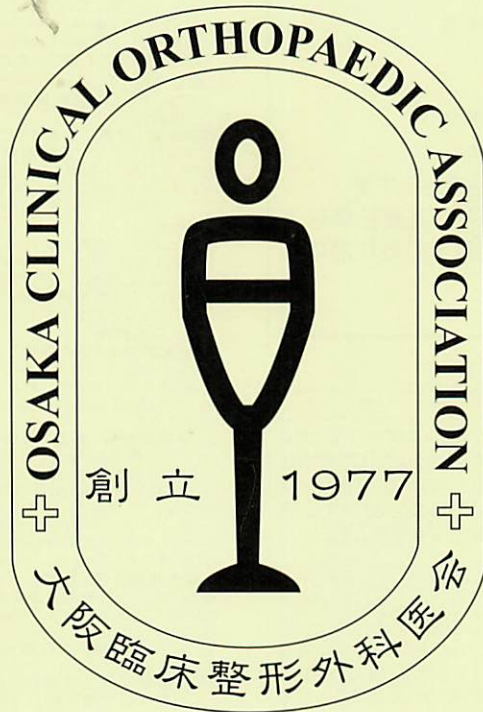




大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association



第30号

平成16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 薬価標準記載

【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。

2003.03 LC01B5E

【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ため、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、クマリン系抗凝血剤（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〕、メトレキサート製剤〔メトレキサート〕、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

目 次

巻頭言	大阪臨床整形外科医会会長に就任して 松左浩司 1
浪速の先覚者たち	脚気論争と堀内 利国 小野啓郎 3
OCOA 年表 11
OCOA 総会の報告	第 28 回大阪臨床整形外科医会総会 13
理事の声	退任ご挨拶 服部良治 32
JCOA 研修会報告	第 30 回 JCOA 研修会 教育研修講演会に出席して . . . 堀木 篤 33
	文化講演会 「人間の魅力を深める」 伊藤成幸 34
	JCOA 懇親会報告 丹羽権平 36
	JCOA 研修会 (愛知) 親善ゴルフ大会 妻鹿利和 38
	第 30 回 JCOA 研修会懇親コンペ参加記 三橋二良 39
	徳川美術館と秘境湯谷温泉はづ別館 坂本徳成 40
	神宮参拝とおかげ横丁散策 澤田 出 41
OCOA 研修会報告	膝のスポーツ傷害・巷で信じられているまことしやかな嘘 堀部秀二 43
	皮膚潰瘍の病態と治療－最近の話題 戸田憲一 46
	誤診例からの教訓－脊椎関連疾患－ 宮内 晃 48
	股関節疾患の外科的治療 徳永裕彦 52
	脊柱管狭窄症の治療と最近の展望 野原 裕 53
	変形性膝関節症の最近の知見と治療について 格谷義徳 56
	骨軟部腫瘍の診断・治療の現状と最近の話題 戸口田淳也 58
	橈骨遠位端骨折に対する新しい掌側プレート固定法 －骨粗鬆患者を中心に－ 釜野雅行 61
	脊椎疾患－診断と治療の Pitfall－ 赤木繁夫 64
	ステロイド性骨粗鬆症の病態と治療－リウマチを含む－ 三木隆己 66
	小児整形外科：最近の動向 廣島和夫 69
	整形外科的リハビリテーション 住田幹男 73
	腰部脊柱管狭窄症の診断・治療におけるピットフォール 岩崎幹季 75
	関節リウマチの病態と治療－最近の進歩 織田弘美 80
	整形外科疾患と肥満・高脂血症：関節症と生活習慣病の関わり 赤木将男 83
症例検討会	第 25 回大阪整形外科症例検討会報告 87
	第 26 回大阪整形外科症例検討会報告 92
紙上勉強会	第 27 回大阪府医師会医学会総会 手 Dupuytren 拘縮の手術例の検討 堀木 篤、早石雅宥 97
	整形外科における漢方の有用性について 須藤容章 100
JOA 委員会報告	平成 15 年度日整会役員・代議員懇談会 黒田晃司 103
骨と関節の日 in 大阪 服部良治 105
	豊中市民整形外科イベント 栗本一孝 106
	『関節が痛む なんでもやろ?』 中村英健 107
JOA 総会報告	JOA 通常総会に参加して 黒田晃司 108
新入会員の紹介 111

新理事自己紹介	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	114
エッセイ・紀行	未開発の島、コーチャーンへの小旅行・・・・・・・・立沢喜和	128
	胡蝶の夢・・・・・・・・・・・・・・・・河合長兵衛	132
	取材旅行裏話・・・・・・・・・・・・・・・・吉川隆啓	134
厚生部報告	第37回 OCOA 春季ゴルフコンペ・・・・・・・・	136
	第38回 OCOA 秋季ゴルフコンペ・・・・・・・・	137
私のボヤキ	医者と銭・・・・・・・・・・・・・・・・木佐貫一成	138
私の工夫	椎間板由来の急性腰痛に対して 簡易コルセット2つ使うダブルコルセット固定・・・・宮田重樹	140
	私の工夫・・・・・・・・・・・・・・・・山本 武	142
私の傑作	・・・・・・・・・・・・・・・・三橋允子	144
	・・・・・・・・・・・・・・・・小瀬弘一	145
	ヘッペンハイムのアポテーク・・・・・・・・石澤命徳	146
	白い卓上・・・・・・・・・・・・・・・・福西睦子	147
	彫塑・・・・・・・・・・・・・・・・石上 直	148
	火星大接近・・・・・・・・・・・・・・・・石川正士	149
	・・・・・・・・・・・・・・・・丹羽雅子	150
私の趣味	2004年大阪国際女子マラソン救護班体験記・・・・斧出安弘	151
	比良山・・・・・・・・・・・・・・・・奥田好彦	154
	鮎釣り入門（Ⅱ）・・・・・・・・佐竹兼爾	155
	私の趣味・・・・・・・・・・・・・・・・吉中正好	156
	馬そり（櫓）・・・・・・・・妻鹿利和	157
	・・・・・・・・・・・・・・・・中嶋博章	159
OCOA 理事会・総会議事録	・・・・・・・・・・・・・・・・	160
会員名簿補追	・・・・・・・・・・・・・・・・	172
編集後記	・・・・・・・・・・・・・・・・	174

協 賛 広 告 一 覧 表

大正富山医薬品株式会社・・・・・・・・表2	第一製薬株式会社・・・・・・・・190
オルト産業株式会社・・・・・・・・178	中外製薬株式会社・・・・・・・・190
旭化成ファーマ株式会社・・・・・・・・179	大日本製薬株式会社・・・・・・・・191
武田薬品工業株式会社・・・・・・・・180	田辺製薬株式会社・・・・・・・・191
帝人ファーマ株式会社・・・・・・・・181	株式会社三和化学研究所・・・・・・・・192
ノバルティスファーマ株式会社・・・・・・・・182	シオノギ製薬株式会社・・・・・・・・192
住友製薬株式会社・・・・・・・・183	大塚製薬株式会社・・・・・・・・193
キリンビール株式会社・・・・・・・・183	科研製薬株式会社・・・・・・・・193
ワイズ株式会社・・・・・・・・184	アポットジャパン株式会社・・・・・・・・194
三菱ウェルファーマ株式会社・・・・・・・・184	小野薬品工業株式会社・・・・・・・・194
持田製薬株式会社・・・・・・・・185	エーザイ株式会社・・・・・・・・195
マルホ株式会社・・・・・・・・185	藤沢薬品工業株式会社・・・・・・・・195
万有製薬株式会社・・・・・・・・186	大鵬薬品工業株式会社・・・・・・・・196
ファイザー株式会社・・・・・・・・186	久光製薬株式会社・・・・・・・・196
日本臓器製薬株式会社・・・・・・・・187	藤本製薬株式会社・・・・・・・・197
株式会社日本メディックス・・・・・・・・187	三共株式会社・・・・・・・・197
土井義肢製作所・・・・・・・・188	山之内製薬株式会社・・・・・・・・198
長生堂製薬株式会社・・・・・・・・188	大曾印刷株式会社・・・・・・・・198
テイクメディックス株式会社・・・・・・・・189	参天製薬株式会社・・・・・・・・表3
株式会社ツムラ・・・・・・・・189	

大阪臨床整形外科医会会長に就任して

OCOA 会長 松 矢 浩 司

平成 16 年 大阪より日本医師会会長が誕生した年に OCOA 会長を拝命いたしました。滅私の精神で活躍された、服部良治前会長には、心より敬意を表します。

本年度は、早石雅宥副会長、栗本一孝副会長、小林正之副会長そして会計に森本清一理事と言う布陣で会務に邁進致す所存でございます。

宜しくお願い申し上げます。

大阪臨床整形外科医会は、先輩諸先生方のご努力と、会員のみなさま方のご協力により、臨床整形外科医会としては、全国一の会員数を擁する会に発展いたしております。

私どものまわりには、内閣主導による株式会社の病院への参入、医療周辺問題、2年後の改悪が予想される診療報酬の改定などがあります。

大阪で優れた実績を残された、植松日医会長の手腕と実行力に期待し、当会としても出来る限り支援させて頂きます。又、酒井大阪府医師会会長とも親密な連絡をとり、当会の発展のために尽くしたいと思っております。

昨年は、JCOA の角南理事長をはじめとする全国理事のご努力で、6月に再診料の逡減制が改善されるという快挙を成し遂げられました。私も、その恩恵に浴した一人であります。

本年度は、当会より JCOA の全国区に長田理事、近畿ブロックに澤田理事が、理事として当選され、整形外科医のため、当会員のために活躍されることになっております。

OCOA といたしましても、許される限りのバックアップをいたしたいと思っております。

身近なところといたしましては、毎月開催致しております教育研修会を、可能な限り続けさせていただきます。昨年度は、12回開催し、平均参加者数は 208 名で、



会場が受講者で埋め尽くされる盛況振りでした。北海道から、又九州からと全国のエキスパートの先生がご講演下さいました。日整会、リウマチ学会、リハビリテーション学会の専門医・認定医継続単位の取得にも適合するように、計画させていただきます。医学の進歩に遅れる事なく、最先端の医療に接し、明日への診療に役立て、いただければと思っております。

研修会後の情報交換会を利用して、会員相互の親睦を深めていただけるように企画させていただきます。

昔と比べて経営環境は、極端に悪くなっております。若手開業医の先生方に、未来への展望と安心感を持っていただく為にも、経営問題を重視した情報を提供して行きたいと思っております。

会員一同仲良く、整形外科医としての知識を深め、手に手をつないで、この難しい時期を乗り切りたいと願っております。

もとより浅学非才な私ではございますが、この調和のとれた活動的な会の更なる発展のために、誠心誠意努力し、重責を全うしたいと思っております。

皆さまのご指導ご鞭撻を賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

大阪府の木 いちょう

中国原産とされ千年ほど前、仏教とともに僧侶達により日本に渡ってきたといわれています。そのせいか古くから親しまれ、各地のお寺などで幹周10mを越すような巨樹を見ることができます。また天然記念物に指定されているものも数多くあります。

街路樹などにも使われポピュラーな樹木ですが、生きている化石ともいわれ、地球上にたった一属一種の貴重な植物でもあります。

将棋駒、将棋盤をはじめ、彫刻材として利用されています。日本料理ではまな板として利用されています。



脚気論争と堀内 利国

大阪厚生年金病院 名誉院長 小野 啓 郎

明治、大正、昭和初期にかけて年間一万人以上の死者をだした非伝染性の病気は、と尋ねても正解を期待できない時代である。脚気といっても、症状を思い浮かべる医師は稀だ。

日清・日露の両大戦では弾に当たって斃れる兵士よりも、脚気死が圧倒的多数にのぼった、という事実を誰が知っているだろう。しかも死に追いやったその張本人が鳴外森林太郎とその一派であるというのだ。当時の第一級の医学者や軍医団が予防に有効なてだてを知りながら、俗説としてこれを無視し、あまつさえ兵食改善の提言者を弾圧したのであった。

幸い脚気を未然に防いだ海軍によって日本海海戦は勝利した。しかし旅順攻撃—奉天大会戦を含め、数万の陸軍兵士が米食による脚気で斃れたのだ。

この脚気論争では緒方洪庵の流れを汲む(間接的にもせよ)大阪学派の人々が予防策に尽力している。その発端者が大阪鎮台の軍医堀内 利国である。彼の提言を受けて、近衛師団で米麦混食の試験を行って成果を挙げたのが緒方惟準軍医部長、洪庵の跡継ぎである。しばらく120年の昔を偲んでもらいたい。

堀内利国の場合

毎年のように多発する兵士たちの脚気に手こずった大阪鎮台(歩兵第八・九・十連隊など兵員7,000人からなる)は一等軍医正堀内の名で、明治17年(1884年)、に以下のような大阪鎮台兵食改正の建議を軍医本部(陸軍省医務局)へ上げるのである。

「利国らさらに一步を進めて、脚気予防のために改良を望むの件あり。他なし。兵食



筆者略歴

昭和5年10月27日生

現住所 豊中市緑丘4丁目25-5

昭和30年3月31日 大阪大学医学部卒業

昭和38年8月1日 大阪大学医学部助手

昭和47年6月1日 大阪大学教授

医学部整形外科学講座

平成3年8月26日—平成5年8月25日

大阪大学医学部長

平成6年3月31日 大阪大学を定年退職

平成6年4月1日 大阪厚生年金病院 院長

平成15年4月1日 大阪厚生年金病院 名誉院長

の改正これなり。利国らこれを聞く。〈明治14年7月全国囚人の食料を改正し、給するに米・麦混合(麦6分米4分)の食を以ってし、爾来府県監獄の疾病大いに減少す〉と。よって本年6月近隣府県衛生課に照会して、その虚実を質すに、果たしてその聞く所にそむかず、府県監獄において脚気の一症はその跡を絶つものの如し。これによってこれを見れば、麦飯の脚気予防法に効あるや、やや信を取るに足る。かつ麦飯はこれを米食に比すれば、胃中消化易うして、身体滋養の効力多きは万

疑を容るべからず……自今一周年間、試みに諸隊兵士の食料を改正し、給するに米麦混合の食をもってし、いわゆる兵舎の改良と、食料の改良と合わせてこれを実施に施さば、たとえ明年脚気の患いを絶つ能わざるも、恐らくはこれを減却するに至らん」

軍医が監獄の給食に言及してまで、兵食の改善を図るというのはいかなる事態か？兵食はそれほど劣悪であったのか？いや、そんなはずがない。白米6合/日というのは当時の日本でははなはだ贅沢な食事であった。ではなぜ、監獄の給食なみにしろというのか？

大阪勤務の長い堀内の頭痛の種は脚気であった。例年のことであるが、夏になると兵士の間に多発した。1883年には病死の兵士62名中35名が脚気死亡であった。翌年にも多数の脚気患者が発生し、うち70名を神戸に転地療養させる有様であった。その折に部下から麦飯の効用を聞かされた。しかしこの治療は漢方の遠田澄庵の療法として知られており*、誰も取り合わなかった。しかし兵庫県ならびに大分県監獄で米飯を麦飯に換えて脚気がなくなったという報告を受け、調査することになる。大阪・京都・三重・岡山の監

獄でも同様の成果があった旨報告をうける。その結果、麦6分と米4分の混合が有効とわかり、冒頭の建議となった。

結果は予想を上回った。大阪鎮台でも明治17年12月から1年間にわたり実施した結果、脚気患者は発生しなくなった！

その後も彼は各地の監獄で脚気の発症を調べ、理由はともかく、米麦混合が脚気予防に有効なことを固く信じるようになった。

明治18年(1885)の大阪鎮台の成功を受けて、米七麦三の混合兵食は近衛歩兵第一旅団の全部隊に支給された。緒方惟準軍医部長が大阪鎮台の麦飯による脚気制圧をうけて一年後に採用したのである。近衛歩兵の脚気患者は1,744名(明治16年)、1,698名(明治17年)、1,133名(明治18年)、そして麦飯採用後の明治19年には、約1/10の120名に減じた。しかし本格的な米麦混食の採用に当たっては、軍医本部長 石黒忠憲および軍医寮頭 松本順らの強硬な反対があり、画期的な成果も認めようとしなかった。理由は「(ドイツの)学理にない」という、ただそれだけである。今では良く知られたことだが、パン食の欧米にはもともと脚気はなかった。緒方惟準の軍医部長辞任と帰阪はこの対立によるとされている。



図1. 堀内 利国

「模倣の時代」(板倉聖宣著、仮説社)より転載、1988年。大阪陸軍病院院長の時代か。

ここで堀内 利国を紹介しておこう(図1、2)。

1844年生まれ。丹後の国、田辺藩士の息。京都の高名な蘭方医新宮涼庭の家に養子となるが後に養家を離れて佐倉の蘭方医佐藤尚中の門に入る。明治元年(1868年)舞鶴に戻った後に上阪、明治新政府の大阪病院医師としてボードウィンに学ぶ。1870年、大阪陸軍病院開設と共にボードウィンに従って軍事病院医官となる。ここで緒方洪庵の子息、緒方惟準の部下として勤務し、一時熊本鎮台の病院長に転じた後、帰阪して大阪陸軍病院長を拜命することになる。堀内は大阪在勤中に洪



図2. 大阪軍事病院

陸軍軍医学校 50 年史 掲載。明治 3 年 (1870 年) にボードインの指導で新築された洋館建築。窓際にベッドを寄せて、長い病棟に数十人の傷病兵が収容される—ナイチンゲール病棟と呼ばれた様式か。京都で凶刃を浴びた大村益次郎が下肢切断術を受けたのは大阪鈴木町の仮病院であったが、彼の遺志により、関西初の陸軍病院として大阪城内に建てられた。明治 10 年の西南役では多数の傷病兵を収容した。

庵の娘九重を娶る。したがって緒方惟準とは義兄弟ということになる。

脚気問題に戻ろう。当時はロシアを含めたヨーロッパ強国のアジア制覇が日本の脅威であった。防衛線あるいは緩衝地帯の名目で朝鮮半島や満州 (中国東北部) をめぐって清国 (現中国) やロシアと緊張関係にあった日本は、その後日清戦争 (1894 年)、日露戦争 (1904 年) を戦うことになる。したがって明治 20 年以降は陸海軍ともに戦争準備下にあったといっ
てよい。島国の日本にあっては、まず海軍の軍備増強と強兵養成が優先課題に違いなかった。にもかかわらず、遠洋航海に出た海軍将兵のあいだに、毎回、脚気が多発した。創設後、日も浅い日本海軍にとっては脅威であった。明治 12 年の統計では：兵員の 38.9% が罹患し、うち 3% もの死者をだしている。これでは戦う前に戦闘能力がないという事態がおきる。高木兼寛は英国留学 (明治 8 年) 以前からこの深刻な事態の解決を迫られていた。しかし英国には脚気がなかった！したがって日本の兵食 (つまりは米食) に問題のあることは明らかだった。当初、彼は英国で学んだ栄養学説に従い、バランスが偏るときに脚気が

起きるのではないかと、として兵食における蛋白質と含水炭素の割合をその成分である窒素と炭素比で調べた (当時の生化学の水準を物語る)。米食主体の兵食では当然含水炭素は多くなり、窒素/炭素比は下がる。ここから洋食 (米を減らし、パンと肉類を増やす) に換えるという発想が生まれた。この点を後に森林太郎に衝かれたわけである。しかし、米を減らしパン食 (小麦にはビタミン B 1 含有量大) を増やしたことが結果的には脚気抑圧に効果があった。

明治 16 年、高木 (海軍医務局長) は兵食改善をめざして遠洋航海する軍艦乗組員で脚気予防の比較試験を計画した。

その結果 軍艦筑波 (パン食と麦飯) と軍艦龍驤 (米 6 合 / 日) で次のような差が証明された：

	脚気患者 (延べ)	実数	死者
筑波組	16	14	0
龍驤組	396	160	25

麦飯とパン食採用によって脚気患者は劇的に減った。明治 11 年—16 年、発生率 32.5% が 17 年には 12.7%、18 年には 0.6% に激減

し死亡者はなくなった。

海軍における麦飯とパン食の採用は、イギリス留学帰りの軍医高木兼寛による。明治18年2月に麦飯採用の上申書を、その後、明治19年1月より麦飯の代わりにパン食にすることを海軍卿に提出している（明治18年3月）。

一軍隊でも堀内利国や高木兼寛の努力によって食事の改革が行われ、一時は脚気の撲滅も間近とさえ思われた。しかし、これは新しい戦いの開幕に過ぎなかった。ドイツ帰りの軍医森林太郎を筆頭とする東大医学部系の医学者たちが、麦飯派に対して大反撃を開始したのである……模倣の時代、板倉聖宣、1988年より

統計についての分疏（申し開き）—森林太郎、1889、東京医事新誌

すでに堀内（大阪鎮台、近衛歩兵）や高木の軍隊における対照実験の末に麦飯の脚気予防有効性が証明されている時点で、大規模・理想的統計研究によらねば真偽のほどは不明、と主張。一方で日本陸軍の兵食をよしとするのはこの時代の西洋医学的栄養学（専らカロリー計算によるものでビタミンや必須栄養素の概念未成立）に照らして欠乏するところを見出せないというに留まる。脚気予防の見地からするものではない。

なお、石黒医務局長の時代に陸軍軍医本部が脚気統計資料を作り変えたことが知られている。明治18年以前の脚気患者数は軍医の診断に基づくものであるのに比して、明治19年以降は軍務を休まざるを得なかった、つまり重症者のみを数えさせた。こうして意図的に患者数を減らそうとしたのである。すでに米麦混食が有効なことも、海軍が脚気制圧に成功したことも知っての上である。しかもそのリーダーである森林太郎はそ知らぬ顔

で理想的統計調査を説くのである！

森林太郎の「日本兵食論（独文）」と「日本兵食論大意」は明治18年（1885）にライプチヒで書かれた。その主旨はすでに在日外人研究者が明らかにしている「蛋白質と脂肪の過少と含水炭素の過量」を無視し、カロリー換算による恣意的な辻褃合わせ（含水炭素をカロリー計算で脂肪に置き換え、含窒素栄養素＝蛋白との重量比を求める）などで、多少の改良を加えれば、日本兵食が優れたものとしていた。しかもこの改良案は3年前に同僚の小池正直（米麦混食を兵食に取り入れることを容認し、一時期、脚気制圧に功を奏した軍医部長）が提出した改良試案の焼き直しであった。

驚いたことに、「兵食論大意」と独文の「兵食論」とは内容に相違点があり、「国内向けと海外向けの論文で使い分けるといふ、科学者としての（？）不誠実さ」は早くから指摘されていた。やたらとドイツ研究者の名前を挙げて自著の権威づけに使うこと、データを都合よく手直しすることなど両者には共通する特徴がある。なによりも、兵食問題は脚気がきっかけであることを承知の上でそのことには触れず、「相手の論の中にある片言隻句を捉えて」論をなしていくのが彼の手である。この2著の中では高木の遠洋航海における比較試験も近衛師団における比較試験も失敗と断じたり、歪曲して伝えている。文芸論争における鴟外の「ごろつきのごとき言いがかり」（ドイツ文学者 高橋義孝）と同じである。

森の名声を頼んでその後も、多くの医学雑誌が彼のいかかわしい論説を取り上げ、森は執拗に自説、反麦飯論を通そうとするのである。

明治22年には、自身、見え透いたデザイン

の兵食試験を行う。白米食、麦混食、西洋

食を各兵士6人ずつのグループで8日間試行した。その結果、吸収された栄養のカロリー計算上は白米6合の兵食が第一等であるという当然の結果になる。カロリー計算によるならば、吸収の良い米食に分があるというだけの比較試験にすぎないが、その結果、ますます兵食は白米依存になり、麦を退けるものとなった。今日の知識でもってすれば、これが、(多量の含水炭素代謝過程で) ビタミンB1欠乏を招く最大因となったと思われる。皮肉なことに、この報告書が出来上がる前に、同年10月16日、海軍軍医総監高木兼寛は宮中に参内し、麦飯採用等の糧食改善によって海軍から脚気が遂に根絶したことを奏上した。

もし高木の決断と事実尊重の精神がなければ、日本海海戦(明治38年)の大勝利は無かったに相違ない。

その一方で日清・日露戦争における陸軍兵士の脚気死には目を覆うものがある。

「明治27、8年役(日清戦争)におけるわが軍の脚気患者は総計41,431名、うち死者は4,064名にのぼる。戦死ないし戦傷死者数453名にくらべると、その9倍に達する」

陸軍省医務局報告—明治44年。

「日露戦争における戦傷病死者—8万5,600余

戦死：4万8,428人、

傷病死：3万7,200人、

傷病者—35万2,700余、

うち脚気病者：21万2,700余、

脚気による死者数2万7千800人余」、日露戦争と脚気、医海時報、明治41年

なお、第三軍司令官の下に千人前後の海軍陸戦隊が同居。兵食のみを陸軍と異なるものにした結果、陸軍には脚気多発するも、海軍陸戦隊に脚気なし(同上)。

明治24年8月森林太郎は医学博士の学位を東大から授与される。「邦食の過不足を判ずるには、専ら温量(カロリー)の多寡を以つ

て明らかにしたり」「戦時兵食は米6合をもつてすれば栄養上に遺憾なしと認定すべし」陸軍医務部門の最高責任者がこうした見解で日清・日露の戦争に臨んだわけである。

明治30年に彼が著した教科書「栄養新編」にも国民病としての脚気には触れていない。眼前にある火急の問題を解決するのではなく、欧米の近代医学の成果を紹介応用することに終始している。その一方で現実の課題を実践的に解決しようとする堀内や高木の発見した事実には、“学理的”と称する立場から非難批判を浴びせるのが手であった。

明治34年(1901)には「脚気減少は果たして麦を以て米に代えたるに因する乎」という論文を医学関係雑誌7誌に発表し脚気米食説に反論した。実はこの当時、陸軍省医務局に蓄積された事実が「脚気と米食の関係」を余すところなく明示していた。小池正直陸軍医務局長(森の前任者になる)は明治32年就任後の軍医部長会議で「脚気と米食の関係」を明確に認め、米麦混食を協議する旨提言している。ただし混食の実施は既に全軍に及んでいた。

医務局資料を引きながら、森は「陸海軍における脚気激減は、伝染病特有の流行期の変動による自然現象であって、兵食改善の結果ではない」と主張するのである。

彼の主張が通らないのは明らかだ。陸軍各師団における麦飯採用の時期がばらばらで、そのためにかえって伝染病流行期などというのが“たわごと”だとわかるのである。しかも麦飯組には脚気がなくなっても白米を多食する学生寮などでは依然として脚気が流行し、伝染病流行による脚気の盛衰どころの話ではないことが歴然としていた。こうなれば彼を偏執狂呼ばわりするのもわからぬではない。

明治40年森林太郎 軍医総監に任じられ

医務局長となる。

東大医学部の教授連、ドイツ留学組、陸軍軍医部と組むその党派性にも目を背けたいくなる。

臨時脚気病調査会の発足。第一回総会：明治41年7月4日（1908年、日露戦争は1904 - 1905）。会長は森林太郎。

委員はほとんど東大医学部出身者であるが、注目すべきは医史学者の富士川游が民間医として参画していることである。彼の大作「日本医学史」には脚気という呼称の由来はあっても、彼自身が知りえた悲惨な事実には口を閉ざすのである。こうして森林太郎と東大医学部出身者の愚行の歴史は日本の医学史からも抹殺されていった。小川や酒井らの医学・医療の歴史にもこの重大な問題が触れられていない。数十万人の犠牲者を出す一方で、堀内・緒方・高木らの輝かしい脚気制圧の事績が明らかであるにもかかわらず、すべてを闇に葬ろうとするあくどい意図があったことは明瞭である。

1916年、森林太郎陸軍省医務局長引退、1917年、東大学長青山胤通の死をまって、同年、入沢ら「脚気患者（糠エキス）治療成績」学会講演 - 効果確認。雪崩をうったように、以後、米食脚気要因説に東大医学部が肩入れしていくのであった。

1924年、臨時脚気病調査会最終総会 - 廃止 森林太郎は1922年病没したが、最後まで調査会の顧問として脚気のビタミンB1欠乏説を阻んだ。

しかし時代は確実に転換しつつあった。栄養といえば含水炭素・蛋白質・脂肪しか念頭に無かった日本の医学者を置き去りにして、世界の医科学・栄養学は急速に進歩しつつあった。

フンクのビタミン提唱、1914年。オランダのヤンセンとドナースが1926年にビタミ

ンB1の結晶分離に成功。

1929年エイクマンとホプキンス（英）ビタミンの発見によりノーベル賞受賞。

このエイクマンこそオランダ領ジャワにおいて白米を飼料として鶏に脚気類似の症状を惹き起こすこと、玄米あるいは糠によってこれを治癒させようことを報告した当人である - ドイツ病理学雑誌に1890年発表。この情報は早くから日本でも知られていたが権威者に一笑に付されていたものであった。日本では米麦混食で兵士の脚気予防が進みつつあった頃である。

鈴木梅太郎が糠の有効成分オリザニンを精製したのは早かった（「糠中の一有効成分について」アベリ酸として発表、1910年；後にオリザニンとして発表し、1912年、製法特許も得て三共製薬が製造発売した）。ただしこれは有効成分であっても純粹のビタミンB1ではなかった。農学者のせいで、脚気病調査会の委員にも選出されていなかった。

明治以降、日本は欧米の文化を模倣することに奮闘してきた。しかし幕末から深刻な社会問題となった米食地帯固有の奇病「脚気」についてはお手本がなかった。その予防治療法だけは日本人が自ら創造性を発揮して解明しなければならぬ最初の、しかも重大な問題であったのだ。徳川十三代将軍も十四代将軍も和宮も脚気で病没。さらに近代化の波と共に脚気は学生と軍隊の間に大流行しはじめ、とくに軍医たちを悩ませることになった。しかし原理はわからなくても治療はできる。自らも患者となった明治天皇は洋方医の処方振り切って麦飯で脚気を克服した一板倉。

1987年になってようやくこの恐るべき愚行の歴史が世間の目に触れるようになった。調査し「模倣の歴史」という本にまとめたの



図3. 山脇東洋解剖碑所在墓地

京都の新京極、誓願寺には解剖供養碑がある。東洋とその一門がしばしば刑死者を解剖し(解屍)、手厚く葬った。今日の解剖祭の起源である。



図4. 実験生理学の祖 伏屋 素狄 (1747 - 1811) を称えて日本生理学会ほかが建てた碑

寛政12年4月大阪の刑場葎島で女刑屍を解剖し、またしばしば動物実験を試み「和蘭医話」を著して卓見を発表した。通称を万町権之進と云い初め堺に医業を開き後に大阪堀江に移り文化8年11月26日終わったが墓が失われたからゆかりの地に近い北堀江の名刹阿弥陀池に碑を立つ

は科学教育研究者の板倉聖宣であった。本来ならば「脚気の歴史」として日本の医師や医学研究者の多くの目に触れ、強い衝撃を与えたはずが諸般の事情でそうならなかったのではない。ほとんど知られていないのが残念でならない。原因は特定されていなくとも、予防する確実な手立てが事実として明かされていた。にもかかわらず、最新のドイツ医学を学んだ医師・医学者たちが目を瞑ったのは何故か？調査資料を改竄してまで、護ろうとしたものはなにか？事実さえ認めようとしないう権威とは、一体何様なのか？どれほど素晴らしい学理が事実たちに優るといえるのか？現代の医学界にも通じるものがないだろうか。

脚気論争を通じて、この時代、京・大阪方と江戸・東京方には「ものの見方・考え方」に随分違いが見て取れる。つまり「事実」にはあくまで素直に頭を下げる前者と、船載の

説・理論に拘泥する後者である。

京都における山脇東洋の人体解剖(1754年、図3；解体新書は1772年出版)がさきがけとなって、大阪では、書かれたこと、聞いたことをしばしば実験している。自分の目で確かめたいのだ。例えば刑屍を解剖した際に一種の生理実験めいたことをしている。史書によって実例を挙げよう。精液の生成と分泌、腎臓の濾過機能などを確認した麻田剛立、大矢尚斎、伏屋素狄などがよく知られている(図4)。こうした実例に基づいて、浪速医学の特徴を「親験実試」だとしたのは医学史家故中野操である。

「麻田剛立のときにもみられたように、大阪ではよく実験を行う。一方、江戸では“解体新書”に代表されるように、洋書を翻訳し、書物から知識を得ている」日本の医療史、酒井より。



図5. 伊達一男(1927-1977)の遺稿出版「医師としての森 鷗外」、續文堂、1981

20世紀も末に近く、不朽とされた鷗外の文芸作品にもようやく公正な評価が下されるようになった(文献参照)。が、そのことは本稿に関わりがない。しかし、「テーベス百門の大都」と絶対視された鷗外の真価を、医師として、同じ目線で見ようとした若き医学徒一伊達一男(阪大医学部29年卒)の名だけは挙げておきたい。彼の遺稿は高名な鷗外研究者らの手によって世に送り出された。板倉の“脚気の歴史”に先んじること7年である(図5)：

「私は鷗外のうちにある優れたものと、間違っただけのものとははっきり指摘し、その根源が明治という時代に生きた日本の知識人、軍医であったことに由来し、それを克服することは、とりもなおさず、現代に生きる医師としての道であることを、私の鷗外論のなかで実証したいと考え、実行してきた」-医師としての森鷗外より。

著者追記

本稿の内容は大部分が板倉の著書、「模倣の時代」に拠るものです。誠に教訓的な著作です。参考文献にも挙げましたが、ご一読をお勧めします。

*東洋医学では、元来、脚気治療の秘伝として小豆(あずき)と大麦が有効だとされていた。明治天皇をはじめ脚気罹患歴のある高位高官の一部にこの説を信奉する人たちが、その実、多かったのである。しかし自分たちが脚気にかからなければ、軍隊の脚気論争に加わろうとはしなかった。

参考文献：(著者名のアイウエオ順に)

- ① 模倣の時代(上下)、板倉 聖宣、仮説社、1988
- ② 医学の歴史、小川 鼎三、中央公論、1964初版
- ③ 日本の医療史、酒井シツ、東京書籍、1982
- ④ 鷗外最大の悲劇、坂内 正、新潮社、2001
- ⑤ 医師としての森鷗外、伊達一男、續文堂、1981
- ⑥ “麦飯爺”-陸軍軍医監 矢島 柳三郎による堀内 利国伝記、堀内 謙吉により出版(1926)
- ⑦ 第四師団軍医部脚気予防記事-堀内 利国の事績をまとめたもの、「医海時報」に転載、明治41年
- ⑧ 両像・森鷗外、松本清張、文芸春秋、1994

なお、森 鷗外の「日本兵食論大意」その他の医学関連論説や評論は鷗外選集(岩波書店)によって容易にアクセスできる。

O C O A 年表

みずのえ うま
平成 14 年 (壬 午) - 2002 年

J C O A		
[学 会]	第 15 回 6 月 15 日・16 日	石川
[研修会]	第 29 回 10 月 12 日～14 日	熊本
O C O A (会長 服部良治)		
[研修会]		
4 月 13 日	大阪医科大学	小野村敏信
(特別研修会)		
5 月 11 日	福島県立医科大学整形	菊地臣一
5 月 18 日	産業技術総合研究所	大串 始
	神奈川歯科大学放射線	鹿島 勇
6 月 8 日	近畿大学医学部整形	福田寛二
	名大大学院医学研究科	石黒直樹
7 月 13 日	厚生連高岡病院整形	鳥嶋康充
	京都府立医科大整形	久保俊一
8 月 24 日	三重大医学部整形	内田淳正
	大阪厚生年金病院整形	富士武史
9 月 28 日	松原メイフラワー病院	松原 司
	大阪医科大形成外科	上田晃一
10 月 19 日	近畿大医学部整形	宗圓 聰
	大阪大医学部整形	清水信幸
11 月 16 日	大阪市大大学院医学研究科	小池達也
	岐阜大医学部整形	清水克時
1 月 11 日	大阪労災病院リハビリ テーション診療科	大澤 傑
	大阪市大医学部整形	高岡邦夫
2 月 22 日	田附興風会北野病院皮膚科	戸田憲一
	大阪労災病院スポーツ整形	堀部秀二
3 月 22 日	関西医大整形	児島 新
	産業医大整形	中村利孝
J O A (日整会)		
[学 術 集 会]	5 月 16 日～19 日	岡山
	岡山大	井上 一
[骨・軟部腫瘍]	7 月 18 日～19 日	山口
	山口大	河合伸也
[基 礎]	10 月 11 日～12 日	青森
	弘前大	原田征行

平成 14 年は明けた。一向に景気浮揚の兆しがないまま 1 月国会では田中真紀子外相は鈴木宗男議員との外務省裏バトルの末更迭され、鈴木議員も逮捕。BSE 牛肉問題で偽装が発覚して雪印食品は会社解散。2 月宮崎駿監督のアニメ「千と千尋の神隠し」がベルリン映画祭で受賞との明るい話題も。社民党辻元議員、秘書給与疑惑で議員辞職、以後同様の火の粉を振り払うこと出来ず加藤紘一・井上裕・・・と辞職相次ぐ。4 月学校 5 日制始まる。親父は働いている土曜日子供は家で。ゆとり教育は学力低下を齎すか。5 月藩陽 (元奉天) の日本領事館へ脱北者 5 人の駆込み亡命の映像は日本人を驚かせた。9 月小泉首相は戦後の首相としては始めて北朝鮮へ飛び、金正日と会談拉致認める。北朝鮮の国家テロ明白に、拉致被害者 5 人帰国。8 人は死亡、だが小泉首相はお手柄。直後の米朝協議で北朝鮮が核開発を認め、一挙に世界の憎まれ者に。10 月日本の小柴昌俊東大名誉教授と京都の島津製作所の田中耕一さんがノーベル賞ダブル受賞。日本中「おめでとう」で沸き立つ。12 月毒物カレー事件一審判決は林被告に死刑。

スポーツ界も 1 月野球ファンは巨人の松井を日本からアメリカニューヨーク Yankees へ送り出したが、実力を発揮しての活躍に溜飲を下げて、早朝からアメリカ野球の中継でのイチロー、マツイ、シンジョー、ノモ・・・の活躍をリアルタイムで見て出社、遅刻するファンも。5 月からの W 杯サッカーを並行主催した日本と韓国が決勝トーナメントに進出、サッカーファンは鼻高々。11 月サッカー協会名誉総裁の高円宮様突然死。王将の村田英雄、落語家柳家小さん、ひげの指揮者山本直純逝く。アメリカジャズ歌手ベギー・リー、「アパートの鍵貸します」のピリー・ワイルダー監督、俳優ジェームズ・コバーン、東京オリンピック 100 メートルに優勝のボブ・ヘイズ等々の訃報。

みづのと み
平成 15 年 (癸 未) - 2003 年

J C O A		
[学 会]	第 16 回 6 月 14 日・15 日	高知
[研修会]	第 30 回 11 月 1 日～3 日	愛知
O C O A (会長 服部良治)		
[研修会]		
4 月 12 日	前香川医科大教授	上野良三
5 月 10 日	大阪労災病院整形 美唄労災病院院長	宮内 晃 金田清志
6 月 28 日	関西医大整形 獨協医大越谷病院整形	徳永裕彦 野原 裕
7 月 26 日	大阪市大大学院整形 京大再生医科学研究所	格谷義徳 戸口田淳也
8 月 30 日	大阪大医学部整形 大阪医大リハビリ テーション医学	橋本 淳 山口 淳
9 月 27 日	中津済生会病院整形 関西医大整形	釜野雅行 赤木繁夫
10 月 25 日	大阪市大大学院医学研究科 大阪中央病院整形	三木隆己 井上雅裕
11 月 29 日	大阪大医学部整形 大阪啓靖記念人工 関節研究センター	上田孝文 大西啓靖
1 月 31 日	大阪医大整形 国立病院大阪医療センター	白井久也 廣島和夫
2 月 14 日	関西労災病院リハビリ テーション診療科 都立大塚病院リウマチ科	住田幹男 後藤 眞
2 月 28 日	大阪労災病院整形 東大大学院医学系研究科	岩崎幹季 織田弘美
3 月 27 日	近大医学部整形 埼玉医大総合医療センター	赤木将男 武内 勤
J O A (日整会)		
[学 術 集 会]	5 月 22 日～25 日	石川 金沢大 富田勝郎
[骨・軟部腫瘍]	7 月 11 日～12 日	兵庫 兵庫医大 圓尾宗司
[基 礎]	10 月 16 日～17 日	北九州 産業医大 中村利孝

日本人が物を買わないから景気が良くならないとの議論がくすぶっているが、まだまだ不景気のトンネルの出口は見えない。

2 月アメリカのスペースシャトル、コロンビア帰還時に空中分解。乗務員全員死亡。3 月にはのりくらのイラクのフセインの態度に業を煮やしたアメリカ・イギリスはイラク攻撃。3 週でフセイン政権潰滅。3 月～4 月アジアでは SARS 流行騒ぎでマスクが飛ぶように売れ、700 人以上の死者を出す。

9 月阪神タイガース 18 年ぶりのセリーグ優勝、星野仙一監督を胴上げ。関西地区は阪神効果での景気回復の期待も。9 月小泉首相自民党総裁再選。10 月道路公団藤井総裁、財務諸表の不備で更迭さる。11 月衆院選で与党 3 党で絶対安定多数確保。民主党も大躍進「二大政党時代」の幕開けか。

自爆テロ相次ぐイラクで日本人外交官 2 人射殺され殉職。デメロ国連代表も爆殺され、国連はイラクから逃げ出す仕末。一体、全体この国はどないなるとるんや。歳の暮 12 月アメリカは “We got him” と逃亡中のフセイン元イラク大統領を逮捕して大喜び。髭ボウボウの独裁者は世界の TV に出演？して生恥を曝すことになった。

初場所再起を期して出場したが横綱貴の花は遂に引退。優勝 22 回。6 月世界水泳で北島康介選手、平泳 100・200 を共に世界新で制し、9 月田村亮子は世界選手権六連覇、共にアテネオリンピックへの夢を繋ぐ。

阪神は優勝したが日本シリーズのペナントはパリーグのダイエーへ、星野監督は惜しまれながらユニフォームを脱いだ。

海外では故将介石夫人の宗美 105 才でアメリカで亡くなる。グレゴリーベック 87 才「白鯨」「ローマの休日」。チャールズ・ブロンソン 81 才「荒野の七人」。キャサリン・ヘップバーン 96 才「黄昏」も。喜劇俳優ボブ・ホープ 100 才。国内では名脇役名古屋章 72 才。女優団令子 68 才。小林千登勢 66 才。そして映画監督深作欣二 72 才「仁義なき戦い」。上方漫才の夢路いとし 78 才と芸能人の計報しきり。

OCOA総会の報告

第28回大阪臨床整形外科医会定時総会

日時：平成16年4月10日（土）

会場：大正製薬株式会社 大阪支店 6階ホール

第28回 大阪臨床整形外科医会定時総会 3：30～4：00pm

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15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15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16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16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 本会会則 第四章第11条の副会長の定員変更の件
服部 良治 会長

第6号議案 平成16年度新役員選出の件
服部 良治 会長

第7号議案 新理事承認の件
服部 良治 会長

4. 次期会長挨拶 新会長

5. 閉会宣言 新副会長

《第1号議案》

平成 15 年度庶務及び事業

(1) 会員動態

平成 15 年 4 月 1 日 会員数 395 名

平成 16 年 3 月 1 日 会員数 402 名

平成 16 年 3 月 1 日までの入会者・退会者氏名

【新入会 14 名】 本田 泰郎、久保 雅敬、安田 浩史、長岡 孝恭、辻 秀記、
居相 浩之、中野 晋吾、山澤 猛、三木 正士、味八木郁雄、
安藤 元博、久保田昌信、豊山 廣治、藤沢 直史

【退会者 7 名】 笹岡 正雄、磯野 甫、金川 雅洋、中州 勲 (15.10.29. 死去)
安藤 晃 (15.12.22. 死去)、越宗 正 (16.1.12 死去)
大竹 節郎 (16.2.19 死去)

(2) 研修会

第 1 回 (135) 平成 15 年 4 月 12 日 大正製薬大阪支店ホール 参加 86 名

「診療所に於ける股関節疾患の取り扱い—スポーツを含む」

講師：前香川医科大学教授 上野 良三 先生

座長：堀木 篤 理事

司会：黒田 晃司 副会長

第 2 回 (136) 平成 15 年 5 月 10 日 (エーザイ) ウエスティン大阪 参加 222 名

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：黒田 晃司 副会長

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) 平成 15 年 6 月 28 日 (小野製薬) 阪急インターナショナル 参加 293 名

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 「腰部脊柱管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) 平成 15 年 7 月 26 日 (大塚) ウエスティンホテル大阪 参加 165 名

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・治療の現状と治療の話題」

講師：京都大学再生医科学研究所組織再生分野教授

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)平成15年8月30日(旭化成) ヒルトンホテル 参加193名

①「骨粗鬆症の診断と治療に関する最近の進歩」

講師：大阪大学医学部整形外科講師 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ー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教室助教授

山口 淳 先生

座長：澤田 出 理事

司会：中嶋 洋 理事

第6回(140)平成15年9月28日(日本ベーリンガー) ヒルトンホテル 参加186名

①「橈骨遠位端骨折の新しいプレート固定法」

講師：中津済生会病院整形外科 釜野 雅行 先生

座長：斧出 安弘 理事

②「脊椎疾患ー診断と治療 pit fall」

講師：関西医科大学整形外科外科助教授 赤木 繁夫 先生

座長：佐藤 利行 理事

司会：田上 実男 理事

第7回(141)平成15年10月25日(帝人) ヒルトンホテル 参加245名

①「ステロイド性骨粗鬆症の病態と治療ーリウマチを含む」

講師：大阪市立大学大学院医学研究科・老年内科学助教授

三木 隆巳 先生

座長：黒田 晃司 副会長

②「半月損傷の治療とその問題点」

講師：大阪中央病院整形外科部長 井上 雅裕 先生

座長：北野 継式 理事

司会：森本 清一 理事

第8回(142)平成15年11月29日(久光) ウェスティンホテル 参加182名

①「骨軟部腫瘍の診断と治療における最近の進歩」

講師：大阪大学整形外科・講師 上田 孝文 先生

座長：北野 継式 理事

②「人工関節はここまで進歩している」

講師：人工関節研究センター・センター長 大西 啓靖 先生

座長：長田 明 理事

司会：新田 望 理事

第9回 (143) 平成16年1月31日 (日本臓器) 全日空ホテル 参加 175名

① 「前腕回旋障害の病態とその治療」

講師：大阪医科大学整形外科 白井 久也 先生

座長：長谷川 利雄 理事

② 「最近の小児整形外科の動向」

講師：国立病院 大阪医療センター院長 廣島 和夫 先生

座長：早石 雅宥 理事

司会：広瀬 一史 理事

第10回 (144) 平成16年2月14日 (科研) 全日空ホテル 参加 185名

① 「整形外科的リハビリテーションについて」

講師：労働福祉事業団・関西労災病院リハビリテーション診療科部長

住田 幹男 先生

座長：前野 岳敏 理事

② 「滑膜炎は なぜ慢性化するか？」

講師：都立大塚病院リウマチ膠原科医長 後藤 眞 先生

座長：松矢 浩司 副会長

司会：澤田 出 理事

第11回 (145) 平成16年2月28日 (大日本製薬) ホテルニューオータニ 参加 172名

① 「腰部脊柱管狭窄症の診断・治療におけるピットホール」

講師：大阪労災病院整形外科・副部長 岩崎 幹季 先生

座長：天野 敬一 理事

② 「関節リウマチの病態と治療—最近の進歩」

講師：東京大学大学院医学系研究科 感覚・運動機能整形外科助教授

織田 弘美 先生

座長：黒田 晃司 副会長

司会：西川 正治 理事

第12回 (146) 平成16年3月27日 (武田薬品) 帝国ホテル大阪

① 「整形外科疾患と肥満症・高脂血症」

講師：近畿大学医学部整形外科講師 赤木 将男 先生

座長：小林 正之 理事

② 「関節リウマチにおける抗TNF- α 療法」

講師：埼玉医科大学総合医療センター第二内科教授

武内 勤 先生

座長：黒田 晃司 副会長

司会：吉田 研二郎 理事

(3) 平成15年度各種会議の開催及び出務状況

4月

12日 大阪臨床整形外科医会総会 (大正製薬ホール) 参加 86名

第1回 (135回) OCOA 研修会 (大正製薬ホール)

27日 JCOA 理事会 (東京) 服部・長田

- 30日(土) 第一回 OCOA 研修委員会
 (服部・黒田・松矢・右近・澤田・新田・吉田・西川・石井・小林)
- 5月
- 10日 OCOA 学術研修委員会 (右近・吉田・服部・松矢・黒田・他)
 第2回 (136回) OCOA 研修会 (ウエスチンホテル大阪) 参加 222名
- 18日(日) JCOA 名簿作成委員会 (東京) 福井
 JCOA 専門医制度検討委員会 (東京) 長田
- 21日(水) JOA 代議委員会・総会 (金沢) 服部・黒田・松矢
- 6月
- 7日(土) 第1回 OCOA 理事会
- 14～15日 JCOA 学会 (高知) 服部・長田・他
- 18～20日 リハビリテーション学会
- 22日(日) JCOA 学術研修委員会 (東京) 堀木
 JCOA 第1回学術研修会 (品川プリンスホテル) 堀木
 JCOA 会則等検討委員会 (東京) 澤田
- 28日(土) OCOA 名簿編纂委員会 (担当理事: 栗本・他 20名)
 第3回 (137回) OCOA 研修会 (阪急インターナショナルホテル)
 参加 293名
- 29日(日) JCOA システム委員会 (東京) 長田・広瀬
- 7月
- 3日(木) JCOA システム委員会 (東京) 長田・広瀬
- 5日(土) 第41回 JCOA 近畿ブロック会 (京都)
 堀木・坂本・三橋・服部・長田・松矢・黒田・福井・栗本
- 13日(日) JCOA 理事会 (東京) 長田
- 19日(土) 大阪症例検討会 (参天製薬ホール) 早石・吉田・右近・他
- 26日(土) 第4回 (138回) OCOA 研修会 (ウエスチンホテル大阪) 参加 165名
- 8月
- 30日(土) 第5回 (139回) OCOA 研修会 (ヒルトンホテル) 参加 193名
- 31日(日) 第2回社会保険委員会 (東京) 天野
 JCOA 専門医制度委員会 (東京) 堀木・長田
- 9月
- 4日(木) JOA 医療システム検討委員会 (東京) 長田
 JOA 「骨と関節の日」について記者説明会 (東京) 長田
- 7日(日) JCOA 理事会 (東京) 長田
- 13日(土) 第2回 OCOA 理事会
- 20～21日(日) JOA・JCOA 合同保健審査委員会 (東京)
 天野・石井・坂本・三橋・他
- 23日(火) JCOA 福祉委員会 (東京) 吉川
- 27日(土) 第6回 (140回) OCOA 研修会 (ヒルトンホテル) 参加 186名
- 10月
- 4日(土) 「骨と関節の日」啓蒙活動

大阪府民講座「関節痛・リウマチてなに？」(大阪府医師会館)

小林・藤本・他

堺市民講座「関節が痛む なんでやろ？」(堺市総合福祉会館)

中村・西川・他

5日(日) JCOA システム委員会(東京) 長田・広瀬

15日(水) JOA 理事・評議委員懇談会(小倉) 黒田

「骨と関節の日」啓蒙活動・豊中市民講座(ホテル・アイボリー・OHホール)

「関節が痛いと思ったらーリウマチを中心に」 反田・丹羽・栗本・児島

18日(土) 健康づくり悠々トーク in 大阪(NHKホール) 堀木・服部・松矢・黒田

19日(日) JCOA 会則等検討委員会(東京) 澤田

25日(土) 第7回(141回) OCOA 研修会(ヒルトンホテル) 参加 245名

26日(日) JCOA 臨時理事会(東京) 長田

11月

1~3日 JCOA 研修会(名古屋) 服部・長田・他

2日(日) JCOA30周年記念式典(名古屋) 服部・長田

8日(土) 42回 JCOA 近畿ブロック会(和歌山)

堀木・坂本・服部・長田・黒田・松矢・矢倉・大島

9日(日) 大阪府医学会総会 堀木・服部・早石・松矢・黒田・茂松・他

大阪府医師会評議会(服部・黒田・松矢)

JCOA 専門医制度検討委員会(東京) 長田

15日(日) 眼科医会110周年記念パーティ(帝国ホテル大阪) 黒田

20日(木) JCOA 各県会長・代表者会議(名古屋) 服部

27日(木) 大阪府医師会単科医会代表者会議(大阪府医師会) 黒田

29日(土) 第2回 OCOA 研修委員会(右近・新田・服部・黒田・松矢)

第8回(142回) OCOA 研修会(ウエスチンホテル) 参加 182名

30日(日) 近畿学校医会(大阪府医師会) 黒田・茂松

JCOA 学術研修委員会(東京) 堀木

12月

6日(土) 第3回 OCOA 理事会

7日(日) JCOA 臨時理事会(東京) 長田

平成16年1月

11日(日) JCOA 医療システム委員会(東京) 長田・広瀬

25日(日) JCOA 学術委員会(東京) 堀木

31日(土) 第9回(143回) OCOA 研修会(全日空ホテル) 参加 175名

2月

1日(日) JCOA 専門医制度検討委員会(東京) 長田

11日(水) JOA・JCOA 合同医療システム委員会(東京) 長田・広瀬

14日(土) 第10回(144回) OCOA 研修会(全日空ホテル) 参加 186名

JCOA 病院部会役員会(東京) 河合

15日(日) JCOA 病院部会・総会・研修会(東京) 河合

22日(日) JCOA 理事会(東京) 長田

28日(土) OCOA 広報委員会・丹羽・前野・山本・瀬戸
第11回(145回) OCOA 研修会(ホテルニューオータニ) 参加172名

3月

6日(土) OCOA 社会保険等検討委員会
天野・反田・村上・服部・松矢・黒田・栗本・岩本
第4回 OCOA 理事会

11日(木) 大阪府医師会新役員当選祝賀会
坂本・三橋・服部・八幡・松矢・茂松・石井

14日(日) JCOA 福祉委員会(東京) 吉川

27日(土) 第12回(146回) OCOA 研修会(帝国ホテル)

- ① OCOA 各種プロジェクト委員会
- ② OCOA 「骨と関節の日」準備委員会
(服部, 松矢, 黒田, 栗本, 澤田, 茂松, 五島, 西川, 小林, 山本, 他)
- ③ 運動器フォーラム 2003 大阪運営委員会(服部・黒田・松矢)
- ④ 府医交通事故委員会(八幡, 服部, 長田, 越宗, 佐藤)
- ⑥ 府医健康スポーツ委員会(八幡)
- ⑦ 府医自賠責・労災部会役員会【年6回】(坂本, 八幡, 服部, 茂松, 矢倉)
- ⑧ 労災保険診療審査会【月2回】
(八幡, 長田, 三橋, 坂本, 反田, 服部, 大橋, 小杉, 吉中, 楠, 植田)
- ⑨ 社会保健診療報酬支払い審査委員会【毎月】(三橋, 八幡, 天野, 石井, 岩本)
- ⑩ 国民保険診療報酬支払い審査委員会【毎月】(村上, 上田, 他)
- ⑪ 府医産業医部会常任委員会【年9回】(八幡)
- ⑫ 府医医学会運営委員会【毎月】(小林)
- ⑬ 府医医事紛争特別委員会【毎月】(濱田, 八幡, 坂本, 木下, 萩野)
- ⑭ 府医救急・労災医療関係会議(堀木・茂松)
- ⑮ 国保柔整施術療養費審査会【月2回】(三橋・坂本・服部・上田・古賀・; 西川)
- ⑯ 社保柔整施術療養費審査会【月2回】(堀木, 河合, 長田, 広瀬)
- ⑰ 国民年金障害認定審査会【月2回】(堀木)
- ⑱ OCOA 柔整審査委員合同会議【15.11/29, 16.1/31】(堀木・三橋・坂本・長田・服部)

(4) 福利・厚生事業

- ① 春季(第37回) OCOA ゴルフコンペ【H.15.6/1】
北六甲カントリークラブで開催されました。参加18名、優勝:羽多野弘次先生、3位:
林原卓先生、3位:首藤三七郎、ベストグロスは長嶋哲夫先生でした。ドラコンは
OUT 8番ホールで安井明先生、IN 12番ホールは河村都容市先生でした。
- ② 秋季(第38回) OCOA ゴルフコンペ【H.15.10/5】
北六甲カントリークラブにて開催されました。参加18名、優勝:長嶋哲夫先生、2位:
孫瑠権先生、3位:北野継式先生、ベストグロスは今回も長嶋哲夫先生、ドラコンは
OUT 5番ホールは右近良治先生、IN 13番ホールは長嶋哲夫先生でした。

(5) 広報事業

- ① 第29号 OCOA 会報発行 (担当理事 丹羽・他)
- ② 「骨と関節の日 in 大阪」(担当 黒田副会長・他)
 - (1) 大阪府民公開講座 大阪府医師会共催. 定員 300 名 (参加 135 名)
「関節痛・リウマチてなに？」(担当 小林理事・他)
時：平成 15 年 10 月 4 日 (土) 午後 2 時より
場所：大阪府医師会館大ホール
講師：上肢担当：フジモト整形外科院長 藤本 啓治先生
講師：下肢担当：大阪医科大学整形外科講師 中嶋 幹雄先生
トレーナーによる運動療法としての体操療法実演
 - (2) 堺市民講座 堺市医師会共催. 定員 450 名 (参加 230 名)
「関節が痛む なんぞやろ？」(中村堺市医師会整形外科医会会長・他)
時：平成 15 年 10 月 4 日 (土) 14:00 ~ 16:30
場所：堺市総合福祉会館大ホール
講演 1. 「関節が痛む病気とは？」
講師：西川クリニック院長 西川 正治先生
講演 2. 「リウマチの外科的治療」
講師：大阪労災病院・リウマチ科部長 政田 和洋先生
骨密度測定 (無料)：40 歳以上女性. 先着 40 名
講演時手話同時通訳を実施
 - (3) 豊中市民講座 豊中市医師会・万有製薬株式会社共催 (担当 栗本理事・他)
「関節が痛いと思ったらーリウマチを中心に」 定員 300 名 (参加 112 名)
時：平成 15 年 10 月 15 日 (水) 午後 2 時より
場所：豊中・ホテルアイボリー OH ホール
講師：大阪大学医学部整形外科講師：橋本 淳先生
健康相談：豊中市医師会整形外科医会医師による健康相談実施
- 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 大阪臨床整形外科医会会員名簿発行 (担当：栗本理事 他)

《第2号議案》

平成 15 年度 OCOA 会計決算報告

平成 15 年度 大阪臨床整形外科医会・一般会計決算書

平成 16 年 2 月 29 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・定期貯金	4,728,020	4,729,443
医師信用組合・普通貯金	2,667,720	4,972,035
現金	475,999	476,247
残金	7,871,739	10,177,725

	期首残高	期末残高
医師信用組合・定期貯金	1,507,210	1,507,653
医師信用組合・普通貯金	2,642,570	4,464,388
現金	277,356	132,146
残金	4,427,136	6,104,187

収 入		支 出	
繰越金	7,871,739	JCOA 会費・入会金	9,690,000
JCOA 会費・入会金	14,270,000	会報作成費	1,503,810
会報広告	690,000	通信費	481,182
大阪府医師会助成金	400,000	福利厚生費	200,000
利息	243	交通費	284,000
		事務費	204,990
		会議費	628,800
		単科医会他	0
		慶弔費	0
		広告	0
		ホームページ維持管理費	41,475
		雑費	20,000
計	23,231,982	計	13,054,257

定期貯金	4,729,443
普通貯金	4,972,035
現金	476,247
計	10,177,725

平成 15 年度学会会計・決算書


収 入		支 出	
繰 越 金	4,427,136	認 定 料・ 申 請 料	518,660
受 講 料・ 日 整 会	2,142,000	事 務 費	329,100
リ ウ マ チ 財 団	520,000	骨 と 関 節 の 日	188,655
リ ハ ビ リ	51,000	通 信 費	0
利 息	466	JCOA 学 会 補 助 金	0
		リウマチ学会助成金	0
計	7,140,602	計	1,036,415


定期貯金	1,507,653
普通貯金	4,464,388
現 金	132,146
計	6,104,187

監 査 報 告 書

平成 15 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 16 年 2 月 28 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 16 年 2 月 28 日

監事 小松 堅吾 

監事 濱田 博朗 

大阪臨床整形外科医会殿

(Ⅲ) 平成16年度事業計画案

「未曾有の窮地に陥っている」「悪化の一途である」とここ数年言い続けておりますが我々の医療環境全く改善の傾向は見えてきません。しかし、地道に一致団結し、生涯研鑽を中心に、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) 会員の權益擁護のため、理事会活動、各種委員会活動を活発に行う。
- (4) 未加入の整形外科医の入会促進のため、積極的に勧誘活動を行う。
- (5) インターネット通信及びF-ネットを用いて、会員への連絡、広報を迅速かつ広く行う。

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 脊椎脊髄病専門医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計るとともに、日本医師会、大阪府医師会の生涯教育研修システムとも協調する。
- (2) 各大学、関係諸病院との連携を密にして、生涯教育をより一層充実したものとなるように、また、整形外科医療の進歩と発展に努力する。
- (3) 平成16年度も年10回以上、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) 日本一の会員数をバックに、OAOA の各委員会の意見を府医、JCOA、日整会、日医の各委員会に反映されるよう努力する。
- (2) 柔整問題は、今、大変危険な方向に向かっていると思われる。今後とも重大な関心を持って対処する。

5. 高齢者対策

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 30 号を発行する。
- (2) 会員名簿の発行
- (3) 「骨と関節の日」は今年から WHO の「運動器の 10 年」と合わせて実施されることになりました。今年のテーマは「腰痛」です。10 月に大阪府医師会館、大阪市東住吉区、高石市（10 月 6 日【水】予定）と高槻市の 4 カ所において、一般市民を対象に講演会を開催する準備を進めている。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 39 回ゴルフコンペ 春季コンペ 平成 16 年 5 月 23 日（日）予定

第 40 回ゴルフコンペ 秋季コンペ 検討中

《第4号議案》

平成16年度 OCOA 会計収支予算案

平成16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	10,177,725	JCOA 会費 (400名)	9,600,000
会費	14,400,000	JCOA 入会金 (10名)	100,000
JCOA 入会金	100,000	会報作成費	2,500,000
会報広告	600,000	通信費	600,000
大阪府医師会助成金	300,000	福利厚生費	400,000
利息	500	交通費	800,000
		事務費	800,000
		理事会・出務費・会議費	1,500,000
		慶弔費	100,000
		予備費	9,178,225
計	25,578,225	計	25,578,225

学術会計

収入		支出	
繰越金	6,104,187	認定料	600,000
受講料日整会	1,600,000	申請料(事務費)	350,000
リウマチ財団	550,000	骨と関節の日PR費	1,000,000
リハビリ学会	100,000	通信費	50,000
利息	500	学会助成金	1,000,000
		予備費	5,354,687
計	8,354,687	計	8,354,687

《第5号議案》

大阪臨床整形外科医会は、日本一多数の会員で、日本臨床整形外科医会最大の勢力として活動しており、本会の会長・副会長・各理事はその活躍分野は多岐に渡ります。

特に、会長・副会長はその業務が各方面に及び、JOA、JCOA、大阪府医師会 各市の医師会などとの関係業務も多く、役割分担しなければ、立ちゆかない事態となっております。

この際、本会会則の 第4章役員の第11条①副会長2名を 副会長若干名と変更して、必要に応じて運用できるように変更したいと考えて、ここに提案いたします。

《第6号議案》

平成16年度・大阪臨床整形外科医会・新役員候補

会 長 松矢 浩司

副会長 総務・庶務担当

会計担当理事

福祉・厚生担当理事

理事会（議事録）担当理事

理事会（会場）担当理事

渉外担当理事

早石 雅宥

森本 清一

吉田研二郎

福井 宏有

斧出 安弘

坂本 徳成

副会長 学術・広報・会員名簿管理担当

学術・研修会担当理事

会報担当理事

インターネット担当理事

栗本 一孝

右近 良治

丹羽 権平

澤田 出

副会長 保健と「骨と関節の日」担当

健保・労災・自賠責・医療担当理事

「骨と関節の日」担当理事

監 事

議 長

副議長

裁定委員

大阪府医師会・医学運営委員

大阪府健康相談委員

JCOA 代議員

JCOA 予備代議員

小林 正之

天野 敬一

黒田 晃司

小松 堅吾・服部 良治

堀木 篤

佐藤 利行

吉中 正好・三橋 二良・孫 瑠権

小林 正之

反田 英之・新田 望

松矢 浩司・早石 雅宥・栗本 一孝

小林 正之

黒田 晃司・右近 良治・西川 正治

吉田研二郎

《第7号議案》

新理事推薦

青木 誠（あおき まこと）

平成1年奈良医大卒・平成10年泉南市樽井にて開業

阪本 邦雄（さかもと くにお）

昭和51年大阪市大卒・平成3年堺市深井清水町にて開業

市整会副会長（平成16年4月より）堺市医師会整形外科医会 理事など忙しく活躍中
古瀬 洋一（こせ よういち）

昭和60年大阪市大卒・大阪市城東区のサトウ病院院長として活動中

岸本 成人（きしもと なりひと）

昭和59年大阪大卒・平成14年城東区にて開業

前中 孝文（まえなか たかふみ）

昭和62年大阪大学卒・平成7年吹田市山田西にて開業

三村 和博（みむら かずひろ）

昭和56年北大卒・大阪大入局・平成3年大阪市岸里東にて開業

今井 秀（いまい しゅう）

昭和53年大阪医大卒・昭和63年吹田市にて開業・大阪医大若医会理事で活躍中
白川 貴浩（しらかわ たかひろ）

昭和54年大阪医大卒・平成9年摂津市にて開業・摂津市医師会理事等で活躍中

中川 浩彰（なかがわ ひろあき）

昭和58年卒大阪医大卒・平成8年淀川区にて開業・淀川区医師会理事等で活躍中
坂口 光輝（さかくち みつてる）

昭和55年和歌山県立医大卒・平成4年泉南市にて開業

石田 文明（いしだ ふみあき）

昭和55年京大卒・平成10年・八尾市にて開業

榊田 理（ますだ ただす）

昭和59年慶応大卒・京大入局・平成7年・寝屋川市にて開業

森 泰壽（もり やすひさ）

昭和49年関西医大卒・昭和58年4月・西成区岸里にて開業

黒川 隆彦（くろかわ たかひこ）

昭和52年関西医大卒・平成12年10月・藤井寺市北條町にて開業
山口 康二（やまごち こうじ）

昭和62年関西医大卒・平成11年10月・大東市浜町にて開業

三浦 光也（みうら みつや）

昭和58年近畿大学医卒・平成15年9月・西成区岸里にて開業
永田 行男（ながた ゆきお）

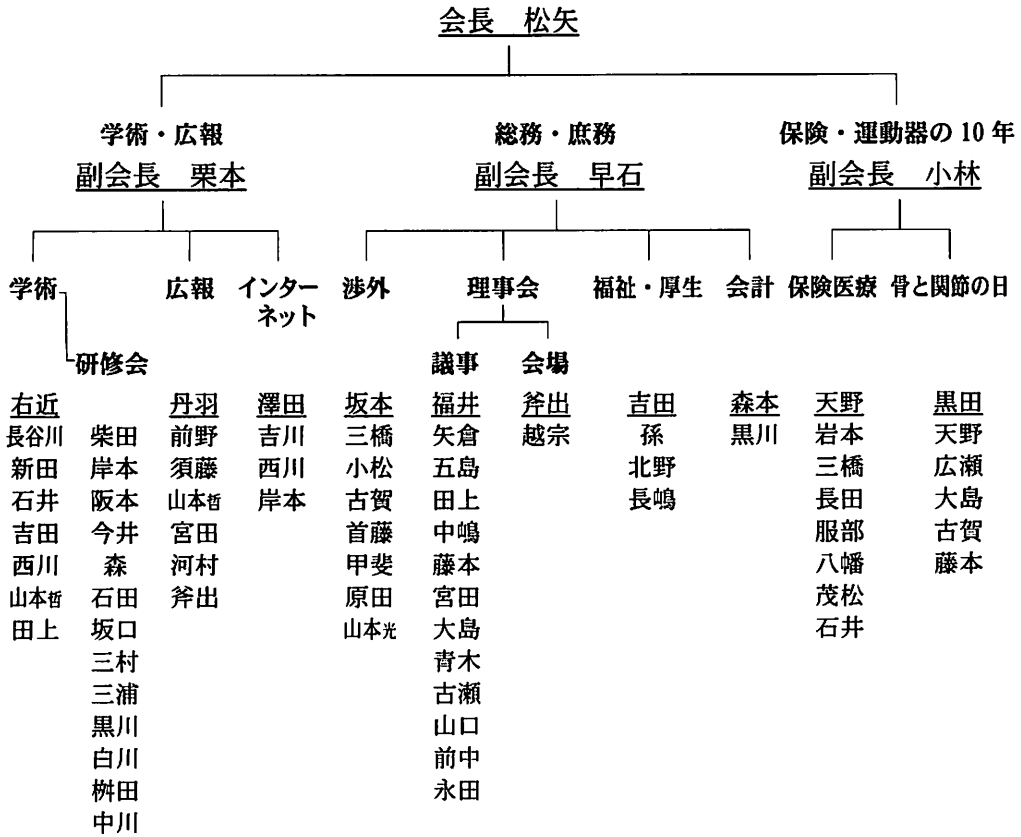
昭和60年近畿大学医卒・平成14年8月・堺市八田北町にて開業

平成 16 年度 OCOA 役員

(五十音順)

顧問	阿部宗昭	大阪医科大学 整形外科学 教授
	飯田寛和	関西医科大学 整形外科学 教授
	越智隆弘	大阪大学 医学部 大学院医学研究科・医工学治療学 教授
	高岡邦夫	大阪市立大学大学院 医学研究科 整形外科学 教授
	浜西千秋	近畿大学 医学部 整形外科学 教授
	吉川秀樹	大阪大学 医学部 整形外科学 教授
名誉会員	稲松 滋・上野良三・小川亮恵・小野啓郎	
	小野村敏信・島津晃・田中清介・原省吾	
	平山正樹・増原建二・山野慶樹・吉田正和	
会長	松矢浩司	
副会長	早石雅宥・栗本一孝・小林正之	
理事	青木 誠・天野敬一・石井正治・石田文明	
	今井 秀・岩本善介・右近良治・大島正義	
	長田 明・斧出安弘・甲斐敏晴・河村都容	
	岸本 成人・北野継弉・黒川隆彦・黒田晃司	
	古賀教一郎・越宗正晃・古瀬洋一・五島淳	
	坂口光輝・阪本邦雄・坂本徳成・澤田出	
	茂松茂人・柴田和弥・首藤三七郎・白川貴浩	
	須藤容章・田上実男・武田十四也・中川彰	
	中嶋 洋・長嶋哲夫・永田行男・西川正治	
	新田 望・丹羽權平・長谷川利雄・馬場貞夫	
	原田 稔・原 卓司・広瀬一史・福井宏	
	藤本 啓治・前中孝文・前野岳敏・榎田理	
	三浦光也・三村和博・宮田重樹・森 泰壽	
	森本清一・矢倉久義・八幡雅志・山口康二	
	山本 光男・山本 哲・吉川隆啓・吉田研二郎	
参与	伊藤成幸・大橋規男・河合長兵衛・木佐貫一成	
	小杉豊治・瀬戸信夫・濱田博朗・藤原孝義	
	堀木 篤・松尾澄正・村上白士・吉田正和	
監査	服部良治・小松堅吾	
議長	堀木 篤	
副議長	佐藤利行	
裁定委員	吉中正好・三橋二良・孫 瑤權	

平成 16 年度 OCOA 理事役員分担表



- (参 与) : 伊藤成幸 大橋規男 松尾澄正 小杉豊治 吉田正和
 河合長兵衛 濱田博朗 村上白士 藤原孝義 瀬戸信夫
 堀木 篤 木佐貫一成
- (監 査) : 服部良治 小松堅吾
- (議 長) : 堀木 篤
- (副 議 長) : 佐藤利行
- (裁定委員) : 吉中正好 三橋二良 孫 瑠権
- 大阪府医師会・医学運営委員 小林正之
- 大阪府医健康相談医 反田英之 新田 望
- JCOA 理 事 : 長田 明 (全国区) 澤田 出 (地区)
- JCOA 代 議 員 : 松矢浩司 早石雅宥 粟本一孝 小林正之
- JCOA 予備代議員 : 黒田晃司 右近良治 西川正治 吉田研二郎

平成 16 年 OCOA 研修会日程

第 2 回 (148 回) 平成 16 年 5 月 29 日 (エーザイ) ウエスティンホテル大阪

① 「人工関節手術におけるナビゲーションとロボット支援手術」

講師：大阪大学整形外科・講師：菅野 伸彦 先生

座長：右近 良治 理事

② 「スポーツ科学からみた変形性膝関節症」

講師：九州大学病院・リハビリテーション部・助教授：三浦 裕正 先生

座長：広瀬 一史 理事

司会：澤田 出 理事

第 3 回 (149 回) 平成 16 年 6 月 26 日 (小野薬品) ホテル阪急インターナショナル

① 「転移性骨腫瘍に対する整形外科的治療」

講師：姫路赤十字病院整形外科部長：青木 康彰 先生

② 「腰部脊柱管狭窄症の病態と治療法の選択」

講師：久留米大学医学部・教授：永田 見生 先生

座長：松矢 浩司 会長

司会：矢倉 久義 理事

第 4 回 (150 回) 平成 16 年 7 月 17 日 (大塚製薬) ウエスティンホテル大阪

① 「関節リウマチ診断治療における新たなマーカー」

講師：近畿大学堺病院・整形外科・教授：菊池 啓 先生

座長：山本 哲 理事

② 「後方進入脊椎内視鏡手術の課題と展望」

講師：和歌山県立医大・整形外科・教授：吉田 宗人 先生

座長：田上 実男 理事

司会：斧出 安弘 理事

第 5 回 (151 回) 平成 16 年 8 月 28 日 (旭化成) ヒルトンホテル

① 「舟状骨骨折の診断と治療 (スポーツを含む)」

講師：大阪市立大学大学院・医学研究科・整形外科・講師：香月 憲一 先生

② 「筋骨格系慢性疼痛の心とからだ」

講師：日本大学医学部内科学講師 村上 正人 先生

第 6 回 (152 回) 平成 16 年 9 月 25 日 (日本ベーリンガー) ヒルトンホテル

① 「足関節以下の外傷の治療 (スポーツ損傷を含む)」

講師：清恵会病院・整形外科・部長：坂中 秀樹 先生

② 未定

第 7 回 (153 回) 平成 16 年 10 月 23 日 (帝人) ヒルトンホテル

第8回（154回）平成16年11月（久光） ホテルグランビア

第9回（155回）平成17年1月（日本臓器）

第10回（156回）平成17年2月（科研）

第11回（157回）平成17年3月（武田）

平成16年度第一回（第147回）研修会

平成16年度第1回学術講演会を総会に引き続いて開催いたします。

総合司会 栗本 一孝 理事

〔I〕医薬品紹介

「非ステロイド性消炎鎮痛剤『ロルカム』について

～我が国の消炎鎮痛剤の開発の歩み～

大正富山医薬品株 医薬情報部

〔II〕特別講演

座長 村上 白土 理事

演題 「ヒアルロン酸の関節内注入療法について」

講師 近畿大学医学部名誉教授 田中 清介 先生

大阪臨床整形外科医会

会長 服部 良治

共催：大阪臨床整形外科医会

大正富山医薬品株式会社

退任ご挨拶

OCAO 前会長 服部 良治

この度、大阪臨床整形外科医会会長の任期を終了し退任致しました。任期中は理事役員の皆様に多大なご負担をお掛けしましたことをお詫びいたしますと共に、会員の皆様方には会の運営にご理解とご協力賜りましたことに対し心より感謝申し上げます。

平成14年2月頃、診療報酬2.7%引き下げ、特に再診料、理学療法の月内逓減制の導入案等が次第に漏れ聞こえるにつれ、整形外科は大打撃を受けることが懸念された。巷では何処で誰が容認したのかなど、犯人捜しまで始まり不愉快な日々もあった。同年4月診療報酬改定が実施されるや、-2.7%どころか20%近いダウン。特に整形外科、リハビリテーション科のみ標榜している医療機関は軒並み大幅な売上減となり、壊滅的な打撃を被った。深刻な事態を予測した大阪臨床整形外科医会（長田明会長）は、直ちに抗議文を作成し、OCAO 全会員に署名を求め、これに署名簿を添え、大阪府医師会とJCOAのそれぞれ二つの組織を経由して、当時の日本医師会坪井会長に手渡した。これを契機に全国的な抗議運動が展開されたことは、極めて意義深い活動であった。同年12月JCOAは整形外科医政協議会を立ち上げ、19日には、東京衆議院第2議員会館で「危機突破総決起集会」を開催した。これら一連の活動が平成15年6月、前例にない再診料逓減制廃止に繋がった事は確かであろう。

本年4月診療報酬改定で理学療法の月内逓減制は僅かに改善されたものの、依然として残っており、この種の手法は患者さんの不信感を増やすだけであり廃止してほしい。整形外科診療所を訪れる患者さんの70～80%は何らかの理学療法を必要とすると考えられ



る。今回の一連の改定で最も打撃を受けたのは整形外科である。我々には逃げ場がない。運動器疾患に整形外科のリハビリは避けて通れない重要な治療手段であり、例え逓減されようが、包括されようが、不採算であろうが必要な治療はしなくてはならない。これは医師の責務である。JCOAは引き続きこれまでの活動を強力に推進して戴きたい。また医業類似業者の跋扈も悩ましい社会問題の一つであり、今後引き続き対策を講じる必要がある。

2年間、難しい時期に会の運営をお引き受けし、自分なりに努力した積もりだが、やり残したこと、失敗したことなども幾つかある。先日、次期執行部に業務の引き継ぎもほぼ完了した。これも偏に副会長黒田、松矢両先生をはじめ理事、役員及び全会員の皆様方、そして関係各位のご指導とご協力の賜と感謝いたします。ありがとうございました。

尚、今期会長に就任された松矢先生は企画力、実行力に優れ、温厚で誠実な紳士であります。OCAOの伝統を引き継ぎ、会員の和と会の発展にリーダーシップを発揮していただけるものと確信しております。会員の皆様方には、引き続き変わらぬご支援とご協力を賜りますよう、重ねてお願い申し上げます。

第30回 JCOA 研修会 教育研修講演会に出席して

理事 堀 木 篤

平成15年11月2日、東海テレビのテレビアホールで、30周年記念式典にひきつづき行われた。講師は名古屋大学教授の石黒直樹先生で、演題名は「変形性関節症の発症機序と治療法」であった。先生は以前 OCOA でも講演されており、ゆっくりとした口調で非常にわかり易く興味深く拝聴した。

まず変形性関節症(OA)の一次性、二次性の話から始まった。二次性のOAは膝関節で我々が日常診療でよくみるOAである。その発症機序は繰り返されるストレスによる機械的損傷、それに伴う関節軟骨細胞での代謝変化、加齢変化、炎症などの蓄積によって引き起こされて行くと説明され、アグリカンの保たれている間は可逆性であるが、その保水作用が失われコラーゲの崩壊につながって行くと不可逆性となり進行の一途をたどる。

今までの診断は主にX線写真による骨変化、骨硬化像であり間接的な情報にすぎないとのことである。またMRIによる検討も行われているが問題解決とは言い難いとのことである。例えば骨粗鬆症の診断に用いられるNTXやBAPのようなマーカーが関節症についても行われるようになれば、関節症の早期診断に役立つし可逆性のある時期に治療を始めることが出来るようになれば理想的とのこと、鋭意研究をすすめている。分解系酵素のMMPや、代謝産物であるアグリカンやII型コラーゲンの測定研究を行っている。

変形性膝関節症の治療について保存療法、手術療法について話された。HTOとTKRを左右の膝に手術した症例を示されHTOの有用性を強調された。その他モザイク療法やtissue engineeringによる軟骨移植の新しい



治療法も説明された。保存療法ではNSAIDの他、装具療法やヒアルロン酸関注など説明されたが、ヒアルロン酸では分子量の差による効果はあまり差がないのではないかとのことであった。

サプリメントとしてのサメ軟骨の話にうつった。先生がフロアに向かって「一年間にサメに食われた人間の数は何人位あると思いますか」と質問された。答えは世界で8人程度とのこと、逆に人間に食われるサメの数は中華料理店の数程あるとのこと、会場の笑いをさそった。コンドロイチン硫酸やグリコサミンはサプリメントとして市販されており、患者からよく質問される。先生の言うのでは科学的実態は乏しいとのこと、服用しても害はないがグリコサミンなどは糖体であるので糖尿病患者には注意が必要とのことであった。

また最近、教室で行われている骨延長時に幹細胞を使って骨増殖を早めている話もされ興味深かった。

日常診療で患者の多い変形性関節症について色々と興味ある話をきけ、満足した一時間であった。

文化講演会 「人間的魅力を深める」 講師：作家 城山三郎先生

COA 参与 伊藤成幸

城山三郎先生の年譜

昭和2年8月18日 名古屋市に生まれる
名古屋商業-東京商科大学(現一橋大学) 予科-同学部卒

昭和27年4月より昭和38年6月まで
愛知学芸大学(現愛知教育大学)で経済原論景気論などを教える。

昭和32年 文学界新人賞を「輸出」で受賞
34年 直木賞を「総会屋錦城」で受賞
以後、「落日燃ゆ」で吉川英治賞、毎日出版文化賞。「黄金の月日」などで放送文化賞。

「硫黄島に死す」で文芸春秋読者賞。「本田宗一郎は泣いている」で再度、同賞を受賞。「もう君には頼まない」で菊池寛賞。

主な作品

「総会屋錦城」「落日燃ゆ」「毎日が日曜日」

「男子の本懐」「素直な戦士たち」

……新潮文庫

「鼠」「粗にして野だが卑ではない」

……文春文庫

翻訳「ビジネスマンの父より息子への30通の手紙」 (新潮社)

城山三郎伝記文学選 (岩波書店)



11月2日(日) JCOA 研修会 30周年記念式典が、東海テレビ、テレピアホールで行われ、JCOA 元理事長・高山瑩先生と医事評論家・行天良雄先生によるテーマ「JCOA の歩みとこれから」の記念対談のあと、しゃちほこ研修会のメインである作家城山三郎氏の文化講演会がありました。

城山三郎先生は、飄々と朴訥な感じの老人に見受けられる様子で演台に立たれたのが、印象に残っております。

講演は、「人間的魅力を深める」です。

冒頭に、人間は面白い、その人間を描きたい、とくに魅力を感じず人間について、と云われ、何人かの魅力ある著名人について、話をされました。

1) 話題になっている人として、元首相の中曽根氏と宮沢氏の比較からはじまり、宮沢氏は、学校の成績は優秀で、中学4年、高校2年で東大へ入ったほどの秀才で、当時日米の学生交流の場で、その優秀さに米人学生がびっくりして将来首相になるだろうと云ったそうです。奥さんは、その時知り合った方だそうです。中曽根氏と宮沢氏と一緒にゴルフをした時、ゴルフの待ち時間に、中曽根氏は周囲の人と会話を楽しみ、いろいろ聞くこと



城山三郎先生

によって、その人間に興味があるようでした。一方宮沢氏は、その間松ボックリを打っていた。ゴルフでも何に対しても積極的に勉強するタイプだなあと考えた。

2) 尊敬できる人では、財界人の土光氏です。皆から非常に尊敬されていた土光氏が、経団連の会長をやめた時にお会いした。土光氏の家の廊下を力強く歩いてはいけないと云われていた。なぜなら廊下の板が弱くて踏みぬいてしまう危険があるからだそうです。家計は月5万円で、食事也非常に質素で余分なお金は学校等へ寄付をしていたそうです。家の玄関は物置のようで、いろんな物が置いてあってそこからは家には入れなくて、縁側からおじゃましてお会いした。健康法はピョンピョン跳び回って木刀を振ることで体を鍛えていたようです。面白い逸話があります。隣りに女子学園があって、そこへ泥棒が入った時、土光さんは翌日から学校の夜警をされたのですが、3日目に自分の家に入られたが、何も取られるものがなかったそうです。このように自分自身は、奢侈とは全く縁遠い暮らしをしておられた。そして日本の赤字財政を非常に心配しておられた。私は、土光さんとお話をして非常に胸を打たれました。全く珍しい人であった。

3) 城山先生の奥さんについて

人間を豊かにするには、その人間を支えるものが必要であり、支えるために3つの柱がある。①自分自身、②親しい友人、③連れ合い。

アラスカ大学にオーロラ研究者の日本人がいて、その人を訪ねてオーロラを見に行ったが、運悪くオーロラが出現しなかった。しかし帰りの飛行機の窓からオーロラが見られ

た。いつも奥さんが横にいると気が楽です。そしてたまたまその時も奥さんが横で気兼ねなく、オーロラが見られてよかったという思い出があります。家内と旅行をよくします。国境を越える時に検問があり、奥さんのバックの中身はと聞かれて、わからないと云うと、夫婦でないのではないかと怪しまれた。外人は奥さんのバックの中身を皆知っているそうです。

私はグライダーに乗って、ライセンスを取ろうとしたが奥さんに反対された。それは奥さんの兄が飛行機乗りで、飛行機が好きで海兵から自衛隊に入っていた。飛行訓練中事故に遭遇したが、緊急脱出をせず、隊員には海か山へ向かわせ、本人は人家のない所まで事故機をできるだけひっぱって、他への被害を与えず結局千歳空港の中で死んだ。これも人間的魅力です。

コンコルドは、大西洋を3時間半（普通は8時間）で飛行する。乗客の多くは、マッハ1の標示の所で写真をとっている。その人達の中には社長連中その他いろいろな人がいるが、それぞれ人間としては変わりが無い面白い光景です。

その他人間観察として、新田二郎、渡辺淳一、長嶋茂雄、三木、周恩来氏等々についての話もあった。

このようにいろんな人との出会いの中で、その人その人の面白さ、すばらしさがあり、人間的魅力を感じる人もあれば、そうでない人もある。それによって自分の人間的魅力を深めることができたというようにことについて話をされました。

JCOA 懇親会報告

豊中市 丹羽 権 平

平成 15 年度 JCOA 研修会

11月2日 於東海テレビテレビアホール
「記念対談」 医事評論家 行天良雄氏
高山瑩元 JCOA 理事長

「教育研修講演会」

『変形性関節症の発症機序と治療法』
石黒直樹名大教授

「文化講演会」

『人間的魅力を深める』
作家 城山三郎氏

これらのお勉強会のあと東海テレビのホールよりお向かいの東急ホテルに移り、恒例の懇親会が始まる。480名の全国会員及び家族の熱気で大宴会場はムンムン。

全国唯一の県医師会交響楽団（との触れ込みやが、大阪にも医師会交響楽団はあるのやそうでっせ）によるオープニングミュージック、ヘンデル「水上の音楽」が鳴り響く内に偉い先生方の御挨拶。次第に酒気帯び雑談が嵩じて仲々聞き取れないがまあいいか。



松矢・服部新旧会長

恒例の鏡割り、乾杯の音頭、しかしもう既に飲み始めている人達は御機嫌でテーブルの間をあっちこっちさまよい歩いて、旧交を温め一年に一度しか会えない他府県の先生方と



挨拶の交換。

もう大っぴらに席を立て出掛けてもいいかと、名古屋名物「ジャンボ海老フライ」「きしめん」「ひつまぶし」「味噌カツ」の屋台へ行ってみると、美人コンパニオンの行列、名古屋はなんでこないに美人ばかり揃うてるんやろ、割込むと肘テツを喰わされそうや、一番後ろに並ぶと時間が要るわと退散。しばらくしてもう一度行くと「もうありません、売り切れです。」とは整形外科医の食欲も大したもんじゃないか。まだまだ日本の整形外科も馬力あるんじゃないかと希望が持てる。

そうこうする中に余興の「ダ・カーポ」のお二人登場。何でも奥さんの広子さんは股



ダ・カーポのデュエット
(ダ・カーポとは音楽用語で最初に戻れとの意味)

関節 OA で永年悩んで居られたが、THR を受けられ整形外科医の適切な治療と指導により、完全に回復なさったとの喜びと整形外科医への感謝の気持ちをこめての歌の数々。「宗谷岬」「結婚するってほんとですか」等々、私共の若き時代の歌、ナツメロ？が次々に流れて会場は拍手の連続、私も旧式のカメラであっちへ行ったり、こっちから狙ったりしてカメラアングルを変えてカメラマンに早変わり。それにしても声も姿も顔も美しいこんな人に惚れられて夫婦となり、生活も生計も共にして全くの共同生活ばかりで羨ましいが、又一寸息苦しいのやないかと下司の勘ぐり。



OCOA 妻鹿御夫妻

OCOA からの参加は殆ど古い隠退直前の理事とその奥さんばかり計 17 名で、若い先生方のご参加が少ないので淋しい。

本年 10 月 9・10・11 日の 3 日間札幌で行われる第 31 回 JCOA 研修会には是非共若手の先生方御夫妻でご参加になり、元整形外科医の作家渡辺淳一の講演をお聞きになつては如何でしょうか。

そして北の大地も、札幌の「すすきの」も、大阪の若い先生方を待っていますぞ。



OCOA 奥田御夫妻

大分県の木 ブンゴウメ

花は大輪で淡紅色。果実は大きく、直径 4～5 センチ。
鑑賞用の花木として親しまれている。豊後（大分の古称）
の名産。



JCOA 研修会 (愛知) 親善ゴルフ大会

東大阪市 妻 鹿 利 和

平成 15 年 11 月 1 日愛知カントリークラブで行われました。当日は澄み切った秋晴れの一日で、名古屋市内にありながら、強大な権力を誇った尾張徳川家の御猟場跡に造成された自然林に恵まれた名門コースです。

設計者はかの有名な井上誠一氏の雄大で戦略性に富んだコースは、挑戦欲をかきたてるが、心憎いほど周到に隠された罠にはまり、大たたきする結果となる。私の所属している枚方カントリークラブも同じく井上さんの設計によるものであり、その奥深さと尽きせぬおもしろさを尋ねて、各地のコースを尋ね歩いたものである。

コースも広く時代を感じさせる奥深い木々に恵まれているが、中でも興味を引いたのは、あまり大きくなかったが心を惹かれた木があり、たしかヤーデイジ表示の木であったような気がする。キャディさんに聞くと、トベラとゆう変わった名前のお木ですよと教えてくれた。はじめての殻に可愛い赤い種子がついていた。変わった名前が気になったので早速家に帰り調べると、防風林としても植えられ、地方によっては節分に玄関先に枝を指し、鬼よけに使う所があると記してあった。



このコースはベントグリーンではなく井上さんのコースに多い高麗芝で、グリーンの場合によっては鬼の面のひげのような芝目をしており、ボールは予測できない曲がりをして最後まで悩ませられ苦しめられた。こんな事なら鬼よけのトベラを帽子にさしてやれば良かったと今頃後悔している。しかし美しいコースを存分に楽しみ素晴らしい一日を送ることができました。

コースをお世話していただいたメンバーの方、並びにスタッフの皆様には感謝しています。

平成 16 年 4 月 9 日

和歌山県の木 うばめがし

ブナ科の常緑樹で、紀南地方に多く見られます。高温多湿を好む植物ですが、耐乾性も強く生命力の強い木として知られています。

(昭和 41 年 9 月 10 日県民投票)



第30回 JCOA 研修会懇親コンペ参加記

住吉区 三橋 二良

11月3日愛知県春日井市 春日井カントリークラブに於いて懇親コンペが開催された。

春日井カントリークラブといえば、昭和44年日本プロ、55年日本オープン、55年日本女子オープンが開催された名門コースである。

参加者82名が午前6時15分、名古屋市内の東急ホテル前に集合し、バスに分乗して出発。約50分で到着。東コース43名、西コース39名と分かれて午前8時スタートした。

COAより丹羽、服部、三橋夫妻の4名が参加し、各自西コースよりスタートした。

スタート頃より雨が降り始め午後よりドシャ降りの雨となり、その上霧が発生して前方が極めて見えにくい状況となった。

天候不良ではあったが、コースはさすが名門だけあって手入れは行き届いていた。

西コースは高い松林によりセパレートされ、打ち上げと打ち下ろしのホールが多く距離感を誤りやすい。とくにアプローチは打ち上げが多い。グリーンはベントグリーンを使用した。あたかも高級ベルシャじゅうたんの如き感触であったがアンジュレーションがあり極めて難しい。

私のパートナーは佐賀県の森永秀史先生、京都の牧陽一先生と私の家内の4名でプレイ



した。徒歩でもカートでも使用は自由であったが、私共はカートを選択したのが、かえって雨天の中では楽であった。ベテランの親切なキャディさんがついてくれ、距離とか、グリーン上のアンジュレーションを懇切丁寧に教えてくれた。

シングルプレーヤ並みの飛ばし屋の森永先生、着実な牧先生と時々大荒れとなる家内とプレーし一日楽しくすごした。

大勢の参加者であったため、表彰式もなく、ダブルベリア方式でスコアを計算して後日郵送にてお知らせしますとの事であった。

最終組の私共は、2時30分出発のバスに乗るためシャワーにかかるのが精一杯で、あわててバスに飛びのった。お世話になった愛知県の先生方誠に御苦労さまでした。

徳川美術館と秘境湯谷温泉はづ別館

中央区 坂本 徳成

年々年のせいか、温泉が好きになり、特に「秘境」などとお誘いを受けると、直ぐ申し込む事と相成る。徳島の研修会時の「秘境祖谷温泉」の楽しさを思い出し、今回もオプションツアー「秘境湯谷温泉はづ別館」に直ぐ申し込んだ。

11月1日(土)13時過ぎ、バスは名古屋東急ホテルを出発し、15分程で徳川美術館に着く。20分ほどボランティアの解説員の話の伺い、時間があまりないとのことで、駆け足で館内を見て廻る。期待していた「国宝、源氏物語絵巻」の展示はもう少し先とのことで残念であった。

お天気にも恵まれ、バスガイドさんの、徳川家や三河武士にまつわる話を子守唄代わりにバスは東名高速道路を経て、夕刻奥三河、風来寺山麓の湯谷温泉「はづ別館」へ到着した。

夕食前にひと風呂と出かけた温泉は半露天風呂、対岸には美しい森と、荒々しい岩肌、眼下には清流溢れ水しぶきを上げる宇連川、頭上には緑溢れる大木の間から暮れなずむ夕空が眺められ、少しひんやりとした山の空気、少し熱めのお湯が今日一日の疲れを総べて洗い流してくれた。鮎の一夜干しをはじめ山の幸、川の幸をふんだんに使った食事を頂きながら丹羽先生(大阪)、真鈴川先生(三重県)御夫婦と焼酎、食べ物、旅行談義に盛り上がり、楽しく長い夕食となった。寝る前のお風呂も明るさを落とした照明のなか、心安らぐせせらぎの音を聞きながら露天風呂の醍醐味



をおおいに味わった。翌朝も小原庄助さんとまではいかないが、山の清しい空気の中で朝風呂を頂く。

11月2日(日)もお天気に恵まれ、バスは、「ブッポーソー」とかん高い声で鳴くのはずく(仏法僧)で有名な鳳来寺山へ向かった。鳳来寺は利修仙人によって開かれた真言宗の古刹。仙人作の本尊薬師如来を祀り、文武天皇や聖武天皇の病気を治され、更に、松平広忠と夫人於大の方が子授けを祈願し家康を授かり、徳川家の厚い保護を受けたお寺だとか。紅葉には少し早い山道を1時間弱歩いて、再びバスに揺られて岡崎城、「三河武士のやかた」へ向かった。集合場所のからくり時計に感心し、「なね兆」でお昼を頂き、徳川家の歴史を拝見、拝聴した2日間の旅は終わった。

いつもの事ながら、お世話下さいました愛知県の先生方、旅行社の方々にお礼申し上げます。

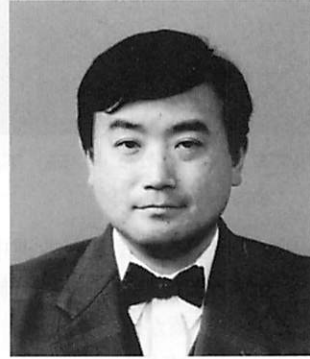
神宮参拝とおかげ横丁散策

堺市 澤田 出

なにごとのをはしますかはしらねどもかた
じけなさに なみだこぼる 西行法師

「お伊勢さん」「大神宮さん」と親しく呼ばれ、辞書などでは「伊勢神宮」と紹介されているが、単に「神宮」というのが正式な名称である。神宮とは、伊勢の宇治の五十鈴（いすず）川上にご鎮座の皇大神宮（こうたいじんぐう、内宮＝ないくう）と、伊勢の山田の原にご鎮座の豊受大神宮（とようけだいじんぐう、外宮＝げくう）の総称で、古くは伊勢太神宮（いせのおおみかみのみや）ともいわれた。この両大神宮の正宮（しょうぐう）には、別宮（べつぐう）、摂社（せつしゃ）、末社（まつしゃ）、所管社（しょかんしゃ）が所属しており、全てで125の宮社を数え、これらの宮社をふくめた場合も神宮という。

私にとっては小学校修学旅行以来二度目ともなる神宮はあいにく傘をさしての参拝となってしまった。しかし、しとしとと傘を打つ雨の音、神宮に流れる五十鈴川のせせらぎの音、これら水の音で不思議と自分の魂が洗い清められる気持ちになった。何故かはわからないが、内宮までの長い参道を進む中で、鬱蒼と茂った千古の杉木立の匂い、玉砂利の音、鳥のさえずりに包まれると、思いが太古を駆け巡り、日本人としてのDNAが活性化



され何か懐かしい気持ちになってしまう。

私は、若い頃、冠婚葬祭で種々の宗教様式をちゃんぽんに取り入れる日本人の生態を見て、節操がないとか「無宗教」とか笑っていた時期があった。しかし、そうではない。日本には、キリスト教やイスラム教など一神教とは異なった宗教観があり、その原点が伊勢にあるように思える。

おかげ横丁には、おかげ座という歴史資料館がある。そこには、昔の伊勢参りでにぎわう参宮街道の様子が、ミニチュアで展示されている（写真参照）。江戸時代、庶民の一生に一度の大きな旅は伊勢まいりであったという。ある人は何年も積み立てをして、ある人は村を代表して、現代では考えられない遠い



内宮の入口 宇治橋前の大鳥居



江戸時代の伊勢まいりの様子
「おかげ座」ミニチュア展示



おかげ横丁入口にある「赤福」本店

道のりを歩いて伊勢を目指した。道中は多く困難を伴ったが、まわりで人々は「施行（せぎょう）」という言葉が示すごとく、旅人をあたたかく迎え入れ支援したという。旅を通して、人々は「おかげさま」で生きていることを自覚する。「おかげ参り」といわれる所以である。人間は自分の力だけで生きているのではなく生かされているという感覚を学び取るわけである。日本人は自分の周りの人々だけでなく、動物、植物、水、太陽など諸々の自然によって生かされていると同時にその背後にある目には見えない神々の存在を体感してきたのだと思う。

日本人の持っているこの調和と共生の思想は種々の宗教に対する寛容さという点にも表されている。日本各地には神社と寺が共存しているが、ここの神宮も例外ではない。神宮の鬼門の方角となる朝熊山には金剛証寺があり、神宮をお護りしているのだという。また、参道にある燈籠にはユダヤ教のシンボルとなる「ダビデの星」が刻まれている（写真参照）。世界の宗教の源となるユダヤ教を敬つてのことだという。

平成13年9月11日のニューヨーク世界貿易センタービル的事件以来、現在のイラク戦争に至るまで、世界中が苦悩しているが、私

はこの現代の悲劇は世界史の流れからは、「キリスト教とイスラム教の衝突」と認識している。世界は、日本の持つ調和と共生の思想を必要としているのではないだろうか。

さて、余談にはなるが、神宮では平成25年に行われる「式年遷宮」の準備に取り掛かっているという。これは、隣り合わせた二つの敷地の間で20年に一度、御装束、神宝全てを新しく調べて、社殿を移し変える行事のことをいう。持統天皇以来、一度も中断することなく粛々と続けられている。バスガイドの説明によると、二つの敷地には、それぞれ「米」と「金」の違った言葉が与えられているという。「米」の地に社殿があるときは、その20年間、日本は豊作となり、「金」の地に社殿があるときは、その20年間、日本の経済は安定するという。平成5年よりは、社殿は「米」の地にあるという。以来日本の経済は低迷しているが、なるほどと変に納得してしまった。本格的な景気の回復は平成25年以降になるのだろうか。



燈籠に刻まれた「ダビデの星」

膝のスポーツ傷害・巷で信じられているまことしやかな嘘

大阪労災病院 スポーツ整形外科 堀部 秀二

はじめに

最近の医療は、EBM（科学的根拠に基づいた医療）ということで、あやふやな経験や直感に頼らず、科学的根拠に基づいて患者の診断や治療を行うようになってきました。しかしながら、膝のスポーツ傷害においては様々な曖昧さが存在しているようです。①レントゲンで異常がない場合が多いため、正確な診断がつきにくい事、②自然治癒や症状が軽減する場合があります、治療がいい加減になりやすい事、③いわゆる“民間治療院”の存在により、様々な治療法が存在している事、などが膝のスポーツ傷害の診断・治療の面で科学的根拠の欠落をもたらしている一因と思われます。しかしながら、医療を取り巻く環境が変化し、①医療の進歩（MRIなどの画像診断や鏡視下手術の治療法の向上）、②日本人QOLの変化（以前は足が不自由にならなければよかったが、今は元通りスポーツをしたいなど）、③informed consent（納得診療、正確な情報公開）の重要性、が指摘されるようになり、科学的根拠に乏しい診断や治療を行うことは問題となってきています。そこで、今回は膝のスポーツ傷害の領域で“昔から言われている事”や“習慣的にやっている事”について、私見を述べさせていただきます。

検証1 “レントゲンでは異常がありません。捻挫ですね”

この言葉は整形外科医だけでなく他のドクターでも非常に使いやすい言葉です。膝のスポーツ傷害は軟部組織（靭帯、半月板、関節軟骨、腱）の損傷が主体であるため、レントゲンで異常がないのは当然です。しかしながら、それでは整形外科医とは言えないでしょう。“何が損傷しているのか”を正確に把握することが重要です。それには臨床症状（膝崩れ、膝のひっ



かかり、可動域制限、水腫、血腫）と画像所見（MRI、CT、骨シンチグラフィ、超音波）を参考に診断を行います。特に膝の不安定感や水腫・血腫などの臨床症状は重要で、そのような症状があれば種々の検査を行い、確定診断を行うべきです。

検証2 “膝の外傷に対してギプスを巻きましょう”

骨折があればギプスを巻くのはある程度当然かもしれませんが、靭帯損傷や軟骨損傷の場合にはそれは間違いです。関節固定は、関節周囲組織へ悪影響（軟骨・靭帯の変性、筋萎縮、関節拘縮）を及ぼし、損傷組織の治癒をも遅らせます。従って、“膝のスポーツ外傷があればすぐギプス固定”、と短絡的に行わず、診断を正確に行った上で、治療法を検討するべきです。

検証3 “成長痛ですね”

成長痛の定義は曖昧ですが、ドクターにとっては使いやすく、患者さんにとっても理解しやすいようです。ところで成長痛とは何でしょうか？最近の若い整形外科医は殆ど使わないようですが、成長が伸びる時期に骨や関節包が伸ばされて、一過性に痛みを感じるのを成長痛と定義しているようです。ただ、“開業医に成長痛

と言われたのですが、なかなか治りません”と
いって私の所に来られた患者さんの中には、精
神面から生じていたり、誤診（種々のスポーツ
障害や病気）も時々あります。従って、この言
葉はあまり使わない方がいいようで、使うとす
れば、①除外診断を十分すること、②一過性で
あること、③もし長く続く場合には精査をす
ること、に留意すべきと思われます。

検証4 “水を抜くと癖になる”

これは、よく聞く言葉ですが、どこから来た
のでしょうか？患者さんからもよく質問されま
すね。関節水腫は滑膜炎が生じているため生じ
るものであり、関節リウマチなどの病気、関節
軟骨・半月板損傷などの外傷、がその原因となっ
ています。“水を抜いてもすぐ貯まる”という
現象面からのみすれば正しいと思いますが、そ
の原因を知らずして、この言葉を使用するのは
やはり間違いでしょう。特に若年者の水腫には
気をつけて、十分な精査を行い診断すべきです。

検証5 “筋力でカバーしましょう”

これもよく聞かれる言葉ですが、本当でしょ
うか？靭帯や関節軟骨に損傷があれば、疼痛や
膝崩れのため、二次的に膝関節周囲の筋力が低
下するのは当然でしょう。筋力を増強すること
により、関節軟骨や靭帯損傷を治癒させること
は不可能で、根本的な治療とはなり得ません。
勿論、外傷後や術後に低下した筋力を増強する
ことは必要です。従って、病態を十分把握した
上で、筋力低下の原因となっている外傷の根本
的治療を行いながら、筋力増強が必要です。

検証6 “診断のため関節鏡をしましょう”

“膝が痛いので病院にいったら関節鏡検査を
すすめられた”、“膝をひねったので病院にい
たら関節鏡検査をされた”とあって私の所に
来られる患者さんが時におられます。病態がよ
くわからず、またMRIなどの検査も普及して
いなかった10年以上前であれば、診断的関節
鏡を行うことは正しい治療であったと言えます

が、診断学が向上した最近では必ずしも正しい
選択であるとは言えないようです。検査といっ
ても、麻酔をし、メスも入れるのですから、こ
れは手術を考えた方がいいと思います。頻度
は少ないもののRSDや皮神経麻痺などの合併
症が存在することも考慮すれば、診断がつか
ないといって安易に関節鏡を行うのは慎むべき
でしょう。関節鏡をする場合には、“非侵襲的
な検査では異常がないので、これ以上の検査と
なると侵襲的な検査（＝関節鏡）しかありませ
んが、どうされますか？”などと患者さんへの
説明を十分行うべきだと思います。ただし、“関
節鏡をしたら、半月板が壊れていたの、きれい
にしておきました”というのは、informed
consentからすると疑問が残ります。

検証7 “この膝治りますか？”

これもよく患者さんから聞かれる言葉です
が、臨床の場での“治癒”の定義はなかなか
難しいです。骨のようにレントゲンに写るもの
に関しては客観的に理解できるのですが、軟部
組織損傷の場合にはなかなか判断ができかねま
す。生物学的な治癒とは元の組織への再生か癒
痕組織で修復されるという意味がありますが、
患者さんにとって生物学的に治癒しようがしま
いが、痛みがとれて、スポーツができればいい
訳です。しかしながら、ドクターにとっては、
“患者が満足すればそれでいい”という考えも
あれば“100%生物学的に治らなければならない”
という考えもあります。したがって、治り
ますか？という質問に対しては、生物学的なも
のか、患者の症状なのかを考えておかなければ
なりません。

検証8 “靭帯を切れたままにしておくと膝が ぼろぼろになる”

これはまるで、脅迫のように聞こえますね。
私が若い時、先輩医師から聞いて、この言葉
をよく使いましたし、実際まだ使っているドク
ターもおられます。本当にそうでしょうか？そ
の場合、靭帯の自然治癒能を考えておかなけれ

ばなりません。一般的に関節外の靭帯（内側側副靭帯など）は癒痕組織で修復されますが、関節内の靭帯（十字靭帯）は治癒能力に乏しいと考えられています。従って関節外の靭帯は切れても治癒しやすいため靭帯不全になることは少なく、膝がぼろぼろになることは殆どありません。一方、十字靭帯は一旦損傷されると、靭帯不全が残ります。そのような靭帯不全が残った場合にはどうなるのでしょうか？前十字靭帯の場合は、①何ともならない、②膝崩れがごく稀にある、③膝崩れが続き、半月板や関節軟骨が破壊される、の3通りがあります。また、後十字靭帯の場合には、何ともならないか、ごく稀に関節が破壊される、ようです。どの人が大丈夫で、どの人がぼろぼろになるか、これは残念ですが、よくわかりません。ただ、前十字靭帯損傷の場合、ジャンプなどのスポーツをされる人は関節症に至る確率が高いようです。

検証9 “半月板損傷は手術をしないと治りませんか”

損傷された半月板は何故治療するのでしょうか？損傷半月板の治療目的は大きく二つ（痛みやひっかかりなどの症状改善、荷重分担などの半月板機能の回復）あります。患者はその治療法は、大きく3つ（保存的治療、切除術、縫合術）あります。その治療法の選択には、①損傷組織自体の自然治癒能、②患者自身のニーズ、③治療側の技術、が絡んできます。半月板は損傷されていても、症状が軽減されることもありますので、スポーツ活動の休止や対症療法など保存的に経過を診ることも重要です。最近では、関節鏡視下手術が盛んに行われるようになり、簡単に半月板を切除する傾向にあります。何故切除するのか、半月板を切除した後起こるべき不利益を患者に十分説明することが重要と思われれます。半月板切除術は“半月板を治したのではなく、患者を苦しめる症状を緩和するために破壊したのだ”ということ、ドクターも患者も十分理解することが重要だと思います。一方、半月縫合術は技術的にやや困難な面があり

ます、半月板の機能を温存するという面からは、極めて有用な術式で、今後更に移植術などの治療法の開発が望まれます。

検証10 “損傷軟骨は手術をしないと治りませんか”

損傷軟骨に対する治療には、①俗説が多い、②新技術が好きなドクターが多い、③バイオビジネスの存在、という問題があると思います。一旦損傷した軟骨は治癒しない、繊維軟骨で修復された組織は時と共に劣化する、骨が付着していない軟骨はひっつかない、などの俗説がありますが、本当にそうでしょうか？確かに動物実験によりそれらを検証することは可能ですが、臨床ではそうは簡単にはいきません。ヒトでは、関節軟骨の病態が様々（外傷によるもの、加齢によるもの、部位など）であり、また病態により治療をするのではなく、患者の症状により治療を行っておりますので、その治療法が本当に正しいかどうかを正確に評価するのは極めて困難です。したがって今まで言われてきた事、治療法についてはこれから十分な検討が行われていかないと、損傷軟骨に対してどう外科的治療方針を立てていくかはEBMの面から難しいと思います。これからの研究が望まれます。

おわりに

膝のスポーツ傷害の診断・治療は、基礎研究の発達（特に生体工学分野）を基礎に、MRIなどの画像診断、関節鏡システムによる治療法の向上に伴い、より科学的根拠に基づいた治療が可能となってきております。更に最近流行の再生医学を用いれば更に高度な治療ができる可能性を秘めております。しかしながら、その治療法を科学的根拠に基づいて検証する必要性が今後ますます重要となってくると思います。

最後に、このようなながままな題名で講演を許していただいた右近良治先生、および大阪臨床整形外科医会会報に掲載の許可をいただいた会長の服部良治先生に、深謝いたします。

皮膚潰瘍の病態と治療－最近の話題

田附興風会 医学研究所 北野病院 皮膚科 戸田 憲一

1) はじめに

皮膚創傷とは、一般に、正常または異常な修復応答を誘発する皮膚の構造的あるいは生理学的破壊状態であると定義されるが、その実態は極めて複雑な生物学的現象である。創傷治癒過程の科学的研究は、それが生命の恒常的維持にとって極めて重要な課題であるにも関わらず、永年にわたり革新的な成果に浴することもないまま推移してきたが、最近になり、サイトカインネットワークの理解、臓器幹細胞の発見、再生医療の展開といった医学的進歩の中から、今、治療的血管新生 (therapeutic angiogenesis) という観点からの新しい皮膚潰瘍治療理論が臨床面に応用されようとしている。今回は、前半で皮膚潰瘍の臨床に関する一般的理解を述べ、後半では、サイトカイン療法、遺伝子療法、細胞療法、あるいは物療的療法など最近話題の治療法について紹介する。



までもないが、合わせて潰瘍局所の病相に応じた適切な創傷ケアを実施することが重要な案件となる。この際、皮膚創傷治癒過程の基本的理解が必須となるが、これは一般に A) 血液凝固期、B) 炎症期、C) 細胞増殖期、D) 成熟期の、四時相に大別して理解され、正常な治癒過程においては、これらの連鎖反応によって創閉鎖がスムーズに完結する。(図1) これら各時相には多くの細胞群が複雑に関与し、その細胞群はまた多様なサイトカインを産生/分泌することが知られる(表1)。さらに、それらの細胞機能の活性化と抑制、あるいは分化誘導に代表されるような形質の転換が生じ、また、それぞれの時相は、主として関与する細胞種を選択しながら推移することもよく知られた事実である。とりわけ、細胞増殖期において中心的役割を担

2) 皮膚潰瘍治療と血管新生

皮膚潰瘍は、外傷、熱傷、凍傷、電撃傷などの物理的刺激によるものの他、血流障害、血管炎、自己免疫性疾患、感染症、腫瘍など様々な病態において認められるため、それら全身的な基礎疾患や病態に応じた治療を行うことは言う

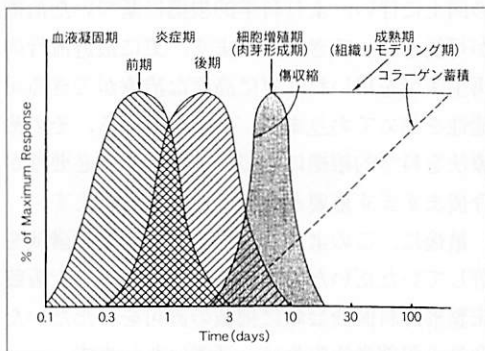


図1 創傷治癒課程 (Clark RAF:J Am Acad Dermatol,13:701,1985 より改変)

表1 創傷治癒に関与する増殖因子とその産生細胞

増殖因子	産生細胞群
PDGF	血小板, マクロファージ, 上皮細胞, 内皮細胞, 平滑筋細胞
FGF	マクロファージ, 内皮細胞, 線維芽細胞, 破骨細胞, 軟骨細胞
TGFbeta	血小板, マクロファージ, リンパ球, 破骨細胞, 軟骨細胞
EGF/ TGFalpha	血小板, マクロファージ, 上皮細胞, 好酸球
IGF	上皮細胞, 内皮細胞, 線維芽細胞, 平滑筋細胞, 破骨細胞

う血管新生の活性化に関する研究は近年急速な進展を見せており、強力な血管新生活性を有するサイトカインを用いた蛋白療法や遺伝子療法の展開、あるいは血管内皮前駆細胞 (endothelial progenitor cell : EPC) の発見を契機として開発されつつある細胞療法などが現在、治療的血管新生 (therapeutic angiogenesis) というキーワードのもと、大きな注目を浴びている。

3) 最近話題の皮膚潰瘍療法

3-1) 蛋白療法：近年本邦で世界に先駆けて開発/発売された FGF 製剤 (トラフェルミン) は、サイトカイン蛋白の単独外用療法がこれまで、蛋白の分解やトラップによる活性抑制などの観点からその臨床的効果には疑念がもたれていた状況を、実際の使用症例の蓄積のなかで、一変させた感がある。実際、本薬剤の肉芽形成期にある皮膚潰瘍治療効果は従来の外用剤に比して極めて良好であり、使用例の急速な拡大がみられている。本薬剤は古くより強力な血管新生活性を示すことが知られていたものであり、この事実は、今後、強力な血管新生活性を有する新たなサイトカイン蛋白の外用療法が登場する可能性を予見させる。

3-2) 遺伝子療法：FGF に比べてより特異性の高い血管新生活性サイトカインである VEGF の遺伝子療法が米国で開発され話題となっている。VEGF をコードする遺伝子を局所に注射することにより皮膚における血管新生を誘導する方法で、閉塞性動脈硬化症やパーチャー病などに伴う壊疽性皮膚潰瘍に適応され、著明な有効性が報告されている。また本邦で発見/開発された HGF 遺伝子を用いた療法も同様の疾患に対して有用性が確認され、現在発売を目指した開発が行われている。

3-3) 細胞療法：生体内における EPC の発見によりこの細胞を用いて虚血部位における血管新生の活性化を誘導しようとする試みも現在進んでおり、基礎的データが蓄積されている。これには細胞のみを局所投与する方法や、血管新生活性を有する蛋白遺伝子を組み込んだ細胞を

投与するなどの方法があり、今後の成果が期待されるところである。

3-4) 物療的方法：血管新生を活性化する方法は、既述したような血管新生活性を有する、蛋白、遺伝子あるいは細胞を直接必要部位に投与する方法以外にも、光線や科学物質、あるいは超音波などを必要部位に作用させることにより、間接的にその場に血管新生を誘導して治療するという試みもなされている。たとえば、近赤外線 (0.6 ~ 1.6 μm) といわれる領域にある光線を局所に照射することにより、細胞を活性化し、血管新生を誘導しうることが知られている。本法の皮膚潰瘍治療促進効果はすでに各施設で報告されているところであり、また、本法は軽度熱感を伴う以外に副作用らしきものがなく、使用法も簡便であるため、高齢化社会を迎えた現代においては、褥創を含めた各種皮膚潰瘍のケアに推奨されるべき手法と考えられる。最近では本法と FGF 製剤塗布の併用で皮膚潰瘍治療効果が促進するという報告も見られている。その他、炭酸溶療法や超音波をもちいることにより、局所の血管新生を誘導しうる可能性を示唆する報告があり、今後の検討が待たれる。

4) おわりに

現在の医療現場においては、皮膚潰瘍の局所療法薬剤として、皮膚壊死組織除去剤、肉芽形成促進剤、上皮形成促進剤といった分類のもとに、潰瘍の状況に応じた使用がなされるのが一般的であるが、今後予想される再生医療技術の急速な発展、あるいは translational research とよばれる研究環境の拡大などにより、潰瘍治療法のガイドラインはより EBM に基づいた詳細かつ最適な内容のものが登場することになるものと考えられる。また、今回述べなかったが、急速にその種類が増加している創傷被覆剤の使用法の検討も大きな課題として、消毒の問題を含め、残されている。さらには、保険制度の問題も含めるならば、皮膚創傷管理の検討は医療問題として重要な近未来的課題と思われる。

誤診例からの教訓－脊椎関連疾患－

大阪労災病院 整形外科 副部長 宮内 晃

日常診療上、正しい診断が適切な時期に行えているかどうか、常に留意しているところであるが、意に反して、診断が遅れたり誤診したり、しばしば肝を冷やすことを経験する。病気のステージや病状は経時的に進行するため、後に診た医者ほど、容易に的確な診断をくだすことが可能である。従って、他の医者や他病院でなされた不適切な診断を鬼の首を取ったように批判することは慎むべき態度である。しかしその一方で、患者は初診時から、適切な診断に至るべきさまざまなヒントやサインを医者に向かって発信していることも事実である。昨今、医療を取り巻く事情が複雑になる中で、患者の発するサインを、正確に医者側が受信することが求められている。

誤診に至った理由は、・医者側の問題、・患者側の問題に大別される。医者側に原因があつて誤診を招くのは、1) 単なる画像の見落とし 2) 問診の聴取や身体、神経所見の観察がおそまつ 3) 医者の思いこみや先入観 4) 知識不足などを挙げることができる。患者側に原因がある誤診理由は、表現が下手で、あるいは性格が几帳面すぎて、十分に自らの病状を伝えられないケースである。

当院での誤診例、他院でなされた誤診例を含めて、約30例の症例を呈示して、誤診に至った理由、診断のポイントを述べた。後になって振り返れば、あるいは他人に指摘されれば、当然のことであっても、とかく落とし穴に陥りやすいのが現状である。誤診例の一部を提示する。

1) 多発外傷に伴う脊椎骨折 (図1)

交通外傷、転落などに伴う外傷の場合、四肢の骨折や他臓器の外傷に気を取られがちである。一カ所に大きな外傷が存在すると、そ



ちらに関心が注がれ、身体全体を診る観察力がおろそかになる傾向がある。特に意識障害を伴う場合、患者は病状を訴えることができないため、慎重に画像を観察しなければならない。

2) 頭頸移行部、頸胸椎移行部、胸腰移行部

画像を観察する場合、フィルムの中央を注視しがちである。頭頸部、頸胸部、胸腰部の

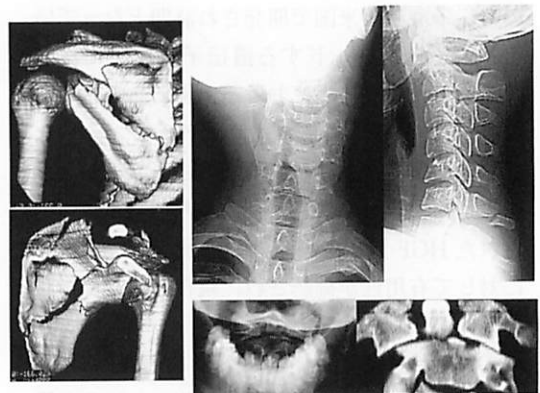


図1. 22歳男 バイクによる交通外傷
脳挫傷、血気胸、肩甲骨骨折、腕神経叢損傷などを合併していた。頸部痛を訴え斜頸が存在しているにも拘わらず、約2か月間歯突起骨折が見逃されていた。

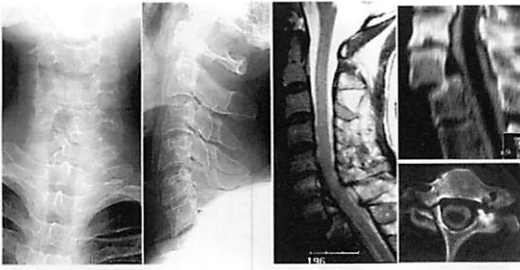


図2. 53歳男 泥酔による転倒後、激しい上肢痛単なる肩の打撲として数週間放置されていたが、C7椎弓根部の骨折に伴い頸胸椎部で脱臼し、神経根障害をきたしていた。正面像で棘突起の配列異常に留意する必要がある。

各移行部は画像の端に位置することになり、観察の範囲から逸脱しやすい。特に、頸胸椎移行部は肩の陰影が重なり見逃され易い部位であること（図2）、また胸腰移行部、頸胸椎移行部は、非典型的な神経学的症候を呈するために、誤診の温床となりやすいことに留意しなければならない（図3）。画像はまず

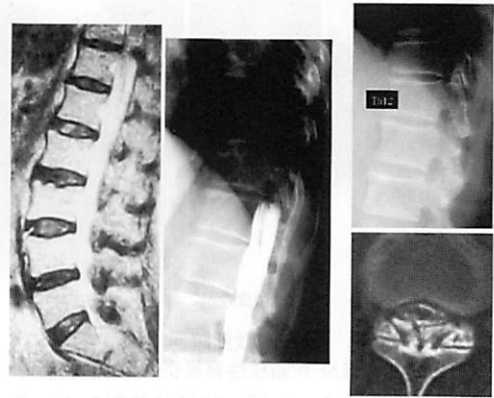


図3. 66歳女 下垂足（Th^{11/12}OLF）

右下垂足を呈していた。腰椎は異常ないので運動を、と言われ1年間忠実に実行していた。胸腰椎移行部疾患では複雑な神経所見を呈する。画像の隅々まで観察しなければならない。

隅から観察し、最後に中央を眺める習慣をつけたい。

3) 画像の端に写っている病変（図4、5）

画像の中央に意識が集中して、実はしっか

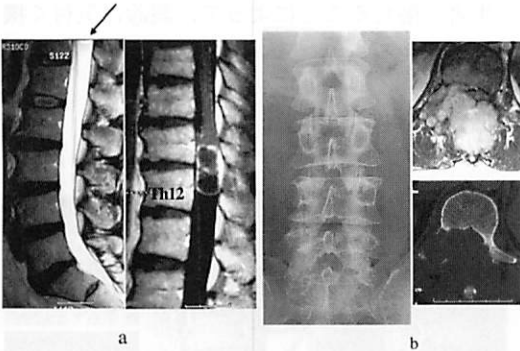


図4.

a. 62歳男 脊髓腫瘍

深呼吸、排便時の下肢痛が主訴であった。腰椎MRIでは画像の頭側端に腫瘍下端部が観察されるものが見逃されやすい。

b. 56歳男 腎癌の転移

腰痛を主訴に来院したが、単なる腰痛と診断された。初診時の単純レントゲンでもL1椎弓根が消失していたが、約7ヶ月間放置された。

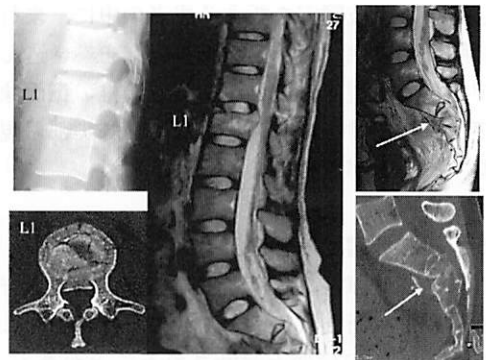


図5. 27歳女 交通外傷

両下肢痛（S1根障害）と排尿障害を訴えていた。L1を主病変と診断されていたが、神経障害が画像と一致しなかった。前医で撮られたMRIの最尾側部に仙骨の異常が観察され、ここに焦点を絞って撮像すると仙骨骨折に起因する病態と判明した。

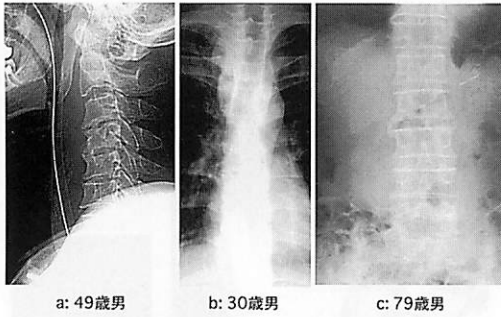


図6. 軟部陰影
(a:化膿性脊椎炎 b:結核性脊椎炎 c:後腹膜腫瘍)
後咽頭スペース、縦隔、腸腰筋陰影など、骨だけでなく軟部陰影にも注目しなければならない。

り異常が写されているにも拘わらず見落とされることがある。

4) 軟部陰影の見落とし

単純レントゲンを観る際、整形外科医は骨を中心に診察しがちである。画像一枚に写っている情報すべてが診断を導くためのヒントであることを忘れてはならない。骨だけでなく、軟部陰影にも着目することが大切である。縦隔の陰影、腸腰筋の陰影などに着目したい(図6)。上肢障害を訴える患者の中に、まれに肺尖部に生じた肺癌が腕神経叢を巻き込んで症状が出現することがある。頸椎の正面像では頸椎だけを観るのではなく、肺尖部も観察することが重要である(図7)。

5) 四肢の病変と脊椎疾患

末梢神経障害、関節障害、筋腱の病変を脊椎疾患と診断されること、逆に脊椎疾患をこれらの四肢の病変と診断されることがある。患者の表現や訴えが曖昧な時に陥りやすい誤診であるが、正確に問診をとる、動作を観る、腱反射をはじめ患者によく触れることで誤診を防ぎうる。

6) 複数の脊椎疾患の合併

高齢者であるほど、頸、胸、腰椎に複数の

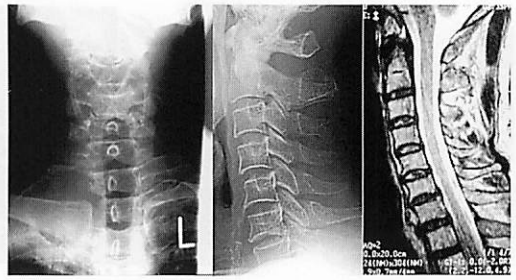


図7. 60歳男 右前腕のしびれ痛み

数ヶ月間持続する前腕の愁訴に対し、頸椎の牽引など保存療法がなされていた。頸椎正面像で、右肺尖部の異常と肋骨の溶解像が観察される。

変性病変を有している。無症候性の画像所見だけをとりあげて、本来の脊椎病変を見逃がすことが多いので注意を要する。“足がしびれている”という訴えだけで、腰椎疾患と決め付けていないかどうか、一つの病変にとらわれていないかどうかふりかえらなければならない。一旦、医者側が思い込んでしまうと、その誤解が解消するのに時間を要することが多いので留意しなければならない。繰り返し患者に触れることによって、誤診に気付く機会が増える。

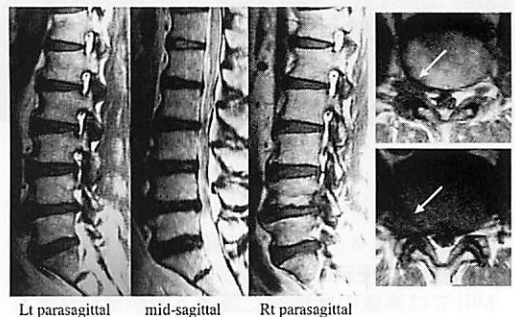


図8. L4/5 外側ヘルニア

右下肢痛(L4根障害)に対し、他院でL3/4、L4/5の開窓術がなされたが症状は不変であった。右傍正中矢状断像ではL4根が観察されず、横断像では外側にヘルニア塊が観られた。

7) 外側ヘルニア (図8)

MRIの正中矢状断像だけを観て診断を下すことは早急である。傍正中矢状断像で、神経根の描出に注目しなければならない。また、横断像では脊柱管内だけに注目するのではなく、周辺病変に眼を配る必要がある。確定診断に至る重要な情報は画面全体に含まれていることを認識し、神経学的所見と画像所見と一致しなければならない。

8) 間欠性跛行

高齢化に伴い、間欠性跛行を訴えて来院する患者が増加している。腰椎に何らかの画像変化を有するため、整形外科医はとかく、脊柱管狭窄症と診断しがちである。高齢者には腰椎の変性もさることながら、血管病変を伴っていることに留意しなければならない。姿勢によって症状が変化するのか、自転車や歩行器で症状が増悪するのか、安静時症状の有無、麻痺は合併しているのか、問診や神経学的所見も重要で、また、必ず足の脈を触れる習慣をつけたい。

まとめ

誤診は単一の原因によると言うよりは、さまざまな不幸な要因が積み重なって生じることが多い。この連鎖を断ち切るには、診察の

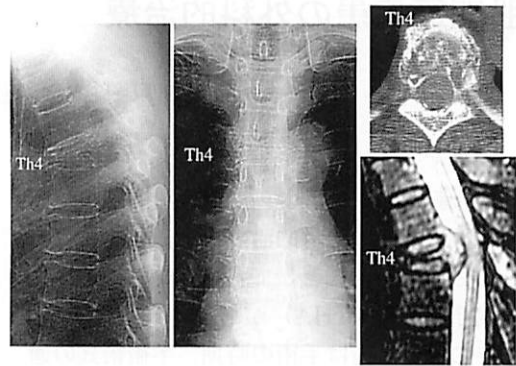


図9. 54歳女 骨髄腫

背部痛に対し圧迫骨折と診断されていた。明らかな外傷もなく、骨粗鬆症も明らかでない50歳代の患者が中位胸椎に圧迫骨折を来すとは考えがたい。なにかおかしいと言う臨床的な勘を働かせることが必要である。

基本にたち帰り、慎重な視診、問診、身体所見の採取、そして正確な画像所見の読影をしなければならない。これらに整合性があるかどうかを繰り返し検証することによって、われわれが陥り易い思い込みや偏見から早期に脱出することができる。必ずしも患者が正しく症状を表現するとは限らず、また画像の質や撮影部位が適切でない場合もある。臨床的な勘を研ぎ澄ませて (図9)、日常診療にあたらなければならない。

股関節疾患の外科的治療

関西医科大学 整形外科 講師 徳永裕彦

成人股関節疾患の内、変形性股関節症及び大腿骨頭壊死は外科的治療を余儀なくされることも多く、術式として各種骨きり術及び人工関節置換術（THA）がある。

特に骨きり術は手術の時期、手術術式の適応を誤ればかえって予後を悪くし、早期に人工関節置換を余儀なくされることがある。両疾患の自然経過を知ることは外科的治療を行ううえで重要と思われるので解説する。

本邦における変形性股関節症は遺残性亜脱臼による例が多いのは周知のことであり、両側性も多い。治療に際して特に両側性の場合、対側への配慮が必要である。治療の基本として人工関節に頼らず骨頭温存を図ることはいうまでもないが、片側の骨頭温存に固執しすぎると、対側の進行を早める結果になることがあり、注意が必要である。また、本邦における遺残性亜脱臼による両側の末期変股症に対して片側 THA を施行後、対側の疼痛が軽減して THA に至らない症例が存在する。関西医大において末期変股症にて THA を行った 253 例（1987～1996）の内、両側末期変股症は 42 例であった。5 年以内に対側も THA を行った例は 15 例、5 年以上 THA を行わずにすんだ例は 18 例、調査不能は 9 例であった。つまり、疼痛のない支持脚を作ることにより、対側が末期であっても疼痛を軽減しえる可能性があり、早期に対側の THA を行うべきではないと考える。

大腿骨頭壊死症は症候性及び特異性に分けられる。症候性の内、青壮年期の大腿骨頸部内側骨折例及び、ステロイド性壊死に発症した場合、人工関節置換術はなるべく避けたい。本院においては骨頭温存手術として大腿骨頭回転骨きり術を行ってきた。各種の骨頭温存法が陥没変形を防止するには有用な手術法で



あると思われる。骨きり術を成功させるためには壊死範囲の同定を正確に行い、陥没変形の軽度な時期に、正確な手術を行うことが重要となる。しかし、ステロイド性で回転骨きり術後に荷重面に対して健常域の範囲が少ない場合、壊死域の陥没変形が進行し、関節症が生じる場合がある。手術時期が遅れると成績が悪くなる。壊死範囲の広い症例には適応がない。というように、骨きり術には今だ限界がある。

青壮年期に人工関節を余儀なくされる場合、患者に定期的に受診することの重要性を説明し、磨耗粉による人工関節周囲の骨吸収が出現すれば、痛みがなくても適切な処置を行う必要があると考える。

まとめとして、股関節疾患で生命の危険に脅かされることは少ないが、手術のために自然経過より早期に悪化させたり、合併症により生命の危険にさらされることがある。しかし、人工関節の成績も安定してきており、長期間痛みなく生活していただけるのも事実である。患者に不利益が長期間患者に生じないように、正確な診断、長期的な計画に基づいて正確な手術を行い、最新の情報を収集することが重要であると思われる。

脊柱管狭窄症の治療と最近の展望

濁協医科大学 越谷病院 整形外科 教授 野原 裕

はじめに

ここでは、脊柱管狭窄症の保存療法に関して日頃感じていることにふれ、さらに手術適応、術式の選択方法と成績について述べます。

1. 診断に関して

a. 脊柱管狭窄症と変形性脊椎（腰椎）症

変形性脊柱管狭窄症の病態は主として椎間板変性や椎間関節症の進展に伴い椎管や椎間孔が狭窄し腰痛や下肢痛を呈する疾患です。さらに脊椎の可動性が症状増悪因子になることもあります。単純 X 線では椎間板腔の狭小化、すべり、骨棘の形成、椎間関節の肥大・列隙狭小などがみられ変形性脊椎症と診断される。変形性脊椎症は X 線診断病名であり、脊柱管狭窄症は病態に即した臨床診断といえる。

2. 保存療法に関して

外来でなされる保存療法は神経根ブロックの登場など進歩の跡も見られるが、一般的にはこの 30 - 40 年間あまり変化していないのが現状である。これは大きな問題ではあるが、ここでは最近登場した薬剤、運動療法に関する私の考え、病態説明に基づく日常生活指導の重要性に限りて述べる。

a. 薬物療法：最近、リマプロストが腰部脊柱管狭窄症に適応が認められた。当科では 106 例の本症患者に 6 ~ 8 週間投与し、投与前後の自覚症状、ADL、QOL を調査した。腰部脊柱管狭窄症が自分に与える影響を総合的に調査したところ、悪いは投与前 64.5% であったが、投与後は 25.4% へと有意 ($p < 0.001$, Wilcoxon test) に減少した。今後もこのような身体的精神的 QOL の改善を与える薬剤の登場が待たれる。



b. 運動療法：背筋訓練が症状を悪化させる本症に腹筋筋力の増強はきわめて重要である。しかし、元来筋力低下の著しい高齢者では運動選手が行うような訓練は不適である。そこで、膝立ての座位から少し倒した位置での等尺性訓練を勧めている。筋力が上がればその角度はより大きくできるようになる。瞬間的に大きなモーメントを働かせない、軽微な力で数多くが原則である。

c. 病態説明に基づく日常生活指導：

脊柱管・椎間孔が前屈で拡大し、後屈で狭小する事実はよく知られているが、患者は知らない。X 線の変形性脊椎症の所見とその事実をよく説明して、日常生活動作の中で症状増悪や軽快をもたらす姿勢を自覚させることも肝要である。病態を理解した患者は上手にコントロールするものである。

3. 手術の適応と術式の選択

a. 手術適応

生活指導など各種保存療法に反応せず日常生活動作の障害が強いつき手術適応となる。手術の適応は症状の程度、患者の年齢・全身状態・社会的活動性など多因子を総合判断して決定する。最も重要なことは、臨

床症状・所見が画像診断と一致し、術者が術後成績に自信をもてること、その上で手術の要否を患者・家族に判断させることである。

b. 術式選択

当科における脊柱管狭窄症の手術例（変性すべりを含む）は800例を数える。その内、除圧（椎間関節内側切除）術のみは50%で、残りの50%は除圧と固定術を受けていた。

- 1) 除圧術のみの適応：間欠跛行または下肢痛が優位で、腰痛があっても軽微なものが基本的に除圧のみの適応である。活動性の低い高齢者にも適応している。
- 2) 固定術の適応：下肢痛を伴っていれば除圧は必須である。腰痛があり活動性の高いもの、腰痛は軽微でも不安定性のあるもの、不安定性に加え高度の椎間関節症を持つものに、固定術を適応している。
- 3) 固定は後側方固定術（PLF）か後方進入椎体間固定（PLIF）か？：これはよ

く議論されるが、両者は目的を異にした手術であり比較することがおかしいのである。PLF（図1）は基本的にそのまま固定する in-situ fusion であり、PLIF（図2）は脊椎骨切りを兼ねた矯正固定術である。すなわち、alignment コントロールが必要なのか否かで選択決定されるべきである。PLFに代わってPLIFを行うことはできるが、硬膜周囲を360°操作すること、その再手術は容易でないことを考えると一般的適応は限られると思う。

4) 内固定は必要か？：alignment コントロールが必要で、その矯正を行ったときは矯正位保持のためインストゥルメンテーションは必須である。Fusion in-situ (PLF) の場合、内固定使用例は術後の安定性は術後早期からの腰痛消失をもたらし、in-situでのalignmentを保持することができる。一方、内固定を使用していない例では、術後3月間は術前腰痛が残存し、予期せぬalignmentで骨癒合す

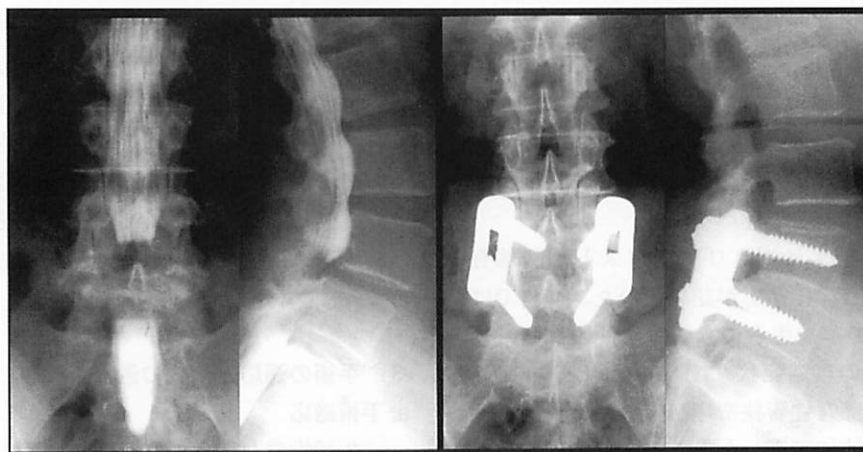


図1 48歳女性

第4腰椎変性すべり症
後側方固定術（PLF）後12年
骨癒合は完成し症状もないが、すべりは術前と同程度である。

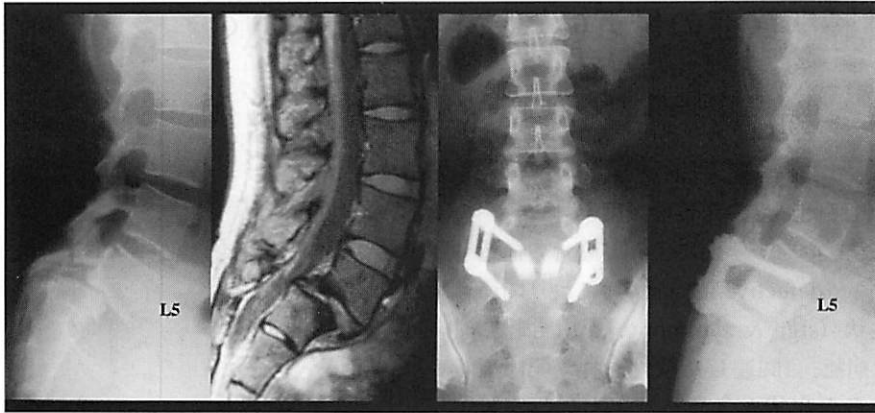


図2 33歳女性

第5腰椎分離すべり症

後方進入椎体間固定術 (PLIF) 後5年

骨癒合は完成し症状はない。すべりは完全に整復されている。

ることがある。医療費や外固定期間の問題などそれぞれに一長一短がある。これからの時代はこれらの事実を提示して、患者・家族に内固定を使用するかどうか決定していただくことになるのであろう。

おわりに

社会は高齢化し、しかも高齢者の社会的活動性が高くなった現在、脊柱管狭窄症はますます重要な疾患となってきた。退行変性を基盤とした病態であり、保存療法にも一定の限界があるので、症状が高度であるときは長期間むやみに通院治療するのではなく、手術によって社会復帰させることを考慮すべきであろう。

参考文献

1) Verbiest,H. : A Radicular syndrome

from developmental narrowing of the lumbar vertebral canal. J Bone Joint Surg,36-B:230-237,1954.

- 2) Williams,P.C. : Examination and conservative treatment for disc lesions of the lower spine. Clin Orthop,5:28-40,1955.
- 3) 野原 裕, 他 : 変性性迂り症に対する椎間関節内側切除と後側方固定術—distraction と compression rod の併用— . 脊椎脊髓 1:317-324,1988.
- 4) 野原 裕 : 腰部脊柱管狭窄症の神経除圧と固定術 ;Spinal instrumentation 応用の適応と実際 . 手術 ,45:537-544,1991.
- 5) 野原裕 : 誌上パネル Debate —腰椎変性疾患に対する固定術の適応と術式の選択: 後側方固定術を第一選択とする立場から . 日本脊椎外科学会雑誌 9 巻 2 号 :461-466,473-475,480-481,1998

変形性膝関節症の最近の知見と治療について

大阪労災病院整形外科 関節整形外科 部長 格谷 義徳

1. 変形性膝関節症の定義と頻度

アメリカリウマチ学会による“軟骨の構造の不完全さ (defective integrity) により関節徴候や症状 (sign & symptom) を引き起こす様々な病態。(関連した軟骨下骨や関節周囲構造からの症状も含める)¹⁾” という定義が包括的で現在最も妥当であろう。いずれにしても単一の疾患ではなく、軟骨及び周辺組織に起因する疾患群である。最近の疫学的調査によれば、本邦では70才以上の女性の80%にレ線変化が認められるという²⁾。

2. 変形性膝関節症の発生と進行メカニズム

その殆どが一次性とされ、その成因や病態の進行機序については不明な点が多い。その中で前内側変形性膝関節症 (anteromedial osteoarthritis of the knee) と言う病態が注目される³⁾。これは最大伸展位で接触圧の上昇する内側前方に変性が初発するという説である。我々は軟骨強調MRIやCT像を用いて本邦における前内側方変形性膝関節症の存在を検討したが、その頻度は予想以上に高く、簡便なレントゲン診断法の確立が待たれる³⁾。病態の進行にACL不全による回旋不安定性が関与する事も示唆されており興味深い。

3. 変形性膝関節症の保存治療について

1) グルコサミン、コンドロイチン

これらの健康補助食品 (snpplement) については、整形外科医の間でも関心は高いもののEBMの観点から見た知識は充分とは言えない。しかし文献を検索してみると、有効性、安全性を示す証拠は基礎、臨床両分野にわたり蓄積されてきている。最も注目される論文は2001年Lancetに掲載された



212患者を対象としたRandomized, double-blinded, placebo controlledの3年にわたる調査である⁴⁾。その結果グルコサミン1,500mg/day投与群は、レントゲン計測及び症状において有意な改善効果が得られたとしている。製造会社から研究資金を得ている点、また欧州ではグルコサミンは医薬品として管理されているが、アメリカ・日本では事情が異なる事もあり、その結果を無批判に受け入れることは出来ないが、研究デザインとしては理想的であり、得られた結果は重要であろう。

2) 運動療法の効果について

運動療法は保存的治療の基本とされるが、その具体的な方法、回数、期間は様々であり、その効果のメカニズムについても不明な点が多い。我々は単純なSLR運動を10秒×30回×3回/日施行し、3ヶ月間疼痛 (VAS scale)、筋力 (MYOLET)、関節液の分析を行った。その結果筋力と疼痛は8週目より有意に改善し、それと同期して関節液中のヒアルロン酸の分子量の上昇、粘稠度の上昇が観察された⁵⁾。我々が指導している運動療法は、簡便で特殊な器具も必要としないものであり、積極的に行われて良いと考える。参考までに我々が外来で患者指導に用いている説明書を示す (図1)。

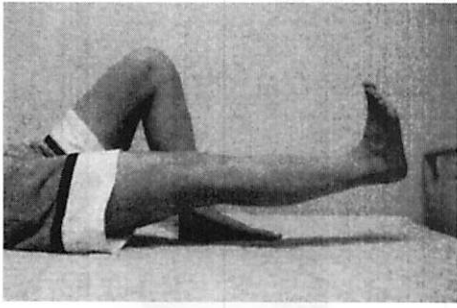


図1 運動療法施行法

- ①仰向けに寝て、トレーニングを行わない側の膝を立てて下さい。(腰を痛めないようにするためです)
- ②訓練する側の膝をまっすぐ伸ばし、足首を上にもたせかけた状態で踵を床上約20cmまで挙上し、10秒間そのまま静止してから脚をゆっくり床に降ろし、一旦力を抜いて下さい。脚を挙げている間は、太ももの筋肉の収縮(いわゆる力こぶ)を意識して下さい。
- ③これを10回繰り返し、終了したら次に反対側を行います。これを3回繰り返す。(つまり片足30回)これで1セットです。
- ④このメニューを基本的に朝、昼、夜と1日3回合計90回ずつ行いましょう。あくまでも基本回数ですので無理せず自分で回数調節して下さい。

膝を曲げ伸ばしする訓練と違い、膝関節自体には負担のかからないトレーニング法ですので頑張ってください。

4. 変形性膝関節症の手術的治療について

変形性膝関節症に対する鏡視下洗浄・デブリドマンはその洗浄効果による炎症メディエーターの除去、また変性半月板、遊離体の除去による物理的効果があるとされ、広く行われて来た。しかし2002年にNew England Journal of Medicineに掲載された論文が一

大論争を巻き起こしている⁶⁾。本論文では180患者を鏡視下デブリ群、鏡視下洗浄群、プラセボ手術群(皮切を入れ、関節鏡のシミュレーションを行う)に分け、2年間経過を見たが、いずれの時期でも3群に差が無かったとしている。この論文に対する批判として母集団が、退役軍人病院での調査であり、殆どが男性である事。また身体障害、社会保障のクレームの多い群である事。また全体の44%がエントリーを拒否し、調査群はプラセボ手術群の可能性を知らず参加しており、この集団がプラセボ手術群の効果がしやすい群に偏っている等の疑問、批判がなされている。さらにプラセボ手術群が倫理的に許されるかという問題もあり現在も論争は続いている。

以上変形性膝関節症の最近の知見と治療について、我々の最近の研究結果も交えて総説した。高齢化社会の到来とともにその臨床的重要性はますます高まりつつあり、今後の研究の発展が期待される。

参考文献

1. Altman R et.al Arthritis & Rheumatism 29:1039-1049 1986
2. 大森豪他 別冊雑誌整形外科 42:7-11 2002
3. 格谷義徳他 別冊雑誌整形外科 42:82-85 2002
4. Reginster JY et.al Lancet 357:251-256 2001
5. Miyaguchi M et.al Osteoarthritis & Cartilage 11:252-259 2003
6. Moseley JB et.al.N Engl J Med 347 81-88 2002

骨軟部腫瘍の診断・治療の現状と最近の話題

京都大学 再生医科学研究所組織再生分野 教授 戸口田 淳也

はじめに

整形外科の一般外来診療において、腫瘍性病変を疑わせる患者さんに遭遇することは稀ではない。もちろん大多数は良性疾患であるが、時として悪性の可能性も考えられる症例もある。初期治療によりその後の治療過程が大きく変化する場合もあることを念頭において、適切な初期診断と治療方針の決定を行うことが初期治療医としての役割である。



1. 診断までの基本的事項

1) 画像検査

MRIの普及により、腫瘍外来を紹介受診される患者さんの大部分が既にMRI検査を受けておられるようになった。同時に臨床及びX線所見から典型的な非骨化性線維腫であると考えられる症例でもCT、MRI検査が行われている場合も増加している。被爆や医療費の負担を考えるまでもなく、不要の検査は慎むべきであり、X線所見によるスクリーニングは重要である。

2) 生検の必要性

画像所見から腫瘍性病変が考えられるが、

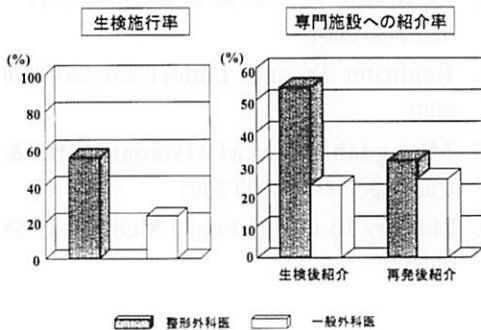


図1

生検に対する整形外科医と一般外科医の比較
日整会骨軟部腫瘍委員会が施行したアンケート結果にもとづく。

診断には至らない場合は生検が必要となる。一般外科医に比べると整形外科医は生検の必要性に関する認識は高いようであるが(図1)、MRIまで行い、明らかに悪性の可能性が疑われる所見であるにもかかわらず、生検をせずに切除された症例を経験することもある。このような場合、迅速に追加広範切除術を施行すれば、再発を防止できることがわかっているが、その際には、周囲の正常組織を初回手術より広範に切除する必要があり、筋皮弁の移植等が必要となるなど、明らかに患者さんに対する負担は増加し、また機能的予後も不良となる。生検により診断を確定してから治療方針を決定するという基本的考えを遵守することが重要である。

3) 生検の方法

生検において最も大切なことは、適切な部位の組織を採取することと、その後の治療を考慮したアプローチを取ることである。前者の問題に対しては、画像所見の正確な判読及び場合によっては、X-P透視、超音波あるいはCTガイドが必要となる。後者は、特に悪性であった場合、生検ルートを切除する必要が生じるためである。図2に示すような生検を施行されてから紹介されると、機能的な患

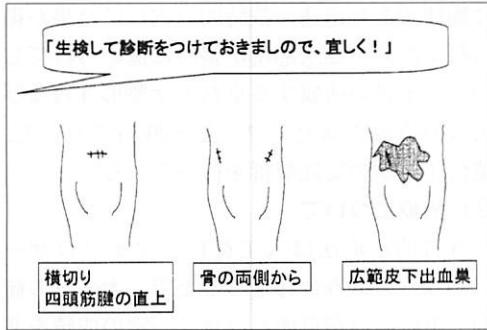


図2

不適切な手技、アプローチによる生検の例。すべて実際に経験したものである。

肢温存が困難になってしまう。原則として手術を担当することになるものが、生検をすべきであるとされる理由である。

4) 病理医、画像診断医との協議

最終的な病名診断は、病理診断に基づくものであるが、そこに至る過程においては、臨床所見及び画像所見の情報は必須なものである。単なる書面のやりとりでは、誤った最終診断を導くことがあり、特に臨床及び画像診断と病理診断が大きくことなるとは、必ず議論の場を設けて検討すべきである。我々整形外科医が悪性腫瘍をみることが稀であることは、同時に病理医にとっても稀であることを意味する。表1に示す疾患の中には、病理所見も時として紛らわしいものもあり、骨肉腫との診断のもとに、化学療法が行われ最終的に切断といわれ、second opinion を求めて

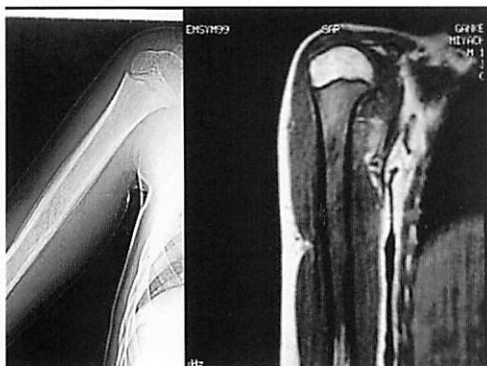


図3 11才、男児、骨髓炎。

表1 悪性腫瘍と間違いやすい疾患

骨疾患	軟部疾患
非腫瘍性疾患	結節性筋膜炎
骨髓炎 (図3)	猫引っ掻き病 (図4)
化骨性筋炎	サルコイドーシス
疲労骨折	動脈瘤
良性骨腫瘍	血腫
好酸性肉芽腫	

受診された6才の化骨性筋炎の患者さんを経験している。

5) 良性と悪性

生検により、診断が確定し腫瘍性疾患であることを患者さんに告げると、必ず「良性ですか、悪性ですか？」という質問を受ける。臨床面からの悪性とは、「再発」と「転移」という比較的明瞭な項目で決まっているように見える。しかし例えば骨巨細胞腫は良性腫瘍と分類されるが、しばしば再発し、時として肺転移を生じる。類腱腫は、切除を繰り返しても再発する腫瘍の典型であり、骨盤内に進展したりすると、完治は望めない。このような腫瘍が良性といわれても患者さんは納得がいかないであろう。個々の疾患の病態を把握することが、治療方針の決定に重要である

2. 治療の基本方針

1) 良性腫瘍の治療

特に良性疾患において大切なことは、その

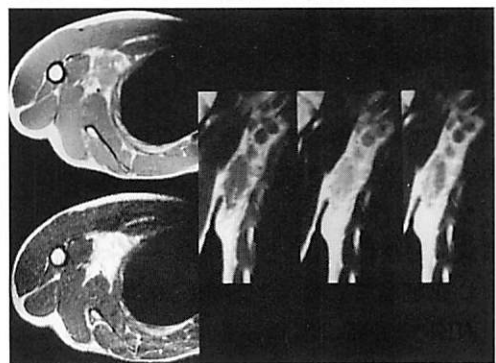


図4 20才、男性、猫引っ掻き病。

疾患の自然経過に対する知識をもつ ことである。幼年期の非骨化性線維腫であれば、かなり大きな病巣であっても自然治癒が十分期待できる。最近の人工骨材料、特に吸収性材料の開発により、骨移植が必要と無くなってきたとはいえ、非骨化性線維腫に対して外科的治療を行う必要はない。若い女性の類腱腫を切除することは、病勢を悪化させるだけになり、悲惨な結果を導きかねない。このような基礎知識に基づいて患者さんに病態を説明し治療方針を決定すべきである。

2) 悪性腫瘍の治療

悪性腫瘍の初期治療において最も大切な点は、いかにして時間のロスなく、治療を開始できる状況を整えるかである。患者さんは様々な理由により、その医療施設を受診されたわけであるので、他院へすぐ紹介することはためられる場合もあるかと思うが、重篤な病態であるかもしれないこと、その場合は一刻も早く治療を開始すべきであることを患者さんに説明して頂き、専門施設の受診を勧めて頂ければと思う。

3. 最近の話題について

最後に最近の診断治療の話題をいくつか紹介させて頂く。

1) 診断について

近年、特に悪性軟部腫瘍の補助診断に、遺伝子解析が用いられるようになった。これまでの染色体解析等の補助診断法に比べて遥か

に簡便であり迅速（数時間以内）に結果が得られるため、臨床応用が盛んに進められている。筆者の所属する京都大学整形外科及び大阪府立成人病センター整形外科において、遺伝子診断の受託解析を行っている。

2) 治療について

外科的治療法は人工材料とマイクロサージェリーを組み合わせることで、大多数の症例で患肢温存が可能となり、一定の成績をあげているが、より機能的な再建を目指して、特に本邦においては放射線や液体窒素による処理により腫瘍細胞を不活化した骨を用いた再建法が進められている。今後は更に骨髄細胞を用いた組織再生技術を応用した、より生体に近い再建法が開発されることが期待されている。化学療法に関しては、骨肉腫では約70%の治療成績が達成されているが、多くの軟部肉腫に対しては、未だ有効な化学療法はない。現在ヒトゲノム情報を応用して、新規の薬剤あるいは個々の患者さんに最も有効なオーダーメイド化学療法の開発が進められている。

おわりに

多くの腫瘍性疾患の患者さんが最初に訪れるのは、開業医の先生方を含む一般病院の整形外科である。忙しい日常診療の中ではあるが、腫瘍性疾患の可能性を常に認識して頂くことが、適切な初期治療につながる最も大切なことであると考えます。

橈骨遠位端骨折に対する新しい掌側プレート固定法 — 骨粗鬆患者を中心に —

大阪府済生会中津病院 整形外科 主任医師 釜野 雅行

橈骨遠位端骨折は青壮年では高所からの転落など高エネルギーな受傷機転で生じ、一方、高齢者では歩行中の転倒など、軽微な外傷で生じる。特に骨粗鬆症が基盤にある高齢者においては大腿骨頸部骨折、脊椎圧迫骨折と並んで頻度が高い。治療の基本は保存的治療、すなわち徒手整復・ギプス固定である。しかし良好な整復位を保持するためには、非生理的な肢位で長期間ギプス固定(平均4～6週間)を行わなければならない。非生理的肢位とは、たとえばコーレス骨折においては手関節最大掌屈・最大尺屈位である。この肢位での長期間の固定は様々な障害を生じさせる。手指・手関節の拘縮、手根管圧上昇による正中神経障害、反射性交感神経性の骨萎縮である。また、粉砕度の高い不安定型骨折ではギプス内転位を来し、変形治癒に陥ることもある。変形治癒した手はその外観が悪くだけでなく、手関節尺側部痛の原因となる尺骨突き上げ症候群や遠位橈尺関節障害をも引き起こす。これらの合併症を回避する



ために種々の観血的治療法がある。創外固定法、経皮的ピンニング & ギプス固定法、掌側・背側プレート固定法である。手術侵襲の少ない創外固定法は約6週間という長期間の固定器装着が必要である。また、ピン周囲の感染や過度の牽引による一時的骨萎縮などの合併症の他に、固定器除去後の再転位が報告されている¹⁻³。次に経皮的ピンニング法も低侵襲ではあるものの、約4週間程度の外固定を要し、創外固定法同様にピン周囲の感染やピンの緩み、再転位が生じる可能性がある。両



者の術式を受けた患者は固定期間中、手洗いや入浴はできず、日常生活上の制限を強いられる。これらに対しプレート固定法は骨折部を直接的に内固定することが可能であるが、とりわけ、背側侵入・背側プレート固定法は侵襲が大きい。プレート固定の原則は末梢骨片が転位した側から侵入してプレート固定を行う、いわゆるバットレスプレート法（骨片が転位した側からプレートで骨片を押さえ込む方法）である⁴。したがって末梢骨片が背側転位するコーレス骨折では背側侵入・背側固定が一般的である。しかし、背側侵入は伸筋支帯や伸筋腱の愛護的処理が求められるばかりではなく、用いるプレートによってはリスター結節（橈骨遠位端の一部）の切除も要する。背側侵入・プレート固定法に合併する伸筋腱損傷・障害の報告は6.5 - 23%と少ない⁵⁻⁸。そこで我々は強固な固定性を獲得しつつ、伸筋腱損傷を回避し、外固定期間を短縮して早期に手を使用できることを目的として、コーレス骨折に対して掌側侵入・掌側プレート固定法を行い、その安全性と有用性を報告してきた⁹⁻¹¹。これらの臨床データを元に新しい掌側プレート固定システムを開発し、厚生労働省の認可を得て（医療用具承認番号21500BZY00035000）現在、臨床応用を行っている。その特徴は1. 小侵襲の手術アプローチ、2. 低刺激性中空スクリュー、3. 解剖学的プレート、3つである。まず、アプローチは経橈側手根屈筋腱侵入により橈骨動脈や正中神経、屈筋腱群を保護し、容易に骨折部を展開できる。次に、末梢骨片固定用スクリューを中空スクリューとし、ガイドワイヤーを用いることにより橈骨茎状突起部や橈骨手根関節の手関節軟骨下骨にスクリューを確実に挿入することが可能であることである。骨粗鬆が進んだ高齢者においても、これらの部位にスクリューを挿入することにより、末梢骨片を強固に固定することが可能となる。さらに丸い形状を持つスクリューヘッドは周囲の軟部組織に対して刺激は少ない。

プレートは日本人のサイズに合わせ、既存のものより小さく、厚みも僅か1.3mmである。わずか3cmの皮切でプレート固定が可能である。その遠位部には三角形の窓を作り、ここから自家骨・人工骨移植が可能である。骨粗鬆が進行した患者では骨折を整復すると骨圧潰部に骨欠損が生じる。このとき、この三角孔より人工骨を移植することが可能である。手術は上肢伝達麻酔で行い、手術時間は約40 - 50分である。今のところは患者には短期入院してもらっているが（2泊3日）、日帰り手術でも行うことができる。術後の外固定は手関節良肢位、すなわち手関節軽度背屈位、尺屈位であり、また、その期間は抜糸までの7 - 10日間であり、従来の保存的治療と比べるとその固定期間は約1/3から1/4に短縮することが可能となり、早期社会復帰が可能となる。会員の皆様からのご紹介をお待ち申し上げております。

文 献

1. Ahlborg HG, Josefsson PO: Pin-tract complications in external fixation of fractures of the distal radius. *Acta Orthop Scand* 70:116-118, 1999.
2. Hove LM, Furnes O, Nilsen PT, et al. Closed reduction and external fixation of unstable fractures of the distal radius. *Scand J Plast Recontstr Surg Hand Surg* 31:159-164, 1997.
3. McQueen MM, Michie M, Court-Brown CM. Hand and wrist function after external fixation of unstable distal radial fractures. *Clin Orthop* 285:200-204, 1992.
4. Trumble TE, Hanel DP, Geissler WB, Berger RA: Intra-articular fractures of the distal aspect of the radius. *J Bone Joint Surg* 80A:582-599, 1998.
5. Carter PR, Frederick HA, Laseter GF: Open reduction and internal fixation of unstable distal radius fractures with a low-profile

- plate:A multicenter study of 73 fractures.J Hand Surg 23A:300-307,1998.
6. Kambouroglou GK, Axelrod TS:Complications of the AO/ASIF titanium distal radius plate system(p plate)in internal fixation of the distal radius:a brief report.J Hand Surg 23A:737-741,1998.
 7. Lucas GL,Fejfar ST:Complications in internal fixation of the distal radius.J Hand Surg 23A:1117,1998,Letter to the Editor.
 8. Ring D,Jupiter JB,Brenwald J,et al:Prospective multicenter trial of a plate for dorsal fixation of distal radius fractures,J Hand Surg 22A:777-784,1997.
 9. Masayuki Kamano,et al:Clinical experience of palmar plating for dorsally displaced fracture of the distal radius,J Jpn Soc Hand Surg 17:29-33,2000,
 10. Masayuki Kamano,et al:Palmar plating for the dorsally displaced fracture of the distal radius.Clinical Orthopaedics and Related Research 397,403-408,2002.
 11. Masayuki Kamano,et al:Palmar plating with calcium phosphate bone cement for unstable Colles' fracture,Clinical Orthopaedics and Related Research,in Press.

京都府の木 北山杉

京都市北区中川町一帯で生産されるスギ（台杉）で、林業や造園上で京都白杉と呼ばれています。キタヤマスギは杉林の美しさと、木肌の美しい磨き丸太として有名で、木立が天に向かってまっすぐ伸びる姿は、伸びゆく京都府の象徴とされています。応募の結果をもとに、京都府の木審査委員会が決定しました。

(昭和 41 年 9 月 16 日制定)



脊椎疾患－診断と治療の Pitfall－

関西医科大学 整形外科 赤木 繁夫

脊椎手術において、好結果を得るためには、診断から治療に至る過程のなかで、5つの“P”が大切である。まず適切な診断をつけて、外科的治療の適応症例を選択する (Patient selection)、次にはどういった手術をするかの手術計画 (Planning)、いざ手術を選択したなら、麻酔をかけて体位をとる (Positioning)、そして適切な手術 (Procedure) 行い、術後の様々な合併症を回避し、後療法を行なう (Post-operative care)。この5つの“P”が、段階的に適切に行われたなら、おのずから好結果が得られることになる。言い換えれば、それぞれの“P”に落とし穴があり、思わぬ問題を生じることとなる。本講演では、過去10年間 (1992～2001年) の脊椎手術症例を振り返り、脊椎疾患の診断と治療の pitfall について述べた。

Patient selection について

適切な患者選択がなされるためには、正しい診断が必須であることは言うまでもない。脊椎疾患の局所病態を考えれば、主に変性疾患、腫瘍、炎症 (感染)、外傷 (含、骨粗鬆症性脊椎骨折) の4つに分けられる。変性疾患については、我々二足動物の宿命ともいえる部分もあり、大多数ではまず保存的療法が選択され、進行性の麻痺症状を有する症例を除いては、緊急性があることは少ない。外来診療の中で、患者自身の背景を考慮しながら、じっくりと適応を決めればいい。その過程の中で、変性以外の疾患を如何に認識するかが重要であり、その診断過程の中いくつかの pitfall があると言える。その中で、感染性疾患は見過ごされていることの多い病態の一つである。変性疾患と見誤り、漫然と理学療法が継続され麻痺を生じた症例等を散見す



る。初診時には画像所見が明らかでないことや全身症状が著しくない症例が少なくないことが、その要因として挙げられる。本病態は、Compromized host の増加に伴い、増加している。最も重要なことは、可能性を念頭におき、経過をしっかりと見ることである。一方、腫瘍性疾患については、MRI が診断能を高め、画像診断に苦慮することはなくなったが、変性疾患との合併例や MRI が安易に取れることにより asymptomatic な症例が見つかることなど、手術の適応に苦慮する症例も少なくない。骨粗鬆症性脊椎骨折については、従来予後が良いもの、加齢に伴う避けられないものとの認識があったが、社会の高齢化に伴い麻痺をきたす症例が増加していることが問題となっている。高齢者の麻痺をきたす疾患の一つとして再認識を要する。変性、腫瘍、炎症 (感染)、外傷 (含、骨粗鬆症性脊椎骨折) といった脊椎に病態を有する疾患以外の問題としては、種々の内臓疾患 (内科、婦人科、泌尿器) や心因性要因を有するもの、ASO 等の血管病変にくわえて、整形外科に関わる領域として骨盤内や胸腰椎移行部、頸胸椎移行部、更には末梢神経の絞扼性神経障害が見過ごされやすい問題として挙げられる。

Planning について

我々外科医が、脊柱に対して行なえることは、除圧、固定、整復の3つしかない。神経組織を圧迫する因子を解除する、すなわち除圧が大多数の疾患に対して適応される。更には、種々の病態に脊柱の不安定性や変形を生じたりしているものには、固定や矯正といったコンセプトが適応されることがある。転移性腫瘍や外傷性疾患では、内固定材料を併用して脊椎固定を行なうことは、コンセンサスが得られているが、いわゆる変性疾患での固定術の併用の是非については今後も議論が続いていくことと思う。固定や矯正を行った手技を追加することは、手術侵襲の増加やコスト面での問題があるし、固定術の宿命として長期経過例で、固定隣接椎に新たな病変を生じる可能性が問題となる。高齢者の変性疾患に対する手術頻度が増加している現在、最大の効果が得られ、侵襲や合併症が少なく、かつ早期離床が可能な術式の適切な選択が望まれる。

Positioning について

方針が決まれば、麻酔がかけられ、体位がとられ、手術が行われる。ここに意外と落とし穴がある。不安定性の強い症例での体位変換時の麻痺の増悪の報告もあるが、腹臥位手術中の眼球の圧迫による失明、腰椎手術時の頸髄症の悪化、外側大腿皮神経や大腿神経といった神経麻痺等の報告が散見される。術者自身が細心の注意を払って体位をとり、手術を開始することが重要である。

Procedure & Post-OP care について

脊椎外科医にとって、最も嫌なものが、術中・術後の合併症であることは言うまでもない。術中の問題として、部位誤認、硬膜損傷、臓器損傷、インストルメンテーションに関わる問題（椎弓根スクリュウの誤刺入等）、術後の問題として、術後麻痺、感染、深部血栓、内科的合併症の悪化、出現、術後譫妄等を経

験した。更には、中長期的な問題として、固定隣接椎の新たな病変の出現がある。これらの中で、最も問題となるのは、術後神経症状の悪化と感染である。術後麻痺の原因としては、①手術操作によるもの、②血腫、③頸椎椎弓形成術後の上肢麻痺が代表的原因として挙げられる。手術操作によるものは術直後から麻痺が出現する一方、硬膜外血腫によるものは、術後24時間～2日位の間、疼痛を初発として、下肢麻痺が出現してくることが特徴である。手術操作によると考えられる麻痺は、病態の難易度から考えてある程度は不可避免的であると考えられるものと、なんとしても避けるべきものとの2つに大別される。後者に分類される症例を検討すると、まさに申し開きができないノミやサージオトムによる直接損傷、術前の手術計画に甘さがあったと考えられる除圧不足や整復操作によるもの、術中の手技上の問題としてPS誤刺入や神経根の過牽引が挙げられる。大多数は、ある程度の麻痺を残しながらも、回復しているが、中には永続的な障害を残す事もある。個々の症例での麻痺原因を分析することが、今後につながると考えている。術後血腫については、術前の出血傾向の認識、術中止血、確実なドレナージ、術後高血圧の管理、数時間後との神経学的評価、激痛を訴えた患者の十分な観察等が予防の要点である。術後感染も、外科医にとって最も嫌な合併症の一つである。インストルメンテーション施行例で、必ずしも感染率が増加するわけではないが、難治化することがあり、その結果は悲惨である。高齢、糖尿病、リウマチ、ステロイド使用といった患者側の要因を考慮し、手術室や病棟で医療側の要因を排除し、手際の良い、死腔を作らない手術を心がけることが重要である。また、不幸にして、術後感染を併発した際には、早期に対応することが重要であることを強調したい。

以上、過去10年間の脊椎手術の経験から、その問題点について概説した。

ステロイド性骨粗鬆症の病態と治療 —リウマチを含む—

大阪市立大学大学院 医学研究科 老年内科学 教授 三木 隆 己

<はじめに>

ステロイド投与に伴う骨粗鬆症が注目されている。その背景には、(1) 脊椎骨折が生じるとその後の骨折発生の頻度が短期間の間に高まること、(2) 薬剤による骨粗鬆症は医原性疾患であり、将来訴訟に巻き込まれるおそれがあること、さらに、(3) 原発性骨粗鬆症治療薬の一部が、ステロイド剤による骨折発生を著明に抑制することが科学的に証明されるようになったことに起因する。ステロイド剤は、リウマチ様関節炎や喘息に対し投与され、服用者は40 - 60才代の女性が多く、原発性骨粗鬆症の発症時期と重なって、骨折発生の面で大きな問題となる。従来、ステロイドによる骨粗鬆症およびその結果生じる骨折は、原疾患を改善するために避けがたいものであるとの認識が一般的で、対応は十分とは言えない(図1)。しかし、最近のビスフォスフォネート治療では、骨折率が90%も抑制できることが明らかにされている。したがって、ステロイド骨粗鬆症による骨折はかなりの頻度で抑制でき、数名の治療で1人の骨折発生を阻止できる、医療効率は極めて高い。そのため、何らかの対応をしていない場合は訴訟対象になる可能性も考えられる。

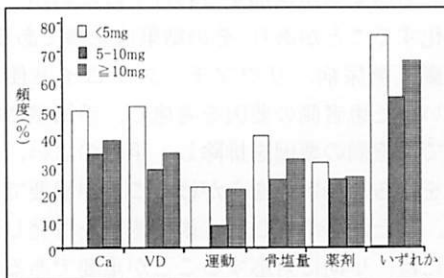


図1: ステロイド処方者への治療/対応の頻度: 骨粗鬆症の対応がなされているステロイドホルモン服用者の頻度は少ない。

Yood RA:Arvh Intern Med 161:1322,2001より引用



表1: ステロイド骨粗鬆症の特徴

- 1) 投与初期の6(～12)カ月に急速に減少する。
- 2) 減少の程度は、投与量、期間に依存する。
- 3) 海綿骨のみならず、皮質骨も減少するので骨折頻度高い。
- 4) 骨粗鬆症は長期投与者では50%に認められる
脊椎骨折の頻度は5倍、非脊椎骨折頻度は2倍。
- 5) ステロイド剤の隔日投与では防げない。
- 6) 尿カルシウムが多く、骨形成は低下している。
- 7) 治療効果は、腰椎(++)、大腿(±)、橈骨(-)。
- 8) 医原性疾患で、放置しておく医療訴訟の可能性あり。

<ステロイド骨粗鬆症の特徴>

ステロイド骨粗鬆症には、様々な臨床的特徴がある(表1)。骨密度の減少の程度は、スラロイド投与早期に大きい。また、骨梁幅の減少が、一様に生じることが特徴で、原発性骨粗鬆症のように、局所的に骨吸収が生じないと考えられている。臨床的には、脊椎骨折が高頻度であること、一旦脊椎骨折が発生すると、比較的短期間にドミノ倒しのよう、脊椎骨折が次々と発生することにある。大腿骨折や前腕骨折の頻度は、ステロイド投与量が増えるに従い高ま

るが、脊椎骨折の場合の投与量依存度が極めて高い(図2)。ただし、ステロイド中止により骨折の危険性は急速に改善することも知られている。

脊椎骨折発症者の骨密度は、原発性骨粗鬆症患者の骨密度に比べて高く、また、若いにもかかわらず骨折が発症する。つまり、脊椎骨折発生の骨密度閾値が、原発性骨粗鬆症に比べ高い。そのため、ステロイド骨粗鬆症の診断基準を変えるべきとの意見がある。しかし、診断基準を変えるよりも、治療基準により対応するのが良いとの意見が支配的である。最終的な統一意見が、ガイドラインとして報告されるものと思われるが、今のところ、ステロイド服用者では、骨減少症域で本格的な治療を開始するべきとの意見が、国際的にも多数を占めている。

＜ステロイド骨粗鬆症の病態＞

ステロイド剤は、1,25(OH)₂D 濃度を低下し、腸管でのカルシウム吸収の低下をきたす。その結果、二次的に副甲状腺ホルモンが上昇し、骨密度を低下させる。また、骨芽細胞を直接抑制し、骨形成能が著明に低下し、腎臓では尿カルシウム排泄が増加する結果、骨塩量は低下する(図3)。生理的には、少量のステロイドホルモンは骨形成に促進的に作用するが、非生理的な投与量では、骨芽細胞の分化や活性を抑制し、骨形成を抑制する。臨床的にも、オステオカル

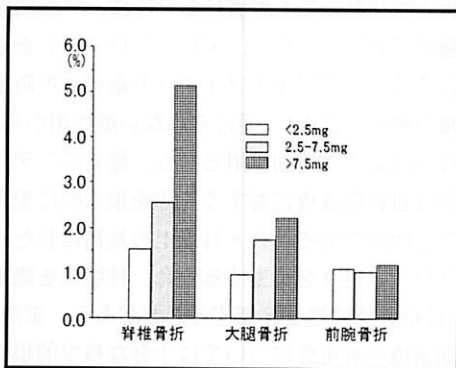


図2：非服用者に対する、ステロイドホルモン服用者の各種骨折の相対的危険度
Staa TPV.J Bone Miner Res 15:993,2000 より引用

シンなどの骨形成指標が投与短時間で有意に抑制され、ステロイドホルモンによる骨形成の抑制が骨折発生の主要因子とされている。一方、ステロイド剤は、骨・カルシウム代謝に直接悪影響を与えるのみならず、筋肉の萎縮による運動量低下や性ホルモン低下による間接的な骨代謝異常、さらに、原疾患による安静、運動不足や筋力低下が骨代謝を一層悪化させる(図3)。

＜治療対象＞

ステロイド剤による骨減少は投与早期に強く、原発性骨粗鬆症に比べ、骨塩量が高値でも骨折を生じる。そのため、ステロイドホルモン服用中の骨粗鬆症患者は、ステロイド服用と骨密度低下という、2項目の主要な骨折発生要因が存在することから、治療対象にする必要がある。骨減少症状態でも、ステロイド服用を予定している非外傷性骨折の既往者では、ステロイド服用と非外傷性骨折の存在という主要骨折危険因子が2項目存在することから、治療対象とすべきである。ステロイド服用骨粗鬆症患者の骨折抑制効果が極めて高いことから、世界的には骨減少症者でステロイド服用者が治療対象とされる傾向にある。少なくとも、高齢、たとえば65才以上の高齢者、ステロイドホルモンをプレドニゾロン換算で5mg以上を3ヶ月以上投与予定の骨減少症患者は治療対象として対応するのが必要である。65才以上のステロイド3ヶ月以上投与予定患者には、骨密度に関係なく治療すべきとのガイドラインも存在する。

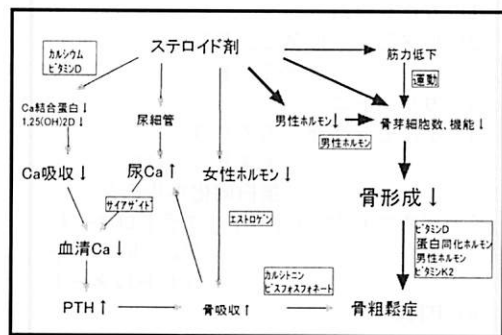


図3：ステロイド骨粗鬆症の病態と治療

＜治療薬剤の選択＞

病態に応じた治療薬を選択する（図3）。運動と十分なカルシウム摂取が基本であり、不十分であれば、カルシウム代謝の改善のために、ビタミンDを投与することが多い。不足している女性ホルモンや男性ホルモンの補充も、一部では勧められているが、わが国では、まだ一般的な治療にはなっていない。

骨塩量が低下している場合には、骨粗鬆症に対する本格的な薬物治療が必要となる（表2）。不足するカルシウムを補充する目的で、活性型ビタミンDの投与が広く実施されてきた。しかし、これらの薬剤による骨折防止効果の科学的根拠が乏しく、ビスフォスフォネートによる骨折防止効果が明らかにされてからは、エチドロネート、アレンドロネート、あるいはリセドロネートによる治療が広く使われるようになってきた。ただ、ビスフォスフォネート剤は二次的に骨形成を抑制することから、すでに骨形成が抑制されているステロイド骨粗鬆症患者への投与には慎重であるべきであるとの考えもある、しかし、少なくとも1-2年程度の短期の投与では問題は無く、骨折抑制効果のあることが科学的に明らかにされている。数年にわたる長期投与により問題が生じるかどうか、また、有効性判定の指標を骨密度にするのか、骨代謝にするのか、その他の指標とするのかについては、今後明らかにされると思われる。なお、ビ

表2：ステロイド骨粗鬆症の治療薬
#：健康保険の適用外

- | |
|--|
| 1) カルシウム： |
| 2) ビタミン：ビタミンD3
ビタミンK2 |
| 3) カルシトニン： |
| 4) ホルモン補充：エストロゲン#
テストステロン#
蛋白同化ホルモン |
| 5) ビスフォスフォネート：エチドロネート
アレンドロネート
リセドロネート |
| 6) PTH#： |
| 7) その他：サイアザイド#： |

スフォスフォネート剤間の優劣については、十分なデータがない。

治療をいつまで継続するかについては、科学的根拠はないが、原発性骨粗鬆症に対するビスフォスフォネート剤の投与期間は5年程度ではないかとの推定も有る。ステロイド骨粗鬆症では骨形成が抑制されていることから、原発性骨粗鬆症と同一視することはできないが、1-2年後にビスフォスフォネート剤から他の薬剤に変更する、あるいは、一時中断するののひとつの考えである。

わが国では、活性型ビタミンD投与が骨粗鬆症治療に利用されている。活性型ビタミンDは尿カルシウム排泄が増加することから、尿カルシウム排泄が亢進するステロイド骨粗鬆症では、尿路結石に対する注意が必要である。早期第二尿のカルシウム（mg/dl）/クレアチニン（mg/dl）比が、0.3以上であれば、特に注意が必要で、0.4を超える場合には、他の治療薬剤を選ぶのが賢明であろう。蛋白同化ホルモンや女性ホルモンは、年齢や副作用を考慮して投与することも可能であるが、これらの薬剤による治療成績、特に、骨折防止効果に関する科学的成績は十分ではない。

＜おわりに＞

ステロイドホルモン投与は骨折の主要要因の一つであり、すでに骨粗鬆症の合併や非外傷性骨折の既往歴のある患者においては、骨折頻度が極めて高い。しかし、アレンドロネートを始めとする、ビスフォスフォネート剤の骨折防止効果が明らかにされ、避けられない副作用から、かなり防止できる副作用となり、従来のステロイド骨粗鬆症診療に対する対応を根本的に変えるほど明瞭である。3ヶ月以上の長期にわたるステロイド投与を実施する場合、骨塩量を測定し、骨折の危険性を評価する必要がある。また、長期治療の有用性については十分な科学的根拠はないものの、1-2年の短期治療は有効であり、積極的に対応する必要がある。

小児整形外科：最近の動向

国立病院 大阪医療センター 院長 廣島和夫

§ 1 整形外科外来受診患者の変遷

1) 先天股脱・筋性斜頸・先天性内反足の初診患者数が激減した。

2) いわゆる生理的内反膝・うちわ歩き・扁平足など、病的状態とは云えない患児の初診の占める割合が増加した。また、器質的変化のない成長痛など、心因性ないしは神経症的な訴えで受診する患児も増加している。

3) 上記以外は、概ね一定の比率で変動は少ない。

図1は国立小児病院(現 国立成育医療センター)における30年間の整形外科初診患者数の推移である。昭和45年から平成2年頃までは漸減状態であったが、それ以降は増減はすくなく一定である。筋性斜頸の初診患者数に対する比率(図2)は、初診患者数よりも減少度が著明である。また、図1のカーブパターンと対称的なのが、図3の下肢痛の全初診患者に対する比率であり、平成になって急激な比率増が見られる(日本小児整形外科学会第10回研修会資料から)。



症の範疇にはいる疾患である。従って他覚的異常を認めない身体愁訴は心身症ではなく、それは神経症または神経症愁訴である。

ここでは、最近、小児整形外科の外来を受診する、このような心因性要因による身体的愁訴の概要について述べる。

(1) 成長痛 (benign nocturnal musculoskeletal pains)

いわゆる成長痛 (Growing pain or Benign nocturnal musculoskeletal pains) が心因性であることを述べたのは Oester (1972) である。また、W.J.W.Sharrard (1979) は正常の成長過程に、激しい疼痛を伴う成長などはあり得ないと述べている。

過去3年間に当院に受診した症例の内訳をみると、男児8名・女児13名であり、図4に示すように男児では4-5歳に、女児では

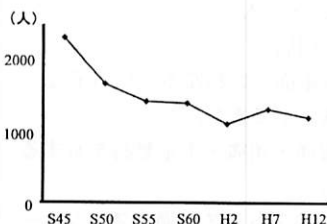


図1. 初診患者数の推移

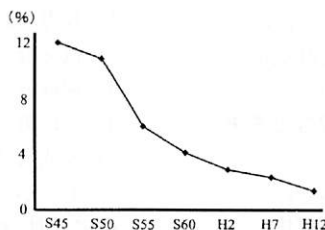


図2. 筋性斜頸患者比率の推移

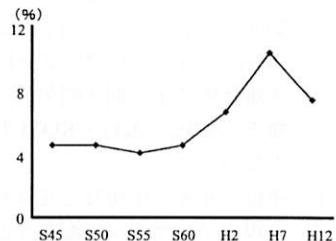


図3. 下肢痛患者比率の推移

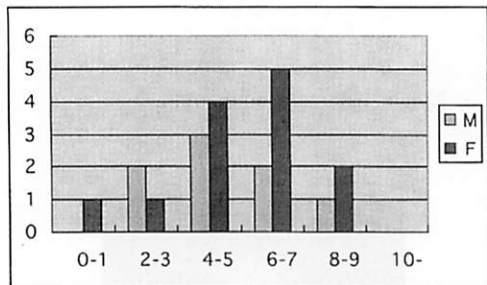


図4 成長痛の年齢分布

6-7歳にピークが見られた。

症状および患児の背景を表1、2に示す。単なる甘えん坊ではなく、同時に「お利口さん」でもあり、ある程度自制できる子どもが多いように思われる。

患児家族への説明は、その背景についての説明と、器質的障害の無いことを伝え、子どもには心配不要であることを云うことが必要である。余り、仰々しい検査をおこなったり種々の鑑別すべき疾患についての説明が多すぎると、親子共々悩んでしまうので、十分な配慮が必要である。

(2) 慢性に経過する思春期を中心とする四肢痛 (psychosomatic musculoskeletal pains) (=chronic or recurrent musculo-skeletal pain in the absence of organic disease)

小林らは、思春期に膝関節周辺に疼痛を訴

表1 成長痛の症状の特徴

- 1) 下肢、とくに膝中心に生じる深部痛、多発性・遊走性のこともある。
- 2) 夜間(とくに寝入りっぱなし)に生じやすい。
- 3) 痛みのため、シクシク、または大声で泣く。
- 4) 疼痛発作は不定期・間欠的に生じる。
- 5) 痛みが原因で跛行・ROM制限などを来さない。
- 6) 腫脹・発赤・圧痛などを伴わない。
- 7) 母親のマッサージ・湿布などで軽快。
- 8) 翌日は正常の運動活動性(走りまわる)。

える15歳以下の62症例のうち、器質的病変があり診断できたものは、僅か23例(37%)と述べている(関節外科, 6:45-8, 1987.)

また、Song, K.M. らは、6wks以上持続する疼痛を訴える小児73人中の37人(51%)のみに器質的疾患が診断された、と述べている(JPO, 18:576-81, 1998.)。特記すべきは、「理解できる訴えの77%は器質的疾患であったが、理解が困難な訴えの79%では器質的疾患が発見できなかった」ことであり、心因性病態の特徴を如実に示している。

Sherry, D.D. らは、器質的病変が見られない慢性的な運動器痛を訴える子ども(成長痛・関節弛緩を有する症例に見られる関節痛は除外)100人の分析結果を報告しているが、76%は女性であり、平均年齢は13歳であったと述べている(Pediatrics, 88:1093-1099, 1991.)。特徴的なことは、殆どの患者が痛みを縷々訴えるが、一応、学校生活・日常生活を全うしており、それについて尋ねると、「自分は非常に辛いのを頑張って、やっと皆と同じようにやっているんだ」と答えるなど、訴える痛みの程度と日常生活活動状況とのギャップである(Incongruent affect)。合併障害として睡眠障害(50%)、腹痛(39%)、頭痛(37%)など、他の部位にも疼痛を訴える例が多い。背景での特徴は、高学歴・高経済力(66%)、自分では明るい性格という(39%)など、成長痛とは異なっている。

治療は専門医(心療内科など)に委ねるが、

表2 患児の背景

- 1) 長男(長女)・一人っ子。
- 2) 祖父母との同居。
- 3) 神経質/几帳面/いわゆる「いい子」。
- 4) 下に弟(妹)ができた。
- 5) 家族員に腹痛・頭痛・不定愁訴を有するものがある。
- 6) その他:種々のストレス/過密スケジュールの稽古事・塾通いなど。

整形外科的訴えに対しては丁寧な対応が不可欠である。

(3) 転換性ヒステリーにおける臨床症状

稀ではあるが、転換性ヒステリーの症状形成として、その程度が変動する内反尖足位・股関節屈曲位・跛行例を経験している。いずれも病態の賑やかさに対して、それを裏付ける神経学的所見の乏しさが特徴である。器質的異常を伴う場合もあるが、その程度と余りにも大げさな症状の訴え方・症状発現の仕方との間の隔たりが大きいので、普通に診察しておれば分かる。治療は専門医に委ねるしかない。

§ 3 いわゆる難病の整形外科：最近の知見

(1) 骨系統疾患の病態に関する最近の知見

骨系統疾患には骨軟骨異形成症 (osteochondro-dysplasia) と異骨症 (dysostosis) の2つの病態が含まれる。骨軟骨異形成症とは、器官原器としての骨軟骨発生には異常がないが、その後の骨軟骨形成過程などの障害によって、骨軟骨組織・器官の質的・量的・形態的異常を結果として来すものをいう。一方、異骨症とは、部分的な骨形成の異常に起因するものをいう。かつては、濃化異骨症 (pyncodysoastosis) 以外の異骨症は骨系統疾患の範疇から除外されたが、遺伝子異常に起因するものが多く再分類化された。

1) 骨系統疾患の頻度

日本整形外科学会骨系統疾患委員会では、1990年に骨系統疾患登録を開始し、2002年の時点で総登録患者数2,749名に達している。この数は、実際よりもかなり少なく、診断がついていても登録されていない例や診断されていない例を合わせると、もっと多いと推測される(実際に障害がなく病院に行かない症例も多いと考えられる)。表3に登録数の多い疾患をあげる。

2) 骨形成不全症における最近の知見

骨形成不全症は、究極の骨粗鬆症・易骨折

表3 日整会骨系統疾患登録症例数

01. 骨形成不全症	438 例
02. 軟骨無形成症	362
03. 多発性軟骨性外骨腫症	145
04. 多発性骨端異形成症	80
05. 低リン血症性くる病	67
06. 先天性脊椎・骨端異形成症	65
07. ムコ多糖症	57
08. 内軟骨腫症 (Ollier 病)	52
09. 骨幹端異形成症 Schmid	51
10. 軟骨低形成症	48

性・青色強膜・歯牙形成不全症・難聴などで特徴づけられる疾患で、I型コラーゲンの形成障害に起因する。しかし、I型コラーゲンに異常を見ない骨形成不全症V-VII型が報告され、分類上の混乱が生じている。

保存的治療として究極の骨粗鬆症に対するbisphosphonate製剤投与が、骨折頻度の減少に効果があり、標準的に治療になりつつある。また、外科的には伸展性髄内釘の挿入によって、歩行機能の温存化に効果があることも示されている。

3) 軟骨無形成症における最近の知見

四肢短縮型低身長を来す代表的疾患である。原因遺伝子(4q 16.3)の異常によるFGF R3 (Fibroblast growth factor Recceptor 3)の変異によって、成長軟骨帯における増殖軟骨細胞のアポトーシスの加速化が症状形成に関与している。成長ホルモンと四肢延長術が低身長による社会的不利を解決するものとして受け入れられつつある。

4) 多発性軟骨性外骨腫症における最近の知見

現在、3つの原因遺伝子があげられている。これまで、本疾患が悪性化することはよく知られていたが、その頻度については報告者によるバラッキが多く、謎に包まれている部分も多くあった。Ext 1(8q 23-24.1)、Ext 2(11q)、Ext 3 (19q 11-13)の遺伝子のうち、Ext 3に起因する本疾患では、臨床症状は最重症型で

はあるが悪化しないことが分かっている。

5) 多発性骨端異形成症 (MED) における最近の知見

重症型である MED 1 は軟骨基質の重要構成要素である COMP (Cartilage Oligomeric Matrix Protein) の異常 (19p 12-13.1) であり、比較的軽症型である MED 2 は、軟骨基質に含まれる IX 型コラーゲンの異常 (1p 33-p32.3) による。いずれも早期から関節軟骨の退行性変化を来すために、関節外科を訪れる患者の中には MED 2 が診断されずに混じっている場合もありうる。

6) 骨芽細胞を誘導する遺伝子の発見と頭蓋・鎖骨異形成症

造血組織幹細胞を見いだすべく研究されていた経過のなかで、偶然に発見されたのが骨芽細胞を誘導する遺伝子 *facb1* であった。骨発生の経過の中で骨組織出現過程において重要な遺伝子であり、本遺伝子異常のヘテロ型が頭蓋・鎖骨異形成症と考えられている。

(2) 重症障害児における最近の動向

1) 脳性麻痺児における誤嚥の問題

養護学校在校生および卒業生における約

30 年間の死亡例の検討をおこなったが、脳性麻痺児では 8.5% の児童・生徒が死亡していた。脳性麻痺児を代表とする中枢神経系の異常による麻痺例の 29% が誤嚥による窒息死であり、窒息死の 88% が脳性麻痺児であった。

窒息死の原因として、嚥下運動における中枢性コントロールの悪さによるが、同時に頸部周辺筋群の過緊張も重要な要因である。重度の不随運動型や強い痙性を伴う混合型に嚥下障害は多く見られる。epiglottis の協調障害 / 逆流性食道炎や誤嚥による慢性的な呼吸器感染症などが日常的にみられていが、これまでは、理学療法・薬物療法などで姑息的に対応していた。しかし、数年前から小児外科を中心として、これらの症例に気管切開 / 気管・食道完全分離 / 胃瘻形成をおこない、誤嚥性肺炎の消失、酸素飽和度の改善 (筋緊張の低下)、体重増加、ストレスに対する抵抗性の改善、精神的安定、睡眠障害の改善など効果をあげている。

最近では、他の進行性中枢性麻痺例や脳卒中後の患者にも適用が広められつつある。

奈良県の木 すぎ

毎日新聞社の提唱により、アセビ、ウメ、サクラ、スギ、モミジの 5 候補を選考委員会で決め、県民のハガキ投票により、最高票のスギを県の木に指定しました。

(昭和 41 年 9 月指定)



整形外科的リハビリテーション

労働福祉事業団・関西労災病院リハビリテーション診療所

部長 住田 幹 男

整形外科とリハビリテーション科は歴史的には深い関係にあり、物理手段を用いて様々な疾患に対する治療法を育んできた。今回の講演においては歴史的な経緯は別にして、整形外科的リハビリテーションとして確立されている内容の定義とその背景としてある治療法について簡潔に述べてみたい。



1. 整形外科的リハビリテーションの定義

山野によれば、その構成は保存的治療法、術後療法によるとされ、保存的治療法に物理療法、運動療法が含まれるとされている。一方小野によればリハビリ医学の限界への挑戦としてリハビリテーション外科が存在しているとする見解もある。われわれもかつては脊髄損傷の大きな褥創に対する筋皮弁形成術、装具で矯正できない脳卒中の足部内反尖足に対する手術、切断術などのように手術的なアプローチも駆使してきた。しかし早期リハビリテーションの推進によって多くは装具によって解決されることが多くなり、その装具もより機能的なものへと変遷してきている。整形外科分野においても拘縮の予防やより早期からの運動療法の開始、早期荷重による歩行の獲得がなされるようになってきている。山野の定義に従えば、保存的治療として物理療法、運動療法の二大基本的アプローチをあげているが、強いて追加すれば装具療法がある。これらは術後療法と対立するものでなく、むしろお互いに補完しあうものであり、関節拘縮の矯正と改善、筋力増強と維持、荷重に伴う関節、靭帯、関節軟骨の REMODELLING をはかる中で ADL をたかめ、社会復帰を促進していくものである。

2. 障害の構造・理念とリハビリテーション

障害の理念については 1980 年に ICIDH に基づく機能障害、能力障害、社会的不利とされそれぞれが有機的に絡まり合っているとされ、保健・医療・福祉の活動の指針とされてきた。これらに従って各種の評価法も開発され、ガイドラインを生み出してきた。とりわけ治療成績のアウトカムには世界的な standard の導入が欠かせない。典型的な例は、アメリカの脊髄損傷協会 ASIA が開発してきた脊髄損傷の評価法が IMSOP において世界的な基準とされ、多くの国において採用され共通言語となっていく。本邦においても一番良く用いられてきている。JOA においても各種関節疾患や脊髄症などに対するガイドラインを策定してきた経緯があるが、残念ながらその中には多くの混乱と不統一が存在している。運動器の 10 年戦略において早急に整理されていく必要がある。他方で WHO は国際障害者年以降この 20 年間世界における保健・医療活動の指針となる方向を検討し、2001 年 ICF という提言を行っている。その基本骨格は障害者主体を貫徹するものであり、今後多くの評価法やそれをふまえたガイドラインの策定を促通していくものと思われる。

3. 整形外科的リハビリテーションの実際

決して「リハでも」、「リハしか」といった姑息的治療法であってはならない。リハビリテーションにおいても処方から始まるが、チームアプローチの原則を踏まえて処方を行う必要がある。上肢・体幹を中心においたADLに対するアプローチは作業療法士、最近ではHAND専門の作業療法士も手の外科医と共同して形成されてきている。物理療法・運動療法では理学療法士の領域であるが、当然ADL訓練もその中に含まれている。処方の中で次に重要なのはその効果を獲得するための期間とゴール設定である。漫然と物理療法を続けてよい方はない。筋力増強訓練ではIsokinetic exerciseが普及しつつあるがIsotonic exerciseが訓練法としては今なお主である。装具や義肢については義肢装具士の領域であるが手の装具や自助具については作業療法士の関与が重要である。各種疾患についてpain, MMT, ROM, ADL, 歩行能力が治療・評価では不可欠である。

術後療法として「過度の安静は百害あって一利なし」なので各種装具や早期運動療法の実施によって筋力を回復させ、拘縮の予防、早期荷重を促通させることが肝腎である。その他術後脱臼防止装具や良肢位保持目的などの装具も各種提示されている。

近年盛んになってきた試みとしてクリニカルパスがあげられる。術前術後の集約型時系列プログラムで、旧来からの術後療法を発展させたものと考えてもよい。DPCなど医療保険制度の影響が強く反映していることは否めないが、リハビリ治療の流れをリハスタッフのみならず、病棟看護師を含めて意思一致させるだけでなく患者のインフォームドコンセントのテキストとして活用することが可能である。

4. 保健・医療・福祉の交差点としての整形外科的リハビリテーション

地域医療の担い手として整形外科医の役割は、超高齢化社会の到来の中で、居宅医療サービスの担い手として大きいものがある。居宅高齢者への医療ニーズが大きくなる中で、福祉の分野における介護保険の導入や、保健分野では寝たきり防止や閉じこもり防止による介護予防などが始まっている。障害者福祉の分野でも今後大きな変革が予想される。それぞれかかりつけ医意見書、身体障害者手帳があるが、これらに積極的に関わることで高齢者福祉や高齢者保健に関与することができ、多様なサービスへの糸口を開いて行くことが可能である。さらに病診連携ではより高度の医療を追求することが可能であり、またグループの一員として病院のカンファレンスなどに参加していくことが可能となっている。また地域の中で他分野の医師同士のグループ診療なども高齢者のニーズにこたえるものとして有意義である。整形外科的リハビリテーションの範囲からは逸脱するのではとの見解もあるが、開業整形外科医にとって生き残りをかけてその内容を地域の、高齢者の多様なニーズに応えることが求められている。

5. 結語

超高齢者社会の到来と整形外科的リハビリテーションの役割は、慢性疼痛疾患や転倒防止、体力増進、骨粗しょう症の改善など数多いが、より積極的に推進していくことが求められている。高齢者が今なお好む鍼灸や漢方などについても科学の光を当てていくことが必要である。今後の整形外科的リハビリテーションの発展を求めていきたい。

腰部脊柱管狭窄症の診断・治療におけるピットフォール

大阪労災病院 整形外科 岩崎 幹季

疾患の概説

腰椎の変性疾患は変形性脊椎症 (spondylosis deformans)、椎間板症 (discopathy)、ヘルニア (herniation)、すべり症 (spondylolisthesis)、脊柱管狭窄症 (spinal canal stenosis) などそれぞれ別の疾患のように扱う慣習があるため診断名そのものが混同される危険性がある¹⁾。したがって、その時々の際立った性質に着目し椎間板の状態、脊柱管や椎骨の形態などいずれに視点を置くかによって診断名が変わりうる。脊柱管狭窄症という疾患は1949年に Verbiest が特発性発育性狭窄 (idiopathic developmental stenosis) の概念を提唱以来確立してきた疾患群であるが、その後に変性疾患でも広くこの病名が用いられるようになってきた。

□病態

椎間板への力学的負荷または加齢による椎間板変性から始まり、椎間関節、黄色靭帯、椎骨へも変性が波及する。二次的な変化として脊柱管内の形態的变化が進み、神経根や馬尾の障害を引き起こす。すなわち、腰部脊柱管狭窄症とは骨性または靭帯性要因により脊柱管、椎間孔の狭小化を生じ下肢痛やしびれ、間欠跛行といった特徴的な症状を来した状態である。その狭窄要因には、静的因子と動的因子が存在する。

静的因子 Static factor

- 1) 脊柱管の形態
- 2) 正中部狭窄
- 3) 外側陥凹部狭窄

動的因子 Dynamic factor

- 1) すべり症
- 2) 不安定性

○症状・所見から見た分類



- 1) 神経根障害：圧迫神経根に一致した疼痛
または知覚障害
- 2) 馬尾障害： 圧迫レベル以下の多根性障害
両下肢広範囲のしびれによる間欠跛行
(自転車は比較的乗れる)
膀胱直腸障害、サドル状感覚障害、会陰部のしびれ (perineal numbness)、
アキレス腱反射の消失が特徴的
- 3) 混合性障害：圧迫レベルの神経根症状＋
それ以下の馬尾障害

□症状

1) 腰痛

腰痛は神経由来だけでなく椎間板、筋・筋膜、椎間関節などに由来することも多く、痛みの由来を特定することが困難である。腰痛は脊柱管狭窄症に特異的な症状ではないので、治療上最も重要なのはそれが神経圧迫による症状なのか腰椎不安定性による痛みなのかを見極めることである。つまり、寝返りや起きあがり動作で強い腰痛を訴える患者では腰椎不安定性の関与が危惧され(臨床的不安定性)、腰椎の固定術を選択する根拠になり得るからである。

2) 下肢の痛み、しびれ

神経根に関連した下肢痛や知覚障害、運動障害は基本的には腰椎椎間板ヘルニアの神経症候と同じ。しかし、多椎間での圧迫の場合は両側性または広範囲に及ぶことが少なくない。また、S3以下の障害の場合は、肛門などの会陰部周囲の痛みやしびれを訴えることもある。

3) 間欠跛行

動脈閉塞症性との鑑別を要するが、合併は有り得る。

口診断

1) 問診のポイント

誘因は何か、発症は急性か緩徐か、痛みは動作時痛か安静時痛か、下肢痛は片側性か両側性か、間欠跛行の有無とそのときに知覚・運動障害を伴うかなどを慎重に聞きだす。特に知覚障害に関しては肛門周囲や会陰部の異常感覚も聞くポイントとして重要である。

歩行障害に関しては、歩き始めの歩行困難は腰よりも頸椎や胸椎での圧迫性脊髄症を念頭に置く必要がある。

動的因子が大きく関与する場合は、前屈姿勢で歩行したり前屈みで症状が改善したりすることがある。間欠跛行が明白でも自転車での前屈姿勢ならかなり長時間外出が可能との訴えも参考になる。

2) 他覚所見

○SLRT、FNSTなどのTension signの有無。

- 患者自身に両下肢同時にSLRTをしてもらう。臨床的不安定性が存在すれば、痛くてあげられない(active bilateral SLRテスト)。

○足背動脈・後脛骨動脈の触知と左右差

○神経学的所見-間欠跛行がある場合は安静時だけでなく誘発させてからも調べる。

- 腱反射：腱反射が亢進している時は頸髄または胸髄の圧迫病変を除外する。
- 筋力低下・筋萎縮：両大腿・下腿周径の左右差に注意
- 知覚障害-特に会陰部の知覚障害の有無

(perineal numbness)

- 膀胱・直腸障害

3) 画像診断

○単純レントゲン

立位2方向と前後屈臥位側面が必須。斜位像は分離症が見やすくする意味のみで、通常は不要。頸椎と違って腰椎側面での脊柱管前後径はあまり診断的意義が少ない。

側弯や後弯変形がある時には、立位(自然な立位中間位)と臥位の全脊柱長尺2方向が必要。

(注意)

- 腰椎の不安定性の判定に関しては種々の意見があり、必ずしも一定ではない。一般的には以下のものがある。

前屈・後屈で3-4mm以上のすべりの変化や10°以上の動きを認める

前屈時の5°以上の後方開大+5%以上のすべり

5mm以上のすべり

分離症

除圧手術歴あり

- 腱反射が亢進している時は頸椎または胸椎も調べる。

- 側弯を認めるときには、立位長尺2方向と臥位長尺正面を撮影して脊柱全体を評価する。

- 胸腰椎移行部の靭帯骨化を除外する。

- 椎弓角と椎間関節→椎弓の水平化と椎間関節の水平化がすべりの発症に関与する²⁾。

2) MRI

診断的価値は高いが、false positiveが有ることを認識することが重要である^{3,4)}。

parasagittal像は特に外側でのforaminal stenosisの診断に重要である。

3) CT

脊柱管横断面での骨性因子を観察するのに必須検査である。

関節面の形態(facet angle)、上関節突起の前内側への肥大、椎体後縁の骨棘、黄色靭

帯の肥厚・骨化を観察する。

4) ミエログラフィー

MRI に比べて動的因子の把握が優れている。造影後 CT を撮影することによって骨性・軟部組織による硬膜管や神経根の圧迫がさらに詳細に把握できる。

5) 神経根造影・ブロック

ブロックは特に多根障害を疑う症例において、障害神経根を同定するのに有用。

□鑑別診断

- 1) 閉塞性動脈疾患
- 2) 多発性神経炎：糖尿病性神経障害
- 3) 腫瘍性病変－転移性腫瘍、脊髄・馬尾腫瘍
- 4) 化膿性脊椎炎、結核性脊椎炎
- 5) 脊髄性間欠跛行：頸髄症、胸髄症
- 6) 胸腰椎移行部での黄色靭帯骨化症
- 7) 分離症・分離すべり症
- 8) 椎間孔外ヘルニアや foraminal stenosis

□自然経過

おおよそ 3 - 4 割の患者は保存療法で改善し、3 - 4 年の追跡で約 10 - 15% が悪化する。病型としては、痛みを主訴とする神経根症状は改善しやすく馬尾障害は不変または悪化が多い。

- Johnsson KE⁵⁾ : 19 例の非手術群 (31 ヶ月追跡) と 44 例の手術群 (53 ヶ月追跡) を比較したところ、未治療でも VAS 評価で 58% の患者は不変だったが 33% は症状改善。
- Johnsson KE⁶⁾ : 32 例の平均 49 ヶ月追跡 (約 75% が間欠性跛行) で、間欠性跛行の頻度は変化ないものの VAS 評価で 70% の患者は不変、15% が改善、15% が悪化。
- Simotas AC⁷⁾ : 保存療法 (exercise、鎮痛剤、硬膜外ステロイド注入) による 49 例の平均追跡期間 33 ヶ月の Cohort

study。9 例が手術に移行、残り 40 例中 5 例が悪化 (2 例は著明な筋力低下)、12 例は不変、11 例がわずかに改善、12 例は明らかに改善。およそ 25% の患者が 3 年間で改善を認めた。馬尾障害がどの程度含まれているかは不明。

□保存療法

一般によく行われている牽引療法は無効で適応はない。

□薬物療法

- 1) 鎮痛剤
- 2) PGE1 製剤

□装具療法

- 1) William's flexion brace
- 2) 簡易コルセット

□神経ブロック

- 1) 硬膜外ブロック
- 2) 神経根ブロック
- 3) 腰部硬膜外ブロック

□手術治療

□適応

保存治療無効例の腰痛・下肢痛
間欠性跛行など ADL の著明な障害
膀胱・直腸障害
明らかな筋力低下
強い自覚的知覚障害
進行性の神経症状

□方法

DECOMPRESSION (除圧) and/or FUSION (固定)

脊柱の支持機能障害によると思われる症状に対しては椎間固定術、神経圧迫による症状に対しては除圧術を行うのが原則である。臨床的あるいは画像的不安定性を考慮してその両者を使い分ける。

- 1) 除圧術－縦断面でのレベルと横断面での範囲が重要

- Turner (1992)⁸⁾ : 60 - 70% の患者が good-to-excellent 固定の有無で成績に差

はなかった。

2) 固定術—もともと存在する不安定性に対しての固定と除圧部の2次的不安定性に対しての固定とがあるが、術後の不安定性は手術成績に影響しないという報告が多い^{9,10)}。

□術式選択

5 mm以下のすべりや不安定性(レントゲン上および臨床上)を伴わない症例に対しては除圧術のみで対処可能であるが、固定すべきか否かは多くの議論がある(後述のDEBATE参照)。

当科では、5 mm以上のすべりやレントゲン上および臨床上の不安定性を伴う症例、軽度のすべりでも前後屈ですべりが増強したり前屈での後方開大を認める症例や画像上前方からの圧迫因子(ヘルニア)が強い症例に対しては後方進入椎体間固定術(PLIF)を勧めている。固定材料の使用に関しても多くの議論はあるが、骨癒合率の向上と移植骨圧潰の予防目的で当科では局所性骨とカーボンケージを椎体間に移植し pedicle screw と plate を併用している。

DEBATE: 固定術が必要か否か?

Prospective study

●Herkowitz (1991)¹¹⁾: 1 椎間の変性すべり症 50 例の前向き調査では、固定術の有用性を指摘している。

●Bridwell (1993)¹²⁾: 除圧術のみを施行した 11 例中追跡できた 10 例において、30%しか改善が得られず、70%はすべりが悪化した。

●Zdeblick (1993)¹³⁾: 骨癒合率は non-instrumentation で 65%、instrumentation 使用で 77% (semi-rigid)、95% (rigid) と骨癒合率の向上には貢献している。

●Grob (1995)¹⁴⁾: 狭窄症 45 例の調査。5 mm 以上のすべりを認めた症例や分離症、以前に腰椎の手術を受けた患者は除外しているが、結論として明らかな不安定性を認めた患者以外は固定術の効果を証明することができなかった。

Meta-analysis

●Mardjetko (1994)¹⁰⁾: 1970 - 1993 年の変性すべり症に関する論文の Meta-Analysis では、固定術の有用性は認められるが、pedicle screw などの固定材料の使用はその合併症などから有用性を認めていない。

文献

- 1) 本間隆夫: 臨床脊椎脊髄医学 三輪書店 pp.300-312,1996
- 2) 長総義弘、他: 臨整外 29:765-770,1994
- 3) Boden SD, et al. J Bone Joint Surg 72-A: 403-408,1990.
- 4) Jensen MC, et al. N Engl J Med 331: 69-73,1994.

	N	Satisfactory	Progressive Slip	Fusion
●Decompression without fusion	216	69%	31%	NA
●Decompression with fusion without instrumentation	84	90%	16%	86%
●Decompression with fusion with pedicle screws	101	86%	NA	93%

- 5) Johnsson KE, et al : The effect of decompression on the natural course of spinal stenosis. A comparison of surgically treated and untreated patients. Spine 16:615-619, 1991.
- 6) Johnsson KE, et al : Clin Orthop 279:82-6, 1992
- 7) Simotas AC, et al : Spine 25:197-203, 2000
- 8) Turner JA, et al : Surgery for lumbar spinal stenosis. Attempted meta-analysis of the literature. Spine 17:1-8, 1992
- 9) Fox MW, et al : Clinical outcome and radiological instability following decompressive lumbar laminectomy for degenerative spinal stenosis: a comparison of patients undergoing concomitant arthrodesis versus decompression alone. J Neurosurg 85:793-802, 1996
- 10) Mardjetko SM, et al : Degenerative lumbar spondylolisthesis: A meta-analysis of literature 1970-1993. Spine 19(suppl 20):2256S-2265S, 1994
- 11) Herkowitz HN, Kurz LT : Degenerative lumbar spondylolisthesis with spinal stenosis. A prospective study comparing decompression with decompression and intertransverse process arthrodesis. J Bone Joint Surg 73-A:802-808, 1991
- 12) Bridwell KH, et al : The role of fusion and instrumentation in the treatment of degenerative spondylolisthesis with spinal stenosis. J Spinal Disord 461-72, 1993
- 13) Zdeblick TA : A prospective, randomized study of lumbar fusion. Preliminary results. Spine 18:983-991, 1993
- 14) Grob D, et al : JBJS 77-A : 1036-41, 1995

滋賀県の木 もみじ

県民投票で、昭和41年10月県の木に決まりました。県内には永源寺をはじめ、古くから「もみじ」の名所がたくさんあります。

楓（かえで）と紅葉（もみじ）は植物分類上は区別されないが、楓のなかで特に紅葉の美しい種類を「モミジ」と呼ぶ説がある



関節リウマチの病態と治療－最近の進歩

東京大学 整形外科 織田 弘美

1. 関節リウマチの病態

関節リウマチ（以下 RA）は何らかの原因で異常な免疫反応がおこり、関節滑膜が異常増殖する疾患である。この滑膜細胞の活性化には Ras、Fos、Myc などの転写や増殖に関与する前癌遺伝子の活性化や AP-1 や NF- κ B などの転写因子が関与している。前癌遺伝子は細胞内シグナル伝達経路に関与しており、その活性化は RA 滑膜細胞の異常増殖や局所因子の産生、破骨細胞活性化を引き起こす。RA の炎症局所で過剰産生される因子としては、炎症性・骨吸収性サイトカインである IL-1、IL-6、TNF- α や、増殖因子である FGF-2 や PDGF、低分子炎症メディエーターであるプロスタグランジン、活性酸素、一酸化窒素などがある。これらは、MMP やカテプシンなどの基質分解酵素を産生したり、軟骨細胞などの他の細胞を刺激してこれらの酵素の産生を誘導することで、基質分解を促進する。しかし、可溶性因子の作用による基質分解だけでは急速な骨関節破壊をきたすことはまれであり、RA においても破骨細胞が関与することで高度な骨破壊がもたらされる。

2. RA における破骨細胞による骨破壊の機序

破骨細胞は、骨吸収を担う大きさ 50 - 100 μ の多核巨細胞である。造血幹細胞を起源とするマクロファージ・単球系細胞から分化した単核の破骨細胞前駆細胞が融合して形成されるが、この際に必須の因子は単球・マクロファージ系の前駆細胞の分化を誘導するマクロファージコロニー刺激因子 (M-CSF) の存在と、骨芽細胞などの破骨細胞形成支持細胞との細胞接触であること



が明らかにされていた。このことから、破骨細胞形成支持細胞の細胞膜上に破骨細胞の分化を誘導する因子が存在すると予測されていた。1997 年、破骨細胞分化を抑制するタンパクであるオステオプロテジェリン (OPG、Osteoprotegerin) が発見され、翌年これに結合するタンパクとして破骨細胞分化誘導因子 ODF/OPGL (Osteoclast differentiation factor/Osteoprotegerin ligand) が発見された。この分子は、T リンパ球上に発現する dendritic cell の活性化因子としてすでに報告されていた Receptor activator of NF- κ B ligand (RANKL) と同一であった。現在では、その名称は RANKL に統一されている。

RANKL は TNF リガンドファミリーに属する膜貫通型タンパクであり、破骨細胞形成支持細胞の表面上に発現しており、活性型ビタミン D3、PGE2、PTH、IL-6 などの骨吸収因子によってその発現が亢進する。破骨細胞前駆細胞では、RANKL とその受容体である RANK を介してシグナルが伝達され、破骨細胞へ分化する。また、OPG は RANKL に結合することでその作用を不活化する可溶性のデコイレセプターであり、骨吸収因子による破骨細胞形成を阻害することが明らかになった。可溶性の RANKL を用いると、

M-CSF 存在下で末梢血単核球が破骨細胞へ分化することも報告され、RANKL シグナルと M-CSF 刺激があれば破骨細胞形成を誘導できることが示された。一方、RANKL 遺伝子ノックアウトマウスや OPG を多量に発現するトランスジェニックマウスでは、どちらも破骨細胞の分化が障害され、大理石骨病を呈することが明らかになった。すなわち、RANKL は破骨細胞分化誘導の必須因子であり、OPG はその抑制因子であるという、両者の生理的な意義が確立されたのである。さらに最近の研究では、RANKL は破骨細胞分化誘導のみならず、破骨細胞の機能や生存にも関与していることが明らかになっている。

RA の滑膜には、滑膜マクロファージ (A 細胞)、滑膜線維芽細胞 (B 細胞)、樹枝状細胞 (D 細胞)、リンパ球、プラズマ細胞などが存在するが、その主体は滑膜マクロファージと線維芽細胞である。RA 滑膜マクロファージをラット骨芽細胞株と共存培養すると破骨細胞が形成されることが報告されていたが、我々はヒト RA 滑膜細胞単独初代培養系において破骨細胞が形成されることを明らかにし、さらにヒト末梢血単核球と RA 滑膜線維芽細胞との共存培養系において破骨細胞が形成されること、このためには細胞接触が必須であることを明らかにした。前述したように、破骨細胞形成誘導には支持細胞上の RANKL が必須であることから、RA 滑膜による破骨細胞形成にも RANKL が関与している可能性があると考え、これを検証した。この結果、ヒト RA 滑膜組織において RANKL が多量に発現していること、RA 滑膜線維芽細胞の破骨細胞形成誘導も RANKL を介していること、OPG は RA 滑膜線維芽細胞による破骨細胞形成を抑制することが明らかになった。

一方、一般的な免疫反応においては異常な破骨細胞形成はみられないことから、T 細胞の活性化に伴う RANKL 発現には何らかの抑制機構が存在することが考えられ、我々

は活性化した T 細胞が産生する INF- γ が強く破骨細胞分化を抑制することを明らかにした。

以上をまとめると、RA においては活性化 T 細胞によって刺激を受けたマクロファージが炎症性サイトカインを放出し、これによって滑膜線維芽細胞は RANKL を発現して破骨細胞分化を誘導する。活性化 T 細胞は同時に INF- γ を分泌して破骨細胞への分化を抑制するが、RA においてはこのバランスが RANKL 側に傾いているために骨関節破壊が進行すると考えられる。

3. RANKL を標的とした RA 治療の可能性

RANKL のデコイレセプターである OPG を、RA の動物モデルであるラットアジュバント関節炎に対して局所投与し、その効果を検討した。OPG の足関節内投与によって炎症の指標である関節炎スコアや足部容積は有意差はなかったものの、X 線所見のスコアリングおよび病理組織所見では関節破壊が有意に抑制された。

次に、RA のモデルマウスと言われている SKG マウスに対して、ワクチン療法によって RANKL を抑制することにより、関節炎の発症を抑制できるかどうかを検討した。RANKL ワクチン投与群では、関節炎スコアに有意差はないものの、骨破壊スコアが有意に抑制され、病理組織像では破骨細胞数が減少し、足部の関節破壊は有意に抑制されていた。

4. 血清 MMP-3 および抗フィラグリン / CCP 抗体測定の意義

MMP-3 は主に軟骨基質の主成分であるプロテオグリカンを分解する酵素である。RA では早期から上昇し OA や痛風などの関節疾患では高い値を示さないために、RA 早期の鑑別診断に有用である。MMP-3 は経過観察にも有用であり、MMP-3 が上昇または高い値を維持した症例では Larsen の骨破壊ス

コアが上昇した。初診時の MMP-3 の値と 1 年後の骨破壊の進行をみると、骨破壊の進行した群では初診時の MMP-3 の値が高く、MMP-3 は骨関節破壊進行の予測因子になる可能性が高いことが示された。

RA の新たな自己抗体であるシトルリン化フィラグリンおよびその環状化ペプチドである CCP に対する自己抗体の有用性が注目されている。1979 年 Young らは RA に特異的に検出される自己抗体として抗ケラチン抗体を報告し、この抗体は核周因子と呼ばれる自己抗体と同一と考えられていたが、その対応抗原は長い間不明であった。1993 年 Simon らは RA 患者の血清がヒトの皮膚表皮組織から分離した 40kDa の蛋白と反応することを見出し、この蛋白がサイトケラチンフィラメントの凝集に関与するフィラグリンと呼ばれる分子であることを明らかにした。彼らはさらに、核周因子の対応抗原がフィラグリンの前駆物質であるプロフィラグリンであることを明らかにし、抗ケラチン抗体と核周因子が同一であることが明らかになった。フィラグリンはシトルリン化酵素 peptidyl arginine deiminase (PADI) という酵素によってアルギニンがシトルリンに変換されており、フィラグリン分子上のシトルリン残基が RA 患者の自己抗体が認識するエпитープ形成に重要であることが明らかになった。最近になって、シトルリン化フィラグリンユニットを人工的に環状化した分子である cyclic citrullinated peptide (CCP) を抗原にすると、この自己抗体の検出感度が増強することが明らかになった。この抗体を用いると、感度は 87.6% と MMP-3 を上回り、特異度も

88.9% と高い値を示した。

昨年の秋に、蛋白のシトルリン化と RA の病因に関する重要な発見が報告された。日本人の RA 患者と健常人を対象にした全ゲノムの SNP 解析が行われ、RA になりやすい遺伝子異常として推定された第 1 染色体の遺伝子座がアルギニンをシトルリン化する酵素である 4 種類の PADI のうち type4 (PADI-4) の遺伝子座であることが明らかになった。PADI-4 のある変異型 (haplotype2) は RA の感受性型と考えられた。さらに感受性型の PADI-4 を有する患者では抗 CCP 抗体の陽性率が高く、これは感受性型の PADI-4 では mRNA の安定性が高いためと推定された。

5. RA の治療薬の最近の進歩

1980 年代の後半までは、RA の予後は良い、NSAIDs の副作用は少ない、DMARDs は有効であるが副作用も多い、という前提のもとに、ピラミッド方式が行われてきた。しかし、1987 年 Scott らは注射金剤、D ペニシラミン、サラゾピリンで治療しても効果はなく、20 年で 35% が死亡、19% が寝たきり、50% 以上が悲惨な結果を示したという報告を行い、この治療プランに対する批判が強まった。

ピラミッド方式に対する対案として Step-down bridge や Sawtooth plan が提唱されている。前者は早期から抗リウマチ薬の多剤同時併用療法を行うという最も積極的な治療法であり、後者は効果がなくなった抗リウマチ薬を次々に変更していくという方法である。使用できる抗リウマチ薬が増えた現状では、Sawtooth plan に追加併用療法を加える治療法が最も妥当な選択肢と考えられる。

整形外科疾患と肥満・高脂血症： 関節症と生活習慣病の関わり

近畿大学医学部付属病院 整形外科 赤木 将 男

1. はじめに

近年、日本人の食生活やライフスタイルが欧米化し、いわゆる生活習慣病といわれる肥満症・高脂血症・糖尿病・高血圧症などをもつ患者が激増している。この20年間での日本人の体重変化を体格指数 (BMI) でみると、BMI が 25 以上の過体重者の割合は男性では全ての年代にわたり増加し、女性では 60 才以上で増加を示している。すなわち成人の 30% 以上が肥満傾向から肥満であると言われている。整形外科外来を受診する多くの患者が何らかの生活習慣病を持ち、さらに外科的治療の適応となる殆どの患者がこのような併存症を持っていることは術後合併症のリスクを考える上で大きな問題となっている。また、整形外科を受診する中・高齢患者の多くに減量を指示しなければならない状況となっている。小生が研修医であった 20 年前に比べ、生活習慣病をもつ整形外科患者の頻度が著しく増加していることは明らかと思われる。実際、20 年前には 100 万人の病気と言われた 2 型糖尿病 (インスリン非依存型糖尿病) は現在では 1,000 万人の病気となろうとしている。

従来、肥満と整形外科疾患は多くの関連が述べられてきた。肥満があれば、脊柱や下肢関節に過剰なストレスが加わり椎間板・椎間関節や関節軟骨の変性を加速することは容易に想像出来る。また、肥満と変形性膝関節症の相関を示す疫学調査の結果も多い。また、腰痛や関節症により運動器障害を生じると、運動不足となりますますます肥満を加速するということが十分考えられる。しかし、単に高脂肪食や高エネルギー食の結果である肥満が変形性関節症の原因であろうか。また、逆に関節症の存在が肥満の原因であろうか。小生



は、肥満や高脂血症などの生活習慣病と関節症との間には共通の脂質代謝異常があるのではないかと¹⁾、動脈硬化症の原因物質として明らかになってきた酸化低密度リポタンパク質 (Oxidized low density lipoprotein, ox-LDL) が両者を結ぶ Key molecule である可能性がある、との仮説を持っており、基礎研究を進めている。本稿では、現在までに得られた知見を紹介する。

2. 動脈硬化の原因物質である酸化 LDL とその血管内皮受容体 LOX-1

現在、動脈硬化は炎症性疾患と捉えられている²⁾。血管内皮に発現した接着因子を介して遊走してきたマクロファージが血管内皮下に蓄積した酸化 LDL をスカベンジャー受容体により貪食し泡沫化する。この際に、大量の活性酸素・炎症性サイトカイン・成長因子を産生し、動脈硬化病巣を形成すると考えられている。一方、血管の恒常性を保つ上で重要な役割をしている血管内皮細胞が酸化 LDL により Endothelial dysfunction と呼ばれる機能変化を生じることが明らかになり、さらに、内皮細胞に酸化 LDL を結合する受容体 Lectin-like low density lipoprotein receptor-1 (LOX-1) が発見された³⁾。動脈

硬化病巣の形成における LOX-1 の役割については多くの実験的研究がなされており、注目を集めている。一方、変形性膝関節症の危険因子として高脂血症を挙げる疫学調査の結果もある⁴⁾。また、加齢とともに軟骨表層には脂質の沈着が進行するとの報告⁵⁾、脂質の蓄積と軟骨の変性には相関が認められるとの報告⁶⁾、さらに、RA 関節液中の LDL は酸化されているとの報告もあり⁷⁾、軟骨変性に対する脂質沈着の関与、脂質代謝異常の関与が示唆されてきた。

3. 酸化 LDL、LOX-1 と軟骨変性

1) LOX-1 の軟骨細胞での発現

我々は、LOX-1 が血管内皮に発現し、血管内皮下に白血球が遊走する際に接着因子として機能することに着目して、抗 LOX-1 抗体によりラット実験的関節炎の抑制が可能かどうかを調べた⁸⁾。滑膜炎炎症細胞浸潤の程度・サフラニン O 染色性の低下で関節炎の Grade を評価し、抗 LOX-1 抗体による関節炎抑制を証明した。しかし、驚くべきことに LOX-1 は関節滑膜血管内皮に発現するのみならず、軟骨細胞にも発現しており、そのリガンドである酸化 LDL も軟骨細胞周囲・あるいは胞体内に認められた⁸⁾。培養軟骨細胞でも同様に LOX-1 の発現がタンパクレベル、m-RNA レベルでも認められ、さらに酸

化 LDL と LOX-1 との結合が軟骨細胞死を生じること、その経路に PI3/Akt が重要であることが明らかにされた⁹⁾。

2) メカニカルストレスと LOX-1

次に、FX-3000 を用いて培養軟骨細胞にメカニカルストレスを加え、LOX-1 の発現が誘導されるか、また、酸化 LDL の添加が LOX-1 の発現に与える影響について検索した。その結果、メカニカルストレスと酸化 LDL は相乗的効果を持って LOX-1 の発現を亢進すること、さらに、MTT アッセイにより相乗的に細胞活性の低下が生じること、プロテオグリカン合成能を抑制することを明らかにした。

3) 酸化 LDL と LOX-1 の結合と活性酸素種

(Reactive oxygen species:ROS) の発生
多くの炎症性サイトカイン (IL1- β 、TNF- α など) 添加により軟骨細胞が活性酸素種 (ROS) を発生することが知られており、発生した ROS が軟骨細胞や軟骨基質に障害を与えることが知られている。そこで、我々は酸化 LDL と LOX-1 の結合が軟骨細胞において ROS を産生するかを検索した。Dichlorofluorescein diacetate (DCFH-DA) を用いた検索では、酸化 LDL 添加は濃度依存性に ROS を発生し (図 1)、抗 LOX-1 抗体にて ROS の発生は抑制された (図 2)。また、経時的な観察により、この反応は極

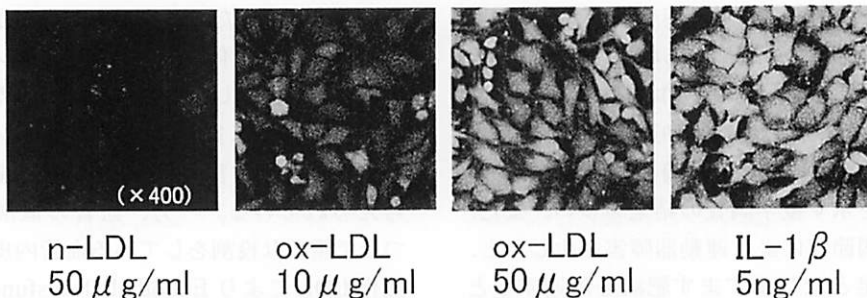


図 1. 牛培養軟骨細胞における酸化 LDL による活性酸素種 (ROS) の発生。蛍光試薬には dichlorofluorescein diacetate (DCFH-DA) を用いた。酸化 LDL 添加により濃度依存的に蛍光強度の上昇が認められた。n-LDL: native low density lipoprotein, ox-LDL: oxidised low density lipoprotein.

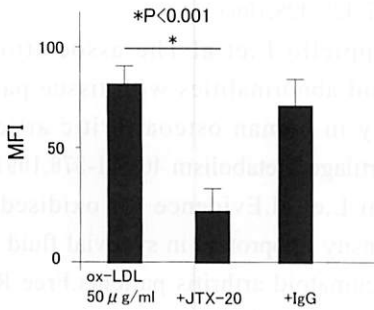


図2. 抗 LOX-1 抗体による活性酸素種 (ROS) 発生抑制。酸化 LDL 添加による ROS の発生は抗 LOX-1 抗体 (JTX-20) の添加により抑制された。非特異的免疫グロブリン (IgG) では ROS 発生は抑制されなかった。MFI: mean fluorescence intensity.

めて早く、一分以内にピークに達することが分かった。NADPH oxidase inhibitor である diphenylene iodonium (DPI) の添加により ROS 発生が抑制されることより、この ROS 発生は NADPH oxidase 系を介するものと考えられた¹⁰⁾。

4) ROS による NF-kB 活性化

種々の細胞において、ROS の発生により核内転写因子である NF-kB の活性化が生じることが示されている。NF-kB が活性化されると炎症に関わる多くの生理活性物質の転写が開始される可能性がある。そこで、酸化 LDL と LOX-1 の結合が NF-kB の活性化を生じるかを検索した。その結果、NF-kB の

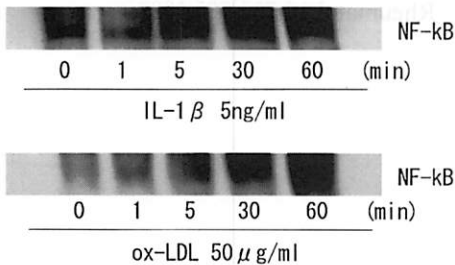


図3. 牛培養軟骨細胞における IL-1β および酸化 LDL による NF-kB の活性化。50 μm の酸化 LDL 添加にても IL-1β (5ng/ml) と同様に NF-kB の活性化が認められた。

活性化が生じ (図3)、抗 LOX-1 抗体で活性化が阻止されること、また、アスコルビン酸により活性化が抑制されることより (図4)、酸化 LDL と LOX-1 の結合が ROS を発生し、その結果 NF-kB が活性化することが示された¹⁰⁾。

4. 軟骨変性と生活習慣病

以上の知見により、血管内皮細胞の活性化・機能障害に関わる酸化 LDL と LOX-1 の結合が、軟骨代謝障害に関与する可能性が示唆された。高脂血症を有する患者は多くの場合肥満を伴うため、高脂血症のみ、あるいは、過酸化脂質のみを分離して軟骨変性の独立した危険因子として抽出することは临床上困難な研究である。しかし、家族性高コレステロール血症の患者に関節症が多く見られることより¹¹⁾、関節症や RA の進行を modulate する要因となる可能性は十分にあると思われる。

すなわち、高血圧や動脈硬化といった生活習慣病と軟骨変性を伴う変形性膝関節症の共通基礎病態として、肥満症・高脂血症があり、酸化 LDL-LOX-1 系、および酸化ストレスがそれらを結ぶ要因として重要な役割を果たしている可能性が考えられる (図5)。今後、高脂血症ウサギを用いた動物実験をすすめ、上記の仮説の検証を行いたいと考えている。

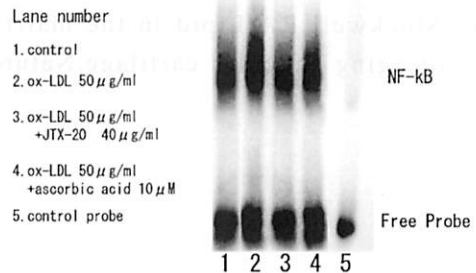


図4. 抗 LOX-1 抗体およびアスコルビン酸による NF-kB の活性化の抑制。50 μm の酸化 LDL 添加による NF-kB の活性化は、抗 LOX-1 抗体 (JTX-20) による前処置により阻止され、抗酸化剤であるアスコルビン酸により抑制された。

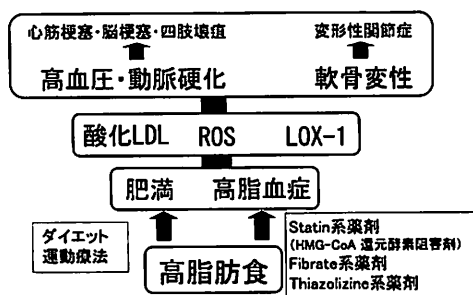


図5. 生活習慣病と変形性関節症。生活習慣病と変形性関節症の共通基礎病態として、肥満症・高脂血症があり、酸化LDL-LOX-1系、および酸化ストレスがそれらを結ぶ要因として重要な役割を果たしている可能性が考えられる。

参考文献

1. Sokoloff L, et al. Experimental obesity and osteoarthritis. *Am J Physiol* 198;765-770,1960.
2. Ross R. Atherosclerosis --an inflammatory disease. *N Engl J Med*.1999 Jan 14;340(2):115-26.
3. Sawamura T, et al. An endothelial receptor for oxidized low-density lipoprotein. *Nature* 386:73-7,1997.
4. Hart DJ, et al. Association between metabolic factors and knee osteoarthritis in women: the Chingford Study. *J Rheumatol*.22:1118-1123,1995.
5. Stockwell RA: Lipid in the matrix of aging articular cartilage. *Nature* 207:427-428,1965.
6. Lippiello L, et al: The association of lipid abnormalities with tissue pathology in human osteoarthritic articular cartilage. *Metabolism* 40:571-576,1991.
7. Dai L, et al. Evidence for oxidised low density lipoprotein in synovial fluid from rheumatoid arthritis patients. *Free Radic Res* 32:479-86,2000.
8. Nakagawa T, et al. Lectin-like oxidized low-density lipoprotein receptor 1 mediates leukocyte infiltration and articular cartilage destruction in rat zymosan-induced arthritis. *Arthritis Rheum* 46:2486-2494,2002
9. Nakagawa T, et al. LOX-1 expressed in cultured rat chondrocytes mediates oxidized LDL-induced cell death-possible role of dephosphorylation of Akt. *Biochem Biophys Res Commun* 299:91-97,2002.
10. Nishimura S, et al. Oxidized Low-Density Lipoprotein(ox-LDL) Binding to Lectin-like ox-LDL Receptor-1(LOX-1) in Cultured Bovine Articular Chondrocytes Increases Production of Intracellular Reactive Oxygen Species (ROS) Resulting in the Activation of NF- κ B. *Osteoarthritis and Cartilage*, in press.
11. Rimon D, Cohen L. Hypercholesterolemic (type II hyperlipoproteinemic) arthritis. *J Rheumatol* 16:703-705,1989.

第 25 回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日時：平成 15 年 7 月 19 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 大園 健二（国立大阪病院）

1. 突発性大腿骨頭壊死症と鑑別を要した骨頭圧潰を呈した 1 例

国立大阪病院 整形外科

有光 小百合、大園 健二、李 勝博、酒井 孝司、森本 大樹

【症例】76 歳 女性

【既往歴】特に誘因無く左股部痛を呈し当科紹介受診となった。X 線上軟骨下と骨頭頸部境界領域に骨硬化像を認め、MRI では TIWI・T2WI とともに骨頭表面に沿った low signal intensity area を認めた。

人工骨頭置換術を施行し疼痛は消失した。切除した大腿骨頭について、組織所見では前外側に圧潰を呈し、gap を生じることなく大腿骨頭軟骨下の骨折に対する修復反応と思われる所見を呈していた。

2. 両膝 TKA 後に起こった大腿骨頭壊死症の 1 例

大阪市立総合医療センター 整形外科 曹 寿憲

【症例】76 歳 女性

【主訴】左股関節痛

【既往歴】高血圧、高脂血症、ステロイド内服歴なし

【現病歴】約 20 年来の両膝関節痛があり著明な内反膝変形を認めていた。

平成 13 年 10 月左膝に対し人工関節置換術を実施、引き続き平成 14 年 2 月右膝に人工関節置換術を施行した。

術後両膝の ROM は 0-135 度と良好で、JOA スコアも両側とも 45 点から 85 点へと改善していた。

平成 14 年 8 月頃より誘因なく左股関節痛出現。X 線上骨頭関節面の不正を認めた。手術を勧めるも拒否、その後疼痛増強し X 線上骨頭の圧潰を認め、MRI にても同部位に T1 low、T2 iso～low の変化を認めた。平成 15 年 5 月左股人工関節置換術を施行した。

【今回討論したい点】1. 診断は大腿骨頭壊死症？

2. 両側 TKA を実施したことによる力学的変化が関与しているのか？

3. 高度内反変形膝に対し、人工膝関節置換術施行後、内側支持機構に破綻を来たした一例

住友病院 整形外科 太田 一成、太田 信彦、井本 一彦、渋谷 高明、
田中 裕之、中村 茂子、小橋 潤巳

【症例】81 歳 女性

【主訴】両膝痛及び歩行困難（両手に杖使用）

【現病歴】10 年前より両膝痛（左>右）自覚し、徐々に疼痛増強。

手術目的にて入院となった。

【現症】可動域 右 30°～90° 左 30°～90°

両側とも、内側関節裂隙に強い圧痛を認めた。

JOA score 右 15+5+20+10=50 左 15+5+20+5=45

レントゲンにて両側共に内側に著しい骨欠損認め、高度の内反変形膝であった。

術前 FTA は 右 195 度 左 195 度である。

【経過】 以上の症例に対し、2002.11.26 左人工膝関節置換術及び骨移植術施行。

術後 2 日目に術後せん妄にて歩行し転倒。以降患肢の腫脹及び起立時の支持性低下するも、明らかな骨傷なくリハビリテーション（下肢筋力訓練、可動域訓練、起立・歩行訓練）継続施行。術後 2W 目に特に誘引なく強い左膝痛出現し、膝蓋骨脱臼を認めた。

2002.12.11 関節包再縫合及び外側解離施行。

術中所見にて関節包縫合部の離開、MCL 付着部での断裂を認めた。以降装具着用下においても、左膝の内側の不安定性及び回旋不安定性が残存している。

以降、2003.01.15 右膝人工膝関節置換術、骨移植術施行し、現在は 1 本杖歩行可能となっている。現在の可動域は右 0°～120°、左 0°～110°である。

【今回の問題点】

本症例に対して①初回手術及び後療法に問題があったか？

②再手術時の対応として適切な処置は何であったのか？

③今後の対応は？

ご検討の程、よろしく申し上げます。

4. 大腿骨頸部腫瘍の 1 例

大阪済生会中津病院 整形外科 高 浩範、北野 公造、宮脇 祐二、榎原 恒之

【症例】 Y.A 52 歳 女性

【現病歴】 40 歳頃、pancreas cyst P/O。平成 15 年 1 月初旬より腰背部痛出現。当院消化器内科受診し、US、CT、CF 施行するも膵尾部に径 13.5mm の cyst (size に変化認めず) 以外特に異常認めず、腰痛ならびに右股関節のはりを主訴に平成 15 年 4 月 19 日当科外来受診。股関節 Xp にて異常陰影あり。生検目的にて 6 月 10 日入院となる。

【既往歴】 HT (-)、DM (-)、asthma (-)、drug allergy (-)、輸血歴 (-)

【検査所見】 右股関節 Xp 頸部内側に約 3 cm の骨硬化像、シンチグラフィー施行し同部位に軽度 Rluptake あり。

CT にて頸部～小転子に約 4 cm の辺縁と内部に硬化像認め、MRI では T1W にて low、T2W にては low～high の不均 intensity。

【経過】 L1 付近にて傍脊柱筋の圧縮認めるほか、特記すべき症状なく、この症例に対し局所麻酔下経皮的針生検を施行。

以上の症例の診断・治療に対して御先生方々の御賢察賜りたいと存じます。

5. 前回報告例（人工股関節術後の脱臼例）のその後

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。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。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THR脱臼したため、観血的整復術後ギブス固定。10月28日ギブス除去、外転装具装着。12月2日より昼間は装具除去。12月4日再脱臼。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)の時点で、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。

【前回の皆様のご意見】

1. Constrained Acetabular Component への再置換はできるだけ避けたほうが良い。
2. CTでカップの向きを確認し、後ろ開きならカップを再置換。
3. ネック長を長くしたり、大転子を下降するのはどうか。

【その後の経過】左膝関節痛が高度となり、手術希望。CTでのカップの向きはほぼ中間位。平成15年5月8日入院。5月13日、Constrained Acetabular Component への再置換施行。術直後より外転装具装着し、ROM訓練は積極的には行わず。5月20日、車椅子移動。5月23日、部分荷重歩行。5月27日全荷重歩行。6月12日、ヒップサポーター装着。6月21日退院。

<第2部>

座長 松田 康孝 (北野病院)

6. 急性発症した頸胸椎黄色靭帯骨化症の一例

北野病院 整形外科 添田 恒光

【症例】H.H. 59歳 男性

【主訴】歩行困難

【現病歴】平成15年5月31日、起床時より急に歩行困難となったために当院、救急外来受診となった。

画像上、C6/7,7/T1に黄色靭帯骨化症を認め、C5からT1にcanal stenosisを認め、そのまま入院となった。

【入院時所見】項部痛有り。頸部後屈にて、両下肢電撃痛有り。しびれは胸背部より遠位にあり。手指しびれなし。巧緻運動障害あり。両下肢腱反射亢進。クローヌス陽性。感覚は、両乳頭部より遠位の温痛覚、位置覚、振動覚が低下、もしくは消失。SLR両側90°、圧痛、L5/Sの棘突起にあり。しびれ、時に両臀部にあり。SLR、左右ともに90°、Lasegueは両側認めず。入院後、排尿できず、尿道バルーン留置した。

【入院後経過】入院時より、ソルメドロールを1,000mg/日×4日施行したが症状改善せず、ベッド上安静、ソフトカラー装着、6月6日、手術を行った。

【手術所見】椎弓形成術(C3からT2)を行った。術中、C6/7,7/T1に黄色靭帯の肥厚を認めた。C5からT2までcanal stenosisを認めた。椎弓を観音開きにすると硬膜の急速な膨隆と拍動を認めた。

【経過】術後、感覚異常改善、歩行可能となった。

【今回の問題点】

黄色靭帯骨化症は下位胸椎に多く、緩徐に症状が出ることが多い。今回、急速に症状が出現し、頸胸椎に発生した黄色靭帯骨化症を経験した。

7. 腰部脊柱間内の囊腫性病変の2例

住友病院 整形外科 井本 一彦、太田 信彦、渋谷 高明、太田 一成、
田中 裕之、中村 茂子、小橋 潤巳

【症例】50歳 女性

【主訴】右下肢痛、しびれ

【現病歴】平成15年1月初旬より右下肢痛、しびれを自覚し、2月初旬より他院で腰椎椎間板ヘルニアの診断で保存治療を受けていた。症状の改善なく、3月に腰椎MRで腰椎硬膜外腫瘍を指摘され、当院紹介された。

【現症】SLRT 右 50° 左 80°、右 EHL4 レベルの筋力低下、右下腿外側から足背内側に知覚障害が認められる典型的な右 L5 根障害であった。

【治療歴】単純MRでL4/5椎間板レベル硬膜外にT1強調画像で低輝度、T2強調画像で高輝度、造影MRでRing enhancement陽性の占拠性病変が認められた。Myelo.CTでも右L4/5 Facet 腹側に位置する病変が認められた。

平成15年4月24日部分椎弓切除下に腫瘍切除術を行った。病理診断はFacet cystで、術後早期から右L5根障害の改善が認められた。

【問題点】

- 1：術後画像診断でCystic lesionのほかNeurinommaを疑ったが、確実な鑑別診断はあるのか？
- 2：穿刺排液など切除手術以外の治療法の選択肢はあったのか？

8. 外来受診された皮膚色素沈着を伴う両足関節腫脹の1例

北野病院 整形外科 谷田 司明

【症例】T.K 54歳

【主訴】両足関節腫脹・疼痛

【現病歴】5年前に特に誘因なく両足関節腫脹（左>右）を自覚し始めた。他院にて湿布や鎮痛薬による内服治療のみ施されてきた。平成15年5月23日当科初診。腫脹は次第に強くなってきているとのこと。また、歩行時に左足関節部に疼痛あり。

【診察所見】圧痛（-）、熱感（-）、両足関節周辺に色素沈着（+）

ROM（両足関節）；底屈35°、背屈10°

MMT；筋力低下は認めない

血液検査；CRP 0.81、赤沈（1時間値）34、白血球 5,300

Xp；脛骨・腓骨遠位部に骨増殖像あり

MRI；関節液の軽度貯留認める

【今回検討したい点】

診断及び治療法について

9. 小児におけるGaleazzi骨折1例

大阪済生会中津病院 整形外科

春日 慎一、北野 公造、宮脇 祐二、釜野 雅行

【症例】N,M 13歳 男性

今回、我々は観血的治療を要した青少年のGaleazzi-equivalent lesionの症例を経験したの

で報告する。13歳男子中学生。自転車に乗っていて、転倒して受傷した。初診時X線像では橈骨遠位部の骨折と尺骨茎状突起骨折及び、遠位橈尺関節脱臼が認められた。徒手整復後のX線像では橈骨はほぼ解剖学的整復が得られたものの、尺骨茎状突起を含んだ骨片は近位掌側に転位していた。尺骨骨端線離開はSalter-HarrisⅢ型であった。全身麻酔下にて尺骨茎状突起を含んだ骨片を整復し、C-wire(0.9mm)2本にて尺骨茎状突起の骨片を固定した。術後3週で手関節及び前腕の自動運動を開始した。C-wireは4週で抜去した。

【考察】小児では遠位橈尺関節の脱臼に加えて、尺骨遠位骨端線離開が生じる本骨折では、橈骨の解剖学的整復固定のみならず、尺骨骨端線離開の正確な診断とその解剖学的整復が重要である。

特別講演

座長 太田 信彦 (住友病院)

「RAの治療戦略－抗リウマチ剤・抗サイトカイン療法を中心に－」

松原メイフラワー病院 院長 松原 司先生

日整会教育研修会認定 1単位

日本リウマチ財団登録研修単位 1単位

大阪府生涯教育研修 5単位

兵庫県の木 くすのき

暖地に生えるくすのき科の常緑高木。高さ20～30mにも達する。5月頃、淡黄色の小花が咲く。材は硬く、香気がある。強健で雄大な姿が県のイメージと合い、大きく形もよいことから県の天然記念物に指定されている樹もあります。



(昭和41年制定)

第 26 回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日時：平成 16 年 3 月 6 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

<第一部>

座長 尾原 善和（大阪市立総合医療センター）

1. 外側型腰椎椎間板ヘルニアの診断に難渋した一例

住友病院 整形外科

○太田 一威、太田 信彦、井本 一彦、渋谷 高明、田中 裕之、
中村 茂子、川島 邦彦

【症例】64 歳 男性 (N,H)

【主訴】右下肢痛

【現病歴】H15.1 月頃から右臀部痛出現

近医にて硬膜外ブロック施行。一時症状軽減するも H15.12 月頃から右臀部痛再燃。
精査及び手術目的にて入院（腰椎 MRI にて L5/S1 外側型腰椎椎間板ヘルニア疑い）

【現症】SLRT 50 80、FNST - -

腱反射 PTR 正常（軽度亢進）ATR 正常

筋力 右 EHL、EDL に 4 程度の筋力低下認める

感覚 右下腿外側に軽度の知覚鈍麻認める

JOA score (3+0+0) + (1+1+1) + (1+2+1+1+1+0+0) = 12/29

【経過】H16.1.8 椎間板造影（正中穿刺）施行するも明らかな再現痛及び椎間板の突出なし

H16.1.13 ミエログラフィー施行するも脊柱管内に明らかな病変なし

H16.1.20 右 L5 神経根ブロック施行（一部椎間板の造影確認）→再現痛あり

H16.1.26 髄核摘出術施行

術後右下肢痛は消失し

H16.2.11 退院

【今回検討したい点】

- ① 椎間板造影にて再現痛が得られなかった理由は？
- ② 椎間板造影の手技（穿刺方向、造影剤使用量等）に問題があったか？

2. 腰椎術後 MRSA 感染の 2 例

住友病院 整形外科

○川島 邦彦、太田 信彦、井本 一彦、渋谷 高明、田中 裕之、
太田 一威、中村 茂子

【症例 1】YH、75 才、男性、腰部脊柱管狭窄症

《既往歴》14 才：肺結核、55 才：高血圧、73 才：人工膝関節置換術

《入院時現症》入院時現症下肢痛・間欠性跛行約 1 m・EHL 筋力 3 に低下

《入院後経過》(10/21) CTM 施行、(10/29) L4/5 開窓術施行、術後フルマリン投与

(11/14) 熱発・CRP12・創部からグラム陽性菌検出し、同日に病巣搔爬術施行

(11/17) 創部から排膿・MRSA 検出、再度病巣搔爬術および持続洗浄施行

バンコマイシン投与・強酸性水で洗浄したが、MRSA 消失せず、CRP 陽性

(12/3) タゴシッドに変更・ピオクタニンで洗浄

(1/27) MRSA 陰性化し、洗浄チューブを抜去した。

(2/5) CRP 陰性、腰痛・下肢痛なし、リファンピシン・バクタ投与

【症例2】 S.T、62才、男性、腰椎椎間板ヘルニア

《既往歴》 42才：尿道狭窄、47才：緑内障、52才：十二指腸潰瘍

《入院時現症》 左下肢痛・しびれ

《入院後経過》 (12/8) 髄核摘出術施行、術後フルマリン投与。術後下肢痛軽減した。

(12/23) 熱発・CRP12.3、創部腫脹あり、穿刺排膿、MRSA 検出

(12/25) 病巣搔爬術および持続洗浄施行、バンコマイシン投与、強酸性水およびピオクタニンで洗浄した。

(1/5) MRSA 陰性化し、(2/1) 洗浄チューブを抜去、ミノマイシン投与。

【今回討論したい点】

- ① MRSA の感染経路は？ 予防策はあるか？
- ② 治療法に問題はなかったか？
- ③ 抗生物質の経口投与はいつまで続けるべきか？

3. 人工膝関節置換術後早期に脱臼を来した1例

市立堺病院 整形外科 前田 一哉

【症例】 M.I 64歳 女性 主婦

【主訴】 左人工膝関節置換術後脱臼

【既往歴】 不安神経症にて15年前より神経科で内服治療中。

平成14年9月、腰部脊柱管狭窄症にて開窓術施行。

【現病歴】 平成12年頃より両膝関節痛出現。同年6月、自制不可となり他院にて右人工膝関節置換術施行（以下TKA）。その後経過良好であったが、平成15年2月頃より、左膝関節痛が徐々に悪化、自制不可となり11月手術目的にて当科初診、12月22日TKAを施行。術後経過良好、術後5週、杖歩行にて試験外泊を行う。外泊中非荷重にて膝関節軽度屈曲時に疼痛を伴う膝崩れが生じ体動困難となるも夫が牽引する事により軽快した。帰院後も軽度の膝崩れ感が継続するも経過観察、2日目に再度体動困難となりレントゲンを撮影したところ脛骨が完全に後方へ脱臼していた。

【現症】 TKA (Nex Gen LPS-Flcx、mobile bearing) 術後2ヶ月

現在PCL損傷用装具にて歩行訓練中。装具を装着後は軽度の膝崩れ感は認めるが杖歩行可能であり、完全脱臼は認めない。左Q、HAMの筋力4。膝関節軽度の屈曲にて脛骨後方ストレスをかけると後方へ脱臼。脛骨を前方へ持ち上げると容易に整復可能。外反ストレス撮影にて内側の軽度の不安定性を認める。右膝も非荷重軽度屈曲時に脛骨の後方垂脱臼を認める。

【今回検討したい点】 ①脱臼の原因
②今後の治療方針

4. 膝蓋骨上極剥離骨折の1例

大阪府済生会中津病院 整形外科 田中 元人

【症例】 T.W 31歳 男 会社員

【主訴】 左膝痛

【現病歴】 H15.10.5 野球で球を投げた瞬間、鈍い断裂音と共に左膝蓋骨上部に激痛が出現した。日頃から投球動作の際、左大腿四頭筋に過度に力が加わるのを自覚していた。野球歴は20年である。

【現症】 左膝蓋骨上部に強い疼痛、腫脹を認め、同部位に皮下出血も認められた。単純X線及びCT上左膝蓋骨上極部の剥離骨折が認められた。10月8日観血的骨接合術を施行した。最も大きい剥離骨片を tension band wiring にて固定した。又、大腿四頭筋腱断裂に対してはマイテックアンカーを用いて縫合した。術後4週間膝伸展位でシリンドーキャストを装着した。5週目より可動域訓練を開始し、術後4ヶ月の現在膝屈曲150度、大腿四頭筋力はMMT5となった。平成16年2月4日抜釘を施行した。

【今回討論したい点】

膝蓋骨上極部剥離骨折の (1) 病態 (2) 発生機序 (3) 治療について

5. 診断に難渋している膝関節伸展制限を示す1例

大阪市立総合医療センター 整形外科 曹 寿憲、尾原 善和

【症例】 7歳、男性

【主訴】 右膝伸展制限 (ロッキング)

【現病歴】 約2ヶ月前に、鬼ごっこ中にスライディングをしたような格好で、右膝を過伸展位に転倒。

その後、膝関節の疼痛、伸展制限が続く。近医を受診し、MRI検査を実施後、外側円板状半月板の断裂 (疑) と診断され、来院する。

【現症】 歩行は爪先歩行。膝関節の伸展は-40度、屈曲制限なし。正座可能。関節の腫脹なし。膝窩部大腿骨内外顆、腓腹筋部に圧痛を認める。局在ははっきりしない。

近医MRIにて、明らかな半月板の断裂は認めない。外顆後方にT1 low、T2 highの陰影を認める。

水疱等は認めない。X線にて大腿骨外顆に分節像(?)を認める。松葉杖を用いて免荷歩行を指示し、経過をみるも、改善なし。

【今回討論したい点】 診断について?

<第二部>

座長 太田 信彦 (住友病院)

6. 190kg 大腿骨骨折患者に対する治療：前回報告の続報

北野病院 整形外科 原田 有樹

【症例】 イニシャルE.I. 年齢40 性別男

【現病歴】 前回報告患者の続報。大腿骨遠位部骨折に対し、平成15年7月8日創外固定術を施行した。

その後約4週後、ピン刺入部に感染を生じ、平成15年8月14日感染病巣搔爬術施行。起炎菌はMRSAであった。その後炎症所見は改善した。平成15年11月11日、平成15年12月18日に段階的に抜釘術を施行した。抜釘前は明らかではなかったが、骨折部は偽関節であった。現在装具にて固定中である。

【今回討論したい点】

今後の治療方針について、既往歴に10年以上前にACL再建術を受けた際、MRSA感染の

既往があること、現在約 180kg の体重があることをふまえてご検討をお願いします。

7. Taylor Spatial Frame による左大腿骨遠位骨端線損傷後遺変形の治療例

国立病院 大阪医療センター 整形外科

岡田 潔、中瀬 尚長、大園 健二、廣島 和夫

【症例】 Taylor Spatial Frame は三次元の複雑な変形・短縮であっても、6つのパラメーターを用いて容易に矯正・延長が出来る新たなコンセプトのデバイスである。今回我々は交通事故による左大腿骨遠位骨端線損傷後に変形、成長障害を来した12才の少年に対して、Taylor Spatial Frame を用いて変形矯正・脚延長を行った。この治療経験とその有用性について若干の文献的考察を加え報告する。

8. 大腿骨難治性偽関節に対する血管柄付き骨膜移植の治療経験

北野病院 整形外科 谷田 司明

【症例】 Y.I. 31才 男 土木業

【主訴】 右大腿痛

【現病歴】平成15年5月13日、姫路バイパスで、10トントラック同士の衝突事故で多発外傷(右大腿骨開放骨折、骨盤骨折、両下腿骨折、右膝蓋骨骨折、右足リスフラン開放骨折受傷。姫路の某病院に搬送され治療を受けた。大腿骨については、5月20日 non-reaming 髓内釘固定を受けた。

その後遷延治癒のため同年8月27日右腸骨から骨移植を行われた。同時にセーフス開始された。

それでも骨癒合傾向が認められないため、遠位裸子を抜去し、荷重させたが、骨折部が転位し当科に紹介された。来院時 X-P にて骨折部での短縮、ストレス撮影で骨折部の異常可動性を認めた。

平成15年12月4日血管柄付き大腿骨内果骨膜移植を行った。モニター皮弁も生着した。平成16年2月にはほぼ癒合し、全荷重にても痛みなく遠位裸子の抜釘を予定している。

【今回討論したい点と本症例のポイント】

他にもいくつか治療法があると思われるが、その利点、欠点について議論していただければ幸いである。

本症例では十分に生きた骨成分が残存しており、腓骨血管柄付き骨移植術は適応としては過剰と思われた。

血管柄付き骨膜移植は比較的簡便で骨癒合も早くこのような症例には良い適応と考えられた。

9. 脊椎側彎症の PLIF 後の患者に対し、Jackson 法にて再手術を行った 1 例

北野病院 整形外科 谷田 司明

【症例】 イニシャル H.K. 年齢 75 性別 女

【主訴】 歩行障害

【現病歴】腰痛、歩行障害を伴う脊椎側彎症に対し、平成13年9月、脊椎後方固定術 (T9-L5) 施行。

L5 pedicle screw 脱転を認めた為、平成14年4月 PLIF (L4/5、L5/S1) 施行。

その後も腰痛あり、亀背存在、歩行困難あり。L4/5 spacer の脱転認め、平成 15 年 11 月手術目的に入院となった。

【現症】歩行は屋内歩行、手押し車使用、亀背あり。

【今回討論したい点】

- ・初回手術は適当であったか。
- ・Revision 手術としてどのようなものを選択すべきであったか。

10. 股関節形成術を行った強直性脊椎炎の 1 例

大阪赤十字病院 整形外科 富原 光雄

【症例】DGJ 27 歳 男性 無職

【主訴】左股関節痛

【現病歴】中国黒龍江省ハルビン郊外で出生。14 歳時に発熱あり、以後多発性関節痛出現。19 歳時（96 年 1 月）に来日し、当院内科受診。血沈亢進、CRP 陽性、RF 陰性、HLA-B27 陽性で、ステロイド投与で症状は軽減した。96 年 8 月に中国へ帰国。22 歳時（98 年 11 月）に再来日し、この頃より右股関節痛が出現。

X 線像では右股の関節裂隙の消失が認められた。CT では仙腸関節の狭小化がみられ、強直性脊椎炎と診断した。99 年 6 月より右股関節の屈曲拘縮が高度となり、歩行も困難となったため、同年 8 月、右股セラミック・カップ関節形成術を行った。00 年 6 月まで当科で経過観察。右股関節痛はなく、MRI で骨頭内の血流も良好であった。

以後、近医で投薬を受けていたが、02 年秋より左股関節痛あり。03 年 9 月、左股の手術を希望され、紹介にて当科受診。

【現症】左股は中等度の疼痛あり、屈曲・内転拘縮。X 線では、右股のカップは内反し、左股は関節裂隙の消失し、骨頭は萎縮していた。

【経過】03 年 10 月、左股に対してはハイポラー型人工骨頭置換術を施行した。術後 4 ヶ月の現在、左股関節痛はなく、独歩可能である。

【今回討論したい点】

強直性脊椎炎の股関節症に対し、セラミック・カップ関節形成術を行った。

金属カップに比べ、MRI など術後の血流状態を観察できる利点があった。しかし、内反変形が生じ、術後早期に得られた可動域も次第に減少する傾向にある。若年者といえども、強直性脊椎炎に対しては人工骨頭あるいは人工関節で置換すべきか？

特別講演

座長 吉田 研二郎（整形外科吉田クリニック）

「手術的治療を要した（慢性）スポーツ障害について－その適応と問題点－」

びわこ成蹊スポーツ大学 競技スポーツ学科 教授 大久保 衛先生

日整会教育研修会認定 1 単位

日本医師会認定健康スポーツ医制度 1 単位

大阪府生涯教育研修 5 単位

平成 15 年度 (第 27 回) 大阪府医師会医学学会総会

手 Dupuytren 拘縮の手術例の検討

大阪臨床整形外科医会

堀 木 篤
早 石 雅 宥

目 的

Dupuytren 拘縮は高齢者に発症することが多く、老人ホームの検診でも 16.3% に認められることから、日常診療で出会う機会も少なくない疾患である。Dupuytren 拘縮は手では手掌腱膜の肥厚、拘縮を起こす疾患で原因不明とされている。徐々に手指の屈曲拘縮を起こすので高度の拘縮になるまで放置される例も少なくない。我々は手術の至適時期、成績不良に関連する因子を明らかにする目的で手術症例を検討した。

対 象

1989 年以降に手術した男 28 例、女 1 例、計 32 手である。うち右 20 手、左 12 手 (両手 3 例) であった。手術時年齢は 45 ~ 83 才 (平均 62.3 才) であった。既往歴は、糖尿病 7 例、高血圧 3 例、脳梗塞 1 例である。足 Dupuytren 拘縮合併を 2 例に認めた。Iselin による stage 分類を表 1 に示す。stage 1、2 が 32 手中 26 手であった。

表 1

Iselin による stage 分類	
stage 0	1 手
stage 1	10 手
stage 2	16 手
stage 3	4 手
stage 4	1 手
	32 手

stage 分類 (Iselin)	
stage 0	手掌に結節や索状の硬結をふれるもの
stage 1	MP 関節のみ屈曲拘縮
stage 2	MP 関節および PIP 関節の屈曲拘縮があるもの
stage 3	MP・PIP および DIP 関節の屈曲拘縮があるもの
stage 4	MP・PIP 関節は屈曲、DIP 関節が過伸展位をとるもの

手術方法

腋窩高神経ブロックで麻酔し、ターニ



ケットを使用した。皮切は手掌部は複数の横皮切、指部は zig zag 切開で入り regional fasciectomy を行う。ルーペを用い血管神経束に注意する。PIP 関節の拘縮例には capsulotomy を行った (2 手)。創は皮膚一次縫合で閉鎖、植皮は行わなかった。術後自動、他動運動で可動域訓練を行った。

術中合併症として血管神経束損傷は認めなかった。術後合併症として皮膚壊死、血腫形成、RSD は認めなかったが、創哆開を 2 手に認めた。

症例 1 (図 1)

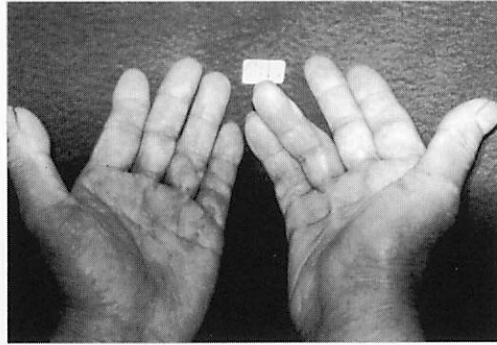
74 才 男 stage 2 成績は very good

成 績

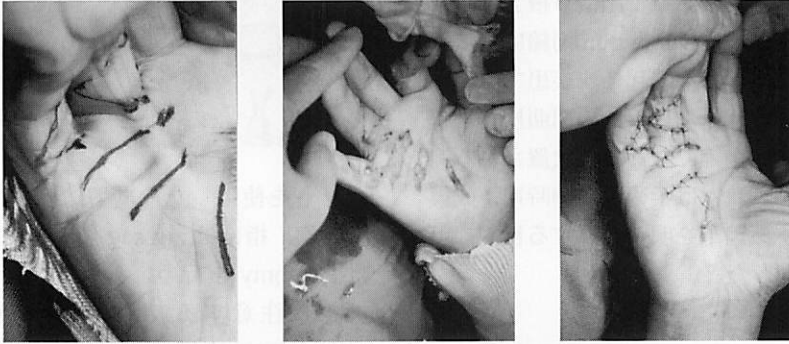
追跡可能であった 15 例 (16 手) について検討した。術後観察期間は 8 ヶ月から 12 年 5 ヶ月で、平均 4 年 8 ヶ月であった。

術後成績を Tubiana の判定基準でみると、stage 1 では 6 手すべてが very good であるが、stage 2 では 7 手中 3 手のみが very good となり、stage 3 では 2 手すべてが fair であり、しかもうち 1 手が再発した。fair の 1 例は糖尿、1 例は capsulotomy を要した症例であった。stage が上がるにつれ成績が悪い。(表 2)

術前



術中



術後2年
成績: very good

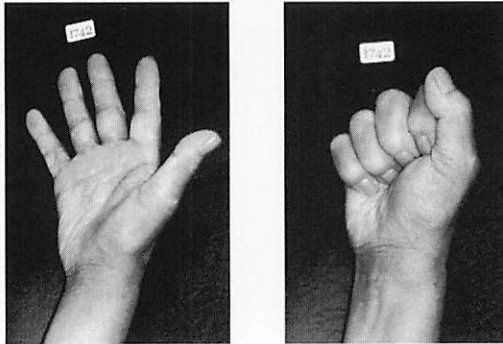


図1 症例 (K.T. 74 ♂ stage 2)

表2

術後成績 (Tubianaの判定基準)

追跡可能であった15例(16手)について検討した
術後観察期間 平均 4年8ヶ月

Stage	very good	good	fair	poor	再発
1	6	0	0	0	
2	3	4	0	0	
3	0	0	2*	0	1*
4	0	1	0	0	

* 糖尿
・ capsulotomy例

表3

StageとPIP関節の術後成績

Stage	伸展障害		屈曲障害	
	(+)	(-)	(+)	(-)
1	0	6	0	6
2	3**	4	0	7
3	2*・	0	2*・	0
4	1*	0	0	1

* 糖尿
・ capsulotomy例

stage と PIP 関節の可動域の術後成績をみると、stage 1 ではすべて障害を認めないが、stage 2 では 7 手中 3 手が伸展障害があり、stage 3 では 2 手いずれも伸展も屈曲も可動域に障害を残した。(表 3)

考 察

- (1) Dupuytren 拘縮は徐々に進行するため、患者、医師共に手術時期の決定がむづかしい。我々の症例の検討から、stage 1 すなわち、MP 関節に屈曲拘縮が生じた段階で手術した症例は成績が良く、stage 1 の段階が手術至適時期と考える。
- (2) 成績に関与する因子としては症例が少ないので結論することは難しいが、糖尿病や PIP 関節拘縮の強い例には成績不良例がみられるので、術前に患者への説明が大切と考える。
- (3) 手術方法としての手掌部の複数横皮切、創の一次縫合は、創治療も良好で皮膚壊死もなく、植皮も必要とせず満足すべき結果であった。bridge になった皮膚はターニケット除去直後から血行が温存されている。cord を皮膚から剥離するのに多少困難さはあるが、bridge の巾を 15 mm

程度にすることにより剥離が容易となる。Dupuytren 拘縮は皮膚の疾患ではないので原則的には植皮は必要ではないと考える。

結 論

- (1) 術後成績では、16 手中 13 例が good 以上でほぼ満足すべき成績であった。
- (2) 早期の段階 (stage 1) での成績が良い。
- (3) fair の 2 手は糖尿病および、術前 PIP 関節の拘縮の強い症例であった。
- (4) 我々の用いた皮切 (手掌部での複数横皮切、指部での zigzag 皮切) および皮膚一次縫合は創治療良好で満足度が高かった。

文 献

- 高尾努ほか：Dupuytren 拘縮手術症例の長期成績 日手会誌、19:499-502,2002
- 阿部圭宏ほか：当科における Dupuytren 拘縮症例の検討 日手会誌、19:503-506,2002
- 齊藤晋ほか：当科における Dupuytren 拘縮の手術成績 - Regional Fasciectomy - 日手会誌、20:147-151,2003

北海道の木 エゾマツ

エゾマツ (クロエゾマツ、アカエゾマツ) は、北海道在来の針葉樹で全道的に分布しています。エゾマツは、道民のみなさんの投票により、昭和 41 年 9 月 30 日に指定されました。北海道を代表する針葉樹であり、高く伸びた姿は躍進する北海道を象徴しています。



整形外科における漢方の有用性について

日本整形外科学会専門医・日本整形外科学会脊椎脊髄病医
日本リウマチ学会専門医・日本東洋医学会専門医

枚方市 須藤 容章

はじめに

坂口⁽¹⁾は「漢方を学ぶ人のために」の中で次のように述べている。漢方は経験医学であるので実際にやってみないとその価値がわからない。やさしい処方を見ず自分を使ってみる。次に同居する家族など近い人に応用して、その効果、反応をよく観察する。服用した感じを相手によく聞く、うまくゆけば一つの経験となり、自信になる。いわゆる“証”も身についてくる。経験を経て、今度は先人の治験、「傷寒論」「処方解説」などを読むと理解がいつそはつきりして来る。

そこで筆者は自験例に基づいて「整形外科における漢方の有用性について」述べてみたい。

症例

症例1：59歳、男、医師。

症名：両足のこむらがえり。

主訴：両下肢の疼痛と痙攣。

現病歴：平成9年1月20日、午前3時頃、睡眠中に突然、左ふくらはぎのこむらがえりを起こし、右下肢をふんばった際に右ふくらはぎにもこむらがえりを起こした。

治療及び経過：すぐにツムラ[®]芍薬甘草湯2.5gを2包服用すると両下肢からすうっと痙攣がとれ「効いた!!」と実感した。まだ下腿に違和感があったので5分後にもう一度2包を服用すると「完全に治った!!」と思った。翌日より通常の勤務をしている。

以後、長時間の自動車運転中にこむらがえりの前兆を感じると芍薬甘草湯を2包服用し、あれから7年4ヵ月何もなかったように生活している(これは筆者自身の自験例である)。

検討：漢方薬の速効性については驚くべきものがある。一般薬の場合、頓服でも服用後効果が現れるのに30分位かかるが漢方薬を口内に入れるとすぐに効くのは暗示か、迷信ではないかとさえ思



える程である。しかし菅谷⁽²⁾は漢方薬の効き方について動物実験により、秒単位で体内の電解質の変化を認め、直接に神経細胞内の電解質の正常化を図るということを実証している。尚、芍薬甘草湯⁽¹⁾は漢方の診断ができなくても使用後に一定の成果が得られるので、初心者にも使用しやすい薬である。

症例2⁽³⁾：75歳、男、弁護士。

症名：両変形性膝関節症。

主訴：右下肢痛。

現病歴：5～6年前より両膝関節の疼痛を来すようになった。初診、平成12年8月18日。1週間前から疼痛は著明となり、特に右膝から右下肢全体へと疼痛は拡がり、立つことも、歩くこともできなくなり、御子息に背負われて来院した。

治療及び経過：薬剤アレルギーのため、鎮痛消炎剤の内服も、外用薬の使用もできないと言う。診察中にふと漏らされた「足が異常に冷えて痛むのです。」という一言でツムラ[®]五積散15g/日を投与することに決めた。三日後の再診時にこの弁護士さんは「あの薬を2包(5g)服用しますと痛みがすうっと去って行くのが判りました。そして、三日後には仕事ができるようになりました。うそみたいです。もう痛みは全くありません。」ということでした。9ヵ月後の平成13年5月11日再会

する機会があり、以後下肢の冷えも、疼痛も全くないということであった（これは筆者の先輩に対する自験例である）。

検討：漢方医学的に寒熱を中心に「冷え」に対する処方考えたのであるが、五積散は下肢の疼痛のみでなく、頭痛、肩甲痛、腰痛、殿部痛、下腹部痛に対しても有用である。

症例3⁽⁴⁾：28歳、女、主婦。

病名：RA、Class II、Stage II。

主訴：両手関節の疼痛、腫脹、運動障害、及び項部のこわばり。

現病歴：平成9年11月頃より両手関節の疼痛、腫脹、運動障害を来すようになったが放置していた。平成10年4月結婚、1ヵ月後より両手関節の疼痛が増強したため、某医を受診し、筆者を紹介された。

初診時所見：平成10年5月26日。両手関節及び両手指のPIP関節に軽度の腫脹と圧痛が認められ、手関節の運動域は左右ともに背屈0°、掌屈10°で、両手指は完全に握ることができず、握力は右7kg、左17kg（右利き）であった。赤沈は1時間値17mm、CRP定量0.4mg/dl、RF、61.4IU/mlで、初診時から身体の冷えと項部のこわばりを強く訴えていた。
治療及び経過：この方は新婚なので妊娠、出産も予想されるため、避妊をすすめるとともにRA検査の結果が判明するまでの1週間は漢方薬を用いることとした。冷えと項部のこわばりを目標にツムラ①葛根湯7.5g/日と関節リウマチの亜急性期に用いられるツムラ⑩柴苓湯9.0g/日を合方として投与した。

1週間後の再診時、患者さんの手関節の疼痛と腫脹は軽減し、項部のこわばりも楽になったというのでこの処方を継続した。

しかし7ヵ月後の受診時に産科医から妊娠6～7週と診断され、抗リウマチ剤を使用しているのであれば中絶した方が良くと告げられたが漢方薬ならば妊娠の継続は可能ということになった。そこで漢方の安胎薬⁽⁵⁾と言われるツムラ⑬当归芍薬散7.5g/日に変更し、これを6ヵ月継続後、平成11年8月、満期安産で2,840gの女児を出産した。女

児に定期検診で異常を認めず、妊娠の全経過を通じて一切のステロイド剤、消炎鎮痛剤、抗リウマチ剤を使用しなかったが関節痛は自覚しなかったという。

出産後7ヵ月の経過、手関節痛、項部のこわばりは消出しているが手指に力が入らないので女児を入浴させられないのが悩みであるという。握力右13.5kg、左18kg、赤沈、1時間値7mm、CRP定量0.1mg/dl、RF、91IU/mlであった。

検討：筆者の講演に対して漢方医学的診察がなされていないのではないかとという質問を受けたが、この症例の場合、寒熱の寒、舌は淡紅、舌苔は薄白、歯痕を認め水毒と診断された。腹診では臍下不仁、脈診では腎虚の脈であった。中国の漢方医に言わずれば漢方的診断（弁証）が全くなされていないと言われるかも知れないが、日本漢方では気血水理論、腹診法、口訣（くけつ）⁽¹⁾など種々の工夫をめぐらせて漢方の運用を行っているのでこの方法で良いのではないかと考えている。

症例4：53歳、男、会社役員。

病名：RA、Class II、Stage II。

主訴：両肩関節の自発痛と運動障害。

現病歴：初診、平成5年6月12日。6週間位前から右肩関節、次いで左肩関節の疼痛と運動障害を来し、近医にRAの診断を受け鎮痛剤を処方されたが「リウマチは治らない。」と言われて本院を受診した。

初診時所見、両肩関節に軽度の腫脹があり運動域は前方挙上60°、後方挙上20°と制限され、じっとしていても耐え難い疼痛を伴い、昼頃まで手指にこわばりが有り、握力は測定できる状態ではなかった。赤沈1時間値32mm、CRP（#）、RA（+）であった。

治療及び経過：(1)ブレディニン2錠分2/日、(2)バラシリン3錠分3/日、(3)モーラステープ外用を処方して疼痛は次第に軽減して来たが両下肢が異常に冷えてつらいと訴えるので追加薬としてツムラ⑩桂枝加求附湯7.5g/日とツムラ⑰麻黄附子細辛湯7.5g/日を合方、2週間で冷えは消失した。

平成15年6月6日現在、10年間服薬の内容は

不変であるが、両肩関節の疼痛、運動障害もなく、日常生活、勤務に支障なく、時にはゴルフをしているが、まだ右手関節と左足関節に軽度の腫脹と運動制限がある。握力右 20kg、左 45kg（左利きである）。赤沈 1 時間値 8 mm、CRP（-）、RA（+）となっている（この症例は筆者の友人に対する自験である）。

検討：漢方薬のみで RA がどの程度コントロールできるのかという質問に対して、Class II、Stage II の場合、漢方エキス剤のみでコントロールできる症例は筆者の所では 15% 程度である。80% 以上は抗リウマチ剤を用いてコントロールし、本症例のように冷え、こわばり、倦怠感等に対して補助的、緊急避難的に漢方薬を使用している。また 4～5% の難治例に対しては何を用いても、コントロールできないことも実状である。

考 察

現在日本における漢方には中国漢方（中医学）と日本漢方の大きな二つの主流があって、日本漢方にもいくつかの流派があり、このうち 1 つをマスターすることも困難である。

そこで私達整形外科医はすべて西洋医であるので西洋医学では対応できない部分や、西洋薬より有効な漢方薬を選ぶことになる。この際、病名漢方という使い方もあるが、漢方医学の診断法、治療法の基礎を知っておく方が有利である。詳しくは「入門漢方学」⁽¹⁾、「漢方の新しい理解と展望」⁽²⁾をお読み下さい。

結 語

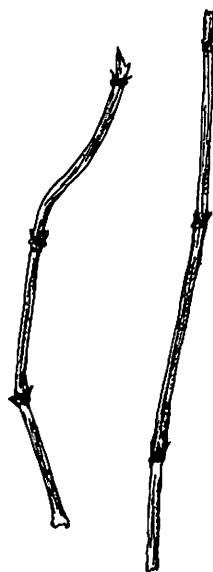
- (1). 漢方薬に興味があれば使ってみる。使ったら効果があれば何故効くのか勉強する。勉強しながら使ってみるのは良い方法である。
- (2). 本稿で呈示した症例は先人や同世代の医師達が有効であったという類似症例を追試したものであり、漢方医学の見知から確認しながら用いたものである。
- (3). 整形外科的疾患における漢方の有用性は「冷え」による疼痛に対して顕著に認められる。
- (4). 補助的、緊急避難的に漢方を用いる場合であっ

ても、漢方医学の診断法、治療法を知っておく方が有利であり、興味の尽きないものである。

（本稿は平成 15 年 8 月 9 日、第 6 回天ノ川整形外科懇話会で日整会教育研修、日本リウマチ学会教育研修、大阪府医師会生涯研修として講演したものの要旨に加筆したものである。）

文 献

- (1). 坂口 弘：入門漢方医学。日本東洋医学会編集、南江堂、23 頁、35 頁、158 頁、2003 年 4 月 20 日発行。
- (2). 菅谷英一、菅谷愛子：漢方の新しい理解と展望。学建書院、4 頁、70 頁、2001 年 3 月 10 日発行。
- (3). 須藤容章：冷えを伴う腰痛、下肢痛に五積散。大阪臨床整形外科医会会報、第 27 号、78 頁、平成 13 年 7 月 25 日発行。
- (4). 須藤容章：関節リウマチに対する漢方治療の小経験。大阪臨床整形外科医会会報、第 26 号、123 頁、平成 12 年 8 月 25 日発行。
- (5). 水野瑞夫、米田該典：家庭の民間薬・漢方薬。新日本法規、494 頁、昭和 59 年 8 月 7 日発行。



麻 黄⁽⁵⁾

平成 15 年度日整会役員・代議員懇談会

大阪臨床整形外科医会 副会長 黒田 晃 司

平成 15 年 10 月 15 日〔水曜日〕 北九州市小倉区

報告及び討議内容

【I】理事長報告

副理事長に越智隆弘（大阪大学）教授が就任されました

1. 診療報酬関係
2. 高齢者リハビリテーション研究関係
3. 専門医制度の課題
4. 認定脊椎・脊髄病医制度
5. 「2003 年度の運動器の 10 年」行事報告

【II】平成 15 年度各種委員会活動状況報告

1. 常置委員会 23
2. 特別委員会 3
3. 広報室 2
4. 専門医試験委員会
5. HISTORIAN 会議

【III】第 18 回日本整形外科学会基礎学術集会 運営報告 産業医大 中村利孝教授

平成 15 年 10 月 16～18 日開催 18 日（土）
市民公開講座を開催する。

【IV】第 77 回日本整形外科学会学術総会準備 状況 東北大学 国分教授

平成 16 年 5 月 20～23 日神戸国際会議場にて開催

「信頼と希望の整形外科」をテーマとして、国際化の一環として英語での発表を募集したところ、100 題の予定に対して既に 200 題を超えるエントリーが届いている。

【V】第 37 回日本整形外科学会骨・軟部腫瘍 学術集会準備状況

癌研（整形）川口智義先生
「悪性骨・軟部腫瘍征圧へのロードマップ…
至適診療システムの構築戦略」

【VI】代議員提案

第 18 回日本整形外科学会基礎学術集会が北九州市小倉の北九州国際会議場中心に西日本総



合展示場及びリーガロイヤルホテル小倉で開催された。会場は JR 小倉駅北側に接して陸橋でつながった。大変便利な場所でした。

この学術集会の前日、例年通り、役員・代議員懇談会がリーガロイヤルホテル小倉で開催されました。

出席者は 5 月の総会の 1/3 程度でしたが、山本理事長以下、理事の皆さん、体中にみなぎる活力で積極的に活動していただいている発言が続き、もっと一般会員に広くこのことを知っていただく必要を強く感じました。なお今回は OCOA からは早石先生と私が出席いたしました。

その内容につきましては、日整会誌にくわしく掲載されますのでそちらにゆずるといたしまして当日の内容で私の印象に残ったことを少し記述いたします。

山本理事長報告

① 認定脊椎、脊髄病医について

申請者数 2,744 名、今後のスケジュール、只今、審査を開始して平成 16 年 1 月までに終了し日整会誌 2 月号に合格者の氏名を告示。同年 4 月に認定書を送付する予定。

② 医療費の見直し

医療技術代の評価が低すぎる。
人工関節の施設基準の問題

外来理学療法、消炎鎮痛等処置の通減制・単位制限の撤廃など、問題が多い。

- ③ EBM 基づいた体幹・四肢の運動療法の新設。
- ④ 高齢者リハビリテーション研究会
厚労省の老健局内に設置されている研究会に整形外科医が加えられていない—整形外科医を無視して—進められようとしていたので、JOA 代表として越智隆弘副理事長をメンバーに加えるよう働きかけ、医療と介護の橋渡しがうまく出来ていない老人のリハビリテーションは介護だけでなく、整形外科の処置として取り組むように働きかけている。
- ⑤ 専門医は専門科を1つしか認めない。
整形外科専門医・リュウマチ専門医・リハビリテーション専門医などの併任は認められない。
- ⑥ 新臨床研修医制度が来春スタートする。
研修科目の中に整形外科が含まれていない。診療ガイドラインを作成して、三年後、五年後には整形外科を科目の中へ含めるよう働きかけて行く。
- ⑦ 来年度以降、「運動器の10年」と「骨と関節の日」の運動を併せて実施して行く。

代議委員提案について

- ① 関東地区稲波弘彦先生提案—定款第四条・第二章「目的及び事業」の見直し—次回の総会に提案して改正をするようにいたします。
- ② JCOA 角南義文先生提案三題
(2) 石原慎太郎の著書「老いてこそ人生」の中に整形外科医を誹謗する文章がある。日整会として何らかの抗議をしていただきたい。一物書きに正面きって挑むとまた別の所で（本などのマスメディア）反撃を食うので何らかの賢い方法で対処したい。筆者注—この本の中に石原慎太郎氏の主治医（脳外科医）が、氏の腰痛の治療について説明するくだりの所に以下のように書かれている。
「椎間板ヘルニアの手術はアメリカでは脳外科医がやっていて、良い成績を示している

が、日本では（野蛮な）整形外科医が手術をするので腰痛は治らない」と云う趣旨の文章が書かれている。

- (3) 整形外科医師政治連盟について—JCOA では既に活動を始めているが、JOA も一丸となって、働きかけるよう創設をお願いしたい。

③ 指定提案7題

- (1) 広報担当副理事長制

虎の門病院 立花新太郎先生

- (2) (医)信愛整形外科 森永秀和先生提案3題
 1. 会員が医政に関心を持つよう①日整会医師政治連盟の設立②日本医師会の常任理事に日整会代表を入れる③日整会代表の国会議員を送り込む
 2. 運動療法処方料、運動療法実践料の新設を働きかける。医療法42条に基づく予防施設設置基準の緩和と施設利用者への特典の付与
 3. 高価な整形外科手術材料の使用を控える。柔整師の施術費用並びに業務範囲逸脱行為の監視強化。

- (3) 運動器専門医に関する提案

近畿大学 浜西千秋教授提案

運動器専門医としてどのように特化して行くか

技術試験をへて手術治療に専念する整形外科医と地域医療に特化する志を持つ運動器専門医—「あはき」によって今や競って提供されている「手当て」を機械に頼らないで実践しEBMのある医療を提供する運動器の専門医の二本立てとする。

- (4) 手の外科指導専門医制度に関する提案

小郡第一病院 土井一輝先生

- (5) 診療報酬における手術技術の評価と専門医制度についての提案

帝京大学 松下隆先生

- (6) 外来診療に関する研究の奨励

岩井整形外科病院 稲波弘彦先生

- (7) EBM時代の臨床研究支援体制の整備に関する提案

国立大阪南病院 米延策雄先生

骨と関節の日 in 大阪

大阪臨床整形外科医会 会長 服 部 良 治

平成 15 年度の「骨と関節の日」の行事が日本整形外科学会および日本臨床整形外科医会の呼びかけにより、各地で色々の催しを開催しました。大阪では大阪臨床整形外科医会と各地区の医師会が共催して、下記の 3 地区で市民の皆さまを対象に講演会を開催しました。市民皆様の多数のご参加をいただいて各会場共に盛会でした。

①大阪府民公開講座 大阪府医師会後援

「関節痛・リウマチてなに？」

と き：平成 15 年 10 月 4 日 (土) 午後 2 時より

ところ：大阪府医師会館・大ホール

講 師：

上肢担当

フジモト整形外科・院長 藤木啓治先生

下肢担当

大阪医大整形外科・講師 中島幹雄先生

トレーナーによる体操指導実演

定員：300 名

問い合わせ：

〒 543-0052 天王寺区大道 4-2-21

小林整形外科診療所 小林正之先生宛

TEL：06-6779-5586

②堺市民講座

堺市医師会共催・大阪府医師会後援

「関節が痛むなんでやろう？」

定員：450 名

と き：平成 15 年 10 月 4 日 (土)

14:00 ~ 16:30 (開場 13:30)

ところ：堺市総合福祉会館・大ホール

講演① 関節が痛む病気とは？

講 師：

西川クリニック・院長 西川正治先生

講演② リウマチの外科的治療



講 師：大阪労災病院リウマチ科・部長

政田和洋先生

骨密度測定 (無料)：

女性 40 歳以上のかた、先着 50 名まで

講演時に手話通訳があります。受講希望者は下記に申し込んでください。

受講申込先：

堺市医師会事務局・道城 (どのしろ)

TEL：072-221-2330

〒 590-0953 堺市甲斐町東 3-2-26

③豊中市民講座

豊中市医師会・万有製薬株式会社共催・

大阪府医師会後援

「関節が痛いと思ったら・リウマチを中心に」

定員：300 名

と き：

平成 15 年 10 月 15 日 (水) 午後 2 時より

ところ：

豊中・ホテルアイボリー OH ホール

講 師：大阪大学医学部講師：橋本淳先生

健康相談相談員：

豊中市医師会整形外科医会医師

問い合わせ先：

万有製薬株式会社「骨と関節の日」事務局

TEL：06-4863-0335

豊中市民整形外科イベント

豊中市 栗本 一 孝

2003年10月15日 豊中のホテルアイボリーのオーキッドホールにて、豊中市民「整形外科」イベントとして、後援会及び健康相談を行いました。

講師：橋本淳先生（大阪大学整形外科）

演題：関節が痛いと思ったら
(RAを中心にして)

司会：栗本一孝

座長：反田英之

児島義介

橋本先生による一般市民対象の講演でしたが非常に解り易くお話をしていただき、(RAの症状、有病率、治療法等) 112名の聴衆は



橋本 淳先生



一人として居眠りすることなく、約1時間聞き入っておられました。

その後の質疑にも、医師も顔負けする程の内容も含まれ、それに関して橋本先生は丁寧にお答え下さり聴衆は全員満足されたようです。

健康相談は司会 座長の3名に丹羽権平先生も加わっていただき4名にて行いましたが質問者が列をなしており、16時までの時間内に終了するか？との不安を抱くほどの盛況でありました。

10月8日の骨の日の行事として 本年度は堺市、大阪市、豊中市の三ヶ所にて実施いたしました。来年度以降も他の地域にて実施されるのが整形外科の啓蒙になるのではないかと思います。

期待しております。

『関節が痛む なんでもやろ？』堺市医師会整形外科医会

堺市医師会整形外科医会 会長 中村英健

大阪臨床整形外科医会より委託され、堺市医師会整形外科医会が主催しましたイベントについて報告します。'02年11月30日整南会の会場で長田、黒田両先生よりお話をいただきました。12月10日整形外科医会会員(52名)にその旨FAX通知し準備を始めました。会場決定、日時設定、講師選定と依頼、等々、成すべきことは多く、多忙を極める事となりました。世話人会の諸氏にも過分の負担をおかけする次第となり、ただただ感謝あるのみです。後援依頼の書類仕事にも驚かされる事ばかりで、堺市に始まり、日本整形外科学会、JCOA、OCO A、堺市医師会、堺市社会福祉協議会の後援許可を得る事となりました。本会は会費徴収のない分科会で乏しい予算を強いられることは予測しておりましたが、なんとか製薬会社の人的援助のみで、しのぐことができました。今後の各地域の苦勞をおもえば、企画当初よりOCO Aで予算化して配分すべきであると考えます。

さて、報告に移ります。'03年10月4日(土)午後1時より機器搬入を開始しました。午前診を終えてすぐに集合、昼食もそこそこに会場の設営、受付準備、骨密度の測定器の準備と目の回る時間でしたが、気の早い聴衆

の方々がどんどん到着されて、会場が埋まりはじめました。往復はがきでの参加確認数は227名、当日来場者20～30名(確認できず)で、定員450席の会場は見苦しい姿にならずにすみ、ほっとしました。列をなした骨密度測定者は、順次測定結果をプロットした検査表を整形外科医に見せてその場でアドバイスを受けるシステムにしました。午後2時30分より講演会を開始し、小瀬座長の司会、西川講師の軽妙な話術で語られた関節疾患のお話につき、大阪労災病院整形外科部長の政田和洋先生による、関節リウマチの外科的治療についての聴衆にわかりやすい解説で第一部を終了しました。第二部はQ&Aタイムとし、会場からの質問に答えるパネリストという形で多くの質問をうけました。予定時間を大幅に過ぎ、やむなく閉場となりました。なにはともあれ、無事に終える事ができて、只今はほっとしております。座長の小瀬先生、西川先生、政田先生を始め、整形外科医会世話人会の諸先生方、堺市医師会事務局の道城氏、に改めてお礼を申し上げて、報告をおわります。

'03年10月10日

JOA 通常総会に参加して

堺市 黒田 晃 司

第77回 日本整形外科学術集会は5月20日～23日、神戸のポートピアホテルと国際会議場に於て開催されました。本年度より集まりやすい地域で開催するということが決定されていたため、東北大学の国分正一教授が学会長ですが、神戸が会場となりました。我々は大歓迎です。

さて、恒例で、学術集会の始まる前日の水曜日の午後、日整会総会は開催されました。ポートピアホテル南館1階「大輪田」がその会場となりました。参加者は、議題の中に気になるものが含まれておりましたので広い「大輪田」の間の7～8割はうまっていました。午後1時から途中15分の休憩とはさんで6時10分まで予定を少しオーバーして沢山の議題が討議されました。厚生労働省の指導で法人の法的責任のため会則の文語の変更などもありましたが、参加者の大半の関心事は

- ①専門医の単位とその内容
- ②手術科の施設基準の見直し
- ③リハビリテーションの保健の点数

だと思います。討議された内容の仔細は会誌に詳しく記述されますので、ここには私の印象を記しておきます。

開会に先立ち、議長松下隆先生（帝京大教授）副議長光安知夫先生（福岡）が山本日整会会長から指名され、出席者の賛同を得たあと、議長が議事録署名人として秋山典彦先生（神奈川）高倉義典教授（奈良）を指名して総会は始められました。

以下の議事次第で関連のあるところは順次前後しながらスムーズに進行されましたがとにかく内容が多くて、いつもながらやや時間の不足のため、フロアの発言と討議はだいぶ押さえられて一というより遠慮して…いました。年1回の総会では仕方がないのかも知れ



ません。フロアから別に予算総会を開催したらどうかという発言もありました。

平成 15 年度通常総会

1. 議事次第
2. 理事長報告
 - 1) 診療報酬改定
 - 2) 専門医制度の整備
 - 3) 臨床研修必須化と研修会員の創設
 - 4) 学術プロジェクト研究事業
 - 5) 診療ガイドラインおよび肺血栓塞栓症予防ガイドライン
 - 6) 「運動器の10年」活動
3. 平成15年度各種委員会報告
4. 平成15年度各賞受賞者一覧
5. 名誉会員候補“履歴・業績”
6. 平成15年度事業報告・収支計算書等及び平成16年度事業計画・収支予算書（案）
7. 平成15年度開催の各学術集会収支計算書
8. 平成19年度開催の各学術集会会長選挙の立候補者氏名一覧
9. 期通常総会の開催日、開催地について
10. 日本整形外科学会定款の一部変更（案）について
11. 日本整形外科学会専門医制度規則および関連規則の一部改正（案）について



学会功労賞を受けられる堀木先生と坂本先生

12. 日本整形外科学会会員規則および関連規則の一部改正（案）について
13. 日本整形外科学会／日本脊椎脊髄病学会 脊椎内視鏡下手術・技術認定制度規則（案）について
14. 代議員提案議題
15. 参考資料

日整広報室ニュース 57 号

I 日整会

1) 学会功労賞

12 名表彰されました。この内 2 名は我々の OCOA のメンバー、堀木篤先生と坂本徳成先生でした。長年のご活躍ご功績が認められたということです。

2) 学会奨励賞（4 名）

本会々員の戸田佳孝先生が受賞されました。

II 事業報告会員数物故会員 54 名、新入会員 621 名

意外なのは脱会者 94 名と除名者 65 名（2 名以外は会費未納のため）と多いのに少しおどろきました。

①正会員 21,507 人

②専門医

日本整形外科学会専門医 14,872 名

平成 16 年度 1 月 15、16 日に第 16 回専門医試験が大阪ロイヤルホテルで実施さ

れ 649 名受験して 585 名合格（90.1%）に
日整会認定リウマチ医 4,543 名
日整会認定スポーツ医 4,504 名
日整会脊椎脊髄病医 2,742 名

平成 16 年度事業計画

1) 学術集会

- ① 第 77 回 日整会学術総会 H16 年 5 月 20～23 日
神戸市にて開催
- ② 第 19 回 日整会基礎学術集会 H16 年 10 月 21・22 日（東京）
- ③ 第 37 回 日整会骨・軟部腫瘍学術集会 H16 年 7 月 15 日・16 日（東京）

脊椎内視鏡下手術・技術認定制度

今回の総会でこの制度が認められ、実施されることが決められました。皆様は新聞報道でご存知の通り泌尿科の先生が前立腺手術を内視鏡下で実施して、死亡事故を起こしました。その際の報道で内視鏡手術の経験が非常に少ないにもかかわらず実施していたということで病院及び学会の責任が厳しく問われました。そのため、医学会全体に内視鏡手術の技術認定の必要性が言われ急遽対応したということです。

内容でも、他科の年限などを各所に参考にたと述べられています。（やはり時代ですネ）「骨と関節の日・運動器の 10 年」の日は

10月8日また10月を同月間として記念事業を開催する。

今年は、「健康日本21」の運動の1つとして運動器疾患が取り上げられるように札幌・新潟・東京・名古屋・岡山・福岡において開催される運動器フォーラムにJOAとして参加する。平成17年度代議員選挙をH16年9月1日～17年3月1日の間に選挙を行う。

日整会専門医制度の変更について

今回の総会の一番の関心事でこれを確かめに参加された方々が多数いたと思われます。

変更の主な点

- ① 資格取得数5年ごと(6年ごとであった)に審査を受ける
- ② 継続審査の申請には5年間50単位の取得が必要である。
- ③ 教育研修講演受講に必須14分野をもうける
- ④ 5年に一回は日整会学術総会に出席しなければならない。

この内容に対しては色々の異議が出ました。その主たるものは

- ① 50単位は多すぎる。40単位でよいのではないか。北海道の代表から雪の季節、網走から、稚内から札幌へ聴講に出てくるのは大変なことである。
- ② 40単位はだめで、50単位でないといけない根拠はないのではないか。
- ③ subspeciality(リウマチ、スポーツ、脊髄・脊椎専門医)の単位を併せて取れば必要単位は80～100単位となるので大変な負担となる。
- ④ 期間内取得単位が不足したときの救済措置が明確にされていない。

等々、フロアからの発言が沢山出ましたが、山本会長の努力を目の当たりにして、強く迫る人はなく、原案どうり承認されました。

研修会員の開設について

臨床研修が必須化されたのに伴い、新たな整形外科入局者は専門医試験の受験資格が2年遅くなります。しかも、二年間の研修科目に整形外科は含まれておりません。整形外科の入局する者が減ると心配されています。そんなこんなで会則を一部変更して研修会員を作り、会費は5,000円(正会員14,000円)とし、代議員選挙権は付与しないが、その他の権利、義務は正会員と同じとしました。

健康保険診療費(保健点数)について

山本会長は医療費についても大変関心が深く、厚生労働省対策として越智教授(阪大教授)を日整会副理事長に任命して、色々その対策を講じてこられました。

- ① 人工関節手術の施設基準の見直しについて
基本点数の減算方式から加算方式に変換されるよう強く働きかけて、実現されました。
- ② リハビリテーションについて

厚生労働省の役人は、リハビリテーションと言えば脳神経障害に対するものと思っており、整形外科医が以前から担当してきた腰痛や膝関節に対して施行しているものは、単に温熱、電気?を当てているものと思っていないようです。廃用制筋萎縮や変形性膝関節症に対するものはまったく知らないため、我々に不利な点数が設定されている。

老化=介護という考えはここで立ち切って、質の高い医療として整形外科の保存療法、リハビリテーションを確立しなければなりません。今、このことを実行しておかなければ、近い将来、再診療の中へ整形外科のリハビリテーションは丸められてしまう可能性があります。

毎回参加して思うのですが、理事及び委員になられている各教授は本当に大変です。これでは、手術や診療、研究などおちおちやっついていられないのではないかと心配になります。

松原市 味八木 郁 雄

三重県からの移転の形で4月からお世話になります味八木（みやき）郁雄と申します。昭和31年に紀伊半島の南端に近い三重県熊野市で父が整形外科の診療所を開設した翌32年2月、海に臨む診療所の二階の部屋で生まれました。昭和63年、川崎市にある聖マリアンナ医大を卒業し、平成元年に近畿大学付属病院整形外科に入局させていただきました。整形外科を選んだ理由はいくつかありましたが、将来父の診療所を継ぐかもしれないという思いも多少ありました。平成11年9月末、勤務医であった私のもとに知らせがあり、脳血栓を起こした父は一命をとりとめたものの、かすかな意識だけが戻りました。半年間、大阪との間を往復して週に一回の診療をつなぎ、翌12年4月、開業しました。周辺の山村、漁村からの患者さんを中心に、数は一日40人と少なかったのですが、古い入院設備を改築して高齢者グループホームに転用し、法人化して訪問介護事業も付加しました。公共交通機関の減少にともなう高齢者のとじこもり（とじこめられ？）に対し訪問介護の通院介助は有効でしたが、患者数のわりに人件費が突出し、不名誉な赤字を出してしまいました。熊野ではリハビリテーションの人材を求めることが困難であり、一人で行



う整形外科の治療にもいまひとつ手ごたえを感じられませんでした。平成13年11月、父が亡くなりました。熊野での経営戦略を考えたとき、背景にある需要が限られており、古くなった設備を一新することの無駄にも悩んだ末、平成15年12月、近鉄河内松原駅の近くにテナントを借り、効率化に留意しつつ新しい診療所を立ち上げました。経営面での見通しはまだまだですが、リハビリテーションスタッフに友人の助力も得て、久しぶりに診療の手ごたえは感じております。経営面の努力にかまけて勉強がおろそかにならぬよう、診療の質をより向上させよう、諸先輩先生方にはぜひともご教示のほどよろしくお願い申し上げます。

自己紹介

新入会員の自己紹介

茨木市 居 相 浩 之

大阪府門真市出身
昭和 59 年 高知医科大学卒業後 高知医
大整形外科学教室入局。
平成 2 年 高知医大整形外科助手。
平成 8 年 茨木医誠会病院整形外科部長。
平成 12 年 4 月 茨木市三島丘に開業。

茨木市には大阪医大出身の先生方が多く、
外様の私にも大変仲良くして頂いています。
周囲の総合病院も、非常に親切に患者様を
引き受けて頂いたりして感謝しています。
今後も診々及び病診連携をはかってゆきた
いと思います。



自己紹介

自己紹介

門真市 長 岡 孝 恭

長岡 孝恭 (ながおか たかやす)
出身地 奈良県
大阪医科大学 昭和 60 年卒
卒業後、神戸中央市民病院 整形外科にて
2 年間の研修を受けた後に大阪医科大学 整
形外科学教室にもどり、大学院在学中は脚延
長術に関する基礎的研究を行いました。大学
院終了後、市立枚方市民病院 整形外科にて
上肢の外科、骨関節外傷の治療を中心に 10
年間勤務しました。平成 14 年 12 月に門真市
の京阪大和田駅北口近くで整形外科クリニ
ックを開業し現在に至っています。当院の周辺
には多数の接骨院があり、運動器疾患の一次
治療機関になっているようで、来院患者さん
の半数は接骨院で治らないとって受診され



ます。このような状況の中で信頼され選ば
れる整形外科クリニックとなるよう頑張っ
ていきたいと思っておりますので、まだ
まだ若輩者ですがよろしくお願
いします。

自己紹介

新入会員の自己紹介

OCOA に入会させていただいて

大阪、西成区で開業し、まだ日も浅く本来の診療は元より、付随する仕事に思った以上時間をとられる事に驚いています。

私は、昭和 58 年近畿大学を卒業し、そのまま同整形外科に入局致しました。

外科、麻酔科の研修を終えた後、天理よろづ相談所病院、堺新金岡豊川総合病院、北野病院等に勤務しました。

平成 6 年より奈良香芝市で、開業までの 10 年間勤務しておりました。

今度 OCOA に入会させていただき、疎遠になりがちな医学知識の吸収と、変化する医療に少しでも触れていられればと思っております。

西成区 三浦 光也



ます。
よろしく願い申し上げます。

自己紹介

平成 16 年 4 月より、大阪臨床整形外科医会に入会させて頂くこととなりました。大阪生まれの大阪育ちです。大阪医科大学を昭和 57 年に卒業し、母校の整形外科学教室に入局しました。研修医、専攻医を経て、平成 2 年より教室の助手となり、教授の退官を期に 7 年の助手生活にピリオドを打ち、平成 9 年 9 月より八尾にて医院を開業いたしました。私は無類の物臭であり、表に出るのが嫌で、人見知りな激しい性格のためずっと OCOA に入会せずでしたが、周囲の先生方に御助言をいただき、入会させて頂くこととなりました。これからは OCOA の講演会に参加

八尾市 石橋 伊三郎



させて頂き新しい知識や情報を吸収したいと思っておりますのでよろしくお願い申し上げます。

大阪臨床整形外科医会の入会・理事就任にあたり

堺市 永田 行男

小生は昭和30年群馬県で生まれました。昭和60年近畿大学医学部を卒業し、近畿大学付属病院整形外科学教室（田中清介教授）に入局しました。その後同助手、国保串本病院・ベルランド病院・香芝旭ヶ丘病院・和田病院を経て平成14年8月2日に泉北高速鉄道の深井駅から少し離れた堺市八田北町で永田整形外科を開業しました。整形外科・リウマチ科・リハビリテーション科を標榜し、日夜診療を行っております。勤務医のときならびに開業後も近隣の諸先生方をはじめ多くの先生方に何かとお世話になりましたことを心から御礼申し上げます。

医療業界への逆風の時に開業することには大分悩みましたが、諸先生方のアドバイスを受け何とか開業することが出来ました。また、今般伝統と権威のある大阪臨床整形外科医会に入会させていただくことが出来、個人開業の中大変心強く思っています。また、近畿大学を卒業した者として理事に推挙していただき、先般の総会で皆様のご承認を戴き心より御礼申し上げますとともに身のひきしまる思いです。医療業界特に整形外科領域の厳しい状



況の中、本会・本会会員の発展のために職務を全うする所存です。

当院では外来診療と機械リハビリをしており、それでよくならない方や外傷の手術適応の方は大学病院・ベルランド病院・大阪労災病院などに治療をお願いしています。また、近隣の諸先生方には患者様をご紹介していただきましたことや紹介させていただいた患者様を快くお引き受けいただき書面を借りて御礼申し上げます。

これからの医療関連の変化の大きさを思うとき、本会ならびに諸先生方の色々な面での指導ご鞭撻を切にお願いいたします。

三重県の木 神宮スギ

伊勢神宮神域林の主林木。昔から千枝のスギ、ホコスギなどの名で多くの詩歌に詠まれました。伊勢神宮や大宮町の滝原宮には樹高40メートル以上の巨木が生い茂っています。

(昭和41年10月20日指定)



ご挨拶

堺市 阪本 邦雄

大阪市立大学医学部を昭和51年に卒業後、大学での研修医、研究医、広島県の呉共済病院、大阪市立十三市民病院、最後は国立泉北病院にて勤務致しておりました。

現在は、堺市の泉北ニュータウン入り口にあたります泉北高速鉄道、深井駅付近で家内が小児科で開業、その3年後、私も開業致しまして、はや14年を迎える事となりました。勤務医の時には上の先生方の診療、手術、日常生活等に関して様々な御指導をいただき、また、下の先生方からも様々な刺激を受け、私自身の現在の医療や生活にも及ぶ基礎が、その時に、構築されたものと感じております。現在、孤独な一開業医になり、すべての事が自分ひとりの肩にかかり、すべての事を自分で解決しなければならぬ状況になってきますと、勤務医時代に培われた基礎によって解決している事が多々あり、今更ながら、勤務医時代がありがたく感じるようになっております。

大学時代は、硬式テニス部で活動致しておりました。その為、幾分体力には自身があっ



たものですが、5年前に八ヶ岳スキー場にて転倒、左膝内側側副靭帯断裂、体力の低下を痛感致しました。この時、自分でギプスを巻き、入浴時には、足を上げて逆さまになりながら大変な思いをして入浴したり、ギプスを巻かれた患者さんのつらさを実感致しました。

このような人間でございますが、この度、大阪臨床整形外科医会の理事に御推挙いただきまして、ありがとうございます。今後ともよろしくお願い申し上げます。

岡山県の木 あかまつ

マツ科の常緑高木。樹皮が茶褐色のもの。日本特産。
岡山県内に広く分布している代表的な木です。県下の名所・旧跡、景勝地の構成美として欠かせない役割を果たしています。

(昭和41年制定)



新理事の自己紹介

城東区 古瀬 洋一

大阪市出身、1960年生まれです。中学、高校はもちろんのこと、大学、勤務先の病院に至るまで大阪市内から外に出たことのない根っからの大阪人です。無論、タイガース一筋の熱狂的なトラキチです。

これまでに勤務した病院の所在地は、中央区、阿倍野区、西成区、住之江区、旭区、都島区、北区の7ヶ所になり、それぞれの地で近隣の先輩の先生方にはたいへんお世話になり、ありがとうございました。生意気な盛りでしたので失礼なことが多々あったと思いますがどうかお許しください。

3年前から城東区で70床の小さな病院の院長兼整形外科レジデント（病院の隣に住んでいます）をしています。大病院での経験を生かして弱小病院の生き延びていく方法を模索していますが難問です。介護保険により



減ったとはいえまだまだ多い社会的入院、夜間休日の診療体制、病診・病病連携、診療報酬上の矛盾など問題は山積しています。これからは諸先生方の御指導の下、自院のためにも OCOA のためにもよりよい整形外科医療体制を構築していきたいと考えますのでよろしくお願い申し上げます。

静岡県の木 もくせい

1966年（昭和41年）12月27日制定

「もくせい」は、暖かい地方に植えられ、日あたりのよい、やや湿った土地によく育ちます。花のかおりが強いので古くから庭木やいけがきなどに使われ、県下にも広く見られます。静岡県の木選定委員会が、県にゆかりのある木の中から「県の木」を公募した結果、第一位の「もくせい」を県の木に選びました。



新理事の自己紹介

城東区 岸 本 成 人

岸本成人です。豊中市出身。府立北野高から阪大医学部 59 年卒業。大阪厚生年金病院・市立河西病院等を至て勤務医最後は、堺市立病院整形外科部長をやらせていただきました。開業は平成 13 年 9 月。全く初めての土地、城東区緑橋地区に落下傘で降り立ちました。現地では早くから老人会等の後援会にお声を掛けていただいたり、近くの大道病院の連携医となり、高齢者の多い地域で日夜、業務に励んでおります。

開業当初から、電子カルテダイナミクスを使用し、はじめは、いろいろなトラブルに悩まされながらも、ハード・ソフトともにしだいに慣れ今では、ダイナミクス連動ソフトとして「大二郎」＝自賠責・労災ソフト、会計経営分析ソフト、レセプトチェックソフト等を自作するに至りました。また当初は紙のタイムレコーダーで職員の出退勤・給与管理をしておりましたが、1 年前よりタイムレコーダーソフトを自作し、ペーパーレスで 1 秒で給与明細を仕上げしております。「タイムレコーダーソフト」として Yahoo! で検索しますと出てまいりますのでどうぞお使い下さい。

現在 5 つほど ML に属してありまして毎日約 200 通のメールがまいります。とても全



部は読めませんが、診療のあい間を利用して、書き込みを行ったり、有益な情報をいただいたり大いに活用しております。

開業して以来、勤務医の頃には全く経験しなかった。労務・税務・業務等を通じて社会的にいろいろ勉強することが増えてしまいました。生来のものぐさな性格がわざわざいし、これらの複雑な作業を少しでも、手数が少なく出来るように、さらにソフトを勉強、プログラマーとしての腕を磨き、診療にも役立ててまいりたいと考えております。これらは今後 WEB 上で公開してゆきたく思いますので皆様のお目に留まれば幸いと考えております。今後ともよろしくご願ひ申し上げます。

新理事の自己紹介

吹田市 前 中 孝 文

この度理事に就任いたしました前中孝文です。昭和27年1月27日兵庫県宝塚市生まれ、本籍は三田市です。因みに、ありそうでない前中という姓は三田市に多いようです。

古い話になりますが、今から34年も前大阪万国博の年、昭和45年に北野高校を卒業し京都大学に入学。大学院修士課程終了まで6年間化学工学をまなびました。昭和51年に総合化学メーカーの昭和電工に就職、7年間大分市にあるコンビナートにおいて製造課、技術課に席を置き、ポリエチレン製造、プラント建設などの仕事に従事しました。ヘルメットを被り安全靴を履いての仕事です。営業で顧客の職場に出向いたり、労働組合の仕事にも参加しました。

昭和58年に大阪大学医学部に進学、昭和62年に大阪大学卒業後関連病院に勤務し多くの先生方にご指導いただきました。本当に有り難うございました。専門医の資格を取って後、平成7年1月、阪神大震災の混乱が続いている頃に開業致しました。吹田市山田万博公園近くで、今年で10年目となります。30歳を越えてからの医学への関与ですので当初より開業意外に居場所がないと覚悟し臨床経験を多くつむように努力いたしました。整形外科を中心に地域の人たちのかかりつけ医になるよう心掛けています。

今大切だと考えていることがあります。

第1 医療ミス患者とのトラブルを起こさない事。

十分なる説明、会話により対等な信頼しあう人間関係を作る事。昔は患者を見下すような心根に思える医師に時々お目にかかりましたが、最近は、逆に患者側で自らの権利を変



に理解しているような人が多くなったようです。同じ高さの目線で信頼関係を作り上げたいものです。お医者様と呼ばれたくもないし、患者様とも呼びたくありません。というのが今の私の心境です。

第2に良く勉強する事です。自ら守っていないのでお恥ずかしい限りです。開業医の小さな世界では知識経験がすぐに陳腐化してしまいます。OCAOなどを通じて医師間の情報交換、講演会への参加等で研鑽したいと思います。

最後に一番重要な事、病気をしない事です。命あっての物だねです。自身が病気では当然十分な医療は出来ません。

しかしながら、50を越えると今後10年間本当に大丈夫か医師であっても確信できないのです。毎年健康診断を受け、運動不足解消のため、ジョギングもしていますが、それだけでいいのか何の保証もありません。

元来、口下手で、大勢の人前では緊張してしまう性格ですので、昔から役職は避けてきた次第です。今回どの程度皆さんのお手伝いができるか不安ですがよろしく願いいたします。

理事就任のご挨拶

西成区 三村 和 博

私は、昭和56年に北海道大学を卒業後、大阪大学整形外科医局に入局させていただき、各関連病院で研修および勤務の後、平成3年に、西成区天神の森で開業いたしました。大阪厚生年金病院整形外科に医長として勤務していた頃の多忙な日々と、当時の山本利美雄主任部長に、厳しい中にも温情のこもったご指導をいただいたことが勤務医時代の思い出として特に残っております。

さて、ご存知のように、私が開業しました当時の医業界はまだまだ平穏な、いわば風の時代でありました。開業後はますます順調にきておりましたところが、ご存知のように、平成10年以後の度重なる医療法改悪と診療報酬削減という、全英オープン並みのアゲインストの強風の直撃を受け、立ち直れないまま現在に至っております。

平成18年の次期診療報酬改定では、さらなる抜本的改悪が確実視されております。また、数年後には6,000名ともいわれます新卒の柔道整復師が医業界に参入してきます。かれらへの遵法指導による業務の適正化と受領委任払いから通常のレセプト請求への切り替



えと審査の強化を行政に働きかけることは急務であろうかと思えます。

このように問題が山積しております困難な状況下において、少しでもその改善に向けて微力ながら努力いたす所存です。皆様ご指導ご鞭撻の程宜しくお願い申し上げます。

(蛇足ですが、趣味は、下手の横好きゴルフで、丹羽先生と同じクラブに所属しており、月例などでご一緒させていただいております。また、最近陶芸教室に通い始め、ろくろをまわして土と親しむ楽しさがわかってきました)

鹿児島県の木 カイコウズ

南米原産ですが、早くから鹿児島県に入ってきていました。緑の葉と赤い花卉が鮮やかなコントラストをみせ、本県の気候や風土に良く合って育ちやすく、いかにも南国的な感じの木です。

(昭和41年指定)



新理事の自己紹介

吹田市 今 井 秀

昭和 27 年に愛媛県松山市に生まれ、大阪医科大学を昭和 53 年に卒業しました。大学勤務時には関節外科を専攻していました。千里ニュータウン内の医療センターで開業して 16 年になります。

この度 OCOA の理事にご指名をいただき、浅学菲才の身ですが、諸先輩方にご指導を仰ぎつつ精一杯努力したいと思っています。どうぞよろしくお願い致します。

出身地の松山は城下町で、正岡子規、高浜虚子などの多くの俳人を輩出し、夏目漱石の坊っちゃんの舞台となった文学の町ですが、不幸にも私にはその遺伝子はなかったようです。幼少の頃より両親や伯母達に連れられ、日本最古の道後温泉本館によく行きました。浴衣に着替え、肌がすべすべするアルカリ泉にゆっくりと浸かり、湯上がりに出されるお茶とともにいただく坊っちゃん団子はまた趣のあるものです。

五年前に体調を崩したことがあり、それ以来お休みの日には草花を観に郊外までドライブし、その近くの温泉に入り疲れを癒しています。

つい先日は、木曜午後に佐用のしゃくなげの里に行き、赤白紫ピンクと彩り豊かに可憐に咲く石楠花を楽しみました。帰路に、開湯間もない篠山のこんだ薬師温泉『ぬくもりの湯』に寄りました。丹波焼きの陶板風呂や、



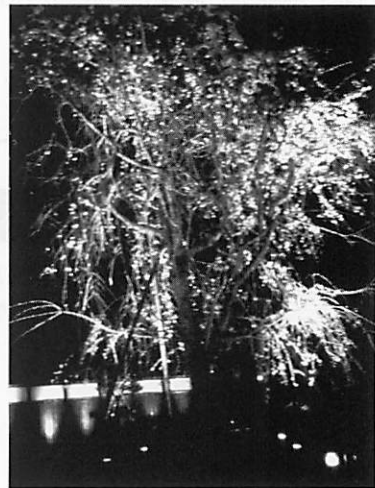
丹波石の岩風呂や大露天風呂があり、大自然の中でゆっくりと入浴。

お腹の空いたところで知人のお勧めのگانこ“三田の里”を目指す。ここはگانこのお屋敷店舗のひとつで、地元の豪族の大原氏が建てた歴史ある建物で、手入れの行き届いた日本庭園を観ながら料理を楽しむことができました。丁度外庭には満開の枝垂れ桜がライトアップされていて、静寂の中その絢爛さにみとれました。

中国道も渋滞なく夜 9 時には帰宅。花と団子の両方を楽しんだ半日を過ごしました。



作用のしゃくなげ



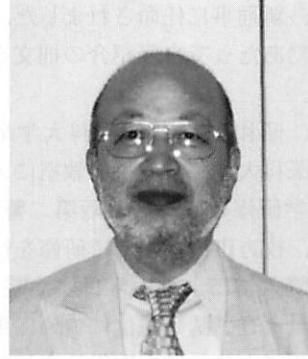
گانこ「三田の里」のしだれ桜

新理事の自己紹介

摂津市 白川 貴浩

大阪臨床整形外科医会（OCOА）の皆様、この度理事をおおせつかりました白川貴浩（しらかわ たかひろ）と申します。今後とも宜しくお願いいたします。

さて、私は日本で始めて万博が開催された大阪府吹田市で生まれ育ちまして現在もその地に住んでおります。昭和54年（1979年）大阪医科大学を卒業し同大学の整形外科教室に入局しました。当時の小野村敏信教授をはじめ、関連病院の高槻赤十字病院に出張中には栗本一孝先生（OCOА 副会長）にもご指導いただきました。平成9年（1997年）9月1日、縁あって摂津市千里丘にて白川整形外科を開院しはや7年がたとうとしています。この間医院を経営することの大変さを身をもって体験し、辞めれるものなら早く辞めたいなと思いつつもなんとか頑張っております。そんな折突然、栗本先生よりOCOАの理事になるようにとのご指名を頂き、私よ



りもっと理事にふさわしい方がおられるのでわとお話したのですが結局受けることになりました。最近私は「品格のある人間」になりたいと希望しておりますがその道のりは程遠いようです。今後はOCOАの名を汚さぬように努力する所存でございますのでどうか諸先生方のご指導、ご鞭撻のほど宜しくお願いいたします。

山形県の木 さくらんぼ

さくらんぼはバラ科の落葉高木です。春（4月下旬～5月上旬頃）になると白い花が咲き、果柄長く、6月～7月に熟して品種により、赤・黄・紫黒色の果実になります。

初夏の味覚として全国一の生産量を誇る果樹です。

（昭和57年3月31日制定）



臨床整形外科医会理事就任にあたって

淀川区 中川 浩 彰

この度、新理事に任命されました、中川です。就任にあたって自己紹介の拙文を提出いたします。

小生は、昭和 58 年大阪医科大学卒業後すぐに大阪医科大学整形外科学教室に入局。1 年間の大学研修の後に、大阪第二警察病院、鳥潟病院、枚方市民病院にて研修を行いました。大学院入学により大学付属病院に戻り、脊髄血流量と脊髄誘発電位について兎を用いた実験研究により学位を取得しました。大学では関節班に一時所属し、その後関連病院(高槻、東和会病院)に出張、6 年間勤務の後に開業しました。

平成 8 年 9 月に開業しました、場所は小生の出身地であります淀川区新高(にいたか)です。開業 3 年目に淀川区医師会理事に任命され 2 期 4 年の間看護学校を担当しました。元々、整形外科を選びましたのは、大阪医科大学整形外科学主任教授の小野村先生に惹かれたのと、沈黙考するタイプではなく、学生時代からサッカーをしていた体育会系であ



り、動きながら考える方が向いている(?) と思った為です。現在も大学 OB チームのサッカーの試合に参加したり、週 1 回はテニススクールに入って体を動かすようにしています。

理事になることは決まりましたが、まだ何をしていくのかは分かりません。小生の出来るかぎりのことをさせていただきますので、ご意見、ご指導をいただければ幸いです。頑張っって皆様のお役に少しでも立てればと思っています、よろしくお願ひします。

徳島県の木 やまもも

阿波藩時代には御禁木として保護され、やせ地でも生育し、肥料木として山林に植えられたこともあります。

徳島のヤマモモは果実として有名であり、初夏に赤く熟し、甘ずっぱい味覚は私たちを楽しませてくれます。



指定 昭和 41 年 9 月 13 日

新理事の自己紹介

泉南市 坂口 光輝

昭和 55 年和歌山県立医科大学卒業、勤務先は和歌山県立医科大学付属病院、琴の浦リハビリテーションセンター付属病院、紀南総合病院、海南市民病院、琴の浦リハビリテーションセンター付属病院を勤務して、平成 4 年 1 月に泉南市の JR 和泉砂川駅前で外来診療所を開業いたしました。

今年で 13 年目を迎えます、開院した当初、僕は和歌山県出身で勤務先も和歌山県でしたし、全く知らない土地に思いつきで開業したものですから、最初の立ち上がりは大変でした。開業する前にアドバイスして頂いた先輩の言葉をしみじみと思い出しました。

開業は一に場所、二に愛想、三、四が無くて五に腕。全く同感と開業してから今度は僕が後輩に同じ事をアドバイスしています。

しかし、石の上にも三年と言うように、まさしく三年経って何とか軌道に乗り始め五年目位でレセ枚数もピークを迎える事になりそこそこの税金対策もせなアカンなどと考えだして、これで何とか左団扇などと甘く考えていると、しばらくは良かったのですが景気も次第に悪くなり、小渕首相が亡くなり森総理に変わった頃から夜診の患者が減り始め、そ



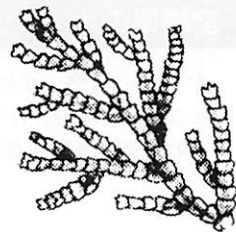
れからの事はご存知の様に整形外科にとって悲惨な時代を迎える事になりました。

社保の三割負担、老人の一割負担、世の中の不景気と整骨院の開業ラッシュ。売上がどんどん減っています、僕のゴルフのハンディは上がっているのですが、暇ですからゴルフばかりしています、ヤケクソゴルフとでも言いますか、ゴルフでもしていないとやられてられません。シングルに成る頃には閉院しているかも知れませんね。

この度、大阪臨床整形外科医会の理事を賜り若輩者ですが、先輩のご指導の元で出来るだけの貢献をさせて頂きたいと考えております。よろしくお願い申し上げます。

青森県の木 ヒバ

ヒノキ科の常緑高木。深山に自生し、高さ 30 メートルにも達する。昭和 41 年 11 月 15 日指定。ヒバは「あすなろ」とも呼ばれ、第 32 回国民体育大会の愛称となりました。



ご挨拶

寝屋川市 榎 田 理

この度大阪臨床整形外科医会新役員改選に伴い、理事に就任させていただきました榎田 理でございます。この紙面をお借り致しまして会員の皆様方にご挨拶を申し上げます。

私は1958年京都市の生まれであります。1984年に慶応義塾大学医学部を卒業いたしまして、京大整形外科に入局、その後大阪の北野病院整形外科に2年、大阪赤十字病院附属大手前整肢学園整形外科に8年勤務いたしました。この間小児整形外科、肢体不自由児(者)の治療、また機会がありましてイリザロフ法をはじめとする四肢再建外科を勉強いたしました。卒後10年になりました1995年5月に、寝屋川市池田新町で整形外科診療所を開設致し、1998年から寝屋川市医師会理事を、本年から常務理事をさせていただいております。また本年1月より寝屋川市大和町に診療所を移転し、現在に至っております。

診療所は無床ですが、紹介いただき、私に手術をお許しいただけるイリザロフ法の適応患者さんに対しては、現在でも月に1例程度



は寝屋川市内の病院で手術をしております。

私は自己分析では、至って楽天的性格(よく能天気といわれます)であります。その分失敗も多いのが問題です。趣味は夏の間みのリゾートダイビングと水中写真撮影です。

伝統あるOCOの理事の大役に抜擢されましたが、今のところ五里霧中の心境です。何とか皆様のお役に立てますよう、全力で任期を務めたいと存じます。浅学菲才の身ではございますが、なにとぞよろしく願いいたします。

宮崎県の木 フェニックス

ヤシ科の植物。波状の葉を持ち、寿命が長いことからフェニックスと名付けられています。日南海岸などに植えられ、南国宮崎を象徴する木となっています。



新任挨拶

藤井寺市 黒川 隆彦

今期会長 松矢浩司先生より御推挙いただき第28回大阪臨床整形外科医会定時総会で御承認いただきました。理事の役割も存じ上げない状況で、務まるかどうか不安ですが、諸先輩方のご指導、ご鞭撻を賜り責務を遂行したいと存じます。何卒宜しくお願い申し上げます。現在、藤井寺市北條町で黒川クリニック（整形外科・内科・リハビリテーション科）を開院して3年目です。

昭和52年関西医大卒の当年51歳です。同学で2年間の研修後、1年間済生会泉尾病院出向研修、昭和55年からは錦秀会阪和病院に出向しました。整形外科医として数多くの症例に恵まれ、診断から治癒まで見届けられることができるようになり、初めて一医師としての自覚が芽生えましたが、一環した整形外科治療には手術療法が不可欠とも考えるようになりチーム医療から離れられなかったことが遅くに開業した一因です。18年間阪和病院および阪和住吉病院で勤務し、副院長職を勤めましたが、開業するまでは実際のところ医療経営の難しさに直面することもなく現行の保険診療の問題点に関しても関心がありませんでした。開業してはじめて医療改悪を実感させられています。開業医としては3年目の若輩ですが、日常診療の場ではやっと開業医の役割が認識できるようになってきたので



は？と感じられるようになって来ました。

開業後すぐに OCOA に入会させていただきましたが、今日までは日本整形外科学会専門医の研修単位の取得を主たる目的として参加しておりました。昨今の医療情勢の変動のなか、開業するまでは何等気にも留めてなかった事、特に整形外科治療に対する厚生労働省および患者の認識の相違に憤りを感じるとともに勤務医時代には理解を得る努力を怠っていたことを痛感し反省させられています。今後も OCOA（整医会）から行政および国民に理解が得られるよう情報発信を続ける必要を感じています。

また諸先輩方のご意見を拝聴し、生きた情報の交換の場としてまた懇親の場としての当会の発展を望みます。

新理事の自己紹介

泉南市 青木 誠

昭和38年大阪府松原市生まれ、平成元年に奈良県立医科大学を卒業し母校の整形外科教室に入局しました。大学附属病院や医局関連病院で勤務後、平成10年5月に泉南市樽井にて無床診療所を開設し今日に至っています。40才になったばかりで何故私に理事への御指名を頂いたかよくわかりませんが、お役に立てることがあればがんばりたいと思っていますので、よろしく願いいたします。

診療報酬の面からも柔整師の激増問題からも、また他診療科との境界領域争いからも開業整形外科医に2年後の予想はなんとかできても5年後は存在しているかどうかさえ非常に不安な昨今だと考えています。従って思いきった設備投資する勇気はわかず閉塞感を感じています。私はこの状態を打開するには診



療技術の向上と医政へのとりくみの双方が大変重要だと考えています。この両輪を推進する大きな力として臨床整形外科医会にこれまでも期待を寄せて参りました。その理事の一員に加えて頂いたことに大変うれしく思っております。御指導よろしく願いいたします。



八尾市 石田 文明

私、愛媛県松山市の夏目漱石が教鞭をとった高校で教えをうけ、京都大学を卒業後、岐阜市民病院、大手前整肢学園、北野病院で研修し、平成10年八尾市で開業致しました。現在外来と手術—骨折、軟部腫瘍、関節鏡等—を行いつつ日々過ごしております。

今後、諸先輩の指導をうけ理事の仕事らせていただきます。趣味は月に1—2回程度のゴルフです。宜しく願いします。



新理事の自己紹介

西成区 森 泰 壽

私、本籍地は徳島県ですが、生まれも育ちも大阪、の浪速っ子です。

今回、大阪臨床整形外科医会の理事を務めさせていただく事になりました。

よろしく、お見知りおき下さい。

昭和 49 年、関西医科大学を卒業後、同大学整形外科に入局、昭和 58 年阪和病院を最後に大学を辞し、西成区の地で現在まで無床診療所をやってまいりました。

時代の潮流にのれず、営業努力を怠った為か、売り上げは下がる一方。

「世知辛い世になったものだ」と嘆いているのは、私一人でしょうか？



理事の一人に加えていただいて

西成区 三 浦 光 也

大阪、西成区で開業し、医療行為は元より、付随する仕事に思った以上時間をとられる事に驚いています。

昭和 58 年近畿大学を卒業し、研修を終え、大阪府下、奈良県下にて、整形外科医として勤務しておりました。

勤務医時代には知らないまま通り越してきた色々な問題に直面し、又、今医療分野に数々の難題がある事も少しずつ見えてきました。

整形外科医療のための活動を行っている、OCA の活動に微力ながらお役に立てれば幸いです。



未開発の島、コーチャーンへの小旅行

守口市 立 沢 喜 和

コーkohとは、タイ語で島を意味する。有名なサムイ島は、Koh Samuiで通じる。正月休みを利用して、家内と共に、タイを中心として東南アジアを旅行することが恒例となっている。今回は、新潟で開業しているH親友夫妻を誘って、Koh Chang、チャーン島への小旅行を試みた。案内役は例年のごとく、バンコック在住のN氏である。

チャーン島は、タイのチャーン国立公園のなかの諸島の一つで、バンコック南東のカンボジャの国境に近いトラート県の海岸からフェリーボートで渡れる。プーケット（大きいのでタイではプーケット島とはいわない）やサムイ島なら行ったことがある人は少なからずおられると思われるが、日本ではチャーン島はその名前さえ知られていないのがほとんどであろう。まだ、未開発の秘境の島なのだ（図1）。

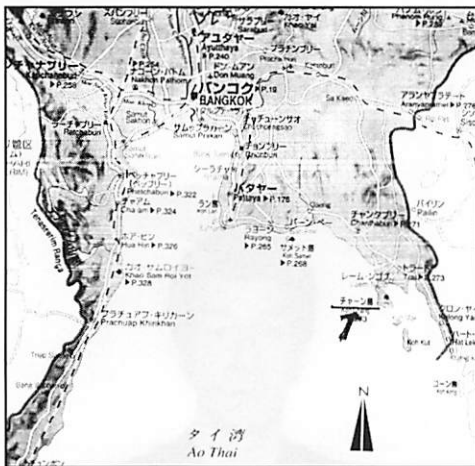


図1. タイ南東の地図、(A)がチャーン島

新潟から成田経由でやって来たH夫妻とバンコックで待ち合わせ、昨年（平成15年）、12月31日（水）、レンタルした運転手付きワゴン車で総勢5人でホテルを出発した。タ



写真1. チャーン島の対岸トラートに向かう車中より。タイの主たる国道は舗道され、よく整備されている。

イの主たる国道は、よく整備され、車による旅は、長距離でもさしたる差し支えはない（写真1）。途中、タイルビー、サファイアの宝石の集散地として知られているチャンタブリーを通過し、4時間半ほどでチャーン島の対岸レームウンゴブの栈橋に到着する。バンコックからトラート市まで日に1便飛んでいるが、ここからチャーンまでの観光案内がまだ十分に準備なされていないようだ。ここで車から降りて、高速ボートで渡るのかと思っていたところ、ワゴン車ごとゆっくりとフェリーボートで渡る。突堤にはすでに沢山の車が待っており、これらの車の乗降に1時間ほどかかった。車を一度に船に20台積める。



図2. チャン島ならびに宿泊したHad-Ngen Resortの地図

2階の船上に上がってみると、現地の人々がほとんどで日本人の旅行者はまったく見当たらない。40分ほどでチャン島側のダンカオピエール桟橋に着く。

観光案内雑誌の“地球の歩き方”によれば、チャン島は、プーケットに次いでタイで2番目に大きな島。ビーチにはバンガローが並び、素朴な島暮らしが堪能できる。島内はほとんど開発されておらず、秘境気分も満点。移動はソントウ、レンタルバイク、徒歩だが、舗装道路はほんの一部。特にバイクに乗るときは充分注意しよう。サオカイ・クロンプラオ、バンパオの3つのビーチがある(図2)。

われわれは・通称ホワイトサンドビーチと呼ばれているサオカイのHad-Ngen Resort(ホテル)に旅装を解いた(写真2)。チャン島一番のホテルといっても2階建てのコテージ式の部屋数が全部で椰子の樹木囲まれた40部屋位の小規模のものだ(写真3)。勿論、ディスコやプールはない。一般のビーチホテルと違って、浴室には何も用意されていない。シャワーだけで、バスタブはなく、安物の石鹸とバスタオル2枚のみ。でも部屋内やシーツは清潔だ。英語が流暢に話せるのは女性マネジャー1人。オーナーの男性(潮州



写真2. Had-Ngen Resort(ホテル)の入口。

系華僑)はN氏の知り合いなので、すこぶるサービスがよい。飲み物は、ビールも無料。ジョニ黒一瓶奢ってくれた。宿泊しているのは、バンコックに長期滞在している北欧のビジネスマンや外交官の家族連れが多いことが後の夜のパーティで分かった。喧噪で華美なプーケット、サムイやパタヤのビーチにはもうんざりして、燦々と輝く太陽の光と白い砂浜が存在する静かな秘境を求めて、ここにやって来たらしい。今夜の料理は、自分勝手に好きな魚、えび、かに、肉・野菜など材料を選び、目の前で、好きなようにコックに料理してもらえるのが嬉しい。カウントダウン



写真3. ホテル内の熱帯の樹木に囲まれたコテージ式の部屋。



写真4. 三流のニューハーフたちによる踊り。



写真5. 北欧の女性たちのビール早飲み競争。

のパーティーのために、浜に設けられたにわか舞台では、三流のニューハーフによる踊り(写真4)、男女別のビールの早飲み競争が始まった(写真5)。4人の可愛い女の子供に、「どこから来たの」と尋ねてみたら「スエーデンから来たが、今はバンコックに住んでいる」とのこと。“チュキ”インスタントカメラで写真を写してあげたら、喜んで走って親に見せに行った(写真6)。打ち上げられる花火



写真6. 宿泊しているスエーデン人の子供たち。

と満天の夜空を眺め、大好物のシンハービールを楽しみながら、至福の一時を過ごす。

一夜あけた翌日の1月1日(木)の午前、島内の見物に出かける。女性マネージャーに尋ねてみると、「開発されていないのでまだ見るべきところがまだ少ない。名所として滝と寺院がある」という。滝に通じる小道の入口には、2、3のローカルな食堂が開店しており、こんな辺鄙なところでも店員の呼び込み競争が激しい。滝は、高さ20メートル

ほど小さいものであった。次は、変哲もない寺院へ。お坊さんが何故か本堂内にテントを張り、一人で生活していた。今年も幸運があるように、線香を上げ、祈る。昼食はバンパオビーチ海岸べりにあるローカル色の濃いレストランで海鮮料理を食べる(写真7)。魚



写真7. 昼食をとったローカル風のレストラン。ビール代も含めて5人で約1,450円。

の空揚げ、貝とエビの蒸し、野菜炒め、焼き飯、ビール大瓶3本と全部で500パーツ(約1,450円)とまったく安い。海で泳ぐため、午後早めにホテルに帰る。途中、露店に立ち寄り、果物を買う。みかんは20個で約50円だ。この小さめのみかんは食べるより手で絞ってジュースにすると自然で美味だ(写真8)。ホテルの表の道端には10軒ほどのいろいろな土産物屋が並んでいる(写真9)。ビーチサンダル一足170パーツを120パーツ(約320円)にまけさす。波み際に散歩してみると、海水は澄んできれいであるが、泳いでい



写真8. 露店の果物屋。ミカン 20 個で約 50 円と安い。

るものは子供以外少ない。浜辺は、閑散としており、皆、浜辺でタオルを広げ、長い時間、飲み物を飲んだり、本を読んだりしている(写真 10)。私を含めて、日本人にはこのような



写真 10. ホテルの裏側の閑散としているサオカイ(ホワイトサンド)ビーチ。

リラックスができない。例の女性マネージャーが強い膝痛で悩んでいると聞いたので、診察をしてみと、外側半月板損傷が疑われた、大腿四頭筋の訓練を指示し、持参していたモース湿布剤を差し上げた。これにいたく感激したホテルのオーナーは、「奢るので、よその店に行かないで、ここのホテルのレストランで夕食を食べてくれ」という。(写真 11)。われわれは、海鮮タイ料理のお相伴に預かった。疲れて熟睡。

2日(金)はバンコックに帰る日である。栈橋の混雑を危惧し、車で朝、早めにホテルを出る。予想どおり混んでいて、フェリーへの車ごとの乗船にここでも小一時間ほどかかった。チャーン島は行ってみると、主たる



写真9. ホテルの表の道端に並んでいる土産物屋。

道路は舗装され、旅行者のためのきれいなレストランも開店しており、未開発というよりも開発がじょじょに始まっているといえる。10 数年後には、空港もでき、プーケットやサムイ島のような世界的なリゾートに発展することが予想される。帰途、本当は宝石の町、チャンタブリーに立ち寄りたかったが、誠意のない運転手の都合で直接バンコックに帰る。夕食はパタナカーン通りの安くて美味しいので有名なシャークヒン(ふかひれ)海鮮料理店で。

この2泊3日のチャーン島への旅行でかかった代金は、車のレンタル代(運転手の3日間の日当も含む)、フェリー料金、ホテル、3食の食事、飲み物、チップなど総べて含めて、日本円で一人約3万円で済んだ。プーケットやサムイ島に飽きたベテランの個人旅行者には是非お勧めしたい自然美にあふれた観光地である。



写真 11 ホテル唯一の海鮮タイ料理レストラン。

胡蝶の夢

泉大津市 河合 長兵衛

世の中には不思議な話があるものだ。それが自分の上に起こったものだから、少々驚いている。話というのはこうだ。当年とって72歳の僕が27歳になったのだ。

「嘘！ そりゃ、お前の気のせいや」と回りの者というが、話半分としても2・30歳若がえったのは確かなのだ。

モリエールの戯曲に、「病は気から」というのがある。医者や薬剤師にくいものにされ自分は重症だと堅く信じ込んでいる男がいる。若い後妻は財産を手に入れようと夫の死を指折り数えて待っているが・・・おっとどっこい、そうは相場がおろさない（鈴木力衛訳・岩波文庫）、という粗筋で、いまでも上演されている笑劇だ。たしかに昔から病気は気持ちの持ち方で、良くもなるし悪くなるのは衆知のことなのだが、果たして僕の場合はどうだろう。

1年ほど前のことだ。それまでは、僕の頭は濁りきっていて、単に「物覚えが悪い」とか「物忘れが早い」とかいったものではなく、



アルツハイマーでないかと秘かに専門医の門を叩いたことがある。白状するのも憚るが、梅田での会合のあと、帰り方が分からないといった位はやさしいほうで、電車の切符を紛失するのはしょっちゅう、網棚に鞆をわすれたのも二度や三度できかない。挙句の果ては、仕事の上でも、簡単な骨折の診断を誤ることが相次ぎ、ついに院長から「もう診察しないでほしい」と通告されるありさまとなった。身体の調子も最低で、持病の前立腺肥大が悪化して小便が出ず、心臓の具合もわるくニトロを連用しなければ、止まってしまうのではないかという不安にかられた。

ところがである、昨年、二頭の愛犬が死んだころから状況が変化し始めた。当初は耐え切れないほどの悲しみが僕を襲ったが、次第にそれが治まると信じられないぐらいに、痴呆と身体の調子が快方に向かったのだ。

「犬が僕の病気を持って行ってくれた」と、今年の年賀状に印刷したら、あちこちから「本当かいな」と電話がかかってきた。僕はそう信じているのだが、みんなは「ウソォー！ そんなこと医学的におかしい」という。「そしたら僕はどうしてこんなに元気になったんだ」と言っても、誰も明快な解答をしてくれない。

話しは変わるが、今、中国の古典・老荘思想がちょっとしたブームで、経営に老子の「無為自然」をとりいれて成功した例も聞く。その荘子の中の有名な寓話に「胡蝶の夢」というのがある。昔、荘周という男が、夢の中で蝶々になり嬉々としていたら目が覚めた。とたん、もとの男にかえった。一体、どっちが本当の荘周だろうか？ひょっとすると、人間ではなく蝶々が本当の荘周かもわからない。と、いった話で「宇宙の中の人生や人間の営みなんてものは、フワフワしたもので固定的なもの

ではなく、考え次第でどうにでもなる」というのが真実なのかもしれない。

話が元にもどって、72歳の僕が嘘で28歳の僕が本当でないと誰が証明できるのか。人の一生なんか、ユメ・マボロシみたいなものだ。くよくよしても一生だし、うれしいうれしいとくらしでも一生だ。とにもかくにも、今の僕は、スポーツカーの助手席に女性をのせて140キロでとばせるほど若返ったのが事実なんだから、毎日がルンルンである。

完

香川県の木 オリーブ

モクセイ科の常緑樹で、初夏に白い小さな花をつけます。ヨーロッパでは、平和と充実の象徴。

県花としては、昭和29年のNHK開局記念番組で発表。県木としては、緑化運動のなかで県民から公募して、昭和41年9月10日に選定されました。



取材旅行裏話

東大阪市 吉川 隆 啓

過去2年間JCOA 福祉委員をさせて頂きました。その委員会活動としてのレポートを先日メーリングリストを利用して報告いたしました。今回はその裏話のような物を少し書かせて頂きます。

ご存じのように福祉委員会は生命保険会社の運営する保険業務に会として報告を受け承認を与える組織です。H14年夏の第一回委員会で保険会社から予定利回り低下の報告がありました。その話の延長として日医年金との比較が話題となりました。JCOAの保険は一括運営であるが管理は加入者ごとにされている。一方日医年金は国民年金などと同じく一括運営・一括管理であり若い者には不利である、すでに単年度収支が赤字になって来ている、らしいです。

年金脱退を直接お勧めできないが危険性は伝えよう、脱退後の資金についても調査しては如何かということになりました。「国債も危険」「円の暴落もありうる」「国内のことは各自が調べればよい」ということで海外の話に決まりました。JCOAの保険ばかりをお勧めしているわけではありません。

海外の銀行に口座を開こうと言い出したのは東北ブロックのC先生です。それに応じたのが関東ブロックのK先生と私。H14年秋よりいろいろ打ち合わせが始まりました。海外の銀行と言いましても参考資料があり距離的にも負担の少ない香港の銀行に決まるのにそんなに時間はかかりませんでした。決行時期は日本の祝日と向こうの平日が重なる春分の日ということになりました。現地集合・現地解散で、宿泊ホテルのロビーで出会うことにいたしました。

3月中旬よりSARS騒ぎがひどくなりC先生は「もしもの場合子供が路頭に迷う」の



で欠席、K先生と私は「路頭に迷ったら子供がたくましくなる」ので決行ということになりました。C先生の欠席が後にCitibank(香港)の口座を国内に居ながら開設する話につながりました。

日本円から香港ドルへの最初の両替を関西空港でしました。なじみの銀行の窓口で両替をしましたが高い料金を取ります。香港ではぐっと安いところと、関西空港より高いところが混在していました。通常の銀行の窓口が安いようです。

香港の銀行で口座を開設だけで帰ってくるつもりでしたがK先生の「こういうのは使えることを確認しておかないとひどい目に遭う、もう一度来るのは大変です」という言葉には助けられました。日本の銀行のATMカード(キャッシュカード)と違って「アクティベート」という操作を現地のATMでしておかないと有効にならない様です。難しい操作ではありません。要するに「一度使用しておけ」ということです。入金でも出金でもいいですしその金額の多少は問いません、使えばいいのです。この操作をしておかないと日本の郵便局のATMでは使えないそうです。ついでに暗証番号も変更しておきました。

あのレポートには書いてませんが「関金の



帝王」御用達のスタンダードチャータード銀行にも行きました。ここでは口座開設を断られてしまいました。仕事できたのか？投資信託を買うのか？株はするのか？の3つの問いに全て「NO」と答えたからでしょうか。それとも私のような小口は相手にしないのか？いずれにしてもいまだに預金集めに汲々としている我メインバンクの信用金庫とは違うようです。

バンクレファレンスレーターにもびっくりしました。欧米の銀行では顧客を他の銀行に紹介するのに「手紙」を書いてくれるそうです。その英文の手紙のことです。内容は箇条書きのような定型文ですが日本の銀行はなかなか書いてくれません。K先生は最初の銀行には書いてもらえなかったそうです。二つ目の銀行に書いてもらった文章も必要項目を満たしていなかったようです。私は数回交渉して一応型通りの手紙を書いてもらいました。大手の都市銀行でも「個人に発行したことがない」

とかでしばらく時間がかかりました。

英語表記の住所証明にも困ります。最初は国際運転免許証を利用しないといけないようです。納税証明など公文書の郵便の宛名でも証明に使えるらしいですが、通常届く住所表記はすべて日本語表記です。二つ目の銀行からは最初の銀行の「報告書」の住所が証明に利用できるようです。ただC先生の国内で事務手続きする口座開設では通常の運転免許証でも受け付けてくれたようです。

家族には「遊びやない、仕事！」といいながら「調査活動」にでかけましたが、どこまでが職責でどこからが行楽かわからない楽しい経験でした。この後の委員会活動も委員会の席だけの付き合いではなく、前の晩の付き



合い、終わってからのメーリングリストでの付き合いと和やかにできたこともいい経験でした。皆様方もJCOAのメーリングリストへどんどん書き込んで顔（名前）を広めてください。

厚生部報告

平成 15 年度 OCOA 春季ゴルフコンペ (第 37 回)

第 37 回 OCOA ゴルフコンペは北六甲カントリークラブで 15 年 6 月 1 日に行われました。
参加者は 18 名でした。

優勝は羽多野弘次先生で長嶋哲夫先生がベストグロでした。

第 37 回 OCOA ゴルフコンペ (春季) 成績表

2003/6/1 (日)

場所：北六甲カントリークラブ

順位	氏名	OUT	IN	グロス	HDCP	NET
優勝	波多野 弘 次	45	41	86	15.6	70.4
準優勝	林 原 卓	46	42	88	15.6	72.4
3 位	首 藤 三七郎	45	49	94	21.6	72.4
4 位	市 岡 伴	54	43	97	24	73
5 位	矢 倉 久 義	49	52	101	27.6	73.4
6 位	長 嶋 哲 夫	43	39	82	8.4	73.6
7 位	頼 功	48	39	87	13.2	73.8
8 位	丹 羽 権 平	44	47	91	16.8	74.2
9 位	王 谷 昭 州	48	48	96	21.6	74.4
10 位	安 井 明	46	43	89	13.2	75.8
11 位	吉 田 研二郎	54	45	99	22.8	76.2
12 位	河 村 都容市	42	45	87	9.6	77.4
13 位	孫 瑯 権	45	47	92	14.4	77.6
14 位	古 賀 教一郎	51	50	101	22.8	78.2
15 位	濱 田 博 朗	51	54	105	26.4	78.6
16 位	三 橋 二 良	48	50	98	18	80
BB 賞	坂 本 徳 成	65	56	121	36	85
BM 賞	早 石 雅 宥	59	64	123	36	87.0

ベストグロス 長嶋 哲夫

ニアピン 古賀 教一郎 OUT 3
 長嶋 哲夫 OUT 7
 首藤 三七郎 IN 13
 頼 功 IN 15

ドラコン 安井 明 OUT 8
 河村 都容市 IN 12

平成 15 年度 OCOA 秋季ゴルフコンペ (第 38 回)

第 38 回 OCOA ゴルフコンペは北六甲カントリークラブで 15 年 10 月 5 日に 18 名の参加の
下行われました。優勝はベストグロスの長嶋哲夫先生でした。

第 38 回 OCOA ゴルフコンペ (秋季) 成績表

2003/10/5 (日)

場所：北六甲カントリークラブ

順位	氏名	OUT	IN	グロス	HDCP	NET
優勝	長嶋 哲夫	37	38	75	3.6	71.4
準優勝	孫 瑠 権	45	39	84	12.0	72.0
3 位	北野 継 弉	42	48	90	18.0	72.0
4 位	島田 永 和	41	40	81	7.2	73.8
5 位	八幡 雅 志	43	46	89	14.4	74.6
6 位	右近 良 治	42	47	89	14.4	74.6
7 位	河村 都容市	51	41	92	16.8	75.2
8 位	土井 志 郎	46	50	96	20.4	75.6
9 位	坂本 徳 成	54	54	108	32.4	75.6
10 位	市岡 伴	48	44	92	15.6	76.4
11 位	服部 良 治	49	45	94	16.8	77.2
12 位	三橋 二 良	52	51	103	25.2	77.8
13 位	青野 充 志	52	49	101	19.2	81.8
14 位	吉田 研二郎	41	49	90	7.2	82.8
15 位	矢倉 久 義	51	54	105	21.6	83.4
16 位	伊藤 成 幸	59	59	118	33.6	84.4
BB賞	早石 雅 宥	66	60	126	36.0	90
BM賞	藤原 良 江	69	77	146	36.0	110.0

ベストグロス 長嶋 哲夫

ニアピン 北野 継弉 OUT 4
 吉田 研二郎 OUT 8
 長嶋 哲夫 IN 15
 長嶋 哲夫 IN 17

ドラコン 右近 良治 OUT 5
 長嶋 哲夫 IN 13

医者 と 銭

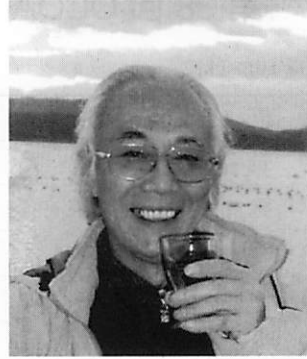
最初にこの表題を含めて、全く恣意的な内容であることをお断りしておきます。

医者と銭を、医者とセンと読むかぜこと読むかはそのひとの感性に依る。

開業医は、日常流通していないので決してお目にかかることのない銭（セン）の単位と密接に関わっている。仮に薬価 15 円丁度の薬を 14 円で購入すれば、請求点数は 1 点（10 円）となり 4 円のマイナスとなるが、15 円 10 銭の薬を同じく 14 円で買えば、請求点数は 2 点（20 円）となり 6 円のプラスとなる。度重なる医療費改正で収入が激減してくると、いままで気にもしなかったこのようなことが、切実な問題となってくる。かくして、人間は感情の動物といわれるが医者は勘定の動物となるのだ。

そこで、銭の単位がつく薬価算定の根拠を卸に尋ねてみたが、一様にわからないという。某大手製薬メーカーの MR にも同じ質問をしたがやはりよくわからないとのこと。しかも「長年 MR をしているが医者からこのような質問をうけたのは初めてだ」と半ば訝るような、そして憐れみの表情をうかべ次回必ず報告するとの返事（それはそうでしょう。こんなミミッチイことを聞く開業医は滅多にいないのでしょよ！でも、個人情報大量流出に対してソフトバンクのお詫び料、ひとり 500 円はいかにもみみっちい限りだ）。さて MR の返事によると、新薬は類似薬との薬効比較、画期性加算やら、有用性加算、市場性加算、調整加算など…（役人の退職金のように矢鱈と加算が多い）で薬価を算出。後発品（GE）は先発品の 0.8% を乗じた価格やら加重平均値等々で算出する…で、到底われわれにはわからない極めて複雑な算出のしかたで決まるようだ。この薬価の最終決定がどの機

生野区 木佐貫 一 成



関で行われるのか知らないが、年金未納騒ぎからもわかるように、自己には極甘ごくあまのぶんだけ他人には極辛ごくからの閣僚や議員、厚労省の役人などが薬価も含めて医療費を生欠伸しながら協議しているのではないかとかんぐると腹が立ってくる。家庭の主婦の買い物じゃあるまいし、銭単位で経費を考えなくても医療に専念できるような診療報酬にしてもらいたいものだよ小泉さん！！

腹立ちついでに、医者について。

この医者なる言葉に聊かの抵抗があり耳障りでもある。医者は医師の俗称のように聞こえる。古の日本書紀にもれっきとして医師と記してあり、医者いしやの文字はみあたらない。いつの時代から医者いしやと俗称されるようになったのか知らないが、江戸時代には、芸者、役者、医者との表現が一般的であったことから、医者は三流役者や大根役者並の低い地位であったと想像される。藪医者といっても藪医師といわないことから考えても、やはり医者は医師の蔑称なのだ（ただしお医者おいしやさんは敬称）。皆さんが所持の医師免許証にも医者いしやの字はないはず。しかるに講演会などで、講師である医学部の錚々たる教授が「われわれ医者いしやは…」と言うことがよくあるが、反射的に（医者）＝（三流役者または大根役者）を

連想し、三流役者の話を聞いているような錯覚に陥り、笑いがこみ上げそうになることがある。なにも自らを貶めるような蔑称を使う必要はない。すくなくとも公的な場では「われわれ医師は…」というべきだと考える。それでも医者の方が良いと思う人は「医師免許証」を厚労省に返上し、「医者免許証」を交付してもらおうとヨロシ。

医者はどうみても三流役者並みの存在なのだから医師法などの法的規制もなしで至極気楽に、そのうえ能天気な暮らしを送れるはず！。という理由で、実は私も医師よりも医

者の方がよほど性に合っていると思っていますのであります！！

ここでお口なおしに、食後のデザートならぬ読後のデザートをおひとついかが？

問題：VERTEBRA の語源は？

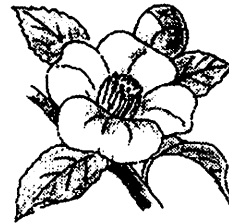
ヒント：ゴルフには腰の〇〇モーメントが重要である。

(前回号に寄稿しましたので当分免疫ありと思っておりましたが、運悪く丹羽先生につかまり4月末が締め切りですとのご命令。期限が過ぎて急いで書きましたので、悪文ご容赦ください。16.5.16)

新潟県の木 ユキツバキ

ユキツバキは、本県で最初に発見されました。暖地に分布栽培されているツバキと形態、性質とも異なるツバキが日本海側の山岳地帯に分布していることがわかりました。雪の中で緑をみせる生命力を持ち、県民性を象徴していると言えましょう。

(S41.8.27 制定)



椎間板由来の急性腰痛に対して 簡易コルセット2つ使うダブルコルセット固定

富田林市 宮田重樹

椎間板ヘルニアは、線維輪に亀裂が生じ、髄核組織が線維輪の亀裂を通して脱出し、神経根を圧迫し腰痛・下肢痛を引き起こす疾患である。

椎間板由来の急性腰痛の原因として、線維輪の亀裂を重視し、コルセット等による適切な固定を患者さんに強調している。

急性腰痛の原因を特定することが難しく、まとめて急性腰痛症とされ、個別ごとの治療が適切になされていない。

急性腰痛の原因同定方法には、いろいろ意見があるが、圧痛部位を重要な指標として決定している。

圧痛部位より椎間板由来の急性腰痛と診断した場合、簡易コルセットを装着していたが十分な効果があった印象がなかった。手持ちのダーメンコルセットを装着しても効果が乏しい例に体幹ギブス施行後自力で立ち上がれなかった方が楽に立てるようになった。

椎間板の固定に際して、固定材料だけでなく固定範囲も重要と考えた。

教科書には、ダーメンコルセットの固定範囲は骨盤から胸骨に至る範囲が望ましいとある。しかし、簡易コルセットは、丈が短く胸骨に至らない。

そこで、簡易コルセットを2個使い、骨盤から胸骨に至る範囲で固定したら、付けたときから楽になったと言っていた。ただ。

簡易コルセットは、ラクールガードFXを使用している。(生地もしっかりしたものがない。マックスベルトならme)

1つ目を骨盤から腹部にかけて装着する。2つ目は、一部1つ目のコルセットと重ね、腹部から胸骨にかけて前後逆に装着する。前後逆にする事によって丈が胸骨に届き、よりしっかりした生地を前にすることで固定力



が向上する。

平成15年6月から12月まで椎間板由来の急性腰痛と診断し、ダブルコルセットを行った79例中、66例で非常に有効、または有効であった。やや有効または無効例にダーメンコルセットまたは体幹ギブス(ソフトキャスト使用)施行し、13例中11例が有効となった。無効2例が手術となった。

コルセット装着後、窮屈、動きにくい、できない動作がある等患者さんが言われることがある。この時、椎間板に亀裂が入って腰痛が出現したこと、亀裂がある程度癒合するのに3週間後かかる(症例によって異なることを断っておく)、適切な固定をしないと不十分な癒合になって再発しやすいこと、固定していてもしてはいけない動作としてもいい動作があり痛い動作はしてはいけない動作であること、今痛くない動作・動き方を身につけることによって将来腰痛予防になることを説明しできるだけきちんと装着してもらえるようにしている。

さらに急性腰痛にはいろいろな原因があり、安静固定が必要な腰痛と、鎮痛剤やブロック注射、徒手療法で痛みを緩和した後に適切に動かしながら治していく腰痛があり、適切な診断適切な治療が必要であることを強調し

ている。

装着後、3週間以内に椎間板の圧痛も消失することが多い。

問題点は、コルセットがずれて腹部で2重重ねになりやすい、生地が伸びて固定力が低下する、痛みがとれると勝手にコルセットをはずす等である。

1年以内に同様の急性腰痛で来院した患者さんには、胸骨に至るダーメンコルセットを作成し、同様の腰痛が出現したらダーメンコルセットを3週間装着するように指導している。

椎間板が安定するまでの短期間の固定であることを説明し、腰痛が落ち着いた時期に、腹筋を鍛えるように指示している。

年に数回立ち上がれないほどの腰痛を繰り返し、手術を検討されていた患者さんでも、ダーメンコルセットで腰痛管理できることを体験してから、腰痛に対する不安が消失し、手術も考えなくなった。

一度お試しを。

注:コルセット1つは保険で請求できるが、2つ目はできないので自費になります。

愛知県の木 ハナノキ

愛知県を中心とする中部地方にのみ自生するカエデ科の落葉樹で、昭和41年、愛知県が県民投票により、愛知県の木に選定しました。

北設楽郡豊根村の茶白山山麓にある「川宇連のハナノキ自生地」は、国の天然記念物に指定されています。

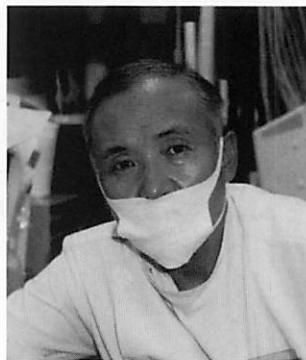


私の工夫

何年も前から整形外科開業医の限界と存在価値について考えてきました。つまり整形外科開業医はこれまでどおりのやり方（投薬、注射、理学療法、牽引療法）だけでは柔整師、鍼灸師、整体師に取って代わられるのではと言う危惧が有りました。政治的にも政治献金の力、集票力が医師会より強く、現在の不況の中、税収の減少は厚生労働省、政府自民党の低医療費政策に都合が良いものだと思います。整形外科開業医の立場からは保険診療点数の削減や理学療法や再診療の通減性を許すなど経済的な締め付けが強くなっています。さらにここで患者さんに目を移しますと整骨院、整体、マッサージ、鍼灸院にかかっている患者さんの多い現実もあります。患者さんにとって身体に触れられて治療を受ける事がその魅力のひとつの理由だと思われ

ます。私は大手前整肢学園園長の富 雅男先生の翻訳によりますFM.Kaltenborn 著「脊柱の評価とモビリゼーション」、「四肢関節のマニュアルモビリゼーション」（両方とも医歯薬出版からでています。）を読む機会がありました。モビリゼーション療法は整形外科開業医の間では一般的ではなく興味をもちました。その後富先生に教をを請いながら、未熟ですが、臨床で使っています。五十肩、急性腰痛症、急性頸部痛、関節の拘縮等適応疾患にも沢山ありました。カルテンボーン教授はノルウェー人で北欧、ドイツやヨーロッパでのマニュアルセラピーの創始者です。富先生は西ドイツミュンスター大学で直接教授から学ばれた先生です。私はカルテンボーン法を解説する資格や能力は勿論ありません。その療法は各関節のテストと評価を行いモビリゼーションを施行するわけですが、現在の私

東大阪市 山本 武



はその評価を上手に行える段階でなく、いろいろなモビリゼーションをしてその結果、効果があったと思われる良いテクニックを選択しています。また頸椎は危険を伴うので、非常にマイルドに行います。

昨年はAKAの講習にでかけて行きました。仙腸関節のモビリゼーションと肋骨のモビリゼーションのテクニックを主に見てきました。あらゆる疾患に仙腸関節と他の部位のモビリゼーションを組み合わせることで全ての症状が改善するという主張と理屈は良く解りませんでした。肋骨のモビリゼーションは参考になりました。もっともカルテンボーンの本にもこれらのモビリゼーションは載っています。

昨年より、患者さんの要望もあり私自身がマッサージ、指圧、IDストレッチング、スポーツテーピング、キネシオテーピング、スポーツトレーニング等勉強しました。

固定テーピングにはニチバンのBattlewin非伸縮タイプと伸縮タイプを各種使用していますが、最近キネシオテープKINESIO TEX〔株〕キネシオ〕を腰痛症、頸椎症（可動時疼痛、可動制限のあるもの）に使用して有効例が数多くみられます。神経根症状のある例でもそれなりの効果が認められます。しか

しその固定の姿勢は症例ごとに少し異なります。頸椎も腰椎も脊椎の棘突起をはずして傍脊柱筋に沿って縦に2本少し引っ張って貼ります。体位は軽度の伸展位とします。伸展ブロックはお腹や頸部の皮膚はかぶれ易いので行っておりません。キネシオテーピングの加瀬健造氏による解説書は本屋さんの健康コーナーに置いてあります。加瀬氏の本を2冊読みましたが素人向けのためか、その理屈はよく理解出来ませんでした。ただ私はこのテープをいわゆる固定テーピングとして使用しています。キネシオテープの名前でシグマックスやニチバンや他の会社も出していますが、それらとは違い局所の温熱、鎮痛作用もこのテープには有るように思われます。またカブレにくく剥がれにくいのでそのまま入浴しても、3日間位は大丈夫です。キネシオテープは渦巻き模様がその特徴です。なお回旋動作で痛みがあるときはさらに斜めに2本テープを追加して貼ります。指シネ固定に準じて保険請求は創傷処置体幹部（一肢）としておりましたが、最近査定され本来創傷処置は創傷、出血しているものに対するものという定義なので本年2月分から全例創傷処置（75点）から消炎鎮痛処置（35点）に減点されました。従って理学療法をしている患者さんには無料でサービスという事になります。しかし効果がありよい方法なのでこのまま続けるつもりです。

また筋肉の断裂などテーピング以外に他の良い治療法が無いので保険で絆創膏固定術のようにテーピング療法を認めるように運動する必要があります。消炎鎮痛処置35点ではテーピングの材料費も出ず外来管理加算52点の方が点数が高く有利という矛盾が残ります。外科系には不利な点数です。

これからの整形外科医は従来の西洋医学のみならずモビリゼーション、マニピュレーションの徒手による治療、東洋医学（漢方治療を含む）等他の分野の療法も良いものは取り入れる必要があると思われれます。

今の厚生労働省のやり方を見ていますと、開業整形外科医の存在をあまり重視せず、診断、手術とギブス固定ぐらいでリハビリは整骨院といった図式が浮かび上がります。整形外科医と整骨師の違いが分らない人も多いという現時点の前で私達は今まで学んだ科学的な知識と能力を駆使し、更なる治療法を加えて患者さんに喜ばれる医療を行う謙虚さが必要だと考えています。そして患者さんを集める努力をして国民の方々に整形外科医をより正しく認知してもらう必要があります。

当院には自賠責の患者さんも10人ほどおられますが、そのうち4人の方は同時に整骨院にかかっておられます。これは患者さんから直接聞いたのでは無く損保会社の方からお聞きしたことです。先日損保の方と面談した時、整骨院に行かれるとコストが高いと言われておられました。

2-3年前のことですが、高校生の運動部の選手が第5足指（基節骨か末節骨）の剥離骨折で受診されました。絆創膏で2本の足指間固定していましたが、10日位して来院され整骨院でプライトンのギブスシネをして貰ってすっかり良くなりましたと言われ整骨師の依頼でレントゲン写真をとって欲しいとのこと。必要なしとして撮影はしませんでした。この整骨院はクラブの顧問の先生の指定とのこと。こういった事例は皆様ご経験されていると思います。私たち整形外科医はどう対処したものでしょう？

また、最近の医療や福祉の切捨てのような厚生労働省のやり方を見ておきますと医師のやる気を削ぎ、若い先生方の将来に対する希望を打ち砕き、その結果日本の医療レベルの低下を来たすのではと危惧しております。私達は整形外科医としての存在を政治的にも患者さんへもアピールする必要があるのではと考えております。

住吉区 三橋 允子

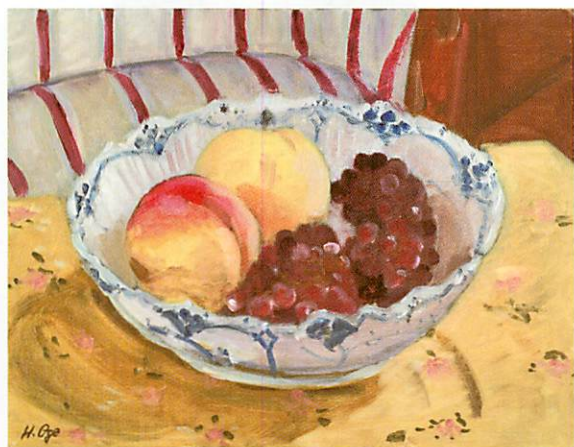


最近、新妻になられたばかりのモデルの康子さんです。ちょっと微笑んで初々しい感じが漂います。その幸せまで描いてみたいと思いました。(F10号 油彩)



雑多な物を一杯並べて絵にしてみたいと思いました。(F 50号 水彩)

堺市 小瀬 弘一



果物



白馬山麓



女性像

ヘッペンハイムのアポテーク

豊中市 石澤^{のり}命^{やす}徳

数年前の夏、フランクフルト・メインから乗ったハイデルベルクへの観光バス。歸途、とある町の広場に止まりました。市庁舎のあるマルクトプラッツです。町の名はヘッペンハイム。すでに午後八時に近い時刻ですが、緯度も高い上、サマータイムの当地ではまだまだ夕べの明るさの残る空。広場に面して黒々と建つ大きな屋根、正に錬金術師でも現れそうな其の佇いに大いに興味を惹かれました。なんとドイツ最古の薬局とのことでした。



白い卓上

城東区 福西睦子



去年の一水会展へ出した作品です。最近
は白い卓上を連作しています。一昨年
の作品を近所の医療機関へ寄付しま
した。私の患者さんがそれを見て、
同じ絵が何枚もあるのですか、と
聞くのです。毎年どう描こうかと
構図を変え、色を変え、卓上に置
く壺や果物を変えて苦労しているの
に、すべて同じに見えるらしいです。

これは一昨年の日展へ出した
絵です。城東区医師会館に置
かして貰っています。同じよ
うに見えるでしょうか、今年
も白い卓上を描きながら、一
寸青すぎるかな、などと考
えている毎日です。



彫 塑

堺市 石 上 直

作品は上野東京都美術館における平成14年9月、第87回及び平成15年9月、第88回二科展の入選作です。いずれもブロンズ製、ほぼ等身大です。

彫塑は昭和50年から始めました。昭和60年9月第70回二科展に初入選し、その後現在まで連続19回入選しました。

これまで抽象、半抽象、具象と少しずつ作風は変化しながらあてもない、こうでもないと思わずにやっています。評論家ではありませんので自評は避けますが、整形外科医の宿命か、結局自然に人体を追求することになりました。無機的なかたちだけを追うことをしないで生命感のある人体の奥深さを表現していこうと思っています。また派手さや奇態は好みません。自らにじみ出る品格が感じられるならば意途の半ばは達せられたものと考えています。

そうはいつでも思うような仕事は仲々できません。チャップリンは自身出演の映画評に



対して、次の作品をみてくれと云ったと伝えられています。おこがましいようですが、よく判ります。

この世界は気力、体力が満ちていなければこなせません。なんとかこれを維持し、考えてみればキリのないこの仕事をこれからも続けていくことになりそうです。

本職の医業は辛抱強く、真面目にやっております。



第87回 二科展 厚 浜



第88回 二科展 野島の崎

火星大接近

城東区 石川正士

まだ記憶に新しい事だと思いますが、昨年火星の大接近という現象がありました。今回の様な大接近（地球との距離は0.37天文単位）は、略6万年毎との事ですから我々にとっては正に一期一会の見ものでした。実際の大接近は8月27日でしたが、この写真は見かけ上、月に最も接近して見えた9月9日に撮ったものです。幸いに好天に恵まれ、赤い火星が月とのツーショットで記録出来ました。尚、月齢は12.7です。

カメラ：キャノン10D、ISO設定 100

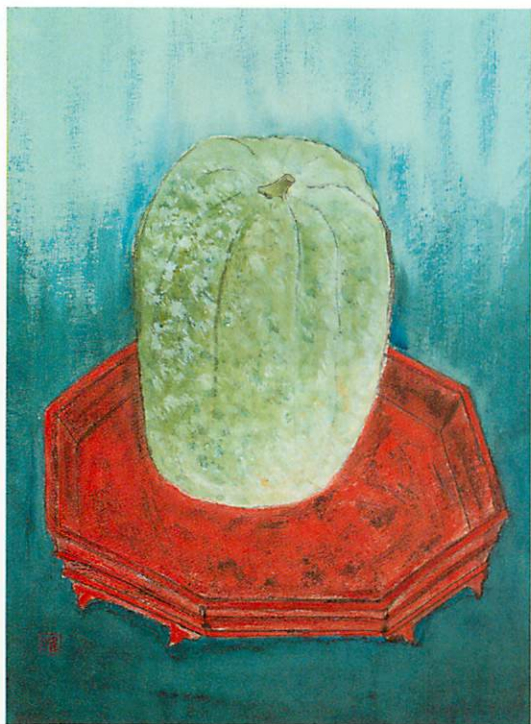
レンズ：EF300mm USM、f5.6、1/125



2003年9月9日 10.20pm

← 火星

豊中市 丹羽 雅子



冬瓜

冬瓜を頂いた時、その堂々とした姿、色の美しさにひかれ、つい画いて見たくなりました。義父の注文で根来盆の上に冬瓜を立てて書く、とてつもない発想に驚いたけれど、個性豊かに？仕上がったと思っています。

水仙

庭の隅に次を咲く水仙
三月の季節にぴったり



2004年大阪国際女子マラソン救護班体験記

堺市 斧出安弘

2003年の12月に、岡田邦夫先生（大阪ガス健康開発センター医長）から、「大阪国際女子マラソンの救護班の医師が足りないのでは、応援してもらえませんか？」という問い合わせがありました。「私でお役に立つのであれば、参加させていただきます。」とお返事をして・・・。

2004年1月25日（日）天候は朝から雪がちらつく荒れ模様。数日前から厳しい寒波が訪れていたため、気温はスタート時3.7度と過去最低だったらしい。

12時10分スタートなのだが、午前10時長居競技場の医務室に集合。その時間には、すでに大勢の関係者がせせと大会の準備に追われていた。廊下を歩けば、有名な選手や監督がジャージ姿でうろうろしている。

救護室では、そのとき医療スタッフのミーティングが行われていた。そこに参加しているのは、医師11名（ドーピングの検査を受け持つ医師2名を含む）と看護師9名、競技場から医務室まで選手を運ぶスタッフが約10名。

それぞれ、選手の後をバスで同行し、リタイアした選手を拾って帰ってくる二組と、競



技場でゴール後の不調を訴える選手を受け入れる待機組みとに分けられた。私には、救護室での仕事が割り当てられた。私以外の待機組みの先生は、ベテランの内科の先生、北田仁彦先生と久保とし子先生の2名で、内科的な症状は彼らにお任せして、私は外科的処置が必要な選手を診ることになった。

11時30分過ぎに、バスに乗り込むスタッフが出かけていった後、救護室の設営に入る。

ボンボンベットを約20台並べて、それに毛布を敷いていく。使い捨てカイロをいくつも開封し、毛布の中に数個づつ入れて、毛布を暖めておく。脱水症状などを起こした選手に点滴をするためのベットを2台確保、そして足の血豆等の外科的処置が必要な選手のために処置台を2台セッティングする。ベテランの看護師さんたちが、処置、点滴などに必要な物品を手際よく並べてくれた。12時10分のスタートを見送り、そこでお弁当をいただく。待機組みは、ゴールするまで約2時間半は仕事がない。しばしの休憩である。設置してあるテレビでレースを見守る。途中でリタイアした人が、病院に搬入されたとの連絡を受けたが、その人もすぐに回復したらしく一同ホッと胸をなでおろす。

緊急の事態に備えて、カウンターショック



スタート直後 天候は曇り、気温3.7度、湿度74.0%、風向 南南西 1.6m/s



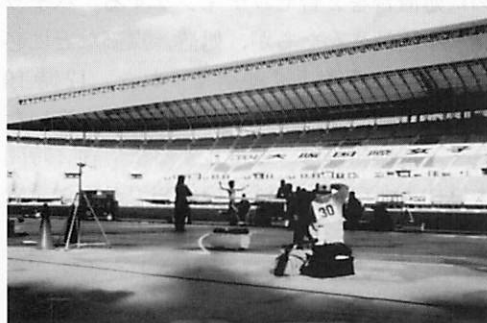
救護室の設営に入る。ポンポンベットと毛布の用意。使い捨てカイロを毛布の間に敷いていく。

などの心肺蘇生装置をバス等に積み込んである。ベテランの先生に聞いたが、大阪国際女子マラソンでは、まだそれらの装置を使用したことはないそうである。でも、いつ何時そういう事態が発生してもおかしくないので、やはりドキドキする。スタートから2時間を過ぎ、モニターでトップの選手がポツポツ競技場に帰ってくる。今回のトップは、岡山天満屋の坂本直子選手、2位の千葉真子選手をぶっちぎってダントツのトップである。でも、タイム自体は結構スローペースだった。寒さのせいだろうか？

目の前で、ガッツポーズの坂本選手がゴールテープをきった。感動ものだ!!

こんな良い席で、見せていただくなんて!!

しばらくして、後続の選手がどんどんゴールしてくる。上位でゴールしてくる選手は、やはりまだ余力があるのか倒れこむような選



坂本直子選手のゴールを目の前で見る。感動した!!

手はほとんどいない。2時間40分を越えるころから、ゴールで倒れこむ選手、ゴールと同時に嘔吐する選手が出てくる。彼らが、担架で次々に救護室に運び込まれてくる。これだけ走ってきたにもかかわらず、選手の身体は冷え切っており、血管が収縮しているのと脱水で脈が取れない。

意識状態の確認をして、脈拍、血圧などのいわゆるバイタルサインのチェックを行う。氷のように冷え切った手足を、使い捨てカイロを握らせたり、脇の下にはさんだりし、毛布でくるんで暖める。少し暖めたポカリスエットをゆっくり少量ずつ飲ます。身体が温まってくると、みんな少しずつ落ち着きを取り戻してくる。

中には、胃痙攣を起こして、嘔吐し続けるもの・・・点滴。

足の痙攣を起こすもの・・・看護師さんに他動的にストレッチをさせてもらう。足にカイロを貼り付ける。

過換気症候群で意識朦朧状態の選手・・・点滴とペーパーバックによる再呼吸をさせる。



順次、選手が運び込まれる。選手の身体は冷え切っている。

私の出番 レース途中で転倒して、肩を打撲し手があがらない選手がきた。幸い、骨折や腱板の損傷らしい所見がなく、打撲と判断してシップ処置。

もう一名は転倒で、肘から出血している。これも、いわゆる擦過傷で、消毒処置をして

終了。

大会事務局から電話が入り、スタンドで落ちた子供がいるとのこと。やってきたのは、4歳くらいのこどもさん。おでこに大きなたんこぶを作っている。意識もはっきりしているので、氷でのアイシングをする。10分ほどで、落ち着いたので帰宅させる。

外科的な処置は、あまりなく、いつもは足の裏の血豆の処置などの選手が多数くるらしいが、今回は1選手が来ただけで、他はなかった。他の先生方から、「先生は魔よけみたいな存在やね。けが人が今年は少なかったわ。」と言われたが、喜んで良いのか複雑な気分だった。

その他の感想

選手たちが搬入された時、はいているシューズを脱がすが、みんな靴紐が解けないようにいろんな工夫をしている。結び目をもう一度結ぶのは当たり前で、くくった紐を、もう一度前のほうの紐のクロスしている部分にくくりつけたり、中には靴紐をパズルのように組み込んである選手もいた。この紐を解くのが一苦労。

この、紐のきつさに泣いていた選手もいた。走り出してからすぐに痛くなったが、それが



スタッフの先生方、看護師さんたちと記念撮影



役割を終えて、看板の前で記念撮影

気になって走れなかったとの事。ちょっとしたことが、長丁場にはこたえるのだろう。

脱がせた靴は、どの選手の靴も羽のように軽い。これらの靴をはいて走るのであれば、はだしの感覚で走れるのでは・・・。

すべての選手が、低体温に泣かされている。防寒対策としての手袋や、アームウォーマーのようなものをみんなはめているが、給水やスポンジをもらうことによって、それがぬれる。ゴール後の手袋などは、びちゃびちゃにぬれている。これが、体温を奪う原因の一つになっているのであろう。

ほとんどの選手がゴールしたところに、バス組みの救護班のスタッフが帰ってきて、残りの選手の世話を一緒にしてくれた。ここで、私の仕事はお役ごめんになった。

マラソン競技の成功の影には、たくさんのボランティアの活動があることを、再認識しましたし、今回私もそこに参加させていただいたことを誇りに思います。

選手の皆さん、救護班の先生方、看護師さんたち、その他のスタッフの皆さん、影で支えてくださった大勢のボランティアスタッフの皆さん、お疲れ様でした。

そして、感動をありがとう!!

私の趣味

比良山

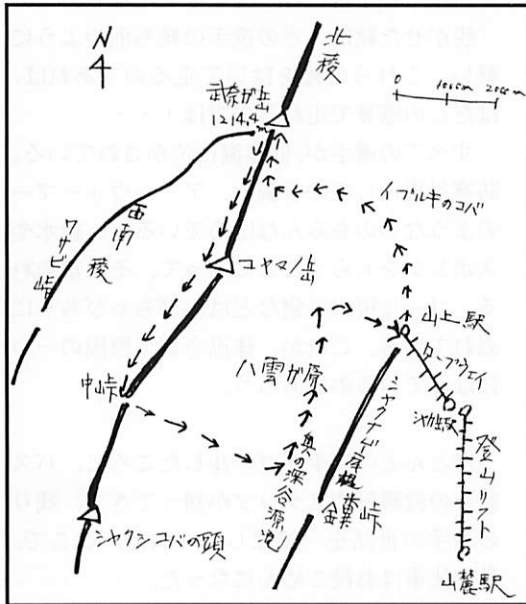
河内長野市 奥田好彦

16年2月15日に、木下孟先生の喜寿の御祝いをかねて比良山登山をいたしました。

吹雪で視界が効かない中、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、それに最年少の私を加えて計8名、主に市整会のメンバーで登りました。



最近スキーと登山客の減少のため、比良山登山リフト、ロープウェイ、も今年でなくなるかもしれません。地元では廃止反対の署名運動をしていました。



鮎釣り入門 (II)

高槻市 佐竹兼爾

私が鮎釣りを始めて一年、滋賀県の安曇川へ行ったりして少し腕もあがりかけの頃、釣り友達之三島君に鮎釣りをおしえてくれと言われた。当時はまだ鮎竿とか、タイツとかなくて、ハエ用の竿に0.8号の通し糸。鉤はチラシであった。

兵庫県の三田近くの羽束川が近いので行ってみると工事の関係で川は茶色で釣りにならず、オトリ屋で話をしていると「大阪からわざわざ来たのに気の毒なや一。そうやこの国道をもう少し行ったら四ツ辻があるから、そこを左折していくと川があるから、そこで釣らせてもらえ」と言われた。

立杭焼で有名な立杭の四斗谷川は以前放流アマゴ釣場があって行った事があった。事務所があり、来たわけを話すと「ここは青年団のために放流しとるんや。でも折角やから釣らせてやるわ」と許してもらい川に向かった。

川にはだれも居なかった。天気は晴れ。時刻は11時。川巾は狭くて竿を伸ばすと向こう岸にとどく位。シカケを作り、鮎を「こう持って、ハナカンはこう刺して、鉤は尻ビレのここに刺して、そーっと放してやるんや」

ものの1メートルも前に行かぬ内に、カラマツ様な動きで一尾目がかかった。川には鮎がウジャウジャいて、みんな走り回っている。追ってかかるのではなく、通りすがりにひっかかっている。二人並んで二人共次から次へと釣れてくる。



だれもいない河原で昼食をとる。蒸し暑い中、又釣りをはじめた。オトリを変えるでなし、鉤を変えるでなし。

M「釣れすぎるな一。場所変えるわ」と上流に行った。上流から鮎の群が下がってくる。

M「おい佐竹、もうカンカンに入らへんで」

S「どうしよう」

M「釣れ過ぎて面白いわ。もう帰るか」

S「帰って焼いて食べよか」

時刻は2時を少しまわっていた。

高槻の家に帰り焼いてもらった。鮎は15～17センチ位の若鮎で、肉は軟らかく又、甘味もあった。6尾も食べるとさすが胃袋は満足した。

彼がその後、鮎釣りをした事は無い。

又、その後オトリカンが一ぱいになった事も無い。

私の趣味

守口市 吉 中 正 好

私は、生来体育系の人間だと思っています。古希を迎えようとしている年齢になり、両膝OAでO脚を呈した足で満足に歩けなくなった今日此の頃でもカートの無い奈良国際G.Cで、週に1～2回ゴルフを楽しんで（いや、苦しんで）います。小学時代は町の空き地で三角ベース野球を楽しみ、中学時代には、日曜日など朝早くグランド確保に奔走したものです。高校時は、準硬式に所属し、朝から晩までグランドを走り廻っていました。

医学部時代4年間も野球に明け暮れる日々でした。

大阪市立大学整形外科教室在籍中は、教室にスポーツ好きな先生方が多くおられ、病院内対抗試合とか、阪大・奈良・和歌山医学部整形外科対抗試合では大いに活躍したものです。45・6才で始めたゴルフに今、のめり込んでいます。ゴルフのおもしろさは、いくら多くの場面に出会っても以前と同じ状態でないことであり、更にドライバーから最後のパットまで変化に富んでいることです。

最初は、アシスタントプロに基礎を約5年間週1回習い、暇を作ってはボールを打ちに練習場へ、夜、家に帰るとアプローチパットの練習、更に素振り、野球バット振りをやっていました。

そしてこの時、非常に恵まれたのは良きライバルがいたことで、互いに競い合い励まし合い50才を越えてシングルになりました。最近では、2回目のグランドシニアチャンピオンに67才でなりその時には本当に自分自身をほめてやりたかったと同時に、丈夫な身体に育ててくれた両親に感謝の気持ちで一杯でした。

古希を来年に迎えますが今一番期待をしているのは、日本ゴールドシニアの関西予選を



パスし、日本ゴールドシニア選手権に出場することです。

その時まで膝の痛みを忘れ週1～2回のプレーと練習に励みます。

これはもう本当にゴルフが好きなのでしょう…。

この他、南海ホークス（現ダイエーホークス）ファンで、テレビ放送があるとテレビの前に座りこみ、熱中し手に汗を握り応援し喜んだり悲しんだりしています。

生きている限りこのような生活を送るものと思っています。



馬そり（橇）

東大阪市 妻 鹿 利 和

数年前からゴルフに出かけるのが段々とおっくうになり、ハンディキャップもさがりBクラスに編入する次第となった。遂に受け皿に落ち込んだかと正直一時はがっかりした。このクラスはさすがに年輩の方もおおく、嘗てはシングルでならした人たちもおられ、私が調子を崩していると、傍にきて小声で空に向かって独り言をいって注意していただいたこともある。もちろんこれは違反ではあるが、その合間にコースに咲いている花や、鳴いている小鳥の名前を教えていただき造詣の深さと紳士的な心配りに、落ちついて立ち直ったこともあった。このクラスのソフトな雰囲気を楽しんでいて気がつけばいつの間にかワイフにハンディキャップを追い越されていた。

昭和のシングル生まれとしてこれは許し難いことである。この年になって楽しみと言えばゴルフのみであり、ゴルフに消極的になった原因の一つに膝の痛みがある。レントゲンを撮ってみてびっくり完全な変形性膝関節症であり、おまけにO脚ときている。

この時思い出したのは若い頃関西労災病院に勤務し毎年のようにスキーに行っていたとき、皮肉屋の一年先輩に言われたことを思い出したのである。“妻鹿おまえのスキーのスタイルは馬橇や”。何のことかまったく理解できず怪訝な顔をしていると、馬が引く雪そりにのって見ろ、うまの足のあいだから前の景色が見えるだろう、おまえの膝はO脚で膝のあいだから前の景色が丸見えだ。しかしこのころは膝に何の問題もなく北アルプスによく登っていたくらいであった。

時が過ぎ高齢者の変形性膝関節症が増えてきたこともあり貴重な自家経験例として、痛がりの私が何本ものアルツを注射しながら練



習に励んだがあまりよい結果を出せずにいた。患者さんには、よく歩け、体重を減らせと口を酸っぱく言っているのに己は何もしてなかった。思い立ったが吉日である。

当時の体重は73.5キロ、まずダイエットと運動をセットし週二回の水泳、そのうち一日をジムで下肢の筋力増強とプログラムを組んでみた。僕の悪い癖でやりかけると筒目になった為か、急速に体重は4キロ減りそれとともに筋力の低下と前腕がしわだらけになってしまった。年中診察時は半袖なので患者さんの前に手を出すのにも気が引けたものである。

私の中学時代に習った水泳は古式泳法で、ゴルフを始める前の十年間はスキングダイビングに熱中していた。その間の泳法もこの影響から抜けきれずにいた。インストラクターに近代泳法の指導を受け、面白くなくさぼりがちとなった。彼女は水泳とともにアクワビクスを50分間やっていたが私はそれを横目で見ながら泳いでいた。そのためか彼女の上腕に垂れ下がっていた振り袖のような脂肪が減りドライバーの飛距離も確かに伸び、その上ハンディキャップをあげAクラスに行ってしまった。音楽に合わせ二十人位の人たちが一斉に水中ダンスをするのに抵抗があった

が、背中を押され遅れてグループにはいると、その運動量は見た目以上にハードで、そのため体重は66.5キロと手のしわも減ってきたような気がする。飛距離も少し伸びハンディキャップも彼女より二つも追い越していた。



この点強引に水泳に誘ってくれた僕の永遠の敵役に感謝している。

馬槍スタイルは変わらないがお陰で膝の痛みも軽くなり、ゴルフが楽しくなってきた昨今である。

石川県の木 アテ

昭和41年10月1日制定

アテは、アスナロの変種であるヒノキアスナロの方言です。美しい林を作り、建材としても優れています。昭和41年（1966）には石川県の県の木に制定されました。

アスナロが東北地方南部から南に分布するのに対し、ヒノキアスナロは東北地方北部から北海道にかけて分布しています。石川県では能登地方を中心に広く植林されています。

アテの起源については奥州から移入したという説もありますが、元々石川県に生じていたものが広まったと解釈するのが妥当と考えられています。



私の趣味

北区 中嶋博章

不惑を過ぐる事早、四半世紀、未だ惑い去り申さず候ふ。海棠の雨に打ち拉がれたる風情に心を乱し、もしこの花我がものなりせば添え木にもならんと良からぬ妄想に至る。孟宗の齡はるかに過ぎ、今や筍を供うべき親もなくなりたれど悩みは果てもなし。但し悩みが性欲、物欲などより食欲に偏ってきたことは否めない。旨いものを喰って好きなテニスをした後は旨い酒を飲み、好きなヨットに乗って酒を飲み、好きなスキーも程々にして山小屋に引き揚げ好きな女の子達と大好きな酒を飲む。痛風でないことを神に感謝。偶に測った血液検査 γ -GTP 340 以外の全検査正常。それを祝ってまた乾盃。楽しい毎日です。

現在所属してますテニスクラブでも御多分に洩れず、最年少の中学一年生も含めて平均48才



野沢温泉上の平山荘 従業員、家、雪上車

と高齢化の波に（これ内緒の話ですが、還暦を迎えた私の妻も含めて女性会員は平均年齢50才を誇ってます）攫われそうですが、アフターテニスは仲良く酒宴をして持ち堪えています。余計な話ですがこのクラブのママは24才、H大文学部を先日無事卒業、庭師志望可愛いけど評価いろいろ。僕的には、尻が大きくて笑顔が良いので比較的好きだけど孫娘みたい。ハードコート8面、日曜祝祭日でもシングルが気兼ねなしに出来るクラブなんて希有。皆様ぜひ一度御来駕下さい。不肖私メが相手仕るナーンて。本当は比較的若い上手な会員がお相手いたします。以前は、某放送局の支局



長と私が賄方としてここの厨房を占居してましたが、前出ママに追い出され、己むなく客としてビールを飲んでます。

5月連休過ぎ迄、信州野沢温泉上の平へ、シーズン最後のスキーに行き連夜の酒…もうこの話厭きましたね。今年は雪が少なく例年より早く終わりそうです。その後は伊勢志摩でヨット、琵琶湖でボート、その他の休日は、大抵テニスと大変忙しく、冠婚葬祭が無いことを祈る毎日ですが、年齢的にそれ等が多く、大学の同級生45人中10人他界、明日は我が身か名残の花か。今の間に思い切り遊ばねば。

Aufwiederschen

御参考迄、佐保山テニスクラブ

奈良市奈良坂町 電話：0742 - 23 - 3117

ママ：木村アヤ子



伊勢志摩賢島海の家裏
遊び仲間の田北先生と遊ぶ仕度中（割合大変）

平成 15 年度

第 1 回理事会 (平成 15 年 6 月 7 日)

§ 報告事項

JCOA 福祉委員会 (3/30) (吉川)

1. 明治生命との連携の強化
2. 加入率 30% を目指す (保険金支払額が掛け金を上回った)
3. 委員会独自の活動計画

整形外科医政協議会講演会および執行委員会

(3/23)

ロイヤルパークホテルにて (坂本)

大阪から 3 名出席

1. 講演会

(ア) 角南義文委員長挨拶

桜井秀也先生 (日本医師会常任理事) 挨拶

① 医療特区の件

② 株式会社参入の件

③ 混合診療の件

(イ) 松田仁先生 (前衆議院議員)

これからの医療改革について

(ウ) 渡辺俊介先生 (日本経済新聞社論説委員)

これからの国民のための医療改革の方向

(エ) 宮崎秀樹先生 (参議院議員)

医療制度改革の問題点 —

毎回の医療制度改革のしくみについて

(一番おもしろかった)

2. 懇談会及び執行委員会

議題

(ア) 整医協の現状 (規約改正を含む)

(イ) 整医協の今後の活動方針および平成 15 年度事業計画の予定

(ウ) 質疑応答 (今、整医協と JCOA は何をすべきか)

JCOA 会則等検討委員会 (3/9) (澤田)

1. 代議員と役員との兼務禁止

JCOA 代議員決定と役員決定の間に 2 ヶ月のズレがあるのが原因。

☆改正案— 現行 20 条へ以下の条項を追加

- ・役員が代議員に選出された場合は、次期役員が選任される通常総会の日まで、代議員を兼務することができる。

・代議員は、代議員会を組織し会則に定められた事項を職務する。

2. 監事の選出方法

監事の決め方があいまい?

☆改正案 — 監事は別に定めるところにより、代議員会において選出する。

3. 理事長の選出方法

被選挙権— 理事 選挙権— 代議員

☆改正案 — 理事長は理事の中から、別に定めるところにより、役員および代議員で選出する。→ 理事会では否決?

JCOA 名簿作成 (5/18)

(福井)

1. 現行名簿作成は 3 年に 1 度。作成料 700 万円位。5 年に 1 度に変更。自宅住所削除。メーリングリスト等、追加予定。

2. JCOA 会員 5,000 名位で 1,000 名位しか回収できないので、各代表者でチェック。

3. 大正製薬、協賛辞退→ 6 月の理事会で詳細決定予定。来年 3 月までには作成。

JCOA 医療システム委員会 (3/9)

大阪全日空ホテル (広瀬)

・保険者機能を推進する会との意見交換

医療費適正化委員会委員長 権藤紘一様
医療費適正化委員会副委員長 渡部尚典様
医療費適正化委員会事務局長 武田節生様

柔整に対する支払いの適正化を行っている (昨年 11 月から今年 1 月で 86% まで査定)

(議題)

1. 朝日新聞に対する抗議文の報告

(長田、角南)

2. 柔整師の毎日新聞に対する訴訟の経緯

(藤野)

— 8 人の柔整師が毎日新聞を訴えている。

3. 会計検査員への上申書の検討 (JOA に提案する内容及び資料) — 受領委任払いだが、うまく作動できていない。審査会の査定ができていない。→ “おかちまちだより” に詳細あり。

4. 鍼灸師マッサージ師差別国家賠償請求事件について (藤野)

5. 堀議員の質問主意書及び、政府の返答の

- 検討 (長田、藤野)
6. JCOA の定点調査の経過説明 2 月分の報告 (相原)
 7. 柔整師に関する訴訟の研究 (藤田、高橋、広瀬)
 8. 民主党の医療政策案、コメディカルの役割、代替医療の評価について (柴田)
 9. 不適切医業類似行為報告例への適宜対応マニュアルについて (藤田)
 10. 厚労省医政局医事課試験免許室、柔道整復研修試験財団への確認事項 (藤田)
 11. 高知県柔道整復師の受領委任払い制度に関する一切の公文書 (藤田)
 12. 青森県医師会報の付録チラシ保険医療費担当規則(施術の同意)第 17 条
 13. 全国の県医師会報に柔整師(施術の同意)への注意を促す原稿の作成(相原、藤田)
 14. その他、熊本日日新聞など
- JCOA 理事会(4/27) (長田)
- JCOA 会員：5,301 名
近畿：949 名(大阪：394 名)
- <審議事項>
1. 14 年度入会・退会承認 (藤野)
 2. 緊急整形外科理学療法対策プロジェクトチームの編成について (角南・那須・藤野)
 3. 14 年度予算収支決算報告 (那須、藤野、田辺)
 4. 会則・細則の改定について (武部)
 5. 創立 30 周年記念誌目次(内容)及び編集委員について (角南、双木、鈴木)
 6. 創立 30 周年記念時のアンケート調査の実施について (那須)
 7. 理事会議事録の作成について (佐々木)
 8. 日本脊椎脊髄学会提起の「日本脊椎脊髄病認定医」について (松永、長田)
 9. 代議員会・総会の議題について (角南、那須、藤野)
 10. 15 年度名誉会員の選出について (角南、那須、藤野)
 11. その他

<各種報告事項>

1. 最近の新聞の投書および福原照明会員の憤りについて (角南)
 2. 日整会と JCOA 医療システム合同委員会について (長田)
 3. 自賠責保険講習会の報告(3/2) (竹林)
 4. 会誌等編集委員会の新委員について (双木)
- 持ち回り理事会(15.3.14)により、赤松俊浩先生に決定

5. その他

<各委員会報告事項>

1. 第 2 回専門医制度委員会(1/19)
2. 医業経営委員会(2/23) (今林)
3. 社会保険等検討委員会(3/9) (今林)
4. 医療システム委員会(3/9) (長田)
5. 会誌等編集委員会(3/29) (双木、鈴木)
6. 福祉委員会(4/3) (佐々木、志摩)
7. 整形外科理学療法検討委員会 (武部)
8. 医事法制・倫理委員会 (浦門)
9. 学術研修委員会 (喜多)
10. その他

<日整会報告事項>

1. 「日整会認定脊椎脊髄病認定医制度」発足について (森)
2. その他

<その他>

1. 中医協傍聴の件 (森)
2. 名誉会長の慶弔の連絡方法および慶弔の規定について (森)
3. その他

<整形外科医政協議会執行委員会>

—全加入者(3/31 現在) 1,433 名(26.9%)
一番多いのは 福岡：191 / 345 名
大阪：25%

1. 整形外科医政協議会予算収支決算報告書 (角南、那須、藤野)
2. その他

<追加議題>

【審議事項】

1. 整形外科「運動器の 10 年」世界運動啓

発活動のお願い (角南)
【各種報告事項】

1. 「月内通減見直しに期待」に関する
Japan Medicine 記事について (森)
2. その他

JCOA 専門医制度検討委員会 (3/16、5/18)
(長田)

1. JOA 脊椎脊髄病認定医制度に関して
2. JOA 専門医更新の件について
3. JOA 3学会の開催場所を利便性のある
東京、大阪に限定する—JCOA 会員が
出席しやすい。

JCOA 近畿ブロック会長・県代表者会議 (6/1)
(服部、長田)

理事、代議員の問題について

服部会長報告

1. 平成 15 年 3 月 JCOA
健保のデータを出すため、抽出調査をして
いるが、10 月頃よりデータが少なくなっ
ているので各地区からレセプトアンケート調査
推進係 (2 名) を

→長谷川先生、斧出先生に依頼

2. 医政協議会の件
支部長に一度集合してもらい、今後何を
やっていくかを検討する。

3. 第 41 回近畿ブロック会
(7/5 pm 4:00 京都リーガロイヤルホテル)
4. JCOA 各種委員会の推薦について
5. 地域功労賞、学術功労賞の推薦の件につ
いて

大阪症例検討会 (7/19) 参天製薬 センチュ
リーホールにて開催 (右近)

症例があれば是非、出して下さいとの事
(黒田)

OCOA 春季ゴルフコンペ (6/1) (吉田)
18 人参加 優勝→波多野先生

バス・グロ→長島先生

研修会報告 (松矢)

第 1 回研修会は、86 名、第 2 回研修会は、
222 名の参加者がありました。

JOA 総会報告 (黒田)

1. 人工関節置換術に伴う施設基準の廃止希
望の件 (年間 50 例以上→14.7%)
2. 再診料の通減制廃止の件
3. 生活習慣病に対する運動療法
膝 OA、腰痛症の運動療法を推進する件
4. スーパーローテートの件
整形外科は含まれていないが、カリキュ
ラムの作成が必要
5. 日整会認定脊椎脊髄病認定医制度について
6. スポーツ医一本化について
7. 各種委員会報告
8. 会計報告
9. 78 回→神戸、79 回→東大
基礎→長崎、軟部腫瘍学会→旭川医大
10. 診療科目変更について
11. JOA 各種委員会は、(土)(日)に開催を
骨と関節の日について (黒田)

本年度は 3ヶ所で開催

①大阪府医師会館 (10 月 4 日 (土))

小林正之先生

上肢担当→藤本先生

下肢担当→中島先生

②堺市—社会福祉会館 (10 月 4 日 (土))

中村英健先生

政田大阪労災病院部長

西川先生

③豊中市—豊中市医師会で (10 月 15 日 (水))

講師 考慮中

・大阪府医師会に補助金を申請する

(茂松先生)

運動器の 10 年 2003 フォーラム大阪

(服部、黒田)

昨年、東京で開催 (集客力悪かった) (10
月 18 日 (土) NHK 大阪ホール)

今年は大阪、宮城で開催

§ 協議事項

来年度以降の「骨と関節の日」の運動の基本
方針について (黒田)

開催場所をどうするか (神戸では 8ヶ所で
やっている)

各医師会とタイアップして整形外科をアピール

大阪府医師会館は、毎年確保
次回(7/5)京都で開催の近畿ブロック会の
議題について (服部、長田、黒田)
(議題提案)

・JCOA 学会を大阪・東京で (長田)
・近畿ブロック、メーリングリストについて
(吉川)

研修会の予定 (松矢)
第3回以降の研修会予定は別紙の通り

秋季のゴルフコンペについて (吉田)
11月5日開催予定。

JCOA 新名簿作成について (黒田)
各地区から名簿作成委員会委員、選出

9月理事会の件
9/13に変更。

今年度の会報の発行について、原稿集めのご
協力について (丹羽)
6月いっぱいまで完成予定です。

第2回理事会(平成15年9月13日)

§ 報告事項

(1) 今年度「骨と関節の日」の講演会に関
する件 (小林・西川・栗本)

大阪府医師会館において、「関節痛・リウ
マチでなに？」というテーマで大阪府民講座
を行う。

豊中は大阪大学の橋本淳先生に、「関節が
痛いと思ったら」のご講演をいただく予定。

堺は、西川理事と大阪労災病院の政田先生
がRAの治療に関する講演をする。

参加人数が少ないようであれば、リウマチ
友の会に声をかける。

(2) JCOA 社会保険等検討委員会(8/31)
報告 (天野)

(3) JCOA 医療システム委員会報告(6/29、
7/3、9/7) (広瀬・長田)

・第一回医療システム検討委員会は「骨と関
節の日」を中心に話が進められた。また、
柔整問題についても討論され、JCOAと

JOAと一緒に検討していくこととした。

・山本理事長から「骨と関節の日」について、
「運動器の日」と変えたいとの意向である
との報告があった。

・2003年9月4日に対外広報ワーキンググ
ループが記者説明会を行った。演題は「関
節リウマチの早期発見と最新治療法」ーリ
ウマチの初期症状を見逃すな！ー

(4) JCOA 理事会報告(7/13、9/7)(長田)

・再診料の逓減性について、諸般の努力で廃
止になったが、この制度は絶対潰さねばな
らないと動いている。

・リハビリテーションに関して、新しい考え
としてJCOAでは、体幹・四肢運動療法
という新しい点数を提案し、中医協に提出
する。

・外来基本料という考えは、日医からでてい
る。日医はアンケート調査を元に、資料を
作成しているので、JCOAのアンケート調
査にぜひ協力してほしい。

・JCOAの年会費は全額前納するもので、中
途退会されても、残った会費を月割りで返
却することはないようにして欲しいとの意
向であった。

・JCOAの30周年の記念式典が名古屋であ
る。

(5) JCOA 専門医制度検討委員会報告

(8/31) (堀木)

・専門医のあり方を、再度検討する必要があ
るのではないか？との問題提起があった。

・専門医の指導管理料があってもいいのでは
ないか。

・JOAは、専門医イコール手術というよう
に考えているが、保存療法に関する専門性
も考慮する必要がある。(JOAに認識させ
る必要がある)

今後の方針

・16領域を再検討、その内必須のものは？
8領域でいいのか。

・16領域をどの程度カバーしているか、各
県の実情を調査する。

・学会出席を単位に組み込むなら、日程を土・日にしてもらうようお願いする。

・テレビ会議 (IT) も考える…JOA に要請。

(6) JCOA 学術研修委員会報告 (6/22) (堀木)

平成 15 年度第 1 回学術研修委員会

議事内容

1) 学会及び研修会の開催地について

平成 16 年 学会 茨城つくば市

研修会 北海道

平成 17 年 学会 宮崎市

研修会 千葉

平成 18 年 学会 京都

研修会 東北地区

2) 学会と研修会今後のあり方のアンケートについて

3) 第 77 回日整会学術集会 (東北大) の JCOA からの演題について

教育研修講演 裁判事例からみた医療訴訟

整形外科で行うブロック療法

パネル 整形外科と代替療法 (その 2)

整形外科診療所の今後

4) 第 78 回日整会学術集会 (慈恵医大) への演題について

検討中 募集中

5) 平成 16 年度の JCOA 学術賞と地域医療功労賞について

学術賞 五味淵 諒一先生 (栃木)

地域医療功労賞は未定

6) 学術賞、地域医療功労賞の内規の変更について

(7) JCOA 会則等検討委員会報告 (6/22)

(澤田)

理事長を理事が選べないと言うことが問題になっている。

(8) 会長報告 (服部)

①毎日新聞が、受けていない診察料を問題にしている。

②NHK の総合テレビで放送された「おはよう日本」の中で、骨塩料測定を医者が見ていないような内容の放送があり、JCOA から抗議文を送った。

③9月1日から、労災の通減制が実施された。

8月末の当会の研修会で、実施前に会員に連絡できたのは良かったと思っている。

④来年の4月の改定にあたり、8月末にいろんな意見が出されているが、財務省から予算の関係上、マイナス改定は避けられないとのこと。

⑤日整会の認定脊椎脊髄病医について、9月末まで申請すれば、簡単にとれるので資格のある人はぜひ申請してください。詳しくは、日整会誌 77 巻の 359 ページに載っている。

⑥理学療法Ⅲについてのアンケート調査が行われているが、なるべく回答をしてほしい。

⑦運動フォーラム 2003 年というのがあるが、参加するには申込用紙が必要である。出来るだけ参加してほしい。黒田、服部出席

⑧ OCOA の医政協議会に入ってほしい。

(9) 研修会報告 (松矢)

平成 15 年度

第 3 回研修会 (137 回) H.15.6.28

PM.4:00 ~

会場: ホテル阪急インターナショナル

総合司会: 長谷川利雄理事

1) 演題: 「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) 演題: 「腰部脊柱管狭窄症の治療と最近の展望」

講師: 独協医科大学 越谷病院 整形外科 教授

野原 裕先生

座長: 右近良治理事

懇親会司会: 長谷川利雄理事

第 4 回研修会 (138 回) H.15.7.26

PM.4:00 ~

会場: ウェスティンホテル大阪

総合司会: 北野継武理事

1) 演題: 「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
助教授

格谷義徳先生

座長：黒田晃司副会長

2) 演題：「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

懇親会司会：北野継武理事

第5回研修会（139回）H.15.8.30

PM.4：00～

会場：ヒルトンホテル

総合司会：中嶋 洋理事

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 淳先生

座長：早石雅宥理事

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 淳先生

座長：澤田 出理事

懇親会司会：中嶋 洋理事

(10) 柔道整復の施術に係わる療養費の概要
(阪本・西川)

①支給対象

イ. 急性又は亜急性の外傷性の骨折、脱臼及び捻挫であり、内科的原因により疾患は含まれない。

骨折及び脱臼については、柔道整復師法第17条により医師の同意が必要。(応急手当については、この限りでない。)

ロ. 単なる肩こり、筋肉疲労に対する施術は、療養費の支給対象外。

ハ. 柔道整復の治療を完了して単にあんま(指圧及びマッサージを含む)のみの治療を必要とする患者に対する施術は支給

対象外。

二. 往療料は、下肢の骨折又は不全骨折、股関節脱臼、腰部捻挫等による歩行困難等真に安静を必要とするやむを得ない理由により患家の求めに応じて患家に赴き施術を行った場合に算定できるものであり、単に患者の希望のみにより又は定期的若しくは計画的に患家に赴いて施術を行った場合は算定できない。

②支給額

各保険者は、柔道整復の施術に係わる療養費の算定基準(厚生労働省保険局長通知)に基づき、支給額を決定。

③支給方法(受領委任払い)

療養費は、本来患者が全額支払った後に保険者に請求し患者に償還することが原則。

ただし、柔道整復については例外的に取扱として、保険者から委任を受けた大阪社会保険事務局長及び大阪府知事と柔道整復師の契約(協定)に基づき、患者が自己負担分のみを施術者に支払い施術者が残額保険者に請求する受領委任形式により支給。

柔整は、出張して、施術しても良いことになっている。また、PTのように、1症例何分という時間の制限がない。つまり、患者の手を少しさすただけでも、マッサージをしたと言うことになる。

柔整の療養費の請求について、6月3日に大阪府から特別養護老人ホームの事務長を集めて話が行われ、特別養護老人ホームで柔整師を雇って施術したとしても、保険請求はできないと通達を出した。その資料は阪本先生が持っておられる。

有料老人ホーム、みなしの介護施設等は規制が効かない。堺は、介護保険課に同様のことを連絡している。

介護保険でマッサージはできない。また、同意書がないといけない。特別養護老人ホームでも、医療保険でも請求できない。

他科の先生方に外傷病名がつくことを知ってほしい。

柔整の国保の審査委員にも今回の資料をまわした。柔整の審査をしていると、同じ住所のレセプトが沢山でてくる。調べてみると、その住所は特別養護老人ホームだったりする。それでも、それを取り締まる規定がない。

大阪府の通達で、今後は特別養護老人ホームに監査が入ります。

最近 204 例で、1,000 万以上の療養費の請求があった。これを聞くと先生方はあほらしくてやっつけられなくなるのではないかと。堀木先生の案で、国保、社保の審査委員の先生方で委員会をしてもらおう。

柔整に患者が行くのは止められないので、裁判を起こすとか、マスコミを使うなど患者や一般の人へ教育、草の根運動も含めた啓蒙が必要ではないか。

(11) 骨と関節の日の会計報告 (栗本)

市内：講師料 7 万円と看板代 5 万円・堺：会場費 1 万円と講師料 7 万円・豊中は、万有製薬のバックアップで 0

(12) その他

大阪府医師会の学会の件

堀木先生に、パネルで「デュブイトラン拘縮の手術症例の検討」をご発表いただく。

§ 協議事項

(1) 平成 16 年度「骨と関節の日」の行事について (黒田)

(2) 研修会今後の予定 (松矢)

平成 15 年度

第 6 回研修会 (140 回) H.15.9.27

PM.4:00 ~

会場：ヒルトンホテル

総合司会：田上実男理事

1) 演題：「橈骨遠位端骨折の新しいプレート固定法」

講師：中津済生会病院 整形外科 部長

釜野雅行先生

座長：吉田研二郎理事

2) 演題：「脊椎疾患 - 診断と治療の Pit・fall」

講師：関西医科大学 整形外科 助教授

赤木繁夫先生

座長：佐藤副議長

懇親会司会：田上実男理事

第 7 回研修会 (141 回) H.15.10.25

PM.4:00 ~

会場：ヒルトンホテル

総合司会：森本清一理事

1) 演題：「ステロイド性骨粗鬆症の病態と治療」ーリウマチを含むー

講師：大阪市立大学大学院医学研究科・

医学部老年内科学 助教授

三木隆巳先生

座長：黒田副会長

2) 演題：「半月損傷の治療とその問題点」

講師：大阪中央病院 整形外科 部長

井上雅裕先生

座長：早石理事

懇親会司会：森本清一理事

第 8 回研修会 (142 回) H.15.11.29

PM.4:00 ~

会場：ウェスティンホテル大阪

総合司会：新田理事

1) 演題：「骨・軟部腫瘍の診断と治療における最新の進歩」

講師：大阪大学 整形外科 講師

上田孝文先生

座長：北野理事

2) 演題：「人工関節は、ここまで進歩している。」

講師：大西啓靖記念人工関節研究センター センター長

大西啓靖先生

座長：長田先生

懇親会司会：新田理事

第 9 回研修会 (143 回) H.16.1.31

PM.4:00 ~

会場：全日空ホテル

総合司会：広瀬先生

1) 演題：「前腕回旋障害の病態とその治療」

講師：大阪医科大学 整形外科 講師

白井久也先生

座長：長谷川先生

2) 演題：「最近の小児整形外科の動向」

講師：国立病院 大阪医療センター 院長
廣島和夫先生

座長：早石先生もしくは堀木先生

第10回研修会（144回）H.16.2.14

PM.4:00～

会場：全日空ホテル

総合司会：石井正治理事

1) 演題：「整形外科的リハビリテーション
について」

講師：労働福祉事業団 関西労災病院 リ
ハビリテーション診療科 部長
住田幹男先生

座長：前野岳敏理事

2) 演題：「滑膜炎は、なぜ慢性化するか」

講師：都立大塚病院 リウマチ科 医長
後藤 眞先生

座長：松矢浩司理事

(3) 大阪府医師会単科医会等創立記念祝賀
会への出欠に関する件 (服部)

大阪府眼科医会 11月15日(土) 帝国ホテ
ル(服部会長出席)

医師協同組合 10月11日(土) ホテルニュ
ウオオタニ(福井理事出席)

(4) 第78回整形外科学術集会に関する件
(服部)

教育研修講演及びパネルの演題を委員会で
検討する。

(5) 「運動器フォーラム2003」大阪フォー
ラムの協力 (服部)

10月18日(土) 11時からNHK ホールで
ある。何人かの先生に出てもらって、骨塩量
の測定を行う。服部会長他数名の先生出席。

(6) 近畿ブロック会議に関する件 (服部)

JCOAの全国理事が、3月か4月に決まる。
全国理事は、知名度が高くないとだめ。任期
は2年間で、委員会4回、総会、代議員会等
で年間計8回ほど会議がある。

12月の理事会で決まることになるが、大

阪からは長田先生にお願いしたいと思う。

今回の近畿ブロック会議出席者

長田、服部、黒田、松矢、坂本、矢倉、大島

第3回理事会（平成15年12月6日）

§ 報告事項

(1) 会長報告 (服部)

10/18 2003運動器の10年(大阪)900名

11/6 JCOA近畿ブロック会(和歌山)

開催地を固定化

11/20 JCOA各県代表者会議(名古屋)

(2) 10/5 JCOAシステム委員会[東京]

(広瀬、長田)

(3) 10/26 JCOA臨時理事会[東京](長田)

11/9 JCOA専門委制度検討委員会

(4) 9/20～21 JOA/JCOA 合同審査委
員会[東京] (天野)

(5) 10/19 JCOA 会則等検討委員会

[東京](沢田)

(6) 9/23 JCOA福祉委員会[東京](吉川)

(7) 11/30 JCOA学術研修委員会[東京]

(堀木)

(8) 10/15 JOA理事・評議委員懇談会

[小倉](黒田)

11/15 大阪府眼科医会110周年記念祝賀会

[大阪帝国ホテル](黒田)

11/27 大阪府単科医会代表者会議

[大阪府医師会](黒田)

(9) 平成15年「骨と関節の日」講演会報告

(小林、栗本、黒田)

(10) 研修会報告 (松矢)

(11) OCOA名簿編集の経過報告・退会者・
入会者 (栗本)

(12) その他

JCOA名簿 確認のお願い

§ 協議事項

(1) 会長協議事項

(2) 役員会の構成メンバーについて...

退任希望者・藤原

名誉会員

- (3) 医政連・大阪支部の運動支援金の支出について (粟本)
- (4) 後の研修会 (松矢)
- (5) その他 Golf 報告 (吉田)

第4回理事会(平成16年3月6日)

§ 報告事項

1. JCOA 病院部会役員会(2/14)及び総会・研修会(2/15)報告 (河合)

報告に先立ち河合先生著書と「かわい病院のあゆみ」が各理事に贈呈された

- 1) 部会の役員は2年経過したが引きつづき留任する
- 2) ドクターバンク構想を審議 病院での医師数の抑制と開業の増加にたいして
- 3) 一昨年出資した協力金744万円が2年間の研修会その他種々の活動に費やされたため、病院部会への協力金を再度お願いしたい。

4) 研修会の内容

イ) 医療制度改革を先取りした平成16年度診療報酬改定への対応策

ユート・プレーン顧問 佐藤章

患者減少の実態について3割負担、長期投薬、開業医増などが原因
大病院で外来患者の増加に対して100床以下の病院・有床診療所での外来患者数の減少が大きい -5%から-17%

ロ) 日本医療制度の改革の動向

前厚労省副大臣 木村義雄

税収は1990年60兆に対し2003年43兆円
税制の減少を消費税で求めても一時的に社会保障に回っても、その後は財務省に吸い上げられ消費税増加分が医療機関の経営を圧迫する可能性が高い(医薬分業と同じ運命)

ハ) シンポジウム「整形外科病院の今後」
パネラー4名

2. JCOA 医療システム委員会(1/11,2/11) (長田、広瀬)

整形外科医療の周辺問題資料集第二

集について5月配布予定で柔整師側の主張も掲載予定

鍼灸の同意書に対するJCOAの見解、治療院サロンで出来る血液検査キットへの注意、柔整師のX線導入についての反対抗議運動についてなどが討議された。

JCOA JOA 合同医療システム検討委員会(2/11) (長田、広瀬)

第77回日整会学術総会パネル「整形外科と代替医療(その2)」について期日、厚労省側の出席の確認がされた厚生大臣へのJOAからの柔道整復師に関する要望書の再度提出について

JCOA 理事会(12/7,2/22)報告 (長田)

現在の会員数は正会員5,364名と名誉会員74名合わせて5,438名。

JCOA 学会での学術賞と地域功労賞の一本化が検討されたが従来通りとなった。

JCOA 学会の日程を2日に増やしJOA 専門医学会参加の単位取得を目指す。

研修会開催要項を学術委員会で検討策定する。学会誌の投稿の著者は本学会員に限る。

「骨と関節の日」「骨と関節の10年」の名称について「運動器の10年」名称の統一について。

JOAの要望で将来「運動器」の名称を将来使用していく考え。

日医会長選挙に関してJCOAとしては個別候補の応援はしない、事務局長の交代、顧問弁護士との交代、運動器リハの次回改定での導入について検討し、理学療法学会への加入を推進し、運動器リハビリテーション認定医へ発展させたい。外来基本料の導入に関し診察に対する管理加算を要望する。堀木先生のJCOA 名誉会員への推薦、JOA 学会功労賞の推薦堀木先生、坂

本先生を推薦。

平成 19 年に近畿ブロックが研修会の担当となるのでブロック内での話し合いが必要。

JCOA 専門医制度検討委員会

(2/1) (長田)

4 年前から専門医制度の検討が行われ JCOA からの案も提出していたが、JOA 理事会専門医検討委員会の案が次回の代議員総会で議題になる。これには継続審査の必要な年齢上限の撤廃、必要な研修内容の拡大、参加単位を認める関連学会の制限など、JCOA 会員の継続に不利な内容があるため各地区でもよく検討し意見を発して欲しい。資料を配布したので各自充分検討していただきたい。

3. 平成 15 年度社会保険等検討委員会 (3/6) (天野)

本日の理事会に先立ち 2 時より開催。

15 年度の報告 JCOA 社会保険委員会・全国保険審査委員会への出席、研修会での保険説明など。

次期 JCOA 社会保険委員は岩本先生にお願いします。

JCOA アンケート調査の回答数が大阪は少ない。プロジェクトチームの活動を活性化する。

16 年度は年 4 回程度の保険説明を研修会で行う予定である。

服部会長よりアンケート調査への協力、特に 4 月～6 月、10 月～12 月の定期調査の準備の求めがあった。

4. JCOA 学術研修委員会 (1/25) (堀木)

今後 3 年間の日整会演題をリストアップして提出し JOA 理事会で決定される。

78 回日整会のパネルと教育研修講演の演題、演者、座長が決定した。

パネル 1

演題：運動器リハビリテーションの検証

座長：貴島 稔 先生 (学術研修委員会)

パネル 2

演題：日常診療における私の工夫

副題：スポーツ障害、外傷

座長：堀木 篤 先生 (学術研修委員会)

教育研修講演 1

演題：平成 16 年度診療報酬改定と今後 (18 年度) の対策

演者：佐藤 章先生

教育研修講演 2

演題：高齢者脊椎圧迫骨折の治療上の問題点

演者：未定

学会開催日を 2 日間とする提案 海の日を含め 2 日間とする。

5. 会長報告 (服部)

16 年度診療報酬改定の速報を先日の研修会で説明配布した。

4 月 17 日近畿ブロック会が尼崎で開催される。

府医治験セミナーが 3 月 24 日開催される。治験を希望する施設は担当者が参加すること。

消炎鎮痛等処置・理学療法回数調査の結果が発表された。

柔整師審査アンケート調査結果が出た。

レセプト調査を毎年 4 月～6 月、10 月～12 月を定期的に調査する。事前に準備して欲しい。

健康づくり悠悠トーク in 大阪 2003 の報告書を各都道府県医会へ郵送する。

本年度は 4 名の会員が逝去され 4 月の総会で黙祷する。

6. OCOA 研修会報告 (松矢)

7. 平成 15 年度大阪臨床整形外科医会・会計報告 (栗本)

年度末に資金の残金が多すぎるように見えるが、年度始めに JCOA への会費を一括納付するため、実際には資金にほとんど余裕がない。

会計監査につき小松堅吾、濱田博朗 両監事署名の監査報告書が提出された。

8. 広報委員会 (丹羽)

6月下旬に会誌出版予定であり、新理事の原稿は同門会の先輩が責任を持って集めて欲しい。

9. 福祉厚生委員会 (黒田)

ゴルフコンペ報告

春(6/1)北六甲CCで開催18名参加

優勝 波多野先生

ベストグロス 長嶋先生

秋(10/15)北六甲CCで開催18名参加

優勝 長嶋先生

ベストグロス 長嶋先生

参加者の減少のため今後の内容などについてアンケートを発送した。

§ 協議事項

1. 保険者機能を推進する会の新パンフレット購入の件 (長田)

当会で使用する許可を得て、OCOA 1万部 JCOA 3万部 角南理事長2万部印刷した。

会員に各10部程度郵送する 一同拍手し承諾。

2. 70歳を越えられた理事の先生方 (服部)

河合長兵衛 瀬戸信夫 濱田博朗 堀木篤 村上白士 藤原孝義

以上の先生は理事を退任され参与となられるが、JCOA委員、アドバイザーには定年は無く今まで通り続けていただく。

意見のある時は参与は会長に相談の上、理事会で発言することが出来る。

理事の定年退任に対し感謝状を授与する事に全員賛同した。

3. 平成16年度大阪臨床整形外科医会予算案 (栗本)

一般会計予算案に対しJCOA入会金、会報広告の収入を減額し、学会会計支出「骨と関節の日」PR費の増額を求め予算案は了承された。

「骨と関節の日」講演会は高石市、高槻市と府医会館(天野理事)の3カ所を予定

している。

4. 平成16年度大阪臨床整形外科医会研究会予定 (松矢)

第3回6月26日

演題1 座長 中嶋理事

演題2 座長 会長

第4回7月17日

演題1 座長 山本理事

演題2 座長 河村理事

総合司会 斧出理事

第5回8月28日

総合司会 柴田理事

第6回9月25日

演題1 座長 坂本邦雄理事(新)

以上のように未決であった、座長、総合司会の担当を決定した。

5. 新理事推薦 (服部)

16名の理事推薦があり、全員の推薦が了承された。

総会までに新たな推薦があればFAXなどで理事会の了承を受ける事となった。

6. 平成16年度大阪臨床整形外科医会新役員推薦 (服部)

会長 松矢浩司

副会長 早石雅有 栗本一孝 小林正之

以上の会長、副会長の推薦があり了承された。

7. 平成16年度大阪臨床整形外科医会総会について (服部)

会則第四章第11条の副会長の定員変更を行う。

会則では出席者の過半数の賛成で会則変更できる。

8. JCOA全国区理事選挙応援について (服部)

長田理事からJCOA角南会長と両副会長の現体制の維持のために支援が必要であるとの発言があり、服部会長を中心に選挙応援を行う事となった。

総会議事録

第28回大阪臨床整形外科医会総会報告
平成16年4月10日(土) 大正製薬大阪支店 6階ホール

平成16年度の総会は、4月10日(土)午後3時30分に開始され、予定を30分オーバーして4時30分まで、参与への感謝状の贈呈、事業報告、会計決算報告、役員交代、会則変更(副会長の増員)新理事の承認などが報告・提案され、これらはすべて可決されました。

松矢副会長の開会宣言で始まり堀木篤議長、佐藤利行副会長の進行により服部会長のあいさつから始められました。

(1) 議事

第1号議案 <黒田副会長報告>

庶務及び事業報告

①会員の動態(3日1日現在)

会員総数:402名(初めて400人を超えました。)

新入会者:14名、退会者7名(安藤 晃先生、越宗 正先生、大竹節郎先生は死亡退会)一同ご冥福を祈り、黙祷いたしました。

②研修会 12回、23題の講演により会員の日整会の単位取得に大きく貢献いたしました。

③各種会議、出務は増々多く、多岐に渡っています。

これを見ても会員、役員、会務、分担の必要性がおわかりいただけると思います。

皆様方のさらなる、ご協力をお願いいたします。

④福利・厚生事業

恒例のゴルフ大会優勝者は、春は羽多野弘次先生、秋は長島哲夫先生でした。参加者が2大会とも18名と少なく淋しいものでした。多数の皆様のご参加を希望しています。どうか、良い知恵をお貸し下さい。

⑤広報

第29号の会報を発行しました。例年通り大変な力作で編集者のご苦労に感謝しています。会員名簿を今年度は栗本担当理事の奮闘により総会に合わせて発行いたしました。内容の変更やまちがいは(森本先生)までお知らせ下さい。

第2号議案 平成15年度一般会計及び学術会計決算報告 <会計担当栗本理事報告>

レジメの9~10ページの報告があり、小松堅吾監事の監査報告がなされて、満場一致、承認されました。

第3号議案 平成16年度事業計画案

黒田副会長より、ここ数年悪化の一途をたどる我々の医療環境を何とか改善できないかと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(特に柔整問題)等々が提案され、今年度の活動内容が承認されました。

第4号議案 平成16年度OCAO会計予算案 <担当栗本先生>

骨と関節の日の予算100万円が認められました。整形外科のPRと周辺業種の違いを、世間の人々にアピールするよう有効に使いたいと思います。

第5号議案 会則の変更

服部会長より本会則 第4章 第11条の①副会長2名を→副会長若干名と変更して、必要に応じて運用できるように提案、承認されました。

第6号議案 新役員

服部会長より、平成16年度からの新役員候補が提案され、会長 松矢浩司先生、副会長 早石雅宥先生、栗本一孝先生、小林正之先生、他、提案通り承認されました。

第7号議案 新理事

ここ数年、辞退された理事、参与になられた理事の数だけ理事が減っておりました。

今後、新しい理事の先生の活躍が期待されます。提案通り17名の新理事が誕生いたしました。

以上、第28回大阪臨床整形外科医会総会の報告及び提案議題です。

<議事録署名人 署名>

第28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。

議長 堀木 篤 (印)

議事録署名人 早石雅宥 (印)

議事録署名人 右近良治 (印)

会員名簿補遺

＜平成16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
やまざわ たけし 山澤 猛	やまざわ 整形外科	〒547-0002 大阪市平野区加美東4-11-15 〒592-8348 堺市浜寺諏訪森町中1-118-6	06-4303-7775 072-264-8427	06-4303-7790 072-264-8427
やすだ ひろしげ 安田 浩成	安田整形外科 クリニック	〒590-0804 堺市緑ヶ丘南町3-2-19 松田ビル1F 〒590-0137 堺市城山台1-16-7	072-280-0500 072-296-1600	072-280-0501 072-296-1600
なかの しんご 中野 晋吾	中野 医院	〒545-0034 大阪市阿倍野区阿倍野元町12-18 同上	06-6621-1238 06-6623-5590	06-6621-1238 06-6623-5590
みき ただし 三木 正士	(医)三木整形外科内科	〒562-0011 箕面市如意谷2-10-29 同上	072-724-8482 同上	072-724-8483
くぼ まさのり 久保 雅敬	久保整形外科 クリニック	〒591-8044 堺市中長尾町2-1-21 同上	072-258-3565	072-258-3570
ながおか たかやす 長岡 孝恭	長岡整形外科 クリニック	〒571-0063 門真市常称寺町17-5 NKビル1階 〒589-1117 高槻市天神町2丁目1-8 アメニティ高槻302号	072-884-1275 072-683-2780	072-884-1276 072-683-2780
いあい ひろゆき 居相 浩之	居相整形外科	〒567-0021 茨木市三島丘2-8-17 角屋ビル2階 〒614-8331 八幡市橋本意足21-14	072-620-7540 075-981-1701	072-620-7541 075-981-1701
ふじさわ なおし 藤沢 直史	整形外科ふじさわ クリニック	〒589-0023 大阪狭山市大野台2-13-7 〒589-0023 大阪狭山市大野台3-3-1	072-360-0500 072-360-3510	072-360-0501 072-360-3510
とよま ひろじ 豊山 廣治	(医)豊山クリニック	〒578-0937 東大阪市花園本町2-8-26 〒631-0845 奈良市宝来2-7-6-1	0729-66-3939 0742-49-2017	0729-66-3941
みやき いくお 味八木 郁雄	みやき整形外科 クリニック	〒580-0043 松原市阿保3-5-18 ヒダカビル1F 〒590-0026 堺市向陵西町2-3-5-103	072-337-7170 072-222-1856	072-337-7165 072-222-1856
くぼ たまさのぶ 久保田 昌信	くぼた整形外科	〒575-0023 四条畷市楠公1-14-4 楠公ビル1階 〒610-0352 京都府京田辺市花住坂3-11-8	072-803-5185 0774-68-4036	072-803-5186 0774-68-4036
あんどう もとひろ 安藤 元博	安藤 外科・ 整形外科医院	〒595-0805 大阪府泉北郡忠岡町忠岡東1-39-29 〒590-0101 堺市宮山台1-3-5	0725-22-5515 072-292-7810	0725-22-5107 072-292-7810
みうら みつや 三浦 光也	みうらクリニック	〒537-0041 大阪市西成区岸里2-3-4 〒587-0032 南河内郡美原町さつき野東3-18-20	06-6659-3366 072-362-5671	06-6659-3376 072-362-5671
うらかわ まさと 浦川 正人	浦川整形外科	〒597-0071 貝塚市加神1-7-10 〒545-0053 大阪市阿倍野区松崎町3-13-23-720	0724-36-7111 06-6621-7242	0724-36-7110
ながた ゆきお 永田 行男	永田整形外科	〒599-8362 堺市八田北町461-5 〒590-0111 堺市三原台3-19-22	072-276-1616 072-293-8840	072-276-1116 072-293-8840
かのう ゆきのぶ 加納 敬庸	加納整形外科	〒574-0036 大東市末広町7-7 3F 〒567-0888 茨木市駅前1-3-5-902	072-875-0505 072-626-4552	072-875-0807 072-626-4552

氏 名	医 療 機 関 名	医 療 機 関 所 在 地 所 自 宅 住 所	TEL	FAX
いしばしいさぶろう 石橋伊三郎	石橋整形外科	〒581-0031 八尾市志紀町 2-154 〒542-0082 大阪市中央区島之内 2-17-18	0729-20-2285 06-6211-9168	0729-20-2286 06-6211-9272
もりした しのお 森 下 忍	森下整形外科・ リウマチ科	〒573-0126 枚方市津田西町 3-30-1 〒631-0806 奈良市朱雀 5-10-21	072-808-0151 0742-71-2858	072-808-0152 0742-71-2857
やん ゆ そ 梁 裕 昭	やん整形外科医院	〒532-0002 大阪市淀川区東三国 2-31-17 サンピラ東三国 1F 〒560-0002 豊中市緑丘 4-19-8	06-6150-4114 06-6850-3114	06-6150-4115 06-6850-3114

編集後記

会員の先生方の御協力と丹羽先生の御尽力により、内容豊富な OCOA 会報 30 号が出来上がりました。私の傑作や趣味等で無理をお願いした先生方にこの場を借りてお礼申し上げます。OCOA 研修会はほとんど毎月行われていますが、その多岐にわたる専門領域でのベテランの先生方の御講演は大変勉強になります。今年は特に堀部秀二先生の“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”では診療で患者になるべく嘘をつかないように注意している毎日ですが、このように指摘されると心当たりが無きにしもあら

ずで身の縮む思いがします。又宮内 晃先生の“誤診からの教訓—脊椎関連疾患”では retrospective に見れば、なるほど……と云われる日常症例が多く示されています。問診、経過観察などから、患者の持つ情報を拾い出す観察力や1枚のレントゲンの重みなど“基本”の重要性が改めて指摘されています。日々研修そのものです。



(広報担当理事 前野岳敏記)

「新理事自己紹介」を担当。

前中孝文先生の意見に賛同する。

最近、よく患者さんから大病院の医師に対しての苦情を聞かされる。患者の顔も見ずに話し、直ぐ検査に回される。必要な検査なのかどうかも説明されず、コンベヤー式に検査に回され、その検査だけで診断されると云うのだ。

ともすれば医師は、患者に対して何らかの権力と支配力があるかのように振る舞い、患者の職業と距離をおいて対応している。

医師は、昔から敬意の象徴とみなされている。医師は敬意に価する人間であらねばならない。そのためには医師は哲学、文学、神学、音楽、体育を学ばなければならない。それによって、あらゆる階層の患者の悩みに対処し得る。



(広報担当理事 河村都容市記)

開業して、OCOA に入会してから4年目になりますが、平成13年27号の新入会員の紹介コーナーから始まり、毎回投稿させていただいております。今回、広報担当理事の末席をおおせつかりました。微力ながら、諸先輩方にご迷惑をかけないよう頑張ろうと思えます。毎回、OCOA の研修会の報告があり、聞けなかった先生方の講演内容も良くわかり、大変勉強になります。今回、私は大阪労災病院の宮内先生の「誤診例からの教訓」と言うご演題に惹かれました。ほんとに教訓的なことばかりで、平素気をつけているつもりでも、つい忘れがちなことを、再認識させ

られました。でも、惹かれた理由は、他にありません。常々、学会発表では、失敗例、誤診例の発表はほとんどなく、成績不良例の中に含まれているか、成績から除外されていることが多いからです。宮内先生の勇気に、感激しました。その他の、新入会の先生方のご紹介や、趣味のコーナーなど大変楽しく読ませていただける会誌だと思います。ぜひ、今後も多数のご投稿を御願います。



(広報担当理事 斧出安弘記)

本年度の診療報酬改定では各医療機関への影響は少なかったと見られていますが「特別養護老人ホーム等入所者の医療についての変更」平成16年3月19日保医発第0319004号(通知)によれば介護保険を扱う保険医にとっても介護保険を扱わない医療機関にとっても多大な影響を受けることとなりますので注意が必要です。ここで言う特別養護老人ホーム等とは身体障害者更生施設、知的障害者入所更生施設、乳児院等を含むということです。

- (1) 保険医が配置医師である場合：施設に入所している患者に対して行った診療（特別の必要があって行う診療を除く）については、初診料、再診料、往診料を算定できない。
- (2) 保険医が、配置医師でない場合：緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない。
- (3) 特別養護老人ホーム等の職員（看護師、理学療法士等）が行った医療行為については、診療報酬を算定できない。
- (4) 保険医が、特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療を行った場合は、診療報酬明細書の欄外上部に、**施**又は**（施）**の表示をする。
- (5) 各都道府県知事は、特別養護老人ホーム等の配置医師に係わる情報を把握し、必要に応じ市町村等に対して周知するよう務めること。（詳細は全国保険医新聞、第

2276号、2004年4月25日発行を御覧下さい。）

筆者も近所の特別養護老人ホームの配置医師を勤めておりますので、入所者が熱発をしたり、受傷したり、骨折を起こしたりすることは頻繁に有ります。この場合、契約の日時以外は診察料、往診料、処置料は医療保険で認められ、自院に運んで来て治療することも可能でありましたが、本年4月1日以降は無料サービスとなるようです。また入所者が本人及び家族の希望で配置医師以外の保険医を受診することも往診に来て貰うことも基本的に認められないこととなります（緊急の場合、高い専門性を必要とする場合を除く）。



本年3月31日までは医師の出務日は看護師による処置、理学療法士によるリハビリテーション、終末期における酸素吸入の酸素料も医療保険で認められていましたが、医師出務していない日の酸素料は認めないということで1年半前にさかのぼって返金を求められており、1件あたり50～60万円の返金をしています。これからは入所者に対する医療行為は医療保険では認められないことになりそうです。

特別養護老人ホーム等の入所者の医療は医療人の自己犠牲や施設負担によってのみ成り立つことになるのではと危惧しています。

（広報担当理事 須藤容章記）

今回は研修会報告の編集を主に担当した。

OCA ではそれぞれの研修会に2題の講演を準備しているが、ひとつの分野に偏らないように心掛けられている。また、講演いただいている先生方も一線で活躍されている方ばかりで内容も充実している。日整会の認定医履修単位制度の変更に伴い研修会の内容も更に変化充実されていく必要があると予想される。

今後、研修会報告もバラエティに富むようになりこれらの報告を読むだけでも大変勉強になると思われる。研修会報告の原稿は是非欠かさない様、ご協力をお願い致します。



(広報担当理事 山本 哲記)

我々整形外科医が勤務医の時期には、手術中心の診療を行っている。が、現実には、整形外科疾患で治療を受けている患者さんの99%は、保存的治療の対象者である。一般開業医はもちろん、病院勤務医であっても手術療法以上に保存的治療を熟知すべきです。今回、山本武先生の“私の工夫”を大変興味深く拝読いたしました。整形外科医は、柔整に負けない保存的治療を行えるように(当たり前のことであるが)技術・知識を向上していく必要があると思います。そのためには保

存療法のエビデンスを集め、その技術にふさわしい点数がつくことが重要だと思います。また、堀部秀二先生の“レントゲンでは異常がありません”、“この膝治りますか”の話は、レントゲン中心に話をする整形外科医には示唆にとんだ話だと思います。

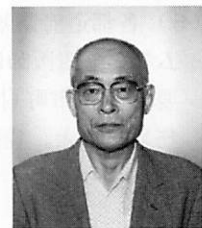


(広報担当理事 宮田重樹記)

殺生なこっちゃん、この二年間松矢会長がお罷めになるまで一蓮托生。もう二回OCA広報とお付き合いがあると聞かされ、ガツクリ。しかし充実した広報としてお賞めに預かってはいるOCA広報の質・声価を落とさぬ様、更に二年間、もう二年間頑張ります。振り返ってみると、次第に会員の投稿も増加、読んで頂ける広報へと変身しつつある様で、些か手応えありと感じています。双方向的広報にしたいとの私の当初の望みは叶えられつつある。どうかこの勢いで、精選された論文、論説、肌目細やかな診療や経営のノウハウが紙上に展開され、会員のお役に立てる情報誌であることを祈って、もう一年間働いてみよう。

(広報担当理事 丹羽権平記)

合点して、この会報三十号はもう一寸若い方にバトンタッチであとはお任せと、開放感が味わるなあと、なんとなく幸せな気分浸っていたが、一あかん、もう二年やらなあかんとは。



七十歳になったら停年制で理事を罷めさせて貰えるなんて聞いていた。この六月十三日が満七十歳なので理事引退と一人

大阪臨床整形外科医会会報 第 30 号

平成 16 年 7 月 25 日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局
〒536-0007 大阪市城東区成育 4-6-13
医療法人 仁翔会 松矢医院内
TEL 06-6933-7700
FAX 06-6933-9487

編集者 松 矢 浩 司・栗 本 一 孝
前 野 岳 敏・須 藤 容 章
山 本 哲・宮 田 重 樹
河 村 都 容市・斧 出 安 弘
丹 羽 權 平

Quick Care

Joint Supporters



G. Walkers -ジー・ウォーカーズ-

小売価格 S~L ¥3,675.-

LL ¥4,200.-

保温タイプ

適用 S~LL (膝まわり 約31cm~45cm)

- * 左右兼用
- * 膝の屈曲がスムーズなデザイン



Rithe

小売価格 S~L ¥1,890.-

-リセ-

適用 S~L (手首まわり 約12.5cm~19.0cm)

- * 左右別
- * 装着調整が簡単



ANKLE HEAL III

小売価格 XS,7リ- ¥1,995.-

XL ¥2,310.-

-アングルヒール3-

適用 XS~XL (足首まわり 約16cm~27cm)

- * 左右別
- * 前足部の圧迫力を調節可能

※上記の価格は平成16年4月現在の税込価格で表示しています。

製造元

オルト産業株式会社

〒651-0071 神戸市中央区筒井町3-18-11

TEL.078(252)0160 FAX.078(231)7523

<http://www.orthocorp.co.jp>

笑顔で毎日、
いきいきライフ。

旭化成ファーマ



禁忌 (次の患者には投与しないこと)
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

骨粗鬆症における疼痛

【用法・用量】

通常、成人には1回エルカトニンとして20エルカトニン単位を週1回筋肉内注射する。

【使用上の注意】 (一部抜粋)

- 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)
 - 発疹 (紅斑、膨疹等) 等の過敏症状を起こしやすい体質の患者
 - 気管支喘息又はその既往歴のある患者 [喘息発作を誘発するおそれがある。]
- 重要な基本的注意
 - 本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究班」の診断基準 (骨量減少の有無、骨折の有無、腰痛の有無などの総合による) 等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立し、疼痛がみられる患者を対象とすること。本剤の投与は、6ヵ月間を目安とし、漫然と投与しないこと。 [「臨床成績」の項参照]
 - 本剤はポリペプチド製剤であり、ショックを起こすことがあるので、アレルギー既往歴、薬物過敏症等について十分な問診を行うこと。
 - ラットに1年間大量皮下投与した慢性毒性試験において、下垂体腫瘍の発生頻度の増加がみられたとの報告があるので、長期にわたり漫然と投与しないこと。 [「9.その他の注意」の項参照]
- 相互作用

併用注意 (併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ビスホスホン酸塩系骨吸収抑制剤 パミドロン酸二ナトリウム等	血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。 高度の低カルシウム血症があらわれた場合には投与を中止し、注射用カルシウム剤の投与等適切な処置を行うこと。	両剤のカルシウム低下作用により、血清カルシウムが急速に低下するおそれがある。

4. 副作用

承認時までの調査及び市販後の使用成績調査等における総症例22,478

例中、887例 (3.95%) に副作用 (臨床検査値の異常を含む) が報告された。その主なものは、悪心183件 (0.81%)、顔面潮紅175件 (0.78%)、ALT (GPT) 上昇63件 (0.28%)、AST (GOT) 上昇61件 (0.27%) 等であった。(2003年9月再審査期間終了時)

(1) 重大な副作用

- ショック、アナフィラキシー様症状 (頻度不明) ショック、アナフィラキシー様症状を起こすことがあるので、観察を十分に行い、血圧低下、気分不良、全身発赤、蕁麻疹、呼吸困難、咽頭浮腫等の症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- テタニー (頻度不明) 低カルシウム血症性テタニーを誘発することがあるので、症状があらわれた場合には投与を中止し、注射用カルシウム剤の投与等適切な処置を行うこと。
- 喘息発作 (0.1%未満) 喘息発作を誘発することがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。 [「1.慎重投与」の (2) の項参照]
- 肝機能障害、黄疸 (頻度不明) AST (GOT)、ALT (GPT)、ALPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

■上記以外の使用上の注意等、詳細については製品添付文書をご参照下さい。禁忌を含む使用上の注意の改訂に十分ご留意下さい。

骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

エルシトニン®注20S
Elicitonin® Inj. 20S

劇薬、指定医薬品

(エルカトニン注射液)

製造発売元 (資料請求先)

旭化成ファーマ株式会社

医薬学術部：東京都千代田区神田美土代町9番地1

2004年4月作成

骨粗鬆症治療剤

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）

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

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

Benet

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

1) 上部消化管障害

- 食道穿孔（頻度不明）^{注1)}、食道狭窄（頻度不明）^{注1)}、食道潰瘍（頻度不明）^{注1)}、胃潰瘍（1.0%）、食道炎（0.2%）、十二指腸潰瘍（0.2%）等の上部消化管障害が報告されているので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

2) 肝機能障害、黄疸（いずれも頻度不明）^{注1)}

- AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTPの著しい上昇を伴う肝機能障害、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。

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.

（資料請求先）

製薬・発売元 ▲ 武田薬品工業株式会社 代理 Wyeth ワイス株式会社
〒540-8645 大阪市中央区通町四丁目1番1号 〒104-0031 東京都中央区京橋一丁目10番3号
http://www.takeda.co.jp/

BENET[®]

(2403)D



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

※ 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 **ボナロン/Bonalon** is the registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

製造・販売元

TEIJIN 帝人ファーマ株式会社

資料請求先：学術情報部

〒100-8585 東京都千代田区千代田2-1-1

BNT027 (KK) 0308改3 2003年8月作成



局所の痛みにもボルタレン効果



特性

1. 国内初のボルタレンの経皮吸収型ゲル状軟膏である。
2. 変形性関節症、肩関節周囲炎、筋肉痛（筋・筋膜性腰痛症等）などの局所の疼痛や炎症に対し、優れた臨床効果を発揮する。
3. 炎症組織（滑膜）への移行性がよい。
4. 副作用は、1,062例中41例（3.9%）に認められ、その主なものは皮膚炎27件（2.5%）、痒痒感9件（0.8%）などであった。（承認時までの集計）

【禁忌（次の患者には使用しないこと）】

1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. アスピリン喘息（非ステロイド性消炎鎮痛剤等により誘発される喘息発作）又はその既往歴のある患者【重症喘息発作を誘発するおそれがある。】

効能又は効果

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎

変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎（テニス肘等）、筋肉痛（筋・筋膜性腰痛症等）、外傷後の腫脹・疼痛

用法及び用量

症状により、適量を1日数回患部に塗擦する。

使用上の注意

1. 慎重投与（次の患者には慎重に使用すること）
気管支喘息のある患者【気管支喘息患者の中にはアスピリン喘息患者も含まれており、それらの患者では重症喘息発作を誘発するおそれがある。】
2. 重要な基本的注意
(1) 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。
(2) 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分行い慎重に使用すること。
(3) 慢性疾患（変形性関節症等）に対し、本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。

3. 相互作用

併用注意（併用に注意すること）

ニューキノロン系抗菌剤エノキサシン等（痙攣を起こすおそれがある。痙攣が発現した場合には、気道を確保し、ジアゼパムの静注等を行う。）

4. 副作用

総症例1,062例中、副作用が報告されたのは、41例（3.9%）、53件であった。その主な症状は、皮膚炎（発疹、湿疹、皮疹、かぶれ）27件（2.5%）、痒痒感9件（0.8%）、発赤8件（0.8%）、皮膚のあれ4件（0.4%）、刺激感3件（0.3%）等であった。（承認時までの調査）

- その他の使用上の注意については、製品添付文書をご覧ください。

製造：同仁医薬化工株式会社

経皮鎮痛消炎剤

薬価基準収載

ボルタレン[®]ゲル

指定医薬品
Voltaren[®] Gel シクロフェナクナトリウム軟膏

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/



■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。

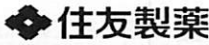


骨代謝改善剤 薬価基準収載

製薬・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 ニナトリウム錠



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

Trademark and product under license from Procter & Gamble Pharmaceuticals, Inc., U.S.A.

〈製品に関するお問い合わせ先〉

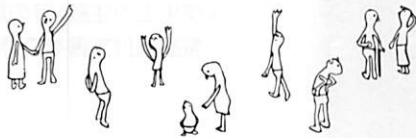
くすり情報センター

TEL:06-6229-5600

受付時間：月～金 9:00～17:30 (祝・祭日を除く)

<http://e-medicine.sumitomopharm.co.jp>

未来を拓く。



うれしいを、つぎつぎと。

KIRIN

本当に求められている

「こと」や「もの」。

医療のニーズを正しく把握し、

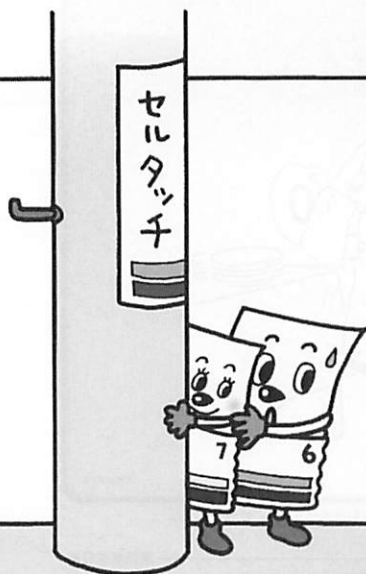
バイオ技術の追究を通じて、

夢を現実にしていく。

キリンは、新たな医療価値の創造に

全力で取り組んでいます。

キリンビール株式会社 医薬カンパニー 〒150-8011 東京都渋谷区神宮前 6丁目26番1号



経皮吸収型鎮痛消炎剤(無臭性)

指定医薬品

セルタッチ[®]

SELTOUCH[®]

フェルピナク貼付剤

薬価基準収載

【注意】「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。

2003年12月作成

製造元
帝國製薬株式会社
〒769-2601 香川県東かがわ市三本松567番地

発売元 (資料請求先)
Wyeth ワイス株式会社
〒104-0031 東京都中央区京橋一丁目10番3号

販売
武田薬品工業株式会社
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

5-HT₂ブロッカー

アンブラグ[®] 錠 50mg・100mg
細粒 10%

塩酸サルボグレラート錠・細粒

ANPLAG[®] Tablets, Fine granules

指定医薬品 薬価基準収載



※〈禁忌〉〈効能・効果〉〈用法・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。

製造発売元
三菱ウェルファーマ株式会社
大阪市中央区平野町2-6-9
〈資料請求先〉製品情報部
〒541-0047 大阪市中央区淡路町2-5-6

(B5 1/2) 2003年8月作成

血清中NTxの測定が可能になりました

I型コラーゲン架橋N-テロペプチド

ELISA法 血清中I型コラーゲン架橋N-テロペプチド (NTx) 測定試薬

オステオマーク NTx 血清

臨床上的有用性

体外診断用医薬品

日本標準商品分類番号 877449 承認番号 21400AMY00184000

- ① 骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択の指標及び薬剤効果判定の指標^{※1}
- ② 原発性副甲状腺機能亢進症の手術適応の決定又は副甲状腺機能亢進症手術後の治療効果判定^{※2}
- ③ 悪性腫瘍(乳癌、肺癌又は前立腺癌)の骨転移の指標及び骨転移病巣の進行度の指標^{※3}

※1: 保険適用180点(骨粗鬆症の薬剤治療方針の選択時に1回、薬剤効果判定時に6ヶ月以内に1回に限り算定。薬剤治療変更時においては変更後6ヶ月以内に1回に限り算定。)

※2: 保険適用180点

※3: 保険適用 特定疾患治療管理料(乳癌、肺癌又は前立腺癌)であると既に確定診断がされた患者に悪性腫瘍特異物質治療管理料「ロ」を適用: 1項目の場合360点、2項目以上の場合400点 (2004年4月改定後 保険点数)

【検体の採取・保存上のご注意】

検体採取	採取時間*	保 存
血清	治療効果のモニター等、同一患者での比較を行う場合には第1回目と同時刻に採取してください。	冷所で保存し、24時間以内に測定してください。長時間保存する場合には凍結(-20℃以下)してください。検体は3回まで凍結融解による使用が可能です。

*尿中及び血清中NTxの排泄は夜間に高く、午後に低値を示す日内変動があることが報告されています。

その他の「使用上の注意」等は添付文書をご参照ください。

(資料請求先) 輸入販売元



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

(2004年4月作成 N1)

薬価基準収載

関節機能改善剤

ヒアロス[®]

ヒアルロン酸ナトリウム 関節内注射液

指定医薬品



- 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。

販売 **maruho** マルホ株式会社
大阪市北区中津1-5-22

製造 株式会社 資生堂
東京都中央区銀座7-5-5

(2003.2作成)



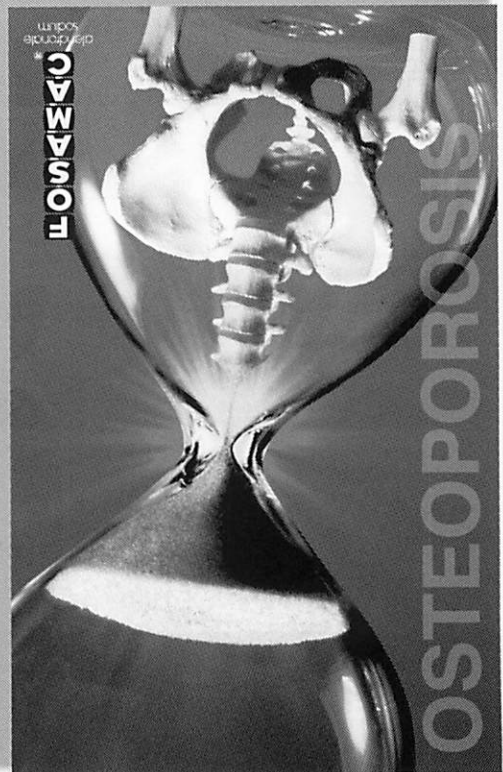
製造販売先
Pfizer Inc.
〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7
資料請求先: ユーザーズ・サービス部

広告作成2003年11月作成

●警告、禁忌、効能、用法、用量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。

勃起不全治療剤
バイアグラ®錠 25mg
錠 50mg
VIAGRA® Tablets ケン酸シルチニル錠
指定医薬品 要指示医薬品 注意—医師の処方せんにより使用すること

薬価基準未収載



【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。

骨粗鬆症治療薬
フォサマック®錠 5
Fosamac® Tablets-5
アリンドロ酸ナトリウム水和物 錠5
＜薬価基準収載＞

⑧ Trademark of Merck & Co., Inc. Whitehouse Station, N.J., U.S.A.
2003年12月作成 12-04FSM03-J-3705J
〒103-8416 東京都中央区日本橋本町2-2-3
ホムスーゾ http://www.banyu.co.jp/
[資料請求先]
万有製薬株式会社

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

指定医薬品

下行性疼痛抑制系賦活型
疼痛治療剤(非オピオイド、非シクロオキシゲナーゼ阻害)

ナイトロロピン錠

〈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

1541-0046 大阪府903-1000 2丁目2番2号 電話0625310410

資料請求先:日本臓器製薬株式会社 学術部



グラナス TM-5702

「V:1/fゆらぎ」「ダブルスパイク波」2つの新機能が
S.S.P.療法の鎮痛効果をより一層高めます。

タッチパネル付きTFTカラーLCDを採用し、使いやすさを追求した最新鋭の
S.S.P.療法器グラナスが誕生。

1976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年以上の
臨床研究と治療効果により、幅広い分野で認められ、今や痛みに対しての刺
激療法の代名詞となりました。

操作性を高めたタッチセンサーパネル

画面を指でタッチするだけで治療設定、操作が可能、今までにない使いやすさを実現しました。

出力電流に「1/fゆらぎ」「ダブルスパイク波」の採用

- 従来「1/fゆらぎ」を治療周波数変動に使用していましたがグラナスでは、出力電流にも採用、より自然界に近いリズムになりました。
- 従来の50μsのシングルスパイクの前に20μsの出力波形を追加したダブルスパイク波形を採用、疼痛閾値が上がり今まで以上に多くの電流が流せるのでより効果的な治療が行えます。

治療タイマー切替

グラナスでは、各チャンネルごとに独立タイマーを採用。さらに治療タイマーパターンによりチャンネルのグループ化が可能になりました。



承認番号: 21500BZZ00651000

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)
盛岡出張所 ☎019-699-1201(代) 新潟出張所 ☎025-230-3655(代) 埼玉営業所 ☎048-767-1681(代) 千葉営業所 ☎047-703-1750(代) 東京営業所 ☎03-5689-4611(代)
多摩出張所 ☎0422-70-5721(代) 横浜営業所 ☎045-911-8421(代) 長野出張所 ☎0263-29-0862(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 ☎099-286-1081(代)
沼南工場 ☎04-7193-3333(代) 埼玉物流センター ☎048-766-2669(代)

大阪府、大阪市、指定

土井義肢製作所

〒540-0003

大阪府中央区森の宮中央2-8-12

TEL 06(6943)6567

FAX 06(6943)6878



あなたの健康を支える
チカラに
なるために。

優れたジェネリック医薬品から、
信頼のアウトソーシングまで。
厳格な品質管理で、
安全で確かな製品をお届けします。

「健康への貢献」— それがテーマです。

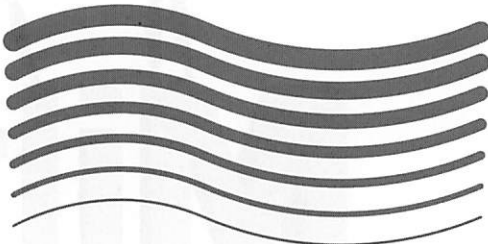
長生堂製薬株式会社
徳島県徳島市国府町府中92番地
TEL (088)642-1101

21世紀をみつめて

Heartful Wave of Pharmaceuticals


薬価基準収載


経皮鎮痛消炎剤 ハップスター® ID HAPSTAR® ID インドメタシン貼付剤



「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  **テイコクメテック株式会社**
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2003年7月



筋肉のけいれんを伴う痛み

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)重大な副作用 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、掻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するなど注意すること。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ください。

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、治療上必要最小限の期間の投与にとどめて下さい。

【文献】 1)熊田 卓:臨床医薬,15(3)499(1999) 2)吉川麻英:他:神経治療学,12(6)529-533(1995) 3)三浦清孝:日本東洋医学雑誌,49(5)865-869(1999) 4)村上元昭:他:痛みと漢方,5:11-16(1995) 5)橋本圭司: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)熊倉英由貴:他:透視ケア,6(2)179-183(2000) 8)中井由佳: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)、または下記住所迄ご請求下さい。

●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



Miltax

★効能・効果、用法・用量、禁忌および使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

経皮鎮痛消炎剤

指定医薬品


薬価基準収載

ミルタックス®

Miltax®

(ケトプロフェンパップ剤)

いのち、ぶくらまそう。

発売元  第一製薬株式会社

資料請求先
〒103-8234 東京都中央区日本橋三丁目14番10号
ホームページアドレス
<http://www.daiichipharm.co.jp/>

製造元 埼玉第一製薬株式会社
〒344-0057 埼玉県春日部市南栄町8番地1

新発売

骨粗鬆症治療剤
指定医薬品、要指示医薬品*



エビスタ®錠 60mg

塩酸ラロキシフェン錠
*注意—医師等の処方せん、指示により使用すること

EVISTA®

※「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、添付文書をご参照ください。



発売元 (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



ロシュグループ

製造・輸入発売元 (資料請求先)



日本イーライリリー株式会社
〒651-0086 神戸市中央区磯上通7丁目1番5号

2004年5月作成

経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤

経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤

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[®]

注) 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、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

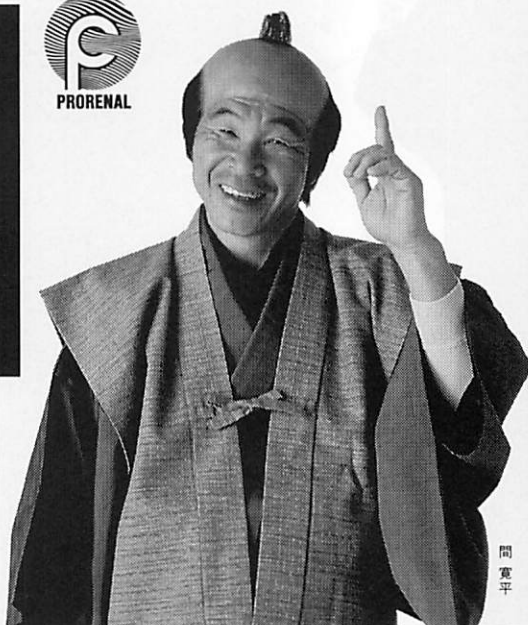


〔資料請求先〕

大日本製薬

〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

2003年12月作成



間寛平

アンジオテンシン変換選択性阻害剤 薬価基準収載

タナトリル[®]錠 2.5 5 10

Tanatril[®] (塩酸イミダプリル製剤)

指定医薬品 要指示医薬品^注 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については、添付文書をご参照ください。

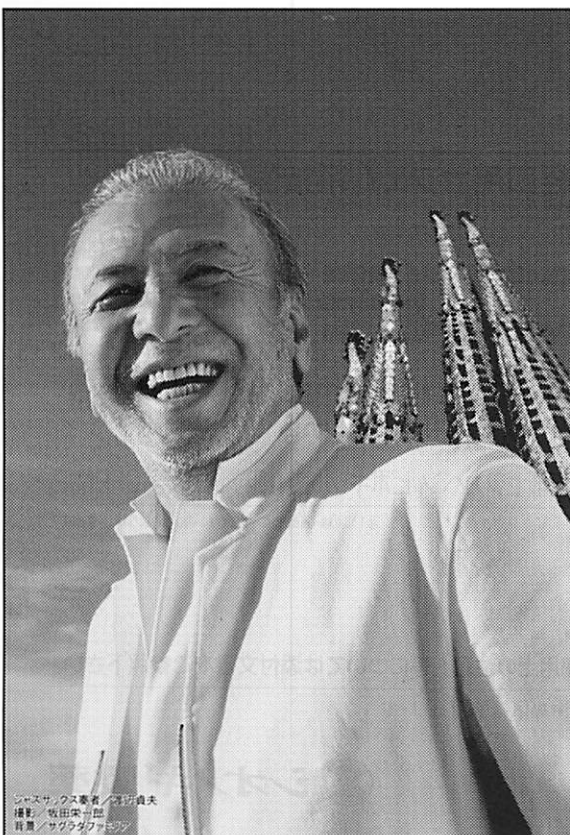
＜資料請求先＞



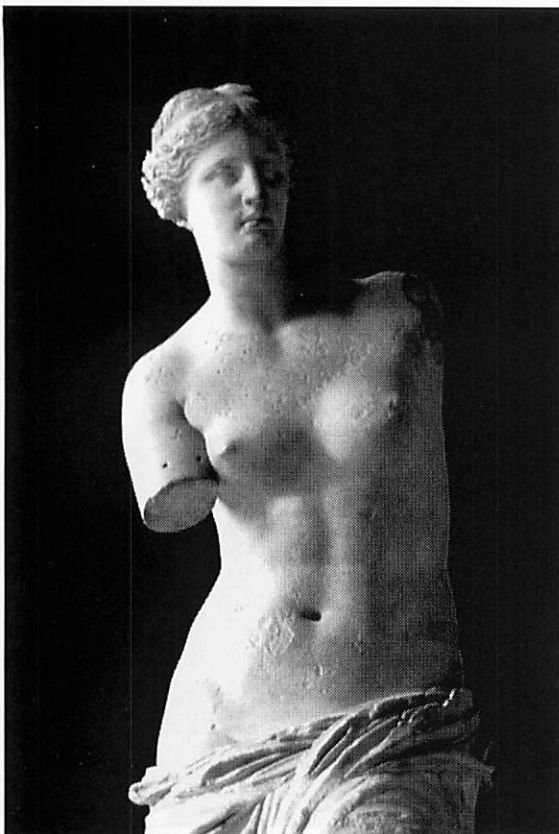
田辺製薬株式会社

〒541-8505 大阪市中央区道修町3丁目2番10号
http://www.tanabe.co.jp/

2004年4月作成



イラスト/タカシタカシタカシ
撮影/佐田栄一郎
装飾/サカタファジック



持続性抗炎症・鎮痛剤 《ナブメトン錠》

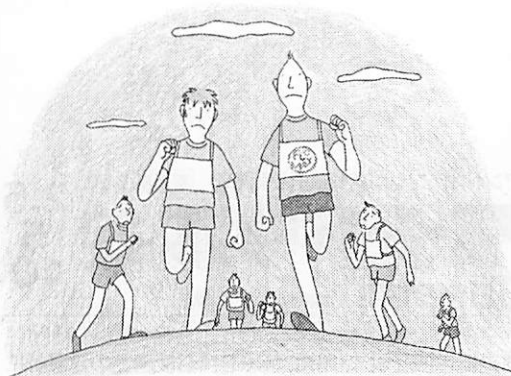
指定医薬品
レリフェン®錠
 RELIFEN RELIFEN[®]400 薬価基準収載

※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。

製造販売元
株式会社 三和化学研究所
 SKK 本社/名古屋市東区東外堀町35番地 〒461-8631
 ●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

資料請求先・問い合わせ先
 コンタクトセンター
 ☎0120-19-8130
受付時間 月～金 9:00～17:00(祝日は除く)

2003年7月作成



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 ピボキシル錠/細粒 略号 CFPN-PI

注1) 注意-医師等の処方せん・指示により使用すること

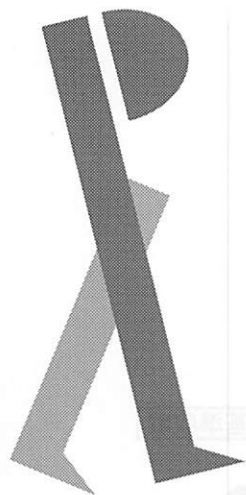
■薬価基準収載

■「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」、「原則禁忌」、「使用上の注意」等については添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕 塩野義製薬株式会社 〒541-0045 大阪市中央区道修町 3-1-8

2003.3作成 B52 (R) : 登録商標

 シオノギ製薬



Pletaal tablets

指定医薬品 抗血小板剤

プレタール[®]錠50 プレタール[®]錠100

(シロスタゾール錠)

薬価基準収載

◇効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



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

(03.04作成)



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[®]

ブリストア包装内滅菌済

●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]
 科研製薬株式会社
〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28-8

(2002年12月作成) 02X



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 (塩酸イトプリド製剤)

●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

経口プロスタグランジンE₁誘導体制剤

薬価基準収載

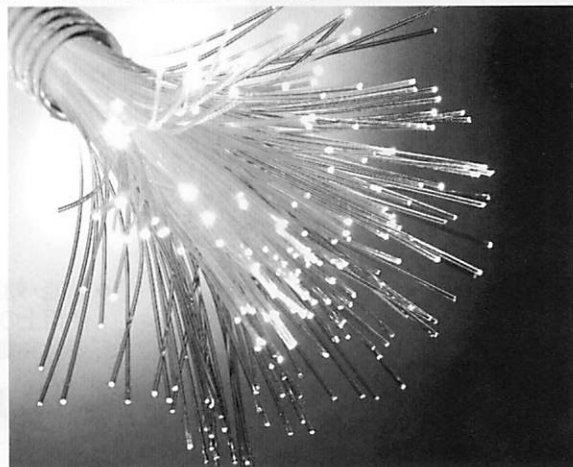
指定医薬品
要指示医薬品^(注)

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。

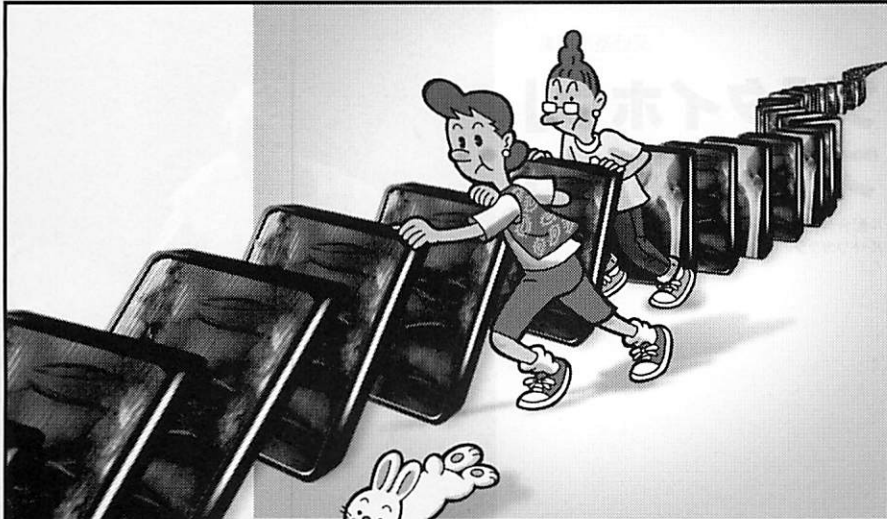
製造発売元
資料請求先



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



骨粗鬆症治療剤

アクトネル[®]錠2.5mg

リセドロン酸ナトリウム水和物錠 ●薬価基準収載

劇薬 指定医薬品 要指示医薬品^(注) 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」等については現品添付文書をご参照ください。

★資料はアベンティス ファーマ(株)またはエーザイ(株)医薬情報担当者にご請求ください。

製 造: AJINOMOTO, 味の素株式会社
〒104-8315 東京都中央区京橋一丁目15番1号

販 売: アベンティス ファーマ株式会社
〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

販売提携: エーザイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10

2004年5月作成 ACT-JBS2-B0405MC



Fujisawa

●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。

経口用セフェム系製剤

薬価基準収載

セフゾン[®] 細粒小児用
カプセル100mg
50mg

CFDN

〈セフジニルカプセル,セフジニル散〉
Cefzon[®] (略号:CFDN)

指定医薬品・要指示医薬品^(注)
注)注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

発売元 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

製造元

富山フジサワ株式会社
富山市興人町2番178号

作成年月2003年10月

鎮痛・消炎パップ剤

薬価基準収載

MS冷シップ「タイホウ」 MS温シップ「タイホウ」

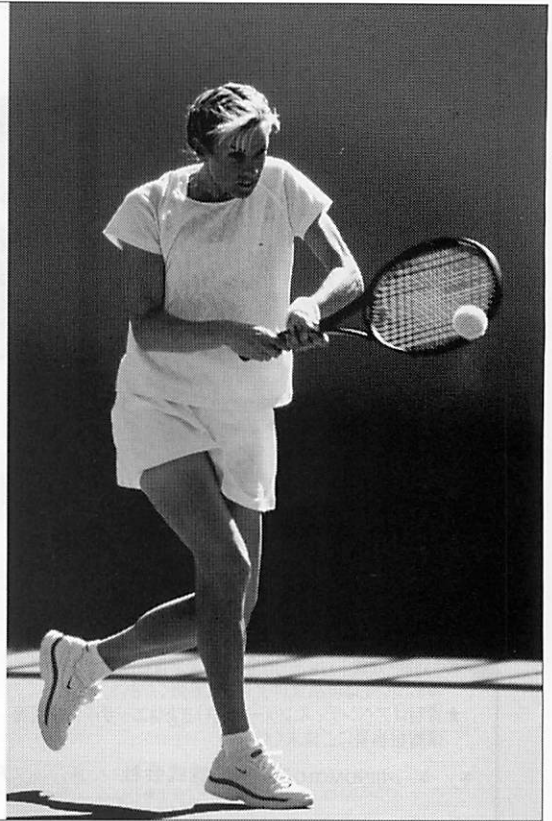
MS reishippu「TAIHO」サリチル酸メチル配合外用剤

MS onshippu「TAIHO」サリチル酸メチル・トウガラシエキス配合外用剤



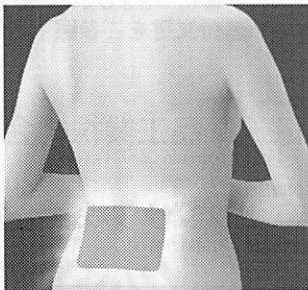
販売元 **大鵬薬品工業株式会社**
〒101-844 東京都千代田区神田錦町1-27
<http://www.taiho.co.jp/>

製造元 **岡山大鵬薬品株式会社**
〒705-8555 岡山県備前市久々井字沖1775-1



Hisamitsu

おかげさまで、発売1周年。



指定医薬品

経皮鎮痛消炎剤

ケトプロフェン貼付剤

〔薬価基準収載〕

モーラステープL®

●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11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

薬価基準収載

疼痛性・アレルギー性疾患治療剤

生物由来製品 指定医薬品

ローズモルゲン[®]注

〔組成〕

1管(3mL)中 FN原液「フジモト」3.0mL(ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液3.6単位)

〔効能・効果〕

腰痛症、頸肩腕症候群、症候性神経痛、皮膚疾患(湿疹・皮膚炎、蕁麻疹)に伴う瘙痒、アレルギー性鼻炎

〔用法・用量〕

通常成人、1日1回3mL(1管)を皮下、筋肉内又は静脈内に注射する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

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

●その他の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。
また、使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

製造販売元 株式会社フジモト・ダイアグスティックス

〔資料請求先〕藤本製薬株式会社 医薬学術部
〒100-0005 東京都千代田区丸の内1丁目1番1号(パレスビル)

腰痛症
頸肩腕症候群
症候性神経痛

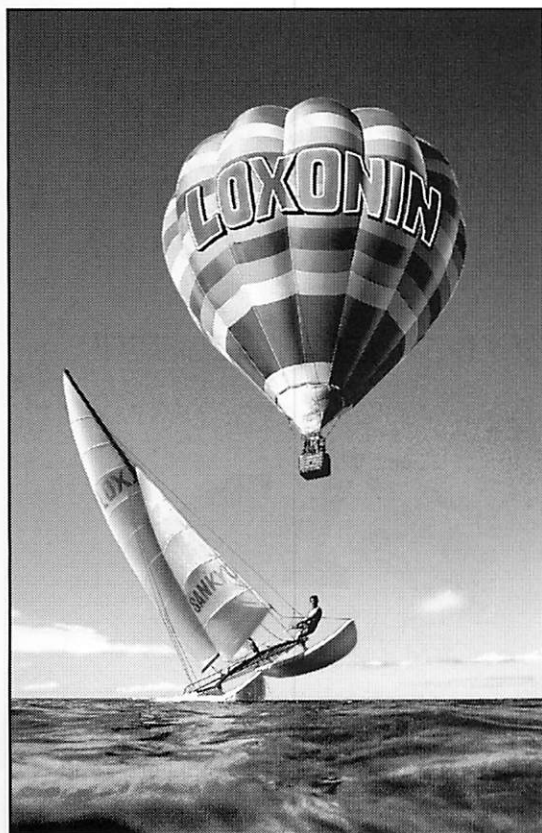


皮膚疾患(湿疹・
皮膚炎、蕁麻疹)
に伴う瘙痒



アレルギー性鼻炎

Gm



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下さい。



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

04.6(七)

Yamanouchi

GasterD

GasterD²

H₂受容体拮抗剤

ファモチジン口腔内崩壊錠



指定医薬品

薬価収載

ガスター[®]D錠 10mg 20mg

GasterD

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

●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。

03/9作成 B5/C.02

消化器診療のための情報提供サイト GasterOnline

<http://www.yamanouchi.com/jp/>

●医療関係者サイトよりアクセスしてください。●詳しい情報をご入力の方は山之内製薬株式会社の医薬情報担当者 (MR) にお申し付けください。

創造新印刷

DTP: パソコンで編集したものをダイレクトに印刷物にします!!



大曾印刷株式会社

大阪市鶴見区鶴見5丁目2番6号
電話 06-6931-6719 · FAX 06-6933-8105

Santen

抗リウマチ剤

指定医薬品、要指示医薬品
(注意一医師等の処方せん・指示により使用すること)

アザルフィジン[®]EN錠

Azulfidine[®] EN tablets

サラゾスルファピリジン500mg腸溶錠

指定医薬品、要指示医薬品 (注意一医師等の処方せん・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

サラゾスルファピリジン250mg腸溶錠



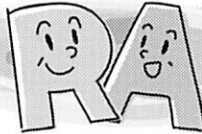
薬価基準収載



RA患者さんに



500mg錠
(実物大)



“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
Pfizer ファイザー株式会社
東京都渋谷区代々木3-22-7

2003年8月作成
AF03FB5W

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

劇薬・指定医薬品

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8月作成
RMO3HB5W