



大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



第29号

平成15年7月



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 / 4mg

ロルノキシカム製剤

薬価基準収載

【禁忌（次の患者には投与しないこと）】

1. 消化性潰瘍のある患者（ただし、「慎重投与」の項参照）
2. 重篤な血液の異常のある患者
3. 重篤な肝障害のある患者
4. 重篤な腎障害のある患者
5. 重篤な心機能不全のある患者
6. 重篤な高血圧症のある患者
7. 本剤の成分に対して過敏症のある患者
8. アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発）又はその既往歴のある患者
9. 妊娠末期の婦人

【効能・効果、用法・用量】

効能・効果	用法・用量
○下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛 慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、頸肩腕症候群、肩関節周囲炎	通常、成人にはロルノキシカムとして1回4mgを1日3回食後に経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日18mgを限度とする。
○手術後、外傷後及び抜歯後の消炎・鎮痛	通常、成人にはロルノキシカムとして1回8mgを頓用する。ただし、1回量は8mgまで、1日量は24mgまで、投与期間は3日までを限度とする。また、空腹時の投与は避けることが望ましい。

用法・用量に関連する使用上の注意 手術後、外傷後及び抜歯後の消炎・鎮痛に用いる場合、1回8mg、1日24mg及び3日間を超えて、投与された経験はなく、安全性は確立されていないので、用法・用量を遵守すること。

【使用上の注意】

1. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）

- (1) 消化性潰瘍の既往歴のある患者〔消化性潰瘍を再発させることがある〕
- (2) 非ステロイド性消炎鎮痛剤の長期投与による消化性潰瘍のある患者で、本剤の長期投与が必要であり、かつミソプロストールによる治療が行われている患者〔ミソプロストールは非ステロイド性消炎鎮痛剤により生じた消化性潰瘍を効能・効果としているが、ミソプロストールによる治療に抵抗性を示す消化性潰瘍もあるため、本剤を継続投与する場合には、十分経過を観察し、慎重に投与すること。〕
- (3) 血液の異常又はその既往歴のある患者〔ヘモグロビン減少、赤血球減少、白血球減少、血小板減少が報告されているため、血液の異常を悪化あるいは再発させるおそれがある〕
- (4) 肝障害又はその既往歴のある患者〔肝機能異常が報告されているため、肝障害を悪化あるいは再発させることがある〕
- (5) 腎障害又はその既往歴のある患者〔腎障害を悪化あるいは再発させることがある〕
- (6) 心機能障害のある患者〔心機能障害を悪化させるおそれがある〕
- (7) 高血圧症のある患者〔血圧上昇が報告されているため、血圧をさらに上昇させるおそれがある〕
- (8) 過敏症の既往歴のある患者
- (9) 気管支喘息の患者〔喘息発作を誘発させるおそれがある〕
- (10) 高齢者〔「重要な基本的注意」及び「高齢者への投与」の項参照〕
- (11) 小児等〔「重要な基本的注意」及び「小児等への投与」の項参照〕

2. 重要な基本的注意

- (1) 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。
- (2) 慢性疾患（慢性関節リウマチ、変形性関節症等）に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。
 - 1) 長期投与する場合には定期的に臨床検査（尿検査、血液検査及び肝機能検査等）を行うこと。また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切な措置を講ずること。
 - 2) 薬物療法以外の療法も考慮すること。
- (3) 急性疾患に対し本剤を用いる場合には、次の事項を考慮すること。
 - 1) 急性炎症及び疼痛の程度を考慮し、投与すること。
 - 2) 原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。
 - 3) 原因療法があればこれを行うこと。
- (4) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。
- (5) 感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染症を合併している患者に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分行い慎重に投与すること。
- (6) 他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。
- (7) 高齢者及び小児等には副作用の発現に特に注意し、必要最小限の使用にとどめるなど慎重に投与すること。

3. 相互作用

本剤は、主として肝代謝酵素CYP2C9で代謝される。〔薬物動態〕の項参照

併用注意（併用に注意すること）

ジゴキシン、クマリン系抗凝薬〔ワルファリン等〕、スルホニル尿素系血糖降下剤〔トルブタミド等〕、リチウム製剤〔炭酸リチウム〕、メトトレキサート製剤〔メトトレキサート〕、チアジド系利尿薬〔ヒドロクロロチアジド等〕、アンジオテンシン変換酵素阻害剤〔エナラプリル等〕

4. 副作用

国内において総症例2,017例中282例（14.0%）392件の副作用が認められた。消化器系の副作用は191例（9.5%）に認められ、その主なものは、腹痛94件、腹部不快感37件、嘔気31件であった。肝臓系の副作用（肝機能異常、肝機能検査異常）は17例（0.8%）に認められた。その他の主な副作用としては、発疹24件であった。〔承認時〕

(1) 重大な副作用

- 1) **消化性潰瘍（穿孔を伴うことがある）**: 消化性潰瘍（0.4%）があらわれることがあり、穿孔に至る場合もある（頻度不明）ので、観察を十分に行い、異常（腹痛、嘔吐、吐血・下血等を伴う胃腸出血）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（頻度不明）**: AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTP、ALP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。
- 3) **ショック、アナフィラキシー様症状（いずれも頻度不明）**: 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（尊麻疹、潮紅、浮腫、呼吸困難、血圧低下等）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) 重大な副作用（類薬）

他のオキシカム系消炎鎮痛剤で、以下のような副作用があらわれるとの報告がある。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。

- 1) 再生不良性貧血、無顆粒球症、骨髄機能抑制
- 2) 急性腎不全、ネフロローゼ症候群
- 3) 皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson症候群）、中毒性表皮壊死症（Lyell症候群）

※詳細につきましては製品添付文書をご参照ください。

販売元【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

製造元
大正製薬株式会社
〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1

整形外科 — 浪速の先覚者 島津 晃 先生



「我が師 島津 晃先生」

堺市 斧出 安弘

「看護婦さーん、患者はん逃げたでー!!」昭和50年川崎医大の整形外科の診察室から、廊下に飛び出して来られた。私が、初めて島津教授とお目にかかった瞬間でした。私は、その時、川崎医科大学の一年生でした。その後、大阪市立大学整形外科教室の教授として、お戻りになられましたので、私は、直接島津教授の講義を拝聴したことはありませんが、その当時の川崎医科大学は、学長が故水野祥太郎先生（大阪市立大学初代整形外科教室教授）、整形外科の助教授に山野慶樹先生（現大阪市立大学名誉教授）等大阪市立大学ゆかりの先生方がたくさんおられました。

その後、島津教授が大阪市大に帰られて、その関係で、大阪出身の川崎医科大学卒業生が毎年、島津教授を慕って大阪市大整形外科教室に入局していました。他大学出身の我々も、分け隔てなく仲間として、取り込んでく

ださった島津教授をはじめ、大阪市大整形外科教室の先生方の懐の深さをいまさらながら感じております。

島津教授は、前任の小谷教授の後、その意思を引き継がれながら、独自の教室運営をなさいました。教室は、島津教授の独裁ではなく、グループ性をしかれ、各グループの長がそれぞれのグループの医師を指導し、それを島津教授が統括するという形です。そのため、教室内は、非常に自由な雰囲気があり、私も研究医時代に、大学病院でいろいろな手術にトライさせていただきました。島津教授は、当時「自分は、手術が好きでたくさんしたいんやけど、皆にやってもらうほうがいいんや。」と、教室員のレベルアップを願って、一歩下がって、我々を見守っていただいていたような気がします。私は、あまり学問が得意ではなかったので、不肖の弟子と思われているかも知れませんが、研究も各グループに

任せて、その進路に関して相談があればいつでもその相談にのっていただき、具体的な解決法を指導していただきました。ただ、「整形外科医は、オールラウンドに診療できなければならない。整形外科全般にわたって勉強をしないといけない。手の外科をやるものが、他の部位の外傷等が見られないようでは困る。」と、すべての分野を勉強するよう指導なさっていました。また、ご自身でもいろんな分野に興味をもたれて、各グループを回っては、そこで雑談をしながら、新しいテーマや、アイデアを授けてくださいました。

毎朝一番早く病院に来られて、気になる患者さんがあれば、誰よりも早く見に行かれる。また、誰よりも遅くまで研究室にこもって、勉強をされていました。そこで、帰られるときに、各グループの部屋を覗かれて、そこで相談事があれば、帰り支度をおいて、問題が解決するまで、相談に乗って行かれました。

学会の発表があるとき、教室ではその予演会が開かれます。各演者が原稿を読み終わると、すべて約5から10秒で流れて行ったスライドの「〇枚目の〇行目の英語のスペルが間違ってたで。」とすぐ指摘になりました。一瞬で見たものが、写真のように頭の中に残るような何か特殊な能力をお持ちでした。



島津 晃教授退官記念パーティーで奥様と

島津教授に、仲人をお願いした教室員は、私も含めてたくさんおられます。その度に、奥様にお世話になるのですが、奥様にまつわ

るお話をご紹介します。

私が、研究医で大学病院在職中のことです。奥様がアキレス腱を断裂されました。ギプスによる保存療法を試みられましたが、それがうまくつかず、陳旧例になったのを大学病院で手術をされたわけです。その時、外来の処置係をしていた私に、「あんた主治医やってや。」と突然処置室に入ってこられた島津教授から言われました。患者さんが誰かわからないうちに「はい。わかりました。」と返事したあとに、その患者さんが、教授の奥様であることを知らされびっくりしたのを覚えています。教授自ら執刀され、アキレス腱の再建術をされ、良くなられたのですが、先輩の先生から、奥様がアキレス腱を切られたときに、一晩中、島津教授が奥様の手を握っておられたと聞きました。ほんとうに、奥様を愛していっしょなんだな—と思いました。

教授を退官されたそのあと、教室の関連病院に出られて、現在は堺の北条病院の院長をされています。4年ほど前のことですが、一度難しい手術の相談に伺ったことがあります。その時、「さすがに、もう手術はしんどいわ。」と、アドバイスはいただきましたが、手術には「もう、あんたやりや。」と言われました。

でも、その時「いま本を書いていますねん。今までしてきたことを、まとめてますねん。それと、教室の50周年に出版する本の原稿も書き始めてますねん。」と、言われていました。70歳を過ぎた現在も、本の出版を数冊こなされ、今も新しい本の出版にトライされているとのことで、学問に対する取り組みにはいつまでも情熱を傾けておられます。本当に、学問を愛しておられることと、その情熱に頭が下がる思いです。

奥様を愛し、患者を愛し、学問を愛し、教室員を父が子供を見守るように育ててくださった庶民的教授。島津 晃名誉教授。今後、ますますお元気でご活躍されることをお祈りしたいと思います。

一生現役を願う

大阪市立大学 名誉教授 現以和貴会 北条病院 院長 島 津 晃

盛んに手術をされていた先輩の先生が開業されて、手術をほとんど行わなくなったと聞き、勿体ないなあと思う一方、相当な年齢の先生でも手術をされ、良好な成績を発表されているのを聞き、いつまでも手術をする整形外科医として一生現役でありたいと、若い頃は願ったものである。

整形外科は内科医であるアンドレイが小児領域に関心を持ち、その療育、栄養、正常骨格、疾患、変形の矯正の研究を行い、四肢変形の予防治療をするための成長期になすべきことを執筆した著書（1741）に始まる。彼はのちパリ医科大学学長にもなった優秀な内科医であった。当時の医学界では内科が本道、外科は散髪屋のする外道であった。従って、整形外科は最初から医学として正当に評価できる学問として発足し、保存的治療が主であったが、これに終始すれば長期間を要し、かつ、不十分になる恐れがあるので、ストロメイヤーによって始められた腱切り術を発端に、外科的療法が大幅に導入された。このことによってメスを持つ整形外科が誕生した。

1950年、水野祥太郎教授の大阪市立医科大学整形外科に入局。当時のわが国の整形外科はどちらかというと保存療法が主流を占めていた。特に東ではその傾向が強く、一方、西の九州大学の神中教授（のち大阪厚生年金病院院長）は観血的療法派であり、水野教授も手術をしなければ整形外科とはいえないと、観血的治療に主眼を置いた診療、そして、教育をされていた。手術に関しては西高東低。

当時、症例の多かったのは先天性股関節脱臼、骨関節結核であり、ロレンツギプス包帯一辺倒、また、ギプス床に長期間にわたって寝かす保存的治療が主流であったが、症例を選んで盛んに手術適用が下された。手術日には毎回この2つの疾患の複数症例が行われていたので、この手術経験によって私は関節外

科、脊椎外科の導入を学び、引き続き他の領域の整形外科疾患も手がけて一人前になったような気がする。

病棟回診、カンファレンスでは怒鳴られ、手術室では下駄で向こう脛を蹴られるしごきを受けた。いわば恐怖の教育を受け、執刀させて貰えず、鉤引きをやらされるだけで、このままでは何年修練を積んでも手術のできる医者にならないかと心配しながらも、水野先生に手術をやらせてくださいとは口が裂けてもいえない状態であった。私はこうなった以上は日本一の前立ちになってやろうと腹をくくると、それなりに工夫をして、手術手順の先々を展開していけるようになった。術者が止めたがっている雰囲気を感じても、手術侵襲がまだ不足だと思うと、展開したまま「もう一寸やった方がよいではありませんか」というと、「そうだなあ」と進行される。自分の思うままに手術が行われるとの錯覚に陥って優越感を持ったものである。

医師になって数年経過したとき、桃山市民病院の手術室で水野先生の執刀を待っていたところ、突然、「君がやりたまえ」と言われ、臆することなく先生を前立ちにコロナ手術をやり遂げた。これで卒業だといわれたときには天に昇る思いがした。これで驕れば駄目。真似をしているだけであり、オリジナルな手術をするためには血のにじむ勉強が必要であると戒めたものである。

手術見学は勉強になる。桐田先生の脊椎手術を見学するため天理病院にお邪魔したことがある。南大阪国立病院の大西啓靖先生の人工関節手術にも何回か付き合った。脳外科の白馬先生の手術は見学に止まらず、手洗いもした。視野を確保するために十分な止血をすれば、後は目的とする手術部位の解剖を熟知しておれば脳外科手術は卒業だ。小児外科の手術にも入り、止血は視野の確保だけでなく、

出血による重篤な合併症を防ぐ重要な手段だということを知った。止血に関して、乳癌手術も、また、鏡視下手術としては胆石などの内臓外科の手術も参考するべく見学したものである。

手術が上手とは病態をしっかり認識したうえで、術中に無駄なことをしない、無駄な時間を使わない、そして、第三者に理解できるプレゼンテーションができていないか否か、それを心掛けているか否かによって決まる。また、整形外科疾患は術後のリモデリングに期待しなければならぬ部分が少なくない。従って、短期は勿論、長期成績を緻密に調査し、その結果を踏まえて絶えず改良を加え研鑽することが必要である。

1993年、65歳の定年を迎え、自宅から徒歩2、3分の距離にある北条病院からお誘いを受けたが、手術をやりたいために断りし、豊中の救急病院である林病院に勤務。林俊夫院長、長浜信一先生をはじめ多くの人々の助けを受けて外傷対応の手術を2年間、堪能させて貰った。しかし、朝な夕な星を頂いて出かけて手術をする勤務には疲れ、1995年4月から現在の北条病院に勤めるようになった。整形外科医としては一生現役でなくなるのでいささか抵抗もあった。せめて整形外科周辺の臨床を行う医師として一生現役でありたいと、自分自身でテーマを決めて日々

を過ごしている。年6回ある大阪市大整形外科同窓会の研究会には後輩の刺激になればと考へ、リハビリテーション医学領域、手の外科、運動学、小児整形外科、脳血管障害、脊椎外科などの内容を発表するように努めてきた。一方、『労働の原点「立ち居・振る舞い」のすべて』の増補改訂版、「キネシオロジーよりみた運動器の外傷」も出版できた。

現在、興味の焦点は卒中手と乳児扁平足である。前者はとりあえず第46回日本手の外科学会で発表する。中枢神経疾患による疾患には手の外科医は興味を示さない、お門違いの感があるのに気付いたので、脳CT所見との関係、また、治療に関連させてリハビリテーション医学会に発表する予定である。

2002年度は単位不足で剥奪されかけていたリハビリテーション医学会の認定臨床医の単位不足分を取得した。この講習会に出席することによってリハビリテーション医学の最近の動向を知ることができた。しかし、基本的な内容が多く、若い頃に水野先生から仕込まれた範囲と内容と大きく進歩しているように思われず、これでは勉強のやり甲斐が無いように感じたが、それは私の感受性が衰えたためであろうか。

その一方では、長年関係してきた大阪市立心身障害者リハビリテーションセンターの懇話会座長ならびに非常勤職員を2003年3月



第62回中部整災学会会長
イブニングレクチャーとして司馬遼太郎氏
に「花神と胡蝶の夢の余談」の講演を行った。
学術集会で文化講演を行うきっかけになった
ので思い出深い。



SICOT 京都での学会座長

末で降りることになった。定年退職するとき
に当時の西尾大阪市長に頼まれて顧問（非常
勤職員）となり、大阪市立心身障害者リハビリ
テーションセンターの管理、学問的な指導
に一役を果たしてきた。この地位を去るこ
とはまた、一生現役の範囲が狭くなると寂しく

思いつつも、残された領域は一層充実できる
とのプラス思考を持って暮らしている。

なお、老朽化した北条病院を2000年から
1年余り掛けて立て替え、移転することがで
きた。今後、これを基盤に医療レベルを充実
させるべく努力を重ねる予定。

1964年 大阪市立大学助教授。

1971年 国立泉北病院整形外科医長。

1973年 川崎医科大学教授。

1977年 大阪市立大学教授（大阪市立リハビリテーション館長、更生相談所所長兼務）。

1993年 大阪市大名誉教授、豊昌会 林病院名誉院長。

1995年 以和貴会 北条病院院長。

主な学会担当

日本足の外科研究会（1979年）

中部日本整形災害外科学会（1984年）

日本骨・関節感染症研究会（1985年）

人工関節研究会（1988年）

セラミックインプラント研究会（1988年）

西日本小児整形外科学会（1990年）

日本靴医学会（1991年）

関西カルシウム懇話会（1992年）

バイオメジカルファジー研究会（1993年）

目 次

巻頭言

OCOA 総会の報告

JCOA 学会報告

JCOA 研修会報告

OCOA 研修会報告

症例検討会

紙上勉強会

JOA 総会報告

新入会員の紹介

新理事自己紹介

随想

.....	服部良治	1
第 27 回大阪臨床整形外科医会総会	.....	3
第 15 回 JCOA 学会 (石川) に参加して	.....	15
第 29 回 JCOA 研修会 (熊本)	.....
大懇親会 JCOA 研修会 (熊本) 報告	.....	17
宮本武蔵と整形外科医	.....	18
基調講演 「医療の質を考える」	.....	21
教育研修会 (A) 肩こりの予防と治療	.....	22
教育研修会 (B) これからの高齢者医療について	.....	23
慢性関節リウマチの薬物療法の実際	.....	24
成人期扁平足の病態と治療	.....	27
間欠跛行のプライマリケアにおける整形外科医の役割	.....
.....	鳥嶋康充	30
大腿骨頭における骨壊死症と骨循環	.....	32
高齢化社会の運動器疾患	.....	39
切って治る腰、治らない腰。	.....
—手術後のスポーツ復帰は?—	.....	41
関節リウマチの病態と治療	.....	44
傷、傷跡、ケロイドを形成外科的に治療する	.....	46
EBM に基づく骨粗鬆症の診断と治療	.....	47
ペルテス病の診断と治療	.....	49
骨粗鬆症治療の新時代	.....	51
脊椎のスポーツ障害	.....	53
大腿骨頸部骨折防止のための骨粗鬆症治療法	.....	55
関節リウマチのリハビリテーション	.....	58
骨代謝制御による骨粗鬆症の骨折防止治療	.....	65
第 23 回大阪整形外科症例検討会報告	.....	68
第 24 回大阪整形外科症例検討会報告	.....	73
第 26 回大阪府医師会医学会総会	.....
左環指 PIP 関節掌側脱臼骨折の一例	.....
.....	堀木 篤、早石雅宥、天野敬一	78
各地の臨床整形外科医会会報を通読して	.....	81
変形性膝関節症に対する各種保存療法の効果比較	.....
—グルコサミンの効果も含めて—	.....	83
第 76 回日本整形外科学会総会	.....	85
.....	安藤伸也	87
.....	大倉克典・貴島浩二	88
.....	田中康之	89
.....	峯 孝子	90
.....	本田泰郎	91
大阪臨床整形外科医会理事に就任するにあたって	.....	92
主治医から見た “経営の神様” (2)	.....	93
うたかたの春の夢	.....	97

厚生部報告	第36回 OCOA ゴルフコンペ	98
私の傑作	福西睦子	99
	小瀬弘一	100
	春匂ふ	101
	ニルンベルクの駅	102
	三橋允子	103
私の工夫	小手術の局所麻酔	104
私の趣味	趣味と読書	105
	綿向山	106
	鮎釣り入門	107
	西川正治	108
	月例会 420 回 (満 35 年) のクタクタ会	
	ボウリングクラブ (KKBC)	110
	大谷明久	112
	海外旅行は楽しい!	113
	積極的休養の勧め	114
	「女 大学」	115
	國重昌彦	116
私の提言	OCOA に若い力を結集しよう	117
OCOA 理事会・総会議事録		118
会員名簿補追		134
編集後記		136

協賛広告一覧表

大正富山医薬品株式会社	表 2	土井義肢製作所	150
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社	139	日本臓器製薬株式会社	150
帝人株式会社	140	マルホ株式会社	151
武田薬品工業株式会社	141	テイコクメディックス株式会社	151
旭化成株式会社	142	シオノギ製薬株式会社	152
参天製薬株式会社	143	田辺製薬株式会社	152
オルト産業株式会社	144	アボットジャパン株式会社	153
科研製薬株式会社	145	第一製薬株式会社	153
中外製薬株式会社	145	山之内製薬株式会社	154
ファイザー製薬株式会社	146	小野薬品工業株式会社	154
万有製薬株式会社	146	三菱ウェルファーマ株式会社	155
株式会社三和化学研究所	147	久光製薬株式会社	155
ノバルティスファーマ株式会社	147	三共株式会社	156
大日本製薬株式会社	148	藤沢薬品工業株式会社	156
株式会社ツムラ	148	住友製薬株式会社	157
持田製薬株式会社	149	株式会社日本メディックス	157
大塚製薬株式会社	149	エーザイ株式会社	表 3

OCOA 会長 服 部 良 治

昨年4月、OCOA 総会に於いて会長に指名され就任して、早くも1年が経過した。就任早々診療報酬改定があり、2.7%のマイナス改定は、我々整形外科医にとって極めて厳しいもので、再診料と理学療法の月内通減制の導入で壊滅的な打撃を被ることとなった。大阪では押しなべて10%前後の減と思われる。医業総収入の10%減は、人件費、材料費、或いはレントゲン、超音波診断装置、理学療法機器、レセコン、等のリース料等さらに光熱費等ランニングコストなど必要経費は変わらないので、ほとんどの医療機関は赤字であろう。結局赤字の補填



は、先ず経営者である医師が自分の報酬を削り、それでも駄目なら従業員をリストラせざるを得なくなる。しかし医療の質や患者へのサービスを下げる訳にはいかない。運動器疾患を扱う整形外科医師にとって運動療法や理学療法は大切な治療手段で、たとえ採算が合わなくても医師は医学的に必要な場合はやらなくてはならないのである。また日常生活指導、運動指導は疾患に応じて診察の都度行うことなど整形外科医なら誰でも実行していることである。理学療法に通減制やマルメを押し付けること自体、医学を理解していない官僚の机上の数字合わせである。要するに2.7%マイナス改定するに当たって最も都合の良い項目が理学療法のマルメと月内通減制だったのである。

JCOA は昨年角南理事長就任以来、執行部は会の内外を問わず攻めの政策を展開し、あらゆるルートを開拓、日医、政治家、官僚に度々接触、精力的な外交活動を展開して通減制の撤廃に全力を尽くし、会内に対しては医政協議会を立ち上げ、会員の団結力強化を計り、今後の医療改革に立ち向かう基礎がためとした。OCOA 会員の医政協議会入会率は低く、約25%です。多数ご入会下さいますようお願いいたします。

さて、去る5月7日開催された中医協診療報酬基本問題小委員会で、日医青柳副会長は日医案として「外来基本料」の導入を容認するような発言があり、『これは外来でのマルメに関する論議であり大変危険な提案で、日医の理事会の承認も得て

いない、青柳先生の専断である』と植松委員長（大阪府医師会長）は強く抗議された。（メディファクス 4201 号）

つい先程 JCOA FAX NEWS 第 633 号が届き第 33 回中医協の場で、「再診料月内通減制の撤廃」について論議され『再診料の通減制を廃止し、再診料は診療所 73 点、病院 58 点とし、実施は 6 月 1 日』と発表。しかし理学療法士の包括通減制撤廃は見送られた。最も懸念されていた“財政中立による再診料の月内通減制の見直し”で行われた今回の改定は、診療日数による診療科間の格差が生じる結果となり、改めて混乱の火種となりそうである。

さて、先般日本整形外科学会『運動器の 10 年』日本委員会委員長 河合伸也先生（山口大学）から連絡があり、今年度は仙台と大阪で『運動器フォーラム 2003』を 10 月 18 日（土）に大阪 NHK ホールをメイン会場にして行う予定があるので OCOA にも協力して欲しいとの依頼があり、4 月 28 日第 1 回準備委員会に出席した。運営委員は大阪 5 大学整形外科教授を中心に構成され、委員長に大阪医科大学 阿部教授が選出された。イベントの内容等については、毎月 1 回委員会を開催し準備を進めることが確認された。

OCOA では既に 10 月 4 日（土）、大阪府医師会館と堺市総合福祉会館で「骨と関節の日」のイベントを計画していて、さらに 10 月 15 日（水）は豊中 ホテル アイボリーでの開催を予定している。加えて『運動器フォーラム大阪 2003』への参画は整形外科のアピール、大阪府民への認知を高める絶好の機会であると考えますので会員の皆様方のご協力よろしく申し上げます。

第 27 回大阪臨床整形外科医会定時総会

日時：平成 15 年 4 月 12 日（土）

会場：大正製薬株式会社大阪支店 6 階ホール

〔1〕 総 会 午後 3：30～4：00

1. 開 会 松矢 浩司 副会長

2. 会長挨拶 服部 良治 会長

3. 議 事 議 長：堀木 篤 先生
副議長：佐藤 利行 先生

第 1 号議案 平成 14 年度庶務及び事業報告について承認を求める件

黒田 晃司 副会長

第 2 号議案 平成 14 年度収支決算について承認を求める件

栗本 一孝 会計担当理事

第 3 号議案 平成 15 年度事業計画について承認を求める件

黒田 晃司 副会長

第 4 号議案 平成 15 年度収支予算案につて承認を求める件

栗本 一孝 会計担当理事

第 5 号議案 新理事－宮田重樹先生・岩本善介先生－承認を求める件

服部 良治 会長

4. 閉 会 松矢 浩司 副会長

平成 14 年度庶務及び事業

(1) 会員動態

平成 14 年 4 月 1 日 会員数 386 名

平成 15 年 3 月 1 日 会員数 389 名

【新入会員 11 名】(平成 15 年 3 月 1 日まで)

田中 康之、横山 正博、福岡 宏、貴島 浩二、中島 邦登、
峯 孝子、大倉 克典、安藤 伸也、黒川 隆彦、平野 哲宏、
速水 英夫。

【退会者 8 名】(平成 15 年 3 月 1 日まで)

東 晴彦、渡辺 径宏、広瀬 俊一郎、今村 芳明、宮武 實、川島 正剛、
林 誠之(平成 14 年 5 月 16 日死去)、正司 義和(平成 14 年 11 月 9 日死去)

(2) 研修会

第 1 回 (124) 平成 14 年 4 月 13 日 大正製薬大阪支店ホール 参加 177 名

「腰部椎間板ヘルニアの治療をめぐる」

講師：大阪医科大学名誉教授 小野村 敏信 先生

座長：古賀 教一郎 副会長

司会：黒田 晃司 副会長

特別研修会 平成 14 年 5 月 11 日 (小野薬品) 帝国ホテル大阪 参加 269 名

「腰部脊柱管狭窄症の病態と治療」

講師：福島県立医科大学整形外科教授 菊池 一臣 先生

座長：早石 雅宥 理事

司会：広瀬 一史 理事

第 2 回 (125) 平成 14 年 5 月 18 日 (エーザイ) ウェスティン大阪 参加 141 名

① 「骨髄間葉系幹細胞を利用した骨関節疾患の治療」

講師：産業技術総合研究所・研究センター室長 大串 始 先生

座長：吉川 隆啓 理事

② 「Clinical bone morphometric analysis による骨粗鬆症治療薬の効果判定」

講師：神奈川歯科大学放射線学教授 鹿島 勇教授

座長：西川 正治 理事

司会：吉田 研二郎 理事

第 3 回 (126) 平成 14 年 6 月 30 日 (三和化学) ホテルグランピア大阪 参加 173 名

① 「変形性関節症と慢性関節リウマチに関する最近の話題」

講師：近畿大学医学部整形外科助教授 福田 寛二 先生

座長：山本 哲 理事

② 「COX (シクロオキシゲナーゼ) パラドックス」

講師：名古屋大学大学院整形外科 教授 石黒 直樹 先生

座長：黒田 晃司 副会長 司会：右近 良治 理事

第 4 回 (127) 平成 14 年 7 月 13 日 (大塚) 全日空ホテル大阪 参加 134 名

① 「間歇性跛行のプライマリケアにおける整形外科医の新たな役割

－ ASO のスクリーニングを中心に－

講師：厚生連高岡病院・整形外科部長 鳥島 康充 先生

座長：松矢 浩司 副会長

②「骨の循環と骨壊死症」

講師：京都府立医科大学整形外科教授 久保 俊一 先生

座長：甲斐 敏晴 理事

司会：西川 正治 理事

第5回(128)平成14年8月24日(旭化成) ヒルトンホテル 参加241名

①「高齢化社会の運動器障害」

講師：三重大学医学部整形外科教授 内田 淳正 先生

座長：早石 雅宥 理事

②「切って治る腰、治らない腰。手術後のスポーツ復帰？」

講師：大阪厚生年金病院整形外科部長 富士 武史 先生

座長：天野 敬一 理事

司会：澤田 出 理事

第6回(129)平成14年9月28日(日本ベーリンガー) 大林ビル 参加137名

①「RAの病態と治療」

講師：松原メイフラワー病院長 松原 司 先生

座長：堀木 篤 理事

②「傷・癭痕・ケロイドの形成外科的治療」

講師：大阪医科大学形成外科助教授 上田 晃一 先生

座長：澤田 出 理事

司会：矢倉 久義 理事

第7回(130)平成14年10月19日(帝人) ヒルトンホテル 参加168名

①「EBMに基づく骨粗鬆症の診断と治療」

講師：近畿大学医学部整形外科奈良病院教授 宗圓 聰 先生

座長：小林 正之 理事

②「ペルテス病の診断と治療」

講師：大阪大学整形外科講師 清水 信幸 先生

座長：北野 継式 理事

司会：吉川 隆啓 理事

第8回(131)平成14年11月16日(久光) 全日空ホテル 参加255名

①「骨粗鬆症治療の新時代」

講師：大阪市立大学大学院医学研究・リウマチ外科学助教授 小池 達也 先生

座長：吉田 研二郎 理事

②「脊椎のスポーツ障害」

講師：岐阜大学医学部整形外科教授 清水 克時 先生

座長：石井 正治 理事

司会：山本 哲 理事

第9回(132)平成15年1月11日(日本臓器) 国際会議場 参加175名

①「関節リウマチのリハビリテーション」

講師：大阪労災病院リハビリテーション診療部長 大澤 傑 先生
座長：中嶋 洋 理事

②「大腿骨頸部骨折は防止できるか？」

講師：大阪市立大学大学院医学研究科・整形外科教授 高岡 邦夫先生
座長：長田 明 理事
司会：小林 正之 理事

第10回(133)平成15年2月22日(科研) 全日空ホテル 参加 223名

①「皮膚潰瘍の病態と治療－最近の話題」

講師：田附興風会 北野病院皮膚科部長 戸田 憲一 先生
座長：石井 正治 理事

②「膝のスポーツ障害－巷で信じられているまかとしやかな嘘」

講師：大阪労災病院・スポーツ整形外科部長 堀部 秀二 先生
座長：右近 良治 理事
司会：斧出 安弘 理事

第11回(134)平成15年3月22日(武田薬品) 梅田スカイビル 参加 211名

①「日常診療でみる手の疾患－リウマチを含む」

講師：関西医科大学整形外科・講師 児島 新 先生

②「骨代謝制御による骨粗鬆症の骨折防止治療」

講師：産業医科大学整形外科教授 中村 利孝 先生
座長：黒田 晃司 副会長
司会：柴田 和弥 理事

(3) 各種会議の開催及び出務状況

(I) OCOA 関係

- ① 第26回大阪臨床整形外科医会定時総会【H14. 4/13】 大正製薬・大阪支店
- ② 大阪臨床整形外科医会臨時総会【H14. 7/13】 全日空ホテル
- ③ 定例理事会 4回【H.14. 6/1. 9/7. 12/7. H.15. 3/1】
- ④ プロジェクト委員会
- ⑤ OCOA 学術研修委員会【H.14.5/18.11/16】(右近, 澤田, 吉田, 小林, 石井, 黒田, 松矢)
- ⑥ 「骨と関節の日」の電話相談【H.14.10/16】
(松矢, 黒田, 栗本, 澤田, 茂松, 五島, 小林)
- ⑦ OCOA 柔整審査委員会(小杉, 堀木, 反田, 坂本, 三橋, 上田, 服部, 長田, 広瀬)

(II) JCOA 関係

- ① JCOA 理事会【H.14. 4/28.6/23.7/13~14.9/8.10/12.12/8.H.15.2/23.】(服部, 長田)
- ② JCOA 代議員会【H.14.5/26】東京(服部, 松矢, 黒田, 西川, 右近.)
- ③ JCOA 専門医制度委員会【H.14.10/6.H.15.1/19】(長田)
- ④ JCOA 各県代表者会議【H.14.10/12】熊本, (服部)
- ⑤ JCOA 医業経営委員会【H.14.4/14】(河合)
- ⑥ JCOA 有床診療所部会【H.14.4/15】(河合)
- ⑦ JCOA 病院部会役員会【H.14.6/16 金沢, 9/28~29 東京】(河合)

- ⑧ JCOA 近畿ブロック会. 第 39 回. 大阪. 全日空ホテル【H.14.6/29】.
第 40 回. 滋賀県大津プリンスホテル【H.14.11/9】
(堀木. 三橋. 坂本. 長田. 服部. 早石. 黒田. 松矢. 栗本.
茂松. 吉川. 福井. 広瀬. 斧出. 田上. 森本.)
- ⑨ 第 16 回 JCOA 学会. 金沢【H.14.6/15~16】(服部他)
- ⑩ JCOA 学術研修会. 熊本.【H.14.10/12~14】(服部他)
- ⑪ JCOA 医療システム委員会【H.14.9/1.12/1.H.15.3/9】(服部. 長田. 広瀬)
- ⑫ JCOA. JOA. 保健審査委員会【H.14.9/14~15】東京. (坂本. 三橋. 長田. 石井. 上田. 他)
- ⑬ JCOA 医療改革のため国会へ陳上【H.14.12/19】東京 (長田. 服部. 他)
- ⑭ JCOA 徹底討論会【H.14.12/1】東京 (服部. 長田)
- ⑮ JCOA 学術研修委員会【H.14.8/25. 10/27】東京 (堀木)
- ⑯ JCOA 福祉委員会【随時インターネットにて】(吉川)
- ⑰ JCOA 組織拡大委員会【H.14.10/27.】東京 (福井)
- ⑱ JCOA 決起集会【H.14.12/1.】東京 (服部. 長田. 他)
- ⑲ 奈良臨床整形外科医会創立 20 周年記念パーティー【H.14.11/16】奈良 (長田. 黒田)

(Ⅲ) 日本整形外科学会関係

- ① 日整会代議員会【H.14.5/15.】岡山 (坂本. 服部. 長田. 早石)
- ② 日整会代議員会【H.14.10/10】(坂本. 服部. 長田. 早石)
- ③ 日整会学術集会【H.5/15~16】岡山 (服部先生. 長田先生パネラーとして参加)
- ④ 日整会専門医資格認定委員会【H.14.10/22】大阪 (坂本)
- ⑤ 日整会基礎学術集会【H.14.10/10】(坂本. 他)

(Ⅳ) 府医師会関係

- ① 府医交通事故委員会【H.14.5/15】(八幡. 服部. 長田. 越宗. 佐藤)
- ② 府医医会連合会議 (服部)
- ③ 府医学会評議会【H.14.10/10】(服部. 黒田. 松矢)
- ④ 大阪症例検討会 (濱田. 早石)
- ⑤ 健康スポーツ委員会 (八幡)
- ⑥ 労災部会役員会【年 8 回】(坂本. 八幡. 服部. 矢倉)
- ⑦ 労災保険診療審査会【月 2 回】
(八幡. 長田. 三橋. 坂本. 反田. 服部. 池田. 小杉. 吉中. 楠. 植田.)
- ⑧ 社会保健審査会【毎月】(堀木. 小杉. 天野. 石井. 他)
- ⑨ 国民保健審査会【毎月】(反田. 上田. 岩本. 他)
- ⑩ 産業医部会常任委員会【年 9 回】(八幡)
- ⑪ 医学会運営委員会【毎月】(小林)
- ⑫ 大阪府医学会総会【H.14.11/10】司会：小林. パネル展示：堀木. 黒田. 西川. 山本
- ⑬ 学術講演会：「医学の進歩シリーズ」－骨粗鬆症を巡る最近の話
【H.15.1/23】司会：小林
- ⑭ 医事紛争特別委員会【毎月】(濱田. 八幡. 坂本. 木下. 萩野)
- ⑮ 救急・労災医療関係会議 (長田. 服部. 堀木)

⑰ 府医と神奈川県医師会との懇談会【H.15.2/1】大阪（服部、他）

(V) その他

- ① 国保柔整施術療養費審査会【月2回】（三橋、小杉、坂本、反田、上田、服部）
- ② 社保柔整施術療養費審査会【月2回】（堀木、長田、広瀬、河合）
- ③ 国民年金障害認定審査会【月2回】（堀木）
- ④ 大阪リウマチの会（堀木、長田、服部）

(4) 福利・厚生事業

- ① 春季（第35回）OCOA ゴルフコンペ【H.14.5/9】北六甲カントリー・西コース
参加16名 ダブルペリエ方式で、優勝：島田 永和先生
- ② 春季（第36回）OCOA ゴルフコンペ【H.14.10/14】北六甲カントリー・東コース
参加22名 ダブルペリエ方式、優勝：北野 継武先生

(5) 広報事業

- ① 第28号 OCOA 会報発行（担当理事 丹羽理事）
- ② 「骨と関節の日」電話相談の広報活動・府医ニュース・読売新聞に掲載
- ③ インターネットのホームページを通じて、各種 OCOA の学術講演会やその他の活動を公開している。
- ④ OCOA 名簿の発行（担当：黒田副会長）

《第2号議案》

平成14年度 OCOA 会計決算報告

平成14年度 OCOA 一般会計・決算書

平成15年1月31日現在

会計担当理事 栗本一孝

	期首残高	期末残高
医師信用組合・定期預金	4,727,660	4,728,020
医師信用組合・普通預金	2,510,858	2,667,720
現金	292,468	475,999
残金	7,530,986	7,871,739

平成14年度 OCOA 一般会計・会計報告

収 入		支 出	
繰越金	7,530,986	JCOA 会費・入会金	9,280,000
JCOA 会費・入会金	12,413,000	会報作成費	1,605,125
会報広告	945,000	通信費	595,193
大阪府医師会助成金	—	福利厚生費	200,000
インターネット申込金	40,500	交通費	318,840
利息	307	事務費	213,148
単科医会	30,000	理事会・出務弁償費・会議費含む 単科医会他	551,608 10,000
		慶弔費	0
		広告	273,000
		ホームページ維持管理費	41,140
計	20,959,793	計	13,088,054

定期預金	4,728,020
普通預金	2,667,720
現金	475,999
残金	7,871,739

平成 14 年度学術会計・決算書

	期首残高	期末残高
医師信用組合・定期預金	1,507,006	1,507,210
医師信用組合・普通預金	1,243,672	2,642,570
現金	0	277,356
残金	2,750,678	4,427,136

平成 14 年度学術会計・会計報告


収 入		支 出	
繰越金	2,750,678	認定料・申請料	603,040
受講料・日整会	1,805,000	事務費	216,070
リウマチ財団	607,000	通信費	0
リハビリ	45,000	JCOA 学会補助金	0
利息	221	リウマチ学会助成金	0
JCOA より	38,347		
計	5,246,246	計	819,110


定期預金	1,507,210
普通預金	2,642,570
現金	277,356
残金	4,427,136

監 査 報 告 書

平成 14 年度の大阪臨床整形外科医会の歳入・歳出決算につき、平成 15 年 2 月 22 日、慎重に監査いたしましたところ、適切に処理、管理されていることを認めます。

平成 15 年 2 月 22 日

監事 濱田博朗 

監事 小松 堅吾 

大阪臨床整形外科医会殿

《第3号議案》

平成 15 年度事業計画案

未曾有の窮地に陥っている、我々整形外科医療保険制度を改善するべく一致団結し、生涯研鑽を軸に、会員相互の親睦と融和を目的として、今年も一層努力して事業を推進する。

1. 組織の強化

- (1) JCOA 研修会及び学会、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、会の連絡、広報を迅速かつ広く行う。

2. 学術活動

- (1) 生涯研修及び自己啓発のため、日本整形外科学会認定医、同認定スポーツ医同認定リウマチ医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計るとともに、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 15 年度も充実した研修会を開催する。

3. 保健医療に関する諸問題の研究と対策

- (1) 益々、国民の健康を守ることから遠ざかっていく医療制度の改悪に対処するため、医政連をつくって対処する。
- (2) 診療報酬、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) OCOAの各委員会の意見を府医、JCOA、日整会、日医の各委員会に反映されるよう努力する。
- (2) 柔整問題に、今後とも興味を持って対処する。

5. 高齢者対策

在宅医療、在宅ケア、介護保険制度への対策。

6. 労災保健、交通事故医療、医事紛争等に関する研修活動の強化。

交通事故医療は従来労災医療に準じて改正されていたが、今回の逡減性導入には、本質的になじまないものとして、強く異論を唱えている。本来、自由診療の分野であるべきと考える。

7. 広報・情報活動

- (1) 会報第 29 号を発行する。
- (2) 会員名簿の発行
- (3) 「骨と関節の日」(今年のテーマは関節リウマチ)は 10 月 4 日(土)に大阪府医師会館と堺市において、一般市民を対象に講演会を開催する。これらの活動を通じて、整形外科医の医療分野の PR をして、合わせて、柔整問題も明らかにしてゆく。

8. 福利・厚生活動

会員親睦ゴルフコンペ

第 37 回ゴルフコンペ 春季コンペ 平成 15 年 6 月 1 日(日)
北六甲カントリー東コース

第 38 回ゴルフコンペ 秋季コンペ 検討中

《第4号議案》

平成15年度O C O A会計収支予算案

平成15年度 大阪臨床整形外科医会 予算案

一般会計

収 入		支 出	
繰越金	7,871,739	JCOA 会費 (400名)	9,600,000
会費	14,040,000	JCOA 入会金 (20名)	200,000
JCOA 入会金	200,000	会報作成費	2,500,000
会報広告	800,000	通信費	600,000
大阪府医師会助成金	300,000	福利厚生費	400,000
インターネット申込金	45,000	交通費	500,000
利息	3,000	事務費	300,000
		理事会・出務費・会議費	1,300,000
		慶弔費	100,000
		予備費	7,759,739
計	23,259,739	計	23,259,739

学会会計

収 入		支 出	
繰越金	4,427,136	認定書	510,000
受講料 日整会	1,600,000	申請料 (事務費)	300,000
リウマチ財団	500,000	骨と関節の日 PR 費	500,000
利息	1,000	通信費	50,000
		学会助成金	1,000,000
		予備費	4,168,136
計	6,528,136	計	6,528,136

《第5号議案》

新理事二人の承認を求める件

宮田 ^{しげき}重樹 先生 (富田林) 広報担当

昭和59年奈良県立医大卒・富田林市にて開業。

岩本 ^{よしゆき}善介 先生 (住吉区) 保険担当

昭和54年大阪市立大学医学部卒・大阪市住吉区にて開業、社保の審査員として活躍中

平成 15 年 O C O A 研修会日程

第 2 回 (136 回) 平成 15 年 5 月 10 日 (エーザイ) ウエスティンホテル大阪

① 「誤診例からの教訓－脊椎関連疾患」

講師：大阪労災病院・整形外科副部長 宮内 晃 先生

座長：斧出 安弘 理事

② 「骨粗鬆症性胸・腰椎圧迫骨折の臨床－自然治癒から椎体圧潰まで」

講師：美唄労災病院院長 (前北海道大学整形外科教授) 金田 清志 先生

座長：服部 良治 会長

司会：大島 正義 理事

第 3 回 (137 回) 平成 15 年 6 月 28 日 (小野) ホテル阪急インターナショナル

① 「股関節疾患の外科的治療」

講師：関西医科大学整形外科講師 徳永 裕彦 先生

座長：矢倉 久義 理事

② 「腰部脊椎間狭窄症の治療と最近の展望」

講師：獨協医科大学越谷病院整形外科教授 野原 裕 先生

座長：右近 良治 理事

司会：長谷川 利雄 理事

第 4 回 (138 回) 平成 15 年 7 月 26 日 (大塚) ウエスティンホテル

① 「変形性膝関節症についての最近の知見と治療について」

講師：大阪市立大学大学院医学研究科整形外科助教授 格谷 義徳 先生

座長：黒田 晃司 副会長

② 「骨軟部腫瘍の診断・治療の現状と最近の話題」

講師：京都大学再生医科学研究所組織再生応用分野教授 戸口田 淳也 先生

座長：石井 正治 理事

司会：北野 継式 理事

第 5 回 (139 回) 平成 15 年 8 月 30 日 (旭化成) ヒルトンホテル

① 「骨粗鬆症の診断と治療に関する最近の進歩」

講師：大阪大学整形外科講師 橋本 淳 先生

座長：早石 雅宥 理事

② 「ヒトの正常歩行と異常歩行－リハビリテーション医学の観点から」

講師：大阪医科大学リハビリテーション医学助教授 山口 淳 先生

座長：澤田 出 理事

司会：中嶋 洋 理事

第 6 回 (140 回) 平成 15 年 9 月 27 日 (日本ペーリンガー) ヒルトンホテル

第 7 回 (141 回) 平成 15 年 10 月 25 日 (帝人) ヒルトンホテル

第 8 回 (142 回) 平成 15 年 11 月 29 日 (久光) ホテルグランビア

第 9 回 (143 回) 平成 16 年 1 月

第 10 回 (144 回) 平成 16 年 2 月

第 11 回 (145 回) 平成 16 年 3 月

第 15 回 JCOA 学会（石川）に参加して

堺市 吉川 隆 啓

平成 14 年 6 月 16 日に石川県の担当で第 15 回 JCOA 学会が開かれました。前回の 14 回が大阪担当で行われ各部署の責任者の先生方の苦労話を伺ってましたので、次回開催場所を聞いた段階で「やっぱり参加しないといけないなあ」という気持ちにはなっておりませんでした。

約 30 年前、私は金沢で学生として 6 年間暮らしました。卒業直ぐに奈良医大へ入局させていただき、堺で開業しました。大阪であれだけ苦労話が出てくるのだから（大阪に比べて小さな）石川県でどのようにされるか、ある意味で興味もありました。手元の資料では JCOA 会員数は大阪 354 名、石川 53 名となっております（H13 年度末と思われる資料の数字）。

15 日土曜日午後、大阪駅で澤田先生と出会いましたが禁煙車と喫煙車に分かれてしまいました。金沢駅からホテルへは同行、ホテル日航へ荷物を置き懇親会の行われる全日空ホテルへ行きました。会場へ移動してびっくりです。着物姿の女性がたくさん居られるのです。話を聞いておりますとどうやら富山・福井の先生の奥様方が大勢参加してられるようでした。先ほどの資料によりますと富山県 62 名・福井県 38 名の会員が居られることになっています。北陸 3 県に医学部は 4 つありますが臨床整形外科医会という組織でみた場合には教室・医局はまだ一つなのでしょう。3 県集まると結構大きくなります。

学生時代に患者として受診した先生、ポリクリで？な指導をされた先生、クラブの先輩の名前が役員欄にたくさん載っております。幼児体験というのでしょうか、大阪臨床整形の会合や役員会とはまた違った精神状態を作ってくれるようです。JCOA のメーリン



グリストで知り合った先生も役員に名を連ねてられました。挨拶しないといけないのかなあ？ 向こうは知らんと思うんだけどなあ。

懇親会会場へ入りますと座席指定です。隣は青森の本田先生、金沢の杉原先生。お二人ともメル友です。先に飲んでしまえ！ 大阪から参加の先生方のテーブルへ行き酒を飲み、JCOA の佐々木理事・二山理事とも歓談。「あはは、次は高知ですか」と鬼も笑う来年の話。お二人はインターネット担当理事でした。どんどん怖いものが消えメインテーブルに近づいていきます。「おい松本、久しぶりやの～」と来賓の金沢医科大学松本教授に酔っぱらいが絡んでいきます。同窓会やゴルフの会で出会ってますからそんなに久しぶりでは無かったんですけど・・・さすがに隣の金沢大学富田教授には神妙にいたしました。

懇親会終了後、JCOA のメーリングリスト上で案内のあった、石野先生・杉原先生がセットしてくださった非公式 2 次会がホテルの最上階のラウンジで行われました。これまた盛況で安部前理事長まで参加され予約数を遙かに超える参加者だったと思います。

翌日 16 日の昼食時の大役をつがなくすませ「あー終わった、電話！電話！」。会場の音楽堂の中の公衆電話を探し、娘を呼び出し

ました。「どこか景色のいいところでコーヒーでも飲もか」。娘の運転で卯辰山へ行き、喫茶店でコーヒーを飲みました。どうやら同じ店に同級生とその親も来ていたようでした。娘は30年前の私よりはましな学生生活を送っていると信じております。

今年が高知へ行く約束を高知の実行委員長先生にしてしまっております。またま

た夜の部だけのJCOA学会になりそうです。あ～あ。

最後にこの文章をもってランションセミナーの座長という大任をお与えくださった加藤会長・細川実行委員長、石野・杉原担当役員の先生方にお礼の言葉とさせていただきます。

府の鳥 京都府



オオミズナギドリ

日本海沿岸の島で集団繁殖する唯一の鳥で、舞鶴市冠島の生息は有名です。

白色の細長でスマートな翼を持つおとなしい鳥であるが、飛翔力は強く、長時間飛び続けるたくましさを持っています。

また、視力が鋭く、魚群を知らせてくれる鳥として「サバ鳥」とも呼ばれ親しまれています。

昭和40年5月10日 公募により京都府の鳥に制定されています。

大懇親会 JCOA研修会(熊本)報告

河内長野市 奥田好彦

大懇親会は、平成14年10月13日(日)午後6:45予定通りの時間に、教育研修会、文化講演会、基調講演会、に続いてホテル日航熊本阿蘇の間にて、約450名の各都道府県からの参加者を収容して行われました。

午後6:55場内の照明が暗くなり、会場入口から山鹿灯籠踊りが入場して来ました。この踊りは、景行天皇熊襲征伐の折、濃霧がたちこめて大変困っておられた際に、村人が松明を灯して行在所をお迎えしたことから始まり、1573年～92年頃より紙で作った灯籠を奉納するようになったのが、起源とされています。今日では毎年8月15日に紙と糊だけの所謂「骨無し灯籠」が町内に飾られ、翌16日夕刻には若い娘達約1,000人が浴衣で、頭に灯籠を冠り「ヨホホ節」の唄に合わせて踊りながら町を練り歩くそうです。太鼓と唄に合わせて14名の若い娘達が、頭に灯籠を冠り場内を時計回りに入場いたしまして、舞台上に上がり一列に並んで暗い会場内に揺れる山鹿灯籠踊りを披露し、神秘的幽玄の世界に招き入れてくれました。踊りの列が場内時計回りに退場した後、照明が明るくなり、午後7:13第29回後藤JCOA研修会会長の開会の言葉に始まり、角南JCOA理事長挨拶、潮谷熊本県知事、三角熊本市長、柏木熊本県医師会長の来賓祝辞が続きました。潮谷義子熊本県知事は日本で3人の女性知事の一人で、「一人一人の命が大切にされる熊本県造りに励んでいきます」と短いスピーチの中で上手に話され、場内一段と大きく拍手が起こっていました。続いて舞台上で3ヶ所に分かれて総勢12名にて清酒「千代園」にて鏡割りが行われ、安部前JCOA理事長の音頭で乾杯、宴は始まりました。

料理は和洋折中の中華風コースで、中でも



中華風茶碗蒸しは特に美味でありました。

お酒は冷酒で「千代園」「れいざん」「香露」「神力」「蟬」を頂きました。その他「美少年」「通潤」、焼酎では「温泉」「夢」「白岳」「しろ」「鶴羽」「旬」と沢山用意されていました。私は30～40年前なら総てを頂く所でありました。

午後8:05より人吉の臼太鼓踊りが舞台上で太鼓、大人男5人、鐘、子供5人で始まりました。臼太鼓踊りは古風、勇壮、厳粛な踊りで、熊本県指定無形文化財として受け継がれています。この踊りと唄は、源平合戦を表現したものと事で、九州相良に伝わる臼太鼓踊りであります。

約20分間臼太鼓踊りが行われた後、午後9:20より次期開催地の紹介がありました。第30回JCOA研修会は、愛知県で、本会場は名古屋東急ホテル、第2会場は東海テレビで行われる予定です。第16回JCOA学会は青い海、緑の山の高知県にて開催される事が紹介されました。

午後9:40鶴上研修会実行委員長の閉会の言葉で大懇親会の幕は閉じました。

閉会后、活気のある熊本市内を歩いて宿泊ホテルへと帰りました。

宮本武蔵と整形外科医

泉大津市 河合 長兵衛

<はじめに>

宮本武蔵の生誕の地には諸説あるが、臨終の地は熊本にまちがいない。来年はNHKの大河ドラマが「武蔵」と決定していることもあり、今、熊本は脚光をあびている。

時を同じうして、熊本で日本臨床整形外科医会研修会が開かれることになり、僕は『にわか武蔵ファン』に身をやつし、心おどらせて研修会に参加した。「^{ヒッセイ}にわか」と卑下して言ったものの、実は氏の畢生の著作「五輪書」は僕の愛読書のひとつであり、重要文化財に指定されている日本画「^{コボクメイゲキズ}枯木鳴鶴図」は僕の病院のすぐ近くの久保惣美術館の秘蔵品だから、幾度となく訪れている。



研修会会場前

<武蔵をめぐる>

平成14年10月13日、研修会に先立って「剣聖宮本武蔵ゆかりの地を巡る旅」に参加したのでそのあらましを記す。

武蔵塚公園には大きな武蔵の立像と墓がある。ところで全国に武蔵の墓や供養塔と呼ばれているものがたくさんあり、どれが本物かわからないらしいが、それだけ氏を慕う人が



多いという証拠だろう。ともあれ、息を引きとったのは熊本城内の現NHK跡だから、葬られたのは龍田町弓削のこの地にまちがいない。

次に訪れたのは島田美術館だ。竹藪の中の和風建築で、武蔵の美術館としては第一級だ。多くの資料の中のひとつに「武蔵肖像画」があった。両手の抜き身の刀を前に差し出し、素足で立っているのだが、いかにもその眼力はするどい。少しはげ上がった総髪で髭をたくわえ、白い着物に茶色の袖なし羽織姿は、晩年の氏の威厳がただよう。

<洞窟と五輪書>

必見の場所は曹洞宗雲巖^{ワンガンゼンジ}禅寺だ。熊本市の西方、高さ600メートルの金峰山の麓の閑静な地にあり、車をおりて石ころだらけの山路を歩いた。途中、五百羅漢の石像群があり、幽寂の世界に入っていく。その奥に靈巖^{レイガイ}洞があった。雲巖禅寺の奥の院ともいべき、八畳ほどの洞窟が巨大な岩の中に口を開けている。武蔵は城から12キロメートルのこの地に足繁く通い、かの「五輪書」を書き上げたのだ。うす暗い穴だが、瞑想にふける氏の姿を彷彿とさせるに充分である。

<もうひとりの武蔵>

われわれを案内してくれたのは、郷土歴史家の徳永紀良氏であった。その弁舌はすばらしく堪能した。そして一風変わった「武蔵論」をお持ちなので少々紹介する。

申すまでもないが、一般の武蔵観は吉川英治作の「宮本武蔵」によるところが大である。曰く「孤絶の生涯を静謐と清貧と殺気漂う刀剣に生きた武芸者としての武蔵だ。むろん、五輪書の中でも「空を道とし、道を空と見る所也」「道においては死をいとはずおもう」「千日の稽古を鍛とし、万日の稽古を練とす」「恋慕の道、思ひよるこころなし」などなどその剣の道には何人も寄せつけない風格が連綿としてある。

ところが、徳永氏によると「世事にもたけたところがあり、女性関係も皆無だったわけではない」という。

<勝負も時の運>

29歳までに60数回の勝負をして一度も負けなかったと五輪書にあるが、すべて真剣勝負であったわけではないと徳永氏は言う。当時の試合は、最初から名をなのらず、ちょっと刀を抜いて「こりゃかなわん」と感じたら、「あいやしばらく待たれい」と叫び、スタコラ逃げてよかったらしい。巖流島での佐々木小次郎との勝負も、武蔵が小次郎を待たせてじらしたのではなく、同時に島に上がり、木刀の一ふりで眉間を打ったが、小次郎は武蔵が立ち去った後再び起き上がったらしいともいわれた。

また、有名な「独行道」もそれは氏のパラドックスであり「かくありたい」という願望であり、すべてがその通りではなかったらしい。種々な解釈があるので僕には非常に興味深いものであった。

五輪書は「地・水・火・風・空」の五巻よりなるが、これは御存知、仏教の「五大」であり、宇宙の万物の構成をさす。その中で「仏神をたのみず」とあるが、実は、かなりの仏

教的運命論者で、易占いにもこったのではないか——これは僕の推論である。

<歴史の中の医者>

話は変わるが、武蔵のあとは文化講演会があり、童門冬二氏の『歴史を動かした医師たち』と題した話をきいた。「上杉鷹山」で芥川賞候補になった公務員上がりの異色作家だ。氏によると、江戸時代には、日本の国として大きな3つのピンチがあったが、そのいずれも医者が大切な役目をして、危機を救ってきたという。江戸小石川の町医・小川笙船(1672-1760)は貧者のために小石川薬園(現・東京大学植物園)に養生所を設けたという。橋本左内(1834-1859)は緒方洪庵の適塾に学び、藩医として政治改革を行ったなど、数多くの例をあげて説明してくれた。つまり、政治には学問と医学が要となり、それも知識より情緒が重要で、聖人・孔子の「恕」や賢人・孟子の「善の心」を受けついだのは、東洋の心・日本の心であろうと話を結ばれた。

<整形外科と剣の道>

武蔵が今の時代に生きていたら、タイガーウッズ以上のゴルファーになったろう。飛ぶ蠅を箸でつまんだとか、相手の剣が己の額の10ミリメートル手前までくるまで身をそらさなかったとか、数々のエピソードがあるが生涯一度も負けたことがないのだからすごい。

剣の他にも芸術の面でもすぐれた作品を数多く残している。師匠もなしで、あの彫刻や絵画をものにしたのだから感動的である。

医者になったとしたら、内科より外科だろう。手先が器用だから、ひとりで脳や心臓の手術をこなしただろうし、人工関節や骨切り術は朝めし前であったろう。

<おわりに>

武蔵には不可解なところが多いらしいが、研修会に参加していくつかの疑問がとけたのは僕にとって最大の収穫であった。もうひと

つつけ加えると、童門冬二氏の講演に出て来た小石川植物園をほんの先日訪れたことである。広大な植物園で、ここに江戸時代、多くの薬草を植えたのだろう。奥の方に、旧東京医学校の本館が保存されてあった。泉鏡花の小説「外科室」に出てくる手術のシーンもここで執刀されたものだと思うと感慨無量であった。

おわり



小石川植物園内 旧東京医学校前



県の鳥 兵庫県

コウノトリ

ユーラシア、アフリカに分布するコウノトリの東アジア産の亜種。現在では、独立種として扱われ、説が有力になってきた。江戸時代には、日本でも各地に見られ、江戸市中でさえ繁殖していた。明治以降、狩猟の解禁によりいちじるしく減少した。今世紀初頭にはすでに繁殖地は兵庫県の但馬地方に限られ約100羽が残るのみとなってしまった。その後も営巣環境の悪化により減少し続け、1950年代には25羽となった。1960年代には、農薬による汚染の影響により、雛が育たなくなり、1971年に飼育下繁殖に踏み切るため、野生の個体は全て捕獲され、留鳥としてのコウノトリの個体群は消滅した。中国、ロシアでは約3000羽が生息しているとされる。大陸産の個体による飼育下の繁殖群が、現在確立されつつあり、近い将来に野生復帰が実現可能となってきた。

基調講演

堺市長 田 明

「医療の質を考える」と題しての、角南義文 JCOA 理事長のご講演を拝聴した。

安全な医療を提供するという観点から、低医療費政策の危険性を指摘し、かつての武見太郎日医会長時代の「薬価差益と優遇税制で、医師の技術料の低さを補う」という「暗黙の了承」時代はとっくに終焉している。したがって、適正水準の技術料を要求すべきであると論じられた。

また、医療の質を確保する上で、重要な問題の一つであるマンパワーの日米格差を例に上げて日本の医療費は決して高くなく、たいへんな低医療費であると力説された。

一方、公的医療機関と私的医療機関との診療報酬体系が一本化されている問題に触れ、診療報酬であらゆるコストを賄い、しかも税金も払わなければならない私的医療機関に



とって、安い診療報酬体系下での医療が、その安全性に問題を生じさせるのではないかとの懸念を示された。

さらに、4月の診療報酬改訂による整形外科への影響を苦慮され、今後、そういう状態の中で整形外科医療の質をいかに向上させるかを全員で検討すべきであると強調された。

県の鳥 香川県



ホトトギス

古くから歌や詩に多く詠まれている鳥で、県内に広く生息し、よく知られています。夏の渡り鳥ですが、香川県でよく繁殖します。昆虫、特に、毛虫を食べるので有益。

昭和41年5月10日に指定になりました。

教育研修会 (A)

(B) 会報掲載

堺市 長 田 明

「肩こりの予防と治療」と題して、熊本大学医学部整形外科教授 高木克公先生のご講演があった。

まず「肩こり」とは一体何だろうか?と問題提起があり、西洋には「肩こり」という言葉はなく、いくら説明しても理解してもらえないとのこと。また、日本でも江戸時代まではこのような言葉は見当たらない。明治になり、樋口一葉の作品に始めてこの言葉が登場して以来ポピュラーになったなど、言葉の歴史について話された。

いわゆる「肩こり」は、本態性の肩こり(頸肩腕症候群と言われるもの)、症候性の肩こり(整形外科的疾患を始め、内科的疾患、眼科・耳鼻科由来の疾患などによるもの)、そして心因性の肩こりと大きく三つに分けて考えるべきであり、このうちの本態性の肩こりについて言及された。



高木 克公 先生



その発生要因は、日本人特有の不良姿勢と運動不足による筋力低下が問題であると指摘され、人類が二本足で直立歩行するようになり、肩甲骨を吊り下げ、そして頭を支えるということの結果発生する、宿命的な障害であると話された。

肩こりの疼痛メカニズムは、首・肩・背中の抗重力筋が緊張・収縮を持続強制されることにより筋肉内血流障害を生じ、乳酸・カリウム老廃物の蓄積が感覚神経を刺激するのであると説明された。

その予防法と治療については、生活指導と不良姿勢の改善、肩甲骨周囲筋群の筋力トレーニングが不可欠であることを力説され、KSバンド(熊本大学肩甲骨バンド)の着用により肩甲骨と胸郭の関係をいい位置にもってこることや、全身的な運動として、特に歩幅を広くしての速足歩きが有効であると指摘された。

教育研修会 (B)

(A) 会期教育講座

中央区 坂本 徳成

平成14年10月13日(日)、ホテル日航熊本・5階「阿蘇」の間で、PM4:05より約50分間、「これからの高齢者医療について」日本医師会副会長 青柳 俊先生の講演が開かれた。

内容については、日臨整会誌、28巻1号(2003)、P18～22に詳しく掲載されている。

要約してみると、

- 国民の医療ニーズはどこにあるのか、的確に把握しておく必要がある。
- 60歳代では長期治療のための入院医療、慢性疾患医療に関するものが多く費用が高つく。
- 医療機関に対し求めているものは、納得いく説明と、正確な診断、確実な治療である。
- 医療機関を選ぶための必要な情報。
- 独立した高齢者医療制度の創設。
- ポリシーダイナミックス手法の導入。
- 医療・保健・介護サービスの体系化。
- 保険者の統合・再編・診療報酬体系の見直し。
- 小泉政権の医療改革は現ルールを無視し、非営利原則の否定であり、国民・患者への負担の増大、将来ビジョンの欠如である。
- 中医協に対し早期の診療報酬改定を強く求める方針である。
- 平成14年度以降の収支状況の変化を示して、理解を求める。
- 12月末の予算編成から4月1日の診療報酬改定までの物理的な時間が少ない。
- マイナス改定となった今回は、場合によつ



ては実施時期を先延ばしすることも検討課題になる。

- 中小病院や、外科・整形外科診療所の落ち込みを底支えする格好で全体のダメージを小さく見せている。
- 診療所は人件費を削ってなんとか一定の収支差を求める努力をしている。
- 再診料の月内通減制など、患者に説明を求められても説明のしようがない仕組みが毎回出てくる。
- 説明不能の要因のひとつに、包括払いの拡大をあげ、モノと技術の分離が不可欠と強調。

以上、結論として、医療制度改革の中核と位置付けられている「高齢者医療制度」の創設は、少子高齢化が予測される人口動態の中では、不可避な課題である。としめくくった。

有意義な50分間を過ごさせていただいたことを報告する。

慢性関節リウマチの薬物療法の実際

学校法人 東京女子医科大学附属
 膠原病リウマチ通風センター 齋藤輝信

—薬物療法の実際—

※関節リウマチ (RA) の治療は薬物療法が中核であっても、基礎療法、理学療法、リハビリテーション、外科的療法、さらにわが国では試験的段階であるが、最近注目されている生物学的製剤を含めた総合的治療にほかならない。

本症の薬物療法は、症例ごとに病態が異なり、同一症例であっても経過中活動性が変わるために、画一的なものはない。したがって、試行錯誤しながら一定期間薬物療法を実施した後は、再度症例の病態、活動性を評価し、治療方針を決定する必要がある。

具体的には、RA の炎症に対しては NSAID が主体であるが、病態によっては副腎皮質ステロイド薬を必要とする。一方、免疫異常に対しては免疫抑制薬を含めた DMARD が使用されている (図 1)

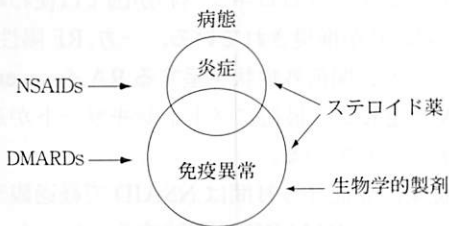


図 1. 慢性関節リウマチの薬物療法

NSAID：非ステロイド性抗炎症薬
 DMARD：寛解入抗リウマチ薬（疾患修飾性抗リウマチ薬）
 ステロイド薬：副腎皮質ステロイド薬
 生物学的製剤：わが国では現在治験中

薬剤に対して従来から副作用が出現しやすい体質、RA の活動性が不安定、あるいは本症に対して不安感が強いような患者は、少なくとも 2 週ごと、可能ならば症状に変化があ



るたびに、いつでも対応できることをあらかじめ説明しておくことが大切である。

アメリカ・リウマチ学会 (ACR) による RA 治療のガイドラインによれば、最適な治療は早期診断および不可逆的な関節破壊を少なくする薬剤をタイムリーに導入することであるとしている。すなわち、診断の確定から始まる。特に早期の診断はしばしば困難で、ACR の分類基準にもあるように、全身性エリテマトーデス、乾癬性関節炎、混合性結合組織病の 3 疾患は RA と分類される率が高いので注意を要する。次に活動性および滑膜炎の程度、罹患関節の疼痛が炎症性かメカニカルかなどを評価し、適切な治療を選択する。

—早期診断の重要性—

関節症状の鑑別診断：リウマチ性疾患はきわめて多彩な臨床症状を呈し、特に関節症状は高頻度に出現し、疼痛を主訴として受診することが多い。しかしながら、この関節症状はリウマチ性疾患の鑑別診断上重要な手がかりではあるが、決して特異的なものではなく発熱、赤沈亢進、CRP 陽性、 γ グロブリン増加などと同様に共通症状というべきものである。

関節症状は、関節および関節周囲軟部組織

の総合的な症状であるが、自覚症状のみの関節痛 (arthralgia) および他覚的に明らかな炎症症状、すなわち腫脹、局所熱、発赤を伴う関節炎 (arthritis) とに大別される。そのいずれであっても、水面下には RA をはじめとする各種結合組織疾患が潜んでいることを、常に念頭に置くことが大切である。

そのうえで、関節症状を呈した症例に実際遭遇した場合、診察の進め方としてはその特徴を分析し、関節症状が疾患の主病変を占める RA であるか、あるいは他の結合組織疾患に伴った部分症状であるか、すなわち関節症状の重みづけを見極めることである。

ACR の分類基準 (表 1) によれば、関節症状は 6 週間以上持続しなければ RA と診断できないため、6 週間以前での RA の確定診断は不可能ということになる。さらに、RA の発症はさまざまであり、症例によっては確診に至るまで 1 年前後も要することがある。

表 1 1987 年改訂 RA 分類基準 (米国リウマチ学会)

* 1. 朝のこわばり、少なくとも 1 時間以上
* 2. 3 関節領域以上の関節炎
* 3. 手関節または MP、または PIP 関節領域の関節炎
* 4. 対称性関節炎
5. 皮下結節
6. リウマトイド因子
7. 手指、手関節の X 線所見
[判定] 上記 7 項目中、4 項目以上 : RA と診断してよい。
[注] (1) * 印の関節症状は、6 週間以上持続
(2) 除外項目は、不要とされているが、
i) 全身性エリテマトーデス (SLE)
ii) 乾癬性関節炎
iii) 混合性結合組織病 (MCTD)
の 3 疾患は、RA と分類される率が高いので注意を要する。

(Arnett, 1988)

関節症状を主訴とする患者では、疼痛部位が関節に限局しているか関節以外に存在するか、すなわち関節型、非関節型に大別される。

以上のように、関節症状の臨床的特徴を正確に把握したうえで、全身症状ならびに関節外症状を考え併せながら診断確定へと前進させる。全身症状としては、発熱、朝のこわばり、全身倦怠感、易疲労性、体重減少、貧血、リンパ節腫大などが参考となる。一方、関節外症状ないし局所症状としては、Raynaud 現象、皮膚粘膜症状、筋症状、眼症状、皮下結節などのほか、臓器症状として腎・呼吸器・心・血管などの病変が重視される。

これら前述の臨床症状を十分把握したうえで、臨床検査、免疫血清学的検査、X 線検査、MRI、生検などを実施し、広い視野から総合的に検討し、診断を確定する。

—初期治療の重要性—

初期治療としては、基礎療法を徹底するとともに、NSAID、低用量のステロイド薬の選択を図る。それでも大多数の症例は、活動性を有するため DMARD を開始する。どの DMARD から開始するかは統一されているわけではない。

ACR の RA 治療ガイドラインによれば、mild RA に対してはスルファサラジンないしヒドロキシクロロキン (わが国では使われていない) が推奨されている。一方、RF 陽性、骨びらん、関節外症状を呈する RA を severe RA と定義し、最初にメトトレキサートが選ばれるとしている。

従来、発症 3 ヶ月間は NSAID で経過観察し、次いで DMARD を開始するといった考え方が一般的であった。そのメリットは他の膠原病などが除外され診断が確定されること、または NSAID のみで軽快するような軽症 RA を除外できることにあった。

—発症早期から、より強力な治療を—

しかしながら最近では、その間、炎症は進行し不可逆的な関節破壊が出現してからでは DMARD 使用の意味がないといった見解から、可及的に発症初期から DMARD を使用

するのが一般的となっている。治療に当たっては、リウマチ専門医のコンサルテーションが推奨されている。DMARDは遅効性であるため、効果発現までの間、少量のステロイド薬を併用することもある。

DMARDの効果は永続的なものではなく、数年以内に減弱することもまれではない。そのため活動性を見ながら治療の再評価を行いNSAID、DMARDの変更ないし追加、さらにはステロイド薬併用の要・不要など十分検討する必要がある。この時期に相前後してメカニカルな関節症状が出現するようになれば、手術的な適応も視野に入れて治療法を検討する必要がある。なお、関節疼痛には滑膜炎によるものと関節破壊によるものがあり、前者は重く疼くような疼痛で、朝方に強く天候の影響を受けやすく屈曲位で軽快するのに対し、後者は荷重、運動により増強することで鑑別される。

一方、薬物療法における最大の課題は副作用であって、原疾患の治療がしばしば妨げられるばかりでなく、時には重篤な副作用によって死の転帰をとることさえある。

とくに今回は、日本リウマチ財団が実施したNSAIDによる消化管病変に関する疫学調査成績を中心に、DMARDの使い方ならびに重篤な副作用についても解説し、併せてその対策と予防に関して若干、私見に触れた。

以上、RAの診断の重要性ならびに最近の薬物療法と問題点について、実地医家にとって明日からのご診療に即役立つように解説を加えた。

最後に、大阪臨床整形外科医会の益々のご発展と会員の諸先生方のご健勝をお祈り申し上げ、御礼のご挨拶とさせていただきます。

※第46回日本リウマチ学会総会（2002年4月、神戸）において、Rheumatoid Arthritis(RA)の日本語訳が「慢性関節リウマチ」から「関節リウマチ」に改訂されました。

参考文献

- 1) Arnett FC, et al : The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 31:315,1988.
- 2) 山本純己 他：日本リウマチ学会による早期慢性関節リウマチの診断基準. 1.ARA診断基準による検討. *リウマチ* 33:354,1993.
- 3) American College of Rheumatology ad hoc Committee on Clinical Guidelines: Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. *Arthritis Rheum* 39:1,1996.
- 4) 近藤啓文 他：日本リウマチ学会による早期慢性関節リウマチの診断基準. 3. 診断基準の検証. *リウマチ* 40:54,2000.
- 5) 齋藤輝信：リウマチ性疾患の診察法の要点. 膠原病・リウマチ診療(鎌谷直之監修). p13, メジカルビュー社, 東京, 2000.

成人期扁平足の病態と治療

大阪医科大学 整形外科 木下光雄

足の骨格は、内側列（距骨、舟状骨、第1～3中足骨）と外側列（踵骨、立方骨、第4、5中足骨）とに分けられ、3つの足アーチ（内側・外側縦アーチ、横アーチ）を形成している。足の縦アーチが低下したものが扁平足であり、踵部は外反（回内）し、前足部は外転・回外している（外反扁平足）。一方、足の横軸アーチが低下したものは開張足（横軸扁平足）と呼ばれる。



I. 成人期扁平足の症状

症候性の扁平足には足の内・外在筋痛、後脛骨筋腱の障害（時に断裂）や関節症状（距踵舟関節、足関節、時に膝関節）が認められ、変形の程度にかかわらず急性発症したものではありません。強い足部痛があり歩行困難をきたす。この他に神経障害（足根管症候群）をきたすこともあり、症状は多彩である。扁平足は、初期には可撓性があり容易に矯正できるが（flexible flatfoot）、経過とともに可撓性が少なくなり（rigid flatfoot）、下腿三頭筋・腱は短縮する。高度変形例では舟底足を呈し、距骨滑車は足関節内で外反する。

II. 成人期扁平足の分類

成人期の扁平足は、その病因により先天性（一次性）のものとは後天性（二次性）のものとに大別される。以下にその概略をしめす。

1. 先天性の要因による扁平足

1) 静力学的扁平足

非荷重の状態では足アーチが認められるが、荷重負荷すると足アーチが破綻して扁平化するものを静力学的扁平足という。初期には無症状であり荷重負荷を取り除くと正常足になるが、やがて可撓性が少なくなり扁平足変形が固定化し症候性となる。

2) 足根骨癒合による扁平足

未治療のまま経過し、成人期に扁平足が固定化し症候性となる。軽い外傷などを契機に発症することが多い。

3) 外脛骨に起因する扁平足

副骨である外脛骨のうち Veitch 分類の 2 型では、舟状骨と繊維軟骨性に結合している。このため足アーチの挙上に関与する後脛骨筋の力が十分に作用せず徐々に足アーチは低下し症候性の扁平足となる。

4) その他

先天奇形の遺残変形や、全身性関節弛緩を伴う疾患では扁平足が生じる。

2. 二次性の扁平足

外傷、関節リウマチ、神経障害による筋力不均衡、神経病性関節症や骨軟部腫瘍病変などにより足の骨性構築が破綻すると扁平足になる。最近注目されているものに後脛骨筋腱機能不全（posterior tibial tendon dysfunction ; PTTD）による扁平足がある。

1) 後脛骨筋腱機能不全

Johnson らは PTTD の重症度を特徴的な臨床症状と X 線所見に基づき 3 段階に分け、腱の病態と治療法について言及した（表 1）。さらに、足関節の外反変形を伴う最重度の扁平足があることにもふれ、Myerson らはこ

表 1. 後脛骨筋腱機能不全の j 重症度 (Johnson 分類)

	I 度	II 度	III 度	IV 度
腱の病態	長さの変化なし 腱周囲炎 / 時に変性	腱は伸長 変性、縦断裂	腱は伸長 断裂	
疼痛の局在と程度	内踝～状骨結節 / 軽度～中等度	後脛骨筋腱に沿う 中等度	内側 / 後足部外側～足根洞 中等度 / 時に鋭い痛み	
後足部の形態と可撓性	正常 / 有り	外反 / 有り	高度外反 / 無し	足関節外反 / 無し
後脛骨筋腱の筋力	軽度低下	著しく低下	著しく低下	
片脚つま先立ち (Single-heel-rise test)	可能 (不安定、時に疼痛)	異常なパターン	(不能)	
前足部の変形 (Too-many-toes sign)	無し	外転 陽性	高度外転 陽性	
X 線所見	正常～軽度変形	前足外転 / 距舟関節亜脱臼 距踵角増大	stage2 より高度の変形	足関節外反 / 関節症

れを stage 4 とし分類に加えた。

後脛骨筋腱機能不全による扁平足では、腱の走行に沿って (内果の後下方から舟状骨結節かけて) 腫脹と圧痛が認められる。起立させて足を後方からみると、前足部の外転により複数の足趾が見える (too many toes sign)。また、片脚立位でのつま先立ち (single-heel-rise test) は不能であるか、つま先立ちができて不安定で踵部は回外しない。

III. 成人期扁平足の治療

1. 保存療法

急性発症して歩行困難なものには短下肢ギプス固定をする。薬物療法も行うが後脛骨筋腱腱鞘炎に対するステロイド注射は禁忌である。装具療法が有効であり、踵部の過回内を矯正し、距骨下関節のアライメントを整えることを目的に、内側楔 (inner wedge) や踏まず支え (arch support) のある足底装具を処方する。運動療法として、足の内在筋や外在筋、とくに底屈内がえし筋の筋力強化をはかるとともに、短縮したアキレス腱のストレッチを行う。

2. 手術療法

発症原因、変形の程度、性別、年齢、体重、職業や活動性を考慮して術式を選択する。骨・関節手術と腱移行術があり、これらを併用することもある。

1) 屈筋腱移行術

機能不全に陥った後脛骨筋腱の代わりに、長母趾屈筋腱または長趾屈筋腱を舟状骨に移行する。

2) 踵骨隆起部内側移動術

踵骨隆起を骨切りし内側に平行移動させることにより変形を矯正し、外側に偏位した下肢の荷重軸を内側に移動する。

3) 踵立方関節延長固定術

踵立方関節間に腸骨片を移植し、短縮している足の外側支柱を延長して扁平足を矯正する方法である。

4) 踵骨頸部延長術

踵骨頸部に骨移植を行い外側支柱を延長する方法。踵立方関節内圧が上昇するため小児扁平足に適応されることが多い。

5) 関節固定術

1. 関節固定術 (距舟関節、楔舟関節、距骨下関節)、2. 関節固定術 (距舟、踵立方関節) や 3. 関節固定術がある。

おわりに

成人期の扁平足については、一般的に医療の現場で十分に認識されているとは言いがたく、長い罹病期間の末に受診する例も少なくない。本疾患に対する啓発ならびに診断、治療の一助になれば幸いである。

参考図書、文献

- 1) 木下光雄：扁平足。足部診療ハンドブック（高倉義典他編）。217-222, 医学書院, 2000.
- 2) 木下光雄：足の疾患治療各論－後天性変形。足の診療ガイドブック（高倉義典編）。109-133, 南江堂、2001.
- 3) 木下光雄：成人扁平足の手術療法。新 OS NOW [足部疾患の保存療法・手術療法], メジカルビュー, 2002. (in print.)
- 4) 木下光雄ほか：成人の症候性外反扁平足に対する外側支柱延長術。整形外科 47:661-668, 1996.
- 5) Johnson KA, Trome DE : Tibialis posterior tendon dysfunction. Clin. Orthop. 239:196-206, 1989.
- 6) Mayerson, M., : Adult acquired flat-foot deformity. J. Bone and Joint Surg., 78-A:780-792, 1996.

県の鳥 滋賀県

カイツブリ

水ぬるむ春、池や沼や湖で、そこに浮いていたかと思うとアッという間にもぐってしまい、あちらの方でポッカーリ浮かびあがる潜水の名手。カモなどと一緒にいると、カモの子供に見られてしまうことがあります。親鳥です。実にすばしこく泳ぎ、上手に魚をとります。水面に出たアシに浮巣をつくり、夏のはじめ、綿毛のような可愛いヒナを連れて泳いでいます。

琵琶湖の古名は「嶋（にお）の海」で、嶋—カイツブリは昔から知られていたようです。



間欠跛行のプライマリケアにおける整形外科医の役割 — ASO のスクリーニングを中心に —

厚生連高岡病院 整形外科 鳥 島 康 充

【背景】

高齢化社会を迎えて、間欠跛行を主訴に受診する患者は増加しているが、間欠跛行は神経性と血管性というまったく異なった病態により惹起されることが知られている。神経性間欠跛行のほとんどは腰部脊柱管狭窄 (LSCS) によって生じ、血管性間欠跛行は閉塞性動脈硬化症 (arteriosclerosis obliterans:ASO) や閉塞性血栓性血管炎 (Buerger's disease, thromboangitis obliterans:TAO) などの慢性動脈閉塞症 (peripheral arterial occlusive disease:PAOD) を原因とする。両者は病因や治療法が異なるため鑑別診断が極めて重要だが、両疾患を扱う診療科が異なっているため必ずしも正確な診断がなされているわけではない。特に、間欠跛行患者の多くが最初に受診する整形外科において、PAOD の割合を調べた報告はなく、また鑑別方法も明確ではない。

【目的】

本研究の第一の目的は、間欠跛行を主訴として当科を受診した患者における LSCS と PAOD の割合を調べることであり、第二の目的は、両者の鑑別診断に有用な身体症状、スクリーニング検査を検討することである。

【対象および方法】

平成 11 年 11 月から 13 年 12 月の期間に間欠跛行を主訴として当科を受診した患者のうち、腰椎画像診断 (MRI または脊髓造影) と下肢 MR Angiography (MRA) の両検査を施行した 117 例を検討した。男性 71 例、女性 46 例、平均年齢 68.6 歳であった。LSCS に特徴的な身体症状として、立位負荷試験 (立位のみで下肢痛が誘発される)、



姿勢因子 (前屈位にて軽快する)、sensory march (歩くにつれて疼痛の範囲が拡大する) の 3 項目を、また PAOD の症状として足背動脈拍動欠損と腓腹筋に局限した疼痛の 2 項目を調査した。スクリーニング検査としてサーモグラフィーを 87 例、血圧脈波検査装置 (商品名: form, 日本コーリン社製) を用いた ABPI (ankle brachial pressure index) 測定を 94 例に施行した。ABPI 検査では 0.9 以下サーモグラフィーでは左右差のある場合を異常とした。最終診断は、腰椎画像検査と MRA によって行い、LSCS 群、PAOD 群、両者が混在した合併群、その他 (脊髄症など) の 4 群に分類した。LSCS 群と PAOD 群を用いて、身体症状およびスクリーニング検査における感度と特異度を算出した。さらに、LSCS 群、PAOD 群、合併群の 3 群において、ABPI 値を比較し、Sheffe's 法を用いて有意差検定を行った。

【結果】

LSCS 群は 85 例 (72.7%)、PAOD 群は 13 例 (11.1%)、合併群は 17 例 (14.5%)、頸部脊髄症 2 例 (1.7%)、であった (図 1)。身体症状検査の感度・特異度は、立位負荷試験 69.4%・84.6%、姿勢因子 71.8%・92.3%、

足背動脈拍動の減弱・消失 92.3%・91.8%、腓腹筋に局限した疼痛 76.4%・96.5%と良好であったが、sensory march では 28.2%・84.6%にとどまった。また ABPI 検査では感度 92.3%、特異度 98.5%と極めて良好であったのに対し、サーモグラフィーでは 41.7%、90%と不良であった（表 1）。ABPI 値は、LSCS 群 1.10 ± 0.01 (n=66)、合併群 0.90 ± 0.17 (n=15)、PAOD 群 0.63 ± 0.19 (n=13) で 3 群間それぞれに有意差 (Sheff's 検定 $p < 0.01$) を認めた (図 2)。

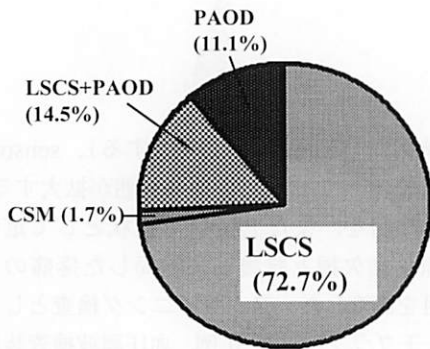


図 1

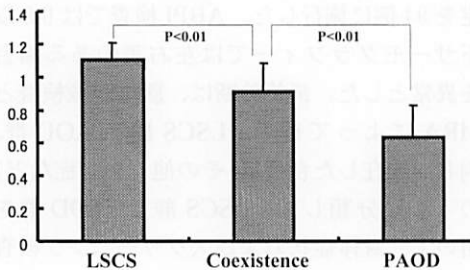


図 2

表 1

	感度 (%)	特異度 (%)
立位負荷試験	69.4	84.6
姿勢因子	71.8	92.3
Sensory march	28.2	84.6
足背動脈拍動欠損	92.3	91.8
腓腹筋痛	76.9	96.5
サーモグラフィー	41.7	90
ABPI (<0.9)	92.3	98.5

【考察】

間欠跛行患者のうち、慢性動脈閉塞症が関与した症例の割合は 25.6% (PAOD 群 11.1%、合併群 14.5%) に及んだ。身体症状では立位負荷試験、姿勢因子、足背動脈拍動欠損、腓腹筋に局限した疼痛が有用であったが、これらだけで鑑別することは困難であった。しかしサーモグラフィーでの検出率は低く、MRA は検査可能な施設が限定される上、検査時間が長く検査費用が高価で、スクリーニング検査には適さないと思われた。それに対し簡便・安価で非侵襲性検査である ABPI は、鋭敏に血管性病変を検出した。1996 年に米国心臓学会 (AHA) は「ASO 患者の約 60% に心・脳循環系に重大な疾患があるため、ASO の早期発見が生命予後を改善する」「ABPI が問診に比較して約 3 倍の ASO 患者を発見し、ABPI が 0.9 以下の群では相対的死亡率が 3.8 倍である」との声明を発表した。総合病院として血管外科を標榜する当院でさえ整形外科を受診した間欠跛行患者の約 4 分の 1 に慢性動脈閉塞症の関与が認められた事実と、ASO の早期診断が社会的要請となってきた現状をふまえ、整形外科医は間欠跛行患者の primary doctor として慢性動脈閉塞症を積極的に診断すべきであると思われた。

【結語】

間欠跛行を主訴として整形外科外来を受診した患者のうち約 4 分の 1 に慢性動脈閉塞症の関与が認められた。慢性動脈閉塞症の検出には、簡便・安価で非侵襲性検査である ABPI が極めて有用であった。

大腿骨頭における骨壊死症と骨循環

京都市立医科大学 整形外科 久保 俊一

【骨壊死症】

骨壊死症は栄養血管の破綻や閉塞による阻血性変化により骨組織が壊死して関節機能が障害される疾患である。骨壊死症が関節に発生すると、関節機能には重大な障害が生じ、患者のQOLが大きく低下する。従って、骨壊死症の病態をよく理解しておくことは大切な課題であり、適切な診断や治療、ひいては予防法の開発にもつながる。ステロイド剤はその薬効ゆえに多くの疾患の治療に広く使われているが、副作用も多い。骨の微小循環障害が骨壊死症の本態とされるが、ステロイド剤が骨微小循環にどのような機序で障害をきたすかはいまだに明確でない。

【MRI 上の特異的所見】

MRI では、壊死組織を取り囲むように修復が起こっている反応層を捉えることができ (band 像)、 T_1 強調画像では帯状低信号域として、 T_2 強調画像では帯状高信号域として描写される。MRI 上の band 像は大腿骨頭壊死症の特異的所見であり、band 像の存在により大腿骨頭壊死症の存在を特定できる。

【骨壊死の発生時期】

われわれは 1988 年から、MRI による band 像を指標として、腎移植患者を対象にステロイド性大腿骨頭壊死症のプロスペクティブスタディを行っている。この研究から band 像が出現した最短例は移植後 6 週すなわちステロイド投与後 6 週目で、全例で 16 週目までに band 像が出現することが判明した。動物を用いた実験的研究では、壊死発生から band 像出現までの期間は約 4 週間と報告されている。また、大腿骨頸部骨折を対象とした外傷性骨頭壊死症の臨床的研究でも、



band 像は受傷後 4 週で出現することが明らかになっている。この band 像出現までの 4 週間を勘案すれば、すべての骨頭壊死症は移植後 12 週以内に発生していることになる。また、移植後 6 週で出現した例は、移植後 2 週間以内に壊死が発生していることを示している。従来から考えられているよりもきわめて早期であり、骨頭壊死症は急性の阻血性変化で成立してくると推察できる。これは、予防時期を考える上で非常に大切な点である。

【大腿骨頭内血行】

大腿骨頭の主たる栄養血管は外側骨端動脈 (lateral epiphyseal artery) である。大腿動脈から発した内側大腿回旋動脈 (medial femoral circumflex artery) は後頸部分枝 (posterior collum branch) となって大腿骨頸部後方に分布する。ここから数本の上頸部被膜下動脈 (superior retinacular artery) が櫛状に分岐し、骨頭軟骨直下から大腿骨頭内に進入して外側骨端動脈 (lateral epiphyseal artery) となる。この外側骨端動脈 (lateral epiphyseal artery) は側副血行が少なく、この解剖学的特徴は大腿骨頭に阻血状態が生じやすい一因と考える。

【循環動態】

Positron emission tomography (PET) は positron を用いた核医学診断法の 1 つである。目的臓器に存在する positron を定量化することにより、血流量や血液量の非侵襲的な測定が可能となる。われわれの PET を用いた検索により、大腿骨頭の血流量、血管床容積は第 3 腰椎に比べてそれぞれ 1/3、1/2 であることが判明した。また、血流量、血管

床容積ともに大腿骨近位部は腸骨に比べて有意に低値を示し、特に大腿骨頭が乏しい血行状態にあることもわかった。さらに、これらの大腿骨頭内循環動態には大きな個人差があった。これらの事実から、もともと骨内循環が低値である症例は比較的容易に阻血状態をきたしやすいと推測でき、大腿骨頭壊死症の発生にこのような特殊な循環動態が関与していると考えている。

第 127 回大阪臨床整形外科医会研修会資料 「骨の循環と骨壊死症」

資料 1

特発性大腿骨頭壊死症 診断基準・病型分類・病期分類

(平成13年6月改定案)

(資料 3・4・5 参照)

厚生労働省特定疾患対策研究事業骨関節系調査研究班

特発性大腿骨頭壊死症調査研究分科会

分科会長 高岡邦夫

診断基準・治療指針策定ワーキンググループ

渥美 敬	昭和大学藤が丘病院整形外科
大園健二	国立大阪病院整形外科
久保俊一	京都府立医科大学整形外科
菅野伸彦	大阪大学大学院医学研究科器官制御外科学
高岡邦夫	信州大学医学部整形外科
佛淵孝夫	佐賀医科大学整形外科

(50 音順)

特発性大腿骨頭壊死症の定義*

非外傷性に大腿骨頭の無菌性、阻血性の壊死をきたし、大腿骨頭の圧潰変形が生じると、二次性の股関節症にいたる疾患を特発性大腿骨頭壊死症 (idiopathic osteonecrosis of the femoral head) と呼ぶ。

*副腎皮質ホルモン剤投与とアルコール愛飲に関連した症例は、特発性大腿骨頭壊死症として扱う。

Perthes病及び二次性的大腿骨頭壊死症(大腿骨頸部骨折、股関節脱臼、放射線照射および潜函病などによる)は除外する。

特発性大腿骨頭壊死症の診断基準

X線所見

1. 骨頭圧潰または crescent sign (骨頭軟骨下骨折線)
 2. 骨頭内の帯状硬化像の形成
 1. 2. については
 - ① 関節裂隙が狭小化していないこと
 - ② 臼蓋には異常所見がないこと
- を要する

検査所見

3. 骨シンチグラム：骨頭の cold in hot 像
4. 骨生検標本での修復反応層を伴う骨壊死層像
5. MRI：骨頭内帯状低信号域 (T1強調像)

判定

確定診断：上記5項目のうち2つ以上を有するもの

除外項目：腫瘍、腫瘍性疾患および骨端異形成症は除く

文献

1) 高岡邦夫, 菅野伸彦, 増原建作, 中田活也, 山崎聡, 佐藤宗彦, 大園健二: 特発性大腿骨頭壊死の診断基準(最終報告). 厚生省特定疾患特発性大腿骨頭壊死調査研究班平成7年度研究報告書; 35-37, 1996

2) Sugano N, Kubo T, Takaoka K, Ohzono K, Hotokebuchi T, Matsumoto T, Igarashi H, Ninomiya S: Diagnostic criteria for non-traumatic osteonecrosis of the femoral head. A multicentre study. J.Bone Joint Surg., 81-B;590-595, 1999

特発性大腿骨頭壊死症の 壊死域局在による病型(Type)分類

- Type A 壊死域が臼蓋荷重面の内側1/3未満にとどまるもの、または壊死域が非荷重部のみに存在するもの
- Type B 壊死域が臼蓋荷重面の内側1/3以上2/3未満の範囲に存在するもの
- Type C 壊死域が臼蓋荷重面の内側2/3以上におよぶもの
Type C-1: 壊死域の外側端が臼蓋縁内にあるもの
Type C-2: 壊死域の外側端が臼蓋縁をこえるもの

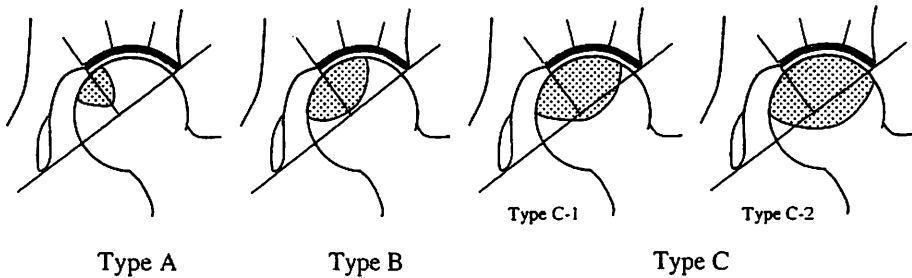
注1) X線/MRIの両方またはいずれかで判定する

注2) X線は股関節正面像で判定する

注3) MRIはT1強調像の冠状断骨頭中央撮像面で判定する

注4) 臼蓋荷重面の算定方法

臼蓋縁と涙痕下縁を結ぶ線の垂直二等分線が臼蓋と交差した点から外側を臼蓋荷重面とする。



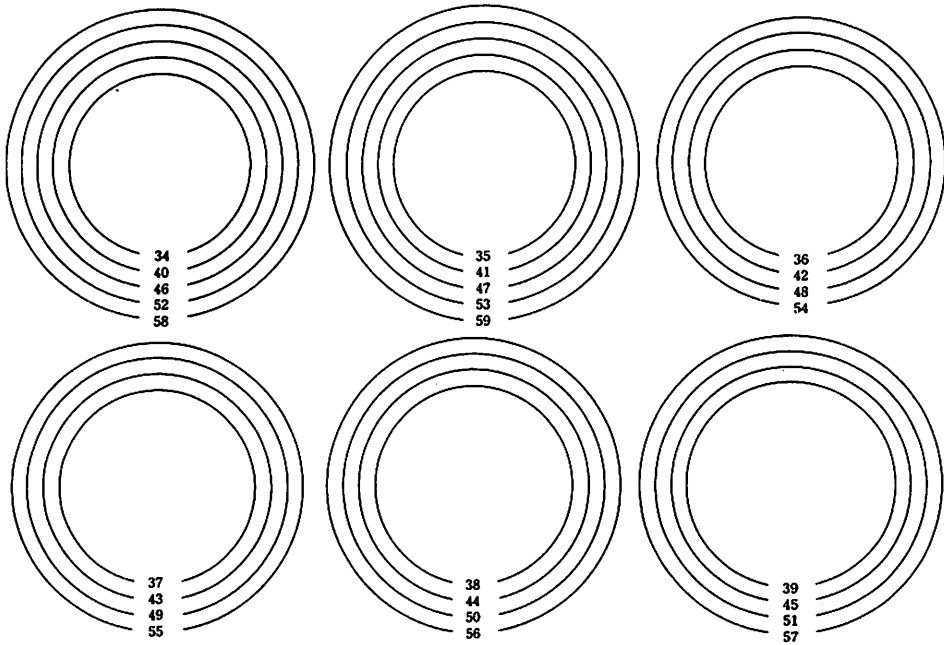
特発性大腿骨頭壊死症の病期(Stage)分類

- Stage 1 X線像の特異的異常所見はないが、MRI、骨シンチグラム、または病理組織像で特異的異常所見がある時期
- Stage 2 X線像で帯状硬化像があるが、骨頭の圧潰(collapse)がない時期
- Stage 3 骨頭の圧潰があるが、関節裂隙は保たれている時期(骨頭および臼蓋の軽度な骨棘形成はあってもよい)
- Stage 3A 圧潰が3mm未満の時期
- Stage 3B 圧潰が3mm以上の時期
- Stage 4 明らかな関節症性変化が出現する時期

注1) 骨頭の正面と側面の2方向X線像で評価する(正面像で骨頭圧潰が明らかでなくても側面像で圧潰が明らかであれば側面像所見を採用して病期を判定すること)

注2) 側面像は股関節屈曲90度・外転45度・内外旋中間位で正面から撮影する(杉岡法)

特発性大腿骨頭壊死症判定用シート



Stage 3判定用 圧潰測定ゲージ(1目盛り以上の圧潰はStage 3Bと判定する。)

診断基準

X線所見

1. 骨頭圧潰または crescent sign (骨頭軟骨下骨折線)
2. 骨頭内の帯状硬化像の形成
- 1, 2については ① 関節裂隙が狭小化していないこと
② 臼蓋には異常所見がないこと

検査所見

3. 骨シンチグラム：骨頭の cold in hot 像
4. 骨生検標本での修復反応層を伴う骨壊死層像
5. MRI：骨頭内帯状低信号域 (T1強調像)

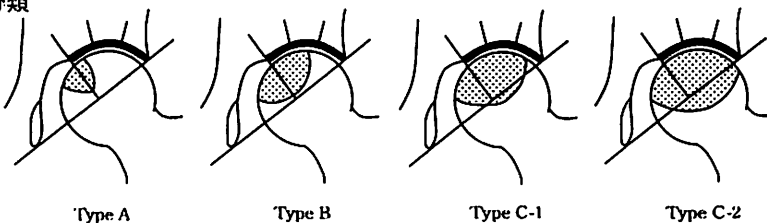
判定

確定診断：上記5項目のうち2つ以上を有するもの
除外項目：腫瘍、腫瘍性疾患及び骨端異形成症は除く

病期分類

- Stage 1 X線像の特異的異常所見はないが、MRI、骨シンチグラム、または病理組織像で特異的異常所見がある時期
- Stage 2 X線像で帯状硬化像があるが、骨頭の圧潰 (collapse) がない時期
- Stage 3 骨頭の圧潰があるが、関節裂隙は保たれている時期(骨頭および臼蓋の軽度な骨棘形成はあってもよい)
- Stage 3A 圧潰が3mm未満の時期
- Stage 3B 圧潰が3mm以上の時期
- Stage 4 明らかな関節症性変化が出現する時期

病型分類



高齡化社会の運動器疾患

三重大学 整形外科 内田 淳 正

変形性関節症や脊椎症などの高齢者にみられる運動器疾患は QOL を著しく低下させるため、これらの疾患の治療や予防に整形外科医は積極的に介入しなければならない。しかし、体系的治療や予防法を確立するための基礎的情報は不足している。日常の外来で当たり前のよう治療している変形性膝関節症や変形性脊椎症がどの程度の発生率であるのかは多くの整形外科医は知らない。患者さんから疾患の進行の予防について聞かれてもエビデンスに基づいて正確に答えることができずに冷や汗をかくことがしばしばである。わが国では住民検診による疫学研究が極めて少ないことによる。膨大な時間、労力、費用がかかるが、得られる成果は少なく地味であるため、多くの研究者は避けて通ろうとする。しかし、common disease では疫学研究による基礎資料なくして治療や予防の体系化は不可能である。

高齢者の運動器疾患の発生率を明らかにするため、三重大学整形外科では平成 8 年より三重県の山間部に位置し、山林労働や農業が中心である宮川村と海岸部で漁業が主体である南勢町において 65 歳以上の住民検診を行った。2 年ごとに実施しこれまで 4 回に達した。その結果を報告し、今後の体系的予防法確立の基盤とする。

膝関節症の発生率は約 30% であり、年齢が増すにしたがってその頻度は増加し、90 歳代女性で 50% を越える。どの年代層でも女性は男性の 2 倍の発生率である。年齢、女性以外の危険因子として肥満がある。男性では年齢は危険因子とはならなかった。X 線上の変化を有する人の約 70% は膝関節の疼痛を有していた。漁村と山村では発生率に有意差はみられなかった。骨塩量の多い人ほど膝



関節症の発生率が高かった。遺伝因子と環境因子により発生すると考えられる疾患であるが、男性と女性では膝関節症の発症原因に違いがあることが予想された。

変形性脊椎症の発生率は 65 歳以上で約 40% であり、加齢とともにその頻度は増加した。しかし、膝関節症とは異なり男女間での有意差はみられなかった。労働強度が強い職業に従事していた人ほど高い発生率を示した。骨塩量も膝関節症と同様に脊椎症群で骨塩量が多かった。変形脊椎症と膝関節症は強い相関を認めた。すなわち膝関節症を有する人は優位に変形性脊椎症発生率が高く、一方変形性脊椎症を有する人は優位に膝関節症を有することが明らかになった。

DIP 関節症は 65 歳以上で 45% の発生率であった。女性に多い傾向にあるが有意差はみられなかった。全体では加齢が危険因子であり、女性では職業と発生に関連性がみられた。膝関節症、脊椎症、指関節症の三者の関係は女性では強い相関性がみられたが、男性では明らかでなかった。これらの結果は男性と女性では関節症の発生メカニズムが異なると考えられた。すなわち、男性では身体・遺伝要因より環境因子が発症に大きく関与し、女性では環境因子以外の身体、遺伝要因が発症に

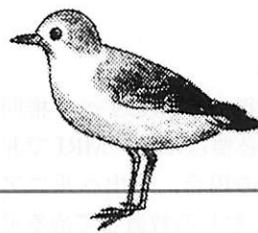
関与し、軟骨変性をきたし易いと考えられる。ホルモンや脂質代謝が関連している可能性が示唆された。

この住民検診での65歳以上の骨粗鬆症発生率は38%と変形性脊椎症とほぼ同様であった。対極にある両疾患の発生率が同程度であるのは興味深い。両者の合併を考慮する65歳以上になると1/3は脊椎症、1/3は骨粗鬆症、残りの1/3はほぼ正常と考えられる。

骨粗鬆症のために起こる大腿骨近位部骨折は患者の生命予後を著しく低下させることになる。骨折予防は寝たきり対策にも重要な課題となってきた。大腿骨頸部骨折の予防はいくつか考えられているが、その約

10%に起こるとされている両側性骨折の対応も大切である。両側性大腿骨近位部骨折の研究から、痴呆が危険因子であることが明らかとなった。おそらく痴呆による繰り返す転倒が骨折に結びつくものと思われた。現在のところでは骨量の絶対値は危険因子ではなかった。

住民検診を通して多くの高齢者は地域に共同社会を形成して互いに助け合い豊かに生きていることを痛切に感じさせられた。整形外科医はQOLを低下させる運動器の疾患の予防や治療体系の確立により、成熟した豊かな高齢化社会に大きく貢献できるはずである。



県の鳥 三重県

シロチドリ

シロチドリは昭和47年6月20日、県民投票で3万票余を得て三重県の鳥に選ばれました。

古くから詩歌にも詠まれ、浜千鳥の名で親しまれています。

シロチドリは全長約16cmで、スズメより少し大きいくらいの鳥です。

背中や胸は灰褐色、腹部は白色、胸の中央に向かってのびる黒い斑紋があります。

足やくちばしは黒色で、飛ぶと翼の上面に白い帯が現れます。

切って治る腰、治らない腰。

—手術後のスポーツ復帰は？—

大阪厚生年金病院 整形外科 富士 武史

整形外科外来診療において、腰痛あるいは下肢痛を主訴とする患者様は外来患者数の半数以上を占めるといっても良い。また、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症、腰椎すべり症、腰椎分離症など腰椎疾患に対して手術的治療が行われる場合も少なくない。患者様に対して腰椎の手術を提案した時、非常に対して腰椎の手術を提案した時、非常に長期間の入院を必要とするように思ったり、逆にあまりにも簡単に「腰痛」がとれると考えたりしておられるように感じられる。もちろん患者様は手術に関しての知識がないわけであるので、手術を行う側から手術の術式、術後の経過、仕事やスポーツにいつから復帰できるかなどを充分にお知らせする必要がある。今回、整形外科外来の第一線で診療を行っておられる先生方に、現在の手術的治療の適応、一般的経過、手術の合併症、仕事・スポーツへの復帰の時期などを知っていただくことが患者様への知識の普及という面で重要と考えられたため、この点を中心に疾患別にお話をしたい。

腰椎椎間板ヘルニア：

MRIでの変性像や後方膨隆をすべて椎間板ヘルニアと考える必要はない。MRIで非常に大きなヘルニアの場合、脱出ヘルニアである可能性が高く、むしろ放置して治る可能性があることを示唆している(図1)。この場合、従来から言われている「安静」「大事にする」「腰に無理がかからないよう行動する」ことは決して治癒に結びつくとは私は考えていない。「どんどん動いて、できることはすべて行う、その上でどうしても困るのなら手術的治療を選択する」という方針でよいのではないかと考えている。従来からのLove法を行った場合、入院期間は1～2週



間であり、コルセットの使用も長くて1ヶ月、仕事・スポーツへの復帰も通常1ヶ月と考えている。



図1 a



図1 b

図1 30歳、男性。腰椎椎間板ヘルニア。
a. 初診時MRI。L4/5に大きなヘルニアを認める。
b. 1ヵ月後MRI。ヘルニア塊は消失している。

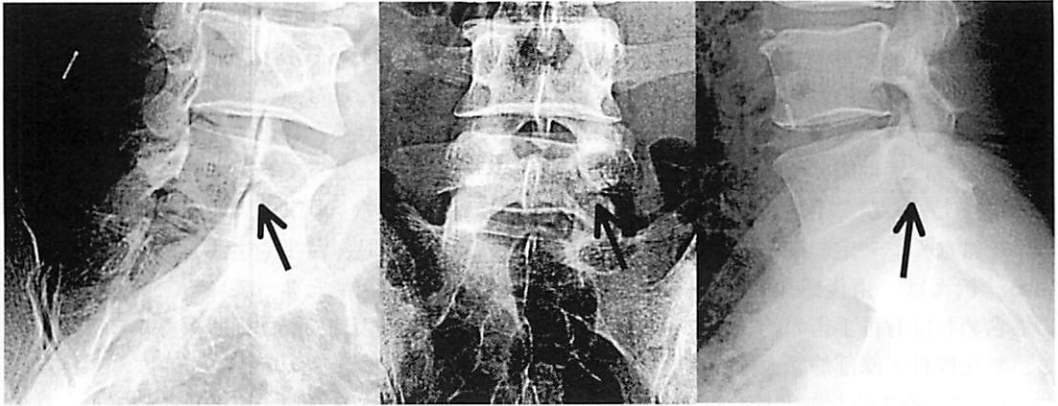


図 2 a



図 2 b

図 2 30歳、男性、プロゴルファー。

- a. L5左側の分離症。はっきりしない腰痛のみを訴えていた。
- b. 分離部骨移植術後1年の斜位レ線像。分離部の癒合は完成しており、腰痛も消失した。

腰椎分離症：

分離症の手術適応は実は非常に限られている。分離があって無症状の患者様は非常に多く、腰痛が分離症によって生じていると確認できる症例は少ない。分離部での神経根の圧迫によって、下肢痛を生じている症例では手術的治療も適応となる。腰椎分離症に伴う下肢痛に対して固定術を行った症例はいくつもあるが、腰痛に対して分離部の固定を行った経験は少ない。1例はたまたまプロゴルファーとしてスポーツ復帰をしたが、この症例で分離部が腰痛の原因であることを証明することは手術前にはできなかった(図2)。

腰部脊柱管狭窄症：

一般に手術適応は、間歇性跛行が強く、日常生活に障害がある患者様ということになる。しかし、高齢者の山歩き、ジョギングな

どが一般化してきている現在では、日常生活に支障がなくても、山歩き、ジョギング、スキーなどのスポーツ活動ができないということでも手術を行ってよいのではないかと考えている。我々は開窓術を主として行っており、術後療法は椎間板ヘルニアのLove法に準じている。この場合は、術前にスポーツ活動のプランクがあるので、スポーツへの復帰は十分なトレーニングをした上でということになる。

腰椎変性すべり症：

男性よりも女性に多い。中年から老年にかけて発症する。症状に軽快・増悪はあるが、長い目で見ると治癒することは少ない。下肢痛・間歇性跛行で生活や趣味が障害されるようであれば、手術的治療も考慮される。私の施設では、原則的に後方進入腰椎椎体間固定

術を選択している（図3）。この場合でも、外来で全身的な検索を行っているので、手術2日前に入院し、術後約2週間で退院している。

このように短期間の入院で大きな手術も可能となっているが、手術合併症が減っているわけではなく、一定の確率で合併症が生じている。例えば、術後感染については軽いものも含めれば脊椎手術の約2%に生じているし、無症候性の深部静脈血栓症は腰椎手術の約20%に、致死的な肺塞栓症は0.1%に生じている。また、椎間板ヘルニアの再発は文献によって異なるが、3~8%と言われており、腰椎すべり症に対する固定術後の隣接椎間の変化に対して手術を要することも稀ではない。このように手術を行った場合のデメ

リットも見過ごすわけにはいかないが、高齢者の一人住まいも増えているし、高齢者のスポーツも盛んになっている現在では、生活の質を向上させるために、多くの患者様に腰椎手術が必要となってきている。また、手術的治療に必要な入院期間も20年前とは格段に異なっており、仕事や生活を大きく犠牲にせずに治療が可能となっている。最近の症例では、水曜日入院で腰椎椎間板ヘルニアの手術を木曜日に行った50歳の医師は、翌日にはデスクワークを行い、土曜日に退院し、月曜日は通常に勤務して火曜日には海外の学会に出発している。このような手術のメリット、デメリットを患者様にも十分に理解できるように、説明を行っていきたいと考えている。



図3 a

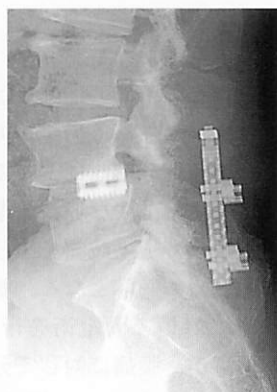
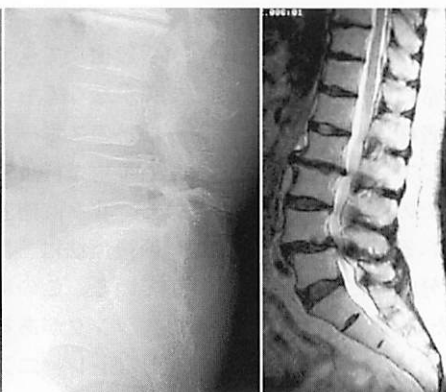


図3 b

図3 70歳、女性。間歇性跛行と立位での下肢痛のため、炊事は座って行っていた。

- L4変性すべり症を認めた。
- cageとLumbar Alligator Spinal Systemを用いた後方進入腰椎椎体間固定術を行って1年後のレ線像。症状は消失している。

関節リウマチの病態と治療

松原メイフラワー病院 松原 司

関節リウマチ (RA) は滑膜に初発する肉芽腫性炎症であり、進行すると炎症が軟骨、軟骨下骨へと波及し、これらの組織を含めた炎症の悪循環により関節の破壊が生じる疾病である。本項ではRAの病態について解説し、病態をふまえたRA治療の動向について述べる。

(RAの病態)

RA滑膜炎では滑膜表層細胞の増殖が生じるが、これらの細胞は炎症下で種々の役割を担っている。TNF、IL-1、IL-6、IL-8などのサイトカインを産生し、またHLA-DR抗原などを発現して滑膜細胞が局所免疫に関与することが明らかにされている。さらにこれらの細胞はTNF、IL-1、IL-6などに反応してマトリックスメタロプロテアーゼのMMP-1やMMP-3を産生してコラーゲンやプロテオグリカンの分解に関与することも知られている。滑膜細胞はbFGFやVEGFなどの血管新生因子を産生し肉芽の進展に必要な滑膜小血管の増生を促進させることが明らかになっている。

滑膜表層下では滑膜炎の初期から小血管新生が見られる。これらの小血管は滑膜の栄養血管として、また細胞浸潤の母床として重要な役割をはたすばかりではなく滑膜細胞と同様に種々のサイトカインを産生して局所免疫にも関与している。血管内皮細胞はIL-1やTNFで活性化されるとICAM-1、VCAM-1やELAM-1などの細胞接着分子を発現することが明らかにされている。これらの細胞接着分子に対応したLFA-1やVLA-4などの細胞接着分子を発現した炎症細胞やリンパ球が血管内皮細胞に結合し、細胞浸潤が生じる。浸潤細胞は抗原提示や種々のサイトカイン



の作用を受け、最終的にはBリンパ球の多くクローン性の活性化が生じると考えられている。

滑膜で形成された肉芽は主として滑膜軟骨移行部より軟骨へ進入する。肉芽により産生されたMMP-1やMMP-3は軟骨基質の破壊に重要な役割を果たす。近年、TNF、IL-1やIL-6によって活性化された軟骨細胞もMMP-1、MMP-3やMMP-13を産生し、軟骨のメジャーコラーゲンである2型コラーゲンやプロテオグリカンの分解に深く関与することが明らかにされている。特にMMP-13は軟骨細胞によって特異的に産生され、2型コラーゲンの分解に中心的な役割を担う。炎症下では活性酸素による軟骨細胞の壊死やナイトリックオキシサイドによるアポトーシスも軟骨破壊に関与していることが明らかにされている。

(RA治療の動向)

RAの薬物治療はNSAIDsとDMARDsの併用が一般的である。近年、NSAIDsの開発の中で炎症細胞などに存在する誘導型シクロオキシゲナーゼ(COX-2)を特異的に阻害するNSAIDsが開発され臨床応用されている。現在本邦ではエトドラッグやメロキシ

カムは市販されており、ロフェコキシブ、チ
ラコキシブやセレコキシブが治験中である。

DMARDs の開発も順調に進んでおり、
FK-506 や T614 などの治験が行われている。

さて、DMARDs 治療には有効群と無効群
とが存在することが知られている、これらの
薬剤は遅効性であるため、その効果判定には
数ヶ月を要するというデメリットがある。そ
こで事前に有効群と無効群とを識別する方
法を私どもは開発するために RA 患者のリ
ンパ球を分離し、その P 糖蛋白をコードす
る多剤耐性遺伝子-1 (MDR-1) の発現量
を測定している。P 糖蛋白は DMARDs が細
胞内に入ってきたときそれを結合させポン
プ作用で細胞外に押し出してしまい、その結果
DMARDs の機能を阻害する。P 糖蛋白によ
り阻害される DMARDs には金製剤、ブシラ
ミンやサラゾサルファピリジンなどがあり、
一方阻害されないものにはアクタリット、メ
ソトレキセートやミゾリピンなどがある (表
1)。P 糖蛋白を多量に発現したリンパ球を
持つ RA 患者では前者の薬剤には耐性があ

り、その結果無効群になる場合が多く、当初
より後者の DMARDs を選択すべきである。

サイトカインが RA の病態に中心的役割を
担っていることは前述したが、近年抗サイト
カイン療法が臨床応用されている。本邦にお
いても抗 IL-6 レセプター抗体や TNF レセプ
ター：Fc 融合蛋白 (エタネルセプト) の治
験が行われている。エタネルセプトの有用性
については海外での報告も多く、Weinblatt
らは MTX との 6 ヶ月間にわたる併用試験に
おいて、ACR の 20%、50% および 70% 改善
基準のいずれにおいても著明な有効性を報告
している (表 2)。

表 1. P 糖タンパクによる DMARDs 作用の抑制

(+)	(-)
金チオリンゴ酸ナトリウム	アクタリット
オーラノフィン	メソトレキセート
ブシラミン	ミゾリピン
サラゾサルファピリジン	

表 2. エタネルセプトの臨床試験における ACR 20%
ACR 50% および ACR 70% 改善基準による有効率

	MTX+ プラセボ	MTX+ エタネルセプト	P 値
症例数	30	59	
ACR 20% の有効率 (%)			
12 週	33	66	0.003*
24 週	27	71	<0.001*
ACR 50% の有効率 (%)			
12 週	0	42	<0.001*
24 週	3	39	<0.001*
ACR 70% の有効率 (%)			
12 週	0	15	0.03 †
24 週	0	15	0.03 †

X² 検定、† Fisher 直接確率検定

(Weinblatt ら、1999)

傷、傷跡、ケロイドを形成外科的に治療する

大阪医大 形成外科 上田 晃 一

一般的にケロイドと呼ばれているものの中には、実際肥厚性瘢痕が多く含まれている。ケロイドと肥厚性瘢痕は異なる病態である。肥厚性瘢痕は先行する外傷を契機に生じる。最も一般的な原因は熱傷で、その他に皮膚欠損や組織欠損、手術創などである。受傷後約2、3ヶ月ごろより肥厚し始め、赤色調を呈し、隆起する。しかし、時間の経過と共に赤色調が収まり、ピンク色からやがて白色を呈し、肥厚が収まり萎縮性瘢痕に移行する。手術時に切除された肥厚性瘢痕をホモジナイズして高速液体クロマトグラフィーを用いてアデノシン3リン酸(ATP)を測定したところ、赤い肥厚性瘢痕のATPの値は高く、瘢痕が成熟し色調が白くなるにつれてATPの値は減少した。病理組織学的には赤い肥厚性瘢痕は線維芽細胞とコラーゲン線維からなり、瘢痕組織が成熟するにつれて線維細胞に置き換わり、成熟したコラーゲン線維に変化する。

それに対してケロイドは体質が強く関係し、好発部位が存在する。遺伝形式は不明確であり、前胸部や肩、臀部、耳などに好発する肥厚性瘢痕と比較して頻度は少ない。先行する外傷の既往がなくて自然に発症することがある。非常に難治で、時間の経過と共に退縮することはない。肥厚性瘢痕とケロイドの一番の大きな相違点は、ケロイドが周囲の正常組織に浸潤していくことである。ATPの値は肥厚性瘢痕と同程度に高く、瘢痕組織と異なって時間の経過とともに低下することはない。病理組織学的には、線維芽細胞と幼弱コラーゲン繊維からなる。血管は毛細血管が多く、周囲のコラーゲン繊維に圧迫されて、その内腔は狭窄していることが多い。そのためケロイドの内部は低酸素状態にあるのではないかと予測され、その成因に低酸素状態が関与しているのではないかという報告もある。

治療法は肥厚性瘢痕とケロイドで異なる。肥



厚性瘢痕については顔面や関節の拘縮がある場合とそうでない場合に治療法が異なる。瘢痕拘縮がある場合は拘縮を解除することが原則である。遊離植皮術やZ形成術などの皮弁作成術、腱が癒着している場合などは遊離皮弁を要することがある。拘縮がない場合は、最初は保存的治療から開始する。スポンジによる圧迫療法やステロイドの局所注射、リザベンの内服などが挙げられる。最低6か月経過したくらいから手術療法を開始する。単純縫縮や皮弁作成術、ティッシュエキスパンダーを利用した切除法、遊離植皮術などがあげられる。

最近当科では肥厚性瘢痕の治療に再生医療の手法による同種培養真皮や自家培養真皮を用いて、良好な治療成績を得ている。

ケロイドは非常に難治であるが、保存治療と手術療法に分かれる。まず最初に保存的な治療から開始することが多い。保存的療法は肥厚性瘢痕と同様である。手術療法はケロイド内切除が原則で、拘縮が有る場合はZ形成術などを追加する。術後に電子線を照射することがある。

一般の診療で行える肥厚性瘢痕の治療やその予防法については、3か月間のマイクロポアテープによる減張固定やスポンジによる圧迫、リザベンの内服などがあげられる。創傷の処置では、傷を愛護的に扱うことが原則である。

EBM に基づく骨粗鬆症の診断と治療

近畿大学医学部奈良病院 整形外科・リウマチ科 宗 圓 聡

〈はじめに〉

骨粗鬆症の治療は昭和 30 年代までは除痛を主な目的としてきたが、昭和 40 年代に入り骨密度の計測が可能となり骨量増加へとその目的が変化した。その後、骨の強度は必ずしも骨密度と完全には一致しないことも明らかとなり、時を同じくして evidence based medicine (EBM) の普及に伴い骨折をエンドポイントとする大規模な前向き無作為試験 prospective randomized control study (RCTs) が行われるに至り、今では骨折の防止を主たる治療目的とするようになってきた。本稿では主に EBM に基づく骨粗鬆症の治療について述べる。

〈海外における大規模骨折防止試験の結果〉

specific estrogen receptor modulator (SERM) の一つであるラロキシフェン、ビスフォスフォネート製剤であるアレンドロネート、リセドロネート、経鼻カルシトニン 4 種類の薬剤で大規模 RCT が行われた。椎体骨折については、アレンドロネートで 50% 弱、ラロキシフェンとリセドロネートで 40% 強、カルシトニンで 35% 前後の骨折防止効果が示された。すなわち、骨粗鬆症を治療することにより椎体骨折の発生は約半数近くまで抑制できることが明らかとなった。一方、大腿骨近位部骨折に関しては、アレンドロネートでは 50% 前後、リセドロネートでは 30% 前後の骨折防止効果が示されているが、ラロキシフェンでは有為な抑制を認めなかった。

〈海外における骨粗鬆症治療薬のスタンダード化〉

大規模骨折防止試験の結果が明らかにされるまでは、女性ホルモンが骨粗鬆症治療薬の



スタンダードであった。その後、女性ホルモンの骨折防止効果が問題とされるようになった。以上のことから、FDA は女性ホルモンについては 2000 年 3 月に骨粗鬆症治療薬としての認可を取り消し、予防薬の認可のみとした。また、カルシトニンの試験は EBM の質が問題視されており、グローバルスタンダードとしては現時点ではアレンドロネート、リセドロネート、ラロキシフェンの 3 剤ということになる。

〈我が国における骨折防止試験〉

我が国で使用されている薬剤で、日本人における RCT による骨折防止試験が報告されているのはアレンドロネートのみである。その結果、投与 7 ヶ月以降で椎体骨折を 66% 抑制できたことが明らかにされている。この効果は海外の成績に比して優るとも劣らない結果であり、アレンドロネートはグローバルスタンダードであるとともに日本人独自のデータに基づいた我が国の骨折防止薬のスタンダードとも言える。

〈副作用について〉

ビスフォスフォネート製剤について消化管障害が取りざたされているが、海外の大

規模試験においてアレンドロネート、リセドロネートともにプラセボと比して副作用発生率に差はなかった。我が国におけるアレンドロネートの骨密度や骨折予防をエンドポイントにおいた各種試験をみると対照薬の活性型ビタミンDと消化管障害の発生率に差がなかったのみならず、活性型ビタミンDにおいても20%弱の副作用が発生しており、このことから、消化管障害はビスフォスフォネート製剤そのものによるものよりはその服用法によるものであろうと考えられる。

＜薬剤の効果判定と長期成績＞

アレンドロネート、リセドロネートなどの骨密度増加効果が高いとされる薬剤においても、測定部位によりその効果は異なる。最も増加効果が強く現れるのは腰椎、それに次いで大腿骨近位部である。しかしながら、踵骨の超音波や橈骨遠位のDXAでは必ずしも骨密度の増加は得られないこともある。一方、これら薬剤の骨折予防効果は、骨密度の増加

と骨代謝の抑制効果のそれぞれに独立して相関していることが最近明かとなり、アレンドロネートの10年の観察をみても骨吸収マーカー、骨形成マーカーともに亢進していたものが、治療後それぞれ3ヶ月、6ヶ月以内に閉経前の女性の正常値にまで低下し、その効果が維持されることが示されている。このようなことから、骨密度測定が腰椎や大腿骨近位部で行えない場合には保険適応である尿中骨吸収マーカーを測定する方が望ましいと言える。さらに、アレンドロネートの10年、リセドロネートの5年の観察では骨代謝の抑制によるいわゆる frozen bone の発生は認められておらず、長期に用いても安全であることが示されている。

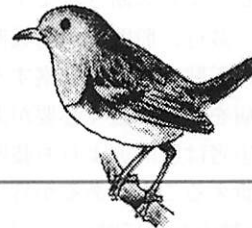
＜おわりに＞

以上述べてきたように明らかに骨折防止効果を有する薬剤が我が国においても用いることが可能となった現在、骨粗鬆症に対しては積極的な診断と治療が望まれる。

県の鳥 奈良県

コマドリ

頭から背中にかけてのオレンジ色が鮮やかです。スズメくらいの大きさなのに、ヒンカラカと、おどろくほど力強くうたいます。この声が馬のいななきに似ているところから駒鳥（コマドリ）の名がつけました。溪流に近いところにいることが多いので、瀬音の中にひびく声を聞くと、いっそう趣きが深いものがあります。



ペルテス病の診断と治療

大阪大学大学院 医学系研究科器官制御外科学 整形外科

助教授 清水 信 幸

はじめに

この度の研修会におきまして本講演の機会をお与えくださいました OCOA 会長の服部良治先生、座長の北野継武先生に改めて御礼申し上げます。

ペルテス病は 1910 年にレッグ (米)、カルベ (仏)、ペルテス (独) から相次いで独立した疾患概念として報告されました。従来から股関節炎症例のなかに予後のよい一群が存在することが知られていましたが、レントゲンによる X 線撮影の開発により一定の経過をたどり治癒する疾患であることが初めて報告されたのです。以来 90 年以上が経過し、多くの先輩方の精力的な研究により、骨壊死がその本態であることが明らかとなりましたが、未だその病因は明らかでなく、治療は経験に頼らざるを得ないのが現状です。今回の研修会では現在行われている診断法、治療法を紹介し、私が行っている治療法による成績をまとめて講演致しました。以下にその要旨を紹介します。

【診断法】

臨床症状と画像診断により診断されます。

臨床症状：下肢痛、跛行、股関節可動域制限を示します。小児の下肢痛患者を診察する場合、常にペルテス病を念頭に置く必要があります。ペルテス病患者は股関節よりも膝関節や大腿部に疼痛を訴えることがあるからです。外転筋の反射性抑制のために跛行を示し、股関節可動域制限を認めれば、股関節の画像診断を実施する必要があります。症状が長期間持続すると大腿筋萎縮や股関節拘縮を示す例もあります。画像診断に移る際の鑑別診断として細菌性股関節炎、単純性股関節炎、大腿骨頭すべり症、稀ですが股関節腫瘍を考え



ておきます。この中で細菌性股関節炎は全身症状の有無、血液検査所見により鑑別されます。

画像診断：単純 X 線検査を第一に行います。超音波検査により滑膜炎 (関節内の液体貯留) が証明されても上記の疾患を鑑別することは困難だからです。必ず股関節中間位とラウエンスタイン位での正面像をそろえて診断を行います。大腿骨近位骨端部の硬化像、軟骨下骨折線が認められれば初期のペルテス病が疑われますからすぐに MRI を指示します。単純 X 線像で経過を追うと分核 (分節) 像を経て、主に後外側から骨修復が進行し、骨改変により球形ないし楕円球形の骨頭に回復します。この様にペルテス病は病期により異なる X 線像を呈します。典型的な経過の画像を外来に用意しておいて、一定の経過をたどり治癒する疾患であることを病初期から説明しておくこと、患者、家族は安心して治療を受けることができます。単純 X 線像で異常を認めない場合、感染症による全身症状が無ければ 1~2 週間の安静期間を置いてもう一度診察を行います。臨床症状が改善あるいは消失すれば、単純性股関節炎であったと診断されますが、もしも臨床症状に改善傾向が無い場合はやはり MRI を行います。MRI は

三次元的評価が可能で、骨端部の壊死範囲だけでなく、骨頭軟骨の肥大や骨幹端部病変を評価することが可能なので、現在では骨シンチグラムよりもMRIが行われます。大腿骨近位骨端がT1強調像、T2強調像ともに低信号であれば、骨髄壊死すなわちペルテス病と診断されます。前額断面、矢状断面、水平断面のT1強調像により壊死範囲をより正確かつ早期に評価することができます。発症時の前額断面T1強調像をType1全体型低信号、Type2部分型低信号（50%未満）、Type3部分型低信号（50%以上）、全体型低信号の中に高信号領域を示すType4に分類し、前方、中央部、後方の3スライスを評価する方法を紹介しました。MRIで診断される壊死範囲は経過中の単純X線像から推測される壊死範囲にほぼ一致します。しかし骨端部後方の壊死範囲が一致しない例があり、X線による壊死範囲評価とMRIによる壊死範囲評価のどちらがより長期成績に関連するかをさらに現在検討中です。MRIを行うにあたり小児では体動を防ぐためにトリクロリール・シロップの内服を勧めています。

【治療法】

教科書的には発症時年齢5才未満の場合は注意深い経過観察または装具療法、5才以上では装具療法または手術療法が勧められています。私が勤務しておりました大阪厚生年金病院整形外科で実施していました長期入院牽

引療法の経験から、発症年齢8才以上群と8才未満群では初期治療後の股関節形態改善度が異なることが分りましたので1980年代後半からは発症年齢が8才までの症例に約2ヶ月の入院安静の後、歩行を許可する股関節外転装具を用いる保存療法を行っています。しかし安静によっても股関節可動域制限が改善しない例、Hinge abductionを示す例、MRIや超音波検査により大腿骨頭外側軟骨肥大を認める例および年長発症例には大腿骨内反骨切り手術を勧めます。この治療体系での保存療法長期経過例（平均追跡時年齢16才10ヶ月）でスタルバーグ分類による成績評価を行いますと、球形骨頭を示すClass1およびClass2が47%、楕円球骨頭を示すClass3が41%、扁平骨頭で適合する白蓋を示すClass4が12%であり、扁平骨頭かつ適合しない白蓋を示すClass5の例はありませんでした。股関節症の発生が危惧されるClass4およびClass5の例が少なく良好な治療成績と考えられます。今後年長発症で広い壊死範囲を有する症例に対応する新規の治療法を開発しようと基礎研究を重ねております。

【まとめ】

ペルテス病においては若年発症例ではovertreatment、年長発症例ではundertreatmentを避けることが重要であると考えられます。

骨粗鬆症治療の新時代

大阪市立大学大学院 医学研究科 リウマチ外科学 小池達也

1. 骨代謝の新時代

ビタミンD・女性ホルモン・副甲状腺ホルモン・カルシトニンが骨代謝を司る4大ホルモンであるが、それぞれが薬剤として発売されたり開発が進められたりしている。これらのホルモンとは別に、局所で産生され作用するサイトカインなども骨代謝を調節する重要な因子であり、FGFやBMPなど数多くの因子が同定されている。最近、その間にRANKLが加わった。詳しい説明は省くが、骨芽細胞に発現している物質で、これがないと破骨細胞の分化が阻害される。したがって、RANKLの作用を阻害する物質(RANK)は骨粗鬆症の治療薬となる可能性がある。しかも、体内にもともと存在する物質であるので、副作用が少ないという利点が期待できる。薬剤として登場するのは、10年以上先であろうが、エリスロポイエチンのアムジェンが開発しているのもっと早まるかもしれない。



注意が必要である。そこで、骨代謝マーカーによる診断が発達してきた。BAP・NTX・DPDが保険適応となっている。薬剤投与の判断や効果の判定が可能だけでなく、ビスフォスフォネートのように必ず骨吸収代謝マーカーが下がることが分かっている場合には、服薬が正しくおこなわれているかどうかの判断も可能となる。(表1)

そのビスフォスフォネートは、昨年と今年に新しい商品が発売され、一通りのラインナップが出そろった。骨塩量が増えることは当然として、脊椎圧迫骨折や大腿骨頸部骨折の予防にも明らかに効果を有しており、骨粗鬆症の治療の最終目標である「骨折の予防」を目指して自信を持って使える薬が登場したことになる。

2. 診断治療の新時代

骨量測定の方法は十分に成熟したと考えられるが、骨量増加が期待できるビスフォスフォネート投与によっても、測定部位によってはその増加を補足できないことが分かってきた。腰椎や大腿骨では可能であるが、末梢骨では増加分が見えない可能性がある。

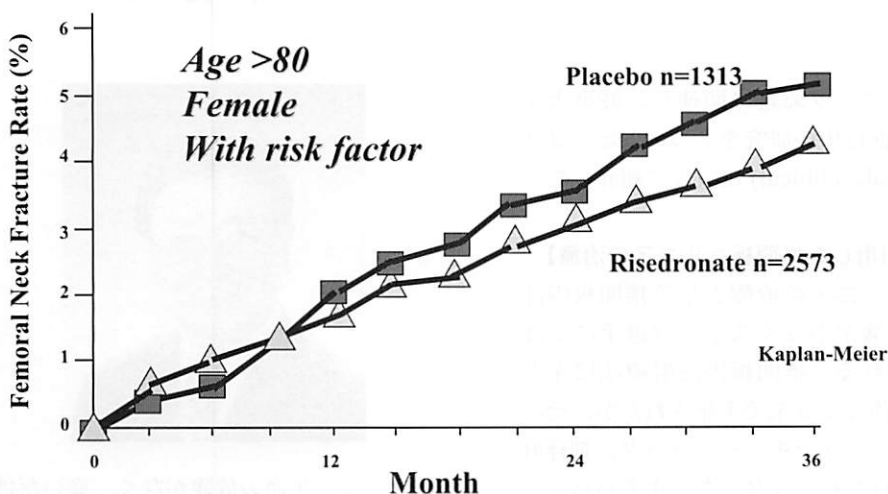
3. スタチンの新時代

高コレステロール治療薬であるスタチンが骨形成を促進し、さらにビスフォスフォネートの作用をミミックする可能性が動物実験で証明された。ヒトでは、case-control studyで大腿骨頸部骨折抑制効果が証明されたが、cohort調査では逆に否定され、RCTの結果を待つ必要はあるが、現時点ではスタチンは骨粗鬆症の治療薬にはなり得ないと判断して

表1 *Bone metabolic marker*

	Bone resorption		Bone formation
	DPD (nmol/mmol・Cr)	NTx (nmol/BCE/mmol・Cr)	BAP (U/L)
Normal range	2.8 - 7.6 31-41 yrs, F	9.3 - 54.3 30-44 yrs, F	7.9-29.0 30-44 yrs, F
Cutoff values	5.9	35.3	29.0
MSC	22.6%	24.7%	17.0%

Effects of Risedronate on Hip Fracture



McLung M. et al. NEJM 344:333-340, 2001

図 1

もかまわない。今後、DDSが改良され、骨で直接作用するスタチンが開発される日を待つしかないと考えている。

4. 転倒防止の新時代

ビスフォスフォネート投与によって、頸部骨折は約半分に抑制することが可能である。しかし、骨の脆弱性に起因しない頸部骨折（よくふらつく人などの転倒骨折）をビスフォスフォネートは抑制することは出来ない。（図1）したがって、転倒防止あるいは転倒しても折れない保護装具の開発が必要となる。背筋を中心とした筋力トレーニングが脊椎圧迫骨折を予防することが証明されており、骨塩量には影響しない歩行も有意義な運動だと考えられる。また、ヒッププロテクターも種々のものが開発されており、正しく装着すれば、やはり骨折を半数に減らせることが分かっている。（図2）現在のヒッププロテクターの

問題点は、コンプライアンスの低さであり、今後は装着率を高める工夫がなされる必要がある。

5. 骨粗鬆症治療の新時代

我々に何も有効な武器がなかった時代は過ぎ去った。現時点で、すでに我々はかなり強力な武器を持つことが出来ている。骨粗鬆症を征圧できる日はすぐそこまで来ている。

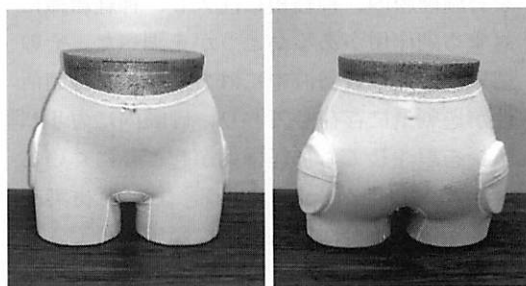


図 2

脊椎のスポーツ障害

岐阜大学 医学部 整形外科 教授 清水 克 時

脊椎のスポーツ障害に関連し、岐阜大学整形外科で進行中の研究を2つのトピックス(experimental, clinical)に絞って紹介した。

【自己血を利用した椎間板ヘルニアの治療】

椎間板ヘルニアの治療として椎間板内注射療法は侵襲が小さくスポーツ選手にしばしば用いられる。椎間板内注射療法はキモパインを使って欧米で実施されたが、その副作用(アナフィラキシーショック、神経麻痺)のため行われなくなった。キモパインなど、この治療法に使われる酵素は異種プロテアーゼで、アナフィラキシーがおこる危険がある。本治療法は繰り返し実施することが多いので、この合併症は重大である。より安全なプロテアーゼを求め、多くの研究者がしのぎを削っている。我々はカルパインが強力な軟骨プロテオグリカン分解活性を持つことを発見し(Biochem J,1992)、家兎で実験的椎間板内注射療法が可能であることを報告した(Spine,1993)。 μ -カルパインは少量の赤血球から抽出できるので、臨床的に使用する場合には治療を受ける患者自身の血液から同種プロテアーゼとして得ることができる。最近、家兎を用いた実験で、このプロテアーゼを脊髄硬膜内、神経根に注入し、神経組織に対する副作用があるかどうかを調べた。その結果、ヒトの脊髄液中にはカルパイン抑制活性が過剰量に存在しており、硬膜内にカルパインを誤注しても神経損傷が起こりにくいことがわかった(Spine,2002)。まだ動物実験の段階であるが、将来安全に臨床応用できる可能性がある。

【スポーツ選手の腰椎分離症に対する手術治療】

スポーツ選手にとって腰椎分離症は大きな



障害である。生命の危険がなく、痛だけの病気なので、従来は痛みを我慢しながらプレイを続ける選手もあったが、手術治療によって、光明が取り返せることがわかってきた。

分離症が新鮮なものでは、ギブスや装具による外固定で骨癒合が得られることがある。しかし、外固定法は数カ月におよび、しかも骨癒合が確実に得られるとは限らない点で、スポーツ選手にとっては実用的でない。腰椎分離症に対する分離部固定術は、腰椎の motion segment を犠牲にする脊椎固定術と異なり、分離部の解剖学的修復をはかる生理的な固定術である。京都大学時代に Segmental wire fixation による分離部修復術(Scott,1987)を多数経験し、骨癒合率が高く、術後の臨床成績もすぐれていることを確認した(井戸、清水ほか、1996)。岐阜大学で、ある症例をきっかけに、この手術が競技レベルのスポーツ選手にも適応可能であることを知った。この症例は福岡県から紹介された野球少年で、中学1年の時すでに野球が相当なレベルで、将来選手として身を立てたいという強い希望を持っていた。一般人の手術経験から、分離部癒合術のあと、1年程で競技復帰可能と予想をたてた。高校に入ってから本格的に野球をするために、中学2年で手術を

受け、術後1年の3年次から選手として十分な戦績を上げ、野球で有名な高校に進学するという計画を建てた。手術は成功し、この少年は選手を続けながら、大学野球部に入ることをめざしている。この症例をきっかけに、自転車選手、ゴルフの選手、女子ソフトボール選手の手術を行い、いずれも競技レベルに復帰させることに成功した。手術から約6ヶ月は日常生活動作、5-6ヶ月からジョギングを開始し、12ヶ月で試合復帰するというプロトコールでリハビリテーションを行うが、このコースはもう少し短縮できる可能性がある。手術から競技復帰まで約1年の期間が必要なので、選手生活のなかでこれだけの期間がとれることが条件になるが、十分実用的な手術である。

本法は腰椎分離症に悩むスポーツ選手にとって、治療法の選択肢のひとつになると考えている (Am J Sports Med, in press)。

1. Suzuki K, Shimizu K, Hamamoto T, Nakagawa Y, Murachi T, Yamamuro T : Characterization of proteoglycan degradation by calpain. Biochem J 285:857-862, 1992.

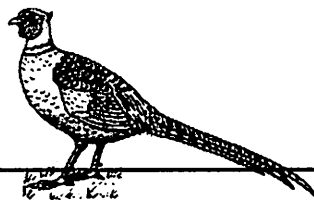
2. Wakita S, Shimizu K, Suzuki, Nakagawa Y, Yamamoto S and Yamamuro T : Chemonucleolysis with calpain I in Rabbits. Spine 18(1):159-164, 1993.
3. Kodama H, Shimizu K, Banno Y, Nonomura Y, Oshita H, Akaike A : Calpain inhibition by cerebrospinal fluid and effects of calpain on intrathecal nerve tissue. Spine 27(10):1077-1081, 2002.
4. Scott, J.H.S. : The Edinburgh repair of isthmic (Group II) spondylolysis. J. Bone & Joint Surg. 69-B:491, 1987
5. 井戸一博、清水克時、中村孝志、四方寛彦、服部理恵子 : 腰椎分離症に対する segmental wire fixation. 整形外科、47(10):1297-1301, 1996.
6. Nozawa S, Shimizu K, Miyamoto K, Tanaka M: Repair of pars interarticularis defect by segmental wire fixation in young athletes with spondylolysis

Am J Sports Med, in press

県の鳥 岡山県

キジ

昭和39年5月、県が公募し、最多数を得た「ほととぎす」を県民の鳥としていましたが、平成6年3月CI(コーポレート・アイデンティティ)推進運動の一環として見直しを行い、10種類の候補の中から県民の投票により多数の賛成を得た「キジ」を県民の鳥として決定しました。鳥獣保護のシンボルとして昭和40年6月に県民投票で決まりました。



大腿骨頸部骨折防止のための骨粗鬆症治療法

大阪市立大学大学院 医学研究科 整形外科 高岡 邦夫

1. 骨粗鬆症と骨折

骨粗鬆症はいずれの先進国でも、以前にも増して社会的関心を集めている。高齢者人口の増加にともなって骨粗鬆症罹患者が急増しているためである。わが国の骨粗鬆症患者数は800 - 1000万人と推計されている。加齢に伴う全身骨量減少（原発性骨粗鬆症）は閉経後女性におおく見られる（閉経後骨粗鬆症）。女性では男性に比して成人後の全身骨量が低いことに加えて閉経後卵巣機能低下によって急速に骨量が減少するために骨粗鬆症は女性に圧倒的に多い。高齢女性人口が急増していることから有効な予防法や治療法の開発とその普及が急務である。骨粗鬆症は骨量減少と、それに起因する力学的強度を維持する微細構造（骨梁構造）の破綻と骨脆弱化、その結果として非外傷性または軽微な外傷（平地転倒など）で骨折が生ずる（易骨折性）状態と定義されている。すなわち骨粗鬆症の臨床的問題は骨折である。このような脆弱性骨折の好発部位は脊椎椎体（主に胸腰椎）、橈骨遠位部（Colles骨折）、大腿骨頸部骨折である。多発椎体骨折は脊椎変形（多くは円背）をきたし呼吸機能や消化器機能低下をきたすことも多い。特に大腿骨頸部骨折は骨粗鬆症に起因する骨折のなかで老人のQOLを最も大きく損い、寝たきり状態となりやすい重篤な骨折である。したがって骨粗鬆症の主な治療目的の一つは頸部骨折の防止である。厚生労働省白書によればわが国の寝たきり老人は約37万人であり、その12%で転倒による大腿骨頸部骨折が誘因となっていること、さらにわが国での大腿骨頸部骨折の発生件数は1998年では年間9万例以上と推計されており、年々増加の傾向にあることから、整形外科領域においては、骨折の治療に限らず、



その有効な防止対策推進が急務となっている。頸部骨折の予防には、その危険因子である骨粗鬆症の予防と転倒予防、転倒時の骨折防止策の開発が必須である。

2. 骨粗鬆症の診断

骨粗鬆症の診断は、国際的には骨塩定量値を基準としている。しかし骨塩定量装置が十分普及していないわが国の事情に鑑みて、日本骨代謝学会ではレントゲン所見も加味した独自の診断基準が策定され普及している。3種類の診断基準、すなわちレントゲン像での既存非外傷性椎体骨折などの脆弱性骨折があること、脊椎側面像での明らかな粗鬆化、腰椎または大腿骨頸部骨密度測定値が閉経前成人女性平均値（YAM）の70%以下であること、を基準として診断している。

3. 骨粗鬆症の分類と病態

骨粗鬆症の臨床的分類として原発性（一次性）骨粗鬆症、と続発性骨粗鬆症に分類する。閉経後骨粗鬆症、老人性骨粗鬆症は原発性骨粗鬆症であり、ステロイド剤による骨粗鬆症、副甲状腺機能亢進症、甲状腺機能亢進症、クッシング症候群での骨粗鬆症などは続発性骨粗鬆症である。患者数では原発性骨粗

鬆症が圧倒的に多い。いずれの骨粗鬆症でも骨代謝回転（リモデリング）の過程で骨吸収量が骨形成量に比して優位となり、時間経過とともに骨量の減少が進行するのが共通の病態である。したがって骨量の減少防止または回復を行うためには、骨吸収抑制または骨形成促進またはその両者が必要である。

4. 骨粗鬆症の薬物療法

骨粗鬆症の予防のための栄養指導や運動の必要性が従来から指摘されてきた、しかしそれだけでは骨量減少が防止できず、診断基準を満たしていないときに薬剤療法が必要となる。前述のように、骨量の維持、回復には骨吸収抑制または骨形成促進効果が明確な薬剤が必要であるが、現時点ではほとんどすべての使用可能な薬剤は骨吸収抑制効果をめざしたものである。現在わが国で骨粗鬆症治療薬として認可されている薬剤は7種類ある。しかし骨折発生防止効果の証明を義務付けた「骨粗鬆症用治療薬開発ガイドライン」の設定以後に開発された薬剤はビスホスホネート系薬剤のみであり、それ以前の薬剤については骨折防止効果が確認されている薬剤は少なく、比較的大規模の無作為2重盲検臨床試験で骨折発生抑制効果が確認されている薬剤は現時点で女性ホルモン製剤、活性型ビタミンD製剤である。その他の薬剤については骨折発生抑制効果については明確ではない。

近年開発されたビスホスホネート製剤は強力な骨吸収抑制効果によって骨量減少を抑制し、骨折発生抑制効果をもたらすことが大規模臨床試験によって確かめられている。特に窒素含有型ビスホスホネート製剤(第二世代、第三世代製剤)の骨折発生抑制効果は大規模臨床試験によって椎体骨折や大腿骨頸部骨折の発生を半減できることも報告されている。

最近・ホルモン補充療法(HRT)を骨粗鬆症治療に利用することについて問題が提起されている。HRTを5年間続けた例について観察したところ、確かに骨折発生の抑制

効果が明らかにされたものの、乳癌の発生頻度の上昇がみられたことや、従来HRTに期待されていた心筋梗塞の予防効果がみられなかったことから、必ずしも利点の多い治療法とはいえないとの結論となっている。無論更年期障害の治療には最も有効な治療法であるが、骨粗鬆症だけの治療にHRTを行うことの適正さについての疑問である。更年期後に長期にわたる骨粗鬆症にはビスホスホネート製剤のほうが望ましいであろう。

5. 大腿骨頸部骨折の予防

ビスホスホネート製剤(アレンドロネート、リセドロネート)の大規模臨床試験の結果では3年間連日投与によって大腿骨頸部骨折の発生率を半減できる。しかし、さらにこの骨折の発生を防止するためには、薬物療法だけでなくその他の方法も必要であろう。その一つとして大転子への直達衝撃を防ぐhip protectorが注目されている。ほとんどの大腿骨頸部骨折は転倒によって生じているために、転倒しても近位大腿骨への直接的衝撃を和らげて骨折を防止する方法である。このhip protectorの着用によってさらに頸部骨折発生を防止できる可能性が大きいと期待される。ヨーロッパでの治験結果では60-80%の骨折発生を防止できるとされる。すでにわが国でも導入され用いられつつあるが、日本の生活環境には必ずしも適さないためか、患者サイドの受容がきわめて不良であるために改良が求められている。このような現状を改善するために、我々は現在その改善に取り組んでおり近いうちに受容性のよいものを作成できると思われる。

6. 骨粗鬆症による骨折予防の今後の展望

強力な骨吸収抑制効果のあるビスホスホネート製剤の出現によって薬物療法によって骨粗鬆症での骨折を半減できるようになった。しかしさらに骨量を回復できる方法として骨形成促進剤開発期待されている。骨形成

促進と骨吸収抑制によってさらに有効に骨量を回復して骨折発生抑制をめざした治療が期待できる。すでに骨形成促進剤として遺伝子組み換え PTH（副甲状腺ホルモン）の連日皮下注法が開発されている。その他、骨形成

促進作用のある薬剤の開発が進行中である。これらの薬物療法や改良された hip protector などを用いれば近い将来、大腿骨頸部骨折の発生防止はさらに有効にできるようになるであろう。

県の鳥 島根県



ハクチョウ

昭和 39 年 5 月 10 日の愛鳥週間初日に、「県の鳥」として「オオハクチョウ」を指定しました。近年オオハクチョウはほとんど見られないことから、県議会において県鳥の見直しが提案されました。

これにより自然環境保全審議会に諮問したところ、オオハクチョウ、コハクチョウの総称としての「ハクチョウ」を県鳥とすることが適当との答申を受け、平成 12 年 1 月 1 日から変更いたしました。

関節リウマチのリハビリテーション

大阪労災病院 リハビリテーション科 大澤 傑

<はじめに>

平成14年の日本リウマチ学会総会において Rheumatoid arthritis (RA) は「慢性関節リウマチ」から「慢性」を除き「関節リウマチ」と和訳とすることになった⁽¹⁾。RAの予後、患者側からみた医療の現状、リハビリテーション(リハ)の進め方について概説する。

<RAの予後>

RAの有病率は0.5%といわれており、患者数は全国で約70万人と推定されている。女性が男性の約4倍でしかも20-40歳台に発症する事が多い⁽²⁾。すなわち女性の働き盛りに発症し、仕事・家事に大いに影響を与える疾患である。

さて、大田⁽³⁾によると大阪府でのRA患者の平均死亡年齢は60歳台で、発病後20年以内に77%が死亡している。世界的にみても死亡年齢が60歳台との報告が多い。一方、辻林⁽⁴⁾が和歌山県南紀地区で行った研究においては平均寿命が75歳で、一般と大差ない。良好な気候と希薄な治療が高齢まで生存することに関係があるかは議論の余地があるものの、大阪など一般に濃厚な治療が施されうる地区においては10-15年寿命が短いと考えると良い。

RAの病型からみた予後は越智^(5,6)により報告されている。彼らによると病型は重症病型であるMUD(ムチランス型)、MES(多関節破壊型)と軽症病型であるLES(少関節破壊型)の3種に分類される。破壊関節部位に特徴があり重症病型では股関節などの大関節や脊椎まで侵されるが、軽症病型では主に手指、足趾など小関節に限局される。そのため重症病型では歩行能の急速な低下をきたしやすいが、軽症病型では移動能の低下を招



来することは少ない。

<RAの治療方針>

RAの治療方針は表1に示すように、治療の基本は薬物療法である。副作用をモニターしながらいかに寛解へ導入するかが目的となる。手術のタイミングをはかり、鎮痛・消炎目的に滑膜切除、歩行再建を目的として人工関節を考慮する。リハはすべての時期で必要である(図1)。基礎的療法の患者への指導から始まる各種リハ治療を行う。関節症状、関節破壊の程度により物理療法や装具治療、ADL(Activity of Daily Living)改善のため自助具を処方する⁽⁷⁾。

表1 リウマチの治療方針

- | |
|-------------|
| * 薬物治療が基本 |
| * 手術のタイミング |
| 鎮痛消炎-滑膜切除 |
| 歩行再建-人工関節 |
| * リハビリテーション |

<RAリハ>

リハの大目標は社会復帰、QOL(Quality of Life)の改善である。具体的にはトイレの

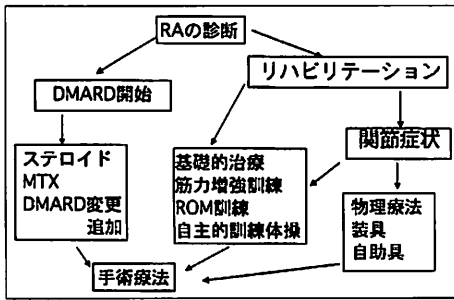


図1 RAの治療シエマ

自立、歩行能の確保、そしてADLの自立が目標となる。その中で考慮すべきは表2に示す様な項目である。すなわち、慢性に経過する疾患であり病勢に波があること、全身の炎症があるため疲労しやすく、昼寝などからだを休める工夫が必要であること、また病型が個人により異なるため病型を的確に診断し機能予後を予測すること、そして平均寿命が一般人に比して10-15年短いことなどを考慮して家族指導を行い、QOLの改善をめざした、各人に合わせたリハプログラムを組み立てる必要がある。

表2 リウマチの特徴

- * 慢性に経過する
- * 病型がある
- * 病勢に波がある
 日内変動、季節変動
- * 全身の炎症である
- * 平均寿命が低下する

< RA 治療の現状 >

1. 患者の生活

RA患者の現状、おかれている環境、そして患者自身の心理などを理解することは治療の一環として重要と思われるのでリウマチ白書⁽⁸⁾を用いて紹介する。表3に示す如く関節痛、要介護状態であることが愁訴になっており、日常生活、結婚生活、社会生活、職業

表3 患者の実態 (リウマチ白書から)

愁訴	
1. 激しい痛みがあり治らないこと	49.7%
2. 何かにつけて人手を頼むこと	40.5%
3. 冠婚葬祭、近所つきあいができない	26.3%
4. 変形が進んでじろじろ見られること	12.1%
日常生活	
1. 配偶者・家族が協力的になった	47.0%
2. 病気のため支出が増えた	38.3%
3. 家事ができない	35.1%
4. 家族に気がね・関係が悪化	15.8%
結婚生活	
1. 夫・妻がやさしくなった	25.4%
2. 影響なし	25.2%
3. 夫婦生活が困難に	14.6%
4. 結婚しなかった	6.4%
社会生活	
1. 親類・近所付き合い(冠婚葬祭)など 外出ができにくくなった	57.8%
2. 趣味・娯楽が制限された	51.9%
3. 友人が減った	18.6%
職業生活	
1. リウマチのため退職・廃業	25.1%
2. 就職したことがない	10.3%

表4 診療の実態 (リウマチ白書から)

主治医の診察	
1. 悪い関節を主に	46.3%
2. 全身を診る	35.5%
3. 初診だけ	12.5%
4. 一度も触診なし	2.8%
主治医へのお願い	
1. 内科、整形外科など先生同士が連絡をとってほしい	34.8%
2. 症状や経過、薬について説明してほしい	23.5%
3. 検査結果に問題があれば早く知らせてほしい	22.0%
4. 装具やリハビリについて処方、助言などをしてほしい	13.1%
5. リウマチ患者をもっと理解してほしい	12.2%
6. 身体障害者手帳、年金の申請について協力してほしい	8.5%

生活などすべてが制限され、QOLが低下していることがわかる。

表5 リハビリテーションの実態
(リウマチ白書から)

リハの実施	
現在行っている	46.2%
現在行っていない	48.5%
リハビリに望むこと	
1. 家庭でできるリハビリの指導がほしい	38.8%
2. リウマチのわかるPT・OTがほしい	16.9%
3. 日常生活の指導がほしい	16.0%
4. 自分に合った装具がほしい	11.5%
5. 訪問リハビリがほしい	8.5%
リハビリをしていない理由	
1. リハビリについて医師から話も指導もないので	38.5%
2. 日常生活で特に不便がないので	28.9%
3. 通院が負担なので	18.0%
4. 指導してくれるPT・OTがない	11.4%
5. する必要がないと医師に言われて	5.6%

2. 患者と医療者側との関係

RA患者の診察実態が患者側から明らかにされたことは我々RA治療をおこなっている立場にとって有用である(表4)。患者は主治医の手当(触って診る)を望んでいるにも関わらず、一度も触診されたこともない患者や、初診時関節のチェックを受けただけの患者など、関節の観察が不十分な様子がうかがわれる。運動器疾患であるRAの診察としては問題があると言わざるを得ない。また、内科や整形外科との連携が不十分であるとの指摘も多く、薬物や病状の説明が不十分で、納得のもとに治療が行われていない様子がうかがえる。患者は手術時期の的確な診断、副作用、内科的合併症の早期発見などを期待している。装具治療、リハ治療に対する十分な説

明も希望しており、また、身体障害者手帳の診断書、年金の診断書などの依頼も快く受けてほしいと願っている(表4)。またリハの内容(表5)においても、家庭でのリハ指導が少ないこと、RAを理解している療法士が少ないこと、適合良好な装具が処方されていないことなどがうかがえる。RA患者の治療方針からリハは必須であるにも拘わらず、リハを行っていない患者が半数近く、その理由が医師の指導がないことなどは憂うべき現状である(表5)。

これらは医療者側のRAに対する理解不足とともに基礎的療法に対する軽視、医療者の指導体制の不備、患者教育体制の欠如が表れている。

表6 リハビリテーションの基本

- * 炎症関節の安静、筋力強化は可能
- * 炎症のない関節のROM維持拡大
- * 自助具、装具
- * 関節保護の指導
- * 心理的サポート、社会資源の活用

<RAのリハ>

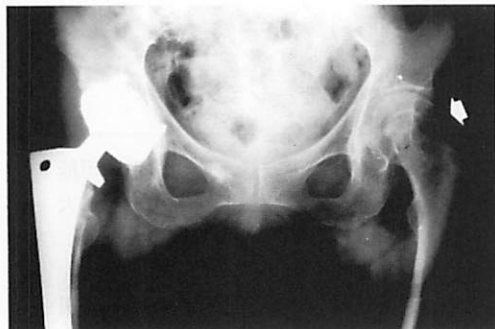
RAのリハは表6に示す如く炎症関節の安静、筋力強化、炎症の沈静化した関節のROM(Range of Motion)拡大ADL拡大のための自助具などが必要である。一般にリハを行うためには循環器系の問題がないことを確認する。すなわち、高血圧、安静時脈拍の増加、狭心痛、不整脈、安静時の動悸などがあればリハ訓練が行えない⁽⁹⁾。また上肢の等尺性筋収縮は血圧を増加させるため⁽¹⁰⁾、下肢痛のある患者に歩行訓練を行う場合上肢支持による血圧上昇に注意する。また、RA独特の注意点としては関節の亜脱臼(特に環軸椎)、巨大骨嚢腫(geode、図2)、高度の骨粗鬆症、四肢末梢循環障害などがある⁽⁷⁾。骨粗鬆症、ステロイド治療などのため骨萎

縮は高度で軽微な外傷、あるいはまったく誘因なく骨折が生じることもある(図3)。下肢の骨折の場合は歩行能の確保のために坐骨支持の長下肢装具(図4)や膝蓋腱部荷重(PTB)装具(図5)を常に念頭に置き歩行能の確保をはかる。上肢装具では図示する如く簡易な装具(図6、7)は比較的使用されやすいが、尺側偏位矯正用装具、肘装具などかさばる装具は使用頻度が少なくあまり有用でない。下肢装具では前述の骨折用を除くと変形矯正用の膝装具(図8)は作業用として比較的有效である。また足趾の三角変形に対する中足骨椽を追加した足挿板は靴の中に入り安定歩行に有用である(図9)。

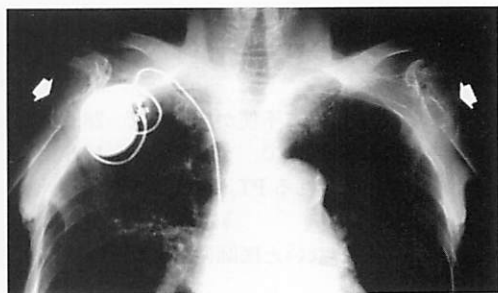
＜ストレス緩和法＞

表7に患者の心理が報告されている。RAの再発・進行がもっとも不安なことであり、薬物の副作用、合併症がそれに続く。ADLの低下も半数以上に不安とされており、これら不安要因をできるだけ除き、精神的なストレスを緩和させることが重要と思われる。

ストレスがRAの発症や増悪に関与していると報告されており⁽¹¹⁾、その緩和策が治療の一環としても重要な位置を占める⁽¹²⁾。温泉や温水プールでの運動や歩行はRAの活動性を抑制し運動能力の改善があると報告されている。また深い感動や楽しい笑いはNK細胞活性化やIL-6の減少など神経-内分泌



A ; 69 歳女性左大腿骨頸部 (矢印)



B ; 75 歳女性両上腕骨頸部 (矢印)

図2 巨大嚢腫 (geode)



図3
骨粗鬆症による骨折 (矢印)
48 歳女性プレドニゾロン 8mg 投与中



図4 坐骨支持の長下肢装具



図5 PTB 装具

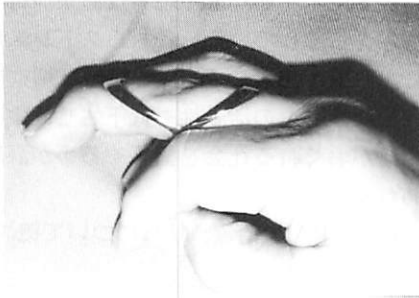


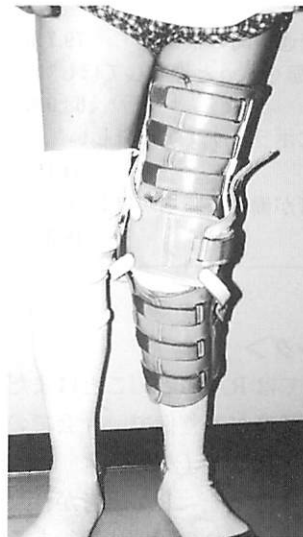
図6 スワンネック変形矯正用指装具



図7 オペロン装具

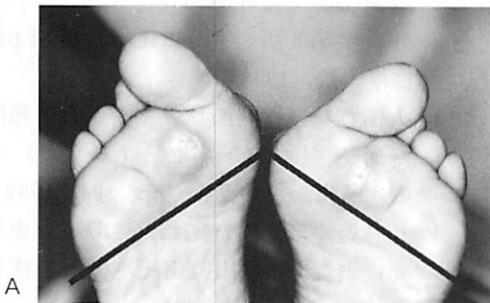


A



B

図8 膝関節の不安定性(A)を補強する装具(B)



A



B

図9 足部三角変形と中骨足棧
中足骨棧は足底へ脱臼した中足骨頭を免荷するために、骨頭よりやや中
枢側につけ(A;線)、縦横アーチを追加した足底板とする(B)。

一免疫系に好影響を与えることも証明されている⁽¹³⁾。当院では38℃前後の温水プールでの運動を処方しているが、上肢機能の低下した患者においては水着の着脱が困難で介助者の有無がプール治療継続の鍵となる。

表7 患者の心理（リウマチ白書から）

不安に思うこと	
1. 再発・進行	60.9%
2. 薬の副作用や合併症	54.5%
3. 日常生活動作の低下	53.9%
4. 経済的な不安	11.3%
社会への要求	
1. 社会環境や交通機関の整備	79.7%
2. RA患者の実態をもっと理解してほしい	68.9%
3. 必要なときにボランティアがほしい	34.1%
4. リウマチ患者が働ける職場がほしい	18.3%

<ADL モニタリング>

地域社会においてはRA患者のことはまだまだ理解されず、環境が不整備で、社会でのRAの認知も不十分である（表7）。

我々治療者側からみると、RA患者が社会生活を営むにおいていずれの時期に手術あるいは集中的リハを行うかを判断するモニタリング機構が重要と考えている。RAの性質上ADLは徐々に低下していくが、熱発、転倒などにより、急激な低下がありうる。そのときに専門病院での治療、手術、あるいは集中的リハがADLの改善に重要であるが、そのチェック機構は現在までのところ充分ではない。その役割には「かかりつけ医」である一般開業医が最もふさわしいのではないかと考えている。きめ細かな保健師による家庭訪問なども有効に利用し、保健所・一般開業医・専門病院が一体となり、地域ぐるみで患者のQOL、ADLの急激な低下を防止することを目的としたサポート体制がRAリハの要であ

ろう（図10）。

表8に示す如くRA患者は温泉旅行や観劇などを希望している。これらストレス解消法によりRA患者のQOLを保持・増進するだけでなくRAの活動性も低下させ、よりよい生活がおくれる社会を構築する事が課題と思われる。

以上、RAの治療、リハについて概説した。

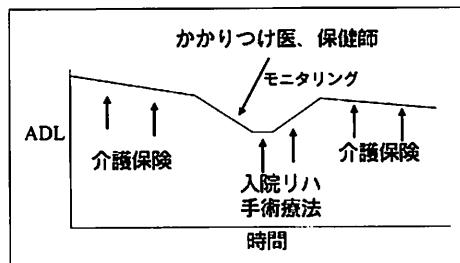


図10 地域社会におけるかかりつけ医の機能

表8 今したいこと（リウマチ白書から）

1. 温泉など旅行に行きたい	74.6%
2. 観劇や音楽会に行きたい	34.5%
3. おしゃれがしたい	24.8%
4. 電車・バスに乗り買い物に行きたい	23.5%

文 献

1. 日本リウマチ学会 2002 年度定時総会報告. リウマチ 42: 710-711, 2002.
2. 鳥巢岳彦: 慢性関節リウマチ. 標準整形外科学第6版. 寺山和雄ほか監修 p195, 医学書院, 1998.
3. 大田寛: 慢性関節リウマチ患者の死因と寿命. リウマチ病セミナー (3) 七川歆次監修, 永井書店, pp85-94, 1992
4. 辻林啓幸ほか: 在宅ねたきり RA 患者の死亡調査 - 和歌山県南紀地区 -. 臨床リウマチ 4: 145-149, 1991.
5. Ochi T et al: Natural course of joint destruction and fluctuation of serum C1q levels in patients with rheumatoid arthri-

- tis. A&R31:37-43, 1988.
6. 越智隆弘：RA の長期経過と予後の予測．整形外科外来シリーズ4「リウマチ外来」越智隆弘編 pp12-23、メジカルビュー社,1997.
 7. 大澤 傑：慢性関節リウマチ．整形外科外来シリーズ7「リハビリテーション外来」越智隆弘編 pp180-187、メジカルビュー社,1998.
 8. 2000 年リウマチ白書リウマチ患者の実態〈資料編〉．日本リウマチ友の会、2000.
 9. 土肥豊：リハビリテーションのための内科的管理．リハビリテーション医学全書 14 脳卒中、その他の片麻痺、第2版、医歯薬出版、p530、1994.
 10. 長沖英行、石神重信：脳卒中早期リハのリスク管理．リスクを避けるプログラム．J Clin Rehab 5：345-350,1996.
 11. Bradley LA: 心理・社会的因子．リウマチ入門（第11版）アメリカ関節炎財団編、日本語版 pp557-560、1997.
 12. 志水正敏：ストレスと慢性関節リウマチ．リウマチ病セミナー IX, 七川欽次監修、永井書店 pp31-37、1998.
 13. 吉野慎一ほか：深い感動に涙して泣くことは RA 患者の神経 - 内分泌 - 免疫系にいかなる影響を与えるか．リウマチ 42：306、2002.

府の鳥 大阪府

モズ

日本に一年中すんでいる鳥を留鳥といいますが、それでも季節の変わり目に高い土地から低いところへ移る種類があります。モズがそうです。秋になると人里近くまでおりてきます。

小さなからだなのにくちばしはタカのようにカギ型をしており、小鳥を捕らえたりもします。

モズは生け垣などのとがった小枝や、有刺鉄線のトゲなどに、バッタやカエルなどのえものを串ざしにする変わった習性があることで知られ、日本ではこれを「モズのはやにえ」と呼んで有名です。

鳥獣保護のシンボルとして昭和 40 年 6 月に府民投票で決まりました。



骨代謝制御による骨粗鬆症の骨折防止治療

産業医大 整形外科 教授 中村 利孝

高齢化社会の中で骨粗鬆症による骨折を防止して高齢者の運動機能を維持することは現実的な課題である。Evidence Based Medicine (EBM) が日常臨床における治療法の選択における基本的な原理となっていく中で、骨粗鬆症の診断と治療のスタンダード化とともに、高齢者の身長短縮の予防と円背防止治療が進みつつある。

1. 骨粗鬆症における脊椎骨折と円背のリスク

骨粗鬆症において既存の椎体骨折の存在が、新たな椎体骨折発生の大きなリスクになっていることが明らかになってきた。欧米の共同研究で、平均年齢74歳(65-80歳)の閉経後骨粗鬆症2,746例について3年間、椎体骨折の発症が調査された。椎体骨折の既往のない例では、この年齢層では1年間で3.4%の方が新たな椎体骨折を生じたが、1個の骨折を生じた方は次の1年で11%の方が新たな骨折を生じた。さらに、2個以上の骨折を生じた方の24%は次の年に、また新たな椎体骨折を生じたという。最近、我々も日本人における椎体骨折のリスクについて平均1年の調査で、ほぼ同じ結果を得た。これらの事実は、65-80歳の閉経後骨粗鬆症例では、椎体の骨折が個人に集積する傾向があり、1個骨折を生じると2-3年で骨折が多発し円背が進行することが示している。

我々の経験でも、閉経後骨粗鬆症(平均年齢64歳)280例について1-2年間、無治療で観察したところ、30例(11%)に新たな脊椎骨折を生じた。また、既存の骨折の無い例では、5.6%、1個ある例では8.2%、2個ある例では21.2%、3個以上では41%に新たな脊椎骨折を生じた。さらに、既存の脊椎骨折の数だけでなく、脊椎骨折の変形



の程度も新たな脊椎骨折のリスクになっていた。変形の程度を判定的(SQ)に分類し、20-25%減高をSQ1度、25-40%の減高をSQ2度、40%以上の減高をSQ3度とすると、SQ1度の変形を示す脊椎骨折を有する例では約10%、SQ2度では40%、SQ3度では60%の頻度で新規の椎体骨折を生じた。したがって、骨粗鬆症では既存の脊椎骨折の数とともに、変形の程度も新たな脊椎骨折のリスクになっていることが明らかになった。

骨粗鬆症の椎体骨折には急性疼痛で発症するタイプと、慢性に進行し徐々に椎体の高さが減少して行くタイプがある。急性の疼痛で発症した骨折は臨床骨折(clinical fracture)、慢性的な経過で進行する骨折変形は形態骨折(morphometrical fracture)と呼んで区別して取り扱われるようになってきた。骨粗鬆症による椎体骨折のうち、急性疼痛で発症するタイプは椎体骨折全体の30-40%であり、残りの60-70%は無症候性である。骨粗鬆症の椎体骨折の半数以上は急性の疼痛を伴わないで進行すると考えてよい。骨粗鬆症の椎体骨折における疼痛の程度は様々である。無症候性と診断されているものでも、一定の期間には軽度の慢性疼痛を伴っている可能性

があり、必ずしも全く症候がないという訳でもない。しかし、患者さんにとっては、病院に行くほどでもない程度の疼痛で、椎体変形を生じ円背が徐々に進行するというタイプの骨折が、急性の疼痛で発症するタイプの2倍近くもあるという事実は臨床的に極めて重要である。骨粗鬆症において骨折は常に疼痛を伴うわけではなく、骨粗鬆症の認識がなくて徐々に身長低下や円背が進行していくものが多いという事実は、骨粗鬆症診療の重要な指針となる。

椎体骨折が死亡危険率におよぼす影響も明らかになってきた。欧米のデータでは1個までは無骨折例と変わらないが、2個以上になると2倍、3個以上では3倍と増加する。また、65歳以上の女性で、骨粗鬆症による椎体骨折を生じた例での骨折発症後5年間の累積死亡率は約30%に達するという報告もある。同年齢の大腿骨頸部骨折後の5年間で累積死亡率が約40%であるのに比べて、円背の生命予後はほぼそれに匹敵する。高齢者女性における椎体骨折の多発による円背は、従来漠然と考えられてきた程度以上に生命予後を悪化させる因子となっている。患者の生命予後を良好に維持するという点でも、骨粗鬆症における椎体骨折予防は、治療の対象となる。

2. 骨粗鬆症の脊椎骨折防止治療の現況

骨粗鬆症治療薬についても、1993 - 1994年前後から、アメリカとヨーロッパが共同してEBMに基づいた大規模な骨折予防の臨床試験が行われた。これらの試験は、アレンドロネート、リセドロネートなどのアミノビスホスホネートとラロキシフェンなどのエストロゲン受容体調節剤の薬物効果を明らかにする目的で行われたもので、実際、これらの薬物では、3 - 4年の経過で椎体骨折の発症を約50%減少させ、さらに、2個以上の多発性椎体骨折の発症は80%以上防止された。日本における椎体骨折防止試験でも、アレ

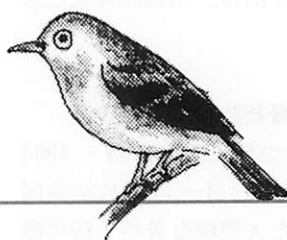
ンドロネートでは多発性椎体骨折の発症は活性型ビタミンD治療群の3分の1以下に低下していた。また、最近終了したリセドロネートによる日本人における骨折防止試験でも、ほぼ同様な結果が得られている。これらの事実は、骨粗鬆症の椎体骨折の危険性は、確実に低下できるようになったことを示している。まず、カルシウム、ビタミンDの補給など食事における栄養状態の維持、次に運動、そして、骨折防止効果の明らかな骨吸収抑制剤の使用という3つの要素を、総合的に取り入れることで骨粗鬆症の椎体骨折防止治療を行おうというのが、世界的なコンセンサスになりつつあるといえる。

臨床的には骨折の相対危険率の低下だけでなく、絶対危険率の知識も重要である。そこで、1990年代に行われた骨粗鬆症における骨折防止試験の報告で、論文に記載されている内容から骨折の絶対発生率が得られるもの15報について、メタアナリシスを行った。これらの報告を合わせると、全症例数は約9,000例で平均年齢が65 - 70歳であり、無治療では年間の脊椎骨折危険率は10.9%であった。これが、カルシウム補充により7%になり、ビタミンDの追加で6%になっていた。また、活性型ビタミンDは単独使用で6%であった。さらに、カルシウム、ビタミンDが十分に補給されている状態に、アレンドロネート、リセドロネート、ラロキシフェンなどの骨代謝調節剤を使用すると、絶対骨折危険率は年間で約3%になっていた。無治療では10%の骨折危険性を3%程度まで低下できるのが、骨粗鬆症における骨折防止治療の現況ということができよう。

大規模骨折防止試験の結果が明らかになるまでは、骨粗鬆症の薬物治療のグローバルスタンダードは女性ホルモンであった。しかし、大規模な臨床試験が実施されるようになるとともに、女性ホルモンの骨折防止効果が問題とされるようになった。そこで、アメリカではNIHの援助により、エストロゲンとプロ

ゲステロンによるホルモン補充療法の大規模臨床試験が行われた。この試験は、当初10年間続けられる計画であったが、4年目で中止された。ホルモン補充により骨粗鬆症による脆弱性骨折の防止効果は確認されたが、乳癌、脳血管障害、心筋梗塞などの発生が増加

した。骨粗鬆症における女性ホルモンの使用については、国際的に見直しの時期に入っている。アレンドロネート、リセドロネートなどの窒素含有ビスフォスフォネートが、骨粗鬆症治療のゴールドスタンダードになりつつあるといえるだろう。



県の鳥 和歌山県

メジロ

特徴は、目のまわりの白いフチドリ。からだのあざやかな黄緑色が、ウグイスとまちがえる人もいます。市販のウグイス餅のキナコがメジロのからだに似ている、というややこしいことも、その原因になっているのでしょうか。

ウグイスはやぶの中において、なかなか姿を見せてくれませんが、メジロは椿などの花の蜜が好きで、よく私たちの目の前にあらわれてくれます。エサ台に砂糖水やジュースを置くと、よく飲みに来ます。さえずりも、ウグイスよりも長く複雑です。

第 23 回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日時：平成 14 年 8 月 3 日（土） 14:30 ～ 18:00

開催場所：住友病院 14 階 講堂

<第 1 部>

座長 松田 英樹（大阪市立総合医療センター）

1. 診断に難渋した頸椎骨腫瘍の一例

北野病院 整形外科 添田 恒光

【症例】 Y.S. 68 歳 女性 主婦

【主訴】 頸部痛

【現病歴】 平成 14 年 4 月頃より軽い頸部痛が出現。4 月 20 日、急に頸部痛が増悪した為に S 病院救急搬送され、XP、CT、MRI にて C2 の転移性骨腫瘍を疑われた。原発は不明であった。5 月 20 日、精査加療目的にて当科紹介受診となった。

【現症】 入院時、後頭部痛、後頸部痛激しく坐位が困難であった。特に神経学的異常は認めず。XP 上、C2 に腫瘍性病変を認めた。CT 上、C2 椎体、横突起、椎弓に病変を認めた。MRI 上、C2 内に異常な信号を認めた。脊髄を圧排している所見は認めなかった。血液検査上、GOT 41、GPT 49、LDH 599、蛋白の分画に異常を認めた。腫瘍マーカーは異常を認めなかった。

【今回討論したい点】 鑑別診断、治療方法についてご討議していただきたい。

2. 骨粗鬆症性椎体圧潰に対する脊椎短縮術の経験

北野病院 整形外科 岡村 泰三

【症例】 K.H. 81 歳 女性

【主訴】 腰背部痛、両下肢のしびれ感

【現病歴】 平成 10 年頃より腰背部痛が時々生じるようになった。平成 14 年 3 月頃から腰背部痛が増強し、5 月初旬頃から両下肢にしびれ感、排尿障害が出現し、当科紹介となる。

【現症】 初診時、腰背部痛が強く、立位・歩行不能であった。両大腿外側以下に軽度の知覚鈍麻、両下肢筋力は MMT で 3 ～ 4、下肢腱反射は消失、病的反射（-）排尿障害あり。単純 X 線写真で Th12 圧迫骨折、intravertebral cleft を認める。MRI では Th12 の椎体後壁にて脊髄の圧迫がみられる。

【手術所見】 椎体内は骨組織ではなく癒痕様組織で、骨癒合は得られていなかった。掻爬時に出血に乏しく、病理組織にても骨梁は不整で広範囲に肉芽組織が認められ偽関節の状態であった。Th12 椎体の短縮後、Th10 ～ L2 まで固定した。

【今回討論したい点】 骨粗鬆症性椎体圧潰（偽関節）に陥らないための初期治療の問題点
骨の脆弱性が著しく、多椎体にわたる椎体骨折の再建について

3. 頸椎前方垂脱臼に対する手術療法

住友病院 整形外科 中村 茂子

【症例】 R.M. 59 歳 男性 会社員

【主訴】 頸部痛

【現病歴】 平成 14 年 6 月 1 日床板を踏み抜いて階下に転落、前医で左膝蓋骨脱臼骨折の診断にて手術加療を行った。その後、C4/5 の脱臼骨折が 6 月 20 日に判明し、当院転院となる。

【入院時現症】反射、筋力正常。知覚は振動覚の低下を両下肢で認めた。頸部痛と前屈時の前胸部から背部への痛みが存在した。下位頸椎棘突起付近に圧痛を認めた。

【画像所見】単純 X-P 側面前屈像で C4 は C5 に対して前方に約 4 ミリ垂脱臼している。CT にて椎間関節の脱臼は認めず、C4、5 椎体前方に骨折を認める。MRI にて脊柱管狭窄による脊髄の圧迫と C4/5 の椎間板の変性と膨隆が認められた。

【手術】後方からアリゲータープレートで C4 と C5 の棘突起を固定し、腸骨を骨移植した (chip bone)。C4/5 は他の椎間に比べ、明らかな不安定性を認めたが、後方靭帯要素の明かな損傷を示唆する所見は認められなかった。

【今回討論したい点】後方固定のみで充分か
後方から整復することは安全か
除圧の必要性はあるのか

4. Neurenteric cyst に対する頸椎椎弓切除後、著明な後彎変形と Myelopathy 症状を呈した一例 大阪市立総合医療センター 整形外科 兼松 文昭

【症例】W.I. 39 歳 女性 主婦

【主訴】左上下肢しびれ、脱力

【既往歴】11 歳時 C3/4 Neurenteric cyst に対し C1 ~ C5 椎弓切除

【現病歴】平成 12 年ごろより左上下肢に時折脱力あり。平成 13 年 12 月、自転車で転倒した際、左上下肢の電撃痛・脱力あり 5 分間歩行不能となる。近医にて著明な頸椎後彎変形を指摘され紹介となる。

【現症】C4 レベル以下の myelopathy 症状を呈しており、巧緻障害、歩行障害を認めた。単純 X 線にて C2 ~ C5 の著明な後彎変形、MRI にて C3 ~ C4 レベルで著しい脊髄の扁平化と髄内の cystic な病変を認めた。

【手術・経過】C2 ~ C6 前方除圧固定（腸骨移植、プレート固定）施行し、術後 3 ヶ月間ハローベスト装着。ハローベスト除去後 MRI にて C3 ~ C4 レベルの cystic な病変の増大を認めた。

【今回討論したい点】1. 髄内の cystic な病変は Neurenteric cyst の再発か？
2. 現在症状の悪化はみられていないが、今後、症状の悪化や病変の増大が進んだ場合の治療法は？

<第 2 部> 座長 北野 公造（済生会中津病院）

5. 骨盤骨折観血的整復後の感染に対する一期的薄筋皮弁の治療経験

北野病院 整形外科 大室 智士

【症例】I.S. 24 歳 女性 看護婦

【主訴】右恥骨骨折術後感染

【現病歴】平成 14 年 1 月 27 日、バイク走行中に乗用車と衝突、当院救急部へ搬入された。両恥坐骨、左仙骨縦骨折の骨盤骨折に対して、2 月 7 日手術施行（A-O reconplate, Zimmer sacral bar 使用）。術後 3 週で右恥骨骨移植部の感染と同部からの瘻孔形成を認め（G 陰性桿菌）、3 月 7 日に病巣デブリドマン+血管柄付き薄筋移植を施行した。2 回目術後約 2 週経過で、感染は鎮静化を見た。

【今回討論したい点】今回、我々は右恥骨骨折部に生じた術後感染に対して血管柄付き薄筋移植を施行し、その結果は良好であった。このような症例に対し、他にどのような治療法があ

るか、経験ある諸先生方の御教示をお願い致します。

6. 右頸腕症様の症状で発症した骨腫瘍の一例

国立大阪病院 整形外科 高山 和士

【症例】 Y.T. 53 歳 男性

【主訴】 右肩痛

【現病歴】 H13 年 3 月頃より右肩から背部にかけて疼痛認め、近医受診したが頸腕症候群と診断され保存治療受けていた。徐々に疼痛増強し、右肩に腫瘤の増大認め、H14 年 6 月近医にて MRI 撮影し異常指摘され当科紹介受診。

【既往歴、家族歴】 特記すべきことなし

【現症】 身長 170cm、体重 74kg。入院 3 日前より急に右下肢脱力、しびれあり歩行不能。入院時、右肩甲骨上部に約 10cm × 15cm の弾性硬な腫瘤を触知。右下肢に MMT にて 3 レベルの筋力低下、右下肢に 7/10 の知覚鈍麻、腱反射正常、病的反射認めず。便秘、残尿感あり膀胱直腸障害軽度認めた。胸部 X 線写真で、右肺尖部に軟部組織陰影、右第 2 肋骨の溶骨性変化認めた。MRI 所見では第 3 頸椎から第 3 胸椎のレベルに縦 18cm、横 8 cm、前後 9 cm の、T1 強調にて iso から low、T2 強調にて high、Gd enhance にて辺縁が造影される、分葉構造を持つ占拠性病変認め、胸腔内、脊柱管内への浸潤を認めた。

【今回討論したい点】 1) 診断としてはどのような疾患が考えられるか

2) どのような治療が考えられるか

7. Warfarin 内服中に腸腰筋内血腫による大腿神経麻痺を生じた 2 例

国立大阪病院 整形外科 安藤 渉

【症例 1】 M.Y. 37 歳 男性 会社員

【主訴】 左大腿前面部痛

【現病歴】 平成 11 年、僧帽弁狭窄症に対し僧帽弁置換術施行。Warfarin 内服開始。平成 14 年 2 月 4 日ゴルフを行い、翌朝より左大腿前面痛出現。左股関節伸展不可となった。近医受診し、CT 上異常陰影を認めたため 2 月 15 日当科紹介初診となった。

【現症】 左大腿部痛 左股関節伸展制限があり独歩不可

左鼠径部に弾性硬の腫瘤 腫瘤下方圧迫にて左大腿前面から膝下まで放散痛

MMT 左 腸腰筋 3 大腿四頭筋 3 左膝蓋腱反射低下

【手術所見】 大腰筋内に血腫を認め、大腰筋・腸骨筋間を走る大腿神経を圧迫

【症例 2】 S.S. 74 歳 男性 無職

【主訴】 左大腿前面部痛

【現病歴】 昭和 51 年、僧帽弁狭窄症に対し僧帽弁置換術施行。Warfarin 内服開始。平成 14 年 2 月 6 日心不全の診断にて当院心臓外科入院。3 月 28 日、僧帽弁再々置換術施行。4 月 1 日より歩行開始。4 月 15 日頃から、左大腿部痛出現し立位不可となったため 4 月 16 日当科初診。

【現症】 左大腿部痛 左股関節伸展制限があり独歩不可

MMT 左 腸腰筋 2 大腿四頭筋 0 左大腿前面知覚低下(5/10) 左膝蓋腱反射低下

【手術所見】 大腰筋・腸骨筋内に血腫を認め、大腰筋・腸骨筋間を走る大腿神経を圧迫

【考察】 Warfarin 内服患者は増えている。腸腰筋内の血腫は凝固能のコントロールに関わら

ず生じる。迅速な診断と治療（血腫除去術）が必要である。

<第3部>

座長 大園 健二（国立大阪病院）

8. Bipolar 人工骨頭の Outerhead 脱転例

大阪赤十字病院 整形外科 富原 光雄

【症例】I.M. 50歳 女性 主婦

【主訴】左股関節痛、歩行障害

【既往歴】S56年に皮膚筋炎発症（現在もステロイド内服中）。S57年3月より左股関節痛。S57年7月、左大腿骨頭血管束骨移植術。S59年3月、左人工骨頭置換術（Hasting Hip）。S59年4月、右大腿骨頭回転骨切り術。H2年8月より「エホバの証人」。

【現病歴】H12年9月頃より左股関節運動時に雑音が時にあり。H14年5月6日正午、正座しようとして左股関節に雑音あり、疼痛、運動制限、歩行不能。5月7日当科受診。

【現症】左股に telescoping sign を認め、X線では Outerhead 脱転。

【経過】観血的治療（再置換術）が必要と思われる、入院申込のうえ一旦帰宅。同日夕方より疼痛軽減し、両松葉杖部分荷重歩行可能となった。翌日入院時、telescoping sign なく、X線では Outerhead 整復位。X線透視では、内外旋で Outerhead と臼縁がインピンジシクリックあり。ステムのゆるみは明らかでない。今回は観血的治療を見合わせ、経過観察とした。

【今回検討したい点】簡単に脱転し、また自然に整復されたことから、bearing-insert の摩耗がかなりあると思われる。今後とも脱転の危惧があるため、再置換術が必要と考えているが、「エホバの証人」であり、その方法に苦慮している。

9. 単関節性の RA ?

大阪赤十字病院 整形外科 清水 昌宏

【症例】O.K. 55歳 女性

【主訴】左膝関節痛、腰痛

【現病歴】平成14年1月中旬、左膝関節の腫脹、疼痛出現し、近医を受診。1月末に腰痛も出現した。2月9日より腰痛が増悪し、3月1日に Th11 の圧迫骨折が判明。その後、左下肢 SLR が困難となる。精査されるも確定診断が得られず、5月7日に当科に紹介。

【現症】3月27日の全身骨シンチでは、Th11 に hot spot を認める。MRI では、Th11 は T1 で low、T2 で high、Th10 と Th12 は T1、T2 ともに high の部分が見られた。左膝関節は、単純 X 線にて骨萎縮を認める。CRP1.5、ESR99、CA-RF（-）。左膝関節液は黄色混濁で、一般細菌、抗酸菌培養ともに陰性。5月24日に左膝滑膜生検、および Th11 と Th12 の椎体生検を施行。病理診断の結果、左膝滑膜は RA に合致する所見で、Th11、Th12 の椎体は no malignancy であった。

【今回検討したい点】1. 左膝に対する診断と治療法について

2. 胸椎に関しては、骨粗鬆に伴う Th11 の圧迫骨折と考えてよいか？

10. 股関節脱臼骨折後に RDC 様変化をきたした一例

住友病院 整形外科 小橋 潤巳

【症例】T.I. 67歳 男性 医師

【主訴】左股関節痛

【現病歴】平成13年2月に低血糖発作にて転倒し、左股関節脱臼・左肩甲骨骨折を受傷。前医にて保存的療法が行われた。3ヶ月後に全荷重にて歩行を開始し、軽度の股関節痛を認めていた。平成13年8月に当科初診。徐々に関節症変化進行し、中等度の股関節痛を認めていた。平成14年2月頃より急に左股関節痛増強し歩行困難となった。X線像では骨頭・臼蓋の著明な破壊があり、RDC様の変化が見られた。当院にて平成14年7月9日に左THAを施行し、現在リハビリ中である。

【現症】身長153cm、体重61kg。左股部痛著しく歩行不能であった。左Scarpa三角に圧痛を認めた。左股関節可動域は、屈曲70度・外転10度・内転10度・外旋20度・内旋0度であった。SMD右83cm左80cmと3cm脚長差が見られた。JOA scoreは0+7+2+5+2+2+2+0+0=20であった。

【手術所見】平成14年7月9日、人工骨移植を併用した左THAを施行した。関節包を切開すると、中等量の血性関節液が見られた。骨軟骨片のdebrisが関節内に見られ、残存した骨頭表面及び臼蓋表面には肉芽組織が見られた。滑膜・軟部組織は全体的に充血していた。

【今回検討したい点】今回の関節症変化をRDCと考えていいのか。

またRDC様変化の原因はなんであったのか。

治療時期は適切であったのか。

11. 15歳男性の左大腿遠位部痛

済生会中津病院 整形外科 福田 誠

【症例】T.H. 15歳 男性 学生

【主訴】左大腿遠位部痛

【現病歴】平成14年5月3日頃、左大腿遠位内側部痛を自覚。以後同部の腫張もあり歩行困難感を自覚したため、5月7日当科外来受診。同日行ったX線像では異常所見認めず、5月17日施行のMRIにてT1 low、T2 highのlesionを認め、また骨シンチにて同部に集積を認めたため、骨腫瘍と疲労骨折が疑われ、6月3日精査目的で入院となった。

【現症】左大腿遠位内側部に軽度の疼痛と圧痛を認め、また同部に軽度の熱感と腫張を認めた以外は特に身体所見上異常は認められなかった。血液検査においては、P49、ALP926と上昇が認められた。

【今回検討したい点】骨腫瘍と疲労骨折との鑑別について

第 24 回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日時：平成 15 年 3 月 8 日（土） 14:30 ~ 18:00

開催場所：参天製薬（株） 5 階 センチュリーホール

<第 1 部>

座長 太田 信彦（住友病院）

1. 大腿神経麻痺を呈した特発性腸腰筋血腫の 1 例

大阪市立総合医療センター 整形外科 中川 敬介

【症例】 33 歳 男性 会社員

【主訴】 右単徑部から大腿部痛。右下肢筋力低下。

【既往歴】 高血圧、慢性腎不全にて内科通院中（透析未導入）

【現病歴】 平成 15 年 1 月 6 日、自動車運転中に右単徑部から大腿部にしびれ感出現。続いて右下肢脱力感自覚。近医受診し、大腿ヘルニア疑いにて救急搬送となった。

【現症】 身長 176 cm、体重 99 kg 右膝屈曲、腸腰筋肢位。右単徑部から大腿部に疼痛、しびれ。右大腿四頭筋 MMT1。

【経過】 CT にて右腸腰筋陰影腫大像を認め、腸腰筋血腫を疑った。造影 MRI にて出血をきたすような明らかな血管性病変認めず、右大腿神経、外側大腿皮神経麻痺のため、1 月 9 日血腫除去術を施行した。新鮮血は認めず、旧出血による血腫を大量に排出した。両神経の十分な除圧を確認して手術を終了した。術直後より麻痺症状改善し。MMT は右腸腰筋、大腿四頭筋ともに 4 まで回復、術前の疼痛、しびれはほぼ消失した。1 月末独歩にて退院となった。

【今回検討したい点】

- ・適切な治療法は？ 手術のタイミングは？

2. 手術を行った脊髄硬膜下血腫の二例

市立堺病院 整形外科 小杉 祐一

【症例 1】 N.M. 60 歳 女性 主婦

【主訴】 四肢不全麻痺

【現病歴】 平成 14 年 11 月 4 日より誘因なく頸部痛出現し当科受診。症状は消炎鎮痛薬にて一時軽快も再び増悪。11 月 13 日より右上肢を中心に上下肢の不全麻痺出現したため精査加療目的にて入院した。

【既往歴】 心臓人工弁置換術後にてペースメーカー装着、抗凝固療法中であった。

【現症】 両下肢の脱力のため立位不能。頸部の著しい疼痛をみとめた。上下肢全体及び背部のしびれをみとめ、右上肢遠位筋を中心に上肢は MMT2 ~ 3/5 レベル、下肢は 3 ~ 4/5 レベルの筋力低下をみとめた。深部腱反射は両上下肢で亢進していた。膀胱直腸障害はみとめず。Frankel 分類 C。PT 15.9%。

単純頸椎 CT にて C4/5 右側に脊柱管内占拠病変を、脊髄腔造影にて C4/5 から Th1 レベルまで広範囲た狭窄像をみとめた。髄液は血性であった。

【経過】 脊髄硬膜下血腫の診断のもと、C3 ~ 7 椎弓形成術施行。血腫の大部分が腹側にあったため硬膜は切開せず、腰椎レベルにて spinal drainage を行った。術後約 1 ヶ月にて神経症状はほぼ完全に回復した。

【症例2】 K.B. 74歳 男性 無職

【主訴】 両下肢不全麻痺

【現病歴】 平成14年12月12日より誘因なく背部痛と両下肢の不全麻痺出現。12月13日当科受診した。

【既往歴】 慢性腎不全にて内科入院、血液透析中であった。

【現症】 両下肢の脱力のため立位不能。両下肢大腿以下の知覚低下、腸腰筋以下3～4/5レベルの筋力低下をみとめた。深部腱反射は両下肢で消失していた。膀胱直腸障害はみとめず。Frankel分類C。MRIにてTh7レベル中心に脊柱管内占拠病変をみとめた。腰椎穿刺にて髄液はキサントクロミーであった。

【経過】 Th5～9椎弓切除術施行。硬膜下に病変をみとめたため硬膜切開、Th6～8レベルに血腫をみとめ、切除した。術後約1ヶ月にて歩行可能にまで回復した。

【今回討論したい点】 治療方針と手術法について。

3. 先天性癒合椎を伴った腰椎分離すべり症の一例

北野病院 整形外科 添田 恒光

【症例】 Y.K. 50歳 女性 主婦

【主訴】 腰痛

【現病歴】 平成10年頃より腰痛が出現。近医にてコルセット、低周波等で保存的に治療されるが改善せず、当科紹介受診となった。

画像上、L4/5の椎体癒合とL5/Sのすべりを認め、平成14年12月10日、手術目的に入院となった。

【入院時所見】 圧痛、L5/Sにあり、しびれ、時に両臀部にあり。SLRは両側90度、Lasegueは両側陰性。その他、神経学的に異常認めず。400 500mの間欠性跛行あり。Xp上、L4/5の椎体癒合とL5/Sの分離すべりあり。脊髓造影ではL5/Sで造影剤の途絶あり。MRI、CTMでは、L5/Sで脊柱管狭窄を認めた。

【手術所見】平成14年12月12日、脊椎固定術(L5/SのPLIF、L3/4のPLF、Xia、Varlock)を行った。術中、L5/SよりL3/4に不安定性強く、L3/4にも固定が必要であると考えた。L4、5は椎体間が狭く癒合していた。L5/Sにすべりを認めた。L3、4、Sにpedicle screwを刺入した。L4からSまでlaminectomyを行い、L5/Sの椎間板を搔爬した。可及的にすべりを整復し、L5/Sにspacerを挿入し、骨移植を行った。L3からSを固定した。L3/4のfacetを破壊し、骨移植を行った。固定性は良好であった。

【経過】 術後、腰痛は消失、歩行は改善した。

【今回の問題点】

術前、画像上、不安定性を認めない椎間に不安定性を認めた。

今回、この部位の不安定性は腰痛に関係しうるのか？ 固定は必要であったのか？

4. 明らかな骨折前に画像診断が可能であった大腿骨頸部疲労骨折の1例

北野病院 整形外科 岡村 泰三

【症例】 K.K. 77歳 男性

【主訴】 左股関節痛

【現病歴】 平成14年11月8日、歩行中に突然、左股関節に違和感が生じる。

11月11日には歩行時に疼痛が生じ続けたため、11月22日当科受診となる。

【既往歴】昭和19年：左股関節に砲弾片をうける。深部静脈血栓症にてワーファリン内服中。

【現症】左下腿部から足部にかけて浮腫あり。左股関節に荷重時、疼痛あり。知覚障害なし。単純X線：受診時のX線写真では左大腿骨に変化はないが頸部の前上方に砲弾片あり。約1ヶ月後のX線写真にて大腿骨頸部内側骨折（GardenⅢ）を認める。MRI：大腿骨頸部周囲にT1 low、T2 high、STIR high。RIシンチグラフィー：Gaシンチで左大腿骨頭周囲に淡い集積（+）、Tcシンチでは左大腿骨頸部に集積（+）

【手術所見】平成14年12月12日、左大腿骨頸部の骨生検を行い炎症性所見は認めるも腫瘍性増殖の像を認めないため、12月20日人工骨頭置換術を施行。骨折部には明らかな腫瘍性病変、感染を疑わず所見はなかった。

【今回討論したい点】骨折の原因は？

今回、明らか骨折、転位前に画像診断にて異常がわかったが、最終的に人工骨頭置換術となった。

初期の段階で他の治療法の選択はなかったか？

<第2部>

座長 富原 光雄（大阪赤十字病院）

5. 高位脱臼性変股症に対するTHAの検討

済生会中津病院 整形外科 田中 元人

【症例】H.I. 58歳 男性

【主訴】歩行時右股関節痛

【現病歴】昭和33年10月頃より跛行が出現し当科初診。先天性股関節脱臼に起因する二次性股関節症の診断にて、同年12月に外反骨切り術が施行された。退院後一度も通院せず、昭和55年に左股関節痛出現し、昭和60年1月当科受診時、左変股症の診断を受け、同年2月左股関節固定術が施行された。その時右股関節はX-P線上問題無しとの診断を受けている。退院後通院することはなかった。平成7年頃より再度跛行が出現するようになったが放置。平成11年より右股部痛が出現するようになり、平成14年9月当科受診。X-P線上右股の高位脱臼を認める。患者はTHAを強く希望しており、その準備として、右大腿骨の引き下げを試みた。

（1）7～10kgの直達牽引（2）右内転筋切離（3）右手術創部の大腿筋膜剥離を施行したが、1cm程度の引き下げに終わり、THAの再検討にて平成14年12月一旦退院とした。

【現症】身長163cm、体重56kg。右股可動域は屈曲90度、伸展0度、外転30度、内転40度、内旋60度、外旋25度。X-P線上原白蓋上縁から骨頭上縁まで約5cm、骨切り部で24度の外反変形、同部より近位の骨皮質の非薄化、骨盤の変形が認められる。脚長は右77cm、左85cmで着地時の脚長差は約2cm程度。

【手術所見】平成14年11月17日右大腿筋膜癒着剥離時の所見は（1）皮下組織と大腿筋膜長筋及び大殿筋の癒着、（2）中殿筋の付着部と小殿筋の癒着が認められ、（3）中殿筋も一部癒着化がみられた。

【今回討論したい点】

- （1）THAの可否
- （2）手術法
- （3）骨切りがいくらいらないか
- （4）脱臼の可能性
- （5）坐骨神経麻痺の可能性について。

6. 大腿骨転子下骨折後感染性偽関節の治療

～DCP 内固定と血管柄付腓骨移植の有用性について～

国立大阪病院 整形外科 野田 和王

今回、我々は、大腿骨転子下骨折後感染性偽関節に対して dynamic condylarplate (DCP) 内固定と血管柄付腓骨移植により治療した症例を経験したので報告する。

患者は、平成 12 年 8 月 19 日、屋根作業中に転落し、左大腿骨転子下骨折を受傷した。

他院にて、 γ -nail を用いて ORIF 施行されたが、その後も左大腿部痛が遷延し、平成 13 年 6 月、他院にて感染性偽関節を指摘され当科紹介された。

患者には、人工肛門増設と 2 型糖尿病の既往があり、血糖コントロール不良であり、易感染状態にあったと思われる。当科入院後まず血糖のコントロールに努め、その後病巣搔爬・持続洗浄を施行し、十分に感染が沈静化されたと思われる時点で、DCP による内固定と血管柄付腓骨移植術を施行した。

平成 15 年 3 月現在、術後 15 ヶ月であるが、移植骨と大腿骨間の仮骨形成も良好であり、痛みもなく ADL の拡大が得られている。

患者の骨折型は、Seinsheimer type3A に分類される unstable な骨折であり、さらに病巣搔爬により骨欠損を認め、早期荷重が困難な症例であったが、DCP により骨片間に十分な compression をかけることができ、血管柄付腓骨移植を併用することで、感染後の骨脆弱性を改善・補強することができた。

unstable な下肢の骨折で、さらに感染による bone defect を伴う症例では、十分な内固定に血管柄付腓骨移植を併用することが、偽関節を治療する上で非常に有用であると思われる。

7. 強い痠痛を呈した初期変形性股関節症の 1 例

住友病院 整形外科 中村 茂子

【症例】E.I. 66 歳 女性 主婦

【主訴】両股部痛

【現病歴】平成 12 年頃から左股関節痛が出現した。平成 13 年頃から安静時にも左股関節痛が出現し、平成 14 年 5 月当科初診、X-P 上左股関節の関節列隙の狭小あり初期の関節症と考えられた。外来 follow していたが、8 月に突然右股関節の激痛出現し、9 月の MRI では骨頭から頸部、小転子レベルの骨幹部に至る intensity の変化があり、骨シンチでは両股関節、特に右股関節に強い集積を認めた。X-P で右骨頭外上方に陥没を認め骨頭骨折を疑った。11 月の MRI では intensity の変化は右骨頭に限局していた。平成 15 年 1 月骨シンチ、MRI の変化は更に改善したが、症状が続くため右 THA 施行し、術後右股関節痛は消失している。

【現症】身長 153 cm、体重 60 kg、股関節可動域屈曲 90°/100°、外転 20°/30°、Patrick tesst 陽性 / 陽性、股関節周囲の筋力正常

【手術所見】骨頭は荷重面で軟骨損傷を認めた。骨頭の上外側と前方に陥没を認めた。関節唇は inverted limbus で内部の繊維は断裂していた。

【今回検討したい点】

右股関節痛の病因はなにか？

治療法として THA でよかったのか？

8. 高位脱臼性股関節症に対する人工股関節置換術後の脱臼例

大阪赤十字病院 整形外科 富原 光雄

【症例】 S.M 61歳 女性 主婦

【主訴】 右股関節痛

【既往歴】 8年前よりパーキンソン病、現在 drug control 良好。平成14年初めより糖尿病。

【現病歴】 小学生時代に右股関節の異常を指摘されていた。6～7年前より右股違和感。平成14年7月頃より右股関節痛高度となり、杖歩行。手術希望され同年9月30日当科入院。10月4日 THR (S-ROM) 施行、10月7日端座位になって THR 脱臼、腰麻下で徒手整復を試みるも不能。観血的整復術施行しギプス固定。10月28日ギプス除去、外転装具装着。11月1日歩行練習開始。12月2日より昼間は装具除去。

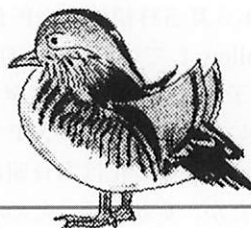
12月4日洋式トイレで立ち上がる際に再脱臼。そのまま機能訓練継続。12月22日両松葉杖歩行で退院。

【現症】 THR 術後4ヶ月（再脱臼後2ヶ月）の現在、右股関節痛はない。屋内は伝い歩き、屋外歩行は両松葉杖を要するが殆ど外出しない。右下肢短縮約6cmあり、左下肢に負担がかかるため左足部痛を訴えている。

【今回討論したい点】

1. 8週間の外固定にもかかわらず再脱臼したのはパーキンソン病があるためか？
2. 再脱臼の時点で何をすべきであったか（再整復、再置換）？
3. 将来 Constrained Acetabular Component に再置換を考えているが、その是非。

県の鳥 鳥取県



オシドリ

形はカモに似て少し小さく、雄は銀杏羽（いちょうばね）と呼ばれる羽をもつ美しい容姿をしています。我が国を含む東アジアに分布しており、鳥取県ほか山形、長崎でも県鳥に指定されています。

オシドリは、他のカモ類よりも警戒心が強く、山地の薄暗い池沼や人の立ち入りにくい深い溪谷に生息し、シイやカシなどのドングリや木の実を好んで食べます。

平成 14 年度 (第 26 回) 大阪府医師会医学部総会
左環指 PIP 関節掌側脱臼骨折の一例

大阪臨床整形外科医会

堀 木 篤
早 石 雅 宥
天 野 敬 一

〔緒 言〕

手指 PIP 関節の背側脱臼骨折はよく見られる外傷であるが、掌側脱臼や掌側脱臼骨折は稀である。掌側脱臼はその受傷原因が特徴的な外力（回旋、牽引）に起因することから rotatory subluxation と呼ばれている。また掌側脱臼骨折はその subgroup とする意見もある。

われわれは最近、PIP 関節の掌側脱臼骨折の症例を経験したので報告する。

〔症 例〕

奥〇右〇 女 45 歳 主婦

現病歴：H 14 年 6 月 3 日 犬と散歩中、急に犬が走り出したため、左環指に巻いたロープに引っ張られて受傷した。近医を受診し、徒手整復を試みられたが不能であったため来院した。

初診時所見：H 14 年 6 月 5 日 左環指 PIP 関節の腫脹を認める。PIP 関節は軽度屈曲、外旋位をとる。X-P 所見では PIP 関節は掌側脱臼し、背側に剥離骨折を認めた。(図 1)

手術所見：H 14 年 6 月 11 日 PIP 関節の背側弧状切開にて入る。関節血腫 (+)、central slip は附着部にて剥離骨折し、骨片を伴って関節内に陥入していた。collateral Lig. の損傷、lateral band の損傷は認めなかった。骨片を背側へ移動することで、脱臼は整復された。剥離骨片を central slip をつけたまま、附着部へ縫合し、K-wire で PIP 関節を固定した。術後 2 週間の X-P を示す。(図 2) 術後 3 週間目に抜釘し運動練習を開始した。術後 3 ヶ月の X-P を示す。(図 2) 術後



5 ヶ月での PIP 関節の可動域は、伸展 -10 度、屈曲 90 度である。

〔考 察〕

本症例の受傷メカニズムは、ロープが環状に巻きつき、引っ張られて受傷したことから、PIP 関節掌側脱臼例と似たメカニズム（回旋・牽引）と考えられるが、損傷組織や整復障害因子が異なっている。(表 1)

掌側脱臼例では、回旋・牽引に加え、側方外力が働くことによる collateral Lig. の損傷、central slip の損傷が起これ、lateral band が基節骨頭の掌側に陥入して整復障害が起こる。この場合、徒手整復は殆ど不可能で手術が必要となる。(図 3)

本症例では軸方向の外力が働き avulsion fracture を起こし脱臼に至ったものと考えら



外観一環指が外旋し、PIP関節が軽度屈曲位をとる

X-P

図1 術前



術後2週 X-P



術後3ヵ月 X-P

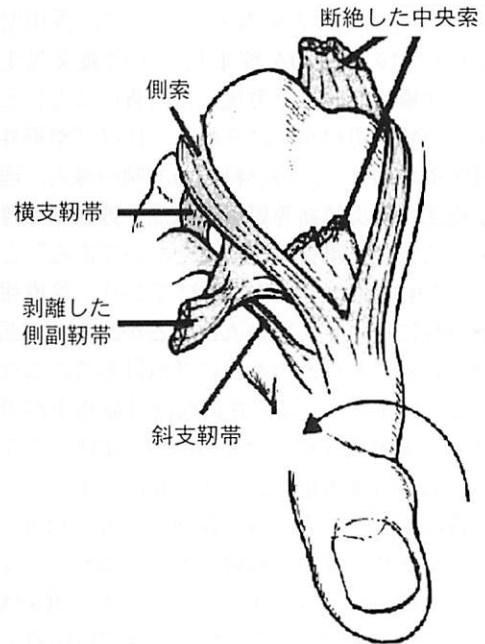
図2 術後

表 1

	PIP 関節掌側脱臼例	今回の掌側脱臼骨折例
受傷原因	洗濯機、ロープなど	ロープ
受傷メカニズム	回旋・牽引	回旋・牽引？
損傷組織	collateral Lig. central slip lateral band	central slip with avulsion fracture
整復障害因子	collateral Lig. lateral band	bone fragment



辰○裕○ 47 歳 女



PIP 関節掌側脱臼
(石井清一編集, "手の臨床", P155, メジカルビュー社より)

図 3 PIP 関節掌側脱臼

れる。Rosenstadt et al. によると、PIP 関節掌側脱臼骨折の新鮮例 9 例のうち 2 例が手術を必要とし、陳旧例 4 例すべてが手術を要したと報告している。また彼は受傷メカニズムに対しても、掌側脱臼例とは異なるとの見解を述べている。

われわれも損傷組織の状態からみて回旋を伴ったとは判断しにくく、rotatory subluxation の subgroup とする位置づけには疑問を呈したい。

文 献

- 1) peimer CA. et al. Palmar dislocation of the proximal interphalangeal joint. J Hand Surg 1984;9A:39-48.
- 2) Rosenstadt BE. et al. Palmar fracture dislocation of the proximal interphalangeal joint. J Hand Surg 1998;23A:811-820.

各地の臨床整形外科医会会報を通読して

広報担当理事 前野 岳 敏

今年度の各地の臨床整形外科医会会報の内容の特徴は、①平成14年4月の診療報酬改訂に対する厳しい批判記事、②野放しの柔整問題、③骨と関節の日の特集記事の3項目が目立っている事である。

①に関して代表的なものとして、香川県会報の中の、JCOA 理事長、角南義文先生の『診療報酬改訂と労災、自賠責のこと』と題した特別寄稿があげられる。氏は“整形外科医療に関して、再診料の逡減制の導入、理学療法、消炎鎮痛等処置の減点、逡減制の導入と云った二重苦を背負ったものである”とし、“再診料は純粹の技術料であり、診療報酬点数に目に見えない人件費とか、モノの部分を含んでおり、再診料の逡減はもろにこたえるのである”、又“労災保険は雇用主が労働者の災害を守り、ケガの治療（予防）をすると云う労働者福祉のための保険である。自賠責は車の所有者のみの保険で、万一加害者になった時の保障の保険である。これらの保険にも逡減制はなじまないと云うのが JCOA の公式の見解である”、たとえば“自賠責でも逡減制を受け入れると云うことは、加害者が負うべき責務を、私共医療機関でも負うと云うことになるかと私共は考えている。このような事は到底受け入れることはできないことである”、として、これら健康保険、労災保険、自賠責保険への逡減制の導入を厳しく批判している。

②柔整問題については、兵庫県会報No.63の中の各種保険審査委員会報告の中で、有田親史先生（西宮市・明和病院）は、『柔整（社保）保険審査委員として』と題し、“決定的な問題点は法的な審査基準がないため中途半端な審査に終止せざるを得ないこと”、“整形外科慢性疾患が捻挫や挫傷の病名のもとに施術さ



れている可能性があり、これも問題です”、“厚生労働省に対し、抜本的な、客観的で解り易い形での審査ができるように切望する次第です”。又、上本光秀先生（神戸市長田区）は柔整（国保）保険審査委員として、“これだけ整形外科が発展したにもかかわらず、多くの人々が柔整の施術を受けていると云う事実にも驚かされる。我々整形外科医はもっとこれらの事実を直視し、対策を講じなければならぬと考える。骨と関節の日をはじめとするさまざまな啓蒙活動も大切な事であるし、日常診療の中での患者さんとのよりきめ細かいコミュニケーション、スキンシップ等も必要であると考え”との事、正に至言である。

③『骨と関節の日』の行事も全国的に行われている。宮城県の城整会会報で安倍吉則先生（仙台市立病院）は、『骨と関節の日の医療相談』の中で、相談者は中高年女性が多い、頸、腰、膝の痛い人が多く、“大きな病院に行っても良く説明してもらえず、接骨院に通ってみたが相変わらずで、どうすれば良いか？”など大変むずかしい相談が多く、“いくら EBM が強調され、インフォームドコンセントが求められようとも、私達臨床整形外科医の現場では、診断や治療についてまだ判

らない事や、簡単に割り切れない事が沢山あります。エライ人の書いた論文や教科書に書かれてある一見理論的に正しそうな事をやってみても結果が必ずしもその通りにならない事は、現場で医療を真剣にやっている人ならよく御存知のはずです”。正にその通り、日々これ苦勞の連続である。

以上、現在最も問題になっていて、どの会報にも多くとり入れられているテーマのものを、一部抜粋して供覧した。

以下、提供をうけ引用・参考にした会報を列挙する。

城整会会報（宮城県）No. 31（15.4.12）

東京都臨床整形外科医会会誌 No. 28（15.3）

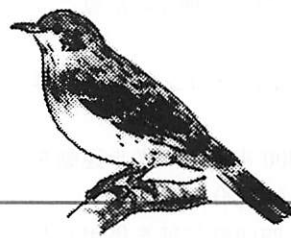
SCOA 会報（静岡県）No. 38（13.2）

FCOA 会報（福井県）No. 7（15.3）

兵庫県整形外科医会だより

No. 62（13.7.20）、No. 63（13.12.20）

香川県臨床整形外科医会会報 No. 2（14.11）



県の鳥 福井県

ツグミ

ツグミは、福井県のシンボルとして、昭和42年12月に「県鳥」に指定されました。

福井県には、10月中旬、東部シベリア法面から渡ってきます。飛行の経路は、日本海を越えて能登半島に入り福井に渡ってくるコース、カムチャッカ半島から北海道、日本海沿岸地方を経て福井に渡ってくるコースなどが知られています。

渡ってくる時は、大群で行動していますが、普通は少数の群れや一羽が多く農耕地の森林で、植物の種子や昆虫を食べて生活しています。

変形性膝関節症に対する各種保存療法の効果比較 — グルコサミンの効果も含めて —

吹田市 戸田 佳 孝

例年、「趣味を投稿して下さい」との OCOA からのご案内には何も書かれていないのですが、今年は「肥満と運動療法について」というご指定を頂いたので、少し恥ずかしいのですが、「私の趣味は研究」ということにして投稿いたします。

過去のデータから 341 例の変形性膝関節症患者に対する初診時から 6 週間治療後までの十種類の治療成績を Lequesne の重症度指数の改善率を用いて比較しました。なお、治療法は患者が選択しました。Lequesne の重症度指数とは就寝中、起床時、30 分以上の立位、歩行開始、椅子からの立ちあがり、階段昇り、階段降り、しゃがみこみ動作およびでこぼこ道での歩行の 9 項目に関する疼痛（0 点：簡単、1 点：困難、2 点：不能）と疼痛なく歩行できる距離（0 点：1 km 以上から 6 点：100 m 以下までに分類）の合計点数です。

すべての患者には基礎療法として同一の消炎鎮痛剤を投与しました。十種類の治療とは以下の如くです。

- ① 基礎療法のみを受けたコントロール群（38 例）。
- ② 万歩計で 1 日 6,000 歩以上の散歩運動を併用した歩行群（17 例）。
- ③ 1 日 20 分以上の四頭筋訓練を併用した訓練群（36 例）。
- ④ ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射を週に 1 回併用した関節内注射群（24 例）。
- ⑤ グルコサミンとコンドロイチンの混合食品（フレックスパワー EX、ロート製薬）を併用した健康食品群（25 例）。
- ⑥ 装具業者が採型後作製した靴中敷型足底板を装着した従来型足底板群（58 例）。
- ⑦ 距骨下関節固定付き足底板（ソフラウル



ファOA、株式会社竹虎）を装着した新型足底板群（56 例）。

- ⑧ 食欲抑制剤であるマジンドール（サノレックス、ノバルティスファーマー社）を 1 日 1 錠服用する減量療法のみを併用した減量単独群（35 例）。
- ⑨ 減量療法に歩行群と同じ運動を併用した減量歩行群（26 例）。
- ⑩ 減量療法に訓練群と同じ運動を併用した減量訓練群（26 例）です。

6 週間治療後の改善率は基礎療法のみを受けたコントロール群：3 ± 39%、歩行群：15 ± 58%、訓練群：17 ± 48%、関節内注射群：12 ± 30%、健康食品群：11 ± 68%、従来型足底板群：18 ± 68%、新型足底板群：32 ± 37%、減量単独群：17 ± 36%、減量歩行群：45 ± 33%、減量訓練群：53 ± 27% でした。

減量訓練群は減量歩行群以外のすべての群に比べ、減量歩行群は減量訓練群と新型足底板群以外のすべての群に比べ、有意に優れた改善率でした。しかし減量は肥満した患者にしか行っていないのでこの成績がすべての患者にあてはまるわけではありません。新型足底板群はコントロール群と関節内注射群と健康食品群と従来型足底板群に比べて有意に改善率が優れていました。健康食品群はコン

トロール群との間に有意差がありませんでした。つまり、消炎鎮痛剤にグルコサミンやコンドロイチンを付加しても効果は変わりませんでした（あっても無くても同じ?）。過去の我々の調査ではグルコサミン製剤の1ヶ月分の平均価格は5,772円でした。百歩譲って

グルコサミン製剤が少しは効果があるとしても、「そんな高くてあまり効果のないものを買わなくても整形外科医院で保険を使って治療してもらった方がいいですよ。」というのが、私の感想です。



県の鳥 石川県

イヌワシ

イヌワシは全身が暗褐色（時に黒褐色）をした大型の鳥で、翼を広げると2メートルにも達する。本州の山岳地帯に生息しているがその数は極めて少なく、餌となる動物も激減しているところから本種の保存が心配されている。

通常本種の一つがいは2～3カ所（4～5カ所ともいわれている）の巣をもっていて、同じ巣は2年続けて使用しない。営巣地は急峻な岩場の岩棚（時には大木の樹上）で、ヒノキ・ヤマハンノキ・ブナ・イタヤカエデ・マルバマンサク・ミズナラなどの葉をつけた枝を用いて巣を造る。餌はアオダイショウ・ジムグリ・ヤマドリ・ノウサギなどが記録されているが、ネズミ・イヌ・ネコ・テン・カモシカにライチョウなども餌となることが記されている。

昭和40年1月1日、躍進する石川のシンボルにふさわしい鳥として県鳥に制定された。

第 76 回日本整形外科学会総会

堺市 黒田 晃 司

平成 15 年度の日整会総会は、本年 5 月 21 日（水曜日）例年通り日整会学術集会の始まる前日開催されました。場所は、ホテル日航金沢 4 階「鶴の間」でした。議事の内容はいずれ詳しく日整会誌に掲載されるでしょうから、そちらにゆずることとして、私の印象に残ったこと述べさせていただきます。午後 1 時に始まって延々 6 時まで、途中 20 分の休憩を挟んでずっと続きましたので、内容はとてつもなく濃いものでした。

〈山本理事長の報告事項〉

診療報酬改定に対して

①人工関節置換術に伴う施設基準の廃止について

これは、日整会が全国 1,753 ヶ所の学会認定施設に対して行った調査結果では、年間 50 例以上の基準を満たす病院は僅か 257 施設（14.7%）だけでした。しかも、このうち 83% は大都市に集中しており、人口 10 万人未満の地域では僅か 44 施設（2.5%）しか該当しません。県別では、施設のまったく無い岩手県、1～2 施設しかないところが 11 県。3～5 施設が 20 県あり、地方では高齢者ばかりでなく、運動器疾患でただでさえ移動しにくい人にとって、人工関節置換術は受けにくくなります。

②再診療などの逓減制の撤廃について

同じ事をしても日により料金が異なるという、患者さんに説明の仕様の無い、信頼関係を損なうこの逓減制は、ちょうどこの会議中（5 月 21 日）厚労省で撤廃が正式に決まりました。

生活習慣病に対する運動療法

これは JCOA でも、以前から強く要請してきた経緯がありますが、整形外科専門医指導管理料として、変形性膝関節症や腰痛症に



に対する運動療法を確立して点数化して欲しいという要望に対し、厚労省生活習慣病対策室の応答は、「適切なガイドラインの査定が必要」とのことです。日整会としては、①変形性膝関節症に対する大腿四頭筋の訓練の効果。②腰痛に対する運動療法の効果。すでに、これに対する作業は岩谷 力委員長、黒澤 尚部会長を中心にすでに開始しているとの報告がありました。

臨床研修に関する省令に対する意見

来年から研修医のスーパーローテイトがはじまります。2 年間の臨床必修科目は外科・内科・救急部門（麻酔科を含む）小児科・産婦人科・精神科及び地域保健医療となっており、整形外科は含まれておりません。しかし、厚労省が提案した到達目標の中には数多くの整形外科関連疾患が含まれています。そこで、日整会では教育研修委員会が卒後臨床研修のカリキュラムを作成しましたので、全国の医療施設で統一した研修が行えるようこのカリキュラムを利用して下さいますようお願いいたします。

日整会認定脊椎脊髄病医について

この件に関しては、長田 明理事から皆様のお手元に研修会案内の便で詳しくお知らせいたしましたので省きますが、本当にえらい

時代になったとしか言いようがありません。眼科医が耳は目の横にあるから耳・鼻関連の疾患は眼科医が担当しますとか、外科医が消化器疾患全般、保存療法も含め内科医には任せられないというようなことが行われるのでしょうか。脳外科医がいくら増えたとしても、食えなくなったとしても、アメリカの脳外科医の中に手を出しているやつがいるとしても日本で、整形外科医がこんなことをしなければならなくなるとは。しかし、嘆いてばかりはいられません。皆様、フンドシのひもを絞めて団結してかかりましょう。

スポーツ医制度の一本化について

日医の認証・健康スポーツ医資格を取ってから、日整会独自の研修を受けるように変更する。

各委員会報告

22の常設置の委員会の担当理事が報告した。(詳しくは日整会誌をご覧ください。)

各賞の受賞者の発表

山本理事長より学会賞を受賞した元本会理事長の黒川高秀教授が、横浜で横断歩道上にて交通事故で頭部外傷をうけて、現在リハビリテーション中というショッキングなニュースが伝えられました。一同唯ビックリ!!!

一日も早い回復を祈ります。

会計報告

我々日整会は資金は豊です。

次の第77回日整会学術総会の開催を担当する神戸大の先生がフロアから「学会開催資金をもう少し日整会会計から出して欲しい」と発言されました。

今後の学会予定

第79回日整会総会 会長 中村 耕三教授
(東大) 会場 横浜

第21回基礎学術集会 会長 進藤 裕幸教授
(長崎大)

第39回骨・軟部腫瘍学術集会 会長 松野 丈夫教授
(旭川医大) - 父上の元北大教授が私のすぐ前の名誉会員席におられました。

白髪になっておりましたが、お元気そうにお見受けいたしました。私も歳をとったものです。

代議員提案

①診療報酬点数の手続きに関するお願い - 角南義文 JCOA 会長提案

診療報酬改定時には、厚労省は「事前に日整会の然るべき先生に予め相談している(了解を得ている - 筆者の解釈)」との解答です。次回平成16年4月の改定のときは、厚労省から相談されたとき、個人で対応されないで、JOAの社会保険等検討委員会など日整会で責任を持って対応していただきたい。次回はもっと厳しいものが予想されますので - もっともです。「誰ですか?」と思ったのは私だけだったのでしょうか

②日整会理事会及び各種委員会開催日についてのお願い - 角南 JCOA 会長提案

選出されているJCOA会員は土日以外非常に出席しにくい。本来公務員の先生方も公務ではないと思われる。是非、土日に開催して欲しい。どうしても出来ない場合は、該当地区の大学から応援医師を派遣して欲しい。担当の先生方本当に大変ですがよろしく願いいたします。

③診療科名変更について - 九州地区 神宮司 誠也先生提案

整形外科という名称はなかなか、我々が今やっている内容と結びついていないため、色々な問題が生じている。名称を変更したほうがよいのではないか? 運動器疾患の専門医として適当な名称は何とすればいいか。 - この議論はだいぶ前に、同じことが討議されて「運動器外科」という名称があげられましたが、かえってわかりにくくなるのではないかと否決された経緯がありました。今回も結局、整形外科というものをもっと国民に広く理解してもらうことが大事であるとの結論でした。

長い長い5時間でした。次回、神戸には是非とも皆さま方もご参加ください。

豊中市 安藤 伸也



平成14年7月より豊中にて開業いたしました安藤伸也でございます。大阪府池田市の出身で、昭和56年に名古屋大学を卒業し、東京厚生年金病院、箕面市立病院、市立池田病院等に勤務致して参りました。開業準備中より、色々と逆風が強く、大変な事は覚悟のスタートでした。何とか十カ月が経過し、日々のルーチンワークとしては落ち着いてきましたが、未だ一年も経っておりませんので、新しい問題が発生するたびに、悪戦苦闘しております。特に、勤務医時代にはわからなかった、人を雇う事の難しさを痛感させられており、医業以外にも学ぶ事はまだまだ多くあるようです。

開業前より分かっておりましたが、勤務医時代に比べ、まとまった自分の時間が取れなくなりました。勤務医の頃は、学会出張や友人との旅は自分をリフレッシュする大きな楽しみでした。しかし、開業後はまとまった時間が取れず、旅どころではありません。そこで、最近、子供の頃に楽しんだ「時刻表の旅」を復活させております。父は無類の旅好きで、私を子供の頃よりよく連れて行ってくれました。又、父は几帳面な性格でしたので、旅程を時刻表より綿密に作成し表にして、そ

の通りに旅をしておりました。その為、子供の頃より目の前には時刻表があり、いつの間にか時刻表を見ることが私の楽しみとなっておりました。列車の名前、編成、駅名、路線名、駅弁など時刻表にはたくさんの情報が詰まっております。子供の私にとって、それを駆使して机上の旅をすることは、胸躍る体験でした。時刻表は、JTBからトーマスクックへとなり、さらにインターネットで世界のフライト情報へと進化し、世界一周をも机上で行えるようになりました。この楽しみを教えてくれた父もこの春に他界しましたが、旅に出る余裕ができるまで父との思い出を大切にしながら、「時刻表の旅」を続けたいと思っております。

自己紹介

新入会員の自己紹介

吹田市 大倉 克典

今回 OCOA に入会させていただきありがとうございます。
とうございます。

私は生まれも育ちも高知で、昭和 63 年高知医大卒業後、同大整形外科教室に入局し、高知、岡山、大阪等の病院で研修後、縁あって平成 9 年 3 月、吹田市にて開業させていただきました。

開業後、丸 6 年になりますが、少し落ちついてきたところへ昨年 4 月の医療改訂、再び開業当初の頃のストレスだらけの毎日へ逆戻りした様な昨今です。

趣味はゴルフ、スキー等、最近時々山歩きもしています。



毎月の研修会へは出来るだけ参加して勉強させていただきたいと思っております。若輩者ですがよろしく願いいたします。

自己紹介

八尾市 貴島 浩二

このたび大阪臨床整形外科医会に入会させて頂きました貴島浩二(きしまこうじ)です。出身地は大阪府八尾市で、昭和 63 年近畿大学医学部を卒業後、同大学整形外科学教室に入局いたしました。平成 12 年 4 月より私の父が昭和 38 年(私が生まれた年)に開設いたしました医療法人貴医会貴島中央病院の整形外科医として勤務いたしております。

1. 親切で患者様の健康回復に全力を尽くします。
2. 医療水準の向上に常に努力し、信頼され、働きがいのある病院をめざします。
3. 地域、住民の医療要求に積極的に応える医療を進めます。

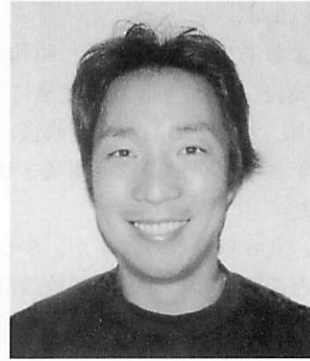


以上三つの当院の理念を理解し、地域医療に少しでも貢献できるように頑張っていく所存でございます。これからも宜しく願いいたします。

枚方市 田中康之

はじめまして、田中康之と申します。(昭和38年4月生まれの40才)平成2年に愛知医大を卒業後、関西医大の整形外科教室に入局させて頂き、八尾徳洲会病院、河内総合病院、医誠会病院、城東中央病院等に勤務した後、ニューヨーク州立大学バッファロー校にあるハンドセンターにてリサーチフェローの身分で手の外科の勉強する機会を頂きました。しかし、留学途中約1年半後に開業医である父親が脳梗塞にて倒れ医院が機能停止状態に陥り、結果急遽留学プログラムを中止し「父倒れる」の第一報から1週間後には私の人生設計上全く眼中になく、殆ど寄りつきもしなかった実家の診察室の机の前に突如座る事になり現在に至ります。(その後父親は完全復帰し術後半年でハーフを36で回ってます。)

当初は、脇の中待合いより診察風景を観察されながらのオープンな?診察室、大きな段差が2つもある敷居の高い玄関と汚れたスリッパ、和式便所、私が小学生の頃から働いている人もいたりするほとんど全員年上のスタッフ、とあらゆる事が・・・電子カルテを使って患者さまと呼んで手術、手術と忙しかった今まで勤務してきた病院とのギャップに疑問を感じ困惑する毎日でしたが2001年



秋より整形外科をメインとした医院へと改装を行い、スタッフと今まで考えもしなかった患者サービスの向上について日夜努力し新患者数も増加し(あの悪改正がなければ!)成果が出てきている今日この頃です。

大阪臨床整形外科医会の活動につきましてはできる限りで参加、お手伝いさせていただく所存ですので宜しくお願いします。

尚、趣味はサーフィン(高校時代ビックウェンズデーに憧れてサーフィン歴20年、学生時代は全日本医歯サーフィン大会で6位入賞)、アイスホッケー(全日本医歯薬アイスホッケー大会の下位リーグでMVPを受賞、現在も大阪の社会人チームで活動中)と大きな声で言えませんが高速道路を高速でドライブすることです。

生野区 峯 孝 子

昨年の春に整形外科クリニックを開院したが、慣れない電子カルテの導入、相次ぐ医療費改定などで悪戦苦闘の一年間であった。更に、先月度は、レセプトでかなり減点されるという追い打ちが掛けられている。

ひとつはヒアルロン酸の関節注入の回数が多いとの指摘である。奈良県では週に一回は認められているが大阪ではだめ。(患者は注入時の痛みがあっても効果があるから進んで受けているのだが。) もうひとつは、プロスタジン注射剤の使用に関するものである。血行障害者に効果発現できる最小量(患者の負担費を少なくするため)の使用でも減点されている。長く続けたからのようだ。

高齢化社会の日本では整形外科の果たす役割は大きくなっているはずなのに、役に立つ注射や投薬であっても制約が掛けられ、リハビリも大幅に点数が下げられた。そのため、積極的には患者に勧めなくなっている。また、4月から薬剤負担も上がったことから、患者が市販薬で素人治療にはしる傾向にあり、病状が悪化してから医療機関に駆け込むようでは治療に難渋することになる。医療費の削減を狙った改訂が、結果的には介護の必要な老人を増やしたり、こじれた治療などを誘因すれば、かえって医療費の増大を招くことになる。

他の科もかなり経営が苦しくなったと聞くが、特に、整形外科の開業医がこんなに苦しい状況に陥ってしまったのは何故なのか。また、柔整師ではなくて整形外科にしわ寄せが



来たのは何故なのか。

それは、整形外科の発言の声が小さ過ぎたことが原因ではなかったか。

今こそ、「良質な医療の確保」と、そして「整形外科の失われた地位の回復」に向けて一致団結して立ち上がるべき時と思う。医師会、(そして整形外科学会)は新聞全面広告などで、医師の立場から見た保険の現状、医療現場の問題を広く国民(医療保険の利用者)に知ってもらい、世論の理解を得ることが大切である。また、大手健康保険組合(医療保険の支払者)とも「良質な医療の確保」に向けて共闘することもひとつの方法である。

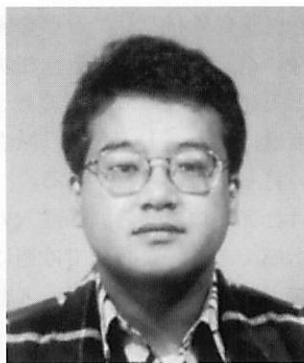
誰もが、初めは「医療活動を通して社会に貢献すること」を志して医師への道に入ったはずである。

普通の町医者で、日々の経費のやりくりで消耗されることなく、本来の地域医療に専念できる、普通の世の中にしようではありませんか。

城東区 本 田 泰 郎

私は、平成4年 日本大学医学部を卒業し、大阪市立大学整形外科学教室に入局しました。大阪労災病院で2年間研修をさせていただき、平成6年より河内長野の寺元記念病院で院長の池田吉太郎先生に整形外科の基礎から、外来診察、手術について教えて頂きました。平成14年3月までの8年間、同病院で働いてきましたので、かたよった知識が身に付いてしまっているかもしれませんが、外傷に関しては、あらゆる症例を経験できたと思っております。研修病院の大阪労災病院は、研修が終わってから考えますと、慢性疾患(変形性関節症、脊椎疾患など)、手の外科、スポーツ外傷など多岐に渡り、広く浅くですが勉強させて頂き、今になると、現在の診療に大変役立っていると思っております。

平成4年3月に、父、寅二郎が城東区野江で開業しております本田整形外科・内科に戻ってまいりました。現在、父が内科を、私が整形外科を担当しております。よく親子で仕事をすると、良くないと聞きますが、当方では外科系の患者様は私が全て診察し、治療をさせて頂いていまして、父も余り口を出さないで、今の所、うまくいっているのではないかと思っております。当院は昭和45



年に開業、地域医療を33年間行ってまいりました。開業当時よりの患者様もいらっしゃるのですが、当然のごとく、私の小学生時代をよく知っている方もいますので、その患者様が、私の前に来ますと、『まあ、あんなに小さかったのに、立派にならばって、恥ずかしいわ。』とか、言われることがあり、返事に苦慮することもあります。当院がこの地域に根づいているおかげでと思っております。

父と一緒に働きだして1年以上たちましたが今後とも地域医療に従事していきたいと思っております。まだまだ経験不足なもので皆様の御指導を賜りたいと思っております。何とぞ、宜しく御願ひ申し上げます。

新理事の自己紹介

大阪臨床整形外科医会理事に就任するにあたって

住吉区 岩本善介

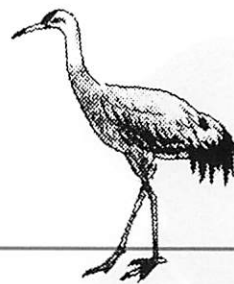
この度、大阪臨床整形外科医会の理事に選任された岩本善介（いわもと よしゆき）と申します。生まれも育ちも大阪で、大阪以外の土地に暮らしたのは呉市の病院で3ヶ月間研修したときのみでそれ以外は大阪を離れたことがありません。出身大学は大阪市立大学で学生時代はスキー部に属していましたが、5回生のときにスキー練習中に膝を損傷し母校の整形外科にて治療を受けたのが縁となり、昭和54年に卒業後、大阪市立大学医学部整形外科に入局いたしました。大阪市立大学医学部付属病院にて研修したのち、大阪市立北市民病院・国立泉北病院に勤務いたしました。

平成1年に住吉区清水丘にて開業し今年で14年が経ちました。平成10年に住吉区医師会の理事となり、また平成12年1月からは社会保険支払基金の審査委員を委嘱され、OCAの先輩理事である反田先生・天野先



生・石井先生と一緒に仕事をさせていただき、幾多のご鞭撻・ご助言をいただいております。

非常に活発な活動をされているOCAの理事という大役を仰せつかり、受難の時代を迎えた整形外科開業医である会員の諸先生方のお役に少しでも立てるようがんばる所存です。



県の鳥 山口県

ナベヅル

昭和39年、県獣と同時に公募によって選定されました。熊毛町八代（やしろ）は本州で唯一のナベヅル飛来地です。特別天然記念物に指定されているこのナベヅルは、最近では、毎年10月下旬頃から訪れ、翌年3月上旬にはシベリア方面へ帰ります。

主治医から見た“経営の神様”（2）

守口市 立 沢 喜 和

“人はみな本来健康なものであります。病気は、自然の理法にたがうところから起こってまいります。健康を保つ方法は、人によって異なります。人のおおのに与えられた資質に従って生活の道を守れば、弱い人は弱い人なりに健康を楽しむことができます。お互いに自然の理法を知ること勤め、自分の強さに応じた生活を営まなければなりません。それによって健康が保たれ、繁栄の道が開かれます。”

上記は、松下電器産業株式会社の創業者、故松下幸之助氏が人間の健康、病気に関して記した数少ない文章の一部である。松下氏は、一代で会社を年間総売上げ7兆円を越える世界的な大企業に育て上げ、世間では尊敬の念を込めて“経営の神様”と称されている（図1）。ご存じのように、ビジネスをはじめとして政治、哲学、教育、宗教などについては、夥しい数の記述、論評が見られるが、若い時からそれまで自分が患った病気については曖昧で、はっきりした病名、どこで診断、治療を受けたか、病気の経過など具体的に記していない。



図1 晩年の松下幸之助氏
おしゃれで、素敵である。



松下氏は、明治27年（1894年）、和歌山県和佐村（現在の和歌山市）に誕生。父親の商売の躓きで僅か4歳で貧困のどん底につき落とされ、9歳の時、田舎から大阪に出て丁稚奉公としての出発を余儀なくされた。生まれつき華奢な体格で、20歳の時、血痰を吐き、“肺尖カタル”と診断され、早くも当時の死病であった肺結核の初期に罹患していたと推測される。27歳の時には10人いた家族の兄弟姉妹、両親がすべて結核などで亡くなり、彼一人の孤独になってしまった。大正7年（1918年）、24歳時、独立して松下電器器具製作所を創立。多大の苦労を重ねながら、持ち前の才覚と気力でもって世界大恐慌、第二次世界大戦、終戦後の多難な時期の困難を無事切り抜けた。その後のビジネスの発展と共に、幸いに体力が回復し、元気になっていった。戦後は、わが国の確固たる経営者のトップリーダーのみならず著述家であったり、時にはあたかも哲学者、教育者として発言し、平成元年（1989年）肺炎のため逝去されるまで、長い間、病床に臥すこともなく、現役として活躍された。享年94歳であった。因に、同じ平成元年には7歳年下の昭和天皇陛下がお亡くなりになっている。

私が、昭和49年から昭和60年まで松下病

院（現松下記念病院）に奉職した時代、ほぼ同時期の松下氏が79歳－90歳の老齢期に主治医として内面から窺った松下氏のお人柄やエピソードについて2年前の本誌の第27号に掲載させて戴いた。生来病弱で“ほ柳の質”であった松下氏がどうして94歳の天寿を全うできたのであろうか。どのような秘訣があったのであろうか。今回は、その長寿に関わりがあると考えられる、1) 一病息災、2) 食事、3) 強運、4) 強い精神、5) 人間愛の5つのキーワードについて話を進め、その謎を解き明かしていきたい。

1) 一病息災

“一つぐらいの病気のあるほうが、体を大切に、かえって長生きできる”ということである。一方、生来頑健で一度も病気をしたことがない人が、人生の半ばで急に逝ってしまうことは日常よく経験される事実である。松下氏は、青少年時の早期に肺尖カタルに罹患したために、常日ごろから無理をせず養生し、かえって幸運にも長寿に至ったと、“一病長命”という言葉で説明している。その内容は、“自分は弱く生まれついているので、それを無理に丈夫にするということを考えない方がいいんじゃないか。ごく自然に弱い身体のまま維持した方が懸命である”。また、病との付き合い方としては、“病気を恐れて遠ざけていけば、後から追いかけてくる。病気と仲良く親しんで、積極的に近づいていけば、向こうから逃げていく。不健康者が不健康を嘆いてばかりいるとますます悪くなる。いっさいの不幸もそこから生まれてくると思う。病も老いも生成発展の姿である。そういう見方をすると敵のように思っていたものがやがては味方になってくれるものである”。

松下氏自身にとっても健康と頑健とは別のもの、また病気と長寿は別のものであったろう。肺尖カタルの症状は、その後も長い間、間欠的に現れ、社長の職にありながら会社を欠勤することが多く、そのために部下に重

要な仕事でも任さざるを得なくなり、それが却ってわが国で初めての事業部制の導入ひいては会社の発展に繋がったといわれている。

私の勤務時代、松下氏は、すでに守口の松下病院の特別室を改良して居とし、殆ど西宮の自宅に帰ることがなく、車で10分ほどの本社に通っておられた。仕事だけを趣味とし、病弱なこともあって体がすぐ疲れやすく、ゴルフなどのスポーツも積極的にしたことがないように思われた。これは、必ずしも体を鍛えなくても長生きができることを示す証の一つであろう。「松下さん、あなたの趣味は何ですか」と尋ねられると、いつも「私の趣味は夢をみることです」と答えたという。特別室に診察に伺うと、時間が空いている時にはベッドの上に横になってよく短波放送で株式の状況を聞いておられた。

2) 食事

松下氏は、食事にはいつも留意されていたふしがある。超高級料亭“吉兆”の料理人のYさんを常勤として雇い、病院の自室で、朝夕料理してもらい、一汁三菜中心の和食を常食としていた。煙草は吸わず、アルコール類はあまり召し上がらず、飲む機会があってもビール小瓶一杯、赤ワイン少々であった。晩年、渡米した際、ニューヨークの高級レストランに招待されたが、お気に召さず、日本料亭に席を変えたという。

あるとき、Yさんから台所で松下氏用に作った朝食をみせてもらったが、いわし（大根おろし付き）、梅干し、ひじき、ほうれん草、高野豆腐、人参、ご飯、お汁（昆布入り）、お茶であった。いずれも長寿をめざした食事である。

3) 強運

松下氏自身、“自分には運があり、運のいい人間だ”と自覚している。大阪の丁稚時代、小蒸気船から安治川に落ちたり、市電に轢かれそうになったが、大事に至らなかつ

た。93歳の誕生日には、“こんなに長生きできるとは思いもよらなかった。これにはやはり、自分の意思や力を超えた運命とでも呼ぶしかない大きな力の働きを感じずにはいられない”と述べている。だれも運命から逃られない。80 - 90%はその人の運命がすでに決まっている、残りの10%は努力によるというのが松下氏の哲学である。松下氏は他人についてもその人に備わっている運を大事に考えた。例えば、従業員の雇用の面接の際、相手の18歳 - 22歳頃までの運を問い、運の強いものを採用した。

20歳で突然、咯血したが、安静に努めたため、進行せず、終戦時にはだいぶよくなってきた。“運命は自然から与えられる。たんとんと素直に自分の運命を受けよ。”この哲学的な考えが病気の進行を抑えたのであろうか。また、運を拓くのではなく、運に乗れともいう。会社の経営においても、数度、破産の状態に陥ったが、幸運にも破綻の憂き目に遭っていない。

前述したように、病気は、自然の理法（筋道の通った正しい決まり）にたがうところから起こってくる。人生のなかで自然の理に従うとはどのようなことか。それは、“とりたて難しいことではなく、雨が降れば傘をさす。そうすれば濡れないですむ、というようないわば万人の常識、ごく平凡なことである。例えば、病気で熱が出れば、無理をせずしばらく休養する。何かでお世話になった人には丁寧にお礼をいう。素直な心で理に従うことができれば、どんな困難にぶつかっても自ずから道がひらけてくる”と。

松下氏は自然の理法をどこから習得されたのであろうか。精神的な支柱として千利休を重用した太閤秀吉に倣って松下氏もお茶の作法に大いに興味を示し、その上、松下電器の“遵奉すべき精神”の一部に取り入れたことは前回に記した。私は、その理法が、下記の利休の茶の作法の七則に由来していると推察する。

七則：茶は服のよきように点て、
炭は湯のわくように置き、
冬は暖かに夏は涼しく、
花は野の花のように生け、
刻限は早めに、
降らずとも雨の用意、
相客に心せよ

自然のあるがままに素直に、また、周囲の環境に順応同化するよう気を配りながら行動するように説いている。

松下氏は、われわれ医師の意見には一般に素直に従った。老齢になってからも、泌尿器系器官の腫瘍や皮膚の腫瘍の手術を受けたが大事に至らなかった。

4) 強い精神

松下氏は、早い時期から病気の予防には“精神の鍛練、修養が大切である”と説いた。昭和8年（1933年）、6月と7月の朝礼において、“実情に支配された緊張した精神の前には、少々の病気くらいは確かに征服できるものだ”および“寒さ暑さに体の調子を崩すなどは注意の欠如を暴露するもので、春秋の好季にも冬夏の寒暑にも、常に不変の健康状態を保っていくためにはしっかりした緊張感が是非なくてはならぬ”と社員に説教している。

ジョンコッター氏（ハーバードビジネススクール専任教授）は“限りなき魂の成長、人間松下幸之助の研究”の著書のなかで、青少年期の悲劇つづきの人生がこの人物に力強い精神力を与えたと述べている。松下氏が抱いた理想と野心は、家族的、経済的な一連の悲劇によって形成され、鍛えられていった。また、今は欧米各地で成功している流浪のユダヤ人と出稼ぎから始まった彼の間には強い精神的な類似点を見出した。わが国に古くからある“病気は気から”起こるといった古典的な言葉は、現代では精神神経免疫学的なアプローチによって医学的に証明されている。松下氏は、強い精神力によってむしろ弱気を克服していただけでなく、良い仕事をするこ

よって、治療効果のあるオーラのようなものを発散させていたのかも知れない。

自分自身に精神的活力を導入する言葉として、70歳の頃、詩人サミエルウルマン（1840年－1924年）、ドイツ系アメリカ人でユダヤ人の詩の一節である youth（青春）に興味が大いに惹かれた。ウルマンは、“青春とは、人生の若い一時期ではなく、心の状態だ”と詠んでいる。松下氏は、特に、企業のトップは心の若さを持たねばならぬと考え、“青春とは心の若さである”としばしば色紙に揮毫し、沢山のの人々に贈呈した（図2）。“信念と希望にあふれた勇氣に満ちて新たな活動をつづける限り、青春は永遠にその人のものである”とわれわれにメッセージを送っている。

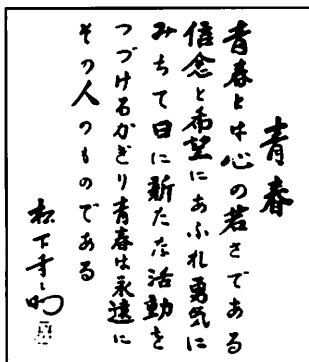


図2 松下氏が揮毫した詩

5) 人間愛

若返るには異性に関心を持つことも大切であると一般にいわれている。私の高年の患者さんのなかにも杉良太郎、舟木一夫や藤あや子などの歌手の追っかけをしているものがあるが、気分が良くなってエンドルフィンが醸し出されるせいか皆いたって元気である。松下氏もその時代の成功した実業家の例に漏れず若い時は艶福家であったに違いないが、ここでは明言し得ない。

松下氏は、“人との関わりを大事にしたい”と述べている。お互いに自分を愛するように隣人を愛す。そうすることによってそこに自分の幸せも築かれていく。松下氏には、自分

を律し、ほかの人々を幸福な気持ちにさせるといった慈愛、思いやりが全身に横溢していたように思う。身近な例では、松下病院に入院している280名余のすべての患者に対して、毎月始め、“1日も早い全快をお祈り申し上げます”とメッセージを添えて時季の果物などのプレゼントを配った。

コッター氏は世界の大金持ちのなかで、彼ほど自分の資産形成に興味を持たず、膨大な自己資金を寄付したものは世界広しといえどもいないと畏敬の念で称賛している。例えば、古くは各大学への“松下講堂”の寄贈、大阪梅田駅前の陸橋の建設に、近くは、奈良の飛鳥古墳の復興、児童の交通等災害防止、各都道府県への社会福祉対策、政経塾の開設、ノーベル賞に類する京都賞の創設などにいずれも数億から数十億といった莫大なお金をポケットマネーから出している。そのほか小さな事業資金については数えきれないと思われる。どこの国にも成功を収めた実業家は疑いの目で見られたり、ときには軽蔑されたりする時代にあつて、日本の国民的英雄として生涯を閉じたと、コッター氏は言葉を結んだ。

幼少の頃から体質脆弱で、20歳で当時死病といわれた“肺尖カタル”に罹患した松下氏が眼を瞞る経済活動をしながらか、いかにして94歳の長寿を全うできたかを自分の考えを交えながら解説した。私にとって自分の66年間の人生のなかで松下氏にふれた期間はそれほど長いものではないが、20世紀の世界的偉人の一人(コッター氏の記述による)松下幸之助氏に主治医として仕え、診察の合間の会話の端々から却って教えられることが多々であった。その間に私のムンテラ“病気の説明”に関して烈火のごとく怒られたこともいい思い出となって、決して忘れることができない有難い凝縮された至福の一時期であった。日常の診療の場においても先生方自身および患者さんに対してこれらの松下幸之助氏の長寿の秘訣を応用して戴ければ幸いである。

うたかたの春の夢

生野区 木佐貫 一成

ABCD 包囲網、そして今 AB 包囲網？

昔、ABCD（と云っても判らないかたが多いと思いますが）による経済封鎖で、窮鼠猫を咬むの状況下（勿論、それだけではない）太平洋戦争が。そして今、AB 包囲網によるイラク攻撃が始まった。世界最大の大量破壊兵器製造所有国が、その保持国を、その理由で（頭の悪い私には、ここところがどう考えてもよく判らない）爆撃開始。

昔、爆弾かかえ特攻機の体当たり、今、爆薬身体に巻きつけ自爆攻撃。前途有為の若者たちが、虚しく死んでゆくのは見るにしのびない。

ここで、一層のこと、“赤コーナー・ブッシュ。青コーナー・フセイン” てなことで、両親玉をリングにあげ、わが吉本興業主催でタイトルマッチをする。

15 ラウンドでなケチなことを云わないで、100 ラウンドぐらい、両者の気のすむ迄戦わせるのだ！ リングは当然のこと、国連内の特設リング。わが国も応分の国際貢献をと云うことで、会場警備は御存知山口組の出番となる（空前絶後の PR のチャンスとばかり、旅費・人件費もゼーんぶ組もちで、その上タンマリと上納金をはずんでくれるハズ！ ヤクザの海外出張で日本の治安も良くなる）。

入場料は、立見席 1 人 50 万円から。特別席 1 人 50 億円以上（ひよっとすると、プレミアがついて 500 億円ぐらいになるかも！）。

そうこうするうちに、アナン事務総長をはじめ全世界の人々が固唾をのんで見守る中、世紀の対決、チャンピオン決定戦のゴングが鳴る！！

レフリーのキューバのカストロは、自慢のヒゲを剃っている最中とのことで欠席（要するに、反則でもナンデモアリの泥試合となるのだ！）。主審のビン・ラディンは、お忍びで海外旅行中のため、これ又欠席。その代わりと云ってはナンダが、副審は少々多い目で、アメリカ 1、イギリス 1、スペイン 1。イラク 1、フランス 1、ドイツ 1。そして勝者は吉本興業の名誉会長に、敗者は同副会長に



就任する。入場料、TV 放映料やら大量破壊兵器産業からの寄付金、それに山口組の協賛金等……のあり余る膨大な興業収入（多分ウソ 800 兆円位）で、真の世界平和に貢献した両者の偉業を永遠にたたえるため、ノーベル賞を下回る世界平和大賞を創る。毎年、受賞者 1 人に 1,000 億円を与える。今回のみ両者にそれぞれ 1,000 億円相当の石油購入券を贈り、副賞として、セガかどこのコンピューターゲーム機を謹呈する。ウラに『これで仲よくケンカしろ』と大書してある！

両者が仲よく、ニコニコしながら、無邪気にゲーム機で戦争ゴッコに打ち興じているようすを画いたレリーフを嵌めこんだ、黄金製記念碑をグラウンド・ゼロ地点に建てる。自由の女神を遙かに上まわるニューヨークの新観光名所となること間違いなし！ オサイセンだけでも潰れたビルの 20 倍位、2,000 階ぐらいの超々高層ビルが出来る。最上階の展望台からは、遙かにイラクも望めるよ！

これで万事メダタシ、メダタシ！！ と。ここで、夢が醒めたら、バグダッド陥落のニュースが流れていた。

過去、数奇な歴史を辿ってきた、チグリス・ユーフラテス流域のメソポタミア文明のゆくすえには、どのような運命がまちうけているのであろうか？

欧米列強の利権漁りの場とならない保証は何もない。

厚生部報告

第36回OCOAゴルフコンペ

14年10月6日 北六甲カントリークラブにて第36回OCOAゴルフコンペが開催された。
ダブルペリエ方式で、優勝者は北野継弉先生、ベストグロスは長嶋哲夫先生でした。

順位	氏名	OUT	IN	グロス	HDCP	NET
優勝	北野 継弉	47	46	93	20.4	72.6
準優勝	三橋 二良	43	43	86	13.2	72.8
3位	孫 瑤 権	45	45	90	16.8	73.2
4位	浜田 茂 幸	46	45	91	16.8	74.2
5位	河村 都 容 市	49	50	99	24.0	75.0
6位	長嶋 哲 夫	44	39	83	7.2	75.8
7位	丹羽 権 平	48	46	94	18.0	76.0
8位	首藤 三 七 郎	52	46	98	21.6	76.4
9位	堀澤 欣 弘	55	48	103	26.4	76.6
10位	服部 良 治	50	51	101	24.0	77.0
11位	右近 良 治	52	54	106	28.8	77.2
12位	伊藤 成 幸	54	55	109	31.2	77.8
13位	小松 堅 吾	48	41	89	10.8	78.2
14位	濱田 博 朗	55	51	106	27.6	78.4
15位	大橋 規 男	52	51	103	24.0	79.0
16位	王谷 昭 州	52	50	102	22.8	79.2
17位	青野 充 志	51	52	103	22.8	80.2
18位	吉田 研 二 郎	49	46	95	14.4	80.6
19位	矢倉 久 義	54	48	102	20.4	81.6
20位	佐々木 哲	56	54	110	27.6	82.4
BB賞	坂本 徳 成	61	55	116	33.6	82.4
BM賞	早石 雅 宥	66	69	135	33.6	101.4

ニアピン 北野 継弉 OUT 3 孫 瑤権 OUT 3 ドラゴン 長嶋 哲夫 OUT 8
 北野 継弉 OUT 7 三橋 二良 OUT 7 河村都容市 IN 12
 北野 継弉 IN 13 濱田 博朗 IN 13 王谷 昭州 OUT 8
 佐々木 哲 IN 15 三橋 二良 IN 15 吉田研二郎 IN 12



城東区 福西睦子



秋の卓上

最近は大い絵も卓上静物を描いています。静物画は文字通り動かないものを集めて描くので、何をどう置くかが問題です。4・5年前までは、魚や、蟹を描いていました。この頃には、新鮮な画材を求めて、卸売市場や、漁港の傍らにある青空市場へ、夜中に起きて車を走らせたものです。瓶や果物、花になると楽です。1回買えば何日か持ちます。この絵の花も何日も美しく咲いてくれました。花の美しさの感じが出せればいいのですが。

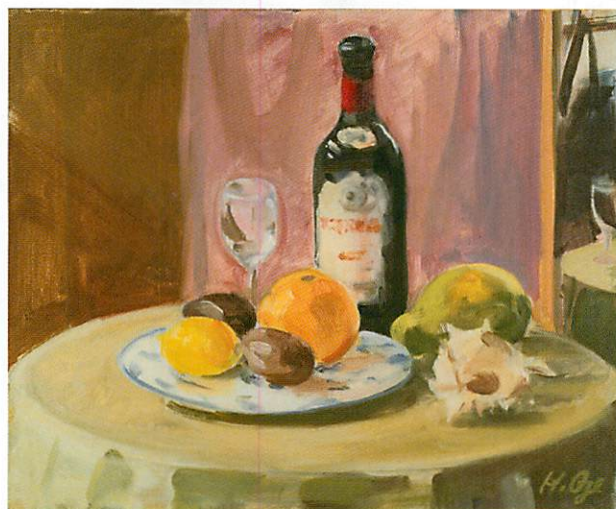
花瓶と果物のある卓上

卓上に置く静物の形と色の組み合わせが面白くなるように、いろいろの形をしたガラスの花瓶を用意しました。どこに果物を置こうか、などと考えながら画面を組み立てるのは楽しいものです。画面に変化をつけるために、ジェッソを使って厚く塗りました。果物の色、瓶の色、の色調と量の組み合わせに頭を使いました。



堺市 小瀬 弘一

ぼちぼち描いてます。なかなかうまくゆきません。
この2作品はかなり旧作ですがご覧下さい。



卓上静物 油彩 F 8号



藤の花と大仏殿 油彩 F 8号

春 匂 ふ

豊中市 丹羽 雅子

花がいっせいに咲き始める春。
はなやかな花一杯を画きたいな…と思いな
がら画いている内に、だんだんと変わってくる。
金魚草、ストック、菜の花。のびのびと花
が踊っている様を画きたい…
大げさだけれども、想像と現実との狭間で
右往左往する。作品を画いている過程はスリ
ルがあるけれど、とても疲れます。



ニュルンベルクの主駅

豊中市 石澤^{のり}命^{やす}徳

フランクフルト・アム・メインからインターシティ（都市間急行）で2時間半、ニュルンベルク着。構内から地下道を抜けて振り返ると、堂々たる駅舎のファサードが夏の陽に輝いていました。

数々の歴史を秘めた、ヴァーグナーゆかりのバイエルンの古都。私共戦中派は第2次大戦の戦犯者裁判の忌まわしい記憶も浮かびます。しかし又一面、この街はドイツ最古の蒸機アドラー号の走った街、国際玩具見本市の開かれるオモチャの街、鉄道マニアにとっては懐かしい所でもあるのです。



住吉区 三橋 允子

いつも、スケッチブックを持ち歩くようになって10年ほどになります。

「早く行こうよ。」と、言っていた家族もいつの間にか「ここからの構図がいいんじゃない?。」って、協力的になりました。

これらの絵はスケッチを基に描いたものです。



チェコ、プラハの東南25kmの所にあるカルルシュテイン城。断崖絶壁の上に建つ美しいお城です。



娘と軽井沢を歩いたとき、何だかヨーロッパで見るとような婦人像のある美しい庭を見つけました。



チェコの町の中は古いたたずまいです。路地の間からは塔が見えます。

小手術の局所麻酔

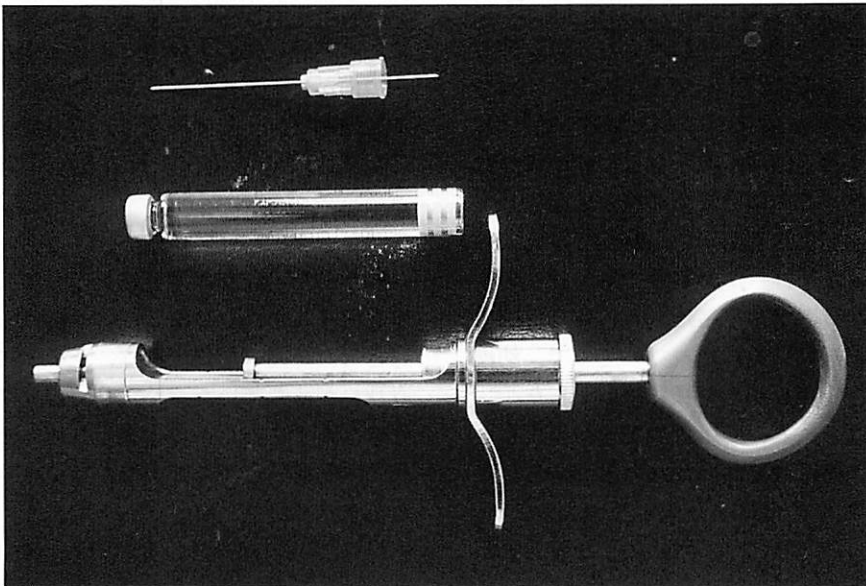
泉大津市 河合 長兵衛

小外科手術の局所麻酔には歯科用注射器が便利です。頭部や指の小手術に局所麻酔をする場合、ふつうの5～10 mlの注射器を使用するが、皮下組織がうすいので麻酔薬が入りにくいことが多い。

拙院では20年ほど前から歯科注射器を使用しているが、液が注入しやすく、針が極めて細いので患者の苦痛もすくなく非常に便利である。キシロカイン液は1 mlのカートリッジに入っており、使いすてで注射針もこの注射器専用のものを使用する。歯科医が硬い歯肉の中に容易に液を注入するのをみてもわかるように、少量の液が余分な力の必要なく入



り十分な麻酔効果が得られるので是非一度お試しください。



歯科用注射器

中央はキシロカイン（2%、1.8 ml）のカートリッジ。

上は針で左右に針が出ている。

下は注射器で拇指を環の中に入れ、つばも大きく力が入り易くなっている。

趣味と読書

泉北郡忠岡町 安藤 晃

随分前、大阪臨床整形外科医会の会誌発行の際、趣味の欄に読書と書いた記憶があり、その為今回の投稿依頼があったのではないかと察します。

以前から、「趣味は何か」と問われた時、「読書」と答えるのは趣味のない人が答える通り相場のように思っていたので、あまり云う事がなかったのですが。

読書についての思い出は60数年前の幼稚園時代にさかのぼります。今でも鮮明に覚えています。あの「少年倶楽部」（講談社発行）という雑誌です。勿論、この雑誌以外の童話や童謡を、親や幼稚園の先生から読んでもらっていたので本が好きで、馴染みもありました。

私が読み書きを覚え始めた昭和14、15年頃の「少年倶楽部」を読む事よりも買う楽しみがあったのです。それは本をはみ出す大きな付録があり、これには兵隊、軍艦、飛行機、馬、のらくろ（田河水泡）などの絵が書かれていました。この頃は東亜戦争の前でしたので、戦争が色濃く出ていた時代でした。

付録の「おまけ」が楽しみで毎月近くの本屋さんに行くのが常でした。この雑誌は国民学校生徒を対象に発行されていたので、幼稚園児にはむづかしかった様に思いました。

近所には、数人の同級生や友達いましたが、この人達には兄がいたため早くから読んでいた様で、「お前はまだ読んでいないのか」とか、「これは前月の本で古い。」などと笑われたりした覚えもありました。

国民学校1年に進学すると、この本がますます人気がある事を知りました。その頃に、「のらくろ二等兵」「のらくろ上等兵」を読んだ事が忘れられません。



最近、新聞、テレビ、各種調査によれば、読書離れが盛んに報じられています。私自身も視力の低下や、体力の低下のためか読書の時間が減るばかりです。

ついこの間も、医師会附属看護高等専修学校の入学試験面接に行きました。趣味の多様化、志向の変化の中読書と書いていた人はほんの僅かの人でした。きまった様に「どんな本を読んだか」「その印象は」と問いましたが、「読書は好きなので、これから読んでみたい」というのが全てでした。これも「通り相場」でしょうか。

昨年、私の親友が深夜にトイレにて心筋梗塞を発症し亡くなりました。その人も読書が好きで医師団の話によれば、その側に「文芸春秋」が落ちていたそうです。さすが読書の好きな人であるという事実と、俺達も「トイレに本を置いとかんとあかん」という話でもちきりでした。

作家では、森鴎外、夏目漱石が好きです。今後は、樋口一葉の本を読みたいと思っています。同年輩の石原慎太郎、渡辺淳一などの著書は殆ど全て読みましたが、私の家内よりは是非読めと云われているのは『捨てる』快適生活』（三笠書房）という本です。

綿向山

河内長野市 奥田好彦

15年2月9日に、曇りで視界がまったく効かない中登頂しました。

メンバーは、木下孟先生、宮内貴先生、竹村永先生、東隆先生、柿本俊夫先生、榎本高明先生、岩瀬久雄先生、奥田好彦、平均年齢約70歳でした。

この他、松田英雄先生、越宗正晃先生も加えて計10名で、毎年2月の一番寒くて、雪の多い時期に登山を楽しんでいます。

市整会のメンバーが中心です。歴史は故水野祥太郎先生、小谷勉先生の時代より続いております、私は途中参加ですが、もう50年程になります。



鮎釣り入門

高槻市 佐竹兼爾

T:「なあ、佐竹君、鮎釣りした事あるか？」
「いいえ、まだです。」

T:「この土曜日に、丹後半島の峰山へ手術に行くんやが、近くの宇川で次の日が鮎の解禁なんや。行く気あるか?」「行きます」「7時頃手術が終わるから、病院において」

Tとは市大の講師、豊島先生で僕が研修医の時の事だから、昭和45、6年の7月中頃の事である。鮎釣り入門書を読み、道具をそろえて丹後半島に向かった。弥栄町に着くと、丁度手術が終わった時でそこには1外の藪増(やぶさこ)先生がおられた。夕食に彼の住まいにうかがうと、右端に先生と、あぐらの中に幼児が、そこから順に左に次第が大きくなってゆく子供が確か5人。その左に奥様が。「2・3年やいわれて来たんやけどもう一年、もう一年いわれて何年になるかな」と自嘲的に笑っている姿は妙に印象的だった。今夜の泊まりは宇川の近くの公民館との事で、一軒の明かりも見えない暗い地道を走り、ただ一つうっすらと燈のある公民館に着いた。割ぼう着のおばさんがいて「風呂はあそこ、ふとんはここに。明朝5時に食事で、その時オトリ持ってきますで」と言ってすぐ帰ってしまった。ふとんに付くとT先生は「佐竹君よ、僕はイビキかくけど君は大丈夫か」うわさには聞いていたが、「ハイ、僕はへっちゃらです」(実は私は……)私は本で復習していた。オトリは左手に持ち、親指と人差し指で頭を、特に眼を軽く押さえ、中指と環指で腹部を、小指で尾ビレの付け根を押さえて鼻環を手前から向こうに一気に入れてとじる事を。そして3分間休ませてから泳がせる事を。

一夜が明けていざ前の川に出て見ると、ナ、ナント!人だらけ。小さな川で右から左



に流れており、右は狭く目の前で急に落ち込んでその下に少し広い溜まりがあり、その中央にかっこうの石がある。石の周囲に2、3尾の鮎が泳いでいるというより逃げ回っている。右手の狭い所でも人の動きにつれ、上流に行ったり、下流へ行ったりしている。溜まりにT先生は入れてもらい、僕は落ち込みで釣る事にした。よくみると、向こう岸が深くなっていて、そこを通過して鮎が移動している様だ。そこに鮎を入れて待っていると突然竿をひたたく様なアタリがあり、何とかこちらに寄せてタモですくうと20cmは超えていそうな鮎で、それを又向こうに入れて待っているとポツポツとかかってくる。T先生はと見ると、石の周囲をグルグルと他の鮎と一緒に回っているだけで、かかりそうでかからない。

帰路車中にて、T「佐竹君、何匹釣った?」
S「7匹です」
T「そうか、僕は1匹だけや。その1匹も、通りすがりの人に釣ってもらたんや」

宮地伝三郎著「鮎のはなし」はこの宇川での研究の本であるが、当時の私は知らなかった。

又、T先生がその後鮎釣りをした事はない。

私の趣味

堺市 西川 正治

趣味について、何か書くようにとのご依頼ですが、雑感を書くようなことになってしまいました。お読みになる先生がおられないことを祈りつつ、書いてまいります。

さて、私の趣味は一応「読書」と「空手」になっていますが、他にもいくつかあります。ただ、残念ながらあまり人様に大きな声で言えないものが多いのです。今まで、いろいろなところでお話しましたように、私の人格が疑われるものがあるからです。もっとも、空手も医師としては同様でしょうけど、整形外科医にとっては柔道も同様でしょうか。(右近先生、ごめんなさい。) 近隣に接骨院がまた軒新たに開業しました。頭の痛いことです。そういえば、日本医学会総会中に医師を中心とした柔道大会がありましたね。この辺にも、他科の先生方と整形外科医との柔道整備師に対する対応の温度差の原因の一つがあるような気がします。そして、空手の大会がないのは残念です。

「空手」はこの一年さぼりました。堺市医師会の仕事が忙しくなっていることもありますが、「悪い遊び」を覚えたためもあります。体の反応は正直で、ベルトの穴が一つ半大きくなりました。大切な筋肉も柔らかくなり、霜降り状態となっています。(斧出先生、笑ってってください。)
「悪い遊び」については、後述します。(そんな大層なものではないのですけどね。) もっとも、空手の団体である全日本空手道連盟(全空連)や大阪府空手道連盟(大阪府連)の大会や、審判講習会および検定試験の際には、大会ドクターとしてお呼びがかかりますので、いそいそと出かけております。ただ、うれしい発見もありました。自分の空手の練習をさぼったからでしょうか、高いレベルの選手たちの動きを、よけ



いな先入観なしに見ることができるようになりました。「私とこの選手とが組手になれば、きっこう戦うだろうな。」とか「この間合いで、こう動けば倒せるな。」とかの邪心がなくなったからでしょう。やはり、いったんあることから離れることで、それを平静な目で見ることができるようになりますね。人生で大切なことを、一つ学んだように思います。

「読書」は最近しなくなりました。50の声を聞くころから、いわゆる老眼になり、急速に小さい文字を読むことが不得手になりました。興味のある書物は多くあるのですが、読書後の疲労感を思いますと、はっきり言って読む気がしません。実際、コンピューターのフォントも大きくしています「失ってから、初めて大切なものはわかる。」と言いますが、若さもそうでしょうね。若いときには未熟さが気にかかりましたが、老いを感じる時になってさえも、自分がなおも未熟であることを痛感します。先日、高校の同級生が亡くなりました。複雑な気がします。多くの同い年の身近な人間が、この2-3年で亡くなっています。いつか自分の番が来ることについては、冷静に考えることができますが(本当かな?)、まだまだやりたいことがありますので、今お迎えが来るのは、ちょっと困り

ます。煩惱の塊でしょうね。先輩の諸先生方はどのようにして、日々暮らしておられるのでしょうか。現在、経済的にすごく圧迫されていますので、物欲はあきらめざるを得ない状況ですが、その分精神的な代償を求めているのでしょうか。柄にもなく、哲学的になっています。実は、前述の「悪い遊び」（やっぱり、ここでその内容を書くことはできません。）についても同様で、OCO Aの一部の先生方はご存知ですが、大量のお金を必要とし

ますので、最近はやりたくてもできません。ストレスの溜まる日々です。（「墮ちてゆく喜び」をお知りになりたい先生は、どうぞご連絡ください。）

やっぱり、お金のかからないのは「空手」でしょうね。しかも、健康にも良いときています。いいこと尽くめですね、斧出先生、いつか合同練習をしましょうね。さあ、今から立禅でもしようっと！ 気を練るぞー。



県の鳥 富山県

ライチョウ

全長約 37 cm、氷河期から生き残った動物として、日本では南北アルプス等に留鳥として生息しています。最近では、観光客の増加に伴う環境悪化だけでなく、観光客がつれてくるペットの犬や猫などが持ち込む病気などで、生息環境が悪化してきているといわれています。特別天然記念物に指定されており、富山、長野、岐阜の各県の鳥ともなっています。

月例会 420 回 (満 35 年) を迎えた クタクタ会ボウリングクラブ (KKBC)

大東市 前野 岳 敏

昭和 43 年 5 月からスタートした KKBC は大阪厚生年金病院整形外科の Dr 3 人と婦長の 2 人の計 5 名から始まったボウリング同好会である。名前の由来は創立の中心的人物、多久昌良 Dr の“たく”をもじり“くたくたになるまでボウリングをする会”の意味である。

当初より毎月第 2 木曜日の夕刻より月例会 6 G、第 4 木曜日にはリーグ戦等 6 G、1 ヶ月 12 G が、会として 1 回も欠ける事もなく延々と回を重ねること月例会 420 回、平成 15 年 4 月で、会発足 35 周年を迎える事になった。その月々の記録集“KKBC ジャーナル”(書記、加賀完一元部長)も 388 号となった。

現在会員は、男性 5 名(全員整形外科医)、女性 2 名(眼科医と元婦長)の 7 名が頑張っている。フランチャイズは 5 つ目で、現在プレイしている新大阪イーグルボールは 14 年目に入っている。



年齢の事は云いたくはないが、平均 73 歳(78 ~ 64)、スタートした頃は 38 歳で、小生も 20 歳代であった。

ゲームは 6 G ハンディー方式である。HD は過去 3 ヶ月 36 G の AVE と 180 ピンとの差の 8 割(女性 9 割)が 1 G ごとに加えられる。最新(15 年 2 月)のデータでは、全員の AVE の平均は 155 ピン(178 ~ 131)、HD は 2 ~ 44 である。最近では全体的にやや



このユニフォームも 5 代目である。

不調で、AVE が下がっている。

OCOA 関係について言えば、会長の亘 康男 Dr は過去 2 回の大手術にも拘わらず、すこぶる体調良好で、ボール回転もよく、すばらしいピンアクションで、現在 AVE も 168 と本会 No. 2 を誇っている。本会 No. 1 の石川正士 Dr は現在 AVE178 であるが、少し前までは長い間 AVE180 以上を維持していた。月例会優勝回数も断突の 70 回に及び、今年 1 月の六甲ボウルで行われた関西医師ボウリング大会でダブルス優勝をなした大阪府医ボウリング部を代表する選手でもある。最初からのメンバーである多久昌良 Dr は、体調の関係で最近はずしばしば参加されないが、15 年 3 月第 419 回月例会では体力をカバーするに余りある抜群の集中力で、HG266、HS720 と最近の大記録を樹立した。小生はと云えば、20 年以上前には HD 0 の時もあり、平成 6

年には HG273 の会公認記録を残し、月例会優勝 50 回一番乗りを果たした事もあったが、その後は鳴かず飛ばずのままで、連続出場記録 18 年を誇るのみである。

この 35 年間に入会した事のある Dr は 28 名に及ぶ。大阪市大の高岡邦夫教授も大阪厚生年金病院時代に KKBC に誘われて入会していた。パワーボールで鳴らして、昭和 47 年 6 月の第 50 回月例会で優勝、さらにリーグ戦では小生と優勝争いをしたとの記録が残っている。

ゲーム後は食事をとりながらゲームの結果発表、情報交換、症例検討など、サロニック雰囲気を楽しむとともに、共に元気である事の幸せをかみしめている今日この頃である。

皆さんも、手頃で長続きするボウリングを楽しんではいかがですか。



県の鳥 徳島県

シラサギ

徳島県では、小松島市立江町を中心として多く棲息しています。サギ類は湿地や水辺にある森林や竹やぶなどを棲息・繁殖場所としています。シラサギの美しい純白の姿は、平和のシンボルとして県民に親しまれています。

(指定 昭和 40 年 10 月 1 日)

私の趣味

河内長野市 大谷 明久

入会のときに、趣味をゴルフとマージャンと書かせていただきました。なにぶん田舎の開業医にて、他に何もありません。20年前に亡くなった親父もゴルフとマージャンが趣味でした。

ゴルフは一応 HDCP10 を戴いておりますが、70 台も出れば、100 近く叩くこともあります。ゴルフと言えばホールイワン、今未だありません。目撃は1回のみ、同伴の研修生でした。

昨年縁があり、阪神藪選手のホールイワンコンペに参加させて頂きました。藪選手のボールは良く飛びます、ゴルフの飛距離もプロ級です。しかし、右に左に良く曲がります。HDCP にして 10 台前半位と思います。藪選手の師匠(野球もゴルフも)の近鉄の久保ピッチングコーチは片手シングルクラスでした。

開業5年が経過して、少し楽になるかと思いきや、診療報酬改定の影響で、平日のゴルフはオアズケのままです。



マージャンにハンディがあれば、30 位と思います。要は、ネギを背負ったカモ状態です。それでも、ゴルフ+マージャンの会が OCOA であれば、時間が許す限り参加したく思います。

昭和 39 年生れは最後のマージャン世代のようで、4 人でゴルフに行ってもマージャンの 3 人か 4 人が揃いません。そのほうが家内安全なのでしょうか？

県の鳥 熊本県



ヒバリ

ヒバリは地味な配色で目立たない鳥ですが春先から空高くで独特の声でさえずります。

熊本県各地の草原や耕地などで見ることができ、県民に親しまれています。農業県・熊本のシンボルとして制定されました。

(昭和 41 年 10 月制定)

海外旅行は楽しい!

松原市 田上実男

「お客様に申し上げます。ただいま当機に不良個所が見つかったため、フライトを見合わせております・・・」機のざわめきと共に私の夢見心地の旅気分は吹っ飛んでしまった。昨年の暮れ、ペナンで年越しする旅程でのことである。中継地点にあたるマレーシアでこんな無情な機内アナウンスが流れたのだ。・・・私の趣味は旅行である。休みの取れる限りいろんな国を訪なうことを楽しみにしてきたのだが、幸か不幸かこのようなハプニングは初めてのことであった。まったく大いにあせった。機内や地上の乗務員からの言葉を聞き漏らしてはいけない、と、年とともにさび付いてきている脳みそをフル回転させ、つたない英語力を駆使してつかんだ情報はこういうものだった。「飛行機は目的地まで行かない。また本日のフライトは終わってしまった。今日は飛行機会社が用意したホテルに泊まって明日の早朝搭乗手続きをしてほしい・・・」さて、困った。個人旅行の気楽さを良しとし、選んできたツケがこんな風に回ってこようとは。バック旅行ならガイド氏が雑事を総てやってくれようものだが、自分でしなくてはならぬ、まず泊まる予定だったホテルに事情を説明して・・・高い部屋代を



使わずして払う羽目になるのか、トホホ・・・などとみみっちいことを脳裏によぎらせながら電話を探し・・・いやその前に通貨に両替しなくてはならぬ・・・さてこの電話はどうしたら動くものか・・・通りすがりの現地の人と覚しき人にレクチャー請い、等、空港近くのシンプルすぎるホテルの部屋で横になったのは、アナウンスから5時間は経過していただろうか・・・もちろんその後の旅行は至極快適、素晴らしいものであった。しかし変なもので、人からペナン旅行はどうだったか聞かれると、まずこの騒動を生き生き語りだす自分がいるのである。・・・いやはやこれだから旅行は止められない。

積極的休養の勧め・・・釣り

豊中市 南谷 哲 司

「いかだ釣り」このような言葉を聞かれた方がいらっしゃると思いますが、チヌ釣りの釣法のひとつで、カセ釣りとも呼ばれます。チヌとは黒鯛の別称であり主に関西で使われていますが関東では単にタイといったり、九州の方ではクロと呼んだりする所もあるようです。その精悍な顔つきと引き味の良さからファンの多い魚です。

釣りの魅力は一口に言って魚との対峙であるといつてよいでしょう。カセ釣り師はカセ竿と呼ばれる2m足らずの短い竿で、その繊細な穂先に海の底から送られてくるチヌの魚信を読み取りかけ合わせます。微妙に揺れる穂先の魚信に、高まる心臓の鼓動を抑えつつ冷静に対処し、チヌの当たりを読みきったと瞬時に判断し大きく合わせチヌを釣り上げます。しかし勿論簡単に敵を物にすることはまれであり、多くの場合チヌは巧みにタイミングを押し量り針に付いた餌だけを掠め取ります。釣り師はそこで地団駄を踏んで悔しがりますがもう後の祭り、チヌは悠々と餌を食みながらその場を立ち去ります。この繰り返しの中で、ようやく宿敵チヌを釣り上げた瞬間、釣り師は狂喜乱舞します。増してそのチヌが50cmを超えようものなら膝はガクガク喉もカラカラ、暫し陶酔の世界へと誘われるのです。一度この陶酔を味わってしまうと釣り師は更なる大物があるいはあの独特の引き味の再現を求めてせつせと釣り場へと足を運ぶようになります。

釣りは釣れなければ面白くない。勿論これはほとんどの人の正直な気持ちでしょう。私自身もこれに反対するわけではありませんが、いかだ釣りの場合もう少し別の楽しみがあります。まずいかだの設置してある場所が比較的風光明媚な所にあります。釣り糸をたれ景色を楽しみながゆっくりと釣りを楽しむことが出来る。海の上とはいえ思存分自然を満喫することが出来ます。次にビールを飲みながら、好きな音楽を聴きながら釣りをすることが出来ます。いかだのスペースは広く疲れれば寝そべるのも



自由です。誰にも邪魔されることがなく、素適なスペースで自分の思い通りに時間を過ごせる。正統派のチヌ釣り師には怒られてしまいそうですが、あくまで趣味なのでからシャカリキにならなくてもいい。最後にその日釣果があれば晩酌のおかずが確保出来る。私はそれほど酒飲みではありませんが、自分の釣った魚を肴に酒を飲むのはなかなかのものです。

釣りに行くのは勿論休日と相場は決まっています。休日とは何でしょうか？体を休めるためのもの・・・この定義からすればチヌ釣りはあまり有効ではないかもしれない。まだ夜も明けきらぬうちから日暮れまでチヌを追いかけまわしている。しかし、しかしですがチヌが釣れても釣れなくても、一日の終わりには心地よい疲れとりフレッシュされた気持ちが残る。どのような種類の趣味であってもこの麻葉のような満足感を求めて人は彷徨いつづけているようです。

休日にゆっくり体を休めることも大事です。しかし、肉体的な休養を取ることばかりが休日の役目ではなく、肉体的には多少の疲れが残っても、精神的にリフレッシュされる積極的な休養を取ること大事だと思われます。それは、ゴルフであったり、テニスであったり人それぞれだと思われませんが、私の場合は釣りがそうなるようです。まだ積極的休養があまり取られておられない方は、私のような気ままな釣りは如何でしょうか？

「女 大 学」

生野区 木佐貫 一成

水泳、登山などの趣味をとの事ですが、20代頃のように羅臼の蒼氷にアイスハーケンを打ち込んで、と云うような芸当はとても無理。でも、泳ぎなら今でも少しは大丈夫と大見得をきって、昨夏、家内と孫娘の3人で津軽半島の海をふり出しに、十和田湖、田沢湖と泳ぐつもりで青森空港に。日頃のおこないが余程悪いとみえ、その日から1週間連日の豪雨。道はあちこち不通、やっと辿りついたら水泳禁止。唯一泳いだのは岩手のけんじワールド（宮崎のシーガイア・オーシャンドームの東北版）のプールだけ。それも超満員で泳ぐどころかプールに浸っただけ。泳いでいる写真がない。で、私の悪い趣味と勝手に題をかえ、以下に。

ここで更めて、「女大学」（江戸元禄時代、貝原益軒編？）。人口に膾炙されている、御存知（……接して泄さず）の、あの益軒。と云うと、女子大学と早トチリして、妖しげな妄想をたくましくしないで下さい、オトーサン！そうではなく、（……女は夫を似て天とす……）と教える要するに儒教の影響の強い、女訓の書なのです。

その現代版を。ケイタイ片手に電車のなかで、手鏡みながら臆面もなくアイシャドーや唇（発生的に口唇は肛門と同じ）に紅を塗りたいくる若い女子むけの、自己流「当世風



おんなだいがく
女大学」をつぎに！

- (1) 毎日、鏡を見て、自分は美しいと思ふべし。
- (1) 自分より美しいと思ふ人を、見ないようにすべし。
- (1) 女は愛嬌を最大の武器とすべし。
- (1) 仕草、手振りにも細かく心を配るべし。
- (1) 出来る限り温泉に浸り、美肌をつくるべし。
- (1) それでも効なきときは、一生懸命に心を磨くべし。

「会って3年、愛して5年、飽きて10年、あと惰性」と云われないように、すべからく女は上記のことに努力すべし……。と、7歳の孫娘に訓えをたれようとしたらば、娘（つまり孫の母親）に、なんとイヤラシイいいかげんなことをいうボケジジイと罵られた。

私の趣味

港区 國重昌彦

私の趣味、それは学生時代ラグビーでした。朝から晩までラグビーの事ばかり考えておりました。練習の仕方、スクラムの回し方、モール・ラック前後の集散方法、攻守の組み立てなど晴れの日も雨の日も泥の日もラグビーこそ我が人生の熱血スボ根純情そのものであります。今思うと学生時代のラグビーのせいかな今でも小さい球の球技は不得手です。ゴルフや卓球は大の苦手、小手先を労せず大きなボールを前に向かってただひたすら走る、というラグビーが単純な私の性格に合っていたのかも知れません。その後大阪市大病院に研修医として勤務するようになると一人で出来ないことやドクターズに入部する暇もなかったことからラグビーは全く出来なくなりました。その代わり小学生時代から続いていたのはクラシックギターです。細々続けて下手の横好きでもう30年になります。この1～2年は遠ざかっていますが心を癒してくれる名曲はたくさんあります。疲れて頭を整理したい時はバッハの「トッカータとフーガ」を、高貴な気分になりたい時はホアキン・ロドリゴの「アランフェス協奏曲」、寂しい時は「鉄道員のテーマ」、元気を出したい時にはビラ・ロボスなど、弦楽器特有のまろやかな音色は精神を安定させるのに最適です。読者の皆さんも「禁じられた遊び」や「アルハンブラの想い出」などは御存知でしょう。老境に入って引退して練習時間が十分とれるようになれば死ぬまでに一度でいいから小規模なりサイトルをしてみたいと夢みます。



家族もちとなった現在の趣味は、すべて家族一緒にできる事になっています。特にアウトドア系が大好きでキャンプ・釣り・シーカヤックが我家の三種の神器です。もともと孤児院で育ったので家族というものに深い思い入れがあり一人で行う趣味に良心の呵責を感じてしまうからでしょうか。キャンプは近畿圏はほぼ制覇、釣りはロウニンアジなど大物狙いで海外へも行きます。シーカヤックは家族2～3人で乗れるやや大型の艇を所有し、瀬戸内海や琵琶湖に小学生の娘・息子を連れて週末に繰り出しています。カヤックで海岸線をひた走る旅行中に海の上で飲むビールの味は最高です。

以上、長々と雑感的な記事になってしまいました。

診療の面では整形外科としてオーソドックスかつアカデミックを心がけ平日は毎日深夜まで職員達と勉強会をしていますが一週間分のお日様の光を浴びたいという欲求が源泉です。

同じ思いの人、また御一緒しましょう。

OCOAに若い力を結集しよう

泉大津市 河合 長兵衛

OCOAの理事会は昨年暮れの会議で、理事の定年制を決定した。他のもろもろの会では理事者の年齢制限がなく、高齢者が役員として居座ることによる弊害がよくみうけられる。

「もう年ですから、そろそろお罷め下さい」とは仲々言いにくいものである。それ故にこの度のOCOAの70歳定年制は非常に喜ばしいものと言わねばならない。老害を防ぐと同時に若い整形外科医にその門を開くことにもなり、一挙兩得と言わねばならない。

かくゆう私ももうすぐ古希を迎えるので理事をしりぞくことになる。ちょっと淋しいが会のためには良いことである。理事をやめて



も希望すれば顧問として理事会に出席できるという制度もすばらしい。

OCOAの若返りに期待する。



県の鳥 愛知県

コノハズク

アジアやアフリカ、ヨーロッパに分布するフクロウ科の渡り鳥で「声のブッポウソウ」の別名をもち、南設楽郡鳳来町はその鳴き声の名所として有名です。(昭和40年指定)

OCOA理事会議事録

平成 14 年度

第 1 回理事会 (14 年 6 月 1 日)

§ 報告事項

(1) 今回の健保改悪に対する今日までの OCOA の行動経緯について [長田]
平野区整形外科医会から要望書を出した
いと FAX あり。

247 名の署名が集まったので、厚生労働
省へ交渉していただくように提出しました。

今年もう一度交渉するとの確約を得た。

5 月 18 日朝日新聞に柔整問題が取り上
げられた。

(2) 5 月 15 日日整会代議員会の報告

[早石]

山本先生が議事進行をされた。

診療報酬に関することが主であった。

認定リウマチ医制度を復活させるかもし
れない。

日整会会員総数で、20,600 名です。

(3) 5 月 26 日 JCOA 代議員会報告 [服部]

(4) 日整会パネルディスカッション「国民の
立場で代替療法を考える」報告 [服部]
柔整問題について、討議された。

アンケートも行われ、毎日新聞に掲載さ
れたことは反響がおおかった。

(5) 高岡教授(大阪市大) 就任披露パーティー
に招かれて [服部]

(6) 5 月 12 日 JCOA 社会保険等検討委員
会報告 [天野]

診療報酬改定後の診療点数の評価が主な
議題でした。

(7) 第 28 号会報の広告と原稿 [丹羽]

製薬会社からの広告協賛がたくさん集
まっています。メーカーは備かっているの
ではないかと考えざるを得ない結果でした。

新入会員の先生の原稿がたくさん集まり
ました。

(8) 議事録の分担 [福井]

(9) 北六甲ゴルフコンペ開催 [吉田]

第 35 回 OCOA ゴルフコンペが北六甲
で開催された。

今回は、日整会・府医師会ゴルフが同日
に重なり、参加者が少なく、4 組・16 名
でした。

優勝は島田永和先生、バスグロは長嶋哲
夫先生でした。

(10) 研修会報告 [松矢]

(11) 平野区整形外科医会の要望 [服部]

(12) JCOA 学会大阪会計の残金を学術会計
に繰り入れる件 [黒田]

(13) 新役員の紹介 (あいうえお順)

大島正義 先生 斧出安弘 先生

北野継武 先生 柴田和弥 先生

田上実男 先生 中嶋 洋 先生

長嶋哲夫 先生 長谷川利雄 先生

森本清一 先生

§ 協議事項

(1) JCOA 会費値上げに伴う OCOA 会費値
上げについて [服部]

JCOA 会費が 9,000 円値上げされ、24,000
円となりました。

これに伴い、OCOA も 3,000 円値上げ
され、12,000 円となることが決定された。

7 月の OCOA 研修会で臨時総会を招集
し、研修会の前にご理解を得て、了承して
いただきたい。

(2) 理事推薦：富田林の宮田重樹先生

[五島]

(3) 健保請求の Q&A の会開催 [小松]

変遷が激しいので現時点では明確にでき
ない。

OCOA 研修会の開催前に、少しの時間
でも説明会を持ちたい。

(4) 近畿ブロック会開催・6 月 29 日 (土) 3:30

全日本ホテルにて [服部]

診療報酬改定に関することが中心になります。

各県の対応、どういう行動をしているのかを話し合いが持たれる。

(5) 今年度の研修会予定 [松矢]

平成 14 年度

第 3 回研修会 (126 回) H.14.6.8 (土)

PM.4:00 ~

会場: ホテルグランピア大阪

総合司会: 右近良治理事

1) 演題: 「変形性関節症と慢性関節リウマチに関する最近の話題」

講師: 近畿大学医学部 整形外科 助教授
福田寛二先生

座長: 山本 哲理事

2) 演題: 「COX (シクロオキシゲナーゼ) パラドックス」

講師: 名古屋大学大学院医学研究科
機能構築医学専攻運動・形態外科学講座 整形外科 教授
石黒直樹先生

座長: 黒田晃司理事

懇親会司会: 右近良治理事

第 4 回研修会 (127 回) H.14. 7.13 (土)

PM.3:00 ~

会場: 全日空ホテル

総合司会: 西川正治理事

1) 演題: 「間歇跛行のプライマリケアにおける整形外科医の新たな役割」

— ASO のスクリーニングを中心に—

講師: 厚生連高岡病院 整形外科 部長
鳥嶋康充先生

座長: 松矢浩司理事

2) 演題: 「骨の循環と骨壊死症」

講師: 京都府立医科大学 整形外科 教授
久保俊一先生

座長: 甲斐敏晴理事

懇親会司会: 西川正治理事

第 5 回研修会 (128 回) H.14.8.24 (土)

PM.4:00 ~

会場: ヒルトンホテル

総合司会: 澤田 出理事

1) 演題: 「骨軟部腫瘍の診断と治療・生体材料の研究」

講師: 三重大学 医学部 整形外科 教授
内田淳正先生

座長: 早石雅宥理事

2) 演題: 「切って治る腰、治らない腰。手術後のスポーツ復帰？」

講師: 大阪厚生年金病院 整形外科 部長
富士武史先生

座長: 天野敬一理事

懇親会司会: 澤田 出理事

第 6 回研修会 (129 回) H.14.9.28 (土)

PM.4:00 ~

会場: 大林ビル

総合司会: 矢倉久義理事

1) 演題: 「RA の病態と治療」

講師: 松原メイフラワー病院 院長
松原 司先生

座長: 堀木 篤理事

2) 演題: 「傷・瘢痕・ケロイドの形成外科的治療」

講師: 大阪医科大学 形成外科 助教授
上田晃一先生

座長: 澤田 出理事

懇親会司会: 矢倉久義理事

第 7 回研修会 (130 回) H.14.10.19 (土)

PM.4:00 ~

会場: ヒルトンホテル

総合司会: 吉川隆啓理事

1) 演題: 「EBM に基づく骨粗鬆症の診断と治療」

講師: 近畿大学 医学部 整形外科 助教授
宗圓 聰先生

座長: 小林正之理事

2) 演題: 「バルテス病の診断と治療」

講師: 大阪大学 整形外科 助教授
清水信幸先生

座長: 北野継式理事

懇親会司会: 吉川隆啓理事

第 8 回研修会 (131 回) H.14.11.16 (土)

会場：全日本ホテル

総合司会：小林正之理事

1) 演題：「脊椎のスポーツ障害」

講師：岐阜大学 整形外科 教授

清水克時先生

座長：石井正治理事

2) 演題：「大腿骨頸部骨折は防止できるか」

講師：大阪市立大学 整形外科 教授

高岡邦夫先生

座長：長田 明理事

懇親会司会：小林正之理事

第9回研修会（132回）H.15.1.11（土）

PM.4：00～

会場：大阪全日空ホテル

総合司会：山本 哲理事

1) 演題：「関節リウマチのリハビリテーション」

講師：大阪労災病院 リハビリテーション診療科

部長 大澤 傑先生

座長：中嶋 洋理事

第10回研修会（133回）H.15.2.22（土）

1) 演題：「膝のスポーツ障害－巷で信じら

れているまことしなやかな嘘」

講師：大阪労災病院 スポーツ整形外科

部長 堀部秀二先生

(6) 医業経営実態調査への協力態勢 [服部]

柔整医会と医師会との相違について討議された。

(7) 健保改悪抗議運動の今後の取り組みについて [服部]

(8) H. 15. 1. 23 (木) 府医学界、学術講演会、医学進歩シリーズについて [小林]

医学の進歩シリーズ 内科のための整形外科講師を募る。

第2回理事会（14年9月7日）

§ 会長挨拶 [服部会長]

JCOA も角南会長の新体制で厚生労働省との交渉にあたっているが、難しい情勢である。10月の改正の問題もあり、じっくり取り組んでいきたい。

§ 報告事項

(1) JCOA 福祉委員会報告（8/11、東京）

[吉川隆啓]

- ・本会の吉川理事が委員長に選任された。
- ・JCOA の生命共済と福祉年金を運営し、本年も10月から12月に募集を行うのに伴い福祉制度推進委員を各都道府県において再度選任し勧誘を推進する。
- ・新に休業保障の提案があり、これについてのアンケートを行う。
- ・今後の福祉委員会の活動をメーリングリスト上で論議して行く。
- ・現在の加入率は20数%で是非30%以上に上げなければならない
(団体保険の組織率は50%以上が必要である)

(2) 第1回地区代表者連絡会報告

(6/11、金沢) [長田 明]

- ・近畿地区からは奈良の岩井先生が出席されJCOA 各委員会の委員の選出を行った。
- ・各県から少なくとも1～2名の委員を出すことになり、大阪からは8名が委員に選出された。堀木（学術研修）、瀬戸（会誌等編集）、天野（社会保険等検討）、八幡（産業医・自賠・労災）、広瀬（医療システム）、澤田（会則等検討）、福井（組織拡大）、吉川（福祉制度）

(3) JCOA 理事会報告（6/23 7/13～14、東京）

[長田 明]

- ・理事の職務分担の確認、諮問事項の検討を行い、副理事長には那須先生（東京）、藤野先生（静岡）が選任された。前副理事長の山下先生（全国区）が辞任された。
- ・診療報酬改定問題について論議され、日医、厚生労働省、中医協と会談を行い、その動きを検討した。
厚労省のデータは整形外科を標榜するすべての医療機関のデータを出しており、日整会、JCOA のデータは整形外科を主たる標榜とする会員の医療機関であるため、差異がある。

このことを日医に説明し青柳委員が中医協で発言する予定であったが、支払側委員(下村委員)に圧倒され、発言されなかった。

- ・このことを受けて、角南理事長は新たな政治連盟を作る姿勢を示されている。
- ・日医に対して整形外科出身の役員、常任理事を送り込む必要があるなどの意見があった。
- ・平成15年にJCOA 30周年記念の会を名古屋でのJCOA研修会で行う計画である。
- ・次期日整会役員改選の候補者選定については理事長に一任した。
- ・2年後に定年となる事務局長の後任者を採用予定である。
- ・専門医制度検討委員会で5年毎の更新への見直しおよび、更新時の試験の導入について検討されている。
- ・中央情勢、情報が末端の会員まで伝わっていないとの声に対し、各都道府県で情報伝達方法についてよく検討して欲しい。

発言

三橋 政治連盟の問題について、会費を新たに集めるのか、医系議員を新たに作る構想があるのか。日医の政治連盟との関係を切るべきではないと考えるが。

長田 会費は新たに集める。日医の政治連盟とは協調関係も保ちつつ、独自の運動も行う方向を、大阪の意見として発言する。

服部会長 情報伝達についてはFネットを構築中であるが、緊急情報はFネットで送り、その他は研修会の案内に同封する方法を考えている。

(4) JCOA 医療システム委員会報告

(9/1、東京)

[広瀬一史]

- ・愛媛の相原先生が委員長に選出された。
- ・「整形外科医療の周辺問題資料集」補遺資料の収集と整理を平成15年3月までに行い、平成16年3月までに第2集として出

版する予定である。

- ・10月13日JCOA 熊本研修会の際に、全国柔道整復師療養費審査委員懇談会を開催する。

審査の現状報告や減額の問題、審査の情報開示などについて検討する。

- ・医業類似行為による不適切な施術症例の収集として、各県3施設150施設に調査を依頼し、定点調査として、10月1日から始める予定である。さらに大学、公的病院など拠点病院での調査が望ましく、JOAとも相談する。

- ・JOA 医療システム委員会との合同会議が平成15年2月11日開催される。

- ・市民への啓蒙ポスターについての要望があった。

- ・ある地区で医師会長が柔整師団体の役員を兼任している問題

発言

三橋 実際には減額は行われているのか。日整会での発表で、ある病院で外来初診の受診者で医業類似行為の施術を受けている方を調べたところ、80%は慢性疾患であった。医療費の無駄遣いであり、こういう調査を全国的に行うべきであり、審査基準作成へとすすめるべきである。

広瀬 療養費払いで減額は難しく、全国的にも減額しているところは無い。柔整は診断をつける必要はなく、医師が慢性疾患の診断をつけても、捻挫として施術している。

服部 国民、保険者は理解しておらず、行政も手をつけようとしないうところに問題がある。

全国的な拠点病院でも定点調査を行っていただきたい。

長田 JOAと協力し大学、公立、私立病院などの拠点病院に調査に加わっていただくようにしたい。

啓蒙のポスターは以前に企画したが潰された経緯がある。

丹羽 不正行為に対しては裁判をすべきであると考える。

服部 色々なご意見があると思います。JCOA へ直接投稿などで発言していただきたい。

(5) JCOA 会誌等編集委員会報告

[瀬戸信夫]

- ・ 2 期目の委員が辞められることになりもう一期つとめることになったが、次期の委員も大阪または近畿から出して欲しい。
- ・ 75 回日整会学術集会の特集を JCOA 会誌 75 号で取り上げたので是非お読みいただきたい。

(6) JCOA 学術研修委員会報告

[堀木 篤]

- ・ 平成 15 年金沢大学の主催される第 76 回日整会学術集会へ JCOA から申し込んだパネル、教育研修講演が決まった。
- ・ パネルディスカッション 3 題を希望していたが「IT と整形外科」、「代替医療 2」が外れ「整形外科プライマリー・ケアの検証」、「診療報酬の現状と未来」が採用された。
- ・ 教育研修講演は「地域リハにおける整形外科医の役割」「腰痛に対する運動療法の検討」
- ・ 学術賞、地域医療功労賞は、10 月 27 日が締め切りである。
- ・ 平成 16 年日整会演題募集についても検討を始めた。

(7) JCOA 会則等検討委員会報告

(7/21、東京)

[澤田 出]

- ・ 委員長に拝原先生(岡山)を選出し、理事長諮問事項の確認を行った。
- ・ 代議員の職務規定が無い等の会則、細則の不備について久保谷委員から発言があった。
- ・ 諮問事項は 9 項目である。
 1. 理事長、理事の任期、再選規程(任期を 3 年にしてはどうか)
 2. 地区理事、全国区理事問題(北海道、東

北の合併、全国区理事の削減)

3. 日整会理事候補者選出委員会などのルール作り
 4. 学術賞、地域医療功労賞の選考規定の検討
 5. JCOA 会則、施行細則の検討
 6. 各種委員会委員選出方法のルール化
 7. シンクタンク創設の研究(他分野からのブレン)
 8. JOA と JCOA の役員の任期のずれの解消
 9. 理事長選挙時の代議員と役員の兼務禁止事項の是正(代議員 4 月から、役員は 6 月までのため理事に選挙権がない)
- ・ 委員会の協議は委員会メーリングリストで迅速に行うこととなった。

(8) 第 28 号 OCOA 会報 完成 [丹羽権平]

- ・ 絵画を出していただける方が少ないのでご家族、従業員にもお願いしたい。
- ・ 広告収入は少し減少しているが、不足はしていない。
- ・ JCOA 学会の出席者が少なく、学会記事を書いていただく方が偏ってきた。

(9) 診療収入資料報告が少ない件

[服部会長]

- ・ アンケートの報告が OCOA からは 36 件程度で少なかった。
- ・ データが残っていない事でも報告できなかった方が多かったのか。
- ・ 社保・国保の振込みデータを調査する方法も考えられる。
- ・ 大規模なデータでなければ日医にも相手にされない。

(10) 大阪症例検討会

[早石雅宥]

- ・ 8 月 3 日住友病院大ホールで行われ 12 演題 60 名の出席があった。
- ・ 特別講演は「リウマチの薬物療法について」協和会病院 村田紀一先生で 34 名の研修認定申請した。
- ・ 次回は 3 月 8 日(土) 国立大阪病院 大園先生が世話人で参天製薬センチュリーホールで行われる。

(11) 研修会報告 [松矢浩司]

PM14:00～

平成14年度

会場：ヒルトンホテル

第3回研修会(126回) H.14.6.8(土)

総合司会：澤田 出理事

PM.4:00～

会場：ホテルグランピア大阪

総合司会：右近良治理事

1) 演題：「変形性関節症と慢性関節リウマチに関する最近の話題」

講師：近畿大学医学部 整形外科 助教授
福田寛二先生

座長：山本 哲理事

2) 演題：「COX(シクロオキシゲナーゼ)パラドックス」

講師：名古屋大学大学院 医学研究科
機能構築医学専攻運動・形態外科学講座 整形外科 教授
石黒直樹先生

座長：黒田晃司理事

懇親会司会：右近良治理事

参加総数 173名 会員 118名 非会員 55名

演題1 受講票 126 リウマチ財団 67

演題2 受講票 122

第4回研修会(127回) H.14.7.13(土)

PM.3:00～

会場：全日空ホテル

総合司会：西川正治理事

1) 演題：「間歇跛行のプライマリケアにおける整形外科医の新たな役割」
— ASOのスクリーニングを中心に—

講師：厚生連高岡病院 整形外科 部長
鳥島康充先生

座長：松矢浩司理事

2) 演題：「骨の循環と骨壊死症」

講師：京都府立医科大学 整形外科 教授
久保俊一先生

座長：甲斐敏晴理事

懇親会司会：西川正治理事

参加総数 134名 会員 90名 非会員 44名

演題1 受講票 118

演題2 受講票 117 リウマチ財団 44

第5回研修会(128回) H.14.8.24(土)

1) 演題：「高齢化社会の運動器障害」

講師：三重大学医学部 整形外科 教授
内田淳正先生

座長：早石雅宥理事

2) 演題：「切って治る腰、治らない腰。手術後のスポーツ復帰？」

講師：大阪厚生年金病院 整形外科 部長
富士武史先生

座長：天野敬一理事

懇親会司会：澤田 出理事

参加総数 241名 会員 123名 非会員 118名

演題1 受講票 155

演題2 受講票 158 N62 S96

(12) OCOA名簿発行の件 [黒田晃司]

原稿は送っているがエーザイの都合で遅れているとの事である。9月中の予定

(13) 自賠・労災診療報酬の件 [長田 明]

・日医菅谷理事より説明のあった旧点数のままです請求するとの申し合わせはそのままであるがレセコンのソフトを使用すると通減制が反映してしまうため、大阪でも60%の施設で通減制が導入されてしまっている。特に広島県では100%新基準に準拠しているとの事である。

現在は出来るだけ、旧点数準拠で粘って欲しい。

・また健康保険を使う場合も自己負担分の一括請求などには応じず、明細書も自賠の物は使用しないで欲しい。

(14) 大阪府医学会講演会「医学の進歩シリーズ」について [小林正之]

平成15年1月23日午後2時より

主題「骨粗鬆症をめぐる最近の話題」

演題1「続発性骨粗鬆症の病態と治療」

近畿大学医学部奈良病院整形外科・
リウマチ科 助教授 宗圓 聰先生

演題2「大腿骨頸部骨折防止のための骨粗鬆症治療法」

大阪市立大学医学部 整形外科 教授

高岡邦夫先生

(15) 大阪府医学会総会について [堀木 篤]
「DIP 関節の準側脱臼」について発表する

§ 協議事項

(1) 研修会予定 [松矢浩司]
平成 14 年度
第 6 回研修会 (129 回) H.14.9.28 (土)
PM4:00 ~
会場: 大林ビル

総合司会: 矢倉久義理事

- 1) 演題: 「RA の病態と治療」
講師: 松原メイフラワー病院 院長
松原 司先生
座長: 堀木 篤理事
- 2) 演題: 「傷・癬痕・ケロイドの形成外科的治療」
講師: 大阪医科大学 形成外科 助教授
上田晃一先生
座長: 澤田 出理事

第 7 回研修会 (130 回) H.14.10.19 (土)
PM4:00 ~
会場: ヒルトンホテル

総合司会: 吉川隆啓理事

- 1) 演題: 「EBM に基づく骨粗鬆症の診断と治療」
講師: 近畿大学医学部 整形外科 助教授
宗圓 聰先生
座長: 小林正之理事
- 2) 演題: 「ペルテス病の診断と治療」
講師: 大阪大学 整形外科 講師
清水信幸先生
座長: 北野継式先生

第 8 回研修会 (131 回) H.14.11.16 (土)
PM4:00 ~
会場: 全日空ホテル

総合司会: 山本 哲理事

- 1) 高岡教授の都合により変更
演題: 「骨粗鬆症治療の新時代」
講師: 大阪市立大学大学院 医学研究科
リウマチ外科学 助教授

小池達也先生

座長: 吉田研二郎理事
2) 演題: 「脊椎のスポーツ障害」
講師: 岐阜大学 整形外科 教授

清水克時先生

座長: 石井正治理事
第 9 回研修会 (132 回) H.15.1.11 (土)
PM4:00 ~
会場: 国際会議場

総合司会: 小林正之理事

- 1) 演題: 「関節リウマチのリハビリテーション」
講師: 大阪労災病院 リハビリテーション診療科
部長 大澤 傑先生
座長: 中嶋 洋理事
- 2) 演題: 「大腿骨頸部骨折は防止できるか?」
講師: 大阪市立大学 整形外科 教授
高岡邦夫先生
座長: 長田 明理事

第 10 回研修会 (133 回) H.15.2.22 (土)
PM4:00 ~
会場: 全日空ホテル

総合司会: 斧出安弘理事

- 1) 演題: 「皮膚潰瘍の病態と治療—最近の話題—」
講師: 田附興風会地野病院 皮膚科 部長
戸田憲一先生
座長: 石井正治理事
- 2) 演題: 「膝のスポーツ障害—巷で信じられているまことしやかな嘘」
講師: 大阪労災病院 スポーツ整形外科
部長 堀部秀二先生
座長: 右近良治理事

15 年度総会は 4 月 12 日予定である

今までの懇親会の名称は情報交換会と変更する

(2) 骨と関節の日の行事 [黒田晃司]

1) 今年は、「骨粗鬆症」をテーマに電話相談を行う。

日時: 平成 14 年 10 月 6 日

午前 10 時 ~ 12 時

相談担当者

大阪市内 小林正之 06-6779-5587
松矢浩司 06-6933-7700
豊中市 栗山一孝 06-6846-2567
茨木市 茂松茂人 0726-33-8801
東大阪市 五島 淳 0729-84-3600
堺市 澤田 出 072-297-2277
黒田晃司 072-228-1983

[長田]

府医ニュースには間違っても天野先生の電話番号も載ったが新聞広告には載せない。

これらの告知は、当日の朝刊に掲載する予定で、昨年と同じ読売新聞とする事が承認された。

電話相談のポスター（製薬会社協賛）については今年は使用しない。

2) 来年度以降の事業について

各地区医師会館を利用して講演会を開いてはどうか。(黒田)

JCOA として全国紙へ大きな広告を出すほうが効果的ではないか。(早石)

柔整師問題をもっと市民に伝える広告を出すべきである。(瀬戸)

(3) 会員対象のFネットはどのように構築すべきか？ [服部会長]

会員全員を登録するが料金がかる為、緊急の情報に限り利用する

緊急を要しない情報は研修会の案内に同封するが、このために案内の封筒は大きなものに変更する。

(4) 参与の位置付けについて、役員会の日時を御案内し、随時出席していただく事になった。 [黒田晃司]

(5) 研修会の会員の受講料は1単位のみのも受講でも1,000円は徴収する。 [栗山一孝]

(6) 連絡無く閉院などで会費が徴収できなくなった場合の対応について。 [栗山一孝]

第3回理事会 (14年12月7日)

§ 報告事項

(1) JCOA 理事会 (9/8) 品川プリンスにて

1) 平成15年研修会(31回)名古屋、学会(16回)高知、平成16年研修会(32)北海道、学会(17)茨城、学会、研修会のありかたについては学術委員会で検討する。

2) JCOA 医師政治連盟は各県代表者会議に提出

3) 診療報酬改定の影響調査の継続、無床、有床、病院に分けて100ヶ所で継続的にデータをとる。

4) 自賠責、労災問題は各県代表者会議に

5) 「骨と関節の10年」行事については大阪より「各県でばらばらにしないで、全国でまとまってしてはどうか」と提案したが、いろいろの意見あり。

(2) JCOA 理事会 (10/12) 熊本 [長田]

1) 医政連問題を各県代表者会議に提出することに決定。名称は「整形外科医療政策研究会」とし、日医医政連をサポート(尻を叩いて。)

2) JCOA30周年に向けてJCOAは今何をなすべきか? 討論会の施行について実行することに決定。

(3) 平成14年度第一回専門医制度委員会 (10/6) [長田]

1) JCOA 専門委員会との連携は当分の間稲葉先生を通して行う。

2) 他科の専門制度(1類18科)の資料を収集する・・・各学会に依頼予定。その上で松原委員長に整理をお願いする。

3) 資格断続に関しても、専門的な学術のみならず保険、医業類似行為その他論理問題も含めての研修が望まれる。その為には、日医生涯教育・日本医学会総会との関係も考慮しなければならない。

4) JOA では「試験」を検討するようであるが、その方法論を検討し具申する。次回委員会では、藤野案に対する具体的検討と他科の制度問題を検討予定。

(3) JCOA 全国整形外科保険審査委員会会議 (9/14) 品川プリンス [三橋]

JCOA 審査委員 78 名、JCOA 役員 20 数名が全国より出席して 1 部、2 部に分かれて会議が開催された。

1) 1 部議題「診療報酬改定に伴う審査上の問題点、疑義及び算定のあり方」

座長：浦門 操

(JCOA 社会保険委員会担当理事)

パネリスト：双木實先生・三橋二良先生
光安元夫先生

①双木先生(岩手)慢性疼痛疾患管理料に関する疑義事項について3つの具体的な事例が提示され問題提起がなされた。フロアからの議論も含めて、次の2点の結論に集約された。

1. 2つ以上の主傷病が記載されていても、ある疾患を主病とする場合、算定できる指導管理料はその主病にかかわる1つのみである。

2. 月、途中に「慢性疼痛疾患管理料」を算定する疾患が発症した場合、発症初月に限りそれ以前の消炎鎮痛処置等は算定できる。

②三橋先生(大阪)「投薬」と「注射」と「リハビリ」についての問題提起がなされた。特に「リハビリ」において、「集団」「個別」療法の考え方について各県から活発な討議がなされた。今回の改定が理学療法に非常に理不尽であることを考慮して、一定の傷病名と理療時間が納得できるものであれば原則的に「個別療法」は認めるべきであり、できるだけ診療サイドに立った保健審査をおこなっていく旨が確認された。従来は、外来で「理学療法複雑」は認めなかったが、個別は時間が20分であるから、認めるべきである。「早期リハ」の適応疾患についても各県でバラツキはあるものの、できるだけ診療側に沿った適応拡大を原則とする旨の発言が大勢をしめた。

③光安先生(福岡)「処置」「手術」「麻酔」についての問題点が提起された。前腕屈

側の重複手術、鏡視下膝膵血的関節授動術、肋骨骨折の非膵血的整復術などが例に出され、出来る限り診療側にとって、元気の出る審査をおこなう方針確認された。しかし、両足関節の同時捻挫の両足同時絆創膏固定術については通則6にそって一方しか請求できない旨、確認された。

④尚、先にJCOA一般会員より集められた疑義に関しては場内で審査員の先生方に直接アンケート方式で回答していただきました。後日結果を報告いたします。

2) 第2部の「講演会」では、川崎市立川崎病院地域医療部長・鈴木厚先生の講演で、厚労省の政策の不当性が見事に露呈され、我々の今後の活動が大いに勇気づけられる思いがしました。その内容についてはJCOA社会保険委員会・山田明彦委員の報告を参照してください。

(4) JCOA 各県代表者会議 熊本 [服部]
JCOAの情報を末端の会員に伝達して欲しいという角南会長の要望であるが、約5,000名のOCHOA会員にF-netを使って送るのは、費用が高つくので大阪では研修会の案内を出す時に、おかまち便りを同封している。

(5) JCOA 全国柔整施術療養費審査委員会 熊本 [広瀬]
柔整に対してどのくらいの療養費が支払われているか？

大阪では一月50億円ですが、府県によって開示されていない自治体もあるようです。山口県では医家と柔整が重複すれば、柔整の医療費を査定するようです。

(6) JCOA 医療システム委員会 (12/1) [廣瀬・長田]

1) 柔道整復療養費審査問題検討委員会[熊本]の報告

2) 会計検査院への要望書提出—査定はなされているのか？

3) 不適切な施術の定点調査

4) 昭和 24 年の厚生省通達を受領委任払いの裁判による撤廃

5) 平成 15 年 2 月 11 日 JOA との合同委員会一定点調査依頼

6) 東京臨床整形外科医会が柔整師などと新聞紙上で対談して宣伝に利用されたこと一長田先生が柔整師が医師と対等に医療に携わっていると利用されるので止める様説得した。

7) 秋田県の柔整師の教科書は整形外科の物と同じである。一柔整師とはなにか？

(7) 骨と関節の日 [黒田]

今年は電話相談のみでした。10月6日〔日曜日〕午前10時～12時に実施した。テーマは骨粗鬆症でした、合計16件の電話相談がありました。今年は電話相談件数が少なかったのは、市民の行事、お祭りや、運動会と重複したかもしれないので、実施時期を、他の行事と重ならないようにした方が良い。担当医：松矢浩司・黒田晃司・栗本一孝・茂松茂人・澤田 出・五島 淳

(8) JCOA 学術研修委員会 [堀木]

1) 平成 15 年度 JCOA 学術賞および地域医療功労賞に募集をおこなったが無かった。

2) 第 76 回日整会学術集会(平成 15 年 金沢) JCOA からの講演
教育研修講演

地域リハにおける整形外科医の役割
(米満弘之先生 熊本機能病院)

腰痛に対する運動療法の検討

(白井康正先生 石岡市医師会病院)

パネルディスカッション

整形外科プライマリーケアの検証

(座長 藤野副理事長ほか)

診療報酬の現状と未来

(座長 光安元夫先生他)

3) 第 77 回日整会学術集会(平成 16 年 仙台) JCOA からの提出演題

(演者、座長未定)

教育研修講演

裁判事例からみた医療訴訟の検証

整形外科領域で行うブロック療法
パネルディスカッション

整形外科と代替療法(その2)
整形外科診療所の今後

4) JCOA 学会の今後について検討された。交通至便の所で開催する。ブロック単位で開催する。研修会との適合性、などが議論された。

(9) JCOA 会則検討委員会 [澤田]

整形外科医政協議会の設立の趣意書及び規約、施行細則について討議されました。

(10) JCOA 福祉委員会 [吉川]

新入会員をターゲットにして生命保険の団体加入を働きかけています。

(11) JCOA 組織拡大委員会 [福井]

日時：平成 14 年 10 月 27 日 11～15 時

JCOA 事務局にて開催

(委員長) 福井宏有 (副委員長) 稲本正博
(アドバイザー) 大内怜次郎

(委員) 芦田多喜男、鈴木昌則、竹内正光、
坂本憲史

議題①未加入会員への対応、特に未加入会員の多い県への働きかけ(地方での理事会の開催、執行部の出張の調整)、②各県資格の把握と検討、③会員資格の検討、④退会理由とその防止策の検討、⑤賛助会員減少への対応、⑥末端会員への連絡網の完成(IT戦略委員会との協調、会員名簿作成)

(12) JCOA 近畿ブロック会 [長田・黒田]

11月9日・滋賀県大津市で、角南会長が同席されて開催された。医政連を早く作り、健保の改善をはかる。JOAの代議員のJCOAの割り当て人数について、各大学ごとに医局と交渉して欲しい。前回の一括割り当てはできない。(浜西教授)

会議の開催場所については、交通の便利な場所を選定して欲しいと提案。次回討議することになりました。

(13) 大阪府医師会医学学会総会 [小林]

11月10日(日)大阪府医師会館で開催

された。OCA関係では、堀木先生、黒田先生、西川先生がパネル展示発表した。

(14) 奈良県臨床整形外科医会創立20周年記念
パーティ [黒田]

大阪からは、長田理事と服部会長代理の黒田が出席、奈良医大の高倉先生の足関節の講演と各国の代替療法についての話がありました。

(15) 日本腰痛学会 [坂本]

11月23日に富山国際会議場で行われました。大阪から、坂本先生、服部会長、木佐貫先生が参加。

次期会長 岩谷 力
(国立身障者リハビリセンター)

次次期会長 中村耕三 (東大)

(16) 診療報酬修正にむけての署名活動

[服部]

緊急のため、久光製薬の助けを借りて、持ち回りで署名集めをした。318名の署名が集まりました。

(17) 緊急徹底討論会 [長田]

12月19日衆議院第2議員会館に集結して、国会議員に診療報酬の再改定を陳情します。皆さんの参加をお願いします。

(18) 学術研修会報告 [松矢]

第6回研修会は、137名、第7回研修会は168名、第8回研修会は255名の参加者がありました。

(19) その他 [早石]

平成15年4月から新しい研修医のシステム、スーパーローテート制度が始まります。

§ 協議事項

(1) 骨と関節の行事について [黒田]

平成15年度は大阪府医師会と堺医師会の共催で「リウマチ」をテーマに開催する。他のたとえば製薬会社をスポンサーにして開催するような方法を検討しても良いか？—とりあえず二箇所です。

(2) FAX購入について [黒田]

F-netより安くつく方法を更に検討して、

ファックスを大阪臨床整形外科医会で購入するか検討する。さらに調査して、再提案せよ。

(3) 研修会の予定 [松矢]

4月以降の研修会予定は別紙の通り、医師以外の方にも講演をお願いしていきたいと考えています。

(4) 理事推薦 [三橋、天野]

S54年大阪市大卒で、社会保険審査委員の岩本善介先生がOCAの理事に推薦され、承認されました。

(5) 名簿の発行について [黒田]

遅くなっている大阪臨床整形外科医会の会員名簿は、エーザイの協賛にて、今年度中に発行する予定です。住所、ファックス、電話番号について次回より、郡医師会単位で内容をチェックする委員会を作って実行してはどうかという提案がありました。

(6) 整形外科医政協議会会員登録手順について [長田]

JCOAの会員だけでなく、JOAの会員にも参加を働きかける。

(7) その他

服部会長・柔整師にかかっていたとき、どのような治療を、どのくらいの期間受けていたか、拠点病院と診療所を決めて定点観測する。

診療所：服部・松矢・黒田・吉田研・西川
病院：早石・越宗・柴田・山本

第4回理事会（15年3月1日）

§ 報告事項

(1) JCOA 理事会報告 [長田]

- ・現況：正会員5,254名 名誉会員69名
合計5,323名
- ・自賠責保険と日医への対応
逓減制の問題について：JCOA各都道府県会長から各都道府県医師会長あてに依頼して日医に反映してもらう（自賠責に逓減制のなじまないこと）。
- ・整形外科医政協議会の発足：平成14年12

月2日に東京都選挙管理委員会へ政治団体設立届提出。会費は損金算入されないことが確認された。

- ・組織拡大委員会：JCOA 会員資格問題を検討。A、B 会員など
- ・理学療法検討委員会：JOA の大腿四頭筋訓練の EBM 作成のための調査。平成 15 年 2 月発足。この調査を JCOA に協力依頼あり。まもなく冊子ができる。
- ・第 77 回日整会が平成 16 年に東北大学国分教授の主催で行われる。パネルディスカッションに「代替医療を考えるパート 2」「整形外科診療所の今後を考える」が用意されている。
- ・JCOA 学会の予定：平成 15 年（高知）、平成 16 年（茨城）、平成 17 年（九州、詳細未定）
- ・JCOA 研修会の予定：平成 15 年（名古屋）、平成 16 年（北海道）、平成 17 年（千葉）

(2) JCOA 専門医制度委員会 [長田]

- ・かねてから懸案であった整形外科専門医制度の更新方法について、いままでの検討事項をまとめた藤野案をもとに JCOA 案を作成し、JOA に提出した。
- ・日本脊髄外科学会（脳神経外科医が中心）が日本脊椎外科専門医制度を立ち上げる計画をしている。対して JOA は「日整会脊椎脊髄外科認定医」を立ち上げる計画をしている。これに対して JCOA 専門医制度委員会では何らかの意見を JOA に提出する予定である（専門医問題の三者協議会である専門医認定認定制協議会に問題提起すること。日本脊髄外科学会との調整。など）（現在、日整会専門医のなかにスポーツ、リウマチの認定医があるが、今後際限なく認定医が出現する可能性がある。日整会専門医とはなにかもう一度原点に戻って考え直す必要あり。）

(3) JCOA . JOA 合同医療システム委員会 [長田、広瀬]

- 1) 厚生労働大臣への要望書の経過：JOA の基本的要望事項として再確認した。

2) 日本整形外科学術集会（岡山）でのパネルディスカッションの内容説明：

- ・好評であったので平成 16 年日整会学術集会にて「代替医療パート 2」を行う予定。
- ・長田先生の桜井参議院議員への返事紹介

3) 毎日新聞の記事の紹介と解説

- ・医事評論家水野肇の意見（柔整問題は自力で解決）の説明
- ・柔道整復施術料金の一部改定（ほとんど減額なし、通減なし）の説明
- ・療養費（平成 12 年度）で柔整の伸びを説明
- ・健康保険組合医療費適正化委員会の柔整師へのかかり方リーフレットの説明（医師国保でも配布したいとの意見あり）

4) 会計検査院への再調査要望書の説明

- ・平成 5 年の会計検査院の厚生大臣への是正勧告の確認

・「リハ・あんま・はり・マッサージの会」の会計検査院への上申書、厚労省保険局長への要望書紹介

- ・会計検査院への再調査要望書については JCOA からの資料を JOA でも検討して、JOA から提出にするかどうかを理事会で決めたい。

5) JCOA の定点調査の経過説明と JOA への協力要請

- ・JOA からの公立病院の調査参加は医師の調査に対する一定した教育ができない等の理由で不可能との結論となった。

6) 日医への働きかけの説明と協力要請

- ・現状説明、3 月の日医代議員会で再度質問の予定

7) 裁判について検討している点の説明

- ・裁判という方法についても研究中である旨説明

8) 朝日新聞に対する抗議（柔整師のモンゴルでの活動）

- ・JCOA から抗議文を出すことを決定（国民に柔整師が変形下肢の治療をする等の誤解を与える点を指摘する。

9) カイロの現状の説明（浜西教授）

・柔整以上にでたらめであり、健康被害が心配。

・米国のオステオパシーという制度に注目

10) その他

・柔道整復試験財団に JOA 会員が協力することに対する疑問

・厚生労働大臣の指定する試験機関となったため、現時点では誰かがしなければならぬ。

(4) 診療報酬改定陳情決起大会 [服部]

平成 14 年 12 月 19 日第 2 議員会館第 1 会議室において、国会議員出 33 名（衆議院 24 名、参議院 9 名）、秘書 27 名出席し、JCOA 会員 186 名が参加し、松田先生司会のもと診療報酬の改定の陳情が行われた（詳細はおかちまち便り 46 号）。

(5) 植松大阪府医師会会長との懇談および OCOA の要望書提出 [服部]

通減制の問題、柔整師問題等を植松会長に問題提起し、一定の理解が得られた。

(6) 第 2 回府医交通事故委員会報告

[服部、茂松]

・自賠責において通減制がなじまない旨強く主張。

・自賠責新基準が労災に準じ、労災が健保に準じる現状では自賠責も通減制を受け入れざるを得ない。

・平成 15 年 3 月初旬に府医から正式通達が出される予定である。

(7) OCOA 学術研修会報告 [松矢]

・平成 14 年度第 8 回（131 回）（H14.11.16）全日空ホテル 255 名参加

・平成 14 年度第 9 回（132 回）（H15.1.11）国際会議場 175 名参加

・平成 14 年度第 10 回（133 回）（H15.2.22）全日空ホテル 250 名弱（報告未着）参加

(8) OCOA ゴルフコンペ [吉田、黒田]

・H14.5.19 北六甲ゴルフクラブ。参加者 10 名。優勝者：島田永和先生（羽曳野）

・H14.10.14 北六甲ゴルフクラブ。参加者 22 名。優勝者：北野継武先生（枚方）

(9) 参与になれる先生方：

小杉豊治先生。反田英之先生。藤原孝義先生。村上白土先生。

(10) 平成 14 年度 OCOA 会計決算報告

[栗本]

・平成 14 年度決算報告ならびに監査報告がなされ、異議なく了承された。

(11) OCOA 社会保険等検討委員会

[天野、茂松]

1) 日医緊急レセプト調査報告（茂松）

調査客体 10,613（診療所 8,957、病院 16,569）に対して平成 14 年 10 月から 12 月までのレセプトが調査された。整形外科は総点数、総件数、総日数とも著減した。経営実態調査でも医業収入の落ち込みが著しく、各医療機関の経営努力によると考えられる医業総費用の低下にもかかわらず、経常利益は大幅減となった。

2) JCOA 社保委員会（天野）

・審査委員会議、外保連への要望を行う
・医業経営実態調査のアンケート実施（集まりが悪い）

3) 研修会保険講習について（天野）：審査内容についても講習する

4) 今後の方針：IT を活用し幅広く活動する。

(12) その他

・会員動態（栗本）

H14.4.1 現在 386 名。入会 11 名。

退会 8 名（内物故者 2 名）

・堀木理事の発言

整形外科医が公的に柔整師に関わるのは試験問題作成と資格審査の時しかない。その際に法律を守らせる問題を出すこと、不正請求の問題点を示す必要がある。

吉田正和理事の発言

柔整師の学校に整形外科医が講師をしている事実があるか？

長田理事の発言

実態は明らかではない。

服部会長の発言

つい先日も高校生が下腿コンパートメント症候群で柔整に施術を受けていた例が

あった。

堀木理事

平成16年4月保険改定ではマイナス3%という情報が流れているが真実か。

茂松理事

真実は不明であるが、府医として日医にそうならないよう働きかけていきたい。

長田理事

現日医会長はまだ続けるおつもりか。

茂松理事

そのおつものようである。

吉田理事

15年4月に統一地方選挙が行われるが、この際政権与党である自民党への支持を見直すべきではないか。

服部会長

瀬戸先生が現在病気療養中である。後任のJCOA編集員はOCOAから出せないとJCOAに報告した。後任は他の地区から選出して欲しい。

・岩本善介先生理事就任のご挨拶

反田先生のあとをついで、精一杯頑張っていきたい。

§ 協議事項

(1) 審査委員推薦の件 [服部]

- ・国保(柔整)審査委員に西川正治先生、森本清一先生を推薦。
- ・社保専任審査委員にOCOAから理事1名を推薦をした。このポストは府医会長の専決事項であるので最終決定は府医会長がされる。

一同異議なく了承

(2) 整形外科医政協議会支部長・副支部長選任の件 [服部]

- ・大阪府下19の小選挙区について支部長・副支部長を会長に一任することとなった。

(3) F ネット構築の件 [服部]

- ・現在OCOA会員には研修会の案内とともにJCOAからの情報を配布している。
- ・それとは別に緊急用連絡網を立ち上げる必

要がある。

(栗本) どのくらいの頻度で連絡するのか(会長) JCOAからの情報すべてをFAXで流すことは不可能であるが、緊急時のみ使用するので正確な頻度はわからない。3月いっぱいには立ち上げたい。

(黒田) FAX番号変更は必ず早急に会長まで連絡いただきたい。

(4) 仮称保険審査問題対策プロジェクト委員会設立に関する件 [天野]

(服部) 労災・自賠も加えてはどうか。

一同異議なく了承。

- ・審査も含めて医療問題を幅広く検討するため名称は「医療保険問題対策プロジェクト委員会」とすることが決定された。
- ・委員の選出は天野委員長に一任された。

(5) OCOA 学術研修会予定 [松矢]

平成15年度

- ・第4回研修会(138回)(H15.7.26)

ウェスティンホテル

総合司会：北野理事

1) 演題：スポーツ関係(大塚製薬)

- ・講師と演題が提示され、詳細に審議された結果、大阪市大の格谷先生に依頼することになった。

2) 演題：腫瘍関係

講師：京都大学 生体医療工学研究センター 助教授 戸口田淳也

座長：石井理事

- ・第5回(139回)(H15.8.30)

ヒルトンホテル

総合司会：中嶋理事

1) 演題：骨粗鬆症の診断と治療に関する最近の進歩

講師：大阪大学 整形外科 講師 橋本 淳

座長：早石理事

2) 演題：ヒトの正常歩行と異常歩行ーリハビリテーション医学の観点からー

講師：大阪医科大学

リハビリテーション医学教室

助教授 山口 淳

座長：澤田理事

- ・第6回(140回)(H15.9.27)

ヒルトンホテル

講師：中津済生会病院 釜野先生

- ・第7回(141回)(H15.10.25)

ヒルトンホテル

講師：大阪中央病院 井上先生

(6) OCOA ゴルフコンペ開催 [黒田、吉田]

- ・平成15年6月1日 北六甲ゴルフクラブにて開催予定である。秋季については未定。幹事に一任する。

(7) 平成15年度予算案 [栗本]

- ・平成15年度予算案について説明があった。(三橋) 単科医会・近畿ブロック会への参加費はどうか。
(栗本) 理事会・出務費・会議費から捻出する。

(須藤) 2年前は自費で参加したが。

(黒田) 以前の内規で近畿圏で行う場合は参加費を出さなかった。

(小杉) 交通費を出すか、懇親会費を出したらどうか。

(黒田) 今後検討したい。

- ・参加費については継続審議となった。

(8) 平成15年度の〈骨と関節の日〉事業

[黒田、小林]

- ・〈骨と関節の日〉講演会 対象：一般市民
OCOA 主催 大阪府医師会共催
日時：平成15年10月4日(土)

午後2時より

場所：大阪府医師会館2階大ホール

(定員300名)

テーマ：リウマチRAとOAについて

府医担当：茂松茂人府医理事

実行委員長：小林正之

コーディネーター：早石雅有

演者：

上肢担当：藤本啓治理事

北区(関西医大昭和62年卒、

専門：手の外科、リウマチ)

下肢担当：中島幹雄 大阪医大講師

(平成13年5月 OCOA 研修会講師)

講演の間にトレーナーによる体操指導実演を入れる。

市民への広報として講演会の案内を往復はがきで案内を出す。対象は講演会によく来られる市民の名簿があるとのことで、60人前後の方に送付できます。また市民の広報誌への掲載などを考えている。

- ・同日に堺市の社会福祉会館でも講演会を計画

大阪労災病院の政田先生に「手の話」をしていただく予定

担当：西川理事、澤田理事

- ・ポスターを特定の業者に依頼して良いか(黒田) 一良いであろう。

(黒田) 帝人ホールでも、もう一つ別の会をしたい。

(9) その他

- ・名簿郵送の件 [黒田]

新しい名簿を発送するのに費用がかさむので、総会の時に渡したい。欠席者には郵送する。

- ・OCOA 役員会の予定 [服部]

①平成15年6月7日(土)

②平成15年9月6日(土)

③平成15年12月6日(土)

④平成16年3月6日(土)

- ・OCOA 総会の予定・平成16年4月10日

- ・自賠責算定の件

(長谷川) 自賠責算定基準が改定されたが、14年4月1日改定の新基準を用いるのか、それ以前の新基準を用いるのか、OCOAとして統一した行動をとるのか。

(服部) OCOAとしては自賠責算定方法について、いずれの算定基準を用いるのか各医療機関に任せる方針である。

総会議事録

第 27 回大阪臨床整形外科医会総会議事録
平成 15 年 4 月 12 日 (土)
大正製薬 (株) 大阪支店 6 階ホール

(1) 開会宣言

松矢浩司副会長が総会の開会宣言をして、議長の堀木篤先生、副議長の佐藤利行先生が議長団席につき総会が始められました。

出席 36 名、委任状 78 名、定款 23 条及び 26 条により、総会は成立したことを確認して、議事が進行されました。

(2) 会長挨拶

服部会長挨拶

(3) 議 事

第 1 号議案 (レジメ: 2～6 ページ)

黒田晃司副会長報告

平成 14 年度庶務及び事業報告

① 会員動態 会員総数: 386 名 (新入会者数: 11 名、退会者数: 8 名)

平成 14 年度は 3 名増加。

② 研修会: 12 回開催された。

③ 各種会議の開催及び出務状況

④ 福利・厚生事業

⑤ 広報事業 (第 28 号の会報発行、名簿の発行など) の報告があり、満場一致で承認された。

第 2 号議案 (レジメ: 7～10 ページ)

栗本一孝会計担当理事報告

平成 14 年度一般会計決算書 学術会計決算書について報告があり、次いで、濱田博朗監事より監査報告がなされ、満場一致で承認された。

第 3 号議案 (レジメ: 11～12 ページ)

黒田晃司副会長提案

平成 15 年度事業計画

未曾有の窮地に陥っている現状で、我々が一致団結して新年度も活動していくこと

を希望して、今年度も以下のことが提案された。

① 組織の強化

② 学術活動

③ 保健医療に関する諸問題の研究と対策

④ 医業周辺業種への対策

⑤ 高齢者対策

⑥ 労災保健、交通事故医療・医事紛争等に関する研修活動の強化

⑦ 広報・情報活動

⑧ 福利・厚生活動

⑨ 平成 15 年度の研修会日程の提示などの活動内容の提案を承認した。

第 4 号議案 (レジメ: 13 ページ)

平成 15 年度の本会予算案及び学術会計予算案が、栗本会計担当理事より提出され、承認された。

第 5 号議案 (レジメ: 14 ページ)

新理事に宮田重樹先生と岩本善介先生が、服部会長より推薦され、満場一致で承認された。それぞれ広報と健保を担当して、活動していただくこととなった。

(4) 閉会宣言

以上提出案件すべて承認され、松矢浩司副会長が閉会を宣言して終了した。

〈議事録署名人 署名〉

第 27 回大阪臨床整形外科医会定時総会は、上記の通り相違無く行われたことを認めます。

署名: 議長 堀木 篤 (印)

署名: 理事 早石 雅彦 (印)

署名: 理事 右近 良治 (印)

会員名簿補追

＜平成 13 年 3 月以降の入会＞（上段：医療機関 下段：自宅）

氏 名	医 療 機 関 名	医 療 機 関 所 在 地 自 宅 住 所	TEL	FAX
安藤 伸也	安藤整形外科 クリニック	〒560-0026 豊中市玉井町 1-10-30 豊中かのうビル 2F	06-6840-3356	06-6840-4556
		〒563-0022 池田市旭丘 2-13-3	0727-63-3838	0727-63-3838
大木 毅	(医)いずみ会 堺 阪 病 院	〒590-0974 堺市大浜北町 1-8-8	072-233-6745	072-233-6928
		〒592-8345 堺市浜寺昭和町 3-352-1	072-264-0204	072-264-0204
大倉 克典	大倉整形外科	〒565-0854 吹田市桃山台 5-2-2 アザール桃山台 3F	06-6831-0091	06-6831-0961
		〒560-0861 豊中市東泉丘 4-3-20-306	06-6844-1819	06-6844-1819
陵本 清剛	おかもと形外科	〒569-1011 高槻市奈佐原 2-11-21	0726-95-1212	0726-95-1212
		〒563-0214 豊能郡豊能町希望ヶ丘 4-4-2	0727-39-2459	0727-39-2459
河崎美也子	(医)坂本整形外科	〒541-0052 大阪市中央区安土町 2-3-13 大阪国際ビル 16F	06-6266-0666	06-6266-0667
		〒543-0041 大阪市天王寺区真法院町 10-9-302	06-6774-7530	06-6774-7530
貴島 浩二	(医)貴医会 貴島中央病院	〒581-0088 八尾市松山町 1-4-11	0729-22-1581	0729-91-8976
		〒581-0013 八尾市山本町南 3-7-15 207号	0729-91-7004	0729-91-7004
岸本 成人	岸本整形外科	〒536-0023 大阪市城東区東中浜 3-3-4	06-6167-1500	06-6167-1515
		〒565-0862 吹田市津雲台 5-6-21	06-6832-5624	06-6832-5624
喜多 貞夫	きた整形外科	〒545-0033 大阪市阿倍野区王子町 3-12-11	06-6628-3011	06-6628-3002
		〒545-0035 大阪市阿倍野区北畠 1-18-26-508	06-6627-2755	06-6627-2755
黒川 隆彦	黒川クリニック	〒583-0002 藤井寺市北條町 3-7 ハンナンビル 1F	0729-31-0800	0729-31-0810
		〒538-0053 大阪市鶴見区鶴見 3-13-32-518	06-6913-8058	06-6913-8058
斎藤 義郎	(医)斎藤整形外科医院	〒532-0026 大阪市淀川区塚本 1-19-26 プレジデントきたやま 2F	06-6304-8102	06-6304-8106
		〒532-0026 大阪市淀川区塚本 1-19-2	06-6390-2806	06-6390-2806
白崎 信己	(医)白崎 整形外科・内科	〒544-0001 大阪市生野区新今里 1-18-22	06-6751-7028	06-6757-7999
		〒665-0805 宝塚市雲雀丘 1-11-14	0727-40-1465	0727-40-1465
田中 康之	(医)田中外科	〒573-1196 枚方市中宮本町 17-10	072-848-8623	072-849-9617
		〒538-0043 大阪市鶴見区今津南 1-9-12-1306	06-4258-1250	06-4258-1250
田村 友彦	(医)嘉神会 田村外科	〒593-8322 堺市津久野町 1-8-12	072-273-1081	072-273-2332
		〒591-8032 堺市百舌鳥梅町 3-22-306	072-257-8327	
辻 秀記	辻整形外科	〒565-0834 吹田市五月が丘北 23-30-102	06-6816-5033	06-6816-5034
		〒565-0834 吹田市五月が丘北 23-30-503	06-6875-0816	06-6875-0816
豊川 英樹	豊川整形外科	〒589-0008 大阪狭山市池尻自由丘 1-2-5 西野ビル 1F	072-366-8881	072-366-8898
		〒589-0008 大阪狭山市池尻自由丘 2-10-8-6	072-367-8048	
中嶋 邦登	中嶋整形外科	〒596-0825 岸和田市土生町 2276-1 同 上	0724-28-1333 同 上	0724-28-1334 同 上

氏名	医療機関名	医療機関所在地 自宅住所	TEL	FAX
仲谷吉記	仲谷整形外科 クリニック	〒581-0803 八尾市光町1-64 オカダビル2F	0729-95-0909	0729-95-0990
		〒581-0834 八尾市萱振町1-16-1 ファミール八尾1210	0729-22-8735	0729-22-8735
長谷川秀太	はせがわ整形外科	〒557-0034 大阪市西成区松1-2-4 同上	06-6652-8509 同上	06-6652-8507 同上
速水英夫	はやみ整形外科	〒581-0016 八尾市八尾木北6-32	0729-92-2781	0729-92-2781
		〒581-0016 八尾市八尾木北6-33	0729-22-8685	
平野哲宏	平野整形外科医院	〒558-0011 大阪市住吉区蒔田5-15-13 Sビル2F	06-6695-0009	06-6695-0009
		〒543-0041 大阪市天王寺区真法院1-17		
夫俊彦	夫整形外科	〒544-0033 大阪市生野区勝山北2-11-27	06-6711-2812	06-6711-2853
		〒567-0074 茨木市新郡山1-1-3-501	0726-41-6432	0726-41-6432
福岡宏	(医)福岡外科医院	〒590-0114 堺市榎塚台1丁11-4	072-293-8660	072-294-9302
		〒584-0086 富田林市津々山台1-14-8-201	0721-28-8022	0721-28-8022
本田泰郎	本田整形外科・内科	〒536-0006 大阪市城東区野江3-12-28	06-6931-5115	06-6932-5227
		〒536-0006 大阪市城東区野江3-12-28 本田ビル401号	06-6936-6701	
松原康秀	松原整形外科	〒580-0021 豊中市本町6-8-3 同上	06-6853-0149 同上	06-6853-0249 同上
峯孝子	峯クリニック	〒544-0003 大阪市生野区小路東5-7-22	06-6758-2082	06-6758-2107
		〒631-0023 奈良市南登美ヶ丘29-15	0742-45-7898	
山口眞一	(医)山口医院	〒577-0055 東大阪市長栄寺2-6	06-6781-1492	06-6783-7866
		〒577-0843 東大阪市荒川3-18-2	06-4307-2022	06-4307-2022
横山正博	横山医院	〒551-0001 大阪市大正区三軒家西2-16-24	06-6555-2661	06-6555-2631
		〒551-0001 大阪市大正区三軒家西2-16-25	同上	

< 名簿作成後の退会会員 >

東 晴彦
渡辺 徑宏
広瀬俊一郎
林 誠之 H14.5.16 死亡退会
今村 芳明
正司 義和 H14.11.9 死亡退会
富武 實
川島 正剛

・注：住所、電話番号等の変更は OCOA 事務局までお知らせ下さい。

(平成 15 年 3 月現在)

編集後記

整形外科－浪速の先覚者シリーズは、故人の先生方は終わり、本号より現役の名誉教授の先生方をお願いすることになりました。まずは市大名誉教授の島津 晃先生ですが、いつまでもお元気で御活躍されんことを祈っております。

私はここ2～3年前より『各地の臨床整形外科医会会報を通読して』なる拙文を書かせていただいておりますが、各地の会報ともそれぞれ特徴を出して味があるすばらしいものです。大阪の会報は内容的にも、ボリュームにおいてもそれらに勝るとも劣らない、全国

トップレベルのものと同じく自負しています。特に、紙上勉強会、新入会員の顔、新理事自己紹介、エッセイ・紀行、随想、私の傑作、私の趣味、私の工夫、私の提言等の会員参加の記事が豊富ですばらしく、“みんなで作っている会報”との印象が強く表に出ています。今後とも会員の先生方の御協力をお願い致します。



(広報担当理事 前野岳敏記)



先日母校の同門会総会の前座で間欠跛行についてセミナーがあり、席上、厚生連高岡病院の鳥島康充先生の講演がありました。

「間欠跛行の1/4は血管性で、ABPI (ankle brachial pressure index) が診断上とくに有用である」という主旨でしたが、この会報の校正をしながら、OCA研修会で同先生と同じ内容の話を聞いていたことを思い出しました。昨年1年間の研修会の1～2頁のメモとして読みかえしてみると、記憶を新たに出

来て有意義と存じます。

会報全体として各文章が短く構成され、日頃の情報はんらんの中で短時間で読みやすく、親しみやすい内容になっています。ぜひご一読と、今後のご投稿をお願い致します。



(広報担当理事 瀬戸信夫記)



本誌の校正を兼ねて全編を通読させて頂きました。OCA研修会報告では脊椎骨粗鬆症、関節リウマチ、脊椎疾患、股関節疾患等の最新の知見がその道の専門家によって記されており、研修会に参加できなかった方にも日常診療にすぐ役立つ記事となっています。

今回は新入会員の自己紹介、各種会議の報告事項を見ましても診療報酬引き下げの影響をひしひしと感じます。

柔整師問題もJCOA、日整会でも問題となっておりますが、柔整師の守備範囲を超え

た医療行為は許されません。

「私の趣味」コーナーでは皆様が多くのお楽しみを送っていただけることに対して、無趣味な私は羨ましいと思います。特に「私の傑作」での美しい絵画は一服の清涼剤となって、心をなごませるものです。



(広報担当理事 須藤容章記)

今回、編集にあたって投稿の中で骨粗鬆症に関するものと、関節リウマチに関するものが目を引いた。現在既に骨粗鬆症に基づく骨折は、窒素含有ビスフォスネートの使用により減少させる事が可能となっている。また、RA に関しても DMARD と少量のステロイド使用によりコントロール可能な時代になった事を痛感する。当院のような診療所レベルでも control がうまくつき明るいリウマチ患者さんが増えている。大関節に関しては手術の時期をどう判断して、ADL を維持、又

は上げるか、リハビリをどうするか、理学療法士がいる当診療所でも問題がある。研修会で発表があった大阪労災病院の大澤先生の投稿を読んで一つのヒントを得たような気がした。今後更に病院との連携を深めて行き患者さんの ADL をもっと上げていきたいと思っている。



(広報担当理事 山本 哲記)



理事定年制とかで、私も来年三十号を出せば御役御免になると喜んでいますが。私としては、少しずつこの会報作りのノウハウが判って来ましたので、マニュアルにして残し後々の御参考にする積もりで、そちらの方も御利用頂きつつ、新しい会報を作って頂ける様用意致して行く予定です。

(広報担当理事 丹羽権平記)

JCOA 研修会は、出直前のメニール発作で余儀なくキャンセルしたので、講演やオプシヨンの原稿を他人任せにして、書いて頂いた先生方には御迷惑をお掛けしました。長田先生、沢田先生、.....ごめんなさい。そして金沢での学術集会の記事を書いて下さった吉川先生にも御礼申し上げます。又、趣味等他に就いても沢山の原稿を送って下さった先生方に御礼申し上げます。



今年も梅雨と紫陽花そして編集後記を書く季節となった。昨年の秋の熊本での



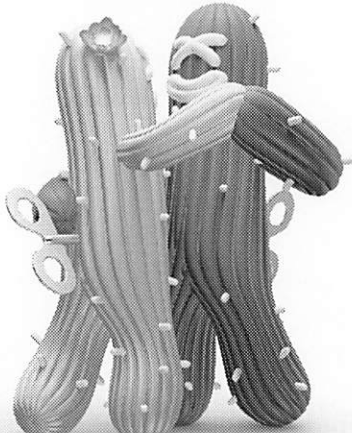
大阪臨床整形外科医会会報 第 29 号

平成 15 年 7 月 5 日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒569-1029 大阪府高槻市安岡寺町 2-13-5
医療法人 服部整形外科内
TEL 0726-87-2800
FAX 0726-87-7358

編集者 服部良治・黒田晃司
瀬戸信夫・山本哲敏
須藤容章・前丹野岳平

続く痛みにモービック® いつも笑顔でいたいから



特徴

1. 選択的シクロオキシゲナーゼ (COX) -2阻害作用 (*in vitro*)
炎症反応に関与するCOX-2をCOX-1より強く阻害します (*in vitro*)。
2. すくれた消炎・鎮痛効果
慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群の症状に対してすくれた消炎・鎮痛効果を発揮します。
3. 1日1回投与で痛みをコントロール
1日1回投与で鎮痛効果を発揮します。
4. 承認時における副作用発現率は16.22% (183例/1,128例)
このうち消化器系の副作用は125例 (11.08%) でした。
主な副作用は胃部・心窩部不快感36件 (3.19%)、胃痛・心窩部痛28件 (2.48%)、皮疹・発疹・薬疹23件 (2.04%)、腹痛・上腹部痛11件 (0.98%)、皮膚掻痒10件 (0.89%) などでした。
重大な副作用として、消化性潰瘍 (穿孔を伴うことがある)、吐血、下血などの胃腸出血、大腸炎、喘息、急性腎不全、無顆粒球症、血小板減少、皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症 (lyell症候群)、水疱、多形紅斑、アナフィラキシー反応/アナフィラキシー様反応、血管浮腫、肝炎、重篤な肝機能障害が認められています (海外データによる)。
また類薬の重大な副作用として、ショック、再生不良性貧血、骨髄機能抑制、ネフローゼ症候群があらわれることが報告されています。

【禁忌 (次の患者には投与しないこと)】

- (1) 消化性潰瘍のある患者 (「慎重投与」(2)の項参照)
- (2) 重篤な血液の異常がある患者
- (3) 重篤な肝障害のある患者
- (4) 重篤な腎障害のある患者
- (5) 重篤な心機能不全のある患者
- (6) 重篤な高血圧症のある患者
- (7) 本剤の成分、サリチル酸塩 (アスピリン等) 又は他の非ステロイド性消炎鎮痛剤に対して過敏症の既往歴のある患者
- (8) アスピリン喘息 (非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発) 又はその既往歴のある患者
- (9) 妊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】

下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛

慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群

【用法・用量】

通常、成人にはメロキシカムとして10mgを1日1回食後に経口投与する。
なお、年齢、症状により、適宜増減するか、1日最高用量は15mgとする。

<用法・用量に関連する使用上の注意>

国内において1日15mgを超える用量での安全性は確立していない (使用経験が少ない)。

【使用上の注意】

1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること) (1) 消化性潰瘍の既往歴のある患者 (2) 非ステロイド性消炎鎮痛剤の長期投与による消化性潰瘍のある患者で、本剤の長期投与が必要であり、かつミソプロストールによる治療が行われている患者 (ミソプロストールは非ステロイド性消炎鎮痛剤により生じた消化性潰瘍を効能・効果としているが、ミソプロストールによる治療に抵抗性を示す消化性潰瘍もあるので、本剤を継続投与する場合には、十分経過を観察し、慎重に投与すること。) (3) 抗凝剤 (ワルファリン等) を投与中の患者 (「相互作用」の項参照) (4) 血液の異常又はその既往歴のある患者 (5) 肝障害又はその既往歴のある患者 (6) 腎障害又はその既往歴のある患者 (7) 心機能障害のある患者 (8) 高血圧症のある患者 (9) 気管支喘息のある患者 (10) 高齢者 (「高齢者への投与」の項参照) (11) 体液喪失を伴う大手術直後の患者

2. 重要な基本的注意 (1) 本剤は *in vitro* 試験において、シクロオキシゲナーゼ (COX) -1に対してよりもシクロオキシゲナーゼ-2をより強く阻害することが確認されているが、日本人を対象とした臨床試験ではシクロオキシゲナーゼ-2に対してより選択性の低い非ステロイド性消炎鎮痛剤と比較して、本剤の安全性がより高いことは検証されていない。特に、消化管障害発生のリスクファクターの高い患者 (消化性潰瘍の既往歴のある患者等) への投与に際しては副作用の発現に留意し、十分な観察を行うこと。 (臨床成績、「薬効薬理」の項参照) (2) 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。また、薬物療法以外の療法も考慮すること。(3) 長期投与する場合には、定期的かつ必要に応じて臨床検査 (尿検査、血液検査、肝機能検査及び便潜血検査等) を行うこと。また、異常が認められた場合には、減量又は休薬する等の適切な処置を行うこと。(4) 患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。なお、海外では、消化器系の重篤な副作用 (消化性潰瘍 (穿孔を伴うことがある)、吐血、下血等の胃腸出血) が報告されているので、観察を十分に行い (消化管障害、特に胃腸出血に注意すること)、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。 (副作用」の項参照) (5) 感染症を不顕性化するおそれがあるので、観察を十分に行い、慎重に投与すること。(6) 他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい [他の非ステロイド性消炎鎮痛剤で、相互に副作用を増強することが報告されている。] (「相互作用」の項参照) (7) 眼の調節障害、眩暈等の精神神経系症状があらわれることがあるので、本剤投与中の患者には自動車の運転等危険を伴う機械の操作に従事させないよう十分注意すること。

3. 相互作用 [併用注意] (併用に注意すること) 薬剤名等: 他の非ステロイド性消炎鎮痛剤又はサリチル酸塩、クマリン系抗凝剤 (ワルファリン等)、ヘパリン、チクロピジン、血栓溶解剤、コレステラミン、経口血糖降下剤、キニジン、リチウム、メトトレキサート、利尿剤、降圧薬 (β受容体遮断薬、ACE阻害薬、血管拡張薬、利尿剤等)、シクロスポリン

4. 副作用 国内における臨床試験は、慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲炎、頸肩腕症候群の患者を対象に実施され、安全性について報告されたのは1,128例であった。1,128例中副作用が報告された症例は183例 (16.22%) であった。このうち消化器系の副作用は125例 (11.08%) に認められた。なお、主な副作用は、胃部・心窩部不快感36件 (3.19%)、胃痛・心窩部痛28件 (2.48%)、皮疹・発疹・薬疹23件 (2.04%)、腹痛・上腹部痛11件 (0.98%)、皮膚掻痒10件 (0.89%) 等であった。臨床検査値においては、一定の傾向を示す変動は認められていない。(1996年12月) 海外における臨床試験は、健康成人、慢性関節リウマチ、変形性関節症又は強直性脊椎炎の患者 (5,500例) を対象に実施された。このうち、3,750例に本剤7.5mg、15mgが経口投与され、主な副作用は、消化不良 (7.0%)、嘔気 (4.6%)、頭痛 (4.0%)、下痢 (3.5%)、皮疹 (2.8%) 等であった。(ヨーロッパにおける承認申請時)

(1) 重大な副作用 1) 消化性潰瘍 (1%以下) (穿孔を伴うことがある)、吐血 (頻度不明)、下血等の胃腸出血 (1%以下)、大腸炎 (0.1%未満): 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) 喘息 (0.1%未満): 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) 急性腎不全 (頻度不明): 観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。4) 無顆粒球症 (頻度不明)、血小板減少 (1%以下): 観察を十分に行い、定期的かつ必要に応じて血液検査を実施し、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。特にメトトレキサートのような骨髄機能を抑制する薬剤と併用する際には、留意すること。 (「相互作用」の項参照) 5) 皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson症候群) (頻度不明)、中毒性表皮壊死症 (lyell症候群) (頻度不明)、水疱 (頻度不明)、多形紅斑 (頻度不明): 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。6) アナフィラキシー反応/アナフィラキシー様反応 (0.1%未満)、血管浮腫 (0.1%未満): 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。7) 肝炎 (頻度不明)、重篤な肝機能障害 (1%以下): 観察を十分に行い、定期的かつ必要に応じて臨床検査を実施し、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。注: 頻度は海外の臨床試験成績に基づく。また、頻度不明は海外の市販後の自発報告によるもの。

(2) 重大な副作用 (類薬) ショック、再生不良性貧血、骨髄機能抑制、ネフローゼ症候群: 他の非ステロイド性消炎鎮痛剤でのようなことがあらわれることがあるので、観察を十分に行い、定期的かつ必要に応じて臨床検査を実施し、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。

●詳細は、添付文書等をご覧ください。



非ステロイド性消炎・鎮痛剤 劇薬、指定医薬品

モービック® カプセル
5mg・10mg

Mobic® Capsules 5mg・10mg (メロキシカム製剤)

薬価基準記載



Boehringer
Ingelheim

製造発売元

日本ベリンガーインゲルハイム株式会社

本社・研究所 〒666-0193 兵庫県川西市実岡3-10-1
資料請求先・學術情報部
〒101-0064 東京都千代田区築業町2-8-8 住友不動産薬研ビル13階

2003年1月作成 (2001.5)



骨粗鬆症治療剤

ボナロン[®]錠 5mg

<アレンドロン酸ナトリウム 水和物 錠>

劇薬・指定医薬品・要指示医薬品 (注意：医師等の処方せん・指示により使用すること)

薬価基準収載

製造元・販売

TEIJIN 帝人株式会社

資料請求先：医薬事業本部学術情報部
〒100-8585 東京都千代田区千代田2-1-1
BNT027 (KK) 0302改2 2003年2月作成

※ 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。

商標 #702/Bonalon[®] is the registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

骨粗鬆症治療剤

2003年5月1日より1回14日分
を超える投薬も可能となりました
〔厚生労働省告示第99号(平成14年3月18日付)〕

劇薬、指定医薬品、要指示医薬品*

ベネット錠[®] 2.5mg

リセドロン酸ナトリウム水和物錠 ■薬価基準: 収載

* (注意-医師等の処方せん・指示により使用すること)

禁忌 (次の患者には投与しないこと)

- 1) 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) 本剤の成分あるいは他のビスフォスフォネート系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- 3) 低カルシウム血症の患者
- 4) 服用時に立位あるいは坐位を30分以上保てない患者
- 5) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
- 6) 高度な腎障害のある患者

BENNETT

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、日本骨代謝学会の原発性骨粗鬆症の診断基準等を参考に骨粗鬆症と確定診断された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、成人にはリセドロン酸ナトリウムとして2.5mgを1日1回、起床時に十分量(約180mL)の水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、水以外の飲食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) 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) や食物あるいは他の薬剤と同時に服用すると、本剤の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) 食道炎や食道潰瘍が報告されているので、立位あるいは坐位で、十分量(約180mL)の水とともに服用し、服用後30分は横たわらない。
- 3) 就寝時又は起床前に服用しない。
- 4) 口腔咽頭刺激の可能性があるので嘔まずに、なめずに服用する。
- 5) 食道疾患の症状 (嚥下困難又は嚥下痛、胸骨後部の痛み、高度の持続する胸やけ等) があらわれた場合には主治医に連絡する。

使用上の注意

●慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

(1) 嚥下困難がある患者又は食道、胃、十二指腸の潰瘍又は食道炎等の上部消化管障害がある患者

(2) 腎障害のある患者

●重要な基本的注意

(1) 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。

(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。

●相互作用: 併用注意

(併用に注意すること: 同時に摂取・服用しないこと) 水以外の飲料、食物 特に牛乳、乳製品などの高カルシウム含有飲食物

多価陽イオン (カルシウム、マグネシウム、鉄、アルミニウム等) 含有製剤 制酸剤、ミネラル入りビタミン剤等

●副作用

(1) 重大な副作用

食道穿孔 (頻度不明) 注)、食道狭窄 (頻度不明) 注)、食道潰瘍 (頻度不明) 注)、食道炎 (0.4%)、胃潰瘍 (頻度不明) 注)、十二指腸潰瘍 (0.4%) 等の上部消化管障害が報告されているので、観察を十分にを行い、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。

注) 自発報告あるいは外国からの報告。

■使用上の注意の詳細等については、添付文書をご参照ください。

Trademark and product under license from Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., U.S.A

製造・発売元

▲ 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

控 株 持

Wyeth
Zentaro

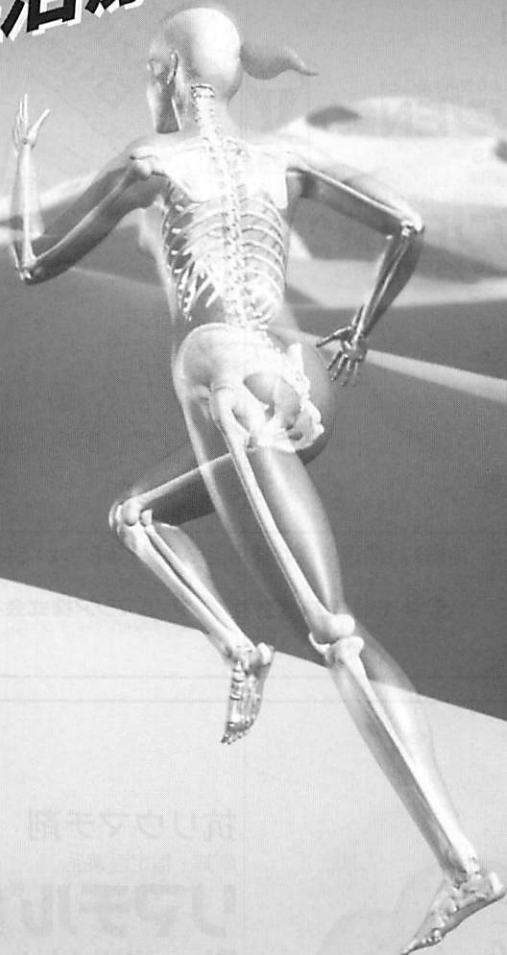
日本ワイスレダリー株式会社

〒104-0031 東京都中央区京橋一丁目10番3号

(0303)

旭化成

骨粗鬆症治療剤



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

エルシトニン[®]注20S

Elcitonin Inj.20S

劇薬、指定医薬品

(エルカトニン注射液)

〈効能・効果〉〈用法・用量〉〈禁忌を含む使用上の注意〉等、
詳細については製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元

旭化成株式会社

大阪市北区堂島浜一丁目2番6号

資料請求先：医薬学術部 東京都千代田区神田美土代町9番地1

H.13.09.

Santen

抗リウマチ剤

指定医薬品、要指示医薬品
(注意—医師等の処方せん・指示により使用すること)

アザルフィジン[®]EN錠

Azulfidine[®]EN tablets

サラソスルファピリジン500mg腸溶錠

指定医薬品、要指示医薬品 (注意—医師等の処方せん・指示により使用すること)

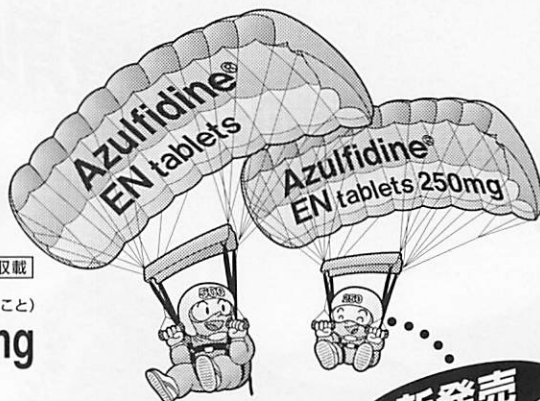
アザルフィジン[®]EN錠250mg

Azulfidine[®]EN tablets 250mg

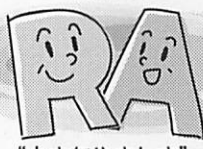
サラソスルファピリジン250mg腸溶錠



薬価基準収載



500mg錠
(実物大)



RA患者さんに
"小さなやさしさ"



250mg錠
(実物大)

■〔効能・効果〕、〔用法・用量〕、〔禁忌を含む使用上の注意〕等については、添付文書をご参照下さい。

発売元
参天製薬株式会社
大阪市東淀川区下新庄3-9-19
資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

製造元
ファルマシア株式会社
東京都新宿区西新宿3-20-2

2002年7月作成
AF02GB5W

Santen



抗リウマチ剤

薬価基準収載

劇薬・指定医薬品

リマチル[®]錠100mg

Rimatil[®] tablets 100mg

ブシラミン100mg錠

リマチル[®]錠50mg

Rimatil[®] tablets 50mg

ブシラミン50mg錠

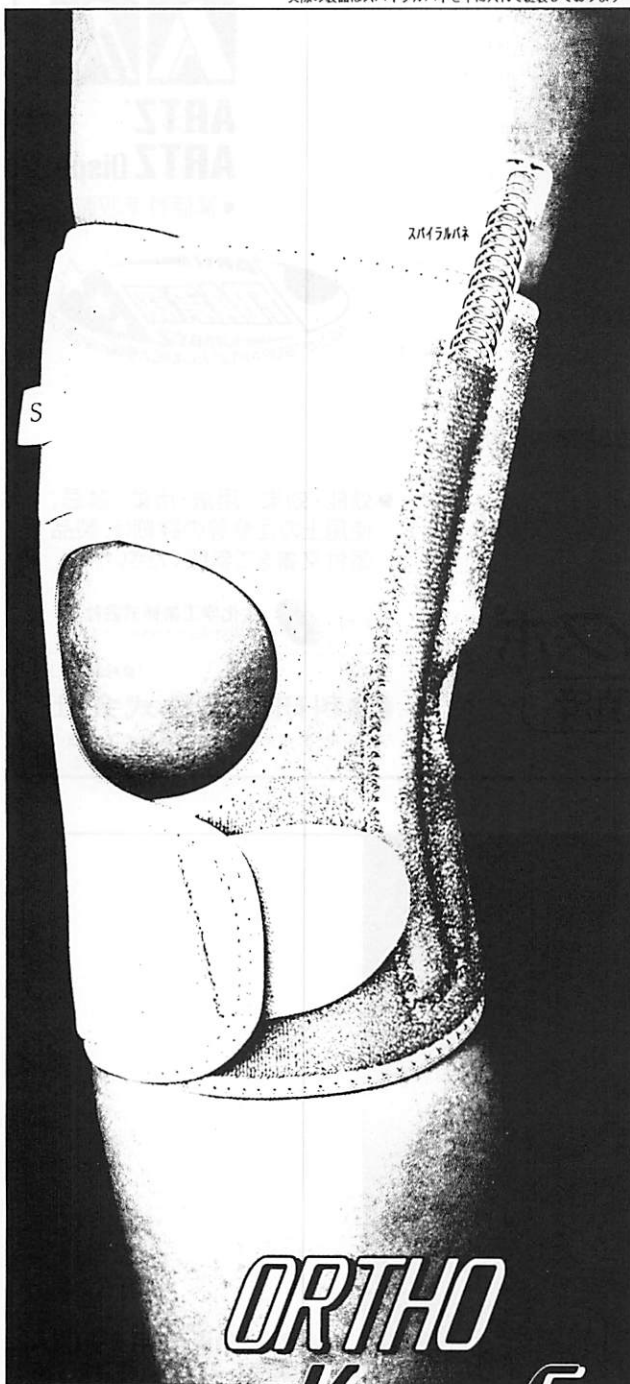


製造発売元
参天製薬株式会社
大阪市東淀川区下新庄3-9-19
資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

■〔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。

2003年6月作成
RM03FB5W

ご注意！
写真はイメージです
実際の製品はスパイラルバネを中に入れて縫製しております



膝関節症 (OA)等の 安静保持と保温に！

- スパイラルバネの支柱が
膝を安定させ屈伸を補助します
- 肌ざわり良いウレタン素材で
適度の圧迫をあたえます
- 膝裏にナイロンネットを使用し
屈伸時の不快感を軽減します
- 装着が容易な
丈約22cmのショートタイプです
- 左・右兼用タイプです

膝周り(目安)	材質表示
LL 41～45cm	表・裏：ナイロン
L 38～41cm	芯：ウレタン
M 35～38cm	支柱：スチール
S 31～35cm	

ORTHO Knee Supporter PO

※ご用命は出入の義肢装具製作所様へ、試品のご請求は当社までお願いします。

製造元 7651-0071 神戸市中央区筒井町3-18-11
オルト産業株式会社 TEL.078(252)0160 FAX.078(231)7523
http://www.orthocorp.co.jp



ARTZ®
ARTZ Dispo®

●薬価基準収載



関節機能改善剤 (ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

指定医薬品


アルツ®

指定医薬品


アルツディスポ®

プリスター包装内滅菌済

●効能・効果、用法・用量、禁忌、
使用上の注意等の詳細は、製品
添付文書をご参照ください。

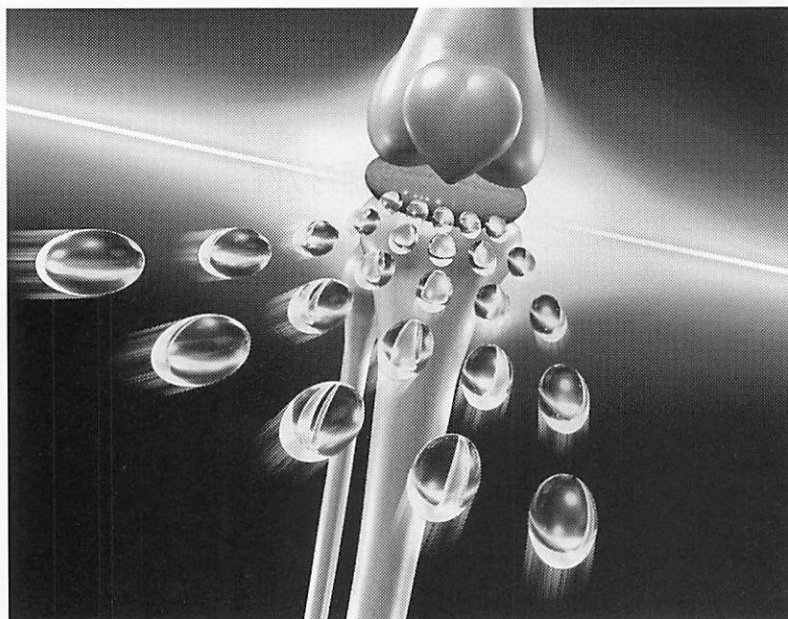
(製造元)  生化学工業株式会社
東京都中央区日本橋本町 2-1-5

発売元 [資料請求先]

 研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28-8

(2002年12月作成) 02Z



※「効能・効果」、「用法・用量」、
「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。



関節機能改善剤

指定医薬品

スベニール® ディスポ
バイアル

(ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

薬価基準収載

販売 [資料請求先]



中外製薬株式会社
〒104-8301 東京都中央区京橋2-1-9

製造

アベンティス ファーマ株式会社
〒107-8465 東京都港区赤坂二丁目17番51号

CSU1242 2001.5



ファイザー



5-HT_{1B/1D}受容体作動型 片頭痛治療剤



薬価基準収載
レルパックス錠 20mg

RELPAK[®] Tablets 臭化水素酸エレクトリプタン錠

【劇薬 指定医薬品 要指示医薬品】 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照下さい。

Life is our life's work

ファイザー製薬株式会社
東京都新宿区西新宿2-1-1 〒163-0461
資料請求先：マーケティングサービス部

2002年7月作成

■頭痛情報Web:「スッキリのハイハイ頭痛講座」<http://www.sukkirin.com>



FOSAMAC[®]
alendronate sodium

骨粗鬆症は家族の問題です。

フォスマックは、2002年9月1日より
投与期間の制限が解除され、

長期投与が可能

になりました。

骨粗鬆症治療薬



フォスマック錠5

Fosamac[®] Tablets-5 アレンドロン酸ナトリウム 水和物 錠

【劇薬 指定医薬品 要指示医薬品】 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること <薬価基準収載>

【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。



【資料請求先】

万有製薬株式会社

〒103-8416 東京都中央区日本橋本町2-2-3
ホームページ <http://www.banyu.co.jp/>
Eメール info@banyu.co.jp

® Trademark of Merck & Co., Inc. Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

2002年7月作成 07-03FSM02-J-2715J



持続性抗炎症・鎮痛剤 《ナブメトン錠》

指定医薬品

レリフェン[®]錠
 RELIFEN[®] 400 【薬価基準収載】

※ 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意につきましては添付文書をご参照ください。

資料請求先
株式会社 三和化学研究所
 本社/名古屋市長区東外堀町35番地 〒461-8631
 TEL (052) 951-8130 FAX (052) 950-1305
 ● ホームページ <http://www.skk-net.com/>

提携
グラクソ・スミスクライン株式会社

2001年8月作成

<AI-6>

Struggles against Pain
 炎症・疼痛性疾患への限りない挑戦

 **NOVARTIS**

1974



鎮痛・抗炎症剤 【薬価基準収載】
ボルタレン[®]錠
 Voltaren[®] ジクロフェナクナトリウム錠

1982



鎮痛・解熱・抗炎症剤 【薬価基準収載】
ボルタレン[®]サボ[®] 12.5mg
 25mg
 50mg
 Voltaren[®]suppo[®] ジクロフェナクナトリウム坐剤

1990



徐放性鎮痛・抗炎症剤 【薬価基準収載】
ボルタレン[®]SRカプセル
 Voltaren[®]SR Capsules ジクロフェナクナトリウムカプセル

2000



経皮鎮痛消炎剤 【薬価基準収載】
ボルタレン[®]ゲル
 Voltaren[®]Gel ジクロフェナクナトリウム軟膏

Global Standard
 **VOLTAREN**

● 効能・効果、用法・用量、警告、禁忌、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。

ボルタレンSRカプセル、ボルタレンゲルの製造は同仁医薬化工株式会社、ボルタレン錠、ボルタレンサボの製造は日本チバガイギー株式会社です。

販売 (資料請求先)
ノバルティス ファーマ株式会社
 東京都港区西麻布4-17-30 〒106-8618

NOVARTIS DIRECT
 0120-003-293
www.novartis.co.jp/direct/

2002年3月作成

経口プロスタグランジンE₁誘導体製剤



指定医薬品 要指示医薬品^{注)}

プロレナル[®]錠

〈リマプロスト アルファデクス錠〉

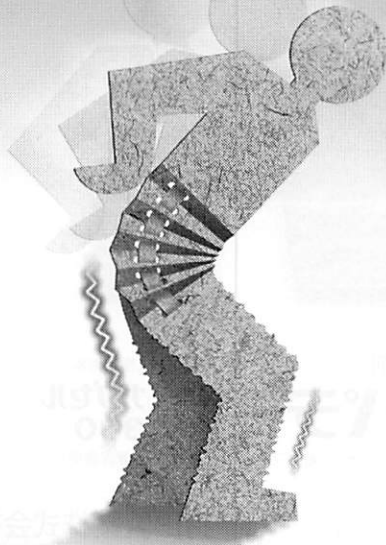
PRORENAL[®] ■薬価基準収載

注)注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

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

〔資料請求先〕
P 大日本製薬
 〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

2002年5月作成



筋肉のけいれんを伴う痛みに

シャク ヤク カン ソウ トウ
68 ツムラ芍薬甘草湯
 エキス顆粒(医療用) (薬価基準収載)

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. アルドステロン症の患者
 2. ミオパシーのある患者
 3. 低カリウム血症のある患者
- [1~3:これらの疾患及び症状が悪化するおそれがある。]

効能又は効果

急激におこる筋肉のけいれんを伴う疼痛

用法及び用量

通常、成人1日7.5gを2~3回に分割し、食前又は食間に経口投与する。なお、年齢、体重、症状により適宜増減する。

〔用法及び用量に関連する使用上の注意〕
 本剤の使用にあたっては、治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。

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) 高齢者(5.高齢者への投与の項参照) 2. 重要な基本的注意 (1)本剤の使用にあたっては、患者の証(体質・症状)を考慮して投与すること。なお、経過を十分に観察し、症状・所見の改善が認められない場合には、継続投与を避けること。(2)本剤にはカンゾウが含まれているので、血清カリウム値や血圧値等に十分留意し、異常が認められた場合には投与を中止すること。(3)他の漢方製剤等を併用する場合は、含有生薬の重複に注意すること。4. 副作用 本剤は使用成績調査等の副作用発現頻度が明確となる調査を実施していないため、発現頻度は不明である。(1)偽アルドステロン症:低カリウム血症、血圧上昇、ナトリウム・体液の貯留、浮腫、体重増加等の偽アルドステロン症があらわれることがあるので、観察(血清カリウム値の測定など)を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、カリウム剤の投与等の適切な処置を行うこと。(2)うつ血性心不全、心室細動、心室頻拍(Torsades de Pointesを含む):うつ血性心不全、心室細動、心室頻拍(Torsades de Pointesを含む)があらわれることがあるので、観察(血清カリウム値の測定など)を十分に行い、動悸、息切れ、倦怠感、めまい、失神等の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)ミオパシー:低カリウム血症の結果としてミオパシーがあらわれることがある。また、脱力感、筋力低下、筋肉痛、四肢痙攣・麻痺等の横紋筋融解症の症状があらわれることがあるので、CK(CPK)上昇、血中及び尿中のミオグロビン上昇が認められた場合には投与を中止し、カリウム剤の投与等の適切な処置を行うこと。(2)その他の副作用 過敏症:発疹、発赤、痒痒等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。5. 高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているため減量など注意すること。6. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。7. 小児等への投与 小児等に対する安全性は確立していない。〔使用経験が少ない〕

*その他の使用上の注意、組成・性状等は製品添付文書をご覧下さい。(2002年3月改訂)

参考

- 肝硬変、糖尿病、脊椎疾患、脳血管障害、血液透析などに伴う有痛性筋痙攣(こむら返りなど)に対し、効果があります^{1)~7)}。
- 痙攣モデル(ラット)における筋疲労抑制作用を有します⁸⁾。
- 主な副作用はうつ血性心不全、心室細動、心室頻拍、偽アルドステロン症、ミオパシーなどです。
- 一般に高齢者では生理機能が低下しているため減量など注意が必要です。
- 本剤の使用にあたっては、治療上必要な最小限の期間の投与にとどめて下さい。

〔文献〕 1)黒田 卓他:臨床医薬, 15(3):499(1999) 2)吉田麻夫他:神経治療学, 12(6):529-533(1995) 3)三浦義孝:日本東洋医学雑誌, 49(5):865-869(1999) 4)村上元康他:補みと漢方, 5:11-16(1995) 5)植原上可他:漢方と最新治療, 7(3):259-264(1998) 6)阪本次夫他:日本東洋医学雑誌, 45(3):563-568(1995) 7)黒倉友由他:透折ケア, 6(2):179-183(2000) 8)中井山由他:和漢医薬学雑誌, 13(4):356-357(1996)

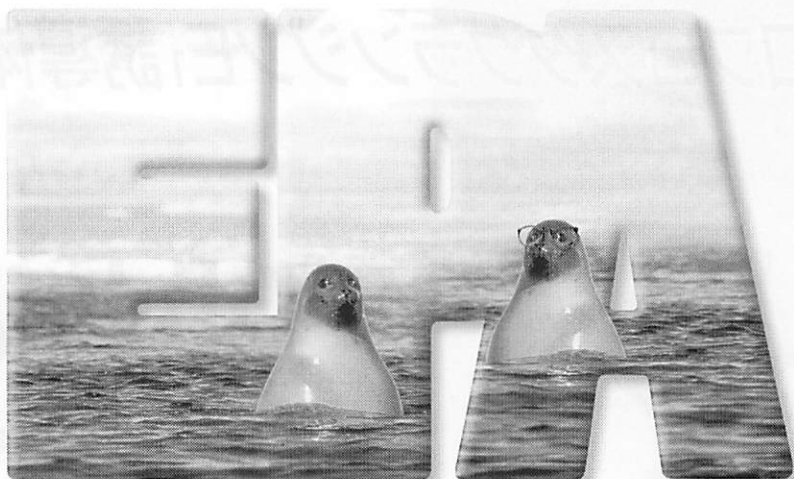
株式会社 **ツムラ**

資料請求 弊社MR(医薬情報担当者)、または下記住所宛ご請求下さい。

●本社:〒102-8422 東京都千代田区二番町12番地7 <http://www.tsumura.co.jp/>

(2002年3月制作)

■禁忌、使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。 AQ-0681



EPA製剤

エパデールS 300/600

イコサペント酸エチル・軟カプセル剤

指定医薬品

〈健保適用〉

EPA製剤

エパデールカプセル 300

イコサペント酸エチル・軟カプセル剤

指定医薬品

〈健保適用〉

※【禁忌】、【効能・効果】、【用法・用量】、【使用上の注意】などの
詳細は添付文書をご参照下さい。

〈資料請求先〉

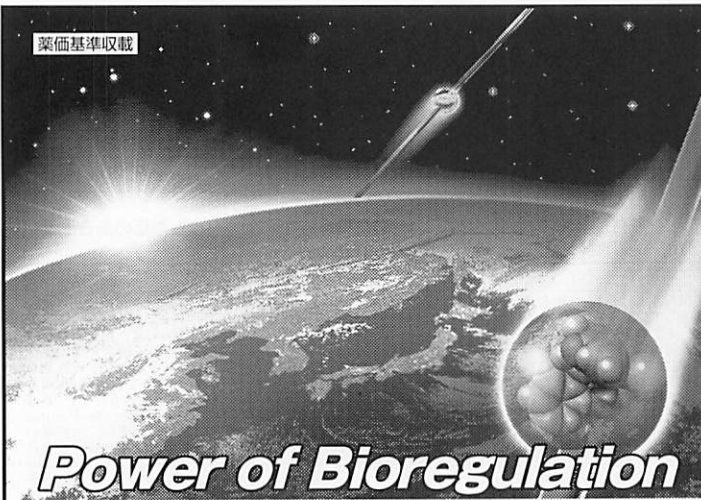


持田製薬株式会社

東京都新宿区四谷1丁目7番地
電話(03)3358-7211(代) 〒160-8515

2002年4月作成

薬価基準収載



Power of Bioregulation

胃炎・胃潰瘍治療剤

指定医薬品

ムコスタ錠 100

Mucosta® tablets

レバミピド錠



製造発売元

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 学術部
〒101-8535 東京都千代田区神田司町2-2
大塚製薬 神田第2ビル

【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1錠(レバミピドとして100mg)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1錠(レバミピドとして100mg)を1日3回経口投与する。

【使用上の注意】 一抜粋—

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才以上の高齢者3,035例では18例(0.59%)に副作用がみられた。副作用発現率、副作用の種類においても高齢者と非高齢者で差は認められなかった。(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

- 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。
- 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。

(03.03作成)

大阪府、大阪市、指定

土井義肢製作所

〒540-0003

大阪市中央区森の宮中央2-8-12

TEL 06(6943)6567

FAX 06(6943)6878

腰痛症、頸肩腕症候群
変形性関節症、肩関節周囲炎
帯状疱疹後神経痛の
長引く痛み、神経因性疼痛に

ノイロトピン錠は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)

ノイロトピン®錠

ワクシニアウイルス接種家免疫炎症皮膚抽出液含有製剤
(薬価基準収載)

【効能・効果】

帯状疱疹後神経痛、変形性関節症、腰痛症
頸肩腕症候群、肩関節周囲炎

【効能・効果に関連する使用上の注意】

帯状疱疹後神経痛に用いる場合は、帯状疱疹発症後6ヵ月以上経過した患者を対象とすること。(帯状疱疹発症後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】

帯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
ないよう注意すること。

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

※「使用上の注意」などについては添付文書
をご参照ください。

日本臓器製薬

資料請求先：日本臓器製薬株式会社 学術部

〒541-0046 大阪市中央区中野2丁目1番2号 TEL:0620310410

経皮複合消炎剤

薬価基準収載

モビラート®ゲル



- 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

maruho

〔資料請求先〕

マルホ株式会社
大阪市北区中津1-5-22

(2003.2作成)

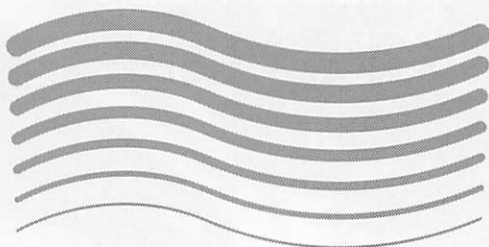
21世紀をみつめて

Heartful Wave of Pharmaceuticals

薬価基準収載

指定医薬品

経皮鎮痛消炎剤
ハップスター®ID
HAPSTAR®-ID
インドメタシン貼付剤



「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。

〔資料請求先〕

発売元



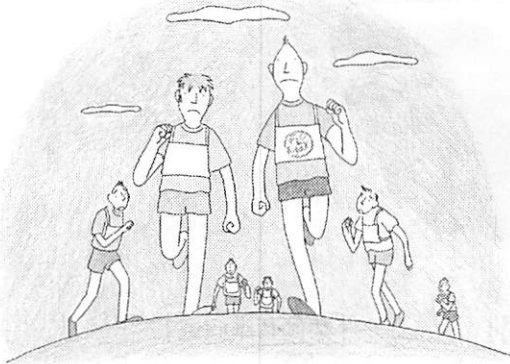
テイコクメディックス株式会社
東京都中央区日本橋富沢町9番19号

製造元



株式会社大石膏盛堂
佐賀県鳥栖市本町1丁目933番地

作成年月2000年7月



経口用セフェム系抗生物質製剤

指定医薬品、要指示医薬品^(注1)

フロモックス[®]

錠 75mg・100mg
小児用細粒 100mg



塩酸セフカペン ピポキシル錠/細粒 略号 CFPN-PI

注1) 注意-医師等の処方せん・指示により使用すること

■ 薬価基準収載

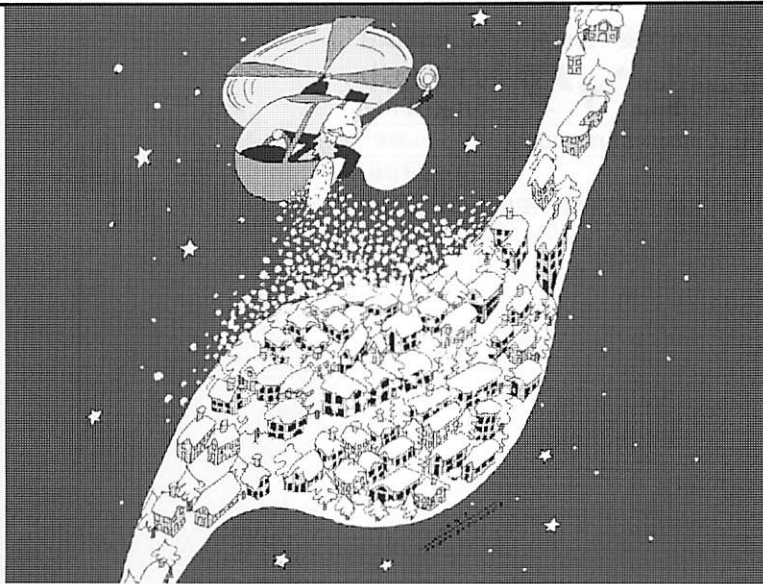
■ 「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」、「原則禁忌」、「使用上の注意」等については添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕 塩野義製薬株式会社 〒541-0045 大阪市中央区道修町 3-1-8

2003.3 作成 B52 (R):登録商標



おおって守って、直接なおす。



■ 効能・効果/胃潰瘍

下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

■ 用法・用量/通常、成人には本剤を1回1.5g(エカベトナトリウムとして1g)、1日2回(朝食後、就寝前)経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

- 使用上の注意は製品添付文書をご覧ください。
- 使用上の注意の改訂には十分ご注意ください。

胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載



ガストローム[®] 顆粒

Gastrom[®] (エカベトナトリウム製剤)

指定医薬品

<資料請求先>

田辺製薬株式会社
大阪市中央区道修町3丁目2番10号
<http://www.tanabe.co.jp/>

1998年6月作成



消化管運動賦活剤

指定医薬品

薬価基準収載

ガナトン[®]錠50mg

Ganaton 〈塩酸イトブリド製剤〉

●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、製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元

 **アボット ジャパン株式会社**

資料請求先：くすり相談室
〒540-0001 大阪市中央区城見2-2-53
TEL：(06)6942-2065

2003年2月作成



非ステロイド性消炎・鎮痛剤 劇薬、指定医薬品

モービック[®]カプセル
5mg・10mg

Mobic[®] Capsules 5mg・10mg (メロキシカム製剤)

薬価基準収載

※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等をご覧ください。



Boehringer
Ingelheim

製造発売元

日本ベリンガーインゲルハム株式会社
本社・研究所／〒666-0193兵庫県川西市矢間3-10-1
資料請求先：字術情報部
〒101-0064 東京都千代田区猿樂町2-8-8 住友不動産猿樂町ビル13階

発売元



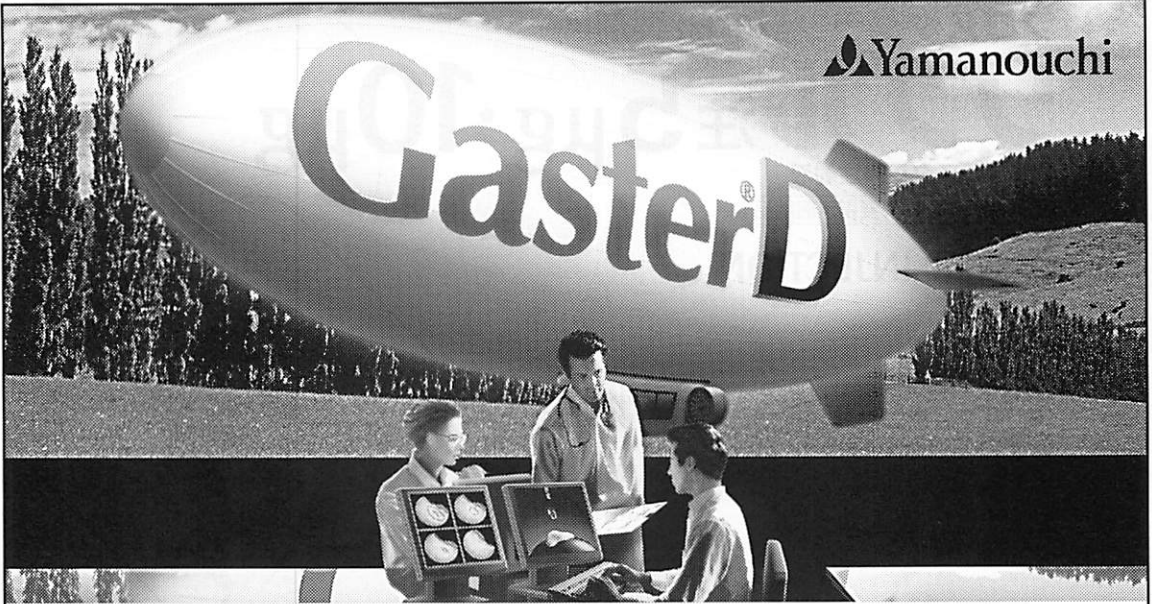
第一製薬株式会社

資料請求先
東京都中央区日本橋三丁目14番10号

2003年1月作成 (2001.5)

Yamanouchi

GasterD[®]



H₂受容体拮抗剤 (ファモチジン口腔内崩壊錠) 黄価取載

指定医薬品

ガスター[®]D錠

10mg
20mg



■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。

製造発売元 [資料請求先] 山之内製薬株式会社 〒103-8411 東京都中央区日本橋本町2-3-11

02/11作成.B5½.B.03

経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤

薬価基準収載

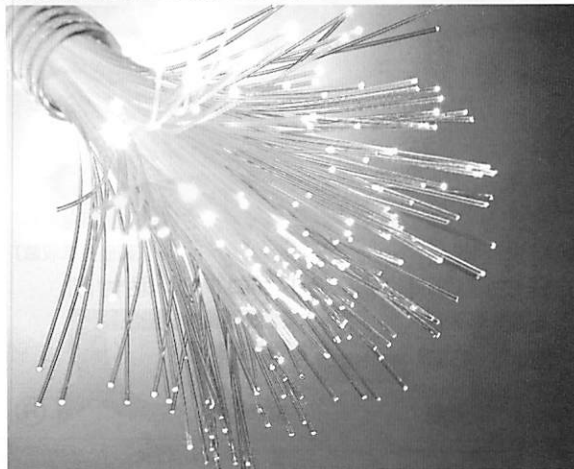
指定医薬品
要指示医薬品^{注)}

オパールモン[®]錠

OPALMON

リマプロスト アルファデクス錠

注) 注意—医師等の処方せん・指示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、
詳細は製品添付文書をご参照ください。

製造発売元
資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-8526 大阪市中央区道修町2丁目1番5号

020901



プロスタグランジンE₁製剤

リプル[®]注 5 μ g・10 μ g

アルプロスタジル注射液

劇薬、指定医薬品、要指示医薬品

Liple[®] INJECTION

※〈警告〉〈禁忌〉〈効能又は効果〉〈用法及び用量〉
〈使用上の注意〉等の詳細については、
製品添付文書をご参照ください。
〈薬価基準収載〉

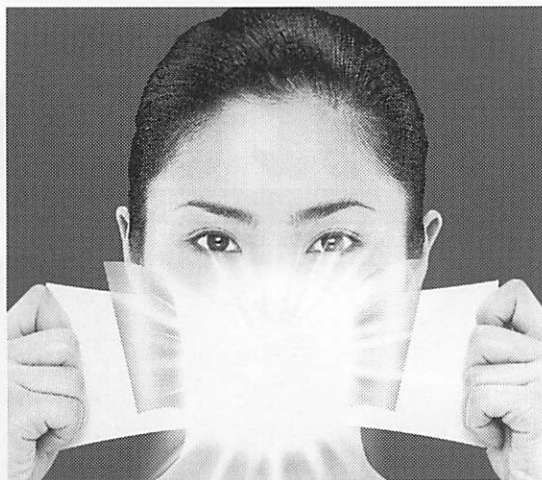


製造発売元
三菱ウェルファーマ株式会社
大阪府中央区平野町2-6-9
〈資料請求先〉製品情報部
〒541-0047 大阪府中央区淡路町2-5-6

LIP-(B5 1/2) 2002年3月作成

MOHRUS

Hisamitsu
久光製薬



指定医薬品 (薬価基準収載)
経皮鎮痛消炎剤 ケトプロフェン貼付剤

モーラス[®]

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照下さい。

2003年2月作成

資料請求先

久光製薬株式会社

学術部 〒100-6221
東京都千代田区丸の内1-11-1 PCPビル21F



鎮痛・抗炎症・解熱剤

ロキソニン[®]

錠 / 細粒

劇薬・指定医薬品 一般名:ロキソプロフェンナトリウム

■薬価基準収載

効能・効果、用法・用量、及び禁忌を含む
使用上の注意等は添付文書をご覧ください。



製造販売元(資料請求先)

三共株式会社

SANKYO 〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1 (-)01.8(02.2)

Fujisawa



入眠剤



マイスリー[®]錠 5・10mg

薬価基準収載

Myslee[®] Tablets

(酒石酸ソルビデム錠) 向精神薬・習慣性医薬品¹⁾・指定医薬品・要指示医薬品²⁾

注1)注意—習慣性あり 注2)注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意に
つきましては、製品添付文書をご参照下さい。

製造・販売 資料請求先
藤沢薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514
(Fujisawa Medical Site) <http://med.fujisawa.co.jp>

提携
藤沢サノフィ・サンテラボ株式会社
東京都港区虎ノ門1-26-5
®商標権者 sanofi-synthelabo・フランス

作成年月2003年1月



■効能・効果、用法・用量、使用上の注意につきましては製品添付文書をご参照ください。



骨代謝改善剤 薬価基準収載
 劇薬・指定医薬品・要指示医薬品 (注意—医師等の処方せん—指示により使用すること)
ダイドロネル[®]錠200
 Didronel エチドロン酸 二ナトリウム錠

住友製薬

製造発売元 (資料請求先)
住友製薬株式会社
 〒541-8510 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

〈製品に関するお問い合わせ先〉
 くすり情報センター
TEL:06-6229-5600
 受付時間：月～金 9:00～17:30 (祝・祭日休業)
<http://e-medicine.sumitomopharm.co.jp>

Trademark and product under license from Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., U.S.A.

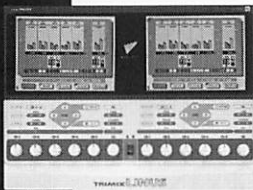
S.S.P.療法器

TRIMIX LINUS TM-5502

トリミックス リノス 5502



S.S.P.療法器の最新鋭「トリミックス リノス」は、治療器初の大型カラーディスプレイ、世界初の運動出力ユニット等、高機能な装備を搭載したS.S.P.療法器です。1977年、日本メディックスと大阪医科大学麻酔科との共同研究の上、開発されたS.S.P.電極。その独特な形の金属電極を用いた治療法は、20年の臨床研究と治療効果により、今や痛みに対する刺激療法の名詞となりました。その頂点に立つトリミックスシリーズから、フルモデルチェンジをした「TRIMIX LINUS」の誕生です。



● 世界初！出力運動ユニット (PAT.P)

どれかの出力ボリュームを上げると、その動きに連動して他のチャンネルの出力ボリュームも自動的に上がります。煩わしかった出力調整が簡単にやさしく行えます。
 (※一定時間を経過すると連動機能が解除され、個々に調整が可能です。また、連動機能をOFFにもできます)

● 大型ディスプレイ

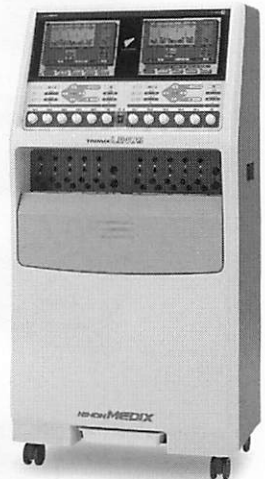
全チャンネル電流、電圧、導電度をグラフィカルに同時表示します。

● デュアル通電

「1/fゆらぎ」「トリミックス」等、モードを選ばず各チャンネルごとに高周波周波数帯、低周波数帯の詳細を設定できます。

● 可倒式マグネット導子掛け

ユーザーの先生方からのアイデアからマグネット式の導子掛けを開発しました。



承認番号：21100BZZ00160000

S.S.P. Silver Spike Pointは、(株)日本メディックスの登録商標です。



株式会社日本メディックス www.nihonmedix.co.jp

〒271-0065 千葉県松戸市南花島向町315-1
 ☎ 047-368-8714 FAX.047-368-1535

大阪支店 ☎06-6369-1201(代) 九州支店 ☎092-571-8258(代) 名古屋支店 ☎052-704-1616(代) 札幌営業所 ☎011-787-1182(代) 仙台営業所 ☎022-288-2955(代)
 盛岡営業所 ☎019-699-1201(代) 新潟営業所 ☎025-284-3641(代) 埼玉営業所 ☎048-767-1681(代) 千葉営業所 ☎04-7193-1120(代) 東京営業所 ☎03-5689-4611(代)
 横浜営業所 ☎045-911-8421(代) 金沢営業所 ☎076-222-3811(代) 京都営業所 ☎075-213-7511(代) 神戸営業所 ☎078-252-2336(代) 広島営業所 ☎082-238-7988(代)
 高松営業所 ☎087-868-4323(代) 岡山出張所 ☎086-902-5411(代) 鹿児島出張所 ☎099-228-1479(代) 沼南工場 ☎04-7193-3333(代) 埼玉工場 ☎048-766-2669(代)



骨形成へ新作用

特 性

- 1 骨の脆弱性の要因となる骨基質タンパク質オステオカルシンの異常を正常化します。
- 2 骨形成を促進し低下した骨代謝状態を改善します。
- 3 骨の微細構造を改善します。
- 4 骨粗鬆症における骨塩量及び疼痛の改善効果が確認されています。
- 5 骨形成促進作用(ラット, *in vitro*)と骨吸収抑制作用(*in vitro*)の両面から骨組織の代謝不均衡を改善します。
- 6 副作用発現率は4,252例中145例(3.41%)でした。
主な副作用は、胃部不快感37件(0.87%)、腹痛17件(0.40%)、発疹、掻痒(症)、BUN上昇がそれぞれ10件(0.24%)等でした。(第5回安全性定期報告書より)

本剤はビタミンK₂製剤であり、抗凝血薬療法で用いられるワルファリンカリウム(ワーファリン)の作用を減弱します。これに基づき、使用上の注意に「禁忌」と「相互作用」が設定されています。

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)
ワルファリンカリウム投与中の患者〔「相互作用」の項参照〕

【効能・効果】

骨粗鬆症における骨量・疼痛の改善

【用法・用量】

通常、成人にはメナテレノンとして1日45mgを3回に分けて食後に経口投与する。

【使用上の注意】

1. 重要な基本的注意

(1) 本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究班」の診断基準(骨量減少の有無、骨折の有無、腰痛の有無などの総合による)等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立し、骨量減少・疼痛がみられる患者を対象とすること。

(2) 発疹、発赤、掻痒等があらわれた場合には投与を中止すること。

2. 相互作用

併用禁忌(併用しないこと)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ワルファリンカリウム(ワーファリン)	ワルファリンの期待薬効が減弱する可能性がある。患者がワルファリン療法を必要とする場合はワルファリン療法を優先し、本剤の投与を中止する。プロトロンビン時間、トロンボテストなど血液凝固能検査を実施し、ワルファリンが維持量に達するまで定期的にモニタリングを行う。	ワルファリンは肝細胞内のビタミンK代謝サイクルを阻害し、凝固能のない血液凝固因子を産生することにより抗凝固作用、血栓形成の予防作用を示す製剤である。本剤はビタミンK ₂ 製剤であるため、ワルファリンと併用するとワルファリンの作用を減弱する。

3. 副作用

総症例1885例中、81例(4.30%)の副作用が報告されている。(承認時及び市販後第1回使用成績調査の累計)

	0.1~5%未満	0.1%未満	頻度不明
消化器	胃部不快感、腹痛、悪心、下痢、消化不良	口渇、食欲不振	嘔吐、口内炎
過敏症	発疹、掻痒、発赤		
精神神経系	頭痛	ふらつき	めまい
肝臓	AST (GOT)、ALT (GPT)、 γ -GTPの上昇等		
腎臓	BUNの上昇等		
その他	浮腫		

4. 高齢者への投与

高齢者に長期にわたって投与されることが多い薬剤なので、投与中は患者の状態を十分に観察すること。

5. 妊婦・産婦・授乳婦等への投与

妊婦・授乳婦への投与に関する安全性は確立していない(使用経験がない)。

6. 小児等への投与

小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

7. 適用上の注意

(1) 投与方法

本剤は空腹時投与で吸収が低下するので、必ず食後に服用させること。なお、本剤は脂溶性であるため、食事に含まれる脂肪量が少ない場合には吸収が低下する。(添付文書の「薬物動態」の項参照)

(2) 薬剤交付時

PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。(PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜に刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている)

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

●ご使用に際しては添付文書をご参照ください。

資料請求先: お客様ホットライン室 ☎0120-419-497

9~18時(土、日、祝日9~17時)

2002年11月作成

 hvc
ヒューマンヘルスケア企業

 Eisai

エーザイ株式会社
 〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10
<http://www.eisai.co.jp>