



大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



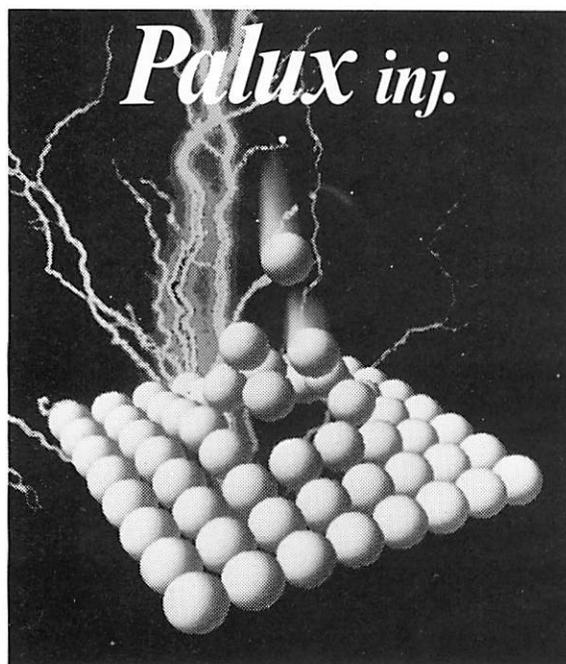
第13号
平成3年1月



プロスタグランジンDDS製剤

病巣血管へターゲティング

One Shotで確実な効果



静注用プロスタグランジンE₁製剤

パルクス[®]注

健保適用 (劇指) (要指) アルプロスタジル注射液

● 製品特長

1. PGE₁+微細脂肪粒子担体を開発(リポ化)
——PGの活性維持・肺での失活を回避
2. 病巣血管集積性
——強力な抗血小板・血流増加作用を局所で発揮
3. 潰瘍・四肢疼痛の早期改善——効果の持続
4. 治療操作性の向上——One Shot 静注
5. 副作用の軽減——注入局所の刺激性

〔効能・効果〕

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

〈警告〉

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

〔使用上の注意〕

1. 一般的注意

- (1)慢性動脈閉塞症(バージャー病、閉塞性動脈硬化症)、進行性全身性硬化症、全身性エリテマトーデス、振動病の患者に適用する場合には、次の事項を考慮すること。
 - 1)本剤による治療は対症療法であり、投与中止後再燃することがあるので注意すること。
 - (2)動脈管依存性先天性心疾患の新生児に適用する場合には、次の事項を考慮すること。
 - 1)重篤な疾患を有する新生児への投与なので、観察を十分に行い慎重に投与すること。なお、副作用が発現した場合は、投与中止、注入速度の減速など適切な処置を講ずること。
 - 2)無呼吸発作が発現することがあるので、投与中は呼吸状態の観察を十分に行い、発現した場合は投与を中止するなど適切な処置を講ずること。
 - 3)過量投与により副作用発現率が高まるおそれがあるため、有効最小量で維持すること。
 - 4)長期投与により長管骨膜に肥厚がみられるとの報告があるので、観察を十分に行い、必要以上の長期投与は避けること。
2. 次の患者には投与しないこと
妊婦又は妊娠している可能性のある婦人。
3. 次の患者には慎重に投与すること
 - (1)心不全の患者(心不全の増強傾向があらわれるとの報告がある)。
 - (2)緑内障、眼圧亢進のある患者(眼圧を亢進させると報告がある)。
 - (3)胃潰瘍の合併症及び既往症のある患者(既往のある患者に胃出血を認めたとの報告がある)。
 - (4)間質性肺炎の患者(間質性肺炎を増悪させる可能性がある)。

※用法・用量、その他の使用上の注意等は、添付文書をご参照下さい。



大正製薬株式会社

資料請求先

〒171 東京都豊島区高田3-24-1 ☎(03)985-1111

目次

巻頭言	河合秀郎	1
OCOA総会報告	第14回OCOA定時総会及び研修会	2
諸会議の報告	I JCOA平成2年第2回各県代表者会議	伊藤成幸 12
	II JCOA全国保険懇談会	服部良治 21
	III 平成2年度日整会役員・評議員懇談会	伊藤成幸 23
	IV 平成2年度OCOA臨時総会	木佐貫一成 31
	V 第17回JCOA研修会(高松)	長田明 32
	VI 大阪府医師会医学会運営委員会報告	大橋規男 35
	VII 平成2年度大阪府単科医会連絡協議会	長田明 38
研修会報告	I 整形外科医が知っておきたいMRの知識 —脊椎・脊髄領域— 大阪市立大学放射線科助教授 井上佑一	39
	II 骨粗鬆症の病態と治療への新しいアプローチ 大阪大学整形外科助教授 高岡邦夫	44
	III 日常見られる頸椎疾患の診断と治療 関西医科大学整形外科講師 森良樹	46
	IV 慢性関節リウマチの予後診断法と治療方針 大阪大学整形外科助教授 越智隆弘	54
大阪府医師会便り	八幡雅志	61
論説	第3回JCOA学会に参加して	大橋規男 63
	日本理学診療医学会について	坂本徳成 68
	OCOA会則改訂について	三橋二良 70
	第18回SICOTモンリオールに出席して	河合秀郎 72
	馬	柴田辰男 73
	JCOA研修会(高松)に参加して	明石武彦 74
	香港教育研修会印象記	秋吉隆夫 77
	私のアウトドアライフ	河合 潔 78
厚生部だより	I 平成元年度OCOA会員旅行	80
	II 平成2年度OCOA春季ゴルフコンペ	81
	III 平成2年度OCOA懇親旅行	83
	IV 第6回OCOA懇親旅行ゴルフコンペ	88
OCOA理事会議事録		89
会員名簿補追		91
編集後記		92

巻 頭 言

大阪臨床整形外科医会 理事
河 合 秀 郎

わが国の医師数はすでに20万人を突破しているという。必要病床数(一般病院)は116万床であるが、既存病床数は123万床をこえており、CT. 6000台、MRI. 1470台、尿路結石破壊装置も150台が既設されている。経済大国日本は医療においても先進国で、昭和36年に国民医療皆保険が制定され、その後57年老人保健法が新設された。その後、負担の公平性ということから、59年健保法の改正、61年老健法改正、63年国保法の改正がなされ今日に至っている。その結果、現在世界に冠たる長寿国になっていることは衆知の事実である。



最近の厚生省のあげているアドバルーンは看護婦充足・産業廃棄物・救急医療・骨粗鬆症・アルツハイマー・白内障・長寿科学研究・老人問題(ねたつきり老人0作戦)・高齢者福祉10ヶ年計画などであり、この中に整形外科に関係あるものも多い。われら実地医家と言えども絶えずこれら医療行政に目を向けている必要がある。医療環境の整備と称して、良質で効果的な医療供給体制、各種の健康・福祉サービス等、今後第二次の医療法改正が予定されているが、医療を担当する特に開業医にとってその医療経営の困難さは、ほぼ極限に達しているのではなかろうか。ここ10年間ほとんど実質医療費の値上げのない一方で人件費・材料費の高騰をかかえ、このままでいくと到底良心的な医療とかけはなれていくのは必至である。

最近アメリカで事故にあい入院治療した友人(外科医)が手術・検査など特殊医療なしで4日間に100万円の請求書を見せられびっくりして帰国して来た。『日本で100万円あれば3ヶ月位入院できるのになあ』と私にしみじみ話してくれた。国民医療費が19兆円をこえたといってもGNPにしめるパーセントは5~6%とひくく、欧米の半分である。要は、高度でしかも安上りの医療をしいられているのである。薬づけなどというのも、裏をかえせば技術料が低すぎるので自然と投薬のしめる率が高くなっているだけのことである。その上税負担が高く、これを支払うためにも利潤を追求せねばならないという悪循環がたしかにわが国の開業医制度にはある。

このところをなんとか行政にしっかり知らせる方法はないものだろうか。このままでは結局損をするのは国民自体であるということ。

O.C.O.A 総会報告

第14回大阪臨床整形外科医会定時総会及び研修会

日 時：平成2年11月17日(土)

場 所：ホテル日航大阪（5階鶴の間）

- (I) 総 会 午後3:00～4:00
1. 開会宣言 司 会 大橋 副 会 長
 2. 会長挨拶 伊 藤 会 長
 3. 議 事 議 長 松 尾 先 生 副議長 安 藤 先 生
 - 第1号議案 平成2年度庶務及び事業報告について承認を
求める件 小 杉 副 会 長
 - 第2号議案 平成2年度収支決算について承認を求める件
小 松 ・ 篠 原 理 事
 - 第3号議案 平成3年度事業計画案について承認を求める件
大 橋 副 会 長
 - 第4号議案 平成3年度収支予算案について承認を求める件
小 松 ・ 篠 原 理 事
 - 第5号議案 大阪臨床整形外科医会会則改訂案について承認を求める件
三 橋 理 事
 4. 閉会宣言 小 杉 副 会 長
- (II) 研 修 会 午後4:00～6:00
- 新薬紹介 座長 服 部 理 事
 - 講 演 I 座長 反 田 理 事
「整形外科における保険診療」 厚生技官 宮内 寿彦先生
 - 講 演 II 座長 堀 木 理 事
「股関節症の治療」
星ヶ丘厚生年金病院 院長 上野 良三 先生
(日整会認定医教育研修会認定1単位)
- (III) 懇 談 会 午後6:00～7:30 司会 厚生担当理事

I 平成2年度OCAO庶務及び事業報告

1) 会 員 状 況

期首(1.11.1) 224名 期末(2.10.31) 242名

退会者 黒瀬 寅次 先生(死亡)

2) 研 修 会

・平成元年 第4回 11月26日 於：太閤園

「RAの足について」

関西医科大学 教授 小川 亮恵 先生

・平成2年 第1回 3月22日 於：府医師会館

「慢性関節リウマチの治療 ～最近の進歩～」

大阪府立成人病センター 整形外科部長 小松原 良雄 先生

・平成2年 第2回 5月19日 於：大阪ターミナルホテル

「手関節障害の病態と治療」

北野病院 整形外科部長 梁瀬 義章 先生

「足の進化から見た足の疾患」

大阪市立大学 整形外科 教授 島津 晃 先生

・平成2年 第3回 7月21日 於：大阪ターミナルホテル

「整形外科医が知っておきたいMRの知識

～脊椎・脊髄について～」

大阪市立大学 放射線科 助教授 井上 祐一 先生

「骨粗鬆症の診断と治療に関する最近の進歩」

大阪大学 整形外科 助教授 高岡 邦夫 先生

・平成2年 第4回 10月20日 於：大阪ターミナルホテル

「日常見られる頸椎疾患の診断と治療」

関西医科大学 整形外科 講師 森 良樹 先生

「慢性関節リウマチの予後診断と治療方針」

大阪大学 環境医学科 教授 越智 隆弘 先生

3) 各種会議開催及び出席状況

A) OCAO関係

① 総会 第13回OCAO定時総会(元年.11.25) 於：太閤園

- ② 定期理事会 4回 (2年2/3,5/12,7/14,10/13)
- ③ 臨時役員会 (2.10.29)
- ④ 会則検討委員会 (2.3.17)
(大橋、三橋、坂本、村上、瀬戸、長田、早石)
- ⑤ 柔整師会との懇談 (2.9.12) (伊東、大橋、小杉)
- ⑥ 柔整師会講習会 (2.10.21) (服部、長田、堀木)

B) JCOA関係

- ① 2.4.14 JCOA総会 (伊藤、大橋、坂本、三橋、長田、服部) 於：名古屋
- ② 2.6.17 JCOA第3回学術集会 於：名古屋
- ③ 2.9.22~9.24 JCOA第17回研修会 於：神戸
- ④ 1.12.3,2.2.3,6.16,8.26 JCOA理事会 (坂本)
- ⑤ 2.3.11 JCOA各県代表者会議 (伊藤、坂本) 於：東京
2.9.22 同上 (伊藤) 於：高松
- ⑥ 2.4.22 JCOA近畿ブロック会
(伊藤、大橋、小杉、坂本、長田、服部) 於：京都
- ⑦ 2.1.27 JCOA選出日整会評議員懇親会 (伊藤) 於：東京
2.4.12 同上 (伊藤) 於：名古屋
- ⑧ 2.6.15 JCOA全国保険懇談会 (反田、服部) 於：東京
2.9.22 同上 (伊藤、反田、服部) 於：高松
- ⑨ 2.1.28 JCOA会則等検討委員会 (三橋、坂本) 於：大阪
2.5.6 同上 (//) 於：東京
2.6.16 同上 (//) 於：名古屋
2.7.22 同上 (//) 於：大阪
2.8.25 同上 (//) 於：東京
2.11.18 同上 (//) 於：大阪

C) 日整会関係

- ① 2.1.21 日整会認定医試験 (伊藤) 於：東京
- ② 2.4.12 日整会評議員会 (伊藤) 於：名古屋
- ③ 2.10.2 日整会役員評議員懇談会 (伊藤) 於：神戸
- ④ 2.1.6~1.7 日整会スポーツ委員会 (坂本) 於：大阪
2.1.20~1.21 同上 (//) 於：東京

D) 大阪府医師会関係

- ① 2.8.29 大阪府単科医会連絡協議会
(林原、伊藤、大橋、長田、三橋、越宗) 於：府医師会館
- ② 大阪府医師会医学会運営委員会 (大橋)
1.11.27, 1.12.25,
2.2.3, 3.5, 3.26, 4.23, 5.28, 6.25, 7.23,
8.27, 10.1, 10.22, 於：府医師会館
- ③ 大阪府医師会医学会総会あり方検討小委員会 (大橋)
2.5.28, 6.26, 7.23, 8.27, 10.22, 於：府医師会館
- ④ 1.11.11 大阪府医師会医学総会・評議員会 (大橋) 於：府医師会館

- ⑤大阪府医師会交通事故医療委員会（平山、河合、坂本、古賀、越宗）
 1.11.13, 11.27, 12.19, 12.21,
 2.1.23, 2.7, 3.8, 5.14, 7.9, 8.20,
 7.19, 8.25, 9.20, 於：府医師会館
- ⑥大阪府医師会労災部会役員会（平山、河合、坂本、八幡、柴田）
 1.12.14,
 2.1.11, 1.19, 2.16, 5.18, 6.15, 7.20, 9.21,
- ⑦大阪府医師会自動車保険医療連絡協議会（伊藤、平山、坂本、八幡）
 2.5.14, 6.11, 7.5, 7.20, 8.2, 9.3, 10.3,
- ⑧大阪府医師会健康スポーツ医学委員会（三橋、坂本、八幡）
 1.11.15, 12.13,
 2.1.17, 2.7, 3.14, 6.8, 7.11, 9.26,
- ⑨大阪府医師会健康スポーツ医学講習会（河合、三橋、坂本、八幡）
 2.2.24～25, 8.4～5, 10.20～21,
- ⑩大阪府医師会医事紛争処理特別委員会 第5専門委員会
 （林原、河合、坂本、八幡、浜田）
 1.12.6,
 2.1.10, 2.7, 3.7, 4.4, 5.9, 6.6, 7.8, 8.1, 9.5, 10.3,
- ⑪日本医師会労災自賠責委員会（河合、八幡）
 1.12.15,
 2.3.16, 6.27, 7.27, 8.31, 10.25, 於：東京
- ⑫近医連労災・自賠責担当理事連絡協議会（平山、河合、八幡）
 2.1.20, 5.13, 8.25,

(4) 福祉厚生部事業

- 2.5.27 第13回OCAゴルフコンペ
 於：北六甲ゴルフコース(西)
- 2.9.30 第14回OCAゴルフコンペ
 於：北六甲ゴルフコース(東)
- 2.11.10～12 第6回OCA親睦旅行
 済州島（島内観光、ゴルフ）

(5) OCA広報事業

大阪臨床整形外科医会会報 第12号 発刊

II 平成2年度会計報告

大阪臨床整形外科医会収支報告書

期 間 自 平成元年11月1日
至 平成2年10月31日

会 計 小 松 堅 吾
篠 原 良 洋

1) 大阪臨床整形外科医会

前 期 繰 越 金	3,158,307
今 期 剰 余 金	▲131,258
<hr/>	
計	3,027,049

2) 大阪臨床整形外科医会財産目録

(内 訳)

普通預金	・
大阪府医師信用組合	1,012,485
第一勧業銀行 吹田支店	233,118
定期預金	
大阪府医師信用組合(50万円×2口)	1,000,000
第一勧業銀行 吹田支店	500,000
現 金	281,446
合 計	3,027,049

3) 大阪臨床整形外科医会 平成2年度会費納入状況

会 員 242名 3,405,000円

4) 大阪臨床整形外科医会収支計算書

自 平成元年11月1日

至 平成2年10月31日

収 入		支 出	
年会費 (242名)	3,405,000	日本臨床整形外科医 会々費(237名)	2,370,000 @10,000×237
府医師会医会補助	100,000	JCOA学術振興基金 (27名)	81,000 @3,000×27
会報11号広告代	280,000		
会報12号広告代	280,000	事務費	74,285
預金利息	48,436	会報11号	549,608
本会大阪研修会 会計剰余金	284,000	会報12号	453,200
		通信印刷費	251,260
		役員出張費	105,000
		役員交通費	86,000
		会議費	293,863
		単科医会々費	20,000
		諸活動費	244,478
		支出小計	4,528,694
		剰余金	▲131,258
計	4,397,436	計	4,397,436

監査報告書

歳入歳出決算につき、平成2年11月3日慎重監査致しました処、適正に処理、管理されたことを認めます。

平成2年11月3日

監事 吉田正和印

平成2年11月5日

監事 本田寅二郎印

大阪臨床整形外科医会殿

III 平成3年度事業計画

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

1. 組織の強化

- (1) JCOA研修会、JCOA学会、JCOA近畿ブロック会に積極的に参加し、JCOA及びその各ブロック都道府県との交流・強調・情報交換に努め、整形外科医の団結に貢献する。
- (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、各単科医会、その他医療団体との連携を強化する。
- (3) 会員の権益擁護のため、理事会活動、各種委員会活動を活発に行う。
- (4) 未加入開業整形外科医の入会促進のために、積極的に勧誘活動を行う。

2. 学術活動

- (1) 会員の生涯研究の自己促進の啓発のため、日本整形外科学会認定医、同認定スポーツ医、同認定リウマチ医の認定教育研究会を開催し、その内容の充実を計ると共に、日本医師会、大阪府医師会の生涯研究システムとも協調する。
- (2) 各大学、公私病院との連携を密にし、生涯教育内容の充実、整形外科医療の進展に努力する。

<研修会日程の予定>

第1回：平成3年6月1日（土）	大阪ターミナルホテル
第2回：平成3年7月20日（土）	大阪ターミナルホテル
第3回：平成3年9月28日（土）	大阪ターミナルホテル
第4回：平成3年11月30日（土）	天王寺都ホテル

3. 広報・情報活動

- (1) 会誌第13号・14号発刊予定
- (2) 会員名簿発行
- (3) 医療・保険情報の収集・伝達に、より一層努力する。

4. 厚生・福祉活動

- (1) 会員親睦旅行：平成3年11月の予定
- (2) 会員親睦ゴルフコンペ
春季、秋季 日程未定

IV 平成3年度収支予算

(収入の部)

会 費	4,590,000(18,000×255)
寄附及び広告収入	600,000
受取利息	60,000
繰越金	3,027,049

合 計 8,277,049

(支出の部)

会 議 費 1,400,000

内訳：総会費 700,000
研修会費等 400,000
理事会会議費当 300,000

分 担 金 2,615,000

内訳：日本臨床整形外科医会々費 2,550,000
JCOA学術振興基金 45,000
近畿ブロック会費 10,000
大阪府単科医会々費 10,000

需 要 費 2,300,000

内訳：事務費 200,000
印刷費 400,000
通信費 500,000
OCSA会報費 1,200,000

交 通 費 700,000

内訳：役員出務費 300,000
役員出張旅費等 400,000

予 備 費 1,262,049

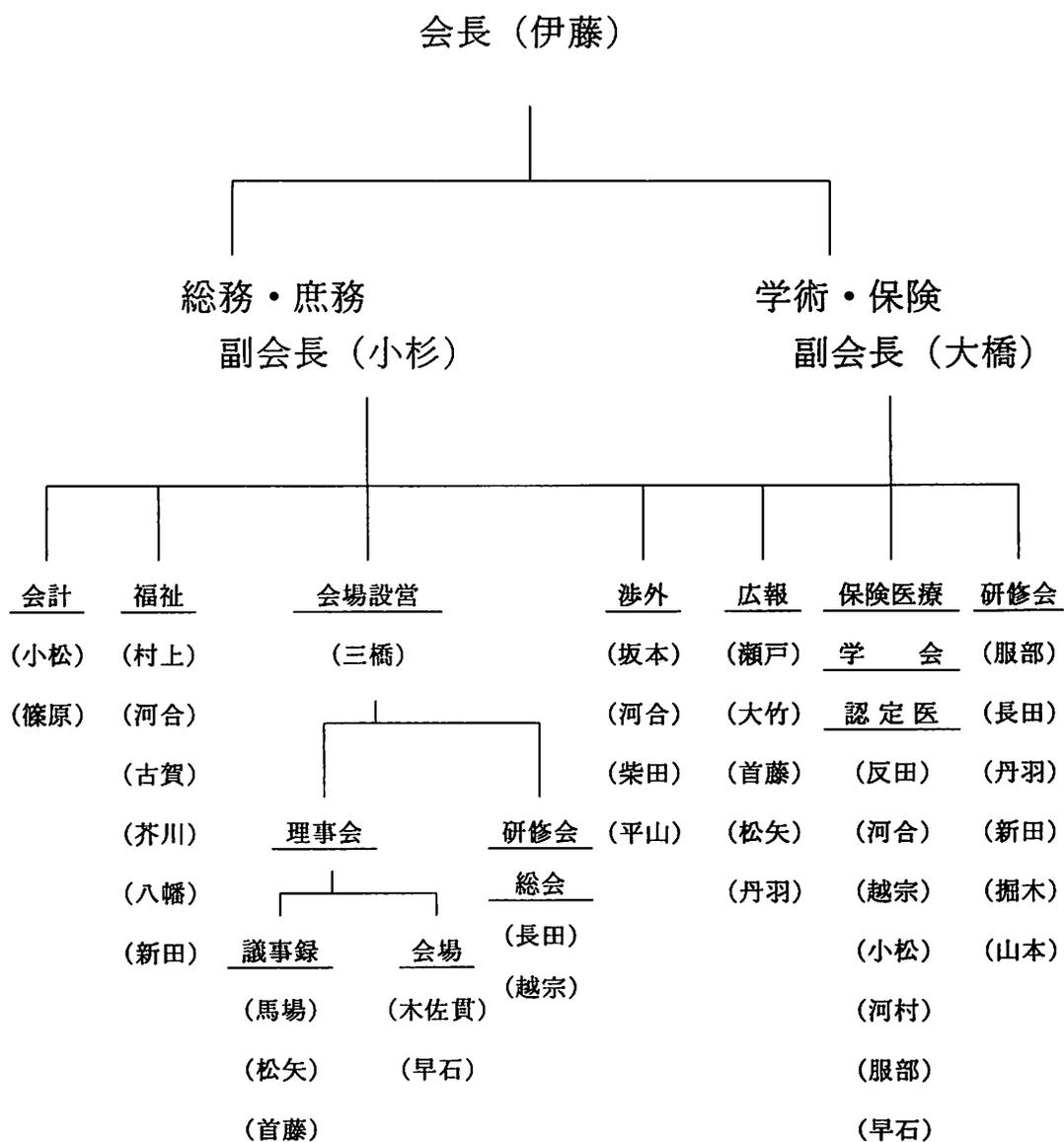
合 計 8,277,049

平成3年度O C O A役員

(五十音順)

名誉顧問	小川亮恵	(関西医科大学整形外科	教授)
	小野啓郎	(大阪大学医学部整形外科	教授)
	小野村敏信	(大阪医科大学整形外科	教授)
	島津晃	(大阪市立大学医学部整形外科	教授)
	田中清介	(近畿大学医学部整形外科	教授)
顧問	稲松滋		
	越宗正		
	林原明郎		
	原省吾		
会長	伊藤成幸		
副会長	大橋規男・小杉豊治		
理事	芥川博紀・大竹節郎・長田明		
	河合秀郎・河村都容市・木佐貫一成		
	古賀教一郎・越宗正晃・小松堅吾		
	坂本徳成・柴田辰男・篠原良洋		
	首藤三七郎・瀬戸信夫・反田英之		
	新田望・丹羽権平・服部良治		
	馬場貞夫・早石雅宥・平山正樹		
	堀木篤・松矢浩司・三橋二良		
	村上白土・八幡雅志・山本光男		
監事	本田寅二郎・吉田正和		
議長	松尾澄正		
副議長	安藤晃		

平成2年度O C O A役員役割分担表



（順不同）

諸会議の報告

1 平成2年第2回各県代表者会議

日 時：平成2年9月22日（土）15時～20時
場 所：高松国際ホテル（讃岐の間）
出席者：理事 15名。各県代表 44名

会長 伊藤成幸

第17回日本臨床整形外科医会研修会が、9月23日、24日の連休に、高松において開催されました。その前日の22日（土）、pm3時から高松国際ホテル（讃岐の間）にて、各県代表者会議が、もたれ、それに出席して参りました。

出席者はTCOA役員15名。各県代表者44名。
議題

1. 会員状況報告（資料1）

平成2年9月10日現在、JCOA会員、総数3709名。大阪の会員は、東京（298名）に次いで236名と全国第2位になっており、この1年間で27名の新入会員がありました。退会者は1名。（黒瀬寅次先生が、平成2年7月逝去されました。）

2. 平成2年上期事業報告。（資料2）

3. 平成2年上期会計報告。（資料3）（別表1. 2. 3）

4. 第4回JCOA学会（札幌）準備状況

5. 第18回研修会（新潟）準備状況（資料5）

6. 各種委員会報告

(1) 組織賛助委員会

賛助会員は、全国で182社であるが、大阪は、11社だけと少しさびしい状態です。委員会は、出来るだけたくさんさんの製薬会社、医療機械関係等の会社を賛助会員へ推薦されたいと各県へ要望された。

(2) 企業・福祉委員会

平成2年2月1日現在、日本臨床整形外科医会『総合福祉制度』への加入状況は、大阪56人で全国1位であるが、加入率26.7%と余り多くない。今年10月～11月にかけて勧誘月

間として、加入者の増加を期待している。

(3) 会則等検討委員会

現在の会則を、社団法人・日本臨床整形外科医会定款に改訂するべく、大阪の坂本先生が、担当理事。三橋先生が、委員長として作業が行われている。主な改正点は、①理事長制を採用する。②役員任期を2年とする。

③代議員および予備代議員を置く。④会計年度を毎年4月1日に始まり、3月31日に終る等。

7. 日整会理事会報告（10月2日 日整会評議員懇談会を参考にされたい）

日整会理事に信原、高山、高瀬先生が選出され、それぞれ活躍されている。日整会各種委員会へ42名のJCOAの先生方が参加され日整会に貢献されている。また17名の先生方が認定医試験委員になっておられる。

スポーツマニュアル、側弯症マニュアル、理学診療のマニュアル等が、日整会が作成中。

日整会スポーツドクターは、一部補講によって、自動的に日整健康スポーツドクターになれるということで日整と話し合いがついている。

8. 日整会評議員選挙について（資料4）

評議員の定数は、現在160名のところ200名に増員になるため、JCOA出身の評議員が、1人でも多く選出されることが望ましい。近畿地区は、29名より37名に増員となる。

9. その他

JCOA会員の理学診療医学会への加入が少ない。会員総数3709名中、加入者867名 加入率23.4% 出来るだけ各府県で入会者数を増すようお願いしたい。

以上簡単ですが、会議の概要を御報告いたします。

第18回 日本臨床整形外科医会研修会（新潟）スケジュール表

資料 (5)

時間																		
日程	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
9月21日(土) 第一日	(受 付)												夕食会 (D) 和食(鍋茶屋) (E) 和食(行形亭)	(H) 二次 会	新潟 宿 泊			
	(A) 上越方面一泊観光出発 ホテル前10:20集合																	
	(B1) 佐渡一泊観光出発 第一班 ホテル前10:20集合																	
	(B2) 出発第二班ホテル前12:20集合																	
(C) ゴルフ(フォレストゴルフクラブ)8:00ホテル前集合(送迎バス付)17:30ホテル着																		
9月22日(日) 第二日	(I) 日帰り佐渡観光					6:20ホテル前集合		7:00出航		文化 講 演 会		懇 談 会	(M) 二次 会	新潟 宿 泊				
	(J) 日帰り越後豪農めぐり					8:30ホテル前集合												
	(K) 親善ゴルフコンペ(紫雲ゴルフクラブ)					6:30分ホテル前集合(送迎バス付)												
	(A) (B1) (B2) 前日(21日)より続き、16:00頃ホテル着																	
[オオクラホテル 末広の間]												オオクラ ホテル スターライト						
9月23日(月) 第三日	朝食		(N) 市内観光					(O) サ ヨ ナ ラ 会	教 会	※本枠内は基本参加 ※二次会は同一ビル三店借り切り ※第三日目ホテルチェックアウトはA.M.10:00迄をお願いします。								
	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	

資料(1)

会 員 状 況

自平成元年名簿発行時
至平成2年9月10日

都道府県名	会員数	新入会	退 会	都道府県名	会員数	新入会	退 会
北海道	183	7	1	京 都	59	5	3
青 森	43	5	1	大 阪	236	27	1
岩 手	38	0	0	兵 庫	173	6	2
宮 城	62	3	2	奈 良	36	2	0
秋 田	31	0	0	和歌山	63	1	0
山 形	31	1	2	鳥 取	22	2	0
福 島	61	3	1	島 根	30	0	0
新 潟	63	1	0	岡 山	70	2	0
茨 城	54	2	1	広 島	139	6	0
栃 木	63	0	0	山 口	76	2	0
群 馬	48	0	1	徳 島	55	0	0
埼 玉	107	2	3	香 川	53	0	0
千 葉	98	1	1	愛 媛	64	0	0
東 京	298	17	3	高 知	40	0	0
神奈川	199	13	5	福 岡	231	0	3
山 梨	25	0	1	佐 賀	40	1	0
富 山	49	3	1	長 崎	73	3	1
石 川	36	1	1	熊 本	84	4	3
福 井	24	0	2	大 分	61	0	4
長 野	42	1	0	宮 崎	51	2	2
岐 阜	35	0	0	鹿 児 島	75	0	1
静 岡	113	3	1	沖 縄	18	0	1
愛 知	160	4	2				
三 重	53	0	0				
滋 賀	44	1	0	合 計	3,709	131	50

資料（2）

平成2年上期事業報告

- | | | |
|-----------|------------------------------------|-----|
| ○1月18日（木） | 広報委員会 | 東京 |
| ○1月27日（土） | JCOA選出日整会評議会 | 東京 |
| ○1月27日（土） | 平成元年会計監査 | 東京 |
| ○1月28日（日） | 会則等検討委員会 | 大阪 |
| ○2月3日（土） | 常任理事会 | 東京 |
| ○2月4日（日） | スポーツ委員会 | 名古屋 |
| ○2月25日（日） | 第1回理事会 | 東京 |
| ○3月11日（日） | 各県代表者会 | 東京 |
| ○3月11日（日） | 会則等検討委員会 | 東京 |
| ○3月25日（日） | 保険委員会 | 東京 |
| ○4月12日（木） | JCOA選出日整会評議員会 | 名古屋 |
| ○4月14日（土） | 総会 | 名古屋 |
| ○5月6日（日） | 会則等検討委員会 | 東京 |
| ○5月27日（日） | 企画・福祉委員会 | 神戸 |
| ○6月16日（土） | 常任理事会 | 豊川 |
| ○6月16日（土） | 会則等検討委員会 | 名古屋 |
| ○6月16日（土） | 臨時理事会 | 名古屋 |
| ○6月17日（日） | 第3回JCOA学会 | 名古屋 |
| ○7月7日（土） | 広報委員会 | 東京 |
| ○7月15日（日） | 保険懇談会 | 東京 |
| ○7月15日（日） | 組織・賛助会員委員会 | 東京 |
| ○7月22日（日） | 会則等検討委員会 | 大阪 |
| ○3月 | 日本臨床整形外科医会会誌第27号
（第2回JCOA学会記念誌） | 発行 |
| ○1月 | JCOAニュース第2号 | 発行 |
| ○7月 | JCOAニュース第3号 | 発行 |
| ○5月 | 「公益事業に関するアンケート」実施（全会員対象） | |
| ○7月 | 「患者さんに説明する図に関するアンケート」実施（全会員対象） | |

資料（3）

平成2年上期会計報告

1. 会計別資産（別表1）

(1) 一般会計

ア スーパーMMC 第一勧業 下谷

預入が100万円からとなったので、定期預金に代わって利用

イ 預り金

従業員の源泉徴収税、社会保険料

ウ 振替

学術振興基金会計へ 学術振興基金会費で一般会計に振込まれたもの

(2) 学術振興基金会計

普通預金がまとまった金額となった時、5年物貸付信託に振替えている。

(3) 福祉制度会計

約66万6千円の黒字

3. 収支

(1) 一般会計（別表2）

ア 会費

団体県	41県	3,405名	納入済	11県	788名	23%
-----	-----	--------	-----	-----	------	-----

個人県	6県	294名	納入済		236名	80%
-----	----	------	-----	--	------	-----

計	47県	3,699名	納入済		1,024名	28%
---	-----	--------	-----	--	--------	-----

イ 賛助会費

賛助会員	176社	納入済	125社		71%
------	------	-----	------	--	-----

ウ 広告料

会誌27号（JCOA学会記念誌）、JCOAニュース第2号等

エ 雑収入

第2回JCOA学会余剰金受け入れ 2,006,439円

オ 通信費、印刷費

JCOA学会記念誌、総会通知、アンケート等

カ 総会費

会場借料

(2) 学術振興基金会計（別表3）

（別表3）のとおり。

(3) 福祉制度会計（別表4）

ア 団体事務費

保険金額1万円につき15銭

イ 雑収入

預金利息

ウ 代行手数料

保険金額に関係なく、契約1件につき各々手数料が定められている。

従って、契約件数だけではなく、1件あたりの保険金額を増す必要がある。

エ 雑費

銀行送料手数料

別表（1）

会計別資産表

平成2年6月30日 現在

【一般会計】

資産の部

現金				86,473
定期預金	第一勧銀	下谷		1,000,000
スーパーMMC	第一勧銀	下谷		12,000,000
貸付信託	三井信託	上野		250,000
普通預金	第一勧銀	下谷		6,152,550
普通預金	第一勧銀	金町		70,491
普通預金	大和銀行	上野		671,102
金銭信託	三井信託	上野		10,212
郵便振替				61,000
保証金				4,400,000

計 24,701,828

負債の部

預り金				257,490
関東ブロック会費				3,000

計 260,490

振替

學術振興基金会計へ				45,000
-----------	--	--	--	--------

合計 24,396,338

【學術振興基金】

資産の部

貸付信託	三井信託	上野		32,660,000
普通預金	第一勧業	金町		776
普通預金	三井信託	上野		173,522

計 32,834,298

振替

一般会計から				45,000
--------	--	--	--	--------

合計 32,879,298

【福祉制度】

資産の部

普通預金	第一勧業	金町		666,514
------	------	----	--	---------

合計 666,514

別表（2）

平成2年 上半期収支報告

【一般会計】

自平成2年1月1日

至平成2年6月30日

単位 千円

借 方 (支 出)				貸 方 (収 入)			
科 目	予算額	執行額	執行率	科 目	予算額	執行額	執行率
1 学会準備費	2,000	0	0%	1 会 費	36,500	12,708	35%
2 研修会補助	2,000	0	0	2 賛助会費	8,000	6,600	83
3 会 議 費	4,800	1,148	24	3 広 告 料	7,900	1,450	18
4 旅費交通費	9,620	2,455	26	4 雑 収 入	220	2,273	1033
5 通 信 費	6,520	1,398	21	5 預金利息	200	149	75
6 事務用消耗品費	530	154	29	6 返 戻 金	0	126	—
7 印 刷 費	16,250	3,190	20	7 前年度繰越	12,725	12,725	100
8 臨時雇用費	200	38	19				
9 身体障害社補助	500	100	20				
10 謝 金	500	150	30				
11 積 立 金	1,000	0	0				
12 総 会 費	200	60	30				
13 障害保険料	200	43	22				
14 給料手当	10,030	4,930	49				
15 法定福利費	960	517	54				
16 事務所家賃	1,980	1,150	58				
17 共 益 費	390	222	57				
18 光熱水料	200	83	42				
19 コピー整備費	300	22	7				
20 リース料	360	78	22				
21 築 吊 費	300	60	20				
22 備 品 費	500	0	0				
23 雑 費	500	238	48				
予 備 費	5,705	0	0				
合 計	65,545	16,036	24%	合 計	65,545	36,031	55%

別表（3）

平成2年 上半期収支報告

【学術振興基金会計】

自平成2年1月1日

至平成2年6月30日

収 入			
会 費	15名	45,000円	
寄 付		50,000円	
	(内訳)		
	山崎忠保先生	50,000円	
利 息		650,968円	
計			745,986円
支 出			0円
合 計			745,986円

別表（4）

平成2年 上半期収支報告

【福祉制度会計】

自平成2年1月1日

至平成2年6月30日

収 入			
団体事務費		1,255,502円	
雑 収 入		664円	
計			1,256,166円
支 出			
代行手数料		951,739円	
雑 費		1,957円	
計			953,696円
合 計			302,470円

資料（４）

評 議 員 定 数

地 区	会 員 数	平 成 元 年 定 数 (立 候 補 者 数)	平 成 3 年 定 数
北 海 道	623	7 (8)	8
東 北	1,186	13 (16)	16
関 東	4,696	51 (54)	63
中 部	2,036	22 (22)	28
近 畿	2,720	29 (29)	37
中・四 国	1,602	17 (17)	22
九 州	1,945	21 (21)	26
計	14,808	160 (167)	200

II JCOA全国保険懇談会

日時：平成2年7月15日

場所：中野サンプラザ（東京）

理事 服部良治

(1) 自賠責について

JCOAの実施した自賠責診療費アンケート集計表を参考資料として活発な意見交換が行われた。話題となった事項を以下に列挙する。

1) 日医がガイドラインなるものを提出してから色々な面で影響が出はじめ、特に入院医療費が損保の標的にされている。

2) アンケート調査では各地区とも労災特掲料金を基礎として算定としているので公表出来ない又は記入していない県が目立った。

3) 日医の案に反対である。あくまでも自由診療制を守る。日医の理事を外科、整形外科から出さないと話にならない。（京都）

4) 自賠診療費を労災の2割増として試算すれば1点単価は外来14円、入院15-16円であり入院治療費の落込みが大きい。（神奈川）

5) 過失相殺については、法の問題であり損保側が勝手に決められるものではない。病院や患者に対し、交渉を有利にするための材料として損保側は利用している。（神奈川・広島）

6) アンケート調査を行ったが日医からストップがかかった。損保側「日医のガイドラインは日医が勝手にお作りになったもので、どの様にでも御自由に」と言っている。自賠責に関する会員の声は日医までとどいていない。（某県）

7) 会員の声、意見などJCOAニュースに掲載したい。日医にはJCOAから意見を出す積りだ。（金井会長）

8) 近畿地区各県のアンケート集計結果を抜粋する。（別表）

(2) 4月の診療報酬改正による影響について

1) 点数改訂により総点数は

a) 増点になった 11県(0.24~3%)

b) 変らない 11県

c) 減点になった 14県(1~4%)

2) 運動療法料の点数：非承認施設において運動療法の経験を有するものが治療した場合の5点加算について

a) 治療スタッフをチェックする。（13県）

b) 治療スタッフをチェックしない。（21県）

c) 回答なし （2県）

3) その他：次回の点数改正に改定を希望する項目を3項目以内でお知らせ下さい。

a) 理学療法について（23県）

イ) 運動療法の点数を増量する。

ロ) 老人医療にも専従者加算を

ハ) 病名が異なれば治療処置との重複請求を認めてほしい。

b) 創傷処置について（12県）

イ) 処置の上限期間の制限をなくす

ロ) 内科再診より低い処置点数の引上げ

ハ) 処置点数の増点。

c) ギブス料（12県）

イ) 技術料の増点

ロ) 材料費の請求を認める。

ハ) 時間外加算

d) 手術料（12県）

イ) 他科に比して手術点数が低い

ロ) 手術の難易度によるアンバランス

ハ) 術中の透視料

ニ) 鏡視下手術の加算

e) 慢性疾患指導料について（8県）

イ) もっと多くの整形外科疾患に指導料を認めてほしい。

f) 保険請求事務の簡素化を（4県）

g) その他

イ) 関節鏡検査の増点

ロ) 伸縮包帯等材料費の請求を認めよ。

ハ) テーピングは足関節以外も認めよ。

ニ) 有床診療所の入院料の増点

ホ) CT検査の四肢の制限をなくする。

(3) 講演：「保険医療の展望」

講師：厚生省健康政策局計画課長

小林秀資先生

－省略－

自賠責診療アンケート集計結果

設問 府県名	1. 薬剤、材料等の「モノ」についての具体的な内容について。	2. 労災保険における診療費算定基準で独自なものがあればその内容について（お差支えなければ）	3. 診療費算定基準以外の連絡、照会および請求、支払いに関するルート化（書類の様式を含む）されたものがあればその内容について。	4. 自動車保険医療協議会（いわゆる三者協議会）が発足しているか、発足していればその実情について。
※三重	現在薬剤、材料20円 将来日医方式	公表できない	特になし	三者協議会発足 不定期に開催
滋賀	三者協議会で決定 薬剤・治療特定材料・入院食費・病衣寝具→「モノ」	三角巾の保険適応 湿布は部位毎の算定 (面積合算はしない)	損保会社より事故についての連絡票を医療機関に送る	三者協議会発足 近畿医師連合会6月より労災を算定基準として発足予定
京都	原則として、医師の自由裁量権確保のため自由診療 私病協の点数1点26円(20~30円)が普通	特になし		三者協議会発足
※大阪	自算会、損保協会と協議中	協議中 (公表しにくいものあり)	紛争の恐れのあるものには損保より事故状況等の「自動車保険連絡票」を医療機関に提出す。ユニークでよい	61年12月に発足したが、あまり活動していない
※兵庫	具体的には、決定していない	公表できない	整備されている	三者協議会は充分機能している
奈良	レントゲン診断はフィルム代も一括して請求しているが、損保側は「モノ」と考えている	特になし	特になし	発足している 年2~3回開催

III 平成2年度 日整会役員・評議員懇談会

日時：平成2年10月22日（木）p m1：00～
場所：神戸市ポートピアホテル

会長 伊藤 成幸

議事は、表1のように行われ、その主なものについて報告します。

まづ鳥山理事長の挨拶で始まる。

議題

1 第64回日本整形外科学会学術集会の中間報告（山室会長）

平成3年4月18日（木）、19日（金）、20日（土）、京都国際会館にて行われ、21日（日）は1日中教育研修講演だけになる予定

2 第5回基礎医学集会（広畑会長）

10月3日（金）、4日（土）と評議員懇談会の翌日より開催された。（神戸ポートピアホテル）

3 第24回日本整形外科学会骨軟部腫瘍学術集会（立石会長）

平成3年7月19日（金）、20日（土）の2日間に渡って、東京虎の門国立教育会館にて行われる。

4 各種委員会

1) 教育研修委員会（資料 1）

各地区の研修単位発行数は、資料1を参考にされたい。自己申告による取得単位の申請は、984単位が出され、審査の結果894単位が認められた。不審な点があれば、異議申し立ての期間に異議申請ができる。

なお、受講内容は、分野を広く受講してほしい。また、6年間36単位をまとめて短期間にとらないように、ということであった。

4) 社会保険等検討委員会

保険点数引上げの申請に対して、とりあげられ易いようにするため、将来整形外科としての特色のあるものについて申請するようになりたい。また運動療法の減点に対するアンケートを施行する。

9) 認定医制度委員会

日整会指定の研修施設に対して2年毎に該当するか、どうか、チェックしている。

認定医試験について、平成3年1月17日（木）筆記試験、1月18日（金）口答試験。受験者は、全国で527名（昨年は451名）

11) スポーツ委員会（資料 2）

スポーツ医（3671名）の認定審査の結果は、（自己申告者は51名）95%が良。7%は書類が不備（スポーツ実践で競技会の責任者の氏名と証明が必要）。認められなかった理由は、本人に知らせる。

スポーツ医学研修カリキュラムの変更について、日医の健康スポーツドクターのカリキュラムと比べて、日整会の方は、4単位ほどぬけている。それを補完することで、日整会スポーツドクターから日医の健康スポーツドクターになれるように話し合いで決まった。

13) リウマチ委員会

日整会リウマチ医の研修単位として認定されるのは、R.Aに関するものだけでO.A等は、認定されていない。しかしリウマチ財団では、R.Aだけでなく非常に広範囲のものを対象としている。

日整会とリウマチ学会との一本化は、いろいろ問題があり、8月末日の臨床整形外科医会の理事会で時期なお早いと、いうことになり、日整会は、その意思を採用した。

15) 定款等検討委員会

評議員選挙の改正：評議員の選挙方法について、定款等検討委員会では、いろいろな意見が出ていた。（平成2年10月9日づけで日整会の評議員選挙公示で選挙方法等が決まり。さらに近畿地区では、評議員の定数が29名→37名に増員になり、話し合いで候補者37名が決定した。

18) 産業医委員会

腰痛、振動病等は、整形外科に関係の深いものがあるが、これに関して整形外科医は、全く関係していない。そのためできるだけ多くの整形外科医が、指定産業医になる必要がある。

22) 整形外科移植問題等検討委員会

移植に関するガイドラインについて（資料3）

整形外科において、骨移植術をはじめ、各種移植術が、重要な治療手段として頻繁に行

われており、将来の同種複合組織移植をふまえて、各種移植に関する日本整形外科学会主導型の合法的、かつ合理的な移植システム作りが必要である。1990年3月山本真担当理事のもと、7名の委員よりなる整形外科移植問題等検討委員会が設置された。今回、最終的なガイドラインが出来た。その一部を紹介する。

その他各委員会が、それぞれ活動状況を報告された。

以上、簡単ですが、報告申し上げます。

資料（1）

平成2年9月20日

平成元年度

認定教育研修開催状況ならびに単位取得状況について

教育研修委員会・中央資格認定委員会

教育研修講演		
地区	認定医 数	地区発行 単位
	名	単位
1. 北海道	(377)	3,042
2. 東北	(741)	3,558
3. 関東	(2,325)	20,943
4. 中部	(1,153)	5,634
5. 近畿	(1,441)	8,647
6. 中・四	(1,010)	6,711
7. 九州	(1,066)	9,116
合計	(8,113)	57,651 (1名平均7.1単位)

自己申告	
数と単位	認否単位
名：単位	認（否）
5：23	21（2）
37：100	87（13）
35：428	390（38）
49：140	124（16）
53：141	130（11）
27：80	78（2）
22：72	64（8）
328：984	894（90）

平成元年度に認定医資格継続のための教育研修会として認定されたのは658件で、発行した受講証明書の単位数は1年間で57,651単位となり、年間1名平均7.1単位取得していることとなります。

また、自己申告による取得単位の申請が328名から984単位が申請されその審査を地区および中央資格認定委員会で行いました。

表（１）

平成２年度 役員・評議員懇談会 議事

- I. 開会の辞
- II. 理事長挨拶
- III. 議題
 - 1. 第64回日本整形外科学会学術集会の中間報告
 - 2. 第5回日本整形外科学会基礎学術集会の運営報告
 - 3. 第24回日本整形外科学会骨・軟部腫瘍学術集会の中間報告
 - 4. 各種委員会中間報告
 - 1) 教育研修委員会
認定医資格継続の自己申告について
 - 2) 骨・軟部腫瘍委員会
 - 3) 身体障害委員会
 - 4) 社会保険等委員会
 - 5) 日整会誌編集委員会
 - 6) 学術用語委員会
 - 7) 国際委員会
 - 8) 義肢装具等委員会
 - 9) 認定医制度委員会
 - 10) 医事紛争調査委員会
 - 11) スポーツ委員会
スポーツ医学研修カリキュラムの変更について
 - 12) 基礎委員会
 - 13) リウマチ委員会
 - 14) 理学診療委員会
 - 15) 定款等検討委員会
評議員選挙について
 - 16) 整形外科インプラント評価基準委員会
 - 17) 足部疾患治療成績判定基準委員会
 - 18) 産業医委員会
 - 19) 医療システム検討委員会
 - 20) 肘疾患治療成績判定基準委員会
 - 21) 骨系統疾患委員会
 - 22) 整形外科移植問題等検討委員会
移植に関するガイドラインについて
骨・関節移植などの全国調査について
 - 23) 広報室
 - 24) その他
 - 5. 評議員提案議題
 - 1) 頸椎症治療成績判定基準の再検討委員会について 竹光評議員
 - 2) その他
 - 6. その他
- IV. 閉会の辞

資料（２）

会告

平成2年8月1日
社団法人 日本整形外科学会
理事長 鳥山 貞宜
スポーツ委員会
委員長 藤巻 悦夫

スポーツ医学研修カリキュラム改正について

日本整形外科学会と日本医師会および日本体育協会は、日整会認定スポーツ医・日医健康スポーツ医・体協公認スポーツドクターの資格取得のための研修カリキュラムを検討し、相互のカリキュラムで共通するものには互換性を持たせることで検討して参りました。

この度、共通・重複するカリキュラムの一本化について合意が得られ、それぞれが希望する団体のスポーツ医資格を取得する際に重複する部分（別表1．総論A No. 1～21）の研修を免除出来るようにするために日整会スポーツ医学研修カリキュラムを下記の通り改正することになりました。

改正 日本整形外科学会スポーツ医学研修カリキュラム

1. 総論 A	単位		単位
1. 健康スポーツ概論	1 (60分)	21. 運動療法とリハビリテーション	運動器疾患
2. 神経・筋の運動生理とトレーニング効果	1 (90分)*		1 (90分)*
3. 呼吸・循環系の運動生理とトレーニング効果	1 (90分)*	2. 総論B	計 21単位
4. 内分泌・代謝系の運動生理とトレーニング効果	1 (90分)*	22. バイオメカニクス概論	1 (90分)*
5. 運動と栄養・食事・飲料	1 (90分)*	23. スポーツ外傷・障害の種目特性	1 (60分)
6. 女性と運動	1 (60分)	24. 捻挫とテーピング（理論）	1 (60分)
7. 運動と年齢－整形外科系	1 (60分)	25. 身体障害者スポーツ	1 (60分)
8. 運動と年齢－内科系	1 (60分)		計 4 単位
9. 心と運動	1 (60分)	3. 各論	
10. 運動のためのメディカルチェック－内科系	1 (60分)	26. 肩の外傷と障害	1 (60分)
11. 運動のためのメディカルチェック－整形外科系	1 (60分)	27. 肘の外傷と障害	1 (60分)
12. 運動と内科－スポーツによる生理的变化と病的変化	1 (90分)*	28. 手の外傷と障害	1 (60分)
13. 運動と内科－突然死、熱中症	1 (60分)	29. 骨盤、股関節、大腿の外傷	1 (60分)
14. 運動と外傷－過労性スポーツ障害	1 (60分)	30. 膝関節外傷	1 (60分)
15. 運動と外傷－骨・関節の外傷	1 (60分)	31. 膝関節障害	1 (60分)
16. 運動と外傷－軟部組織の外傷	1 (60分)	32. 足関節の外傷と障害	1 (60分)
17. 運動と外傷－頭部の外傷	1 (60分)	33. 足の障害	1 (60分)
18. 運動負荷テスト	1 (60分)	34. 脊柱、頸部（上肢の血行障害、神経障害含む）	1 (60分)
19. 運動処方	1 (60分)	35. 脊柱、胸、腰椎	1 (60分)
20. 運動療法とリハビリテーション－内科系疾患	1 (90分)*	36. その他	1 (60分)
			計 11単位
			総計 36単位

（*印は90分）

カリキュラム単位対比表

日医基礎研修標準カリキュラム

(現) 日整会 スポーツ医学研修カリキュラム

() 以外は60分

A. 総論(12単位)

【基礎】(基礎6単位のテーマは、対応する日医カリキュラムと同じに変更します。)

- 1. 持久性トレーニング(90分)
- 2. 筋力トレーニング(90分)
- 3. バイオメカニクス概論(90分)
- 4. メディカルチェックと健康管理(90分)
- 5. スポーツによる生理的变化(90分)
- 6. スポーツによる内科的疾患(90分)

【臨床】

- 7. ランニング障害
- 8. スポーツ外傷と障害の種目特性
- 9. 捻挫とテーピング(理論)
- 10. 頭部外傷(90分)
- 11. リハビリテーション
- 12. 整形外科的メディカルチェック

B. 各論(12単位)

- 13. 肩の外傷と障害
- 14. 肘の外傷と障害
- 15. 手の外傷と障害
- 16. 骨盤・股関節、大腿の外傷
- 17. 膝関節外傷
- 18. 膝関節障害
- 19. 足関節の外傷と障害
- 20. 足の障害
- 21. 下腿の疲労性障害
- 22. 筋腱の損傷
- 23. 脊柱、頸部(上肢の血行障害、神経障害含む)
- 24. 脊柱、胸、腰椎
- 25. 身体障害者スポーツ

- ①. 健康スポーツ医学概論 1単位(60分)
- 2. 神経・筋の運動生理とトレーニング効果 1単位(90分)
- 3. 呼吸・循環系の運動生理とトレーニング効果 1単位(90分)
- 4. 内分泌・代謝系の運動生理とトレーニング効果 1単位(90分)
- 5. 運動と栄養・食事・飲料 1単位(90分)
- ⑥. 女性と運動 1単位(60分)
- 7. 運動と年齢-整形外科系 1単位(60分)
- 8. 運動と年齢-内科系 1単位(60分)
- ⑨. 心と運動 1単位(60分)
- 10. 運動のためのメディカルチェック-内科系 1単位(60分)
- 11. 運動のためのメディカルチェック-整形外科系 1単位(60分)
- 12. 運動と内科-スポーツによる生理的变化と病的変化 1単位(90分)
- 13. 運動と内科-突然死、熱中症 1単位(60分)
- 14. 運動と外傷-過労性スポーツ障害 1単位(60分)
- 15. 運動と外傷-骨・関節の外傷 1単位(60分)
- 16. 運動と外傷-軟部組織の外傷 1単位(60分)
- 17. 運動と外傷-頭部の外傷 1単位(60分)
- ⑯. 運動負荷テスト 1単位(60分)
- ⑰. 運動処方 1単位(60分)
- 20. 運動療法とリハビリテーション-内科系疾患 1単位(90分)
- 21. 運動療法とリハビリテーション-運動器疾患 1単位(90分)

計 21 単位

○印：移行措置に補完を必要とする単位

計 25単位

資料（3）

I. 移植の適応とタイプ分け

A. 適応

1. 外傷・熱傷・凍傷
2. 先天奇形
3. 腫瘍
4. 感染・炎症
5. その他

B. 同種複合組織移植のタイプ分け

タイプI；各種処理組織移植

（冷凍骨・腱・靭帯移植など）

タイプII；新鮮遊離組織移植

（遊離皮膚移植など）

タイプIII；新鮮血管柄付き組織移植

（指・肢移植、全関節移植、骨・神経・筋移植、神経皮膚移植など）

C. 各臓器移植との対応

	複合組織			骨髄	腎	肝	心	角膜
	I	II	III					
<u>血液型の適合</u>	不要	不要	要	不要	要	要	要	不要
<u>HLAの適合</u>	不要	要	要	要	要	不要	要	不要
<u>血管柄</u>	不要	不要	必須	不要	必須	必須	必須	不要
<u>免疫抑制</u>	不要	要	要	要	要	要	要	不要
<u>阻血に対して</u>	強	強	弱	弱	弱	弱	弱	強
<u>保存期間</u>	長	中	短	長	中	短	短	中
<u>大きさの適合</u>	要	要	要	不要	不要	要	要	不要
<u>生体より</u>	可	可	可	必須	可	可	不可	可
<u>死体より</u>	可	可	可	不可	可	可	必須	可

注： 要：原則として必要なもの
可：理論的には可能なもの

資料（3）

II. ドナーとしての許容基準

A. 除外される条件

- ①ウイルス感染症の存在
（HBs抗原、HCV抗体、HIV抗体、CMV抗体、ATL抗体陽性）*
- ②梅毒感染
- ③菌血症
- ④局所の悪性腫瘍、感染症など
- ⑤骨髄、リンパ系の悪性腫瘍
- ⑥重篤な代謝、内分泌系の疾患
- ⑦膠原病
- ⑧その他不適当と考えられる疾患

B. レシビエントとの適合性

- ①HLA・血液型の適合性（原則としてタイプII・IIIでは考慮する）
- ②組織のサイズ
- ③組織の力学的強度
- ④骨の成長能力（骨年齢）

C. ドナーの年齢

特に年齢制限は定めないが組織別に考慮すること。

- * HBs : B型肝炎ウイルス
HCV : C型肝炎ウイルス
HIV : エイズウイルス
CMV : サイトメガロウイルス
ATLV : 成人T細胞白血病ウイルス

資料（3）

III. レシピエント選択のための指針

A. 一般的適応基準

種々の原因により生じた運動器の解剖学的かつ機能的欠損を同種移植により再建することを目的とする。移植組織としては従来の冷凍骨移植などにとどまらず、血管柄付きの骨・全関節移植（成長軟骨を含む）。神経筋複合体移植、神経皮膚複合体移植などが適応となる。

B. 同種複合組織移植の適応疾患と移植方法

1. 外傷・熱傷・凍傷

- | | | |
|-------|--------|---------|
| ①骨移植 | ②軟骨移植 | ③皮膚移植 |
| ④神経移植 | ⑤筋移植 | ⑥腱・靭帯移植 |
| ⑦関節移植 | ⑧指・肢移植 | |

2. 先天性奇形

- | | | |
|------|-------|--------|
| ①骨移植 | ②関節移植 | ③指・肢移植 |
|------|-------|--------|

3. 腫瘍

- | | | |
|---------|--------|---------------|
| ①骨移植 | ②皮膚移植 | ③神経移植 |
| ④腱・靭帯移植 | ⑤血管移植 | ⑥神経筋移植、神経皮膚移植 |
| ⑦関節移植 | ⑧指・肢移植 | |

4. 感染・炎症、その他

- | | | |
|------|-------|--------|
| ①骨移植 | ②関節移植 | ③指・肢移植 |
|------|-------|--------|

C. 同種複合組織移植の禁忌

1. 絶対的禁忌

- ①全身状態の悪い場合
- ②生命的前後不良の場合
- ③移植に対する理解が得られない場合

2. 相対的禁忌

- ①精神病がある場合
- ②薬物中毒・酒精中毒がある場合
- ③進行性の筋・神経疾患がある場合

D. 同種複合組織移植の適応時期

1. 一般的適応時期

一部の外傷・腫瘍を除き、原則としては 待機的に行う。

2. 移植組織別の適応時期

成長や運動機能を考慮する。

IV 平成2年度O C O A臨時総会

日時：平成2年7月21日（土）15:00～15:30
場所：大阪ターミナルホテル20F 浪速の間

理事 木佐貫一成

議事、議案：

OCO A会費値上げに就いて承認を求める件。
OCO Aの研修会に先だち開催。
服部理事の開会宣言。
伊藤会長の挨拶。
松尾議長、安藤副議長により、上記議案上程。

坂本理事（J C O A常任理事）より、本年1月実施のJ C O A会費値上げ（6,000円を10,000円）に就いて理由説明がなされた。即ち、新事務所への移転（東京都台東区東上野1-8-3 新大石屋ビル4F）、それに伴

う人件費アップ、J C O Aの組織充実、活性化等々のための諸経費増に依るとのことであった。

次いで、伊藤会長よりJ C O Aの会費が6,000円から10,000円になったことにより、O C O Aの会費も諸経費の増大と相俟って、従来の12,000円を18,000円に値上げせざるを得ない旨の理由説明がなされた。

議決の結果、全員異義なく可決され、7月より実施されることとなった。

V 第17回JCOA研修会（高松）

理事 長田 明

平成2年9月22日（土）、23日（日）、24日（祝）の三日間、香川県臨床整形外科医会のお世話で第17回日本臨床整形外科医会研修会が広瀬宣夫研修会々長もと高松市で開催された。全国よりの参加者は同伴者も含めて584名に及び、大阪からも伊藤会長ご家族をはじめとして34名が参加した。

県代表者会議には伊藤会長、坂本先生が、保険懇談会には原（省）先生、反田先生、坂本先生がそれぞれ出席された。

今年は台風のあたり年のようで開催直前に

も19号が吹き荒れたが、研修会期間中は連日好天に恵まれ、多彩な観光プログラムをはじめとして、文化講演会ではNHK連続テレビ小説「おしん」のシナリオライターである橋田寿賀子先生の興味あるお話し、また研修会では多田先生、小栗先生、上野先生のそれぞれ最も得意とする分野のご講演など、いづれも盛会のうちに進行し一同初秋の高松を満喫した。

以下、日程表と文化講演会、研修会の収録をプログラムより転載させていただく。

文化講演会

「医の心、人の心」

講師：橋田 寿賀子先生

シナリオライター 劇作家

Ⓔ大正14年5月10日 おうし座 Ⓕ 朝鮮、京城 本名＝岩崎寿賀子 Ⓖ日本女子大学国文科卒業、早稲田大学文学部芸術科卒業 Ⓖ NHK放送文化賞（第30回）（昭和54年）「夫婦」、ゴールデンアロー賞放送賞（第16回）（昭和54年）「夫婦」、テレビ大賞個人賞（昭和54年）「夫婦」、松尾芸能大賞大賞（昭和56年）、菊地寛賞（第32回）（昭和59年） Ⓒ松竹脚本部を経て昭和34年からフリー。「愛と死を見つめて」「ただいま11人」などのテレビドラマを書き、大野靖子、向田邦子と並び女流ライター「三傑」といわれた。その後、「となりの芝生」「夫婦」などの“辛口ホームドラマ”で主婦層の圧倒的支持を受け、さらに56年NHK大河ドラマ「おんな太閤記」、58年NHK連続テレビ小説「おしん」、61年NHK大河ドラマ「いのち」と話題作を次々と執筆しつづけている。特に「おしん」

では同番組始まって以来の高視聴率を稼ぐなど、ヒットメーカーとして活躍された。著書に「母たちの遺産」「渡る世間に鬼千匹」など Ⓖ放送作家組合、日本文芸家協会、シナリオ作家協会 Ⓒ陶器、園芸

研修会（I）

「上肢の陳旧性外傷

（見落されたケースを中心に）」

香川医科大学整形外科学教室
助教授 多田 浩一先生

上肢の新鮮外傷が、適切な治療を受けずに見落とされ、あるいは困難な治療法のため見放されたまま陳旧例となる症例は往々にみられる。そのような症例を検討してみると興味ある事に気づく。それぞれの外傷に対する治療方法がここ数年の間に大きく変わったもの—このような外傷は陳旧例となることが多い印象を受ける。本講演においてはテーマを以下の3点にしぼり、各外傷の難治性、治療法、問題点などにつき解説する。

①腕神経叢損傷：オートバイによる交通外

傷で多発するが、種々の合併損傷に目をうばわれがちである。鎖骨骨折、肋骨骨折、血管損傷、その他の長管骨骨折などを合併する。腕神経叢損傷の治療方法は、最近大きく変わっている。すなわち、従来保存的に経過観察が中心であったものが、神経移植、神経移行などの神経修復術が盛んに行なわれるようになってきている。本外傷についての最近の治療法を中心に述べる。

②肘異所性骨化：いわゆる化骨性筋炎と呼ばれるものであるが、筋肉が骨化することは非常にまれである。自験例を示し、骨化の生じやすい部位、肘関節拘縮を生じる病態について解説する。

③ulnar abutment syndrome：新しい病名であるが、尺骨遠位端を原因とする障害について述べる。最近注目を浴びている領域である。従来からコリーズ骨折の遺残変形として見過ごされてきた障害の病態と治療法を述べる。

研修会 (II)

「神経ブロックの整形外科における 適応と問題点」

香川医科大学麻酔・救急医学教室
教授 小栗 顕二先生

星状神経節ブロックと硬膜外ブロックは我々が診察するペインクリニックで最も適応範囲の広い神経ブロックである。このことは整形外科外来でも共通して云えることと思われる。最近、軽度の上肢の外傷、鞭打ちあるいは頸髄損傷によって誘発される反射性交感神経萎縮症の患者が多い。初期の場合、星状神経節ブロックは症状の改善にかなり有効である。これを交感神経ブロックという観点から硬膜

外ブロックやグアネチジンブロックと手技、合併症、効果について比較してみたい。

硬膜外ブロックは星状神経節ブロックがカバーできない脊髄神経領域の痛みの軽減に有効で、整形外科領域ではことに腰・背部痛に適応が多い。急性の腰椎椎間板ヘルニアによる痛みの症例、椎間板ヘルニアで椎弓切除術と髄核摘出術の既往があって、なお腰痛のある症例等のブロックの手技、合併症、対応策等について述べる。

研修会 (III)

「股関節疾患の診断と治療」

星ヶ丘厚生年金病院

(前・香川医科大学整形外科 教授)

院長 上野 良三先生

近年の疾患構造の変化により、先天性股関節脱臼が激減し、頻度の高い股関節疾患は、前股関節症としての股関節亜脱臼及び股関節症、特発性大腿骨頭壊死ならびに骨粗鬆症に起因する大腿骨頸部骨折など、多くは中年以降で好発し、労働能力が障害されるところから社会的意義が大である。小児股関節疾患では、先天性内反股、一過性滑膜炎、ベルテス病、大腿骨頭過剰症、離断性骨軟骨炎などが問題になる。

股関節疾患に対する診断面の進歩は、一部の疾患については超音波、R I、MRなどの画像診断の応用が挙げられるが、治療面では多くの方法が選択され、適応の決定が困難である。病理学的変化の存在部位や程度によって治療の原則が異なり、生力学的な治療が可能である。代表的な症例について、保存的治療ならびに観血的治療の適応決定、成績を報告する。

第17回日本臨床整形外科医会研修会（高松） 日程表（於高松国際ホテル）

7:00 8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00

9月22日	(A)一泊二日観光 岡山——後楽園——夢二郷土博物館——せとうち児島ホテル泊まり											
	(B)一泊二日観光 高松 ^{高松} —— ^{高松} 船上観光(瀬戸内海等)====土庄——小豆島オリビアンホテル泊まり											
土曜日	(C)ゴルフ(高松グランドカントリークラブ)(送迎バスあり)				各宿泊ホテル登録受付開始	県代表者会議 讃岐の間	保険懇談会 讃岐の間	(送迎バスあり)	(D)夕食会 (涸水苑)	(送迎バスあり)	ホテル	
									(E)夕食会 (郷屋敷)			
9月23日	(A)ホテル発—鷺羽山—瀬戸大橋(与島—船上観光)▷カンリン丸◁(与島)—金比羅参拝—高松(ホテル)					(送迎バスあり)	文化講演会 讃岐の間	懇親会 瀬戸の間	(送迎バスあり)	(K)二次会	各自徒歩又はタクシーにてお帰り下さい	ホテル
	(B)ホテル発——素戔嗚——二十四の瞳—— ^(小豆島めぐり) 孔雀園、等——草壁港====高松(ホテル)											
	(F)ゴルフ(志度カントリークラブ)(送迎バスあり)											
	(G)テニス(現地集合)、小豆島オリビアンホテルコート——高松(ホテル)											
	(H)一日観光 高松—倉敷—瀬戸大橋 与島====船上観光—坂出—高松(ホテル)											
(J)一日観光 高松—金比羅参拝(金丸座)—坂出港==船上観光=坂出港—高松(ホテル)												
9月24日 祭日(月)	朝食	(送迎バスあり)	教育研究会 I 瀬戸の間	教育研究会 II 瀬戸の間	教育研究会 III 瀬戸の間	(L)サヨナラ 屋敷の会 讃岐の間	(送迎バスあり)	(JR高松駅)	二重枠内は基本参加料に含まれています	研修会会長 広瀬 宜夫 副会長 宮武 正広 、 浜田 日出夫		
			イ. 半日観光 星島 栗林公園(高松国際ホテル得着)					(新高松空港)			一重枠は付帯行事オプションです。	事務局 〒760 高松市松尾町35-3 広瀬病院内(担当・丸山) TEL 0878-67-9955(代) FAX 0878-67-9988
			ロ. 半日観光 万象園 瀬戸大橋、等(高松国際ホテル得着)									

VI 大阪府医師会医学会運営委員会報告

副会長（医学会運営委員）大橋 規男

II. 第2回医学会運営委員会

平成2年5月28日（月）

1. 7月度 学術講演会開催計画の件
2. 平成2年度 日本医師会生涯教育講座の件
資料に基づき、本年度も引続き実施することに決定。実習病院については、昨年度（64施設）の他に、八尾徳州会病院、大阪府立千里救急センターにも依頼することに決定。
3. 平成2年度（第14回）大阪府医師会医学会総会の件
11月11日（日）開催の総会について当日のスケジュールは資料の通り了承
4. 日本医師会生涯教育講座等を日本内科学会認定内科医更新の際の単位とするための申請等の件
5. セミナー形式による研修会の件
平成3年2月16日（土）、17日（日）の2日間にわたり開催するセミナーのテーマについて検討の結果「腎臓」をテーマとし、基礎から臨床まで幅広く話題をとりあげることに決定。（学校保健、老人、スポーツ医学、栄養、食事等を含む）
6. 医学会総会のあり方を検討するため小委員会を設置することが提案され了承。構成メンバーは坂本副会長、各単科医会代表の医学会運営委員
7. 医学会評議員の推薦について、現在、事務局から依頼しているが、単科医会からの被推薦者に非会員が含まれており、その取扱いについて協議
8. 生涯教育推進委員会報告の件
 - 1) 生涯研修の現状等に関するアンケ

ート調査票の検討

- 2) 生涯研修システムの実施要領についての内容検討
 - 3) 平成元年度 日医生涯教育申告状況（中間報告）の報告
9. 近医連定時委員総会第3分科会（生涯教育）報告の件
- 1) 体験学習について
 - 2) 学術講演会の実施状況および会員の認識について
 - 3) 社会保険指導者講習会「伝達講習会」について
 - 4) 日医の提唱する「家庭医機能普及事業」について
 - 5) 第23回 日本医学会総会への参加について

「医学の進歩シリーズ」担当者の打合せ（5月28日）

今年度の開催計画について討議

第1回大阪府医師会医学会総会あり方検討小委員会（5月28日）

各医会の認定医制度を含めた各単科医会との連携、オーソライズした医学会のメリット・デメリットの検討、将来の方向性、生涯教育推進委員会活動との連携等について検討することを決め、来月の小委員会には各単科医会の現状及び認定医資格継続の条件等の資料を持ち寄って検討する予定。

III. 第3回医学会運営委員会

平成2年6月25日（月）

1. 8月度 学術講演会開催計画の件

2. 平成2年度 現地セミナーの件
候補として イ) 大阪花博診療所、ロ) 京阪奈学園都市、ハ) パスツール研究所があり、次回までに検討
3. 平成2年度(第14回)大阪府医師会医学会総会の件
特別講演(例年、在阪五大学の退官される先生にそのライフワークを中心に講演依頼)及び医療近代化シンポジウムのテーマについて検討
4. 日経メディカルトライアングルセミナーの件
平成2年12月8日(土)午後2時～5時半、朝日生命ホール(大阪市中央区高麗町4-2-16)で開催(日本医師会後援予定)。テーマ及び講師の中、診療医療に関するテーマでは 4. 急速に進む高齢化と骨粗鬆症の問題、講師として神大第3内科 藤田拓男教授を推薦。
5. 第5回関西糖尿病懇話会の件
6. 生涯教育推進委員会報告

第2回府医医学会総会あり方検討小委員会(6月25日)

各単科医会代表者より各科認定医制度の現状について資料を提出して説明

IV. 第4回医学会運営委員会

平成2年7月23日(月)

1. 9月度 学術講演会開催計画の件
2. 平成2年度セミナー形式による研修会の件
資料に基づいた計画案を了承
主題 「腎をめぐる」
日時 平成3年2月16日(土)14:00～17:00
平成3年2月17日(土)9:00～16:00
3. 平成2年度現地セミナーの件

- 1) 学研都市(同志社大学) 2) 花博診療所 3) 京都パストゥール研究所の3ヶ所について資料回覧し検討。

学研都市見学の希望が多く、先づ同志社大学と交渉することに決定。

4. 平成2年度(第14回)大阪府医師会医学会総会の件
垂井清一郎(阪大・第二内科)山本政勝(関西医大・外科)にそれぞれライフワークをテーマに講演して頂く案で決定。
第22回医療近代化シンポジウムでは「免疫」をテーマに開催することに決定。
5. 日本内科学会認定内科医制度に係る平成2年度1月～3月度学術講演会開催計画の件
6. 生涯研修講習会指定申請の件
生涯研修システムの登録講習会の審査機構については、試行期間の終わる平成3年3月までに審査専門委員会(仮称)が必要かどうかを生涯教育推進委員会で検討し、医学会運営委員会に提案する方向で進めている。
7. 勤務医部会 サテライト講座について提案あり。
第2回 府医医学会総会あり方検討小委員会(7月23日)
各医会の認定医制度の資料を検討。

V. 第5回医学会運営委員会

平成2年8月27日(月)

1. 10月度 学術講演会開催計画の件
2. 第22回 医療近代化シンポジウムの件
企画案(資料)通り了承
3. 日本医師会生涯教育講座等を日本内科学会認定内科医更新の際の単位とするための申請等の件
4. 生涯研修講習会指定審査の件

7月8件、8月27件、9月59件の中、
保留分24件の再審査施行

5. 日本医師会生涯教育講座の参加証作成の件
理事会に提案し、了承を得て作成・発行する。

6. (財)柔道整復研修試験財団が実施する「厚生大臣指定柔道整復師講習会」の件

JCOA会長から各都道府県医師会会長、OAOA会長宛に本講習会に協力を要請する文書がきている。OAOAとしては府医師会が柔整会に協力する意向ならば、OAOAも本講習会に協力する旨発言。本件についてはOAOAと柔整会とで直接検討することに決定。

第3回 府医医学会総会あり方検討小委員会(8月27日)

府医医学会総会をオーソライズされた学会として認めて貰うよう、日本医師会及び各学会に要請書を提出することに決定。文面は次回までに検討。

VI. 第6回医学会運営委員会

平成2年10月1日(月)

1. 11月度 学術講演会開催計画の件
2. 平成2年度(第14回)府医医学会総会一般演題の件

公募演題83題を分類整理し、各部門毎に座長を決定。整形外科関係は8題で座長は大橋。

3. 各種講演会の「学術講演会のお知らせ」への掲載基準の件

従来は各医会の講演会を掲載していたが、毎月60件前後の生涯研修システム講演会の申請があるため、今後は生涯研修システム登録講習会として一括掲載し、従来通りの掲載は府医及び保険医会主催のものに限ることに決定。

4. 現地セミナーの件

関西文化学術研究都市(同志社大学田辺キャンパス)と決定し、日時を交渉中。

5. 柔道整復師講習会カリキュラムの件
OAOAより3名の講師を派遣することに決定 了承

6. 生涯研修講座申請の審査

Ⅶ 平成2年度大阪府単科医会連絡協議会

(担当医会：大阪臨床整形外科医会)

理事 長田 明

日 時：平成2年8月29日（水）午後2時～4時

場 所：大阪府医師会館61会議室

出席者：表の通り（13医会21名）

***臨床整形外科医会・長田の司会にて開会・**

順次、出席者の自己紹介の後、担当医会、伊藤会長の挨拶に続いて前年度担当の耳鼻咽喉科医会より引き継いだ収支報告書を説明し会員の承認を得た。

***内科医会樋口会長より、大阪府生涯教育のチケット制はいろいろと制約があり、特に各単科医会の学会は認められないとの事で、これは大へん不自然である故、改善してほしい旨の要望を植松会長に提出したいとの動議が出された。これに対し放射線医会の川崎先生より、学会となれば全国規模になるのでチケット回収の技術的困難さのためであるとの説明がなされた。いづれにしろせめて大阪で開催されるものについては何とか回収して提出できるように考える必要があるということでは要望書を出すことに全員賛成し、提出に関しては樋口会長に一任することにした。**

***次回の当番医会を産婦人科医会（正）、放射線医会（副）をお願いしお引受けいただけることになり、全員の賛同も得られた。**

***臨床整形外科医会三橋理事の司会にて大阪府医事紛争特別委員林原明郎先生の御講演を拜聴した（演題――医事紛争について）、講演後、各医会よりいろいろと直面している問題等について発言があったが、改めて医事紛争の困難さを認識した。**

***担当医会大橋副会長より閉会の挨拶があり、会議を終了した。**

以上報告いたします。

出席者名簿

(所 属)	(氏 名)
大阪精神神経科診療所医会	
胸 部 医 会	岸本 進
大阪皮膚科臨床医会	(副理事長) 二宮 聖耳
泌尿器科臨床医会	小野 秀太
大阪産婦人科医会	岡井 章
外 科 医 会	(副幹事長) 革島 康雄
大阪府臨床麻酔科医会	
大阪府眼科医会	(理事) 保田正三郎
大阪府学校医会	陶山 勝彦 浅野 宜春
大阪府臨床放射線医会	川崎 芳春
社団法人 大阪府耳鼻咽喉科医会	(交渉担当理事) 星野 健一
大阪府女医会	上田 富美子
大阪臨床整形外科医会	伊藤 成幸 大橋 坂本 三橋 越宗 長田
大阪内科医会	樋口 正大 松岡 道治
大阪小児科医会	(会長) 川田 義男 (理事) 松本 豊

I 整形外科医が知っておきたいMRの知識

—脊椎・脊髄領域—

大阪市立大学放射線科助教授 井上佑一

はじめに

磁気共鳴 (MR) 画像法は、水素原子の共鳴エネルギーを信号として画像化する新しい画像診断法である。MR法では、骨によるアーチファクトがなく脊髄が描出可能で、しかも、CTで得ることが困難である矢状断像が容易に撮像できるという利点がある。MRのもう一つの特徴は、MR信号が含んでいる各因子を強調した画像、すなわち、水素原子密度像、T1強調像、T2強調像を得ることができる。さらに、流れ (flow) がMR信号に関与するという興味ある現象がある。すなわち、速い流れは無信号 (flow void) を、遅い流れは高信号 (paradoxical enhancement) を示し、位相のずれが起これば無信号となる。

ここでは、1) 脊椎脊髄の正常MR像、2) 脊椎管病変、3) 脊髄腫瘍、4) 脊髄空洞症、5) 脊髄動静脈奇形のMR像について述べる。

1) 正常像

頸椎、胸椎

T1強調矢状断像

T1強調スピンエコー矢状断像で、脳脊髄液は高度の低信号として黒く描出される。脊髄は脳とはほぼ同程度の信号強度を示し、小脳扁桃、延髄—頸髄移行部、大後頭孔、脊髄の輪郭は良好に描出される。小脳扁桃の下縁は通常、大後頭孔レベルと同じかそれより頭側と思われているが、大後頭孔より2-3mm下方まで正常である。脊髄は頸髄でやや膨大し (頸膨大 C2-T2)、T2以下で細くなり、再度、T12レベルで膨大 (腰膨大 T10

-12) し、L1レベルで脊髄円錐に移行する。

脳脊髄液腔はC1, C2レベルと中部胸椎レベルで脊髄背面で広く、C7-T2とT10レベル以下で脊髄腹側で広い。これは脊柱の生理的彎曲に適合する脊髄の自然な位置である。脊髄の変形を起こさず偏位のみが見られる場合、軽度の後縦韌帯骨化症やクモ膜嚢胞の可能性があるので、この脳脊髄腔と脊髄の位置関係は知っておきたいことである。

胸椎レベルで硬膜嚢 (dural sac) 背側に硬膜外脂肪が高信号として見られる。この硬膜外脂肪は後方より棘突起や椎弓により規則正しい陥入を受ける。硬膜外脂肪の消失や断裂は硬膜外病変で見られることがあるが、黄韌帯骨化症によることが多い。

椎体は骨髄を有するので、脊髄と同程度か軽度高信号を示す。辺縁の骨皮質は無信号で黒く描出される。

椎間板は椎体より僅かだが低信号を示す。胸椎、頸椎の椎間板は腰椎椎間板と較べ小さい。

韌帯は低信号を示す。骨皮質に接して存在する後縦韌帯は、肥厚がない限り指摘困難である。黄韌帯は椎弓と椎弓の間に存在する低信号を示す線状影として認められ、傍正中矢状断像で硬膜外脂肪の後縁を形成する。椎間孔を通る矢状断像では椎間孔の後縁を形成する低信号として見られる。神経孔を通る矢状断像は神経孔と神経根の関係を良好に描出するので有用なことがある。

T2強調矢状断像

T2強調スピネコー矢状断像はS/N比が低く、T1強調像と較べると空間分解能の悪い画像である。しかし、病変の化学性質を反映する大切な画像である。本画像法では、脳脊髄液は本来ならば高信号を示し、白く描出されMRミエログラムが得られると期待されるが、脳脊髄液の動き (pulsatile flow) が signal loss を生じるので白くならない。

正常人では、橋前槽、頸髄腹側および背側の脊髄液腔は常に低信号を示す。同様の signal loss は下部頸椎、胸椎レベルの脳脊髄液腔で見られる。下部胸椎レベルでは、呼吸性移動や心臓の動きによるアーチファクトのため、いつもよい画像が得られるとは限らない。腰椎レベルでは、脳脊髄液の動きは少なく、ミエログラム様画像が得られる。これらの signal loss は主に水素原子の位相のずれにより生じるので、gradient echo 法や rephasing 法など motion artifact 除去法を用いれば、脳脊髄液が白く描出され良好なMRミエログラムが得られる。

正中矢状断像で椎体後面中央部に高信号を示す basivertebral vein が見られる。腰椎で最も大きく描出される。

T1強調像で高信号を示す硬膜外脂肪は、T2強調像で脳脊髄液と較べ低信号強度を示す。椎体は脊髄と較べ僅かに低信号を示すことが多い。骨皮質や靭帯はT1強調像におけるより、より黒く見える。

T1強調横断像

脊髄、脳脊髄液、硬膜囊、椎体、椎弓、椎弓根は明瞭に描出される。神経根はしばしば良好に描出される。脊髄は頸椎レベルで横径が長い楕円形を示し、胸椎レベルでは小さくなり楕円形を示すがややまるみを帯びる。

椎間孔 (神経孔) レベルで、神経孔に一致する部が軽度高信号を示し、その内部をやや低信号を示す神経根が走行する。頸椎レベルではこの前外側に椎骨動脈が signal loss として黒く描出される。

腰椎

T1強調スピネコー矢状断像で脊髄円錐はL1 (またはL2) レベルに見られ、下位では馬尾神経に移行する。ときどき馬尾神経が一塊となり、tethered cord (繫留脊髄) 様に見えることがある。横断像を得ると tethered cord と馬尾神経を鑑別できる。成人でL2/L3レベル以下で認められれば tethered cord の可能性が高い。椎弓根レベルでは硬膜囊の前外側に神経根が、椎間孔レベルでは脊髄神経節が認められる。

T1強調横断像で facet joint は腰椎では矢状面にたいして45度の角をなし、下関節突起が後内側に位置し前外方に関節面を向けている。関節囊は薄く、内側の関節囊は黄韧带によって強化されている。黄韧带は中央部で約5mmの厚さである。各関節突起の骨髄と黄韧带は椎体とはほぼ同様の信号強度で、骨皮質は低信号を示す。facet joint の形態は横断像で最も良好に描出される。

硬膜外脂肪は胸椎レベルより下方で増加し、T1強調像で硬膜囊背側で高信号を示し、突起前面による規則正しい陥入を認める。すなわち、棘突起レベルでは硬膜囊背側に後膜外脂肪はみられない。

成人ではL5, L4椎体背側、硬膜囊の腹側に高信号帯がしばしば見られる。硬膜外脂肪がその成因であることが多いが、硬膜外静脈によることもある。T2強調矢状断像を得れば鑑別が可能で、脂肪は脳脊髄液より低信号を示し、静脈はより強い高信号を示す。

T2強調矢状断像、椎体後縁中央部に楔形の高信号が見られる。これは脊椎中心低静脈 (basivertebral vein) を示しており、腰椎だけでなく頸椎、胸椎にも見られる。

腰椎椎体では正常人でも脂肪髄が存在することがある。T1強調像で高信号を示す。矢状断像で椎間板が上下方向に突出し椎体上縁または下縁に不整が見られていることがある。シュモール結節 schmorl node である。椎体中央より腹側で多く見られるが背側にもしばしば存在する。T1強調像で椎間板と同程度

の信号強度、T2強調像では高信号を示すことも低信号を示すこともある。

椎間板

椎間板は腰椎で最も厚いので、この部で詳細に観察できる。椎間板は髄核 (nucleus pulposus)、線維輪 (annulus fibrosus)、軟骨内板 (cartilagineous end plate) から成っている。髄核は胎生期脊索の遺残で主にコラーゲン (collagen) とプロテオグリカン (proteoglycan) からなり、水分含量は85%~90%である。線維輪はおもにコラーゲン線維からなり、水分含量は約80%である。線維輪は内層と外層に分けることができ、内層はプロテオグリカンを少量含み水分含量が多いことが示唆されている。軟骨内板は薄く硝子軟骨が成分で、椎間板の上下面で椎体との間に存在する。

T1強調矢状断像で、椎間板は椎体とはほぼ同じか軽度低い様な信号を示す。T2強調矢状断像で、椎間板の中心部分が高信号を示す。これは水分量の多い髄核と線維輪内層からのシグナルと考えられている。正常成人でも30才を越えると椎間板内部の高信号内に帯状の低信号が出現する。これは髄核内裂 (intranuclear cleft) と呼ばれる。

2) 脊椎管病変

椎間板ヘルニア

椎間板ヘルニアは椎間板の背側への突出と信号強度の変化として認められる。頸椎椎間板ヘルニアでは脊髄の変形や偏位像がしばしば伴ってみられる。T2強調像で脳脊髄液腔の変形が見られることは当然である。herniated discは、T1強調像で正常椎間板と較べ同じ程度かやや低信号を示し、T2強調像では低信号を示すものが多いが、高信号をしめすものもある。明らかな椎間板ヘルニアは矢状断像のみで診断できるが、ヘルニアが正中に存在するのか左右いずれかに存在するのか判断には横断像が必要である。横断像を撮影すれば、ヘルニアが左右どちらに存在するかどうかだけでなく矢状断像で判定しにくいヘルニアの診

断が出来ることがある。また頸椎、胸椎レベルでは、脊髄の変形の程度がより判りやすい。

椎間板ヘルニアや次に述べる頸椎症など脊椎管狭窄症患者のT2強調像で病変レベルの脊髄が高信号を示すことがある。ヘルニアや骨により圧迫され脊髄軟化症 (myelomalacia) がおこり、それを示すといわれている。

頸椎症

頸椎症では椎間板の変性と Luschka joint の反応性骨増殖 (骨棘) を生じ、神経根圧迫、脊髄圧迫および両者の合併による症状を発現する。MR像で骨棘は無信号で、T1強調像では脳脊髄液は低信号をしめすので、骨棘そのものを描出できない。椎間板レベルでの脊髄の変形所見から骨棘の存在を疑い、T2強調像で白く描出される脳脊髄液腔が同部位で変形していることより診断できる。横断像の有用性は椎間板ヘルニアの場合と同じである。

後縦靱帯骨化症

後縦靱帯の骨化は無信号を示すので、T1強調像ではその形態を描出できない。しかし、時に骨化内に骨髄形成の見られる例があり、その場合には無信号内に椎体と等信号を示す領域を認める。T1強調像では、大きな後縦靱帯骨化は脊髄の偏位、変形として認められるが、小さな後縦靱帯骨化は見落とされることがある。横断像では椎体背面に接して無信号の半円状または板状の後縦靱帯骨化が描出される。同時に脊髄の変形の度合いが良く描出される。

黄靱帯骨化症

黄靱帯骨化症は胸椎に発現しやすい。矢状断像で硬膜嚢背側に見られる硬膜外脂肪が無信号の黄靱帯骨化により、断裂されて見られる。比較的特徴的な像で、診断は容易である。脊髄の変形の程度は横断像でよりよく観察できる。

脊椎炎、椎間板炎

敗血症により起こる脊椎の化膿性炎症は、成人では血管構築上椎間板近傍の椎体骨から始まることが多い。我々が検査をする時期で

は、炎症は椎間板を侵し隣接する椎体にまで波及していることが多い。T1強調像で病変部は軽度低信号を示す事が多いが、正常信号を示す事も少なくない。侵された椎間板は薄くなり低信号を示すことが多い。T2強調像では炎症部は不均一な高信号を、椎間板は強い高信号を示すことが多い。随伴する膿瘍はT1強調像でやや低信号を、T2強調像で高信号を示しある程度描出されるが、硬膜嚢との関係が不明瞭なことがある。MR造影剤であるGd-DTPAを使用すると膿瘍壁は増強され、特に脊柱管内に存在する部分は良好に描出される。脊椎炎は時間が経つと骨増殖が起こるので、回復期には様々な信号が現われても良いと考えられる。結核性椎体炎でもほぼ同様の信号変化を示すので、信号強度だけからでは両者の鑑別は困難である。

骨腫瘍

骨由来の腫瘍が脊髄を圧迫することが少ない。比較的良性な腫瘍として、巨細胞腫、aneurysmal bone cyst, osteoblastoma, 海綿状血管腫がよく知られているが、その頻度は少ない。海綿状血管腫は、T2強調像で高度高信号を示す特徴がある。

原発性の骨悪性腫瘍は稀で、日常よく見かけるものは転移性骨腫瘍である。転移性腫瘍はT1強調像で軽度低信号を、T2強調像で軽度高信号あるいは高信号を示す。転移性骨腫瘍が硬化性変化を示す場合、硬化を反映してT1, T2強調像でともに低信号を示す。

脊椎骨腫瘍は骨外に進展し、しばしば脊髄を圧迫する。硬膜外病変と偏位、変形を示す脊髄の間に、低信号を示す線状影が見られる(extradural sign)。これは横断像で最も高頻度に見られ、硬膜内病変と硬膜外病変との鑑別に有用であるだけでなく、変形している脊髄の同定に役立つ。

3) 脊髄腫瘍

脊髄腫瘍の診断では、腫瘍がどの部位に存在するかを知ることが大切である。一般的に、髄内、硬膜内髄外、硬膜外の compartment

に分けられる。

髄内腫瘍は、画像上脊髄腫大として認められる。患者が医師を訪れる頃では、脊髄腫大は比較的長い segment に認められ、腫瘍の上下に空洞が見られることも少なくない。腫瘍に伴うこの空洞は、motion artifact 除去法を用いないT2強調スピンエコー像では、多くの場合高信号に描出される。髄内腫瘍がT1強調像、T2強調像で共に正常脊髄とよく似た信号強度を示す場合、上衣腫であることが多い。T2強調像で高信号を示す場合は星細胞腫であることも上衣腫であることもある。髄内血管芽腫はその頻度は少ないが、血管に富む腫瘍で、高頻度に空洞を伴う。異常血管は、ある程度以上大きければ、MR像でflow void (低信号)として描出される。

髄外腫瘍では、脊髄は正常大のままかまたは圧排され変形し、偏位を示す。病変が硬膜内にあるのか硬膜外にあるのかの判定にはミエログラムでの診断方法を適用すればよい。

硬膜外腫瘍では、スピンエコー像で脊髄と腫瘍の間に低信号帯が見られ、横断像で最も明瞭に観察される。この低信号帯は硬膜そのものを表していると考えられ、extradural signと呼ばれる。これと誤ってならないものに脂肪腫の場合に見られる化学シフトがある(後述)。硬膜外腫瘍には良性腫瘍もあるが、悪性腫瘍が多く、悪性リンパ腫と骨転移で代表される。

硬膜内髄外腫瘍では、スピンエコー像で脊髄と腫瘍が接する部でextradural signは認められない。横断像で腫瘍が存在する部の上下の像で、腫瘍側の脊髄液腔が拡張することはCTミエログラフィで観察される所見と同じである。この部の腫瘍としては、神経鞘腫と髄膜腫が大多数を占める。神経鞘腫は髄膜腫よりやや若年者に発生する。一般に脊髄神経後根から発生し、神経根に沿って進展し、椎間孔を拡大する(椎間孔の髄膜腫で見られることがある)。神経鞘腫は辺縁がスムーズで軟らかく、発生時には髄膜腫と比べて大

きい場合が多い。髄膜腫は硬膜から発生し、中年女性の胸椎レベルに多い。腫瘍は比較的硬く、小さくても症状が現われる。腫瘍内石灰化は髄膜腫の特徴的所見といえるが、石灰化の描出に劣るMRIでは、重要な鑑別点とはならない。MR信号強度では、神経鞘腫はT1強調像では低信号から軽度低信号を示し、T2強調像では高信号を示すものが多い。一方、髄膜腫は頭蓋内髄膜腫と同様、T1強調像でもT2強調像でも脊髄とはほぼ等信号を示す。この他、硬膜内腫瘍として lipoma, dermoid, epidermoid tumor が少数ながら存在する。lipoma はT1強調像で高信号を有し、信号強度から組織新診断できる数少ない腫瘍である。lipoma は下部頸髄、上部胸椎レベルで脊髄背側に発生する。脂肪 (lipoma) から信号は自由水のプロトンの信号とはわずかに異なる周波数信号を有するため、画像構成時に frequency encoding の方向にわずかに移転して描出される (化学シフト)。このため脊髄と lipoma の間に low signal band が出現 (chemical shift artifact) し、硬膜外腫瘍に見られる extradural sign 様に見えるので、これらを間違わないように気を付けねばならない。

4) 脊髄空洞症

脊髄空洞症 (syringomyelia) は進行性に拡大する脊髄実質内の空洞を有する病変である。原因別には、キアリ奇形、頭蓋頸椎移行部骨形成異常により代表される先天性異常を伴うもの、頭蓋底の髄膜炎に伴うもの、脊髄損傷に続発するもの、脊髄に限局する髄膜炎に続発するもの、(脊髄腫瘍に伴うもの) がある。

T1強調正中矢状断像で、空洞は脊髄内に低信号領域として容易に認められ、脊髄は多くの場合腫大している。キアリ奇形は、小脳扁桃が脊柱管に下垂して認められ、頭蓋頸椎移行部の骨形成異常が存在すれば容易に見られる。髄内腫瘍が頸部に存在すれば空洞と頸髄腫大が描出される。腫瘍が下位脊髄に存在

する場合は空洞のみが認められる (一般には頸部の検査を行なうため)。motion artifact 除去法を用いないT2強調スピネコー正中矢状断像では、空洞は二種類の信号強度を示すものに大別できる。一つは低信号強度で、もう一方は高信号強度である。一般に低信号は、キアリ奇形、頭蓋頸椎移行部骨形成異常、脳底部髄膜炎に伴う空洞で認められ、空洞内液の動き (to and fro motion) により生じる flow void のため低信号として描出される (小さな空洞は低信号を示さないことがある)。すなわち、交通性空洞と考えられる。髄内腫瘍に伴う空洞は多くの場合高信号を示し、空洞内液の動きはなく、非交通性空洞症である (稀に例外があるので注意が必要である)。脊髄損傷後に認められる空洞は、T2強調像で高信号を示すものと低信号を示すものがある。

5) 脊髄動脈静脈奇形

MRI ではある程度以上の速さの血流を有する血管は、スピネコー像で無信号域として黒く描出されることは既に述べた。脊髄動脈静脈奇形では、拡張した血管が矢状断・冠状断像で蛇行する線状の無信号像として、横断像では点状の無信号として描出される。異常血管が脊髄表面のみに存在する場合、T1強調像では脳脊髄液が低信号を示すので、異常血管は描出されにくい。異常血管が太い場合は、脊髄辺縁に軽度の凹凸が認められ、診断が可能となる。脳脊髄液を高信号として描出できるT2強調像では、画室は良くないが異常血管を描出しやすい。動脈静脈奇形が髄内に存在する場合、その部の脊髄は腫大し、nidusが無信号域として認められる。動脈静脈奇形の破綻による血腫は、髄内やクモ膜下腔に特徴的な信号強度としてみられる。血行不全による脊髄の ischemic change や浮腫はT2強調像で高信号として描出される。

II 骨粗鬆症の病態と治療への新しいアプローチ

大阪大学整形外科助教授 高岡邦夫

はじめに

骨粗鬆症は全身の骨基質量（骨量）が減じ、その結果骨の力学的強度が減少し、骨折（特に胸腰椎の椎体骨折、大腿骨頸部骨折、橈骨遠位端骨折が多い。）が生じやすい状態と定義されている。特に一次性骨粗鬆症（閉経後骨粗鬆症、老人性骨粗鬆症）は、罹患患者数が、圧倒的に多く、今後高齢人口の増加にともなって、その患者数はさらに増加してゆくことが予想されている。骨粗鬆症にともなう骨折は、患者の Quality of life を低下させる。特に、大腿骨頸部骨折では、瞬時に歩行不能となり、放置すれば、寝たきり老人となり、生命予後にもかかわる合併症（尿路、呼吸器感染症、痴呆の増悪）をひきおこす。また、外科的治療を行なっても、患者の約10%は骨折受傷後の1年間に死に至るとの報告もある。しかし、この骨粗鬆症の予防や治療については、従来の長年の研究にもかかわらず、充分有効な方法が未だ開発されていないのが現状である。しかし、近年の骨代謝特に骨の細胞生物学研究の進歩により、その病態が明らかにされつつあり、より有効な治療への道が開かれてきたと思われる。

〔骨粗鬆症の分類〕一般にある疾患（例えば、クッシング症候群、ステロイド内服、糖尿病、甲状腺機能亢進症等々）に続発して生じた骨粗鬆症は二次的骨粗鬆症とされる。これに対して、特に明らかな背景疾患のない骨粗鬆症は一次性骨粗鬆症と分類される。一次性骨粗鬆症には、閉経後骨粗鬆症（Riggsの Type 1 骨粗鬆症）や、老人性骨粗鬆症（Riggsの Type 2 骨粗鬆症）がふくまれる。したがって、我々が目にするほとんどは一次性骨粗鬆症である。一般に骨粗鬆症といえ、一次性骨粗鬆症をいうことが多い。

〔骨粗鬆症の疫学〕50才以上で骨粗鬆症と判定される人の割合は加齢にともなって増加す

る。特に、女性においてその割合は大きく60才では約30%、70才で約40%、80才で約60%に達するとされている。その実数も当然多く我が国では、400~500万人の骨粗鬆症患者がいると推計されている。そのうち1年間に特に問題が大きい骨折である大腿骨頸部骨折をおこす人はその1%弱であるとされている。

〔骨粗鬆症の背景因子〕個体は成長、成熟、老化にともなって全身の骨の量の変動している。一般に30才頃に骨量は最大となり、その後減少傾向となるが、この最大骨量（peak bone mass）は、女性では男性に比して明らかに少ない。また、閉経後に骨量が急速に低下することが多い。女性に骨粗鬆症が多いのはこの2つの理由によるとされる。さらに老化が骨の減少をさらに加速すると考えられている。閉経による骨量減少はかなり急速である。したがって有効な骨粗鬆症の予防あるいは予防的治療をめざすには、閉経後骨粗鬆化の病態の把握が急務である。閉経後に全ての女性が骨粗鬆症になるわけではないので、さらに本症の危険因子の同定が必要である。危険因子として、現在のところ、運動不足、Ca摂取不足、やせ、アルコール多飲、喫煙、遺伝的要素等があるといわれている。しかし、骨粗鬆症の発症予測は、このような因子のみでは困難なことが多く、やはり、閉経後の骨量（あるいは骨塩量）の経時的測定によるスクリーニングが必要であろう。

〔骨量の測定〕骨粗鬆症の診断には、全身の骨塩量の定量が最も有効である。従来定量的な骨塩定量は、必ずしも正確ではなかった。しかし、近年X線を用いた新しい骨塩定量機器（DEXA法）の開発がすすみ普及しつつあり、この方法によれば、全身または局所の骨塩定量が正確かつ容易にでき、診断および薬効の検定に有効である。

〔閉経後骨粗鬆症の病態〕閉経は卵巣機能低

下によって生ずる。特にエストロゲン分泌低下が骨粗鬆症発症との関連が深いとされている。エストロゲン低下がどのような機序で骨量の減少をもたらすかは、従来必ずしも明らかではなかった。我々は、エストロゲンの骨に対する作用機序を明らかにするための研究を行なった。その結果エストロゲンは、骨形成を促進する作用が強いことを明らかにした。近年骨を形成する骨芽細胞にエストロゲンに特異的な受容体があること、さらにエストロゲンが骨芽細胞に作用すると、ある種の成長因子（growth factor、細胞の増殖を直接的に促進する活性を持っている。）の産生が促進されるという報告がある。このような実験的事実から、エストロゲンは、骨芽細胞を動員することによって、骨の産生量を増加させる作用があると推定できる。従来は、エストロゲン低下がカルシウム代謝の異常をきたして、骨吸収が亢進し、その結果（二次的に）骨粗鬆症がおこると考えられていたが、この説には疑問が多く、骨粗鬆症の正しい病態とは考えにくいと思われる。

〔骨粗鬆症の治療薬剤〕従来のカルシウム代謝異常が骨粗鬆症の原因であるとする説にもとづいて種々の薬剤が用いられてきた。カルシウム剤や、ビタミンD製剤がその代表的なものである。しかしそれらが骨量を増加させる作用があるかどうかは疑問であり、あまり大きな効果は期待できないと思われる。また骨吸収を抑制して骨量を維持するとう考えで、カルシトニン製剤や、Bisphosphonate 製剤も開発されている。これらは長期投与で骨量が増加するとの報告があるが、骨折を防止するかは不明である。カルシトニン製剤は、鎮痛作用もあるともされている。エストロゲン（女性ホルモン製剤）は、骨量の維持や増加に有効であるとする報告は多い。しかし、エストロゲン投与については、その副作用が問題視されてきた。子宮内膜癌の発生頻度が上ること、性器出血が生ずることが知られている。したがって婦人科的な検診を行ないつつ、投与しなければならぬ。最近では、副作用の防止のためにプロゲステロン投与を併用する

ことも提唱されている。このようにみると、骨粗鬆症の治療薬は現状では必ずしも満足できるものがないのが現状であろう。将来的には、骨形成を有効に促進し、副作用の少ない新しい薬剤の開発が望まれる。副甲状腺ホルモン製剤もその一つとされ、我が国でもその効果について治験が行なわれつつある。骨量を増加させるための有効な治療として、今のところはやはりエストロゲン療法を基礎とした治療が望ましく、したがって、整形外科内科と婦人科の医師がチームを組んで治療にあたるのが望ましいであろう。

〔骨粗鬆症のtotal care〕骨粗鬆症を薬剤のみで治療し大幅に骨量を増加させるのは現状ではかなり困難である。したがって骨量の減少を少しでも防止するための生活指導も必要であろう。栄養面ではカルシウム摂取（特に牛乳）、適度の運動（骨格への力学的負荷）、転倒防止策（すべりやすい床、つまづきやすい段差の除去、手すりの使用、杖の使用）、内科的疾患（特に脳血流障害をきたす疾患）のコントロールも必要である。

おわりに

骨粗鬆症は従来老化にともなうもので、やむを得ない治療の必要のない疾患とみなされた傾向があった。しかし併発する骨折によってより質の高い老後を障害する大きな因子とみなされるようになり、その予防や治療の必要性が認識されてきた。その病態の解明がなされつつある。その理解を基礎とした新しい予防、治療方法の開発が望まれている。正確な骨塩定量が可能となった今、より早期に骨粗鬆症の患者を検診によってスクリーニングし、より早期に有効な処置をすることによって予防的に治療することがまず必要である。その治療方法の開発のためには骨粗鬆症について、さらに基礎的臨床的研究の発展が必要である。また、整形外科、内科、婦人科等の専門医が骨粗鬆症についての関心と理解を持ち、協力して予防や治療にあたるのが今後是非必要となるであろう。

III 日常見られる頸椎疾患の診断と治療

関西医科大学整形外科講師 森 良樹

1 はじめに

整形外科領域で日常臨床上もっともよく遭遇する疾患は、いわゆる腰痛症であるが、頸椎周辺の疾患も決して少なくなく、我々の外来でも患者数では第6位をめている。

頸部周囲の疾患では頸部痛、肩こり、手指のしびれ等、日常よく聴く症状から歩行障害に至るまで様々な症状を呈しているが、その多くは変性疾患を中心とした疾患や外傷由来の疾患が多いことはよく知られている。しかし、時には重大な疾患が隠されていることもあり、又、変性疾患であってもその病期を誤ることもある。又、症状が乏しい場合つい安易な診断に流れ安い傾向も見受けられる。

今回、発表の機会を与えられたので私自身の反省を含めてもう一度我々がよく遭遇する頸椎疾患を整理し日常診療に少しでも役立てばと考えまとめた。

2 頸椎疾患の分類

頸部、肩、手指に痛みやしびれをきたすと思われる頸椎疾患は教科書的には表1に示すごとくである。今回はこの表にしたがって述べてみたい。

3 各疾患の診断と治療

①炎症性斜頸：主に10歳までの小児で突然有痛性の斜頸を呈し来院することですぐ診断がつくが、多くは数週間前に何等かの上気道感染が先行している場合が多い。しかし、必ずしも顕性の感染症とは限らない。症状としては頸椎を左右どちらかに傾けており不撓性が強く、又、頸部周辺のリンパ節腫脹を触診することができる。X線所見では環軸亜脱臼を呈することもある。亜脱臼があれば入院の上、グリソン牽引(1.5-2.0kg)による持続牽引を行い抗生剤や抗炎症剤を投与する。

予後は1-2週でほとんど亜脱臼も整復さ

れ、同時に連動制限も消失する。亜脱臼がなければ鎮痛剤及び抗生剤で数日間で軽快して行くことが多い。最近では子供の activity が少なくなっているためか、または小児科領域で治療されているのか、全体的には減少傾向にあると思われる。

②頸椎結核：整形外科における感染症は全体として減少していることはここ数十年の一般的な認識であろう。しかし、一方感染症は絶滅することはないと言うのもまた一般的な認識でもある。脊椎カリエスについても同様で、現在の日本の社会では少ないものとの考えでよいであろうが、先述したごとくその初期に見逃される危険も高い。X線所見で椎間板高位の減少はつい変性疾患との診断でかたづけられてしまいがちであるが、椎間板の破壊が少しでも見られたら、この疾患を考え血液所見による炎症所見の確認の上 Mantoux 反応試験や針生検による局所組織診断も考慮すべきであろう。

③頸椎椎間板ヘルニア：この疾患は20-60歳まで幅広くみられる疾患であり、我々も日常よく注意を払っていているものである。従来、椎間板の突出を見るのに単純X線所見での椎間板の狭小や、discogramによる漏れの確認、又、CT所見による横断面での椎間板の圧迫所見など間接的な所見で確認してきたが、MRIの出現により椎間板そのものが陽性像として認められ、機種によってはその突出程度までが外来でも確認できるようになったことは画像診断としては大いに役立つといえる。頸椎椎間板ヘルニアの突出の程度、突出場所によって従来より大きく2つの症状分類があることはよく知られている。(図1)

即ち、一つは頸椎ラヂクロパチー他は頸椎ミエロパチーである。頸椎ラヂクロパチーは

表1 頸・肩・腕痛（肩甲間部痛も含む）

疾患名	10	20	30	40	50	60	70年齢	頻度	備考
炎症性斜頸	■							□	疼痛性回旋制限、リンパ性斜頸。
頸椎結核	■	■						△	小児では疼痛を訴えるかわりに、頸をまったく動かさなくなる。
頸部椎間板ヘルニア			■	■	■	■		○	定型的な椎間板ヘルニアは少ないが、いわゆる「ねちがえ」は多く、椎間関節の一過性の異常の場合もある。
胸郭出口症候群		■	■					□	なで肩の女性に多い。
慢性関節リウマチ				■	■	■		○	罹病期間の長い例では、環軸椎亜脱臼の有無を必ず調べる必要がある。
頸部外傷・その後遺症		■	■	■	■	■		○	むち打ち損傷など、骨傷を伴わないものが沢山ある。
頸部脊椎症					■	■		○	頸部骨軟骨症ともいわれる。老人の頸・肩・腕痛がもっとも多い。
頸椎後縦靭帯骨化症					■	■		○	進行例では脊髓麻痺をおこすが、初期例では頸・肩・腕痛が多い。
転移性頸椎腫瘍						■		□	転移性とは限らないが、Pancoast 症候群は上肢放散痛が激しい。
器質的変化の確認困難な頸・肩・腕症候群			■	■				○	キイバンチャー、タイピスト、振動工具使用者などによくみられる。
上記以外に考慮すべき疾患	頸髄腫瘍、上位頸椎奇形、化膿性脊椎炎、強直性脊椎炎、帯状ヘルペス								

椎間板の髄核が外側に突出し、神経根を圧迫することにより肩や上肢へ放散する痛みをきたすもので、頸椎神経根痛症ともいわれる。頸椎ミエロパチーよりは知覚領域は限定されているものの、はっきりとした知覚領域の確認は困難な印象はあるが、神経刺激テストとして Spurling test や Shoulder depression test は有用と考える。画像診断ではMRIの矢状画像では椎間板が確認されるだけであるが（図2）、MRI及びCTミエログラムにて明らかに外側よりの圧迫をみる事ができる。（図3、4）

又、電気生理学的な検査による診断、例えば筋電図やSEPにても確認することも可能である。さて治療であるが、急性期で放散痛を訴えている例では頸椎の安静と鎮痛剤の投与にて軽快して行く例が多く、手術にいたる例は疼痛が慢性化する傾向にあり、日常生活に支障を来す例ではその可能性があるが、我々の経験ではほとんど経験していない。神経の

前根のみが罹患し、その支配筋のみが萎縮してくる Keegan 型のラテクロパチーでも頸椎を保ち罹患上肢の機能訓練を行えば十分日常生活可能にまで戻り得ることが多い。頸椎の安静保持には頸椎軟性装具で十分であるが、更に安静度を高めるにはハローベストを用いるのも有用であるが、我々の経験ではその有用性は認識はしているものの、患者さんの了解が得にくい難点がある。

次に、頸椎ミエロパチーであるが、これは脊髄圧迫症状を呈するものでなんらかの四肢麻痺を来す。この麻痺の状態を分類するのに古典的には Crandall の分類があるが、わが国では服部の分類がよく使われている。

（表2、3）一方、日常生活動作の障害を中心として四肢麻痺の程度を判定する指標として日本整形外科学会頸髄症治療判定基準があることはよく知られており、これは比較的簡便なため我々もよく用いている。（表4）

このミエロパチーは後述する頸椎症（頸椎

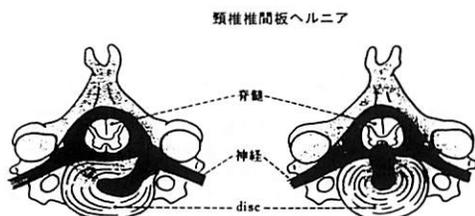


図 1



図 2



図 3

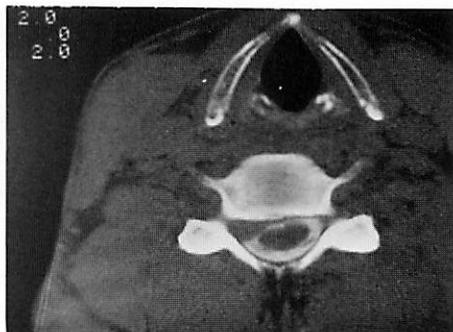


図 4

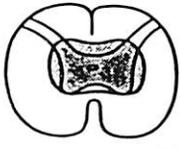
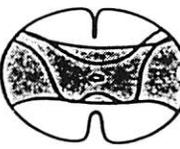
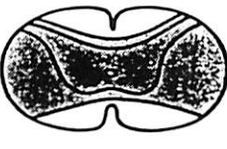
骨軟骨症) や頸椎後縦帯骨化症でもよく出現する。即ち、頸髄を圧迫する点では圧迫因子が変わっても出現する症状が同じであることはよく知られている。従って、ここでは誌面の関係上治療に関しては頸椎症 (CS) と後縦帯骨化症 (OPLL) も含めて記載させて頂く。頸椎ミエロパチーの中では Crandall の分類で transverse lesion syndrome が最も多い。然し、症状は様々でも圧迫因子に対し頸椎の生理的な活動を如何に保つかが大切である。圧迫因子があっても生理的な活動に必要な血流が保たれていれば四肢麻痺は生じないと考えられる。従って脊髄周辺の炎症状態も含めた障害因子を除去すればよい。事実、OPLLの患者が転倒ししびれを来した例で、ステロイド剤の投与でしびれが軽快することから抗炎症剤の投与も一時的には有効であろう。根本的な治療を行うのであれば観血的に圧迫因子を除去する方法 (頸椎前方固定術) であろうが、前方固定法は長期に渡る経過に

て固定した高位の上下の椎間板にストレスがかかり、そこに新たな圧迫因子を形成することもあり、現在の流れとしては様々な頸椎椎管拡大術を採用し、構築学的な形態を保ちつつ椎弓切除術と同様な後方除圧効果を得る方法が多く用いられている。手術の適応について、どの程度の機能障害を来せば手術適応になるのかは一概にはいい難いが、先述した日整会の判定基準で10/17前後がよい適応と思われる。それ以下になると、手術後の回復も多くは望めない場合が多い。よく外来で行われる短時間の比較的強力な頸椎牽引については頸椎ラヂクロパチーで有用である場合もあるが、我々のささやかな経験からは装具療法等を用いた安静療法より劣っていた。又、頸椎ミエロパチーに対しては頸部痛やしびれ感に対しては無効である。

④慢性関節リウマチ (RA) : 慢性関節リウマチの頸椎罹患はその病期が進み四肢の罹患状況が悪化するに伴い生ずることが多い。図

表2 Crandallの分類

1. transverse lesion syndrome
2. motor system syndrome
3. central cord syndrome
4. Brown-Séquard syndrome
5. brachialgia and cord syndrome

病型	障害域
I	脊髓中心部 
II	I型 + 後側索部 
III	II部 + 前側索部 

I型	上肢筋萎縮 上肢運動障害 上肢反射(↓) 下肢反射(N) 上肢知覚障害
II型	I型の症状 下肢反射(↑) 下肢、軀幹の温・痛覚障害(-)
III型	II型の症状 下肢、体幹の温・痛覚障害(+)

なお、II型、III型をそれぞれ、A、B細分する。すなわちAは日整全判定基準で下肢運動機能が3点以上、同2点以下をBとする。

表3 病型分類

表4 頸部脊椎症性脊髄症治療成績判定基準 (日本整形外科学会)

I. 上肢運動機能 0: 箸またはスプーンのいずれかを用いても、自分では食事をする事ができない。 1: スプーンを用いて自力で食事ができるが、箸ではできない。 2: 不自由ではあるが、箸を用いて食事ができる。 3: 箸を用いて日常食事をしているが、ぎこちない。 4: 正常 註1. きき手でない側については、ひもむすび、ボタンかけなどを参考とする。 註2. スプーンは市販品を指し、固定用バンド、特殊なクリップなどを使用しない場合をいう。	III. 知覚 A. 上肢 0: 明白な知覚障害がある。 1: 軽度の知覚障害またはシビレ感がある。 2: 正常 B. 下肢 0. 1. 2ともに上肢と同じ。 C. 軀幹: 0. 1. 2ともに上肢と同じ。 註1. 明白な知覚障害とは、知覚(触覚、痛覚、温度覚、振動覚、位置覚など)のいずれかの完全脱失またはこれに近いものを指し、検査手技の多少の異同によらず確実に検出できる程度のものをいう。 註2. 耐えがたい異常知覚または疼痛は、0とする。
II. 下肢運動機能 0: 歩行できない。 1: 平地でも杖または支持を必要とする。 2: 平地では杖または支持を必要としないが、階段ではこれらを要する。 3: 平地・階段ともに杖または支持を必要としないがぎこちない。 4: 正常 註1. 平地とは室内またはよく舗装された平坦な道路を指す。 註2. 支持とは、人による介助、手すり、つかまり歩行の支えなどをいう。	V. 膀胱 0: 尿閉 1: 高度の排尿困難(残尿感、努噴、淋瀝) 2: 軽度の排尿困難(頻尿、開始遅延) 3: 正常 註1. 尿線に勢がない。または排尿時間の延長はあるが、1に該当しないものは、2とする。 註2. 尿路疾患による排尿障害を除外する。 附記: 原則としてこの基準による段階表示として用いる。その他の利用法(点数表示など)については、49巻12号、掲載の委員会案の附記の項目を参照されたい。

表 5 R. A. 頸椎の判定基準と病態発生頻度

	歯突起頭蓋内陥入 (McGregar法)	環軸関節亜脱臼 (A. D. I.)	中・下位頸椎亜脱臼
園田	5mm以上 27.2%	3mm以上 55%	
河合	6mm以上 26.1%	3mm以上 35%	3mm以上 8%
Cabot	4.5mm以上 7.5%	3mm以上 36%	
Winfield	4.5mm以上 3.0%	2.5mm以上 10%	1mm以上 24%

5は約25年経過したRA患者の初期の頸椎と現在の頸椎であるが、この様な level まで罹患したRA患者は四肢の罹患により日常生活動作(ADL)も制限されており、従って頸椎罹患も知らず知らず進行している。従って、RA患者と言えども四肢罹患ばかりに気を取られず、時には頸椎のX線撮影または神経学的な診察も怠ってはならないと考える。RAの頸椎罹患にはX線的にも 1)環軸椎亜脱臼 2)歯突起頭蓋内陥入 3)中下位頸椎亜脱臼 が代表的なものであるが、病的な判定基準が曖昧な点もある。(表5)しかし、RA頸椎の症状はX線所見のみで決まるものではなく症状を優先すべきである。よくRA患者で頸椎の環軸関節亜脱臼があるとそれが急死にいたる要因と言われ早期に頸椎固定術を行うべきであるという意見を耳にするが、

Smithらの報告では急死の原因の多くは冠不全などの心血管障害によるものの方が遙かに多いと述べており、我々の経験からもその意見に同調する。又、頸髄圧迫症状が生じた場合でも、ミエログラムでも意外に脊柱管が拡大しており、その時点でハローベストを装着させ固定を行い全身コントロールを行えば、少なくとも進行の予防には有効と考える。

(図6)

⑤変形性頸椎症(CS)：中年以降にみられる頸椎疾患の中で最も多いもので症状としては頸部痛以外では頸椎椎間板ヘルニア同様ラジクロパチー及びミエロパチーである。頸椎単純X線所見で骨棘(osteophyte)を認め、これが頸髄や頸神経根を圧迫して症状を呈することはよく知られている。(図7)これらに対する治療法はヘルニアの項でその概要を

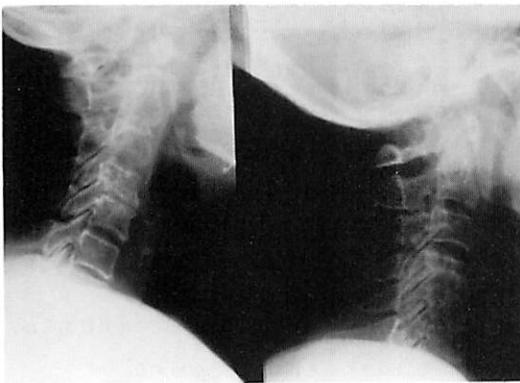


図 5

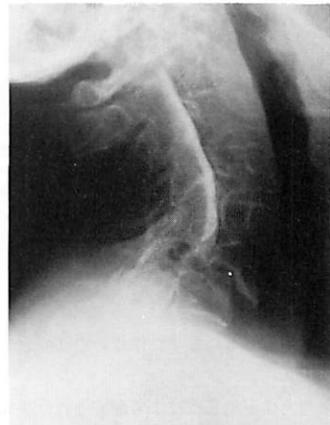
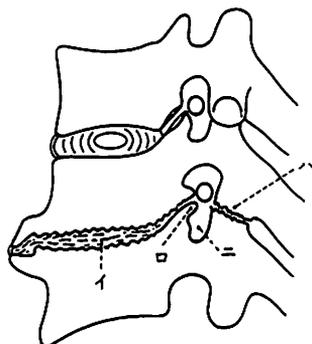


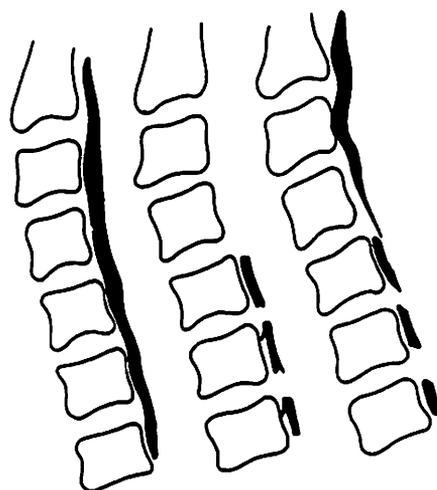
図 6

図8 OPLLのX線分類(関)

図7 頸部脊椎症のX線所見シエーマ



1) disc の狭小化, 2) osteophyte の形成, 3) facet joint の変性, 4) narrowed foramen を示す。



連続型 分節型 混合型

述べており、重複させるつもりはないが外来で漫然と頸椎牽引をさせている例が時折見受けられるので、時々診察をしてその効果を見届ける必要があると考える。

⑥頸椎後縦靭帯骨化症(OPLL)：これも外来でよく遭遇する疾患であり疫学的にみると極東地域の東洋人に多いとされている。関らによるX線の分類があり、その骨化の進行は緩慢なので軽い神経症状があっても本人は頸椎の不撓性のみを訴える人も少なくない。

(図8)又、頸椎の側面像で分節型のOPLLがしばしば判然としない場合に遭遇することがあるが、その場合最近余り用いられなくなった断層撮影が有効である。しかし、最も良い補助診断法はCTである。MRIは骨性部分を鮮明に描けないがCTでは陽性像として認められる。治療法は頸椎椎間板ヘルニアや変形性頸椎症とほぼ同様である。

⑦胸郭出口症候群：手のしびれ感を訴えた時に考慮に入れておかなければならない疾患のひとつであり、代表的なものに頸肋がある。

(図9)又、頸肋以外でも肋鎖症候群や過外転症候群があるが、Wright test、Eden testにて橈骨動脈の拍動が消失して、同時にしび

れをきたすような徴候を呈すれば、場合によっては鎖骨下動脈の血管像影を行い、明かな圧迫因子を認めれば圧迫除去を目的とした観血的療法も必要となろう。しかし、多くの場合保温療法や肩挙上筋の強化運動で軽快する。

⑧頸部外傷について：頸椎に加わる外傷はその程度によって筋肉組織や靭帯までのものから関節包や椎間板、椎体果では頸髄に及ぶものまで様々であり、その損傷程度によって治療法は当然変わって来る。頸髄や頸神経根まで及ぶもの即ち、頸髄損傷や頸神経根引き抜き損傷ではほとんどの例で受傷直後にその予後の運命が決ってしまうので、他の重大な合併症を伴わなければ残された機能をできる限り生かせる様な機能訓練や日常基本動作訓練が早期に出来るような全身管理を行わなければならない。損傷部位が大幅な転位を来たしていたり、不安定頸椎であれば頸椎前方固定術を行い、早期離床を試みるべきであろう。さて、頸椎損傷の中でX線撮影上、見逃され易い高位が二カ所あることは昔からよく言われているが、老婆心ながら再度記載しておく。二カ所とは頸椎上位の損傷、即ち Jefferson 骨折であり、他の一つは頸椎下位、即ち第七



図9

頸椎および第一胸椎高位の損傷である。Jefferson骨折は単純X線像では見逃され易く、一見骨傷がないように見えても、頸椎から顔面に及ぶ症状があれば必ずCTによる画像診断をお奨めする。(図10)又、頸椎下位の損傷では必ず両腕を引っ張り肩を下げることで、それが無理であれば、swimmer's positionを取らせて撮影するようにすべきである。引き抜き損傷(図11)に対しては、現時点では頸神経を頸髄に完全に縫合することは不可能なので、特に全型の引き抜き損傷に対してではあるが、肋間神経を筋皮神経へ移行して肘関節の屈曲のみを得るように試み、その後、肩関節固定を追加して腋でものが挟み込むことが出来るようにすることは可能である。さて、1960年代にわが国で大いに社会問題になった、いわゆる 鞭うち損傷 であるが、車社会は続いているものの、最近少なくとも、我々の外来では減少しているように見受けられる。しかし、これが一旦慢性化すると、患者の社



図10

会環境や性格も加わって複雑な経過をたどることは我々もよく経験しているところである。鞭うち損傷の病態はそれ自身、関節包や靭帯の損傷、筋の部分断裂などで一種の捻挫と考えるとよいと思われる。

従って、急性期に安静を中心とした治療にてそのほとんどが軽快して行く。しかし、先述したごとく一旦慢性期に至ると自律神経障害を伴った、いわゆる Barré-Lieou 症候群を呈するようになる。Barré-Lieou 症候群とは頸部交感神経あるいは脳幹視床下部の機能障害や椎骨動脈に血行不全を来たして生ずる一連の症状をさし、いわゆる頸部の不定愁訴の主な原因となっている。この中で、我々整形外科医に取って余り興味を引かない症状に「頸性めまい」がある。我々も「めまい」を訴えている患者があっても、つい不定愁訴として関心を払わなかったり、場合によっては耳鼻咽喉科へ送ってしまいがちである。しかし、橋本らによると「頸性めまい」と考えられる症例の椎骨動脈にDSA (digital subtraction angiography) を行ったところ、58例中49例に完全閉塞、狭窄、走行異常等の所見が認められたという報告があり、我々ももう一度、これらを考慮し対処する方法を考えねばならないと感じている。(図12)

⑨頸椎腫瘍：最後に頸椎にみられる腫瘍につ



図11



図12



図13

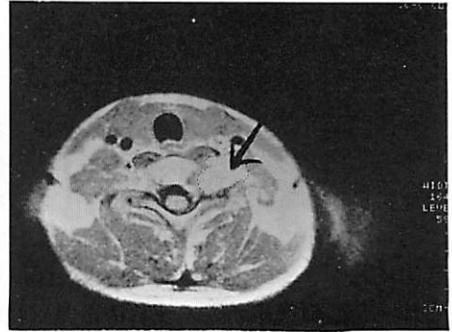


図14

いて述べる。原発性腫瘍として有名なものに頸椎X線像にて椎間孔が破壊され拡大している様にみえることから発見される神経鞘腫がある。(図13) MRIにてははっきりと確認でき、診断に有用と考える。(図14)比較的緩徐に増大する良性腫瘍なので症状も発現しにくく、僅かな頸部痛のみで画像診断で見つかることの方が多い。しかし、統計的に多いのは転移性脊椎腫瘍であるが、胸椎の転移性腫瘍よりははるかに少ない。

4 まとめ

日常見られる頸椎疾患について教科書的な範囲ではあるが、その疾患を列挙しその診断と治療について少々私の私見もいれ述べた。画像診断の進歩にともない一層病態の把握は可能となってきたが、一方では画像にとらわれすぎて患者の病状の把握をおろそかにして治療すれば不幸な治療結果の第一歩となると考える。従って、昔から言われているごとく患者の訴えとその症状を十分把握する必要があることを強調したい。

参考文献

- 1) 橋本一広 他：頸性めまいに対する intravenous digital subtraction angiography (DSA) の有用性, 別冊整形外科 No13 新しい画像診断, 268-271, 1988.
- 2) 服部 奨, 河合伸也 他：新臨床整形外科全書, 第4巻B, 金原出版, 1982.
- 3) 服部 奨, 他：頸部脊椎症性ミエロパチーの病態と病型. 臨整外, 10:990-998, 1975.
- 4) 広畑和志 他：標準整形外科. 医学書院, 1983.
- 5) Crandall, P.H et al: Cervical spondylotic myelopathy. J. Neurosurg., 25:57-66, 1966.
- 6) Smith, P.H. et al: Natural history of rheumatoid cervical luxations. Ann. Rheum. Dis., 31:431-439, 1972.

IV 慢性関節リウマチの予後診断法と治療方針

大阪大学 整形外科助教授 越智隆弘

慢性関節リウマチ (RA) は何年にもわたり多くの関節の炎症性破壊が進行する慢性進行性疾患である。将来的な予後として、症例によって手足の末梢関節のみが侵され日常生活上ほとんど障害の無い例から、大関節も侵されて高度の機能障害に陥る例までいろいろある。この様な予後像の大きな違いが治療などの成否によるものか、あるいは病気そのものの自然経過によるものかは治療方針を考える上で重要なことである。我々はRA患者の血清中の補体であるClq蛋白質の研究を進めるうちに、RA患者の予後像の大筋は大きく3群(病型)に別れることを示し得た。そして、罹病早期より予後診断が可能であり、各種の治療効果もこの様な病型に基づいて考えられる事も示し得た。

即ちRAの治療は各患者が将来的にどのような状態に陥って行くかの予後像を描くことがまず必要である。我々医師は、その過程に於て薬物や手術がどのような利点と害を与えるかを考慮して治療方針を決めて行くべきである。

I) RAの病型の存在

1) 破壊関節の広がりや自然経過と病型¹⁾

RAの進行の長期の自然経過を調べた。関節破壊の広がりを示す最も適切な指標は全身のX線写真より erosion 以上の変化 (Steinbrocker の stage 2 以上) を示す関節数 (破壊関節数: Number of Joints with Erosion: NJE) であった。罹病早期より10年以上の経過を観察出来た患者のうち代表的な30例のNJEの経年的な変化が図1に示される。罹病5年ぐらいいは徐々にNJEが増すが10年以後はほとんど変わらないI群、罹病早期よりNJEは急激に増し10年以内にほとんどの関節が侵されるため10年以後はほとんど変わらないIII群、およびI群とIII群の間のII群である。関節破壊

の広がり (NJE) の群間の相違は10年以上で明瞭になるので無作為に集めた罹病10-15年の240例の患者の単純X線像よりNJEを評価してその分布を調べた。図2に示されるように独立したポアソン分布を示す3つのピークがみられそれぞれのグループの平均NJEは10.9(SD=0.5), 32.2(SD=4.8), 53.5(SD=4.8)であった。統計学的に3群が示され各々を小関節破壊型病型 (LES: least erosive subset)、多関節破壊型病型 (MES: more erosive subset)、ムチランス型病型 (MUD: mutilating disease) とよぶ。

2) 病型と破壊関節部位。

罹病10年以上での関節破壊がどのような部位に広がってゆくかの予後を調べた。それぞれの病型でX線的に以上の侵され方をする関節を調べると図3の様に、小関節破壊型病型 (LES) では手関節、手足の指関節などの末梢小関節の破壊が主体であり機能障害も軽度である。多関節破壊型病型 (MES) では末梢小関節の他に膝関節や股関節などの大関節も侵され機能障害は重度であるが合併症が軽度で整形外科的な再建手術で機能を回復できる。ムチランス型病型 (MUD) ではほぼ全関節が高度に破壊され合併症も重度で再建手術も効果は少なく寝たきり (Stage 4) になることも多い。各病型の予後は表1のようになる。

II) 早期の予後診断法

病型の早期診断が、早期の予後診断と言うことになるが表2のようにまとめられる。

1) 血清中のClq蛋白量

何年にもわたり引続き検体を採取しつつ、罹病10年以上まで経過を観察し得た症例 (●-●) および罹病10年以上経て受診し、X線写真で病型分類した症例 (○) のClq値の変

図1. RA患者の罹病年数にともなう関節破壊の進行。横軸は罹病年数、縦軸は破壊関節数 (NJE)。I群は少関節破壊型、II群は多関節破壊型、III群はムチランス型病型

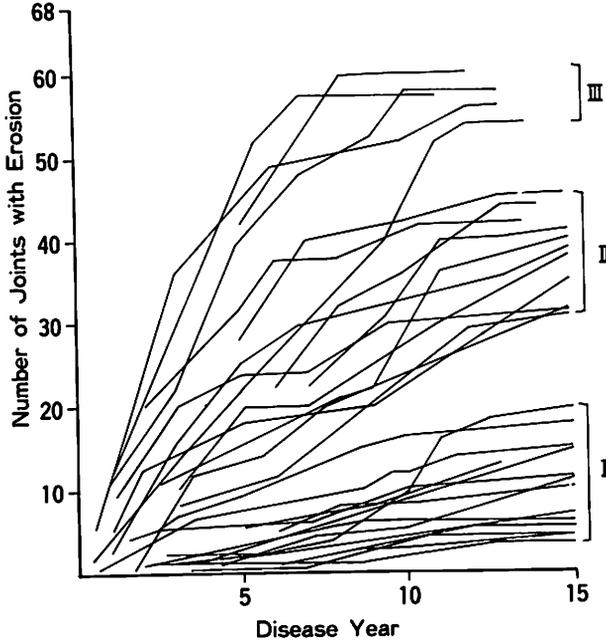


図2. 罹病10-15年のRA患者240例の破壊関節数 (NJE)の分布。横軸はNJE、縦軸は症例数。

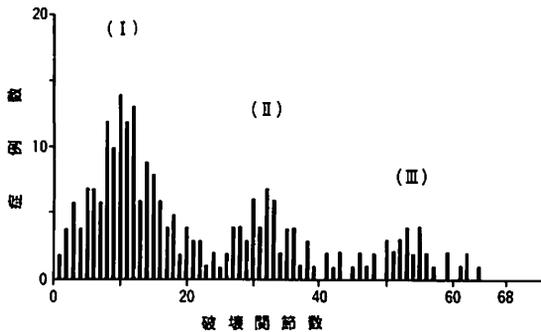


図3. 罹病10-15年の各病型のRA患者の破壊関節部位。破壊の確率を%表示した。(罹病10-15年)

	(I) 少関節破壊型 (N=90)	(II) 多関節破壊型 (N=79)	(III) ムチランス型 (N=42)
肩	(9)	(68)	(86)
肘	(19)	(90)	(100)
手関節	(72)	(100)	(100)
母指-MP	(29)	(91)	(95)
-IP	(10)	(59)	(98)
指-MP	(28)	(79)	(94)
-PIP	(13)	(65)	(95)
-DIP	(0)	(5)	(63)
股	(1)	(37)	(76)
膝	(9)	(76)	(83)
足関節	(8)	(58)	(79)
中足部	(16)	(87)	(95)
趾-MP	(22)	(77)	(98)
-IP	(0)	(2)	(25)

動が図4に示されている。図4-a, b, cはそれぞれ少関節破壊型 (LES)、多関節破壊型 (MES)、ムチランス型 (MUD) の病型の症例のClq値を示している。いずれの例でも罹病5年迄はClq値はあまり変化しないが7年を過ぎるとClq値の低下を示す症例が見られはじめ、その後、罹病期間が増すと徐々にClq値は正常化傾向を示した。図4-aの少

関節破壊型病型の症例では全期間を通じてClq値が $250 \mu\text{g}/\text{ml}$ を越えることは無かった。図4-b, -cの多関節破壊型およびムチランス型病型の症例のClq値はいずれも罹病5年以内では $250 \mu\text{g}/\text{ml}$ を示し、特にムチランス型病型の症例では特に高値を示していた。いずれも罹病10年以上になると徐々に正常化傾向を示した。図4-a, b, cに示される結果より罹

表1. 罹病10年以上での各病型の予後。

少関節破壊型病型

(least erosive subset, LES)

- 末梢小関節の破壊。
- 全身の破壊関節数は平均11。
- 日常生活の支障は少ない(Class II)。

多関節破壊型病型

(more erosive subset, MES)

- 大関節も破壊。
- 全身の破壊関節数は平均32。
- 日常生活の支障は多い(class III)が手術により自立可(Class II)となる。

ムチランス型病型

(mutilating disease, MUD)

- ほぼ全関節の高度の破壊。
- 全身の破壊関節数は平均54。
- 合併症も多く、人工関節手術をしても自立困難(Class IV)。

病5年以内で血清中のClq値が $250 \mu\text{g/ml}$ 以下の症例は少関節破壊型病型。 $250 \mu\text{g/ml}$ 以上の症例は多関節破壊型、またムチランス型病型と予後診断することが出来る。

2) 手関節破壊の早さ

手関節破壊の程度を第3中手骨長に対する手根長(Carpal Height Ratio:CHR:Youmet al²⁾:図5)で評価し、手関節破壊の速さはその1年当りの減少率(ΔCHR)で評価した。表3に示されるように手関節破壊が始まって3年以内の ΔCHR は各病型により高度の有意差を示し早期の予後診断の指標となる。

3) CRP反応

各病型別に罹病年数別にみたCRP反応の結果を表4に示す。罹病5年以内のCRP反応

表2. RA患者の早期の病型診断法。

	少関節破壊型 (LES)	多関節破壊型 (MES)	ムチランス型 (MUD)
Clq値	200g/ml	250g/ml	250g/ml
ΔCHR	0.006+0.003	0.023+0.007	0.093+0.048
CRP反応	陰性ないし弱陽性	常に強陽性	常に強陽性
RA反応	陰性ないし弱陽性	常に強陽性	常に強陽性
X線像	末梢小関節破壊	大関節も破壊	関節の弛緩と強い骨萎縮を伴う全関節破壊

図4. RA患者の各病型別にみた血中Clq値の経年的変動。aは少関節破壊型。bは多破壊関節型。cはムチランス型病型。横軸は罹病年数、縦軸は血中Clq値($\mu\text{g/dl}$)を示す。斜線部位は正常値の範囲を示す。

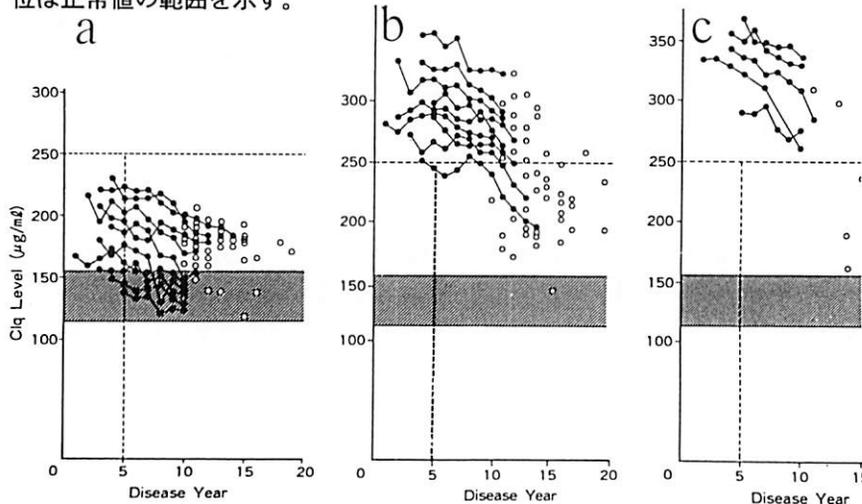
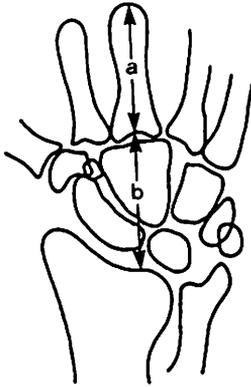


図5. Calpal Height Ratio(CHR):Youmら²⁾



b/a :Carpal height ratio

は多関節破壊型、ムチランス型病型とも何度調べても強陽性を示す。それに対して少関節破壊型病型では88%の例で常時または時々にも陰性を示している。時々にも陰性を示せば少関節破壊型である確率が高く予後診断

の指標なる。いずれの病型の症例も罹病年数が10年を越すと陰性の率が増し炎症の鎮静化の傾向を示していた。

4) RA反応

各病型別に罹病年数別にみたRA反応もCRP同様の傾向を示すが、CRP反応の方が明確な傾向を示す。

5) X線所見

RA患者のX線像の経過を追っていて膝や股関節などの大関節にびらん(erosion)が認められ始めると多関節破壊型病型が疑われる。大関節の靭帯の緩みによる亜脱臼と強い骨粗鬆症による関節破壊が見られるときムチランス型病型が疑われる。

III)RA病型別にみた手術成績³⁾

1) 早期滑膜切除手術の成績

阪大病院、国立白浜温泉病院、星ヶ丘厚生年金病院の整形外科で片側の手の滑膜切除術を行い5年以上経過観察でき、調査時に罹病10年以上に達した患者を対象に retrospective

表3. 手関節破壊3年以内での各病型の△CHR

	値の範囲	平均値	SD	SE	p
I) LES (N=19)	0.001~0.017	0.006	0.003	0.0007	<0.001
II) MES (N=20)	0.013~0.034	0.023	0.007	0.0016	
III) MUD (N=10)	0.032~0.0151	0.093	0.048	0.015	

表4. 各病型のRA患者の罹病年数に伴うCRP値の変化。

病型	罹病年数	CRP反応の結果(%)		
		常に陽性	(+)~(-)	常に陰性
少関節破壊型病型 (LES)	0~5	3/25(12)	13/25(52)	9/25(36)
	10~15	2/35(6)	19/35(54)	14/35(40)
	20~25	0/8(0)	2/8(25)	6/8(75)
多関節破壊型病型 (MES)	0~5	10/11(91)	1/11(9)	0/11(0)
	10~15	16/26(62)	7/26(27)	3/26(12)
	20~25	8/19(42)	7/19(37)	4/19(21)
ムチランス型病型 (MUD)	0~5	6/6(100)	0/6(0)	0/6(0)
	10~15	11/16(69)	3/16(19)	2/16(13)
	20~25	4/8(50)	3/8(38)	1/8(13)

表 5. RAの病型分類基準

指 標	病型別の平均値と(SD)		
	LES	MES	MUD
NJE (罹病10年以上)	10.9 (5)	32.2 (4.8)	53.5 (4.8)
血中Clq値 (罹病5年以下)	186.7 (27.1)	297.4 (29.8)	340.7 (23.9)
ΔCHR (手の罹患3年以下)	0.006 (0.003)	0.023 (0.007)	0.093 (0.048)

NJE: Number of Joint with Erosion, 破壊関節数。
 ΔCHR: Carpal Height Ratioの1年あたりの減少。
 LES: The subset with least erosive disease, 少関節破壊型病型。
 MES: The subset with more erosive disease, 多関節破壊型病型。
 MUD: The subset with mutilating disease, ムチランス型病型。

表 6. 手関節滑膜切除術の臨床的効果。()内は症例数を表す。LES:少関節破壊型, MES:多関節破壊型病型, MUD:ムチランス型病型。

病 型	術後年数	臨床症状の改善例(+)		χ ²	P 値
		手術手	非手術手		
LES (N=27)	1年	93% (25)	44% (12)	4.22	<0.001
	5年	81% (22)	74% (20)	0.65	>0.05
MES (N=15)	1年	87% (13)	40% (6)	2.66	<0.01
	5年	60% (9)	53% (8)	0.37	>0.05
MUD (N=5)	1年	0% (0)	0% (0)	0	>0.05
	5年	0% (0)	0% (0)	0	>0.05

(※): %, ()内は実数

表 7. 手関節滑膜切除術のX線所見に対する効果。

病 型	術後年数	X線所見の良好(不変以上)例(+)		χ ²	P 値
		手術手	非手術手		
LES (N=27)	1年	81% (22)	74% (20)	0.57	>0.05
	5年	48% (13)	40% (11)	0.55	>0.05
MES (N=15)	1年	0% (0)	0% (0)	0	>0.05
	5年	0% (0)	0% (0)	0	>0.05
MUD (N=5)	1年	0% (0)	0% (0)	0	>0.05
	5年	0% (0)	0% (0)	0	>0.05

(※): %, ()内は実数

表 8. 片側手関節滑膜切除手術後の手術手と非手術手のΔCHR。P値はpaired t-test。

病 型	CHRの1年あたりの減少(平均値±SD)		P 値
	非手術例	手術例	
少関節破壊型 (LES)	0.006±0.003 (N=19)	0.005±0.004 (N=27)	>0.05
多関節破壊型 (MES)	0.023±0.007 (N=20)	0.029±0.013 (N=15)	>0.05
ムチランス型 (MUD)	0.093±0.048 (N=10)	0.099±0.044 (N=5)	>0.05

に検討した。前述の結果をもとに罹病10年以上での破壊関節数、罹病5年以下での血中Clq蛋白量、手の罹患3年以下でのΔCHRを指標に表5の基準で病型を分類できた91症例を対象に滑膜切除手術の効果を病型別に検討した。片側手関節の早期滑膜切除術を行った患者47例(LES 27例, MES 15例, MUD 5例)。それぞれ非手術側を対照にして検討した。

①臨床症状に対する効果

表6は手関節の早期滑膜切除術後の臨床症状として腫脹、疼痛ともに改善した例を術後1年と5年で評価したものである。術後1年では少関節破壊型(LES)(P<0.001)、多関節破壊型(MES)(P<0.01)とも明らかに有効である、5年では非手術側との間に有意差は認められない(P>0.05)。ムチランス型では術後1年でも有意差を認めなかった(P>0.05)。即ち、術後1年では少関節破壊型(LES)は著効、多関節破壊型(MES)では有効、ムチランス型(MUD)では無効であるが、術後5年ではいずれの病型でも効果は認められなかった。

②X線所見に対する効果

表7は手関節の骨変化に対する滑膜切除術の効果を調べた結果である。滑膜切除後のX線所見が術前より進行していない例を良好と評価して術後1年と5年で評価した。少関節破壊型(LES)では術後1年で手術関節81%、非手術関節74%に進行を認めず、術後5年では手術関

節48%、非手術関節40%に進行を認めなかった。いずれも手術群と非手術群の間に統計的有意差は認めなかった ($P>0.05$)。他の2つの重症病型では術後1年以内に全例にX線的進行を認めた。いずれも滑膜切除手術は有意にはX線所見の進行を抑えなかった。

③骨破壊の進行に対する効果

早期滑膜切除術が骨破壊の進行を抑えるという従来の学説の検討を試みた。手関節が最も侵され易い関節であり、また手根骨の破壊の速さはCHR (図5)を測定することにより詳細に評価できるため、その検討が可能と考えたからである。方法は片側手関節の早期滑膜切除術を行った患者 (LES 27例、MES 15例、MUD 5例)を対象に手術手の手根骨の破壊の速さが非手術手より

も抑えられたかを検討した。RAにより中手骨はほとんど破壊されないことより、手根骨の破壊の速さは経時的にCHRを測定し、その1年当りの減少 (ΔCHR) で評価した。表8に示されるように ΔCHR は手術手、非手術手とも各病型間では高度の ($P<0.001$) 有意差を示したが、各々の病型内では手術手と非手術手との間に有意差を示さなかった ($P>0.05$)。即ち、手根骨の破壊の速さは各病型の自然経過によって決まるものであり、滑膜切除術によっては有意には抑え得ないことが示された。

2) 人工関節手術の適応

どのようなRA患者に膝の人工関節手術が必要になるかを知るため、大阪大学付属病院で行われた人工関節手術例の1987年の集計を病型別に分類したものが表9である。46膝関節 (31症例、男性6例、女性25例)のうち少関節破壊型病型 (LES)の症例は無く、多関

表9 人工膝関節置換手術症例

(1987年、阪大整形外科)

RA患者総数	46膝関節 (31例、男性6例、女性25例)
少関節破壊型病型 (LES)	0膝関節
多関節破壊型病型 (MES)	35膝関節 (24例; 男性5例、女性19例)
ムチランス型病型 (MUD)	11膝関節 (7例; 男性1例、女性6例)

表10. 人工膝関節置換手術前1年間の炎症反応値

	CRP(mg/dl)	RF(IU/ml)
多関節破壊型病型 (MES; N=35)		
関節裂隙狭小化のみ (N=25)	2.2 (0.6-3.9)	141 (24-275)
骨破壊が進行したもの (N=10)	7.0 (4.3-8.3)	117 (66-207)
ムチランス型病型		
骨破壊が進行したもの (N=11)	8.8 (7.0-12.0)	234 (58-380)

節破壊型病型 (MES)の症例は35関節 (24症例、男性5例、女性19例)、ムチランス型病型 (MUD)の症例は11関節 (7症例、男性1例、女性6例)であった。成人発症RAで少関節破壊型病型 (LES)と考えられるとき前述のようにX線で認められる程の骨破壊に陥ことは少ない。その結果とも言えるが、将来、膝の人工関節手術が必要になる可能性は少ない。

人工膝関節手術を行ったこれら46膝の手術前数年間のX線所見としては、関節裂隙の狭小化の状態が何年も続いていた例と骨破壊が急速に進んだ例に分かれ、多関節破壊型病型 (MES)には両群が、ムチランス型病型 (MUD)では後者の群のみが認められた。膝関節の破壊の速さを予測する指標に炎症反応の検査値がなり得るかを知るために、各々の例で手術に至った1年前からの炎症反応を調べた。表10はその結果である。CRPが $4.0mg/dl$ 以

上の高値を示している例では膝のような大関節も急速に破壊が進むことが示唆された。ムチランス型病型(MUD)では炎症反応を抑えることは困難と思われたが、多関節破壊型病型(MES)の場合、同じように人工関節手術に至るとしても、何らかの方法で炎症状態を抑える事が出来れば手術の時期を延ばしうる事が示唆された。

IV) まとめ

以上の論旨をまとめると以下のようになる。即ち、1) RA患者は自然経過として3病型に分けられ予後診断は可能である。2) 滑膜切除術によっては骨破壊の自然経過を変え得ない。しかし、少関節破壊型(LES)病型では高頻度で、多関節破壊型(MES)病型ではやや頻度は下がるが、関節炎の腫脹、疼痛の改善には1年程度の短期間では有効である。3) 人工膝関節手術は重症病型(MES・MUD)で適応になる。多関節破壊型(MES)の患者の膝関節にレ線的变化が認められ

始めた時に炎症反応を抑える事が出来れば、人工関節が必要になる時期を遅らせ得る。

薬物療法に関しては本稿では言及しなかったが、慢性関節リウマチ患者の治療の適応は、図6のように病型を基に検討すると非常に考えやすい。

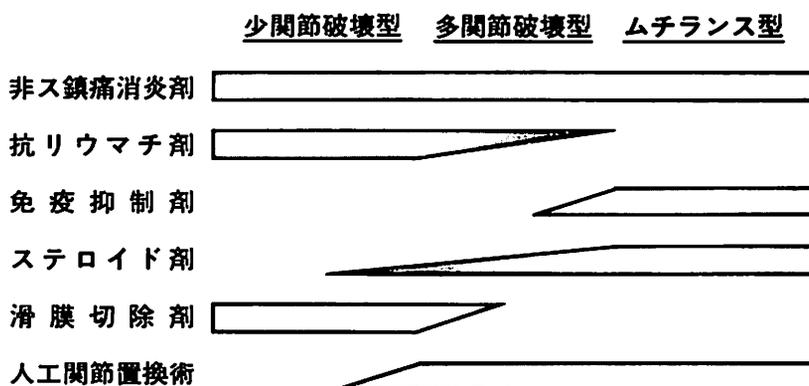
文献

1) Ochi T. Iwase R. Yonemasu K. et al.: Natural course of joint destruction and fluctuation of serum C1q levels in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 31:37-43. 1988.

2) Youm Y et al.: Kinematics of the wrist. I. An experimental study of radio-ulnar deviation and flexion-extension. *J Bone Joint Surg.* 60-A:423-431. 1978.

3) 脇谷滋之、越智隆弘、大脇肇 他：慢性関節リウマチ3病型の自然経過に基づく膝関節の手術適応について。 *臨整外* 24:907-913. 1989.

図6. 慢性関節リウマチの病型別の治療方針。



大阪府医師会たより

大阪府医師会理事

OCOA理事 八幡 雅志

今回は大阪市立総合医療センターについてお知らせ致しましょう。

大阪市では、21世紀を展望した国際都市大阪にふさわしい新しい医療体制を築くため、平成元年6月に都島区桜之宮中野地区(図1.)において、高度専門医療を担う大規模高機能である「大阪市立総合医療センター」の建設に着手し、平成5年春の完成に向けて、現在、基礎工事が進められています。

この建設構想は、大阪市制100周年記念事業の1つに採り上げられた「市立医療機関の体系的整備」の一環として行うものである。

市民病院は戦前の医療機関が十分整備されていないときはそれらを補うため、また戦後は戦争により荒廃した医療環境を急ぎ整備改善する必要などにより逐次設立され市民の医療確保に大きな役割を果たしてきた。昭和36年の国民皆保険制度の実施や民間医療機関の整備等により、市民病院がそれまで果たしてきた役割に変化を求められるようになってきた。その後も施設設備や内容充実を図ってきたものの、病院規模や施設の狭隘などの問題から救急医療や高度医療などの抜本的対策とはなりえなかった。そこで最近の医学、医術の目覚ましい発達や疾病構造の変化、それに伴う市民の医療ニーズの高度化、多様化に対応し、新しい時代の医療体制の確立を図るものとして計画された。昭和58年8月病院構想がとり上げられて以来、地元医師会を中心に度重なる会合を開き、西尾大阪市長、福住環境保健局長、杉本大阪府医師会長とも懇談を

行い、1) 地域医療を混乱させない。2) 民間医療機関に不利益を与えない。3) 高度医療、三次救急、紹介外来制の確立。4) 新病院の機能を十分に発揮するため協議機関を設置する。等の約束をとりかわした。

「大阪市立総合医療センター」の規模では、(図2.) 地上18階、地下1階建て、延べ床面積約89,000㎡、病床は約1,100床で、1階から4階は外来診療部門、緊急部門、手術部門、検査部門、管理部門など5階から18階は病棟部門、地下1階は核医学、放射線治療部門、中央材料部門、栄養部門などを予定しており、総工費は、約620億円である。

特色としては、1年365日24時間対応の救命救急医療の実施、がん、心疾患、脳血管疾患の三大疾患をはじめとする成人病を中心とする急性期高度専門医療、また、小児医療分野における高度医療、ハイリスクの産科医療や新生児医療、今後、さらに増加が予測される高齢者に対する高度医療などに対応する機能を持つようにするとともに、患者紹介システムの確立や医療情報の交換など地域医療との連携を図ることとしている。

今後も、大阪市は市民により良い医療を提供し、公的病院として地域における重要な役割を果たすため医療内容の質的向上を図りながら新しい医療に対応し、市民の医療ニーズに十分応え得る病院とするよう努力するとされている。

附近見取図

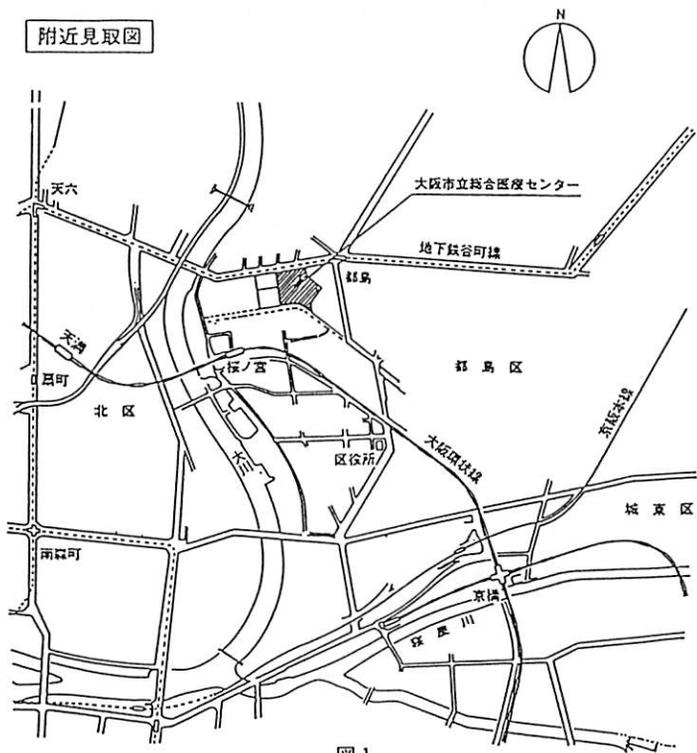


図 1



図 2

第3回JCOA学会に参加して

副会長 大橋 規男

第3回JCOA学会は、JCOA中部ブロックの担当で、平成2年6月17日(日)名古屋市の愛知県文化会館講堂で行われた。昨年、神戸で行われた第2回JCOA学会では学会終了後に懇親会を予定したところ、帰りを急ぐ人が多くてキャンセルがかなりあったため、本年度は学会前夜に名古屋東急ホテルで行われた。今回は仲々盛会で参加者は200名位あったようで、私も参加したがゆっくりした気持ちで食事と歓談に興ずることが出来た。

学会当日は天気も良く、朝早くから多数の会員が会場につめかけ、実のある討論が行われた。午前の部は「老人の橈骨遠位端骨折の治療」について、その適応と方法・許容範囲についてパネリスト・コメンテーターから意見が述べられた。午後の部は「スポーツ部活を医学する」と云うテーマで、甲子園を目指して努力する若人に如何なる問題があるかについて現場の意見が生々しく話され、スポーツ障害の予防と治療についてディスカッションされた。

パネルI

老人の橈骨遠位端骨折

座長：滝川病院 院長 滝川 一興

(1) 宇部市7施設における過去5年間の保存的治療成績

今釜整形外科 今釜 哲男

老人の本骨折は、骨粗鬆を基盤として軽微な外傷で骨折を起こすことが多く、背側骨皮質および海綿骨の欠損を生じ、整復位の保持が困難である。またギプス固定中の再転位の問題、過度の掌屈位を強制することによる合併症などの問題を有している。

山口県宇部市(人口15万余)の整形外科7

施設の診療所で、過去5年間に保存的治療(麻酔下に徒手整復、手関節掌・尺屈でのギプス固定)が行われた橈骨遠位端骨折は、784例であるが、そのうち60歳以上の175例について、アンケート調査及び直接検診を行った。そしてその自覚的評価・他覚的評価・X線評価等を総合的に分析し、高齢者に対する治療法について検討を加えた。

(2) 徒手整復法とギプス固定法の問題について

沢田病院 院長 川岸 利光

骨粗鬆症を合併し、骨折の癒合が認められても、手指及び手関節の拘縮や骨萎縮等の合併症が出現し、精確な整復、そしてギプス固定とその肢位及び固定期間などが、治療期間や合併症の防止など、その予後に大きな影響を与えている。

(3) ラケット牽引法による保存的治療成績 習志野第一病院 院長 三橋 稔

1) 中手骨と橈尺骨にそれぞれ、K-wireを挿入して徒手整復し、良い位置で Distracti-on の状態にして、良肢位でギプス固定する方法。

2) 中手骨に K-wire を挿入し、更にクラメルシーネを前腕ギプスに巻き込み、これをギプス固定から出した手指の外周に、大きくラケット状にし、このシーネとの間でゴムを用いて牽引する方法。

3) 垂直直達牽引をする方法。

4) 観血的に整復し、骨移植する方法。

5) 整復後、橈骨に K-wire を挿入し、ギプス固定する方法。

6) 徒手整復後、ギプス固定をする方法。

以上の治療法を試みて来たが、最近(2)の方法が最もよい成績を得ているので、術後すぐ働けること、ADLに障害が少ないことなどから、今後ともこの方法を用いる方針である。

(4) 整復位保持の為の執拗な努力とその方法の検討

青木整形外科病院 院長 青木 正次

良好な結果を得る為には、容易な妥協を避け、執拗に努力することが必要である。整復は比較的容易であるが、その整復位を固定すること、再転位することなく良好な整復位を保持することが困難な場合がある。私は、観血的手術及び創外固定法は全く行わず、ギプス包帯固定を主としており、整復位保持の困難な例には PIN and PLASTER 法を行っている。第2・3中手骨にキルシュナー綱線を刺入して牽引下に整復し、そのまま綱線を含めてギプス包帯固定する PIN and PLASTER 法の施行に際しての要領等を詳述して、その結果についても報告。

(5) 観血的療法の問題点について

鈴鹿回生病院 院長 藤澤 幸三

橈骨遠位端骨折は、多少変形治療に至っても機能的予後は比較的問題にならないと考えられ、容易に保存的治療がなされている。しかし変形治療による愁訴例に対する最近の評価、反省傾向から考え、症例によっては積極的に観血的療法が必要である。

(6) The distal radial fracture and its treatment in old people.

アメリカ整形外科学会手の外科専門医
Peter A. Nathan, M.D.

特別発言 1

コメンテーター：聖隷浜松病院

整形外科部長 須川 勲

老人の橈骨遠位端骨折は、変形のわりに機能障害が少い点もあり、従来は老人なるが故に多少の変形・障害も可とされてきた傾向がある。しかし、高齢化が進むと同時に quality of life が重要視される現在では、変形・拘縮・機能障害などを主訴として来院する患者が多い。

日常生活に支障のない上肢・手を獲得することを治療目標として、日常診療上留意している2～3の点について述べる。

特別発言 2

橈骨遠位端骨折整復の許容範囲と治療方法

コメンテーター：名古屋大学分院

整形外科助教授 中村 夢吾

当科でこれまで加療した橈骨遠位端骨折後の有愁訴例を分析した結果、愁訴の主たる原因に1. Parmartiltingangle(PAT)の30度以上減少(橈骨手根関節痛)2. ulnarvarianceの3mm以上の増加(尺骨手根関節痛-尺骨突き上げ症候群)3. 橈骨遠位関節面の損傷・転位(橈骨手根関節痛)4. 遠位橈尺関節の不適合(遠位橈尺関節痛)5. 正中神経障害6. 外傷性ディストロフィーが認められた。愁訴の発生を予防するには愁訴を残しやすい骨折を鑑別し、適切な処置を検討すべきである。一般に橈骨遠位端骨折では、整復後も軸圧により受傷時の転位度に再転位しようとする力が働き、再転位が発生しやすい。遺残愁訴例の分析では、受傷時にPAT角の30度以上減少例や ulnarvariance の3mm以上増加例、関節面の破壊や2mm以上の転位により遺残愁訴例が発生していた。関節外骨折では、ことに背側皮質に粉碎のある例は、再転位し愁訴を残しやすい。外固定のほか、経皮ピン

ニング・創外固定法・Pin&Cast 法・観血整復内固定法などが選択すべき治療法としてあげられる。Pin&Cast 法と創外固定法は再転位防止に有効な方法で、もっと利用されてよい方法と考えている。Barton 骨折・chauffeur 骨折のごとく脱臼骨折型の骨折や関節面が少数の骨片で大きく移転している例では、観血整復内固定がすすめられる。

パネルII

スポーツ部活を医学する —甲子園を考える—

座長：加藤整形外科 院長 加藤 幹雄

(1) スポーツ部活傷害の実態と医療の対応 JCOA スポーツ担当理事 太田病院 副院長 佐々木 晃

学童のスポーツの事故・傷害について、全国統計を基に2～3の地域と比較検討し問題点を提起、JCOAスポーツ委員会として地域医療に取り組む為の今後の部活資料に役立てたい。

特に、その中でも、いかにして傷害をおこさない様トレーニングさせるかに、問題点があると思う。この点に関して、医師・指導者を含めて取り組み方を検討する場を作りたい。

(2) 私のスポーツ部活指導の体験

静岡県三ヶ日中学 野球部監督 外山 昭博

(1)部活動を支える地域の環境

(2)部活動の問題点(陸上部の顧問として)

生徒達は、部活動が苦しいから練習をやらないのではないのです。やっても認めてもらえないから、「どうせ俺たちは……」という気持ちにさせてしまう教師側にも大きな原因があると思います。教師の熱意というものは自然に子供に伝わるものです。そして、ともすれば、逆に劣等感を生み出し、教師不信、学校不信につながっていくものであると思いま

す。勉強でも、運動でも、認められることがない生徒がいちばんつらいと思います。認められるものがないから自分の存在を示すように非行に走り、いろいろな社会問題を起こしているのだと思います。

(3)野球のたのしさをもとめて

(4)故障者とトレーニング

(5)部活動を通して教えたこと

(3) 私のスポーツ部活指導の体験

愛知高校 軟式野球部部長 多湖 敏之

高校における部活動は、常に大学進学という学習面との両立をはかることが要求される。そのいずれをも、満たすためには、どうしたらよいかを、教師も生徒も考え行動する。限られた時間内で、厳しく激しい練習に明け暮れる毎日であったが、思うような成果が上がらず、しかも、選手の怪我や、すぐに自分自信に見切りをつけてしまう精神面の弱さなどで、暗中模索の状態が続いた。しかし、このままでは、何のために部活動をやっているのか、本来の目的が見失われてしまうのではないかと思ひ立ち、整形外科の先生に「運動の、合理的かつ効果のある適正量。更に、怪我は、どんな状態の時、最も起こりやすいか。」また、精神科の先生に「精神面の充実をはかるには、生徒にどんな対応をしたら良いのか。」など、いろいろ参考になる話をお聞きし、自分なりに一つの結論を出したのが、「楽しく遊びの延長の野球」であった。この結果を見ると、自分の考えていたことを半ば達成できたのではないかと思う。「練習は、厳しく、長時間やれば良いというものではない。」と言われた整形外科の先生。「生徒をリラックスさせ、伸び伸び野球をやった方が、好結果につながるのではないか。」と言われた精神科の先生などの、貴重なアドバイスがなかったら、自分自身、いろいろ試行錯誤しながらいろいろ悩んでいたかもしれない。

(4) スポーツ部活傷害の初期治療とその指導

スポーツ医・科学研究所

診療部長兼主任研究員 横江 清司

スポーツ部活において発生するスポーツ外傷・傷害は、初期治療を受ける際に、顧問・監督のアドバイスを受けることが多く、これらの人々の医学的知識、医療関係者とのつながりの影響が大きい。

初期治療の医療機関としては、鍼灸・接骨院・整体などの施設が圧倒的に多いが、これらの治療はいわゆる理学療法を主体とする対症療法が多く、本質的療法が行なわれていない。

また、整形外科を標榜する施設でも、正しい診断・治療、適切なスポーツ復帰への指導がなされていない。

演者は関東労災病院スポーツ整形外科、当研究所で、いわゆる「かけ込み寺」としての治療を行ない、初期療法での問題点を経験してきたので、これらの問題点を列挙し、初期治療を行う際の注意点、指導方法について述べたい。

(5) スポーツ部活の問題点とその改善

東京大学 教育学部助教授 武藤 芳照

1. スポーツ部活の問題点

1) 目標の誤り

a) 生活指導優先主義

肉体・精神を酷使し、生活時間を部活で埋めつくすことによって、生徒を管理・指導していくという考え方

b) 勝利至上主義

勝つこと、強いことが正義で、負けること、弱いことは無価値だとする考え方。

2) 内容の誤り

a) 専制的集団的運営

非近代的な集団内の上下関係、不公

正社会の縮図のようなアンバランスな部活運営

b) 体罰・しごき

顧問の教師あるいは、OB、上級生による子どもの人権無視、侵害、暴力。

3) 方法の誤り

a) 長時間の練習

授業前の朝練、夕練、土曜日の午後練習、日曜日・休日の全日練習とはほとんど休みのない部活練習

b) 一種目主義

部のタイトルのスポーツしかやらない。しかもきわめて画一的で単調な練習内容

c) 間違ったトレーニング

ウサギ跳び、膝を伸ばした腹筋運動、はずみをつけたストレッチング、運動中の水分制限など。

4) 傷害の増加

外傷、使い過ぎ傷害などのからだの傷害ばかりか、ドロップアウト、パーンアウト、疲労性抑うつ状態などの心のひずみもみられる。

2. スポーツ部活の改善

1) 自治的運営

児童・生徒中心の自治的運営。

2) 科学的練習方法

a) 間違った方法をとらないこと。

b) 目的と効果をはっきりさせること。

c) それぞれの子どもの特性にあわせて質と量を調節すること。

3) あそび心

スポーツの原義である「きばらし、あそび」の心を大切にし、子どもにとっての楽しさを確保する。

(6) 「甲子園」の魅力と魔力

中京大学 理事長秘書室長兼広報部長

杉浦 藤文

“勝つ”ことより“負けない”ことを念頭において、何時のまにか二十年間。想えば指導している時は連日連夜の苦しい日々、甲子園春夏連続優勝も何のその、苦しかった思い出ばかりが残っている。最近になってようやく教え子達に囲まれて、やっと楽しさを少しづつ感じている今日此頃である。

私にとって選手時代も監督時代も、そして部活も甲子園も思い出はすべて「苦しさ」であった。なのに何が私をして、そして何が子供達を、学校、父兄、郷土あげて走らせて終うのか。何がそこまで熱狂的にさせて終うのか。

いわば部活の頂点ともいえる「甲子園」の魅力と魔力について、そろそろ冷静に分析されていい時期に来ているのではなかろうか。

来年第4回JCOA学会は平成3年7月に北海道で開催されることになった。本会発足当時には、出来るだけ多数の会員が集まり易いように、関東・関西・中部のブロックで交替に行なうことになっていたと聞いていたが、開催地が北海道となると、中部以西の会員がたった1日間の学会に何名参加出来るのか疑問に感じている。

日本理学診療医学会について

日理療医学会 幹事 坂本 徳成
O C O A 理事

平成元年度の日整会学会開催中の4月15日、ベイヒルトン・インターナショナルの銀の間で、桜井実東北大学整形外科教授の司会のもとに本学会の設立集會が開かれた。

岩谷力(日大)、大井淑雄(自治医大)、黒川高秀(東大)、腰野富久(横浜大)、桜井実(東北大)、高瀬佳久(JCOA)、高山榮(JCOA)、山本博司(高知医大)の設立発起人を含む多数の参加者一同の賛同を得て、第1回会長に鳥山貞宜日大教授が選出され、副会長に桜井実教授、顧問に日医の羽田春兔会長が決定した。

(1) 学会設立に至る経緯とその趣意

ここで本学会の設立に至る経緯と設立趣意について簡単に振り返ってみたい。整形外科とリハビリテーションとは、古から密接な関係にありましたが、時代の流れと共に、互いの独立性が明らかになり、それに伴っていくつかの問題点が顕在化してきた。その問題点として、①理学診療科の標榜科をめぐる問題、②理学療法の保険点数の問題、③育成医療、更生医療など身障者福祉医療をめぐる問題、④リハビリテーション学会の専門医認定医制度と日整会認定医との問題、などに端を発し、昭和63年12月9日の日整会理事会で理学診療委員会が常置委員会として設置された。

又、診療面では、理学診療への患者のニーズは多用化されてきており、現に内科、婦人科などに理学診療科を併設する傾向も見受けられ、反面学問的には必ずしも重要視されていない様な一面もある。

一方、行政面でも理学診療科が標榜科として認められているにもかかわらず、その専門学会が存在していなかった。一学会一認定医(専門医)を原則とした方針での審議が行なわれており、医学が専門化、細分化される現

状で、理学診療の進歩普及の必要性が認められ、学術研究と臨床研修を充実させるべく「日本理学診療医学会」が設立された。

(2) 第1回 日本理学診療医学会

平成元年9月2日(土)、東京、アルカディア市ヶ谷私学会館にて、鳥山貞宜会長のもとに開催された。

学会設立よりわずか5ヶ月と云う短期間の準備にもかかわらず充実した学会であった。一般演題は募集されず、continuous passive motion(CPMと略)に限定し、20題、特別講演には高橋孝文先生の「療育の歩み」、日整会教育研修講演として、京都大学医療短大上羽康夫教授の「手の外科と作業療法」の二つの講演を聴き感銘を受けた。

(3) 第2回 日本理学診療医学会

平成2年6月3日(日)、仙台市民会館にて、桜井実会長のもとに開催された。

学会開催にあたっての会長の理念は、運動器疾患の治療に際して、手術によって解剖学的に合理性を復元しようとしても、機能の復活には生物学的能力を精一杯引き出す手段が講じられなければならない。筋力増強は理学診療の中でも極めて大切なもので、かつ基本的なもの、と述べて、この学会の理念とした。第1回の学会20演題に対し、第2回は50題に及び、関節可動域拡大と保持、温熱療法、電気刺激、牽引、固定療法、義肢装具の処方など広範囲の内容であった。

日整会教育研修講演として2題、東北大解剖学半田康延教授の「運動療法における電気刺激の効果」、東北大リハビリテーション医学研究施設中村隆一先生の「中枢神経疾患患者における運動療法」も有意義であった。

(4) 第3回 日本理学診療医学会(予定)

平成3年7月7日(日)、大阪国際交流セ

ンターにて、大阪医大教授小野村敏信会長のもとに、「四肢・脊椎の牽引療法」を主題に、一般演題を平成3年1月末までとして募集中であります。会員の参加と演題の応募を切に願う次第である。

(5) 日本理学診療医学会の今後の動向

(1)の学会設立に至る趣意でも述べた如く、今後、リハビリテーション医学会との連携と本学会の認定医制度の問題が重要であろうと考えられる。先ず、認定医については標榜科の問題と並行して審議され、認定医制度誕生へ向って努力される様望むものであり、学会発展の為にも自然の方向と考えられる。

次に、リハビリテーション医学会については、JCOAニュース、平成2年6月、第3号に論説されている如く、リハビリテーション医学会は、時とともに高次中枢神経障害がその主流となり、整形外科医の求める方向と思考を異にするに至った。整形外科認定医は、整形外科的リハビリテーションを確立するために日本理学診療医学会を育て、日本リハビリテーション医学会と役割分担をきめて相互理解のもとに協力体制を敷き、これからの老化社会を支え、身障者を守るリハビリテーションの両輪として、ともに相携えて歩んで行かねばならない。

OCOA会則改訂について

理事（会則改訂委員長） 三橋二良

昭和62年12月発行のOCOA会報、10周年記念号を読んでみると、その中で顧問の稲松先生がOCOA創立の事情をくわしく書いておられる。昭和51年10月14日、稲松先生によって会則などの試案作りがなされたと書かれている。

現会則は、現JCOA会則を模範とされ、簡略化されたものと思われる。

さすが会則・定款等に精通されている稲松先生が手がけられた会則だけあって、必要にして充分な条文によって成り立っている。

そして、14年間の永きに渡って、この会則は大きな改訂もなく君臨して来た。

ここ数年来、JCOAでは法人化を目ざして執行部で活発な動きがなされて来た。

本年1月頃、JCOA理事会よりJCOA会則等検討委員会（坂本徳成担当理事・三橋二良委員長）に対し「法人化に向けて現会則を早急に改訂し定款ならびに施行細則を作る

よう」命令された。

法人化へ向けての定款となると、現JCOA会則にはいろいろ不都合な点が多くある。

その上、定款は民法にのっとった条文でなければならぬ。

更には、JCOA会則検討委員会では現JCOA会則を改訂するのであれば、新しい理念をもり込んだものにしようという意見がある。例えば、代議員制度、全国区理事の選出、会計年度の改正、役員の選出、任期等がある。このようにJCOAの会則が大幅に改訂されるのであれば、OCOAの会則も検討し直すのではないかという意見がOCOA理事会で提案され、OCOA会則検討委員会が結成された。大橋担当副会長、三橋委員長、委員には坂本徳成、村上白士、瀬戸信夫、長田明、早石雅宥先生等によって鋭意委員会を結成、議論がかわされた。

今回の改訂案の概要は次の通りである。

現会則	改訂案
第3章事業 第3条	(事業) 第4条、事業の内容を具体的に列挙した。
第4章会員	第3章 会員 (会員の種類) ①正会員 } とに分け、それぞれについて説明した。 ②名誉会員 } (会員の資格喪失) ⑤2年以上の会費を滞納したとき、と期限を定めた。 (除名) 会員に対し議決の前に弁明の機会を与えなければならない。 といった条文を入れた。

<p>第5章 役員</p>	<p>第4章 役員 (役員の種類) 第11条 理事若干名(内6～8名を常任理事とする)の条文を入れた。</p>
<p>第11条 1. 役員任期は3年とする。</p>	<p>(役員任期) 第14条 1. 役員任期は2年とする。</p>
	<p>(顧問) 第15条 2. 顧問は在阪5大学の整形外科教授とする。</p>
<p>第7章 会議</p>	<p>第5章 総会 (定足数)、(総会付議事項)、(書面表決等)、(議事録)を加えた。 第6章 理事会 を詳しく述べた。 第7章 使用常任理事会 第8章 裁定委員会 を新しく設置した。</p>
<p>第8章 会計</p>	<p>第9章 会計 (特別会計) 第43条 理事会および総会の決議を経て、本会の事業計画に応じた特別基金をおくことができる。 を新しく設けた。</p>
<p>第9章</p>	<p>会則施工細則 (会費) 第1条 会費の額を規定した。 (役員選出)を設けた (会誌発行) 第4条 会誌は1年に2回発行。 を加えた。 (会員名簿) 第5条 会員名簿は適宜発行する。 を加えた。</p>

この会則改訂案が総会で了承されても、現執行部の任期が平成3年10月末日迄ある故、

附則として、この会則は平成3年11月1日より実施する。と入れた。

第18回 SICOT モントリオールに出席して

理事 河合 秀郎

ドイツ・ミュンヘンにつづき今回の国際整形外科学会はカナダのモントリオールで開かれた。

私の参加したツアーは、毎回、JCOAが使っている海外医学研修センターの企画・編成で総勢65名という大きな団体となった。平成2年9月8日出発・16日帰国の9日間の旅で、参加者は全員整形外科の開業医とその御婦人・家族である。そのため勉強もさせていただいたが、遊びの方も多彩でとても楽しい海外旅行であった。

大阪からは、私と前会長坂本徳成先生が参加し、北海道から九州までの各先生に混じって大いに活躍することができた。会議出席にさきだって、ナイアガラを見物しモントリオールで二泊した後、トロント、オタワを訪れ、それからは2班に別れ、カナディアンロッキー組とケベック組と二つの観光コースに出発した。

今回は、非常に天候に恵まれ、美しいカナ

ダを短い期間ではあるがおおいに満喫することができ、これからも毎回このツアーでSICOTに参加したいと思っている。前記したよに参加者は全員開業整形外科医であるので話が合うし、コースも学問だけにかたよらず組んでくれているのでおおいに楽しめる。今回は3年後、ソウルで開催予定である。

最後に、学会のスケジュールを記しておくが、会場は、いつも満員で世界各国からの参加者で盛会であった。

会期は9月8日(土曜日)から14日(金曜日)まで、土、日曜日は開会式や登録にあてられ、おもしろいのは途中、水曜日一日学会は休みであったことである。

学会は7つの会場と展示場に別れ832題の一般演題と316題のパネル展示その他特別講演という大規模なもので、アメリカ、カナダ、西ドイツの演題の多いのは当然であるが日本からの演題も非常に多く、わが国の整形外科の学問的レベルの高さをうかがえた。



坂本先生と筆者 モントリオール会場にて

“馬”

理事 柴田 辰男

約3年半になりますが毎年成人病センターの3日ドックで検診を受けているのですが、その年も主治医から「今年も胃潰瘍できてるで、2ヶ月程酒やめておとなしうしてみたらどうや」、「そら無理ですわ、いっそ切り取ってもらたら」、「本気か」。小生旧制高校の食料難の頃から時々胃潰瘍、十二指腸潰瘍を繰返しておりましたので、この辺でオベした方が将来のためによいのではないかと考え、早速岩永部長にお願いしました。

御蔭様で術後の経過も順調で体重は13kgも減りましたが体も軽く、酒は術前よりよく飲めるようになり元気な日々を送っています。

1 昨年還暦を迎え、再び生まれた年の干支に還ったことから、人生生まれ変わった気で何かやろうということでゴルフをやるか、ナナハンで走るか、乗馬をやるか色々考えたのですが、学生時代にやっていたこともあり、体重も減ったし、たまたまスポーツの会合で元オリンピック選手で日本の馬術界のボスでもある杉谷乗馬クラブの杉谷先生との出会いもあり乗馬に決めました。

60才になってからの乗馬ですので杉谷先生も非常に気をつけてくれ最初は常歩（歩くだけ）15分からということでしたが、ぼかぼかとか歩くだけでは全然面白くありません。幸い良いインストラクターに恵まれましたので杉谷先生のいうことは聞かなくてもよいから他のメンバーと同じようにしぼってほしいと頼み現在に至っています。

或日雨のため屋内練習場でレッスンをやり、



ぼつぼつ止めようかと思っていたとき急に馬が暴れだし、横に置いてあった約1米の障害を飛び越えてしまいました。乗っていた私は勿論、周囲の人達もびっくりすること。幸い落馬もせず笑話に終わったのですが、インストラクターが「よう飛びましたなあ、来週から障害の練習もしましょう」、ということで現在も軽い障害をとんでいます。

スポーツにも色々ありますが馬を道具として用う点が他のスポーツと異なる点です。人間の数倍もある体重と力を持つ馬に乗って自分の思う通りに自由に動かさねばならないということが最大の難点であり、面白味であります。

現在オルキス（セルフランス）という自馬を所有していますが、将来国体ぐらいいは出てやろうという気持からもう一頭馬場馬術用の馬を探してもらっています。

夜診のあと週2回位、日曜、祭日はほとんどクラブ通いで、北や南の夜の巷を歩き廻ることも減りました。色々なメンバーとの交流も楽しいですが、何故かギャルが多くこの人

達に囲まれてわいわいがやがや喋るのも楽しみの一つです。

1年に1回ギャル達と阿蘇山麓へ外乗に参加しますが、山を駆け登り、谷を降り、草原を疾走する気分は何とも云えません。

日整会スポーツ認定医という立場からも協力しようということで、幸い病院からクラブまで近いのでメンバー、従業員の世話や、馬術大会の救急医療、また当院の救急車を待機させるなど今迄になかったことだと感謝されています。

スポーツに外傷はつきものですが、落馬、馬の手入れ中に蹴られる等で、頭部外傷、骨

折、挫傷が時々みられますが、トレーニングと一寸した注意で防げると思います。

今年医学部を卒業し大阪労災病院で研修させていただいている次男も今年6月より乗馬を始めましたが3日坊主と思っていたのが熱心に練習しています。「乗馬におけるスポーツ外傷」というテーマでデータを出すように契め症例を集めています。

馬には心があります。人と馬との結びつきが馬術です。その優雅さと気高さが大きな特徴です。O C O Aの皆さんも是非一度試乗して下さい。

JCOA研修会（高松）に参加して

明石整形外科 明石武彦

残暑厳しい夏もようやく終り、初秋の涼しさが感じられる9月22日土曜日、午前の診療を終えて、昼食も程々に妻と共に家を出発して、午後2時前には何となく浮き立つ気分で新大阪駅のホームに立っておりました。

振り返ると、昭和42年に大阪市立大学を卒業して、最後のインターン制度を経験し、翌年に整形外科に入局しました。その後、大阪労災病院に出て約10年間勤務しました。昭和53年に開業しましたが、毎日毎日の午前と夜の診療、患者さん及び従業員との人間関係、更には種々雑多な雑用など緊張と忙がしさの為か、とうとう5年目にして体調を崩す結果となりました。このままでは到底長生きは不可能と考えて、水曜日も休診日として週に4日半の診療に変更して、その後はのんびりをモットーに自分自身が満足の出来る医療を心掛け、休診日には近くに沢山ある野池でへら鮒釣りに熱中しております。

そんなある時、先輩の長田明先生よりJCOA研修会（高松）へのお誘いがあり、更に伊藤成幸会長より、この研修会は整形外科の勉強も出来て、その上、実に楽しい会であるとお聞きして、それではと妻を同伴しての参加の申し込みをさせていただいた次第です。

夕刻前には高松のホテルに到着して、のんびりする暇もなく高松郊外の料亭“渭水苑”へ直行、全国から参加された整形外科医とその同伴の方達と一緒に美しい庭園を眺めながら瀬戸内の新鮮な魚貝類や季節のものを用いた懐石料理を味わい、期待した以上の初日でした。

翌日は朝早くホテルの前から観光バスに乗り込み金比羅宮へ出発。途中、金比羅歌舞伎の芝居小屋を見学し、続いて延々と続く石段を参加された皆様とワイワイ、ガヤガヤと話



しながら一段また一段と登って本宮に到着した時には久し振りに味わう快よい疲労と共に何とも言えない充実感を得ました。昼食は名物の讃岐うどんをいただき、次いで坂出港より遊覧船に乗って海の上から瀬戸大橋を見学、改めてその巨大さに驚きと共に感激しました。3時過ぎにはホテルに帰って休憩と着替をして、5時過ぎに高松国際ホテルに集合して口演会の始まりです。

演者はおしん、春日局など数多くの有名なテレビドラマの脚本を書かれた橋田寿賀子さんです。私生活の話も混えて脚本とはどうゆうものか、また各々の作品は何を伝えたくて書かれたのか等、私達の知らない事実や世間を知ることが出来て実に素晴らしい1時間余りでした。

続いての懇親会は全国から参加された約600名の先生方と同伴者の方々が各都道府県毎にテーブルに着き、次々と出される豪華な料理と色々な屋台の食物をいただき、ステージで練りひろげられるコーラス、ラテン音楽、賑やかな阿波踊り等、盛り沢山な催しを楽し

みました。最後の二次会は予約されたクラブで高松の夜を満喫しました。

この一日は朝早くから夜遅くまできっちりとつまったスケジュールでしたが、余りにも楽しいことの連続で私も妻も全く疲れを感じない程に充実した一日でした。

最終日、私達医者は研修会に参加して日整会専門医認定制度の3単位分の研修を受けましたが、同伴の方々は星島や栗林公園など半日観光を楽しんでおりました。昼には高松国際ホテルに再び集合、さよなら昼食会に参加

して、この研修会も幕を閉じました。

今まで私にとって学会や研修会と言えば、勉強か又はその発表の為に随分と緊張したのですが、今回のこの会は何から何まで主催者の方々に御準備、御手配いただき、有意義な研修はもとより、各大学出身の先生方とも和気合々と語り合え、更に妻と共に観光に、パーティに十分に楽しませていただきました。

大阪へ帰って、早速妻と二人して来年の新潟の研修会への参加を考え、楽しみにしている今日この頃です。



香港教育研修会印象記

秋吉整形外科 秋吉 隆夫

昭和54年4月に大阪市福島区吉野町に「秋吉整形外科」を開院し、今年でまる11年になるが、この地域は老人の人口が多いためか、老人患者が多く割合を占めてくるようになって、最近では老人整形外科といった印象である。独居老人も多く、健康に不安を抱いて暮らしている老人も少ないないと思われ、できるだけ力になりたいと思うのだが、外来の整形外科診療であるため、症例も偏り勝ちになり、必然的に刺激に乏しくなるのが現状である。その環境から脱却するために、私は週一回、友人の病院での手術に参加している。又、整形外科関連の学会、研修会や講演会、医師会主催の研修会などにも、時間の許す限り参加している次第だ。特に最近では日整会の認定医、リウマチ医、スポーツ医も資格維持のために研修を受けることが義務付けられているので積極的に参加している。

私としては近年海外での学会開催に大変興味があり、日整会誌上などで度々、参加者を募っているのだから、時間の都合でなかなか思うように参加できないのを常々残念に思っていた。ところが、この度偶然にも日本関節鏡学会より香港での『INTERNATIONAL INSTRUCTIONAL COURSE ON ARTHROSCOPIC SURGERY』（1990年9月29日～10月1日）の開催通知が届き、この機を逃してはなるまいと勇んで参加したのだから、振り返ってみると思うところの多い、ある意味では教えられたことも多かった今回の香港での研修会となった。

この度の香港行、出発前にもひと悶着が起きたのである。研修会の登録料300ドルの払い込みを小切手で会長宛に送付したのだが、どうも会長には受領する資格がないらしく、香港整形外科学会の方に再送付してほしいと



の旨が私の方に届いた。どうしたものかと考えあぐねたあげく、使い慣れぬワープロを取り出し、要領を得ぬまま、その小切手を会長から会の方へ渡してほしいという趣旨の内容を英文で打ち、会長宛へとファクジミリで送付した。私の方としては、安心していたつもりで香港へと出立したのであったが、なんと当日、会場の受付で小切手は私の元へ返され、改めて300ドルを現金で支払うよう要求されたのである。私はしばらくあっけ取られていたが、何事も経験、登録料の払い込みひとつをとっても、こちらの意志を相手に伝えることの難しさを悟った始末であった。

会場は「CARITAS MEDICAL CENTERE」といって香港での基幹病院といった印象で、その講義室で行なわれた。参加者は約100人位で香港の医師が殆んどで、日本人との見分けもつかず日本からの出席者の状況は不明。講師陣は Mr.D.DANDY (英), Dr.R.CASPARI (米), Dr.M.HAYSES (豪), Dr.D.PATerson (豪) が揃い、関節鏡学会では世界のトップクラスのドクターの方々なのだか、

英語のスピードが速く、こちらの聞き取り能力が不足しているのか、内容の理解に多少の困難を覚えた。幸いスライドから講演の内容が捕捉でき、私としても精一杯理解するよう努めたのであった。だかしかし、演説の中に入るジョークやユーモアとなると到底理解できず、香港の医師達が哄笑する中でどうしたものかと、このときばかりは香港の医師たちへの姜望を禁じ得なかった。香港はイギリスの租借地であり、英語教育が行き届いておることは私とて周知の事実であり、医師達も英語圏の留学経験者も多いので当然だとは思われるが、パネル・ディスカッションで講師の先生方と堂々と討論する姿には、ひたすら脱帽するばかりであった。

研修会は初日は講義だけであったが、翌日はさらにモデルデモンストレーションが加わり、翌々日は各指定病院で LIVE SURGERY が各講師の先生方により実施され、充実のうちに幕を閉じた。又、研修会とは別に 2 日目

の晩にはオフィシャル・コースディナーが北京楼で開催され、私の香港での印象深い夜となった。私と同じテーブルには、Dr.CASPARI 夫妻、香港の曾慶泉先生、上海の第九人民医院の侯篠魁先生、日本からの島田病院増田博先生が同席し、様々な話題や情報について尽きることなく歓談し、美味な香港料理に甘美な酒とを十二分に満喫しつつ、香港の夜は更けていったのであった。

今回私が参加した教育研修会のように学会主催の教育研修会は LIVE SURGERYこそないが、日本でも関西関節鏡膝研究会や日本関節鏡学会主催の研修会などが行なわれている。

最後に今回、香港での教育コースに参加して強く感じたことを記しておく。1つは我が身の英語力の不足である。もう1つは、国際学会で外国の学者や医師達と対等に討論ができるように、日整会のほうでトレーニングの為のカリキュラムを組んで指導にあたる必要性の痛感であった。

私のアウト ドアー ライフ

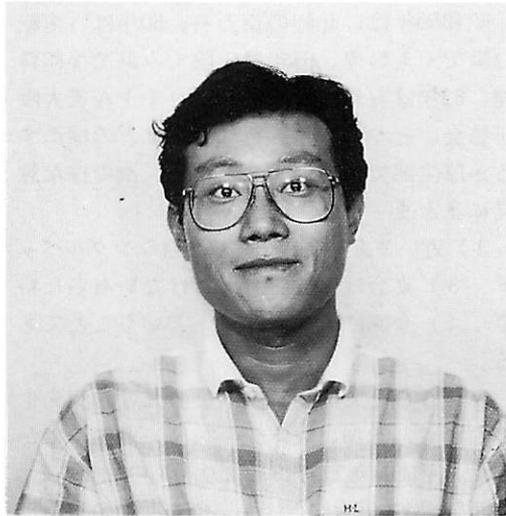
河合クリニック 河合 潔

開業4年間で、体重は8キログラム、腹囲は9センチも増加し、又、朝から晩まで、診療所生活を、強いられることから、私は今、真剣にアウト ドアー ライフに取り組んでおります。

とは云っても、日曜・祝祭日に限られるのですが、太陽光線を体一杯浴び、適度な運動で、全身の筋肉を、リフレッシュさせ、心身共に、健全な状態を保つことが、我々開業医には必要だと考え、心を鬼にして、家庭を犠牲にしている次第です。

私のアウト ドアー ライフは、スキーで始まります。正月を利用し、信州方面まで、四輪駆動車を運転、毎冬唯一の家庭サービスを兼ねております。チェーンの脱着等、色々苦勞もありますが、これも又楽しいものです。スキー歴は30年になりますが、滑降スタイルは、今だ尚初級、でも、どんな急難斜面でも、自分流に、楽しみながら、安全に滑降できるのが自慢です。

春になりますと、芝生も緑色となり、ゴルフの誘いも増すのですが、磯釣りの方に魅力を感じます。というのは、水温の上昇と共に、魚は栄養をつけ、産卵をする為に、浅場の磯周辺に乗っ込んで来る為、この時期は、腕に関係なく、大型で重量感のある黒鯛や、グレとファイトすることができ、ストレス解消には最高です。最近のように、魚の絶対数が減り、釣人が激増すると、釣果を上げるには、ちょっとした工夫が必要で、魚と人間の知恵



比べは、なかなかの奥の深いものであります。

さて、夏はキャンプや海水浴で、山・海と接するには最適です。小型ボート「浦島太郎号」を車に積載し、水のきれいな遠方でのマリンスポーツを楽しみます。全長3メートルの小型船舶なので、沿岸に限られますが、ボート フィッシングや水泳の際のベースとして利用しています。

最後に、秋は、種々体育祭や、だんぢり祭、みかん狩りに、ゴルフコンペ等々、屋外でのスポーツが多く、積極的に参加するようにしております。

以上、私の年間アウト ドアー ライフをふり返ったのですが、自然との触れあいが、多くなり、快適な日常生活に、どっぷりと、ひたっている自分を再認識した次第です。

厚生部だより

I 平成元年度 OCOA会員旅行

昭和59年は、北陸の百万石、60年は、南紀白浜でくえ料理、61年は山陰くみ浜でかに料理、62年は有馬温泉、63年はロイヤルで大阪研修会、とつづく本旅行は今回はどの様にするか厚生部で頭を悩ました結果、次の様な意見にまとまった。

1) 近いこと 2) 宿泊は各自シングルベッド 3) 宴会は、ちょっと行けない有名な料亭 4) 今回はゴルフなし ということである。

ということで総勢12名(宴会だけ古賀先生のお嬢さん参加、坂本先生欠席)岡山にでかけた。平成元年11月18日より一泊の旅である。

新幹線で、岡山でおり、すぐ近くの東急ホテルに宿をとり、宴会は後楽園の横にある荒手茶寮というたいへん由緒ある料亭である。料理はさることながら、各部屋のしつらえはすばらしく、特にそのトイレにはおどろいた。

とにかく大きな控えの間にいろいろがありそこで、衣装(おそらく昔は上下)をぬぐため非常に豪華で広い。大いに飲み喰い二次会は近くのクラブで歌とおどりで楽しんだ。

翌日は、貸し切りバスで、大原美術館から瀬戸大橋に遊び昼食は、倉敷国際ホテルでフルコース、もちろん、ボジョレヌーボのワインつきであった。

はじめてゴルフなしの旅であったが12名も参加していただき充分、懇親の輪をひろげることができた。次回は、韓国へゴルフに行こうということになり楽しみにしている。

最後に参加者の名前を記すと、伊藤会長、大橋副会長、小杉副会長、坂本前会長三橋前副会長の他、木佐貫、永田、中川、永山、早子の各先生それに古賀と私の幹事である。

(河合秀郎記)



II 平成2年度OCOAS春季ゴルフコンペ（通算13回）

今回は台風の影響を受け、14名のキャンセルが出ましたが、雨の中熱闘をくりひろげました。午後からは雨も上がり、無事終了致しました。

成績は林原先生、新田先生がNET76で優勝、準優勝でした。次回は平成3年5月19日の予定です。幹事は林原先生、小杉先生です。よろしくお願い致します。

集合写真がとれませんでしたので少し変わったスナップを集めました。

上位の成績は次の通り		ネット
優勝	林原明郎	76
準優勝	新田望	76
3位	松本有熙	77
4位	堤勁	78
5位	河合潔	79

（八幡雅志記）



平成2年OCCOA春季ゴルフコンペ成績表

(平成2年9月30日 北六甲カントリークラブ東コース)

N A M E	OUT	IN	GROSS	H.D.C.P	NET	次回HD	RESULT
林 原 明 郎	47	41	88	12	76	10	優 勝
新 田 望	52	45	97	21	76	18	準優勝
松 本 有 熙	59	48	107	30	77	29	3 位
堤 勁	55	47	102	24	78		4 位
河 合 潔	47	44	91	12	79		5 位
横 山 正 弘	49	49	98	18	80		6 位
八 幡 雅 志	45	42	87	6	81		7 位
小 松 堅 吾	45	46	91	10	81		8 位
丹 羽 権 平	51	49	100	19	81		9 位
芥 川 博 紀	46	48	94	10	84		10 位
富 山 徹 夫	50	47	97	12	85		11 位
杉 立 山 治	50	55	105	20	85		12 位
濱 田 博 郎	50	58	108	23	85		13 位
村 上 白 士	54	46	100	14	86		14 位
松 矢 浩 司	49	53	102	16	86		15 位
坂 本 徳 成	58	53	111	25	86		16 位
孫 瑠 権	48	52	100	7	93		17 位
原 卓 司	57	55	112	19	93		18 位
中 川 英 隆	54	58	112	17	95		19 位
小 杉 豊 治	67	70	137	33	104		B . B
高 井 澄 男	62	60	122	16	106		敢闘賞

ベストグロス賞

ドラコン賞

ニアピン賞

次回ハンディー

八 幡 雅 志

小 松 堅 吾

孫 瑠 権

横 山 正 弘

新 田 望

小 松 堅 吾

林 原 明 郎 (10)

新 田 望

富 山 徹 夫

富 山 徹 夫

堤 勁

八 幡 雅 志

新 田 希 (18) 松 本 有 熙 (29)

III 平成2年度OCO A懇親旅行

濟州島旅日記

理事 木佐貫 一成

<11月10日(土)>

今日は、OCO A初の海外懇親旅行の出発日。午前の診療を早いめに打ち切った。旅への期待で、昨夜はあまり眠れなかったと云う伊藤会長や中川先生をはじめ総勢10名が、まるで修学旅行に出発する小学生のように、いそいそと大阪空港に集合した。

1時過ぎであった。添乗員の日本旅行の田中君が加わり、午後3時発のKAL614便の機上の人となった。釜山経由で濟州島に行く乗り換えなしの便だ。

韓国旅行は、2、3の方は経験済みのことであったが、濟州島に行くのは、添乗員も含めて全員が初めてであった。

参加者は次の方たちである。

伊藤、河合、古賀、高井、中川、新田、原卓司、三橋、村上、木佐貫の10名。

前日迄の、荒れ模様の天候とはうってかわり、この秋一番と云う程の晴天に恵まれた。

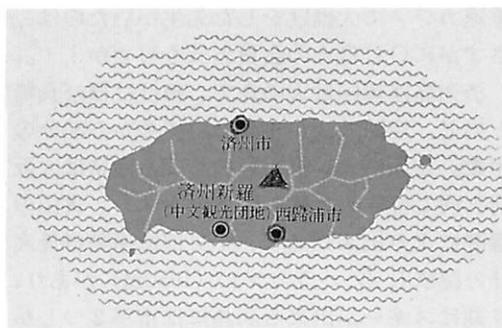
機内で、眼下に紺碧の日本海を望めながら、軽食をとり、ビールを飲んでいるうちに4時過ぎには釜山国際空港に到着した。約1時間であった。空港内で約1時間休憩、見物したのち、再び同様に乗り込み出発した。

濟州島迄の所要時間は約40分、とのアナウンスがあった。

空は相変わらず晴れわたり、複雑に入りくんだ、リアス式の海岸線が手にとるように見える。

ところが、30分位経ちそろそろ島影が見えるのでは、と云う頃から急速に厚い雲の層が眼下にひろがり、あっと云う間に全く下界が見えなくなる荒れ模様の天候となった。

やがて、機はこのうす暗く、しかも分厚い雲の中に入り、闇の中を何度もガタガタと軋



みながら旋回を繰返した。約20分遅れて、すっかり夜の闇につつまれた濟州空港に着陸した。

ここで、ソウル在住の日本語が上手な、現地ガイドの朴訣順さん(女性)が加わった。

総勢12名となり、濟州島でのツアーが始まった。

OCO Aと書いたチャーターバスに乗り、車中から市内を観ながら、KALホテルに向かった。車窓から見る建物や看板などの文字は、全てハングルで漢字は殆ど見当たらない。到着が遅れたこともあり、途中で夕食を、と云うことになった。

繁華街にある焼肉料理店で、待望の本場カルビ焼きを賞味した。

骨付きアバラ肉を、大きな裁ちバサミで、豪快にジョキジョキと切り、炭火で焼く。ニンニク、唐辛子、種々の香辛料、それにキムチなどと一緒に、チシャの葉で包んで食べる。

もうもうたる煙り、ただよう香辛料の匂い、満員の客の話し声や笑い声、とび交う韓国語。このような雰囲気の中で、韓国焼酎の真露(ジンロ)やビールを飲みながら食べるカルビの味は、空腹とは云え矢張り格別のものがあった。

われわれの泊ったKALホテルは、済州市内でも繁華街から少し離れたところにあり、静かな環境のホテルであった。客室は韓国式のオンドル部屋で、板ばりの室内に薄い座布団をしいて座ると、床からポカポカと暖かく心地よかった。

ホテル内にはナイトクラブやカジノもあり、早速カジノで大儲けをした先生がいたのは、さすがにO.C.O.Aの会員と云う可きか!!。

済州島は韓国最大の島で、緯度はほぼ長崎と同じ。空路釜山から40分、博多から30分の距離。東西に長い楕円形の島で、面積は大阪府と同じ位、人口は約50万(図1)。火山の爆発により出来た島で、中央部に南朝鮮最高峰の漢拏山(ハルラサン)(1950m)があり、冬期はスキーが出来る。島には市が2つしかなく、北の海岸には空港のある済州市があり、漢拏山を距てた丁度反対側の南海岸に西帰浦市がある。アスピーデ型の休火山である漢拏山は、広大な熔岩台のすそを長くひいた優美な姿で、頂上付近には雪が積もっていた。

風は強いが、温暖な気候を亜熱帯風の景色、奇岩や絶壁の連なる景勝な海岸線、豊富な資源に恵まれたこの島は、韓国のハワイと称されハネムーン旅行のメッカだそうだ。

<11月11日(日)>

さて、この韓国のハワイで一夜をすごしたわれわれが、チャーターバスでホテルを出発する頃には、雨雲が空を覆い、肌寒く今にも降り出しそうな空模様であった。

市内を通り過ぎた頃には、先程までの曇り空がまるでウソのような晴天になった。バスは漢拏山の山すその、広大な草原地帯を、一路南海岸に向かって走った。冠雪した高峰を見ながら走る草原は、丁度阿蘇山のそれによく似た風景であった。

約1時間ちょっとで南海岸に到着した。島内で最大のリゾート地帯に変貌しつつある中文地区である。

6月にオープンしたばかりの、済州新羅に立ちよった。

クルージング、ダイビング、フィッシング等のさまざまなマリンスポーツが楽しめる。広大な敷地に330の客室があり、6カ国語同時通訳装置をはじめ、最新の機能、設備が完備しており従業員のマナーも非常に良い。南欧風の優雅なリゾートホテルである(写真1)。ホテルの裏側にはヘリポートらしいものを造成していた。

和食堂もあり、寿司コーナーもあった。ルームチャージは22,000円~25,000円、税10%、サービス料10%とのことであった。

ホテル内の免税店を見たのち、ゴルフ組はホテルに隣接する中天ゴルフ場に向った。ゴルフもしたいが観光もしたい。然し、体が2つあるわけではなし、と云うことで中川、原の両先生と私の3人は、田中君とガイドの朴さんとともに観光に出発した。

海岸沿いに東に向い、約30分で、港町ムードにあふれる西帰浦市に到着した。

ここで本場のトラフグ料理にありつこうと云うわけだ。鄙びた感じの店で、韓国風鉄チリを注文した。

フグの皮の湯引きとキムチを着に、韓国のドブコクであるマツコリで、早速酒盛りが始まった。お碗で飲む、やや酸味のある白く濁ったドブコクが、フグ料理にこれほどよく合うとは思わなかった。程よいところで、いよいよ鉄チリの登場である。これが、丁度スッポン鍋のにうに、フグを大雑把にぶちぎって、香辛料で味付けした煮えたぎる汁に、ドカッとほうり込んだ感じのものだ。

フグの淡白な身に、香辛料の何とも云えない風味がしみこんで、ゴルフ組の方には誠に申し訳けなかったが、そのうまかったことと云ったら、ちょっと簡単には表現出来ないほどの絶妙な味であった(写真2)。

愛想のいい店のおかみさんに別れを告げ、車で10分位の所にある、正房爆布に行った(写真3)。民族衣装を身にまとった、新婚のカップルが何組も目につく。

この滝は漢拏山から流れてきた水が、断崖

の上から直接海に流れ落ちている珍しい滝であった。海岸にはウエットスーツを着た海女がアワビ、タコ、ホヤ、サザエ等の魚介類を獲っている。浜辺で、それを刺身にして食べさせてくれる（写真4）。

異国の島の明媚にして豊饒な海を眺め、磯の香りが一杯の海の幸を味わい、明るい陽ざしを浴びて、潮騒いのひびきをききながら、点在する小さな島や魚船を、ただぼんやりと望めて過ごしたこの一刻こそは、私にとって最高に贅沢な時間であったような気がする。この滝の山側近くに、かつての李承晩大統領の別荘を、ホテルに改造したハネムーンハウス・ホテルがある（写真5）。コロニアル様式の風格のある建物で、回廊式庭園のむこう側の断崖の下には、藍色の絵具を溶かしたような、あく迄も透明で濃青の海が涯しなく広がっていた（写真6）。

ここも、本土からのハネムーン旅行のカップルで一杯であった。鮮やか民族衣装の花嫁達は、山本陽子や松阪慶子ばりの美人揃いで、私達はただただ羨しそうに、指をくわえて眺めておりました。

このあと、天地淵瀑布と云う、山よりにある滝を観に行った。時間があれば、ピストルの実弾射撃を経験してみたかったが、少し遠方すぎると云うことで断念した。この西帰捕に来てから、日本人らしいグループには全く出合はなかった。余り、こちらの方にはこないようだ。

西帰捕からバスで来た道をひきかえし、巨大なドーム型の植物園を経て、中文ゴルフクラブでゴルフ組と合流した。

帰路、ガイドの朴さんから韓国も日本と同様に、土地の高騰、人件費の上昇、激烈な受験戦争等々のなまなましい話を聞いているうちに、済州市の海岸通りにある海鮮料理店に到着した。（韓国の通過であるウォンと円のレートは5対1、つまり1万円が5万ウォンぐらいであるが、物価は日本と余り変らないように思った。因みに、日本で220円のカ

ンビールは300円、ビンビールは560円でした。）

今夜のメニューは、次のようであった。

イカ、エビ、ホヤ、カキ、サザエ、白身の魚の刺身、今が旬のワタリガニ等。それに、一寸位に切りきざんであるが、グニャグニャと盛んに動いている、生きたタコの足の造りを盛った皿。その1つ2つを口に含むと、ピリッと口内の粘膜に吸盤が吸い着く！！真露（ジンロ）焼酎を飲みながら食べたその味は、気味の悪さとは裏腹に、美味なものであった。今回の旅行では、全員が実によく飲みよく食べた。

ゴルフ組もプレイで疲れたが、観光組もゴルフと同じ位の距離を歩いた勘定になり、その程よい疲れが、全員を心地良い夢路へとさそった。

<11月12日（祭）>

最終日は早朝から雲一つない快晴だ。

銀の器、銀の箸で韓式の朝食をとり出発した。途中、キムチを買って空港に到着した。当初は大阪行きの直行便の予定であったが、都合で釜山迄は国内線に乗り、釜山で大阪行きに乗り換えることになった。

親身になって、われわれの世話をしてくれた韓国美人の朴さんに別れを告げた。短い日時ではあったが、われわれが接した韓国人達は皆な親切で、ただの一度も嫌な思いをしなかった。機内は、国内線のためか日本人はわれわれだけのようであった。

定刻より20分遅れて、午前10時10分頃に離陸した。眩しいばかりの晴天で、全くゆれることもなく30分で釜山に到着した。だか、大阪行きの出発時刻迄には余り時間がない。しかも、預けたわれわれの荷物が仲々出て来ない。やっと最後になって出て来た。そして又もや具合の悪いことに、出国手続きのカウンターが長蛇の列。添乗員の田中君の努力で、割り込ませてもらったものの、既に出発時刻はとうに過ぎている。それなのに、われわれはまだカウンターの外に並んでいる。

LALの従業員が、『大阪行きの客はいないか』と叫ぶ。われわれは一斉に大声で「大阪行きだ」と手を挙げる。『どうしてもっと早く来なかったのか』とどなられた。早くくるも来ないも、濟州島での離陸が遅れ、その分だけ遅く到着したのだから仕方がない。

このようなことがあったが、やっとわれわれが乗りくむと同時に、定刻より遅れて離陸した。

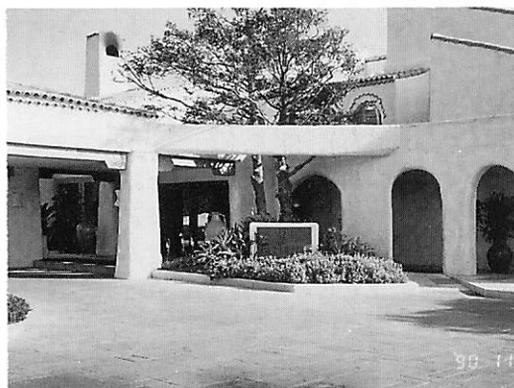
晴れわたった青空を、滑るように飛行し、午後1時過ぎに無事大阪空港に到着した。

KALの美しいスチュワーデスの『カムサ

ムニダ』（ありがとうございました。サムサハムニダが、私にはこのように聞こえる）の言葉に送られて、それぞれに楽しかった想い出を胸に秘め、短かったが愉快であった、O COAの濟州島旅行は無事に終わったのであった。

最後に、この旅行を企画し種々交渉の労をとられた古賀先生に感謝するとともに、早朝から夜遅く迄われわれの為に、何かと世話をして頂いた日本旅行の田中君、現地ガイドの朴訣順さんに厚くお礼を申し上げます。

KAL ホテル前にて



写真⑤



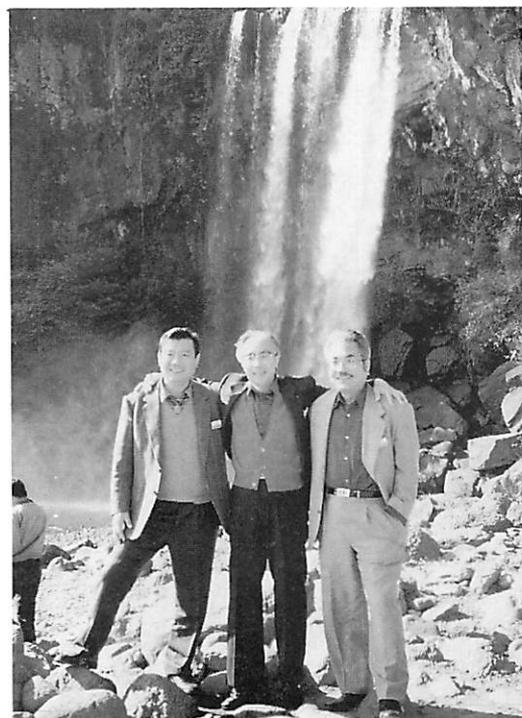
写真⑥



写真②



写真①



写真③



写真④

Ⅳ 第6回OCOA懇親旅行ゴルフコンペ（濟州島）

ホテル新羅免税百貨店でそれぞれ買物をした後、ゴルフ組は観光組と分かれて中文ゴルフクラブへ向かった。ゴルフ場までバスで1分とかからずレストランで早めの昼食をすませ、11時30分位のスタートでプレーを開始した。

中文ゴルフクラブは濟州島の南側に在って東シナ海に面する広々としたゴルフ場で、風光明媚なところであった。

天候は晴、前半は風がやゝ強かったかが寒さを膚に感じる程でもなく、後半は風も弱まり少々汗ばむ位であった。皆さんプレーよりもむしろ景色を楽しまれたようで、スコアの方はあまり宜しくなかったが終了後、素晴らしい景色で大変楽しかったと異口同音に唱えられていた。

島の中央には韓国一高い漢拏山がプレー中に望まれ、頂には雪がうっすらと積もり美しく映えていた。海側のコースは溶岩むき出しの海岸や、断崖から直接海へ流れ落ちる滝、

水平線の彼方まで見渡せるあくまでも青い海の色等見事な景色であった。

2バックに1人のキャディさんが付いてくれ、こりが若くて大変な美人で、接客マナーも良く、爽やかな気分にしてくれて誠に楽しい一日であった。

夕方5時頃にホテル新羅で観光組と再び合流、夕食会場へ向かった。（古賀教一郎記）

第6回OCOA懇親旅行ゴルフコンペ成績表
（平成2年11月11日濟州島中文ゴルフクラブ）

RANK	氏 名	GROSS	HCP	NET
優勝	村上 白士	97	14	83
2位	新田 望	101	16	85
3位	古賀教一郎	113	26	87
4位	高井 澄男	105	14	91
5位	三橋 二良	108	16	92
B.B.	河合 秀郎	121	25	96
B.M.	伊藤 成幸	133	36	97

B.G.村上白士

敬称略



OCOA理事会議事録

第3回理事会（2年7月14日）

報告事項

(1) 総会委任状の報告

小杉副会長より7月21日に行われる臨時総会に関し、現在寄せられている委任状の状況（委任状記名33名、委任状無記名12名：計55名）について報告がなされた。

(2) 会費値上げの件の報告と説明

小松会計より7月21日の臨時総会で値上げが決まれば、7月より大阪医師信用組合より、徴収していただくように手筈をしている。JCOAが本来1月より値上げをしているので、本年度は約50万円弱の赤字になるだろう、との報告がなされた。

(3) 大阪府医師会医学会運営委員会の報告

大橋副会長より医学会総会について、OCOAも単科医会より協力要請があったので、協力してゆく方針であるとの報告がなされた。

(4) 6月3日（日）第2回日本理学療法学会及び同幹事会の報告

6月3日仙台市民会館で500～600人の参加者を集め、学会としても充実してきた、との報告が坂本理事より行われた。また、その後開かれた幹事会についてもプリントで説明がなされた。来年度の第3回学会は、平成3年7月7日大阪医大小野村教授が会長で、大阪において開かれる予定。

(5) 6月16日（土）JCOA臨時理事会（名古屋）の報告

JCOAが公益法人になるので、OCOAの三橋理事を中心に定款の作成が進められている件、足病医認定医の件等について、坂本理事より報告がなされた。

(6) 府医師会各種委員会の報告

労災指定病院長会が5月末に解散し、6月より労働省の管轄でセンターが設けられた件、審査の件、健康スポーツドクターの件、自賠責の件、センター病院の件について、八幡大阪府理事より詳細な報告がな

れた。

(7) 秋のOCOA旅行の件、及びゴルフの件 ☆第13回ゴルフコンペ

9月30日（日）北六甲カントリークラブ

☆秋の旅行は、11月10日（土）～12日（月）済州島の予定で、予約を日本旅行に頼んでいるが、飛行機がまだ取れていない。来週中に取れなければ、国内に変更も考えていると、古賀理事より報告がなされた。

(8) OCOA会誌第12号の発行について 近々発行の予定であると、瀬戸理事より報告がなされた。

(9) その他

伊藤会長より、増原健二前奈良医大教授、上野良三前香川医大教授を名誉顧問になっていただいては？との提案があった。

審議事項

(1) 大阪府単科医会連絡協議会の件（長田理事）

(2) 総会について（伊藤会長）

7月21日、OCOA研修会の場で臨時総会を開き、伊藤会長がJCOAの会費の値上げがあった為等の事情で、OCOA会費値上げを提案し、坂本JCOA理事が、JCOA会費の値上げの理由について説明することになった。

委任状の取扱いについても審議された。

文責：松矢

第4回理事会（2年10月13日）

報告事項

(1) JCOA理事会（8月16日）の報告

当日欠席された坂本理事に代わって、伊藤会長より、プリント資料のもとに報告がなされた。

(2) 各県代表者会議（9月22日）の報告

出席された伊藤会長より、プリント資料のもとに報告がなされた。

(3) 大阪府医師会医学会運営委員会の報告

第4回（7月）、第5回（8月）、第6

回（10月）の医学会運営委員会に出席された大橋理事より、プリント資料により説明がなされた。

柔道整復師講習会にO C O Aより3名の講師を派遣することが決定され、服部理事、堀木理事、長田理事が選ばれた、との報告があった。

(4) 大阪府医師会便り

八幡大阪府理事より、①. 健康スポーツ医について、②. 労災の地方特掲について、③. 自賠責の治療費が、労災に準拠して作成が進められつつあることについて、説明がなされた。

(5) 柔整師会について

伊藤会長より、昭和63年の柔整師法改正により、厚生省の管轄下に入り、柔整師会が独自に講習会を開くことになった。柔整師会の会長がJ C O Aの金井会長に講師の派遣を依頼され、金井会長より協力の要請があった。

大阪柔整師会より依頼があったので、伊藤会長、大橋副会長、小杉副会長が柔整師会の2人の副会長及び学術担当理事と9月12日にターミナル・ホテルで会合をもち、長田理事、服部理事、堀木理事を講師として派遣する事を了承した。また、柔整師会法に違反している柔整師の件について意見を述べ、違反があれば柔整師会で取り締まるとの返事を得た、との報告がなされた。

(6) 日整会評議委員会の報告

出席された伊藤会長より、日整会認定医資格継続の自己申告の件、スポーツ委員会の件、リウマチ委員会の件、理学診療委員会の件、評議員選挙の件、産業委員会の件等について、説明と報告がなされた。

(7) 単科医会（8月29日）の報告

長田理事より、単科医会連絡協議会がO C O Aの当番幹事で、全単科医会出席のもとで行われ、林原先生を講師として医事紛争について講演していただいた。（生涯教育研修）また、その他の協議も行われた、との報告がなされた。

審議事項

(1) O C O A会則改訂案について

三橋理事より「大阪臨床整形外科医会会則・施行細則」が配布され、説明と討議がなされた。

(2) 平成2年度O C O A秋期ゴルフコンペ（通算13回）について

古賀理事より結果報告があった。

優勝：林原先生 準優勝：新田先生
3位：松木先生

(3) 第6回O C O A親睦旅行について

古賀理事より10月10、11、12日の済州島旅行についての説明があった。

(4) 会報第13号発刊について

瀬戸理事より目次（案）が配布され、説明があった。巻頭言は河合理事にお願いする事に決定された。

(5) O C O A第4回研修会（10月20日）について

伊藤会長より10月20日ターミナル・ホテルで開かれる研修会について説明があり、役割分担が決められた。

(6) O C O A第14回総会（11月17日）について

①. 平成2年度決算報告について

小松理事

②. 平成3年度予算案について

小松理事

③. 平成2年度事業報告について

小杉副会長

④. 平成3年度事業計画について

大橋副会長

⑤. 研修会内容について

伊藤会長

以上、各担当理事よりプリント資料にて説明され、討議された。

(7) その他

①. 平成3年度春期ゴルフコンペ

5月19日予定

②. 柴田理事より、J C O A賛助会員の増員について説明と依頼があった。

（文責：松久）

会 員 名 簿 補 追

・会員名簿追加

〒	氏 名	医療機関名称	医療機関所在地	電話番号	自 宅 住 所	電話番号
565	いしかわ まさき 石川 正樹	石川整形外科	豊中市新千里南町2-5-6	06 832-9000	〒560 豊中市上野坂1-10-19	06 852-9876
578	しおみ としあき 汐見 徹	しおみ整形外科	東大阪市岩田町3-10-5	0729 66-5300	〒587 東大阪市小坂本町2-3-5	06 724-4350
567	おおしま まさよし 大島 正義	大島整形外科	〒567 茨木市庄2-26-24	0726 22-0345	〒567 茨木市山手台1-7-4	0726 49-4873
574	ながしま てつお 長嶋 哲夫	長嶋整形外科	〒574 大東市太子田2-1-41	0720 70-3733	〒574 大東市諸福1-96-1	0720 74-1685

●名簿の訂正

退会：黒瀬寅次（大阪市平野区加美西）

●注：住所、電話番号変更はOCA事務局までお知らせ下さい。

お 知 ら せ

(I) 学術研修会

第1回研修会

日時：平成3年6月1日PM3:00より 於：ターミナルホテル

(1)演題：「肘の外科」－関節リュウマチを含む－

講師：阪和泉北病院副院長 多田 浩一 先生

(元香川医大整形外科助教授)

(2)演題：「腰痛その複雑な発源機序について」

講師：和歌山医大教授 玉置 哲也 先生

第2回研修会

日時：平成3年7月20日（土）PM3:00より 於：ターミナルホテル

(1)演題：「足のスポーツ障害」

講師：奈良医大整形外科助教授 高倉 義典 先生

(2)演題：未定

講師：国立南大阪病院整形外科部長 大西 啓靖 先生

(II) ゴルフコンペ

第14回ゴルフコンペ（春季）

平成3年5月19日（日）

北六甲カントリークラブ

原稿募集

次号(14号)平成3年6月発行予定です。日頃臨床経験、診察上の工夫、学会研修会
印象記・OCOAに対する意見要望・保険診療・医業経営・医政に関する御意見・随想・
趣味等々いづれでも結構です、奮って御投稿下さい。(平成3年5月20日メ切)

(送り先：OCOA事務局)

編集後記

テレビをつければ、湾岸 湾岸と慌ただしい毎日ですが、OCOAの会員の皆様には、また
お忙しい新年をお迎えの事と存じます。

第2次世界大戦後45年間世界的大戦はなかったとは言え、朝鮮戦争 ベトナム戦争 中東戦
争 イ・イ戦争 カンボジア内戦 アフガン内戦 ホークランド紛争 ソ連によるユーゴ・チェ
コ・ポーランド・バルト三国動乱 中国天安門事件 中米をはじめ世界各地に於ける内戦 そ
して今度の湾岸戦争と絶え間のない軍事紛争の連続でした。昭和生まれの多いOCOA会員の
我々は、それにくらべれば本当に平和な45年間でありました。

しかし開業整形外科医をとりまく医療情勢はどんどん厳しくなって参りました。人口の急速
な高齢化、若い労働力の不足(看護婦不足)、医師の過剰、柔整師等医療類似行為者の激増、
整形外科健保の締め付け、明るい展望より暗い未来がのぞきます。

一方JCOA、OCOAと開業整形外科医の組織化が進み、我々が一致団結していろいろの
困難を切り開いていかねばなりません。会員の皆様がんばりましょう。

OCOA会報も13号をかぞえ、理事・会員の皆様のご協力により、原稿の集まりもスムーズ
になって参りました。編集者一同厚くお礼申し上げますとともに、会報のマンネリ化をふせぐ
ために、どしどしご意見やご投稿をお願いします。

(N,S記)

大阪臨床整形外科医会会報 第 13 号

平成 3 年 1 月 25 日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒535 大阪市旭区高殿6-3-27
伊藤整形外科・外科診療所内
TEL (06)953-0071
FAX (06)956-5558

編集者 伊 藤 成 幸・大 橋 規 男
大 竹 節 郎・松 矢 治 司
首 藤 三七郎・瀬 戸 信 夫
丹 羽 権 平

Better Lifeへの 確かな一歩 Growing DMARD

- 1 リマチルは赤沈、腫脹などRAの活動性の指標を改善する効果が優れています。
- 2 リマチルは特に活動性RAの早期により効果があります。
- 3 リマチルはRAでみられる免疫パラメーターの異常を改善します。

■効能・効果 慢性関節リウマチ

■使用上の注意

1. 一般的注意

- 1) 本剤の投与に際しては、慢性関節リウマチの治療法に十分精通し、患者の病態ならびに副作用の出現に注意しながら使用すること。
- 2) 本剤は消炎鎮痛剤等で十分な効果が得られない場合に使用すること。また、高齢者、手術直後の患者、骨髄機能の低下している患者、全身状態が悪化している患者には原則として投与を避けること。
- 3) 本剤の投与開始に先立ち、主な副作用、用法・用量等の留意点を患者に説明し、特に咽頭痛、発熱、紫斑等の症状がみられた場合には速やかに主治医に連絡するよう指示すること。
- 4) 本剤は遅効性であるので、本剤の効果が得られるまでは、従来より投与している消炎鎮痛剤等は継続して併用することが望ましい。ただし、本剤を6カ月間継続投与しても効果があらわれない場合には投与を中止すること。
- 5) 本剤投与前には必ず血液、腎機能、肝機能等の検査を実施すること。投与中は臨床症状に十分に観察するとともに、定期的に血液及び尿検査等の臨床検査を行うこと。

2. 次の患者には投与しないこと

- 1) 血液障害のある患者
- 2) 腎障害のある患者
- 3) 成長期の小児で結合組織の代謝障害のある患者

3. 次の患者には慎重に投与すること

- 1) 血液障害の既往のある患者
- 2) 腎障害の既往のある患者
- 3) 肝障害のある患者

4. 副作用

- 1) 血液：ときに貧血、顆粒球減少等があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。造血組織に影響を及ぼす薬剤との併用をする場合は慎重に投与すること。
 - 2) 血管：本剤について、血管系の副作用は認められていないが、頻薬であるD-ペニシラミンには副作用として、毛細血管脆弱、血栓性静脈炎があらわれることがあるので注意すること。
 - 3) 呼吸器：まれに間質性肺炎、肺線維症があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - 4) 腎臓：ときに蛋白尿、ネフローゼ症候群、腎機能異常等があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
 - 5) 過敏症：皮疹、痒疹、又、ときに着麻疹、発熱、口内炎、舌炎、好酸球増加等があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
 - 6) 消化器系：ときに食欲不振、悪心・嘔吐、下痢、便秘、胃痛等があらわれることがあるので、このような場合には減量又は投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
 - 7) 肝臓：ときにGOT、GPT、ALPの上昇があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
 - 8) 味覚：ときに味覚異常があらわれることがあるので、このような場合には減量又は投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
 - 9) 精神神経系：ときに頭痛、眼眩、めまいがあらわれることがあるので、このような場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。
 - 10) その他：ときに脱毛、手指末端のしびれ感、倦怠感、眼痛、また、まれに黄色爪症候群があらわれることがある。
5. 妊婦、授乳婦への投与 6. 小児への投与および 7. 相互作用については添付文書をご参照下さい。



抗リウマチ剤 (劇)指
R リマチル[®]
 RIMATIL[®] プシラミン錠

【健保適用】

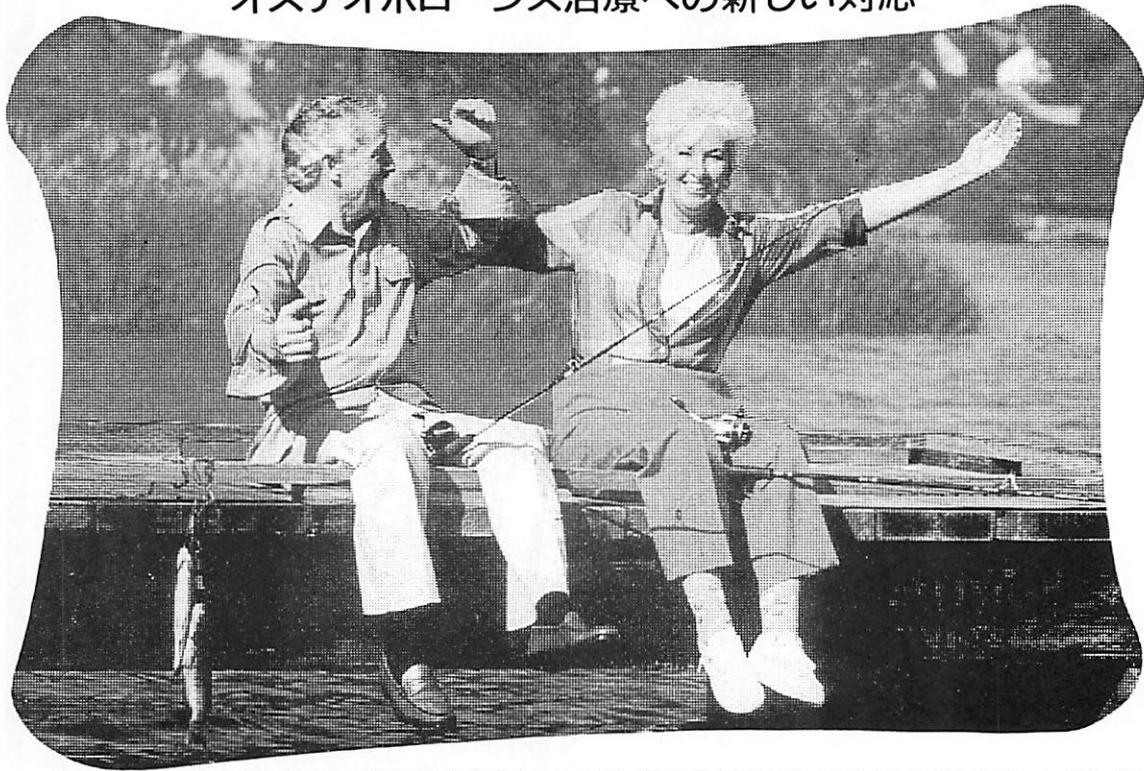
注意 ※ 本剤の「副作用」、「使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照下さい。

〈資料請求先〉  参天製薬株式会社
 大阪市東淀川区下新庄3-9-19

90K ① B5

Healthy Bone, Beautiful Life

オステオポロシス治療への新しい対応



新規な作用機序で骨粗鬆症における骨量減少を改善

骨粗鬆症治療剤

OSTEN[®]錠

(イプリフラボン錠) 「タケダ」

新発売

効能・効果

骨粗鬆症における骨量減少の改善。

用法・用量

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

使用上の注意

1. 一般的注意

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

2. 次の副作用があらわれることがある

- (1)過敏症：ときに発疹、痒疹等の過敏症状。このような場合には投与を中止。
- (2)消化器：ときに悪心、嘔吐、食欲不振、胃部不快感、胃痛、腹痛、下痢、口内炎等の症状。
- (3)精神神経系：ときにめまい、ふらつき等の症状。
- (4)血液：ときに赤血球減少、白血球減少等。
- (5)肝臓：ときにS-GOT、S-GPT、ビリルビンの上昇等。

(6)腎臓：ときにBUNの上昇。

(7)その他：ときに倦怠感。

3. 妊婦・授乳婦への投与

(1)妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦または妊娠している可能性のある婦人には治療上の有益性が危険性を上まわると判断される場合にのみ投与すること。

(2)動物実験で母乳中へ移行することが報告されているので、授乳中の婦人には慎重に投与すること。

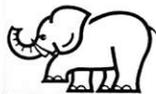
4. 小児への投与

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

5. 相互作用

卵巣摘出動物にエストロンと併用した場合、そのエストロゲン作用を増加させるので、本剤とエストロゲン製剤を併用する場合には慎重に投与すること。

●ご使用に際しては添付文書をご覧ください。(本剤はCHINOIN, Budapest, HUNGARYの許諾に基づき製造)



OSTEN[®]

●薬価基準：収載



〔資料請求先〕
武田薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町2-3-6
(1989年2月作成: OST B51-4)

健やかな人生に、健やかな骨

Yes, Alfarol!

骨粗鬆症、およびビタミンD代謝異常に伴う骨疾患に

Ca・骨代謝改善 1α -OH-D₃製剤 薬価基準収載

アルファロール 液 **ALFAROL** 液 **カプセル**

10th Alfarol

〔効能・効果〕

- 骨粗鬆症（カプセル3 μ gは除く）
 - 下記疾患におけるビタミンD代謝異常に伴う諸症状（低カルシウム血症、テタニー、骨痛、骨病変等）の改善
- 慢性腎不全、副甲状腺機能低下症、ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症、未熟児（液のみ）

〔使用上の注意〕— 抜粋 —

- (1) 一般的注意
- 1) 過量投与を防ぐため、本剤投与中、血清カルシウム値の定期的測定を行い、血清カルシウム値が正常値を越えないよう投与量を調整すること。
 - 2) 高カルシウム血症を起こした場合には、直ちに休薬する。休薬により血清カルシウム値が正常域に達したら、減量して投薬を再開する。
- (2) 副作用
- 次のような症状があらわれることがある。

- ア 消化器：ときに食欲不振、悪心・嘔気・嘔吐、腹部膨満感、下痢、便秘、胃痛、胃部不快感、まれに消化不良、口内異和感、口渇等があらわれることがある。
- イ 精神神経系：まれに頭痛・頭重、不眠・いらいら感、脱力・倦怠感、めまい、しびれ感、眠気、記憶力・記銘力の減退、耳鳴り、老人性難聴、背部痛、肩こり、下肢のつっぱり感、胸痛等があらわれることがある。
- ウ 循環器：まれに軽度の血圧上昇、動悸があらわれることがある。
- エ 肝臓：ときにGOT、GPT、LDH、 γ -GTPの上昇があらわれることがある。
- オ 腎臓：まれにBUN、クレアチニンの上昇（腎機能の低下）、腎結石があらわれることがある。
- カ 皮膚：ときに痒痒感、発疹、まれに熱感等の症状があらわれることがある。
- キ 眼：ときに結膜充血があらわれることがある。
- ク 骨：まれに関節周囲の石灰化（化骨形成）があらわれることがある。
- ケ その他：まれに嘔声、浮腫があらわれることがある。
- ※用法・用量、その他の使用上の注意、取扱い上の注意については製品添付文書をご覧ください。



中外製薬

〔資料請求先〕
〒104 東京都中央区京橋2-1-9

CAL 9637

健保適用

Mildな感触
Reasonableな働き

新発売



狭心症の発作予防と治療、心不全の症状改善に

ミリスロールテープ[®]

貼付型ニトログリセリン製剤

特性

1. 作用の発現は30分以内と速やかで、効果は12時間持続する。
2. 吸収がよく、どこにでも貼付できる。
3. 皮膚によくフィットし、貼るのも剥がすのも簡単。
4. 皮膚への刺激が少ない。
5. 狭心症から心不全(急性期)まで、幅広い効果が期待できる。
6. 連続貼付により維持効果が得られる。

効能・効果 狭心症、急性心不全(慢性心不全の急性増悪期を含む)

用法・用量 通常、成人は1回1枚(ニトログリセリンとして5mg)を1日2回、12時間ごとに

胸部、上腹部、背部、上腕部又は大腿部のいずれかに貼付する。なお、症状により適宜増減する。

使用上の注意 1)副作用 (1) 循環器系：ときに血圧低下、起立性低血圧、心拍出量の低下、めまい、たちくらみ、徐脈、心悸亢進、熱感があらわれることがある。(2) 精神神経系：頭痛、

ときに頭重があらわれることがある。(3) 消化器系：ときに悪心、嘔吐があらわれることがある。

(4) 皮膚：貼付部位のかゆみ、発赤、またときに皮膚刺激感、かぶれ、発疹等があらわれることがある。(5) その他：ときに口渇、全身倦怠感があらわれることがある。

*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。

資料請求先

日本化薬株式会社
東京都千代田区富士見一丁目11番2号

骨格筋と血管平滑筋

—双方の緊張を緩和する

筋緊張改善剤

指
要指 **ミオナール**[®]

〈塩酸エペリゾン製剤〉

錠 **50mg**・顆粒 **10%**

〔薬価基準収載〕



効能・効果

●下記疾患による筋緊張状態の改善

頸肩腕症候群、肩関節周囲炎、腰痛症

●下記疾患による痙性麻痺

脳血管障害、痙性脊髄麻痺、頸部脊椎症、術後後遺症(脳・脊髄腫瘍を含む)、外傷後遺症(脊髄損傷、頭部外傷)、筋萎縮性側索硬化症、脳性小児麻痺、脊髄小脳変性症、脊髄血管障害、スモン(SMON)、その他の脳脊髄疾患

用法・用量

錠 50 mg：通常成人には1日量として3錠を3回に分けて食後に経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

顆粒10%：通常成人には1日量として1.5gを3回に分けて食後に経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

使用上の注意

- (1) 一般的注意
本剤投与中に脱力感、ふらつき、眠気等が発現することがあるので、その場合には減量又は休薬すること。なお、本剤投与中の患者には自動車の運転など危険を伴う機械的操作には従事させないように注意すること。
(2) 沃の患者には慎重に投与すること。
(3) 副作用
(4) 妊婦、授乳婦への投与
(5) 小児への投与
(6) 相互作用
- (1) ショック：まれにショックを起こすことがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
(2) 肝臓：ときに肝機能異常のあらわれることがあるので、肝機能検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。
(3) 腎臓：ときに腎機能異常のあらわれることがあるので、腎機能検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。
(4) 血液系：ときに赤血球数、ヘモグロビン値の異常をみることがあるので、血液検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止すること。
(5) 過敏症：ときに発疹、痒痒等があらわれることがある。
(6) 精神神経系：ときに不眠、頭痛、眠気、体のこわばり、四肢のしびれ、四肢のふるえ等があらわれることがある。
(7) 消化器：ときに悪心、嘔吐、食欲不振、胃部不快感、口苦、便秘、下痢、腹痛、腹部膨満感、軟便、まれに自内炎等があらわれることがある。
(8) 泌尿器：ときに尿閉、尿失禁、残尿感等があらわれることがある。
(9) 全身症状：ときに脱力感、ふらつき、全身倦怠感、まれにめまい、筋緊張低下等があらわれることがある。
(10) その他：ときに顔面のはてり、発汗のあらわれることがある。
(1) 妊婦：授乳婦への投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上まわると判断される場合にのみ投与すること。
(2) 授乳中の婦人に投与することは避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合には、授乳を避けさせること。
(5) 小児に対する安全性は確立していない。(使用経験が少ない)
(6) 相互作用
類似薬の塩酸トルペリゾンで、メトカルパモールとの併用時、眼の調節障害があらわれたとの報告がある。



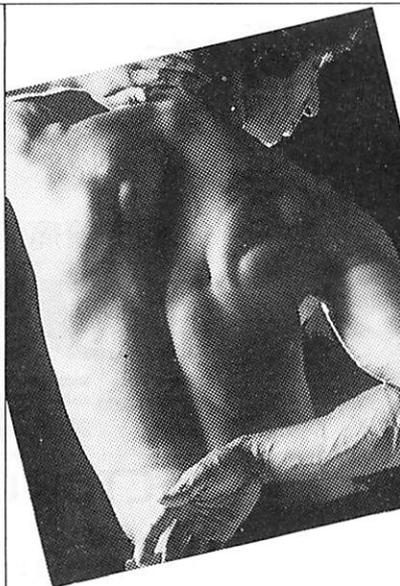
イーザイ

東京都文京区小石川4-6-10

※資料請求は弊社医薬事業部ミオナール係まで。

いたみとはれに

炎症・疼痛性疾患の



ねづといたみに

急性上気道炎の

ニフランのプロスタグランジン生成抑制作用は、胃・腸・腎で弱く、炎症部位で選択的に強力です。

〈効能・効果〉

- 下記疾患ならびに症状の消炎・鎮痛
 - 慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、頸肩腕症候群、歯根膜炎、痛風発作
- 右記疾患の鎮痛・解熱 急性上気道炎
- 外傷後、小手術後ならびに抜歯後の消炎・鎮痛

〈用法・用量〉

プラノプロフェンとして、通常、成人1回75mgを1日3回食後に経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。頓用の場合には1回75mgを経口投与する。痛風発作にはプラノプロフェンとして、成人1回150～225mgを1日3回、その後翌日から、通常、成人1回75mgを1日3回食後に経口投与する。

※〈使用上の注意〉〈取扱い上の注意〉等については添付文書をご参照下さい。

- 吸収が早く、速やかな解熱・鎮痛効果を示す。
- 選択的プロスタグランジン生成抑制作用を示す。

one step 代謝のプロピオン酸系鎮痛・抗炎症・解熱剤

ニフラン錠

プラノプロフェン



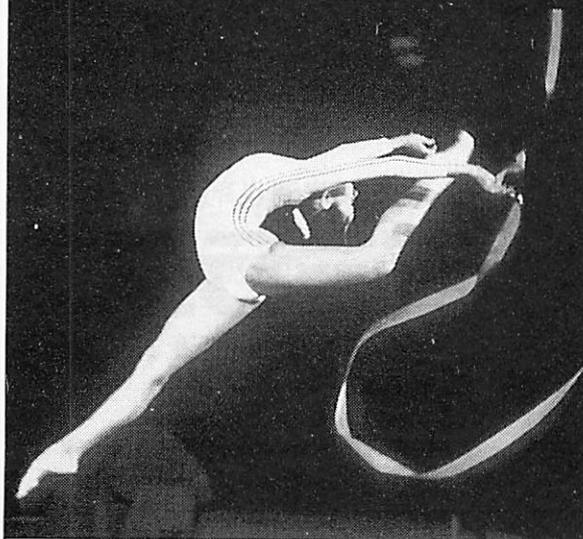
〈資料請求先〉

吉富製薬株式会社

〒541 大阪市中央区平野町二丁目6番9号

NF-Ⅲ(B5½)1989年9月作成

変形性関節症の鎮痛・消炎に



- 疼痛・炎症部位へ高濃度に、しかも持続的に移行
- 強力かつ持続的な鎮痛・抗炎症作用
- 自発痛・運動痛、局所熱感・腫脹などの疼痛・炎症症状を改善
- 全身性の副作用の軽減が可能

第二世代の経皮吸収型 貼付剤

非ステロイド性鎮痛・抗炎症剤

ステイバン®

(フルルビプロフェン製剤) 指

STAYBAN®

※ 効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については添付文書をご参照下さい。

〈資料請求先〉

発売元 吉富製薬株式会社

大阪市東区平野町3-35

製造元 株式会社 鈴木日本堂

東京都中央区日本橋本町4-1-2

SBⅢ(B5½)
1988年6月作成

使用上の注意

① 一般的な注意 (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を留意すること。

(2) 皮膚の感度を不顕性化するおそれがあるため、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。

(3) 慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬効療法以外の療法も考慮すること。また患者の

② 次の患者には使用しないこと 本剤又は他の「トプロフェン」製剤に対して過敏症の既往

③ 副作用 皮膚：ときに発疹、発赤、腫脹、痒痒感、刺激感、または強い場合は使用を中止すること。

④ 久光製薬株式会社 〒151 東京都渋谷区代々木4-31-8

資料請求先

※その他の使用上の注意については添付文書を参照してください。



Yes, MOHRUS
経皮新時代に向けて!

④ 効能・効果 下記の疾患並びに症状の鎮痛・消炎
変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上
腕骨上顆炎(テニ肘等)、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛。

トプロフェン貼付剤 0.3%

モーラス®

④ 経皮鎮痛消炎剤

〔薬価基準収載〕

- モーラスは、トプロフェンを主成分とする経皮鎮痛消炎剤です。
- トプロフェンはすぐれた鎮痛消炎作用を有し、しかも経皮吸収性にすぐれています。
- すぐれた粘着性・伸縮性を有しているため、関節などの可動部位にも貼付できます。

④ 久光製薬株式会社 〒151 東京都渋谷区代々木4-31-8

資料請求先

文書を参照してください。

※その他の使用上の注意については添付

筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛。

変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、

腕骨上顆炎(テニ肘等)、

筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛。

④ 効能・効果

SECTOR LOTION

セクター
ローション®

④ 経皮鎮痛消炎剤

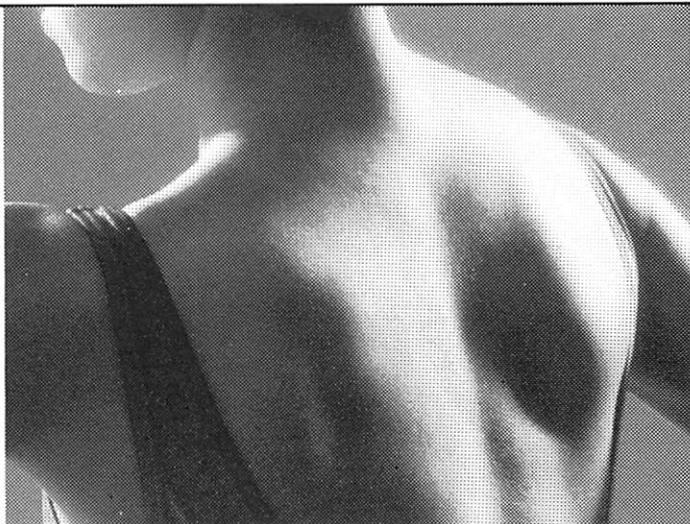
トプロフェン外用液 0.3%

〔薬価基準収載〕

滴剤適所
痛いところ
手かたどく



- 使いやすい、塗りやすい容器
- どんな部位にも手軽に塗れるローションタイプ
- すぐれた鎮痛抗炎症作用と経皮吸収性



効能・効果が追加されました

追加された効能・効果 肩関節周囲炎 従来からの効能・効果 変形性膝関節症

関節機能改善剤 (指) アルツ® (ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

- 関節軟骨を被覆・保護し、潤滑能を改善します。
- 腱の癒着を防止し、関節の拘縮を改善します。
- 病的関節液の性状を改善します。
- 関節軟骨の変性を抑制します。
- 生理的物質であるため、局所疼痛などの副作用が少なく、安全性の高い薬剤です。
- 薬価基準収載

発売元(文献請求先)
科研製薬株式会社
東京都文京区本駒込2丁目28-8

製造元
生化学工業株式会社
東京都中央区日本橋本町2丁目1-5

【使用上の注意】

1. 一般的注意

- (1) 変形性膝関節症で関節に炎症が著しい場合は、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、炎症症状を除去し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等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。
2. 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
3. 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
4. 副作用
(1) 過敏症
まれに発疹、蕁麻疹、痒痒感等があらわれることがあるので、

このような症状があらわれた場合は投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2) 投与関節

ときに疼痛(主に投与後の一過性の疼痛)、まれに水腫、熱感、局所の重苦しさがあることがある。

5. 妊婦・授乳婦への投与

- (1) 動物実験では催奇形性は認められていないが、妊婦における安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には慎重に投与すること。
- (2) 動物実験で母乳中へ移行することが認められているので、本剤投与中は授乳を避けさせること。

6. 小児への投与

小児に対する安全性は確立していないので、やむを得ず投与する場合には慎重に投与すること。

7. 適用上の注意

適用上の注意については添付文書をごらんください。