



大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



第25号

平成11年 7月





小谷先生を偲んで

長 田 明

私が大阪市立大学医学部をあと1年で卒業という時に、初代教授の水野祥太郎先生が大阪大学へ転出され、臨床講義とポリクリは小谷勉先生に引き継がれた。従って私達の学年が先生の第1回目の教え子ということになる。

クリスチャンでもあり滞米生活が長かったせいか先生は何をされてもスマートであった。当時、海外出張の時、空港まで見送りに来られた奥様のホッペタにチュツとさりげなく挨拶されていたのもスマートだったし、国際学会のレセプションでタキシードをシャキッと着こなして外国人ドクターの奥様をエスコートしておられるお写真を見せていただいた時もすごいなと感心したものである。勿論、ご自分がインターナショナルであるだけでなく、私達教室員に対しても常に外国に目を向けるように指導された。そのおかげで日本の外貨事情の悪かった（1ドル＝360円、持ち出しは500ドルという制限があった）当時にもかかわらず次々と教室員が欧米へと研修に旅立って行った。そして1974年、教室の25周年を記念して日本整形外科学会（札幌）のプレコンgresとしてバイオメカニクス研究会を主催しアメリカ、フランス、スイスよりそれぞれ第一線で活躍中の6名の先生方を招待されたが、ちっぽけな一教室が多数の著名な外国人ゲストをシンポジストとして集められたのは当時としては画期的なことだった思っている。

また先生は美術をこよなく愛しご自分でも絵筆を持たれたし、スポーツもお好きであった。特にわれわれ教室員が野球とスキーの話をする時には必ず先生が話題に上った。整形外科学教室の野球チーム名デフォルマンズは「これこそ整形外科らしいエエ名前や」と言って先生が命名されたものである。ちなみに先生はデフォルマンズの名セカンドでありトップバッターであった。

昭和44年学園紛争が始まり、大学も教室もこの嵐のみ込まれた。当時の病院長、医学部長が過労で引退された後、先生はその職を次々と引き継がれ「ボクの目の黒いうちは彼らに理不尽な Mane は絶対にさせない」と言われ凛として学生と対峙された。あのおとなしい小さな身体のどこにこれほど強靱な精神力があるのかと感服させられたものである。そんな先生も病魔には勝てず志半ばで病の床につかれたが仕事に対する情熱は変わることなく、教室の大切な行事には病室からネクタイをきちん



整形外科学教室25周年記念セミナー



四大学対抗野球

としまして出席してこられた。主治医をしておられた現大阪市助役の關淳一先生（私の1年先輩）から「オレは車の運転をしないので、もしかの時にはオマエ運転手をやれ」と言われていたが、そのもしかの時がきて早朝5時前に關先生をお宅まで迎えに行き、二人で病室に駆けつけた時には残念ながら小谷先生の心電図は二度と波形を形作ることはなかった。クルスのペンダントをかけた首を少しかたむけて安らかに目を閉じておられた先生のお姿が今でも瞼にやきついている。背中に翼のはえた可愛いエンゼル達がシーツの四隅を持って先生を天国へ誘っているように思えてならなかった。

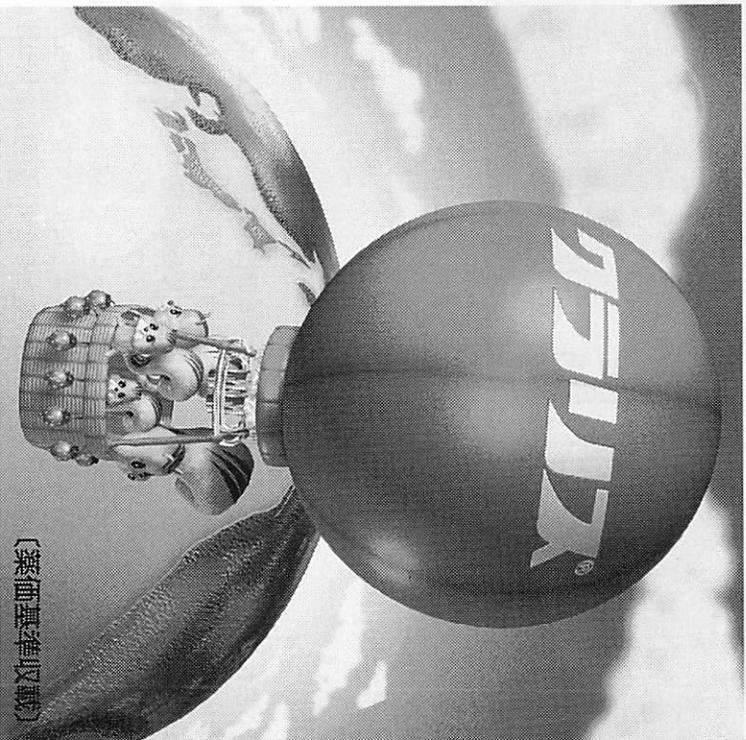
常にわれわれ教室員の意見に耳をかたむけ、決して怒ることをせず、いい点を見つけてそれをのびして下さった、私にとっては終生忘れることのできない恩師である。

平成 11 年 4 月

小谷 勉 教授 御略歴

大正 7 年	大阪で生る	昭和 36 年	大阪市立大学、市立医科大学教授
昭和 17 年	北野中学、大阪高等学校をへて大阪帝国大学医学部を卒業、細菌学教室・副手、現役兵として歩兵第8連隊に入営	昭和 39 年	第22回中部日本整形外科災害外科学会会長
昭和18~20年	陸軍軍医中尉、シンガポール赴任、陸軍軍医大尉、終戦	昭和 40 年	大阪市立身体障害者福祉センター館長・同厚生相談所所長兼務
昭和 22 年	内地帰還、復員	昭和 43 年	第4回セイロン医学調査隊長としてセイロン・インドに出張
昭和 23 年	大阪大学医学部整形外科学教室に入局	昭和 44 年	大学紛争、病院長事務取扱、医学部長事務取扱
昭和 24 年	助手	昭和 46 年	医学部長、第14回日本手の外科学会会長
昭和 25 年	大阪大学附属石橋分院外科勤務	昭和 47 年	病院長
昭和 26 年	国立療養所大阪厚生園外科医長	昭和 49 年	日米合同手の外科学会関西地方会会長
昭和 27 年	大阪市立医科大学整形外科講師	昭和 50 年	大阪医療先遣団として中国に出張
昭和 28 年	同助教授	昭和 51 年	第46回中部日本整形外科災害外科学会会長
昭和29~32年	アメリカ合衆国シカゴ、ニューヨークに留学	昭和51年8月	麻痺性腸閉塞症で逝去さる（57歳） 正四位勲三等瑞宝章を受けられる

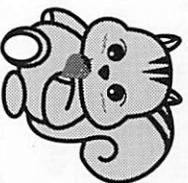
世代を超えたニュークラロライド



【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 本剤に対して過敏症の既往歴のある患者
 2. テルフェナジン、シサプライド、ピモジドを投与中の患者
- 〔添付文書「相互作用」の項参照〕

※「用法・用量」、その他の「使用上の注意」等は、添付文書をご参照ください。



マクロライド系抗生物質

クラロライド

錠 200 小児用
錠 50 小児用
ドライシリン 小児用

指定医薬品・要指示医薬品^注〈日抗基:クラリスロマイシン〉
〔注〕注意—医師等の処方せん、指示により使用すること

【資料請求先】



大正製薬株式会社
東京都豊島区高田3丁目24番1号
電話 東京(03)3985-1111(大代表)

募集

OCOAのシンボルマークを募集します

大阪臨床整形外科医会のシンボルマークを会員各位より募集いたします。図柄、大きさ、色彩等は自由です。

OCOAにふさわしいシンボルマークを多忙な診療の間に考えつかれましたら奮ってご応募下さい。

※お考えいただいた図案の意味するところ等の簡単なコメントも添えて下さい。

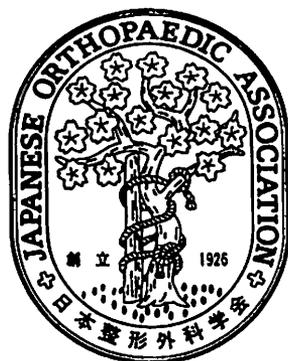
応募期限 平成 11 年 12 月末日

応募先 大阪臨床整形外科医会シンボルマーク応募係

〒560-0026 豊中市玉井町1-2-1 丹羽整形外科医院内

TEL 06-6854-7653 FAX 06-6845-0472

〈例〉 JOA



JCOA



目 次

巻頭言	三橋二良	1
OCOA総会の報告	第23回大阪臨床整形外科医会総会	2
理事の声	E B M (Evidence Baced Medicine) とは	14
	「骨と関節の日」行事の報告	17
	労災・自賠責を取り巻く最近の話題	21
	医療改革をめぐる諸情勢について	23
研修会報告	「ドーピングってなに？」	31
	整形外科領域における高圧酸素治療	35
	関節軟骨欠損の修復	38
	非ステロイド系抗炎症薬による	
	胃粘膜傷害の基礎と臨床	41
	骨腫瘍の診断と治療	45
	RA上肢の外科治療	
	—いままでの考え方でよいのか	48
	末梢神経麻痺の診断と治療	50
	膝のスポーツ傷害の診断と治療	53
	慢性関節リウマチの免疫抑制剤療法	57
	最近の脊椎外科の手術療法	60
JCOA学会報告	第11回JCOA学会(岐阜)に出席して	62
	第11回JCOA学会(岐阜)に出席して	63
JCOA研修会報告	講演会「時と空」を聞いて	65
	震災の記憶とJCOA研修会	
	於神戸懇親会印象記	67
	第25回JCOA研修会親善ゴルフ大会	69
症例検討会報告	第14回大阪整形外科症例検討会	72
	第15回大阪整形外科症例検討会	76
	第16回大阪整形外科症例検討会	81
紙上勉強会	第22回大阪府医師会医学会総会	
	「リウマチ科」標榜の実態調査	
	堀木 篤・三橋二良・服部良治	86
	振戦の病態と治療(他臨床医会誌より)	88
	第15回淀川整形外科懇話会について	89
	臨床整形外科医と介護保険	90
	整形外科診療と漢方	
	肋骨骨折の疼痛に柴胡桂枝湯+消炎鎮痛剤	93
	治療中に腕時計が止まった	
	マイクロ波治療器の使用上の注意事項について	94

新入会員の顔	自己紹介 白藤達雄・白木隆士・荒木良守 齋藤 潤・溝畑隆男・田嶋考治・石田文明 96
エッセイ・紀行	OCOA秋の懇親旅行記 新田 望 100 医者への収入 河合秀郎 102
随想	「介護保険と整形外科」余話 堀木 篤 103 ケアマネジャー研修事始め 小松建次 105 三步進んで二歩退がる 濱田博朗 106
厚生部報告	平成10年度OCOA春期ゴルフコンペ(第27回) 107 平成10年度OCOA秋期ゴルフコンペ(第28回) 109
私の傑作 石澤命徳 111 三橋允子 112 小瀬弘一 113 丹羽雅子 114
私の工夫 西澤 徹 115
私のボヤキ	雑感 松尾澄正 116
OCOA理事会議事録・総会議事録 117
会員名簿補追 129
編集後記 130

巻 頭 言

OCOA会長 三橋 二良

平成9年8月与党より「21世紀の国民医療」と題する医療保険抜本改革案が提出され、その後医福審や老健福祉審で審議されてきた。いずれの審議会からも厚生大臣に報告書が提出され「医療保険改革法案」として形を整えて通常国会へ提出されようとしている。それらの改革法案の内容を読むと、国民不在の患者負担増ばかりが目につく。

社会保障構造改革という大義名文はどこへいったのか。改革とは名ばかりで、実は健保財政の立直しのみに主眼をおいた改革であろうか。

今日の様な倒産寸前の大赤字を抱えた保険財政にした責任は我国の政治家にあり、まさに失政と言わざるをえない。

昭和47年老人福祉法の改正で老人医療費を無料化したのがそもそも地獄への第一歩であった。昭和61年老人健保法を改正し、加入者按分率の引き上げが行われた。

その後、老人医療費の財源として各保険者から多額の拠出金を出させ、これが年々増加の一途をたどり、今日の健保財政の悪化を招いた。最近、一部の大手組合保険は既に倒産状態となり、政管健保へ移行する動きが目立ち始めた。

国庫負担の増額不可能、保険料の引き上げは困難、結局患者一部負担金引き上げしか残された方策がないと云う発想は極めて政治の貧困を意味する。

消費税を引き上げする時、これを福祉目的税として使うということで政府が国民を説得してきたことは憶えている。

今後、国民医療費に対し国庫負担を増額し、各保険者の拠出金を無くするためには、消費税をこれに投入する他手段はない。

国民を欺く政治よりも、何故消費税が必要なのか国民に説得する政治の方が大切であろう。



第23回大阪臨床整形外科医会定時総会及び第91回研修会

日時：平成11年4月17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 小松副会長

2. 会長挨拶 三橋会長

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10年度庶務及び事業報告について承認を求める件 小松副会長

第2号議案 平成10年度収支決算について承認を求める件 原田理事

第3号議案 平成11年度事業計画案について承認を求める件 服部副会長

第4号議案 平成11年度収支予算案について承認を求める件 原田理事

4. 閉会宣言 服部副会長

(II) 医薬品紹介 午後4:10～4:30

座長：甲斐理事

(III) 研修会・総会講演 午後4:30～5:30

(平成11年度第1回、通算第91回)

演題：「整形外科領域におけるMRI診断」

講師：京都府立医科大学 整形外科 教授 平澤泰介先生

(IV) 懇親会 午後5:40～7:00

司会：古賀理事

I. 平成10年度O C O A庶務及び事業報告

(1) 会員状況

期首(平成10年4月1日) 323名

期末(平成11年3月31日) 340名

入会者 23名

退会者 6名(死亡退会 大村清一 先生)

(2) 平成10年度研修会・講演会(担当:服部副会長、学術担当理事他)

<O C O A関係>

第1回(83回)研修会:平成10年4月4日(土) 南海サウスタワーホテル大阪

*創立20周年記念講演 参加者数:123名

「高齢社会における脊椎症の新たな課題」

講師 大阪厚生年金病院 院長 小野啓郎 先生

第2回(84回)研修会:平成10年6月6日(土) ウエスティンホテル 参加者数:159名

「ドーピングって何?」

講師 日本体育協会ドーピング医事審査委員 伊藤偵之 先生

「整形外科領域における高気圧酸素治療」

講師 (医) 玄真堂・川島整形外科病院 院長 川島真人 先生

第3回(85回)研修会:平成10年7月11日(土) ウエスティンホテル 参加者数:140名

「関節軟骨欠損の修復」

講師 国立大阪南病院整形外科 医員 脇谷滋之 先生

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

講師 京都府立医科大学第一内科 助手 内藤裕二 先生

第4回(86回)研修会:平成10年8月29日(土) 大阪・大林ビル 参加者数:141名

「骨腫瘍の診断と治療」

講師 京都府立医科大学整形外科 講師 楠崎克之 先生

「RA上肢の外科的治療—今までの考え方でよいのか」

講師 大阪労災病院整形外科 第二部長 政田和洋 先生

第5回(87回)研修会:平成10年10月24日(土) 大阪・大林ビル 参加者数:162名

「最近の社保の審査上の問題点について—減点されない留意点—」

講師 社保専任審査委員 反田英之 先生

「リウマチ患者治療例の検討と考察」

講師 大阪大学医学部整形外科 教授 越智隆弘 先生

第6回(88回)研修会:平成10年11月14日(土) ワシントンホテル 参加者数:132名

「股関節疾患治療における問題点とその対策」

講師 京都大学医学部整形外科 助教授 飯田寛和 先生

「末梢神経麻痺の診断と治療」

講師 浜松医科大学整形外科 教授 長野 昭 先生

第7回(89回)研修会:平成11年1月30日(土) 大阪・大林ビル 参加者数:217名

「膝のスポーツ傷害の診断と治療—特に軟骨損傷について—」

講師 京都大学医学部整形外科 講師 松末吉隆 先生

「RAの免疫抑制剤療法・効果と副作用」

講師 聖マリアンナ医科大学内科 教授 市川陽一 先生

第8回(90回)研修会:平成11年2月20日(土) エコルテホール 参加者数:166名

「慢性関節リウマチの基礎療法」

講師 国立加古川病院 副院長 西林保朗 先生

「最近の脊椎外科の手術療法」

講師 大阪市立総合医療センター整形外科部長 松田英樹 先生

＜リウマチ医の会関係＞ (担当:堀木理事)

第4回リウマチ医の会:平成10年9月19日(土) 三井アーバンホテル

「リウマチ脊椎病変の治療方針」 大阪ベイトワ－

講師 大阪大学医学部整形外科 助教授 米延策雄 先生

「RAに伴う呼吸器合併症」

講師 東京都立駒込病院 アレルギー膠原病科 医長 猪熊茂子 先生

第5回リウマチ医の会:平成11年2月27日(土) 三和化学研究所

「非ステロイド抗炎症薬の作用機序と有害反応:最近の話題」 大阪メディカルホール

講師 聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター 助教授 川合眞一 先生

「リウマチ手の手術的治療と予後」

講師 広島大学医学部保健学科

身体・精神神経障害作業療法学 教授 村上恒二 先生

＜大阪府医師会医学会関係＞ (担当:木佐貫理事)

府医・医学会学術講演:平成11年3月25日・本会担当分 府医ホール

「骨粗鬆症治療の最近の話題」

* 整形外科の立場から

講師 近畿大学医学部整形外科 助教授 宗圓 聰 先生

* 内科の立場から

講師 大阪市大医学部第2内科 助教授 西澤良記 先生

(3) 各種会議の開催及び出務状況

A) OCOA関係

①. OCOA創立20周年記念式典及び祝賀会 [H10.4.4.] 南海サウスタワーホテル大阪

②. OCOA第22回定時総会 [H10.4.4.] 南海サウスタワーホテル大阪

③. 定時理事会 [H10.6.13, 9.26, 12.5, H11.3.13]

④. 臨時理事会 [H10.6.1, H11.3.23]

⑤. 医業周辺業種問題検討委員会 [H10.7.28]

(委員長 長田、堀木、瀬戸、河合、丹羽、河村、広瀬、石井、沢田、
オブザーバー・三橋、服部、小松、八幡、村上)

⑥. 「骨と関節の日」対策委員会 [H10.6.30, 7.11, 8.20, 11.21]

(小松、須藤、福井、黒田、小松(隆)、前野、吉田(研)、右近、
オブザーバー・三橋、堀木)

⑦. 日医(菅谷理事)、JCOA役員、OCO A役員懇談会 [H10.7.26]

(JCOA・安倍理事長・山下副理事長、OCO A・三橋、服部、小松、坂本、
堀木、長田、村上、平山(府医))

⑧. OCOA会報編集委員会 [H10.6.13, H11.2.13] (担当:丹羽理事 他委員)

B) JCOA関係

- ①. JCOA代議員会 [H10.4.25, 5.31] (三橋、服部、長田、小松) 於:東京
- ②. JCOA総会 [H10.6.19] (三橋、長田) 於:岐阜
- ③. JCOA理事会 [H10.8.2, 11.8, H11.2.21] (坂本) 於:東京
- ④. JCOA各県代表者会議 [H10.11.22] (三橋) 於:神戸
- ⑤. JCOA医療システム委員会 [H10.8.29~30, 11.15, H11.1.17] (長田) 於:東京
- ⑥. JCOA医業経営委員会 [H10.9.15, H11.2.7] (首藤) 於:大阪、東京
- ⑦. JCOA会誌等編集委員会 [H10.5.16, 7.1, 9.26, 10.5, 12.5, H11.1.23, 3.27]
(瀬戸) 於:東京
- ⑧. JCOA学術・研修委員会 [H10.9.15, 12.13, H11.1.24] (堀木) 於:大阪、東京
- ⑨. JCOA介護保険等対策委員会 [H10.10.11, H11.1.24] (甲斐) 於:東京
- ⑩. JCOA社会保険等検討委員会 [H10.9.5, H11.2.20] (三橋) 於:東京
- ⑪. JCOA社保審査委員会議 [H10.9.5] (三橋、反田、天野) 於:東京
- ⑫. JCOA近畿ブロック会議 [H10.7.26] (三橋、服部、堀木、坂本、長田、瀬戸、
吉田(正)、福井、小松) 於:神戸
- ⑬. 第11回JCOA学会 [H10.6.20] (全員参加) 於:岐阜
- ⑭. 第25回JCOA研修会 [H10.11.21~23] (全員参加) 於:神戸
- ⑮. 日医、JCOA社保委員会の懇談会 [H10.10.8] (三橋) 於:東京
- ⑯. JCOA視察・研修旅行 [H10.8.15~23] (坂本、伊藤、服部他) 於:欧州

C) 日整会関係

- ①. 日整会評議員会 [H10.4.16] (堀木、長田、服部、甲斐) 於:徳島
同上 [H10.9.26] (同上) 於:名古屋
- ②. 全国整形外科保険審査委員合同会議 [H10.9.6] (三橋、天野、反田) 於:東京
- ③. 日整会・JCOA医療システム合同委員会 [H10.11.28] (長田) 於:東京
- ④. 日整会パネル打ち合わせ会 [H10.11.7, H11.2.6] (堀木) 於:東京

D) 大阪府医師会関係

- ①. 大阪府医師会医学会運営委員会 [毎月1回、計12回] (木佐貫)
- ②. 大阪府医師会医学会総会・評議員会 [H10.11.15] (三橋、服部、木佐貫、堀木)
- ③. 大阪府医師会医会連合会 [H11.3.25] (小松)
- ④. 大阪府医師会交通事故医療委員会 [H10.7.13, 10.12, H11.3.11] (八幡)
- ⑤. 大阪府医師会健康スポーツ医学委員会 [H10.6.7, 10.14, H11.1.21] (八幡、三橋、
坂本)
- ⑥. 大阪府医師会労災部会役員会 [毎月1回、計12回] (八幡、反田、服部、坂本、
矢倉、首藤)
- ⑦. 大阪府医師会労災部会委員会 [H10.6.19] (八幡、三橋、反田、服部、坂本、矢倉、
首藤)
- ⑧. 大阪府医師会労災医療研修会 [H10.12.4, H11.3.4] (八幡、三橋 他会員)
- ⑨. 労災保険診療審査委員会 [毎月2回、計24回] (八幡、三橋、反田、長田、坂本、
服部、大橋、小杉、楠、上田、吉中)
- ⑩. 大阪府医師会産業医部会常任委員会 [毎月1回、計12回] (八幡、坂本)

- ⑪. 大阪府医師会医事紛争特別委員会 [毎月1回、計12回] (木下、八幡、坂本、濱田)
- ⑫. 同上 第5専門委員会 (整形外科関係) [毎月1回、計12回] (木下、八幡、坂本、濱田)
- ⑬. 大阪府医師会健康スポーツ医学講習会 [H10.11.7,8 他5回] (八幡、三橋)
- ⑭. 大阪府医師会救急・災害医療関係会議 [計12回] (八幡)
- ⑮. 大阪府自動車保険医療連絡協議会 [H10.7.24,11.16] (八幡)

E) その他

- ①. 平山正樹理事 (日医理事、府医副会長) 藍綬褒章祝賀 (三橋 他)
 - ②. 柔道整復士レセプト審査会 [毎月1回、計12回] (長田、堀木)
 - ③. 大阪整形外科症例検討会、世話人会 [H10.8.8, H11.2.6] (小松、濱田、服部)
 - ④. 日本医師会労災・自賠償委員会 [H10.3回、H11.2回、計5回] (八幡)
同上 自賠償小委員会 [H10.7.31,8.21,10.3] (八幡)
 - ⑤. 国民年金障害認定審査会 [毎月2回、計24回] (堀木)
 - ⑥. 大阪体育協会医科学委員会 [H10.3.12] (坂本)
 - ⑦. 大阪府損害保険防犯対策連絡協議会 [H10.7.14] (八幡)
- (4) 厚生・福利事業 (担当:古賀理事)
- 第27回OCCOAゴルフコンペ [H10.5.24] 北六甲C. C
 - 第28回OCCOAゴルフコンペ [H10.9.27] 北六甲C. C
 - 第14回OCCOA懇親旅行 [H10.11.7~8] 加賀温泉・越前海岸
ゴルフと観光旅行

(5) 広報事業

- 1) 大阪臨床整形外科医会「創立20周年記念特別号」の発刊 (担当:丹羽理事 他広報委員)
- 2) 「骨と関節の日」の啓蒙行事 (担当:小松副会長 他準備委員)
 - a) 毎日新聞に紙上座談会の記事を掲載 (10月8日、毎日新聞大阪版朝刊・110万部)
 - * テーマ「腰痛」(座談会は9月8日、毎日新聞社にて開催)
 - * 講師 大阪市立大学 医学部 整形外科 教授 山野慶樹 先生
大阪市立総合医療センター 整形外科 部長 松田英樹 先生
大阪臨床整形外科医会 会長 三橋二良 先生
コーディネーター 毎日新聞編集委員 黒田耕太郎 氏
 - b) 各医療機関に「骨と関節の日」PR用ポスターの配布
 - c) 医療電話相談、10月10~11日両日、府下10ヶ所にて実施
(出務会員:三橋、長田、濱田、黒田、吉田(研)、反田、前野、須藤、小松)

Ⅱ. 平成10年度会計報告

大阪臨床整形外科医会収支報告書

期 間 自 平成10年4月1日

至 平成11年3月31日

会 計 原 田 稔 理事

(1) 大阪臨床整形外科医会 平成10年度一般決算報告

① (内訳)

期首残高		期末残高	
医師信用 普通預金	¥ 4,152,202		¥ 7,071,928
医師信用 定期預金	¥ 3,395,683		¥ 1,720,665
興銀残高	¥ 2,677	なみはや残高	¥ 1,499,308
現金	¥ 15,757		¥ 4,442
合 計	¥ 7,566,319		¥ 10,296,343

② (大阪臨床整形外科医会 一般会計収支計算書)

収 入		支 出	
会 費 (3/31 現在) (JCOA入会金17名分を含む)	8,710,000	J C O A 年 会 費 (新入会費80,000円を含む)	4,745,630
会 誌 広 告	1,824,907	総 会 費	99,820
利 息	9,009	事 務 費	237,341
府 医 より 交 付 金	600,000	会 誌 作 成 費	2,049,518
寄 付	1,040,000	通 信 費	186,930
H. 9 骨 と 関 節 行 事 残 金	1,613	名 簿 作 成 費	598,335
前 期 繰 越 金	7,566,319	会 場 費	593,371
		交 通 費	187,440
		出 務 費	122,000
		近 畿 ブ ロ ッ ク 会 費	90,000
		慶 弔 費	81,700
		厚 生 費	463,420
		支 出 小 計	9,455,505
		次 期 繰 越 金	10,296,343
計	19,751,848	計	19,751,848

(2) 大阪臨床整形外科医会 平成10年度特別(学術集会)会計報告

① (内訳)

期首残高		期末残高	
医師信用 普通預金	¥ 13,119		¥ 113,215
医師信用 定期預金	¥ 4,076,824		¥ 504,502
興銀	¥ 2,033,030	なみはや銀行	¥ 1,072,974
合 計	¥ 6,122,973		¥ 1,690,691

② (大阪臨床整形外科医会 特別会計収支決算書)

収 入		支 出	
前 期 繰 越 金	6,122,973	20 周年 記 念 行 事	3,753,478
受 講 料	1,289,000	骨 と 関 節 の 日 行 事	1,549,610
利 息	12,306	認 定 料	421,380
20 周年単科医会より お 祝 い	270,000	原 稿 料	260,000
		通 信 費	18,700
		事 務 費	420
		支 出 小 計	6,003,588
		次 期 繰 越 金	1,690,691
計	7,694,279	計	7,694,279

監 査 報 告 書

平成10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11年4月5日慎重に監査致しました処、適正に処理、管理された事を認めます。

平成11年4月5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 11 年度事業計画

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

尚、本年度は平成 12 年度より実施の「介護保険」、来年の課題でもある「医療周辺業種問題検討委員会」、新設予定の「社会保険検討委員会」等について積極的な対応を行って行きたい。

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・収集に努め、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。

2. 学術活動

- (1) 会員の生涯研修と自己啓発のため、日本整形外科学会認定医、同認定スポーツ医、同認定リウマチ医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計ると共に、日本医師会、大阪府医師会の生涯教育研修システムとも協調する。
- (2) 各大学、公私病院との連携を密にし、生涯教育内容のさらなる充実と整形外科医療の進歩・発展に努力する。
- (3) 平成 11 年度も充実した OCOA 研修会を開催する。

3. 保健医療に関する諸問題の研究と対策

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. 医療周辺業種への対策

OCOA 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 25 号発刊予定
- (2) 会員アンケートの実施：介護保険その他について
- (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」の啓蒙と PR 行事の実施
 - * シンポジウム（オーバルホール）の開催
 - * 毎日新聞紙上にシンポジウム内容を記事として掲載
 - * 医療電話相談の実施

8. 厚生・福利活動

- (1) 第 15 回会員親睦旅行
平成 11 年 11 月 13 日（土）～ 14 日（日）、詳細は協議・検討中
- (2) 会員親睦ゴルフコンペ
 - * 第 29 回 平成 11 年 5 月 23 日（日）於：北六甲カントリー
 - * 第 30 回 平成 11 年 10 月 24 日（日）於：北六甲カントリー

IV. 平成11年度収支予算案

期間 自 平成11年4月1日
至 平成12年3月31日

(1) 平成11年度 OCOA一般会計予算案

収 入		支 出	
会 費 (¥24,000×340)	8,160,000	J C O A 年 会 費 (¥15,000× 330)	4,950,000
J C O A 入 会 金	140,000	J C O A 入 会 金	180,000
会 誌 広 告 収 入	600,000	事 務 費	250,000
寄 付 及 び 交 付 金	1,300,000	会 誌 作 成 費	2,000,000
利 息	4,000	通 信 費	200,000
繰 越 金	8,420,000	会 場 費	600,000
		交 通 費	200,000
		出 務 費	300,000
		近 畿 ブ ロ ッ ク 会 議 費	90,000
		単 科 医 会 会 費	10,000
		慶 弔 費	100,000
		厚 生 費	600,000
		予 備 費	300,000
		小 計	9,780,000
		次 期 繰 越 予 定 金	8,844,000
計	18,624,000	計	18,624,000

(2) 平成11年度 OCOA特別会計収支予算案

収 入		支 出	
受 講 料	1,200,000	骨 と 関 節 の 日 行 事	1,800,000
利 息	1,500	認 定 料	300,000
繰 越 金	1,756,809	原 稿 料	480,000
		通 信 費	10,000
		小 計	2,590,000
		次 期 繰 越 予 定 金	368,309
計	2,958,309	計	2,958,309

資 料

<平成11年度O C O A研修会日程>

第1回(通算91回)研修会:平成11年4月17日(土) 於:大正製薬ホール

演題 「整形外科領域におけるMRI診断」 N

講師:京都府立医科大学整形外科 教授 平澤泰介 先生

第2回(91回)研修会:平成11年5月15日(土) 於:ウエスティンホテル

演題 「外来診療におけるRA患者の治療」 N, R, リ財

講師:近畿大学医学部整形外科 助教授 宗圓 聡 先生

演題 「足部の診察の仕方 -スポーツ障害を含む-」 N, S, 健ス

講師:奈良県立医科大学整形外科 助教授 高倉義典 先生

第3回(93回)研修会:平成11年6月12日(土) 於:三和化学ホール

演題 「『老人保険法』から『介護保険法』へ

-整形外科医のかかわり-」 N

講師:舟越整形外科医院 院長 舟越 忠 先生

演題 「四肢骨・軟部悪性腫瘍の患肢温存手術」 N

講師:奈良県立医科大学整形外科 教授 玉井 進 先生

第4回(94回)研修会:平成11年7月17日(土) 於:ウエスティンホテル

演題 「整形外科領域における医事紛争について」

講師:北野病院整形外科 部長 梁瀬義章 先生

演題 「腰痛とスポーツ」

講師:徳島大学医学部整形外科 教授 井形高明 先生

第5回(95回)研修会:平成11年8月21日(土) 於:大阪・大林ビル

演題 「リウマチ外来でのPit Fall」

講師:和歌山県立医科大学整形外科 助教授 上好昭孝 先生

演題 「(保険診療に関する講演)」

講師:社保専任審査員 原 省吾 先生

第6回(96回)研修会:平成11年9月11日(土) 於:大阪・大林ビル

第7回(97回)研修会:平成11年11月20日(土)

*第6回以降の講師、演題は詳細が決定し次第、会員に連絡

平成 11 年度 O C O A 役員

(五十音順)

顧問 阿部宗昭 大阪医科大学整形外科 教授
 小川亮恵 関西医科大学整形外科 教授
 越智隆弘 大阪大学医学部整形外科 教授
 浜西千秋 近畿大学医学部整形外科 教授
 山野慶樹 大阪市立大学医学部整形外科 教授

名誉会長 越宗正

名誉会員 稲松 滋・上野良三・小野啓郎
 小野村 敏信・上野 晃・原 省吾
 増原 建二

会長 三橋二良

副会長 小松堅吾・服部良治
 理事 天野敬一・石井正治・右近良治
 大河橋規男・長田明・甲斐敏晴
 河合秀郎・河村都容市・木佐貫一成
 栗本孝孝・黒田晃司・古賀教一郎
 越宗正晃・小杉豊治・小松建次
 坂本徳成・澤田出・茂松茂人
 柴田辰男・首藤三七郎・須藤容章
 瀬戸信夫・孫 瑠権・反田博之
 新田望稔・丹羽權平・濱田石朗
 原田一史・馬場貞夫・早石雅有
 広瀬木篤・前山野岳敏・福井宏司
 堀村上白士・八幡雅志・山本光男
 吉田研二郎

監事 伊藤成幸・吉田正和

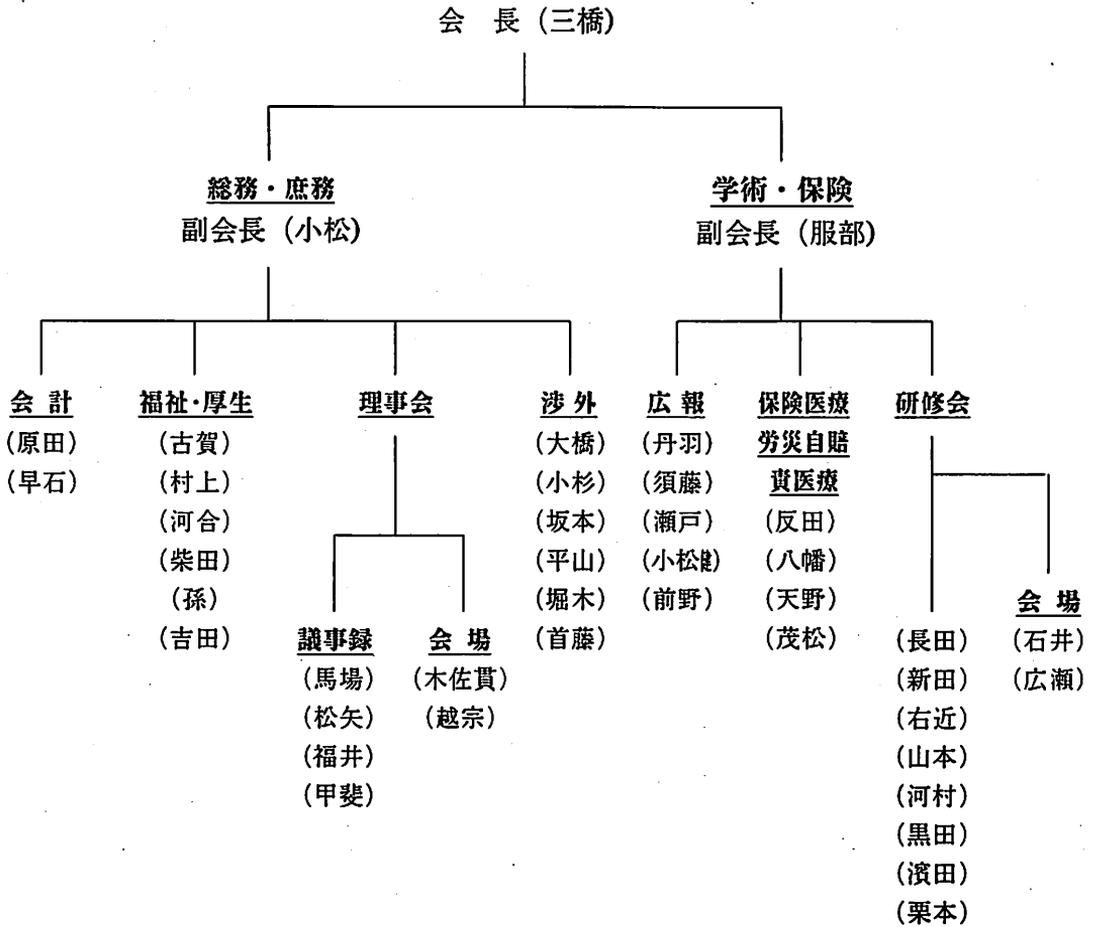
議長 松尾澄正

副議長 佐藤利行

裁定委員 原卓司・廣谷 巖・藤原孝義

平成 11 年度 O C O A 役員役割分担表

(平成 11 年 4 月 1 日より)



(順不同)

E B M (Evidence Based Medicine) とは

O C O A 会長 三 橋 二 良

今、我が国の医療費の内、約7割が、末期(終末期)医療と高度先進医療を含む高額医療費でしめられている。

高額レセプト一枚1千万円を超える場合は珍しくなくなったし、支部支払基金においても500万円を超えるレセプトが多く見受けられる。

終末期医療とか高度先進医療が非常に金の掛かる事は容易に理解出来るが、医療費の総枠にも限界がある。この様な高額請求のレセプトをどの様に今後扱ったら良いのか、厚生省は絶えず頭を痛めているようである。

そこで、高額医療についてE B M (Evidence Based Medicine) -科学的根拠に基づく医療-の手法を導入して対応していこうという考えを厚生省は持っている。

限られた医療資源を効率的に活用し、医療に質と患者サービスの向上を図る手段として「医療技術評価」が注目されている。

先日、府医で社会保険指導者講習会が11年2月5日行われたが、その中の資料に、E B Mについての説明があったので、ここに掲載いたします。

医療技術評価の推進

I. 医療技術評価

限られた医療資源を効率的に活用し、医療の質と患者サービスの向上を図る手段として「医療技術評価」が注目されている。

○平成9年6月

「医療技術評価の在り方に関する検討会」報告書(座長:竹中浩治(財)ヒューマンサイエンス振興財団理事長(当時))

- ・諸外国における医療技術評価の在り方や推進方策について検討。



○平成10年6月～

「医療技術評価推進検討会」(座長:高久史磨 自治医科大学学長・日本医学会副会長)

- ・診断・治療技術に関する医療技術評価の具体的な推進方策に関する検討に着手。
- ・検討の内容としては、「科学的根拠に基づいた医療」(E B M ; Evidence-based Medicine)を中心としており、これを実現するためには医療技術評価が不可欠であることを確認し、「科学的根拠に基づいた医療」の実現に向けて医療技術評価をどのように推進していくべきか、「科学的根拠に基づいた医療」が何であるのかを整理し、どのようなものであれば有用であるかを検討し、評価対象の選定と優先順位付けを行う予定である。

「医療技術評価の在り方に関する検討会報告書」について

1. 経緯等

限られた医療資源を効率的に活用し、医療の質と患者サービスの向上を図る手法の一つとして「医療技術評価」が注目され、諸外国において、既に導入され、成果をあげてきているが、我が国においても、今後、効率的な医療の提供や医療の質の向上のために、医療

技術評価を導入することについて検討される必要がでてきた。

このため、我が国における医療技術評価の利用等について検討することを目的として、「医療技術評価の在り方に関する検討会」が平成8年12月6日（金）に設置され、平成9年6月13日（金）まで計6回にわたって検討を重ね、今般報告書として取りまとめられたので、ここにその概要を示すものである。

2. 検討会委員

池上 直己（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授）

今井 正信（三豊総合病院院長）

岩久 正明（新潟大学歯学部教授）

岩崎 榮（日本医科大学医療管理学教室主任教授）

亀田 俊忠（医療法人鉄蕉会亀田総合病院理事長）

川田智恵子（岡山大学医療技術短期大学部看護学科教授）

小池 昭彦（社団法人日本医師会常任理事）

斎藤 憲彬（社団法人日本歯科医師会常務理事）

○竹中 浩治（財団法人ヒューマンサイエンス振興財団理事長）

長谷川敏彦（国立医療・病院管理研究所医療政策研究部長）

久繁 哲徳（徳島大学医学部衛生学講座教授）

廣井 良典（千葉大学法経学部助教授）

福井 次矢（京都大学医学部附属病院総合診療部教授）

山崎 摩耶（社団法人日本看護協会常任理事）

（○は座長、50音順、敬称略）

3. 報告書の概要

1) 技術評価について

技術評価は科学技術の与える利益や危険性

などの社会的影響を評価し、これを情報公開して国民に伝達する必要が生じたことから始まった。

2) 医療技術評価の位置づけとその関連領域

医療技術評価の最終的な目標は、国あるいは地域全体における望ましい医療の在り方が明確になり、それが実施されることである。

一方、医療の質を評価し、改善させる方法として、米国では、生産工学の品質管理の概念を医療に応用した医療の質の確保、医療の質の向上の考え方が盛んになってきている。

本検討会ではその関連分野である医療の質の確保・向上についても、幅広く視野におさめて検討を行った。

3) 医療技術評価の現状

諸外国（カナダ、オーストラリア等）では、医療技術評価を医療保険の償還や政策の判断に反映させるようになっており、限られた資源の中から最大の結果を引き出すという目標下で一定の成果を得ている。

我が国における医療技術評価や医療の質の確保・向上については、歴史も浅く、研究者の層も薄いのが実状であり、国等が専門機関を設置して医療技術評価に取り組んでいる欧米諸国ほどには進展を見ていない。

4) 我が国における医療技術評価の利用について

医療政策の企画・立案・実施において、医療技術評価の結果を活用できる。

医療現場において、臨床医に診療・治療方法の選択等を支援する情報を提供するとともに、医療機関に経済的評価に関する情報等を提供することにより、新たな医療機器を購入する際に役立てることができる。

さらに、医療技術評価を踏まえて、医療の提供過程を診療計画という形で図式化することで、患者や患者家族へ説明し、理解を深めることに役立てることができる。

5) 医療技術評価の推進に向けて取り組むべきこと

①医療技術の動向の把握と評価対象の優先

順位付け

社会的重要性の観点から、今後優先して評価すべき医療技術を選定し、系統的に評価を行うこと。

②既存の評価の体系的な整理

学会等で行われてきた医療技術評価について体系的に整理し、効果的に情報提供すること。

③国際的な動向の把握と協力

医療技術評価の成果に関するデータベース等を構築している国際的会や研究組織に参加・協力し、効率的に評価活動を進めること。

④医療技術評価の基盤としての情報化

医学的、経済的な情報を系統的に収集・蓄積するデータベースの整理及びその基盤となる用語や分類の標準化、また患者の健康結果を客観的に判断するための指標の開発等の基盤環境の整備を行うこと。

⑤関係者の理解と協力について

関係者は現状を理解し、医療関係学会等における活性化により、医療技術評価や医療の質の向上を図る手法を用いた評価活動を推進すること。

6) おわりに

我が国においては、医療政策の立案・実施

や学会、医療現場における日常医療のなかで、「評価」を行う意識を定着させることが今後の第一歩であると考えられる。

なお、医療技術評価の実施にあたっては、その評価の実施過程等についても情報公開を行い、国民の十分な理解が得られるようにすべきである。

II. EBM

Evidence Based Medicine (科学的根拠に基づく医療)

信頼できる最新のデータに基づく理に適った医療のことを意味する。

診ている患者の臨床上の疑問点に関して、医師が関連文献等を検索し、それらを批判的に吟味した上で患者に適用することの妥当性を評価し、理に適った臨床判断を下すこと。

EBMを実現するためには、有用なデータが充分揃っていることが不可欠であり、医療技術評価を行うことを通じて収集されたデータは、このような用途に耐えうる内容となる。

○平成10年6月～

「医療技術評価推進検討会」

(座長：高久史麿 自治医科大学学長・日本医学会副会長)



ギヨーム・ド・ジュクールの紋章

あらゆる紋章は面の積み重ねからできている。つぎつぎと加えられる要素はそれぞれ、最後の面、すなわち見る者の目にもっとも近い面にのせるか、新たな面を形成しなくてはならない。ここに挙げた各図は、ノルマンディの貴族ギヨーム・ド・ジュクールの紋章がいかにできあがるかを示している。まず最初に金地(第1面)、つぎにその金地の上に赤い十字(第2面)、そして十字でできた4隅に4頭の黒いライオン(同じく第2面)、その後、十字の上に銀の円形(第3面)、最後に、円形に重ねて赤い鐘(第4面)となる。

「骨と関節の日」行事の報告

OCOA副会長 小松 堅 吾

日本整形外科学会が10月8日を「骨と関節の日」と決めて6年目を迎えます。全国各地で啓蒙とPRの催しが行われて参りました。

昨今の医療周辺業種問題は深刻で整形外科にとって脅威ともなっております。

世間では今日でも、整形外科を形成外科、柔道整復、鍼灸、カイロプラスティーなどと「十把ひと絡げ」にして、似たようなものと見る傾向があります。そのため整形外科を正しく理解し、認識してもらうためにも整形外科のPRは重要と考えます。

大阪臨床整形外科医会（OCOA）でも毎年、啓蒙行事を実施しており、一朝一夕に成果の期待出来るものではないとは思いますが根気よく継続して行く方針です。



：大阪市立総合医療センター
整形外科部長 松田 英樹 先生
：大阪臨床整形外科医会
会 長 三橋 二良
(コーディネーター)

<平成10年度に実施した事業の概略>

[実施事業]

- (1) 毎日新聞朝刊に「骨と関節の日」の啓蒙・広告記事の掲載（別添資料1）
- (2) 会員医療機関へPRポスター配布
- (3) 府下10ヶ所で医療電話相談の実施

OCOAでは例年通り、上記三本建ての行事を実施致しております。なお財政的な事情もありシンポジウムは隔年開催の予定です。

<各行事の報告>

(1) 啓蒙記事の新聞紙上への掲載

- * 毎日新聞・大阪版朝刊 1ページ使用
(近畿地区購読数 110万部)
- * 月日：平成10年10月8日掲載
- * 内容：下記の講師によりテーマ「腰痛」に関する座談会を毎日新聞社にて開催し内容を記事として掲載
- * 講師：大阪市立大学医学部
教授 山野 慶樹 先生

毎日新聞編集委員 黒田耕太郎氏

* 座談会はシンポジウム形式で行なわれ、内容は、腰痛の総論と椎間板ヘルニア、変形性脊椎症、脊柱管狭窄症等各論について解説され予防にも触れたものでした。一般の読者にも理解しやすいまとまりがあり好評でした。講師の方々と毎日新聞の黒田氏に感謝します。

* 後日の電話相談申込者は「新聞の記事を見て・・・」が圧倒的に多かった事からも記事は比較的広く読まれており、有リマスコミの影響力を再認識した次第です。
* マスコミとのタイアップは、費用の面で負担が大きくなり勝ちです。会員先生方から名刺広告による多大なご支援とご協力を頂いた事に、心から感謝致します。

(2) 会員医療機関へポスターの配布と掲示

* 新聞啓蒙記事の購読と電話相談のPR「整形外科医こそ痛みを治すプロ」である

事を強調した内容で「骨と関節の日」以降も掲示しておきたい出来映えでした。
(別添資料参照)

(3) 医療電話相談

- * 10月10、11両日 府下を地域別に分け、延べ10ヶ所に於て実施
- * 担当者：三橋、小松(建)、前野、長田、黒田、吉田(研)、濱田、反田、小松

<電話相談に関する集計>

- * 実施要領：10月10、11日(午後1～4時) 府下延べ10ヶ所で実施
- * 相談件数：107件
- * 相談者府県別件数：大阪86、兵庫12、奈良5、和歌山3、京都1
- * 性別：男性38、女性69件
- * 年齢分布(件数)：80代11、70代19、60代26、50代27、40代10、30代4、20代3、10代4、10才未満3件
- * 相談領域別件数(重複あり)
変形性脊椎症26、椎間板ヘルニア23
脊柱管狭窄症17、変形性関節症16
骨粗鬆症13、腰痛症9、骨折6(脊椎圧迫骨折3を含む)、頸椎症6、股関節症5、頸腕障害3、腫瘍2
内反足他7疾患各1件

<電話相談担当者の感想>

今後の参考とするため、委員会での意見と印象をまとめて見ました。

- * 時間的制約：相談者が多過ぎ、通話中が多く、時間的には対応に限界あり。
- * 診療を通じ、患者に対して担当医師の説明がいかにも不十分か良く分かる。

(或は、患者の理解不十分か?)

- * 「毎日新聞を見て・・・」の相談者がポスターによる場合より圧倒的に多かった。
- * 今年は、テーマのせいかわ腰痛関連の相談が中心で、平常は多いリウマチが極端に少なかった。
- * 最近では医事紛争、誤診に対する相談は減少傾向にある。
- * レーザーの非観血的手術の質問が増加し患者の関心の深さが分かる。
- * 人工関節適応例、年齢の説明が不十分所謂「お年寄り」には無理との誤解が多い。
- * MRI検査の普及により脊柱管狭窄症に関する相談が増加。
- * 加齢による機能障害と痛みに対する将来の不安、リハビリのプログラムについて知りたい。

啓蒙行事は「骨と関節の日」の行事に限らず時間と大変な労力を要し、その成果が直ちに現れるとは限らない事が多い様です。

昨今の医療周辺業種による進出は、目に余るものがあります。その意味からも整形外科は、医学的に、適正な検査と正しい診断をもとに痛み、変形などを治療する専門家である事を「社会に正しく認識」して貰う事が重要だと思います。我々も、ひたすら根気強く、この種の事業を推進して行く事が特に重要と考えております。同時に、どんな行事よりも日常の診療を通じて整形外科医が、患者教育に努める事が最も大切な啓蒙・PRになると考えます。

以上「骨と関節の日」の行事について御報告させて頂きました。

座談会出席者
 大阪市立大学医学部整形外科教授
山野 敬樹
 大阪府立総合医療センター整形外科部長
松田 部長
 大阪臨床整形外科医会会長
三橋 二良氏
 【コーディネーター】
 毎日新聞学芸部編集委員 **黒田 耕太郎**

現代人悩ます腰痛

「腰痛は現代人の悩みのひとつ。日本整形外科学会が今年で40周年を迎えるにあたり、この「骨と関節の目」を機に、腰痛の現状や治療法について、3人の専門家が座談会を行いました。腰痛は、生活習慣が影響する10代の椎間板ヘルニアも、原因の一つとして挙げられています。また、腰痛は、骨と関節の健康と密接な関係があります。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。」



「骨と関節の目」
 日本整形外科学会が今年で40周年を迎えるにあたり、この「骨と関節の目」を機に、腰痛の現状や治療法について、3人の専門家が座談会を行いました。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。」



画像診断発達 手術範囲はより狭く
 腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。」

痛みは身体からの「信号」



講演について話し合う(右から)三橋部長、松田部長、山野敬樹氏

まも専門
 腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。」

医師の診断を
 腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。」

適度な運動・動への負担減 心がけて
 腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。」

徹底したインフォームド・コンセント必要
 腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。」

徹底したインフォームド・コンセント必要
 腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。腰痛は、骨と関節の健康を維持するために、適切な治療を受けることが重要です。」

10日と11日の午後1時~4時、電話相談に 応じます。	骨と健康、電話無料相談室	九州地区 10日 0722-65-5516 11日 0722-28-1983
大阪府北部 10日 06-383-8111 11日 06-321-7103	北摂地区 10日 06-841-1680 11日 06-383-8111	また、日本臨床整形外科医会のホームページにも「健康情報」コーナーが設けられています。 URLは http://www.jipnet.or.jp/joo/
大阪市東部 10日 06-698-0661 11日 06-627-5511	東淀川区 10日 0720-48-5890 11日 0720-75-3870	

10月8日は「骨と関節の目」です。大阪臨床整形外科医会 日本整形外科学会 日本臨床整形外科医会

北摂地区 星光病院 Rong (07) 281-1111	吉野整形外科 Rong (07) 281-1111	小形整形外科 Rong (07) 281-1111	松本整形外科 Rong (07) 281-1111	玉田整形外科 Rong (07) 281-1111
阪内地区 原 外科 Rong (07) 281-1111	みどりヶ丘病院 Rong (07) 281-1111	こみ整形外科 Rong (07) 281-1111	榎本整形外科 Rong (07) 281-1111	小瀬整形外科 Rong (07) 281-1111
小松整形外科 Rong (07) 281-1111	茂松整形外科 Rong (07) 281-1111	布施病院 Rong (07) 281-1111	原田整形外科 Rong (07) 281-1111	阪本医院 Rong (07) 281-1111
石井整形外科 Rong (07) 281-1111	河村整形外科 Rong (07) 281-1111	有瀬整形外科 Rong (07) 281-1111	中 山 院 Rong (07) 281-1111	坂本整形外科 Rong (07) 281-1111
林原整形外科 Rong (07) 281-1111	小松整形外科 Rong (07) 281-1111	木佐真整形外科 Rong (07) 281-1111	高田整形外科 Rong (07) 281-1111	高田整形外科 Rong (07) 281-1111
丹羽整形外科 Rong (07) 281-1111	大塚整形外科 Rong (07) 281-1111	横井整形外科 Rong (07) 281-1111	三橋 医院 Rong (07) 281-1111	小瀬整形外科 Rong (07) 281-1111
吉田整形外科 Rong (07) 281-1111	大橋整形外科 Rong (07) 281-1111	福井整形外科 Rong (07) 281-1111	三橋 医院 Rong (07) 281-1111	小瀬整形外科 Rong (07) 281-1111
河内地区 河内整形外科 Rong (07) 281-1111	大橋整形外科 Rong (07) 281-1111	福井整形外科 Rong (07) 281-1111	三橋 医院 Rong (07) 281-1111	小瀬整形外科 Rong (07) 281-1111
立上クリニック Rong (07) 281-1111	大橋整形外科 Rong (07) 281-1111	福井整形外科 Rong (07) 281-1111	三橋 医院 Rong (07) 281-1111	小瀬整形外科 Rong (07) 281-1111

大阪臨床整形外科医会有志

10月8日(木)は「骨と関節の日」

10月8日(木) 毎日新聞朝刊にて(予定)「腰痛」をテーマにしたPR記事が掲載されます。

紙上座談会

講師:大阪市立大医学部整形外科学 教授/山野 慶樹氏
大阪市立総合医療センター整形外科 部長/松田 英樹氏
大阪臨床整形外科医会 会長/三橋 二良氏
コーディネーター:毎日新聞大阪本社学芸部編集委員/黒田 耕太郎氏
ぜひ、ご一読ください。



整形外科医こそ痛みを治す専門家

腰や背中がよく痛む、たるい、疲れやすい等々
お気軽にお電話ください。

「骨と健康」電話無料相談室開設

〈受付時間/13時~16時〉

〈10月10日(祝)〉

◆大阪市北部…☎06-383-8111
◆大阪市南部…☎06-698-0661
◆北摂地区…☎06-841-1680
◆河内地区…☎0720-48-5690
◆泉州地区…☎0722-65-5516

〈10月11日(日)〉

◆大阪市北部…☎06-321-7103
◆大阪市南部…☎06-627-5511
◆北摂地区…☎06-383-8111
◆河内地区…☎0720-75-3670
◆泉州地区…☎0722-28-1983

大阪臨床整形外科医会 日本整形外科学会 日本臨床整形外科医会

(註) 平成 11 年 6 月 19 日

(日本臨床整形外科医会総会で平成 10 年度「骨と関節の日」キャンペーン優秀作品として表彰)

労災・自賠償を取り巻く最近の話題

大阪府医師会理事 八幡雅志

労災医療に係わる最近の問題

労働環境の変化、労働安全衛生及び労災保険の成熟とともに、被災労働者数も減少傾向を示しつつある一方でいわゆる過労死のような新しい問題も発生してきている。また、かねてから問題視されている労災かくしの問題については、従来から行政が中心となったより強い啓発活動の必要性を指摘しているが、改善の傾向がみられない。今後は労災かくしの背景にある無事故表彰制度、保険料に係るメリット制等現行制度の検討を行うとともに医師会と労働基準局が緊密な連携を保ち、事業所に対する指導等を強化していくことが強く望まれるところである。

日本医師会では、労災医療の特殊性に目を向けた新しい労災診療費算定基準を提案し、現在労働省と折衝を行っている。その中で一番の目玉は、予防労災的考え方を導入しようというものである。保険、医療、福祉の連携の必要性が叫ばれている中で、労災医療においても予防→治療→リハビリが一貫した制度の中で行われることが労働者にとって望ましい体制であることは言うまでもない。従来の制度にとらわれない柔軟な対応が求められる。

東京都が地域特掲を解消

労災保険制度の発足当初から行われていた各地域の特掲料金は、労災診療費が社会保険診療報酬に準拠すると定められた以降も、労災診療の特殊性として認められてきた。しかし、会計検査院からの指摘を契機に、各地域において地域特掲料金を解消する動きが広まり、大阪では平成6年9月末で、また最後まで実施していた東京都もついに本年3月末日をもって解消するに至った。



労災保険情報センターについて

永年の懸案事項であった労災診療費の支払保留、不支給の問題は労災保険情報センターの運営によって全面的な解決をみるに至っており、本年3月末現在で全国の契約率は85.7%（大阪92.0%の契約率）となっている。契約率の増加、不支給事案の減少等から共済事業の収支において繰越剰余金が増加しており、その有効な活用方法を再検討する時期にある。既に、契約医療機関を対象とした融資制度や労災指定医の研修費の補助等の医療機関への還元策が講じられてきている。

自賠償医療関係

三者協議会（日医・日本損害保険協会・自動車保険料率算定会）の合意にもとづき、平成元年6月に新基準（自賠償保険診療費算定基準）が策定された。平成11年4月の東京都および茨城県の実施により、現在、35都道府県で新基準が採用されている。この大都市圏の実施によって、かつて、大阪が実施したこと了他県の新基準移行促進に影響を与えたように、未だ実施していない地区においても新基準移行に向けた積極的な話し合いがなされるであろう。しかし、実施地区のなかでも、手上げ方式を採用するところでは、移行率の

頭打ち傾向がみられ、日医労災・自賠責委員会で、新基準推進の立場から実施の阻害要因について検討を重ねてきた。最大の阻害要因は、入院部分を中心とする医療機関の収入の減少である。これに対しては、①入院部分に対する特掲項目を設定する、②新基準のベースとなる労災基準の初期入院の評価の是正、等を盛り込んでおり、労災診療費の改定時に徐々に改善されてはいるが、受傷部位が四肢を中心とした労災医療と頸部や腰部が中心となる交通事故医療とでは、同じ災害医療でも異なる点がある。労災独自の診療報酬と併せて、交通事故医療に見合う見直しも必要である。

また、日医では、かねてより中央の自賠責審議会に、自賠運用益の民間医療機関への活用や、傷害事故支払限度額 120 万円の引き上げ等を要望しているが、未だ改善されていない

状況である。全国の各都道府県が新基準を採用することによって、これらの要望も主張しやすくなる。

大阪府では、平成 5 年 10 月に新基準を実施して以来、5 年半が経過した。健保単価 20 円の算定方式と比較して入院部分が減収となることと、手挙げ方式を採用したこと等により、当初、病院を中心として移行率の顕著な増加は見られなかった。その後、翌月払いの励行や、遅延発生時の迅速な対応、コンピューターソフトの普及によって、現在、自賠責を 6 件以上取り扱っている医療機関の約 70 % が新基準に移行している。新基準実施以後は支払遅延等の苦情の申し立てが頻発していたが、現在では、大きなトラブルもなく推移している。しかし、裁判事案で支払が滞ること、健康保険使用の適正化の問題等、今後、検討されるべき問題も残されている。



caduceus, or Mercury's mace

マーキュリー（ヘルメス）の杖。カデューシャスともいう。2匹の蛇が杖に巻きついた形であり、ヘルメスが2匹の蛇の争いを仲裁したとき、その蛇が彼の杖に巻きついたことに由来するという。このことから平和の標とされてきた。世界的に知られる新聞のタイムズ社がこれを同社の紋章に取り入れている。

医療改革をめぐる諸情勢について

OCOA会長 三橋 二良

平成11年2月5日 大阪府医師会館において、第23回 社会保険指導者講習会（第42回 日本医師会社会保険指導者講習会 伝達）が行われた。

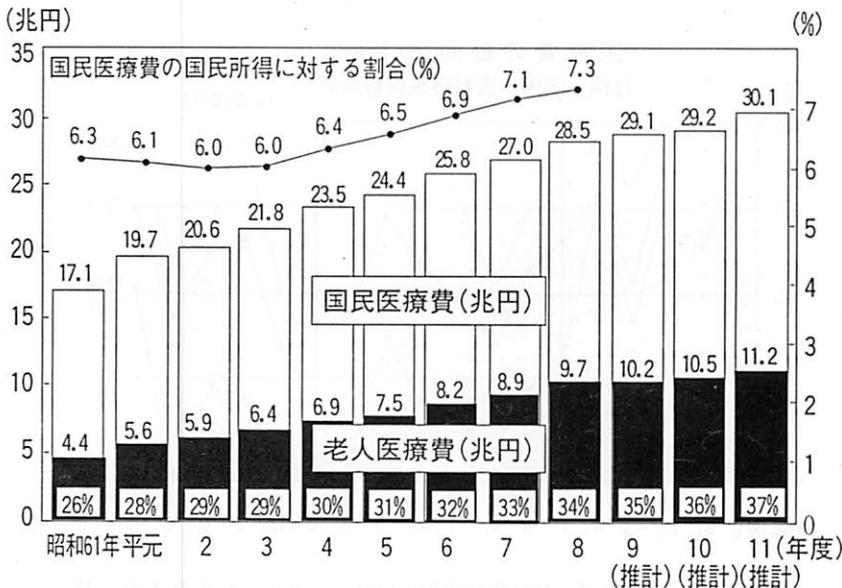
大阪府医師会 大北 昭理事より「医療改革をめぐる諸情勢について」説明がなされた。

今、日本では、医療制度抜本改革案が国会に提出されるべく日夜熱心に審議されている。又一方、医療審議会では、第4次医療法改正に向けて、カルテの内容の情報開示と法制化が審議されている。

我々の周辺には、改革に向けての大きな波が押し寄せて来ている。大層判り易い資料を入手したので一度お読み下さい。



国民医療費等の推移



(注) 老人医療費の下の%は老人医療費の国民医療費に対する割合である。

平成9年9月に健保法一部改正が行われ、健保本人2割負担、老人窓口一部負担500円（4回迄）、薬剤一部負担が行われた。国民医療費は年々1兆数千億円増加していたが、平成10年度は9年度より1千億しか伸びていない。つまり1兆数千億の国民医療費が節減出きたことになる。

昭和 36 年度より国民皆保険制度始まって以来、国民医療費の伸びが止まったのは初めてのことである。

最近の医療費の動向 (全国)

■医療保険医療費の伸び率 (対前年同期比、%)

年度・月	医療保険計	被用者保険			国保	老健	
		計	本人	家族			
7 年度 計	4.9	1.9	2.3	1.5	3.7	9.1	
8 年度 計	6.0	4.1	3.7	4.5	3.7	9.7	
9 年度	計	1.5	▲1.9	▲2.9	▲0.7	0.7	5.5
	4 月～8 月	2.5	0.1	0.9	▲0.9	0.6	6.4
	9 月～3 月	0.8	▲3.3	▲5.6	▲0.6	0.8	4.9
10 年度	4 月～8 月	0.7	▲3.8	▲7.4	0.6	1.8	4.3
	9 月	3.8	▲0.5	▲2.1	1.5	3.9	7.8
	10 月	1.9	▲1.6	▲3.0	0.0	1.8	5.3
	11 月速報値	5.2	2.1	▲0.8	5.5	5.2	8.1
	9 月～11 月	3.6	▲0.1	▲2.0	2.3	3.6	7.0
9 年 9 月～10 年 8 月	0.7	▲3.5	▲6.3	▲0.1	1.2	4.7	

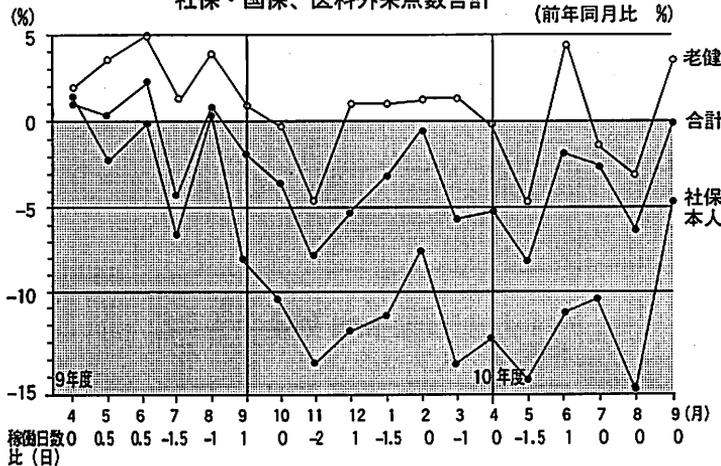
【注】 社保、国保および老健の計。(メディアス)
(医科・歯科・調剤・食事療養・施設療養費・訪問看護・老人訪問看護の計)

メディアスの情報によると平成 9 年 9 月～3 月で、被用者保険本人、家族共対前年比マイナスに転じ、9 年 9 月～10 年 8 月に於いても尚マイナスになっている。

一方国保、老健は対前年比プラスとなっている。

医療費の動向 (大阪府)

社保・国保、医科外来点数合計



(注) 社保は 41 及び一部負担助成制度以外の公費併用分を含まず、国保は全公費併用分を含む。

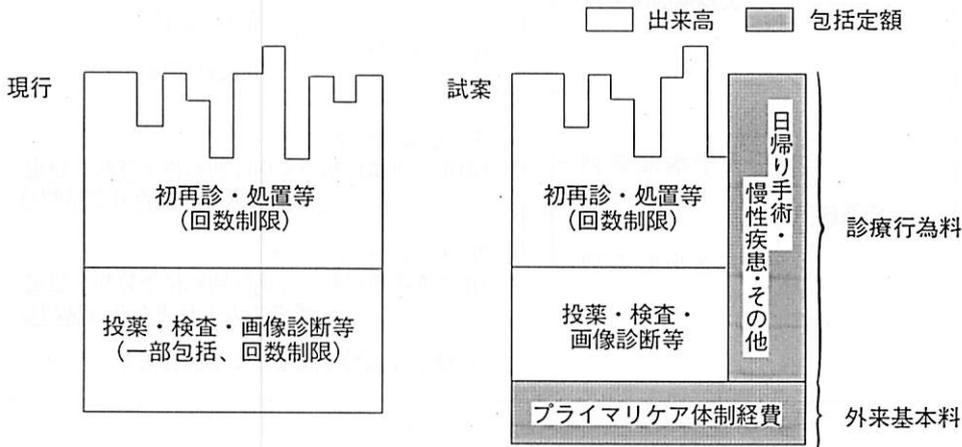
大阪府に於ける医療費の動向を見てみると、平成 9 年 9 月より社保本人外来点数は、対前年同月比で、著しい減少傾向を示している。しかしながら 10 年 9 月より少し回復パターン転じてきている。その理由については今後検証する必要がある。

医療保険福祉審議会の検討経過

平成9年11月 平成10年5月	初会合。医療保険制度改革の具体的検討を開始 ①診療報酬体系 ⇒ 作業委員会に ②薬価基準制度 ⇒ 作業チームに ③老人保健制度の見直し ⇒ 審議を開始 ↓
10月 11月	②薬価作業チーム、報告書を提出 ⇒ 制度企画部会審議再開 ③制度企画部会、「高齢者に関する保健医療制度のあり方について」を厚相に具申 (中間報告の形)
平成11年1月 1月7日	①診療報酬作業委員会報告 ⇒ 企画制度部会審議再開 制度企画部会、「薬剤給付のあり方」を厚相に具申 ■各課題についての最終意見書を提出 ↓
1月～5月 平成12年4月	(予定) 抜本改革法案を通常国会に提出 (予算非関連) (目途) ■実施

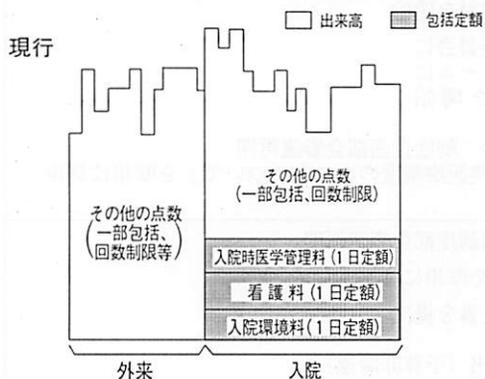
医療保険福祉審議会では平成10年5月より①診療報酬体系、②薬価基準制度、③老人保健制度の見直しを審議してきた。平成11年1月～5月の通常国会にこれらの抜本改革法案を提出しようとしていたが、日医側より自民党医系議員団への強い働きかけがあって、これらの①～③の抜本改革案の審議は、11年9月の国会に持ち越されそうな気配となってきた。平成12年4月実施の目途も危うくなってきた。

診療所における診療報酬体系のイメージ
(医福審診療報酬作業委員会報告書)

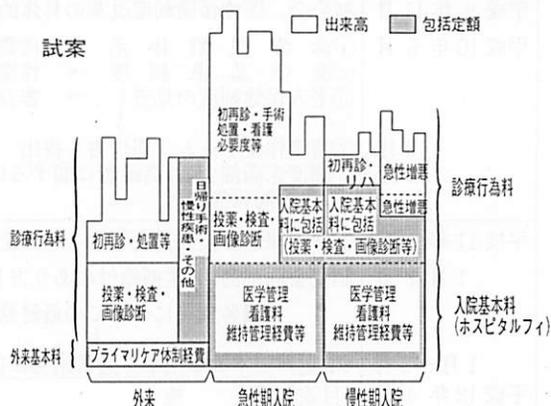


医福審診療報酬作業委員会の報告によると、外来は現行出来高払いであるが、試案では、外来基本料をベースとして、急性期疾患については出来高払い、日帰り手術・慢性疾患については包括定額払いとする。

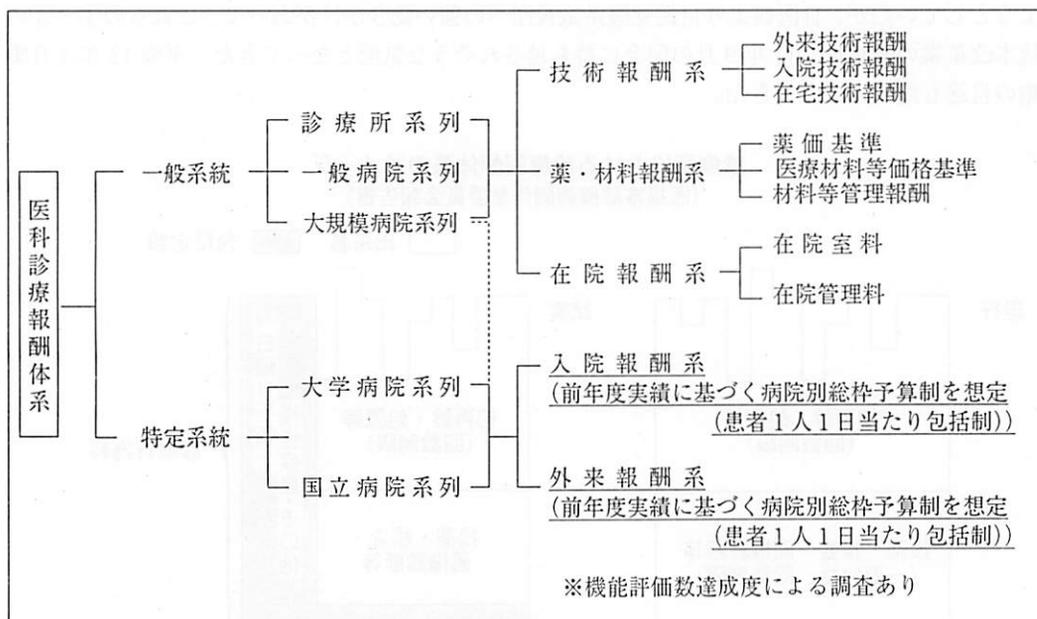
病院における診療報酬体系のイメージ①
(医福審診療報酬作業委員会報告書)



病院における診療報酬体系のイメージ②
(医福審診療報酬作業委員会報告書)

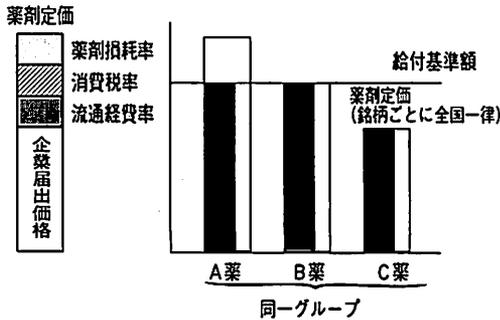


病院における診療報酬体系のイメージは図の如くなる。



医科診療報酬体系は、一般システムと特定システムに分かれ、大学病院系列と国立病院系列は入院、外来共、前年度実績に基づく病院別総枠予算制を想定している。つまり患者一人1日当たり包括制となる。

薬剤定価・給付基準額制度（概略図）



(H11.1 医福審意見書)

□ 患者負担 ■ 保険給付

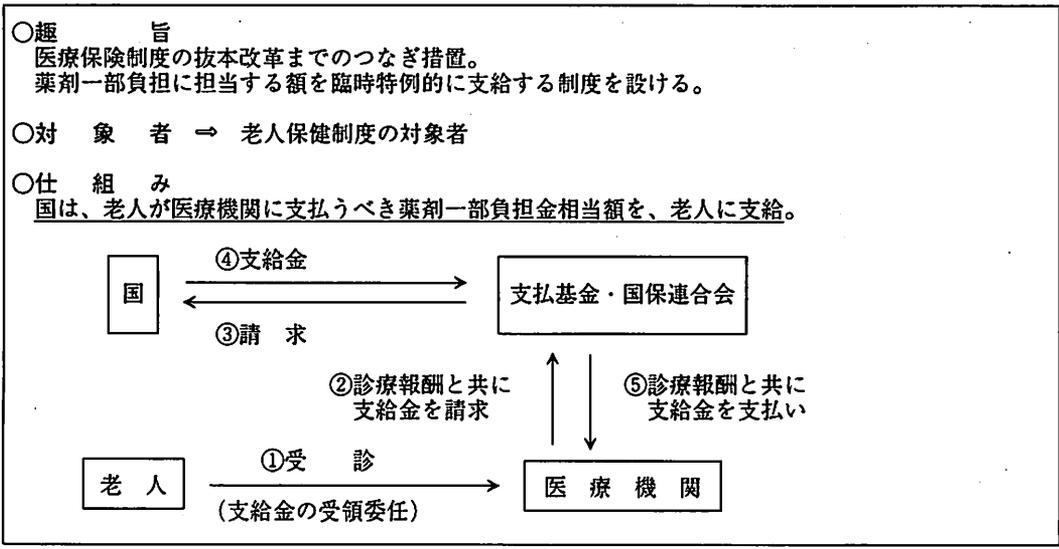
日本型参照価格制度(薬剤定価・給付基準額制)になぜ反対するのか

- ①混合診療の導入、現物給付制限の崩壊
 - ・給付基準額を上回る部分は全額自己負担。
 - ・薬剤を突破口に、治療材料、診察料、手術料等にも拡大するねらい。
- ②患者負担大幅増の二重の仕組み
 - ・給付基準額を上回る部分は保険がきかない。
 - ・保険がきく部分も給付率を大幅に引き下げるねらい。
- ③薬剤価格の高値安定は必至
 - ・薬剤の価格はメーカーの届出価格にもとづく。
 - ・ブランド医療品は寡占市場。
 - ・価格カルテル発生も予想される。
- ④その他
 - ・医療機関等の事務コストを増大させる。

薬価基準制度の改革案では、薬剤・定価・給付基準額制度（所謂、日本型参照価格制度）が審議されている。

日医は上記の理由で猛反対をしている。

薬剤一部負担軽減措置の概要
(11年度予算・大蔵省原案) 11年7月より実施予定



平成 11 年度予算・大蔵省原案で老人保健制度の内、一部対象者の薬剤一部負担金相当額を国で支給するという臨時特例案が出され、本年 7 月を目途に実施される。

高齢者医療制度の費用負担の仕組み(1)
(医福審・制度企画部会意見書・10年11月9日より)

■基本的な枠組み ⇒ 2つの案

<p>(1) 独立型</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全高齢者を対象とする独立した保険制度 <li align="center">↓ 若年者とは医療内容・疾病の発生度合などが異なることに着目。 ・財源：①高齢者の保険料負担 ②公費負担（公費は高齢者医療に重点的に投入） <li align="center">↓ 老若が広く負担する間接税が適当 ③若年者からの財政支援 	<p>(2) 突抜け継続型</p> <ul style="list-style-type: none"> ・被用者保険グループと国保グループで、それぞれ高齢者医療の費用を負担する。 <li align="center">↓ 両グループに年齢構成、所得格差による費用負担の不均衡が生じるが、これを放置するのは公平の観点から適当でない。 <li align="center">↓ ・2つの考え方 ①専ら公費の投入により是正すべき ②年齢や所得の相違に着目しより積極的に
<p>・反論：①疾病発生度合の違いを前提に広く加入させるという社会保険の基本的な考え方に反し、かえって世代間の対立を招くおそれ。</p> <p>②財政基盤が脆弱なため、保険者について、関係者の合意が得にくい。</p> <p>③所得形態が異なる高齢者間（国保と社保）で、負担の不公平が生じる。</p>	

高齢者医療制度の費用負担の仕組み(2)
(医福審・制度企画部会意見書・10年11月9日より)

■患者負担 ⇒ 2つの考え

- ①1割程度の定率負担：若年者との負担の均衡と、医療費の効率化を図る。介護保険との整合性。
- ②保険料と合わせて、全体で1割程度（対象年齢を75歳に引き上げたくうえで）。定率とするか定額とするかは、慎重に検討すべき。

■対象者となる高齢者の範囲 ⇒ 3つの考え

- ①75歳以上：高齢化の一層の進行や医療内容に着目
- ②65歳以上：介護保険との関係に配慮
- ③老齢年金受給開始年齢

■以上のほか、次のような考え方もある（付記）

- ①介護保険制度との統合を図るべき。
- ②被用者保険と国保を統合し、地域保険に一本化すべき。

■費用負担のあり方の考え方の相違は、方法論上の相違

- ・費用負担について、若年者が何らかの形で高齢者を支援すべきという点で、考え方は一致。

■具体案を引き続き検討

- ・政府において、国民の意見を踏まえ、数量的側面・実務的側面を勘案し具体案の作成を。
- ・制度企画部会はその具体案をまっ、引き続き検討したい。

老人保健制度の見直しでは、基本的な枠組みは2つの案からなっている。
独立型について日医は賛成している。
又、対象となる高齢者の範囲を、日医は75歳以上に賛成している。

医療提供体制改革の検討項目(案)
(医療審議会 H10.10.7.)

- ①病床及び入院医療の適正化
 - 病床区分の在り方
 - 人員配置基準の在り方
 - 医療計画に於ける
- ②医療における情報提供の推進
 - カルテ等の診療情報の提供の在り方
 - 医療法における広告規制の在り方
- ③医療機関の機能分担と連携
 - 病院・診療所の連携
 - 公私医療機関の機能分担
- ④医師・歯科医師の資質の向上
 - 卒後臨床研修の必修化
(医療関係者審議会において検討)
- ⑤その他
 - 医療機関の経営主体の在り方
(医療経営と患者サービス向上に関する小委員会で検討)

厚生省の医療審議会では10年10月7日、医療提供体制の検討項目(案)を示した。

医療提供体制の改革について(たたき台)①
(厚生省・平成10年12月25日)

■入院医療を提供する体制の整備

- 一般病床を急性期病床(短期病床)と慢性期病床(長期病床)に区分
原則病棟単位で区分(それぞれにふさわしい人員配置・構造設備を設定)
- 区分の実施方法 ⇒ 医療機関の申請
- 人員配置
 - 急性期病床 ⇒ 医師他：現行の一般病床と同じ
看護職員：2.5対1 (経過措置3年間)
 - 慢性期病床 ⇒ 現行の療養型病床群と同じ (経過措置3年間)
- 構造設備基準
 - 急性期病床 ⇒ 現行の「4.3㎡/患者」を新築6.4㎡、既設5.0㎡他
 - 慢性期病床 ⇒ 現行の療養型病床群と同じ
- 在院期間の取扱い
 - 急性期病床 ⇒ 原則として在院期間の上限(例：3ヶ月)以内に治療を終了させるよう努める。
- 医療計画の見直し
 - 全 体 ⇒ 経過期間は必要病床数を算定。本格実施期間には見直す。
 - 急性期病床数 ⇒ 平均在院日数の短縮化に対応可能な算定方式。
 - 慢性期病床数 ⇒ 長期入院の改善に対応可能な算定方式。

(大阪府医師会)

入院医療の体制の中で、急性期病床の人員配置については、看護職員は2.5対1、構造設備基準については現行の「4.3㎡/患者」を新築6.4㎡、既設5.0㎡等非常に病院側にとって厳しいものとなる。

医療提供体制の改革について（たたき台）②

（厚生省・平成10年12月25日）

■医療における情報提供の推進

カルテ等の診療情報の提供の在り方について

- 法制化
医療機関管理者の義務として法制化する。交付から3年後に実施。
- 対象となる診療記録 ⇒ 施行日以降の診療記録
- 開示方法
当分の間、診療記録の内容を示す別文書の交付を認める。
- 環境整備の推進
診療記録の作成・管理体制の整備、医療従事者への教育、記載内容・方法の標準化、ガイドラインの作成などを進める。

広告規制の在り方について

- 診療所における広告規制を緩和し、原則自由とする。

■医師・歯科医師の資質の向上

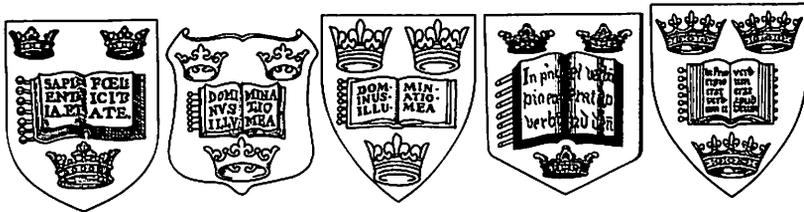
- 臨床研修を必須化
臨床研修以外の形で医業を行うためには、2年間の臨床研修が必要。
実施時期 ⇒ 2～3年後

（大阪府医師会）

医療における情報提供の推進ということが医療審議会で審議されている。

中でもカルテ等の診療情報の提供の在り方についてであるが、これを法制化する案に賛成の委員が大多数と聞いている。

日医は診療情報の提供には賛成しているが、法制化には反対している。



seal attached to a book

本のシール。本を閉じるための留め紐、あるいは留め金。本が極めて貴重な時代、保存しておくための留め紐は必ず付けられていて、本を charge とする紋章にも明瞭に描かれている。図はオックスフォード大学の紋章であるが、時代が異なり冠や本の形がさまざまに描かれているが、シールだけはいずれも7本になっており、紋章図におけるシールの重要性をうかがわせる。

研修会報告

第84回大阪臨床整形外科医会研修会：大阪ウェスティンホテル
平成10年6月6日

「ドーピングってなに？」

日本体育協会ドーピング医事審査委員 伊藤 慎之

今日は大阪臨床整形外科医会の研修会に、同門の先生方も多くご出席されておられます。兵庫県でこの会に長くかかわって参りましたし、JCOA福祉企画委員長として苦労したホームグラウンドでもあります。

日本水泳連盟のコーチ研修会で毎年何回も講演することありますが、ぐっとレベルが違いますし、くつろいだ雰囲気、よそでは聞けない「内輪話」を交えながらお話ししたいと存じます。

さて、皆様ご承知のように最近のスポーツ界は「ドーピング」ぬきでは話が出来ぬようになりました。まことに残念なことではありますが「フェアプレイ」の精神とはほど遠い次元で、競技界が汚染されています。

第一線でご活躍中の先生方の所へ受診した選手やコーチから、「この薬を使ってドーピング違反になりませんか？」と質問されたとき、正確に判断し返事するには、的確な知識が必要となります。

回答次第ではその選手の競技生命が絶たれるかもしれない、しかも彼らにとっての死活問題でもあれば、訴訟に発展する可能性をも抱えています。

今年、1月、パースでの第8回世界水泳選手権大会では、中国選手が「ひと成長ホルモン」(ソマトロピン)を持ち込もうとして、シドニー空港で発覚、本国送還されました。

一方、競技前の抜き打ち検査が実に410件も行われ、4人の中国選手が利尿剤(トリアムテレン)の検出により競技出場停止処分を受けました。

因みに、世界水泳連盟から届いたIDTM(抜き打ち検査機関)(現在水泳、陸上、スキーなど11種目で実施中)の書類('97.11.4)によりますと、'96年に50カ国で2,500例(う



ち水泳は762例)行ったものが、'97年には3,000例(うち水泳は約1,000例)になるだろうと報告されていました。

したがって1種目、1回の競技会で実に年間の14%もが実施されたことに驚くとともに、オーストラリアのAnti-Dopingへの強い姿勢を印象づけられました。

しかも連日、新聞各紙のトップに取り上げられ、きわめて強い論調で報じられていました。例えば有名なタルボットコーチは「シドニーオリンピックには中国をボイコットしよう」、世界選手権保持者のキーレン・パーキンス選手は「中国選手とは一緒に泳ぎたくない」、また、かつての東ドイツのコーチや一流選手によるドーピングの実態報告などの記事は、まかり間違えば国際問題にも発展しかねないものと感じました。

帰国直後の1月31日、「アンチドーピング国際会議'98神戸」という会議に出席しました。その席上オーストラリアから出席のASDA(Australian Sports Drug Agency)代表に質問しました。彼女の返事は「政府とは全くindependentでaccountabilityを持っているので、外交問題にはなり得ない」とのことでしたが、日本政府やマスコミの「及び腰」とは比較にならず、羨ましい限りでした。

つい最近、JOCが予算を倍増して今年度ドーピング検査に300万円をかけると発表しましたが、ASDAの年間予算は、なんと3億6,000万円です。

わずかに5～6名の医師しか見あたらなかった前記の会議は、全国体育系大学学長会と神戸市が主催したものでした。

ドーピング現場で働かねばならぬ医師が出席せず、多数のスポーツドクターにとって更に知見を増やしていただく機会を逸しました。

「どうして医師会と連携をとらなかったのか」という質問状への神戸市当局からの返事は、「縦割り行政」の弊害を示すものでがっかりしました。

厚生省、文部省や医師会での対応を待っているのは、ますます世界の現状から遅れ、取り残されます。

今日この機会を与えていただいた元会長 小杉先生、堀木先生、現会長 三橋先生の「先見の明」に尊敬の念を禁じ得ません。

お手元にお配りした小冊子は、現在、水泳選手、コーチにとっての必携品です。今日はこれをもとに、更に補足説明や現場での苦悶談などをお話します。

要 点

- ドーピングコントロールは、不正行為を行った選手を摘発するために行うのではなく、懸命に練習・トレーニングし続けている、まじめな選手達の権利と健康とを守るためのものです。
- アメリカの雑誌「TIME」誌の調査で、「オリンピックで金メダルが取れるなら、5年後に死ぬとわかっているでも薬を使うか」という質問に対して、実に52%が「YES」と答えている。一流選手達は「死んでもいいから、金メダルを取りたい」ほどの心境になっています。
- 英雄主義、国家主義、商業主義を背景として、クスリに頼る選手や、選手にクスリをわたすコーチ・医師がいても、おかしくは

ない状況が生まれています。

- 「国際オリンピック委員会医事委員会によるドーピング禁止物質の分類と禁止方法」についても、'98年4月27日と28日の新聞によりますと、マリファナとインシュリンがあいついで禁止薬剤に決定しました。とどまるどころのない「イタチゴッコ」が続きます。
- ドーピング禁止物質を含む漢方薬や、カフェインが入っているドリンク剤、サプリメントの類も要注意です。
- '94年の広島アジア大会で、われわれ日本のアンチドーピングチームが、世界で初めて中国選手による大量違反を摘発しました。テストステロンとジヒドロテストステロンを組み合わせた実に巧妙な方法でした。
- β2刺激剤（喘息の発作どめ）や整形外科医が日常使用する、局所麻酔剤（関節内注射、局所注射のみ使用可能）、副腎皮質ステロイド（吸入、局所あるいは関節内注射などは許可されている）など事前申告が必要なクスリがあり、特定の書式で競技前に届けなければなりません。
- 日常の飲料やドリンク剤に含まれるカフェイン量を一覧表にしてありますので参考にして下さい。
- 64ページの「クスリの使用とドーピングに関する質問用紙」を活用し、疑問に思われる点についてご質問下さい。

「スポーツは、よろこび、悲しみ、嘆き、感動、感激、満足、期待、不安、怒り、反省、後悔、なぐさめ、連帯感、孤独感など人生で経験するすべての感情を経験できるという意味で人生の縮図である。」（朝比奈一男、'78）

この言葉は私の引退、廃業後のライフワーク「ドーピング・コントロール」にとって大きなささえになる言葉です。

本日御出席の皆様のお手許にお配り致しました「ドーピングってなに？」という小冊子について補足説明を致します。

○ドーピングの起源、歴史

スポーツが誕生し、それが競技という性質をもつとき、そこからすでに、ドーピングの歴史が始まるといってよい。

1960-70年代、アンフェタミン、コカイン、アルコールなど('74、ヒト成長ホルモン使用例)

1980年代、アナボリックステロイド、 β -ブロッカー、利尿剤、エフェドリンなど

1990年代、生体内で興奮剤に変わるメソカルブの出現や、 β -作用薬で蛋白同化作用を有するというクレンプテロール(バルセロナ)、興奮剤でかつマスキング物質として使用される利尿剤の性質をもつプロモタン(アトランタ)

○現状に対して

これらの薬剤を使用する際には、充分なその物質に対する薬理学的知識が必要であり、その使用量や効果判定、副作用のチェックを行わねばならず、選手個人でのドーピングから選手に関わる医師やトレーナー、薬理学者なども巻き込んだ組織的なドーピングの時代に移行したと考えることができる。

○禁止薬物を薬理学的分類にもとづいて表示するようになったのは1988年のオリンピック(カルガリー、ソウル)からである。この分類法を採用して以来、新たに開発された薬物や例示されていない薬物であっても、この分類に属すると判断されるものも禁止できるようになった。

P 6 対象選手の選抜方法

秘密の厳守

P 9 処分の公平を保つ必要

P14 アンチドーピング国際オリンピック憲章とJASAドーピングデータベース
IOC医事規程とJPNドーピングデータベース('97)

P15 マリファナ:'98.4.27 IOC理事会で禁止
インシュリン:'98.4.28 IOC理事会で禁止

P16 '98.1.9 中国水泳選手HGH(ソマトロピン) ASDA、マスコミの対応

P25 1994年広島アジア大会
「汚れた金メダル」松瀬学 文芸春秋社

P26 '98から国体でも検査

P27 '97パンパシフィック福岡でのクラウディア ポル
長時間マッサージ(マスキング?)

P32 分析機関の資格認定'94広島アジア大会
直前フェーズ2→1に復帰
1件3万円、必ず2人の医師が搬送

P33 なにでもありの時代になり更に重要、件数も増える
IDTM(International Doping Tests & Management)

FINA(世界水泳連盟)の指令、世界ランキング50位以内
サンプルはバルセロナへ空輸

P36 IOCとFINAで処分に差がある

P40 サプリメント(1、ビタミン 2、ミネラル 3、プロテイン 4、エネルギー系 5、その他 アミノ酸、クレアチンなど)

P43 古代五輪 BC 776 ~ AD 393

P44 整形外科医がよく使う薬剤

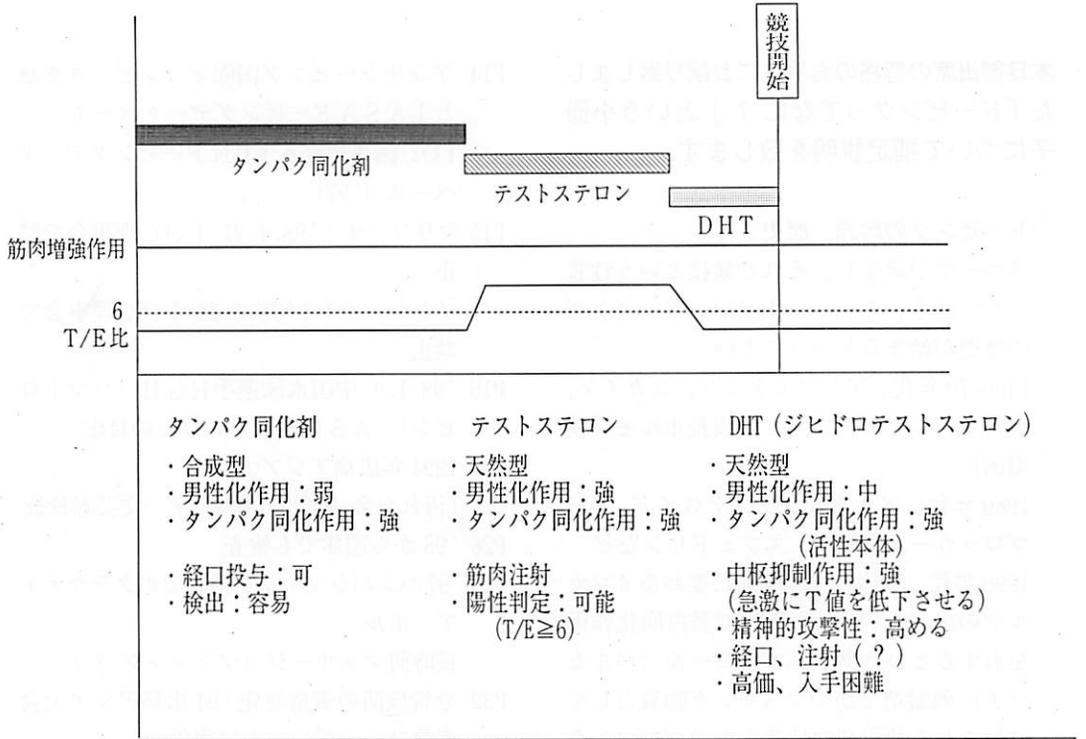
P45 なにでも届ければよいのではなく、P44のA、B、C

P50 日常診療の場で疑問、質問があれば P64の質問用紙を活用されたい

P60 カフェイン含有量

P61 ドリンク剤

'98,6,6



いわゆる筋肉増強剤によるドーピング例 (武藤・太田, 1994)

密
 網球部員から得た。この報告は、網球部の選手が、筋肉増強剤として、タンパク同化剤を使用していることが明らかになった。この報告は、網球部の選手が、筋肉増強剤として、タンパク同化剤を使用していることが明らかになった。この報告は、網球部の選手が、筋肉増強剤として、タンパク同化剤を使用していることが明らかになった。

風
 薬物対策お寒い日本。この報告は、日本の選手が、筋肉増強剤として、タンパク同化剤を使用していることが明らかになった。この報告は、日本の選手が、筋肉増強剤として、タンパク同化剤を使用していることが明らかになった。この報告は、日本の選手が、筋肉増強剤として、タンパク同化剤を使用していることが明らかになった。

マリファナ禁止を五輪憲章上に明記
 国際オリンピック委員会(IOC)は、五輪憲章上にマリファナ禁止を明記することを決定した。この決定は、マリファナの使用が、選手の健康と安全に悪影響を及ぼす可能性があるためである。この決定は、マリファナの使用が、選手の健康と安全に悪影響を及ぼす可能性があるためである。

インシュリン
 禁止薬物に追加。この報告は、インシュリンが、禁止薬物に追加されたことが明らかになった。この報告は、インシュリンが、禁止薬物に追加されたことが明らかになった。この報告は、インシュリンが、禁止薬物に追加されたことが明らかになった。

肉増強剤の使用が禁止
 リフトに明記。この報告は、肉増強剤の使用が、リフトに明記されたことが明らかになった。この報告は、肉増強剤の使用が、リフトに明記されたことが明らかになった。この報告は、肉増強剤の使用が、リフトに明記されたことが明らかになった。

整形外科領域における高圧酸素治療

医療法人 玄真堂川島整形外科病院 院長 川島 真人

私は、1972年九州労災病院において、天児民和院長のもとで高気圧医学の基礎と研究を行い1981年、中津に開業して以来、第2種大型高気圧治療装置2台を設置して、引き続き高気圧酸素治療の整形外科領域における適応について臨床的研究を行ってきました(図1)。大阪の整形外科の先生方にもこの方面にぜひとも興味とご理解をもっていただきたいと思いましてやってきました。

オランダのBoeremaとBrummelkampのガス壊疽に対する高圧酸素療法への成功は、高圧酸素療法に対する国際的関心を呼び覚まし、1963年にはアムステルダムで第1回の国際高気圧医学会が開催されました。高気圧酸素療法の国際的な普及に伴って、我が国においても1965年、第1回日本高気圧環境医学会が開催され、1994年に私の居住する中津において、第29回の日本高気圧環境医学会が開催されました。当初はガス壊疽、一酸化炭素中毒、減圧症、スモン病といった疾患を中心に行われていた本療法も今日では、整形外科を訪れる多くの疾患に応用されています。

高圧酸素療法とは、大気圧の2～3倍の圧力すなわち2～3絶対気圧下で純酸素を吸入させることにより、動脈血酸素分圧を10～20倍にも高め、高圧酸素の薬理学的効果を応用

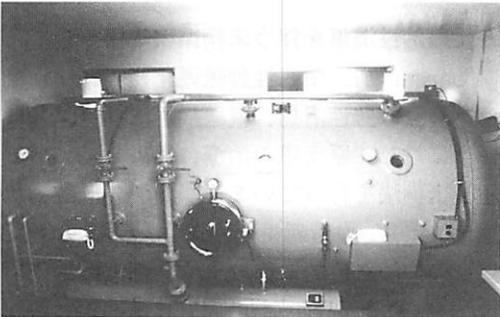


図1 大型高気圧治療装置



することで疾患を治療せんとするものであります。

高圧酸素の薬理学的効果とは、まず第1に創傷治癒の促進であります。通常炎症をきたした創部は、0～15mmHg程度の低酸素状態ですが、高圧酸素療法により、2絶対気圧下治療でも400～600mmHgにまで上昇し局所の虚血状態を改善します。

Hunt (1972) は、高圧酸素は線維芽細胞の生成を促進し、膠原線維の再生を促進し、創傷治癒に有効に働くことを実験的に証明しました。

1878年、Paul Bert は高圧酸素が細菌に毒性を有することを記載し、Knighton (1986) は白血球が細菌を貧食する能力は、主として酸素によることを明らかにしました。

これは、いわゆるOxidative Killingとよばれているもので、白血球内で酸素は細菌に毒性のあるsuperoxide等の高エネルギーフリーラジカルに変換されることが判明しました。Hohn (1980)によれば、これらのフリーラジカルの量は、局所の酸素分圧に比例するといえます。Mader (1980)によれば、白血球がOxidative Killingを行うための最小限の局所酸素分圧は30～40mmHg以上とされています。

以上の高圧酸素の薬理学的作用をふまえて、実際の臨床的適応について述べます。

1) ガス壊疽

Clostridium 属によるものは、嫌気性菌が原因であるので一刻も早く、最小限のdebridement後に高気圧酸素療法を開始します。高気圧酸素は、 α (アルファ) 毒素の産生を抑制して劇的な効果を見ることがあります。2.8 絶対気圧まで加圧し、純酸素の吸入を1時間行います。初日は、できれば2回行う事を原則としています。X線上ガス像が、完全に消失するまで高圧酸素療法を連日行い切断は、本療法により壊死部が局限してから行います。

非 Clostridium 属によるものであっても、高圧酸素療法の殺菌力と創傷の治癒を期待して本療法を行っています。糖尿病を合併するものは、予後が悪く時期を逸することなく切断します。

2) 壊疽性筋膜炎

軽度な外傷後に急速に拡大する皮膚と筋膜の壊死で、時にショック状態になって来院します。原因菌として、溶連菌のほかにブドウ球菌、緑膿菌、大腸菌、Bacteroides、Klebsiella、Enterobacterなどが報告されています。できるだけ早期のdebridementと抗生物質の投与と高圧酸素療法を行います。Riseman (1990) によれば、死亡率は高圧酸素療法群で23%、非高圧酸素療法群では66%と予後は楽観できません。

3) 広範囲挫減創

圧挫に伴う腫脹に対して高圧酸素療法は、有効であります。酸素は、動脈を縮小させて血流を抑制し収縮しない静脈は、相対的に拡張したと同じことになり、腫脹部のドレナージ効果が起こるために腫脹が消退するといわれています。もちろん、高圧酸素の殺菌効果と創傷の治癒力の亢進もともに相乗的に作用します。同様の理由でコンパートメント症候

群にも応用されます。

4) 化膿性骨髄炎、化膿性脊椎炎

骨髄炎は、繰り返し起こる再発により病巣局所の血流は、低下し虚血状態になっています。Niinikoski (1972) は、感染病巣の酸素分圧が著名に低いことを実験的に証明しました。抗生物質も慢性例では、病巣局所に有効濃度まで達することが無く無効となります。骨髄炎に対して高圧酸素療法が、有効な理由として先にあげたように高圧酸素による殺菌力の向上があげられています。

MoorとWilliams (1991) は、2絶対気圧、純酸素加圧下の18時間培養でPseudomonas pyocyanea、Staphylococcus aureus、Escherichia coli、Candida albicansu、Aspergillus fumigatusの発育が、阻止されたと報告しているように好気性菌にも高圧酸素は、静菌的に作用します。

Netiella (1974) は、高圧酸素は膠原線維の産生を促進し、感染病巣への血管新生を促進し、2次的に白血球、抗生物質、造骨細胞の供給を増大させて、感染病巣の修復を速めると報告しています。

我々の骨髄炎治療成績は、再発率も局所持続洗浄群のみの256例では23例9.0%、高圧酸素療法群263例では13例4.9%で高気圧酸素療法群に成績の向上を認めました(図2)。欧米においても骨髄炎は、本療法の最もよい適応とみなされています。以上の理由で近年、化膿性脊椎炎にも我々は応用を試みています。

5) 難治性潰瘍を伴う末梢循環障害

Buerger病、閉塞性動脈硬化症等に伴う潰瘍、静脈鬱血性潰瘍、糖尿病性潰瘍(図3)、褥創に対して原疾患の治療に併用して、高気圧酸素療法を行っています。局所の低酸素状態を改善し、血管新生を促進し、創傷の治癒、感染の抑制を目的に行います。創傷の治癒には、経皮的酸素分圧が30mmHg以上必要とされています。切断断端の治癒のためには、Burgess

は大気圧で 40mmHg 以上が必要と述べています。我々は、2 絶対気圧下で酸素吸入中に測定し、300mmHg 以上に上昇すれば遷延化せずに断端治癒に成功しています。

本療法を応用すれば、血行障害の症例に対して術前に安全な切断部位を決定できるのではないかと考えています。

6) 脊髄疾患

急性脊髄損傷は、浮腫と局所の血流改善を目的にできるだけ早期に行います。術後脊髄障害、慢性脊髄症の術後、脊柱管狭窄症等にも試みています。

7) 皮膚移植

皮膚移植後の皮弁の血行障害に対して、血流改善の目的で行います。欧米では、切断肢再接着にも応用されています。

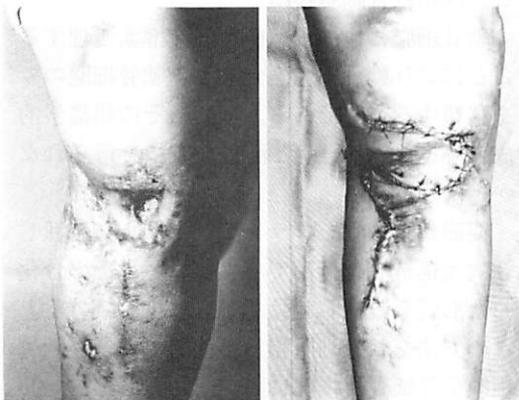
8) その他

Straus (1989) や井上 (1991) は、高圧酸素療法が骨癒合促進に働くと述べ、石井(1997)

は、肉離れや靭帯障害等のスポーツ障害に対して疼痛、腫脹の改善に効果があったと述べています。

その他に慢性関節リウマチや骨壊死に対する報告もあり今後、整形外科領域においても様々な応用が行われることと思われませんが、基礎的研究が更に行われ、治療の明確な根拠に基いた豊富な臨床的研究が期待されます。

これから高圧酸素療法を行おうとする施設はまず、日本高気圧環境医学会に入会して本療法の正しい知識と厳密な管理運営のもとに治療を行って欲しいものであります。高圧酸素療法は、高気圧酸素治療装置という特殊な治療機械を使用するものでありますから、装置を動かす専門知識をもった臨床工学士（高気圧治療技師）が不可欠であり、入室時の発火物のチェックや治療中の不慮のトラブルに十分に対応できるように日頃から訓練や研修が必要であります。以上のような安全管理が徹底された施設で今後、整形外科領域において高圧酸素療法が、普及して行くことを願って止みません。



15年にわたる瘻孔

治療後

図2 下腿骨髄炎



治療前

治療後

図3 糖尿病性潰瘍

関 節 軟 骨 欠 損 の 修 復

国立大阪南病院 整形外科 脇 谷 滋 之

1. はじめに

関節軟骨は修復能力の乏しい組織であるために、そこに加えられた損傷は本来の硝子軟骨では修復されない。修復組織は組織学的、生体力学的、あるいは生化学的に硝子軟骨とは異なるために長期の経過では変性を生じ、変形性関節症への進行を免れえない。

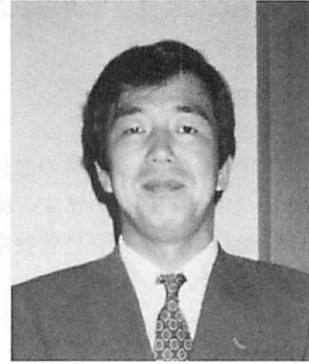
関節軟骨欠損を修復する目的で様々な組織移植、あるいはサイトカインの投与が実験的に行われてきたが、一般的に臨床応用されるほど十分な成績をあげられる方法は未だに存在しない。最近、mosaic plasty という方法が開発され一般的に使われるようになりつつあり、さらには自己培養軟骨細胞移植の治験が行われようとしている。ここでは現在行われている様々な関節軟骨修復方法、および将来行われるであろう方法を解説する。

2. 軟骨移植

関節軟骨損傷を修復するのに関節軟骨を移植するのは最も自然な考え方であり、約1世紀前から骨軟骨移植が行われてきた。その後軟骨殻移植、軟骨細胞移植、培養軟骨細胞移植などが研究されてきた。

A. 骨軟骨移植

同種骨軟骨移植は、腫瘍切除後などの大きな骨軟骨欠損を対象に約1世紀前から行われてきた。この方法では骨に対する免疫反応をおさえるために冷凍などの処理が必要で、軟骨組織の生着は望めなかった。小さな骨軟骨欠損に対して新鮮同種骨軟骨移植が行われたが、軟骨は生存するものの骨は拒絶され、臨床応用困難であった。小さな骨軟骨欠損に対する新鮮自己骨軟骨移植は拒絶反応が無く、現在でも一部行われているが、採取部位が問題であり、広く行われていない。



これを改良したのがmosaic plastyである。これは荷重の少ない周辺部の関節軟骨を軟骨下骨付きで直径約5mmの円柱状にいくつか採取し、軟骨欠損部にいくつも移植する方法である。自己組織の採取部位の欠損を分散させることができること、大きな欠損にも対応できること、関節鏡視下に行えることなどから大きな利点があり、将来さらに広く行われる可能性がある。

B. 同種軟骨細胞移植

軟骨細胞移植は、関節軟骨を酵素処理することにより軟骨細胞を分離し、軟骨細胞のみを移植する方法である。当初、その組織学的成功率は40%程度と満足な成績を得られなかった。

関節軟骨細胞をコラーゲン・ゲルに包埋し3次元構造を維持して培養すると、その分化した形質を維持し軟骨基質を産生し続ける。この方法を軟骨細胞移植に使用すると、軟骨細胞を骨軟骨欠損部に固定しにくいという問題点を解消し、骨軟骨欠損部での環境を軟骨細胞に適した状態にし、軟骨細胞が活発に軟骨基質を産生することが可能であると考え、軟骨細胞含有コラーゲン・ゲルを骨軟骨欠損部に充填した。移植後24週の経過より、移植された軟骨細胞は骨軟骨欠損部内で生存し、

約80%の高い成功率で組織学的に硝子軟骨で修復された。この修復軟骨は生化学的にもⅡ型コラーゲンのみを産生する硝子軟骨であり、リンパ球幼弱化反応では、移植した軟骨細胞あるいはコラーゲンに対する免疫反応を生じていなかった。

C. 同種培養軟骨細胞移植

さらに良好な修復を得るために、軟骨細胞包埋コラーゲン・ゲルを移植前に固くすることを考えた。軟骨細胞を含むコラーゲン・ゲルを作成し、L-ascorbic acid をいれて培養すると、軟骨細胞は自らの周辺に軟骨基質を産生、蓄積し、培養1週間でゲルは半透明から白色に変化し、硬化した。このゲルはトルイジンブルー染色にてメタクロマジーを示し、硝子軟骨様の形態を呈していた。このゲルを採取し、家兎大腿骨顆間部に作成した直径4mmの骨軟骨欠損部に充填した。移植後1日から24週までの経過で、欠損部は組織学的に硝子軟骨で修復された。その修復はこれまでに報告された修復で最も良好なものの一つであり、臨床的に十分耐えうる成績と考えられる。

D. 自己培養軟骨細胞移植

1994年、Brittbergらは、ヒトの膝大腿骨内顆上部のあまり荷重しない部位の正常軟骨を少量採取し酵素処理にて軟骨細胞を分離し、増殖させて、骨膜でカバーした軟骨欠損部に細胞浮遊液を注入した。最終成績は、臨床成績は比較的良好であった。組織学的には大腿骨では15例中11例、膝蓋骨では7例中1例が硝子軟骨であり、5例で抗Ⅱ型コラーゲン抗体による免疫組織染色陽性であった。

この方法はGenzyme Tissue Repair社により商業ベースで進められ世界で2,000例以上が行われ、日本でも治験が行われようとしている。しかしながら、いくつかの問題点も残されている。ヒトであるために組織学的評価が難しいが、示された組織写真では十分な成績とは判断しがたい。また、移植された軟骨細胞がどれだけ移植部に留まっているのか、低密度の単層培養で約10倍に増殖し脱分化し

た軟骨細胞を移植に使用し果たしてどれだけ軟骨細胞に再分化するのか、欠損部をカバーした骨膜は単にカバーとして働くのかあるいは細胞の供給など何らかの重要な役割をはたしているのか、明らかにすべき点が多い。

3. 骨膜移植

骨膜の骨形成層には軟骨形成能があることが明らかにされ、それを関節軟骨欠損部へ移植する研究が家兎の実験系あるいはヒトにおいて行われた。しかしながら骨膜移植による修復軟骨は本来の硝子軟骨とはやや異なること、時間の経過と共に修復軟骨組織の繊維軟骨化あるいは非薄化が生じること、あるいは骨膜の採取部位の問題もあり、広く一般臨床応用される方法ではない。

4. 骨軟骨前駆細胞移植

骨髄あるいは骨膜の細胞をSCID mouseの皮下に移植すると骨・軟骨が形成されることが明らかになった。そこで我々は骨膜を酵素処理し得られた細胞をin vitroで増殖させて家兎の骨軟骨欠損部に充填する方法を試みた。移植後2週間で移植した細胞は軟骨に分化したが、その後骨髄に接する部分から骨に置換され、24週後には隣接する正常関節軟骨より非薄化した。この方法では自己の細胞の採取が容易でしかも増殖させることが可能であり臨床応用しやすい利点がある。

5. サイトカインによる修復

骨軟骨欠損の修復過程において、骨髄からの前駆細胞の進入、およびサイトカインの供給が重要である。骨髄からの前駆細胞が各種サイトカインの影響で軟骨細胞へと分化し、軟骨欠損部を修復すると考えられる。骨軟骨欠損部での軟骨前駆細胞の増殖および分化を促す目的で様々なサイトカインの投与が動物実験で試みられている。それらはin vitroで軟骨形成作用のあるbone morphogenetic protein, transforming growth factor- β (TGF-

β), basic fibroblast growth factor (bFGF), hepatocyte growth factor などである。いずれも軟骨修復を促進するものの、完全な硝子軟骨での修復を促すものはない。実際の軟骨修復にはこれらのサイトカイン単独ではなく、種々が組み合わさって働いており、完全に修復するためにはこれらのサイトカインの組み合わせ、あるいは至適濃度が重要である可能性がある。特に、bFGFあるいはTGF-βは投与量によっては変形性関節症様変化を生じることが報告されているので注意を要する。

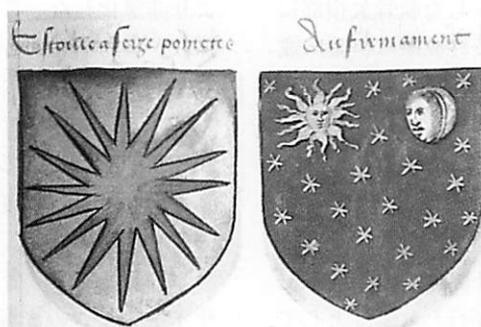
また、これらのサイトカインの投与方法も重要である。単に関節内注入するだけではごく短時間で代謝されて関節内より消失するために、何らかの担体との投与、あるいは持続注入などが必要である可能性がある。

6. おわりに

現在のところ、関節軟骨を修復する方法としては関節軟骨細胞移植が最も良好な成績をあげている。しかしながら、移植する軟骨細胞の供給が問題である。自己軟骨細胞は採取

部位が限られ、採取できる軟骨細胞の数に制限がある。同種軟骨細胞を大量に採取することは、日本では困難である。そこで軟骨細胞を *in vitro* で増殖させて移植することが必要であるが、軟骨細胞を単層培養で増殖させるとその分化した形質を失う。コラーゲンゲル内培養などの3次元培養であると分化した形質は維持されるが、増殖速度が遅い。将来的に、3次元培養と何らかのサイトカインの投与により、軟骨細胞の形質を維持したままその数を増やすことができればその有用性は高い。

サイトカインの投与による軟骨修復が可能となれば、薬剤を投与するだけであるので非常に臨床応用が簡単な方法となる。現在まで報告されている投与では臨床応用に耐えうる成績をあげられていないものの、将来的には臨床応用の可能性の高い方法と考えられる。また各種の関節組織からの分離した細胞を *in vitro* でサイトカインを加えて培養し、移植する方法も試みられている。



天体のモチーフ

天体の中で頻繁に用いられる図柄は星だけである。17世紀以後、星は紋章の中でライオンに次いで頻度2位の図柄にまでなった。太陽と月は星よりは一般的でなかったが、人の顔をつけられることがあった。たとえば16世紀の紋章論にある天の紋章(図右)やアルルベルクの聖クリストフォロス信心会の会員である画家ヤコブ・グリューン夫妻(図左)の紋章がそうである。

非ステロイド系抗炎症薬による胃粘膜傷害の基礎と臨床 —ヘリコバクターピロリ感染との関連も含めて—

京都府立医科大学 第一内科 内藤 裕 二

はじめに

非ステロイド系抗炎症薬 (NSAID) による胃粘膜傷害機序に関しては、これまでも多くの検討がなされ、実際にその予防薬としてプロスタグランジン製剤やヒスタミン H₂ 受容体拮抗剤などが多くの臨床家に用いられているのが現状である。しかし、その効果については絶対的なものではなく、H₂ 受容体拮抗剤併用投与中にも NSAID 起因性胃粘膜病変の発生を経験することも少なからずある。NSAID 胃粘膜傷害の機序については、胃粘膜プロスタグランジン欠乏以外にも、最近になり種々の炎症性メディエーターが関与していることが明らかとなり、なかでも活性化白血球や活性酸素の果す役割が大きいことが実験的にも臨床的にも解明されてきた¹⁾。また、現在いや将来的にも胃粘膜傷害因子として最も重要である *Helicobacter pylori* の存在も無視して治療を考えるわけにはいかない。本稿では、NSAID による胃粘膜病変と *H. pylori* 感染との関連から、その治療法あるいは予防法をさぐり、消化器内科医から整形外科医へのメッセージとしたい。多くの先生方のご批判ご感想をお聞かせ願いたい。

H. pylori 感染陽性者での NSAID 起因性胃粘膜病変

胃粘膜傷害の発症原因として、*H. pylori* 感染と NSAID はその二大要因として注目されているものの、その両者の関連については不明な点が多い。比較的若年者のボランティアを対象とした比較試験では、短期間の NSAID 投与後の胃十二指腸病変の出現は Hp 陰性群でも Hp 陽性群でも同じよう出現するものが多い²⁾。たとえば、Lipscomb ら³⁾ は、24 例のボランティアを対象として



naproxen 投与後の胃粘膜傷害を投与 24 時間後と 28 日後に行い、Hp 陽性者 (12 例) と Hp 陰性者 (12 例) の間に急性胃粘膜病変の発生頻度に有意な差はなく、28 日後に見られる胃粘膜の適応現象も両群に差は認めなかったとしている。ただし、同じボランティアを対象とした試験であっても、Hp 陽性者に主に病変が出現するとする報告⁴⁾ や、aspirin 投与 3 日目には Hp 陽性者のほうが有意に病変が軽度であるが、2 週後の内視鏡所見で比較すると、Hp 陽性者のほうが病変が重篤であり、Hp 陰性者でみられるような胃粘膜の適応現象はみられないとするものもある⁵⁾。これらの結果は、比較的若年者の低リスクグループを対象とした試験であり、NSAID 投与期間も比較的短いため、いくつかの問題点もあるが、臨床的には「重篤な合併症を伴わない患者に対する短期間 (1 週間程度) の NSAID 使用においては Hp 感染の有無を検査する必要がない」という意見を指示するものと考えられる。

NSAID 使用者を対象とした臨床研究でもいくつかの点が明らかとなってきた。NSAID 使用者における Hp 感染率は対照と比較して差はなく、NSAID 長期使用によっても Hp 陰性である限りびまん性の慢性

活動性胃炎は生じない。ただし、NSAID 使用者を対象とした比較試験では、NSAID とHp 感染との相加相乗効果を指摘する報告も多い。つまり、NSAID 使用者を経過観察した場合には、胃粘膜病変の出現、とくに胃・十二指腸潰瘍の発症はHp 感染者に有意に高いというものである。Taha ら⁶⁾は50例の長期NSAID 使用者を対象に、内視鏡による観察を4、12、24週間後に実施し、30例のHp 陽性者のうち12例(40%)に潰瘍が、18例(60%)にびらんが発生したのに対し、20例のHp 陰性者ではその発症は3例(15%)、5例(25%)と有意な差を認めたとしている。逆に、Hp 感染とNSAID 胃粘膜病変との間に直接的な関連がないとするものもある。Graham ら⁷⁾はNSAID を服用している関節リウマチの患者で、Hp 感染のある患者では34%にびらんが、32%に出血が認められたが、これはHp 感染のない患者におけるそれぞれ57%、61%に比べむしろ低かったとしている。また、高齢者の上部消化管出血を対象としたcase-control studyにおいても、NSAID の使用は出血の危険を増加させるが、Hp 感染は危険率の低下に寄与している。これらの結果の解釈は明確ではないが、Hp 感染者の胃粘膜の機能解析が十分でなく、Hp 感染による萎縮性胃炎の状態では酸分泌も低下し、胃粘膜傷害の重篤度も軽減する可能性も考えられる。酸分泌能、ガストリン、胃運動能など胃機能の面からの検討も今後必要と考える。同じ慢性関節リウマチ患者であっても、欧米に比較して本邦においてはNSAID 投与対象症例の胃酸分泌能は低下していることが多く(理由はHp 感染によるものか、人種差によるものかは不明)、NSAID による胃粘膜傷害が重篤化しにくい状況にあるのかもしれない。

Hp 陰性胃粘膜でのNSAIDs 病変の発生

Hp 陰性胃粘膜に対するNSAID 投与の影響は、以下の三つの比較試験により明らか

となる。第一に、Hp 陽性胃粘膜に対する除菌療法実施の有無によりNSAID 誘発胃粘膜傷害がどのように変化するのか、第二に、Hp 除菌後の消化性潰瘍は再発しないのか、また再発にNSAID の関与はあるのか、第三に、将来増加が予想されるHp 非感染胃粘膜にNSAID を投与した場合に、どのような頻度で、どのような病変が発生するのかを検討することである。

まず第一に、NSAID を投与する場合、NSAID 病変の予防にHp 除菌療法を実施することが必要かどうかについては意見の分かれるところである。本邦ではHp 除菌療法が一般的でないためこういった面からの検討は未だ少ないのが現状であるが、最近、Chan ら⁸⁾により極めて重要な報告がなされたので、ここにその詳細を紹介したい。彼らは、同意の得られた202例のNSAID 治療が必要な患者を対象として、NSAID 治療中の消化性潰瘍の発生がHp 除菌療法によって予防できるかどうかについて比較試験を実施した。202例中Hp 陽性者は109例で、その内100例が実際の試験に組み込まれ、50例がnaproxen (750mg/day) 単独治療を、50例が1週間のbismuth subcitrate、tetracycline、metronidazoleによる3者併用除菌療法後にnaproxen 治療を受けた。その結果は表1に示したが、8週後の消化性潰瘍の発生率はnaproxen 単独群で26%、除菌群で7%と除菌群に有意に高値であった。除菌群では除菌に成功した40例中の1例に、除菌に失敗した5例中2例に胃潰瘍が発生したのみであった。潰瘍が生じた15例中11例(73%)が60歳以上の高齢者であった。本研究は、NSAID 病変の発生頻度が比較的高い高危険群を対象としたprospective study であり、Hp 除菌療法がNSAID 潰瘍の発生を予防出来ることを証明したもので、極めて臨床的重要性の大きい報告であると考えられる。ただし、胃・十二指腸のびらん、上皮下出血(subepithelial hemorrhage)などの内視鏡所見で比較した場合

には両群間で有意な差はなく、その発生頻度の高さより判断して臨床的には無視できない問題点である。今後の成績の積み重ねにより、Hp除菌療法の適応疾患として「Hp陽性でNSAIDの長期使用が必要な症例」が含まれるのではなかろうか。

表1 NSAID病変に対するHp除菌療法の有効性 (Intention-to-treat 解析)

	Naproxen 単独 治療群 (n=47)	Hp 除菌療法後 Naproxen 治療群 (n=45)	p
全消化性潰瘍数	12 (26%)	3 (7%)	0.01
胃潰瘍	9	3	
十二指腸潰瘍	2	0	
胃十二指腸潰瘍	1	0	
有症状潰瘍	6 (13%)	1 (2%)	0.11
疼痛	5	1	
出血	1	0	
内視鏡的粘膜炎 胃			
上皮下出血	6	2	0.27
びらん	15	18	0.55
十二指腸			
上皮下出血	1	0	1.00
びらん	4	6	0.52

(文献8より改変)

Hp除菌療法後の潰瘍再発とNSAID

Hp除菌療法によりHpが消失した場合には、胃潰瘍、十二指腸潰瘍ともにその後の潰瘍再発は極めて少ない。Seppalaら⁹⁾は、239例のHp陽性胃潰瘍症例に対してranitidine単独あるいはmetronidazoleとbismuth製剤による除菌療法を実施した結果、52週以内にHp陰性群で7%、Hp陽性群で47%に潰瘍の再発を認めた。さらに再発症例にtriple therapyを追加し、1年間の経過観察を行ったところ、1例のみに潰瘍再発がみられ、その症例はNSAID服用症例であった。この結果は、従来より潰瘍の再発因子として考えられていたものの多くは、Hp感染に従属し

ていた因子あるいは再発とは無関係の因子であった可能性が高く、今後の潰瘍再発因子としてNSAID使用が最も重要な因子であることを示しているものと考えられる。実際に、現時点でも低頻度ではあるがHp陰性の胃・十二指腸潰瘍の存在も指摘されており、その多くがNSAID潰瘍であり⁹⁾、Hp陰性NSAID陰性潰瘍はさらに稀である。

Hp陰性胃粘膜に対する急性NSAID病変

NSAID病変形成の基本的な考え方は、胃粘膜防御機構の破綻と酸による病変の増悪であり、一義的には防御機構の破綻が極めて重要な要因である。それ故、その病変の発生抑制にはプロスタグランジン製剤をはじめとする胃粘膜防御因子増強型薬剤の有効性が期待できる。プロスタグランジン製剤のNSAID病変予防効果については大規模比較試験においてその有用性がすでに確認されているため、ここでは最近、予備的臨床試験をおこなった防御因子増強型抗潰瘍薬rebamipide (Mucosta[®]) についての成績を紹介したい¹⁰⁾。健康成人を対象とし、インドメタシン (75mg/日、1週間) による胃粘膜傷害に対するrebamipide併用投与の有効性をプラセボとの間で二重盲検比較試験をおこなったものである。胃粘膜傷害の程度はmodified Lanza scoreで評価したが、score 2以上の病変出現率はプラセボ群70% (7/10)、rebamipide群14% (1/7)とrebamipideに有意に病変発生抑制効果が認められた。また、プラセボ群では30%に胃潰瘍の発生をみており、rebamipide群には潰瘍発生は見られなかった。病変予防効果の詳細については不明な点も多いが、インドメタシンの吸収を阻害する作用はないこと、胃粘膜脂質過酸化反応物の増加を軽度抑制すること、粘膜への好中球浸潤の増加を抑制することなどが明らかとなった。従来よりrebamipideにはフリーラジカル抑制作用、消去作用があり、実験的ラットインドメタシン胃粘膜傷害を抑制することが報告されてい

たが、ヒトにおける検討でもその有効性を確認した成績であった。17例中H p陰性は16例であり、今後、各種薬剤の効果を検討する場合にはH pの有無により背景胃粘膜をそろえた比較試験が必要であろうし、防御因子製剤の臨床薬理検討のためには、H p陰性症例を対象としたほうがより正確に薬剤の作用を検討できる場合もあると考えられる。

おわりに

NSAIDを使用する場合に胃粘膜傷害を予防するための現状でのわれわれの考え方を表2に示した。投与期間が短期であっても長期であっても、活動性消化性潰瘍を有する症例にはNSAIDの投与は禁忌であろう。また、NSAID使用が短期(約1週間程度)であれば、H. pyloriの感染を調べる必要はなく、胃粘膜防御系薬剤を併用投与することが最も推奨できる。ただし、NSAID投与が長期にわたる場合には、H. pylori感染の有無を調べ、除菌療法を行うことがNSAIDによる胃粘膜傷害の予防になる可能性が指摘されていることを強調したい。ご批判をいただきたい。

以上、H p感染とNSAID病変との関わり

りについて、主に臨床的成績を中心に述べた。H p感染動物モデルも確立され、実験的検討も容易となり、今後ますます両者の関連に関する研究が進歩することを願うところである。

参考文献

- 1) 吉川敏一ほか. 日整会誌 1996 ; 70 : 269-273.
- 2) 内藤裕二ほか. 消化器内視鏡 1998 ; 10 : 1053-1059.
- 3) Lipscomb GR, et al. Dig Dis Sci 1996 ; 41 : 1583-8.
- 4) Santucci L, et al. Dig Dis Sci 1995 ; 40 : 2074-80.
- 5) Konturek JW, et al. Gastroenterology 1998 ; 114 : 245-55.
- 6) Taha AS, et al. Gut 1995 ; 36 : 334-6.
- 7) Graham DY, et al. Gastroenterology 1991 ; 100 : 1653-1657.
- 8) Chan FK, et al. Lancet 1997;350:975-9.
- 9) Seppala K, et al. Gut 1995 ; 36 : 834-7.
- 10) Hyvarinen H, et al. Digestion 1996 ; 57 : 305-309.
- 11) Naito Y, et al. Dig. Dis. Sci. 1998 ; 43 : 83S-89S.

表2 NSAID胃粘膜傷害の予防薬

NSAID短期投与	
開放性消化性潰瘍 その他	禁忌 防御系薬剤 or H2ブロッカー
NSAID長期投与	
開放性消化性潰瘍 H p感染者 H p非感染者	禁忌 H p除菌療法 ?

骨腫瘍の診断と治療

京都府立医科大学 整形外科 楠崎 克之

1. はじめに

骨腫瘍は腫瘍学全体から見ると稀な腫瘍が多く、整形外科の日常の臨床でも遭遇することが少ない疾患である。そのため、たまにそのような患者にあたると直ぐに大学病院に紹介してしまい自分で教科書を開く機会も少なく、その患者さんがどういう診断でどんな治療を受けたかも分からないままになってしまうことが少なくない。そこで、ここでは日常診断における骨腫瘍の診断のポイントと治療の概略について説明する。



2. 骨腫瘍の診断のポイント

1) 骨腫瘍の分類 (表1)

骨腫瘍は大きく原発性、続発性骨腫瘍と腫瘍類似疾患に分類できる。原発性腫瘍は腫瘍が形成する細胞間基質で良性和悪性に分類できる。例えば、骨基質を形成する良性腫瘍は

類骨骨腫や osteofibrous dysplasia、悪性は骨肉腫、軟骨形成性の良性腫瘍は骨軟骨腫、内軟骨腫、悪性は軟骨肉腫ということになる。骨巨細胞腫は起源不明である。続発性の代表は転移性骨腫瘍で、腫瘍類似疾患としては孤立性骨嚢腫や fibrous dysplasia、好酸球性肉芽腫症などがある。

表1 骨腫瘍の分類

I) 原発性骨腫瘍		II) 続発性骨腫瘍	
発生母地組織	良性	悪性	転移性骨腫瘍 浸潤性骨腫瘍
骨形成性組織	骨腫 類骨骨腫 良性骨芽細胞腫 骨化性線維腫	骨肉腫 傍骨性骨肉腫	
軟骨形成性組織	骨軟骨腫 (外骨腫) 軟骨腫 内軟骨腫 (単発、多発) 外軟骨腫 (単発、多発) 骨膜性軟骨腫 良性軟骨芽細胞腫 軟骨粘液線維腫	軟骨肉腫 (中心性、末梢性) (原発性、続発性) 脱分化型軟骨肉腫	III) 腫瘍類似疾患 孤立性骨嚢腫 動脈瘤様骨嚢腫 線維性骨異形成 (単骨性、多骨性) 好酸球性肉芽腫症
線維形成性組織 (組織球を含む)	類腱腫 非骨化性線維腫 良性線維性組織球腫 (BFH)	線維肉腫 悪性線維性組織球腫 (MFH)	
造血性組織		骨髓腫 (単発、多発) 悪性リンパ腫	
脊索		脊索腫	
非特異的組織			
血管	血管腫	血管肉腫	
末梢神経	神経鞘腫 神経線維腫	悪性神経鞘腫	
起源不明	骨巨細胞腫	ユーイング肉腫 悪性骨巨細胞腫 アダマンチノーマ	

2) 疫学

発生頻度の高い腫瘍は良性では骨軟骨腫、内軟骨腫、非骨化性線維腫で、悪性は骨肉腫、軟骨肉腫、転移性骨腫瘍である。患者の年齢も重要で、例えば骨肉腫やユーイング肉腫は10代に多いが、軟骨肉腫や転移性骨腫瘍は30才以上に多い。また、良性では良性軟骨芽細胞腫、非骨化性線維腫、osteofibrous dysplasia、孤立性骨嚢腫は20才以下に多いなどである。発生部位も特徴があり骨肉腫は膝周囲の骨幹端、ユーイング肉腫は骨盤や大腿骨の骨幹に多いし、良性軟骨芽細胞腫、骨巨細胞腫は骨端に多いなどである。骨皮質に発生しやすいのは類骨骨腫、osteofibrous dysplasiaである。多発するのは骨軟骨腫、内軟骨腫(Ollier病)、fibrous dysplasiaである。遺伝性を示すのは多発性骨軟骨腫がある。二次的に悪性化する可能性のある腫瘍としては骨軟骨腫、内軟骨腫から軟骨肉腫が、osteofibrous dysplasiaから骨肉腫が発生することがある。

3) 症状

症状では病的骨折や切迫骨折があると強い痛みを生じる。骨肉腫では軽度の打撲の後にいつまでも続く腫脹疼痛を訴えることが多い。夜間痛で有名なのが類骨骨腫である。この腫瘍はプロスタグランディンを産生するため鎮痛剤が有効である。しかしながら、良性腫瘍の多くは他疾患のX線検査で偶然発見されることが多い。

4) 血液生化学検査

原発性骨腫瘍では特異的な腫瘍マーカーはない。骨肉腫で血中のアルカリフォスファターゼ(ALP)が約半数で上昇するが、子供の場合は正常でも大人の2倍近くあるので、3倍以上ないと診断的意義は少ない。LDHも上昇することがあるが、大きな腫瘍を有する予後不良例に多い。多発性骨髄腫ではグロブリンの上昇やBence-Jones蛋白が尿中に出て

くる。転移性骨腫瘍では原発腫瘍の腫瘍マーカーが認められることがある。

5) 画像診断

骨腫瘍の画像診断法としてはX線検査、CT、MRI、骨、ガリウム、タリウムなどのシンチグラフィおよび血管造影がある。しかし、軟部腫瘍と異なり骨腫瘍の場合はX線検査でかなりの腫瘍が診断可能である。特徴的な所見を挙げると、骨肉腫のCodman三角、sun ray appearance(図1)、類骨骨腫のnidus、骨巨細胞腫や非骨化性線維腫のsoap bubble appearance、ユーイング肉腫のonion skinning、軟骨腫や軟骨肉腫の石灰化像などである。CTは骨破壊の程度を正確に知ることができ、またX線検査ではわかりにくい骨盤腫瘍などでは有用である。MRIは腫瘍の基質を大まかに知ることができる。骨や石灰化基質はT1、T2ともに低信号で軟骨基質はT1等信号、T2高信号、血腫はT2で鏡面形成が見られる。また、ガドリニウム投与により腫瘍の血管分布

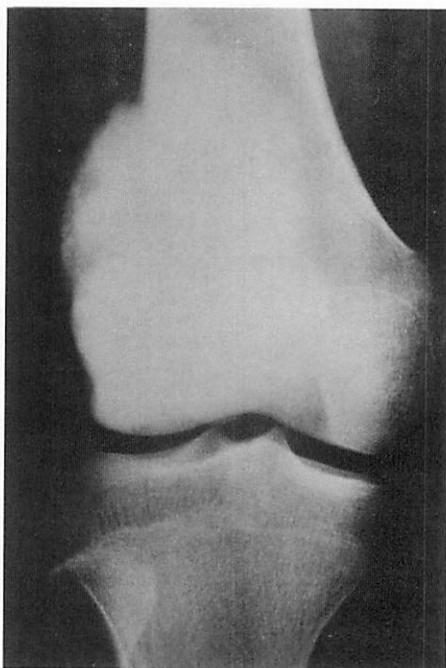


図1 骨肉腫のX線所見

が把握できる。悪性腫瘍では切除範囲の決定にT1強調画像が有用である。骨シンチは造骨性の腫瘍に強く、軟骨性腫瘍では淡く集積し、線維性腫瘍ではほとんど集まらない。タリウムシンチは最近悪性骨軟部腫瘍に比較的特異的に集積することが分かり、炎症にも集積するガリウムシンチより腫瘍特異性が高い。血管造影は良悪性の補助診断と栄養血管の同定に有用で、カテーテルを留置しておけば抗癌剤の動脈内注入が可能になる。

6) 病理組織診断

骨腫瘍は最終的には生検組織の病理診断によって確定するが、これについては成書に譲りここでは省略する。

3. 骨腫瘍の治療方針

1) 良性骨腫瘍の治療方針

良性腫瘍では全ての腫瘍が手術対象になるわけではない。病的骨折の可能性がなく、疼痛もない場合は先ず経過観察だけでよい。非骨化性線維腫やosteofibrous dysplasiaなどは自然消退するものが少なくない。fibrous dysplasiaも大腿骨や下腿骨で症状のある場合にのみ手術適応がある。手術は良性腫瘍に対しては基本的には病巣内切除、いわゆる搔爬で十分である。生じた死腔は自家骨移植や人工骨(ハイドロキシアパタイト)充填、ないしは両者の混合充填で再建する。骨巨細胞腫は大きなものでは再発防止のために辺縁切除と人工関節置換を行うこともあるが、最近ではほとんどの例で拡大搔爬後、人工骨や骨セメント充填を行っている。われわれは骨セメント充填で満足する治療成績を上げている。骨嚢腫に対しては鋼線刺入が有用で骨移植は必要ない。放射線療法は脊椎に発生した骨巨細胞腫や好酸球性肉芽腫症に試みられることもある。薬物療法では骨嚢腫にステロイド注入が行われたり、好酸球性肉芽腫症に抗癌剤の投与が行われることもある。

2) 悪性骨腫瘍の治療方針

悪性骨腫瘍の切除は広範囲以上の切除縁で行わなければ再発の可能性が高くなり、一旦再発すると悪性度が高くなり予後不良になる。以前はほとんどの症例に切離断術が行われていたが、最近では広範囲腫瘍切除後人工のプロステシスなどで患肢を再建する(図2)、患肢温存療法が9割以上の患者に行われている。再建方法は人工材料が主流であるが、他に血管柄付き腓骨などを用いた自家骨移植、放射線や熱処理した自家骨移植などもある。また、欧米では同種骨移植が人工材料とともによく使用されている。

一方、骨肉腫やユーイング肉腫では術前、術後に化学療法が行われる。これらの腫瘍は化学療法の導入により生存率が飛躍的に改善した。特に骨肉腫では導入前の5年生存率が10%であったのが最近では70-80%にまで改善された。

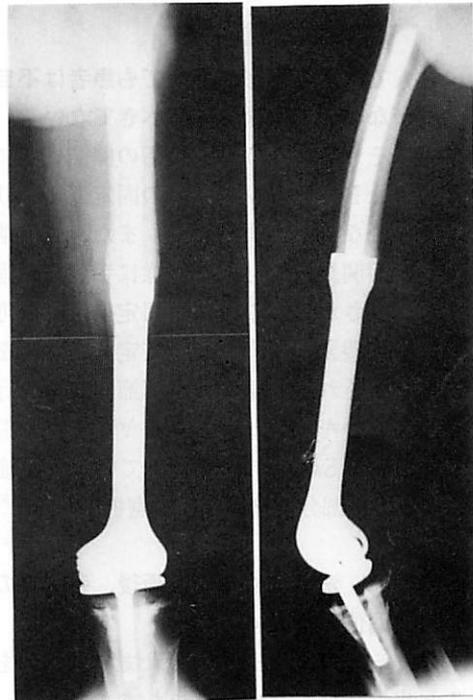


図2 骨肉腫に対する人工材料による患肢再建後のX線所見

RA 上肢の外科治療—いままでの考え方でよいのか

大阪労災病院整形外科部長 政 田 和 洋

慢性関節リウマチ (RA) は手の外科領域の重要なテーマであり、手術手技はもちろんのこと上肢の人工関節もその多くはRAを通じて開発されたものである。しかし、本邦においては、手の外科医がRA手の臨床に携わることは少ないのが現状である。筆者はRA上肢の機能再建をテーマに研究を続けてきたが、これまでのRA手に対する考え方に非常に疑問を持っている。基本的な問題点は、RAでは関節破壊の状態が患者によって一定ではなく、手術成績の評価がしにくいことと、術後も関節破壊が進行していくことである。我々は関節破壊の自然経過に目を向けることなく、ともすれば手術成績不良の原因をRAのせいにしてしまう。こうした考え方でよいのだろうか。

1. RAでは手の変形があっても患者は不自由がないので手術はするべきでない。

本当にそうであろうか。母指の関節破壊に対してはIP関節やMP関節の固定術により極めて良好な結果が得られる。また、骨破壊の高度な手関節に対しては同様に手関節の固定術が選択される。こうした固定術は関節可動域と引き替えに疼痛のない安定した関節をもたらしてくれる。筆者は手関節固定術を行う際、2本のキルシュナーワイヤーを髄内釘として用いるSwanson法を行っている。^{1,2)} 症例によっては部分関節固定術も選択される。³⁾

2. Darrach 法はよくない。術後、手関節の尺側偏位が増大する。

本当にそうであろうか。これまでの報告をみると報告者により成績はまちまちである。その理由は術前の患者の手関節の状態が一定していないことにつきて。手関節に対するDar-



rach法の成績を評価するためには自然経過に基づいた術前分類が必要である。術前、手関節が固定されているものとそうでないものとを同列に論じることはできない。^{4,5,6,7)} 筆者はRA手関節の自然経過に注目して術前の手関節を3型に分類して成績を評価した。その結果Darrach法が常に悪いわけではなく症例によっては良結果が得られる場合もあることがわかった。RAの手術成績の評価にあたっては術前分類が必須である。今日、Darrach法の欠点を克服するためにこれに替わる手術法が発表されている。^{8,9,10)} Darrach法は、こうした手術に替わっていくものと思われる。

3. Swanson implant はよくない。

本当にそうであろうか。Swanson implantは材質的な問題点から今後は、その使用範囲が縮小していくものである。しかし、手関節にしるMP関節にしる長期間にわたり良成績が得られている症例があることもまた事実である。長期間にわたり代表的な人工関節あるいはスペーサーとしてこのImplantを凌駕するものが生まれなかったことは驚異に値する。筆者は新しい人工関節の開発に取り組みボール&ソケット型の人工関節を完成した。これはRAのMP関節用に開発されたものであり良

好な短期成績が得られている。¹¹⁾

4. 伸筋腱断裂の成績は腱移行術(腱移植術)がよい。

本当にそうであろうか。伸筋腱断裂の治療成績の発表はいまだに腱移植、腱移行の優劣を論じるとどまっている。いまだにその結論は出ていないばかりか成績も施設によって異なる。伸筋腱断裂において最も重要なことは腱の緊張と術後の固定法であり決して手術法ではない。伸筋腱再建後1カ月近くも固定していたのでは手指の可動域制限は必発である。筆者は石黒により報告された減張位早期運動療法を行っている。¹²⁾ この方法を用いれば少なくとも術後の屈曲制限は防止できる。伸筋腱の緊張は手関節と手指を最大屈曲位に保ち最大緊張にて再建することにしてはいる。以上これまでの考え方に対して筆者が感じていることを解説した。

参考文献

- 1) 政田和洋ほか：慢性関節リウマチに対する髄内釘を用いた手関節固定術。臨整外。31：621-624, 1996.
- 2) 政田和洋：リウマチの手関節固定法(Swanson法) リウマチ科 18：300-304, 1997.
- 3) 政田和洋：RAの手。RA&セラピー 2：36-47, 1996.
- 4) 政田和洋ほか：尺骨頭切除後のRA手関節。整形外科 48：801-806, 1997.
- 5) 政田和洋ほか：発症後20年以上経過したRA手関節。臨整外。29：1231-1235, 1994.
- 6) 政田和洋：卒後研修講座。RA手関節の治療。整形外科 47：226-233, 1996.
- 7) 政田和洋ほか：RA手関節の治療指針。関節外科 16：1311-1316, 1997.
- 8) 政田和洋ほか：RAに対するSauve-Kapandji手術の成績。日手会誌、12：797-800, 1996.
- 9) 政田和洋ほか：RA手関節に対してわれわれが行っているhemiresection technique。別冊整形外科。31：215-218, 1997.
- 10) 政田和洋ほか：遠位橈尺関節障害に対するmatched distal ulna resection(Watson法)。臨整外 32：785-787, 1997.
- 11) 政田和洋：新しい人工指関節について。リウマチ科。(印刷中)
- 12) 石黒 隆：手指伸筋腱皮下断裂に対する再建法—減張位早期運動療法について。日手会誌。6：509-512, 1989.



death's head

頭蓋骨をいい、morts head, human skull、あるいは bald headともいう。

術中不良肢位、止血帯による場合は、阻血性拘縮がなければ保存的に治療する。

手術により神経麻痺が生じた場合は、神経を展開した上手術した場合は有連続損傷であるのでそのまま保存的に治療する。神経を展開せず麻痺が生じた場合にはかえって神経断裂の場合があり、Tinel 徴候が末梢に伸展するかどうかを2-3ヵ月観察して、手術するかどうかを決定する。

3. 骨折による神経麻痺

骨折自体が観血的治療を要するものでなければ、まずは保存的に治療し、その後 Tinel 徴候の推移など回復徴候を2-3ヵ月保存的にみて、回復徴候がなければ神経展開を行う。

4. 腕神経叢損傷

受傷後少なくとも3ヵ月以内に損傷部位が非回復性かつ神経修復不能型である節前損傷(根引抜き損傷)か、自然回復または神経修復可能な節後損傷かの鑑別を行い、治療方針を立てることが必須である。治療は専門医に任せるべきである。

5. 分娩麻痺

保存療法を行い回復がなければ機能再建術という考えから回復不良例に対しては早期に神経修復術を行うという考えに変わってきた。頭位分娩型では、肘屈筋、手指伸筋が3ヵ月経過しても回復徴候がない場合は手術を行なう。手指伸筋が3ヵ月までに効いてくれば6ヵ月まで待機し、上腕二頭筋に回復がなければ手術を行なう。骨盤位分娩型では6ヵ月経過しても回復徴候がない場合は手術を行なう。

陳旧例に対しては、拘縮除去であれば2-4歳、腱移行術なら6歳以降に行なう。

6. 絞扼神経障害

1) 手根管症候群

診断では回内筋症候群との鑑別、その合併の診断が大切である。

保存療法の適応は非変性型である。手関節背側シーネ固定か手根管部へのステロイド注射を行う。治療開始4週で有効かどうかを判断でき、その時点で不満足な症例ではその後

改善は得られない。

鏡視下手術か開放式手根管開放術かについては、両者の成績に差はないが、鏡視下手術は術後の創部痛が軽く、社会復帰までの期間が短いという利点を有する。しかし慣れない人が行くと神経切断などの合併症が起りうる事が問題である。鏡視下手術は今後発展させていくべき術式であるが、現在は鏡視下手術に慣れていない場合は開放式の方が安全で勧められる。

母指対立筋形成術併用の適応については、短母指外転筋筋力が[1]以上の場合は1年以内に[4]以上に回復するので、筋力が[0]で、手の巧緻性の障害を主訴とする症例が適応である。

2) 前骨間神経麻痺

発症後3ヵ月で回復がみられない症例で神経展開を行ってみると、絞扼神経障害による例は少なく、また外見上は異常がみられる症例は少ないが、顕微鏡下に神経線維束間剥離を行うと、肘上2-7cmの正中神経の前骨間神経線維束に砂時計様くびれがみられる(図)。前骨間神経麻痺は保存療法でも90%の症例で回復は得られるが、神経線維束間剥離の方が成績は良好な様である。しかし神経線維束間剥離が必要かどうかは今後の課題である。

3) 肘部管症候群

30°以上の外反肘、肘内側をつく仕事に従事する例と再手術例には筋層下前方移動術を、スポーツ選手にはOsborne法か皮下前方移動術を、その他の場合には尺側手根屈筋腱弓の切離と内上顆の切除を併せて行うKing変法が勧められる。

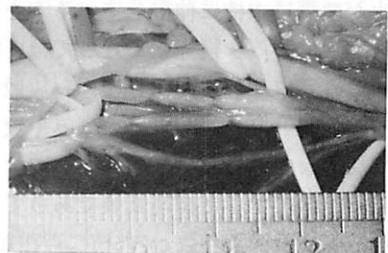


図 正中神経前骨間神経線維束にみられた神経のくびれ

膝のスポーツ傷害の診断と治療

—特に軟骨損傷について—

京都大学 整形外科 講師 松 末 吉 隆

膝関節およびその周囲の疾患の診断は、関節鏡検査の普及やMRI、CTなどの画像診断の進歩により近年大きく向上している。一方、治療においても関節鏡視下手術における器具や手術手技の進歩により、最小侵襲でかつ確実な治療効果があげられてきている。その結果、ほとんどの膝関節疾患が関節鏡視下手術で治療され、関節を切開する機会が大幅に減少している。今回は、膝関節疾患とくにスポーツ傷害を中心に、診断上の落とし穴やコツを紹介するとともに最近のトピックである軟骨損傷の修復（モザイクプラステイ）について述べる。

1) 半月板損傷：半月板損傷の診断には、臨床診断（関節裂隙の圧痛、Mc Murray test、ロッキング）、MRI、関節鏡の三つが挙げられるが、最近の傾向として関節鏡は治療的器具として用いられ診断のみに用いることは少なく、MRI検査が汎用されている。しかし、MRIのみに頼ると誤診につながったり、コストの問題から臨床診断を重視する傾向が強まっている。MRIによる診断の正確度は、ある施設では内側半月で91～94%、外側半月で88～100%とされるが、MRIの診断の正確度は74%でこれのみに頼ると35%に不適切な治療を行う結果となったという報告もある。しかし、臨床診断のみで明らかな結論の出ない場合は、MRIは有効で、とくに臨床診断とMRIとを統合して診断を行うと非常に高率に正確な診断がなされる。また、関節鏡検査はMRIの普及により半月損傷の診断に関してはその役割をMRIに譲ったと言ってよい。MRIにより外側半月の診断では、前角部の膝横靭帯との境界部、後節部の膝窩筋腱との境界部で、内側半月は後角部でのfalse positiveに診断される場合があるので



注意を要する。

2) 半月嚢腫：半月嚢腫は内側より外側半月に多く生じるが、膝45°屈曲位で外側に膨れ90°以上屈曲すると消失する現象（Disappearing sign）が診断に役立つ。治療は外側では関節鏡視下に損傷半月の部分切除が、内側では鏡視下半月部分切除+関節外嚢腫切除が治療方法として選択される。

3) 内側側副靭帯損傷：最近では新鮮内側側副靭帯単独損傷は一般に保存的に治療される。前十字靭帯損傷に合併した場合でも内側側副靭帯損傷を保存的に治療した後、前十字靭帯を再建するケースが多い。高度複合靭帯損傷膝では急性期に一次縫合することも有効である。内側側副靭帯損傷膝で、不全損傷例に時に内側半月損傷と鑑別を要するロッキング（伸展制限）症状を呈する場合があるので注意を要する。圧痛点が関節裂隙ではなく大腿内側上顆部にあることで鑑別は可能で、遅くとも3ヶ月以内に症状は自然に軽快する。

4) 前十字靭帯損傷：前十字靭帯損傷は近年広く一般に知られるポピュラーな疾患で、約5%にみられるSegond骨折（脛骨外顆関節包部剥離骨折）を伴う例では全例に前十字靭帯損傷を合併していることが知られている。診断は、Lachman testが有名であるが、急性期

の症例や筋肉質患者では、検出が困難なこともしばしばである。このため筆者は、膝の下に高さ 20cm 位の発砲スチロール性の枕を置き、患者の力を完全に抜かせて行っている。また、ベッドを高くして坐位で行うことにより同様に高率に検出可能である。また、最小侵襲手術として一皮切法による鏡視下再建術により 90%以上で良好な結果が得られているが、最近の傾向として特記すべき点は、二重束再建による解剖学的再建、Roof impingement、ややゆっくりしたりハビリテーションの推奨、両側性罹患 (Predisposing factor) の問題が挙げられる。

5) タナ障害:内側滑膜ヒダ障害 (タナ障害) は膝内障の一つとして取りあげられ一時流行病のように広く鏡視下切除術が行われた。しかし、近年その病的意義が薄れ、D型 (有孔型) の特殊な例や頑固な疼痛とひっかかり感を有する症例以外は保存的に加療する。従来、タナ障害として加療された症例の多くは、膝蓋大腿関節障害によるものを含んでいたと考えられるので、3ヶ月以上の保存療法や経過観察を通じて、臨床診断や Dynamic CTにより膝蓋大腿関節障害を除外した上で、関節鏡視下のタナ切除を行うことが望ましい。

6) 膝蓋大腿関節不適合症:軽度の膝蓋大腿関節不適合症や一部の反復性膝蓋骨脱臼では、通常の膝蓋骨軸射像では異常を検出できないことも多い。自動的伸展動作による膝蓋骨のトラッキングを詳細に観察することや Dynamic CTにより膝蓋骨の軽度屈曲位での外側偏位、傾斜を同定することが肝要である。Dynamic CTは、膝関節伸展位、屈曲 15°、30°の各角度で大腿四頭筋の収縮を行わせ撮影し、大腿四頭筋の収縮を行わせない写真と比較する。外側支帯解離術はいわゆる Excessive Lateral Pressure Syndrome (ELPS) が適応であり、反復性脱臼などの不安定膝蓋骨には禁忌である。鏡視下外側支帯解離術は、関節内出血、不十分な手術の問題点もあるので、手技に習熟していなければ、2 cm 程度の小切

開で行う直視下外側支帯解離術で十分である。

7) 離断性骨軟骨炎:離断性骨軟骨炎の治療に際しては、病変部位、大きさ、年齢の各因子が結果に大きく影響する。一般に、大腿骨内顆の方が外顆例より予後がよく、大きさは 1.5~2 cm 以上は予後がよくない。また、当然成人例は小児例より成績は不良である。従って、外来の診療にあたって最も考慮するのは、年齢によって治療方法を選択することである。骨端線閉鎖期以後では、不安定になった骨片の内固定、骨移植、自家骨軟骨移植などの手術が必要となる場合が多くなる。一方、成長期以前では、保存的に加療されるが、症状が頑固に継続する例ではドリリングやピンニングなどの鏡視下手術で治癒しやすい。

8) 関節軟骨損傷:最近、膝の限局性の軟骨欠損に対する治療方法が注目を浴びている。これは、スウェーデンの Mats Britterberg らによる培養軟骨細胞による方法と“モザイクプラスティ”と呼ばれる複数の自家骨軟骨プラグによる方法が実際に応用可能となったことも大きく影響している。この流れを受けて 1997 年 10 月にスイスで第 1 回 International Symposium on Cartilage Repair が開催され、その後 ICRS (International Cartilage Repair Society) が発足した。昨年の 11 月にはボストンで第 2 回の国際シンポジウムが開かれ世界的に臨床・研究面ともに熱心な討議がなされた。

米国での膨大な関節鏡検査の集計では 40 歳以下の 3 万例の鏡視例で、5 万箇所以上の軟骨病変が認められ、その内 4% (1,200 例以上) が自家培養軟骨移植や自家骨軟骨移植の適応であったとされている。膝十字靭帯損傷や膝蓋骨軟骨骨折、その他のスポーツ傷害での軟骨損傷に対しては、以前はアブレーション形成やドリリングによる鏡視下手術が行われるか、放置されていた。しかし、若年者の有意な軟骨病変に対しては、可能な限り硝子様軟骨で修復することが望ましいことは論を待たない。筆者らは 1988 年から十字靭帯

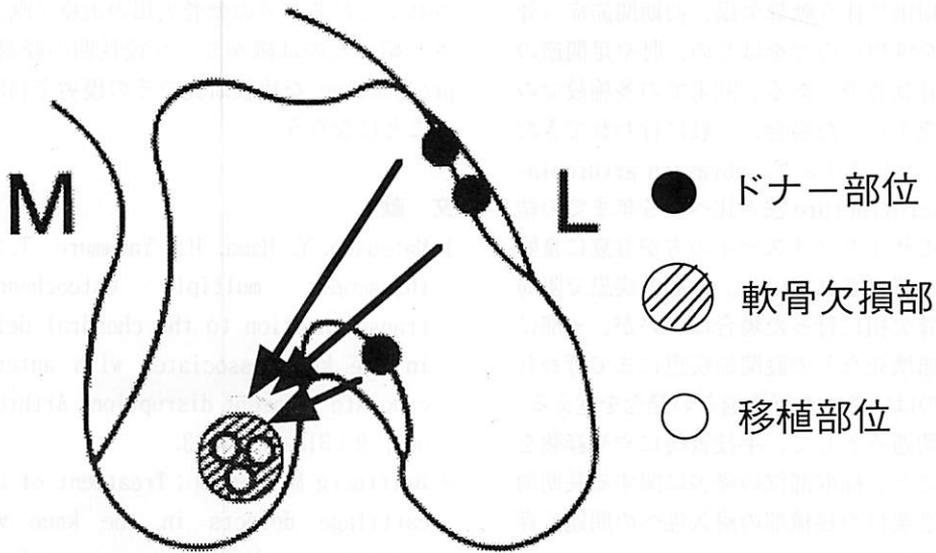


図1 モザイクプラスチックの模式図

損傷や離断性骨軟骨炎に伴う骨軟骨欠損に対し、自家骨軟骨移植による修復を試みてきた(図1)。特に中程度までの十字靭帯損傷に伴う軟骨欠損の対しては、数年前に世界で始めて鏡視下自家骨軟骨移植法(mosaicplasty)を報告した。モザイクとは、ガラス、貝殻、エナメル、石、木などをちりばめて、図案・絵画などを表した装飾物で、現在は建築物の床、壁画などに施したものをいう(広辞苑)。従って、この表現を軟骨欠損を修復に用いようとする場合、単独の移植片でなく複数の骨軟骨片を欠損部に移植しなければならない。モザイクプラスチックの特長は、非荷重部位から採取した小さな骨軟骨片で比較的大きな荷重部位の軟骨欠損を修復可能にする方法である。Mosaicplastyは、複数の小骨軟骨プラグのプレスフィット移植にアブレーション形成を併用し、60-80%の硝子様軟骨と20-40%の線維性軟骨の複合体による軟骨欠損の修復を計る方法で、現在、欧米で広く臨床応用されている(図2)。Mosaicplastyは、1~10cm²の大きさの軟骨欠損の修復に応用可能である。これは、鏡視下に行える、自家骨軟骨のプレスフィット固定により良好な固定が得ら

れ、リハビリテーションも自家培養軟骨移植法より早い、長期成績も信頼性があるなどの利点がある。一方欠点は、採取部位の障害の危惧であるが、現在までの所、採取方法に注意を払えば特に問題になっていないが、採取する自家骨軟骨片の直径が小さい方が無難である。本法の適応は、膝関節の離断性骨軟骨炎、膝蓋骨軟骨骨折、膝蓋軟骨軟化症、靭帯

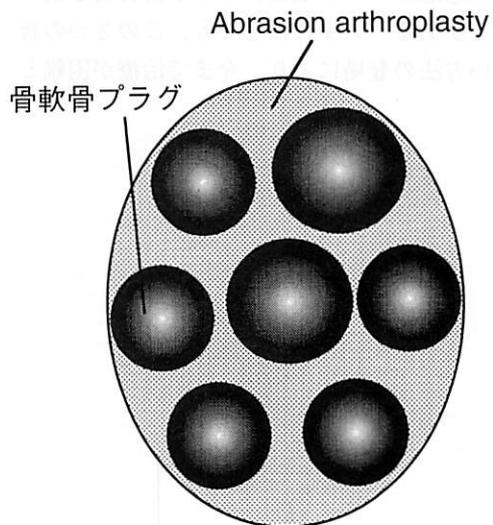


図2 モザイクプラスチックの原理

や半月損傷に伴う軟骨欠損、初期関節症（骨切り術を併用）などをはじめ、肘や足関節の離断性骨軟骨炎である。欧米での多施設での比較研究を行った場合、一般に行われてきた Pridiie のドリリング、abrasion arthroplasty、microfracture 法と比べて5年までの結果で、モザイクプラスチックの方が有意に良好な結果が報告されている。上記の疾患で限局性の軟骨欠損に行った場合はよいが、一部に大腿骨頭壊死などの股関節疾患にまで行われているのはいささか行き過ぎの懸念を覚える。また、問題点として、手技習得にやや経験を要すること、採取部位の障害に関する長期的観察の必要性や移植部の耐久性への問題も存在する。

自家培養軟骨移植法は、10年前からスウェーデンのグループが始めた方法で、すでに欧米で1,000例を超える症例がある。これは予め少量の軟骨片を術前に採取し、専門の培養センターに送って培養し、2～3週間後に患者の軟骨欠損部位に移植する。長所は、軟骨採取部位の障害がない、形状や大きさに制限が少ないことが挙げられるが、欠点として、2回の手術が必要である、関節切開で皮切が大きい、骨膜で被覆するので癒着や長期での骨化の懸念がある、培養による手術費用が高いなどがある。いずれにしても、この2つの新しい方法の登場により、今まで治療が困難と

されてきた若年者の軟骨欠損の治療に曙光がさし始めたのは確かで、今後長期の経過や、prospective な比較研究でその優劣を判断することになるだろう。

文 献：

1. Matsusue, Y. Hama, H., Yamamuro, T. : Arthroscopic multiple osteochondral transplantation to the chondral defect in the knee associated with anterior cruciate ligament disruption. *Arthroscopy*, 9 : 318-321, 1993.
2. Brittberg M., et al : Treatment of deep cartilage defects in the knee with autogenous chondrocyte transplantation. *New England J. Med.*, 331:889-895, 1994.
3. Bovic, V. : Arthroscopic osteochondral autograft transplantation in anterior cruciate ligament reconstruction: A preliminary study. *Knee Surg. Sports Traumatol. Arthroscopy*, 3 : 262-264, 1996.
4. Hangody L. et al : Autogenous osteochondral graft technique for replacing knee cartilage defects in dogs. *Orthopedics*, 5 : 175-181, 1997.
5. News Letter, International Cartilage Repair Society, Spring Issue, 1998.

第 89 回 大阪臨床整形外科医会研修会講演
大阪臨床整形外科医会会報

慢性関節リウマチの免疫抑制剤療法 —効果と副作用—

聖マリアンナ医大
リウマチ・膠原病・アレルギー内科 市 川 陽 一

1980年代に入って慢性関節リウマチに対するメトトレキサート (MTX) 療法の有効性が、米国を中心に次々に報告され 1988 年 10 月 FDA によって慢性関節リウマチ (RA) の治療薬として認可され、欧米では最も高頻度に用いられている抗リウマチ薬である。わが国においても、近く認可されるとの報道があった。そこで、最新の情報を含め、RA の MTX 療法について検討してみたい。



1) 投与方法

投与方法は、週に 1 回 12 時間ごと (実際は朝食後および夕食後) に投与するのが原則である。最初、週 5 mg すなわち 2 錠からスタートし、朝と夕方に服用する。4 週間経過を見て十分な効果が得られない場合は、7.5mg に増量し、次の日の朝食後を加え、週 3 回投与する。この投与量で、6、70% の患者に有効であるが、1、2 ヶ月たって効果が不十分な場合は 2.5mg づつ増量する。副作用に注意しつつ投与すれば、1 週間 15mg まで増量可能と考えている。最近、葉酸 5 mg (ホリアミン 1 錠) を MTX を最終に投与した後 48 時間 (あるいは 24 時間) で投与することにより、効果を維持したまま副作用を減弱することが明らかになった。投与量を漸増していくと GOT、GPT の上昇・あるいは口内炎・胃腸症状、等が出現することがあるが、これらに対しては葉酸の投与が有効である。週 1 日の葉酸投与で十分な効果の得られない場合は、週 4 日間、毎日葉酸 5 mg を投与する。MTX 投与後あまり短時間で葉酸を投与すると効果もまた減弱する場合がある。

2) 治療効果

MTX の治療効果発現は他の DMARD に比べて速やかで、投与 4 週間で、その効果が明らかになる場合が多い。著者らの成績でも疼痛関節数は 1 ヶ月後に有意に低下し、その効果はその後も増強する傾向を示し、ほぼ 4 年間にわたって持続した¹⁾。図 1 には同時に測定した赤沈値を同時に検討したサラゾスルファピリジン (SASP) の成績と比較して示した。両薬剤とも 1 ヶ月後に有意の改善が認められたが、MTX の効果は 4 年後も同様に認められたのに対し、SASP 群では、2 年以降急速に悪化し、投与前の値とほぼ同じ値を示すようになった。すなわち、MTX はいわゆるエスケープ現象が少ないのが特徴といえる。但し、MTX も一部の症例で経過中に効果が減弱することがあるが、多くの場合 2.5mg、時に 5mg/週 の増量によって効果が再現する。また、MTX は中等度の効果が得られた場合、更に増量することによってより明確な効果が得られる場合もある。

MTX に関して投与継続率を生命表法によって検討した成績では、4 年後においても、なお 63% の症例が投与を継続していた。ただ

し、中止理由を検討したところ、無効による中止は全体の9%と少なかったのに対し、副作用による中止は4年後31%と中止理由のほとんどを占めていた。

一方、DMARD療法の最終的な目標は関節破壊の防止である。われわれがMTXの24例とSASP 19例とで約2年間の両手指関節のX線上的変化を比較したところ、各々の平均値は4.9と1.4でMTX群で有意に少ない成績が得られた。関節の破壊は経過中の炎症症状、あるいは炎症反応（赤沈、CRP）に比例するとされている。その意味で、MTXが炎症を十分に抑制することを反映していると考えられる。

3) 副作用

重篤な副作用として急性間質性肺炎（メトトレキサート肺臓炎）がある。最も軽い場合は、刺激性の咳嗽のみであるが、重篤な場合はアレルギー性肺炎を来し生命に危険を及ぼす。臨床的には乾性咳嗽、発熱、全身倦怠感、呼吸困難を訴え、時に著明な低酸素血症を呈する。理学的には両肺野で小水泡性ラ音ないしベルクロー音を聴取する。胸部X線像ではびまん性間質性病変、および肺胞性浸潤像を認める。

本症の出現は投与後数週から数年とはばがあり、ほぼ1%前後の症例に発生する。MTXの中止とステロイド投与によって治癒することが多い。低酸素血症が強度な場合には直ちに酸素吸入、さらに人工呼吸器の使用を考慮する必要がある。ステロイド投与量はプレドニゾン30mgで有効な場合もあるが、症状が重篤な場合はステロイドパルス療法などの大量投与を行う。多くの場合、数日で明らかな改善傾向を示し、数週から数カ月で胸部陰影は完全に消失する。

MTX肺炎に気付かず治療が遅れた症例に不幸の転機を取ることがあるので、投与する患者には臨床症状（咳嗽、息苦しさ、発熱）があればすぐ受診するよう、繰り返し徹底す

ることが必要である。

肝障害に関して、最も問題になるのは肝硬変症であるが、肝機能検査に注意しつつ投薬すれば、肝硬変に至る症例は、むしろまれであると言えよう。

白血球減少症、あるいは血小板減少症で投与中止に至るものは、1、2%であるが、投与中止によって回復することが多い。しかし、重篤な場合は葉酸誘導体であるロイコボリン2錠（10mg）を6時間毎に投与するとともに、必要あればG-CSF製剤の投与を行う。定期的に行う末梢血検査でのMCV>100 fLは葉酸欠乏を示唆し、骨髓抑制を予測させる。

免疫機能の低下は播種性帯状疱疹、カリニ肺炎などの日和見感染を来す。また、催奇性があるため、妊娠中、あるいは、妊娠の可能性のある女性は投与せず、男女共にMTX投与中は避妊する。女性は投与後6ヶ月間は妊娠をしないのがよいとされ、男性の場合も服用中および服用後3ヶ月間は受精を避ける。

リンパ腫の発生についていくつかの症例報告がある。また、メトトレキサート投与中にEBウイルス感染に伴う可逆的リンパ腫（B細胞形質を有する大細胞リンパ腫）が出現し、MTX投与中止によって消失したことが報告されている。

比較的軽い副作用として、消化器症状を20%前後に認め、10%前後に口内炎を認める。しかし、制酸剤投与などあるいは前述の葉酸併用が有効なことがある。GOT、GPT等、肝酵素の上昇も、約20%に認める。高値が持続するときは葉酸の併用を行う。

4) 禁忌および併用薬

MTXは80ないし90%が腎から排泄されるため、クレアチニンクリアランス60ml/分以下は禁忌ないし、注意して投与する。また、大量のアルコールを摂取した既往のある症例、肥満症の患者にはMTX投与後肝硬変症に陥った症例が多いことから、禁忌と考える。

その他、肺線維症の存在、白血球減少、血

小板減少の症例、また感染症の合併の存在する場合等は慎重にその適応を考慮する必要がある。MTXは催奇形性を有する。従って妊娠の可能性のある患者には禁忌であるが、MTX中止後6ヵ月を経れば催奇形性は消失するとされている。

併用薬禁忌としては、ST合剤との併用で汎血球減少症を来し敗血症で死亡した症例が報告されている。また、NSAID、利尿剤は腎機能低下症例に用いるとMTX排泄を障害し、副作用を来すので注意が必要である。

副作用の対策として、臨床症状に注意すると共に、末梢血、AST、ALT、血清アルブミン、血清クレイチニン、を4週ごとに測定する。

5) 適 応

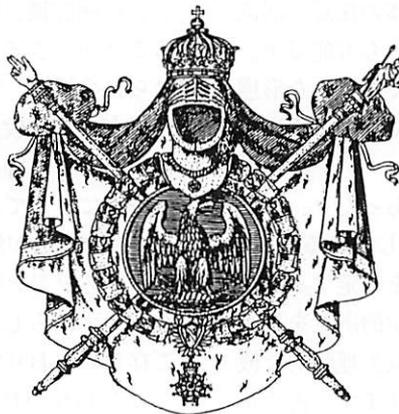
現時点におけるMTXの適応としては中等

度以上の活動性を有するRAで少なくとも一つのDMARDが無効であり、進行した肺病変、腎病変、骨髄抑制、アルコール中毒、感染症、妊娠等の危険因子、あるいは禁忌のない症例が対象となると考えられる。

ちなみに、1997年に行われたリウマチ医に対して行われたアンケート調査では、米国および欧州とも中等症以上のRA患者にはMTXを用いる医師が最も多かったという。

おわりに

MTXは現在用いられているDMARDの中で最も頼りになる薬剤の一つであり、わが国でも広く用いられつつある。しかし、時に重篤な副作用を呈することと、未だ認可されていないことから、投与する医師の責任で十分な注意をはらって使用する必要であろう。



eagle

鷲。百獣の王ライオンとならんで、百鳥の王としての鷲はもっとも好まれてきた charge の一つであり、特に大陸諸国の紋章では楯の中に収める charge としてだけでなく、supporter サポーターとしても好んで使われてきた。神聖ローマ皇帝 (図)、オーストリア大公、皇帝、ロシア皇帝など、いずれも双頭の鷲 (double headed eagle) のサポーターを使った紋章で知られる。そのほかスペイン王、新興国アメリカ合衆国の紋章も鷲をサポーターにしている。

最近の脊椎外科の手術療法

大阪市立総合医療センター 整形外科 松田 英 樹

私が脊椎外科を始めましてから、ほぼ四半世紀が経過しました。その間の脊椎外科領域の進歩には、めざましいものがあります。手術成績一つを見ましても、隔世の観がします。その要因の一つとして、まず診断技術の進歩が上げられます。当時の診断率の低い油性造影剤から、水溶性の造影剤の出現は、細部の病変の描出を可能にしました。

1970年代になりCTスキャンの出現は、骨軟部組織の鮮明な水平断像を可能にし、それまで不鮮明な断層写真しか見たことのなかったわれわれにとって、まったく衝撃的でした。連続スライス画像を、頭のなかで再構築することで、三次元的な把握が可能となり、最近ではコンピュータが三次元立体像を作り上げてくれるようになりました。

さらに1980年代になりますと、MRIの出現により軟部組織の描出がより鮮明となり、輝度の濃淡の変化から質的な評価が可能になりました。CTと異なり、身体の任意の部位で任意の方向の断面を見ることも可能です。こうして手術計画を立てる上で不可欠な形態的異常を、術前に正確に把握できるようになりました。

頸椎と腰椎の両方に異常があったり、多椎間にまたがる形態異常が合併している場合、手術を実施する上で責任部位を特定する必要があります。この場合、神経学的所見を丹念に検討することと同時に、電気生理学的な機能診断法が有用な検査法となります。古くから行われているEMG（筋電図）に加えて、様々な誘発電位法、たとえばSEP（体制感覚誘発電位）や頭蓋刺激によるMEP（運動誘発電位）のように、神経機能を別々に評価することも可能となりました。また術中の脊椎や脊髄の操作に伴う脊髄損傷を、未然に防



ぐための脊髄モニタリングも、われわれの施設ではルーチンに行えるようになっております。この結果脊髄側彎症の手術が安全に、しかも高い矯正を得ることが可能となりました。

以上のように診断技術の進歩に加えて治療法の面でも数々の進歩が見られます。ひとつには小侵襲手術の開発であります。腰椎椎間板ヘルニアに対する経皮的髄核摘出術(PN)、マイクロサージャリーの脊椎外科への応用、および胸腔鏡、腹腔鏡下での脊椎手術をあげることができます。後2者については、今後さらに発展し、普及して行くと考えます。

従来から一般的に行われてきた椎弓切除術に代わって、脊柱管拡大術に代表される椎弓形成術によって、椎弓切除後の諸問題のうち、かなりの部分が解決されるようになりました。このうちPNと椎弓形成術はわが国で開発された、すばらしい方法であることは、皆様もご存じのとおりです。

またわれわれは、可及的に組織を温存し、再建的な手術を目指しており、黄色靭帯を温存した腰椎椎間板ヘルニアの手術や、頸半棘筋を温存し棘突起へ再建する脊柱管拡大術の手術などがあります。

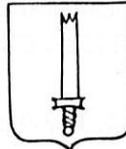
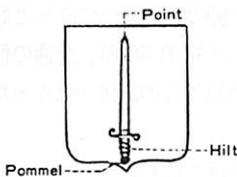
Spinal instrumentationは側彎症に対する矯正のための内固定器具として、後方から伸

延力を用いた Harrington instrumentation、前方からの圧縮力による Dwyer instrumentation をルーツとして、これまで様々な方法が開発されてきました。今では、任意の部位で、任意の方向に力を働かせることが可能となり、牽引力、圧縮力、横方向からの力、および回旋力と4つの向きの力を3次的に働かせて、脊柱変形の矯正力と固定性が、著しく改善されました。

また spinal instrumentation の進歩のおかげで、脱臼骨折を伴う脊椎外傷や、高度な迂りなど、高度な脊椎不安定症例においても、術後2から3日目で早期離床が可能となりました。脊椎腫瘍の治療も根治を目指して、en bloc total spondylectomy が可能となりました。以上私のささやかな経験を中心に、述べ

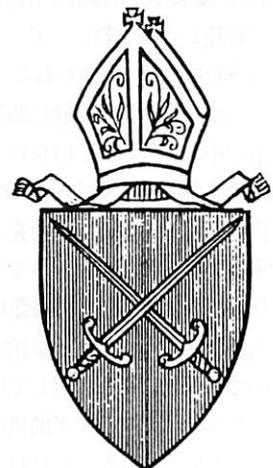
させていただきました。

さて脊椎外科の将来について考えますと、今後小侵襲手術がますます追求されてゆくと思います。また既に実用化されている、コンピューターを駆使したナビゲーションシステムによる、深部への正確な到達法も、これからの一つの方向性を示しております。頭にかぶったヘルメットに組み込まれた画像ディスプレイ装置に表示される立体画像を、術者の音声でコントロールしながら、手術をすることができるステレオサイト システムが開発されております。こうなりますと、遠隔地での手術にわざわざ出向かなくても、このヘルメットをかぶれば手術に参加できるといった夢のようなことが、現実のものとなりつつあります。



sword

剣が紋章図として描かれる場合、その剣先が上下左右 (chief, base, dexter, sinister) のいずれを向くかを必ず指定する必要があり、単に erect とあれば chief に向くことをいう (図上左)。剣の柄を hilt、その末端の丸い部分を pommel といい、剣と色が違う場合は hilted and pommeled の用語でその色を指定する。また剣に血の滴りが加えられているときは imbrued の用語で指定される。剣を斜め十字に (in saltire) 組み合わせた図形は聖パウロ (St. Paul) の象徴で知られ、セント・ポールズ大聖堂を本拠とするロンドン司教区の紋章は、その聖パウロの剣を採用している (図右)。



第11回JCOA学会（岐阜）に出席して

枚方市 須藤医院 須藤 容章

私は昭和44年から48年まで岐阜県の高山赤十字病院に赴任していたので岐阜には友人も多く、彼等に会えることを楽しみに第11回日本臨床整形外科医会学会（JCOA学会）岐阜に出席した。学会は平成10年6月21日（日）に長良川国際会議場メインホールで行われた。テーマはスポーツ医学であった。

整形外科医として、岐阜大学整形外科教授清水克時先生の特別講演「脊椎のスポーツ傷害」は興味深いものであった。

(1) 頸椎・頸髄損傷：完全頸髄損傷は緊急手術の対象とはならないが、一見完全麻痺のようであってもSACRAL SPARINGすなわち、①肛門周囲の知覚、②肛門括約筋の収縮、③第一足趾の屈曲のいずれかが残存する場合は不完全脊髄損傷の徴候で緊急手術の適応がある。

(2) 腰部椎間板ヘルニア：現在、化学的髄核融解術、経皮的髄核摘出術が普及して来たが従来からの手術法と比較して、統計学的に有意な有効性は証明されていない。教授はマイクロサージェリーを応用したマイクロLove法で良い成績を得ている。これに対して北海道の中野昇氏は前方経路の腰部椎間板ヘルニア手術は筋肉を切らないので運動選手には良い方法であると述べられた。

(3) 腰部脊椎分離症：分離部固定術は生理的な固定で競技レベルの若いスポーツ選手にとっては治療法の選択技の一つと言われた。

スポーツ医活動全般に関しては、岐阜の会員の発表が中心に行われ、岐阜のスポーツ医活動は、日本体育協会認定のスポーツドクター協会の整形外科医、内科医が主になって、研究会、研修会、競技会の医事運営、救護活動を行っているとのことであった。従って講演も、整形外科領域のみならず、内科、婦人科、小児科、スポーツ指導者等広範囲にわたるものであった。これに対して他府県の会員からスポーツ医学はボランティア的側面が多く、経営的に報酬が少ないと思うがこれに対する対策をどうしている



のかと言う質問に対して岐阜県の会員からは、スポーツドクター活動に報酬は期待していないということであった。

本学会の運営に関して、大阪臨床整形外科医会からの参加者の間からは立派な学会になっているので岐阜の会員は相当額の負担をしているのだらうという声を聞いたが、岐阜の財務担当理事からは現在岐阜市は国産コンベンションシティをめざしており軽費で会場を借りているので320名の学会費（研修会費、昼食費代を含む）10,000円と懇親会費10,000円で十分に採算がとれるということであった。

最後に本学会に対するアンケート評価が第11回JCOA学会（岐阜）特集号に掲載されているのでここに短く引用する。

この評価によると非常に良かった、良かったが会場設定96%、学会運営99%、テーマ95%と好評であったが、これに対して宿泊60%、交通の便53%、懇親会51%と学会以外での評価が低かったようである。

アンケートで今後取り上げて欲しいテーマとしては医療経営、介護保険、在宅医療、産業医等の臨床整形外科医として日常診療に深い関係のあるものの希望が多かったようである。平成13年に日本臨床整形外科医会学会を主催する大阪臨床整形外科医会にとっては参考になるものと思われる。

（詳細は日本臨床整形外科医会誌 Vol. 20, No 4, Feb, 1999, 第11回JCOA学会、学術集會特集号を御参照下さい。）

第11回JCOA学会（岐阜市）に出席して

東淀川区 浜田整形外科 濱田博朗

平成10年6月21日（日）、岐阜市においてJCOA学会が高津良夫会長のもとに開催され、それに先立って20日（土）、総会及び懇親会が催された。

総会会場には長良川の川面を眺めるルネッサンスホテルの2Fが用意されていた。総会には遅刻したので会議の内容は報告できない。JCOAの理事の方々は沢山出席されていたようである。

懇親会は広いホールで、2～300人は出席していただろうか。テーブルが20～30、バイキング形式。各テーブルに椅子が付き落ちて着いて食事はできた。テーブル毎に岐阜県臨床整形外科学会の理事の方が、一人ずつ付いて接待役をしておられた。大阪からの出席者は1～2のテーブルを囲んで集まって話に花が咲き、また接待役から情報を集めておられた。

宴も半ば過ぎた頃、アトラクションとして鷹狩りが披露された。鷹匠は三十歳後半の男、思い立ってさる師匠に弟子入りして数年間の修行の後、やっと鷹を手なづける事ができたとの苦勞話をしてくれた。なんでもテレビの「織田信長」の中で鷹匠役として出演したとの事である。

それはともかく、ホールで鷹狩りのデモが繰り広げられたのである。部屋の一隅に無理矢理に放された鳩に気づくや否や、鷹匠の拳に据えられた鷹は矢の様に飛びかかり、一瞬のうちにそれを屠り二本の脚でひっつかむのである。まさにアツという間の出来事である。広い野外なら矢の様にはばたく鷹の勇姿が見られる所でもあろうが、暗い室内ではそうもいかぬ。気の毒なのは鳩であり、狩猟の経験も趣味もない私にとっては、鳩が大勢の前でなぶり殺しに遭っている様に思われ、軽い嫌



悪感を覚えてその場を離れてしまった。

ホテルへの帰りの車の中で、アトラクションとしては少し問題がありはしないかなどと、長田先生と話した事であった。

翌6月21日（日）は隣の長良川国際会議場メインホールに於て、午前中は特別講演Ⅰ『脊椎のスポーツ障害』、次いでパネル『なくそう障害、育てようスポーツ少年、少女』が催された。特別講演Ⅰの演者、岐阜大医学部整形外科教授清水克時先生は、スポーツに関して発生する脊椎の障害につき講演され、頸部に関しては頸椎・頸髄損傷の症例の特徴や診断と治療の実際（ビデオ供覧）、腰部に関しては椎間板ヘルニアの治療として経皮髄核摘出術の有用性、マイクロ下のLove法の有用性などの説明があった。

パネルⅠにおいて整形外科医の山賀寛先生は、サッカーによる発育期のスポーツ外傷・障害に関する調査報告を出され、医師の現場への関心の重要性を強調された。鈴木壯先生は心理学者の立場から、スポーツにおける怪我や故障は心理的な葛藤を身体的表現として訴えている場合があるとの意見を述べられた。矢嶋茂裕医師は小児科医の立場から、小児の登山における心電図変化の調査報告がなされた。スポーツ科学トレーニングセンターの川

口純子氏からは、スポーツ障害の予防と体力トレーニングについて講演があった。

午後の特別講演Ⅱは朝日大学歯学部内科教授、渡辺郁雄先生の「スポーツは中高年に何をもたらすか」であった。生活習慣病を克服するための運動の重要性を代謝の面から平易に解説され、運動処方の方にも言及して整形外科医には有意義な話であった。

パネルⅡでは白井正明先生は、整形外科医の立場から「中高年スポーツと骨粗鬆症との検討」と題して、スポーツを行うグループの骨塩量が、非スポーツ群のそれよりもやや高値を示したと報告した。佐々寛巳先生は循環器内科医としての立場から、中高年のスポー

ツと心臓病について述べ、循環器官に好ましいスポーツ、運動と突然死との関係、その対策などが述べられた。三鴨廣茂先生は産婦人科医としての立場から、更年期障害の克服にもスポーツが有用であるとの意見が述べられた。スポーツ指導者である小木曾昌子氏は、中高年者にとってダンスは楽しくそして健康増進に有用であると述べられた。

全体を通じて普段あまり聞きなれない、興味の外の話であったが、対象が自分の事だと考えてみるとうっかりとは聞き流せなくなり、とうとう最後まで聞いてしまった次第である。帰りの新幹線の車中では、ぐったりとして寝てしまいました。



faces, or facis

古代ローマの執政官の権威を象徴するもので、細い棒の束の中央に斧を差し込んだ形をしている（図左）。現在でも英国の下院議員は mace と呼ばれる戦杖を議長の権威を示すものとして使用しているが、ファシーズはその前身といえる。ファシーズで知られる標にフランスの準国章（フランスには国で決めた正式の国章がない）があり、ファシーズに自由、平等、博愛のモットーを加えた図形になっている（図右）。なお国粹主義のファシズムの言葉はこのファシーズを語源にしている。

講演会「時と空」を聞いて —私が学んだこと—

豊中市 宇野整形外科 宇野衛男

河野先生は“一日は何故24時間なのか”から話し始められ、時刻の表し方、一日の始まりにも昔と今と、又地域によってもいろいろな差があったと、“日本書紀”“旧約聖書”等を引用し乍ら説明された。1884年グリニッジ世界標準時設定、1888年日本標準時実施とその基準線たる東経135度子午線が度々計測され直した事等淡々とお話になった。

昨今、グローバルゼーション……の流れで日本も欧米に合わせてサマータイムを実施すべきでないか、否日本の風土には馴染まないetc、と常に結論は出さずに先送りを繰り返している。僅か1時間の移動でこの有様なのに当時の人達はどうかだったのか？気になり出した。元毎日新聞記者だったN氏がこの1888年1月の記事を調べて下さって、“最初の日だけ日本標準時実施と2～3行載っていて、あとは政治記事が大半、稀に火事等が載っている程度。おかしいですね。”の返事。よせばよいのに梅田の旭屋書店へ。そこで内田正男著「こよみと天文・今昔」に出会い、私のとんでもない無知を思い知ったのです。世界標準時に対応即ち、大陰暦→太陽暦、と思っていたのが実際は15年前1873年に移行していたのです。明治5年11月に改暦の建議書が出され、同11月15日に「太陽暦を御頒行、神武天皇御即位を以て紀元と定める。……明治5年12月3日を以て明治6年(1873)1月1日とする。」太陽暦に対する啓蒙も猶予期間も殆ど無く断行された、とあります。

一般の混乱も大変なもので、当時の新聞記事等も紹介されています。鳥取県の米騒動のローガンに“米の値段を下げる”“外国人の通行禁止”等と共に“太陽暦の廃止”の項が含まれていたり、福井県で起きた三つの郡の騒動の時も、又福岡県の士族の要求七項目の



中にも同じ様に“新暦の廃止”が入っていたそうです。改暦派の福沢諭吉の言葉も報じられています。

・人民この改暦を怪む人は必ず無学文盲なり。
・文盲人の不便は気の毒ながら顧みるに暇あらず。!!! スゴイ ですね。又、大隅重信の懐古談として「明治6年は閏月うるふづが入って、1年が13ヶ月になるので月給を1月分余分に支出しなければならぬ事が、直接の動機……。」明治5年から官吏は月給制になった。陰暦では大の月は30日、小の月は29日なので、2～3年に1回閏月が入って閏年とし、整合させていた様です。何れにしても基準が変わるといのは大変な事と納得した次第。いい勉強させて戴いて、感謝しています。

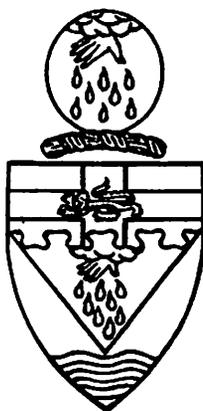
後半の“空”の部では、主に太陽と惑星との距離、各惑星間の距離等を実感としてとらえ易い様に、具体的な物とか場所とかに例えて説明され、その一番遠い惑星に地球から打ち上げられた惑星探査機が10年もかかって行っている事、まして一番近い恒星でも4光年の先にあつては、如何なるスケールで以ても把握し得ない遠さ、という説明の最後に、“……………何でも人間に出来て、宇宙のどこへでも行けるという様な安易な意識が、子供達の心に出て来るかも知れません。時には、宇

宙の大きさなどを人間の尺度で考えてみる事も大切……。”と締められた。

本屋の天文の部には専門書だけでなく、啓蒙書的な本も結構並んでいて、目次でも、

- ・21世紀は宇宙ツアーの時代
 - ・スペースコロニーで人類の未来はバラ色！
- 等が眼に飛び込んで来ます。その一冊の最後

尾に“宇宙ステーションを皮切りとして、21世紀には宇宙新時代の幕が開く。今はSFでしかない事柄の幾つかは現実のものとなり、その時私達は〇〇国民ではなく、地球市民となっている筈だ”とありました。この暗い時代、子供達より大人の方が夢見ているのかもしれませんが。



gouttes

滴、したたり (図左)、具体的には以下のように、その色によって水とか血とかを表し、それぞれに名称がある。

- | | | | |
|--------|-----|----------------------------|-------------|
| argent | (銀) | goutte d'eau | ……水滴、雨 |
| or | (金) | goutte d'or, or aure | ……金滴 |
| azure | (青) | goutte de larmes | ……涙 |
| sable | (黒) | goutte de poix | ……ピッチ (タール) |
| gules | (赤) | goutte de sang | ……血滴 |
| vert | (緑) | goutte d'huile, or d'olive | ……油滴 |

分かりやすい実例にロンドンの水道局の紋章があり (図右)、雲間から出た手から落ちる水滴 (goutte d'eau) ならびに下部の波形による川によって、それを水源とする水道局を表現している。こうした紋章を allusive arms という。

震災の記憶とJCOA研修会於神戸懇親会印象記

河内長野市 奥田整形外科 奥田好彦

10年11月22日昼12時過ぎ、湾岸線で堺よりホテルオークラ神戸へ地図を見ながら走りました。途中ポートアイランドへ迷い込み、やっと左手にポートタワーとホテルオークラ神戸が見えてきました。これで会場に着けると思っていましたら高架道路で降り口が無く、そのまま行き過ぎてしまいました。やっと下の道路へ降りましたがすごい交通渋滞に巻き込まれてしまい、散々時間をロスしてやっと会場のホテルに辿り着きました。

ホテルオークラ神戸の会場で、4年前の大震災のあった年の事を思い出していました。当時私の娘は神戸の大学の女子寮に入っていて周囲の家が崩れる中、自宅に「助けて、迎えに来て」と途切れ途切れに何回も電話を掛けて来ました。「長田区が燃えて空は真っ暗、すごい煙が迫って来ている。ひどい風邪が流行って、咽が痛い、咳が止まらない、寒い！迎えに来てくれたら帰してもらえのだが」私は地図を何度も広げて歩いて迎えに行けるのかどうか、1日、2日、と思案していました。娘は2日目に友人の両親が福井から迎えに来られた車に便乗させてもらい、福知山廻りで1月19日午前0時40分に大阪駅に帰って来ました。駅まで迎えに行きました私は、当時時刻表を持っていましたが役立たず、そのうえ何故か1月分の新しい時刻表まで買っていました。ダイヤがズタズタになって役立たなくなった時刻表を2つ持って、大阪駅のプラットフォームで待っていたのが今となって特に思い出されます。

後日、大学の山岳部の時の70kg以上荷物の入る特大のリュック縦、横、とも90cmを背負って、寮にまで娘の荷物を撤収に向きました。

私の兄は須磨に住んでいまして、家は全壊



しました。

当日、私の母はたまたま伯父の葬儀で淡路島に渡ってしまっていて、寺が壊れて大変な中、お参りを志筑より無事船で帰って来ました。

震災の後、河内長野市まで転居して来られた多くの人々、話をしただけでは限りがありません。

最近では心臓移植、生体肝移植、と医学はどんどん進んでおり最新医療は大切で大変喜ばれている方も多いと思いますが、何も出来ないが医者が居るというだけで大変喜ばれている事もあります。最近私は聴診器と血圧計を持って最新医療とは程遠い往診をしています。患者さんは高度の貧血ですが医者とか病院は大嫌い、「ひょっとしたら先生だったら我慢するかも分らん、本人には言いませんが、一度往診に来てもらえないか。」と頼まれまして出向いています。点滴チューブ程ある患者さんの静脈にフェジンを静脈注射して洩らして3回～4回と洩らし、患者さんから「先生とこの看護婦さん注射上手でしたな、私も衛生兵の時によく注射失敗しましたわ。」と言われています。家族の方に「お父さんは、医者呼んでも怒らなかった、よかった。」と大変感謝

されています。胃癌か何かあるかも分かりませんが、患者さんの座っておられる時間も長くなり、出来かけていました褥創も治りました。片道 20 分、40 ～ 50 分の診察で、往診 6,500 円では割が合わないとはばかり言ってもらえません。やらないかん時はただでも働かなければと思っています。

私の登山の仲間であり先輩であります、大阪府立身障センター院長の東隆先生は、リュックに寝袋だけ入れて、震災直後の現地に向かわれたとの事でした。手ぶらでも医者が居るといっただけで、多くの人々が大変安心されたとの事です。震災時にそういった沢山の先生方が神戸に集まれ、市民から頼りにされ、感謝されたのだと思います。

復興した神戸の街、立派に発達した神戸の高速道路、そこで行われた JCOA も 600 人以上の方々が集まれ、盛大で立派な会でした。挨拶に立たれた御来賓の方々も 1 人とし

て代理の方ではなく、皆様立派に熱の入った挨拶をされておられました。整形外科医だけでなく、兵庫県全体のこの会に対する力強いバックアップを感じました。JCOA も年を追うごとに立派な研修会と、懇親会として成長しているようです。会費もそれぞれ 2 名 55,000 円お料理も一般的、しかし多数の方々が集まれたこの会は、社会全体が困っている時代に、社会に役立っていかうとする整形外科医の会としてふさわしいものであったと思います。JCOA は今回 25 周年で、第 1 回もこの神戸で行われたとの事です、その当時は震災に遭って大変恐い思いをした娘はまだ生まれておりませんでしたし、阪大 ER 研修医の息子もまだ 2 歳、娘の事を大変心配した私も 30 歳代初めでした。

第 1 回 JCOA はどのようにして行われたか？ どんな会であったか？ 大変興味があります。



第25回JCOA研修会親善ゴルフ大会

COA理事 古賀 教一郎

第25回JCOA研修会(兵庫)親善ゴルフ大会は、2日目の平成10年11月21日(土)に花屋敷ゴルフ倶楽部よかわコースに於いて開催されました。

大阪からの参加者は私達夫婦二人だけで、今迄毎回参加されていたお馴染みのメンバーの姿もなく、少々拍子抜けしました。

当日は朝から好天に恵まれ、晩秋の丘陵コースでプレーを楽しむことが出来ました。

参加者は当日3名の飛び入り組を合わせて51名で、アウトコースとインコースに分かれ私はインコースからスタート致しましたが、2組目と3組目の間にエントリー表にはない飛び入り組の為に1組後にずらされて5組目となり、岐阜、和歌山、愛媛各県からの参加者とプレー、大いに親睦を深めてまいりました。すぐ後のパーティは我々四人組の各々御夫人方で、同様にプレーを楽しまれたようでした。

午後3時頃には全員プレー終了、クラブハウス内で成績発表、表彰式が行われました。

組合せ及び成績は、別表の通り。

成績発表の後、私共はバーベキューパーティに参加予約をしていましたので六甲山ホテル



へと向かいました。

パーティは午後6時過ぎから始まり、大勢の中にゴルフ組からの参加者と同席、六甲山上から百万ドルの夜景を眼下にして、ご馳走に舌つづみをうちながら歓談に花が咲き、誠に楽しい一時を過ごしました。

パーティの進行中に次回研修会当番の岩手県の先生が第26回研修会をアピール、参加を呼びかけにテーブルを回って来られました。同席の福島県の先生もそれに共鳴されて、あちらの方のコースも広々として気持ちがいいですよとの言葉に釣られ、参加を約束してまいりました。



表1 第25回日本臨床整形外科医会研修会（兵庫）親善ゴルフエントリー表

スタート時間 AM 8時42分。その後7分間隔です。

OUTスタート

1 8時42分	○高田 聰 東京	江端 章 北海道	初海 茂 東京	三枝 俊夫 千葉
2 8時49分	○江端 康子 北海道	初海 恵子 東京	松田 悦子 北海道	渡部 智崇枝 愛媛
3 8時56分	○大内 怜次郎 岩手	森 清 福岡	松田 嘉博 北海道	渡部 英一 愛媛
4 9時03分	○水嶋 裕 東京	河野 一郎 愛媛	大内 恵美子 岩手	森 由紀子 福岡
5 9時10分	○徳永 三郎 岩手	鎌野 俊彦 愛媛	野崎 隆滋 福島	水嶋 アツ子 東京
6 9時17分	○吉良 貞伸 兵庫	清家 莊吉 愛媛	三浦 由太 秋田	武田 章 兵庫

INスタート

1 8時42分	○榎林 好隆 長崎	寺下 浩彰 和歌山	平山 守 千葉	高田 享子 東京
2 8時49分	○寺下 美紀子 和歌山	榎林 弓子 長崎	兼山 康美 広島	平山 郁子 千葉
3 8時56分	○玉木 昭彦 兵庫	小林 英夫 千葉	兼山 敦 広島	双木 實 岩手
4 9時03分	○岡 正孝 和歌山	古賀 教一郎 大阪	佐々木 晃 岐阜	加藤 広嗣 愛媛
5 9時10分	○岡 智恵子 和歌山	古賀 洋子 大阪	佐々木 久子 岐阜	加藤 桂子 愛媛
6 9時17分	○布谷 國廣 兵庫	上釜 健市 鹿児島	武田 成一 岩手	鄒 唳光 兵庫

- (1) ○印の方はエチケッターリーダーです。
- (2) 18ホール終了後、全員アテストカードにスコアを記入して提出して下さい。
- (3) アテストカードはキャディマスター室横の風除室にあります。

表2 JCOA会成績表

日時：1998年11月21日(土) 天候：晴れ 参加者：51名
 場所：花屋敷ゴルフ倶楽部よかわコース
 ハンディキャップ算出法：ダブルペリア
 順位設定：NET、年齢、ローハンディ
 算出条件：隠しホール 1、2、4、6、7、8、11、12、13、14、16、17
 制限事項 各ホール倍止め

順位	名 前	OUT	IN	TOTAL	H. D	NET	備考	順位	名 前	OUT	IN	TOTAL	H. D	NET	備考
優勝	郷 暁光	45	46	91	19.2	71.8	総合優勝	28	渡辺 一雄	47	44	91	12.0	79.0	
2	岡 智恵子	45	44	89	16.8	72.2	女子優勝	29	大内怜次郎	43	52	95	15.6	79.4	
3	布谷 國広	41	44	85	12.0	73.0		30	河野 一郎	48	44	92	12.0	80.0	
4	武田 成一	43	48	91	18.0	73.0		31	双木 實	58	51	109	28.8	80.2	
5	那須 範満	43	44	87	13.2	73.8		32	三枝 俊夫	49	48	97	16.8	80.2	
6	古賀 洋子	42	45	87	13.2	73.8		33	橋林 弓子	60	57	117	36.0	81.0	
7	佐々木 晃	48	48	96	21.6	74.4		34	江端 章	58	56	114	32.4	81.6	
8	森 由紀子	44	49	93	18.0	75.0		35	橋林 好隆	45	50	95	13.2	81.8	
9	岡 正孝	45	45	90	14.4	75.6		36	松田 悦子	56	56	112	30.0	82.0	
10	清家 莊吉	50	45	95	19.2	75.8		37	古賀教一郎	51	54	105	22.8	82.2	
11	森 清	48	46	94	18.0	76.0	当月賞	38	高田 聰	59	60	119	36.0	83.0	
12	初海 恵子	48	51	99	22.8	76.2		39	加藤 桂子	62	61	123	39.6	83.4	
13	平山 守	49	49	98	21.6	76.4		40	三浦 由太	56	53	109	25.2	83.8	
14	小林 英夫	47	51	98	21.6	76.4		41	吉良 貞伸	52	54	106	21.6	84.4	
15	加藤 広嗣	45	46	91	14.4	76.6		42	江端 康子	63	60	123	38.4	84.6	
16	武田 章	53	49	102	25.2	76.8		43	佐々木久子	61	64	125	39.6	85.4	
17	野崎 隆滋	47	42	89	12.0	77.0		44	水嶋アツ子	54	52	106	20.4	85.6	
18	渡部智崇枝	49	52	101	24.0	77.0		45	大内恵美子	58	65	123	37.2	85.8	
19	平山 郁子	45	48	93	15.6	77.4		46	鎌野 俊彦	51	53	104	16.8	87.2	
20	兼山 敦	48	50	98	20.4	77.6		47	寺下美紀子	54	61	115	27.6	87.4	
21	玉木 昭彦	45	47	92	14.4	77.6	当日賞	48	水嶋 裕	63	66	129	36.0	93.0	
22	徳永 三郎	41	44	85	7.2	77.8	ベストクロス賞	49	兼山 康美	67	66	133	38.4	94.6	
23	寺下 浩彰	54	54	108	30.0	78.0		50	高田 亮子	67	73	140	40.0	100.0	BB賞
24	初海 茂	50	51	101	22.8	78.2		51	松田 嘉博	70	76	146	36.0	110.0	
25	上釜 健市	48	40	88	9.6	78.4									
26	渡部 英一	42	51	93	14.4	78.6									
27	杉本 欣也	51	48	99	20.4	78.6									

第14回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日：平成10年2月7日（土） 14：30～18：00

場所：参天製薬(株) 5階 センチュリーホール

<第1部>

座長 西塔 進（住友病院）

1.

大阪回生病院 整形外科 香山 幸造

【症例】48歳 女性

（現病歴）33歳時より慢性腎不全で維持透析を行ってきている。平成7年1月11日に左大腿骨頭部内側骨折に対してbipolar人工骨頭置換術（cementless）を施行した。退院後、しばらく当科を受診せず、平成9年10月来院時にX線像でstemの内反とstem先端による大腿骨の骨折を指摘された。

（現症）左股関節の圧痛、他動時痛無し。大腿骨に異常可動性を認めなかった。X線像で大腿骨骨幹部の内反変形を認めた。右大腿骨頭部のB. M. D. は0.932g/cmであった。

（治療）平成9年11月5日にOmnifit specialty stemを使用して人工骨頭再置換術を施行した。（cementless）。杖歩行で退院、現在外来で経過観察中である。

※治療方法（術式、セメント使用の有無）について御意見をお願いします。

2.

北野病院 整形外科 松島 正弘

【症例】77歳 女性 （主訴）左股関節痛、右膝関節痛、右下腿変形

（現病歴）昭和39年子宮ガンの為、radiation。昭和49年左大腿骨頭部骨折にて人工骨頭。平成5年頃より左股関節痛強くなった。平成8年、x-pで臼底突出認める。平成9年頃より歩行不能。平成9年3月15日右足関節痛強くなり、x-p上骨折認める。徐々にangulationについてopeすすめるも拒否。現在に至る。

（現症）左股関節人工骨頭臼底突出。右変形性膝関節症 Grade III。右下腿骨折後、変形治癒。子宮癌にてradiationの既往あり（radiation hip.）。現在車イスでの生活。右下肢のみでの立位可能。自発痛あり。

※治療方針

3.

北野病院 整形外科 伊藤 秀夫

【症例】72歳 女性 （主訴）右大腿部痛

（現病歴）右変形性股関節症にて平成9年7月10日 RtTKA（ケルプールコベルコ）+骨移植術を施行。平成9年8月3日 Rt hip脱臼したため整復ギプス固定を1ヵ月間行った。平成9年9月30日リハビリテーション中、内施運動にて右大腿部痛出現した。

（現症）右大腿部に著明な圧痛あり。X-P上Cementのdistal部から外顆にかけての斜骨折を認めた。

※治療方針の検討。

<第2部>

座長 梁瀬 義章 (北野病院)

4. 大阪府済生会泉尾病院 整形外科 中 紀文

【症例】44歳 男性 (主訴) 右大腿前面のしびれ、跛行

(現病歴) 10数年前より腰痛を繰り返し、10年前他医にて腰椎手術を受けた(詳細不明)。

平成9年9月誘因なく腰痛出現し当科初診。翌日右下肢全休のしびれ、筋力低下出現し、緊急入院。脊髄造影、CTM、MRI、椎間板造影等実施するも責任椎間決定できなかったが、症状寛解見られたため退院。12月症状再発し、精査加療目的に入院した。

(現症) 腱反射 両側膝蓋腱反射、アキレス腱反射正常

知覚 右下肢(主に大腿前面L2領域)の知覚鈍麻としびれ

筋力 股関節屈曲2/5以外は、著明な低下なし

大腿・下腿周径 左右差なし

画像 1) X-P: 右L3椎弓の外側への張り出し、L4上関節突起の上方への突出?

2) MRI、ミエロ、CTM: 脊柱管内には明らかな圧迫因子なく、L2/3外側椎間板ヘルニア?

3) 椎間板造形: L2/3外側への造影剤の漏出なし、再現痛もなし。

4) 神経根造影: L2神経根は、横走化していたが、再現痛なし。

L3神経根は、走行は正常だが、再現痛あり。

※責任病巣は、L2/3外側ヘルニアによるL2神経根障害か?

L3/4での脊柱管外での骨性要素によるL3神経根障害か?

5. 住友病院 整形外科 山田 真一

【症例】36歳 女性 (主訴) 腰背部痛・左下肢痛

(現病歴) 平成8年10月重量物を持ち上げた際、腰痛と左下肢痛が出現した。他院にてL4/5椎間板ヘルニアと診断され、保存的療法を受けたが症状軽快せず、当科紹介となった。初診時SLRT右は90度、左は40度陽性、左下肢の筋力低下を認めた。CTMにてL4/5の不安定性を伴った椎間板ヘルニアと診断し、平成9年4月、L4/5のPLIF+stefceVSPを施行した。術後、腰痛は改善したが、左下肢痛は改善せず、約10分の歩行で症状が増悪した。さらに背部～左側胸部痛が出現した。精査の結果、胸髄部にクモ膜嚢腫を認め、平成9年12月Th2-7椎弓切除及び嚢腫摘出術を施行した。現在リハビリ中である。

既往歴に甲状腺機能亢進症があり、手術を受けている。

(現症) PLIF術後9ヵ月、クモ膜嚢腫摘出術後1.5ヵ月の現在、現症は以下のごとくである。背部痛及び左下肢痛は軽減しているが、左大腿後面痛は坐位2時間で増悪し、臥位にて軽減する。両上肢にもしびれ感を訴える。神経学的所見は、両側PTR・ATRの亢進、左TA・EHL・EDL・Gastrocnemiusの軽度の筋力低下、sensoryは左L5・S₁領域に7/10のhypesthesia、hypalgesiaを認める。

※腰椎椎間板ヘルニアと胸髄クモ膜嚢腫が合併した症例に対する責任病巣の決定と治療方針について。

※胸髄クモ膜嚢腫の治療法、特に手術法について。

※本症例における残存症状の原因、および治療について。

6. 済生会中津病院 整形外科 中塚 洋直

【症例】59歳 男性 (主訴) 下肢不随意運動、筋硬直

(現病歴) 平成9年12月下旬突然腰部痛出現、翌日より両下肢の不随意運動と両下肢の筋強直出現、その後筋の強直が腹筋レベルまで上昇した。腰背部痛は徐々に消退するも、約7～10日間、下肢の不随意運動と筋強直が持続した。

(現症) 両下肢の運動、知覚は正常。上肢腱反射は正常。下肢腱反射亢進。アングルクローヌス両側陽性。バビンスキー陰性。徐々に項部硬直出現。腰椎穿刺にて血性髄液を認めた。

※MRIで胸椎部の硬膜内、クモ膜上に出血像及び腰椎部(馬尾神経内)にも出血像を認めた。血管造影で異常血管を認めなかった。これらの病態及び症状との関係、診断上、他に必要な検査、今後の治療の留意点等御教示下さい。

7. 北野病院 整形外科 大江 久之

【症例】13歳 男性 (主訴) 左手関節痛

(現病歴) 平成9年2月頃より左手関節痛及び変形を生じ近医受診となる。その際のX線像にて橈骨遠位端骨端線の閉鎖と尺骨の背側への脱臼を指摘され当院紹介受診となる。

(現症) 左手関節部で尺骨遠位端の背側への突出あり。遠位橈尺関節部の圧痛あり。左手関節の軽度可動域制限あり。X線上、橈骨遠位端骨端線の閉鎖を認めた。radial tilt 40、volar tilt 45、ulnar plus variant。

※この変形に対して、イリザロフ創外固定器を用いた仮骨延長による治療を試みた。このような変形に対する治療経験についてお聞かせ下さい。

<第3部>

座長 北野公造(済生会中津病院)

8. 住友病院 整形外科 町田 明敏

【症例】64歳 女性 (主訴) 左下腿腫瘍

(現病歴) 昭和56年頃より右膝痛、昭和63年頃より左膝痛出現。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。その後、両膝とも長距離歩行後などに疼痛を自覚するも独歩可能であった。平成9年9月頃より左下腿内側に疼痛を伴う腫瘍出現し、その後増大した。

(現症) 平成9年12月腫瘍切除術施行。その際、肉眼的には関節との連続性を認める Baker's cyst とそこから左下腿内側に垂れ下がる形で凝血塊を内含する嚢胞が存在していた。病理組織では、Baker's cyst 及び嚢胞壁にポリエチレン粉が存在し、それ貧食しているマクロファージの像が認められた。

※人工関節置換術後にポリエチレン磨耗粉が引き起こした嚢胞形成について。

9. 国立大阪病院 整形外科 岸田 友紀、村瀬 剛、尾原 善和、廣島 和夫

【症例】71歳 男性 (主訴) 右膝痛

(現病歴) 腎不全のため10年前から人工透析、30歳時肺結核。
平成9年5月頃より誘因無く右膝の腫脹、熱感、疼痛が生じた。精査目的で10月28日当科入院となった。

(現症) 入院時：右膝全周にわたり熱感を伴う腫脹があり皮下に波動をふれた。動作時痛(+)、

安静時痛(一)。-50°の伸展制限がみられた。歩行器での歩行は可能だった。熱発は認めなかった。
検査所見：CRP 10.0、ESR 80/H、WBC 6700。関節液は赤褐色粘稠だった。レントゲンで脛骨顆間隆起に cyst 様の透亮像をみとめた。

治療経過：平成9年11月12日関節鏡及び切開ドレナージを施行。関節滑膜、皮下組織の病理組織所見は epithelioidgranulomatous inflammation であり、培養の結果 Mycobacterium tuberculosis が検出された。結核性膝関節炎の診断で化学療法を開始した。現在化学療法開始後7Wだが、レントゲン上、骨透亮像の急速な拡大をみとめ治療に抵抗性である。

※長期人工透析患者における骨関節結核の治療方法について。

10.

大阪市立医療総合センター 整形外科 原 好延

【症例】29歳 男性 (主訴) 右膝痛、ロッキング

(現病歴) 平成7年1月、スノーボードで転倒。以来右膝外側の痛みあり。Locking 3回/日程度あるという。最大屈曲、外反を強制する肢位になると Locking がおこる。内反位を強制すると Locking は消失し、まったく普通になる。

(現症) 190cm 128kg Lachman end point あり正常 ADtest 正常、Ntest 時に陽性、Mc-Murray も時に陽性 (Locking 様)。Arthroscopy にて ACL 前内方線維弛緩、中間線維と後外方線維は比較的緊張あり。全麻下でも Lachman、ADtest いずれも正常。外側半月板後節部は関節包より剥離しており、Hook にて前方へ容易に移動できる。

※ 1) 外側半月縫合か切除か？

2) ACL 再建を追加すべきか否か？

3) Lachman 正常でも関節鏡視にて弛緩していれば切除再建は適切か？

4) 屈曲位の軽度の stability まで、再建 ACL は制動できるか？

11. 当日症例

<第4部>

特別講演

座長 濱田 博朗 (大阪臨床整形外科医会)

【前十字靭帯損傷膝に対する鏡視下手術】

大阪大学 医学部 整形外科 講師 史野根生 先生

日整会教育研修会認定 (N又はS) 1単位

大阪府医師会生涯教育研修 5単位

第15回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日：平成10年8月8日（土） 14：30～18：00

場所：参天製薬(株) 5階 センチュリーホール

<第1部>

座長 小松 堅吾（小松整形外科）
北野病院 整形外科 伊藤 秀夫

1.

【症例】29歳 女性 （主訴）腰痛、左下肢痛

（現病歴）平成9年はじめ頃より腰痛出現。その後しばらくして左下肢痛も出現するようになった。症状は増強、軽快を繰り返していた。

（現症）ラセーグ。右80° 左75°。

P S R正常。A S R両側やや低下。知覚L5レベルに低下。MMT EHL、FHL 左4と低下している。X-P上、L4/5椎間板レベルに骨化(+)…OPLL (L5/Sにも(+))

※同じ様な症例の治療経験、この症例に対する治療方針の決定につき御教授お願いします。

2.

住友病院 整形外科 廣田 健、山田 真一、山本 隆文
石山 照二、太田 信彦、西塔 進

【症例】51歳 男性 （主訴）腰痛

（現病歴）4歳時に右結核性股関節炎を発症。8歳時・病巣搔爬・右股関節固定術を施行された。35歳時より右股関節痛出現し、昭和62年、40歳時、Chiari 骨盤骨切り+コブラプレートによる右股関節固定術を施行された。しかし、直後より時々腰痛を自覚するようになり、腰痛が増強したため、平成10年7月当科を受診した。

（現症）平成10年7月現在の現症。独歩可能だが、歩行時に強い腰痛を認める。腰背部に圧痛はなく、両下肢の神経学所見に異常はない。Xp上、L3/4で椎間板腔の狭小化、MRIでL4/5にdisc herniaの所見を認める。右股関節に疼痛は認めず、固定肢位は屈曲30°、内外転・内外旋は0°。脚長差はSMDで右に4.5cmの短縮。

※①腰痛の原因はL3/4？ L4/5 disc hernia？

②治療法は？ 右THRあるいは腰椎に対する手術？

3.

住友病院 整形外科 山田 真一

【症例】34歳 男性 （主訴）腰部～両大腿後面の疼痛・しびれ、排尿遅延

（現病歴）平成2年頃（27歳時）腰痛出現し、当院初診し、Tethered Cord Syndromeの診断のもと手術を勧められたが、本人の都合で施行されなかった。その後、腰痛は続いていたが、平成9年8月より、両大腿後面の疼痛および両母趾尖端のしびれも出現した。9月には間欠性跛行が出現し、7年ぶりに当科を受診した。右下腿に軽度筋力低下を認め、両側ともSLRT 70度陽性であった。X-P上、多椎間に及ぶ椎間板変性を認め、MRIでは脊髓円錐低下、脊髓終糸が存在し、さらにL1/2レベルで脊髓は前方より軽度圧迫されていた。平成9年11月20日1、5椎弓切除および終糸切除術を施行した。

（現症）術後、両大腿後面の疼痛はやや軽減、右下腿の筋力も改善したが、腰痛・下肢のしびれ・排尿遅延は遺残、SLRTも不変であった。MRIで脊髓円錐の上昇は明らかではなかったが、L1/2

レベルで脊髄は後方に偏位し、脊髄の緊張が軽減していると思われる像を呈した。

※①Tethered Cord Syndromeの手術適応とその手術術式について。

②椎間板ヘルニア合併症例における治療方針について。

③遺残症状の原因とその対策について。

<第2部>

座長 廣島 和夫 (国立大阪病院)

4. 大阪市立総合医療センター 整形外科 井関 一道、松田 英樹

〔症例〕10歳 男性 (主訴) 脊柱変形

(現病歴) 神経線維腫症に伴い4歳頃より脊柱の変形が目立ち始め、前医で治療を受けていた。前医で、これまで3回の correction without fusion を施行されたが、いずれも何らかのトラブルが生じ、また脊柱の変形は徐々に進行していった。今回、父親の転勤にともない来阪し当科を受診した。当科でも再度 correction without fusion を試みた。

(現症) 単純レントゲン上、Th8 中心の後側弯変形が著明であり、cobb 角は78度 (Th5-Th11)、後彎角は76度 (Th1-Th11) であった。

※本症例のように著明な変形を呈する神経線維腫症にともなった後側弯に対して correction without fusion を選択することの是非について。

5. 北野病院 整形外科 野田 太一

〔症例〕75歳 男性 (主訴) 歩行困難、右膝関節伸展障害

(現病歴) 平成10年4月頃より右膝伸長障害および腰部～右大腿前面への放散痛の為、歩行困難となった。ミエログラフィー、CTミエロ、MRIの結果、L2神経根右側に腫瘍が確認された。平成10年6月16日、摘出術を行い病理診断の結果、Malignant peripheral nerve sheath tumor であった。平成10年7月6日、radiation 目的で他院へ転院となる。

(現症) (入院時)

PTR、↓ ↘、ATR → →

MMT: quadriceps 1 5、hamstrings 3 + 5

EHL、FHL 5 5 Lasague - -

右L2～L4領域に知覚低下。 Wasserman + -

※同様の症例の治療経験、今後の治療方針について討論したいと思います。

(放射線療法、化学療法、その他考えうる治療法の有無など)

6. 国立大阪病院 整形外科 田村 太資

〔症例〕52歳 女性 (主訴) 左肘関節腫痛

(現病歴) 平成4年3月頃、左上肢の腫脹、しびれにて発症。腫脹は寛解、増悪を繰り返す。平成5年5月頃より左肘関節にレントゲン上、石灰化陰影を伴う腫瘤を触知するようになり、また関節破壊像を認めるようになる。次第に石灰化陰影の増大、関節破壊が進行。滑膜性骨軟骨腫症と診断、腫瘍切除術目的にて入院。

(現症) 入院時、左肘関節は尺側へ脱臼、安静時痛は認めず、可動域制限、筋力低下はなかった。左C4～Th10レベルに触覚低下。痛覚消失を認めた。頸部MRI上アーノルドキアリ奇形、C2～Th1レベルに脊髄空洞症を認めた。このことより左肘関節の破壊は、脊髄空洞症に起因する Charcot 関

節と診断した。

※ Charcot 関節との診断の上での今後の治療方針。

<第3部>

座長 北野 公造 (大阪府済生会中津病院)

7.

大阪府済生会中津病院 整形外科 杉本 武

〔症例〕40歳 男性 (主訴) 右足関節及び左前足部の腫脹

〔現病歴〕近医で左前足部のX-P異常陰影を指摘され、平成10年6月8日初診。初診時のX-Pで右足関節には軟部組織の腫脹のみで明らかな骨傷を認めなかったが、左前足部第I、II趾MP関節の破壊像及び第III中足骨遠位に異常仮骨形成を認めた。

〔現症〕初診後、1ヵ月の入院時のX-Pで外傷なく右足関節内外果の骨折を認め、仮骨の形成が見られた。初診時より両下腿以下に知覚鈍麻を認めたが、筋力は正常であった。PTR亢進、ATR低下、梅毒反応及びツベルクリン反応に異常を認めなかった。右足関節及び左母趾MP関節穿刺液からはピロリン酸Caが検出された。電気生理学的には末梢神経病変を否定された。

※①神経病性関節症を疑ったが、もしそうならば原疾患は？

②他に考えられる疾患は？

8.

大阪府済生会中津病院 整形外科 星野 雅俊

〔症例〕64歳 女性 (主訴) 右下腿腫瘍・疼痛、左膝関節痛

〔現病歴〕今年の3月頃より右足部が腫れ、その後、下腿に腫瘤を触知するようになった。近医で経過観察されていたが、腫瘤の増大、疼痛が増強したため、紹介入院(6/30)。6/24の他院の血液dataはCRP 11.3、白血球7300、生化学のdataは正常。尚、入院時より左膝関節痛も訴える。

〔現症〕右膝膝窩部内側～下腿内側にかけて左痛を伴う腫瘤を触知。左膝関節水腫も認め、関節液検査でピロリン酸Caを検出した。MRIでT₁low、T₂high、CT(造影)でring enhanceを伴う腫瘤を認める。abscessなども疑って手術施行。ヒラメ筋と腓腹筋の間に被膜に包まれた腫瘤を認め、摘出した。術後、痛みは軽減した。病理検査では腫瘍細胞を認めず、壊死組織であった。(被膜は炎症性肉芽組織)

※①偽痛風との関連。

②痛みを伴った腫瘤の病態(筋膜炎?)。

③今後の追加検査。

④腫瘍性疾患との関連。

9. <開業医主治医から>

中嶋整形外科 中嶋 博章

〔症例〕57歳 男性 (主訴) 右上腕骨(中枢近位端・頸部)骨腫瘍、病的骨折

〔現病歴〕平成10年1月6日初診。約3ヵ月以前より右肩運動痛・自発痛次第に増強し可動範囲が減少して来ていたが、1ヵ月前頃より書字・打鍵等のため前腕を机上に保持しきれないような痛みを感じた。右上肢下垂位にするとやや痛みが緩解するが次第に肩関節の運動障害増悪として来院。

〔現症〕肩→上腕の筋萎縮著明。肩関節運動範囲は前挙:85°、内/外転:0°/50°、内/外旋:5°/5°。レ線像で上腕骨々頭部に及ぶ大きなTumorとその下端部で病的骨折を認め、頸部硬皮下に良肢位ギプス固定し手術のため転医。

※①Tumorの組織診断、検査所見。

②手術、術後経過。

<照会先病院 Dr から>

市立枚方市民病院 整形外科 森下 忍

【症例】57歳 男性 (主訴) 右肩関節部痛

(現病歴) 平成9年10月頃より誘因なく右肩関節痛出現。以後徐々に疼痛増強し、自動運動が不能になってきた。平成10年1月6日中嶋整形外科受診。右上腕骨近位の骨腫瘍および病的骨折を指摘され、ギプス固定を受けた。同年2月10日精査加療目的にて市立枚方市民病院に紹介入院となる。既往歴：なし。

(現症) 右肩関節は腫脹が著明であり、同部の運動痛も強く自動運動は不可能であった。

X線所見：上腕骨近位骨端、骨幹端部は骨融解性病変を認め著明に膨隆していた。切開生検により動脈瘤様骨嚢腫との診断を得た。同年3月31日腫瘍摘出術、人工骨頭置換術を施行した。

※問題点：治療法

10.

淀川キリスト教病院 整形外科 高見 勝次

【症例】39歳 女性 (主訴) 右下腹部腫瘤

(現病歴) 97年夏、右下腹部の腫脹に気づく、徐々に疼痛が増強し他医受診。11月25日腫瘍摘出術をうけた。98年1月から2月に50Gyの放射線治療、ADMによる化学療法をうけた。4月24日のCTにて右下腹部に6×4×3cm大のtumorを認め、局所再発が疑われ、当科紹介入院となった。

(現症) 右下腹部の手術瘢痕に一致して圧痛あり。MRでは腸骨筋と腹膜の間にT₁low、T₂very highの病巣があり、臼蓋上部の腸骨内にT₁low、T₂highの病巣が残存していた。

(組織診断はmesenchymal chondrosarcomaであった。)

※①腫瘍の切除範囲、再建の必要性の有無。

②再建するとすればその方法。

<第4部>

座長 西塔 進(住友病院)

11.

大阪回生病院 整形外科 田所 浩

【症例】84歳 女性 (主訴) 右肩腫脹・熱感・発赤

(現病歴) 約55年前に右肩脱臼歴あり、柔道整復師に整復された。当時の後療法は不明。以降重労働に従事していたが、多少の可動域制限はみられるものの特に右肩痛は出現していなかった。約10年程前より右肩の痛みと軽度の腫脹を認め、関節穿刺・投薬などの処置を受けていた。右肩痛・腫脹徐々に増悪みられ、関節穿刺にて血性多量の滲出液が認められるようになり、三角巾装着し平成10年6月19日当科入院となる。

(現症) 右肩腫脹・熱感・発赤著明に認められ、屈曲・伸展・外転・外旋ともに可動域10～20度と著しい拘縮・動作時痛認められた。X-Pでは、右肩関節に著明な変形性関節症を認め、右肩甲骨関節窩・肩鎖関節周囲に骨融解像がみられた。肩甲骨と上腕骨は直接接触しており上腕骨解剖頸遠位には骨侵食像がみられた。

※現在上腕骨の骨折防止のための装具装着下に安静をとっているが、当患者は抗生剤に対しアレルギー反応があるため観血的加療は難しく、治療方針の確立に困惑しております。ご意見お願いいたします。

12.

済生会泉尾病院 整形外科 南平 昭豪

【症例】68歳 女性 (主訴) 左臀部痛

(現病歴) 昭和63年左股OAに対し他院にて人工骨頭置換術施行。平成4年9月頃より左臀部痛出現し当科受診。歩行時痛自覚するも一本杖歩行可能であったが、左臀部痛徐々に増強し、平成10年4月より歩行困難となった。

手術歴：昭和56年腰椎椎間板ヘルニア ope。昭和60年 P L F。平成2年右 T K R。

(現症) 左臀部痛のため歩行能力はつたい歩き程度。もたれかかりながらの立位は1時間が限界。左股 P O Mは屈曲 80° 伸展 -20° 内転 0° 外転 15° 外旋 10° で運動時痛著明。

Xp：人工骨頭 outer head の内上方 migration の進行。stem 側、zone I の骨融解像の拡大を見るが stem の沈下はない。大腿骨 cortex は stem 先端内側を除いて著明に菲薄化。

※①大腿骨の cortex 菲薄化の原因。

②Stem revision の要否。

③OA に対する人工骨頭置換術の可否。

13. <開業医主治医から>

丹羽整形外科 丹羽 権平

【症例】62歳 男性 (主訴) RA

(現症) Dr を介して転院。その後平成5年初めに受診して後、入退院を繰り返している様です。

※①その後の経過 (検査所見。等)。

<照会先病院 Dr から>

北野病院 整形外科 大江 久之

【症例】62歳 男性 (主訴) 多関節痛、腫脹

(現病歴) 平成元年来の RA で丹羽整形外科にて加療をうけていた。平成4年頃より、両膝関節の腫脹が増強し、平成5年2月22日に、当院紹介受診となる。

以後、加療経過につき、症例提示の依頼がございましたので、報告致します。

(現症) 平成5年4月13日。 9月14日。両膝関節鏡視下滑膜切除術。

平成6年8月30日。 右膝鏡視下滑膜切除術。

平成8年5月23日。 8月6日。右肘右手関節滑膜切除術及び伸筋腱縫合術。

平成9年5月1日。 右肘軟部腫瘍摘出術。

平成9年11月6日。 右 T K A。平成10年2月10日。左 T K A。

※左 T K A 術後10日目に創部が一部哆開し、感染が疑われたため、2週間の持続洗浄を行った。退院後は近医にて経過観察中である。

14. 当日症例

<第5部>

特別講演

座長 池田 清 (関西電力病院)

【RA と OA の鑑別診断と治療】

大分医科大学 整形外科 教授 鳥巢岳彦 先生

日整会教育研修 (N又はR) 1単位

リウマチ財団教育研修 1単位

大阪府医師会生涯教育研修 5単位

第16回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日：平成11年2月6日(土) 14:30～18:10

場所：参天製薬(株) 5階 センチュリーホール

<第1部>

座長 西塔進 (住友病院)

1. 大阪市立総合医療センター 整形外科 並川 崇

〔症例〕55歳 男性 (主訴) 右大腿骨骨折

〔現病歴〕平成10年1月28日。交通事故にて右大腿骨、下腿骨骨折。(同側下肢複合骨折)受傷。同日、大腿、下腿骨に髓内釘にて骨接合術。術後7週で部分荷重歩行。9週で全荷重歩行許可した。平成10年12月12日、右大腿骨髓内釘折損し、手術目的にて12月16日再入院した。

〔現症〕1月28日受傷時は骨幹部3 part fracture。髓内釘折損後のレントゲンでは、第3骨片は末梢骨片とfusionしており、2 partとなっていた。骨シンチでは、大腿骨全体にAccumulation +、WBC、CRP、ESR等血液所見では感染性偽関節は否定的。

※①骨癒合が得られなかった理由。

②治療方法。－ 髓内釘の抜去方法。骨移植の必要性。等について

2. 北野病院 整形外科 野田 太一

〔症例〕66歳 女性 (主訴) 両上肢しびれ、筋力低下

〔現病歴〕慢性腎不全に対し、10年来の人工透析歴がある。平成10年6月頃より左肩甲部の疼痛が出現。7月頃より両手背全体のしびれがはじまり、以後両前腕～上腕に範囲が拡大した。レントゲン上、変形性頸椎症が顕著にみられた為、手術療法を行った。

〔現症〕両上腕～手部全体にしびれ感あり。特にC6領域に強い。

BTR → → BRR / / TTR / /

Hoffman、Wartenberg + +

MMT Deltoid 4 4 Biceps 4 4

Wrist flexors 4 4 Finger extensors 4 4

その他上肢筋力ほぼ5

clonus - - spastic gait (-)。

※手術方法について御意見をお聞きしたいと思います。

3. 大阪府済生会泉尾病院 整形外科 中 紀文

〔症例〕16歳 男性 (主訴) 右母指MP関節の亜脱臼

〔現病歴〕平成10年11月6日単車運転中、交差点で右折してきた乗用車と衝突して受傷。救急搬入され、レ線にて①右脛骨骨幹部骨折、②左 Bennet 骨折と診断。11月11日①髓内釘固定、②経皮的鋼線固定実施した。左手は母指外転位で7週間ギプス固定した。ギプス除去時、母指MP関節の掌側亜脱臼を認めた。

※①受傷機転は？

②治療法は？

4.

大阪府済生会中津病院 整形外科 星野 雅俊

【症例】12歳 男性 (主訴) 左外反足

(現病歴) 平成10年7月頃より左足関節部を自覚。平成10年9月初め、同部外反拘縮を自覚した。平成10年9月28日当科受診となった。

(現症) 初診時、左足部外反拘縮を認め、レントゲン像でも前足部外反を認めた。足関節可動域は背屈 右30° 左15°、座屈右50° 左15°、外反右20° 左20°、内反右5° 左-10°であり内反矯正時、足関節外側に痛みがあった。

また、左長腓骨筋の緊張が著明であった。後日MRIで長腓骨筋部にわずかな intensity の変化を認めた。EMGでは異常所見を認めなかった。

※①外反足の原因について。

②今後の治療方針について。

<第2部>

座長 北野 公造 (大阪府済生会中津病院)

5.

協立病院 整形外科 山崎 敏之

【症例】8歳 女性 (主訴) 右股部痛、跛行

(現病歴) 平成8年11月中旬から右股部痛。12月26日ごろから、増悪し、跛行を生ず。平成9年1月2日、午前0時ころから、発熱を伴い、救急外来受診。X線上、右股臼蓋に骨融解像。血沈48/98、CRP 1.0、白血球7800。腸骨骨髓炎疑い、抗生剤を点滴投与。平成9年2月15日軽快退院。

(現症) 平成10年5月9日、電話再診。股部痛なく学校生活に支障なしとのこと。

※①診断は骨髓炎で正しいか？

②腫瘍の可能性はないか？

③病巣搔爬は施行していないが、再発の可能性はないか？

6.

西宮市立中央病院 整形外科 阪上 彰彦

【症例】58歳 女性 (主訴)

(現病歴) 昭和57年慢性関節リウマチに罹患し、昭和63年人工骨頭置換術を施行された。術後3年目にOuter headの著明なcentral migrationと頸部の骨溶解像を認めた。Candida albicansが同定されたため、2回搔爬洗浄の後、平成4年再置換術を施行した。平成7年(再置換術後2年9ヶ月日)に瘻孔出現し、Staphylococcus capraeが同定された。入院加療すすめたが拒否されたため、経口抗生剤を投与し経過観察をおこなった。現在1本杖で歩行可能であるが、JOA scoreは48点(疼痛20点、可動域15点、歩行能力5点、ADL8点)である。瘻孔は閉鎖したが、レントゲン上、臼蓋側コンポーネントは上方にmigrationし、大腿骨側はステムの沈下はないものの小転子部分の骨溶解が拡大してきた。慢性関節リウマチの炎症により感染沈静化の予測が困難であった症例に二次的再置換術を施行したが再発した。瘻孔は閉鎖したが、骨欠損が拡大してきたことより、早期に外科的加療を選択すべきであったと考える。

7.

住友病院 整形外科 小野 剛史

【症例】63歳 女性 (主訴) 左股関節痛

(現病歴) 1979年変形性股関節症に対してTHR施行。その後looseningを伴う大腿骨骨折により1989.5.12にlong stemのcement使用の再置換手術を施行した。その後の経過中再度のloosening

とともに左大腿部痛が出現。細菌培養により St. aureus、St. faecalis、St. epidermidis が検出され、THRの遅発性感染と診断した。なお合併症としてコントロール不良の糖尿病と子宮癌摘出後の陰部神経麻痺があり、糖尿病のコントロールの獲得の後、1993.3.12 人工関節抜去、瘻孔切除、病巣搔爬の後、ケフドール、カナマイシンを混入したセメントビーズを充填した。1994.6.29 cementless long stem の再々置換術を施行。術後3年は突発的に炎症反応が認められるも最近の1年は明らかな炎症所見を認めていない。

(現症) 股関節再々置換術後4年半の現在、WBC 6000。CRP 0.3未満にて左股関節痛を認めていない。

※THR後のコントロール不良の糖尿病と陰部神経麻痺の合併症を持つ遅発性感染に対する治療方針について

8.

住友病院 整形外科 廣田 健

[症例] 33歳 男性 (主訴) 右股部痛

(現病歴) 平成5年2月12日某病院で右大腿骨頭壊死の診断下にて大腿骨頭回転骨切除を施行された。3月初めに創部に感染を合併した。以後4回の病巣搔爬されるも感染は鎮静しなかった。平成5年12月6日当科紹介となり、瘻孔より膿の流出を認め、培養にて嫌気性菌 Peptostreptococcus magnus を検出。平成5年12月20日に病巣搔爬を施行した。以後持続洗浄および抗生剤点滴投与を施行したが、感染は鎮静化せず、さらに平成6年8月9日右大腿骨頭部骨折を生じたため、病巣搔爬、セメントビーズ、充填術施行。以後感染は鎮静化し、平成7年2月24日セメントビーズ抜去、右THR施行した。

(現症) 右股関節には時にpainを感じる程度。右股関節のROM屈曲100°、伸長10°、内転30°、外転30°、内施30°、外施60°。CRP陰性、BSG 1mm/hrと感染徴候は認めていない。

※前回発表させて頂いた以後の経過を報告させていただきます。

9.

高槻赤十字病院 整形外科 北野 直

[症例] 45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、平成2年12月多数の小軟骨片を含んだ滑膜の切除を行った。その後繰り返す再発のため平成5年1月、平成6年4月に滑膜切除術を行ったが、可動域の改善は得られなかった。その後希望転院し平成7年6月兵庫医科大学にてカップ関節形成術を受けた。

(現症)

股関節可動域	術前(平成2年12月)	前回報告時(平成6年6月)	現在(平成11年1月)
屈曲	60°	60°	70°
伸展	-30°	-10°	0°
外転	10°	20°	10°
内転	10°	10°	20°
外施	5°	0°	30°
内施	-5°	0°	20°

※平成6年8月の第7回本検討会に症例を提示した。その後の経過を報告する。

<第3部>

座長 梁瀬 義章 (北野病院)

10.

大阪府済生会泉尾病院 整形外科 中 紀文

【症例】12歳 男性 (主訴)左手関節痛

(現病歴)平成9年1月14日バスケットボールのリングにぶらさがっていて転落。近医受診後、レ線にて左橈骨骨折と診断され当科紹介となった。

(現症)初診時手関節は腫脹およびスプーン状変形を示していた。肘関節周辺に腫脹は見られず疼痛の訴えもなかった。レ線上、橈骨遠位 metaphysis と尺骨茎状突起部での骨折を認めた。肘関節には明らかな骨折や脱臼を認めなかった。

同日局所麻酔下に Kapandji 法にて整復し、経皮的鋼線固定を行った。術中肘関節の不安定性には気付かず、前腕ギプスとした。翌日より徐々に前腕、肘関節周辺の腫脹出現し、肘関節痛を訴えた。第4病日再度レ線撮影を行ったところ、肘関節後方脱臼を認め、全身麻酔下に徒手整復術を行った。整復は容易に得られたが、肘関節を進展していくと容易に脱臼した。術後は肘関節90°でシャーレ固定とした。整復後、6週間のシャーレ固定とし、可動域訓練を開始した。受傷後9ヵ月橈尺骨遠位端骨折は癒合し、手関節、肘関節のROMはfullで、不安定性は消失している。

11.

大阪通信病院 整形外科 生島 香

【症例】53歳 男性 (主訴)右大腿骨偽関節及び短縮

(現病歴)平成3年12月7日交通事故で右大腿骨骨幹部開放骨折。同年12月9日他医にてA.O. plateによる観血的整復固定術施行したが偽関節となったため当院受診。平成4年5月19日A.O. plate 抜去。髓内釘固定術施行するも再度偽関節となり、大腿骨長の短縮も認めた。平成6年7月12日創外固定器にて偽関節部の再接合及び大腿骨遠位部での仮骨延長を施行した。

(現症)術後7ヵ月の時点で脚長差は0.5cmとなったが、膝関節可動域制限(屈曲0°~35°)を認めた。X線像で骨延長部の仮骨折域は良好であったが、骨接合部は側面像で一部透過像を認めた。前回検討会にて以下の問題点につき検討された。1. 偽関節部の骨癒合の評価。2. 創外固定器の除去の時期。3. 膝関節可動域の改善方法。

※①平成7年4月(術後9ヵ月)よりDynamisationを開始し1ヵ月後のX線像でDynamisation前と変化を認めなかったため偽関節部創外固定を除去し延長部のみの固定とした。

②延長部のみの固定で荷重開始したが、ピン刺入部の感染のためリハビリテーションは一時中断した。感染の鎮静後荷重を再開し、平成8年3月全荷重可能となった。平成8年4月11日(術後1年9ヵ月)創外固定を除去した。

③膝関節の拘縮は創外固定除去時、屈曲0~20°と高度に拘縮しており退院後、他医にて観血的授動術施行。可動域0°~100°に改善している

12.

星ヶ丘厚生年金病院 整形外科 山田 裕三、大脇 肇、河井 秀夫

【症例】58歳 女性 (主訴)右大腿頸上部痛

(現病歴)昭和53年発症のRA stage 4、class 3、ムチランス型。昭和62年4月、プレドニン5mgより投与開始し、その後平成6年頃より現在まで10-15mg/日投与中である。その後多関節および脊椎手術を施行。

平成5年6月11日より誘因なく左鼠径部に疼痛が出現したが単純X線写真にて異常所見を認めなかった。同年6月20日再度の単純X線写真にて左恥骨、左坐骨に骨折を認めた。恥骨部生検では

Callus のみで悪性細胞は認めず、骨塩定量にて著明な骨塩低下を認めたため Osteoporosis による病的骨折と考えた。病的骨折は治療したが、平成 9 年 5 月 15 日、公園で臀部より転倒し右膝痛が出現したため再度当院入院となった。

(現症) 右膝屈曲 90 度にて自動運動不能。大腿顆上部に圧痛と腫脹があり、単純レントゲン写真にて右大腿骨顆上骨折を認めた。CRP 12.9 RF 284 GOT 82 GPT 122 yGPT 834。

※①今症例は肝機能障害により手術療法が困難であったため保存的療法をしたが、一般的にこのような症例における治療方針は？

②RA における骨粗鬆症における薬物療法は？

③RA における病的骨折発症時の鑑別診断のための検査の進め方は？

13.

北野病院 整形外科 岡本 幸大

【症例】76 歳 男性 (主訴) 右 (>左) 膝関節痛

(現病歴) 数年来の右 (>左) 膝関節痛が平成 5 年に悪化し、当科受診。平成 5 年 3 月に偶然右下肢の ASO を指摘され、5 月に PTA を施行後 TKR 目的に当科入院した。入院時、両膝に変形性関節症変化を認め、可動域は左右共 10-110 度。右足背動脈は触知せず、血管造影にて右膝窩動脈ではほぼ完全閉塞を認め、PTA 施行後も指尖脈波上脈波は見られなかった。入院後まず左膝関節に TKR を施行した。

(現症) 右 TKR については、complication risk が高いと判断し、平成 5 年 12 月脛骨髓腔拡大術 (イリザロフ法) を行った。平成 6 年 3 月抜釘後のアンギオグラフィーでは、popliteal は collateral a. が feder となりうすく造影され平成 5 年 10 月より多少 collateral が増加。骨髓腔は造影出来なかったが、右足の指尖脈波が認められるようになった。

14.

大阪府済生会中津病院 整形外科 北野 公造

【症例】37 歳 女性 (主訴) 頸部腫瘤、肩凝り

(現病歴) 16 ~ 17 歳の時、頸部左側の腫瘤に気付くも、徐々に触れにくくなったため放置。20 歳の頃、再び触知されるようになったため、近医受診、脂肪腫と言われた。再び放置、平成 7 年 8 月頃、肩凝りを訴え近医受診。甲状腺腫瘍を疑われ、某病院耳鼻科を紹介された諸検査の結果、整形外科的疾患を言われ当科初診。左胸鎖乳突筋直下に表面平滑な 3 cm × 2 cm の軟かい腫瘤を触れる。左痛はごく軽度、放散痛はない。運動・知覚は上・下肢共正常であるが、腱反射の亢進病的反射を認めた。膀胱直腸障害はない。ADL には障害なく、テニスを楽しんでいる。

<第 5 部>

特別講演

座長 廣島 和夫 (国立大阪病院)

【循環器系危険因子とライフサイクルとしての習慣的運動】

朝日大学歯学部 内科 教授 渡辺郁雄 先生

日整会教育研修 (N 又は S) 1 単位

大阪府医師会生涯教育研修 5 単位

第22回(平成10年度)大阪府医師会医学会総会

「リウマチ科」標榜の実態調査

OCOA理事 堀 木 篤
 OCOA会長 三 橋 二 良
 OCOA副会長 服 部 良 治

目的: 関節リウマチの患者数は全国で約60万人とも言われる。在宅ケアを必要とする疾患は、脳卒中、痴呆、骨折について関節リウマチが挙げられているように、関節リウマチは関節の機能障害をおこし要介護になる患者も少なくない。平成9年度の厚生省の報告によると、10.8%の患者が寝たきりになるとされている。リウマチ友の会、リウマチ財団の働きかけで「リウマチ科」が平成8年9月から自由標榜科として認められるようになった。従来、患者サイドからみて何科を受診したらよいか困ることが多く、「リウマチ科」標榜は大きな要望であった。平成8年、本医会が催したリウマチのシンポジウムで、参加者にアンケートをとったところ、整形外科を受診している患者は64%、内科へは20%、リウマチ科へは10%、その他6%という結果であった。こうしたことから患者はさまざまな科を受診していることがわかる。また、患者の希望として標榜科の実現、専門医への受診があげられた。「リウマチ科」が自由に標榜できるようになり、患者にとりアクセスが便利になったと期待されているが、医療サイドがどのように対応したか興味があるので本調査をおこなった。

方法: 対象は大阪臨床整形外科医会会員、324人に対し表1の内容でアンケート調査をおこなった。

結果:

- (1) 回答は148人(回答率45.7%)
- (2) 標榜の有無 標榜しているが78人(52.7%)、標榜していないが70人(47.3%)であった。



- (3) 認定医資格の有無(図1) ありが93人(62.8%)、なしが55人(37.2%)で資格ありのうち約半数が複数の資格を持っていた。
- (4) 「リウマチ科」標榜群(図2) 認定医資格ありが63人(80.8%)、なしが15人(19.2%)で、圧倒的に資格を持つ人が多かった。
- (5) 「リウマチ科」非標榜群(図3) 認定医資格ありが30人(42.9%)で、なしが40人(57.1%)となり、資格なしが多い。
- (6) 医師の年齢 標榜群は平均52.7才、非標榜群は平均58.3才で、非標榜群の方が年齢が高かった。
- (7) 標榜しない理由として、リウマチは整形外科の中に含まれるので特に標榜の必要はない(15人)、リウマチの治療は難しい、不

得意 (12人)、認定医でない (5人)、高齢のため (2人)、その他 (4人)、予定中である (9人)であった。

考察:回答率は45.7%と低かったが、傾向を知ることができた。認定医の資格を持つ者が約60%あり、リウマチに対して関心を持ち研修をつづけていることがわかる。また非標榜群の中でも認定医資格を持つ者が約40%あり、標榜と資格は必ずしも一致していない。興味深いことに、標榜しない理由に、リウマチは整形外科の一分野であり、特に標榜する必要がないと答えた人が15人あり、骨・関節を対象とする整形外科医にとっては当然のことかも知れない。予定中の9人を加えると、102人(68.9%)が現在積極的にリウマチ治療にかかわっていると考えられる。

リウマチの治療は画一的でなく、診診連携、病診連携を必要とする全身疾患であるため、診断、治療に困難を感じることも少なくないが、[リウマチ科]標榜は患者サイドからみて、窓口であり、アクセスできたという大きな意味を持つものでもあるので、医療サイドもこれに答える必要があると思われる。

表1 方法:アンケート内容

- | | |
|-----------------------|-------|
| (1)日本整形外科学会認定リウマチ医である | ない |
| (2)リウマチ財団登録医である | ない |
| (3)リウマチ学会認定医である | ない |
| (4)「リウマチ科」を標榜している | していない |
| | 予定である |
| | 予定なし |

標榜していない場合は理由を

理由

(N:148)

あり 93 (62.8%)
なし 55 (37.2%)

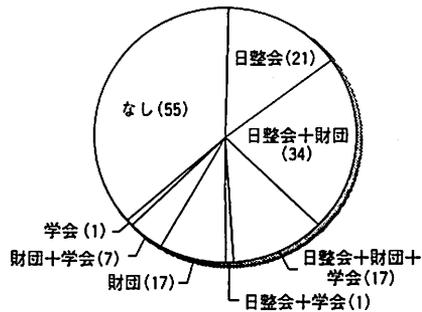


図1 認定医 資格の有無

(N:78)

認定医資格あり 63 (80.8%)
認定医資格なし 15 (19.2%)

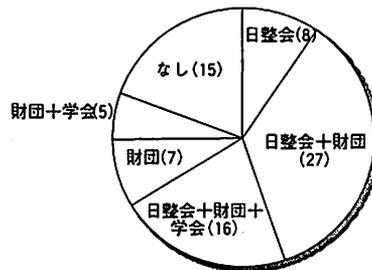


図2 「リウマチ科」標榜群

(N:70)

認定医資格あり 30 (42.9%)
認定医資格なし 40 (57.1%)

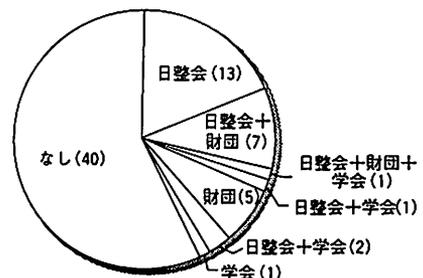


図3 「リウマチ科」非標榜群

振戦の病態と治療

—パーキンソン病を含めて—

[他臨床医学会誌から 大阪内科医学会誌(平成10年9月)第7巻、第2号、77頁~85頁]

高井恒夫

手や足の振戦で整形外科医が脊髄疾患との鑑別を要したり、時には治療の必要のある場合があります。そこで今回は神経内科医の書かれた「振戦」を取り上げることにしました(枚方市 須藤医院 須藤容章)。

振戦には種々の病態があり、種類により治療法が異なり、また一部には治療できないものもあります。

(1) 安静時振戦: 筋肉をリラックスする時に強く出る振戦で、安静時に手を膝の上に置いている際には非常に揺れているのに、「指を鼻につけて下さい」と指示して、いったん手を動かし始めると振戦はピタリと止まり、動作をするのにそう不自由はないのはパーキンソン型振戦です。パーキンソン病の時には丸薬をまるめる動き、札束を数える動き、小幅歩行、すくみ足、前かがみ姿勢がみられます。パーキンソン病の治療薬にはアーテン、L-ドーパがあり、場合によってはリボトリールも一部有効です。

(2) 姿勢時振戦: 一定姿勢をとって適当に筋肉を収縮させると出る振戦で、指・指試験で決闘者兆候があらわれることにより振戦が観察されます。これは本態性振戦の特徴であり、治療薬としてはβ-ブロッカー(アルマール、インテラル(10mg)) 1~2錠/日とクロナゼパム(リボトリール(1mg)) 1~2錠/日のいずれか、または両者併用が有効です。本態性振戦は症例も多く、治療可能で患者さんに大変喜ばれます。しかし喘息、肺気腫、徐脈の不整脈のある人に対する使用には注意が必要です。

(3) 運動時振戦: 安静時には振戦は出ず、運動している最中に強くなる振戦で、指・鼻試験で運動の最中に手指が揺れているかどうかを観察します。小脳失調の際に見られる振戦で治療法はありません。

この他に治療法のない振戦を来す疾患としては筋萎縮性側索硬化症、筋ジストロフィー、脳血管障害によるものがあります。



serpent

蛇。日本における干支の巳同様、蛇は古くからもっとも霊的な動物とされ、紋章図としても珍しくはない。蛇特有のとぐろを巻く図形 (nowed) をはじめさまざまな姿態で登場するほか、ミラノ伯ヴィスコンティ家の「子供を呑み込んだ蛇」(図左)、マーキュリーの杖で知られるカドゥーシャス (caduceus 図中央)、ギリシアの医神アスクレーピオスの棒 (rod of Aesculapius 図右) など有名な図形もよく見かける。

第15回淀川整形外科懇話会について

淀川区 福井整形外科 福井 宏有

私は大阪市淀川区の地下鉄の御堂筋線の東三国で整形外科を開業して18年になりますが、最近は特に医師同士の連携が極めて重要だと感じるようになりました。

それで淀川の北部での中心をと考え

第一回は淀川区の「大学の医学部で整形外科教室に属しておられた先生で開業されていた方々と11ある病院の整形外科部門」を私自身が全てを回りをまわして、開催いたしました。特に十三市民病院の鈴木前院長、並びに河田現院長には今日までずーと世話になりっぱなしです。

昭和37年の広実病院の広実 寿先生や昭和38年松測信也先生の参加も戴くことができました。

第二回は東淀川区を回り、淀川キリスト教病院や浜田整形外科並びに横井整形外科を中心に全ての整形外科をまわりました。

第三回は西淀川区の第一病院を中心に斎藤整形外科の先生などにお世話になりつつ、開業されている先生方や全ての基幹病院を訪問し全ての方にお会いすることができました。

患者を集めるためにも、同じ患者が移動しているだけです。緊密な関係が必要です。これからは若いドクターの協力も心がけていき交流していきたいとおもいます。二世、三世の時代です。

淀川区は十三市民病院を中心に大阪市立大学の先生方を中心に

東淀川区は淀川キリスト教病院等神戸大学、浜田整形外科の大阪大学

西淀川区は第一病院の京都府立医科大学や兵庫医科大学

各大学は大学の医局というシステムを介して大学病院への患者をあつめることを実行していますが、その地域にはどのようなメリットがあるのでしょうか。私はそれを乗り越えるために開業してからは、なかなか大学の医局に積極的に接触することが難しいと感じてきましたので、地域の患者さん達という原点に戻ってみようと、三淀の先生方には横断的にいろんな大学に属したり、いろんな科に居られた先生方



と接することができました。たとえば私は和歌山医大整形外科に約7年おり、3年位救急を経験しております。それから阪大の整形外科に入っております。

淀川整形外科懇話会 99年3月6日

演題名：手の外科の小経験

近畿大学医学部堺病院 菊池 啓

抄録：近畿大学医学部整形外科において、演者が経験した手(上肢)の外科症例について一部を報告する。

(1) 先天性橈尺骨癒合症のlocking現象に対する橈骨頭切除2例は術後10年以上経過して、約15度の側方動揺性を示したが、ADLと症状の改善に有効であった。

(2) RA手に対するレーザー治療は、反復効果より即時効果に優れ、stageの低い症例で有効であった。

(3) 外傷指変形やRA指・肘に対する人工関節置換術を経験した。RA肘ではステム付セメント固定を行ってから成績は向上した。

(4) 手根管症候群に対する従来法と鏡視下法を比較検討したところ、3ヵ月後の成績に差異を認めなかった。

(5) DRUJに対するS. Kapandji法の固定材料は変遷し、現在は吸収性PDS pin 2本で固定している。材料による成績の差異はなく、骨髄占拠率の少ない本法は有用である。

(6) 反復性肩関節脱臼に対し鏡視下Bankart修復とレーザーによる関節縫縮を行っている。

臨床整形外科医と介護保険

OCOA会員 甲斐敏晴
(JCOA介護保険委員)

本年10月から要介護認定作業が始まります。いよいよ介護保険制度が始動することになります。今までは介護保健制度に対して、対岸の出来事として考えていた事が身近なものとして対応していかなければならない時期となりました。好むと好まざると、この制度と何らかの形で係わり合いが生じることは確実です。

そこで昨年暮れ、日本臨床整形外科会員を対象とした「介護保険を視野に入れた整形外科の展望に関するアンケート」の調査結果より臨床整形外科医の現況と今後の取り組みを検討していきたいと思います。

このアンケートの目的は居宅サービス、施設サービスに対して、会員がどのようなサービスを実施しているか、又、今後どのようなサービスを行う予定であるかについて調査し、介護保険に対して如何に対応するかの資料としたものです。

このアンケートは日本臨床整形外科会員4,860人にアンケートを出し、1,526人の回答を得ました。回収率は31%です。

1) 在宅医療をしていると思うか？

	計	比率		
		病院	有床診療所	無床診療所
思う	355 25%	35.1%	26.0%	21.8%
思わない	879 62%	53.6%	61.7%	64.1%
どちらともいえない	187 13%	11.3%	12.3%	14.1%

(診療所のうち経営別に分類すると)

	思う	思わない	どちらともいえない
ビルの1室を間借り	30 18%	117	24
自宅とともにある	125 23%	342	86
自分の建物だが離れた所	125 28%	274	52
その他	16	36	7



- ① 回答した会員4人に1人が在宅医療をしている。
- ② 在宅医療は診療所より、病院の方が積極的である。
病院は3人に1人。有床診療所は4人に1人、無床診療所は5人に1人。
- ③ 診療所のうち、ビル経営の先生方が在宅医療にやや無関心である。

2) 実践しているサービス及び開設を考えているサービスは

全1,526件中(病院216件、有床診療所503件、無床診療所807件)

	実践	開設考慮	備考
老人デイケア	156	120	10件の内1件
老人デイサービス	33	85	
訪問リハビリステーション	100	169	訪問リハビリは必要だ
訪問看護(医療機関から)	203	154	7件に1件
訪問看護ステーション	65	65	
訪問診療	323	165	5件に1件
ホームヘルパー派遣事業	21	56	
福祉用具貸与	31	53	
福祉用具販売	33	27	
福祉用具の経営	10	21	
グループホーム(痴呆対応型)	2	33	
有料老人ホーム・軽費老人ホーム	7	31	
ショートステイサービス	72	66	
老人保健施設	61	30	
療養型病床	83	162	今後更に増加する傾向
在宅介護支援センター	53	51	
身体障害者療護施設	10	20	若い障害者を対象

- ① 実践中の主なものは、訪問診療、自院からの訪問看護、老人デイケア、訪問リハビリ、療養型病床の順である。
- ② 開設考慮中のものとして療養型病床、訪問リハビリ、福祉用具貸与が多い。
- ③ 病院は訪問看護、訪問診療、老人デイケア、療養型病床群が主である。
- ④ 有床診療所は訪問診療が特に多く、老人デイケア、訪問看護と続き、開設考慮中の内、療養型病床群が多い。
- ⑤ 無床診療所は「実践中」「考慮中」とともに少ないが、訪問リハビリ、老人デイケアを考慮中のものが多く、今後積極的に在宅医療に参入する意欲がうかがわれる。
- ⑥ 無床診療所のうち「ビル診」の在宅医療が一番少なく、今後このグループの在宅医療参入がポイントとなる。
- ⑦ 現在の診療所の経営形態については、JCOA会員回答者約1,300ヶ所のうち、「診療所と自宅が一緒」が約600ヶ所、「診療所と自宅が別」が約500ヶ所、そのうち「ビル診」が約200ヶ所となっている。「ビル診」の方は、診療所と自宅の距離が平均2～5km離れている。「自分の診療所と自宅」の方は、2km以内が多い。

ここで要介護認定と介護サービス計画（ケアプラン）が出来る迄を簡単にまとめると以下の通りになります。

☆要介護認定 市町村が実施

- ①全国共通の調査票を使用して、被保険者の心身の状況把握を訪問し面接調査を実施。
(市町村または市町村から委託を受けた介護支援専門員)
- ②かかりつけ医の意見書作成。
- ③コンピュータにて要介護の判定（一次判定）
介護認定審査会
一次判定の結果をかかりつけ医の意見書と訪問調査票の特記事項をもとに審査を実施。(二次判定)
- ①要介護状態の軽減又は、悪化防止のために必要

な療養について意見を述べる事ができる。

- ②サービスの適切・有効な利用について意見を述べる。
例えば「リハビリの重点的な利用が望ましい等。」

☆介護サービス計画の作成 介護支援専門員（ケアマネージャー）が実施
被保険者の状態把握・課題分析
(健康状態・日常生活動作・家族の状況等の評価)

☆サービス 担当者会議（ケアカンファレンス）
介護支援専門員（ケアマネージャー）が立てたケアプランに基づいて、各機関の担当者が出席。
その際に、サービスの種類や回数について検討。

☆介護サービス計画の決定
介護サービスの基本方針、目標。
サービス内容（種類・回数）

整形外科医が一番意見を出しやすいのは、介護認定審査会である。その次に意見を言えるのが、サービス担当者会議である。

3) 介護支援専門員について

①介護支援専門員の試験を受験しましたか

	受験した	受験していない	回答なし	
病院	43	20%	170	3
有床診療所	105	21%	394	5
無床診療所	114	14%	672	21
計	262	17%	1,236	29

②介護支援専門員試験の受験者年代別は

	受験した	受験していない
30代	10	37
40代	90	325
50代	93	369
60代	60	371
70代	9	126

③受験しなかった理由

	件数	病院	有床診療所	無床診療所
興味なし	166	6	51	109
受験勉強の時間なし	103	19	39	45
活動できない	493	78	128	287
医者の仕事でない	200	27	78	95
必要ない	326	24	88	214
その他	159	33	62	64

④在宅医療を行っている人の受験は

在宅医療を行っている人は	44%
在宅医療を行っていない人は	12%

であり、

圧倒的に在宅医療を行っている人は介護支援専門員試験を受けています。

⑤試験結果

JCOA会員の所の介護支援専門員の試験の結果についての集計からみて、医療機関・職種別の合格率では、無床診の准看・看護婦が、病院・有床診に比べ、一番高い。

医師合格者数7,563人に対して、鍼灸・柔整師1,996人、特に大阪は多く323人である。

医師・理学療法士・薬剤師・社会福祉士の合格率はほぼ同じ(70～80%)である。

⑥介護支援専門員の試験に合格した人がケアマネジメントの業務に参加するか？

する	109人	63%
しない	64人	37%

ケアプランの作成に積極的に参加する傾向である。

⑦介護認定審査会の委員に指名されたか？

された	115人	8%
されない	1,266人	92%

⑧最初の訪問調査の依頼があった時に

する	85人
しない	88人

約半分の先生が自分であると答えているが実際、訪問調査への参加は非常に煩雑で不可能である。

⑨逆に介護認定審査会の委員になることに

なる	228人	17%
ならない	1,148人	83%

ぜひ介護認定審査会委員になってほしい。

⑩その内介護支援専門員の試験を受験した人

が介護認定審査会委員になることに

なる	81人	33%
ならない	163人	67%

整形外科医が意見を出しやすいのは、介護認定審査会とサービス担当者会議である。アンケート提出時には介護認定システムがあまり分かっていない様に思われる。

以上、アンケート調査から、回収率が約1/3であること、回答しなかった先生方の多くが在宅医療にあまり興味を持っておられないことを考えると、臨床整形外科医の在宅医療への参加が非常に少ないと云わざるを得ないと思います。この傾向は都市部の先生に強く、OCCOA会員として考え直す必要があります。しかも、この事は柔整師の在宅医療の参入に関係していく恐れもあります。全国で柔整師、及び鍼灸師が介護支援専門員試験に合格した数は2千人におよんでいます。大阪は特に多く、323人に達しております。

今後、介護保険制度の福祉サービスの中に訪問リハビリが組み込まれています。もし訪問リハビリサービスに大きな支障が生じるようであれば、柔整師の訪問マッサージが検討されてくることにならないかと危惧されます。我々整形外科医もこの問題に対応していく必要があります。介護保険制度は、未だ多くの不明瞭な点が多くありますが、今後検討され、徐々に整備されてくるものと思われます。我々臨床整形外科医は今後、在宅医療、介護保険制度に積極的に参加すべきです。在宅医療に対しては、自ら訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ等による参加をしながら、又地区医師会における「かかりつけ医」のシステムの中で診、診連携による参加をしていくべきです。

一方、介護保険制度に対しては、近々、行政、医師会より介護認定審査委員の要請が先生方にあります。その時には、初めが肝心です。

参加の意向をお願いします。以上、整形外科医と介護保険制度についてまとめてみました。

肋骨々折の疼痛に柴胡桂枝湯十消炎鎮痛剤

日本整形外科学会 認定医
日本東洋医学会 専門医
枚方市 須藤医院 院長

須藤 容章

柴胡桂枝湯は比較的守備範囲の広い薬剤で良く用いられています。鎌野¹⁾によりますとこの方剤は比較的体力のない「虚証」の人に適応する処方とされ、「胸脇苦満」、胸の痛み、自然発汗、悪寒、食欲不振などの症状を使用する際の目標としています。「胸脇苦満」とは肋骨の下端のすぐ下の腹部に圧迫感があり、押すと抵抗感を覚える症状をいいます。また清原²⁾は肋骨々折による疼痛、帯状疱疹による疼痛、特発性の肋間神経痛に対して柴胡桂枝湯に消炎鎮痛剤を併用すると鎮痛効果が一層増強されると述べています。筆者もこの併用法を愛用しています。

症例

K. K. 74歳 男
主訴、右胸部痛
病名、右第10肋骨々折

現病歴

平成10年11月4日、自転車にて走行中に單車と接触し、右胸部を強打し、疼痛のため大きな呼吸ができないということで、受傷直後に当院を受診しました。

右第8、9、10肋骨に圧痛が認められ、X線上、右第10肋骨の骨折が確かめられました。そこで肋骨をバストバンドで固定するとともに、ツムラ^⑩：柴胡桂枝湯7.5gとロキソニン3錠を3分服するように投与しました。翌日には疼痛は軽減し、バストバンドは3日間で放棄し、服薬は8日間続けました。10日目には圧痛も消失し、1カ月後に交通事故の治療を打ち切りました。

筆者は胸部痛に対するこの処方を高齢者、虚弱な人のみならず、若くて元気な人にも用いて喜ばれています。

この併用法により肋骨々折の疼痛、帯状疱



疹の疼痛は、鎮痛剤単独使用の1/2～1/3の期間で軽快するようです。

<文献>

- 1) 鎌野俊彦：腰痛、肩こり、関節痛によく効く漢方、世界文化社、182頁、1990年。
- 2) 清原六郎：整形外科領域における西洋薬剤と漢方方剤の併用療法の実際、有地滋編、東洋学術出版社、281頁、1986年。
- 3) 難波恒雄：原色和漢図鑑（下）、保育社、125頁、昭和59年。



柴胡

治療中に腕時計が止まった —マイクロ波治療器の使用上の注意事項について—

大東市 前野整形外科クリニック 前野 岳 敏

平成10年度、“骨と関節の日”の記念事業の一環として行われた腰痛についての電話相談の時、小生が担当した河内ブロック、10月11日の相談の第1例目はこのような訴えで始まった。その48歳の女性本人からの苦情の要旨は、次のようなものであった。

交通事故で約1年間、近医にてマイクロ波治療器による腰部の治療をうけた。その治療中に腕時計がよく止まった。不審に思って、マイクロ波治療器のメーカーに電話をして、尋ねたところ、マイクロ波は電磁波なので、時計やフロッピーに影響を与える事がある、との事であった。整形外科等の医療機関は、これからは電磁波を治療に使う時には、携帯電話の場合と同様に、大きく注意書きを貼るとか、セイフティボックスの設置等の配慮がほしい、との事であった。

小生の返事は『おっしゃる通りです。他の先生方ともよく相談をしてみます』と答えるのが精一杯であった。後日、“骨と関節の日”の行事についての、まとめの役員会で相談したところ、堀木先生より『ペーパーにして、会報に投稿して下さい』との事であった。このような苦情を再び受けない為にも、マイクロ波治療器の使用上の注意点について、簡単にまとめてみた。

マイクロ波（極超短波）の治療上の有効性は、学問的にも臨床的にも十分に認められており、ほとんどの整形外科医療機関において、治療の手段の一つとして利用されている。組織温の上昇効果を利用するマイクロ波治療器の長所は、伝導型タイプ（ホットパック等）と比較すると、表面加熱が少なく、比較的深部に及び、皮膚への圧迫も少なく、圧迫に対しての患者の負担が少ない事等があげられる。その一方で、副作用として、火傷、電磁波障



害等があり、使用にあたっては、注意事項が多い事が問題である。

本邦のマイクロ波治療器には、2450MHZの周波数のマイクロ波が使用されており、皮下脂肪が0.5cm以下の場合、5cmの深さまでの組織に透過して、組織温の上昇をもたらすと云われている¹⁾。使用上の注意点については、実際にマイクロ波治療器を製造、販売するメーカーでは、詳細に禁忌事項・注意事項を取説や治療器にぶら下げる札、等に記載して、事故防止に全力を尽くしている。例えば、ミナト医科学においては禁止、注意事項として、次に掲げる人、又は部位には照射を避ける様、取説に記載している²⁾。①ベースメーカー等体内埋め込み型医用電子機器を使用している人。②人工関節、プレート、スクリュー等の金属を体内に埋め込んでいる人。③悪性腫瘍組織。④阻血組織。⑤結核患者。⑥中等度以上の浮腫。⑦出血性部位又は血友病患者。⑧無痛覚の部位。⑨目。⑩成長期の骨端。⑪老人性痴呆者。⑫妊婦。⑬男性生殖器。⑭神経痛の極めて急性の時期。⑮急性炎症関節炎。等である。その他にも、水分が多くて血管の少ない所では温度が急激に上昇するので注意を要する。例えば、ブロック直後、濡れた皮膚、湿布を当てた状態等である。患者の着衣

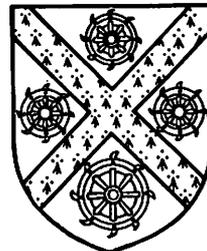
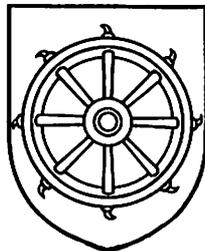
については、金糸銀糸又は合成金属糸を織りこんだラメ入り衣服、金属チャック、ホック、バンドの金具、導電性繊維、静電気対策の衣料商品は必ずぬがせる。腕時計、電子手帳、電卓等の電子部品を使った機器は、照射時には、はずして数拾cm位離れた所に置く、等である。

一方、それ等を使用する医療機関においても、十分にマイクロ波治療器の特性を把握し、トラブルの起きない様に細心の注意を払って使用しているのである。しかしそれでも、多忙な日常診療の中で、多数の患者に使用していると、いくら注意を払っていても、大小色々のトラブルが起きる事があるものである。

結局、このようなトラブルを防ぐには、それを直接取り扱うパラメディカルをよく指導して、その特性を十分に認識してもらい、セイフティボックスまでは必要ないにしても、マイクロ波治療器の傍に、注意事項を分かり易く、大きく掲示して、患者自身にも、ある程度、理解協力してもらう事が不可欠であろうと思われる。

参考文献

- 1) ウィリアムE、ブレンティス著、石田肇監修『ベットサイドの物理療法』医道の日本、1994.
- 2) ミナト医科学、MB-330U 取扱説明書



Catherine-wheel

キャサリン・ホイール。聖キャサリン (St. Catherine of Alexandria、没年= 307?) 処刑のために用意したスパイク付きの車輪。車輪に付けられた刃物状のスパイクによってキャサリンを処刑しようとしたが、車輪は壊れて失敗し、彼女は断頭刑によって殉教した。しかし壊れた処刑用の車輪は彼女の名を採って Catherine wheel と呼ばれるようになった。1473年創設のケンブリッジ大学のセント・キャサリンズ・カレッジ (図左)、1963年創設のオックスフォード大学の同名のカレッジ (図右) は、ともにキャサリン・ホイールを charge (紋章図) に採用している。

自己紹介

新入会員の自己紹介

堺市 荒木整形外科 荒木良守

堺市の泉北ニュータウン梅・美木多駅前にて平成10年6月開院いたしました荒木整形外科、荒木良守と申します。今回歴史ある大阪臨床整形外科医会に入会させて頂き誠に光栄に存じます。

私は大阪市出身で大阪市立大学医学部を昭和63年卒業後、同大整形外科医局に入局し、関西労災病院リハビリテーション科、国立泉北病院整形外科、大仙病院整形外科に勤務しておりました。地方で開業して環境の良いところでのんびり半医半農的な暮らしもよいかと考えたりしましたが、これから何十年もの開業医としての生活を考えるとやはり慣れ親しんだ大阪が何かと安心であり結局以前の勤務地である国立泉北病院近くに開院しました。勤務医時代には開業医というと優雅な生活ぶりを想像していましたが、人事から税務、経理とあらゆる雑用をこなしながら外來をするという、まあほんとに大変な仕事です。じつと机の前に座って患者さんと話をして一日が暮れて行く、勤務医とは違って自分で全体をコントロールできるためやりがいがあります、まるでプロイラーとして養成されている



ような感じで、運動不足のため益々体重が増えてしまいました。まだどうにか1年が過ぎたところであり、ようやく院内の体制も目鼻が立ちつつありますが今後は仕事と自分自身の健康やプライベートとのバランスをいかに取るかが課題です。ぜひ先輩諸先生方の御知恵を拝借し早死にしないよう頑張りたいと思います。忙しくてなかなかO.C.O.A.の催事に出席できないのですが折角入会させて頂いたのですからどんどん参加していこうと思います。

今後のご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

自己紹介

大正区 さいとう整形外科 齋藤潤

名前 齋藤潤 出身地 大阪豊中市(豊中高校) 生年月日 昭和31年10月14日

経歴 滋賀医科大学卒業後 同整形外科教室入局その後大阪労災病院リウマチ病科へ研修そして滋賀県の救急病院での研修のあと滋賀医科大学整形外科へもどり医員、助手を経て再び大阪労災病院リウマチ病科へその後多根総合病院整形外科へ、そして現在はそのすぐ近くに診療所をかまえております。

医院の特色 私が入局した当時は現在行岡



病院院長をされている七川欽二先生が教授をされていてその関係で私もリウマチにかかわりを持つようになりました。その後は大阪労災病院ではいまは御開業されている辻本先生にリウマチのイロハから教えていただきました、二度目に大阪労災病院に赴任したときは途中で辻本先生が退職（御開業のため）されリウマチ病科をまかされいろいろと大変でしたが逆にその時の自信？が今となっては良かったのではと思っております。現在の医院の通院患者の約4分の1がリウマチの患者さん（ほんとは、母数の通院患者が少ない？）なのもそのような関係からだと思っております。幸いにも、多根病院は開放型病院として

地域の開業医からの患者を受け入れてくれるため手術が必要な患者は多根病院に入院していただき場合によっては私が手術をしにいくという理想的な病診連携ができており大変助かっております。

趣味 ゴルフ（最近は時間的余裕がなく御無沙汰しておりますが、またそのうち本格的に始めようと思っております。）オーディオ、音楽鑑賞（長岡鉄男のスピーカーを自作してバーチャルリアリティーの世界をめざしております。）

以上雑文になってしまいましたが今後ともよろしく願いいたします。

自己紹介

新規入会にあたってのご挨拶

住吉区 白木整形外科クリニック 白木 隆 士

はじめまして。平成九年十月に大阪市住吉区帝塚山東で整形外科のクリニックを開業しました。同時に大阪臨床整形外科医会に入会させていただきました。同じ住吉区で開業されている三橋先生が会長を勤めておられる事もあり、また勤務医時代からO C O Aの講演会で日整会の教育研修の単位を何度か取らせて頂いていましたので何の抵抗感もなく入会させていただきました。簡単に自己紹介させていただきますと、昭和36年大阪市住吉区で生まれました。昭和55年大阪府立天王寺高校卒業。昭和62年東京慈恵会医科大学卒業と同時に大阪大学整形外科学教室入局。その後約11年間、大阪厚生年金病院、市立豊中病院等の関連病院で研修し現在に至っております。趣味はスポーツでゴルフ、ジェットスキー等をしております。なかなかゴルフの腕は上達しないのですが、開業後すこし落ち着いてき



ましたのでちょっと気合いを入れ直して練習しようかと思っているこの頃です。

最後に整形外科の専門医として地域医療に少しでも貢献できるように頑張り、整形外科医の役割を一般の患者さんに理解していただくように努力していきたいと思っております。まだまだ未熟者ですので今後ともご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

自己紹介

新入会員の自己紹介

中央区 田嶋整形外科 田嶋考治

私は平成10年4月に入会させていただきました。遅ればせながら、簡単に自己紹介させていただきます。昭和53年3月、川崎医科大学を卒業。同年5月より大阪市立大学整形外科にて2年間の研修。その後、満20年間、市大整形外科のいくつかの関連病院で勤務させていただきました。そして大阪府済生会中津病院整形外科での勤務を最後に、平成10年4月より中央区の松屋町筋にて整形外科リウマチ科を開業致しております。

外科的治療が中心の整形外科勤務医の生活から、保存的治療が主体の開業医の診療となって見て思うことは、自分一人でしかも限られた設備とスタッフで診療してゆくには、さまざまな工夫や努力が必要なのは、もちろんですが、勤務医時代とはまた違う視点を持つことが重要になって来るように感じております。例えば、在宅医療への支援、中高年者の運動



療法の指導、他科との関連領域にあるような疾患の治療、労働衛生への関心、学童の安全なスポーツ活動のためのアドバイスなどなど。いずれも専門的な知識の蓄積を必要とする問題ばかりですが、開業も2年目に入りましたので、できることから、あせらずに始めてゆきたいと思っております。諸先輩方の御指導、御助言よろしくお願い申し上げます。

自己紹介

高槻市 (医)順専会・白藤診療所 白藤達雄

出身地、箕面市、45歳

略歴 昭和大学医学部を昭和53年に卒業後大阪医大麻酔科に入局し、大学院卒業後、助手、講師を経て、平成3年に高槻市で開業しました。ペインクリニック、整形外科などを標榜しています。

嗜好物 激辛食物

- 趣味
1. ウィンドサーフィン
 2. マラソン
 3. スノーボード
 4. ボディボード
 5. 水泳

これで1年中、楽しめます。



家族 子供2人、お婆さん1人、嫁さん1人、犬2匹

自己紹介

新入会員の自己紹介

八尾市 石田整形外科 石田 文明

H 10 年 8 月に八尾市にて開業しました。近鉄八尾駅近くには、古くからの商店街も多く、又ビルも多くありますが、すこしはなれると緑も多く患者さんによっては自分の所でとれた野菜をいただくこともあります。近くに常光寺という河内おどり発祥の地がありまして開業当初は、夏の暑いさなかでしたが、ほんおどりを楽しみながらの開業でした。病診連携におきましては、高度な医療を受ける必要のある方は、北野病院、大阪日赤、八尾市立病院、八尾徳州会病院にお願いしております。又、簡単な症例については、近くの病院で、1～2例/週程度、手術を行っております。日々、流されそうな毎日ではありますが、あせらずに一例一例を大切に診察することをモットーにと思っております。いたらぬ点多いことですが、今後とも諸先生方の御指導のほどお願い致します。



出身地：愛媛県松山市

経歴：S 48 年愛媛県立松山東高校卒業

S 55 年京都大学卒業

S 55 年京都大学整形外科入局

S 56 年岐阜市民病院

S 58 年大手前整肢学園

S 60 年北野病院勤務

自己紹介

東大阪市 みぞはた整形外科 溝畑 隆男

私、この度大阪臨床整形外科医会に入会させて頂きました、溝畑隆男でございます。

平成 8 年 1 月より近鉄奈良線「東花園」駅前にて整形外科を開業しております。生まれは、東大阪で高校まで瓢箪山に住んでおりました。大学は、東京の杏林大学医学部に進み整形外科・I.C.U・麻酔科にて研修を積み、外傷をはじめ、骨粗鬆症を専門に研究をしてまいりました。平成 5 年に大阪にもどり、関目病院にて副院長としてスポーツ整形の勉強もさせていただきました。

開業いたしまして、専門の整形外科以外にも内科的なことも色々と学ばねばならない場合も数多くあり、毎日、悪戦苦闘しております。東花園地区の地域医療に少しでも貢献で



きるように日々研しんしていく考えでございます。まだまだ若輩の身ですが、向後共諸先生方の御指導、御鞭撻の程よろしくお願ひ申し上げます。

O C O A 秋の懇親旅行記

寝屋川市 医療法人 新田整形外科 理事長 新田 望

帰りの列車の中にて、丹羽先生の厳命により、ヘビに見込まれたカエルよろしく、一言のもとに書くことに相成りました。

土曜日午前の診療後、すぐに京阪に乗り環状線にて、ホテルグランビア大阪ロビー前に集合、すでに早石先生は、ウイスキー、ブランドー、ミネラルウォーター、氷を持参にて待機中でした。木佐貫先生はプラットホームに待つとのことで、雷鳥 25 号禁煙指定席へと乗りこみ、私と河村先生は駅弁を昼食代りに食べ、横では早石先生、孫先生による、早ばやと早石バー、アルジャン開店にて、水割りの提供があり、和気相合いとにぎやかな旅行の幕開けです。京都から乗った婦人は席に坐るなりすぐ他の車両に移っていかれました。原因はアルコールの臭いでしょうか、さわがしい分囲気でしょうか、盛りあがっている内にもう少しで加賀温泉駅を見すごしかけて、あわてて下車、旅館のマイクロバスのお迎えにて片山津温泉「佳水郷」へ湖岸に面した半円形の建物で美人の女将お出迎え、カーブ状の廊下を移動四人一部屋にて其々分かれ大浴場に浸かり丹前にて広間へ、古賀先生の手配にて若いコンパニオン 3 名をくわえ宴会、三橋会長が少し遅れて到着 乾杯 カラオケ お好きな先生はコンパニオンとのダンスに楽しい雰囲気の中で、最後の極めつけは丹羽先生の伝承「八百屋お七」流喋な節回しで 落ちの木魚とバナナを見れば思いだすのセリフに入り 一同ヤンヤの喝彩でした。このあと部屋



にて熟睡か、自由行動か、ありました。

朝風呂と食事のあとタクシーにて加賀芙蓉カントリークラブへ、練習グリーンの前にて O C O A のカンバン付きのサービスで写真撮影、キャディ付きの乗用カートにて中コースよりスタート、絶好の天候にてコースはベントの傾斜のある小さなグリーンにてセカンド、サードショットがよくグリーン奥について 3 バット 4 バットで苦戦、その中で原田先生は 3 オン 1 バットの絶好調にて前半 41 で回り河村先生は長尺 48 インチのドライバー持参、方向が安定せず 1 番のドラコンは私の頂きでした。丹羽組はラスベガスに末野興産という踏み倒しルール付けたチョコレート合戦でにぎやかでした。勝敗はダブルペリアにて 優勝は服部先生 準優勝は大橋先生 3 位は孫先生 BB は早石先生 BM は定番の木佐貫先生でした。ゴルフ場より優勝カップのサービスもあり、帰途も個人戦の計算有りにぎやかに呑んで楽しい旅行でした。

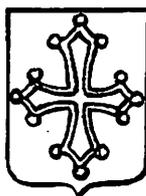
<プライベートコンペ順位表> コンペ名：OCCOA会

計算方式：ダブルペリア

日時：平成10年11月8日

場所：加賀芙蓉カントリークラブ

RESULT	NAME	中	西	GROSS	H. D. C. P	NET
優勝	服部良治	42	49	91	18.0	73.0
準優勝	大橋則男	48	46	94	20.4	73.6
3位	孫 瑠 権	42	48	90	15.6	74.4
4位	原田 稔	41	46	87	10.8	76.2
5位	古賀 教一郎	56	55	111	34.8	76.2
6位	丹羽 権 平	45	44	89	12.0	77.0
7位	新田 望	48	45	93	15.6	77.4
8位	河村 都容市	46	52	98	20.4	77.6
9位	小松 堅 吾	52	46	98	18.0	80.0
10位	三橋 二 良	49	52	101	20.4	80.6
11位	早石 雅 有	60	58	118	30.0	88.0
12位	木佐貫 一 成	74	67	141	36.0	105.0



cross of Toulouse

トゥールーズ十字。画家ロートレックの生家トゥールーズ伯家の紋章であることで広く知られる。紋章用語ではcross masculy and pommetée and clechéeといい、masculyは中抜きの変形、pommetéeは各腕の先端に円形が付いていること、またclechéeは先端が剣の先のような形になっていることを意味する。

医者の収入

泉大津市 河合整形外科病院 理事長 河合 秀 郎

その國が先進國か後進國かを決める判定基準の一つに、その國民の死因を用いる方法がある。三大死因が「癌と心臓と脳である」というのがそれであるが、もうひとつ、「医師の給料の高低」もその基準になるのではないか。感染症が死因のトップだったり、医者 of 収入が少なければ発展途上國なのである。

筆者を例にあげると、昭和 39 年の私の初任給は 33,500 円であった。大学院を出て大学の整形外科の助手になった 30 歳のことである。当時は 1 ドル 360 円であったから、私の月給は 100 ドル足らずである。

その頃、よく欧米に遊んでむこうの医師の知己を得た時、「お前の日本での給料はいくらか」と聞かれる程、肩身の狭い思いをしたことはない。どこの國でも、仕事の話に飽きると次は女と金の話になる。私は女ではいささか自慢できたが、金のことになるとつい口ごもる。まさか「100 ドルだ」と言えないので、これを 10 倍位にして答えたがそれでも、そんなに少ないのかと憐れむような顔をされた。すなわち、日本では医者 of 収入が非常に低く、発展途上の後進國であったのだ。

しかし、これは戦後の一時期だけで、江戸時代の医者 of 収入は多かつたらしい。東洋でも儒教の力が強い中國や朝鮮では医者 of 地位が今でも低い。司馬遼太郎がいうには、儒教



國では、手足を使って仕事をする職業より頭を使う官吏や学者を厚く遇するのである。

「君子は頭を使い、小人は身を使う」といい、医者 of 仕事も卑賤とされているのである。「身を勞する職業はさげすまれ報酬が少ない」というのは一般の後進國であつたらしい。その点、日本は昔から東洋とは一線を画していたのである。

今はどうだろう。例えば 60 万円の月給をとっているふつうの医師は、1 ドル 120 円として 5,000 ドルである。これはかなり高給である。欧米なみに医者を尊重する我が國の風習は今後も残してもらわないと困るが果たしてどうだろう。高齢化を理由の低医療費政策や、医師過剰時代を目前にした昨今ではやや気がかりである。医療の現場には優秀な人材が必要だからである。

(写真はカラオケを唄う筆者)

「介護保険と整形外科」余話

OCOA理事 堀 木 篤

平成11年4月第72回日整会学術集会（横浜）で「介護保険と整形外科」のワークショップがあり、安土忠義先生（福井）と共に座長をさせていただいた。演者は、厚生省の堤修三審議官、日医の青柳俊常任理事、JCOA会員でもある松田仁衆議院議員、横浜市総合リハビリセンター伊藤利之所長、古笛恵子弁護士、それにJCOA会員の畑野英治先生という豪華な顔ぶれであった。時間は2時間と限られており、各先生には僅か12分という短い時間をお願いせねばならず本当に心苦しく思った。どの先生にとっても介護保険制度には深く関係しておられるので、いくら話しても話し切れなかったのではないかとされた。また会場の先生方にとっても問題点は多々あるに違いない、座長の安土先生とは時間不足は承知の上で、とに角第1弾として考えないと仕方がないなどよく話したものであった。案の定、ディスカッションの時間が少なく（かえってその方が良かったという先生もおられたので安心したのであるが）残念であった。

後日、4月17日の日本医事新報に整形外科学会総会で「介護保険」がワークショップに取り上げられたとの記事が出ており、いさゝかでもお役に立てたのではないかと考えている。

私自身、昨年座長に指名されたものの介護保険の何たるかも知らず、あわてて本や資料を集めて読んだ。群盲象を擦でるとということわざがあるが、これほど実感したことはかつてない。インドのジャイプールで初めて象の背中に乗った時、毛は硬くズボンを通して尻がちくちくしてたまらなかった。まるで大きなタワシに座ったようであった。眼が見えなかったら大きなタワシだと思ったに違いない。介護保険制度は実に多くの問題を含んでおり、おそらく一つずつ問題点を解決して行く他な



いのではなかろうかと思われる。

資料として日本医師会雑誌の巻末にある理事會記録ほどリアリティに富んだものはない。テープをおこしたものであるので臨場感にあふれ、特に青柳先生の段になると介護保険制度を一手に引き受けている様子がうかがわれ、坪井日医会長から「夜も寝ずに努力して欲しい」とのくだけりになると、いたく感激したものである。

いろいろ考えた末、介護保険制度を理解するには、もし自分が要介護状態になった時、果たしてこの制度が利用するに足るものであるかの視点で見ることが一番良いのではないかと思いついた。こういう気持ちになってから比較的資料の取捨選択ができるようになった。例えば私の住んでいる吹田市より隣の高槻市の方が介護サービスが充実していたらいいことだとか、要介護度でサービス量が決まるので、それ以上のサービスを受けようとするやっばりお金が必要で貯金せねばならないとか、民間業者が参入できるので良い面もあるかも知れないがマスプロ的なやり方でやられるとかなわんとか、良心的な医療機関はつぶれないか、分刻みでやってくるヘルパーが事務的にすますのではないか、無駄使いがおこり制度がパンクしないか、医療

保険のように十分チェックできる審査が行われるか、プライバシーは守られるか、要介護度を上げるための不正はおこらないかなど次々と心配と疑問が浮かんだ。ワークショップでは次のような問題点を提示した。

- 1) かかりつけ医意見書など記載について
- 2) 介護認定審査会などへの参加について
- 3) 医業類似行為者の介護保険への参入について
- 4) 介護保険と医療保険の併給について

- 5) 療養型病床群への転換について
- 6) 民間企業参入によるメリット、デメリット
- 7) 要介護者のプライバシー保護について
- 8) 要介護者の自己決定権の尊重などの権利擁護並びに残存能力の重視などについて

いずれ制度が始まれば手直し作業は必ずおこる。それより私自身利用者にならないよう神様、仏様にお祈りして拙文を終わりとしたい。



shinbone

脛骨。西欧の紋章が日本の紋章と大きく異なる点の一つに、骸骨、脛骨などをはじめ、女性の乳房から滴り落ちる乳、目玉だけを並べた図形など、奇抜と思えるものが珍しくないことである。脛骨の紋章で有名なものに科学者ニュートンの紋章があるが(図上右)、Baynes、Gale、Gatty、の姓と同じく脛骨を紋章にしている家系があることから、紋章図形の選択に大幅な自由が許されていることが分かる。

ケアマネジャー研修事始め

茨木市 小松整形外科 小松 建次

大阪のケアマネジャー受講資格試験の第1回目は平成10年9月20日に実施されて、その合格者に対してのケアマネジャー研修が日時をいろいろに設定して実施されており、私は本年3月13日(土)から始まる分に参加した。大阪でも研修受講者は医療現場のいろいろの職種の人で、かなりの人数になり幾度かに日程を分けての研修であるが、そのケアプラン作成のアセスメント方式も6方式もある。各々希望するシートに別れて研修を受けるのであるが、総論のところは皆一緒に講義を受けるわけで、必須研修時間は34時間、5月23日まで計7日間、なかなかハードなスケジュールであった。壇上の講師がただ一方的に喋るばかりの講義では、いくら我慢をしても睡魔に襲われること必定で、与えられた教科書に講義の内容が記載されているのをいいことに睡魔のなせるままにしていた。後期は実習として自分の身近にいるクライアントを一例選んで、自分の研修したシートで訪問調査、アセスメントした上でケアプランを作成し、介護実習センターに郵送提出し、また各々の作成したアセスメント表、ケアプランについて6人単位のグループに別れて検討を行うわけである。総論の講義は関西大学の講堂で行われたが、7、8百人はいたであろう会場の一人一人の窮屈極まりない狭い机と椅子席で長時間座ったまま我慢にも限界があるというもので、延々としゃべり続ける講師が恨めしくなったものである。34時間という多くの時間の研修は指導する立場の方々も大変な労力を費やしてのご苦勞であるが、受講するほうもまた大変な我慢を強いられる研修である。始めに配布される資料としてのA4版の分厚い本4冊、その内容のなんと読みにくく、面白く無い事の羅列であることかと嘆くことし



きりであった。介護計画を立てるについての方式に6方式あるということがまず理解出来ない。また総論の研修でその方式を一つ一つ解説することの時間的無駄を考えると、アセスメント方式は厚生省で一つに全国统一して研修すればどんなに早く研修が済むことかと6方式を無意味の様に考えるが如何なものか。平成12年4月から実施される介護保険制度は要介護者を要支援から介護度5までの6段階に介護度を分類して、それぞれに介護の給付額が決められている。この認定基準は公平、公正で客観的で誰もが納得出来るものでなければならない。この制度の先進国と言われるドイツでは認定基準は3ランクしかないようで、医師による判断が大きく左右する。わが国の場合は1次判定にコンピューターを導入して、2次判定で更に1次判定を修正して公平を期してはいるが、果たしてどこまで本当に実情を反映した介護度を認定出来るものかと疑問である。介護を要するようなクライアントは整形外科的疾患に由来するケースも当然多いわけで、ケアマネジャーはぜひ整形外科医も資格を習得し、医師の裁量権を維持擁護しないと開業医の権益も失われかねないと思う。

三歩進んで二歩退がる

東淀川区 浜田整形外科 濱田博朗

最近、人と話をするとき単語がスムーズに出にくくなったように感じてならない。やはり年齢からくる物忘れが原因であろう。日頃処方している薬の名前が、急に出なくなったりして慌てる。従業員の名前を度忘れするなど、は屢々である。

いつも使っているゴルフクラブのブランド名を聞かれても、とっさには答えられなかったりもする。これは普段からあまり気にしていないからかもしれない。

物忘れがひどくなると周囲の人にも迷惑が掛かるものだが、幸い約束を忘れて冷や汗をかいた経験はまだない。それというのも、約束事は手帳にしっかりと書いておくからである。もしメモをなくしたら、もうそれはパニックであろう。

若かりし頃には、学んで理解した事は大体は記憶できた。しかし今では頭に入れても、翌日には半分は忘れていて、日がたてばほぼ忘れてしまう。唯、もう一度その学習をすると記憶がよみがえってくるので、覚えも早く忘れる度合いも少ないようである。結局、必要なことは繰り返して学習することになるが、手間ひまがかかって仕方ない。

身体を使う事でも同じことが言える。以前からやっていた下手なゴルフに加えて、この10年来テニスを楽しんでいるが、これにしても若い人のように急速な上達は望むべくもない。それでもテニススクールに通ったり仲間の医師たちと毎週の練習を続けたりしていると、それなりに上達していることに気付く。それやこれや経験しているうちに、老人期の学習について一つの悟りを持つにいたった。それは、忘れる事を当然だと許容し、それを少し上回るだけの学習をすれば良いと。水前寺清子の歌に“一日一步、三日で三歩、三歩



歩いて二歩退がる”というフレーズがある。言い得て妙だと思う。若いうちは一步一步と確実に進めても、私の年齢ではそうも行かぬ。三歩進んでも二歩は後戻りするものだと自らを許せばよい。若い人のスピードの1/3になるがこれは仕方のないことである。そう割り切ればやる気も出ようし人生も楽しくなると思っている。

最近、医事紛争の仕事にたずさわって種々の案件を処理している間に気づいたことは、苦勞して資料から事案の流れを要約し、双方の主張を聞き、それに対して判断を下すという作業は、かなり時間も喰うが割と記憶にも残り、年余を経てからでも氏名は忘れてはいるが内容はすぐに思い出せる。歳はとつても総合力とか資料に基づく判断力とかは割と維持されているそうだから、その残った能力を駆使して少しでも人の役に立つような人生を送りたいものである。

私の先輩が学会発表の最後のスライドに『日暮れて途遠し』と示して自分の仕事が無完であることを反省しておられた。その気持ちも尊いとは思いますが、諺に『夜途に日暮れなし』ともいうから、そろそろ期限を決めずに自分のペースで仕事をして行けば、何かまとまった仕事も出来るだろうと考えるこの頃である。

厚生部報告

平成10年度OCOA春期ゴルフコンペ(第27回)

平成10年度OCOA春期ゴルフコンペは、5月24日(日)24名が参加、北六甲C.C.西コースで行われた。幸い好天に恵まれ、薫風を満喫しながらプレーを楽しんだ

プレー終了後パーティが行われ、賑やかな歓談の中で成績発表と表彰式が行われた。

前回に引き続き長嶋哲夫先生が連続ベストグロ優勝、石井正治先生が準優勝。

上位成績は次の通り

			グロス	ネット
優勝	長嶋	哲夫	78	71
準優勝	石井	正治	86	73
3位	甲斐	敏晴	89	74
4位	北野	継式	91	76
5位	石川	正樹	94	76
ベストグロス	長嶋	哲夫		

敬称略

パーティで、しばし談笑し散会した。

厚生部 古賀



第27回 OCOA春期ゴルフコンペ 於 北六甲CC 平成10年5月24日

第27回O C O Aゴルフコンペ (春期)

平成10年5月24日

敬称略

RESULT	NAME	OUT	IN	GROSS	H.D.C.P	NET	次回H.D
優勝	長嶋哲夫	37	41	78	7	71	4
準優勝	石井正治	41	45	86	13	73	11
3位	甲斐敏晴	46	43	89	15	74	14
4位	北野継武	46	45	91	15	76	
5位	石川正樹	50	44	94	18	76	
6位	林原卓	42	41	83	6	77	
7位	首藤三七郎	48	43	91	12	79	
8位	三橋二良	47	46	93	13	80	
9位	佐々木哲	50	49	99	19	80	
10位	孫瑤権	44	44	88	7	81	
11位	稲毛昭彦	43	45	88	7	81	
12位	池田克己	44	51	95	14	81	
13位	服部良治	47	50	97	16	81	
14位	早石雅宥	57	52	109	28	81	
15位	濱田博朗	55	49	104	20	84	
16位	青野充志	55	54	109	25	84	
17位	河村都容市	44	46	90	5	85	
18位	波多野弘次	44	57	101	16	85	
19位	矢倉久義	55	54	109	24	85	
20位	松矢浩司	49	54	103	16	87	
21位	右近良治	54	48	102	13	89	
22位	古賀教一郎	53	56	109	20	89	
B. B	小松堅吾	51	56	107	11	96	
B. M	瀬戸信夫	67	67	134	36	98	

ベストグロス賞 長嶋哲夫

ドラゴン賞 No. 5 長嶋哲夫 石川正樹

No. 13 河村都容市 長嶋哲夫

ニアピン賞 No. 4 稲毛昭彦 波多野弘次

No. 8 佐々木哲 林原卓

No. 15 長嶋哲夫 首藤三七郎

No. 17 甲斐敏晴 矢倉久義

平成 10 年度 O C O A 秋期ゴルフコンペ(第 28 回)

平成 10 年度 O C O A 秋期ゴルフコンペは、9 月 27 日 (日) 25 名が参加、北六甲 C. C. 西コースで行われた。朝から小雨が降っていたが、集合時間の頃にはすっかり止んで、爽やかな季節の中でプレーは行われた。

今回は久々ご参加の新田望先生がパープレーで優勝、準優勝はベテラン長嶋哲夫先生。

上位成績は次の通り

		グロス	ネット
優 勝	新田 望	85	72
準優勝	長嶋 哲夫	79	75
3 位	八幡 雅志	85	75
4 位	藤田 秀隆	90	75
5 位	吉田 研二郎	95	75
ベストグロス	長嶋 哲夫		

敬称略

プレー終了後、楽しく歓談し、恒例の成績発表と表彰式が行われた。

厚生部 古賀



第28回 O C O A 秋期ゴルフコンペ 於 北六甲 C C 平成10年9月27日

第28回O C O Aゴルフコンペ (秋期)

平成10年9月27日

敬称略

RESULT	NAME	OUT	IN	GROSS	H.D.C.P	NET	次回H.D
優勝	新田 望	46	39	85	13	72	9
準優勝	長嶋 哲夫	39	40	79	4	75	3
3位	八幡 雅志	42	43	85	10	75	9
4位	藤田 秀隆	50	40	90	15	75	
5位	吉田 研二郎	50	45	95	20	75	
6位	稲毛 昭彦	44	39	83	7	76	
7位	池田 克己	46	44	90	14	76	
8位	服部 良治	50	42	92	16	76	
9位	荻野 晃	51	50	101	25	76	
10位	河村 都容市	41	43	84	5	79	
11位	佐々木 哲	48	50	98	19	79	
12位	孫 瑠権	46	41	87	7	80	
13位	首藤 三七郎	49	43	92	12	80	
14位	原田 稔	52	44	96	15	81	
15位	越宗 正晃	56	50	106	25	81	
16位	北野 継武	49	48	97	15	82	
17位	坂本 徳成	58	54	112	29	83	
18位	三橋 二良	46	51	97	13	84	
19位	青野 充志	59	50	109	25	84	
20位	早石 雅宥	54	59	113	28	85	
21位	古賀 教一郎	57	51	108	20	88	
22位	茂松 茂人	59	59	118	28	90	
23位	小松 堅吾	53	49	102	11	91	
B. B	瀬戸 信夫	65	70	135	36	99	
B. M	木佐貫 一成	77	76	153	36	117	

特別参加	久) 古賀 久登	46	43	89	20	69	
------	----------	----	----	----	----	----	--

ベストグロス賞 長嶋 哲夫

ドラゴン賞 No. 5 茂松 茂人 河村 都容市

No. 13 孫 瑠権 首藤 三七郎

ニアピン賞 No. 4 池田 克己 八幡 雅志

No. 8 長嶋 哲夫 河村 都容市

No. 15 吉田 研二郎 河村 都容市

No. 17 長嶋 哲夫 八幡 雅志

豊中市 石澤整形外科医院 石澤 命 徳のり やす

思えばすでに25年前のことですが、私が初めてヨーロッパへ旅した時の最初の一枚です。当時、ル・ブルジェ空港からのリムジンバスで入っていったパリの朝は「あゝ、やっぱりこの色調が実在していたのだ」と思わせるのに充分でした。

エトアール広場に程近い小さなカフェテラスでのスケッチです。まさにフレンチパーミリオンの日覆いが印象的だったのを今も憶えています。斜め右後ろへの通りは、リュウ・ド・バルザック。その名の示す様に傍らの公園にはバルザックの坐像がありました。



住吉区 (医) 三橋医院 三橋 允子



1. 白い蘭

娘夫婦が開業しました。

届けられた花の中に白く誇らし気に咲く蘭の花をちょっと借りてアクリル絵の具で描いてみました。



2. あじさい

母の日に、

『お母さん有難う。』のメッセージと共に

コーラルレッドと純白の紫陽花をもらいました。

嬉しくて温かい気持ちになり、枯れることのない絵にしておきました。

堺市 (医) 小瀬整形外科 小瀬 弘一

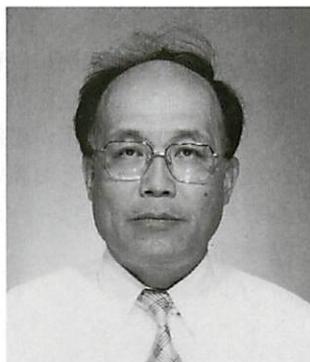
画題『夏の朝』 油彩 100F

この画は一九九六年、第58回一水会展に私としては初めて入選させていただいた『夏の朝』という作品です。

モデルは小生の三女、嗣子です。

当時はまだ学生でテニス部に所属しておりました。六月の或る朝、これから朝の練習に出かけるという直前に、時間がないといっていやがるのを、無理やり近くの公園でポーズをとってもらって描いた画です。そのためか多少ふくれっ面になっているかもしれません。

そんな彼女も無事卒業して、今は内科研修医一年生です。此頃は朝早く家を出て、帰宅は深夜ですので、私とはあまり顔を会わせる機



会がありません。

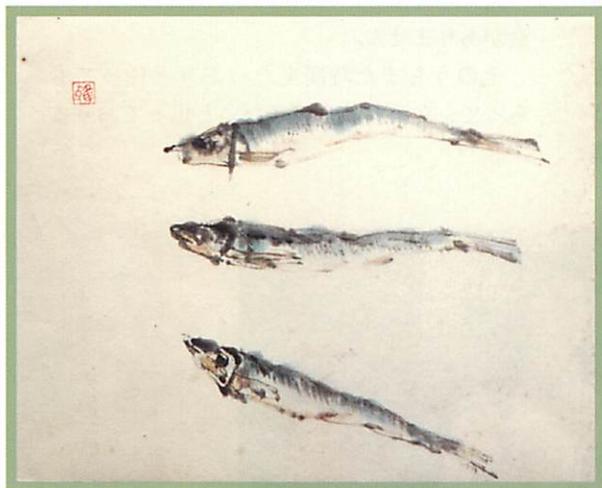
そのうちまた時間をたっぷりと作ってもらって、立派な絵を描きたいと思っております。



豊中市 丹羽整形外科 丹羽 雅子

33年前の古い話です。

新婚当初主人が倉敷中央病院に勤務、倉敷在住の東光会会員、岡本肇先生を紹介して頂きました。もともと油絵の先生が墨絵を描いておられるのをみて、ぜひにとお願いしました。素直な心で大きく描きなさい。一にも二にもデッサンが大事と…



その当時の作品が「目刺し」です。

約1年間先生に教えて頂きました。

その後松江に転勤、長女出産…とたんに絵どころではなくなりました。

最近になってふと墨絵の事を思い出し、当時の先生の作品を改めて眺めてから又その気になり、もう一度やり始めました。



堺市 西沢整形外科クリニック 西澤 徹

二年前の開業当初より、地域に認知されるための方策として、新聞を発行しております。年4回B5番2頁のささやかなものです。

患者さんとの心の交流が困難な現在の医療制度の中、私の考え、患者さんの疑問を記事にしています。タブーかもしれない政治的発言を掲載することもあります。

紙面を介し心の内をおちまけることは、ストレスを少なくすることに役立っています。

一番人気だったのが、みのもんたの番組の批判でした。不人気は臓器移植を考える記事でした。

患者さんの中には発行を心待ちにしている方や、近所に配るため数部持ち帰る方などがおられ、喜びを感じます。



パソコン、周辺機器の発達目覚ましいものがあり、診療の合間に原稿書き、レイアウト、写真編集、印刷とすべて私一人の仕事です。しんどい作業ですが、継続に意義ありと思ひ、ない智恵をしぼる毎日です。



dragon

体はうろこでおおわれ、爪のある鷲に似た脚、こもりのような翼、そして鎌のような先端の尖った尾と舌を持った架空の動物。セント・ジョージの竜退治伝説にまつわり、たとえばセント・ジョージを守護聖人とするロンドン市は、紋章のサポーターにドラゴンを採用しているなど、全ヨーロッパの紋章に数多く登場している。

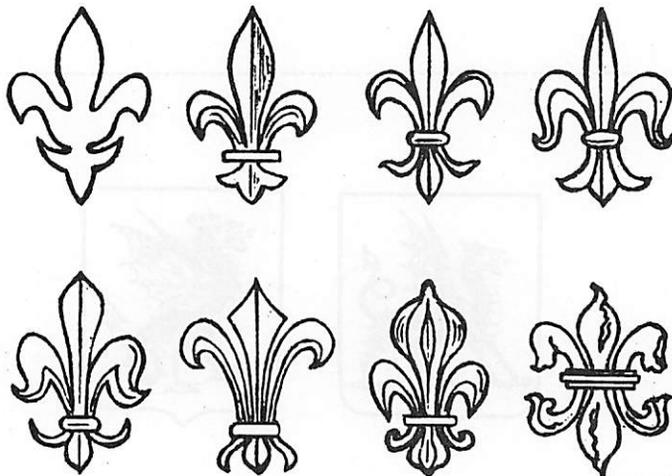
東大阪市 マツオ外科医院 松尾 澄 正

つらつらおもん見るに、オシッコの前に手を洗う人を拝見した事がない。手ほど汚いものはないと云う事は皆ご存知のはず。

ちなみに、真白の手袋をはめて、一時間程経ってみなさい。手袋は大へん汚れてるのに気づかれるでしょう。

そんな汚い手で大事な一物をにぎって良いものか？ 特にゴルフの途中ではしかり。左手は手袋をはめているので比較的キレイ。右手は泥がついていますぞ。

これからは、オシッコの前に手を洗いましょう。



fleur-de-lis

フラ・ダ・リ。百合の花とかいちほつの花などと和訳されているが、これが何の花であるかが分かっていないばかりでなく、果たして植物であるのかどうかでさえ学説は分かれている。しかし一応植物群の charge (図形) として分類され、かつライオン、鷲と並んで3大具象図形の1つとしてその存在を誇っている。これは古くからフランス王の紋章のシンボルに採用され、かつ「ルイ王の花 (fleur-de-Louis) として、その fleur-de-lis の名称と偶然によく似ていたことによるものと見られている。

OCOA理事会議事録

平成10年度

第1回理事会(10年6月13日)

§ 報告事項

- (1) 日整会平成9年度 評議委員会
(H10.4.16 徳島) (長田理事)
日整会の種々の集会の報告がなされた。
懇親会の省略、柔整師問題等
- (2) JCOA代議員会(H10.5.31 東京)の
報告。(長田理事)
第12回JCOA学会に、大阪が候補に上
げられた。学会開催の要項の見直しについ
て報告された。
安部龍秀氏が理事長に選出された。
J B接骨医療情報センター問題の注意が
された。
- (3) JCOA経営委員会(H9.7.17 広島)の
報告。(黒田理事、首藤理事)
多臓器移植ネット確立準備体制・組織図
について、WG6の組織移植委員会の厚生
省の骨、腱と皮膚などの各大学別に委託さ
れたとの報告がなされた。
- (4) 大阪府医師会医学会運営委員会(H10.3.23、
4.27、5.25)の報告。(木佐貫理事)
堀木理事の演題提出の予定が報告された。
- (5) OCOA会員動態と新入会関係文書の
説明。(小松副会長)
入会の葉、JCOAの入会、入会時の礼
状としての挨拶状の件。
平成10年4月作成の名簿以降のOCOA
入会の会員の紹介。現在328名。
5名の新入会員の紹介がなされた。
- (6) 平山理事の藍綬褒章の祝勝が平成10年
7月4日との報告があった。
- (7) 吉田監事から中部整災等の学会の平日
開催について意見がなされた。
- (8) OCOA 20周年祝賀会会計報告。
(原田理事)
OCOA雑誌編集案報告。(丹羽理事)

(9) 平成10年度春のゴルフコンペ

(平成10年5月24日(日))北六甲の報告。
(古賀理事)

第27回 8:21スタート 24人 6組
長島理事 優勝
石井理事 準優勝
甲斐理事 3位

(10) OCOA第1回(83回)と第2回(84回)
研修会の報告。(服部副会長)

第1回(83回)研修会:平成10年4月4日(土)
於:南海サウスタワーホテル大阪

総合司会:河村理事(参加総数123名)

1) 演題:『高齢社会における脊椎症の
新たな課題』

講師:大阪厚生年金病院 院長

小野敬郎先生

座長:小杉理事

(受講証発行112名、内N86)

第2回(84回)研修会:平成10年6月6日(土)
於:ウェスティンホテル

総合司会:浜田理事(参加総数159名)

1) 演題:『ドーピングって何』(N. S)

講師:日本体育協会ドーピング医事

審査委員 伊藤偵之先生

座長:小杉理事

(受講証発行139名、内N69、S65)

2) 演題:『整形外科領域における高気圧
酸素治療』(N.)

講師:医療法人 玄真堂

川島整形外科病院 院長

川島真人先生

座長:坂本理事

(受講証発行137名、内N129)

(懇親会司会:孫 理事)

(11) OCOA会計報告(早石理事)骨・関節
の日の協賛について報告。

連絡事項(早石理事)

各理事の出張手当ての清算。

(12) 平成10年度の(骨、関節の日)の行事について。(三橋会長)

「骨、関節の日」のとりくみについて、電話相談、収支明細等の報告があった。

§協議事項

(1) OCOA会報24号編集会議開催予定について(原稿校正について)。(丹羽理事)
協力の依頼があった。

(2) OCOA研修会の講師依頼と今後のスケジュールについて。

平成10年度第3、4、5、6、7回研修会について。(服部副会長)

第3回(85回)研修会:平成10年7月11日(土)
於:ウェスティンホテル

総合司会:黒田理事(大塚)

1) 演題:「関節軟骨欠損の修復」(N)

講師:国立大阪南病院 整形外科
脇谷滋之先生

座長:天野理事

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

講師:京都府立医科大学病院
第一内科 助手 内藤裕二先生

座長:小松副会長

(懇親会司会:古賀理事)

第4回(86回)研修会:平成10年8月29日(土)
於:大阪・大林ビル(旭化成)

総合司会:山本理事

1) 演題:「骨腫瘍の診断と治療」(N)

講師:京都府立医大 整形外科 講師
楠崎克之先生

座長:甲斐理事

2) 演題:「RA上肢の外科的治療
—今までの考え方でよいのか」
(N, R, R財)

講師:大阪労災病院 整形外科
第二部長 政田和洋先生

座長:堀木理事

(懇親会司会:河合理事)

第5回(87回)研修会:平成10年10月24日(土)
於:大林ビル(日本モンサント)

総合司会:新田理事

1) 演題:「診療報酬、介護保険」N,

講師:反田理事

座長:天野理事

2) 演題:「リウマチ患者治療例の検討と考察」(N, R, R財)

講師:大阪大学 整形外科

越智隆弘先生

座長:早石理事

(懇親会司会:吉田研理事)

第6回(88回)研修会:平成10年11月14日(土)
於:ワシントンホテル

総合司会:栗本理事

1) 演題:「股関節疾患治療における問題点とその対策」(N)

講師:京都大学 整形外科 助教授
飯田寛和先生

座長:石井理事

2) 演題:「末梢神経麻痺の診断と治療」
(N)

講師:浜松医科大学 整形外科 教授
長野 昭先生

座長:堀木理事

(懇親会司会:理事)

第7回(89回)研修会:平成11年1月30日(土)
於:大林ビル

総合司会:右近理事 217名参加

1) 演題:「膝のスポーツ傷害の診断と治療—特に軟骨損傷について—」

講師:京都大学 整形外科 講師
松末吉隆先生

座長:須藤理事

2) 演題:「RAの免疫抑制剤療法・効果と副作用」

講師:聖マリアンナ医科大学 内科
教授 市川陽一先生

座長:服部副会長

(懇親会司会:理事)

(3) 「骨と関節の日」の行事について。

(三橋会長)

同じ様な形式が話された。

(4) OCOAの会計について。(原田理事)
引き継ぎ等について報告された。

(5) 医業周辺業種プロジェクトチームの設置について。(三橋会長)

検討され許可された。

(6) 医療保険、介護保険に関する研修会について。(三橋会長)

反田理事に願います。

(7) JCOAへの為に各種委員会を設置。(三橋会長)

協力が約束された。

(文責：福井)

第2回理事会 (10年9月26日)

§ 報告事項

(1) 平成10年度全国(OCO A、日整会)社保審査委員会議(III0.9.6)の報告。

(三橋会長)

平成10年9月5日品川プリンスホテルにてJCOA審査委員会議が行われた。

出席者は90名であった。テーマは「再審査」についてであった。各地区の審査基準がまちまちであり、三橋会長より大阪地区では保険者再審が10万件にのぼっている。その後も増加の傾向であるとの報告があった。会議の後、元厚生大臣丹羽雄哉先生による「21世紀の医療、－医療から介護へ－」の講演が行われた。その中で薬剤の一部負担を廃止し、老人の一割負担を行うこと、日本型参照価格制度の導入がなされること等の注目すべき内容があった。

翌9月6日、同ホテルに於て、全国整形外科保険審査委員会に190名の出席があった。そこで、厚生省保険局梅田企画官の講演があり、医療材料費の問題、DRG(疾患毎にグループ分けをした上で、それぞれ平均的な入院日数、入院費を決める定額方式)の問題についての発言があった。以上

の報告がなされた。

(2) 近畿ブロック会議(III0.7.26)報告。(三橋会長)

平成10年7月26日ホテルオークラ神戸にて、①JCOA新理事の紹介 ②日整会理事会報告として、日整会認定医がスポーツ医、リウマチ医を含めて、一本化になるとの報告があった。又リウマチ登録医の申請が特例措置として平成12年3月31日まで延期されたとのこと。③医療周辺業種への対策について、現在柔整師が全国に2万7千人開業している。しかも毎年1,000人増えているとの報告があった。

(3) JCOA理事会報告 (坂本理事)

平成10年8月2日ロイヤルパークホテルにて開催されたとの報告があった。

(4) JCOA理事長と日医、府医、OCO A役員との懇談会(III0.7.26)報告。

(三橋会長)

平成10年7月26日大阪・東洋ホテルにて日医管谷理事、府医平山副会長、JCOA理事長及び副理事長、OCO Aより三橋会長以下7名にて懇談、湿布処置の解釈や、リハビリに関する再診料、整形外科外来の実状、整形外科手術材料費が高すぎる、薬剤の逆ざや、そして柔整師の対応についての協議及び要望があったとの報告がなされた。

(5) JCOA研修旅行についての報告。

(坂本理事)

平成10年8月15日～23日ヨーロッパ(ストックホルム、プラハ)に行ってきた。

尚、OCO Aよりは6名の参加があった。

(6) 第12回JCOA学会への演題提出についての報告。(三橋会長)

平成11年6月19日福岡エルガーラホールにおいて第12回JCOA学会に坂本博志先生より「足趾、手指移植後に起ったショックの1例」と河合秀郎先生より「整形外科専門小病院の未来」の2演題を出すとの報告があった。

- (7) JCOA学術研修委員会(III0.9.15)の報告。(堀木理事)
 平成10年9月15日東洋ホテルにてJCOA学術研修委員会が開催された。今後も学会と研修会を年2回開催されるとのことであった。
 なお、今後の予定は学会は平成12年宮城(内定)、平成13年大阪、平成14年金沢。研修会は平成12年奈良、平成13年高知、平成14年三重の予定であるとの報告があった。
- (8) JCOA医療システム委員会(III0.8.29~30)の報告。(長田理事)
 平成10年8月29日、30日に東京で行われた。理事長諮問事項の内、特に柔整師との対応が問題であり、柔整師のレセプトに対して審査委員会の構成、日整会医療システム委員会の連携等が必要であるとの報告がなされた。
- (9) JCOA学会(III0.6.21、岐阜)の報告。(三橋会長)
 平成10年6月20日岐阜において第11回JCOA学会が開催された。特別講演として、「脊椎スポーツ障害」を岐阜大学整形外科 清水教授が講演された。
 パネルディスカッションとして「なくそう障害、育てようスポーツ少年少女」があった。との報告があった。
- (10) 大阪府医・医学会運営委員会(III0.6.22、他2回)の報告。(木佐貫理事)
 平成10年6月22日第3回医学会運営委員会、7月27日第4回医学会運営委員会、8月24日第5回医学会運営委員会の報告がなされた。
- (11) 大阪府医・医学会総会講演会(III1.3.25)への演題提出の事後報告(講師と演題の決定について)。(木佐貫理事)
 平成11年3月25日大阪府医学術講演会において特別講演として「骨粗鬆症治療の最近の話題について」
 ① 整形外科の立場から宗園 聰(近畿大学 整形外科 助教授)
- ② 内科の立場から西澤 良記(大阪市立大学 第2内科 助教授)が決定された。
 同時に当日の座長に木佐貫一成理事が担当されることになった。
- (12) 第4回リウマチ医の会(III0.9.19)の報告。(堀木理事)
 平成10年9月19日(土)三井アーバンホテル大阪ベイタワーにて開催された。
 1)「リウマチ脊椎病変の治療方針」
 大阪大学 整形外科 助教授 米延策雄先生
 2)「RAに伴う呼吸器合併症」
 東京都駒込病院 アレルギー 膠原病科 医長 猪熊茂子先生
 次回第5回リウマチ医の会
 平成11年2月27日(土) 場所:未定
 演題 ①「非ステロイド抗炎症薬の作用機序と有害反応:最近の話題」
 聖マリアンナ医科大学
 難病治療研究センター 助教授 川合眞一先生
 演題 ②「リウマチ手の手術的治療と予後」
 広島大学 医学部保健学科 教授 村上恒二先生
 の予定である。以上報告があった。
- (13) 平山正樹先生、川田義雄先生叙勲祝賀会の報告。(三橋会長・小松副会長)
 平成10年7月4日(土)ロイヤルホテルにて平山正樹先生の藍綬褒賞受賞祝賀会があった。又、同日ニューオータニ大阪にて川田義雄先生の叙勲祝賀会もあったとの報告がなされた。
- (14) 大阪整形外科症例検討会(III0.8.8)報告。(小松理事)
 平成10年8月8日大阪整形外科症例検討会が開催された。この会は年2回あり、病院からの演題提出が主である。当日15~16題の発表があった。
 OCOAとしても積極的に参加すべきであるとの報告があった。
- (15) 平成10年度第3・4回研修会報告。(服部副会長)

第3回(85回)研修会:平成10年7月11日(土)

於:ウェスティンホテル

総合司会:黒田理事(参加総数140名)

1) 演題:『関節軟骨欠損の修復』(N)

講師:国立大阪南病院 整形外科

医員 脇谷滋之先生

座長:天野理事

(受講証発行124名・内N115名)

2) 演題:『整形外科領域における非ステ

ロイド系抗炎症薬による胃粘

膜障害の病態とその対策』(N)

講師:京都府立医科大学病院

第一内科 助手 内藤裕二先生

座長:小松副会長

(受講証発行123名・内N112名)

(懇親会司会:古賀理事)

第4回(86回)研修会:平成10年8月29日(土)

於:大阪・大林ビル

総合司会:山本理事(参加総数141名)

1) 演題:『骨腫瘍の診断と治療』(N)

講師:京都府立医大 整形外科 講師

楠崎克之先生

座長:甲斐理事

(受講証発行111名・内N110名)

2) 演題:『RA上肢の外科的治療—今ま

での考え方でよいのか』

(N, R, R財)

講師:大阪労災病院 整形外科 部長

政田和洋先生

座長:堀木理事

(受講証発行112名・内N92名・R19名・
財52名)

(懇親会司会:河合理事)

(16) 「骨と関節の日」行事の経過報告。

(小松副会長)

1) 平成10年10月8日毎日新聞朝刊にて

1頁(全紙)使用

内容:「腰痛」と整形外科のPR

講師:大阪市大 整形外科 教授

山野慶樹先生

大阪市立総合医療センター

整形外科 部長 松田英樹先生

大阪臨床整形外科医会会長

三橋二良

コーディネイター

毎日新聞編集委員 黒田耕太郎

2) 各医療機関にポスターの掲示

3) 医療電話相談の実施(10月10日, 10月
11日府下10ヶ所で受付)

(17) OCOA「医療周辺業種問題」検討プ
ロジェクト委員会(110.7.28)報告。

(長田理事)

平成10年7月28日南海サウスタワーホ
テルにて開催された。

三橋会長により、今迄の大阪府医におけ
る医療周辺業種問題についての資料の報告
があり、それに基いて、この委員会の方針
検討がなされた。以上の報告があった。

(18) 会報「20周年記念特別号」の報告。

(丹羽理事)

20周年記念特別号は53社が協賛し、165
万円の寄付があった。これは例年の3倍の
協賛である。印刷費は550部で169万2千
円要した。本会計から50万円の補助金を受
けたとの報告があった。

(19) 8月31日現在の会員動態。

(小松副会長)

平成10年4月4日323名以後、新入会13
名、退会2名あり、8月31日現在OCO
A会員は334名である。

(20) その他

① JCOA平成10年度第1回医業経営委
員会が平成10年9月15日大阪東洋ホテ
ルにて開催された。

イ) 日整会「骨と関節の日」アピールマ
ークの活用方法

ロ) 病院部会発足について

以上報告があった。(首藤理事)

§ 審議事項

(1) JCOA・情報通信委員の推薦について。

(三橋会長)

- 三橋会長が情報通信委員に決定。
- (2) 「骨と関節の日」の行事に関する費用の支出について。(原田理事)
費用 150 万～160 万を研修会会計より支出することが了承された。
- (3) 平成 11 年度 O C O A 総会の日程について。(三橋会長)
平成 11 年 4 月 17 日(土)大正製薬講堂にて行われることが決定された。
- (4) 平成 10 年度第 6・7 回研修会、及び平成 11 年度第 1 回研修会(総会)について。(服部副会長)
第 5 回(87 回)研修会:平成 10 年 10 月 24 日(土)
於:大林ビル
総合司会:(新田理事)
1) 演題:「最近の社保の審査上の問題について」-減点されない留意点-
講師:社保専任審査委員
反田英之先生
座長:天野理事
2) 演題:「リウマチ患者治療例の検討と考察」(N, R, R 財)
講師:大阪大学 整形外科 教授
越智隆弘先生
座長:早石理事
(懇親会司会:吉田理事)
第 6 回(88 回)研修会:平成 10 年 11 月 14 日(土)
於:ワシントンホテル
総合司会:(栗本理事)
1) 演題:「股関節疾患治療における問題点とその対策」(N)
講師:京都大学 整形外科 助教授
飯田寛和先生
座長:石井理事
2) 演題:「末梢神経麻痺の診断と治療」(N)
講師:浜松医科大学 整形外科 教授
長野昭先生
座長:堀木理事
(懇親会司会:孫理事)
第 7 回(89 回)研修会:平成 11 年 1 月 30 日(土)

- 於:大林ビル
総合司会:(右近理事)
1) 演題:「膝のスポーツ傷害の診断と治療-特に軟骨損傷について-」
(N, S, 健康 S)
講師:京都大学 整形外科 講師
松末吉隆先生
座長:須藤理事
2) 演題:「RA の免疫抑制剤療法・効果と副作用」(N, R, リ財)
講師:聖マリアンナ医科大学 内科教授 市川陽一先生
座長:服部副会長
(懇親会司会:村上理事)
(5) 旭化成より平成 11 年度 O C O A 研修会共催について。(三橋会長)
旭化成より今後も O C O A 研修会共催の要望があった。
出来るだけ要望にこたえるようにしたいとのことであった。
(6) 会報についての注文とご意見。(丹羽理事)
今後も会報の充実のためにも意見を出してほしいとの要望があった。
(7) 会費未納(非自動引き会員)の処理について。(原田理事)
現在まで 14 名であったが、催促したところ 4 名の会員に減じている。
会費未納 2 年になると自動退会になるので、出来るだけ会費を納めるように勧める。
(8) 次回理事会の日程確認、12 月 5 日(土)平成 10 年 12 月 5 日(土)に確認された。
(9) その他
平成 13 年の J C O A 学会を大阪が引き受けることに了承された。
- 第 3 回理事会(10 年 12 月 5 日)
§ 報告事項
(1) O C O A 会員動態 (小松副会長)
現在会員数 335 名で大阪が全国一位
総会以降の入会 15 名、退会 3 名との報告

がなされた。

- (2) 日医・菅谷常任理事とJCOA社会保険委員会との懇談 (H10.10.8 東京ロイヤルパークホテル)。 (三橋会長)

要望事項として

特定疾患療養指導料に慢性関節リウマチ(ステージ3、クラス3以上)、変形性股関節症は治療計画に基づいた指導が重要であるから算定の対象としていただきたい。

運動療法指導管理料に肩関節周囲炎、変形性関節症、術後関節拘縮、骨粗鬆症、慢性関節リウマチを入れていただきたい。関節鏡視下手術の分離独立(新点数設定)イメージインテンシファイアー加算の新設湿布処置が外来管理料より低く、最低でも一律42点にしていきたい。

等を要望したとの報告があった。

- (3) JCOA研修会と各県代表者会議。(神戸市H10.11.21-23 ホテルオークラほか) (三橋会長)

研修会のスケジュール表をもとに説明を加えて報告があった。

- (4) 第4回JCOA理事会。(東京H10.11.8) (坂本理事)

資料に説明を加え報告があった。

- (5) JCOA医療システム委員会。(東京H10.11.15) (長田理事)

柔整師の問題には政治家が関与してくる。柔整師の記入する傷病手当金請求書の問題も法的にはっきり区別しなければならないが、ここでも政治的な問題がでてくる。

- (6) 日整会医療システム委員会との合同会議。(東京H10.11.28) (長田理事)

柔整師問題について、JOAとJCOAの両委員会が共同で対処する事を確認した。等の報告があった。

- (7) JCOA介護保険等対策委員会。(東京H10.10.11) (甲斐理事)

介護保険のケアマネージャーのアンケート調査を通じて、整形外科医と福祉との関

わり合いを検討して行く。

第72回日本整形外科学会のパネルディスカッション「介護保険と整形外科」の座長に堀木 篤理事が選ばれた。

その他療養型病床群の病床数に関する調査等について資料にもとずいて説明と報告があった。

- (8) JCOA会誌編集委員会。(H10.9.26,12.5) (瀬戸理事)

- (9) 府医・医学会運営委員会。(H10.9.28,10.26,11.20) (木佐貫理事)
資料にもとずいて報告があった。

- (10) 府医・医学会総会、評議員会。(H10.11.15) (三橋会長)

評議員会に出席された服部理事より専門医、認定医等の院外表示は、各科でばらつきがあり、時期尚早である。等の報告があった。

- (11) 平成10年度秋季O C O Aゴルフコンペ。(H10.9.27) (古賀理事)

25名の参加があり優勝は、新田先生。

- (12) 平成10年度秋季O C O A懇親旅行。(H10.11.7~8)

12名の参加があり、片山津温泉に旅行。翌日(11.8)加賀芙蓉カントリークラブでゴルフ。原田Drが優勝。

- (13) 「骨と関節の日」の行事に関する報告。(小松副会長)

三橋会長より協力に対する謝辞があり、小松副会長より事業内容、収支等について報告があった。

- (14) 新会員名簿について。(小松副会長)
会員の動向について報告があった。

- (15) 平成10年度O C O A一般会計中間決算の報告。(原田理事)

資料により平成10年11月18日現在の報告があった。

§協議事項

- (1) 平成11年度研修会の日程と講師について。(服部副会長)

未決定の講師、司会者が補足された。別紙記載

(2) 平成11年度「骨と関節の日」の行事について。(小松副会長)

本年度の第1回理事会で「骨と関節の日」は継続して行く事が決定されている。

来年度は、講演会かシンポジウムをしたい。財政面、新聞各社の対応等についての説明があり、協議の結果オーバルホールで開催し、新聞紙上に掲載する案に決定された。時期等については対策委員会で詰めて頂くことになった。

(3) OCOAのシンボルマークについて。(丹羽理事)

一般より公募することが決定された。

(4) 大正製薬への感謝状贈呈の件について。(丹羽理事)

会誌制作に絶大なる協力をいただいている大正製薬に感謝の気持ちを贈りたいとの丹羽広報担当理事の提案にたいし承認された。

(文責 松矢)

資料

〈平成11年度OCOAR研修会日程〉

第1回(通算91回)研修会:

平成11年4月17日(土)

於:大正製薬ホール

演題「整形外科領域におけるMRI診断」N

講師:京都府立医科大学 整形外科

教授 平澤泰介先生

第2回(92回)研修会:

平成11年5月15日(土)

於:ウエスティンホテル

演題「外来診療におけるRA患者の治療」N, R, リ財

講師:近畿大学医学部 整形外科

助教授 宗圓聡先生

演題「足部の診察の仕方—スポーツ障害を含む—」N, S, 健ス

講師:奈良県立医科大学 整形外科

助教授 高倉義典先生

第3回(93回)研修会:

平成11年6月12日(土)

於:三和化学ホール

演題「『老人保険法』から『介護保険法』へ—整形外科医のかかわり—」N

講師:舟越整形外科医院 院長

舟越忠先生

演題「四肢骨・軟部悪性腫瘍の患肢温存手術」N

講師:奈良県立医科大学 整形外科

教授 玉井進先生

第4回(94回)研修会:

平成11年7月10日(土)

於:ウエスティンホテル

演題「整形外科領域における医事紛争について」

講師:北野病院 整形外科 部長

梁瀬義章先生

演題「腰痛とスポーツ」

講師:徳島大学医学部 整形外科

教授 井形高明先生

第5回(95回)研修会:

平成11年8月21日(土)

於:大阪・大林ビル

演題「リウマチ外来でのPit Fall」

講師:和歌山県立医科大学

リハビリテーション科 教授

上好昭孝先生

演題「保険診療に関する講演」

講師:社保専任審査員 原省吾先生

第6回(96回)研修会:

平成11年9月11日(土)

於:大阪・大林ビル

第7回(97回)研修会:

平成11年11月20日(土)

*第6回以降の講師、演題は詳細が決定し次第、会員に連絡

第4回理事会(11年3月13日)

§報告事項

(1) JCOA社会保険等検討委員会。

(H11.2.20) (三橋会長)

- ①平成11年7月より老人薬剤費負担金軽減について。
- ②病院の入院医学管理料が平成10年10月からの改正により老人の長期入院のしめだしが始まったとのこと。
- ③檜田議員による「21世紀における整形外科の展望」の内容は今後医療改正により、病床数の激少、出来高払いが縮小され、包括されるとの事であるとの報告があった。

(2) JCOA理事会の報告。(H11.2.21)

(坂本理事)

平成10年度5回理事会があり、平成11年「骨と関節の日」のテーマ「肩こり」に決定した。

学会功労者受賞者にJCOA会員7名が決定したとの報告があった。

同時に菅谷日医常任理事による第4次医療改正案と柔整師の保険施療について講演があった。柔整師の保険審査状況や、今回の診療報酬のアップは無理であるとの事である。

(3) JCOA学術・研修委員会。(H10.12.13, H11.1.24)

(堀木理事)

平成11年度日整会学術集会パネルディスカッションは「整形外科のアイデンティティ・クライシス」と「介護保険と整形外科」に決定した。

平成12年度日整会学術集会にはJCOAより教育研修に2題、パネルディスカッションにて2題提出するとの事であった。

JCOA学会、JCOA研修会の今後の予定は

学会：平成12年 宮城、平成13年 大阪、平成14年 金沢

研修会：平成12年 奈良、平成13年 高知、平成14年 三重

の予定であるとの報告があった。

(4) JCOA医業経営委員会。(H11.2.7)

(首藤理事)

①リハビリ及び消炎鎮痛処置はすべてまるめになる可能性がある。

②今後整形外科も診診連携・病診連携を密にしていく必要がある。

③薬品、ギブス、レントゲンフィルムの購入価格にばらつきがあるので、全国にアンケートを出す予定である。

④病院名簿を充実させるために、未報告の会員にアンケートを出す予定であるなどの報告があった。

(5) JCOA医療システム委員会。

(H11.1.17) (長田理事)

医療類似行為特集号を6月以降に発刊する予定である。

各都道府県代表者に柔整師のレセプト審査がどのようにおこなわれているかのアンケートを出すとの報告があった。

(6) JCOA介護保険等検討委員会。

(H11.1.17) (甲斐理事)

*日整会と上記両委員会の合同委員会の報告
介護支援専門員試験合格者は全国で88,750人38.6%の合格率、医師563人、柔整師733名(特に大阪は多い)であった。「介護保険と整形外科」に関する、JCOA会員のアンケート結果は、関心度は病院が一番高く、ビル開業の先生は殆ど関心を持っていない。

訪問診察は1/6、訪問看護は1/7、デイケアは1/10の割合で在宅医療と関わっている。日本整形外科学会にて4月10日(土)パネルディスカッション「介護保険と整形外科」において、司会は堀木先生(大阪)安土先生(福井)のもとで行われる。又柔整師が介護保険における訪問リハビリに参入しようと狙っている。等の報告があった。

(7) 府医師会医学会運営委員会(H10.12.14, H11.1.23, 2.22, 3.29) (木佐貫理事)

イ)平成11年度の医学会活動計画は最近の医療情勢を鑑みて、介護保険や医薬分業をテーマとした「医療的課題講演会」

を年2回開催する。

- ロ) 医学の進歩シリーズとして内科医も対象とした「骨粗鬆症治療の最近の話題」を開催する。
- ハ) 平成11年2月6日、7日に「生活習慣病をめぐる諸問題」をテーマとした研修会を開催した。
- ニ) 平成10年度医学研究奨励費助成の選考に27件が対照となっている等の報告があった。
- (8) 府医師会医学会、学術講演会【医学の進歩シリーズ】 (木佐貫理事)
平成11年3月25日(木) 主題「骨粗鬆症治療の最近の話題」
整形外科の立場から近畿大学医学部 助教授 宗園聰
内科の立場から大阪市立大学医学部 助教授 西澤良記
の講演があるとの報告があった。
- (9) 大阪整形外科症例検討会の報告。(H11.2.8) (小松理事)
病院勤務医が中心となっている会であるとの報告があった
- (10) 平成11年度・25号会報について。(前野理事)
原稿締切は4月末とのことで三橋会長以下各理事にそれぞれ原稿依頼がなされた。
- (11) 研修会の報告。(服部副会長)
第7回(89回)研修会:平成11年1月30日(土)
於:大林ビル
総合司会:右近理事 217名参加
1) 演題:『膝のスポーツ傷害の診断と治療—特に軟骨損傷について—』
講師:京都大学 整形外科 講師 松末吉隆先生
座長:須藤理事
2) 演題:『RAの免疫抑制剤療法・効果と副作用』
講師:聖マリアンナ医科大学 内科 教授 市川陽一先生
座長:服部副会長

第8回(90回)研修会:平成11年2月20日(土)
於:エコルテホール

総合司会:沢田理事

- 1) 演題:『慢性関節リウマチの基礎療法』
講師:国立加古川病院 副院長 西林保朗先生
座長:堀木理事
2) 演題:『最近の脊椎外科の手術療法』
講師:大阪市立総合医療センター 整形外科 部長 松田英樹先生
座長:黒田理事

(12) その他

イ) 第5回会誌等編集委員会 (1/23)

(瀬戸理事)

JCOA会誌60号61号について、JCOAニュース44号について進行状況と瀬戸理事が担当するJCOAニュース45号の内容について報告があった。

ロ) 新入会員について。(小松副会長)
平成10年度4月以降の新入会員は23名であるとの報告があった。

§協議事項

(1) 産業保険推進センターへの講師依頼について。(三橋会長)

医師・看護婦を対象とした腰痛、頸腕症候群などの講演にとOCO Aに講師依頼があった。産業医部会と連携をとりながら引き受けることに了承した。

尚、担当は服部副会長に決定し、今後窓口となるとのことであった。

(2) 医療保険委員会の創設について。

(三橋会長)

設立趣旨

- ①医療保険改革への対応
- ②診療報酬引き上げ対策
- ③審査対策
- ④会員指導対策
- ⑤老人保険法対策
- ⑥交通事故医療に関する研究並びに研

修活動の推進

⑦ 労災医療に関する研修活動の推進

のもとに OCOA 社会保険等検討委員会を創設することに全員一致で了承された。

(3) OCOA 総会の準備。(三橋会長)

* 当日のタイムスケジュールと担当者の確認、決定

日 時:平成 11 年 4 月 17 日(土)

会 場:大正製薬株式会社
大阪支店 6 階ホール

総 会:午後 3:30 ~ 4:00

医薬品紹介:4:10 ~ 4:30

講 演:4:30 ~ 5:40

演 題:「整形外科領域における MRI 診断」

講 師:京都府立医科大学 整形外科
教授 平澤泰介先生

懇 親 会:5:40 ~ 7:00

*平成 10 年度庶務・事業報告および収支決算報告について

資料をもとに説明があった。(原田理事)

*平成 11 年度事業計画および予算(案)について

資料をもとに説明があった。(原田理事)

(4) 平成 11 年度研修会の予定。(服部副会長)

第 1 回(91 回)研修会:平成 11 年 4 月 17 日(土)

於:大正製薬講堂

総合司会:甲斐理事

1) 演題:「整形外科領域における MRI 診断」N

講師:京都府立医科大学 整形外科
教授 平澤泰介先生

座長:甲斐理事

(懇親会司会) 古賀理事

第 2 回(92 回)研修会:平成 11 年 5 月 15 日(土)

於:ウェスティン

総合司会:河村理事

1) 演題:「外来診療における RA 患者の治療」N, R, リ財

講師:近畿大学 整形外科 助教授

宗園聰先生

座長:石井理事

2) 演題:「足部の診察の仕方」

— スポーツ傷害を含む —

N, S, 健ス

講師:奈良県立医科大学 整形外科

助教授 高倉義典先生

座長:原田理事

第 3 回(93 回)研修会:平成 11 年 6 月 12 日(土)

於:三和化学ホール

総合司会:濱田理事

1) 演題:「[老人保健法] から [介護保険法] へ・整形外科医のかかり」N

講師:舟越整形外科医院 院長

舟越忠先生

座長:三橋会長

2) 演題:「四肢骨・軟部悪性腫瘍の患肢温存手術」N

講師:奈良県立医科大学 整形外科

教授 玉井進先生

座長:木佐貫理事

第 4 回(94 回)研修会:平成 11 年 7 月 17 日(土)

於:ウェスティン

総合司会:黒田理事

1) 演題:「整形外科領域に於ける医事紛争について」

講師:北野病院 整形外科 部長

梁瀬義章先生

座長:首藤理事

2) 演題:「腰痛とスポーツ」

講師:徳島大学 整形外科 教授

井形高明先生

座長:坂本理事

(5) その他

平成 11 年度理事会予定日について協議があった。

総会議事録

第23回 大阪臨床整形外科医会定時総会議事録

日時：平成11年4月17日（土）

場所：大正製薬株式会社

大阪支店 6階ホール

(1) 開会宣言

小松副会長より、本総会の開会宣言がなされた。

(2) 会長挨拶

三橋会長より、議事に先立って挨拶がなされた。

(3) 議事

議長の松尾先生より、本総会の出席者35名、委任状123枚で、本総会は成立する、との旨が伝えられ議事進行に入った。

第1号議案 平成10年度庶務及び事業報告について承認を求める件

議案審議に先立ち、死亡退会された大村浩一先生に対し、黙禱が捧げられた。

レジメ3ページから9ページの「平成10年度O C O A庶務及び事業報告」について、小松副会長より、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10年度収支決算について承認を求める件

レジメ10ページから12ページの「平成10年度会計報告」について、会計担当理事の原田先生より、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13・14ページ）についても報告が加えられ、満場一致で承認された。

第3号議案 平成11年度事業計画案について承認を求める件

レジメ15・16ページの「平成11年度O C O A事業計画案」について、服部副会長より説明がなされ、又、追加資料（レジメ19・20ページ）の「平成11年度O C O A

研修会日程」について、内容に若干の訂正が加えられた。

これも、満場一致で承認された。

第4号議案 平成11年度収支予算案について承認を求める件

レジメ17・18ページの「平成11年度収支予算案」について、会計担当理事の原田先生より、細かく内容の説明がなされ、満場一致で承認された。

松尾議長より本総会の議事録署名人に松矢先生・前野先生が指名された。

議事は終了したが、下記2項目が追加された。

- ① 昨年のO C O A設立20周年記念行事に対して尽力をしたとして、大正製薬（株）に対して、O C O Aより感謝状が贈呈された。
- ② 広報担当理事の丹羽先生より、O C O Aのトレードマークを作ってはどうかとの提案があり、広く会員から公募することとなった。

(4) 閉会宣言

服部副会長より、本総会の閉会宣言がなされた。

以上で、第23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23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：松矢浩司

署名：前野岳母

会員名簿補追

<平成 11 年 2 月、新名簿発行以降の入会> (上段：医療機関、下段：自宅)

氏名	医療機関名	医療機関所在地 自宅住所	TEL	FAX
安井 明	安井整形外科 クリニック	〒551-0031 大阪市大正区泉尾 3-11-24 プロニティ江川 1F 〒590-0134 堺市御池台 2-4-38	06-6551-1181 0722-99-1393	06-6551-1181
青山 賢治	青山整形外科	〒581-0025 富田林市若松町西 1-1841-1 アジア商事ビル 1F 〒581-0086 富田林市津々山台 1-12-24	0721-25-8118 0721-28-8426	0721-25-0770 0721-28-8426
高島 孝之	高島整形外科	〒567-0868 茨木市沢良宜西 1-13-22 〒567-0868 茨木市沢良宜西 2-8-3	0726-30-2600 0726-33-5483	0726-30-2601 0726-33-9093
荒木 良守	荒木整形外科	〒590-0132 堺市原山台 1-1-2 イーストナニワビル 5F 〒599-8126 堺市大美野 134-25	0722-98-6838 0722-39-0768	0722-98-6858 0722-39-0768
白藤 達雄	(医) 順 専 会 白藤診療所	〒569-0825 高槻市栄町 1-10-12 〒562-0001 箕面市箕面 7-8-23	0726-92-6577 0727-24-3559	0726-94-6318 0727-24-0720
岩本 弘	岩本整形外科 クリニック	〒583-0882 羽曳野市高鷲 4-5-2 ラポール 1F 〒570-0054 守口市大枝西町 17-18	0729-30-5311 06-6991-1854	0729-30-5313 06-6991-1854
佐々木 裕次	(医) 養 裕 会 佐々木整形外科	〒537-0013 大阪市東成区大今里南 4-7-11 同 上	06-6971-0855 06-6971-0855	
溝畑 隆男	みぞはた整形外科	〒578-0924 東大阪市吉田 6-2-50 尼信ビル 4F 〒578-0838 寝屋川市八坂町 14-16 コーポ西森 703	0729-61-8522 0720-20-6928	0729-61-8660 0720-20-6928
三田村 有二	三田村整形外科	〒569-0824 高槻市川添 2-27-3 〒567-0009 茨木市山手台 7-1-6	0726-92-8055 0726-49-2686	0726-92-8055
戸田 佳孝	戸田整形外科 リウマチ科クリニック	〒564-0051 吹田市豊津町 14-1 プレスビル 4F 〒564-0063 吹田市江坂町 5-9-2	06-6387-4114 06-6338-9363	06-6378-2210 06-6338-9363
宮田 重樹	宮 田 医 院	〒584-0083 富田林市小金台 1-11-26 〒584-0086 富田林市津々山台 2-5-10	0721-29-2387 0721-29-2321	0721-29-2693
林 誠之	林 医 院	〒537-0022 大阪市東成区中本 4-2-1 〒537-0022 大阪市東成区中本 4-10-11	06-6981-3188 06-6976-5070	06-6981-3148 06-6976-5070
岩本 久雄	(医) 岩本医院	〒566-0001 摂津市千里丘 2-10-2 〒565-0823 吹田市山田南 30-35-305	06-6388-2838 06-6877-6387	
北野 安衛	北野整形外科	〒538-0003 大阪市住吉区長居 1-3-10 〒543-0013 大阪市天王寺区玉造本町 13-13-701	06-6690-5750 06-6765-0836	06-6690-5751 06-6765-0836
国重 昌彦	整 形 外 科 くにしげクリニック	〒552-0004 大阪市港区夕風 2-16-9 ポートビル 1F 〒594-0041 和泉市いぶき野 3-9-10	06-6599-0115 0725-57-4436	06-6599-0116 0725-57-4436

(平成 11 年 2 月名簿作成以後の退会者)

和田 剛生・大田 秀一・小川 孝・堤 勁 (4 名)

・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。

編集後記

会誌一冊の刊行に際しては企画、原稿集め、広告の依頼、校正などのために多くの時間と読者には知られざる苦勞が編集担当者に伴うものである。

私は地元の所属医師会の50周年記念誌の編集責任者としてこの6月に無事に記念誌を刊行したが、このために約2年間に渡り多くの資料を読み、会員からの原稿集め、印刷会社との交渉など、完成まで編集委員の方々と多くのエネルギーを注ぐ結果となった。

無事上梓し、会員全員に配布してから今日

までの苦勞を振り返り、自己の作品とも思えるほどの記念誌に対して、会員からの何等の反応もないのは編集当事者としては大変寂しいものである。

OCOA会誌25号に対しても会員各位の反応を戴きたいものである。

(広報担当理事 小松建次記)



OCOAは創立から21年を過ぎ、会員数も着実に増えて、本年6月現在349名と全国1位となっております。

会の活動も活発で、学術研修会は10年度8回(15演題)、11年度は9回(17演題)まで開催されることが決定しております。

三橋会長は総会で抱負を述べられたように、会内に各種委員会を作って活動推進に積極的に取り組んで参りました。OCOA「医業周辺業種問題プロジェクト委員会」「社会保険等検討委員会」「骨と関節の日委員会」がすでに活動に入っており、更に介護保険に関する委員会、医業経営に関する委員会が発足予定となっております。

平成13年第14回JCOA学会の大阪開催が決定しました。「JCOA学会プロジェクト委員会」が発足し、開催日、会場等が内定し

ております。

この様な流れの中で、OCOA会報25号も丹羽理事主導のもとで、充実したものとなっております。OCOA研修会抄録記事は研修の記憶を再現してくれます。本号ではやはり介護保険の記事も多く、甲斐理事の「整形外科医と介護保険」は3頁の短い文面ですが、この制度に我々がかかわる要点がよく理解出来ます。

「会員の皆様に読んでみようかという気を起こしていただける会報」という編集長の目標に沿ったものとなってきております。ぜひ会報を開いて、見て下さい。

(広報担当理事 瀬戸信夫記)



会誌発行に当たり、会員の先生方の御協力に感謝致します。特にJCOA介護保険委員の甲斐先生の『臨床整形外科医と介護保険』の論文は、いよいよ迫り来る新しい制度に対して、私達臨床整形外科医が、在宅医療や介護保険に、もう少し積極的に対応しなければ、柔整師や鍼灸師の整形分野への介入を一層、促進しかねない旨の危機感を示唆しています。後悔しないように、一人一人が考え直さなければと考えています。

浪速の先覚者、小谷勉教授は、私の恩師でもあるだけに、大変なつかしく思われました。あのやさしい眼差しで、私達を丁寧に指導して下さい、広い世界へと導いて下さった偉大な包容力には、今更ながら感謝の念にたえません。

(広報担当理事 前野岳敏記)



いよいよ本年10月から要介護認定作業が始まります。本誌にも介護保険関連記事が出ており整形外科医が介護保険にかかわる際の参考となります。

特に甲斐敏晴氏は「臨床整形外科と介護保険」の中で整形外科医が一番意見を出しやすいのは介護認定審査会で、次いでサービス担当者会議であると述べられています。介護認定審査会はコンピューターによる要介護判定(一次判定)の結果と訪問調査の特記事項と、かかりつけ医の意見書をもとに審査を実施(二次判定)により介護度が決定されるので整形外科領域の事例に対してはその専門性が発揮できます。またサービス担当者会議には種々の業種の担当者が参入しますが、対象となる要介護者の中には脊椎骨折、大腿骨頸部骨折、変形性脊椎症、変形性膝関節症、慢性関節リウマチの人々が多く含まれており、これらの領域はリハビリテーションを含めて整形外科医が最も得意とする分野であります。

一方、堀木 篤氏は『「介護保険と整形外科」余話』の中で我々の前には種々の介護保

険参入問題があげられているがおそらく一つづつ問題点を解決して行く他ないのではなかろうかと述べておられます。

また小松建次氏は「ケアマネージャー研修事始」の中で介護支援専門員受講資格試験に合格し、34時間の研修を受けた経験から、整形外科医もケアマネージャーの資格を習得し、医師の裁量権を維持擁護しないと開業医の権益も失われるのではないかと危惧されておられます。

介護保険は市町村を中心に運用されますので、市町村は地域医師会に目を向けて介護認定審査会の委員、ケアマネージャー指導医を依頼して来ますので、私達は積極的に応募し、その中で整形外科医の専門的な知識と能力を発揮することによって次第に認知されるように努めましょう。

(広報担当理事 須藤容章記)



本年も「会報の季節」? になりました。この会報25号に原稿をお寄せ頂いた先生方に感謝致します。また広告・協賛を頂いた各社に厚く御礼申し上げます。

私が編集責任者となって三年が経ったのですが、少々手慣れて、所謂「コツ」という奴が少しは身に着いたかとも思います。しかし一方手抜きとも思われる部分がありはせぬかと心配です。会員皆さん方の御叱正を待っています。

今や東京と肩を並べる大所帯になっていますが、理事会の皆さんは「以和為貴」の雰囲気です。精力的発展的なお仕事をなさって下さっ

ています。更に今後の会員各位のご協力を得る為にはこの会報がよき仲介役として、手に入ると、すぐ手にとって「読んでみよう」と思って頂ける様な方向へ舵を取って行きたいと思っています。シンボルマーク募集もその一環として提案があったものです。どうか奮って御応募下さる様お願い申し上げます。

(広報担当理事 丹羽権平記)



大阪臨床整形外科医会会報 第 25 号

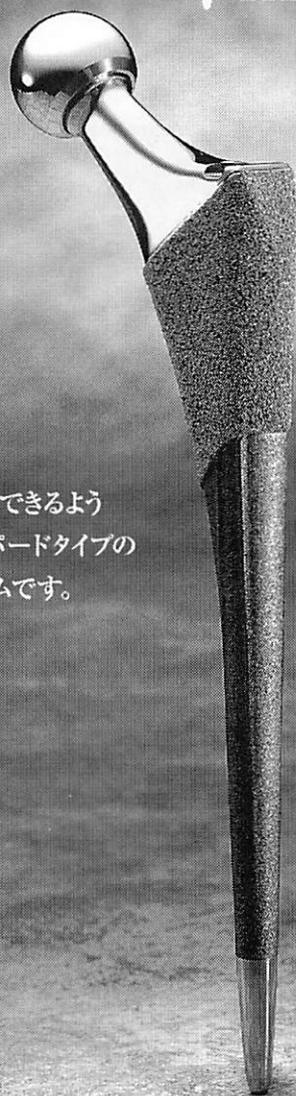
平成11年 7 月20日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒558-0011 大阪市住吉区苅田8-6-27
三橋医院内
TEL (06) 6698-0661
FAX (06) 6698-8332
編集者 三橋 二郎・服部 良治
瀬戸 信夫・小松 建次
須藤 容章・前野 岳敏
丹羽 權平

SYNERGY™

TAPERED HIP SYSTEM

シナジー ヒップシステム



多様な骨形状に対応できるよう
新たに開発されたテーパータイプの
セメントレスシステムです。

販売名:シナジーヒップシステム 承認番号:21000BZY00348

■お問い合わせは下記まで

スミス・アンド・ネフュー株式会社 オーソペディック事業部
本社:〒105-0014 東京都港区芝1丁目10番13号 芝日景有楽ビル

札幌営業所: TEL.011-736-9595

大阪営業所: TEL.06-6399-3302

仙台営業所: TEL.022-276-6624

福岡営業所: TEL.092-452-0140

東京営業所: TEL.03-5443-5725

金沢出張所: TEL.076-234-8151

名古屋営業所: TEL.052-221-1410

Smith+Nephew
Leadership in Worldwide Healthcare

骨形成へ新作用

特性

- 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。
- 骨基質タンパク質オステオカルシンのGla化(γ -カルボキシグルタミン酸残基の生成)に必須です。オステオカルシン=BGP(Bone Gla Protein)
- 骨代謝回転を高め、骨量改善効果を示します(ラット、*in vitro*)。
- 骨粗鬆症患者を対象とした臨床試験において、骨量及び疼痛の改善に効果があることが確認されています。
- 承認時及び市販後第1回使用成績調査における副作用発現症例数は1,885例中81例(4.30%)でした。
主な副作用は、胃部不快感18件(0.95%)、腹痛12件(0.64%)、発疹8件(0.42%)等です(1997年8月エーザイ集計)。
- 服用しやすい小型ソフトカプセルです。

平成10年4月1日より
1回30日間分の
投与が可能になりました。

本剤はビタミンK₂製剤であり、抗凝血薬療法で用いられるワルファリンカリウム(ワーファリン)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、成人にはメナテトレノンとして1日45mgを3回に分けて食後に経口投与する。

*【使用上の注意】

1. 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、腰背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、トロンボ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薬剤である。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	GOT、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・授乳婦等への投与

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. 適用上の注意

(1) 投与時

本剤は空腹時投与で吸収が低下するので、必ず食後に服用させること。なお、本剤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)

* 1998年6月改訂

骨粗鬆症治療用ビタミンK₂剤 薬価基準収載
 **グラケ-カプセル 15mg**
 Glakay® <メナテトレノン製剤>

hvc
ヒューマン・ヘルスケア企業

Eisai

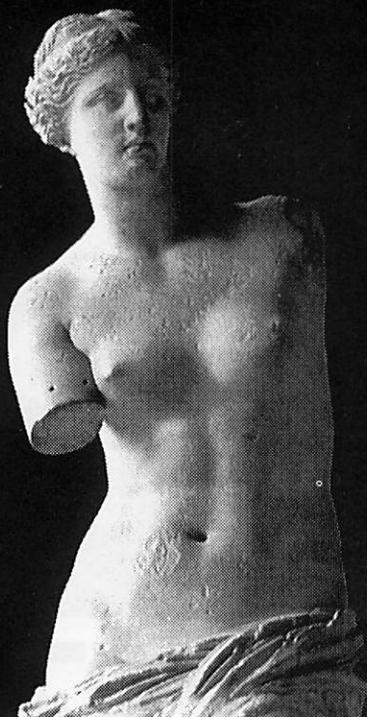
エーザイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10

資料請求先：
エーザイ株式会社医薬企画部

●ご使用に際しては添付文書
をご参照ください。

H-G-0007

「本物は変わらない」
持続する炎症にレリフェン



持続性抗炎症・鎮痛剤(ナブメトン錠) 錠
レリフェン® 錠
RELIFEN RELIFEN 400 健保適用

禁忌(次の患者には投与しないこと) (1)消化性潰瘍のある患者[プロスタグランジン合成抑制作用により胃の血流量が減少し、消化性潰瘍を悪化させるおそれがある。] (2)重篤な血液の異常のある患者[症状を悪化させるおそれがある。] (3)重篤な肝障害のある患者[副作用として肝障害が報告されており、肝障害を更に悪化させるおそれがある。] (4)重篤な腎障害のある患者[プロスタグランジン合成抑制作用による腎血流量の低下等により、腎障害を悪化させるおそれがある。] (5)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 (6)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者[喘息発作を誘発させるおそれがある。] (7)妊娠末期の婦人[妊婦、産婦、授乳婦等への投与]の項参照

■効能・効果

下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛

慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、頸肩腕症候群、肩関節周囲炎

■用法・用量

通常成人にはナブメトンとして800mgを1日1回食後に経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減する。

■使用上の注意

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)消化性潰瘍の既往歴のある患者[消化性潰瘍を再発させるおそれがある。] (2)血液の異常又はその既往歴のある患者[血液の異常を悪化又は再発させるおそれがある。] (3)肝障害又はその既往歴のある患者[肝障害を悪化又は再発させるおそれがある。] (4)腎障害又はその既往歴のある患者[腎障害を悪化又は再発させるおそれがある。] (5)心機能障害のある患者[腎のプロスタグランジン合成抑制作用により、浮腫、循環体液量の増加が起こり、心臓の仕事量が増加するため、症状を悪化させるおそれがある。] (6)過敏症の既往歴のある患者 (7)気管支喘息のある患者[喘息発作を悪化させるおそれがある。] (8)高齢者[「高齢者への投与」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)慢性疾患(慢性関節リウマチ等)に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。1)長期投与する場合には定期的に臨床検査(尿検査、血液検査及び肝機能検査等)を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な処置を講ずること。2)薬物療法以外の療法も考慮すること。(3)急性疾患に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。1)急性炎症、疼痛及び発熱の程度を考慮し、投与すること。2)原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。3)原因療法があればこれを行うこと。(4)患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。(5)感染症を不顕性化するおそれがあるため、感染による炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。(6)他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ま

しい。(7)変形性関節症に対し本剤を用いる場合には朝食後投与が望ましい。3. 相互作用 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
クマリン系抗凝薬剤 ワルファリン等	抗凝薬作用を増強することがあるので注意し、必要があれば、減量するなど慎重に投与すること。	本剤の蛋白結合率は高いので、クマリン系抗凝薬血剤、スルホニル尿素系血糖降下剤の血漿蛋白結合と競合し、それらの遊離型の血中濃度を増加し、作用が増強されるためと考えられている。
スルホニル尿素系血糖降下剤 トルブタミド等	血糖降下作用を増強することがあるので注意し、必要があれば、減量するなど慎重に投与すること。	本剤の腎におけるプロスタグランジン合成抑制作用により、水、ナトリウムの腎排泄を減少させるためと考えられる。
チアジド系利尿剤 ヒドロクロチアジド等 ループ利尿剤 フロセミド等	利尿作用を減弱するおそれがある。	本剤の腎におけるプロスタグランジン合成抑制作用により、メトトレキサートの腎排泄が減少するためと考えられる。
メトトレキサート	血中メトトレキサート濃度を上昇させ、作用を増強するおそれがあるため血中メトトレキサート濃度に注意し、必要があれば減量するなど慎重に投与すること。	本剤の腎におけるプロスタグランジン合成抑制作用により、メトトレキサートの腎排泄が減少し、血中濃度が上昇するためと考えられる。

4. 副作用 総症例6,362例中、副作用が報告されたものは270例(4.24%)であった。主な症状は消化管障害(胃部不快感、胃痛、悪心・嘔吐、下痢、食欲不振、腹痛、心窩部痛、消化不良等)166例(2.61%)、皮膚・皮膚付属器障害(発疹、掻痒感等)41例(0.64%)であった。[承認時及び使用成績調査(第6次)]。なお、本項には頻度が算出できない副作用報告を含む。(1)重大な副作用 1)ショック、アナフィラキシー様症状:ショック、アナフィラキシー様症状(呼吸困難、蕁麻疹、顔面浮腫等)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。2)間質性肺炎:間質性肺炎があらわれることがあるので、発熱、咳嗽、労作時息切れ等の呼吸器症状があらわれた場合には、速やかに胸部X線、血液ガス分析等の検査を実施し、間質性肺炎が疑われる場合には直ちに投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤を投与するなど適切な処置を行うこと。3)皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症(Lyell症候群):皮膚粘膜眼症候群(発疹、掻痒感等)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。4)ネフロロゼ症候群、腎不全:ネフロロゼ症候群、腎不全があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常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)血管炎:血管炎があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

1998年1月添付文書改訂

※その他につきましては添付文書をご覧ください。



三和化学研究所
本社/名古屋市東区外町35番地 〒461-0631
TEL (052) 951-8130 FAX (052) 950-1305

SB スミスクラインピーチャム
英国 ミドルセックス



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

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 B51 (R) : 登録商標

株式会社塩野義製薬



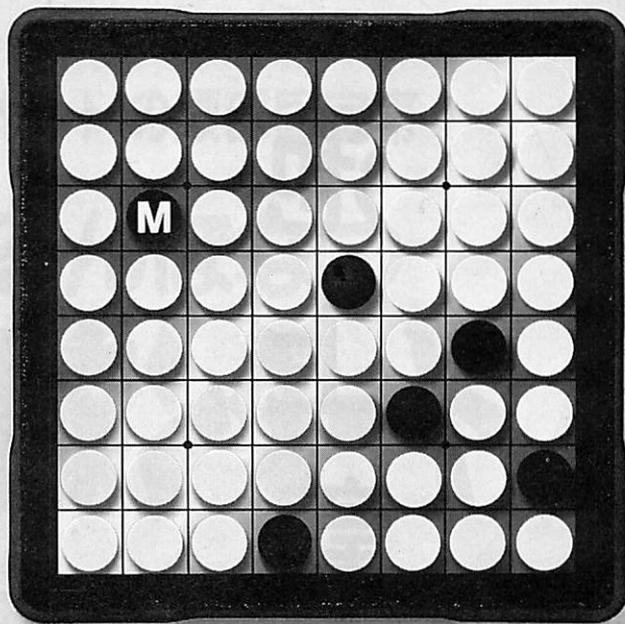
シオノギ製薬

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045

RAに新戦略。

慢性関節リウマチの早期治療に

MOVE by MOVER.



モーバーの特徴

- 1 従来の薬剤(SH剤、金製剤)と異なる新しいタイプのDMARD。
- 2 サプレッサー-T細胞を賦活し、免疫異常を是正する。(マウス、ヒト)
- 3 消炎鎮痛剤との併用において、RAの関節症状、赤沈及びCRPの改善がみられた。
- 4 健康成人においては、体内で代謝を受けることなく未変化体として、尿中にほぼ100%排泄された。
- 5 副作用は669例中119例(17.8%)に認められ、消化器症状56例(8.4%)が主であった。

なお、腎臓に関する副作用(BUN、クレアチニン上昇等)は6例(0.9%)に認められたが、3段階評価(高・中等・軽度)で高度と判定されたものはなかった。(全症例、消炎鎮痛剤と併用)

効能・効果 慢性関節リウマチ
用法・用量 通常、他の消炎鎮痛剤等とともに、アクタリットとして成人1日300mgを3回に分けて経口投与する。

使用上の注意 1、**一般的な注意** 1)本剤の投与に際しては、慢性関節リウマチの治療法に十分精通し、患者の病態並びに副作用の出現に注意しながら使用すること。2)本剤は鎮痛消炎作用を持たないため従来より投与している消炎鎮痛剤等を併用すること。ただし、本剤を6カ月間継続投与しても効果があらわれない場合は投与を中止すること。3)本剤は比較的発症早期の慢性関節リウマチ患者に使用することが望ましい。4)本剤投与中は臨床症状を十分観察するとともに、定期的に臨床検査(血液検査、肝機能・腎機能検査等)を行うこと。

2、**禁忌(次の患者には投与しないこと)**妊婦又は妊娠している可能性のある婦人、授乳婦(妊婦、授乳婦への投与)の項参照(妊婦に対する安全性は確立していない) 3、**慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)** 1)腎障害又はその既往歴のある患者(腎障害が悪化するおそれがある。) 2)肝障害のある患者(肝障害が悪化するおそれがある。) 3)消化性潰瘍又はその既往歴のある患者(消化性潰瘍が悪化するおそれがある。) 4、**副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副腎なし:5%以上又は頻度不明)** ※※1) **重大な副作用** (1)ネフローゼ候群 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。(3) **重大な副作用(頻度の低い)**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。(4) **その他の副作用** (1) **腎臓** 血尿、ときに蛋白尿、BUN、クレアチニン、尿中NAGの上昇等の腎機能異常があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2) **肝臓** ときにGOT、GPT、Al-Pの上昇等の肝機能異常があらわれることがある。 ※※ (3) **血液** 貧血、血小板減少、ときに白血球減少、顆粒球減少等があらわれることがある。(4) **消化器** ときに嘔気・嘔吐、食欲不振、腹痛、消化不良、下痢、胃潰瘍、口内炎、口内乾燥、口唇腫脹等があらわれることがある。(5) **皮膚** 紅斑性発疹、脱毛、ときに痒疹感、発疹、湿疹等があらわれることがある。(6) **精神神経系** ときに頭痛、めまい、傾眠、しびれ感等があらわれることがある。(7) **その他** ときに浮腫、発熱、倦怠感、動悸、視力異常、複視、耳鳴等があらわれることがある。 5、**高齢者への投与** 本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため高い血中濃度が持続するおそれがあるため、低用量(例えば1回1錠1日2回)から投与を開始するなど注意すること。なお、定期的に臨床症状の観察、臨床検査(肝機能・腎機能検査等)を行い、異常が認められた場合には、減量か又は休業等の適切な処置を行うこと。 6、**妊婦、授乳婦への投与** 1)妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。なお、動物実験(ラット)で胎児への移行が認められている。2)動物実験(ラット)で乳汁中への移行が認められているので、授乳中の婦人には投与しないこと。 7、**小児への投与** 小児に対する安全性は確立していない。 ※B、**適用上の注意** **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) ※1997年7月改訂(下線) ※1996年10月改訂

●その他の詳細につきましては製品添付文書をご参照下さい。

販売元(文政請求先)
日研化学株式会社
東京都中央区築地5-4-14 〒104-0045
Tel:03-3544-8858

製造元
三菱化学株式会社
東京都千代田区丸の内2-5-2 〒100-0005
Tel:03-5463-0732

Anti Free Radical & PG Inducer



薬価基準収載

ムコスタの特徴

1. 胃粘膜のPG増加作用・コラーゲンを抑制作用を併せ持つ初めでの胃炎・胃潰瘍治療剤です(ヒト、ラット、in vitro)。
2. NSAIDs*やHelicobacter pylori/in vitroなどによる胃粘膜傷害を抑制します。
3. COOH**を高め、再発・再燃を抑制します(ラット)。
4. 胃炎***、特にびらん・出血に優れた効果を示します。
5. 副作用発現率は0.54%(54/10,047)でした。

- * NSAIDs: non-steroidal anti-inflammatory drugs (非ステロイド性抗炎症薬)
- ** COOH: Quality of ulcer healing (薬治癒の質)
- *** 胃炎: 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

【効能・効果】

- 胃痛
- 下認疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
- 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

【使用上の注意】 一抜粋—

副作用
臨床症例10,047例中54例(0.54%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められている。このうち55才以上の高齢者3,035例では18例(0.59%)に副作用がみられた。副作用発現率、副作用の種類においても高齢者と若年層間で差は認められなかった。以下の副作用には別途市販後に報告された自発報告を含む。(承認前～1997年12月までの集計)

種類/頻度	0.1%未満	頻度不明*
過敏症 ^{注)} 症状	発疹、腫脹感、薬疹様湿疹等の過敏症状	
精神神経系		しびれ、めまい、悪気
消化器	便秘、頭部膨満感、下痢、嘔気、嘔吐、胸焼け、腹痛、げっぷ、排便異常等	口渇
肝臓	GGT、GPT、γ-GTP、ALPの上昇等の肝機能障害	黄疸
血液	白血球減少、顆粒球減少等	血小板減少
その他	月経異常、BUN上昇、浮腫、頭面部異物感	乳酸血症、乳房腫、乳房分泌異常、動悸、発熱、顔面潮紅

注)このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。
*:自発報告において認められた副作用のための頻度不明。

◇用法・用量、その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

胃炎・胃潰瘍治療剤

指定医薬品

ムコスタ錠100

Mucosta® tablets

リバミピド錠



製造販売元
大塚製薬株式会社
東京都千代田区神田同町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同町2-2
大塚製薬 神田同町2ビル

(98,104号)

Santen



遅すぎないうちに!!!

抗リウマチ剤

薬価基準収載

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

サラソスルファピリジン腸溶錠



【効能・効果】 慢性関節リウマチ
【用法・用量】 本剤は、消炎鎮痛剤などで十分な効果が得られない場合に使用すること。
通常、サラソスルファピリジンとして成人1日投与量1gを朝食及び夕食後の2回に分割経口投与する。

●禁忌（次の患者には投与しないこと）

- 1) サルファ剤又はサリチル酸製剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- 2) 新生児、未熟児【「小児等への投与」の項参照】

*その他の使用上の注意等については、添付文書をご参照下さい。

●本剤は、厚生省告示第111号（平成6年3月29日付）に基づき、1回30日分投薬が認められています。
投与開始後3カ月間は2週間に1回の検査の実施をお願い致します。

発売元 **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・アップジョン株式会社**
東京都港区虎ノ門4-3-13

99EZB5-2

Santen



The opening of a better life

活動性RAに挑むDMARD

抗リウマチ剤

劇薬・指定医薬品

薬価基準収載

R Rimatil®

（ピラミン100mg錠）

R Rimatil® 50

（ピラミン50mg錠）

●禁忌（次の患者には投与しないこと）

- 1) 血液障害のある患者及び骨髄機能の低下している患者
【骨髄機能低下による血液障害の報告がある】
- 2) 腎障害のある患者
【ネフローゼ症候群等の重篤な腎障害を起こすおそれがある】

●原則禁忌（次の患者には投与しないことを原則とするが—特に必要とする場合には慎重に投与すること）

- 1) 手術直後の患者【重篤な副作用を起こすおそれがある】
- 2) 全身状態の悪化している患者【重篤な副作用を起こすおそれがある】

※本剤は、厚生省告示第111号（平成6年3月29日付）に基づき、1回30日分投薬が認められています。

製造発売元

参天製薬株式会社
大阪市東淀川区下新庄3-9-19
資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

99EZB5-2

■効能・効果、用法・用量及び使用上の注意、副作用等については、添付文書をご参照下さい。

[r]evolution

beyond current coverage

The revolution
in the evolution of cephalosporins

効能・効果、用法・用量に関連する使用上の注意、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下さい。

セフェム系抗生物質製剤

注射用 **マキシピム** 0.5g
1g

maxipime

日抗群：注射用塩酸セフェピム

略号：CFPM

※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

禁忌（次の患者には投与しないこと）本剤の成分によるショックの既往歴のある患者

プリストルマイヤースクイブ株式会社

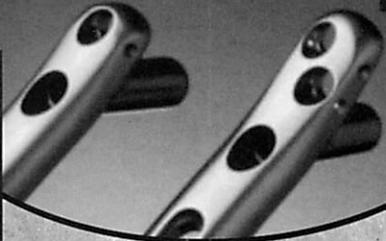
Ti-バーサフィックス II Femoral Fixation System

Ti-バーサフィックスIIは、Zimmerがこれまでに培った大腿骨頸部骨折に対する優れた臨床経験に基づく圧迫固定システムです。

- 日本人の解剖的形態に適合する日本人向けデザイン
- 強度と生体親和性に優れた
ロープロファイルのチタン合金を採用
- つば付チューブプレート of 安定した長期成績
- 操作性に優れた手術器械による手術時間の短縮

医療用具承認番号：20600BZZ00376000

不安定型骨折に適應する
つば付きチューブプレート

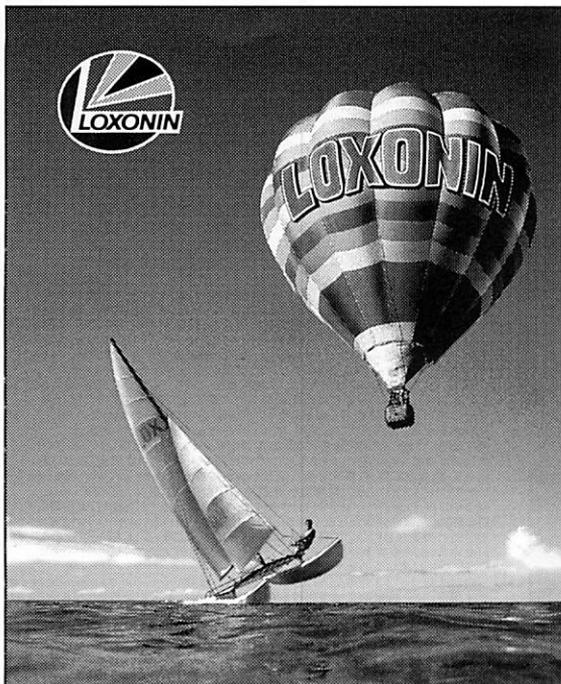


プリストルマイヤースクイブ株式会社
ジンマー事業部

本社 〒163-1327 東京都新宿区西新宿6丁目5番1号新宿アイランドタワー27F
TEL 03-5323-8500(代表)

御殿場事業所 〒412-0006 静岡県御殿場市中畑1656番地の1
TEL 0550-89-8500(大代表)

北海道営業所 TEL. 011-716-4221(代表)
東北営業所 TEL. 022-263-3771(代表)
北関東営業所 TEL. 03-5800-2091(代表)
東京支店 TEL. 03-3816-1234(代表)
神奈川営業所 TEL. 045-472-2190(代表)
静岡営業所 TEL. 0550-89-8511(代表)
名古屋営業所 TEL. 052-937-9621(代表)
北陸営業所 TEL. 0762-63-6703(代表)
関西支店 TEL. 06-6394-1230(代表)
岡山営業所 TEL. 086-233-2205(代表)
広島営業所 TEL. 082-241-8020(代表)
九州支店 TEL. 092-474-1282(代表)



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

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

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)(1)消化性潰瘍のある患者。[プロスタグランジン合成抑制により、胃の血流量が減少し消化性潰瘍が悪化することがある。](ただし、「慎重投与」の項参照)(2)重篤な血液の異常のある患者[血小板機能障害を起こし、悪化するおそれがある。](3)重篤な肝障害のある患者[副作用として肝障害が報告されており、悪化するおそれがある。](4)重篤な腎障害のある患者[急性腎不全、ネフローゼ症候群等の副作用を発現することがある。](5)重篤な心機能不全のある患者[腎のプロスタグランジン合成抑制により浮腫、循環体液体量の増加が起こり、心臓の仕事量が増加するため症状を悪化させるおそれがある。](6)本剤の成分に過敏症の既往歴のある患者(7)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者[アスピリン喘息発作を誘発することがある。](8)妊娠末期の婦人[「妊婦、産婦、授乳婦への投与」の項参照]

●上記以外の使用上の注意は添付文書をご覧ください。

98.2(4)セ



自然な眠りとさわやかな目覚め



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)}

睡眠導入剤 レンドルミン®錠

(プロチゾラム製剤) 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。

【禁忌 (次の患者には投与しないこと)】

- (1)急性狭隅角緑内障のある患者 [眼内圧を上昇させるおそれがある。]
(2)重症筋無力症のある患者 [重症筋無力症を悪化させるおそれがある。]

【原則禁忌 (次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること)】

- 肺性心、肺気腫、気管支喘息及び脳血管障害の急性期等で呼吸機能が高度に低下している場合
[炭酸ガスナルコーシスを起こすおそれがある。]
「重大な副作用」の項参照

【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)衰弱患者
(2)高齢者「高齢者への投与」の項参照
(3)心障害、肝障害、腎障害のある患者 [心障害では症状が悪化、肝・腎障害では代謝・排泄が遅延するおそれがある。]
(4)脳に器質的障害のある患者 [本剤の作用が増強するおそれがある。]

2. 重要な基本的注意

本剤の影響が翌朝以後に及び、眠気、注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、自動車の運転等の危険を伴う機械の操作に従事させないよう注意すること。

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
アルコール (飲酒)	鎮静作用が増強されるおそれがあるので、アルコールとの服用は避けさせることが望ましい。	本剤とアルコールを併用するとクリアランスの低下及び排泄半減期の延長がみられている。

中枢神経抑制剤 フェノチアジン誘導体 バルビツール酸誘導体	鎮静作用が増強されるおそれがある。	本剤との併用により鎮静作用が増強するおそれがある。
イトラコナゾール シメチジン	本剤の血中濃度が上昇し、作用の増強及び作用時間の延長が起こるおそれがある。	本剤とこれらの薬剤の代謝酵素が同じ(CYP3A4)であるため、本剤の代謝が阻害される。
モノアミン酸化酵素阻害剤	鎮静作用が増強されるおそれがある。	本剤との併用により鎮静作用が増強するおそれがある。

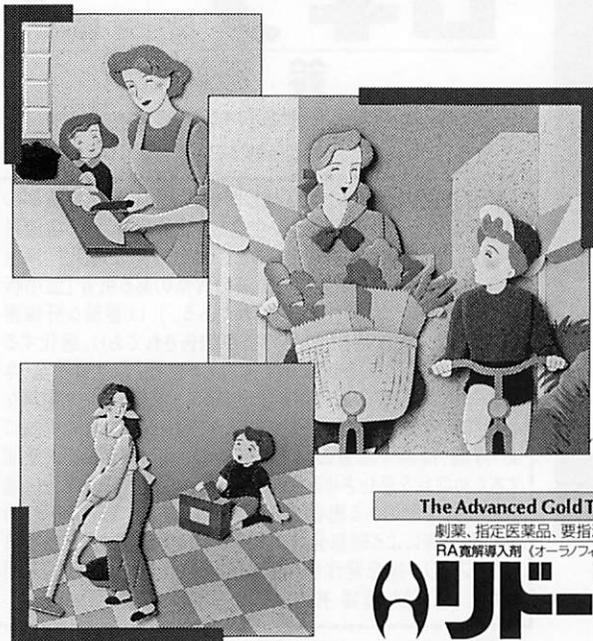
※詳細は添付文書等をご覧ください。

(資料請求先: 学術部)

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社
〒666-0193 兵庫県川西市矢間 3-10-1

'99年4月作成('99.4) (CD)

大切にしたい RA患者のQuality of Life



SB
SmithKline Beecham

禁忌 (次の患者には投与しないこと)
1.金製剤による重篤な副作用の既往のある患者〔重篤な副作用が発現するおそれがある〕2.腎障害、肝障害、血液障害あるいは重篤な下痢、消化性潰瘍等のある患者〔悪化するおそれがある〕3.妊婦又は妊娠している可能性のある婦人〔妊娠、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照〕4.小児〔小児等への投与〕の項参照〕

■効能・効果
慢性関節リウマチ (過去の治療において非ステロイド性抗炎症剤により十分な効果の得られなかったもの)

■用法・用量
通常成人にはオーラフィンとして1日6mg (本剤2錠)を朝食後及び夕食後の2回に分けて経口投与する。なお、1日6mgを超える用量は投与しないこと。

■使用上の注意
重要な基本的注意

(1)本剤の投与にあたっては、金療法を含む慢性関節リウマチの治療法を十分に把握していること。(2)過去の治療において非ステロイド性抗炎症剤により十分な効果の得られなかった症例に使用すること。なお、罹病期間が比較的短く、骨破壊や関節変形等の進んでいない活動性の慢性関節リウマチに対し本剤の使用を考慮すること。(3)本剤は遅効性であり、6ヵ月以降に効果がみられる例もあるが、通常、効果は1〜3ヵ月後より発現するので、少なくとも3ヵ月以上継続投与すること。なお、従来より投与している非ステロイド性抗炎症剤はその問題として併用することが望ましい。(4)本剤並びに疾患の特性を考慮して、治療にあたっては経過を十分に観察し、漫然と投与を継続しないこと。(5)本剤の投与開始に先立ち、主な副作用を患者に説明し、特に発熱、咳嗽、労作時息切れ、全身倦怠感、皮下・粘膜下出血、下痢、そう痒、発疹、口内炎等の症状が認められた場合は、速やかに主治医に連絡するよう指示すること。(6)本剤投与前には必ず血液検査(赤血球数、血色素量、白血球数、白血球分類及び血小板数)、肝機能検査(トランスアミナーゼ、アルカリフォスファターゼ)、腎機能検査及び尿検査(蛋白、沈渣)を実施すること。投与中は毎月1回及び医師が必要と判断した時に血液検査(赤血球数、血色素量、白血球数、白血球分類及び血小板数)並びに尿検査(蛋白、沈渣)を行うこと。また、その他の検査項目については必要に応じて実施すること。なお、臨床検査のうち白血球数、血小板数及び尿蛋白の検査値が下記記のいずれかの値を示したときは、投与を中止し適切な処置を行うこと。

白血球数……3,000/mm³未満 血小板数……100,000/mm³未満
尿蛋白……持続的又は増加傾向を示す場合、及び尿管が認められた場合

1997年12月改訂

●その他の使用上の注意、取扱い上の注意等については、添付文書をご参照下さい。

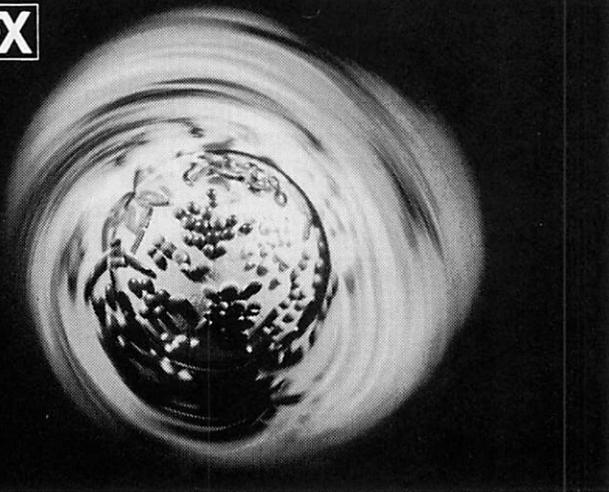
販売 (資料請求先)
スミスクライン・ビーチャム製薬株式会社
東京都千代田区三番町6番地

製造
藤沢薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町3-4-7

98.1

The Advanced Gold Therapy
劇薬、指定医薬品、要指示医薬品
RA寛解導入剤 (オーラフィン)
リドーラ錠
Ridaura® 薬価標準収載

LVFX



★効能・効果、用法・用量、禁忌および使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

Cravit

広範囲経口抗菌製剤

指定医薬品、要指示医薬品*

クラビット錠・細粒

Cravit® (レボフロキサシン製剤)

薬価標準収載

*注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

いのち、ふくらまそう。

D 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
ホームページアドレス
<http://www.daiichipharm.co.jp/>

99.2

B5½

シクロオキシゲナーゼ(COX)-2 選択的阻害薬

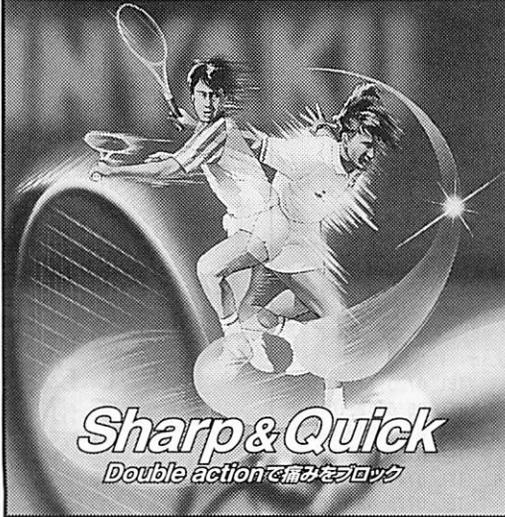
非ステロイド性鎮痛・抗炎症剤



劇指

ハイペン錠 100mg
200mg

エトドラク製剤



Sharp & Quick
Double actionで痛みをブロック

禁忌(次の患者には投与しないこと)

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

●効能・効果、用法・用量、および使用上の注意等は添付文書をご覧ください。



日本新薬

資料請求先

日本新薬株式会社 医薬学術部
〒601-8550 京都市南区吉祥院西ノ庄門口14番地

HY9804B5/2-4

関節の腫脹・疼痛に

薬価基準収載

経皮複合消炎剤

モビラート®軟膏

【禁忌(次の患者には使用しないこと)】

- (1) 出血性血液疾患(血友病、血小板減少症、紫斑病等)のある患者〔本剤に含まれるヘパリン類似物質は血液凝固抑制作用を有し、出血を助長するおそれがある〕
- (2) 僅少な出血でも重大な結果を来すことが予想される患者〔本剤に含まれるヘパリン類似物質は血液凝固抑制作用を有し、出血を助長するおそれがある〕
- (3) サリチル酸に対し過敏症の既往歴のある患者

【使用上の注意】

1. 副作用

総投与症例3133例中、24例(0.77%)に副作用が認められ、主なものは発赤7件(0.22%)、掻痒7件(0.22%)、発疹7件(0.22%)、皮膚炎7件(0.22%)、皮膚刺激2件(0.06%)等であった。(再評価結果)

その他の副作用

	0.1～5%未満	0.1%未満
過敏症 ^(注)	発赤、掻痒、発疹、皮膚炎	皮膚刺激等

注)症状があらわれた場合には使用を中止すること。

2. 適用上の注意

投与部位：潰瘍、びらん面への直接塗擦を避けること。
眼には使用しないこと。

●使用に際しては、製品添付文書をご参照下さい。

【効能・効果】

変形性関節症(深部関節を除く)、関節リウマチによる小関節の腫脹・疼痛の緩解、筋・筋膜性腰痛、肩関節周囲炎、腱・腱鞘・腱周囲炎、外傷後の疼痛・腫脹・血腫

資料請求先

製造販売



マルホ株式会社

大阪市北区中津1丁目5-22

(1998.9作成)

やさしい思いやり、やさしい介護、 大切にします…。

川村義肢の製品コンセプトは「思いやり」と「やさしさ」に包まれたあたたかみのある製品づくりです。その製品は人間工学をもとに、身体の機能に合うように工夫されています。



●義肢



●介護用品



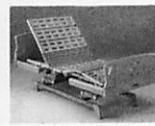
●義足



●シーティングシステム



●車いす



●ベッド

●義肢・装具・リハビリ機器総合メーカー

川村義肢株式会社

本社	〒574-0064	大阪府大東市御領1-678	TEL 0720-75-8020
本店	〒530-0041	大阪市北区天神橋1-18-18	TEL 06-6352-1012
兵庫営業所	〒664-0842	兵庫県伊丹市森本2-268-2	TEL 0727-80-1645
京都営業所	〒612-8248	京都市伏見区下鳥羽上三栢町29	TEL 075-604-1551
奈良営業所	〒636-0343	奈良県磯城郡田原本町大字薬庄432-15	TEL 07443-2-8891
滋賀営業所	〒524-0022	滋賀県守山市守山4-5-23-201	TEL 0775-82-0761
和歌山営業所	〒640-8392	和歌山市中之島474-5	TEL 0734-32-0685

ソフトな発想とあたたかい技術で社会に貢献しています。

慢性動脈閉塞症における四肢潰瘍 ならびに安静時疼痛の改善に 血行再建術後の血流維持に

【指 要 指】
注射用

プロスタグランジンE₁製剤 プロスタンディン® 注射用アルプロスタジール アルファテクス

禁忌 (次の患者には投与しないこと)

- ①重篤な心不全のある患者 (心不全を増悪させることがある。)
- ②出血 (頭蓋内出血、出血性眼疾患、消化管出血、咯血等) している患者 (出血を助長するおそれがある。)
- ③妊婦又は妊娠している可能性のある婦人 (妊婦等への投与の項参照)
- ④本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

●効能・効果 I. 動脈内投与: 慢性動脈閉塞症 (パージャー病、閉塞性動脈硬化症) における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善 II. 静脈内投与: 1. 振動病における末梢血行障害に伴う自覚症状の改善ならびに末梢循環・神経・運動機能障害の回復 2. 血行再建術後の血流維持 3. 動脈内投与が不適と判断される慢性動脈閉塞症 (パージャー病、閉塞性動脈硬化症) における四肢潰瘍ならびに安静時疼痛の改善

●用法・用量 I. 動脈内投与: 1. 本品1管 (アルプロスタジール 20 μ g) を生理食塩液 5mL に溶かし、通常成人1日量アルプロスタジールとして10-15 μ g (およそ0.1-0.15mg/kg/分) をインフュージョンポンプを用い、持続的に動脈内へ注射投与する。2. 症状により0.05-0.2mg/kg/分の間で適宜増減する。 II. 静脈内投与: 1. 通常成人1回量本品2-3管 (アルプロスタジール 40-60 μ g) を輸液 500mL に溶解し、2時間かけて点滴静注する (5-10mg/kg/分)。なお、投与速度は体重1kg 2時間あたり1.2 μ g をこえないこと。2. 投与回数は1日1-2回。3. 症状により適宜増減すること。

●使用上の注意 1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること) (1)心不全のある患者 (心不全の増強傾向があらわれるとの報告があるため、循環状態に対する観察を十分に執行し、慎重に投与すること。)(2)重症糖尿病患者 (網膜症など脆弱血管からの出血を助長することがある。)(3)出血傾向のある患者 (出血を助長するおそれがある。)(4)胃潰瘍の合併症及び既往歴のある患者 (出血を助長するおそれがある。)(5)抗血小板剤、血栓溶解剤、抗凝血剤を投与中の患者 (相互作用の項参照)(6)緑内障、眼圧亢進のある患者 (抗動物実験 (ウサギ) で眼圧上昇が報告されている。)(7)重要な基本的注意 (1)本剤による治療は対症療法であり投与中止後再燃することがあるので注意すること。(2)慢性動脈閉塞症における四肢潰瘍の改善を治療目的とする場合、静脈内投与は動脈内投与に比し治療効果がやや劣るので、動脈内投与が非適応と判断される患者 (高位血管閉塞例など) 又は動脈内投与と操作による障害が、期待される治療上の効果を上まわると判断される患者に行うこと。3. 相互作用 併用注意 (併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗血小板剤 アスピリン、チクロピジン、シロスタゾール	これらの薬剤と併用することにより出血傾向の増強をきたすおそれがある。	本剤は血小板凝集能を抑制するため、類似的作用を持つ薬剤を併用することにより作用を増強することが考えられる。
血栓溶解剤 ウロキナーゼ	観察を十分に行い、用量を調節するなど注意すること。	
抗凝血剤 ヘパリン、ワルファリン		

4. 副作用 (動脈内投与) 副作用は465例中220例 (47.31%) について408件の報告があり、主な副作用は注射部位では浮腫・腫脹 145例 (31.18%)、鈍痛・疼痛 115件 (24.73%)、発赤 57件 (12.26%)、熱感・発熱 51件 (10.97%)、および注射部位以外では

発熱 11件 (2.37%) などである。(1982年10月使用成績の調査報告) (静脈内投与) 副作用は2,200例中221例 (10.05%) について318件の報告があり、主な副作用は注射部位では血管痛 77件 (3.50%)、静脈炎 13件 (0.59%)、疼痛 16件 (0.73%)、発赤 97件 (4.41%)、および注射部位以外では悪心・嘔吐 16件 (0.73%)、頭痛・頭重 11件 (0.50%) などである。(再審査終了時) (1) 重大な副作用 1) ショック、心不全、肺水腫 ショック、心不全、肺水腫があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。2) 脳出血、消化管出血 脳出血、消化管出血 (0.05%) があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。(動脈内投与)

注 射 部	頻度不明		10-35% 未満	3% 未満
	その他	血漿蛋白百分率の変動	疼痛、腫脹、発赤、発熱	脱力感、痙攣

循環器	頻度不明		0.5-5% 未満	0.5% 未満
	出血傾向	眼底出血、皮下出血	血管痛、静脈炎、疼痛、発赤	腫脹、痙攣
注射部		悪心・嘔吐	胃腸不快感、食欲不振、下痢	
消化器		悪心・嘔吐	胃腸不快感、食欲不振、下痢	
肝 臓		悪心・嘔吐	胃腸不快感、食欲不振、下痢	
皮膚	発疹		発熱、熱感、浮腫、めまい、乳房硬結	
その他		頭痛・頭重		

頻度不明は自発報告による注: 発現した場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。5. 高齢者への投与 一般に高齢者では、心機能等生理機能が低下しているため減量するなど注意すること。6. 妊婦等への投与 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないこと。(アルプロスタジールには子宮収縮作用が認められている。)(7) 小児等への投与 小児等に対する安全性は確立していない (使用経験が少ない)。8. 適用上の注意 (1)投与速度: 本剤投与により、副作用があらわれた場合には、すみやかに投与速度を遅くするか又は投与を中止すること。(2)調製方法: インフュージョンポンプ使用に際しては、バグがあるいはシリジン内に気泡が混入しないように注意すること。(3)アンプルカット時: 本品はワンポイントカットアンプルであるが、アンプルのカット部分をエタノール綿等で清拭しカットすること望ましい。●その他詳細は製品添付文書をご参照ください。 薬価基準記載

製造発売元
資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-8526 大阪市中央区東修町2丁目番5号 980101

骨粗鬆症の治療に!

週1回投与で骨量改善



骨粗鬆症の適応症が認められた初のカルシトニン製剤

特性

1. 天然ウナギカルシトニンのS-S結合をC-C結合に変えた合成ウナギカルシトニン誘導体の骨粗鬆症治療剤です。
2. 20単位週1回の投与により骨粗鬆症に対して、骨量改善効果を示します。
3. 骨吸収抑制作用を示し、骨粗鬆症の骨吸収亢進状態を改善します。(in vitro, in vivo)
4. 骨形成促進作用を有することが示唆されています。(in vitro, in vivo)
5. 副作用発現例は、総症例10,323例中367例で、発現頻度は3.56%でした。主な副作用症状は、悪心、嘔吐等の消化器症状129例(1.25%)、顔面潮紅、熱感等の循環器症状119例(1.15%)等でした。

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

- 効能・効果 / 骨粗鬆症
- 用法・用量 / 通常、成人には1回エルカトニンとして20エルカトニン単位を週1回筋肉内注射する。

■使用上の注意(抜粋)

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 - (1) 発疹(紅斑、膨疹等)等の過敏症状を起こしやすい体質の患者
 - (2) 気管支喘息又はその既往歴のある患者【喘息発作を誘発するおそれがある。】
2. 重要な基本的注意
 - (1) 本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究班」の診断基準(骨量減少の有無、骨折の有無、腰痛の有無などの総合による)等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立した患者を対象とすること。
 - (2) 本剤はポリペプチド製剤であり、ショックを起こすことがあるので、アレルギー既往歴、薬物過敏症等について十分な問診を行うこと。
 - (3) ラットに1年間大量皮下投与した慢性毒性試験において、下垂体腫瘍の発生頻度の増加がみられたとの報告があるので、長期にわたり漫然と投与しないこと。【9.その他の注意】の項参照】
3. 相互作用

併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ビスホスホン酸塩系骨吸収抑制剤 (ミドクロン酸二ナトリウム等)	血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。高度の低カルシウム血症があらわれた場合には投与を中止し、注射用カルシウム剤の投与等適切な処置を行うこと。	高剤のカルシウム低下作用により、血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。

4. 副作用

- 総症例10,323例中、367例(3.56%)に副作用が認められた。その主なものは、悪心、嘔吐等の消化器症状129例(1.25%)、顔面潮紅、熱感等の循環器症状119例(1.15%)等であった。(承認時～1997年12月迄の集計)
- (1) 重大な副作用
- 1) ショック(頻度不明) ショックを起こすことがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - 2) テタニー(頻度不明) 低カルシウム血症性テタニーを誘発することがあるので、症状があらわれた場合には投与を中止し、注射用カルシウム剤の投与等適切な処置を行うこと。
 - 3) 喘息発作(頻度不明) 喘息発作を誘発することがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。【1.慎重投与】(2)の項参照】

*その他の使用上の注意等につきましては、添付文書をご参照ください。



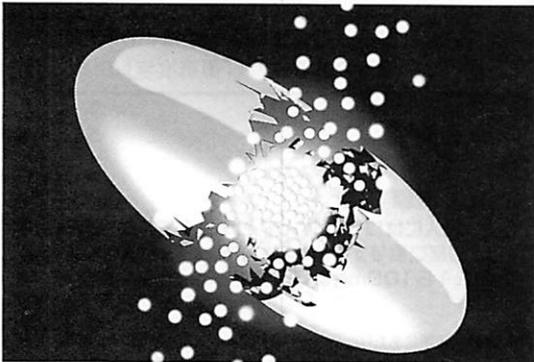
骨粗鬆症治療剤 薬価基準収載
エルシトニン注20S
劇薬、指定医薬品 (エルカトニン注射液)

製造販売元 旭化成工業株式会社
大阪市北区堂島浜一丁目2番6号
資料請求先 医薬学術部：東京都千代田区神田美土代町9-1

H11.1

放出制御で Once a day

— Biovail Delivery Systemに基づくNSAID —



〈効能・効果〉 下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎
慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、
頸肩腕症候群、肩関節周囲炎

24h 持続 効果
pH作用型鎮痛・消炎剤 薬価基準収載
オルギスSR 150
Orvisan SR 150 <持続型セトプロフェンカプセル>

*pH作用型とはセトプロフェンがpH依存的に徐々に放出されることを意味します。

禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1) 消化性潰瘍のある患者〔消化性潰瘍を悪化させるおそれがある。〕
- (2) 重篤な血液の異常のある患者〔血液の異常を悪化させるおそれがある。〕
- (3) 重篤な肝障害のある患者〔肝障害を悪化させるおそれがある。〕
- (4) 重篤な腎障害のある患者〔腎障害を悪化させるおそれがある。〕
- (5) 重篤な心機能不全のある患者〔心機能を悪化させるおそれがある。〕
- (6) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (7) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者【喘息発作を誘発するおそれがある。】
- (8) 塩酸シプロフロキサシンを投与中の患者【製品添付文書の「相互作用」の項参照】
- (9) 妊娠後期の婦人【製品添付文書の「妊婦・授乳婦への投与」の項参照】

●用法・用量、その他の使用上の注意等の詳細は、製品添付文書をご参照下さい。



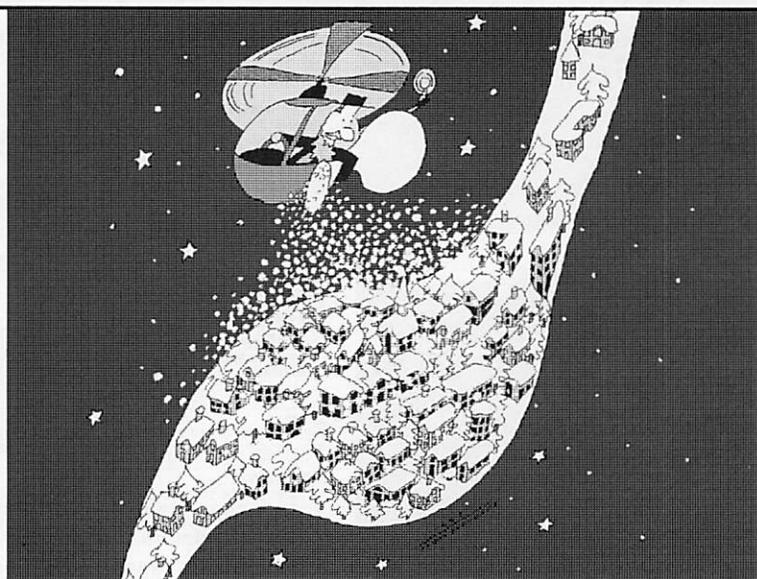
製造販売元
北陸製薬株式会社
福井県勝山市猪野口37号1-1

資料請求先:北陸製薬株式会社 医薬情報室
〒911 福井県勝山市猪野口37号1-1



提携
RHÔNE-POULENC RORER
ロ-ヌ-ア-ラ-ソ-ラ-ー-社

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注意ください。



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

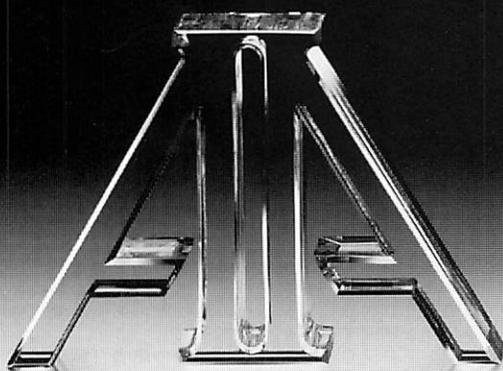
<資料請求先>



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/>

1998年6月作成

新発売



ニュークラスの降圧薬
ニューロタン®
世界で初めての持続性 A-IIアンタゴニスト

禁忌 (次の患者には投与しないこと)

- (1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照〕
- (3) 重篤な肝障害のある患者〔慎重投与〕の項参照〕

効能・効果

高血圧症

用法・用量

通常、成人にはロサルタンカリウムとして25~50mgを1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日100mgまで増量できる。

本剤のご使用にあたり、

【使用上の注意】等詳細については、製品添付文書をご参照ください。

A-IIアンタゴニスト
AA ニューロタン® 錠 50
NU-LOTAN®
(ロサルタンカリウム錠)
(薬価基準収載)

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

<資料請求先>



萬有製薬株式会社

〒103-8416 東京都中央区日本橋本町2-2-3
ホームページ <http://www.banyu.co.jp/>



エドガー・ドガ作「エトワール」(模写)



DORNER[®]

経口プロスタサイクリン (PGL) 誘導体制剤 (ヘラプロストナトリウム)

劇薬、指定医薬品、要指示医薬品

薬価収載

ドルナー[®]錠 20 μ g

* 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

Yamanouchi
販売元 山之内製薬

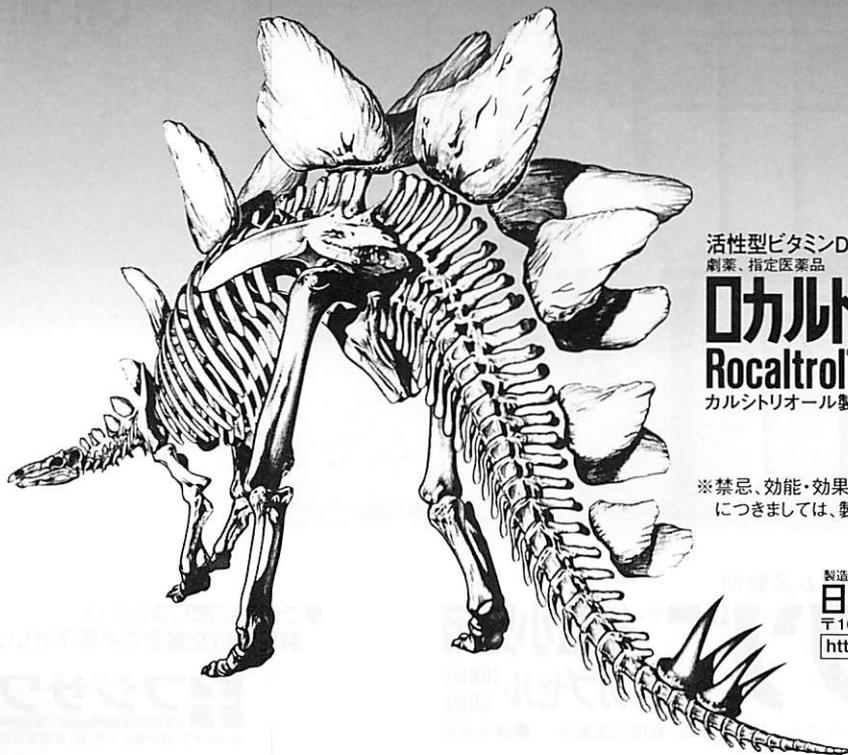
製造・発売元
'TORAY' 東レ株式会社

<資料請求先> 山之内製薬株式会社 〒103-8411 東京都中央区日本橋本町2-3-11

■ 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。

98/9作成, B51/2, A.03

Roche



活性型ビタミンD₃製剤
劇薬、指定医薬品

薬価基準収載

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

※ 禁忌、効能・効果、用法・用量、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・販売 (資料請求先)

日本ロシュ株式会社

〒105-8532 東京都港区芝2-6-1

<http://www.nipponroche.co.jp/>



新発売



EPA製剤

エパデールS 300 600

EPADDEL S イコサペント酸エチル・軟カプセル剤 〈健保適用〉

※【禁忌】、【効能・効果】、【用法・用量】、【使用上の注意】などの詳細は添付文書をご参照下さい。

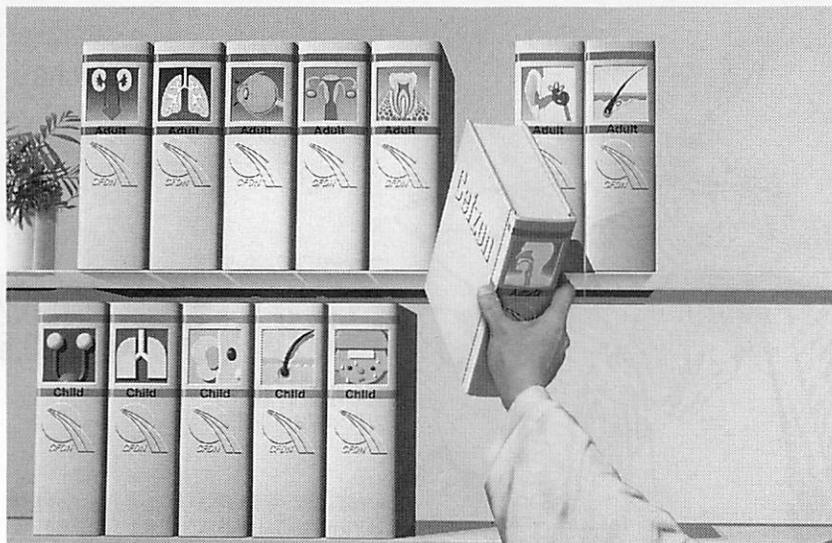
〈資料請求先〉



持田製薬株式会社
東京都新宿区四谷1丁目7番地
電話(03)3358-7211(代) 〒160-8515

指定医薬品

1999年4月作成 (N2)



Cefzon®
(略号:CFDN)

経口用セフェム系製剤



セフゾン® 細粒小児用 カプセル 100mg 50mg

〈日抗基:セフジニル〉 指定医薬品、要指示医薬品 ■健保適用

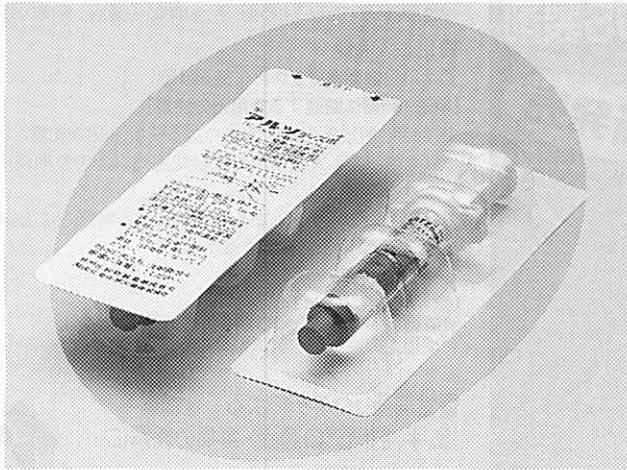
●ご使用に際しましては
製品添付文書をご参照下さい。

フジサワ
大阪市中央区道修町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1999年3月

ARTZ Dispo[®]

●薬価基準収載



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)

●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

ブリスター包装内滅菌済

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

開栓!



【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、痔血、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】

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原因のある患者(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		
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	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。

4. 副作用

1) 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、血小板減少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。

末梢循環障害に世界初の5-HT₂ブロッカー

アンプラーグ[®] 50mg 錠 100mg 薬価基準収載品

指定医薬品 ANPLAG[®] tablets 塩酸サルボグレート製剤

販売元
(資料請求先)



東京田辺製薬株式会社
〒103-8405 東京都中央区日本橋本町2-2-6

製造元



三菱化学株式会社
〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-5-2

RAに初めてのステロイドDDS製剤

(指・手・肘関節の腫脹・疼痛の緩解)

新発売



■禁忌(次の患者または部位には使用しないこと)

- (1)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者 (2)感染症のある関節〔感染関節あるいは塗布部皮膚感染が悪化するおそれがある。〕
- (3)潰瘍、熱傷、凍傷等の皮膚損傷のある部位〔刺激性がある。また、皮膚の再生が抑制され、治癒が遅れるおそれがある。〕

■効能・効果

慢性関節リウマチによる指、手、肘関節の腫脹・疼痛の緩解

■用法・用量

通常、1日回数適量を患部に塗布する。

【用法・用量に関連する使用上の注意】

- (1)指、手、肘以外の広範囲にわたる使用、1日塗布量として20gを超える大量使用および12週間以上の長期使用を避けること。
- (2)腫脹・疼痛が再発し、本剤を再使用する場合には、皮膚萎縮等、副作用の発現に注意すること。

■薬価基準収載

※詳細は添付文書をご参照ください。
使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

慢性関節リウマチによる
指、手、肘関節の腫脹・疼痛の緩解に…



経皮吸収型ステロイド剤
劇薬 指定医薬品 要指示医薬品¹⁾

ファルネラート®ゲル

〈ファルネシル酸プレドニゾロンゲル〉

FARNERATE® GEL

注)注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

販売元 (資料請求先)
大日本製薬
〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

製造元 株式会社 クラレ

9809



腰痛、下肢痛に

疲れやすく、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿で時に口渇がある場合

107 ツムラ牛車腎気丸
エキス顆粒(医療用) 健保適用

- 比較的体力の低下した人あるいは老人で、腰部および下肢の脱力感、冷え、しびれ、排尿異常(特に夜間頻尿)を訴える場合に適用されます。
- 腰部脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、骨粗鬆症などによる『腰痛』に効果があります^{1)~4)}。

【文献】 1)大蓋 稔:第6回日本漢方治療シンポジウム講演内容集:P117,1993
2)中村哲郎:他:老化と疾患,2,8,1775,1989 3)高岸直人:老化と疾患,4,3,389,1991
4)大蓋 稔:PTM,6,13,2,1993

効能又は効果

疲れやすく、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿で時に口渇がある次の諸症:
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

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)著しく胃腸虚弱な患者〔食欲不振、胃部不快感、悪心、嘔吐、腹痛、下痢、便秘等があらわれることがある。〕 (4)食欲不振、悪心、嘔吐のある患者〔これらの症状が悪化するおそれがある。〕 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。プ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、痒痒等があらわれることがあるので、減量すること。 (2)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こと。 (3)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ヤ、ボタンビにより流早産の危険性があり、また修治プ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。〔本剤には修治プシ末が含まれている。〕

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。

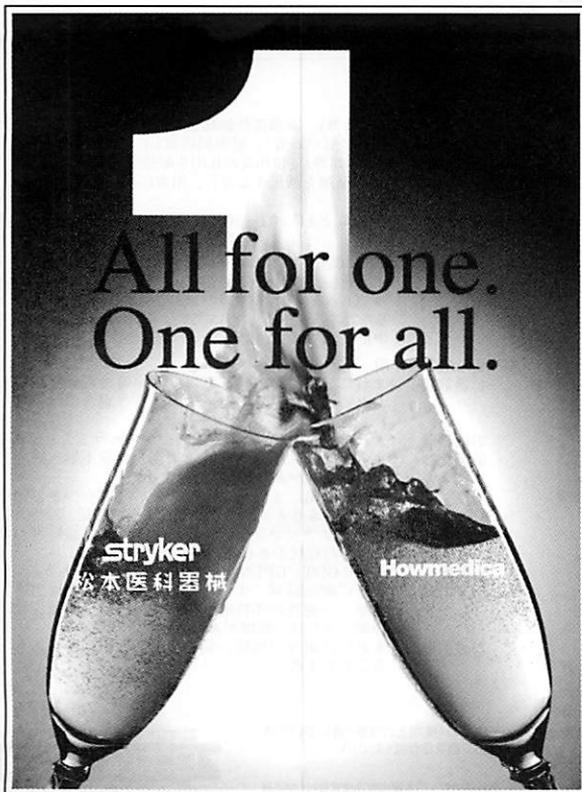
資料請求 弊社MR(医薬情報担当者)、または下記住所宛ご請求下さい。

●本社:〒102-8422 東京都千代田区二番町12番地7 ☎(03)3221-0001(代)
<http://www.tsumura.co.jp/>

*組成・性状等は製品添付文書をご覧下さい。

株式会社 ツムラ

■使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。 WX-1072



1999年7月より、日本ストライカー株式会社は、株式会社松本医科器械と統合し、国内におけるハウメディカ製品、オステオニクス製品、ストライカー製品及びその他医療製品の総合販売会社として新たにスタート致します。

発売元



日本ストライカー株式会社

〒151-0053 東京都渋谷区代々木3-25-3
TEL (03) 5352-9080 FAX (03) 5352-1789

非ステロイド性消炎・鎮痛剤

シンパイン[®]錠75

モフェゾラク錠

劇薬、指定医薬品

Disopain[®]

※ 〈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

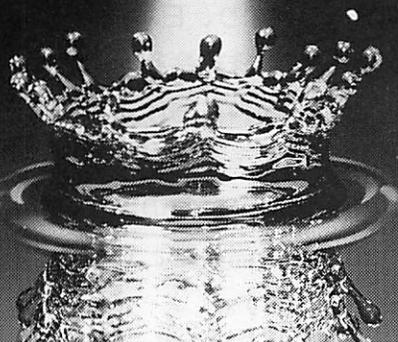


吉富製薬株式会社

〒541-0046 大阪市中央区平野町二丁目6番9号
〔資料請求先〕くすり相談室
〒541-0042 大阪市中央区今橋一丁目3番3号

DS(B5 1/2)1999年3月作成

オリジンは
neurotropic



® ノイロトロピン® 特号3CC

●効能・効果、用法・用量

腰痛症、頸肩腕症候群、症候性神経痛、皮膚疾患（湿疹・皮膚炎、蕁麻疹）に伴う掻痒、アレルギー性鼻炎

通常成人1日1回ノイロトロピン単位として、3.6単位（1管）を皮下、筋肉内又は静脈内に注射する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

スモン（SMON）後遺症状の冷感・痛み・異常知覚

通常成人1日1回ノイロトロピン単位として、7.2単位（2管）を静脈内に注射する。

●使用上の注意（抜粋）

1. 禁忌（次の患者には投与しないこと） 本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

2. 相互作用

併用に注意すること

麻薬性鎮痛薬（モルヒネ等）、非麻薬性鎮痛薬（ベンザゾシン等）、マイナーランキライザー（ジアゼパム等）、解熱鎮痛薬（インドメタシン等）、局所麻酔薬（塩酸リドカイン等）〔併用薬の作用を増強することがあるので、併用に際してこれらの薬剤を減量するなど、慎重に投与すること。〕

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

(1) 重大な副作用

ショック：まれに脈拍の異常、頻脈、脈拍触知不能、胸痛、呼吸困難、顔面蒼白、チアノーゼ、血圧低下、意識喪失、喘息発作、喘鳴、咳、くしゃみ発作、失禁等のショック症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような場合には直ちに投与を中止し適切な処置を行うこと。

(2) その他の副作用

1) 過敏症：まれに発疹、蕁麻疹、紅斑、掻痒等の過敏症状があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止すること。

2) 循環器：まれに血圧上昇、心悸亢進等があらわれることがある。

3) 消化器：まれに悪心・嘔気、嘔吐、口渇、食欲不振、腹痛、下痢等の症状があらわれることがある。

4) 精神神経系：ときに眠気、また、まれにめまい、ふらつき、頭痛・頭重感、ふるえ、痙攣、しびれ、異常感覚、冷感、発赤、潮紅（フラッシング）、発汗・冷汗、意識障害、ぼんやり等の症状があらわれることがある。

5) 肝臓：まれにGOT、GPTの上昇がみられることがある。

6) その他：ときに顔面紅潮、また、まれに気分不良、倦怠感、脱力感、一過性の不快感、ほてり、浮腫・腫脹、発熱、悪寒、さむけ、戦慄があらわれることがある。

7) 注射部位：まれに注射部の疼痛、発赤、腫脹、硬結等があらわれることがある。

その他の「使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

資料請求先：日本臓器製薬株式会社 学術部

健康を求め、未知に挑戦する

日本臓器製薬

F541-0048 大阪市中央区平野町2丁目2番2号 TEL 06(203)0441

デジタルからグッドへ

乾いた時代に

良き人間関係に基づく、うるおいのある取引関係作りませんか。

どのような御相談でも

北島医科器械株式会社

北島つねじ

TEL 06-6961-5531 FAX 06-6962-4917

Drug Delivery System

薬価基準収載

経皮鎮痛消炎剤 ハップスター® ID HAPSTAR®-ID インドメタシンパップ

効能・効果

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎
変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎（テニス肘等）、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

用法・用量

1日2回患部に貼付する。

使用上の注意

1. 一般的な注意

- 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。
- 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
- 慢性疾患（変形性関節症等）に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）

- 本剤又は他のインドメタシン製剤に対して過敏症の既往歴のある患者
- アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発）又はその既往歴のある患者（重症喘息発作を誘発するおそれがある。）

3. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）

気管支喘息のある患者（重症喘息発作を誘発するおそれがある。）

■その他の使用上の注意、取扱い上の注意等については、添付文書をご参照ください。



外傷後の腫脹・疼痛や
膝関節症等の慢性疾患に対して
優れた効果が認められています。

- インドメタシンによる強力な鎮痛・抗炎症作用。
- 優れた経皮吸収性により疾患部位に直接作用。
- 強力な粘着力と伸縮性により関節など可動部位にもよくフィットします。

21世紀をみつめて
Heartful Wave of Pharmaceuticals

【資料請求先】
発売元



テイクコムテイツクス株式会社
東京都中央区日本橋富町9番19号

製造元



株式会社大石膏盛堂
〒841 佐賀県鳥栖市本町1丁目933番地

Hisamitsu



「におい」粘着性を改善、
さらに使いやすくなりました。

進化したモーラス

（薬価基準収載）

経皮鎮痛消炎剤

指
モーラス®
MOHRUS

ケトプロフェン貼付剤
0.3%

資料請求先

久光製薬株式会社 学術部
〒141 東京都品川区西五反田6-25-8

- モーラスの主要ケトプロフェンは、すぐれた鎮痛抗炎症作用を有し、水性基剤からの放出性・経皮吸収性にすぐれている。
- モーラスは、従来品に比べ「におい」の指標となる揮散成分が70%以上低減した。
- モーラスは、関節部などの屈曲伸展部位にも貼付できる粘着性・伸縮性を有する製剤である。

■効能・効果

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎
変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎（テニス肘等）、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

■使用上の注意

1. 一般的な注意

- 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意すること。
- 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
- 慢性疾患（変形性関節症等）に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。

2. 禁忌（次の患者には使用しないこと）

- 本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者。
- アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発）又はその既往歴のある患者
【喘息発作を誘発するおそれがある】

3. 慎重投与（次の患者には慎重に使用すること）

気管支喘息のある患者。
【アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある】

（副作用の項参照）

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

- 重大な副作用
 - アナフィラキシー様症状：まれにアナフィラキシー様症状（蕁麻疹、呼吸困難等）があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には使用を中止すること。
 - 喘息発作の誘発（アスピリン喘息）：まれに喘息発作を誘発することがあるので、乾性咳嗽、喘鳴、呼吸困難等の初期症状が出現した場合は使用を中止すること。なお、本剤による喘息発作の誘発は、貼付後数時間で発現している。（禁忌及び慎重投与の項参照）
- その他の副作用

皮膚：接触皮膚炎（ときに発疹、発赤、腫脹、疼痛感、まれに水疱・糜爛、刺激感等）、まれに光線過敏症があらわれることがある。これらの症状が強い場合は使用を中止すること。

*その他の使用上の注意については添付文書を参照してください。

NSAID長期投与時にみられる胃潰瘍及び十二指腸潰瘍に



NSAIDから胃を守る — サイトテック

劇薬
指定医薬品
要指示医薬品

抗NSAID潰瘍剤

サイトテック®錠100錠200
Cytotec® (ミソプロストール錠)

薬価基準収載

®登録商標

注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

製造販売元

日本モンサント株式会社
東京都中央区日本橋箱崎町41-12

〔資料請求先〕 日本モンサント株式会社
セール事業部 薬制情報部
〒550-0014
大阪市西区北堀江3-12-23

■効能・効果、用法・用量、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。



進化を続けるS.S.P. 療法器

TRIMIX 505H



多くの医療機関、治療機関で使われ、高い評価を得ている「トリミックス」シリーズが、7年ぶりにフルモデルチェンジ!

「1/fゆらぎ」システムを新たに搭載した「トリミックス505H」の誕生です。

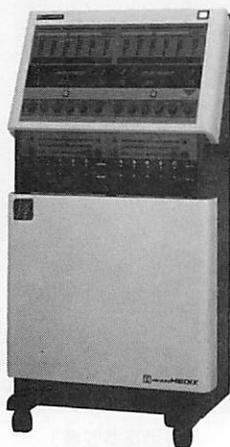
「トリミックス」シリーズの開発コンセプトである、“使いやすい高性能”を継承し、「ホメオスターシス(生体恒常性)」という新開発コンセプトを形にしているのが最大の特色です。

新たに搭載した「1/fゆらぎ」システムにより、高度で多機能でありながら操作は簡単になりました。

承認番号：5B第891号

S.S.P. (Silver Spike Point) は、日本メディックスの登録商標であり、S.S.P. はその略称です。

「1/fゆらぎ」の生体刺激に関する特許及び実用新案は、(株)医用工学研究所が所有しており、(株)日本メディックスはその専用実施権を受けています。



■ S.S.P. 療法が冴える高性能/多機能、そしてシンプルな操作性。

体表面電気刺激療法として実績のあるS.S.P.療法に、治療効果への期待が集まる自然界のリズム「1/fゆらぎ」が理想的なかたちで融合しました。

■ 初搭載「1/fゆらぎモード」

S.S.P.療法器としては始めてこのプログラムを搭載しました。

■ 独立専用パルス波形・独立タイマー採用のホットスパイク。

■ 周波数の変化に伴い、電流値を自動的にコントロールするACC (Auto Current Control) 機能を搭載しました。



株式会社日本メディックス

本社 〒271-0065 千葉県松戸市南花島向町315-1
企画部 ☎047-368-8714 FAX.047-368-1535

大阪支店 ☎06-6369-1201代
新潟営業所 ☎025-284-3641代
金沢営業所 ☎076-222-3811代
鹿児島出張所 ☎099-228-1479代

九州支店 ☎092-571-8258代
埼玉営業所 ☎048-767-1681代
京都営業所 ☎075-365-2828代
沼南工場 ☎0471-93-3333代

名古屋支店 ☎052-704-1616代
千葉営業所 ☎0471-93-1120代
神戸営業所 ☎078-252-2336代
埼玉工場 ☎048-766-2669代

札幌営業所 ☎011-787-1182代
東京営業所 ☎03-5826-7611代
広島営業所 ☎082-238-7988代
近畿市場開発室 ☎06-330-1014代

仙台営業所 ☎022-288-2955代
横浜営業所 ☎045-911-8421代
高松営業所 ☎087-851-1788代

高血圧症・狭心症に いまCa拮抗薬は第三世代へ



高血圧症・狭心症治療剤(持続性Ca拮抗薬)

バルバスリ錠[®]

(ベシル酸アモロジピン錠) 2.5mg・5mg

劇薬、指定医薬品、要指示医薬品 (注意—医師等の処方せん・指示により使用すること)

薬価基準収載



ゆっくり拡張
そして朝まで

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

- (1) 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】
- (2) ジビドロピリジン系化合物に対し過敏症の既往歴のある患者

効能・効果

・高血圧症 ・狭心症

<効能・効果に関連する使用上の注意>

本剤は効果発現が緩徐であるため、緊急な治療を要する不安定狭心症には効果が期待できない。

使用上の注意

1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること) (1) 過度に血圧の低い患者〔さらに血圧が低下するおそれがある。〕(2) 重篤な肝機能障害のある患者〔本剤は主に肝で代謝されるため、重篤な肝機能障害患者では、血中濃度半減期の延長及び血中濃度—時間曲線下面積(AUC)が増大することがある。【薬物動態】5.の項参照〕(3) 高齢者【高齢者への投与】の項参照】(4) 重篤な腎機能障害のある患者〔一般的に腎機能障害のある患者では、降圧にともない腎機能が低下することがある。〕
2. 重要な基本的注意 (1) 降圧作用に基づくめまい等があらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。(2) 本剤は血中濃度半減期が長く投与中止後も緩徐な降圧効果が認められるので、本剤投与中止後に他の降圧剤を使用するときは、用量並びに投与間隔に留意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。
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
降圧作用を有する薬剤	相互に作用を増強するおそれがある。慎重に観察を行うなど注意して使用すること。	相互に作用を増強するおそれがある。
リトナビル	本剤のAUCが上昇することが予想される。	リトナビルのチクロロームP450に対する競合的阻害作用により、本剤の代謝が阻害される可能性が考えられる。

4. 副作用 開発時の調査において、1,103例中65例(5.89%)に副作用が、36例(3.26%)に臨床検査値異常が認められた。主な副作用はほてり(熱感・顔面潮紅等)(1.18%)、頭痛(頭重)(0.91%)、めまい(からつき)(0.73%)、全身倦怠感(0.54%)、発疹(0.45%)等であった。臨床検査値の異常はGPTの上昇(2.00%)、GOTの上昇(1.24%)、ALTの上昇(0.88%)、LDHの上昇(0.58%)等であった。

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投与しないこと〔動物実験で妊娠末期に投与すると妊娠期間及び分娩時間が延長することが認められている。〕
- (2) 授乳中の婦人への投与は避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合は、授乳を避けさせること〔動物実験で母乳中へ移行することが認められている。〕

(1999年2月改訂)

- 用法・用量その他の使用上の注意等は製品添付文書をご覧ください。

幸せは一人ひとりの健康から—
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

MJ-9902

骨をみつめた、 New Compliance Drug



骨代謝改善剤 ————— 薬価基準収載

劇薬、指定医薬品、要指示医薬品(注意—医師等の処方せん・指示により使用すること)

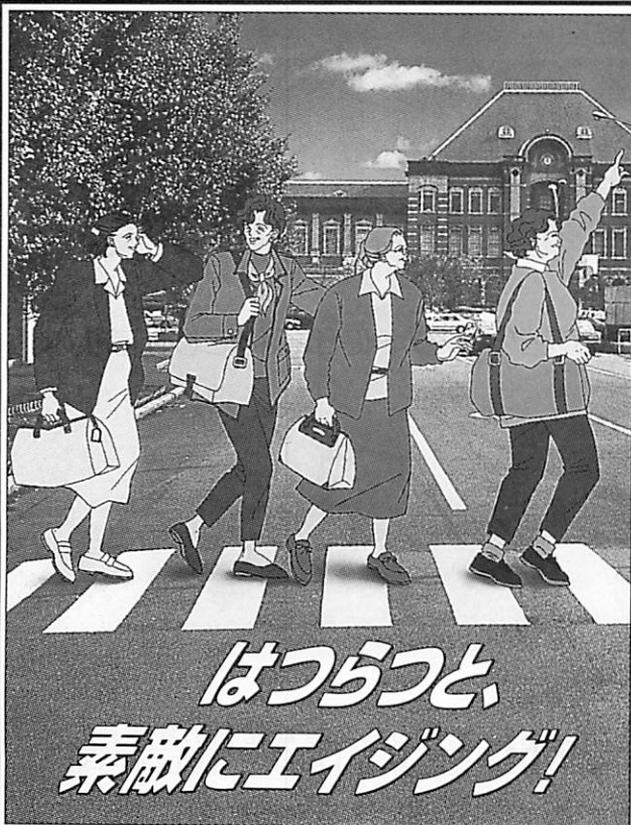
ダイドロネル錠[®]

Didronel エチドロロン酸 二ナトリウム錠

- 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 大阪市中央区道頓堀2丁目2番8号



大阪医診会

株式会社 アズウェル	クラヤ薬品株式会社
井筒薬品株式会社	株式会社 三星堂
榎本薬品株式会社	株式会社 シンエー
大阪合同薬品株式会社	株式会社 スズケン
オオモリ薬品株式会社	東邦薬品株式会社
株式会社 協 進	中川安株式会社
錦城薬品株式会社	[五十音順]

創造新印刷

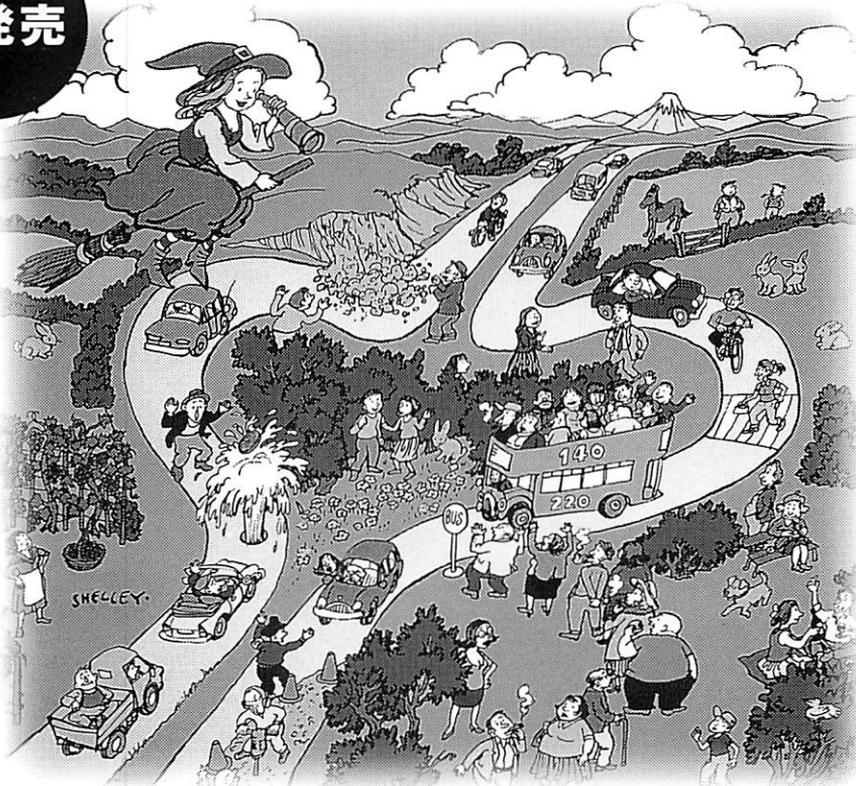
DTP:パソコンで編集したものをダイレクトに印刷物にします!!



大曾印刷株式会社

大阪市鶴見区鶴見5丁目2番6号
電話 06-6931-6719・FAX 06-6933-8105

新発売



ほんとの悪玉は、なに？

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 重篤な肝障害のある患者[本剤は主に肝臓において代謝され、作用するので肝障害を悪化させるおそれがある。]
3. 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人及び授乳婦(「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照)

●その他の使用上の注意については、製品添付文書をご覧ください。

●使用上の注意の改訂に十分ご注意ください。

製造：日本チバガイギー株式会社

HMG-CoA還元酵素阻害剤 薬価基準収載
ローコール[®] カプセル 10・20・30mg
指定医薬品 LOCHOL[®] フルバスタチンナトリウム

発売販売

ノバルティス ファーマ株式会社
東京都港区西麻布4-17-30

NOVARTIS

[資料請求先]

販売



田辺製薬株式会社
大阪市中央区道修町3丁目2番10号

[資料請求先]

発行：大阪臨床整形外科医会