



大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association

特集 臨床整形外科医が直面する諸問題



第35号
平成21年 7月

Lorcam[®]

PAIN

劇薬・指定医薬品 / 非ステロイド性消炎・鎮痛剤

ロルカム[®]錠 2mg
ロルカム[®]錠 4mg

ロルノキシカム製剤

薬価基準収載

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



発売 [資料請求先]

大正富山医薬品株式会社
〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1



製造販売

大正製薬株式会社
〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1

目 次

巻頭言	黒田 晃 司	1	
浪速の先覚者	整形外科医の専門分野の選択	山野 慶 樹	3
会長退任のご挨拶 .....	.....	早石 雅 宥	5
OCOA総会の報告	第33回 大阪臨床整形外科医会定時総会	堀 木 篤	6
JCOA研修会(岡山)報告	JCOA各県代表者会議の報告	黒田 晃 司	26
	「運動器リハビリテーションと介護保険」講師 厚生労働省老健局老人保健課課長補佐 鈴木健彦先生 を受講して。	長谷川利雄	28
	第35回JCOA研修会教育講演を拝聴して	阪 本 邦 雄	29
	第35回JCOC研修会(岡山)大懇親会に出席して	前 野 岳 敏	30
	「倉敷美観地区と名画との出会い大原美術館」ツアーに参加して	頼 功	32
	「備中高松城址と名勝近水園・吉備路の旅」に参加して	坂 本 徳 成	35
JCOA学会(福井)報告	第21回JCOA学会 福井に参加して(1)	中 川 浩 彰	38
	第21回JCOA学会 福井に参加して(2)	藤 田 秀 隆	40
	“福井の名所めぐり日帰りプラン” Cコース アダムブース・西村民子・森本ミエ子 .....	.....	41
	福井の名所めぐり -永平寺と東尋坊-	濱 田 博 朗	43
JCOA学会(福井)発表論文	踵骨骨棘症に対する足関節吊下げ型アーチサポートの 単純X線像と臨床症状に与える影響について	戸 田 佳 孝	46
	開業医の膝関節鏡視下手術	吉 田 研 二 郎	47
	在宅医療における整形外科開業医の役割	西 川 正 治	48
大阪府医学会	運動器疾患に対する民間療法の科学的検証	福 田 寛 二	49
特集 臨床整形外科医が直面する諸問題	一人開業医における運動器リハビリの現状	中 川 浩 彰	50
	運動器リハ・セラピスト研修会(資格継続)の報告	森 本 清 一	51
	おげんきくらぶ(大阪市包括支援センターにおける 老人機能訓練推進事業)の問題点	三 橋 二 良	54
	消炎鎮痛処置・外来管理加算・慢性疼痛疾患管理料等の将来性	矢 倉 久 義	56
	社保 柔整審査の問題点(施術費請求、並びに審査方法の問題点)	長 田 明	58
	社保 柔整審査の問題点(施術費請求、並びに審査方法の問題点)	岸 本 成 人	60
	社保 柔整審査の問題点(施術費請求、並びに審査方法の問題点)	堀 木 篤	62
	国保 柔整の審査をして感じる事	山 本 哲	63
	国保 大阪府国民健康保険等柔道整復療養費審査委員会に出務して	中 川 浩 彰	64
	国保 柔整審査の現場	宮 田 重 樹	65
	国保 柔道整復の施術にかかる療養費に関する国の取り組み	石 井 正 治	66
	日本臨床整形外科医会医政協議会の活動	黒 田 晃 司	68
	整形外科医政協議会に対するOCOA会員の意識調査報告	前 中 孝 文	69
	医療機関と介護施設の併設	孫 裕 権	75

OCOA研修会報告

平成20年度大阪臨床整形外科医会学術研修会	栗本 一孝	77
大阪臨床整形外科医会研修会第200回記念情報交換会	宮田 重樹	82
「小児の足の痛み～いろいろ」	廣島 和夫	83
腰痛の診断・ポイントとピットフォール	佐藤 栄修	89
投球動作による肘関節の障害		
－学童期の障害を中心に－	渡辺 千聡	93
腱・靭帯付着部障害(Enthesopathy)の基礎と臨床		
－日常診療に役立つ知識－	熊井 司	97
変わりゆくリウマチ治療		
－関節機能温存のために今何ができるか－	橋本 淳	102
整形外科における医療安全		
－大阪府の現状をふまえて－	福田 寛二	108
スポーツにおける整形外科医の役割	田中 寿一	110
骨軟部肉腫の画像診断	尾崎 敏文	113
「交通・労災事故受傷後に発生した手足のしびれの臨床」	齋藤 貴徳	115
整形外科領域における歩行障害に対するリハビリテーション		
－特に装具の活用について－	隅谷 政	116
新世紀の骨折治療学		
－技術革新と温故知新－	中瀬 尚長	118
小児骨折の診断と治療戦略	松崎 交作	125
肩腱板断裂の最新治療の動向	黒川 正夫	128
内軟骨性骨化におけるBMPシグナルの役割	妻木 範行	133
「骨粗鬆症治療薬の選択と安全な使い方」	市村 正一	137
関節リウマチのLCAP療法	小田 幸作	140
骨・軟部腫瘍診断のピットフォール	吉川 秀樹	142
関節リウマチの手術療法		
－人工膝関節置換術を中心に－	近藤 誠	146
糖尿病性足病変(with/without PAD)の局所治療の実際	寺師 浩人	149
米国における人工関節術後リハビリテーション	吉田 清和	151
日常診療で遭遇する腰痛、下肢痛の鑑別診断と治療	松山 幸弘	153
第35回・第36回 大阪整形外科症例検討会	古瀬 洋一	155
各県の会報を読んで	永田 行男	159
他科の大阪府単科医会会報を通読して	山口 康二	161
OCOA会員の先生から関節リウマチ治療に関するアンケート結果		
－2003年と2008年の比較から－	和田 孝彦	162
整形外科外来での超音波診断のお勧め	大島 正義	166
JOA委員会報告		
日整会平成20年度・役員・代議員懇談会報告	黒田 晃司	169
骨と関節の日		
2008年「運動器の10年・骨と関節の日」 in OSAKA	森本 清一	171

症例検討会

紙上勉強会

JOA委員会報告

骨と関節の日

新理事自己紹介	..... 堀口泰輔.....173
	..... 宮島茂夫.....173
新入会員の自己紹介	..... 日下昌浩.....174
	..... 松木 宏.....174
	..... 寺元 隆.....175
	..... 松本豊一郎.....175
	..... 山本善哉.....176
	..... 多賀一郎.....176
	..... 宮島茂夫.....177
	..... 太田信彦.....178
厚生部報告	
	第48回 OCOAゴルフコンペ成績表 新田 望.....179
	第49回 OCOAゴルフコンペ 新田 望.....180
	第49回 OCOAゴルフコンペ成績表 新田 望.....180
私の提言	
	整形内科医の囁言(其三) 丹羽権平.....182
私の趣味	
	オルト山の会編「思い出の山々」によせて..... 奥田好彦.....184
私の傑作	
	彫塑「舞」 石上 直.....186
	「佳音6才」、「赤毛のアン」 三橋允子.....187
	「牡丹」、「夏の贈り物」 丹羽雅子.....188
	雪の大阪城公園にて 石川正士.....189
OCOA理事会議事録	.....190
新入会員名簿補追	.....232
編集後記	.....234

協賛広告一覧表

大正富山医薬品株式会社	表 2
旭化成ファーマ株式会社	239
アステラス製薬株式会社	240
大塚製薬株式会社	241
小野薬品工業株式会社	242
科研製薬株式会社	243
第一三共株式会社	244
大日本住友製薬株式会社	245
武田薬品工業株式会社	246
田辺三菱製薬株式会社	247
中外製薬株式会社	248
帝人ファーマ株式会社	249
日本臓器製薬株式会社	250
万有製薬株式会社	251
久光製薬株式会社	252
ワイス株式会社	253
株式会社日本医学臨床検査研究所	254
大洋薬品大阪販売株式会社	255
クラシエ薬品株式会社	255
日本新薬株式会社	256
株式会社ツムラ	256
三笠製薬株式会社	257
参天製薬株式会社	257
シオノギ製薬株式会社	258
ミナト医科学株式会社	258
アルケア株式会社	259
株式会社松栄製作所	259
大高ブレース	260
日医工株式会社	260
エーザイ株式会社	表3

大阪臨床整形外科医会・会長 黒 田 晃 司

2009年は、昨年から大々的に報じられていたアメリカのサブプライム問題が、ついにアメリカ合衆国の金融機関、証券会社を経営危機に陥れ、一部倒産にまで発展しました。また、かの地の基幹産業、いわゆるビッグ3といわれる自動車産業のうち、GMとクライスラーを、事実上の倒産に追い込みました。そのため発足したばかりのオバマ新大統領は巨額の国家資金を注入しなければならない事態に発展したことはみなさまご存じのとおりです。

「アメリカがクシャミしたら、日本が風邪をひく」
 例えは今では常識かもしれませんが、今回は日本ばかりではなく世界中が瀕死の重体に陥ってしまいました。



このような経済的背景の中、我々を取り巻く医療情勢は、文部科学省、厚生労働省のその場限りの思いつきの政策により、あちらこちらにほころびが生じてきて、その都度、間に合わせの対策を実施してまいりました。その結果、医師育成制度の根幹となる「研修医制度の期間を1年に戻す」という愚策をまたもや実施しようとしています。この制度の問題点は期間が2年であることではないことは明らかです。歴史的には若い医師の育成、教育は大学及び大学病院で行われてきました。結果、「大学の権力、教授の権限が厚生労働省の権限より大きくなりすぎた」と判断した関係の役人が、これらの力を削ぐために実施した研修医制度が、彼らの思惑どおり働いて、研修医は大学離れて、その代りに研修の場は少しでも給料の多い都会の病院に集中してしまいました。大学の研修医が減少した結果、大学の医局に入局する若い医師が減少し、関連病院への医師の供給ができなくなるばかりか、手薄になった大学病院のスタッフを補充するため、派遣先の病院の医師が引き揚げてしまうことになりました。そのため、今まで系列化して若い医師を派遣してもらっていた病院は運営できなくなりました。地方自治体が運営してきた基幹病院は医療費の引き下げ、医師の不在（医師不足ではなく、相応の給料が払えないため、医師を雇うことができない）のため大赤字となり、地方自治体自身の運営が危うい情勢となり、やむをえず、住民のセイフティネットは置き去りにされてしまいました。

報道機関は「患者のたらいまわし」とか、「医師不足」とか相変わらず無責任な、的外れの報道ばかりで、国民の不安を煽り立てるとしか言いようがありません。優秀な医師の行政官を厚生労働省の政策を実施できるしかるべきポストに送り込めないものでしょうか？厚生大臣はやはり医師の経験を持つ人に担ってもらわないとらないと思いますが、皆様のご意見はいかがでしょうか？

なぜ医療制度全体のことを検討しないのでしょうか？

後期高齢者の医療費の値上げを提案していますが、この年代の人は、若い時払った医療費は、働き続けてほとんど自分達は使用せずに過ごしてきました、歳をとって必要な年代になったとき「お前たちが使いすぎる」と言われるのは心外だと思います。本来老後のために積み立てておくべき資金は、当時資金に余裕があるからと、負担金0とか、いろいろの形で無駄に使われませんでしたか？

医師が少なかった時代に生まれたあいまいな資格の「柔道整復師」、今の世の中に保険診療として必要でしょうか？韓国では、戦後早い時期に日本統治下にできた柔道整復師の養成を中止したそうです。今では70歳以上の人が数十名残っているだけだそうです。「先見の明」が役人にあったということです。

保険審査のために使っている費用は適正でしょうか？莫大な費用ですが、無駄な出費を役所から切り詰められませんか？IT化によってこれらの費用、人件費は本当に減少するのでしょうか？これらのことが明らかにされれば、IT化の今後の展開が変化するというのは私ばかりではないと思います。

今年は医療費の改正があると聞いています。どうぞ皆様注意深くこれらのニュースを見過ぎさないようにしようではありませんか。今後を見つめた、我々の老後まで考えた、場当たりのなものでない健康保険の将来像を見据えて、医療費は国民の健康を守ることにのみ使用されるようにしてほしいものです。

平成21年5月26日

整形外科医の専門分野の選択

大阪市大名誉教授

清恵会病院大阪マイクロサージャリーセンター顧問 山野慶樹

われわれの卒業のころは医科学の黎明期前で、内科の名医といわれた沖中東大教授が退官時に病理解剖に基づいた誤診率が14.5%と発表されたが、高い低いは別にしてこのころの内科はあまり科学的でなく如何に経験が必要か、その点外科系は手術で顛末は明瞭である。小生は左利きであるが、左右差別は日常そこここにある。インターンでみた虫垂炎にしる、胃手術なども右利き向きで、人体まで右利き用にできているのかと思った。整形外科ではその点傷病に左右差はなく、前方からの脊椎手術では、頸椎は神経、胸腰椎は動静脈の関係から、むしろ左侵入で左利きに有利である。

整形外科は取り扱いが異なる多くの組織、器官あるので、必然的に専門に分かれる。脊椎、関節を主に、手の外科、外傷、その飽小児整形、腫瘍、RAなどがあるが、この選択には本人がある程度熟慮していることが伺える。小生は長らくそのような立場にいた経験に独断と偏見から、整形外科医の専門分野の選択について述べてみたい。

小生が研修医のころは、今で言うDDHをはじめとした小児整形華やかなりし頃であったが、現在は少子高齢化で関節外科と脊椎外科が双壁で隔世の感がある。

脊椎外科は診断、治療に必要な神経学的な考察に加え繊細な手技が必要なことで、おしなべて器用である。しかし手術となればこれだけでは不十分で、部分的にしか見えない視野での立体的構築が必要である。

関節外科といえば、整形外科の中ではどちらかといえばおおむね大雑把で無器用である。少々手元が狂っても軟骨を削るぐらいで、たいした問題とならないのが脊椎と異なる。手術手技で言えばたとえば悪いが、関節外科医は大工とすれば脊椎外科医は指物大工の違いであろうか。



同じ関節外科でも、人工関節を例にとれば股関節と膝関節は異なっており、膝は丸見えであるが、股関節はTHAでも部分的で立体的構築の考えを要す。さらに種々の骨切りでは、Chiari手術しかり、RAOでは特に確かな立体的構築が必要となる。

手の外科は繊細な部位で特に細かい器用さは絶対で、力づくでないことが女医に適した分野と思われがちだが、小生は立体的構築の考えが必要ない点より重要な因子であることを加えたい。

近年は男女平等化の推進で女医も種々の分野に進出しているが、整形外科は苦手のような。オフレコであるが、昔ある教授が“女医は要らない。どうせ美人は来ないのだから。”といわれたのを仄聞したことがある。女性の侵出を阻む要素があるとすれば、男性社会を髣髴させる‘力’を考えるが、これだけであろうか。小生は立体構築をむしろ指摘したい。ベストセラーとなった‘話を聞かない男、地図の読めない女’を読むとこの点が氷解する。人類500万年の遺伝子が多分に関連していると推察できる。古来より男は鹿や猪を追って道なき道を狩して家に戻る。女は家事の合間を見て井戸端会議である。当然ながら男は地図に強くなり、女は口が立つようになる。これが遺伝子として脈々と続

いているので、これを1世紀やそこらで同等にするのは無理であるという話である。すなわち2次元の地図の読めない者に3次元は難しいのである。脊椎、股関節に女が来ないのは金槌、鑿より立体感覚にあるというわけだ。

女性に好感度のある脊椎外科専門の教授は、いかにして女医を入れるかに腐心しており、脊

椎専攻する女医を育てたいが、手の外科をせねば女性医師は入局しないのではと嘆いていたが、上述のように女性には向かない分野とはいえ必ず男性に伍してできる女医は居るので、発掘して女医の脊椎外科医を養成され、啓蒙してくれることを期待している。



会長退任のご挨拶

大阪臨床整形外科医会 前会長 早石 雅 宥

平成20年4月5日の総会をもちまして2年間の会長職を終えることができました。

無事任期を全う出来ましたことに改めて会員の皆様に厚く御礼申し上げます。

任期中にOCAの30周年記念行事を行う事ができました。これには現会長の黒田先生をはじめとする執行部の方々が大変なご努力とご協力をつくされ素晴らしい会を行うことができました。その機会を契機に会員一同が団結し事に当たる空気が生じたことも嬉しく感じました。沢山のOCAの各県代表の先生方と知り合えたこともその後OCAの監事に推挙されたことにつながってきております。只今はOCA理事会の立会人として川岸、立入両OCA理事と参加しておりますが違和感なく会議に参加させていただいております。

私が会長の間は申すまでもなく医療崩壊といわれる時代になりました。診療報酬の低下、研修医制度問題、医師不足、柔整師問題、専門医制度等何一つ明るい話題はありませんでした。しかしOCAの研修会はこの2年間は充実しており私達にとりまして嫌な空気を一掃する救い



でした。現在黒田会長が手際よく会の業務を遂行しておられるのを見て私が至らなかつたことを衷心から申し訳なく思っております。20年12月13日で歴史ある研修会が200回を迎えました。今までOCAがまとめてこなかつた200回の研修会抄録集を一冊の本にまとめておられます。是非御一読下さい。OCAは、骨と関節の日の行事、みなしPTの教育セミナー、学術研修会、ゴルフコンペ、スポーツイベントへの参加など500人会員の實力は日本一と自負しております。これからも日本の整形外科をリードしていく会であろうことを信じてやみません。

第33回 大阪臨床整形外科医会定時総会

日時：平成21年4月11日（土）3：30～4：00 pm

会場：大正富山医薬品株式会社大阪支店6階ホール

第33回 大阪臨床整形外科医会定時総会 3：30～4：00pm

司会者 前中 孝文 副会長

1. 開会宣言

前中 孝文 副会長

2. 会長挨拶

黒田 晃司 会長

3. 黙 禱

高山^{しょうぎ}昌義（平野区）、片平^{たかお}卓夫（北区）、国里宏一郎（茨木市）先生を偲んで

4. 参与への感謝状贈呈

黒田 晃司 会長

参与候補者 孫 瑠権先生、原 卓司先生、馬場貞夫先生へ

5. 議 事

議 長：堀木 篤 先生

副議長：佐藤 利行 先生

議事録署名人指名

第1号議案

平成20年度庶務および事業報告について承認を求める件

森本 清一 副会長

第2号議案

平成20年度収支決算について承認を求める件

阪本 邦雄 会計担当副会長

第3号議案

平成21年度事業計画について承認を求める件

黒田 晃司 会長

第4号議案

平成21年度収支予算案について承認を求める件

阪本 邦雄 会計担当副会長

第5号議案

新監事承認を求める件

黒田 晃司 会長、長田 明 参与、早石 雅宥 理事

第6号議案

新理事承認を求める件

黒田 晃司 会長

第7号議案

その他

6. 閉会宣言

前中 孝文 副会長

<第1号議案> 平成20年度庶務および事業報告について承認を求める件

森本 清一 副会長

平成20年度庶務および事業報告

(1) OCOA会員動態報告(平成21年2月25日現在)

平成20年3月22日	一般会員数	452名	
	顧問	8名	
	名誉会員	14名	計474名
平成21年2月25日現在	一般会員数	469名	
	顧問	8名	
	名誉会員	14名	計491名

平成20年3月22日から平成21年2月25日までの入会者・退会者

【新入会】 切目 勲 (鶴見区)、木下祐介 (松原市)、石澤命仁 (豊中市)
晋山 武 (東大阪市)、村上仁志 (旭区)、松木 宏 (交野市)
日下昌浩 (門真市)、川北浩史 (堺市)、橋間 誠 (岸和田市)
中塚洋直 (旭区)、小石恭之 (淀川区)、大成浩征 (交野市)
寺元 隆 (河内長野市)、宮島茂夫 (枚方市)、高尾泰広 (豊中市)
太田信彦 (港区)、元田忠伸 (住之江区)、郡田大宇 (淀川区)
大谷 茂 (門真市)、白木孝人 (枚方市)、松本豊一郎 (寝屋川市)
森北育宏 (泉南郡)、中山 明 (港区)、鈴木英介 (平野区)
山本善哉 (富田林市)

【退会者】 木下 孟 (松原市)、石澤命徳先生 (豊中市)、波多野弘次 (守口市)
三田 裕 (豊中市)、茶之木頼彦先生 (淀川区)

【物故者】 高山昌義 (平野区)、片平卓夫 (北区)、国里宏一郎 (茨木市)

(2) 平成20年度OCOA研修会

第192回研修会 (H20.4.5) (大阪臨床整形外科医会総会)

出席90名

大正・富山大阪支店

司会：森本 清一 副会長

「小児の足の痛み」

座長：早石 雅宥 会長

国立病院機構大阪医療センター名誉院長

学校法人四条啜学園大学・短期大学学長 廣島 和夫 先生

第193回研修会 (H20.5.17) ウェスティン大阪 (エーザイ)

出席287名

司会：中川 浩彰 理事

受付担当：今井 秀 理事・石橋 伊三郎 理事・岩本 斗伸 理事

- ①「新しいDWARDについて」 座長：阪本 邦雄 副会長
東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター教授 原 まさ子
- ②「人工多能性幹細胞の可能性と課題」 座長：長田 明 参与
京都大学再生医科学研究所再生誘導研究分野教授 山中 伸弥

第194回研修会 (H20.6.21) 阪急インターナショナルホテル (小野製薬) 出席407名

- ①「腰痛の診断・治療のポイントとピットフォール」 座長：宮内 晃 理事
えにわ病院整形外科部長 佐藤栄修先生
- ②「投球動作による肘関節の障害－学童期の障害を中心に－」 座長：大島 正義 理事
大阪医科大学整形外科助教 渡辺 千聡

第195回研修会 (H20.7.12) 全日空ホテル (中外) 出席223名

- 司会：野々村 淳 理事
受付担当：古瀬 洋一 理事・坂口 光輝 理事
- ①「腱・靭帯付着部症 (enthesopathy) の基礎と臨床－日常診療に役立つ知識」 座長：宮田 重樹 理事
奈良県立医科大学整形外科講師 熊井 司
- ②「変わりゆくリウマチ治療－関節機能温存のために今何ができるか－」 座長：岸本 成人 理事
大阪大学大学院医学系研究科器管制御外科学 (整形外科) 准教授 橋本 淳 先生

第196回研修会 (H20.8.30) ウェスティン大阪 (旭化成) 出席189名

- 司会：藤本 啓治 理事
受付担当：柴田 和弥 理事・白川 貴浩 理事
- ①「整形外科における医療安全－大阪府の現状をふまえて」 座長：山本 哲 副会長
近畿大学医学部整形外科・リハビリテーション科教授 福田 寛二
- ②「スポーツにおける整形外科医の役割」 座長：山口 康二 理事
兵庫医科大学整形外科学臨床教授 田中 寿一

第197回研修会 (H20.9.20) 全日空ホテル (第一・三共株式会社) 出席249名

- 司会：三浦 光也 理事
受付担当：田上 実男 理事・中川 浩彰 理事
- ①「交通・労災事故受傷後に発生した手足のしびれの臨床」 座長：藤本 啓治 理事
関西医大整形外科准教授 斉藤 貴徳
N (7,8)
- ②「骨軟部腫瘍の画像診断」 座長：西川 正治 理事
岡山大学病院整形外科教授 尾崎 敏文
N (5)

第198回研修会 (H20.10.18) ウェスティン大阪 (帝人) 出席210名

- 司会：藤田 秀隆 理事
受付担当：永田 行男 理事・野々宮 淳 理事
- ①「整形外科領域の歩行障害に対するリハビリテーション－特に装具の活用について」 座長：増田 博 理事
大阪市大リハビリ科講師 隅谷 政

N (13) RE (運動器リハ)、リハ医学、府医

- ②「新世紀の骨折治療学 ～技術革新と温故知新～」 座長：北野 継武 理事
星ヶ丘厚生年金病院整形外科部長 中瀬 尚長
N (2、11)、府医

第199回研修会 (H20.11.15) ザ・リッツ・カールトン大阪 (久光)

出席311名

司会：増田 博 理事

受付担当：福井 宏有 理事・藤本 啓治 理事

- ①「小児骨折の診断と治療戦略」 座長：金田 隆義 理事
済生会和歌山病院副院長 松崎 交作
N (2、3)
- ②「肩腱板断裂の最新治療の動向-高齢者のスポーツ活動をサポートするために-」 座長：藤田 秀隆 理事
済生会吹田病院副院長 黒川 正夫
N (9、13)

第200回研修会 (H20.12.13) 大阪国際会議場 (萬有)

出席148名

司会：宮田 重樹 理事

受付担当：藤田 秀隆 理事・三浦 光也 理事

- ①「内軟骨性骨形成と骨形成因子 (BMP) シグナル」 座長：前中 孝文 副会長
大阪大学大学院医学系研究科骨・軟骨形成制御学准教授 妻木範行
N (1、4)、府医
- ②「骨粗鬆症治療薬の選択と安全な使い方」 座長：岩本 斗伸 理事
杏林大学整形外科准教授 市村正一
N (4、6)、R、府医

第201回研修会 (H21.1.24) ANAクラウンプラザホテル大阪 (日本臓器)

出席214名

司会：宮内 理事

受付担当：増田 博 理事・森 泰壽 理事

- ①「関節リウマチのLCAP療法」 座長：野々村 淳一 理事
高槻赤十字病院整形外科部長 小田 幸作
N (6、1)、R、リウマチ財団、リウマチ学会、府医
- ②「骨軟部腫瘍診断のピットフォール」 座長：右近 良治 理事
大阪大学整形外科教授 吉川秀樹
N (5)、府医

第202回研修会 (H21.2.21) グランヴィア (科研)

出席244名

司会：森下 忍 理事

受付担当：宮内 晃理事・宮田 重樹 理事

- ①「関節リウマチの手術療法-人工膝関節置換術を中心に-」 座長：山本 哲 副会長
大分大学医学部人工関節学講座准教授 近藤 誠
N (12、6)、R、府医

②「糖尿病性足病変With/Without PAD) の局所治療の実態」 座長：石橋 伊三郎 理事
神戸大学大学院医学系研究科形成外科学准教授 寺師 浩人
N(2,6)、府医

第203回研修会 (H21.3.14) 帝国ホテル (大塚)

司会：森 泰壽 理事

受付担当：矢倉 久義 理事・石橋 伊三郎

- ①「米国における人工関節術語りハビリテーション」 座長：森本 清一 副会長
関西医科大学リハビリテーション科教授 吉田 清和
- ②「腰部脊柱管狭窄症とPADの合併症例に対する治療戦略」 座長：白川 貴浩 理事
名古屋大学大学院医学系研究科整形外科学准教授 松山 幸弘先生

(3) 平成20年度各種委員会と出務状況

平成20年4月

- 5日 第32回大阪臨床整形外科医会定時総会
第1回OCA研修会
- 6日 第1回JCOA学術研修専門医制度委員会 堀木、長谷川
- 19日 第51回JCOA近畿ブロック会 (大阪) 黒田、栗本、森本、前中、山本哲、早石、長田、
岸本、長谷川、福井、山口、青木、岩本斗、
宮田他
- 27日 第1回JCOA理事会 澤田

5月

- 1日 JOA理事会 早石
- 11日 JCOA代議員会 黒田、松矢、栗本、山本哲、早石
- 17日 第2回OCA研修会
- 21日 JOA理事会 早石
- 25日 第1回近畿ブロック各県代表者会議 黒田、前中

6月

- 1日 JCOA医療システム委員会 長田、澤田
- 7日 第1回OCA理事会
- 15日 第1回介護保険委員会 西川
- 19日 JOA理事会 早石
- 20日 大阪府労災部会役員会 石井、八幡
- 21日 第3回OCA研修会
阪神臨床整形外科医会200回記念会 早石
- 28日 JCOA新旧理事意見交換会 前中
- 29日 第1回JCOA理事会 早石、澤田

7月

- 12日 第4回OCCOA研修会
- 16日 JOA理事会 早石
- 18日 大阪府労災部会役員会 石井、八幡
- 20日 JCOA学会（福井） 長田、前野、早石、松矢、黒田、栗本、澤田、吉田（研）、前中、岸本、長谷川、山本哲、堀木、森本、西川、右近、藤田、宮田他
- JCOA平成20年度JCOA総会 長田、前野、早石、松矢、黒田、栗本、澤田、吉田（研）、前中、岸本、長谷川、山本哲、堀木、森本、西川、右近、藤田、宮田他
- JCOA臨時理事会 早石、前中
- JCOA広報・渉外委員会 澤田
- 23日 第1回会則等検討委員会 岸本
- 27日 第2回近畿ブロック各県代表者会議 黒田、前中
- 第1回運動器リハ・セラピスト研修会（資格継続）
講師：早石、永田、松矢、中川、五島、宮内
出務：黒田、森本、山本（哲）、長谷川、岸本、宮田、三浦、阪本、小林、森、大島、石橋、岩本（斗）

8月

- 2日 第33回大阪整形外科症例検討会 栗本、岸本、古瀬
- 3日 JCOA第1回社会保険等検討委員会 前中
- 10日 第2回JCOA医療システム委員会 長田、澤田、前中、山本（哲）
- 24日 第3回JCOA理事会 早石、前中
- 30日 第5回OCCOA研修会
- 31日 第2回JCOA学術研修委員会 長谷川

9月

- 6日 第2回OCCOA理事会
- 第2回社会保険等検討委員会 前中
- JCOA社会保険審査委員会 前中
- JOA広報・渉外委員会 澤田
- 7日 全国整形外科保険審査委員会 前中、石井、武田他
- 18日 JOA理事会 早石
- 20日 第6回OCCOA研修会
- 23日 第1回無床診WG 矢倉
- 27日 平成20年度「運動器の10年・骨と関節の日」 淀川区医師会主催の健康展 中川、福井

10月

- 4日 平成20年度「運動器の10年・骨と関節の日」
森本、斧出、馬場、宮田、黒田、山本（哲）、三浦、森、坂本、前中、早石、永田、福井

「運動器の10年・骨と関節の日」枚方市医師会と共催

森下、栗本、小林、和田（誠）、多田（枚方市医師会理事）

- | | | |
|-----|-----------------------------------|------------------------------------|
| 4日 | 第4回JCOA編集委員会 | 長谷川 |
| 5日 | 第2回会則等検討委員会 | 岸本 |
| 12日 | JCOA岡山研修会 | 伊藤、坂本、長田、早石、前野、越宗、松矢、黒田、栗本、長谷川、宮田他 |
| 13日 | JCOA各県代表者会議 | 黒田 |
| 18日 | 第7回OAOA研修会 | |
| 19日 | 第3回JCOA近畿ブロック代表者会議 | 黒田、前中 |
| 21日 | JOA理事会 | 早石 |
| 22日 | JOA役員・代表者懇談会（京都） | 古賀、早石、黒田他 |
| 25日 | 「運動器の10年・骨と関節の日」西成区医師会主催「みんなの健康展」 | |
| | 森本、長谷川（秀）、三浦、三村、森 | |
| | 「運動器の10年・骨と関節の日」北区みんなで学ぶ健康祭り | |
| | 藤本、波多野（泉） | |
| 26日 | 第4回JCOA理事会 | 早石、前中 |

11月

- | | | |
|-----|------------------|---------------------------------|
| 1日 | 第52回JCOA近畿ブロック会議 | 黒田、栗本、前中、森本、山本哲、早石、宮田、岸本、長谷川、福井 |
| 9日 | 大阪府医師会医学会総会 | 黒田、栗本、山本（哲）、阪本、石井、小林他 |
| 15日 | 第8回OAOA研修会 | |
| 16日 | 第3回JCOA医療システム委員会 | 長田、前中、山本（哲）、澤田 |
| | JCOA全国柔整審査委員懇談会 | 長田、山本（哲）、石井他 |
| 20日 | JOA理事会 | 早石 |
| 24日 | 第3回JCOA学術研修委員会 | 長谷川 |
| 27日 | 大阪府医師会医学会 | 小林 |

12月

- | | | |
|-----|-------------------------|-------|
| 6日 | 第3回OAOA理事会 | |
| 13日 | 第200回記念OAOA研修会（大阪国際会議場） | |
| 14日 | 第5回JCOA理事会 | 早石、前中 |
| 18日 | JOA理事会 | 早石 |

平成21年1月

- | | | |
|-----|------------------|-------------------------------|
| 16日 | 大阪府医師会労災部会役員会 | 八幡、石井 |
| 24日 | OAOA広報編集会議 | 前野、山本（哲）、阪本、宮田、斧出、中川、山口、藤田、永田 |
| | 第2回セラピスト研修会準備委員会 | 森本、長谷川、宮内他 |
| | 第10回OAOA研修会 | |
| 25日 | 第3回社会保険等検討委員会 | 前中 |

29日 第2回大阪府医師会交通事故委員会 石井、八幡、阪本、森、行岡他

2月

- 1日 JCOA医療システム委員会 前中、山本、澤田、長田
JOA広報・渉外委員会とJCOA医療システム委員会との合同委員会 長田、山本、澤田
- 8日 第2回運動器リハ・リハビリテーション研修会（資格継続）西成区民センター
講師：堀口、西川、三浦、宮内
出務：黒田、森本、山本、長谷川、永田、岸本、五島、石橋、小林、森、大島、阪本、
栗本、松矢
JCOA病院部会全体会議 古瀬
- 15日 平成20年度整形外科医政協議会研修会 長田、山本哲、長谷川、矢倉
JCOA理事長、副理事長とJCOA医療システム委員会委員との懇談会
長田、山本哲
- 19日 JOA理事会 早石
- 21日 第11回OCOA研修会
- 22日 JCOA第6回理事会 早石、前中
- 28日 第36回大阪整形外科症例検討会 古瀬、岸本他

3月

- 7日 第4回OCOA理事会
- 14日 第12回OCOA研修会
- 19日 JOA理事会 早石

(4) OCOA各種プロジェクト委員会

- ① OCOA「骨と関節の日」委員会
(森本、山本、小林、森、斧出、藤田、大島、宮田、田上)
- ② 府医交通事故医療委員会 [年2回]
(八幡、石川、越宗、長嶋、行岡、石井、阪本、森他)
- ③ 府医健康スポーツ医学委員会 [年2回]
(八幡、石井、茂松、他)
- ④ 府医労災部会役員会 [年6回]
(石井、八幡、越宗、坂本、武田、右近、行岡、宮内晃他)
- ⑤ 労災保険診療審査会 [月2回]
(八幡、阪本、坂本、茂松、松矢、石井、頼、楠、上田、宮内、阪本他)
- ⑥ 社会保険診療報酬支払い審査委員会 [毎月]
(八幡、石井、岩本、小林、右近、他)
- ⑦ 国民健康保険診療報酬支払い審査委員会 [毎月]
(上田、武田、他)
- ⑧ 府医産業医部会常任委員会 [年9回]
(石井)

- ⑨ 府医医学会運営委員会 [毎月]
(小林、石井)
- ⑩ 府医医事紛争特別委員会 [毎月]
(濱田、石井、荻野、森下、他)
- ⑪ 国保柔整施術療養費審査会 [月1回]
(石井、松矢、山本、宮田、中川、五島、野々村他)
- ⑫ 社保柔整施術療養費審査会 [月1回]
(堀木、河合、長田、岸本、他)
- ⑬ 国民年金障害認定審査会 [月2回]
(堀木)
- ⑭ OCOA柔整審査委員合同会議
(堀木、石井、松矢、山本、五島、長田、岸本他)
- ⑮ 運動器リハビリテーション・セラピスト研修会担当
森本、山本、長谷川、永田、岸本、岩本、五島、石橋、小林、森、大島、澤田、阪本、
栗本、松矢
- ⑯ 国保介護保険審査
茂松、他

(5) 福利・厚生事業

- ① 平成20年6月8日
第47回OCOAGOLFコンペ(北六甲カントリークラブ)で開催された。
- ② 平成20年11月9日
第48回OCOAGOLFコンペ(北六甲カントリークラブ)で開催された。

(6) 広報事業

1. 第34号OCOAGOLF会報発行 [H20]
前野、山本(哲)、阪本、宮田、斧出、中川、山口、藤田、永田、
 2. 平成20年度「骨と関節の日」行事報告
本年度のテーマは『骨粗鬆症－運動器不安定症の要因として』であり、下記の5ヶ所でイベントが行われた。
 - (1) 日 時 10/4(土) 14:00～17:00
場 所 西成区民センター
 - ①講演1:『骨粗鬆症と腰痛について』
関西医大滝井病院整形外科教授 濱田 彰先生
 - ②講演2:『運動で予防・改善をはかろう 関節障害』
健康運動指導士・体操上級マスター指導員 野崎 紀子先生
- 参加者 約200名
出務医師 森本、斧出、馬場、宮田、黒田、山本(哲)、三浦、森、坂本、前中、
早石、永田

- (2) 西成区 西成区医師会主催の「みんなの健康展」にて骨塩定量・解説

日 時 10/25 (土) 13:30~16:00

場 所 西成区民センター

出務医師 森本、長谷川 (秀)、三浦、三村、森

参加者 約200名

- (3) 枚方市 枚方市医師会と共催で講演会開催

日 時 10/4 (土) 13:30~

場 所 ラポール枚方

講 師 森下 忍先生

演題「骨粗鬆症－運動器不安定症の要因として」

出務医師 森下、栗本、小林、和田 (誠)、多田 (枚方市医師会理事)

参加者 約70名

- (4) 淀川区 淀川区医師会主催の健康展にて骨定量と解説

日 時 9/27 (土) 13:00~16:00

場 所 淀川区民センター

出務医師 中川、福井、梁、安田

参加者 約200名

- (5) 北区 北区みんなで学ぶ健康祭り

日 時 10/25 (土) 12:30~15:30

場 所 北区区民センター

出務医師 藤本、波多野 (泉)

参加者 約250名

※下線は責任者

3. インターネットのホームページを通じて、各OCOAの学術講演会やその他の活動を公開した。

(JCOAおよびOCOAのML管理者 岸本成人理事)

4. FAX網の整備をF-NETによって行った。(山本副会長)

<第2号議案> 平成20年度収支決算について承認を求める件

阪本邦雄 会計担当副会長

平成20年度OCAO会計報告

一般会計収支報告

平成21年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越額	¥16,308,565	JCOA会費入会金	¥10,746,000
会費収入JCOA入会金	¥16,595,475	会報作成費	¥2,610,615
会報名簿広告収入	¥775,000	通信費	¥114,590
府医師会助成金	¥400,000	福利厚生費	¥200,000
受け取り利息	¥18,109	出務手当交通費	¥998,000
		事務費	¥172,801
		理事会会議費	¥1,561,376
		ホームページ維持管理費	¥44,100
		慶弔費	¥21,000
		次期繰越金	¥17,628,667
合計	¥34,097,149	合計	¥34,097,149

財産目録

府医師信用組合定期預金	¥4,749,986
府医師信用組合普通預金	¥10,986,610
りそな銀行深井支店普通預金	¥835,917
現金手許有高	¥1,056,154
合計	¥17,628,667

学術会計収支報告

平成20年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥14,070,703	認定料・申請料	¥149,000
受講料(日整会、リウマチ財団、 リウマチ学会、リハビリ)、会場費	¥4,289,000	事務費	¥162,279
骨と関節の日協賛金	¥500,000	JCOA近畿ブロック会議	¥277,081
JCOA助成金	¥50,000	JCOA学会分担金	¥450,000
受取利息	¥17,672	骨と関節の日	¥950,181
		OCAO200回記念研修会	¥966,662
		次期繰越金	¥15,972,172
合計	¥18,927,375	合計	¥18,927,375

財産目録

府医師信用組合定期預金	¥1,514,479
府医師信用組合普通預金	¥12,052,208
りそな銀行深井支店普通預金	¥1,827,499
現金手許有高	¥577,986
合計	¥15,972,172


監 査 報 告 書


大阪臨床整形外科医会 殿

平成20年度の大阪臨床整形外科医会の歳入、歳出
に付き、平成21年2月25日慎重に監査を実施した。

監査の結果、適正に会計処理管理されていることを認める。

平成21年2月25日

監事 小 松 堅 吾 

監事 服部 良 治 

<第3号議案> 平成21年度事業計画について承認を求める件

黒田 晃司 会長

平成21年度事業計画

政治の世界は今やどうにもならないまでの混乱の真ただ中に落ち込んで、国会では烏合の衆が毎日右往左往しているだけです。それを国民はただなすすべもなく、周りから眺めている状態です。「衆議院は解散、解散」と言いながら1年経過しましたが結論は出ておりません。アメリカのサブプライム問題に端を発した金融不信は、ついに同時世界不況を引き起こし世界中に失業者があふれて、収入を失うだけでなく、住むところもなくして、この寒空の下に放り出されてしまう事態になっております。

そのため、小泉政権以来の政策小さい政府、国家予算を少なくするという名目で、「競争原理」を取り入れて、「無駄を省く」として、競争原理など働くことのない、国民の命を守る医療費も「無駄を省き、国家予算の赤字を減らすため」として、削りに削って、その結果、国民が安全で、安心な医療を受ける環境を破壊してしまいました。

「患者のタライ回し」だの「医師のモラルの低下」だのとマスコミも無責任に報道するだけです、その原因がどこにあるのかは、全く触れられておりません。

実際には、病院が十分な数の医師を雇う余裕がなくなっているためです。出来高払いの今の医療費の中で、特に救急医療を担当する医師を余分に雇うだけの体力が医療機関にはなくなっているのが現実です。したがって、1人の重症患者が出た病院では、当然、2人目の重症患者を対処する医師がいませんので、受け入れられないのが現状です。これをマスコミは「患者さんをタライ回しにする」と報道します。全くゆるしがたい無責任なことで、腹が立って仕方ありません。

「医師不足ではなく」「医師を雇う金銭的余裕がなくなっている」という現実を無視している今の制度をどこかで覆さなければなりません。

我々の診療所においても同じことが起こっております。このような現実を踏まえ、JCOAでは医政協議会を作って我々の身近な問題から少しでも解決してゆくため、精力的に活動しております。残念ながらOCOの会員の皆様方の医政協議会への加入率はJCOA中、下から数えて何番目といわれるような数です。そこで、来年度からは、会員の皆様の「払い忘れを無くするお手伝い」をしたいと思っております。ご賛同いただける皆様は、自動引き落としの手続きをお願いいたします。

1. 組織の強化

- (1) JCOA研修会及び、JCOA近畿ブロック会等に積極的に参加し、JCOAの地域及び全国の会員とも交流を促進し、親睦と団結に貢献する。
- (2) 日本整形外科学会、その他の関係諸学会、日本医師会、大阪府医師会、大阪府医学連合会、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) 未加入の整形外科医の入会促進のため、積極的に勧誘活動を行う。
- (5) インターネット通信及びF-ネットを用いて、会員への連絡、広報を迅速かつ広く行う。
- (6) インターネットを活用した広報を実行する。

2. 学術活動

- (1) 生涯研修及び自己啓発のため、日本整形外科学会専門医、同認定スポーツ医、同認定リウマチ医、脊椎脊髄病専門医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計るとともに、日本医師会、大阪府医師会の生涯教育研修システムとも協調する。
- (2) 各大学、関係諸病院との連携を密にして、生涯教育をより一層充実したものとなるように、また、整形外科医療の進歩と発展に努力する。
- (3) 平成21年度も年間12回の研修会を、会員に役に立つ充実した形で開催する。

3. 保険医療に関する諸問題の研究と対策

- (1) 国民の健康を守るためにはさらなる医療技術と、それを支える医療費が必要なことは言うまでもありません。OCAだけでは実行できません。この問題はJCOAの医政協議会を通じて実現してゆくよう努力する。(会員の皆様の医政協議会へのご加入下さいまして、ご支援くださいますようお願いいたします。)
- (2) 医療報酬、審査、指導、老人保健、介護保険に関して研究と対策を実行する。

4. 医業周辺業種への対策

- (1) 日本一の会員数をバックに、OCAの各委員会の意見を府医、JCOA、日整会、日医の各委員会に反映されるよう努力する。
- (2) 柔整問題は、今、大変危険な方向に向かっていると思われる。今後とも重大な関心を持って対処する。

5. 高齢者対策及び介護保健対策

- (1) 在宅医療、在宅ケア、介護保険制度への対策。
- (2) 後期高齢者医療について、この制度には非常に問題が多い。問題点を指摘して、改善してゆく。
- (3) 「介護予防のための生活機能評価」またこれに基づく「運動機能向上事業」について、その問題点を指摘しながら参加する方向で、取り組んでゆく。

6. 労災保険、交通事故医療、維持紛争に関する研修活動の強化。

7. 広報・情報活動

- (1) 会報を年一回発行する。
- (2) 月一回開催する研修会の案内状に同封して、きめ細かく、情報を会員に伝達する様努力したい。
- (3) OCAのホームページを整備し、充実させるよう努力する。
- (4) 「運動器の10年・骨と関節の日」活動を行う。
- (5) 空手、ラグビー、テニス、市民マラソン等の大会時 ドクターをOCAとして積極的に支援する。

8. 福利・厚生活動

会員親睦ゴルフコンペ

第49回ゴルフコンペ (春季) 平成21年5月24日

第50回ゴルフコンペ (秋季) 検討中

9. 研修会

平成21年度OCA研修会

第204回総会（21年4月11日）4:30～5:40（大正・富山大阪支店）

司会：前中 孝文 副会長

受付：山口 康二 理事

①「骨再生修復医療の今後の展望」

座長：黒田 晃司 会長

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科 高岡 邦夫 名誉教授

N（1,4）

第205回研修会（21年5月30日）（ホテルグランヴィア）16:00より（エーザイ）

司会：矢倉 久義 理事

受付：森下 忍 理事・岩本 斗伸 理事

①「3次元画像と造形技術を駆使した新しい整形外科手術」

座長：北野 継武 理事

大阪大学大学院医学研究科 器官制御外科学（整形外科） 講師 村瀬 剛

N（2,10）

②「ビスフォスフォネートと顎骨壊死」

座長：阪本 邦雄 副会長

大阪大学大学院歯学研究科長・歯学部長

大阪大学大学院歯学研究科分子病態口腔科学教授 米田俊之

N（4,6）、R

第206回研修会（21年6月20日）（阪急インターナショナルホテル）16:30より（小野薬品）

司会：山口 康二 理事

受付：斧出 安弘 理事・金田 隆義 理事

①「肘関節周辺の諸問題」

座長：石橋 伊三郎 理事

洛西シミズ病院副院長 石津恒彦

N（2,9）、RE（リハ）、府医

②「骨粗鬆症に伴う椎体骨折と腰背部痛」

座長：長谷川 利雄 理事

札幌医科大学整形外科教授 山下 敏彦

N（4,6）、R、府医

第207回研修会（21年7月25日）（ANAクラウンプラザホテル）16:30より（中外）

司会：今井 秀 理事

受付：古瀬 洋一 理事・坂口 光輝 理事

①「膝関節内構成体（靭帯、半月板）損傷の診断、病態、治療そして未来像」

座長：増田 博 理事

大阪市立大学医学部整形外科学教室助教 橋本 祐介

②「変形性関節症up-to-date—その病態解明と治療の最前線—」

座長：小林 正之 理事

東京大学医学部附属病院整形外科・脊椎外科准教授 川口 浩

第208回研修会（21年8月29日）（ウェスティンホテル）16:00より（旭化成）

司会：石橋 伊三郎 理事

受付：白川 貴浩 理事・田上 実男 理事

① 大阪大学大学院医学系研究科
運動器医工学治療学寄附講座教授 菅野 伸彦
座長：堀木 篤 参与

② JCOA会長の藤野先生
座長：澤田 出 理事

第209回研修会（21年9月26日）（ANAクラウンプラザホテル）16:30より（第一三共）

司会：岩本 斗伸 理事

受付：中川 彰浩 理事・永田 行男 理事

① 腫瘍に関するお話
座長：

奈良県立医大整形外科講師 朴木 寛弥

② 「学童期の股関節疾患」
座長：

京都市立医科大学大学院医学研究科運動器機能再生外科学（整形外科学教室）

准教授 金 侑詰

第210回研修会（21年10月31日）（ウェスティンホテル）16:00より（帝人）

司会：斧出 安弘 理事

受付：野々村 淳 理事・福井 宏有 理事

① 「RAのお話」
座長：

近畿大学医学部奈良病院整形外科・リウマチ科教授 宗圓 聡

② メーカーより（候補 市大中村教授）
座長：

第211回研修会（21年11月14日）（ANAクラウンプラザホテル）17:00より（久光）

司会：金田 隆義 理事

受付：藤本 啓治 理事・藤田 秀隆 理事

① 「脊椎外科における画像診断のピットフォール」
座長：

京都大学大学院医学研究科

感覚運動系外科学講座整形外科学准教授 根尾 昌志

② メーカーより
座長：

（候補福岡大学内藤教授など医療倫理の話）

第212回総会（21年12月12日）（ホテルグランヴィア）16:00より（萬有）

司会：古瀬 洋一 理事

受付：三浦 光也 理事・増田 博 理事

関西医大より
座長：

第213回研修会（22年1月30日）（ANAクラウンプラザホテル）16:30より（日本臓器）

第214回研修会（22年2月 日）（ ）16:00より（科研）

第215回研修会（22年3月 日）（ ）16:00より（大塚）

<第4号議案> 平成21年度収支予算案について承認を求める件

阪本 邦雄 会計副会長

平成21年度OCOA会計予算案

一般会計

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥17,628,667	JCOA会費	¥11,280,000
JCOA会費収入	¥11,280,000	JCOA入会金	¥100,000
JCOA入会金	¥100,000	会報・名簿作成費	¥3,300,000
OCOA会費	¥5,640,000	通信費	¥400,000
会報等広告収入	¥800,000	福利厚生費	¥200,000
府医師会助成	¥400,000	出務手当交通費	¥1,500,000
受取利息	¥10,000	事務費	¥500,000
		理事会会議費	¥1,500,000
		慶弔費	¥100,000
		ホームページ維持管理費	¥50,000
		予備費	¥16,928,667
合計	¥35,858,667	合計	¥35,858,667

学会会計

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥15,972,172	認定料申請料	¥300,000
受講料 日整会	¥3,500,000	事務費	¥400,000
リウマチ財団	¥300,000	出務手当交通費	¥700,000
リハビリ	¥100,000	会議費	¥500,000
協賛金、助成金	¥600,000	骨と関節の日活動費	¥1,000,000
受取利息	¥15,000	200回記念特集会報代	¥5,000,000
		予備費	¥12,587,172
合計	¥20,487,172	合計	¥20,487,172

平成21年度大阪臨床整形外科医会組織表

会 長	黒田 晃司
会 長 代 行	栗本 一孝
総務・庶務	担当副会長：森本 清一、山本 哲
学術・研修会	担当副会長：栗本 一孝、委員：右近、長谷川
広 報	担当副会長：山本 哲、阪本 邦雄
健保・自賠責等対策委員	担当副会長：山本 哲・森本 清一
福利・厚生	担当副会長：山本 哲 委員：新田 望
会 計	担当副会長：阪本 邦雄、前中 孝文
JCOA諸問題・医政協議会担当	担当副会長：前中 孝文

監 事： 長田 明、早石 雅宥

議 長： 堀木 篤 副議長： 佐藤 利行

裁定委員： 三橋 二良・長田 明・古賀 教一郎

大阪府医師会・医学運営委員：小林 正之

大阪府医師会・健康相談医： 反田 英之、新田 望

JCOA理事： 前中 孝文

JCOA代議員： 早石 雅宥、松矢 浩司、黒田 晃司、栗本 一孝、山本 哲

JCOA予備代議員： 右近 良治、森本 清一、阪本 邦雄、五島 淳、小林 正之

JCOA学術委員： 長谷川 利雄

JCOA病院部会担当委員： 古瀬 洋一

JCOA無床診療所部会担当委員： 矢倉 久義

JCOA会則等変更委員： 岸本 成人

大阪症例検討委員会委員： 大島 正義、岸本 成人、古瀬 洋一

【理 事】

青木誠・天野敬一・石井正治・石田文明・石橋伊三郎・今井秀・岩本斗伸・岩本善介・右近良治・大島正義・斧出安弘・金田隆義・河村都容市・岸本成人・北野継武・栗本一孝・黒川隆彦・黒田晃司・五島淳・越宗正晃・古瀬洋一・小林正之・坂口光輝・阪本邦雄・佐藤利行・澤田出・茂松茂人・柴田和弥・首藤三七郎・白川貴浩・武田十四也・田上実男・中川浩彰・中嶋 洋・長嶋哲夫・永田行男・西川正治・新田 望・野々村 淳・長谷川利雄・早石雅宥・原田稔・廣瀬一史・福井宏有・藤田秀隆・藤本啓治・前中孝文・前野岳敏・榊田理・増田博・松矢浩司・三浦光也・三村和博・宮内晃・宮田重樹・矢倉久義・八幡雅志・山口康二・山本哲・吉川隆啓・吉田研二郎・森 泰壽・森下忍・森本清一 以上64名

本会会側・第4章・第12条【役員の選任】により選出された理事です。この理事の任期は本会の会則第14条【役員の任期】の(1)役員の任期は2年とする。に従って、平成22年3月31日までになります。来期は会長交代、役員の任期満了となります。理事の再任は認められておりますので、理事会の決議により改めて引き続き理事に推薦された場合は、引き続きよろしくお願い申し上げます。

【常任理事】

黒田晃司・栗本一孝・森本清一・山本哲・前中孝文・阪本邦雄・早石雅宥・松矢浩司

【委員会】

『学術委員会』

担当副会長：栗本一孝・森本清一

委員長：右近良治

副委員長：長谷川利雄

委員：今井秀・石橋伊三郎・岩本斗伸・斧出安弘・金田隆義・古瀬洋一・坂口光輝・柴田和弥・白川貴浩・田上実男・中川浩彰・永田行男・野々村淳・福井宏有・藤本啓治・藤田秀隆・三浦光也・増田博・宮田重樹・宮内晃・森泰壽・森下忍・矢倉久義・山口康二

『骨と関節・運動器10年運動委員会』

担当副会長：山本哲・森本清一

委員長：永田行男

副委員長：斧出安弘

委員：小林正之・森泰壽・藤田秀隆・大島正義・宮田重樹・田上実男・岩本斗伸

『運動器リハビリテーション・セラピスト研修委員会』

担当副会長：森本清一・阪本邦雄

委員長：長谷川利雄

副委員長：森泰壽・五島淳

委員：澤田出・小林正之・岸本成人・石橋伊三郎・西川正治・三浦光也・宮内晃

『広報委員会』

担当副会長：山本哲・阪本邦雄

「会報編集及びデジタル化委員会」

委員長：前野岳敏

副委員長：中川浩彰・

委員：斧出安弘・山口康二・藤田秀隆・永田行男・宮田重樹

「インターネット委員会」

委員長：岸本成人

委員：吉川隆啓・古瀬洋一・西川正治・澤田出・三浦光也

「FAX」：山本哲

『総務委員会』

担当副会長：森本清一・山本哲

「議事録委員会」

委員長：宮田重樹

委員：今井秀・永田行男・斧出安弘・金田隆義・宮内晃・岩本斗伸・石橋伊三郎・野々村淳

【保険の審査委員】

健康保険審査委員

社会保険： 八幡、石井、岩本、小林、右近、寺川、畠中他

国民健康保険：上田、武田、綿谷、荻野他

柔道整復施術療養費審査会

国民健康保険：石井・松矢・山本哲・中川・宮田・今井

社会保険：長田・岸本・山口・藤本

自賠責：石川正樹・越宗正晃・阪本邦雄・長嶋哲夫・森泰壽・八幡雅志・行岡正雄

労災保険：八幡、阪本、坂本、茂松、松矢、石井、頼、楠、上田、宮内、阪本他

【涉外委員】

石井正治・天野敬一・広瀬一史・増田博・八幡雅志・越宗正晃・首藤三七朗

平成21年度第1回(204回)研修会

総合司会 前中 孝文 副会長

【I】医薬品紹介

大正富山医薬品㈱ 医薬情報部

【II】特別講演

演題：「骨再生修復医療の今後の展望」

座長：黒田 晃司 会長

講師：大阪市立大学大学院医学研究科整形外科 高岡 邦夫 名誉教授

共催：大阪臨床整形外科医会


大正富山医薬品株式会社

平成 21 年度総会議事録


議長

堀木 篤 

議事録署名人

前野 岳敏 

議事録署名人

長谷川 利雄 

平成 21 年 4 月 11 日

(文責 参与 堀木 篤)

JCOA各県代表者会議の報告

大阪臨床整形外科医会 会長 黒田 晃 司

平成20年10月13日、第35回JCOA研修会「晴れの国岡山研修会」3日目に、ホテルオークラ岡山・本館の丹頂の間にて、「軟部腫瘍の診断と治療」講師・岡山大学医学部整形外科教授尾崎敏文先生の教育講演のあと、午前9時30分より開催されました。私とJOA監事の早石先生が出席いたしました。



藤野圭司理事長の司会で議事が進行されました。議題は以下の通りでした。

- ①平成20年度上半期会員の状況報告
三宅信昌 副理事長報告
 - ②平成20年度各種会議等実施状況
浦門 副理事長
 - ③平成20年度上半期予算執行状況
柴田 副理事長
 - ④各種アンケートについて
三宅信昌 副理事長
 - ⑤平成20年度生命共済募集状況
佐々木 理事
 - ⑥第21回JCOA学会報告
吉村 理事
 - ⑦第22回JCOA学会
愛媛県COA：相原 会長
 - ⑧JCOA会則の変更について
原田 理事
 - ⑨各県代表者からの質問と提案
- (1)「新体制で消炎鎮痛処置をどのように位置づけようとしているか」お聞きしたい。
(静岡県 田中久重)
回答：鎮痛消炎処置ではなく治療法であると考えている。現在整形外科で実施している「鎮痛消炎処置は、処置ではなく、リハビリテーションによる治療」であると考えているが、このことを強く主張すれば、リハビリテーシ

ョンの施設基準を申請していない診療所は算定できなくなり、再診療にいずれ「丸められる」このことを考えれば整形外科で開業するときは45㎡以上のリハ室を用意することが必要である。

- (2)「現在の運動器セラピストの制度をどのような方向に持っていこうとしているのか」お聞きしたい。
(静岡県 田中久重)

回答：(1)の回答と重複するが、リハビリテーション治療が処置ではなく治療法であり、医療による治療と介護保険の治療が認められており、近く、介護保険での2～3時間のデイサービス制度の実施が整形外科の診療所で認められる。このためにはリハビリテーションの施設基準の取得が必要である。(リハ室の面積が45㎡以上必要)

- (3)「画像のフィルムレス化がどのくらい進んでいるのか」「フィルムレス化にはどの程度までのシステムが必要なのか？」

(鳥取県 市場和志)
回答：診療所で13% (20%になっているかもしれない) デジタル化するためには、現在持っている機械によって異なるが300～500万円 (600万円以内) 「保険制度に適合機種800万円」という業者は高いと考えます。

(4)「全国看護師、事務員etc. 給与はどのくらいか？」(中国地区だけでも調査はできるのか？公表etc. 困難でしょうか？)

回答：一度会員の間でアンケート調査したい。公務員のデータがありますので、のちほど先生にコピーをお渡しいたします。

相原愛媛県臨床整形外科医会会長より次回の第21回JCOA学会の開催についての報告がありました。

①PT・OT・みなしPTの演題発表を取り入れる。

②セラピストの研修会を行う予定であること。会場がNHK交響楽団の演奏会とぶつかってホールがとれていないこと。

③第20回福井学会で発生した会計の赤字分150万円をどう処理したか？(福井COAの資金で補てんした。)

④現在JCOAが支給している400万円の学会補助金を100万円プラスして、500万円出していただけませんか？

回答：藤野理事長は「心情的にはプラスしたいと思いますが、JCOAの会計の実情を考えると即答はできない。会計委員会で検討することにいたします。」この件は担当副会長柴田先生の委員会で検討することになりました。

このほか医政協議会の話題も報告されました。福島県COAは自動振り込みが総会で決定され、会員全員から徴収されているそうです。

大阪からは会費(医政協議会)の徴収に苦勞していることを報告いたしました。

また、東京ではリハビリテーションの施設基準を取っていないところが多い。これは「ビル診」のため、面積が足りないこともあるが、「申請手続きが煩雑なため手続きしていないと考えている。」大阪はどうですか？「大阪は調査しておりませんがわかりませんが、面積の足りないことも大きい要素と考えております。」実際はどうなのでしょう？OCOの皆さまの実情をお知らせください。

JCOAが主催している今年の8月のヨーロッパへの研修旅行の途中添乗員が先に帰ってしまいました。そのため帰国の飛行機に乗り遅れてしまい帰国ができず、大変不愉快な思いをした。この旅行社の真相を調べて抗議してほしい。

12時30分まで時間をかけて、充分執行部の考え方を聞かせてくれました。

「運動器リハビリテーションと介護保険：講師
厚生労働省老健局老人保健課課長補佐 鈴木健彦先生」を受講して。

平野区 長谷川 利 雄

平成12年と平成19年を比較して、介護保険の被保険者、要介護認定者、介護給付費用（3.6から7.4兆円）は著しく増加している。増加の内訳をみると要介護1以下の軽度介護者が著しく増加していた。要介護状態にいたる原因としては脳卒中、廃用症候群、認知証などが主なものであり、そのうち廃用症候群の増加が著しい。廃用症候群の予防にはリハビリテーションが必要なというまでもない。

今後、少子高齢化が進展とともに入所型の介護施設の不足が予測され、在宅介護が重要になってくる。そのため、1 在宅療養の推進（訪問看護、訪問リハビリ、看取り体制の強化）、2 医療から介護への連携強化、3 短期集中リハビリの強化、4 リハビリマネジメントの見直し、などが重点項目にあげられている。

現状の問題点の1つとして、介護保険のリハビリ体制の整備の遅れがある。厚生労働省の方針は、「急性期リハビリは医療保険にて、維持期のそれは介護保険にておこなう」である。しかし、64歳未満の特定疾患対象外の患者は、原則として、介護保険のサービスそのものを受けることができない。また、受け入れ施設がないなどの理由で、医療機関にて急性期リハビリ（医療）を終えたのちに、適切な維持期のリハビリ（介護）を受けていない患者も少なくない。



その対策の1つとして「短時間型のデイケア」が企図されている。すなわち、預かりや送迎機能を省いた、医療の通院リハビリに近いサービスとされている。今回「短時間型のデイケア」の算定要件（滞在時間、施設基準、人員配置など）は明らかにならなかったが、リハビリを行っている無床診療所を含めた医療機関が参入しうる「介護サービス」となる可能性がある。

平成21年1月末頃には介護保険改定諮問案の全容が明らかになるであろう。今後、平成21年度の介護保険改定の動向とともに、自院が参加できる機会がないかを注意深く見守る必要があると思われる。最後にわれわれが容易に上記サービスに参入できるよう、整形外科医政協議会の活躍を期待したい。

第35回JCOA研修会教育講演を拝聴して

JCOA副会長 阪本邦雄

本年の日本臨床整形外科学会研修会は、桃太郎伝説の発祥の地、岡山で開催されました。日本臨床整形外科学会研修会への参加は、今回が私にとって初めてでした。

今回の日本臨床整形外科学会研修会には、11日の前夜祭の老舗料亭、荒手茶寮から参加いたしました。荒手茶寮は、岡山後楽園の一角にあり、岡山にゆかりの深い伝統のある調度品を配し、わび、さびの雰囲気の漂った和室で味わい深い日本料理を楽しませていただきました。

12日は大原美術館への日帰り観光コース、文化講演、研修講演、その後、下津井節・うらじゃ踊りのアトラクションを含めました大懇親会、さらに元々お酒が好きな私ですので、その後の2次会にも参加し、楽しくひとときを過ごしました。

次の日の13日の岡山大学大学院整形外科教授、尾崎敏文先生の教育研修会は、8時と少し早い研修会ですので、私自身、前夜の影響で頭が重く、しっかりと拝聴できるのか心配でしたので、少し早く会場に到着しました。会場では、早石前会長にお会いし、早速一番前の席に着きました。当日は、前日の研修講演と違い、机も用意されていました。

講演では、「軟部腫瘍の診断と治療」に関して、特に我々、臨床の最前線で医療を行っている開業医に判りやすく、御講演いただいた。

まず、専門病院に紹介が必要かどうかの最初の「見立て」が、大切であり、その後、臨床所見、画像診断、治療等に移行する。最初の見立て、処置が不適切であった為、3回も同部位の手術をした症例を報告された。一般的には悪性軟部腫瘍は、深部に発生し可動性に乏しいものが多いが、例外として、小さく、皮下の浅い部位に形成される隆起性皮膚線維肉腫のようなものもある為、注意が必要である。

画像診断については、単純X線、MRI、タリウムシンチ等があり、単純X線では、腫瘍の石灰化などがよく分かる。最近では、MRIの精度が高度になり、特に、MRIによる軟部腫瘍の局



在診断は向上してきた。しかし、MRIの質的診断に関して、大多数の軟部組織は、T1強調画像では低信号、T2強調画像では高信号を呈し、特殊な症例として、T1強調画像で高信号を呈する脂肪腫、血管腫など、また、T2強調画像で低信号となるデスマイド、滑膜軟骨腫など、我々、日常診療でよく遭遇する軟部腫瘍は、特徴的なMRI所見を呈する事が多い、このようにMRIだけの質的診断も可能な時もあるが、特殊な症例を除いて、難しい。MRIの診断に不安があれば、日整会骨軟部腫瘍専門施設に相談すべきである。

タリウムシンチは、良性腫瘍には吸収されず、悪性腫瘍に吸収される為、悪性を判断する時には、有効である。

PETに関しては、信用性は75%位で、骨軟部腫瘍に対しては、明確な有効性は、まだ、確立されていない。

病理診断では不明な時、最近の新しい診断法として遺伝子診断が重要になってきている。特に、ユーイング肉腫や滑膜肉腫等では、診断の決め手となっている。

紙面の都合上、講演内容を全て記載する事は出来ませんでしたが、最後に「簡単なもののみ手を出し、難しいものは、すぐに紹介する。」と述べられ、我々開業医にとっては、深く心に刻むべき言葉であり、明日からの診療に向かっていきたいと思えます。

第35回JCOC研修会(岡山)大懇親会に出席して

大東市 前野 岳 敏

平成20年10月12日、午前新幹線で岡山に到着した。緑豊かで広大な日本の名庭園後楽園をのんびり一人で散策した。その隣りにそびえ立ち、黒っぽく見えるため烏城とよばれる岡山城にも足をはこび、のどかな秋の半日を、マイペースで満喫できた。

午後からは本会場のホテルオークラ岡山で文化講演、研修講演を聴いた後、いよいよ午後7時30分ごろより別館1階瑞光の間にて、大懇親会が始まった。

全国からの参加者は400人以上との事、大阪からも黒田会長ご夫妻を始め、20人以上の会員及び奥方が参加された。会長の角南義文先生は、全国からこのように多くの先生方が参加していただき、盛大に研修会を開催できることに感謝の言葉を述べられた。理事長の藤野圭司先生は、現行の整形外科医療行政は、はなはだ不満であり、このままでは子供に後を引き継がせる事はできないと、ユーモアを交えて現行の医療制度を厳しく批判され、今後のJCOA会員の奮起を望まれた。

その後、岡山県医師会会長の来賓祝辞があり、続いて前岡山県医師会会長の末長 敦先生の乾杯の音頭の後、宴はにぎやかに始まった。

岡山県の誇る山海の珍味に舌鼓をうちながら他府県の人々と旧交を暖め、夢のような楽しい一時を持つ事ができた。

舞台では下津井節の、のんびりとしたおおらかで優雅な歌を踊り、くつろいだ雰囲気になったところで、その次にテンポの早いうじゃら踊りが舞台と会場で同時に賑やかに踊られ会場の雰囲気は最高に達した。



この度は大阪に近いのか予約締切り後に参加手続きをとられた先生方が比較的多く、大阪から参加の先生方も会場のあちこちに分散して席があてられていたため、OCO A全員の集合写真を撮るのが仲々困難であった。

いよいよ終盤に入り、次回第22回JCOA学会の開催地愛媛県松山の紹介を愛媛県臨床整形外科医会会長今川俊一郎先生が、次いで次回第36回JCOA研修会開催地の佐賀県佐賀市について佐賀県臨床整形外科医会会長の森永秀史先生が、それぞれの学会、研修会の紹介をされ、再びこのように多くの先生方が全国から参加していただけるよう希望の言葉と共に挨拶をされた。その後、岡山県臨床整形外科医会副会長の坂田俊輔先生の謝辞があり、楽しかった宴は幕を閉じた。



「倉敷美観地区と名画との出会い大原美術館」 ツアーに参加して

堺市 頼 功

平成9年の第24回JCOA研修会（神奈川県COA主催）と平成12年の第27回（奈良県COA主催）以来、3回目の参加でした。先の2回の研修会ではオプションツアーを申し込まなかったのが、今回はできるだけ多く参加しようと欲張り、10月11日 歓迎ゴルフ大会、10月12日 観光コース・後樂園日帰りコースそして10月13日 観光コース・大原美術館日帰りコースを申し込みました。しかしながら研修会の約2週間前にバイク自己転倒による肋骨2本骨折を受傷してしまい、歓迎ゴルフ大会を断念しなければならなかった。結局10月12、13日の両日は家内のあとをついてまわりました。さほど美術に関心のない私ですが、今回、10月13日の観光コース・大原美術館日帰りコースの紀行文を書かせていただきます。

参加したオプションツアーの正式名称が日帰り・倉敷美観地区と名画との出会い大原美術館の旅でした。参加者は20名で、大阪からの参加は私たち夫婦のみでした。岡山COAの担当の先生2名が付き添っていただきました。ホテルオークラを出発した貸し切りバスにAM8:25に岡山駅前のホテルで私たち夫婦を拾っていただき、倉敷方面に向かった。約30分で倉敷駅近くの駐車場に到着した。大原美術館の入館予定時刻（AM11:00）までの約2時間を観光ボランティアガイドさんの説明を聞きながら倉敷の美観地区を散策しました。岡山県の観光地でもとりわけ女性の人気が高いのが、倉敷ではないかといわれている。家内は40年余り前、学生時代に一度訪れているが、私は初めてである。来訪リピーターが多いのもここ倉敷の特徴でもある。倉敷川に沿った美観地区に立ち並ぶ白壁の蔵、柳並木の掘割の両側には白壁の蔵屋敷が薨を並べ、しっとりとした情緒が漂っている。観光ボランティアガイドさんの説明による



と、昭和54年、倉敷川とその背後にある鶴形山の裾に開けた町並みの一部が、「美観地区（重要伝統的建造物群保存地区）」に選定されたのである。この美しい家並みの基礎をつくり上げたのは江戸時代の豪商たちである。幕府直轄地の天領となった倉敷に代官所が置かれ、物資の集積地として活気つく川沿いに、富を蓄えた商人たちの屋敷が立ち並ぶようになる。明治に入ると代官所が廃止され、鉄道が開通。文明開化の花形産業とも言える紡績会社が設立されると、町は新たな文化と経済の発展を迎えた。そして大原美術館の登場である。この地の大富豪、大原孫三郎により、昭和5年、日本初の西洋美術館として建設された。大原家もまた江戸時代に巨富を蓄え、庄屋を務めた家。孫三郎は「倉敷紡績」の経営者として手腕を発揮しつつ、得た資産を社会的文化事業に還元するという先見性を持つ実業家でもあった。美術館誕生の始まりは、東京美術学校で西洋画を学ぶ画学生、児島虎次郎と孫三郎との出会いにある。大原家の奨学生として優秀な成績で卒業した虎次郎は、孫三郎の援助を受けて渡欧。多くの名画や芸術家に接した虎次郎は、そんな機会が皆無だった当時の日本の画学生や美術愛好家のために西洋美術品の蒐集を進言し、実行。それが大原美術館の礎となった。非常に格調高いロマンを感じる

話である。

観光ボランティアガイドさんから倉敷の美観地区の歴史や見所を詳しく教えていただきながらの散策、短時間内でのポイントをおさえたものでとても興味深く観ることができましたが、散策できたのはごくわずかで美観地区を十分に堪能するには時間的余裕がなく残念であった（大原美術館鑑賞についても然り）。

倉敷川にかかる今橋に面した大原邸（国重要文化財、非公開）と有隣荘（大原家旧別邸）の前を通り、常夜灯が設置された倉敷川沿いの柳並木の街路と町並みを堪能しながらアイビスクエア（近代化産業遺産、1888年に代官所跡地に建てられた旧倉敷紡績工場の建物を改修・再利用した観光施設）、井上家住宅（国重要文化財、非公開）、ステンドグラスの飾り窓の美しい中国銀行倉敷本町出張所（国有形文化財、ルネサンス建築）を廻ってAM11:00にギリシャ神殿風の建物がひときわ目をひく大原美術館・本館に到着した。本館前にはロダンの彫刻「洗礼者ヨハネ」と「カレーの市民」が出迎えている。美術館の学芸員の説明を聞いたのち自由行動となり、昼食の時刻までの1時間あまりで大原美術館の本館、分館、工芸館、東洋館そして普段非公開となっていた有隣荘（大原家旧別邸）を急ぎ早にみてまわった。大原美術館では児島虎次郎に委嘱して収集した西洋の名画を中心に約3000点の作品を収蔵し、常時約1500点を展示されているそうである。本館には世界の巨匠の作品百点余が展示されている。中でも西洋古典絵画の少ない日本において非常に貴重な作品であるエル・グレコの「受胎告知」、クロード・モネの「睡蓮」、ルノワールの「泉に

よる女」、ゴーギャンの「かぐわしき大地」など有名な作品を注目して観て回った。分館は日本の近現代美術の作品が展示されていて、中・高校生時代の教科書にみたような岸田劉生の「童女の舞姿」、藤島武二や梅原龍三郎などの秀作が展示されていた。工芸館は陶器・版画・染色の作品、東洋館は中国の古美術を収蔵・展示されていた。ゆっくり観て回りたいところでしたが、みやげ物店もほとんど回れないほど時間的制約があり、次回の倉敷来訪を楽しみにしたいと思う。倉敷は京都、奈良と同じく空襲を受けずに焼け残ったのは大原美術館の存在だったようです。昭和7年、満州事変調査のため国際連盟が派遣した「リットン調査団」の一部が大原美術館を訪れた。日本の地方都市にこれだけの泰西名画があることに驚き、そのため、倉敷は第二次世界大戦で空爆されなかったといわれています。大原孫三郎の息子、総一郎がドイツ南部、ロマンチック街道沿いの城郭都市ローテンブルグに惚れ込み、倉敷をローテンブルグのような町並み保存をしようと企画、美観地区を中心に周囲にいろいろなものをもってこよとする事業の流れで、現在は北にチボリ公園、南に芸文館、東に市民会館があり、中心に美観地区が位置しているという状況との由。年間百万人もの観光客が倉敷を訪れており、リピーター大いに歓迎とご年配のボランティアガイドがおっしゃっていたのが印象的であった。

昼食後すぐに後ろ髪を引かれる思いで帰路に発ちました。お付き合いいただきました岡山COAの先生方、いろいろとアドバイスをいただき、ありがとうございました。



大原美術館本館前 ロダン「洗礼者ヨハネ」



大原邸



中国銀行倉敷本店出張所(旧倉敷銀行前)のステンドグラス



美観地区の路地からの大原美術館



倉敷アイビスクエア



倉敷川中橋にて

「備中高松城址と名勝近水園・吉備路の旅」に参加して

中央区 坂本 徳成

10月12日、午前8時30分、よく晴れ渡った秋空に見送られて、参加者32名を乗せたバスは、ホテルグランヴィアを出発した。バスガイドは、元気潑刺の山口さん、まずは、「晴れの国岡山」のフレーズの説明から。

岡山は、一年のうち1ミリ以下の雨量の日が276日あり、日本で一番雨量の少ない県であるそうだ。今日も天下一品の晴れの日だ。

次に、誰でも知っている桃太郎伝説。これは吉備津神社に伝わる温羅（うら）伝説が原型といわれる。桃太郎とは吉備津彦命（きびつひこのみこと）。命は、当時大和朝廷に匹敵する勢力を持っていた豪族の温羅を平定するために朝廷から使わされ、壮絶な戦いの後大勝利、以後この地は命が収めた。というものであるが、地元には他の説もあり、渡来人の温羅は、製鉄技術に優れ、国を豊かにし、民衆に慕われており、吉備津彦命にはねられた首は、唸りを上げ続けたため、恐れを抱いた命が御釜殿の下に埋葬した。その後、温羅は命の夢枕に立ち、これから釜をうならせて世の吉兆を占うと告げる。これが吉備津神社の鳴釜の神事の始まりとか。いづれにしても、この伝説の中には、桃太郎の昔話に出てくる、犬や、猿、雉の話が出てこないのは、何故であろう？

バスは、秀吉による水攻めの舞台となった高松城跡公園に着き、しばらく広い園内や、城兵を助けるために自害した城主、清水宗治の首塚や、辞世の句碑などを見てまわった。

その後バスはのどかな田園地帯を走りぬけ、予定より早く足守に着いた。恥ずかしいことだが、足守については何の知識もなく、緒方洪庵先生がこの地のお生まれであるということに興味をそそられてこのツアーに参加した。駐車場で70ウンオの、たいそう頭の切れる、博識でウイットに富み、足守をこよなく愛すおばあさ



んガイドに会い、まずは、足守藩国家老杉原家の居宅に立ち寄り。足守藩というのは、秀吉の北の政所「ねね」の兄、木下家定（2,500石）を藩主とした所領である。その家老の屋敷は、江戸時代の家老屋敷のたたずまいをほぼ完全な形で残しており、表門の内側に母屋、裏手には内蔵と、湯殿、便所が離れて設けてあり、内蔵へは廊下でつながり、母屋の左手脇には米倉が一棟設けてある。屋根は茅葺の寄棟造り、正面に唐風の屋根を構えた玄関を、部屋数は8つ、表向き（公式用）の一の間と二の間の境の鴨居の上には香囀組欄間を入れ、天井が高くすべて竿縁天井、外側に縁をめぐらせ、質素ながら格式のある威厳を備えた武家屋敷となっている。これは見るができなかったが、奥には、武家屋敷には必ず設けてある2畳の仏間があり、切腹の場となるそうだ。庭には実が食料として役立つ椎木が植えられており、外側の土塀には、藩主が来訪時に使用されるというこじんまりとした御成門があり、その上部にこの家の家紋、五七の桐が刻まれ、「五三の桐というのは知っているが、五七の桐とは何か？」とガイドさんを質問攻めにして盛り上がる。

この家紋というものは、平安時代、公家が、所有物や調度品などに各家固有の目印をつけたのが始まりで、鎌倉時代、武家社会になり、合

戦などで敵味方の区別をしやすくするため、又、手柄などを立てた時よくわかるようにするために広く使用され、普及したといわれる。

家老屋敷に使用されている桐の紋は、元来、皇室専用の紋で、格式のある紋であったが、後に、皇室以外でも使用されるようになった。五三の桐というのは、下図のように花序につく花の数が3-5-3、五七の桐は、花序につく花の数が、5-7-5である。五三の桐の紋は、広く庶民に使用され普及しているが、五七の桐の紋は、「政権担当者の紋」ともいわれ、今日なお、内閣総理大臣の紋として、ビザやパスポートの装飾として、又、500円硬貨にも、少し形は違うが五七の桐が使用されている。



五三の桐



五七の桐

江戸時代から今日まで、まるで時代劇に出てくるような武家屋敷や、土蔵などが、よく手入れされ、公開されていることに脱帽。

柔らかな陽差しと、爽やかな風の中、ぶらぶらと陣屋跡へ。この陣屋は、豊臣秀吉の妻、「ねね」の兄、足守藩主木下家定のもので、彼は、織田信長の家臣であった時は、杉原姓を名乗っていたが、「ねね」が秀吉の北の政所となったとき、「ねね」の実家も木下姓を名乗ることが許され、木下家定となる。木下家は関が原の合戦後の慶長6年(1601)以来、明治維新まで足守陣屋町の整備に尽力した。陣屋跡(足守のような小藩は、城を持たず)には400年前の石垣が残るのみであるが、近くに14代当主で、白樺派の歌人、木下利治の生家があり、高校時代に国語で習った「牡丹花は 咲き定まりて 静かなり 花の占めたる 位置のたしかさ」を、思い出す。数分で、木下家の庭園、近水園(おみずえん)に着く。

近水園は、足守藩主木下家の庭園で池には鶴島、亀島が藩主の長寿を祈って配され、足守川の水が引き込まれている。池に面して建てられている吟風閣は、宝永5年幕府が6代藩主に仙洞御所、中宮御所を普請させた時の残材を持ち帰り建てたものだと言われている。

足守川を渡り、緒方洪庵生地に着く。洪庵は足守藩士佐伯惟因の三男として文化7年(1810)に生まれ、武士になるのを嫌って17歳のとき大阪に出、大阪の蘭学医 中天遊に学び、その後江戸に出て坪井信道に学ぶとともに、その間宇田川玄真から薬について学ぶ。長崎でもオランダ医師ニューマンのもとで2年間学び、天保9年(1838)大阪で医師を開業し、同時に蘭学塾・適塾をひらく。適塾では、24年間の間に、幕末から明治にかけて活躍した、佐野常民(日本赤十字社の創設者)、大村益次郎(日本陸軍の創設者)、福沢諭吉(慶応義塾の創設者)等々、多くの人材を輩出した。蘭方医としては、大阪で種痘を広め、天保10年(1839)より足守藩主木下侯の侍医を勤め、足守にも「除痘館」を開き藩内の人々に種痘を行う。生誕地には、地元医師会や地元の有志者によって建てられた碑があり、石碑に「洪庵緒方先生の碑」と刻まれていたのを不思議に思い、楽しいガイドさんに尋ねたところ、「いろいろな説があるけれども、頭髮・へその緒の順序で埋められているので、このような順序になっているのではないか」と言うことであった。

それからのんびり歩いて、足守歴史庭園や、足守商家藤田千年治邸では往時の醤油工場や商家の内部などを見学し、藤田家ゆかりの醤油を買う。

常光庵でアルコール抜きのおいしいヘルシーなお昼をいただき、岡山へと帰路につく。

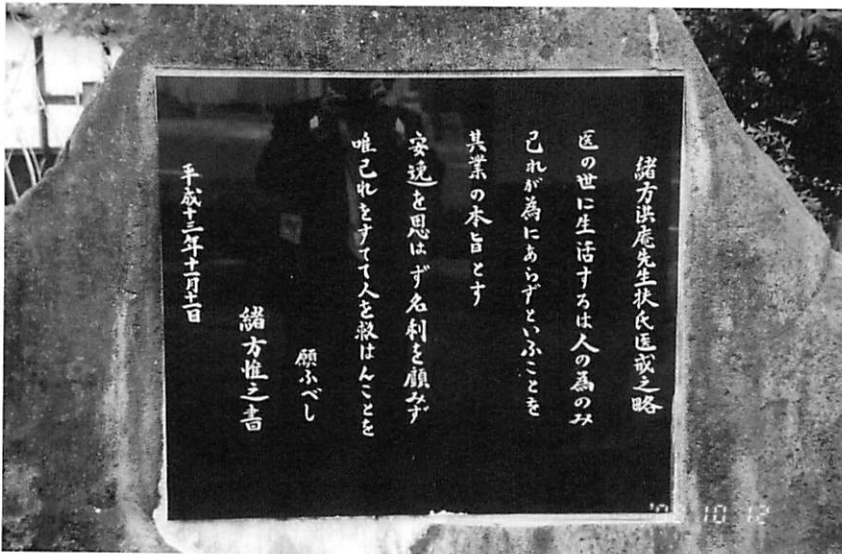
車窓より、こうもりの住処となっている前方後円墳、こうもり塚を眺め、時間にゆとりがあるからと備中国分寺で下車し、秋の草花の咲き乱れる小道を通って、岡山県内でただ一つの五重塔を見に行く。緑に囲まれた、均整の取れた美しい塔は、遠くからも近くからも人々を引き

つける。

渋滞に巻き込まれることもなく、バスは、定刻にホテルオークラ岡山に到着した。

秋晴れの下、静かで落ち着いた陣屋町の中を、心豊かに、清冽な空気に包まれながらの散策は、思いがけない宝物に出会ったような一日であった。

このツアーには、大阪から私共のほかには松矢先生ご夫妻、栗本先生ご夫妻が参加された。お世話になりました。有難うございました。



第21回JCOA学会 福井に参加して(1)

淀川区 中川 浩 彰

7月19日土曜日、夕方、元阪神タイガースの掛布氏の講演途中に退席しJRで一路福井へ。車中にお弁当を持参し、久しぶりに約2時間の一人旅気分を味わいました。

7月20日(日曜日)フェニックスプラザ(福井)において、午前8時30分から始まった総会に参加、2日間にわたる福井でのJCOA学会が始まった。発表演題数が100題を超えた為に2会場で講演が行われ、私は2日間第2会場専属で講演を聴取しました。

第2会場1日目は、午前中は運動器リハビリの実際とその効果(PT、OTの立場より)について肩関節周囲炎や人工膝関節術後、大腿骨頸部骨折術後、変形性股関節症などについてPT、OTらによる発表が行われた。

私が今までに参加した学会や研究会には経験のなかった、療法士の講演は耳新しく、新鮮なものでした。おそらく今後われわれ開業した整形外科医も病院と同じようにPT、OT、頻度は少ないもののSTとも協力してリハビリを行う必要性が増していくと思われまます。また今後増加すると予想される医院で勤務するPT、OT、STにとっても、臨床で経験した症例を発表する場があるということでモチベーションが上がる可能性があるのではないかと考えると、今回福井県臨床整形外科医会の試みには先見の明を感じましたし、これを継続することが重要ではないかとも思いました。それとまったく違う観点から見ても、年齢の面から決してはや若くないJCOA学会員のなかでは、比較的若いPT、OTの学会参加は演題数の増加に加えて、会場に活気をもたらしてくれているように感じたのは私だけでしょうか。

午後は、12時35分よりランチョンセミナー(間欠跛行の診断と治療)厚生連高岡病院鳥嶋 康充先生のご講演でした。内容は腰部脊柱管狭窄



症の年齢層に合併する率が高い末梢動脈疾患(PAD: peripheral arterial disease、以前にはASO: arteriosclerosis obliteransといわれていました)とその診断について話されました。一般的には整形外科医を除く医療界では間欠跛行といえば末梢動脈疾患によるものという認識だそうです。

またこれに関連して急性大動脈症候群(大動脈解離と大動脈破裂)の患者が、初発症状が腰痛や背部痛で整形外科を来院するために特に注意が必要であると言われていました。疼痛の発症時間を指定できる、体動に関係のない冷や汗を伴う激しい痛みを訴える患者には要注意だそうです。

その後は、第一会場での特別講演「外傷性頸部症候群の病態解析」福井大学整形外科教授馬場久敏先生を聞いて、第二会場ではocoa理事長谷川先生座長の一般講演4台、その後今回学会長の吉村先生ご発表の「四肢リンパ浮腫の外科治療」を拝聴しました、いとも簡単に静脈にリンパ管断端を縫合すれば浮腫は軽減するといわれていましたが、そのような技術を持った整形外科医は日本に何人いるのかと思ってしまいました。保険、医療、介護の一般講演でocoa理事の西川先生が「在宅医療における整形外科開業医の役割」について講演され、われわれ整

形外科医はもっと積極的に在宅医療に参加していくべきであると力説されていました。

その後の主題（危機管理）では、学生時代に腰椎椎間板ヘルニアと腰椎分離すべり症を併発し、腰椎に2椎間の前方固定術をうけられた富山大学整形外科の長田先生の体験談や転換障害（ヒステリー）の患者の原因不明の運動障害に対する手術適応に関する留意点、自分の経営していた医療法人が一時とはいえ乗っ取られた姫野病院院長姫野先生のお話等今までの学会では想像できないような内容ではありましたが、ある意味それぞれ教訓的でした。

午前8時30分から午後6時まで、昼食も含めて学会でこれほど会場に居続けたことはなく、初めての経験で充実感と疲労感でグッタリ、懇親会に参加すべく足早に会場を後に、ワシントンホテルに直行。

学会2日目、7月21日（海の日）。第二会場教育研修講演（モーニングセミナー）「結晶誘発性関節炎」長瀬クリニック院長長瀬満夫先生は、関節内に蓄積した結晶を評価する為に偏光顕微鏡の使用による検査が保険に認められるべきであると訴えられていました。

その後、主題「関節内注射時の疼痛対策」皆さん注射針の太さを替えたり、どの部位から刺入すればいいのかなど、古くからある手技のほが工夫はまだままだできるようです。

続いて、一般講演（大腿骨、股関節、腰椎）が行われ、教育講演（ランチョンセミナー）「肺血栓塞栓症に対する予防と対策～整形外科医診療と医療安全～」について大阪厚生年金病院整形外科部長 富士武史先生が講演されました。現在、肺血栓塞栓症は整形外科診療においてどうやら避けられない重大な合併症となってきたこと、そして静脈血栓塞栓症の予防は必須であり、その対策として使用する抗凝固剤により2次的に出血の合併症が生じることなどの問題もまた発生している。

それではどうすれば良いのか？基本的予防法は、安静にせず、手術の場合は早期離床、筋の自動収縮開始、弾性ストッキング使用、間欠的空気圧迫法、抗凝固療法などを行うものの、今出来る最良の方法は、患者への十分なインフォームドコンセントが唯一の自衛手段であると強調されていました。いくら注意しても、いくら予防しても起きるときには起きてしまうものようです、静脈血栓症塞栓症は。ですから発生したときの迅速な対応が一番大切のようです。

最後のパネルディスカッション（最近の自動車保険の諸問題について）を途中まで聞きつつ、ようやく日本臨床整形外科学会 福井フェニックスプラザを後に暑い福井からさらに暑い大阪への帰路に付きました。学会に参加された皆様お疲れ様でした。

第21回JCOA学会 福井に参加して(2)

豊中市 藤田 秀 隆

毎年、7月の連休は泊まりでゴルフに行ったりしていたのですが、今回は、友人の誘いもあり、福井市で開催されたJCOA学会に参加しました。開業後、他の学会は平日開催が多く、ほとんど参加できずにいましたが、JCOA学会にはかなり以前に岡山でおこなわれた学会に出席して以来です。7月20日早朝に大阪を出て、北陸線サンダーバードに乗り9時過ぎに福井の会場に着きました。早速講演会場に入り1日中、講演を聞きました。開業医の先生の発表が中心ですので、身近な話題が多かったです。勤務医時代にはほとんど診療しなかった巻き爪、陥入爪の患者を、開業後多く治療していろいろやっていたので、石黒先生のアルミホイル挿入法に興味を持ち、その後の外来で何例か試みました。また、ランチョンセミナーでは松野博明先生の関節リウマチに対する外来治療の実践と問題点という講演を、おいしい弁当をいただきながら拝聴しました。大変明確な話し方とわかりやすいスライドでしたが、内容が豊富過ぎて、ついていくのが大変だった印象があります。数カ月後の今となっては忘却のかなたであります。申し訳ないです。午後の発表では吉良貞信先生の脊椎圧迫骨折時の着脱式プラスチック固定法は、その後当院でも実践させてもらっていますが、受傷直後の患者さんに対し立位でプラスチックギプスを壊れない程度に薄く巻き前方を切開して、上をストックネットなどで巻いて固定する方法は、装具完成までの固定法としては大変いい方法と思っています。

さて1日目の講演終了後、午後7時より大宴会場で懇親会が行われました。何名かはわかりませんが、相当数の出席があり、まず驚かされました。吉村光生会長の挨拶ではJCOA学会を



立派な学会にするための決意が述べられました。実際多くの演題を集められて、教育研修会も6講演あり、大変なご苦労をされたことと感銘しました。宴会は大盛況であり、多くの先生と話をさせていただきました。小生はつつい飲みすぎてしまい、大そう賑やかだったというくらいしか記憶に残っておりません。すぐに記事を書かなかったことを深く反省しております。全く余談ですが、宴会終了後、学会主催者の手配したお店に繰り出しましたが、1万円でOKとパンフレットに書かれていたので、ある店で3時間近くいたところ3万円請求されました。抗議したところ、パンフには1時間1万円と小さく書かれておりました。数カ月後の今にいたってなお後悔しています。

翌日もゴルフにも行かず、朝から会場に行って発表を聞きました。点滴浸潤局所麻酔など興味ありましたが、当院ではそんな広範囲な手術はしないので実践していません。別会場の上部の講演を聞いていたため、興味があった自動車保険のディスカッションが聞けなかったのが残念です。来年は松山でJCOA学会が開かれます。奥道後ゴルフクラブでのゴルフもあるので、結構惹かれています。

“福井の名所めぐり日帰りプラン” Cコース

森本整形外科 アダムブース・西村民子・森本ミエ子

今日の私達の予定は“オプションツアー”と“懇親会”に参加させて戴くことです。

オプションツアーは、学会期中ファミリープランCコースを選びました。

Cコースは当初、福井市南西の三方五湖や小浜等がある若狭湾方面に行く予定でしたが、『海水浴シーズンのため小浜周辺の道路が大変混雑する』と言う事で、行き先が福井市から北の方に変更になりました。

変更後のCコース

ワシントンホテル→七間朝市散策→平泉白山神社→越前竹人形の里（昼食と竹細工体験）→千古の家→東尋坊→ワシントンホテル

総勢21名の皆様とともに朝8時30分ホテルを出発して、まず七間朝市を散策しました。

＜七間朝市散策＞

七間商店街の路上で、午前7時～11時の間、約400年の歴史を持つ七間朝市が営まれています。

The 20th of July 2008 was a great day that will remain with me as one of the best memories of the four years that I have spent in Japan.

The first high-light of the day was arriving in a town by the name of Asaichi, with perfect weather conditions, on a sight-seeing bus guided by two young and energetic guides who were easy to understand and to communicate with despite the fact that it was in Japanese only.

This town was very peaceful and the stroll to and from the Shichiken-asaichi-dori had many delights including a fountain with fresh cool water to drink and shop selling locally made soy sauce and sake made from the same clean water.

It also gave us a chance to see and sample a lot of locally produced foods and crafts and gave an interesting view of the Kameyama castle situated on a hill above the town.



七間朝市散策

＜平泉白山神社＞

石畳の参道は日本の道100選に選ばれ司馬遼太郎も厚い苔とその規模を賞賛したと言われています。

白山神社と書かれた石碑に続いて苔むした石段がありました。夏なのに、杉に囲まれ涼しい風に吹かれ、誰ともなしに「空気おいしい」「空気がね」「空気がきれい」とつぶやいていました。ふさふさした苔が光ってとても美しく皆で優しなでました。石段を進んでいくと汗ばみ、「もうすぐですよ」とツアーの人が教えてくれたので上

まで頑張りました。白っぽい古びた社がありました。由来が書かれてありあの白山と関係が深いとわかりました。日曜というのに人も少なくひんやりと静かな神社でひぐらしの声に耳を澄ませました。



平泉白山神社

<越前竹人形の里>

越前は全国有数の雪国で厳しい寒さに耐えた良質の竹に恵まれこれらを使った人形や籠等が有名です。

For lunch we had a great feast at the Take-ningyo-kan and after lunch we were given the chance to carve two small pieces of wood into miniature propellers.

With a little effort and perseverance we were able to make flying take-tombol!

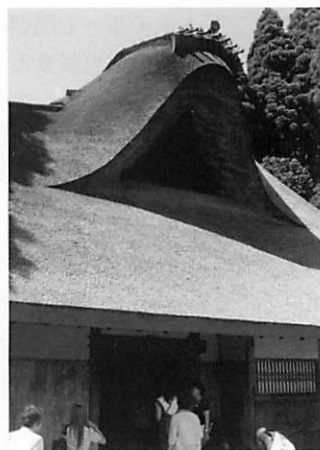


竹-tombol!

<千古の家>

“千古の家”と呼ばれている坪川家住宅は江戸時代初期に建てられた県内最古の民家です。

「千古の家」に到着。坪川家の子孫の方が仏間に案内してくれました。屋根が葦で作られている事、火事が一番怖い事、囲炉裏でいぶされて家が丈夫である事、雪下ろしをせずに済む事等説明を聞きました。囲炉裏はずっしりとすずがつき魚の形をした自在かぎがかかっていた。銅で出来た大きなやかんも印象的でした。お相撲さんのまげの様な形の屋根も可愛かった。土間には冷たい水が裏庭から運び込まれ、そばのくりの木には、古い道具で削られたらしい跡がついており、それによって古さが偲ばれました。庭に出ると大きなのっぼの杉の木が目に入りました。400年も経っているとの事！「千古の家」の板の間に寝転ぶと懐かしい昔が思い出されました。



千古の家

<東尋坊>

海食によって造られた絶壁が約1kmに及ぶ景勝地。

地形は柱状節理と呼ばれる貴重なものです。

最後に東尋坊を訪れました。遊覧船に乗ればよかったかなあ、今日の福井、気温は36度、涼しげな海が真下にあるのですが、そそり立つ岩への照り返しが強く、汗だくでした。昔、溶岩（輝石安山岩）が地表に出る前に海水に冷やされその後浸食されたとの事で、五角形や六角形の形をした柱状岩が海中から突き出て並んでいました。絶景とはいえ少し無機質な眺めの中、道端に鹿の子百合が咲いていたり空にとんびが飛んでいたり、流れる汗をものともせずデジカメを撮り、歩きました。

懇親会に参加させて戴いたあと、宿泊先のロビーに集まり今日行った場所を手分けして、三人三様ツアー体験を綴りました。少し酔った頭で考えています。乱文は“美酒のせい”にして戴くと幸いです。

最後になりましたが、

同乗された皆様、私達にお声を掛けて下さった方々、昼食時ご一緒に戴いた方々、皆様のおかげで今日は楽しいツアーになりました。有難うございました。



東尋坊のとんび

福井の名所めぐり — 永平寺と東尋坊 —

東淀川区 濱田 博 朗

平成20年7月20と21日にわたって開催された第21回JCOA学会の二日目に、学会のお世話になる永平寺と東尋坊をめぐるエクスカージョンに参加しました。

〈永平寺参り〉

バス一台に学会関係者27人が乗り込みましたが、大阪の人は私一人です。福井県は大阪に近いこともあって割りと訪れる機会が多いからかもしれませんが、私にはこの歳になるまで何故か縁の少なかった土地でした。

予定より少し遅れてホテルを出発し、まず永平寺に向かいました。この寺は今から約760年前に道元禅師によって開かれた坐禅修行の道場であり、現在は曹洞宗の大本山として有名ですが、私にはそれよりもNHKの除夜の鐘に出てくるお寺であると記憶されております。

福井の市内から東へバスで小一時間、途中から狭い山道を分け入った深い木立の中に急に大きな駐車場や建物群が出現し、そこからどこにでもある門前の土産物店の街並みが100メートルほど続いて、永平寺の境内の入り口です。境内には樹齢数百年の杉木立が並び、なかなかの雰囲気です。その突き当たりの石段の奥にポスターでよく見る、割と立派そうな門が見え(写真1)、そちらの方に行くのかなと思ったら、すぐ左の石段のほうに案内されました。ちょっと拍子抜けしましたが、これが一般の参詣者の通用門との事であり、それらしい山門をくぐると何のことはない大きな和式旅館の玄関のようなところが現れました。案内に立ったりくり頭の雲水さんは20歳台と思われ、後で聞くと入門して三月月たった新参僧との事でありました。ちなみに山内の修行僧は220名を超えるとのことです。



寺の付属建物のうち新しいものは鉄筋コンクリート作りですが、永平寺の中核をなす主な建物(七堂伽藍)はすべて堂々とした木造建築であり、過去の何回かの火災や老朽化のたびに建て替や補修が行われたとのことで、京都の古い寺院に見られるような旧さはあまり感じられません。木造建築の廊下は修行僧の作務といわれる回廊掃除によってきれいに拭き清められ、長い傾斜のついた廊下(写真2)を歩くのが快く感じられます。



修行僧の修行と寝食の場である僧堂の内部を見ることは出来ませんでした。修行僧は毎朝4時起き（食事係は3時起き）、座禅や朝課（朝の読経）作務、行鉢（食事）、東司（お手洗い）浴室（入浴）のすべてが修行であり、夜は9時から10時が就寝だそうです。修行期間は特に決まりは無いが2年から4年までが多く、卒業試験（修行終了時のテスト）はないそうです。あくまで修行ですから自分が納得できればそれでよいのでしょうか。今時このような生活を送っているのは稀有なことであり、これに少し似ているのが自衛隊かなと思ったことでした。

七堂伽藍のうち一番奥に位置する説法や各種法要が行われる法堂（はつとう）、永平寺の中心に位置し御本尊、釈迦牟尼が祭られている仏殿（ぶつでん）、入門を請う雲水が三月の寒風に吹きさらされながら立ち続けるという山門（さんもん）、除夜の鐘で有名な大梵鐘の吊るされた鐘楼堂（写真3）などそれぞれに見所はありますが、それらの構造物そのものよりもそこに住んで修行する僧のエネルギーを強く感じたのは私だけでしょうか。

永平寺の気温は福井市内より平均5度は低く、冬は雪深いそうです。冬の修行は身にこたえるだろうな、身にこたえるからこそ早く悟りを得るのかな、と思ったことでした。



＜東尋坊を訪ねて＞

永平寺の参詣をすませ、途中で久保田酒造という造り酒屋に立ち寄り、大吟醸酒を少し味わってよい気分になってから越前海岸の東尋坊に着きました。気温はすでに30度をはるかに越え、昼食予定のやし楼というレストハウスに着いたときは、日陰でも35度、日向では40度に近かったでしょう。まぶしくて目も開けられぬ日差しでした。

レストハウスに用意された昼食は事もあろうに海の幸の網焼き、食べ物は不味くは無いがとにかく暑く、いくらクーラーを効かしても全然駄目で、窓を開けて海風を入れたほうがまだましだという始末。久しぶりに大汗をかいてキャンプ気分を味わいました。

東尋坊は越前海岸の名勝としてすでに有名であり、勇壮で迫力のある輝石安山岩の柱状節理（写真4）は日本唯一であり、世界でも三ヶ所のみであるといえます。高さ約50メートルの断崖絶壁が1Kmも連なる景観は、まさに自然が作り上げた大彫刻であると紹介があります。国指定天然記念物でもあります。

遊覧船から見上げる岸壁も一見の価値があると思いましたが、時間的な関係で果たせませんでした。



岩場に立つと底抜けに明るい日光が照りつけ、肌が痛いくらい。柱状節理というものはこういうものかと説明を読みながらなんとなく納得し、

これが世にいう絶景かと心に言い聞かせて写真を2～3枚とって早々に日陰に引き返しました。似たような景色に白浜の三段壁があったなーと思うのですが、それも随分昔のことで忘れてしまいました。

日本のあちこちには名勝と言われる場所があり、それぞれ持ち味があって良いものですが、交通機関が発達したこの頃ではもっと雄大な景観が簡単に見られるようになり、この東尋坊などのようなどちらかといえば箱庭的な美しさは、小学校の遠足にお勧めのように思います。いや、決して悪口を言っているわけではありませんが、あまりに暑かったことがそう言わせるのでしよう。

当日21日の越前海岸の最高気温は、37度に達したとのラジオ報道でした。



踵骨骨棘症に対する足関節吊下げ型アーチサポートの単純X線像と臨床症状に与える影響について

吹田市 戸田 佳孝

【目的】

過去に我々は、健常人40人を対象に裸足時、アーチサポート単独装着時および吊下げ型アーチサポート装着時に立位での足部側面単純X線撮影を行い、足部底面の長さに対する舟状骨頂点の高さの百分率（舟状骨高率）を比較した（整・災外2008）。その結果、アーチサポート単独装着時に比べて吊り下げ処置後には舟状骨高率が有意に増加した。今回の研究では、踵骨骨棘症（足底筋膜炎）患者でも吊下げ処置によって舟状骨高率が変化するか否か、またその変化が臨床症状に及ぼす影響を検討した。

【対象と方法】

24例の踵骨骨棘を伴う足底筋膜炎患者を無作為に靴中敷型アーチサポート装着群（中敷き型群、12例）と吊り下げ型アーチサポート装着群（吊下げ型群、12例）に分類した。治療開始時に立位での足部側面単純X線撮影を行い、裸足時に対するアーチサポート装着時の舟状骨高率の変化を比較した。臨床評価では4週間装具装着前後での足部機能指数の改善点数を比較した。

【結果】

装具装着による舟状骨高率の変化は、吊下げ型群が $1.4 \pm 0.89\%$ 増加し、中敷き型群の $0.11 \pm 0.35\%$ に比べて有意に高い値だった（ $P < 0.0001$ ）。



足部機能指数は、吊り下げ型群では 11.3 ± 15.9 点改善し、靴中敷型群の 1.3 ± 13.1 点に比べて、有意に優れていた（ $P = 0.047$ ）。

【考察】

歩行時の床反力作用点の軌道は踵接地から爪先離地までの間に、踵部中央から足底部のやや外側を通り、第3中足骨頭から母趾へと抜けていく。中敷き型アーチサポートを装着した場合、床反力作用点が足底部を通時に足部が内反される。その負荷をベルト状サポーターが軽減する。また、ベルトによる牽引力がアーチサポートを足底部に密着させ、縦アーチを補高する作用を増幅させるため舟状骨高率がより高まる。これらの作用が吊下げ型アーチサポートが中敷き型より優れた臨床効果を示した原因であると、我々は考察した。今後は、踵骨骨折にもこの装具を応用していく予定である。

開業医の膝関節鏡視下手術

阿倍野区 吉田 研二郎

関節鏡診断さらに鏡視下手術を行うことは設備や器具に対する初期投資が必要であることに加え、パラメディカルや医師に熟練度が要求されるため病床を持たない一人開業医では一般化していない。私は、約13年前に開業した当初から外来日帰り関節鏡視下手術を経験してきたのでその概要を報告する。

【方法】

局所麻酔により十分に安全に無痛下で鏡視下手術が可能な膝関節鏡に限って行っている。週1日を関節鏡手術日とし、1日6関節、年間250関節程度施行している。第16回JCOA学会高知で報告した方法で、1%リドカインにエピネナリンを加え、膝蓋下外側と膝蓋下内側に浸潤麻酔する。手術操作を予定した内側あるいは外側の関節包後方まで十分に浸潤する。関節内にも10cc注入しドレープ前に麻酔を終える。駆血帯は疼痛を伴うので使用しない。

【対象】

現在までに局所麻酔下外来膝関節鏡視下で関節鏡を行った症例を対象に検討した。

【結果】

総数は2504関節で、男974、女1530関節であった。287関節は関節鏡のみで2217関節に何らかの手術操作を加えていた。



半月板切除は1826関節、内側半月板切除1386関節、外側半月板切除270関節、外側円盤状半月板切除108関節行っていた。変形性膝関節症を伴う1348関節中半月板を切除したものは1148関節、女810関節、男338関節であった。前十字靭帯断裂は96関節、後十字靭帯断裂18関節、棚切除は119関節、滑膜切除は36関節であった。

【考察】

局所麻酔下関節鏡視下手術は開業医で行い得、手術操作を疼痛などで中断することなく完遂できる優れた方法である。半月板切除術は手術操作の範囲が想定できるので全く疼痛無く、手術操作を行うことができる。変形性関節症に伴う半月板断裂にも有効であった。局所麻酔は筋肉や神経に全く影響がなく術後直ちに無痛のまま帰宅できるので外来手術方法としては他の麻酔方法より優れている。

在宅医療における整形外科開業医の役割

堺市 西川 正治

【目的】

現在、厚生労働省は在宅医療を積極的に推進している。そこで在宅医療における整形外科開業医の役割を考察する。

【対象と方法】

在宅医療では、病院と在宅を担う診療所（在宅医）との相互のリアルタイムの情報の交換が双方向で行われにくいことと、一人の在宅医に多くの判断が要求されることが、大きな問題である。病院における入院治療から在宅医療に円滑に移行するためのシステムが各医師会で稼動しつつあるが、堺市医師会では、上記の問題点を考慮して、単に1つの病院から一人の在宅医への一方向の在宅医療を支援するだけではなく、市内の複数の病院と複数の在宅医との間で情報を交換し、また在宅医が希望すれば一人の在宅患者をチームで支えるシステムとして、オンライン形式の在宅医療情報システムを構築した。この背景には在宅医療の質を維持するあるいは高めるために、一人の在宅患者を在宅医と病院の主治医とが共同で診る「併診制」と他科の開業医との連携である「チーム医療」とを、堺市医師会が積極的に進めてきた経緯がある。

一方、上記の在宅医療の問題点は、同時にわれわれ整形外科医が在宅医療に参入する際の障壁にもなっている。



したがって、「併診制」と「チーム医療」とが整形外科医の在宅医療に参入するためのキーワードになると考えている。特に、在宅緩和ケアでは内科医あるいはペインクリニックを経験した開業医が主体になって在宅医療を行うことが一般的であるが、がんの脊椎への転移による脊椎損傷が合併した症例は敬遠されることが多い。しかし、われわれ整形外科医にとって脊椎損傷や脊椎の病的骨折に対処することは容易である。今回、肺がんの末期で脊椎損傷をきたした患者を「併診制」と「チーム医療」とで在宅緩和ケアを行った症例を呈示する。

【結果と考察】

「併診制」と「チーム医療」は有効であった。整形外科医が参入するためにも、地域でのシステムの構築が望まれる。

運動器疾患に対する民間療法の科学的検証

近畿大学医学部整形外科教授・リハビリテーション科部長 福田 寛 二

高齢社会の到来とともに、運動器疾患の重要性が認識されつつある。本邦においても整形外科学会、リウマチ学会、骨粗鬆学会、リハビリテーション学会、スポーツ医学会などが連携して行っている「運動器の10年日本委員会 (Bone and joint decade)」の活動により、筋骨格系障害に対する積極的な予防や治療法の開発研究が進められつつある (<http://www.bjdjapan.org/>)。

このような社会的背景の中、整形外科医を取り巻く環境も大きく変化しようとしている。「疾患の治療または保険の目的をもって光熱器機・器具その他の物を使用し応用または四肢もしくは精神作用を利用して施術する行為であって、医師の専門的知識、技能を必要としないもの」、いわゆる「医業類似行為」の増加である。鍼灸、あんま、マッサージ、柔道整復（接骨）および各種の民間療法（整体、カイロプラクティックなど）は多くの問題を内在しつつも、それ以上に多くの患者がこれらを体験していることも事実である。これらの民間療法のいくつかは長い歴史を有しており、科学的根拠がないという理由で運動器疾患の治療体系に組み込まれてこなかった。海外でも、アロマ、ハーブ、ホメオパシーなどの多くの「代替医療」が運動器疾患に適応されている。これらのなかには科学的根拠が示され、運動器疾患に対して治験が進行中のものもある。



本邦で現在最も問題になっているのは、1兆円を超すといわれる市場を有する健康食品である。関節疾患に対するコンドロイチン硫酸は国民の大きな関心を集め、一種の社会的現象とすらなっている。海外では既に多くの大規模比較試験が行われ、その安全性が証明されている。しかし、その有効性については評価が分かれるところであり、何より科学的根拠に乏しい難点がある。

これに対してヒアルロン酸の関節内注入療法は、唯一保健適応が認められたグリコサミノグリカンである。これまでに粘弾性にのみ注目されて、その作用機序が論じられてきた。しかし近年抗酸化作用などの生物学的作用があることも明らかにされつつある。

本講演では、これらの整形外科領域における民間療法を科学的に検証することにより、病態の理解を深めるとともに、新たな治療体系の構築を考えてゆきたい。

一人開業医における運動器リハビリの現状

淀川区 中川浩彰

平成8年に開業して13年目の一人整形外科医院です。

当院は、4階建てビルの2,3階部分を使用して整形外科、リハビリテーションを行っています。疾患別リハビリが始まり、理学療法士、作業療法士を少しずつ増員し、現在常勤PT3名、常勤OT1名、パートPT3名、パートOT1名、パートST1名、みなしPT常勤1名、パート2名が勤務しています。各階の広さは100㎡を越え、2階では、診察、レントゲン、牽引等物療と慢性疾患（変形性関節症や肩関節疾患等）の運動器リハビリを行い、3階では主に脳血管疾患リハビリを行っています。

常勤、パートもふくめ主に各リハビリは午前中が主体で、脳血管、運動器リハビリの方が50-60人来られます。午前診以外には、月曜日、水曜日の午後1時から5時までを主に脳血管リハビリの方を対象に行っています。ご存知のように院内リハビリだけでは点数が低く午前診療の後には、訪問リハビリにも出て行ってもらっています。

PT、OTを常勤で雇ってその採算性はどうかということについての詳細な検討はまだ行えていません。ただひとつ確実に言えることは、リハビリの内容について小生の考えることをしっかり理解してくれて、任せられる療法士がいることが当院の信頼度を上げてくれて、以前のように、毎年開業して代わっていく柔整士、鍼灸士に頼っていた時代に比べて一年ごとにリハビリの患者さんの数とその内容は充実していることを実感しています。



以前に比べて、療法士を育成する学校が増えて今後整形外科開業医のリハビリに勤務を希望し、してくれる療法士が増加するものと思われます。最近の療法士の卒業後の進路は、病院以外には老健が上がるもののまだ整形外科医院からの就職依頼が少ないのが現状のようです。

もしリハビリ室の広さの条件がクリアできる医院であれば、みなしではなく、本物の理学療法士、作業療法士を雇用していかれることを検討していただきたい時期に来ていると思います。

運動器リハ・セラピスト研修会(資格継続)の報告

OCOA副会長 森 本 清 一

OCOAは運動器リハ・セラピストの既資格保持者に対する研修単位習得の為の研修会を以下に報告する如く平成20年、21年に開催いたしました。

どちらも大変盛況かつ好評でした。

ご協力していただいた先生方どうも有り難うございました。

尚、平成22年も2月頃に開催を予定しております。決まり次第案内を申し上げます。

運動器リハ・セラピスト資格継続の要件・手

続等の詳細は運動器リハ学会のホームページに掲載されておりますのでそちらをご覧ください。



第1回運動器リハ・セラピスト研修会

日 時：平成20年7月27日(日) 10:00～17:00 昼食及び休憩約1時間
(6単位・1単位約1時間・一括受講しか認めません)

場 所：大阪市西成区民ホール

内 容：下記6講演

講演1「運動器の仕組みと運動器リハビリテーションのプロセス」

早石病院 副院長(整形外科) 早石雅宥 先生

講演2「運動機能と生活の評価」

(医) 永田整形外科 院長 永田行男 先生

講演3「運動療法・物理療法の実施法および適応と禁忌」

(医) 松矢医院 院長 松矢浩司 先生

講演4「上肢のリハビリテーション」

中川整形外科クリニック 院長 中川浩彰 先生

講演5「下肢のリハビリテーション」

五島整形外科クリニック 院長 五島淳 先生

講演6「脊椎のリハビリテーション」

宮内整形外科 院長 宮内晃 先生

参加者：医療機関 114名(内OCOA会員 72名)

参加者 313名(内OCOA会員従事者 201名)

出務役員：黒田、山本、阪本、小林、長谷川、森、大島、岩本(斗)、石橋、岸本、三浦、宮田、森本

第2回運動器リハ・セラピスト研修会

日 時：平成21年2月8日（日） 13：00～17：30
（4単位・1単位約1時間・一括受講しか認めません）

場 所：大阪市西成区民ホール

内 容：下記4講演

講演1「運動器リハビリのための上肢の機能と解剖」

堀口整形外科医院 堀口泰輔 先生

講演2「膝関節のリハビリテーション-変形性膝関節症を中心に-」

西川クリニック 西川正治 先生

講演3「股関節周辺疾患のリハビリテーション」

みうらクリニック 三浦光也 先生

講演4「脊椎のリハビリテーションの実際」

宮内整形外科 宮内晃 先生

出務役員：黒田、森本、森、山本、石橋、大島、栗本、永田、長谷川、岸本、阪本、五島、小林、松矢

受講者数 171名 OCOA 会員医療機関所属の方 137名

非OCOA 会員医療機関所属の方 34名





おげんきくらぶ(大阪市包括支援センターにおける老人機能訓練推進事業)の問題点

住吉区 三橋 二良



平成20年1月7日、大阪市健康福祉局健康推進部長より大阪府医師会酒井國男会長宛に文書が送られてきた。

内容は介護予防事業にかかる「運動器の機能向上事業(その他型)」の委託事業者への参画について(協力依頼)である。

簡単に説明すると要介護状態になるおそれの高い虚弱高齢者(特定高齢者)を早期に把握し、生活機能の向上を目指した介護予防サービスを提供することである。

このような特定高齢者を把握すると、生活機能評価を実施して対象者を決定する。各地の地域包括センターでは、ケアプランを作成した上、介護予防事業を実施するというものである。

この事業には、運動器の機能向上(その他3つ程あり)に従事する委託業者を募集することが必要になる。

内容を読むと、1.から4.迄あって、4.従事者の項目では、次の(1)(2)の従事者が各1名ずつ合計最低3名以上必要となる。

- (1) 理学療法士、作業療法士、看護職員、柔道整復術またはあん摩、マッサージ指圧師の資格を有するもの、及び健康運動指導士もしくは介護福祉士等の基礎資格に加え、次の内容について一定時間数の講義を修学しているもの。

- ・介護保険の知識
- ・老年学
- ・運動器の機能向上にかかる知識

(2) 医師または看護職員と書いてある。

大阪市の委託を受けて(社)大阪府柔道整復師会では、一定期間講義を受講した者に対し、機能訓練指導員認定柔道整復師という資格を与え

(おげんきくらぶと呼んでいる)、受託事業者一覧表を作成して包括支援センター等に送付して公表している。

この事業自体は介護予防事業であり、国が定めたもので、各都道府県に委託して行わせようとしているものである。既に通達は地方の包括支援センター迄行っており、今更私は廃止せよと云っているのではない。いろいろ気になる問題点があるので、ここで取り上げさせていた

- ①平成20年1月7日、大阪市より府医に協力依頼された文書は、私は今迄お目にかかったことがない。

昨年末、私から大阪市医師会連合会の事務局に問合せ、平成21年2月の市医師会連合会の席上で取り上げられた。全国では既に昨年より、愛知県初め各地でこの事業の問題点がクローズアップされつつある。

- ②医師会会員の中でも臨床整形外科医会会員がこの事業を今迄全く知らないのに、(社)大阪府柔整師会は昨年夏より着々と会員に対する講習をして認定柔整師をつくり、委託事業者一覧表を既に作っているではないか。

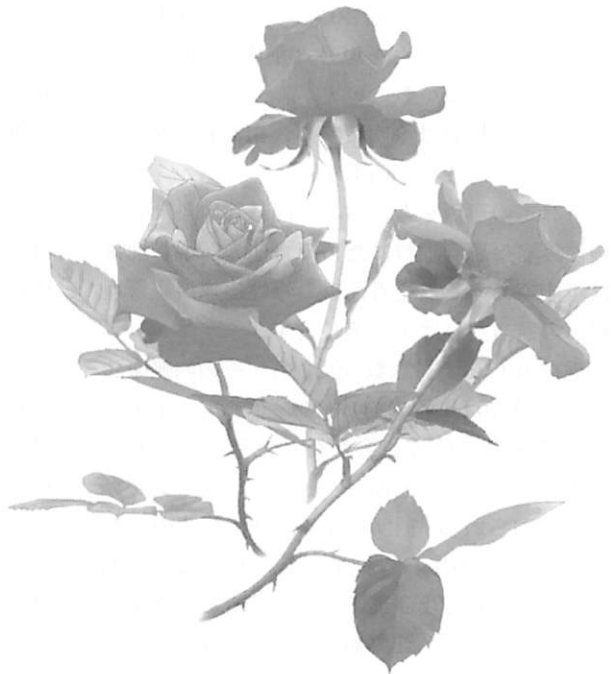
それとも一旦は協力を求めてきたが、医療

関係者に協力してもらえなかったのか。

- ③柔整師は御存知の如く法律により、打撲、捻挫、脱臼、同意書がある場合は骨折等の急性期の外傷しか取扱ってはならないことになっている。にもかかわらず、特定高齢者に対し運動機能向上事業が委託されるのは法律違反ではないか。
- ④②に取り上げたとおり、JCOAに問合せた結果、この事業に対し整形外科医の協力は得られなかったと聞いている。

この事業1つ取り上げても、柔整師は生活の糧を得るのに必死であり、今後も介護の分野にどんどん入り込んでくる可能性がある。整形外科医は「介護予防なんて医師のやるべき事でない」と断言してしまえば、今後柔整師にどんどんテリトリーを広げられてしまう可能性がある。

賢明なOCO A 会員諸氏の御意見をお伺いしたいと思います。



消炎鎮痛処置・外来管理加算・慢性疼痛疾患管理料等の将来性

岸和田市 矢倉久義

私は無床診療所を営んでいますので、無床診の立場から書かせていただきます。まず、消炎鎮痛処置ですが、消炎鎮痛処置の年間総請求額は約700億円です。そのうち約400億円（約60%）が整形外科の請求額です。なんと残りの約40%を内科・外科などが請求しています。もし点数改正で10点増点すると約210億円増額、複数部位加算（2箇所）だと約700億円増額となります。日医は出来高払いを堅持すると言っているようですが、整形外科だけの特異性がなく、つまりはどの科でもとりうる点数ということで基本診察料に含まれていく可能性も考えなくてはならないと思います。平成22年度は大丈夫としても平成24年度改正があぶない？

慢性疼痛疾患管理料（慢疼管）の請求額は少なく年間約13億円くらいです。慢性疼痛疾患管理料はもともと平成14年に理学療法Ⅳが消滅するかもしれないというときに急遽付け加えたもので厚労省は削除する方向で考えています。請求額も少なく、平成20年4月に消滅するかもしれないことを思うと平成22年度改定では削除されるかも・・・

外来管理加算は不明ですが、再診料回数分の1に算定されています。

同時算定の可否を考えると、同じ管理料なのに慢性疼痛疾患管理料はだめで、他の医学管理料は可能であることを考えても慢性疼痛疾患管理料への風当たりは強く感じます。

現在JCOA会員総数5922名、その内無床診療所会員4013名（約68%）です。一年少し前に無床診WG委員会が行ったアンケートの結果、無床診で運動器リハビリテーションを算定しておられる先生が51%、算定しておられない先生が49%おられました。49%は統計的に約1960名に及びます。算定できない理由はいろいろですが、運動器リハビリを算定してい



ない危機に直面した無床診療所があまりにも多過ぎます。運動器リハビリで整形外科診療域が二分されています。また、その請求額は年間1300億円、そのうち80%強を整形外科が請求しています。ここにも整形外科以外の科が参入しています。

平成20年12月13日第1回医業経営委員会があり、平成22年度診療報酬改定のJCOA要望事項がまとめられました。その最重要項目として外来診療における‘運動機能指導管理料’の新設が盛り込まれました。これは内科の特定疾患管理料に代わるもので、ホームエクササイズ等在宅を含め運動器疾患の管理・指導を行った場合に算定します。運動器リハビリテーション施設基準とは関係なく運動器の専門医であれば算定できます。外来診療において全無床診療所に共通した非常に重要な要望ではないかと考えています。その他の要望事項として、外来に関係して‘ギプス包帯管理料’‘消炎鎮痛処置の複数部位加算’‘テーピングの対象拡大’‘再診時、他医撮影MRI/CT読影料’‘四肢局所麻酔点数’・・・等をあげています。

最後に、介護保険事業、とりわけ整形外科と直接関係する通所リハビリテーション・みなし通所リハビリテーションへの参入はこれからの整形外科の生き残りの大きな選択肢になると思

います。そのためにも、まず運動器リハビリの施設基準を取ることが重要と思います。施設基準が取れない無床診でも訪問リハビリテーションを行うことができます。介護保険事業は理解しにくい、書類が煩雑でとっつきにくいと考えておられる先生方が多いと思いますが再度取り

組んでいく必要があると思います。他業種・他診療科が介護事業に参入している今日、整形外科に関連した分野だけでも積極的に取り組んでいくべきだと考えます。

以上、私の知る範囲で書かせていただきました。



社保 柔整審査の問題点(施術費請求、並びに審査方法の問題点)

堺市長田 明



柔道整復施術療養費支給申請書の審査に関わって十余年になる。審査方法に関しては全くの変わりはないが（というより変わりようが無いのだが）、その内容に少しずつの変化が現れてきたのは事実である。当初は大阪社会保険事務局保険部保健医療課（旧大阪府福祉部社会保険管理課）に大阪府の柔道整復施術療養費支給申請書（以下施術申請書と省略する・・・医科のレセプトに当たるものであるが基本的には全く異なるもの）の審査委員会があり、OCAより堀木篤先生と私が参加していた。その他には施術者代表として柔道整復師4名（うち3名は社団法人大阪柔道整復師回・・・以下社団と省略）、保険者代表として3名（大阪社会保険事務局保険部保険医療課と国民健康保険課よりそれぞれ1名、健康保険組合連合会より1名）の少人数で、月1回約2時間の形ばかりの審査委員会であった。行政側は軽く見ていたものと思われる。いや、其のほうは行政側にとって都合が良かったのであろう。また、この委員会には社団の施術申請書は提出されてこない（審査委員は社団より3人出ている）という不自然さがある。この不自然な状態は未だに続いている。

初めてこの審査委員会に出席したとき、それぞれの机の上に厚さ3～4センチから分厚いものになると7～8センチの施術申請書の束が積み重ねられているのに先ず驚いた。隣から堀木先生が「コレ電話帳で言うんや」と教えてくれた。一枚ずつまくってみて其の請求金額にまた驚いた、全部3万円～4万円である。そして全例5部位受傷していて5つ傷病名が並んでいるのにまた驚いた。更に、全例が実日数24～26日であるのを見てこれまた驚いた。驚きの連続である。思わず「こんな詐欺や」と大声を上げたが、みんなに無視された。そしてこの電話帳を次々と見ていったが、多少の差はある

とはいえ殆ど同じ状態である。そしてひどいになると、同じ傷病名で半年も一年も施術している。私が極端なものばかり見たのかとも思ったが、翌月も翌々月もあまり変わりは無い。ここは一体どうなっているのだろうと思ったことを思い出す。

一例を挙げると、4部位受傷23日施術で請求金額3万4千円の施術申請書を私のところで医科にシミュレートしてみた。初診して4部位レントゲンを取り、5日間鎮痛剤とシップ剤を出し5日に1回受診させ4回フォローしてみると2万1千円になった（平成13年）。施術所では23回何をしたのだろうか？日整会医療システム委員会とJCOA医療システム委員会の合同委員会を1年に1回開催しているがこの話をしたところ、日整会のメンバーで審査委員の先生がおられて「こんなレセプトがまかり通ることは理解できない」と申されていた。平成5年12月3日付けの会計検査院5陰第480号により、当時の大内啓吾厚生大臣宛に「柔整師の施術に係る療養費について、架空請求や付け増し請求をしたり、支給の対象とならない疾患（慢性疾患）を施術の対象として請求している。算定基準の改正や審査体制を整備するなどの処置を執る必要がある」という内容の是正勧告がなされた。それでも厚生省はなかなか重い腰を

上げなかったが、東京新聞が平成11年6月29日より8月6日迄11回にわたって連続で柔整師の不正を取材した記事を掲載した結果（マスコミの力はやはり大きなもので）、平成11年10月20日付けで都道府県知事宛に厚生省保険局長名で「柔整師の施術に係る療養費の適正な制度運営をより一層図るため云々」という通知がなされた。

大阪でもこれを踏まえてこの通知より2年遅れではあるが、審査委員会が社保と国保に分離され委員数も増えて今日に至っている。しかし、療養費の支給基準（社会保険研究所発行、いわゆる「むらさき本」・・・医科の「あお本」に相当）には療養担当規則が「近接部位は請求できない」という以外は極めて曖昧で「多部位、濃厚、長期にならぬようにすること」という記載しかない。多部位、濃厚、長期の基準は全く記されていない。さらに「療養費払い」「受領委任払い」という壁にぶち当たって、基本的に「自費施術」であるから、減点、査定はまかりならぬとあれば、全く手も足も出ないという状態が続いているのが現状である。

最近ではいろいろと社会問題化していることもあり、減点、査定はできなくても、おかしい

のは返戻し、注意を繰り返していることにより、少なくとも私のいる社保の委員会では目に余るものは減っている観がある。しかし、老人医療、後期高齢者を抱える国保の委員会では如何であろうか？

では、療養費払いにせずに医科と同じ保険制度という土俵に乗せればどうか、減点も査定もできるではないか？という意見もあるだろう。確かに、減点も査定もできるだろう。しかし、彼らは言うだろう「俺たちも医者と同等なんだ」と。其のうえで、あらゆる手段を駆使して保険請求をしてくるだろう。これも問題だと思っている。何しろ、寝ていても捻挫は起こるし、マイナートラウマの繰り返しは捻挫であり挫傷であるのだから。亜急性の外傷だと言うのだから。外傷に亜急性というのがあるのだろうか？いや逆に、「今のままの療養費払いの受領委任払いでいいですよ」というかも知れない。そのほうが自由なのだから。かつて、厚生労働省の元お役人が「療養費が1兆円を越すと、厚労省も動くでしょう」と言っていた言葉を思い出す。ともあれ、大切な医療費の無駄遣いは御免こうむりたいと思う。少しでも周産期医療に、小児救急にまわしても罰は当たるまい。

社保 柔整審査の問題点(施術費請求、並びに審査方法の問題点)

城東区 岸 本 成 人

審査委員となって3年になります。柔整問題：施術費請求、並びに審査方法の問題点と一口にいいまでも、この問題は日本社会の根幹にかかわる根深い問題といってもいいくらいで、何処から書いていいかわかりません。ほんとは日本社会の根本にかかわることなので難しくて書くことはばかられます。しかしあえて書いてみます。この問題は、抽象的なことではなく、もっと具体的に考えることが必要な段階にきていると思います。

レセプトの請求問題は、根本的に請求側に罪の意識がないことが最大の問題です。ほとんどはちょっと指摘してあげるだけで“次から気をつけよう”となるはずなのです。さらに、残りの半分は指摘されても“普通のことをしてるだけで、どこが悪いのかわからない”という態度なのでしょう。ごく一部が意図的に悪い請求を繰り返している審査の現場ではいわゆるリストに載っている施設です。これは実際には全体の1%くらいしかないというか1%もあるというかまことに表現に苦しむ数です。なんとか自浄作用を発揮してくれないのかと切に願うしいです。

柔整レセはいわば偽装のひとつです。何年もまえから偽装問題が繰り返し起こりましたがそのひとつです。3月に120円のところが8円で済む制度を悪用した偽装郵便事件がありました。よく似た構造です。日本郵政もチェック機能が働いていなかったのです。政治家秘書も郵政に口利きをしていました。この問題が発覚後、障害者郵便使用が9割も減り「不正」の在ったことが語るに落ちました。朝日放送・新聞などで柔整の不正が報道されるとその月の審査では請求部位が減ったことがありました。不正にまぬかれた料金の差額を請求された障害者団体は“日本郵政側も悪用を容認してきた”と支



払いに応じていませんが、柔整の審査会は不正は容認し無いと言う立場です。

偽装の事例が日本には溢れています。たとえばスピード違反。正しいスピードで走っていると偽装しているのです。誰も悪いなんて思っていない。官憲の主観によって形式的な取り締まりが行われ、つかまった方は運が悪かったかと思いません。政治家による揉み消しもかつては横行していました。ほかに、雪印乳業の事件、米の外国米混入偽装、肉の産地偽装、政治家の政治献金偽装、広く言えばできの悪い二世政治家の地盤継承も偽装みたいなものです。審査や取締・対策に多大な労力・人員・予算が割かれていますが、一向に改善されません。というか、日本経済はその取り締まりと偽装のいたちごっこが、いわば巨大な第4次産業を形作り、雇用を創出し、なんと日本がデフレに陥らないように支えているのです。下手にチェックを厳しくすると、経済そのものが悪くなってしまいます。イタリアのマフィア経済みたいなものです。

じつは柔整業務はすこし時代に合わなくなってきたのです。柔整は整形外科医が少なくて急性の外傷に対応が難しかった時代にできました。もちろん柔整全部を否定することはできず、この分野にもそれなりに利用できることも

あります。自由にやる療養ならいいのですが、多額の健康保険の財源をつぎ込んでまで公的に維持することは今後疑問ありとする動きが増えていくようになるかもしれません。

現実にはまじめな柔整の施術所もたくさんありまして、いますぐ統合するということではできません。一部の本当に悪い請求の審査は現行体制では一罰百戒方式で望むしかありません。とにかくわれわれには時間がないのです。具体的にはどうするかというと、本当にどう考えてもおかしい請求だけを重点的にチェックしていくことになるでしょう。たとえばどのような請求があるかといいますと判で押したような同じようなセット3病名（たとえば頸椎捻挫・右肩挫傷・右手挫傷と言うレセプトばかりなどという施設があります。このような脊椎+四肢2病名の同日受傷ワンパターン3負傷名と呼んでいますが、実に多く全体の半分以上を占めます。

4病名だと受傷理由を書かないといけないので3つがバランスがよいのです。左右・上下セット負傷名というのも多いです。右肩と左肩セットなどというのもあります。

どうやったら左右の肩を同時に怪我をするのか患者さんに問い合わせなければなりません。

4病名の理由も判で押したように全部のレセに決まった場所が書いてあったり、決まった原因で転倒したなどと書いてあります。一施設全体のレセとしてはきわめて稀なことが起こっているのです。一枚一枚のレセは整合性が取れているので査定が難しいのです。

審査員は疑問のあるレセには付箋をはさみ注意を喚起します。それで、一応義務を果たしていています。今後も本当に何が悪くて何がよいか見極めて審査に望みたく存じます。



社保 柔整審査の問題点(施術費請求、並びに審査方法の問題点)

参 与 堀 木 篤

柔整師の療養費の支給基準は、きわめて簡単、あいまいなもので、負傷名〔打撲、捻挫、挫傷など〕があればよく、わずかに近接部位の制限があるのみである。また、4部位の負傷については原因を記載しなければならないが、3部位以下では必要がない。3ヶ月以上の施療の場合にはその理由を記入すればよい。

学識経験側として審査を担当したが、整形外科の常識では考えられない申請書が極めて多い。たとえば

- (1) 何千枚見てもすべて外傷である。
- (2) 数箇所同時に怪我をする。特に左右同時に怪我をする。腰、股、膝、足と4箇所というように一肢のみの不自然な怪我をする。
- (3) 打撲、捻挫だけで長期にわたり濃厚な施療がみられる。

これらは整形外科医として理解できないし、常識を超えている。おそらく神経痛や肩こりや変形性関節症の患者を施療したものとしか考えられない請求である。これらの請求書を即、査定できない現実がある以上、保険者に患者に事実かどうか照会させるしかない。保険者がやる気がなければ終わりである。せつかくの審査が徒労に終わる。

また明らかに不正と考えられる請求書がある。負傷日ずらし、負傷日の削除と追加の繰り返し(段々畑という)である。

これらに対する対応策を考えてみると

- [1] 保険者が患者照会を面倒くさがらずに頻繁にやるよ強く求める。
- [2] 審査員に返戻権をあたえること。
- [3] 患者に請求書の白紙委任のサインをさせないこと。月末に請求書の内容を見た上でサインをさせること。これは療養費の制度上当然のことである。白紙委任が悪



用されていると考えるからである。

- [4] 柔整師の業務範囲は怪我しかないことを国民に周知徹底するよう、省庁やマスコミに働きかける。
- [5] 骨と関節の日で整形外科との違いをPRする。

柔整師の数は毎年何千と増え続けている。療養費も増え続けている。しかも支給基準となる単価はほぼ変わらない。整形外科の点数は激減しているにもかかわらずである。

また彼らには、誤診がないということも強みである。訴訟も皆無に等しい。これは診断技術〔レントゲンその他〕が与えられていないので、診断に伴う施療に責任を持たなくても良いということとなる。患者もその点がわかっているようで、文句を言わない。手後れになって整形外科を訪れる患者も多々見られる。昔、整形外科医の少なかった時代は存在価値があったと思うが現在ではどうだろうか。いずれ取り返しがつかなくなるという気がしてならない。省庁にお願いしたいのは、

- [1] 会計検査院による接骨院の実態調査を再度実施してもらいたい。
- [2] 柔整師の開業権の制限
- [3] 受領委任の廃止

国保 柔整の審査をして感じること

OCAO副会長 山本 哲

国保の柔整審査医院として柔整のレセプトを審査しているが、毎月繰り返し新しい外傷名がつけられていたり、90%以上のレセプトが4つの外傷名の施術所があったり、1枚のレセプト平均が3万5千円を超える高額請求の施術所がみうけられる。その都度その同じ施術所のレセプトを6ヶ月間にわたり経過を見て、同じであれば次の段階としてさらに上の審査委員会に送られる。そこで文書で改善を促したり、大きな組織の所属であればその組織を通して注意をするようになっている。審査員が審査をしても限界を感じるのは審査をやってもやっても同じようなレセプトに出会うからであり、上の審査に送った後どうなったかが分からないこ



とが理由の一つであろう。注意され改善されたという結果がフィードバックされるようなシステムの変更が望まれる。



国保 大阪府国民健康保険等柔道整復療養費審査委員会に出務して

淀川区 中川 浩 彰

平成18年4月より大阪臨床整形外科医会の現参与の古賀教一郎先生の後任として、柔整国保の審査会に参加しています。

まず、審査会に初めて行って柔整のレセプトを見せてもらったところ、医科との内容の差に大変に違和感を覚えました。2年を経た現在も違和感は同じで、毎月2日（8月も同じ、必ずお盆が1日含まれます）毎回700-800枚（おそらく、ひよっとすると1000枚）のレセプトを見ています。

その内容は、初療、再療、往療の別と病名だけです。勿論レントゲン、検査、投薬、リハビリがあるわけでなく、ただひたすら施術を何箇所（3部位まで満額、4部位、5部位になると3部位を超えた分だけ減額してプラス）、何日行ったかだけです。

それなのに平均が小生の医院より遥かに点数？料金が高いのです。われわれ審査員が見ていけるのはレセプトの枚数から必然的に平均2万円以上の施設に対するチェック？もしくは苦情を書いていくこととなります。皆さんご存知のように、われわれが見たからといって、彼ら柔整への支払いに影響はとても小さく、我々医科が恐れる減点、個別指導などというものが介入できる余地など少しもないのです。

審査に参加するたびに、同じ施設の数百枚のレセプトというものに全てもれなく3部位以上



捻挫や打撲を、しばしば同一日に発症し、しかもしばしば（うまく）全て同一日に治癒するというマジックのような請求のため息をつき、疲労感を医院に持ち帰ります。

小生が最も危惧するのは、我々整形外科が彼ら柔整のレセプトを点検？（傍観）することが彼らの請求を正当化する一旦を担っているのではないか、もしくは彼らの行為を整形外科が認めることになるのではないかということです。

当院には階段から転落しても、一度に3箇所も4箇所も打撲や捻挫をしてこられる方はいませんし、たとえあったとしても2,3週間で治癒してしまいます。数ヶ月単位で、左右交互に捻挫や打撲を繰り返す人もいません。何かおかしいと感じるのは小生だけではありませんし、柔整の方の中にも困ったもんだという人もいます。

国保 柔整審査の現場

富田林市 宮田重樹

柔整で療養費の支給対象となる負傷は、急性又は亜急性の外傷性の骨折、脱臼、打撲、捻挫、挫傷であり、単なる肩こり、筋肉疲労に対する施術は療養費の支給対象外とされている。

柔整の負傷名（病名）は、捻挫、打撲、挫傷、骨折と負傷部位との組み合わせとなる。

医科の部位と異なるのは、上腕、前腕、背部などでは上部と下部に分けて部位病名をつけることが出来るということです。

上部と下部に分けることによって、肩と上腕上部など近接している場合は同一部位と判断されるが、肩と上腕下部では別の部位と認められ、2部位算定可能となる。

柔整の施術に関わる療養費の算定基準は、初検料（医科の初診料）1240円、往療料（医科の往診）1860円。

捻挫及び打撲の施療料740円、後療料470円
冷電法料80円、温電法料75円、電療料30円
施術部位ごとに後療料、冷電法料、温電法料、電療料が算定できるが、施術部位が3部位以上の場合、後療料、冷電法料、温電法料、電療料について3部位目は所定料金の100分の80、4部位目は100分の33に相当する額により算定され、5部位目以降に係る費用は4部位目までの料金に含まれる。

医療機関で怪我の病名があり消炎鎮痛処置を算定している場合、査定されようがないのと同じで、負傷に対する施術を行っていれば、レセプトの審査で査定できることはほとんどない。

負傷部位が近接しているのに2箇所で請求している場合には同一部位として算定されるので施術部位数を削減、同じ家に行って2人以上から往療料を請求している場合一人を除いて削減されるぐらいしかない。



審査していて不思議に思うことは、月の始め（10日まで）の同じ日に3・4箇所受傷する、月末に全部治癒または中止となる、施術所ごとに負傷のパターンがある、骨折の疑いで医療機関に紹介する例がほとんどない、捻挫、打撲の怪我でも3ヶ月以上治療が継続し、かつ月に20日以上施術している例が散見される、平均施術回数10日以上が多い、施術部位3箇所以上が半数以上、1ヶ月の平均請求額が10000円以下の施術所は少ない、などである。

柔整を受診している患者さんたちの受傷パターンや治癒経過パターンは、医科の一般的な常識とはかなり違った実態があるようである。

大阪府後期高齢者の医療費は、医科入院外19099円/件に対し、柔整18208円/件で、薬、注射、検査が行われていない代替医療としてコスト的に妥当でしょうか。

このことを審査（調査）出来るのは、保険者（地区国保、協会けんぽ、健保）しかありません。

国保 柔道整復の施術にかかる療養費に関する国の取り組み

箕面市 石井 正 治

柔道整復の施術にかかる療養費に関する国の取り組みは平成5年の会計検査院の調査から始まります。

平成5年12月、会計検査院は（平成2年度から平成4年度の3年間で総額65億円余りの）高額請求をしている全国の94施術所を調査しました。その調査結果をつぎのように発表しています。

- (ア) 同時期に同一負傷部位について医療関係の治療を受けている患者及び内因性疾患の患者に施術を行っている施術所（全体の69.1%）
- (イ) 通常は1部位または2部位であるのに3部位以上の患者が全患者数の50%以上（最高は97.4%）となっている施術所（全体の23.4%）。ほとんどの患者について負傷部位名を1月、2月または3か月ごとに定期的に変更して療養費を請求している施術所（全体の29.7%）
- (ウ) 1月あたりの患者1人に対する平均施術日数が10日以上となっている施術所（全体の30.8%）
- (エ) 3か月を超える長期施術を行っている患者の割合が全患者の50%以上（最高は72.2%）となっている施術所（全体の17%）
- (オ) 患者1人当たり10分程度の手技療法を行うとすると1日40人程度となるのに対し、柔道整復師1人の一日当たりの取扱患者数が50人（最高は183人）となっている施術所（全体の54.2%）

この結果に基づき都道府県に対して患者の面接調査、施術所に対する実地調査等を行うよう要請しました。都道府県では、「疑義があるとして調査をしたが、期日が経過しているため施術日、施術内容等の事実の確認が難しいこと、



施術所の施術録、経理関係帳簿等が十分な内容となっていないことを理由に療養費の請求の適否について確認が困難である」と報告しています。しかし調査が困難であったものの、施術所において療養費の請求が不適切であったと自ら認めて保険者等に返還したものが、合計5161万5148円ありました。

会計検査院は厚生省の柔道整復師の施術に係る療養費の支給に関して、次のような是正改善処置を要求しています。

- ①柔道整復師、保険者等に対し、療養費制度および受領委任制度の趣旨を周知徹底させること
- ②不正な請求を防止するために算定基準等について所要の改正を行うこと
- ③審査委員会を設置し、審査基準を明確にするなどの審査体制の整備を図ること
- ④施術所に対する指導、監査の体制の整備を図ること

平成6年10月に柔道整復にかかる療養費支給の適正化を進めるために医療保険審議会・柔道整復等療養費部会が厚生省内に設置されました。

平成7年10月には医療保険審議会・柔道整

復等療養費部会報告がまとまり、審査体制の充実、長期、多部位の施術にかかる通減性の充実等算定基準の適正化、指導・監査体制の実行性の確保等が指摘されました。その後、次のような動きがありました。

平成8年

算定部位数に上限を設けるなど算定基準等を改正

平成10年

審査委員会（政管分）の設置が全都道府県において完了

平成11年

審査委員会設置要綱および指導監査要綱の制定

平成14年11月26日に堀利和参議院議員は「柔道整復師の施術にかかる療養費の支給」に関する質問主意書を提出しました。「柔道整復師の施術にかかる療養費の支給に関する保険不正請求問題については、平成5年に会計検査院から是正要求が提出されたが、どのように解決されたのか疑問である。現在も保険不正請求に関する問題が指摘されており、柔道整復師が打撲や捻挫で施術したとして支給を申請した推計値が増大の一途をたどっている。」というのが提出理由です。答弁書は「療養費は、その適正な支給を確保するため審査、指導、監査、調査が適切に実施されることが重要であり、関係者に対する指導を行うとともに、審査状況等の把握に努めたい」と述べています。

平成19年10月2日には辻泰弘参議院議員が「柔道整復師による療養費の不正請求問題」に関する質問趣意書を提出しています。「保険財政の圧迫にもつながる、柔道整復師による療養費の公的保険への不正請求問題が大きな社会問題になっている。平成5年には会計検査院から是正要求を受け、また報道機関からも度々指摘され続けているものの、政府による厳正な指導が徹底されたとは言えず、むしろ問題は悪化している」ということが提出理由です。答弁書は、「療養費の不正請求に対しては、適正な取り組み、適正な措置を講じてきた。今後とも適切な運用について、関係者に周知を努めてまいりたい。受領委任制度については患者にとって必要な制度であり、見直しは考えていない」と述べています。

医師数は制限されていますが、柔道整復師数は制限されておらず、増加の一途をたどっています。柔道整復師の療養費は、医師の指示を必要とするものと必要としないものがあり、受領委任制度により療養費が支払われるシステムになっています。最近では柔道整復師の療養費（平成18年度3212億円）は産科、小児科の医療費を超えており、医療保険財源に及ぼす影響が大きくなっています。柔道整復師の療養費の受領委任制度は、すでに上記のように種々の問題点が指摘されているので、厚生労働省もよく認知していますが、特に具体的な取り組みは行われていないのが現状です。

日本臨床整形外科医会医政協議会の活動

大阪臨床整形外科医会・会長 黒田 晃 司

以前に再診料、外来での理学療法料の通減制が導入されたとき、我々整形外科医は大打撃を被りました。その後、国会への請願を繰り返し、厚生省に度重なる申し入れをして、やっとの思いが通じて、この制度は改善されましたが、あの時注ぎ込んだエネルギーは大変なものでした。本当に苦しい思い出として今も記憶に残っていると思います。（会員の皆様の中に、「医政協議会の具体的成果がない」と言われる人がおられますが、これ以上の活躍成果は他にはまずないのではないかと思います。）

このような不条理極まりない制度でも、歴史上、一度導入された制度が覆ったことは珍しいことです。他科の先生方、日本医師会にはいい顔をされなかったのは言うまでもありませんが、それだけ我々が必死であったということです。あのような運動をするには大変な時間、エネルギーとお金が必要でした。

この経験を教訓として、医政協議会が角南理事長のときに作られ、それ以来JCOA理事長が中心になって、常時ロビー活動が続いております。

東京に出かける交通費、ホテル代、それに加えてウィークデイに活動しなければなりません。代診の医師をお願いしなければなりません。ロビー活動を担当される理事、役員の払う犠牲は莫大なものです。そこでこれらを少しでも支援するために、皆様方が拠出してくださいました資金が必要です。この資金無くしてロビー活動はできません。

大阪臨床整形外科医会は会員数が日本一多いのですが、現在OCOAOの医政協議会の加入率は23%程度で、都道府県別に加入率をみるとビリから10位以内です。

JCOA理事会からは「大阪の皆様もう少し支援してください。」という悲痛な要望が聞こえて参ります。



ここまで毎年4月になるとJCOAからOCOAO各個人会員あてに医政協議会の会費の振り込み依頼が送られてきます。このときすぐに払われる方は問題ないのですが、沢山の郵便物に紛れてしまって無くなったり、忘れてしまったり。中には忘れてしまって二重払いしてしまう先生も実際に毎年何人かおられました。

そこで、このJCOA医政協議会会費は毎年支払うものですから、振込に銀行に行く煩雑な作業を代行し、支払い忘れ、二重払いを防ぐために平成21年度以降、大阪臨床整形外科医会が代行して会費を自動引き落としして集めたいと思います。是非ともこの制度にご賛同くださいますようお願いいたします。

来年度は3%程度の医療費のUPが実施されます。整形外科の分野にも恩恵があるよう、すでにロビー活動は活発に行われております。

4月1日現在100名です。期待を大きく下回っております。せめて50%を超える会員の皆様のご加入を期待しております。

整形外科医政協議会に対するOCAO会員の意識調査報告

OCAO副会長 前中孝文

1) はじめに

WHOで高く評価された世界に冠たる日本の保険診療システムが、市場原理主義を是とする小泉改革のため今まさに臨終の時を迎えようとしています。

社会のセイフティーネットである医療の崩壊は、社会を不安なものとし、経済の収縮を起こす重大な問題であります。諸外国と比較決して日本の医療セイフティーネットは贅沢ではありません。贅沢なネットであると近視眼的に断定し、脆弱な物に入れ替えようとしたためネットに綻びが生じ安全を確保出来なくなりつつあります。医療政策で失敗した英国の轍を踏み、医療の崩壊、国民の信頼喪失に至ろうとしています。年金と同じく医療においても国民を不安に陥れようとしているのです。

資本主義での利益追求の欲望は無限です。しかし、医療の利益とは国民の健康であり、2倍3倍の健康は求めません。健康になればそれ以上の医療を求めることはありません。すなわち、欲望、利益追求に厳格なる上限が存在するのであります。まさに社会主義政策になじむ分野といえます。ここに大きな特徴があると思います。

財政再建という名で利益を追求(=コスト削減)する余り、医療の持つ他の側面、雇用確保、経済活動を押し上げるプラスの面が見逃されています。

将来不安に伴う経済収縮、その結果としての歳入減。今になって景気対策として大幅な財政出動している現状、節約しすぎて損をしたことになる今までの政策は一体何だったのでしょうか？

若干世間の風向きが変わってきているようですが、我々整形外科にとっては大変厳しい状況が続いています。リハビリに関する診療報酬の改悪により、大幅な収入減となり整形外科の経営を圧迫しています。新規開業の若手開業医は勤務医と同様、現在特に苦しい状況です。皆さんの悲鳴が聞こえます。

また、医療周辺問題、特に柔整の不正、脱法



行為は目に余るものがあり、貴重な医療費が慰安行為、根拠のない詐欺行為に無駄に浪費されております。柔整専門学校乱立、粗製濫造、生涯教育も不十分な柔整増加は取り返しの付かない社会問題となるでしょう。この事も多くの皆さんが認識され危惧されていると思いますが、世間ではまだ理解が進んでいません。

これらの問題を解決するためには、ただ頭の中で思っているだけでは解決しません。自らのことと感じ、他人任せにせず行動を起こさねばなりません。自らに出来ることは何かを考えて頂きたいのです。

金銭提供、労働の提供、患者、スタッフ、家族への情報提供、マスコミへの投書など他科医師へ、そして地域活動での情報提供、日医、地区医師会、JCOA、OCAO、保険医協会等々への参加。各人が自分なりに参画していただきたいのです。

整形外科医政協議会は、過去JCOAで十分に行えなかった分野を補い、我々の考え、情報を日医、官僚、政治家、マスコミに伝え、理解を深めてもらうことにより、より良い医療を目指すために設立されました。これらの行動を行って頂くJCOA会員を応援することが主たる役目なのです。

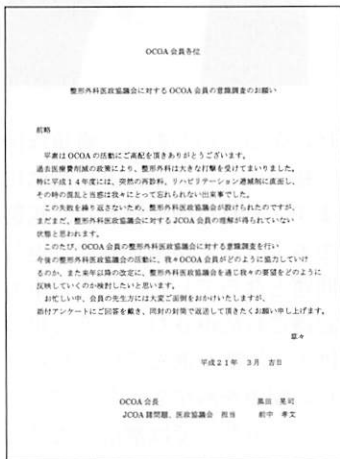
しかしながら、現在でも整形外科医政協議会についての理解が不十分であり、参加率も低い状況にあります。

2) 目的

今回のアンケートは、OCOA会員が整形外科医政協議会をいかに考えているかを調査し、今後のJCOA、OCOA、整形外科医政協議会の活動にその結果を反映するために行ったものです。

3) 方法

OCOA一般会員（平成21年度3月時点）に別添のアンケート依頼文を送付し、記入後返送する方式とした。記名を求めているが、若干名が記名で返送頂いた。



添付資料

整形外科医政協議会に対する意識調査

1) 勤務施設の種類は何ですか？ 該当番号に○をつけてください。

1. 病院 2. 無床診療所 3. 無床診療所

2) 開業年数は何年ですか？

1. 5年未満 2. 5年から10年 3. 10年から15年 4. 15年から20年 5. 20年以上 6. 不明

3) 整形外科医政協議会の会員ですか？

1. 現在会員である 2. 現在会員でない(申請書には会員であったが、会費が納入できていない)

4) 整形外科医政協議会を存知ですか？

1. よく知っている。 2. 名前を知っているが詳細は知らない。 3. 全く知らない。

5) 過去、整形外科医政協議会が何らかのことで関係があったかどうか？

1. 関係がなかった。 2. 関係があった。 3. どちらかといえば関係があった。

6) 有意ですか？ 8. 分からない。

6) 申請書1日以内で返すのが難しくないですか？

1. 無い 2. 多少である 3. 多い 4. 分からない

7) 今後、整形外科医政協議会の活動は必要だと思いますか？

1. 必要 2. 不要 3. どちらかといえば必要 4. どちらかといえば不要 5. 不要 6. 分からない

8) 今後整形外科医政協議会の会員が増加することを望みますか？

1. 増えに賛成 2. 賛成 3. どちらかといえば賛成 4. どちらかといえば賛成 5. 賛成 6. どちらかといえば賛成 7. 賛成 8. どちらかといえば賛成 9. 賛成 10. 賛成

9) 自分自身が整形外科医政協議会の会員になることは望みますか？

1. 必要 2. 不要 3. どちらかといえば必要 4. どちらかといえば必要 5. 必要 6. どちらかといえば必要 7. 必要 8. 必要 9. 必要 10. 必要

10) 整形外科医政協議会に対してご意見、批判、要望などご記入ください。

整形外科医政協議会に対する意識調査アンケート

4) 結果

送付総数約500の内、134の回答があった。診療所形態は多数が無床診療所であり、病院8件、有床診療所が3件であった。

開業年数の分布は図1である。34%が20年以上の開業実績のある先生方であった。その次は10年から15年の開業実績の施設であった。

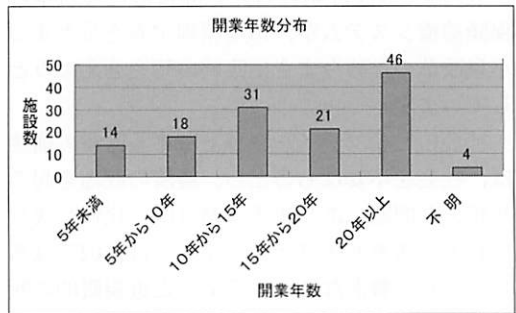


図1. 開業年数分布 N=134

医師年齢分布は図2である。50歳代が44%を占めた。

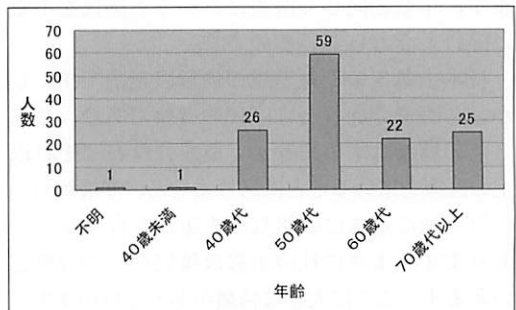


図2. 年齢分布 N=134

次に回答者の内訳で会員、非会員（以下整形外科医政協議会の会員、非会員を指す）の割合を計算した。結果は図3である。

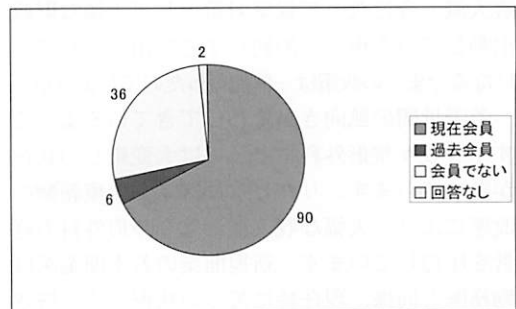


図3. 会員、非会員割合 N=134

アンケートを返送して頂いた人の67%が会員であった。現在会員である人は非会員よりも整形外科医政協議会に対する関心が高いことが予想される。そのため、回答に積極的に参加されたものと思われる。今回、非会員の方からも44名の回答を戴いた。この方々の意見は重要である。次に「整形外科医政協議会をご存知ですか?」という質問に対する結果を提示する。この質問に対しては会員、非会員でかなり傾向が異なると思われるので、会員、非会員に区分した後の結果を図4、図5に示す。

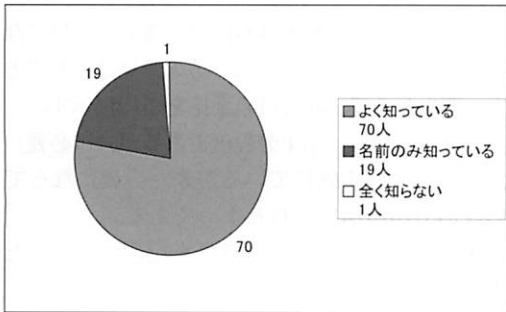


図4. 整形外科医政協議会 会員の理解度 N=90

会員の中で78%の人が「良く知っている」と答えられているが、22%の人は良く知らないが会費を払い参加されている。広い心の持ち主が多いことに感謝したい。

一方、非会員の方の理解度は図5である。

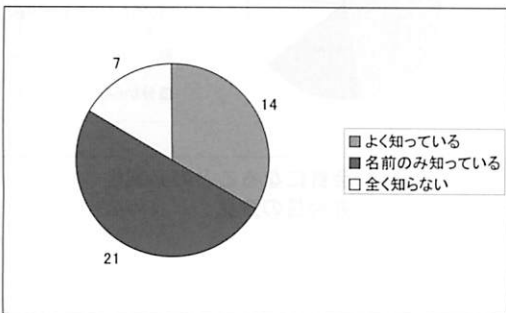


図5. 整形外科医政協議会 非会員の理解度 N=42

全体の33%のみが「良く知っている」と答えている。会員、非会員で整形外科医政協議会の理解度はちょうど逆転した形になっている。よく知らない組織には普通誰も参加しないものである。

「過去、整形外科医政協議会が有益であったか」の質問を行った。この質問には、整形外科医政協議会に対する関心と理解がなければ答えにくい質問になっている。

会員の結果は図6である。

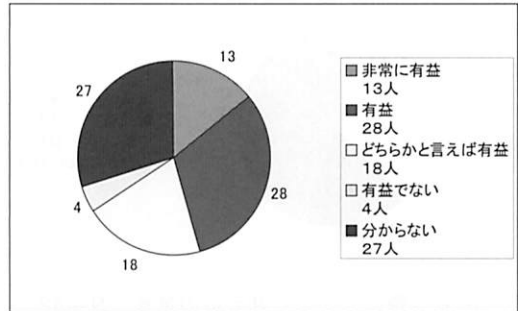


図6. 整形外科医政協議会の有益性について 会員の意見 N=90

かなりバラツキがある。会員においても、有益性についての確固たる信念はまだ出来あがっていないようである。次に非会員の結果を図7に示す。

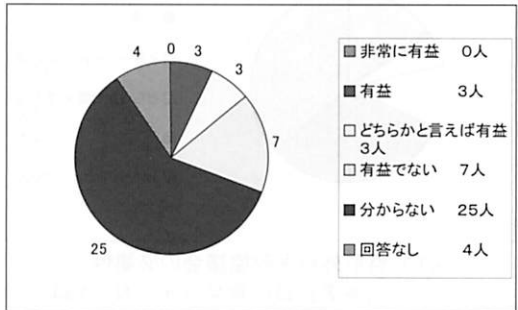


図7. 整形外科医政協議会の有益性について 非会員の意見 N=42

非会員の場合は有益性の認識は乏しい。86%が否定的か理解できていない回答である。6番目の質問として会費のことを訊いた。

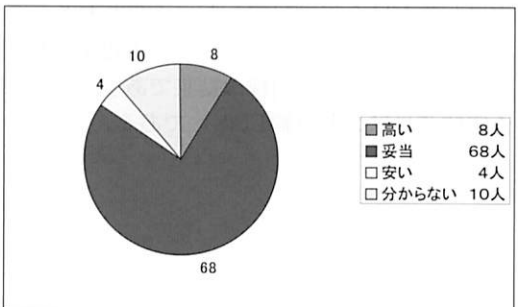


図8. 会費について 会員の意見 N=90

会員の場合は、「妥当」とする意見が76%の多数であった。

非会員の場合は、「高い」が多数で「分からない」との答えと合わせると83%に達する。

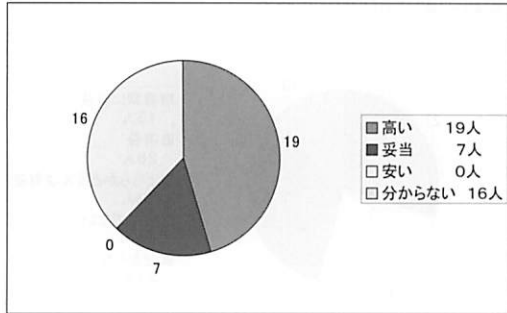


図9. 会費について 非会員の意見 N=42

整形外科医政協議会の必要性については、回答者全員の分布を集計した結果が図10である。

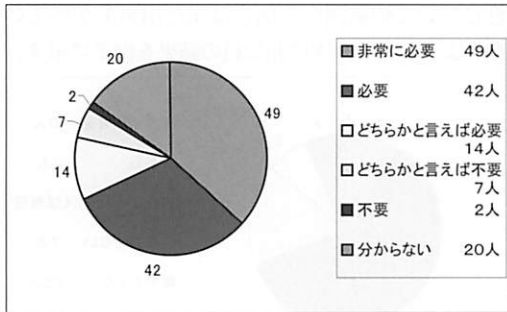


図10. 整形外科医政協議会の必要性 回答者全員の意見分布 N=134

アンケートに答えた多くの人がその必要性を認めていることは、心強い限りである。

「不要」、「どちらかと言えば不要」と答えた積極的否定派は7%に留まった。

「分からない」と答えた方が肯定になるか、否定になるかは今後の対応しだいと思われる。会員増については前問と趣旨が多少重複するが、纏めた。結果はほぼ同様な結果であった。

否定的意見は2名(約1.5%)である。

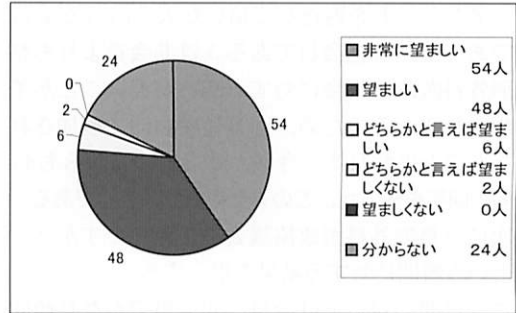


図11. 会員増に対する意見 回答者全員の意見分布 N=134

最後に、自身が整形外科医政協議会の会員になることを訊いた。現在会員の方の意見は言わずとも、明白なので、非会員の意見を図12に示す。

「分からない」が半分程度であるが、「必要」だと、うすうす感じているが未だ会員になっていない方が結構居られるようである。

最後に直接アンケートに意見を記述して頂いた方が多くある。参考にして頂きたい。

簡潔に纏めたものを表1に列挙した。妥当な共感できる意見が多いが、中には少し的外れな意見もあった。今後の参考にしていきたい。

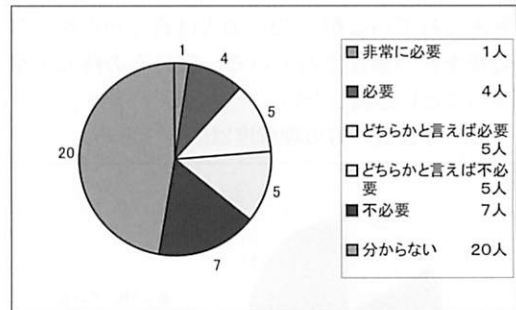


図12. 会員になることの必要性 非会員の意見 N=42

表1. 意見一覧

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 整形外科医政協議会の方向性は整形外科医の多くが思う道とは離れている。 ● みなしPTの政策は反対である。 ● 政治的アプローチは重要で、そのために働く仲間を経済的に支援するのは当然 ● 自分に代わって活動する会員に感謝 ● 会費2万円は安いかな ● 活動と成果が見えない。 ● 医師会、保険医協会などが政治家に多くアプローチしているので入会が少ない ● 会員増加の努力を望む ● 活動報告がなされていないので、関心が高まらない ● 日整会の国会議員の会との連携は? ● もっと多く参加してほしい ● ハードルを下げたら入会しやすい ● 活動の有益性に関して温度差あり ● 施設基準でなく、処置を取っている診療所には活動のメリットなし ● 改正のたびに振りまわされる。何とかしてほしい ● 整骨院の問題には政治力が必要 ● 他科(内科など)に対して、柔整問題の説明不足
自民党への対策で良いのか? ● 活動報告をもっとしてほしい ● 政治活動は医師会、保険医協会を通じて行っている ● 与党のみを対象にした医政協議会には賛同できない ● 会員を増やすようにがんばってほしい ● 整形外科診療を守るために是非必要 ● 活動内容を知らしてほしい ● 要望を伝える方法が分からない ● 医政協議会の活動で厚生省を動かした過去のエピソードを知らしめよ ● 整形外科リハビリの重要性を厚生省に認識させよ ● 産科、小児科のような事態に整形外科もなる ● 年会費1万円くらいが良い ● 政治的に働くことは開業医に必要、ありがたい地位向上のためお願いする ● 整骨院の不正請求、我々のリハビリ点数が整骨院医以下など広く世間に公表せよ ● 整形外科がマッサージ屋化している自浄努力が必要 ● OCOAの50%ぐらいの会員がほしい ● リハビリは点数が下がり、整形外科だけでは経営できない ● RA、骨粗鬆症で特定疾患指導料が取れていない。医政協議会に意義あるのか? ● 整骨院の請求が整形外科より1件当たり多いのは本当か? ● 整形外科の経営実態が様々。分断されている中でどうやって政治活動するのか? ● 日医の政治連盟との折り合いは? ● 患者、内科医でさえ柔整と整形外科の区別のつかない人がいる ● 活動状況が不明 ● 非会員が多すぎる、会員のメリットなし | <ul style="list-style-type: none"> ● 会員、非会員の差別化が必要、会員に何かはっきりしたメリットを ● PR不足だ ● 大学も医政に積極的に働きかけるべき ● 活発な活動希望 ● 経済的に困難 ● リハビリの施設基準でないので入会のメリットなし ● メリットがない ● 社会、政治はマスコミに主導されている。マスコミにミスリードされている政治家に献金しても無駄 ● 単科の利益でなく医師全体のことを考えよ ● 無床診の開業医にとって医政協議会の幹部の方向性はハードルが高い ● 簡便な方法で収入確保できる方法を考えよ ● 医政協議会幹部と一般会員との意見交換する場をつくれ ● 日医との関係が不明 ● 柔整に勝たなければ意味なし ● 他科と別行動は良くない ● 各科争わず1本でないと交渉力が落ちる ● 日医がその役ではないか ● 整形外科単独交渉はいかがなものか ● 運動器リハ1、150点、柔整3部位200点の現実を一般に知らしめよ ● 手術料が安すぎる ● 代診費用よりは、もっと旅費、設定パーティー券購入など活動にもっと多く使うべき ● 柔整支払い方式の矛盾を啓蒙しろ ● 医政協議会の成果をもっと伝えよ ● 入会者の個人名を公表せよ ● 他科と比して弱い、柔整よりも弱い ● 慢性期リハを介護に移すことを阻止せよ ● 会員を増やして会費を安くしてほしい ● 金で政治家は動かない、医師を侮っている ● 患者に信頼されることが、集金醜金より力だ ● 改正のたび益がないならば存在意味なし ● 日医医政連を通じ整形外科の要望を出すほうが効果がある ● 副会長、理事に整形外科医がいる。利用すべき ● OCOAの特別会計から資金を出せば ● OCOAと合体すれば ● 医療圧縮一辺倒で効果が上がっていない ● お金を払えば政治力となるのか、疑問なので入会していない ● 立ち上げが15年遅かった。眼科医会に比して ● 柔整の問題納得できない ● 政治を変える活動。体制を変える必要ないか ● 活動内容、効果が見えない ● 年会1万円くらいだと入りやすい ● 効果が見えてこないので問題を感じる ● 意思決定方法が分かりにくい ● 政治的背景には圧力が必要 ● 違法な減点(不払い)にメスを ● 日整会と協調して運動を |
|--|--|

5) 考察

半数以上のOCAO会員から回答を頂くことを期待していたが、残念ながらおおよそ4人に1人の割合となった。整形外科医政協議会に対する関心は、まだまだ低いようである。

他県では、90%を超える加入率のところがあるが大阪では現在30%以下と下位に所属する。せめて過半数となることが望まれるが、現状での達成は容易ではない。

重い神輿を担ぐ時、全員が力を出せば楽に行える。分からないからと言って力を抜く担ぎ手が増えて来れば、やがて神輿は耐え切れなくなって倒れるであろう。今まさにそのような時期ではなかろうか？

名前の公表や会員と非会員で何か差別をつけるようなことを望む意見等が上がっていたことは、非会員の分まで何かと貢献している心ある会員諸氏の「もう限界だ」との悲痛な訴えのように思われる。

会員の約80%からアンケートの回答を得た。一方、非会員からは10%程度の回答で90%の非会員は無反応である。氷山の一角の回答であったが、この一角を分析した結果は、おそらく氷山全体の声なき声を理解する貴重なものとなるであろう。40数名の回答者に謝辞を述べたい。

現状の問題は第1に、整形外科医政協議会の実態が十分に理解されていないこと、そのため、誤解されている点があること、過去の実績にどのようなことがあったか詳しく伝えられていないことがある。

情報伝達に文書送付などが考えられるが、JCOA会員全体になるとその印刷、郵送などに要する費用は多額となり、少ない会費収入を出来るだけ、実活動に振り向けたいとの意向から、簡単には行えない。

インターネット、電子メールなどを多く取り入れコスト削減を計る、県代表者を通じ各県での情報伝達を活発にすること、さらに、整形外科医政協議会に詳しい人々の講演と、活発な質疑応答を行う機会を作ることなどの対策が考えられる。

毎月行われるOCAO研修会で、整形外科医政協議会の時間を設定出来ないであろうか。検討して頂きたい。

整形外科医政協議会の認知度、有益性について、非会員の半数以上が分からないと答えている。有益性が実感できなければ、会員になるインセンティブが働かないし、1口2万円の会費は高いと感じるであろう。自動引き落としの制度も非会員にはメリットでなく、入会率改善の効果もいまだ不明瞭である。

以上、悲観的な結果であるが、明るい希望もアンケートにはあった。それは、整形外科医政協議会の必要性、および会員増加に対して、回答者の3分の2以上の方が「必要」、「望ましい」と答えていることである。非会員の回答では「分からない」が40から50%を占めるが、整形外科医政協議会に否定的な回答はわずかであった。「分からない」が「分かる」に変える施策が求められている。

6) まとめ

1. OCAO会員に対して、整形外科医政協議会に関する意識調査のアンケートを実施し、134名から回答を得た。
2. 整形外科医政協議会の非会員には整形外科医政協議会への理解が不足していた。
3. 整形外科医政協議会に対して回答者の3分の2以上がその必要性、有益性を認めていた。
4. 今後、OCAO会員への整形外科医政協議会に関する情報提供、教宣活動が重要と考えられる。

医療機関と介護施設の併設

東住吉区 孫 瑠 権

看護とは看病と介護を行なう事で実に見事な名称だと思います。整形外科から「リハビリ科」、各科から専門分野が独立した様に、介護が看護から独立し専門化されたという事でしょう。しかし何れも医療を抜きにしては考えられません。介護がそれだけ専門化する必要がある訳ですが、必ず、医療－看病－が伴うものなのです。

実際特養に於いて、利用者の多くが疾病を持っており、施設内でも救急事態が多々起っております。利用者にとって医療機関が併設されていることは「その安心度はいかばかりか」を体験しております。併設の必要性を強調したいと思います。

1977年5月に大阪百済、都会の辺地に医療法人青洲会診療所を開設。当時は開業医にとっては医療行政上まだ優遇(?)されていた時代だったでしょう。その後5~6年で保険点数の締め付けが漸行され、各医療界が被害(?)を受け、患者数の減少・収入の減少が目立ってきたと思います。

当初300名近くの外来患者が保険点数の改定の度に見事に減っていくのを皆さんも経験したことと思います。経営上も当然問題になってきたのもおわかりでしょう。

当方は幸い隣接に200坪程の土地を所有していました。向かいに大阪市の環境局があり、大阪市の方から、その土地を「特養に利用しては!」という話が持ち込まれ、色々と説明を受けたのです。

当時は「特養」を生めよ増やせよ行政策でしたので、大阪市の方も真剣だったと思います。

国が1/3、府が1/3、自己資金1/3でかなりの援助があり、前述のような事情である為、実行することにしました。1/3の資金繰りが大変で、友人・知人に随分と援助して貰い感謝して



おります。今日現在でも「特養」は不足状態であるし、助成金も良くなっている様なので、社会の必要度は大だと思われれます。問題点はこれから述べる様に、多々あります。

当初設計上、併設が由に色々問題があり、かなり寛容な市の計らいで立ち上がりましたが、その後監査のたびにクレームをつけられ「誰が許可したんだ」と云いたい日々でした。

仕方なしに併設の整理を兼ね「特養」の増設をせざるを得なくなり、別項のように、2006年4月に、青洲会診療所と特養を完全に区分けした状態に建て替えたものです。これで一応行政からの指導はなくなった訳ですが、職員数がトータルしますと100名近くにもなり、経営面の問題が当然の様に湧き上がってきました。

私の信念として「特養」は奉仕施設であり、「特養」に必要な経費－給与・食事・行事・サービス等にまで十分に予算を使っております。しかし青洲会の患者数が増えるから良しと思っておりましたが、特養入所者の診療に関しては併設という縛りがあって、初診料、再診料、諸指導料、諸管理料等が請求できない規りになっており、かなりの減収となります。特養によって、併設医療機関があるということは、どれだけ利用者にとっても、職員にとっても心強いかと云う事がわかっていない行政の様です。

幸い最近では医療機関でない「特養」が創れないという世相のようなので、「やっと当たり前の社会になってきたかな」と感じているところでは。

昨今話題になっている特養職員の給料にしても、大変な問題を含んでおります。収入は入所者数によって一定に定められております。昇給分は誰が保障して頂けるのでしょうか？ 随時昇給していきますといずれ介護保険による一定の収入と人件費が交差して経営が成り立つ筈がありません。職員の仕事の内容にしても定員どおり行うと腰痛・体調不良を起こす職員が余多！書類の多さ、気配りの多さで長続きする人たちが見事に減ってきております。不況だから介護職人が増えるだろうなんて、とんでもない話です。「デモ」「シカ」で務まる仕事ではありません！ 医の心を持った人しか務まりません！ 当世、それだけの気構えを持った人達が目立ちません。

社会福祉に対する政策がどうもオカシイとは思われません。介護を要する人達が間違いなく増加していく中で、その予算を確保しないのは政策の怠慢としか云い様がありません。

確か消費税が創設された当初は福祉に使うと云う事で発足した筈だったのではないのでしょうか？

立派に福祉国家を築いている国がこの地球上には多々あるのです。どうしてその良き制度を採り入れようとはしないのか？！ 民主国家とは国民が主人で教育・福祉は国家によって最優先されるべき問題でしょう。現実にはその反動影響がマスコミを賑わしている社会となっているのでは、悲劇が多すぎる様に思います。

最後に介護度認定について一言。

先生方も医師特記事項を記載したり認定審査会に出席して感じている事とは思いますが、医療点数と同じ様に多々欠陥が目につくと思われませんが、どうでしょう。

医師特記事項とケアマネジャーの調査事項の間にギャップを感じている事と思います。そのギャップは改正(?)の度に修正されない状態にあり、サービス以前に予算があるという政策が目には余ります。ブラックボックスという巧妙な仕掛けの上でいつでも都合の良い様に介護度を調整できる様な仕組みを見事に官僚が作りあげているのを感じている筈です。介護は必要な人に必要な量だけ提供されるのが福祉政策の基本だと思われるのですが、如何でしょうか？！

1977年 5月	医療法人青洲会診療所開設 (19床)
1993年 8月	社会福祉法人慶陽 特別養護老人ホーム「あつとほうむ」併設
2006年 4月	「特養」増改築 本入所 72名 (50名) ショートステイ 8名 (6名) デイサービス 27名 (20名) 居宅介護支援事業所 訪問介護センター ※ () は開設時の数字

平成20年度大阪臨床整形外科医会学術研修会

OCOA副会長 栗本 一 孝

今年度は200回記念会を含め12回も行いました。簡単に12回と申しますが、これは毎月1回開催して居る計算になります。

準備の煩雑さ、忙しさ等を考えますと、共催会社の苦勞は年1回であります。学術担当は毎月振り回されております。

しかし、会員の皆様には満足していただけるよう日々努力いたしました。

講師選定等にご尽力いただきました右近先生また各種団体に申請の勞をおとりいただきました長谷川先生に感謝いたします。



特に200回記念会では宮田先生に半年前より準備頂き大成功に終わりました。宮田先生ありがとうございました。

会員の皆様には積極的にご参加いただきご満足いただけたものと確信いたしております。ひとつだけ悔やまれることがございました。それは某有名ホテルにて開催したにもかかわらず食中毒もどきの症状を呈された会員が発生したことです。この事件でも学術担当の理事が事態収拾に奔走いたし最小限度のトラブルで済ませたとホッとしております。

以下に20年度の研修会を報告いたします。

平成20年度OCOA研修会日程

第192回研修会 (H20.4.5) 大正・富山大阪支店 4:30~5:40

出席90名

司会：森本 清一 副会長

「小児の足の痛み」

座長：早石 雅宥 会長

国立病院機構大阪医療センター名誉院長

学校法人四條畷学園大学・短期大学学長 廣島 和夫

N(3.12)、府医

第193回研修会 (H20.5.17) ウェスティンホテル大阪 16:00より (エーザイ)

出席287名

司会：中川 浩彰 理事

受付担当：今井 秀 理事・石橋 伊三郎 理事・岩本 斗伸 理事

①「新しいDMARDについて」

座長：阪本 邦雄 副会長

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風センター教授 原 まさ子

N(1.6)、R

②「人工多能性幹細胞の可能性と課題」

座長：長田 明 参与

京都大学再生医科学研究所 再生統御学研究部門 再生誘導研究分野教授 山中 伸弥

N(1.12)

第194回研修会 (H20.6.21) 阪急インターナショナルホテル 16:00より (小野製薬)

出席407名

司会: 永田 行男 理事

受付担当: 斧出 安弘 理事・金田 隆義 理事

- ① 「腰痛の診断・治療のポイントとピットフォール」 座長: 宮内 晃 理事
えにわ病院整形外科部長 佐藤 栄修
N(7,8)、SS、府医
- ② 「投球動作による肘関節の障害 -学童期の障害を中心に-」 座長: 大島 正義 理事
大阪医科大学整形外科助教 渡辺 千聡
N(2,9)、S、日医スポーツ、府医

第195回研修会 (H20.7.12) 全日空ホテル 16:30より (中外製薬)

出席223名

司会: 野々村 淳 理事

受付担当: 古瀬 洋一 理事・坂口 光輝 理事

- ① 「腱・靭帯付着部症 (enthesopathy) の基礎と臨床-日常診療に役立つ知識」 座長: 宮田 重樹 理事
奈良県立医科大学整形外科講師 熊井 司
N(1,12)、Nリハ、府医
- ② 「変わりゆくリウマチ治療-関節機能温存のために今何ができるか-」 座長: 岸本 成人 理事
大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学 (整形外科) 准教授 橋本 淳
N(4,6)、R、リウマチ学会・財団、府医

第196回研修会 (H20.8.30) ウェスティン大阪 16:00より (旭化成)

出席189名

司会: 藤本 啓治 理事

受付担当: 柴田 和弥 理事・白川 貴浩 理事

- ① 「整形外科における医療安全-大阪府の現状をふまえて」 座長: 山本 哲 副会長
近畿大学医学部整形外科・リハビリテーション科教授 福田 寛二
N(14)、府医
- ② 「スポーツにおける整形外科医の役割」 座長: 山口 康二 理事
兵庫医科大学整形外科学臨床教授 田中 寿一
N(2,11)、RE(運動器リハ)、日医スポーツ、府医

第197回研修会 (H20.9.20) 全日空ホテル 16:00より (第一・三共株式会社)

出席249名

司会: 三浦 光也 理事

受付担当: 田上 実男 理事・中川 浩彰 理事

- ① 「交通・労災事故受傷後に発生した手足のしびれの臨床」 座長: 藤本 啓治 理事
関西医大整形外科准教授 斉藤 貴徳
N(7,8)
- ② 「骨軟部腫瘍の画像診断」 座長: 西川 正治 理事
岡山大学病院整形外科教授 尾崎 敏文
N(5)

第198回研修会 (H20.10.18) ウェスティン大阪 16:00より (帝人)

出席210名

司会: 藤田 秀隆 理事

受付担当: 永田 行男 理事・野々村 淳 理事

- ①「整形外科領域の歩行障害に対するリハビリテーション-特に装具の活用について」 座長: 増田 博 理事
大阪市大リハビリ科講師 隅谷 政
N(13)RE(運動器リハ)、リハ医学、府医
- ②「新世紀の骨折治療学 ~技術革新と温故知新~」 座長: 北野 継式 理事
星ヶ丘厚生年金病院整形外科部長 中瀬 尚長
N(2, 11)、府医

第199回研修会 (H20.11.15) ザ・リッツ・カールトン大阪 16:00より (久光)

出席311名

司会: 増田 博 理事

受付担当: 福井 宏有 理事・藤本 啓治 理事

- ①「小児骨折の診断と治療戦略」 座長: 金田 隆義 理事
済生会和歌山病院副院長 松崎 交作
N(2, 3)
- ②「肩腱板断裂の最新治療の動向-高齢者のスポーツ活動をサポートするために-」 座長: 藤田 秀隆 理事
済生会吹田病院副院長 黒川 正夫
N(9, 13)

第200回研修会 (H20.12.13) 大阪国際会議場 16:00より (萬有)

出席148名

司会: 宮田 重樹 理事

受付担当: 藤田 秀隆 理事・三浦 光也 理事

- ①「内軟骨性骨形成と骨形成因子 (BMP) シグナル」 座長: 前中 孝文 副会長
大阪大学大学院医学系研究科骨・軟骨形成制御学准教授 妻木 範行
N(1, 4)、府医
- ②「骨粗鬆症治療薬の選択と安全な使い方」 座長: 岩本 斗伸 理事
杏林大学整形外科准教授 市村 正一
N(4, 6)、R、府医

第201回研修会 (H21.1.24) ANAクラウンプラザホテル大阪 (旧全日空ホテル) 16:30より (日本臓器)

出席214名

司会: 宮内 晃 理事

受付担当: 増田 博 理事・森 泰壽 理事

- ①「関節リウマチのLCAP療法」 座長: 野々村 淳 理事
高槻赤十字病院整形外科部長 小田 幸作
N(6, 1)、R、リウマチ財団、リウマチ学会、府医
- ②「骨軟部腫瘍診断のピットフォール」 座長: 右近 良治 理事
大阪大学整形外科教授 吉川 秀樹
N(5)、府医

第202回研修会 (H21.2.21) グランヴィア 16:00より (科研)

出席244名

司会：森下 忍 理事

受付担当：宮内 晃理事・宮田 重樹 理事

- ①「関節リウマチの手術療法－人工膝関節置換術を中心に－」 座長：山本 哲 副会長
 大分大学医学部人工関節学講座准教授 近藤 誠
 N(12,6)、R、府医
- ②「糖尿病性足病変With/Without PAD) の局所治療の実態」 座長：石橋 伊三郎 理事
 神戸大学大学院医学系研究科形成外科学准教授 寺師 浩人
 N(2,6)、府医

第203回研修会 (H21.3.14) 帝国ホテル 16:00より (大塚)

出席 名

司会：森 泰壽 理事

受付担当：石橋 伊三郎 理事・矢倉 久義 理事

- ①「腰部脊柱管狭窄症とPADの合併症例に対する治療戦略」 座長：白川 貴浩 理事
 名古屋大学大学院医学系研究科整形外科学准教授 松山 幸弘先生
- ②「米国における人工関節術語りハビリテーション」 座長：森本 清一 副会長
 関西医科大学附属枚方病院リハビリテーション科教授 吉田 清和

<OAOA 研修会各種学会認定状況>

回	年	月日	日整会					リウマチ		日医スポーツ	リハ	府医
			N	R	S	SS	RE	学会	財団			
192	20	4月15日	1									1
193	20	5月17日	2	1								1
194	20	6月21日	2		1	1			1			1
195	20	7月12日	2				1					1
196	20	8月30日	2	1				1	1			1
197	20	9月20日	2				1			1		1
198	20	10月18日	2				1				1	1
199	20	11月15日	2		1					1		1
200	20	12月13日	2	1								1
201	21	1月24日	2	1				1	1			1
202	21	2月21日	2			1						1
203	21	3月14日	2				1				1	1
計			23	4	2	2	4	2	2	3	2	12

〈平成20年度必須分野申請状況〉

回	月日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	必須分野(詳細)
192	4月5日	1		1									1			1 整形外科基礎科学
193	5月17日	1	1				1									2 外傷性疾患(スポーツ障害含む)
		2	1										1			3 小児整形(先天異常、骨系統疾患含む外傷除)
194	6月21日	1						1	1							4 代謝性骨疾患(骨粗鬆症含む)
		2	1							1						5 骨軟部腫瘍
195	7月12日	1	1										1			6 リウマチ性疾患、感染症
		2			1		1									7 脊椎・脊髄疾患
196	8月30日	1													1	8 神経筋疾患(末梢神経麻痺含む)
		2	1									1				9 肩甲帯・肩・肘疾患
197	9月20日	1						1	1							10 手関節・手疾患(外傷含む)
		2				1										11 骨盤・股関節疾患
198	10月18日	1												1		12 膝・足関節・足疾患
		2	1									1				13 リハビリ(理学療法、義肢装具含む)
199	11月15日	1		1							1					14 医療倫理・医療安全・医療制度等
		2								1				1		
200	12月13日	1	1		1											
		2			1		1									
201	1月24日	1	1				1									
		2				1										
202	2月21日	1					1						1			
		2	1				1									
203	3月14日	1						1	1							
		2										1		1		
合計			5	4	2	3	2	6	3	3	2	1	3	4	3	1

大阪臨床整形外科医会研修会第200回記念情報交換会

富田林市 宮田重樹

昭和53年に第1回研修会が行われてから、なんと200回目になる研修会が平成20年12月13日大阪国際会議場で執り行われました。

講演1は、大阪大学大学院医学系研究科骨・軟骨形成制御学 准教授妻木範之先生による『内軟骨性骨形成学と骨形成因子（BNP）シグナル』、講演2は、杏林大学准教授市村正一先生による『骨粗鬆症治療薬の選択と安全な使い方』で、多くの先生方が拝聴し、とても有意義な研修会でした。

その後、200回を記念し趣向を凝らした情報交換会が行われました。

情報交換会開催のご挨拶と乾杯の音頭をOCOA副会長 栗本先生がされました。

その後、リーガロイヤルホテルの200回記念バージョンのとてもおいしい料理を頂きました。

おいしい料理のおかげで参加された先生方の会話は、とても弾んでいました。

20：00より特別の趣向第1部として、ボーカルのAYUを中心とした5人のアマチュアバンドSPARKLINGの生演奏が始まりました。

1曲目は、懐かしい「真っ赤な太陽」で、素敵な歌声に魅了されました。続いて「異邦人」、「愛はかげろうのように」、「Yesterday once more」、「川の流れるように」と会場の先生方にとって懐かしいメロディが続きました。最後に、12月らしい「Last Christmas」、「Winter Wonderland」で締めくくられました。

音楽が始まった頃は、会話に夢中だった先生方も、舞台前に集まって来られていました。

演奏終了後、盛大な拍手がSPARKLINGの皆さんに送られました。

続いてイリュージョニストGAKUさんのマジックが始まりました。



舞台中央に中身が空っぽのテントが登場。サイド、後ろから見せてもらっても空っぽ。

しかし、その中から飛び出てきたのはなんと、我らが会長黒田晃司先生でした。これには、会場の先生方もびっくりし、大うけでした。その後、美女の入った箱の串刺し、美女の胴体分離と、生のマジックに会場の先生方は釘付けになりました。

その後、会場の先生が一人舞台上がられ、腕をギロチンに入れられました。会場からは、「腕を切られたらつないだるぞ」と整形外科医の集まりならではの掛け声がありました。が、無事腕は切られずに大根だけが切れていました。舞台上がられた先生でもタネがわからず、びっくりされていました。

最後に、手錠をかけられ拘束されて箱の中に閉じ込められたGAKUが箱の上に立ったアシスタントと一瞬のうちに入れ代わるという早業で、会場から割れんばかりの拍手が巻き起こりました。

その後、中締めとなりましたが、興奮覚めやらぬ雰囲気、皆さん会場を後にされました。

「小児の足の痛み ～ いろいろ」

国立病院機構 大阪医療センター 名誉院長

学校法人 四條畷学園大学・短期大学 学長 廣島和夫

(はじめに)

元来、小児、とくに低年齢児においては保護者からの手厚い庇護のもとで生活しているため、限られた有痛性病態しか生じないと考える。しかしながら、外因性・内因性を問わず、病因や病態が不明瞭な有痛性疾患や、また、得てして見過ごしがちな病態もある。ここでは、疼痛を外因・内因別に概説し、また、器質的変化の見られない下肢の痛みについても述べる。



§1 外因性疼痛

(1) 骨折

1) 乳幼児の骨折・原因不明の骨折

18歳以下の骨折について、当時 大阪労災病院整形外科に在籍中の濱田茂幸先生(現在、枚方市で開業)に調べて貰ったことがあります。1978年からの10年間に大阪労災病院を受診した18歳以下の骨折患者997名中の88名(8.8%)が3歳以下の骨折患者でした。3 - 5歳児の骨折数(188名(18.9%))の半分以下です。とくに低年齢児は家族の庇護の下にいますので、少ないのは当然かと思われます。

国立大阪病院時代の3歳以下の骨折自験例(初診から終診まで追跡した例)は僅か18人です。その骨折機転は、分娩時骨折5人、転倒・落下7人、目撃者なし・原因不明6人であり、1/3が原因不明であったことに驚かされました。とりわけ、原因不明の腓骨骨幹部単独横骨折(図1)が3人いたことは特記すべきです。福岡市で以前に小児虐待のシンポジウムに参加した際にも、原因不明の腓骨骨幹部単独骨折に付いて議論がありましたが、この骨折の原因に関しては不透明です。それだけに、低年齢児の骨折に遭遇した際には、慎重な対応が必要です。

2) 小児虐待に見られる骨折

小児虐待における骨折 24例28骨折の経験から、小児虐待を疑わせる重要事項として①曖昧な、また、理屈に合わない受傷機転(に関する保護者

からの申告)、②受傷から受診までのタイムラグ(数日以上が多い)、③X線像上の特徴 a.長管骨骨幹部の横骨折(図2)、b.関節を挟む両骨の骨幹部骨折(図3)、c.陳旧性骨折像の併存、d.起こり難い部位の骨折(図4)、などが挙げられます。また、外傷に限らず種々の小児科疾患で入退院を反復している場合も慎重な対応が必要です。

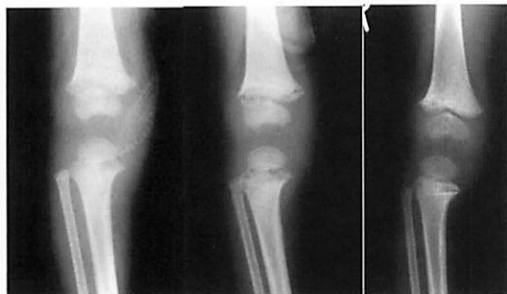
小児虐待を疑われれば、躊躇することなく児童相談所(児童相談センター・子ども家庭センターなども同じです)に連絡する義務があります。また、疑いのある患児を保護者から隔離する意味で入院させるなどの対処も必要です。



(図1)
2歳の幼児に見られた原因不明の腓骨骨幹部骨折



(図2)
2歳児に生じた大腿骨骨幹部の横骨折



29/Mar/1985 17/Apr/1985 21/May/1985
 近医初診時 阪大整外受診時 疼痛消失時
 受傷後経過時間は不明

(図3) 4歳児に見られた大腿骨遠位および
 脛骨近位骨幹端骨折



(図4) 3歳児に見られた第3中手骨基部骨折(陳旧性)

3) 変形治癒・関節変形

小児期の交通事故などによる骨折においては、受傷時に成長軟骨帯損傷が診断できず、のちに変形が生じてくる場合も少なくありません。脛骨遠位成長軟骨帯損傷に起因する足関節内反変形(図5)も、変形が強くなれば歩行時や運動時の疼痛を訴えて受診されます。4人の該当例では、全例20°以上の内反変形を有していました(全例10歳以上)。脛骨遠位骨幹端部の矯正骨切り術により、症状は消失します。

4) Lisfranc関節脱臼骨折

交通事故・工場災害などによる下肢複合損傷に合併する場合には、本脱臼骨折は見落とされることは少ないと思われます。しかし、Lisfranc脱臼骨折が単独で生じた場合、当初、捻挫として扱われることもあります。自験例の小児2人は、スポーツ外傷(陸上競技:ハードルを跳び越える際の失敗による受傷)であり、いずれも受傷時に診断可能でした。しかし、成人5人中の2人は捻挫として処置され、本脱臼骨折の診断は、受傷3ヶ月後・

2年後という状況でした。爪先立ちが出来ない(前足部荷重が困難)・立位単純撮影正面像におけるM1-M2角の減少・CT像によるM1-M2間隔の開大と骨片(図6)、などにより診断は確定されます。治療は、内側-外側楔状骨間のスクリュー固定によって、第2中足骨基部が固定されている臍を狭くすることで安定化が得られます。



2歳時に交通事故で受傷

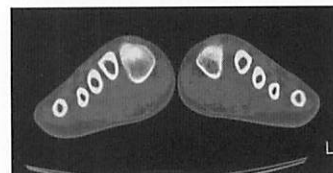
10歳時に変形と長時間歩行時の足関節疼痛を主訴として受診



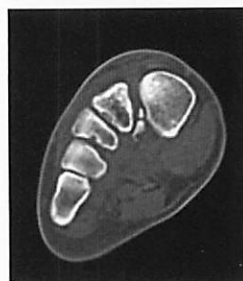
12歳時に矯正骨切り術を施行

14歳時、可動域制限なく長時間歩行時の疼痛もない

(図5) 脛骨骨折後の足関節内反変形



13歳、F.
 ハードル競技の練習中に転倒受傷。
 左第1-2中足骨間の開大。



17歳、F.
 ハードル競技の練習中に転倒受傷。
 右第1-2中足骨基部間の離開と骨折片。

(図6) Lisfranc脱臼骨折によるM1-M2間隔の開大・骨折片の存在

(2) 軟部組織損傷

1) 筋・腱 損傷、腱炎など

小児の上肢における筋腱損傷(包丁やナイフの刃を手で掴む・ガラス片を握るなど)は乳幼児に比較的多く見られますが、下腿・足においては比較的年長児(学童期後半以降)の転倒によるガラスやナイフによる筋腱損傷(前・後脛骨筋腱や長・短腓骨筋腱)が多く、低年齢児には見られないの

が特徴と云えます。スポーツ中のアキレス腱断裂などは高校生以降に散見されました。

いわゆるOveruseによる炎症：3名のアキレス腱周囲炎(いずれもサッカークラブ員)は10歳児から見られましたが、足底腱膜附着部炎などは15歳以上でしか見られていません。

2) 前距腓靭帯 損傷/腓骨果部病変

前距腓靭帯損傷は、意外にも6歳児2人(転倒 捻挫)・8歳児2人(飛び降りの失敗)など比較的若年齢児にも生じていますので、認識を新たにする必要を感じました。図7は、頻回の捻挫が腓骨外果骨化骨端部の離断性変化を来し、ギブス固定後に骨癒合が得られた例です。ATF-L附着部の未骨化骨端にも同様の変化が低年齢児でも生じる可能性があることを示唆していると考えています。

古くから、Os subfibulare・腓骨外果2次骨核・外果先端骨折後の骨片などとATF-L損傷との関連性を含めた議論がありますが、上記に関しての記載はありません。未だ素性の判らない病態といえます。

(3) 遊離体: 腱鞘内・距骨下関節内

極めて稀な例と思いますが、後脛骨筋腱腱鞘内の遊離体(top classの体操競技選手)および距骨下関節内遊離体(全身性joint-hyperlaxity患児)に見られました。いずれの例も容易に診断可能でした。

6歳女児。転倒による捻挫後、頻回に捻挫を反復するようになり、ストラップ式ATF-L用装具で経過を観察する。この期間中に腓骨外果骨化骨端部先端に離断性骨軟骨炎様の陰影が出現したため、ギブス固定に変更し経過を観察した。ギブス固定3ヶ月後、臨床症状の改善(不安定性の消失)・X線像上の改善(骨片の癒合像)が得られた。



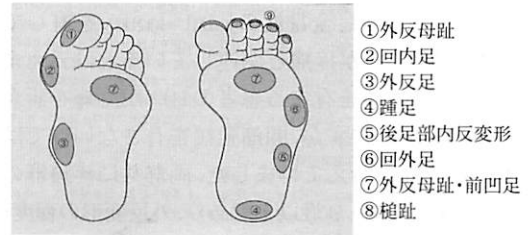
(図7) 反復して捻挫する6歳女児の腓骨外果の異常陰影像の推移

§ 2 内因性疼痛

(1) 足部変形と足部痛

1) 足部変形と疼痛性胼胝形成(図8)

足部変形に起因する足部の荷重異常が足底胼胝形成を生み出すことから、胼胝の形成部位により大凡の足部変形の存在が推測可能です。軽度の疼痛は足底挿板によって対応します。症状の軽減が得られなければ手術治療が必要です。



(図8) 有痛性胼胝の部位と足部変形

2) 有痛性外反母趾

小児期に外反母趾に関する愁訴で受診する患者のうち、何らかの疼痛を主訴とするものが50%に見られます。残りは、形態異常が主訴です。両群間に、受診年齢・外反母趾角には差を認めません。疼痛群に外脛骨を合併する率が高いことが唯一の特徴です(表1)。詳細な検討はしていませんが、疼痛群の方が内側縦アーチや横アーチの低下が強い可能性があります。

外反母趾には、比較的多くの種子骨異常が報告されていますが、自験例でも両群ともに平均20%に種子骨異常を見ました。疼痛とは関係していないと考えます。

(表1) 疼痛の有無による外反母趾の病態の相違

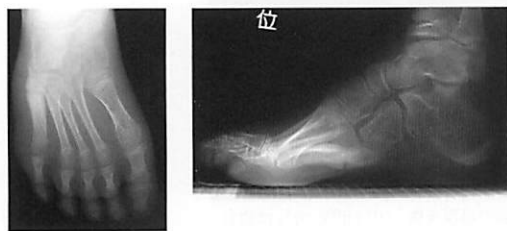
	疼痛を主訴として受診	変形を主訴として受診
症 例 数	12 人	13 人
初診時年齢	12歳6ヶ月	10歳6ヶ月
外反母趾角	26°(10-35°)	29°(15-55°)
外 脛 骨	4/12	0/13
種子骨異常	欠損:1,2分種子骨:2	2分種子骨:2
そ の 他	IP-J 外反変形:1 中足骨変形:2	IP-J 外反変形:1

3) 外反足と痛み

小児期前半に外反扁平足を主訴として受診する患児の80%は、全身性のjoint laxityを有していますが、これが疼痛と関連しているとは云えません。関節弛緩を有する患者の10%が疼痛を訴えて受診していますが、関節弛緩を有さない群では40%が疼痛を訴えていました。両群共に疼痛群の受診年齢は 8 - 9歳以上であり、外反変形の程度・運動量が疼痛に関与していると思われます。疼痛の原因は、内側下方に落ち込んだ距骨頭下の有痛性胼胝形成・距骨下関節周辺の軟部組織の圧痛・開帳足による中足骨頭下の有痛性胼胝などです。中等度までの疼痛に対しては足底挿板で対応可能ですが、日常生活にも支障のある高度例には手術が必要となります。

4) まひ性内反(尖)足と中足骨骨折

林宏・七川敬一先生らは、先天性内反足の矯正不良例に見られる中足骨疲労骨折について報告(JBJS, 197X)されましたが、種々の神経筋疾患に起因する内反足・内反尖足においても同様の疲労骨折(図9)が観察されます。第5中足骨に生じるか、第3・4中足骨に生じるかは、遺残変形のあり方によります。第3・4中足骨骨折は内転中足変形の高度なものに、第5中足骨骨折は内転変形が少なく中足部回外変形の著明な足に生じています。骨折により歪みが軽減すると骨癒合し疼痛も消失します。



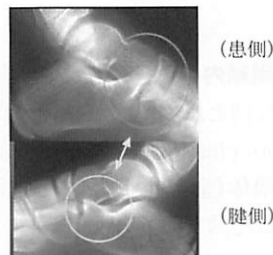
(図9) 色素性乾皮症に生じたまひ性内反凹足に見られる中足骨疲労骨折

(2) 炎症性疾患と足部痛(JRA)

下肢に関節症状を持つ11人のJRA患者中、単関節痛5人(膝関節:4人、足関節:1人)、多関節痛6人(膝・足関節、距骨下関節、中足根部、腓骨外果周辺、腓骨筋腱鞘部など)であり、足部の炎症症状が少なくないことがわかります。

(3) 先天性足根骨癒合症

7人中の5人が距・踵骨癒合症であり、全例とも9歳以上になって症状が出現しています。距・踵骨癒合症の2名はスノーボーダーで、左右のボードコントロールが同じように出来ない、との訴えと疼痛での受診です。癒合部の骨切除により症状は消失します。1人は、Too Long Articular process of the Os calcis(T-LAP of Os calcis)(図10)でした。足根洞から同部に達し局麻剤を投与することにより、疼痛は消失し、回内外操作で「ゴリゴリ」と引っ掛かる感触が得られ診断が出来、この突起を切除することにより症状は消失します。



(図10) T-LAP of Os calcisによる回外時痛

(4) 有痛性外脛骨

1年以上経過を追跡できたのは僅か6例ですが、その半数は外反母趾合併例でした。外脛骨の骨化は8歳以降であり、この年齢以降でしか診断できない疾患といえます。高度疼痛例では、経皮的にドリリングか、screw固定で疼痛は鎮静化します。

(5) 骨端症

最年少初診年齢は、第1ケーラー病:6歳、第2ケーラー病:8歳、シーヴァー病:11歳でした。いずれも装具療法で対応可能な疾患です。

(6) 腫瘍性/腫瘍類似病変・骨系統疾患(表2)

表2に示す通り、計10人に見られました。第2楔状骨の類骨腫例では、歩行時の疼痛回避肢位

に起因する特殊な凹足変形(図11)が見られました。まひ性では外反凹足または内反凹足が見られますが、内・外側アーチともに高い凹足はありません。踵足歩行に始まる足趾伸筋腱の巻き上げ効果(Windlass effect)が、この凹足変形の成立に関与していると推測されます。類異骨腫の除去により疼痛が消失し、変形も自然に軽快しました。足部痛によりX線撮影されて骨系統疾患が発見されたものが5例もあったのは予想外でした。4例は原疾患に関連した疼痛でしたが、大理石骨病の1例は、捻挫に対するX線検査で偶然に診断されたものです。

(表2) 足部に見られた腫瘍・腫瘍類似病変・骨系統疾患

病態群	診断名	症例数	部位	年齢
腫瘍類似病変	孤立性骨嚢腫	2例	踵骨	12歳・12歳
	内軟骨腫	1例	中足骨	14歳
骨腫瘍	類骨骨腫	1例	楔状骨	15歳
	脂肪血管腫	1例	踵部	13歳
骨系統疾患	進行性骨化性繊維異形成症	1例	第1足趾	2歳
	大理石骨病	1例	第1中足骨	5歳
	片肢性骨端異形成症	2例	距骨	5歳・7歳
	流膿骨症	1例	中足骨	7歳



(図11) 楔状骨に生じた類骨骨腫に起因する内・外側アーチの挙上した凹足変形

(7) RSD

Teenagerで挫傷後に出現した足関節周辺のRSDを2例経験しました。比較的軽微な挫傷にも拘わらず症状が頑固に続くのが2例に共通していたのが印象的です。いずれも定期的に受診させ、いろいろと話をすることで心因的な要素に対する助言などをしていくと症状は軽減しました。

§3 器質的変化の見られない下肢痛

(1) 脊柱管内病変

脊椎病変による下肢痛(椎間板ヘルニアなど)や脊髄腫瘍による下肢痛などが比較的低位年齢児に生じることもあるので、一応は念頭に入れておかねばなりません。5歳男児の脊髄円錐部に発生

した上衣細胞腫による膝周辺痛に対して診断に難渋した経験があります。

(2) 成長痛

本態は心因性疼痛です。下肢、特に膝周辺に突然に生じる疼痛で、ときに遊走性・多発性であり、夕方または寝入りっぱなに生じることが多いのが特徴です。急に大声で泣き出したり、またはシクシクと泣いている場合もありますが、母親が患部をさすったり温湿布をしたりすると自然に疼痛は消失します。患部の理学的所見は皆無で、また翌日に疼痛を持ち越すことはなく、運動障害を残さないことも大きな特徴です。

一人っ子・お婆ちゃんっ子・神経質な子・非常に聞き分けのよい子など、また、家族に頭痛持ち・腹痛持ち・不定愁訴持ち などがいる場合が多いと云われています。最近では、幼稚園のときから塾通いで1週間の予定が埋まってしまい自由時間が全く無い子どもの成長痛が多いように思われます。

(3) 年長児(者)に見られる慢性疼痛

Teenager以降に見られる下肢の慢性疼痛も昔から数多く報告されています。心因性疼痛は運動器に出現するものが半数を占める(岩波 1971)とも云われ、また、15歳以下の女性の膝周辺痛62例中の37%にしか、器質的病変を確認できなかった(小林晶 1987)、6週間以上持続する疼痛を訴える子ども73人中51%しか器質的病変が見られず、かつ、理解できる訴えの77%に器質的病変が確認できたが、理解しがたい訴えの79%は器質的病変を発見できなかった(Song, K.M, etc 1998)など、成長痛とは異なり長期にわたって持続する下肢痛で、器質的病変を伴わない例も非常に多いことが判ります。

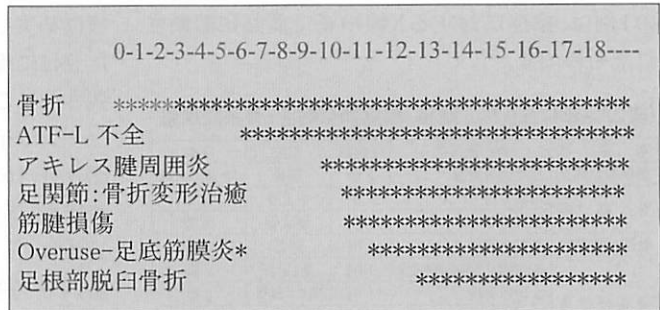
このような疼痛を訴える年長児に共通の特徴は、自分が痛み苦しんでいるのに周囲は理解してくれない・痛いと言いつながら何でも出来ると云われるが、自分で精一杯頑張ってやっと出来ているのである、との患者の主張です。Incongruent affectと云われるこれらの訴え方は心因性疾患の特徴(Sherry, 1991)であり、心身症では見られないようです。

これらの患者の多くは臨床心理士や精神科医の診断を仰ぐこととなりますが、整形外科医として念頭に置いておかねばならないことは、これらの心因性疼痛は、あくまでも除外診断によって最終的に到達するものである、との認識です。心因性疼痛と当初診断されていた症例で、その後「類骨骨腫」と診断された例・「膝関節内 滑膜肉腫」と診断された例があります。必ず、一定期間ごとに再診させ、器質的病変が存在しないことを確認する必要があります。

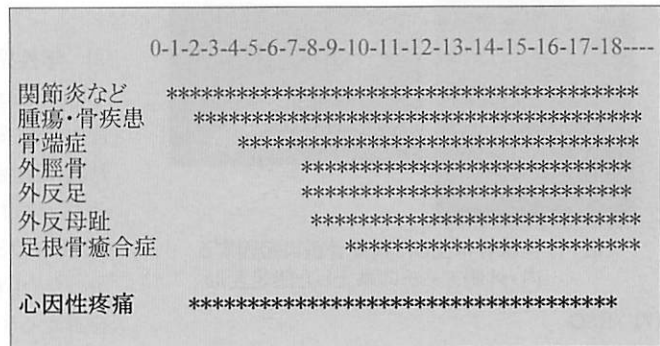
§4 まとめ:

疾患・病態別に見た症状発現年齢

これまでに述べてきました小児の下肢の疼痛について、病態別に発症年齢を図示しますと(図12,13)、ある程度、各年齢による病態スペクトルが異なることが判ります。広い視野から小児疼痛疾患を診る際には、このような年齢別疾患スペクトルも少しは役立つものと思っております。



(図12) 小児の下肢の痛み:好発年齢と疾患スペクトル (1) 外因性



(図13) 小児の下肢の痛み:好発年齢と疾患スペクトル (2) 内因性

腰痛の診断・ポイントとピットフォール

えいわ病院 整形外科部長 佐藤 栄修

はじめに

腰痛は国民生活基礎調査によると、常に第一位の身体的愁訴になっており、臨床の現場で日常的に遭遇する。その原因が明らかに存在していて病態を特定できるものでは、その見逃しや、処置の手遅れは昨今の医療をとりまく医療情勢ではのちに何かと問題を残しうる。一方、非特異的な腰痛では、診断や治療の体系が不整備であり、長期化や医療経済コストの問題もある。本講演では腰痛を来たす疾患についての診断と治療上のいくつかのピットフォールを述べた。



診断の手順

問診から現病歴、既往、家族歴を把握し理学所見を得て、画像と照合して診断にいたるプロセスが重要なことはいまでもない。腰痛の原因が他科的疾患であることも少なくなく、腎尿路系では尿管結石による急性腰痛、婦人科では子宮内膜症による周期的な腰下肢痛もある。ほか悪性腫瘍による安静でも軽快しない腰背痛に遭遇するし、しばしばショック状態となる大動脈瘤破裂なども腰痛を愁訴として整形外科を受診することが多い。

欧州の腰痛診断におけるガイドラインでは表1のように「赤旗」を挙げ、プライマイケア上の見逃し防止の推奨としている¹⁾。

表1. 腰痛の診断における『赤旗red flags』

1. 発症年齢 20歳未満か55歳以上
2. 外傷の既往
3. 安静で軽快しない進行性の痛み
4. 胸椎の痛み
5. 悪性腫瘍の既往歴
6. 長期間のステロイド
7. 薬物依存、免疫抑制剤、HIV
8. 全身状態がすぐれない
9. 体重減少
10. 馬尾症候群など広範な神経学的徴候
11. 発熱

以下に代表的な見逃しやすい疾患の概要を記す。

- (1)骨粗鬆症性骨折:大きな外力に拠らずとも高齢者では容易に圧迫骨折を来しうる。初診時の単純X線で明瞭でない場合が少なくない。運動痛に加え叩打痛の存在が疑わせる所見である。MRIは確定診断に有用であるが医療コストの問題がある。臨床的に疑わしい場合は『骨折している可能性』を述べ、再来にて再度X線を撮影することで確認する。通常外固定と安静、段階的な運動療法で骨癒合を待機するが、ときに骨癒合が得られず「骨粗鬆症性椎体圧潰」となり、持続する腰背痛や神経障害を来たした場合は除圧とインストゥルメンテーション併用の再建術が必要となる²⁾。
- (2)感染性脊椎炎:高齢化とともに免疫能の低下から化膿性脊椎炎や結核性脊椎炎に罹患する患者は増加している現実がある。後者では若年期の結核性肋膜炎の既往や同居する家族歴の聴取は必須である。いずれの場合も治療の基本は薬物による保存療法であるが、骨破壊による変形、遷延する治癒過程、進行性の神経障害を来たす場合などは、病巣搔破と骨移植による再建術が必要となる。最近は早期離床を目的に前方や後方からの脊椎インストゥルメンテーション手術が行われる³⁾。
- (3)その他:比較的若年での骨粗鬆症では多発性骨髄腫との鑑別が必須である。蛋白尿が陽性と出

ない症例も存在しており、注意を要する。悪性腫瘍の転移も見逃してならない病態である。原発部の異常の既往がなく、脊椎病変が初発であることも少なくない。

理学所見のポイント

患者は「腰が痛い」と漠然と述べることが多い。患者自身の指で示してもらうことで局在部位があきらかになり、問診による痛みの活動因子の把握とあわせて病態がある程度推測できる。単徑部痛を併せ持つ時はL5/S椎間板の急性変性の関連痛であることが多い。

下肢症状がある場合は神経症候学に基づいて診断されるが、足背に及ばないL5神経根症状もある。足底の外縁はS1支配で、足底前方はL5支配である。S1障害によるにもかかわらず、下肢伸展位ではL5支配の母趾背屈力が低下するので注意が必要である。補償がからむケースや多訴者ではしばしばSLRテストに強く反応するが、その際Flipテストは詐病の判断に有用である⁴⁾。膝の内側痛を強く訴える例はL3神経根障害であることが多く、膝関節のOAによる痛みとしばしば見誤られる。膝蓋腱反射の低下やFNSTでの確認が必要である。

腰下肢症状が脊椎由来であることも珍しくない。下肢深部腱反射が亢進している場合は、クロウズスや表在性反射の確認とともに上肢深部腱反射とHoffman反射を検査し、Finger escaping sign, slow grasp and releaseを調べる。また足底の痛みとしびれを訴えるケースには足根管症候群が結構居る。これら下肢の絞扼性神経障害は少なくないことを常に念頭におく必要がある⁴⁾。

急性非特異的腰痛について

プライマリケア上の腰痛対策は先の欧州のガイドラインでは診断については表2、治療については表3を呈示している。わが国の実情には必ずしも合致しないが参考とはなる。

演者らは、発症後1ヶ月以内に受診した1033名(男613、女420)の急性腰痛患者の動向をかつて調査した⁵⁾。5歳から93歳で、若年者では椎間板内障や分離症、ときに脊椎腫瘍があった。高齢では骨粗鬆症による圧迫骨折が多かった。

NSAIDsや筋弛緩剤による治療が基本であるが、仙骨經由硬膜外ブロックや、神経根ブロック、椎間関節ブロックも適宜行い早期の疼痛管理に有効であった。くわえて病態に応じたADLの過ごし方や運動方法を教示している⁶⁾。最終的に手術に至ったのは29例(2.8%)に過ぎなかった。そのなかでの2大疾患、腰椎椎間板ヘルニアと腰部脊柱管狭窄症について述べる。

表2. 急性非特異的腰痛に対する診断の要旨(文献1より引用)

- 症例の病歴をとり簡単な検査を実施すべきである
- 病歴により重篤な骨髄疾患あるいは神経根症状が疑われた場合、適切な神経学的スクリーニング検査を含むより詳細な理学的検査をすべきである
- マネジメントを決める基礎とするために最初の評価で診断的トリージ(優先順位の選別)を実施する
- 改善がみられない場合、心理社会的要因に注意を払い、それらに関する詳細を調査する
- 画像検査(X線像、CT、MRIなど)は非特異的腰痛の場合、ルーチンな適応ではない
- 初回診察から数週間以内に改善がみられない、または徐々に悪化する患者は再評価する

表3. 急性非特異的腰痛に対する治療の要旨(文献1より引用)

- 患者に適切な情報を提供し、安心させる
- 治療としてベッド上の安静を処方しない
- 患者に活動的であるように、できれば仕事も含む通常の日常生活を続けるよう助言
- 疼痛を緩和するために必要に応じて定期的に服用する薬を処方する
第一選択はparacetamol^{※1}、第二選択はNSAIDs^{※2}
- paracetamolやNSAIDsが疼痛緩和に効果がない場合、筋弛緩薬を短期間併用
- 患者が通常の活動に復帰できない場合は、理学療法も
- 労働者で亜急性腰痛や4～8週間以上病的な状態が残っている場合、職場の状況を考慮した多種専門職による治療プログラムも選択肢

※1 paracetamol: 解熱・鎮痛薬

※2 NSAIDs: 非ステロイド系抗炎症薬(アスピリン、イブプロフェン、ピロキシカムなど)

腰椎椎間板ヘルニア

最近、診療ガイドラインがわが国でも作成された⁷⁾。これから引用する。

米国の統計では有病率は人口の1%であり、年間10万人に46.3名手術が行われている。男女比は2～3対1と男性に多く、好発する年齢は20～40歳代で部位はL4/5、Sが多い。発生に影響する因子として、ブルーカラー、車の運転、喫煙のほか遺伝の影響もとくに若年発症者では指摘されている。スポーツの関与はあきらかでない。

診療ガイドライン策定委員会は診断に際して、表4のような基準を提唱している。

このうち3の項目には異議がある。SLRで70度

以上挙上可能なヘルニア患者は間違いなく存在するし、麻痺が急速に進行した例では当初のSLRテスト陽性が消失してしまうことはしばしば経験する。となると4のMRIでの診断が不可欠となるが、その読影にあたっては無症候性のヘルニアが数多く存在する(30~76%という報告がある)ことも十分知っておかなければならない。

椎間板ヘルニアの治療体系については「保存的」というのが現在の一般的な考えである。しかし馬尾症状が高度で膀胱直腸障害を来たす例や、下垂足を呈した場合は緊急的に神経圧迫を解除する手術が必要となる。それ以外は待機的に治療されるのは、ヘルニア腫瘍が経時的に消退しうることがわかってきたからである。これに関して詳述すると、後縦韌帯を穿破したtransligamentous extrusionとsequestrationのいわゆるnon contained typeでは消退しやすく、subligamentous extrusionとprotrusionのcontained typeでは消退が遅延あるいは消退不能で、軟骨終板の脱出は消退しないとされている⁸⁾。

保存治療には各種あるがEBMの観点から述べると以下ようになる⁷⁾。硬膜外ステロイド注入は早期の疼痛管理には有効、またcontained typeには有効であるがextrusion typeでは逆効果ともいわれている。マニピュレーションは有効かもしれないがエビデンスに乏しく、NSAIDsは有効というエビデンスは実はないとされている。牽引療法もヘルニアには無効といわれている。EBMの観点に立つと現状ではこのようなことになるが、経験に基づいたExperience Based Medicineを信じる事もわれわれ臨床家には大切なことだと思われる。

総括すると、腰椎椎間板ヘルニアで手術に至るのは10%、26%と差がある。保存治療と手術治療の予後では後者のほうが臨床症状は長期に良好、しかし復職率には差が無い、手術術式では通常のLove法と顕微鏡下では差がなく、MEDについてはまだ検討したデータはない。術後予後で良い因子は男性、画像所見が明白、罹病期間が短い、心理状態が正常、労災など補償がからまないことがEBMであげられている。

表4. 腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン策定委員会提唱の診断基準

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.腰・下肢痛を有する(主に片側ないしは片側優位) 2.安静時にも症状を有する 3.SLRテストは70°以下陽性(ただし高齢者では絶対条件ではない) 4.MRIなど画像所見で椎間板の突出がみられ、脊柱管狭窄所見を合併していない 5.症状と画像所見とが一致する |
|---|

腰部脊柱管狭窄症

加齢による腰椎3関節の変性ともなう脊柱管狭窄症は、高齢化社会の現在、診療機会が非常に多い。間欠跛行を特徴的な症状とするが、「歩きにくい」という事実だけで脊柱管狭窄症と診断され漫然と薬物治療がなされていることが少なくない。脊髄症、パーキンソン病など脳病変、ASOなどが鑑別を中心となる。治療方針は保存治療が主体であるが、自然経過の調査では一般に神経根症状が主体では軽快あるいは悪化しない可能性があり、馬尾症状を呈する例は保存治療には限界があるとされている。治療に際しては見極めも大切となってくる。演者は起立するだけで両側殿部から下肢の痛みやしびれが出現する例、すでに排尿障害や会陰部のしびれ、男性における間欠勃起などの高度な馬尾症状を呈する例、高度の下肢麻痺が存在して、歩行負荷で増悪する例は当初から手術を勧めている。また足底に「玉砂利を踏んでいるような」あるいは「餅が付いているような」と表現されるしびれを有する場合は馬尾の不可逆的な変化を疑わせる所見であることから、その症状が固定化するまえに早めの手術治療を勧めている。相対的な手術適応は保存治療に反応しない例である。なかでも社会生活の活動性が著しく制限されたり、趣味やレジャーが満足に愉しめないなどの苦痛が強い場合は手術治療も選択枝として存在していることを提示すべきと考えている。保存治療には種々あるが、歩行姿勢の指導、腰椎後弯の回避、腹筋のみならず背筋の強化、これらを円滑にするための体重の減量指導が欠かせない。加えていささかコンプライアンスが悪いが屈曲位ブレースなど装具治療、神経ブロック、そして

PGE 1 製剤の投与を基本としている。

手術治療の基本は神経圧迫を取り除く神経除圧術である。その際可及的に脊椎要素の安定性を損なわないよう、内側椎間関節切除術や開窓術などと呼称される椎弓形成術が行なわれる。安定性が当初より破綻している例では同時に脊椎固定術が行なわれ、その際大多数で脊椎インストゥルメンテーションが併用されている。それぞれの病態に応じた手術方法が選択されるべきであり、そのことが中長期的に安定した成績をもたらさう。図1に当科における1998年2月～2008年3月の腰部脊柱管狭窄症手術2245例の内訳を参考に示す。

おわりに

腰痛を生涯経験しないヒトはいないと言われるほど、腰痛患者はわれわれ整形外科医にとってもっとも卑近である。しかし、国民生活基礎調査の腰痛症患者の通院割合でみると36.8%が代替医療に通院している現状がある。科学的根拠に基づいた正確な診断技術と画像の判定能力、懇切丁寧な説明と理にかなった治療が求められる。

固定術追加

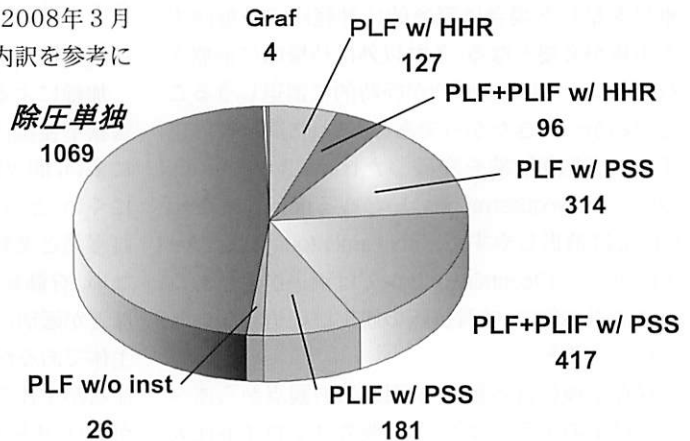


図1. 当科における腰部脊柱管狭窄症手術2245例の内訳

1. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, et al: European guidelines for the management of acute non-specific low back pain in primary care (http://www.backpainurope.org/web/files/WG1_Guidelines/pdf,2004)
2. 佐藤栄修, 百町貴彦: 脊椎圧迫骨折の手術—前方除圧・前方 instrumentation. 骨・関節・靭帯 13 (7): 797-802, 2000
3. 佐藤栄修, 吉本尚, 金田清志ほか: 脊椎感染症に対する instrumentation. 脊椎・脊髄 11 (3): 367-373, 1998
4. 佐藤栄修, 金田清志, 飯田尚裕: 腰椎手術不成功例の病院, 病態と対策. 新図説臨床整形外科講座4. 胸腰椎, 腰椎・仙椎, 骨盤. 260-288. MEDICAL VIEW 東京. 1995.
5. 柳橋寧, 佐藤栄修, 百町貴彦ほか: 急性腰痛を主訴に受診した外来患者の臨床診断と経過. 日脊会誌 14: 221, 2003
6. 石田和宏, 佐藤栄修: 運動療法 I. 理学療法 Mook. 腰痛の理学療法: 39-47, 2008
7. 日本整形外科学会診療ガイドライン作成委員会, 腰椎椎間板ヘルニアガイドライン策定委員会: 腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン, 南江堂, 2005.
8. 佐藤栄修: 成人の腰椎椎間板ヘルニア. 今日の整形外科治療指針. 第5版 667-669. 医学書院, 2004
9. 佐藤栄修, 百町貴彦, 吉本尚ほか: 腰部脊柱管狭窄症の手術治療—適応と限界. 日整会誌 81: 525-534, 2007

上腕骨内側上顆障害

Tangential撮影で内側上顆の末梢で、分離・分節を呈する像がみられる。また、内側上顆の肥大や骨棘様変化を呈する場合もある。身体所見では、内側上顆の直上に圧痛を認め、しばしば肘関節の伸展制限も認められる。内側上顆障害の治療原則は保存的治療であり、伸展制限がない場合は、投球は続行したまま外用剤の処方やアイシング・ストレッチの指導で経過をみる。圧痛や伸展制限が認められる場合は、それらの症状がとれるまでの1～2カ月の投球を禁止し、圧痛と伸展制限がなくなればその後徐々に投球を許可する。

上腕骨小頭障害

上腕骨小頭の離断性骨軟骨炎は、tangential撮影で初期では透亮像、進行期では分離・分節像、末期では骨片の遊離像を呈する。一旦発症すれば、治療期間は長くなり、しばしば観血的治療を選択せざるを得ない場合がある。骨端線が閉鎖していない症例は原則として保存的治療であるが、投球は6ヶ月以上中止が必要な場合がある。骨端線が閉鎖しており、分離・分節像や骨片の遊離像が認められる症例は観血的治療を選択する。病変部位が小さい場合は骨片の摘出や、軟骨の再生を促すためのドリリング術やMicrofracture法⁸⁾を選択し、病変部が広範囲であれば骨軟骨移植術を選択する。

超音波断層法を用いた肘検診

1. 検査方法

超音波機器は、主に7.5MHzから10MHzの高周波プローブを使用する。検査肢位は坐位とし、上腕骨小頭と内側上顆を中心に撮像する。

a) 上腕骨小頭の観察

上腕骨小頭の観察は橈骨頭の位置すなわち肘関節の肢位で制限されるため、前方と後方の二方向走査により全体を観察する。まず、肘関節伸展位にて前方から腕橈関節の長軸像と上腕骨小頭、上腕骨滑車の短軸像を描出する。その後、肘関節完全屈曲位で後方から腕橈関節の長軸像を描出し、上腕骨小頭全体を評価する^{7) 9)}。

b) 内側上顆の観察

肘関節90°屈曲位で内側側副靭帯の前斜走

線維(以下AOL)の長軸像を描出して観察する。AOLはプローブを前腕の長軸に対し約30°傾けると良好に描出される⁷⁾。

2. 超音波画像所見

a) 上腕骨小頭

正常像: 上腕骨小頭は肘筋の下層で内部低エコーの軟骨層と、その下層の高エコーの軟骨下骨として描出される⁹⁾(図3)。

異常像: 上腕骨小頭の軟骨下骨に不整な高エコー像が描出される(図4)。

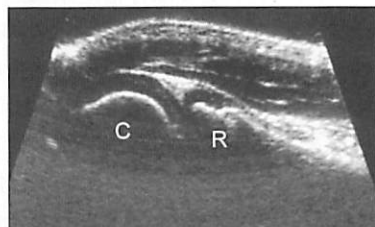


図3. 上腕骨小頭の超音波画像(屈曲位, 正常像)
C: 上腕骨小頭 R: 橈骨頭

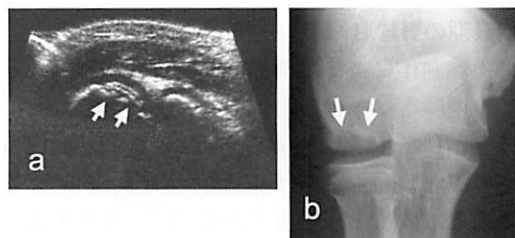


図4. 上腕骨小頭異常例
a: 軟骨下骨に不整な高エコー像
b: Tangential撮影. 離断性骨軟骨炎の透亮期

b) 内側上顆とAOL

正常像: 内側上顆は辺縁が緩やかな凸のカーブとして描出され、AOLは屈筋群の下層で境界エコーが明瞭で内部は中等度からやや高エコーの像として描出される(Type I)。

異常像1: AOLの付着部でやや不鮮明な像を呈する(Type II)。

異常像2: AOLの付着部が凹凸不整で、分離・分節像を呈する(Type III)。

異常像3: AOLの付着部が突出した形態を呈する(Type IV)。

このように筆者は内側上顆の超音波画像を正常像を含め4つのTypeに分類⁷⁾した(図5)。いずれもtangential X線撮影で同様の所見がみられる。

投球動作による肘関節の障害

—学童期の障害を中心に—

大阪医科大学 整形外科 渡辺千聡

はじめに

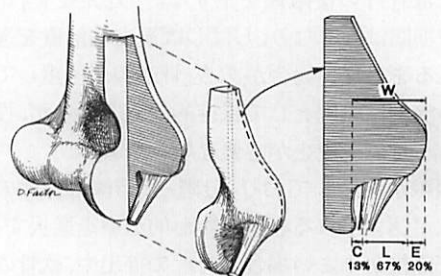
日本で行われている青少年のスポーツの中で野球は最も人気が高い。野球による障害は、反復する投球動作に起因する過負荷により生じることが多く¹⁾、小・中学生では骨格が未成熟であるため、肩・肘関節、特に肘関節での骨軟骨障害が生じやすい²⁾。野球肘の早期発見、早期治療の観点から野球肘検診が以前から注目されており、近年は診断精度を上げるため超音波診断装置を導入した報告が散見される^{3) 4) 5) 6) 7)}。本稿では、成長期の野球肘について概説し、筆者が行った超音波検査を用いた野球肘検診での結果を報告する。



成長期の野球肘障害

投球動作による肘関節の障害は牽引型障害と圧迫型障害に分けられ、前者として内側の障害、後者として外側と後方の障害があげられる。成長期の障害の発生頻度は、内側障害が約85%で、その殆どは内側上顆障害である。また、外側障害は約10%で、上腕骨小頭の離断性骨軟骨炎が殆どである。これらの内側障害と外側障害の両方で90%以上を占める²⁾。

内側上顆での障害部位は、内側側副靭帯の付着部(図1)でおこることが多く、内側上顆末端のやや前方に発症する。また、上腕骨小頭の離断性骨軟骨炎の発症部位は上腕骨軸に対して40~60°前方に位置することが多いためX線撮影で肘関節正面を撮影するには、肘関節を45°屈曲し前腕に対して垂直に照射するTangential撮影がこれらの病変の描出に有用である(図2)。



W: 14.0 ± 2.2 C: 2.0 ± 1.3
L: 9.6 ± 1.9 E: 2.8 ± 1.6

(O'Driscoll) W.: Origin of the medial ulnar collateral ligament. J.Hand Surg. p.165, 1992.より引用)

図1. 解剖:内側上顆と内側側副靭帯(前斜走靭帯)

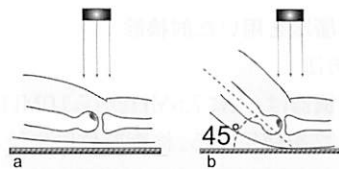


図2. a:通常のX線撮影法 b:Tangential撮影法
c, d:内側上顆障害。dはtangential撮影で通常撮影と比較し、離断骨片が明かである。
e, f:上腕骨小頭離断性骨軟骨炎。fはtangential撮影で病変部の描出が良好である。

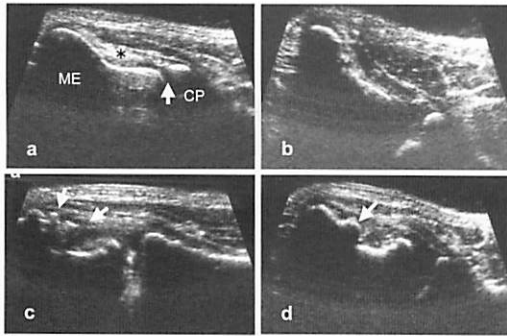


図5. 内側上顆の超音波分類。

a: Type I 正常 ME: 内側上顆 CP: 尺骨鉤状突起
*: 内側側副靭帯前斜走線維 (AOL) 矢印: 関節裂隙
b: Type II AOL 附着部の不整 (矢印)
c: Type III 分離・分節 (矢印) d: Type IV 突出 (矢印)

3. 検診結果

野球チームに所属する10歳から14歳(平均11.3歳)の男子158名の検診結果について述べる。肘関節痛の既往は74名46.8%に認め、ポジション別にみると投手29名中20名(69.0%)、捕手15名中6名(40.0%)、内野手49名中22名(44.9%)、外野手42名中17名(40.5%)、不定23名中9名(39.1%)であった。

上腕骨小頭の骨軟骨の不整は3名1.5%に認めた。内側上顆はType I は72名45.6%、Type II は7名4.4%、Type III は19名12.0%、Type IV は60名38.0%であり、異常所見であるType II、III、IVは86名54.4%に認めた。

ポジション別では内側上顆の異常所見を認めた選手は、投手19名 65.5%、捕手9名 60.0%、内野手30名 61.2%、外野手18名 42.9%、不定10名43.5%であり、投球数の多い投手、捕手、内野手には過半数に異常が認められた。内側上顆のTypeごとの痛みの既往はType I は19名26.4%、Type II は6名85.7%、Type III は16名84.2%、Type IV は33名55.0%であり、統計学的に痛みの既往はType I と比較してType II、III、IVに多く認められた(カイ2乗検定: $p < 0.05$)。

4. 考察

超音波画像での内側上顆の病態を4型に分類すると、Type II とType III は痛みのある者が多く、明らかに骨軟骨障害が進行していた。Type II の不整像は骨軟骨の小範囲の剥離とそれに伴う出血を示唆する急性期であること、Type III は骨軟

骨が広範囲に剥離し、骨軟骨障害が進行しているものと障害が残存したものとが含まれていること、Type IV は離断した骨軟骨が修復したものと推察される。このためType II とType III は注意深い経過観察が必要である⁷⁾。

少年野球検診によるX線での骨の異常を有する選手は、諸家の報告では全体の20%前後²⁾とされているが、超音波診断法を用いた検診では54.4%と従来の肘検診結果よりも高率に異常所見を認めた。その理由として、超音波診断法は軟骨や靭帯の異常がとらえやすいという超音波検査の特性が挙げられるが、今までの野球肘検診は二次検診でのみX線検査が行われているため、実際の野球現場では今までの報告以上に障害が多いことが考えられる。

まとめ

日本では以前より少年野球でのオーバーユースによる骨軟骨障害が問題になっている。日本臨床スポーツ医学会学術委員会は日本各地の少年、大学生、社会人、プロ野球選手を対象に実態調査を行い、その結果に基づいて平成7年に「青少年の野球障害に対する提言」を作成した¹⁰⁾。小学生は1日50球以内、中学生では1日70球以内、など練習量、練習内容、その他の障害予防に対する提言をしているが、実際の野球の現場でこれらの内容が受け入れられているチームは筆者の知る限り少なく、また提言の存在すら知らない指導者も多いようである。我々整形外科医あるいはチームドクターのさらなるスポーツ現場での啓発活動、運動器検診法の確立、スポーツ指導者のスポーツ障害に対す認識を高めるための研究会など教育制度の確立が早急に望まれる。

文 献

1. Adams, J. E. : Bone injuries in very young athletes. Clin Orthop 58 : 129-140, 1968.
2. 岩瀬毅信:スポーツ障害の予防・診断・治療－少年野球肘について－. 小児外科. 28 : 703-710, 1996.
3. 渡辺千聡ほか:少年野球チーム(シニアリーグ)の肘関節超音波検診. 日本整形外科超音波研究会会誌. 12 (1) : 36-39, 2000.
4. Sasaki, J., et al. : Ultrasonographic assessment of the ulnar collateral ligament and medial elbow laxity in college baseball players. J Bone Joint Surg 84-A : 525-531, 2002.
5. Harada, M., et al.: Using sonography for the early detection of elbow injuries among young baseball players. AJR 187 : 1436-1441, 2006.
6. 鈴江直人ほか:成長期のスポーツ肘障害. 関節外科. 25 : 65-73, 2006.
7. 渡辺千聡ほか:学童期野球肘における超音波検査の有用性. MB Orthop. 19 : 35-40, 2006.
8. Bojanić I, et al: Arthroscopy and microfracture technique in the treatment of osteochondritis dissecans of the humeral capitellum: report of three adolescent gymnasts. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 14 (5) : 491-6. 2006.
9. Takahara M, et al: Sonographic assessment of osteochondritis dissecans of the humeral capitellum. AJR 174 : 411-415, 2000.
10. 渡辺好博 : 日本臨床スポーツ医学会「青少年の野球障害に対する提言」. 臨床スポーツ医学 3 : 99, 1995.

腱・靭帯付着部障害(Enthesopathy)の基礎と臨床 — 日常診療に役立つ知識 —

奈良県立医科大学 整形外科学講師 熊井 司

はじめに

腱・靭帯の骨への付着部はenthesisと呼ばれ、スポーツ障害の好発部位の1つとして知られている。スポーツ活動に伴う強大な筋収縮エネルギーが骨組織に伝達され、関節の運動や体勢の支持といったパフォーマンスにつながるためには、腱付着部に過大な力学的ストレスをもたらすことになる。ここでは腱・靭帯付着部の構造と機能について解説し、そこに起こっている病理について紹介するとともに、特にスポーツの現場でよく見かけられる腱・靭帯付着部障害の病態と治療法について述べることにする。



1. 腱・靭帯付着部障害の基礎

1 腱・靭帯付着部(enthesis)の構造と機能

腱・靭帯の骨への付着部はenthesisと呼ばれており、筋収縮により発生したエネルギーが腱(軟組織)を介して、骨(硬組織)へと伝達される部位である。軟組織と硬組織という異なる2つの機械的性質を持つ組織の接点(interface)には、当然のことながら過大なストレスの集中がみられ、多くの病理が発生している。ちょうど電気製品の電気コードとコンセントプラグとの関係に例えるとわかりやすいかもしれない(図1)。コードとプラグのinterfaceである部分(すなわちenthesis)に最も破綻が起りやすいことは、ご承知の通りかと思う。このenthesisは後述するような形態的特徴を備えていることより、解剖学的な1つの構造単位として捉えたほうが理解しやすい。

Enthesisの組織学的構造については古くから研究されており、基本的には線維軟骨組織(fibrocartilage)の有無により2つのタイプに分類されている。つまり肉眼的にもその付着部の境界が明瞭な線維軟骨性付着部(fibrocartilaginous enthesis)と、骨への付着部位が比較的広範囲にわたり境界の不明瞭な線維性付着部(fibrous enthesis)である。前者が主として長管骨の骨端や短骨(手根骨や足根骨など)の付着部位に観察されるのに対し、後者は骨幹部や骨幹部端に見られることが多いのが特徴である。一般にスポーツ障害の好発部位となる腱・靭帯付着部はfibrocartilaginous enthesisであり、その運動モーメントが大きい長管骨の骨端に多くみられている。

Fibrocartilaginous enthesisの組織構造は特徴的な線維軟骨層を含む、以下の4つの階層から成り立っている(図2a)。

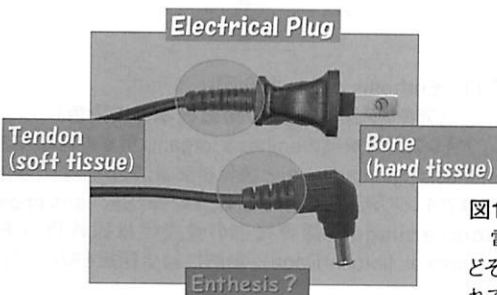


図1 腱・靭帯付着部と電気コード。

電気コードを腱・靭帯、コンセントプラグを骨組織に例えると、ちょうどその継ぎ目の部分が付着部に相当し、弾力性のある材質で補強されているのがわかる。

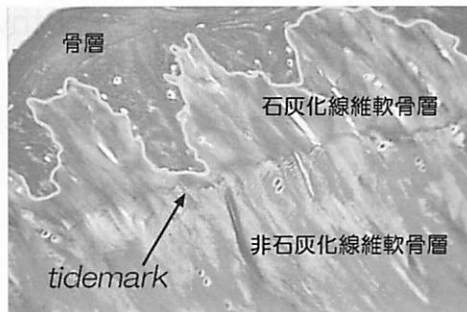
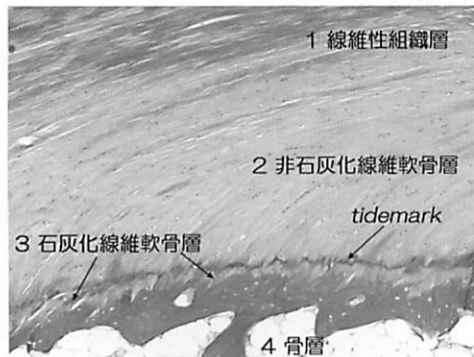


図2 Fibrocartilaginous enthesisの組織構造

図2-a Enthesisの4層構造。2つの線維軟骨層の間には石灰化前線を意味する明瞭なtidemarkが観察される。
(Masson's trichrom染色)

図2-b 石灰化線維軟骨層と骨層とのinterface。このinterfaceが腱・靭帯の膠原線維と骨組織との実質的な境界線と考えられ、ジグソーパズルのような複雑な構造になっているのがわかる。
(Masson's trichrom染色)

1) 腱・靭帯の線維性組織層

ほぼ平行に配列する膠原線維束とその間に散在する線維芽細胞からなり、その組織像は腱・靭帯の実質部とほぼ同じである。

2) 非石灰化線維軟骨層

腱・靭帯が、より骨へ近くなるにつれて膠原線維間にみられる細く扁平な線維芽細胞が、徐々に楕円形を呈した軟骨細胞様の形態になる。膠原線維の走行はほぼ平行に保たれており、その線維間に数個ずつの線維軟骨細胞が矢状方向に規則正しく配列している。

3) 石灰化線維軟骨層

さらに骨へと進むと非石灰化線維軟骨層から石灰化線維軟骨層に移行する部位に、組織学的に非常に明瞭な境界線 (tidemark) が観察される。この境界線は組織の石灰化前線を意味し、乾燥骨標本の作成時、浸解処理される際に軟部組織が剥がれ落ちる境界面である。この層では膠原線維間に明らかな石灰の沈着が認められる。

4) 骨層

石灰化線維軟骨層と骨層との境界は、空間的にも非常に複雑な構造を呈していることが知られており、腱・靭帯の膠原線維と骨組織との実質的な境界と考えられる。組織像でもジグソーパズルのような入り組んだ境界が観察するのが特徴である (図2b)。比較的単純な直線を呈するtidemarkとは対照的である。

また、実質的な腱・靭帯付着部の周囲には、滑液包 (bursa) や脂肪性結合組織が多くみられ、これらは臨床での病理を考える上では非常に重要な構成要素となってくる。多くの部位で観察される滑液包の壁の一部分を占める脂肪性結合組織内には、症候性要因となる豊富な血管と神経組織が確認されていることから、筆者らは腱・靭帯付着部と隣接する滑液包およびその壁を構成する組織 (腱・靭帯、骨膜、関節軟骨など) を包括して 'enthesis organ' として捉えることで病態を把握することにしている (図3)。

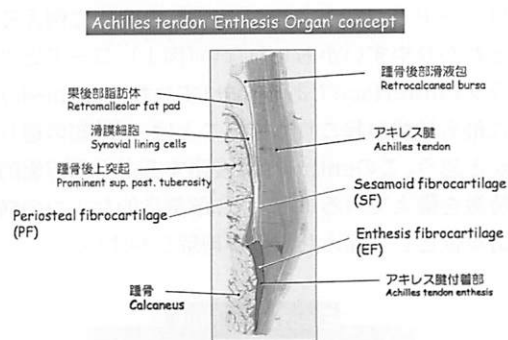


図3 Enthesis organ概念図

(アキレス腱付着部の組織標本、HE染色)

アキレス腱付着部のenthesis organは付着部自身 (EF: entheses fibrocartilage) と踵骨後部滑液包からなり、滑液包はアキレス腱深層の種子状線維軟骨 (SF: sesamoid fibrocartilage)、踵骨後部の骨膜性線維軟骨 (PF: periosteal fibrocartilage)、脂肪性結合組織を壁としている。

腱・靭帯付着部の機能については、Schneiderの古典的な論文による2段防御機構(two-tier protection mechanism)がよく引用される。前述したfibrocartilaginous enthesisにみられる4層構造のうち、石灰化線維軟骨層と骨との間にみられる複雑な形状の境界面は剪断力(shear force)に対抗する強固な構造であるのに対し、非石灰化線維軟骨層にみられる組織特性は腱や靭帯の動きに伴う曲げ(bend)に対抗する構造であるとしている。これら2つの性質の異なる機構により、enthesisにかかる余計な機械的負荷を防御、分散することが最も重要な機能であり、一種のprotecting deviceとしての働きを担っていると考えられている。他の機能としてはenthesisにみられる骨成長帯(mini growth plate)としての機能があげられる。単純X線像上で腱や靭帯の付着部と思われる部位に骨形成(骨棘)や骨隆起、骨片を認めることがよくある。これらは成長期のenthesisの発達過程を観察した報告により、非石灰化線維軟骨層内での内軟骨性骨化(endochondral ossification)により発生すると考えられている。その要因については力学的負荷や外傷による局所因子、ホルモンや代謝障害の全身性因子などが考えられているが、未だ不明な点も多い。

2 外傷性enthesopathy(腱・靭帯付着部症)の病態

Enthesisに起こった病変、障害はenthesopathy(付着部症)と呼ばれ、この部位にみられる疾患の総称として臨床に非常に有用な概念である。わが国ではこれまで付着部炎と訳されることも多かったが、厳密には病理組織像としての炎症性変化を伴うものばかりではなく、むしろ退行性変化や外傷性変化によるものが多くみられることより、炎症性変化に基づくものを付着部炎(enthesitis)とし、付着部症(enthesopathy)の中の1つの形式として捉えるべきである。

一般にenthesopathyは、関節リウマチや脊椎関節炎(spondyloarthropathy)に代表される炎症性enthesopathy(enthesitis)、スポーツ障害や職業性疾患に代表される外傷性(機械性)enthesopathy、加齢現象の一環と考えられる退行性enthesopathy、末端肥大症やDISH(diffuse idiopathic skeletal hyperostosis)に代表される

代謝・内分泌性enthesopathyなどに分類される。

外傷性enthesopathyは使いすぎ(overuse)を基盤として発症する障害で、時間的および力学的なenthesisにおける過負荷が大きな要因となる。つまり、繰り返される過度の力学的負荷により、enthesis自体に微細構造上の破綻が生じることにより引き起こされるが、その病理は主として非石灰化線維軟骨層での亀裂、縦断裂といった微小外傷(microtear)と、その修復像が初期病変と考えられる。この外傷と修復のバランスが崩れることにより症状が引き起こされ、組織学的にも種々の変性像や肉芽形成、石灰化、骨化といった器質的变化が進んでくることとなる。さらにenthesis organ(図3)の構成要素である腱・靭帯深層にみられる種子状線維軟骨(sesamoid fibrocartilage)と、相対する骨表面にみられる骨膜性線維軟骨(periosteal fibrocartilage)が繰り返し衝突することで、両組織の表層に層状変性や脱落が生じ結果的に滑液包炎(bursitis)を引き起こすこととなる。

また違った観点から外傷性enthesopathyを拡大解釈すると、靭帯裂離性の剥離骨折や成長期にみられる骨端症(Osgood-Schlatter's disease、Sinding-Larsen-Johansson's diseaseなど)なども、同じく広義のenthesopathyとして病態を捉えることが可能である。

II. 腱・靭帯付着部障害の病態と治療

腱・靭帯付着部障害は、そのほとんどが使いすぎ症候群(overuse syndrome)の1つとして発症する。使いすぎ症候群の中には、他に筋・筋膜・腱炎、滑膜炎、滑液包炎、疲労骨折などが含まれるが、実際に日常診療でよく見かけられる疾患としては、筋・筋膜炎と並んで腱・靭帯付着部の障害が多くみられる。代表的な腱・靭帯付着部障害として、アキレス腱付着部での障害について述べる。

アキレス腱付着部の障害(Achilles tendinopathy)(病態)

アキレス腱は人体の中で最も大きい強靭な腱であり、体重の8倍もの張力が作用するとされている。しかしその踵骨付着部から約2~6cmの部分では血行に乏しく、真の意味での腱鞘をもた

ずパラテノンと呼ばれる健上膜で覆われている。これらの解剖学的特徴によりアキレス腱に関連した種々の障害がみられ、それらは腱鞘(パラテノン)炎(tenosynovitis/paratenonitis)、アキレス腱周囲炎(peritendinitis)、アキレス腱(tendinosis)、アキレス腱附着部症(insertional tendinosis)、踵骨後部滑液包炎(retrocalcaneal bursitis)などとして認識されている。わが国では未だアキレス腱炎、アキレス腱周囲炎、アキレス腱附着部炎と呼ばれることが多いが、その本態が炎症というよりはむしろ局所の微小損傷とそれに伴う変性であることより、現在では腱症(tendinosis)とする報告が一般的である。アキレス腱附着部症は附着部自体の強大な牽引力に起因する変性が主な病態であり、膠原線維の縦亀裂像とその周囲のムコイド変性、多重化したtidemarkの存在、石灰化、骨化の前進など種々の牽引ストレスによる組織所見が観察されている。踵骨後部滑液包炎は、附着部に関連した構造学的な要因が大きく関与している。アキレス腱の踵骨附着部よりやや近位では、腱が踵骨隆起後面をプリーとして取り巻くように走行しており、足関節の背屈時には踵骨後上隆起との間にimpingementが生じることが知られている。このimpingementにより踵骨後面に存在する骨膜性線維軟骨(perosteal fibrocartilage)や種子状線維軟骨(sesamoid fibrocartilage)が損傷、変性し、表層部が滑液包内に剥離することにより滑液包炎が引き起こされると考えられる(図4)。このような腱とその附着部近傍に観察される形態は、wrap around構造と呼ばれており、腓骨筋腱と外果、後脛骨筋腱、長趾屈筋腱と内果など多くの腱附着部近傍で観察される。この構造により腱附着部自体にかかる牽引ストレスの一部をwrap around構造での圧迫ストレスに分散することで、附着部本来のストレスを軽減し保護するという重要な機能を果たしていることになるが、その反面、Haglund's deformityのような踵骨後上隆起の形態異常が存在する場合にはその部位での障害が発生しやすくなる。その他に足部の過度の回内や下腿三等筋の柔軟性の低下、靴の不適合などが要因として考えられる。多くはランナーなどスポーツ活動での使いすぎに起因するが、スポーツと関連しない症例が約30%にみ

られる。

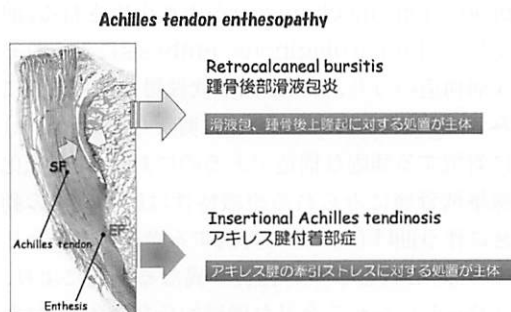


図4 アキレス腱附着部の障害

踵骨後上隆起の突出(矢印)によりwrap around構造は顕著となり、アキレス腱深層とインピンジすることにより踵骨後部滑液包炎が発症する。

(診断)

初期には運動時痛が主体であるが、進行例では安静時痛も訴えるようになる。アキレス腱症やアキレス腱附着部症では、びまん性または結節性の腫脹がみられ、自動運動にて同部に捻発音を認めることもある。足関節を背屈することで疼痛が増強することが多い。単純X線像で腱内石灰化が認められることもあり、MRIでは腱の肥厚やT2強調画像での帯状高信号が認められる(図5)。踵骨後部滑液包炎では附着部近位のやや内側に圧痛を認めることが多く、急性期には発赤や腫脹も認められることがあるが、慢性期になるとわかりにくい。MRIT2強調画像で踵骨後上隆起とアキレス腱の間に滑液包炎を示唆する高信号域がみられ、アキレス腱附着部症を合併していることも多い。

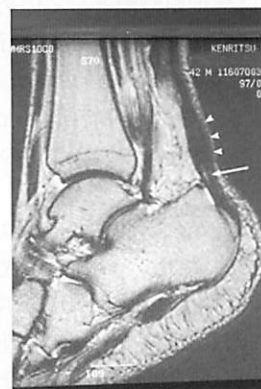


図5 アキレス腱の肥厚とwrap around部における腱内の帯状高信号(矢印)。

(治療)

保存的治療が主体である。急性期の治療は他のスポーツ障害と同じく、PRICES (protection, rest, ice, compression, elevation and support) 療法が薦められる。寒冷療法はスポーツ現場での急性期の治療法として最も有効であり、筋攣縮、浮腫を軽減させ疼痛を抑制することができる。外用消炎剤の塗布や、症状の強いときには消炎鎮痛剤の内服投与も併用する。急性期治療後には、下腿三頭筋のストレッチング、マッサージ、heel up またはアライメント補正のための足底挿板が効果的であり、水泳やサイクリングによる筋力強化とスポーツ環境の見直しにより予防に努めるようにする。副腎皮質ステロイドの注入については急性期のみに限るべきであり、その効果については懐疑的である。筆者らは踵骨後部滑液包炎に対しヒアルロン酸製剤の滑液包内注入を行っており、比較的良好な結果を得ている。保存的治療の無効例に対してはパラテノン切除術、癒着剥離術、腱内変性部切除術などが有効とされている。踵骨後部滑液包炎に対しては滑液包摘出および踵骨後上隆起切除術が有効であり、最近では鏡視下手術による報告もみられる。

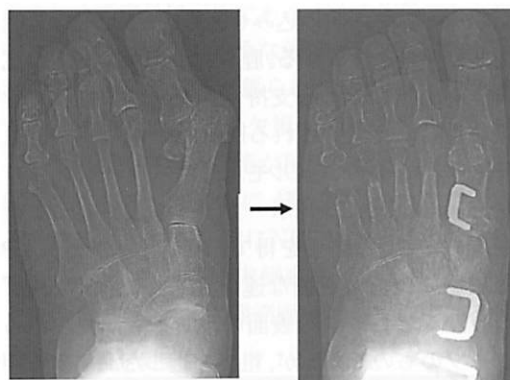
おわりに

腱・靭帯付着部障害は外傷性enthesopathyの一つとしてoveruseを基盤とする疾患であり、繰り返される過度の力学的負荷によるenthesitis自体の構造破綻が初期病変と考えられている。病態の把握のため必要な腱・靭帯付着部の構造とその特徴について記載し、さらに日常の現場でよく見かけられる代表的な腱・靭帯付着部障害の病態と治療法について述べた。

謝辞

今回の講演を企画いただいた大阪臨床整形外科医会幹事の皆様に深謝いたします。

の関節障害のコントロールも不十分となる場合が多く、前足部に十分に荷重を移動しつつ正常歩行できる構造を目指す必要もなく、「小さな歩幅でゆっくりでも、あまり痛くなく歩ければ結果良好であり、十分である」という低いゴール設定を受け入れざる終えない場合が多かったという点である。第2の点のはじめに述べたように、生物学的製剤の登場により自ら治療のゴール設定を低くせざるを得ない症例はきわめて減少している。第1の点は、骨頭温存手術を行う経験を持つ医師が増えればおのずと納得が広がると思われるが、どちらの手技でもきちんとした前足部の立体的アラインメントを整えるという一定の技術が必要であり、骨頭を温存するかしないかの技術的難易度には差はない。経験数やゴール設定の持ち方によりどちらも簡単あるいはどちらも難しいと感じる類のものではないかと考える。羽生らが指摘しているように[23]、薬物療法の進歩に合わせて、手術法も考慮する必要があると考える。生物学的製剤が登場したことで関節外科的治療のゴールも高いところを目指すべきと考え行っている術式として、われわれは骨頭温存しつつ前足部の変形をオフセット骨きり術で矯正する大脇らの報告した方法を行い良好な結果を得ている[24]。図3に症例のX線像を示す。



手術前立位足正面像

術後立位足正面像

図3: RAに伴う開張足、第一中足骨内反、外反母趾、第1, 3MTP関節脱臼を骨頭温存しつつ矯正骨きり術で行っている。

IV. 終わりに

炎症性の症状に伴う機能障害を生物学的製剤などにより非常によくコントロールすることが可能となってきた現在、RA患者の機能維持や機能回復もより高いゴールを目指すことが可能となりつつある。リウマチ関節外科的にも様々な工夫を行いつつ、薬物療法と関節外科的治療を集学的に利用した医療サービスに努めて、RA患者に正常人と同じ運動機能レベルを目指した治療の提供を考えることができる時代となっている。このような考えのもとわれわれが行っている治療法の紹介が少しでも参考になれば幸いである。

1. Lipsky PE, van der Heijde DM, St Clair E W, Furst DE, Breedveld FC, Kalden JR, Smolen JS, Weisman M, Emery P, Feldmann M, Harriman GR, Maini RN ; Anti-Tumor Necrosis Factor Trialin Rheumatoid Arthritis with Concomitant Therapy Study Group. *N Engl J Med.* 2000 Nov 30 ; 343 (22) : 1594-602.
2. Keystone EC, Kavanaugh AF, Sharp JT, Tannenbaum H, Hua Y, Teoh LS, Fischkoff SA, Chartash EK. Radiographic, clinical, and functional outcomes of treatment with adalimumab (a human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody) in patients with active rheumatoid arthritis receiving concomitant methotrexate therapy: a randomized, placebo-controlled, 52-week trial. *Arthritis Rheum.* 2004 May ; 50(5) : 1400-11.
3. van der Heijde D, Landewé R, Klareskog L, Rodríguez-Valverde V, Settas L, Pedersen R, Fatenejad S. Presentation and analysis of data on radiographic outcome in clinical trials : experience from the TEMPO study. *Arthritis Rheum.* 2005 Jan ; 52 (1) : 49-60.
4. Nishimoto N, Hashimoto J, Miyasaka N, Yamamoto K, Kawai S, Takeuchi T, Murata N, vander Heijde D, Kishimoto T. Study of active controlled monotherapy used for rheumatoid arthritis, an IL-6 inhibitor (SAMURAI) : evidence of clinical and radiographic benefit from an x ray reader-blinded randomised controlled trial of tocilizumab. *Ann Rheum Dis.* 2007 Sep ; 66 (9) : 1162-7.
5. 関節リウマチ(RA)に対するヒト化抗IL-6受容体抗体療法(トシリズマブ)治療後に見られる四肢関節のX線学的変化、第35回日本リウマチ関節外科学会 坪井秀規、橋本淳、平尾眞、吉川秀樹、栗谷太郎、前田恵治、中原英子、吉崎和幸、西本憲弘

(治療)

保存的治療が主体である。急性期の治療は他のスポーツ障害と同じく、PRICES (protection, rest, ice, compression, elevation and support) 療法が薦められる。寒冷療法はスポーツ現場での急性期の治療法として最も有効であり、筋攣縮、浮腫を軽減させ疼痛を抑制することができる。外用消炎剤の塗布や、症状の強いときには消炎鎮痛剤の内服投与も併用する。急性期治療後には、下腿三頭筋のストレッチング、マッサージ、heel up またはアライメント補正のための足底挿板が効果的であり、水泳やサイクリングによる筋力強化とスポーツ環境の見直しにより予防に努めるようにする。副腎皮質ステロイドの注入については急性期のみに限るべきであり、その効果については懐疑的である。筆者らは踵骨後部滑液包炎に対しヒアルロン酸製剤の滑液包内注入を行っており、比較的良好的な結果を得ている。保存的治療の無効例に対してはパラテノン切除術、癒着剥離術、腱内変性部切除術などが有効とされている。踵骨後部滑液包炎に対しては滑液包摘出および踵骨後上隆起切除術が有効であり、最近では鏡視下手術による報告もみられる。

おわりに

腱・靭帯付着部障害は外傷性enthesopathyの一つとしてoveruseを基盤とする疾患であり、繰り返される過度の力学的負荷によるenthesitis自体の構造破綻が初期病変と考えられている。病態の把握のため必要な腱・靭帯付着部の構造とその特徴について記載し、さらに日常の現場でよく見かけられる代表的な腱・靭帯付着部障害の病態と治療法について述べた。

謝辞

今回の講演を企画いただいた大阪臨床整形外科医会幹事の皆様に深謝いたします。

変わりゆくリウマチ治療

－関節機能温存のために今何ができるか－

大阪大学大学院医学系研究科 器官制御外科学
(整形外科) 橋本 淳

I. 生物学的製剤の登場がリウマチ関節外科にもたらしたこと

関節リウマチ(RA)の治療戦略は生物学的製剤の登場により大きく変化しつつある。それは、生物学的製剤が従来のDMARDsではなし得なかった十分な疾患活動性のコントロールを可能とし、さらに手足の小関節でのerosionやjoint space narrowingの出現や進行を抑制することが明らかとなったからである。それゆえRAの治療は炎症や疼痛のコントロールだけではなく、関節破壊の防止、抑制による生活機能の維持を目標として考えることが一般的となった。

一方、関節外科的治療は、人工関節置換術、関節固定術、切除関節形成術、手指伸筋腱再建術、滑膜切除術などの手術により、関節や腱の破壊にともなう機能障害を治療している。しかし、これらどの治療も生物学的製剤が登場する以前どころか、数十年から百年前より行われている治療であり、その適応やその治療のゴール設定は疾患の活動性のコントロールが現在のように十分にはできなかった時代に定着した考えが基本として受け継がれている。しかし、関節外科的アプローチからもRA患者の生活機能の維持と向上に最大の効果をもたらす方法を求める限り、常にその時代にあったあるいは次の時代を捉えた方法論や適応を考え続ける必要がある。今、生物学的製剤の登場によりRAの治療戦略は大きく変わりつつある。これは、薬物療法の範囲にとどまらず、実は、あるいはむしろリウマチ関節外科的治療の分野でこそ大きく変わりつつある。関節外科的治療もこれまで以上の良好な機能を目指した方法論をダイナミックに考えることができる瞬間を迎えている。

II. 生物学的製剤の関節に対する効果

生物学的製剤が従来のDMARDsよりも、疾患活動性のコントロール、手足の小関節でのerosionやjoint space narrowingの出現や進行



ことが明らかとなってきた。このようなRA治療の歴史の中で最も特筆すべき治療薬の登場により飛躍的にRA患者の治療成績は向上し、一部に関節破壊を完全に抑えることが可能になったかように述べられることもあるが、これまでに報告された論文のデータを見る限りにおいてはいずれも関節破壊進行が残存する例が多く存在することを示していることを冷静に読み取る必要がある。生物学的製剤の画期的な効果のひとつは、手足小関節では関節破壊の広がり方や進行の速度が緩やかになることでありこの点は関節外科的治療を考える上でとても重要であると考えられる。

一方、2000年関節リウマチに対する最初の生物学的製剤であるinfliximabとmethotrexateの併用による関節リウマチの治療で骨関節破壊が抑制されることが報告[1]されて以降、いくつもの生物学的製剤の関節破壊抑制効果が次々と報告された[2-4]。しかしこれらはすべて手と足のX線画像で評価できる手指、足趾の関節の関節と手関節での評価であり、これらの事実は手足の小関節に限られた情報であることも真摯に理解しておく必要がある。RA患者の治療は患者の歩行機能、生活機能を維持することが求められるが、歩行機能や上肢の日常生活動作に重大な機能障害をもたらすのは手足の小関節の破壊よりも、肩、肘、股、膝、足関節といった大関節の破壊である。従ってRA患者の生活機能維持に対して最大の効果をも

たらず治療を考えるのであれば、このような大関節に対しての効果がある治療を選択すべきであることは自明のことである。しかし、生物学的製剤の肩、肘、股、膝、足関節といった大関節に対する効果に関する情報は未だない。生物学的製剤は従来のDMARDsよりも良好な末梢小関節の破壊抑制効果があるから大関節の破壊抑制効果もあるはずという推測を根拠にするよりも、実際に、どの薬剤が大関節の破壊防止や破壊関節の修復に有用であるのかを今後明らかとして行く必要がある。この点は骨粗鬆症治療薬が椎体骨折のリスク軽減効果と大腿骨近位部骨折のリスク軽減効果をきちんと区別して評価が進められていることに学ぶところがある。われわれはまず抗IL-6受容体抗体 (tocilizumab) 治療を受けた患者の大関節のX線画像の変化を9例という少数例ではあるが平均4.6年の比較的長期の経過を評価検討した。その結果、tocilizumab投与開始時にあった大関節の骨びらん、骨内嚢胞性病変といった炎症性破壊の骨変化は、進行が止まるあるいは改善、消失することが明らかとなり、tocilizumab投与は四肢の大関節にも関節破壊抑制効果があることが示された[5]。

さらに一方、生物学的製剤による治療によりRA患者のADLは向上するが、この際身体活動性が向上することにより、生物学的製剤投与開始時に既に破壊を生じていた関節は物理的負担の増加により疼痛が増強することを経験することがあり、留意を要すると考える。これも生物学的製剤を含め薬物療法とリウマチ関節外科的治療全体の治療体系を考える上では大切な点と考える。

III. われわれの行っているリウマチ関節外科治療の具体的工夫

1. RAでみられる骨内嚢胞性病変に対するNEOBONE®を用いた治療: 骨再生と力学的強化

RAで関節近傍に骨内嚢胞性病変 (Juxta-articular intraosseous cystic lesions) がみられることはよく経験することであり、これまで、synovial cysts [6], subchondral cysts [7], subarticular pseudocysts [8], geodes [9] など様々な名称で呼ばれてきたよく知られたRAに伴う病変である。このような病変自体疼痛を伴う

わけでもなく、軟骨下骨の圧壊や骨折などにより関節の構造破壊に関わることがあろうが、関節炎に伴う一病変としての認識にとどまりこれまで外科的治療はあまりされてこなかった[10]。しかし、同様の骨内の嚢胞性病変が骨巨細胞腫や骨嚢腫で生じたのであれば、通常切迫骨折の時点で、掃把人工骨移植術という対応がとられることが通常の医療として求められる。なぜ、RAではそのような対応がされずにいたのかは、以下の二つの理由が挙げられる。ひとつは、その発生原因自体が関節炎に伴うものであり骨内嚢胞性病変に掃把骨移植術をしたところでRAの病勢コントロールが十分できなければ所詮再発や拡大が予想されるうえに、炎症性の軟骨破壊、骨侵食、靭帯の破壊、骨粗鬆症に伴う関節破壊もすすむ中で骨内嚢胞性病変に掃把骨移植術を行うことに積極的な意味は見出しにくいということである。今一方の理由はよい移植骨がなかったという問題である。骨内嚢胞性病変はRA患者の多数の罹患関節近傍にしばしば見られるものであり自家骨移植には量的制限があり、また骨の脆弱性に伴う骨盤insufficiency fractureの多いRA患者での不用意な腸骨の採取は腸骨骨折という不利益をもたらすリスクが高い。一方、人工骨を用いる方法がこの場合理想的ではあるが、骨補填材の表面だけでなく内部にまで骨伝導をもたらすよい人工骨がないという問題があった。このような点を鑑みれば、RA患者の骨内嚢胞性病変に掃把骨移植術は積極的には行われることがないのがこれまでの状況では当然のことであった。しかし、2003年(欧米では1998年)の生物学的製剤の登場により一つ目の理由は既に過去のこととなりつつある。さらに、生物学的製剤と同じ年の2003年に骨補填材表面だけでなく内部にまで迅速に骨形成が進む骨伝導に優れた全気孔連通HA多孔体NEOBONE®が登場[11-15]し二つ目の問題点も既に解決されている。このような背景のもと我々はこれまで骨内嚢胞性病変に伴う切迫骨折に対して掃把NEOBONE®(日本ストライカー(株))移植術を行ってきた。橈骨遠位、脛骨近位、腓骨遠位などの骨内嚢胞性病変に対して行った12病変の術後10~47ヶ月(平均30ヶ月)の経過をこれまでに評価した結果、手術操作に伴う骨折や移植

人工骨の再吸収は一例も生ずることがなく骨伝導も良好であることを確認してきた[16]。しかし、膝疾患の合併のため薬物療法が困難であったコントロール不良の一例で、掃把NEOBONE®移植術後も嚢胞性病変の拡大が生じた例を経験している。この手術の前提としてRAの疾患活動性のコントロールが重要であることは常に留意を要する。実際の治療例のX線像を図1に示す。NEOBONE®を利用した骨内嚢胞性病変に対する治療は、良性骨腫瘍の切迫骨折に対して有用であると同様に、リウマチ関節外科の新しい有用な一手段となる手術である。

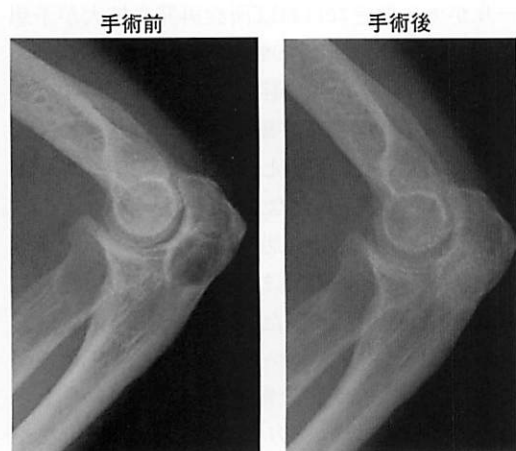


図1:肘頭に生じた骨内嚢胞性病変を掻爬しNEOBONE®移植を行った例。

2. NEOBONE®を利用した後足部二関節固定術

RA患者では距骨下関節・距舟関節破壊による外反扁平足、歩行機能障害がしばしば見られる。このような障害に対して後足部二関節固定術あるいは三関節固定術が行われるが、外反扁平足変形矯正を行った際に大きな骨欠損を生ずることが多い。通常このような変形矯正に伴い生ずる骨欠損に対しても、自家骨採取による骨移植は、採取部の疼痛や骨折、自家骨の量的制限などから、総合的には不利益の多い選択肢でありRAではあまり行われることはない。通常骨切除を多くしつつ骨接合面を合わせるか、矯正を不十分なまま固定するかの方法しかなかった。このような二関節固定術矯正後の骨欠損にもわれわれは骨伝導に優れたNEOBONE®で補う方法を行っている。これにより、矯正良好な二関節固定術が手技的に

もきわめて容易に可能である。RAの病勢コントロールがよければこのような部位でのNEOBONE®移植も良好な骨伝導が得られ、自家骨採取の不利益なく十分な矯正と骨欠損の補填というこれまでに不可能であった手術が現在可能となっている。図2に症例を示すように、矯正位にした際に距骨下関節部に生ずる間隙にNEOBONE®移植を行っている。これにより内側縦アーチ、足の高さともに改善させつつ、二関節固定術ができています。

手術前立位足側面像



術後立位足側面像



図2:RAに伴う外反扁平足を矯正し矯正時にできた間隙の骨欠損部にNEOBONE®移植しつつ、二関節固定術を行った例。内側アーチは再建され、足の高さが回復している。同時に前足部の矯正骨きり術も行っている。人工足関節置換術は脛骨にポーンセラムP®を移植して行っている。

3. RA患者での人工足関節置換術

破壊された足関節により高い関節機能を求めた関節外科的治療を行うことを考えるならば、長期的臨床成績のよい人工足関節置換術の方法論を考える必要がある。脛骨の骨端部、骨幹端部の傍関節性骨粗鬆化・骨脆弱性を有するRA患者では人工足関節置換術を行った際に、しばしば脛骨コ

ンポーネントの沈み込みを生じ、人工足関節全置換術の予後を悪くする。脛骨コンポーネントの沈み込み防止のための支持性を持ちかつ優れた骨親和性により固定されるHAブロック、ポーンセラムP[®]（オリンパスヘルモバイオマテリアル(株)）を充填した上でコンポーネントを設置することを行い、良好な結果を得ている。ポーンセラムPは細胞の侵入が可能な連通孔を持たないHAブロックでブロックの表面のみ骨形成が見られるタイプのものであるが、粗鬆症化した海綿骨を押し込みながらHAブロックがそれ以上入らなくなる位置まで打ち込んだ後挿入することで、移植初期から骨と親和性を有するスペーサーとして局所の圧迫強度を増すと考えている[17]。臨床成績は、史らがすでに報告しているように[18]この方法を用いることで人工足関節全置換術後の脛骨コンポーネントの沈み込みは防止できることが明らかとなり、脛骨遠位の海綿骨が極めて硬い場合以外はすべてポーンセラムP[®]を充填した上で脛骨コンポーネントを設置している。一方、RA患者では人工足関節置換術を行った際に、しばしば距骨コンポーネントの沈み込みも生じ、人工足関節全置換術の予後を悪くする。RAでは炎症関節の傍関節性骨粗鬆症が起こることが知られ、距骨下関節に炎症や破壊があれば距骨は炎症性に脆弱とな距骨コンポーネントの沈み込みをきたすと考え炎症破壊を伴う距骨関節の固定術を行ったうえで人工足関節置換術を行っている。さらに距骨下関節固定術により立位の距骨下関節のアラインメントに以上がある例ではそれを矯正することが可能である。人工足関節の設置角度で評価した内外反の変形残存は予後不良因子であることが指摘されており[19-21]、このことは力学的なストレスの分布様式が人工足関節の長期成績に影響することを示している。従ってRAでは足関節のアラインメントだけではなく、足関節を通る荷重線の内外側へのシフトがおこる距骨下関節のアラインメント異常は長期成績に影響すると考え、距骨下関節のアラインメントを矯正する固定術を行っている。この方法での治療例のX線像を図2に示す。

4. RA前足部変形に対する中足骨頭温存の変形矯正中足骨骨きり術

開張足、第一中足骨内反、外反母趾、槌趾とそれに伴う胼胝、歩行障害に対する関節外科的治療は、中足骨切除を行いつつ前足部のアラインメントを整える方法と中足骨頭温存を図りながら方法が前足部のアラインメントを整える方法に大きく分けられる。前者はLelievreやClaytonといった方法に代表されるものであり、後者はMeisenbachの報告[22]に始まる骨頭温存術といった方法がある。ヒトでは中足趾節関節(MTP関節)はものをつまみや把持機能のための大きな屈曲可動域をもつのもなく、また荷重関節として荷重軸に垂直な関節面が体を支持するのでもない。前足部に荷重した場合に足底にできる限り大きな荷重面を提供する骨格の構造体として広い足底面をもつ中足骨頭の形状及び5つの中足骨骨頭の立体的にうまく並ぶことは重要である。これにより荷重は中足骨頭群の広い面に分散され圧は小さくなる。また荷重がより強く前足部に移動しても、足底に大きな面積を提供する中足骨頭に荷重がかかり続けるためにはMTP関節の背屈可動性が必要となる。一方、中足骨頭を切除すると、切除断端は骨頭のような広い面を持たないので同じ力がかかれば骨頭を温存した場合と比べて局所にかかる圧は高くなる。このような点を鑑みると、前足部に十分に荷重をかけて歩行しても胼胝ができないようにするためには、中足骨頭を温存しつつ、5本の中足骨骨頭の立体的なアラインメントを矯正することがよいということは理論上理解できる。骨頭温存術・MTP関節温存術式の臨床的な優位性に関してはすでに羽生らにより報告されており[23]、骨頭を温存した中足骨斜め骨きり術式が骨頭を切除する切除関節形成術に比較して有痛性胼胝の再発が少ないことを平均6年の長期経過の検討で示されている。しかし、これまで骨頭温存・MTP関節温存の術式は必ずしも広く行われてこなかった。なぜ、中足骨切除を行う切除関節形成術が広く行われてきたかに関しては、以下の二つの理由が挙げられる。ひとつは、手技的に切除関節形成術の方が簡単と認識されていることであろう。二つ目は、RAの病勢の十分なコントロールが困難であった時代には他

の関節障害のコントロールも不十分となる場合が多く、前足部に十分に荷重を移動しつつ正常歩行できる構造を目指す必要もなく、「小さな歩幅でゆっくりでも、あまり痛くなく歩ければ結果良好であり、十分である」という低いゴール設定を受け入れざる終えない場合が多かったという点である。第2の点ははじめに述べたように、生物学的製剤の登場により自ら治療のゴール設定を低くせざるを得ない症例はきわめて減少している。第1の点は、骨頭温存手術を行う経験を持つ医師が増えればおのずと納得が広がると思われるが、どちらの手技でもきちんとした前足部の立体的アラインメントを整えるという一定の技術が必要であり、骨頭を温存するかしないかの技術的難易度には差はない。経験数やゴール設定の持ち方によりどちらも簡単あるいはどちらも難しいと感じる類のものではないかと考える。羽生らが指摘しているように[23]、薬物療法の進歩に合わせて、手術法も考慮する必要があると考える。生物学的製剤が登場したことで関節外科的治療のゴールも高いところを目指すべきと考え行っている術式として、われわれは骨頭温存しつつ前足部の変形をオフセット骨きり術で矯正する大脇らの報告した方法を行い良好な結果を得ている[24]。図3に症例のX線像を示す。



手術前立位足正面像 術後立位足正面像
 図3: RAに伴う開張足、第一中足骨内反、外反母趾、第1、3MTP関節脱臼を骨頭温存しつつ矯正骨きり術で行っている。

IV. 終わりに

炎症性の症状に伴う機能障害を生物学的製剤などにより非常によくコントロールすることが可能となってきた現在、RA患者の機能維持や機能回復もより高いゴールを目指すことが可能となりつつある。リウマチ関節外科的にも様々な工夫を行いつつ、薬物療法と関節外科的治療を集学的に利用した医療サービスに努めて、RA患者に正常人と同じ運動機能レベルを目指した治療の提供を考えることができる時代となっている。このような考えのもとわれわれが行っている治療法の紹介が少しでも参考になれば幸いである。

1. Lipsky PE, van der Heijde DM, St Clair E W, Furst DE, Breedveld FC, Kalden JR, Smolen JS, Weisman M, Emery P, Feldmann M, Harriman GR, Maini RN ; Anti-Tumor Necrosis Factor Trialin Rheumatoid Arthritis with Concomitant Therapy Study Group. *N Engl J Med.* 2000 Nov 30 ; 343 (22) : 1594-602.
2. Keystone EC, Kavanaugh AF, Sharp JT, Tannenbaum H, Hua Y, Teoh LS, Fischkoff SA, Chartash EK. Radiographic, clinical, and functional outcomes of treatment with adalimumab (a human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody) in patients with active rheumatoid arthritis receiving concomitant methotrexate therapy: a randomized, placebo-controlled, 52-week trial. *Arthritis Rheum.* 2004 May ; 50(5) : 1400-11.
3. van der Heijde D, Landewé R, Klareskog L, Rodríguez-Valverde V, Settas L, Pedersen R, Fatenejad S. Presentation and analysis of data on radiographic outcome in clinical trials : experience from the TEMPO study. *Arthritis Rheum.* 2005 Jan ; 52 (1) : 49-60.
4. Nishimoto N, Hashimoto J, Miyasaka N, Yamamoto K, Kawai S, Takeuchi T, Murata N, vander Heijde D, Kishimoto T. Study of active controlled monotherapy used for rheumatoid arthritis, an IL-6 inhibitor (SAMURAI) : evidence of clinical and radiographic benefit from an x ray reader-blinded randomised controlled trial of tocilizumab. *Ann Rheum Dis.* 2007 Sep ; 66 (9) : 1162-7.
5. 関節リウマチ(RA)に対するヒト化抗IL-6受容体抗体療法(トシリズマブ)治療後に見られる四肢関節のX線学的変化、第35回日本リウマチ関節外科学会 坪井秀規、橋本淳、平尾眞、吉川秀樹、栗谷太郎、前田恵治、中原英子、吉崎和幸、西本憲弘

6. Crane AR, Scarano JT. Synovial cysts (ganglia) of bone. *J Bone Joint Surg Am.* 1967 ; 49 : 355-61.
7. Harrison MHM, Schajowicz F, Trueta J. Osteoarthritis of the hip and study of the nature and evolution of the disease. *J Bone Joint Surg Br.* 1953 ; 35 : 598-626.
8. Cruickshank B, Macleod IG, Shearer WS. Subarticular pseudocysts in rheumatoid arthritis. *J Fac Radiol. (London)* 1954 ; 5 : 218-26.
9. Resnick D, Niwayama G, Coutts RD. Subchondral cysts (geodes) in arthritic disorders : pathologic and radiographic appearance of the hip joint. *Am J Roentgenol.* 1977 ; 128 : 799-806.
10. Nakagawa N, Abe S, Saegusa Y, Kimura H, Imura S, Nishibayashi Y, et al. Giant geode at the olecranon in the rheumatoid elbow--two case reports. *Clin Rheumatol.* 2004 ; 23 : 358-61.
11. 名井陽, 古野雅彦, 荒木信人, 藤井昌一, 富田哲也, 玉井宣行, 越智隆弘, 吉川秀樹連通気孔構造を有する新規ハイドロキシアパタイトセラミックスの優れた骨伝導能 臨床使用成績とその経時的X線変化による評価臨床整形外科 36(12):1381-1388;2001
12. 玉井宣行, 名井陽, 橋本英雄, 西川昌孝, 藤井昌一, 中瀬尚長, 橋本淳, 上田孝文, 越智隆弘, 吉川秀樹 人工骨材料と骨・関節修復—新規全気孔連通型HA多孔体NEOBONERを用いた骨・関節修復— 分子リウマチ 1(2): 35-40;2004
13. Tamai N, Myoui A, Tomita T, Nakase T, Tanaka J, Ochi T, Yoshikawa H. Novel hydroxyapatite ceramics with an interconnective porous structure exhibit superior osteoconduction in vivo. *J Biomed Mater Res.* 2002 Jan ; 59 (1) : 110-7.
14. Nishikawa M, Myoui A, Ohgushi H, Ikeuchi M, Tamai N, Yoshikawa H. Bone tissue engineering using novel interconnected porous hydroxyapatite ceramics combined with marrow mesenchymal cells : quantitative and three-dimensional image analysis. *Cell Transplant.* 2004 ; 13 (4) : 367-76.
15. Yoshikawa H, Myoui A. Bone tissue engineering with porous hydroxyapatite ceramics. *J Artif Organs* 2005 ; 8 (3) : 131-6 review
16. Kuriyama K, Hashimoto J, Murase T, Fujii M, Nampei A, Hirao M, Tsuboi H, Myoui A, Yoshikawa H Treatment of juxta-articular intraosseous cystic lesions in rheumatoid arthritis patients with interconnected porous calcium hydroxyapatite ceramic. *Modern Rheumatology* 2009, in press.
17. 橋本淳, 史賢林, 林田賢治, 藤井昌一, 西川昌孝, 富田哲也, 大脇肇, 菅本一臣, 越智隆弘, 吉川秀樹, HAブロック充填を併用した人工足関節置換術 特集:関節リウマチによる足部障害への対応関節外科 vol24,No2,68-75,2005
18. Shi K, Hayashida K, Hashimoto J, Sugamoto K, Kawai H, Yoshikawa H. Hydroxyapatite augmentation for bone atrophy in total ankle replacement in rheumatoid arthritis. *J Foot Ankle Surg.* 45 (5) : 316-21. 2006
19. Wood PL, Deakin S. Total ankle replacement. The results in 200 ankles. *J Bone Joint Surg Br.* 2003 Apr ; 85 (3) : 334-41.
20. Haskell A, Mann RA. Ankle arthroplasty with preoperative coronal plane deformity: short-term results. *Clin Orthop.* 2004 Jul (424) : 98-103.
21. McIlff TE, Alvine FG, Saltzman CL, Klaren JC, Brown TD. Intraoperative measurement of distraction for ligament tensioning in total ankle arthroplasty. *Clin Orthop.* 2004 Jul (424) : 111-7.
22. Meisenbach RO 1916 Painful anterior arch of the foot, an operation for its relief by means of raising the arch. *American Journal of Orthopaedic Surgery*, 14, 205-211.
23. Hanyu T, Yamazaki H, Murasawa A, Tohyama C. Arthroplasty for rheumatoid forefoot deformities by a shortening oblique osteotomy. *Clin Orthop Relat Res.* 1997 May ; (338) : 131-8.
24. 大脇肇 関節リウマチに対する注側骨骨きり術-オフセット骨きり術-骨・関節・靭帯, 15(11), 1137-1144, 2002

整形外科における医療安全 —大阪府の現状をふまえて—

近畿大学医学部整形外科・リハビリテーション科 福田 寛 二

はじめに

医事紛争は、医療従事者に大きな心理的・経済的負担を与え、国民の医療不信を招く原因ともなる。平成15年12月の厚生労働大臣医療事故対策緊急アピールをはじめ、医療安全に向けての多くの取り組みが発信されてきた。日本整形外科学会も安全医療推進委員会を設置し、医療事故防止に総合的な取り組みを行っている。しかしながら、真の意味での医療の質が確保されたとは言えない状況である。そのあらわれとして、医療訴訟の件数は年々増加傾向にある。全国の新受件数(裁判所に新たに訴えが提起された事件数)は、平成8年度には575件であったのが、平成16年度には1110件に至っている。一方、新受件数は平成17年度には前年度に比較して約10%減少し、1000件を割り込み、この傾向は平成19年度も続いている。これをもって、医療訴訟のリスクが低下したと判断するのは尚早であるが、医療訴訟の流れに何らかの変化が生じているのは確実である。

演者は現在、近畿大学医学部附属病院の安全管理部長を務めるとともに、大阪府医師会医事紛争特別委員会委員も兼任している。その経験より、大阪府の医事紛争の現状をもとに医療安全に関する最近のトピックスについて解説する。

大阪府の現状

大阪府医師会には、昭和37年より医事紛争特別委員会が設置され、これまでに約7,000件の紛争事例が報告された。各科に共通の事例として、1)院内での転倒、2)説明の不十分、3)術前説明や同意の診療録への記載不備、4)薬疹、5)注射や採血に伴う神経損傷、6)手術時のガーゼ遺残などがあげられる。紛争は、トラブル・行き違い・クレームなど多岐にわたる。これらの事例は、大阪府医師会の医事対策課に連絡・相談のうえ、書類提出がなされる。大阪府医師会医事紛争特別委員会では、5つの専門委員会がその紛争内容を吟味し、法律の専門家も交えて今後の対応について協



議している。このようにして、医事紛争の9割近くは既に解決済みである。約17%は裁判となったが、半分以上が示談で解決され、調停や取り下げ(消滅を含む)として処理された例もある。

整形外科の医療安全

大阪府下の整形外科で発生する医療紛争の代表的な事例として、1)脊椎圧迫骨折、舟状骨骨折などの見落とし、2)ガラス片など創傷内の異物遺残の見落とし、3)化膿性関節炎や化膿性脊椎炎などの急性疾患の見落とし、4)関節穿刺による化膿性関節炎、5)ブロック注射による気胸、6)手術時の末梢神経損傷、7)脊椎手術における神経損傷、8)膝鏡視下手術のトラブル、9)動脈閉塞性疾患の切断例などがあげられる。舟状骨骨折は整形外科を専門にしている医師でも見落とすこともあり、圧痛などの臨床所見の記載や、時期や方向を変えてのX線撮影が必要である。正確な診断や治療を行うために、我々整形外科医は常に最新の知見を学ぶべきである。しかし、このような研鑽を行っても、関節穿刺による化膿性関節炎などは一定の確率で発生する。良好な医師患者関係はもとより、事故発生時の迅速な対応、インフォームドコンセントの記録などが医療側に必要である。また、脊椎手術における神経損傷や膝鏡視下手術のトラブルでは、いくらインフォームドコンセントが徹底されていても、結果責任を要求

される場合もある。このような場合は、安易な一時金の支払いによる解決は問題を大きくする場
合が多く、個人での対応にも限界がある事より、
正式な法的解決がすすめられる。

最近の傾向

民事訴訟による結果責任の一律的な追求は、医療側に大きな負担となるのみならず、医療の萎縮の原因ともなる。産科にみられる訴訟件数の増加と医師不足はこの極端な例であり、政府も平成19年2月に「産科医療補償制度運営組織準備委員会」を発足させ、いわゆる無過失補償制度の検討がなされている。補償の対象は、通常の妊娠・分娩にもかかわらず分娩に係る医療事故により脳性麻痺となった場合とし、出生体重・在胎週数による基準も設けられた。問題の財源についても調整がなされており、紛争の防止・早期解決のみならず、産科医療の質の向上にも貢献することが期待されている。

また、医療訴訟の審理期間短縮への取り組みも行われている。現在の平均審理期間（第一審裁判所で提訴が行われてから、判決や和解などで事件が終了するまでの期間）は、全国平均が27か月である。審理の迅速化が行われているとはいえ、一般の民事訴訟の平均審理期間が8.4か月（平成17年度）であることと比べると、依然長い時間を要することも事実である。一方大阪では医療訴訟の平均審理期間は14.8か月と全国平均を大きく下回っている（判例タイムズNo1218）。大阪や東京に設置されている地方裁判所医事事件集中部が、審理の迅速化に大きく貢献していることは事実である。また、大阪府医師会医事紛争特別委員会も医療訴訟の出発点である医事紛争の解決という観点から、審理の迅速化に間接的に協力している。しかし、医療訴訟の審理は迅速であることがすべてではなく、適切な紛争解決ということを伴ってこそ意味がある。この意味で、医師会内の医事紛争処理委員会は、中立性の懸念から必ずしも患者側の信頼を得るに至っていない。

一般に何らかの紛争が生じた場合、その紛争解決方法は、当事者同士の「話し合い（示談）」か、「民事訴訟」のいずれかである場合が多い。しかし、近年ではその中間的存在として、民事裁判と併行

解決（Alternativedisputeresolution、ADR）の重要性が指摘されている。一般に医療紛争に係わる

民事訴訟を提起する理由として、金銭的補償の要求もあるが、「真実を知りたい」という要望が強い。しかし民事裁判では因果関係等の争点整理の過程で、医学的真実の追究という重要なプロセスが抜け落ちてしまい、裁判が終了することもある。このような意味で、裁定人の仲裁のもとで話し合いの行われるADRは、医療不信を解く大きなツールとして期待される。実際に、茨城県医師会が平成18年に医療に関する紛争を解決する第三者機関「中立処理委員会」を設置した。今後司法制度改革に伴って、各種紛争におけるADRの果たす役割は大きくなると思われる。しかし医療紛争に関するADRについては、その裁定人の選出もさることながら、社会全体がこの制度を受け入れるには「成熟」する必要がある。

まとめ

医療訴訟の新受件数はここ数年減少傾向にある。これをもって、医療訴訟のリスクが低下したと判断するのは尚早であるが、無過失補償制度、医療裁判における審理期間の短縮、裁判外紛争解決など、新たな動きが生じていることは事実である。しかし、大阪府の現状は必ずしも楽観的なものではない。我々整形外科医は、互いに情報を共有することにより、安全な医療を行なうよう努力する必要がある。

スポーツにおける整形外科医の役割

兵庫医大整形外科教授 田中寿一

【はじめに】

我が国でスポーツドクター認定制度が発足して四半世紀が経っている。その認定資格も体協・整形外科学会・日医と3種あり、それぞれの特質があるといえ、重複して取得している整形外科医は多い。一方、資格取得にかかわらずその実効性を疑問視する声も聞かれるのも事実である。これは、我が国のスポーツ界にあって治療する整形外科医がどのように評価され、どのように期待されているかの認識欠如も一因と考える。そこで、スポーツ傷害治療に当たる整形外科医が、どのような役割を担っているか？またどのように活動すべきか？につき、自身、長年J-リーグにおけるメディカルケアを行ってきた経験から“整形外科医の役割”につき述べてゆく。



<図 1>

スポーツ選手を診るドクターの条件

確かな診断・治療

+

- * スポーツへの理解
- * スポーツをしている(た)こと
- * チームプレーができること

【スポーツドクターの仕事】

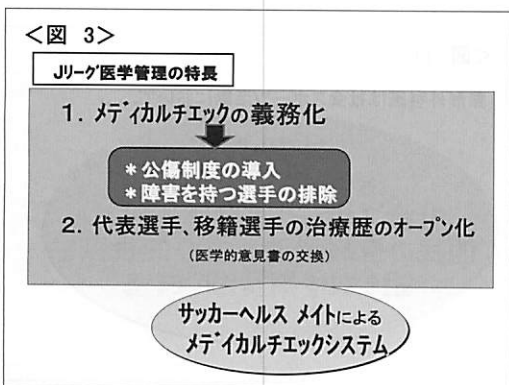
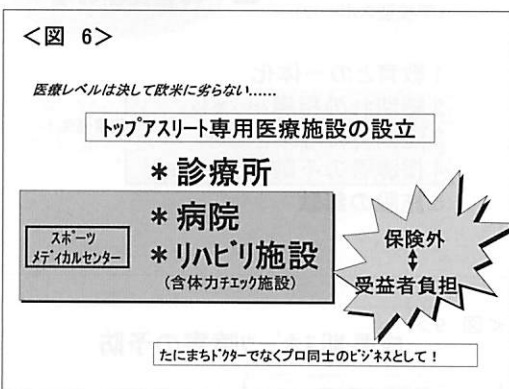
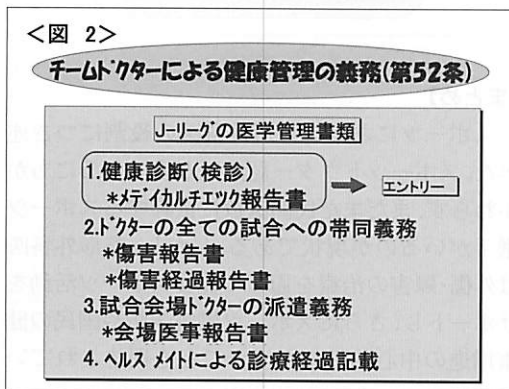
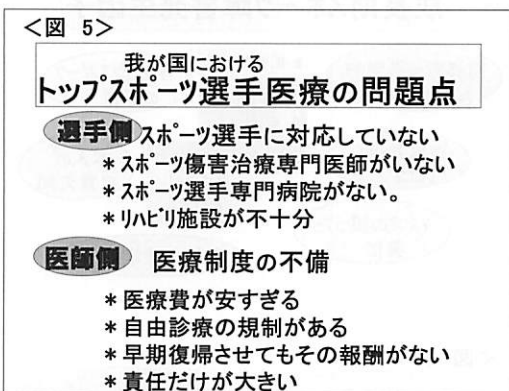
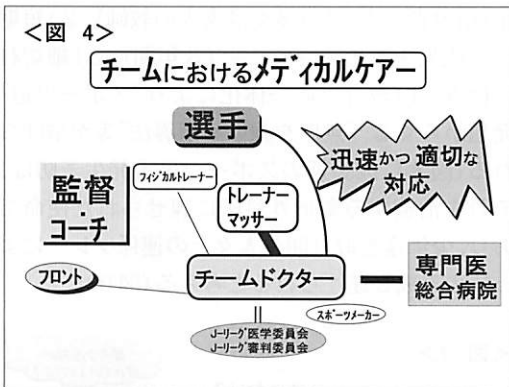
スポーツドクター認定制度により、称号は得られたが、我が国においては、まだまだ民間療法(接骨師・鍼灸師・マッサージ師・スポーツトレーナーなど)により、スポーツ選手が治療を受けている事実がある。医師は便利屋であり谷町であることも多く、社会的に認知されてるいるとは、未だ持つて言えない現実がある。さて、スポーツドクターが、診察室でスポーツ選手の治療に当たる以外の仕事は、1)チームドクター、2)大会遠征帯同ドクター、3)スポーツ大会医事活動(選手村診察室・競技場ドクター)、4)スポーツクラブ顧問ドクター、5)医事相談ドクター、などが挙げられるが、6)学校医もスポーツドクターの一種の仕事とも言える。治療にあたる上で、スポーツドクターの条件を、考えると、確かな診断・治療の上に、+αとしてスポーツをしている(いた)ことや、スポーツへの理解、そしてチームプレーができることなどが求められている(図1)。特に、スポーツ選手を診るうえで、アスリート治療の特殊性を十分理解した上での活動が望まれる。

【トップアスリートのメディカルケア】

— J-リーグにおける経験から —

発足より15年が経過し、我が国でプロスポーツとしての地位を確立したJ-リーグ(以下Jと略)であるが、そのメディカルケアは他の競技と違ったものを持っている。まず、医師による規約(52条)で医師による管理が義務付けられていることである。各チームはチームドクターを持ち選手の健康管理を行っている。仕事の要約は、図2に示したが、その特徴としては、1)メディカルチェックの義務化であり、これにより公傷制度の導入・障害を持つ選手の排除が可能となっている。次に2)サッカーヘルスマイトによる(いわゆるカルテ)選手の一元的な管理システムである。これにより選手の治療歴がオープン化され、代表招集・移籍などにおいても選手の状態を把握できることに

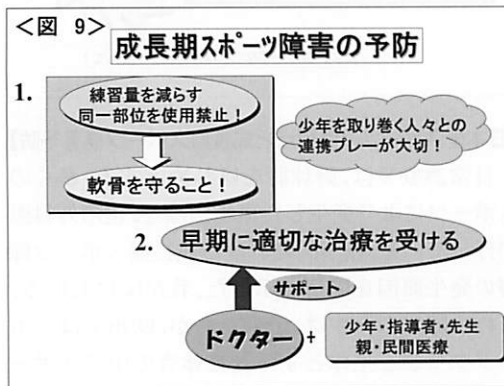
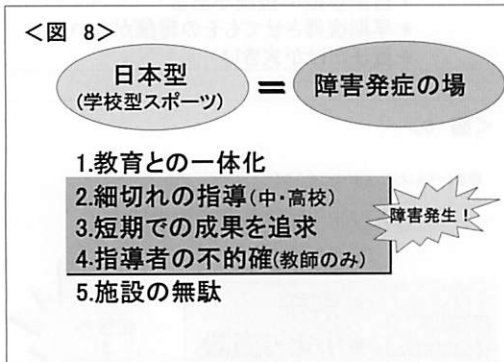
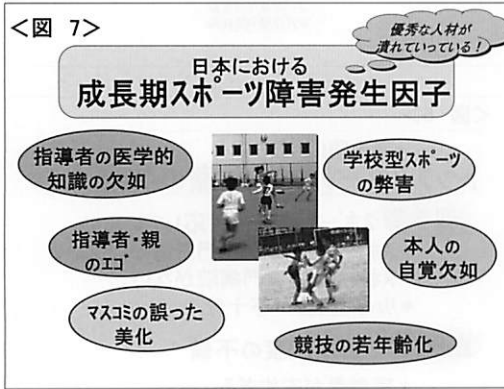
なっている(図3)。ドクターは選手をJ-リーグの財産としてとらえ、一日も早い復帰・長い選手生活をモットーにメディカルケアをおこなっている。チームにおけるケアは、選手のみならず、監督・コーチやフロント、さらに直接のco-workerであるトレーナーとのチームワークで迅速かつ適切な対応が求められる。特に、ドクターをサポートする専門医・総合病院が不可欠である(図4)。これらのJでの活動により、J内では、選手には出場機会の増加(収入増加)・選手生命の延長、またチームにとっては成績向上・経費の節減効果など、不可欠なものとして認知されている。野球と違って、Jの日本人選手は、海外で治療受けることはほとんどなく、また、海外で活躍する選手も帰国して治療を受けることも稀でなくなった。しかし、このように選手と密着し活動しているドクターは稀であり、他競技などのトップアスリートの治療には、非常な努力がいる。その問題点を図5に示した。これらの理由によりトップアスリートを実際に手術している整形外科医は僅かである。我が国においては、ドクターにもアスリートにも十分満足できる医療体制作りが急務である(図6)。



【日本型スポーツの問題点と成長期スポーツ傷害予防】

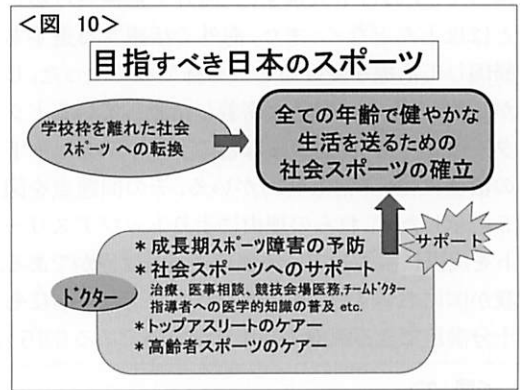
日常診療では、野球肘をはじめとする、多くのスポーツにより発生した傷害治療を、整形外科医が行っている。我が国における成長期スポーツ障害の発生原因を図7に示した。我が国における、これら障害の発生は、子供たちが、欧州ではスポーツクラブを主体とする社会体育の中でスポーツ活動をするのに比して、我が国では、学校でのスポーツ活動(いわゆる部活)が主であることに一因がある。つまり、この学校型スポーツでは、

1)指導者の不適切(多くは素人の教師)、2)短期での成果を求めすぎること(3年間)、3)細切れの指導、4)教育との一体化により“スポーツ道”発想からくる、“無理を強いる指導法”等が挙げられる(図8)。成長期のスポーツ傷害発生予防は、それを治療する整形外科医に課せられた使命であり、少年達を取り囲む人々との連携プレーによってのみ成し遂げられると考える(図9)。



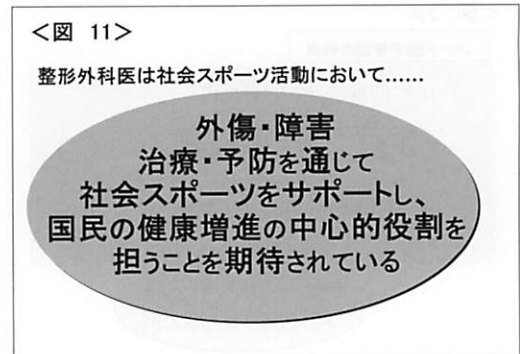
【これからの日本のスポーツとスポーツドクター】

これからの我が国のスポーツの進むべき方向を考えると、高齢化社会においても健康で健やかな生活を送るために、継続的にスポーツをする場が必要である。同時に、成長期のスポーツ傷害発生を予防するためにも、学校型スポーツから脱却し社会スポーツの確立が急務である。スポーツドクターは、トップアスリートや青年層のスポーツ傷害治療は言うまでもなく、メディカルチェックや運動処方など、国民が安全にスポーツをするため、これらの活動をサポートする重責を担っていると考える(図10)。



【まとめ】

スポーツにおける整形外科医の役割につき述べた。スポーツドクター認定医が多くいるにもかかわらず、まだまだ民間医療に依存するスポーツ選手がいるのが現状である。しかし、整形外科医は外傷・障害の治療を通じて社会スポーツ活動をサポートし、さらにスポーツ傷害予防や国民の健康増進の中心的役割を担うことを期待されている(図11)。



骨軟部肉腫の画像診断

岡山大学整形外科 尾崎敏文

診断・治療法の進歩

骨軟部腫瘍の診断や治療方法の近年の進歩は目覚ましい。特に、骨軟部肉腫症例の予後は過去20年程度で明らかに改善されている。それには、強力な抗癌剤全身化学療法の普及のほか、画像診断技術の進歩、切除縁の概念の普及、再建技術の向上が大きな要因を占めている。例えば、骨肉腫では、1970年代には5年生存率10%代であったが、最近では80%にまで到達した。術前に腫瘍の縮小化を図るや再建技術の進歩により患肢温存率も100%近くにまで上昇した。

診断方法

整形外科領域は画像診断が最も重要な分野であろう。画像診断には主に単純レントゲン、CT、MRIがよく使用される。まず、画像診断の歴史は1895年のRöntgenによるX線の発見から始まる。この発見は直ちにX線写真として医学分野で応用され、1901年には彼にノーベル物理学賞が授与された。1972年にはCTの開発でHounsfieldとCormackに、2003年にはMRIの開発でLeuterburとMandsfieldがノーベル賞を受賞されている。

骨腫瘍には好発年齢、好発部位がはっきりしているが、軟部腫瘍にも好発年齢、好発部位がある。さらに特徴的な症状を呈する骨軟部腫瘍がある。これらを基本に画像診断を行うことが重要である。画像診断では単純X線像では腫瘍の存在が分かることがあり、腫瘍の石灰化などはよく分かる。骨腫瘍は、CTやMRIが普及した今でも、質的な診断には単純X線画像が最も重要である。CTでは骨の破壊などはよく分かるし、筋肉内の脂肪腫などはよくわかるが、筋肉と軟部腫瘍は多くは同じ程度のレントゲン透過性を示すことが多く判別が難しい。近年MRIが普及し、軟部腫瘍の局在診断が正確にできるようになってきた。しかし、MRIだけでの質的な診断は、実は特殊な症例を除いて難しい。これはほとんどの軟部腫瘍がT1で



低信号、T2で高信号を呈するためである。整形外科医が日常診療でよく遭遇する軟部腫瘍は、アテローム、脂肪腫、血管腫、ガングリオン、神経鞘腫・神経線維腫がほとんどである。これらは特徴的なMRI所見を呈するし、臨床的・画像的に術前診断が可能なが多い。従って切除すればわかるのではなく、手術前にMRIなどを用いて臨床診断をつけることが重要である。逆に画像で術前診断できない腫瘍は悪性の可能性があるため注意が必要である。近年は、ダイナミックMRIによる腫瘍の血行動態の把握や、MRアンギオも重要になってきている。また、タリウムシンチなどによる良悪性の鑑別や化学療法の効果判定も重要である。

腫瘍の診断では、従来の病理組織診断に加えて、遺伝子診断が重要となってきた。特に、ユーイング肉腫や滑膜肉腫では、特徴的な融合遺伝子が検出され、これが見つかることが診断の決め手となっている。

従来の病理組織診断に遺伝子診断が加わることで、診断が変更される症例も多数見られる。画像診断では、MRIによる局所的な病態の把握は言うまでもない。近年は、ダイナミックMRIによる腫瘍の血行動態の把握や、MRアンギオも重要になってきている。また、タリウムシンチなどによる良悪性の鑑別や化学療法の効果判定も重要である。

近年はPETも普及してきている。原発不明癌の

骨転移などの原発巣の検出などは大変有用であるが、骨軟部腫瘍領域では疑陽性や疑陰性が多いため問題が残っている。

軟部腫瘍の切除

一般の整形外科医や外科医にとって悪性軟部腫瘍(軟部肉腫)に遭遇することはまれである。もし、悪性腫瘍を想定せずに腫瘍を切除した場合、切除縁は腫瘍内切除あるいは腫瘍辺縁切除となり、腫瘍組織が残存している可能性が高い。軟部肉腫の切除後は、たとえ腫瘍辺縁切除であっても再発率が高いため、腫瘍周囲の正常組織を含めて腫瘍を一塊として切除する広範切除術が必要とされる。しかし、現実には、腫瘍が浅層に存在し腫瘍径が小さい場合などに安易に良性と判断され辺縁切除を受ける症例も多く、切除後に悪性という病理

診断が出る苦い経験をした整形外科医多いと思われる。まず、臨床所見やMRIなどにより診断のはっきりしない腫瘍は常に悪性の可能性を念頭に置き、腫瘍専門施設に紹介することが望ましい。一方、腫瘍を切除した後に病理組織検査で悪性と判明した場合、できるだけ速やかに専門施設に紹介すべきである。辺縁切除後は局所再発の可能性が高いので、追加広範切除が適応となる。しかし、追加広範切除を行えば、局所再発率は低下し、生命予後は改善する傾向にある。

診断がはっきりしない腫瘍は、常に悪性腫瘍の可能性がある。従って、腫瘍専門医以外が手を出すべきではないことは心得ておくべきである。判断に迷うようなら、各地域の骨軟部腫瘍専門施設(日本整形外科学会ホームページに掲載)に相談すべきであろう。



「交通・労災事故受傷後に発生した手足のしびれの臨床」

関西医科大学整形外科 准教授 齋藤 貴徳

交通・労災事故受傷の中でも頸椎捻挫と腰椎捻挫は日常診療上よく見られる疾患の1つであるが、その症状は多彩であり、診断・治療に難渋することも多い。頸椎・腰椎にはMRIなどの検査でも異常を認めず、原因不明の手足のしびれ・疼痛との診断で、多施設をまわる症例によく遭遇する。しかし、そのなかに手根管症候群などの絞扼性神経障害が電気生理学的に証明でき、これを治療することにより症状が消失するものが存在している。

今回、このような手足のしびれを有する絞扼性神経障害について、当科で治療した交通・労災事故後に発生した胸郭出口症候群、肘部管症候群、手根管症候群、梨状筋症候群等の症例について、電気生理学的検査方法と、保存的両方および動画を用いて手術の際に証明された絞扼部位を供覧し、電気生理学的検査による確定診断の重要性について解説したい。

(文責 松矢浩司)



整形外科領域における歩行障害に対するリハビリテーション —特に装具の活用について—

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科学 隅谷 政

歩行障害に対するリハビリテーションでは、歩行動作だけに着目するのではなく、広く歩行関連動作の障害と捉えて歩行に関わる全ての動作を対象にリハビリテーションが進められる必要がある。日常生活動作ADLは移動動作と不可分であり、健康な人なら自分で歩くことで場所を移動して全て行っているわけで、特に排泄、入浴、整容などと歩行は関連が深い。また場合によっては、生活関連動作APDL(Activities Parallel to Daily Living)にまで歩行する範囲を広げる必要がある、これには外出、乗用車の運転、コミュニケーション、買い物、金銭管理、家事、服薬、家屋維持、趣味活動、留守居が含まれる。

窪田によると歩行関連動作には、要素的動作として椅座位保持動作、台から立ち上がる・座る動作、床面から立ち上がる・座る動作、立位保持動作、平坦路歩行(歩行開始と停止、前歩き、横歩き、後ろ歩き、方向変換、跨ぎなど)、階段昇降、スロープ昇降、障害路歩行があり、これらが組み合わさることによって複合的動作になる。

リハビリテーション病院では障害を持つ患者のADLを向上させることを使命として治療が進められており、このために早期から歩行や移乗の動作能力を向上させるための訓練が行われているが、小生は足腰の筋力やバランスの強化と下肢装具や歩行補助具の積極活用を基本方針としてきた。

大阪市立大学リハビリテーション部でも同様にADL向上のための訓練に力を入れているが、整形外科領域における歩行障害の患者はほとんど手術目的の入院であり術後2～3週間のパスに従って進行しており、パスからはずれるような症例は転院先でじっくりリハビリに取り組むこととなる。時には変形性股関節症患者に運動療法を指導することもあるが断片的な関わりである。

手術でドラマティックな改善が得られる場合は術後療法としてのリハビリで十分と考えるが、



実際には手術できなかつたり手術後も症状を残す患者の方が圧倒的に多いであろう。そのような患者への対応に開業医は直面しているはずである。小生の経験した大腿骨頸部骨折後のリハビリにおいても、退院後の状態に不安な症例が少なくなかった。

療法士のいない診療所でのリハビリ医療となると、指導や教育が主体とならざるを得ないが、実際には療法士に任せるよりも医師自ら患者に指導する方が効果的である。医師がしっかり患者育を行い、きめ細かく運動療法や生活指導を行う。リハ専門医のほとんどは勤務医であり周りにはPTやOTがいるためなかなかそうは行かない。専門的なリハビリ医療が効を奏するためにはもっと一般的なリハビリ医療という広い裾野が必要であるが、整形外科開業医が事実上この主役を担っておられると言える。

そもそもリハビリ医療でドラマティックな効果は期待できない。だからこそ残っている身体障害にいかにか科学的にしかも人間的に対処するかが重要となる。

科学的に対処するには、療法士任せにせず診察、診断、処方という医学の原則から逸脱しないことが最低限必要である。運動療法や装具は科学的根拠に基づいて行われることが望ましいことは言うまでもないが、物理医学の出で立ちそのものが根拠に乏しいという面があり、これからの解明に

期待される場所は大きい。下肢装具に関する限り、脳卒中者の治療経験では、歩容にこだわらずADLに密着させるような配慮が必要と考えている。

では、人間的に対処するにはどういう観点を持つべきか。本演題名を「歩行障害を有する患者のリハビリテーション」と捉えるとわかりやすい。障害を持つ患者の側からすれば、リハビリ科＝コンビニ診療科であり、リハビリ専門医はホームドクターである。そのような調子でじっくり時間をかけて向き合うことが必要なのである。そして、行くべき道を見失った人に方向を示してあげることがリハビリ医の役目であると捉えると、リハビリ医には常に自分を極める姿勢が求められていると言えないだろうか。

整形外科の長い伝統を振り返ってみると、曲がったものをまっすぐにするといった「オルトペデ

ィア」の精神が今も地下水脈のように息づいているように思われる。義肢や装具は整形外科医の治療計画の中で作られてきたし、日本では整形外科はリハ医学を生み出す原動力となった。肢体不自由児療育、切断や脊髄損傷のリハ、労災病院等における後療法といったものが現在のリハビリ医療にも脈々と流れているのである。

そういう観点から小生が整形外科へ期待したいことは、まず新たな歩行障害のリハビリのため外科的手法によってbreak-throughを開くこと、再生医療など次世代の治療法の開発、義肢や装具のインターフェースの発展などである。一方「Don't Throw Away the Cane」の論文趣旨を現代風に解釈すれば高齢・重度化した歩行障害者の活動を支えることの重要性とも受け取れるわけで、こうした発想も大切にしていきたい。

新世紀の骨折治療学 —技術革新と温故知新—

星ヶ丘厚生年金病院整形外科 中瀬尚長

【はじめに】

“整形外科は、骨折に始まり骨折に終わる”と言われるくらい、骨折治療は、全ての整形外科医にとって永遠のテーマであります。全ての骨折が牽引により保存的に治療されていた時代を経て、1950年代以降、AOグループやKuntcherらにより骨接合術の理論が提唱され実践されるようになり、骨折治療なる分野は、広く深く学問として発展してまいりました。その後50年以上の月日が経過し、新世紀を迎えた今日、骨折治療を取り巻く概念はどのような進歩や変革を遂げたのでありましょうか。積極的治療と早期リハビリテーションによる早期社会復帰という概念は不変のものでありますが、50年以上に及ぶ観血的治療の結果を振り返り、その莫大なデータベースを礎とした反省に加え、まさしく“IT化”や“エコ”といった時代の潮流をも取り入れつつ、“骨折治療学”は、その姿を変えつつあります。医療安全という見地からも、注意義務(予見義務・回避義務)や説明義務(知る権利・選択権)という観点から、治療担当医は時々刻々と変革して行く医療水準というものをしっかり学んでおくことが必要となって参ります。本講演では、近年の骨折治療の動向は如何様に変化を遂げ、我々臨床医、そして患者様達にどのような福音をもたらしたのかについて、私見を交えて述べさせていただきます。

1. 診断学の進歩

① インターネットによる情報の普及

骨折の分野に限ったことではありませんが、インターネットの普及により、医師は、骨折に関する様々な情報にいち早くしかも簡便にアクセスできるようになりました。例えば、米国整形外科学会(AAOS)の学会雑誌では、様々な分野についての最新の治療事情を全世界の会員に発信しており、現時点での“医療水準”にリアルタイムでアクセスできるようになっていますし、同じく米国の整形外科外傷学会(OTA)のホームページでは、



私がかつて東海岸に1週間を費やして受講に行きました、骨折のセミナーコースの内容をWEB上で閲覧できるようになっております。(図1)さらには、病的骨折を生じるような様々な難病の情報にも容易にアクセスできるようになりました。

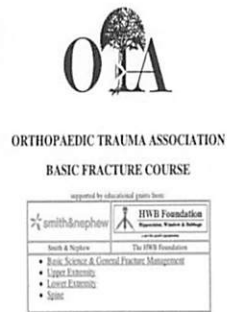
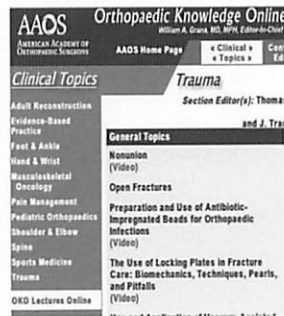


図1. 米国整形外科学会(AAOS) (左)と Orthopaedic Trauma Associationによる fracture basic course (右)のホームページ
AAOS:<http://www.aaos.org/>
OTA:<http://www.hwbfoundation.org/ota/bfc/>

② PACSの普及

IT革命は、画像診断の分野でも日進月歩であります。特に画像をモニター経由で閲覧するPicture Archiving and Communication System (PACS)の普及により、これまで大量のレントゲンを大きな袋に入れて持ち歩いていた労力や、そこから1枚1枚レントゲンを撮りだしては読んでいた手間が大幅に省略出来る一方で、モニターの解像度

に診断感度が左右されてしまう可能性や、このシステムを使い切るだけのハードウェア(コンピューター)を各医院で準備する資源や労力の問題など、現実的な問題点も少なくないようです。

③ MDCTの普及

64スライスに代表される、MDCTの普及により、かつつは撮影に数分を要していた高精度な3次元CTがわずか数秒間の間に撮影されるようになりました。勿論器械自体は比較的高価なものがありますが、ほぼルーチン作業に近い形で高速に高感度な画像が得られることで、単純X線では見逃していた骨折の存在や、骨折型の正確な診断が可能となりました(図2)。



図2. 単純X線像(左)と、MDCTによる3D再構成画像(右) 単純X線では不明瞭であった関節面の粉碎骨折が、3D構成画像で初めて明らかになっている。

2. 治療体系の変遷

骨折治療の究極的な目的が、確実かつ迅速な骨癒合と、早期の機能回復であることは昔から変わりのない事実ですが、この目的を達するためには、合併症の回避という点も忘れてはならないポイントです。かつての観血的整復固定とは、創を大きく展開し、さながらプラモデルを組み立てるかの如く、一つ一つの骨片を正確に整復し、十分な量の固定材料で強固に固定するという考え方がゴールドスタンダードでした。しかしながらその一方で、このような原理に基づく治療により、“レントゲン美人”な結果は得られても、局所の血行は破壊され、感染や軟部組織障害といった重篤な合併症を併発し、結局は癒合不全や関節拘縮、廃用肢という最悪の結末を迎え、機能回復という当

初の最大の目的を達することができない症例も稀ではなかったのです。このような観点から、最近では、血行の温存、すなわち骨折部の生物学的活性という点がこれまで以上に重要視されるようになり、医療安全という時代の流れも反映して、“低侵襲”ということがいかなる場面でも大切にされるようになって参りました。

① 保存治療

骨癒合が遷延するケースでは、漫然と経過観察を行うべきか、外科的手段を講じるべきか判断に困るケースが稀ではありません。そういった要望に応えてくれる便利なツールとして、超音波骨折治療(Low Intensity Ultrasound:LIPUS)が脚光を浴びるようになりました。本手法は、近年の大規模臨床試験における骨癒合促進効果が報告されており、使用に伴うリスクが殆ど皆無な方法ですが、その医療経済学的効果を考えた場合、漫然と使用することは避けるべきであり、本方法の適応を理解しておくことは大切かと思います。端的には「本方法の効果は、骨癒合を早めることであり、くっつかない運命にある骨折をくっつかせることはできない」という事になるわけですが、実際には、骨癒合遷延例にはとりあえず使用し、数ヶ月の使用でも効果が無い場合には、すみやかに外科的治療を考慮する、という感じになるのではないかと考えています。

② 観血的治療

1. ダメージ・コントロール・サージェリー

(Damage Control Surgery:DCS)という概念
ダメージコントロールとは、元来戦闘により損害を受けた艦船を沈没させずに最寄りの軍港に帰すための応急処置を指す軍事用語ですが、この概念が、救急医学の分野で、救命を目的とした治療戦略として取り入れられるようになりました。具体的には、早期に損傷部位に対する最小限の治療を行ったうえで、全身状態の改善を図った上で、段階的に計画的再手術による根本的な機能再建治療を行うということを指しますが、2000年以降、この概念が整形外科の分野にも積極的に取り入れられるようになりました(Damage Control Orthopaedics:DCO)。例えば、多発外傷

患者に対し受傷早期から侵襲的な観血的整復固定術を行う、いわゆる“Early Total Care”に比し、全身状態の安定しない早期には創外固定を用いて可及的な骨折固定にとどめておき、後々全身状態の改善を待ってから最終的な(骨折の)手術を行うDCOの方が、ARDSの発症率を著しく軽減できることが判明したのです。さらに、近年では、このようなオリジナルのDCOの範疇からはいささか逸脱致しますが、高エネルギー外傷に伴う四肢の骨折に対し、早期には可及的創外固定により、“局所のダメージコントロール”を行い、軟部組織の修復を待機したうえで、二次的な再建術を行うという、段階的手術の有効性も広く認められるようになって参りました(図3)。

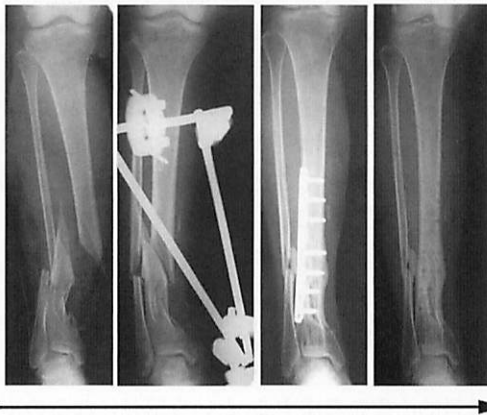


図3. 高エネルギー外傷における段階的手術
例えば開放骨折や軟部組織損傷の著しい閉鎖骨折の場合に、可及的創外固定固定を行って、軟部組織損傷の回復を待機した後に、骨癒合獲得のための根本的治療を行う。このような段階的手術により感染や軟部組織トラブルなどの重篤な合併症の発生を防ぐことができる(中瀬 他:整形・災害外科 金原出版 2005より引用)。

3. 各種治療法の進歩

① プレート固定

AO理論の柱であるプレート圧迫固定であります。これまでの莫大な症例数の積み重ねに基づく結果から、侵襲的な整復と強固な固定による一次的骨癒合が、いついかなる場合にも最良の方法とは言い切れないことが判明し、骨の生物学的活性という概念が、これまで以上に重要視されるようになってきました。AOグループが最近打ち出した、ロッキングプレートの概念(図4)は、スク

リューをプレートに固定(ロック)する機構により、プレートを骨に圧着させることなく固定できる、まさしく“体内埋め込み型創外固定”というものであります。本プレートの場合には、必ずしも骨片間の一分違わぬ整復や圧着を必要としないため、骨折部局所を展開せずに、小切開でプレートを挿入する最小侵襲手術(Minimally Invasive Plate Osteosynthesis: MIPO)も行い易くなりました(図5)。しかしながら、インプラント自体がややbulkyで、軟部組織の薄い部位には使用しにくい点や、抜釘にまつわる幾つかの問題点を含め、未解決のピットフォールも存在し、今後更なる症例の積み重ねが必要な段階のようです。

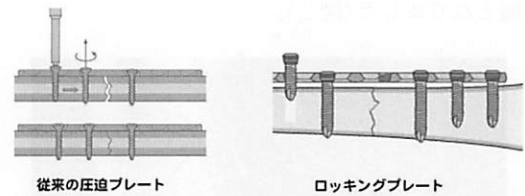


図4. ロッキングプレート
左) 従来のプレートではプレートと骨片をスクリューで圧着させて固定するが、(右) ロッキングプレートでは、スクリューをプレートに固定する機構があり、プレートは骨に接触しない。(AO Manual of fracture management: Internal fixators LCP & LISS:AO Publishing 2006 より引用)

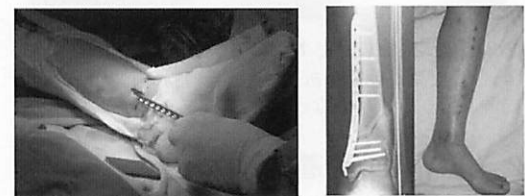


図5. ロッキングプレートを用いたMIPOによる整復固定プレートの挿入部とスクリュー刺入部のみ皮切する。

② 髓内釘

1940年代のキューンチャー釘に端を発した髓内釘ですが、ロッキングスクリュー(横止め釘)の導入によりその手術適応は大幅に拡大されました。その後も手技やインプラントの改良により、うまく使えば本当に様々な用途が可能となっております(図6)。本方法は、原則的に骨折部に侵襲を加えないので、(リーミングにより髓内血行は一次的に障害を受けますが)骨折部の生物学的活性を損わない治療が可能であります。かつてはリーミングを行わないノンリーミングがもては

やされた事がありました。偽関節発生率やインプラントの破損率が高く、髄内釘法の最大の合併症である肺塞栓や感染の発生を必ずしも軽減させるものではないことなどから、現在ではやはりリーミングがスタンダードとなっています。逆にリーミング法は骨髄の成分を骨折部にデリバリーできることから、偽関節の治療法としても有効で、髄内釘固定後に発生した偽関節に対し、大きなサイズの髄内釘に入れ替えるだけで、骨移植を要することもなく、良好な成績が得られております(図7)。



図6. 髄内釘の拡大応用

大腿骨遠位部の変形治癒後に生じた二次性変形性膝関節症に対し、TKAを行い、同一皮切で同時に逆行性髄内釘を挿入し、矯正骨切りを行ってアライメント調整を行った。



図7. 髄内釘による低侵襲な偽関節治療

ノンリーミング髄内釘固定後に生じた偽関節に対し、リーミングを加えたうえで、髄内釘をサイズアップして挿入。骨移植は要さない。

③ 創外固定

創外固定は、先述の整形外科的ダメージコントロールの代表的ツールとして、その存在価値があらためて見直されて来ております。モジュラー型の創外固定は、組み立ても簡単かつ軽量で、装着も短時間で行えるため、一次的固定のツールとしては有用ですが、装着のまま荷重したり、骨癒合までの長期間固定するには適しておらず、一次的固定用の創外固定に加え、最終的な骨癒合獲得のためのツールとしての創外固定固定が必要とされてきました。第2次世界大戦後の1950年にロシアの片田舎で端を発したイリザロフ法は、独特のリング型創外固定を用いて、早期に荷重させ骨癒合獲得を可能とした概念で、その普及に伴い、創外固定が骨癒合獲得のための最終兵器的な地位を獲得するようになりました。創外固定は、現在の骨折治療の考え方である“生物学的活性温存”という概念には最もマッチしたツールではありませんが、うまく使いこなすためには、一次的仮固定として使用するのか、最終的な骨癒合獲得のために使用するのか、明確に方向づけて使い分けることが秘訣であります。特にその効果は重度の軟部組織損傷例において他ならぬ真価を発揮しますが、近年では、フライトシミュレーターに代表されるHexapodの概念が導入され、コンピューター支援下に骨折の整復が行えるようになりました(図8)。骨折部を展開せずに整復する事が、創外固定の最大の利点ではありますが、その分整復操作に熟練を要することが、創外固定が多くの整形外科医から疎んじられていた大きな理由でしたが、IT技術と巧みにコラボさせることにより、正確な整復が簡単に行えるようになり、元来低侵襲で骨折部の生物学的活性を損なわない本方法が、よりユーザーフレンドリーなものとなってきました。しかしながら、高価なコンポーネントの保健適応の問題や、術後管理を含め今後解決すべき問題も少なくありません。

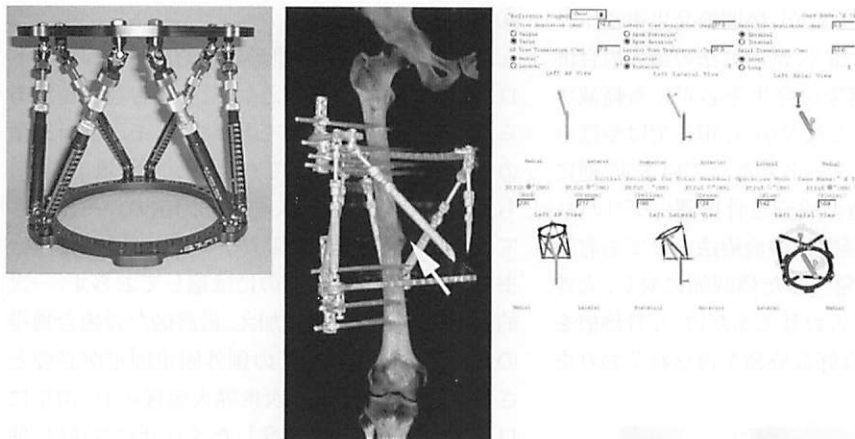


図8. コンピューター支援による骨折整復固定

(左) ツールであるテーラーフレーム (Taylor Spatial Frame: TSF)。6本の目盛り付きストラットがユニバーサルジョイントでリングに連結される。この目盛りを変えることにより、リング間の位置関係が自由に調節できる。(中央) 整復固定された大腿骨開放骨折。わずかな骨片のずれも認めない。(矢印; 骨折部) (右) Web上のソフトウェアを用い、パラメーター入力を行い、整復プログラムを出力する(中瀬他:整形・災害外科 金原出版 2009より引用)。

4. 骨欠損再建技術の進歩

骨欠損の再建は、骨折治療にかかわらず整形外科の大きなテーマの一つであります。この分野でも、“エコ”の流れは浸透しつつあります。当然骨折治療においてもこのテーマは様々な議論が飛び交うホットな分野であり、特に、近年では、交通外傷や労務災害による外傷が重症化し、ますます目の離せないテーマとなってきております。

① 骨移植

今も昔も骨移植術が骨欠損再建のゴールドスタンダードであることに変わりはありませんが、この骨移植技術にも低侵襲化の潮流が押し寄せております。腸骨採取部に関連したトラブルは未だ不可避かつ未解決の問題点として残存する中、欧米では骨形成因子 (Bone Morphogenetic Protein: BMP) が開放骨折や偽関節の治療において有用であるとのエビデンスが大規模臨床試験で明らかにされると共に、いち早く商品化されて医療現場に出回り、自家骨採取の機会が激減しました。欧米では元来アログラフトが汎用されておりましたが、このBMPの大規模試験でのエビデンスにおける位置づけはGrade Aで、アログラフトのGrade Cを遙かに凌ぎます (Aが最もエビデンスレベルが高い)。しかしながら、本邦では、アログ

ラフトの普及が十分ではないうえ、BMPの製品化も未だなされておらず、自家骨に代わる画期的な人工生体材料が存在していないのが現状です。そこで筆者らは、大阪大学で開発された、高い骨伝導能を有する多孔性のHAセラムクス (ネオボーン) を、偽関節の骨欠損治療に使用し、良好な成績を得ております (図9)。症例によっては人工骨単独で十分良好な成績が見込まれることもございますが、骨幹部の骨欠損には強度の問題などから、やはり自家骨の併用が必要となる事が多いことも事実であり、「骨幹部の大きな骨欠損」は、遊離骨移植での対応では限界があるという事実が浮き彫りになって参りました。

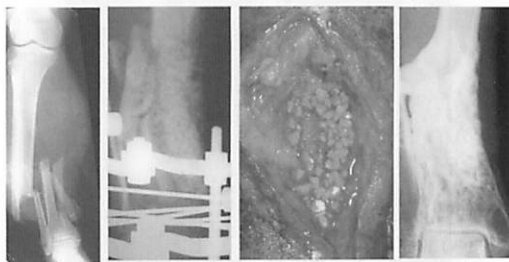


図9. 開放骨折後に生じた骨欠損に対する人工骨移植軟部組織修復後に、自家骨とハイブリッドで移植し、移植後1年で、周囲組織と親和した (中瀬他:別冊整形外科南江堂2005より引用)。

② 骨延長

巨大骨欠損に対する治療として、近年あらためて注目を浴びているのが、骨延長術であります。勿論、血管柄付き骨移植という素晴らしい手法もございますが、その詳細に関しましては別の機会に委ねさせていただきます、ここでは、筆者の得意分野の一つでもあります「骨延長術による骨欠損の補填」ということに焦点を絞り、述べさせていただきますと思います。骨延長術の根源をなすのは、ロシアのイリザロフ博士が見いだした

Distraction Osteogenesis(牽引による骨新生)という概念であります、その歴史を紐解いてみると面白いエピソードに出くわします。1950年代、ロシアの片田舎のクルガンで、独自の創外固定固定器(イリザロフ創外固定)を用いて骨折の治療を行っていたイリザロフ医師は、骨癒合を早めようと、患者自身に創外固定のねじを回して圧迫をかけるよう指示したところ、この患者は、逆方向にねじをまわしてしまい、骨片間に隙間ができてしまいました。ところがなんと、その隙間に骨折仮骨が形成されていたのです。つまり牽引力により骨折仮骨形成が促進されていたわけで、この発見が、イリザロフ法なる骨延長術の発端だったとされています。その後30年の時を経て、ようやくこの手法は、欧米に広まって行くわけですが、60年を経過した今では、世界全土に手技が浸透し、移植という手段を講じずとも生体内に新たに組織形成を生じることの出来る唯一の方法として重宝され、特に難治性骨折の分野では、最終的治療手段として位置づけられております(図10)。

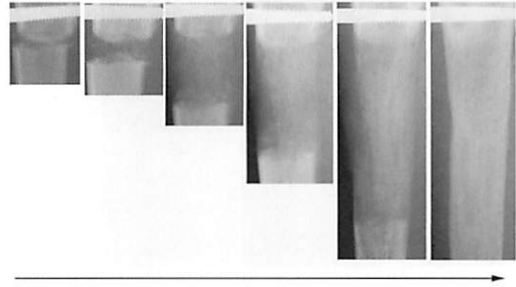


図10. 骨延長術による骨新生

1日1mmの牽引を1日数回に分けて徐々に行うことにより、骨片間に仮骨が形成される。

具体的には、当初に述べさせていただいた大きな骨欠損の補填(図11)や、偽関節治療、そして最近ではIT技術との組み合わせで、複雑な変形の矯正にも有用なツールとして活躍しています(図12)。最大の弊害であった術後管理も、最近では看護師や理学療法士の方々とのコラボレーションが進み、10年前とは比較にならないくらいにケアがバス化され、行き届くようになりました。本方法の詳細について語り始めますと、おそらくこの会報誌一冊分を占拠してしまいかねず、また本題の主旨からも逸脱いたしますので、概念のご紹介程度にとどめさせていただきます。



図11. 外傷性骨欠損に対する骨延長を用いた再建(左:実例、右:シエマ) 約6cmの欠損部を短縮ドッキングし、健常部で6cmの骨延長を行った(中瀬 他:Arthritis メジカルレビュー社 2007より引用)。

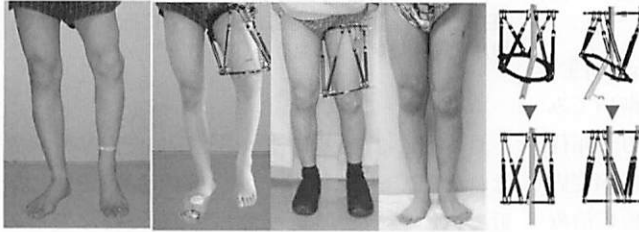
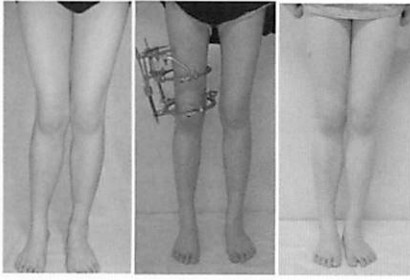


図12. 骨延長を用いた変形矯正術

いずれも外傷性骨端線損傷後の変形短縮例。(上段)イリザロフ型創外固定器により大腿骨遠位部の外反変形が正確に矯正されている(中瀬 他 関節外科 メジカルビュー社 2004より引用)。(下段)かなり複雑な短縮変形も、先述のテーラーフレームを用いてコンピューター支援で矯正延長を行えば、簡単かつ正確に矯正できるようになった。(右はコンピューターシミュレーションの図)(Nakase, T. et al. Arch Orthop Trauma Surg In Pressより引用)

【おわりに】

以上、2000年以降における骨折治療理論の変遷について、筆者の自験例を中心に、私見を交え、述べさせていただきました。今一度その内容を振り返りますと、全く斬新に見える新たなアイデアも、その源をつきつめて行くと、古くから培われた先人達の知恵が、改めて掘り起こされ、適材適所に導入されているという印象を否めません。そんな理由から、生意気なようですが、表記のようなサブタイトルを加えさせていただいた次第です。最新の技術を学び積極的に取り入れてゆくことに異論を唱える気持ちは毛頭持ち合わせておりません。しかしながら、そんな折りであるからこそ、

現像器から取り出したばかりのレントゲン1枚のすみずみまで凝視し、入念に身体所見を探って骨折を見だし、如何様なる骨折も、牽引しかり、はたまた1本のKワイヤーを駆使して治療することを余儀なくされた時代の実学こそ骨折治療の本質が隠されているようにも思います。“ITが当たり前”の時代に育って来られた若い先生方には、最新の情報をデリバリーする一方で、先人の培われた実学の大切さを実感し体験できる環境の確保も忘れてはならないと、老婆心ながら実感する今日この頃であります。

小児骨折の診断と治療戦略

済生会和歌山病院 副院長 松崎 交作

はじめに

成人の骨折は一般的に手術的治療が行われるが、小児の骨折は原則として保存的に治療される。小児骨折は仮骨形成が旺盛で速やかに骨癒合が得られ、さらに骨折後の関節拘縮もまれであるので、一般的にその予後は良好である。しかし関節周辺の骨折では骨端部の骨化が不十分のため軟骨成分が多く、小児骨折ゆえの画像診断および治療の難しさがある。関節軟骨と骨端軟骨はX線像ではclear spaceとして表現されるので、骨端部骨折の中には的確な診断をするためには関節造影やMR画像が必要なことがある。とくに肘関節周辺の骨折は頻度が高いうえに診断と治療に難渋することは稀ではなく、的確な画像診断が要求される。また小児骨折特有の自家矯正についてもすべての転位に起こるものではなく、自家矯正があまり期待できずに許容されない転位についても注意を払う必要がある。

治療

転位を認める小児骨折治療の原則は保存的治療であり、その大部分は徒手整復あるいは牽引療法によって加療することができる。原則として徒手整復操作は全身麻酔下に施行する。徒手整復あるいは牽引によって整復された骨片に経皮的ピンニングあるいは中空螺子による内固定が行われることも少なくない。経皮的内固定は保存的治療と観血的治療の中間に位置するものと考えることができる。これに対して比較的可成りであるが手術的治療つまり観血的整復内固定術も骨折部位によっては適応がある。その対象は骨端部骨折つまり関節内骨折が中心であり、この部位の骨折は成人と小児に関わりなく観血的整復内固定術の適応となる(図1)。小児の場合、そのほとんどが骨端線離開(Salter-Harris分類¹⁾Ⅲ型およびⅣ型)をとまなうので関節の良好な適合性を獲得するとともに、後の成長障害を回避するためにも的確な解剖学的整復位の獲得が不可欠である。



図1. 上腕骨外顆骨折 6歳男児

小児骨折における自家矯正(remodeling)と治療戦略

骨折後の変形に対する自家矯正には二つの要素があり、rounding offとrealignmentに分けることができる(図2)。rounding offとは側方転位をきたした骨折部における形態の自家矯正であり、realignmentとは骨折による角状変形に対する自家矯正である(図3)。小児骨折におけるrounding offの能力はきわめて旺盛であり、骨片間の接触がない場合でも骨長軸のalignmentに影響を及ぼすことなく認められるrealignmentはrounding offと比較するとあまり期待できないことが多い。

一般的に小児骨折は自家矯正が起こり、ある程度の転位は許容されるといわれている。しかし一般に骨片が平行に偏位しただけの側方転位はよく自家矯正(rounding off)が進行するが(図3)、一方角状変形をきたす軸転位(angulation)は側方

転位に比較すると自家矯正 (realignment) があまり期待できない³⁾ (図4)。

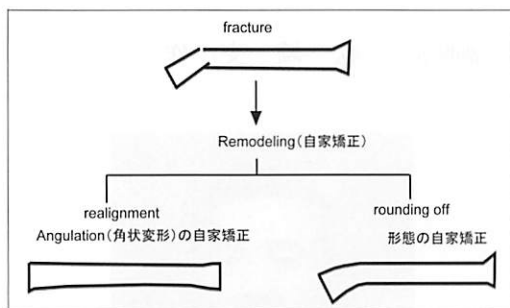
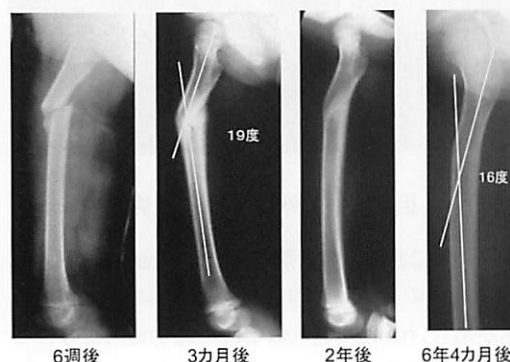


図2. 2種類の自家矯正 (Rang²⁾)



図3. 上腕骨顆上骨折後の自家矯正 (リモデリング) 5歳男児



6年経過して、3度 (19度から16度) しか角状変形が自家矯正 (realignment) されていない

図4. 4歳4カ月女児

したがって小児の骨幹部または骨幹部部の骨折を治療する際、多少の側方転位は許容されるので、軸転位 (角状変形) の確実な整復操作を最優先することが得策である。たとえば、整復位の保持が困難な小児上腕骨顆上骨折の場合、装具による直達牽引で治療することができる。本法は小児上腕骨顆上骨折用の装具を装着して直達牽引を行う方法である。治療中、一切徒手整復操作を行わずにバネを利用した直達牽引によって自然整復を期待するものである (図5)。これにより解剖学的整復位に固執することなく軸転位を整復し、後

の rounding off により良好な成績が期待できる (図)。

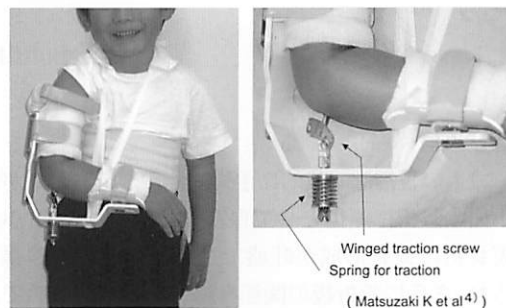


図5-1. 装具における直達牽引



受傷時

図5-2. 左上腕骨顆上骨折8歳女児



a. 4日後 前後像側面象とも軽度の側方転位が残っているが軸転位 (角状変形) は整復されている。 b. 2年後、rounding off がよく進行している。

図5-3. 左上腕骨顆上骨折8歳女児

同様のことはSalter-Harris分類I型およびII型の骨端線損傷に対しても言うことができる。I型とII型は、内軟骨骨化機転の源となる静止軟骨細胞層が受傷時に損傷されていないと考えられるので愛護的な処置を行えば、後に成長障害をきたすことはきわめて稀である。したがって骨端軟骨に追加的損傷を起こす危険性のある頻回の徒手整復操作や観血的処置は行ってはならない。I型とII型も側方転位はrounding off がよく進行するので、多少の側方転位は許容範囲である。

文 献

1. Salter RB et al: Injuries involving the epiphyseal plate. J Bone Joint Surg 45-A. 1963 : 587-622.
2. Rang M: Children are Not Just Small Adults, Childrens' Fractures. 2nd ED.Philadelphia and Tronto, JB Lippincott Company 1-9, 1983.
3. 松崎交作ほか:小児長管骨骨折後のrounding offとrealignmentの推移. 日小整会誌 4. 1995:359-366.
4. Matsuzaki K, Nakatani N, Harada M, Tamaki T.: Treatment of supracondylar fracture of the humerus in children by skeletal traction in a brace. J Bone Joint Surg Br. 2004 Mar ; 86 (2) : 232-8.

肩腱板断裂の最新治療の動向

済生会吹田病院 副院長 黒川 正 夫

はじめに

肩腱板断裂の治療は最近の10年間の間に大きく変化した。これまで標準的に行われてきた観血的腱板修復術すなわちMcLaughlin法に替わって、関節鏡視下腱板再建術が行われるようになった。また手術器械を含めた術式の問題、技術的な問題など改良、改善すべき点はあるが、これまでの腱板治療の変遷を紹介しながら現在の到達点と今後の課題について述べる。



肩腱板断裂に対する手術治療成績-McLaughlin法の成績(2004年)

肩腱板断裂の手術治療成績は多くの報告があるが、私たちが1998年から2003年にMcLaughlin法による腱板修復をおこない、1年以上の経過観察が可能であった男性33例、女性10例で、年齢は平均59才(42~76歳)、右26肩・左19肩、術後経過観察期間 15~57か月(平均33ヵ月)について検討した結果をご紹介します。

断裂の大きさの内訳を以下のように2群に分類したが、手術術式はすべての症例で肩峰形成術を行い、解剖頸に骨溝を作成し、McLaughlin法で腱板修復を行った。

S群28肩

- 小断裂(直径10mm以下) 8肩
- 中断裂(直径10-30mm) 20肩

L群17肩

- 大断裂(直径30-50mm) 9肩
- 広範囲断裂(直径50mm以上) 8肩

後療法は肩外転枕を使用した者が23肩(S群23肩、L群0肩)、肩外転装具を使用したものが22肩(S群5肩、L群17肩)で、いずれも3-4週間装着した。

日整会肩関節疾患治療成績判定基準(JOAScore)を用いて総合評価し、疼痛点数(30点)、筋力(5点)、可動域(30点)、関節可動域(挙上15点、外旋9点、内旋6点)を個別に評価検討した。

各群の術前後の点数比較、術後成績の群間の

比較をおこない、統計学的にはMann-Whitney U-testを適応した。

2群間の術後成績の比較

疼痛、筋力、挙上関節可動域のすべての項目で術前に比べて術後は改善が認められたが、S群とL群の間で治療成績に差はなかった。McLaughlin法による腱板修復が可能な例、すなわち腱板断端の質の良いもの、筋の質がよく腱板断端が容易に大結節に届くような弾力性を有するものでは、断裂の大きさは治療成績に影響しないことが明らかになった。

筋力についてCybexを用いて外旋筋力(患側/健側比)を検討したところ、自験例(240°/秒)ではL群(術後平均26.1ヶ月)では106.0%、S群(術後平均32.6ヶ月)でも103.9%と健側以上の極めて良好な改善が得られていた。Walkerらは1987年に同様の検討を行い、術後1年で外旋筋力が健側比90%まで回復していたとし、Rokitoらは1999年に広範囲腱板断裂術前後外旋筋力の健側比を示し、術前57%、術後6か月で87%、12か月で91%に回復し、術後筋力回復には1年以上が必要と述べており、私たちの結果に矛盾はなかった。

JOAスコアの日常生活動作10項目と関節可動域、疼痛の関係を調べたところ、結帯動作の制限のあるものは関節可動域では伸展制限と、筋力では内外旋筋力と、さらには疼痛と相関することが明らかになった。

かになった。

ミニオープン腱板修復術から関節鏡視下腱板修復術へ

一方関節鏡視下手術における手術機器の発達、特にスーチャーアンカーと縫合糸の開発が加速することで小断裂から中断裂を中心に肩峰形成術を鏡視下でおこない、小切開で腱板修復を行うミニオープン法と鏡視下腱板修復術が同時進行で試みられるようになった。

骨溝を作成するとアンカーが脱転するリスクが増加するためいずれの術式も大結節の新鮮化にとどめることになる。アンカー1列の単層固定では点固定になるため初期固定性が悪く、重層固定による面固定の成績が優れていることは菅谷らの報告で明らかになっている。

森原らはBonemodelを用いた腱板修復術のInvitrostudyで、I)従来の重層固定法、II) suture-reel techniqueを用いたV型重層固定法、III) suture-reel techniqueを用いたW型重層固定法における修復部の接触面積測定を行ったところ、W型重層固定法が最も接触面積が大きいことを示した。

すなわちアンカーによる固定のピットホールである点固定を補う面固定の術式である重層固定法、スーチャーブリッジ法などがミニオープン法、鏡視下腱板修復術の成績向上の鍵になると考えられる。

肩腱板断裂に対する関節鏡視下腱板再建術の実際

肩腱板中断裂に対する重層固定+Suture-reel techniqueを用いたSuture bridge法の修復前後の鏡視所見を図1に示す。

広範囲断裂で腱板の前進が困難で約30°外転位で解剖頸に届かない場合(図2)にはDebeyre-Patte変法(図3、4)の適応にしている。



a. 腱板修復前



b. 腱板修復後

図1. 腱板中断裂に対する重層固定+suture-reel techniqueを用いたsuture bridge法

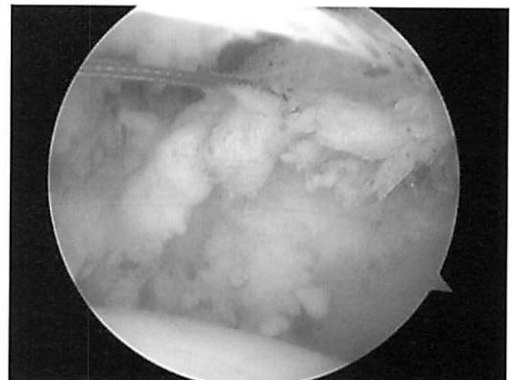
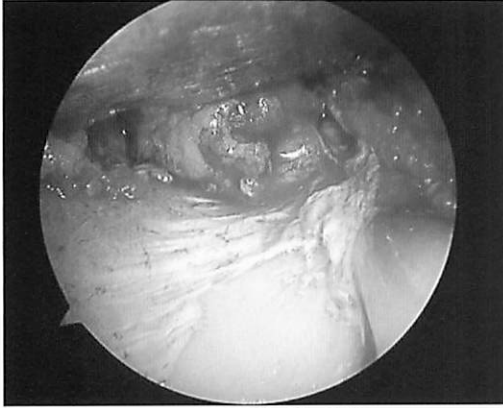
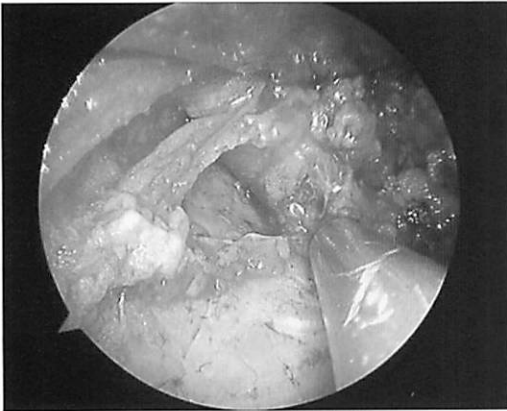


図2. 腱板断端に縫合糸をかけて剥離を行うが解剖頸までの可動性が得られない場合にはDebeyre-Patte変法を行う



a. 上肩甲横靱帯切離前



b. 上肩甲横靱帯切離後

図3. 関節鏡を用いた肩甲切痕と上肩甲横靱帯の鏡視所見

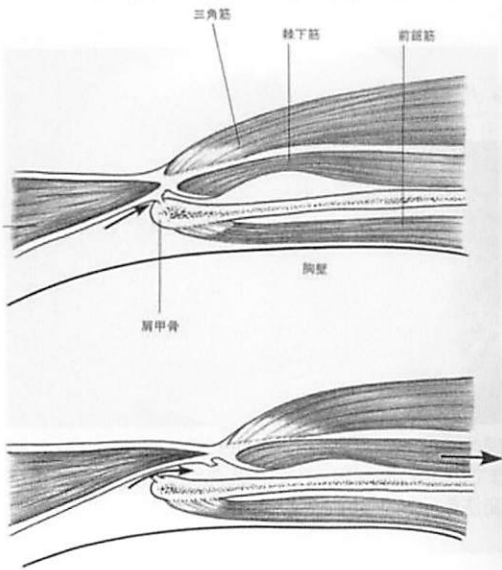


図4. 菱形筋との筋膜の連続性を保ったまま棘下筋を肩甲骨から剥離する

腱板断裂の縦断的(自然)経過

手術適応を決定するためには保存療法の適応と限界を知ることが重要である。高齢化社会がもたらしたものはこれまで手術の対象とは考えられていなかった高齢者が仕事をもち、高い活動性を保っていることである。

腱板断裂の頻度に関する報告では、96例の無症状の肩のMRI検査で60歳以上で54%に腱板断裂が認められ、超音波検査による研究では50～59歳で13%80歳以上で51%に腱板断裂が認められたという。

2001年Yamaguchiは45例の無症状の患者の両肩を5年間追跡した結果23例(51%)が有症状となったが、活動性、使用量の増加、年齢、利き腕、性別には関係なかった。23例に対して超音波検査が行なわれ、無症状では2/9例(22%)、有症状では7/14(50%)で腱板断裂が増悪していたと述べている。

これらの結果から腱板断裂は年齢とともにその頻度が増加し、サイズは徐々に増悪、経年的に5年程度で有症状となる可能性があると考えられる。

過去の研究で腱板断裂が自然治癒するという根拠あるデータはほとんどないばかりか筋の脂肪変性(図5)や筋萎縮(図6)、腱板断裂による関節症性変化(図7)、特に腱板広範囲断裂の末期像としてのCuff tear arthropathy(図8)を生ずることもあり、いたずらに保存療法を続けるべきでないと考えられる。



図5. 肩甲下筋の脂肪変性

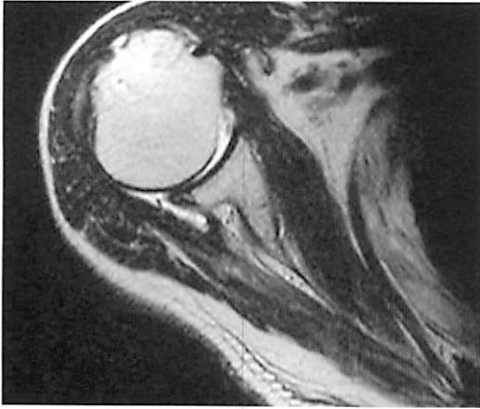


図6. 棘下筋の委縮



図7. 腱板断裂による関節症性変化



図8. Cuff tear arthropathy

そのためには腱板断裂を早く見つけるための理学所見として以下の5項目を提唱したい。

1. 挙上角度とラグの測定(拘縮の有無)
2. 挙上時の肩甲上腕リズムとPainfularcの有無
3. 挙上の際の筋力(Initial abduction test, 外旋筋力評価)と棘下筋萎縮の有無
4. Impingement sign(Hawkins/Neer)と肩峰下嚙音の有無
5. 大結節の陥凹の触知と同部の圧痛の有無

外来に超音波診断装置があれば診断は容易であるが、ない場合にもこれらの項目をチェックすることで診断率は飛躍的に向上する。

有症状の腱板中断裂をリハビリテーションで維持できた症例

60歳、男性でテニス歴は約25年で1998年頃から右肩関節痛を自覚するようになり、時々注射や温熱療法などの治療を受けていた。2002年7月7日に右上腕二頭筋長頭腱断裂を生じ、テニスの際に右肩関節痛が増悪したため受診された。軽度の可動域制限が認められたが拘縮がなかったため残存腱板を構成する棘下筋、肩甲下筋を中心に機能強化訓練を行った。その結果ラグは消失し6年を経過しても断裂サイズは増悪せずテニスを続けており、当分保存療法を続行する予定である。

高齢の腱板中断裂でリハビリテーションが無効であった症例

77歳、女性で、約半年前に特に誘因なく右肩関節痛を生じ、5/27某整形外科を受診し、超音波検査で腱板断裂が疑われ、MRIで確認された。保存療法が行われたが、半年を経過しても疼痛が改善されないばかりか、夜間痛を生じたため当科紹介受診した。スポーツジムでヨガや水泳をしている。

理学所見では関節可動域制限はあるが拘縮はなかったため残存腱板を構成する棘下筋、肩甲下筋を中心に機能強化訓練を行ったが無効であったため手術を予定している。

このように同様の中断裂であるが年齢とリハビリテーションの効果は全く相反する結果であったところから、保存療法と手術療法の選択の鍵は年齢ではなく、腱板断裂の大きさ、リハビリテーションの効果、活動性、MRIによる腱板構成筋の筋委縮、脂肪変性などの評価が重要と考えられる。

まとめ

1. 腱板断裂の治療方針を決定するためには腱板断裂の大きさ、リハビリテーションの効果、活動性、MRIによる腱板構成筋の筋委縮、脂肪変性などの評価が重要と考えられる
2. 保存療法では残存腱板構成筋の機能強化が重要である。
3. 手術療法は鏡視下手術でカバーできる範囲が広がっているが、重層固定法、スーチャーブリッジ法などのフットプリントへの面固定が成績向上の鍵になる。
4. 肩腱板断裂の早期診断が適切な保存療法、手術療法をおこなう条件である。

内軟骨性骨化におけるBMPシグナルの役割

大阪大学大学院医学系研究科
骨・軟骨形成制御学 准教授

妻木 範行

1. はじめに

骨形成因子(BMP)は多くのメンバーからなるファミリーを構成し、transforming growth factor- β (TGF- β)スーパーファミリーに属する。Grwth and differentiation factor (GDF)もBMPファミリーに属する分子である。40年以上前に、BMPは皮下や筋に移植した時に、異所性に骨・軟骨を誘導しうる物質として同定された(1)。即ち、内軟骨性骨化の誘導が、BMPで最初に発見された生物活性と言える。各BMPの遺伝子クローニングが行われたのに引き続き、生体でのBMPの生理作用を調べるために、BMPを欠失したノックアウトマウスが作製・解析された(レビュー(2))。その一方で分子レベルでの解析が精力的に行われ、BMPは細胞外に分泌される液性因子であり、レセプターを通じて細胞に作用することが明らかにされた。さらにBMPシグナルを伝える種々の細胞内タンパクが発見された。また細胞外、細胞内の種々のレベルでBMPシグナルを負に制御する分子の存在が明らかにされている。

現在までにBMP関連分子についてもそれらをコードする遺伝子の遺伝子改変マウスが作製され、生物活性が明らかにされつつある。本稿では、BMPシグナル伝達に参画するBMP関連分子の主に骨格組織における生物活性を概説したい。

2. 内軟骨性骨化

四肢の骨格は内軟骨性骨化と呼ばれる過程を経て形成される(図1)。内軟骨性骨化は未分化間葉系細胞が凝集することから始まる。凝集した細胞は軟骨細胞へと分化し、II型コラーゲン、XI型コラーゲン、アグリカンを生産して軟骨細胞外マトリックスを構築していく。この段階の軟骨は、将来の各骨格コンポーネントにみられる突起や関節が既に造られており、軟骨原基(primordial cartilage)や骨格の鋳型(skeletal template)と呼ばれる。軟骨細胞は分裂・増殖し軟骨原基は大きくなる。やがてその中心部に存在する軟骨細胞



は分裂を止め、肥大化を始める。肥大軟骨細胞は、II型コラーゲン、XI型コラーゲンを発現せず、代わりにX型コラーゲンを産生する。肥大軟骨細胞はvascular endothelial growth factor (VEGF)等を発現し、やがてアポトーシスに陥ると考えられている。各骨格コンポーネントの中心部には血管、そして骨芽細胞、破骨細胞が侵入し、肥大軟骨細胞層は吸収されて骨組織へと置換される。軟骨細胞と骨芽細胞は間葉系細胞から分化する。一方、破骨細胞は血球系細胞のマクロファージ由来である。増殖軟骨細胞、肥大軟骨細胞、骨組織へと至る内軟骨性骨化の時間的変化は、骨格コンポーネントの組織像において空間的変化としてとらえることができる。この内軟骨性骨化の過程は生後、骨折を起こしたときの治癒過程でも再現される。

正常に骨格が発生・成長するには、内軟骨性骨化の過程が厳密に制御されることが必要である。BMPはこの制御にかかわる因子の一つである。

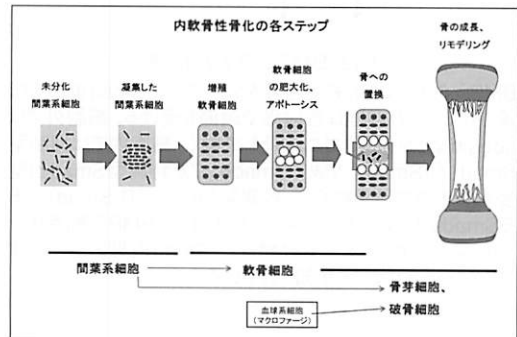


図1. 内軟骨性骨化の過程

3. BMPの関連分子

BMPの細胞内へのシグナル伝達はI型およびII型のセリン/スレオニンキナーゼ型受容体を通して行われる。transforming growth factor- β (TGF- β) やBMPリガンドが結合することにより、II型受容体はI型受容体をリン酸化する。BMP IA型受容体 (BMPRI-A or Activin receptor-like kinase (ALK)-3)、BMP IB型受容体 (ALK-6)、そして ALK-2がBMPシグナルを伝達する。TGF- β /BMP受容体の下流にはSmadと呼ばれる一群の蛋白質が存在し、細胞内シグナルを伝達する(図2)。哺乳類では8種のSmadが同定され、3つのサブグループに分類される。特異型Smad (R-Smad) はI型レセプターによってリン酸化される。Smad1, Smad5, そしてSmad8 はBMPシグナルを伝達し、一方Smad2およびSmad3はTGF- β シグナルを伝達する。リン酸化を受けた特異型Smadは共有型Smad (Co-Smad)であるSmad4と多量体を形成し、核内へ移行して種々の転写因子と相互作用して標的となる遺伝子の転写を直接あるいは間接的に制御する。

BMPシグナルの伝達は各段階で調節を受ける。細胞外ではいくつかの分子がアンタゴニストとして働く。nogginは主に軟骨で発現し、BMPと結合してBMPが受容体に作用することを阻害す

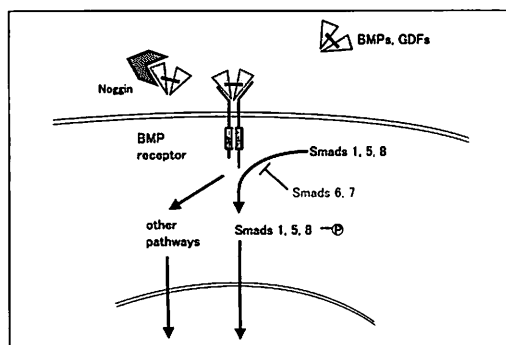


図2. BMPシグナル伝達

BMPシグナルはBMP受容体を介して主にSmad蛋白で伝達される。この過程は各段階で調節を受ける。細胞外ではnogginなどがアンタゴニストとして働く。細胞内では抑制型Smad (I-Smad)であるSmad6, 7が特異型SmadとI型受容体との結合を競合し、特異型Smad (R-Smad)であるSmads 1, 5, 8のリン酸化を抑制する。BMPの細胞内シグナルは、MAPキナーゼ経路など、Smad以外の分子によっても伝達されることが知られている。

る。また細胞内では抑制型Smad (I-Smad)であるSmad6, Smad7が特異型SmadとI型受容体との結合を競合し、特異型Smadのリン酸化を抑制する。Smad7がBMPとTGF- β の両方のシグナル伝達を阻害するのに対し、Smad6はBMPシグナルを主に阻害するようである。

BMPの細胞内シグナルは、MAPキナーゼ経路など、Smad以外の分子によっても伝達されることが知られている。

4. BMPとその関連分子の生物活性

BMPの生物活性を明らかにするために、種々のノックアウトマウスが作製された。これらのマウスの表現型の解析から、BMPは中胚葉の誘導や骨格形成のパターニングの制御(あるいは、未分化間葉系細胞の凝集の位置や時期の特定)に重要な役割を果たしていることが判明したものの、骨や軟骨形成を制御する機能はあまり明らかにならなかった。これは骨・軟骨が形成される以前の段階で異常が生じているか、あるいは同じ組織に発現している他のBMPファミリーメンバーが、欠失したBMPの機能を補完しているためと考えられている。

その中で、nogginをノックアウトマウスしたマウスでは全身軟骨の増大と関節の欠失が認められた(3)。この表現型はnogginが主に軟骨で発現しているため、そのノックアウトの結果複数のBMP (BMPs 2, 4, 7とGDF5)の活性が軟骨特異的に亢進して引き起こされたと考えられる。

5. 軟骨特異的BMP関連遺伝子改変マウス

BMPの軟骨形成における役割を調べるために軟骨特異的発現をもたらすプロモーターを用いた遺伝子改変マウスが作製されてきた。我々はXI型コラーゲン α 2鎖遺伝子のプロモーター配列にGDF5(4)とBMP4(5)cDNAを結合し、軟骨特異的にこれらを過剰発現させてBMPシグナルを活性化したトランスジェニックマウスを作製した(図3)。これらのマウスはnogginノックアウトマウス(3)と同様の表現型を示し、GDF5とBMP4には軟骨細胞に対して増殖と肥大化促進の共通の作用があることが判明した。我々はまたXI型コラーゲン α 2鎖遺伝子プロモーターを用

いてnogginを過剰発現させてBMPシグナルを軟骨特異的に抑制したtransgenic miceを作製した(5)。一方Yoonらは、II型コラーゲン遺伝子プロモーターを用いてBMPRIA conditional knockout/ BMPRIIB knockout mice(6)を作製し、軟骨特異的にBMPレセプターシグナルを阻害した。これらのBMPシグナル抑制マウスにはともにほとんど軟骨が存在せず、軟骨形成にBMPシグナルが必須であることと、それはSox 9の発現を介していることが明らかになった。

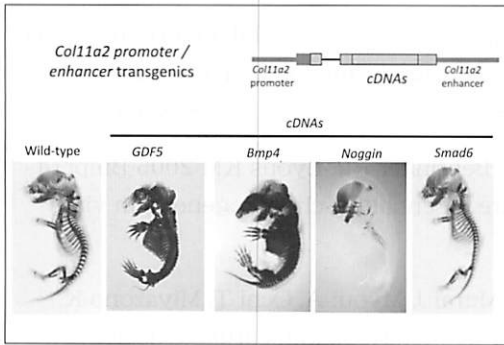


図3. 軟骨特異的にBMPシグナルを活性化あるいは不活化したトランスジェニックマウス

XI型コラーゲン $\alpha 2$ 鎖遺伝子のプロモーター配列に、BMPリガンド(GDF5, BMP4)、BMPアンタゴニスト(Noggin)、抑制型Smad(Smad6)のcDNAを結合し、トランスジーンを用意した。

さらにBMPの軟骨細胞内シグナル伝達のしくみを解析するために、我々はXI型コラーゲン $\alpha 2$ 鎖遺伝子プロモーターを用いてSmad6 transgenic miceを作製した(7)。これらのマウスでは軟骨細胞の肥大化に遅れが認められるものの増殖軟骨細胞層はほぼ正常に形成されていた。このことからBMPシグナルのうち、軟骨細胞を肥大化させるシグナルはSmadが担っているが、軟骨細胞増殖のシグナルはSmad以外の経路で伝達されている可能性が考えられた。

次に我々は、もう一つの抑制型Smadである、Smad7を軟骨に過剰発現させたトランスジェニックマウスを作製した(8)。このマウスでは軟骨形成と軟骨細胞の肥大化の両方が阻害されていた。その軟骨形成過程の軟骨細胞を調べると、MAPキナーゼ経路がSmad7で抑制されていることが判明した。

以上の結果から我々は、BMPによる軟骨細胞の肥大化作用はSmad経路が担い、これはSmad6とSmad7が抑制し得ると考えた。一方、BMPによる軟骨形成作用の少なくとも一部はMAPキナーゼ経路が担い、これはSmad7が抑制し得ると推測した(図4)。

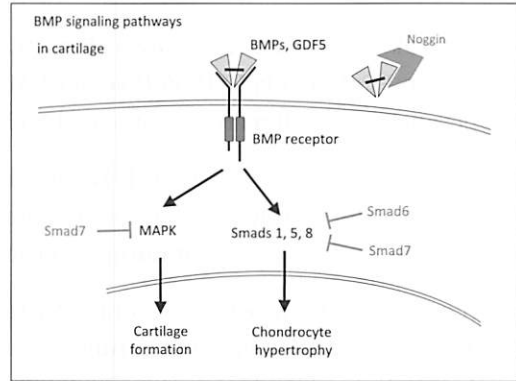


図4. 軟骨におけるBMPシグナル伝達

おわりに

BMPリガンドのシグナルは、主にはBMPレセプター、Smadによって伝達され、その過程でnogginなどのアンタゴニストやSmad6,7によって調節を受ける。これら分子をコードする遺伝子改変マウスの表現型を比較検討することで、BMPシグナルの生物活性が深く理解できるようになってきた。その一方で、各マウス間では一見つじつまが合わない現象も認められ、BMPシグナルを調節する新たな因子や、MAPキナーゼ経路など伝達経路の重要性が示唆されている。組織に対するBMPの作用を知るには、他のシグナルとのクロストークを含めた統合的な理解が必要である。これらの努力によってBMPシグナルの作用が解析され、その知識が骨・軟骨疾患の治療法の開発に役立つことが期待される。

参考文献

1. Urist MR 1965 Bone: formation by autoinduction. *Science* 150 : 893-899.
2. Tsumaki N, Yoshikawa H 2005 The role of bone morphogenetic proteins in endochondral bone formation. *Cytokine Growth Factor Rev* 16 : 279-285.
3. Brunet LJ, McMahon JA, McMahon AP, Harland RM 1998 Noggin, cartilage morphogenesis, and joint formation in the mammalian skeleton. *Science* 280 : 1455-1457.
4. Tsumaki N, Tanaka K, Arikawa-Hirasawa E, Nakase T, Kimura T, Thomas JT, Ochi T, Luyten FP, Yamada Y 1999 Role of CDMP-1 in skeletal morphogenesis: promotion of mesenchymal cell recruitment and chondrocyte differentiation. *J Cell Biol* 144 : 161-173.
5. Tsumaki N, Nakase T, Miyaji T, Kakiuchi M, Kimura T, Ochi T, Yoshikawa H 2002 Bone morphogenetic protein signals are required for cartilage formation and differently regulate joint development during skeletogenesis. *J Bone Miner Res* 17 : 898-906.
6. Yoon BS, Ovchinnikov DA, Yoshii I, Mishina Y, Behringer RR, Lyons KM 2005 *Bmpr1a* and *Bmpr1b* have overlapping functions and are essential for chondrogenesis in vivo. *Proc Natl Acad Sci U S A* 102 : 5062-5067.
7. Horiki M, Imamura T, Okamoto M, Hayashi M, Murai J, Myoui A, Ochi T, Miyazono K, Yoshikawa H, Tsumaki N 2004 *Smad6/Smurf1* overexpression in cartilage delays chondrocyte hypertrophy and causes dwarfism with osteopenia. *J Cell Biol* 165 : 433-445.
8. Iwai T, Murai J, Yoshikawa H, Tsumaki N 2008 *Smad7* inhibits chondrocyte differentiation at multiple steps during endochondral bone formation and down-regulates p38 MAPK pathways. *J Biol Chem* 283 : 27154-27164.

「骨粗鬆症治療薬の選択と安全な使い方」

杏林大学医学部整形外科准教授 市村 正一

はじめに

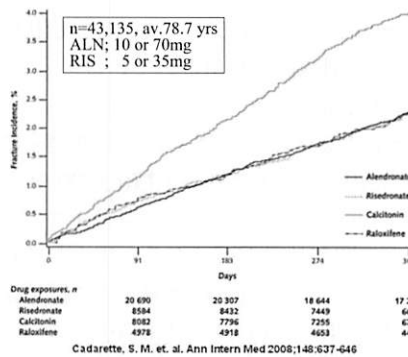
最近日本骨粗鬆症学会から「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2006年版」が発刊された。その中で骨粗鬆症は「骨強度の低下によって、骨折のリスクが高くなる骨の障害であり、骨強度は骨密度と骨質からなる」と定義された。また診断基準とは別に、危険因子を考慮した薬物治療開始基準が新たに提唱され、さらに各薬物治療のエビデンスと推奨グレード、骨粗鬆症の病態と病期ごとの薬剤選択の考え方が示された。そして、骨折予防のエビデンスからは骨吸収抑制剤が第1選択薬と位置づけられた。しかし、薬物治療の長期投与により最近では顎骨壊死などの新たな課題も登場している。今回の講演では臨床における骨粗鬆症治療薬の選択と安全に使用するための留意点について概説する。

最近の患者観察研究からみた骨折予防

近年骨粗鬆症治療薬の骨折予防のエビデンスには保険請求データに基づく患者観察研究が利用されている。RCTに比較して、疾患分類コードの妥当性を確認できない、患者選択バイアスを伴うおそれがあるなどの限界はあるものの、治療パターンが実地診療を反映している、大規模な患者数と長期にわたるデータが得られるなどの長所がある。1 昨年話題になったSilvermanら¹⁾のアレンドロネート(ALN)とリセドロネート(RIS)週1回製剤の大腿骨近位部骨折の検討では、投与後1年まではRIS群の方が有意に低かった。しかし、2年間の追跡調査では両者の差はなくなっていた²⁾。また、同様な他の報告ではむしろALN群の方の骨折が低かった³⁾。さらに、ALN、RIS、ラロキシフェン(RLX)、カルシトニンの1年間の非椎体骨折では、ALN、RIS、RLXはカルシトニンよりもほぼ同等に骨折発生が低かった(図1)⁴⁾。骨折のリスク別に検討するとALNとRISは同等であったが、RLXは両者よりも既存骨折群では骨折が多くみられた。以上の結果や従来のエビデ



ンスを考慮すると、大腿骨近位部骨折を含む非椎体骨折予防効果はALNとRISは同等と考えられるが、RLXでは既存骨折例でやや劣るものと考えられる(表1)。



Annals of Internal Medicine

図1. 各種治療薬投与1年間の非椎体骨折率の推移

表1. ビスフォスフォネートとラロキシフェンの適応患者の相違

	ビスフォスフォネート	ラロキシフェン
椎体骨折抑制	◎	◎
大腿骨近位部骨折抑制	◎	△
著しい低骨量	◎	○
著明な高骨代謝回転状態	◎	○
多発性椎体骨折	◎	○
生活習慣病の合併	○	◎
薬剤のコンプライアンス	○	◎
胃腸障害の既往	△	◎
血栓の既往	△	×
臥床患者	×	×
ステロイド誘発性骨粗鬆症	◎	△
男性患者	◎	×

新規の骨代謝マーカー

最近、新規の骨代謝マーカーが骨粗鬆症に保険適用されたので紹介する(表2)。従来骨吸収マーカーはほとんどが骨コラーゲンの代謝産物であった。一方、酒石酸抵抗性酸フォスファターゼ(TRACP-5b)は破骨細胞が直接産生する酵素であり、血清で測定され、ALN投与後1ヵ月でMSCを超えて約50%低下するなど、従来のマーカーとほぼ同等の変化を示す(図2)。また、従来の骨吸収マーカーよりも日内変動が少ないなどの長所もあり、骨吸収抑制剤の早期治療効果のモニタリングに有用である。

また、非コラーゲン性骨基質蛋白の代表であるオステオカルシン(OC)は骨基質の石灰化に関連しているが、 γ -カルボキシル化されることにより骨組織中で生理活性を持つ。しかし、ビタミンK不足により γ -カルボキシル化されない低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)は血中に放出され、血清ucOC値が上昇する。ucOCの高値と大腿骨近位部骨折の関連は以前から報告されているなど、ucOCは骨質の指標の1つと考えられている。ucOCは骨にけるビタミンK充足状態の指標として薬剤選択に利用されている⁵⁾。

一般的な骨代謝マーカーとは異なるが、ペントシジンは糖化や酸化により誘発される非酵素的なコラーゲン架橋で、いわゆる終末糖化産物(AGE; advanced glycation end-products)の1つである。加齢により関節軟骨が硬くなる一因として従来から知られていたが、近年椎体骨折との関連が報告され注目を集めている⁶⁾。骨組織中のコラーゲン線維におけるペントシジンの増加は骨強度を低下させる可能性が示唆されており、尿中や血中のペントシジン濃度は骨粗鬆症患者や糖尿病患者の椎体骨折の予知因子に成り得る可能性がある。

骨粗鬆症治療薬を安全に使用するために

骨粗鬆症薬は長期間投与するため、安全に使用するには各薬剤で特徴的な注意事項を理解しておく必要がある。活性型ビタミンD製剤では高カルシウム血症や高カルシウム尿症に留意する。時には急性腎不全になり緊急処置が必要となる症例のあり、特にカルシウム剤との併用では十分注

表2. 骨代謝マーカー

	骨形成	骨吸収
細胞の直接産生	・BAP ・OC ・ucOC	・TRACP 5b
骨組織の代謝産物	・PINP ・PICP	・DPD ・NTX ・CTX ・ICTP ・Pentosidine

(ucOCとPentosidineは便宜上分類した)

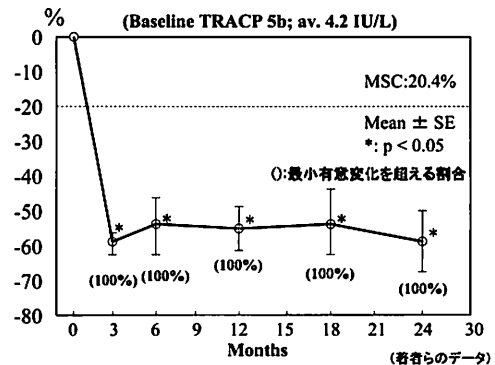


図2. アレンドロネート投与後の血清TRACP 5b値の低下率

意する必要がある。予防には定期的に血中と尿中のカルシウム値の測定を行い、場合によっては投与の減量や中止を考慮する。

ラロキシフェンでは特に血栓性静脈炎の発生に注意する必要がある。投与時には血栓の既往のないことをカルテに記載し、血栓の既往やリスクの高い例には投与はしない。また、海外旅行や入院などで長時間の不動姿勢が予定される場合には3日前から服用を中止するように指導する。

近年ビスフォスフォネート長期投与例における顎骨壊死が問題になり、歯科領域との連携が必要になっている。顎骨壊死の病態は不明であり、一般人での発生頻度も明らかにされていない。癌の骨転移に対する静注例での発生が圧倒的に多く、果たして骨粗鬆症に生じるかは未だ議論が残されている。ただし、骨粗鬆症でも長期間投与例に多いことから、過度の低骨代謝回転が関与している可能性も考えられている。顎骨壊死と血清CTXの低値との関係が報告⁷⁾されているが、その有用性には否定的な意見もある。実際の臨床現場ではどのように対処したら良いのか、最近発表された

カナダのガイドラインを参考にさせていただきたい(表3)⁸⁾。他のガイドラインと同様にこれまでのエビデンスから作成されており、今後わが国でも同様な指針が発表されるものと思われる。

また、骨粗鬆症のビスフォスフォネート長期投与では大腿骨骨幹部骨折との関連を示唆する報告も散見される⁹⁾。顎骨壊死と同様に、長期間骨代謝を強力に抑制する本剤投与中は骨質の観点からも骨代謝状態の評価が必要である。現在我々ができることは骨代謝マーカーによるモニタリングが最も有用な手段かもしれない。しかし、骨代謝マーカーには測定回数の制限があるため、最低限血清Ca、P、総ALP活性値の測定が必要である。もし、総ALP活性が低値の場合には骨型ALPを測定し、場合により薬剤の減量や中止、あるいは変更を考慮するなどきめ細かい診療が望まれる。

おわりに

骨粗鬆症薬物治療中の種々の合併症を予防するためには、まずどのような合併症が予想される

表3. 骨粗鬆症のビスフォスフォネート治療中における顎骨壊死の管理
(カナダのガイドライン⁸⁾より)

- 1) 通常の歯や口腔内の衛生管理をしている場合には、ビスフォスフォネート治療開始前に特別な歯科検診の必要はない。
- 2) ビスフォスフォネート治療中で、緊急を要する歯科治療は延期する必要はない。ただし、ビスフォスフォネート投与の一時中止を考慮する。
- 3) 緊急を要しない歯科治療では、ビスフォスフォネートは歯科治療数ヵ月前から、創が治癒するまで一時中止する。
- 4) ビスフォスフォネート治療中は歯や口腔内の衛生管理に気をつけ、喫煙を中止し、アルコール摂取を制限する。

か理解しておくことが重要である。また、骨代謝を強力に制御する薬剤を使用している場合、その代謝状態をできるだけ臨床的に評価することが必要であり、このためには定期的な血液生化学検査を行い、適宜骨代謝マーカーを追加測定する。きめ細かい骨粗鬆症診療により合併症を未然に防止することが肝要である。

文 献

- 1) Silverman SL, et al: Effectiveness of bisphosphonates on nonvertebral and hip fractures in the first year of therapy: the risedronate and alendronate (REAL) cohort study. *Osteoporos Int* 18 : 25-34, 2007
- 2) Delmas P, et al: Fracture reduction during two years of treatment with risedronate or alendronate, a retrospective cohort study. *ASBMR 23 Suppl 1* : S209, 2008
- 3) Curtis JR, et al: Risedronate and alendronate intervention over three years (REALITY) : minimal differences in fracture risk reduction. *Osteoporos Int* : in press
- 4) Cadarette SM, et al: Relative effectiveness of osteoporosis drugs for preventing nonvertebral fracture. *Ann Intern Med* 148 : 637-646, 2008
- 5) Shiraki M, et al: Nonenzymatic collagen cross-links induced by glycoxidation (pentosidine) predicts vertebral fractures. *J Bone Miner Metab* 26 : 93-100, 2008
- 6) 白木正孝ほか: 電気化学発色免疫法による血清中低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC) 測定キットの臨床的有用性の検討. *医学と薬学* 5 7: 537-546, 2007
- 7) Marx RE, et al: Oral bisphosphonate-induced osteonecrosis: risk factors, prediction of risk using serum CTX testing, prevention, and treatment. *J Oral Maxillofac Surg* 65 : 2397-2410, 2007
- 8) Khan AA, et al: Canadian consensus practice guidelines for bisphosphonate associated osteonecrosis of the jaw. *J Rheumatol* 35 : 1391-1397, 2008
- 9) Odvina CV, et al: Severely suppressed bone turnover: a potential complication of alendronate therapy. *J Clin Endocrinol Metab* 90 : 1294-1301, 2005

関節リウマチのLCAP療法

高槻赤十字病院整形外科 部長 小田 幸作

【はじめに】

関節リウマチの治療戦略は、生物学的製剤の登場で早期より強力な治療へとパラダイムシフトしている。しかしながら、生物学的製剤による治療の有効性の反面、重篤な合併症や死亡例の報告などもあり、生物学的製剤の導入には躊躇する。またDMARDs抵抗性の関節リウマチに対する高用量のステロイドの使用やMTXの保険適応外使用にも副作用の出現が危惧され、さらに高齢者や合併症を有する患者に対しての治療法の選択にも苦慮するところである。そこで、副作用の少ない安全で効果のある関節リウマチに対する白血球除去療法(leukocyteapheresis: LCAP)について報告する。

【適 応】

LCAP療法は、病因に関与すると考えられているリンパ球を含む白血球を除去することで関節リウマチの炎症を抑制することが可能といわれており、その適応は、活動性が高く、薬物療法に抵抗する関節リウマチ患者や発熱などの全身症状と多関節の激しい滑膜炎を呈し、薬物療法に抵抗する急速進行型関節リウマチ患者で、腫脹関節数6ヶ所以上かつESR 1時間値 50以上 もしくは CRP3以上とされているが、実際にはCRP値が3未満の症例であっても、長期経過の観察中には、医師側の判断や患者の希望に応じて行っていることもある。外来通院で可能であり、治療時間は、1-1.5 時間 で、治療頻度は、週1回×5週間行う。白血球数が3000未満、Hbが10以下、PLTが10万未満、感染症を有している患者やアレルギーを有する患者には慎重に実施となっている。LCAPの有効性については、ACR20%改善率で65~80%といわれており、有効性の高い治療法といえる。さらに副作用についても、発現頻度は極めて低く、頭痛、



吐き気、めまいなど対症療法で速やかに改善する程度のもので報告されているのみで、安全性の高い治療法であり、有効性と安全性の面からも整形外科医にとっても、選択しやすい治療法といえる。

【結 果】

当院ならびに大阪医大整形外科関連施設で、LCAPを行った生物学的製剤使用前の患者を対象にLCAPの治療成績を検討した。対象は、生物学的製剤使用前のDMARDs抵抗性RA患者29例(男性7例、女性22例)、LCAP施行時年齢は平均62歳、罹病期間は、平均11年4カ月であった。Steinbrocker class分類は1-2例、2-9例、3-14例、4-4例で、stage分類はI-3例、II-7例、III-4例、IV-15例であった。LCAP前CRP値は、平均5.83mg/dlで、併用DMARDsは、MTX:16例、SASP:15例、Bc:2例、LEF:2例、MZR:1例、ACT:1例、GST:1例。ステロイドの使用は25例であった。評価時期は、LCAP施行1週間もしくは直前評価し、LCAP終了後1週間もしくは1カ月後で評価した。LCAP前後でのVAS:50⇒39、腫脹関節数:9⇒5、疼痛関節数:14⇒7、CRP値:4.9⇒4.0といずれも、有意に低下した。個別にDAS28をみると、24例中16例(67%)に

Moderate response以上の改善を認めた。リウマチのパラメーターであるRF、CARF、MMP3はLCAP有効例では減少を認められたが有意ではなかった。次にLCAPの効果の持続期間を、EndpointをDMARDsの増量ならびに追加、LCAP再施行、手術治療と定義しKaplan-Meier法にて検討した結果、50%生存率は4カ月であり、効果の維持には、年2回もしくは3回が適切と考えられた。LCAPの有効性に影響を及ぼす因子を、独自に定めた*CRP改善率を調査し、重回帰分析を用いて検討した(*CRP改善率:LCAP前CRP値からLCAP後CRP値をひいたものをLCAP前CRP値で除したものを%表示したもの)。重回帰分析の結果、MTXの有無のみがCRP改善率との関連が認められ、併用する薬剤の効力の強さが、CRP改善率に影響を及ぼしていると推察された。さらにより血液処理量の上がったCS-180Sを使用した症例を当科で施行した。高齢者や重篤な合併症症例にも中等度以上のresponseを67%以上に認めた(図1)。

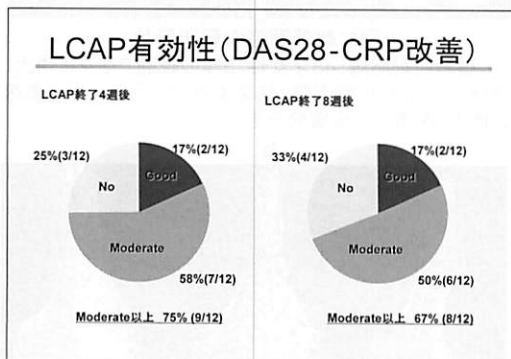


図.1

さらに生物製剤使用効果減弱例にも効果を発揮した。

私どもの考えるRA治療におけるLCAP療法の位置づけを考えると、MTX以外のDMARDs使用例で、他剤変更後も効果が不十分でMTX使用が困難な症例では、LCAPをまず併用し、効果が認められれば、LCAP併用での元治療を続ける。一方、MTX使用中でも効果が不十分な症例や効果の減弱した症例では、生物学的製剤の前にまずLCAPの併用を行い、効果が認められればLCAP併用での治療を続け、効果が認められなければ生物学的製剤へ変更する。生物学的製剤使用での効果が減弱した症例や効果が不十分な症例に対しても、MTX使用例と同様にLCAPを併用することで、相加効果や効果回復を期待できると考えている(図2)。

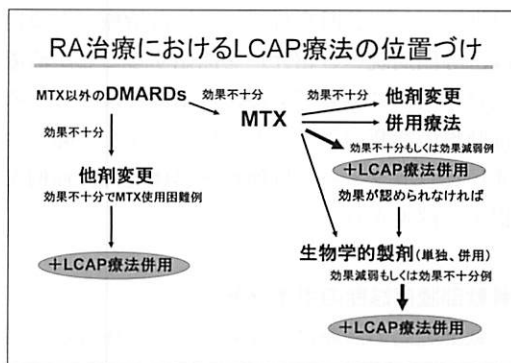


図.2

骨・軟部腫瘍診断のピットフォール

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学
(整形外科) 吉川 秀 樹

骨腫瘍の画像診断は、単純X線により得られる情報が最も多く、早期発見や悪性／良性の鑑別などに有用である。骨腫瘍の場合、CTやMRIなどは腫瘍の広がりやの把握や手術計画には必須であるが、診断面では、補助的画像であると考えられる。軟部腫瘍は疾患が多様で、局所所見が多彩であるため、当然ながら各腫瘍、腫瘍類似疾患についての知識が必要である。画像診断ではMRIにより得られる情報が最も多く、単純X線、CT、Gaシンチなどは、補助的画像と考えてよい。従って、骨腫瘍では主として単純X線により、軟部腫瘍では主としてMRIにより、早期に正しい診断を行い、適切な治療（あるいは、専門病院への紹介）を開始することが治療成績の向上に重要である。本講演では、骨・軟部腫瘍の診断のポイントは何か、また、陥りやすいピットフォールは何かを具体的に、症例を提示し解説する。

骨軟部腫瘍診断のポイント

軟部腫瘍の診断は、年齢、性、臨床経過、局所所見、既往歴などの問診、診察が基本である。視診、触診は特に重要であり、色調の変化はあるか、急速に増大したのか、緩徐に増大したのか（図1）、多発性であるか、自発痛があるか、熱感があるか、波動があるか、拍動があるか、Tinel徴候があるかなどは、診断への重要なヒントになりうる。画像診断では、外来でのエコー撮影により、液体であることが判明する場合がある。また、単純X線における石灰化は重要な所見である。しかし、骨腫瘍と比べ単純X線やCTによる情報に乏しく、診断にはMRIが必須である。軟部腫瘍のMRI所見は、一般にT1で低信号、T2で高信号が基本パターンであり、非特異的画像が多い。一方、骨腫瘍の診断には単純X線所見が最も重要で、得られる情報も多



い。基本的な骨腫瘍による骨破壊パターンは、大別すると以下の3つに分類できる（図2）。

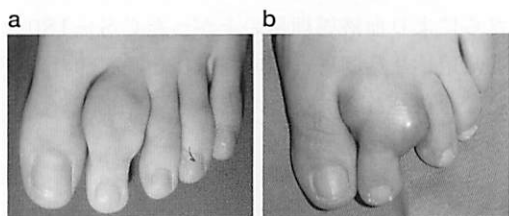


図1:軟部腫瘍の局所所見

(a:腱鞘巨細胞腫、43才女性、3年の経過で徐々に増大、疼痛なし、b:明細胞肉腫、48才女性、6ヶ月の経過で急速に増大、疼痛あり、皮膚発赤あり)

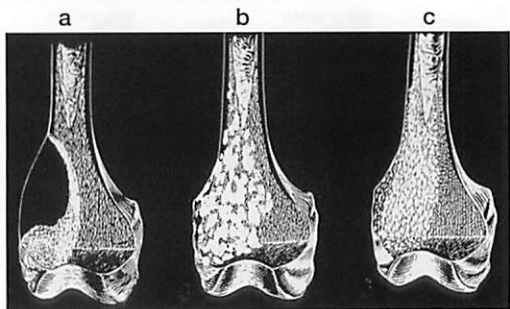


図2:骨腫瘍の単純X線診断における骨溶解パターン (a:地図状 (Geographic)、b:虫食い状 (Moth-eaten)、c:浸潤性 (Permeated))

1) 地図状 (Geographic) 溶解パターン

骨嚢腫、動脈瘤様骨嚢腫、非骨化性線維腫、好酸球性肉芽腫、骨巨細胞腫など大部分の良性骨腫瘍にみられる所見である。最も増殖の緩徐な骨破壊パターンで、均一な骨溶解像、骨皮質の菲

薄化・膨隆、辺縁骨硬化像などを呈する。

2) 虫食い状(Moth-eaten)溶解パターン

多くの骨肉腫、悪性線維性組織球腫などに見られる所見である。増殖のある程度早い、典型的な悪性骨腫瘍の骨破壊パターンで、腫瘍の増殖が早いため、骨梁を一部残し進展するため、虫食い状を呈する。骨皮質の破壊をしばしば認める。

3) 浸潤性(Permeated)溶解パターン

ユーイング肉腫や悪性リンパ腫にしばしば見られる所見で、単純X線では、見逃しやすいので注意が必要である。最も増殖の早い悪性腫瘍の骨破壊パターンで、海綿骨梁の間隙を腫瘍細胞が増殖・進展し、骨梁が大部分残るため、単純X線では、変化が出にくいのが特徴である

骨軟部腫瘍診断のピットフォール

1. 症状のある部位に腫瘍でない病変を見つけた時

たとえば、腰痛、下肢のしびれなどの主訴で来院した時、腰部MRIなどの画像検査により、偶然、腰椎椎間板ヘルニアを認めた場合に陥るピットフォールである。非腫瘍性の病変を発見したことにより、安堵し、周辺部に潜む腫瘍性病変を見逃すことがある。図3は、28歳女性で右臀部痛、右下肢痛で受診し、右腸骨骨肉腫に気づかなかった症例である。骨盤腫瘍は、腫瘍がマスクされやすいので、注意を要する。肩の夜間痛で受診し、肩MRIにて腱板損傷が検出され、腱板修復術を受けた患者が、1年後、前胸部の腫脹と疼痛で再受診した。MRIにて6×6cm大の軟部腫瘍が認められ、生検の結果、滑膜肉腫であることが判明した。腱板手術前のMRIにも、2×3cm大の腫瘍が存在していた。

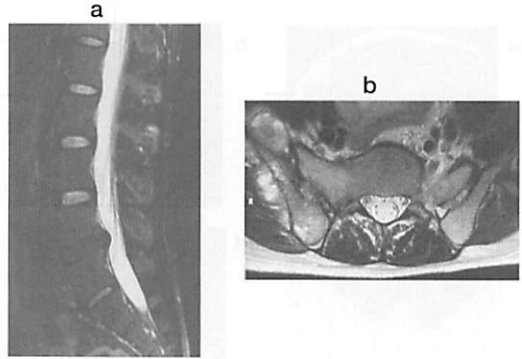


図3:28才女性、骨肉腫

(a:腰椎MRI矢状面、L4-5レベルに椎間板ヘルニアを認める、b:仙骨MRI横断面、右腸骨に骨外病変を伴う悪性腫瘍像を認める)

2. 軟部腫瘍類似疾患

異物肉芽(ガーゼオーマなど)、骨化性筋炎、癌の筋肉内転移、筋肉ヘルニア、炎症性疾患(結核性膿瘍、ねこひっかき病、木村氏病、結節性筋膜炎、増殖性筋膜炎)、サルコイドーシス、子宮内膜症、寄生虫などは、軟部腫瘍との鑑別が時に困難である。図4は、68才男性の臀部に発生したガーゼオーマの一例であり、32才時、脊椎手術にて右腸骨採取の既往がある。腫瘍部周辺の手術歴の有無は、異物肉芽腫の診断に有用である。図5は、大腿部皮下腫瘍で受診した寄生虫例で、2-3年の経過で増大傾向を認めたため、悪性軟部腫瘍も考慮に入れ、広範切除術を施行した。内容は、運動性のあるマンソン糸虫であった。軟部組織に腫瘍を形成する寄生虫としては、本邦では稀であるがechinococcosisが知られている。

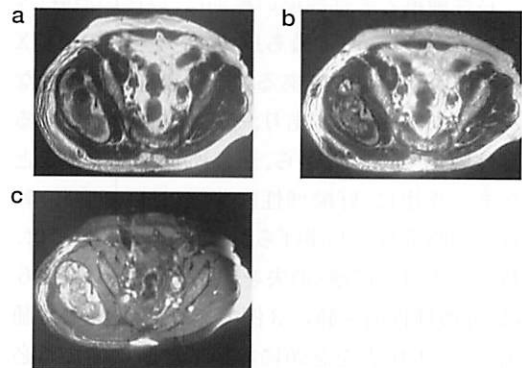


図4:68才男性、異物肉芽腫(ガーゼオーマ)

(a: MRI T1強調像、b: MRI T2強調像、c: 造影MRI)

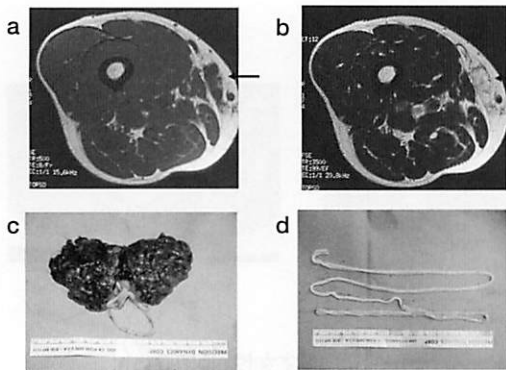


図5:66才男性、大腿皮下寄生虫
(a:MRI T1強調像、b:MRI T2強調像、c:摘出標本、
d:マンソン条虫)

3. 嚢腫や血腫を呈することがある軟部腫瘍

良性では、ガングリオン、リウマチに伴う嚢腫、結核性膿瘍、神経鞘腫瘍の嚢腫変性、動脈瘤、血腫などが挙げられる。慢性血腫は、MRI T1強調にて、不規則な高信号領域を認めるのが特徴である。一方、外傷性急性血腫では、スポーツの既往、痛みの軽減、腫瘍の縮小傾向、MRI T1強調にて、ややhighの所見などの特徴を捕えることが重要である。悪性では、これらの疾患の認識が非常に重要であり、穿刺により内容液を吸引でき、腫瘍が縮小することから、放置されることがある。滑膜肉腫の嚢腫変性は頻度が高く、その他に、平滑筋肉腫、血管肉腫、肺癌の筋肉内転移などが挙げられる。

4. 良性骨腫瘍と悪性骨腫瘍

良性腫瘍と悪性腫瘍の鑑別は、以後の治療(専門病院への紹介)に最も重要で、外来での単純X線診断が特に重要である。まず、前述の基本的なパターンには例外があり、その認識が必要である。良性腫瘍でありながら、悪性所見を呈することがある疾患に、好酸球性肉芽腫、骨巨細胞腫、軟骨芽細胞腫などが挙げられ、これらの腫瘍では、時に骨皮質の破壊・消失を伴うことがある。図6は、好酸球性肉芽腫の3例であるが、小児の骨腫瘍では、本疾患を念頭において診断に当たる必要がある。逆に、悪性腫瘍でありながら、良性所見を呈することがある疾患には、血管拡張型骨

肉腫、巨細胞型骨肉腫、軟骨肉腫、転移性骨腫瘍(特に腎癌、甲状腺癌の膨隆型)などがある。血管拡張型骨肉腫は、単純X線で単発性骨嚢腫や動脈瘤様骨嚢腫に類似することから、その存在の認識が必要である。MRIにて大部分は嚢腫様であるが、一部に造影を受けるmassが存在することなどが重要な所見である。

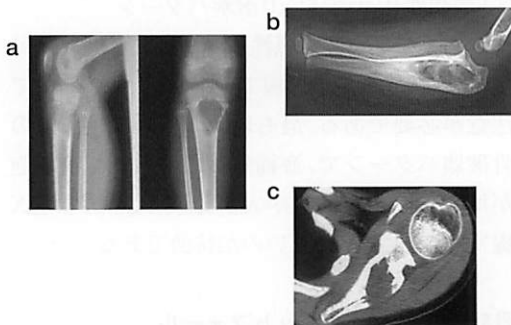


図6:好酸球性肉芽腫の画像所見
(a:6才、女児、脛骨単純X線像、b:3才、女児、
前腕単純X線像、c:8才、男児、肩甲骨CT像)

5. 非腫瘍性疾患と骨腫瘍

単純X線で骨腫瘍類似の非腫瘍性疾患の鑑別診断は重要である。骨折(疲労骨折、骨脆弱性骨折など)、炎症性疾患(骨髄炎、骨膜下膿瘍、胸肋鎖骨肥厚症など)、代謝性骨疾患(骨Paget病、骨軟化症、褐色腫など)、骨系統疾患(大理石骨病、メロレオストーシスなど)、一過性大腿骨頭骨萎縮症などが挙げられる。これらは単純X線では、骨腫瘍と鑑別が困難なことが多く、詳細な臨床情報、MRIなど鑑別に有用な画像検査が必要である。不必要な生検や切除術などを行わないためにも、また、早期に適切な治療を開始するためにも、これら非腫瘍性疾患を絶えず念頭において、日常診療に臨むことが重要である。特に、疲労骨折と骨肉腫との鑑別、骨髄炎とユーイング肉腫や好酸球性肉芽腫との鑑別、骨膜炎と傍骨性腫瘍の鑑別、hyperostosis(掌蹠膿疱症に伴うもの、伴わないもの)と骨肉腫やユーイング肉腫との鑑別などが重要である。

6. 初期骨肉腫

骨肉腫の初期像は、特に診断に注意を要する。骨破壊が微細で、微少な骨膜反応のみである症例、良性腫瘍と鑑別が困難な症例など、画像が一定せず、単純X線での診断がしばしば困難である。図7は、下腿前面痛で来院したサッカー少年で、初診時X線像にて脛骨前面にわずかな不整像を認めるが、外傷性骨膜炎などを考え、経過観察となった。3ヵ月後、腫脹進行、疼痛増強して再来院し、単純X線像で、骨膜性骨肉腫に特徴的なspiculaを認めた。早期に正しい診断に達するためには、骨シンチやMRIが有用で、予想外の広範な異常所見を見い出すことがある。

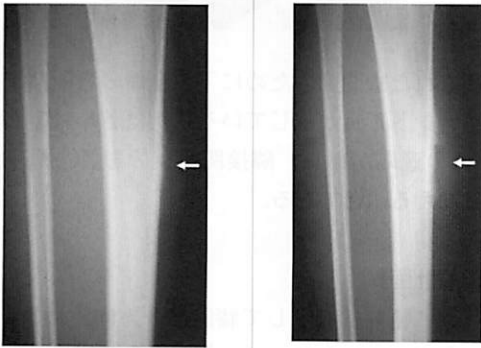


図7:14才男子、骨膜性骨肉腫

(a:初診時ひだり右下腿単純X線像、脛骨に軽微な骨膜の不整像を認める(矢印)、b:3ヶ月後の右下腿単純X線像、spiculaを伴う、明らかな骨膜反応を認める(矢印))

おわりに

軟部腫瘍では、多彩な臨床像を呈する各軟部腫瘍の特徴を知ること、腫瘍類似疾患の理解が必要であること、特に、囊腫や血腫を呈する肉腫、皮下の小さい肉腫に対する認識が、誤診を避け、正しい診断・治療に導くために重要であると考ええる。一方、骨腫瘍の画像診断は、CT、MRIなどの画像診断が進歩した現在でも、単純X線が最もその内容を描出できる手段である。また、外来で容易に撮像できることから、早期診断・早期治療に極めて重要であると考え、単純X線による骨腫瘍読影のポイント、ピットフォールを解説した。

関節リウマチの手術療法 —人工膝関節置換術を中心に—

大分大学医学部 人工関節学講座 近藤 誠

【はじめに】

近年、メソトレキセート、生物学的製剤等の薬物療法により関節リウマチ（以下RA）の治療は目覚ましい進歩を遂げている。早期のRAにおいては“RAは治る”という実感すら持てるようになったが、薬物に対するノンレスポンドーの存在や副作用の問題、すでに関節破壊が進行している症例では手術が必要となる。RA症例の関節に対する主な術式としては滑膜切除術、関節形成術、関節固定術がある。関節固定術は小関節に限られており、膝関節に行われることはない。薬物療法の進歩に伴い滑膜切除術は明らかに減少しているがRAのコントロールが良好でも単関節の腫脹が持続し、関節破壊の軽度な症例には現在も滑膜切除術の適応はあるが膝関節に関しては最近減少している。一方、関節形成術の一つである人工関節置換術はその術式の確立、耐久性の向上により荷重関節、特に膝関節においては毎年増加している。

本稿ではRAにおける人工膝関節置換術（以下TKA）の適応、術前計画および手術手技を概説する。

【適 応】

- ①薬物療法や装具療法と言った保存的療法が無効で、疼痛のため日常生活に支障がある
- ②重度の骨破壊による関節不安定性がある
- ③拘縮膝（伸展、屈曲）である
- ④下肢アライメント不良がある

適応において変形性関節症（以下OA）とは異なり、隣接する股関節や足関節の関節破壊を合併していることが多く、②③④による下肢全体への悪影響を考慮して手術時期を決定する必要がある。しかし、一般的に適応年齢がOAに比べて若いため治療する医師側が手術を躊躇し、隣接関節まで悪化させてしまう症例もある。



破壊された膝関節のために下肢全体の著明なアライメント不良が生じている症例は若年者でもTKAの適応があり、隣接関節への影響を最小限に抑えるべきである。

【術前計画】

従来、術前検査として膝関節3方向X-Pによるコンポーネントサイズの予測や骨欠損量の確認、大腿骨前後方向X-Pによる膝外反角の計測が行われてきた。近年、人工膝関節置換術において目指すべきコンポーネント設置位置が明らかにされ、特に大腿骨コンポーネントの回旋設置位置について多くの報告がある^{1,2)}。現在、内外側側副韧带付着部である大腿骨内外側上顆を結ぶ上顆軸が膝関節の屈伸軸と考えられており、これに平行に大腿骨コンポーネントを設置することが推奨されている。従来から行われているように後顆軸から一律に3°外旋設置するのではなく、より機能的な人工関節置換膝を獲得するためには前述を踏まえて術前計画を行う必要がある。つまり、術前に大腿骨遠位部のX-P軸写像（上顆軸撮影）^{3,4)}もしくはCT像から個々の症例においてCondylar twist angle（臨床的上顆軸と後顆軸のなす角度）を計測し、後顆軸からの大腿骨コンポーネント外旋設置角度を予測しておく必要がある（Fig.1）。

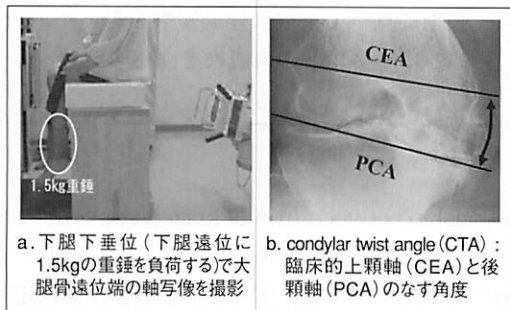


Fig.1 : 大腿骨上顆軸撮影法

通常のX-PやCT断面画像では撮影時の患者肢位によって見え方が異なり、計測値も不正確になるため最近ではCTから出力されたデータを一度3次元のvolume data として再構築し、指定の軸(多くの場合は機能軸)に垂直もしくは平行な画像を作成するソフトウェア (3D Template Athena : Soft Cube社)⁵⁾が開発されている (Fig.2)。

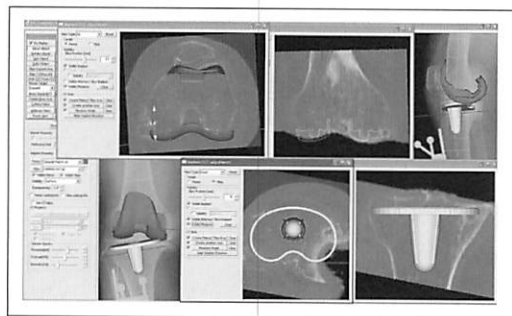


Fig.2 : 3D Template Athena : Soft Cube社
CADデータはVanguard RP (Biomet 社) 使用

実際の手術時の切骨面も描出可能なため、術者が理想と考える位置にコンポーネントを設置した時の大腿骨遠位端、大腿骨後顆部、脛骨近位端などの切除骨の“大きさ”と形”がかなり正確に予測可能となっている。

【手術】

手術手技においては丁寧に滑膜を切除する以外でOAと大きな違いはないが著明な骨粗鬆症を合併していることが多く、靭帯を含めた軟部組織も脆弱であることを念頭に置いて術中は常に愛護的操作に努めるべきである。

理想的な設置を行うためには詳細な術前計画を行い、これを実際の手術に生かす工夫が必要である。コンポーネント設置位置は切除骨の“大きさ”と形”によって決定されるので術前にこれらを予測し、手術に臨めばより正確な設置が可能となる。たとえば術後に荷重軸が膝関節中央を通過するために術前に予測した大腿骨遠位端切除骨と脛骨近位端切除骨の“大きさ”と形”を骨切り前に確認し、また大腿骨コンポーネントの理想的な外旋設置位置を獲得するために術前に予測した内外側の大腿骨後顆骨切除量と一致しているか否かを確認しつつ骨切りすることで理想的なコンポーネントの設置が可能となる。

若年者に手術した場合、将来コンポーネントの弛み、摩耗が危惧され、長期に亘って慎重な経過観察が必要となる。著者自身が手術を施行したRA135症例233膝中、5症例7膝 (3.5%) はポリエチレンサーフェイスの交換、2膝 (1%、感染1膝、骨折1膝) は全コンポーネントの再置換を行っている。ポリエチレンを交換した5症例は初回手術から平均15年4カ月経過しているが全例コンポーネントの弛みや摩耗を認めていない。ポリエチレンのみの交換では手術侵襲も少なく、術後数日以内に階段昇降も可能となるがポリエチレンの摩耗が進行し、金属対金属の接触によるmetalosisに至れば全コンポーネントの再置換が必要となり侵襲は初回手術より大きくなる。しかし、ポリエチレン摩耗だけでは自覚症状に乏しく、術後定期的に丁寧な検診が不可欠である。軽度であっても関節水症や関節不安定性を認めた時にはポリエチレン摩耗の進行を疑い、関節鏡で確認し、必要があれば速やかにポリエチレンを交換すべきである⁶⁾。

【まとめ】

1. 薬物療法が無効で、ADL障害が強ければ年齢を問わずTKAの適応がある。
2. 他関節への影響も考慮し、手術時期を決定する。
3. 大腿骨遠位端、大腿骨後顆部、および脛骨近位端の切除骨の“大きさ”と形”を術前に

予測しておき、術中は骨切り前に必ずこの
“大きさ”を確認する。

4. 長期に亘って丁寧な経過観察を怠らず、全
コンポーネントの再置換を回避する。

【参考文献】

- 1) Akagi M, Yamashita E, Nakagawa T, et al: Relationship between frontal knee alignment and reference axes in the distal femur. Clin. Orthop., 388:147-156, 2001.
- 2) 近藤誠, 北川洋, 藤井唯誌ほか: 人工膝関節置換術における大腿骨コンポーネント設置位置決定法. 膝 31 : 127-131, 2006
- 3) Kanekasu K, Kondo M, Kadoya Y. : Axial radiography of the distal femur to assess the rotational alignment in total knee arthroplasty. Clin. Orthop 434:193-197, 2005
- 4) Tokuhara Y, Kadoya Y, Kanekasu K, et al: Evaluation of the flexion gap by axial radiography of the distal femur. J. Bone and Joint Surg. 88-B(10).1327-30 .2006
- 5) 巽一郎, 平川和男, 仲宗根哲ほか :MIS-TKA のための navigation system.
整・災害 50:571-581,2007
- 6) Kondo M, Fujii T, Kitagawa H, et al: Arthroscopy for evaluation of polyethylene wear after total knee arthroplasty. J Orthp Sci 13.433-437.2008

糖尿病性足病変 (with/without PAD) の局所治療の実際

神戸大学大学院医学研究科 形成外科学 寺 師 浩 人

はじめに

形成外科医は、末梢血管疾患 (Peripheral Arterial Disease、以下PADと略す 以前ASOと称していた病態を示す) の局所治療において、創傷に至るまでの血流評価を行い、創傷そのものが治癒可能な血流を持っているか否かの判断を行いながら創傷管理を担う立場にある。必要に応じて末梢血行再建術を循環器内科や血管外科に依頼する。また、変形治癒した足に合う靴や装具装着へのアプローチを行う。また、重症下肢虚血 (Critical Limb Ischemia、以下CLIと略す PADのFontaineⅢとⅣ度に相当する) では、約2/3が糖尿病を合併し、約1/3が維持透析患者であることから、透析医との連携は欠かせない。糖尿病性足病変を考慮しながら、同疾患による足変形に対して潰瘍形成予防と局所治療を行う。前足部荷重部か踵部が残れば特殊装具による歩行が可能である。それ以上では大切断へ移行せざるを得ない。さらに、局所感染症もコントロールする必要がある。感染症のコントロールができず、感染が足関節に及べば大切断を余儀なくされる。大切断への移行に関して整形外科医との密な連携が求められる。従って、患者が陥っているPADと糖尿病性潰瘍の病態把握をまず適切に行う必要がある。

1: 糖尿病性足病変の病態と実態

米国では、糖尿病患者の25%が生涯に足に創傷を合併すると言われている。また、年間2%の糖尿病患者の足に創傷が発症し、その15%以上が下肢大切断に移行している。一方、本邦では糖尿病性足潰瘍罹患率の統計はないが、米国より低いことが予想される。しかし、食生活の欧米化により糖尿病罹患患者が増加傾向であるため、合併症である足潰瘍患者の増加が危惧されている。実際に、本邦における維持透析患者

数は年間約1万人ずつ増加し現在27万人を超え、その半数以上が糖尿病で占められているのが現状である。

糖尿病性足潰瘍の病態を構成している要素は三つ考えられる (図1)。それは、

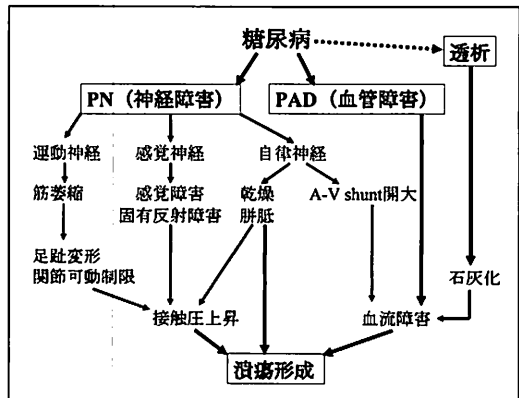


図. 1

1. 神経障害
 - 1) 自律神経障害
 - 2) 運動神経障害
 - 3) 知覚神経障害
2. 血管障害 (PAD)
3. 感染症

である。そして、創傷を形成している原因は、これら三つの複合病態であるので、的確な評価がなければ適切な治療戦略をたてることができない。それらの具体的な特徴を以下に示す。

- 1) A-V shunt (足底と足趾に多く存在する) の機能障害による皮膚TcPO₂低下 (自律神経障害)
- 2) A-V shuntの機能障害による骨血流増加に伴う骨吸収促進 (自律神経障害) と深部知覚障害 (知覚神経障害) によるCharcot足を代表とする骨・関節変形
- 3) 汗腺機能低下 (自律神経障害) による皮膚乾燥と皸裂形成、そのための再上皮化障害と易感染性

- 4) 原因不明（神経障害？）の皮下脂肪萎縮（Lipoatrophic Diabetes）
- 5) 高血糖による表皮角化細胞増殖抑制
- 6) 筋肉のアンバランスによるHammer ToeやClaw toeなどの変形足（運動神経障害）での歩行で引き起こされる中足骨遠位部皮下脂肪の菲薄化
- 8) 表面感覚障害による胼胝や創傷形成（知覚神経障害）
- 9) 壊死、壊疽や手術による足変形による局所接触圧の上昇
- 10) PAD
- 11) 感染症

これらの障害の形成過程の原点はほとんどが神経障害によるものである。創傷がPADを合併した足か神経障害が主たる病態の足であるかは、ある程度ならば臨床像で判断が可能である（図2）。

	With PAD	Without PAD
皮膚の状態	冷たい	生暖かい
毛髪(男性)	無毛	有毛
骨関節の変形	変形少ない	変形あり
皮膚の性状	平滑、光沢	胼胝、亀裂
創の状態	乾燥、ミイラ化	足底、足背 湿潤
感染	軽度	重症化しやすい
病態	慢性	時に急性
疼痛	あり(虚血性)	なし(知覚障害)
主治療	末梢血行再建術	デブリードマン
禁忌	デブリードマン	末梢血行再建術
臨床所見		

図.2

II：糖尿病合併型CLIの治療戦略

合併症としてのPADを併発した場合は、末梢血行再建を優先させる必要がある（末梢血行機能検査の前の壊死組織デブリードマンは禁忌である）ため、創傷部位の的確な血流評価が極めて重要である。つまり、創傷を形成している複合病態の中で血流障害の占めている部分の的確な評価が必要となってくる。複合病態の中の

血流障害を治療した後に創傷治療へと向かう必要性がある（図3）。

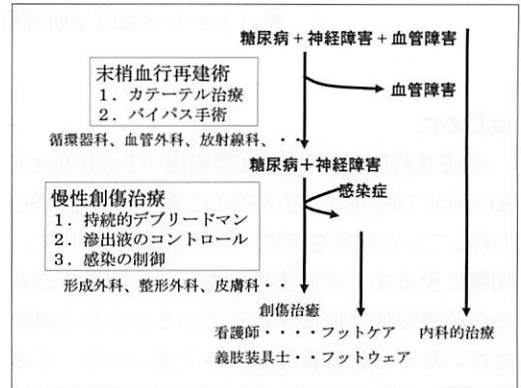


図.3

この際に実際に通用な検査として最近では皮膚灌流圧（Skin Perfusion Pressure、以下SPPと略す）がクローズアップされている。末梢血行再建術にて局所のSPPを十分に上げた上でデブリードマンなどの局所手術を施行しなければ壊死や壊疽を拡大させることになる。一方で、PADのない糖尿病性足潰瘍では感染症を誘発しやすい。この場合に優先すべきは局所のデブリードマンである。血管造影所見をもとに末梢血行再建術を施行すると感染を助長させる結果を招くため注意を要する（図2）。

III：糖尿病性足潰瘍の局所治療の実際

PAD合併の場合には、的確な末梢血行再建術後にSPPを測定し局所手術を施行する。局所手術には、局所のSPPを低下させないための中足骨間軟部組織温存などの工夫を要する。そのためには患肢のangiosomeを把握する必要がある。PAD非合併の場合には、感染を誘発していれば積極的デブリードマンが必要となる。その後は基本的には開放療法でwound bed preparationを図り、その後に植皮術や皮弁術を駆使した手術療法を選択する。いずれにしても変形足に対して、テーラーメイドの足底板や靴がその後の予防的治療として必須となってくる（図3）。

米国における人工関節術後リハビリテーション

関西医大枚方病院リハビリテーション科 吉田清和

2009年2月25-28日、米国ネバダ州ラスベガス市ベネチアンホテルにおいて第76回AAOSが開催された。その発表中人工関節の最近の研究発表に参加し、特に術後のリハビリテーション（以下リハと略す）の最近の進歩について報告した。その特徴は、1. 術後の入院期間が次第に短縮化されているが、3-4日間はあったほうが、合併症の面で安全、2. 最小侵襲法とコンピューターナビゲーション法の報告は激減、3. Hip Resurfacingの発表が増大、4. 肥満が世界的に増大し今後リハにも大きな影響がある。

1983年のSir John Chanleyによる英国整形外科協会での演説では術後の入院期間は10-15日であった。その後次第に減少し、米国厚生省の統計では1993年にはTHAもTKAもほぼ7-8日間となり、2003年では4日前後となり、最近さらに短縮化がすすんでいる。しかし、術後の合併症の頻度を見ると、90%は術後4日までに生じている。したがって、最近最小侵襲法が次第に増加しており、入院しない日帰り手術もみられるが、安全面を考慮すると最低3-4日の入院はあったほうがよい。米国老人保険Medicareも4-6日は認めている。

最小侵襲法は残念ながら患者の10-15%ほどしか適応がなく、また手術者も限られる。手術時間が長く、合併症も多く現在反省期に入っている。またナビゲーションも同様に反省期に入り、手術時間が長い、コストが高い、出血量が多い、明瞭なアウトカムの有意差がない、ピンの部位での骨折があるなど問題点も多い。

一方、Hip Resurfacing (Cup法)は次第に多くなり、若年者で活動的な男性に適応があり、



次第に増加している。しかし術後循環障害と思われる骨頭壊死と骨折が多く、患者の適応と術者も限られ、全THA中およそ7%ほどしか適応がない。術後6週間の免荷、ALVAL、脚長さへの対応困難など問題も多いが、安定性やROMなどリハ上の利点もある。

術後の深部静脈血栓症対策では、従来はACCPのガイドラインしかなかったが、2007年以来AAOSガイドラインもあり、術後の大出血に対する対策が追加された。どちらのガイドラインを選択するかが問題点である。

周術期の疼痛管理には最近変化が見られ、麻薬使用量の減少が図られている。すなわち術前から鎮痛薬を投与し、手術時局所の麻酔と末梢神経ブロック（腰神経そうブロックや坐骨神経、大腿神経ブロック）を併用し、術後はPCAを出来るだけ短縮しようとしている。術後の神経ブロックのためリハが困難なことがみられるが、全体としては術後疼痛管理は改善しており患者は安心して早期に自宅退院できている。また消炎鎮痛剤としてCox 2の使用も増加している。

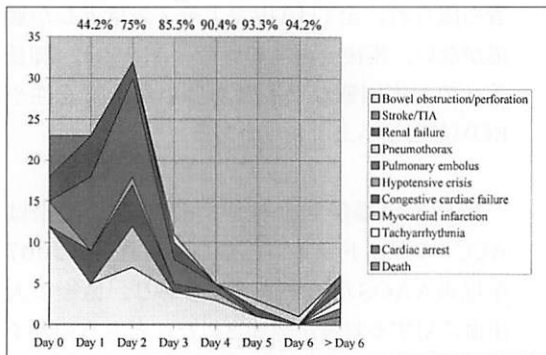
肥満の定義はBMI (Body Mass Index) で18.9-24.9を正常とする方法が一般となっている。

現在米国成人の65%以上はBMI25以上である。肥満の増大は全世界的傾向で先進国に限ったことではない。ノルウェーの人工関節登録制度からの研究では肥満が関節症の原因の可能性が高く、逆に関節症のため運動できず肥満になるという説の可能性は低いと思われる。肥満があると糖尿病、高血圧が多く、術後感染も多発する。術前に体重減少をすることが重要。

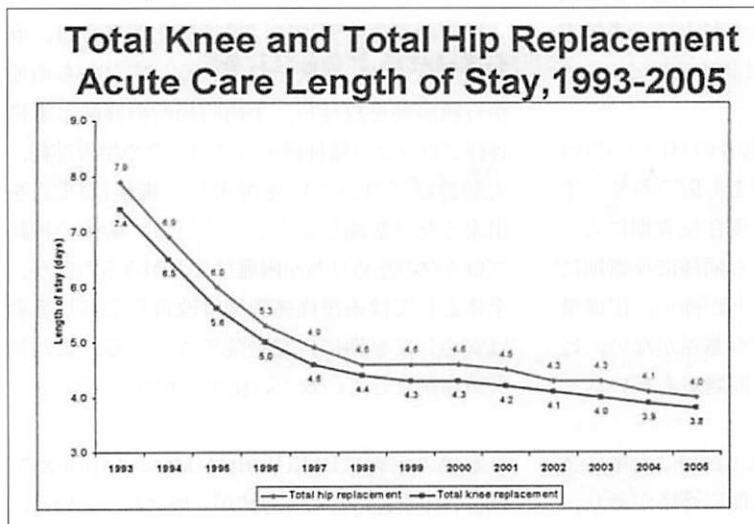
まとめとして、米国でのTHA、TKA術後リハはまず25%の患者は自宅に4-5日で帰宅し外来にてリハを受ける。40%の患者は、一人暮らしや通院できない患者で、急性期入院リハを受けるがそれは10-15日間と短い。そして残り35%の患者が長期入所をする回復期リ

ハが必要である（ただし100日ルールのため術後100日が限度）。このように日本とは比較にならないほど短期間なのはいろいろな原因がある。医療費支払い制度がDRG、外来のPT・OTが多い、疼痛管理がよい、整形外科外来が充実、交通手段が整っている、術後出血、感染の減少、手術時間が短い、術者の経験がきわめて豊富等々である。しかしその中で、PTやOTなどのコメディカルの方々の教育が高いことが重要で修士課程と博士課程で教育され、開業権を持つ方向に向いている。すなわち自己裁量権が拡大され、チームワークが改善している。米国の動向が今後の日本に影響を与えると考えられ、日本も将来を考慮した改善が必要である。

Source: "Total Joint Arthroplasty: When Do Fatal or Near-Fatal Complications Occur?"
J Bone Joint Surg Am. 2007;89:27-32



Source: AHRQ HCUP, NIS (1993-2005)



日常診療で遭遇する腰痛、下肢痛の鑑別診断と治療

名古屋大学整形外科 准教授 松山 幸弘

我々の脊椎外来で最も多い疾患の一つが間歇跛行を呈する腰部脊柱管狭窄症（LCS）です。足に痛みがある、しびれるといった自覚症状がある場合は整形外科を受診することが最も多いのが現状です。その間歇跛行の原因疾患には腰部脊柱管狭窄症（LCS）と末梢動脈疾患（PAD）が主にあげられますが、近年、動脈硬化性疾患の増加に伴い、LCSに血管性であるPADを合併した間歇跛行の患者さんも増えてきました。したがって、この両者を鑑別し、適切な治療が施されることが望まれています。

●間歇跛行の原因疾患とLCS、PADの合併

間歇跛行は、歩行によって下肢のしびれ、痛みを訴えますが、休息によって緩解する症候のことをいいます。我々はその原因疾患であるLCSを主に診察しています。しかし、同様の症状を呈する疾患として血管性疾患であるPADがあり、年齢的にも同様に60歳代以上に発症するということから、PAD合併が見逃されている可能性が指摘されるようになりました。同じ症状の間歇跛行ですがPAD患者は動脈硬化性疾患のために、冠動脈や脳動脈疾患の合併症も多く予後も悪くなります。そのため、この両疾患の鑑別が非常に重要になります。鳥畠らは間歇跛行患者を検討し、LCSによるものが72.7%、PADによるものが11.1%、両者を合併しているものが14.5%であることを報告しています。我々の教室でもLCSと診断された外来患者55例に対し、触診など通常の診断方法に加え、ABI（Ankle Brachial Index：足関節上腕血圧比）、TBI（Toe Brachial Index：足趾上腕血圧比）を使用し、PADの合併割合を検討してみました。ABIが1.0未満、あるいはTBIが0.7未満のものをPADとしました。その結果、ABI低下例11/55例（20%）、TBI低下例15



／48例（31%）であり、PADを合併しているものが21例（38.2%）にも及びました（図1）。同様の検査を名古屋スパイングループの多施設研究で行ったところ184人中47人（26%）にPADを合併していることが判明しました（図2）。このようにLCSの患者さんの中にはPADを合併している方も多く、整形外科医としては常にPADの存在を認識してLCSを診る必要があると思われます。また、今回の検討ではABIが正常でもTBIで異常を示す場合もありABI、に加えTBIによる検討の必要性が示唆されております。

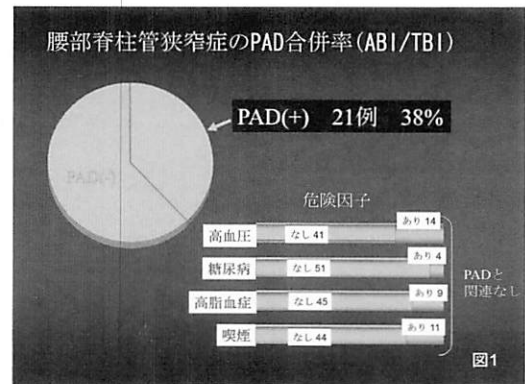


図1. 腰部脊柱管狭窄症のPAD合併率 (ABI/TBI)

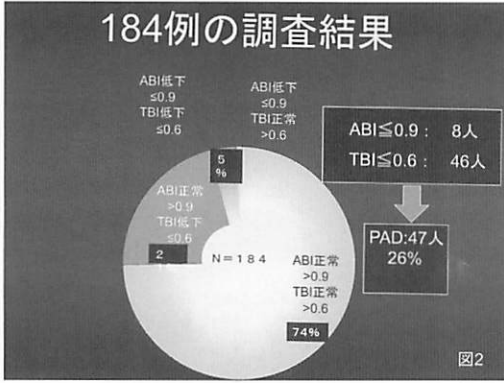


図2. 184例の調査結果

治療について

LCSは動的要素が大きく、LCSによる間歇跛行の初期治療としてはコルセットを処方しています。そして血流改善を目的にPGE1製剤を処方し、腰痛、下肢痛が強い場合には消炎鎮痛剤も同時に処方します。これらの治療は1カ月間継続していただきます。これがファーストステップの治療になります。セカンドステップとして、仙骨ブロック、神経根ブロックを施行し1カ月経過観察します。それでも改善しない場合には入院してPGE1製剤の点滴を行い、サードステップとして手術を考慮します。一方、

PADを合併している場合、病態に違いがあるために治療法が異なります。ファーストステップにおける薬物療法にシロスタゾールを加えています。それでも改善しない場合に血管の専門医にお願いします。また、LCSのファーストステップの治療に反応しない場合には、PAD合併を疑うことも重要です(図3)。LCSの治療では前述したように改善した場合には薬物療法を漸減しますが、薬物療法の中止によって症状が再発する場合などもPADの存在が疑われます。LCSの薬物療法は中止可能ですが、PADの場合には継続投与する必要があります。

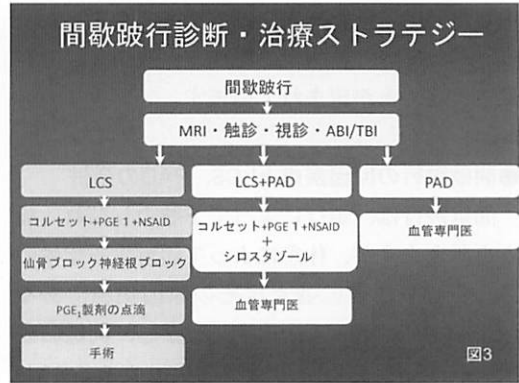


図3. 間歇跛行診断・治療ストラテジー

第35回 大阪整形外科症例検討会 抄録

開催日時：平成20年7月26日（土） 14：30～18：00

開催場所：毎日インテシオ4階会議室F（毎日新聞社ビル）

大阪市北区梅田3丁目4-5

<第一部>

座長 富原 光男 先生（大阪赤十字病院）

1. 受傷から1ヶ月を経過した骨盤損傷の1例

大阪府済生会中津病院 整形外科 片岡 威博 先生

【症 例】年齢：30歳代 性別：男 職業：自営業

【主 訴】左臀部痛、骨盤部不安定感、右足痛

【現病歴】自宅で強盗に襲われ二階から飛び降りた。近医にて骨盤骨折、右踵骨開放骨折と診断され左下腿牽引および抗生剤投与加療を受けるも症状改善せず、受傷1ヵ月後に当院受診した。

【現 症】来院時、右足踵部に直径7cmの開放創があり、左仙腸関節、恥骨結合に不安定があった。X線およびCT検査で骨盤損傷（Young分類anteroposterior compression Type III）右踵骨開放性骨折（Gustilo III-B）と診断した。全身麻酔下に右足デブリードマン、洗浄施行した。同時に左仙腸関節、恥骨結合部の徒手整復を試みるも整復不能であったため、整復不良のまま創外固定を装着した。翌週創外固定を除去し観血的に左仙腸関節、恥骨結合部にプレート固定を施行、良好な整復位を得た。

【今回討論したい点】受傷から1ヶ月を経過した骨盤損傷に対する整復の方法および固定法の選択

2. 大腿骨骨幹部骨折偽関節の1例

北野病院 整形外科 塚中 真佐子 先生

【症 例】年齢：60歳代 性別：女

【主 訴】右大腿の痛み

【現病歴】交通事故にて右大腿骨骨幹部骨折。髓内釘・骨移植行う。10ヵ月後に抜釘施行。17年後に歩行中誘引なく同部位を再骨折。再度髓内釘による固定を受けるが仮骨形成乏しく疼痛持続。4ヵ月後に遠位locking screw 1本を抜釘したところさらに4ヵ月後に近位のscrew折損し、疼痛増強および歩行困難となり当院に紹介。

【現 症】ADLは車椅子で荷重歩行は困難。脚長差65mm。膝ROM 0-105

【今回討論したい点】治療方針について

3. 両下肢多発骨折の1例

サトウ病院 整形外科 豊田 安国 先生

4. 股関節脱臼骨折に対し、THAを行った後、感染を合併した1例

済生会中津病院 整形外科 田島 秀之 先生

【症 例】年齢：40歳代 性別：男

【主 訴】左股部痛、歩行困難

【現病歴】A年B月、ショベルカーに挟まれ、左股脱臼骨折、骨盤骨折、右大腿骨開放骨折、右足関節骨折、両坐骨神経麻痺を受傷。骨折に対しORIFが行われた。2ヵ月後右足関節術後感染を発症し、その3ヵ月後に抜釘が行われた。9ヵ月後発熱し、尿培養から緑膿菌を検出し、ペントシリンが投与された。11ヵ月後左股関節の疼痛が著明で、骨破壊も認めためTHAを行った。

THA術後1ヶ月、左股部から浸出液漏出し、培養にてMRSA検出。抗生剤の投与によって炎症所見は鎮静化する傾向にある。

【現 症】移動は車椅子（両坐骨神経麻痺により両下肢筋力は2～3程度）

股関節の可動域	屈曲	伸展	外転	内転	外旋	内旋
右	60	0	20	0	40	0
左	45	0	20	0	40	-20

疼痛 右40点、左30点

【今回討論したい点】

- ①瘻孔はふさがり、ミノマイシンの内服で炎症所見は落ち着いているが、このまま様子を見てもいいのか？
- ②感染の根治を目指して再手術をするのか？
- ③再手術をするなら骨盤部のプレートは抜釘すべきか？

<第二部>

座長 古瀬 洋一（サトウ病院）

5. 脊椎骨折に合併した脊椎硬膜外血腫の2例の検討

市立堺病院 整形外科 藤森 孝人 先生

【症例1】年齢：19歳 性別：男

【主 訴】左臀部痛、骨盤部不安定感、右足痛

【現病歴】2007年8月下旬、川に飛び込んでL2、L3圧迫骨折受傷。泉州救命センターにて初期治療。2日後近医転院。転院後間もなく膀胱直腸障害あり。MRIにて硬膜外血腫を指摘。手術目的にて当院搬送。

【現 症】PTR →/→ ATR →/→ SLR 80-/80- FNST -/-

下肢筋力低下なし 肛門反射あり 尿失禁、便失禁状態 残尿測定にて約1000mlの残尿あり
(sensory) 右大腿全周性から下腿外側のしびれのみ 肛門周囲の知覚正常

【今回討論したい点】治療法、経過について

【症例2】年齢：70歳代 性別：女

【主 訴】腰背部痛

【現病歴】2007年6月下旬に尻餅をついて受傷。同日当院救急外来を受診。

(既往歴) 陳旧性腰椎圧迫骨折 子宮体癌にて放射線治療 (41歳時)

【現 症】腰部に叩打痛あり、疼痛のため歩行困難

PTR ↓/↓ ATR ↓/↓ SLR 80-/80-

腰痛のため、評価困難であるが、明らかな筋力低下なし 膀胱直腸障害なし
(検査所見) 血液、生化学、止血機能正常

下肢筋力低下なし 肛門反射あり 尿失禁、便失禁状態 残尿測定にて約1000mlの残尿あり
(sensory) 右大腿全周性から下腿外側のしびれのみ 肛門周囲の知覚正常

【今回討論したい点】麻痺の原因について

6. 歩行障害、右下肢麻痺を呈した特異性脊髄ヘルニアの1例

大阪医療センター 整形外科 田村 理 先生

【症 例】 年齢：70歳代 性別：女

【主 訴】 歩行障害、右下肢麻痺

【現病歴】 3年前、右下垂足を発症し、近医にて右腓骨神経麻痺の診断のもと、経過観察されていたが改善なく、半年前頃から、両下肢の脱力感、ふらつきが出現し、徐々に増悪し、転倒を繰り返すようになり、当院受診となった。

【現 症】 歩行はT-caneを用いてもかなり不安定なTrenderenburg跛行であった。両下肢、体幹に知覚低下はなく、シビレも認めなかった。筋力は、右下肢全体MMT 3レベルの低下あり。腱反射は、PTRは両側亢進し、ATRは両側消失していた。膀胱直腸障害は認めなかった。画像所見としてはMRI、ミエロCTにてTh 3、Th 4レベルで脊髄の前方へのシフトを認めた。

（経過） Th 3、Th 4レベルでの脊髄ヘルニアと考え、ヘルニア孔の拡大術を行った。硬膜は二重構造であり、内層硬膜の欠損があり、脊髄の脱出があったものと考えられた。術後2ヶ月現在、筋力は遠位筋の筋力は変化しないものの、近位筋は4レベルに回復し、T-caneにて安定した歩行を得られている。MRIにて脊髄の後方へのシフトが認められた。

【今回討論したい点】 ①診断 ②治療方針

7. 上腕骨頸部骨折偽関節の1例

【症 例】 年齢：60歳代 性別：女

北野病院 整形外科 塚中 真佐子 先生

【主 訴】 右肩の痛み・可動域制限

【現病歴】 大量飲酒し、電柱にぶつかって右上腕骨頸部骨折、観血的整復固定術（鋼線固定）施行。2ヵ月後抜釘されリハビリ開始。骨癒合得られず再手術を勧められたが転医を希望され当科受診。

【現 症】 受傷9ヵ月後に当院にて腸骨移植・観血的整復固定術（PHILOS proximal humerus plate）施行。リハビリテーション行い術後4ヶ月で外転160度を達成したが骨癒合得られず徐々にプレートが脱転し、疼痛来たす。術後1年半経過し再手術予定。現在は外転80度。家事労働は可能。

【今回討論したい点】 再手術時の術式および固定方法

<特別講演>

「リウマチ患者さんのためのポジティブ・エクササイズで健康長寿」

演者：神戸学院大学総合リハビリテーション学部長、三木山陽病院副院長 西林 保朗 先生

第36回 大阪整形外科症例検討会

開催日時：平成21年2月28日（土） 14：20～18：00

開催場所：北浜フォーラム会議室

大阪市中央区北浜1丁目8-16 大阪証券取引所ビル3F

<第一部>

座長 上田 孝文 先生（国立病院 大阪医療センター）

1. 長年放置された手掌部軟部腫瘍の1例

大阪市立総合医療センター 整形外科 細見 僚 先生

2. Galeazzi 骨折後のimpending malunion の治療経験

大阪市立総合医療センター 整形外科 石瀬 久子 先生

3. 固有指に発生した骨腫瘍の1例

市立堺病院 整形外科 中村 吉春 先生

4. 受傷後3ヵ月後に受診した中指PIP関節脱臼の1例

北野病院 整形外科 塚中 真佐子 先生

<第二部>

座長 松田 康孝 先生（北野病院）

5. 感染を機に急速に麻痺の進行を来たした頸椎OPLLの1例

北野病院 整形外科 塚中 真佐子 先生

6. 大腿骨頸部骨折を合併した骨幹部骨折

済生会中津病院 整形外科 田島 秀之 先生

7. 環指・小指CM関節脱臼骨折の1例

サトウ病院 整形外科 豊田 安国 先生

<特別講演>

「柔道におけるスポーツ傷害・障害とアスレチックリハビリテーション」

演者：天理大学体育学部 教授 安田 義 先生

第36回から、より多くの演題を提供していただくために、抄録の提出方法が演題名、演者、所属だけに簡略化されました。当日の受付も可能ですので会員の先生のご参加をお待ちしています。

（文責 担当理事 古瀬 洋一）

各県の会報を読んで

堺 市 永 田 行 男

各県とも診療報酬の改定・医療から介護保険への誘導ひいては医療崩壊について、苦言を呈しておられる先生が多く拝見されました。奈良の清水豊信先生は開業してCOAに加入されない先生が増え、医政協議会への参加者が増加しないことを踏まえて、会の連絡方法にメールなどを利用することや、会の運営の方向性を考える時期になったとしています。また、多くの先生が医師は医療だけを慎ましくやっているだけでは、臨床医として社会や患者様に適切な医療提供ができないところまで追い込まれてきていることを訴えられておられました。この打開策として医政協議会への参加者増加を進言される先生や、東京の田辺秀樹先生は支持政党を明確にし、積極的にTCOAの要求を実現すべきとまで言及されています。広島のアノ裕司先生は「国の最も重要な仕事は？」の中で道路と医療を同一視する風潮や、「医療費亡国論」を唱えることのナンセンスさを述べておられました。経費を論ぜずには、社会や患者様が望む最新の医療を提供できず、臨床医としても政治に無関心ではいられない時代になってきたことを強調する先生方が多く見受けられました。

各COAの活動も歴史を重ねて来ており、宮城県・神奈川県は40周年、兵庫県は35周年を迎え、当OCAも昨年30周年を迎えましたが、栃木県も30周年を迎え記念式典をされたとのことです。各COAの活動の今後が益々期待されます。

柔道整復師問題は各COAでも取り上げていましたが、鹿児島の小倉雅先生の「柔道整復師審査委員会報告」は日ごろ疑問に思われる柔道整復師の治療部位が3ヶ所以上や不適切な施術病名の問題を簡潔に述べられており、この問題の根深さ、医師の注意喚起の大切さを示されていました。30周年記念号で千葉の吉田章一先



生は県下の医療情勢を、図表を交えて医科・柔整との重複診の問題や患者1人の病名数で医科が1.64個・柔整が2.43個、通院日数で医科が5.44回、柔整が9.65回、月の医療費で医科が15,996円、柔整が13,629円であることを示して、データを蓄積して論ずることの大切さを示していました。

運動器セラピスト制度の維持継続の問題も話題になっていました。また、介護保険での短時間型リハビリの導入の話題も含めて、厚労省は維持リハビリ等の内容を医療から介護へとシフトさせようとしており、このままでは整形外科開業医の医療崩壊を招くことを指摘される先生も多数おられました。今まで整形外科が手術時・急性期から維持期までを一貫して治療してきましたが、山梨の笹本憲男先生は昨今の外科・内科の関係を引き合いに出して「運動器内科」や「手術屋」等にならないようにと提言しています。また、開業医の立場を茨木の山崎雄一郎先生は今までの外科医の経験を活かした「臨床整形内科医」として、地域医療に貢献することを提案しています。東京の田中弘美先生は総合医問題に対して日本のように国民の教養レベルが高い国では一般医よりも専門医の育成に重点を置くべきであると述べられています。

広島のアノ裕司先生は医師会の国や国民に

対する対応の不備を指摘し、「メタボ」に対する「ロコモ」の普及の大切さを述べられています。

各COAとも「骨と関節の日」や「市民公開健康講座」などの開催により、市民への運動器疾患に対する啓蒙や健康管理に努力されていました。また、地域保健連携推進事業での整形外科医の参加を促し、整形外科医の存在感をアピールすることの大切さを説いています。レセプト・オンライン化の是非について意見が述べられており、鹿児島の大西敏之先生は、ITが不得意な先生でも、ご自身の経験を通して、電子カルテの導入が可能であることを述べられています。

静岡では藤野圭司理事長が就任に際し、次世代の人が整形外科の開業ができるような魅力のある医療体制を作ってゆきたいとの抱負を述べられています。

会員間の親睦・情報交換の項を充実させてい

る会報も多数見受けられました。宮城県では阿部靖先生の「心に残った症例」をはじめ随筆が充実していました。岩手の阿部克久先生は地方での各種専門医に対する維持単位の取得の困難さを訴えておられました。北海道の石垣一之先生は昨今の企業等の不祥事に関して『まず、隗より始めよ』との戒めを述べられています。また、辻正裕先生は法人制度改革などによる病院継承への不安を訴えていました。

第21回JCOA学会学術賞を取得された大分の川瀧真人先生が開業しても学術への貢献を続けられたことが示されていました。学究への姿に感銘を受けました。

各会報とも地域の特性を活かして、会員の親睦・情報交換の場として創意工夫が認められました。さらに医師として、また、整形外科医として社会・患者様へアピールする資料としての役割を担っていると思われ、当会報もさらなる発展の必要性を実感しました。



他科の大阪府単科医会会報を通読して

大東市 山口 康 二

このたび、他科（小児科医会、耳鼻咽喉科医会、女医会）の会誌を読ませていただく機会を得ました。

1. 大阪小児科医会

年4回発行されています。学術集会の講演内容、患者家族との交流のための“子育て通信”、各大学教授のコラム“大学の窓”、診療一口メモ、診療保険一口メモ、ベットサイドメモ、病院紹介記などがあります。

子育て通信：睾丸の痛み 腫れ、ギュッとハグ、食物アレルギー、気になる 子供の友達関係、受診時の携帯電話の活用、などの話題を1ページにまとめられ、患者さんへのアドバイスに利用できる様になっています。

大学の窓：思春期医学 という内容で平成18年4月に日本小児科学会は対象年齢を成人するまでと引き上げたことによる診療範囲の拡大についての対応が必要になってきているとのことです。

日本の臨床研究と科研費 という内容で臨床、教育、研究の決められた時間配分の中で研究資金の配分を受けることが困難になってきている。世界的に臨床医学論文数で見ても12位から18位に低下している（基礎論文では現在も米国、ドイツについて3位を保持しています）。

2. 大阪府耳鼻咽喉科医会

年2回発行されています。研修会の講演内容、日耳鼻学会からの各種報告、随想、地域医療関係（耳の日セミナーなど）、事業報告（レセプトの集計報告、各大学新入医局員の紹介、新規開業向けの講習会）、地区医会紹介、病院紹介、厚生事業として囲碁部 ゴルフ部 美術部 からの報告、などで構成されております。



研修会の講演内容は口述、スライドともに詳細に記載されておりました。

パロディー百人一首では“親はいざ 何時か知らず入れた子の 鼻は異物で 今日にほいける”（本歌 紀貫之）など子供時代のことを振り返るものもありました。

学校検診の報告では、耳鼻咽喉科医の配置状況などの報告がありました。

3. 大阪府女医会

年2回発行されています。学術講演、他医会での講演報告、国際女医会西太平洋地区会議の報告、また“第1回 女性医師による「健康なんでも相談」”の報告、など女性パワーを感じられる内容でした。

OCAO会員の先生から関節リウマチ治療に関するアンケート結果 －2003年と2008年の比較から－

OCRA (Osaka Club for Rheumatoid Arthritis) 会

大阪市立大学整形外科	乾 健 太 郎
大阪大学整形外科	富 田 哲 也
近畿大学整形外科	野 中 藤 吾
大阪医科大学整形外科	安 田 稔 人
関西医科大学整形外科	和 田 孝 彦

2008年11月、リウマチ診療の現状を知ることによって今後の診療の参考とすることを目的に、大阪府下5大学若手リウマチ医の会（OCRA会）名で、OCAO会員の先生方にご協力を頂き、アンケート調査を実施致しました。

その結果について、2003年に実施したアンケートとの比較を中心に報告致します。

1. アンケート総数とリウマチ科の標榜について

リウマチアンケート発送総数ならびに回収数は、

2003年に比べ若干増加、回収率は3割を超えました。（図1）

リウマチ科標榜は回収数が増加したと相関し、標榜しているとの回答も標榜を考えていないとの回答も増加しました。（図2）

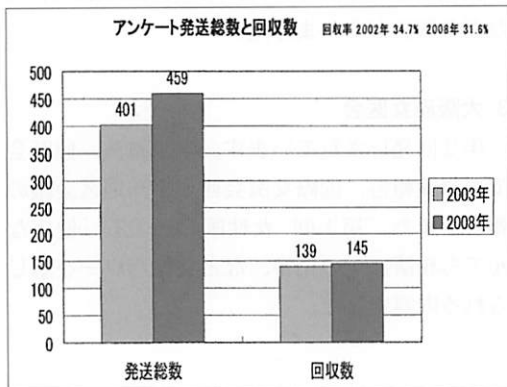


図1. アンケート発送数と回収数

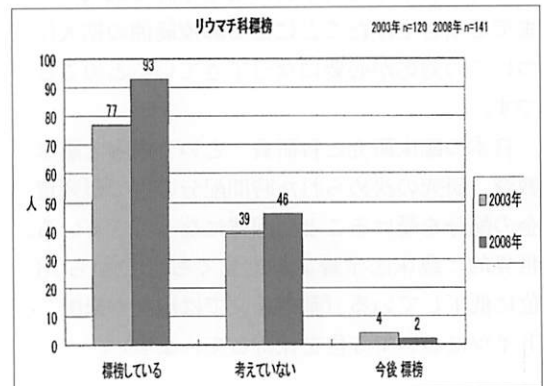


図2. リウマチ科標榜

2. RA患者数について

RA患者数は全体的に大きな変化は見られませんでした。21～50人診ておられる先生が増えました。（図3）

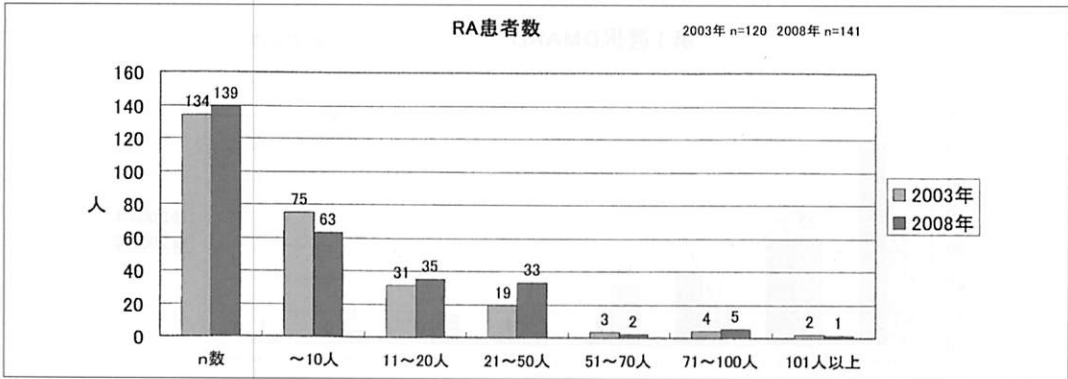


図3. RA患者数

3. 治療薬剤について（複数回答）

積極的に使用されている薬剤は、両年度とも、DMARDs、NSAID、ステロイドの順でした。（図4）

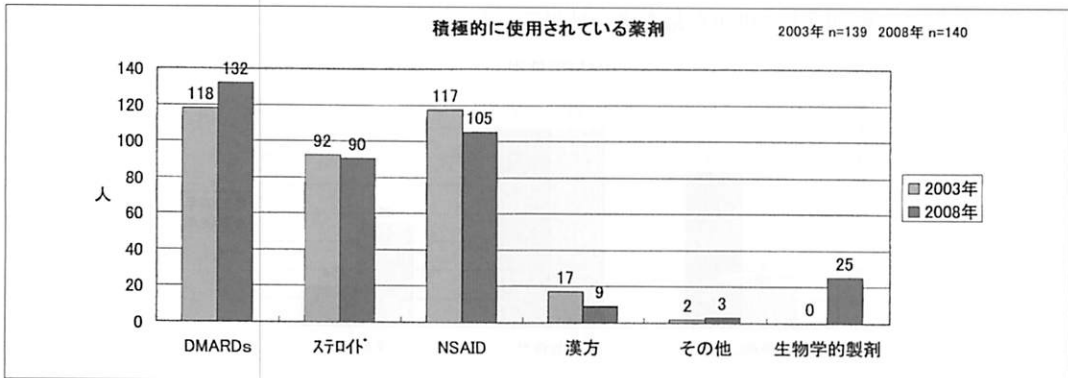


図4. 積極的に使用されている薬剤

また2004年より発売された生物学的製剤を積極的に使用との回答が2008年には25施設（使用施設は57施設 複数回答）有り、その内訳は図5、図6の通りでした。

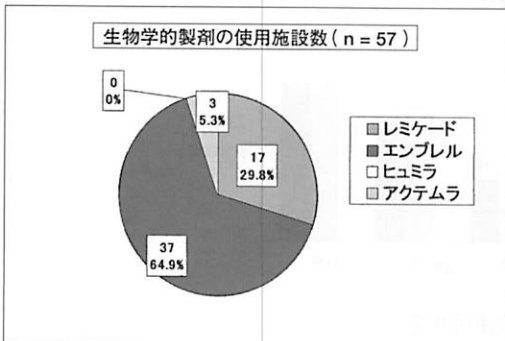


図5. 生物学的製剤の使用施設数

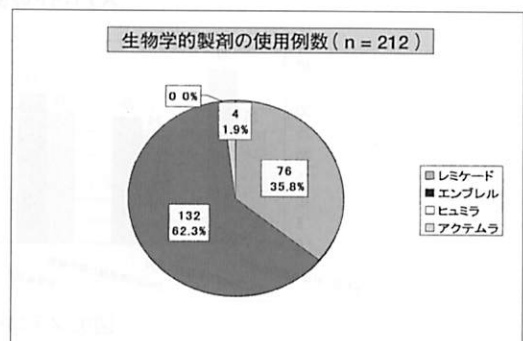


図6. 生物学的製剤の使用例数

また第1選択DMARDは、図7の通り、リウマトレックスとアザルフィジンが増加、逆にシオゾール以下が減少しました。これは2004年に策定された日本リウマチ財団厚生省研究班による「EBMに基づく治療ガイドライン」で、推奨Aと位置づけられた薬剤（ただしアラバを除く）に集約されてきたことを伺わせる結果となりました。

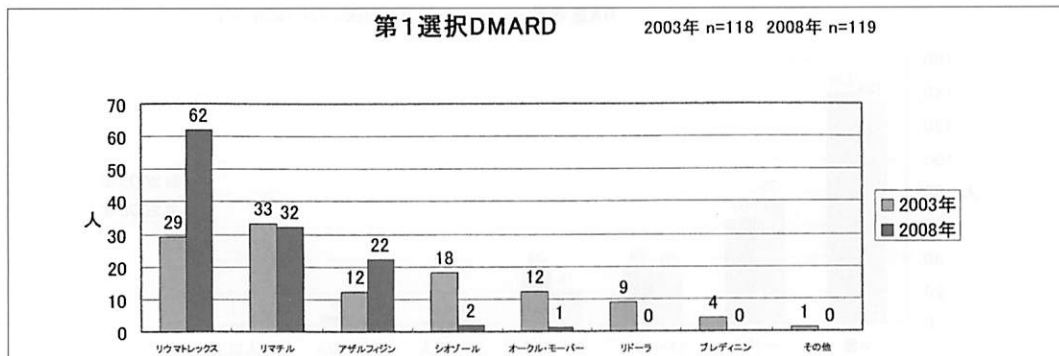


図7. 第1選択DMARD

DMARD併用は、図8の通り、多剤併用が減少しました。その理由として、リウマトレックスの使用が増加していることが関係していると考えられました。なお2008年での一番多い組み合わせは、リウマトレックス+リマチルとリウマトレックス+アザルフィジンが同数（各26）で、前述した推奨A薬剤同士の併用が最も多い結果でした。

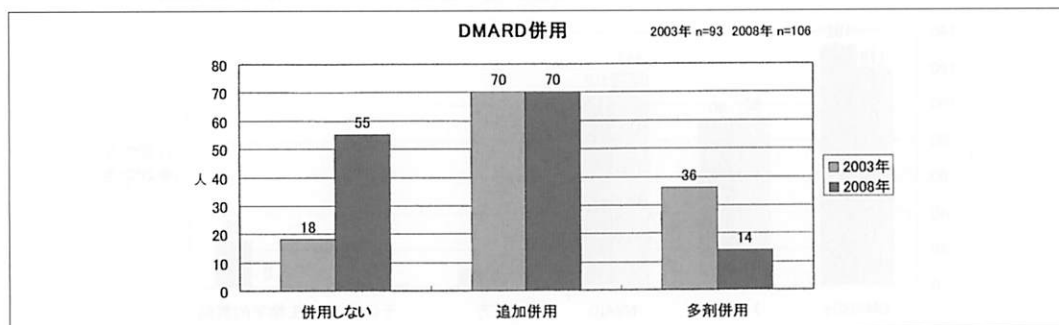


図8. DMARDs併用

ステロイドの使用基準は、症状が強ければ点滴静注施行と合併症例に限定して使用が大きく増加した他は、変化は有りませんでした。（図9）

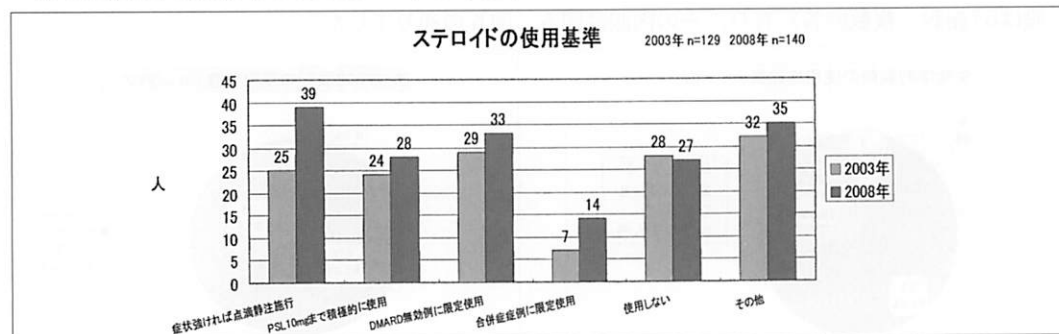


図9. ステロイドの使用基準

4. 病診連携について

病診連携の紹介科は、整形外科への紹介が両年とも一番多かったものの減少、膠原病科やその他科（リウマチ科、呼吸器内科など）が増加しました。（図10）

その理由として、生物学的製剤の使用が増加したことによるものと思われました。

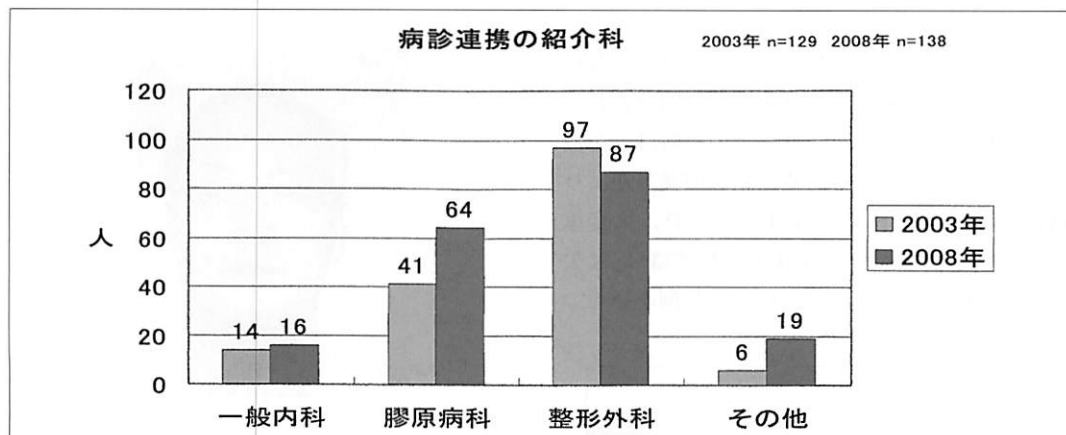


図10.病診連携の紹介科

また内科疾患合併症例への対応は、図11の通り、両年とも基幹病院に紹介との回答が多く、また回答数全体が増加したことに伴い、その他を除く各項目が増加しました。

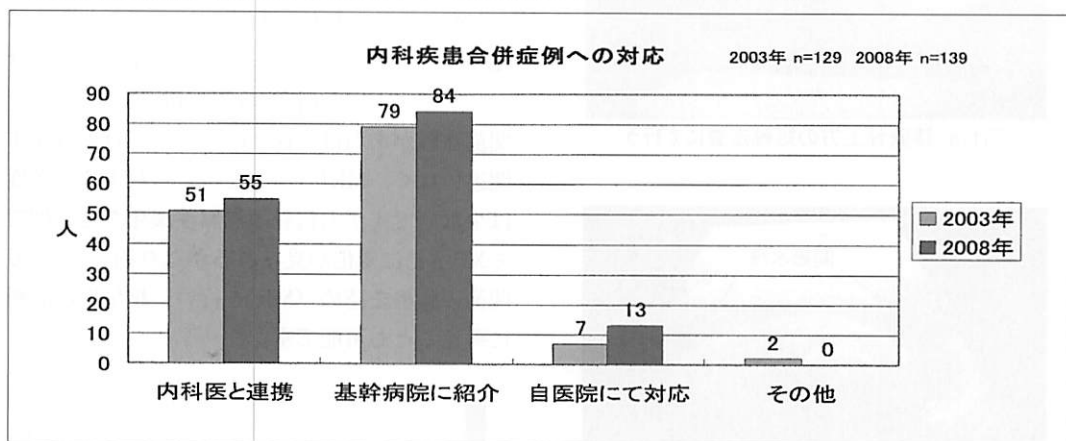


図11.内科疾患合併症例への対応

【おわりに】

OCAO会員の先生方で2003年から2008年の5年間の変化として、生物学的製剤がこの間4剤上市されたことも有り、特に治療薬剤において大きな変化があったことがわかりました。また、第一選択薬としてリウマトレックスが第一位となりました。これらを踏まえ、我々大学病院の

リウマチ担当医も先生方との病診連携、情報交換など積極的に行う必要性を感じております。

最後になりましたが、大変お忙しい中にも関わらず、本アンケートにご協力を賜りました黒田会長はじめ、OCAO会員の先生方に厚く御礼申し上げます。

整形外科外来での超音波診断のお勧め

茨木市 大 島 正 義

整形外科の開業医になって二十年近くになります。来る日も来る日も外来診察に明け暮れ、少し疲れておりますが、外来での診断は手を抜けないのが辛いところです。私は開業当初より超音波機器（以下US）を用いており、大変重宝しております。今では外来診察にはUSは欠かせない存在であり、その役立つ例をいくつか挙げてみます。



図1-a. 膝蓋骨上方の短軸走査にて行う

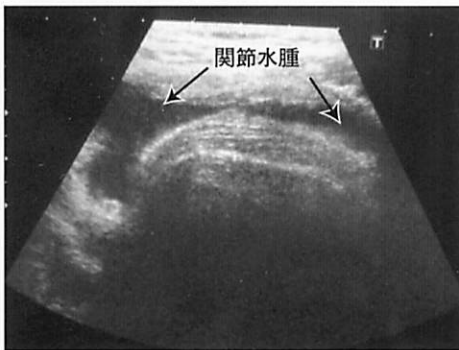


図1-b. 膝関節腫脹例 矢印 関節水腫

USでは水や血液は低エコー域として黒く表現され、これさえ知っていればかなりUSを使えこなせます。お相撲さんのような太い脚の女性の膝水腫や（図1a, b）、太くない脚でも膝窩部のcystの有無は触診では判断が困難ですが、USでは容易に確認ができ、これらでは自信を



もって穿刺できます。動脈の近くのガングリオンの穿刺（手関節 膝窩部 足背など）ではドップラーを使うと血管とガングリオンの位置関係が明らかで、これも安心して穿刺できます。

年配の女性が転倒され股関節に痛みがあるがXP所見には異常がない・・・頸部骨折を疑うけど・・・ という時にはUSを用います。USで関節血腫があれば（図2a, b）頸部骨折はまず間違いなく、MRIの適応と考えられます。頻度は少ないですが大腿骨頭無腐性壊死を疑う例でもXP所見に変化が見られるかなり前にUSにて関節の腫脹を認め（MRIを行い）超早期に診断に導くことも可能です。

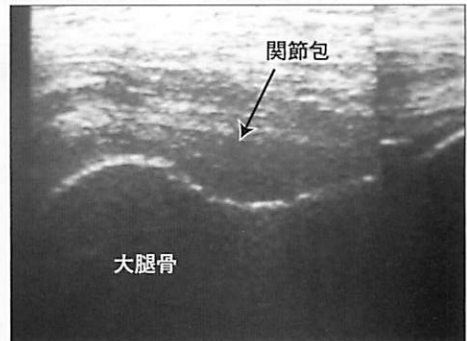


図2-a. 股関節腫脹例 矢印 関節包



図2-b. 健側

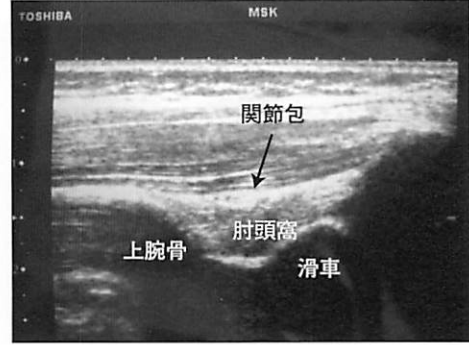


図3-c. 正常例 矢印 関節包

小児肘外傷のfat pad signは誰でもご存知でしょう。fat pad signは肘関節の腫脹が強くなければ表れませんが、USでは肘頭窩の軽度の腫脹から容易に確認できるのをあまり知られておりません(図3 a, b, c)。ちなみに肘内障ではUSで肘頭窩の腫脹はほとんど見られず(数回修復例や翌日受診例は別)、XP所見に異常がなく肘を痛がる子供の診察では、USで肘頭窩の腫脹があれば骨折を強く疑うことができます。このように小児肘外傷の診断においてもUSは大変有用であります。

舟状骨骨折では(不顕性骨折でも)舟状骨周囲の関節腫脹が必ずあり、それをUSで確認できます。舟状骨のXP所見に異常がなくてもUSで異常があれば見過ごされがちな不顕性骨折の可能性もありMRIの適応と考えています(図4 a, b, c)。

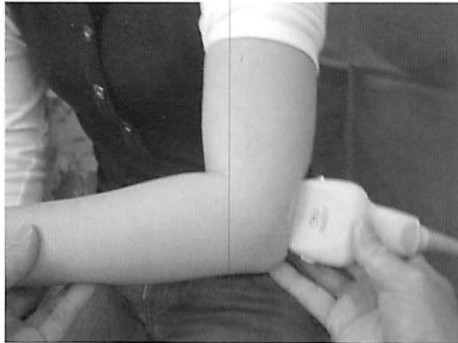


図3-a. 肘後方長軸走査にて行う

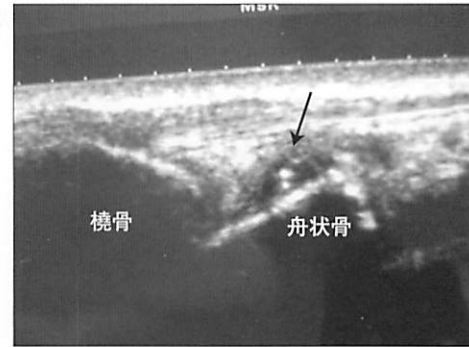


図4-a. 舟状骨骨折例 背側長軸像 矢印関節包

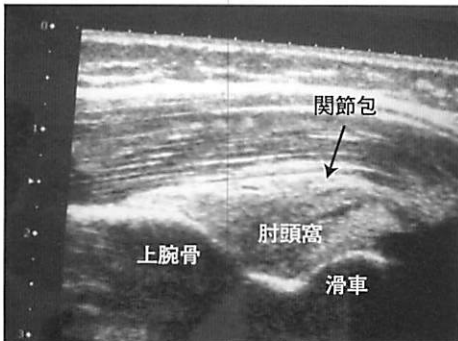


図3-b. 関節腫脹例 矢印 関節包

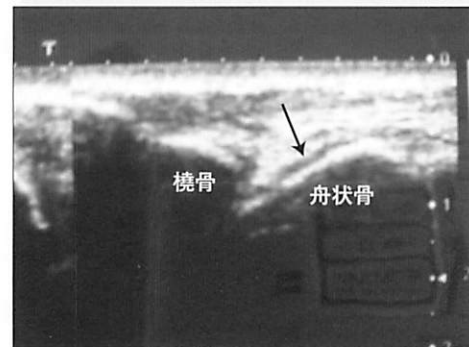


図4-b. 舟状骨 健側 背側長軸像

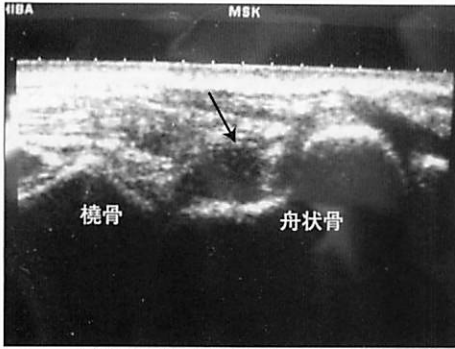


図4-c. 舟状骨骨折例 掌側長軸像 矢印 拡張した関節包

骨の辺縁はUSでは高エコーとして表れ、XPで読影困難な部位での診断に役立ちます。鎖骨近位端骨折、胸骨骨折(図5)、肋骨(不全)骨折(若年者で上位肋骨の不全骨折はほとんどXPに表れません)、胸肋関節、肩鎖関節損傷、小児足関節外果剥離骨折、頬骨骨折、手根骨足根骨剥離骨折などでUSは診断に役立ちます。

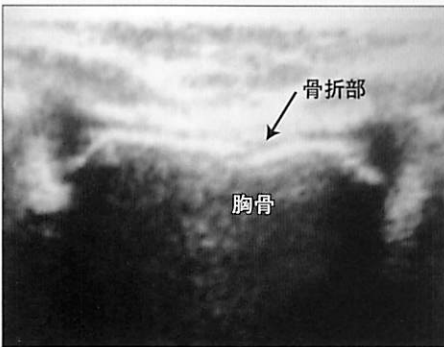


図5. 胸骨骨折

また関節の不安定性の確認もUSで可能です。膝MCL(靭帯もよく確認できます)、母指MP関節などで行えますが、特にリスフラン関節(CM関節)のストレス検査は、X線透視よりずっと確認しやすくもちろん被爆もなくお勧めです。

以上いろいろ長所を述べましたが良いことばかりではありません。超音波機器が我々整形外科開業医には高価なこと(トヨタや本田のハイブリッドカーが十分買えます)、保険適応項目がまだまだ少ない点等問題もありますが、XPだけの外来診療に比べUSを使っていると診断力の向上に結びつき、時に新しい発見もあり、辛い外来診療も少しは頑張れるかもしれません。

整形外科外来診察に超音波機器はお勧めのツールと考え紹介させていただきました。

(上記の診断方法についてご質問があれば、遠慮なく連絡していただいて結構です。)

日整会平成20年度・役員・代議員懇談会報告

大阪臨床整形外科医会・会長 黒田 晃 司

日時：平成20年10月22日 午後2時～6時

場所：国立京都国際会館

恒例の秋の日整会基礎学術集会の開催に合わせて役員、代議員懇談会が開かれました。

中村耕三JOA理事長の司会で議事が進行されました。



議 事

- 1) 理事長報告
- 2) 各種委員会活動状況報告
- 3) 第23回 日本整形外科学会基礎学術集会運営報告
- 4) 第83回 日本整形外科学術総会準備状況報告
- 5) 第24回 日本整形外科学会基礎学術集会準備状況報告
- 6) 第42回 日本整形外科学会骨・軟部腫瘍学術集会準備状況報告
- 7) 専門医制度に関する討議

<理事長報告>

- (1) 専門医制度について
- (2) 調査統計委員会の活動
- (3) 広報活動の動向
- (4) 厚生労働科学研究費補助会
- (5) ICD改訂について（疾病分類）

<委員会活動報告>

- I. 制度・基盤関連委員会 (1) ～ (4)
- II. 学術関連委員会 (1) ～ (5)
- III. 医療関連委員会 (1) ～ (19)
- IV. 広報・渉外関連委員会 (1) ～ (3)

それぞれの内容については、詳しく日整会誌に掲載されますので、そちらをお読み下さい。

○従来行われていた、日米加欧整形外科基礎学

会は、イギリス・オーストラリア・香港・中国・韓国が加わるため、第7回国際整形外科基礎学術集会（2010年10月16日～20日）に変更される。

- 第21回専門医試験は85%の合格率で徐々に厳しくしないで現状維持である。
- 専門医資格断続審査 1698名の専門医のうち、1663名資格は更新単位不足のため申請があった18名。このうち15名は1年間の猶予。3名は猶予不可。11名資格消失。
- 診療ガイドライン委員会
診療ガイドライン刊行済み
頸椎後縦靭帯骨化症・頸椎性脊髄症（刊行済み）外反母趾（今秋刊行）
- 安全医療推進委員会
ロキソニン是一般薬（薬局で販売する薬）としない。

- 移植再生医療委員会
2003年～2007年（平成20年6月30日まで）に回答があった、1246施設のうち31施設で再生医療を実施した。

※同種骨移植は2000年に骨移植術（自家骨以外）として保険収載されている「臓器移植に関する法律」が1997年に制定されている同種骨移植をする場合、倫理委員会の承諾を得る必要がある。

※同種骨移植と自家骨移植の保険点数が変更になった。これらを誤って保険請求すると罰則の対象となります。

○運動器リハビリテーション委員会（担当：藤野）

※予防的・介護的リハビリテーションの英訳：MADS (Musculoskeletal Ambulation Disability Symptom Complex) . と決定された。

※整形外科・障害福祉関連診断書マニュアルを改訂する。

○脊椎・脊髄病委員会

この認定医の申請について、日整会誌82巻7号に、会告として掲載されている。

ここまで4時30分に終了、引き続いて東京医科大学歯科大学整形外科教授・四宮先生の司会で「専門医制度に関する討議」を議題にして、討議をいたしました。

「整形外科専門医」という言葉が、一般の国民に理解されている意味と日本整形外科学会の中で討議されている意味が異なっている。「一般国民には理解しにくい」という指摘を高岡教授（この部会の前任者）が指摘した。

《問題点》

①整形外科の専門医が、整形外科医の全体の80%の数にもなることは認められない。（専門医認定機構）

②整形外科の特殊性

- (1) 部位として頭から足の先までの運動器を治療の対象にする。そのため、関節の専門医は脊椎の手術はしない。（杉岡先生の発言）十把一絡げの専門医にするのか？
- (2) 開業医は手術をしない医師が多い。名誉教授になり手術をしなくなるとこの資格をはく奪するのか？
- (3) 整形外科医専門医の資格を持つ指導医の少ない県で、この資格を取れないところでの研修はどうするのか？

四宮先生の説明は、内部での議論は十分されているのですが、遠慮があるのか、奥歯にももの挟まっているような発言でした。石黒名大教授をはじめ、沢山の発言がありました。今後の課題として、継続審議となりました。大阪臨床整形外科医会の意見（私の私見にすぎませんが）としては

①外科などと区別するものとして、我々は「専門医」という名称にはこだわらない。「日本整形外科学会の認定医」などの名称を用いて、専門医と区別したほうが一般国民からは理解しやすいと思われます。認定医の資格を得た後、研修して「整形外科・部位別（たとえば股関節）専門医」（仮名）などの資格を得て専門医になる。

②これで専門医の数は制限される。

③いったん専門医になった整形外科医の資格は剥奪されないものとする。（剥奪する必要はないものと考えます。）

この三点を個人的に四宮先生に伝えました。

少々時間をオーバーしましたが、日本整形外科学会評議委員会は開かれた議論の場であると思いました。

骨と関節の日

2008年「運動器の10年・骨と関節の日」in OSAKA

〇〇〇〇副会長 森本清一

2008年度のテーマは『骨粗鬆症-運動器不安定症の要因として』です。

メイン行事は10月4日午後、西成区民ホールで行いました。会場には約200人が参加してくださいました。開会に際して黒田会長は、元気で十分に活動し、動けなくなった翌日に最期を迎えることが、長寿社会における理想の姿ではないか。講演と体操で骨を強くし元気になりましょうとご挨拶されました。次いで関西医科大学滝井病院整形外科教授の濱田彰先生が「骨粗鬆症と腰痛について」と題して講演。骨折が寝たきりの原因の第3位である。その予防のためには日々カルシウムなどの栄養摂取に努めたり、骨と筋肉を鍛えたりすることが重要であるとお話されました。

続いて健康運動指導士で体操上級マスター指導員の野崎 紀子先生が「運動で予防・改善をはかろう 関節障害」と題した講演と運動指導を行って下さいました。広い会場を所狭しとばかりに歩いたり踊ったりし、参加者全員快い汗を流しました。

同日、枚方市でも「骨粗鬆症-運動器不安定症の要因として」と題して、森下 忍先生が中心となり、講演や筋力強化トレーニング等の指導を行いました。

その他、西成区、淀川区、北区で地元医師会開催の健康展等に参加し骨塩定量やその解説等を行いました。いずれも大盛況でした。ご協力していただいた先生方、どうもありがとうございます。

<メイン行事>

日 時 10/4 (土) 14:00~17:00
場 所 西成区民センター

①講演1：『骨粗鬆症と腰痛について』
関西医大滝井病院整形外科教授
濱田 彰先生



②講演2：『運動で予防・改善をはかろう
関節障害』

健康運動指導士・体操上級マスター指導員
野崎 紀子先生

参加者 約200名
出務医師 森本、斧出、馬場、宮田、黒田、
山本(哲)、三浦、森、坂本、
前中、早石、永田

<サブ行事>

①西成区

西成区医師会主催の「みんなの健康展」にて
骨塩定量・解説

日 時 10/25 (土) 13:30~16:00
場 所 西成区民センター

出務医師 森本、長谷川(秀)、三浦、三村、
森

参加者 約200名

②枚方市

枚方市医師会と共催で講演会開催

日 時 10/4 (土) 13:30~
場 所 ラポール枚方

講 師 森下 忍先生

演題

「骨粗鬆症-運動器不安定症の要因として」

出務医師 森下、栗本、小林、和田(誠)、
多田(枚方市医師会理事)

参加者 約70名

③淀川区

淀川区医師会主催の健康展にて骨塩定量と解説

日 時 9/27 (土) 13:00~16:00

場 所 淀川区民センター

出務医師 中川、福井、梁、安田

参加者 約200名



③北区

北区みんなで学ぶ健康祭り

日 時 10/25 (土) 12:30~15:30

場 所 北区区民センター

出務医師 藤本、波多野(泉)

参加者 約250人

※下線は責任者です



自己紹介

新理事の自己紹介

私は昭和63年大阪医科大学を卒業後、内科研修を2年間行ったのち母校の当時小野村敏信教授が主宰されていた整形外科教室に入局いたしました。大学での研修を終え関連病院で勤務したのち大学に戻りました。その後、最後の勤め先である大阪府済生会茨木病院での5年間の勤務を経て平成17年4月から池田にあります堀口整形外科医院で院長とともに診療にあたりております。

大阪臨床整形外科医会は私にとり非常に勉強になる場でした。月に1度、御高名な先生の講義を拝聴できる機会があることをとてもありがたいことであると感じておりました。その会の理事の末席に加えていただいたことをありがたいと思うとともにご迷惑をおかけしないようにするにはいけないとひしひしと責任を感じております。

学会活動に積極的ではありませんでしたので他大学の先生方とは広く面識はございませんが、ラグビーの医務委員の関係などを通じて森本清

池田市 堀口 泰輔



一副会長をはじめ顔見知りの先生がおられることを心強く思っております。

若輩者ではありますが、皆様のお役にたてるようまた大阪臨床整形外科医会の発展に貢献できるよう精進してまいる所存でございます。

最後に、先生方のご指導ご鞭撻をお願いしまして私の就任の挨拶とさせていただきます。今後とも宜しくお願い申し上げます。

自己紹介

会員の先生方、この度OCOАの理事に就任させていただきました宮島 茂夫と申します。開業1年足らずで、入会間もない小生を理事にご推薦頂きました関西医科大学整形外科同門の諸先生方に、この場をお借りして厚く御礼申し上げますと共に、大変恐縮しております。

勤務医時代に一度研修会で講演の機会を与えて頂きましたが、当時は会員の先生方のニーズも良く理解せず、稚拙な講演だったと反省しております。

開業初心者の小生にとってOCOАの存在意義は何か、と考えてみますと、諸先生方との交流、研修会を通じた知識と技術の向上もさることながら、日常診療に役立つ情報を如何に提供できるか、ではないかと思えます。レセプト請求一つをとっても、診療報酬点数表とレセコンに振り回され、返戻・減点の山を前に矛盾を感じる事も多く、こんな時に本会のサポートがあれば、と考えた次第です。

枚方市 宮島 茂夫



そこで提案、新規開業・新入会員を対象とした適切な（減点されない）レセプト請求講習会の定期的開催、などは如何でしょうか。

生意気な事を書き大変申し訳ございませんが、今後freshな立場として甚だ微力ではありますが、本会に貢献できればと考えております。今後とも何卒宜しく御願致します。

自己紹介

新入会員の自己紹介

門真市 日下 昌浩

自己紹介

平成5年大阪市立大学卒業
同年市大整形外科医局入局
平成7年より守口生野病院
平成9年より育和会記念病院
平成11年より長吉総合病院
平成17年、同退職
その後、びわこ整形スポーツ大学・大阪体育大学非常勤講師を経て
平成20年5月開業（大日イオンの裏手です）

社会活動

平成11年よりアメリカンフットボール社会人アズワンブラックイーグルスのチームドクター、平成15年より大阪産業大学アメリカンフットボールチームドクター、大阪府バスケットボール協会医科学委員、平成19年より日本拳法学生選手権リングドクター、大阪府少林寺拳法リングドクター
びわこ成蹊スポーツ大学・大阪体育大学非常勤講師

このたび門真で開業いたしました日下と申します。専門は陸上選手に多い、労作性コンパートメント症候群です。ただし2年に1人くらいしか来られませんので、普段は肉離れや腱の炎症などの診察をいたしております。

年間20週程度は試合・練習の帯同でグラウンドに出ております。最近はエキスポフラッシュフィールドに出ることが多くなっています。特



に何をやるわけではございませんが、一応チームドクターの肩書で、選手の一番近くに立ってアメリカンフットボールの観戦をしております。

また試合の無い休日は、どんなに釣れなくても、竿をひたすら握りしめ（寒い日には鼻水を垂れながら）、淡路島あたりに魚のエサを撒きに行っております。おかげで若干赤黒い顔色になってまいりました。ただ、たまに釣れた時は3枚に下ろして、まさしく骨まで愛してあげております。（たとえイワシでも3枚に下ろす練習をいたしております）。

これからは、開業した地域に根ざしたクリニックをめざして微力を注いでいくつもりです。今後とも、諸先輩からのご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

自己紹介

交野市 松木 宏

このたび入会させて頂きました松木 宏です。昭和38年3月31日生まれ。

昭和62年関西医大を卒業して、同年関西医大整形外科医局へ入局。

付属香里病院、阪和病院、付属男山病院、徳洲会宇治病院、付属滝井病院、上山病院、有澤病院等に勤務。

現在は交野市にて開業医として働いています。

趣味は読書、ゴルフです。

これから宜しく願いいたします。



自己紹介

新入会員の自己紹介

河内長野市 寺元 隆

このたびOCAOに入会させていただきました寺元 隆です。出身は大阪です。

昭和55年川崎医大を卒業し、同年大阪大学大学院博士課程入学、昭和59年修了学位取得後、大阪労災病院外科勤務、昭和61年大阪市立大学整形外科学教室に入局しその後、同大学で研修、昭和63年寺元記念病院整形外科勤務、現在に至っています。外傷を中心に診察をしてきましたが、最近は歳を感じる事が増えてきて、救急疾患に対応するのは少し苦痛になってきました。しかし、今回OCAOに入会させていただいた事で、又、気分を一新してがんばっていかうと思っています。趣味らしいものは何もありませんが、その時その時で中古カメラを集めたり、温泉めぐりをしたりして気分転換をして



います。現在、私立病院協会と府医師会で理事をさせていただいています。府医では病院・労災・自賠責を担当しています。今後とも各先生方の御指導御鞭撻を御願ひ申し上げ、自己紹介とさせていただきます。

自己紹介

このたび、大阪臨床整形外科医会に入会させていただきました松本です。

以前より、本会の教育研修会には、何度も参加してもらい、充実した活動には敬服しておりました。貴会の副会長、森本清一先生より、「豊さん、OCAOの会員になってや。」と命令？され、入会いたしました。彼とは、大学、社会人と、ラグビーを共にプレーした中です。

昭和52年、関西医科大学卒業後、母校の整形外科教室に入局。故森益太教授のもと、RA、L.C.C等、勉強させていただきました。昭和59年、大津の社保滋賀病院に出向し、11年間、地域医療に携わってきました。この間、3人の子供に恵まれ、仕事、趣味と馬車馬の如く、猛進していた時代です。平成6年より、現在の勤務先、枚方市の香里ヶ丘有恵会病院副院長として赴任しました。外傷を中心に、関節外科など整形外科一般の治療を行っています。平成16年より院長、平成20年より、有恵会（当病院、有澤総合病院、看護学校）の理事長に就任いたしました。昨今の医療環境の悪化により、臨床以外に経営という未知の世界に足を踏み入れ、困惑している次第です。

枚方市 松本 豊一郎



趣味は、旅行、読書、スポーツ等ですが、現在も、ラグビーはクラブチームで活動しています。ケガも多くなりましたが、多くの友人を得て、その点は良かったです。JCOAの会でも、昔懐かしい他大学のラグビーに会えるのも楽しみです。

整形外科学の進歩、技術向上は目ざましいものがあり、私の様な中高年の医師にとって伴走するのは大変ですが、勉学の場を与えてもらう会に入会したことは、大きなプラスです。

会員の皆様方には、今後とも宜しく願ひいたします。

自己紹介

新入会員の自己紹介

平成21年3月から入会させて頂きました、山本善哉と申します。平成5年に大阪医科大学を卒業し、同整形外科教室に入局いたしました。研修後、洛西シミズ病院（京都市）、藍野病院（茨木市）、高槻赤十字病院、奈良友紘病院、うえだ下田部病院（高槻市）で勤務後、大学院に進み、医学博士号を取得しました。その後城山病院（羽曳野市）に5年間勤務し、平成19年6月に出身地である富田林市にてやまもと整形外科医院を開設いたしました。大学時代にサッカーで膝半月を痛め、研修医時代に自分が働いている病棟に入院して手術を受けたこともあり、勤務医時代は膝関節外科を専攻して研究や学術活動を行ってきました。開業してみますと予想以上に医師本来の仕事以外の業務が多く、時間に追われて知識が停滞してしまいそうになります。また皆さんがいわれるように孤独であります。この面をカバーする意味でOCHOAはうってつけの会と考え、入会させて頂きました。

趣味はサッカー、鉄道旅行、スキューバダイビングといったところです。サッカーは結婚す

富田林市 山本善哉



るまで週1回ペースでやっていましたが、今は観戦のみです。高校時代はいわゆる鉄道マニアでありました。その名残で、いまでも学会の行き帰りは時間の許す限り新幹線を使わずに在来線を使ったりしています。ダイビングは家内に誘われてはじめました。海の底の世界はすばらしく、何度でも行きたくりますが、小さい子供がいるので当分行けそうにありません。

開業してまだ右も左もわからず走っている状態ですが、徐々に慣れていきたいと思っております。よろしく願いいたします。

自己紹介

昭和55年に大阪大学を卒業し、最初は大府立成人病センターの外科に就職しました。ところが、悪いところを切除して吻合する、という繰り返しの1年ほどで興味を失い、1年6ヶ月をすごした後、整形外科に入局させていただきました。骨、軟骨、靭帯、腱、神経、血管と多様な組織を扱って丁寧に修復する整形外科は非常に面白く、変わってよかった、と今でも思います。

整形外科に入局してから26年、1～4年の周期で8回の転勤を経験しました。規模の異なるイロイロな病院で様々な経験が出来て、充実した勤務医生活だったと思います。50歳頃までは、勤務医生活に不満なく過ごしていました

豊中市 多賀一郎



が、老眼を自覚してから手術に対する情熱が失せはじめ、自分の老後を考え始めました。大した蓄えもないのに転勤続き故に退職金に期待できない、年金もあてにできない、そうなること少

なくとも70歳までは現役で働きたい、ということで開業を考えるようになりました。50歳代半ばという遅まきの開業で、医療情勢も厳しいので借金返済が不安ではあります。

趣味は音楽で、高校時代からロックとブルースが好きです。最後に勤務した川崎病院にはオヤジバンドがあって、仲間に入れてもらいました。病院旧館の地下に部室があり、月1回土曜日の午後に練習と称してビールを飲みながら騒音を出していました。私はリズムギター担当で、はじめはギターのコードを押さえるのがやっと

だったのが、少なくとも自分だけは楽しめる程度に弾けるようになりました。バンドを離れた現在は、一人でブルースを練習しています。金のかからない趣味です・・・

ゴルフ熱は15年間ほどの病歴がありますが、10年ほど前に完治しました。念のために付け加えますと、完治というのは上手くなったという意味ではなく、あきらめがついた、という意味です。今でもたまにゴルフの夢を見ますが、いい夢ではありません・・・

自己紹介

会員の皆様初めまして、この度OCOAに入会させていただきました宮島 茂夫と申します。昭和62年に関西医科大学を卒業、同大学整形外科入局後は、その勤務医生活を殆ど大学附属病院で過ごして参りました。平成20年8月に枚方市、京阪本線光善寺駅近くに開業しましたが、開業5日目にゲリラ豪雨と落雷に遭い、骨密度測定装置・リハビリ機器・コンピューター等が故障、多難な船出となりました。

大学附属病院では関節リウマチの治療を専門としておりましたので、リウマチ患者さんには思い入れも強く、どうしても「リウマチ」の看板を上げたい、との思いから医院名が「みやしまリウマチ整形外科クリニック」とやたら長くなってしまいました。多忙を極める大学病院で、リウマチ患者さんの診療に限界を感じたのが開業の大きな理由の一つですが、先月15年来お付き合いのあるリウマチ患者さんに、「先生と外来で初めてゆっくり話ができました」と言われた時には、大変複雑な思いが致しました。少ない診療時間の中で、自分なりに効率的に患者さんの病状把握と治療を行って来たと自負していただけに、医療の根本とは何か、と思ひ知らされた次第です。

一開業医として、生物学的製剤の使用を初めとした質の高いリウマチ治療を提供することは

枚方市 宮島 茂夫



決して簡単ではありませんが、地域の中核病院と病診連携を構築しつつ、患者さんの訴えに良く耳を傾け、今後も頑張っていきたいと思っております。

趣味といったものはこれと言ってありませんが、昨年からは海水魚の飼育を始めました。これが結構大変で、同じご趣味をお持ちの先生がいらっしゃいましたら、アドバイスをお願い致します。

好きな言葉は、水戸黄門主題歌の最初のフレーズ「人生楽ありゃ苦もあるさ、涙のあとには虹も出る」です。

最後になりましたが、リウマチ畑ばかり歩いてきた小生ですので、近隣の会員の先生方にご迷惑をおかけする事もあろうかと存じますが、今後ともご指導の程宜しく御願致します。

太田 信彦

この度入会させていただきました太田信彦と申します。

昭和55年に阪大整形外科医局に入局いたしました。卒後4年間関連病院で研修した後、大阪厚生年金病院・阪和泉北病院・市立豊中病院及び住友病院に勤務し、平成19年2月に大阪市港区の弁天町という所で開業しました。専門は脊椎外科で、小野啓郎名誉教授・山本利美雄大阪厚生年金病院元部長に師事いたしました。不束な弟子で終わったように思います。

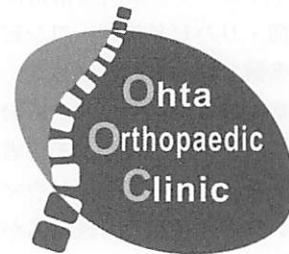
20年間脊椎外科医として手術に携わり、住友病院では診療部長の重責も担ってきましたが、一流と呼ばれるには程遠い存在でした。それでも私の手術を受けた患者さん達が結成した「スパインの会」なるものが今でも存続し、最近では患者さんに逆に励まされています。

趣味はこれとってありません。高校・大学とラグビーをしていました。今でも夢の中で楕円球をかかえて走っていますが、スローモーションにしか走れない自分にうなされて目が覚めています。最近ではクリニックの近所の子供ラグビークラブに呼ばれてグラウンドに出ることもありますが、仕事がクラブのスケジュールと重なり、あまり参加できていません。

それでも私の人生で「脊椎外科」と「ラグビー」はキーワードであり、太田整形外科クリニックのロゴマークにこの二つを忍ばせました。周囲からは訳分からんと批判を受けていますが



自分では気に入っています。開業して早2年になりますが、今でも癒着した神経根の周囲を剥離したり、一発で仕留めるタックルをくらわせる夢ばかり見て、寝ながら奥歯を噛み締めているような人間が果たして地域医療に貢献し、臨床整形外科医会の一員としてお役に立てるか不安ではありますが、精一杯頑張っていきたいと考えています。今後のテーマは、しばらくの間は「人のために・・・」にしたいと思っています。よろしく願いいたします。



厚生部 報告

第48回 OCOAゴルフコンペ成績表

2008/11/9(日)

場所:北六甲カントリー倶楽部 西コース

順位	氏名	OUT	IN	グロス	H.D	NET
優勝	西浦 弘行	48	41	89	18	71
準優勝	長嶋 哲夫	41	39	80	7.2	72.8
3位	夫 俊彦	48	50	98	24	74
4位	藤田 秀隆	43	47	90	15.6	74.4
5位	新田 望	49	45	94	19.2	74.8
6位	濱田 博朗	52	59	111	36	75
7位	森 泰壽	46	52	98	22.8	75.2
8位	奥野 雅男	61	49	110	34.8	75.2
9位	吉田 研二郎	54	54	108	30	78
10位	孫 瑠権	47	49	96	16.8	79.2
11位	黒川 隆彦	46	54	100	20.4	79.6
12位	古瀬 洋一	47	54	101	18	83
B. B	古賀 教一郎	58	56	114	30	84
B. M	藤原 良江	72	83	155	36	119

ベスグロ 長嶋 哲夫 OUT 41 IN 39 グロス 80

ニアピン OUT 4番 該当者ナシ OUT 4番 森 泰壽
 OUT 8番 孫 瑠権 OUT 8番 夫 俊彦
 IN 15番 黒川 隆彦 IN 15番 長嶋 哲夫
 IN 17番 孫 瑠権 IN 17番 長嶋 哲夫

ドラコン OUT 5番 孫 瑠権 OUT 5番 森 泰壽
 IN 11番 孫 瑠権 IN 11番 奥野 雅男

次回開催日 平成21年5月24日(日) 北六甲C.C東コース AM9:00スタート予定



厚生部報告

第49回 OCOAゴルフコンペ

青空の見える曇り空のなか新型インフルエンザの影響もなくエントリーの皆さん全員参加され、久光製薬のスタッフの方々にお手伝いしていただき、成績はダブルペリア方式でカット値男性36、女性40でOKなしのNOタッチでOUT、IN 2組と3組に分かれて行いました。グリーンはタッチを合わせるとカップに届かないし、しっかり打つとすり抜けるといういつものパターンでなかなかスコアがまとまりませんドライバーは結構安定しておりドラコンをいただきました。アイアンはニアピンなしの状態です。

長嶋先生は断トツのスコアで、バスグロ優勝でした。吹田の方の先生方は医師会の行事とかで出られていないですが、皆様打ち解けて、スタート時のティーショットのビデオをみて歓談のうちに会を終えました。次回は秋、10月25日、北六甲CC 西コース 9時30分スタートを予定していますので、この会報を見ていただいたはじめての方も奮ってご参加ください。

文責 新田 望 H21年6月1日

第49回 OCOAゴルフコンペ成績表

2009/5/24(日)

場所:北六甲カントリー倶楽部 東コース

順位	氏名	OUT	IN	グロス	HD	NET
優勝	長嶋 哲夫	38	40	78	6	72
準優勝	佐藤 利行	44	47	91	16.8	74.2
3位	北野 継武	46	42	88	13.2	74.8
4位	新田 望	45	47	92	16.8	75.2
5位	夫 俊彦	50	56	106	28.8	77.2
6位	佐々木 哲	57	48	105	27.6	77.4
7位	山本 哲	47	43	90	12	78
8位	西浦 弘行	50	47	97	18	79
9位	矢倉 久義	51	52	103	24	79
10位	市岡 侖	47	43	90	10.8	79.2
11位	古賀 教一郎	51	58	109	28.8	80.2
12位	首藤 三七郎	51	54	105	24	81
12位	森 泰壽	52	53	105	24	81
14位	奥野 雅男	57	58	115	33.6	81.4
15位	濱田 博朗	56	62	118	36	82
16位	右近 良治	57	62	119	36	83
B. B	青野 充志	70	57	127	36	91
B. M	藤原 良江	78	76	154	40	114

ベスグロ 長嶋 哲夫 OUT 38 IN 40 グロス 78

ニアピン OUT 3番 西浦 弘行 OUT 3番 首藤三七郎
OUT 7番 佐藤 利行 OUT 7番 該当者なし
IN 13番 該当者なし IN 13番 山本 哲
IN 15番 北野 継弐 IN 15番 市岡 侔

ドラコン OUT 8番 山本 哲 OUT 8番 新田 望
IN 12番 新田 望 IN 12番 長嶋 哲夫

次回開催日 平成21年10月25日(日) 北六甲C.C西コース AM9:30スタート予定



⑧ 膝や肩関節にヒアルロン酸を注入するが鎮痛効果は無いので、患者さんの納得を得る為、発痛トリガーポイントを突き止め、局麻＋ステロイドでブロックして、痛みをすぐに除く様にしている。関節周囲のトリガーはひどく痛いので嫌がる方も多いが、物療して、帰る頃には楽になってるので、本人自身も効果あることを認めて、続いて再診に来られる方が多い様に思う。

⑨ ヒアルロン酸は継続的に注入していると肩・膝の状態がよくなると思う。荷重関節である股関節及足関節にも注入してみたらどうかと思つている。オペ前の治療の選択肢の一つとして厚生省はこの両関節への使用を認めるべきと思つている。

⑩ 鎮痛消炎剤の使用は短期間に限り、座薬などは一日一回しか処方しません。又内服でも、痛みがなくなつたら服まぬ様に指導している。以前胃穿孔を発症した患者から危く訴えられるところであつた。痛いときだけに使用する。痛くなければ服用は途中で勝手に止めてもよろしいと云つている。

⑪ 新鮮例、急性の疼痛性斜頸や、ヘキセンシユースでは診察が困難な程の疼痛がある為、又特に腰では発症一〜二日以内では圧痛点が全くない方が多いのでブロックやトリガーが出来ない。この時は鎮痛剤で対処している。

⑫ 立ち上がる時に腰が痛いと訴える方が多いのですが、椅子に座つている時は、腰椎後弯(座つている時は殆んどこの姿勢)。立ち上がろうとする時に前弯位をとつてから立ち上がると痛くないことが多い。これは後弯位のまま立ち上がり、それから腰椎を前弯させる様に腰を伸ばすときに痛いからだと言ふことに昨今やつと気がついた。整形外科を五十年もやって、こんな簡単なことが判らなかつたのかと自分自身阿呆らしいと悔やんでいる。

⑬ 整形外科的慢性疼痛に対しては、
イ、痛いことはしない

ロ、痛くないことはどんなやる

ハ、痛くなくてもやつている途中で痛くなつたら、中止して、又再開する

の三原則が有効だと思ふ様になつた。

⑭ ブロックや関節の針は可能な限り細い方が刺入時の痛みが少なく、又血管を損傷して、血腫を作つたりすることも少ないことが判つてきた。しかし注入時に時間が掛かり、注入圧も高くなるので、ガラスの注射筒が割れることもあり、自分自身指の切創を何度か経験した。

⑮ 関節の場合は感染が怖い。アルツ・ステロイド・局麻剤等を注射筒に吸引する時にその原因を求めることが出来ると思うので、アンプルやバイアルを使用する前にガス滅菌しておいたものを使用する。デイスポルサブルは安全と思うが、値段が高いので、一寸でも保険点数を下げるためにアンプルやバイアルから吸引して使用することにしている。

⑯ 皮膚の消毒は、ヒピテン・アルコールで清拭、その上にヨーチンを二度塗りしている。⑮⑯を実行し始めてから十五年間以上、それまで年一例は必ずあつた関節の感染は一例もありません。

⑰ 局麻剤はメピバカインを使用。これはキシロカイン等に比べ、世界中で死亡例がないと京大麻酔科の教授、だつた同期の森健次郎君から聞いている。

⑱ 局麻剤は〇・五%のものを少し薄めて〇・四%にして使用している。なるだけ麻酔持続時間を短くして、知覚のブロックのみを求め、運動麻痺による事故を防ぎたい為をやつている。〇・三%になると全く無効の様である。

⑲ しかし注射を嫌がる患者さんも結構多いので、整形外科医として柔整や内科が出来ない関節やブロックで治療しようとしても拒否されることがままある。この場合はよく説明して解つて貰えねば諦めるより仕方がない。

以上

以上は先日近大演西千秋教授の求めに応じて書き送つたものです。

〇〇〇〇の先生方にも何かしら参考になればと思ひ掲載させて頂きます。



私の提言

〇〇〇Aの理事を罷めてからもう足掛け五年もなるか。若い先生方が理事として参加して頂き、エネルギー溢れる〇〇〇Aになっ
ているのを見ると頼母しい。しかし不景気・患者数の減少、柔整の増加等、我々を取巻く環境は悪化しつつある。

ギプスを巻くことすらなくなつて、私が修煉してきた内反足マニブレーション・痙性斜頸の徒手切
断術・骨折の徒手整服等、技術の大半はもう使われることなく錆び
ついたまま放置されている。いやもう使えないのではないか。

しかし、整形内科医として、我々しか出来ない技術やコンセプト
を追究して患者さんに奉仕してやはり整形は違うと思つて貰わねば、
我々はこれから生きて行けなくなるのではないか。薬を使つたら内
科が上、ブロックは麻酔科が上手、物療はこの科でも出来るし、
柔整でもやっている。湿布など投薬の上限はなくなっているが「湿
布貼つてホイ電気」だけでは患者さんも納得しないであらう。

一方、大病院の先生方は手術症例の選別のみで、外来を出来るだ
け減らそうとしていて無愛想だし、外来の整形内科では我々の生き
て行く道はこの手術と柔整の狭間に在ると思う。手術は出来ないし、
マッサージではよくならないと云う患者さんは巷に溢れている。こ
の隙間を埋める為に開業以来足掛け三十五年いろいろ工夫してきた。

「そんなことはもうとつくにやっとなるわい」と言われるのを覚悟で、
「私の工夫」を書き残しておき、参考に供したい。

① X-P撮影時に圧痛点又はメルクマールになる部位に赤いマジッ
クで印をつけ、その上に鉛でマーキングをしておく、解剖学的位
置関係が判り、治療時の神経ブロック、トリガーポイントブロック、
関注などに有用で、且つそのあとの物療(レーザー等)の処置するポ
イントの指示も兼ねられるのでよいと思ひ、開業以来実行している
② RAなどで、関節の疼痛がある部位にはDIPに至る迄関注でス
テロイドを注入している。効果が直接的で、その関節の症状の進
行を抑え、且つステロイド使用量が内服よりは遥かに少ないので
ムーンフェイス等を来す症例は極く僅かである。

③ 神経ブロックは、腰部以下肢痛又項・肩甲帯部上肢に対して多用
しているが、ノイラルギーがある例には神経ブロックで(仙骨部
硬膜外を含む)ミアルギーが主訴の様だとトリガーポイントブロ
ックを使用し、懸濁ステロイド(リンデロン二・五mg懸濁^{1/2}1A)
を必ず混ぜている。

④ 頸部く背部(肩甲骨神経支配領域)の痛みを訴える方には、頸椎
椎間板内へ局麻少量(二・〇cc)とステロイドを混じて注入する。
少し圧力をかけて、スット抜ける様に注入出来れば椎間板ヘルニ
アが破れているものと考えている。圧が高くて注入し難い時には
無理せず、少量で止めるが、それでも有効なのは、クラワードの
云う洞神経と関係があるのかと思つています。

⑤ 検査結果は必ず異常値にラインマークで印をつけて本人に渡す。
⑥ 病名又は外傷名・診断名を書いたカードを必ず渡す。

⑦ X-Pの説明の際には再診症例なれば、必ず前回のX-Pを
上に並べて比較しつつ説明する。私のところでは、昭和五十一年
開業以来の全カルテ、全フィルムを保存している。

オルト山の会編「思い出の山々」によせて

河内長野市 奥田好彦

広報担当の前野岳敏先生から今回は是非とも木下孟先生に山の話を書いて戴きたいとの事でしたが、木下先生はOCAの山の話は奥田君に任せてあるとの事で、私にまわってきました。

木下孟先生は大阪市立大学、医学部の山岳部の人達を中心に登山されておられまして、昨年美しい山々の写真が沢山載った、「思い出の山々」を出版されました。私が木下先生を中心とするこの会に参加させていただいたのは、昭和60年2月11日の竜ヶ岳登山からでした。以後1985年6月エナ山、86年2月武奈ヶ岳、10月大普賢岳、87年2月雨ごい岳、88年2月雨ごい岳、89年3月比良山、90年4月白山、90年5月木曾御岳山、92年2月比良山、93年5月谷川岳、94年5月木曾駒ヶ岳、95年2月三峰山、96年2月11日皆子山、96年2月28日皆子山、97年3月比良山、97年7月富士山、98年2月三尾山、98年10月石鎚山、99年3月皆子山、2000年2月赤坂山、2000年10月丹沢山、鍋割山・塔ノ岳・蛭ヶ岳、2001年2月赤坂山、2年2月山上ヶ岳、3年2月綿向山、4年2月武奈ヶ岳、5年2月小谷山、6年2月峰床山、7年2月ナスガ原山、7年11月金糞岳、8年5月八ヶ峰、8年10月鎌ヶ岳、2009年2月蛇谷ヶ峰と登山しました。この中に、木下先生が同行されなかった登山が3回あります。今回は「思い出の山々」に出てこなかったこの3回の登山を簡単に書かせていただく事にしました。その3山は、再挑戦した時の皆子山、白山、富士山、です。

皆子山は、国道367号線を挟んでピワコバレイの西側に位置する冬場は雪深く人の訪れる事の少ない山です。96年2月木下先生達と急坂では腰まで潜る深い雪のため登頂を断念しましたが、その17日後に1人で早朝より再挑戦しました。ストックをピッケルに持ち換えて、急坂では胸まで雪に埋まる中、ピッケルを頭上の雪



面に深く突き刺して、それにぶら下がるように懸垂を繰り返して、フラフラになりながら山頂の至りました。後日99年3月に会のメンバーでこの山を登った時の事ですが、この崖の下りで、雪の少ない時期でしたが、先頭を下って行く私の上に、竹村先生が頭を下に真っ逆さまに、でぼちに枯葉1枚くっ付けて私をめぐけて、手足を操り人形のようにバタツカせて落ちて来られました。運よく先生は私の肢をつかみ、私は先生の腰から肢を掴んで受け止めました。巧い具合に私より大きな体の竹村先生をキャッチ出来ました。首も頭も痛められずに無事に下山されましたが、そこから先の丸太橋を渡る際に橋から落ちられて谷に嵌まれ、雪解け水で全身ずぶ濡れになりました。もう2度と登山には参加して下さらないと思っていましたが、以後も熱心に参加して、登山を楽しんでおられます。富士山には息子と2人で、2時間半かけてノンストップで登頂しました。

白山には娘と2人で雪煙舞い上がる強風の中挑戦しました。室堂からの登りでは山頂からの強風がますます吹き荒れ、まるで203高地を攻めてでもいるような感じで登頂しました。

いずれの登山も子供達が受験戦争などで失敗した時に、黙って俺に付いて来いとばかりに登頂したものでした。

木下先生との登山は、先生の人柄に引かれた者が集まり、前日は宿で酒を飲み、ふらふらになって登る、楽しい山登りばかりでした。今は先生も82才になられ、最年少の私も67才になり、飲む酒の量もどんどんと減って来ておりますし、

登りきれぬ山も少なくなって来ています。

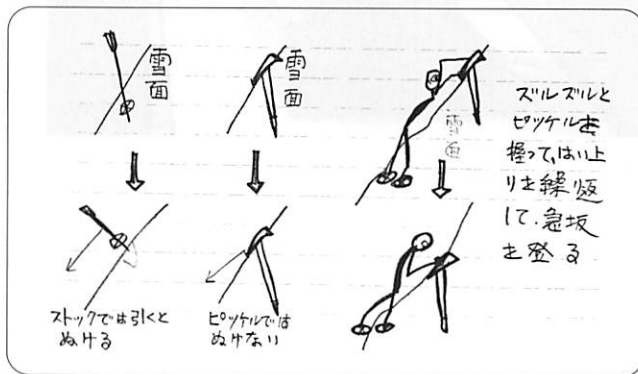
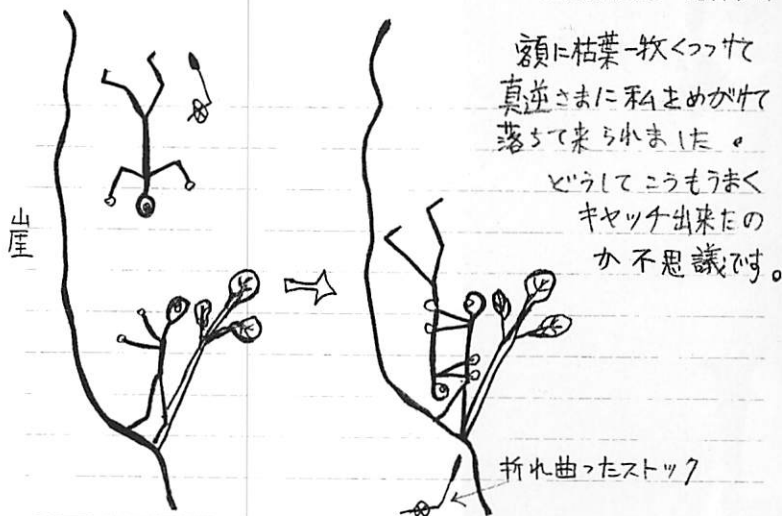
ちなみにメンバーの年齢は、木下孟先生82才、宮内貴先生80才、竹村永先生79才、東隆先生73才、榎本高明先生71才、岩瀬久雄先生68才、私を入れて平均年齢は74才になっております。



◀1996.2.11 皆子山
木下先生、岩瀬先生と
1996.2.28 再挑戦 単独で登頂



▲2009.2.22 蛇谷ヶ峰 宮内 貴先生と



彫塑「舞」

堺市 石上 直

本年春、第48回堺美術協会展に出した作品
「舞」です。



住吉区 三橋 允子



「佳音6才」

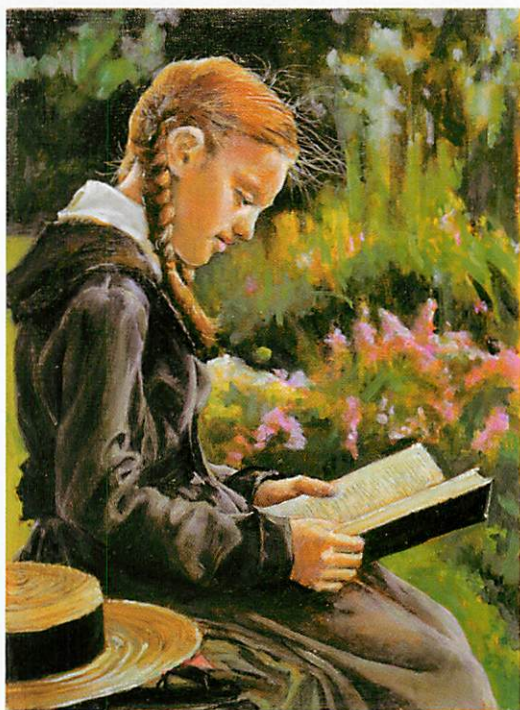
古典画法に挑戦しました。

透明絵具を何度も何度も塗り重ねる画法です。
これは、卒園する孫を描いておこうとこの
画法で描きました。

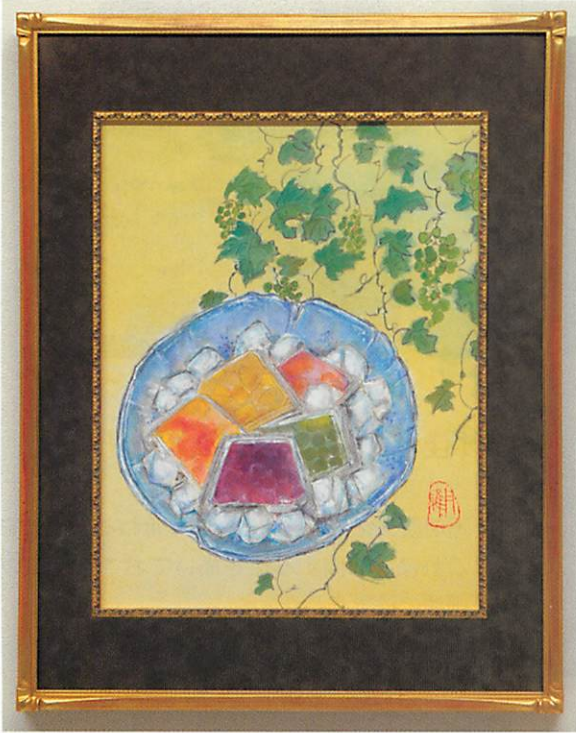
「赤毛のアン」

主人とカナダ旅行しました。

そこは、モンゴメリの赤毛のアンアンの古里でした。
アンに思いを馳せ、古典画法で描いてみました。



豊中市 丹羽 雅子



夏の贈り物

おいしいゼリーを戴きました。ガラスの器に氷をのせその上にゼリーを並べ、一時の涼しさを味わいました。眺めるのは嬉しいですが、画くのはとてもむづかしく苦労しました。



牡丹

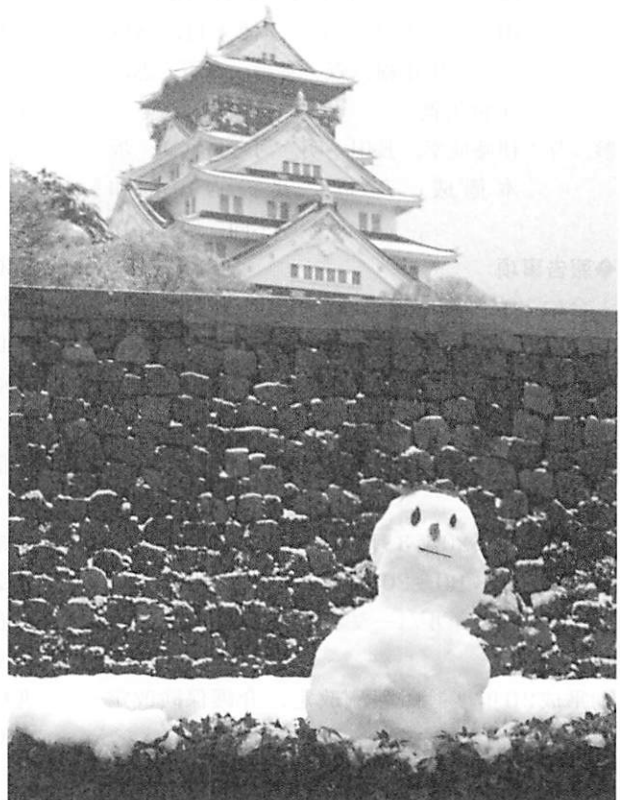
沢山の人達が描かれた牡丹、到底画けるものではないと思っておりましたが、わが家の今年の牡丹は特に美しく一本の木に五十もの大輪の花をつけ、白・紅色・赤紫・燕脂・桃色と色もさまざままで太陽の光を浴びて花びらが輝くその華麗さに見入ってしまいました。



雪の大阪城公園にて

城東区 石川正士

この冬大阪の積雪は零でした。嘗ての一時期を雪国山形で過ごした私は、全く雪の無い冬には時に些か物足りなさを覚えます。昨年2月9日、大阪は珍しく朝から雪でした。久しぶりの雪景色に勇躍カメラバッグを肩に大阪城公園に出掛けましたが、あまり目ぼしい収穫もないままに薄暮に近くなった帰路、青屋門近くの生垣にチョココンと置かれた雪ダルマを見つけました。背景の威圧的に聳える天守閣とは対照的な小さな可愛らしい姿に心和む思いでした。シャーベット化した雪に濡れた足の冷たさも暫し忘れていました。寒くて足元の悪い公園に人影はまばらでしたが、どんな人が作ったのか、こんな顔の一寸オチャメな女の子かななどと想像を巡らすのも又楽しい事でした。



平成20年度

第1回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録

日 時：平成20年6月7日（土曜日）

午後3時から6時

場 所：梅田スカイタワーウエスト 36階
会議室

大阪市北区大淀中1-1-88

TEL 06-6440-3933

出 席：47名

会 長：黒田晃司

会長代行：栗本一孝

副会長：阪本邦雄、森本清一、山本 哲

理 事：天野敬一、石井正治、石橋伊三郎、
今井 秀、岩本斗伸、岩本善介、大
島正義、斧出安弘、金田隆義、古
瀬洋一、小林正之、澤田 出、首藤
三七郎、孫 瑠権、中川浩彰、長嶋
哲夫、永田行男、新田 望、野々村
淳、長谷川利雄、馬場貞夫、早石雅
宥、廣瀬一史、福井宏宥、藤田秀隆、
藤本啓治、前中孝文、前野岳敏、増
田 博、松矢浩司、三浦光也、宮内
晃、宮田重樹、森 泰壽、森下 忍、
矢倉久義

参 与：伊藤成幸、長田 明、河合長兵衛、坂
本徳成、三橋二良、吉田正和
(順序不同、敬称略)

◆報告事項

会に先立ち黒田晃司新会長から前執行部に
対する労いと新執行部の抱負と各理事への協力
をお願いする旨の挨拶があった。

1. JCOA名誉会員との懇談会（3/1）

長田理事

日 時：平成20年3月1日（土）

18：00～20：00

場 所：ロイヤルパークホテル 参加者15名

議 題：

(1)平成20年度診療報酬改定、介護保険改定
の見通しについて

(2)日本臨床分科医会代表者会議について表記会

議を組織するよう日医に進言し、組織結成
を行った（代表吉良先生）

- ①安部官房長官・首相、武見厚生省副大臣、辻
厚生省事務次官へ要望書提出 整形外科関
係の診療報酬・後期高齢者保険問題・柔整
問題等

【名誉会員提案議題】

- ②4月以降の整形関係の診療報酬の中身と今
後の対策等（山根宏夫先生：埼玉）
- ③介達牽引の点数化増について
整医協会員増の対策（高田 聡先生：東京）
- ④JOA学会開催地について
（長田 明先生：大阪）
交通至便地、できれば東京圏・関西圏の交
互が理想、会長は従来どおりを指示（原田
担当理事の発言）
- ⑤有床診療所部会協力金をお願い
（森 康先生：広島）
- ⑥整医協加入者増対策に各県で採られている有
効な方法があればお教え願いたい（鶴上純
一先生：熊本）
意見がいろいろ出たが、整医協の性質上意
見がまとまらなかった。
- ⑦JCOA会員名簿の件（高橋 昭先生：東京）
使い勝手が良いので、郵便番号順に並べて
との要望があった。その後懇親会へ

2. JCOA平成19年度第4回理事会

（20年3月2日）

早石前会長

東京ロイヤルパークホテル（早石理事）

(1)JOC入会者と退会者

18年度 正会員 5732 名誉会員 82

合計5814

19年度の新入会者 181 名誉会員 13

合計 194

退会者 163 名誉会員 4 合計 167

現在の会員数 5750名 名誉会員 91名

合計 5841名

JOC会員 21,700名 この1/4がJCOAの会員

JCOAの会員のほぼ8%がOCOAの会員

- (2)各県の代表者とは各県の会長にすること。
交代すればJCOA事務局に速やかに連絡すること。
- (3)平成23年（第38回）のJCOA研修会
開催地：関東
平成24年（第25回JCOA学会）奈良（近畿全体でバックアップする）開催地は神戸または大阪を選択。
- (4)JCOA学会開催要項（添付資料P7）
①学会の演者は原則としてJCOA会員とする。
もしくは共同演者としてJCOA会員を含むものとする。
日整会の論文発表に数えられるので、勤務医の若い先生の発表の機会にもなる。
②開催地はできるだけ交通至便のところとする。
新幹線の止まる駅があるところ…調整中
- (5)学会功労賞について（地域医療功労賞は廃止）（添付資料P9）
会の運営、発展のために顕著な業績を挙げた者
- (6)医療保険以外でのJCOAの役割について（メタボ、特定検診、高齢者医療保険など）
要支援の介護保険者→短期型の通所リハへの参入
- (7)吉田宗人教授（和医大教授）、京都府立医大→明治鍼灸大学との関係の問題
柔整師の診断書の発行について（澤田理事）
これらの先生は柔整師を教育すると言っているが、逆に柔整師に医師の立場を利用されるケースが多々あるので、ご用心。
JOA・JCOAの見解としては学問体系がまったく異なるため、柔整師とは係わらないこととされている。
- (8)大島九州男参議院議員への抗議文について（澤田理事）
柔整師を医師と取り違えた発言
- (9)労災保険の用語の解説の訂正（澤田理事）
- (10)池袋保健所あてのお願いについて（澤田理事）
- (11)大塚治療院の件について（澤田理事）
柔整師でありながら、医師と間違えるような記載表現。インターネットの掲載には法的規

制が掛けにくい。

(7)～(11)まで澤田理事の発案でした。

また、整骨院へのX線写真の貸し出しについての意見交換があり、「原則的には読影権限がないから、貸出すべきではない」という意見が大勢を占めた。「セカンドオピニオンで他医療機関へ持って行く」と言われれば確認は困難。

(12)整形外科外来における医療事故トラブル防止のためのチェックリストをJOAのホームページに載せる件。

(13)病院部会医師不足調査について

(14)20年度役員選挙関連報告代議員予備代議員役員理事長選出など

(15)運動器の十年・骨と関節の日委員会報告、
経理、医療システム、会則等検討、スポーツ運動器リハビリテーション検討、自賠責・労災などの委員会報告。

3. 平成19年度第2回無床診WG委員会（3/16）

矢倉理事

日時：平成20年3月16日（日）

午前11時から午後3時

場所：品川プリンスホテル

参加者：吉良理事長、葉梨副理事長、浦門副理事長、加藤理事

委員：矢倉久義、後藤典彦、武田寛行、高野治雄、中村宏志

(1)昨年実施の無床診アンケート（運動器リハ・介護保険について）のまとめ
JCOA会員5,860名の内1,606件の回答（27.8%）を得た。

地域や会員の取り組み方で運動器リハ・介護保険への関心に違いがある。また、関心のない地域が多かった。

整形外科医は今後経営安定化のために、運動器リハ・介護保険に関わっていかないといけなくなると思われる。この結果を踏まえて、介護保険とりわけ通所リハビリの理解を深めるため、介護保険委員会と合同で介護保険・通所リハビリの理解を深める講演・

質疑応答のできる会の開催が検討された。

4. 平成20年度第1回学術研修専門医制度委員会 (4/6) 長谷川理事

日時：平成20年4月6日(日) 11時-15時

場所：ホテルグランヴィア大阪 21F

出席者：理事長 吉良貞伸

担当理事：原田 昭、麻生邦一

委員：吉村光生、川岸利光、南郷明德、濱
田敏彰、長谷川利雄、田丸卓弥

アドバイザー：堀木 篤

合同プログラム委員会

福井県：梅田真一郎、宇賀治行雄

愛媛県：相原忠彦、山本日出樹(敬称略)

①理事長諮問事項答申内容の報告

②学会・研修会のローテーションの検討

2年以内に同じブロックで学会、研修会が開催されることがないようにローテーションを調整する。

③学会開催地(交通至便の場所)の検討

・平成24年(近畿ブロック担当)以後、学会開催地は交通至便の場所を考慮して決定する(理事会承認事項)。

・交通至便の場所は、原則として新幹線駅がある都市である。学会の開催は各ブロックが担当し、担当県、開催地はブロック内で決定する。

・複数県の合同開催も可能と考える。

④査読制度の再検討

・学術研修専門医制度委員会委員を主査読委員とする現在の査読方法を継続する。

(日整会の専門医の資格を取るのに役立つ)

・今後論文の数が増えるので、より多くの査読委員の参加が必要となる。

次回委員会の開催は9月の予定である。

5. JCOA学会(福井)合同プログラム委員会 (4/6) 長谷川理事

①応募演題の採否について

・115題(最終119演題)の演題の採否についての決定を行ったが、1演題を内容が不

適切であると判定し採用しなかった。

②学会スケジュールの検討

・2会場を使用し、講演に加えてポスターも展示可能とする。

・演題採用通知の時に抄録の訂正が可能となるようにする。

・講演時間はシンポ7分、主題6分、一般講演5分とする。

・抄録にプログラム委員の名前を掲載する。

③22回学会(愛媛県)の準備について

・海の日を含めた日曜、月曜の開催をお願いする。開業医は土曜日を休診できない。

・抄録のサイズは学会誌とそろえてA4版とする。

④次回の合同プログラム委員会を9月頃に開催する。

6. JCOA平成20年度第1回理事会(4/27)

平成20年4月27日 東京 澤田理事

(1)「骨と関節の日」活動報告記事の会報掲載
各県の活動内容を編集記載できるようにまとめて送って欲しい。以前に「骨と関節の日委員会」と「雑誌編集部」との間に意見の不一致があった。

(2)次期執行部では副理事長を2名から4名へ増員したい。

(3)大島九州男参議院議員への抗議文
民主党の「統合医療を普及・促進する議員の会」

鳩山会長

NHKニュース3月6日「…代替医療も西洋医療と同様に重視されるべき、…」

「柔整師がX線を撮影できるようにする」

(4)日整会研修会申請の問題点

R・S・SS・Reについて現在一回1項目の申請しか出来ないが、Reが新設されたため2項目以上申請可能にするよう要望。JOA理事にお願いする(原田理事：広島)

(5)Q&A交通事故診療ハンドブック執筆者への謝礼

内容・経緯を検討してその都度理事会で決定(ケースbyケースで対応する。今回は1人

10万円)

JOA広報・渉外委員会

(平成20年5月31日 東京)

(1)本年度の記者説明会へのスケジュール

(9月4日)

担当：新潟大学 遠藤直人教授

テーマ：「骨粗鬆症：運動器不安定症の要因として」

中村理事長は「運動器不安定症」の普及を目指している。

(2)ポスターの作成

からだの耐震万全ですか？(フラミンゴの図柄)
骨粗鬆症の治療に整形外科医が必要であることのアピール

7. 平成20年度 第1回医療システム委員会

(6/1)

澤田理事

JCOA医療システム委員会

(平成20年6月1日 東京)

(1)6月1日朝日新聞の第一面

「保険対象外も請求か」

接骨院「ケガ3カ所以上の患者」突出
厚労省調査

(2)ダブルライセンス問題

PTに柔整資格を勧める

(3)医師と柔整師との「併用診断書」

平成17年2月10日 内閣衆質162第13号

内閣総理大臣 小泉純一郎

「刑法第160条は虚偽診断書等作成罪…このことは刑法も柔道整復師が診断書を作成することを想定していないと言える。」

よって医師と柔整師との「併用診断書」は不相当であり、保険会社等へ「併用診断書」の使用を変更してゆくように要望してゆく。

(4)整形外科アピールポスター

JOAとJCOAとのポスターに対する考え方の違いがある。

柔整師との違いのアピール

(5)第16回腰痛学会 (平成20年11月1日)

整体師が演題の発表…中止

PTが演題の発表…会員に限る

8. JCOA平成20年度第2回代議員会

(5/11)

黒田会長

平成20年度第2回代議員会報告書

日時：平成20年5月11日(日)

11:00~15:00

場所：品川プリンスホテル

メインタワー15F「京都」

平成20年5月11日、品川プリンスホテルにて安井議長、大田副議長の議事進行の下、代議員80名(委任状18名含む)の参加を得て、平成20年度第2回代議員会が開催された。

理事長の挨拶の後、議事録署名人に緒方孝俊先生(福岡)、熊谷洋幸先生(佐賀)を選出、事業報告に移った。

会員数が3月31日現在5,819名で増加率が低下していること、平成19年度に開催された会議・委員会開催状況、雑誌・会報、JCOAニュース、JCOA FAX NEWSの発行状況の報告に続き、理事長諮問事項に対する各種委員会(19委員会)の答申が報告された。(東京での退会者が多いのが目立った)

委員会報告の締めくくりに、理事長より2年を通じて200回以上の各種委員会及び会議を開催し、活発に活動してきたこと、整形外科医政協議会も1つの委員会的位置付けとし積極的に活動していただけるよう配慮したこと、また、JCOAと整医協の連帯を密にし、食い違いのないよう6者協議会を毎月のように開催してきたこと、日医会長の賛同を得て日本臨床分科医会代表者会議(代表：吉良貞伸)を設立し、日医を活性化させるための活動を行ってきたこと、整医協の活動を側面から応援するために安部前総理、武見前厚労副大臣、辻厚労事務次官と直接面談し、交渉を重ねてきたこと等が報告された。

委員会報告に関する質疑応答で田中久重先生(静岡)より「運動器リハ・セラピスト研修会についてどのようになっているのか」「県単独で行うのは大変である」等の質問・意見が出され、これについては吉良理事長も問題意識を示され、理事を務めている日本運動器リハ学会の理事会で5年間で12単位(残り3年で12単位)

という単位数を含めその問題点を指摘してきていること、実施母体は各県のCOAであること、近いうちに日本運動器リハ学会から研修会開催用のCDが届くはずであること等説明された。

この問題については次回の日本運動器リハ学会理事会でも議題とすることを約束された。

第3号議案の平成19年度決算報告については収入15,347万円、支出13,570万円、予算額に対して、収入学100%、使用額88%であることが報告され、全員異議なく承認された。

この中でご逝去された辻公一郎先生（東京）のご遺族より寄せられた100万円、及び名誉会員である安部龍秀先生（福岡）が納付された会費は学術振興基金に繰り入れられたことが報告された。

また、第4号議案の平成20年度事業計画案、及び前年度の執行実績を踏まえた積算根拠に基づく第5号議案の平成20年度予算案も全会一致で承認された。予算額は15,541万円であり、19年度予算に比べて118万円の増である。

第6号議案の会則等変更については、退会について「所属している団体がなくなった場合の会員資格について」の質疑がされたが、各県COAの所属を前提に本人の希望があれば会員としての資格は断続できることが説明されたものの、団体保険の継続について明確な回答がなされず確認することとなった。

会則変更についてはほぼ全員の承認をえられた。

第7号議案の裁定委員については全員承認された。

引き続き、選挙管理委員会竹中委員長より会則18条に基づく理事長選挙での立候補者は藤野圭司先生1名であったことが報告され、施行細則27条に基づき全会一致で承認した。

代議員提案議題では小松先生（茨城）より提案された「労災保険医療機関の全国組織について」説明があり、アンケート調査したところ37都道府県より回答があり、労災の団体があるのは20県であったことより、労災の特権を守るためにも全ての都道府県に県医師会と連帯して団体をつくり、全国的な連合体を作るべき

であるとの提案がなされた。

これに対して吉良理事長もその必要性を認め、自賠・労災委員会で検討し運動していくことを次期執行部に申し送るとした。

引き続き、尾上先生（岡山）より第35回に本臨床整形外科学会研修会（岡山）の案内があり、多くの先生方にご参加いただくようご依頼があった。

1. 小松先生（茨城）

会則で会員が理事会に出席して意見を述べることができるようになっているが、理事会と整形外科医政協議会と分離がうまくいっていないのではないかと。理事会で整医協執行部が自由に発言しているとも言われるが、とのご意見に対して、（吉良理事長）理事会は粛々と開催している。理事会の案件が理事以外の発言によって曲げられたことはない。また、整医協とは6者協議会でも理事会執行部の意見を責任をもって通している。6者協議会にて整医協活動が理事会の方針から逸脱しないように充分意見交換がなされている。

2. 馬越先生（東京）

学会の回数呼称について。日本臨床整形外科医会が日本臨床整形外科学会となり青森のJCOA学会は第1回JCOA学会であると認識しており、福井の学会は第21回のJCOA学会ではないのでは。

3. 熊谷先生（佐賀）

- (1)選挙管理委員会委員長が選挙期間の途中で交代になった理由について
- (2)全国区選挙の完全5名連記方法による選出について、5名連記でなければならないか（吉良理事長）

(1)について：地区のニュースに選挙期間中にもかかわらず、適切でないと思われる記事が掲載され、委員長の記事としてはまずいのではないかと判断、ご本人の了承を得て辞退していただいた。前委員長はJCOAのために大変ご功績のあるすばらしい方であるがゆえの決断である。

(2)について：5名連記でなければいけない
かどうかは今後、会則等検討委員会等で検討していくべきと考える。 以上

9. 「納得できない査定例および改定診療報酬の問題点、疑問点の募集」の件 黒田会長
すでに送られていると思います。多くのアンケートにご協力をお願いいたします。

募集期限：平成20年6月30日を締め切りとします。

10. 第51回近畿ブロック会 (4/19)

山本副会長

日時：平成20年4月19日 15時30分～

場所：(担当 大阪府)

議事：

1. JCOA理事会報告(ブロック代表：佐野理事)

(※平成20年3月2日に東京で開催された第4回JCOA理事会での内容報告)

(1)最初に平成20年2月20日現在のJCOA会員数の報告がなされた。(資料有)

正会員 5,750人 名誉会員 91人 計 5,841人
(最新 5,819名)で前年の会員数とほぼ横ばいのため今後も引き続き会員数増大に向けて努力する旨の発言があった。

(2)平成20年度近畿ブロックJCOA役員ならびに各県代表報告(資料有)

①下記の先生方が平成20年度JCOA近畿地区役員に推薦および承認された旨の報告があった。

選挙管理委員会：竹中庸之(和歌山)

地区理事：西岡淳一(滋賀)、前中孝文(大阪)、山下仁司(兵庫)

裁定委員：遠藤 紀(滋賀)

代議員：須津富鵬(滋賀) 高橋 真(京都) 栗本一孝(大阪) 黒田晃司(大阪) 早石雅宥(大阪) 松左浩次(大阪) 山本 哲(大阪) 川井和夫(兵庫) 鄭 仁秀(兵庫) 橋本一廣(兵庫) 南 久雄(兵庫) 清水豊信(奈良) 辻秀輝(和歌山)

* 3名の地区理事の中からお一人が地区(ブロック)代表に就任する。

地区代表者は近畿ブロック会の会務を統括するがその職務などは地区(ブロック)会会則(資料有)に記載されている旨再確認された。尚代表選出は後日3名の地区理事にて話し合いの上決定されとのこと。

②次に平成20年度4月からの各県代表(会長)の新任及び再任の報告があった。

滋賀県：須津富鵬(新任) 京都府：牧 陽一(再任) 大阪府：黒田晃司(新任) 兵庫
県：川井和夫(再任) 奈良県：清水豊信(新任) 和歌山県：武用瀧彦(再任)

各県代表者はJCOA事務局に就任の連絡をするようにとのこと。

(3)第3回JCOA学校保健検討委員会

(3月22日 品川)の報告(佐野理事)

文部科学省は平成16年から「学校・地域保健連帯推進事業」を展開していたがこの事業は平成19年度に一旦終了した。引き続き平成20年度からは新たに「こども健康守る地域専門事業」が発足しその事業推進のため予算化された(各都道府県にて計111ヶ所のモデル地区にて)。現在委員会では各都道府県で始まろうとしているモデル事業に参加するべく運動器検診問診表(Q and A方式)を作成しているところである。各都道府県の臨床整形外科医会でもこれをもとに各都道府県庁および教育委員会と連携し運動器検診事業に参加するようにとの発言があった。

琵琶湖研修会の冊子の中にアンケート結果報告が記載されているので参考にして下さい。

(4)名誉会員として和歌山の青木先生が推挙された。

(5)第4回医療安全・倫理委員会

(平成20年3月16日 品川)の報告

以前作成され会員に配布された「整形外科外来における医療事故トラブル防止」のテキストが好評で日本整形外科学会でもこのテキストをホームページに掲載したいとの依頼があったためJCOA委員会です承したとのこと。

また、「医療事故法要に関する指針」というタイトルの冊子が完成したので近日会員に配布される予定であるとのこと。

(6)COA理事長選挙について

平成20年度第1回代議員会選挙（4月13日）が実施されたがその結果および理事長選挙に関してはJCOA選挙委員長である竹中庸之（和歌山）から後日報告があるとのこと。

2. その他（ブロック代表：佐野理事）

(1)JCOA功労賞の制定

以前に制定された「地域医療功労賞」が「JCOA功労賞」名称変更された。

(2)NHKで放映されている日曜フォーラム市民公開講座にJCOAも協力し、講師に近畿大学奈良病院の宗園先生、慶応大学病院の木村先生を推薦した。

3. 協議事項

(1)近畿ブロック地区代表選出（5月25日）

近畿地区代表者会議

本年度から新しい地区理事が決まった。

地区理事：西岡淳一（滋賀）、前中孝文（大阪）、山下仁司（兵庫）

3名の地区理事の中から相談の上、一人が地区（ブロック）代表に就任する。

西岡淳一先生に決定。

会計はその都度清算する（会計監査が不要）。

次回は11月1日 滋賀で開催。

(2)JCOA学会の開催地について

平成22年 第37回研修会 富山、平成23年 第24回学会 長崎まで決まっている。

第38回研修会 関東、第25回学会 近畿からは、ブロック単位で行われる。（第25回学会は奈良が主催）

(3)第25回JCOA学会（平成24年開催）担当府県について

過去に近畿で行われた学会、研修会は、第9回研修会 京都、第15回研修会 大阪、第2回学会 兵庫、第9回学会 和歌山、第25回研修会 兵庫、第27回研修会 奈良、第14回

学会 大阪、第19回学会 京都、第34回研修会 滋賀、第25回JCOA学会は、近畿ブロックとして学会を主宰することになる。

開催日時は、7月の海の日をはさんだ日、月の連休に行う。

開催場所はブロックの中心で、交通至便な場所で、担当県以外の場所でも可。

近畿ブロック各県が協力して行うが、イニシアチブを順番から見て奈良にしてほしいと提案あり。

(奈良 清水)

奈良は、マンパワー的に弱く、自分が会長を退いた後の時期のことなので、持ち帰って検討したい。

各県代表者が集まって検討する会を開催する。

(4)JCOAブロック会、会則の見直し

「地区会議会則」のひな型を検討し、次回決める。

(5)運動器リハビリテーション学会からの通達

（大阪 黒田）

3年後のセラピスト資格継続のために研修会を開く必要がある。関東では多くの診療所がセラピストを使ってリハビリをしているが関西では少ないらしい。

セラピストは厚労省が認めた資格であり症例報告など簡便な方法での資格継続は認められないらしい。大阪はともかく7月27日に事前調査を基に約300人規模でやってみるべく計画中。

（京都 高橋）

各府県がそれぞれ実施する必要があるのか？

（奈良 佐野）

どこからも補助はないので各県が受益者負担で参加費を集めて実施するしかない。

（森本 大阪）

なんとか実施しようと努力はするが講義内容の資料やプログラムなど雛形がなくやりにくい。

（武用 和歌山）

もともと資格継続など当初はなかった話ではないのか。

(吉良 兵庫)

ともかく運動器リハ学会の動きは鈍い。資格継続の件も厚労省対策として突然に出てきたものだ。そもそもセラピスト資格は勤務先を変わるとなくなるのはおかしい。

いずれPTが余る時代が訪れるのは確実だが、そのとき1万人以上のセラピストをどうするのかは社会的な大問題になる。

(西岡 滋賀)

セラピストは発足時時間的な問題からJCOAが引き受けたがあとは運動器リハ学会がやるはずだった。

(森本 大阪)

どこからも正式な依頼書は来ていない。

(武用 和歌山)

当方にも正式な依頼は来ていない。

(吉良 兵庫)

運動器リハ学会の理事会に出て各地で研修会を開く必要性を訴えているが動きが鈍い。

5月の理事会で集団リハの復活を働きかけるつもりである。

(長田 大阪)

運動器リハ学会からJCOAをへて各府県に依頼を出す、という筋を通すべきと吉良先生から働きかけをお願いしたい。

(6)今回の健保改正の疑問点

(兵庫 川井)

新診療報酬—特に運動器リハビリテーション算定に関して

(兵庫 川井)

奈良県立奈良病院などで無診察リハが問題となった。診察なしのリハビリをどう考えるか。

(奈良 佐野)

医師の診察無く再診料をとっていたと社会保険事務所に患者からクレームがあったらしい。過去同様の指導の際詳細を確認したところ来院患者の氏名とリハビリ内容を一覧表にして逐一院長が確認できる態勢の整備をもってしたとすること。ただし社会保険事務所に通報があれば監査に入らざるを得ないのが実情らしい。

(和歌山 武用)

運動器リハ医師研修会はJOA、JCOA、リハ学会、運動器リハ学会の共催だったがその後どうなったのか。新設された日整会 運動器リハ認定医に診療報酬上のメリットはあるのか。

(滋賀 西岡)

本来リハ学会認定医がいいのだが厚労省として認めてやったということ。

(大阪 澤田)

厚労省はいずれ規制をするのではないかと。藤野先生の話では日整会運動器リハ認定医はとっておくべき。将来診療報酬の算定要件になるのではないかと。

(7)NHK・TV の接骨師問題についての報道に抗議していただきたい 牧先生不在

(兵庫 吉良)

医療システム委員会から各方面に理事長名での抗議文を積極的に送付している。ためしてガッテンからは訂正の通知もきている。民主党 大島参議院議員からは返答がきたが到底納得いかないものであった。和歌山医大の吉田教授からは逆に文句をつけられたが活発に活動している。

(8)その他

(大阪 山本)

電子媒体を使って近畿ブロック会の内容も事前に送付してほしい。

(兵庫 赤松)

うまく添付すれば大抵の資料は送れます。窓口は山本先生(大阪)へ。

(奈良 清水)

会長になったばかりでメーリングリストへの登録がわからない。

(兵庫 赤松)

各県にアシスタントメンバーがいますので確認してほしい。奈良は塩見先生。

(和歌山 竹中)

JCOAの選挙管理委員長になりました。神奈川の吉田先生が会誌でトラブルが生じたとのことで辞任され後任となりました。

(奈良 佐野)

5月11日東京で代議員会選挙があります。

(須津 滋賀)

今回の近畿ブロック会は11月1日(土)

滋賀県 琵琶湖ホテルで開催したい。

11. OCOA平成20年度研修会(4月、5月)

栗本副会長

平成20年度OCOA研修会

第192回研修会(H20・4・5)

(大阪臨床整形外科医会総会)

大正・富山大阪支店

司会：森本 清一副会長

参加人数：90人

「小児の足の痛み」

座長：早石 雅宥 会長

国立病院機構大阪医療センター名誉院長

学校法人四條暖学園大学・短期大学学長

広島 和夫 先生

第193回研修会(H20・5・17)

ウェスティン大阪(エーザイ)

司会：中川 浩彰理事

受付担当：今井 秀理事、石橋伊三郎理事

岩本斗伸理事

参加人数：287人(事前予約制)

①「新しいDMARDについて」

座長：阪本邦雄副会長

東京女子医科大学附属膠原病リウマチ痛風

センター 教授 原まさ子

②「人工多能性幹細胞の可能性と課題」

座長：長田 明参与

京都大学再生医科学研究所再生誘導研究

分野・教授 山中伸弥

12. 平成20年3月22日以降の新入会者及び

退会者

森本理事

平成20年3月22日以降の新会員

切目 勲先生 関西医大卒(S44年)・関西

医大整形外科

(医)正和会 新協和病院・鶴見区

木下^{ひろすけ}祐介先生 福岡大学卒(H4年)・大阪
市大整形外科

木下整形外科医院・松原市

石澤^{みちひと}命仁先生 滋賀医大卒(S59年)・滋賀

医大整形外科

石澤整形外科・豊中市

平成20年3月22日以降の退会者

木下^{つとむ}孟先生

(ご高齢の為、上記、^{ひろすけ}祐介先生に継承)

石澤命徳先生

(ご高齢の為、上記、^{みちひと}命仁先生に継承)

平成20年6月7日現在

一般会員数 453名

顧問 8名

名誉会員 14名

計475名

13. 第34号の会報について

前野理事

大阪臨床整形外科医会の30周年祝賀会の記念号となる。

話題性を考慮して研修会スペシャルとして第193回研修会の山中先生のご講演を掲載する。

今回の第35号には第21回JCOA学会(福井)に参加される先生の投稿をお願いします。

14. 福利・厚生

長嶋理事

年2回のゴルフコンペを開催しているが、そろそろ担当者のお役を免除して欲しい。留任を求める声が多数あり、副担当者を選任し対応へ。

参加しそうな方、新しく入会された先生には案内状を出すようにしている。

6月8日 6組で参加(北六甲CC)

15. 平成20年役員・後援事業

黒田会長

平成20年度組織表(敬称略)

会長 黒田晃司

会長代行 (学術担当副会長) 栗本一孝

総務・庶務

担当副会長：森本清一、山本 哲

理事会 会場：森 泰壽、白川貴浩

議事録：(宮田重樹、青木 誠)、(田上実男、藤田秀隆)、(金田隆義、永田行男)、(斧出安弘、宮内 晃)、(山口康二、岩本斗伸)
(今井 秀、石橋伊三郎)

会員管理(入・退会及び名簿作成)：森本清一、阪本邦雄

総会：森本清一、山本 哲、阪本邦雄

近畿ブロック会：山本 哲、栗本一孝

学術・研修会

担当副会長：栗本一孝、森本清一

講師・演題選定：右近良治、長谷川利雄、松矢浩次、山本 哲、阪本邦雄

研修会：今井、石橋、岩本(斗)、斧出、金田、古瀬、坂口、白川、田上、中川、永田、野々村、福井、藤本、藤田、三浦、増田、宮田、宮内、森、森下、矢倉、山口

広報 担当副会長：山本 哲、阪本邦雄

会報：前野岳敏、須藤、宮田、斧出、中川、山口、永田、藤田

インターネット：岸本成人、古瀬、澤田、吉川西川、斧出

ファクシミリ：山本 哲

骨と関節の日・運動器の10年

担当副会長：森本清一、山本 哲

委員会：小林正之、森 泰壽、斧出安弘、藤田秀隆、大島正義、宮田重樹、田上実男、岩本斗伸

健保・自賠責等対策委員

担当副会長：山本 哲、森本清一

委員：小林正之、右近、武田、岩本、石井、山本、茂松、中川、五島、宮田、野々村、松矢

福利・厚生

担当副会長：山本 哲 委員：長嶋哲夫

会計 担当副会長：阪本邦雄、前中孝文

JCOA諸問題・医政協議会担当 前中孝文

監事：服部良治、小林賢吾

議長：堀木 篤、副議長：佐藤利行

裁定委員：三橋二良、長田 明、古賀教一郎

大阪府医師会・医学運営委員：小林正之

大阪府医師会・健康相談医：反田英之、新田 望

JCOA理事：前中孝文

JCOA代議員：早石雅宥、松矢浩司、黒田晃司、

栗本一孝、山本 哲

JCOA予備代議員：右近良治、森本清一、阪本邦雄、五島 淳、小林正之

JCOA学術委員：長谷川利雄

JCOA骨と関節の日担当委員：栗本一孝

JCOA組織拡大委員：森本清一

JCOA病院部会担当委員：古瀬洋一

JCOA無床診療所部会担当委員：矢倉久義

JCOA・IT委員：岸本成人

JCOA・会則等検討委員：岸本成人

大阪症例検討委員会委員：

大島正義、岸本成人、古瀬洋一

運動器リハビリテーション・セラピスト講習会担当

森本清一、山本 哲、阪本邦雄(会計)、松矢

浩司(アドバイザー)、澤田 出、小林正之、

岸本成人、長谷川利雄、五島 淳、永田行男、

森 泰壽、石橋伊三郎、岩本斗伸

(1)大阪府医師会評議員

黒田会長・栗本会長代行・阪本副会長

(2)交通事故委員会

八幡理事・阪本副会長・森理事

(3)JCOAの会長が交代

それに伴ってJCOA担当も変更される

(4)後援事業

①夕陽丘リウマチフォーラム

(早石前会長が主催)

②骨粗鬆症クリエイティングフォーラム

(エーザイ製薬と共同)

(以上文責：永田行男)

◆協議事項

1. 平成20年度「運動器の10年・骨と関節の日」の行事 森本副会長

平成20年度「運動器の10年・骨と関節の日」の催しについて

本年度のテーマは「骨粗鬆症－運動器不安定症の要因として」です。

メイン行事

日時 10月4日(土)午後2:00～5:00

会場 西成区民センター(地下鉄四つ橋線岸里下車すぐ)

①後援 関西医大滝井病院院長・整形外科教授
濱田 彰先生

②講演と体操指導 京都学園大学人間文化学部
教授 吉中康子先生

サブ行事

①平野区 平野区医師会主催の「健康展」にて
骨塩定量・解説及びビデオ講演

日 時：10月18日（土）1時30分～4時

場 所：平野区民センター

責任者 長谷川利雄先生

②西成区 西成区医師会主催の「みんなの健康
展」にて骨塩定量・解説

日 時：10月25日（土）1時30分～4時

場 所：西成区民センター

責任者 森本清一

③枚方市 枚方市医師会との共催で講演会開催
日 時：10月4日（土）1時30分～

場 所：ラポール枚方

責任者及び講師 森下 忍先生

尚、平成20年度の「運動器の10年・骨と
関節の日」担当理事は以下の如くです。

主 森本清一 副 山本 哲

一般 小林正之・森 泰壽・斧出安弘・藤田
秀隆 大島正義・宮田重樹・田上実男

2. 第1回運動器リハ研修会開催について

森本副会長

第一回運動器リハ・セラピスト研修会を7月
27日（日）に行う。

「講演内容予定」

9：30～10：00 受付

10：00～ 会長挨拶

10：05 講演1「運動器の仕組みと運動器リ
ハビリテーションのプロセス」

早石病院 副院長（整形外科）早石雅宥先生

11：05 講演2「運動機能と生活の評価」

（医）永田整形外科院長 永田行男先生

12：05～13：00 昼食（会場側で用意します）

13：00 講演3「運動療法・物理療法の実施
法および適応と禁忌」

（医）松矢医院院長 松矢浩司先生

14：00 講演4「上肢のリハビリテーション」
中川整形外科クリニック院長 中川浩彰先生
（休憩）

15：10 講演5「下肢のリハビリテーション」
五島整形外科クリニック院長 五島 淳先生

16：10 講演6「脊椎のリハビリテーション」
宮内整形外科院長 宮内 晃先生

会長挨拶 17：20 終了予定

3. 平成20年度6月以降の研修会について

栗本副会長

第194回 研修会（H20・6・21）

阪急インターナショナルホテル 16：00より
（小野薬品）

司 会：永田 行男理事

受付担当：斧出 安弘理事・金田 隆義理事

①「腰痛の診断・治療のポイントとピットフォール」

座長：宮内 晃理事

えにわ病院整形外科部長 佐藤栄修先生（S50卒）

N（7,8）、SS、府医

②「投球動作による肘関節の障害—学童期の障
害を中心に—」

座長：大島正義理事

大阪医科大学・整形外科・助教 渡部千聡

N（2,9）、S、日医スポーツ、府医

第195回研修会（H20・7・12）

全日空ホテル 16：30より（中外製薬）

司 会：野々村 淳理事

受付担当：古瀬 洋一理事・坂口 光輝理事

①「腱・靭帯付着部症（enthesopathy）の基礎
と臨床・日常診療に役立つ知識」

座長：宮田重樹理事

奈良県立医科大学整形外科講師 熊井 司

N（1,12）、Nリハ、府医

②「変わりゆくリウマチ治療—関節機能温存の
ために今何ができるか—」

座長：岸本成人理事

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学

（整形外科）准教授 橋本 淳先生

N（4,6）、R、リウマチ学会・財団、府医

第196回研修会 (H20・8・30)
ウェスティン (旭化成) 16:00より
司 会: 藤本 啓治理事
受付担当: 柴田 和弥理事・白川 貴浩理事

- ①『整形外科における医療安全・大阪府の現状をふまえて』
座長: 山本哲副会長
近畿大学医学部整形外科・リハビリテーション科教授 福田寛二
N (14)、府医
- ②「スポーツにおける整形外科医の役割」
座長: 山口康二理事
兵庫医科大学整形外科科学臨床教授 田中寿一
N (2,11)、RE (運動器リハ)、日医スポーツ、府医

第197回研修会 (H20・9・20)
全日空ホテル 16:00より (第一・三共株式会社)
司 会: 藤田 秀隆理事
受付担当: 田上 実男理事・中川 浩彰理事

- ①「交通・労災事故受傷後に発生した手足のしびれの臨床」
座長: 藤本啓治理事
関西医大整形外科准教授 斉藤貴徳
N (7,8)
- ②「骨軟部腫瘍の画像診断」
座長: 西川正治理事
岡山大学病院整形外科教授 尾崎敏文
N (5)

第198回研修会 (20年10月18日)
(ウェスティン) 16:00より (帝人)
司 会: 三浦 光也理事
受付担当: 永田 行男理事・野々村 淳理事

- ①「整形外科領域の歩行障害に対するリハビリテーションー特に装具の活用について」
座長: 増田博理事
大阪市大リハビリ科講師 隅谷 政
N (13)、RE (運動器リハ)、リハ医学、府医
- ②「新世紀の骨折治療学 ~技術革新と温故知新~」
座長: 北野継式理事
星ヶ丘厚生年金病院 整形外科部長 中瀬尚長
N (2,11)、府医

第199回研修会 (20年11月15日)
(ウェスティン) 16:00より (久光)
司 会: 増田 博理事
受付担当: 福井 宏有理事・藤本 啓治理事

- ①「小児骨折の診断と治療戦略」
座長: 金田隆義理事
済生会和歌山病院副院長 松崎交作先生
N (2,3)
- ②済生会吹田病院整形外科部長 黒川正夫
(スポーツ、リハの話)
座長: 藤田秀隆理事
N (9,13)

第200回研修会 (20年12月13日)
(大阪国際会議場) 16:00より (萬有)
司 会: 宮田重樹理事
受付担当: 藤田秀隆理事・三浦光也理事

- ①大阪大学大学院医学系研究科骨・軟骨形成制御学准教授 妻木範行
座長: 前中孝文副会長
N ()
- ②『骨粗鬆症治療薬の選択と安全な使い方』
座長: 岩本斗伸理事
杏林大学整形外科准教授 市村正一

第201回研修会 (21年1月24日)
ANAクラウンプラザホテル大阪 (旧全日空)
(日本臓器)
司 会: 理事
受付担当: 理事・理事

- ①関節リウマチのLCAP療法
座長: 野々村淳一理事
高槻赤十字病院整形外科部長 小田幸作
- ②「骨粗鬆症の新しい治療戦略・全身療法と局所療法」
座長: 右近良治理事
大阪大学整形外科教授 吉川秀樹

第202回研修会 (21年2月21日)
(16:00より) (グランビア) (科研)
司 会: 理事
受付担当: 理事・理事

- ①「人工関節 ー大腿骨コンポーネントの回旋設置位置を中心にー」
大分大学医学部人工関節学講座 准教授
近藤誠 (S55年神戸大卒)
座長：山本哲副会長

第203回研修会 (21年3月14日)
(16:00より) (帝国ホテル) (大塚)
司 会：理事
受付担当：理事・理事

第204回研修会 (21年4月11日)
司 会：前中孝文副会長

第205回研修会 (21年5月30日)
(以上文責：金田隆義)

平成20年度

第2回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録

日 時：平成20年9月6日 (土曜日)
15時～18時

場 所：梅田スカイビルタワーウエスト
22階 A会議室

出 席：32名

会 長：黒田晃司

会長代行：栗本一孝

副会長：阪本邦雄、森本清一、山本 哲

理 事：早石雅宥、青木 誠、福井宏有、藤本啓治、前野岳敏、今井 秀、岩本斗伸、増田 博、岩本善介、三浦光也、斧出安弘、宮内 晃、金田隆義、宮田重樹、森 泰壽、岸本成人、森下 忍、山口康二、小林正之、坂口光輝、白川貴浩、田上実男、中川浩彰、永田行男、野々村淳、長谷川利雄

参 与：長田 明

(順序不同、敬称略)

◆報告事項

1. 近畿ブロック代表者会議の報告 黒田

近畿ブロック代表者会議 (6月15日 (日))
ハートンホテル心齋橋)

出席者：西岡・前中・山下・鄭・高橋 (京都) ・
須津・清水・武用・黒田

- 1) 「近畿地区代表者会議」を作る。
構成者は各県の会長・副会長 (いずれかが参加) と地区理事で構成される。
- 2) 平成24年のJCOA学会は近畿地区が主催して開催する。
- 3) JCOA学会は、平成24年7月16日 (日) ～17日 (海の日) に開催する。
- 4) 近畿地区内の各県が学会長を順番に受け持つ。
- 5) 今回は、奈良県が会長・実行委員長を引き受ける。
- 6) 近畿地区理事は、三人のJCOA理事の中から西岡 淳一先生 (滋賀県) を選出した。
大阪から前中先生、兵庫県から山下先生
以上の点を確認されたが、奈良COAがJCOA学会を引き受けられない事情が発生した急遽会合を開き以下の項目を確認決定した。

7月27日 (日) ハートンホテル心齋橋

出席者：西岡・前中・山下 (以上地区理事) ・
鄭 (兵庫) ・武用 (和歌山) ・黒田 (大阪) ・葦原 (滋賀) ・藤原 (奈良) ・
龍見 (奈良) ・吉良 (オブザーバー)

- 1) 奈良COAは、平成24年開催のJCOA学会の会長を引き受けられない。
- 2) そのため、今まで学会を開催していない滋賀県が奈良県を飛ばして会長を引き受ける。
その次のJCOA学会は奈良県引き受ける。
- 3) 平成24年の学会長は西岡淳一先生に引き受けてもらい、その下で他の近畿府県が役割を分担して引き受ける。一県ですべてを補うのではなく、「近畿ブロック」として役割を分担して開催する。会長は近畿ブロック内での持ち回りの原則を崩さないことを確認。
- 4) 学会場は、大阪または、神戸とし、早急に会場を探す。
- 5) 「開催会場となった府県から実行委員長を出す」という意見と「学会は演題をいかに集めるかということが主題となるので会場と実行委員長はかならずしも結びつける必要はない。」という意見が出た。

6) 9月までに西岡会長が実行委員長を指名する。

2. JCOA福井学会報告 黒田

7月大阪から40名あまり参加、全部で700名以上の参加、盛会であった。PT、OTの参加、発表もあり、全体に多くの演題、発表があった。会場の手狭さ、発表時間の制限がみられた。

3. JCOA岡山研修会の準備報告 黒田

10月に開催される岡山研修会に参加いただくよう要請があった。

4. JCOAの各委員会の委員および担当理事の分担表 黒田

JCOAの各委員の資料配付され、大阪から長谷川利雄（学術）、矢倉久義（無床診WG）、澤田出（医療システム）、山本哲（医療システム）、岸本成人（会則）、古瀬洋一（病院WG）の各先生が選出されている。

5. JCOAニュースの件 黒田

研修会の案内に主だったニュースをコピーして郵送しているが、JCOAニュースはJCOAのメーリングリストに流れている内容なので、是非メーリングリストに加入し情報を共有していただきたい

6. JCOA社会保険等検討委員会の報告

前中（代・黒田）

第1回社会保険等検討委員会（平成20年8月3日ホテルパシフィック東京品川）の報告

1) JCOA全審会へ向けて

納得できない査定減点事例アンケートのまとめ整理、平成20年度改定診療報酬上の問題点の報告があった

2) 平成20年度改定後の状況について

4月速報値 受診抑制 診療所の収入源今後JCOAからの報告予定

3) 平成22年度改定に向けて

すでに次期改正に向けての動きがあり、以下の議論があった

- ・処置点数の存続に不安あり 以前からなくそうとする力あり
- ・維持期リハビリ 医療から介護で行う？
- ・PTが少ない、運動器リハがみなしPTに依存していることに対する理解が官僚に乏しい（老健局）⇒維持期リハアンケートの結果（PTが少ないこと）が官僚との交渉で大切となる。会員のアンケート協力要請
- ・平成21年度介護保険改正に向けての対応が求められている。
- ・JOAの外保が働いていない。JCOA会員からの麻酔、手術など含めた要望の掘り起こしを行う⇒現在までの要望項目の資料を要約読み易くしアンケートに添付し意見集約を計る

4) その他

消費税の問題：日医への要望

オンライン請求：労災、自賠も必要となると3ラインの費用が発生する

日医が外科系の意見をくみ上げていないことあり

処置存続に普請する整形外科に対する無関心
日医診療報酬データ：健診は売り上げから除外、自賠労災は算入

アンケートの回収率改善対策

7. JCOA医療システム委員会の報告 山本

第2回JCOA医療システム委員会（平成20年8月10日開催）の報告

大阪から前中、澤田、山本、長田の出席があった。

新委員長に佐藤公一、副委員長に山根敏彦先生が選出された。

◆報告事項

- 1) 大塚整体治療院のHPに側彎症の誇大広告の掲載が見られ、これに対して改善要求を行った

2) 2009年開催のJOA（福岡）に“将来を見据えて整形外科周辺問題を考える”としたパネルを提案したが不採用となった。2008年度に引き続き不採用であったので、今後JCOAからJOAに働きかけることを確認した

◆協議事項

- 1) 民主党の中に、鳩山委員長を中心とした“統合医療を推進する会”が存在する。統合医療とは健康食品、柔整、カイロ、などの民間の健康推進を図った会で、今後の動向を注視する必要がある
- 2) JOA広報活動の中で医業類似行為は軽視される傾向にあるので、JCOA独自に医業類似行為啓発ポスターを作製する予定
- 3) 併用診断書について現在、電通共済が併用診断書を発行しており、その形式の変更を求めているが、応じない。そこでJCOA版診断書の雛形を配信、会員には併用診断書の記載を自制してもらう
- 4) 平成20年度全国柔整審査委員会が11月16日品川プリンスで開催される予定。パネリスト講師に、勝谷誠彦氏、土居氏（慶応大学経済学部）を招いて行われる予定。
- 5) 平成20、21年度理事長諮問事項
 - ①柔整審査委員にアンケート調査
 - ②会員医療機関における医業類似行為関連職員雇用状況の調査→会員の中には柔整を雇用しているケースもあり慎重に対処する
 - ③医業類似行為の有害事象、事例の収集検討
 - ④「保険者機能を推進する会」との連携
 - ⑤“整形外科医のための保険診療基礎知識医業類似行為関連Q&A”小冊子の作成

8.平成20年度第2回JCOA学術研修委員会の報告 長谷川

平成20年8月31日（日）11:00～15:00（品川プリンスホテル）

出席者：副理事長 原田昭

担当理事：吉村先生

委員：中野恵介、米本光一、木内哲也、山中芳、

長谷川利雄、川谷義行、池田定倫、鶴上浩
アドバイザー：川島真人
オブザーバー：吉良貞伸
欠席：山本日出樹理事

1. 委員長：長谷川利雄（大阪）

副委員長：池田 定倫（長崎）を選出。

2. 平成18・19年度学術研修専門医制度委員会討議結果報告（理事長諮問事項答申）について説明（原田副理事長）。JCOA合同プログラム委員会の設立、JCOA講師名簿の改訂、日整会の教育研修・パネル演題の募集・決定、JCOA学会・研修会の開催地の決定、JCOA地域功労賞（18年度は4名決定と以降廃止する）、19年度学術賞の決定（川島真人先生）、学会功労賞の創設、日整会専門医制度の単位取得状況に対するアンケート実施、学会誌の査読委員会の活動等。

3. 第21回JCOA学会（福井）について学会会長の吉村理事から報告があり、今後の学会のあり方などについて討議がなされた。

- (1) 今回の学会では以下の多くの工夫と試みを行った
- ・学会開催案内を活発に行い、整形外科関連学会誌及び商業誌に掲載し、各種学会に持参して掲示板にポスター掲示した。
 - ・特別講演を減らして会員の発表演題を増やした。
 - ・座長は今までの多くは主催県で担当していたが、今回は各県に依頼した。
 - ・開催日を「海の日」を利用した連休とした。
 - ・運動器リハビリテーションとしてPT、OTの参加。
 - ・発表は全て口演とし、同時にポスター展示も行った。
 - ・開催案内ポスターを配布等行った。
- (2) 学会について
- ・参加者766名で、医師の参加者561名、コメディカルなど205名であった。
 - ・応募演題数119題、採用116演題であった。

- ・収支についても概ね予算内であったが、今後工夫が必要だった。
- ・アンケート結果:シンポジウム、パネル、教育研修講演など概ね良好を評価であった。

4. 理事長諮問事項の検討

(1)JCOA学会の内容の充実をはかる。

- ・合同プログラム委員会開催
平成21年4月5日(日):第22回JCOA学会役員(愛媛県)と合同プログラム委員会を開催予定。
- ・交通至便地での学会開催の検討。今後の演題数、参加者数を考慮して継続審議する。
- ・演題数および参加者を増やす方策。結論は得られなかったが、各委員より活発な意見が出された(各県代表者に要請、PT・OTの参加、勤務医の参加など)。

(2)JCOAから第83、84回日整会総会へパネル演題、教育研修講演の演題申込について木内委員から日整会の上記の演題応募状況についてJCOAからの要望が通りにくくなっているとの説明があった。各委員は次回委員会までに演題案を準備する。

(3)JCOA研修会・JCOA学会開催県(平成24年以降)の決定方法の再検討
従来どおりに行うかどうか今後引き続き検討する。

(4)JCOA学術賞・学会功労賞の募集と選考委員会の開催
各都道府県に公募したのち、平成20年11月24日に選考委員会を開催する。

(5)JCOA学術研究助成金(平成21年度)創設と運用方法の検討。
原案作成後、(鶴上委員に作成依頼)に次回以降に検討する。

(6)JCOA雑誌の編集方法の決定

- ・理事会の改選にともない査読委員の再度委嘱を行い、査読の割り当てを行う(長谷川)。
- ・編集方法について編集委員会と協議する(日程は編集委員会と協議する)。
次回委員会は平成20年11月24日(祝)に開催予定。

9. 第1回運動器リハ・セラピスト研修会(7/27)の報告

森本・阪本

第1回運動器リハ・セラピスト研修会が、大阪市西成区民ホールにおいて平成20年7月27日(日)開催され6単位(6講演)の講習会を行った

講演1

「運動器の仕組みと運動器リハビリテーションのプロセス」

早石病院：早石雅宥先生

講演2

「運動機能と生活の評価」

永田整形外科：永田行男先生

講演3

「運動療法・物理療法の実施法および適応と禁忌」

松矢医院：松矢浩司先生

講演4

「上肢のリハビリテーション」

中川整形外科クリニック：中川 浩彰 先生

講演5

「下肢のリハビリテーション」

五島整形外科クリニック：五島淳 先生

講演6

「脊椎のリハビリテーション」

宮内整形外科：宮内晃 先生

参加者：医療機関114(内OAOA会員72、非会員は大阪2、兵庫33、京都4、和歌山2)

参加者 313名(内OAOA会員従事者

201名)

出務役員：黒田、山本、阪本、小林、長谷川、森、大島、
岩本(斗)、石橋、岸本、三浦、宮田、森本

阪本副会長から、当日の事業収支の報告があった。
同様の講習会が京都では9月21日、神戸でも11
月に行われる予定であるので、今回参加できな
かった受講者はホームページで確認参加してい
ただきたい。

10. OCOA新入会員(6/7以降)の報告 森本
平成20年6月7日以降8名の新入会員、1名
の退会があった。現在、OCOAの構成は一般会
員460名、顧問8名、名誉会員14名、合計482名
である

しんやま
晋山 武 先生

大阪大学卒(S49年)
(医)真和会 真和整形外科・東大阪市

むら ひとし
村上 仁志 先生

近畿大学卒(S61年)・京大整形外科
(医)村上整形外科・旭区

まつき 宏 先生

関西医大卒(S62年)・関西医大整形外科
(医)松木整形外科・交野市

くさか まさひろ
日下 昌浩 先生

大阪市大卒(H5年)・大阪市大整形外科
くさかクリニック・門真市

かわきた 浩史 先生

関西医大(S60年)・関西医大整形外科
(医)浩陽会 川北整形外科・堺市

はしもと 誠 先生

近畿大学卒(H3年)・近大整形外科
(医)橋間診療所・岸和田市

ひろただ
中塚 洋直 先生

大阪市大卒(H8年)・大阪市大整形外科
整形外科 なかつかクリニック・旭区

やすゆき
小石 恭之 先生

兵庫医大卒(S62年)・大阪市大整形外科
(医)桂寿会 桂寿病院・淀川区

11. JCOA平成20年度総会、および臨時理事会
(7/20)の報告 早石

JCOA平成20年総会(平成20年7月20日フェ
ニックスプラザ福井市)の報告

平成19年度の事業報告、決算、平成20年度の事
業計画、予算、等の議題のあと、学術賞として川
島真人(大分)先生、ポスター新聞広告はそれぞ
れ山口県東京都が選ばれた。

次回第22回JCOA学術集会はH21.7.19、20の
両日松山(愛媛県民文化会館)で開催予定

平成20年度JCOA臨時理事会(平成20年7月20
日フェニックスプラザ福井市)の報告

1) 各委員会の承認

自賠労災委員会の中に「Q and A交通事故診
療ハンドブック」編集WG分割され設置
組織拡大委員会と福祉制度委員会を統合し
広報。福祉委員会とする

2) 20年度21年度理事長諮問事項の説明があ
った

3) 医療安全調査法大綱案への反対表明につい
て経緯説明があった

4) 5月の代議員会から7月の総会承認までの時
間差が大きく活動に支障あることに対する
対策検討についての話が出た。

5) 来年度介護保険改定に関する動きが報告され、
医政協議会の活動への期待が述べられた。
背景にJCOAの声が日医に届きにくいのが
現状。大阪は全国一の会員数の割に、医政協
会への入会が少ない傾向がある。厚労省へ
働きかけ要望を伝える機関であるので多く
の方に入会していただきたい。

12. 第3回JCOA理事会(8/24)の報告 早石

第3回JCOA理事会(平成20年8月24日、東京
ロイヤルパークホテル)の報告

・藤野理事長挨拶

平成21年介護保険改正、平成22年医療保険改正を控えている。情報を会員に的確に伝え、アンケートで要望意見の集約に努めるよう指示あり

・ 審議事項

1) 三宅副会長から

過去の点数表改定新設、変更希望項目をまとめ冊子にし会員すべてに送付し平成22年度診療報酬改定に対する要望事項を募集する。初診料、再診料など基本料は日医対応になる。再診料減額のながれにあり、放置すれば整形外科に不利。リハビリなどに設備費、人件費など内科にはないコストがかかることを訴えていくこと

ホスピタルフィー、設備フィーの考え方、新設要求

同様の問題をかかえる皮膚科、耳鼻科との連携も探る

厚生官僚の処置点数に対して厳しい。処置点数のアップは望みなし(1点で15億円予算要という)

消炎処置+マッサージ、消炎処置+牽引で点数アップの検討余地あり

2) 総合医について

人頭制、包括化につながる。日医主導への疑問の声、厚生労働省まかせでは日医主導への疑問の声、厚生労働省まかせでは日医主導よりわるくなるのでは?などの意見があった。学会が専門医制度として総合医つくること自体は問題としないとの意見多数。

3) 開業整形外科の将来に関するアンケートを行う。

継承、総合医について

4) 福祉会計と、一般会計の統合について検討提案あったが合意にまで達せず。

付随する問題今後の検討へ

5) 理事、理事長選出と総会開設時期のずれの短縮への問題提起あり。法人化時の再度規約変更が必要になるとの意見があるが、法人化で年間税金1000万円(少し?)要すること、大幅損金が出たときに理事の個人賠償

責任が問われることの問題点が述べられた。方向性に理解が得られたが最終結論未定

6) 医療事故事例集をホームページ上に掲載することに賛成得られた。情報公開の流れ

7) 各県代表者への確実な連絡に要する通信費の要求、会員全員へのアンケートに要する通信費の要求に対し、既存会報郵送に送付、メール活用で節約する条件で了解された。

8) 骨と関節の日JCOA独自のリーフレット、ポスターの作成を行う。

東京都臨床整形外科医会のポスターを利用して(著作権の問題クリアして)

9) コメディカル関連の抗議文、要望書の扱いについて

PTと柔整の二重ライセンス問題、

京都府立医大と明治鍼灸大学との共同研究の問題、

なだ いなだ氏の新聞紙上の発言への抗議、柔道整復 整形外科学著作の問題、

和歌山県立医大吉田 宗人教授への手紙、

西島 英利参議院議員への手紙

押し付け、度重なる抗議は逆効果になる、他科医師との協調に反する医師同士の反目にならないようにとの意見があり、医療システム委員会からの提案は否決され提出しないことに決した。

ただし大塚整体治療院の件は問題があるので、告訴等の対応を進めることで了解を得た。

その後、柔道整復師の問題について理事から多くの意見が述べられ議論された。

・ 報告事項

1) 第21回JCOA学会について

医師561名、コメディカル142名参加

総予算3000万円、若干の赤字

後日会計報告あり

2) 第35回JCOA研修会について参加要請

3) 運動器の10年日本委員会運営委員会医院葉梨氏から田辺氏へ

4) 日整会医療安全調査委員会設置法案大綱案に対する意見について

JCOAとして方向性賛成、各論反対 問題点があるとの立場である。

5) 各委員会の活動報告が議事録を示し行われた。

6) 維持期リハビリテーションのアンケート中間報告あり。

150日を超えた維持期リハビリテーションが医療から介護へ移す方向にある。

このときセラピストは運動器に限定するため介護での資格とならないという考えが官僚にあり、このアンケートはPTが非常に不足しているというJCOAの主張の裏付けであり重要である。

来年度介護保険改定の着目点であり注視する必要あり

13. OCOA平成20年度研修会(6月～8月)の報告

栗本

第194回研修会(H20・6・21)

阪急インターナショナルホテル

出席407名

①「腰痛の診断・治療のポイントとピットフォール」

えにわ病院 整形外科部長

佐藤栄修先生(S50卒)

②「投球動作による肘関節の障害—学童期の障害を中心に—」

大阪医科大学・整形外科・助教

渡部 千聡

第195回研修会(H20・7・12)

全日空ホテル

出席223名

①「踵・靭帯付着部症(enthesisopathy)の基礎と臨床—日常診療に役立つ知識」

奈良県立医科大学整形外科講師

熊井 司

②「変わりゆくリウマチ治療—関節機能温存のために今何ができるか—」

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学(整

形外科)准教授

橋本 淳 先生

第196回研修会(H20・8・30)

ウェスティン

出席189名

①「整形外科における医療安全—大阪府の現状をふまえて」

近畿大学医学部整形外科・リハビリテーション科教授

福田 寛二

②「スポーツにおける整形外科医の役割」

兵庫医科大学整形外科学臨床教授

田中寿一

14. 府医師会医学会学術講演の予定 小林

日時:平成20年11月27日(木曜日)

場所:府医師会館

演者:近畿大学医学部整形外科・

リハビリテーション科

福田 寛二先生

演題:関節症に対する民間療法の科学的検証

協議事項

1. 第25回JCOA学会(平成24年度開催)の役割分担と人事について、常任理事会に委任していただく件 黒田会長

第25回JCOA学会(平成24年度)が、大阪で開催される。それについて、お手伝いをいただく先生方を決めたいが、皆さんに意見を聞くと、大変時間がかかるので、その人事については、常任理事会に任せて欲しいという黒田会長からのご提案に、満場一致で承認された。

2. 第25回JCOA学会の分担金の支出について

黒田会長

第25回JCOA学会に、各都道府県のCOAから、分担金を支出する。

支出額は、いくらになるかわからないが、200万円を限度に考えている。(支出額については、それぞれのCOAが同額を負担する

のは、あるいはそれぞれのCOAの会員数×金額になるのか判らないが、いずれにしても、限度額を設けておいて、その中で負担金を支出したい。）

実際の所は、数十万円程度と思われるが、200万円を限度に分担金を負担することを、了承して欲しいと、黒田会長から提案があり、満場一致で承認された。

3. OCOA研修会200回記念について

栗本副会長・黒田会長

- ・今年12月13日の第200回研修会（大阪国際会議場）で行われる研修会に対して、過去200回分の抄録をまとめた抄録集を発行して、皆さんに記念品として配ることを検討していることが、黒田会長より報告された。抄録集は、会誌と同様に、900部程度作成するにあたり、その予算は、印刷屋（株式会社ひらた）に見積もりを取ったところ、データを掘り起こしてから本を作成すると約400万円。データを整理して持ち込んだ場合は、300万円ぐらいになる。100万円を稼ぐために、今会長自らデータを集めている所との報告があった。

これに対し、その本の内容を、CDロムに入れて、配布するのはどうか？との、案が数名の先生方から出た。それに対し、対外的には、CDロムより、立派な本がドンと来たほうが、インパクトがある。CDは失くしやすい。との、反対意見も出た。

黒田会長から、CDを作るのは、先生方のお力があれば、さほど難しくなく、それはそれで考えるとして、本を作成することに了承して欲しいとの提案に、満場一致で承認された。（過去の研修会のデータは、参与の坂本先生の奥様が保存してくださっているとのこと）

- ・200回の研修会が終了後、いつもの情報交換会を、200回記念パーティーとすること。その催しに、イリュージョンとアマチュアバンドの演奏を企画していると、宮田理事

から報告があった。催しについては、宮田理事と栗本副会長に一任することとなった。

- ・パーティーの形式は、立食パーティーで、テーブル席には出来ないとのこと。
- ・研修会は先生方のみだが、パーティーには夫人の同伴を認めても良いこととする。

4. 平成20年度「運動器の10年・骨と関節の日」の行事予定

森本副会長

平成20年度「運動器の10年・骨と関節の日」の行事予定が、森本副会長から報告があった。

メイン行事は、10月4日（土）西成区民センター（責任者 森本副会長）。

サブ行事は、10月25日（土）西成区民センター（責任者 森本副会長）、10月4日（土）枚方市医師会との共催でラポール枚方（責任者 森下 忍理事）、9月27日（土）淀川区医師会主催の健康展にて骨塩量測定（責任者 中川浩彰理事）で、それぞれ執り行われる。骨と関節の日の主任担当である森本副会長からそれぞれの行事に、お手すきの理事の先生方には、ご協力を賜りたいとのことでした。

5. 第2回運動器リハ・研修会開催について

森本副会長・長谷川理事

運動器リハの研修会について

一番先に資格取得したセラピストの資格期限2011年3月31日をめぐり、今後、年に1回2月に開催することとする。1回に付き、4単位を取得できるようにする。これからの研修会をすべて受講すれば、12単位とれる。2回しか受講できなくても、8単位取得でき、足りない単位は、実技及び症例報告で単位を補充することが出来る。

一日4単位にすると、昼からの講習会になり、お弁当の手配等が必要でなくなるため、運営が楽になるとのこと。

この提案に対して、満場一致で承認された。

6.平成20年度9月以降の研修会について
栗本副会長

第197回研修会(H20・9・20)全日空ホテル
16:00より(第一・三共株式会社)
司 会：三浦 光也理事
受付担当：田上 実男理事・中川 浩彰理事

- ①「交通・労災事故受傷後に発生した手足のしびれの臨床」
座長：藤本 啓治理事
関西医大整形外科准教授 斉藤 貴徳
N(7, 8)

- ②「骨軟部腫瘍の画像診断」
座長：西川 正治理事
岡山大学病院整形外科教授 尾崎 敏文
N(5)

第198回研修会(20年10月18日)(ウェスティン)
16:00より(帝人)
司 会：藤田 秀隆理事
受付担当：永田 行男理事・野々村 淳理事

- ①「整形外科領域の歩行障害に対するリハビリテーションー特に装具の活用について」
座長：増田 博理事
大阪市大リハビリ科講師 隅谷 政
N(13)、RE(運動器リハ)、リハ医学、府医

- ②「新世紀の骨折治療学 ～技術革新と温故知新～」
座長：北野 継式理事
星ヶ丘厚生年金病院 整形外科部長
中瀬 尚長
N(2, 11)、府医

第199回研修会(20年11月15日)(リッツカールトン)16:00より(久光)
司 会：増田 博理事
受付担当：福井 宏有理事・藤本 啓治理事

- ①「小児骨折の診断と治療戦略」
座長：金田 隆義理事
済生会和歌山病院副院長 松崎 交作
N(2, 3)

- ②「肩腱板断裂の最新治療の動向ー高齢者のスポーツ活動をサポートするためにー」
座長：藤田 秀隆理事
済生会吹田病院副院長 黒川 正夫
N(9, 13)

第200回研修会(20年12月13日)(大阪国際会議場)16:00より(萬有)
司 会：宮田 重樹理事
受付担当：藤田 秀隆理事・三浦 光也理事

- ①「内軟骨性骨形成と骨形成因子(BMP)シグナル」
座長：前中 孝文副会長
大阪大学大学院医学系研究科骨・軟骨形成制御学准教授 妻木 範行
N(1, 4)、府医

- ②「骨粗鬆症治療薬の選択と安全な使い方」
座長：岩本 斗伸理事
杏林大学整形外科准教授 市村 正一
N(4, 6)、R、府医

第201回研修会(21年1月24日)(ANAクラウンプラザホテル大阪)(旧全日空ホテル)
16:30より(日本臓器)
司 会：宮田 晃理事
受付担当：増田 博理事・森 泰壽理事

- ①「関節リウマチのLCAP療法」
座長：野々村 淳一理事
高槻赤十字病院整形外科部長 小田 幸作
N(6, 1)、R、リウマチ財団、リウマチ学会、府医

- ②「骨軟部腫瘍診断のピットフォール」
座長：右近 良治理事
大阪大学整形外科教授 吉川 秀樹

N(5)、府医

第202回研修会(21年2月21日)16:00より
(グランビア)(科研)

司 会：森下 忍理事

受付担当：宮内 晃理事・宮田 重樹理事

①「関節リウマチの手術療法 -人工膝関節置換術を中心に-

座長：山本 哲副会長

大分大学医学部 人工関節学講座

准教授 近藤 誠(S55年神戸大卒)

②「糖尿病性足病変(With/Without PAD)の局所治療の実際」

座長：石橋 伊三郎理事

神戸大学形成外科 准教授 寺師 浩人

第203回研修会(21年3月14日)16:00より
(帝国ホテル)(大塚)

司 会：森 泰壽理事

受付担当：森下 忍理事・矢倉久義理事

①「米国における人工関節術後リハビリテーション」

座長：森本 副会長

関西医科大学リハビリテーション科教授

吉田 清和

②「腰部脊柱管狭窄症とPADの合併症例に対する治療戦略」

座長：白川理事

名古屋大学大学院医学系研究科

整形外科学 准教授 松山幸弘

第204回研修会(21年4月11日)大正・富山大阪支店

司 会：前中孝文副会長

①「骨再生修復医療の今後の展望」

座長：黒田会長

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科

高岡 邦夫教授

第205回研修会(21年5月30日)(グランビア)
16:00より(エーザイ)

司 会：矢倉久義理事

①阪大整形外科 村瀬 剛 (手の外科関連)

②阪大歯学部 米田先生 (顎骨壊死)

第206回研修会(21年6月20日)(阪急インターナショナルホテル)16:00より(小野薬品)

第207回研修会は、7月25日クラウンプラザホテル大阪(旧全日空ホテル)

第208回研修会は、8月29日ウェスティンホテル

7. 参与になられるはずの先生が理事のままになっている件 森理事

会場系の森理事より、70歳以上になられたので参与になる筈の先生(2名ほど)のお名前が、一般理事のところにあるとのご指摘があった。

常任理事の先生方の不手際があったとのことで、それぞれの先生方にお詫びと感謝状を贈るとのこと。

8. 会員名簿の発行時期について 森本副会長
名簿の発行時期を4月の総会にあわせてしていたが、4月以降に人事異動などの理由で、移動がある場合が多いので、8月頃に会員名簿の発行をずらすことが報告された。

今年度の理事会の予定は、

12月6日(土)午後3時

3月7日(土)午後3時

いずれも、場所は梅田スカイウエートタワーウエストの予定。

平成20年度

第3回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録
日 時：平成20年12月6日(土曜日)

午後3時から6時

場 所：梅田スカイタワーウエスト

場 所：梅田スカイタワーウエスト
22階 E会議室
大阪市北区大淀中1-1-88
TEL 06-6440-3933

三浦、森、坂本、前中、早石、永田

出 席：39名
会 長：黒田晃司
会長代行：栗本一孝
副会長：阪本邦雄、森本清一、山本 哲
理 事：石橋伊三郎、今井 秀、岩本斗伸、
右近良治、大島正義、斧出安弘、岸本成
人、古瀬洋一、小林正之、澤田 出、茂
松茂人、柴田和弥、孫 瑠権、田上実男、
中川浩彰、永田行男、西川正治、野々村
淳、長谷川利雄、早石雅宥、福井宏有、
前中孝文、前野岳敏、増田 博、松矢浩
司、宮内 晃、宮田重樹、森下 忍、
森 泰壽、矢倉久義、山口康二
参 与：長田 明、古賀教一郎、三橋二良
(順序不同、敬称略)

◆報告事項

1. 平成20年度「運動器の10年・骨と関節の日」
の行事 森本・阪本副会長
(1)本年度のテーマは『骨粗鬆症－運動器不安定
症の要因として』であり、下記の5ヶ所でイ
ベントが行われたと、森本副会長より報告が
あった。

メイン行事

日 時：10月4日(土)午後14:00～17:00
場 所：西成区民センター

①講演1『骨粗鬆症と腰痛について』

関西医大滝井病院整形外科教授
濱田 彰先生

②講演2『運動で予防・改善をはかろう 関節 障害』

健康運動指導士・体操上級マスター指導員
野崎 紀子先生

参加者：約200名

出務医師：森本、斧出、馬場、宮田、黒田、山本(哲)、

サブ行事

①西成区 西成区医師会主催の「みんなの健
康展」にて骨塩定量・解説

日 時：10月25日(土)午後13:30～16:00

場 所：西成区民センター

出務医師：森本、長谷川(秀)、三浦、三村、森
参加者：約200名

②枚方市 枚方市医師会と共催で講演会開催

日 時：10/4(土)13:30～

場 所：ラポール枚方

講 師：森下 忍先生

演 題：「骨粗鬆症－運動器不安定症の要因として」

出務医師：森本、栗本、小林、和田(誠)、多田
(枚方市医師会理事)

参加者：約70名

③淀川区 淀川区医師会主催の健康展にて骨
塩定量と解説

日 時：9/27(土)13:00～16:00

場 所：淀川区民センター

出務医師：中川、福井、梁、安田、

参加者：約200名

④北区 北区みんなで学ぶ健康祭り

日 時：10/25(土)12:30～15:30

場 所：北区民センター

出務医師：藤本、波多野(泉)、

参加者：約250名

※下線は責任者

(2)会計報告

各行事に関して、阪本副会長より会計報告が
なされた。

予算 1,000,000円、支出合計 950,181円、
残高は 49,819円であった。

2. 会員動態(第2回理事会以降・9/6～12/6)

森本副会長

平成20年9月6日以降の新会員

おおなりひろゆき
大成浩往先生 関西医大卒（S63年）・関西医大
大整形外科 大成整形外科・交野市
寺元隆先生 川崎医大卒（S55年）・大阪市
大整形外科（医）生登会 寺元
記念病院・河内長野市
みやしま
宮島茂夫先生 関西医大卒（S62年）・関西医
大整形外科みやしまりウマチ整
形外科クリニック・枚方市
高尾泰広先生 川崎医大卒（H7年）・大阪市大整
形外科（医）高尾病院・豊中市
太田信彦先生 徳島大卒（S55年）・大阪大整形
外科太田整形外科クリニック・港区
松本豊一郎先生 関西医大卒（S52年）・関西
医大整形外科（社）香里ヶ丘有恵
会病院・枚方市

平成20年9月6日以降の退会者

みたゆたか
三田裕先生（10/20・ご高齢の為）
茶之木頼彦先生（10/31・ご病気の為、閉院）
国里宏一郎先生（10/30・ご逝去の為）

平成20年11月18日現在

一般会員数	463名
顧問	8名
名誉会員	14名
計	485名

この後に一般会員4名から入会の申し込みがあり、次回の理事会で承認される見込みである。また平成21年の夏頃に会員名簿の作成を予定しているとの報告があった。

3. JCOA各県代表者会議（10/13）

ホテルオークラ岡山 黒田会長
藤野理事長の挨拶で始まった。会長に選任後、総会のある7月までの間タイムラグがあり仕事が停滞する。そのため次期の理事長交代の際は、5月に臨時総会を開くようにしたいとの報告があった。

現在の運動器セラピスト制度をどのような方向に持っていこうとしているのかとの質問があり、

PT、OTが足りないため当面はこのままでいく。

また画像のフィルムレス化がどの程度進んでいるのかとの質問があり、現在診療所で13%、JCOAの調査では約20%との報告があった。

次の第21回JCOA学会は愛媛県で開催される。JCOAからの補助金が100万円増え500万円になるとの報告があった。

4. JCOA近畿ブロック各県代表者会議（7月・8月・10月開催） 黒田会長 第3回JCOA近畿ブロック代表者会議（10/19）ハートンホテル心斎橋 議題：第25回JCOA学会（平成24年度）準備について

今までのように各県で行うのではなく近畿ブロック全体で引き受けてほしいと、JCOAから要望があった。順番では奈良県の番であるので、会長あるいは実行委員を出していただく予定であったが、奈良県から会長は引き受けられないとの返事があり、相談の結果次の滋賀県が引き受けることになった。

10月の会議で、正式に滋賀の西岡先生が会長で、大阪の黒田先生が実行委員長、演題の募集担当が兵庫、会計は和歌山の先生が担当することに決まった。期間は海の日ということで決まっている。

会場は神戸国際会議場に決定した。またたくさんの方の地域の方が集まって行うためジェイコムに事務を引き受けてもらうことになった。会場は押さえることができ、懇親会はポートピアホテルで行うところまで手配できている。

演題の募集等に関しては、長谷川先生がJCOAの学術委員長であるため相談してどのようにするかを考えている。

5. JOA役員・代議員懇親会（10/22）

国立京都国際会館 黒田会長
理事長報告、各種委員会報告があった。この内容は日整会誌に載るのでご一読ください。担当の先生は仕事をする間もないのではないかと心配されるほど、非常に熱心に詳しく報告され

ている。

日本医学会の専門医制度について、整形外科は専門医の数が他科に比べて多いことが話題になった。東京医科歯科大学の四宮先生から、出席者より意見が聴きたいとの申し出があり活発な討議がなされた。整形外科の研修を終えた先生の大半が専門医の資格を持っており、そのため整形外科は専門医が多いと思われる。手術をする整形外科専門医と開業している整形外科の専門医は性格が違うのではないかと思われる。たとえば外科は手術をしなければ、専門医を返上しなければならぬ。種々の意見が出されたが、専門医に関する意見は噛み合わず結局結論は出なかった。

6. JCOA近畿ブロック会議 (11/1)

琵琶湖ホテル 黒田会長

JCOA理事の西岡先生、前中先生と山下先生からそれぞれ報告があった。

藤野理事長からJCOA役員選挙後の新体制始動は5月からになること、JCOAからの学会開催時の補助金が400万円から500万円に増額になったことや福井の学会では赤字が約130万円生じたためにJCOAが補填することになったこと等が報告された。

7. 大阪府医師会医学会総会 (11/9)

大阪府医師会館 阪本副会長

1. 一般演題パネル展示は68題であったが、整形外科からの演題はなかった。

是非とも整形外科からも展示していただきたい。

2. 医学会評議員会

①酒井会長より総合医に対する厚労省や日医の動向に注意を要する旨の挨拶があった。

②鎌田医学会副会長より、学術研修活動について大阪医学の雑誌を年1回刊行すること、今年度は大阪府医師会会長賞の該当はなかったとの報告があった。

③山家運営委員より日医生涯教育制度の申告率について報告があった。大阪府は67%、全国平均では74%であった。年

間10単位以上取得すれば生涯教育修了証が交付される。

8. 大阪府医師会医学会 大阪府医師会館 学術講演会「医学の進歩シリーズ」

(11/27)

小林理事

「運動器疾患に対する民間療法の科学的検証」と題して、近畿大学福田寛二教授の講演があった。

大阪府医師会から10万円の研究奨励金が出るため、パネル展示等の研究発表を積極的に行って欲しい。また来年は整形外科からも多数の発表を期待する旨の発言が黒田会長よりあった。

9. 大阪府医師会単科医会 (11/13)

大阪府医師会館 山本(哲)副会長

1. 文書科に関して

警察からの照会に関しては警察が必ず支払うとは、はっきりと決まっていない。

裁判所からの照会に関しては請求が可能で、訴訟費用に含まれる。(敗訴した側に請求することになる。)必要な書類のコピー等は、申し立て当事者に実費請求が可能である。

公共職業安定所に提出する就業可能証明書に関しては、失業者から徴収可能。

生活保護の病状照会は無償である。

学校の管理区分に関する書類は大阪では無償だが、東京では2000円程度。

2. 平成20年度診療報酬改定に関して

皮膚科医会から5分間要件プラス軟膏処置料の包括により、1施設当たり年間600万円の減収になったため、舛添厚生労働大臣に要望書を提出する。

5分間要件で診療所収入全体で200億円の削減になると厚生労働省は推定している。

3. 救急医療体制について

小児科も産婦人科も手弁当で対応されており、大変であるとの印象を受けた。

4. 女医会から

医師不足の解消に、女性医師が働きやすい環境を急いで作って欲しい。

1割が手書きのレセプトで、レセプトオンライン化に反対である。

10. 大阪府医師会

医学協会の臨床研究に関する倫理指針の改正について

山本（哲）副会長

来年の4月1日より施行される。（厚生労働省医政局通達）

1. 臨床研究機関の長は他の医療機関が設置した倫理審査委員会に審議を依頼できる。
2. 倫理審査委員会の手順書の作成、委員名簿、会議記録の公表をする。
3. 被験者の健康被害に対する補償のための保険加入の義務と被験者に補償内容の説明を行う
4. 重篤な有害事象が発生したときの対応とその手順書を作成し、責任者の名前も明記すること。

11. 大阪市包括支援センターにおける老人機能訓練推進事業の問題点

三橋参与

大阪市の特定高齢者施策の中で生活機能評価を実施し特定高齢者を決定する。次に各区地域包括支援センターでケアプランを作成し、この特定高齢者に対し要支援、要介護にならないように通所型の介護予防事業を行う。これがこの推進事業の概要である。

これに柔整師会が「おげんきクラブ」と称して、柔整師を機能訓練指導員として参加させるため契約を結んだのではないかと問題提起があった。健康保険では柔整師は本来外傷のみしか扱うことができないはずなのにこういう機能訓練は可能なのかとの疑問が多くの会員から寄せられた。

大阪市の担当部署に問い合わせたところ、柔整師会との契約は提携していないとのことであった。しかし、介護保険法ではOT、PT、ST、看護職員、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有するものであればこの機能訓練は行うことができると明記されており、違法ではなく、手を挙げた整骨院と個別に契約を行っているとのこと。

藤野 JCOA 理事長に問い合わせたところ、長野

県や愛知県でも多くの整骨院でこの介護予防事業の機能訓練が行われており、予防的にすることであるから医療行為とはいえないとの見解であった。

堺市でも社団からの申し出があったが、3年の契約期間の途中であったことや健康保険との二重請求の危惧があるために断ったことが西川先生から紹介された。また介護予防における機能訓練の評価には、医師による実効性のあるチェック機構を作成する必要があるとの意見が述べられた。

この事業の採算は難しいが、整形外科医が積極的に参加すべきとの意見があった。

最後に、黒田会長からの提案で OCOA 内にワーキンググループをつくり検討することになった。

12. 平成20年度研修会の報告（9月～11月）

栗本会長代行

第197回研修会（H20・9・20）

全日空ホテル16:00より（第一・三共株式会社）

出席249名

司 会：三浦 光也理事

受付担当：田上 実男理事・中川 浩彰理事

①「交通・労災事故受傷後に発生した手足のしびれの臨床」

座長：藤本 啓治理事

関西医大整形外科准教授 斉藤 貴徳

N (7, 8)

②「骨軟部腫瘍の画像診断」

座長：西川 正治理事

岡山大学病院整形外科教授 尾崎 敏文

N (5)

第198回研修会（H20・10・18）

ウェスティン16:00より（帝人）

出席210名

司 会：藤田 秀隆理事

受付担当：永田 行男理事・野々村 淳理事

①「整形外科領域の歩行障害に対するリハビリテーションー特に装具の活用について」

座長：増田 博理事

大阪市大リハビリ科講師 隅谷 政

N (13)、RE (運動器リハ)、リハ医学、府医

②「新世紀の骨折治療学 ～技術革新と温故知新～」

座長：北野 継式理事

星ヶ丘厚生年金病院 整形外科部長

中瀬 尚長

N (2, 11)、府医

第199回研修会 (H20・11・15)

(ザ・リッツカールトン大阪)16:00より(久光)

出席311名

司 会：増田 博理事

受付担当：福井宏有理事・藤本 啓治理事

①「小児骨折の診断と治療戦略」

座長：金田 隆義理事

済生会和歌山病院副院長 松崎交作

N (2, 3)

②「肩腱板断裂の最新治療の動向－高齢者のスポーツ活動をサポートするために－」

座長：藤田 秀隆理事

済生会吹田病院副院長 黒川正夫

N (9, 13)

(以上文責：今井)

13. 平成20年度第1回JCOA無床診WG委員会

矢倉理事

9月23日(火) 品川プリンスホテル

1) 各委員の照会

2) 委員長選出：矢倉先生選出される。

3) 担当理事の挨拶：消炎鎮痛処置の今後は点数が上がる可能性は低く将来はなくなる可能性もある。無床診の将来はデイサージェリー、ペインクリニック、運動器リハビリテーション、介護等の特殊性が必要となるであろうとのこと。

4) 理事長諮問事項の検討：要望事項の整理
無床診WGの要望事項

①特定疾患療養管理料の対象疾患の拡大

②慢性疼痛疾患管理料の存続

③消炎鎮痛処置の存続

④ギプス管理料新設

⑤運動機能(運動器不安定症)管理料新設

⑥テーピングの適用拡大

⑦関節内注射と関節穿刺を同点数に

⑧同日での複数カ所へのトリガーポイント算定

⑨関節液検査新設

⑩爪甲穿刺新設

⑪セラピストのいない医院での医師がした機能訓練の保険点数の新設
以上11項目を要望事項とした。

5) その他：無床診全国会議を来年度検討することとした。

14. 平成20年度JCOA保険審査委員会議

前中副会長

9月6日(土) 品川プリンスホテル

1) JCOA保険審査委員の投票結果

・関節穿刺後のヒアルロン酸の注入は何で算定するか

各種意見あり、東京では関節穿刺で全て認めている。

・創傷処置における副木固定およびその包交の際大人と子供での面積の違いでの請求の違いは、大人と子供を区別せずが多数

等保険審査に関する審査委員のアンケート結果が報告された。

2) 平成20年度診療報酬改定の概要とりハピリテーションの改定について

厚生労働省 保険局 医療課 堀岡伸彦氏

外来リハビリが介護へ移行すること、平成22年度維持期リハビリが議論されること、短時間リハビリが検討されていること等の説明があった。

15. 平成20年度全国整形外科保険審査委員会議

前中副会長

9月7日(土) 品川プリンスホテル

1) 審査委員の投票結果

・外来管理加算を月8回以上算定している場合

単月審査上は問題にしない 56%

施設内の傾向を見て問い合わせる 36%

・夜間早朝加算の算定で疾患名、算定数を考慮するか

考慮しない 65%

疾患名は考慮しないが回数が多い場合は問い合わせる 26%

等保険審査に関する審査委員のアンケート結果が報告された。

2) 保険診療の課題

学習院大学経済学部教授 遠藤久夫氏（中央社会保険協議会会長）による講演があった。

16. 平成20年度第4回理事会 前中副会長

10月26日（日） ロイヤルパークホテル

1. 通常代議員会、総会、県代表者会議開催時期

会計年度3月末閉め経理上5月開催日設定、同日で全会議実施の方向とする。代議員会旅費約300万円が毎年要す（現在は選挙年度の隔年のみ）

費用の件 経理委員会で再検討する。

方向性に特に異論なし。

2. 法人化について

中間法人が検討された時、会費に課税される話があり見送りとなった経緯があるが今回公益法人法、認定法（12月1日から）が施行され状況が変化。

メリットデメリットの説明あり。

社会的信頼性増大、助成金を受けやすくなる。

収益事業（社会福祉会計）には課税される。

従来あいまい

適正な支出計上で赤字、小幅の利益では税額は許容内

新たな法人を作り、従来のJCOAは解散とし、

税務の遡及税額追徴を避けることが出来る。

総会制、代議員制にするか定款の検討が必要。

法人化に向けて継続審議とする。法人化

反対意見なし。

3. 社会保険等検討委員会アドバイザーとして

医療システム委員会アドバイザーとして

病院WGアドバイザーとして

中四国 角南 義文 了解

4. 団法人日本理学療法士会との懇談会報告

PT数急増の問題の共通認識

協会としてPTの開業権を求めていること

訪問リハセンターは開業権を求める動きではないこと

PT、OTあわせて毎年2万人の新規参入が見込まれることの問題意識共有

整形外科開業医にPTが集まらない理由は脳血管リハに多くの資金人材が吸収されて

いる現状のため将来脳血管リハ、運動器リハの点数の均等化を目指すこと

5. 理事長発言

1) 12月医療経営委員会

次期改定の要望項目の提出指示

JCOAの要望を決定する。

2) 4年後JOA理事長候補

JCOAとして公開質問状を候補に出しその回答でJCOAとしての推薦を決める

3) 短時間リハはほぼ決定。来年の介護保険改定で姿が見える。

4) 慢性疼痛疾患管理科がなくなる方向

17. 平成20年度第3回JCOA医療システム委員会

澤田理事

平成20年10月16日（日） 東京

6月1日の朝日新聞の記事に対する読者の投稿に接骨院の不正は追求すべきと言う意見や、接骨院に保険での治療を慢性疾患にも適応してほしいと言う意見が掲載されている。また、他の記事では接骨院と歯科医の不正請求の問題を取り上げているが、レセプトの審査に関するについては歯科のみについて書かれているためこれからも注意して見てゆく必要がある。接骨院が無料送迎をしていると言う記事には不適切な表現があり抗議文を送付した。

18. 全国柔整審査委員会懇談会

澤田理事

平成20年10月16日（日） 東京

下記2題の講演が行われた。

講演1. 社会保障の行方と柔道整復療養費の位置付け

慶応大学経済学部准教授 土居丈朗

10月23日社会保障国民会議において医療需要ごとに細かく医療費を推計したところ今までの見通しとは変わってきているため、小泉内閣以降の医療費抑制から方向転換になる可能性がある。しかし、統計データとして柔道整復療養費は正確に処理されていない。

講演2. 柔整問題はなぜマスコミで騒ぎにならないか

コラムニスト 勝谷誠彦

メディアが動く理由があるかによる。

19. 平成20年度第3回広報・渉外委員会

澤田理事

平成20年11月1日（土） 日整会4階会議室

インターネットでの検索で腰痛・肩凝りでも日整会のホームページが上位に出ないので改善するように考えている。

運動器機能不全（ロコモ）は国民の健康を損ねる要因としてメタボ、認知症と並んで重要な3大要因であり、ロコモの多くが整形外科医による適切なメディカルチェックをうけないまま代替医療などを受けており危険な状況であるため、政府にロコモが重要な3大要因の一つであることをアピールし、ロコモ予防には整形外科医によるメディカルチェックが必須であることを国民に広く理解していただくようにしたい。

20. 平成20年度第3回JCOA学術研修委員会議事録

長谷川理事

平成20年11月24日（月） 品川プリンスホテル

1. 査読委員会

【報告事項】

- 1) 査読委員の委嘱：group A；当委員会メンバーと前委員－19名、group B：講師

名簿から承諾を得た委員35名の計54名。

- 2) 査読方法：論文1編につき、group A、Bより1名ずつ、2名にて査読をおこなう。

- 3) 判定方法（前年度と変わらず）

判定A：事務局にて受理。

判定B：著者に訂正を求め、訂正された論文は事務局にて受理。

判定C：著者に訂正を求め、査読委員が訂正を確認する。

判定D：掲載を断るもの。

- 4) 今年度より査読委員の独立性をはかる（2名の査読委員はお互いを知ることはない）。

2名のうち1名でも「判定D」の論文は当委員会の審査とする（現時点では0件）

- 5) 今年度は編集委員会の要望により、査読の際の「チェックシート」を作成し、各査読委員に配布した。

- 6) 査読状況

投稿論文は71編あり、うち投稿規定に沿わない17編に訂正を求めた。

17編中14編訂正後に再提出あり、受理した。

- 7) 論文割り当て

group A：3－5編／1委員、group B：1－2編／1委員を割り当てした。

【確認事項】

- 1) 今後、毎年のJCOA学術集會事務局が投稿論文を回収し、論文の体裁等を確認し、投稿規定を著しく逸脱した論文を不受理とし、著者に返却し、期限を決めて不備な部分の訂正を求める。投稿規定に沿った論文と訂正後の論文を学術研修委員会（査読）に送る。
- 2) 論文として投稿された「委員会報告」等をどうするか。→投稿規定に沿った論文を「一般論文」とし、臨床的に重要ではあるが投稿規定に沿わない委員会報告等の論文は「その他の論文」として分類する。
- 3) 本年の査読により、査読委員全員が査読を経験したこと、またgroup A、Bの査読数平準化のため、次年度より1論文2査読委員

体制を堅持するが、査読委員のgroup A、Bのグループ分けは廃止する。

- 4) 査読委員への感謝状の送付：今年度、査読委員54名全員が多忙にもかかわらず、快く、査読していただいた。是非、理事長名にて感謝状をお願いしたい。

(理事会検討事項)

- 5) 次年度より論文投稿料は無料、別刷については従来通り有料とする(今年度は30部までは無料)。(理事会検討事項)。
6) 投稿論文を1行文字数の決まりはないか。
→A4版大用紙に1行40字×25行を1枚とする
「日臨整誌No.32 92号(2007)：146頁」。

2. 日本臨床整形外科学会学術研究助成(案)

- 1) 研究体制：個人もしくは共同研究とし、共同研究については主任研究者をJCOA学会員とし、共同研究者については規定しない。
2) 助成金は1件につき年額100万円以下とし、研究年限は2年を超えない。
3) 件数については予算状況を考慮して決定する。
4) 研究課題(助成の対象)：運動器に関する医学的研究および調査に関するもの。
5) 研究者は年度ごとに研究報告をしなければならない。
6) 研究終了後、研究者は速やかに研究終了報告、JCOA学会での発表、学会誌への投稿を行う。
7) 申請に対しては、当委員会が選考および審査し、理事会が助成の最終決定を行う。
8) 今後、申請書、報告書、助成金交付要綱等を早急に作成する。

3. 学術賞および学会功労賞の選考(理事会検討事項)

- 1) 学術賞：申請のあった石黒隆先生(神奈川)について業績等を審査の結果、日本臨床整形外科学会学術賞に該当すると当委員会にて判断した。
2) 学会功労賞：清水完次朗先生(千葉)、吉田元久(神奈川)、木村弘(青森)の3名を慎重に審査した結果、JCOA活動歴、お

よび地域功労賞の受賞の有無等から、当委員会としては清水完次朗先生(千葉)を学会功労賞候補者に決定した。

- 3) 表彰は総会で行うか(参加者が少ないことへの危惧)(理事会検討事項)。

4. 第22回日本臨床整形外科学会学術集会(えひめ)平成21年の進捗状況

・会期：平成21年7月19日(日)・20日(月)：海の日

・会場：愛媛県県民文化会館(ひめぎんホール)(愛媛県松山市)

・会長：今川俊一郎

・特別講演：

「前足部変形の診断と治療」愛媛大学大

学院 医学系研究科運動器学 教授 山本晴康

・セミナー：

- 1) 「整形外科スポーツ医学の実践－予防と教育」

東京大学大学院身体教育学教授 武藤芳照

- 2) 「中高年の肩関節疾患の診かたと治療－五十肩と腱板断裂を中心に」

船橋整形外科スポーツ医学センター 菅谷啓之

- 3) 「上腕骨近位端骨折の保存治療－下垂位での早期運動療法について」

石黒整形外科 石黒隆

- 4) 「関節リウマチの最新治療と病・診連携－生物製剤が登場した今」

松山赤十字病院リウマチ科 山田一人

- 5) 「進歩するマイクロージャリによる再建外科－指・四肢・頭部顔面を中心に」

愛媛県立中央病院形成外科 小林一夫

- 6) 「整形外科と漢方」

鎌野整形外科 鎌野俊彦

- 7) 「膝関節スポーツ外傷の病態と治療」

島根大学医学部整形外科教授 内尾祐司

・パネルディスカッション：

- 1) 「腰部脊柱管狭窄症の治療」
- 2) 「学校運動器検診の実践と課題」
- 3) 「変形膝関節症の治療」

・主題：

- 1) スポーツ外傷
- 2) デイ・サージャリー
- 3) 骨折に対する保存療法
- 4) リウマチ類縁疾患
- 5) 整形外科領域の感染症、及び感染症対策
- 6) 慢性疾患に対する装具療法
- 7) 整形外科疾患に対するリハビリテーション
- 8) レセプトオンライン化、フィルムレスへの対策
- 9) 整形外科と介護保険
- 10) 交通事故診療
- 11) 整形外科の危機管理、ナースの立場から

・演題募集：

- 1) 2009年1月5日(月)～2月28日(土)
- 2) 演題申込方法：「演題名」「演者名」「所属」「抄録(800字以内)」を下記HPから応募。
学会URL
<http://www1.ehime.med.or.jp/22jcoa/index.htm>

・準備状況：

- 1) PR活動
 - ・整形外科関係の商業雑誌、学会誌に学会案内の掲載を依頼
 - ・整形外科関連学会にポスター展示を依頼
- 2) 開催前日の7月18日(土)7:00PM頃からECOJA主催で前夜祭セミナーを開催する。講師は杏林大学整形外科 林光俊先生の予定
- 3) パネルディスカッション「学校運動器検診の実践と課題」の演者、指定発言等の選定はJCOA学校保険検討委員会と連絡・協議する。
- 4) JCOAニュース102号(11月発行)に学会のリーフレットを同封する。平成21年1月5日頃、JCOA会員へ学会案内の郵便物

を送付予定。

- 5) 7月19～20日セラピスト資格継続研修会を開催する予定。
- 6) 学会HPは12月中旬より供用可能(今でも閲覧は可能です)。

5. 第83回(平成22年度)日整会パネル・教育研修講演演題案

- 1) パネル案
 - 1 「地域医療における整形外科診療所の役割」
座長 澤田出先生
 - ・「整形外科診療所におけるプライマリ・ケア」
演者
 - ・「整形外科診療所におけるリウマチ治療」
演者 鶴上浩先生
 - ・「整形外科診療所におけるMIS」
演者 麻生邦一先生
 - 2 「整形外科周辺医療問題」
医療システム委員会に依頼
 - 3 「運動器検診体制の現状と未来」
座長 田辺秀樹先生、麻生邦一先生
 - パネリスト
 - ・柴田輝明先生
(埼玉県小学校就学時運動器検診)
 - ・小島隆史先生
(野球肘のエコー診断による運動器検診)
 - ・道振義治先生
(学校医の立場 富山県での運動器検診)
 - ・麻生伸一先生(学校医の立場より)
 - ・立入克敏先生(京都府での運動器検診の現状)
- 指定発言 武藤芳照先生(運動器検診体制の現状と将来のまとめ)
- 2) 教育研修講演演題案
 - 1 「関節リウマチ外来診療における生物学的製剤治療の実際」近藤正一先生
 - 2 「新しい肩関節周囲炎に対するリハビリテーション」筒井廣明先生
 - 3 「運動器リハビリテーションのEBM」北潔先生
 - 4 「医療費と療養費の比較」相原忠彦先生

5 「整形外科のリスクマネジメント」

宇田憲司先生

6. 学会・研修会予定

学 会：平成24（25回）は近畿ブロックにて開催（21年愛媛、22年神奈川、23年長崎）。

研修会：平成23年（38回）関東ブロックに決定（21年佐賀、22年富山）。

7. 日整会研修単位について申し入れ事項（本内委員よりJOA教育研修委員会へ）

単位の申請はN：14必須分野にくわえてR、S、SS、REのうち1つのみ申請可能であったが、R、S、SS、REから2つ申請可としてほしい（例「腰痛のリハビリ」：SS、REとも申請可能である）。

8. 次回委員会は平成21年4月5日（日）合同プログラム委員会

21. 柔整審査委員（社保）交代の件 長田理事

堀木先生、河合先生が辞められ、藤本先生、山口先生が就任されます。

22. 整形外科医政協議会（医政協）に対するOCOAの今後の進め方の報告
黒田会長、阪本副会長、長谷川理事
来年度より整形外科医政協議会の年会費の自動引き落とし制度を開始する。
（申し込みは任意）

◆協議事項

1. 第2回運動器リハ・セラピスト研修会（資格維持）開催について

森本副会長、長谷川理事

日 時：平成21年2月8日（日）

13:00～17:30（4単位・1単位約1時間・一括受講しか認めません）

場 所：西成区民センター（地下鉄四つ橋線・岸里下車・東へすぐ）

受講費：OCOA会員医療機関所属の方は4000円
非OCOA会員医療機関所属の方は6000円

講演の演題・講師は下記の如くです。

（※一括受講しか認めません。全て受講した方しか受講証明書は渡しません。）

講演1：「運動器リハビリのための上肢の機能と解剖」

堀口整形外科医院 堀口泰輔 先生

講演2：「膝関節のリハビリテーション・変形性膝関節症を中心に」

西川クリニック 西川正治 先生

講演3：「股関節周辺疾患のリハビリテーション」
みうらクリニック 三浦光也 先生

講演4：「脊椎のリハビリテーションの実際」
宮内整形外科 宮内晃 先生

上記日時、場所にて開催します。

2. 平成20年度研修会（12月以降）の件

栗本副会長

第200回研修会（20年12月13日）（大阪国際会議場）（16:00より）（萬有）

司 会：宮田 重樹理事

受付担当：藤田 秀隆理事・三浦 光也理事

①「内軟骨性骨形成と骨形成因子（BMP）シグナル」

座長：前中 孝文理事

大阪大学大学院医学系研究科骨・軟骨形成制御学准教授 妻木範行
N（1，4）、府医

②「骨粗鬆症治療薬の選択と安全な使い方」

座長：岩本 斗伸理事

杏林大学整形外科准教授 市村正一
N（4，6）、R、府医

第201回研修会（21年1月24日）（ANAクラウンプラザホテル大阪）（旧全日空ホテル）

（16:30より）（日本臓器）

司 会：宮内 晃理事

受付担当：増田 博理事・森 泰壽理事

①「関節リウマチのLCAP療法」

座長：野々村 淳一理事

高槻赤十字病院整形外科部長 小田 幸作
N（6，1）、R、リウマチ財団、リウマチ学会、府医

- ②「骨軟部腫瘍診断のピットフォール」
座長：右近 良治理事
大阪大学整形外科教授 吉川秀樹
N (5)、府医

第202回研修会 (21年2月21日) (16:00より)
(グランビア) (科研)
司 会：森下 忍理事
受付担当：宮内 晃理事・宮田 重樹理事

- ①「関節リウマチの手術療法 -人工膝関節置換術を中心に-」
座長：山本 哲副会長
大分大学医学部 人工関節学講座
准教授 近藤誠 (s55年神戸大卒)
N (12、6)、R、府医
- ②「糖尿病性足病変 (With/Without PAD) の局所治療の実際」
座長：石橋 伊三郎理事
神戸大学大学院医学系研究科形成外科学准教授 寺師浩人
N (2、6)、府医

第203回研修会 (21年3月14日) (16:00より)
(帝国ホテル) (大塚)
司 会：森 泰壽理事
受付担当：矢倉久義理事・石橋 伊三郎理事

- ①「米国における人工関節術後リハビリテーション」
座長：森本 清一副会長
関西医科大学リハビリテーション科教授
吉田 清和
- ②「腰部脊柱管狭窄症とPADの合併症例に対する治療戦略」
座長：白川 貴浩理事
名古屋大学大学院医学系研究科 整形外科学准教授 松山幸弘先生

第204回研修会 (21年4月11日) 4:30~5:40
大正・富山大阪支店
司 会：前中孝文副会長
受 付：山口康二理事

- ①「骨再生修復医療の今後の展望」
座長：黒田 晃司会長
大阪市立大学大学院医学研究科整形外科
高岡邦夫教授

第205回研修会 (21年5月30日) (グランビア)
16:00より (エーザイ)
司 会：矢倉久義理事
受 付：森下 忍理事 岩本 斗伸理事

- ①「3次元画像と造形技術を駆使した新しい整形外科手術」
座長：北野継式理事
大阪大学整形外科 講師 村瀬 剛
- ②「骨とビスフォスフォネート」
座長：阪本邦雄副会長
大阪大学大学院歯学研究科長 米田俊之

第206回研修会 (21年6月20日) (阪急インターナショナルホテル) 16:00より (小野薬品)
司 会：山口康二理事
受 付：斧出安弘理事 金田隆義理事

- ①「肘関節周辺の諸問題」
座長：石橋伊三郎理事
洛西シミズ病院 副院長洛西シミズ
石津恒彦
- ②「骨粗鬆症の診療について」
座長：長谷川利雄理事
札幌医科大学整形外科教授 山下敏彦

第207回研修会 (21年7月25日) (ANAクラウンプラザホテル大阪) (16:00より) (中外)
司 会：今井秀理事
受 付：古瀬洋一理事 坂口光輝理事

- ①「変形性関節症 up-to-date -その病態解明と治療の最前線-」
座長：小林正之理事
東京大学医学部附属病院 整形外科・脊椎外科 准教授 川口 浩

第208回研修会 (21年8月29日) ウェスティンH (旭化成)

司 会：石橋伊三郎理事
受 付：白川貴浩理事 田上実男理事

- ① 大阪大学大学院医学系研究科
座長：堀木 篤参与
運動器医工学治療学寄附講座
教授 菅野 伸彦
- ② JCOA会長の藤野先生
座長：澤田 出理事

第209回研修会（21年9月26日）（ANAク
ラウンプラザホテル大阪）（16:00より）
（第一三共）

- ① 腫瘍に関するお話
座長：
奈良県立医大整形外科 講師 ほおのきかんや 朴木寛弥
- ② 小児整形外科のお話
座長：
京都府立医大整形外科 准教授 きむ うつちよる 金 侑詰

第210回研修会(21年10月 日)(16:00より)(帝人)

第211回研修会(21年11月14日)(16:00より)(久光)

第212回研修会(21年12月12日)(16:00より)(萬有)

3. 第200回研修会 栗本副会長、宮田理事

第200回研修会(20年12月13日)(大阪国際会
議場)(16:00より)(萬有)

司 会：宮田 重樹理事
受付担当：藤田 秀隆理事・三浦 光也理事

- ① 「軟骨性骨形成と骨形成因子（BMP）シ
グナル」
座長：前中 孝文副会長
大阪大学大学院医学系研究科骨・軟骨形成
制御学准教授 妻木範行
N（1，4）、府医
- ② 『骨粗鬆症治療薬の選択と安全な使い方』
座長：岩本 斗伸理事
杏林大学整形外科准教授 市村正一
N（4，6）、R、府医

情報交換会では記念研修会のため、バンド演奏、
イリュージョンの開催を予定している。

4. 研修会抄録集の発行に関して 黒田会長
研修会抄録集を作成する。500ページ程度にな
る予定。

5. 来年度の本会会報の編集方針について

前野理事
会報については200回記念研修会の内容につい
ても載せる予定。読者に呼び掛けるような特集
を組んでゆきたい。

（以上文責石橋）

平成20年度

第4回大阪臨床整形外科医会理事役員会議事録

日 時：平成21年3月7日（土曜日）

午後3時から6時

場 所：梅田スカイタワーウエスト 22階

スペース36 R会議室

大阪市北区大淀中1-1-88

TEL 06-6440-3933

出 席：38名

青木 誠、天野 敬一、石井 正治、
石橋伊三郎、今井 秀、岩本 斗伸、
岩本 善介、右近 良治、大島 正義、
岸本 成人、栗本 一孝、黒田 晃司、
古瀬 洋一、小林 正之、坂口 光輝、
阪本 邦雄、澤田 出、茂松 茂人、
長谷川利雄、早石 雅宥、福井 宏有、
藤本 啓治、前中 孝文、前野 岳敏、
松矢 浩司、宮田 重樹、森 泰壽、
森下 忍、森本 清一、矢倉久義、山
口 康二、山本 哲

（敬称略）

◆報告事項

1. 第35回、第36回大阪整形外科症例検討会

古瀬理事
(1)第35回（代表世話人：古瀬洋一）

日 時:平成20年7月26日(土)13:00~18:00

議 題:

- 1)新世話人(OCOA)大島正義先生の挨拶
- 2)第36回以降の運営方法について
 - ①勤務医を中心に世話人を増やす
 - ②演題募集は演題名だけにして抄録の提出を省略する
 - ③OCOA会誌への掲載も演題名だけに簡略化する

特別講演:17:00~18:00

「リウマチ患者さんのためのポジティブ・エクササイズで健康長寿」

演 者:神戸学院大学総合リハビリテーション学部長、三木山陽病院副院長
西林保朗先生

- (2)第36回(代表世話人:松田康孝先生 北野病院)

日 時:平成21年2月28日(土)17:00~18:00

特別講演:17:00~18:00

「柔道におけるスポーツ傷害・障害とアスレチックリハビリテーション」

演 者:天理大学体育学部 教授 安田 義先生
OCOA会員の先生方の出席が少ないので、多くの先生方に出席して欲しい。

抄録は不要で演題名だけでいいので、演題も出して欲しい。

2.平成20年度JCOA病院部会全体会議

古瀬理事

日 時:平成21年2月8日(日)

全体会議議題

- 1)病院部会役員、各県代表者名簿
- 2)JCOA病院部会規則
- 3)平成20年度JCOA研修会式次第
- 4)平成20年度病院部会協力費の会計報告
- 5)平成18年度協力費の協力病院一覧表
- 6)平成21年度事業計画案
- 7)平成19年度整形外科医の労働環境調査日整会
- 8)平成22年度診療報酬改定の要望事項
- 9)「JCOA病院部会協力費」のお願い

10)各県代表者、会員からの近況報告

3.第2回運動器リハ・セラピスト研修会(資格継続)の報告

森本副会長

日 時:平成21年2月8日(日)

場 所:西成区民センター

講演1:「運動器リハビリのための上肢の機能と解剖」

堀口整形外科医院 堀口泰輔 先生

講演2:「膝関節のリハビリテーションー変形性膝関節症を中心にー」

西川クリニック 西川正治 先生

講演3:「股関節周辺疾患のリハビリテーション」

みうらクリニック 三浦光也 先生

講演4:「脊椎のリハビリテーションの実際」

宮内整形外科 宮内晃 先生

出務役員:

黒田、森本、森、山本、石橋、大島、栗本、永田、長谷川、岸本、阪本、五島、小林、松矢

受講者数:171名

OCOA会員医療機関所属の方137名

非OCOA会員医療機関所属の方34名

収 支:入金 823,500円 出金 823,427円
余剰金73円

4.平成20年度会員動態(平成21年2月25日現在)

森本副会長

平成20年3月22日

一般会員数	452名
願 問	8名
名誉会員数	14名
計	474名

平成21年2月25日現在

一般会員数	469名
願 問	8名
名誉会員数	14名
計	491名

平成20年3月22日から平成21年2月25日までの入退会

【新入会】

切目 勲(鶴見区)、木下祐介(松原市)、石澤命仁(豊中市)、晋山 武(東大阪市)、村上仁志(旭区)、松木 宏(交野市)、日下昌浩(門真市)、川北浩史(堺市)、橋間 誠(岸和田市)、中塚洋直(旭区)、小石恭之(淀川区)、大成浩征(交野市)、寺本 隆(河内長野市)、宮島茂夫(枚方市)、高尾泰広(豊中市)、太田信彦(港区)、元田忠伸(住之江区)、郡田大宇(淀川区)、大谷 茂(門真市)、白木孝人(枚方市)、松本豊一郎(寝屋川市)、森北育宏(泉南郡)、中山 明(港区)、鈴木英介(平野区)、山本善哉(富田林市)

【退会者】

木下 孟(松原市)、石澤命徳先生(豊中市)、波多野弘次(守口市)、三田 裕(豊中市)、茶之木頼彦先生(淀川区)

【物故者】

高山昌義(平野区)、片平卓夫(北区)、国里宏一郎(茨木市)

5. 平成20年度整形外科医政協議会研修会報告 (H21.2.15) 長谷川理事

- ・短時間デイケアの創設。
- ・維持期リハビリの介護保険への移行。
- ・整形外科外来の通院患者の80%は要支援1、2に相当する。
- ・25名からなる委員会。要望事項をとりまとめる。各科的な要望より、全科に関わることを優先する。
例外：リハビリテーション。
→維持期のリハビリは本来医療給付されるべきなのに、介護保険に移行されようとしている。維持期のリハビリは医療ではないのか。問題視していく。
- ・厚労省の意識変化：「医療費亡国論」から「診療所から病院への財源移行」。
- ・オンライン請求の導入→大混乱→診療報酬制度の簡略化→包括化への加速。

- ・世界に例を見ない速度で、少子高齢化の進む我が国の社会保障制度を、いかに充実させていくかが課題である。
- ・今までで会員から疑義の多かった会計報告が初めて明らかにされた。

質疑応答：相原、藤田先生から日医の柔整問題についての質問。
日医としても認識している。
との回答あり

6. 平成20年度第一回医業経営委員会 矢倉理事 議題：平成22年度診療報酬改定のJCOA要望事項のまとめ

各委員会(8委員会)から提出された、各10項目の要望事項について検討された。

要望事項を検討し、以下の項目に決定された。

重点要望事項(4点)

- 1) 運動機能指導管理料(運動器不安定症指導管理料)の新設: 運動器の専門医が行えば施設基準の有無にかかわらず算定できる整形外科医だけが取れるもの。
- 2) 有床診回復期リハ病室の新設
- 3) 理学療法加算の新設
(リハ前に行う処置としての温熱療法など)
- 4) 周術期看護基本料の新設

その他の要望事項

- ①ギプス包帯管理料
- ②消炎鎮痛処置の複数加算
- ③テーピングを小関節にも適応
- ④再診時の他院からのMRI・CT等の画像読影料
- ⑤四肢局所麻酔料の新設
- ⑥法定医師数の緩和
- ⑦運動器処方料・評価料

7. 第5回JCOA理事会報告 前中副会長

- ・早石雅宥、立入克敏両先生が交替、田辺、浦門両副会長が日整会役員となる
- ・法人化についての報告
一般社団法人の可能性優位が説明された。
このままでもよいのではという意見も有り、継続審議

- ・リハIの施設におけるアンケート結果
無床診療所の運動器リハIの58%がみなしPTである。PT、OTは20%

8. 第6回JCOA理事会報告 前中副会長

- ・会議
研修会が増えて支出増のため会費の値上げの案が出ている。
- ・法人化について
4月総会で情報提供、7月学術総会（愛媛）で臨時総会を開催し法人化を決定することに決した。

9. 第4回医療システム委員会報告

山本哲副会長

- ・医療システム委員会から医療周辺問題に関して抗議JCOAとして大塚整体院（側弯症が治せると広告）に抗議文送付
- ・民主党の柔整に関する姿勢
大島九州男民主党議員は柔整師にX線撮影をと主張している（厚労省はエコーに関してすでに許可している）。ただ民主党次の内閣厚生労働大臣山田雅彦議員から柔整に対し新たな医療行為の導入は考えていないとの公式なコメント（署名 捺印あり）
- ・大阪府後期高齢者医療費
約800億円／月
柔整：18208円／件
医科入院外：19099円／件
歯科入院外：18127円／件
材料費も含んだ金額である 利益を考えると柔整の金額は驚くべきもの
兵庫県からもほぼ同様のデータ提示
- ・日本郵船健保
健康保険法第87条やむを得ないと認めるときに支給により、柔整療養費払いを原則不支給としている。
支給するかどうかの決定は保険者の裁量の範囲。
- ・平成21年11月15日全国柔整審査員懇談会
コラムニスト勝谷誠彦さんをメインに東京で開催予定。大勢で参加してほしい。

10. 平成20年度日整会広報渉外委員会・医療システム委員会合同委員会 山本哲副会長

- ・統合医療の安全性と有効性に関する研究
聖路加国際病院医院長 福井次矢
アンケートを日整会認定脊椎脊髄病医に送付
日整側は許可しておらずアンケートは破棄された
- ・東京カレッジカイロプラクティック、全国療術研究財団
きちっとした対応するか、日整会としても注目して行く

11. 大阪府医会連合代表者会議（単科医会）報告

山本哲副会長

- ・各医会からの代表者会議への参加人数について
複数参加 可 代表権は1人のみ 皮膚科医会は2人参加希望
- ・外来管理加算算定要件の撤廃を求める要望書を大阪府医師会長に手渡す
時間（おおむね5分）要件 カルテ記載要件
- ・レセプトオンライン化問題
地区医師会の92%は反対としているにも関わらず大阪府医師会は？
- ・救急医療市民啓発パンフレット作成
各医会から1名参加でワーキンググループを結成して作成予定
- ・代表幹事の交代
泌尿器科医会岸本武利先生→小児科医会蔭山尚正先生
整形外科医会は平成29年副幹事、平成31年より代表幹事

12. 平成20年度第3回社保等委員会報告

前中副会長

- 担当理事、副理事長の挨拶に続き、今回から参加する新任の葛原先生、五味渕先生及び角南先生の挨拶があった。
また、副理事長からは、第5回「運動器の健康を増進させ健康寿命を延伸させる議員連盟」の会議報告がなされた。
平成21年度介護保険改定及びその対応につ

いて本年4月からの介護保険の改定により、個別短時間通所リハビリ（1時間～2時間）が新設された。これは要介護認定者に個別リハビリを20分間行うことが義務づけられているが、PTのみでなく、みなしPTでも行うことが可能となっている。運動器リハビリ施設認定を受けていれば、みなし指定を受けるため、特別な届け出の必要はない。対象となる患者数は余り多いものとは思われないが、個別短時間通所リハを行う際の算定要件や請求の方法などわかりにくい点がある。この点について、会員に対し広報することとした。

また、介護認定事業者が行っている。要支援者に対する介護予防通所リハビリについても検討した。

13. 12月～2月の研修会 報告 栗本副会長

第200回研修会（20年12月13日）大阪国際会議場（萬有）	出席148名
司 会：宮田 重樹理事	
受付担当：藤田 秀隆理事・三浦 光也理事	

①「内軟骨性骨形成と骨形成因子（BMP）シグナル」

座長：前中 孝文副会長
大阪大学大学院医学系研究科骨・軟骨形成制御学准教授 妻木 範行
N(1,4)、府医

②「骨粗鬆症治療薬の選択と安全な使い方」

座長：岩本 斗伸理事
杏林大学整形外科准教授 市村 正一
N(4,6)、R、府医

第201回研修会（21年1月24日）ANAクラウンプラザホテル大阪（日本機器）	出席214名
司 会：宮内 理事	
受付担当：増田 博理事・森 泰壽理事	

①「関節リウマチのLCAP療法」

座長：野々村 淳一理事
高槻赤十字病院整形外科部長 小田 幸作
N(6,1)、R、リウマチ財団、リウマチ学会、府医

②「骨軟部腫瘍診断のピットフォール」

座長：右近 良治理事
大阪大学整形外科教授 吉川 秀樹
N(5)、府医

第202回研修会（21年2月21日）グランヴィア(科研)	出席244名
司 会：森下 忍理事	
受付担当：宮内 晃理事・宮田 重樹理事	

①「関節リウマチの手術療法—人工膝関節置換術を中心に—」

座長：山本 哲副会長
大分大学医学部、人工関節学講座 准教授 近藤 誠
N(12,6)、R、府医

②「糖尿病性足病変（With/Without PAD）の局所治療の実践」

座長：石橋 伊三郎
神戸大学大学院医学系研究科形成外科学 准教授 寺師 浩人
N(2,6)、府医

14. OCOAホームページ変更の件 黒田会長

間違い、書き換えられていない所が多々あり、インターネット委員会で適時修正を行っていく。（委員長：岸本理事）

現在ホームページに組み込まれている会員とその診療所の地図などのサーバーを閉鎖する。このことは当事者に通知する。

15. 平成21年度の人事 黒田会長

現理事の任期は、本会の会則第14条【役員任期】の（1）により、2年で平成22年3月31日までです。来期は会長交代、役員任期満了となります。

理事の再任は認められており、理事会の決議により改めて引き続き理事に推薦された場合は、よろしく願い申し上げます。

16. 顧問の依頼と名誉会員の予 黒田会長

名誉会員に高岡教授、顧問に次期市大教授中村先生に依頼する。

17. 本会の研修会の200回記念抄録集発行時期
(進行状況) 黒田会長
約900ページ。4月頃の予定。

18. OCOAの各種資料の保存について 黒田会長
歴代の資料が散らばっている。現会長が集めて、
次期会長に渡していくシステムとしていきたい。

19. 会報のCD化保存について 黒田会長
印刷会社ひらたと交渉し、可能という返事を
もらっている。
前野理事、中川理事に担当してもらう。

20. 第22回JCOA愛媛学会への参加要請 黒田会長
多くの先生方に参加していただきたい。
現時点で大阪から3題、全体で158題とのこ
と。盛会が予想されます。

21. 第53回JCOA近畿ブロック会への参加要請
黒田会長
6月13日(土)京都で行われます。多くの
先生方に参加していただきたい。

22. 平成22年度OCOA総会の件 黒田会長
平成22年度OCOA総会は、平成22年4月3
日に全日空クラウンプラザホテルで開催します。
総会後の研修会は、普段の研修会と同様に2
講演を大正富山製薬と共催で開催いたします。
大正製薬の大阪支店(関目)は交通の便が悪
くまた1単位のためか参加者が極端に少ないた
め変更致しました。

23. F-NET利用状況報告 山本哲副会長
エフネットの経費は06年35,000枚831,000円、
07年4,600枚137,000円、08年977枚58,471円
と減少しています。
さらに削減のためにメール登録にご協力ください。

◆協議事項

1. 第35号OCOA会誌の特集企画案 前野理事
特集“臨床整形医が直面する諸問題”企画案

①一人開業医による運動器リハの現状
セラピスト、PT、採用率、施設条件等の問
題点

②大阪市包括支援センターにおける老人機能訓
練推進事業、おげんきくらぶの問題点

③消炎鎮痛処置、外来管理加算、慢性疼痛管理
料等の将来性 無床診 WG

④柔整問題(施術費請求並びに審査方法の問題点)
社保及び国保審査委員に柔整審査の現状を教
えてもらう。

⑤整形外科医政協議会入会促進へのOCOAと
しての今後の進め方
協議会必要性のアピール、OCOA会員への
アンケートを行い入会促進したい。

⑥介護保険を上手に取り入れている施設

2. 3月以降の研修会の予定 栗本副会長

第204回研修会(20年4月11日)4:30~5:40 大正・富山大阪支店 司 会:前中 孝文副会長 受 付:山口 康二理事

①「骨再生修復医療の今後の展望」

座長:黒田 晃司会長

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科

高岡邦夫教授

N(1,4)

第205回研修会(21年5月30日)(ホテルグラン ピニア)16:00より(エーザイ) 司 会:矢倉 久義理事 受 付:森下 忍理事 岩本 斗伸理事

①「3次元画像と造形技術を駆使した新しい整
形外科手術」

座長:北野継式理事

大阪大学大学院医学研究科 器官制御外科学

(整形外科) 講師 村瀬 剛

N(2,10)

②「ビスフォスフォネートと顎骨壊死」

座長:阪本邦雄理事

大阪大学大学院歯学研究科長・歯学部長

大阪大学大学院歯学研究科分子病態口腔科

学教授 米田俊之
N(4,6)、R

第206回研修会(21年6月20日)(阪急インター
ナショナルホテル)16:30より(小野薬品)
司 会:山口 康二理事
受 付:斧出 安弘理事 金田 隆義理事

- ①「肘関節周辺の諸問題」
座長:石橋伊三郎理事
洛西シミズ病院 副院長 石津恒彦
N(2,9)、RE(リハ)、府医
- ②「骨粗鬆症に伴う椎体骨折と腰背部痛」
座長:長谷川利雄理事
札幌医科大学整形外科教授 山下敏彦
N(4,6)、R、府医

第207回研修会(21年7月25日)(ANAクラウ
ンプラザホテル)16:30より(小野薬品)
司 会:今井 秀理事
受 付:古瀬 洋一理事 坂口 光輝理事

- ①「変形性関節症 up-to-date -その病態
解明と治療の最前線-」
座長:小林正之理事
東京大学医学部附属病院整形外科・
脊椎外科准教授 川口 浩
- ②「膝関節内構成体(靭帯、半月板)損傷の診断、
病態、治療そして未来像」
座長:増田 博理事
大阪市立大学医学部整形外科学教室助教
橋本 祐介

第208回研修会(21年8月29日)(ウェスティン
ホテル)(16:00より)(旭化成)
司 会:石橋 伊三郎理事
受 付:白川 貴浩理事 田上 実男理事

- ①「ハイパフォーマンス人工股関節」
座長:堀木 篤参与
大阪大学大学院医学系研究運動器医工学
治療学寄附講座教授 菅野 伸彦
- ② JCOA会長の藤野先生
座長:澤田 出理事

第209回研修会(21年9月26日)(ANAクラウ
ンプラザホテル)(16:30より)(第一三共)
司 会:岩本 斗伸理事
受 付:中川 彰浩理事 永田 行男理事

- ① 腫瘍に関するお話
座長:宮田重樹理事
奈良県立医大整形外科講師 ほおのき かんや 朴木 寛弥
- ②「学童期の股関節疾患」
座長:新理事
京都府立医科大学大学院医学研究科運動
器機能再生外科学(整形外科学教室)
准教授 きび うつちよる 金 郁喆

第210回研修会(21年10月31日)(ウェスティン
ホテル)(16:00より)(帝人)
司 会:斧出 安弘理事
受 付:野々村 淳理事 福井 宏有理事

- ①「RAのお話」
座長:三浦光也理事
近畿大学医学部奈良病院整形外科・
リウマチ科教授 宗四 聡
- ②(候補 市大中村教授)
座長:阪本副会長

第211回研修会(21年11月14日)(ANAクラウ
ンプラザホテル)(17:00より)(久光)
司 会:金田 隆義理事
受 付:藤本 啓治理事 藤田 秀隆理事

- ①「脊椎外科における画像診断のピットフォール」
座長:新理事
京都大学大学院医学研究科 感覚運動系外
科学講座整形外科学准教授 根尾昌志
- ②「整形外科診療におけるインフォームドコン
セントとトラブルシューティング」
座長:中川浩彰理事
日本大学整形外科 准教授 徳橋泰明

第212回研修会(21年12月12日)(ホテルグ
ランビィア)(16:00より)(萬有)
司 会:古瀬 洋一理事
受 付:三浦 光也理事 増田 博理事

第213回研修会（22年1月30日）（ANAクラウンプラザホテル）（16:30より）（日本臓器）

第214回研修会（22年2月20日）（ホテルグランヴィア大阪）（16:00より）（科研）

第215回研修会（22年3月 日）（ ）（16:00より）（大塚）

2. 平成20年度会計報告及び21年度予算案について
阪本副会長

一般会計収支報告 平成20年1月31日現在

収入の部		収入の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥16,308,565	JCOA会費入会金	¥10,746,000
会費収入、JCOA入会金	¥16,595,475	会報作成費	¥2,610,615
会報名簿広告収入	¥775,000	通信費	¥114,590
府医師会助成金	¥400,000	福利厚生費	¥200,000
受け取り利息	¥18,109	出務手当交通費	¥998,000
		事務費	¥172,801
		理事会会議費	¥1,561,376
		ホームページ維持管理費	¥44,100
		慶弔費	¥21,000
		次期繰越金	¥17,628,667
合計	¥34,097,149		¥34,097,149

一般会計財産目録

府医師信用組合定期預金	¥4,749,986
府医師信用組合普通預金	¥10,986,610
りそな銀行深井支店普通預金	¥835,917
現金手許有高	¥1,056,154
合計	¥17,628,667

学術会計収支報告 平成21年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥14,070,703	認定料・申請料	¥149,000
受講料(由岐会、リウマチ財団)		事務費	¥162,279
リウマチ学会、リハビリ、会費	¥4,289,000	JCOA近畿ブロック会議	¥277,081
骨と関節の日協賛金	¥500,000	JCOA学会分担金	¥450,000
JCOA助成金	¥50,000	骨と関節の日	¥950,181
受取利息	¥17,672	OCOA200回記念研修会	¥966,662
		次期繰越金	¥15,972,172
合計	¥18,927,375		¥18,927,375

学術財産目録

府医師信用組合定期預金	¥1,514,479
府医師信用組合普通預金	¥12,052,208
りそな銀行深井支店普通預金	¥1,827,499
現金手許有高	¥577,986
合計	¥15,972,172

21年度一般会計予算案 平成21年1月31日現在

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前記繰越金	¥17,628,667	JCOA会費	¥11,280,000
JCOA会費収入	¥11,280,000	JCOA入会金	¥100,000
JCOA入会金	¥100,000	会報・名簿作成費	¥3,300,000
OCOA会費	¥5,640,000	通信費	¥400,000
会報等広告収入	¥800,000	福利厚生費	¥200,000
府医師会助成	¥400,000	出務手当交通費	¥1,500,000
受取利息	¥10,000	事務費	¥500,000
		理事会会議費	¥1,500,000
		慶弔費	¥100,000
		ホームページ維持管理費	¥50,000
		予備費	¥16,928,667
合計	¥35,858,667		¥35,858,667

21年度学術予算案

収入の部		支出の部	
項目	金額	項目	金額
前期繰越金	¥15,972,172	認定料申請料	¥300,000
受講料 日整会	¥3,500,000	事務費	¥400,000
リウマチ財団	¥300,000	出務手当交通費	¥700,000
リハビリ	¥100,000	会議費	¥500,000
協賛金、助成金	¥600,000	骨と関節の日活動費	¥1,000,000
受取利息	¥15,000	200回記念特集会報代	¥5,000,000
		予備費	¥12,587,172
合計	¥20,487,172		¥20,487,172

4. 平成21年度「骨と関節の日」の行事の件

山本哲副会長

10月17日泉が丘にありますビッグアイを借りて開催の予定です。

講師は斧出安弘理事を予定しています。

5. 新監事承認の件

黒田会長

小松堅吾、服部良治先生から体調不良で監事辞退の申し出がありました。

新監事に長田明参与、早石雅有理事を推薦することに決定しました。

6. 今後の理事会の日程についてのお知らせについて

黒田会長

今後の理事会の日程については、総会後に全理事と参与に今年度1年間の4回の日程を知らせ、以後の連絡はEメールとホームページの理事のページで行います。

7. 新理事承認の件

黒田会長

宮島茂夫先生、堀口泰輔先生が会長より推薦され、了承された。

8. JCOA医政協議会の件 黒田会長
会計担当副会長の阪本副会長を中心として、
OCAO会員に自動引き落としをお願いする。

自動引き落としに応じなかった会員の管理を
宮内理事に補佐してもらって、JCOAに代わっ
て郵便でお願いする。

JCOA医政協議会に代わってOCAOが集金業
務を代行する。

9. OCAO会議等の出務手当について

黒田会長
研修会の受付、司会、座長、その他開催に必
要な理事に出務費を3000円支払う。

近畿ブロック会議に出席される理事と必要と

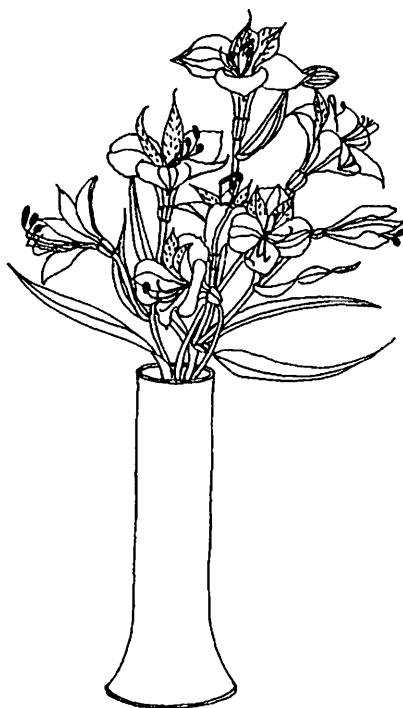
認めた会員に出務費を5000円を支払う。なお
会議のあとに開催される懇親会については、半
額程度を支払う。

10. 講演会の共催申し込みを受けた際の対処

黒田会長
まず会長に申し込みをしてもらい、常任理事
会にて承認を受ける。

11. 今後福利厚生活動について 新田理事

会員の親睦を図るために年2回ゴルフコンペ
を開催しておりますが、参加者が次第に少なくな
っております。たくさんの会員に参加をお願い
します。



新入会員名簿補追

<平成20年3月以降入会>

氏名	医療機関名	医療機関所在地	TEL/FAX
てらもと たかし 寺元 隆	(医)生登会 寺元記念病院	〒586-0017 大阪府河内長野市古野町4-11	TEL 0721-50-1111 FAX 0721-50-1127
もりきた いくひろ 森北育宏	大阪体育大学診療所	〒590-0496 大阪府泉南郡熊取町朝代台1-1	TEL 072-453-8817 FAX 072-453-8976
くさか まさひろ 日下昌浩	くさかクリニック	〒571-0051 門真市向島町3丁目1番	TEL 06-6901-6795 FAX 06-6901-6796
まつもと とよいちろう 松本豊一郎	社団法人 香里ヶ丘有恵会病院	〒573-0046 枚方市宮之下町7-10	TEL 072-853-1181 FAX 072-854-2840
かわきた ひろふみ 川北浩史	(医)浩陽会 川北整形外科	〒590-0138 大阪府堺市南区鴨谷台2-1-5	TEL 072-295-8585 FAX 072-295-8588
まつき ひろし 松木 宏	(医)松木整形外科	〒576-0053 交野市郡津3-11-1	TEL 072-891-8400 FAX 072-893-4767
おおなり ひろゆき 大成浩征	大成整形外科	〒576-0041 交野市私部西1丁目8-1、 京阪交野ビル2F	TEL 072-892-6280 FAX 072-892-0281
みやしま しげお 宮島茂夫	みやしまリウマチ 整形外科クリニック	〒573-0064 枚方市北中振3丁目23-15	TEL 072-837-3100 FAX 072-837-3110
すぎもと みずお 杉本瑞生	緑風会病院	〒547-0034 大阪市平野区背戸口1-18-13	TEL 06-6705-1021 FAX 06-6797-7229
なかやま あきら 中山 明	(医)三愛会 中山整形外科	〒552-0007 大阪市港区弁天4-5-3	TEL 06-6573-9585 FAX 06-6573-9585
こおりた ひろたか 郡田大宇	こおりたひろ 整形形成外科 クリニック	〒532-0004 大阪市淀川区西宮原1-8-24、 新大阪第3ドイビル1F	TEL 06-6151-0055 FAX 06-6151-0056
おおたに しげる 大谷 茂	大谷整形外科 クリニック	〒571-0066 門真市福町20-3	TEL 06-6904-5705 FAX 06-6904-5705
しらき たかひと 白木孝人	向山病院	〒573-1133 枚方市招提元町1-36-6	TEL 072-855-1246 FAX 072-868-7887

氏名	医療機関名	医療機関所在地	TEL/FAX
おた のぶひこ 太田信彦	太田整形外科 クリニック	〒552-0007 大阪市港区弁天1-3-3、 クロスシティ2F	TEL 06-6576-1800 FAX 06-6576-1880
こいし やすゆき 小石恭之	(医)桂寿会桂寿病院	〒532-0031 大阪市淀川区加島2-4-8	TEL 06-6309-3581 FAX 06-6308-2801
むらかみ ひとし 村上仁志	(医)村上整形外科	〒535-0002 大阪市旭区大宮4丁目9-35	TEL 06-6953-8577 FAX 06-6954-2988
たかお やすひろ 高尾泰広	(医)高尾医院	〒561-0824 豊中市大島町2丁目2-22	TEL 06-6334-0288 FAX 06-6334-7123
もとだ ただのぶ 元田忠伸	もとだ整形外科 クリニック	〒559-0017 大阪市住之江区加賀屋 1丁目14-22	TEL 06-6224-3000 FAX 06-6224-3515
なかつか ひろただ 中塚洋直	整形外科なかつか クリニック	〒535-0003 大阪市旭区中宮3-17-25、 コモドガーデン山1F	TEL 06-6956-7707 FAX 06-6115-7705
はしま まこと 橋間 誠	(医)橋間診療所	〒596-0004 岸和田市荒木町1丁目12-1	TEL 072-443-7172 FAX 072-447-6311
すずき えいすけ 鈴木英介	整形外科すずき クリニック	〒547-0012 大阪市平野区長吉六反3-5-2	TEL 06-6790-3031 FAX 06-6790-3039
やまもと ぜんや 山本善哉	やまもと 整形外科医院	〒584-0013 富田林市桜井町1-1-10	TEL 0721-20-0173 FAX 0721-20-0174
こんどう としのり 建道寿教	こんどう整形外科 クリニック	〒558-0014 大阪市住吉区我孫子1-5-26	TEL 06-6690-5353 FAX 06-6690-5333
たなか とみや 田中富弥	田中整形外科	〒547-0001 大阪市平野区加美北5-10-52	TEL 06-6794-6660 FAX 06-6794-6690
たが いちろう 多賀一郎	多賀整形外科 クリニック	〒561-0801 豊中市曾根西町2-2-7	TEL 06-6845-1321 FAX 06-6845-1324

・注：住所、電話番号等の変更はOCA事務局までお知らせ下さい。

(平成21年5月現在)

編集後記

今回、会報にはじめて柔整の審査委員をされている先生方の原稿が載せられた。今までまわりから大阪の審査は甘いと云われ続けてきた。担当者は一生懸命審査しているが、審査しても何ら改善されることなく、空しい気持ちになることが多かった。その先生方の声を直に聞いていただく機会を前野先生が与えてくださった。是非その声をO C O Aの会員の皆さんに聞いていただければと思っている。それとは別の話であるが、国保審査では大阪府国保課を通し、繰

り返し留意事項通知書を送ったにも拘らず無視してきた施術所をやっと調査することが出来るようになった。今までは全く出来なかったことなのでひとつ前進と考える。これも我慢強く審査にあつたっておられる方々の成果の一つである。

(広報担当理事・副会長 山本 哲記)



昨年度、第21回JCOA学会が7月に、福井、第35回JCOA研修会が10月に、岡山で開催されました。私も岡山の研修会に参加いたしました。今回の研修会の前夜祭は老舗料亭の荒手茶寮で行われ、他府県の先生方も楽しく談笑させていただきました。次の日は、大原美術館への観光コースに参加いたしました。今回、初めてJCOAの研修会に参加しましたが、研修会は、実は、観光会ではないのかなあと心の中でウキウキと感じたのは、私一人だけでしょうか。

さて、今後の整形外科医療に関して、今回の教育研修会での厚生労働省老健局の鈴木健参先生による講演があり、厚生労働省の方針として、「急性期リハビリは医療保険、維持期リハビリは介護保険」、さらに医療機関が参入しうる介護サービスである「短時間型のデイケア」が取り上げられており、今後、我々整形外科医も積極的に介護保険に係わっていくべきだと考えられます。また、この件に関して長谷川先生も書いて

おられるように、我々が容易に様々な介護保険に参入できるようにする為には、今後、ますます、整形外科医政協議会の活躍が大切です。先日の整医協ニュースの整医協報告でも、厚労省、国会議員陳情、日医、等の出務の報告がされていました。特に、厚労省への出務の回数の多さには、驚きました。我々、一人では、何も出来ません。また、お互い愚痴をこぼしあっても、前には一歩も進みません。日医、厚労省さらには国会議員に、我々整形外科医の実情、希望を伝え、彼らを動かす為には、我々自身で、整形外科医政協議会自体をもっと大きな組織にしなければなりません。今後も整形外科医政協議会に自動振込みも含めまして、御協力の程よろしくお願い致します。

(広報担当理事・副会長 阪本邦雄記)



丹羽権平先生の“整形内科医の囁言”は、とても参考になりかつ整形外科を50年もしていても尚新しいことに気付き、患者さんが良くなることを求め続けられている姿勢に感服いたしました。

先生の仰るように外来のみの整形外科医は、手術と柔整（マッサージ）の狭間にあるので、運動器保存療法のスペシャリストにならなけれ

ばなりません。それは、きちっと診断した上での適切な投薬及びブロック注射、ギプス、テーピング、疾患のメカニズムを熟知した上での生活指導、理学療法、装具処方、それから巧みなトークだと思えます。



丹羽先生の仰るとおり、湿布貼ってホイ電気だけでは患者さんも納得しないと思います。

先日知り合った（私が整形外科医であると知らない）男性が、腰痛で整形外科を受診したがレントゲンの結果、変形を指摘された上、“これは仕方がない”と言われ、痛み止めをもらったがそれ以外何もしてくれず、痛み止めなんかもらってもしゃあないから、接骨院に行って整体してもらって楽になった、と整形外科に不満げな感じであった。

現実に厚生労働省の思惑によって病院では、手術症例以外には興味を持たず、「（あなたは手術するほど悪くないから当院に来なくても）大丈夫です。」と言ってNSAIDのみを処方する

ところが増え、診療所でも、NSAIDと電気、牽引しかしていない所も多いのが現状です。

理学療法即柔整の技術としてレベルの低い治療術と考えられている先生方が多いようですが、有用な技も多く、理学療法士はその技を持っています。理学療法士がいない医療機関では、医師自ら理学療法をマスターし実践して、患者さんの信頼を得ていく時代になってきていると思います。

整形外科の知恵で理学療法を活用し次なる武器として精度を上げ、そして柔整の技術を遥かに越える理学療法を行い、国民の信頼を得ていくべき時期に来ていると思います。

（広報担当理事 宮田重樹記）

先日、OCOAの研修会200回記念の立派な抄録集をいただきました。先人の先生方の立派な抄録を見るに付け、OCOAの歴史とその伝統を感じております。（この抄録集を自らまとめ上げられた、黒田晃司OCOA会長には、敬意を表します。）今春、私が所属していた大阪市立大学整形外科教室（今は、大阪市立大学医学研究科 整形外科という名前になっています）の教授選があり、中村博亮先生が新教授になりました。それは、大変めでたいことなのですが、私にとっては、初めて自分より若い先生

が教授になられたわけです。自分が歳を取ったことを実感しました。開業してOCOAの一員にしていたでいて、もうすでに9年。これから、OCOAの抄録集に名前が残るような仕事はできないと思いますが、微力ながらOCOAの発展に少しでも貢献できたらと思っています。



（広報担当理事 斧出安弘記）

この春の時期はずれな時に、パンデミックインフルエンザ到来ということで、平成21年5月下旬にはマスクの流行とともに患者さんが来院されず、院内には閑古鳥がなくというこの時期にはめずらしいことが起こりました。そして今回確実に解ったことは、この国の危機管理はともにお粗末で、場当たり主義で、何ら計画性を持っていないという惨憺たる結果でした。もし秋以降に本格的なインフルエンザが流行すれば・・・、自衛策が必要のようです。

来年4月以降には、レセプトオンライン化が義務付けられてしまったようです、我々下々の

医師会員はオンライン化は延期されたのだと信じていたのに、どうも日医が厚生労働省に押し切られてしまったらしいです。何か狐に騙されたようで、それでは私たちはどうすれば良いのか、地区医師会はもとより、大阪府医師会も判断がつかかねているようです。



唯一希望が持てそうなのが、遅くとも9月までには、衆議院の解散総選挙が行われるということなので、戦後自民党1党独裁政治を続けて

きた、もしくは続けることを許容してきたとても気の長い日本人が政権与党を民主党に変えれば、もしかしたならば、この秋以降政界が劇的に変化を起し、オンライン化は阻止され、医療費

抑制策が解除されるようなことが起これば良いのになと思う今日この頃です。

(広報担当理事 中川浩彰記)

内外の食品偽装や不適切な医療行為などが世間を賑わしていました。政治家は政党助成金が配られているのに、さらに不正なお金を要求している。それが明らかになると、検察の陰謀だという。要は違法行為をしたかどうかであり、他にもしている人がいるからどうか・・・という問題ではないと思うのですが。庶民はスピード違反で捕まった時、他にもしているからと、ごねる人はそうはいないと思いますが。こんな人たちが国の方向性を決めているのかと思うと情けないことです。誰でも立候補できるといっても、ある程度の政治家としての専門的な教育なり資格は必要だと思えます。

長方形が書けない小学生のいる国、国のために努力された方達を敬うことを避ける国民、知識・モラル・社会システム等、この国は本当に大丈夫なのでしょうか。

5月の連休は高速道路が普段の2倍に混雑したそうです。そのためCO2の排出は増加したそうです。新型（豚）インフルエンザ問題に対して、専門的知識がない厚労大臣が市民感情だけで、ワクチン製造や発熱者の診察制限を

する医療機関に非難を浴びせるのは怖いことです。取り巻きの専門家は何をしているのでしょうか。裁判員制度にも疑問を感じます。複雑な法律を一般市民に「理解しなさい！」と言われても困ります。

裁判官に市民感情が理解できないと言うなら、裁判官がもっと社会常識を得るように努力すべきであり、それを一般市民に振るのは本末転倒でしょう。いずれ医者も一般市民の感情を理解していないからと言われ、市民参加が義務付けられるのでしょうか・・・。一般市民にすべてを理解させるなどということは無理であり、そのような教育もしてきていないのですから。運動器の専門家としての整形外科の役割は何か、専門家として自覚し、行動し、そのことを社会にしっかりとアピールして（理解していただけるように）いかなければいけない時代になったのでしょうか。そんな気がする今日この頃です。

(広報担当理事 永田行男記)

今年もはや半分が終わろうとしており、ありきたりではありますが、年々月日の経過が早くなっていくような気がします。今回の会報校正には、柔整問題の部分が含まれていましたが、担当の先生方が平日頃、義憤を感じつつストレスを発散できないまま御苦勞をされていることを感じ取れました。この問題は、日本の政治行政制度の悪しき部分の縮図のようでもあります。

我々のとるべき道は、これが自分らの利権のためではなく、国民のためであることを根気よく訴え、義を唱えていかねばなりません。なんか「天地人」みたいになってきました。この問題になると、つい熱くなってしまいます。

(広報担当理事 藤田秀隆記)

せみの声も騒がしい季節となりました。この春より柔整の審査委員を拝命してつきに1度の審査会に出席させていただいております。すごい量の請求書の山、よくこんなに通えるなという日数、3部位、4部位の書類の多さ、症状名と受傷機転のパターン化、見ているとだんだん視力が落ちてくるのがわかります。でも少しでも保険財政の悪化の防止の力となればと力を振り絞っております。一部の社会保険組合の対応には拍手ものもありこれがきっかけになって全国的に進めばよいなと思っております。さてこの本が届くころ（7月22日）に日本で46年ぶりの皆既日食が見ることが出来ます。皆既日食

は屋久島から奄美大島までと狭い場所ですが、大阪でも最大80%をこえる食が見られます。仕事の合間にぜひ足元の木漏れ日を見ていただければ小さな三日月型になっているのがわかると思います。地上の点（レセプトの）ばかり見ているだけでなく、天井からの贈り物の点（日食）に少しの時間でも心休めてみたいものです。ちなみに大阪では食の最大時は11時5分ごろです。

（広報担当理事 山口康二記）



去年はOCAO創立30周年記念特集号を刊行致しました。その号の編集後記で、私は“30にして立つ”という古い諺をあげ、これからのOCAOの一層の発展を期待致しました。しかし我々臨床整形外科医の前には多くの課題が立ちだかっております。それらの問題に詳しくふさわしい先生方に原稿をお願いして、『臨床整形外科医会が直面する諸問題』として特集を組んでみました。

運動器リハの問題は広さの設置条件やセラピスト等の人の問題があり、全国での採用率は50%前後と言われています。大阪ではそれ以下のように思われます。又介護保険が今後、整形とのかかわりが深くなり、整形外科医も指導的立場になるべきと考えられますが、行政の方はその認識が不足しているようです。

消炎鎮痛処理についても、再診料に含まれる可能性があるとの事で、前途多難の様です。柔整の審査は審査委員の先生方が云われているように、このままでは良いはずはありません。最

近、健保組合の方も柔整の施術料の請求に対して身構え始めたようです。整形外科医政協議会へのOCAO会員の入会率も最近のJCOAのデータによっても22.6%（平成21年3月31日現在）と非常に低い部類に含まれております。その医政協議会の認識を高めるために企画したアンケートの回答率もかんばしくありません。目的ある医政協議会ですから会員の先生方は理解を深め御協力していただきたいと思えます。

プライドある医師491名の団体ですから色々な意見があっても当然ですが、このOCAOそのものが、何故に存在するのか、どちらに向いていこうとしているのか、日本の現在の国政の混沌の二の舞にならぬように祈るのみです。

（広報担当理事 前野岳敏記）



大阪臨床整形外科医会会報 第 35 号

平成 21 年 7 月 25 日発行

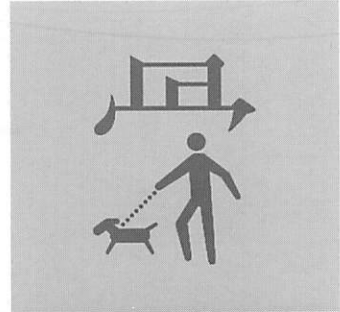
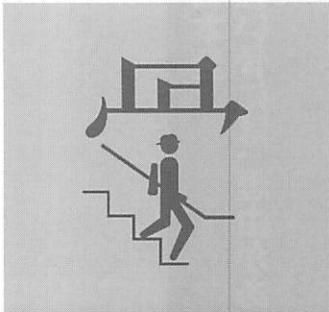
発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒590-0012 堺市堺区浅香山町1-3-30
黒田整形外科クリニック内
TEL 072-228-3213
FAX 072-228-1983

編集者 黒田晃司・山本哲
阪本邦雄・宮田重樹
斧出安弘・中川浩彰
山口康二・永田行男
藤田秀隆・前野岳敏

印刷 株式会社 ひらた
〒538-0043 大阪市鶴見区今津南2-6-3
TEL 06-6962-7271 (代)
FAX 06-6962-2571

笑顔で毎日、
いきいきライフ。

旭化成ファーマ



禁忌 (次の患者には投与しないこと)
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

骨粗鬆症における疼痛

【用法・用量】

通常、成人には1回エルカトニンとして20エルカトニン単位を週1回筋内注射する。

【使用上の注意】 (一部抜粋)

1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 発疹 (紅斑、膨疹等) 等の過敏症状を起こしやすい体質の患者
- (2) 気管支喘息又はその既往歴のある患者 [喘息発作を誘発するおそれがある。]

2. 重要な基本的注意

- (1) 本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究班」の診断基準 (骨量減少の有無、骨折の有無、腰痛の有無などの総合による) 等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立し、疼痛がみられる患者を対象とすること。本剤の投与は、6ヵ月間を目安とし、漫然と投与しないこと。 [「臨床成績」の項参照]
- (2) 本剤はポリペプチド製剤であり、ショックを起こすことがあるので、アレルギー既往歴、薬物過敏症等について十分な問診を行うこと。
- (3) ラットに1年間大量皮下投与した慢性毒性試験において、下垂体腫瘍の発生頻度の増加がみられたとの報告があるので、長期にわたり漫然と投与しないこと。 [「9. その他の注意」の項参照]

3. 相互作用

併用注意 (併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ビスホスホン酸塩系骨吸収抑制剤 パミドロン酸二ナトリウム水和物等	血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。 高度の低カルシウム血症があらわれた場合には投与を中止し、注射用カルシウム剤の投与等適切な処置を行うこと。	両剤のカルシウム低下作用により、血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。

4. 副作用

承認時までの調査及び市販後の使用成績調査等における総症例22,478

例中、887例 (3.95%) に副作用 (臨床検査値の異常を含む) が報告された。その主なものは、悪心183件 (0.81%)、顔面潮紅175件 (0.78%)、ALT (GPT) 上昇63件 (0.28%)、AST (GOT) 上昇61件 (0.27%) 等であった。(エルカトニン注20S再審査終了時)

(1) 重大な副作用

- 1) ショック、アナフィラキシー様症状 (頻度不明) ショック、アナフィラキシー様症状を起こすことがあるので、観察を十分に行い、血圧低下、気分不良、全身発赤、荨麻疹、呼吸困難、咽頭浮腫等の症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2) テタニー (頻度不明) 低カルシウム血症性テタニーを誘発することがあるので、症状があらわれた場合には投与を中止し、注射用カルシウム剤の投与等適切な処置を行うこと。
- 3) 喘息発作 (0.1%未満) 喘息発作を誘発することがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。 [「1. 慎重投与」の (2) の項参照]
- 4) 肝機能障害、黄疸 (頻度不明) AST (GOT)、ALT (GPT)、ALPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

■ 上記以外の使用上の注意等、詳細については製品添付文書をご参照下さい。禁忌を含む使用上の注意の改訂に十分ご留意下さい。

骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

エルカトニン®注20S
エルカトニン®注20S ディスポ
Elicitonin® Inj. 20S Elicitonin® Inj. 20S Dispo

劇薬、指定医薬品、処方せん医薬品※ (エルカトニン注射液)

※注意—医師等の処方せんにより使用すること

製造販売元 (資料請求先)

旭化成ファーマ株式会社

医薬学術部：〒101-8101 東京都千代田区神田神保町一丁目105番地

URL <http://www.asahi-kasei.co.jp/iyaku/>

H20.12

日本発。
強い骨には、理由がある。



骨粗鬆症治療剤(ミノドロン酸水和物錠)

薬価基準取載

ボノテオ錠1mg

創薬、近方せん医薬品
(注意—医師等の近方せんにより使用すること)

Bonoteo®



【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

- (1) 食道狭窄又はアカラシア(食道弛緩不能症)等の食道通過を遅延させる障害のある患者
- (2) 服用時に上体を30分以上起こしていることのできない患者
- (3) 本剤の成分あるいは他のビスホスホネート系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- (4) 低カルシウム血症の患者
- (5) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人

【効能・効果】骨粗鬆症

＜効能・効果に関連する使用上の注意＞

(1) 本剤の適用にあたっては、日本骨代謝学会の診断基準等を参考に、骨粗鬆症との診断が確定している患者を対象とすること。(2) 男性患者での安全性及び有効性は確立していない。

【用法・用量】 通常、成人にはミノドロン酸水和物として1mgを1日1回、起床時に十分量(約180mL)の水(又はぬるま湯)とともに経口投与する。なお、服用後少なくとも30分は横にならず、飲食(水を除く)並びに他の薬剤の経口摂取も避けること。

＜用法・用量に関連する使用上の注意＞

投与にあたっては次の点を患者に指導すること。(1) 本剤は水(又はぬるま湯)で服用すること。水以外の飲料(Ca、Mg等の含量の特に高いミネラルウォーターを含む)、食物及び他の薬剤と一緒に服用すると、吸収を妨げることがあるので、起床後、最初の飲食前に服用し、かつ服用後少なくとも30分は水以外の飲食を避ける。(2) 食道及び局所への副作用の可能性を低下させるため、速やかに胃内へと到達させることが重要である。服用に際しては、以下の事項に注意すること。1) 口腔咽頭刺激の可能性があるため、本剤を噛んだり又は口中で溶かしたりしないこと。2) 十分量(約180mL)の水(又はぬるま湯)とともに服用し、服用後30分は横たわらないこと。3) 就寝時又は起床前に服用しないこと。

【使用上の注意】(抜粋)

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

(1) 嚥下困難、食道炎、胃炎、十二指腸炎、又は潰瘍等の上部消化管障害がある患者 (2) 重篤な腎障害のある患者

2. 重要な基本的注意

(1) 上部消化管に関する副作用が報告されているので、これらの症状があらわれた場合は、本剤の服用を中止して診察を受けるよう指導すること。(2) 骨粗鬆症の発症にエストロゲン欠乏、加齢以外の要因が関与していることもあるので、治療に際してはこのような要因を考慮する必要がある。(3) 患者の食事によるカルシウム、ビタミンDの摂取が不十分な場合は、カルシウム又はビタミンDを補給すること。ただし、カルシウム

補給剤及びカルシウム、アルミニウム、マグネシウム含有製剤は、本剤の吸収を妨げることがあるので、服用時刻を変えて服用させること。(4) ビスホスホネート系薬剤による治療を受けている患者において、顎骨壊死・顎骨骨髄炎があらわれることがある。報告された症例のほとんどが抜歯等の歯科処置や局所感染に関連して発現しており、また、静脈内投与された痛患者がほとんどであったが、経口投与された骨粗鬆症患者等においても報告されている。リスク因子としては、悪性腫瘍、化学療法、コルチコステロイド治療、放射線療法、口腔の不衛生、歯科処置の既往等が知られている。本剤の投与にあたっては、患者に十分な説明を行い、異常が認められた場合には、直ちに歯科・口腔外科に受診するよう注意すること。

3. 相互作用

併用注意(併用に注意すること) 水以外の飲料、食物(特に牛乳や乳製品のような高カルシウム含有飲食物)、多価陽イオン(カルシウム、鉄、マグネシウム、アルミニウム等)含有製剤(ミネラル入りビタミン剤、制酸剤等)

4. 副作用

承認時までの調査における1,108例中206例(18.6%)に副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められた。主なものは胃・腹部不快感35例(3.2%)、腹痛27例(2.4%)、血中カルシウム減少22例(2.0%)及び胃炎15例(1.4%)等であった。(承認時2009年1月)

(1) 重大な副作用

上部消化管障害: 十二指腸潰瘍(0.3%)、胃潰瘍(0.1%)等の上部消化管障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

(2) 重大な副作用(類聚)

1) 低カルシウム血症: 他のビスホスホネート系薬剤において痙攣、テタニー、しびれ、失見当識、QT延長等を伴う低カルシウム血症があらわれるとの報告があるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。2) 肝機能障害、黄疸: 他のビスホスホネート系薬剤において重篤な肝機能障害、黄疸があらわれるとの報告があるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。3) 顎骨壊死・顎骨骨髄炎: 他のビスホスホネート系薬剤において顎骨壊死・顎骨骨髄炎があらわれることが報告されているので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

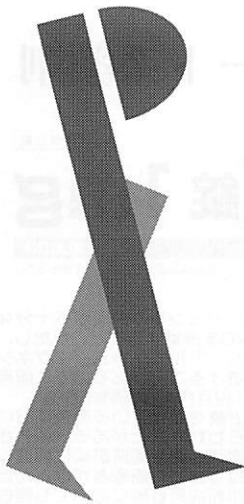
■ 本剤は新医薬品であるため、厚生労働省告示第107号(平成18年3月6日付)に基づき、平成22年3月末日までは、1回14日分を超える投薬は認められていません。

■ その他の使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売 **アステラス製薬株式会社**
東京都板橋区連根3-17-1

【資料請求先】 本社 / 東京都中央区日本橋本町2-3-11

09/4作成.BS.A.01



抗血小板剤

日本薬局方 シロスタゾール錠

プレタール®錠50mg・100mg

Pletaal® tablets 50mg・100mg

薬価基準収載

指定医薬品

抗血小板剤

シロスタゾール散

プレタール®散20%

Pletaal® powder 20%

薬価基準収載

指定医薬品

◇効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



製造販売元

大塚製薬株式会社

東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先

大塚製薬株式会社

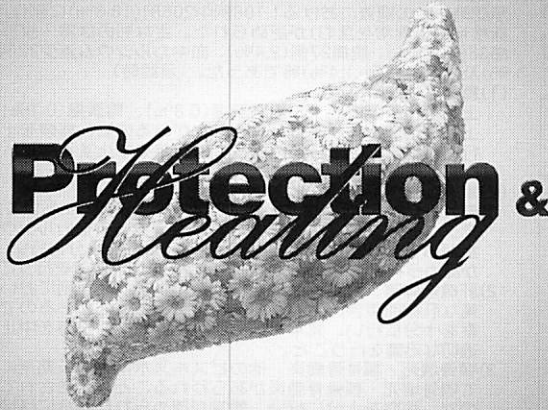
信頼性保証本部 医薬情報センター

〒108-8242 東京都港区港南2-16-4

品川グランドセントラルタワー 13F

（'07.10作成）

薬価基準収載



しっかり守って、きれいに治す。

胃炎・胃潰瘍治療剤

指定医薬品

ムコスタ® 錠100 顆粒20%

Mucosta®

レバミピド製剤



製造販売元

大塚製薬株式会社

東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先

大塚製薬株式会社

信頼性保証本部 医薬情報センター

〒108-8242 東京都港区港南2-16-4

品川グランドセントラルタワー 13F

〔禁忌(次の患者には投与しないこと)〕

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

〔効能・効果〕及び〔用法・用量〕

〔効能・効果〕	〔用法・用量〕
胃潰瘍	通常、成人には1回レバミピドとして100mg(ムコスタ錠100：1錠、ムコスタ顆粒20%：0.5g)を1日3回、朝、夕及び就寝前に経口投与する。
下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期	通常、成人には1回レバミピドとして100mg(ムコスタ錠100：1錠、ムコスタ顆粒20%：0.5g)を1日3回経口投与する。

〔使用上の注意〕—抜粋—

副作用

調査症例10,047例中54例(0.54%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められている。このうち65歳以上の高齢者3,035例では18例(0.59%)に副作用がみられた。副作用発現率、副作用の種類においても高齢者と非高齢者で差は認められなかった。(ムコスタ錠100の承認時及び再審査終了時)

以下の副作用には別途市販後に報告された自発報告を含む。

重大な副作用

1. ショック、アナフィラキシー様症状(頻度不明*)：ショック、アナフィラキシー様症状があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
2. 白血球減少(0.1%未満)、血小板減少(頻度不明*)：白血球減少、血小板減少があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
3. 肝機能障害(0.1%未満)、黄疸(頻度不明*)：AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP、Al-Pの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

*：自発報告において認められた副作用のため頻度不明。

◇その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

（'07.10作成）



新発売

日本発の ビスホスホネート系薬剤

骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

リカルボン錠 1mg

ミノドロン酸水和物錠

RECALBON

劇薬、指定医薬品、処方せん医薬品¹⁾

注) 医師等の処方せんにより使用すること

〔禁忌(次の患者には投与しないこと)〕

- (1) 食道狭窄又はアカラシア(食道弛緩不能症)等の食道通過を遅延させる障害のある患者〔本剤の食道通過が遅延することにより、食道局所における副作用発現の危険性が高くなる。〕
- (2) 服用時に上体を30分以上起こしていることのできない患者
- (3) 本剤の成分あるいは他のビスホスホネート系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- (4) 低カルシウム血症の患者〔血清カルシウム値が低下し低カルシウム血症の症状が悪化するおそれがある。〕
- (5) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照)

■効能・効果

骨粗鬆症

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉

- (1) 本剤の適用にあたっては、日本骨代謝学会の診断基準等を参考に、骨粗鬆症との診断が確定している患者を対象とすること。
- (2) 男性患者での安全性及び有効性は確立していない。

■用法・用量

通常、成人にはミノドロン酸水和物として1mgを1日1回、起床時に十分量(約180mL)の水(又はぬるま湯)とともに経口投与する。なお、服用後少なくとも30分は横にならず、飲食(水を除く)並びに他の薬剤の経口摂取も避けること。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

- 投与にあたっては次の点を患者に指導すること。
- (1) 本剤は水(又はぬるま湯)で服用すること。水以外の飲料(Ca、Mg等の含量の特に高いミネラルウォーターを含む)、食物及び他の薬剤と一緒に服用すると、吸収を妨げることがあるので、起床後、最初の飲食前に服用し、かつ服用後少なくとも30分は水以外の飲食を避ける。
 - (2) 食道及び局所への副作用の可能性を低下させるため、速やかに胃内へと到達させることが重要である。服用に際しては、以下の事項に注意すること。
 - 1) 口腔咽頭刺激の可能性があるので、本剤を噛んだり又は口中で溶かしたりしないこと。
 - 2) 十分量(約180mL)の水(又はぬるま湯)とともに服用し、服用後30分は横たわらないこと。
 - 3) 就寝時又は起床前に服用しないこと。

■使用上の注意(抜粋)

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 - (1) 嚥下困難、食道炎、胃炎、十二指腸炎、又は潰瘍等の上部消化管障害がある患者〔上部消化管粘膜に対し、刺激作用を示すことがあるので基礎疾患を悪化させるおそれがある。〕
 - (2) 重篤な腎障害のある患者〔排泄が遅延するおそれがある。〕
2. 重要な基本的注意
 - (1) 上部消化管に関する副作用が報告されているので、これらの症状があらわれた場合は、本剤の服用を中止して診察を受けるよう指導すること。
 - (2) 骨粗鬆症の発症にエストロゲン欠乏、加齢以外の要因が関与していることもあるので、治療に際してはこのような要因を考慮する必要がある。

- (3) 患者の食事によるカルシウム、ビタミンDの摂取が不十分な場合は、カルシウム又はビタミンDを補給すること。ただし、カルシウム補給剤及びカルシウム、アルミニウム、マグネシウム含有製剤は、本剤の吸収を妨げることがあるので、服用時刻を変えて服用させること。〔相互作用〕の項参照)
- (4) ビスホスホネート系薬剤による治療を受けている患者において、顎骨壊死・顎骨骨髄炎があらわれることがある。報告された症例のほとんどが抜歯等の歯科処置や局所感染に関連して発現しており、また、静脈内投与された癌患者がほとんどであったが、経口投与された骨粗鬆症患者等においても報告されている。リスク因子としては、悪性腫瘍、化学療法、コルチコステロイド治療、放射線療法、口腔の不衛生、歯科処置の既往等が知られている。本剤の投与にあたっては、患者に十分な説明を行い、異常が認められた場合には、直ちに歯科・口腔外科に受診するよう注意すること。

3. 相互作用 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
水以外の飲料、食物 特に牛乳や乳製品のような高カルシウム含有飲料 多価陽イオン(カルシウム、鉄、マグネシウム、アルミニウム等)含有製剤 ミネラル入りビタミン剤、制酸剤等	同時に服用すると本剤の吸収に影響を与えるおそれがあるので、本剤の服用後少なくとも30分は左記の飲食物や薬剤を摂取・服用しないよう、患者を指導すること。	本剤は多価陽イオンと錯体を形成することがあるので、併用すると本剤の吸収を低下させる。

4. 副作用

承認時までの調査における1,108例中206例(18.6%)に副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められた。主なものは胃・腹部不快感35例(3.2%)、腹痛27例(2.4%)、血中カルシウム減少22例(2.0%)及び胃炎15例(1.4%)等であった。(承認時)

(1) 重大な副作用

上部消化管障害 十二指腸潰瘍(0.3%)、胃潰瘍(0.1%)等の上部消化管障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

(2) 重大な副作用(類案)

- 1) 低カルシウム血症 他のビスホスホネート系薬剤において痙攣、テタニー、しびれ、失見当識、QT延長等を伴う低カルシウム血症があらわれるとの報告があるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2) 肝機能障害、黄疸 他のビスホスホネート系薬剤において重篤な肝機能障害、黄疸があらわれるとの報告があるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 3) 顎骨壊死・顎骨骨髄炎 他のビスホスホネート系薬剤において顎骨壊死・顎骨骨髄炎があらわれることが報告されているので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

● その他の使用上の注意等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

● *本剤は新医薬品であるため、厚生労働省告示第97号(平成20年3月19日付)に基づき、2010年3月末日までは、投薬は1回14日分を限度とされています。

(* 2009年3月改訂)

資料請求先

小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

090401



「運動器の10年」世界運動

科研製薬は「運動器の10年」世界運動を推進し、QOLの向上に貢献してまいります。

ヒアルロン酸と関節痛の情報サイト

<http://e-kansetsu.jp/>

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

○変形性膝関節症、肩関節周囲炎

○慢性関節リウマチにおける膝関節痛 (下記(1)~(4)の基準を全て満たす場合に限り) (1)抗リウマチ薬等による治療で全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛のある場合 (2)全身の炎症症状がCRP値として10mg/dL以下の場合 (3)膝関節の症状が軽症から中等症の場合 (4)膝関節のLarsen X線分類がGradeIからGradeIIIの場合

【用法・用量】

○変形性膝関節症、肩関節周囲炎

通常、成人1回1アンプル又は1シリンジ(ヒアルロン酸ナトリウムとして1回25mg)を1週間ごとに連続5回膝関節腔内又は肩関節(肩関節腔、肩峰下滑液包又は上腕二頭筋長頭腱腱鞘)内に投与するが、症状により投与回数を適宜増減する。

○慢性関節リウマチにおける膝関節痛

通常、成人1回2.5mL(1アンプル又は1シリンジ、ヒアルロン酸ナトリウムとして1回25mg)を1週間毎に連続5回膝関節腔内に投与する。

本剤は関節内に投与するので、**厳重な無菌的操作のもとに行うこと。**

【使用上の注意】 — 抜粋 —

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)他の薬剤に対して過敏症の既往歴のある患者 (2)肝障害又はその既往歴のある患者(肝障害の既往歴のある患者においてAST(GOT)、ALT(GPT)異常値例がみられた。) (3)投与関節部に皮膚疾患又は感染のある患者[本剤は関節内に投与するため。]

2. 重要な基本的注意 (1)変形性膝関節症、慢性関節リウマチにおける膝関節痛については、投与関節の炎症又は関節液貯留が著しい場合は、本剤の投与により局所炎症症状の悪化を招くことがあるので、炎症症状を抑えてから本剤を投与することが望ましい。(2)本剤の投与により、ときに局所痛があらわれることがあるので、投与後の局所安静を指示するなどの措置を講ずること。(3)関節腔外に漏れると疼痛を起こすおそれがあるので、関節腔内に確実に投与すること。(4)慢性関節リウマチにおける膝関節痛については以下の点に注意すること。1)本剤による治療は原因療法ではなく局所に対する対症療法であるので抗リウマチ薬等と併用すること。本剤は濃液と連用する薬剤ではない。2)抗リウマチ薬等の治療により全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛がある場合、当該膝関節腔内に投与すること。3)膝関節以外の使用経験はなく、他の関節については有効性・安全性が確立していないため本剤を投与しないこと。4)慢性関節リウマチでは膝関節の器質的変化が高度なものは有効性・安全性が確立していないため本剤を投与しないこと。3. 副作用 総症例9,574例中、副作用が報告されたのは50例(0.52%)73件であった。また、臨床検査値には一定傾向の変動は認められなかった。変形性膝関節症については、

7,845例中にみられた副作用45例(0.57%)68件の主なものは、局所疼痛37件(0.47%)、腫脹14件(0.18%)、関節水腫3件(0.04%)であった。肩関節周囲炎については、1,729例中にみられた副作用5例(0.29%)5件の主なものは、局所疼痛4件(0.23%)であった。(アルツ再審査終了時:承認申請資料及び再審査申請資料)

(1)重大な副作用

ショック:ショック症状(頻度不明^{注1)})があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2)その他の副作用

以下のような症状が認められた場合は適切な処置を行うこと。

分類	頻度 0.1~5%未満	0.1%未満	頻度不明 ^{注1)} 注2)
過敏症 ^{注3)}		蕁麻疹等の発疹、掻痒感	浮腫(顔面、眼瞼等) ^{注1)} 、顔面発赤 ^{注1)}
投与関節	疼痛(主に投与後の過性の疼痛)、腫脹	水腫、発赤、熱感、局所の重さ	関節周囲のしびれ感 ^{注2)}
肝臓			AST(GOT)上昇 ^{注2)} 、ALT(GPT)上昇 ^{注2)} 、ALP上昇 ^{注2)} 、LDH上昇 ^{注2)}
血液			好酸球増多 ^{注2)} 、ヘマトクリット低下 ^{注2)} 、白血球増多 ^{注2)}
その他			嘔気・嘔吐 ^{注1)} 、発熱 ^{注1)} 、倦怠感 ^{注2)} 、蛋白尿 ^{注2)} 、尿沈渣異常 ^{注2)} 、動悸 ^{注2)} 、ほてり ^{注2)} 、総蛋白低下 ^{注2)} 、BUN低下 ^{注2)}

注1)自発報告により認められている副作用のため頻度不明。
注2)慢性関節リウマチにおける膝関節痛適用をもつ頻度により認められている副作用のため頻度不明。
注3)発現した場合は投与を中止し、適切な処置を行うこと。

関節機能改善剤(ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

アルツ[®]関節注25mg

処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

アルツ[®]ディスポ[®]関節注25mg

ブリスター包装内滅菌済

特許登録—日本国特許第3831505号;第3845110号(医療用滅菌包装における滅菌方法)

- その他の使用上の注意等詳細は、添付文書をご参照下さい。
- 薬価基準記載

製造販売元 生化学工業株式会社 東京都千代田区丸の内1丁目6-1

発売元 [資料請求先]

科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込2丁目28-8

(2009年4月作成) 9LSK



使い続けられているブランド
新たな飛躍 ロキソニンテープ



新たな飛躍「ロキソニンテープ」

【禁忌】(次の患者には使用しないこと)

1. 本剤の成分に過敏症の既往歴のある患者
2. アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者
【喘息発作を誘発することがある。】

【効能・効果】下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛 変形性関節症、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

【用法・用量】1日1回、患部に貼付する。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に使用すること) 気管支喘息の患者[病態を悪化させることがある。]
2. 重要な基本的注意 (1)消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。(2)皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染による炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。(3)慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また、患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。
3. 副作用 本剤は、副作用発現頻度が明確となる臨床試験を実施していない。なお、ロキソニンパップ100mgにおいて承認時までに報告された副作用(自他覚症状及び臨床検査値異常)は、安全性評価対象例1,075例中91例(8.5%)であった。その主なものは、そう痒(2.1%)、紅斑(1.5%)、接触性皮

膚炎(1.4%)等の皮膚症状、胃不快感(0.6%)等の消化管症状、ALT(GPT)上昇(0.6%)、AST(GOT)上昇(0.5%)等の臨床検査値異常であった。

	1～3%未満	0.5～1%未満	0.5%未満
皮膚	そう痒 紅斑 接触性皮膚炎 皮疹		
消化器		胃不快感	上腹部痛 下痢・軟便
肝臓		AST(GOT)上昇 ALT(GPT)上昇 γ-GTP上昇	

●その他の使用上の注意等は製品添付文書をご参照ください。


経皮吸収型鎮痛・抗炎症剤 薬価基準収載

ロキソニン[®]

テープ[®]50mg・100mg

指定医薬品 ロキソプロフェンナトリウム水和物貼付剤

製造販売元
 **Daiichi-Sankyo 株式会社**
富山県富山市日俣77-3

販売元(資料請求先)
 **Daiichi-Sankyo 第一三共株式会社**
東京都中央区日本橋本町3-5-1

0807 (0905)



経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤——薬価基準収載
指定医薬品・処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

プロレナル[®]錠5μg

PRORENAL[®] リマプロスト アルファデクス錠

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては添付文書をご参照ください。

製造販売元（資料請求先）

大日本住友製薬株式会社

〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉

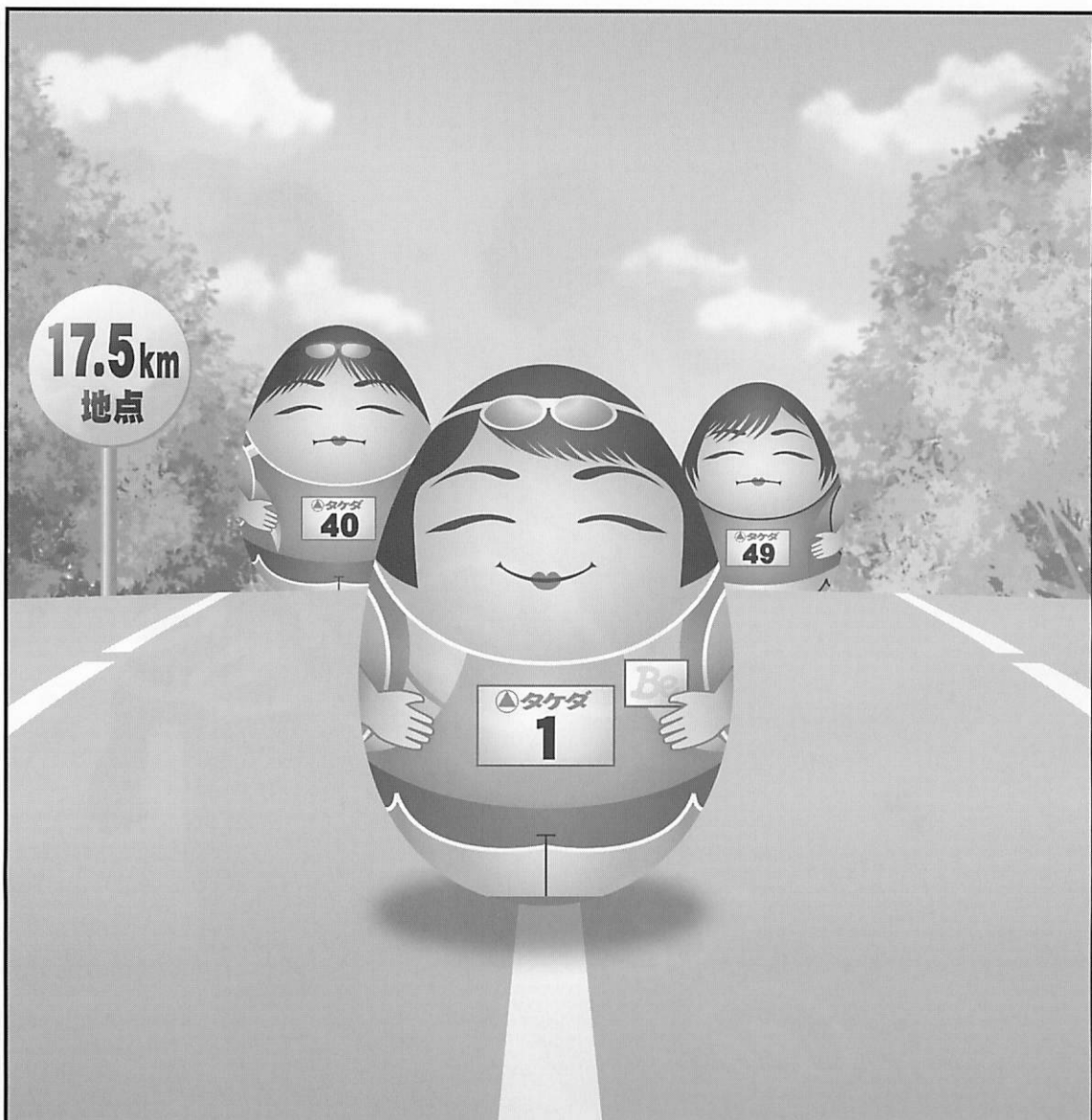
くすり情報センター

☎0120-03-4389

受付時間 / 月～金 9:00～17:30（祝・祭日を除く）

【医療情報サイト】<http://ds-pharma.jp/>

2009.3作成



骨粗鬆症治療剤・骨ページェット病治療剤

ベネット[®]錠 17.5mg

リセドロン酸ナトリウム水和物錠

薬価基準:収載

劇薬・指定医薬品・処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。



(資料請求先)

▲ 武田薬品工業株式会社
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号
<http://www.takeda.co.jp/>

(0902)



抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤

薬価基準収載

レミケード[®]点滴静注用100

REMICADE[®] for I.V. Infusion100

インフリキシマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品 創薬 指定医薬品 処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

■ 効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。



製造販売元(資料請求先)

田辺三菱製薬株式会社

大阪市中央区道修町3-2-10

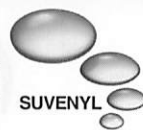
2008年3月作成



関節機能改善剤

指定医薬品、処方せん医薬品^{注)}

薬価基準収載



スベニール[®] ディスポ関節注 25mg
SUVENYL[®] バイアル関節注 25mg

ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液

^{注)} 注意 - 医師等の処方せんにより使用すること。

※「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌」、「使用上の注意」等については最新の添付文書をご参照ください。 <http://www.chugai-pharm.co.jp>

製造販売元



【資料請求先】
中外製薬株式会社
 〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

Roche ロシュグループ

2007.04



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

ボナロン[®]錠 35mg

Bonalon[®] Tablet 35mg <アレンドロン酸ナトリウム水和物錠>
 創薬・指定医薬品・処方せん医薬品(注意-医師等の処方せんにより使用すること)

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元

TEIJIN 帝人ファーマ株式会社

資料請求先：学術情報部
 〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

商標 **BONALON** / Bonalon is the registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

2008年6月作成
 BNW094 (KK) 0806

带状疱疹後神経痛 腰痛症、頸肩腕症候群 肩関節周囲炎、変形性関節症の 長引く痛み、神経因性疼痛に

ナイトロピン錠は、NSAIDsとは異なる鎮痛機序、臨床特性を持ち、難治性疼痛治療薬の一つに位置づけられています。



指定医薬品

下行性疼痛抑制系賦活型
疼痛治療剤(非オピオイド、非シクロオキシゲナーゼ阻害)

ナイトロピン[®]錠4単位

ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液含有製剤

【効能・効果】

带状疱疹後神経痛、
腰痛症、頸肩腕症候群、
肩関節周囲炎、変形性関節症

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉

带状疱疹後神経痛に用いる場合は、带状疱疹発症後6ヵ月以上経過した患者を対象とすること。(带状疱疹発症後6ヵ月未満の患者に対する効果は検証されていない。)

【用法・用量】

通常、成人には1日4錠を朝夕2回に分けて経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

带状疱疹後神経痛に対しては、4週間で効果の認められない場合は漫然と投薬を続けないう注意すること。

使用上の注意(抜粋)

1. 相互作用

併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
麻薬性鎮痛薬 モルヒネ等		ともに鎮痛作用をもつ。
ベンズアゾシン系 鎮痛薬 ベンタゾシン等	動物実験において、鎮痛作用を増強したとの報告がある。	相加ないし相乗的に鎮痛作用を増強する。
三環系抗うつ薬 アミトリプチリン等		ともに鎮痛作用をもつ。
解熱鎮痛消炎薬 インドメタシン等	本剤と同一成分の注射薬で鎮痛作用を増強したとの報告がある。	
マイナー トランキライザー ジアゼパム等	本剤と同一成分の注射薬で鎮痛作用を増強したとの報告があるため、併用薬を減量するなど適切な処置を行うこと。	機序は不明。
バルビツール系 静脈注射用麻酔薬 チオペンタール等	動物実験において、睡眠時間延長作用を認めたとの報告がある。	機序は不明。

詳細は、製品添付文書をご参照ください。

2. 副作用

	0.1~5%未満	0.1%未満
過敏症(注)	発疹	じんま疹、そう痒
消化器	胃部不快感、悪心・嘔気、食欲不振	下痢・軟便、胃痛、口渇、腹部膨満感、便秘、口内炎、胃重感、胃部膨満感、腹痛、放屁過多、消化不良、胸やけ、胃のもたれ感、胃腸障害、嘔吐
精神神経系	—	眠気、めまい・ふらつき、頭痛・頭重感
その他	—	全身倦怠感、浮腫、熱感、動悸、皮膚感覚の異常

(注) 過敏症が発現した場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

禁忌(次の患者には投与しないこと): 本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

日本臓器製薬

〒541-0046 大阪市中央区南船場2丁目1番2号 ☎06-6203-0441

資料請求先: 日本臓器製薬株式会社 学術部

2008年6月作成



骨粗鬆症治療薬

フォサマック[®]錠35mg

Fosamac[®] Tablets 35mg

アレンドロン酸ナトリウム 水和物 錠

創薬・指定医薬品・処方せん医薬品・注意—医師等の処方せんにより使用すること

〈薬価基準収載〉

【禁忌】、【効能・効果】、【用法・用量】、【使用上の注意】等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元【資料請求先】

万有製薬株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
ホームページ <http://www.banyu.co.jp/>

Registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A. 2008年7月作成 07-13-FSM-08-J-A07-J

腰痛症^{*}、 変形性関節症等の改善に!

腰などの大関節部位にピッタリフィット

^{*}筋・筋膜性腰痛症、
変形性脊椎症、椎間板症、腰椎捻挫

- Lサイズ(10×14cm)初めての「腰痛症適応」
 - Lサイズ(10×14cm)初めての「1日1回」
 - 腰等の大関節(広い患部)にピッタリサイズ
 - 副作用 総症例1,156例中副作用が報告されたのは57例(4.93%)であり、発現した副作用は、発疹11件、発赤9件、痒痒感18件、刺激感5件等の接触皮膚炎54件(4.67%)、貼付部の膨疹、動悸、顔面及び手の浮腫各1件(0.09%)などであった。(モーステープ承認時)
- ほかに医師などの自発的報告により、アナフィラキシー様症状、喘息発作の誘発(アスピリン喘息)、光線過敏症の発現が報告されている。
- 重大な副作用として、アナフィラキシー様症状、喘息発作の誘発(アスピリン喘息)、接触皮膚炎、光線過敏症がある。

指定医薬品
経皮鎮痛消炎剤 ケトプロフェン2% (薬価基準収載)

モーステープ[®]L 40mg

【禁忌】(次の患者には使用しないこと)

- (1) 本剤又は本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者
〔「重要な基本的注意」の項(1)参照〕
- (2) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者〔喘息発作を誘発するおそれがある。〕
- (3) チアプロフェン酸、スプロフェン、フェノフィプラート及びオキシベンゾンに対して過敏症の既往歴のある患者〔ケトプロフェンと交叉感作性を有することが知られており、本剤の使用によって過敏症を誘発するおそれがある。〕

【効能・効果】

下記疾患の慢性症状(血行障害、筋痙縮、筋拘縮)を伴う場合の鎮痛・消炎腰痛症(筋・筋膜性腰痛症、変形性脊椎症、椎間板症、腰椎捻挫)、変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎(テニス肘等)

【効能・効果に関連する使用上の注意】

- (1) 局所熱感、腫脹等を伴う急性期には有効性が確認されていないので使用しないこと。
- (2) 本剤の使用により重篤な接触皮膚炎、光線過敏症が発現することがあり、中には重度の全身性発疹に進展する例が報告されているので、疾病の治療上の必要性を十分に検討の上、治療上の有益性が危険性を上回る場合のみ使用すること。

【用法・用量】

1日1回患部に貼付する。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)
 - (1) 気管支喘息のある患者〔アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある。〕
 - (2) 妊娠後期の女性〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照)
2. 重要な基本的注意
 - (1) 本剤又は本剤の成分により過敏症(紅斑、発疹・発赤、腫脹、刺激感、痒痒等を含む)を発現したことがある患者には使用しないこと。
 - (2) 接触皮膚炎又は光線過敏症を発現することがあり、中には重度の全身性発疹に至った症例も報告されているので、使用前に患者に対し次の指導を十分に行うこと。
 - 1) 紫外線曝露の有無にかかわらず、接触皮膚炎を発現することがあるので、発疹・発赤、痒痒感、刺激感等の皮膚症状が認められた場合には、直ちに使用を中止し、患部を遮光し、受診すること。なお、使用後数日を経過して発現する場合があるので、同様に注意すること。
 - 2) 光線過敏症を発現することがあるので、使用中は天候にかかわらず、戸外の活動を避けるとともに、日常の外出時も、本剤貼付部を衣服、サポーター等で遮光すること。なお、白い生地や薄手の服は紫外線を透過させるおそれがあるので、紫外線を透過せにくい色の衣服などを着用すること。また、使用後数日から数カ月を経過して発現することもあるので、使用後も当分の間、同様に注意すること。
 - (3) 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意すること。
 - (4) 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
 - (5) 本剤による治療は対症療法であるので、症状に応じて薬物療法以外の療法も考慮すること。また、投与が長期にわたる場合には患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。

- その他の使用上の注意については添付文書をご参照下さい。
- 「禁忌を含む使用上の注意」の改訂に十分ご留意ください。

2009年4月作成

製造販売元 **久光製薬株式会社** 〒841-0017 鳥栖市田代大野町409

資料請求先: 学術部 〒100-6221 東京都千代田区丸の内1-11-1



完全ヒト型可溶性TNF α /LT α レセプター製剤

薬価基準収載

Enbrel[®]
etanercept

エンブレル[®]皮下注25mgシリンジ0.5mL

ENBREL[®] 25mg Syringe 0.5mL for S.C. Injection エタネルセプト(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品 劇薬 指定医薬品 処方せん医薬品^{注)}

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

【注意】 効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元
Wyeth ワイス株式会社
〒141-0032 東京都品川区大崎1丁目2番2号
<http://www.wyeth.jp/>

販売
武田薬品工業株式会社
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号
<http://www.takeda.co.jp/>

資料請求先：ワイス株式会社 ワイスくすりの情報室 〒141-0032 東京都品川区大崎一丁目2番2号

2008年10月作成

生命をささえる、情報がある。



37億年まえ地球に誕生した生命は、情報というパートナーとの歴史を歩んできました。
人の健康と、医学の進歩を支える精度の高い検査情報。それは英知が生んだ情報、新しいいのちの絆です。
日本医学臨床検査研究所は、最新のコンピューターネットワークを備えた総合ラボを核に、
スピーディに、正確に最前線の医療現場へ検査情報を提供。
ハイレベルな幅広い検査で医療の未来に貢献しています。

N 株式会社 日本医学臨床検査研究所
本社 / 〒613-0046 京都府久世郡久御山町大橋辺 16-10 TEL 075-631-6181(代)

大洋薬品大阪東販売(株)

〒577-0841

東大阪市足代 3 - 1 - 7

TEL (06) 6736 - 4335 FAX (06) 6736 - 4336

ジェネリック医薬品メーカー大洋薬品の医薬品を営業・販売しております。

Kracie

twice or three times a day 選べるやさしさ

Kracie KB-19 小青竜湯 3.0g	Kracie EK-19 小青竜湯 2.0g
Kracie KB-23 当帰芍薬散料 3.0g	Kracie EK-23 当帰芍薬散料 2.0g
Kracie KB-24 加味逍遙散料 3.0g	Kracie EK-24 加味逍遙散料 2.0g
Kracie KB-25 桂枝茯苓丸料 3.0g	Kracie EK-25 桂枝茯苓丸料 2.0g
Kracie KB-41 補中益気湯 3.75g	Kracie EK-41 補中益気湯 2.5g
Kracie KB-62 防風通聖散料 3.75g	Kracie EK-62 防風通聖散料 2.5g
Kracie KB-108 人參養栄湯 3.75g	Kracie EK-108 人參養栄湯 2.5g

スティックで、健やかな暮らしへ

クラシエ 薬品株式会社

[資料請求先] 〒108-8080 東京都港区海岸3-20-20

クラシエ医療用漢方専門ウェブサイト「漢・方・優・美」 <http://www.kampoyubi.jp>

■各製品の「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

2007年7月作成



非ステロイド性鎮痛・抗炎症剤



ハイペン[®]錠 100mg
200mg
Hypen[®]

薬価基準収載

エトドラク製剤

劇薬、指定医薬品

効能・効果、用法・用量
および禁忌を含む使用上の注意等は
添付文書をご覧ください。



日本新薬

製造販売元（資料請求先：学術部）

日本新薬株式会社

〒601-8550

京都市南区吉祥院西ノ庄門口町14

2005年10月作成B5/2

**西洋医学と漢方医学の融合により
患者さんに合った幅広い医療を**

<p>疲れやすくて、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿で時に口渇があるもの 腰痛、下肢痛、しびれに</p> <p style="text-align: center;">107 ツムラ牛車腎気丸 エキス錠粒(医療用) (薬価基準収載)</p>	<p>色白で筋肉軟らかく水ぶたりの体質で疲れやすく、汗が多く、小便不利で下肢に浮腫をきたし、膝関節の腫痛するもの 関節炎、浮腫、肥満症に</p> <p style="text-align: center;">20 ツムラ防己黄耆湯 エキス錠粒(医療用) (薬価基準収載)</p>	<p>関節痛、神経痛に</p> <p style="text-align: center;">18 ツムラ桂枝加朮附湯 エキス錠粒(医療用) (薬価基準収載)</p>
--	--	--

■効能又は効果、用法及び用量、使用上の注意等は、製品添付文書をご参照下さい。



株式会社 **ツムラ**

<http://www.tsumura.co.jp/>

●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。 ☎0120-329-970

(2007年9月制作)

FW-0181 0201 1071 (商)

フルルビプロフェン貼付剤



経皮吸収型鎮痛・消炎剤

薬価基準収載

ZEPOLAS® PAPP 40mg

ゼポラス® パップ® 40mg

指定医薬品 フルルビプロフェン貼付剤

製造販売元

(資料請求先)



三笠製薬株式会社

〒176-8585

東京都練馬区豊玉北2-3-1

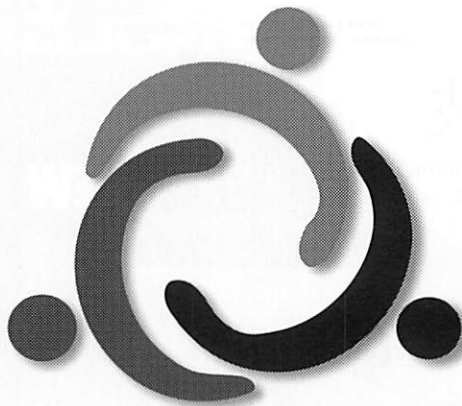
<http://www.mikasaseiyaku.co.jp/>



●「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

2008年8月作成

Santen



Together

抗リウマチ剤

薬価基準収載

抗リウマチ剤

薬価基準収載

抗リウマチ剤

薬価基準収載

指定医薬品、処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

アザルフィジンEN錠500mg

指定医薬品、処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

アザルフィジンEN錠250mg

Azulfidine EN tablets 500mg
Azulfidine EN tablets 250mg

サラズスルファピリジン錠

■（効能・効果）、（用法・用量）、（禁忌を含む使用上の注意）等については、添付文書をご参照下さい。

製造販売元
S 参天製薬株式会社
大塚市東山1-10-10
資料請求先 医薬部 医薬情報室

製造販売元
ファイザー株式会社
東京都港区北沢4-1-22-7

指定医薬品、処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

リマチル錠100mg

指定医薬品、処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

リマチル錠50mg

Rimatil tablets 100mg
Rimatil tablets 50mg

■（効能・効果）、（用法・用量）、（禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意）等については、添付文書をご参照下さい。

製造販売元
S 参天製薬株式会社
大塚市東山1-10-10
資料請求先 医薬部 医薬情報室

指定医薬品、処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

メトレート錠2mg

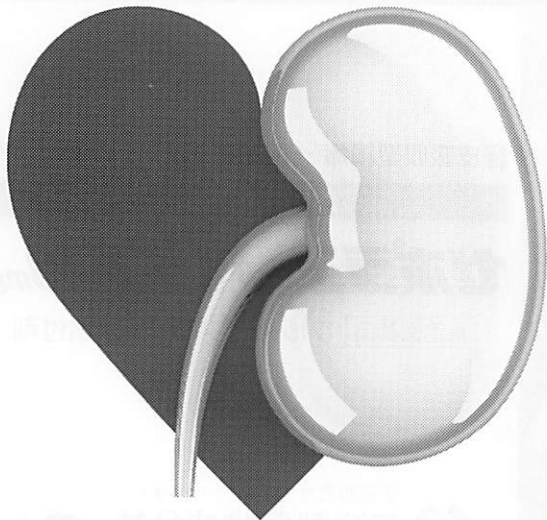
Metolate tablets 2mg

メトトレキサート錠

■（効能・効果）、（用法・用量）、（警告、禁忌を含む使用上の注意）等については、添付文書をご参照下さい。

製造販売元
S 参天製薬株式会社
大塚市東山1-10-10
資料請求先 医薬部 医薬情報室

2008年5月作成
SM110080105



長時間作用型ARB

薬価基準記載

イルベタン錠 100mg / 50mg

イルベサルタン錠
IRBETAN®

指定医薬品、処方せん医薬品^(注1)

注1) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

提携

sanofi aventis



製造販売元【資料請求先】

シオノギ製薬

Metabolic & CV

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045
電話 0120-956-734 (医薬情報センター)
<http://www.shionogi.co.jp/med/>

- 「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」、「使用上の注意」等については添付文書等をご参照下さい。

©: サノフィ・アベンティスグループ登録商標
2009年1月作成

やさしさと、医療を科学する...

MINATO

低周波治療器
登録番号 220AGBZX00083000
管理医療機器 特定保守管理医療機器

低周波治療器

治療効果

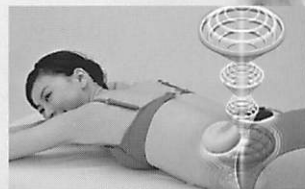
POLARISKINE
PO-3

新感覚波

11,000Hzの中周波領域の治療波により、0.1Hzの超低周波を感じる、
新型ワイドレンジ治療器の誕生です。

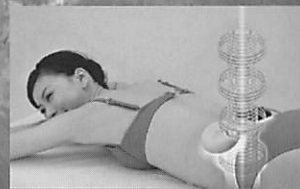


■ スーパータイダルモード (PAT.P)



2極の導子で治療を行うモードです。力強い刺激のタイダル波と心地よい刺激のウェーブ波を合わせた治療波で、今までに無い新しい治療感覚を得ることができます。治療後の残存感が最も長く持続するモードです。

■ パルスタイダルモード



スーパータイダル同様、2極で治療を行うモードです。うねりのような心地よい刺激の中に、たたくような強い刺激感をミックスしました。通電時の痛み、不快感の少ない治療が行えます。



ミナト医科学株式会社 URL <http://www.minato-med.co.jp/>

本社 / 〒532-0025 大阪府大阪市淀川区新北野3丁目13番11号 TEL 06(6303)7161 FAX 06(6303)9765
営業所 / 札幌・仙台・浦和・船橋・東京・多摩・横浜・新潟・金沢・静岡・名古屋・三岐・京都・南大阪・大阪・神戸・広島・高松
北九州・福岡・熊本・鹿児島

MINATO MEDICAL SCIENCE CO.,LTD.

ÄLCARE

Innovative Solutions for
Best Care

自由な長さで幅広く使える フリーカットスプリント

オルソペディックケアソリューション

ライトスプリント・FC

水硬性ファイバーグラススプリント・LIGHT SPLINT-FC

作業効率を向上

硬化のロスを軽減

快適な装着感



一般医療機器/医療機器許可番号:13B1X00207

アルケア株式会社

〒130-0013 東京都墨田区錦糸1-2-1 アルカセントラル19階
TEL.03-5611-7800(代表) FAX.03-5611-7825 <http://www.alcare.co.jp>

東京営業所 TEL.03-5638-8161

札幌営業所 TEL.011-261-1721

北陸営業所 TEL.076-243-5602

広島営業所 TEL.082-831-8777

首都圏東営業所 TEL.048-834-5614

仙台営業所 TEL.022-715-2733

大阪営業所 TEL.06-6337-2985

福岡営業所 TEL.092-441-8372

首都圏西営業所 TEL.045-472-7511

名古屋営業所 TEL.052-222-3860

INTERNATIONAL SALES DIVISION TEL.81-3-5611-7819

■アルケア医工学研究所 ■千葉工場 ■オストメイトサービスセンター

SHOUEI

義肢装具・車椅子・各種杖

大阪府指定

株式会社 松栄製作所

義肢装具士

代表取締役 松 本 道 幸

〒589-0002 大阪狭山市東野中5丁目469-1
TEL (072) 367-0002
FAX (072) 367-7602

義肢装具士が痛みを和らげます

大高ブレース

[大高 茂隆]

☎576-0016 交野市星田2-2-29-4

☎072-894-3511 [FAX] 072-894-3511

Sales Point

医師の指示のもとに、義肢装具士が専門の知識と技術で、あなたの患部にフィットしたコルセットやサポーターを製作し、痛みを緩和します。

NICHIKO

声をカタチに。

VOICE

薬剤の飲みやすさや服用精度、利便性や安全性を考慮することで、患者様や医療現場に貢献したい、そんな思いを込めて皆様のご要望にお応えしていきます。

2009年5月追加収載品

広範囲経口抗酸薬類	【高橋浩幸収載】
レボフロキサシド錠100mg 「日医工」 細粒10%「日医工」	
レボフロキサシド水和物錠剤	【高橋浩幸収載】
前立腺癌治療剤	【高橋浩幸収載】
ピカルタミド錠80mg 「日医工」	
ピカルタミド錠	【高橋浩幸収載】
設計・腎排泄型ACE阻害剤	【高橋浩幸収載】
デモカプリル塩酸塩錠1mg 「日医工」 2mg 「日医工」 4mg 「日医工」	
デモカプリル塩酸塩錠	【高橋浩幸収載】
高経血圧治療剤	【高橋浩幸収載】
フェノフィブラート錠67mg 「日医工」 100mg 「日医工」	
製剤化フェノフィブラート錠	【高橋浩幸収載】
カルバペネム系抗生物質	【高橋浩幸収載】
メロペネム点滴静注用0.25g 「日医工」 0.5g 「日医工」	
注射用メロペネム	【高橋浩幸収載】

※：注意-医師等の処方せんにより使用すること
効能-効果、用法-用量、禁忌(薬剤相互作用を含む)、使用上の注意等については添付文書をご覧ください。

お客様サポートセンター
受付時間 平日
9:00-17:00 ☎(0120)517-215

日医工株式会社
NICHIKO 富山市 越前輪1丁目6番21
<http://www.nichiko.co.jp>

2009年6月作成

エーザイ販売の主な

販売開始年

※販売提携品

運動器疾患に対する 治療薬・診断薬

薬価基準収載

検体検査実施料収載

2007

創薬
処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
骨粗鬆症治療剤／骨ページェット病治療剤

アクトネル錠17.5mg
〈リセドロン酸ナトリウム水和物錠〉

低カルボキシル化オステオカルシニンキット
血清中低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)測定用医薬品

ピコルミ ucOC※
〈電気化学発光免疫測定法〉

2002

創薬
処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
骨粗鬆症治療剤

アクトネル錠2.5mg
〈リセドロン酸ナトリウム水和物錠〉

2000

創薬
鎮痛・抗炎症・解熱剤

ロキソプロフェン錠60mg「EMEC」※
〈ロキソプロフェンナトリウム水和物錠〉

抗ガラクトース欠損免疫グロブリンG抗体キット
血清中抗ガラクトース欠損IgG抗体測定用医薬品

ピコルミ CA・RF※
〈電気化学発光免疫測定法〉

1999

経皮吸収型鎮痛消炎剤

フェルビナクテープ70mg「EMEC」※
〈フェルビナク貼付剤〉

1995

骨粗鬆症治療用ビタミンK₂剤

グラケーカプセル15mg
〈メナテレン製剤〉

1994

創薬
処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
組織活性型鎮痛・抗炎症剤

インブリー-Sカプセル200mg
〈インドメタシン ファルネシル製剤〉

1991

創薬
処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
組織活性型鎮痛・抗炎症剤

インブリーカプセル100mg
〈インドメタシン ファルネシル製剤〉

1984

末梢性神経障害治療剤

メチコバル錠250μg
細粒0.1%
〈メコバラミン製剤〉

処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
末梢性神経障害治療剤

メチコバル注射液500μg
〈メコバラミン製剤〉

1983

処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
筋緊張改善剤

ミオナール錠50mg
顆粒10%
〈エベリソン塩酸塩製剤〉

●効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

1981

末梢性神経障害治療剤

メチコバル錠500μg
〈メコバラミン製剤〉

エーザイは、「運動器の10年」活動のパートナーとして運動を推進してまいります。



エーザイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10
http://www.eisai.co.jp

商品情報お問い合わせ先：エーザイ株式会社 お客様ホットライン
☎0120-419-497 9～18時(土、日、祝日 9～17時)
MO0903-1 2009年3月作成