Ⅱ-6~10	座長	井村慎一	
<休憩>					
一般演題	筋・筋力の評価	Ⅱ-11~16	座長	渡辺英夫 岩谷 力	
<昼食>					
一般演題	脊椎・上肢	Ⅱ-17~23	座長	圓尾宗司 原田征行	
一般演題	小児と理学療法	Ⅱ-24~27	座長	佐野精司	

V 大阪府医師会交通事故医療委員会

副会長 木佐貫 一 成

H.6.6.25、H.6.12.15

メンバーは10名

委員長：辻 尚司(天王寺)、副委員長：貴島秀彦(八尾市)

委員：今井克一(箕面市)、木佐貫一成(生野区)、越宗正晃(住吉区)、坂本徳成(中央区)、中村義弥(大正区)、宮崎昌之(寝屋川市)、行岡正雄(北区)、米田光作(堺市)、アンダーラインはO C O A会員。

(府医の担当役員は平山副会長、八幡理事、三橋理事)

大阪府医師会の関係する交通事故医療関連の組織として、大阪府自動車保険医療連絡協議会(S61年設置)と、そのなかに苦情処理委員会(H5年設置)があり、連絡協議会の構成人員は府医7名、自動車保険料率算定会3名、日本損害保険協会大阪支部4名の計11名で苦情処理委員会は府医4名、自算会1名、損保協会3名の計8名で構成。

その目的とするところは、府医、自算会、損保協会の三者が大阪府下における交通事故医療の自動車保険に関する事項について、円滑な運用を図るとともに三者間の関係を維持することとなっている。苦情処理委員会は、自動車事故の医療費をめぐる当事者間に紛争の生じた事案について、双方から委託を受けて仲裁し円満な解決を図ることを目的としている。

交通事故医療委員会は、主に連絡協議会の協議事項について検討し、その結果を同議会に反映させること、さらに本委員会内に自動車保険審査会が設置され、審査依頼のあった自賠責明細書を審査し、医学的見地から診療内容の妥当性を検討することで診療内容に関

わるトラブルの解決を図ることを目的としている。以上が組織の概要です。

自賠責診療新基準の採用状況(H.6年12月)

全国で実施は23府県、合意4県、未は19都府県。大阪府では、実施が病院52.2%、診療所74.5%、合計65.6%。

又、近県での実施状況は奈良県40.5%、滋賀県61.7%、兵庫県81.2%。

このように趨勢として新基準を採用する医療機関が増加していることがうかがえる。

過失相殺の問題

法的に裁判所が損害賠償額を決定する際に、被害者の過失を考慮することが出来る(民法第722条)との規定が根拠となり、被害者の総損害額に過失割合を乗じた後の金額を自賠責保険及び任意保険から支払われ、医療機関が請求する治療費についても同様の方法で行われている。しかし、この医療に関する部分については過失相殺すべきではないと云うのがわれわれの主張であり、さらに自賠責の支払限度額内で収まることが予想される事例についても、損保の担当者が厳密に過失相殺が適用されるような内容の説明を行う場合があり、健康保険の使用を強要し、医療機関側の損保会社に対する不信任や相互理解の欠如の遠因となっている。

債務不存在確認請求事例

加害者側の弁護士より別紙の如き通知があり、一方的に治療費の支払いを拒否する例がある。(別紙参照)

問題がこじれて、加害者側にはこれ以上支払うべき債務は無いと云う、所謂債務不存在

の裁判になると、事故の被害者は被告となり加害者である原告と争うことになる。被告となった被害者は傷を負ったうえに精神的にも相当なダメージをうけるはめになり、医師と患者の信頼関係のもとに成り立っている医療そのものにも計り知れない悪影響を及ぼす。

当委員会も大阪弁護士会交通事故委員会と懇談の場を設けて、具体的に処理に当たっている。

その他

近畿弁護士連合会、大阪弁護士会共催の「交通事故問題シンポジウム」(H6.11.10、大阪弁護士会館)について。

パネラーは大阪地裁高野判事、府医平山副会長、自算会2名、損保協会3名、近畿弁護

士会連合会2名。

等級認定問題(後遺障害事例)

- (1) 自算会と裁判所の判断の違いの原因は何か。
- (2) 症状固定時期をどのように判定すべきか。
- (3) むちうちの12級12号と、14級10号とはどのような所見に基づいて判断されるべきか。

以上のような諸問題について活発な討論が行われたが、何れのテーマにしても複雑な問題が内在し簡単に結論を見出せるべくもなく、今後とも引き続き議論を重ねて行く必要がある。

更に、交通事故医療を療す医師側に、交通事故に関する法律の知識、理解が必要である。

(会員の先生方で交通事故医療について、何かトラブルがありましたなら府医師会保険課が窓口になっておりますので御申し出下さい。)

(別紙)

平成6年2月10日

大阪市平野区背戸口5丁目6番26号
小谷マンション1階
医療法人 平山整形外科 御中

大阪市中央区北浜4丁目1番21号
住友生命淀屋橋ビル6階
淀屋橋法律事務所
電話 06-203-7104
弁護士 阿部 清 司

御 連 絡

前略 大阪府共済農業共同組合連合会(大阪府共済連)の顧問として御連絡致します。

当共済連は、従前、貴院患者の治療費につき、当共済連が御支払いする旨御連絡致しました。

しかしながら、事故後約8カ月を経過し、その傷病名から考えて、更に同氏に治療を必要とする傷害が残存しているかどうかは、疑問無しとしません(最高裁では頸部軟部組織の損傷の場合、通常3カ月の治療で治療するとの裁判例もございます)。従いまして、平成6年2月10日までの治療費は当方で御支払いさせていただきますが、同日以後の治療費については当方では御支払い致しかねますので、その旨、御通知申し上げます。

なお、御不明の点がございましたら当事務所宛御連絡いただければ幸いです。

草々

整形外科領域におけるマイクロサージャリー

大阪市立大学 整形外科教授 山 野 慶 樹

四肢血管損傷を伴う外傷

これには対象として次のものが挙げられる

- ・ Type-C開放骨折(Gustilo分類)
- ・ 主幹動脈損傷
- ・ Compartment Syndrome
- ・ 肢指切断

開放骨折に対する治療は
Recognition of Emergency
Debridement and Irrigation
Antibiotic Therapy
Wound Care

Achievement of Fracture Stability
が基本となる。

特にfracture Stabilityについては議論のあるところであるが、一次的内固定は諸家の報告では平均数%の感染がみられているので、病態をよく把握して経験ある医師が可及的にatraumatic techniqueで行うことが要求される。

開放創の閉鎖時期についてはflapなどを用いても可及的早期、出来れば受傷後、数時間以内の創閉鎖が感染や偽関節例は少ない。

われわれはType III Cの開放骨折(多くは骨欠損を行う)例に対してvascularized osteocutaneous flapで血管の修復、骨移植、創閉鎖を一期的に施行しているが、機能回復は極めて良い。(図1.2.3.)

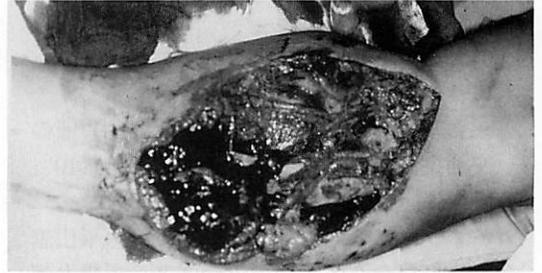


図1-A Type III-C

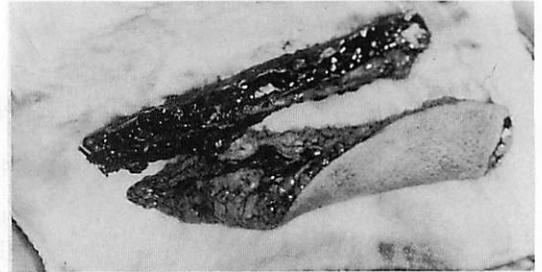


図1-B vascularized fibular graft



図1-C 移植後



図2.



受傷時



vascularized fibular graft後



移植後 1年6ヶ月

図3.

主幹動脈損傷

動脈断裂の診断はpain, pallor, pulseless, paralysis, paresthesiaなどによるが、angiographyが断裂部位の診断に有用である。

膝窩動脈は損傷され易く、かつ、下腿の壊死を来たす事が高い。筋肉の血流途絶は8時間までで、可及的早期の血流再開を要する。

Scapulothoracic dissociationによる鎖骨下動脈の損傷では出血量は大きであるがby passがあり受傷時に修復を要する例は少ない。

Compartment syndrome

Compartment syndromeを来たす傷病は fracture, dislocation

crush injury

prolonged limb compression

post-ischemic swelling

などが挙げられる。発症機序としては筋肉内の動脈圧は40~50mmHgであるが、筋肉内圧が40mmHg以上になって発症する。Volkmann以外では下腿で最も起こしやすい。主幹動脈損傷との鑑別は皮膚色調が蒼白にたいして、pinkish shinyで温かい点である。脈はわずかに触知できることが多い。

治療は8時間以内の筋膜切開、血流再開を要する。

切断肢指再接着

Muscle volumeの大きい下肢の再接着は心、肺、肝、腎臓の組織にdamageを来たし易く(multiple organ failure)、余り適応とならない。上肢は再接着の適応があり、ある程度の機能回復が得られる。

手技ではultramicrosurgical techniqueを駆使すればmicrosurgeryでは不能といわれる細い動脈の指尖部の再接着も可能である。挫滅切断例の成績は今一つであるが、小児例ではいずれの場合も絶対的適応となる。

難治性骨髓炎

感染性骨髓炎や骨欠損性骨髓炎に対する治療は一期的な治療がなく困難であったが、vascularized osteocutaneous flapにより一期的治療が可能となっている。

この場合骨髓炎で排膿があっても、血管吻合部が健全であれば、血流のよいliving boneを移植することにより感染は鎮静化し、骨欠損部も補われる。

Microneurosurgery

Microsurgeryによる神経修復には次のようなものがある。

Microneurorrhaphy

Nerve graft

Nerve transposition

Nerve transfer

Nerve implantation

Nerve sutureは顕微鏡下にすべきでfascicular paterは対応する神経束がより明確になる。

神経移植は細い皮神経のCable graftが用いられるのでmicro-surgical手技は必須となる。さらにvascularized nerve graftの考えが進展し、癒痕部への移植に有用である。癒痕部への神経移植の成績が不良であるので、神経移植後にvascularized flapの移植で対処する方法も用いられている。

その他Nerve transfer (Nerve crossing)の縫合、neurolysisやnerve transpositionにも有用である。Nerve transpositionにはfeeding vesselを温存して行うが、確かに神経の回復は良好である。

脊椎外科への応用

頚椎では椎間板ヘルニア、OPLLに対する前方切除には、顕微鏡下に操作することで脊髄に対してよりatraumaticに安全に行える。

腰椎椎間板ヘルニアに対してはLove法が用いられているが、従来よりdiscectomyに際し黄色靭帯切除がなされている。microsurgical discectomyでは黄色靭帯を温存して行う事ができ、術後の根や硬膜の癒着に効果的である。又、硬膜外腔のvenous plexusも温存でき焼灼しないので癒痕化も起こり難い。(図4.5.)

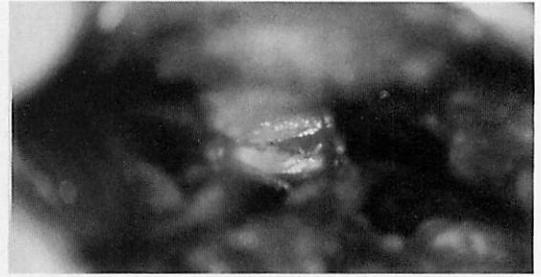


図4-A discectomy後

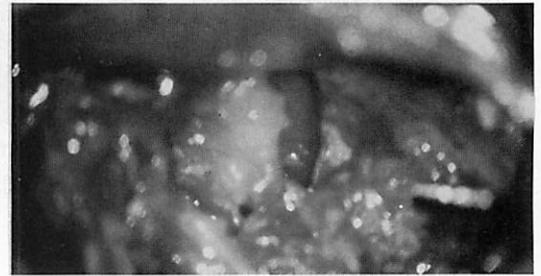


図4-B 黄色靭帯温存

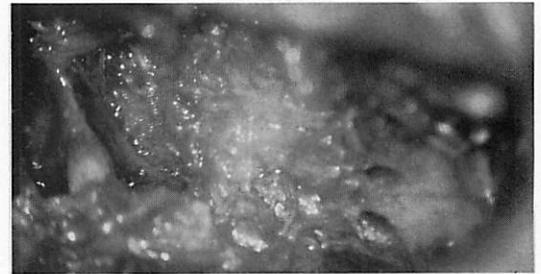
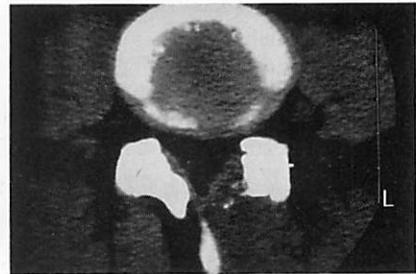


図4-C 黄色靭帯修復

図4. Ligamentoplasty



術前



術後

図5.

化膿性や結核性の脊椎炎に対しては搔爬後の骨欠損部に血管柄付助骨を移植することで

炎症の鎮静化と死腔の充填ができ一期的な治療で一期的に治癒が起こる。

関節外科への応用

転位のある大腿骨頸部内側骨折の偽関節に対しては有茎の血管柄付腸骨移植で解決できる。この方法は骨折後の無腐性壊死に対しても有用である。しかしこの方法はideopathicなfemoral head necrosisには本来、血管病変があり長期的には有用でない。

複合組織移植

種々の組織移植がある。toe-to-finger transfer、特にtoe-to-thumb transferが手指の再建術として用いられ、機能的にも整容的にも有用である。整容的にはより小さい組織を移植

するwrap around flapがよい。

その他手指の関節損傷や拘縮に対して血管柄付関節移植が用いられる。

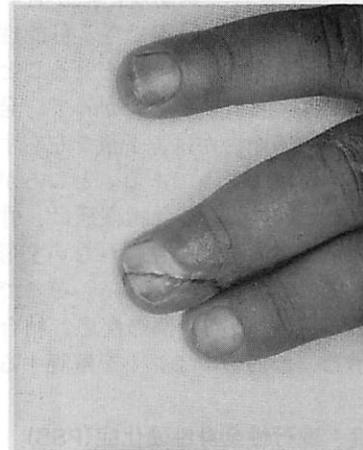
Ultramicrosurgery

Microsurgeryは直径1 mm前後までの血管吻合であるが、ultramicrosurgeryは1 mmの数分の1程度の血管吻合を行うが、現在の器材や技術での限界である。この手技を用いれば小児の手指や指尖部の血管の吻合が可能でこれらの再接着に用いられる。(図6.7)

又、四肢のリンパ浮腫に対してリンパ管-静脈吻合による治療が可能となる。



受傷時



再接着後2週

図6. Ultramicrosurgery (1才女児例)



図7. 再接着後6カ月

慢性関節リウマチと類縁疾患の鑑別のポイント

鳥取大学 整形外科教授 豊島良太

はじめに

手指や足部などに典型的な変形をきたした慢性関節リウマチ(以下RAと略)の診断は比較的容易で、他の関節疾患と見誤ることはない。しかし、RAの発症初期には教科書的な病像に合致する症例ばかりではなく、診断に苦慮することも多い。発症の早い時期に正確なRAの診断が下され、適切な治療が行われれば、RAの関節破壊を回避できる可能性があり、少なくともその進行を遅らせることができるものと考えられる。したがって、発症早期の診断が的確か否かは、予後を左右するきわめて重要なポイントである。ところが、RA類似の症状を呈する結合組織病は、骨・関節・筋肉系以外の器官を見慣れない整形外科医にとっては厄介な疾患である。そこで、RAと見誤る可能性の高い関節疾患、結合組織病を提示し、鑑別のポイントを解説する。

◆ 強皮症 進行性全身性硬化症(PSS)

RAに比べるとその患者数はごく少ないが、好発年齢、性比、初期症状、検査所見などにRAと類似する点があり、鑑別を要する。症例を呈示し、類似点・鑑別点を解説する。

症例：49歳、女性

主訴：両手指のこわばりと冷感

現病歴：平成4年始め頃より起床時の手指のこわばり感を自覚するようになった。某国立病院を受診したところ、「リウマチではなく気にする必要はない」と言われ、放置していたが、手指のこわばりと水仕事や寒冷時の冷感が続くため、当科を受診した。

受診時の検査所見：

白血球 9,700 ↑
血沈 29 mm/h ↑
RA 33.9 u/ml ↑ (<7)

RAHA 160 ↑ (<40)
CRP 0.25 mg/dl ↑ (<0.2)
A/G 1.32 ↓ (1.4-2.2)
IgA.G.M ↑
抗核抗体 160 ↑ (<40)

症例のようにPSSの多くは中年期の女性に好発し、病理学的には全身の結合組織の炎症性変化とこれに続く線維化(コラゲン線維の増生)が主体である。このため、皮膚、関節、血管、消化管、心臓、腎臓など多くの組織が障害される。初発の症状は、皮膚の腫れぼったい感じ、小動脈の血管内腔が狭小化するため発症するレイノー現象、手足の朝のこわばりや関節痛などが主である。理学的には、腫れは関節の滑膜炎性腫脹ではなく、手足の末梢優位の皮膚のびまん性の肥厚、硬化した状態が特徴的である。

血液検査所見では、慢性炎症を示唆する所見(血沈亢進、CRP陽性、高γグロブリン血症など)とリウマトイド因子陽性(陽性率は30~60%)を示し、RAを疑わせるものである。

X線学的には、提示した症例ではまったく異常を認めなかったが、初期にはこわばりや関節痛のため二次的な廃用を来し、関節周囲の骨萎縮がみられることがある。これはRAの初期のX線像に類似しており、注意を要する。進行した例では、典型的な先端骨溶解症(acro-osteolysis)、異所性石灰化や侵食性骨病変(DIP関節、尺骨頭)などが見られ診断は容易で、RAと間違えることはない。

発症の早期の鑑別が必要で、皮膚に関する訴えと理学的所見、そして抗核抗体検査(PSSにおける陽性率は70~90%で絶対的に確実な検査ではない)がポイントとなる。しかし、稀ではあるがRAとoverlapした症例も存在する。

◆全身性エリテマトーデス (SLE)

SLEもその好発年齢・性比・初発症状・検査所見にRAと類似点があるため、特にその初期にRAと見誤ることがある。

症例：28歳、女性

主訴：手指のPIP関節の腫脹

現病歴：平成5年6月より両示・中・環指の痛みがあったが、自然に消失した。平成6年1月より朝の手のこわばり、指のPIP関節の腫脹と全身疲労感が出現し、3月に近医を受診した。RAと言われ、ステロイド剤の処方と注射用金剤の投与を受けたが、微熱、食欲不振、体重減少が新たに出現したため、当院内科を受診した。

検査所見：

血沈	70 mm/h ↑
CRP	0.24 mg-dl ↑ (<0.2)
RA	0.5 u/ml (<7)
LE	+
抗核抗体	160 ↑ (<40)
抗DNA抗体	160 ↑ (<40)
尿蛋白	3+

SLEは、20歳代の女性に好発し、発熱・関節痛・顔面蝶形紅斑・日光過敏・レイノー現象・脱毛・腎症などの多彩な症状を呈する疾患であるが、初期には対称性の手指の関節痛やこわばりを訴えることも多い。理学的にも関節の腫脹で、関節に圧痛を認めることが多いため、RAと診断される場合がある。しかし、一般にRAと異なりX線的に関節破壊を来すことはない。

呈示した症例ではリウマトイド因子は陰性であったが、SLEもPSSと同様にその陽性率が高い(陽性率30-50%)ので注意を要する。

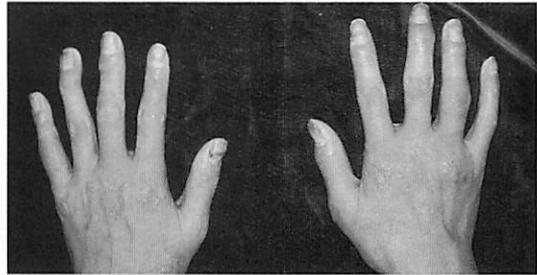
本例は、初診医にRAと見誤られたが、SLEでは全身倦怠感や発熱などの全身症状に加え、皮膚・心・腎などの多彩な症状のある点、LEテストや抗核抗体検査が鑑別のポイントとなる。

◆乾癬性関節炎 psoriatic arthritis

全身性の皮膚疾患である乾癬症に伴う関節

炎で、関節炎の合併頻度は欧米で7%前後、本邦で1-2%といわれている。関節炎は慢性関節リウマチと鑑別困難なこともあるが、リウマトイド因子は原則として陰性であり、強直性脊椎炎・ライター症候群などとともに血清反応陰性脊椎関節症 (seronegative spondyloarthritis, SNSA) の範中に入れられている。

本関節炎は20-60歳に発症し、欧米では性差はないと報告されているが、本邦例では男に多い。関節炎は指趾の指節間関節(DIP, PIP)、膝関節に好発する(図1-A)。多くの場合は、関節炎は非対称性で少数関節炎の形をとる。関節炎と皮膚病変の活動性に相関のみられる傾向がある。指節間関節炎ではしばしば爪乾癬を伴う。通常、関節症状は皮膚病変に数カ月から数年遅れて出現するが、皮膚病変に先行する例もある。



A：両手部の肉眼像。乾癬と右環指のPIP関節の腫脹がみられる。関節炎は、非対称性で少数関節炎の形をとることが多い。

図1. 乾癬性関節炎 (38歳、女性)

X線上、手足の末梢、すなわちDIPもしくはPIP関節の破壊性変化が特徴である。関節の末梢骨の近位端は骨侵食像や骨縁増生がみられ、壺状となり、中枢側の骨の遠位端は鉛筆状に先細りとなる“pencil-in-cup”変形が典型的な像である(図1-B)。脊椎炎をきたす例では、仙腸関節と脊椎韌帯付着部の骨増殖性変化をもたらすが、強直性脊椎炎にみられる変化ほど強いものではない(図2)。

骨増殖性変化は、病理学的には滑膜炎に続いて、関節包や韌帯付着部の線維細胞の軟骨

化生と骨化によって発生すると考えられている。指趾の関節炎においても、RAに特徴的な傍関節性骨粗鬆症はほとんどみられない(図1-B、3)。



B：右環指PIP関節のX線像。関節裂隙の狭小化、中節骨の近位端の骨縁増生による盃状変形がみられるが、傍関節性骨萎縮はみられない。(図1.)



図2. 乾癬性関節炎における仙腸関節の変化。



図3. 乾癬性関節炎における足指関節の骨侵食性変化。

血液検査所見では、リウマトイド因子は陰性で、軽度の血沈亢進、貧血などがみられる。

乾癬症に併発した関節疾患は直ちに乾癬性関節炎と診断することはできない。乾癬性関節炎の診断において、①乾癬症の存在、②関節炎症状と皮膚病変の活動性に相関がみられること、③DIP関節の関節炎、④破壊性関節炎の像、⑤リウマチ因子が陰性であること、⑥爪の変形、の6項目が重要視されている。これらの3～4項目以上を満たせば本症と診断してよいとされている。

◆手指の変形性関節症(OA)

本疾患は、中年期以降の手指を酷使した女性に発症しやすく、DIP・PIP・母指のCM関節に好発する。初発はDIP関節で、両側対称性で多発性のことが多い。DIP関節背側の橈・尺側に偏在した骨性もしくは弾性のある腫脹を触れる。遅れてPIP関節に発症する例もある。DIP・PIP関節の背側が骨性隆起のため結節状に腫脹し、DIP、PIP関節の腫脹をそれぞれ、ヘバーデン結節(Heberden's nodes)ブシャル結節(Bouchard's nodes)と呼ぶ。そのほか、屈曲変形と橈側もしくは尺側への屈曲変形を認め、CM関節では亜脱臼を認める。

X線的には関節裂隙の狭小化、骨棘、骨硬化が特徴的である。

診断は、患者の性・年齢、症状、理学的所見とX線所見を総合して判断すれば容易であり、誤る可能性は少ない。また、原則として白血球・CRP・血沈などの炎症の指標に異常は認められない。ただ、RAでも頻度は少ないもののDIPの罹患(10～15%)があり、OAと鑑別を要することがある。X線像とPIP・MCP・母指のCM関節・手関節の罹患の有無、破壊状態を参考にすれば、診断は容易である。

◆手指・手関節における画像と好発部位

RAによる関節破壊の初発・好発部位は手部であり、手における鑑別すべき関節疾患の画像の特徴と好発部位を解説する(表1、図4、5)。RAのX線学的な早期の変化は、炎症関節周囲の軟部組織の腫脹像と骨萎縮像で

ある。骨萎縮像は、炎症関節に近い骨端から骨幹端部の海綿骨梁の粗造化としてみられる。炎症の進行につれ、関節裂隙の狭小化、関節辺縁部・関節表面の骨侵食像、骨破壊などが出現する。単関節性でRA類似の画像を呈する場合には、結核性関節炎を鑑別疾患の第1にあげる必要がある。これに対して、他の疾患では骨粗鬆化はほとんどみられない点が重要な鑑別点となる。

手指における関節疾患の好発部位は、OA・SNSA・PSSは末梢優位であること、痛風

表1.滑膜関節のX線像

	多関節性	骨粗鬆化	関節裂隙狭小化	強直	骨侵食像
RA	++	++	++	-	++
OA	+	-	++	-	-
痛風	±	-	-	-	++
乾癬	±	-	++	++	++
強皮症	±	±	±	±	±

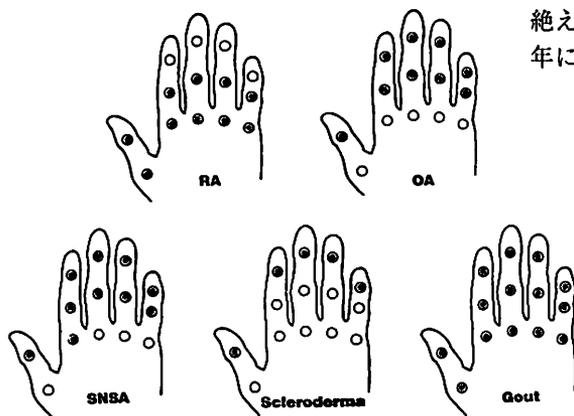


図4.手における好発部位

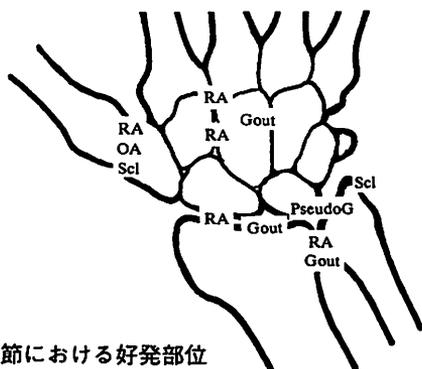


図5.手関節における好発部位

は手指のいずれの関節にも起こり得ることが診断の助けになる。手関節においては、RAと痛風は発生部位に特異性は少なく、いずれの部位にも発生し、破壊をもたらす。一方、OAは第1指のCM関節に、偽痛風のピロ燐酸Ca結晶の沈着は三角線維軟骨複合体に限られる。PSSでは、時に尺骨頭や第1指CM関節に骨侵食像を呈することがある。

◆まとめ

RAの診断のポイントは、腫脹が関節の腫れか否かを的確にとらえることが重要で、四肢の滑膜関節を丁寧に触診する必要がある。そして、X線像の解釈に際しては、RAの初期の変化である傍関節性骨粗鬆症や関節裂隙のわずかな狭小化を的確に判断するため、両側の関節そして腫脹関節と非腫脹関節の比較を行い判断することが重要である。そして、絶えず診断基準に立ち帰ることである。1987年にアメリカリウマチ協会により改訂された

新たな診断基準(Arnett, F. C. et al.:Arthritis Rheum., 31:315, 1988.)が一般的である。項目数の減少、除外項目の削除により簡略化されたが、診断の感度、特異性は改良されている。しかし、本邦において早期RA患者にこの診断基準を適応した場合、リウマチ皮下結節の陽性率が低く、診断感度の低下をもたらしている。このため、各症候の持続時間、観察期間の短縮とリウマチ結節の項目の削除された診断基準(山前邦臣:日本医事新報, No.3360:43, 1988.)も作られている。また、新診断基準の使用にあたっては、指趾関節を左右のPIP、MCP、MTP(中足指節関節)としてまとめてそれぞれ一つの関節領域(joint area)として評価する点に注意を要する。

このため、各症候の持続時間、観察期間の短縮とリウマチ結節の項目の削除された診断基準(山前邦臣:日本医事新報, No.3360:43, 1988.)も作られている。また、新診断基準の使用にあたっては、指趾関節を左右のPIP、MCP、MTP(中足指節関節)としてまとめてそれぞれ一つの関節領域(joint area)として評価する点に注意を要する。

慢性関節リウマチの最近の治療

行岡病院院長 前田 晃

慢性関節リウマチ(以下RAと略す)が発症すると、病態を確実に把握して治療計画を設立し、その方針に基づいて治療を実施してゆく。ある時期毎に治療の有効性の評価を繰り返して、評価の適否に従って柔軟に治療内容を検討してゆくのは当然である。RAの原因は不明であるが、基盤に免疫異常があり、そこに何らかの因子が加わってRAとしての炎症が発生する。炎症によって関節の機能障害(Impairment)が起こり、関節の破壊が進行してくれば能力障害(Disability)を生じ、遂には社会的不利(Handicap)をきたす。即ちRAの発症から年月の経過(Process)を経て最終転帰(Outcome)に至る訳である。RAの治療の評価としてFriesは5つのDの項目に分けて検討している。治療によって身体的、精神的苦痛からどの程度解放されるか(Discomfort)、関節の能力障害を予防あるいは改善できるか(Disability)、治療によってどの程度の経済的負担がかかるか(Drug cost)、使用した薬の副作用はどの程度に起こってくるか(Drug toxicity)、最後に果たして生命予後はどうなるのか(Death)などの項目についてそれぞれ評価して治療の有用性を云々しなければならぬ。臨床検査成績が改善したとしても本当に患者自身が治療に満足しているか、QOLが高められているかの検討も必要となってくる。

RAの発症機序が不明であると同じく、RAの予後予測も極めて困難である。RAの発症の遺伝的な素因があり、同時に症状の進行も規定しているといわれており、その主たるものはHLA抗原のDR4、DR1の存在といわれており、さらにはDQ7などの関与も云々されている。実際に臨床の場で全ての症例のHLA検査を実施することは不可能であり、早期RAの予後予測はリウマトイド因子の存在、CRP

値の高値、血沈の促進などの臨床所見、検査の異常の総合的判断に頼らざるを得ない。RAの最近の治療の方向として早期発見、早期治療が推奨され、その有用性は証明されているが、ともすれば早期診断は過剰になりがちであり、従って治療も過剰になる恐れもある。RAと診断することによって、患者に不治の病に罹ったという精神的な負担をかける心配もあり、医療経済的あるいは精神的なデメリットと早期治療による治療効果の改善というメリットのバランスを考慮してゆく必要がある。RAの治療のコスト・ベネフィットの面からみれば、人工関節置換術が最も有効であり、患者自身のみならず家庭をふくめた社会的なメリットがある。丁度心症患者にペースメーカーを埋め込んだとほぼ同様な経済的価値があるといわれている。

最近のRA治療のピラミッド

RAの治療についてはSmithのピラミッドが一般に普遍的である。基礎療法を十分に心得た上で非ステロイド性抗炎症剤、抗リウマチ剤を用いて、時々に応じて手術的療法、リハビリテーションを実施するが、肝心な問題として、患者・家族のRAの知識修得、医師と患者間の意志疎通があげられている。リウマチ友の会の調査によると、患者の主治医への要望は病状の説明、日常生活の指導、薬剤や検査成績の説明などが重点項目であり、今はやりのインフォームド・コンセントの実施であるといえる。患者の気持ちを聞いてほしい、時間をかけて診てほしいなどの希望も上位を占めていることも理解しておく必要がある。

RAの薬剤療法の問題点としては通常投与されている非ステロイド性抗炎症剤(NSAID)、いわゆる抗リウマチ剤(DMARD)、ステロイ

ド剤、免疫抑制剤をどのように治療方針に位置づけてゆくかに一つの要点がある。薬剤の作用、適切な用量、投与期間、副作用などを熟知した上で、かつその有効性を考慮して決定すべきである。薬剤の投与によりRAの活動性の抑制や臨床症状の改善は時には得られるが、関節の破壊の防止、抑制は得られないことが多い。薬剤の効果は必ずしも画一的なものではなく、症例によって反応の仕方も異なり、反応しないことがある。レスポナー、ノン・レスポナーは抗癌剤投与患者ではMDR遺伝子(Multi-drug resistance gene)によって遺伝的に規制されているといわれているが、RAにおいても同様なことが関与している可能性がある。投与前にレスポナーの適否を決定することは現段階では不可能でもあり、かつたとえレスポンスがよくても年月の経過とともに反応性が鈍化することもあるので注意を要する。

抗リウマチ剤投与の問題点

抗リウマチ剤は免疫調整剤、疾患修飾剤(DMARD)、寛解導入剤(Remission induced drug-RID)などとも呼ばれており、免疫抑制剤(Immune suppressing drug)も加えると十数種類が存在する。免疫抑制剤の中ではミゾルピンのみが数種類の免疫調整剤に反応しない症例に対して保険制度上適用されるが、他のもの即ちメトトレキセート、アザチオプリン、シクロフォスファミド、シクロスポリレは保険適応外になっているので投与時には十分に患者に説明してコンセントを得ることが肝心である。

このような抗リウマチ剤を投与することによって寛解導入が可能であるかの疑問点については、いまだ確実な定説はないが、関節破壊の進行防止を含めて確実な寛解導入が得られたという報告はない。抗リウマチ剤を投与するにあたってどの薬剤を投与するかの選択順位、薬剤の有効な反応が得られないための他薬への切り替え時期、単独あるいは複数の

薬剤の併用がよいか、などの問題点も明確ではない。薬剤投与前の患者のリンパ球幼若化反応を検査して、抑制の強い症例程改善率が良いという松原ら(神戸大)の報告があり、一つの薬剤選択の指標となるが、現実的な方法ではない。またFriesらは抗リウマチ剤の効果は一時的に臨床症状の改善をもたらすが、長期での関節能力障害には影響しないという決定からSaw-tooth strategy(鋸歯療法)という治療法を提唱している。一つの抗リウマチ剤が効果を失った時に次々に薬剤を変えることによって病気の進行を抑制するという考え方にのっとっている。抗リウマチ剤は通常少量から開始して漸増法で投与する。もちろんSAID、病態によってはステロイド剤の少量と併用する。副作用は約30%の症例にみられ、時には重篤なものもあるので定期的にチェックし、有用性は3～5カ月毎に評価して、薬剤の適量、中止、変薬の対応をすることになる。DMARDらの中ではメトトレキセートが一番耐用性があり、長年月効果持続するといわれているが、副作用も軽度のものを含めると60%位の症例にみられ、時には重篤な造血機能障害、肺臓炎がみられる。肝機能にも影響を及ぼすのでアルコールの常飲は慎まねばならない。

早期RAの治療法

RAの発症早期即ち関節に不可逆的な破壊が発生する以前に強力な治療を実施して、病気の進行を抑制しようとする考え方がStop-down bridge therapy逆ピラミッド療法で、Heasleyらに提唱されている。発病初期にステロイド剤、NSAID、に加えて、メトトレキセート、金剤、クロロキン剤を併用して症状の緩解をはかり、改善がみられればステロイド剤、免疫抑制剤などを中止してゆく訳である。一応理に適ったように思えるが、いくつかの問題点があり、まだ十分に定着した治療法とはいえない。第一に早期RAは1957年のARA、1987年のACRの診断基準を用いて診

断したとしても、これらの診断基準は必ずしも100%の特異性を持つものでなく、良性多発関節炎や多発関節症、反応性関節炎など他疾患の混入を阻まれないので過剰診断、過剰治療になる危険性がある。抗リウマチ剤の併用は近年推奨される傾向があり、少量投与による副作用発現の低下などの利点はあるものの副作用発生時にどの薬剤によるものか判定

困難なことも多く一長一短である。

以上のようにRAの薬剤療法に関しては根治法的な効果は期待される段階に至っておらず、今後リンパ球やサイトカインなどに対する生物学的療法の開発と相まってよりよい治療法の発展が望まれている。

第7回大阪整形外科症例検討会

日 時：平成6年8月20日(土) 午後2時-6時
場 所：参天製薬(株) 5階 センチュリーホール
出席者数：63名

<第1部>

司会 梁瀬 義章 (北野病院)

1. 北野病院 西田 晴彦

〔症例〕31歳、女性。(主訴)両下肢の変形。(現病歴)生下時1300g、小児センターで「くる病」といわれfollowをうけていた。10歳の頃、外反膝変形が強くなり近医にて骨端線部分閉鎖術を施行された。以後Fanconi症候群として内科的治療を受けている。

(現症)術後20年の現在、現症は以下のごとくである。

	R	L
変形：外反	35度	30度
可動域：屈曲	100度	115度
伸展	-15度	-15度

歩行可能だが正坐、横坐り不能。

*両下肢の変形矯正の可否(現疾患との関連で)。

★廣島先生より「外反膝のみでなく内反股を伴っている場合があるので、double osteotomyが必要であり、微妙な回旋があるので、骨切りしても可動域制限を残すことがある。既に軟骨の磨耗も起こっているであろうから、その症状が出てから対処してもよいのでは」というコメントを頂いた。

2. 住友病院 石山 照二

〔症例〕68歳、男性。(主訴)左膝伸展障害。(現病歴)平成6年5月26日フロ場で左足を踏みはずした時にカラ足を踏み、左大腿四頭筋皮下断裂を受傷した。6月3日腱縫合術を施行し、同時にLeeds-Keioを用い、augmentationを行った。術後、3日目よりCRMによるROMexを開始し、以後ROMを拡大した。荷重は4週より開始し、現在に到る。

(現症)術後2か月の現在、自動可動域：伸展0度、屈曲：110度。独歩可能。局所の炎症所見は認めない。

*大腿四頭筋皮下断裂における、Leeds-Keioを用いたaugmentationは、早期、ROMexをするために有用であったが、追跡期間が短く結論を出すに到っていない。皆様にご指導をおおぎたい。

★廣島先生より、本外傷の頻度について質問があり、石山先生より腎透析や痛風などsystemicな疾患に合併することが多いとの回答があった。座長より、術前診断にsonogramが有用であった例の追加があった。Leeds-keioのよい適応例であった。

3.

国立大阪病院 佐藤 宗彦

〔症例〕6歳、女児。(主訴)左膝部皮下結節。(現病歴)平成6年4月中頃に左膝部の皮下結節に気付いた。近医受診し精査目的にて当科紹介入院となった。

(現症)左膝全面に皮膚の凹凸を認め、触診にて皮下に硬い大小様々な結節状の腫瘤を認めた。同部位に安静時痛、圧痛は無く、また膝関節の可動域は正常で運動時痛も無かった。全身的には他の部位に皮下結節は認めず、ヘリオトープ疹、筋脱力、筋肉痛、発熱も認めなかった。画像所見上は単純X線像、CT像のいずれにおいても膝蓋骨前面に瀰漫状に石灰化像を認めた。検査所見上は抗核抗体、抗平滑筋抗体陽性であった。以上の症例に対して、石灰化部と筋肉の生検術を施行した。

*確定診断

★軟部への石灰沈着を来す小児例で、膠原病かtumoral calcinosisかの鑑別点も報告して頂いた。Bohanの診断基準からは、膠原病を否定できるとのことであった。国立大阪病院の村田先生から抗核抗体などが陽性であるので、やはり膠原病も念頭に置いておくべきとのコメントがあった。座長が発生部位としての頻度、再発の頻度などについて質問した。Tumoral calcinosisの発生部位としては、肩、股、肘が多いが、膝にも発生する機会が多いとの回答であった。西搭先生より再発を防ぐ対策を講じたか否かの質問があったが、特に何もしていないとのことであった。大橋先生から最近外傷後に気付いた肘関節部の石灰沈着例について追加ご発言があった。

4.

★済生会野江病院牛尾先生の症例

生後3か月時に初診した先股脱の難治例が当日分の症例として呈示された。Repositionは容易なるも、retentionが困難で、over head tractionでも整復出来ていない例とのことであった。稲次先生より牽引方法について(重錘の重さ、膝の角度など)について質問があった。西搭先生より徒手矯正が容易なのならlimbsが浅いだけなのでRBのほうがよい。2週位放置してrelaxさせてからRBを廣島先生よりMRIで情報が得られることも多いというコメントをいただいた。久志本先生もRBを勧められた。

<第2部>

司会 大橋 規男 (大橋整形外科)

5.

北野病院 廣嶋 芳城

〔症例〕55歳、女性。(主訴)四肢痙性麻痺。(現病歴)平成6年2月頃より頸部から左手指までのしびれ感、疼痛を自覚。頸椎牽引にて経過観察していたが、更に右肘関節より末梢のしびれを自覚するようになる。6月28日起床時に突然、頸部の運動制限を来し、下肢のしびれ感も出現。日に日に症状が進行した。7月1日当科外来受診。MRIにてC6/7間の微少なdisc herniaを指摘される。7月15日、急に四肢の痙性麻痺を来す。既往として、6年前に子宮頸部癌手術と乳癌手術。

(現症)入院時現症筋力

	R	L		R	L
上腕三頭筋	3	4	手指屈曲	3	3+

手関節背屈	3 + 4	骨間筋	3 3
手関節掌屈	3 3		
E. H. L.	4 4		
異常反射 Babinsky	+ / +		
両手指の巧致運動障害			
Finger escape sign	+ / +	foot clonus	- / +
独歩不可		膀胱直腸障害あり	

*術前診断は何か？

★本例はMRIでdisk herniaを指摘されているが、既往に子宮頸部癌手術と乳癌手術があるので、骨シンチをしたかとの質問があった。本症例では入院後、急速に麻痺が進行したため施行せず。また、脊椎カリエスについての検索の有無について発言があり、腫瘍が慢性炎症かについて討論された。次いで演者より血液検査所見で白血球増多、赤沈値およびCRPの亢進などの炎症所見が示され、手術所見ならびに組織学的・細菌学的検査から頸椎の慢性骨髄炎と診断された。

6. 国立大阪病院 井上 裕美子

【症例】82歳、男性。(手訴)右大腿部痛。(現病歴)平成4年6月右大腿骨転子下骨折受傷。DHSにて固定されるが感染認めため平成5年6月抜釘。平成5年7月28日病巣搔爬+持続洗浄+エンダー釘にて固定するも大量出血及び持続洗浄によりDICとなったため持続洗浄中止、病巣部よりEnterococcus faecalis検出。感受性のある抗生剤使用するが、腎機能悪化のため使用不可となる。

(現症)軸圧、内外旋により疼痛なし、安静により症状軽快。ADL支障なし。脚長差進行中(8cm)。

検査所見：抗生剤投与の有無にかかわらずCRP、ESRは変動している。(CRP：0.9~3.78、ESR：36mm/H~116mm/H)。

*第1回手術の術式選択は正しかったか？(平成5年7月28日)

*今後の治療方針は？

★創外固定がbetterではなかったか？感染性偽関節の腐骨切除が不十分ではないか。

感染部位に異物を挿入することは好ましくないし、脚長差はあるが高齢でADLに支障が無い現状では、まず感染に対する治療を十分に行い、次のステップで再建を考える方向が良いのではないかな等の発言あり。

7. 大阪通信病院 岡 史朗

【症例】52歳、女性。(主訴)右股関節痛。(現病歴)6歳時より23歳時までに右大腿骨骨髄炎により計12回の手術を受けた既往がある。平成元年6月頃より右股関節痛が生じ、変形性股関節症と診断された。

(現症)初診時現症は以下の通りである。

可動域：屈曲 45度、伸展 0度、外転 10度、内転 20度、外旋 60度、内旋 -40度。

日整会股関節機能評価 53点であった。

*上記変股症に対するTHR選択の可否。

★積極的にTHRをしてもよいのではないか。まず、大腿骨骨髓炎にたいして病巣廓清術をした後、外反骨切り術をしたらどうか。等。

<第3部>

司会 西搭 進 (住友病院)

高槻赤十字病院 川島 啓誠

8.

[症例] 41歳、男性。(主訴) 右股関節可動域制限。(現病歴) 平成元年1月頃より右股関節部痛を自覚。平成2年12月antero-lateral approachにて多数の小軟骨片を含んだ滑膜の切除術を施行。この時の病理組織診断は『滑膜性軟骨腫症』でその後、可動域制限を認めるようになり平成5年1月lateral approachにて大転子を切離し再発に対して滑膜切除術を施行した。可動域の改善を認めたが平成6年3月頃より再び可動域制限を認め、平成6年4月antero-lateral approachにて再々発に対して遊離軟骨片の摘出及び滑膜切除術を行った。又、可動域改善の為、iliopsoasのreleaseも加えた。3度にわたる手術では滑膜切除にとどめ線維性関節包は温存し縫合は行わなかった。

(現症)		(術前)	(術後、平成6年6月)
股関節可動域	屈曲	60度	60度
	伸展	-30度	-10度
	外転	10度	20度
	内転	10度	10度
	外旋	5度	0度
	内旋	-5度	0度

*再発を繰り返す滑膜性軟骨腫症に対して今後いかなる治療をすべきなのか？

*本人の希望は股関節可動域の再獲得にあり。その為の手段は？

★股関節の滑膜性軟骨腫症の41歳、男性例で、再発を繰り返すこと、股関節の可動域制限に対する問題提起があった。滑膜性軟骨腫症の病態は滑膜の軟骨化生と言われており、この意味で治療の原則は軟骨腫の全摘出と可及的滑膜切除である。再発は10年単位で生じうるとされ、本例では再発というより手術により取りきれていなかったということではないか。大転子切離により大きく展開し手術すべきである。本例の可動域制限は関節包の拘縮と関節症変化に起因すると考えられる。最終の手術からまだ4か月の経過であり、ROMexなどにより改善が期待できる。将来的にTHRなどを考慮されるであろうが、41歳という年齢、疼痛がほとんどないことから現段階での適応はないと意見が出された。

9.

北野病院 石田 文明

[症例] (主訴) 右股関節外旋位拘縮、右大腿短縮。(現病歴) 昨年夏、事故で右大腿骨骨頭の粉碎骨折を来す。北海道の某医でbipolar typeの人工骨頭置換術受けるが、術後感染のため抜去をよぎなくされる。

(現症) 右股関節：約90度の外旋位拘縮。右大腿：約5.5cmの短縮を来している。

*現在、右股関節の疼痛はあまりないが、歩容の改善のためにはどのような治療方針をたてれば

よいか。

★32歳、男性。教員で、人工骨頭の感染、抜去後に90°の外旋拘縮、5.5cm脚長差を問題点としている。X-P上は臼蓋内に大転子が入った。「大転子形成術」の形をとっており、股関節の安定性があり疼痛の訴えもない。本例の脚長差補正につき、骨盤部での脚延長(約2cmぐらいか)、また外旋拘縮に対し転子下での減捻骨切り術の提案があった。年齢、疼痛がない点から人工骨頭による再置換などの意見はなかった。

10.

関西電力病院 村上 仁志

[症例] 69歳、男性。(主訴) 両股関節痛。(現病歴) 昭和54年強直性脊椎炎と診断される。以来近医にて疼痛に対しNSAIDによる内服治療を受けていた。平成4年7月30日両股関節痛と歩行障害を主訴に当科を初診した際には、脊椎の強直は完成し肩関節、股関節の著明な可動域制限を認めた。平成6年3月2日左人工骨頭置換術施行、4月8日股関節痛は軽減し退院した。5月初旬から徐々に左股関節痛増強し、レントゲン写真にて骨頭の急速なcentral migrationの進行を認めた為7月15日再入院す。

(現症) 入院時局所に腫脹、熱感、発赤を認めず。左股関節前面及び左坐骨結節に圧痛を認めた。

入院時一般血液検査

RBC : 422万	CRP : 6.19
Ht : 34.6	ASL : 248
Hb : 11.0	RA : 20.0 ↓
WBC : 7200	ESR : 114mm/1hr
PLT : 29.5万	

*人工骨頭の適応について。

*感染なのかmechanical looseningなのか。

*今後の治療について。

★強直性脊椎炎の股関節炎に対するceramic型bipolar人工骨頭置換例で、急速なcentral migrationとstem側のcement骨間のclear zoneが出現している。プンクによる菌培養は陰性、骨シンチは陽性、Gaシンチは陰性である。強直性脊椎炎に伴う炎症変化のためCRP、ESRの有意性を判断しにくい、X-P上の急速な変化からするとmild infectionを考慮して、抜去e t cの処置をすべきであるとの意見が出された。関節炎に対するbipolar型人工骨頭は賛否両論あるが、ceramic型のbipolar人工骨頭についてはcentral migrationが生じやすい点の指摘があった。

11.

『多発性皮下石灰化巣を伴ったオクノローシスの1例』 国立大阪病院 島本 敬三

[症例] 63歳、女性。(主訴) 右股関節痛。(現病歴) 平成5年6月頃より、誘因なく右股関節痛が出現するようになってきた。7月頃から松葉杖を使用するようになった。平成6年3月頃から杖なしでの歩行は不能となり、当院受診し入院、平成6年7月6日右全人工股関節置換術施行。

(現症) 身長 141.8cm 体重 42.8Kg

	股関節可動域		筋力		
	R	L	R	L	
屈曲	80	100	腸腰	3 3	脚長差、筋萎縮なし トレンデレンブルク R+ L-
伸展	0	0	中殿	4 4	歩行(杖あり) 50cm
内施	25	25	大殿	3 3	歩行(杖なし) 0cm
外施	0	25	内転	4 4	日本整形外科学会成績表 35点
内転	0	15	四頭	3 4	皮膚の色素沈着 (+)
外転	20	20	屈筋	3 4	強膜の色素沈着 (+)
開排	20	30			

*殿部の皮下石灰化の原因

★殿部を中心に多数の石灰化単をX-P上認める。ツ反陽性で結核との関わりが議論されたが、極めて珍しい症例のため、生検などで新しい事実が判明すれば再度本会での発表を頂くことになった。

<第4部>

教育研修講演 (17:00~18:00)

『慢性関節リウマチの診断と治療』

司会 池田 清 (関西電力病院)

松原 司 先生
(前神戸大学 整形外科 講師)

最近の救急搬送された脊椎頸椎骨骨折の症例報告

(大阪府医師会医学会総会発表の要旨)

大阪臨床整形外科医会理事 星光病院
山本 光男、川上 勝弘

本院へ救急搬送された中で、脊椎骨骨折・頸椎骨折(骨傷の不鮮明を含めて)の脊椎損傷を追求した。

文献的統計によれば、外傷性に因る「骨折」の中の比率の約3～5%弱がそれに当たると報告されています。過去1988～1993年に56例あり、その中頸髄損傷を伴うもの18例(32.1%)、胸髄・腰髄損傷4例(7.1%)を経験した。(結果的には近隣病院の依頼症例もあるので比率が高いとおもわれる。)

原因別にみると、交通事故、労務事故、スポーツ外傷、自己転倒、その他の順で、男性37人女性19人、平均年齢は37歳です。

臨床的分類、Frankel分類(脊髄損傷程度)の分類)直接的間接的に牽引療法と同時にXP、CT、MRIなどで種々精査し初期的考慮すべき諸検査を実施した。

万一、症候の増悪傾向を呈するもの、脱臼骨折の明らかなもの、CT、MRIで明らかなもの、脊髄の除去の目的、早期リハビリテーションを目的とし手術へと切変え施行した。術式は、前方除圧固定術5例、後方拡大術椎弓形成術4例を施行した。初期経過観察、レベル改善をFrankelの分類で見ると、A→B 1例、B→C 1例、B→D 10例、C→D 2例、C→E 2例、D→E 2例です。

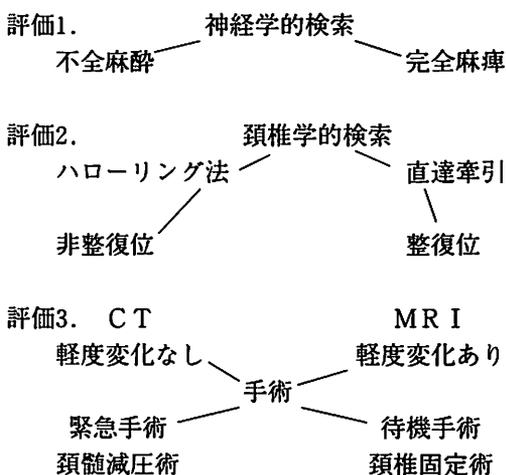
受傷機転が事故を左右する因子は頸椎の過伸展が主なる要因と考えられるものが6例、過屈曲が7例、不明5例でこの傾向は他の報告とはほぼ同様で受傷機転のはっきりしているものの中で過伸展損傷が圧倒的に多い。

骨傷のある頸損例では、多くが過屈曲損傷である事を考え合わせると、本院で見ている過伸展損傷が多く含まれる事実は特徴的な所

見のひとつといえる。

今回の結果から見て、XP、CT、MRI臨床的所見Frankelの分類に沿って経時的観察と治療を要すると思われる我々の自験例を報告した。

II 急性期 頸椎損傷のフローチャート



Frankelの脊髄損傷程度分類

- | | |
|-------------------|-------------------------------------|
| A : Complete | A : 障害高位以下の運動知覚の完全麻痺 |
| B : Sensory only | B : 障害高位以下の知覚はある程度保たれているが運動は完全麻痺 |
| C : Motor useless | C : 障害高位以下の運動機能はある程度保たれているが、実用にならない |
| D : Motor useful | D : 障害高位以下に実用 |

になる運動機能が保たれ下肢の運動が出来 補助具の要否に拘わらず歩行不能

E : Recovery E : 神経症候のないもの
筋力低下 知覚障害
及び排尿排便障害は
ない反射は異常であ
ってもよい

X線上骨傷の有無

頸髄脊髄損傷に明らかに認められるもの、
認められないものに対する治療及び手術

救急症例

- 1、単純X線で明確な所見なしでも
外傷後に脊髄の障害を生じたということは脊椎の脊髄への保護作用の破綻を示している
- 2、脊髄の安定性 有無
- 3、脱臼骨折も同様
(脊髄所見のあるものは)
- 4、可及的早期の脊柱管侵入物の除去あるいは脊柱管拡大による除圧及び損傷部の強固な固定による損傷部の安定化によって、損傷脊髄の回復を図る
又、二次的な損傷を防ぐことが大切

No.	発生日	氏名	年齢	性別	受傷原因	受傷機転	合併症	X P 像	治療	主たる治療法	期間	部位	フランク分類	日数(併症基準)
1	61.10.12	M.A	56	男	深夜に飲酒して高所から転落 (5m)、翌朝発見される	伸展・圧迫	顔面挫創、歯牙折損、後頭部・頸部・ 背腰部挫創、頸部外傷Ⅱ-Ⅱ型	C4高位脊柱管11mm C3,4,5,6骨棘形成、脊椎管狭窄	保存的	直達牽引療法	7.5Y	頸椎	B-D	3-7
2	61.12.4	M.M	54	男	交通事故、車とも3m下に転落	伸展・圧迫	顔面 両四肢挫創	Th12 L1圧迫骨折	保存的	頸髄C4-6知覚運動不全症候、直達牽引療法	5M	頸椎	B-D	3-8
3	62.1.18	K.C	42	男	建築現場の3階から転落	伸展・圧迫	顔面 両四肢挫創	Th12 L1圧迫骨折	保存的		4M	胸椎・腰椎	D-E	
4	62.12.3	K.H	34	男	労働事故 4mの高所から転落	伸展	左下腿骨骨折	Th12 圧迫骨折	保存的		4M	胸椎	E	
5	62.12.7	N.K	44	男	車同士の衝突	伸展	顔面、前後頭部挫創	C4,5脊椎管狭窄、頸椎管11mm	保存的	直達持続牽引療法、マークロハローリングタイプ	3.5M	頸椎	C-E	4-14
6	62.12.29	M.C	53	男	單車走行中車と衝突	伸展	右下腿骨骨折 顔面挫創	C4,5脊椎管狭窄	保存的	直達持続牽引療法 トリッビーウェルズトングスタイプ	6M	頸椎	B-D	3-8
7	63.1.16	N.K	72	男	2階から1階へ転落	伸展	顔面前頭部挫創	Th12 Kompressions-fraktur	保存的		3M	胸椎・腰椎	E	
8	63.1.20	O.S	76	女	交通事故 道路から転落	圧迫	両四肢顔面多発性挫創	L1 W Fraktur	保存的		5M	腰椎	E	
9	63.2.2	T.U	82	女	2階から1階に転落	圧迫	左前腕骨骨折	Th12 W Kompression	保存的		7M	胸椎・腰椎	E	
10	63.4.4	S.K	55	男	犬の散歩中 堤防の階段より転落	圧迫	骨盤骨・左手指骨骨折	L1 W Fraktur	保存的		4M	腰椎		
11	63.4.18	O.N	42	男	交通事故 單車同士の接触	伸展	下腿骨骨折	Becken	保存的		3M	腰椎	E	
12	63.5.25	S.M	66	女	2階から1階に転落	圧迫	頰骨骨折	L1 W kompression	保存的		3M	腰椎		
13	63.6.11	F.S	76	女	2階から1階に転落	圧迫	骨盤骨骨折 知覚運動麻痺	L1 Th12 Kompression-fraktur	保存的		10M	腰椎	D-E	
14	63.7.24	O.M	88	女	歩行中に溝に転落	圧迫	左上肢挫創	L1 W kompression	保存的		4M	腰椎		
15	63.9.29	K.Y	60	女	歩行中に道路側の溝へ転落	圧迫	前頭部打撲、左下腿骨骨折	Th12 Kompressions-fraktur	保存的		3.5M	胸椎・腰椎		
16	63.11.3	K.H	23	男	單車にて歩行中四輪車と正面衝突	過伸展	両腕骨骨折	Becken Fraktur、C ₄ 狭窄	保存的	直達持続牽引療法、ユニバーサルトングタイプ	4.5M	頸髄損傷	B-D	3-7
17	1.11.3	F.Y	30	女	單車歩行中に普通車と接触	圧迫	左下腿骨骨折、知覚運動麻痺	L1 W kompression	保存的		10M	腰椎	E	
18	2.1.4	K.M	63	女	2階から1階に転落	伸展	顔面後頭部挫創	L1 Kompression-fraktur	保存的		4M	腰椎		
19	2.1.12	N.F	75	女	歩行中車と接触	圧迫	後頭部背腰部挫創	Th12 Kompression-fraktur	保存的		4M	胸椎・腰椎	E	
20	2.1.22	M.K	53	男	建築材料の下敷になる	伸展・圧迫	全身打撲挫創、左下腿骨骨折	Th12 Kompression-fraktur	保存的		4.5M	胸椎・腰椎	D-E	
21	2.3.5	O.T	25	男	單車での交通事故	圧迫	頰骨骨折	環椎骨折、顎髄損傷	手術	直達持続牽引療法、マークロハローリングタイプ	4.5M	頸椎	B-D	3-8
22	2.4.9	W.T	20	男	單車で普通車と正面衝突	過伸展	顔面挫創、左膝3-6肋骨骨折	C ₃ 頸椎骨折	手術	頸椎前方固定	4.5M	頸椎	C-D	4-9
23	2.4.18	N.S	70	男	歩行中に車と接触	伸展	左前腕骨骨折	L1 W Kompression-fraktur	保存的		4.5M	腰椎		
24	2.6.22	M.R	73	男	2階から1階に転落	伸展	顔面下顎挫創	L3 W Kompression-fraktur 椎体骨骨折	保存的		5M	腰椎		
25	2.8.5	M.R	46	男	4mの高所から転落	過伸展	C ₄ 、脊椎管狭窄	C7椎体脱臼骨折、C6-7椎間損傷	手術	頸椎前方固定	4.5M	頸椎	B-E	3-13
26	2.8.23	J.S	16	男	單車同士の接触事故	圧迫	左下腿骨骨折	L1 W Kompression-fraktur	保存的		3M	腰椎	E	
27	2.8.30	N.S	21	男	車の横転事故	過伸展	左前頭部背腰部挫創	C6頸椎骨損傷、脱臼骨折	手術	頸髄C5,6前方固定	3.5M	頸椎	C-E	4-14
28	2.9.6	O.Y	72	男	堤防の石段(約4段)にて転落	伸展	顔面、両下肢、門歯挫創	C3,4頸椎骨圧迫狭窄 APLL, OPLL	手術	C4/5椎弓切除術	16M	頸椎	B-C	3-6
29	2.9.14	Y.M	19	男	單車と普通車と正面衝突	圧迫	右前腕骨骨折	Th12 L1 W Kompression	保存的		3M	胸・腰椎		
30	2.9.14	G.N	23	男	單車と普通車の正面衝突	圧迫	左下腿骨骨折	L2 W kompression	保存的		3M	胸・腰椎	E	
31	2.9.21	S.T	21	男	サーキット場のヘアピンカーブで転倒	伸展	顔面、左上肢挫創	C6頸椎骨骨折	保存的	直達持続牽引療法、マークロハローリングタイプ	4M	頸椎	B-E	4-14

No.	発生日	氏名	年齢	性別	受傷原因	受傷機転	合併症	X P 像	治療	主たる治療法	期間	部位	フランクム分類	日数(金時定基準)
32	2.10.13	K.F	64	男	歩行中に車と接触事故	過伸展?	左下腿背腰部挫創	C3,C4頸椎骨折	保存的	直達持針牽引療法、トリックウェルズトンタイプ	5M	頸椎	B-D	3-7
33	2.12.6	O.T	19	男	單車と四輪車との接触事故	過伸展?	右前腕骨骨折	頸椎骨折	保存的	・マークIIハローリングタイプ	5.5M	頸椎	B-D	3-8
34	3.7.31	K.K	50	男	單車と普通車の接触事故	伸展	左下腿骨折	C6頸椎骨折	保存的	・ユニバーサルタイプ	5M	頸椎	B-D	3-7
35	3.8.11	K.S	82	女	2階から転落	圧迫	顔面、下顎部挫創 知覚運動麻痺	L1,2 W Kompression-fraktur	保存的		4M	胸・腰椎	C-E	
36	3.8.23	M.A	70	女	歩行中に横断歩道で車と接触	圧迫	両上肢下腿骨挫創	L3 W Kompression-fraktur	保存的		3.5M	腰椎	E	
37	3.9.1	K.K	28	女	單車で走行中車と接触事故	圧迫	左前腕骨骨折 左肘上肢挫傷	Th12 L4 Kompression-fraktur	保存的		3M	胸・腰椎	E	
38	4.7.12	O.N	50	男	車にて走行中20m下に転落	圧迫	全身打撲挫傷及び挫創	L2 W Kompression	保存的		3M	腰椎	E	
39	4.7.19	M.S	89	男	2階から転落	圧迫	顔面、前腕部挫創	Th12 W Kompression	保存的		4M	胸椎	E	
40	4.11.4	A.H	20	男	車を運転中5m下の田に転落	伸展	両四肢、顔面挫創	C5 脱臼骨折	手術	OP①頸椎後方KW固定②頸椎前方固定	2.5M	頸椎	B-D	3-7
41	4.11.27	S.T	42	男	急な坂道にて転倒(自転車)	過伸展	顔面、左下腿挫創	OPLL 閉塞性前脊髄動脈症候群	保存的	直達持針牽引療法、マークIIハローリングタイプ	5M	頸椎	C-E	4-15
42	5.1.4	Y.S	76	女	歩行中転倒	伸展	両四肢、顔面挫創 知覚運動麻痺	L1,3,4 W Kompression-fraktur	保存的		6M	腰椎	E	
43	5.5.13	I.A	54	男	階段で後方へ転落(3.8m)	過伸展 圧迫	後頭部、左下腿骨挫傷 踵骨骨折	頸髄損傷、C5脱臼骨折	手術	椎弓切除形成術	3.5M	頸椎	C-E	4-14
44	5.5.23	G.Y	34	男	ラグビー試合中	過伸展	前頭部、前胸部挫傷	頸髄損傷、APLL、C5脱臼骨折	手術	OP①頸椎後方KW固定②頸椎前方固定	3.5M	頸椎	C-E	4-15
45	5.6.5	K.T	82	女	2階から転落	過伸展	前頭部、顔面挫傷	L1 Kompression-fraktur	保存的		3M	腰椎		
46	5.6.11	M.K	62	女	2階から転落	圧迫	後頭部、下腿挫傷	L1 W Kompression-fraktur	保存的		3M	腰椎	E	
47	5.6.25	I.Y	72	女	坂道で自転車と衝突	圧迫	顔面、下腿挫傷	L1 W Kompression-fraktur	保存的		加療中	胸・腰椎	E	
48	5.7.11	N.S	41	男	交通事故トラックの衝突	伸展	顔面、両四肢挫傷、下腿骨複雑骨折	多椎間前後絞扼像、頸髄損傷 OPLL	手術	椎弓切除形成術	入院加療中	頸椎	B-D	3-8
49	5.7.13	S.M	37	女	單車にて走行中車と接触	圧迫	両四肢、左第4,5肋軟骨損傷	L1 W Kompression-fraktur	保存的		加療中	腰椎	E	
50	5.7.16	Y.A	73	女	2階から転落	伸展	両四肢挫傷	頸髄損傷	保存的	直達持針牽引療法、マークIIハローリングタイプ	3W転医	頸椎	B-D	4-7
51	5.7.29	K.H	45	男	單車と車の接触事故	伸展	前頭部前額部挫傷 背腰部挫傷	Th12 L1 Kompression-fraktur	保存的		加療中	腰椎	E	
52	5.8.3	K.T	62	女	急な坂道にて転倒	過伸展	両四肢打撲傷	OPLL像、頸髄圧迫像	手術	椎弓切除形成術	入院加療中	頸椎	D-E	5-15
53	5.8.20	Y.K	55	女	自衛行為 4階から	伸展	下半身(L1以下)	L2 W fraktur	保存的		加療中	腰椎	C	
54	5.8.20	O.T	54	女	單車と車との接触事故	圧迫	顔面、下腿部	L1 W Kompression-fraktur	保存的		加療中	腰椎		
55	5.9.4	S.T	56	男	6mの現場から転落	圧迫	左第3,4,5肋骨骨折 直腸腸管不全麻痺	L2,3,4椎体骨骨折	保存的		加療中	腰椎		
56	5.10.3	M.Y	46	男	單車と車の対面衝突	過伸展	前頭部前額部両四肢打撲挫創 右第7肋軟骨損傷	頸椎C5脱臼骨折	手術	OP①頸椎後方KW固定②頸椎前方固定	加療中	頸椎		
57	5.10.4	O.H	18	男	單車と車の接触事故	圧迫	顔面背腰部両四肢挫創	L2,3,4椎体骨骨折	保存的		加療中	腰椎		
58	5.10.12	O.Y	47	女	交通事故	圧迫	後頭部背腰部下肢打撲挫創	Th12 L1 Kompression-fraktur 脛骨高原骨折(複雑)	保存的		加療中	腰椎		

受傷機転

報告者 \ 受傷機転	過伸展	過屈曲	不明	計
木村ら	15	3	47	65
米山ら (骨傷群)	22 (3)	1 (31)	37 (48)	60 (82)
自験例	11	7	2	20

本症における受傷機転別症例数を示す。
米山例の()内の数字は骨傷のある頸髄損傷を示す。

X線所見

報告者	X線所見	症例数
今井ら (114例)	配列異常	15
	椎間板変性	70
	O P L L	20
	異常なし	9
木村ら (65例)	椎間板狭小	30
	後方骨棘	8
	O P L L	10
	椎管狭小	28
自験例	椎間板狭小	6
	後方骨棘	3
	O P L L	8
	椎管狭小	2
	異常なし	1

麻痺の改善度 (Frankelの表示法による)

自験例 (18例)

A A	A B	A C	A D	A E
	1			
B A	B B	B C	B D	B E
		1	6	3
C A	C B	C C	C D	C E
			2	5
D A	D B	D C	D D	D E
				2
E A	E B	E C	E D	E E

Frankel例 (218例、うち202例とそのほとんどが骨傷例)

A A	A B	A C	A D	A E
81	21	10	11	
B A	B B	B C	B D	B E
3	9	2	14	5
C A	C B	C C	C D	C E
	1	4	11	5
D A	D B	D C	D D	D E
			30	11
E A	E B	E C	E D	E E

症例 25

M. R 46歳 男

病名：頸髄損傷

C₇椎体脱臼主訴

C_{6/7}椎間板損傷

現症：H 2. 8. 5

労務事故

4mの脚立より後方転落す

初診時所見：

救急搬送

神経学的に両上腕胸部より以下

運動知覚脱失

既往：虫垂切除術 21歳

左大腿骨々折 38歳

手術所見：頸椎骨前方固定術

頸髄根圧迫

RH開始

術後 24日目

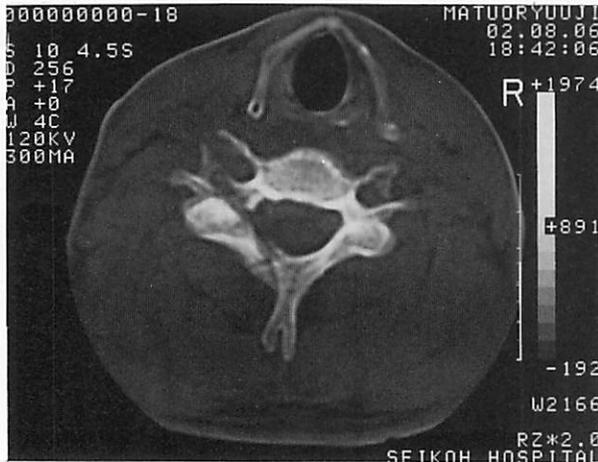
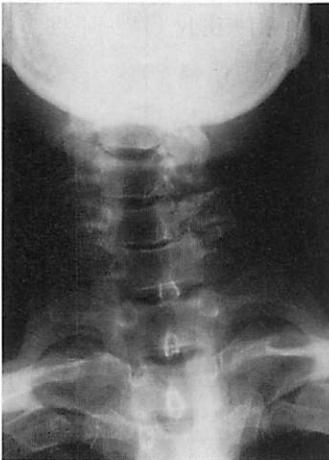
肘指手関節より末梢の運動障害

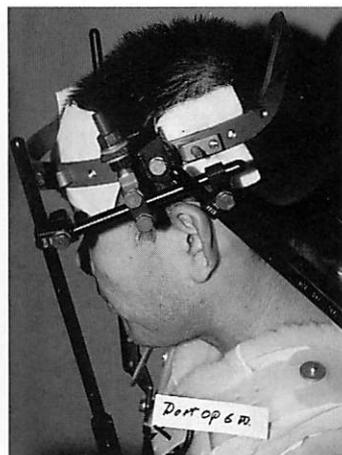
肘上肢の運動障害～屈曲

伸展可能

臍部以下の知覚(潜在知覚)脱失(+)

RHに依り坐位可能となる





症例 44

G.Y ♂ 34y

病名：第4、5頸椎骨脱臼骨折、頸髓損傷C4、5

現症：H 5. 5. 23

ラグビー試合中に受傷(スポーツ外傷)

初診 左上肢痙直性不随意運動

知覚運動神経不全麻痺

左上腕二頭筋腱低下 L→C

5-8 R→C₆₋₈領域

当日 観血的整復 頸椎後方固定

10日後 前方固定

術後 知覚運動の異常改善

握力 右 31kg 左 28kg

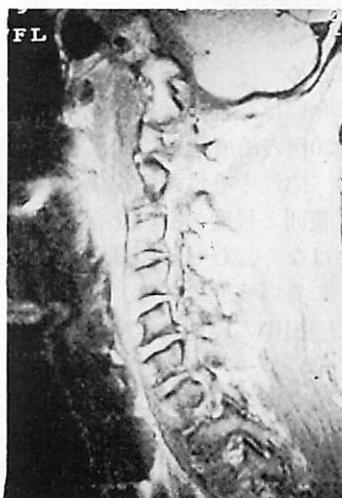
知覚 R<L

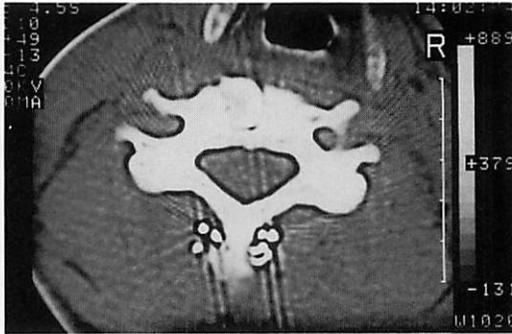
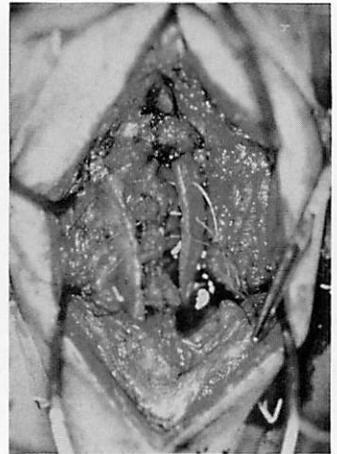
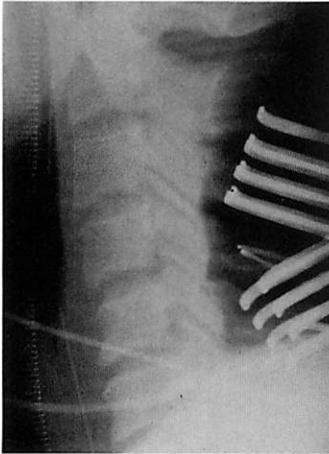
L 前腕内側

R 手掌

L 大腿外側

既往歴 交通事故 2年前 鞭打ち損傷





まとめ

今回は頸椎頸髄損傷を1988年～1993年の中で20例の治療経過について、検討し報告した。

1. 急性中心性頸髄損傷は、さまざまな損傷範囲と程度のものを含み、稀な特殊な病態はなく、むしろ頸髄不全損傷として最も生じ易い病態である。
2. 損傷の範囲と程度により
 - 第一型（上肢型）
 - 第二型（典型的Schneider型）
 - 第三型（横断型 不全損傷）への移行型に分類され、その内最も軽度の第一型（上肢型）は、予後は極めて良好である。
3. 治療については、骨傷のある場合には、



その頸椎損傷に対応した方法を探る。骨傷のない場合は原則として保存的治療のみ行うが、椎間板脱臼、著名な不安定な

ど外傷機転が去った後も、脊髄に対して大きな障害因子となるものは積極的に手術治療を行うべきと思われる。

特別養護老人ホーム(有床診療所併設) 設立のための奮闘記

社会福祉法人 慶陽
医療法人 青洲会 孫 瑠 権

<はじめに>

高齢化社会が進み、社会事情、家庭環境の変化等により、老人問題が深刻になってきた昨今であります。老人福祉行政として様々な施策が講じられておりますが、その中の一環として、「特別養護老人ホーム」施設が含まれております。他に入所施設としては、「養護老人ホーム」「軽費老人ホーム」「ケアハウス」「有料老人ホーム」等があります。

「在宅福祉サービス」「高齢者の生きがいと健康づくり対策」等の推進、更には、それらに必要な「マン・パワーの育成」と数々の施策が打ち出されている現況であります。行政も厚生省に「老人保健福祉局」として、老人福祉に関する窓口を一本にして、従来より行政的にも扱い易くなったようです。

<いとぐち>

大阪市内では、未だ約2,000人ほどの老人が施設入所を希望して待機しているのが現状のようです。それだけ施設が不足しているということです。市内の土地事情からすれば当然のことでしょうか。たまたま、診療所の土地があったものですから、大阪市の薦めもあって「ホーム」の建設に踏み切りました。

尤も、それまでも、昨今の医業運営事情から、色々と計画しましたが、老人病院をはじめようとして、医師会から反対され、困っていた時でもあって、思い切ってスタートした訳です。建設費等の補助が得られるというのも魅力でした。各都道府県によって差はあるようですが、大阪市の場合は、国が1/3、市が1/3を補助してくれ、残り1/3を施設が寄

附金を集めて負担するということでした。最近では自己負担の率が少し楽になっているようです。

従来の「ホーム」に欠けているものは、福祉の中に積極的な医療が含まれていない点です。欧米先進福祉国家との違いの最たる点です。そこで当施設は、診療所を併設して、安心して医療を受けられる環境にしようとした訳です。私自身も医師として、最新の設備を整えた医療環境が欲しかったものですから、クリーン・ルームをはじめ、レントゲン器械、リハビリ室の充実、諸検査の器機を充実させる機会にもなった訳です。

<建物ができるまで>

当施設は社会福祉法人が運営することになっております。まず、その法人を設立するのが大変で、行政の複雑さ、用心深さに苦しみながらも幸い多くの有力な人達の助力を得て法人を設立することができました。

次いで資金面です。事業等をしたことのない者が、この問題に直面し難問が次から次へと積み重なりましたが、伊勢志摩で院長職を7年もした経験と友人達に恵まれ、何とか乗り切ることが出来たことは幸せでした。何れにせよ、借金をしなくてはなりません、更めて行政関係の医療事業団の厳しさには参ったものでした。親族一同から担保を提供をして貰い感謝の気持ちで一杯です。

平成3年8月頃から手続きに入ったものですから、平成4年度の予算に間に合わず、平成5年度の予算に組み入れて貰い、本格的に建設に入った訳です。平成5年7月30日に社

会福祉法人の認可があり、医療事業団からも貸付金を許可され資金も調達されたものです。その間、他施設の見学・アドバイスを受けながら設備の充実に努めたものですが、出来上がってみると色々と不備が目立ち、現在も不満な点が多々みられる状態です。人に関しては楽でした。寮母をはじめ就職希望者はホームに関しては、大勢集まり苦労はなかったのですが、質の面ではまだまだ問題があるようです。

<現況>

平成5年9月17日に、やっとオープンにこぎつけ、入所者50名、ショートステイ6名、デイケア8名までという定員通りで運営しております。従業員は、施設長1名、寮母11名、指導員1名、事務員1名、介助員1名、栄養士1名、調理員4名、医師1名、看護婦2名の定員でまかなっております。

何といっても、この仕事は人が大事で当初は寮母の質の悪さが目立ち、かなり問題がありました。寮母の本質を心得ず、大阪市の準公務員という待遇だけを目標に就職する者達が多々居り、未だその対策に頭の痛いところがあります。まだ開設以来、1年半ですので入所者の身の回り世話だけで手一杯という段階ですが、各人が研鑽することによりまだまだ向上できるものと期待しております。

<おわりに>

別掲しております「老人福祉施設倫理綱領」に唱っているように、理想的な施設にするのが私達の使命ですので、試行錯誤をくり返しながら、ひたすら前向きに行動して行く他ありません。現実、診療所を併設したお陰で「ホーム」にどれだけ貢献しているかと思うと、医療を抜きにした「ホーム」は考えられないと思っております。もう少し福祉の本質を考える必要があるのではと、実践してみているところでもあります。

私自身、医師として30数年になりますが老

人達の環境をみておきますと、更めて初心に戻った気持ちになり、医者になって良かったと思うと同時に、もう一頑張りしなくてはと思う此の頃であります。

老人福祉施設倫理綱領

老人福祉施設は、わが国を豊かでやすらぎのある高齢社会とするために大きな役割を担っており、そこに働く私たちには、すべての国民から、大きな期待が寄せられています。

この期待に応えるためには、関係法令を遵守するだけでなく、利用者に対しノーマライゼーションと人権尊重の理念に基づき、専門的サービスを提供する義務があり、社会の信頼に応えるために、公平・公正なサービスの実現に努める必要があります。

私たちは、このような自覚と決意をさらに強固なものとするため、老人福祉施設で働くすべての人々が厳守すべき「老人福祉施設倫理綱領」をここに定めます。

1 施設の使命

老人福祉施設は、地域社会の支持を受けて、高齢者が地域で安心して生活を送ることができる拠点施設となることを使命とします。

2 公平・公正な施設運営の遵守

老人福祉施設で働く私たちは、高齢者の生活と人権を擁護するため、自己点検を強化し、公平・公正な開かれた施設運営に努めます。

3 利用者の生活の質の向上

老人福祉施設で働く私たちは、利用者一人ひとりのニーズと意思を尊重し、可能性の実現と生活の質の向上に努めます。

4 従事者の資質・専門性の向上

老人福祉施設で働く私たちは、常に誠意をもって質の高いサービスを提供できるよう、研修・研究に励み、専門性の向上に努めます。

5 地域福祉の向上

老人福祉施設で働く私たちは、地域社会の一員としての自覚を持ち、保健・医療等関連分野との連携を強化し、地域福祉の向上に努めます。

6 国際的視野での活動

老人福祉施設で働く私たちは、諸外国との交流を促進し、国際的視野にたち、相互の理解を深め、福祉の推進に資するよう努めます。

全国老人福祉施設協議会

平成5年6月12日制定



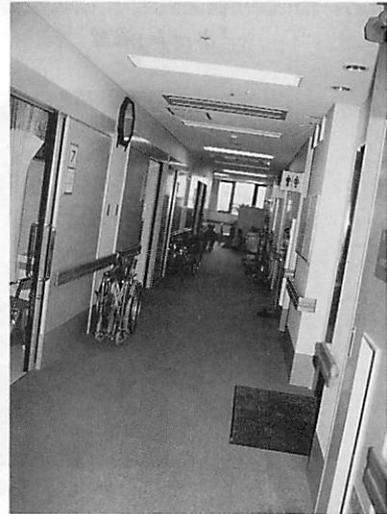
1・2階 青洲会診療所
3～6階 特別養護老人ホーム



「ホーム」玄関
あっとほうむの玄関



「ホーム」娯楽室



「診療所」病室廊下



「診療所」待合室



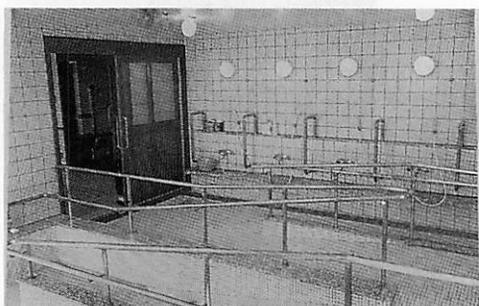
「ホーム」入所者室



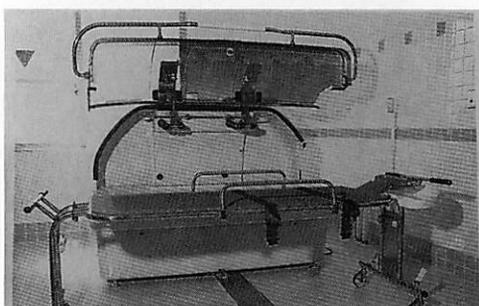
「診療所」入院室



リハビリ室



「ホーム」浴室



「ホーム」特殊浴槽



「診療所」手術室 (クリーン・ルーム)



「ホーム」ロビー 催し舞台 食堂

- 新鮮外傷(打撲・捻挫等)に対して先ず温湿布をやり、次に揉んで、そして最後に冷湿布を貼布して帰している。
- 学校の先生、養護教員は学内に発生した事故を先ず柔整師につれて行くことが多い。学校の指導者を教育する事が大切。
- 内科医等にレントゲン撮影のみを依頼し、その写真により診断治療が行われている。ギプスを使用している。
- 殆ど柔整師が患者に対する説明で“アタの背骨がずれているのでなおす”と言うそうです。押さえ付けたり、暴力を加えて治療と称しているとのこと。これはもう問題外です。
- 小児の頰上骨折がひっくり返って癒合していた。
- 弾発母指にハリをしている。
マッサージ(80歳)に対し、背中によって圧迫骨折、肋骨骨折あり。
癌の頸部へのMeta、があるのに1カ月以上マッサージ、マイクロをかけてから疼痛悪化となり受診す。
- 腱鞘炎の初期を強く揉んで(患者が痛がったのに痛みを辛抱せぬと治らぬと言って)炎症を増大させ、バネ指になってしまった例。
骨折の診断をし、レントゲンを其処で撮ったのもある。
- ギプスを巻いて継続的に治療し、ギプス除去後にマッサージ等をおこなった例は多い。
- 決められた診療項目だけの診療と制限すること。
- レントゲンの検査せず“骨がずれている”などと患者を不安に陥れるような事が多々あるため迷惑する事があり。
- 私の患者ではなかったがごういんなりハビリで上腕の偽関節形成の例があった。
(初期) 骨折に対してマッサージを行っている。
- 頸、腰のヘルニアの悪化。
施術の対象が外傷の疾患が多い(特に老人の)退行変性。

(15) その他御意見

- 患者がなぜ接骨院へ行くかをよく考えるべきである。
医院では注射、投薬を行う事が多く効果はよく分からない。
接骨院へ行く者は治療してもらおうとやはり気持ちがいいといっている。
やはり気持ちよくなる治療をすべきである。
整形でなおらないから接骨院へ行くものがあることを注目すべきである。
- 医師と同じ保険制度の内では算定するのが間違いで別制度を考える必要があるのでは。
- X P もとらず骨折の診断が学問上無理。
捻挫の診断も X P なして正確には無理。 柔整師廃止すべきである。
この学問的問題で厚生省を追及すべきである。
- 初診をさせないこと。
- 守秘義務違反あり。
- シップをサービスでわたしているところがあると聞いている。(患者はいくらもっていても良い。)
- 色々言いたい事はあるが要するに彼等の業務範囲を厳しく守らせるべきだし、 彼等の違法行為を助長している。部位毎に加算を認める健保点数は早急に改廃すべきだ。

- 厚生省は柔整師会の政治力により取締を強くすることは困難なのではないか。
- あんま、マッサージぐらの施術にとどめるべきだ。
法律違反行為は犯罪だ。
- 診断書に類するものを書いているとの話を聞いたことがある。
一般に不正確な知識を患者に与えていることが多い。
特別な例と思うがカルテの記載（問診・診断所見等）をアルバイトでやっているという話も聞いたことがある。
- 柔整師の件が話題になる度に胸くそ悪い。
- 柔整師の学校をなくするように希望する（存在すること事自体無意味）代わりにPT、OT等の学校に切り変えてほしい。
- 柔整師が保険請求を委任状払いでして、無審査に近い状態であるが、今後は我々医師と同じレベルでの厳重な審査をする以外に有効な手段はない。
- 社保（保険）では理学療法：消炎鎮痛の部位が現時点では「ユルメ」られているも、整骨院の診療は4部～5部位も認められているようである。この方面でも「法律」上での規制も必要である。と思われる。
- 柔整師に対する健康保険法の適用を厳正にして欲しい。
Krankeの中には医師と柔整師を混同している人が多いのではっきりと区別させるようなシステムあるいは制度を作るべきである。
- 遅きに失した感もありますが整形全体の問題として積極的に対応して頂きたい。法律違反に対しては告訴等法的措置も辞さないぐらいの考えでやって欲しい。
- この問題はちょっと簡単にはいかない。やはり患者意識の改善・啓蒙が大切。
- 彼等は香具師なみの説明で人をだましてると云わざるを得ません。
- 厚生官僚に当たっているのみではダメなのは従来の経過で分かり切っている。刑法違反につながる事柄として警察庁にも申し入れるべし。
- 柔整師のレセプトも審査基準を厳しくせよ。
 〳 の国試をもっときびしくすべきである。
- (11)(12)(13)の質問については柔整師が如何に真面目に取り組むか、現在のような無責任な発言(ムンテラ)が無くならない限り変に知識を与える事はかえって患者を混乱させることになるのではないだろうか？
- 柔整師の数が増えすぎていると思います(国で人数を制限すべき！)
超音波の使用による診断は医師にまかせるべきだと思います。
これからは接骨院は急性疾患以外は受診できないと患者さんに分かるようにするべきだと思います。
理学療法は医師と同じ様に何箇所しても一箇所のみとするべき。
実費で治療するべきだと思う。
- 消えるべきものが盛況を呈するのは異常でとくに老人医療で違反医療をしているためによる、また医師の方も領域を犯されているのに分かっていない事著しい。何のために関係を発展させるのか。

*不適切な例があれば書いて下さい。(6月4日)

- 不必要な施術、治療をしていることが多い。

- 病態等について正しい説明をしていない。
- 新鮮な骨折例にマッサージを毎日している。
 - にきつくつよく包帯をグルグル巻きにしている。
 椎間板ヘルニア(頸椎、腰椎)で高度のマヒのあるものに長月数にわたってえんえんと施術している。
- 急性期骨折、捻挫、腰・頸・背痛に対しても、もむ、たたく、電気刺戟を行う等出血を誘発するような事も平気でやる。
- 建物や近代的だが人、備品、道具すべて旧態と考えます。
- 特に診断がデタラメ、従って病態の説明は間違い。
 - 「腰の関節がずれているので腰が治らない」といった類の病態の説明。
- レントゲン撮影を時にしているというウワサを聞く。
 - むつかしいのだけ頼みに来ているのかもしれない。
- 診断がこわい(医診でない)
- 指骨々折の変形状態のままリハビリテーション開始。
- 肩甲骨のMetaに対し治療されており、本人が当院を受診して始めて診断し、内科入院となった例があった。
- Ptに保険のための同意書をだすように強要された。
- 脛骨々折で変形治療となった例がある。
- ほぼ100%背骨がズレていると言って治療を施す。
 - 診断をつける能力。設備がない。
 - 診断をつけずに言葉巧みに施術する。
- 脱臼骨折があり、テーピング固定のみで当院へレントゲン撮影目的に紹介。Telにて脱臼骨折あり、故に当院で整復固定しますと告げたところ「何もするなX-P持参の上患者を返せ。」との事。一体何のための整形外科なのか。
- 診断書を発行したり、労災治療に平然と治療見込みを話している。
- 関節周囲のお灸→化膿
 - 骨折・捻挫の固定法
 - 細いバンソコウ固定→お呪いの
 - 柔整師が関係する場合必ずと言っていいほど鍼灸の資格を持っていない場合が多い、鍼灸上の範囲についても併せ論じておく必要があるのでは？
- 正確な診断ができていないまま、治療している例が多い。
- 非医師で准看護婦以下の医学知識なのにX-Pをかけたたりして、もっともらしい説明をしているようである。
- 中に全く意味ない補助線を書き込んだまゝ返却してくる例もあり、みるにたえない。
- 診断がよく間違っていて、みすごされて加療されている。
- お呪いのような絆創膏をはる。
- もみ治療と寒冷治療(患者が言っている)を主にしている。
 - マイクロ・低周波・ローラー等も使用しているらしい。

(15)その他御意見(6月4日)

- 医師の同意のある者のみ治療可。

- 医師に比較して格段と容易な修行年限で開業権を得られる事が最も問題です。
- 柔整師は保険に入っていない場合が多くトラブルの賠償能力に問題がある。
- 同意書は書きたくない。
- 需要があり、マーケットがあるから存在するので否定する必要はない、日本の土壌では適切である。
- O C O Aの方針には従うつもりだが、現状では不満に感ずる事が多い。
- 現在最も手をつけやすく、有効な方法は柔整師全員に対して審査を医師と同様に適正にする事である。
- 医療の行為(診断治療)は医師免許を要する。
超音波使用等もってのほかである。
検査技師でも看護婦でも勝手な営業行為は禁止されている。
- 国際的に見て話せない非論理的な事が多すぎる。
- 保険請求を含め疑問が多すぎる。
昨年だったが国家予算のムダ使いで支払疑問がクローズアップされ、そろそろ社会的にも問題になってきたと考えていたが、そのままポシャってしまったようだ。日本整形外科学会は何をしているんだろう。
学問するだけが仕事じゃあるまい。
- パラメディカルとして医療業務に取り込めばよい。
- その道の最も専門医である整形外科医がその整形外科的疾患の治療を非医師であり、医学程度の低い柔整師にまかせる(同意する)のは全くおかしい。断固として同意をしないことが重要である。
- 自己の守備範囲内での行為を守らせるべき。
- 医療機器メーカーにも責任がある。

このアンケートは平成6年4月23日及び6月4日に開催されたO C O A研修会会場でO C O A会員を対象として行ったものです。(文責 丹羽権平)

上海市第六人民醫院 訪問記

(平成 6 年 5 月 5 日)

理 事 堀 木 篤

びっくりした。“熱烈歓迎”の字が目に入った時は正直言って驚いた。気楽な病院見学と高をくくっていたのに、俄に現実に引き戻された気分となった。(写真1)



旅行最終日午前の僅かな時間ではあったが、上海一の病院を見学に行くというのでホテルからバスに乗り込んだ。衛生院さし廻しの通訳が一人つく。三橋二良団長の話によれば、「ツムラ」を通して連絡しておいてくれた由で、公式訪問らしい。もっとも見学料として一人当たり千円近くお支払いしたそうであるが。

人また人の市街を抜けて市の南西に新しく建設された病院に着いた。この病院の歴史は古く1918年にVictoria Isolation Hospitalとして創立されている。解放後は上海市第六人民醫院と名前が変わった。1985年8月此の地に新しく移転建設されたが、その広さ10ヘクタールを占め、病院棟、管理棟、教育棟などの建物が立ち並ぶ立派な病院である。中庭はまた素晴らしく広々とした築山風の庭園になっている。兎に角、広いのを見れば驚く習性を持っているものだから、広い＝素晴らしいと短縮

してしまう自分が情けない。

まずゲスト棟(宿泊施設にもなっている)のカンファランス室へ案内される。(写真2)



口の字形になった机に病院の事務長、骨科(整形外科)の教授以下数名の医員がずらりと並び、それと相対する形で我々が坐った。まず病院の沿革、内容などをビデオを使って手際よく説明する。なかなか手慣れたものである。それもその筈、ここの俞教授は四肢再接着の業績では世界的に有名な方で、1963年世界で初めて上肢再接着例を報告している。その技術は国際的とも言える。そういう訳で四肢のInternational Training Centerが設けられ、国内、国外からの研究者を多数受け入れているそうである。ベット数は病院合計で1,000、うち骨科は140ベットとのことでMicrosurgeryを必要とする患者が多いとのことである。再接着の開存率は80%を越えるとのことであり、最近Combined free flap法を考案して臨床例を重ねているとのことであった。教授は大柄な方で精力的な感じであり英語をよくする国際人と見た。

蓋のついた深い湯呑みが運ばれてきた。お

茶には間違いはないのだが、底の1/3にじゅんさいのような葉っぱが沈んでいる。上澄みを飲むのである。飲んでではまた蓋をするのである。日本のお茶の葉とは全然違う。じゅんさいのようでもあり何なのか興味湧く。指を突っ込んで掻き廻す訳にも行かない。相手も同じように飲んで蓋をする。同行の先生方も同じような仕草をする。郷に入らば郷に従えか。こんなつまらぬ事でも気になり出したら頭にこびりついて離れない質だから、こんな時は大いに困る。相手の話が半分しか頭に入らないので、この訪問記も半分程度と考えて読んで頂ければ幸いである。

簡単な質疑応答の時間も終わり、病棟見学へと移る。(写真3)広い庭を前面に立つ病院は偉容を誇る。エレベーターで昇る。まず展示室のような一室へ案内される。症例の写真などが展示されているが見学者への説明にはよいアイデアと言える。廊下はや、薄暗く、病室は3~4人部屋であった。ベットサイドで教授自らがレントゲン写真片手に説明して

くれる。やはり再接着の患者が多い。再接着術後に漢方薬を使用するのかと尋ねたら、使用するとのことであった。再接着後の機能再建は興味のあるところであったが、時間もなく聞くことができなかった。同行の先生方も昨夜までの顔とうって変わって職業顔に変化していた。カメレオンの七変化とまでは行かないが、さすがである。熱心な見学もあつと言う間に過ぎ、名残を惜しみながら記念撮影となった。(写真4)

さんさんとふりそそぐ中国の太陽の下、同業の士相集いて和やかなワンショットとなった。近くて遠い中国、言葉の点からみても意志疎通は難しいが知るべき点も多いと感じさせる旅であった。

設問 次の言葉を正しく結んで下さい。

超聲診断	MRI
核磁共震	超音波診断
門診	CT
電子計算機断層掃描儀	外来



患者さんって、勝手やなあ、けど・・・

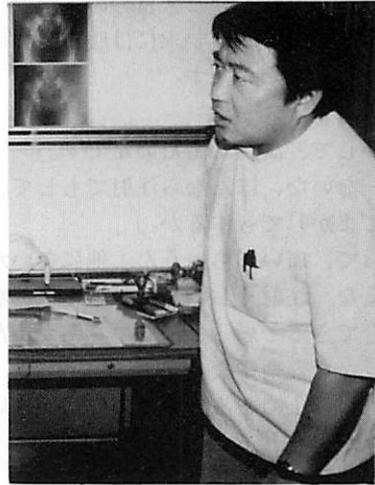
—スポーツ選手の希望を叶えようと努力しているうちに気付いたこと—

島田病院 整形外科 島田 永和

「先生、今度の試合が高校生活の最後やねん。出れるようにして一な。」
「僕は絶対に手術なんか嫌やで。せーへんからな。」
「ギブスはしたらあかんと、監督から言われています。」
「何回も練習休んだら怒られるねん。一回で治してや。」
「この選手がおれへんかったら、次の試合は勝てまへんねん。たのんますわ。」

「自分の診療の得意な分野はスポーツ整形外科というものです。」などと、生意気な看板をあげているものですから、多くのスポーツ選手が受診しに来てくれます。そして、彼らは様々な要求を突きつけてきます。これに応えられないというのは専門家とちやうやんかという圧力は、小心者の小生には、脅しのように思えることすらあります。もちろん、彼らにそんな気は毛頭ありません。自分のしたいことが身体の不調でできないため、その不都合を解決してほしいとただひたすらに願っているだけなのです。基本的には少々痛みがあっても、「やっても大丈夫や。」という保証というか掛け声をかけてもらうというのが目的なんだと徐々に分かってきました。したがって、安静というのはなかなか言いにくい指示になってきます。

当初は腹が立つばかりでした。「一々言うことを聞いてたら診療にならへん。」とよくぼやいたものです。しかし、彼らの言うことを聞きながら保護者や指導者の方と相談してみると、治療において冒険が許される環境であることに気付いたのです。通常の診療では大事をとってギブスを巻くところを、それを



嫌がる選手の場合、周囲の方ともギブスの意義や必要性、筋萎縮や関節拘縮の可能性、結局、元の活動ができるに要する期間、また、巻かないで治療した場合の危険性などを話し、一緒に対処を考えるのです。了解が得られれば、巻かずにスポーツ活動に参加してもらうことになります。こちらも経験がないことをするので、はらはらしながら経過を追いかけてみます。骨折が発症して、まだ3週間で、骨折線がレントゲン上まだ明瞭に残っている場合でも、テーピングだけで試合にフル出場したバスケットボール選手がいました。いわば選手の同意のもとでの固定期間短縮の実験のようなものです。こんな風にうまくいった例が蓄積されてくると、徐々に私も大胆になり、「巻かんでも、いけた奴があるで。」なんて言ってしまうものですから、ますます要求はエスカレートします。

しかし、いつもこの手を使うわけではありません。整形外科医の端くれですから、病状を最優先して考えます。その外に、失礼な言

い方かもしれませんが、選手・家族・指導者の理解力も重要な要素だと思っています。また、結構配慮しないといけないことが多く、気を遣うので、選手には申し訳ないのですが、当方の気分や体調にも依ります。二日酔いの日に受診した選手はあまり希望の対応は期待できないかもしれません？自分の都合だけを主張する誠に虫のよい要求には腹が立つばかりのこともあるからです。

「何とかして、試合に出たいんです。」
「しゃーないな、ほんなら注射でもして、究極のごまかしでもするか。」
「注射って、痛いんちゃうん。他にないか。」
「おまえな。注射くらい辛抱できんと、なんで試合できると思っとんじゃ。あかんたれが。ほんなら薬やな。」
「嫌や。痛み止めやろ。薬は副作用が怖いとおカンが言うと思った。」
「そうか、そしたらリハビリに来るか。」
「それって、毎日来なあかんのんちゃうん。ここまで遠いもん。無理や。」
「どっちが、無理言うとするんか、分かってんのかいな。好きにせえ。」
「なんや、愛想ないな、こんなとこまで来たってんのに。」
「もう勝手にせえ。」

こんな診療を続けているある日、股関節の悪そうな歩き方をした女性が外来に来られました。他の病院で手術を勧められたけれども、それが嫌で何とか別の方法はないかということです。48歳で、レントゲンでは強い変形性関節症の変化を呈していました。「股関節の周囲の筋力を強くして関節を保護するという方法があります。」と運動療法を紹介しました。ただ、「でも、運動は痛みを取るという直接の効果は低いですよ。だから、この運動自体が痛みのためにできないとしたら、やはり手術をするほうがいいのではないかと思います。」と付け加えました。手術をしたくないという

彼女の執念は凄まじく、リハビリテーションに通院するばかりではなく、近くのプールのある施設での水中訓練まで頑張って続けられました。結果的には辛い痛みが取れて、日常生活には不自由を感じないまでに回復されています。一方、同じ年齢のご婦人で、レントゲンは同じような変化ですが、他の施設で人工関節の手術をするには早すぎるから我慢しなさいと言われて、「私はそれで痛みが取れるんやったら、手術をして欲しいんです。」と正反対の要求で来られた方がおられました。整形外科の研修を始めたときから、人工関節置換術を壮年期の方に行うのは医師の焦りだから慎むようにという訓練を受けてきましたから、「その先生の仰せることは尤もですよ。もし、早い時期に手術をして、今の女性の平均寿命まであなたが元気に活躍されるとすると、人工のものでしたら、持ちを保障できないんです。」

「持たなくなったら、どうなるんですか。」
「もう一度入れ替えの手術をすることになります。」
「そんな例はあるのですか。」
「ええ、残念ですが、緩んでしまって再度やり変えることは、決して珍しいことではありません。」
「私は今、孫が遊んでほしいと言っている年代のときに、一緒に動きたいんです。もう一度手術すれば、また、歩けるのであれば構いません。手術をしてください。」

こんな風に言われるのです。これには悩みました。私が教育を受けてきた医師の職業倫理に従えば、患者さんの意向に振り回されてはいけなくなりますし、一方では、患者さんの望むことを提供するのが、臨床家の努めではないかとも思えたからです。結局、ご主人にも来ていただいて、相談しました。機械を取り替えるように二回目の手術というのは簡単ではないということ、輸血の必要性や手

術や麻酔による危険性など、どちらかといえ
ば手術に対してマイナス材料の多い説明を意
識的に行いました。これだけ話せば、「じゃあ
止めますわ。」と、答えが返ってくるのを期
待していたのです。しかし、予想に反して、
返答は、「やっぱり、お願いします。」です。
手術後の経過は順調で、約三カ月して退院さ
れ、孫と遊ぶという当初の目的を達して、満
足されています。しかし、彼女との付き合い
は始まったばかりで、この手術が本当に良か
ったのか、彼女やご家族の感想も伺って、じ
っくり経過を追って結論を出さねばと思ってい
ます。

同じような意味で、リウマチ患者さんの治
療でも悩むことがあります。従来のピラミッ
ド型の治療体系に沿って薬を処方していると、
コントロールが悪いときに次の薬というふう
に選びますから、患者さんの痛みにどうして
も後追いの治療になってしまうことにジレン
マを感じていました。早期の人工関節の適用
と同じように、ステロイド剤の使用は控える
ようにという教育が頭にあったからです。し
かし、昨今のリウマチ治療のプロトコルは
早期から免疫調整剤なども使用して、関節の
変形を抑え、患者さんのQOLを大切にすると
いうものであると知りました。これだと思い、
現在はあまり抵抗なく、これらの薬剤を発症
の早期から使用するようになりました。副作
用のチェックを厳重に行いながら投与すれば、
安全に使用できると、今では大胆になってき
ています。患者さんにとっては、従来の治療
体系よりも痛みがとれるので楽に暮らせると
喜んでおられます。

今までは自分が習ってきた治療法を画一的
に個々の患者さんに押しつけるように提供し
ていたように反省しています。しかし、それ
では、スポーツ選手の治療でも、変形性股関
節症の人工関節の適用時期でも、また、リウ
マチ治療における薬剤の選択でも、医師とし
ての倫理が患者さんの悩みを押し流してしまっ
ていたのではないかと思うのです。とって、

無制限に患者さんの希望通りの治療をしさえ
すれば問題はない。というほど単純ではない
でしょう。すべての患者さんに対して、一概
にこういう方法が良いという結論はないと思
います。結局、一例一例での患者さんの希望
とそう望むに至った理由や置かれた環境など、
じっくり聞きながら、プロとしての意見を述
べ、助言し、いわゆるInformed consentに従っ
た医療がその解決策になると思います。それ
にしても、容易な道のりではありません。し
かし、患者さんは医師の指示する画一的な処
置に不満を持っているということは確実な事
実であり、臨床家としてはなんとかその不満
を解消し、要望に沿う医療を実践したいと思
っています。

「先生がやってもえーて言うたから、練習し
てみたけど、全然治れへんでー。」

「鍼の方が良く効いたで。」

「隣のおっちゃんが揉んでくれたら、余計に
痛うなってんけど、どうしたらええのん。」

「湿布張ってたらかぶれたやんか。」

今日も多くの訴えや要求、希望、都合など
が診察室で聞かれます。いろんな経験から、
「無理な話をいいよなあー。」と感じたこ
とには、「そんなアホなこと、できるかい。」
と答える前に、それは本当に無理なことなの
か、なんとかならへんのか、と一度は考えて
みる変な癖の付いた私です。

皆さんもバカにせず試してみられますか。
診療の新しいヒントになるかもしれませんよ。

私の海外失敗談

天野整形外科 天野 敬一

前に、どなたかが、スイスでバスに置いてきぼりをくった話を書いておられました、私も言葉にからんだ、いくつかの海外失敗談を思い出します。御参考までに。

その1：“A cup of water”（図1）



図1.

1976年に、シドニーで脊髄についてのconferenceがあり、当時研究していた実験的脊髄症の結果の発表のため、福田先生（現滋賀医大教授）にお伴して行ったときのことです。

学会の発表も終わり、開放された気分でグレートバリアリーフにあるヘロン島に立ち寄りました。旅程の中の一泊のみなのは残念でしたが、コテージがあちこちに建ちならび、まさに南海の楽園そのもののリゾート地です。当時はまだ日本人旅行客は少なく、そのときも我々2人だけでした。食事は、中央にある大きな木造の小屋ですようになっていました。

ヴァイキング形式の食事の後、水がほしくなり、従業員（20歳位のブロンド娘）にたのみました。うなづいて行ったので言葉は通じたものと思っていたら、持ってきたのがコーヒー茶碗に入れた水を一杯、しかも皿までつけて。



ア然とした私の横で、福田Dr.がにやにやしていました。そうです。中学生でも判る筈なのに、私は“a glass of water”という所を、“a cup of water please”と言ったらしいのです。

そのウエイトレスの、皮肉か冗談か？。一本やられました。

その2：“sans Lyon”（図2）

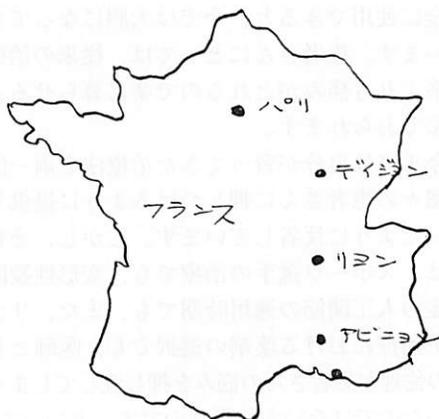


図2.

フランス中部のリヨンという都市を御存じと思います。明治、大正の頃には、絹工業との関係で、日本人も多く滞在していたとのこと。今は又、観光、グルメの町として有名で、大阪の料理学校が分校を設置している程です。

1981年から82年にかけて、リヨン郊外にあるCentre des Massues (P. Stagnare教授)に脊椎外科の勉強のため滞在しました。フランス語は多少習って行ったものの、まだまだ会話できるという状態ではありませんでした。そこで一人暮らしのつれづれに、週末になると汽車で中距離の旅行に出かけていました。

そのときも、フランス南部のアビニヨンまで行っての帰りだったと思いますが、急行列車でリヨンに向かっていました。丁度中間のヴァランスという駅に停車中、向かい側のホームにもう一つExpressが入ってきて、これがどうも先に発車するらしい。客車の横にもsans Lyonという表示がある。そこで日頃の悪いくせが出て、それ乗り換えだと、とび乗った

のが運のつき。

“sans”は、英語ではwithout。浅学の悲しさと日本人のせっかちな所が出て、反対の意の“via Lyon”と早とちりしたのです。列車はリヨンの駅に近づいても一向にスピードをゆるめる気配がなく、車掌を求めて右往左往、フランス人に変な目で見られ、とうとう次の停車駅デイジョンに着いたのは夜の9時頃、距離にして大阪一名古屋位乗り過ごしてしまったのです。

リヨンは百万都市であり、止まらぬ列車などないという思い込みは見事に打ち破られました。丁度その頃、“TGV”がリヨンまで開通し、フランス人の合理主義から、そのような特殊な列車もできたのでしょうか。

救いは、リヨンに引き返す列車がすぐにあリ、ユーレイルパスを持っていたので、料金は払わずに済んだ事、フランス人でも同じように乗りこした人がおり、車室が同じになって、“vous aussi?”と親しげに話しかけられた事でした。

石 徹 白 の ア マ ゴ

佐竹整形外科 佐 竹 兼 爾

初診：何かの話のきっかけから、中本君が石徹白に釣りに行こうと誘った。石徹白と書いて「いとくろ」と呼ぶ。周囲を山にかこまれて、人知れぬ場所との事。昔、平家の落武者が住みついたかくれ里で、今は溪流釣りの桃源郷らしい。彼のいとこが釣り狂で、毎週土日をそこで過ごしていると。

昭和45年頃だったと思う。僕も独身だったから。遊び仲間の小倉君、三島君、中本君の4人で出かけた。

岐阜県の白鳥町から桧峠を越えると、下の在所があり、大阪屋という旅館についた。主人は上杉という名で、風体はやはり武士の感があった。彼は毛鉤釣りの名手で、旅館の玄関には彼が釣りあげた大きなアマゴが丸い標本瓶に飾ってあった。旅館の裏手に小川があり、ここは余り釣り人が入っていないから行ったらと言われた。4人でそのそと出かけた。川中は3～4メートル位か、広くなったり狭くなったりしている。少し行くと右手からさらに小さな流れが合流しており、この奥で釣る様に言われていた。人家を過ぎると又広くなり、少し水量のある所ではアマゴが釣れたり、イワナが釣れたりして次第にビクは重くなってゆく。山に入って川中も狭くなり、兩岸からはブッシュが川にたれ込み釣りづらくなってくる。川が階段状になりかけた所に八帖間位の落ち込みがあり、その少し上に一坪位のタマリがあって、その上はチョロチョロの小さな流れで、釣り場としてはここで終わりであった。

先行していた誰だったか忘れたけれど、落ち込みに大きな魚がいたと話してくれた。帰って主人との話、「あそこは昔から大きいのがおつての一、だれもよう釣らんのや。エサでは絶対釣れんから、夕方に長い竿の先に毛鉤



をつけての一、遠くからそーっと釣るしか方法が無いんや」

再診：あれから何年後か、だれと行ったか、たぶん中本君のいとこが家を買った時だろう。今度は一人でその川を釣りあげた。先行者も無くて魚は川に出ているけれど、その日は警戒心が強くてビクはなかなか重くはならなかった。そして例の落ち込みの所まで来たので、そっと覗き込んだ。ほぼ中央に尺は越えているけど、標本のアマゴよりは二まわり程のがゆっくり泳いでいた。そっと竿を伸ばしただけで姿は水の中に消えた。

終診：城北市民病院を退職するに当たり、半月程休みをもらったので、一人で石徹白に出かけた。秋は、たいいていの川は禁漁期に入っていたが、石徹白はそうではなかった。「冬になるとの一、雪が積もって川へは入れられんし、魚もエサを食べんし、竿で釣る位では魚も減らへんし、自然にしといたらええんやー」とは上杉氏の意見である。周囲の山は昔のままの広葉樹の秋で、綿の様なフワフワとした、

厚生部だより

平成6年度O C O A春季ゴルフコンペ（第20回）

平成6年度春季ゴルフコンペは平成6年5月22日(日)好天気のもとで、北六甲カントリー倶楽部西コースで行われた。

結果は右近良治先生がアンダー11と驚くべきスコアで優勝された。

ベストグロスは前回に引続き河村都容市先生。

上位成績は次の通り

		グロス	ネット
優勝	右近良治	86	61
準優勝	河村都容市	80	73
3位	横山正弘	91	73
4位	服部良治	85	74
5位	首藤三七郎	86	74

(敬称略)

プレー後、パーティと表彰式が行われたが今回は20回記念ということで、記念の品掛け時計が参加者に配られた。



第20回O C O A 春季ゴルフコンペ成績表

(於 北六甲CC西コース)

平成6年5月22日

RESURT	N A M E	OUT	IN	GROSS	H.D.C.P	NET	次回HD
優勝	右近良治	44	42	86	25	61	10
準優勝	河村都容市	42	38	80	7	73	6
3位	横山正弘	50	41	91	18	73	17
4位	服部良治	45	40	85	11	74	
5位	首藤三七朗	46	40	86	12	74	
6位	河合 潔	44	41	85	10	75	
7位	甲斐敏晴	46	45	91	15	76	
8位	小杉豊治	54	55	109	33	76	
9位	杉立山治	50	41	91	14	77	
10位	長島哲夫	48	46	94	17	77	
11位	孫 塔 権	44	41	85	7	78	
12位	古賀教一郎	53	51	104	26	78	
13位	土井志郎	46	45	91	12	79	
14位	平井象三	58	55	113	34	79	
15位	富山徹夫	50	43	93	12	81	
16位	坂本徳成	57	49	106	25	81	
17位	波多野弘次	52	51	103	19	84	
18位	市岡 侖	53	43	96	10	86	
19位	大橋規男	51	50	101	15	86	
20位	濱田博朗	61	49	110	23	87	
21位	丹羽権平	57	46	103	14	89	
当日賞	新田 望	52	52	104	13	91	
B. B	瀬戸信夫	68	62	130	36	94	
B. M	木佐貫 一成	70	75	145	36	109	

特別参加賞	竹内常夫	44	43	87	10	77	
特別参加賞	岡崎克己	57	44	101	20	81	

	高木芳則	51	45	96	22	74	
	上田孝良	49	46	95	22	73	

ベストグロス賞

河村 都容市

ドラゴン賞

OUT

河村 都容市

長島 哲夫

IN

長島 哲夫

河村 都容市

ニアピン賞

OUT

土井 志郎

右近 良治

IN

竹内 常夫

首藤 三七朗

大波賞

丹羽 権平

小波賞

大橋 規男、波多野 弘次

平成6年度O C O A秋季ゴルフコンペ（第21回）

平成6年度秋季ゴルフコンペは平成6年11月27日(日)好天に恵まれ、北六甲カントリー倶楽部西コースで行われた。

結果は初参加の茂松茂人先生が優勝され河村都容市先生がこのところお決まりのベストグロスの成績を収められた。

上位成績は次の通り

		グロス	ネット
優勝	茂松茂人	111	75
準優勝	丹羽権平	90	76
3位	三橋二良	90	76
4位	横山正弘	94	77
5位	土井志郎	91	79

(敬称略)

プレー後、パーティと表彰式が行われ、和気あいあいと歓談した後散会した。

今回は、平成7年4月23日(日)に予定していましたが、阪神大震災で被災された方々を思い春のコンペは自粛して中止することにいたしました。従いまして第22回ゴルフコンペは平成7年11月26日(日)に行う予定です。



第21回O C O A 秋季ゴルフコンペ成績表

平成 6 年11月27日

RESURT	N A M E	OUT	IN	GROSS	H.D.C.P	NET	次回H D
優 勝	茂 松 茂 人	56	55	111	36	75	28
準優勝	丹 羽 權 平	44	46	90	14	76	12
3 位	三 橋 二 良	48	42	90	14	76	13
4 位	横 山 正 弘	48	46	94	17	77	
5 位	土 井 志 郎	45	46	91	12	79	
6 位	池 田 克 己	49	46	95	15	80	
7 位	河 村 都 容 市	41	48	89	6	83	
8 位	大 橋 規 男	51	48	99	15	84	
9 位	新 田 望	49	49	98	13	85	
1 0 位	杉 立 山 治	54	45	99	14	85	
1 1 位	松 本 有 熙	63	52	115	30	85	
1 2 位	孫 瑠 權	47	48	95	7	88	
1 3 位	服 部 良 治	49	50	99	11	88	
1 4 位	坂 本 德 成	56	57	113	25	88	
1 5 位	小 杉 豊 治	59	62	121	33	88	
1 6 位	松 尾 澄 正	62	49	111	21	90	
1 7 位	矢 倉 久 義	61	57	118	27	91	
1 8 位	右 近 良 治	50	54	104	10	94	
1 9 位	早 石 雅 宥	64	60	124	28	96	
2 0 位	河 合 潔	55	54	109	10	99	
B . B	古 賀 教 一 郎	58	68	126	26	100	
B . M	木 佐 貫 一 成	74	89	163	36	127	

特別参加賞	岡 崎 克 己	49	51	100	20	80	
-------	---------	----	----	-----	----	----	--

	高 木 芳 則	48	53	101	18	83	
--	---------	----	----	-----	----	----	--

ベストグロス賞

河 村 都 容 市

ドラゴン賞

OUT 5

河 村 都 容 市

大 橋 規 男

IN 13

早 石 雅 宥

岡 崎 克 己

ニアピン賞

OUT 8

孫 瑠 權

横 山 正 弘

IN 17

小 杉 豊 治

大波賞

木 佐 貫 一 成

小波賞

服 部 良 治

平成6年度O C O A懇親旅行

理事 古賀 教一郎

平成6年10月22日(土)まずまずの天気の中、梅田を午後3時に観光バスで出発。時間を間違えられた先生がおられ、1時間遅れの出発であったが、阪神・名神・北陸自動車道と快適に走り、約3時間で目的地粟津温泉の旅館「法師」に着いた。

それぞれ部屋に落ち着いた後、露天風呂の備わった大浴場につかり疲れを癒した。伝承1300年の歴史があると云われるだけあって、旅館のたたずまいや浴場などもなかなか趣があった。

入浴の後、早速数々の馳走を肴に酒宴を張って一同親睦を深め合い、二次会は宴会場を会場にカラオケ大会、河合先生裸踊りの余興も飛び出し誠に楽しい一時であった。

翌23日未明には雨音で目が覚める程であったが、床を離れる頃にはすっかり雨もあがっていた。朝食を済ませ加賀芙蓉カントリー倶楽部へ向かい少々早い7時半のスタートであったが、特別参加一名、三組で好天に恵まれプレーを楽しんだ。新田先生が2アンダーの好成績で優勝された。

上位成績は次の通り

			グロス	ネット
優勝	新田	望	83	70
準優勝	河村	都容市	78	71
三位	服部	良治	87	76

ベストグロス 河村 都容市

(敬称略)

ゴルフ終了後、北陸自動車道片山津IC近くの民宿「志麻」で会食と表彰式を行ったがこの食事が大変美味しく新鮮な魚料理で、この朝捕れた松葉蟹もお膳にのり結構尽くめであった。

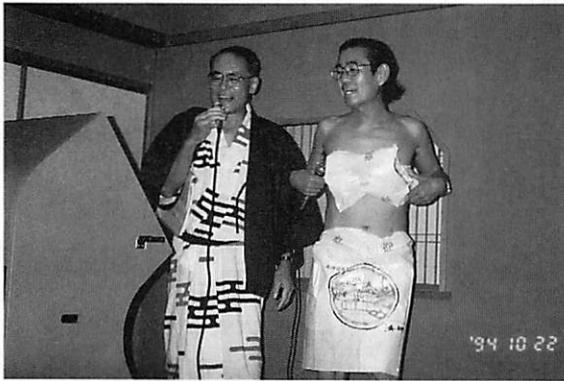
帰りは片山津ICから北陸自動車道に乗り入れて往路を引き返し、午後7時過ぎに梅田に到着解散した。

今回の参加者は、河合、河村、木佐貫、小杉、坂本、新田、丹羽、服部、早石、三橋各先生(アイウエオ順)と幹事古賀の11名でした。

次回の懇親旅行は平成7年10月14日(土)午後～15日(日)の一泊二日で賢島方面、ゴルフは賢島カントリークラブで行う予定です。

多数御参加下さい。





〇〇〇〇A理事会議事録

第1回理事会(6年6月11日)

報告事項

- (1) JCOA代議委員会(東京H6.4.24.)
報告。(小杉会長)
小杉会長、長田副会長、木佐貫副会長の
3人が出席。
地区選出理事承認の件、全国区理事選
挙の件、伊藤成幸前会長が名誉会員に推
薦された件、会員状況、会費納入状況等
について資料に基づき説明と報告があった。
- (2) JCOA近畿ブロック会(神戸H6.4.17)
の報告。(長田副会長)
中央情勢、医療費改正の問題、トリガー
ポイント注射、柔整師問題等について資
料により説明と報告があった。
- (3) 平成6年度第1回、第2回研修会報告。
(服部理事)
第1回、第2回とも約200名の参加者
があり大好評であった。又、日整会認定
医の受講票を出した参加者の40%は会員
外で他府県からの参加者が多かったとの
報告がなされた。
- (4) 「柔整師問題について」のアンケート
(H6.4.23. 6.6.4.)の報告。
(丹羽理事)
6月4日の調査より1週間しか経って
いないが、やく200通以上集っていると
報告があった。
- (5) 第20回〇〇〇〇Aゴルフコンペ(H6.5.22)
の報告。(古賀理事)
優勝 右近 良治先生
2位 河村都容市先生
3位 横山 正博先生
参加者には、日整会スポーツドクター
の実践の証明を出した。との報告があっ
た。
- (6) 平成6年度第1回リュウマチ委員会
(H.6.6.10)。(古賀理事)

平成5年度は、日整会リュウマチ認定
医として117名を認定した。

平成6年度2月末現在の日整会リリウ
マチ医数は、3,667名である。その他認
定リュウマチ医資格継続の件、日本リュ
ウマチ学会との認定一本化の件について
資料により説明と報告があった。

審議事項

- (1) 平成6年度第3回、第4回研修会につ
いて。(服部理事)
資料により説明があり、以下の如く決
定された。
第3回研修会：H.6.7.2(土)
於：ターミナルホテル
総合司会：服部理事
① 演題：「慢性関節リュウマチと類似
疾患の鑑別のポイント」
(N, R)
講師：鳥取大学 整形外科 助教授
豊島良太 先生
座長：河合理事
② 演題：「オーバーユースのスポーツ
傷害」(N, S)
講師：大阪市立大学医学部リハビリ
テーション部 助教授 大久保
衛先生
座長：黒田理事
- 第4回研修会：H.6.10.15(土)
於：大林ビル
総合司会：新田理事
① 演題：「RAの成因と早期治療」
(N, R)
講師：国立大阪南病院 整形外科医
長 村田紀和 先生
座長：堀木理
② 演題：「整形外科における社会保険
診療の実際」

～プライマリーケアを中心として～ (N)

講師：船越整形外科 院長 船越忠先生

座長：坂本理事

- (2) 平成6年度研修会の追加について。
(服部理事)

以下の如く決定された。

第5回研修会：H.6.11.26(土)

於：大林ビル

総合司会：山本理事

- ① 演題：「足のスポーツ傷害」(N, S)
講師：大阪医科大学 整形外科 講師 木下光男 先生
座長：服部理事
- ② 演題：「慢性間接リウマチの最近の治療」(N, R)
講師：行岡病院 院長 前田 晃 先生
座長：堀木理事

- (3) 平成6年度O C O A懇親旅行について。
(古賀理事)

10月22日(土)～23日(日)

片山津方面への観光と加賀扶蓉カントリークラブでのゴルフを予定しているとの説明があった。

- (4) 第21回O C O Aゴルフコンペの日程について。
(古賀理事)

11月30日、11月23日、11月27日の案が出され、協議の結果、11月27日に北六甲カントリークラブでの開催が決定され、孫理事にエントリーをお願いすることになった。

- (5) 新会員加入の勧誘について。
(小杉理事)

入会資格、他府県者の入会希望の場合、その他色々意見、情報の交換があり、協議の結果、次の用に決定された。

- ① 各出身大学において、開業医でO C O A未加入をリストアップして勧誘する。
- ② 研修会に出席された未加入者に「入

会の乗」のようなパンフレットを作成して渡す。

- ③ 研修会場に入会申込み受付を設ける。

その他

- (1) 研修会に対する製薬会社の協賛について。
(長田副会長)

協賛、後援、共催等の書き方、葉の宣伝、会場費等について色々意見が出されたが、結論に至らなかった。

- (2) 研修会講師の原稿料について。
(小松理事)

1ページの原稿から20ページの原稿までであるので、ページ数により、2万円、3万円、5万円とする事が決定された。
文責：松矢

第2回理事会(H.6.9.17)

報告事項

- (1) 「柔整師に関するアンケート」結果報告。
(丹羽理事)

H.6.4.23実施分は118名中86名より、
H.6.6.4実施分は194名中99名より回答があった。

- (2) 大阪府医師会医学会運営委員会報告。
(大橋理事)

平成6年度第1回～第4回医学会運営委員会の報告が資料に基きなされた。

- (3) 大阪府医師会学術講演会「医学の進歩シリーズ」(H6.7.28)の報告。
(大橋理事)

出席者は135名で資料に基き報告がなされた。

- (4) 第6回日本理学診療医学会幹事会
(H6.7.9)の報告。
(坂本理事)

資料に基き、庶務報告、物理療法機器評価、委員会の報告、認定医制度検討委員会の報告及び日本医学会入会について報告がなされた。

- (5) 日整会理事会だより(H.6.9.6)

- (坂本理事)
- H.6.7.26第2回理事会の議事録及び9月6日第3回理事会の資料に基き質問を受ける多数報告がなされた。
- (6) 会報第19号発行の報告。(瀬戸理事)
H.6.7.10発行の報告があった。
- (7) 第7回JCOA学会(宇都宮)の報告。
(H6.6.26) (木佐貫副会長)
日整会の認定医制度はどうあるべきか、家庭生活での和式と洋式の差について等のテーマで活発な表発、討論がなされた。
- (8) 単科医会連絡協議会(H.6.6.23)の報告。
(堀木理事)
規約改正委員会設置の件、医学会総会の件について報告があった。
- (9) 第2回日整会リウマチ委員会(H.6.8.20)の報告。
(堀木理事)
研修会予定、リウマチ医一本化の問題などにつき報告があった。
- (10) JCOA保険、定款、医業経営委員の任命について。
(小杉会長)
保険委員には反田先生、定款委員には三橋先生、医業経営委員には小杉先生が夫々任命された。
- (11) JCOA福祉制度(生命共済・年金)の加入促進について。
(小杉会長)
- (12) 整形外科移植問題等検討委員会について。
(伊藤理事)
現況を資料に基き報告がなされた。
- (13) 第3回研修会(H6.7.2)の参加人員について。
(長田副会長)
参加人員232名、O C O A会員120名、非会員112名であった。

審議事項

- (1) 会報第20号の発行について。
(瀬戸理事)
案に基き来春発行予定で了承された。
- (2) 平成6年度O C O A懇親旅行及び第21回O C O Aゴルフコンペについて。
(古賀理事)

懇親旅行：H6.10.22(土)粟津温泉「漁師」旅館泊

ゴルフ：H6.10.23(日)加賀芙蓉カントリークラブ

第21回O C O Aゴルフコンペ：

H6.11.27(日)北六甲カントリークラブを予定。

- (3) O C O A平成6年度第6回研修会講師の件。
(服部理事)
「関節リウマチ、変形性関節症の病態」
大阪大学医学部 整形外科講師木村友厚先生
「スポーツ医による肩甲上神経障害」
京都大学医療技術短期大学 整形外科教授浜弘道先生
上記テーマで両先生にお願いする。

(4) 平成8年度以降JCOA研修会・学会の開催について。
(小杉会長)
何れ検討する時期が来る。

(5) 平成6年度大阪府医師会医学会総会の演題募集の件。
(小杉会長)
「利手とその変換」の演題で堀木先生に発表をお願いする。

(6) 第9回JCOA学会(和歌山・平成8年6月)の担当委員の推挙に関する件。
(小杉会長)

河合、河村両先生が窓口となって和歌山臨床整形外科医会と折衝していただく。

(7) 日医スポーツ医研修単位について。
(長田副会長)

日医スポーツ医の更新のため研修会をO C O Aの研修会で消化できるよう考えることで合意。

(文責 木佐貫)

第3回理事会(平成6年度)

報告事項

- (1) 平成6年度第5回研修会報告。
(服部理事)
平成6年11月26日大林ビルにて、「足

のスポーツ障害」大阪医科大学講師木下光雄先生、「慢性関節リウマチの最近の治療」行岡病院院長前田晃先生に御講演を頂き、多数の参加者があったとの報告がなされた。

- (2) 大阪府医師会医学会運営委員会報告。(大橋理事)
資料により説明と報告があった。
- (3) JCOA委員会の委員任命についての報告。(小杉会長)
小杉、三橋、反田、福井の4名が任命された、との報告があった。
- (4) 日整会評議員の選挙についての報告。(小杉会長)
小杉、服部、長田、甲斐の4名が推薦されたとの報告があった。
- (5) 日整会移植問題検討委員会(第2回)の報告。(伊藤理事)
日本における骨移植の現状、愛知骨移植研究会の活動、冷凍骨銀行のマニュアルの作成、骨移植の現状調査等について、資料により説明と報告があった。
- (6) 第21回OCCOAゴルフコンペの結果報告。(古賀理事)
22名の参加で11月27日(日)、北六甲カントリークラブで行われた、との報告があった。
- (7) 大阪府医師会交通事故医療委員会(H.6.6.25、10.14)の報告。(三橋理事)
交通事故による治療費支払のトラブル等について、資料と事例を挙げて、報告と説明があった。
- (8) JCOA各県代表者会議(H.6.10.10)の報告。(木佐貫副会長)
資料により、説明と報告があった。
- (9) 大阪府単科医会連絡協議会規約検討委員会(仮称)の報告。(木佐貫副会長)
大阪府各科医会連合規約(案)等の資料により、説明と報告があった。
- (10) JCOA社会保険等検討委員会(H.6.10.1)の報告。(長田副会長、反田理事)

反田理事より提出された資料により、社保審査での地域差、社保審査の内容、自賠、労災の問題等について、長田副会長より説明があった。

(11) その他

11月13日に開催された大阪府医師会医学会評議員会の報告を堀木理事より、資料により説明を加えて報告された。

審議事項

- (1) 平成6年度第6回研修会及び平成7年度第1回、第2回研修について。(服部理事)
第6回研修会：H. 7. 2. 25.(土)
於：ワシントンホテル
総合司会：黒田理事
 - ① 演題：「RA、OAの病態」(N,R)
講師：大阪大学整形外科講師 木村友厚 先生
座長：堀木理事
 - ② 演題：「スポーツによる肩甲上神経障害」(N,S)
講師：京都大学医療技術短期大学教授 濱 弘道 先生
座長：須藤理事
- 平成7年第1回(6月3日)ターミナルビル
第2回(7月8日)ヒルトンホテル
講師の候補を選び、各大学の理事が願いに上がることになった。
- (2) 平成7年度総会について。(小杉会長)
小杉会長より、平成7年4月22日の総会は、研修会を止め、部外者を入れず、会員だけで総会を開き、その後、審査の話を反田理事、三橋理事にお願いし、その他会計士による話等、会員の利益になるような会にしたいとの要望があり、了承された。
 - (3) 今後のOCCOAゴルフコンペのあり方について。(三橋理事)
製薬会社の社員が協賛してくれているが、大勢の人が来ているので、クラブの

メンバーに迷惑をかけているのではないか、との話があった。

北六甲C.C.のメンバーである孫理事、河村理事より、今のところは苦情は来ていないし、世話をしているメンバーとして、迷惑はしていない、との回答があった。

- (4) 第22回O C O Aゴルフコンペの日程、及び平成7年度O C O A懇親旅行日程について。 (古賀理事)

第22回ゴルフコンペは平成7年4月23日(日)、懇親旅行は、10月14日(土)、15日(日)に内定された。

又、第23回ゴルフコンペの日程についても協議され、11月26日(日)に内定された。

- (5) 会報第20号の原稿募集について。

(瀬戸理事)

第20号目次案により説明があり、執筆者が決定された。締め切りは平成7年1月20日。

- (6) 「特別会員」の新設について。

(小杉会長)

特別会員で会費を払っていない人があ
るが、どのように取り扱うかについて提
案があり、どのような人を特別会員にな
っていただくか、又、会費をどうするか
等について色々と意見があった。今後さ
らに検討し、会則の追加等総会で決定す
ることとなった。

文責：松矢

会 員 名 簿 補 追

・ 会員名簿追加

氏 名	医 療 機 関 名	医 療 機 関 所 在 地 所 自 宅 住 所	T E L	F A X
たなべあきひと 田 辺 暁 人	田 辺 整 形 外 科	〒532 大阪市淀川区塚本2-24-8 タバタビル2F 〒669-13 兵庫県三田市学園5-3-8	06-307-5151 0795-65-8008	
はやしげら たく 林 原 卓	林 原 整 形 外 科	〒563 池田市宇保町5-8 同 上	0727-53-2333 0727-53-2335	0727-53-2866
ひらやまなおき 平 山 直 樹	平 山 整 形 外 科	〒547 大阪市平野区背戸口5-6-26 〒545 大阪市阿倍野区美章園2-21-23	06-703-6001 06-714-4668	06-797-5151
はやし おさむ 林 修	林 整 形 外 科	〒577 東大阪市新家西町33-3 東大阪Mビル1F 〒630-01 奈良県生駒市北大和4-12-1	06-781-2010 07437-8-8486	06-781-2112
ちやう ひでゆき 長 秀 行	長 整 形 外 科	〒558 大阪市住吉区山之内1-25-30 〒558 大阪市住吉区帝塚山町3-4-20	06-678-2385 06-607-8001	
しおた まこと 塩 田 誠	塩 田 整 形 外 科	〒581 八尾市荘内町1-2-20 〒547 大阪市平野区平野本町5-4-4	0729-92-8218 06-796-2868	0729-92-8911
あさい たつろう 浅 井 達 郎	浅井整形外科クリニック	〒560 豊中市岡上の町4-1-7 パヴィオン豊中1F 〒560 豊中市上新町4-4-22-321	06-841-8854 06-835-5698	
かみかわひでのり 上 川 英 徳	上川整形外科診療所	〒595 泉大津市池浦町4-8-5 同 上	0725-23-1166 0725-32-6430	0725-23-1166
おおたしゅういち 大 田 秀 一	済生会 野江病院	〒535 大阪市城東区今福東2-2-33 〒562 箕面市小野原東6-21-14-3A	06-932-0401 0727-27-3568	
かめたに ひろし 亀 谷 洋	亀谷整形外科医院	〒557 大阪市西成区松1-2-4 〒545 大阪市阿倍野区帝塚山1-10-19	06-657-0234 06-654-0703	06-652-8507
たまだ よしお 玉 田 善 雄	玉 田 整 形 外 科	〒546 大阪市東住吉区湯里6-14-14 コートMR1F 〒572 寝屋川市八坂町5-15	06-702-7887 0720-21-1113	
とみなが こうじ 富 永 浩 司	服 部 中 央 病 院	〒561 豊中市服部豊町1-5-12 〒562 箕面市石丸3-20-14	06-862-1137 0727-27-1756	
やまもと たけし 山 本 武	山本整形外科医院	〒577 東大阪市下小坂5-1-21 山三エイトビル4F 〒577 東大阪市下小坂4-2-14	06-729-7603 06-721-8254	

・ 注：住所、電話番号等の変更はO C O A事務局までお知らせ下さい。



第19回大阪臨床整形外科医学定時総会

日時：平成7年4月22日(土) PM 3.00

会場：大正製薬 大阪支店：(京阪関目駅東へ200米)

1. OCOA総会議事

2. 講演会

(1) 社保審査の現況

反田 英之 理事

(2) 労災・自賠責の最近の話題

三橋 二良 理事

(3) 一人医療法人と財産管理法人

－ 医師税制を徹底検証する －

関総研代表公認会計士 関 博

3. 懇親会

平成7年度OCOAR研修会

第1回研修会 (平成7年6月3日(土))

会場：大阪ターミナルホテル

演題(1) 『慢性関節リウマチ病態と治療』

講師：近畿大学整形外科 講師 宗圓 聡

演題(2) 『成長期のスポーツ障害』－その予防と治療－

講師：大阪大学整形外科 教授 越智 隆弘

第2回研修会 (平成7年7月8日(土))

会場：ヒルトンホテル

演題(1) 『RAの治療』－外科的治療を中心として－

講師：関西医大整形外科 講師 赤木 繁夫

演題(2) 『骨粗鬆症における最近の話題』

講師：浜松医科大学整形外科 教授 井上 哲郎

秋季ゴルフコンペ

日時：平成7年11月26日(日)

場所：北六甲カントリークラブ

OCOAR懇親旅行

日時：平成7年10月14日(土)～15日(日)

行先：賢島方面

ゴルフは賢島カントリークラブ

原稿募集

次号(21号)平成7年9月発行予定です。日頃の臨床経験、診察上の工夫、学会研修会印象記・O C O Aに対する意見要望・保険診療・医業経営・医政に関する御意見・随想・趣味等々いづれでも結構です、奮って御投稿下さい。(平成7年8月20日メ切)

(送り先：O C O A事務局)

編集後記

阪神大震災後はや3ヶ月が過ぎようとしています。O C O A会員の先生方も阪神間に居住されている方、豊中、箕面方面、大阪市内の一部の診療所でも被災された方々に心からお見舞いを申し上げます。神戸市医師会の調べでは市内1,419医療機関のうち5病院と146診療所が全壊、12病院と156診療所が半壊し、現在も診療不能の医療機関は171施設にのぼると報告されています。何らかの公的支援策が望まれます。

O C O A会報20号が大変遅れましたがお届け致します。孫先生から特養開設の苦勞話

と立派な施設の写真をいただきました。又会員の4人の先生方からそれぞれユニークな内容のご投稿をいただいております。O C O A会員の皆様、役員の方々、又研修会講師の先生方のご協力によりまして会報も20号を数えることとなりました。ややマンネリ化の傾向もあり、今後会員の先生方からどしどしご投稿、ご意見をいただいで興味ある会報にしてゆきたいと念願しておりますのでご協力の程よろしく願います。

(N.S記)

大阪臨床整形外科医会会報 第 20 号

平成7年3月31日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒530 大阪市北区梅田3-1-1
大阪ターミナルビル17階
小杉整形外科内
TEL (06)347-0012
FAX (06)347-0012
編集者 小杉豊治・長田明
大竹節郎・松矢治司
丹羽権平・瀬戸信夫



組織活性型鎮痛・抗炎症剤

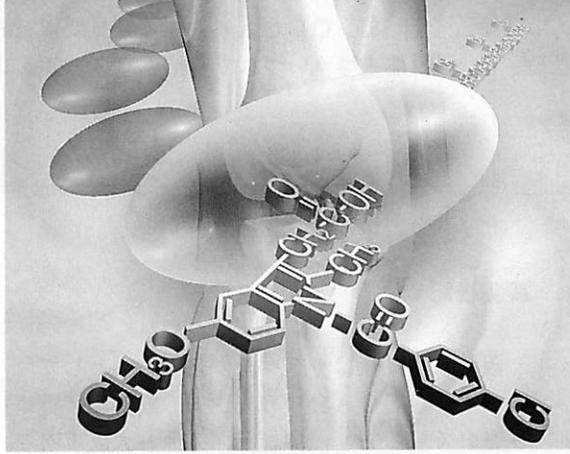
インフリー®S カプセル 200mg
(薬価基準収載) (インドメタシン フェルネシル製剤)

Inflammation Free

新発売

200mgソフトカプセルが追加になりました。

1回1カプセルに!
(朝・夕食後、1日2回)



使用上の注意

- (1) 一般的使用
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) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。インドメタシンで過度の体温下降、虚脱、四肢冷却等の症状が報告されているので、特に高齢者を伴う高齢者又は消耗性疾患の患者においては、投与後の患者の状態に十分注意すること。 3) 慢性疾患(慢性関節リウマチ、変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。ア)長期投与する場合には定期的な臨床検査(尿検査、血液検査、肝機能検査及び眼科的検査等)を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休業等の適切な措置を講ずること。イ)薬物療法以外の療法も考慮すること。 4) 感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染症による炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。 5) 他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。 6) 胆管炎、めまいがあらわれることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等、危険を伴う機械の操作には従事させないように注意すること。
- (2) 次の患者には投与しないこと
1) 消化性潰瘍のある患者 2) 重篤な血圧の異常のある患者 3) 重篤な肝障害のある患者 4) 重篤な腎障害のある患者 5) 重篤な心機能不全のある患者 6) 重篤な高血圧症の患者 7) 重篤な膵炎の患者 8) 本剤又はインドメタシン、サリチル酸系化合物(アスピリン等)に過敏症の患者 9) 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 10) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人 11) ジルニサル、トリウムナサル、トリウムナサルに投与中の患者(「相互作用」の項参照)
- (3) 次の患者には投与しないことを原則とするが、他剤が無効又は使用できない慢性関節リウマチに対して投与する場合には慎重に投与すること
小児(「小児への投与」の項参照)
- (4) 次の患者には慎重に投与すること
1) 消化性潰瘍の既往歴のある患者 2) 血液の異常又はその既往歴のある患者 3) 肝障害又はその既往歴のある患者 4) 腎障害又はその既往歴のある患者 5) 心機能障害のある患者 6) 高血圧症の患者 7) 膵炎の患者 8) 過敏症の既往歴のある患者 9) てんかん、パーキンソン症候群等の中枢神経系疾患のある患者(インドメタシンでこれらの症状を悪化させるおそれがあるとの報告がある) 10) 気管支喘息の患者 11) SLE(全身性エリテマトーデス)の患者 12) 潰瘍性大腸炎の患者 13) クロロキン病の患者 14) 高齢者(「高齢者への投与」の項参照)
- (5) 相互作用
1) ジルニサルと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、重篤な胃腸出血があらわれたとの報告があるので、ジルニサルと本剤を併用しないこと。 2) トリウムナサルと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、相互に副作用が増強されることがある(急性腎不全を起こすことがある)ので、トリウムナサルと本剤との併用は避けること。 3) プロベネドと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、インドメタシンの作用が増強されることがあるため、併用する場合には慎重に投与すること。 4) アスピリンと本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、インドメタシンの作用が减弱されることがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。 5) 次の医薬品と本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、次の医薬品の作用が増強されることがあるので、併用する場合には次の医薬品を減量するなど、慎重に投与すること。ア)アリチウム製剤 イ)メトトレキサート ウ)ワルファリン 6) 次の医薬品の作用が减弱されることがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。Ca拮抗剤 ま)次の医薬品と本剤の活性代謝物のインドメタシンとの併用により、次の医薬品の作用が减弱されることがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。ア)β遮断剤 イ)カaptopril、エナラプリル ウ)チアジド系利尿薬 降圧剤 エ)フロセミド
- (6) 副作用
1) ショック/まれにショック症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、冷汗、顔面蒼白、呼吸困難、血圧低下等の症状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) 消化器/まれに消化性潰瘍、胃腸出血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。また、ときに胃痛、胃部不快感、胃痛、食欲不振、悪心・嘔吐、下痢、便秘、胸やけ、口内炎、胃炎、胃腸症状、また、まれに腹部膨満感、口渇、舌苔、舌炎、口唇炎等があらわれることがある。 3) 血液/まれに貧血、白血球減少、好酸球増多、血小板減少、皮下出血等の血液障害があらわれることがあるので、血液検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には直ちに投与を中止すること。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、再生不良性貧血、溶血性貧血があらわれたとの報告がある。 4) 皮膚/まれにStevens-Johnson症候群(皮膚粘膜眼症候群)、脱毛、また、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、Lylell症候群(中毒性表皮壊死症)があらわれたとの報告があるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。 5) 過敏症/まれに過敏症等の急性呼吸障害、また、ときに発疹、痒疹等があらわれることがある。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで場合には投与を中止すること。 6) 感覚器/まれに耳鳴、眼の充血、重明、味覚異常等があらわれることがある。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで場合には投与を中止すること。 7) 腎臓/まれに腎障害があらわれたとの報告があるので、定期的な検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、ときにBUNの上昇、また、まれに血中クレアチニンの上昇、尿量減少等があらわれたことがある。なお、本剤の活性代謝物のインドメタシンで、急性腎不全、ネフロセ症候群があらわれたとの報告があるので、このような症状があらわれた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。 8) 肝臓/ときにGOT、GPTの上昇、また、まれにALT、LDHの上昇等があらわれることがある。 9) 精神/まれにめまい、ふらつき、また、まれに頭痛、しびれ感、眩暈等があらわれることがある。 10) その他/ときに浮腫、また、まれに倦怠感、ほて感、頻脈、低体温、発熱があらわれることがある。 11) その他/ときに浮腫、また、まれに倦怠感、ほて感、頻脈、低体温、発熱があらわれることがある。 12) 高齢者への投与 高齢者では、副作用があらわれやすいので、少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。
- (7) 妊婦・授乳婦への投与
(8) 妊婦中の投与に關し次のような報告があるので、妊婦または妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。ア)本剤の活性代謝物のインドメタシンで、妊娠末期に投与したところ、胎児循環持続症(PCF)、胎児の動脈管収縮、羊水過少症、新生児腎不全が起きたとの報告がある。イ)本剤の活性代謝物のインドメタシンにおいて、動物実験(マウス)で催奇形作用が、また、本剤でラットで着床率の減少、死亡吸収胚の出現頻度の増加が報告されている。ウ)妊娠末期のラットに投与した実験で、胎児の動脈管収縮が報告されている。
2) ラットで乳汁への移行が報告されているので、授乳中の婦人には本剤投与中は授乳を避けさせること。
- (9) 小児への投与 小児に対する安全性は確立していない。(使用経験がない)
- (10) 服用上の注意 1) 本剤は空服時投与で吸収が低下するので、必ず通常食摂取後又はミルク等とともに服用すること。 2) 胆汁うっ滞等、胆汁分泌の低下している患者では本剤の吸収が低下すると考えられるので、この様な患者への投与は避けること。 3) 本剤は投与量の増加とともに吸収率が低下するので、1日用量400mgを超えて投与する場合、臨床上的有用性について確認しながら使用すること。

●ご使用に際しては添付文書をご参照ください。



イーザイ株式会社

東京都文京区小石川4-6-10

資料請求先: 医薬事業部インフリー係まで。

D-J-9505

Rize
Depas

吉富製薬の チエノジアゼピン系抗不安薬



- 心身症(消化器疾患、循環器疾患)の
身体症候ならびに不安・緊張・心気・
抑うつ・睡眠障害に
- 自律神経失調症のためまい・肩こり・
食欲不振に

心身安定剤

リーゼ[®] 糖衣錠5mg・10mg
顆粒

〈クロチアゼパム〉向指(要指)

- 優れた抗不安作用



- 心身症(高血圧症、胃・十二指腸潰瘍)の
身体症候ならびに不安・緊張・抑うつ・
睡眠障害に
- 腰痛症、頸椎症、筋収縮性頭痛の
不安・緊張・抑うつおよび筋緊張に

精神安定剤

デパス[®] 錠0.5mg・1mg
細粒

〈エチゾラム〉指(要指)

- 強力な抗不安作用
優れた鎮静・催眠作用、筋緊張緩解作用、抗うつ作用

※〈効能・効果〉〈用法・用量〉〈使用上の注意〉等については添付文書をご参照願います。〈健保適用〉



〈資料請求先〉

吉富製薬株式会社

〒541 大阪市中央区平野町二丁目6番9号

Healthy Bone, Beautiful Life



骨粗鬆症治療剤

®

オステン錠

(イプリフラボン錠)

効能・効果

骨粗鬆症における骨量減少の改善

使用上の注意

1. 一般的注意

(1)本剤は骨粗鬆症における骨量減少の改善剤であり、その適用にあたっては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防および治療法に関する総合的研究班」の診断基準(骨量減少の有無、骨折の有無、腰痛の有無などの総合による)等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立した患者を対象とすること。なお、必要に応じ腰痛に対する適切な治療を併用すること。(2)本剤は高齢者に長期にわたって投与されることが多い薬剤であるので、投与中は患者の状態を十分観察し、消化器症状等の副作用があらわれた場合には適切な処置を行うこと。

2. 次の患者には慎重に投与すること

消化性潰瘍又はその既往歴のある患者。

3. 相互作用

(1)卵巣摘出動物にエストロンと併用した場合、そのエストロゲン作用を増加させるので、本剤とエストロゲン製剤を併用する場合には慎重に投与すること。(2)テオフィリンとの併用によりテオフィリンの血中濃度を上昇させるとの報告があるので、併用する場合にはテオフィリンを減量するなど慎重に投与すること。

4. 次の副作用があらわれることがある

(1)過敏症:ときに発疹、痒痒等。このような場合には投与を中止。

(2)消化器:まれに消化性潰瘍、胃腸出血等を発現又は悪化させることが

■ご使用に際しては、添付文書をご参照ください。

用法・用量

通常、成人には1回1錠(イプリフラボンとして200mg)を1日3回食後経口投与。年齢、症状により適宜増減。

あるので、このような場合には投与を中止。また、ときに悪心・嘔吐、食欲不振、胃部不快感、胸やけ、胃痛、腹部膨満感、下痢、便秘、口内炎、また、まれに口渇、舌炎、味覚異常等。(3)精神神経系:ときにめまい、ふらつき、また、まれに頭痛等。(4)血液:まれに顆粒球減少、また、ときに貧血等。(5)肝臓:まれに黄疸、また、ときにGOT、GPT、ALP、LDHの上昇、また、まれにγ-GTPの上昇等。(6)腎臓:まれにBUNの上昇。(7)その他:まれに女性化乳房、このような症状があらわれた場合には投与を中止。また、ときに倦怠感、浮腫、また、まれに舌・口唇のしびれ等。

5. 高齢者への投与

高齢者には慎重に投与すること(「一般的注意」の項参照)。

6. 妊婦・授乳婦への投与

(1)妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には治療上の有益性が危険性を上まわると判断される場合にのみ投与すること。(2)動物実験で母乳中へ移行することが報告されているので、授乳中の婦人には慎重に投与すること。

7. 小児への投与

未熟児、新生児、乳児、幼児、小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

(本剤はCHINOIN, Budapest, HUNGARYの許諾に基づき製造)

OSTEN® ■薬価基準: 収載



武田薬品工業株式会社

〒541 大阪市中央区道修町四丁目1番1号 (1995・1: OstB51-14)

ホッと、あったか

快い温感刺激で鎮痛・消炎



次の場合には
使用しないこと
(1)本剤に対し過敏症の
既往歴のある患者
(2)損傷皮膚及び粘膜
(3)湿疹又は発疹

効能・効果

下記における鎮痛・消炎

- 捻挫
- 打撲
- 筋肉痛
- 関節痛
- 骨折痛

用法・用量

- 1.表面のプラスチック膜をはがして、患部に貼付する。
- 2.1日1~2回使用する。

使用上の注意

副作用

過敏症：ときに発赤、発疹、腫脹等の過敏症状があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には使用を中止すること。

※その他の使用上の注意などは製品添付文書をご参照ください。

鎮痛・消炎温感パップ剤

モム[®]〈ホット〉

Mom 〈Hot〉

健保適用

資料請求先



日本化薬株式会社

東京都千代田区富士見一丁目11番2号

早く、きれいに。



胃炎・胃潰瘍に

胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載

アプレース®

指アプレース錠100mg・アプレース細粒 APLACE®

一般名：トロキシピド(troxipide, r-INN)

※効能・効果、用法・用量、使用上の注意等は添付文書をご覧ください。



杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台2-5

(資料請求先：杏林製薬医薬情報部)

新世代のニューキノロン 確かな血中動態

- 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
 - 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人及び授乳中の婦人
 - 小児

※効能・効果、用法・用量、使用上の注意等は添付文書をご覧ください。

薬価基準収載

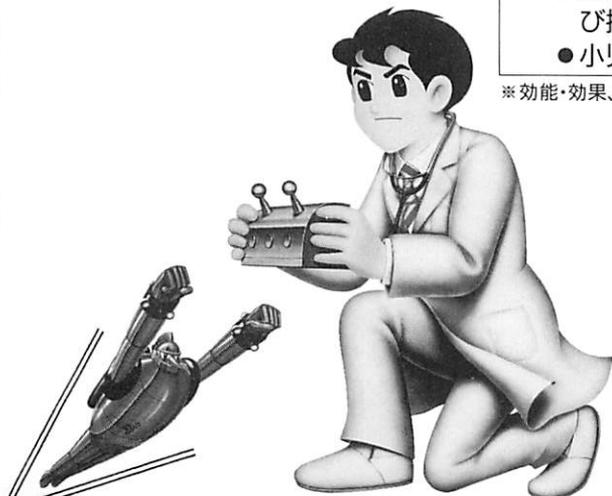
持続型ニューキノロン剤

メガロシン®

メガロシン錠100mg・メガロシン錠150mg MEGALOCIN® Tablets

特 要 指

一般名：フレロキサシン(略号：FLRX)



©光プロダクション



杏林製薬株式会社

東京都千代田区神田駿河台2-5

(資料請求先：杏林製薬医薬情報部)