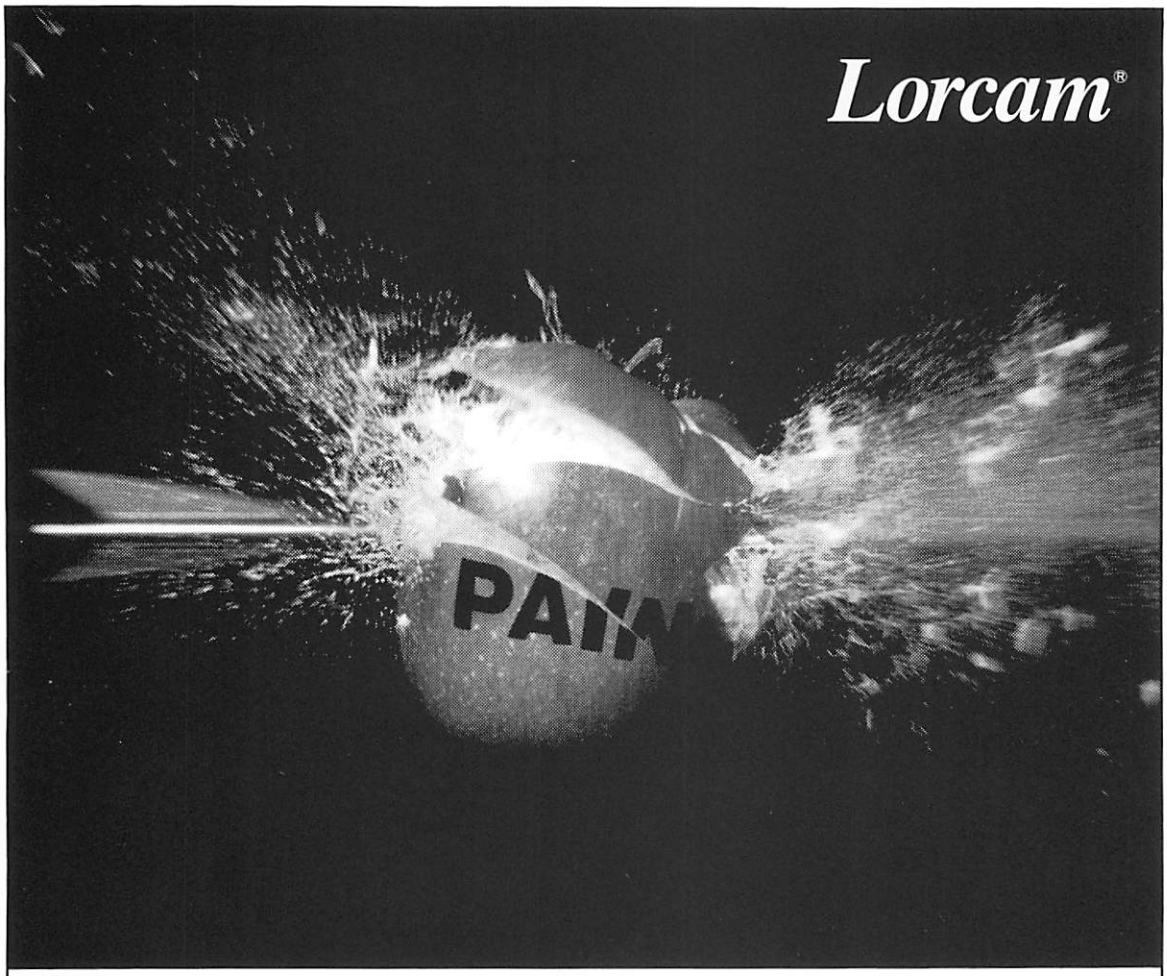
OCOA

大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



第36号
平成22年7月



劇薬／非ステロイド性消炎・鎮痛剤

ロルカム®錠 2mg 4mg

ロルノキシカム製剤　薬価基準収載

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

発売［資料請求先］
大正富山医薬品株式会社
〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1

製造販売
大正製薬株式会社
〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1

LCB5　2009.06

目　　次

巻頭言	大阪臨床整形外科医会会長に就任して	栗本一孝	1
浪速の先覚者	この頃ちょっと気になること	阿部宗昭	3
JCOA学会功労賞	日本臨床整形外科学会学会功労賞を受賞して	長田　明	6
会長退任のご挨拶	２年間のご支援に感謝いたします	黒田晃司	10
OCOA総会の報告	第34回　大阪臨床整形外科医会定時総会		12
OCOA年表	OCOA年表	丹羽櫛平	32
JCOA学術集会(愛媛)発表抄録	変形性膝関節症治療戦略におけるUKA Oxの位置づけ	吉田研二郎	36
	小児中足骨骨頭骨折の治療経験	今井　秀	37
	運動器不安定症に対する転倒予防へのとりくみ	澤田　出	38
	介護保険制度下でのリハビリテーション	澤田　出	39
	外反母趾に対してファイブコンフォート靴下は有用か	宮田重樹	40
JCOA学術集会(愛媛)報告	第22回日本臨床整形外科学会学術集会　えひめ		
	「坂の上の雲」のまち　松山懇親会に参加して	中川浩彰	41
	松山市内満喫日帰り観光に参加して	森本ミエ子	42
JCOA研修会(佐賀)報告	葉隠れの里・佐賀におけるJCOA研修会	黒田晃司	45
	仏淵孝夫先生(佐賀大学学長)の教育講演を拝聴して	前野岳敏	50
	JCOA研修会佐賀	丹羽櫛平	52
	葉隠の里・佐賀大会		
	文化講演「卑弥呼と吉野ヶ里」を聞いて	中川浩彰	55
	水郷の里「柳川」への旅に参加して	坂本徳成	56
	第36回JCOA研修会ゴルフ大会に参加して	古賀教一郎	58
	第36回日本臨床整形外科学会　研修会(葉隠の里・佐賀大会)		
	懇親会に参加して	中川浩彰	59
	第36回日本臨床整形外科学会　佐賀研修会　オプショナルツアー		
	有田コース(磁器発祥の地　有田・焼き物ざんまいの旅)に参加して	中川浩彰	60
OCOA研修会報告	平成21年度研修会認定状況、平成21年度必須分野申請状況	宮田重樹	61
	ＢＭＰを用いた骨再生技術	髙岡邦夫	62
	3次元画像と造形技術を駆使した新しい整形外科手術	村瀬　剛	63
	ビスフォスフォネートと顎骨壊死	米田俊之	66
	肘関節周辺の諸問題	石津恒彦	68
	骨粗鬆症に伴う椎体骨折と腰背部痛 －メカニズムと治療－	山下敏彦	70
	変形性関節症 up-to-date:その病態解明と治療の最前線	川口　浩	73
	膝関節内構成体(靭帯、半月板)損傷の診断、病態、治療そして未来像	橋本祐介	77
	患者安全の実現　－民間病院の取り組みについて－	小林一朗	81
	ハイパフォーマンス人工股関節	菅野伸彦	85
	がん細胞の社会学　～良・悪性を隔てるもの～	朴木寛弥	90
	学童期の股関節疾患	金　郁喆	94
	関節リウマチにおける関節破壊機序とその対策	宗圓　聰	101
	骨粗鬆症性椎体骨折の診断と治療	中村博亮	103

OCOA研修会報告

脊椎外科における画像診断のPitfall ……根尾昌志……107
整形外科診療におけるトラブルシューテイング
－インフォームドコンセントを含めて－ ……徳橋泰明……111
手の外科疾患の診断と治療の難しさ
－紹介患者の治療経過を含めて－ ……児島　新……113
生物学的製剤の時代における関節リウマチ治療戦略 ……田中　栄……120
腰部脊柱管狭窄症における脊柱管外病変の診断 ……山田　宏……122
スポーツ障害のリハビリテーション －運動連鎖の調整－ ……白倉賢二……125
側弯症　初期診断・治療のポイント ……岩崎幹季……128
変形性関節症に対する保存療法とそのエビデンス ……山田治基……133
関節リウマチの診断治療におけるピットフォール ……小池達也……135
脳卒中リハビリテーション・チップス
－運動生理と合併症について－ ……原　行弘……138

第39回　大阪整形外科症例検討会　抄録 ……岸本成人……142

紙上勉強会

各地方臨床整形外科医会会報を拾い読みして ……藤田秀隆……144
他科の大阪府単科医会会報を読んで ……斧出安弘……146

JOA委員会報告

平成21年度日本整形外科学会役員代議員懇談会の報告 ……早石雅宥……148

骨と関節の日

骨と関節の日 ……山本　哲……150

新理事自己紹介

……太田信彦……152
……白木隆士……152

新入会員の自己紹介

……佐々木　崇……153
……稲垣泰司……153
……牛尾一康……154
……清水広太……154
……田村隆典……155
……早石泰久……155
……郡田大宇……156

厚生部報告

第51回　OCOAゴルフコンペ ……新田　望……157
OCOAテニス部の創設にあたり ……岸本成人……159

私の提言

整形内科医の嘆言 ……丹羽櫂平……160

エッセイ・紀行

ネパールの山 ……藤原良江……162

私の趣味

文豪の愛したゴルフクラブ ……山本　哲……166
波乗り28年 ……田中康之……168
月例会504回を迎えたボーリングクラブ ……前野岳敏……171

私の傑作

ヨットハーバーにて ……小瀬弘一……173
どうぞ ……石上　直……174
中之島光のルネサンス2009より ……石川正士……175
「馬車」、「白兎海岸に沈む夕日」、「大山」、「伯耆富士」 ……斧出安弘……176
愛犬「クロ」、秋旬 ……丹羽雅子……177
「黒い帽子」、「庭草と抱き人形」……三橋允子……178

OCOA理事会議事録 ……179

新入会員名簿補追 ……238

編集後記 ……239

協賛広告一覧表

大正富山医薬品株式会社	表2
旭化成ファーマ株式会社	243
アステラス製薬株式会社	244
大塚製薬株式会社	245
小野薬品工業株式会社	246
科研製薬株式会社	247
第一三共株式会社	248
大日本住友製薬株式会社	249
武田薬品工業株式会社	250
田辺三菱製薬株式会社	251
中外製薬株式会社	252
帝人ファーマ株式会社	253
日本臓器製薬株式会社	254
万有製薬株式会社	255
沢井製薬株式会社	256
株式会社日本医学臨床検査研究所	257
ウィンテックシステムズ株式会社	258
久光製薬株式会社	259
日本新薬株式会社	259
株式会社ツムラ	260
三笠製薬株式会社	260
参天製薬株式会社	261
シオノギ製薬株式会社	261
ミナト医科学株式会社	262
株式会社松栄製作所	262
大髙ブレース	263
日医工株式会社	263
ファイザー株式会社	264
大洋薬品大阪東販売株式会社	264
エーザイ株式会社	表3

巻　頭　言

大阪臨床整形外科医会会長に就任して

大阪臨床整形外科医会・会長　栗　本　一　孝



大阪府医師会では伯井先生が新会長に就任され、我々大阪臨床整形外科医会では私が会長を拝命致しました。

副会長として６年間３人の会長の下で経験をつませていただきまして、特に前会長の黒田先生の時には副会長の一人で、なおかつ会長代行という大役をおおせつかりました。

今回はそれにもまして重責の会長職に就任させて頂きました。その職務を全うさせていただくべく次の５名の先生方に副会長職をお願いたしました。

森本清一先生には会長代行、総務、会員管理、理事会運営、運動器リハ、骨と関節の日を担当していただきます。

山本哲先生には骨と関節の日、広報、議事録、福利厚生、柔整審査を担当していただきます。

阪本邦雄先生には会計、広報、福利厚生、医療保険、運動器リハを担当していただきます。

前中孝文先生には日本臨床整形外科医会理事、ＪＣＯＡ学術集会を担当していただきます。

長谷川利雄先生には学術、運動器リハ、介護保険を担当していただきます。

この２年間の目標といたしまして、

①平成24年に神戸で開催予定の日本臨床整形外科学会学術集会の執行委員長を支えること

②日増しに厳しくなる医療情勢（特に整形外科）の先行きを考え若い開業医の先生方のお力になれるような行事を考える

③大阪府医師会、日本臨床整形外科学会との協力関係をより強固にする

等を目指して努力する所存であります。もとより浅学非才な私ですが、大阪臨床整形外科医会には先程述べましたような優秀な人材力を多く抱えておりますので、その人たちの協力の下、さらに他府県からはうらやましがられるくらいの団結力を発揮してまいりたいと考えております。

もう一つの目標といたしまして私が目指すものそれは健康です。我々の仕事（医師）は他人の健康を預からせていただいておりますが、自分自身の健康が損なわれては何もなりません。私の従兄弟（母方も父方も）60歳過ぎで二人とも脳血管障害で倒れて原職復帰をあきらめております。私は両親からそのような脳血管障害を起こしやすい体質を受け継いでいるかも知れません。これからは自分の健康には充分留意しつつ、努力いたすつもりでもあります。健康はあたえられるものではなく獲得するものと考え、日々努力致します。

今後一年間は、

○学術集会を月に一回以上行う予定です

○10月の『骨と関節の日』には各地でＯＣＯＡのメンバーによる啓蒙活動を行って整形外科ＰＲに努めます。

○6月には今後に立ち向かう整形外科無床診のノウハウと題してパネル研修会を、11月には日本臨床整形外科学会、日本医師会等を通して発言できる様に整形外科医政協議会のＰＲ活動を行う予定です。

47都道府県の中でも大阪臨床整形外科医会は最大の構成員をほこっております。数は力なりをバックに大阪の開業医の意見を日本に伝え、更に元気な大阪臨床整形外科医会を目指します。

皆様、更なるご協力をお願いいたします。



浪速の先覚者

この頃ちょっと気になること

大阪医科大学名誉教授
春秋会城山病院顧問　阿　部　宗　昭



この３月に本誌の編集委員から“浪速の先覚者”に寄稿して欲しいとの依頼がありました。その時は私が浪速の先覚者などとんでもないことだし、この欄は浪速の先覚者と思われる人のことを書くのかなと思い問い合わせてみますと、大阪府下５大学の名誉教授が寄稿しておられ、テーマはなんでもいいということでしたので、このごろ気になっていることについて書かせてもらい責を果たしたいと思います。

昨年４月、メキシコで新型インフルエンザが発生し、瞬く間に世界に広がり、日本では５月に感染患者が確認され、６月にはWHOがパンデミックを宣言し、インフルエンザの恐怖が日本中を駆け巡ったことは記憶に新しいことと思います。幸い今年初めには終息したようですが、いまだに病院でも街でもマスクを付けた人が多いのにうんざりしています。昨年の今ごろは国も医療関係者もマスメディアもインフルエンザの予防にマスク、うがい、手洗いを３種の神器とばかり宣伝し、街なかは勿論、オフィスの中でも、全員がマスクして机に向っている様子がテレビで報道されていましたが、私には異様な光景としてそのシーンを覚えております。マスク神話の影響で市場からマスクが無くなってしまったこともありました。では本当にマスクはインフルエンザの予防に効果があるのでしょうか。

まず、ウィルスの感染経路ですが、飛沫と接触の二つの経路が考えられています。保菌者が咳やくしゃみをするとウィルスを含んだ唾の粒子（５ミクロン以上）が最大２mまで飛び散り、この粒子を吸い込むと飛沫感染する可能性があります。この粒子は水分を含んでいて重いのですぐに地面に落ちてしまいますが、水分が蒸発してウィルスだけの飛沫核（0.3～５ミクロン）になると空気中に漂います。この飛沫核を吸い込むと空気感染の恐れがありますが、インフルエンザウィルスは飛沫核だけの状態で空気中に漂うことは少なく、空気感染は少ないと考えられています。さてマスクの効果ですが、サージカルマスクを含む市販されている不織布製マスクは５ミクロンまでの粒子は通さないので、マスクと顔面の間に隙間がない限りウィルスをブロック出来るというわけです。しかし、口だけ塞ぐような着け方をしているとウィルスは鼻穴から入ってきますし、手でマスク表面や顔を触れると接触感染する可能性があります。また、通常のマスクは５ミクロン以下の飛沫核をブロックすることはできないので、空気感染を予防することはできません。つまり、マスクはのどの保湿と保温には効果がありますが、感染予防への効果は実証されていないのが実状のようです。マスクは感染者がウィルスをまき散らさないために着けるべきものであり、メディアに煽動されてマスクを着けないと不安がるのは、メディアに従順な日本人だけのように思いますがどうでしょうか。

ところで、医療従事者は院内で皆、マスクを着けるべきでしょうか。会員諸氏がもし患者として病院や診療所へ行った時に患者に接する事務員、受付、看護師、医師、ＰＴ，OT，薬剤師が皆、マスクをしていたらどのように感じます

でしょうか。新型でも季節性でもインフルエンザが大流行している時期であればやむを得ないのかも知れませんが、日常的に単なる感染予防としてエビデンスのないマスクを着けるのには私は賛成出来ません。インフルエンザ流行時の発熱外来でのマスクはやむを得ないでしょうが、通常の外来でマスクをしているような医者には私は診てもらいたくありません。新型が出てからこの１年間、多くはありませんが診察室にマスクをして入ってくる患者がいます。多くは椅子に座る前にマスクをはずしてくれますが、時々、マスクを取ろうとしない患者がおります。そのような患者には“風邪ですか”と訊ねます。いまの時期なら“花粉症ですか”とも聞きますが、“いいえ”ということでしたら、“ここにはインフルエンザウィルスはいませんよ”と言うことにしています。そうするとほとんどの患者はマスクを取ってくれます。しかし、今まで一人だけ子供の受診に付き添った母親がはずしませんでした。勿論、この母親の子供もマスクを着けていましたが、鼻はマスクの中には入っていませんでした。私の患者は手、肘、肩の疾患や傷害で受診しますので、顔なんか見えなくてもいいのではと思われるかも知れません。しかし、医療面接（問診）で話をしたり聞いたりする時に、眼しか見えないのでは診療意欲がそがれますし、良好な医者－患者関係がとれるとは思えません。もし、私がマスクをして診察していたら患者も同様に思うのではないかと想像しています。昨年末、新型インフルエンザの発生が少なくなった頃、私が勤務する病院の医局会で、窓口にいる全職員がマスクをするのはやめたらどうですかと発言しましたが、感染委員会が許してくれないということでした。接遇委員会ではどう思っているのか今度聞いてみようと思っています。

私は市街地から離れた住宅地に住んでおり、週に何日かウオーキングをかねて散歩をしていますが、花粉のない時期にも老夫婦がマスクをして歩いておられるのによく出会います。おそらくはマスメディアの影響で予防のためのマスクでしょう。マスクは感染予防に効果があると実証されているわけではないことをメディアははっきりと言うべきではと思い、某新聞に２度投書しましたが採用されませんでした。医療関係者からもマスクの効果について明確なメッセージがないのも問題ではないかと思っています。もっとも、言ってもメディアが取り上げてくれないのかも知れませんが・・・。

次は最近の話です。東京に住む娘がこの３月に里帰り出産で帰ってきて近くの公立病院で出産しました。入院中にお祝いの生花をもらったのですが、病室で飾ることは出来ませんでした。なぜ？と思いインターネットで調べてみると、生花を病室内へ持ち込むことを禁止する病院が増えていることを知りました。理由は、生花に付着している病原菌、あるいは花瓶の水の病原菌が増殖して感染する可能性があることと、花粉によるアレルギーを避けるためのようです。花瓶の水を交換しないと病原菌（グラム陰性菌、特に緑膿菌が多く分離されているらしい）が増えるとの研究（私は読んでいませんが）があるらしく、これが生花持ち込み禁止の根拠になっていると考えられます。しかし、生花の持ち込みによって院内感染が生じたという話はあったのかも知れませんが、私は聞いたことがありません。家庭では玄関や食事室、居間に四季の生花を飾ります。ここにも病原菌はいるのでしょうが、ここからの感染もあるのでしょうか。人の集まるホテルのロビー、旅館のフロントや客室、レストランの入り口やテーブル上の生花や花瓶の水にも病原菌はいるはずですが、これらはどうなるのでしょう。生花の病原菌に関するネガティブな情報に恐れをなし禁止、禁止の規定を作っている病院、これでいいのでしょうか。患者に安らぎやうるおいを与えてくれる生花を病室から排除していいのでしょうか。免疫機能が正常な患者が生花から感染するようなことはあるはずがないと思います。もし、生花の持ち込みを禁止するのなら、一律でなく免疫不全患者の部屋だけに限定するなどの融通性のある規定を作って欲しいものです。

まだまだ、気になることはあるのですが、愚痴っぽくなってきましたのでこの辺で終りにしたいと思います。どうも最近の我々日本人は安全志向に傾きすぎているように思います。メディアの論調や文献に惑わされない考えを持ち続けたいものです。

平成22年5月4日　記

＜筆者略歴＞

●生年月日

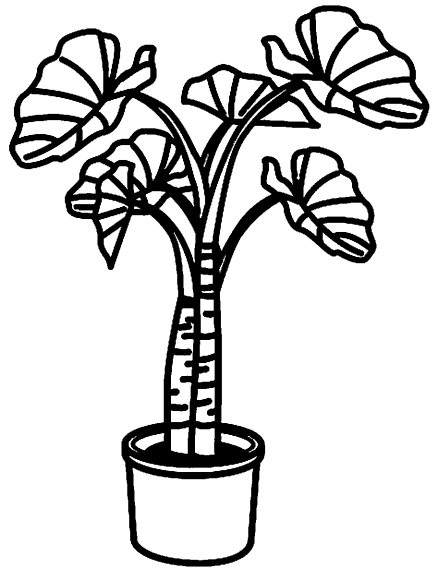
昭和16年2月11日

●学歴

昭和34年3月　香川県立高松高校卒業
昭和41年3月　大阪医科大学卒業

●職歴

昭和41年4月	大阪医科大学付属病院で実地修練
昭和42年10月	大阪医科大学副手（整形外科学教室）
昭和43年9月	済生会松阪病院医員
昭和45年5月	大阪医科大学助手（整形外科学教室）
昭和54年11月	大阪医科大学講師（同）
昭和58年5月	大阪医科大学助教授（同）
昭和59年	米国キャンベルクリニック留学
平成8年4月	大阪医科大学教授（整形外科学教室）
平成11年6月	学生部長
平成16年4月	大阪医科大学付属病院副院長
平成16年4月	関西大学特別任用教授（兼任）
平成18年4月	大阪医科大学名誉教授
平成18年4月	春秋会城山病院顧問



JCOA学会功労賞

日本臨床整形外科学会学会功労賞を受賞して

OCOA参与　　長　田　　明



この度はからずも、日本臨床整形外科学会（以下JCOA）より栄誉ある学会功労賞を頂きました。JCOAの学会功労賞内規によりますと、「会員および名誉会員のうち、日本臨床整形外科学会の運営、発展のために顕著な業績を挙げたものを、日本臨床整形外科学会学会功労賞の対象とする」との事であります。もし、私のしてきたことが顕著な業績であるなら、それは私個人の力ではなく、私を快く支えてくれた大阪臨床整形外科医会（以下OCOA）の歴代の会長ならびに役員をはじめ会員の先生方の多大なるサポートがあって出来たことだと思っております。従って、このたび頂いた功労賞は私個人で頂いたものではなく、OCOAが頂いたものだと理解いたしております。

本当に顕著な業績であったのかどうかわかりませんが、歩いて来た途を振り返ってみたいと思います。

平成7年に大阪の柔道整復施術療養費支給申請書（以下、柔整レセプト・・・レセプトと言うのは医科のものであって、柔整師のものは正確には施術療養費支給申請書といいますが、柔整師はレセプトと言っております。あくまで医師でありたいという願望でしょうか？）の審査委員会に委員として参加させていただくことになりました。後で判ったのですが、大阪の社保審査委員の反田先生のご推薦であったとの事でした。その関係で、平成8年にJCOA地区理事として大阪から出ておられた村上白土先生のご推薦で、JCOA医療システム委員会（医業類似行為問題を検討・・・村上先生が担当理事）に参加させていただいたのがJCOAとの本格的な出会いであります。

それ以前には、昭和63年にJCOA研修会が大阪で開催され（当時のOCOA会長は坂本徳成先生、研修会会長は故林原先生）、私は縁あって作家の藤本儀一先生と面識があったので、ご講演のお願いに坂本会長とご一緒させて頂いたことがあったくらいで、JCOAは遠い存在でありました。

この医療システム委員会で、いろいろと勉強させていただきました。まず、全国の柔整レセプトの審査委員会はどうなっているのかを数年に亘り調査いたしましたが、どこの府県も満足なものではないことがわかりました。そこで、全国の柔整レセプト審査委員会議を開催したいと思ったのですが、JCOAの社会保険等検討委員会担当役員から「保険の審査は社保委員会の仕事だから、社保委員会でする」とのことで、医療システム委員会では主催できなくなりました。社保委員会には、全く資料もなく、柔整問題を理解しておられる先生方もいないという状態です。これではいつの開催になるか予想もつきません。仕方がないので、ちょうど平成13年に大阪でJCOA学会（学会会長堀木篤先生）を引き受けておりましたので（長田がOCOA会長をさせていただいておりました）、JCOA医療システム委員会と堀木学会会長のご了解のもとに、「柔整レセプトを語る会」と称してJCOA学会会期中に大阪で独自に集会を持つこ

とに致しました。そして、各府県の臨床整形外科医会会長宛に「貴県で興味のある方はご参加下さい」とOCOA会長名で案内を致しました。JCOA公認の会ではありません。20人も参加者があれば御の字のつもりでおりました。ところがふたを開けると、続々と参加者が集まりだし、50名以上に膨らんだのには驚きました。やはりこの問題は何とかしなければと思っておられた方々が沢山おられたのでしょう。この集会が翌年から「全国柔整審査委員懇談会」としてJCOAに定着し、現在、毎年開催の「日本臨床整形外科学会シンポジウム」に発展しております。

また、平成12年～14年にかけてJCOA会員の皆様にお願いして、柔整師による「不適切な施術・施術事故」アンケートを行い、その結果を平成14年第75回、平成16年第77回日整会学術総会の柔整師問題パネルで、当時のOCOA会長であった服部良治先生と共に報告させていただきました。このパネルも大きな反響を呼びました。

平成13年7月31日に、柔整師の施術による国民の健康被害を何とかしてほしく、厚生省（当時）に陳情に出向きました。メンバーは伊丹先生（慈恵医大名誉教授）、浜西先生（近大教授）、角南先生（当時JCOA副理事長）、藤野先生（当時JCOA医療システム委員会委員、現JCOA理事長）、長田（当時JCOA医療システム委員会委員長）の5名です。伊丹先生は慈恵医大を退職された後、東京でクリニックを開設しておられ、目に余る柔整の広告に憤慨して、私共の医療システム委員会に連絡してこられたのです。厚生省医政局医事課中島課長との面談で、いろいろと資料を添えて説明していると、突然、「そんなこと言っても、あんた達医者も誤診するではないか」と一喝（？）されて黙ってしまったら、さすがに気の毒と思ったのか「自分は本件に関して詳しくないので、柔整師問題を取り扱っている保険局医療課に行ってくれ」と医療課にまわされました。「この悔しさは終生忘れないぞ、木っ葉役人め！」と心で思いながら、医療課療養指導専門官のところへ行ったとたんに、先方から「整形外科の先生方よくぞ来て下さった。今までどうして整形外科の先生方は来ないのか、不思議で仕方がなかった。柔整師など毎週のようにやってきていろいろと注文を付けていくのに」とのこと。医療課で十分に話ができたので、気を取り直して厚生省を後にしましたが、「JCOAにも政医連を立ち上げねばならない」とこのとき皆の考えが一つになりました。

現在も、この健康被害問題に関しては、JCOA医療システム委員会委員の山本哲先生（OCOA副会長）が中心となって、調査検討を続けておられます。

平成14年3月の診療報酬改定（大改悪）を思い出して下さい。当時、開業しておられなかった先生方はご存知ないでしょうが、再診料と消炎鎮痛処置の逓減制がしかれ、整形外科外来診療は大打撃を受けました。このまま行けば整形外科外来診療所が赤字経営に追い込まれ、倒産の憂き目にあう可能性すら出てきたのです。OCOA会長として平成13年にはJCOA学会大阪も無事済ませ、これで安心して次期会長（服部先生）にバトンタッチできるものと思っていた矢先の出来事でした。なぜこんなことになったのか、角南・藤野両先生に聞いたところ（彼らも情報収集に奔走していたようで）「日医がOK」と言ったから、そして、「整形外科からは何にも言ってこなかった」からとのこと。整形外科からは何にも言ってこなかったのではなくて、JCOAには何の相談、連絡もなかったというのが事実で、JCOAなど日医から問題にされていなかったようです。一度決まったものを覆すことはまず出来ないだろうとの話でした。そこで、柔整師問題のときの「整形外科で政医連を」という話が、急に具体的に浮上したのです。この時、もしもこのことが原因でOCOA会員に倒産が出たり、最悪の場合自殺者が出ようものなら、その人の遺骨を抱いて日医会館会長室の前に座り込んでやろうと本気で思ってお

りました。

平成14年4月に、OCOAは服部先生にバトンを渡し、私はJCOAに行くことになりました。JCOA役員会で「国会議員に陳情しよう」と整形外科医政協議会を立ち上げ、以下の行動に出たのです。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

会合名：国会議員に陳情しよう！！
　　－第2議員会館に集合！！
開催日：平成14年12月19日（木）
時　間：14：00～（役員打ち合わせ）
　　15：00～（一般会員との概況説明等）
　　16：00～17：00（国会議員参加）
場　所：衆議院第2議員会館1階
　　「第1会議室」

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

JCOA会員が187名（役員・一般会員）参加しました。私もそうでしたが、診療所を休診にして参集された先生方も沢山おられたようでした。また、いろいろと伝を頼ってお願いした結果、62名の国会議員の方々（うち本人33名、秘書29名）が参加してくださいました。

そのおかげで、平成15年3月に診療報酬の再改定があり、再診料等の逓減制は中止になりました。1年で変更になるなど、異例のことで前代未聞のことだそうです。このために、当時の厚生省のお役人たちの面目が丸つぶれとなり、整形外科は恨みを買うことになったのでは？と私は思っております。

平成12年、当時、JOA教育研修委員会の委員長をしておられた近畿大学の浜西教授が日整会専門医の更新に際して、6年間120単位取得改正案を提出されました。ご記憶の先生方もおられることと思います。JOA代議員会（当時は評議員会）でいろいろと議論されました。この時、JCOA専門医制度委員会（担当理事は吉良先生、私は委員）でも専門医のあり方、その更新方法等を検討しておりました。われわれの結論としては、他学会の継続条件との整合性の問題等もあるから、日本医学界加盟の48学会で組織する「学会認定医制協議会」（後に「専門医認定制協議会」と名称変更、さらに現在は「社団法人　日本専門医制評価・認定機構」として引き継がれ活発に活動している）と連携して専門医問題は慎重検討すべきであると主張いたしました。そして、「現在の継続条件のどこがどのように悪いのか？また何故、いま早急に変更しなければならないのか？」という疑問を提示いたしました。その結果、この浜西案はペンディングとなり、いつの間にか立ち消えになってしまいました。

平成14年から、JCOAで私が医療システム委員会と専門医制度委員会の担当理事をさせていただくことになりました。JCOA専門医制度委員会のメンバーの一人がJOA専門医制度委員会の委員を兼務していたので、この委員を通じてJCOAの希望をいろいろとJOAに伝えてもらうことができ、たいへん便利であったのですが、平成15年頃からこのパイプが上手く作動していないのではないかと思えるようになったのです。調べてみると、JOA理事会の中に山本博司新理事長直属の専門医資格継続に関する委員会がJOA理事数名で構成され、ここでいろいろと討議決定されていることが判りました。幸い、この委員会にJCOAから推薦したJOA理事の吉村先生（福井県）がおられることがわかり、その後は吉村先生と何度も打ち合わせをして、JCOAの意向を伝えていただき、研修受講必須分野も20余から14分野に整理統合してもらうことになったのです。しかし、JCOA学会を参加単位取得可能学会として認めさせることは出来ませんでした。JCOA学会を盛んにして、何とか単位取得学会として認めてもらいたいという、かつてのわれわれの悲願とも言える思いを、現在、学術研修委員会、専門医制度検討特別委員会が引き継いで、実現に向け一歩ずつ歩みつづけておられることは、本当に嬉しい事であります。

そして、JCOA学会開催地は、できるだけ多くの会員が集まりやすい関東関西に集約すべきであり、JCOA学会では勉強し、遊ぶのはJCOA研修会で大いにやればいいというのが、一貫した私の主張でありました。

平成6年・7年と平成10年・11年・12年・13年の合計6年間、JCOA代議員として代議員会に出席する傍ら、平成7年～14年までの8年間は日本整形外科学会（以下JOA）の代議員（平成7年～平成12年までは評議員で、13年より代議員に名称変更）として、JOAの代議員総会にも出席しておりました。

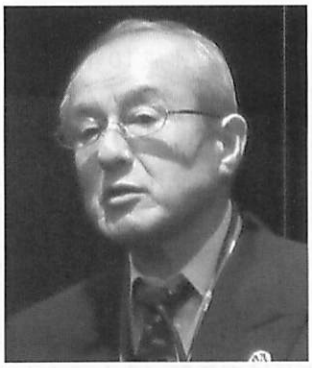
平成14年秋の代議員総会で黒川理事長にJOA理事長は専任制（少なくとも4期8年）にすべきであるとの意見を具申いたしました。かって、JOAは日整会学術総会の学会長がJOAの代表でありました。毎年、トップが交代していたのです。それがある時期に理事長制になりました。これで安定したトップができ、対外的にも継続的に運営できるJOAになると思っておりましたら、これも2年でころころと交替です。こんな名誉職的なことでは「厚生省（現厚生労働省）に対しても、諸外国の整形外科学会に対しても継続的な対応が出来ないではないか、こんな国は日本だけである」というのが私の主張でした。次代の山本理事長にも同じ事を申し上げて困らせたのも、懐かしい思い出であります。しかし、あるとき順天堂の山内名誉教授とお話する機会があり、このことを申しましたら「先生の言うことは全くそのとうりだと思うが、JOAの理事長職は現役教授でないと処理できない事案があるのだヨ」と諭され、以後このことは口にしないことにしました。しかし、心の中ではやはりJOAという大きな組織のトップは教授の片手間でできるものではないと思っております。

思いつくままにいろいろと申しましたが、これらのことはすべてJCOAの仲間と、そしてOCOAの仲間と一緒になって考え、やってきたことであります。今改めてJCOA、OCOAの皆さんに、心から有難うございましたとお礼を申し上げて筆をおきます。感謝。

会長退任のご挨拶

２年間のご支援に感謝いたします

大阪臨床整形外科医会　前会長　　黒　田　晃　司



平成20年４月５日に開催されました第32回大阪臨床整形外科医会総会において、会長に推挙していただきましてから、２年が経過いたしました。

この間の２年間に渡りご支援を賜りありがとうございました。４月10日に開催いたしました本会第34回総会をもちまして、私の会長の任期は満了となり、栗本一孝新会長が誕生いたしました。過去数年にわたり自民党政権下で2000億円ずつ医療費の減額が続き、国民皆保険制度のもと外国の医療制度と比較して、安価で安心して受診でき、必要な時には安心して入院治療も受けられてきた我が国の医療制度はズタズタにされてしまいました。

さすがに末期症状を示していた自民党政権は崩壊したものの、あとに残された800兆円余りという天文学的な借金を引きずっている以上、政権交代があったものの、そうそう簡単に医療の現状が変わるはずもないのが当然ですが、なにせ、せっかちな日本人のこと「民主党政権は期待はずれであった」という無責任なマスコミに操られている始末です。この現状を変革してゆくには根本的な施策が必要です。時間がかかっても、国民のために真に役立つ医療政策にもとづく改革が必要です。

今回の医療費の改正は民主党政権下で初めて実施されたものですが、長妻厚生労働大臣の初めの発言は「20％の医療費の底上げを図る」と言われました。これが全く変わってしまったことをご記憶でしょうか？

足立政務次官の発言などを聞いておりますと「政治主導、役人の意見には左右されない」とは言っておりますが、財務省の意向が反映されたものになっていることは明らかです。800兆円の負の遺産のある現実では、20％の増額は無理であることは理解いたしますが、実際には開業医に請求できないタッタ３点の再診料をつくつて、「24時間働かない医師はまじめに、患者のために尽くしていない」とは聞いてあきれるとしか言いようがありません。この再診料の３点も、初めに説明された時は大阪のように「夜診をしている診療所では請求できるもの」と説明されておりました。これも財務省のシュミレーションにより初めに説明された「準夜帯まで対応できる診療所」から「24時間対応する診療所」に変更されたものと考えざるを得ません。「国民の健康を守る」という基本方針にもとづかない、小手先ばかりの変更が日本の医療制度、健康保健制度の崩壊を招いてきたことを忘れてはなりません。

整形外科医が開業医として生き残ってゆくためには、この医療情勢の変化に対応してゆく必要があります。今回の改正で、消炎鎮痛処置、理学療法の点数がなくなされようとしておりました。JCOA医政協議会を中心に必死になって働きかけたおかげで今回は何とか残りましたが、次回の改変ではどうなるかわかりません。今私たちに求められているものは機能訓練、介護保険の取り扱いによるリハビリテーションなどがあります。運動器リハビリテーションの施設基準－45㎡以上のリハビリテーション室、器具、リハビリテーション専門医、ＰＴ，セラピスト

ーを備えなければなりません。セラピストの養成のための研修会などには積極的に係わってきましたが、これらを実行している診療所はまだまだ少数で、不十分です。この分野に対する我々の理解、取り組みに遅れている人が多いと考えます。この点について、私の取り組みは全く不十分なものでした。今後栗本新会長にお願いしなければならない緊急の課題です。

JCOA医政協議会について、皆様方に是非ご理解を賜りたいと思います。これは我々が健康保険などの要望を国会・厚生労働省に働きかけるためにどうしても必要なものです。決して政治家に献金するための機関ではありません。厚生労働省などに働きかけるためには、東京に出かける必要があります。しかもウィークデイに。場合によっては指定された時間に出かけてゆく必要があります。これらを担当する先生は診療所を開けて出かけてゆくわけです。診療所を守るためには代診が必要です。これらの費用を会員の皆様方に分担していただきたいのです。我々地方にいる会員は直接国会や厚生労働省に出向くことは不可能です。せめて会員全員がその費用の分担をしようではありませんか。

今回の医療費の改正でも効果があったことは明らかです。会員470名全員にご支援いただきたいのは当然ですが、せめて現在のJCOA医政協議会会員150人の倍の会員の皆さんにご参加していただきたいのです。医政協議会の会員でなくとも恩恵には与かれますが、今後の整形外科医、整形外科学会のことを考えてご支援下さいますようお願いいたします。

この2年間の皆さまのご支援に心から御礼申し上げます。有難うございました。

平成22年4月17日



第34回　大阪臨床整形外科医会定時総会

第34回　大阪臨床整形外科医会定時総会　　3：00～4：00 pm

司会者　　山本　　哲　副会長

1．開会宣言　　山本　　哲　副会長

2．会長挨拶　　黒田　晃司　会長

3．黙　　祷

中村　平(たいら)先生、高岩　均(ひとし)先生、堀口泰弘、坂根照敏先生を偲んで

4．参与への感謝状贈呈　　黒田　晃司　会長

参与候補者　　河村都容市先生、前野岳敏先生、八幡雅志先生へ

5．議　　事

議　長：堀木　　篤　先生
副議長：佐藤　利行　先生
議事録署名人指名

第１号議案　　平成21年度庶務および事業報告について承認を求める件
森本　清一　副会長

第２号議案　　平成21年度収支決算について承認を求める件
阪本　邦雄　副会長

第３号議案　　平成22年度事業計画について承認を求める件
黒田　晃司　会長

第４号議案　　平成22年度収支予算案について承認を求める件
阪本　邦雄　副会長

第５号議案　　平成22年度新理事及び新役員承認を求める件
黒田　晃司　会長

第６号議案　　本会会則第7章第34条の1変更の件

第７号議案　　その他

6．新会長挨拶　　新会長

7．感謝状贈呈　　黒田　晃司　会長に感謝して

8．閉会宣言　　山本　　哲　副会長

＜第1号議案＞　平成21年度庶務および事業報告について承認を求める件

森本　清一　副会長

(1) OCOA会員動態報告（平成22年2月28日現在）

平成21年2月25日現在　一般会員数　469名
　　顧　　問　　8名
　　名誉会員　　14名　　計491名
平成22年2月28日現在　一般会員数　467名
　　顧　　問　　11名
　　名誉会員　　15名　　計493名

平成21年2月25日から平成22年2月28日までの入会者・退会者

【新入会】　杉本瑞生（平野区）、建道寿教（住吉区）、多賀一郎（豊中市）
田中富弥（平野区）、中村昭文（高槻市）、佐々木崇（西成区）
森田謙一（堺市）、牛尾一康（東淀川区）、中村　孝（豊中市）
稲垣泰司（東成区）

【退会者】　坂根照敏（枚方市）、木股康時（守口市）、本島　太（西区）
田坂兼郎（枚方市）、古妻嘉一（淀川区）、小松堅吾（吹田市）
木全俊弘（福島区）、明石武彦（富田林市）、山田守義（大東市）

【物故者】　中村　平（高槻市）4/12、高岩　均（阿倍野区）8/6
堀口泰弘（池田市）12/21

(2) 平成21年度OCOA研修会

第204回研修会（平成21年4月11日）　大正富山大阪支店　　出席者74名（委任状140名）

司会：前中孝文副会長
受付：山口康二理事

・骨再生修復医療の今後の展望　　座長：黒田　晃司　会長
大阪市立大学大学院医学研究科整形外科名誉教授　髙岡　邦夫

第205回研修会（平成21年5月30日）　ホテルグランビア　　出席者231名

司会：矢倉久義理事
受付：森下　忍 理事・岩本　斗伸理事

①３次元画像と造形技術を駆使した新しい整形外科手術
大阪大学大学院医学研究科器官制御外科学（整形外科）講師　村瀬　剛
②ビスフォスフォネートと顎骨壊死
大阪大学大学院歯学研究科分子病態口腔科学教授　米田　俊之

第206回研修会（平成21年6月20日）　阪急インターナショナルホテル　出席460名

司会：山口　康二　理事

受付：斧出　安弘　理事・金田　隆義　理事

①肘関節周辺の諸問題　座長：石橋伊三郎　理事

洛西シミズ病院副院長　石津　恒彦

②骨粗鬆症に伴う椎体骨折と腰背部痛　座長：長谷川利雄　理事

札幌医科大学整形外科教授　山下　敏彦

第207回研修会（平成21年7月25日）　ANAクラウンプラザホテル　出席219名

司会：今井　秀　理事

受付：古瀬　洋一　理事・坂口　光輝　理事

①変形性関節症up-to-date　－その病態解明と治療の最前線―　座長：小林　正之　理事

東京大学医学部附属病院整形外科・脊椎外科准教授　川口　浩

②関節内構成体（靭帯、半月板）損傷の診断、病態、治療そして未来

座長：増田　博　理事

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科講師　橋本　祐介

第208回研修会（平成21年8月29日）　ウェスティンホテル　出席172名

司会：石橋伊三郎　理事

受付：白川　貴浩　理事・田上　実男　理事

①患者安全の実現　―民間病院における取組について―　座長：澤田　出　理事

北摂総合病院副院長　小林　一朗

②ハイパフォーマンス人工股関節　座長：堀木　篤　参与

大阪大学大学院医学系研究科運動器医工学治療学寄附講座教授　菅野　伸彦

第209回研修会（平成21年9月26日）　ANAクラウンプラザホテル　出席237名

司会：岩本　斗伸　理事

受付：中川　彰浩　理事・永田　行男　理事

①がん細胞の社会学　～良・悪性を隔てるもの～　座長：五島　淳　理事

奈良県立医大整形外科講師　朴木（ほおのき）　寛弥（かんや）

②学童期の股関節疾患　座長：宮島　茂夫　理事

京都府立医科大学大学院医学研究科運動器機能再生外科学

（整形外科学教室）准教授　金（きむ）　郁喆（うつちょる）

第210回研修会（平成21年10月31日）　ウェスティンホテル　出席208名

司会：斧出　安弘　理事

受付：大島　正義　理事・福井　宏有　理事

①関節リウマチにおける関節破壊機序とその対策　座長：三浦　光也　理事

近畿大学医学部奈良病院整形外科リウマチ科教授　宗圓　聡

②骨粗鬆症性椎体骨折の診断と治療　座長：阪本　邦雄　副会長

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科学教授　中村　博亮

第211回研修会（平成21年11月14日）　ANAクラウンプラザホテル　出席222名

司会：金田　隆義　理事

受付：藤本　啓治　理事・藤田　秀隆　理事

①脊椎外科における画像診断のピットフォール　　座長：堀口　泰輔　理事

京都大学大学院医学研究科感覚運動系外科学講座整形外科学　准教授　根尾　昌志

②整形外科診療におけるトラブルシューティング　－インフォームドコンセントを含めて－

座長：中川　浩彰　理事

日本大学医学部整形外科教授　徳橋　泰明

第212回研修会（平成21年12月12日）　ホテルグランヴィア大阪　出席225名

司会：古瀬　洋一　理事

受付：三浦　光也　理事・増田　博　理事

①手の外科疾患の診断と治療の難しさ　－紹介患者の治療経過を含めて－

座長：藤本　啓治　理事

関西医科大学附属枚方病院整形外科准教授　児島　新

②生物学的製剤の時代における関節リウマチ治療戦略　　座長：藤田　秀隆　理事

東京大学大学院医学系研究科整形外科学准教授　田中　栄

第213回研修会（平成22年1月30日）　ANAクラウンプラザホテル　出席261名

司会：坂口　光輝　理事

受付：宮田　重樹　理事・宮内　晃　理事

①腰部脊柱管狭窄症における脊柱管外病変の診断　　座長：田上　実男　理事

和歌山県立医大整形外科 講師　山田　宏

②スポーツ障害のリハビリテーション：運動連鎖の調整　　座長：斧出　安弘　理事

群馬大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野　教授　白倉　賢二

第214回研修会（平成22年2月20日）　ホテルグランヴィア大阪　出席231名

司会：白川　貴浩　理事

受付：森　泰蓉　理事・森下　忍　理事

①側弯症：初期診断治療のポイントと最近の知見　　座長：岸本　成人　理事

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学（整形外科）講師　岩崎　幹季

②「変形性関節症に対する保存療法とそのエビデンス」　　座長：長谷川　利雄　理事

藤田保健衛生大学整形外科教授　山田 治基

第215回研修会（平成22年3月20日）　帝国ホテル

司会：田上　実男　理事

受付：矢倉　久義　理事・山口　康二　理事

①関節リウマチの診断治療におけるピットフォール　　座長：宮内　晃　理事

大阪市立大学大学院医学研究科リウマチ外科学准教授　小池　達也

②脳卒中リハビリテーション・チップス　－運動生理と合併症について－

座長：宮島　茂夫　理事

日本医科大学千葉北総病院リハビリテーション科教授　原　行弘

(3) 平成21年度各種委員会と出務状況

平成21年４月

5日　平成21年度第1回JCOA学術研修委員会　長谷川
　　第22回JCOA学術集会（愛媛）合同 プログラム委員会
11日　第33回大阪臨床整形外科医会定時総会
　　第204回OCOA研修会
18日　JCOA整形外科専門医資格維持についての検討会　長谷川
19日　JCOA第１回理事会　前中

５月

13日　平成21年度 JCOA総会、JCOA代議員会、JCOA各県代表者会議
　　黒田、栗本、前中、森本、山本
　　JCOA代議員会　松矢
30日　第205回OCOA研修会
31日　日本整形外科学会　平成21年度代議員会　早石
　　日本臨床整形外科学会　平成21年度各県代表者会議　黒田、栗本

６月

6日　第１回理事会
7日　JCOA医療システム委員会　長田、澤田、前中、山本
13日　第53 回JCOA近畿ブロック会（京都）
　　早石、栗本、森本、山本、前中、長谷川、福井、岸本
20日　第206回OCOA研修会
21日　JCOA第２回理事会　前中
25日　大阪府医会連合代表者会議（単科医会）　山本

７月

11日　大阪整形外科症例検討会　世話人会　大島、岸本
19日　JCOA学会（愛媛）
　　黒田、栗本、堀木、長田、早石、松矢、坂本、阪本、山本、前中、森本、
　　須藤、前野、吉田、澤田、今井、中川、長谷川、宮田、濱田、山口、右近
23日　第１回交通事故医療委員会　森、八幡、石川、越宗、長嶋、行岡、寺元、阪本
25日　第207回OCOA研修会
　　柔整審査委員会　今井、長田、福井、藤本、宮田、山本、山口
　　JOA広報渉外委員会　澤田

８月

5日　平成21年度　JOA第1回運動器リハビリテーション委員会　長谷川
9日　第２回JCOA医療システム委員会　山本、前中、澤田、長田
29日　第208回OCOA研修会
30日　JCOA保存療法等を検討する懇談会　長谷川
　　JCOA第3回理事会　前中

９月

5日　第2回OCOA理事会
12日　JCOA保険審査委員会議　前中、石井

骨と関節の日委員会　小林、田上、永田、宮田、森、森本、山本

13日　全国整形外科保険審査委員会　前中、石井

26日　第209回OCOA研修会

運動器の10年・骨と関節の日（淀川区みんなの健康展）　中川、福井、山本

27日　第2回JCOA学術研修委員会　長谷川

10月

11日　JCOA研修会（佐賀）　服部、伊藤、坂本、長田、丹羽、古賀、孫、黒田、松矢、栗本、前野、越宗、澤田、長谷川、本田、中川

12日　JCOA保険審査委員会議

13日　全国整形外科保険審査委員会

15日　JOA第2回運動器リハビリ委員会　長谷川

17日　平成21年度　運動器の10年・骨と関節の日　山本、斧出、黒田、森本、長谷川、阪本、永田、澤田、三浦、大島、岸本、金田、小林

18日　JCOA第４回理事会　前中

24日　運動器の10年・骨と関節の日（西成区みんなの健康展）　森本、森、三村、三浦、山本

31日　第210回OCOA研修会

11月

7日　第53回　JCOA近畿ブロック会　黒田、栗本、早石、森本、長谷川、福井、岸本、山口

8日　平成21年度（第33回）大阪府医師会医学会総会　黒田、栗本、阪本

14日　第211回OCOA研修会

OCOA広報編集会議　前野、中川、永田、宮田、阪本、山本、藤田

JOA広報渉外委員会　澤田

15日　JCOAシンポジウム　黒田、栗本、松矢、石井、長田、山本、森本、今井、長谷川、岸本、福井、澤田

JCOA医療システム委員会　前中、長田、澤田

12月

5日　第3回OCOA理事会

12日　第212回OCOA研修会

OCOA運動器リハ・セラピスト研修会委員会　森本、長谷川

20日　JCOA第５回理事会　前中

26日　JOA安全医療推進委員会　前中

平成22年１月

17日　JCOA無床診ＷＧ委員会　矢倉

23日　第38回大阪整形外科症例検討会　古瀬、岸本、大島

28日　第2回交通事故医療委員会　石井、森、八幡、石川、越宗、行岡、寺元、阪本

30日　第213回OCOA研修会

２月

7日　第３回運動器リハ・セラピスト研修会（資格継続）　森本、長谷川、堀口、宮島、宮内、岸本他

14日	JCOA病院部会	古瀬
20日	第214回OCOA研修会	
21日	JCOA医療システム委員会	前中、長田、澤田、山本
	医療システム委員会JOA広報渉外委員会合同委員会	前中、長田、澤田、山本

3月

6日	第4回OCOA理事会	
7日	JCOA第6回理事会	前中
20日	第215回OCOA研修会	

(4) OCOA各種プロジェクト委員会

① OCOA「骨と関節の日」委員会
（山本、森本、永田、斧出、小林、森、藤田、大島、宮田、田上、岩本斗）

② 府医交通事故医療委員会［年2回］
（石井、森、八幡、石川、越宗、長嶋、行岡、寺元、阪本）

③ 府医健康スポーツ医学委員会［年2回］
（八幡、石井、他）

④ 府医労災部会役員会［年6回］
（石井、八幡、越宗、阪本、武田、右近、行岡、宮内、他）

⑤ 労災保険診療審査会［月2回］
（池田、石井、稲毛、楠、阪本、茂松、武田、松矢、宮内、八幡、頼）

⑥ 社会保険診療報酬支払い審査委員会［毎月］
（八幡、石井、岩本、小林、右近、中川）

⑦ 国民健康保険診療報酬支払い審査委員会［毎月］
（武田、他）

⑧ 府医産業医部会常任委員会［年9回］
（石井）

⑨ 府医医学会運営委員会［毎月］
（石井、小林）

⑩ 府医医事紛争特別委員会［毎月］
（濱田、石井、萩野、森下、他）

⑪ 国保柔整施術療養費審査会［月2回］
（石井、松矢、山本、今井、福井、宮田）

⑫ 社保柔整施術療養費審査会［月1回］
（長田、岸本、藤本、山口）

⑬ 国民年金障害認定審査会［月2回］
（堀木）

⑭ OCOA柔整審査委員合同会議
（堀木、石井、松矢、山本、長田、岸本）

⑮ 運動器リハビリテーション・セラピスト研修会担当
（森本、阪本、長谷川、森、五島、澤田、小林、岸本、石橋、西川、三浦、宮内）

⑯ 国保介護保険審査
（長田、小林、山本、森本、他多数）
⑰ 自賠責
（石川、越宗、阪本、長嶋、森、八幡、行岡）

(5) 福利・厚生事業

① 第49回OCOAゴルフコンペ
平成21年　5月24日、北六甲カントリークラブで開催された。
② 第50回OCOAゴルフコンペ
平成21年 10月25日、北六甲カントリークラブで開催された。

(6) 広報事業

1．第35号OCOA会報発行［H21］
前野、山本、阪本、宮田、斧出、中川、山口、藤田、永田

2．平成21年度「骨と関節の日」行事報告
平成21年度　運動器の10年・骨と関節の日　　山本　副会長
＜メイン行事＞
日　時：平成21年10月17日（土曜日）14：30～16：40
場　所：ビッグ・アイ
講演１　ロコモティブ症候群とは？　―その診断と予防―
講師　おので整形外科　院長　斧出　安弘
講演２　フラで防ごうロコモティブ症候群
フラダンス講師　ハウオリ　ポリネシアン　スタジオ
主宰　カプアハウオリ・アライ
フラダンスで楽しく足腰を鍛えましょう!!（責任者　山本　哲）

＜サブ行事＞
西成区：みんなの健康展
骨塩量測定・健康相談（骨の強さを測定し整形外科医が説明）
日時　平成21年10月24日（土）　13：30～16：00
場所　西成区民センター（地下鉄四つ橋線　岸里駅）
西成区医師会と共催（責任者　森本　清一）
淀川区：淀川区みんなの健康展
骨塩定量・健康相談（骨の専門家が測定値を解説）
日時　平成21年９月26日（土）　13：00～
場所　淀川区民センター
淀川区医師会と共催（責任者　中川　浩彰）

西成区：講演　骨粗鬆症および腰部脊柱管狭窄症について
講師　みうらクリニック　　院長　三浦光也
日時　平成21年11月28日（土）　14：00～15：30
場所　おとしよりすこやかセンター南部花園館

3．インターネットのホームページを通じて、各OCOAの学術講演会やその他の活動を公開した。
（JCOAおよびOCOAのML管理者　岸本成人理事）

4．FAX網の整備をF-NETによって行った。（山本副会長）

＜第2号議案＞　平成21年度収支決算について承認を求める件

阪本邦雄　会計担当副会長

平成21年度OCOA会計報告

一般会計収支報告

平成22年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越額	¥17,628,667	JCOA会費・入会金	¥11,362,000
会費収入JCOA入会金	¥16,846,265	会報・名簿作成費	¥3,565,575
会報・名簿広告収入	¥1,500,000	通信費	¥51,804
府医師会助成金	¥300,000	福利厚生費	¥263,494
受け取り利息	¥5,651	出務手当交通費	¥920,760
		事務費	¥174,934
		理事会会議費	¥1,804,993
		ホームページ維持管理費	¥44,100
		慶弔費	¥10,000
		次期繰越金	¥18,082,923
合計	¥36,280,583	合計	¥36,280,583

財産目録

府医師信用組合定期預金	¥4,762,389
府医師信用組合普通預金	¥11,694,638
りそな銀行深井支店普通預金	¥981,539
現金手許有高	¥644,357
合計	¥18,082,923

学術会計収支報告

平成22年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥15,972,172	認定料・申請料	¥87,000
受講料(日整会、リウマチ財団、		事務費	¥329,556
リウマチ学会、リハビリ)、会場費	¥3,904,000	出務手当交通費	¥926,000
骨と関節の日協賛金	¥600,000	JCOA近畿ブロック会議	¥520,200
		骨と関節の日	¥681,965
受取利息	¥8,463	200回記念特集会報代	¥5,524,170
		次期繰越金	¥12,415,744
合計	¥20,484,635	合計	¥20,484,635

財産目録

府医師信用組合定期預金	¥1,518,721
府医師信用組合普通預金	¥7,166,828
りそな銀行深井支店普通預金	¥2,618,222
現金手許有高	¥1,111,973
合計	¥12,415,744

監　査　報　告　書

大阪臨床整形外科医会　殿

平成２１年度の大阪臨床整形外科医会の歳入、歳出に付き、平成２２年２月２０日慎重に監査を実施した。

監査の結果、適正に会計処理管理されていることを認める。

平成２２年２月２０日

監事　早石雅清

監事　荻田明

＜第3号議案＞　平成22年度事業計画について承認を求める件

昨年の夏に行われた総選挙にて民主党が圧勝し自公から政権移行が行われました。

我々整形外科医を含む医師も大半は民主党に投票した様であり、あのような結果となりました。しかし、民主党ははたしてＪＣＯＡの味方団体なのでしょうか、よく解りません。

最近では、２年間しこりの残っていた大阪府医師会の会長選の最中は、あちこちでひそひそ話が語られ、それほど気持ちの良いものではありませんでした。

結果は、前回１票差で敗れた伯井氏が当選という形で決着いたし、我々OCOAの会員もすっきりした気持ちで４月からの新年度を迎えられると思います。

今後は人脈その他を駆使し、大阪府医師会・日本整形外科学会・日本医師会などと連絡を密にいたし、OCOAだけでなく全日本の整形外科医が気持ちよく診療その他に力を発祥できるよう努力いたします。

１．組織の強化

（1）JCOA研修会及び、JCOA近畿ブロック会等に積極的に参加し、JCOAの地域　及び全国の会員とも交流を促進し、親睦と団結に貢献する。

（2）日本整形外科学会、その他の関係諸学会、日本医師会、大阪府医師会、大阪府医会連合、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）未加入の整形外科医の入会促進のため、積極的に勧誘活動を行う。

（5）インターネット通信及びF-ネットを用いて、会員への連絡、広報を迅速かつ広く行う。

（6）インターネットを活用した広報を実行する。

２．学術活動

（1）生涯研修及び自己啓発のため、日本整形外科学会専門医、同認定スポーツ医同認定リウマチ医、脊椎脊髄病専門医、リハビリ認定医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計るとともに、日本医師会、大阪府医師会の生涯教育研修システムとも協調する。

（2）各大学、関係諸病院との連携を密にして、生涯教育をより一層充実したものとなるように、また、整形外科医療の進歩と発展に努力する。

（3）平成22年度も年間12回の研修会を、会員に役に立つ充実した形で開催する。

３．保険医療に関する諸問題の研究と対策

（1）国民の健康を守るためにはさらなる医療技術と、それを支える医療費が必要なことは言うまでもない。OCOAだけでは実行できない。
この問題はJCOAの整形外科医政協議会を通じて実現してゆくよう努力する。（会員の皆様の整形外科医政協議会へのご加入下さいまして、ご支援くださいますようお願いいたします。）

（2）医療報酬、審査、指導、老人保健、介護保険に関して研究と対策を実行する。

４．医業周辺業種への対策

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

⑵ 柔整問題は、今、大変危険な方向に向かっていると思われる。今後とも重大な関心を持って迅速に対処する。

5．高齢者対策及び介護保健対策

（1）在宅医療、在宅ケア、介護保険制度への対策。

（2）後期高齢者医療について、この制度には非常に問題が多い。問題点を指摘して、改善してゆく。

（3）「介護予防のための生活機能評価」またこれに基づく「運動機能向上事業」について、その問題点を指摘しながら参加する方向で、取り組んでゆく。

6．労災保険、交通事故医療、医事紛争に関する研修活動の強化。

7．広報・情報活動

（1）会報を年一回発行する。

（2）月一回開催する研修会の案内状に同封して、きめ細かく、情報を会員に伝達する様努力する。

（3）OCOAのホームページを整備し、充実させるよう努力する。

（4）OCOAメーリングリスト登録メンバーを増やし、積極的に活用する。

（5）「運動器の10年・骨と関節の日」活動を行う

テーマ：ロコモティブシンドロームと腰痛

日　時：平成22年10月16日

場　所：ブリーゼプラザ７Ｆ　小ホール（旧サンケイホール）

（6）空手、ラグビー、テニス、柔道、市民マラソン等の大会時のドクターをOCOAとして積極的に支援する。

8．福利・厚生活動

（1）会員親睦ゴルフコンペ

第51回ゴルフコンペ（春季）　2010年５月30日　北六甲ＣＣ西コース

第52回ゴルフコンペ（秋季）　検討中

（2）会員親睦テニス大会　　年２回予定

9．研修会

平成22年度OCOA研修会

◆第216回総会（平成22年4月10日）総会15:00より　研修会17:00より　（大正富山）
（ANAクラウンプラザホテル）

①「高齢者のリハビリテーション」　座長：大島　正義　理事
大阪医科大学総合医学講座リハビリテーション医学教室教授　佐浦　隆一

②「見逃しやすい足部疾患と外傷」　座長：宮田　重樹　理事
奈良県立医科大学整形外科名誉教授　高倉　義典

◆第217回研修会（平成22年5月15日）（リーガロイヤルホテル）（16:30より）　（エーザイ）

①「整形外科医の３大危険血管性疾患　～間欠跛行、大動脈解離・瘤破裂、肺動脈塞栓症～」
座長：宮内　晃　理事
厚生連高岡病院整形外科診療部長　鳥畠　康充

②『膝関節外科：この10年の進歩』　座長：金田　隆義　理事
近畿大学医学部付属病院整形外科教授　赤木　將男

◆第218回研修会（平成22年6月12日）（阪急インターナショナル）（16:00より）　（小野薬品）

①『これからの関節リウマチ治療　－整形外科医の立場から－』　座長：前中　副会長
大阪大学大学院医学系研究科運動器バイオマテリアル学准教授　冨田　哲也

◆第219回研修会（平成22年7月24日）（ANAクラウンプラザホテル）（16:30より）　（中外）

◆第220回研修会（平成22年8月28日）（ウェスティンホテル）（16:00より）　（旭化成）

◆第221回研修会（平成22年9月18日）（ANAクラウンプラザホテル）（16:30より）　（第一三共）

◆第222回研修会（平成22年10月23日）（ウェスティンホテル）（16:00より）　（帝人）

◆第223回研修会（平成22年11月20日）（ANAクラウンプラザホテル）（17:00より）　（久光）

◆第224回研修会（平成22年12月11日）（ホテルグランヴィア大阪）（16:00より）　（萬有）

◆第225回研修会（平成23年1月22日）（ANAクラウンプラザホテル）　（日本臓器）

◆第226回研修会（平成23年2月19日）（ホテルグランヴィア大阪）　（科研）

＜第4号議案＞　平成22年度収支予算案について承認を求める件

阪本　邦雄　副会長

平成22年度OCOA会計予算案

一般会計

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥18,082,923	JCOA会費	¥11,520,000
JCOA会費収入	¥11,520,000	JCOA入会金	¥100,000
JCOA入会金	¥100,000	会報作成費	¥3,000,000
OCOA会費	¥5,760,000	通信費	¥60,000
会報等広告収入	¥1,000,000	福利厚生費	¥500,000
府医師会助成	¥300,000	出務手当交通費	¥1,500,000
受取利息	¥6,000	各種委員会出務費	¥700,000
		事務費	¥500,000
		理事会会議費	¥1,800,000
		総会費	¥1,000,000
		慶弔費	¥100,000
		ホームページ維持管理費	¥500,000
		予備費	¥15,488,923
合計	¥36,768,923	合計	¥36,768,923

学術会計

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥12,415,744	認定料申請料	¥300,000
受講料(日整会、リウマチ財		事務費	¥400,000
団リウマチ学会、リハビリ学		出務手当交通費	¥2,000,000
会)、会場費	¥4,000,000		
協賛金、助成金	¥600,000	会議費	¥600,000
受取利息	¥10,000	骨と関節の日活動費	¥2,000,000
		その他研修会会費	¥3,000,000
		予備費	¥8,725,744
合計	¥17,025,744	合計	¥17,025,744

＜第5号議案＞　平成22年度新理事及び新役員承認を求める件

平成22年度大阪臨床整形外科医会組織表

会　　長：栗本　一孝
会長代行：森本　清一：総務（会員管理、理事会運営）、運動器リハ、骨と関節
副 会 長：山本　　哲：柔整審査、骨と関節の日、広報、議事録、福利厚生、無床診部会
副 会 長：阪本　邦雄：会計、広報、福利厚生、医療保険、運動器リハ
副 会 長：前中　孝文：JCOA理事、JCOA学術集会、近畿ブロック
副 会 長：長谷川利雄：学術、運動器リハ、介護保険
監　　事：前野　岳敏、坂本　徳成
議　　長：堀木　篤、副議長：新田　望
裁定委員：三橋　二良、長田　明、古賀　教一郎

＜大阪府医師会＞
大阪府医師会副会長：茂松　茂人
大阪府医師会・医学運営委員：森　泰蓉
大阪府医師会健康相談医：反田　英之、新田　望
大阪府医学会評議員：早石　雅宥、山本　哲、阪本　邦雄

＜日本臨床整形外科学会＞
JCOA理事：前中　孝文
JCOA代議員：早石　雅宥、森本　清一、黒田　晃司、栗本　一孝、山本　哲
JCOA予備代議員：右近　良治、松矢　浩司、阪本　邦雄、長谷川　利雄、小林　正之
JCOA医療システム委員会：山本　哲、澤田　出、長田　明
JCOA学術研修委員会：長谷川　利雄
JCOA病院部会担当委員：古瀬　洋一
JCOA無床診担当部会担当委員：矢倉　久義
JCOA会則等検討委員会：岸本　成人
JCOA査読委員：堀木　篤、長谷川　利雄、宮内　晃
JCOA「運動器の10年・骨と関節の日」委員会：森本清一

＜日本整形外科学会＞
JOA安全医療推進委員会：前中　孝文
JOA広報渉外委員会：澤田　出
JOA運動器リハビリ委員会：長谷川　利雄
JJOA学術総会抄録査読委員：堀木　篤、長谷川　利雄、宮内　晃、右近　良治、宮島　茂夫

＜理　事＞
天野敬一、石井正治、今井秀、岩本善介、右近良治、大島正義、太田信彦、斧出安弘、金田隆義、
岸本成人、栗本一孝、黒田晃司、古瀬洋一、小林正之、阪本邦雄、澤田出、茂松茂人、柴田和弥、

白川貴浩、白木隆士、田上実雄、中川浩彰、永田行男、西川正治、長谷川利雄、早石雅宥、福井宏有、藤本啓治、堀口泰輔、前中孝文、増田博、松矢浩司、三浦光也、宮内晃、宮島茂夫、宮田重樹、矢倉久義、山口康二、山本哲、森泰蘇、森下忍、森本清一、　以上42名（下線は新任）
（任期は平成24年3月31日まで。再任をお願いすることもあります。）

＜理事会・会場担当（近畿ブロック会も含む）＞
森下忍、白川貴浩

＜大阪症例検討委員会委員＞
大島正義、岸本成人、古瀬洋一

＜常任理事＞
栗本一孝、森本清一、山本哲、阪本邦雄、長谷川利雄、前中孝文、黒田晃司、早石雅宥、松矢浩司、9名

＜各種委員会＞

1 学術委員会
担当副会長：長谷川（主）、阪本、森本、山本
委員長：右近、副委員長：堀口
委員（理事）：今井、白川、田上、中川、福井、永田、金田、三浦、宮田、宮内、宮島、森、森下、矢倉、藤本、柴田、山口、太田、白木
委員：石橋、岩本斗、坂口、藤田、吉田、青木、新田、五島、鳴嶋眞人、荻野晃、杉本瑞生、北野安衛、稲垣泰司、貴島浩二

2 医療保険等対策委員会
栗本会長が統括　アドバイザー：茂松、早石、天野、八幡
委員長：石井
委員（理事）：岩本、小林、中川、右近
委員　社保：栗田正憲、寺川文彦
国保：寺元隆、荻野洋、綿谷勝引
自賠責：石川正樹、越宗、寺元隆、長嶋、森、行岡、（阪本、石井、八幡）
労災：宮内、武田、池田克己、稲毛昭彦、楠正敬、頼　功、（茂松、阪本、石井、松矢）

3 柔整審査委員会
担当副会長：山本、アドバイザー：松矢、長田、堀木
委員長：岸本
委員（理事）：国保担当：福井、今井、石井、宮田、（山本、松矢）
社保担当：岸本、山口、藤本、（長田）

4 第25回JCOA学術集会準備委員会
栗本会長が統括、アドバイザー：早石、松矢
委員長：黒田（実行委員長）、
委員（理事）：森本、山本、阪本、長谷川（JCOA学術）、前中（JCOA理事会）

5 近畿ブロック会担当委員会

栗本会長が統括

委員長：前中

委員(理事)：黒田、森本、山本、阪本、長谷川、前中、岸本、宮田、福井

6 議事録委員会

担当副会長：山本

委員長：宮田

委員(理事)：永田、宮内、藤本、今井、白木、金田

7 広報委員会

担当副会長：山本(主)、阪本

・会報編集部会：委員長：中川　、アドバイザー：前野

委員(理事)：宮田、斧出、山口、永田、白木、太田

委員：藤田、稲垣、貴島

・インターネット部会：委員長　岸本　、アドバイザー：黒田

委員(理事)：斧出、田上、

委員：吉川

・Fネット：山本

8 運動器リハビリテーション委員会

担当副会長：森本(主)、長谷川、阪本(会計)、アドバイザー：松矢、早石

委員長：森

委員(理事)：小林、岸本、三浦、宮内、堀口、大島、中川、田上、宮島、澤田

委員：石橋、五島、北野安衛

9 骨と関節の日

担当副会長：山本(主)、森本

委員長：小林

委員(理事)：今井、大島、斧出、田上、中川、永田、福井、三浦、森、森下、宮田、矢倉、柴田、太田、白木

委員：藤田、北野安衛、稲垣、貴島、杉本、荻野晃

10 地域情報委員会

栗本会長が統括、アドバイザー：茂松、八幡、三橋

委員長：天野

委員(理事)：石井、増田、早石、西川、小林、森下、

委員：広瀬、藤田、森沢康二、和田尋二、西澤徹

11 福利厚生

担当副会長：阪本(主)、山本

委員長：森

委員(理事)：岸本

委員：長嶋、新田、藤田、吉田

12 介護保険委員会

担当副会長；長谷川　アドバイザー：松矢

委員長：西川

委員(理事)：澤田、矢倉、中川、宮田

委員：岩本斗

13 **病院部会**

栗本会長が統括

委員長：古瀬、アドバイザー：早石

委員(理事)：金田、柴田

委員：佐藤、首籐、島田永和、松本豊一郎、行岡正雄、杉本瑞生、貴島浩二、長谷川潔

14 **有床診療所部会**

栗本会長が統括

委員：河村禎人、河村禎視、孫

15 **無床診療所部会**

担当副会長：山本

委員長：矢倉

委員(理事)：福井、宮内、森下、藤本

16 **整形外科医政協議会担当委員会**

栗本会長が統括

委員(理事)：森本、山本、阪本、長谷川、前中、黒田、早石、松矢、岸本、柴田、福井

＜第6号議案＞　本会会則第7章第34条の１　変更の件

本会会則第７章第34条の１　本会に常任理事を８名から10名おくことができる、に変更する件

＜第7号議案＞　その他

6. 閉会宣言　　山本　哲　副会長

平成22年度総会議事録

議　　長　堀木篤　 

議事録署名人　前野年敏　 

議事録署名人　堀口泰輔　 

平成22年　4月　10日

ＯＣＯＡ年表

平成20年（戊子（つちのえね））－ 2008 年

ＪＣＯＡ

〔学　会〕第21回　７月20日～21日　福井
〔研修会〕第35回　10月11日～13日　岡山

ＯＣＯＡ（会長　黒田晃司）

〔研修会〕

4月5日	大阪医療センター名誉院長	
	四条畷学園大学短期大学学長	廣島和夫
5月17日	東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター教授	原まさ子
	京都大学再生医科学研究所再生学誘導研究分野教授	山中伸弥
6月21日	えにわ病院整形外科部長	佐藤栄修
	大阪医科大学整形外科助教授	渡辺千聡
7月12日	奈良県立医科大整形外科講師	熊井　司
	大阪大学整形外科准教授	橋本　淳
8月30日	近大医学部整形外科・リハビリテーション科教授	福田寛二
	兵庫医大整形外科臨床教授	田中寿一
9月20日	関西医大整形外科准教授	斉藤貴徳
	岡山大学整形外科教授	尾崎敏文
10月18日	大阪市大リハビリ科講師	隅谷政
	星ケ丘厚生年金病院整形外科部長	中瀬尚長
11月15日	済生会和歌山病院副院長	松崎交作
	済生会吹田病院副院長	黒川正夫
12月13日	阪大大学院医学系研究科骨・軟骨形成制御学准教授	妻木範行
	杏林大学整形外科准教授	市村正一
1月24日	高槻赤十字病院整形外科部長	小田幸作
	大阪大学整形外科教授	吉川秀樹
2月21日	大分大学医学部人工関節講座准教授	近藤　誠
	神戸大学大学院医学系研究科形成外科学准教授	寺師浩人
3月14日	名古屋大学大学院医学系研究科整形外科准教授	松山幸弘
	関西医科大学リハビリテーション科教授	吉田清和

ＪＯＡ（日整会）

〔学術総会〕　５月22日～25日　札幌
北大　三浪明男
〔基礎学術集会〕　10月23日～24日　京都
奈良医大　髙倉義典
〔骨・軟部腫瘍学術集会〕　７月17日～18日　浜松
愛知医大　佐藤啓二

＜この一年の出来事＞

１月：大阪では橋下府知事誕生。大阪維新を目指すと。
1月末中国製餃子から毒農薬検出、中国当局は、知らぬ存ぜぬ。

２月：「疑惑の銃弾」三浦和義を米当局が逮捕、結局彼は獄中で自殺。

３月：年金記録特定困難2025万件、社保庁に非難囂々。茨城土浦駅で無差別殺人。「誰でもヨカッタ」とは。

４月：後期高齢者医療制度発足。「年寄りは死ねっちゅうんか！」と評判悪い。
山口県光市の母子殺人の犯人元少年に死刑判決。「ドラエモンは助けに来てくれ」なかった？

５月：中国四川省で大地震。マグニチュード8、死者9万7千人。

６月：東京秋葉原で又もや無差別殺人、又かいな。今回は7人死亡。
岩手内陸地震死者行方不明計23名。厚生省は26年ぶりに医師養成数増加へ方針転換。「医者が増えると医療費増大する」と云ってたのはどこの誰？

７月：北海道洞爺湖サミット福田首相が議長。
原油史上最高値1バレル147ドルに。
神戸六甲山麓都賀川で急増水、5人死亡。所謂「鉄砲水」也。
日本人の年間寿命は男79歳、女86歳。ここでも男性は女性に敗け。

８月：北京オリンピック開幕。史上最多204ヶ國参加。
福島県立大野病院産婦人科医師に対して無罪。捜査当局の勇み足か？

９月：米証券リーマン・ブラザーズ破綻。震源からの大津波で世界中の経済が変調を来たし、福田首相政権投げ出した。
又か社保庁の年金記録改竄6万9千件。
自民党総裁選で67％の得票、麻生首相誕生。内閣発足へ。

10月：大阪市の個室ビデオ店で火災25人死傷。利用客の放火が原因。これも「誰でもよかった」のか。
ノーベル物理学・化学賞に4人の日本人がノミネートされる。
日経平均26年振りの安値で株取引きは停

滞、聞こえるは溜息ばかり。空自トップ田母神空幕長更迭。懸賞論文に応募して掲載されたが「政府見解と異なる」と防衛相。

11月: 元厚生次官宅襲撃で3人が死傷。犯人は「官僚は怪しからん」と息巻いている。
イラクで5年間輸送に当たっていた空自撤収す。「ご苦労さん」。

スポーツ

4月: 選抜高校野球沖縄尚学が優勝。
プロ野球阪神金本選手が40才8ヶ月で2000本安打をマーク。

7月: 大リーグの野茂投手日米通算201勝で現役引退。トルネード投法よサヨウナラ。同じく大リーグのイチローは日米通算3000本安打。34才9ヶ月。まだまだやるぜ。

8月: 北京オリンピック開幕。日本は金メダル9個水泳の北島選手は2回連続の2個。
夏の甲子園大阪桐蔭が17年振り2度目の優勝。

9月: 力士2人から大麻反応陽性。2人を解任。
イチロー大リーグで8年連続200本安打。
プロ野球パ・リーグは西武4年振り優勝。セ・リーグは巨人が2年連続優勝。

10月: マラソンのキューチャン高橋尚子引退。
日本シリーズ、西武が4勝3敗で巨人を制す。

訃報

2月: ゴルフの「トラさん」中村寅吉プロ92才。
「東京オリンピック」「ビルマの竪琴」「細雪」の市川昆監督92才。

4月: 「ノンちゃん雲に乗る」石井桃子101才。
川内康範88才「おふくろさん」「伊勢佐木町ブルース」の作詞。

7月: 大野晋。國語学者88才。

8月: 「おそ松君」「天才バカボン」で名を馳せた漫画家赤塚不二夫72才。

10月: 緒形拳71才。TV、映画で活躍していた個性派俳優。まだまだと惜しまれる。
フランク永井76才。ムード派歌手。「有楽町で逢いましょう」で一躍有名に。

12月: 加藤周一89才戦後日本を代表する評論家。
作曲家遠藤実76才。「高校三年生」「北國の春」などヒット曲多数。

一方海外では

1月: エドモンド・ヒラリー88才:エベレスト初登頂。
スハルト86才:インドネシア元大統領。32年間の長期政権を担った「開発の父」。

4月: チャールトン・ヘストン83才:アメリカ男優。「十戒」「ベン・ハー」等の大作主演。

6月: イヴ・サンローラン71才:フランスファッションデザイナー。女性のパンツスタイルを世界に認知させた。

8月: アレクサンドル・ソルジェニーツイン89才:ロシアの作家。大作「収容所列島」で逮捕され国外追放された。

9月: ポール・ニューマン83才:アメリカの俳優。「明日に向かって撃て」の主演。その主題歌と共に憶いだされる。

平成21年（己丑（つちのえうし））－2009年

ＪＣＯＡ

〔学　会〕第22回　7月19日～20日　松山
〔研修会〕第36回　10月10日～12日　佐賀

ＯＣＯＡ（会長　黒田晃司）

〔研修会〕

4月11日	大阪市立大学整形外科教授	髙岡邦夫
5月30日	大阪大学整形外科講師	村瀬　剛
	大阪大学大学院歯学研究科々長	米田　俊
6月20日	洛西シミズ病院副院長	石津恒彦
	札幌医科大学整形外科教授	山下敏彦
7月25日	東京大学医学部附属病院 整形外科脊椎外科准教授	川口　浩
	大阪市大医学部整形外科助教授	橋本祐介
8月29日	北摂総合病院副院長	小林一朗
	大阪大学大学院医学系研究科 運動器医工学治療学寄附講座教授	菅野伸彦
9月26日	奈良県立医大整形外科講師	朴木寛弥
	京都府立医大整形外科准教授	金　郁喆
10月31日	近畿大学医学部奈良病院整形外科・リウマチ科教授	宗圓　聡
	大阪市立大大学院医学研究科 整形外科教授	中村博亮
11月14日	京都大学整形外科准教授	根尾昌志
	日本大学医学部整形外科主任教授	徳橋泰明
12月12日	関西医大整形外科講師	児島　新
	東京大学大学院医学系研究科 整形外科学准教授	田中　栄
1月30日	和歌山県立医大整形外科講師	山田　宏
	群馬大学附属病院 リハビリテーション部教授	白倉賢二
3月20日	大阪市大大学院医学研究科 リウマチ外科学准教授	小池達也
	日本医大千葉北総病院 リハビリテーション科教授	原　行弘

ＪＯＡ（日整会）

〔学術総会〕　5月14日～17日　福岡
九大　岩本幸英
〔基礎学術集会〕　11月5日～6日　横浜
日医大　伊藤博元
〔骨・軟部腫瘍学術集会〕　7月16日～17日　横浜
国立がんセンター　別府保男

＜この一年の出来事＞

1月：オバマ米大統領就任式。アフリカ系初の大統領第44代。

2月：アメリカ・アカデミー賞で日本作品ダブル受賞。本木雅弘主演「おくりびと」、短編アニメ「つみきのいえ」。

3月：小澤一郎民主党代表の秘書逮捕。政治資金規正法違反。
24年前大阪道頓堀へ投げ込まれたカーネル像引き上げ。大阪の川もきれいになった？
ソマリア沖の海賊対策で海自出動命令。
インド洋給油はどうなる？

4月：大企業の景況感日銀調査開始以来35年で最悪と発表。
北朝鮮ミサイル発射。日本上空から太平洋に落下。
SMAP草彅剛、公園で裸になり公然猥褻罪で逮捕。
新型インフルエンザ、メキシコで60人死亡。警戒度はフェーズ5へ。

5月：民主党新代表に鳩山由紀夫氏岡田氏を破って当選。
新型プリウス発売、註文殺到。
GDP（国内総生産）が戦後最悪。前期比15％のマイナス。

6月：足利事件再審で菅家利和さんDNA鑑定白で釈放→無罪に。
全盲の辻井伸行さんアメリカ、バン・クライバーン国際ピアノコンクールで優勝。
民主党鳩山代表の故人の名義などを使っての虚偽献金発覚。

7月：北朝鮮が又々日本海へミサイル発射。えゝ加減にせいよ。
改正臓器移植法が成立し、0歳からの提供が許可されることになる。

8月：タレントの「ノリピー」こと酒井法子が覚醒剤法違反で逮捕、5日間も逃げ廻った挙句。
GDPが5四半期ぶりにプラスに転じてヤレヤレ。しかし失業率は最悪の5.7％？
総選挙民主党が過去最多の308議席を獲得、政権交代へ。

9月：新政権3党連立で発足。民主党は国民新党・社民党を抱え込んで、鳩山内閣発足へ。それでえゝんか。

10月: 次々回オリンピックはリオ・デ・ジャネイロで。東京は石原知事の豪語にも拘らず落選。
オバマ大統領にノーベル平和賞。まだ何もしていない人にやる賞なのか？
新型インフルエンザワクチン接種始まる。大阪府など全国一番早い。「私はやりませんでしたが」筆者
文化勲章に上方落語の桂米朝師が受賞。長生きはするもんですなあ～と。
日航再建方針発表。京セラ稲盛氏会長に就任。ほんまに再建できるんかいな。

11月: 英国人女性殺害で顔面整形手術した市橋達也容疑者が大阪港で発見、逮捕。
14年ぶりの円高、対ドル84円台に突入。景気が悪いのになんでや！

12月: 流行語大賞に「政権交代」。
生活保護所帯数過去最高・前年同月比で10％増加。

スポーツ

3月: 日本がWBC第2回の決勝で韓国を破り2回連続の優勝。

4月: 春選抜は長崎清峰高が長崎県勢として春夏通じて初めて優勝。
ゴルフでは宮里藍が米ツアー（エビアン・マスターズ）で初優勝。

8月: 夏の甲子園、中京大中京高が史上最多7度目の優勝。昔の明石中との死闘が甦る。10－9（日本文理）の勝利。

10月: プロ野球セ・リーグ巨人が3連覇。
カーネル・サンダースを引き上げたのに阪神しっかりせんかい！
パ・リーグは日本ハムがダルビッシュらの奮闘で覇権奪取。

11月: 日本シリーズは巨人4勝2敗で勝つ。
7年ぶり21回目の優勝。よ～っ日本一！

12月: サッカーのJ1で鹿島アントラーズが3連覇。
サッカーの巨人になれるか鹿島。
関西大学アメフット部甲子園ボールで大学王座へ、実に62季振り。
ボクシングバンタム級長谷川穂積が10連続防衛、国内では2人目の2ケタ防衛達成。

訃　報

4月: 上坂冬子78歳、ノンフィクション作家「硫黄島いまだ玉砕せず」。
藤沢秀行83歳、大阪の奇行棋士9段。

6月: 土居健郎89才、「甘えの構造」で日本人の心理を鋭くついた。

8月: 古橋広之進80歳、「フジヤマのトビウオ」として戦後の日本人の心を奮い立たせた。パリで急死。
女優大原麗子62歳、華麗・繊細な芸風、まだまだ惜しい。
山城新吾70歳、「白馬童子」「仁義なき戦い」等々、TVにも出演。

10月: 中川昭一56歳、故中川一郎氏の長男、元財務相、これからの政治家と目されていたが、酒に呑まれてしまった。
南田洋子76才、「太陽の季節」で一躍有名に、夫の長門裕之氏との鴛鴦夫婦振りも有名。

11月: 森繁久弥96歳、大阪枚方の出身、北野中学OB芸達者で歌も「知床旅情」は大ヒット。
水の江滝子94歳、宝塚ジェンヌ、ターキーの愛称で親しまれた。

一方海外では

5月: 盧武鉉前韓国大統領62歳、自宅近くの丘から投身自殺。不正資金疑惑で追及された為か。韓国大統領は歴代退任後皆不正を追究され、不遇の生活をしている。

6月: マイケル・ジャクソン50歳、ポップスの帝王として世界に君臨、ロンドンで急死、薬物疑惑も。

8月: 金大中元韓国大統領85歳、初の南北会談を実現させた。子飼いの盧武鉉前大統領が自死して気落ちしたか。
トニー・ザイラー73歳。オーストラリアスキー選手。オリンピックアルペンスキー三冠王。映画にも多数出演活躍した。
エドワード・ケネディ77歳、ケネディー家3兄弟の末弟。米民主党の重鎮となっていたが、兄2人が非業の死を遂げたケネディ一家で終りを全うした。

10月: ポール・サミュエルソン94歳。アメリカ20世紀を代表する経済学者。

（文責　参与　丹羽權平）

変形性膝関節症治療戦略におけるUKA Oxの位置づけ

阿倍野区　吉　田　研二郎



【目的】

Mobile型単顆置換術（Oxford型UKA Phase Ⅲに限定し以下UKA Oxとする）は内側型変形性関節症に適応する。破壊された内顆の軟骨を人工材料で置換し靭帯の緊張を回復させアライメントを矯正する。靭帯機能の温存と変形矯正できることが重要である。今回私の経験したUKA Ox症例を検討し変形性膝関節症におけるUKA Oxの適応と位置づけを論ずる。

【対象】

2002年1月からUKA Oxを開始して2008年12月までに967関節に適応した。これらの中で2年以上経過観察した症例272人367関節について検討を加えた。追跡率96%。

【結果】

再置換をエンドポイントとしたサバイバルレート（5年生存率）は96%。これらの中で前十字靭帯の消失した関節に靭帯再建術を併用し置換した33関節は84%で明らかに低下していた。前十字靭帯再建併用例は97%であった。再置換した12人14関節の内訳は沈み込み9関節、ベアリングの脱転4関節、RAの発症による外側の変形の進行1関節である。

【考察】

前十字靭帯の消失した内側型変形性関節症に適応を拡大した術後成績は明らかに悪く前十字靭帯が重要であることがわかった。前十字靭帯が磨耗するほど変形が進行すれば、軟骨の破壊は前内側から後方まで進行し正常の靭帯バランスを得られない。UKA Oxはベアリングが安全な範囲内でなめらかに滑動するために靭帯のバランスを保つ必要があり、UKA Oxそのものにはスペンサー機能以外は矯正する働きを持たない。ベアリングの安定性を保つためには靭帯機能が正常であることに加えてコンポーネントの設置が正確でなければならない。回旋設置を正確にし、内側側副靭帯の緊張度を調整する。そのための手術手技を工夫しベアリングの安定性を手術中に確認することが必要である。ベアリングの安定性が得られず手術中に適応が無いと判断されたらより安定性の高い人工関節に変更する。

小児中足骨骨頭骨折の治療経験

吹田市　今井　秀



【目的】

中足骨骨頭骨折は稀な骨折であり、解剖学的には関節内の骨折で大腿骨骨頭と同様に血流が乏しいため、時に無腐性骨壊死が生じることがある。今回中足骨還位骨端線損傷を伴わない小児の中足骨骨頭骨折を経験したので、骨折の形態から受傷機序を推測し病態や治療方法を考察した。

【対象】

この1年余の期間に経験した中足骨骨頭骨折は5例であった。その内訳は第2および第4中足骨が各2足、第5中足骨が1足で、いずれも単独骨折であった。受傷時年齢は8歳2例、9歳1例、13歳が2例であり、性別は男児4例、女児が1例であった。

【結果】

症例1の9歳女児は受傷後2週で来院し、レ線上第4中足骨骨頭骨折をみとめたため足底挿板を装着し安静を指示した。バスケットボールを継続して行なっていたため無腐性骨壊死をきたし、骨癒合が得られるまでに6カ月と長期を要した。しかし短縮した中足骨骨頭は、その後レ線上修復され再構築されていた。

症例2～5の4例は受傷後早期に来院しており、4週間の歩行用短下肢ギプス包帯固定を行ない、概ね6～8週で良好な骨癒合が得られた。

【考察】

明らかな外傷の既往があり、前足部の腫脹と中足趾節関節部の圧痛をともなう歩行の困難な症例では、本骨折を疑いレントゲン画像を詳細に観察することが重要である。小児では局所の安静保持が困難な場合が多いため、早期に歩行用ギプス包帯固定を行なうことを推奨する。

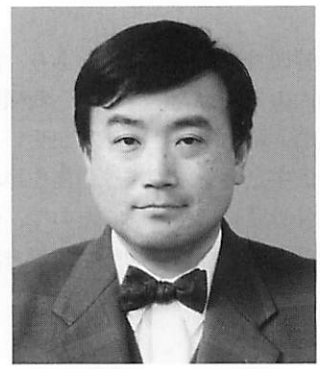
今回の5症例は1968年にHarrisonが報告した8歳男児の"Buckle-type"の1例と同様の中足骨骨頭骨折であった。受傷機序としては、足関節が軽度底屈位或いは背屈位で中足骨骨頭底面に直達外力が作用して生じたと推察された。

また骨軟骨骨折の場合の受傷機序は、つま先から着地した際に基節骨基部との剪断力（介達外力）で生じると推察された。

最後に中足骨骨頭骨折後に生じる無腐性骨壊死の危険性を減らすためには、受傷後できる限り早期の免荷と固定が重要であると思われた。

運動器不安定症に対する転倒予防へのとりくみ

堺市　澤田　出



【目的】

運動器不安定症に対する運動器リハビリテーションプログラムの中で、特にバランス訓練に注目したメニューを組み立てた。当院での訓練内容を紹介するとともに、訓練が転倒予防に寄与しているかどうかを検討した。

【対象および方法】

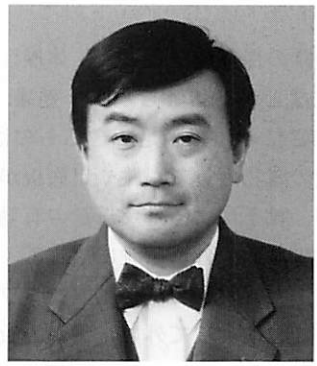
当院で運動器不安定症と診断され、短時間型(6時間)通所リハを行っている25人(男7人、女18人)を対象とした。年齢は65歳より89歳であった。セラバンドや重すいバンドなどを利用した筋力強化、屋外歩行訓練やエアロバイクなどを利用した有酸素運動を行った。さらにバランス能力強化のために、ダイナミックフラミンゴ療法、つぎ足歩行訓練、踏み台昇降訓練などを行い、その際におのおのバランスパッド(AIREX)を使用した。訓練前に開眼片脚起立時間、3 mTUG、握力、踏み台昇降能力、転倒回数などを調べ、3カ月後に再評価した。

【結果】

開眼片脚起立時間については、訓練前平均6.7秒に対して、訓練後9.2秒、3 mTUGについても、訓練前15.7秒に対して、訓練後14.3秒と改善がみられた。高頻度転倒者に関しては、転倒傾向は残存するものの、危険な後方や側方の転倒が減り、上肢を使い身構える余裕ができるなど転倒様式に変化がみられた。運動器不安定症に対するリハビリテーションは、廉価な器具を用いるだけで十分対処ができると考えられ、特にバランスパッドは、バランス能力改善訓練には有用と思われ推奨したい。

介護保険制度下でのリハビリテーション

堺市　澤田　出



【目的】

整形外科診療所が介護保険制度によるリハビリテーションを行う際の利点と問題点を考える。

【方法】

平成12年、我が国に介護保険制度が導入された。これを受けて当院では介護保険制度を利用して、平成12年4月より訪問リハ、平成15年7月より8時間型通所リハ、平成18年6月より6時間型（短時間型）通所リハとしてリハビリテーションを行っている。平成21年1月現在患者（利用者）は、訪問リハ33名、8時間型通所リハ53名、短時間型通所リハ45名である。現在までに遭遇したさまざまなケースをふまえ、演者、および当院職員が得た経験を整理し、検討した。また平成21年4月より導入が予定されている超短時間型通所リハについても積極的に取り入れることを考えており、できれば言及したい。

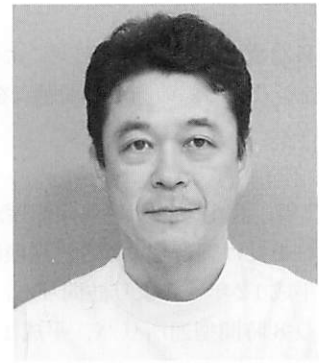
【結果】

利点1）算定の基準となる傷病名にこだわらないので、予防的な取り組みができる。2）期間の上限が設定されないので慢性疾患に対するリハは行いやすい。3）リハ以外にも食事、入浴などのサービスを加えたり、コミュニティの場を提供することができるため、維持期リハのモチベーションを向上させやすい。4）ケアマネジャーを含め、多職種との連携をとりやすく、患者（利用者）の日常や家庭環境の把握をより容易に理解できるため、社会参加の評価につなげやすい。

問題点1）予算に基づくケアプランに組み込まれるため、医学的に必要なリハができないことがある。2）リハに対する理解がない等、医学知識に欠けるケアマネジャーが少なからずいる。3）医療から介護へと保険制度が変わる際には、連携パスが整備されていないとシームレスなサービスが提供できない。4）高齢者主体の通所リハプログラムになりやすく、2号被保険者（40歳以上65歳未満）にはなじみにくい事がある。

外反母趾に対してファイブコンフォート靴下は有用か

富田林市　宮　田　重　樹



【目的】

外反母趾の保存療法として、体操、装具、足底板、靴などがある。しかし、効果、継続性、使いやすさにおいて満足できるものは少ない。外反母趾の履物として、靴や足底板が重視されているが、靴下による外反母趾の有効性に関する報告は少ない。外反母趾に対して、日頃履いている靴下と比較してファイブコンフォート靴下を履くことによって外反母趾角の改善が得られるか検討した。

【方法】

対象は、当院を受診した外反母趾角20°以上の外反母趾患者26症例46足で、年齢は、21才から80才、平均65.3才。性別は、女性24例、男性2例であった。靴下を履いて非荷重時の足のレントゲンを撮影した。受診時に履いてきた靴下を履いた時の外反母趾角と比較して、ファイブコンフォート靴下に履き替えた時の外反母趾角に改善がみられるか調査した。外反母趾角に合わせて、M1－M2角、M1－M5角、第1趾基節骨-第5趾基節骨角（P1－P5角）も計測した。外反母趾角の改善が3°未満を不変、3°以上10°未満を有効、10°以上を著効とした。靴下を変えることによる足元の安定化を調べるために、手掌圧迫テスト（palm pushing test）を行った。手掌圧迫テスト（palm pushing test）は、立位で手掌を上向けて指を組んでもらい、術者が手掌で上から押し付け、ふらつくかどうか診る。調べたい2つの状況で、効果があれば（ふらつきが消失する）陽性とする。

【結果】

外反母趾角の改善は、－2°から25.3°平均10.4°。著効27例、有効17例、不変2例であった。M1-M2角、M1-M5角の改善は、それぞれ1.0°、1.3°。P1－P5角の改善は、20.4°であった。手掌圧迫テストでは全例が陽性で、靴下を履き替えることで足元の改善が得られるた。

【考察および結語】

ファイブコンフォート靴下に履き替えることによって外反母趾角の改善は、平均10.4°、有効率95.6％と満足のいく結果が得られた。ファイブコンフォート靴下は、中足部を寄せ、足趾先を広げる構造になっている。M1－M2角、M1－M5角の改善角度は、それぞれ1.0°、1.3°でほぼ不変であったが、第1趾基節骨-第5趾基節骨角（P1－P5角）の変化角度は、20.4°で、足趾先を広げる作用が外反母趾角の改善に関与していると思われる。ファイブコンフォート靴下は、体操や装具に比して手間がかからず、靴に比してコストがかからない。なにより、外反母趾角10°以上という著効例が59％と有効性が高いことが魅力的である。外反母趾の治療に際して、痛みと変形が重視されているが、外反母趾による足元の不安定性悪化に関してあまり顧みられていないが、足趾が先で集束すると安定感が悪くなる。特に高齢の外反母趾患者において、運動器不安定症の原因が単に筋力やバランス力の低下だけでなく、足趾が屈曲していたり足先が先で収束したりして安定感が悪くなっていることもあり、その際には靴下を見直すことも大事であると考える。

第22回日本臨床整形外科学会学術集会　えひめ「坂の上の雲」のまち　松山懇親会に参加して

淀川区　　中　川　浩　彰



7月18日夕方に、大阪から空路にて松山空港に到着。

7月19日（日曜日）モーニングセミナーより学会に参加し、愛媛大学運動器学教授山本晴康先生の特別講演の後、19：10から始まった懇親会に参加した。大阪からは、黒田会長をはじめ早石前会長、松矢元会長、栗本副会長等々会員23名、家族を含めると総勢35名の参加者で次期開催地の横浜と同じ数の参加者でした。

愛媛臨床整形外科医会の相原実行委員より開会の挨拶があり、その後今川会長から開催前3年をかけて準備をしてきた今学会への意気込みと全国から予想以上の参加者に驚くとともに十分愛媛を堪能して帰ってほしいとのご挨拶が出席者に送られました。

その後は、松山市長の挨拶や乾杯の音頭を待ちきれなく整形外科恒例のＰＲＥ-ＭＥＤＩＣＡＴＩＯＮのビールを少々頂きながら宴のたけなわを迎えました。さすがに愛媛は海山が近く、地産地消を主に地酒（地元ビール、日本酒）、地元料理に舌鼓を打ちつつ、何故か早石前会長、吉田先生と一緒に今治焼き鳥の皮にはまってしまいました。

その後は、当地松山出身子規にちなんで俳句の応募作品の寸評と表彰があり、現在の漫才の原型ともいわれる「伊予漫才」が披露され、最後には徳島から、もうすぐ始まる阿波踊りの全国一になった連（れん）を筆頭に会場内を踊り、そして練り歩き会員の有志の先生方も参加して場内は阿波踊り会場となり最高に盛り上がりながら、宴は終わり、三々五々松山のネオン街に散っていきました。松山の美女との出会いはいかがでしたでしょうか、皆さんご苦労様でした。



松山市内満喫日帰り観光に参加して

森本整形外科　森　本　ミエ子

7月19日（日）には5種類の観光が用意されていました。

『秋山兄弟はすごいぞ～』と、「坂の上の雲」読んでいた主人から、折に触れ兄弟の業績を聞いていましたので、二人の生い立ちには大変興味がありました。それで「秋山兄弟生誕地」や「坂の上の雲ミュージアム」が含まれているB・1コースを選びました。

朝9時全日空ホテル前集合です。昨年の福井オプショナルツアーは20人以上の方々とご一緒でした。今回は12人の皆様と。

私はB・1コースが気に入っているのですが、久々に休暇が取れ同行した息子は、『秋山兄弟なんか知らんよ』と言いますもので、ほかのコースにしておけばよかったかなとも思いながら出発しました。

でもまぁ、今に解かるさ！参加してよかったと思うから！





松山城天守閣

松山市街の中央に釜を伏せたような丘があり、丘は赤松で覆われて、その赤松の中にあるのが最初の見学地松山城天守閣です。

厚紙作りで、緑の山の上にぽつんと可愛いお城、そして銀色の雲が一つ描かれた松山学会の案内状。どなたが作られたのでしょうか、行ってみたい気持ちになる楽しいクラフトでした。宿泊しているホテルから見上げるお城も絵の通り、山頂にちょこんと建っている優しい感じのお城でした。

松山城はおよそ400年前加藤嘉明により築城。城門、やぐら等から成り天守閣は三層建てです。皆さんとご一緒にロープウェイで登りました。

上がってみると、下の町中から見た可愛いお城とはまるでかけ離れた、武備に徹した要塞でした。元々お城は要塞なのですが、それにしても石垣や敵の進入を防ぐ門の多いこと。

例えば上からの攻撃が容易な、一ノ門、敵の正面を射撃する構えの筋金門（すじがねもん）、筒井門から入ってきた敵を背後から急襲するための隠れ門などです。出窓式石落としも見られました。階上にはのぞき窓もあきれるほどあり、



実戦を強く意識した、強面のお城でした。

城の庭園では夏目漱石にあやかった、坊ちゃんやマドンナの衣装を着た若者がいたのでデジカメをぱちりぱちり撮っていましたが、突然画面に、バッテリー切れ！の表示が。あぁ何ということ、まだまだ訪問先があると言うのに。

そういえば昨日、東京から来る息子を松山空港で待つ間、新しく買ったデジカメが嬉しくて空港内外を試写。『じゃこてん作り実演、おいしそう』などと試写に次ぐ試写でバッテリーをほとんど使い果たしていました。

話をツァーに戻します。人間そういう写せない時に限って、『カメラで写したい』ということばかり考えるもので、次の見学先の「生誕地」に歩いていく道中、ずっと『使い捨てカメラは売っていないかなぁ』とコンビニの場所ばかりが気になりました。

頭の中が秋山兄弟の偉業どころではありません。生誕地近くにコンビニは見当たりませんでした。あーぁ。

写すことをすっかり諦めて生誕地の様子を目に焼き付けておくことにしました。（本来はそれが当たり前なのですが。）それから「坂の上の雲ミュージアム」に行きました。

坂の上の雲ミュージアム

司馬遼太郎さんが四十代のほとんどをかけて完成させた小説「坂の上の雲」。

物語は、正岡子規、秋山好古（よしふる）、真之（さねゆき）兄弟の三人の人生をたどりながら「近代国家」の仲間入りをしようとした明治の日本を描いています。

ミュージアムは松山城南麓に位置し、周囲の環境と調和した、小説「坂の上の雲」を中心にすえたまちづくりの中核施設で、小説の魅力などを伝えるさまざまな展示がありました。

貧しい下級武士の家に生まれた好古と真之は、軍人の道を選ぶことになり、好古は草創期の日本騎兵を育て、真之は日本海軍における近代戦術の確立者としてそれぞれの道を歩んでいきます。子規は新聞記者となり、近代俳句、短歌、文章の革新に力を注ぎました。東洋の小さな国に過ぎなかった日本が、西欧諸国に追いつこうと懸命に国づくりを行った姿から、健気な日本人の素晴らしさが見えてきます。

ミュージアムの展示品、平成22年2月までは秋山好古を主に取り上げているとのことでした。



好古は幼児期より漢学に秀で、家計を支えるためよく働きました。成人して教職につきましたが、陸軍士官学校騎兵科に転じ「日本騎兵隊育ての親」となり、日露戦争で世界最強といわれたロシアのコサック騎兵隊を撃退しました。陸軍大将退役後も松山の中学校の校長に就任、生涯を通して「教育」に情熱を注ぎました。

好古の普段の生活は質素で、子供らには「にんげんは貧乏がええよ。艱難、汝を玉にすると言うてね、人間は苦労せんと出来上がらんのじゃ」と諭していました。

日本には立派な人物がいるものです。本当に頭が下がります。

さぁ昼食です。道後、山の手ホテルで、向かい合って和気あいあいとおいしいフランス料理をいただきました。12人の皆様は山陰、関西、関東、東北などから参加されていました。臨席の先生が、「数年後は秋田でJCOAが開催されます。みなさん立派な学会を開催されるので、つらい。プレッシャーがかかります。」と言わ

れていました。

お気持ち、よく分かります。

おなかがいっぱいになったところで次は**子規堂**に行きました。

正宗寺（しょうしゅうじ）境内に正岡子規が17歳まで過ごした家の一部である、書院を復元し、直筆原稿などが展示されています。子規は松山藩士の子供として生まれました。俳句・短歌の革新を唱えて伝統の文芸に新しい息吹を与え、近代文学の発展に大きな足跡を残しました。松山は子規を輩出した地だけあって市内のあちこちに『俳句ポスト』がありました。一句ひねって投函している人を見かけました。



子規はまた野球を愛した人で、松山に野球を初めて紹介した人でもありました。子規の雅号「野球（の・ぼうる）」にちなんで、のボールミュージアムが坊ちゃんスタジアムの中にあります。



子規堂のあと**伊予かすり会館**と**石手寺**を見学しました。

これでB・1コースは終わりなのですが、せっかく松山に来たのだからと道後温泉に立ち寄り、広い「ふなや」の温泉につかり汗を流しました。それからちんちん電車に乗って宿泊先の松山ホテルに戻りました。

今日は、前々から行きたいと考えていた所を全て訪問することが出来ましたので、大変充実した嬉しい一日でした。松山は文芸の町で機会があれば又行きたいと思いました。

関係の皆様有難うございました。

葉隠れの里・佐賀におけるJCOA研修会

大阪臨床整形外科医会・前会長　黒　田　晃　司



今回の佐賀県で開催された「葉隠れの里研修会」を機会に、通過したことはありましたが、この地に一度も足を下ろしたことがなかった佐賀県の歴史に触れてみました。実は今回佐賀研修会のために佐賀県を訪れるに当たり、パソコンで佐賀県を調べておりますと、「伊万里・有田焼・柿右衛門」「佐賀城」「大隈重信記念館」「佐賀牛」「中富記念くすり博物館」が目にとまりました。

(1)　大隈記念館にて

世界的政治家、また早稲田大学の創設者として有名な大隈重信候の生誕125年を記念して、昭和41年11月、大隈記念館が落成いたしました。設計は早稲田大学名誉教授今井兼次博士の手によるもので、昭和42年10月、建設委員会から佐賀市に寄贈され会館に至りました。館内には大隈重信候にまつわる歴史資料が展示され、大隈重信候の生涯をイラストやビデオで解説しています。(以上記念館のパンフレットよりの抜粋です)

当日は、開館の10分前にタクシーで松矢先生、栗本先生とともに到着いたしました。館長の古賀雄三さんが記念館の前庭の白砂を掃除して、ちょうど仕上げをされておられました。
さっそく、手を止めて案内をしてくださり、一同大変感激いたしました。



大隈重信旧宅(生家)
(この写真は館長の古賀雄三さんと松矢、栗本、黒田)

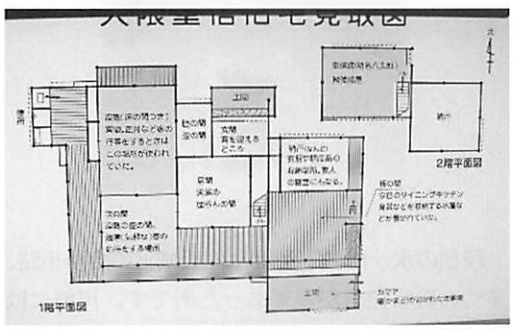
現在の水ヶ江二丁目は、佐賀城下の会所小路、多くの武家屋敷が多くあった所です。川筋には蔵屋敷や問屋が並び、小路には役人や商人が集まる会所があったことから、会所小路の名が付けられました。大隈重信候は天保9年(1838年)ここで生まれました。生家は天保以前の武家屋敷の面影を残した貴重なもので、国の史跡に指定されています。平屋茅葺で一部二階建ての家屋は(写真添付①庭②細い柱③見取り図)、重信候が産声を上げて成長した八太郎(大隈重信候の幼名)の家庭とその遺徳をしのぶことができる貴重な遺跡になっています。庭園には大隈を敬愛した政治家・波多野敬直の筆になる「大隈重信候の誕生の地」の記念碑がたっています。
(この部分パンフレットより抜粋いたしました)



①庭



②細い柱



③見取り図

古賀館長の説明によると、この館の西南の座敷の間は天井が高く、客をゆっくりと迎えるように配慮されています。その東側の玄関に続く部屋は、暴漢が押し入ったとき、刀が降りまわしにくいよう天井が低くしてあるそうです。侯の父親は佐賀藩のお台場を守っていた大砲隊の隊長の役職で、そういう危険があったのかもしれません。その座敷の上に、八太郎が弘道館にて勉強を始めたころに、学問に集中できるよう勉強部屋を増築したために一部二階建ての今の形になったそうです。以下、重信侯の経歴です。

天保９年（1838年）２月16日、佐賀の会所小路にて誕生

弘化元年（1844年）藩校・弘道館の外生寮に入学

嘉永元年（1848年）外生寮「会読」に進級

嘉永６年（1853年）15歳のとき、弘道館（塾）の内生寮に入学

当時の佐賀藩は財政的に豊かでなかったため、成績により学費の自己負担が重かったようです。１～８割を受益者負担としていたようで、12歳のとき父親がすでに病没していなかったため、学費が少なくなるよう母親は八太郎を学問に集中させるための環境を整えるなど、教育ママだったようです。

生家の構造は、廊下を支える柱は非常に細いものですが、これは、佐賀藩が質素な生活をしていることを天下に知らしめるための藩の政策の表れだそうです。また床下は低くして、間者（間諜）が進入しにくい構造にしてあるそうです。玄関は質素なものですが、侯の父親の役職が隊長であったので、登城するときは駕籠に乗っていたためそういう構造になっているそうです。

玄関脇にお守りのため植えられている柊の木は樹齢150年を超えて、針がついて尖っているはずの葉っぱの多くが、丸い棘のないものになっていることは、説明を受けて初めて知りました。

八太郎17歳のとき、弘道館で、南北戦争に関係した騒動が起こり、この事件の首謀者として退学させられました。

18歳のとき蘭学寮に入り、枝吉神陽に国学を学ぶ。

23歳のとき英語、イギリスの憲法を始めイギリスの民主主義、議会政治を学ぶ。

30歳のとき、キリスト教信者の処分を巡り、イギリス公使パークスと論争して、その存在を天下、時の政府に名を知らしめ、外国官副知事となる。当時の外国官知事（外務大臣）は、諸大名が名ばかりの役職に就いており、実際の交渉ごとは副知事が担当していたそうで、侯は今でいう外務大臣の要職に抜擢されたそうです。その後幾度も出世をねたまれて失脚したそうですが、その都度粘り強く活動して、返り咲くたびに誰もが認める地位に出世してゆきます。

31歳で会計官副知事、その４ヵ月後に大蔵大輔に任命されている。

32歳で参議となる。

42歳のとき大蔵卿を辞任。

43歳のとき伊藤博文と国会開設で対立して、

44歳のとき立憲改進党を結成、総理となり、東京専門学校（のちの早稲田大学）を開講する。

明治21年（50歳のとき）外務大臣となり、不平等条約の改正に成果を上げたが、裁判官に帰化した白人を入れることで、英国と妥協したことが国粋主義者の怒りを買い、馬車で国会から自宅に帰る途中、今でいう手榴弾を馬車に投げ込まれて右大腿切断となる。その後、大腿義足を装着、この義足はアメリカのA.Aマークス社製のものだったそうです。ここのパンフレットにも写真が掲載されていますが、実物は現在のものに近いものだ思いました。生前この大腿義足を5本所有していたそうです。（その1本が展示されています）これは膝関節のある、足部固定の常用義足と思われました。また切断された下肢は、ホルマリン浸けにされて保存され、現在は樹脂に封入され、佐賀の大隈家の菩提寺に保存されているそうです。

重信候は現在の早稲田大学の隣の大きな私邸に住んでいました。（リーガロイヤルホテル東京のあたり）これは彼が幼少のころいじめられっ子で、母親が心配して近所の友達らを、ことあるがごとに友人たちを家に呼んで食事でもてなしたことに由来して、大きな台所のある大邸宅を構えて、早稲田の学生を呼んでは学校の事情を聴いていたそうです。また世間から贅沢といわれることを嫌って、所有していて大きい温室でランなどを育てていたようですが、これは外国大使等と面談するための場所、客間の役割をする場所として必要だと説明・言い訳をしていたそうです。

東京専門学侯を開講してから10年ほどは、学校を私物化しているといわれることを嫌って、大学構内に足を踏み入いれることはなかったそうですが、その代わりに学生が大隈の私邸に訪ねてくることを歓待して、訪ねてきた学生にはまず食事を進めて、学校の様子を聞くことを楽しみにしていたそうです。当時の私邸の写真には大きな台所、ガスコンロ、冷蔵庫が映っています。

明治29年（58歳）外務大臣に就任

明治31年（60歳）憲政党を結成。第一次大隈内閣を作る（日本初の政党内閣）

明治35年（64歳）東京専門学校を大学組織に改め、早稲田大学と呼ぶ

明治40年（69歳）憲政党総理を辞任。早稲田大学の総長となる。

大正3年（76歳）第二次大隈内閣を組織

大正6年（79歳）胆石のため重体となる

大正11年1月10日死去

エピソード。

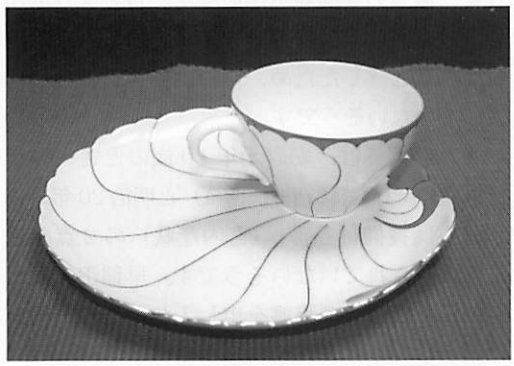
師は大変な書嫌いであった。それは弘道館時代に、激しい学問競争があった。自分より成績の下の生徒の毛筆の字を先生が褒めて、八郎の字を悪書と評したため、以降、重信の書は一切残っていないそうです。

唯一の例外は、安政元年10歳のとき「村岡氏送別の詩」（村岡初枝氏所蔵）と明治20年「東京府貫属被仰付受書」（宮内庁蔵）の2点のみしか確認されていないそうです。早稲田大学が村岡氏にこの書の譲渡を申し入れたが、村岡氏は頑として受け入れないそうです。

(2) 古伊万里の里・有田焼のアートギャラリーを訪ねて

前夜、佐賀牛の料理を楽しんだレストランのご主人の友人が開いていると紹介してもらった有田焼のギャラリー「東西古今社―花伝」を訪ねました。佐賀市のホテルから40分ほど車で走った有田焼の窯元が並ぶメインストリートから少し山の中腹に登ったところにあり、入口が狭い村道からさらに入るところにありました。手前で電話をかけて確かめましたので、村道まで主が迎えに来てくれていました。迎えがなければ到底辿り着けないロケーションでした。庭はガーデンパーティーが開けるよう広々とした、きれいに刈り込まれた芝生が一面に植えられているものです。玄関を入った右手に伊万里焼、有田焼が展示されていました。この部屋に入ったところに展示してある紅茶カップ＆ソーサーが目にとまりました。それはカップを置く台がソーサーの片隅にあり、反対方向に広がって、ケーキが載せられるようにデザインされた紅茶カップです。しゃがみ飲んで手にとってしばら

く眺めておりました。ひっくり返してみると「花伝」このギャラリーのネームが入っておりましたので「他では買えないな」と思い、さらに周りの紅茶カップと見比べてみましたが、色、デザインともこれが一番気に入ったものだと決めました。その時私の後ろにこのギャラリーの女主人が、私があまりに熱心に見ていたからでしょう、「この紅茶カップは、ここのオリジナル」だと説明してくれました。



記念に買い求めた紅茶カップとソウサーの写真

大きなつぼを見ていますと、私の背丈ほどあるこの大坪はパリ万博の時に、大隈重信の取り計らいで出品されたものを、ここの主人が「10年あまり前に見つけ出して、逆輸入してきた」と嬉しそうに説明してくれました。時価で数百万するものだそうです。陶器に対する知識と情熱は相当のものです。大坪は今ではそうそう売れるものではないので、あまり生産されないそうです。その他、主のお勧め品として、花伝特製の骨壷にいろいろデザインを加えて、絵図けしているものがたくさん並べてあり、「ワインクーラーにすれば良い」と説明してくれましたが、骨壷の流用はご免こうむりました。

玄関左手は偶然私のところの居間と同じような長方形の20畳余りの部屋になっていました。(これは建設コスト的に、材木が一番コストパフォーマンスな構造です) この部屋には古伊万里が展示されておりました。

この館の主人は早稲田大学を卒業して、陶器関係の会社に入社、ヨーロッパに駐在して、古伊万里などの現地での状態、地位を研究されたそうで、大変造詣の深い方でした。この後、私が気に入って、今回の佐賀訪問の記念にしようと決めていた紅茶カップ？で、奥さまに、神戸から買い求めているというおいしいコーヒー豆を焙煎した特性のコーヒーとクッキーをご馳走になりました。そのあと、柿右衛門など有田焼の里をめぐりました。



居間の写真

(3) 佐賀県における薬の歴史・中富記念くすり博物館

以前に、100歳近い久光製薬の会長がサロンパスと書いたシャツを着て走りながら、サロンパスを沿道の人達に配っている姿を覚えていたので、さっそく久光製薬の担当者に聞きましたら、その薬博物館は久光製薬の創立145年を記念して「佐賀市から車で一時間かからない鳥栖市に開設したもの」と教えていただきました。今回の佐賀研修会の目玉にいたしました。



博物館前にて



パンフレット写真

「田代売薬」ということをご存じでしょうか？多分知らない方の方が多いと思います。江戸時代の日本には、地場産業を育成しお金が藩外に流失しないよう、藩の財政を潤すために、出稼ぎして藩にお金をもたらすため「田代売薬」が育成されました。入れ薬（売薬・配置家庭薬）は庶民に重宝されたものです。何も担保を取らず、リスクの可能性もあるのに信用で入れておくから、家々では必要な時すぐさまそれを使用できた。使用分の代金は売薬人が次回廻ってきたとき払う、信用売りで、使用分を補充し、未使用分は新品と入れ替える。医療制度が整っていなかった江戸時代から、戦後まで、保険制度が定着するまで庶民の家庭の常備薬として定着していた。その売薬と言えば「越中富山」「大和（和州）」「近江（江州）」と「対州田代の売薬」を四大売薬と言われた。田代に対州を冠するのは、田代（鳥栖市東半と基山町を合わせた地域）が江戸時代を通して対馬領の飛地であったからです。当時の薬は朝鮮からきた「反魂丹」や「万金丹」でありました。これらは朝鮮通信使によってもたらされたもので、彼らは対馬を経由していたので、田代が対馬領の飛地であったことが「田代売薬」の発祥、起源となっています。

四大売薬の流れは現代まで続いていることにお気づきでしょうか？富山化学（現在は「大正富山薬品」）奈良県立医大？メンソレータム（近江兄弟社）と久光製薬にその流れが続いているというのは、私の根拠のない学説です。

中富記念くすり博物館のパンフレットからの抜粋です。

『佐賀県鳥栖市田代から基山町にわたる一帯は、慶長四（1599）年に対馬藩田代領となり江戸時代中期に「田代売薬」が起こったところです。それ以後の「田代売薬」の発展は、この地区に社会面及び経済面で大きな蓄積を残し、今日では製薬は佐賀県の産業の一翼を担うまでに成長しました。　しかし、近代化の流れの中で、くすりの製造・販売に関わってきた伝統的な道具、文書類などはそのほとんどが散逸し、歴史のかなたに消え去ろうとしています。 これを惜しみ、先達の活躍に思いをいたすとともに「くすり」の文化遺産を通してくすりに関する産業文化を後世の人々に伝え、これからのくすりと健康について考える生涯学習の場として役立つことを願い久光製薬（株）の創業145周年の記念事業として当博物館を設立しました。』

薬木薬草園も併設しております。

これらは、中富記念くすり博物館の売店にて買い求めた、長忠生氏の著書『田代の入れ薬―藩政時代の入れ薬』を読みますと詳しく書かれています。

展示物はたくさんあり、見たことのあるものもたくさんあります。是非機会があれば一度おたずねください。一見の価値ありと思い推薦いたします。

仏淵孝夫先生(佐賀大学学長)の教育講演を拝聴して

大東市　前野岳敏



まず座長の先生から仏淵先生のプロフィールが紹介された。専攻は股関節外科で、昭和27年お生まれになり、昭和54年九州大学医学部卒業、整形外科入局、入局中平成2年より3年にかけてメイヨークリニック留学、その後平成3年九州大学講師、9年助教授、10年佐賀大学整形外科教授になられた。その後平成20年4月佐賀大学学長になられました。現在まで人工股関節置換術（THA）を600件執刀されTHAの日本の第一人者でおられます。新しい股関節手術のプロジェクトを工学部、医学部、産業界と三者で連携してつくりあげ、患者の不自由を解放するために頑張っておられる、やさしい先生であるとご紹介された。

仏淵先生の御講演は佐賀大学での11年間の実績に基づいて述べられた。股関節疾患を小児期、若年期、少年期、青年壮年期、人工関節について解かり易くお話しいただいた。

ペルテス病は主訴が膝の痛みで来る事が多いので見逃す事が多いこと、そして基本的には保存療法であるが、まれにOPの事もあるとのこと。辷り症はホルモン異常と云われているが、必ずしもそうでないとの事。急性期、慢性期があるが、側面像で後方に辷っている事を確認し、整復固定が原則であると述べられた。

DDH（以前より云われているCDH）は予防が大切で、西尾篤人先生の方法を踏襲しておられる。治療は従来の長い間ギプスを巻いて、長い間寝かす方法は患者にとって難業苦行なので、先生はきっちりと矯正骨切りをされ、しっかりと固定すれば、1週間で動けて3週間の入院ですみ、学校を休まずに生活できる長所があると力説された。骨移植例では骨癒合には3ヶ月かかる事があった。DDHの場合、クラブ活動等で痛くなり受診する事が多い。DDHはOAの80%を占めており、DDHの半数以上が思春期以後に見つかる事が多く、すなわちDDHの既往歴は半分以上が初期にみつけられないと云える。

青壮年期では亜脱臼像を程する事が多く、荷重面の大きな壊死部が大きいとOPの適応がある。骨頭の1／3が残れば利用でき、杉岡式骨頭前方回転術の適応となる。OP後7年たつと壊死部は元にもどっている。

股亜脱臼に対しては、臼蓋形成術、内反、外反骨切り術、キアリー、固定術等があるが、年齢、疼痛等により適応は異なる。THAも考えられる。年齢、症状により、これは大きな手術になる事があるので、OP時間を短縮し、出血を減らすためにむずかしい場合が多いが、それを出来る人をどのようにそだてるかが大変困難である。

股関節外科ではTHAが中心で、全国で1年に4万件、頚部骨折は9万件行われている。THAで骨セメントを使うOPは40年の歴史があり、今でも行っている先生もおられるが、セメントレスのOPは素材も良くなってOPの適用が増えて来ている。現在のレベルでも20年～30年の耐久性があり、手術の適用年齢も下がって来ているが、高位脱臼等難しい症例もあり大変なこともある。

セラミック骨頭は1年に0.04mmの磨耗し

かなく耐久性があるが、高価であることが難点である。現在まで仏淵先生の所へは47都道府県よりむずかしい症例が紹介されて来ている。私に手術をお願いに来る患者がよくあるが、ある地域の患者が良くなると口こみでその地域の他の患者がやってくることもある。たまりたまって600例のOPを行った。再置換術や短縮骨切り術後の難しい再手術として、2003年より行われているデバイス利用による転子下骨切り術のビデオが紹介された。デバイスによる綿密な計画によるOPで、現在まで200例以上行われている。そのビデオで示されたOPは、OP時間72分、出血量500cc、輸血なし（自己血、同種輸血とも）であった。

血栓症の予防には術直後より足関節自動運動（アキレス腱を動かす事）をきっちりと行っており、5000例のOPで致死性血栓症例は0である。感染症はわずかにあるが金銀を使った抗菌性人工関節を研究中である。

最後に股関節外科医の育て方については、やさしい手術より仏淵先生のOPにつかせ、骨切り術も難しいのを含めて数百例つかせて指導されているとのこと。育成システムには良き指導者が必要であるが、すべてに精通した指導者は少なく、それには多くの症例が必要であるとのこと。

術後の評価表、健康管理表、不満度等を調査して費用対効果を出しているが、非常に効果的であった。昔の人達は痛くない生活を求めてOPを希望している人が多かったが、現在は旅行をしたいために手術をする人が最も多い。又先生はこの5月（平成21年5月）に日本で股関節外科をやりたい人が見たら、知りたい事の99%は載っている論文を発表しているので、是非ご参照下さいとの事でした。

貴重な御講演ありがとうございました。

ったのには驚いた。

『赤い血潮の予科練の
七つ釦は桜に錨・・・』

あの歌憶い出すなあ。」

「八十二才とか云うてはったが、元気なもんやないか。儂等負けそうやが。」

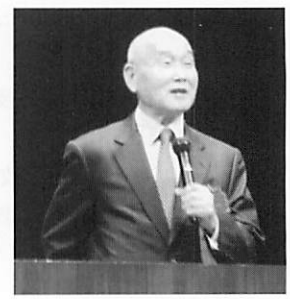
―柿右衛門窯・井上万二窯―

「酒井田柿右衛門邸へ着いたわ、大きな石碑が立っとる。並んどる磁器は皆値が高うて手も脚も出えへん。まあ目の保養というとこや。隣のお屋敷に何代目かの柿の樹が立っとる。処が驚いた。あの井上万二さんの窯が地続きの隣とは、中へ入ると白磁ばっかり、絵付けせんでも美しいフォルムと白とを追求したと講演で云うてはったなあ。流石は人間国宝にならはるだけのことはあるなあ。」





柿右衛門邸にて



井上萬二氏

―嬉野温泉大正旅館で宿泊―

「日本三大美肌湯・嬉野温泉。嬉野ちゅう地名はその昔神功皇后がこゝの湯に入りはって『うれしやの』と仰言ったんで嬉野と名付けられたそうや。大正旅館が今日の宿や。仲々サービスの行き届いたえゝ店や。大阪のお土産にこゝの温泉の湯で固めたちゅう豆腐を二十五箱も註文した。ネットリと味の濃い一風変った食味や、晩の食事に出ていて一遍で気に入った。」

「山形の酒田から参加された先生のお話も面白かったし、ＯＣＯＡの服部先生とも御一緒やし、佐賀の地元の鶴田先生、可徳先生にお世話になりっ放しで。どうも有難うございました。」

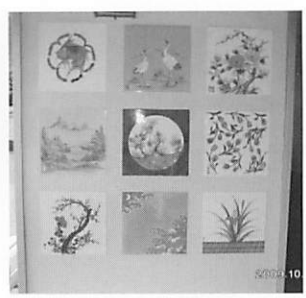
―有田焼窯跡へ―

有田焼の本山・藩窯の大川内山へ来た。手前の伊万里・有田焼伝統産業会館の便所の壁に陶板が嵌め込んであるのには吃驚した。その上一寸した川に掛かっとる橋の欄干も皆色絵・染付なんかの陶板・・あれっこれは龍と鳳凰の絵やないか。凄い凝り様やなあ。」

「細い道を奥へ行くと今泉今右衛門の店、そしてその奥には知る人ぞ知る「香蘭社」がある。一寸その手前のお店へ入ってみよ。あゝこれはえゝわ。うちの待合室でお香を焚いとるんやが香炉がなかったんや。ピッタリのを見つけた。おっさんこれなんぼ？五万円？そして桜を画いた陶製の瓶子に盃二個、これ何ぼ、矢張り五万円？う～ん値切りたいとこやけど、大阪の人間はえらい値切りよるなあと思われるんも癪やし」



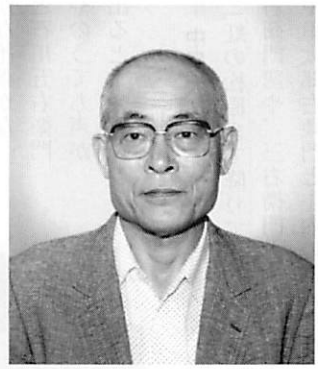
小川の橋のレリーフ



有田焼のバス停の便所の壁

ＪＣＯＡ研修会佐賀

豊中市　丹羽權平



ＪＣＯＡの研修会に参加しようと毎年エントリーしてはこの二～三年キャンセルばかりして来た。今年こそはと私は新幹線「のぞみ」を福岡で降り、階段を駆け上がって長崎本線「かもめ」に乗り換えて佐賀へ。私としては佐賀県の有田・唐津・伊万里を訪ね、焼き物旅行で繋いで鍋島藩の色鍋島も見たい。あれもこれもと欲張って陶芸ばかりのオプションを選択した。

―佐賀駅―

「生まれて初めて（佐賀）とやらに来た。仲々近代的な駅やないか。売店もレストラン群も他の駅にヒケは取らへんし。」ガバイバアチャンらしい人は居らんかいな。」「あれ、駅へついたら後から見たことある人が歩いて来やはる。あっそうそう前ＪＣＯＡ理事長の吉良先生やないか。前には佐賀の会長森永先生が奥さんとお出迎え。森永先生とはＪＣＯＡのコンペでよく御一緒したもんやが、やあこんにちは。お久し振りです。と云うてる内に森永先生は吉良先生ともう握手したはる。奥さんからお菓子の包みが入った袋を頂いた。こら何や知らん。バスの中で食べてくださいて、こら有難い。」

「しかし電車の中で何も食べんで来たんで腹ペコや。駅に降りたらラーメンでも食べよと思うてたんやが、駅前には何もあらへん。グールッと見回すと、あったあった蛸焼屋が一軒だけあるやないか。蛸焼買うて来てバスの中で頂きまひよ。」

「あつつ、仲々旨い。あそこのオッサン以前は大阪の吹田でしてん云うてたから、大阪からの輸出品の蛸焼を今儂食うとるちゅう訳やなあ。」

―バスは長崎道の高速道路に乗りスイスイ走る―

「やあＯＣＯＡの服部先生も乗ってはる、先生今日は」「高速道路を降りてすぐに到着。九州陶磁文化館と書いたある。こら嘸（さぞ）かし見応えのある逸品揃いを堪能でけるんやないか。」

「入ったらフロントに磁器でけた大きな時計。私の背より高い、度膽抜かれてしまうわ。その上時報と一緒に陶磁製の色の白い唐子が出たり入ったり。ドイツのフランクフルトの市役所やったか知らん、こんなんがあったなあ。」

「並んどる並んどる。色絵やら染付やら目がクラクラして了うが、せめてこの中の一つでも手に入れられたら・・・てなよからぬ考えがフッと・・・」

「イヤあかんあかんそんなことしたらあかん。しかしこんだけ並んどると圧倒されてしまうわ。」



文化館の唐子人形

―文化講演会―

白磁の万二、赤絵の柿右衛門と並び称される井上万二さんの講演。

「しかし戦時中志願して霞ケ浦の海軍予科練の航空隊員やったと仰言

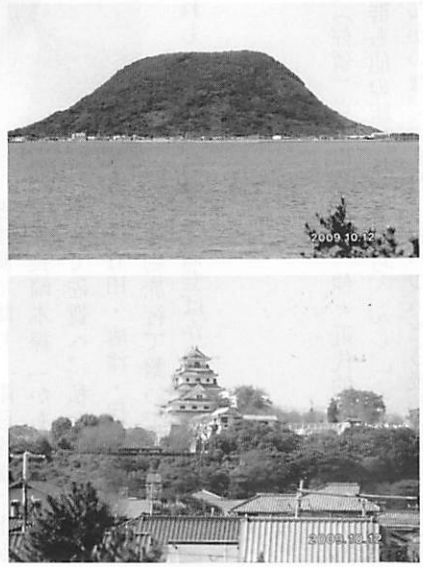
― 鏡山神社 ―

嬉野から唐津まで一っ走り、高い処へ上って来た。何々鏡山？又の名領巾振の嶺、昔松浦佐代姫が船で去って行く恋人大伴佐提彦に比巾を七日間振り続けて石になって了うたとの伝説があるとこや。

『遠っ人松浦佐用姫夫恋に領巾振りしより負へる山の名』

万葉集　詠人不知　巻五・八七一

「見下ろす日本三大松原と云われる虹の松原、え～とあと二つは・・・そうそう美保の松原と天の橋立や。唐津湾に浮ぶ高島とその左手に向き合う様に唐津城の天守が見える。絶景かな絶景かな、と石川五右衛門やのうても声が出るとこや。」



上は高島、下は唐津城

― 中里太郎右衛門窯 ―

「虹の松原まで降りて行って、その中を抜けて唐津市街や。中里太郎右衛門窯や。三右衛門と云はれた―酒井田柿右衛門・今泉今右衛門と、中里太郎右衛門と―内の一人やな。『一楽・二萩・三唐津』と日本の三大窯の一つで親父がよう唐津はえゝ、えゝと云うとったなあ。矢張落ち着いた感じのものばっかりや。こゝで徳利と杯を買うてっと。帰ってからこれで一杯やるのも楽しみや。

― 唐津くんち曳山 ―

「街へ出て行ってと。何やと、唐津くんち曳山展示場やて。一寸入ってみよ。やあこれは凄い。義経の兜、上杉謙信の兜、武田信玄の兜もある。大きうて迫力あるわ、鯛もあるし鯱もある。京都の祇園の曳山を見て感動して作ったとのことやが、本家本元とは又違った趣があるなあ。お祭りの当日に来てみたいもんや。」



唐津くんち曳山

「高島が見えるとこへ行こ。一寸歩いたらすぐ海岸やないか。夏は海水浴場やて。この西隣りの平戸の鷹島で元寇の時、大勢の元の将兵が船諸共台風にやられて、全部その海に沈んだと昔歴史の授業で教わったが。日本も運のえゝ國やったんやなあ。しかし千年以上前からの幸運のツケをこの前の大東亜戦争で拂はされてしもうたんやなあ。潜ってみたらその時の遺物が海底にまだ残っとるんとちゃうか。金の塊でも見つけられへんかと想像するのは欲呆け？」

ということで、私と家内は、唐津から筑肥線の鈍行で福岡まで、そして新幹線で帰阪致しました。

お土産の豆腐は大きなパレットの様な箱に入って送られて来て、杓子で掬っていただくのや相で、皆さん大好評でした。

葉隠の里・佐賀大会
文化講演「卑弥呼と吉野ヶ里」を聞いて

淀川区　中川浩彰

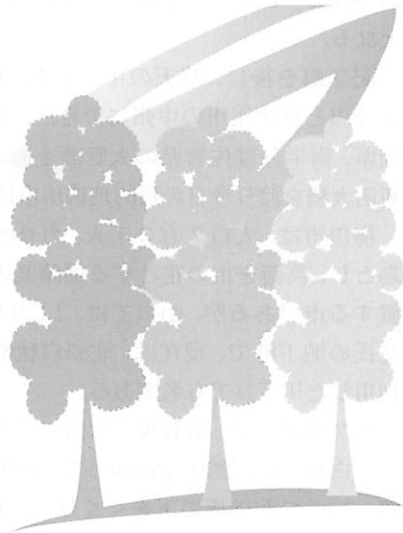


最近になっても邪馬台王国・近畿説を裏付けるような発掘が報告される中、ご本人も絶滅危惧種に近くなったと話されている佐賀女子短期大学学長の高島　忠平先生のご講演をお聞きしました。

皆さんご存知のように、昔日本の歴史における国家としての始まりが、中国の魏志倭人伝に記載されている「その国、元亦、男子を以って王となす。とどまること七・八十年、倭国乱れて、相攻伐すること暦年、すなわち共に一女子を立てて王と為す。名付けて「卑弥呼」という。鬼道を事とし、よく衆を惑わす。年すでに長大なれども、夫婿なし。男弟有りて国を佐け治む。王となりてより以来、見ゆること有る者少なし。婢千人を以って自ら侍らしむ。唯男子一人のみ有りて、飲食を給し、辞を伝えて出入りす。居所・宮室・楼観・城柵を厳かに設け、常に人有りて兵を持ちて守衛す。」という邪馬台国であったのですが、現在まで畿内説と九州説の両者で幾多の論争がありました。

高島先生は佐賀の地吉野ヶ里で発見された北内郭は、壕や塀で何重にも囲まれた閉鎖的な空間であり、しかも歴代の王の墓の正面に祭殿がある。また、南約800メートルにある祭壇を結ぶ南北線上に、祭壇が配置されていて、さらにその南北線上に60キロメートル南には雲仙岳があり、吉野ヶ里を環濠集落として築いた人たちの壮大な空間意識が窺える。まさに邪馬台国の有力な候補地のひとつであろうと話されていました。

悠久のロマン邪馬台国、その女王であった卑弥呼の活躍した場所はもうしばらくは明らかにはならないようです。お楽しみはもう少し後でということでしょう、おそらく。



水郷の里「柳川」への旅に参加して

中央区　坂本徳成



平成21年10月11日（日）、佐賀県の柴山先生ご夫妻、水田先生、そしてJTBの秋山さんのお世話で、午前8時40分、バスガイドの西尾さんの「バスガール」の歌と共にバスは「ホテルニューオータニ佐賀」を出発した。

佐賀市は、佐賀県の県庁所在地であるが、ホテルを出て数分も走ると、田畑の広がるのどかな市である。

直ぐに、佐野常民記念館に着く。佐野常民って誰だろう？申し訳ないことに、まったく知らなかった。日本赤十字社の創設者だそうで、文政５年（1822年）、佐賀市に生まれ、幼少の頃より頭がよく、大阪や江戸に出て緒方洪庵にも蘭学や医学の知識を学び、佐賀に帰ってからは、藩の精錬方の主任となる。佐賀は元来、長崎を守るため軍事力を高めねばならず、海軍を創設し、発展に力を尽くし、三重津海軍所の責任者となってからは、外国の力を借りることなく、慶応元年（1865年）、日本で最初の蒸気船「凌風丸」を建造した。その後、明治政府の要職を歴任し、明治10年（1877年）の西南戦争時、敵味方の区別なく負傷者を助ける「博愛社」を設立し、それが後の「日本赤十字社」となり、初代の社長となる。

記念館を後に、晴天の中、早津江橋を渡り、筑後川と早津江川の中州にできた、北半分は福岡県、南半分は佐賀県の大野島を通過し、再び新田大橋を渡り今日の目的地柳川市に入る。

柳川市は、人口７万３千人、カササギを市の鳥とし、菖蒲を市の花とする福岡県の南西に位置する市であるが、かつては、11万９千石、立花氏の城下町で、現在は、北原白秋や城の堀を利用した川下りで有名である。

バスを降りて、船着場－水門－うなぎの供養塔－白秋が伝習館中学に通っていた時の白秋道路－いくつかの橋の下をくぐり、くまで網の仕掛けを見、テニスの松岡修三や阪神の真弓監督の出身校、柳川商業高校（今の柳川高校）の側を通り終点の「お花」まで、約60分の川下りをゆっくりと楽しんだ。城下町らしく、川沿いには水洗い場のある家、なまこ壁、白壁に囲まれた旧い家があったりと、しだれ柳の下を、どんこ舟と呼ばれる舟で、絵傘にハッピ姿の船頭さんが、竿さばきも鮮やかに白秋の詩歌や、方言を交えた案内の最後に「拍手」と「白秋」を掛けて皆の笑いを誘う。

生来、臭いには敏感な性質で、何年か前、ヴェニスを訪れた時も、参加者十数組のご夫妻のうち、私たち夫婦のみが、私の「運河の水が臭いから」という理由でゴンドラ遊覧をしなかった。帰国後、家内に折に触れ「あすこまで行って、とても楽しみにしていたのに」とぼやかれ、今回はしぶしぶ川下りに参加したものの、やはり「この堀の水って、家庭排水が流れ込んだり、悪臭がしたりはしませんか？」と船頭さんに聞いてしまう。「まだ、市全体の下水道が完備しているわけではないので、否定はできない。しかし、毎年、春、十日間、水抜きをして清掃作業や、護岸工事をして、よい環境を保つようにしている」とのことであった。

この掘割も、上水道網が完備する昭和40年代までは、上水道、水運など生活水として良く

管理されていたが、上水道網や道路が完備されるようになるにつれ、清掃はおろそかになり、水草が生い茂り、ごみの不法投棄が増え、とうとう昭和52年、市議会で掘割の埋め立てが決定された。しかし、施工される直前、当時の下水道係長の広松　伝という人が市長はじめ人々を説得し、掘割を保存し、整備し今に至るといわれる。現在は、「柳川の川下り」として、観光のドル箱となり、先見の明のある人がいたものだと感心する。

下船後、柳川名物、ウナギのせいろ蒸しで有名な、「元祖本吉屋」でせいろ蒸しと肝吸いのお昼をいただく。たれは美味でさすがである。

食後、ぶらぶらと北原白秋の生家へ向かう。

白秋の生家は、造り酒屋、で明治34年の沖端の大火で焼失し、母屋と穀倉、そして「なまこ壁」の一部が残り、文学館となっていた。

北原白秋といえば、「邪宗門」「桐の花」「思い出」などで有名な詩人、歌人、そして、「からたちの花」「この道」「ペチカ」などの童謡作家であるが、福岡県立伝習館高校をはじめ、大阪歯科大学、関西学院大学、旧豊中中学、堂島小学校と沢山の校歌の作詞しているのには吃驚した。

バス乗り場へ行く途中、大きな人形屋さんがあり、雛祭りに飾られる沢山の色とりどりの「さげもん」（つるし飾りのひとつ）を見る。柳川は、旧暦３月１日から４月３日にかけて各戸に飾られる「さげもん」を見て歩く「さげもんめぐり」でも有名である。

バスは、渋滞することもなく早めに研修会場に到着した。

大阪からは、孫先生ご夫妻が参加された。



白秋のふるさと　柳川　2009

第36回JCOA研修会ゴルフ大会に参加して

OCOA参与　古　賀　教一郎



研修会最終日の平成21年10月12日、佐賀カントリー倶楽部で行われたゴルフ大会に家内と参加しました。

13組目の8時21分スタートで参加者71人中大阪からは2人だけの参加でした。

18ホールパークス、フロントティから6333ヤードと長いコースで、ドッグレッグやクロスバンカーも多く、おまけにガードバンカーがグリーンをぐるりと取り囲んでいたり、ティショットから池越えでいきなりドッグレッグしていたりで、下手なものにとってはプレッシャーもそうとうなものでした。

上がってみれば除夜の鐘の数だけ叩いてしまっており順位は丁度真ん中、ブービーメーカーでなくてまあ良かったかなと思っております。家内の方は珍しく百叩き、誠に不本意な結果だったようです。

同行していただいたのは、それぞれ愛知県、香川県の先生でいずれも大らかな方で、好天にも恵まれ和気あいあいと楽しくプレー出来ました。

来年も富山で一緒にプレーしましょうと言って下さりおおいに親睦を深めてまいりました。



第36回日本臨床整形外科学会　研修会(葉隠の里・佐賀大会)懇親会に参加して

淀川区　　中　川　浩　彰



10月11日午後の研修会を終えて、懇親会場ホテルニューオータニ佐賀まで移動し、懇親会に参加しました。会場内には立錐の余地も無いほどに総勢約400人の参加がありました。

大阪からは黒田会長、栗本副会長、松矢元会長を始めとして会員16名、家族13名の総勢29名の参加でした。

初めに、大会実行委員長森澤佳三先生の開会の挨拶があり、つづいて佐賀臨床整形外科医会会長森永　秀史先生の開催までのご苦労と大勢の参加者への感謝を、そして佐賀地産の農産物、海産物、日本酒、焼酎などなど大いに堪能していただきたいとのメッセージを述べられました。

料理は、佐賀県産の野菜、魚、肉を中心したフランス料理のコースがふるまわれ、アトラクションでは佐賀臨床整形外科医会副大会本部長草場先生の妹さんの草場紀久子嬢によるフルートの演奏が行われました。演奏中はさながら会場がコンサートホールのように静寂に包まれ、久しぶりに素敵なクラッシクの時間を共有しました。

おいしい料理とおいしいお酒、そして上質の音楽を頂き心も体も満足した一夜でした。
その後、力武　杏奈さんの民謡、地元踊りの面浮立も披露され、懇親会はにぎやかに盛り上がり楽しい時間が過ぎていきました。

佐賀臨床整形外科医会の皆様ご苦労様でした、そして大阪から参加の先生方お疲れ様でした。楽しい時間はすぐに過ぎ、また日々の診療が始まります。皆様英気を養えたでしょうか？



第36回日本臨床整形外科学会　佐賀研修会
オプショナルツアー　有田コース(磁器発祥の地　有田・焼き物ざんまいの旅)に参加して

淀川区　中川浩彰



今回、葉隠の里・佐賀大会に参加することとなりました。初めて佐賀を訪れるので、日頃できないことをと思い、研修会前日の10月10日（土曜日）夕方に現地入り。10月11日（日曜日）ホテルニューオータニ佐賀午前7時45分集合し有田・焼物ざんまいの旅に参加しました。

参加人数31名を乗せてバスで高速経由し、先ずは九州陶磁文化会館を訪れました。
九州北部の有田焼き、唐津焼、青磁、白磁などの焼物の歴史を順を追って展示されていました。色とりどりの焼物や、色彩は単調なものの土の特長を生かした味わいのあるものもあり、いわゆる目の保養をしました。よくテレビでやっているような鑑定団のようには判らず、ただ色調であるとか、形が綺麗であるとか日ごろ目にしている食器とはまったく違うレベルのものであることは素人の私にも何となく理解はできました。

その後、私のような門外漢でもその名を伺ったことのある柿右衛門窯を訪れましたが、その赤色を思いついたという？柿が丁度、敷地内に実っていました。展示販売が行われていましたが、さすが人間国宝の作品一点一点美しく、さらにその値段はとても小生の手の出るものではなく後ろ髪をひかれつつ、白磁の制作により人間国宝となられた井上萬二窯を見学に行きました。

当日文化講演をされる井上萬二氏が店内に来られ我々ツアー客と写真に収まっておられました。素晴らしい形の、素晴らしく透明な白磁を目の当たりに感動し、またその値段にはしばしフリーズ（凍り付いて）してしまいました。

つくづく各分野で才能があるということはすごいことだと、凡人そのものの小生はしみじみ痛感しました。

目の保養を十分した後で、佐賀では川魚料理で有名な龍水亭で昼食を摂りました。
おそらく大阪では食べたことの無い鯉料理を頂きました。鯉のあらい、鯉こくなどお昼にしては豪勢な内容で座席近くの先生がたと話が弾みました。

ビールとおいしい食事にお腹も満足し、今回メインの研修会に参加すべく佐賀県立美術館へと向かいました。



OCOA研修会報告

平成21年度研修会認定状況

			日整会					リウマチ				
回	年	月日	N	R	S	SS	RE	学会	財団	日医スポーツ	日本リハ	府医
204	21	4月11日	2									1
205	21	5月30日	2	1								1
206	21	6月20日	2	1			1					1
207	21	7月25日	2		1		1			1		1
208	21	8月29日	2									1
209	21	9月26日	2									1
210	21	10月31日	2	1		1		1	1			1
211	21	11月14日	2			1						1
212	21	12月12日	2	1			1	1	1			1
213	22	1月30日	2			1	1			1	1	1
214	22	2月20日	2			1	1					1
215	22	3月20日	2	1			1	1	1	1	1	1
計			24	5	1	4	6	3	3	3	2	12

平成21年度必須分野申請状況

回	月日		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	S	R	SS	Re	必須分野(詳細)
204	4月11日	2	1			1															1整形外科基礎科学
205	5月30日	2		1								1									2外傷性疾患（スポーツ障害含む）
		2				1		1										1			3小児整形（先天異常、骨系統疾患含む外傷除）
206	6月20日	2		1							1									1	4代謝性骨疾患（骨粗鬆症含む）
		2				1		1										1			5骨軟部腫瘍
207	7月25日	2	1											1						1	6リウマチ性疾患、感染症
		2		1										1			1				7脊椎・脊髄疾患
208	8月29日	1														1					8神経筋疾患（末梢神経麻痺含む）
		1											1								9肩甲帯・肩・肘疾患
209	9月26日	2	1				1														10手関節・手疾患（外傷含む）
		2			1								1								11骨盤・股関節疾患
210	10月31日	2	1					1										1			12膝・足関節・足疾患
		2				1			1										1		13リハビリ（理学療法、義肢装具含む）
211	11月14日	2							1	1									1		14医療倫理・医療安全・医療制度等
		1														1					S：スポーツ
212	12月12日	2										1			1					1	R：リウマチ
		2				1		1										1			SS：脊椎脊髄
213	1月30日	2							1	1									1		Re：運動器リハビリ
		2		1											1					1	
214	2月20日	2			1				1										1		
		2												1	1					1	
215	3月20日	2				1		1										1			
		2	1												1					1	
合計			5	4	2	6	1	5	4	2	1	2	2	3	4	2	1	5	4	6	

（文責　理事　宮田重樹）

BMPを用いた骨再生技術

大阪市立大学・名誉教授　高岡邦夫



1．骨形成タンパク(BMP)はTBF superfamilyに属する一群の生物活性タンパクであり、BMP－2～BMP14までその部ウシ分子構造が明らかにされている。それらの分子の分子量は30K前後の比較的低分子の中性タンパク質である。そのうちBMP－2，BMP－4，BMP－7が骨誘導活性強くこれまで臨床応用に向けた研究が進められてきた。BMPの特異的な生物活性は未分化間葉系細胞（線維芽細胞）を骨芽細胞に分化誘導することであり、BMPを生体の局所に作用させるとその部位に骨を形成できる、従ってBMPを用いることで人為的な骨再生が可能となるため新しい骨再生技術とすることが期待されてきた。最近では、BMP－2，BMP－7（OP－1）が遺伝子組換え技術によって、工業的に生産され、欧米では製品化されて骨再生のために臨床利用されている。しかし、それらの製品はまだ問題点を抱えており、我が国ではまだ認可されていないのが現状である。その問題点の主なものは1）BMPの薬物伝達系の安全性（BMPの担体として動物由来コラーゲンが使われていること)、2）BMP材料の経済性（BMP材料は生産コストが高く、結果的に高価となっていること）である。我々はそれらの問題点を解決我が国でも安全かつ普遍的にBMPが臨床で使用できることを目指して研究を行ってきた。その成果と今後の展望についてふれてみたい。

2．安全で有効なBMP用担体の開発

現在欧米で用いられているBMP材料の剤型はスポンジ状のウシ由来コラーゲンにBMPをしみ込ませたもので、力学的強度に欠けること、狂牛病などの潜在リスクがある。この問題を解決するために新しい担体の開発を行った。その結果、粘性のあるポリ乳酸－ポリエチレングリコール共重合体に至った。生体内に対して毒性がなく吸収される特性があり、これに微量のBMPを添加すると効率よく骨形成を誘発できる。しかしこのポリマーは粘性が強く扱いにくい。この点を解決するためにポリマーと同量のβTCP粉末を加えてペースト状とした。これによってBMP材料の取り扱いは容易となった。

3．BMP合成の効率化

遺伝子組換技術で既にBMPの合成が行われているが、使用している細胞はCHO細胞（ハムスターの卵巣由来細胞）と言われる動物細胞である。この方法では産生効率に難点があり、従って製品コストが高価となっている。この問題の解決は大腸菌を用いた新しいBMP合成技術をもった大阪のベンチャー企業と提携して達成した。この技術で合成したBMP－2は純度が高く、生産効率も画期的によく、今後のBMPの臨床利用を容易にすると思われる。

4．新製法のBMP－2と新規担体を用いた骨再生例

上記のBMP－2と新規担体を用いて様々な動物モデルでの骨再生による骨欠損修復試み成功している。すなわちウサギ大腿骨骨幹部欠損部の修復、イヌ肋骨広範欠損の修復、頭蓋骨部分欠損の再生修復、イヌでの人工股関節周辺大腿骨、臼蓋骨欠損修復、ウサギ、ヒツジでの脊椎後側方固定　などである。これらの結果は期待どおりであり、BMPの臨床利用が近い将来我が国で行われ、これまで不可能であった骨再生が可能になるものと期待できる。現在、その製品化実現に向けて作業を続けている。

3次元画像と造形技術を駆使した新しい整形外科手術

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学
（整形外科）　村　瀬　　剛



私たちは、CT3次元画像と造形技術を応用した新しい整形外科手術を開発しています。特にこの技術は四肢長管骨変形治癒骨折などの矯正骨切術に極めて有効で、それを中心に述べさせて頂きます。

骨折の後遺症などで四肢の骨が変形すると見かけが悪いだけでなく、関節の動きが制限されたり、痛みの原因になったりするために、ある程度以上の変形に対しては矯正手術が行われます。しかし、従来の単純レントゲン画像を用いた矯正計画による手術では3次元的に正確な矯正を行うことは非常に難しいと言えます。一方、マルチスライスCTに代表される医用画像と3次元画像処理技術は最近めざましく進歩し、CTデータから精密な骨の3次元コンピューターモデルを作成して手術計画を立てることが可能となってきました。このような背景から、私たちは、①正確で最も効率の良い形矯正手術の術前計画を可能にする独自のコンピュータープログラムと、②矯正シミュレーションを実際の手術で実現するために個々の症例に応じたカスタムメイド手術部材をデザイン・作製して手術に使用する方法、を開発して臨床応用に入っています。

シミュレーションプログラム

最新のCT装置を使って変形した骨をスキャンし、専用のソフトウェアを用いて骨のコンピューターモデルを作成します（図1）。さらに、私たちが独自に開発したコンピュータープログラムを用いて、最適な骨切の部位と矯正量を以下に説明する方法で決定します。まず、変形骨モデルの変形部より手前の部分を健側の鏡像モデルの同部分に重ね合わせしたのち、反対側の部分についても同様の操作を行います（図2）。こうして得られた変形部位を挟んだ両端の位置情報から相対的変形データを求めることが出来ます。さらに、この変形データから変形の軸と軸周りの変形量を独自の方法で計算します（図3）。

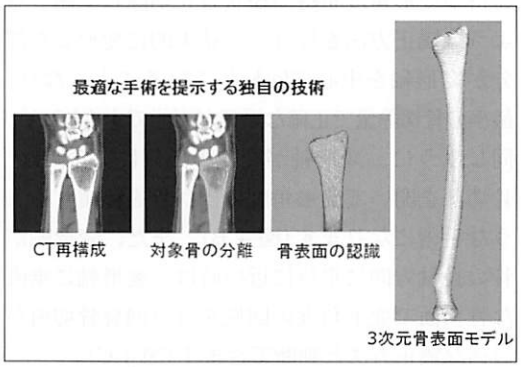


図1. CTデータから対象となる骨を標識・分離し、骨モデルを作製する。

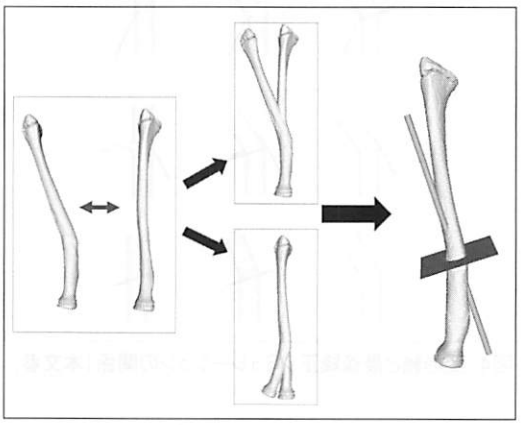


図2. 変形骨モデルを健側の鏡像モデルの遠位と近位にそれぞれ重ね合わせることにより、3次元変形軸が計算される。

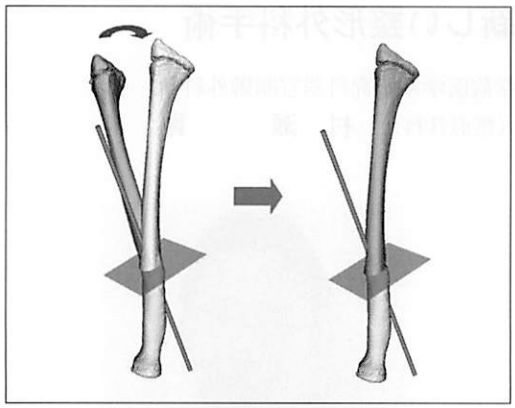


図3. 変形軸まわりに骨を変形角度だけ回転すれば、正確に矯正できる。

レントゲンだけでは同じように見える変形も、こうして得られた３次元変形軸を知ることで、最も効率の良い矯正方法を計画できるのです。変形軸が変形の凹側にあるときは変形軸に頂点を持つ変形角度を持つ楔状骨を切除して閉じるような矯正方法を行うと、結果的に変形した部分が変形軸を中心に回転していることになり、最小の骨切除量で正確な矯正が可能です(図４ A)。同じように、変形軸が変形の凸側にある時は、骨切部を開いて変形角度の楔状骨を移植するような手術になります(図４ B)。また、変形軸が骨の長軸方向に平行に近い時は、変形軸に垂直な骨切面で変形角度の回旋を行う回旋骨切術が最適な矯正方法と判断できます(図４ C)。

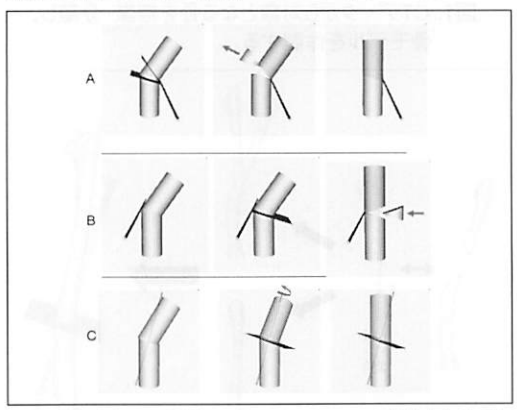


図4. 変形軸と最適矯正シミュレーションの関係(本文参)。

骨切用カスタムメイド手術部材

最適な矯正シミュレーションを実際の手術で再現するためのカスタムメイド手術部材を設計・作製して手術に用いる方法も開発しています。まず、シミュレーション通りの手術を行うための骨切テンプレートと呼ぶ手術部材をデザインします(図５)。骨切テンプレートは骨の表面にぴったりはまる形をしていて、骨切用のスリットと矯正の目安になるロッドの刺入孔が複数設けてあります。実際には、骨の変形部分にテンプレートをあて、複数のロッドを刺入して骨とテンプレートを固定してスリット通りに骨切した後、テンプレートをはずしてロッドを平行にすれば矯正は完成する仕組みです(図６)。ロッドを平行に維持するための矯正用ガイドもあらかじめ設計・作製しておきます。カスタムメイドテンプレートと矯正用ガイドは、最新のラピッドプロトタイピング技術で実物大のプラスティックモデルとして造形します(図７)。

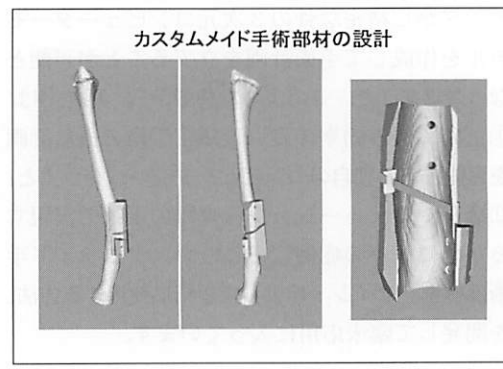


図5. 骨切面スリットを持ったカスタムメイド骨切テンプレートの設計図。

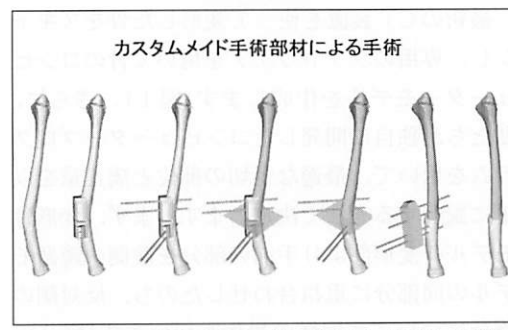


図6. カスタムメイド骨切テンプレートを用いた手術予定図。テンプレートを当て(A)、4本のロッドで固定後、スリット通りに骨切し、ロッドを平行にすれば矯正は完成する。

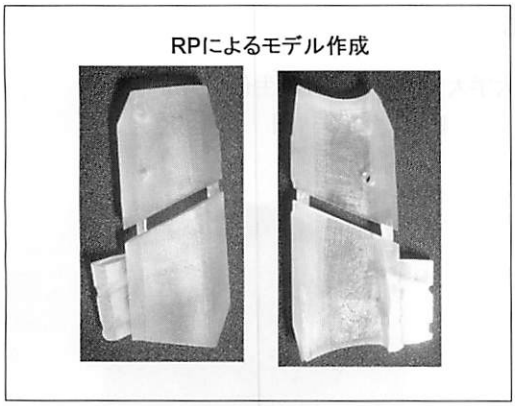


図7. テンプレートをラピッドプロトタイピング技術で造形

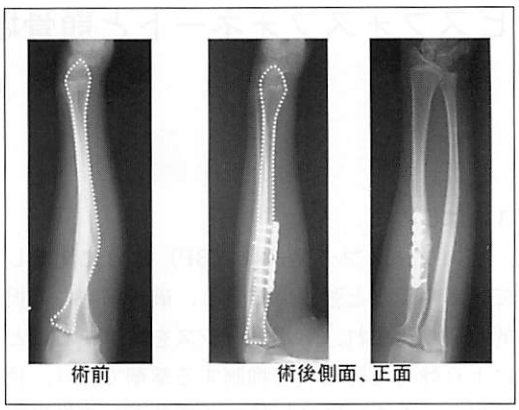


図8. 単純に回旋するだけで、術前彎曲していた骨が術後には正常の形状に矯正されている。

臨床応用

受傷後1年の前腕骨折が変形して癒合した13歳男児です。レントゲンでは単純な角度変形に見えますが、コンピューター上でのシミュレーションでは、橈骨の骨軸に平行に近い変形軸に対して、45°の回内変形であることがわかりました（図2、3）。骨切部を展開して、カスタムメイドテンプレートを当てて、ロッドで固定し骨切を終えて、テンプレートをはずした（図5）。ロッド4本を平行になるように回旋すると変形は矯正され、その位置でプレート固定した。術前、大きく湾曲していた橈骨は術後正常化し、可動域も改善しました（図8）。本法を現在まで50例超の症例に行い、良好な成績を得ています[1, 2, 3, 4]。

今後の展望

四肢の骨変形は骨折後遺症、成長障害、先天奇形など様々な理由で起こりますが、治療としては3次元的に正確な矯正が重要です。そこで我々は、最近発展著しい3次元医療画像を用いて変形矯正を正確に行うためのシミュレーション技術の開発に取り組み始めました。矯正のためのデータはすべてデジタル化されているために、シミュレーションのやり直しや微調整なども自由であり、最終的にはカスタムメイド手術部材を作製して実際の手術に用いることも可能です。この技術は、脊椎椎弓根スクリューの正確な刺入、人工関節の設置などにも応用が可能であり[5]、実用的な手術支援方法として普及するように開発を進めていく所存です。

1. Murase T, Oka K, Moritomo H, Goto A, Yoshikawa H, and Sugamoto K. Three-dimensional corrective osteotomy of malunited fractures of the upper extremity with use of a computer simulation system. J Bone Joint Surg Am 90: 2375-2389, 2008.
2. Oka K, Moritomo H, Goto A, Sugamoto K, Yoshikawa H, and Murase T. Corrective osteotomy for malunited intra-articular fracture of the distal radius using a custom-made surgical guide based on three-dimensional computer simulation: case report. J Hand Surg [Am] 33: 835-840, 2008.
3. Murase T, Oka K, Moritomo H, Goto A, Sugamoto K, and Yoshikawa H. Correction of severe wrist deformity following physeal arrest of the distal radius with the aid of a three-dimensional computer simulation. Arch Orthop Trauma Surg 2008.
4. Murase T, Moritomo H, Goto A, Sugamoto K, and Yoshikawa H. Does three-dimensional computer simulation improve results of scaphoid nonunion surgery? Clin Orthop Relat Res 143-150, 2005.
5. Hananouchi T, Saito M, Koyama T, Hagio K, Murase T, Sugano N, and Yoshikawa H. Tailor-made surgical guide based on rapid prototyping technique for cup insertion in total hip arthroplasty. Int J Med Robot 2009.

ビスフォスフォネートと顎骨壊死

大阪大学大学院歯学研究科生化学講座
教授　米田俊之



1．はじめに

ビスフォスフォネート（BP）は骨に沈着して骨ミネラルと強固に結合し、破骨細胞に選択的に取り込まれ、アポトーシスを誘導することにより強力に骨吸収を抑制する薬剤であり、骨粗鬆症、あるいは骨転移の治療薬として世界的に広く使用されている。近年、ある程度の期間BPの投与を受けているがん患者、あるいは骨粗鬆症患者が、抜歯などの歯科治療を受けたあとに顎骨壊死（Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw, BRONJ）が発症するとの報告が見られるようになった[2, 3]。現時点では正確なBRONJ発症のメカニズムは不明であるが、多くの臨床症例報告の集積によりその病態が次第に解明されつつあり、対応策も確立され始めている。

2．BPの薬物学的特徴

BPは生体のカルシウム/リン代謝に関与することが知られているピロリン酸と類似の化学構造を有し、[1] 基本化学構造は中央のP－C－PにR1およびR2の側鎖が付いている（図1）。P－C－P構造は骨ハイドロキシアパタイト（HA）への親和性と関連する。R2側鎖の化学構造もHAとの親和性に大きく影響し、ほとんどのBPはR2がOH基となっている。一方R1側鎖の化学構造はBPの骨吸収抑制効果と関連する。BPは投与方法、ルートにかかわらず、50%は選択的に骨に集積し、残りの50%は腎を経て速やかに尿中に排泄されることである[1]。また、分解されにくいため，BPは化学的構造的には10年以上も骨に残存することが報告されている。骨に沈着したBPは骨を吸収中の破骨細胞にのみ特異的に取りこまれる。一方、腸管からの吸収率は投与量の0.5－0.7%ときわめて低い。BPは骨を吸収している破骨細胞にのみ取り込まれ、アポトーシスを誘導することにより骨吸収を阻害する[1]。破骨細胞に取り込まれたBPはメバロン酸経路のファーネシルピロリン酸（FPP）合成酵素を阻害し、低分子Gタンパク質の活性化を抑えることにより破骨細胞のアポトーシスを誘導する[1]。がん細胞に対してもBPが同じメカニズムでアポトーシスを誘導する。その他、血管新生抑制作用や，免疫細胞を活性化する作用なども報告されている[1]。

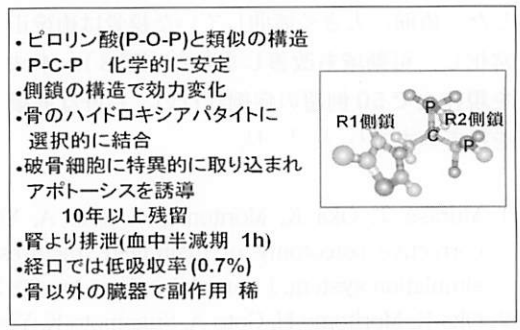


図1. ビスフォスフォネートの特徴

3．BPの臨床使用

BPは骨粗鬆症に最も広く用いられており、その効果および安全性は高く評価されている。その他に高カルシウム血症、骨パジェット病、線維性骨異形成症、臓器移植後に見られる骨量減少、無重力における骨量減少、などのさまざまな骨疾患の治療薬として広く使用されている。

また小児において骨折を繰り返す骨形成不全症に対しても有用な効果をしめす。さらにがんの骨転移や多発性骨髄腫に合併する骨関連事象、がん治療によって誘発される骨量減少などに対しても有益な作用を示す[1]。その他の特筆すべき効果として、骨粗鬆症、あるいは骨転移に合併する骨痛にも強い効果を示す。

4．顎骨壊死 (Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaw, BRONJ)

2003年Marxら[2]、2004年Ruggieroら[3]はBPが顎骨での骨壊死の発症と密接に関わっていることを初めて報告した。

BPは破骨細胞を抑制することにより炎症性壊死骨の除去を妨げ、また抜歯窩の治癒の際に見られる骨リモデリングを抑制する。BRONJの発症がほとんど顎骨に限定されることに加え、BRONJの病変部では口腔内細菌の増殖が検出されることから、BRONJの発症には口腔内細菌が関与していると推測され、BPは口腔内細菌の増殖、あるいは感染に対して何らかの影響を及ぼすと考えられる。我々の実験においても、BPは口腔内細菌によるバイオフィルム形成に影響を持つことを示唆する結果が得られている。またBPは強い血管新生抑制作用を有しているので抜歯窩の治癒を遅らせる。さらにBPは上皮細胞の増殖を抑え、抜歯窩の閉鎖を阻害する。これまでの報告と、筆者らの実験結果をふまえたBRONJ発症のメカニズム(仮説)を示す(図2)。

歯科的処置をおこなう前に、徹底した口腔清掃、あるいは抗生物質の予防的投与によりBRONJの発生頻度が有意に低下するとの報告が相次いでいる。理論的には骨の代謝が一回転する10週以上BP投与を中止すれば抜歯を行っても差し支えは無く、また抜歯窩がほぼ完全に治癒する2カ月後からならBP投与を再開してもよいと思われる。

最近Marxらは骨吸収マーカーとして用いられているC末端テロペプチド（CTX）の血中レベルにより、抜歯の可否、抜歯後の予後を判断できるとの結果を報告している[4]。

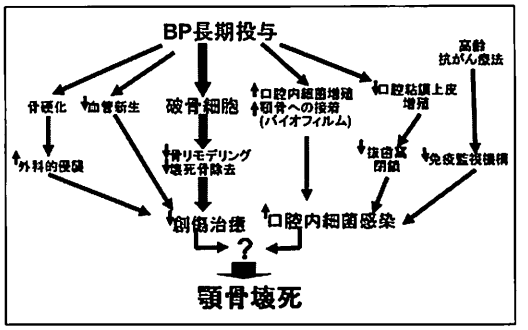


図2. 顎骨壊死の発症メカニズム(仮説)

5．おわりに

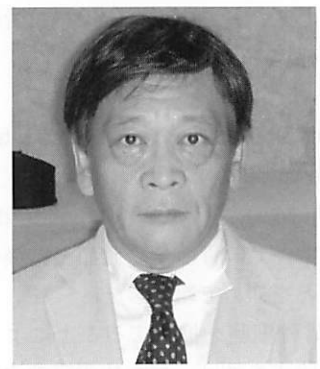
BPはさまざまな骨疾患に対して非常に有益な薬物学的作用を有している。一方、発生頻度は非常に低いが、歯科処置後にBRONJの発症が見られる。今後、BPを投与されている患者に対して歯科治療を行う際には、主疾患治療医、口腔外科医、歯科医、そして薬剤師の4者が密接に連携、協議し合って治療方針を決定すべきであろう。また患者とのに間に十分な信頼関係が築き上げられていることも、BRONJが発症した場合に重要な要因になることを忘れてはならない。

参考文献

1. Roelofs AJ, Thompson K, Gordon S, Rogers MJ. Molecular mechanisms of action of bisphosphonates : current status. Clin Cancer Res 12 : 6222s-6230s, 2006
2. Marx RE : Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws : a growing epidemic. J Oral Maxillofac Surg 61 : 1115-1117, 2003
3. Ruggiero SL, Mehrotra B, Rosenberg TJ, Engroff SL. Osteonecrosis of the jaws associated with the use of bisphosphonates : a review of 63 cases. J Oral Maxillofac Surg 62 : 527-534, 2004
4. Marx RE, Cillo JE Jr, Ulloa JJ. Oral bisphosphonate-induced osteonecrosis : risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention, and treatment. J Oral Maxillofac Surg 65 : 2397-2410, 2007

肘関節周辺の諸問題

洛西シミズ病院　副院長　石津恒彦



はじめに

肘関節周辺の諸問題について、演者の経験を踏まえて述べる。

1．外傷

a．骨折

小児骨折の手術例は上腕骨顆上骨折手術例が32例/10年であり、手術適応は原則として阿部分類Ⅲ以上で、全例percutaneus cross pinningを施行した。術後療法は術後3週間でギプス除去、同時に内固定材料抜去を行う。外側顆骨折の手術例は15例/10年で手術適応はWodsworth分類2以上（2mm以上のstep off）とし、手術法は全例tension band wiringを行った。前方関節包を切開して骨折部を確認することがコツである。術後療法はギプス固定4週間とする。内側上顆骨折手術例は9例/10年であり、手術適応は骨折片の転位を認めるものとし全例tension band wiringを行った。術後療法はギプス固定3週間とする。これら小児骨折では可動域訓練は原則的に自分で行わせる。偽関節、変形の遺残は認めない。

成人の上腕骨遠位端骨折手術例は20例/5年であった。このうち高齢者に多い通顆骨折が10例、高エネルギー外傷である粉砕型が10例であった。通顆骨折はX線透視下に交叉中空螺子固定を、粉砕型は原則的に肘頭を切離して直視下に中空螺子＋tension band wiring（内外側）を行った。可動域は比較的良好であり、骨癒合は全例に得られた。尺骨神経領域のしびれを2例、尺骨神経麻痺を1例、内反肘を1例、上腕骨小頭壊死を1例に合併した。

b．脱臼

脱臼は基本的には保存療法を行う。しかし外側側副靱帯の機能不全による後外側不安定性を後遺したり、Regan 分類 type Ⅰの鉤状突起骨折でも易脱臼性を生じることがあり注意を要する。モンテジア骨折は徒手整復可能例であってもX線透視下に屈伸、回内外して脱臼がないことを正面・側面像で確認する必要がある。手術例は5例/4年であった。開放骨折が2例であり、橈骨頭の観血的整復が3例であった。

c．コンパートメント症候群

前腕のコンパートメント症候群はよく知られているが、演者は12歳男児の腕立て伏せによる両上腕コンパートメント症候群を経験した。初診時cpk値が62,200（IU/l）と著明に高く、肘関節屈曲が不能であった。輸液によるwash outを行い、保存療法で治癒した。報告は少ないが注意を要する病態である。

2．肘部管症候群

肘部管症候群の手術法は初期には内側上顆の切離を行うKing変法を、現在は尺骨神経皮下前方移動術を行っている。1993年日本手の外科学会で両者の比較を行ったが、術後成績に差はなかった。内側上顆の切離による内側側副靱帯機能不全の恐れのない皮下前方移動術の方が優れた術式と考える。

3．人工肘関節

原則的に破壊の強い関節リウマチ例を手術適応としている。演者らは上腕骨、尺骨、橈骨コンポーネントを有するアルミナセラミック製のOMC type人工肘関節を開発し使用している（図1）。当初上腕骨コンポーネントは表面置換型で、各コンポーネントをセメントレスで設置していた。しかし術後コンポーネントの緩みを生じる症例を多く認めた。このため上腕骨コンポーネントにもステムをつけて、すべてセメント固定するOMC typeⅡ人工肘関節に変更した。これによりコンポーネントの緩みを生じる症例は認めず、現在のところコンポーネントの再置換例はない（図2）。

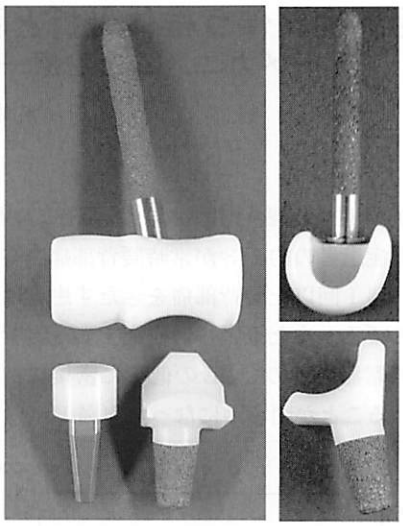


図1. OMC typeⅡ人工肘関節
腕撓・腕尺関節置換型
骨セメント使用
アルミナセラミック
高分子ポリエチレン
チタンステム



術直後　　術後63ヵ月

図2. 63歳、女性。RA例

骨粗鬆症に伴う椎体骨折と腰背部痛
—メカニズムと治療—

札幌医科大学整形外科　山下敏彦



2006年に骨粗鬆症財団が行った調査によれば、骨粗鬆症患者の約1/3が常時腰背部痛を有しており、週1回以上腰背部痛をきたす患者は約7割にのぼる。また筆者らの研究でも、腰背部痛は骨粗鬆症患者のQOLの低下に密接に結びついていることが明らかになった（図1）[1]

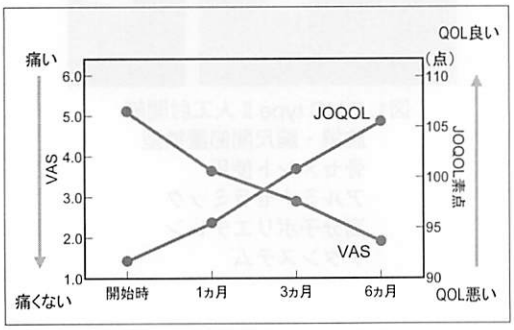


図1. 腰背部痛とQOLの関係

VAS:visual analogue scale
JOQOL:Japanese Osteoporosis Quality of Life Questionnaire

近年、骨粗鬆症と腰背部痛などの「痛み」の関連性に注目が集まっている。以下に、骨粗鬆患者における痛みのメカニズムとその対処法について概説する。

1．骨粗鬆症に伴う痛みのメカニズム

1）椎体骨折に伴う痛み

椎体骨折を起こすほどの有害な機械的ストレスが加わると、椎体とその周囲組織に分布する侵害受容器が反応し、求心性侵害信号を発射して急性疼痛を引き起こす。また、組織損傷に続発する炎症に伴い、組織細胞やマクロファージなどから内因性発痛物質が放出され、侵害受容器に興奮作用（excitation）と感作作用（sensitization）を及ぼし、急性・慢性疼痛を引き起こす（図2）。

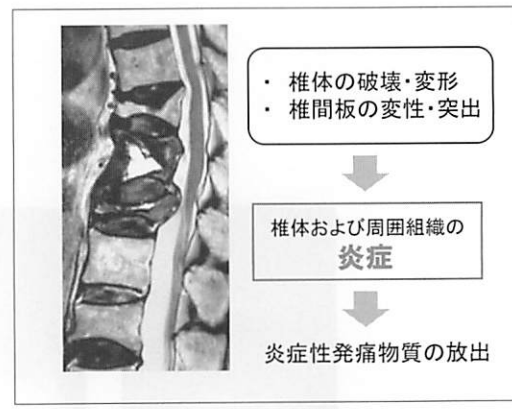


図2. 椎体骨折に伴う炎症性疼痛メカニズム

2）脊柱変形に伴う痛み

椎体骨折により胸腰椎の後弯変形が生じると、傍脊柱筋の筋収縮活動が亢進するとともに、筋内圧が上昇する。さらに筋内循環障害、筋萎縮が生じ、慢性腰痛の原因となる[2]。一方、胸椎後弯変形に対する腰椎の代償性前弯増強により、椎間関節に機械的ストレスがかかる。椎間関節には豊富に侵害受容器が存在しており、腰痛の発生源となる（図3）。

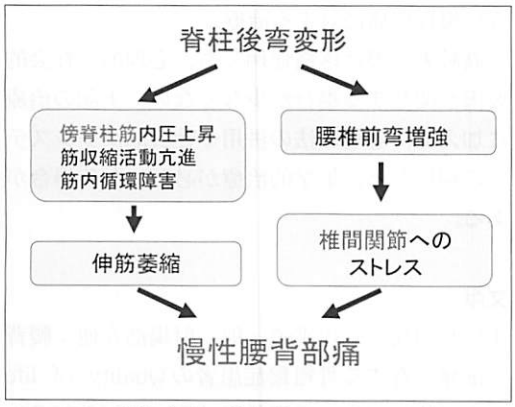


図3. 脊柱変形に伴う痛みのメカニズム

3）椎体偽関節に伴う痛み

椎体偽関節を呈する患者では、頑固な腰背部痛を伴う場合が多い。椎体偽関節部から採取した組織を用いた免疫組織化学的検索では、炎症細胞浸潤や血管新生が認められた。画像上、気体貯留型に比べ液体貯留型の症例の方が痛みが強い傾向が認められた。後者は偽関節部が閉鎖腔となっており、内圧が高まっているものと推測された（図4，5）。

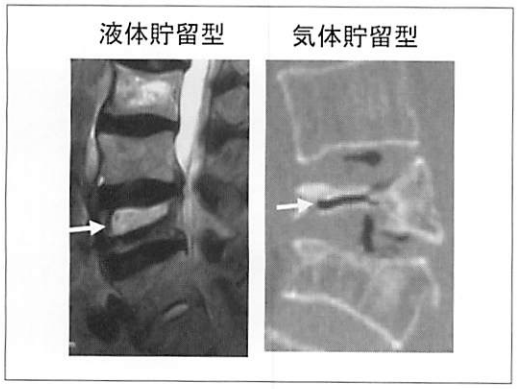


図4. 液体貯留型と気体貯留型椎体偽関節

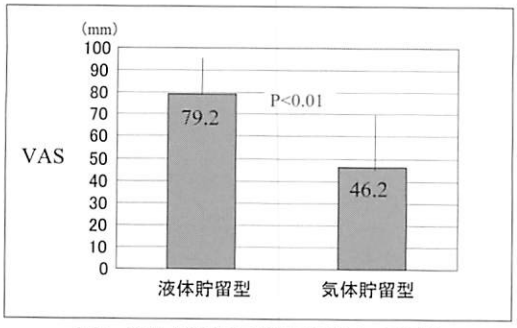


図5. 椎体偽関節の疼痛の強さの比較

椎体偽関節に伴う、①脊柱不安定性、②椎体周囲組織の炎症、③椎体偽関節部の内圧上昇などの要因が複合してポリモーダル受容器に作用し、頑固な腰背部痛をきたすものと推測された。

4）骨粗鬆症自体による痛み

骨吸収亢進状態では、破骨細胞が活性化しており、骨吸収の際生じる酸が、骨内に分布する神経終末に存在する酸受容体（TRPV 1、ASIC）を刺激して痛みを引き起こすと考えられている（図6）[3]。現在筆者らは、骨粗鬆症モデル（OVXマウス）を作製して、疼痛行動学的、免疫組織化学的手法を用いて、疼痛増強の程度やメカニズムを分析中である。

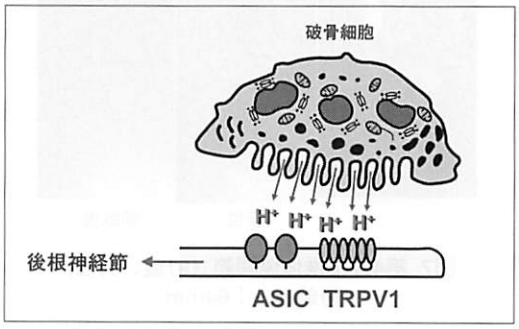


図6. 骨吸収に伴う痛みのメカニズム

破骨細胞が産生する酸が、TRPV1、ASIC（酸受容体）を介して、骨に分布する知覚神経を興奮させることにより痛みを引き起こす。

2．骨粗鬆症に伴う痛みの治療

1）薬物療法

非ステロイド消炎鎮痛薬（NSAIDs）、下行性疼痛抑制系賦活薬、骨粗鬆症治療薬などが用いられる。カルシトニンは、中枢性・末梢性の疼痛抑制効果を有する。近年、ビスフォスフォネートやサームの投与により、骨粗鬆症患者における腰背部痛が軽減することが報告されている。

2）理学療法

物理療法、運動療法が行われる。体幹部だけでなく全身的なストレッチングを行う。運動療法の継続によるモチベーションアップは、脳内のドーパミン・システムを賦活し、オピオイドを放出することにより疼痛軽減をもたらすことが推測されている。

3）装具療法

椎体骨折の急性期には、硬性（半硬性）コルセット、体幹ギプスなどによる外固定をしっかりと行うことが肝要である。

4）手術療法

椎体骨折による神経麻痺発生例や、椎体偽関節に伴う難治性疼痛症例は手術適応となる場合がある。近年、椎体内に骨セメント（PMMA, CPC）やHAブロックを挿入する椎体形成術が普及している（図7，8）。



図7. 第4腰椎椎体偽関節（91歳、男性）
術前VAS：64mm



図8. 経皮的椎体形成術後X-P
術後VAS：5mm

5）慢性疼痛に対する治療

高齢者の慢性疼痛症例でも、心理的、社会的要因が関与する場合が少なくない。上記の治療に加えて、心理療法の併用や社会的ケアシステムの利用など、集学的治療が必要になる場合がある。

文献

1）高田潤一、片平弦一郎、射場浩介他：腰背部痛を有する骨粗鬆症患者のQuality of lifeの経時的変化．整形外科、55：1265-1270、2004.

2）熱田裕司、竹光正和、小林徹也他：姿勢異常と腰痛―筋原性疼痛の要素について―．骨・関節・靭帯、16：791-797、2003.

3）平賀　徹、米田俊之：骨痛のメカニズム．癌と骨病変．松本俊夫他編、メジカルビュー社、東京、2004、p39－48.

変形性関節症 up-to-date：その病態解明と治療の最前線

東京大学医学部　整形外科　　川　口　　浩

変形性関節症（OA）は、全国民の自覚症状の上位を占め、多くの高齢者の健康寿命を短縮させている疾患であるにも拘わらず、国民はOAに対して良質かつ適切な医療の提供を受けていない。これはOA研究が国内外を通じて、他の生活習慣病はもとより、骨粗鬆症や関節リウマチなどの他の運動器疾患に比べても明らかに遅れているからである。その病因については、危険因子として力学的負荷の蓄積が指摘されている程度で、細胞・分子レベルのメカニズムに関しては殆ど解明されていない。したがって、その治療法が対症療法の域を出ていないのは当然の帰結である。重症度を客観的・定量的に評価する方法・指針がなく、診断基準も曖昧なままである。有病率・発症率などの基本的な疫学指標も確立されていない。したがって、もし画期的な予防・治療法が開発されたとしても、それをエビデンスとして評価する方法も基盤となるデータも存在しないのが現状である。OAに関する包括的・系統的な研究体制の確立は、いまや世界的に焦眉の課題と言える。

我々は2005年に、OAの分子メカニズム解明から画期的な予防・治療法の開発を目指した戦略的OA統合研究計画ROAD（Research on Osteoarthritis Against Disability）を樹立した。ROAD研究の3つのサブテーマである「臨床情報とゲノム情報を網羅した大規模臨床データベースの構築」、「客観的・定量的な診断・評価基準の確立」、「分子生物学的検討による発症メカニズムの解明」を包括・融合して、OAの治療標的分子の同定と原因療法の確立を目指している。

【大規模臨床データベースの構築】

ROAD研究の第一の目的は、詳細な臨床情報とゲノム情報を網羅した世界に類を見ない規



模のOA統合データベースを構築し、これを用いた観察疫学研究により疫学指標を確立し、ヒトゲノム疫学により遺伝・環境因子を探索することである。現在までに東京都板橋区（都市部コホート）、和歌山県日高川町（山村部コホート）および和歌山県太地町（漁村部コホート）におけるベースライン調査を終了し、全3,040例のうち50歳以上の2,843例（男性1,001例、女性1,842例：平均年齢72.3歳）について解析を行った。それによると、変形性膝関節症（膝OA）の有病率は男性44.6%、女性66.0%、変形性腰椎症（腰椎OA）の有病率は男性82.6%、女性67.4%であった（図1）。但しこれはレントゲン上のKellgren Lawrence（K-L）グレード2以上を基準としたものであり、この中で症状（主に膝痛と腰痛）のある者は1/3程度であった。ここから本邦のOA患者数を推定すると、膝OAの潜在患者数は2400万人、有症患者数は820万人、腰椎OAでは潜在患者数3500万人、有症患者数は1020万人であった。レントゲン上のOAについて言えば従来の試算よりも遙かに多いものの、必ずしも症状を伴うわけではないことが示された[1－4]。

そこでK-Lグレードの重症度と症状の有無との相関を見ると、膝OAでは有意な正相関が見られるが、腰椎OAでは非常に弱かった。膝

OAにおいてもK-Lグレード２以上の膝痛のオッズ比は低く、K-Lグレード３以上で明らかな危険因子となることがわかり、従来のK-L２以上というOAの診断基準に疑問を投げかける結果となった。K-L２は主に骨棘形成を、K-L３は関節裂隙の狭小化を指標としている。職業動作の関与を検討したところ、K-L２とK-L３の危険因子が異なっており、このOAの代表的なふたつの病態に異なる背景が存在することが示された［１－４］。

この大規模データベースを確立することによって初めて、大きな検出力を要求される正確なゲノムワイド関連解析が可能となった。ROAD研究のヒトゲノム疫学解析は、候補遺伝子に限定して疾患の有無だけによる２群間比較のみを行ってきた従来の解析とは明らかに一線を画するものである。現在、この統合データベースを用いて、臨床情報によって詳細に層別化した各群における感受性遺伝子の探索、また逆にゲノム情報によって層別化した各群における環境因子の探索を行っている。

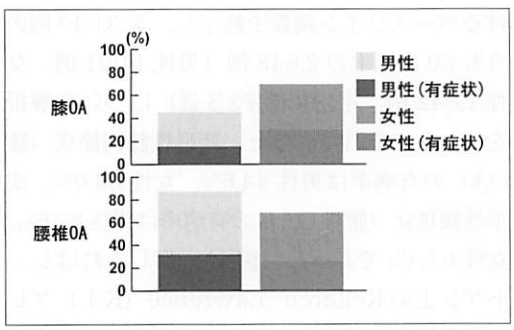


図1. OAの有病率（レントゲン上　KL＞＝2を基準）

【客観的・定量的な診断・評価基準の確立】

上記の様に、K-L分類によるカテゴリカル分類では境界域での判定が主観的かつ曖昧になり、正確な診断基準・治療評価基準とはなり得ない。ROADプロジェクトでは医用工学的手法を駆使して、膝OAのX線画像上の複数の重症度指標を自動的に計測できるコンピュータ支援診断システムKOACAD(knee OA computer assisted diagnosis) を開発し、その良好な精度を確認した［５］。これは立位膝関節単純X線画像をデジタルフィルタによるノイズ除去、輪郭線の抽出、情報の統計処理による基準点標準化を経て、内・外側の関節裂隙の最小距離（mJSW）および面積（JSA）、内側の骨棘面積（OPA）および大腿脛骨角（FTA）を、自動的に瞬時に計測する画像解析ソフトである（図２）。ROADデータベースをKOACADで解析したところ、男女ともに内側関節裂隙の狭小化が膝痛と最も強い相関を示し、骨棘面積は有意な相関を示さなかった。近い将来に製品化される予定であり、骨粗鬆症における骨密度測定のように、膝OAの客観的な診断基準の確立、および治療の正確な評価法として新薬の開発にも寄与することが期待される。

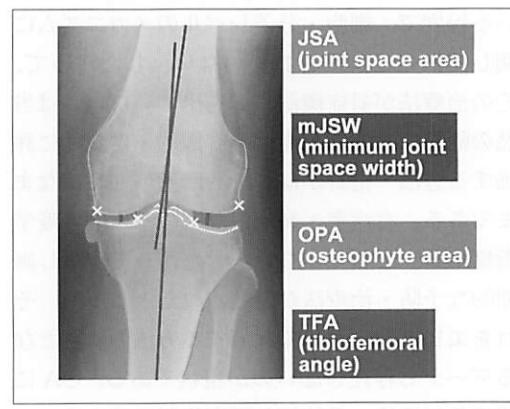


図2. KOACADパラメータ

【分子生物学的検討による発症メカニズムの解明】

まず、遺伝子操作が汎用されるマウスにおいて膝OAの疾患モデルを作成したところ、力学的負荷によって関節軟骨においてX型コラーゲン（COL10）陽性の病的肥大軟骨細胞の出現と軟骨基質の分解が起こることを見出した［６］。さらに、軟骨細胞肥大分化因子Runx２によって永久軟骨であるはずの関節軟骨表層の軟骨細胞の肥大化が誘導されることがOA発症の引き金となることが示された［７］。また、carminerinはOA負荷や老化などの病的条件下における石灰化に重要であることが示された［８］。一方、オステオプロテジェリンはそのアポトーシス抑制作用を介してOAの発症を予防することが示された［９］。軟骨細胞の肥大分化もアポトー

シスも、成長板軟骨の軟骨内骨化の過程で見られる現象である。永久軟骨であるはずの関節軟骨においても、過度のメカニカルストレスの蓄積に抗しきなくなって軟骨内骨化をするために細胞の肥大分化・アポトーシスが起こるものと推察される。滑膜や靭帯に接して血管の侵入が可能な関節辺縁では軟骨内骨化が起こって力学的要請に応じた骨棘が出来るが、関節の内部では血管侵入が出来ないために骨化することなく軟骨の破壊だけで終わってしまうと考えられる(図3)[10－12]。

一方、従来からそのOAへの関与が指摘されてきた炎症関連分子(PGES-1、TNF-αおよびIL-1)に関しては、どの欠損マウスにおいてもOAの発症・進行が抑制されておらず、炎症性因子はOAの原因分子としての可能性は低いと考えられた[13]。更に、膝OA患者の関節液中の炎症性サイトカイン濃度を測定したところ、TNF-α、IL-1、IL-6ともに外傷患者と差がなかった[14]。この、炎症シグナルよりも、病的な軟骨内骨化シグナルがOA発症に重要であるという仮設は、ROAD研究が最初に提唱したものであるが、最近ではこれを裏付ける知見が国内外から続々と出ている。

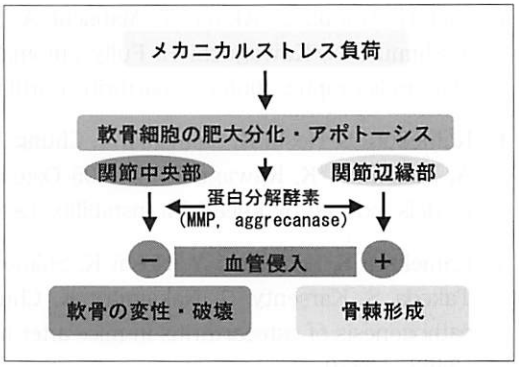


図3. 軟骨内骨化を介するOA発症のメカニズム

【おわりに】

最近、世界的に骨軟骨研究のターゲットが骨粗鬆症や関節リウマチからOAにシフトしてきている。近い将来に、上記の軟骨内骨化シグナルのような標的分子の同定、更にはMRIなどの診断法・評価法の確立によって、画期的なOAの予防法、治療法が開発されることが期待される。ROAD研究も更に発展させて、多くの新知見を世界に発信し続けたいと考えている。

参考文献

1. Yoshimura N, Muraki S, Oka H, Kinoshita H, Yoshida M, Mabuchi A, Kawaguchi H, Nakamura K, and Akune T : Epidemiology of lumbar osteoporosis and osteoarthritis and their causal relationship－Is osteoarthritis a predictor for osteoporosis or vice versa? : The Miyama study. Osteoporosis Int (in press).
2. Muraki S, Oka H, Akune T, Mabuchi A, En-yo Y, Yoshida M, Saika A, Suzuki T, Yoshida H, Ishibashi H, Yamamoto S, Nakamura K, Kawaguchi H, and Yoshimura N: Prevalence of radiographic knee osteoarthritis and its association with knee pain in the elderly of Japanese population-based cohorts: The ROAD study. Osteoarthritis Cartilage (in press).
3. Muraki S, Akune T, Oka H, Mabuchi A, En-yo Y, Yoshida M, Saika A, Nakamura K, Kawaguchi H, and Yoshimura N : Association of occupational activity with radiographic knee osteoarthritis and lumbar spondylosis in the elderly of population-based cohorts : The ROAD study. Arthritis Rheum (in press).
4. Muraki S, Oka H, Akune T, Mabuchi A, En-Yo Y, Yoshida M, Saika A, Suzuki T, Yoshida H, Ishibashi H, Yamamoto S, Nakamura K, Kawaguchi H, Yoshimura N. Prevalence of radiographic lumbar spondylosis and its association with low back pain in the elderly of population-based cohorts : the ROAD study. Ann Rheum Dis. 2008 (in press).

5. Oka H, Muraki S, Akune T, Mabuchi A, Suzuki T, Yoshida H, Yamamoto S, Nakamura K, Yoshimura N, Kawaguchi H. Fully automatic quantification of knee osteoarthritis severity on plain radiographs. 2008 Osteoarthritis Cartilage 16 :1300-6.

6. Kamekura S, Hoshi K, Shimoaka T, Chung U, Chikuda H, Yamada T, Uchida M, Ogata N, Seichi A, Nakamura K, Kawaguchi H 2005 Osteoarthritis development in novel experimental mouse models induced by knee joint instability. Osteoarthritis Cartilage 13 : 632 – 641.

7. Kamekura S, Kawasaki Y, Hoshi K, Shimoaka T, Chikuda H, Maruyama Z, Komori T, Sato S, Takeda S, Karsenty G, Nakamura K, Chung UI, Kawaguchi H 2006 Runx2 contributes to pathogenesis of osteoarthritis in mice after induction of knee joint instability. Arthritis Rheum 54 : 2462 – 2470.

8. Yamada T, Kawano H, Koshizuka Y, Fukuda T, Yoshimura K, Kamekura S, Saito T, Ikeda T, Kawasaki Y, Azuma Y, Ikegawa S, Hoshi K, Chung UI, Nakamura K, Kato S, Kawaguchi H 2006 Carminerin contributes to chondrocyte calcification during endochondral ossification. Nat Med 12: 665-670.

9. Shimizu S, Asou Y, Itoh S, Chung UI, Kawaguchi H, Shinomiya K, Muneta T 2007 Prevention of cartilage degradation with intraarticular osteoclastogenesis inhibitory factor/osteoprotegerin in a murine model of osteoarthritis. Arthritis Rheum 56 : 3358-3365.

10. Kawaguchi H: Endochondral ossification signals in cartilage degradation during osteoarthritis progression in experimental mouse models. Mol Cells 25 : 1-6, 2008.

11. Kawaguchi H: Regulation of osteoarthritis development by Wnt- β -catenin signaling through the endochondral ossification process. J Bone Miner Res 24 : 8-11, 2009.

12. Hirata M, Kugimiya F, Fukai A, Ohba S, Kawamura N, Ogasawara T, Kawasaki Y, Saito T, Yano F, Ikeda T, Nakamura K, Chung UI, and Kawaguchi H: C/EBP β promotes transition from proliferation to hypertrophic differentiation of chondrocytes through transactivation of $p57^{Kip2}$. PLoS ONE 4 : e4543, 2009.

13. Yamakawa K, Kamekura S, Kawamura N, Saegusa M, Kamei D, Murakami M, Kudo I, Uematsu S, Akira S, Chung UI, Nakamura K, Kawaguchi H 2008 Association of microsomal prostaglandin E synthase 1 deficiency with impaired fracture healing but not with bone loss or osteoarthritis in mouse models of skeletal disorders. Arthritis Rheum 58 : 172-183.

14. Manabe N, Oda H, Nakamura K, Kuga Y, Uchida S, Kawaguchi H 1999 Involvement of fibroblast growth factor-2 in joint destruction of rheumatoid arthritis patients Rheumatology 38 : 714-720.

膝関節内構成体(靭帯、半月板)損傷の診断、病態、治療そして未来像

大阪市立大学大学院医学研究科　整形外科講師　　橋　本　祐　介



はじめに

日常診療において膝外傷は一般的であると同時に、急性外傷では臨床症状が膝腫脹、疼痛、歩行困難と同じような症状をきたすため、どうしても画像所見に頼る傾向がある。

しかしながら、注意深い問診、診察にて損傷状態を想像することがより詳細な画像読影と病態の確認が可能になると考えられる。今回は代表的な膝外傷である、膝蓋骨脱臼、前十字靭帯損傷、半月板損傷の病態と治療上の限界、そしてそれらを解決する糸口として新しい再建法の開発について述べる。

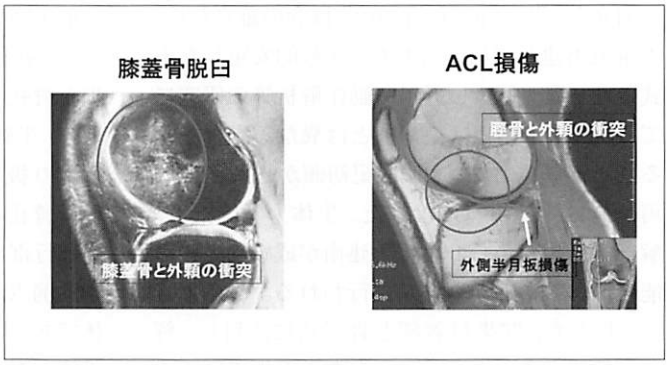


図1. MRI　骨挫傷

膝蓋骨脱臼

膝蓋骨脱臼の病態は骨性要素、内側の支持機構の破綻、靭帯弛緩性が関係すると言われている。内側の支持機構において浅層（縫工筋の筋膜)、中間層（内側膝蓋大腿靭帯、MPFL)、深層（関節包）の３層の支帯が存在する。Conlan ら等の報告から、MPFL は第一の制動効果を持つ支持機構と言える。MRI 研究では、大腿骨側あるいは膝蓋骨側単独の損傷はむしろ少なく、広範囲に損傷が見られると報告している。術中所見では MPFL の大腿骨側損傷がほぼ 100％と報告されている。よって MPFL は大腿骨側での損傷と広範囲な支帯の損傷と考えている。病態に沿って考えると、膝蓋骨脱臼の急性理学所見としては、MPFL 付着部（大腿骨側損傷)、膝蓋骨内側部（骨折）大腿骨外顆（骨挫傷）に圧痛を認め、血腫を伴うことが多い。MRI における外顆の骨挫傷の部位は病態を考えると、ACL 損傷と比較して、位置の違いがわかりやすい。(図１）

広範囲に支帯が損傷していることから初期治療は保存療法を行う。その上で不安定性が残存すれば、手術的加療を考慮する。外傷性で骨性要素がなければ、MPFL 再建を行うのが主流である。

前十字靭帯損傷

前十字靭帯損傷はスポーツ膝障害のうちもっとも手術療法を要する重大な障害である。

前十字靭帯損傷のメカニズムは過去に多くの報告があるが決定的なメカニズムは証明されていない。最近はハイスピードカメラでの受傷時ビデオ研究がなされている。またこの現象によって、MRI 画像では、外顆が脛骨の後方に脱臼し、外顆と脛骨外側に骨挫傷が見られ、それらに挟まれた外側半月板後節が損傷を来たすこと

はしばしば見られる。(図１)
前十字靭帯損傷後の靭帯は自然治癒が期待できないため、必要があれば靭帯再建術を行う。我々の適応としてはスポーツ続行の意思があり、長期間のリハビリに耐えられる、非スポーツでも日常生活に支障を来たしているものとしており、将来の変形性膝関節症の予防のための前十字靭帯再建術ははっきりとしたエビデンスがまだないために積極的には行っていない。手術術式はこの10年で飛躍的に発展している。以前は、関節鏡技術の開発と、“isometric point”概念の確立から、１重束再建が幅広く行われ、比較的安定した術式となった。しかし近年の動作解析等の研究にて、１重束再建膝は正常膝とは異なる動きをすることが報告され、21世紀初頭から解剖学的再検討されるようになった。生体力学的観点、解剖学的観点から２重束再建術が成績向上の可能性があることから盛んに行われるようになった。我々も、靭帯付着部と骨形状に注目し、解剖学的研究を行っている。実際の手術ではこの骨性隆起を指標にして骨孔作成を行っている。(図２)

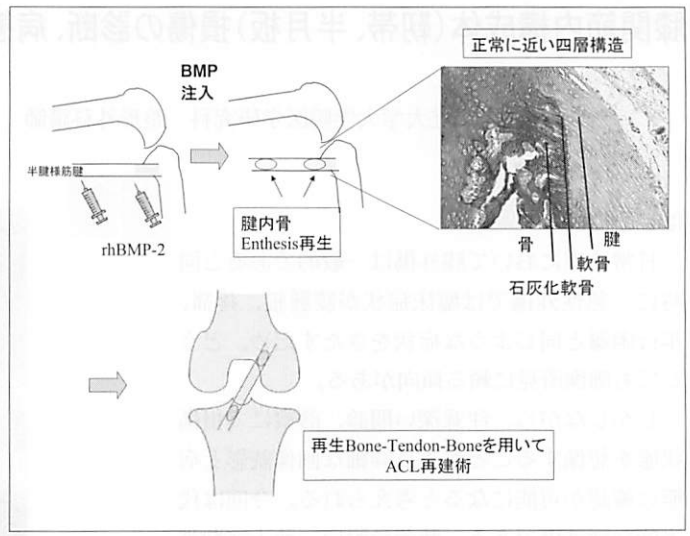
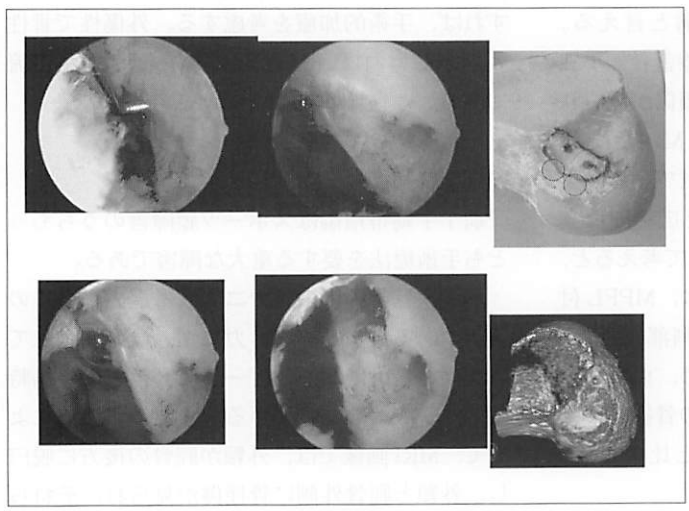


図3.

前十字靭帯再建術の成績を決定する要因として、骨孔位置、移植腱の初期張力、移植腱の選択と骨孔と移植腱の治癒などが言われている。現在、半腱様筋腱に代表されるsoft tissue graftは取り扱いが簡便で、採取部痛が少ない一方、腱を骨孔に通す手法であることから、正常の骨腱移行部の再現はなされず、骨―移植腱間の力学的弱点が指摘されている。骨－靭帯―骨構成体である膝蓋腱は正常の骨腱移行部(enthesis)構造が存在し、これを使用することが理想的であるが、採取部の疼痛が問題になっている。enthesis構造とは、発生過程において、靭帯と軟骨が結合しており、その軟骨が内軟骨性骨化過程で４層構造が形成するといわれている。サイトカインの一種である骨形成因子BMP(bone morphogenetic protein)の骨形成過程も内軟骨性骨化であることから、腱にBMPを作用させることにより人工的にenthesisを再生させる研究を行った。(図３)


図2.

BMPを直接腱に注入することによって腱内に骨化を生じさせたところ、正常エンテーシスと近似した組織像を呈した。力学的にも有利であったことからsoft tissue graftを人工的にbone-tendon-boneに作成し、組織学的有利な移植腱として前十字靭帯再建モデルを作成した。半腱様筋腱にBMPを2箇所注入したところ6週後にはコントロールされた位置に2箇所異所性骨が存在した。(図4) この組織を移植材料としてACL再建を行うと、BMP+群で母床骨と移植骨が骨癒合し、4層構造が再現できていた。(図5)

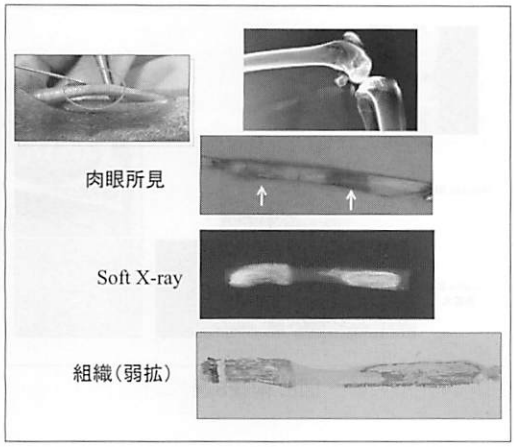


図4.

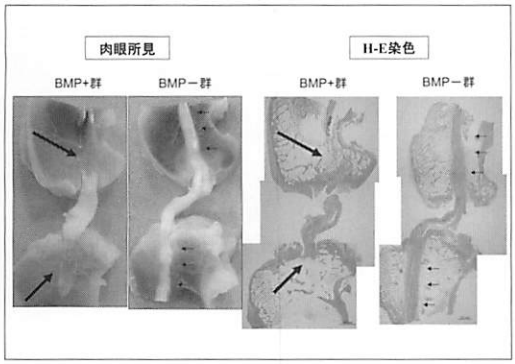


図5.

半月板損傷

半月板は荷重の伝達やショックアブソーバーとしての役割、膝の安定性、関節運動の潤滑に寄与してい半月板の組成は65～70%の水分、細胞成分と細胞外マトリックスから成る。細胞成分としては表面にあるspindle cellと、深層にある線維軟骨細胞があり、線維軟骨細胞は卵円形でtype 2コラーゲンやプロテオグリカンを産生し、それらが荷重の伝達やショックアブソーバーとしての機能に寄与している。半月板損傷としては①先天性(円板状半月) ②靭帯損傷を伴ったもの③加齢的変化によるもの、に大別される。若年者は上記①②に当てはまることが多い。伸展障害を伴う円板状半月は手術適応になる。また靭帯損傷に伴う場合も処置の対象になる。ただし、切除か縫合かの明確な線わけはなく、術者の経験に依存していることが現状である。現在は出来るだけ半月板温存する術式が試みられている。(図6)

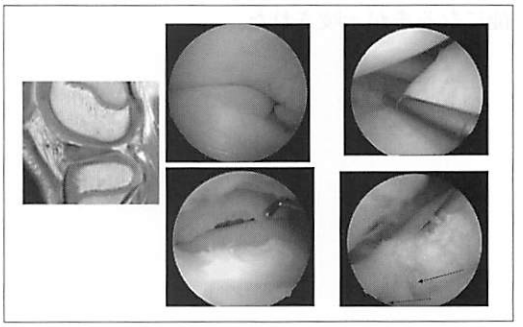


図6. 円板状半月に対する形成手術

壮年期の半月板損傷は内側半月後節水平断裂が多いが、痛みの原因が半月板だけとは限らないため安易に手術療法を選択しない方がよい。内側半月後節水平断裂に対する切除術術後もリハビリを丹念に行わないと、膝回りの痛みが残存することが多く、注意が必要である。現在行われている半月板損傷に対する処置として、縫合術と損傷部を切除する方法があるがその適応はあいまいである。半月板を切除すると、変形性関節症が誘発されることが報告されている。半月板切除後の軟骨障害に対して海外では他家半月板移植が行われているが本邦では許可され

ていない。一部の施設にて、自家腱による半月移植が行われているが、組織量の差、組織学的に異なることが問題である。我々は以前に、腱内にBone morphogenetic protein（以下BMP）を腱内に注入することにより、異所性に内軟骨性骨化を誘導し、enthesisを再生させうることを報告し、その骨化前段階の腱内に軟骨細胞を認め、半月板の組織像と類似していることに着目した。（図７）BMPを注入したウサギの半腱様筋腱を使用して半月板再建を行った。術後４週でBMP+群の再建半月板に軟骨基質が出現し、８週では関節包側に骨化を認めるものの、中心部分は軟骨を認めた。（図８）軟Ｘ線撮影を行うと、術後８週で関節包側には石灰化が認められ、その確率は約40％だった。今後は石灰化抑制できるようなシステムの開発を要すると考えられた。以上から、単一のサイトカイン（BMP）を用いることによって、比較的簡便に、正常に近い組織を持った関節内構成体の再建が今後可能になる事が示唆された。

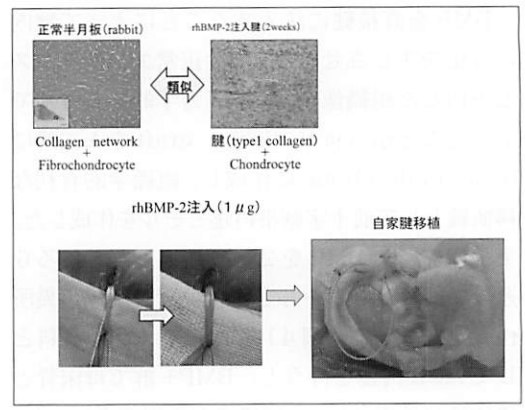


図7.

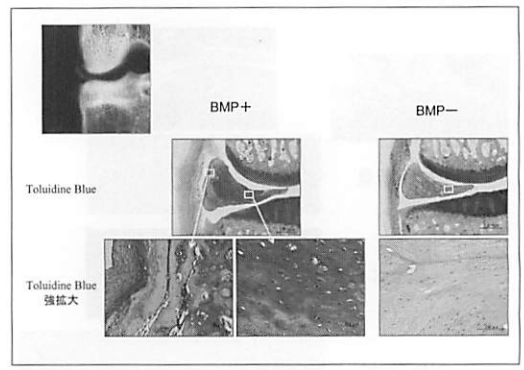


図8. 術後8週

患者安全の実現　－民間病院の取り組みについて－

医療法人仙養会　北摂総合病院　副院長　小　林　一　朗

はじめに

1999年、米国において医療の質委会から報告書“To Err is Human： Building a Safer Health System”が発表された。その年にわが国にでは、大学病院における患者取り違え事故や、公的病院の消毒薬点滴などが報道されて社会を賑わした。その後、国による医療安全体制の整備がすすめられ、いくつかの経緯を経て2007年4月1日に医療法の一部改正により、すべての医療機関に対して医療安全対策が義務化された。今や非常に多くの研究や取り組みが、公的・私的を問わず行われるようになり、学会や研究会、研修会も活発に開催されている。このような状況において、各医療施設と同様に当院においても日々安全管理に努めているところであるが、真の実効ある対策の実践には、様々な困難を感じているのが正直なところである。

今回は一民間病院における医療安全管理責任者として、当院における患者安全活動や事例の一部を紹介するとともに、課題についても言及したい。

患者取り違え事故

前述の大学病院での取り違え事故が注目をあびたが、その数年前にも熊本市で患者を取り違えて手術を行ったことが報道されていた。これら以外にも、間違って人工中絶手術が行われた事例などが数々報道されており、実は患者の取り違えは医療の現場において、かなり以前から頻繁に発生していることがうかがえる。当院においても、重大なことには至っていないが患者間違いによる採血、投薬、X線検査などが発生している。これらに対してルールを策定し、リストバンド導入、患者確認を徹底する旨のポスターの掲示、研修および注意喚起を繰り返して行い再発防止に努めているが、その後の発生もみられる。最近も、入院患者を取り間違えて胃カメラを実施した事例が発生した。この事例もいくつかの要因が背景にあるが、事故が発見されるまでの経過におけるエラーの連鎖は、前述の大学病院における事例と極めてよく似ている。幾人かの医療従事者が関与しており、なかには「少し疑問に感じた」職員もいたが、そのまま異なる患者に検査が施行された。病院全体での安全意識の定着や継続が、いかに困難であるかをあらためて思い知らされた次第である。



一方、手術における患者間違え、左右や部位間違えの防止対策として2007年3月からタイムアウトを導入している。タイムアウトとは麻酔前あるいは執刀前に、医師・看護師が一斉に手を止めて確認作業を行うことであり、この最終的な患者・手術部位確認は有用性が高いと言われている[1)]。導入後半年間における実施率を整形外科、呼吸器外科、消化器外科で調査したところ、順に95%、55%、66%であったが、現在は眼科など手術を行うすべての診療科で全例に実施している。今後は手術室以外の場所でのタイムアウトの実施と定着が課題と考えている。

危険な薬剤は置かない

日本医療機能評価機構の認定病院患者安全推

進協議会からの提言を受けて[2]、2003年度に高濃度カリウム製剤において、エラープルーフに配慮した、三方活栓に接続できないプレフィルド型シリンジ製剤を採用した。これに伴い、それまでのアンプル型やバイアル型はすべて採用を中止した。さらに、2004年度は高カリウム製剤の病棟在庫は集中治療室のみとした。高濃度アンプル型製剤に関しては2004年にも緊急提言や緊急警報がだされているが[3]、その後も死亡事故が報道されている。プレフィルド型シリンジ製剤を採用する上での問題点として、シリンジポンプでの原液注入ができない、人工心肺の回路に注入できない、およびコストがアンプル型よりも数倍高い、がある[2]。当院では、当時の循環器科部長が専門医の立場から変更可能の判断を早期に行い、病院長と財務責任者もメンバーとして参加する医療安全管理委員会で決定して、即座に実施した。また人工心肺を使用する心臓手術は行っていなかった背景もあり、比較的容易に実行できたものと思われる。

転倒・転落

転倒・転落は当院においても最も多く報告される事例である。その原因や背景は様々であるが、超高齢者の入院患者増加によることも大きな要因の一つである。高齢者は認知力や判断力の低下、運動機能・視力の低下、不穏行動などにより転倒・転落のリスクが高い。このような状況で、完全に防止することは極めて困難であり、中には重大な結果にいたる場合がある。当院においては、外傷性クモ膜下出血、急性硬膜下出血などで緊急手術を要したものや、残念ながら死亡に至った事例も発生した。

原因の一つと考える薬剤の影響に関して、当院薬剤部の調査によれば、転倒・転落患者に処方されていた薬剤の上位は、消化器官用薬、循環器官用薬、中枢神用薬であった。これらの薬剤のほとんどの添付文書には副作用として、眠気・ふらつき・筋緊張低下作用が明示されている。さらに循環器官用薬については、血圧降下剤、血管拡張剤および利尿剤が主であり、それらの主作用である血圧低下が過度に引き起こされることも、転倒・転落のリスクを高める要因と考えられる。リスク評価するうえで、これらの睡眠薬以外の薬剤の影響も考慮しておくべきである。また、睡眠導入剤として催眠作用鎮痛剤または精神神経用剤を服用している患者の転倒・転落の発生は、ほかのものと比べて夜間から明け方に多かった。中途覚醒する傾向の患者については、特に睡眠薬剤の選択について注意が必要である[4]。

当院での死亡事例はいずれも頭蓋内出血によるものであり、それらは抗血栓療法を受けていた。死亡例ではないが、抗血栓治療を受けている患者が転落した直後にはCT上および身体所見上異常を認めなかったが、退院後、転落の4週間後に慢性硬膜下血腫が判明し、緊急手術を行った事例も経験した。あきらかに頭部打撲が否定される場合を除き、転倒・転落発生後早期にCT撮影を行い、たとえ異常を認めなくても継続して注意深く観察することが重要である。

川村は、「自力行動における転倒・転落は、病院の転倒・転落事例の約3/4を占め、その3/4が看護師の視野の外で発生する」、「自力行動における転倒・転落は、夜間の高齢患者問題と言い換えてもよいくらいで、高齢者を介助する人的資源と切り離せない問題」と述べている[5]。当院においても同様であり、転倒・転落全体をみても、発生時間帯は夜間から早朝が多い。また同じく、患者側要因が大きく関与する点滴ルートやドレイン、チューブの自己抜去も、日勤帯以外で多く発生している。これらを踏まえて、夜間照明を改善し、全入院患者についてアセスメントシートを活用してリスク評価を行い、離床センサー、頻回訪床などの対応に努めている。しかし職員が手薄な時間帯に発生しているものについては、人員の採用と勤務時間帯の調整、看護助手の配置などの工夫が必要であるが、当院においては困難な面も多く依然として大きな課題である。

シングルユース器材（ＳＵＤ）の再利用の問題

この数年の間に、腹腔鏡下手術中に、再滅菌使用しているＳＵＤである手術器械の先端が破損して腹腔内に落ちたが、幸いにも開腹手術を行わずに回収できた２例を経験した。SUDの再使用については、機能・性能の低下や、洗浄・滅菌の確実性への疑問や危険性がかねてから指摘されているところではあるが、現在の手術保険点数では包括評価となり、高額な医療材料や器械を使用するほど病院経営を圧迫する。ましてや医療費削減の政策が続く中、再使用が多くの病院で行われているのが現実であると思われる。2000年、2003年、2006年と三回にわたりシングルユース器材の再滅菌使用に関する調査が行われているが、調査票を送られた病院からの回答率は75.4%，45.4%，36.8%と明らかに低減している[6]。一方、国は2002年１月14日に薬事法一部改正を行い、医家向け医療用具の添付文書のなかに、単独使用の医療用具について「再使用禁止」の表示を義務付けた[5]。2004年１月27日の厚労省医政局主催第７回医療安全対策ヒューマンエラー部会において、その実態が報告されるとともに、安全性、経済性、資源有効活用の３点を考慮し、今後の在り方を検討する旨が提案された[7]。この会議を受けて、その約２週間後に出された２月９日付医政局長通知では、安全性に関して「ペースメーカー、人工弁などの埋め込み型の医療材料等については、その性能や安全性を十分に保証し得ない場合の再使用」を禁じている[8]。しかし、経済性と資源有効活用に関する検討が進展しているのかは不明である。これらの法改正や通知が、前述の調査の回答率低減に少なからず影響を与えているものと推測される。したがってこのような状況では、当院で発生したような事故が、どれほどの頻度で発生しているのかが表面に出てこず、事態の深刻さが社会的に認識されない。SUDを業者の申請に従って一方的に単回使用として廃棄するのではなく、単回使用にすべき必然性に関する認可以前の議論が必要である[9]。あわせて技術料とのアンバランス、診療報酬制度の問題にまで踏み込んでいかなければ、臨床現場では、依然としてやむをえず再使用が続けられることになり、表面化しない同様の事故の発生は増え続けるものと予想される。

社会的課題

医療の安全に対する社会の関心は高まる一方であり、発生した事例の報道は日常化している。わが国における医療事故に対する報道には、最近では一部に変化が見られるが、その実態や背景に深く切り込むものは少なく、医療者のミス、誤りや過失の糾弾に終始する姿勢が依然として続いている。医療者の刑事訴追についても、捜査当局が関与した時点であたかも個人の過失が確定しているかのような報道も少なくない。しかし、医療行為自体が既にリスキーなものであり、どのような機械的な防止システムをもっても、最終的には「人が人に行う」ものであるかぎり、ヒューマンエラーが事故発生に直接的に結びつく可能性は無くならない。

現在の医療制度上の不備や過酷な現場の実態に関しては、取り上げられることが増えてきてはいる。けれどもそれらが、事故発生の最大の原因であるヒューマンエラーの発生増加に、直接的、間接的に結びついていることへの、社会的な関心の盛り上がりは少ない。果たしてこのような危機的な状況が、国民に周知されているのであろうか。医師や看護師不足が高らかに叫ばれているが、それは医療を供給できる最低限の体制の不十分な状況や、地域差を改善する議論に終始しているように思われる。24時間365日いつでも、どこでも事故は発生しうる。患者安全対策を行う上で医師・看護師のみならず、医療現場における人員の不足は明らかである。これがエラー発生の大きな要因の一つでもあることは、もっと社会に強調されるべきであろう。

厚労省の調査では、医療安全にかかるコストは患者１人１日あたり、病院全体の平均で約406円、一般病院の平均で482円であり、コストの対医業収入比は一般病院で1.5%である。

医療安全に関して、病院の規模に関係なく一律にかかってくる基本的なコストというものが存在しており、それが小規模病院になるほど大きなコスト圧力となっていることが考えられる[10]。この報告と現況の医療安全対策加算の差はあまりにも大きい。入院基本料における看護配置の違いや、医療安全対策加算の有無で、患者安全に取りくむことの重要性が変わるはずはない。医師を増員することは言うまでもないが、医療を安全に行う上では、医師を増やすことだけでは解決しない。「看護師数や薬剤師数が多いほど患者の安全性は高く、日本の病院看護師数や病院従事者数では、欧米並みの患者の安全性を実現することは不可能」という論もある[11]。患者安全の実現には、多職種の適切な配置と、労働環境の改善が必要であり、これらを満たすことに十分に足りうる診療報酬制度を含めた医療制度の構築は、わが国における緊急課題であり猶予は許されない。

おわりに

医療従事者が最大の関心をもって、自らの意思で安全な医療の提供や事故の回避に努めることは当然である。その上で、事故に遭った患者や家族とともに、事故発生に関わった医療者も大きな影響を受けることを付け加えておきたい。それにより、かけがえのない人材が失われることもある。ヒューマンエラーがおこりやすく、その結果が重大な事故に直結しやすい現場で働く職員を守ることも、病院における安全活動に課せられた使命である。その成果は、明らかな形や数値となって得られにくいものであるが、病院職員に見えるような活動を日々継続していくことが必要であると考えている。

参考文献

1）日本医療機能評価機構　認定病院患者安全部. 提言誤認手術の防止ついて. 患者安全推進ジャーナル 2005；No.11：70－72

2）日本医療機能評価機構　認定病院患者安全部. アンプル型高濃度カリウム製剤の病棟および外来在庫の廃止 10％キシロカインの病棟および外来在庫の廃止. 日本医療機能評価機構. 2003 年 12 月 18 日.
https://www.psp.jcqhc.or.jp/modules/top/

3）日本医療機能評価機構　認定病院患者安全部. 患者安全推進ジャーナル 2007；No19：66－71

4）水尾晃子、高橋宏幸、百海有二ほか. セイフティマネージャーとしての薬剤師の役割－転倒・転落と薬剤の関連性について－. 日病薬誌 2007；43：1202－1205

5）川村治子. ヒヤリ・ハット 11,000 事例によるエラーマップ完全本. 東京；医学書院；2003. p. 66－83.

6）小林寛伊、永井勲. シングルユース（単回使用）器材の再滅菌使用に関する調査 3. 医器学 2007；77：156－162

7）第 7 回医療安全対策検討会議ヒューマンエラー部会議事録. 2004 年 1 月 27 日
(http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/01/txt/s0127-3.txt)

8）厚生労働省医政局長. 単回使用医療用具に関する取り扱いについて. 医政発第 0209003 号平成 16 年 2 月 9 日

9）小林寛伊. 医療関連感染制御. 日整会誌 2008；82：1080－1086

10）厚生労働省保険局.「平成 18 年度医療安全に関するコスト調査業務報告書（案）」中医協・医療機関のコスト調査分科会資料. 2007 年 6 月 18 日
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0618-8b.pdf

11）貫名有香、三谷明範、上昌広ほか.「医療崩壊の現状分析と対策に関する考察」. 2008 年 3 月 1 日. 東京大学医科学研究所、先端医療社会コミュニケーションシステム、社会連携研究部門、医療再建をめざすワーキンググループ.
http://kousatsu.umin.jp/

ハイパフォーマンス人工股関節

大阪大学大学院医学系研究科運動器医工学治療学　菅野伸彦



【諸言】

日本においても生活様式の変化や身体活動の多様化は、運動器疾患の治療選択においても個人の意思決定によって行われる割合が増加してきており、健康について自己責任が求められつつある。「健康管理は自分でするもの」「病気の治療方法は自分で選びたい」との意識が高まり、「おまかせ」の色合いの強かったヘルスケア・サービスにおいて、個人の主体性に焦点が当てられている。病院や医療機関も自分で選び、医師などの専門家の知識と技術を借りながら、治療に取り組む姿勢が医療に対する患者の満足度に影響するといわれている。患者の意識調査でも、治療について十分に説明を聞き、複数の選択肢を提示してもらった上で自分自身が治療法を選択したい「自己決定タイプ」や専門家である医師が決めた治療方針について、十分に説明を聞き、納得したうえで治療を受けたい「説明・納得タイプ」が95%以上を占め、説明は難しく聞いても分からないのですべて医師に任せたいとか、医師を信頼しているのですべて医師に任せたいという「医師委任タイプ」は少数派となり、手術の説明と同意に要する時間は増えつつあるように思われる。人工股関節全置換術（THA）においては、デザイン、材料、手術手技の進歩は他の関節手術法に比較して群を抜いており、手術のタイミング、手術法、手術後の活動性、他の治療法との比較など、整形外科医のなかでも大きく異なるようである。本来THAは、股関節疾患や外傷により低下した股関節がもたらす身体的、心理的、社会的な生活の質（QOL）の低下を、確実に回復させる投資対効果の高いすぐれた治療法であるが、旧来の術後の活動制限を強いる生活指導が、患者の不安を助長し、満足度を低下させていると思われるケースに時折遭遇する。デザイン、材料、手術手技などの進歩は、活動制限を強制せずとも長期にわたって安定した成績が記載されており、我々は、極端な動作制限をせずにレクリエーションレベルのスポーツや旅行などを楽しめて、なおかつ長期に安定した成績が得られるハイパフォーマンス人工股関節を目指している。そこで、過去のTHAの長期成績などを踏まえて、デザイン、材料、手術手技などの進歩がどこまでハイパフォーマンス人工股関節を目指せるかを考察する。

【ハイパフォーマンス人工股関節に必要な条件】

THA後、安定した成績を長期維持するためには、1）骨との固定性が破綻しないこと、2）関節摺動部の摩耗率が低いこと、3）脱臼しにくいことの3つが最低必要である。人工関節の固定法には、セメント固定とセメントレス固定があるが、カップはセメントレスにして、ステムをセメント固定にするか（ハイブリッド固定）か、ステムもセメントレス固定をする組み合わせが最近の動向である[1)]。セメントレスTHAの開発背景は、若年者での長期成績向上を目指し、肺塞栓の心配や煩雑なセメント操作をなくそうというものであった。セメントレスTHAも初期には大腿部痛やゆるみなど成績不良の報告もあったが、デザイン、表面加工、インスツ

ルメントやPress-fitなど手術手技の改良で、成績は向上している。われわれの施設では、京セラバイオセラム型セメントTHAの再置換を終点とした生存率は、20年でステム94%、カップ51%であったが、リューベック型セメントレスTHAの生存率は、20年でステムとカップいずれも90%であり、カップ側は有意にセメントレス固定の方が生存率は高かった（図1）。ハイブリッド固定が最適といわれている表面置換型Metal on Metal人工股関節以外は、活動性の高くて骨質良好な患者には近位固定型のセメントレスステムが推奨されている。

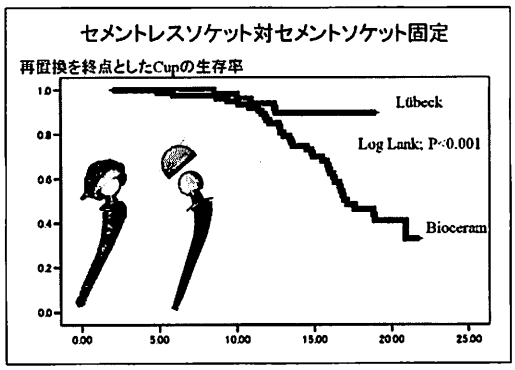


図1. 京セラバイオセラムセメントカップとリューベックセメントレスカップの生存曲線

関節摺動部の耐摩耗性については、従来のポリエチレンに比較して、高度架橋（クロスリンク）ポリエチレンは金属骨頭と組み合わせても8倍、セラミック骨頭と組み合わせて15倍程度の体積摩耗率の低下が実験的に示されている。ポリエチレンの高度架橋はX線照射量に比例して増強するが、ガンマ線滅菌レベルの2.5－4.0Mradの照射でもガス滅菌のポリエチレンに比し耐摩耗性を向上させる。しかしながら、5Mrad程度では磨耗量は減ってもより小さな磨耗粉の数は増えるので、骨溶解のリスクを増大させるが、実際、臨床的にも、5 Mradの照射量のMarathonは、摩耗率が低下しても5年で骨溶解が認められることが報告されている[2]。10Mradを越えたあたりの照射量で磨耗量および磨耗粉数とも減少することから、10Mradが最適な照射量とされている[3]。また、ガンマ線照射後のフリーラジカル残存が、体内酸化によりポリエチレンの劣化に繋がる可能性が指摘され、これを除去するため、第1世代といわれる高クロスリンクポリエチレンでは融点以下の高温処理または、融点以上の高温で除去する方法がとられている。前者では機械的特性を維持できる半面フリーラジカル除去が不十分で、後者では結晶度を下げ、降伏強度を下げたためのカップの設置角度不良やデザインとの関連も重なって体内破損の報告もある[4]。残存フリーラジカルによるポリエチレン酸化は、In vitro試験での摩耗を増大するが、臨床的には経年的に磨耗が増える報告はないことから、フリーラジカル除去に費やすコストの効果が臨床的にどの程度得られるかは不明である[5]。更にポリエチレンを再融解せずにラジカル除去をする方法として、分割照射やビタミンD注入などを採用した第2世代の高クロスリンクポリエチレンが臨床的に使われ始めているが、第一世代の高クロスリンクポリエチレンでも、骨頭径を大きくしてもX線計測上の摩耗は5年程度では計測限界以下である[6・7]。われわれも、10Mrad照射レベルの高度架橋ポリエチレン（Longevity）で、5－8年でのコンピュータによるX線摩耗計測で、初期クリープ変形を除いた摩耗率はほぼ0mm/年で、骨溶解も認めていない[8]。更に36mm以上に骨頭径を大きくしても低摩耗率が臨床的に達成できれば、若年への適応も拡大するかもしれない。

アルミナ対アルミナのCOC摺動部は、その硬さ、傷つきにくさ、高潤滑性による低摩擦からもたらされる低摩耗、金属やポリエチレンよりも摩耗粉の生物学的活性の低さが利点である[9]。初期のアルミナCOCはデザインと強度の低さで、破損や摩耗により成功しなかったものが多い。第3世代のアルミナセラミクスは、HIP処理、高純度アルミナ、粒子の微細化などにより飛躍的に強度を向上させ、実験的にはもっとも摩耗率の低い摺動部である。8年で、従来のポリエチレンに比較して骨溶解出現頻度の低下と機械的ゆるみ0%という良好な成績が報

告されている[10]。一方、ポリエチレンサンドイッチタイプのCOCは、カップインサートの脱転や破損の頻度が高く、成績不良であった[11,12]。我々の第3世代アルミナのポリエチレンのないCOCの170関節の使用経験では（図2）、術後5年から8年の調査で、きしみ音を出す症例はなく、骨溶解も発生していなかった[13]。アルミナの強度増強のための改良により、更に大きな骨頭径にすることで、活動性の高い患者の適応として重要な役割を担う摺動部材である。

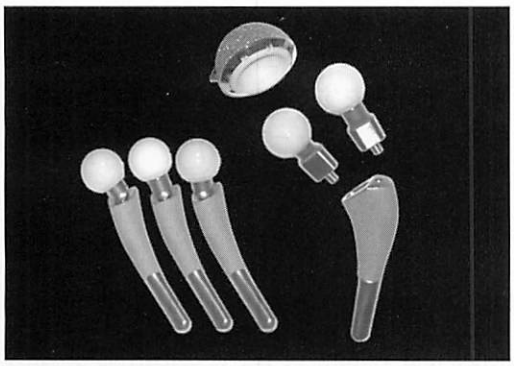


図2. 第3世代のセラミックオンセラミック人工股関節

一方、コバルトクロム対コバルトクロムのMOMのTHAは、初期にはカップの固定性がCharnley型よりも劣り、使用されなくなっていったが、なかには20年を越して骨溶解なく安定して機能しつづける症例があるため、1980年代から第2世代のMOMの再興が起こった。更に、カップが薄くできることから、MOMの表面置換型が、最小骨切除で骨温存し、生理的荷重でストレス遮蔽による骨萎縮もなく、頸部温存による位置覚や、大骨頭径によるカップを乗り越える距離が大きくなり脱臼しにくく、再置換も容易であるとして脚光をあびるようになった。柔道やトライアスロン競技者やバレーダンサーなど従来のTHAでは術後これらの活動ができないと思われていた患者も術後に競技を続けている報告がみられるようになった。われわれも、1998年から表面置換型MOMを導入し（図3）、11年での生存率は97%を維持し、骨溶解所見も認めていない。術後のコバルトやクロムの血中金属イオン濃度は検知できるレベルであり[14]、確率は低いがアレルギーや滑液包炎などによる痛みが懸念事項である。ノルウェーでは、初期MOMの28年のレジストリーの結果、一般人より長生きして発癌率の上昇は認められていないので[15]、腎機能の正常な男性や、出産期を過ぎた活動性の高い女性には摺動部材として選択肢の1つである。

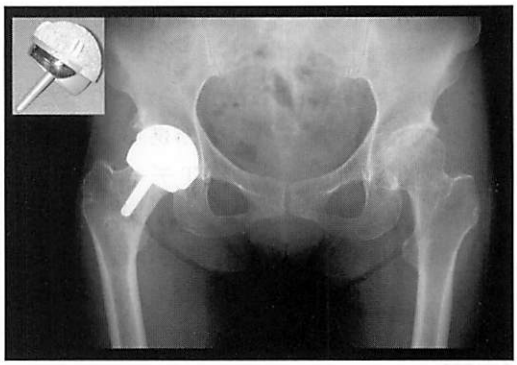


図3. メタルオンメタル表面置換型人工股関節

【ハイパフォーマンス人工股関節に必要な手術手技】

以上のように、耐摩耗性能は飛躍的に向上しており、もはや術後20年以上で95%以上の生存率を目標にする時代になったと思われる。しかしながら、どのタイプのカップも外転角が50度以上になると、思惑通りの耐摩耗性を発揮せず、高度架橋ポリエチレンでは辺縁で破損したり、COCでは割れたり異音がしたり、MOMでは摩耗による血中金属イオン濃度上昇がみられることから極力外転角を小さくしたいところである。一方で外転角が小さくなれば股関節の屈曲や90度屈曲位の内旋の可動域は減少するので、大腿骨ステムネックの前捻を考慮した最適なカップ前捻角に調整し、外転角を40度くらいにするのが理想的である。そのためには、従来のインスツルメンツによる角度計測では精度に限界があり、手術ナビゲーションによる正確な手術が必要である[13]。これにより、どのようなタイプの小切開の最少侵襲手術でも正確な角度設置が可能である[16]。脱臼については、手術進入法による影響として、外旋筋を修復しない後方進入は脱臼率が前方進入、前外側進入、側方進入よりも高いが、外旋筋を修復

すればどの進入法も１％程度に脱臼率を抑えられる。更に正確な角度設置により、動作制限をすることなく活動性を高くしても脱臼しにくいTHAが可能となる。

【THA後の動作解析】

大腿骨ステムネックの前捻に合わせて理想的にカップをナビゲーションで設置してみると、術中可動域測定では、インピンジを起こさず十分な可動域が得られることが明らかとなったが、実際の動作で検証する必要がある。そこで、VICON動作解析と、術後CTデータを組み合わせた４次元動作解析システムを開発し[17]、正確な設置角度と適切な軟部組織緊張のある症例で、各種の動作姿勢でカップとネックの衝突が起こらないか検証をした。正坐、座礼、椅子から床のものを拾い上げる、しゃがみ込む、長座位、長座位から股関節と膝を屈曲して靴下爪切り動作などでカップとネックの衝突なくできることが確認できた。従って、耐摩耗性の良好な可動域の大きい（32mm骨頭径以上）デザインの人工関節をナビゲーションなどのコンピュータ支援システムを活用し適切な角度に設置すれば、ヨガなどの極端な姿勢を除いて、一般の和式動作は制限することなく、コンタクトスポーツ以外のレクリエーションレベルの運動は十分楽しむことができ、20年以上にわたる長期間、再手術をすることなく高い生活の質を維持できるハイパフォーマンスな人工股関節の時代になってきていると思われる。

【文献】

1）菅野伸彦．IIインプラントの現状、１．人工関節の成績、４）股関節．整形外科 60:739-744, 2009.

2）Leung SB, Egawa H, Stepniewski A, et al. Incidence and volume of pelvic osteolysis at early follow-up with highly cross-linked and noncross-linked polyethylene. J Arthroplasty. 2007 ; 22(6 Suppl 2) : 134-9.

3）Ries MD, Scott ML, Jani S. Relationship between gravimetric wear and particle generation in hip simulators: conventional compared with cross-linked polyethylene. J Bone Joint Surg Am. 2001 ; 83-A Suppl 2 Pt 2 : 116-22.

4）Bradford L, Baker DA, Graham J, et al. Wear and surface cracking in early retrieved highly cross-linked polyethylene acetabular liners. J Bone Joint Surg Am. 2004 Jun ; 86-A(6) : 1271-82.

5）Williams S, Isaac G, Porter N, et al. Long-term radiographic assessment of cemented polyethylene acetabular cups.Clin Orthop Relat Res. 2008 Feb;466(2) : 366-72.

6）Dorr LD, Wan Z, Shahrdar C, et al. Clinical performance of a Durasul highly cross-linked polyethylene acetabular liner for total hip arthroplasty at five years. J Bone Joint Surg Am. 2005 Aug;87(8) : 1816-21.

7）D'Antonio JA, Manley MT, Capello WN, et al. Five-year experience with Crossfire highly cross-linked polyethylene. Clin Orthop Relat Res. 2005 Dec ; 441 : 143-50.

8）Nakahara I, Nakamura N, Nishii T, et al. Minimum five-year follow-up wear measurement of Longevity highly cross-linked polyethylene cup against cobalt-chromium or zirconia heads. J Arthroplasty (in press).

9）Bierbaum BE, Nairus J, Kuesis D, et al. Ceramic-on-ceramic bearings in total hip arthroplasty.Clin Orthop 2002 ; 405 : 158.

10) Capello WN, D'Antonio JA, Feinberg JR, Manley MT, Naughton M.Ceramic-on-ceramic total hip

arthroplasty : update. J Arthroplasty. 2008 Oct ; 23(7 Suppl) : 39-43.

11) Hasegawa M, Sudo A, Uchida A. Alumina ceramic-on-ceramic total hip replacement with a layered acetabular component. J Bone Joint Surg Br. 2006 Jul ; 88(7) : 877-82.

12) Park YS, Hwang SK, Choy WS, et al. Ceramic failure after total hip arthroplasty with an alumina-on-alumina bearing. J Bone Joint Surg Am. 2006 Apr ; 88(4) : 780-7.

13) Sugano N, Nishii T, Miki H, et al. Mid-term results of cementless total hip replacement using a ceramic-on-ceramic bearing with and without computer navigation. J Bone Joint Surg Br. 2007 Apr ; 89(4) : 455-60.

14) Daniel J, Ziaee H, Pradhan C, McMinn DJ. Six-year results of a prospective study of metal ion levels in young patients with metal-on-metal hip resurfacings. J Bone Joint Surg Br. 2009 Feb ; 91(2) : 176-9.

15) Visuri TI, Pukkala E, Pulkkinen P, Paavolainen P. Cancer incidence and causes of death among total hip replacement patients: a review based on Nordic cohorts with a special emphasis on metal-on-metal bearings. Proc Inst Mech Eng [H]. 2006 Feb ; 220(2) : 399-407.

16) Sugano N, Takao M, Sakai T, et al. Comparison of mini-incision total hip arthroplasty through an anterior approach and a posterior approach using navigation. Orthop Clin North Am. 2009 Jul ; 40(3) : 365-70.

17) Miki H, Yamanashi W, Nishii T, et al. Anatomic hip range of motion after implantation during total hip arthroplasty as measured by a navigation system. J Arthroplasty. 2007 Oct ; 22(7) : 946-52.

18) Hagio K, Sugano N, Nishii T, et al. A novel system of four-dimensional motion analysis after total hip arthroplasty. J Orthop Res. 2004 May ; 22(3) : 665-70.

がん細胞の社会学　～良・悪性を隔てるもの～

奈良県立医科大学・整形外科・講師　朴　木　寛　弥

はじめに

悪性腫瘍は現在でも治療の困難な疾患で、日本人の死亡原因の第1位を占めますが、様々な上皮がんにも増してとりわけ肉腫は非常に治療が困難な疾患と思われます。肉腫治療を困難たらしめる要素として、ここでは3つの多様性を挙げたいと思います。一つは他臓器がんに比して頻度が少ないにもかかわらず、その組織診断が非常に多岐にわたり（inter-tumoral diversity）診断が困難であること、そして肉腫は0歳の新生児から80歳の高齢者に至るまで、しかも全身のあらゆる部位に発生するということ（distributional diversity）が治療を難しくする一因になっていると考えられます。さらに、一つの肉腫を構成する細胞集団は非常に多岐に富んだheterogeneousなものであるということ（intra-tumoral diversity）もその治療を困難にしている大きな一因であると考えられます。

肉腫の治療は、この4半世紀とそれ以前を比べますと、化学療法の導入など集学的治療の進歩に伴い大きく改善したと云えますが、今でも30-40%の肉腫患者さんはその尊い生命を失われており、そこに大きな進展は見られていません。これを克服することが今後の肉腫治療の大きな課題であるものと思われます。

＜Inter-tumoral diversity＞

さて、WHOの骨軟部腫瘍分類[1]では、軟部腫瘍が102種類、骨腫瘍が46種類、このなかにはもちろん良性病変もあるのですが、軟部腫瘍に至っては、intermediateという良性なのか悪性なのかわからない範疇もあって、まず骨軟部腫瘍の難しい点としてその診断（腫瘍の種類）の多様性（inter-tumoral diversity）が挙げられるかと思います。現在のところ、いずれの肉腫も間葉系幹細胞あるいはそこから分化したprogenitorがcell of originと考えられており、そのいずれかに遺伝子変異がおこり正常の分化過程からはずれて腫瘍化するものと考えられています[2,3]。しかしながら、肉腫のおよそ1/3程度が組織起源の不明な腫瘍に分類されています。その代表例がいわゆるMFH（悪性線維性組織球腫）やユーイング肉腫、胞巣状軟部肉腫などで、MFHは現在そのentityそのものの見直しがなされておりWHO分類ではhigh grade undifferentiated pleomorphic sarcomaという様に分類し直されています。いずれにしましても病理診断における多様性が治療の難しさにつながっていると考えられます。近年の診断における進歩としては、特異的染色体転座による融合遺伝子の発現があげられます。これは補助診断あるいは確定診断としてすでに利用されていますし（表1、図1）、将来的にはこれらを標的とした治療法の開発も検討されています。



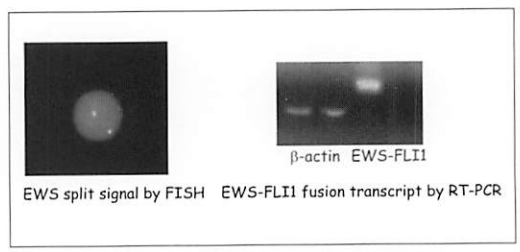


図1.

表1. 代表的な肉腫における融合遺伝子

組織型	染色体異常	融合遺伝子
ユーイング肉腫/PNET	t(11;22)	EWS-FLI1
	t(21;22)	EWS-ERG
胞巣型横紋筋肉腫	t(2;13)	PAX3-FKHR
	t(1;13)	PAX7-FKHR
滑膜肉腫	t(X;18)	SYT-SSX
粘液型/円形細胞脂肪肉腫	t(12;16)	TLS/FUS-CHOP
明細胞肉腫	t(12;22)	EWS-ATF1
骨外性粘液型軟骨肉腫	t(9;22)	EWS-CHN/TEC
胞巣状軟部肉腫	t(X;17)	ASPL-TFE3

＜Distributional diversity＞

次に挙げるのは、年齢・発生部位すなわち時間・空間的多様性 (distributional diversity) です。腫瘍の種類によりそれぞれ好発年齢・好発部位はありますが、同じ範疇の腫瘍であっても、年齢・発生部位により治療法が異なってきます。基本的には、広範囲切除・再建に加え補助療法（化学療法・放射線療法）を追加するかどうかと言うことになるかと思われますが、年齢や発生部位により個々の判断を要します。例えば、四肢発生骨肉腫では、広範囲切除の後、腫瘍用人工関節で再建することが一般的ですが、骨成長の旺盛な10歳を下る年齢の患者さんに果たしてこれを適応することが正しいのか、伸長型人工関節もありますが充分なものではなく議論のあるところと思われます。近年では、化学療法への反応性が良く、骨端軟骨が破壊されていないような症例では、自家処理骨や自家複合組織移植などによる関節軟骨温存手術も試みられるようになっています[4]。また、脊椎や骨盤など根治的切除の困難な例はどのように治療するのが最良なのか全く結論は出ておりません。こういった部位の肉腫に対し重粒子線治療やラジオ波焼灼など手術にかわる治療も適応されつつあります。したがって、年齢や発生部位により様々な治療法を個々の症例で工夫すると云うことが肉腫の治療には必須と言え、このことが治療法の確立を困難なものにしている一因であるものと考えられます。

＜Intra-tumoral diversity＞

肉腫は、先程述べましたように間葉系幹細胞起源と考えられていますが、例えば脂肪肉腫をとりあげますと、その中には非常に成熟した脂肪細胞に近いものから、粘液型のものや未分化な多型性を示すものまであり、それが一つの腫瘍の中に混在することもあります。骨肉腫においても、軟骨形成を示す部分を混在するものがあり、間葉系幹細胞の分化の観点からは一つの腫瘍の中に異なるlineageの混在が見られると云うことになり、このような一つの腫瘍のなかでの細胞生物学的多様性(intra-tumoral diversity)がたとえば化学療法への反応性などに影響する可能性があります[5]。

肉腫を治療する上において、転移という病態は避けて通れないものです。化学療法も完遂し、切断という究極の根治手術を施行したにもかかわらず、数年の無病期間（dormant state）の後に転移を来してくると云うことを臨床の場ではしばしば経験します。どうしてこのような現象がおこるのか現時点では解明されていませんが、このような転移や薬剤抵抗性には上記の細胞生物学的多様性が関連している可能性が示唆されています。

転移のメカニズムは従来decathlon champ（十種競技王者）モデルで説明されてきました[6]。悪性腫瘍は多様性に富んだ細胞群から構成されており、そのheterogeneousな細胞集団の中に複雑な転移過程を全てクリアすることの出来るスーパー細胞（decathlon champ）が存在し、それだけが転移巣を形成出来るというものです。そして、decathlon champを規定する因子の探索が精力的に行われてきましたが、単一の因子でそれを規定することはどうも困難なようです。では、悪性腫瘍における細胞の多様性をもたらすものは何かと云うことになりますが、近年精力的に研究が進められてきましたのががん幹細胞の存在です[7]。

＜Origin of diversity

～Cancer Stem Cell Hypothesis～＞

腫瘍塊を形成する過程を説明するモデルとして、これまでふたつの説が提唱されてきました[8]。一つは、heterogeneousな細胞集団のそれぞれの細胞が腫瘍原生を有するとするstochastic modelで、もう一方は、heterogeneousな細胞集団の中のほんの一部の細胞集団のみが腫瘍原生を有するとするhierarchy modelで、その細胞集団は幹細胞様性質を示すと云うものです。そこからがん幹細胞仮説が提唱され、まず急性骨髄性白血病で、そして様々な癌種でside populationとしての幹細胞様細胞の存在が示されました。がん幹細胞を特徴づける性質として、正常幹細胞にみられる自己複製能、分化能に加え、強い腫瘍原生を有すると云うことが示唆されています。また、薬剤への強い抵抗性を示すことも示されており、がんの薬剤耐性の一因と考えられています。よって、幹細胞様細胞の存在により、細胞生物学的多様性（多分化能）やdormant state（細胞周期休止）、再発・転移、薬剤耐性を有効に説明できる可能性が示唆されています。

肉腫においても、動物種を超えて様々な種類の肉腫において幹細胞様細胞の存在が示唆されており[9-12]、多分化能や薬剤抵抗能が示されています。しかしながら、細胞表面マーカーがある程度はっきりしている白血病や上皮がんに比べ、肉腫幹細胞を特徴づけるマーカーの存在は今のところ同定されていません。先述したように肉腫の細胞起源と考えられている間葉系幹細胞を定義づけるマーカーがまだ整理されていないことも一因であるかと思われます。現時点では、薬剤抵抗性の原因となる因子に対する阻害剤、例えば薬剤排出機構やＤＮＡ修復機構に対する阻害剤などが薬剤抵抗性の克服の一助となる可能性が示唆されていますが[12]、肉腫幹細胞の定義付けが確実に行われれば、それを標的とした治療法の確立が可能になる可能性があります（図２）。

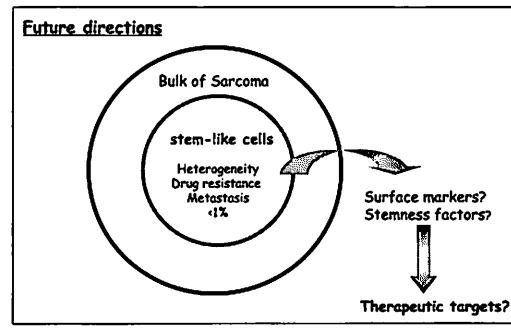


図2.

間葉系幹細胞は肉腫においてはそのcell of originと考えられていますが、正常の造血幹細胞や上皮がんにおいては、その足場（niche）を形作る細胞として分化・増殖や転移に関与していると考えられています[13]。よって、cell of originとしての関与以外に、生体内の間葉系幹細胞が肉腫にどのように関与しているのかを検討することも今後の大きな課題であり、そこから新たな治療標的がみいだされる可能性もあるものと考えられます。

'濁った水の田の稲はよく育つ。'と云われます。水の濁りは、その中で多くの虫たちが動き回る事によりもたらされ、その田の生物多様性を示すものとされます。悪性腫瘍においても、細胞が多様性に富むほど可塑性に富み（易再発性）、ストレスに強く（薬剤抵抗性）、グローバル化（高転移能）するといえるかと考えられます。肉腫を含む悪性腫瘍における細胞生物学的多様性をもたらす因子が解明されれば、それを標的とする治療法の開発がその治療に新たなbreakthroughをもたらすものと期待されると考えます。

< References >
1) Fletcher CDM, Rydholm A, Singer S. Soft tissue tumours: Epidemiology, clinical features, histopathological typing and grading. In: WHO Classification of Tumors. Pathology & Genetics. Tumours of Soft Tissue and Bone. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F (Ed.), IARCPress, Lyon, France

2) Mackall CL, Meltzer PS, Helman LJ. Focus on sarcomas. Cancer Cell. 2 (3), 175-8 (2002).

3) Matushansky I, Hernando E, Socci N, et al. Derivation of sarcomas from mesenchymal stem cells via inactivation of the Wnt pathway. J Clin Invest. 117 : 3248-3257 (2007)

4) Honoki K, Kobata Y, Miyauchi Y, et al. Epiphyseal preservation and an intercalary vascularized fibular graft with hydroxyapatite composites. Reconstruction in metaphyseal osteosarcoma of the proximal tibia: a case report. Arch Orthop Trauma Surg. 128 : 189-193, 2008.

5) Ki N, Yang R, Zhang W, et al. Genetically transforming human mesenchymal stem cells to sarcomas : changes in cellular phenotype and multiliniage differentiation potential. Cancer. Jul 10. (2009)

6) Fidler IJ, Kripke ML. Metastasis results from preexisting variant cells within a malignant tumor. Science 197 : 893-895 (1977)

7) Dalerba P, Cho RW, Clarke MF. Cancer stem cells: models and concepts. Annu Rev Med. 58 : 267-284 (2007)

8) Reya T, Morrison SJ, Clarke MF, Weissman IL. Stem cells, cancer, and cancer stem cells. Nature 414 : 105-111, (2001).

9) Gibbs CP, Kukekov VG, Reith JD, et al. Stem-like cells in bone sarcomas: Implications for tumorigenesis. Neoplasia 7 : 967-976 (2005)

10) Fujii H, Honoki K, Tsujiuchi T, et al. Reduced expression of INK4a/ARF genes in stem-like sphere cells from rat sarcomas. BBRC. 362 : 773-778 (2007)

11) Wu C, Wei Q, Utomo V, et al. Side population cells isolated from mesenchymal neoplasms have tumor initiating potential. Cancer Res. 67 : 8216-8222 (2007)

12) Suvà M-L, Riggi N, Stehle J-C, et al. Identification of cancer stem cells in Ewing's sarcoma. Cancer Res. 69 : OF1-6 (2009)

13) Fujii H, Honoki K, Tsujiuchi T, et al. Sphere-forming stem-like cell populations with drug resistance in human sarcoma cell lines. Int J Oncology. 34 : 1381-1386 (2009)

14) Karnoub AE, Dash AB, Vo AP, et al. Mesenchymal stem cells within tumour stroma promote breast cancer metastasis. Nature. 449 : 557-563, (2007)

学童期の股関節疾患

京都府立医大大学院　運動器機能再生外科学　金　　郁　喆



【はじめに】

学童期の股関節疾患として頻度の高い疾患は単純性股関節炎、ペルテス病、大腿骨頭すべり症などがあるが、いずれも臨床上、早期診断・早期治療が重要である。特に化膿性関節炎、ペルテス病、大腿骨頭すべり症などは診断が遅れると予後不良となり、機能障害も残るため、初診時の整形外科医の的確な診断と適切な初期治療が必要である。

【単純性股関節炎】

Ⅰ．病因

単純性股関節炎は４～10歳の小児に生じる急性の一過性股関節炎で１～２週間の安静で症状が軽快または完治するためTransient synovitis of the hipやobservation hipと呼ばれている。

関節液が多量のときは関節内圧の上昇により骨端軟骨の虚血を生じることがある。原因は風邪などの上気道感染に続発することや軽微な外傷や激しい運動後に発生するが、誘因なく発症することも多くいまだ原因は明らかでない。調査した42症例中36%に先行する上気道感染を認め、33%は激しい運動後に発症していた。残り31%には特に誘因となるエピソードはなかった。

Ⅱ．疫学

学童期の股関節痛や歩行障害を主訴とする比較的頻度の高い疾患である。後ろ向き調査で最終的に単純性股関節炎と診断した42例45股関節では、平均時発症年齢は5.7歳（1～11歳）、男児31例、女児11例、罹患側は右18例、左27例、両側3例であった。

Ⅲ．症状

股関節・大腿・膝関節部痛、股関節の可動域制限、跛行、歩行障害を症状とすることが多いが、発熱を伴うこともある。大腿部や膝部の疼痛だけを訴える場合には診断が遅れることがある。われわれの42症例の調査では跛行90%、患肢荷重不可45%、股関節可動域制限53%、股関節の圧痛30%、Patric test 陽性59%であった。可動域制限は主に屈曲・内旋制限であった。37.5℃以上の発熱は4%に認めた。

Ⅳ．診断

股関節痛、股関節の可動域制限と跛行があり、発熱がなく、血液・生化学検査で炎症所見がなければ学童期の股関節疾患の鑑別診断として、股関節部の滑液包炎、Perthes病、大腿骨頭すべり症との鑑別が重要となる。鑑別には画像診断を必要とするが、単純X線像ではPerthes病の滑膜炎期やすべり症の軽微な場合には判定が困難であり、MRI検査が有用である。関節水腫の判定には超音波診断も簡便で有用である。化膿性股関節炎との鑑別が困難な場合には関節穿刺を行う。42例の調査で採血を行った症例についてはCRP：0.07 ± 0.07 (mg/dl)、WBC：8000 ± 2600個、血沈1時間値：19 ± 9 (mm)であった。単純X線像ではtear drop distance の健患側差は0.5 ± 0.5 (mm)であった。

Ⅴ．鑑別診断

急性化膿性股関節炎（図1）との鑑別が治療上急務である。以下はKocher[1]およびCaird

ら[2] 鑑別診断項目は ①38.5℃以上の発熱、②患肢荷重不可、③血沈≧40mm（1hr）、④白血球≧12000/mm3、⑤CRP＞2.0である。これら5項目のいずれかに該当すれば化膿性関節炎を疑い血液培養、関節液培養・検査を行い、以下の分類で確定診断できる。

① True septic arthritis
関節穿刺液または血液からの細菌検出および関節液中の白血球＞50000/mm3

② Presumed septic arthritis
関節液、血液の培養陰性で関節液中の白血球＞50000/mm3

③ Transient synovitis
関節液、血液の培養陰性で関節液中の白血球＜50000/mm3

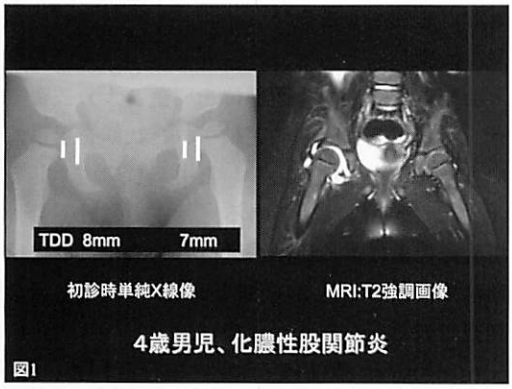


図1

Ⅵ．治療

治療法は歩行可能な場合には股関節の安静、運動制限および二本松葉杖による免荷歩行により症状は改善する。歩行困難な症例では入院させ、下肢の牽引と安静または関節穿刺による水腫除去により急激な除痛効果を得ることができる。調査した42症例では診断後、平均14.6日で症状は消失した。

【Perthes病】

Ⅰ．病因

Perthes病は1910年に時期を同じくしてLegg, Calvé, Perthesらにより初めて報告された。それ以前は感染症、主に関節結核と考えられていたがのちの組織学的検索から無腐性壊死であることが明らかとなった。骨頭阻血の原因は静脈系の鬱滞、骨頭内圧の上昇、血液凝固系異常だけでなく、反復的な骨端部への力学的負荷も要因のひとつと考えられている。

Ⅱ．疫学

6歳前後の活発な肥満傾向にある小児に多く発症する大腿骨頭の阻血性壊死である。男女比は5～10：1で、両側例は10～15%程度である。発生頻度は1～3/100000と比較的まれな疾患である。日本小児整形外科学会のMCS委員会調査[3]では10万人に0.9人であったが、黄色人種では1－3人といわれている。男女比は6：1で、平均診断時年齢は7歳1ヵ月。罹患側は左側に多く、両側例は7.7%であった。家族歴は4.5%に認められた。

Ⅲ．症状

ペルテス病の症状は疼痛、歩行時痛、跛行であり、跛行が最も頻度が高い。股関節部の疼痛よりむしろ大腿部痛や膝関節周辺の痛みを主訴とすることが多く、診断が遅れることが多い。MCS委員会調査では疼痛が主訴であった症例は92%で、56%は股関節、12.5%は膝関節、9.2%は大腿部の疼痛であったが、8%に疼痛の訴えがなかったことは注目する必要がある。歩行時痛は83.3%、跛行は96%に認められた。理学所見としては股関節の可動域制限、特に外旋や外転制限を来たしており、跛行や歩容異常が認められる。

Ⅳ．検査・画像診断

単純X線像では骨頭の前外側部に骨端核の扁平化と関節裂隙の開大が認められる。病早期にいわゆるcrescent signとして軟骨下骨部の骨折線が側面像で骨頭前方に位置して認められる。単純X線像による重症度判定は従来のCatterall分類[4]や近年のHerring分類[5]がある。Herring分類は予後との相関があると報告されている。MCS調査委員会の報告によるとHerring分類ではtypeBが60.9%で、typeCが27.3%であった。また、Herring分類の分布とその判定時期との間には有意な相関を認め(Kruskal-Wallis H test; p=0.008)、時間経過と

ともに骨頭圧潰の程度が高いことが明らかとなった[3]。

②単純X線病期分類（図２）

単純X線像の病期分類で骨頭の壊死から修復にかけて、滑膜炎期、硬化期（壊死期）、分節期、修復期、遺残期の５段階に分類されている。

滑膜炎期：単純X線像で骨頭荷重部の軽度の扁平化と水腫を疑わせる軽度の側方化を認める時期である。一見正常にみえるため、疑わしい場合にはMRI検査を追加する必要がある。

硬化期（硬化期）：骨頭荷重部の明らかな扁平化と関節列隙の開大を認める時期である。骨端核の陰影の増強から硬化期といわれている。骨端外側部の骨吸収がはじまっている。

分節期：骨端部壊死組織の骨吸収が進行する時期で、軟骨下骨に不整像を認める時期である。骨端線も弯曲像や不整像を認める。

修復期（分節期）：骨頭の扁平化が進み、骨吸収が骨端壊死部全般に認められる時期である。辺縁から修復された新生骨を認める。骨幹端にはのう腫形成を認める。

遺残期（残余期）：新生骨による修復が完了して時期である。軟骨下骨の連続性がたもたれ、骨端線の弯曲は遺残するが、不整像は消失している。その後の成長を通じて骨頭のリモデリングがさらに進行する。

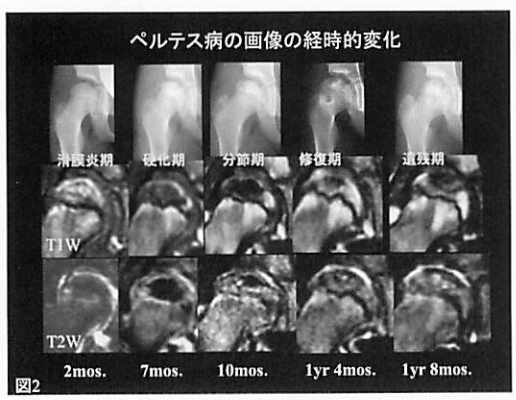


図2

②関節造影検査

近年、MRI検査の普及により、造影検査が回避されていることが多いが、軟骨を含めた骨頭形態やhinged abductionの有無の検査には有用である。また、疼痛の残る症例では離断性骨軟骨炎などによる関節内遊離体の有無軟骨欠損などの検索にも有用である。

③MRI検査（図２）

病早期のMR画像ではT1強調画像で低信号を骨頭の前外側部に認め、病期の進行に伴い発症後３～６ヵ月以内で壊死部全体がＴ１、Ｔ２強調画像ともに低信号域となる。ペルテス病の早期診断から修復過程、予後判定などに有用な検査法であるが、年少児では撮像時間の問題から入眠処置を必要とすることがある。

④骨シンチグラフィー

骨頭壊死部も集積像の有無から壊死を決定できるが、早期診断にはMRIが有用である。しかし、特に手術症例では骨頭壊死部の増悪や遅延などを判定できる。

Ⅴ．治療

治療方法は壊死骨頭部位を臼蓋で十分被覆でき、骨頭が寛骨臼内に完納された状態を手術的にまたは保存的に装具を用いて維持するcontainment 療法である。骨頭の軟骨下骨骨折後に荷重による圧潰を進行させないように早期治療を行うことが重要である。MCS委員会調査ではcontainment療法は92.5%にnon-containment療法は5.1%に施行されていた。治療成績は13歳以上でStulberg分類を行った症例または診断後少なくとも3.5年以上の追跡後にStulberg分類された症例を対象とすると、予後良好なStulberg type Ⅰ とtype Ⅱはそれぞれ25%、44%であり、予後不良なtype Ⅲ、type Ⅳ、type Ⅴはそれぞれ23%、7%、1%であった。Ordinal logistic regression analysisではHerring 分類 と診断時年齢で罹患側（左側良好）であった。

①保存的containment 療法

a. 装具療法

Containment獲得のための外転装具が主流である。良好なcontainmentは外転45度、内旋15度のPetrie type[6]が最適であるが、関節の可動性をある程度許すことで軟骨の栄養ひいては治癒促進につながるとの観点から、両側外

転装具や片側外転装具が作成され、荷重を許す型、完全免荷を図る型がある。しかし、厳密な荷重の管理は患児の疼痛が経過とともに消失しており困難なことが多い。

b. 装具除去後

装具の除去は一般的に単純X線像の側面像で軟骨下骨の連続性が獲得できた時期に行っている。除去後もしばらく慎重な経過観察を行い疼痛や骨頭側方化が進む場合には部分荷重にとどめることもある。

②手術的containment 療法

手術療法によってcontainmentを獲得する治療法である。

術前管理では関節拘縮や可動域制限がある場合には2～3週間の介達牽引を行い、股関節の外転が十分獲得できた時点でX線透視下にcontainmentの良否を確認することが大切である。一般的に行われている手術法は以下のごとくである。

a. 大腿骨内反骨切り術

大腿骨転子部での内反骨切り術である。約30度程度の内反をつけ、骨頭を臼蓋内に完納させる。術前には牽引療法をおこなって、十分に股関節の外転可動域を改善させておく必要がある。

b. Salter 骨盤骨切り術

Salter骨盤骨切り術が一般的である。骨きり遠位部の骨片を恥骨結合部を軸として前外側に引き出し、骨頭を被覆する治療法である。

c. Triple 骨盤骨切り術

腸骨・恥骨・坐骨を骨切りして骨頭の三次元的被覆を獲得する手術である。骨頭変形の大きな重症例に有用である。

d. 大腿骨頭回転骨切り術[7]

扁平化した骨頭部を回旋させ、後方内側の球形な骨頭を荷重部に移動させる手術である。

e. 大腿骨外反骨切り術

骨頭の高度に扁平化した症例で内側下方の球形な部分を荷重部に移動させる、外反骨きり術である。一般的には修復の期待できない遺残期に行われるサルベージ手術である。

⑥大転子下降術

成長終了後に大転子高位となり、中殿筋不全による鈍痛や易疲労性対して行う手術である。

Ⅵ. 後療法

手術療法にもよるが、骨きり術後は下肢を2～3週間牽引して安静をはかり、以後可動域訓練を行い、6～8週で部分荷重を開始し、強固な骨癒合が獲得できる10週～12週で全荷重させる。

Ⅶ. 合併症

①脚長差

保存療法では2cm以上の脚長差を生じさせることはない。手術療法でも保存療法に比較して脚長差や可動域制限をきたしやすいが、脚延長など新たな手術を必要とする症例はない。

②離断性骨軟骨炎

疼痛の再発や持続する症例では念頭に置く必要がある。

③変形性股関節症

壮年期になって骨頭変形による関節症変化が出現するが、変形の程度によっては青年期でも関節症性変化をきたすことがある。人工股関節全置換術が適応となることが多い。

【大腿骨頭すべり症】

Ⅰ. 病因

病因は明らかでない。10歳以上の思春期の男児に多く、女児では初潮以後の発症がないことから内分泌異常が関与していると推測される。内分泌異常として甲状腺機能低下症、性腺機能低下症、副甲状腺機能低下症[8]、副腎皮質機能低下症の症例報告あるが、性ホルモンや成長ホルモンの分泌量に異常がなくても、その量的バランスが問題とする説もある。骨端軟骨の脆弱性を基盤としてスポーツや軽微な外傷で骨端軟骨に破断が生じる。破断部位は骨端軟骨の石灰化層近傍の肥大細胞層で生じている[9]。血液・生化学検査において異常を認めない症例も多い。

Ⅱ. 疫学

一般的に発症率は好発年齢人口10万人において欧米では2～10人、日本での発生率は人

口10万人あたり0.2～0.3人である。近年行われた、日本小児整形外科学会MCS委員会の報告[13]では10万人中3人である。一般的に好発年齢は男が11～12歳、女が10～11歳である。男女比は2～5：1。両側例は内分泌異常のない症例では10%といわれているが、内分泌異常の明らかな症例では20～60%とやや高い。本邦のMCSでは両側例発症は全体で25%であった。

Ⅲ. 症状

体型は50%近い患児において肥満型で、約10%に痩身の高身長を認める。症状は股関節痛、大腿部痛、膝部痛を訴えて、跛行を伴うか、あるいは起立や歩行不能となって来院することが多い。症状としては股関節だけでなく、大腿部や膝部に痛みを訴えることが多く、診断が遅れることもある。患側の下肢は外旋位をとり、股関節の内旋、屈曲、外転が制限される。大腿骨骨端部が後内方に転位しているため、股関節を屈曲させると下肢が外転・外旋位をとる(Drehmann徴候)。発症時に歩行不能な症例はunstable type、跛行や疼痛はあるが歩行可能な症例はstable typeと分類される。また、発症の経過によりpreslip type, acute type, acute on chronic type , chronic typeの4型に分類されている。acute typeやacute on chronic typeではランニングなど比較的軽微な運動や自転車走行中の転倒で急激な股関節痛を訴え、起立・歩行困難となることが多い。chronic typeでは数ヵ月にわたって股関節部、臀部、大腿部、膝関節部などに軽度の疼痛があり、運動時に増悪して跛行をきたすことがある。股関節痛はchronic typeでは約半数であり、大腿部痛や膝部痛を主訴とする症例が多いため、初診時の的確な診断が重要である。実際、chronic typeの診断率は本邦や欧米ともに約30%と低率である。

Ⅳ. 検査・画像診断

① 単純X線検査

正しい診断と正確なすべり度の評価には正確な股関節の単純X線正面・側面像が必要である。すべり度はPTA (posterior tilting angle) として角度で評価する。発症初期には疼痛のため、正確な股関節撮影肢位がとれないことがあり、X線透視下に主治医が撮影することが望ましい。下肢の牽引後に疼痛が軽減してから撮影することも重要である。Preslip typeで軽度のすべりがある症例では診断が困難であるが、軽度のすべり症では単純X線正面像での① epiphyseal height、② methaphyseal branch sign、③ Trethovan sign、側面像での④ Capener signなど（図3）を見逃さないことが重要である。acute typeやacute on chronic typeでは不安定なため、骨端部の転位を増大させないよう慎重に撮影することが大切である。下肢は外旋しており、単純X線像で膝蓋骨が正面となるよう注意する必要がある。側面像ではLauenstein肢位で頚部軸が明瞭となるよう撮影する必要がある。正面像ではhead-shaft angleを計測して骨端部の内反の程度を、側面像ではposterior tilting angleを計測して骨端部の後方傾斜の程度を決定する。

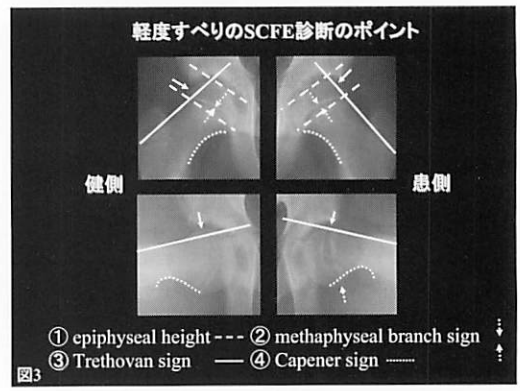


図3

①関節造影検査

近年はMRI検査が普及したため、関節造影検査の必要性は低下しているが、転位の大きな症例や軟骨溶解が疑われる症例では検査を必要とすることもある。

② MRI検査

術前の診断や術後の骨頭壊死の精査には重要な役割をはたす検査である。preslipのように単純X線像で診断がむずかしい症例では、骨端軟

骨部の開大、骨端部の浮腫を認め、診断が確定できる。また、診断時の骨端部の転位度、関節液や出血の貯留を判定できる。術後では一般的にＴ１強調画像、Ｔ２強調画像ともに低信号をしめす壊死部の有無を確認するために有用である。

③骨シンチグラフィー

大腿骨頭壊死が疑われた場合施行する。壊死部に集積がないことで確認できるが、時期によっては修復像と判定がむずかしいことがある。

④超音波検査

非侵襲的で有用な検査法である。発症時の股関節の血腫の程度や、転位して前方に突出した骨幹端部の有無や程度、経時的変化を検討できる。

⑤股関節鏡検査

一般的には行わないが、転位の大きな症例で滑膜炎の持続する症例や軟骨溶解の症例では骨膜炎の性状、骨幹端部を覆う修復軟骨や線維組織の程度、関節軟骨の変性を判定できる。治療として滑膜炎持続例では増殖滑膜の切除や関節内洗浄ができる。

⑥内分泌学的検査

その後の健側の発症の可能性や治療方法・期間および予後と関連するため、下垂体ホルモン、副甲状腺ホルモン、成長ホルモン、性ホルモン、糖代謝異常の有無など骨端軟骨に関与するホルモン因子の有無を明らかにする必要がある。

Ⅴ．治療

手術療法が必要となるが、PTA の程度によりその手術術式はことなる。従来から一般的にはPTA が 30 度未満の場合の軽度すべり症ではin situ pinning を、PTA が 30 度以上 70 度未満の中等度すべり症ではInhauser 法、Southwick 法などの三次元矯正骨切り術、PTA が 70 度以上の高度すべり症では大腿骨頭下頚部楔状骨切り術、や大腿骨頭回転骨切り術[7] であるが、近年の手術適応が変化し、in situ pinning の適応角が拡大されてきた。PTA が 50 度近い値でも in situ pinning が行われているが、骨端線閉鎖後のリモデリングの限界やFAI など今後の問題が残る可能性がある。刺入ピンは１本（安定型）か２本（不安定型）のcannulated screw 固定で十分である。PTA が高度な場合には転子部での三次元的矯正骨きり術、Kramer 変法、または、大腿骨頭前方回転骨切り術を施行する。

Ⅶ．合併症

①軟骨溶解

傷害をきたした関節軟骨や露出した骨幹端の骨髄から軟骨溶解の機序をひきおこすなんらかのサイトカインが分泌され、かつ力学的負荷により発生すると考えられるが、その原因は明らかではない。手術例には術後数ヵ月で生じることがあり、高度の転位例や pinning での関節軟骨部への貫通症例に多いといわれているが、保存療法でも生じることがある。単純Ｘ線では関節列隙の狭小化や不整像を認めるが、関節牽引や免荷の徹底、関節可動域訓練を行って、回復する症例があるが、骨頭壊死に移行する症例も報告されている。

②大腿骨頭壊死

大腿骨頭の後内側にある皮膜下動脈の損傷によるといわれている。すべり時に損傷されたり、暴力的な整復操作、手術時の損傷により発生するが、治療後１年経過して骨頭の圧潰を認めることが多い。骨切り術では転子間で１～10%、骨頭下頚部で 15～40%と高頻度に発生する。圧潰が生じた場合にはペルテス病に準じた治療を行って、厳重な完全免荷を徹底させることが必要である。

③脚長差

In situ pinning や骨切り術では骨端軟骨の早期閉鎖と、骨切りによる短縮が生じて脚長差をきたす。発症時年齢によるが一般的には２cm 以下のことが多い。３cm 以上の脚長差では歩容以上ならびに隣接関節の関節症や腰痛の発症が危惧され、脚延長が必要となることもある。

④変形性股関節症

関節適合性不良の場合には股関節症を生じることがあり、可及的に関節適合性を良好にする

必要性がある。補正手術としてChiari骨盤骨切り術が行われることもある。変形性股関節症のなかには見過ごされたすべり症が原因との報告もある[11]。

文献

1) Kocher MS, et al .: Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children. J. Bone Joint Surg. A-81 ; 1662-70, 1999.

2) Caird MS, et al. : Factors distinguishing septic arthritis from transient synovitis of the hip in children. A prospective study. J.Bone Joint Surg. A-88 ; 1251-7, 2006.

3) Kim WC, et al. : Multicenter study for Legg-Calve-Perthes disease in Japan, J. Orthop. Sci. 11 ; 333-41, 2006.

4) Catterall A. : The natural history of Perthes' disease. J.Bone Joint Surg.B-53 ; 37-53, 1971.

5) Herring JA, et al. : The lateral pillar classification of Legg-Calvé-Perthes disease, J. Pediatr. Orthop. 12 ; 143-50, 1992.

6) Petrie JG, et al. : The abduction weight-bearing treatment in Legg-Calvé-Perthes' disease. J. Bone Joint Surg. B-53 ; 54-62, 1971.

7) 杉岡洋一：大腿骨頭回転骨切り術と新しい外販骨切り術．整形外科MOOK増刊，金原出版，2B；96-101, 1993.

8) Jingushi S, et al. : Deficiency of a parathyroid hormone fradment containing the midportion and 1, 25-dehihydroxyvitamine D in serum of patients with slipped capital femoral epiphysis. J. Pediatr. Orthop. 17 ; 2116-19, 1997.

9) Lorder RT, et al.: Acute slipped capital femoral epiphysis : the importance of physeal stability. J. Bone Joint Surg. A-75 ; 1134-40, 1993.

10) Noguchi Y, et al.: Epidemiology and demographics of slipped capital femoral epiphysis in Japan : a multicenter study by the Japanese Paediatric Orthopaedic Association. J.Orthop. Sci. 7 ; 610-7, 2002.

11) Goodman DA, et al.:Subclinical slipped capital femoral epiphysis: Relationship to osteoarthrosis of the hip. J. Bone Joint Surg. A-79 ; 1489-97, 1997.

関節リウマチにおける関節破壊機序とその対策

近畿大学医学部奈良病院整形外科・リウマチ科　宗　圓　聰

1．関節リウマチにおける関節破壊

①関節破壊機序

関節リウマチ（RA）における単純X線上の変化として最も早期に出現するのは傍関節性骨萎縮であり、それに続いて骨破壊や軟骨破壊が出現する。骨破壊のメカニズムとして、滑膜炎に起因するパンヌスによる破壊、破骨細胞の分化・活性化（osteoclastogenesis）、骨粗鬆化、の3つがあるが、いずれのメカニズムにも破骨細胞が関与している。パンヌスの増殖には炎症性サイトカイン、T細胞、B細胞が関与するとともに、osteoclastogenesisおよび骨粗鬆化にも炎症性サイトカインは関与する。これらのことより、RAにおける骨破壊は炎症性サイトカインあるいは破骨細胞のコントロールにより抑制できる可能性がある。一方、軟骨破壊はパンヌスに起因するマトリックスメタロプロテアーゼによる破壊が主であり、こちらは炎症のコントロールがより重要であるといえる。

② 炎症と関節破壊

従来型の抗リウマチ薬（DMARDs）では炎症活動性のコントロールが得られれば骨破壊の抑制もある程度得られること、寛解状態の患者から得たT細胞と単球の混合培養では破骨細胞は形成されないこと、などから炎症と骨破壊は連動すると考えられてきた。ところが、生物学的製剤の登場によって炎症活動性がコントロールできなくても骨破壊抑制効果があることが示され、さらに、注射ビスフォスフォネート製剤であるゾレドロネートや抗RANKL抗体であるデノスマブにより炎症活動性や軟骨破壊はコントロールできないものの骨破壊は抑制できることが示された。このようなことから、RAの骨破壊は炎症と無関係に破骨細胞のコントロールにより抑制できることが明らかとなったが、軟骨破壊の抑制には炎症のコントロールが必要であることも示された。



2．各種薬剤の効果

①非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）

NSAIDsはシクロオキシゲナーゼ（COX）の抑制によりその効果を発揮する。COXには生理的な作用に関与し恒常的に発現しているCOX-1と炎症刺激により炎症担当細胞に発現誘導されるCOX-2があるが、COX-2はRANKL発現の誘導を介して破骨細胞の分化、活性化を促進する。破骨細胞の活性化、アジュバント関節炎における骨破壊や骨粗鬆化に対してCOX-2選択的阻害薬であるセレコキシブは抑制的に作用することが示されている。我々の臨床データにおいてもセレコキシブはRA患者において骨吸収マーカーの有意な減少効果が示されており、COX-2選択的阻害薬には骨破壊抑制効果が存在する可能性がある。

② DMARDs

DMARDsのうち、中心的な薬剤はメトトレキサート（MTX）であることは間違いがない。ただし、MTXにても寛解導入できている症例のみで関節破壊の十分な抑制効果が発揮できることが明らかとなっている。タクロリムスは骨吸収抑制効果と骨形成促進効果があることが知られており、コラーゲン関節炎において骨密度の増加と骨破壊抑制効果が得られることが示されている。

③ 生物学的製剤

現在我が国で使用可能な薬剤は抗TNF製剤であるインフリキシマブ、エタネルセプト、アダリムマブと抗IL-6製剤であるトシリズマブがある。これらの製剤はいずれも優れた関節破壊抑制効果が示されており、臨床的有効性は約70%、寛解導入は約50%、ドラッグフリーの寛解は約20%である。ただし、優れた関節破壊抑制効果を得るためにはMTXとの併用が望まれ、併用することにより必ずしも寛解状態になくても関節破壊抑制効果は得られることが明らかとなっている。

④ステロイド

以前から早期例に対して使用することにより関節破壊抑制効果があることが示されてきたが、長期に使用すると骨粗鬆化の問題やステロイドによってCRPが低下、陰性化した患者でも身体活動性は悪化する問題もある。一度ステロイドを開始すると中止することは困難であり、現時点でステロイドを使用するメリットは不透明といわざるを得ない。

3．関節リウマチの治療方針

RAの治療のキーワードとして、windows of opportunity、treat to target、tight controlなどが挙げられる。すなわち、RA患者の関節破壊を十分に抑制するためには早期診断、早期治療が必要である（windows of opportunity）。さらに、治療目標の設定と目標を達成するための治療方針（treat to target）や短期間での効果判定と治療方針の再検討（tight control）も必要である。

現在診断に用いられている米国リウマチ学会（ACR）の分類基準は早期診断には不適当であるが、グローバルに確立された早期診断のための診断基準はないことが問題である。治療目標として、hierarchyの低いものから、臨床的寛解、構造的寛解、機能的寛解、完全寛解、ドラッグフリー寛解が挙げられる。第一の治療目標は臨床的寛解であるが、DAS28を用いた寛解基準としてDAS28ESRで2.6未満、DAS28CRPで2.3未満とされる。少なくとも低疾患活動性（DAS28ESRで3.2未満）を得ることが最低限の治療目標と考えられている。構造的寛解の基準はtotal Sharp scoreで0.5以下、機能的寛解の基準はHAQで0.5以下とされる。これらが全て満たされた場合を完全寛解とし、さらに薬剤を中止できた場合がドラッグフリー寛解である。

2002年のACRのガイドラインでは、第一選択薬剤はMTXを中心とするDMARDsで、3ヶ月で治療効果の判定を行い、MTXが使用されていなければMTXに変更し、使用されていれば生物学的製剤を含む変更や併用を考慮するとされた。2008年のACRの推奨では、疾患活動性と予後不良因子を考慮して、第一選択として抗TNF療法を行う可能性も示された。我が国においては、MTXですら他のDMARDsで効果不十分の場合のみ使用可能である。生物学的製剤については、もちろん他の薬剤で効果不十分の場合で、基本的には圧痛関節数が6個以上、腫脹関節数が6個以上、CRPが2.0mg/dl以上あるいは赤沈値が28mm以上の3項目を満たす例を対象とされるが、全例調査の終了したインフリキシマブとエタネルセプトについては、これらを満たさなくても、画像検査において進行性の骨びらんを認める例やDAS28ESRが3.2（中疾患活動性）以上の例には使用可能とされる。

いずれにしても、活動性や予後不良因子を考慮して、積極的なDMARDsや生物学的製剤の使用により最低限臨床的寛解を目指し、頻回に疾患活動性のチェックを行い治療方針の見直しを考慮することが望まれる。どの疾患においても最も崇高な治療目標は生命予後の維持、改善であるが、現時点でRAに対する薬物療法のうち、生命予後の改善効果が示されているのはMTXと抗TNF製剤であり、ステロイドについては生命予後の悪化が確認されている。

4．関節リウマチにおける骨粗鬆症の対策

RAにおける骨粗鬆症およびステロイド性骨粗鬆症に対して明らかな骨折予防効果が確認されているのはビスフォスフォネート製剤であり、積極的な使用が望まれる。

骨粗鬆症性椎体骨折の診断と治療

大阪市立大学整形外科　中村博亮



(はじめに)

骨粗鬆症の有病者率は本邦ですでに1000万人を超えたといわれている。骨粗鬆症に骨折が合併した場合、臨床的に問題となるが、椎体骨折は併発する骨折の中では最も頻度が高い。この椎体骨折には、疼痛を伴わないX線上の形態変化から判定される骨折も含まれているが、われわれが治療にあたるのは疼痛を伴う臨床骨折である。今回、この骨粗鬆症性骨折の診断とわれわれが行っている椎体形成術について詳述したい。

(新鮮骨折の診断)

骨粗鬆症性椎体骨折が陳旧性のものか新鮮骨折かを診断することは、かならずしも容易ではない。吉田や杉田らは単純X像から椎体骨折の形態を分類している[1)2)]。Pham[3)]らは、新鮮椎体骨折の診断は複数回の単純x線所見、骨シンチ、MRI所見から可能であると述べているが、特にMRIではT1で低信号、T2で高信号を呈する椎体内における帯状の均一な信号変化あるいはT1でもT2でも低信号を示す椎体縁に平行な信号変化としている。一方、中野ら[4)]は臨床症状から1.急性の腰背部痛の発生がある。2.体動時痛が強いが、自発痛はないかごく軽度3.叩打痛の存在を新鮮骨折のサインとし、MRIではT1強調像で1.椎体の一部あるいはほぼ全体が低信号域であり、低信号域は椎体の前壁から後壁に及んでいる事、2.低信号域と正常域との境界は細かく入り組み、かつやや不鮮明である事、3.STIR像で椎体全体が高信号域になる事と報告している。われわれの多施設前向き観察研究では、MRIにおけるT1強調像で椎体内には全例低信号変化がみられたが、T2強調像では様々な変化がみられ、新鮮骨折の診断にはT1強調像における変化が有用であることが示唆された[5)]。

(偽関節の診断)

骨折後一定期間経過後、骨癒合が遅延し偽関節が形成されると、遷延化する強い疼痛や遅発性神経障害の原因になる[7)-9)]。偽関節の診断は受傷後3～6ヶ月経過し、動態レントゲン側面像、特に臥位後屈像と立位前屈像とで前方椎体高に明らかな差のあるもの、MRI T2強調画像において椎体内に液体成分の貯留の確認ができるものとされている[10)-12)]。

(低侵襲性椎体形成術の実際)

疼痛が発生後3カ月以上経過した偽関節症例を適応とする。全身麻酔下（可能であれば低血圧麻酔下）に、4点支持フレーム（Hall frame）を使用し、腹臥位で行う。この体位をとる事によってある程度の椎体の変形矯正が得られる。

1）アプローチ

イメージ透視下に罹患椎の椎弓根を同定する。その背側部に約2 cmの小皮切を加えた後、MED（micro endoscopic discectomy）用ダイレーターで筋層間を展開し椎弓後面に到達する。10ccのプラスチック注射筒を創部の深さにあわせて切断し、レトラクターのかわりに設置する。再度、イメージ透視下に椎弓根部を同定し、オウルにて開孔する。ついでイメージ透視を側面像に変更してペディクルプローブで椎

椎弓根から椎体内に到達する。タッピングを行い椎弓根部の孔径を拡大する。同様の操作を反対側椎弓根にも行う。(図１)

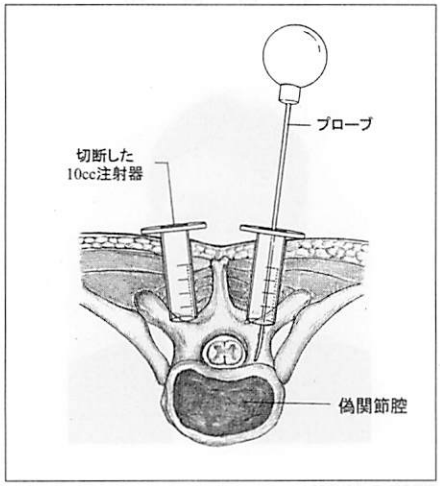


図1.

２）バルーン挿入・椎体矯正

両側の経椎弓根椎体開通孔に連続性がある事を確認するため片側から生理食塩水を注入し、反対側の孔からの流出を確認する。この流出があれば両側の椎弓根孔が、椎体内の偽関節腔を通じて交通したことを示す。その後、片側より経椎弓根的に８Ｆｒウロマチックバルーンを椎体内に挿入し、イソビストの注入によってバルーンを膨らませ、バルーンの位置、膨大状況、椎体高の増大をイメージ下に観察する。(図２)

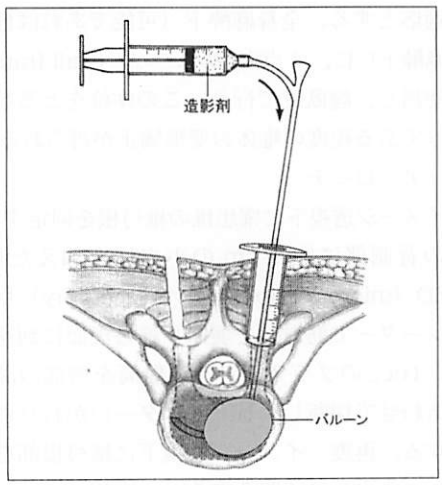


図2.

３）内視鏡挿入・椎体内掻爬

バルーンを抜去して膝関節鏡に用いる30°の斜視鏡を片側椎弓根から挿入し、対側椎弓根孔から鉗子を入れ、鏡視下に偽関節腔内肉芽組織を可及的に掻爬する。以上の操作を対側椎弓根からも行う（図３)。

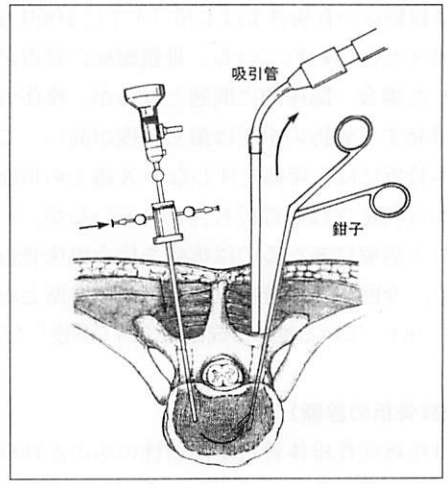


図3.

４）椎体造影、ＣＰＣ挿入

イソビストを椎体内に直接注入しイメージ下に椎体外への漏れが無いことのを確認した後、専用セメントガンを用いて、CPC を挿入し手術を終了する。CPC は、粉剤 12 g に対して液量 2.8 ～ 3.0ml とし、通常より粘度を上げて使用する。

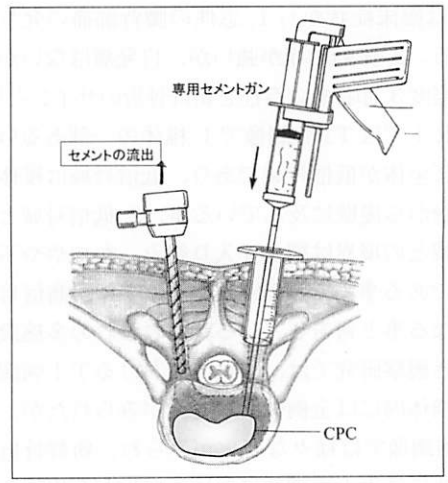


図4.

手術成績

1） 症例

今回の報告の対象は、骨粗鬆症性椎体骨折後の偽関節例36症例、39椎体で、性別の内訳は男性12例、女性24例であった。また手術施行時年齢は56歳から87歳、平均74.5歳、骨折後疼痛が発現してから、手術的加療を行うまでの期間は、3ヶ月から14ヶ月平均7.0ヶ月であった。また対象偽関節症例の骨折レベルはT9:2例、T11:2例、T12:14例、L1:12例、L2:6例、L3, L4, L5がそれぞれ1例であった。

下肢神経症状特に筋力低下が明らかに存在する場合は、椎体形成術に加えて後方からの除圧とインストルメンテーションを施行し、背部痛と下肢の知覚障害があっても筋力低下が認められない場合は椎体形成術のみをおこなった。この治療方針の下、36例中10例にはインストルメンテーションを併用し、26例には椎体形成術のみを施行した。

手術時間は、椎体形成術単独群で平均173分、インストルメント併用群で358.0分、出血量はそれぞれ159.8ｃｃと595.5ｃｃであった。

2） 結果

術前の疼痛は10点法のVisual Analogue Scale(以下VAS)で、単独群7.4、インストルメント併用群6.8で、単独群で強い疼痛がみられたが、それぞれ本法により2.4と2.2に有意に改善した。椎体楔状角の前後屈による可動角は単独群で16.8度、併用群で12.1度、骨折椎体の隣接椎体に対する椎体高比率はそれぞれ51.7%と48.4%であった。本法によって椎体高比率は、単独群で72.2%に併用群で78.4%に改善した。術後1年目における矯正損失について検討すると、椎体形成術単独群で1年後には64.8%と7.4%の矯正損失を認めた。インストルメント併用群では、75.5%と2.9%にとどまった。椎体形成単独群において、椎体高比率の術後1年目までの経時的変化を観察すると、矯正損失は術後1ヶ月目の時点で観察され、それ以後の損失は認められなかった。

考 察

CPCは血液の混入によって硬化体の力学的強度が低下すると報告されているが[13]、生体内での硬化状況の詳細は不明である。椎体内での無血野の獲得は不可能であるため、CPCの硬化を促すには注入前に充分に腔を形成し、セメント注入直前まで生食による同部の洗浄を行う事、またバルーンを膨らませることによる可及的圧迫止血が必要と考える。また、充分な腔の形成により、CPCの低圧注入が可能となり、高圧注入に伴う椎体外へのセメントの漏出や、後壁骨片の脊柱管内への突出を予防でき、また偶発する肺塞栓症の予防にも有効である。また、高齢者椎体骨折による局所後彎変形は頑固な腰背部痛の原因となることがあり、可及的に良好な脊柱アライメントを保持することは上下椎体の骨折の発生の予防に重要である。

関節鏡を応用し鏡視下に椎体内偽関節内壊死組織の掻爬を行うことで、骨伝導能を持つCPCと母床骨を直接結合させれば、早期に椎体安定性が獲得でき、矯正の保持に有利である。本法では、特殊な器具を用いず、また、汎用されているウロマチックバルーンカテーテルを使用して椎体高の開大と腔の作成を計った。短期成績であるが、本法は骨粗鬆症性椎体骨折偽関節例に対して有用な手技であるであった。今後は、さらに利便性を高めるための椎体内掻爬器具の開発や骨形成因子の付加による骨癒合促進などが課題となる。

文献

1) 吉田徹、見松健太郎. 高齢者脊椎圧迫骨折の保存治療ー早期診断と経過予測ー, 骨・関節・靭帯 2005 ; 18(5) : 395-401

2) Sugita M,Watanabe N, Mikami Y, Hase H, Kubo T. Classification of vertebral compression fractures in the osteoporotic spine. Spinal Disord Tech 2005 ; 18 : 376-381.

3) Pham T, et al "Occult" osteoporotic vertebral fractures. Vertebral body fractures without radiologic collpase. Spine 2005 ; 21 : 2430-2435.

4) 中野哲雄. 特集 骨粗鬆症性脊椎骨折ー診断、治療の最前線ー. 骨粗鬆症性脊椎骨折の診断と自然経過. 脊椎脊髄ジャーナル 2009 ; 22(3) : 231-239.

5) 中村博亮、辻尾唯雄、寺井秀富ほか. 骨粗鬆症性椎体骨折後偽関節発生に関与する予後不良因子についてー多施設前向きコーホーと研究ー 臨床整形外科 2008 ; 43(4) : 309-314.

6) 中村博亮、辻尾唯雄、寺井秀富ほか. 骨粗鬆症性椎体骨折儀関節発生の予測因子. Osteoporosis Japan 2009 ; 17(2) : 47-51.

7) GOLD DT. The clinical impact of vertebral fractures quality of life in women with osteoporosis. Bone 1996; 18: 185S-9S.

8) Silverman SI. The clinical consequences of vertebral comopression fracture. Bone 1992 ; 13 : S27-31.

9) Ito Y, Hasegawa Y, Todo K, Nakahara S. Pathogenesis and diagnosis of delayed vertebral collpase resulting from osteoporotic spinal fracture. Spine J 2002 ; 2(2) : 101-6.

10) Hasegawa K, Hommma T, Uchiyama S, et al. Vertebral pseudoarthrosis in the osteoporotic spine. Spine 1998 ; 23 : 2201-2206.

11) Kim DY, LeeSH, Jang JS, et al. Intravertebral vacuum phenomenon in psteoporotic compression fracture: report of 67cases with quatitative evaluation of intravertebral instability. J Neurosurg. Spine 2004 ; 100 : 24-31.

12) Hashidate H, Kamimura M, Nakagawa H, et al. Pseudoarthrosis of vertebral fracture : radiographic and characteristic clinical features and natural history. J Orthop Sci 2006 ; 11 : 28-33.

13) 武者芳朗ほか：リン酸カルシウム骨セメントへの血液混入の影響に関する検討. 整形外科, 55(2) : 227~232, 2004.

脊椎外科における画像診断のPitfall

京都大学大学院医学研究科感覚運動系外科学講座
整形外科学　根尾昌志

A：日常診療における画像診断のPitfall

脊椎外科ではどうしても手術に目が行きがちだが、整形外科の中でも診断の比重が高く、かつそれが難しい分野である。脊椎外科専門外来を担当していると、いろいろな先生方からご紹介、手術依頼を受ける。そのような中で、画像診断に関して日ごろ感じていること、見逃されやすいこと、陥りやすい思い込み、などについて具体例を挙げながら述べさせていただいた。以下は、その要点である。

1．問診と理学所見をおろそかにするな

まず、的確な画像診断のためには、適切な画像検査法、検査部位を選択することが必須である。紹介患者の中で最も多いのが、胸椎疾患の見落としである。日常の外来で遭遇することはあまり多くはないかもしれないが、脊髄レベルであるため診断の遅れが取り返しのつかないことになることもある。下肢反射の亢進、下肢近位筋力の低下、何か腰椎とは違った非定形的な訴え、胸椎部の叩打痛、などが重要である。下位胸髄圧迫が腰椎MRIの端に見えているのに、見逃されていることも多い。常に胸椎疾患の可能性を頭の隅においておくことが大切である。

2．MRIだけに頼るな

今やMRIは脊椎疾患の診断の中心に位置する。スクリーニング検査としての第一選択であることも論を待たない。しかし、特に手術法、手術範囲に関してはMRIだけで診断することはできない。動的因子、機能的因子の診断ができないからである。各椎間や圧迫骨折椎体内の不安定性を見る機能写、神経圧迫の動的影響を見る脊髄造影、画像所見と実際の症状との整合性を確認する神経根ブロックなどを駆使して診断する必要がある。紹介時にはそれらの情報が重要



なことも多いので、あれば必ずMRIと一緒に持参させていただきたい。

3．再検査を厭うな

初回検査ではわからなくても、検査を繰り返すことにより診断がつくことがある。初回には診断できなかった椎体骨折、転移性腫瘍、感染など重大な疾患が見つかることも多い。初診時加齢変化と診断されたまま漫然と保存的治療がなされ、かなり重篤な症状が出現してから紹介されてくる症例も多い。私自身は、4週間以上続く、または悪化する頚部痛、腰痛、上肢痛、下肢痛では、初診時に特に問題ないと考えても再度レントゲンやMRIを撮るようにしている。その時に、漫然と同じオーダーをするのではなく、理学所見から疑われる病態を明らかにしたり、あるいはある病態を除外したりするために、検査法や撮影条件、方向、部位、などを細かく指定してオーダーするべきである。一回の検査では診断できないこともあることを、最初に患者に説明しておくのも重要である。

4．画像の端も見よう

腰椎MRIの胸腰椎移行部、頚椎MRIの頭頚移行部などは、写っているのに病変が見逃されることが多い（図1）。腰椎MRIに写っている

下位胸椎OYLなどは良く見落とされている。また、脊柱管正中部だけでなく外側を見ると、椎間孔、椎骨動脈などの情報が得られる（図2）。これらの情報を見落とさないためには、ある程度意識して「端を見る癖をつけておくこと」が必要である。

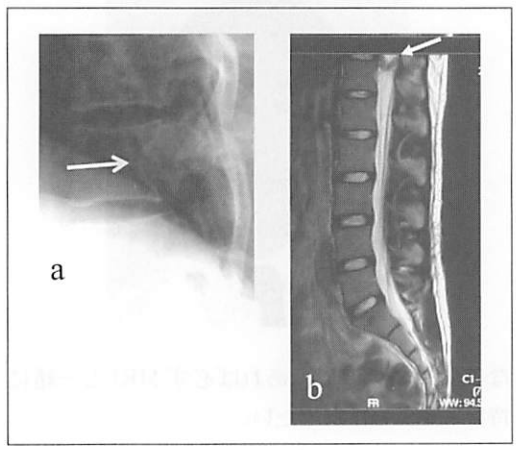


図1.
a:T11椎体レントゲン側面像、b:腰椎MRI T2強調画像。23歳、男性。T11レベルの巨大硬膜内髄外神経鞘腫。7年前から腰痛出現、2年前から腰痛増強、左足しびれあり。この間、数か所の医療機関で腰椎のレントゲンやMRI検査を受けるも、矢印のT11椎体scallopingやMRIの端に移った腫瘍陰影に気づかれていなかった。

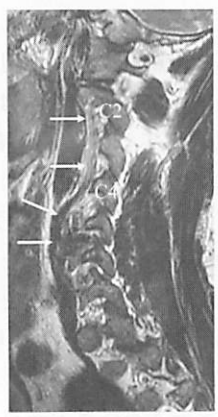


図2.
頚椎MRI T2強調画像。
44歳、男性。C5/6のOPLLに対して前方除圧固定術を施行した。術前両側の椎骨動脈（矢印）がC4から横突孔に入っている変異があることに気づき、CT angiography で再確認した。手術時アプローチに際し、不用意に横突起前方にある椎骨動脈の損傷を起こさないよう注意した。

5．一つの所見に目を奪われるな

これは脊椎の診断に限ったことではないが、一つの所見に目を奪われると他が見えなくなる。例えば、腰部脊柱管狭窄症に合併した馬尾腫瘍などである（図3）。時には、画像の中心にある所見を見落としてしまうことさえある。これに関しても、「たとえはっきりした所見があっても、ある程度順番を決めて全体を見る癖をつけておく」ことで見逃しを防ぐことができる。

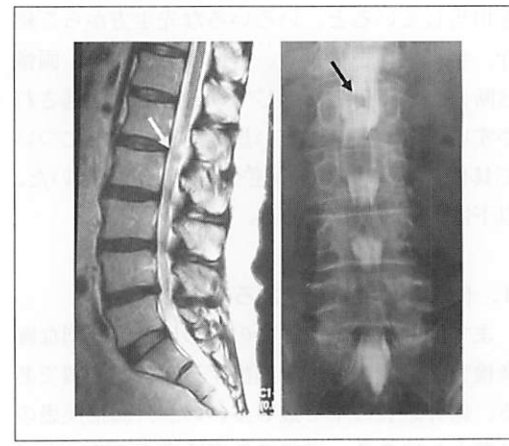


図3.
a:腰椎MRI T2強調画像、b:腰椎脊髄造影前後像。70歳、男性。右下肢痛に対して腰部脊柱管狭窄症として椎弓切除術（L2下～L5上）が行われた。症状の原因としては間違いではなかったかもしれないが、矢印の馬尾腫瘍には全く気づかれていなかった。

画像診断の進歩と共に、一回の検査で得られる情報量は飛躍的に増えて診断率が上った。しかし、その反面見落とす確率も増えたといえる。限られた時間の中で、「重要なものは見落とさない」という訓練が必要であり、その為には日ごろどんなフィルムでも「真剣に読む」態度が大切だと思う。もちろん一人だけの力には限界があり、放射線科医に診断を依頼するのも悪くない。診断を丸呑みにするのはいただけないが、患者さんの病態と見比べながら放科診断を参考にすることは助けになる。

B：画像検査の進歩とPitfall

画像検査はコンピューターの発達と共に、目覚しいスピードで進歩している。Multidetector-row CT（多列検出器CT、MDCT）の出現によって、画像をvolume dataとして取り込むことができ、任意の方向の再構築画像を得られるようになった。また、造影剤を用いればCT angiographyとなり、血管と骨とを同時に描出でき、それらの関係を3次元的に理解することが容易となった。上位頚椎手術など、術野近傍に重要血管が走る手術において極めて役に立ち、安全に手術を遂行できる。しかし、コンピューターに頼って検査そのものがブラックボックスになればなるほど意外な落とし穴が待っている。図4は、技師の書いた再構築線がマウスのひっかかりによってジグザグとなり、実際にはありえない矢状断再構築画像が出力された例である。この画像を無批判に信じて手術を行うと、とんでもないミスをおかす可能性がある。

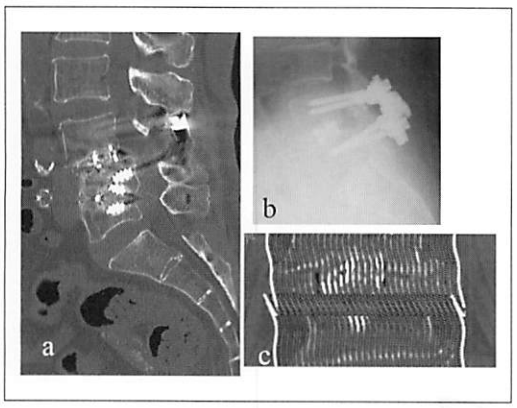


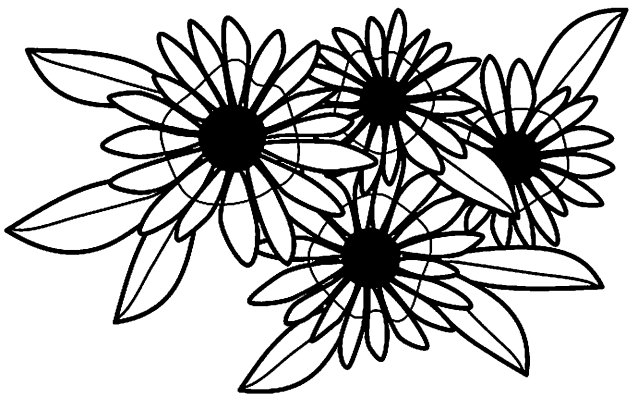
図4.
a:腰椎CT矢状断再構築画像、b:腰椎レントゲン側面像、c:aのスカウトビュー拡大図。
71歳、女性。他院PLIF術後。aの画像ではL5椎体が異常に高く、また、cage尾側に3本の椎弓根螺子が写っている。bと見比べてもaのような画像が得られることは考えられない。調べてみたところ、cのようにスカウトビューが1か所ジグザグになっていることがわかった。技師が側弯に合わせてカーブした再構築線を描いたときに、マウスがひっかかりこのようになったものと推察できた。

手術においても、コンピューターの発達はナビゲーションシステムとして大きな変化をもたらした。CT-based navigation systemの基本的な構成は位置感知システムと高速画像処理を行えるワークステーションからなる。位置感知システムでは、対象とする骨と手術用プローブなど手術器具のそれぞれの3次元的位置情報が電気光学カメラによって認識される。レジストレーションと呼ばれる操作を行うことによって、あらかじめCTで撮影しておいた患者の3次元的骨情報と実際の骨情報がコンピューター内で照合される。そして、レジストレーション後はモニターの仮想画像上で骨と共にプローブなど手術器具の3次元的な位置を常に認識できるようになる。特に脊髄や神経根、椎骨動脈などの重要組織間に螺子を刺入する頚椎では、螺子刺入に極めて高い精度が要求される。ナビゲーションシステムを用いると、骨内に作成中の螺子経路の方向や深さを慎重に確認しながら、術前計画に従って安全な手術を行うことができる。変性や奇形で通常と異なる解剖に対しても、正確に自分の位置を3次元的に確認でき大変便利である。また、ナビゲーションシステムでは、術前にモニター上で、手術予定患者の骨モデルを自由に回転させたりスライスしたりしながら、そこへ螺子を太さや方向なども自由に変えて挿入してみることができ、それによって手術計画を立てることができるのも大きな利点である。

しかし、コンピューターの作った仮想画像を無批判に信じることには注意を喚起したい。最もありそうなのは、レジストレーション後、骨の3次元的な位置をコンピューターに知らせるリファレンスフレームに何かが当たって、知らないうちに骨とフレームの位置関係が変わってしまうことである。これにより、モニター上の骨と手術器具の位置関係は全くでたらめとなってしまう。また、ナビゲーションのプログラムそのものは企業秘密で完全なブラックボックスである。模擬骨を使った実験で、C3のCTデータでC5椎弓のレジストレーションを行っても、コンピューターはそれに気づかずレジストレー

ションが最後まででできたことがあった。(普通違うものをレジストレーションするとコンピューターが合わせられなくなり、操作はあるところから進まなくなる。) その結果、術野のポインターはC5表面を触っているのに、ナビゲーションモニター上ではC3を触っているように映った。このようにいろいろな原因で画面が狂う可能性があり、無批判に信じて手術すると、大事故につながる。

今後、open MRI、術中CTなど、進歩した画像検査機器が臨床現場に次々と入ってくると思われる。画像が作られる基本的な原理を理解した上で、どの部分がブラックボックスなのか、どこでヒューマンエラーが起こりうるかをよく認識しpitfallを熟知すること、他の画像検査、臨床症状との整合性を常に確認し、あるひとつの結果だけを鵜呑みにしないこと、が重要であると思う。



整形外科診療におけるトラブルシューテイング
－インフォームドコンセントを含めて－

日本大学医学部整形外科学系整形外科学分野
徳　橋　泰　明

医療訴訟を防ぐためには、適切な医療を提供することが何よりも重要である。当然なことであるが、どのようなことを配慮すべきかについて私見を述べた。

そのためには下記のことに留意することが重要と考える。

1．**正しい診断を行うことが第一歩である**
　当然であるが、実際はなかなか難しいこともある。

2．**患者さんに適切な正しい情報を与えて患者さんに治療法を選択させる**
　（これぞ informed consent）

意外と個人個人が努力しないとできない。インターネットによる情報氾濫に配慮した知識の充実化が重要で、その対策には疾患別診療ガイドラインが有用である。疾患別診療ガイドラインの最多は、「委員会の審査基準を満たすエビデンスはない」あるいは「複数のエビデンスがあるが結論は一様ではない」のGrade Ⅰに該当することであり、「よく○○といわれていますが、反対意見もあり、結論は一定ではないですね。」と説明すべきである。また、留意すべきは「推奨しない。否定する根拠がある。」のGrade Dについては、行わないようにすべきである（表1、表2）。

表1. エビデンスレベル(EV level)分類

Level	内　容
1	全体で100例以上のRCTのMAまたはSR
2	全体で100例以上のRCT
3	全体で100例未満のRCTのMAまたはSR
4	全体で100例未満のRCT
5	CCTおよびcohort study
6	case-control study
7	case series
8	case report
9	その他

RCT：randomized-controlled trial、MA：meta-analysis、
SR：systematic review、CCT：controlled clinical trial



レベル1が最もエビデンスが高い。レベル6以下が多い。

表2. 推奨あるいは根拠のGrade

Grade	内　容	内容補足
A	行うよう強く推奨する 強い根拠に基づいている	質の高いエビデンスが複数ある
B	行うよう推奨する 中等度の根拠に基づいている	質の高いエビデンスが1つ、または中程度の質のエビデンスが複数ある
C	行うことを考慮してもよい 弱い根拠に基づいている	中程度のエビデンスが少なくとも1つある
D	推奨しない 否定する根拠がある	肯定できる論文がないか、否定できる中程度のエビデンスが少なくとも1つある
I	委員会の審査基準を満たすエビデンスがない あるいは複数のエビデンスがあるが結論が一様ではない	

ガイドライン委員会が設定した分類で、表1より実際的な分類。

しかし、informed consentも一様にすべきでなく、患者さんに応じた配慮が必要である。注意すべき患者さんとその対応上での注意を表3に示す。

表3.

対応に配慮を要する患者さん

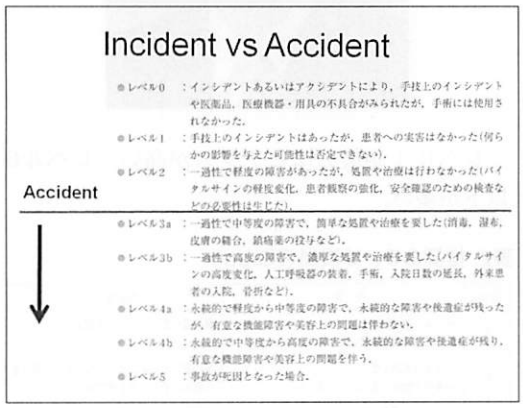
- **病識がない、あるいは理解度が低い →** 記録、家族への情報が重要
- **治療に非協力的あるいは関心が低い →** 家族への情報、最悪状態の情報伝達、必要以上に強要しない
- **常に批判的、懐疑的 →** 説明の統一、一本化
- **他病院の批判 →** 安易な同調禁

3．疾患の重症度 、緊急度、社会的背景を考慮して治療法を選択する

疾患によっても重症度 、緊急度、社会的背景が異なり、その程度に応じた治療法を配慮する必要がある。その代表例として癌の脊椎転移による麻痺、交通事故や労働災害について紹介した。医学的な判断だけで治療法を決めてはならないことを強調したい。

4．合併症に対する配慮

表4. Incident vs Accident



レベル３ａ以上が、accident である。

Heinrich の法則：300 の incident あれば 30 の accident、うち１は重度の致死的 accident が起こりうる（図１）。



図1.

整形外科手術合併症予防の３原則

●適切な手術適応

●的確な手術手技と安全対策：術前に計測できるものは術前に計測（人の目測はあてにならない）と術中の安全確認法（navigation や monitoring）の確立が有効である。

●合併症の早期発見と迅速な対応（crisis management）

患者さんの新たな負担経費（転院移送費など）、責任所在の明確化の点から他施設治療よりも自施設での合併症治療を推奨する。

5．Bad News（医療過誤、合併症、予後不良すべて）に対するリスクコミニケーション

起きたできごとを現実以上に大きくしない配慮が重要

●事実確認（客観的に事態を把握する。あわてていたずらにさわがない）

●十分な共感を表現しながら明快な言葉で患者や家族にも参加してもらう姿勢を示す（目的が同じで共に事に当たる同志という共感が重要）

●今後の見通しについて爾後のゆらぎも考慮して慎重に伝える（合併症治療の困難性の理解に努める）

6．クレームに対する対応

「してよいこと」と「してはいけないこと」を認識することが肝要である（表５）。「してはいけないこと」は「してよいこと」のうらがえしである。

表5. 苦情の解決に向けて

苦情の解決にむけて	
やってよいこと	やってはいけないこと（泥沼化する恐れあり）
1 敵対者でない姿勢 話を聞く姿勢	1 高圧的な態度，クレームを無視，軽視する姿勢
2 加害者意識を持たない	2 消極的，逃げ腰な対応
3 内容を丁寧に聞き取り把握する	3 内容を把握せず，法律論や医療知識を展開する
4 複数で対応する	4 一人で抱え込む
5 できない約束はしない	5 安易に約束をする

手の外科疾患の診断と治療の難しさ
－紹介患者の治療経過を含めて－

関西医科大学附属枚方病院　整形外科　准教授
児　島　　新



〔はじめに〕

整形外科の日常診療において、手の外科疾患は腰・膝・肩疾患ほど頻繁に遭遇するものではありません。しかしながら日常生活動作で多用する部分であるため、一度支障が発生すれば患者の訴えも多様です。診療にあたっては、病歴・疼痛やＡＤＬ障害の内容を把握し、個々の症例にあわせて治療方法が変わる場合もあります。今回の講演では手指の特定の疾患やテーマについての詳細な解説ではなく、私が日常の「手の外科診療」のなかで経験してきた相談症例を中心に提示し検討を行いました。

救急外傷の初期治療を他の医療機関で行い、その治療過程や結果として発生した手指の拘縮や変形や手指疼痛の精査・治療依頼が多いのが当院の現状です。以下に初期治療経過で難渋し、相談を受けた症例の一部を紹介させて頂きます。

変　形

骨折治療中に発生する主な障害は　偽関節・変形治癒・拘縮です。

症例１：35歳女性。

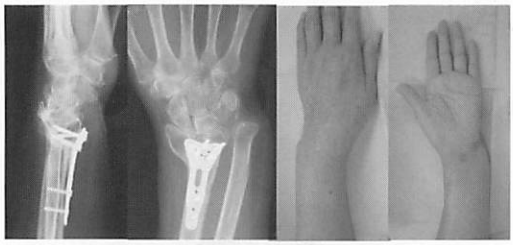
第４中手骨骨折受傷直後に他院でプレート固定手術を受けたが屈曲変形が徐々に進行するため、再手術目的で紹介されました。骨折部掌側に骨皮質の欠損があるために屈曲力に対しての支持性能が低下している症例に対して剛性の弱いプレートを使用したため術後に発生した偽関節と屈曲変形と考えられます。　骨移植＋少し剛性の高いプレート固定で早期より運動を開始し除痛と良好な機能改善を得ました。



症例1：35歳 女性、術後6カ月でも骨癒合せず
骨移植＋プレート固定で治療

症例２：61歳女性。

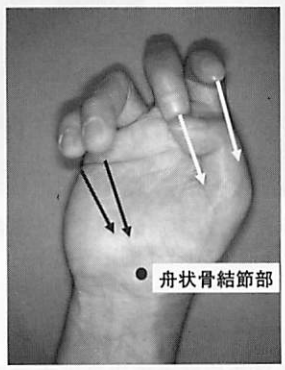
転倒で橈骨遠位端の粉砕骨折を受傷、救急病院で橈骨掌側プレート固定を受けた症例です。橈骨の短縮変形が術後徐々に進行し、palmar tilt、radial inclination、ulna plus variance とも異常を示すため紹介を受けました。骨癒合は得られたものの、Ｘ線像、外見とも明らかな変形を呈しており、画像上から判断すると尺骨短縮、橈骨骨切り術などの適応になると思われます。しかしながら、術後半年で当院初診時点には手指関節の動作時痛はなくADL障害もほとんどないため、今後発生する障害などを説明の上、最終的に経過観察になりました。



症例2:61歳、女性半年前に転倒。
救急病院で掌側プレート施行も変形が進行した。

症例３：54歳男性。

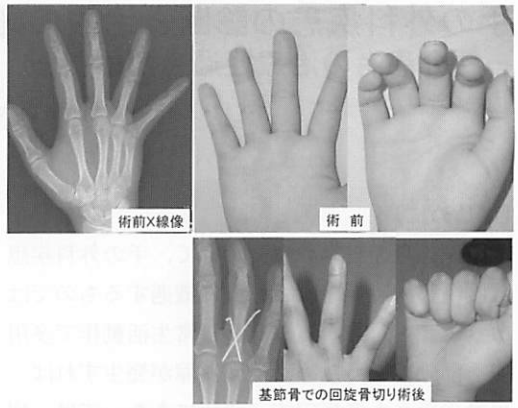
中手骨骨折後の回旋変形治癒。他院で初期治療を受け、骨癒合後に紹介された症例です。指屈曲で示・中指と環・小指が異なる方向に収束する外形を呈しています。X線画像が無くても、指を屈曲したときに正常指は舟状骨結節に向かうはずですので、本症例では環・小指が正常で、第２・３中手骨骨折の変形治癒であることがわかります。中手骨の回旋骨切りで対処しました。



症例3:中手骨骨折後の回旋変形(黒矢印が正常)

症例４：13歳女児。

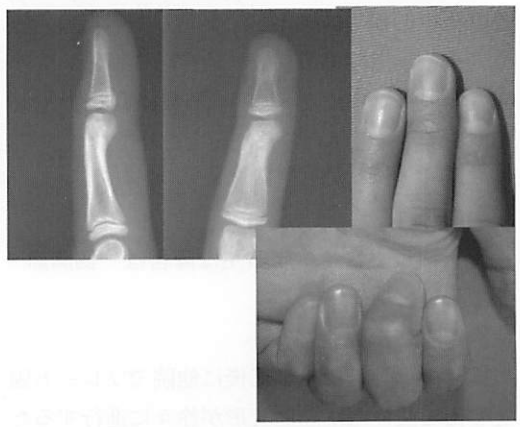
環・小指基節骨骨折後の変形治癒。PIP伸展位でもX線画像でも回旋変形の判断は意外と難しく、前医でも治療中には回旋異常が気づかれずに変形治癒した症例です。初期治療時にPIP屈曲すれば容易に変形が判定できたはずですが、X線画像でも骨折部の転位が少なかったことと、疼痛で手指の動きを確認できなかったため判断が遅れたものと思われます。基節骨骨切り術で治療しました。



症例4:基節骨骨折後、PIP伸展位置での診断は困難
PIP屈曲で診断は容易

症例５：中節骨骨折。

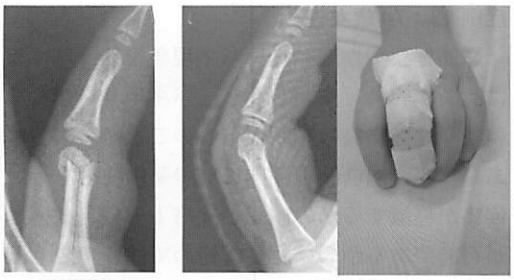
指伸展位でのX線画像でも外見でも何か違和感がありますが、うっかりすると見過ごされる変形です。DIP屈曲すると容易に判定できたはずで、後での骨切り術は不要であった症例です。



症例5:中節骨骨折変形治癒
DIP屈曲で診断は容易

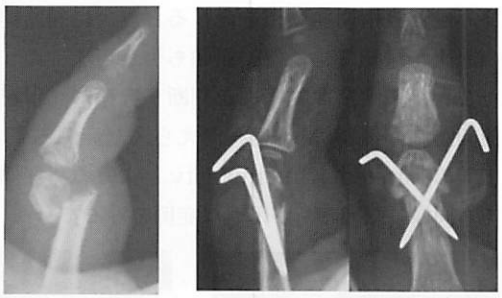
症例６・７：基節骨骨頭頸部骨折に伴う骨頭部分の背屈変形はよく見受ける変形です。

年単位の自然観察で自家矯正されるとの報告例もありますが[1]、無麻酔で早期に許容範囲内への整復が可能である骨折です（症例６）。転位のまま長期間放置してしまうと（症例７）再骨折作成と内固定が必要となってしまいます。小児では全身麻酔下での処置となり身体への負担も大きくなります。



受傷時　　整復後

症例6:無麻酔で牽引屈曲整復は比較的容易。
固定はPIP関節屈曲位で施行



術前　　術後

症例7:受傷後1カ月経過すると全身麻酔下での
整復固定が必要となる

拘　縮

前腕から手指骨折治療中に発生する手関節・指関節拘縮は頻繁にみられる合併症です。屈筋腱腱鞘炎などより手指可動域制限が長期間続くとやはり関節拘縮が発生します。意識的に拘縮を作ろうとする医師はいるはずがありません。にも拘わらず、動かすタイミングを誤ると手指の拘縮は容易に発生してしまう厄介な病態です。

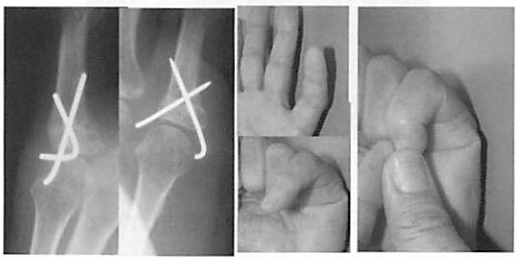
症例８は、治療に非協力的な認知症の女性に発生した基節骨骨折です。骨折部が比較的安定していたため、環指‐小指間のテープ固定のみで自動運動を許可して経過を見たところ、受傷後６週で骨癒合が得られ、ROM 制限、機能障害をほとんど残しませんでした。

症例９は逆に　基節骨骨折の術後整復位も固定も良好であるのに、運動開始が遅れたために指の拘縮が発生した症例です。自動運動ではPIP 関節の可動域制限を見ますが（写真）他動的にはPIP 屈曲伸展が可能であり関節拘縮には至っていないため、腱剥離術でのROM 改善が期待できる症例です。　症例１０は手術の固定性も不良で腱癒着に続発してPIP Ⅰ・MP 関節拘縮も完成した症例です。ここまで進行すると、たとえ外科的受動術を行っても、その治療成果への期待度も相当に低下します。

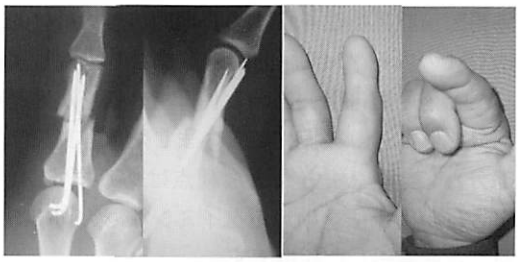


受傷時　　受傷後6週

症例8:94歳、女性。基節骨骨折。
認知症が強く、環指とのテーピングのみでの治療例



症例9:75才、女性。
整復も骨癒合良好だがROM制限が遺残
他動でPIPは屈曲可能であり関節拘縮には
至っていない



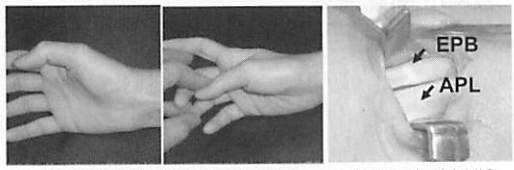
症例10:56歳、男性。
長期間の固定で関節拘縮も続発した症例

また不必要に広範囲の固定や不良肢位での外固定も関節拘縮を引き起こす要因になります（症例11）。経験的には　骨癒合は得られたが高度の関節拘縮まで発生しで症例よりも、関節拘縮が発生していない偽関節手術の方が対処しやすいと私は思っています。また腱剥離・関節受動は　一般的には局所麻酔で行っています。たとえ術中に他動的に関節が動かせたとしても、自動運動で完全なROM獲得できているとは言えないからです。「腱剥離術は100％か0％しかないよ」と津下健哉先生が腱剥離術の術中言われていましたが、自分が術者になった今、腱剥離術を行う度にそれを実感しています。



症例11：80歳、男性。基節骨骨折
MP伸展位固定。
手関節・DIPも固定している

症例12は　狭窄性腱鞘炎（デケルバン氏病）の長期外固定によるCM外転拘縮・MP伸展拘縮例です。手首の疼痛を訴える看護師に対して勤務医が装具療法をすすめ長期間装着。最終的にCMの内転・MP屈曲が困難になり来院しました。術中短母指伸筋腱と長母指外転筋が腱鞘部分ではっきり絞扼されていました（写真矢印部分）。装具療法も大きな利点はありますが、患者に手術療法を勧めるタイミングも大切であることを実感した症例です。

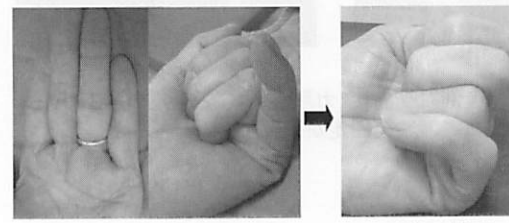


母指CM外転位拘縮，MP伸展拘縮　　腱鞘部分で腱の狭窄を伴う絞扼が完成していた

症例12：24歳。狭窄性腱鞘炎。外転拘縮

症例13：74歳女性。

屈筋腱狭窄性腱鞘炎：バネ現象を伴うバネ指は診断が容易です。しかし、バネ現象を伴わない狭窄性腱鞘炎は判断が難しいことがしばしばあります。屈筋腱腱鞘内に麻酔薬の注射を行い疼痛が軽減するかの確認と除痛下での自動運動が可能であるかの確認して初めて診断できる腱鞘炎もあります。症例は指が「屈曲できなくなった」ことを主訴に前医を受診。屈筋腱断裂を疑われて当院に紹介されました。腱鞘内注射で痛みをとり指屈曲動作を命じると皮下に屈筋腱の緊張が触知でき、自動屈曲も少し可能であったことから狭窄性腱鞘炎と判断し腱鞘内注射を何回か施行しROMの回復がえらえた症例です。広義のLimited joint mobilityとよばれる症例でも同様に原因診断が困難な症例をみます[2) 3)]。



来院時　　2カ月後

症例13：74歳、女性。屈筋腱損傷疑いで紹介された

橈骨遠位端骨折：日常診療でよく遭遇する疾患です。保存療法でも良く治療できるが、長期間にわたるCotton Loder position（特に手関節屈曲）がMP関節の伸展拘縮を誘発することを忘れてはなりません。症例14でA）は正常人の手で手関節肢位とMP関節の屈曲角の変化を示すものです。他動的に（ギプスで）手関節掌屈を強制するとMP関節が自動運動では屈曲しにくくなることを示しています。B）は77歳女性で、コーレス骨折をギプス固定で治療した結果発生した指関節拘縮です。手関節背屈制限がありMP関節伸展拘縮を呈しており、ギプスの固定肢位と、固定期間に注意が必要であることを示す症例です。

橈骨遠位端骨折の治療で早期のギプス除去や自動運動が可能なため、手関節掌側プレートは

近年特に多用され始めた手術方法です。術後早期運動が可能ということで手関節・手指拘縮予防には良いと言われています。しなしながら、最近掌側プレート固定後の屈筋腱断裂報告が散見されます。断裂時期は術後早期から術後6年まで報告されています。我々もプレート固定術後の屈筋腱断裂例を3例経験しています。発生頻度は少ないかもしれませんが、屈筋腱断裂は骨折とは因果関係は乏しく、本来発生させてはならない合併症です。このまま、屈筋腱断裂症例報告が増えていくと、掌側プレートは抜鋼を前提に行うべき手術手技になる可能性もあります[4) 5)]。



症例14:橈骨骨折後のMP伸展拘縮

マレット指：突き指として良く遭遇し治療を行う外傷です。

腱性マレット指：保存療法が一般的ですが、いくらかの伸展障害が遺残する症例もあります。

DIPピンニング療法、待機一次縫合などの外科的処置の報告例もあります。それぞれに一長一短あり　治療施行者の好みと納得によるところが大きいと思います[6) 7)]。

骨折マレット指：小骨片では　腱性マレットに準じた保存療法の適応になります。

骨片が大きくなると石黒法がもっとも一般的に受け入れられている方法と思われます。しかしながら骨片がさらに大きくなると石黒法では整復固定が難しい症例も報告されています[8)]。最近我々は大きな骨片に対しては骨片の整復Screw固定を行っています。若干のコツが必要ではありますが、行ってみると予想よりも容易に手術でき、学会にも報告しました[9)]。

靭帯損傷：日常診療でよく遭遇する指の靭帯損傷は、母指MP関節と示指～小指のPIP関節の靭帯損傷でしょう。母指MP関節尺側側副靭帯損傷では、治療側としてはStener lesionの有無を知りたいところです。ストレス角度や超音波検査方法での診断方法も報告されていますが、実際には決定的な検査法がなく最終診断が難しい場合も多いと考えます[10) 11)]。また、PIP関節側副靭帯の手術適応、術後療法についても過去から多くの報告がなされています。経験的には示指中指は安定性を、環指小指は可動域を優先して治療しています。治療方法の詳細について述べる時間がありませんでしたが、総括的には①治療対象の年齢が手術成績に影響する、②術後長期間固定は避ける、③屈曲拘縮の遺残は患者の不満に継がるというポイントは、念頭に置いて治療を行う必要があると考えています[12) 13)]。

指の固定装具：指の靭帯損傷や外傷で紹介されてくる患者は、ほとんどがアルミ指シーネ固定かギプス固定を施されています。アルミ指シーネは簡便ですが、その固定性が悪い点や、不潔になる点、また適切な大きさがなく他指にも影響を及ぼす点に難点があります。私は、術前・術後の患部の固定には、できるだけ早期に、熱可塑性のプラスチック・サーモスプリント（商品名　オルフィットシート・サーモスプリントなど）を用いています。必要最小限の大きさで良好な外固定が可能なため患部以外の関節や患指以外の運動制限を発生させ無いこと、水洗いできること、好きな形状に形成できることなどが利点と考えています。もちろんサーモプラスチックにも短所もあるため、その特質を知って使用することは必要です（図1）。

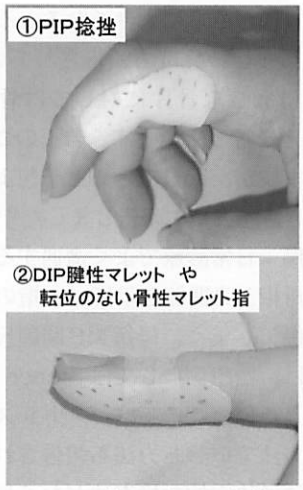


図1:サーモスプリントと用いた指の固定

疼痛関連疾患

手指の疼痛については　関節炎（変形性関節症・関節リウマチ）、腱鞘炎、手根管症候群、肘部管症候群、ＤＲＵＪ関連疼痛などの紹介があります。今回の講演では頻度の多い手根管症候群とバネ指について少しお話をさせていただきました。

手根管症候群：臨床症状や診断については、時間の制限もあり割愛させていただきました。現実的には手根管症候群疑いで紹介される症例は、その経緯中に頸椎牽引を長期間受けていたり、当院の脊椎外科に紹介があり精査の結果手の外科に紹介される症例も多いのが現状です。手術方法は透析患者、関節リウマチ疾患で広範囲の腱鞘滑膜切除を必要とする症例では古典的な前腕から手掌部にかけての広範囲の皮切を行います。しかしながら、多くの手根管症候群では、手根管遠位部に２cm程度の小切開をおくことで、ビデオで提示したように特殊な道具も用いず手根管解放術は可能です。小切開で確実に合併症無く手根管を解放できる手技であれば、個々の手技についての違いは少ないと考えています。

バネ指：保存的療法として行われている腱鞘内注射ですが、手掌部Ａ１付近への注射を患者はとても痛がります、また水仕事の多い女性は注射を敬遠します。経験的には前腕屈筋腱内注射を行っても屈筋腱腱鞘炎に効果をみます。また指腱鞘内に薬液が完全に注入されなくても効果がある報告もあります[14]。さらにＡ１・Ａ２付近に注射を行う基節骨の側正中線から２６Ｇか27G針で　腱鞘内注射を行える疼痛の少ない注射手技を紹介しました（図２）[15]。

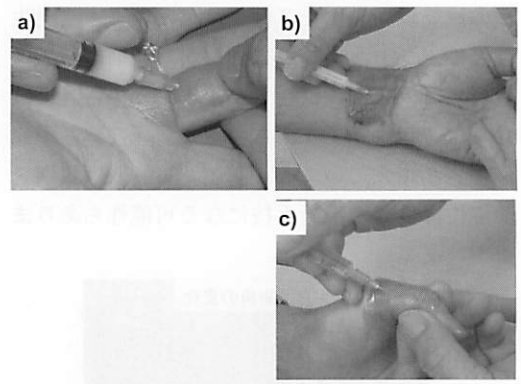


図2:腱鞘内注射
a)従来の方法
b)前腕での注射
c)側正中線より注射

バネ指手術の手術は簡単と思われていますが、合併症として、術後の指の屈曲拘縮、化膿性腱鞘炎、神経損傷、浅指屈筋腱断裂症例なども経験し提示しました。そのような症例に遭遇するたびに「たかがバネ指」といってはおれないなと実感させられます。

〔おわりに〕

今回の講演題材は近医からご紹介のあった症例を中心にお話をしたので、報告書も論文形式とはかけ離れた、まとまりのない記述になりました。上記提示症例のほか上映ビデオなどが、今後の皆様の今後の治療に少しでも参考になれば幸いと思っております。

関連文献

1) Roger Cornwall et al : Remodeling of Phalangeal neck Fracture Malumions in Children : Case Report. J Hand Surg. 29A 2004 : 458-461

2) 亀山真ら　糖尿病に伴う手指関節拘縮の病態について(The Pathogenesis of Limited Joint Mobility in Diabetic Condition)　日手会誌 19 : 511-514, 2002

3) 和田卓郎ら　糖尿病における手の疾患の発生頻度と臨床像 北海道整災誌 39 : 15 -18, 1997

4) 太田敬ら　橈骨遠位端掌側プレートによる長母指屈筋腱断裂　骨折 30 : 573-576, 2008

5) 住浦誠治ら　橈骨遠位掌側ロッキングプレート固定後の長母指屈筋腱断裂の 1 例 骨折 30 : 738-741, 2008

6) 山中一良ら　腱性マレット指に対する治療成績 日手会誌 17 : 115-118, 2000

7) 平原博庸ら　腱性マレット指に対する待機一次縫合の治療経験　日手会誌　19 : 618-622, 2002

8) 宮本雅文　石黒法における一工夫　日手会誌　24 : 1157-160, 2007

9) 児島 新ら　マレット骨折の治療経験（閉鎖的骨ら被固定法）　日手会誌 25 : 474-477, 2009

10) 加藤清信ら　観血的治療を行った母指 MP 関節側副靭帯損傷の検討　整形・災外 44 : 1143-1146, 2001

11) 猪原史敏ら　母指 MP 関節尺側側副靭帯損傷の検討　日手会誌　13 : 320-323, 1996

12) 中村智　手指側副靭帯断裂に対する一次修復の検討　日手会誌 25 : 54-57, 2008

13) 河野正明ら　手指 PIP 関節側副靭帯損傷一次修復の成績の検討　日手会誌 23 : 779-782, 2008

14) John S. Taras et al : Corticosteroid injection for trigger digits : Is Intrasheath Injection Necessary? J Hand Surg 23A 1998 : 717-722

15) Surut Jianmongkol et al : Intra-tendon sheath injection for trigger finger: The randomized controlled trial. Hand Surg 12 2007 : 79-82

生物学的製剤の時代における関節リウマチ治療戦略

東京大学医学部整形外科　田中　栄



関節リウマチ（rheumatoid arthritis, RA）の原因は関節滑膜を主座とした全身の炎症であり、疾患が進行すると膝関節や股関節をはじめとして多数の大関節の変形や破損をきたし、QOLやADLに著明な障害をきたす。RAの有病率は、1998年の日本における厚生省（当時）研究班による疫学調査では0.5%程度とされている。世界的に見ると、報告によってばらつきはあるが、やはり0.5%前後とするものが多い。年間の罹患率は10万人あたり20－40名、女性は男性の2－3倍とされている。

RAは多様な臨床症状を呈するが、特に関節症状は高頻度に出現し、患者は関節の疼痛を主訴として医療機関を受診することが多い。しかし関節症状はRAに特異的なものはなく、発熱、赤沈亢進、CRP陽性などと同様に共通症状というべきものである。関節症状は関節および関節周囲軟部組織の総合的な症状であるが、自覚症状のみの関節痛（arthralgia）および他覚的に明らかな炎症症状、すなわち腫脹、局所熱感、発赤を伴う関節炎（arthritis）に大別される。このような関節症状がRAに由来するものであるか、あるいは他の疾患に由来するものであるかの見極めは以降の治療方針を決定する上でも極めて重要である。関節痛、関節炎を主訴とすることが多いが、「はれぼったい」「重苦しい」「ぎこちない」といった不定な愁訴で来院することもまれではない。これらの症状が朝のこわばりの表現型であるのか、あるいは単なるoveruseによるものであるのかを問診、触診によって検討する必要がある。

現在のところRAの診断にはAmerican College of Rheumatology（ACR）によって1987年に発表された分類基準がgold standardとして用いられることが多い[1]。しかし発表当初より指摘されていたように、この分類基準によれば関節炎は6週間以上持続しなければRAと診断できないため、それ以前での確定診断は不可能である。また実際には初診時からこの基準が満たされることはまれで、確定診断までに長い期間を要するケースも多い。RAの完全寛解例は7－20%とされ、その多くは発症1年以内であり、発症2年以上の例では寛解はほとんど見られないということを考えると、早期の診断はRAの予後にとって重要である。2009年の米国リウマチ学会でRAの新たな分類/診断基準が発表された（2009ACR/EULAR クライテリア）。これは早期からのRA診断と積極的治療を目指した基準であるが、正確な鑑別診断能力が問われる内容になっており、その有用性についてはわが国での検証が必要である。

RAは基本的には進行性の疾患であり、無治療のままでは関節の破壊は徐々に進行する。1980年代終わりから1990年代にかけての研究から、RA骨破壊は疾患早期に出現し、発病2－3年で急速に進行することが報告された[2,3]。最近の趨勢としてRA骨破壊は疾患の早期に進行するため、診断がつけばなるべく早期からのメトトレキサートをはじめとしたDMARDs、あるいは生物学的製剤による治療が必要であるとされている。QuinnとEmeryは発症早期に治療感受性の高い時期（windows of opportunity）

が存在し、この期間（発症後12週以内？）に治療を開始することが骨破壊進行阻止に重要であるとしている[4]。治療法としては、早期からメトトレキサートを中心としたDMARDsを使用し、必要に応じて躊躇せずに数種類のDMARDsによるcombination therapyや生物学的製剤の使用（併用）へと移行するearly and aggressive therapyが有用であるとされている[5]。

しかしながらaggressive therapyは必然的に重篤な副作用の惹起へとつながる。RAがheterogeneousな疾患であり、いわゆる単周期型やless erosive disease subsetに分類される、高度な骨破壊をきたさない症例も少なからず存在することを考えると、全例にaggressive therapyを行うのは、リスクという点からも、医療経済的観点からも行きすぎであろう。

また生物学的製剤が100％のRA患者に効果を発揮するわけではなく、無効な症例（一次無効）、あるいは徐々に有効性を失う、いわゆる二次無効の症例も報告されており、有効・無効の差を生ずるメカニズムがいかなるものかについては未だ定見がない。また先に述べたように最終的には下肢機能、歩行能力を保つことがRA治療のゴールであると考えた時に、ごく早期から全例にaggressive therapyを行うことがどの程度正当性を主張しうるのかについては注意深い検証が必要である。

このような現状にあってRAの滑膜炎や関節破壊がいかなるメカニズムで生じているのかについての検討は今後とも必要である。また荷重関節については、構築学的に破壊された関節は薬物治療によって再生されるわけではなく、このような症例については外科治療の意義は失われていない。

文　献

1. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid Arthritis arthritis Rheum 1988;31(3) : 315-24.
2. Fuchs HA, Callahan LF Kaye JJ, Brooks RH, Nance EP, Pincus T. Radiographic and joint count findings of the hand in rheumatoid arthritis. Related and unrelated findings. Arthritis Rheum. 1988 ; 31(1) : 44-51.
3. Mottonen TT. Prediction of erosiveness and rate of development of new erosions in early rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 1988 ; 47(8) : 648-53.
4. Quinn MA, Emery P. Window of opportunity in early rheumatoid arthritis:possibility of altering the disease process with early intervention. Clin Exp Rheumatol. 2003 ; 21 (5 suppl 31) : S154-7.
5. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis : 2002 Update. Arthritis Rheum. 2002 ; 46(2) : 328-46.
6. Nishino J, Tanaka S, Matsui T, Mori T, Nishimura K, Eto Y, et al. Prevalence of joint replacement surgery in rheumatoid arthritis patients:cross-sectional analysis in a large observational cohort in Japan. Mod Rheumatol. 2009 ; 19(3) : 260-4.

腰部脊柱管狭窄症における脊柱管外病変の診断

和歌山県立医科大学整形外科学教室　講師　山田　宏

はじめに

腰部脊柱管狭窄症における脊柱管外病変の診断で最も重要なポイントは、脊柱管外病変は比較的稀な臨床病態であるという既存の誤った固定観念を払拭することである。われわれの調査では腰部神経根症を呈する脊柱管狭窄手術例の13.2％に脊柱管外病変を有していたことが判明している[1]。この臨床的事実は、脊柱管外病変は決して稀な病態ではなく、日常臨床で比較的よく遭遇する病態であることを意味する。脊柱管外病変の見落としや認識不足はMOB（multiply operated back）やFBSS（failed back surgery syndrome）に直結する[2]。従来、腰部脊柱管狭窄症における脊柱管外病変は画像診断が困難な部位とされてきたが、近年登場した３次元画像診断処理技術の進歩によって、その診断の精度は飛躍的に改善され、誰でも容易に病態認識が可能となっている。本講演では、３次元MRIにおける脊柱管外病変の画像診断の要点について述べ、画像診断と同様にわれわれが重要視している電気生理学的手法を用いた機能診断法についても詳述する。

３次元MRIにおける画像診断

３次元MRIで示される腰部脊柱管狭窄症における脊柱管外病変の画像診断上の特徴は以下に述べる３つのパターンに集約される[3]。すなわち、1. 後根神経節の形態の不明瞭化、2. 神経根もしくは脊髄神経の横走化、3. 脊髄神経の絞扼である。（附図１－a，b，c）先ず、椎間孔内狭窄においては後根神経節の形態に注目する。通常、後根神経節は椎間孔近傍に位置し、紡錘形を呈しており、脊髄神経根や脊髄神経とは明瞭に区分される。よって、椎間孔内において後根神経節の形態が不明瞭になっているということは同部における全周性の狭窄の存在を示唆する所見である（附図１－a）。同時に健側に比較して神経根やさらに末梢の脊髄神経の横走化を伴うことが多い。通常、硬膜管から分岐した神経根は脊柱管内から椎間孔外領域へかけて椎間孔部を基点とするゆるやかなＳ字状のカーブを描き前下方へと走行する。椎弓根レベルにおいて椎間板高位に平行に椎間孔内を走行するものは異常である。これは後方へ発達した椎体の骨棘や膨隆した椎間板組織により神経組織が中枢へ押し上げられることで生じる像である。椎間孔外で椎間板の膨隆が著しかったり、変性側彎症で椎体が傾斜したりすると脊髄神経は末梢へ下がらずに逆に中枢方向へ逆走することもある。これが過去においてpedicular kinkingと表現された病態であり、いわゆるup-down stenosisに相当する（附図１－b）。今まで最も診断が困難であった椎間孔外における狭窄症、いわゆるFar-out syndrome[4]も３次元MRIを用いると診断が飛躍的に容易となる。後根神経節の形状が明瞭に判読できるにもかかわらず、脊髄神経の横走化がみられ、仙骨翼の部位に一致して神経組織の絞扼像がみられれば診断可能である。Ｌ５椎体の後方骨棘とＬ５/Ｓ１の椎間板が神経組織に食い込むように摘出され、同レベルより末梢で鋭角に脊髄神経が腹側へと走行していくのが特徴である（附図１－c）。この



領域の画像診断のピットフォールとして、ルーチンのMRI矢状断像や軸写像における脂肪減少・消失の有無をチェックすることで椎間孔狭窄を診断する手続きは、椎間孔外狭窄には決して有用でないことを十分に認識する必要がある。3次元画像処理を施して神経の走行に沿った適切な冠状断面を抽出できないと本病態の把握は困難である。



付図1－a. 後根神経節の不明瞭化



付図1－b. 神経根・脊髄神経の横走化



付図1－c. 脊髄神経の絞扼

電気生理学的手法を用いた機能診断

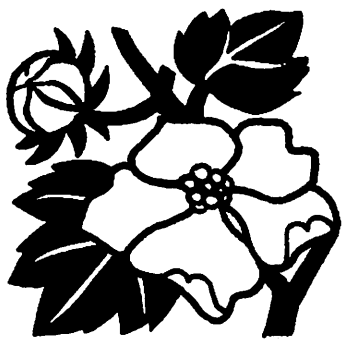
感覚神経活動電位（sensory nerve action potential：SNAP）は後根神経節もしくはその末梢での神経障害により振幅の低下が生じるという理論にもとづき行う検査手法である。浅腓骨神経Ｌ５根支配なので、下腿で浅腓骨神経のSNAPを測定してその電位に異常がみられるとＬ５－Ｓ１の椎間孔以遠に病変、すなわち、脊柱管外病変が存在するはずとなる。健側と比して50％以上の振幅低下をもって陽性と判定する[5]。SNAPは特異性の高い検査であるが、感受性に劣るのでSNAPで異常が出ないからといって椎間孔部狭窄の存在を否定することはできないことに注意する。Ｌ５－Ｓ１椎間孔出口部で第５腰神経を電気刺激して支配筋から得られる複合筋活動遠位の遠位運動潜時（Distal motor latency：DML）は椎間孔外狭窄症例において有意に遠位潜時が遅延する。椎間孔外病変診断におけるＲＯＣ曲線（receiver operative characteristic curve）から求めた遠位潜時のカットオフ値は15.2msであった。この15.2msをカットオフ値に設定した際における当検査の感度・特異性は感度88.2％、特異度94.0％と非常に信頼性の高い検査であることを証明できている。SNAPは神経が変性にいたらないと陽性化しないが、DMLは変性前の脱髄の時点での異常を検出できるのでより感受性の高い検査方法である[6]。

まとめ

３次元画像診断技術の導入と新たな電気生理学的手法の開発は、かつてHidden zone[7]と揶揄された脊柱管外病変の診断の精度を飛躍的に改善させた。今後は、これらの手法を臨床の場へ積極的に導入することにより腰部脊柱管狭窄症の手術成績のより一層の向上が期待できる。

文　献

1. 山田宏 吉田宗人：椎間孔内・外の狭窄ならびに圧迫病変の診断. 脊椎脊髄 21(4) : 364-368, 2008
2. Burton R, Kirkaldy-Willis W, Yong-Hing K, et al: Causes of failure of surgery on the lumbar spine. Clin. Orthop. 157 : 191-197, 1981.
3. 山田宏, 吉田宗人, 玉置哲也, 他：脊髄神経根の 3 次元 MRI. 脊椎脊髄ジャーナル, 21(2), 2008
4. Wiltse LL, Guyer RD, Spencer CW, et al: Alar transverse process impingement of the L5 spinal nerve : The far-out syndrome. Spine 9 : 31-41, 1984.
5. 安藤宗治, 川上守, 橋爪洋, 他：感覚神経活動電位を利用した腰椎椎間孔部狭窄症の診断の有用性と限界. 末梢神経 17(1) : 58-66, 2006
6. 岩崎博, 山田宏, 吉田宗人, 他：電気生理学的手法を用いた腰椎椎間孔外狭窄症病変の新しい診断法. 臨整外 43 : 1193-1198, 2008.
7. MacNab I : Negative disc exploration:An analysis of the causes of nerve root involvement in sixty-eight patients. J. Bone Joint Surg.(Am). 53 : 891-903, 1971.



OCOA研修会報告

スポーツ障害のリハビリテーション　－運動連鎖の調整－

群馬大学大学院医学系研究科　医科学専攻
リハビリテーション医学分野　　白　倉　賢　二



アスレチックリハビリレーションとは

体の正常な動きは、筋肉・骨格がバランスよく働くことで成り立っている。スポーツ障害のリハビリレーションでは、一ヶ所の障害でも、そこの手当てだけでなく、全体の筋の働きの連鎖を取り戻すようにしなければならない。一方で整形外科医は部位専門的であり、患者に対し、手術を行うか、投薬、安静を指示するかのどちらかを選択する傾向がある。アスレチックリハでは局所への対応でなく、全身のバランス（運動連鎖）を考えた調整が行われる。スポーツリハ医は局所の診断のみならず全身の評価を要求され、治療は療法士によって行われる。

1．運動連鎖について（体幹の調整）

スポーツ障害の選手にしばしば見られる問題として、典型的な不良姿勢（骨盤後傾、胸椎後弯、肩甲骨外転、頭部前方変位）がある。このような症例では腹筋体操が十分にできない場合がある。腹筋体操に働く筋は、大きく分けて腹筋、背筋、腸腰筋と大腿四頭筋である。背筋と腸腰筋の拘縮は腰椎の動きを妨げ、腹筋体操を障害する。さらに腹筋体操には筋の協調作用が必要であり、腹筋運動を改善するには３つのステップを要する。まず、第１段階として背筋、腸腰筋のストレッチ体操、第２段階で腹筋、背筋、腸腰筋と大腿四頭筋の収縮を促し、筋の活性化を図る。第３段階で体幹のバランスを良くすることである。

2．姿勢を見る（肩甲帯の位置異常）

肩甲骨は骨性には肩鎖関節と胸鎖関節の２か所で体幹の骨格と連結するのみで、後方から見ると、肩甲骨は肩甲帯の筋群により胸郭に連結している。このような構造で上肢の大きな動きを可能にしている。肩甲骨の下垂、前傾（うずくまり）などの位置異常は肩こり、上肢のしびれ・疼痛（胸郭出口症候群）、腰痛などを引き起こす。肩甲帯のゆがみは不良姿勢とも関連している。

肩関節の動きをみると、上肢挙上の第１－２段階は棘上筋が働き、上腕骨頭の軸を関節窩に整える。次に三角筋が収縮し挙上が開始されるが、そのまま挙上すると上腕骨頭が肩峰に衝突するので、棘下筋が働いて骨頭を外旋させることでこれを防ぐ。上肢挙上の第３－４段階で僧帽筋が働き肩甲骨ごと上方に引き上げて、最後に前鋸筋が肩甲骨を前方に引き、上肢挙上が完成する。

この際の肩峰と骨頭の間の隙間が、肩関節のスムースな動きのカギとなるが、肩甲骨の位置異常はこのスムースな動きを阻害する。肩甲骨の内側縁と脊椎棘突起の間を計測し、１横指以上の左右差があるものはSSD（spine-scapula distance）陽性とされる。これらの異常はゼロポジションを破綻させ、投球動作等を阻害し、肩関節の肩峰下インピンジメント症候群、関節唇損傷や野球肘などの原因となる。肩甲帯位置異常と肩関節の動きを改善するため、僧帽筋、前鋸筋の強化、ストレッチ、cuff exercise（肩の内外旋等の分離運動）を行う。

3．肩甲骨・体幹・骨盤の関係

スポーツマンによくみられる腰痛・肩痛については、肩甲骨・体幹・骨盤を一連として調整することを先ず行う。体のバランスを確かめ、坐位および仰臥位でのクロスモーション訓練を行うことにより全身のバランスを整え、上肢、肩甲帯、体幹、骨盤の一連の運動連鎖を改善する。

4．歩行を考える

歩く時の筋の運動連鎖は、まず中殿筋が働き、反対側の骨盤を引き上げる。腹筋は背骨と骨盤を固定しての腸腰筋が働ける準備をする。続いて腸腰筋が働き、大腿骨を引き上げ、股関節が屈曲する。腸腰筋のみの収縮では、大腿が外旋するので大腿筋膜張筋その他の筋群が働いて調整する。次に大腿四頭筋が収縮して膝を伸ばしながら着地に備える。着地の際には大腿筋膜張筋、その他の筋群が膝の揺れを防ぐ。この一連の運動連鎖で歩行が成り立っている。この一連の筋の働き、すなわち運動連鎖の乱れが不自然な歩行を招き、体幹、骨盤帯、膝、下腿、足部のスポーツ障害に影響を及ぼす。

5．足部の異常

足の骨格の特徴は、後方では荷重機能を担う踵骨、距骨、脛骨の３段階構造とショパール、リスフラン関節部で形成されて足の安定性に関与する縦横のアーチ構造である。前足部は足の方向性を誘導する。荷重時の縦方向の動きは足関節で調整され、横方向の揺れの調整は距骨が中心になって行われる。足底にはアーチを支える筋群が存在する。足部の異常は歩行やランニングの際の体幹や下肢の運動連鎖に影響する。偏平足による異常歩行は体幹、下肢のさまざまな痛みの原因となる。いわゆる過回内足である。講演では中足骨の疲労骨折を来した症例を供覧した。この症例の歩行はknee-in, toe-inの傾向がみられ、インソールの処方と足部の固有感覚訓練、筋力訓練（タオル引き寄せ、ビーダマ運び、つま先立ち、グ、チョキ、パー）を指導して対応した。凹足・回外足の特徴は甲高で、リスフラン関節部の隆起と疼痛を来す。踵骨は内反し、アキレス腱周囲炎などを来たす。講演では凹足で、両脛骨に疲労骨折とシンスプリントを発症した症例を供覧した。また凹足変形の中学１年、男子中距離ランナーでは、膝蓋腱の膝蓋骨付着部の裂離骨折を来した症例を供覧した。この症例では足部が硬く、足底腱膜と踵部のモビライゼーションを行ったうえで、インソールを処方した。

6．その他の症例

投球動作における骨盤の後傾（典型的な不良姿勢、S字姿勢）は投球障害の原因の一つである。18歳男子高校野球・投手、右肘痛、右肩痛の症例では、ワインドアップ時の骨盤の後傾が見られ、インソールの調整と下肢筋力の強化、ストレッチ運動で対応した（図１－A, B)。



A）インソール調整前　　B）調整後、ワインドアップ時の姿勢改善がみられた。

図1. 男子高校野球・投手の不良姿勢

16歳男子、高校サッカー選手では両膝レントゲンにて分裂膝蓋骨が見られ、地方の基幹病院で手術を勧められていたが、診察では膝には問題は見られず、大腿四頭筋、ハムストリングスの拘縮を認め、グローインペインシンドロームと診断してストレッチ運動と筋トレで対応した。



図2. 男子高校サッカー部
恥骨結合部の不整が見られ、グローインペインシンドロームと診断した。

まとめ

1．スポーツ障害のリハビリテーションは個々の運動器への対応のみならず、全身の運動連鎖の調整を中心とした対応が重要である。
2．整形外科医と療法士との連携が必要である。

(資料作成にご尽力をいただいたさくら診療所長加藤和夫氏に深謝いたします。)

側弯症　初期診断・治療のポイント

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学（整形外科）
岩　﨑　幹　季

はじめに

側弯症は、脊柱の側方弯曲に伴って回旋変形を生じる脊柱変形である。側弯症の分類は図1に示すが、先天性、神経・筋原性、神経線維腫症性などによる症候性側弯以外を特発性側弯症とし最も多くを占める。脊柱変形は、前額面での側弯変形だけでなく、矢状面での前弯・後弯および横断面での回旋変形を考慮して治療を進めていく必要がある。また、自覚症状が乏しく患者が変形に気づかず進行することが多いため、成長を考慮した初期治療計画が重要となってくる。

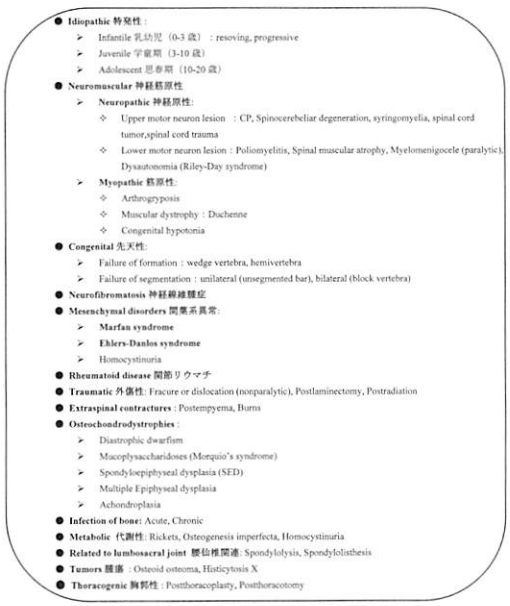


図1. 側弯症の分類

側弯症の初期診断 (1)（図2）

側弯症の診断は衣服を脱がせ（エプロン型の診察着が有用である）、立位と前屈位で背側からの視診が中心となる。立位では、肩や骨盤の水平性と体幹側方のライン（waistline）の対称性を確認し、前屈位では背部あるいは腰部での隆起（hump）の有無を確認することで、ある程度以上の側弯症の診断は可能である。しかし、脊柱側弯の定義は立位で10°以上のCobb角を有する前額面での変形であるため、確定診断は少なくとも立位長尺正面撮影（全脊柱を立位で同時に撮影する）が必要となる。



立位長尺正面像にて側弯変形を確認したら、次に症候性側弯症との鑑別診断が必要となる。下肢長測定や関節可動域、手足の変形の有無など整形外科的一般診察に加えて、手指・足の長さ（特に、くも状指arachnodactyly）や全身関節弛緩性の観察および皮膚病変（特に、カフェオレcafe-au-lait斑）の視診が、Marfan症候群や神経線維腫症など頻度の高い症候性側弯症の鑑別上の重要なポイントになる。また、神経学的な検査では深部腱反射はもちろん、腹壁反射の左右差や眼振の有無が、脊髄空洞症やChiari奇形を鑑別する上で特に重要である（図3）(2)。

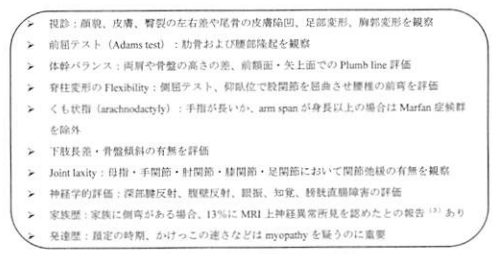


図2. 側弯症 ―診断上のポイント―

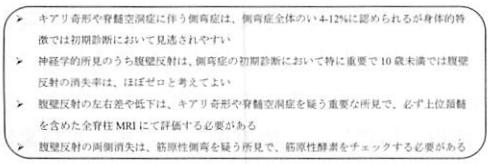


図3. 側弯症の初期診断における腹壁反射の重要性[2,4-7]

側弯症のX線計測

初診時は全脊柱立位（立位が不可の場合は坐位）2方向が必須である。側弯の程度（重症度）は、Cobb法にて計測する：前額面において最も傾斜している椎体を終椎として、上位終椎の椎体頭側縁と下位終椎の椎体尾側縁とがなす角度をCobb角とする。椎体の骨性終板がはっきりしない場合は、両側椎弓根を結ぶ線で代用する。通常下記の3つの弯曲に対して、それぞれCobb角を計測する。

- ◆Proximal thoracic (PT)：近位部胸椎カーブ→T1上縁から胸椎上位の終椎下縁
- ◆Main thoracic (MT)：胸椎主カーブ→胸椎上位の終椎上縁から胸椎下位の終椎下縁
- ◆Thoracolumbar/Lumbar (TL/L)：胸腰椎/腰椎カーブ→胸椎下位の終椎上縁から腰椎下位の終椎下縁

MRI検査の意義

Inoueらは特発性と診断し手術を予定した患者の18%にMRI上神経異常を認めたと報告している[8]。MRI検査は全例に必須とは言えないが、10歳未満で診断された側弯症や家族歴を有する場合、中程度以上の頚部痛や頭痛の訴えがある症例、足の凹足変形、眼振、腹壁反射の左右差があれば、頭蓋頚椎移行部を含めたMRI検査が必要と考えられる（図4）[2,3]。また、側面像にて胸椎の後弯が強い場合も症候性を疑う所見のひとつと考えMRI検査を施行する方が良い。

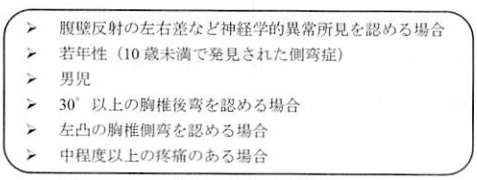


図4. MRI（全脊柱）の必要なケース

実際的には、頚椎MRI検査（頭頚移行部から頚胸移行部）でChiari奇形や脊髄空洞症の有無を検索し（図5）、側弯のある胸・腰椎部では脊柱管内の奇形や腫瘍の有無、凹側の椎体周囲病変の有無を検索する。変形部位は、矢状断像よりも前額面像や横断像の方が診断的価値は高い。



図5. Chiari奇形と空洞症

側弯症の進行予測（表1-2）

側弯の進行予測には、側弯の程度（角度）と年齢（growth potential）が重要である[9-11]。進行予測の目安は以下の特徴が挙げられる。

- ➢Risser sign 0－1
- ➢胸椎カーブあるいはダブルカーブ（胸椎カーブと腰椎カーブ）
  - ●腰椎単独の側弯よりも頂椎がT12よりも上位の方が進行しやすい
- ➢50°を超える側弯
- ➢初潮前または、男児の場合はGrowth spurt前
  - ●女児の方が進行しやすい
- ➢胸椎後弯の消失（ただし、予測因子とはならない）

側弯変形が成長時期に進行しやすいことは容易に理解できるが、今までの報告[12-14]から側弯症は成長が止まり成人になってからも進行する危険性があることを忘れてはならない。すなわち、骨成熟（Skeletal maturity）後でも50°以上の胸椎カーブや30°以上の腰椎・胸腰椎カーブは進行しやすい。そして、放置した場合、

約6割に疼痛の訴えが認められ（女性に多い）、胸椎カーブ80°以上では呼吸困難の危険性が伴うことも報告されている[15]。

表1. 側弯角度とRisser signに基づく進行予測[9]

Risser sign	側弯進行の危険性	
	5−19°	20−29度
0-1	22%	68%
2-4	1.6%	23%

表2. 初診時の年齢と側弯角度に基づく進行予測[9]

初診時年齢	側弯進行の危険性	
	5−19°	20−29度
10歳以下	45%	100%
11-12歳	23%	61%
13-14歳	8%	37%
15歳以上	4%	16%

側弯症の基本的治療方針[1]（図6）

側弯症は後弯変形がなければ高度になっても麻痺が出現することはなく、疼痛などの自覚症状はほとんど訴えないので、初診医自身が側弯の程度と年齢を考慮して将来のことまで予測して方針を決めなければならない重要な役割を担う。Cobb角が10°以上であっても、20°未満であれば成長終了まで定期的な経過観察だけで特に治療は必要ない。Cobb角25−30°以上は成長終了前や進行例では基本的には装具療法の対象となる。20−25°でも成長と共に進行傾向があれば装具を考慮する。側弯症の進行を予防する方法として理論的にある程度証明されている治療法は装具療法だけである[16]。体操療法は単独の治療としては疑問だが、体幹筋力を維持あるいは増強する目的では効果を期待できる。重要なことは、漫然と装具療法を勧めるのではなく、装具の有効性や重要性を本人および家族に十分理解してもらうことと装具療法の限界を主治医自身が十分に知っておくことである。患者の年齢や成長程度にもよるが、Cobb角45−50°以上の側弯に対しては装具療法の効果は不十分で、基本的には手術療法を考慮する必要がある。患児に痛みなどの主訴がなく、変形の程度が許容できる場合でも、将来の変形進行や変性が加わることによる疼痛を如何に予測できるか、が治療のキーポイントとなる。

治療の目標は、治療直後にとどまらず将来においても痛みがなく安定した脊柱バランスの獲得（前額面と矢状面の両方）であり、成長終了後の障害を予測することが重要である。つまり、側弯を未治療で放置すると進行する危険性があるだけでなく、背部痛や腰痛、心肺機能障害や様々な心理社会的な問題を引き起こす危険性があることを主治医が理解し患者や家族に説明することが必要である。特に、Cobb角80°を超えると拘束性障害による呼吸困難を自覚する危険性が大きいため[15]、正常な肺機能の獲得維持も治療の目標ととして重要である。

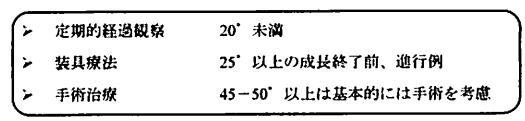


図6. 側弯症の基本的治療方針

装具療法

側弯が25°−30°以上に達していると装具療法の対象となる。一般的には、Risser sign 3以下で20°以上のカーブが適応になる。特に20−40°で、Risser sign 0−1の側弯症については装具療法が極めて重要な位置を占める（図7）。牽引力と側方圧迫力で矯正するのが理論的には良いが、実際上は骨盤をしっかり保持して凸側の圧迫とカウンターによる3点矯正と立ち直り反射によって矯正する。胸椎部では圧迫は肋骨を介して作用するので、4〜5 cm尾側の頂椎部の肋骨に回旋矯正力を働かせるように後側方から前内側に圧迫する。腰椎側弯では頂椎から尾側にかけて傍脊柱筋を後側方から前内側に圧迫する。腰部は前弯を減少させると矯正傾向になるため、骨盤を後傾させ腰椎前弯を減少させる。装具療法中でも体育やスポーツは全く禁止せず、むしろ体幹の筋力強化のためにも積極的に勧めていくべきである。


11歳時に1日20時間以上の装着を目標に装具治療（underarm brace）を開始した。装具のコンプライアンスは良好で、側弯の進行は認められない。（左から、装具開始前（11歳時）の立位正面・側面、13歳時の立位正面）

図7. 装具著効例

➢装具療法の有用性と注意点

Boston type の underarm brace は骨未成熟（skeletally immature）の患者に対しては有用である。しかし、装具は側弯を矯正するというよりは進行予防が目的である。Nachemson ら[16]は286人の女児（10－15歳）の平均4年の前向き調査で、25－35°の側弯症に対して経過観察のみ（129患者）、装具療法（underarm plastic brace）（111患者）、電気刺激療法（nighttime surface electrical stimulation）（46患者）の3種類の治療法を比較した。6°以上の進行を認めたものは電気刺激と未治療では約2/3と差がなかったが、装具療法は6°以上の進行を認めたものは26％で、未治療に比べて有意に側弯の進行が抑制されたと報告している。Rowe ら[17]の meta-analysis でも、23時間の装具着用が他の治療に比して最も有効性が高いことが確認されている。

装着時間に関して Wiley ら[18]による35－45°の側弯症に対する Boston brace の効果判定の研究では、1日18時間以上装着したグループに矯正効果が有意に優れていた。また、Rowe ら[17]の meta-analysis でも23時間着用が8時間着用や16時間着用に比して有効性が高いことが確認されている。したがって、装具の効果は dose-dependent であることを患児と家族に認識させることも大切である。

➢装具の種類

◆CTLSO(Milwaukee brace)：1940年代に Blount により開発された。Neck ring による伸長力が働くが cosmesis のため受け入れが難しい。乳幼児の側弯に対しては現在でも有用である。

◆TLSO (underarm, Boston type brace)：頂椎がT8（T7）かそれ以下の時に適応となる。

骨盤をしっかり保持し、カーブを矯正させるような側屈と回旋を加え面でブロックするように圧迫とカウンターをかける。圧迫は頂椎の肋骨（体表では頂椎から4～5 cm尾側）を後側方からかけて回旋矯正させる。大阪医大式（OMC）は立ち直り反射を確実にするために胸椎凹側に支柱を有するのが特徴である。

➢装具療法終了のタイミング

装具療法を終了する目安を以下に示すが、Risser sign はあまり有用ではなく、特に男児は Risser sign 4になっても成長するので終了の判断は慎重に行う。また、治療終了時に40°以上の側弯が残存している場合は、その後もゆっくり進行する危険性があるので慎重に観察する必要がある。

◆身長の伸びがない、朝と夜の身長差が2 cm未満

◆最大成長時期（最も身長が伸びた年）から3～4年，初潮後2～3年（多くは中学3年頃）

◆ALP値が成人正常値の上限

手術適応

漫然と装具療法を続けるのではなく、装具療法の限界を知って手術のタイミングを逃がさないことが重要である。以下の場合には、基本的には手術治療を勧める。

➢ skeletally immature（特に Risser sign 0－1で初潮前の女児）で40－45°を越えるカーブ

➢ skeletally mature でも50－60°を越えるカーブ

以前は、骨成熟とともに側弯の進行は起こらないと思われていたが、現実には約60－70%で骨成熟後も進行することが報告されている[12－14]。したがって、成人になっても50°を超える胸椎カーブや40°を超える胸腰椎・腰椎カーブの場合、慎重な経過観察が必要である。特に女性の場合、出産後や中高年期になって疼痛や機能障害が出現してくることが多いので、定期的なX線的評価が重要である。

文　献

1. 岩崎幹季　脊柱側弯症検診の方法、診断後の対処は？　整形外科研修なんでも質問箱145　冨士武史　加藤泰司編集　南江堂　pp.60-61, 2007
2. 岩崎幹季ほか　側弯症初期診断における腹壁反射の重要性　日本脊椎脊髄病学会雑誌 19 : 19, 2008.
3. Inoue M, et al. Idiopathic scoliosis as a presenting sign of familial neurologic abnormalities. Spine 28 : 40-45,2003
4. Arai S, et al. Scoliosis associated with syringomyelia. Spine 18 : 1591,1993.
5. Zadeh, HD, et al. Absent superficial abdominal reflexes in children with scoliosis. JBJS 77-B : 762,1995.
6. Yngve D. Abdominal reflexes. J Pediatr Orthop 17 : 105, 1997.
7. Saifuddin A, et al. Prevelence and clinical significance of superficial abdomoinal reflex abnormalities in idiopathic scoliosis. Eur Spine J 14 : 849, 2005.
8. Inoue M, Minami S, Nakata Y, et al: Preoperative MRI analysis of patients with idiopathic scoliosis. Prospective study. Spine 30 : 108-114, 2004.
9. Lonstein JE, Carlson JM: The prediction of curve progression in untreated idiopathic scoliosis during growth. J Bone Joint Surg 66-A : 1061-1071, 1984.
10. Weinstein SL : Idiopathic scoliosis: Natural history. Spine 11 : 780, 1986.
11. Peterson LE, Nachemson AL : Prediction of progression of the curve in girls who have adolescent idiopathic scoliosis of moderate severity. Logistic regression analysis based on data from the brace study of the Scoliosis Research Society. J Bone Joint Surg 77-A : 823-827, 1995.
12. Ascani E, Bartolozzi P, Logroscino CA, et al: Natural history of untreated idiopathic scoliosis after skeletal maturity. Spine 11 : 784, 1986.
13. Weinstein SL, Zavala DC, Ponseti IV: Idiopathic scoliosis: Long-term follow-up and prognosis in untreated patients. J Bone Joint Surg 63-A : 702-712, 1981.
14. Weinstein SL, Ponseti IV: Curve progression in idiopathic scoliosis. J Bone Joint Surg 65-A : 447-455, 1983.
15. Weinstein SL, et al: Health and function of patients with untreated idiopathic scoliosis : a 50-year natural history study. JAMA 289 : 559-567, 2003.
16. Nachemson AL, Peterson LE: Effectiveness of treatment with a brace in girls who have adolescent idiopathic scoliosis. A prospective, controlled study based on data from the brace study of the Scoliosis Research Society. J Bone Joint Surg 77-A : 815-822, 1995.
17. Rowe DE, Bernstein SM, Riddick MF, et al: A meta-analysis of the efficacy of non-operative treatments for idiopathic scoliosis. J Bone Joint Surg 79-A : 664-674 1997.
18. Wiley JW et al: Effectiveness of the Boston brace in treatment of large curves in adolescent scoliosis. Spine 25 : 2326-2332 2000.

変形性関節症に対する保存療法とそのエビデンス

藤田保健衛生大学整形外科　山田治基



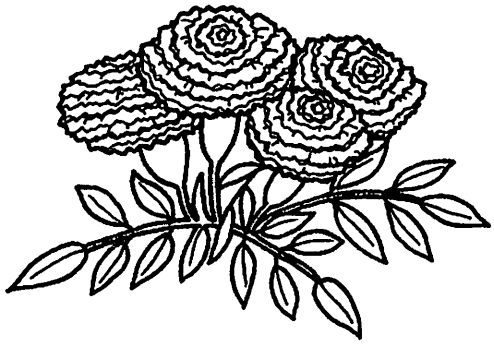
変形性膝関節症（osteoarthritis, OA）は運動器のmost common diseaseであるが、人口動態の高齢化に伴い先進国では医療経済的に最も重要な疾患の一つとなっている。OAは有病率の高い疾患であるので、保存療法が中心となる。OAに対する保存療法についてはOsteoarthritis Research Society International（OARSI）を含めて幾つかのガイドラインが公表されている。ガイドラインは疾患に関する情報を専門家が多方面から解析、評価することによってわかりやすく集計し、多忙な実地医家に有益な情報を提供するものである。OARSIのガイドラインは、生活習慣（靴を家の中でも履くか否か）、医療制度（健康保険制度が完備されているか）などの影響を受ける面がある点で注意を要するが、ガイドライン中に推奨度が具体的な数値で明示されており、我が国のOA患者に対する治療においても極めて有益なものである。

OAは我が国では診断基準にもよるが、推計2000万人の患者がいるとされ、先進国では大変、有病率の高い疾患として医療経済上のインパクトも大きい。その治療は、有病率の高さからいっても非手術療法が主流となる。OA病態の本質である軟骨破壊はいったん重症化したらもとには戻りにくいことは事実であるが、臨床的OAは、ある程度の病期までは改善・修復が期待できる疾患でもある。OAに対する非手術療法の究極の目的は発症したOAの重症化予防にあるといっても過言ではない。OAに対する非手術療法は薬物療法と非薬物療法に二分される。非薬物療法としては中敷き型楔状足底板が頻用されている。ガイドラインでも膝関節内顆のOAを有する患者の一部では、外側楔状足底板が症状緩和に有効であるとされているが、通常、使用される中敷き型楔状足底板では、踵骨を距骨下関節において外反し、下肢機能軸を外側に移動する効果はあるが、内反変形（FTA）の矯正力はないとされている。体重コントロールもOA治療の基本とされているが、その臨床的効果についてのエビデンスは必ずしも明確ではない。平均BMIが35.9（平均年齢＝62.6）という肥満のある90名の膝OA患者に低カロリー食と普通食を投与し、8週間後にWOMACで評価した研究では有効性が報告されている。四頭筋訓練も膝OAn治療ではかかせないものである。我が国での多施設研究でSLR（80回/日）を8週間施行した群ではNSAIDsとほぼ同等の臨床効果が報告されている。

薬物療法のターゲットとして従来、初発病変部位である軟骨が中心に研究されてきたが、最近では軟骨下骨や滑膜も重要視されている。破骨細胞に特異的に作用するとされているビスフォスフォネート製剤は動物OAモデルでは軟骨破壊を抑制することが報告されている。ただヒトに対する大規模臨床試験では痛みなどの臨床症状の改善やX線上の軟骨破壊進行を抑制する効果は是認されていない。ヒアルロン酸（HA）の関節内注入は本邦では20年の臨床経験がある。本法はメタ解析により痛みの改善などの臨床症状改善効果が確認されているが、その程度は分子量や製剤によるバラツキが大きく、OAガイ

ドライン上の扱いも高くない。本法の効果は注入後約１年ぐらい持続するという報告が多い。HA注入は痛みなどの臨床症状改善が主であるが、X線上の軟骨破壊進行を抑制するというパイロット報告も出てきている。NSAIDsはOAの治療上、最も頻用されている薬剤であるがメタ解析によればアセトアミノフェンとの効果の違いは小さく痛みに対す効果は過信するべきでない。選択的COX-2阻害剤については膝OAに対して従来型NSAIDsと同等の効果を有しながら消化管障害が少ないことが明かとされている。体重減少は単独ではOAの臨床症状改善に有効であるという報告は少なかったが、最近のメタ解析では４ヶ月に５％程度の減量により有意な臨床症状の改善を見たという報告がされている。大腿四頭筋の筋力強化もOAの臨床症状を改善するのに有効なことが本邦の多施設のRCTにより実証されている。現時点ではOAの進行を遅らせる真の抗OA薬について広く認められた薬剤は存在しない。

OAは生命に直接、関与する疾患ではないので、手術療法、非手術療法を含めて大変、多くの治療法が実地医家の裁量のもとに許容され施行されてきた経緯がある。ただし、今後は、ガイドラインを参考にしつつ、目の前の患者にとって最良かつ最も合理的な治療を患者とともに選択していくことが必要である。



関節リウマチの診断治療におけるピットフォール

大阪市立大学大学院医学研究科リウマチ外科学
准教授　小池達也

はじめに

関節リウマチ（RA）治療は明らかに大きな変貌を遂げました。治療法が大きな変貌を遂げた際に起こる現象として、その治療を実行する医療者に二極化が生じます。つまり、積極的に新しい治療法に取り組もうとするものと、一歩後退して様子を見ようとするものに分かれてしまいがちです。これまでの日本の医療において、RA治療の中心を担ってきたのは整形外科医でした。そして、新しい治療法は外科的治療にではなく、内科的治療において顕著な進歩をとげ、しかも、これまでの治療法とは別次元の治療法であるため、従来の治療法に慣れ親しんだ整形外科医には取っつきにくいものになりました。この状況下で、整形外科医が新しい治療法から離れた場所にとどまれば、不利益を被るのはRAに苦しむ患者さんたちです。そこで、本講演においては、RAの新しい治療体系における注意点に関してピットフォールを中心に概説を行いたいと思います。

診断のピットフォール

RAの診断は、基本的には簡単です。手指が典型的な変形を示している患者さんであれば、視診だけで診断がつきます。1987年に作成されたアメリカリウマチ会議の分類基準では、7項目中4項目を満たせば、RAと分類して良いとしていますが、この分類基準では、早期診断は不可能です。そのために、2009年に新しい診断基準が欧州リウマチ会議とアメリカリウマチ会議の合同案として提案されました。評価が確定するには数年を必要とするでしょうが、早期治療向きに策定されたのは間違いありません。その診断基準では、まず腫脹関節のX線検査で骨びらんがあれば、RAと診断して良いとしています。単関節でも診断できるようになったわ



けです。もし、骨びらんがなかった場合には、彼らが設定したスコアリング（表）にしたがって、10点満点で6点あれば、診断可能としました。この診断基準の問題点は、最初に、腫脹を起こす「他の疾患」を除外する必要があることと、すでに発症10年も経過している患者さんには意味がないと言うことです。

(表)
新RAクライテリアのスコア（10点中、6点以上でRA）

関節病変	
中・大関節に1つ以下の腫脹または疼痛関節あり	0点
中・大関節に2～10個の腫脹または疼痛関節あり	1点
小関節に1～3個の腫脹または疼痛関節あり	2点
小関節に4～10個の腫脹または疼痛関節あり	3点
少なくとも1つ以上の小関節領域に10個を超える腫脹または疼痛関節あり	5点
血清学的因子	
RF、ACPAともに陰性	0点
RF、ACPAの少なくとも1つが陽性で低力価	2点
RF、ACPAの少なくとも1つが陽性で高力価	3点
滑膜炎持続期間	
＜6週	0点
≧6週	1点
炎症マーカー	
CRP、ESRともに正常	0点
CRP、ESRのいずれかが異常	1点

検査値の落とし穴

RAの炎症を評価する検査法として、CRP・赤沈・MMP－3がよく使用されます。欧州リウマチ会議が提唱しているRAの疾患活動性指標であるDAS28（Disease activity score 28）の計算にもCRP・赤沈は使用されます。クリニックで赤沈を測定するのは大変ですが、DASの基本は赤沈です。一方、MMP－3は滑膜から産生される物質で、活性状態であれば、軟骨や骨の破壊能力を有しています。滑膜が増生するような疾患であれば上昇し、RAの特異的な検査項目ではありませんが、炎症の良い指標です。この検査を評価する際に重要なのは、ステロイドの投与により値が高くなり、腎臓疾患のような排泄障害があっても上昇すると言うことです。ステロイドとMMP－3の関係は複雑で、連携機構は完全には解明されていません。

疾患評価の注意点

先に挙げたDAS28が、現時点での疾患の活動性を表現することが出来るので、最近よく使われます。28個の関節を評価し、腫脹関節数・圧痛関節数・患者自身による総合VAS（Visual analogue scale）とCRPあるいは赤沈を組み合わせて計算します。この値が高いと、疾患活動性が高いというのみならず、その患者さんの日常生活動作が次第に低下してゆくことを予測できるという点で重要です。イメージとしては、腫脹・疼痛関節をそれぞれ2個以内に抑えることを目標にすれば良いでしょう。ただし、罹病期間の長い整形外科に通うRA患者さんでは、腫脹を押さえることは出来ても、圧痛を完全に制御することは難しく、寛解を目指すのは早期RA患者さん以外では現実的ではありません。

薬剤使用時に念頭に置くべきこと

抗リウマチ薬（DMARD：Disease-modifying anti-rheumatic drug）として数多くの薬剤が認可されています。ポイントはただ一つ、効果のある薬剤を使用するということだけです。その中で最も重要なのがメトトレキサート（MTX）です。この薬剤を使いこなしてこそ、RAの治療が楽しくなります。その際に重要なのは投与量と投与方法です。量に関しては、わが国では週8 mgまでしか認められていませんが、この量では充分ではないことは明らかです。近いうちに16mgまで増量可能となると思われますが、まずは最高の8 mgまでは使用すべきでしょう。間歇投与と言うことはよく知られていますが、添付文書にある12時間ごとの投与方法は、乾癬を念頭においたもので、RA用ではありません。私は、全量を可能な限り1日で投与しています。この場合に1日が重要なのではなく、6日休薬することが重要だと考えています。

生物学的製剤の光と影

DMARDでコントロールが難しい場合あるいは関節破壊を何とか食い止めたいと思う際には、生物学的製剤を使用します。現在、4種類の注射製剤が認可されていますが、いずれも骨破壊抑制効果を含めて、非常に有効であることが証明されています。問題は、生じる可能性のある有害事象です。念頭に置くべきは感染症と悪性腫瘍です。感染症は肝炎や結核をはじめとする呼吸器感染症に関するスクリーニング検査が重要です。このうち肝炎に関しては、MTX使用時にも事前検査を実施するようにと、最近、添付文書が改訂されました。腫瘍に関しては、いくつかのコホート研究で、生物学的製剤を使用しても悪性腫瘍の発生率は上昇しないことが報告されていますが、可能であればスクリーニングは掛けるべきです。また、悪性リンパ腫はRA患者に高頻度で発生しますので、常に念頭において下さい。

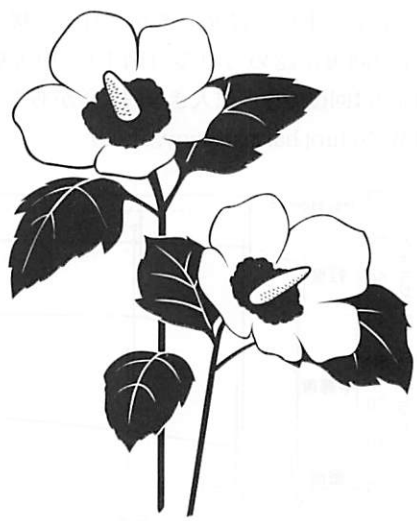
ステロイドと消炎鎮痛剤の功罪

生物学的製剤に比べて、ステロイドと消炎鎮痛剤は安全というイメージがあり、安易に使用される傾向にあります。しかし、ステロイドは長期に使用すると実に多くの合併症がありますし、RA患者の死亡率や重症感染症発生率を上昇させることも分かっています。短期に、少量

の使用は問題ありませんが、常に減量のチャンスをうかがう姿勢が大切です。ステロイド性骨粗鬆症による圧迫骨折が生じて、慢性の背部痛を訴えるRA患者のコントロールは実に大変ですから。一方、消炎鎮痛剤はPPI（Proton pump inhibitor）のような薬剤を併用していれば、問題ないと考えておられたら、それは間違いです。小腸などに発生する潰瘍は酸とは関係がありませんので、PPIで予防は不可能です。これらステロイドと消炎鎮痛剤を減量するチャンスを作り出すために生物学的製剤は良い助っ人になってくれます。

おわりに

RA治療は変わりました。今後もさらに激しく変わってゆくと考えます。この状況で、整形外科医は選択を迫られています。RA治療の舞台から退場するか、あるいは、これまで通りにRAと闘い続けるかです。ピットフォールにさえ気をつければ、最新のRA治療であっても難しくはありません。要は、患者さんの関節を良く触り、様々な項目に注意を払うだけです。まだ、舞台から去るのは早すぎます。



脳卒中リハビリテーション・チップス
－運動生理と合併症について－

日本医科大学千葉北総病院リハビリテーション科　原　行弘



脳卒中のリハビリテーション（以下リハ）が本邦で一般的になりつつある今日、脳卒中リハ医療の実践は、診療科を超えて普遍的な医療といっても過言ではない。リハ医療はこの20年で著しい変貌をとげており、より組織的かつ有機的な方向にすすんでいるといえる。脳卒中リハの流れの中で、医師がどのような医療的介入を行う役割があるのか改めて言及したい。必ずしも脳卒中リハが専門とは限らない医療者の方々の知識の整理、実践的リハ医療推進のお役に立てれば幸いである。

片麻痺の特徴

まず、片麻痺側の手足は共同運動という特異的な運動パターンをとる特徴を念頭においておきたい。片麻痺上肢は、肩が外転、肘屈曲、手屈曲、手指屈曲の屈曲パターン運動が優位であり、下肢は股伸展、膝伸展、足内反尖の伸展パターンをとりやすい。このような共同運動を増悪するような運動をしないように指導する。片麻痺上肢運動麻痺は軽症では約1ヶ月で麻痺の回復はほぼ固定するが、中等症では発症後3ヶ月まで、重症では発症後6ヶ月まで緩やかな麻痺の回復が認められる（図1）。中等症・重症例では回復の程度に大きな個人差がある。(Duncan PW, Neuropharmacoiogy, 2000)

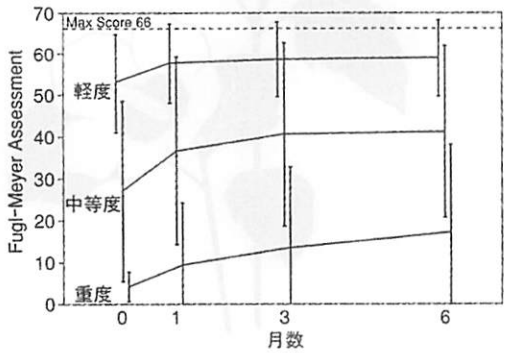
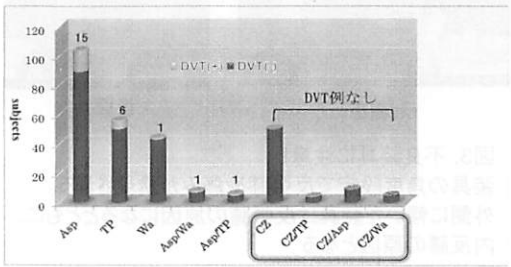


図1. 片麻痺上肢の改善度

疾病管理・合併症予防

脳卒中患者の脳循環自動能低下に注意し、脳卒中患者の血圧は140/90以下を目標とし、やや低めの血圧は時に脳卒中患者の脳循環不全をきたすので、日頃の意識レベル、活動性、倦怠感に着目する。肩関節亜脱臼を認めた場合は、まず肩挙上・外転動作を促して亜脱臼を自己にて整復できるかチェックをする。肩挙上・外転動作が不可能で、肩関節亜脱臼が1～2横指あれば、三角巾よりも肩関節可動性が保たれ関節拘縮をきたしにくいアームスリングの着用を考慮する。亜脱臼がなくても、上肢が体幹バランス・歩行バランスに悪影響を与えるときも、アームスリングを考慮する。Post stroke depressionは自宅復帰してから顕在化することも多く、脳卒中発症4ヶ月後に約2割が鬱になるといわれている。左前頭葉の障害に好発し、失語症は社会復帰との葛藤が鬱の誘因になるので要注意である。SSRI剤、SNRI剤は有効だが、高齢者では食欲不振・嘔吐の副作用あり注意が必要である。肩手症候群（CRPS (Complex regional pain syndrome) typeI）は、手関節・MP関節は伸展拘縮、IP関節は屈曲拘縮となる発症時期発症3～4ヶ月後の重度な上肢麻痺におきやすく、脳卒中の回復期において見過ごされやすい合併症のひとつである。

主要４徴候として１．手の腫脹、2. 肩、手、手指関節疼痛、圧痛、3. 手の熱感、4. 手の深紅色変化がある。治療は発症時にはステロイド（プレドニン 30mg 漸減）が著効し、糖尿病合併例、軽症例、慢性期はNSAID投与を考慮する。深部下肢静脈血栓症は、欧米の報告では脳卒中に合併する頻度は高いとされるが、11～66%と幅広い報告がある。一方で、アジア人にはDVTが少ないと考えられてきたが、アジア人にも脳卒中発症後8.5%～18%にDVTが合併する。(Chua K Arch Phys Med Rehabil, 2008)。脳卒中急性期脳卒中片麻痺後に合併するDVTは、急性期の重度麻痺と安静臥床が主な要因であると一般にいわれている。回復期～慢性期脳梗塞患者のDVTの発症頻度は8%程度の報告があり、末梢性DVTが多い。DVTを伴う片麻痺例の特徴は1. ヒラメ静脈血栓が多く、2. 重度足関節運動麻痺、3. 重度歩行障害、4. 座位時間が長い、5. 高度痙縮を認め、6. 短下肢装具を使用している特徴がある。ヒラメ静脈に血栓ができやすい原因として、1. 最も静水圧がかかる、2. 膝関節運動は関与せず足関節運動が関与、3. 静脈弁が不完全、4. 網の目状の走行のため筋収縮時に血液の乱流が生じることが考えられる。片麻痺による内反尖足を矯正するため、歩行時に短下肢装具の半月部分は、下腿後面を前方に圧迫し、歩行サイクルの間に上下方向に腓腹部をしごくようなモーメントが働く。機械的刺激によって下腿部の静脈のmicro-injuryやうっ血が生じる。痙縮が強いと高度の内反尖足矯正のため、より下腿圧迫が強くなる。下腿部静脈の血管内皮作用と抗血小板作用でシロスタゾールはDVT予防に有用である（図２）。一方、2518例を弾性ストッキング使用の有無で二群に振分けたところ、DVT発症の頻度は両群とも10%程度と差を認めず、弾性ストッキングでは脳卒中後の下肢深部静脈血栓症の頻度は減少しないとの報告もある（Dennis M, Lancet, 2009)。筋緊張の亢進の対処として1. フェノール、ボトックスRを用いた神経ブロック、2. 薬物療法として抗痙縮剤（バクロフェン、ダントロレンNa)、3. 理学療法として緊張筋持続伸長（徒手、スプリント使用)、4. 拮抗筋交互電気刺激、5. 自転車エルゴメーター、がある。また、筋緊張増悪因子の除去も忘れてはならず、精神的不安、疲労、天候の変化（寒冷等)、炎症、褥創、尿路結石・感染、痛み、膀胱・直腸の充満に配慮する。



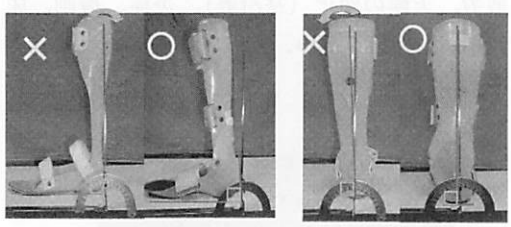
Asp：アスピリン，TP：チクロピジン，CZ：シロスタゾール，Wa：：ワーファリン

図2. 抗血小板薬・抗凝固薬とDVT

歩行障害と装具

歩行の評価歩容の異常足部尖足、内反、槌趾、外反偏平足、外反母趾、膝反張は膝が過伸展し、膝関節の靭帯が伸び、動揺関節が進行している。下腿三頭筋の筋痙縮でおこりやすい。膝関節の靭帯が伸びて膝が反り返る尖足歩行、不適切な短下肢装具使用が原因放置すると進行し矯正困難になるので、初期に対処が重要である。歩容の改善指導として、膝関節コントロール、モンキーウォーク　下腿三頭筋の筋緊張調節、装具作製装具の再作成がある。外側に傾いた短下肢装具は反張膝の原因になるとともに、内反膝の原因となる（図３)。脳卒中装具療法早期から装具療法を用いて立位、歩行の矯正を行うことで片麻痺下肢の促通が行われ、麻痺とバランス能力の改善を促す。一般に長下肢装具よりも短下肢装具の作製頻度が高く、片麻痺重症度、筋緊張、バランス障害の程度に応じた適切な装具処方を行うが、装具のdowngradeは患者に受容されるが、upgradeは受け入れられにくい。また、下腿の捻転と湾曲により、座位と立位では膝関節軸と足関節軸の関係が変わるので、変形性膝関節症に対する短下肢装具採型は立位で行ったほうがよい場合がある。シューホーンブ

レイスのトリミングの深さによって、足関節のたわみ具合を調節して歩行障害に対応させる。小脳失調症に対して、足に750gの重錘をつけると約4割に歩行が安定する効果が認められる。



側面　　後面

図3. 不良装具に注意!
装具の角度設定で反張膝や痛みが誘発される。
外側に傾いた装具は反張膝の原因になるとともに、内反膝の原因となる。

転倒・骨折

1. 大腿骨頸部骨折　2. 脊椎圧迫骨折　3. 上腕骨外科頸骨折、が3大好発部位である。脳卒中患者の転倒骨折の特徴は、1. 骨折が完治しても歩行能力が戻らないことがあり予防が重要である、2. 感覚障害や失語症のため訴えに乏しい、3. 麻痺側は骨萎縮のため僅かな外力で骨折する、4. 半側空間無視、痙攣発作のある患者はハイリスクである。転倒後は身体的ダメージのみではなく精神的影響も大きく転倒後不安症候群といわれ、高齢者・障害者が社会復帰できない原因のひとつとなる。転倒予防としてフラミンゴ訓練法やつぎ足歩行が有効とされている。

廃用症候群

1. 関節拘縮、2. 筋力低下、3. 肥満、4. 体力低下がある。特に脳卒中患者の廃用性筋萎縮は、非麻痺側にも筋萎縮が認められ、発症2週間後すべての患者で筋萎縮が認められ、ADLの低下が著しい症例は筋萎縮がさらに3～4割進行してしまう。サーキットトレーニングの一環として骨盤挙上訓練はよく行われる運動である。殿筋群、ハムストリングス、背筋の筋力増強とフィットネス訓練に有用である。慢性的に悪化しやすい関節拘縮は肩関節であり、肩関節周囲炎、肩関節痛の原因となる。手指関節は手指屈曲拘縮になりやすく、膝関節はハムストリングス短縮から生じやすく、足関節は内反尖足を呈しやすく歩行障害増悪の要因となる。頻度の多い脳卒中の肩関節痛の原因として肩関節拘縮、肩関節亜脱臼、肩手症候群（反射性交感神経性ジストロフィー）、中枢性疼痛が認められる。注意しないと廃用症候群の引き金になる全身状態のチェックポイントとして、電解質異常、脱水、甲状腺機能低下、変形性関節症、変形性関節症・変形性膝関節症、慢性炎症、悪性腫瘍などがある。

在宅リハ指導

肩関節屈曲可動域訓練としての注意点は1. 非麻痺側上肢で介助しながら肘関節を伸ばす、2. 手掌面を上にするように（肩関節外旋位）、3. 息をゆっくりはきながら行わせる。プーリーを使った運動は肩可動域運動を充分行っていないことが多く、徒手による肩挙上運動のほうが効果的なことが多い。手指屈曲拘縮が高じると手掌に指の爪が食い込み潰瘍を生じる。手・手指をコイルバネで伸展するローズコーンスプリントを装着して手指屈曲拘縮を改善させる。膝伸展運動は椅子座位の姿勢で前方においてあるもう一つのいすに麻痺側下肢をのせ、膝を上から下へ押し上げるように5分間程度伸長させる。膝関節屈曲拘縮に対するコイルばね式膝伸展装具も有効である。三角台を用いたアキレス腱伸張を5分程度継続する。他動的ROM運動をしている場合の機能的MRIによる脳血流動態の検討で、ROMをしている関節に対応している大脳皮質の血流増加が認められる。

脳卒中患者の体力

一般に脳卒中患者の一日歩行量は、男性：3000～3500歩/日、女性：3500～4000歩/日とされ、体力向上には6000歩/日が必要である。脳卒中患者は健常者に比べ、2割以上体力（最大酸素摂取量）が低下している。一方で平均家庭訓練時間については男性が60分、女性は15分といわれているが、女性脳卒中患

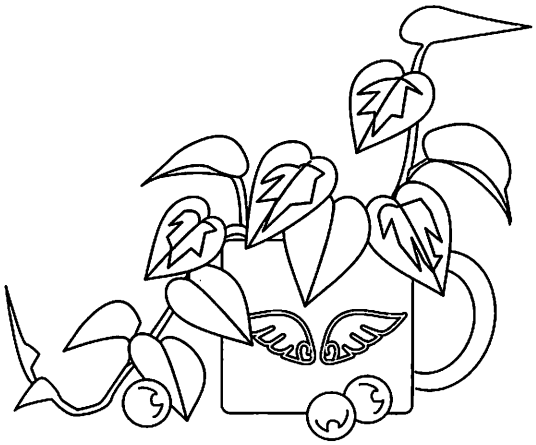
者のほうが身体機能を保持できるのは家事が訓練となっているためと言われている。安静状態が続くと筋細胞内のインスリン感受性が低下しインスリン抵抗性状態をきたす。筋での糖取り込みが阻害され糖代謝に異常が生じる。安静状態が長期におよぶと高インスリン血症を生じる。運動の休止でインスリン感受性は急激に低下する。早期離床の座位、立位時には抗重力筋で糖を取り込む有酸素運動が行われる。

脳卒中患者の体力増強訓練の実際運動様式

障害に応じて運動を選択（歩行訓練、トレッドミル、エルゴメーター、サーキットトレーニング（起立動作、骨盤挙上、体幹前後屈運動）。1. 運動強度：訓練モニターにHRを用いる。カルボーネンの式が簡便：目標心拍数＝（220-年齢-安静時 HR）×係数（0.5～0.6）＋安静時 HR. 2. 持続時間：通常1回運動時間は20～40分が至適、30分以上では骨・関節合併症のリスク↑：1回10～15分程度の訓練を数回繰り返してもほぼ同様の効果である。3. 頻度：効果とリスクとの関係から週3～4回が望ましい。週1～2回でもfitness効果があるが、体脂肪減少効果はない。4. 運動習慣：最も必要と思われる運動種目を1つ、2つに絞って指導。達成状況を常にチェックしつつ長期間続けられるよう工夫。

片麻痺患者の肥満の問題

在宅にての高度肥満が機能低下の原因となる。肥満→機能低下→さらに肥満の悪循環をきたす。さらに合併症増悪として高脂血症、糖尿病、高血圧の増悪変形性膝関節症、変形性股関節症の増悪摂取カロリーと運動量のバランスを考慮
標準体重X 20－25Calをまず目安にする。脳卒中発症前から運動習慣がなく、運動の習慣づけが難しい。



第39回　大阪整形外科症例検討会　抄録

大阪整形外科症例検討会（略称：大症）という症例検討会を皆様ご存知のことと存じます。今回39回目を迎えます。年に２回ですからもう20年近くの歴史があります。この会は参天製薬㈱との共催の下で年に２回開かれます。会場は北浜フォーラム・毎日ビルディング大阪本社・済生会中津病院・新大阪ワシントンホテルプラザなどの北大阪地区の会議室を使っています。昔は東淀川区下新庄の参天製薬の社屋で行っていて、私も研修医の頃に時々参加していたのを思い出します。OCOAからは４人の理事が世話人となっています。私はその一人で、世話人になって５年になります。あと大島正義理事、古瀬洋一理事、太田信彦理事です。勤務医６名と開業医４名から成る世話人会は年二回の症例検討会当日に開かれます。持ち回りで代表世話人になり症例検討会の予定を立てます。代表世話人になると世話人会の進行役や検討会の座長も務めますので、なかなか忙しい一日となります。

この会は大阪の開業医と勤務医がともに和気藹々と症例を持ち寄って検討するという全国的にもまれに見る会です。大阪南部地区で開催されている整形外科金剛会（略称：金剛会）というのがありますが、大証のカウンターパートと言ってよい関係にあります。昔、大阪南部の金剛山の見える範囲の開業医が集まって「金剛会」を結成して堺市産業振興センター（じばしん南大阪）で症例検討を中心に開始したというのが始まりで、その後近隣の病院の整形外科を誘って開催し発展したということです。

検討会はまず参天さんの製品紹介から始まります。その次に症例検討会があります。
症例検討は外傷・変形性関節症・腫瘍・骨代謝疾患など多岐に渡ります。たとえば下記のような具合です。「長年放置された手掌部軟部腫瘍の一例」「Galeazzi骨折後のimpending malunionの治療経験」「固有指に発生した骨腫瘍の１例」「受傷後３ヵ月後に受診した中指PIP関節脱臼の一例」「感染を機に急速に麻痺の進行を来たした頚椎OPLLの一例」「大腿骨頚部骨折を合併した骨幹部骨折」「仙骨上関節突起に発生した骨棘によりＬ５神経根症状を引き起こした１例」「軸椎分離症により頚髄症をきたした１例（結果報告）」「陳旧性肩関節後方脱臼の１例」「表面置換型人工骨頭置換術の治療経験」「当科におけるばね指手術」「総合格闘技による複合膝損傷」。それぞれの症例についてプレゼンテーション後に診断・治療等について議論が交わされます。思いがけないアイデアがフロアから出されることがあり、演者のみならず、出席者一同うなることがあります。

この症例検討会の問題点としてあげられるのは、最近勤務医の手術の話が多くて無床診療所開業医の症例提示や参加そのものが少なくなってきているように思われることです。昔はそうでもなかったようですが参加者が増えるに従って、病院の症例と開業医の症例には差がありすぎて、開業医が集まらなくなって来ているようです。いつも世話人会で対策を相談していますがなかなか良い案は出ません。せっかくの問題症例を討論する場なのですから残念な気がいたします。南の金剛会も同じような問題を抱えていると聞いております。この点はさらに活性化を図る手立てを考えないといけないとおもっております。

症例検討のあとに特別講演が用意されています。リウマチとスポーツが交互に主題となり、その道の専門家をお招きしています。最近の講演と講師は次頁のようでした。

「整形外科医の為の関節リウマチ治療の最前線」
阪大院運動器バイオマテリアル学准教授　冨田哲也 先生
「膝半月板損傷に対する診断と治療戦略」
星ヶ丘厚生年金病院整形外科主任部長　濱田雅之 先生
「整形外科はRAと闘う資格があるか?」　市大院大学院リウマチ外科准教授　小池達也 先生
「柔道におけるスポーツ傷害・障害とアスレチックリハビリテーション」
天理大学体育学部教授　安田　義 先生
「リウマチ患者さんのためのポジティブ・エクササイズで健康長寿」
神戸学院大総合リハ学部長三木山陽病院副院長　西林保朗 先生
「靭帯再建術の基礎と臨床　ーいつスポーツ復帰可能かー」
東京慈恵会医科大学整形外科学講座教授　丸毛啓史 先生
「関節リウマチの薬物療法の実際」京都大学大学院医学研究科臨床免疫学教授　三森経世 先生
「半月板損傷の諸問題」　大阪中央病院　副院長・整形外科部長　井上雅裕 先生
「関節リウマチ治療の基本と最近の進歩」　久留米大医療センター　福田孝昭 先生
「スポーツマインドを応用した整形外科疾患の運動療法」　大阪産業大　大槻伸吾 先生

特別講演は開業医にとって明日からの臨床に直接役に立つような話ばかりで目から鱗の連続で、講師の先生方の話に皆耳を傾けています。

最後に情報交換会があります。講師の先生や、症例を持ってこられた先生の本音や裏の話が聞けて現実と理想の間にあるギャップを感じたりします。講堂にはなかった打ち解けた雰囲気で話が弾みます。

大症はほんとに貴重な会なので、もっと多くの先生方に参加していただき、一つ一つの症例を深く討論して、明日の診療につなげて行きたく思っておりますので今後ともよろしくお願いいたします。

（文責　担当理事　岸本　成人）

各地方臨床整形外科医会会報を拾い読みして

豊中市　藤田秀隆



今回、届けていただいた地方臨床整形外科医会会報は、雑誌としては、岩手、茨城、埼玉、神奈川、静岡、愛知、福井、兵庫、大分、鹿児島でした。うち神奈川、静岡は季報で他は年報です。他の地方もなんらかの雑誌をだしていると思いますが、今回はいただいていません。日本の中心、東京の雑誌がないのが残念でした。比較してみると、手前みそながら、OCOAの会報は質量とも一番のようです。毎月一度の学術講演会があり、その抄録が充実しているためでしょう。これは素直に自負してもいいように思えます。

さて、各地方の会報を拾い読みし、興味深いところを紹介します。埼玉の学術講演の抄録は1題ずつが大変詳しく、講演会に参加しなくても、大体のところはわかります。その中で異色なのが、慶応義塾大学法科大学院教授・慶応大学医学部外科教授・弁護士・参議院議員という、これ以上ないと思われる肩書をお持ちの古川俊治先生です。岩槻医師会所属とありますので、さいたま市内の医師会員のようです。テレビ、雑誌等でときどき拝見しますのでご存知の方も多いでしょう。「今後の整形外科医療―医療と介護の違いを踏まえて」という演題ですが、なんと16頁にわたり抄録というより全講演内容です。政治家、医者、医療経営者、弁護士の立場から意見を述べられています。私が気になるところを紹介します。日本はバブル崩壊前の80年代は黄金の時代でした。国債はほとんどゼロになりジャパンアズナンバーワンとして各国より賞賛されていたのです。ほんの20数年前のことですので、その記憶も生々しく残っているでしょう。ところが、バブル崩壊後、為政者は財政支援を続け、ご存じの通り借金まみれの現状となったのです。このことと、今の医療を取り巻く環境は大いに関わっています。日本の医療は質量ともに世界一を保ってきました。平均寿命が長く、新生児死亡率が低いという数字が客観的指標です。一方、日本の医療費はGDP比、先進国で最低レベルになっています。英国はサッチャリズムで医慮崩壊を起こし、ブレアー政権下に医療費を増額させました。小泉改革はサッチャリズムをまねようとしたわけで、医療崩壊の道をたどるようになりました。序論ではこのようなことが述べられています。国の借金が増え続け、医療費抑制が続き、国民の医療に対する要求がどんどんエスカレートするなかで、この先、我々はどうなるのかという不安に対し、なにか示唆されるものはないかという気持ちでその後を読みました。日本と英国の対比で言えば、英国の医療はほとんどが国公立であり、日本は民間医療が中心です。日本は、意思決定機関が現場にあり、さらに出来高払いにより、サービスした方が報酬を得られるシステムで、一生懸命やろうというインセンティブになった。そこのところが、英国のような壊滅的サービス低下の医療崩壊になっていない主因のようです。日本では、2025年には75歳以上の医療費が過半になるので、整形外科のニーズは比較的にあると推測されるようです。古川氏はC型肝炎の救済法案に関して、誰もC型肝炎ウイルスの存在が判らなかった昭和20年代には責務を負う根拠がなく、裁判所が、国は多額の保証金を負

う責任はないと判断しているにもかかわらず、国会では全会賛成でC型肝炎救済法案を決議した。氏は個人的には反対だったが全会賛成の波に不本意ながら従ったと述べています。三権分立を無視した法案で、このまま行くと、医療に関する有害事象は、法的責任とは関係なく全て国費で補償しなければならず、この予算は厚労省から出ているので医療本体に跳ね返ると、法律家的立場で危機を訴えています。更に、日本医師会は医療者の一つの理想であり、診療体制提供の組織化を守ったままで行きたいと考えていますが、厚労省は違った視点から見ており、医療費を抑制するために組織を保っている要素が大きいと述べています。マルメによる医療費削減策は序論で述べられたサービスした方が報酬を得られるというシステムが崩れ、患者へのサービス低下に直結します。また、医師数の増加は医療者と厚労省のパワーバランスを崩し、唐突に保険点数1点9円、さらには8円ということも一方的に決定されることもあり得るのです。歯科医療崩壊は歯科医が多すぎるゆえに起きた崩壊です。医療費抑制を抑えるには介護保険の維持、医療機関へのフリーアクセスの維持が必要である。国の経済情勢を考えると、介護保険の維持と混合診療の導入も考慮することが必要と述べられています。色々考えさせられました。同雑誌にありました松原正明先生の股関節周辺疾患の講演では、急性の股関節痛での恥骨骨折の見落とし、骨脆弱性不全骨折で外傷歴のない、恥骨、坐骨、大腿骨頚部骨折はX線で初期診断不能のためMRI撮影ができない時は1～2週おきのX線撮影チェックが必要であると述べています。もうひとつ福井の会報より紹介します。福井の清水先生の説ですが、痛風発作は高尿酸血症の持続により尿酸塩が滑液膜に蓄積してmicrotophus（微小痛風結節）を形成し、そこから関節内に結晶脱落が起きたときに痛風発作がおきる。血清尿酸値7以上でmicrotophusが次第に大きくいなっていき、ある日突然結晶脱落が起きます。発作中や発作後はmicrophotusは不安定で結晶脱落をおこしやすいので、尿酸下降役で急速に尿酸値を6.4以下に下げると新たな結晶脱落を誘発する危険があるので、尿酸値は急速に下げずに徐々に下げる。高尿酸血症の治療目標は6以下です。それにより、関節滑膜に生じたmicrophotusは徐々に溶けていき、尿酸蓄積状態は解消されていきます。尿酸塩の蓄積状態が解消すると痛風発作はおきない。その後は尿酸値の目標は6～7でいいのです。他の雑誌もざっと目を通しましたが、全般的に様々な報告や、理事、会員紹介に多くの紙面が当てられていました。今回割り当てられた会報をざっと見て自分の興味がわいたところをピックアップしてみました。

他科の大阪府単科医会会報を読んで

堺市　斧出安弘



今回、他科の単科医会会報（大阪小児科医会会報、大阪精神科診療所協会誌、大阪府女医会報）を、読む機会を与えられました。一部、内容のご紹介と、私の感想を書かせていただきます。

1．大阪小児科医会会報

会報の構成は、最初に大学の教授のコラム、誌上勉強会、前年に行われた学術集会の報告、病院の紹介があり、その後に、各会員からの投稿欄があり、ここでは、それぞれの先生方の経験談や、新しい試みが書かれています。その後ろに、最新の知見がトピックスで、並べてありました。

その中に、診療報酬改定と子供手当の記事を見つけました。診療報酬改定については、改定時に医師会を通じて、勉強会が行われ、紹介をされます。でも、全科まとめて、また病院と診療所を一緒にしての説明会で、我々診療所には、どの部分が関係するのかがわかりにくく、苦労をします。この会誌には、４ページにわたって、小児科に関連する部位だけをピックアップして、説明がされていました。これは、雑誌の出るタイミングにもよると思いますが、診療報酬改定時に、必要なところを、教えていただけるのは、すごくありがたいなという印象でした。

子供手当については、鳩山新政権の目玉的な政策であったにも関わらず、財源問題で、絵に描いた餅で終わりかねない事に憂慮されている他、少子化が進むことによる、小児科医の市場の縮小にも危機感を感じておられるようでした。

2．大阪精神科診療所協会誌

この会誌の構成は、会長の巻頭言の後、今回は、「法人設立10周年並びに創立40周年の記念式典」の特集が組まれ、その後、会員の対外活動の報告があり、会員からの投稿欄がありました。

会長の巻頭言では、やはり精神科でも、診療報酬の改定により、減収が見込まれることに憂慮した記載がありました。創立40周年の記事は、写真が多くほとんどパーティーの記念アルバムの様相を呈していました。先生方が、パーティーを本当に楽しそうに過ごされる様子が、伝わってきます。懇親会のアトラクションも、会員の先生方が出演なさっており、楽器演奏、マジックなど、プロ級の先生方がおられるのでしょう。

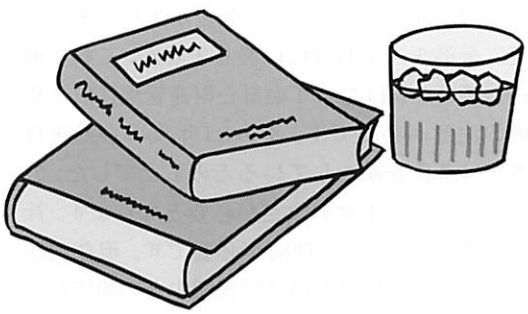
会員の対外活動の報告というページは、それぞれ会員の先生方が、前年の１年間、どのような対外活動（勉強会の開催、各種講演）をされたかが、まとめて書かれていました。約30名の先生方が、それぞれの講演の開催日、講演内容が箇条書きで、掲載されていました。多い先生では、１年間に20回程度の勉強会の開催、各種講演をこなされており、頭が下がりました。

その後の会員からの投稿を読ませていただきましたが、精神科の先生方の頭の構造は、私とは随分違うようで、それぞれの先生方の記事は、まるで小説のように、面白く読ませていただきました。

3．大阪府女医会報

この会報は、ページ数は少ないのですが、会長のご挨拶、大阪府女医会学術講演会の報告、各地区での女医会の活動についての報告が掲載されております。女医会と言っても、それぞれ科の違う先生方の集まりで、勉強の内容も多岐にわたるようですが、きめ細やかな会報でした。その中で、堺市の女医会が60周年を迎えられたこと、大阪府眼科医会「女性会員の集い」が25周年を迎えられたことが報告されていました。今、医学生は、3分の1以上が、女性です。女医会は、これからますます発展されると思います。

3つの単科医会の会報を読ませていただきましたが、それぞれ特徴のある会報でした。
その中に共通点がありました。ホームページの開設、メーリングリスト等ITを利用して、情報交換を早くスムースに、しようという取り組みです。我々OCOAも、すでにインターネット委員会の先生方によって、取り組んでいただいておりますが、さらなる発展が必要であることを実感しました。



平成21年度日本整形外科学会役員代議員懇談会の報告

天王寺区　早石雅宥



私は平成19年5月から2年間JCOA枠でJOAの監事を務めてまいりました。21年11月4日の横浜パシフィコで開催された今回の懇談会を最後に監事の任期が終了いたしました。JOAの理事や監事は月一回の割で本郷の日本整形外科学会事務所に集まり昼食を挟んで5時間の会議を行ないます。その膨大な情報をまとめていくには大変な労力を要します。その日は往復の新幹線の時間を含めると10時間以上座っているわけです。理事の先生方は各種委員会の長となり意見を集約し資料を集めこの会議に持参されます。例えばJCOAから提出された「柔道整復師の過剰な広告」に対する抗議文をこの会議で討議された時もコピーされた文書の量は半端なものではありませんでした。3大学術集会学会前には準備状況報告、プログラム委員会やコングレス業者との契約など会議の前に討議するわけですので委員会の担当理事は大変な責務を負います。毎回中村耕三理事長が司会をされ各種委員会報告が行われます。横浜パシフィコでの懇談会も同様に中村理事長が議長となりすべての報告がされました。まず公益法人化の話でした。公益化すると社会的信用の向上、税制優遇、寄付金を受けやすくなる、学会収入の多様化、名称独占を得ることができますが公益事業に50％を費やす必要があり遊休財産保有の制限が課せられます。余剰金が生じても次年度に全部を回すわけには参りません。これを継続していかねばならず会計と財産管理に収支相償の注意が必要です。幸い21年度の会計決算書では条件を満たしているとのことでした。公益法人化には定款の改定が必要となります。社員（日整会会員）の賛同が必要です。現在司法書士と定款等検討委員会で審議中との報告がありました。

次に専門医制度についてですが日本専門医認定機構が現在の認定制度では不充分とのことで資格を厳しくし認定医の適正数や配置を学会主導で決めてほしいと意見されたとのことです。厚生労働省は将来専門医を2階建てにして1階を総合医、2階を整形外科医専門医という形を目指して専認構を指導しているようです。外科系7学会が手術の全例調査を研修施設を対象に調査しており学会間の整合性が議論されていることが報告されています。専門医は年間100例の手術症例が必要という意見まで取りざたされています。手術症例数のオンライン調査が今年の6月7月に行われ全国1690施設から回答がありました。（回答率85.4％で早石病院も回答いたしましたが回答するのが大変しんどい調査でした。回答しないと日整会誌に病院名が公表されるというペナルティーが科せられます。）14万件の手術症例が報告され現在分析中です。今後の研修ガイドラインや認定医試験問題作成の資料として生かされる予定です。

ICD-11について

レセコンを取り扱っておられる先生なら病名のランキングということがお分かりだと思います。整形外科病名のランキング低いため希望する病名に辿り着くのにクリニックを多数回押さなければ辿り着きません。そのため整形外科分

野のTAGを加えてもらう必要が出てきました。WHOに平成25年6月に承認を受けるためその準備を国際委員会を通して働きかけをしているとのことです。広報委員会から整形外科を広く認知されるよう社会に働き掛けを行っているとの話がありました。まずロコモのことを新聞やNHKに取り上げてもらうよう記者説明会を開催したり医学生に整形外科に進んでもらうようパンフレットを作成し働き掛けをしていることが報告されました。

各種学術集会会長報告

第24回日整会基礎学術集会会長
伊藤博元 教授
第83回日整会学術総会会長　四宮謙一 教授
第25回日整会基礎学術集会会長
持田謙治 教授
第43回骨．軟部腫瘍学術集会会長
大幸俊三 教授
第7回国際整形外科基礎学術集会会長
清水克時 教授

がそれぞれ準備状況について報告されました。

代議員提出議題として献体を用いて手術技術トレーニング実地を計るよう要請がありましたがこの意見に対して藤野圭司安全医療担当理事が当分の間無理だろうと回答されました。場所や警察との絡み、白菊会の意思などまだまだ問題が多いとの返事でした。この度の懇談会は新理事による一回目の代議員会でしたので問題発言もなく順調に終了いたしました。

骨と関節の日

OCOA副会長　山本　哲

「骨と関節の日」は整形外科とはどのようなことをしているのか、一般市民の人々に分かってもらう一つの機会である。今年はWHOの運動器の10年の最後の年になる。運動器の重要性が強調されたこの10年と言える。「ロコモがしっかりしていないとメタボはよくならないよ！」ごく最近ではあるがこの言葉が診療所で通じるようになってきた。この２年間の進歩である。今回の骨と関節の日のテーマは「ロコモティブシンドローム　要因としての腰部脊柱管狭窄症」であった。近年のメイン行事はテーマに沿ったOCOAの理事の先生の講演１題、市民参加の運動を伴なった講演１題。計２題の講演で行っている。講演を依頼するとOCOAの先生方は快く引き受けてくれる。ありがたい話である。予算の節約にもなる。今回は斧出理事が講演の１題目を引き受けて、講演中に何回も「ロコモ」という言葉を出していただいた。楽しい講演だったので聴衆は講演内容を良く覚えてはいるが、もっと鮮烈に「ロコモ」という言葉が記憶に残ったと思う。その意味でも大成功であった。演題の２題目はフラダンスであった。フラの講師の先生が何回も手の動き足の動きのお手本を見せてくれてそれをまねて踊るのだが、手や腕の動きだけ、足の運び方だけなら何とか出来るが両方をうまく合わせるのは大変だった。皆さんの踊りを見ていても交通整理をしているお巡りさんにしか見えない。さすが講師の先生とフラの生徒さんの踊りは美しい。大笑いの中無事講演が終了した。今回は慣れていないフラダンスを踊るので転倒、骨折を一番心配した。保険にも入ったし、入院可能な施設に連絡もしておいた。主催者としては怪我がなく無事終了できて満点の講演会であった。これも講演をしていただいた先生方、土曜日の昼からという貴重な時間であるが応援に来てくださった先生方、受付、



誘導などの雑用を快く引き受けてくれた私の診療所のスタッフ、万有製薬の方にこの場をお借りして感謝したい。ありがとうございました。これからも多くの方々に整形外科を理解していただいて、少しでも長く健康な運動器を保てるよう様々な広報活動を続けていくつもりである。

運動器の10年・骨と関節の日のメイン行事

日　時：平成21年10月17日
　　14：30～16：40
場　所：ビッグ・アイ
　　堺市南区茶山台１－８－１
講演１：ロコモティブ症候群とは？
　　―その診断と予防―
　　講師　おので整形外科 院長 斧出安弘
講演２：フラで防ごうロコモティブ症候群
　　フラダンス講師
　　ハウオリ　ポリネシアン　スタジオ
　　主宰　　カプアハウオリ・アライ
参加者：２０８名
参加協力医師
　大島、斧出、金田、岸本、黒田、小林、阪本、
　澤田、永田、三浦、森本、山本

サブ行事

西成区：みんなの健康展
　　骨塩量測定・健康相談
　場所　西成区民センター
　日時　平成21年10月24日（土）
　　13：30～16：00
　西成区医師会と共催
　参加協力医師：竹中、三浦、三村、森、森本

淀川区：淀川区みんなの健康展
　　骨塩定量・健康相談
　場所　淀川区民センター
　日時　平成21年９月26日（土）13：00～
　淀川区医師会と共催
　参加協力医師：中川、福井、安田、梁

西成区：
　講演　骨粗鬆症および腰部脊柱管狭窄症について
　講師　みうらクリニック　院長　三浦光也
　場所　おとしよりすこやかセンター南部花園館
　日時　平成21年11月25日（水）
　　14：00～15：30



新理事の自己紹介

自己紹介

港区　太田信彦



この度OCOA理事にご指名いただきました太田信彦と申します。

昭和55年に徳島大学を卒業後、阪大整形外科医局に入局いたしました。

小野啓郎名誉教授・山本利美雄先生に師事、脊椎外科を専門に阪大整形外科関連病院で勤務して参りましたが、住友病院整形外科部長を最後として、平成19年に大阪市港区で開業いたしました。開業医として3年が経過し、日々の診療業務に流されがちですが、初心を忘れないように地域の患者さんに何ができるか考えながら働くようにしています。

趣味はこれと言ってありませんが、高校・大学とラグビーをしていました。今では本気でタックルはできませんが、地域の子供ラグビーチームで一応コーチと呼ばれています。

さてこの度OCOAの理事にご任命いただき、まだ開業3年目の新米の私に何ができるのだろうという不安と、ご指名いただいたことに応えなければならないという身の引き締まる思いが交錯しています。しかし「新人」には失敗や失礼が許されるかも知れないので、できる限り多くのミーティングに参加して、積極的に意見を述べたいと意気込んでおります。早速、学術と広報委員に参加するようにご指示いただきました。OCOAの存在を一般市民に知ってもらえるような活動ができればと考えております。伝統あるOCOAの発展に少しでも役立つことができるように勤めたいと思っております。ご指導の程よろしくお願いいたします。

自己紹介

住吉区　白木隆士



この度、伝統あるOCOAの新理事に就任させて頂く事になりました、住吉区で開業しております白木整形外科クリニックの白木隆士でございます。まず簡単に経歴を紹介させて頂きます。昭和55年に大阪府立天王寺高校を卒業、昭和62年に東京慈恵会医科大学を卒業して大阪大学整形外科教室に入局させて頂きました。大学では前越智教授の元でリウマチ関連の勉強をさせて頂きました。勤務医として大阪厚生年金病院、市立豊中病院等の関連病院で勤務させて頂き、平成9年に住吉区の帝塚山で整形外科クリニックを開業致しました。早いもので開業後13年目を迎えております。2年前より住吉区医師会の理事をさせて頂いております。今回は右近先生、前中先生、岸本先生等の諸先輩からOCOAの理事になって、整形外科開業医の将来の為に一緒に頑張りましょうとお声をかけて頂き新理事に就任させて頂く事になりました。まだまだ若輩者ではありますが、できるかぎりの事はさせて頂きたいと思っておりますので今後とも宜しくお願い申し上げます。趣味は最近又、やり始めたゴルフとお昼休み時間のウオーキングくらいですが、日々充実した生活を送らせて頂いております。恐らく、すべての理事の先生方は私よりも大先輩と思いますが今後とも宜しくご指導お願い申し上げます。

新入会員の自己紹介

自己紹介

西成区　佐々木　崇



大阪臨床整形外科医会並びに日本臨床整形外科学会に入会させて頂きました。医療法人さなす会佐々木診療所の佐々木崇と申します。15年間の病院勤務医を経て、現在消化器内科医の兄と共に診療所を継承しております。

勤務医の頃より多岐にわたる同研修会講演は興味深く拝聴させて頂き、また会員の諸先生方の積極的な活動や研修参加には頭の下がる思いでおりました。

先代より約40年、引き続きここ西成の地にて地域医療に貢献すべく、永く地域の患者様に信頼され、幾多の医療情勢の変革にも対応されてきた皆様の研鑽に遅れを取らぬ様日々精進していく所存でございます。

この度は誌面をお借りし新規入会のご挨拶をさせて頂きました事を感謝申し上げます。

今後とも宜しくお願い申し上げます。

自己紹介

東成区　稲　垣　泰　司



前略、この度はOCOAに入会させていただき誠に有難うございました。常に変化する医療現場の中、整形外科臨床医としての情報の交換や研修会など、生涯学習の一環として、自分にとってひとつでもより多くの知識や経験が習得できる臨床研修の場であると思い参加させていただきますので、よろしくお願い致します。

自己紹介的な内容では、昭和59年近大を卒業し、前教授田中清介先生の教室である近畿大学医学部整形外科に入局させていただきました。そして、色々な経験や技術等を教えていただきました。

わたしは今、開業医として2009年5月より医者の仕事をさせてもらっていますが、「医者という立場にはついていない人間」であることを常に感じて日々の仕事に取り組んでいます。それは入局当初、田中清介教授から「医者は教養人」であると教えていただいたからです。

医者には、知性や技術力、それに瞬時に必要な判断力、長時間の業務や手術に耐えうる体力また豊富な臨床経験など数多くの才能や能力が要求されますし、また強いハートややさしいハートも重要です。

さらに医者は、医業だけでなく、文学や芸術・歴史などにも通じた才能が必要であると教えていただいたからです。

これからも臨床医として、地域医療のために少しでも貢献できるよう仕事を続けていくつもりですので、よろしくお願い致します。

趣味はOCOAの会員でもあり、八戸ノ里で開院されておられる山本整形外科院長に教えていただいた船つりです。日本海の舞鶴や和歌山の海へでかけます。同じく、趣味の方もOCOAの諸先輩先生方とまた、いっしょにでかけたいと思いますので、なにとぞよろしくお願い致します。

自己紹介

新入会員の自己紹介

東淀川区　**牛　尾　一　康**



平成17年4月に開院し、関節リウマチおよび整形外科疾患全般の診療を主に行っています。大学院では、ビーグル犬を使用し、大腿骨頭関節面を人工関節軟骨で置換し、主に股関節の臼蓋面の関節軟骨の変性をみる仕事をやっていました。レ線上の変化と、関節をあけた時の肉眼的変化、また、光学顕微鏡的な軟骨細胞の変性変化の対応は、比較的容易に想像がつくようになりました。また、大津赤十字病院・大阪赤十字病院在職中には多くの救急外傷症例を経験し、整形外科外傷では、時期を逸しない速やかな対応を心がけています。前任の北野病院では、専門医としてリウマチ外来を担当し、関節リウマチの早期診断治療、特に生物学的製剤の導入には積極的に取り組み、現在も同様の方針で治療を行っています。持続する疼痛のため眉間にしわをよせた暗い表情の患者さんが、生物学的製剤の使用により、満面の笑顔に変わり、服も明るい色に変わる（女性が多いので、黒っぽい色からピンク系の洋服に変わることが多いです）のを、幾度と目の当たりにして、その効果のすばらしさを実感しています。現在は、その効果をいかに継続させていけるか、ということが課題の１つとなっています。

健康寿命のため、ロコモ・メタボともに対応できるようにやっていければと考えています。

よろしくご指導のほどをお願い申し上げます。

自己紹介

豊中市　**清　水　広　太**



このたび、大阪臨床整形外科医会に入会させていただきました清水広太（しみずこうた）と申します。

私は神戸市北区出身で、昭和57年に大阪大学医学部に入学しました。昭和63年に大学を卒業して大阪大学整形外科教室に入局しました。大学病院、国立呉病院、国立大阪病院で研修を終えた後に、大学院生として大学に戻りまして骨代謝の研究や遺伝子の研究に携わりました。

大学院卒業後は、大阪暁明館病院、大阪警察病院、関西労災病院、市立吹田市民病院で勤務しまして、平成22年１月に大阪大学の先輩である児島義介先生の診療所を継承しまして豊中市で『しみず整形外科』を開設いたしました。開業してやっと３ヶ月が経過したところですが、開業前に先輩の先生方にお聞きしていたとおり、市民病院の部長職も開業医も肉体的および精神的負担は大差ないように思います。

【勤務医】の待遇改善に対する意見がいろいろな方面から出てきている昨今ですが、【医師全体】の待遇改善が必要ではないでしょうか？ただし、勤務医時代に比べると運動不足になりそうなので、落ち着けば何かスポーツを始めたいと考えています。

また、開業して学会参加が困難になって、逆に学問に対するモチベーションがわいてきました。（皮肉なものです）土曜日の午後に大阪で開催される大阪臨床整形外科医会の講演会で勉強させていただきたいと思っています。

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。

新入会員の自己紹介

自己紹介

西淀川区　**田　村　隆　典**



昨年３月に西淀川区にて開業しました。たむら整形外科院長の田村隆典です。

平成13年に川崎医科大学を卒業後、大阪市立大学整形外科学教室に入局。２年間の大学研修の後平成15年５月より堺市の医療法人ペガサス馬場記念病院で４年間、平成19年10月より医療法人弘道会　守口生野記念病院をへて、今年の３月６日JR塚本駅前の旧花川市場にて開業となりました。

“なぜ市場で？！”と不思議に思われた方もおられるかと思いますが、商店街に面した公設市場跡地にスペースが確保できたためこの地を開業地と致した次第です。その昔、戦後から高度経済成長期にかけては非常ににぎやかであった市場だったそうですが、市場がクリニックになるとは時代の流れを感じてしまいます。塚本はまだまだ下町情緒が残る人情味豊かな地であり、まだ一年目ではありますが家族ぐるみの患者さんが何十組とおられ、待合は患者さん同士見知った顔ばかりというアットホームな環境で楽しく仕事ができることを本当に幸せに思っております。

当院は“話をよく聞き・優しく丁寧・安心して通えるクリニックとして”をモットーとして、できるだけ患者さんの病状説明に時間をかけて十分患者さん自身が理解をされたうえで治療を選択していただくように努力しております。整形外科一般の治療はもちろんのこと、運動器リハビリテーションをはじめ、痛みについての治療（ペインクリニック外科）も行っております。また、当院ではオープン型MRIを導入しており、診断の助けになっております。今後の課題としては、近隣からの検査依頼が増えるよう努力していきたいところでもあります。まだまだ未熟者ではございますが、今後ともよろしくお願いします。

自己紹介

天王寺区　**早　石　泰　久**



はじめまして。この度OCOAに入会させていただきました早石泰久です。

平成６年に愛知医科大学を卒業後、大阪大学医学部整形外科教室に入局させていただき、姫路赤十字病院・刀根山病院・ガラシア病院等、関連施設での研修を経て平成21年７月から大阪天王寺区にある早石病院で勤務しております。開院の先生方にには既に御存知と思いますが、昨年の９月に早石病院は大阪赤十字病院の道向いに移転いたしました。業務面においてはコンピュータによるオーダリングシステムが導入されたため馴れないキー操作に毎日四苦八苦しております。また父（早石雅宥）と一緒に仕事をすることになり、同じ整形外科医として尊敬する反面、育った医療環境の違いから衝突することもあり、退屈しない日々を送っております。

昨今の整形外科を取り巻く医療環境を見る限り悪化の一途をたどっているのは明らかであり、開業医・勤務医問わず多くの先生方が苦労され

ているとお聞きいたします。この現状がすぐに改善されるとは思いませんが、個々の患者さんに不利益が生じないように努力しなければと気を引き締めております。

趣味は空手、サーキット走行などしておりましたが、現在はフライフィッシングに落ち着いています。学生時代は渓流にアマゴ釣りに行ったり、芦ノ湖に遠征もしましたが、ここ最近はもっぱら京都府や滋賀県の管理釣り場（釣り堀です）でニジマスを相手にしております。最後になりましたが、まだまだ経験不足のため近隣の会員の先生方にご迷惑をおかけすることも有るろうかと存じますが今後ともご指導の程宜しく御願い申し上げます。

自己紹介

淀川区　郡　田　大　宇



私は、平成20年4月に新大阪駅から徒歩8分の所に「こおりた　ひろ整形形成外科」を開院いたしました。東邦大学を平成8年に卒業後、京都大学医学部整形外科教室に入局し、京都大学医学部付属病院、京都市立病院、林病院、神鋼病院、冨士森形成外科、こおりたクリニックと勤務して参りました。

整形外科疾患、形成外科疾患に苦しむ多くの患者様に、上質な心のこもった医療を提供することが、私の第一の使命と考えております。難しい症例、特殊な検査が必要な場合は、近隣の提携病院（回生病院、淀川キリスト教病院、十三市民病院、済生会中津病院、北野病院）および、在籍医局である京都大学医学部整形外科学教室、またその関連病院とも連携し、迅速に対応していただいております。

まだまだ若輩で、大阪臨床整形外科医会の諸先生方の御指導を頂くことが多かろうと思いますが、これからも何卒宜しくお願い申し上げます。

厚生部報告

第51回　OCOAゴルフコンペ

5月30日　快晴　北六甲カントリー倶楽部

東コースにて、アウト　イン3組づつに別れ、9時半前後スタートしました。ボールノータッチ、カップOKなし、ダブルペリアでの競技で　8、12番ドラコン、各ショートホールニヤピン賞があり今回私はNHKの趣味悠々のゴルフレッスン番組で志門道場の非力でも飛ばせるという、ゆるゆるグリップ打法を密かに練習して今回成果を期待してきました。理屈は振り子の原理で錘を振っているとき糸の途中を止めると錘が早く動くので、非力な人でもヘッドスピードが早くなり飛距離が伸びるということで手首を前後屈に返す動作で、クラブヘッドを打ち込むのでなく箒で掃く様に振ることで、ミケルソンの連続写真でスイングの終わりに右手のひらが自分の顔の方を向いている状態になっています。午前は考えすぎなのか、51のスコアでしたが、後半は男子のキャディーで残り距離の指示が的確で最終ホールで標識は150ヤードの所でしたが、グリーンまで180打つてと言われたのでスプーンで振るとグリーン向かっていったので奥のバンカーまで行ったと思いましたがグリーンに上がるとボールは横2メートル程のところで、ビビッてバーディは逃しましたがパーであがることが出来ました。又最後のショートでニヤピンもとれ結構上位にきていると思っていましたが、隠しホールの眼がなくオフィシャルよりも5つも良くてブービー賞でした。最高の天気で皆様と楽しく和気藹々とプレーできて、メーカーの方の協力も頂き、次回10月31日のコンペに今回以上のゴルフ好きの皆様の参加を希望します。

文責　新田　望

第51回　OCOAゴルフコンペ　成績表

2010/5/30(日)　　場所:北六甲カントリー倶楽部　東コース

順位	氏名	OUT	IN	グロス	H.D	NET
優勝	山本　哲	46	47	93	20.4	72.6
準優勝	河村　都容市	43	47	90	16.8	73.2
3位	大島　正義	44	45	89	15.6	73.4
4位	池田　克巳	47	48	95	21.6	73.4
5位	豊川　秀樹	43	42	85	10.8	74.2
6位	森　泰蘱	52	53	105	30	75
7位	大谷　明久	40	46	86	10.8	75.2
8位	石川　正樹	45	49	94	18	76
9位	白崎　信己	47	51	98	21.6	76.4
10位	宮崎　浩	54	56	110	33.6	76.4
11位	夫　俊彦	46	51	97	20.4	76.6
12位	孫　瑢権	46	51	97	19.2	77.8
13位	黒川　隆彦	53	49	102	22.8	79.2
14位	矢倉　久義	59	47	106	26.4	79.6
15位	小島　朗	52	54	106	26.4	79.6
16位	吉田　研二郎	51	51	102	21.6	80.4
17位	濱田　博朗	54	56	110	28.8	81.2
B．B	新田　望	51	45	96	13.2	82.8
B．M	早石　雅宥	54	60	114	31.2	82.8

ベスグロ　豊川　秀樹　OUT　43　　IN　42　　グロス 85

ニアピン	OUT３番	森　泰壽	OUT３番	宮崎　浩
	OUT７番	黒川　隆彦	OUT７番	吉田研二郎
	IN　13番	該当者なし	IN　13番	大島　正義
	IN　15番	新田　望	IN　15番	該当者なし
ドラコン	OUT８番	山本　哲	OUT８番	大島　正義
	IN　12番	黒川　隆彦	IN　12番	大谷　明久

次回開催日　平成22年10月31日(日)北六甲C. C 東コース　AM8:30スタート 予定



OCOAテニス部の創設にあたり

城東区　岸本成人



このたび当会にテニス部が創設されました。ゴルフ部同様積極的な活動を行ってまいりたく存じます。テニスは運動量が多く、1時間もやっているとクタクタになりますが、そのあと身体が軽くなったような爽快感は何物にも代えがたく、ゴルフにはない良さがあると思います。週に1回くらいテニスをやると寿命が10年延びるという意見もあります。

また、テニス肘やアキレス腱断裂など整形外科に関係したさまざまな障害も発生します。このような病態を理解するには自らがその運動を実践してみるのが一番です。また整形外科医がこのような運動らしい運動活動をやることは整形外科と運動器の関係の深さを世の中の患者さんにもアピールします。ぜひテニスを一緒にやってまいりましょう。実際にコートに来てプレイしていただける部員を募集します。目標は1年後20名です。

以下は当部の概要です。

目　　的：ＯＣＯＡ会員の健康増進と親睦をはかり、テニスを通じて整形外科関係の情報を交換し、理解を深める。

部　　長：栗本一孝会長

世話人代表：岸本成人理事

世 話 人：小林正之理事・中川浩彰理事・増田博理事・太田信彦理事・前野岳敏参与
林俊一会員

一般会員：前田智雄先生・河合長兵衛先生・阿部宗昭先生　(5月27日現在)

行　　事：年二回程度集まり練習と試合を、また必要に応じて情報交換会を行う。場所は江坂や万博など貸しコート等1～2面。4月4日（日）江坂コートインドアで、打ち合わせ会を行い、今後の運営方針を世話人一同で検討いたしました。
テニス部員用のメーリングリストocoa_tennisがあり、会員相互の連絡網とする。

部員募集中：自薦他薦を問いません。初級者歓迎。なお初年度は会費を徴収しない予定。

連 絡 先：代表世話人事務局　岸本整形外科　岸本成人　大阪市城東区東中浜3-3-4
又は上記世話人まで

『地域医療貢献加算に就いて』

（一）地域の身近な診療所に於いて患者からの休日・夜間等の問い合わせや受診に対応することにより、休日・夜間に病院を受診する軽症患者の減少、ひいては病院勤務医の負担軽減につながるような取組みを評価するものである。

（二）当該加算を算定するに当っては、当該保険医療機関は、緊急時の対応体制や連絡先などについて、院内掲示・連絡先を記載した文書の交付・診察券への記載の方法により患者に対して周知する。

（三）電話再診の場合であっても、地域医療貢献加算の算定が可能である。

こら又ややこしいことになりそうやで。電話再診に加算してもえゝと書いてあるけど、初診で電話して来る人が結構居るんや、電話掛けて来て「そんならそちらへ行きまっさ」と患者さんが来て、初診料には上乗せしたらあかんと云うことなんかいなあ。

一旦切ってからこちらから連絡せんならんと電話しても患者さんとの電話が繋がらん。番号が間違いでした。公衆電話からやったり又携帯の電話の筈やが、電源が切ってあったり、移動中らしく、電話に出て呉れへんてなことになったら加算したらあかんのか。

まあ整形外科は緊急性のある患者さんが少ないよって、夜中に叩き起されるちゅうこともそないないやろと思うけどな、そいでも患者さんとやり取りして目が冴えてしもうて眠られん様になったら阿呆らしいがな。なんて思うだけでもストレスや。

内科や小児科の先生方はジャンジャン電話が掛かって来て、睡眠不足。次の日は頭がボーッとして了うて、仕事にならんちゅうこともあるんやないか。

ぶっち明けた話をするんやが、儂、携帯使ってえへんね、間がな隙がなこっちの都合も考えんと電話が掛かって来るのが嫌やし、不便やろと云わはる人もいてるんやが「いゝや、ちいとも」と返事しとる。

大体が今の日本は便利になり過ぎとる。思いついた時にすぐ相手の都合も考えんと電話掛けて来る奴の気が知れんわ。

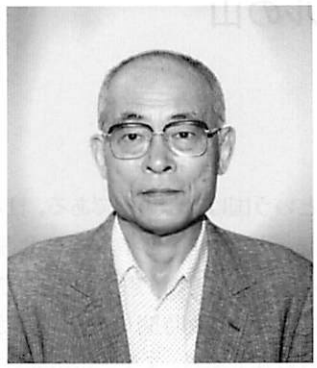
診察中に掛って来るのが一番迷惑や。目の前に患者さんが居てはるのに「ハイハイ。ウンウン。」と対応せなあかん。眼の前の患者さんに聞かれても都合の悪いこともあるし「あとから電話するわ」と云うても三分も間が空いたら忘れて了うてあとから散々文句云われるし、実生活上、碌なことがあらへん。

実は携帯が始めて導入された二十年前に儂は携帯使うとったんや。所が機器自身が高うて月々の払いも高うてその上殆んど利用することもないのでやめてしもうたんよ。一度役に立ったと云えば車で走っとって、ラジオで「どこどこの誰さんのお宅が火事です。家の人が焼け死んだらしいです。」と地方ニュースがあって、こら私とこの職員の苗字や、すぐ連絡したろと走りながら診療所へ携帯で連絡したら、矢っ張り儂の勘は当っとった。その職員はまだ全然知らんかったちゅうことがあった、たった一遍切りや。

携帯を持たんことが肩身が狭いと思うたことは一遍もないんや。厚生省も携帯で患者さんへ返事しなさいとは云うとらへんのやから、連絡つかんで返事しそびれるちゅうことが起こったら加算はなし。三点三十円は頂けまへんのやろか。

「整形内科医の囈言（たわごと）」

豊中市　丹羽權平



何か知らんが、又々今春の厚生省の点数改定で新設の項目が登場した。曰く「明細書発行体制等加算」曰く「地域医療貢献加算」の二つである。

二年前の「五分間診療加算」は廃止するとか、二年間で止める様なものを一寸した思いつきで出してくる。これがほんまの「朝令暮改」や。以前鳩山首相が「朝三暮四」と間違えた奴や。首相が間違える程今の日本人の語彙は貧相になって来とるんや。

儂も五分間診療には大分気イ使うてお蔭でこの二年間で七キロも痩せてしもうた。医院の前で医療Ｇメンが儂の診療所から出て来る患者さんの「出口調査」などの悪い夢を見てウナされたこともあったんやが。

『明細書発行体制等加算』

（一）電子情報処理を使用した診療報酬請求又は光ディスク等を用いた診療報酬請求を行っている。

（二）算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している。又その旨の院内掲示を行っている。

「診療明細書」とはどこまで書いたらえゝんや。レセプトそのものを手渡したらえゝんか。いゝやレセプトは月末やないと出けへんから月末に一回渡したらえゝんやないかと思うとったら「診察に来る都度渡せ」らしい。しかもそんなことは書いてないがな。

診療情報を患者と共有せえとは云うけれど、「患者さんの診療の値段が間違うてへんか」もっと臭い話をすると「水増し請求なんかしとらへんか。」と厚生省が勘繰っとる訳や。開業医はこんなこと疑われて腹が立たへんのか。もっと怒らなあかん。それに「明細書が要らんかったら窓口へ申出ること」とは何と持って廻った云い方や。「明細書が必要な方は申し出て下さい」ちゅうのがまともな物の云い方とちやうか。

開業医と患者さんの間へ割り込んで来て「もっと医者を疑え、悪いことしとる医者を見つけ出せ」と患者さんにけしかけて医者と患者さんとの間を裂こうとしとる厚生省の下心が丸見えのこんな通達は初めてや。

「人を見たら泥棒と思え」と厚生省は教えてくれとるんやが、我々は泥棒はそっちやないかと云いたい。元厚生省管轄の社保庁が年金の改竄、抹消をして保身を計ったのはいつのこっちゃ。「月給泥棒」と云われてもしようがないなあと国民は皆思うとる。それに加算がたった「一点」とは何事や。紙代にもならへんやないか。レセコンの用紙はコピーの紙より余っ程高うて一枚三円もするんやから。

週三回も四回も来る患者さんにその度毎に渡しとったら十枚以上、完全に赤字やないか。

ネパールの山

東大阪市　藤原良江



ネパールという国は貧しい国である。日本は上・下水道、電気・ガス・・・と諸々の公共設備・機関は充実している。我々は恵まれた国であるということがこの国に数時間いると認識される。しかし山だけは別である。スケールが全くちがう。ヒマラヤとは雪を頂いた山という意味でネパールの東から西まで2000km連綿と続く。世界には8000mを越える山が14あるということですがそのうち８つがネパールにある。その山を私は平成９年２月と10年２月２回眺めてきた。

平成９年２月は朝日旅行会社のツアーに参加してアンナプルナ山群を中心に眺め、エベレストは7000mのところを遊覧飛行で眺望し感激した。平成10年２月は第一回ネパール・日本合同整形災害外科シンポジウムに参加し、その後エベレストを眺望する為に3880mまで登った。何故２月なのか？　それは乾期で天候に恵まれているからだそうである。

学会はネパール第２の首都ポカラであった。標高800mのところにあるが暑かった。日本の六月下旬か七月初旬にあたった。私は首都カトマンズよりポカラの方が清潔感があって好きである。ポカラと言えばアンナプルナ山群とマチャプチャレ山である。２回目ともなるとアンナプルナ山群に対してより詳しくなったと思う。学会場へ行き受付で手続きをすませると、添乗員に頼んで会場の庭に椅子を出してもらい午前中３時間、日本の50円葉書にアンナプルナ山群とマチャプチャレ山を10枚描いた。これを１枚100円で如何？と売ったが、買って下さったのは揚先生（信州大卒・兵庫医大所属）の奥様だけであった。

学会３日目は出席せずエベレストを目指す者はカトマンズへ戻った。

翌早朝４時30分モーニングコールで起床、５時30分ホテルを出発し飛行場へ行った。７時頃出発予定が霧が深いので出発出来ない。そのうち少しずつ明るくなり、あちこちに飛行機はとぶが私達の目的地ルクラの飛行場の霧が晴れないのでなかなか許可が出ない。結局12時30分中止ということで13時前にホテルへ帰った。14時に集合してパクタプールの広場を見学したり、曼陀羅絵の製作を見たりして楽しい時を過ごしたが、夕食前、食餌中、食後と何度も総団長の米澤先生（大阪医大卒、今回のシンポジウムの立役者）から登山を断念するよう言われた。私は日本を発つまでは、自分の脚力に不安を持っていたが添乗員が馬がありますと言われたのでなんとかなるさと思い直していた。先生は私の歩様を観察されて「君は膝が笑うから止めなさい」と言われた。又昨日ポカラの飛行場でヒマラヤ観光の社長が私達一行と会見されて、「君は高山病になるから止めなさい」「社長の腹部はビヤ樽でしょうけれど、私はウエストがきちんとあります。私は行きます」社長さんに対しては反論したが、米澤先生に対しては無言であった。私は俄然行く気をおこしていたのである。

翌朝、リリーンと電話が鳴った。受話器をとったが相手は無言である。腕時計をみると３時15分前である。てっきり私の時計が狂っていて、モーニングコールと思った。起きて、着替えをし、ポーターに預ける荷をドアーの外に出した。誰

も出していなかったが、20分後玄関に行った。誰も来ていない。帰室して本を読みながら時間をつぶし、三回玄関に行った。ホテルの人は勿論誰も出てきていない。あれは何のコールだったんだろうと考え、又私の時計も狂ってはいないのだと思い直し、一時間半眠った。ドアーの外の物音で眼を覚まし、5時のモーニングコールは無かったのにと思って玄関へ行くと全員集合していた。私が3時15分前に電話のあったことを話すと、米澤先生が私に登山を断念する様にと最後の電話をしたとおっしゃったが私は無言であった。しつこく断念せよと言われたが5時45分ホテルを出発した。今回はどうか飛行機が飛びますようにと念じていたら、空港で4時間待って霧が晴れたらしく、10時ようやく飛んだ。10時40分ルクラ着、11時シェルパ小屋に着き昼食をとった。暖かいコーヒーミルクが出された。12時出発。まもなく私は馬に乗せられたがすぐに馴れた。最初は下って、下って河原まで行きそこから登って登ってだった。2時間40分で今日の宿泊地パクディン着。横井先生、岸本先生も同時に到着。5分遅れて若い鴨川先生、山中先生、60分遅れで阿部先生、岸本（兄）様到着。コーヒーミルクが出ておいしく飲んだ。夕食はカレーに野菜少々、キノコスープ（マギースープ）紅茶が出た。翌日馬の希望者が二人増えた。

翌朝6時15分前ドアノックで起床、サーダーとコック（我々7人付きのコック）がミルクティを配給した。朝食後8時出発。10時30分レストラン風小屋に到着、休憩しそのまま11時昼食（餅の入った麺、ホットケーキ、玉子焼）12時出発。15時5分藤原、岸本、横井の三人がナムチェ（3400m）に到着、15時30分全員到着。

今日は殆んど登りでえらかった。勾配の強いところにくると登りも下りも馬から降ろされ自力で登り、下った。今日はそれが3回あった。しかしサーダーがすぐ脇に付き段差の大きいところは体を支えてくれるので助かりました。ただツリ橋だけは降りて渡りたかった。ツリ橋は4回渡ったが馬に乗って渡るのは非常に怖かった。馬は脚を外すと自分の命の無いことを知っているので暴走はしないが馬上の人間は持つところがない。（手綱は馬子が持っているので私は鞍の枠を必死に持っていた。）持つところがないというのはなんとしても怖かった。夕食時日本から持参した梅干、昆布、キャラブキ、つぼ漬等を出すと梅干が先ずなくなったのには驚いた。そして前日から出してくれたらよかったのにと言われた。食後小さな機器を出して示指を突っ込めと言われた。93という数字が出た。私が一番大きい数字で心配したがこれでよかったのである。64であった人はしばらくして頭痛を訴え、食餌も細くすぐ自室に戻り酸素吸入を受け早く就寝された。先ほどの機器は動脈の酸素飽和度をみていたのである。普通は96～98らしく、64というのは危険域ということだった。私はその日も尿量は比較的多く、大の方も2回あり健康はまずまずであった。

3日目、6時15分前ドアノックで起床、ミルクティをいただく。8時出発、昨日馬に乗った二人は今日は自力で登ると言われた。高山病の方もお元気だった。馬に乗る私は皆とコースが異なり馬子二人と登って行った。シャンポチェ飛行場までは勾配もあり、馬はしんどかったと思う、しかし馬に乗る者も大変である。登る時は前傾姿勢で片方の手は鞍の枠を持ち、もう一方の手で馬のたて髪をつかむ、一歩ごとに枠で臍周辺の脂肪は洗濯板でもまれているようである。（日本に帰って鏡をみたが腹部には何の傷痕もなかった。）下る時はそり返り姿勢で枠の後と前を両方の手のどちらかで持つが、馬の膝を心配しつつ怖かった。

1時間でシャンポチェ飛行場に着き、飛行機の到着を眺めていた。ここからエベレストビューホテルまではゆるやかな勾配と平坦な道であったが距離は長かった。明日はここを歩いて飛行場までかと思うと考えこんだ。ホテルに着き馬子にチップをはずみさよならした。馬は最後までこちらの技量をみすかし意地悪であった。乗馬する時も降りる時も岩場とは決して平行に立ってくれずお尻を岩から遠ざけるので私は下

肢が届かず苦労した。(次行く時は必ず人参と氷砂糖をスーツケースにしのばせようと思った。)

ホテルに入ってすぐにホットレモンが出た。又携帯電話がありヒマラヤ観光の宮原社長が私の健康状態を尋ねられた。「どこも支障ありません」とお答えすると意外なという感じの返事であった。宮原社長も米澤先生も何かあったら、日本大使館にヘリコプターを要請するべく手配されているようであった。そういう変事がなかったのが両氏の期待?にそえなかったようである。

ホテルの喫茶室正面にエベレストとローツェをしっかり見ましたがすぐに雲に隠れてしまった。30～40分後横井先生、しばらくして岸本先生が到着、一時間もすると全員が到着した。皆ポカンと山を眺めていた。昼食後まもなく空は暗くなり雪になった。三時間もすると一面真白になった。勿論山は近くの山ですら見えない。止む気配もなかった。夕食時、翌日飛行機が飛ばなかったら帰国が遅れる。何日余裕をもっているかが話題になった。皆さん結構余裕をもっておられた。明日は明日の風が吹くという気持ちであった。この晩の動脈酸素飽和度は80代まで落ちていた。皆も軒並み低下していた。3880mでこの低下であるから頂上まで登る人は夢うつつで足を運んでいるんではないかと思われた。夜提供されたユタンポは右膝の下に置いて就寝した。

翌朝6時15分前ドアーノックで起床。ミルクティをいただく。バケツ一杯の湯が届けられたので洗面をすませ、荷づくり、朝食をすませ出発の準備をととのえた。この朝は雲一つない快晴でエベレストとローツェを心ゆくまで眺めた。飛行機が飛ぶということを確認して8時15分出発。サーダー、私の順に歩き、8時40分シャンボチェの飛行場に着いた。元気で雪道を問題なく歩く私をみて同行者は少なからず驚いた。(私には底力があるんですよ。)30～40分後飛行機到着、横井先生、私、サーダーの三人が乗ってルクラに僅か5分で到着(ここを2日半かけて登ったのに)すぐにエンジンのかかっていた別の飛行機に乗り移り、10時3分カトマンズに到着した。あとの5人は私達が乗ってルクラに飛んで来た飛行機がシャンボチェにひき返し、それに乗って直接カトマンズに向った。シャンボチェの飛行場は山土で積雪があり、空気もうすいので離陸に少し時間を要し滑走路の端でガクンと少し谷底に落ちる気配がして浮遊した。もう少し積雪が多ければ飛ばなかったようだ。クワバラ!! クワバラ!!

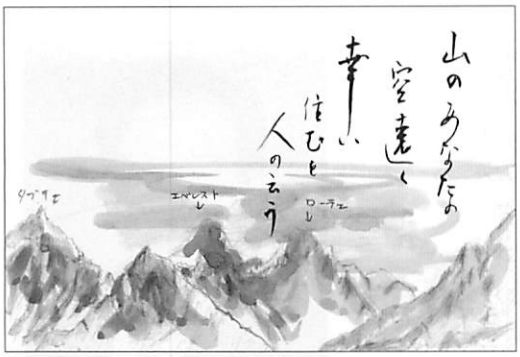
カトマンズで40分ほど待って後続が着いた。全員元気にホテルへ帰った。米澤先生、ヒマラヤ観光の宮原社長がロビーで待っておられた。まず第一声「酸素ボンベを使った者がいるそうだな」であった。全員知らん顔をしていたのに使った本人が「僕です」と言った。お二人とも意外な顔をされた。(藤原は頑健なんですと言いたかったが止めました。)

絵葉書

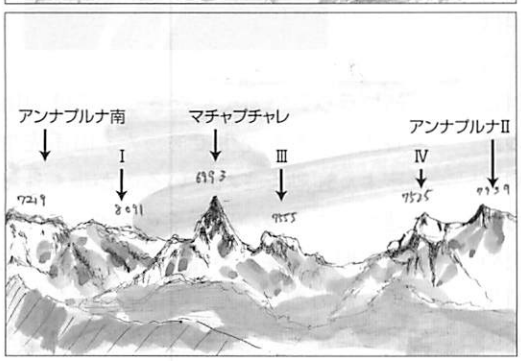
①私は海外旅行に出るとその都度15～16枚は出します。今回も19枚出しました。スケッチも楽しんで描きますが、それを出していると手元に殆ど遊りませんので市販の絵葉書にしています。今回、先ずホテルで5枚投函、カトマンズの飛行場で警備員にチップ(彼等の一日分の給料より多い)をやって投函を頼んだのが5枚、バンコクの空港で乗り継ぎ時間待ちが5時間あったのでラウンジへ行き(私はビジネスクラスなので)9枚必死で書いた。1時間40分ほどまだ時間があったので空港内の切手売場を聞き、必死になって歩いて切手を求め投函した。費用は4.5ドル、5ドル紙幣を出すと3枚ほどのバーツ硬貨がかえってきた。この切手を求めて往復70分強歩いた。十二分の汗であった。葉書を受け取った人はこの労力を分ってくれただろうか?

②今回ポカラで描いたアンナプルナ山群の絵を同行者6人に選んでもらい、ご自分の住所を書いてもらった。日本に帰ったら彩色して送るからといって。これは日本で投函した。結局私の手元にあるのはこの原稿用の3枚だけである。

この３枚も一時行方不明になり、あわてた。投稿を諦めようと思ったが、編集委員の前野先生の立腹したお顔がうかび、心あたりに問い合わせ、かつ自宅の机の上の山を必死に探した。でて来ました。山の中から。やれやれ、（前野先生遅くなってご免なさい）









同行者

阿部	宗昭	大阪医大昭和 41 年卒	（69 才）
岸本	郁男	大阪医大昭和 48 年卒	（62 才）
岸本	勘也		（65 才）
鴨川	淳二	愛媛大平成 6 年卒	（39 才）
藤原	良江		（68 才）
横井	達夫	岐阜大昭和 60 年卒	（50 才）
山中	由貴	愛媛大	（28 才）

文豪の愛したゴルフクラブ

OCOA副会長　山本　哲

昭和40年の中頃、日本は高度成長期の真っただ中にいた。その経済のなか一人の実業家がたった1人の作家のためにゴルフ場を造った。ゴルフ場の名は奥道後ゴルフクラブ、そのゴルフクラブのたった一人の会員の名は柴田錬三郎。ゴルフ場を造ったのは四国の大将、再建王と呼ばれている坪内壽夫であった。柴田錬三郎と坪内氏の友情がどのようにして生まれ、どのように育まれたのか。その結果としてのゴルフ場はどのようなものなのか。凡人の私には想像すらできなかった。そのゴルフ場は伊予の国の武将、河野氏の居城があった丘に造られた。居城の跡地だけあってそこからは見晴らしが良く、瀬戸内海が一望できた。絶景であった。瀬戸内海が見えるだけでなく各ホールごとにテーマが決められていた。そのテーマとはホールごとに植えてある樹木種類が決まっていた。樹木、花木の名前がホール毎に付けられていた。アウトの1番はフェニックス・ホールと名付けられ、瀬戸内海に向かってやや下りの、海とフェニックスが南国の雰囲気を感じさせるダイナミックなミドルホールであった。そのほかワシントンヤシ、花ミズキ、八重桜、梅、海棠、サルスベリ、ザクロ、紅葉、椿、アメリカンデーコ、コブシ、クロガネモチ、花桃、モクレン、キンモクセイ、泰山木などのホールがある。それらの木や花が各ホール特徴の一つとなっている。更に5番ホールには赤穂浪士の切腹が行われた松山藩、松平家江戸屋敷の庭樹が移植されていた。歴史の一部を見てきた樹木たちである。作家のみならずここを訪れたプレーヤ達を驚嘆させる。

私が奥道後ゴルフクラブを訪れたのは昨年7月であった。兼ねがねラウンドしたいゴルフ場であったため、日本臨床整形外科学会学術集会のエクスカーションに奥道後ゴルフクラブのラウンドがあるのを見つけて直ぐに申し込んだ。



一緒にラウンドしてくださったのは、山添先生、三谷先生、菱本先生であった。山添先生は普段からよく運動をされているのか歩く速度がやたら速かった。ついて行くのがやっとであった。とても明るく楽しい先生だった。三谷先生はショットが力強かった。特にアイアンショットが切れていた。ドライバーは悩んでいるとおっしゃって、その時も2本入れておられていた。菱本先生は落ち着いた紳士的な先生で、どんな状況でも淡々とプレーされていた。圧巻は7番の短いミドルホールであった。私のティーショットはフェアウエー、菱本先生は私より20ヤード飛んでいたが右のラフであった。先にわたしがピン手前にオン、続いて菱本先生、ピンまで40ヤード、2～3回素振りをしてすっと打ったところ、



素晴らしいアプローチで手前から転がり、なんとそのままカップイン、イーグルであった。後でその時の心境を聞いたところ、それまでのアプローチがショートだったため、オーバーするつもりで打ったそうだ。その7番ホールもサルスベリがたくさん植えられているとても美しいホールであった。菱本先生にとってもこの7番ホール、サルスベリのきれいなホールは一生忘れることのできないホールになったことであろう。この3人の先生方と学会会場だけでなくゴルフ場で再びお会いできるのを楽しみにしている。

奥道後ゴルフクラブの12番ホールはこぶしの木が多く植えられている。柴田錬三郎が愛した木の一つである。541本のこぶしには驚かされる。柴田錬三郎だけでなく多くのここを訪れたゴルファーに愛されていると思う。また帰ってきたい思い出深いゴルフ場であった。



波乗り28年

枚方市　田中康之



この度先輩である広報担当の山口康二先生から趣味について投稿しろ！との依頼があり愚趣味ながら人生の半分以上の28年続いてしまっているサーフィンについてご紹介させてもらいます。

【動　機】

始まりは、私が高校生1年の1979年「ビッグ・ウェンズデイ」という映画が上映され何気なく観に行ったことから始まる。1960年代のベトナム戦争をはさんだ病めるカリフォルニアを舞台に、3人の若者の青春と友情をサーフィンというスポーツをとおして描いた青春映画だ。当時これに感動しサーフィンへの憧れを抱くようになったものの高校生の身、大阪に波乗りのできる海が身近にあるわけでもなく、当時流行っていたスケートボードに乗りやったことも無いサーフィンをイメージして？来たる日のために練習を重ねた。　時を同じくして当時の日本はサーフィンブーム、ミナミのアメリカ村に行けばサーフショップばかり、若者のファッションもサーフブランドが大流行、私もBOLTと書いた稲妻マークの一張羅のTシャツを大事に着て流行の波におくれまいと背伸びをしていた。

【始まり】

大学は愛知医大に行くことになり名古屋へ。サーフィンのできる海は大阪よりかなり近づいたものの、ひょんなことからアイスホッケー部に勧誘を受け、マリンスポーツとは正反対のウィンタースポーツに、しかもスケートリンクの関係上、夜中に練習、昼間は…のとんでもない学生生活が始まった。

実際に初めて波乗りに行けたのは大学2年目の夏、先輩から引っ越しを手伝う見返りに部屋に飾ってあった今考えると、ただ浮くだけのボロボロのサーフボードを譲ってもらった。そして車を持っている悪友3人を誘い出し、見様見真似で車の屋根にサーフボードをくくりつけ自分ができる最高のサーフファッションで海に繰り出した。結果はもちろん勝手もわからず自己流で波に乗れる訳でもなく退散。でもピッピィとくる何かを感じた。

【波乗り三昧の学生生活】

その後、最初に誘った悪友2人は次々とリタイヤし、1人だけが残った。この友人とは海に向け深夜の一般道をひた走り朝の4時頃から海に入り1時間目の授業が始まる前に帰ってくると言う通称「朝一サーフィン」というのによく行った。波乗りは、はまればはまるほど面白くなり、学生時代後半は毎週末2日＋朝一サーフィンと週に2～3回のペースで海に通い、その他はアイスホッケーの部活動という具合になり、完全に医学部の学生の域を超え筋力だけがついていった。そのうちに車中泊のできるワゴン車を手に入れ行動範囲がグンと広がっていき週のうち1～2泊は車中で、年間走行距離は年5万kmを越え、しかもその殆どが高速ではなく地道走行でと、3年ほどで車は十分ボロボロになった。Surf bumと言う言葉がある。乞食サーファーという意味でなく「良い波を追いかける旅」

の事を意味するのだがまさにSurf bum、秋の台風シーズンは台風が太平洋の遥かかなたに現れたら太平洋のサーフポイントは良質の波に恵まれる。来るかもしれない時に休めるようにと結構真面目に出席をとりに学校には行き、台風が入ると自主休校でSurf bumは始まる。台風の進路にあわせ伊良湖（愛知）→御前崎（静岡）→湘南（神奈川）→房総（千葉）と台風に追いつかれないように北上し、だいたい茨城辺りまで行って台風に追いつかれた後に名古屋に帰還する。

大学5年生の春には念願のカリフォルニア、メキシコに行くことができた。ビッグ・ウェンズディの舞台となったと言われるHuntington Beachをはじめとして、やはりこの映画に出てきたメキシコのBaja California半島のTodos Santosという有名なポイントをめざし得意の車中泊でSurf bumを続けた。
途中でパスポートや財布を身ぐるみとられて帰国にはてこずったが今となってはいい思い出です。

全日本医科歯科学生サーフィン選手権大会という大会あり一度だけその大会に出場してみた。開会式前のエントリーにて主催者から宿泊先と連絡先を求められ会場本部前の駐車場に停めている車の車種とナンバーを告げたら爆笑された。一番下のクラスにエントリーし優勝しようという目論みだったが結果は予定通り決勝まで残ったものの、携帯電話のない時代で翌日の決勝戦の連絡がうまく取れずにほぼ放棄状態で5位に終わってしまった。それ以来競技系には参加していない。

こんな感じで学生時代はほとんど睡眠を取らずに行動してきたため、青春時代を通常の1.8倍は有効に時間を活用し楽しめたと自負している。

【勤務医時代】

母校に残って生温く研修医を迎え将来は、海の近くで・・・のつもりが突如、帰阪となり関西医大の整形外科にお世話になることになった。勤務医前半は研修、勉強の時期、働きだし朝早くから夜遅くまでの生活が続いたが夏～秋には得意の寝る時間を削ってわずかな時間でもあれば愛知県までひとっ走りで昔の仲間と会い学生時代に帰って楽しんだ。途中2度ほどアメリカ留学の機会を与えてもらい研究？の傍ら海外生活を楽しんだ。留学先はあいにく海まで車で10時間ほどかかり身近ではなかったが東海岸の大西洋の各ポイント、余暇を利用して西海岸はもとよりカリブ海のポイントを旅した。勤務医後半は明石大橋が開通する前の四国の波の虜になり仕事の許せる日曜日はほぼ毎週土曜日の夜からフェリーに乗り込み四国の波を堪能した。

勤務医時代の唯一の心残りが、当時大学の出向病院が和歌山の新宮に一箇所ありゴルフ好き、釣り好き以外の特に独身の先生には敬遠されていた。辞令が下った先生はあたかも戦場に行くかのようにみんなから励まされ、涙を流して出て行った。私は研修医の頃からいつかは新宮へとその辞令を心待ちにしていたが、人生は皮肉なもので夢は叶わなかった。

もし新宮に出向させてもらっていたら、もっと波乗りが上手くなっていたかも？

【現　在】

1998年に結婚し2001年に娘ができるとともに現在の地域医療に専念する。仕事も多忙？で勉強や介護事業の開拓にと忙しい日々を過ごしていますが、相変わらずサーフィンは続けています。最近は一人で行動するのが半分と家庭サービスと称して家族での行動が半分となっています。

現在私にとっての波乗りの位置づけは、まず多忙な日常生活からの逃避と頑張るための充電です。車も快適に車中泊ができる車にして少し時間がある週末には一人で車に乗り込みポイントへ。海の前に車をとめ車中泊、一切の文明をシャットアウトし、真っ暗な「無」の中で美しい星空を観て、波音に耳を傾け、砂浜を踏みしめ、美味しいビールを飲みながら、海の香りを感じ忙しい生活で鈍った五感を養っています。

家族サービスはもっぱら旅行となっていますがもちろん波乗り中心の旅行です・・・

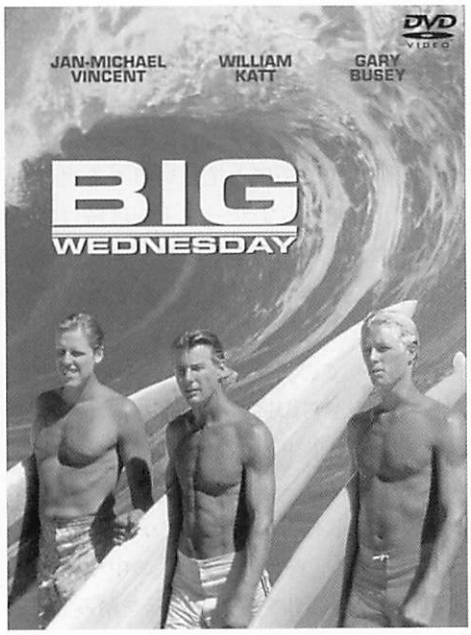
この10年で種子島、バリ、ハワイ、モルディブ等に遠征、高品質な波を楽しみました。

3年前に行ったモルディブでは念願のパーフェクトなチューブに入ることができ長年の目標が達成できました。

【まとめ】

仕事が終わり徹夜で高速をとばして遊んで、その日のうちに帰ってきて翌日フルに働くことは年齢とともにやや辛くなってきており、上達のピークも過ぎ年ごとに衰えを感じてきている今日この頃です。それに反して皆さんと同じですが自院への責任、経営、医師会の仕事等の拘束が増え、医療を取り巻く社会情勢も年々厳しくなり、目に見えないストレスに潰されそうな毎日です。

衰える体力を補うべくジムに通い汗を流し、社会人チームでアイスホッケーを興じ、弛んだお腹を気にしつつ、せめてボードに乗ったまま沈むことのないように頑張っています。



映画「ビッグ・ウェンズディー」1978年制作、
日本公開は1979年

あと何年サーフィンを続けられるかわかりませんが、今まで続けた事で私自身の視野は広がり、世界観も変わり、サバイバルを学び、精神集中が身につき沢山のことを学んだように思います。

［よく遊び、その倍働く］これが私にとっては生産性を高める方法かな？と思っております。

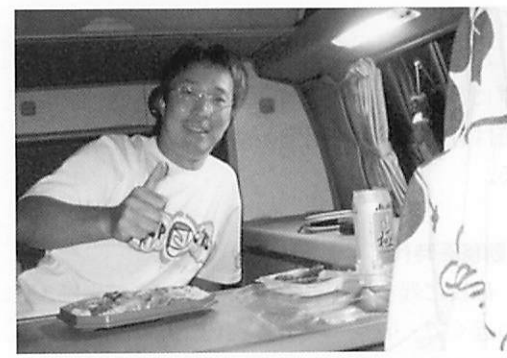
もし同人の先生がおられたら気軽に声をかけて下さい。



2007年夏の高品質なモルディブの波



ある時は通勤車、ある時はオーシャン・フロントの空間にフットワークは軽いです。



一人で車に乗り込み車中泊、カプセルホテルみたいなものですが文明から解放され心休まるひと時。

私の趣味

月例会504回を迎えたボーリングクラブ

大東市　前野岳敏

本誌29号（平成15年7月発行）月例会420回（満35年）を迎えたクタクタ会ボーリングクラブ（KKBC）記事を“私の趣味”の欄に書かせていただきましたが、その会も昨年12月14日に月例会500回大会を通りすぎ、この4月で504回（満42年）となりました。

昭和43年5月、大阪厚生年金病院整形外科の医師3人と婦長2人の5人でスタートしたボーリング同好会クラブですが、メンバーの入れ替わりは多少ありましたが（現在まで28名）、毎月永々と42年の長きに及んでまいりました。毎月第2木曜日月例会6ゲーム、毎月第4木曜日はリーグ戦6ゲームをPM6:30より始めて来ました。現在までこの月2回のペースは1回も行われなかった事はありません。現在のメンバーはOCOAの会員でおられた方々にはご存知の方もおられると思いますが、亘先生大正14年生まれ、加賀先生昭和2年生まれ、石川先生（本会誌“私の傑作”で写真を掲載）昭和7年生まれ、私は昭和14年生まれです。最初からのメンバーは私一人ですが、私は20才代より始めたのですが、何といつの間にか古希になってしまっていました。前回の記事で会のおよその歴史、実力、途中参加のメンバー等を書きましたので、この度はKKBCの誇るエースでもあり、大阪府医師会ボーリング部の代表選手でもある石川正士先生の実力の程を報告させていただき、この会の上位の先生方のレベルの高さを紹介させていただきます。

現在石川先生は3カ月36ゲームのアベレージは178ですが、アベレージが180以上の事が度々記録されているKKBCのトップの先生です。別の趣味として50才より74才までジョギングをされていて、現在までの総走行距離は約4万5000kmに及びおよそ地球の一周約4万km以上を走り切った事になります。



月例会500回の直前に写真の如くニューボウルを購入されました。その名もPython（ニシキヘビ）とのシャープな名前の名球です。

このニューボウルで500回月例大会で6ゲーム、1173を出して優勝、その年の納会に当たる500回記念大会（9ゲーム）では1819点で優勝、ハイゲーム235、ハイシリーズ632とすばらしい成績で平成21年度をしめくくられました。又、このボールを持ってこの3月21日、22日の連休に金沢で行われた全国医師ボーリング大会に、それも又、3月に新しく購入されたニュープリウスで北川先生（大阪府医ボーリング大会で最近パーフェクトを出された）と共に行って来られました。その時の成績は不問。

私はと云えば、マイネーム入りですが40年前以上に購入したマイボールでプレーしているのですが、数年前よりスペアーミスが続くようになりました。きっとボールが長い間にけずられて小さくなりスペアーがとれなくなったのだと、低調のなげきとぼやきの連続です。実はその不調の原因は25年前の開業と同時に健康のためにと始めた硬式テニスとボーリングとのフォームの混合によりコントロールが乱れたための不調ではないかと考えているのですが、その対策として、腕の振りが乱れないようにカーリング様投法を試行中です。KKBCにおける小生の公

認記録は18年間の皆勤記録とハイゲーム278（スクラッチ256）のみです。

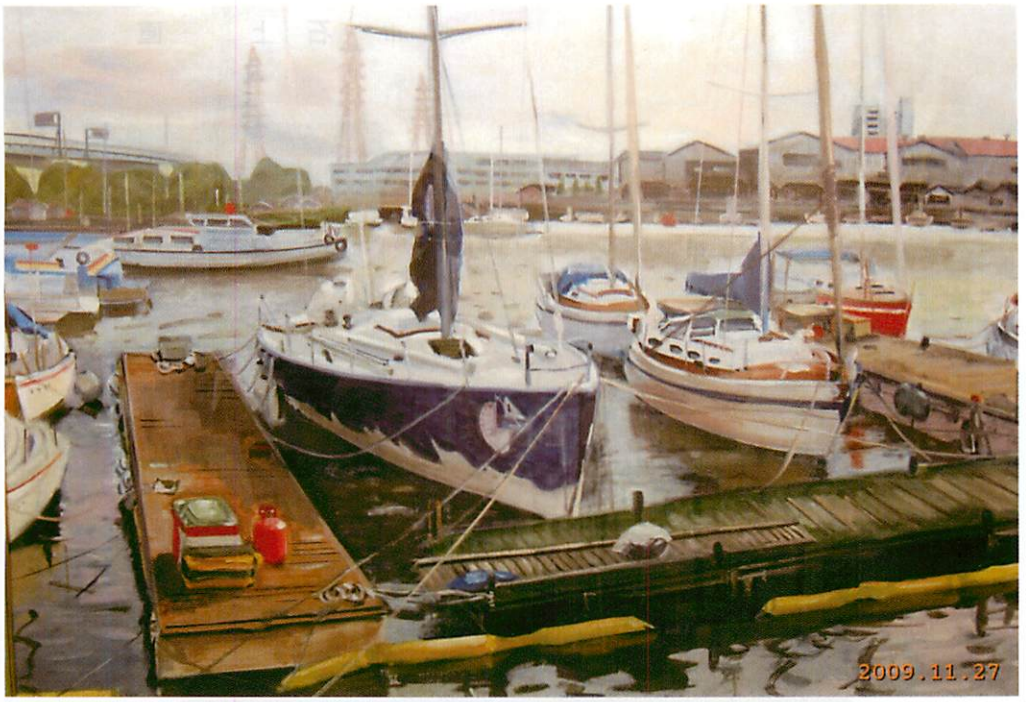
もともと健康のために始めたボーリングとテニスですが両方が混ざり合って両方とも不調のどん底ですが、そのレベルは別としてその初期の目的は達成されております。と云いますのもこの平成22年4月2日で開業25周年を迎えましたが、その間病気による休診は全くありませんでした。

ボーリング部結成当初より最も若輩で年功序列は変わらず、万年最下位ですが、当初より整形外科を始め人生等も色々と教えていただいたすばらしい先輩の先生方と長い間ご一緒できたのはこのボーリングのおかげであり、この上ない幸せと喜びである事をしみじみと感じる今日このごろです。





私 の 傑 作



OCOA会員　小瀬　弘一 先生　作

（小瀬整形外科医院　　堺市堺区田出井町1-1-100）

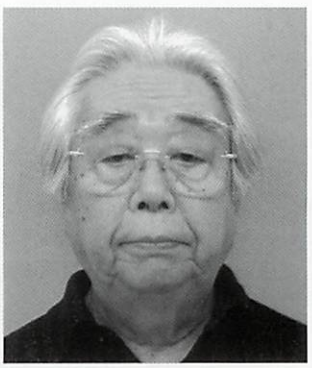
“ヨットハーバーにて”

21年9月新早石病院の開業に合わせて御寄贈を受けました。100号の大作で当院の待合室に飾っています。明るい色彩の油絵で患者様に人気の一枚です。

（早石雅宥記）

私 の 傑 作

堺 市　石 上　　直



今春、堺美術協会展に出した作品です。
題名は 「どうぞ」



私の傑作

中之島光のルネサンス2009より

城東区　石川正士

神戸にルミナリエあり、大阪に光のルネサンスあり、共に年末の華麗な光の風物詩として定着してきました。世界規模で推進すべきエコ対策に逆行するとの批判もあり、無邪気に楽しむことに些かの抵抗もありますが、不況とは言え平和なればこそ可能なイベントであり、慌しい暮れの一時、心をなごませてくれます。

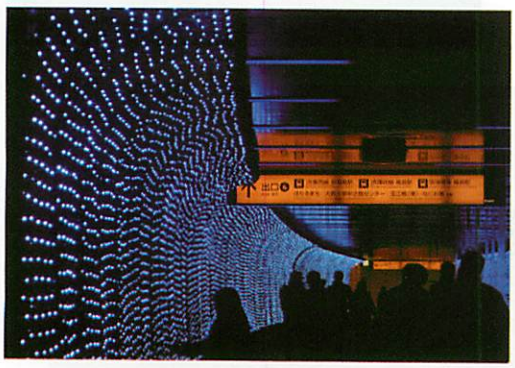




三井ビルのウインドウアート、
クリスマスイヴの一晩だけ点灯される



公会堂をスクリーンにした光絵画、
様々に表情が変化する



京阪中之島駅コンコースの幻想的な
光のトンネル



子供達に人気のある西会場のペンギン群

私の傑作

堺市　斧出安弘



最近、子供の手が離れたので、休日に家内とドライブに出かけるようになりました。カメラ抱えて、小ネタ探しの旅です。関西の半日ドライブコースの載った雑誌はたくさんありますが、ほとんど行きつくしましたので、この頃は一泊のつもりで出かけるようになりました。この4月最終の土曜日、「連休に入ったら道が混むやろな～。」と、突然家内と車で飛び出しました。お昼御飯は、コンビニのおにぎりを車の中で、食べながら。ホテルは車の中からインターネットで予約しながらです。今回は鳥取を目指しました・・・。



「馬車」

鳥取砂丘は、学生の時に行ったきりですので、30数年ぶりです。懐かしい景色でした。澄み切った空と、砂のコントラストが綺麗でした。観光客用の馬車があります。



「白兎海岸に沈む夕日」

砂丘で夕日を見るつもりにしていたのですが、まだ少し日が高かったので、数キロ西の、白兎海岸まで走りました。因幡の白兎伝説の地です。お社を祭った岩の間、日本海の水平線にゆっくりと沈む夕日を見てきました。





「大山」「伯耆富士」

翌日、朝から大山に向かいました。大山は、見る方向によって全く面影が違います。山の北側からの眺めは、切り立った岩山が連なったように見えます。西側に回ると、富士山のように見えるので、伯耆富士（ほうきふじ）と呼ばれています。いずれも、素晴らしいながめでした。

私の傑作

豊中市　丹羽雅子





愛犬「クロ」

二十年飼っていた雑種の〝チビ〟が昨年一月に亡くなり、寂しいけれどほっとしている間もなく、戌年生まれの主人はどうしても犬が欲しい、それも柴犬が良い……と。

きりっとした日本犬そんな事を言っている内に、患者さんから柴犬の雑種がいます、の話があり、五月二十五日生まれ可愛い時にもらって下さいと言われ、主人は大喜び。七月半ばにやって来たのが、この「クロ」です。

一目見た途端柴犬とは大違い、皆んなの口をあんぐりとあけ、唖然と致しました。雌犬で父親は真黒けのドイツのワイマラナー、母親は柴犬で茶色。六匹程生まれたのが、皆んなまっ黒。

散歩させるので忙しいけれど、私自身元気をもらっている毎日です。

秋旬

食欲の秋　活々とした
わたりガニの美しい色
ハタハタの顔がおもし
ろくて画きました。



私 の 傑 作

住吉区　三 橋 允 子





「黒い帽子」

日展に応募する作品は、最近ずっと人物中心で挑戦しています。
この作品は住吉医師会絵画教室で描きました。
色白のモデルで、スタイルも良く美人です。
男性が美女見るとこんなだろうと思いながら心ときめかせて描きました。



「庭草と抱き人形」

懐かしい古い抱き人形と咲き始めた小あじさいや枇杷の実、庭草等を一緒に描きました。
絵は描いている時、何もかも忘れ夢中になれるから楽しいのです。
一緒に描いてみませんか？

OCOA理事会議事録

平成21年度
第1回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録

日　時：平成21年6月6日（土）
　　15：00～18：00
場　所：ザ・リッツカールトン大阪
　　4階ザ・テラスルーム
※理事会後の懇親会の会場は、同ホテル内のザ・クリスタルルーム
出　席：37名
会　長：黒田晃司　　会長代行：栗本一孝
副会長：阪本邦雄、前中孝文、森本清一、
　　山本　哲
理　事：天野敬一、今井　秀、右近良治、斧出安弘、金田隆義、岸本成人、黒川隆彦、古瀬洋一、小林正之、澤田　出、首藤三七郎、田上実男、中川浩彰、永田行男、長谷川利雄、早石雅宥、福井宏有、藤本啓治、堀口泰輔、前野岳敏、松矢浩司、三浦光也、宮内　晃、宮島茂夫、宮田重樹、森　泰蓉、森下　忍、矢倉久義、山口康二
参　与：河合長兵衛、坂本徳成、
　　（順序不同、敬称略）

◆報告事項

まず、黒田会長の挨拶があり、今後の理事会では、報告事項については事前にインターネットで閲覧できるようにするので、理事会の進行をスムーズにするため、各理事は事前に参照し、発表はできるだけ簡略にするようにとの指示があった。

1. 会員動態（前回の理事会以降）　森本副会長

平成21年3月6日（前回理事会）以降の新会員
杉本瑞生（みずお）先生
　東北大学（H3年卒）・大阪大学整形外科
緑風会病院・平野区
建道寿教（こんどうとしのり）先生
　奈良医大（H2年卒）・奈良医大整形外科
　こんどう整形外科クリニック・住吉区
多賀一郎先生
　大阪大学（S55卒）・大阪大学整形外科
　多賀整形クリニック・豊中市
田中富弥先生
　関西医大（S60卒）・関西医大整形外科
　田中整形外科・平野区
平成21年3月6日（前回理事会）以降の退会者
坂根照敏先生　御高齢・御病気の為　3/16付
木股康時先生　御高齢の為　5/7付
中村平（たいら）先生　　ご逝去（4/12）の為 6/4付
平成21年6月5日現在
一般会員数　470名
顧　　問　　8名
名誉会員　　15名
　計　　493名
＊栗本会長代行から4月以降にご逝去された先生の、JCOAの会費納入がどうなるかとの、質問があった。中村平先生の場合6月4日に報告を受けたので、同日JCOAにも連絡をした。会員の件は後日確認を取るとのこと。

2. JCOA合同プログラム委員会（4/5・品川プリンス）
長谷川理事

平成21年度第1回JCOA学術研修委員会
第22回JCOA学術集会（愛媛）合同プログラム委員会
日　時：平成21年4月5日（日）
時　間：11：00～15：00
場　所：品川プリンスホテル
出席者：15名（愛媛県2名、神奈川県2名参加）
－審議事項－
1：第22回学術集会について
(1)プログラムの検討：愛媛県より説明。セラピスト研修会を含めて4会場にて学会を行う。
(2)演題の採否決定：166題の応募があった。1題に抄録の不備あり、再提出を求めることとした。その後採用となった。
(3)学会員外の演題応募に対する対応
(3)-1：看護師、PTなどのコメディカルの演題については、
　1：原則として当該の医師が共同演者であること

2：医師は日整会会員であること、 が必要。

(3)-2：JCOA学会員外の演題については学術集会の企画・構成上、必要であると判断されるので、これを採用した。
但し、3－1、2については理事会の承認が必要。

(4)当委員会にて採用した演題については、理事会の承認を経て投稿が可能である。

＊上記(3)(4)は近畿ブロックで開催される時にも適応される。

(5)学術集会事務局より、編集委員会の郵送物に学術集会の連絡事項等を同封したい旨、また配送時期を予め明示してほしいとの要望があった。→理事会にてお願いする。

2：学術助成の決定の方法も検討
審査基準と審査方法及びを作成した。

－報告事項－

1．査読委員会報告
(1)第21回学術集会投稿論文：投稿論文数：64本（受理：59本、未受理5本）
(2)委員会審議になった1編：「その他の論文」として採用した。
(3)疑義事項2件：当委員会にて調査ののち、編集委員会に報告した。

2．学術研究助成の運用について説明。

3．神奈川県、長崎県より学術集会の準備状況について報告。

次回委員会は平成21年9月27日：JCOA事務所にて行うことになった。

3. 整形外科専門医資格維持についての検討会（4/18・ロイヤルパークホテル東京）

長谷川理事

「JCOA整形外科専門医資格維持についての検討会」
平成21年4月18日（土）
ロイヤルパークホテル（東京）
出席者
理事長：藤野圭司、
副理事長：田辺秀樹、原田昭
学術研修委員会担当理事：吉村光生、
山本日出樹
学術研修委員会：長谷川利雄、米本光一、中野恵介

専門医制度についての論点は下記(1)(2)の2点であり、分けて考える必要あり。

(1)専門医の必要数を検証する。
日整会からの調査依頼（厚労省→日本専門医評価認定機構：専認構→日整会）
・専門医数を減らすことが目的ではない。
・必要なものは必要、現在の専門医数が妥当であることを説明できるデータ必要。
・手術については日整会が調査する。
・保存療法について：JCOAが案を出すように依頼があり、調査の実施はJOAが行なう。（疾患・外傷と種々の保存療法をリストアップし集計する。）
→学術研修委員会にて素案を作成する。
→4月末に提出済み。
専門医がどのような保存療法をどのくらい行っているのかを調査する。
・疾患・外傷の分類と保存療法の種類について討論し、リストアップした。

(2)専門医資格更新要件について
・今後は実績評価が求められると予想される。

－会議はここまでとのこと。－

－参考－

－専認構のめざすところ－
・国民の立場から、わかりやすい専門医像
・各科独自の基準→ある程度統一した基準が必要。

＊外科の専門医では年間100例の手術執刀要件があり、全国の教授の中に専門医を維持できない人もいる。専門医でない教授が専門医になる医師を指導する矛盾も抱えている。

＊内科の専門医は3,000人（認定医は数万人）ほど、産婦人科が12,000人ほど、整形外科が13,000人ほどとのこと。この差が問題なのかは結論が出ていない。元来整形外科・産婦人科自体が内科・外科と違い専門家集団なので、専門医が多くても問題にならないのでは？ 今後も検討を続けてゆくとのこと。

＊整形外科は外科のように内科から送られて患者を手術するだけではなく、疾患を診断し、治療方針（保存的・手術的）を選択し、ギプス固定や神経ブロックなどの専門的な治療を行い、その後の経過を一貫してフォローする診療科である。

＊もし、日整会専門医の維持に手術件数100例を入れた場合は、多くの開業医は専門医の維持ができなくなり、研修会を大きな活動としているJOAとJCOAはその会の存続ができなくなると思われる。

＊前中副会長から「専門医とは？」との問いかけがあり、以下のお答が長谷川理事からありました。

①：専門医の定義

5年間以上の専門研修を受け、資格審査ならびに専門医試験に合格して、学会等によって認定された医師を専門医と定義しています。

（日本専門医制評価・認定機構：以下「専認構」）

専認構につきましては下記をご参照ください。

http://www.japan-senmon-i.jp/

②専門医の必要数を明確化する。

・内科の適正数の考え方が記載してあります。

http://www.naika.or.jp/nintei/tebiki/ishizo_01.html

・日本リハビリテーション医学会

http://www.jarm.or.jp/member/member_specialists/member_specialists_supply-demand.html

③：専門医資格継続の条件

－専認構の要件－

更新資格は下記の3点です。

・現役で診療に従事していること

診療施設に所属していることの証明が必要

・診療実績：今後何らかの方法で実績を求める

技能系の領域では特に実績評価が必要

・研修実績

論文のみの単位は認められない

医療倫理、安全対策などの要素が2割以上に含まれる

研修会、学会など単に参加証での確認は認められない

研修会、学会など単位数が少なくとも年間10時間以上

今後さらに必須研修内容を増やすことが求められることを会員に周知しておく必要あり。

－各学会の資格要件－

・日本リハビリテーション医学会（活動報告書の記載要領）

http://www.jarm.or.jp/wp-content/uploads/file/member/member_system_senmon_i_writing.pdf

・日本形成外科学会：最下段の【年間診療実績記録】（更新申請）

http://www.jsprs.or.jp/dl/index.htm

・日本麻酔科学会

http://www.anesth.or.jp/certification/report_senmon_renew.html

・日本ペインクリニック学会

http://www.jspc.gr.jp/08_sinsei.html

・日本眼科学会：下記がおもしろい。

※眼科臨床経験の算定基準は週4日以上の勤務となります

http://www.nichigan.or.jp/member/senmon/koshin.jsp

・日本外科学会

http://www.jssoc.or.jp/procedure/specialist/mem_doc_senmon_kousin2003.html

④：今後の展望

(1)整形外科専門医については、

・資格審査は問題なく、

・資格更新についても

診療実績をどのように評価するかが重要であると考えています。

(2)日整会－JCOA（執行部－理事会－担当理事－学術研修委員会）の連携も大切と考えています。

(3)財務省案では「総合医」と絡み合い、問題が複雑になっていますが。

(4)整形外科専門医については資格更新要件をクリアして、粛々とこの問題に対応すべきであると考えています。

(5)繰り返しますが、はじめに専門医数ありきではありません。

＊追加の資料として読売新聞の中から「財政審建議」による「医師の適性配置」や「専門医の地域ごとの定数」問題について、財政上のことのみで論じるのは、憲法の職業選択の自由にも違反し問題であり、今後も動向に注意が必要である。また、医師の適正配置や専門医の適正地域配分などのはっきりした報告もない。

＊岩手県などでは専門医の育成のため、一時東京で勤務しないといけない状況になってきている。

4. 第35号会報の広告掲載料の申請状況

永田理事・前野理事

＊永田理事から第35号会報の広告掲載会社の報告があり、4万円が18社、2万5千円が10社、交渉中が3社とのこと。

＊前野理事から第35号の「柔整問題の項目の執筆者」を記名にするかの問い掛けがあり、記名式にし、顔写真を掲載するかは前野理事の判断に一任することとなった。

5. 第1回JCOA理事会

(4/19・ロイヤルパークホテル東京)

前中副会長

平成21年度第1回理事会報告

日　時：平成21年4月19日（日曜日）
　　11時から16時

場　所：ロイヤルパークホテル
　　東京都中央区日本橋蛎殻町

出席者：理事長、副理事長4名、理事17名、監事、議長、副議長
　　特別出席者　日整会理事2名、日整会監事1名
　　角南義文（整医協参与　岡山）
　　欠席　加藤　勝洋理事（中部）
　　中川　正美監事（中部）

－審議事項－

1．平成21年3月31日現在
　会員数　5898名
　正会員　5809名
　名誉会員　89名

2．平成20年度会計監査結果について
　雑誌、会報印刷費、名簿発行費が高騰　予算費各337万円、718万円増
　名簿IT化CDR配布、ホームページ閲覧などの手段が論議された
　＊各種委員会が増え、活動内容が増したため、活動資金が増加した。
　毎年次期繰り越し金約1600万円、今年度は160万円と減少
　＊予算が厳しくなって来ており、経費節減が必要である。
　期末正味財産合計額　1億2603万8929円
　異議なく了承された。

3．平成21年度事業計画
　(1)理事長諮問事項の検討と対策
　(2)診療報酬改定に向け、整形外科技術料等の適正な検討と対策
　(3)運動器リハに関する調査研究の実施と対策
　(4)整形外科医療のエビデンスの確立
　(5)JCOA法人化のための情報収集と対策
　(6)IT関連事業の推進
　(7)医療類似行為に対する情報収集と対策と対応
　(8)「運動器の10年」に関するJOAとの協力と調査研究の実施
　(9)労災保険、自賠責に関する諸問題の調査と対応
　(10)地区代表者、県代表者との連携強化
　(11)「骨と関節の日」「骨と関節の月間」にちなんだ活動の企画と実践
　(12)危機管理の諸問題の調査と対応
　(13)少子高齢化に対しての施策と研究
　(14)児童虐待の調査
　(15)国際親善国際協力
　(16)整形外科医政協議会との連携
　以上　異議なし承認

4．平成21年度予算
　1億5773万円の規模　前年より232万円増
　収入は会費収入、賛助会費、広告費他
　整形外科医政協議会分担金比率10％から15

％にアップ（481万円から745万円となる）
経費節減のため、理事会も各委員会同様会議をホテルから事務局2階で行う方向で了承、（1回40万円から50万円の節約となる）
人数収容他可能か事務局で検討することになった
会費値上げの時期だが現状では会員の理解は困難であろう
理事会が節減の姿勢を示すことが大切

5．各委員会中間報告
資料を基に報告された。
その中で下記の話などがあった。
運動器の10年の総括　学校保健における運動器検診
どのような成果があったかまとめて提示する。
今後の厚労省予算獲得の基礎データとなる
IT テレビ会議委員会で少人数から開始する
カメラ、マイクは支給、テレビ委員会会議を行う場合5000円支給
本田理事へ

6．無床診WG担当理事の追加
加藤　勝洋理事長期病欠のため　執行部検討

7．第85回日整会学術総会会長候補者への質問状（対3大学教授）
回答内容提示され、各理事の意向が集約された。結果は代議員へ参考資料として送付

8．法人化について
移行に伴う課税などデメリットが不詳。他の法人化の状況をみてからとの意見があり、次回5月31日代議員会の事前資料に含めないこととなった。再度会則等検討委員会で会計専門家と話を詰め、持ち回り理事会にかけてから代議員会、総会へ提案するか決することになった。（後戻りです）
＊森理事から中間法人がなくなり、一般法人と公益法人の2つになったため、法人化のハードルが高くなったとのこと。
＊栗本会長代行から法人化のメリットは何かとの問いがあり、岸本理事から余剰資金の管理がしやすくなることとの答があった。

9．平成21年度代議員会、総会、各県代表者会議日程
時　　平成21年5月31日（日）
11時から12時15分　代議員会
13時から14時　総会
14時30分から15時30分
各県代表者会議
場所　品川プリンスホテルメインタワー

10．名誉会員受諾
10名から受諾の回答有り
角南義文、米満弘之、吉良貞伸、那須輝夫、中谷正臣、久保真治、細川外喜男
吉田元久、喜多正鎮、太田和夫（敬称略）

11．「Q&A交通事故診療ハンドブック」編集WGの特別出席者
羽成　守弁護士　参加了承
交通費5000円支給

12．会費免除申請書の提示（細則第6条関連）
特に異議なし

13．職員就業規則改正（定年延長）
異議なし

14．シンポジウム「日本の医療制度を考える運動器疾患の現状と課題」について
予算が高額、費用対効果が不明瞭、趣意書内容に問題がある、
趣意書とテーマとに差異がある
シンポジスト（日医、厚労省官僚）がこのテーマで論議できるのか？
従来の柔整審査委員懇談会はどうなるか？
公開とするのか？柔整代表を呼んでも良いのでは？
参加者がどのようになるか不明である。マスコミを呼ぶが確かなことか
講師料10万円の規定に反する講師招聘（勝谷誠彦氏）に賛同が得られていない印象（前中の私見）
今回承認得られず。医療システム委員会で再検討し次回理事会に再提出となった。
＊医療システム委員会と執行部の間にこの問題に対するスタンスの違いがあるようだ。

15．テレビ会議参加時近傍旅費を出す
旅費会議場費削減の協力に対する後押しとし

て（前述）
16. 理事会を事務局2階で行う件
承認された。（前述）
17. 平成20年21年度各種会議等実施状況
一覧表で説明があった。
18. 開業整形外科の将来に関するアンケート（継承、総合医について）
ホームページで一般公開了承
19. 日整会通常総会副議長および開票立会人候補（敬称略）
副議長　齋藤義郎
開票立会人　久保谷康夫
20. 平成20年度九州ブロック会議
議事録を基に説明があった

6. 平成21年度JCOA総会・JCOA代議員会・JCOA各県代表者会議（5/31・品川プリンス）
前中副会長

日本臨床整形外科学会　平成21年度総会
日　時：平成21年5月31日（日）
13時から14時30分
場　所：品川プリンスホテル
人　：正会員5839名のうち　出席者71名、
委任状789名（出席者860名）
議事は代議員会で承認された以下の
第1号議題　平成20年度事業報告
第2号議題　平成20年度決算、監査報告
第3号議題　平成21年度事業計画
第4号議題　平成21年度収支予算
第5号議題　会則の変更
が再び総会に上程され審議された。全議題すべて異議なく承認された。
4号議題に関連し、参加者から下記の発言があった。
(1)無床診ワーキンググループの予算がない。JCOAから無床診への発信が少ない
(2)無床診で施設基準を取っていない施設が多く、リハビリの取り組みにメリットを感じないのではないか。
＊無・有床診間での医政協議会への加入率の差のデータがないので、解らない。
(3)上記のため医政協議会加入率に病院、有床診、無床診、（施設基準有無）で差が出ているのではないか→このようなデータはないが計算は可（事務局見解）
その他として
7月19日から20日のJCOA学術集会（愛媛）
10月10日から12日第36回JCOA研修会（佐賀）の案内と参加要請
第22回全国有床診療所連絡協議会総会（熊本）の紹介

日本整形外科学会　平成21年度代議員会

日　時：平成21年5月31日（日）
11時から12時15分
場　所：品川プリンスホテル
人　：出席者　64名　委任状　8名
（合計72名）
藤野理事長挨拶の中で
今回から5月総会、代議員会開催により、予算執行、委員改選年度の委員活動を早期から行うことが出来ることになった旨指摘があった。
その後、議案書に従い、議事進行された。
第1号議題　名誉会員承認
角南義文、米満弘之、吉良貞伸、那須輝夫、中谷正臣、久保真治、
細川外喜男、吉田元久、喜多正鎮、太田和夫の10名（敬称略）
異議なく承認
第2号議題　平成20年度事業報告
会員数　平成19年末5819人から
現在5898人に増
賛助会員　平成19年125から113に減
（会社合併による）
平成20年度理事会7回をふくめ94回の会議を実施した。
各委員会の中間報告書提示が行われた。
異議なく承認
第3号議題　平成20年度決算報告、監査報告
収支　収入　1億6440万円（予算比105.8%）
支出　1億6286万円（予算比104.8%）
収入が予算どおりであると単年度赤字となる。

支出増額要因
(1)学会準備費　100万円増額
(2)会議費　　53万円増
(3)旅費交通費　337万円増
(4)印刷費　　337万円増
(5)名簿発行費　718万円増
など
異議なし承認

第4号議題　平成21年度事業計画
(1)理事長諮問事項の検討と対策
(2)診療報酬改定に向けての検討と対策
(3)運動器リハの調査研究と対策
(4)整形外科診療のエビデンスの確立
(5)IT関連事業の推進
(6)医療類似行為に対する情報収集と対策
(7)労災自賠の諸問題の調査と対策
(8)JCOA法人化の情報収集と対策
(9)「運動器の10年」に関するJOAとの協力と調査研究
(10)「骨と関節の日」「骨と関節の月間」にちなんだ活動の企画と実践
(11)各地区代表および各県代表者との連携強化
(12)危機管理の諸問題の調査と対策
(13)少子高齢化に対しての施策と研究
(14)児童虐待と調査
(15)国際親善。国際協力
(16)整形外科医政協議会活動との連携
など

平成21年度　事業日程
理事会6回
7月19日20日　第22回学術集会（愛媛）
9月12日　JCOA保険審査委員会議
9月13日　全国保険審査会議
10月10日から12日　第36回研修会（佐賀）
各委員会　2から3回
雑誌2回　JCOAニュース6回、会報2回発行
骨と関節の日テーマ
「ロコモティブシンドロームの要因としての腰部脊柱管狭窄症」
以上承認

第5号議題　平成21年度収支予算
総額1億5773万円　平成20年度に比し232万円増
平成20年度の状況、各委員会の計画要望内容により決定
整形外科医政協議会活動増加により整医協分担金15％にアップ
承認

第6号議題　会則改正
JCOA学会名称変更に関するもの等
日本臨床整形外科学会学術集会が正式名となる。
日本臨床整形外科学会の略称としてJCOA使用可
以上すべて承認、特に異議論争なし。
関連意見として
(1)名簿作成費用が高いことに関連して、デジタル化要請、会員名簿の基礎データは各県が責任を持ち情報収集すべきであるとの意見あり。→委員会で検討する
(2)柔整審査委員会で審査委員になんらの権限もないことに対する執行部の見解を求める質問あり。理事長、医療システム委員会委員相原氏（愛媛）との意見交換を行った。

日本整形外科学会　平成21年度各県代表者会議
日　時：平成21年5月31日
　　14時30分から15時30分
場　所：品川プリンスホテル
人　：41名
(1)代議員会の旅費について
JCOAの会計が厳しくゆとりがない約400万円の旅費等の経費がかかるので、個人負担とし、各県で補助するようにしてほしい→特に反対意見なし
沖縄、北海道からの参加者の経費が高いことを考慮してほしい。
県代表者と代議員が同じであると経費節減が可能であるが、17県で両者が異なり実施できない。

＊早石理事からJCOAが全国組織として活動できるのは、各県の代議員が集まることによって担保されているので、その旅費をJCOAで負担するのが当然であり、この提案には反対して欲しいとの意見が述べられた。

これに対して黒田会長は、早石理事の仰ることは正論であり、JCOAも資金のことを考えて、財政の良好な県で負担できないかとのニュアンスであり、実現はされない見通しと答えた。また、本音ではJCOAは会費の値上げをしたいようだが、現状ではそれは会員に理解されないだろうとのこと。

インターネット会議が出来ないかとの意見に対して、代議員が参加していることを実際に確認が困難であり不可能であるとの結論

など意見交換がなされた。

(2)整形外科医政協議会動きについて

資料に基づき説明

官僚政治家との陳情は平日にしか行えないので、担当者に休診、代診などの負担となる整形外科医政協議会活動が活発となっており、負担金が15％となり、JCOA会計への経費支払額が増加することとなる

＜各県の状況＞

●福井県

会費と同時に自動引き落とし、100％加入率を維持　異議あれば申し入れることが可能であるが、現在なしとの事→会員数が少ないが故の結果か

●愛媛県

会費自動振込みの採用で加入率増加となった

●奈良県

ほとんどが無床診でリハに関心がない　整形外科医政協議会は運動器リハビリを中心の活動であり、無床診に参加するメリットがない

●北海道

会費を2万円から1万円に減額し会員を増やすべき→会費減で会員増となるデータ根拠が乏しいとの意見が多かった。

活動内容をすべて公開できないことが多いが可能な限り公表し理解を求めるとの意向が示された。

＊会費の自動引き落としが現段階では有効な対策と思われる。

運動器の健康を増進させ健康寿命を延伸させる議員連盟簿

すべて自民党議員→政権交代がなされたときの対応が問題

(3)平成22年度改定要望事項

資料を基に説明

運動機能指導管理料250点月2回算定の新設など

(4)看護師、事務員等職員の給与に対するアンケート→再度実施、協力要請

7. 4月、5月のOCOA研修会

栗本会長代行

◆第204回総会（21年4月11日）

4：30－5：40大正・富山大阪支店

出席74名（委任状140名）

司会：前中孝文副会長

受付：山口康二理事

「骨再生修復医療の今後の展望」

座長：黒田　晃司会長

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科名誉教授　高岡邦夫先生

N（1、4）

◆ 第205回研修会（21年5月30日）

（ホテルグランビア）16：00より（エーザイ）

出席231名

司会：矢倉久義理事

受付：森下　忍理事、岩本斗伸理事

①「3次元画像と造形技術を駆使した新しい整形外科手術」」

座長：北野継弐理事

大阪大学大学院医学研究科　器官制御外科学（整形外科）　講師　村瀬　剛先生

N（2、10）

②「ビスフォスフォネートと顎骨壊死」
座長：阪本邦雄副会長
大阪大学大学院歯学研究科長・歯学部長大阪大学大学院歯学研究科分子病態口腔科学教授　米田俊之先生
N (4、6)、R

8. 会長報告　　黒田会長

●大阪精神科診療所協会の「創立40周年記念式典」(5/30) 中止の件
＊新型インフルエンザの影響で中止になった。OCOAの行事には影響はなかったが、新型インフルエンザの影響でキャンセルのためホテル関係ではほぼ2億円の損害となった。

●200回記念研修会の記念抄録集の件
＊970ページになり、会員には6月末には発送予定

●OCOA理事会への参加のお願いと今後の運営について
＊理事会・懇親会への参加を勧めたい。そのための提案等をメールなどを利用して行ってほしい。
今後もインターネットを利用して、理事会の運営を効率化して行きたい。

●JCOA近畿ブロック会 (京都・6/13) への参加のお願い
＊京都グランヴィアホテルで開催される。栗本会長代行以下8名が参加予定ではあるが、さらに参加できる人は参加して欲しい。

●JCOA学会 (愛媛・7/18～20) への参加のお願い
＊7月18日に今井理事の計らいもあり、臨時理事会を開催します。
同伴者の参加も可能ですので、申し出てください。

●JCOA評議委員会、総会および各県代表者会議 (5/31)
＊以前は7月に総会を行っていたが、会長の引き継ぎがうまくいかないので、5月に行うこととなった。
＊評議委員会、総会および各県代表者会議で同じことが、述べられるので、非効率であり、代議員総会等への変更を提案した。定款上これは無理ということを言われたので、定款の変更を進言した。
＊藤野理事長からJCOAの財政が逼迫しているので、各県代表者会議への出席者の旅費を各県または個人負担にできないかとの提案があった。

9. その他

(1)患者の病状について、前医と後医との間で診断が異なった時に、前医を非難する後医がいるので何とかして欲しいとの訴えがあったとのこと、前医の立場を考えてあまり過激な言い回しは避けてください。

(2)早石理事から5月のJOA (福岡) の幹事会での2011年の会長選挙で京都府立医科大学の久保俊一教授が選出されたことが報告された。また、今回でJOAの幹事の任期が終了し、次期は熊本の浦門　操先生が引き継ぐこととなった。早石理事に対して、労いの拍手。

(3)JOAの中村現理事長は、保険点数や厚労省への働きかけには積極的ではなく、越智前理事長がパイプ役として働いており、藤野JCOA理事長も協力できる立場になっている。保険点数や厚労省への働きかけには、今後も各県のCOA会員の医政協議会への更なる参加が望まれる。

(4)インターネット上の広告、特に柔整師の不適切な広告に対しては、現在の法律ではその規制は困難な状態であり、今後の法整備を待たないといけない。

以上文責　永田

◆協議事項

1. 会員名簿作成の件　　森本副会長

●現名簿は平成19年4月1日現在のものの為、平成19年3月以降の入会者も含めた新名簿作成予定です。

●平成19年3月以降の入会者 (平成21年3月25日現在)
＊別添参照

2. 平成21年度「運動器の10年・骨と関節の日」行事の件　　山本　哲副会長

●メイン行事講演会

日時：平成21年10月17日（土）
14：30～16：40

場所：国際障害者交流センター（ビッグ・アイ）
堺市南区茶山台1-8-1（泉北高速「泉ヶ丘」駅前）

講師：①斧出安弘　理事
②フラダンス講師

●その他

各地域医師会との協力のもとに講演会等開催予定

◇西成区（10月24日）健康展
（担当）森本理事

◇淀川区（9月26日）健康展
（担当）中川理事

◇岸和田市（未定）
（担当）矢倉理事

3. OCOAホームページ管理の件　　山本副会長

●アクセス件数増加にともない、担当の岸本理事だけでは機能しない状況にある為、他の理事に役割分担をお願いしたいと考えている。

●現状では引き受けて頂ける理事がいない為、とりあえず宮田理事、斧出理事にお願いする。

4. 今後の研修会について　　栗本副会長

◆第206回研修会（21年6月20日）

（阪急インターナショナルホテル）
（16：30より）（小野薬品）
司会：山口康二理事
受付：斧出安弘理事　金田隆義理事
①「肘関節周辺の諸問題」
座長：石橋伊三郎理事
洛西シミズ病院　副院長　石津恒彦
N（2、9）、RE（リハ）、府医
②「骨粗鬆症に伴う椎体骨折と腰背部痛」
座長：長谷川利雄理事
札幌医科大学整形外科教授　山下敏彦
N（4、6）、R、府医

◆第207回研修会（21年7月25日）

（ANAクラウンプラザホテル）
（16：30より）（中外）
司会：今井　秀理事
受付：古瀬洋一理事　坂口光輝理事
①「変形性関節症　up-to-date
－その病態解明と治療の最前線－」
座長：小林正之理事
東京大学医学部附属病院　整形外科・脊椎外科　准教授　川口　浩
N（12、1）、RE（リハ）、府医
②「膝関節内構成体（靭帯、半月版）損傷の診断、病態、治療そして未来像」
座長：増田　博理事
大阪市立大学医学部整形外科学教室　助教
橋本　祐介
N（2、12）、S、日医スポーツ、府医

◆第208回研修会（21年8月29日）

（ウエスティンホテル）
（16：00より）（旭化成）
司会：石橋伊三郎理事
受付：白川貴浩理事　田上実男理事
①「患者安全の実現
－民間病院における取組について－」
座長：澤田　出理事
北摂総合病院　副院長　小林　一朗
②「ハイパフォーマンス人工股関節」
座長：堀木　篤参与
大阪大学大学院医学系研究科　運動器医工学治療学寄附講座　教授
菅野　伸彦

◆第209回研修会（21年9月26日）

（ANAクラウンプラザホテル）
（16：30より）（第一三共）
司会：岩本斗伸理事
受付：中川彰浩理事　永田行男理事
①「がん細胞の社会学
～良・悪性を隔てるもの～」
座長：五島　淳理事
奈良県立医大整形外科　講師　朴木寛弥（ほおのきかんや）
N（5、1）、府医

②「学童期の股関節疾患」
座長：宮島茂夫理事
京都府立医科大学大学院医学研究科　運動器機能再生外科学（整形外科学教室）
准教授　金（きむ）　郁喆（うつちょる）
N（3、11）、府医

◆第210回研修会（21年10月31日）
（ウェスティンホテル）
（16：00より）（帝人）
司会：斧出安弘理事
受付：野々村　淳理事　福井宏有理事
①「関節リウマチにおける関節破壊機序とその対策」
座長：三浦光也理事
近畿大学医学部奈良病院整形外科・リウマチ科　教授　宗圓　聡
N（6、1）、R、リウマチ学・財、府医
②『骨粗鬆症性椎体骨折の診断と治療』
座長：阪本邦雄副会長
大阪市立大学大学院医学研究科整形外科学
教授　中村　博亮
N（4、7）、SS、府医

◆第211回研修会（21年11月14日）
（ANAクラウンプラザホテル）
（17：00より）（久光）
司会：金田隆義理事
受付：藤本啓治理事　藤田秀隆理事
①「脊椎外科における画像診断のピットフォール」
座長：堀口泰輔理事
京都大学大学院医学研究科
感覚運動系外科学講座整形外科学　准教授
根尾　昌志
②「整形外科診療におけるトラブルシューティング－インフォームドコンセントを含めて－」
座長：中川浩彰理事
日本大学医学部整形外科教授　徳橋泰明

◆第212回研修会（21年12月12日）
（ホテルグランヴィア大阪）
（16：00より）（萬有）
司会：古瀬洋一理事
受付：三浦光也理事、増田　博理事
①（手の外科、スポーツ）
座長：藤本啓治理事
関西医大整形外科講師　児島　新
②「生物学的製剤の時代における関節リウマチ治療戦略」
座長：藤田秀隆理事
東京大学大学院医学系研究科整形外科学
准教授　田中　栄

◆第213回研修会（22年1月30日）
（ANAクラウンプラザホテル）
（16：30より）（日本臓器）
司会：坂口光輝理事
受付：宮田重樹理事　宮内　晃理事
①「腰部脊柱管狭窄症における脊柱管外病変の診断」
座長：田上実男理事
和歌山県立医大　整形外科講師　山田　宏
②「スポーツ障害のリハビリテーション」
座長：斧出安弘理事
群馬大学大学院リハビリテーション医学分野　教授　白倉　賢二

◆第214回研修会（22年2月20日）
（ホテルグランヴィア大阪）
（16：00より）（科研）
司会：白川貴浩理事
受付：森　泰蘐理事、森下　忍理事
①『側彎症：初期診断治療のポイントと最近の知見』
座長：岸本成人理事
大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学（整形外科）講師　岩崎　幹季
②（演題予定：股関節疾患について）
座長：長谷川利雄理事
藤田保健衛生大学整形外科教授　山田治基

◆第215回研修会（22年3月20日）
（帝国ホテル）（16：00より）（大塚）
司会：田上実男理事
受付：矢倉久義理事、山口康二理事
①

座長：

②

座長：

5. OCOAの研修会における後期研修医の「受講料・会場費」の件　　黒田会長

●受講料ならびに会場費を免除とする。
（研修医手帳を持参された方のみ。とりあえず1年間の試みで）

●近畿地区の各大学医局へ案内をする方針とする。

平成21年度 第2回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録

日　時：平成21年9月5日（土）
　　15時～18時
場　所：梅田スカイビルタワーウェスト 22階
出　席：39名
会　長：黒田晃司　　会長代行：栗本一孝
副会長：阪本邦雄、森本清一、山本　哲、
　　前中　孝文
理　事：青木誠、石井正治、石橋伊三郎、今井秀、岩本斗伸、岩本善介、右近良治、大島正義、斧出安弘、金田隆義、岸本成人、坂口光輝、澤田出、茂松茂人、柴田和弥、中川浩彰、西川正治、長谷川利雄、早石雅宥、福井宏有、藤本啓治、堀口泰輔、前野岳敏、増田博、松矢浩司、三浦光也、宮内晃、宮島茂夫、宮田重樹、森泰蔀、森下忍、山口康二
参　与：長田　明

[報告事項]

1. 会員動態　　森本副会長

前回理事会（平成21年6月6日）以降の新会員
中村昭文・佐々木崇・森田謙一・牛尾一康先生の4名
前回理事会（平成21年6月6日）以降の退会者
本島太・田坂兼郎（かねお）・高岩　均（ひとし）先生の3名
平成21年9月5日現在

一般会員数	４７１名
顧　　問	１１名
名誉会員	１５名
計	４９７名

2. 会員名簿発行の件　　森本副会長

21年8月1日現在の会員名簿を送付した。すでに数箇所の誤りが確認されているが、数ヶ月猶予をいただいた後に正誤表を送る予定にしている

3. 報告事項・協議事項の事前提出の件　　森本副会長

これまでは、理事会における報告事項、協議事項の事前提出先が森本、宮田、岸本理事にそれぞれ役割分担されていたが、今後は森本理事が一括して管理することにする

4. 大阪整形外科症例検討会の現状　　岸本理事

大阪整形外科症例検討会は（次回22.1.23）年2回開催されている。歴史ある会で、勤務医と開業医が症例を持ち寄り検討する有意義な会でありながら、このところ活動が低下している。

検討症例も勤務医からの提示ばかりで開業医から症例が提示されることはほとんどない。参加者も勤務医中心に50名前後で一部の世話人の整形外科術前カンファになっている状態である。統合廃合の声があるが、スポンサーの参天さんの熱意により継続されている。

会の活性化のために、OCOAの理事の方の出席を促したい。更にできれば症例を持ち寄ってディスカッションの場として頂きたい。

参加者が少ないのは宣伝が少ないことも一因だと思われ、HPも作成した。

http://www.jcoa.gr.jp/ocoa/19/daisyo/index.html
世話人は、勤務医側から4名、OCOA理事3名、OCOA一般会員1名で構成されている。黒田会長からOCOAを代表して世話人会に出席して頂いている会員には理事会と同様の扱いとして、出務費を提供したい旨提案があり、了承された。

5. 平成21年度　JOA第1回運動器リハビリテーション委員会　　長谷川理事

日時：平成21年8月5日　17時～19時
場所：日本整形外科学会事務局4階会議室
出席：藤野圭司担当理事
委員：赤居正美、岩谷力、上小鶴正弘、亀山順一、白土修、千田益生、髙杉紳一郎、飛松好子
アドバイザー：中島育昌
オブザーバー：中村耕三理事長
事務局担当：吉澤明子
欠席：伊藤博元、大森豪、星野雄一、長谷川利雄

1. 担当理事から委員会への報告、検討依頼事項
＊伊藤博元委員長が、学会を主催されるため委員長を辞される。
＊中村耕三理事長より、「ロコモティブシンドローム診療ガイド（仮称）」の企画案について。医療従事者向けであり、ロコモティブシンドロームの概念がわかりやすく理解できる内容とする旨、説明があった。まず、中村耕三理事長を含むワーキンググループを選出し、原案を作成していくこととした。
2. 委員会から理事会への審議依頼事項
日整会認定運動器リハビリテーション医施行細則　第5条(3)の運動器リハビリテーションに関連した学会としての認定学会に日本臨床整形外科学会を加えることを委員会として認めた。
3. 委員会内部報告事項
＊第3回日整会運動器リハ研修会を平成20年9月14,15日に京王プラザで開催し、354名が参加し全員試験を合格した。
＊平成20年度認定運動器リハ医の認定作業を研修会参加者351名、書類審査808名に対して行った。
＊「義肢装具のチェックポイント　第7版」の3回目の増版（第4版）。
4. 委員会内部議決事項
＊伊藤博元委員長に替わり、千田益生委員が委員長に選出された。＊第4回日整会運動器リハ（資格取得）研修会の座長の決定
9月22日午前：藤野先生、午後：星野先生（京王プラザ）
9月23日終日：伊藤先生（京王プラザ）
＊第1回日整会運動器リハ（資格継続）研修会の座長の決定
9月23日　午前：飛松先生、伊藤先生（京王プラザ）
受講料：8000円　計4単位
(1)ロコモティブシンドローム　　中村　耕三
(2)運動器不安定症の概念と治療体系　　髙杉紳一郎
(3)姿勢と制御機構　　赤居　正美
(4)認知症患者へのアプローチと運動処方　　浅田　隆（筑波大、精神神経科教授）
＊「変形性膝関節症の運動療法パンフレット」については大森　豪先生に、「腰痛の運動療法パンフレット」については白土　修先生に、原案を作成していただくこととなった。
＊身障、労災に関わる問題について、運動器リハ委員会として対応できるようにしておく必要がある。上小鶴正弘先生、中島育昌先生に中心になっていただく。
5. 継続議題
＊予防的リハ、介護リハなどの「リハ」の用語の適否、また別の用語の制定など。
＊「ロコモティブシンドローム診療ガイド」作成
6. 次回委員会日程
平成21年10月15日　17時30分

7. JOAから抄録査読委員をJCOAから出す依頼があり、大阪から5名推薦した

6. JCOA保存療法等を検討する懇談会

(報告：長谷川利雄)

日時：平成21年8月30日（日）
07：00～10：00
場所：東京：ロイヤルパークホテル2F
「プレゼンテーションルーム」
出席者：
藤野圭司（理事長）、田辺秀樹（副理事長）、原田　昭（副理事長）吉村光生（理事）、山本日出樹（理事）長谷川利雄（学術研修委員会委員長）中野恵介（学術研修委員会委員）、米本光一（学術研修委員会委員）川嶌眞人（学術研修委員会アドバイザー）

●日整会専門医制度に関する議論があった
整形外科専門医は日本専門医制評価・認定機構（以下「専認構」という）に認定を受けているが、平成22年にその認定期間が切れ、再審査を受けることになる。前回ヒアリングで専認構から
(1)適正専門医数の根拠を数値で示すこと、
(2)研修施設の見直し、
(3)認定施設の研修カリキュラム作成。が必須であるなどの指摘を受けている。
卒後医学教育認定機構（仮称）が第三者機関として、専門領域毎に専門医数を規定していくという動きがあり、整形外科医は多すぎるのではないかとの論調の新聞報道等もある。これまで、JOAは手術件数で専門医認定を行う方向で議論が進められてきたが、整形外科の分野は保存療法と手術をともに専門医が行っているのであって、保存療法が重要なことは当然であることが指摘され、他の学会のように手術件数だけで、専門医の更新要件を決定するようなことがあってはならない、との意見が出されている。
●ただその評価が極めて難しく、日整会の要請により保存療法の実態調査するための調査方法を検討することになった。長谷川理事を中心にJCOAで調査の予定。
●本年度は日整会が手術調査を施行中であり、来年度は保存療法の実態調査を行う予定。

注釈

「JCOA保存療法等を検討する懇談会」の意味

現在の厚労省の考え方：診療所は専門特化した診療所と家庭医（総合医）にわける。家庭医（総合医）は完全にゲートキーパーであり、イギリスでいうgeneral practitionerのことで、振り分け機能を担う。整形外科の専門特化した診療所とは何か：デイサージュリー、ペイン、リハビリテーションだと定義している。」
という流れがあり、これに対して、整形外科の保存療法のアイデンティティをしっかりと確立することが目的。
今回の懇談会は、日整会からJCOAに相談を受けたこの評価をJCOAとしてどのような回答をするかを論じる懇談会。JCOA理事会から我々の学術研修委員会に諮問され、8/30はたたき台を検討し、9/17に日整会に提出する予定。

7. 平成21年度JCOA第2回および第3回理事会

報告　前中副会長

日時　平成21年6月21日（日）
所　　東京都中央区日本橋
ロイヤルパークホテル
人　　理事長、副理事長4名、理事15名、
監事2名、議長、副議長
特別出席者　角南　義文
欠席者　本田忠、小玉弘之、加藤勝洋
川岸利光　　以下敬称略

審議事項
(1)会員状況
正 会 員　5872名
名誉会員　　96名　合計　5968名
賛助会員　　108名　5名減
(2)平成21年度　学術研究助成
学術委員会にて「神奈川県下における腰部脊

柱管狭窄症の有症率調査
神奈川県版腰部脊柱管狭窄症簡易式診断補助ツールを用いて」を推薦する旨報告
10万円を超える設備、備品はJCOAに属すること
JCOA学術集会で結果発表が必要であること
知的財産権がJCOAに属することが再確認された。
倫理審査委員会が未決であり、審査通過後持ち回り理事会に掛ける事となった。(→その後承認された)

(3)福祉会計を一般会計へ移管する件
期末正味財産35,455,646円が課税対象となるのか？
財産は保険加入者のものか？
各年度の決算報告で所得金額があるようになっているがJCOAからの借り受ける事務所費、労務費、であり、JCOAに属する資産である！
福祉会計は黒字でなく課税とならない。
法人先送りなので会計移管急ぐべきか？
総会、保険化入者の了承を要するのでは？
など議論された。
採決
総会にかけるべき　採決の結果不要と決した
一般会計に移管する　採決の結果賛成と決した
一般会計の学術振興基金に移管することに決した。

(4)シンポジウム開催の件
前回見送りになったシンポジウムは、医療システム委員会で再検討され、趣意書、と予算が提案された。
JCOAが主催すること。(前回は医療システム委員会主催の全国柔整審査委員懇談会であった)
主にJCOA会員を対象とする。
柔整等医業類似行為に関する理解が地域により大きく異なり温度差がある。
今回は公開としない。各県2名以上の参加を求める。
JCOA会員が柔整問題をより深く理解できる機会となるシンポジウムとする。
シンポジウムの内容をわかりやすくまとめ、後日、会員に情報提供し、理解を深める一助とする
日時　平成21年11月15日(日)
　　11時から16時
場所　品川　プリンスホテル
対象　JCOA会員(柔整審査委員を含む)、マスコミ、保険者代表(保険者機能を推進する会など)　　合計200名
講演2題　研修単位申請
11時から12時
安達　秀樹(日医診療報酬検討委員会委員長)
13時から14時
石原　謙(愛媛大学医学部教授)
14時から16時　シンポジウム
シンポジスト　上記講師に加え以下の3名
○勝谷誠彦(ジャーナリスト)、
○池田政弘(保険者機能を推進する会代表幹事、柔道整復部会会長、日本IBM健康保険組合常務理事)
○角南義文(JCOA、整医協参与)
予算は300万円強を予定している。
参加費(日整会研修単位2,000円、＋昼食代3,000円)
先の会員アンケート(外傷患者が初診患者数に占める割合)で興味ある結果が出たので報告予定。
マスコミに会の案内をする予定。

(5)規則等変更について
会則にあわせる処置　JCOA学会を学術集会とするなど

(6)産業委員会アドバイザー
吉田元久　関東　神奈川県　名誉会員になったことによる変更

(7)理事会開催回数を見直す件
今まで通りとする
関連議論として
理事会の内容、雰囲気が各県に伝わっていない。理事の出ていない県で特に顕著
地区代表の理事が努力すべきとの要望あり、

ブロック会議の活発化、理事が他県に赴き説明するなどの対応が求められた。
県代表者のメーリングリストの立ち上げ
北海道など広域のブロックでの対応困難さなどが話された。
理事会の決定事項に関しては
執行部から1週内にFAXを出す、
その後ホームページに掲載するとの報告があった

(8)第6回JCOA理事会
平成22年2月28日を平成22年3月7日に変更。

(8)－2セラピスト研修会の件
来年11月までに12単位継続する必要がある。
知らない県が存在する
運動器リハ委員会で単位取得状況など調査をし、対応を検討する。

(9)代議員会、総会のあり方について
社会の流れとして、全員総会から代議員総会へとなっている。
会則を変更すれば可能、法人化の時期との絡みもあるので、会則等検討委員会で対応を検討する。

(10)理事会を事務所2階で開催する件
参加人数から不可能との報告が事務局からなされた。→見送りとする。

(11)整形外科疾患に対する保存療法に対する実態調査について
専門医制度のあり方について、議論がある。
今後いかなる対応が大切か注視する必要がある。

(12)「Q＆A交通事故診療ハンドブック」WGアドバイザー
吉田元久氏名誉会員となるためアドバイザー就任　了承

各種報告事項

(1) 会議実施状況
予定通り実施されている。

(2)平成21年度外保連要望事項
JCOA

新設　1.関節液審査料
2.創部テーピング
3.外来迅速検体検査加算料
4.4肢局所麻酔料
5.小関節テーピング
6.ギプス包帯管理料
7.皮膚軟部組織創洗浄
8.MRSAなど難治性感染症加算

加正　1.爪甲穿刺
2.関節腔洗浄
3.透視化関節内注射
4.超音波骨折治療法適応拡大
5.脊椎麻酔料引き上げ

材料　1.凝固材付き血液廃液パック
2.プラスチックギプス
3.カテーテル類の算定要件

運動器リハビリテーション学会
1.運動器機能管理指導管理料
2.リハ前物療加算
3.副木等固定部位の規定の改正
4.グループリハ処方料　集団リハ復活
5.運動器リハ処料
6.他医検査判断料
7.関節可動域テスト
8.徒手筋力検査

改正　1.消炎鎮痛処置複数部位加算運動器
2.リハ開始日を起算日と一致
3.回復リハの対象疾患の拡大
4.運動器リハの適応に廃用症候群を追加
5.外来管理加算算定要件の見直し

材料　1.弾力包帯

他

(3)日整会、ＪＣＯＡ共同要望事項
1.運動機能指導管理料　250点月2回
2.運動器リハ(1)にリハ前鎮痛処置35点の併算
3.ギプス包帯管理料　300点　新設
4.消炎鎮痛処置複数部位加算2部位以上
50点

など

(4)医療システム委員会委員長交代の件
佐藤 公一から山根敏彦へ

外部から家族まで圧力あり、体調くずされ交代となる

(5)自賠責講演会の件

人身傷害保険が今後大きな問題となることが指摘された

(6)運動器の健康を増進させ健康寿命を延伸させる議員連盟

(7)有床診療所の活性化を目指す議員連盟総会

上記(6)、(7)とも選挙前であり議員のアプローチがいつも違うとのこと

一部略

各種委員会報告

1. 学術研修委員会

第22回学術集会166題応募　1題不備修正要請

第21回学術集会　投稿論文数64

2. 経理委員会

代議員会の交通費の件

大阪の意見として代議員会はＪＣＯＡの重要な会議でありＪＣＯＡが交通費を負担するべきものと具申

継続検討へ

3. 自賠労災委員会

サテライトシンポジウム好評　来年度も実施する方向で検討

任意一括反故による未収金問題の報告あり

4. 編集委員会

青森、京都の学術会議の内容が会報に掲載されなかったことに関して

青森から理事長謝罪要求があるとの事

改めて会報に掲載できないか検討する

5. 医療安全倫理委員会

医療安全調査委員会の動向について

問題点が多いこと、反対学会が整形外科、麻酔科、救命救急の３学会のみ

6. 学校保健検討委員会

「学校における運動器疾患、障害に対する取り組み」の手引きの冊子

作成中、文科省の修正注文多い

7. 産業医委員会

産業医活動啓蒙の投稿依頼

産業医報酬の地域差　アンケート調査があるので協力要請あり

整医協関連

2,200億円削減が残りそう

厚労省は削減の項目提示に迫られる。

開業医のネガテイブキャンペーンが行われており、開業医の報酬削減が削減の中心になる可能性あり。

一方政権交代の可能性あり。

従来の自民党議員中心の活動から、民主議員への接近も慎重に検討する必要がある。民主議員とつながりのある会員の報告協力が求められる。

前中副会長から、整医協の大阪の加入数が静岡についで2位となったが、OCOA会員数に占める割合はまだ少ないのでもう少し増えれば･･･との希望。

黒田会長から、整医協は政党への献金をしているのではなく、JCOAが会員に替わって中央に働きかける折の活動資金である旨説明があった。政権交代後、民主党との折衝が必要となるので、民主党議員の知り合いがあればJCOAの方に声掛けを依頼する

平成21年度JCOA第３回理事会報告　速報

時　平成21年８月30日

場所　ロイアルパークホテル

東京都中央区日本橋

人　理事長、副理事長４名、理事14名

議長、副議長

欠席

本田忠、加藤勝洋、齋藤義郎、麻生邦一理事４名

中川正美、二山孝司　監事２名

角南義文、整医協参与　　敬称略

理事長挨拶

政権交代で来年度診療報酬の改定に関する厚生労働省との交渉、来年度予算はゼロベースでの見直しとなり不透明

審議事項

(1)入会退会状況

現在会員

正 会 員　5878名

名誉会員　　95名　　計　5973名

大阪469名、福岡340名、神奈川328名、兵庫316名の順

(2)第26回学術集会（平成25年）

東北から中部ブロックに変更

平成25年度研修会は近畿ブロックの予定

(3)外保連処置委員会について

清水先生が体調不良のため、湯山琢夫先生をJCOA　WG委員、外保連委員に登録申請すること

(4)学校における運動器検診：小学校バージョンのDVDを作成することを

「運動器の10年」日本委員会に提案する件

予算は約200万円で「運動器の10年」日本委員会が負担

(5)第10回自賠責講演会（平成21年5月16日）記録集作成の件

現在準備中　A4　80枚ほどの内容

完成後JCOAのホームページに掲載する

余った予算273,000円でCDを作成し、各県代表者に配布、CDを使い県代表者に会員へ情報を伝達することを要請する

(6)第11回自賠責講演会を第83回JOA学術総会の中でサテライトシンポジウムとして開催することの依頼

四宮　謙一会長に依頼書提出する

(7)産業医に関するアンケート実施の件

各県代表者に依頼し会員にFAXすることでは、協力困難なこともあり

アンケートの内容、メーリングリスト利用など集計法を再検討し次回理事会に提案することとなった

(8)固形軟膏「スチック剤」

薬剤メーカーからの依頼　材料費高騰で不採算となり薬価改定を厚生労働省に申請する。JCOAからこの薬剤が必要不可欠であることの意見書を添付してもらいたいとの依頼

(9)初診患者外傷比率全国調査データの公表許可願い

ただし、データが誤って解釈されないよう補足説明に努め、慎重に扱うこと

が要請された。

(10)平成21年度シンポジウムの案内送付の件

「運動器の10年骨と関節の日」記者説明会（平成21年9月3日）で配布する件

医療システム委員会提案の文章を一部修正し了承。

「医療無残」の文言は削除

「小宴（参加費無料）」は　「報道機関関係者との情報交換会」に変更する。

JOA中村理事長の承認を得ること

9月3日の早い段階でシンポジウムの内容を公開することで、去年のように同一日に妨害を受ける心配があるとの意見があった。

(11)平成２１年度シンポジウムの案内送付の件

JCOA会員、保険者への案内は医療システム委員会提案の通り了承

マスコミへの案内は9月3日と同一のものを使用する。

各種報告事項

(1)平成21年度会議実施状況

予定通り進行している

(2) 第22回学術集会

822名参加、予算規模　3,911万円

収支良好赤字なし

(3)平成21年度学術研究助成の倫理審査

承認を得られた。

(4)第83回JOA学術総会抄録査読委員推薦の件

JOAから推薦依頼があり、58名を推薦した。

(5)セラピスト資格継続研修会開催状況等アンケート報告

回答の多くの府県が開催している。2県のみ

行っていない
セラピストの人数は学会の登録数と把握人数に乖離有り　等

(6)介護予防通所リハの参入に関するアンケート報告
介護情報サービス公表では
医療保険の運動器リハ施設で「通所リハ」を行っている診療所　約４％
JCOAメール会員によるアンケート結果
約19.6％
このうち、短時間型通所リハを行っている施設
2.5％

(7)近畿ブロック会議報告
議事録を説明した

(8)「運動器の10年」日本委員会第8回総会
BJDデイケイドは2010年をもって終了するが活動は今後も継続
BJDｓとする等　報告書の説明があった

(9)第22回全国有床診療所連絡協議会総会の報告
厚労省、日医がやっと真剣に取り組む姿勢が見られ、少し光が見えると期待を持たせる総会であったとの報告

(10)「学校における運動器検診体制の整備充実モデル事業」報告書
北海道、京都府、徳島県、島根県、新潟県、宮崎県、愛媛県、埼玉県の各グループの報告書をまとめた冊子が配布された。

(11)「学校の運動器疾患、障害に対する取り組みの手引き」
5万部作成され4万5千部はすでに日本学校保健会から各学校に配布済み
あらたに必要な場合は1部500円くらいで頒布されるとのこと

(12)選挙管理委員会委員の推薦依頼
平成22年度は役員選挙年
理事長より平成21年10月7日を期限で、各地区代表者に推薦依頼が送付される

(13)読売新聞大阪本社への抗議について
簡単な10行程度の回答があった。

(14)会費免除願い出について
5名から願いがあった

(15)小冊子「腰痛症」への「運動器の10年」ロゴ使用について
「運動器の10年」日本委員会からの承認が得られた

(16)「骨と関節の日」チラシ、ポスター、はがき作成に伴う
「運動器の10年」ロゴ使用について
「運動器の10年」日本委員会からの承認が得られた

(17)運動器の健康を増進させ健康寿命を延伸させる議員連盟から厚生労働大臣への要請書の件
政権交代で今後不透明である

各委員会報告
各委員会から議事録の資料をもとに報告があった。
議事録参照ください。

8. 大阪府医会連合代表者会議（単科医会）
山本副会長

日時：平成21年6月25日
場所：大阪府医師会館

1. 新代表幹事
大阪小児科医会　小川實先生
事業と会計報告
整形外科はH29に副代表、H31年に代表の予定

2. 皮膚科医会から大阪府医師会への要望
新型インフルエンザに関して、高機能マスクの確保と提供を要望したが確保が難しい状況

3. 大阪精神科診療所協会
こころの健康センター（大阪市）2,000万円/年の予算カットの可能性に対して継続要請
365日毎日交代で電話対応（薬物服用、リストカットなどに対応）

4. レセプトオンライン化に反対

9. 平成21年度第2回JCOA医療システム員会

山本副会長

平成21年8月9日

JCOA事務局2F会議室（東京　御徒町）

出席者　山根敏彦委員長

担当理事を含め13名

（大阪から長田、前中、澤田、山本の4名出席）

1. JCOAシンポジウム　品川プリンスホテル

11月15日（日曜日）11：00～16：00

国民の健康と医療制度を考える一運動器疾患の現状と課題一

講演1　日本の医療制度の現状と問題点（仮）

日本医師会社会保険診療報酬検討員会委員長　安部秀樹

講演2　日本の医療費（仮）

愛媛大学大学院医学系研究科教授（元日医総研）　石原謙

シンポジウム（シンポジスト5名）

上記講師2名のほか

勝谷誠彦（ジャーナリスト）：マスコミの立場から

池田政弘（保険者機能を推進する会代表幹事柔道整復部会会長、日本IBM健康保険組合常務理事）：保険者での療養費への対応の現状、問題点

角南義文（JCOA代表）：整形外科の有用性、医療類似行為療養費の問題点（健康被害）

昨年のシンポジウムで、柔整の療養費が医科の入院外の費用として計上されていることが判明した。

大阪からもシンポジウムを応援したいので、出席する方の交通費を支給したい。多くの参加者を募りたい

2. 外傷比率全国調査

平成21年6月22日（月曜日のみ）

医療機関

①初診患者総数、②初診外傷者数③外傷部数、②÷①、③÷②

大阪府	103	1446	478	603	33.06%	1.26
全　国	1457	22695	7803	9527	34.38%	1.22

細かい分析は11月のシンポジウムで発表したい

3. 医療類似行為に係わる報告

平成21年6/15～8/4　FAXによる報告

合計62件

施術事故報告	10件
接骨院での事故	6件
カイロでの事故	3件
鍼灸での事故	1件
不適切な施術報告	36件
接骨院での不適切施術	34件
カイロでの不適切施術	2件
鍼灸での不適切施術	0件
慢性疾患に対する施術	16件
接骨院での慢性疾患に対する施術	16件

（8月31日現在、合計98件報告がある。）

4. 大阪読売新聞社に対する抗議

平成21年6月10日夕刊　読売新聞

診療報酬不適切受給860件　生活保護世帯

5. 専門医制度について

日本専門医認定制度機構（藤原研司）→日本整形外科

認定期間　H19.11.9～H22.11.4

6. あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師の年次推移

厚生労働省　　H21.7.17

	平成10年	平成18年	平成20年	増減数	率（対18年）
あん摩ﾏｯｻｰｼﾞ	94.655	101.039	101.913	874	0.9%
はり師	69.236	81.361	86.208	4.847	6.0%
きゅう師	67.746	79.932	84.629	4.697	5.9%
柔道整復師	29.087	38.693	43.946	5.253	13.6%

はり、きゅう、柔整は年間5000人位の増加を見る。これら資格を重複して取っている者が多いとされている

7. 日本の整形外科の歴史　　三浦由太

8. 柔道整復師の歴史　　酒井シズ

10. 読売新聞の件

山本副会長

平成21年6月10日付読売新聞の記事に対する抗議文とその回答

診療報酬不適切受給に関して報道されたが、その大半は柔整であって医療機関はごく僅かに含まれているに過ぎないにもかかわらず、誤解を招くような記述であった。これに対して新聞社にJCOAから抗議文を送りその回答を得たが短い型通りのものであった。ただし、行政側（今回は大阪市）が療養費払いに注目するようになったことは画期的な前進的出来事である。

ただし、柔整問題に関しては都道府県によって温度差があり、扱いや対応は柔軟に行う必要がありそう。

公務員が慢性疾患に対して堂々と柔整に通っている事実、学校の部活で柔整を利用している事実などに対する対応や啓蒙が必要であろうとの議論があった。

上記以外に、産経新聞に柔整の立替払いに関する詐欺事件が報じられた。

11. 平成21年度（第33回）大阪府医師会医学会総会および第41回医療近代化シンポジウムの開催

山本副会長

日時：平成２１年11月８日（日）
午前9時30分～午後4時

場所：大阪府医師会館

一般演題（パネル展示）、特別講演（星ヶ丘厚生年金病院、杉本理院長）

医療近代化シンポジウム（午後2時～）では、主題“臓器移植“の講演3題が予定されている。

12. 平成21年度OCOA研修会報告

栗原副会長

前回理事会以降の研修会の実施内容、出席者数の報告

◆第204回総会（平成21年4月11日）

大正富山大阪支店　出席者74名
（委任状140名）

・骨再生修復医療の今後の展望
大阪市立大学大学院医学研究科整形外科
髙岡邦夫教授

◆第205回研修会（平成21年5月30日）

ホテルグランビア　出席者231名

・3次元画像と造形技術を駆使した新しい整形外科手術
大阪大学大学院医学研究科　器官制御外科学（整形外科）村瀬　剛先生

・ビスフォスフォネートと顎骨壊死
大阪大学大学院歯学研究科分子病態口腔科学　米田　俊之教授

◆第206回研修会（平成21年6月20日）

阪急インターナショナルホテル
出席者460名

・肘関節周辺の諸問題
洛西シミズ病院副院長　石津　恒彦先生

・骨粗鬆症に伴う椎体骨折と腰背部痛
札幌医科大学整形外科　山下敏彦教授

◆第207回研修会（平成21年7月25日）

ANAクラウンプラザホテル　出席者219名

・変形性関節症up-to-date
－その病態解明と治療の最前線―
東京大学医学部附属病院　整形外科・脊椎外科　川口　浩准教授

・膝関節内構成体（靭帯、半月板）損傷の診断、病態、治療そして未来
大阪市立大学大学院医学研究科整形外科
橋本祐介講師

◆第208回研修会（平成21年8月29日）

ウェスティンホテル　出席者172名

・患者安全の実現
―民間病院における取組について―
北摂総合病院　小林　一朗副院長

・ハイパフォーマンス人工股関節
大阪大学大学院医学系研究科運動器医工学治療学寄附講座　菅野伸彦教授

13. 第53回JCOA 近畿ブロック会議

栗原副会長

平成21 年6 月13 日（土）pm4:00～6:00
ホテルグランヴィア京都 5Ｆ 草子の間
出席者 30 名

滋賀４名、大阪７名、兵庫５名、奈良４名、和歌山２名、京都７名
議長：牧 陽一

報告事項

1. 日本臨床整形外科学会理事会・委員会（資料１）
前中孝文先生
平成21年２月22日（平成20年度第６回）、平成21年４月19日（平成21年度第１回）理事会の報告（資料あり）
法人化：以前から取り上げられているが２月には今年度に決定するという方針であったが、問題があるので先延ばしすることになった。再来年以降の検討課題になった。
会計：前年度から事業が多くなり会計が厳しくなった。経費節約が必要。委員会をホテルではなくJCOA 本部で行う。
医療システム委員会：11月開催に向けて準備中
無床診療所レセプト調査の結果報告
柔整対策：６月22日（月）外来受診患者のうち外傷患者の占める割合についての調査を行う予定。厚労省に提示する資料として。

2. 日本臨床整形外科学会研修会・学術集会（資料）
長谷川利雄先生
平成21年４月５日、平成21年度第１回JCOA学術研修委員会、第22回JCOA学術集会（愛媛）合同プログラム委員会の報告
第22回JCOA 学術集会（愛媛）：演題数 166題、４会場で行う。
会員以外の演題応募：条件付きで認める。
・看護師、PT などのコメディカルからの演題については、１；原則として当該の医師が共同演者であること、２；医師は日整会会員であること、３；理事会の承認が必要。
・JCOA会員以外の演題については理事会の承認が必要。
学術助成：JCOA学会から100万円の助成を行うことになった。
愛媛から：近畿からの登録が少ないので多数の先生方の出席をお願いしたいとの申し入れがあった。

3. 代議員会・総会・県代表者会議（５月31日（日））
前中孝文先生
会計報告　収入 １億6,440万円
支出 １億6,286万円
名簿作成費が高いのでデジタル化を検討していく。
柔整審査委員会の問題点：委員会に出席しても審査委員に何の権限もない。
代議員会の旅費：費用がかさむ。検討する。
整形外科医政協議会の動き：平日にしか政治家への陳情が行えない、会員数が少ない、運動器リハ中心の活動であり無床診にはメリットがない、などの問題点が挙げられた。

4. 「骨と関節の日」運動器10年の行事
各県からの報告
滋賀（須津富鵬先生）：10月に脊柱管狭窄症に関する講演。上下肢動脈圧・脈波測定。ロイヤルオークホテル
大阪（栗本一孝先生）：10月８日（木）
４か所で一般の人への啓蒙
兵庫（鄭 仁秀先生）：10月８日（木）
講演会 脊柱管狭窄症に関する講演２題を予定
奈良（清水豊信先生）：10月10 日（土）
講演会（勤務医と開業医で）２題を予定
和歌山（辻　秀輝先生）：脊柱管狭窄症の内視鏡手術を中心に市民公開講座を行う。
京都（牧 陽一先生）：10月骨粗鬆症（福知山）の講演、９月６日、平成22年１月に市民講座（京都市）。

5. 24年日本臨床整形外科学会（JCOA）学術集会の進捗状況 西岡淳一先生
平成24年７月20・21日開催予定 これから準備を進めていく。

6. 平成25年秋の研修会について（山下仁司先生）：近畿ブロックが担当することが決定した。次回、各県代表者会議で検討し、決定する。

協議事項

1. 近畿ブロック会議則（資料）
山下仁司先生からの提案

平成20年11月1日より施行の会則
いくつか問題点があるがこのまま変更なしでやっていくことに決定。

2.(1)自賠責について（最近の動向）（資料）
山下仁司先生
人身傷害補償保険　平成21年7月から契約される自動車保険は必ず人身傷害補償がセットとなって販売される。この保険では交通事故の患者さんは加害者側の保険会社ではなく患者側（被害者側）の保険会社が対応することになる。支給額に上限（通常4,000万円）がある。この保険は年1回更新されるのでほぼ1年後には全部がこの保険に切り替わる。
任意一括請求　今までは加害者側の保険会社からの依頼であったものが今後は被害者側からの依頼になる。健康保険の使用を強要してくることがある。
対策として資料にあるように（藤川謙二先生の資料より）
①被害者に過失が無いときは使用すべきではない。
②過失があるときでも自賠責保険を優先して活用。
③過失があるときでも対人賠償保険を優先して活用。
④過失分のみを人身傷害保険に請求すること
現段階では上記方法で取り扱うのがよいでしょう。

(2)脳脊髄液減少症　むち打ち外傷によって本疾患が発生するか否かは疑問。
ブラッドパッチ療法は保険適応にはなっていない。

3.柔整の問題について（資料）　山根敏彦先生
柔整の看板に関して問題のあるものについては医療システム委員会に連絡して下さい。最近、健康保険組合は柔整に対して整形外科医の診断書を提出するように依頼書を出して整骨院での診療をチェックしている。また、不当なものに対しては支払拒否も行っているようである。
鍼灸マッサージは医師の同意書があれば慢性疾患であっても治療が可能。柔整は打撲捻挫の病名の治療は医師の同意書を必要としない。
厚労省は柔整の療養費を公表していない。柔整療養費申請書件数と医師国保医療給付・医師国保柔整療養額対比表等を提示。医師国保の柔整療養費申請書件数、医師国保柔整療養額はH15年からH19年まで年ごとに増えている。また、医師国保医療給付額に対する医師国保柔整療養額も年ごとに増加している。
都道府県別では大阪府が総額の1/3弱を占めており圧倒的に多い。一人当たりの療養費額も大阪は高い。
11月15日にこれらの問題についてのシンポジウムを開催する予定。京都の安達先生、石原謙先生、粕谷先生など。
和歌山から受領委任払いを廃止する運動をして欲しいとの意見あり。

4.セラピスト資格継続取得のための研修会について
髙橋 真先生
平成21年9月27日（日）10:30～
ハートピア京都（京都府立総合社会福祉会館）
地下鉄 丸太町駅下車5 番出口 Tel 075-222-1777 Fax 075-222-1778
その他の地区の開催要領について

5.セラピスト新規資格取得のための研修会について
近畿地区で応募者が100人を超えるようであれば開催する。開催場所はどこでもよい。
早急に各県で希望者数を調べて報告して欲しい。牧陽一先生から各県代表者に依頼のお願いをだしますので黒田　晃司先生に報告して下さい。

6.次期（54 回JCOA 近畿ブロック会議）開催について
和歌山に決定。次期は未定だが11 月の予定。
順番は　和歌山→兵庫→奈良→大阪→滋賀→京都 になっているとのこと。
（文責 山下文治）平成21 年6 月14 日

13. 広報から　　**前野理事**
会報35号を予定通り7月に発行した。特集

で臨床整形外科医が直面する諸問題を取り上げ、特に柔整審査の原稿を書いていただいた先生方に対する謝辞があった。

14. 会長報告　　黒田会長

①第22回JCOA学術集会えひめの報告

7月18日の夜のマドンナセミナーから始まって166題822名を超える参加者があったそうです。今川会長、相原実行委員長の活躍とECOAの会員の努力、中・四国の各COAの支援があったと聞きました。

②大阪府医師会医会（単科医会）報告（山本副会長）

山本副会長が担当して下さいました。

皮膚科医会の笹山先生から小児科医会の小川先生に世話役が変わりました。インフルエンザの診療に関して、保険所の対応のまずさがあった。

特に初期に見つけた医院を一定期間診療所を閉鎖させたことに抗議するよう、府医師会長あてに抗議文を出した。

耳鼻咽喉科医会の賛同が得られなかった。

③研修会200回の記念抄録集

JCOA関係、府医師会関係は会報の完成を待って8月3日に発送、OCOA,会員には6月17日に宅配便にてお届けいたしました。非常にたくさんの方々から反応がありました。

④社保審査員、国保柔整審査員

社保審査員：淀川区・中川浩彰先生

国保柔整審査員：OCOA・福井宏有先生

⑤OCOAの顧問就任

大阪大学大学院医学研究科・運動器医工学・治療学教授　菅野伸彦先生

大阪市立大学大学院医学研究科・整形外科学教授　中村博亮先生

関西医科大学・滝井病院・整形外科教授　濱田　彰先生

近畿大学医学部・整形外科学教授　赤木将男先生

⑥第25回JCOA学術集会の運営形態・組織

各ブロック毎に運営することに各都道府県のJCOAで抵抗がある。交通至便の地で開催することが提案されているが必ずしも賛同が得られていない

⑦OCOAの各委員会活動の活発化について

理事会中心に活動しておりますが、それぞれの委員会の委員の皆様は、担当の内容について委員会を開いて、活動して下さい。その際の会場費などはお申し出ください。

国保・社保審査委員会、労災部会、自賠責、会報編集委員会、常任理事会、病院部会、

無床診療所部会、有床診療所部会、骨と関節の日委員会、名簿作成担当者、学術委員会、ほか

⑧新規セラピスト研修会の開催について

平成22年6月に大阪で開催されます。

⑨他

15. JCOAの学術集会と研修会

（文責：長谷川利雄）

第22回日本臨床整形外科学会学術集会（愛媛）

平成21年7月19－20日

166題822名参加　盛会であった。JCOAはあくまで学術集会であるのでこれからも多くの参加者を希望する

第36回日本臨床整形外科学会研修会（佐賀）

平成21年10月21-22日

http://www.jcoa.gr.jp/jcoakensyukai/2009/index.html

平成22年以降の学術集会と研修会

平成22年：23回学術集会：神奈川県

（研修会37回：富山県）

平成23年：24回学術集会：長崎県

（研修会38回:関東）

平成24年：25回学術集会：近畿

（研修会39回：東北）

平成25年：26回学術集会：中部*

（研修会40回：近畿）

平成26年：27回学術集会：東北*

（研修会41回：中四国）

協議事項

協議事項１

１．第３回運動器リハ・セラピスト研修会（資格継続）　　森本副会長、長谷川理事

日　時　平成２２年２月７日（日）
13：00～17：30

場　所　大阪府医師協同組合８階大ホール

講　演　（４題・４単位）

演題１「運動器の仕組み」
宮内整形外科　宮内　晃　先生

演題２「下肢のリハビリテーション」
堀口整形外科医院　堀口泰輔 先生

演題３「リウマチ患者に対するリハビリテーション」
みやしまリウマチ整形外科クリニック
宮島茂夫 先生

演題４「運動器不安定症と転倒予防」
岸本整形外科　岸本成人 先生

協議事項２

平成21年度　運動器の10年・骨と関節の日　　山本副会長

＜メイン行事＞

日　時：平成21年10月17日（土曜日）
14：30～16：40

場　所：ビッグ・アイ
堺市南区茶山台１－８－１
（泉北高速鉄道　泉ヶ丘駅）

ＴＥＬ　072-290-0900

ＦＡＸ　072-290-0920

講演１　ロコモティブ症候群とは？
―その診断と予防―

講師　おので整形外科

院長　斧出安弘

講演２　フラで防ごうロコモティブ症候群

フラダンス講師
ハウオリ　ポリネシアン　スタジオ

主宰　カプアハウオリ・アライ

フラダンスで楽しく足腰を鍛えましょう！！

（責任者　山本哲）

＜サブ行事＞

西成区：みんなの健康展

骨塩量測定・健康相談（骨の強さを測定し整形外科医が説明します）

日時　平成21年10月24日（土）
13：30～16：00

場所　西成区民センター
（地下鉄四つ橋線　岸里駅）
大阪市西成区岸里１－１－５０

西成区医師会と共催（責任者　森本清一）

淀川区：淀川区みんなの健康展

骨塩定量・健康相談（骨の専門家が測定値を解説します）

日時　平成21年９月26日（土）
13：00～

場所　淀川区民センター
大阪市淀川区野中南２－１－５
TEL　06-6304-9120

淀川区医師会と共催（責任者　中川浩彰）

西成区：

講演　骨粗鬆症および腰部脊柱管狭窄症について

講師　みうらクリニック　　院長　三浦光也

日時　平成21年11月28日（土）
14：00～15：30

場所　おとしよりすこやかセンター南部花園館
（地下鉄四つ橋線　花園駅）
大阪市西成区梅南１－４－２６
TEL 06-6651-8700

協議事項３

平成21年度OCOA研修会日程　　栗本副会長

◆第209回研修会（21年９月26日）

（ANAクラウンプラザホテル）

（16：30より）（第一三共）

司会：岩本斗伸理事

受付：中川彰浩理事、永田　行男理事

①「がん細胞の社会学　～良・悪性を隔てるもの～」　座長：五島理事

奈良県立医大整形外科　講師　朴木寛弥（ほおのきかんや）

N(5、1)、府医

②「学童期の股関節疾患」　座長：宮島理事

京都府立医科大学大学院医学研究科
運動器機能再生外科学（整形外科学教室）
准教授　金（きむ）　郁喆（うつちょる）
N(3、11)、府医

◆第210回研修会（21年10月31日）

（ウェスティンホテル）（16：00より）
（帝人）
司会：斧出安弘理事
受付：大島理事、福井宏有理事
①「関節リウマチにおける関節破壊機序とその対策」　座長：三浦理事
近畿大学医学部奈良病院整形外科・リウマチ科　教授　宗圓　聡
N(6、1)、R、リウマチ学・財、府医
②『骨粗鬆症性椎体骨折の診断と治療』　座長：阪本副会長
大阪市立大学大学院医学研究科整形外科学
教授　中村　博亮
N(4、7)、SS、府医

◆第211回研修会（21年11月14日）

（ANAクラウンプラザホテル）（17：00より）
（久光）
司会：金田隆義理事
受付：藤本啓治理事、藤田秀隆理事
①「脊椎外科における画像診断のピットフォール」　座長：堀口理事
京都大学大学院医学研究科
感覚運動系外科学講座整形外科学　准教授
根尾　昌志
②「整形外科診療におけるトラブルシューティング－インフォームドコンセントを含めて－」　座長：中川理事
日本大学医学部整形外科　教授　徳橋泰明

◆第212回研修会（21年12月12日）

（ホテルグランヴィア大阪）（16：00より）
（萬有）
司会：古瀬洋一理事
受付：三浦光也理事、増田　博理事
①「手の外科疾患の診断と治療の難しさ－紹介患者の治療経過を含めて－」　座長：藤本理事
関西医大整形外科講師　児島　新
N(10、13)、RE(リハ)、府医
②「生物学的製剤の時代における関節リウマチ治療戦略」　座長：藤田理事
東京大学大学院医学系研究科整形外科学
准教授　田中　栄
N(6、4)、R、リウマチ財、リウマチ学、府医

◆第213回研修会（22年1月30日）

（ANAクランプラザホテル）（16：30より）（日本臓器）
司会：坂口理事
受付：宮田理事、宮内理事
①『腰部脊柱管狭窄症における脊柱管外病変の診断』　座長：田上理事
和歌山県立医大　整形外科講師　山田宏
②『スポーツ障害のリハビリテーション：運動連鎖の調整』　座長：斧出理事
群馬大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野教授　白倉賢二

◆第214回研修会（22年2月20日）

（ホテルグランヴィア大阪）（16：00より）
（科研）
司会：白川理事
受付：森理事、森下理事
①『側弯症：初期診断治療のポイントと最近の知見』　座長：岸本理事
大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学（整形外科）講師　岩崎　幹季
②『変形性関節症に対する保存療法とそのエビデンス』　座長：長谷川理事
藤田保健衛生大学整形外科教授　山田治基

◆第215回研修会（22年3月20日）

（帝国ホテル）（16：00より）（大塚）
司会：田上理事
受付：矢倉理事、山口理事
①「関節リウマチの診断治療におけるピットフォール」　座長：宮内理事
大阪市立大学大学院医学研究科　リウマチ外科学准教授　小池　達也
②「脳卒中リハビリテーション・チップス－運動生理と合併症について－」

座長：宮島理事

日本医科大学千葉北総病院　リハビリテーション科　教授　原　行弘先生

平成22年度OCOA研修会日程

◆第216回総会（22年4月10日）

総会16：00～　研修会17：00～

ANAクラウンプラザホテル大阪

司会は副会長（未定）（大正富山大阪支店）

受付：今井理事、石橋理事

① 佐浦　隆一教授　（リハビリ　大阪医大）

座長：大島理事

② 奈良医大　高倉前教授　座長：宮田理事

◆第217回研修会（22年5月15日）

（リーガロイヤルホテル）（16：00より）

（エーザイ）

司会：中川理事

受付：岩本理事、斧出理事

近畿大学　赤木教授

メーカーより

◆第218回研修会（22年6月12日）

（阪急インターナショナル）（16：00より）

（小野薬品）

司会：永田理事

受付：金田理事、古瀬理事

阪大　冨田哲也先生

メーカーより

協議事項4

黒田会長からのお願い

1. 各研修会の案内に、後期研修医あての案内を書いてある。

研修会の案内を後期研修医に案内を出したい。市大、関西医大、大阪医大からは、後期研修医の連絡先をもらっているが、近大と阪大から、後期研修医の連絡先をもらっていない。ぜひ、連絡先を教えていただき、後期研修医の先生方に案内を送って、研修医の先生方に講演を聞いてもらいたい。

2. 理事会の出席率が悪い

現在までの理事会の理事の出席率は、五割ぐらいを前後している。

理事会は、今のところ、6月、9月、12月、3月の3の倍数の月の第1土曜日に予定されているので、万難を排して、ご出席願いたい。

できれば出席して、一言でも、発言して帰ってほしい。

理事の任期は2年である。

今度の12月の理事会までに、理事会のあり方について考えて来てもらい、先生方のご意見を伺いたい。

3. 納得のいかない査定の事例について

納得のいかない査定の事例について、来週までに、材料がほしいので、黒田会長まで、提出してほしい。

話を聞く上での、参考にしたい。

平成21年度
第3回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録

日　時：平成21年12月5日（土曜日）
　　午後3時から6時

場　所：ハートンホテル心斎橋
　　大阪府大阪市中央区西心斎橋1-5-24
　　TE：06-6251-3711

出　席：39名

会　長：黒田晃司　　会長代行：栗本一孝

副会長：阪本邦雄、前中孝文、森本清一、
　　山本哲

理　事：青木誠、天野敬一、石橋伊三郎、今井秀、岩本斗伸、岩本善介、右近良治、大島正義、岸本成人、古瀬洋一、小林正之、澤田　出、茂松茂人、柴田和弥、田上実男、中川浩彰、永田行男、長谷川利雄、早石雅宥、福井宏有、藤本啓治、堀口泰輔、前野岳敏、増田博、松矢浩司、宮内　晃、宮田重樹、森下忍、森泰蓉、矢倉久義、山口康二

参　与：長田明、古賀教一郎

（順序不同、敬称略）

◆報告事項

1. 会員動態（前回の理事会以降）

森本副会長

平成21年9月5日（前回理事会）以降の新会員

中村　孝先生

近畿大（昭和63年）・近畿大学整形外科

中村医院・豊中市

平成21年9月5日（前回理事会）以降の退会者

古妻嘉一先生（淀川区）

都合により退会　9月29日付

小松堅吾先生（吹田市）

ご高齢のため閉院　10月7日付

木全俊弘先生（福島区）

ご高齢のため閉院　10月7日付

明石武彦先生（富田林市）

ご病気のため閉院　10月末日付

平成21年11月25日現在

一般会員数	468名
顧　　問	11名
名誉会員	15名
計	494名

2.柔整問題及び梅村参議院議員の件

長田参与

9月に大阪選出の参議院議員梅村　聡氏の後援会パーティーが開催され、その際に懇談する機会があり、柔整問題や整形外科診療所の役割、病診連携の重要性等につき説明を行なった。

その後に、JCOA藤野理事長、角南元理事長と山根医療システム委員会委員長も同席し、梅村氏と柔整問題や整形外科の現状を詳細に報告する機会を持つことができた。

12月3日（木）に参議院議員会館で「適切な医療を考える民主党議員連盟」（約160名からなり、会長は櫻井　充氏で、事務局長が梅村　聡氏）の勉強会が開催された。JCOAからは藤野理事長、浦門副理事長と田辺社保委員長が出席し、安達中医協委員（京都府医師会副会長、日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員長）にも出席して戴いた。藤野理事長は、整形外科の“年収4200万円”は「実態と乖離」しており、日医総研が公表した「診療所開設者の年収に関する調査・分析（06年分）」では、診療所の運営費などを引いた整形外科の開業医の手取り年収583.7万円と説明し「これがわれわれの実態だ」と訴え、整形外科のみならず医療費全体の底上げを要望した。

また柔整問題については、療養費のチェックの甘さや受領委任払いが問題であることなどを言及した。

その結果、民主党議員連盟は翌日の両院議員総会後に「医療崩壊を防ぐための緊急提言」決議文を小沢一郎幹事長、高嶋良充筆頭副幹事長宛に提出した。

（緊急提言内容）

(1)次期診療報酬改定ではネットでプラス3%以上

(2)「緊急雇用創出事業」の中で，2000億円確保し、医療クラーク10万人分の半年分を手当て

(3)2009年度厚生労働省予算「医師等人材確保対策の推進事業」488億円を、来年度は総額1000億円に増額

(4)漢方の保険適用の維持

最後に、「少なくともOCOA理事の方には是非とも梅村参議院議員の後援会（1口5千円）に入会していただきたい」と締められた。

3. JCOA学術研修委員会（平成21年9月27日：東京）

長谷川理事

場　所：事務局

出席者：副理事長、理事、委員の10名。

＜報告事項＞

1：第83回日整会学術総会（平成22年）抄録査読委員の推薦。

2：第22回日本臨床整形外科学会学術集会報告参加者820名、演題数166題であり、収支決算も助成金、協賛金等により±0であった。

3：平成21年度学術研究助成の審査結果
「神奈川県下における腰部脊柱管狭窄症の有症率調査－神奈川県版腰部脊柱管狭窄症診断補助ツールを用いて－」を推薦した。
4：第23回日本臨床整形外科学会学術集会（神奈川）の準備状況を説明。
5：編集委員会からの要望を考慮して次回の査読に活用する。
6：日整会の要請により保存療法の実態調査するための調査方法を作成した。

＜協議事項＞
1：日本臨床整形外科学会学術集会の開催地の決定
平成26年：27回学術集会：秋田県主催、仙台にて開催（研修会41回：中四国）
2：第22回日本臨床整形外科学会学術集会での論文の査読の割り振りも行う。
3：日本整形外科学会学術集会のパネル、教育研修講演演題案
3-1 教育研修講演
「最近の医工学事情」京都大学国際融合創造センター
創造部門（生体・医療工学）教授　冨田直秀
「腱・靭帯付着部症（enthesopathy）の基礎と臨床－日常診療に役立つ知識」
奈良県立医科大学整形外科講師　熊井　司
3-2 パネルディスカッション案
・「介護医保険下でのリハビリテーション－整形外科専門医がどのように関与するか－」
・「病診連携の現状と問題点」
4：学術研修助成金の審査方法の修正案を検討・作成した。
次年度募集
1：募集案内を年内11月のJCOAニュースと共に発送する
2：募集期間：平成22年1月より2月末日
3：審査を同年3月中
4：学術賞、学会功労賞の募集
5：学会開催要項の確認
当委員会は、当分の間、学術集会をより充実するために学会開催要項4の「学会の演者は原則としてJCOA会員とする。もしくは共同演者としてJCOA会員を含むものとする。」を弾力的に適用する
6：雑誌編集委員会立ち上げに対する検討
・編集委員会の作および学会主催県の論文受理が負担増となっている
改善案および学術雑誌編集委員会の創設について検討した
次回委員会は平成22年4月4日（日）学術研修・合同プログラム委員会

4. JOA運動器リハビリテーション委員会
長谷川理事
（平成21年10月15日：東京）
JOA平成21年度第2回運動器リハビリ委員会
1.日　時：平成21年10月15日（木）
2.場　所：日整会事務局4階会議室
3.出席者：担当理事：藤野　圭司、
委員長：千田　益生、
委員：赤居　正美、岩谷　力、大森　豪、上小鶴　正弘、亀山　順一、白土　修、髙杉　紳一郎、飛松　好子、長谷川　利雄、星野　雄一、
アドバイザー：伊藤　博元、中島　育昌
オブザーバー：中村耕三理事長
4.議 題
4-1 理事会報告
4-2 前委員会議事録の確認
4-3　第4回運動器リハビリ（資格取得）研修会報告
・平成21年9月22・23日（東京）
・276人中7名不合格
4-4　第1回運動器リハビリ（資格継続）研修会報告
・平成21年9月23日（東京）4単位
4-5「変形性膝関節症の運動療法パンフレット」原案の進捗状況
4-6「ロコモティブシンドローム診療ガイド」ワーキンググループの原案進捗状況
例）ロコチェック項目（5から7項目に：(6)、

(7)を追加)
(1)片脚立ちで靴下がはけない。
(2)家の中でつまずいたり、滑ったりする。
(3)階段を上るのに手すりが必要。
(4)横断歩道を青信号で渡りきれない。
(5)15分くらい続けて歩けない。
(6)2kg程度の買い物(1ℓの牛乳パック2個程度)持ち帰るのが困難。
(7)家のやや重い仕事(掃除機の使用、布団の上げ下ろし)が困難。
4-7 その他

5.「運動器の10年・骨と関節の日」の報告
山本副会長

テーマ:ロコモティブシンドローム
要因としての腰部脊柱管狭窄症
＜メイン行事＞
日　時:平成21年10月17日
14:30～16:40
場　所:ビッグ・アイ　堺市南区茶山台1-8-1
講演1　ロコモティブ症候群とは?
ーその診断と予防ー
講師　おので整形外科　院長　斧出安弘
講演2　フラで防ごうロコモティブ症候群
フラダンス講師
ハウオリ　ポリネシアン　スタジオ
主宰　カプアハウオリ・アライ
参加者:208名
参加協力医師:大島、斧出、金田、岸本、黒田、小林、阪本、澤田、永田、三浦、森本、山本　(計12名)

＜サブ行事＞
西成区:みんなの健康展
骨塩量測定・健康相談
場　所:西成区民センター
日　時:平成21年10月24日(土)
13:30～16:00
西成区医師会と共催
参加者:約200名
参加協力医師:竹中、三浦、三村、森、森本
(計5名)

淀川区:淀川区みんなの健康展
骨塩定量・健康相談
場　所:淀川区民センター
日　時:平成21年9月26日(土)
13:00～
淀川区医師会と共催
参加協力医師:中川、福井、安田、梁　(計4名)

西成区:講演　骨粗鬆症および腰部脊柱管狭窄症について
講師　みうらクリニック　院長　三浦光也
場　所:おとしよりすこやかセンター南部花園館
日　時:平成21年11月25日(水)
14:00～15:30

6. 大阪府医会連合代表者会議についての報告
山本副会長

21年11月26日(木)　大阪府医師会館
1. 大阪府医師会会長への要望書に関して
原則としては全科に共通する案件にする(反対の科があればその科の名前を抜いて要望する)
単科の案件であるが単科だけでは要望する力が弱い場合も医会連合として要望する
2. 第33回大阪府医師会医学会総会
平成21年11月8日(日)　大阪府医師会館
大阪臨床整形外科医会からの発表は無し
堺医師会から西川理事　病診連携クリティカルパスについての発表
3. 大阪府内科医会から新型インフルエンザに対する提言
空間的隔離(車内待機、2M離す、ついたて、カーテンも有効)
時間的隔離(来院時間を分ける)
富田林のワクチン接種方法は個別接種を集めて施行(報道の集団接種ではない)
4. 大阪府女医会
健康なんでも相談　毎年約100件の相談
平成21年12月6日(日)　AM11～　PM5
ディアモール大阪

5.大阪皮膚科医会

近畿厚生局の集団的個別指導について

診療報酬の上位8%→翌年改善傾向なければ個別指導→翌年改善なければ監査→？

これでは点数の高い新しい治療を取り入れることはできない

(例：尋常性乾癬にエキシマ紫外線の機械購入を断念)

6.次回　平成22年2月25日

7. JCOA医療システム委員会報告

(平成21年11月15日東京)　前中・山本副会長

直前のシンポジウムについて検討した他、下記の演目が主に議論された。

(1)医療マッサージについて

(2)第17回日本腰痛学会におけるカイロ柔整演題採用の件

問題プログラムに対して，抗議を申し入れた

8. JCOAシンポジウム報告 (平成21年11月16日東京)

前中・山本副会長

1.行事名：

平成21年度日本臨床整形外科学会シンポジウム「国民の健康と医療制度を考える－運動器疾患の現状と課題－」

2.主催：日本臨床整形外科学会

3.日時：平成21年11月15日(日)

11：00～16：00

4.場所：品川プリンスホテル

メインタワー24F「軽井沢」

東京都港区高輪4-10-30

(TEL：03－3440－1111)

5.次第：

進行：相原　忠彦 (医療システム委員会委員)

山根　敏彦 (医療システム委員会委員長)

開会挨拶　日本臨床整形外科学会理事長

藤野　圭司

テ ー マ　国民の健康と医療制度を考える

－運動器疾患の現状と課題－

参加人数　162名

大泉博子議員、橋本岳前議員、議員秘書2名

保険者7名　　報道7名 (国会議員、報道関係を含む)

大阪からの参加者 (あいうえお順)：青木、石井、今井、長田、澤田、岸本、黒田、長谷川、福井、前中、松原、松矢、森本、山口、山本 (計15名)

講演1　整形外科を取り巻く日本の医療制度の現状と問題点

社会保険診療報酬検討委員会委員長

安達　秀樹

1.外来管理加算5分間要件→1000億円削減

2.医療制度の問題

高度で最新の医療 (ステント留置など)

総件数のたった1%であるが、総入院医療費の34%を占める

残り60%強は月額36～58万円である→経営困難

薬価の問題

MTX25mg	悪性リンパ腫、白血病	45円
リウマトレックス2mg	RA	344円
メトトレキサート (後発品)	RA	189円

医療材料の問題点　　モス協議

ペースメーカー	日本160万	アメリカ 60万
ステント	日本 35万	アメリカ 20万
虫垂炎手術料	日本 38万	アメリカNY244万

3.柔整問題

初診患者外傷比率調査結果について

相原忠彦

平成21年6月22日 (月曜日のみ)

	医療機関	①初診患者総数	②初診外傷者数	③外傷部数	②÷①	③÷②
大阪府	103	1446	478	603	33.06%	1.26
全　国	1457	22695	7803	9527	34.38%	1.22

医療類似行為に係わる報告 (健康被害など) について　　山本　哲

平成21年6月15日～10月16日

FAXによる報告　　合計108件

施術事故報告　　15件

接骨院での事故　　10件

カイロでの事故　3件
鍼灸での事故　2件
不適切な施術報告　59件
接骨院での不適切施術　55件
カイロでの不適切施術　4件
鍼灸での不適切施術　0件
慢性疾患に対する施術　34件
接骨院での慢性疾患に対する施術　34件
平成12年の調査（服部）と比較して、報告の対象となった業種の比率
柔道整復師　平成12年76.2%
今回　91.7%

講演2
「木を見て森を見ぬ日本の医療費と医療財源－柔整と民間保険の見直しが焦眉の急－」
愛媛大学大学院教授、元日医総研研究部長
石原　謙

1. 柔整の専門学校の多さを指摘
年間9回も募集をかけている学校もある
受領委任払い制度を止める必要がある→その際の柔整師の受け皿が必要（介護職へ）
2. 日本人は保険が大好き　3000兆円の掛け金
日本はアメリカの保険会社にだけ門戸を開いている

＜シンポジウム＞
勝谷　誠彦（コラムニスト）
石原　謙（愛媛大学大学院教授、元日医総研研究部長）
安達　秀樹（日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員長）
池田　政弘（保険者機能を推進する会代表幹事　柔道整復部会会長、日本アイ・ビー・エム健康保険組合常務理事）
角南　義文（日本臨床整形外科学会元理事長）

(1)「マスコミの立場で」
コラムニスト　勝谷　誠彦
(2)「保険者での療養費への対応の現状、問題点」
保険者機能を推進する会代表幹事　柔道整復部会会長　日本アイ・ビー・エム健康保険組合常務理事　池田　政弘
(3)「整形外科の有用性、医業類似行為療養費の問題点（健康被害等）」
日本臨床整形外科学会元理事長　角南　義文

「事業仕分けの“仕分け人”たちは、財務省のペーパー通りに話しているだけで、医療を提供する側から見れば、おかしな話が多い。特にある“仕分け人”が『この結論通りにやらなければ、中医協は後ろ指を指されることになる』と発言したが、これだけは絶対に許せない」と京都府医師会副会長の安達秀樹氏は発言しました。安達氏は中医協の委員ですが、この日は「日本医師会社会保険診療報酬検討委員会委員長」の立場で発言しています。先週11日から始まった、行政刷新会議ワーキングチームの「事業仕分け」。診療報酬関連では、「収入が高い診療科の見直し」「開業医・勤務医の平準化」という結論が出され、「議論の基になるデータに不備がある」「十分に議論を尽くしていない」などの批判が医療界から上がっています。（『医療界から「事業仕分け」を問題視する声が続出』『医療主要6分野、「予算削減」「要求見送り」「見直し」へ』を参照）。

厚生労働省関連の「事業仕分け」の対象は約50事業ですが、そもそも全事業から絞り込む作業は誰が実施したのか、なぜ診療報酬が対象になったのかという疑問もあります。この点について、シンポジウムでフロアから発言した、民主党衆議院議員の大泉ひろこ氏は、「事業仕分けの議論は、財務省主計局の資料を基に行われている。第1次の事業仕分けは、財務省がやっている」と発言しています。大泉氏は元厚生省官僚。先の衆議院議員選挙で、茨城6区で現職の自民党・丹羽雄哉氏を破り、初当選を果たしています。

柔道整復師の養成数、療養費ともに急増

さてこの日のシンポジウムのメインテーマは“柔道整復師問題”(1)柔道整復の対象は、骨折、脱臼、打撲、捻挫、つまり急性の外傷だが、腰痛などの慢性疾患にも施術している。(2)応急手当としての骨折・脱臼などでは医師の同意を必要とし

ない、(3)不適切な施術で健康被害が起きている、(4)柔道整復の療養費は、「受領委任払い」であり請求内容が妥当であるかなどが確認しにくいなどが主たる問題点。

日本臨床整形外科学会元理事長の角南義文氏が示した資料によると、柔道整復師の養成校は、1998年10月では全国で15校、一学年定員1050人でしたが、2009年6月時点で98校8368人に急増しています。厚生労働省のまとめによると、柔道整復師の療養費は、2002年度の2,883億円から2007年度には3,377億円に増加。しかし、「厚労省が出しているのは、療養費の推計値のみで細目を公表していない」と問題視する角南氏は、2008年度の柔道整復師の療養費を4,297億円と推計しています。

また、「接骨院・整骨院では、3カ所以上のけがをしている患者が半数を超えている、との報道があった。しかしわれわれが今年6月に整形外科を受診した患者を調査した結果では、外傷患者7393人の受傷部位は平均1.22部位にすぎない」と角南氏は述べ、請求内容についても問題視。

「柔道整復師の療養費に対する国庫負担」も、今回の「事業仕分け」の対象になりました。

「マスコミはなんとか記者クラブ制度を守ろうとしているが、そもそも行政刷新会議には（新しい組織であるため）最初から記者クラブが存在しない。だから仙谷由人大臣は、『どうぞ誰でも、一般の人も来てください』と広く開放した。一般の人が議論の様子をネットで流し、Twitter（ツイッター）などで議論している。"柔道整復師問題"が事業仕分けの対象になり、白日の下に問題をさらした点ですばらしいこと。この問題が埋没しないよう、医師の側から積極的に発信していくべき」。コラムニストの勝谷誠彦氏は、"柔道整復師問題"が取り上げられたこと自体は評価しました。

もっとも、事業仕分けの結論は、(1)柔道整復師の養成数を管理できる法制度にすべき、(2)柔道整復師の治療については、不正治療の疑念はぬぐえない、適正な保険給付に向けた改善を実施すべき、(3)3部位請求に4部位請求と同様に状況理由を報告させ、給付率を33％に引き下げるべき（現在は4部位以降については33％の額で請求）などで、関係者はこの内容には納得していません。

シンポジストの一人、愛媛大学大学院教授（元日医総研研究部長）の石原謙氏は、「厚労省は医師数については規制をしているのに、柔道整復師の養成数はなぜ規制をしないのか。また厚労省が事業仕分けに提出した資料では、柔道整復の療養費は国民医療費の0.99％との推計を示しているのみ。その根拠も示さず、厚労省が柔道整復師をひいきにしていることを示す資料」と指摘。

「受領委任払いは柔道整復師にのみ求められた特権。これを改めない限り問題は解決しない。また一部位であっても受傷原因を記載し、請求内容を明確にすべき」と角南氏は問題視しています。同時に、「診療所の一階に接骨院を設け、連携するケースもある。医療機関の"自浄作用"も必要」と角南氏は付け加えます。

この"柔道整復師問題"については、医療機関、患者、保険者など関係者すべてが取り組んでいく必要がある、というのがこの日の結論です。

「医療と、アメニティ（腰痛や肩こりに対するマッサージなど）の境が曖昧になっていることが一番の問題であり、患者はこのアメニティも保険で受けられると勘違いしている。この誤解を解くとともに、安易な行為は健康被害を招く危険があることを、患者などに啓発していく必要がある」（安達氏）

「そもそも厚労省が受領委任払いを認めているのか問題であり、これを償還払いに改めることが必要。同時に保険者としては被保険者に適正利用を呼びかけていく」（「保険者機能を推進する会」代表幹事・池田政弘氏）

「『ふぐの調理の免許を持たない人に、ふぐ料理を作ってもらうのか』ということ。"柔道整復師問題"には患者の命がかかっているという視点で取り上げていくことが必要」（勝谷氏）

（以上文責　今井）

9. JCOA理事会報告　　前中副会長

平成21年度　JCOA第4回理事会

日時　平成21年10月18日

場所　ロイアルパークホテル
（東京都中央区日本橋）
理事長、副理事長　5名　　理事15名
中川正美監事、二山孝司監事、安井隆弘議長、太田邦昭副議長
川岸利光（日整会理事　富山）
欠席　4名　小玉弘之、大野孝生、加藤勝洋理事、
角南義文（医政協参与　岡山）

理事長挨拶　研修会、学術集会には、理事が参加するようにとの要請

審議事項

1. 入会退会状況　9月30日現在
会員5975名　（入会151名、退会74名）

2. 選挙管理委員会委員委嘱
東北、関東ブロックは未定　11月初めに持ち回り理事会で承認する
他地域の委員は今回全員承認

3. 顧問の設置について
現在西山正徳氏　今後議員元議員を顧問に迎えるため明文化することを承認
会則等検討委員会で文章化する

4. 代議員会、総会を一本化することについて
会則等検討委員会から諮問事項に対する回答があった。代議員制度採用となる　改定は来年役員選挙であり、時間的に困難
法人化とあわせて制度改定することへ
理事長意見では1、2年様子を見、他団体の法人化を参考にしてからとする

5. 役員選任に関する副理事長指名について
副理事長指名時期について、会則と細則で矛盾した規定がある　会則等検討委員会で継続審議へ

6. 福祉会計を廃止し一般会計に組み込む件
（平成21年第2回理事会決定事項）
会則等検討委員会から問題ありとの提言
(1)一般会計の修正は総会の決議が必要で理事会だけの決議で行うことは会則に反する
(2)福祉会計が利益を生じていないとする論理は不適切である。賛否議論があった　理事会決定通り会計統合を進める
次回総会の場で会則33条、80条に記された総会承認が必要であったことを説明し、事後承認になったことを総会で理解を求めるとする理事長見解に異議がなかった
継続審議か？採決なし

7. 学会誌編集に係わる委員会の設置
期限遅れの投稿論文、投稿規程にあわない論文、査読の煩雑作業の多さなど人材、時間を要することは理解できる
現状委員会を強化、人員増のみで対応できるのではないか？　別委員会設置すれば、両委員会同士の調整に労を要し非効率では？
福井学会の雑誌が出版してからの検討でよいのでは等意見あり継続審議となった

8. セラピスト資格継続の件
セラピストが退職後再び再就職した場合、資格継続可能か？
退職で資格喪失する規則がある。再就職での継続可能であることの規定なし
運動器リハに見解を求めるかどうかの理事会決定は今回なく、過去、資格喪失の届出がない
セラピスト約15,000人登録あるが、実人数はそれより低いであろう
施設基準が合致しない運動器リハが判明した場合、問題が生じる
外科医でNSが研修会を受けただけで運動器リハ施設としている
運動器リハでセラピストの資格の有無ではなく研修を受けている有無で基準をみたすとの主張　　結論なし継続検討推移観察

9. 平成22年度学術研究助成募集
申請書様式一部変更承認　ホームページ参照
応募平成22年1月1日から平成22年2月28日必着

10. 3年以上会費未納者への措置
東京都会員2名
ともに滞納額4年分96,000円

滞納者には雑誌等停止すべき、退会後も会費請求すべしなど制裁の意見も出たが規定ないため現状の通りとする

11.「学校の運動器疾患、障害に対する取り組みの手引き」の配布について
JCOAが窓口になって全会員や教育指導者にPRし、希望者は自己負担で日本学校保健に申し込むことにする　了承　1部500円

12. 産業医に関するアンケートの実施について
産業医委員会に一任すること了承

13. 平成21年度シンポジウム案内先追加について
日整会広報、渉外委員会委員
国会議員（辻泰弘参議院議員、梅村聡参議院議員、森田高参議院議員）上記への送付了承
現在参加申し込みが10月15日現在59名程度で低調である
再度県代表者に参加要請行うこと、政府厚労委員会メンバーへの案内などが担当坂田理事から説明されたが、特に異議は出なかった

報告事項

1. 平成21年度各種会議等実施報告
11月15日シンポジウムと、スポーツ医懇談会が重なったことの反省今後配慮することの確認

2. 第22回学術集会報告および総括と展望について
演題数166題の内、会員から56題、非会員から110題
会員からの演題数の低さが問題視された3から4の委員会がシンポジウムを組み演題を出す事、
学術集会へ理事が参加すること、薬品会社のセミナー等の協賛が大きな収入であることなどが議論された

3. 第7回スポーツ医懇談会のお知らせ
平成21年11月15日
神戸国際展示場A会場
杉岡洋一九大名誉教授の講演と対談が予定されている

4.「楽しくスポーツするために整形外科医からのアドバイス」の転載許可について
PTA広報誌に転載しスポーツ障害を取り上げるため神奈川県立相模原高校PTA広報委員会からの依頼があった了承

5. 平成21年度JCOA保険審査委員会議および全国整形外科保険審査委員会議報告委員会報告書を基に報告された
講演会の両講師（厚労省保険局医療課長佐藤敏信氏、前厚労省健康局長、JCOA顧問西山正徳氏）がともに来年度改正は勤務医重視で開業医に厳しくなること、社会保障費増加に消費税引き上げが必要との見解は厚労省の基本路線か？
労災審査においても同様な会議が存在してほしいとの理事からの意見があった

6. 小冊子「腰痛症」の第2版が発行になったこと

7. JCOA病院部会役員会報告
会計　600万円の資金あり
平成21年度研修会で2題の講演を予定

各委員会報告事項

報告に関連し藤野理事長からの来年度改正に向けての現民主党政権の情勢説明

○医療、介護に関する理解が十分でない
○これまでの要望項目は全くの白紙で一からのやり直しとなった　厚労省役人もどうすればいいか分からない状況
○勤務医、小児科、産科が大変で、診療所は楽して儲ける悪者といった単純な認識で診療から削るべきといった雰囲気である
○再診料に切り込み、鎮痛処置まるめられる可能性大→整形、眼科、皮膚科大打撃
○慢性疼痛疾患管理料の存続危うい
○柔整サイドの厚労委員会の議員がいる
○民主党の中には、診療所1点9円、病院1点、11円との話まで出ている
○最重要要望項目であった運動器疾患指導者管理料も万が一認められてもすべての疾患に認められない感触

150日こえた維持期リハのみなど施設基準のない診療所にはメリットなし

○脳血管リハ、運動器リハの点数の格差は運動器リハに消炎鎮痛処置点数を加算すること埋め合わせる→施設基準のない診療所にはメリットなし

○5人程度の集団的個別療法を復活は150日後の維持期リハに適応との考えも出ている　施設基準のない診療所にはメリットなし

○病院から診療所へのクリニカルパスを設定するアイデアも話題になっている

○我々にとって現政権のほうが厳しくなるかも知れない　各方面から民主党へのアプローチが必要である。

10. 大阪医学会総会報告　　**阪本副会長**

平成21年度（第33回）大阪府医学会総会　11月8日（日）大阪府医師会館

1. 一般演題パネル展示：76題
2. 医学会評議員会
   (1)酒井会長の挨拶
   (2)「大阪医学大阪府医師会長賞」の表彰
   (3)平成21年度　医学研究奨励賞の助成についての報告
   (4)平成21年度　学術研修活動に関する報告
   (5)大阪府医師会および日本医師会生涯教育研修についての報告
   (6)その他
3. 特別講演
   「救急医療の現状と課題」
   大阪府医師会副会長・大阪大学名誉教授
   星が丘厚生年金病院院長　　杉本　壽　先生
4. 第41回　医療近代化シンポジウム
   「臓器移植の現状と今後の展望－臓器移植法改正で変わる移植医療」
   (1)「腎移植」大阪大学大学院先端移植基盤医療学教授　高原　史郎　先生
   (2)「心移植」大阪大学医学部附属病院移植医療部病院教授　福嶌　教偉　先生
   (3)「肝移植」京都大学大学院外科学講座肝胆膵移植外科教授　上本　伸二　先生

11. 研修会の報告　　**栗本会長代行**

◆第209回研修会（21年9月26日）

（ANAクラウンプラザホテル）（16：30より）
（第一三共）出席237名

司会：岩本斗伸理事
受付：中川彰浩理事　永田行男理事

①「がん細胞の社会学 ～良・悪性を隔てるもの～」
座長：五島　淳理事
奈良県立医大整形外科　講師　朴木寛弥（ほおのき かんや）
N(5、1)、府医

②「学童期の股関節疾患」
座長：宮島茂夫理事
京都府立医科大学大学院医学研究科　運動器機能再生外科学
整形外科学教室　准教授　金　郁喆（きむ うつちょる）
N(3、11)、府医

◆第210回研修会（21年10月31日）

（ウェスティンホテル）（16：00より）
（帝人）出席208名

司会：斧出安弘理事
受付：大島正義理事　福井宏有理事

①「関節リウマチにおける関節破壊機序とその対策」　　座長：三浦光也理事
近畿大学医学部奈良病院整形外科・リウマチ科
教授　宗圀　聡
N(6、1)、R、リウマチ学・財、府医

②『骨粗鬆症性椎体骨折の診断と治療』
座長：阪本邦雄副会長
大阪市立大学大学院医学研究科整形外科学教授
中村　博亮
N(4、7)、SS、府医

◆第211回研修会（21年11月14日）

（ANAクラウンプラザホテル）（17：00より）
（久光）出席222名

司会：金田隆義理事
受付：藤本啓治理事　藤田秀隆理事

①「脊椎外科における画像診断のピットフォール」
座長：堀口泰輔理事
京都大学大学院医学研究科　感覚運動系外科学講座整形外科学　准教授　根尾　昌志

②「整形外科診療におけるートラブルシューティング・インフォームドコンセントを含めてー」

座長：中川浩彰理事

日本大学医学部整形外科教授　徳橋泰明

12. 近畿ブロック会議報告　　黒田会長

⑴読売新聞社に対する抗議

JCOAのシステム委員会に抗議することをお願いしたが、結果的に行動が遅く、間の抜けたものになり、相手方からも軽くあしらわれてしまった。今後はOCOAが抗議をすることとし、ことによっては、JCOAにもお願いする

⑵近畿ブロック会議のMLについて、

既存のものは管理が出来ていないため、会員が不明瞭で、関係ない人が加入しており、また、各県代表者が登録されていないなど、以前から不備が指摘されていたため、今回新しく管理者を決めて監視できるものを立ち上げることで了解された

管理者：岸本（OCOA）、岩橋（WCOA）

赤松（HCOA）の3氏

⑶次期のJCOA地区理事は近畿ブロックより

大　阪：前中孝文先生

和歌山：坂田仁彦先生

京　都：未定

⑷選挙管理委員の地区推薦

今回、10月までに近畿地区から推薦するようJCOAから依頼があったため、各地区の会長に個別に連絡して、引き続き和歌山の竹中先生にお願いした（この件現在の地区代表：滋賀県の西岡先生よりの報告）

⑸今後、JCOAの委員の推薦依頼があったときのためのルール作りとして、裁定委員、選挙管理委員などはJCOAから推薦依頼が地区代表の所へ届いてから、1ヶ月くらいで推薦しなければならないのが今までの経過であるそのためにルールを決めておくと、あわてずに決められるので「地区理事の出ていない府県から推薦する」ことになった。

『協議事項』

1.運動器リハ・セラピスト資格継続研修会

森本副会長、長谷川理事

運動器リハ・セラピスト資格継続研修会（大阪）

日時：平成22年2月7日（日）

13：00－17：20

（4単位の講義：完全受講）

場所：大阪府医師協同組合8階大ホール

〒542-8580

大阪市中央区上本町西3丁目1番5号

TEL. 06-6768-2071（代表）

http://www.omca.or.jp/kumiai/accessmap.html

定員：180名

締め切り：平成22年1月10日（金）必着

（定員180名に達し次第締め切り）

受講料：

4,000円（OCOA会員所属医療機関のセラピスト）

6,000円（OCOA非会員所属医療機関のセラピスト）

申込方法：

「第3回運動器リハ・資格継続研修会（大阪）受講希望と明記の上、

⑴ 所属医療機関名、

⑵ 所属医療機関住所

⑶ 所属医療機関連絡先TEL、FAX番号

⑷ 受講者数

を記入し、事務局までFAXもしくはEメールにてお申し込み。

事務局（申込先）

森本整形外科

（〒557-0032　大阪市西成区旭1-8-1）

森本清一　FAX06-6644-4330

Eメール：happy@msg.biglobe.ne.jp

当日の講演（4題・4単位）

演題1「運動器の仕組み」

宮内整形外科　　宮内　晃 先生

演題2「下肢のリハビリテーション」

堀口整形外科医院　堀口泰輔 先生

演題3「リウマチ患者に対するリハビリテーション」

みやしまリウマチ整形外科クリニック

宮島茂夫 先生

演題4「運動器不安定症と転倒予防」
岸本整形外科 岸本成人 先生

2.運動器リハ新規セラピスト講習会
森本副会長、長谷川理事

セラピスト新規研修会（大阪会場）（予定）
日　時：平成22年6月6日（日）
会　場：大阪アカデミア
〒559-0034
大阪市住之江区南港北1-3-5
06-6612-7733
藤野理事長ご挨拶
午前司会：森本清一
09:00-10:00《総論》
シラバス：1章、2章
＜講師：みやしまリウマチ整形外科クリニック
院長　宮島茂夫＞
10:00-11:00《運動器の生理と病態》
シラバス：3章
＜講師：宮内整形外科　院長　宮内　晃＞
11:00-12:00《機能評価》シラバス：4章
＜講師：堀口整形外科医院　院長　堀口泰輔＞
12:00-13:00　昼食
午後司会：長谷川利雄
13:00-14:00《物理療法・運動療法》
シラバス：5章、6章
＜講師：堺温心会病院　院長　金田隆義＞
14:00-15:00
《疾患別リハビリテーション1－上肢・脊椎》
シラバス：7章、9章
＜講師：やまぐちクリニック　院長　山口康二＞
15:00-16:00
《疾患別リハビリテーション2－下肢・運動器不安定症》
シラバス：8章、10章
＜講師：岸本整形外科　岸本成人＞

3.平成22年度「運動器の10年・骨と関節の日」
山本副会長

平成22年10月16日（土）頃　毎日オーバルホールにて300人規模の行事を予定

4.柔整師の施術に関する健保連大阪連合会の動向に対する対応　澤田理事

健保連大阪連合会は柔道整復師の施術にかかる指導・監査の強化について以下の項目を厚生労働省近畿厚生局に要請した
(1)受領委任払いの廃止
(2)領収書発行の義務化
(3)療養費支給申請書の記載方法と様式
①申請書への患者自身による署名、押印の徹底化
②申請書は月単位での作成に限定
③申請書に施術実施欄を設ける
④申請書の様式を統一

5.今後の研修会　栗本会長代行

◆第212回研修会（21年12月12日）
（ホテルグランヴィア大阪）（16：00より）
（萬有）
司会：古瀬洋一理事
受付：三浦光也理事　増田　博理事
①「手の外科疾患の診断と治療の難しさ
－紹介患者の治療経過を含めて－」
座長：藤本啓治理事
関西医科大学附属枚方病院整形外科　准教授
児島　新
N(10、13)、RE（リハ）、府医
②「生物学的製剤の時代における関節リウマチ治療戦略」　座長：藤田秀隆理事
東京大学大学院医学系研究科整形外科学　准教授
田中　栄
N(6、4)、R、リウマチ財、リウマチ学、府医

◆第213回研修会（22年1月30日）
（ANAクラウンプラザホテル）（16：30より）
（日本臓器）
司会：坂口光輝理事
受付：宮田重樹理事　宮内　晃理事
①「腰部脊柱管狭窄症における脊柱管外病変の診断」　座長：田上実男理事
和歌山県立医大　整形外科　講師　山田　宏
②「スポーツ障害のリハビリテーション：
運動連鎖の調整」　座長：斧出安弘理事

群馬大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野　教授　白倉　賢二

◆第214回研修会（22年2月20日）

（ホテルグランヴィア大阪）（16：00より）

（科研）

司会：白川貴浩理事

受付：森　泰蒻理事、森下　忍理事

①『側弯症：初期診断治療のポイントと最近の知見』　座長：岸本成人理事

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学整形外科　講師　岩崎　幹季

②『変形性関節症に対する保存療法とそのエビデンス』　座長：長谷川利雄理事

藤田保健衛生大学整形外科　教授

山田　治基

◆第215回研修会（22年3月20日）

（帝国ホテル）（16：00より）（大塚）

司会：田上実男理事

受付：矢倉久義理事　山口康二理事

①「関節リウマチの診断治療におけるピットフォール」　座長：宮内　晃理事

大阪市立大学大学院医学研究科　リウマチ外科学准教授　小池　達也

N(6、4)、R（リウマチ）、リウマチ財団、リウマチ学会、府医

②「脳卒中リハビリテーション・チップス－運動生理と合併症について－」　座長：宮島茂夫理事

日本医科大学千葉北総病院　リハビリテーション科　教授　原　行弘

N(13、1)、RE（運動器リハビリ）、リハビリテーション医、日医スポーツ、府医

◆第216回総会（22年4月10日）

総会16：00より、研修会17：00より

（ANAクラウンプラザホテル）（大正富山）

司会：矢倉久義理事

受付：今井　秀理事　石橋伊三郎理事

①「高齢者のリハビリテーション」　座長：大島正義理事

大阪医科大学総合医学講座リハビリテーション医学教室　教授　佐浦　隆一

②「見逃しやすい足部疾患と外傷」　座長：宮田重樹理事

奈良県立医科大学整形外科　名誉教授

高倉　義典

◆第217回研修会（22年5月15日）

（リーガロイヤルホテル）（16：30より）

（エーザイ）

司会：中川浩彰理事

受付：岩本理事　斧出安弘理事

①「整形外科医の3大危険血管性疾患　～間欠跛行、大動脈解離・瘤破裂、肺動脈塞栓症～」　座長：宮内　晃理事

厚生連高岡病院整形外科　診療部長

鳥畠　康充

②『膝関節外科：この10年の進歩』　座長：金田隆義理事

近畿大学医学部付属病院整形外科　教授

赤木　將男

◆第218回研修会（22年6月12日）

（阪急インターナショナルホテル）

（16：00より）（小野薬品）

司会：永田行男理事

受付：金田隆義理事　古瀬洋一理事

①『これからの関節リウマチ治療　－整形外科医の立場から－』　座長：前中副会長

大阪大学大学院医学系研究科運動器バイオマテリアル学　准教授　冨田　哲也

②未定

6. OCOA理事会の組織改革案　黒田会長

理事会としては80～90％の出席が必要と考えるが最近2年間の理事会の出席率60％を超えておらず開催回数も少なく、実際には機能していない。

現在約70名の理事が在籍しているため開催日も合わせにくいので理事の定数を下げ、その代わりに各種委員会を作り現在の理事の先生に委員になって頂き運営をしてゆくのが良いのではないかとの改革案が出されたが、委員会を作っても委員長の負担が多くなる可能性もありもう少し検討をしてゆくことになった。

（以上文責　石橋）

平成21年度
第4回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録

日　時　　平成２２年3月6日（土曜日）
　　午後3時から6時半
場　所　　ハービスPLAZA 5階会議室
出　席：　43名
会　長：黒田晃司　　会長代行：栗本一孝
副会長：阪本邦雄、前中孝文、森本清一、
　　山本　哲
理　事：宵木　誠、天野敬一、石橋伊三郎、
　　今井　秀、岩本斗伸、右近良治、
　　斧出安弘、岸本成人、黒川隆彦、
　　古瀬洋一、小林正之、坂口光輝、
　　澤田　出、茂松茂人、柴田和弥、
　　中川浩彰、永田行男、新田　望、
　　西川正治、長谷川利雄,早石雅宥、
　　廣瀬一史、福井宏有、藤本啓治、
　　堀口泰輔、前野岳敏、増田　博、
　　松矢浩司、三浦光也、宮内　晃、
　　宮島茂夫、宮田重樹、森下　忍、
　　森　泰壽、矢倉久義、山口康二
参　与：長田　明　　（順序不同、敬称略）

◆報告事項

1.会員動態（前回の理事会以降およびこの1年間）
森本副会長

平成21年３月７日現在
　一般会員数　４６９名
　顧問　　８名
　名誉会員　　１４名
　計　　４９１名
平成22年２月２５日現在
　一般会員数　４６７名
　顧問　　１１名
　名誉会員　　１５名
　計　　４９３名

平成20年3月7日から平成22年1月30日まで
【新入会】
杉本瑞生（平野区）、建道寿教（住吉区）、多賀一郎（豊中市）、田中富弥（平野区）、中村昭文（高槻市）、佐々木崇（西成区）、森田謙一（堺市）、牛尾一康（東淀川区）、中村　孝（豊中市）、稲垣泰司（東成区）
【退会者】
木股康時（守口市）、本島　太（西区）、坂根照敏（枚方市）、田坂兼郎（枚方市）、古妻嘉一（淀川区）、小松堅吾（吹田市）、　木全俊弘（福島区）、明石武彦（富田林市）、山田守義（大東市）
【物故者】
中村　平（高槻市）4/12
高岩　均（阿倍野区）8/6
堀口泰弘（池田市）12/21

2.第３回運動器リハ・セラピスト研修会（資格継続　H22.2.7）　森本副会長
その事業収支報告　阪本副会長

●日　時：平成22年２月７日（日）
　　13：00～17：20
　　（4単位の講義：完全受講）
●場　所：大阪府医師協同組合8階大ホール
●参加者：174名（180名申込・当日６名欠席）
●講　演（４題・４単位）
　演題1「運動器の仕組み」
　　宮内整形外科　宮内　晃 先生
　演題2「下肢のリハビリテーション」
　　堀口整形外科医院　堀口　泰輔 先生
　演題3「リウマチ患者に対するリハビリテーション」
　　みやしまリウマチ整形外科クリニック
　　宮島　茂夫 先生
　演題4「運動器不安定症と転倒予防」
　　岸本整形外科　岸本成人 先生
●出席役員
　黒田、栗本、松矢、阪本、前中、長谷川、森、小林、石橋、永田、三浦、森本　　（順不同）

平成22年2月7日 第3回セラピスト研修会事業収支

入　金		出　金	
研修会受講料	¥770,000	セラピスト研修会　学会単位申請料	¥40,000
OCOA会員	155名	講師謝礼	¥200,000
非会員	25名	出務費(医師)	¥120,000
シラバス代金	¥3,500	事前準備(案内状、スライド、CD製作、研修会運営費)角倉	¥230,180
		会場費、事務員出務費・交通費	
		その他諸経費	¥159,450
		コピー用紙、プリンター代等	¥4,672
		余剰金	¥19,198
合計	¥773,500	合計	¥773,500

3.平成21年度第1回無床診WG委員会議事録

矢倉理事

日時：平成22年1月17日(日)
11：00～15：00
場所：日本臨床整形外科学会事務局
出席：理事　三宅信昌、委員長　矢倉久義
委員　多治見新造、武田寛行、金子　雅
新野浩史、山藤良史
議題：無床診WG委員会・全国大会について

議事に先立って、
平成22年1月6日逝去された前担当理事・加藤勝洋先生に黙祷をおこなった。

三宅理事挨拶：
事業仕分け作業にて示されたデーターについて問題点の説明がなされた。運動器リハ、消炎鎮痛処置、慢性疼痛疾患管理料の今後の見通しについて。大腿骨頸部骨折のパスを例に介護、介護予防への介入の必要性が説明された。
平成22年度診療報酬改定は厳しい予想。
JCOAとして平成22年度診療報酬改定要望10項目、特に重要3項目が通るように運動している。また、運動器リハ点数、ギプス包帯管理料、テーピングの対象拡大など要望を続けている。
以前からの懸案であった無床診WG委員会の全国大会をJCOA総会でのシンポジウムとして開くことを提案された。

議事：
JCOA総会に向けてシンポジウムを協議した。
今後の無床診の取り組むべきものとして、介護保険・運動器リハが最重要であり、その介入へのノウハウをわかりやすく指導・啓蒙していただける講師を招いて開くこととした。
(現時点での予定では)
テーマ
「整形外科無床診療所の危機！
―生き残るためのノウハウ」
座長：無床診WG（三宅信昌理事、矢倉久義)
演題名
「整形外科無床診療所の危機！―生き残るためのノウハウ」
基調講演
「臨床整形外科をとりまく現況と診療報酬の改定」　三宅理事
「整医協の取り組み」　藤野圭司理事長
(1)「運動器リハ参入のノウハウ：経営上の問題点」
小野直司先生（運リハ委員)
(2)「介護保険参入のノウハウ」
石井光一先生（運リハ委員長)
(3)「無床診運動器リハ参入のすすめ」
佐藤栄作先生（介護保険委員)
(発表順不同)
上記内容で総会の中でセッションを設けることが決定された。
無床診WGが中心となって準備を進める。講師人選を進め、5月9日・第2回委員会（準備委員会）を開催予定とした。

黒田会長発言：
大阪では無床診療所の介護保険参入は特に遅れている。
今後介護保険参入の勉強を積極的に図るべきである

4.JCOA病院部報告事項　**古瀬理事**

①平成21年度JCOA病院部会役員会
日時：平成22年2月13日（土)
18：00～19：00

場所：品川プリンスホテル
　　メインタワー15Ｆ「京都」
議題
⑴病院部会役員、各県代表者
　秋田県から整形外科単科病院がなくなり病院部会県代表者が消滅した
　府県代表者不在：秋田、福島、長野、山梨、福井、京都、鳥取、徳島
⑵JCOA病院部会規約改正
　病院部会役員は各県代表者で構成する
　→大阪府の代表者を古瀬に変更することになった
⑶平成21年度JCOA研修会式次第
⑷平成21年度JCOA病院部会協力費の会計報告
　平成21年度に169病院から531万円の協力費
⑸平成21年度JCOA病院部会協力費の協力病院一覧表作成
　全国で169病院　大阪は16病院で数では全国1位、2位は広島13病院、3位は鹿児島12病院、東京はわずか4病院
⑹平成22年度事業計画
⑺平成22年度診療報酬改定の概要
　JCOA副理事長　浦門　操先生「整形外科病院はおこぼれプラス改定」
　再診料の引き上げと手術点数のアップにより全体でわずかにプラス
⑻JCOAからの病院部会への補助金
　毎年50万円を援助していただいている
⑼平成22年度役員改選（敬称略）
　会長：川岸利光（再任）、副会長：山崎生久男（再任）、中根惟武（新任）
⑽各県代表者、会員からの近況報告

②平成21年度JCOA病院部会全体会議及びJCOA研修会（病院部会主催）
日時：平成22年2月14日（日）
　　9：00～15：00
場所：品川プリンスホテル
　　メインタワー26Ｆ「日光」
会議：9：00～9：50
　　病院部会全体会議（議題は上記役員会と同じ）
研修会：10：00～15：00
特別講演1
「変形性股関節症に対する私の治療指針」
　座長：ＪＣＯＡ担当理事　三宅　哲 先生
　演者：我汝会えにわ病院　理事長
　　増田武志 先生
特別講演2
「平成22年度診療報酬改定への対応策」
　座長：病院部会会長　川岸利光先生
　演者：ユート・ブレーン株式会社顧問
　　佐藤　章 先生
パネル
「整形外科専門病院の活性化、発展を目指して」パート2
　座長：道永幸治先生、平松廣夫先生
⑴看護部「看護の質向上を図る院内研修の取り組み」
　弘前記念病院　看護師長　斉藤いわ子先生
⑵薬剤部「持参薬の管理について」
　高岡整志会病院　薬剤科　大谷鏡子先生
⑶リハビリテーション部
　「勉強会・研修会の取り組みによるスキルアップ」
　クラーク病院　リハビリテーション科部長
　富樫英則先生
⑷事務部「当院の広報戦略
　　－増患対策としての費用対効果－」
　成尾整形外科病院　総務部長　本山和秀先生
⑸総括「入院患者満足度の調査」
　竜操整形外科病院　院長　角南義文先生

5.平成21年度　JCOA第5回理事会

前中副会長

日時　平成21年12月20日（日）
　　11時から16時
場所　ロイヤルパークホテル
　　東京都中央区日本橋
出席　理事長、副理事長　5名　　理事16名
　　中川正美監事、二山孝司監事
　　安井隆弘議長、太田邦昭副議長
欠席　4名　坂田俊輔理事、加藤勝洋理事、
　　川岸利光（日整会理事　富山）、
　　角南義文（医整協参与　岡山）

＜審議事項＞

①入会退会状況

12月11日現在　会員5965名

（入会179名、退会112名）

②学術賞受賞者の選考について

学術賞　角南義文（岡山県）　全会一致承認

③学会功労賞受賞者の選考について

学会功労賞　長田　明（大阪府）

全会一致承認

③地区理事等の推薦人について

規則第13条2に地区理事候補の推薦人として地区代表者がなるとされているが推薦届出書には県代表者も記名する様式になっている。次回理事推薦は従来どおりとするが、会則等検討委員会で書式変更等検討する。

⑤日本腰痛学会への抗議文送付について

抗議文送付すること自体については意義なく了承された。抗議文の内容について意見が上がった。

(1)柔道整復師のみならず、免許のないカイロプラクティックも文言に加えるべき

(2)医療類似行為→医業類似行為　とすべき

左記削除

(3)「偏差値40程度の学生」「脱会をよびかける所存である」などは過激すぎるので削除すべきではないか

(4)下から8行目から「彼らは柔道整復術を……施術費用として無駄に使われています」までの7行は不要ではないか？

反論として柔整を取り巻く問題の理解が不十分なので是非掲載すべき等の意見があった。

(5)良い柔整、能力がある柔整だから問題ないということでなく、制度そのものに問題が存在することを知らしめる必要有り

(6)大学関係者は柔整をリハビリ関連の仲間であり、取り込み教育していく対象であると考える人が多い

法令を遵守しないで健康被害を出していることを知らない。

(7)慰安行為として莫大な医療費が浪費されている。

(8)最良の医療を受ける権利が奪われている。

(9)柔整、整形外科の利権争い捉えているものも存在する

(10)法令順守し開業していくことは不可能である

(11)医療介護の一員として管理の下で存在する方向へと導く（不正を見逃したままでは公認されたと宣伝され、不正を増長することになる）

(12)学会同士の争いのようにしてほしくない。他学会から自らの学会の中のことをとやかく言われることは快いことではないはず。表現に自制が欲しい。

(13)健康被害のアンケート結果も抗議文に同封すること　追加

平成22年2月のJOAの理事会に藤野理事長がこの問題に対するJOAのスタンスをはっきりするための審議を要請する。健康被害の調査結果報告も間に合うように準備すること

以上、医療システム委員会で抗議文修正し再提出　持ち回り理事会で承認へ

⑥医業類似行為に係わる健康被害報告書の改定と会員への送付について

12月25日に発送するJCOAニュースに同封して配布すべし

12月21日午前中に依頼文、報告書修正を終えて持ち回り理事会にかける。

承認を得て、印刷へ

修正の意見は以下の通り

(1)お願いの文章中の

医療類似行為→医業類似行為へ修正

(2)調査期間を1週ではなくもっと長くすべし

(3)結果は1月中にまとめ、JOAの理事会に藤野理事長が報告できるようにする。

(4)職種は、(a)柔道整復師、(b)鍼灸、(c)マッサージ、(d)カイロ、(e)その他とすべき

(5)慢性疾患に対する施術のなかで症状悪化は削除すべし

症状悪化していない場合もある。最良の医

療を受ける機会を奪っていることが悪である。
⑦啓発ポスターの作成について
ポスター作成についての反対意見はなし
(1)整形外科の守備範囲を知らせることは重要
(2)整形外科に通っている以外の患者に啓発すべき、院内ポスターでは効果が少ない
(3)東京臨床整形外科医会で作成したデザインも利用できる
(4)運動器疾患、ロコモなどの文言をいれたポスター
(5)医療システム委員会としては、あえて、柔整との違いを示すポスターを考えている。
以上、広報委員会に委ね、内容、予算を含め検討する事となった。
⑧学術研究助成についての確認事項
顧問税理士から助成金の使用時期、会計報告書の確認、未使用金の取り扱いついての指導があった。
10万円以上の購入機器の所有権など含め学術委員会で再検討することとなった。
⑨事業仕分けによる「子供の健康を守る地域専門家総合連携事業」の廃止について
JCOAからも存続の要望書を文部科学省担当副大臣、政務官あてに提出することを承認
⑩雑誌掲載論文の質と量、発行時期について
雑誌発行が遅れると論文のオリジナリテイーが損なわれる。
原稿受付期間の短縮、校正締め切りの厳格化
遅れたものは次年度回し
校正不備は執筆者自身の責任に
査読委員能力に問題があることもある。
質を追求し過ぎると数の減少という問題が生じる。
以上について意見交換された。
⑪理事会を傍聴したいという希望（青森県臨床整形外科医会から）
会則どおり、理事長が認めた場合とする。
今回は許可されなかった。

＜各種報告事項＞
①平成21年度各種会議等実施状況
予定通り実施されている。
②福祉制度会計を一般会計へ移管することに対する顧問弁護士の意見書について
企業会計原則反し違法となる事はなく、決算の修正を必要としないとの回答があった。
移管については理事会で承認されており覆る事はない。
理事から移管に関するそもそも論、法令に適合しているかの検討の必要性などが意見としてあがった。
③看護師、事務職員の給与に関する結果報告
金額が報告された。PT、看護師の給与差が少なくなっている
④名誉会員候補者の推薦について
8名の候補名が提示された。
条件が不足該当しない例あり、候補者に役職等の申告漏れがないか見直しするように要請あり
⑤役員選挙ための正会員数の確認について
各県代表者に送付された文書が提示された。
役員選挙関連日程の変更　代議員会総会平成22年5月23日(日)東京となり1週間早くなった。
⑥理事の定数
平成21年12月9日現在　現状と同様で変更なしの見込み
⑦長妻厚生労働大臣への要望書提出について
医療用医薬品としての湿布薬が保険適用除外となることの見直しの要望書である。90%の確立で保険適用に残る見通し
⑧平成22年度事業計画等の提出について
平成22年1月15日までに提出すること
イベント、コストを要する計画は提出漏れがないように配慮すること
⑨日整会財務委員会（新設）について
柴田輝明理事が委員として参加することになった。
⑩外保連処置委員会委員追加について
すでに4名を推薦しており、湯山琢夫先生は追加されなかった。
JCOAWGの委員として承認

⑪3年以上の会費未納者の退会について
2名退会となった。
⑫小冊子「整形外科医のための産業医の手引き（仮題）」の発行について
完成した旨報告があった。
⑬平成21年度病院部会全体会議およびJCOA研修会の開催について
平成22年2月14日品川プリンスホテルでの開催式次第が報告された。
⑭平成21年度JCOA有床診療所部会全体会議およびあすの有床診療所を考える会報告
平成21年10月25日の式次第と報告書が説明された。
⑮平成21年度シンポジウム報告
参加人数160名以上、盛況であった。マスコミにも取り上げられた事等の報告があった。
⑯第4回「適切な医療費を考える民主党議員連盟」ヒアリング報告
12月3日の報告が理事長からなされた。
議連には150名ほどの議員が所属、反主流である。当日参加は5，6名であった。
⑰自民党厚生労働部会診療報酬WGグループヒアリング報告
平成21年12月16日党本部で開催された。
日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会等名だたる団体の中にJCOAも参加できた。
各地域の議員とのコネックションのお蔭である。
⑱日本医師会生涯教育制度改定にあったて
かなりの変更があった。厳格になる。
⑲福祉制度会計平成21年度末予想について
事務費等の費用増により、赤字決算となる
⑳九州ブロック会議
資料を基に報告があった。

＜各種委員会報告＞
委員会報告書に従い報告があった。
委員会報告参照ください。

藤野理事長からの情勢報告下記の通りです。
○来年度の参議院選挙に負ければ、自民党の崩壊につながる
○片山さつき、山崎拓前議員は参議院から選挙に出る可能性あり
4年も在野におれば忘れ去られるとの危機感
○JCOAとして我々に意見を反映する議員を応援する。党派にこだわらない
○来年度の診療報酬本体増は、小児，産科、救急、勤務医に向けられる
○整形外科は何かを下げよとの声あり
○処置点数の包括化の危険性もある
○再診料病院を上げ、診療所を下げる方向性も考えられる
1，2点でも再診回数の多い整形外科のダメージは大きい。5点下げるとなれば内科も見過ごし出来ないだろう
○慢性疼痛疾患管理料は逓減の緩和処置として導入、逓減制のない現在、存在危うい
○要望事項2次審査で残っているリハビリテーション処方料も施設基準該当施設のみとなる可能性
○みなしPTは平成24年度までは残る。
○地域医療に貢献すると認められる施設のみ(通所リハ、介護、連携など実施する施設)のみが残される。施設基準の有無で淘汰
○事業仕分けは，厚生労働省、財務省の確信犯である
○日医会長選挙は診療報酬改定の経過によって変化する
○平成24年度の診療報酬改正は医療、介護同時であり大きな変更が予想される
PT開業権、処方は医師(ただし運動器リハ等行わないと困ることに)
○PTの増加で給与が低くなり、みなしPTとの差がなくなりつつある。積極的な採用へ

6. 平成21年度第3回運動器リハビリテーション委員会　　長谷川理事

日時：平成22年1月14日（木）
16時30分～19時
場所：日本整形外科学会事務局4階会議室
出席：担当理事：藤野圭司

委員長：千田益生
委　員：赤居正美、岩谷　力、大森　豪、
上小鶴正弘、亀山順一、白土　修、
飛松好子、長谷川利雄
アドバイザー：伊藤博元
オブザーバー：中村耕三理事長
事務局担当：吉澤明子
欠席：髙杉紳一郎、中島育昌、星野雄一

①担当理事から委員会への報告、検討依頼事項
なし
②委員会から理事会への審議依頼事項
＊委員の交代について、4年の期限がくる千田益生委員、髙杉紳一郎委員について、アドバイザーとして委員会に参加することが適切とされた。千田益生委員は、委員長であり、委員長を継続しうる（委員として）かどうか、理事会に藤野理事からお訊ねいただくことになった。
＊変形性膝関節症のパンフレットについて、挿絵や図柄に関して作成してもらう場合に、独自に依頼しても日整会が料金を支払ってくれるものか、藤野理事に確認していただくこととした。
③委員会内部報告事項
＊ロコモ診療ガイドブック関連事項
(1)ロコモの「機能レベル」の分類について
中村耕三理事長から、ロコモについて機能レベルの分類を行うことについて説明があり、検討した。歩行障害程度の分類であり、ロコトレの説明にあった5段階分類を中心に、Hoffa分類、自立支援法の分類など検討することになった。意見がある場合は、理事長に伝えることとなった。
(2)ロコモはシンドロームでいいのか
ロコモの考え方として、筋・神経、変形性関節症（OA）・椎間板障害、骨粗鬆症の3つの障害が関連して、歩行障害が生じ、転倒・骨折して要介護状態になる。3つの障害が関連して生じる、歩行障害であるので、シンドロームという呼び名でいいのではないか。
ロコモ診療ガイドブックについては、一度作成してみて、問題があれば改定していくことも必要である。
＊平成21年度運動器リハ医資格取得者は、270名であり、また平成21年3月31日に整形外科専門医になり、修了証書を所持している15名に対して、平成21年度認定運動器リハビリ医として認定した由、報告された。
＊今後は無床・有床に関わらず、運動器リハに関与する必要あり。
＊リハビリが急性期と維持期で医療と介護に分断されている現状から、
介護保険にも何らか関与していることも必要になるであろう。
③委員会内部議決事項
＊平成22年度第5回日整会認定運動器リハビリテーション医研修会
平成22年度運動器リハ資格取得研修会の内容・講師選出について藤野理事、中村理事長から、「資格取得に際しては、より専門性のある内容に変えていかないと将来が危ぶまれる」との意見が出された。研修会の内容を徐々に見直し、より専門的な内容にするように努めることとした。平成22年度に関しては、講義題目・講師は平成21年度と同じとして、委員長からできれば内容の専門性を高めていただくように、各講師に依頼することとした。内容の改編、講師の改選については、次年度を見据えてよく検討することとした。
平成22年度運動器リハ資格継続研修会については、
(1)ロコモティブシンドローム
中村耕三理事長
(2)義肢・装具の最近の知見
兵庫リハ　陳　隆明先生
(3)姿勢と制御機構　赤居正美先生
(4)運動療法・物理療法の最近の知見
千田益生

という内容で行うことが了承された。各演者には、正式に依頼していただくこととした。

＊身体障害者手帳・関連書類記載手引書の改定について、赤居正美委員、中島育昌委員に原案を作成していただくこととした。

＊大森　豪委員作成の、変形性膝関節症パンフレットについて

原案が示され、わかりやすく図を多くした由、説明があった。委員から、膝が痛い場合、杖、生活面での注意など、織り込んではどうかという意見が出された。改めて、大森豪委員から改訂版を出していただくこととした。

＊第84回学術総会シンポ・パネルディスカッションの委員会案

(1)ロコモと介護

ロコモティブシンドロームと介護の関連性についてのシンポジウム。ロコモのどのような状態が介護と密接に関連しているかを論じ、介護予防についてのロコモの重要性を認識する。

1.ロコモティブシンドローム　中村耕三理事長

2.ロコモに関するシステミックレビュー　萩野　浩教授

3.要介護となりやすい要因　星野雄一教授

4.臨床から見たロコモと介護　藤野圭司理事

(2)身体障害と整形外科

身体障害に対して、どのように整形外科が取り組んでいくべきか、現在の取り組みと今後の問題点を探る。

1.身体障害の現状、および障害認定と整形外科　岩谷　力総長

2.肢体不自由と整形外科　上小鶴正弘先生

3.身体障害とスポーツ　陶山哲夫先生

4.障害者のヘルスケアに整形外科が果たす役割　飛松好子先生

⑤継続議題

なし

⑥次回委員会日程

平成22年3月11日（木）16時30分～

場所は未定

7. 日本手の外科学会の申請単位の件

堀口・長谷川理事

日本手の外科学会　教育研修会申請に関する諸問題について

教育講演単位としての認定諾否については、

●代表者（主催者）が日本手の外科学会の会員

●演者は日手会の評議員または大学の講師以上および同等以上の資格を有する

●講演内容が手の外科に関するものであるか　等

今後OCOA研修会は日本手の外科学会教育研修会として認定できる

別途申請料は徴収せずいままでどおり会場費1000円のみとする

今後の課題として

①日本手の外科学会教育研修講演認定を申請する講演を年に何回するか？

②カリキュラムに定める項目は全部で18項目上記演題名からどの項目を選択するかは簡単ではないのでできれば演者に項目の選択（普通は1～2個）をお願いしたい。

平成21年度の講演で申請可能と思われるのは

第205回　村瀬剛先生

「3次元画像と造形技術を駆使した新しい整形外科手術」

第206回　石津恒彦先生

「肘関節周辺の諸問題」

第212回　児島新先生

「手の外科疾患の診断と治療の難しさ－紹介患者の治療経過を含めて」

8. JOA広報渉外委員会（H.22.2.21）　澤田理事

平成21年度第5回広報・渉外委員会 議事録

期日：平成22年2月21日（土）15～17時

場所：品川プリンスホテル

ノースタワー428号

出席：堀内行雄（担当理事）、泉田良一（委員長）、冨士武史（副委員長）、相原忠彦、池上博泰、

井口理、紺野愼一、澤田　出、髙橋和久、髙山真一郎、長岡正宏、藤田泰宏、丸毛啓史、山根敏彦（以上委員）、山田恵子（アドバイザー）

欠席：稲波弘彦（委員）、青山朋樹、髙杉紳一郎、米延策雄（以上アドバイザー）

①担当理事から委員会への報告、検討依頼事項

(1)第7回（12/17）理事会報告

- 厚生労働大臣宛要望書
- 外用製剤に関する要望書
- 平成21年度第4回広報・渉外委員会（11/14）からの懸案

平成22年度記者説明会（平成22年9月9日木曜日）⇒開催承認

平成22年度企業説明会（平成22年9月9日木曜日）⇒開催承認

平成22年度「骨と関節―電話相談室」（平成22年10月8日）人員削減

⇒承認

誤報道（市橋事件）への対応は理事会に諮らず広報・渉外委員会が対応後、理事会に報告することになった。

(2)第8回（1/21）理事会報告

- 日整会クライシスマネジメント、情報伝達、判断、対応フローの確認
- 診療報酬改定の基本方針についての要望書の提出
- 湿布薬の保険適用についての要望書の提出

(3)第9回（2/18）理事会報告

- 日本整形外科学会法人化について（一般団体か公益団体かを検討している）

(4)メディア利用の「ロコモ」の一般向けの活動。（博報堂に決定）

- 日整会の基本方針は

後の世代が困らないように将来を見据えた取り組みとする。

日本整形外科学会としては、この活動で収益を得ようとの意図はなく、同時に大きな経費を継続的に掛ける用意もない。「ロコモ」を通じて整形外科の認知度を上げるのを目的とする。

- 「ロコモ・チャレンジ！推進協議会」とういう推進団体を、日整会の中に組織する。
- webの立ち上げ、ロゴマーク登録などの初期費用は予算800万円で日整会が負担する。

②委員会から理事会への審議依頼事項

(1)久光製薬への表彰について

- 委員会原案を褒賞委員会で再度検討していただく。

(2)エーザイへの表彰について

患者説明用パンフレットに多大な協力をしてもらっている「エーザイ」を推薦することについて検討していただく。

③委員会内部報告事項

(1)第7回10年100年プロジェクト会議（11/27）報告

市民公開講座と国際フォーラム地上広場イベントについて、進歩状況報告がされた。

(2)第8回10年100年プロジェクト会議（2/4）報告

イベントの名称が『「運動器の10年世界運動」記念イベント』に決定し、各イベントの内容（参加企業やパネリスト）が決まりつつあることが報告された。

(3)平成21年度下期新聞広告　（前年度は2009年.1月読売新聞）

- 題名：腰部脊柱管狭窄症の予防と治療。
- 出演者：中村理事長、紺野先生・野原先生
- 掲載は朝日新聞に決定、掲載費用（全面1300万位）と協賛企業の検討中。

（3月初旬掲載予定）

(4)平成22年度「骨と関節―電話相談室」

- 毎月8日の担当校の担当月は現在調整中。

(5)改訂HPアクセス数

改訂後、漸増傾向にある。（2010年1月の総アクセス数は前年比205％の57432回）

(6) 各ワーキンググループ報告

(i)会員向け広報WG。日整会HP会員ページ掲載事項が報告された。

(ii)患者／一般向け広報WG

(iii)マスコミ／行政向け広報WG

(iv)学生／前期研修医向け広報ＷＧ

(v)医業類似行為ＷＧ

2/21,13-15時に行われた日整会広報・渉外委員会、JCOA医療システム委員会合同委員会で報告。

(vi)ホームページ運営WG。日整会ＨＰ一般ページ掲載事項が報告された。

④委員会内部議決事項

(1)21年度患者説明用パンフレット

強直性脊椎炎（No.25）、小児の脊柱側弯症（No.26）の内容検討を行った。

(2)既存患者説明用パンフレット（修正後）

骨粗鬆症、変形性膝関節症、頚椎椎間板ヘルニア、痛風、半月[板]損傷、膝靭帯損傷、変形性肘関節症、悪性腫瘍の内容検討を行った。

(3)既存患者説明用パンフレット（新規追加分）

肩腱板断裂の内容検討を行った。

(4)整形外科の理解を深める広報について（電通関西案）

費用対効果などの検討の結果、「ロコモ」啓発活動との関連を考え必要であれば検討することとした。

(5)厚労大臣宛 「柔道整復師に関する再再要望書」について

合同委員会で検討。平成14年6月17日提出分、平成17年5月26日提出分を基に、(1)大臣だけでなく関連する担当者にも提出する。(2)健康被害だけでなく、医療財政面の問題も加味する。(3)提出したことをマスコミに発表する。という意見が出た。医業類似行為ＷＧで要望書原案を検討作成し理事会に諮ることとした。

(6)ＨＰコンテンツの推敲、新コンテンツの分担について

- アクセス数の更なる増加と、検索エンジン対策を行う。

  改定後のHPの印象について各ＷＧリーダーが中心となり委員にヒアリングを行ってもらい、意見を聞くこととした。取り纏めはHP運営WGで行なう。

- 「サプリメントの効果について」

  一般からの問い合わせについて、回答を一般向けページに掲載する。

(7)22年度活動計画

広報・渉外委員会の開催日程。その検討事項が資料で示された。

22年度PR事業テーマ「ロコモティブシンドロームと腰痛」

(i)22年度記者説明会（平成22年9月9日(木)、アルカディア市ヶ谷、14：30）

- 説明者は埼玉医大の白土修准教授

(ii)22年度企業説明会（平成22年9月9日(木)、アルカディア市ヶ谷、13：00）

- 説明者：検討中（前回の委員会では、財務委員会に依頼となっている）

(iii)22年度患者説明用新規作成パンフレット

- 大腿骨頚部骨折（泉田委員長）に依頼
- 坐骨神経痛（冨士副委員長）に依頼

(iv)新聞広告

22年度上期

テーマ：「腰痛」（出演者は中村理事長・白土先生・高橋和久委員）

（掲載新聞の選定、協賛会社の選定）

(v)22年度テーマポスター（募集・選考方法）

例年、東京工芸大学に依頼。昨年のテーマは「腰部脊柱管狭窄症」。

⇒前回のものを利用する。前回の作品3つから再選考することとなった。

（文章は今年のテーマに変更する）

(vi)４コマ漫画は継続していく。

(vii)22年度アピールポスター（募集・選考方法）

整形外科のアピール。

オリンピックでACL手術後患者が活躍した選手の写真を使えるかなど意見があり、主治医にお願いしてもらうことも含め検討することとした。

(8)平成22年度予算案

堀内副理事長から説明があった。

⑤継続議題

- 厚労大臣宛 「柔道整復師に関する要望書」について
- 22年度患者説明用新規作成パンフレット（3点目）のテーマ

● 22年度アピールポスター（募集・選考方法）

⑥次回委員会日程

第6回：平成22年4月3日（土）17時～19時

森本副会長発言：

今後大阪で誤報道などに対し、OCOAが対処する際は事前にその度JCOAに報告しなければならないのか？

山本副会長応答：

JCOAには事後報告で良い

9. JCOA医療システム委員会（H.22.2.21品川）　山本副会長

平成21年度第4回医療システム員会報告

平成22年2月21日（東京、品川）

大阪からの出席

前中、澤田、長田、山本の4名

山根委員長、浦門、坂田、天海、佐藤、相原、草場、角南、藤田

①第17回日本腰痛学会（H21.11.21 四宮会長）に対しての抗議

パネルで了徳寺大学、大津氏が“急性腰痛症に対する柔道整復術”を発表

その他、4件のカイロの発表

日本腰痛学会員850名のうち280名はJCOA学会員

②日本の整形外科の歴史（三浦）の投稿

南江堂　整形外科　学術雑誌のため掲載できないとの返事

他の投稿先を検討　　医事新報など

③啓発ポスターの作成

市橋容疑者の報道、警察の発表ともに整形外科（美容外科）

他の科や医業類似行為との区別

④厚生労働大臣に対して柔道整復師に関する要望書を提出可能か？

JOAから平成14年坂口大臣、17年尾辻大臣には出している。

受領委任払いの撤廃、国民の健康被害を防ぐ

＜その他＞

①長崎県保険医協会が「整形外科医療の周辺問題」資料集と小冊子を15部ずつ希望

②JCOAシンポジウム報告（平成21年11月15日、品川）

③民主党大泉ひろこ議員を通して厚生労働省に質問

療養費は国民医療費のどこに入っているのか？→不明

療養費が常に推計になっている理由は？→保険者からの報告が合算

④日本郵船健康保険組合の柔整療養費不支給

H21.5.19　保医発第０５１９００１号

国民が平等に給付を受けることができる権利に反する

⑤健保連大阪連合会が近畿厚生局に指導監査強化を要請

受領委任払いの廃止、領収書の発行、申請書の記載規定

⑥ファクタリング

10. JOA広報渉外委員会とJCOA医療システム委員会の合同委員会　山本副会長

日時：平成22年2月21日（日）

場所：品川プリンスホテルノースタワー428室

出席者：

JCOAから藤野圭司理事長、浦門　操副理事長、坂田俊輔理事、前中孝文理事、山根敏彦委員長、天海憲一副委員長、草場　謙副委員長、佐藤公一委員、澤田　出委員、山本　哲委員、相原忠彦委員、角南義文アドバイザー、長田明アドバイザー、藤田泰宏　アドバイザー

JOAから 堀内行雄先生理事、泉田良一委員長、冨士武史副委員長、相原忠彦委員、池上博泰委員、井口　理委員、紺野愼一委員、澤田出委員、髙橋和久委員、髙山真一郎委員、長岡正宏委員、藤田泰宏委員、丸毛啓史委員、山根敏彦委員

計　24名

【議題】

①日本腰痛学会の件

エビデンスのないカイロプラクティック、柔整の演題を採用している問題点に関して説明した。日整会理事会に、報告する。

②厚労大臣宛「柔道整復師に関する再々要望課」提出について

JOA広報・渉外委員会医業類似行為ワーキンググループで原案を作成し、JOA広報・渉外委員会で検討する。健康被害の資料も添付する。

③11/15　JCOAシンポジウム報告

マスコミ掲載記事が紹介された。

④外傷比率全国調査

JCOAで平成21年6月22日に行われた調査で受傷部位数は、1.22であることが報告された。

⑤医業類似行為による健康被害報告

多くの施術による健康被害が報告された。

⑥「療養費2億円詐欺」(ファクタリング)

ファクタリングは、不正請求の温床となっているので注意が必要である。

11. 大阪府医会連合代表者会議（H 22.2.25）

山本副会長

平成21年度第3回大阪府医会連合代表者会議

出席　山本哲

平成22年2月25日（木）大阪府医師会館

①大阪府女医会から報告と要望

健康なんでも相談（12月6日）ディアモール大阪

28名医師

2424人の見学者、121件の相談件数

男女共同参画社会基本法成立10周年

女性開業医地位向上を支援

→理事など

②大阪臨床整形外科医会から

(1)昨年末、大阪で逮捕された市橋容疑者に関しての報道、警察の発表、美容外科が整形外科となっていた。→大阪府医師会のとしても報道、警察関係に対して迅速に訂正されるように要望した。

(2)事業仕分けに関して

医師不足の原因→リスク、勤務時間の少ない科に医師が増加→楽で収入の多いところは抑制→医師不足が解消？

第17回医療経済実態調査（6月）調査対象が40件のみ　非常に少ない

6月は一番患者数の多い月、1月は最も少ない月

整形外科は平成13年の98%、約10年経っても回復していない

大阪府医師会としてもこのような事業仕分けには反対の意思表示

眼科、皮膚科、精神科などから6月が最も収入が多い月、同じような抗議を各科でしている。

③精神科診療所協会からの要望

向精神薬（セロクエル、セレネースなど）はせん妄の治療に投与することのほうが多い。しかし適応病名は統合失調症→保険者サイドで減点

大阪府医師会から保険者サイドに現実的な対応をするように提言

レセプト電子化は個人情報が漏れる危険性、医療以外での使用の危険→要注

④臨床麻酔科医会からの報告

2月20日講演会民主党梅村議員

再診料：厚生労働省は最初65点→最終69点（厚生労働省は70点を切ったので満足している）

地域加算3点→厚生労働省は3割の施設がとると予想

厚生労働省は東京で診療終了後3時間程度対応を考えている

⑤その他

領収書の明細　　腫瘍マーカーも記載される

12. 平成21年度OCOA会計報告　　阪本副会長

一般会計収支報告　　平成22年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越額	¥17,628,667	JCOA会費・入会金	¥11,362,000
会費収入,JCOA入会金	¥16,846,265	会報・名簿作成費	¥3,565,575
会報・名簿広告収入	¥1,500,000	通信費	¥51,804
府医師会助成金	¥300,000	福利厚生費	¥263,494
受け取り利息	¥5,651	出務手当交通費	¥920,760
		事務費	¥174,934
		理事会会議費	¥1,804,993
		ホームページ維持管理費	¥44,100
		慶弔費	¥10,000
		次期繰越金	¥18,082,923
合計	¥36,280,583	合計	¥36,280,583

財産目録

府医師信用組合定期預金	¥4,762,389
府医師信用組合普通預金	¥11,694,638
りそな銀行深井支店普通預金	¥981,539
現金手許有高	¥644,357
合計	¥18,082,923

学術会計収支報告　　平成22年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥15,972,172	認定料・申請料	¥87,000
受講料(日整会、リウマチ財団、リウマチ学会、リハビリ)、会場費	¥3,904,000	事務費	¥329,556
		出務手当交通費	¥926,000
		JCOA近畿ブロック会議	¥520,200
		骨と関節の日	¥681,965
骨と関節の日協賛金	¥600,000	200回記念特集会報代	¥5,524,170
受取利息	¥8,463	次期繰越金	¥12,415,744
合計	¥20,484,635	合計	¥20,484,635

財産目録

府医師信用組合定期預金	¥1,518,721
府医師信用組合普通預金	¥7,166,828
りそな銀行深井支店普通預金	¥2,618,222
現金手許有高	¥1,111,973
合計	¥12,415,744

13. 平成21年度OCOA研修会　　栗本副会長

◆第212回研修会（21年12月12日）

（ホテルグランヴィア大阪）

16：00より（萬有）　　出席225名

司会：古瀬理事

受付：三浦理事、増田理事

①「手の外科疾患の診断と治療の難しさ－紹介患者の治療経過を含めて－」　座長：藤本理事

関西医科大学附属枚方病院整形外科　准教授　児島　新

N(10、13), RE(リハ)、府医

②「生物学的製剤の時代における関節リウマチ治療戦略」　座長：藤田理事

東京大学大学院医学系研究科整形外科学　准教授　田中　栄

N(6、4), R、リウマチ財、リウマチ学、府医

◆第213回研修会（22年1月30日）

（ANAクラウンプラザホテル）

16：30より（日本臓器）　　出席261名

司会：坂口理事

受付：宮田理事、宮内理事

①腰部脊柱管狭窄症における脊柱管外病変の診断　座長：田上理事

和歌山県立医大　整形外科講師　山田宏

②「スポーツ障害のリハビリテーション：運動連鎖の調整』　座長：斧出理事

群馬大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野教授　白倉賢二

◆第214回研修会（22年2月20日）

（ホテルグランヴィア大阪）

16：00より（科研）　　出席231名

司会：白川理事

受付：森理事、森下理事

①『側弯症：初期診断治療のポイントと最近の知見』　座長：岸本理事

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学（整形外科）講師　岩崎幹季

②『変形性関節症に対する保存療法とそのエビデンス』　座長：長谷川理事

藤田保健衛生大学整形外科教授　山田治基

◆第215回研修会（22年3月20日）

（帝国ホテル）　16：00より（大塚）

司会：田上理事

受付：矢倉理事、山口理事

①「関節リウマチの診断治療におけるピットフォール」　座長：宮内理事

大阪市立大学大学院医学研究科　リウマチ外科学准教授　小池達也

N(6,4)、R(リウマチ)、リウマチ財団、リウマチ学会、府医

②「脳卒中リハビリテーション・チップス－運動生理と合併症について－」　座長：宮島理事

日本医科大学千葉北総病院　リハビリテーション科　教授　原　行弘
N(13,1)、RE（運動器リハビリ）、リハビリテーション医、日医スポーツ、府医

14. JCOA理事選挙の経過報告　　黒田会長

現在5名定員の理事に6名が立候補しており、選挙になる予定。

今回、近畿からは、理事に立候補した先生はいない。

15. 第25回JCOA学会について　　長谷川理事

2008年の福井学会から7月の連休に学会が開催されてきたが、政府で休日の変更が検討されており、7月の海の日が日、月の連休でなくなる可能性がでてきている。

これまで通り、休診せず参加できる連休の開催が望ましいが、政府の方針が決まるまで学会日程を決められない状況になった。

16.大阪府医師会医学運営委員の変更

黒田会長

今まで委員であった小林理事に代わって、来年度から森泰蔚理事になって頂く。

17. 公務共済の審査員を推薦依頼　　黒田会長

相応しい先生に依頼するので、宜しくお願いいたします。

18. 医師会の生涯教育制度変更の件

小林理事

平成22年度から医師会の生涯教育制度変更され、健康にかかわる幅広い範囲のカリキュラムを受けることが必要となり、整形外科関連の研修会にのみ参加しているだけでは、認定証を発行してもらえなくなる。

◆協議事項

1.運動器リハ・セラピスト研修会（H22.6.6）

森本副会長、長谷川理事

日時：平成22年6月6日（日）

会場：大阪アカデミア
〒559-0034
大阪市住之江区南港北1-3-5
06-6612-7733

8：55-9：00 藤野理事長ご挨拶

午前司会：森本清一

9：00-10：00 ≪総論≫
シラバス：1章、2章

＜講師：みやしまリウマチ整形外科クリニック　院長　宮島　茂夫＞

10：00-11：00 ≪運動器の生理と病態≫
シラバス：3章：

＜講師：宮内整形外科　院長　宮内　晃＞

11：00-12：00 ≪機能評価≫
シラバス：4章：

＜講師：堀口整形外科医院　院長　堀口　泰輔＞

12：00-13：00　昼食

午後司会：長谷川利雄

13：00-14：00 ≪物理療法・運動療法≫
シラバス：5章、6章

＜講師：医療法人温心会　堺温心会病院理事長　金田隆義＞

14：00-15：00 ≪疾患別リハビリテーション1－上肢・脊椎≫
シラバス：7章、9章

＜講師：やまぐちクリニック　院長　山口康二＞

15：00-16：00 ≪疾患別リハビリテーション2－下肢・運動器不安定症≫
シラバス：8章、10章

＜講師：岸本整形外科　院長　岸本成人＞

16：00-16：30　テスト

長谷川・岸本がテスト始まりまで待機。あとはアサツーがする

2.運動器の10年・骨と関節の日の行事

（H22.10.16）　　山本副会長

テーマ：ロコモーティブシンドロームと腰痛

日時：平成22年10月16日

場所：ブリーゼプラザ7F　小ホール
（旧サンケイホール）

運動器の10年の最終年であるので、大阪市内の中心で多くの方々に参加して頂けるように準備している。
運動は、太極拳を予定しており、約250名の参加を見込んでいる。
OCOA会員が講演をしたときの講演料を他のOCOAの講演料と同じ額に引き上げる（3万円から5万円に）案が山本副会長から提案され、了承された。

3.平成22年度OCOA研修会日程　長谷川理事

216回研修会（4月10日）
(ANAクラウンプラザホテル大阪)（17:00より）
(大正富山)
司会：矢倉　受付：今井、石橋
1「高齢者のリハビリテーション」 座長：大島
大阪医科大学総合医学講座リハビリテーション医学教室教授　佐浦　隆一
N13　RE　府医　日本リハ
2「見逃しやすい足部疾患と外傷」 座長：宮田
奈良県立医科大学整形外科名誉教授
髙倉　義典
N2、12　府医

217回研修会（5月15日）
(リーガロイヤル)（16：30より）(エーザイ)
司会：中川　受付：岩本、斧出
1「整形外科医の3大危険血管性疾患
～間欠跛行、大動脈解離・瘤破裂、肺動脈塞栓症～」 座長：宮内
厚生連高岡病院整形外科診療部長　鳥畠　康充
N(14,7), SS（脊椎脊髄病）、府医
2「膝関節外科：この10年の進歩」 座長：金田
近畿大学医学部附属病院整形外科教授
赤木　將男
N(12,6)，R、R学会、R財団、府医

218回研修会（6月12日）
(阪急インターナショナル)（16：30より）(小野)
司会：永田　受付：金田、古瀬
1「これからの関節リウマチ治療
－整形外科医の立場から－」 座長：前中
大阪大学大学院医学系研究科運動器バイオマテリアル学准教授　冨田　哲也
N(6,4), R（リウマチ）、R学会、R財団、府医
2「骨粗鬆症に伴う骨折をどのように予防するのか」 座長：今井
兵庫医科大学篠山病院整形外科准教授
楊　鴻生
N(4,7), 府医

219回研修会（7月24日）
(ANAクラウンプラザホテル大阪)（16：30より）
(中外)
司会：福井　受付：坂口、白川
1「股関節疾患の現況」 座長：山口
関西医大整形外科講師　徳永　裕彦
2「変形性膝関節症risk factorと保存治療
－長期疫学調査に学ぶもの－」 座長：藤本
新潟大学超域研究機構教授　大森　豪

220回研修会（8月28日）
(ウェスティンホテル大阪)（16：00より）
(旭化成)
司会：新　受付：三浦、新
1「骨軟部腫瘍治療の常識・非常識」 座長：鳴島
大阪市立大学大学院医学研究科整形外科学教室病院講師　星　学
2日本臨床整形外科学会理事長 座長：前中
藤野　圭司先生

221回研修会（9月18日）
(ANAクラウンプラザH)（16：30より）
(第一三共)
司会：新　受付：森、新
1「股関節唇損傷の診断と治療」 座長：今井
大阪医科大学整形外科学助教　大原（おおはら） 英嗣（ひでつぐ）
2「小児疾患におけるX脚とO脚」 座長：太田
徳島大学医学部整形外科学　教授
安井　夏生　先生

222回研修会（10月23日）
(ウェスティンホテル大阪)（17：00より）(帝人)
司会：　受付：　、
1大阪大学整形外科　森友寿夫
（手の外科の演題）
2

223回研修会（11月20日）

（ＡＮＡクラウンプラザH）（17：00より）（久光）

司会：	受付：　、

224回研修会（12月11日）

（ホテルグランヴィア大阪）（16：00より）（萬有）

司会：	受付：　、

225回研修会（1月22日）

（ＡＮＡクラウンプラザH）（16：00より）

（日本臓器）

司会：	受付：　、

奈良県立医科大学整形外科教授　田中康仁

226回研修会（2月　日）

（ホテルグランヴィア大阪）（16：00より）（科研）

司会：	受付：　、

227回研修会（3月　日）

（帝国ホテル大阪）（16：00より）（大塚）

司会：	受付：　、

4. OCOAテニス部創設について　　岸本理事

目　的：OCOA会員の健康増進と親睦をはかること

役　員：部長　栗本副会長
代表世話人事務局　岸本理事
世話人　前野理事　中川理事　小林理事　林俊一先生（一般会員：福島区）

会員数：OCOA一般会員と世話人で約10名
二年後15名くらいを目標

行　事：年二回程度集まり練習と試合を行い必要に応じて情報交換会をおこなう
場所は原則的に江坂や万博など貸しコート等１～２面程度
OCOAよりの補助は、ゴルフ部と同じ20万円

協議の結果、了承される。

5. 平成22年度OCOA会計予算案　　阪本副会長

一般会計

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥18,082,923	JCOA会費	¥11,520,000
JCOA会費収入	¥11,520,000	JCOA入会金	¥100,000
JCOA入会金	¥100,000	会報作成費	¥3,000,000
OCOA会費	¥5,760,000	通信費	¥60,000
会報等広告収入	¥1,000,000	福利厚生費	¥500,000
府医師会助成	¥300,000	出務手当交通費	¥1,500,000
受取利息	¥6,000	各種委員会出務費	¥700,000
		事務費	¥500,000
		理事会会議費	¥2,800,000
		慶弔費	¥100,000
		ホームページ維持管理費	¥500,000
		予備費	¥15,488,923
合計	¥36,768,923	合計	¥36,768,923

テニス部創設に伴い、福利厚生費を増額した。

H22年度から自前で総会を開くにあたり、経費を計上した。

OCOAのホームページを充実させるため、今まで岸本理事にお願いしていた仕事を業者に委託するために、経費を計上した。

学術会計

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥12,415,744	認定料申請料	¥300,000
受講料（日整会、リウマチ財団リウマチ学会、リハビリ学会）、会場費	¥4,000,000	事務費	¥400,000
		出務手当交通費	¥2,000,000
		会議費	¥600,000
協賛金、助成金	¥600,000	骨と関節の日活動費	¥2,000,000
受取利息	¥10,000	その他研修会会費	¥3,000,000
		予備費	¥8,725,744
合計	¥17,025,744	合計	¥17,025,744

骨と関節の日最終年にあたり、市中心部の大きな会場で行うため、経費を増額した。

介護関連、運動器リハ関連、整形外科の啓蒙等研修会を開催するため、経費を計上。

多くの会員に学会参加して頂くため、出務手当を計上した。

PT，OTを雇用しやすくするための活動をしてほしい（PT，OT協会と連絡を持つ会議を開催する等）と要望あり、検討していくと。

6.医政協議会に対する今後の対応について

前中副会長

(1)当面の目標

大阪での会員200名以上で全国一を目指す。

(2)会費の自動引き落とし制度の広報を実施する。

(3)研修会案内に書類同封は可能か？

(4)会員名簿の公表は可能か？　個人情報保護法に反するか？

会員でない者に個別に呼びかけるため

(5)活動に詳しい講師を呼び、従来の研修会とは異なる会議を開催できるか？

その会計は学術会計で対応できるか？

(6)会員増になる有効な活動は他にないか？

①平成22年度も引き続き自動引き落としを行い、参加していない先生方に参加を呼び掛けていく。

②介護関連、運動器リハ関連の研修会を開催し、新たな先生方に参加してもらい、医政協議会の意義を知ってもらう場を作る。

7.二年間の反省から見た今後のOCOA人事の提案とOCOAの運営理念

黒田会長

理事会の出席率の悪さを懸念している。

理事会は、OCOAの方向性、事業内容を検討する場で、全理事の意見を聞きながら決めていくべきであろう。

理事をして頂いている先生方は多忙な方が多く、この2年間で一度も理事会に参加されなかった理事もおられ、2年任期での退任を希望されている理事もおられた。

今回、理事数を削減した。しかし、OCOAの各種事業に協力して頂ける先生方には、各種委員としてお手伝いして頂くようにお願いした。

2年間の各理事に感謝し、謝辞を述べられた。

（文責　理事　宮田重樹）

平成22年度大阪臨床整形外科医会組織表 案

会　　長：栗本　一孝
会長代行：森本　清一：総務（会員管理、理事会運営）、運動器リハ、骨と関節
副 会 長：山本　　哲：柔整審査、骨と関節の日、広報、議事録、福利厚生、無床診部会
副 会 長：阪本　邦雄：会計、広報、福利厚生、医療保険、運動器リハ
副 会 長：前中　孝文：JCOA理事、JCOA学術集会、近畿ブロック
副 会 長：長谷川利雄：学術、運動器リハ、介護保険
監　　事：前野　岳敏、坂本　徳成
議　　長：堀木　篤、**副議長**：新田　望
裁定委員：三橋　二良、長田　明、古賀　教一郎

＜大阪府医師会＞

大阪府医師会副会長：茂松　茂人
大阪府医師会・医学運営委員：森　泰蔚
大阪府医師会健康相談医：反田　英之、新田　望
大阪府医学会評議員：早石　雅宥、山本　哲、阪本　邦雄

＜日本臨床整形外科学会＞

JCOA理事：前中　孝文

JCOA代議員：早石　雅宥、森本　清一、黒田　晃司、栗本　一孝、山本　哲
JCOA予備代議員：右近　良治、松矢　浩司、阪本　邦雄、長谷川　利雄、小林　正之
JCOA医療システム委員会：山本　哲、澤田　出、長田　明
JCOA学術研修委員会：長谷川　利雄
JCOA病院部会担当委員：古瀬　洋一
JCOA無床診担当部会担当委員：矢倉　久義
JCOA会則等検討委員会：岸本　成人
JCOA査読委員：堀木　篤、長谷川　利雄、宮内　晃
大阪症例検討委員会委員：大島　正義、岸本　成人、古瀬　洋一

＜日本整形外科学会＞
JOA安全医療推進委員会：前中　孝文
JOA広報渉外委員会：澤田　出
JOA運動器リハビリ委員会：長谷川　利雄
JOA学術総会抄録査読委員：堀木　篤、長谷川　利雄、宮内　晃、右近　良治、宮島　茂夫

＜理　事＞
天野敬一、石井正治、今井秀、岩本善介、右近良治、大島正義、太田信彦、斧出安弘、金田隆義、岸本成人、栗本一孝、黒田晃司、古瀬洋一、小林正之、阪本邦雄、澤田出、茂松茂人、柴田和弥、白川貴浩、白木隆士、田上実雄、中川浩彰、永田行男、西川正治、長谷川利雄、早石雅宥、福井宏有、藤本啓治、堀口泰輔、前中孝文、増田博、松矢浩司、三浦光也、宮内晃、宮島茂夫、宮田重樹、矢倉久義、山口康二、山本哲、森泰蓉、森下忍、森本清一、　以上42名（下線は新任）
（任期は平成24年3月31日まで。再任をお願いすることもあります。）

＜理事会・会場担当（近畿ブロック会も含む）＞
森下忍、白川貴浩
＜常任理事＞
栗本一孝、森本清一、山本哲、阪本邦雄、長谷川利雄、前中孝文、黒田晃司、早石雅宥、松矢浩司、9名

＜各種委員会＞
1　学術委員会
担当副会長：長谷川（主）、阪本、森本、山本
委員長：右近、副委員長：堀口
委員（理事）：今井、白川、田上、中川、福井、永田、金田、三浦、宮田、宮内、宮島、森、森下、矢倉、藤本、柴田、山口、太田、白木
委員：石橋、岩本斗、坂口、藤田、吉田、宵木、新田、五島、鳴嶋眞人、荻野晃、杉本瑞生、北野安衛、稲垣泰司、貴島浩二
2　医療保険等対策委員会
栗本会長が統括　アドバイザー：茂松、早石、天野、八幡
委員長：石井

委員(理事)：岩本、小林、中川、右近

委員　社保：栗田正憲、寺川文彦

国保：武田、寺元隆、荻野洋、綿谷勝引

自賠責：石川正樹、越宗、寺元隆、長嶋、森、行岡、(阪本、石井、八幡)

労災：池田克己、稲毛昭彦、楠正敬、頼　功、(茂松、阪本、石井、松矢、宮内)

3 **柔整審査委員会**

担当副会長：山本、アドバイザー：松矢、長田、堀木

委員長：岸本

委員(理事)：国保担当：福井、今井、石井、宮田、(山本、松矢)

社保担当：岸本、山口、藤本、(長田)

4 **第25回JCOA学術集会準備委員会**

栗本会長が統括、アドバイザー：早石、松矢

委員長：黒田(実行委員長)、

委員(理事)：森本、山本、阪本、長谷川(JCOA学術)、前中(JCOA理事会)

5 **近畿ブロック会担当委員会**

栗本会長が統括

委員長：前中

委員(理事)：黒田、森本、山本、阪本、長谷川、前中、岸本、宮田、福井

6 **議事録委員会**

担当副会長：山本

委員長：宮田

委員(理事)：永田、宮内、藤本、今井、白木、金田

7 **広報委員会**

担当副会長：山本(主)、阪本

・会報編集部会：委員長：中川　、アドバイザー：前野

委員(理事)：宮田、斧出、山口、永田、白木、太田

委員：藤田、稲垣、貴島

・インターネット部会：委員長　岸本　、アドバイザー：黒田

委員(理事)：斧出、田上、

委員：吉川

・Fネット：山本

8 **運動器リハビリテーション委員会**

担当副会長：森本(主)、長谷川、阪本(会計)、アドバイザー：松矢、早石

委員長：森

委員(理事)：小林、岸本、三浦、宮内、堀口、大島、中川、田上、宮島、澤田

委員：石橋、五島、北野安衛

9 **骨と関節の日**

担当副会長：山本(主)、森本

委員長：小林

委員(理事)：今井、大島、斧出、田上、中川、永田、福井、三浦、森、森下、宮田、矢倉、柴田、太田、白木

委員：藤田、北野安衛、稲垣、貴島、杉本、荻野

10 **地域情報委員会**

栗本会長が統括、アドバイザー：茂松、八幡、三橋

委員長：天野

委員(理事)：石井、増田、早石、西川、小林、森下、

委員：広瀬、藤田、森沢康二、和田尋二、西澤徹

11 **福利厚生**

担当副会長：阪本(主)、山本

委員長：森

委員(理事)：岸本

委員：長嶋、新田、藤田、吉田

12 **介護保険委員会**

担当副会長；長谷川　アドバイザー：松矢

委員長：西川

委員(理事)：澤田、矢倉、中川

委員：岩本斗

13 **病院部会**

栗本会長が統括

委員長：古瀬、アドバイザー：早石

委員(理事)：金田、柴田

委員：佐藤、首籐、島田永和、松本豊一郎、行岡正雄、杉本瑞生、貴島浩二、長谷川潔

14 **有床診療所部会**

栗本会長が統括

委員：河村禎人、河村禎視、孫

15 **無床診療所部会**

担当副会長：山本

委員長：矢倉

委員(理事)：福井、宮内、森下、藤本

16 **整形外科医政協議会担当委員会**

栗本会長が統括

委員(理事)：森本、山本、阪本、長谷川、前中、黒田、早石、松矢、岸本、柴田、福井

新入会員名簿補追

＜平成21年3月以降入会＞

氏　名	医療機関名	医療機関所在地	TEL／FAX
中村　孝（なかむら　たかし）	中村医院	〒561-0804 豊中市曽根南町2-1-26	TEL 06-6863-0903 FAX 06-6863-0903
中村昭文（なかむら　あきふみ）	中村整形外科	〒509-1034 大阪府高槻市大蔵司2-53-8	TEL 072-687-6796 FAX 072-687-6799
佐々木　崇（ささき　たかし）	医療法人さなす会 佐々木診療所	〒557-0052 大阪市西成区潮路1-10-3 南米ビル1F	TEL 06-6658-3066 FAX 06-6658-3071
森田謙一（もりた　けんいち）	医療法人貫遥会 もりた整形外科 クリニック	〒591-8046 堺市北区三国ヶ丘町5-2-17 SATOMOビル2F	TEL 072-240-8820 FAX 072-240-8840
牛尾一康（うしお　かずやす）	牛尾整形外科	〒533-0005 大阪市東淀川区瑞光4-1-18-2F	TEL 06-6320-7836 FAX 06-6320-7837
稲垣泰司（いながき　やすし）	今里いながき 整形外科	〒537-0012 大阪市東成区大今里3-1-4	TEL 06-6981-2772 FAX 06-6736-5185
横田淳司（よこた　あつし）	高槻赤十字病院 整形外科	〒569-1096 高槻市阿武野1-1-1	TEL 072-696-0571 FAX 072-696-1228
岡本賢俊（おかもと　まさとし）	医療法人愛輪会 あい整形外科 リハビリクリニック	〒599-0301 大阪府泉南郡岬町淡輪3717	TEL 072-491-3536 FAX 072-491-3633
田村隆典（たむら　りゅうすけ）	たむら整形外科	〒555-0022 大阪市西淀川区柏里3-3-6	TEL 06-6473-1118 FAX 06-6473-1116
坂本光章（さかもと　みつあき）	医療法人 坂本整形外科	〒581-0069 大阪府八尾市龍華町2-1-1 坂本ビル2F	TEL 072-923-3355 FAX 072-928-5020
清水広太（しみず　こうた）	しみず整形外科	〒560-0021 豊中市本町3-8-6　ヴィラ神尾1F	TEL 06-6854-5150 FAX 06-6854-1180
早石泰久（はやいし　やすひさ）	医療法人早石会 早石病院	〒543-0027 大阪市天王寺区筆ヶ崎2-75	TEL 06-6771-1227 FAX 06-6771-8866
遉見俊一（へんみ　しゅんいち）	医療法人敬仁会 辺見クリニック	〒560-0031 豊中市蛍池北町1-2-6	TEL 06-6843-1287 FAX 06-6843-8367

・注：住所、電話番号等の変更はOCOA事務局までお知らせ下さい。

（平成22年５月現在）

編集後記

毎月OCOAの研修会で講演を頂きました原稿を、丁度1年遅れで校正をさせていただきました。大阪臨床整形外科医会の会報が充実しているのは、講演を選定し企画実行されている学術担当の先生方の力によるところが大きいなと実感しております。

さて7月梅雨のうっとしい毎日ですが、4年毎のサッカーワールドカップが初めてアフリカで開催されています。日本は奇跡的に予選リーグを突破したもののベスト16で終わりました。決勝はスペイン対オランダです、結果はこの会報が出るときには解っているでしょうが、楽しみなゲームとなりそうです。



ところで自民党から民主党に政権が交代しても、あまり何かが変わったような気がしません。今度は何処の党に入れるべきか、なかなか違いがわかりませんが、いよいよ7月11日に参議院の選挙があります。

この国は今後どの方向を向いていくのでしょうか？

（広報担当理事　中川　浩彰記）

私自身、現在JCOAの医療システム委員会の委員である。その委員会の設立に関しては、昭和63年にJCOAの前身である日本臨床整形外科医会の全会員に医業類似行為に係わるアンケート調査を実施したところから始まる。その調査の結果、医業類似行為には様々な問題があることが判明した。その問題の調査研究のために平成3年に「医療システム委員会」が設立された。平成8年に村上白士担当理事の推薦で長田明先生がその委員となられ、さまざまな活動をされた。平成13年の大阪でのJCOA学会の時の「柔整レセプトを語る会」の開催。それはJCOA公認の「全国柔整審査委員懇談会」に発展し、現在のJCOAの秋に開催されるシンポジウムとなっている。同じ平成13年には長田先生は角南先生や現在の藤野理事長ら5人の先生方で厚労省に陳情に行かれた。問題点を訴えても取り合ってくれない役人の態度にこの5人全員がJCOAにも政医連が是非必要と考えられた。これが現在の「整形外科医政協議会」に発展している。大阪からの加入者は152名（静岡の170名に次いで2位）で徐々に賛同者も増えてきている。国会議員やマスコミにアピールすることは非常に重要なことである。ここには書けないが他にも沢山の業績がある。このたび、長田先生はJCOA功労賞を受賞された。OCOA会員全員が誇りに感じている。これからも益々「ビシバシ」指導をお願いしたい。功労賞受賞、おめでとうございます。



（広報担当理事・副会長　山本　哲記）

今年の梅雨は、全国の様々な地区で非常に強い集中豪雨による被害の報道がされ、さらに、我々の身近においても、まったく予想の付かない突然の雨に驚かされる今日この頃です。

この度は、昨年度の第2、3回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録の校正を担当し、これらの内容から以前にも増して、OCOAから中央へ出向、御尽力されている先生方、また、中央のJCOAから厚生労働省、政治家関係等に対して御尽力されている先生方のボランティア精神には、感動いたしました。これらの先生方のボランティア精神を中央に有効に伝える為にも、今後、ますます厳しくなるであろう診療報酬さらに介護保険への誘導に関しても、会員の先生方の整医協活動への参加を推し進めていかなくて



はなりません。また、先日の「整医協ニュース」で三宅先生が「整医協入会率は100％に近い県から０％の県まで様々でありますが、この事は活動自体の公平性を欠くことにもなります。」と述べられているように、出来るだけ多くの先生方に整医協に入会していただき、公平性の確保が必要ではないかと愚考いたします。

最後になりましたが、7月18、19日に横浜で開催されます第23回JCOA学術集会、さらに10月9、10、11日に富山で開催予定のJCOA研修会へ参加いたしましょう。

（広報担当理事・副会長　阪本邦雄記）

医療事故に関する演題が２つありました。

“成功と失敗”どっちがいいかというと、当然成功することを目指している訳だから成功が良くって失敗が悪いと考えますね。

しかし，成功が続いていると、自分に問題点があっても見えず、そのままでは改善、向上することが少ない。失敗を経験することによって問題点が浮き上がり、反省し、対策を講じることによって今より改善、向上させることができます。

特に医療の仕事の中には、結果としてうまくいったようにみえても、多くの成功と少しの失敗が混在しています。

成功したと思っても、数多くの小さな成功と少数の小さな失敗の集合体、

失敗したと思っても、数多くの小さな失敗と少数の小さな成功の集合体、

で、成功の陰にある小さな失敗（incident）を見つけ改善できるか、失敗の陰にある小さな成功を見つけ、伸ばすことができるかが、重要と思います。

いつも100%成功であることを一般の人々は願うし、当然そうあるべきと思っているが、現実にはありえない。

しかし、だからといって失敗しても当然でしゃあないと思ってはいません。



問題点があっても（失敗）、それを解決し最終目標を達成することと、問題点（incident）を気楽に報告できる体制が重要だと思います。

でも、報道が、医療者のミスや誤りや過失の糾弾に終始する姿勢が依然として続いている現状では、失敗の報告は出にくいでしょう。

今の日本人は、成功を求め過ぎ，失敗を怖れ過ぎで、失敗を恐れるあまり不安に苛まれている。

失敗を分析し、改善しようと常日頃から考えていることによって、新しいアイディア、手段、方向性が出てきます。

いつまでたっても完璧であるという事にはなれないし、完璧と思う慢心が事故につながると思います。

だから、自分の問題点を指摘されたら、反論せず、感謝して傾聴できる素直な気持ちを持ちたい。人が嫌がることをわざわざ言ってくれる人は少ないのに、そこで言い訳をしたり、反論したりすると次から教えてもらえなくなります。

失敗もまんざら悪くないと、余裕を持って生きたい。

（広報担当理事　宮田重樹記）

私は、今年で開業10年になります。数年前に、後期高齢者医療制度が導入されてから、収入が明らかに減りました。政府の患者さんの受診抑制策がまんまと成功したのでしょう。先日、OCOAの特別講演会が企画されて、これからの生き残りについて、ご指導をいただきました。話を聞いていましたが、現実的にこれから資金を投入して、また人件費を使って、介護や在宅医療に参入する気にはなりません。「介護は、医者の仕事？」という、疑問を今も持っています。今後出てこられる、若い先生方にとって、開業医であろうとも、ちゃんとした医療をやっていれば、それなりに生活できる収入が得られる制度にして欲しいものです。



（広報担当理事　斧出安弘記）

市橋容疑者の逮捕時の美容外科と整形外科との混同、政権交代による民主党政権下での医療改正等など今年度もいろいろなことがありました。また、参院選の結果で情勢が変わることでしょう。日整会でも専門医制について手術をするかしないかで資格喪失問題、医療―介護保険との関連問題などがあります。

我々開業医も病院で勤務をしていたし、長時間労働をしてきて、今に至るのです。勤務医だけが大変で、開業医が楽をして、お金儲けしているという見方は間違いです。一つの考えとして、日本整形外科学会を運動器リハ学会へと分裂させるのではなく、日本整形外科学会の会長は大学教授でもかまいませんが、相撲協会ではないですが、理事長は開業医・勤務医の双方を調和できるような人が選ばれる仕組みに変えてゆくのが良いのではないでしょうか。



研修会の講師の先生のお話で、学問としての整形外科学は日進月歩の感を得ますが、それを患者様に具現化するための制度に問題があり、お役人の考えに振り回されるだけではなく、整形外科医の専門集団として、国や国民に提言していける集団にならないといけないと思います。

介護への進出を勧めますが、何といっても私たちは医者なのですから、医療を通して介護にならないために、患者様へ提供できることがまだまだあるのではないでしょうか。そのためにも、医師としての研鑽が必要であり、当雑誌の編纂の重要性があるのだと思います。

(広報担当理事　永田行男記)

12年前、OCOA理事に推挙されて以来、広報担当となり、12年間広報一筋でやって参りました。丹羽先生、瀬戸先生等の諸大先輩に色々と教えていただき、何とか65歳になった時、年齢が程々であるとの理由で、丹羽先生の後をついで、チーフに指名されました。松矢、早石、黒田会長の3代にわたり会報誌発行に直接たずさわって参りました。その間、OCOA創立30周年特集号等の行事がありましたが、会長を始め理事、会員の先生方、又研修会の講師の先生方の御協力を得て立派な原稿をいただき何とか責務を果たす事が出来ました。本当にありがとうございました。黒田会長には日本一の会報誌とのお褒めの言葉をいただき、ありがとうございました。



私の後任として栗本会長と同門の中川浩彰理事に、広報委員長をお願いすることになりました。委員長及び広報担当理事のみなさんの御協力とアイデアとで、会報が一層進化する事を期待しております。今後は小生はオブザーバーとして微力ながらもお役に立たせていただくつもりです。今後ともよろしくお願い致します。

(広報担当理事　前野岳敏記)

大阪臨床整形外科医会会報　第　36　号

平成 22 年 7 月 25 日発行

発行所　大阪臨床整形外科医会事務局
〒561-0864
豊中市夕日丘 1-1-5 阪急豊中夕日丘ビル 2F
栗本整形外科　内
ＴＥＬ 06 － 6846 － 2567
ＦＡＸ 06 － 6846 － 2569

編集者　栗本一孝・山本　哲
阪本邦雄・宮田重樹
斧出安弘・中川浩彰
山口康二・永田行男
藤田秀隆・前野岳敏

印　刷　株式会社　ひらた
〒538-0043 大阪市鶴見区今津南２－６－３
ＴＥＬ 06 － 6962 － 7271 ㈹
ＦＡＸ 06 － 6962 － 2571

笑顔で毎日、
いきいきライフ。

旭化成ファーマ









禁忌（次の患者には投与しないこと）
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】
骨粗鬆症における疼痛

【用法・用量】
通常、成人には1回エルカトニンとして20エルカトニン単位を週1回筋内注射する。

【使用上の注意】（一部抜粋）
1. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）
(1) 発疹（紅斑、膨疹等）等の過敏症状を起こしやすい体質の患者
(2) 気管支喘息又はその既往歴のある患者［喘息発作を誘発するおそれがある。］
2. 重要な基本的注意
(1) 本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防及び治療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、疼痛がみられる患者を対象とすること。本剤の投与は、6ヵ月間を目安とし、漫然と投与しないこと。［「臨床成績」の項参照］
(2) 本剤はポリペプチド製剤であり、ショックを起こすことがあるので、アレルギー既往歴、薬物過敏症等について十分な問診を行うこと。
(3) ラットに1年間大量皮下投与した慢性毒性試験において、下垂体腫瘍の発生頻度の増加がみられたとの報告があるので、長期にわたり漫然と投与しないこと。［「9.その他の注意」の項参照］
3. 相互作用
併用注意（併用に注意すること）

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ビスホスホン酸塩系骨吸収抑制剤 パミドロン酸二ナトリウム水和物等	血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。 高度の低カルシウム血症があらわれた場合には投与を中止し、注射用カルシウム剤の投与等適切な処置を行うこと。	両剤のカルシウム低下作用により、血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。

4. 副作用
承認時までの調査及び市販後の使用成績調査等における総症例22,478例中、887例（3.95%）に副作用（臨床検査値の異常を含む）が報告された。その主なものは、悪心183件（0.81%）、顔面潮紅175件（0.78%）、ALT(GPT)上昇63件（0.28%）、AST（GOT）上昇61件（0.27%）等であった。（エルシトニン注20S再審査終了時）
(1) 重大な副作用
1) ショック、アナフィラキシー様症状（頻度不明）ショック、アナフィラキシー様症状を起こすことがあるので、観察を十分に行い、血圧低下、気分不良、全身発赤、蕁麻疹、呼吸困難、眼頭浮腫等の症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
2) テタニー（頻度不明）低カルシウム血症性テタニーを誘発することがあるので、症状があらわれた場合には投与を中止し、注射用カルシウム剤の投与等適切な処置を行うこと。
3) 喘息発作（0.1%未満）喘息発作を誘発することがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。［「1.慎重投与」の(2)の項参照］
4) 肝機能障害、黄疸（頻度不明）AST（GOT）、ALT（GPT）、ALPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

■上記以外の使用上の注意等、詳細については製品添付文書をご参照下さい。禁忌を含む使用上の注意の改訂に十分ご留意下さい。

骨粗鬆症治療剤　薬価基準収載

エルシトニン®注20S
エルシトニン®注20Sディスポ
Elcitonin® Inj. 20S　Elcitonin® Inj. 20S Dispo

劇薬、処方せん医薬品※　（エルカトニン注射液）

※注意－医師等の処方せんにより使用すること

製造販売元（資料請求先）
旭化成ファーマ株式会社
医薬学術部：〒101-8101東京都千代田区神田神保町一丁目105番地
URL http://www.asahikasei-pharma.co.jp

H21.07

astellas Pfizer



CELECOX

非ステロイド性消炎・鎮痛剤（COX-2選択的阻害剤） 薬価基準収載

セレコックス®錠 100mg 200mg

劇薬、処方せん医薬品（注意－医師等の処方せんにより使用すること） セレコキシブ錠

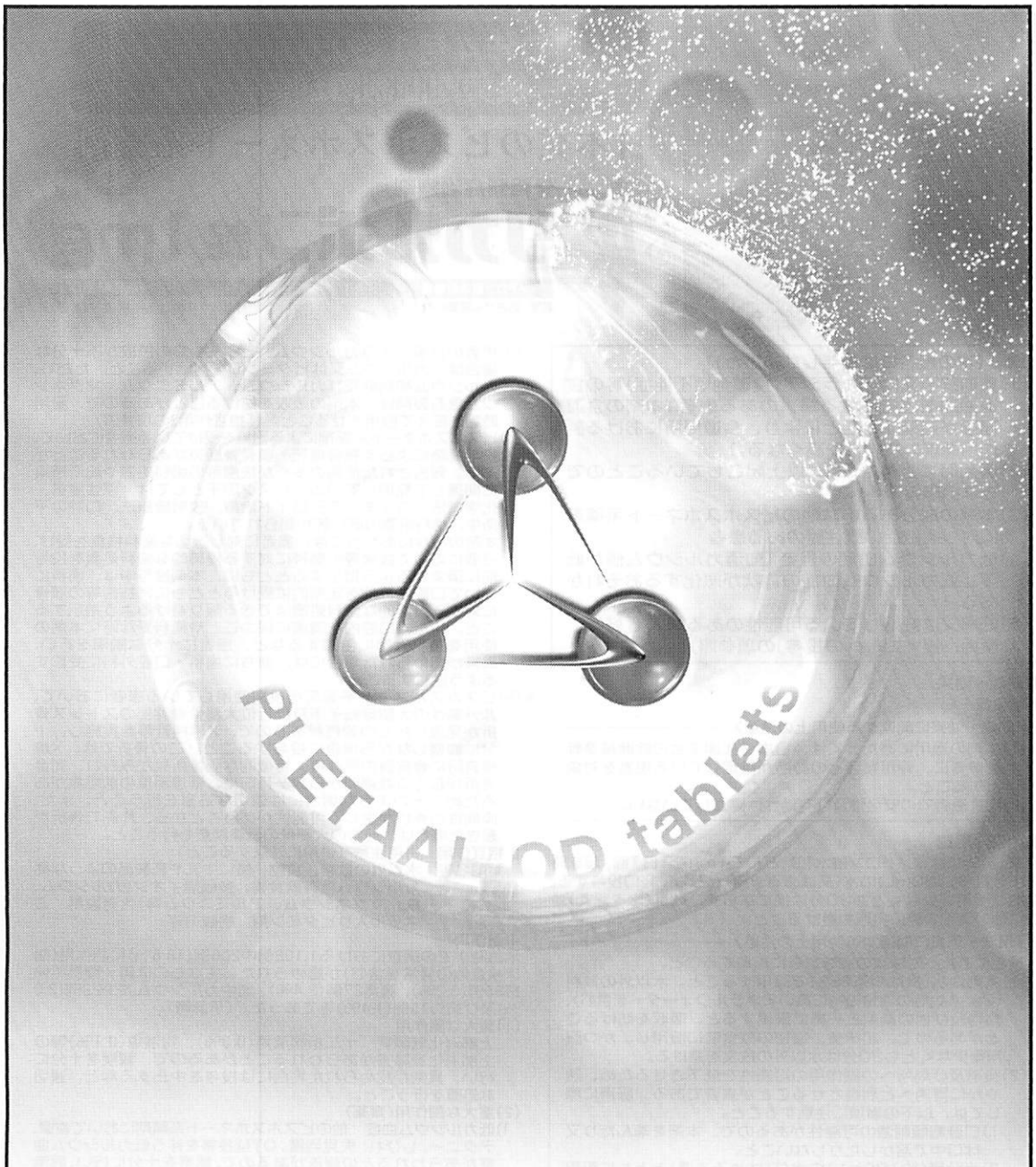
●「効能・効果」「用法・用量」「警告、禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売 アステラス製薬株式会社
東京都板橋区蓮根3-17-1
［資料請求先］本社／東京都中央区日本橋本町2-3-11

販売提携 ファイザー株式会社
〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7
資料請求先：製品情報センター

09/11作成.B5.B.02

CELECOX



新発売

抗血小板剤

シロスタゾール口腔内崩壊錠

薬価基準収載

プレタール®OD錠50mg・100mg

Pletaal® OD tablets 50mg・100mg

◇効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

製造販売元
大塚製薬株式会社
Otsuka 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社 信頼性保証本部 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

('10.04作成)



2010年4月1日より
投薬期間制限が解除されました。

日本発のビスホスホネート系薬剤

骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

リカルボン®錠1mg

ミノドロン酸水和物錠　RECALBON®

劇薬、処方せん医薬品[注]　注）医師等の処方せん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)食道狭窄又はアカラシア（食道弛緩不能症）等の食道通過を遅延させる障害のある患者〔本剤の食道通過が遅延することにより、食道局所における副作用発現の危険性が高くなる。〕
(2)服用時に上体を30分以上起こしていることのできない患者
(3)本剤の成分あるいは他のビスホスホネート系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者
(4)低カルシウム血症の患者〔血清カルシウム値が低下し低カルシウム血症の症状が悪化するおそれがある。〕
(5)妊婦又は妊娠している可能性のある婦人（「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照）

■効能・効果
骨粗鬆症

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉
(1)本剤の適用にあたっては、日本骨代謝学会の診断基準等を参考に、骨粗鬆症との診断が確定している患者を対象とすること。
(2)男性患者での安全性及び有効性は確立していない。

■用法・用量
通常、成人にはミノドロン酸水和物として1mgを1日1回、起床時に十分量（約180mL）の水（又はぬるま湯）とともに経口投与する。なお、服用後少なくとも30分は横にならず、飲食（水を除く）並びに他の薬剤の経口摂取も避けること。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉
投与にあたっては次の点を患者に指導すること。
(1)本剤は水（又はぬるま湯）で服用すること。水以外の飲料（Ca、Mg等の含量の特に高いミネラルウォーターを含む）、食物及び他の薬剤と一緒に服用すると、吸収を妨げることがあるので、起床後、最初の飲食前に服用し、かつ服用後少なくとも30分は水以外の飲食を避ける。
(2)食道及び局所への副作用の可能性を低下させるため、速やかに胃内へと到達させることが重要である。服用に際しては、以下の事項に注意すること。
1)口腔咽頭刺激の可能性があるので、本剤を噛んだり又は口中で溶かしたりしないこと。
2)十分量（約180mL）の水（又はぬるま湯）とともに服用し、服用後30分は横たわらないこと。
3)就寝時又は起床前に服用しないこと。

■使用上の注意（抜粋）
1.慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）
(1)嚥下困難、食道炎、胃炎、十二指腸炎、又は潰瘍等の上部消化管障害がある患者〔上部消化管粘膜に対し、刺激作用を示すことがあるので基礎疾患を悪化させるおそれがある。〕
(2)重篤な腎障害のある患者〔排泄が遅延するおそれがある。〕
2.重要な基本的注意
(1)上部消化管に関する副作用が報告されているので、これらの症状があらわれた場合は、本剤の服用を中止して診察を受けるよう指導すること。
(2)骨粗鬆症の発症にエストロゲン欠乏、加齢以外の要因が関与していることもあるので、治療に際してはこのような要因を考慮する必要がある。
(3)患者の食事によるカルシウム、ビタミンDの摂取が不十分な場合は、カルシウム又はビタミンDを補給すること。ただし、カルシウム補給剤及びカルシウム、アルミニウム、マグネシウム含有製剤は、本剤の吸収を妨げることがあるので、服用時刻を変えて服用させること。（「相互作用」の項参照）
＊(4)ビスホスホネート系薬剤による治療を受けている患者において、投与経路によらず顎骨壊死・顎骨骨髄炎があらわれることがある。報告された症例の多くが抜歯等の歯科処置や局所感染に関連して発現している。リスク因子としては、悪性腫瘍、化学療法、コルチコステロイド治療、放射線療法、口腔の不衛生、歯科処置の既往等が知られている。
本剤の投与にあたっては、患者に対し適切な歯科検査を受け、必要に応じて抜歯等の顎骨に対する侵襲的な歯科処置を投与前に済ませるよう指示するとともに、本剤投与中は、歯科において口腔内管理を定期的に受けるとともに、抜歯等の顎骨に対する侵襲的な歯科処置はできる限り避けるよう指示すること。また、口腔内を清潔に保つことや歯科受診時に本剤の使用を歯科医師に告知するなど、患者に十分な説明を行い、異常が認められた場合には、直ちに歯科・口腔外科に受診するよう注意すること。
＊(5)ビスホスホネート系薬剤を長期使用している患者において、非外傷性の大腿骨転子下及び近位大腿骨骨幹部のストレス骨折が発現したとの報告があるので、X線検査等を実施し、十分に観察しながら慎重に投与すること。この骨折では、X線検査時に骨皮質の肥厚等、特徴的な画像所見がみられ、完全骨折が起こる数週間から数ヶ月前に、罹患部位の前駆痛があるため、そのような場合には適切な処置を行うこと。また、両側性の骨折が生じる可能性があることから、片側で骨折が起きた場合は、他方の大腿骨の画像検査も行うこと。
3.相互作用　併用注意（併用に注意すること）
薬剤名等　水以外の飲料、食物　特に牛乳や乳製品のような高カルシウム含有飲食物、多価陽イオン（カルシウム、鉄、マグネシウム、アルミニウム等）含有製剤　ミネラル入りビタミン剤、制酸剤等
4.副作用
承認時までの調査における1,108例中206例（18.6%）に副作用（臨床検査値の異常を含む）が認められた。主なものは胃・腹部不快感35例（3.2%）、腹痛27例（2.4%）、血中カルシウム減少22例（2.0%）及び胃炎15例（1.4%）等であった。（承認時）
(1)重大な副作用
上部消化管障害　十二指腸潰瘍（0.3%）、胃潰瘍（0.1%）等の上部消化管障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。
(2)重大な副作用（類薬）
1)低カルシウム血症　他のビスホスホネート系薬剤において痙攣、テタニー、しびれ、失見当識、QT延長等を伴う低カルシウム血症があらわれるとの報告があるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
2)肝機能障害、黄疸　他のビスホスホネート系薬剤において重篤な肝機能障害、黄疸があらわれるとの報告があるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
3)顎骨壊死・顎骨骨髄炎　他のビスホスホネート系薬剤において顎骨壊死・顎骨骨髄炎があらわれることが報告されているので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

●その他の使用上の注意等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

（＊2010年6月改訂）

資料請求先
小野薬品工業株式会社
〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号
100601



「運動器の10年」世界運動

科研製薬は
「運動器の10年」世界運動を推進し、
QOLの向上に貢献してまいります。

ヒアルロン酸と関節痛の情報サイト
http://e-kansetsu.jp/

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

〔効能・効果〕
○変形性膝関節症、肩関節周囲炎
○関節リウマチにおける膝関節痛
(下記(1)～(4)の基準を全て満たす場合に限る) (1)抗リウマチ薬等による治療で全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛のある場合 (2)全身の炎症症状がCRP値として10mg/dL以下の場合 (3)膝関節の症状が軽症から中等症の場合 (4)膝関節のLarsen X線分類がGradeIからGradeⅢの場合

〔用法・用量〕
○変形性膝関節症、肩関節周囲炎
通常、成人1回1アンプル又は1シリンジ(精製ヒアルロン酸ナトリウムとして1回25mg)を1週間ごとに連続5回膝関節腔内又は肩関節(肩関節腔、肩峰下滑液包又は上腕二頭筋長頭腱鞘)内に投与するが、症状により投与回数を適宜増減する。
○関節リウマチにおける膝関節痛
通常、成人1回2.5mL(1アンプル又は1シリンジ、精製ヒアルロン酸ナトリウムとして1回25mg)を1週間毎に連続5回膝関節腔内に投与する。

本剤は関節内に投与するので、厳重な無菌的操作のもとに行うこと。

〔使用上の注意〕 —— 抜粋 ——
1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
(1)他の薬剤に対して過敏症の既往歴のある患者 (2)肝障害又はその既往歴のある患者[肝障害の既往歴のある患者においてAST(GOT)、ALT(GPT)異常値例がみられた。] (3)投与関節部に皮膚疾患又は感染のある患者[本剤は関節内に投与するため。]
2. 重要な基本的注意
(1)変形性膝関節症、関節リウマチにおける膝関節痛については、投与関節の炎症又は関節液貯留が著しい場合は、本剤の投与により局所炎症症状の悪化を招くことがあるので、炎症症状を抑えてから本剤を投与することが望ましい。 (2)本剤の投与により、ときに局所痛があらわれることがあるので、投与後の局所安静を指示するなどの措置を講じること。 (3)関節腔外に漏れると疼痛を起こすおそれがあるので、関節腔内に確実に投与すること。 (4)関節リウマチにおける膝関節痛については以下の点に注意すること。 1)本剤による治療は原因療法ではなく局所に対する対症療法であるので抗リウマチ薬等と併用すること。本剤は漫然と連用する薬剤ではない。 2)抗リウマチ薬等の治療により全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛がある場合、当該膝関節腔内に投与すること。 3)膝関節以外の使用経験はなく、他の関節については有効性・安全性が確立していないため本剤を投与しないこと。 4)関節リウマチでは膝関節の器質的変化が高度なものは有効性・安全性が確立していないため本剤を投与しないこと。
3. 副作用
総症例9,574例中、副作用が報告されたのは50例(0.52%)73件であった。また、臨床検査値には一定傾向の変動は認められなかった。 変形性膝関節症については、7,845例中にみられた副作用45例(0.57%)68件の主なものは、局所疼痛37件(0.47%)、腫脹14件(0.18%)、関節水腫3件(0.04%)であった。 肩関節周囲炎については、1,729例中にみられた副作用5例(0.29%)5件の主なものは、局所疼痛4件(0.23%)であった。
(アルツ再審査終了時:承認申請資料及び再審査申請資料)
(1)重大な副作用
ショック:ショック症状(頻度不明[注1])があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
(2)その他の副作用
以下のような症状が認められた場合は適切な処置を行うこと。

分類＼頻度	0.1～5%未満	0.1%未満	頻度不明[注1][注2]
過敏症[注3]		暮麻疹等の発疹、そう痒感	浮腫(顔面、眼瞼等)[注1]、顔面発赤[注1]
投与関節	疼痛(主に投与後の一過性の疼痛)、腫脹	水腫、発赤、熱感、局所の重苦しさ	関節周囲のしびれ感[注2]
肝臓			AST(GOT)上昇[注2]、ALT(GPT)上昇[注2]、Al-P上昇[注2]、LDH上昇[注2]
血液			好酸球増多[注2]、ヘマトクリット低下[注2]、白血球増多[注2]
その他			嘔気・嘔吐[注1]、発熱[注1]、倦怠感[注2]、蛋白尿[注2]、尿沈渣異常[注2]、動悸[注2]、ほてり[注2]、総蛋白低下[注2]、BUN上昇[注2]

注1)自発報告により認められている副作用のため頻度不明。
注2)関節リウマチにおける膝関節痛適用をもつ類薬により認められている副作用のため頻度不明。
注3)発現した場合は投与を中止し、適切な処置を行うこと。

- その他の使用上の注意等詳細は、添付文書をご参照下さい。
- 薬価基準収載

関節機能改善剤 (精製ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること
アルツ®関節注25mg

処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること
アルツディスポ®関節注25mg

ブリスター包装内滅菌済

特許登録 — 日本国特許第3831505号；第3845110号(医療用滅菌包装における滅菌方法)

製造販売元 生化学工業株式会社
東京都千代田区丸の内1丁目6-1

発売元 〔資料請求先〕
科研製薬株式会社
〒113-8650 東京都文京区本駒込2丁目28-8

(2010年1月作成) 10AP



新たな飛躍「ロキソニン テープ」

【禁忌】(次の患者には使用しないこと)
1. 本剤の成分に過敏症の既往歴のある患者
2. アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者[喘息発作を誘発することがある。]

【効能・効果】下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛　変形性関節症、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛
【用法・用量】1日1回、患部に貼付する。
【使用上の注意】
1. **慎重投与**(次の患者には慎重に使用すること)　気管支喘息の患者[病態を悪化させることがある。]
2. **重要な基本的注意**　(1)消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。(2)皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染による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、観察を十分行い慎重に投与すること。(3)慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また、患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。
3. **副作用**　本剤は、副作用発現頻度が明確となる臨床試験を実施していない。なお、ロキソニンパップ100mgにおいて承認時までに報告された副作用(自他覚症状及び臨床検査値異常)は、安全性評価対象例1,075例中91例(8.5%)であった。その主なものは、そう痒(2.1%)、紅斑(1.5%)、接触性皮膚炎(1.4%)等の皮膚症状、胃不快感(0.6%)等の消化管症状、ALT(GPT)上昇(0.6%)、AST(GOT)上昇(0.5%)等の臨床検査値異常であった。

	1～3%未満	0.5～1%未満	0.5%未満
皮　膚	そう痒　紅斑 接触性皮膚炎　皮疹		
消化器		胃不快感	上腹部痛 下痢・軟便
肝　臓		AST(GOT)上昇 ALT(GPT)上昇 γ-GTP上昇	

●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。

経皮吸収型鎮痛・抗炎症剤　薬価基準収載

ロキソニン®

テープ50mg・100mg

ロキソプロフェンナトリウム水和物貼付剤

製造販売元
リードケミカル株式会社
富山県富山市日俣77-3

販売元(資料請求先)
第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

0909(1006)

大日本住友製薬



経口プロスタグランジンE1誘導体製剤――――薬価基準収載
処方せん医薬品(注意－医師等の処方せんにより使用すること)

プロレナール®錠5μg

PRORENAL® リマプロスト アルファデクス錠

禁忌(次の患者には投与しないこと)
妊婦または妊娠している可能性のある婦人〔添付文書の「妊婦・産婦・授乳婦等への投与」の項参照〕

■効能・効果
1. 閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍, 疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善
2. 後天性の腰部脊柱管狭窄症(SLR試験正常で, 両側性の間欠跛行を呈する患者)に伴う自覚症状(下肢疼痛, 下肢しびれ)および歩行能力の改善

■用法・用量
1. 閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍, 疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善には, 通常成人に, リマプロストとして1日30μgを3回に分けて経口投与する.
2. 後天性の腰部脊柱管狭窄症(SLR試験正常で, 両側性の間欠跛行を呈する患者)に伴う自覚症状(下肢疼痛, 下肢しびれ)および歩行能力の改善には, 通常成人に, リマプロストとして1日15μgを3回に分けて経口投与する.

■使用上の注意
1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
(1) 出血傾向のある患者〔出血を助長するおそれがある.〕
(2) 抗血小板剤, 血栓溶解剤, 抗凝血剤を投与中の患者〔「相互作用」の項参照〕
2. 重要な基本的注意
(1) 腰部脊柱管狭窄症に対しては, 症状の経過観察を行い, 漫然と継続投与しないこと.
(2) 腰部脊柱管狭窄症において, 手術適応となるような重症例での有効性は確立していない.

3.相互作用
併用注意(併用に注意すること)
抗血小板剤　アスピリン, チクロピジン, シロスタゾール
血栓溶解剤　ウロキナーゼ
抗凝血剤　ヘパリン, ワルファリン

4.副作用
〈閉塞性血栓血管炎に伴う潰瘍, 疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善〉
承認時までの調査及び市販後調査において副作用集計の対象となった4,582例中184例(4.0%)に249件の副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められた. 主なものは下痢49件(1.1%), 悪心・嘔気・嘔吐22件(0.5%), 潮紅・ほてり22件(0.5%), 発疹17件(0.4%), 腹部不快感・心窩部不快感18件(0.4%), 腹痛・心窩部痛15件(0.3%), 頭痛・頭重14件(0.3%), AST(GOT)・ALT(GPT)の上昇等の肝機能異常12件(0.3%), 食欲不振10件(0.2%)等であった. (再審査終了時)
〈後天性の腰部脊柱管狭窄症(SLR試験正常で, 両側性の間欠跛行を呈する患者)に伴う自覚症状(下肢疼痛, 下肢しびれ)および歩行能力の改善〉
承認時までの調査における373例中34例(9.1%)に54件の副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められた. 主なものは胃部不快感8件(2.1%), 発疹6件(1.6%), 頭痛・頭重4件(1.1%), 下痢4件(1.1%), 貧血3例(0.8%)等であった. (承認時)
市販後の使用成績調査等では, 2,327例中136例(5.8%)に169件の副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められた. 主なものは胃・腹部不快感34件(1.5%), 腹痛13件(0.6%), 下痢10件(0.4%), 頭痛10件(0.4%), 悪心7件(0.3%), 胸やけ7件(0.3%)等であった. (再審査終了時)
(1)重大な副作用(いずれも頻度不明)
肝機能障害, 黄疸
AST(GOT), ALT(GPT)の著しい上昇等を伴う肝機能障害, 黄疸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.

●使用上の注意等の詳細は製品添付文書をご参照ください.

製造販売元(資料請求先)
大日本住友製薬株式会社
〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉
くすり情報センター
0120-034-389
受付時間/月～金 9:00～18:30(祝・祭日を除く)
【医療情報サイト】http://ds-pharma.jp/

2010.4作成



メラトニン受容体アゴニスト　薬価基準収載

処方せん医薬品注)

ロゼレム®錠8mg

ラメルテオン錠

新発売

注）注意－医師等の処方せん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. 本剤の成分に対する過敏症の既往歴のある患者
2. 高度な肝機能障害のある患者
3. フルボキサミンマレイン酸塩を投与中の患者

【効能・効果】 不眠症における入眠困難の改善

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉

ベンゾジアゼピン系薬剤等他の不眠症治療薬による前治療歴がある患者における本剤の有効性、並びに精神疾患(統合失調症、うつ病等)の既往又は合併のある患者における本剤の有効性及び安全性は確立していないので、これらの患者に本剤を投与する際には治療上の有益性と危険性を考慮し、必要性を十分に勘案した上で慎重に行うこと。

【用法・用量】 通常、成人にはラメルテオンとして1回8mgを就寝前に経口投与する。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

(1)本剤の投与開始2週間後を目処に入眠困難に対する有効性及び安全性を評価し、有用性が認められない場合には、投与中止を考慮し、漫然と投与しないこと。
(2)本剤は、就寝の直前に服用させること。また、服用して就寝した後、睡眠途中において一時的に起床して仕事等をする可能性があるときには服用させないこと。
(3)本剤は食事と同時又は食直後の服用は避けること。

【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)軽度から中等度の肝機能障害のある患者 (2)高齢者 (3)高度の睡眠時無呼吸症候群患者 (4)脳に器質的障害のある患者

2. 重要な基本的注意
(1)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、自動車の運転など危険を伴う機械の操作に従事させないように注意すること。(2)本剤の投与にあたっては、患者に対して生活習慣の改善を指導するとともに、投与開始2週間後を目処に入眠困難に対する有効性及び安全性を評価し、有用性が認められない場合には、投与中止を考慮し、漫然と投与しないこと。またその後も定期的に本剤の有効性及び安全性を評価した上で投与継続の要否を検討すること。(3)本剤の投与により、プロラクチン上昇があらわれることがあるので、月経異常、乳汁漏出又は性欲減退等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。

3.相互作用
CYP1A2が本剤の代謝に関与する主な代謝酵素であり、CYP2Cサブファミリー及びCYP3A4もわずかに関与している。

(1)併用禁忌(併用しないこと)**フルボキサミンマレイン酸塩**

(2)併用注意(併用に注意すること)**CYP1A2阻害剤：キノロン系抗菌薬等、CYP2C9阻害剤：フルコナゾール(アゾール系抗真菌薬)等、CYP3A4阻害剤：マクロライド系抗菌薬等、ケトコナゾール(アゾール系抗真菌薬)等、CYP誘導剤：リファンピシン(結核治療薬)等、アルコール(飲酒)**

4.副作用
承認時までのわが国での臨床試験では1日1回ラメルテオンとして4mg、8mg、16mg又は32mgが投与された1,864例中の194例(10.4%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められた(承認用量は8mgである)。主な副作用は傾眠(3.4%)、頭痛(1.0%)、倦怠感(0.5%)、浮動性めまい(0.5%)であった。以下の本剤での副作用は上記の臨床試験あるいは外国での市販後データ等に基づくものである。

(1)重大な副作用
アナフィラキシー様症状(蕁麻疹、血管浮腫等)(頻度不明注2))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。注2)外国での市販後の報告による

[投薬期間制限医薬品に関する情報]
本剤は新医薬品であるため、厚生労働省告示第97号(平成20年3月19日付)に基づき、薬価基準収載後1年を経過する月の末日までは、1回14日分を限度とした投薬しか認められない。

★使用上の注意の詳細については添付文書をご参照ください。

〔資料請求先〕
武田薬品工業株式会社
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号
http://www.takeda.co.jp/

(1006)



抗ヒトTNFαモノクローナル抗体製剤　薬価基準収載

レミケード®点滴静注用100

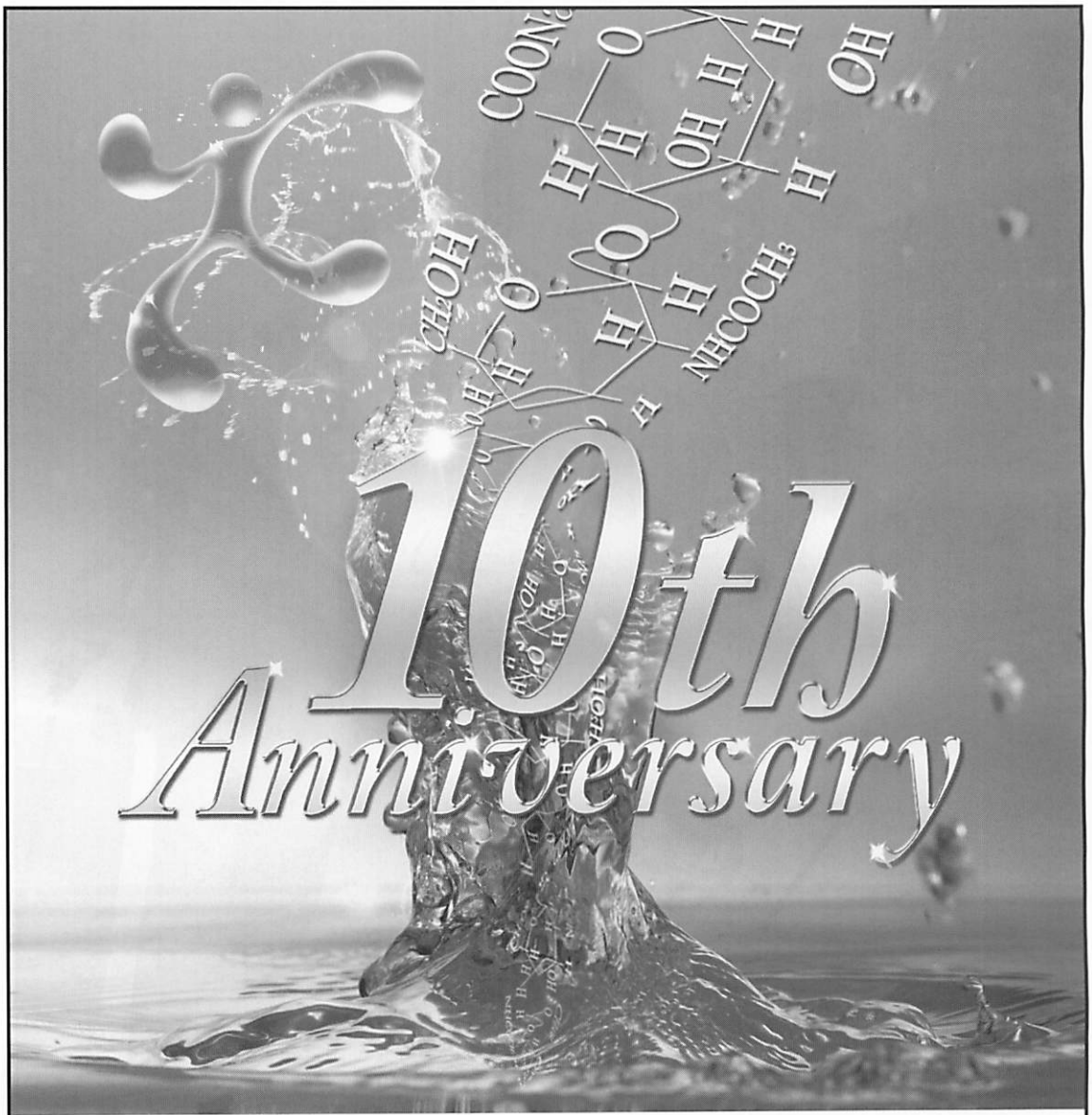
REMICADE® for I.V. Infusion100（インフリキシマブ（遺伝子組換え）製剤）

生物由来製品　劇薬　処方せん医薬品（注意-医師等の処方せんにより使用すること）

※ 効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元（資料請求先）
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区北浜2-6-18

2009年10月作成



関節機能改善剤
処方せん医薬品注)

薬価基準収載

SUVENYL

スベニール® ディスポ関節注25mg バイアル関節注25mg

SUVENYL®

ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液

注)注意ー医師等の処方せんにより使用すること。

※「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌」、「使用上の注意」等については最新の添付文書をご参照ください。

http://www.chugai-pharm.co.jp

製造販売元

(資料請求先)
中外製薬株式会社
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

ロシュ グループ

2009.12





骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

ボナロン®錠35mg

Bonalon® Tablet 35mg　<アレンドロン酸ナトリウム水和物錠>

劇薬・処方せん医薬品（注意－医師等の処方せんにより使用すること）

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

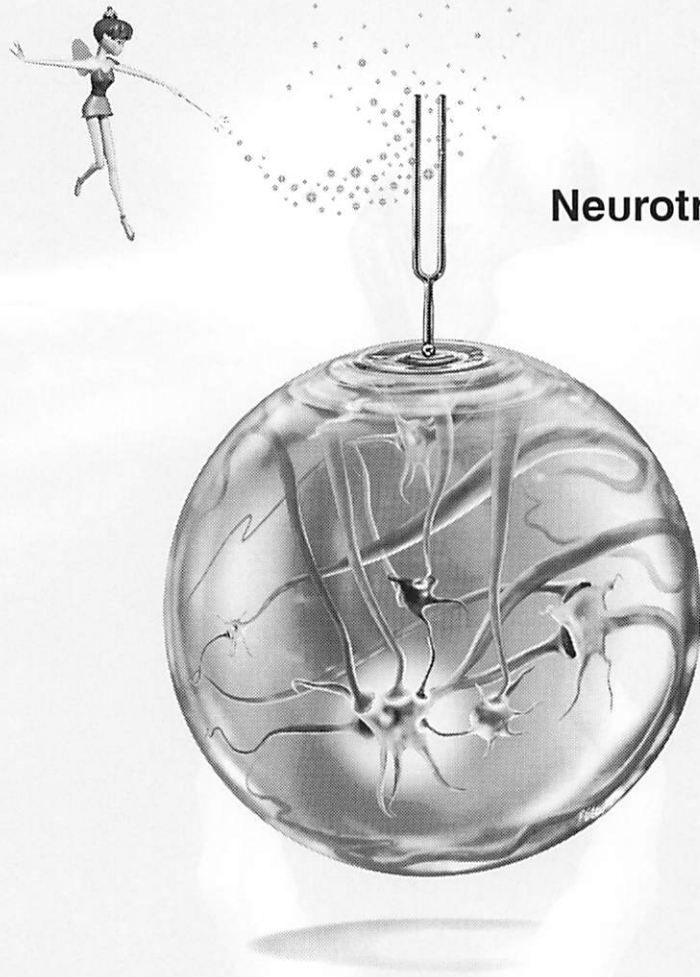
製造販売元

TEIJIN 帝人ファーマ株式会社

資料請求先：学術情報部
〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

商標　ボナロン/Bonalon is the registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

2009年7月作成
BNW094（KK）0907改1



下行性疼痛抑制系賦活型
疼痛治療剤(非オピオイド、非シクロオキシゲナーゼ阻害)

ノイロトロピン®錠4単位



ワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液含有製剤　〈薬価基準収載〉

疼痛(非オピオイド、非シクロオキシゲナーゼ阻害)
スモン後遺症状(冷感・異常知覚・痛み)、アレルギー性鼻炎・そう痒

ノイロトロピン®注射液3.6単位



生物由来製品　処方せん医薬品注)　ワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液含有製剤〈薬価基準収載〉

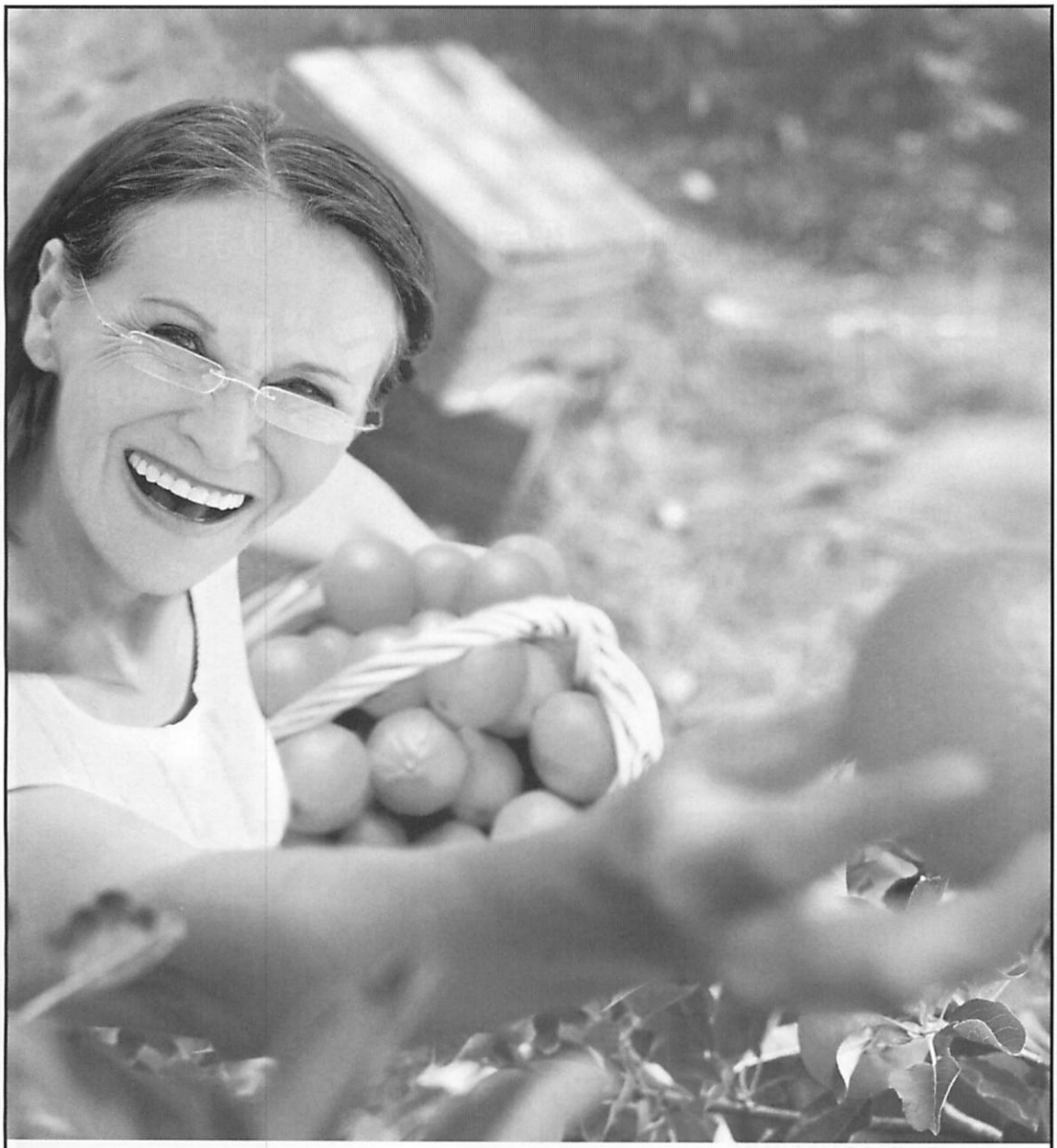
注)注意—医師等の処方せんにより使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元　日本臓器製薬
〒541-0046 大阪市中央区平野町2丁目1番2号
資料請求先：学術部

くすりの相談窓口 ☎06・6233・6085
土・日・祝日を除く 9:00～17:00

2010年1月作成



骨粗鬆症治療薬

フォサマック®錠35mg

Fosamac® Tablets 35mg

劇薬・指定医薬品・処方せん医薬品：注意－医師等の処方せんにより使用すること

アレンドロン酸ナトリウム 水和物 錠

〈薬価基準収載〉

【禁忌】、【効能・効果】、【用法・用量】、【使用上の注意】等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元［資料請求先］

万有製薬株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア

ホームページ http://www.banyu.co.jp/

Registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A. 2008年7月作成 07-13-FSM-08-J-A07-J

sawai

患者負担を軽減し、投与しやすくなりました

アルプロスタジル製剤



プロスタグランジンE1製剤
劇薬・処方せん医薬品注)
日本薬局方 アルプロスタジル注射液

薬価基準収載

アルプロスタジル注5μg/10μg「サワイ」
アルプロスタジル注5μg/10μgシリンジ「サワイ」

ALPROSTADIL

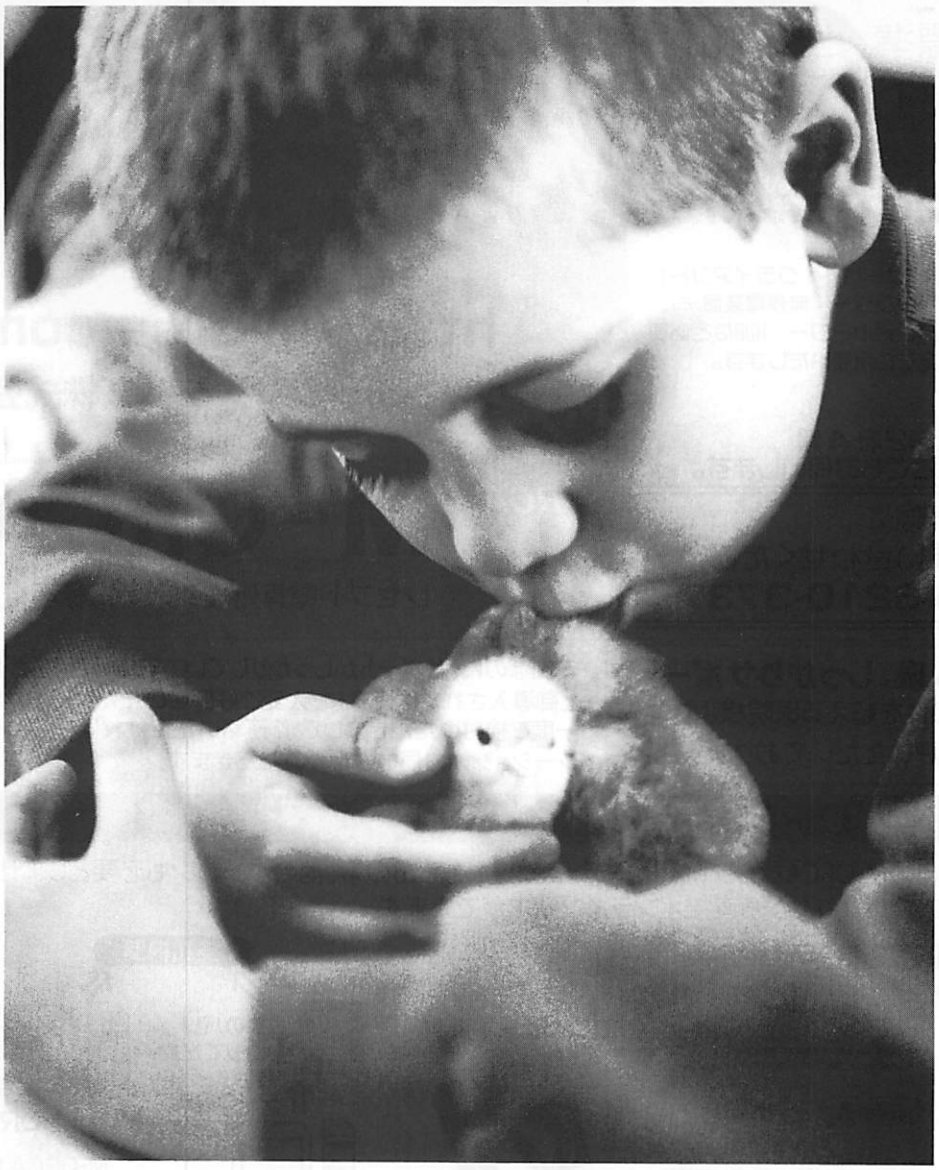
◆患者負担の軽減ができます。
◆従来品と同じ精製ダイズ油を添加しています。
◆シリンジ製剤(5μg・10μg)を用意し、投与しやすくなりました。
◆閉塞性動脈硬化症患者を対象とした一般臨床試験を実施し、有効性・安全性が確認されています(木村桂三他,医学と薬学,61(2),207(2009).)。

「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。
注)注意－医師等の処方せんにより使用すること

なによりも患者さんのために
沢井製薬

製品に関する資料のご請求やお問い合せについては
●医薬品情報センター 0120-381-999 ●医療関係者向け情報サイト http://med.sawai.co.jp

生命をささえる、情報がある。



37億年まえ地球に誕生した生命は、情報というパートナーとの歴史を歩んできました。
人の健康と、医学の進歩を支える精度の高い検査情報。それは英知が生んだ情報、新しいいのちの絆です。
日本医学臨床検査研究所は、最新のコンピューターネットワークを備えた総合ラボを核に、
スピーディに、正確に最前線の医療現場へ検査情報を提供。
ハイレベルな幅広い検査で医療の未来に貢献しています。

株式会社 日本医学臨床検査研究所
本社／〒613-0046 京都府久世郡久御山町大橋辺 16-10 TEL 075-631-6181(代)



日医標準
レセプトソフト

120万円（税別）～

■基本構成
（2台構成/サーバー・クライアント）
レーザープリンター・無停電装置・
ブロードバンドルーター・HUBなど必要
な機器を全てご用意いたします。

近畿2府４県
どこでもお伺いします。

お気軽に
お問い合わせください。
06-6210-3737

http://m-orca.com/

ウィンテックシステムズ株式会社

Everyday technology inovation!

M-ORCA

レセプト電算処理システム標準搭載

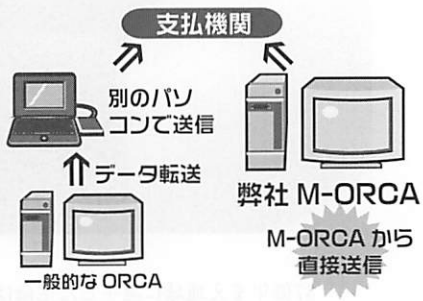
■導入後、しっかりサポート!
240件を超える医院様より、
ご好評いただいております。

安価なのに、サポートがしっかりしていて安心・使用感が良いと御導入された医院様に、大変ご好評をいただいております。一度ご検討いただきまして、ご連絡いただければ、デモンストレーションにお伺いさせていただきます。

∞∞ ORCAだけでオンライン請求が可能！ ∞∞

弊社独自のM-ORCAならフロッピーディスクはもちろんの事、他のパソコンも必要としません!
M-ORCAのパソコンから直接オンライン請求ができます。





- ●遠隔操作で安心サポート
- ●データー自動バックアップ／電源自動シャットダウン
- ●プロが駆けつけ安心サポート
- ●点数改定時の費用は０円
- ●お使いになる方の事を考えたデザイン

連動可能な電子カルテ
Future Clinic 21・・・NTT東日本/WINE STYLE・・・株式会社ＳＪＩ
Dr.CREDO・・・株式会社クレドメディカ/OpenDoliphin・・・株式会社グッデイ
他、お問い合わせください。

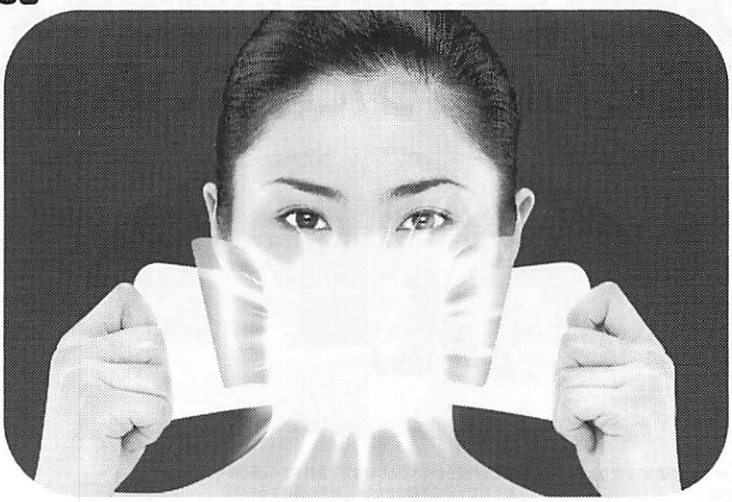
お問い合わせ

Wintec Systems
ウィンテックシステムズ株式会社
〒541-0058
大阪市中央区南久宝寺町3-2-7
第一住建南久宝寺町ビル4F
TEL:06-6210-3737
FAX:06-6390-5812

日医総研日医IT認定サポート事業所
日医IT
認定サポート
事業所認定番号
4091003

Hisamitsu

角が丸くなりました。



使いやすさ、さらにアップ。

経皮鎮痛消炎剤　ケトプロフェン貼付剤

〔薬価基準収載〕

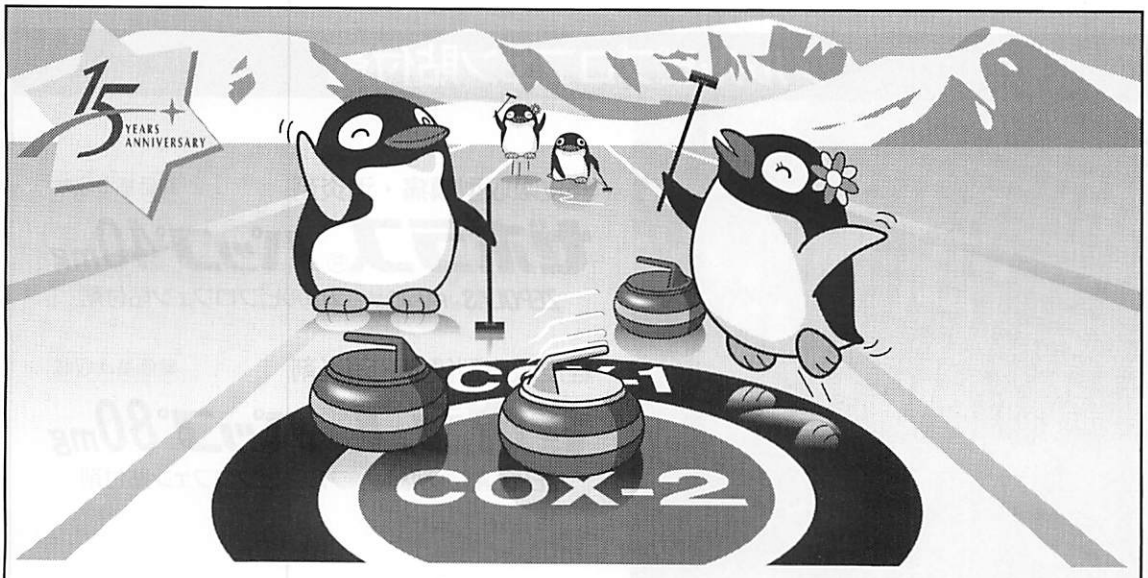
モーラス®パップ 30mg

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

製造販売元 久光製薬株式会社 〒841-0017 鳥栖市田代大官町408

資料請求先：学術部　〒100-6221 東京都千代田区丸の内1-11-1

2009年12月作成



非ステロイド性鎮痛・抗炎症剤

ハイペン®錠 100mg 200mg

Hypen®

薬価基準収載

エトドラク製剤

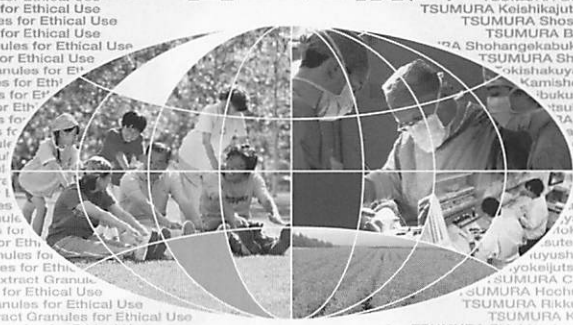
劇薬

効能・効果、用法・用量
および禁忌を含む使用上の注意等は
添付文書をご覧ください。

製造販売元（資料請求先：学術部）
日本新薬株式会社
〒601-8550 京都市南区吉祥院西ノ庄門口町14

2009年9月作成B5/2

漢方医学と西洋医学の融合により
患者さんに合った幅広い医療を



疲れやすくて、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿で時に口渇があるものの

腰痛、下肢痛、しびれに

=107= ツムラ牛車腎気丸（ゴシャジンキガン） エキス顆粒（医療用） 薬価基準収載

色白で筋肉軟らかく水ぶとりの体質で疲れやすく、汗が多く、小便不利で下肢に浮腫をきたし、膝関節の腫痛するものの

関節炎、浮腫、肥満症に

=20= ツムラ防已黄耆湯（ボウイオウギトウ） エキス顆粒（医療用） 薬価基準収載

関節痛、神経痛に

=18= ツムラ桂枝加朮附湯（ケイシカジュツブトウ） エキス顆粒（医療用） 薬価基準収載

■効能又は効果、用法及び用量、使用上の注意等は、製品添付文書をご参照下さい。

株式会社ツムラ http://www.tsumura.co.jp/
●資料請求・お問い合せは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。 0120-329-970

（2009年7月制作）

HU-0181 0201 1071 ㊫

フルルビプロフェン貼付剤



経皮吸収型鎮痛・消炎剤 薬価基準収載

ゼポラス® パップ40mg

ZEPOLAS® PAP40mg フルルビプロフェン貼付剤

経皮吸収型鎮痛・消炎剤 薬価基準収載

ゼポラス® パップ80mg

ZEPOLAS® PAP80mg フルルビプロフェン貼付剤

製造販売元 〔資料請求先〕
三笠製薬株式会社
〒176-8585
東京都練馬区豊玉北2-3-1
http://www.mikasaseiyaku.co.jp/

ISO 9001
ISO 14001

●「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

2009年11月作成

Santen

抗リウマチ剤　薬価基準収載

処方せん医薬品
（注意－医師等の処方せんにより使用すること）

アザルフィジン®EN錠 500mg 250mg

サラゾスルファピリジン腸溶錠

■〔効能・効果〕、〔用法・用量〕、〔禁忌を含む使用上の注意〕等については、添付文書をご参照下さい。

発売
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

製造販売
ファイザー株式会社
東京都渋谷区代々木3-22-7

Together

抗リウマチ剤　薬価基準収載

日本薬局方　ブシラミン錠

劇薬、処方せん医薬品
（注意－医師等の処方せんにより使用すること）

リマチル®錠100mg・50mg

■〔効能・効果〕、〔用法・用量〕、〔禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意〕等については、添付文書をご参照下さい。

製造販売元
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

抗リウマチ剤　薬価基準収載

劇薬、処方せん医薬品
（注意－医師等の処方せんにより使用すること）

メトレート®錠2mg

メトトレキサート錠

■〔効能・効果〕、〔用法・用量〕、〔警告、禁忌を含む使用上の注意〕等については、添付文書をご参照下さい。

製造販売元
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

2009年5月作成　ARM09EB52_BW

Metabo sartan

長時間作用型ARB　薬価基準収載

イルベタン®錠 100mg 50mg

イルベサルタン錠
IRBETAN®

処方せん医薬品注1)

注1）注意－医師等の処方せんにより使用すること

■「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」、「使用上の注意」等については添付文書等をご参照下さい。

提携
sanofi aventis

製造販売元［資料請求先］
シオノギ製薬
Metabolic & CV

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045 電話 0120-956-734（医薬情報センター） http://www.shionogi.co.jp/med/ ®：サノフィ・アベンティスグループ登録商標　2010年4月作成 B52

やさしさで、医療を科学する…
MINATO

干渉電流型低周波治療器　スーパーカイネ
Superkine
SK-10W DX

完全独立6チャンネルにより
治療効率がアップ

新発売

認証番号：222AGBZX00095000
管理医療機器　特定保守管理医療機器



チャンネル毎に治療モードの設定が可能
6台のポンプで全チャンネルを安定吸引



新設計のスリムフィット導子
(PAT.P)

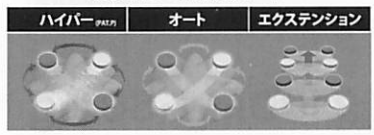
瘢痕がつきにくい軽量設計
衣服内に装着しやすい薄型設計

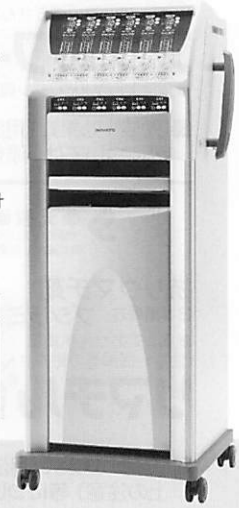


6チャンネルを効率的に稼動させる
スタンドリモコン (PAT.P)



症状で選べる新治療モード





ミナト医科学株式会社　URL　http://www.minato-med.co.jp/

本　社／〒532-0025　大阪府大阪市淀川区新北野3丁目13番11号　TEL 06(6303)7161　FAX　06(6303)9765
営業所／札幌・仙台・浦和・船橋・東京・多摩・横浜・新潟・金沢・静岡・名古屋・京都・南大阪・大阪・神戸・広島・高松・北九州・福岡・鹿児島

MINATO MEDICAL SCIENCE CO.,LTD.

SHOUEI　義肢装具・車椅子・各種杖

大阪府指定
株式会社　松栄製作所

義肢装具士
代表取締役　松　本　道　幸

〒589-0002　大阪狭山市東野中5丁目469－1
TEL（072）367－0002
FAX（072）367－7602

義肢装具士が痛みを和らげます

大高ブレース　　[大高　茂隆]

〒576-0016　交野市星田2-2-29-4

☎072-894-3511　FAX 072-894-3511

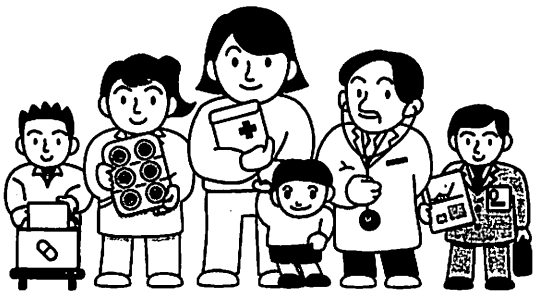
Sales Point

医師の指示のもとに、義肢装具士が専門の知識と技術で、
あなたの患部にフィットしたコルセットやサポーターを製作し、
痛みを緩和します。

NICHI-IKO

わたしたちは、ジェネリック医薬品が、社会〈患者・薬剤師・医師・卸売業者・製薬企業〉に必要とされ、提供し続けるために、自ら存続する努力を行い、ステークホルダーの皆様への責任を明確にしていきます。

あなたが選ぶ、ジェネリック



日医工株式会社

富山市総曲輪1丁目6番21

http://www.nichiiko.co.jp

お客様サポートセンター

開設時間 平日 9:00~17:00　(0120)517-215



大洋薬品大阪東販売㈱

〒577-0841

東大阪市足代３-１-７

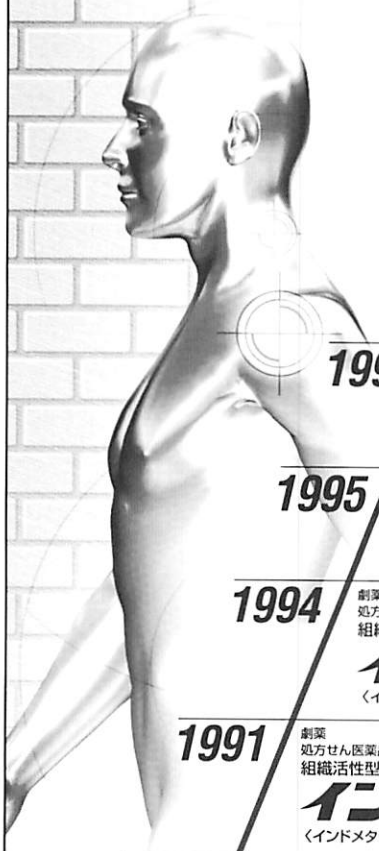
TEL(06)6736-4335　FAX(06)6736-4336

ジェネリック医薬品メーカー大洋薬品の医薬品を営業・販売しております。

エーザイ販売の主な
運動器疾患に対する治療薬・診断薬

薬価基準収載　検体検査実施料収載

販売開始年　※販売提携品



2007

劇薬
処方せん医薬品：注意―医師等の処方せんにより使用すること
骨粗鬆症治療剤／骨ページェット病治療剤
アクトネル®錠17.5mg
〈リセドロン酸ナトリウム水和物錠〉

低カルボキシル化オステオカルシンキット
血清中低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)測定用医薬品
ピコルミ®ucOC※
〈電気化学発光免疫測定法〉

2002

劇薬
処方せん医薬品：注意―医師等の処方せんにより使用すること
骨粗鬆症治療剤
アクトネル®錠2.5mg
〈リセドロン酸ナトリウム水和物錠〉

2000

鎮痛・抗炎症・解熱剤
ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」※
〈ロキソプロフェンナトリウム水和物錠〉

抗ガラクトース欠損免疫グロブリンG抗体キット
血清中抗ガラクトース欠損IgG抗体測定用医薬品
ピコルミ®CA・RF※
〈電気化学発光免疫測定法〉

1999

経皮吸収型鎮痛消炎剤
フェルビナクテープ70mg「EMEC」※
〈フェルビナク貼付剤〉

1995

骨粗鬆症治療用ビタミンK_2剤
グラケー®カプセル15mg
〈メナテトレノン製剤〉

1994

劇薬
処方せん医薬品：注意―医師等の処方せんにより使用すること
組織活性型鎮痛・抗炎症剤
インフリー®Sカプセル200mg
〈インドメタシン ファルネシル製剤〉

1991

劇薬
処方せん医薬品：注意―医師等の処方せんにより使用すること
組織活性型鎮痛・抗炎症剤
インフリー®カプセル100mg
〈インドメタシン ファルネシル製剤〉

1984

末梢性神経障害治療剤
メチコバール®錠250μg 細粒0.1%
〈メコバラミン製剤〉

処方せん医薬品：注意―医師等の処方せんにより使用すること
末梢性神経障害治療剤
メチコバール®注射液500μg
〈メコバラミン製剤〉

1983

処方せん医薬品：注意―医師等の処方せんにより使用すること
筋緊張改善剤
ミオナール®錠 50mg 顆粒10%
〈エペリゾン塩酸塩製剤〉

1981

末梢性神経障害治療剤
メチコバール®錠500μg
〈メコバラミン製剤〉

●効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

エーザイは、『運動器の10年』活動のパートナーとして運動を推進してまいります。

「運動器の10年」世界運動

Eisai エーザイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10
商品情報お問い合わせ先：エーザイ株式会社　お客様ホットライン
0120-419-497　9～18時（土、日、祝日 9～17時）

MO1003M03