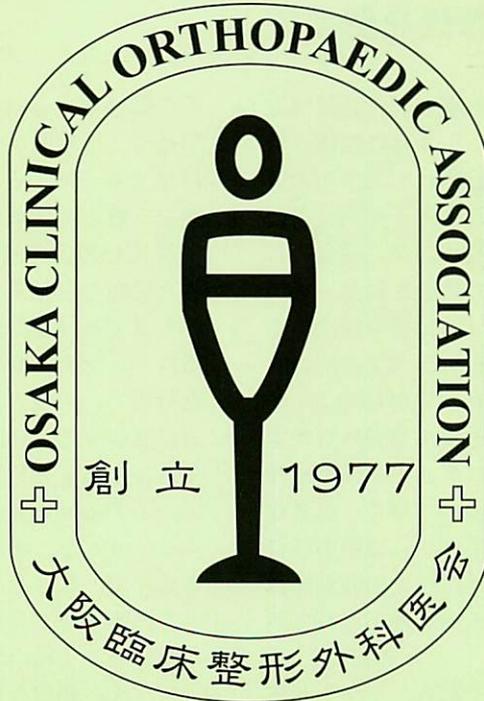




# 大阪臨床整形外科医会会報

The Journal  
of  
The Osaka Clinical  
Orthopaedic Association



第26号

平成12年8月

## 整形外科 — 浪速の先覚者 有原康次 教授



### 故有原教授を偲んで

大阪医科大学整形外科教室の初代教授は故横山哲雄先生で、昭和 27 年 4 月に赴任されたが、実際の診療は未だ行われず、学生の講義だけであった。私は幸運にも 1 年間先生の名講義を拝聴することができたが、残念なことに翌 28 年 1 月脳出血で急逝された。その後を継いで昭和 28 年 11 月に、有原康次先生が第 2 代教授として赴任され、大学病院の診療科として正式に発足した。私は昭和 29 年に外科教室に入局し、間もなく整形外科教室へ 3 ヶ月間研修を命ぜられた。当時は整形外科に対する一般の認識は極めて薄く、患者数も少なかったため、有原先生からは整形外科の知識だけでなく学問以外の色々の問題を教えていただき、先生のお人柄に魅了されて昭和 30 年 4 月に入局させていただきました。先生は訥弁でしたが、温厚で寛容、しかも非常に包容力の大きな方で、春風駘蕩、お側に居るだけでほのぼのとなるような先生でした。創成期の教室では私のような新入医局員が数名いただけでしたので、数年間は、手術の殆どを先生がされていました。先生の手術は、

大阪市 大橋 規 男

その御性格からは想像出来ないほど、大胆、迅速で、当時多かった脊椎カリエスや股関節結核でも、あっというまに病巣部に達して、細心、緻密に病巣の処置をされ、更に術後のギブスも御自身でされていましたが、術中、殆ど説明をされず、黙々と手術を終えられるのが常でありました。昭和 30 年代前半の当時は、まだ全身麻酔や輸液の知識が乏しかった時代で、手術のリスクを少なくするため仕方が無かったのでしょうか、新米の我々にとっては神中整形外科手術書と Perunkopf の Atlas of Topographical and Applied Human Anatomy を、よほどしっかりと頭の中に叩き込んでいないとカルテの手術記事が書けないため困ったことを思い出します。先生はその頃から、手術以外の事でも、口で教えるのではなく、御自身の行動で身をもって教えようとされていました。医局員のミスや不始末に対しても声を荒だてて叱られたことは一度もなく、すべての医局員に太陽のようにふりしきる御愛情を持って御指導を続けられましたので、医局員全員が慈父のようにお慕いし



傘寿の会で花束をささげるのは、  
整形病棟婦長を勤めた加藤道子女史

ていました。思えば、先生はもっとも教授らしからぬ教授でありました。

先生は昭和 20 年代に、肺結核、本学赴任直前には腎結核の手術、名誉教授となられてからも結核性膿胸、大腸癌と数々の病魔に侵されながらも、いつも不屈の闘志で不死鳥のように甦られ、何ごとも無かったように淡々とされて、どんなときにも先生の口から弱音をお聞きしたことはありませんでした。

平成 6 年 5 月、仙台市での日本整形外科学会評議員会でお元気なお姿の先生に御会したとき、「この春から腰痛に悩まされている。」

とお聞きし、不吉な予感がしました。先生の御入院を知らされたのは 7 月下旬で、直ぐにお見舞いにかけてつけたとき、先生は、比較のお元気な顔つきで、いつもと変わらぬ穏やかな笑顔で迎えてくださいました。コルセットを装着して臥床されておられましたが、時折、身体を動かそうとするときに痛みで顔を顰められ、「死ぬのはよいが、痛いのはかなわんよ」と言われたのが印象的でした。先生の口から弱音をお聞きしたのは、これが

最初にして最後でした。先生は最後の病床でも麻薬の使用や延命処置を頑なに拒否され、苦痛もそのまま自然に受け入れられてお亡くなりになり、しかも、亡くなる数日前には、小野村教授と一番弟子の橋本 東先生を枕元にお呼びになり、御自身の葬儀についての細かい御指示と御遺体の病理解剖を頼まれたそうです。人生最後の場面で、迫りくる死を静かに客観的に見つめて、やるべきことを順序正しくきちんと済ませて、悠然と天国に召された先生の偉大さにあらためて驚きと

尊敬の念を抱くとともに、不肖の弟子として先生の御薫陶を受けたことを誇りに思っています。先生は私共弟子達に、生き方だけでなく、死に方まで身を以て教えて下さいました。最後に、小野村敏信名誉教授が同門会会報に寄稿された（有原康次名誉教授の最終講義—Death Education のこと—）から次の言葉を引用させていただき、稿を終わります。「四十数年前の先生の講義は聞き取りにくかったことしか覚えていないが、一つの理想的な人生の終わり方を身を以て示された最終講義はまことに見事であった。」



傘寿の会で記念品をご覧になる有原ご夫妻



平成2年4月14日 大阪医科大学整形外科同門会  
於 名古屋・楽



大阪医大有原会 O A会ゴルフ

### 故有原康次 教授 御略歴

明治38年12月15日生 (千葉県)

昭和5年3月31日 京都帝国大学医学部卒業

#### 職 歴

昭和6年4月 京都帝国大学医学部副手  
 昭和7年2月 京都帝国大学医学部助手  
 昭和20年7月 京都帝国大学医学部助教授  
 昭和22年8月 国立京都病院嘱託 (非常勤)  
 (昭和46年3月まで)  
 昭和28年7月 医学博士の学位授与  
 昭和28年11月 大阪医科大学教授  
 昭和44年2月 大阪医科大学附属病院長代行  
 (昭和48年3月まで)  
 昭和49年3月 大阪医科大学退職  
 昭和49年4月 大阪医科大学名誉教授  
 昭和49年7月 社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会  
 茨木病院長 (昭和56年9月まで)  
 昭和49年8月 枚方市立枚方市民病院顧問  
 (昭和56年5月まで)  
 昭和55年11月 勲4等旭日小綬章叙勲  
 昭和56年9月 社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会  
 茨木病院退職  
 昭和56年9月 社会福祉法人恩賜財団大阪府済生会  
 茨木病院名誉顧問 (平成6年6月まで)

#### 役 職

日本整形外科学会評議員	昭和22~48年度
同 幹 事	昭和37年度
同 理 事	昭和38年度
第16回日本医学会総会整形外科分科会長	昭和38年4月
第36回日本整形外科学会学術集会会長	昭和38年4月
日本整形外科学会名誉会員	昭和49年4月~
中部日本整形外科災害外科学会会長	昭和31年10月
同 名誉会員	昭和42年6月
厚生省医師試験審議会委員	昭和51年7月~
学校法人大阪医科大学評議員	昭和39・44年度
	昭和44年6月~
	平成6年3月
同 理 事	昭和46年5月~
	平成6年3月
日本手の外科学会特別会員	昭和54年5月~

平成6年8月10日 逝去 享年88歳

## OCOAのシンボルマークが決まりました。

昨年本誌 25 号で、大阪臨床整形外科医会のシンボルマークを募集しましたところ、会員各位よりたくさんの御応募を頂き、ありがとうございました。

OCOAに相応しいシンボルマークとして、選考の結果、下記の小灘精一氏のデザインを採用させて頂くことになりました。



シンボルマーク作者

小灘 精一氏 (名古屋市立美大卒)

# 世代を超えたニューマクロライド



〔薬価基準収載〕

## 【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 本剤に対して過敏症の既往歴のある患者
2. テルフェナジン、シサプリド、ピモジドを投与中の患者  
〔添付文書「相互作用」の項参照〕

※「用法・用量」、その他の「使用上の注意」等は、添付文書をご参照ください。



マクロライド系抗生物質

**クラリス**®錠200  
錠50 小児用  
ドライシロップ 小児用

指定医薬品・要指示医薬品<sup>注)</sup>

〈日抗基:クラリスロマイシン錠・シロップ用クラリスロマイシン〉

注) 注意—医師等の処方せん、指示により使用すること

〔資料請求先〕



大正製薬株式会社

東京都豊島区高田3丁目24番1号

電話 東京(03)3985-1111(大代表)

<http://www.taisho.co.jp>

# 目 次

巻頭言	ごあいさつ	長田 明	1
OCOA年表			2
OCOA総会の報告	第24回大阪臨床整形外科医会総会		4
論 説	柔道整復師の保健診療	長田 明	18
理事の声	OCOA会長を辞任するに際して	三橋二良	22
	平成11年度「骨と関節の日」行事の報告	小松堅吾	23
	「第14回JCOA学会・大阪」のご案内	堀木 篤	27
		小松堅吾	
	介護保険に関するアンケート結果	堀木 篤	29
JCOA学会報告	第12回JCOA学会(福岡)に参加して	堀木 篤	31
JCOA研修会報告	第26回JCOA研修会(岩手)		
	文化講演会「21世紀への夢」	黒田晃司	34
	第26回JCOA研修会(岩手)第1席を聞く		
	－盛岡での出来事	丹羽権平	36
	教育研修会Ⅱ(小児救急医療)	越宗正晃	38
	初めての盛岡市と親善ゴルフ大会に出席して	土井玲子	39
OCOA研修会報告	整形外科領域におけるMRI診断	平澤泰介	41
	外来診療におけるRA患者の治療	宗圓 聰	46
	足の診かた－スポーツ傷害を中心に	高倉義典	48
	「介護保険法」について	舟越 忠	51
	四肢骨・軟部悪性腫瘍の患肢温存手術	玉井 進	53
	整形外科領域における医事紛争	梁瀬義章	56
	腰痛とスポーツ－発育期終板障害	井形高明	59
	RAの関節破壊とCOX-2	佐野 統	63
	腰痛の保存療法－35年を省みて	中野 昇	68
	肩関節疾患に対する超音波診断	土居宗算	71
	骨粗鬆症薬の進歩	森井浩世	75
	下肢疾患における超音波診断法－スポーツ障害を含む	奥田龍三	79
	中高齢の腰痛、下肢痛－診断と治療のPitfall	赤木繁夫	86
	関節リウマチの早期治療法の組み立て方	山本純己	88
	スポーツ傷害後の復帰へのマネジメント	岡崎壮之	93
	人工股関節のゆるみの要因とその対策	大橋弘嗣	98
	腰痛－その基礎と臨床における最近のトピックス	米延策雄	101
	股関節疾患治療における問題点と対策	飯田寛和	105
症例検討会報告	第17回大阪整形外科症例検討会		107
	第18回大阪整形外科症例検討会		113
紙上勉強会	介護保険と臨床内科医	須藤容章	117
	各地の臨床整形外科医会会報を通読して	小松建次	118
	他科の大阪臨床医会会報を読んで	前野岳敏	120
	第17回 淀川整形外科懇話会報告	福井宏有	122
	関節リウマチに対する漢方治療の小経験	須藤容章	123
新入会員の顔	自己紹介	桑原秀樹・浜田宏昭・川崎崇雄	125
新理事自己紹介	新理事就任ご挨拶	小林正之	127
		五島 淳	128
		山本 哲	129

<b>新理事自己紹介</b>	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・西川正治・・・・・・・・130
<b>エッセイ・紀行</b>	第15回OCCOA懇親旅行-鳴門カントリークラブ-・・天野敬一・・131
	タスマニア紀行・・・・・・・・・・・・・・・・伊藤成幸・・133
	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・中嶋清章・・138
	先日テレビを見ていて思ったこと・・・・・・・・澤田 出・・139
<b>厚生部報告</b>	平成10年度OCCOA春期ゴルフコンペ(第29回)・・・・・・・・140
	平成10年度OCCOA秋期ゴルフコンペ(第30回)・・・・・・・・142
<b>私の傑作</b>	「リューデスハイムホテル」・・・・・・・・石澤命徳・・144
	「胡蝶蘭・静物」・・・・・・・・三橋允子・・145
	『衣奈漁港』油彩 80F・・・・・・・・小瀬弘一・・146
	20世紀最後の日没・・・・・・・・石川正士・・147
	早春・夏・秋・冬・・・・・・・・石井元章・・148
<b>私の工夫</b>	肥満変形性膝関節症患者への減量療法・・・・・・・・戸田佳孝・・149
<b>私の提言</b>	守口市の近い将来の変貌と小さなグループ診療の夢・・吉良貞雄・・150
<b>私のボヤキ</b>	病診連携、訪問看護、介護保険などに関連して・・島津 晃・・151
	・・・・・・・・・・・・・・・・五島 淳・・152
<b>OCCOA理事会議事録・総会議事録</b>	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・153
<b>会員名簿補遺</b>	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・166
<b>編集後記</b>	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・167

## 協 賛 広 告 一 覧

大正製薬株式会社・・・・・・・・第3表2	マルホ株式会社・・・・・・・・187
日本ワイスレグリー株式会社・・・・・・・・170	北陸製薬株式会社・・・・・・・・187
武田薬品工業株式会社・・・・・・・・171	日本臓器製薬株式会社・・・・・・・・188
池上義肢製作所・・・・・・・・172	テイクコムメディックス株式会社・・・・・・・・188
シオノギ製薬株式会社・・・・・・・・173	田辺製薬株式会社・・・・・・・・189
日本ストライカー株式会社・・・・・・・・174	住友製薬株式会社・・・・・・・・189
ノバルティス ファーマ株式会社・・・・・・・・175	科研製薬株式会社・・・・・・・・190
帝人株式会社・・・・・・・・176	旭化成工業株式会社・・・・・・・・190
中外製薬株式会社・・・・・・・・177	株式会社日本メディックス・・・・・・・・191
参天製薬株式会社・・・・・・・・178	久光製薬株式会社・・・・・・・・191
川村義肢株式会社・・・・・・・・179	プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社・・・・・・・・192
オルト産業株式会社・・・・・・・・180	スミスクライン・ピーチャム製薬株式会社・・・・・・・・193
三共株式会社・・・・・・・・181	ウェルファイド株式会社・・・・・・・・193
藤沢薬品工業株式会社・・・・・・・・181	萬有製薬株式会社・・・・・・・・194
日本ロシュ株式会社・・・・・・・・182	第一製薬株式会社・・・・・・・・194
日本モンサイト株式会社・・・・・・・・182	土井義肢製作所・・・・・・・・195
北島医科器械株式会社・・・・・・・・183	日本新薬株式会社・・・・・・・・195
山之内製薬株式会社・・・・・・・・183	株式会社ツムラ・・・・・・・・196
日研化学株式会社・・・・・・・・184	三菱東京製薬株式会社・・・・・・・・196
大塚製薬株式会社・・・・・・・・184	大日本製薬株式会社・・・・・・・・197
株式会社三和化学研究所・・・・・・・・185	日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社・・・・・・・・197
小野薬品工業株式会社・・・・・・・・185	大阪医診会・・・・・・・・198
ファイザー製薬株式会社・・・・・・・・186	大曾印刷株式会社・・・・・・・・198
富山化学工業株式会社・・・・・・・・186	エーザイ株式会社・・・・・・・・表3

ごあいさつ

〇〇〇〇〇〇会長 長 田 明

この度、皆様方のご推挙を得まして前会長三橋二良先生の後を引き継ぎ、大阪臨床整形外科医会の会長という大役をお引き受けすることになりました。浅学非才の私にとりましては、このような重責の任に耐えうるのかといささか心細い思いをいたしております。しかし、たいへん有り難いことに古賀教一郎、早石雅宥両先生が副会長としてサポートして下さることを快くご承諾下さいました。また、役員の方方も殆どそのままの態勢でご協力頂けるのご了解を頂戴致しましたので、私でも何とかやって行けるのではないかと考えております。



振り返りますと、初代会長越宗正先生に始まり第二代会長坂本徳成先生の時代はその基礎固めの時期でありました。そして以後、歴代会長のご尽力によりここ数年まさに成熟期に入った観があります。熟しすぎて腐れ落ちないように、しっかりとフンドシを締め直しおこなねばならないと思っております。

会員数も360名余となり、研修会は年間11回を数え、これにリウマチ医の会の共催を加えますと毎月一回の割合で学術集会を行っていることとなります。最初は親睦を深めることが主目的で、勉強会という程度の集まりを年2～3回やっていただけでありましたが、今やむしろ学術団体に変身しております。しかし、会員相互の絆を深めるためには学術と親睦の二本の柱をしっかりと支える必要があらうかと考えております。平成13年にはJCOA学会を大阪で引き受けることになりました。新築なった大阪国際会議場で行う予定になっております。会員の皆様方の絶大なご支援を期待して止みません。

本年4月より介護保険制度が施行されました。いろいろと問題を残したままのスタートであるようです。主治医意見書をご覧になってお判りのことと思いますが、この意見書は痴呆とADLを中心とした記載が要求されています。ADLの判断は私達整形外科医が最も得意とするところであります。会員の皆様方の積極的な参画が望まれます。また、4月の診療報酬改訂を見ましても毎度のことですが私達の納得できるものではないようです。しかし、その中で私達は最大限の努力をし、少しでも良質の医療を提供しなければなりません。寒い冬のような厳しい医療情勢下でこそ、私達会員は力を合わせて一丸となり諸問題に対処しなければならないと思っております。「和」のないところに繁栄はありません。どうか皆様方のご協力と、ご指導ご鞭撻を頂けますようお願い申し上げます。

平成 10 年 (戊寅) — 1998 年

J C O A		
[学 会]	第 11 回 6 月 20 日	岐阜
[研修会]	第 25 回 11 月 21 ~ 23 日	神戸
〇 〇 〇 A (会長 三橋二良)		
〔研修会〕		
4 月 4 日	大阪厚生年金病院	小野啓郎
6 月 6 日	日本体育協会	
	ドーピング医事審査委員	伊藤禎之
	川崎整形外科	川崎真人
7 月 11 日	国立大阪南病院	脇谷滋之
	京都府立医大	内藤裕二
8 月 29 日	京都府立医大	楠崎克之
	大阪労災病院	政田和洋
10 月 24 日	社保専任審査委員	半田英之
	阪大整形	越智隆弘
11 月 14 日	京大整形	飯田寛和
	浜松医大整形	長野 昭
1 月 30 日	京大整形	松末吉隆
	聖マリアンナ医大	市川陽一
2 月 20 日	国立加古川病院	西林保朗
	大阪市立	
	総合医療センター整形	松田英樹
J O A (日 整 会)		
[学 会]	4 月 17 日 ~ 20 日	徳島
	徳島大 井形高明	
[骨軟部腫瘍]	7 月 18 日 ~ 19 日	神奈川
	帝京大 大野藤吾	
[基 礎]	9 月 25 日 ~ 27 日	名古屋
	名大 岩田 久	

<この一年の出来事>

昨秋の拓銀・山一の経営破綻の金融危機は更に深刻。長銀・日債銀の国有化、60兆の公的資金投入と暗い話ばかり。

海の向こうでは米クリントン大統領の不倫発覚、もみ消し偽証言により弾劾裁判に。インドネシア・スハルト大統領七選。その直後にアメリカ・ジョージ・ソロスの仕掛けた通貨不安からの暴動で退陣。栃木県で中1が女性教師刺殺、教育界の荒廃はもうどうし様もない？

4月世界最長の明石大橋開通、四国と本州とが直結。7月参院選で自民大敗、橋本首相退陣して、小淵内閣誕生し、自自連立を目指すことになる。

その直後和歌山で毒入りカレー事件。元保険外交員林真須美逮捕さる。

8月北朝鮮のミサイルテポドン発射、日本領空を横切り、太平洋に着弾、日本政府は正式の抗議もせず。

長野冬季オリンピック開催。日本は金5、銀1、銅5の史上最高の成績。

W杯サッカー、フランス大会に日本チーム初出場。3戦全敗残念。しかしサポーターの整然たる応援と終了後の清掃退場は好評。

アメリカでは大リーグ野球でホームラン競争に熱狂、マグワイヤー 70、ソーサー 66本の乱れ打ちで双方共記録更新。

日本では松坂投手の横浜商、甲子園春夏連覇。プロ野球も佐々木大魔神の働きで横浜ベイスターズが日本一に。

日本映画のそして世界の「クロサワ」88歳で逝く、相次いで映画解説の淀川長治さんも。元総評議長太田ラッパと渾名の太田薫氏 86歳・日本人初の金メダリスト織田幹雄氏 93歳・アメリカを代表する歌手フランクシナトラ 82歳・そして「スポック博士の育児書」で一世を風靡した小児科医ベンジャミン・スポック 98歳。日本でも「私は赤ちゃん」の著者松田道雄 89歳奇しくも同年に逝く。

平成 11 年 (己 卯) - 1999 年

J C O A		
[学 会]	第 12 回 6 月 20 日	福岡
[研修会]	第 26 回 10 月 9 日～11 日	岩手
O C O A (会長 三橋二良)		
[研修会]		
4 月 17 日	京都府立医大	平澤泰介
5 月 15 日	近大整形	宗円 聰
	奈良県立医大整形	高倉義典
6 月 12 日	船越整形外科	船越 忠
	奈良県立医大整形	玉井 進
7 月 17 日	北野病院整形	梁瀬義章
	徳島大整形	井形高明
8 月 21 日	府社保診療報酬 支払基金専任審査員	原 省吾
	和歌山医大 リハビリテーション科	上好昭孝
9 月 11 日	京都府立医大第 1 内科	佐野 統
	中野整形外科	中野 昇
10 月 16 日	大阪医大整形	土居宗算
	大阪市大名誉教授	森井浩世
11 月 20 日	大阪大整形	大園健二
	大阪医大整形	奥田龍三
1 月 29 日	関西医大整形	赤木繁夫
	松山赤十字病院 リウマチセンター	山本純己
2 月 19 日	関西医大 リハビリテーション科	南川義隆
	川崎製鉄健康保険組合 千葉病院	岡崎壮之
3 月 11 日	大阪市大整形	大橋弓嗣
	大阪大整形	米延策雄
J O A (日 整 会)		
[学 会]	4 月 8 日～11 日	横浜
	横浜市大 腰野富久	
[骨軟部腫瘍]	7 月 16 日～17 日	岐阜
	岐阜大 武内章二	
[基 礎]	10 月 7 日～8 日	奈良
	奈良医大 玉井 進	

<この一年の出来事>

依然として不況経済のトンネルは長く出口はまだ。失業率過去最悪。日産はルノー傘下に入り、フランスからゴーン来て大リストラ。一勤・富士・興銀、住友・さくらが合併と金融再編が進む中、金利は最低、庶民の我慢も限界に。一方アメリカは好景気を謳歌し株価は上げ一方。1月欧州は統一通貨ユーロ誕生。

茨城県東海村で核燃料臨界事故、神奈川県警不祥事もみ消し露見。3月北朝鮮工作船領海侵犯、自衛艦も追いつけず発砲？しかし逃亡。事後の抗議にも「蛙の面に水」。京都で小2男児覆面男に殺害されたり、と国の内外で不安をかき立てる様な事件頻発。

8月国家国旗法成立したが、教育現場の混乱はどうなるか。

東京都知事に「ノーと云える」石原慎太郎氏。西の大阪ではノック知事わいせつ行為で辞職起訴される。東京に比べて大阪は「あゝ呆らし」。小淵首相、自自公政権を発足させ政局運営へ。

沖縄の米軍施設移設決定。しかし15年間に限定との地元の要望は通るのか。

“平成の怪物”松坂大輔西武に入団16勝、高卒新人で45年ぶりの最多勝。大学卒の巨人上原は20勝とプロ野球新人投手大活躍。一方16歳の新人歌手宇多田ヒカルのCD「First Love」史上最高の730万枚を売り上げ、メガヒットと新人ばかり輝くこの1年。

7月保守派の論客江藤淳自殺。上方落語の旗手桂枝雀も。毒舌の政治評論家藤原弘達、ソニー元社長盛田昭夫逝く。

俳優では芦田伸介81歳、山岡久乃72歳、千秋実82歳、菅原謙次73歳、宝塚出身の上月晃58歳、歌手淡谷のリ子は92歳でさよなら。

海外の訃報は米プロ野球の強打者でマリリン・モンローと新婚旅行で来日したジョー・ディマジオ84歳。ヴァイオリニスト ユーディ・メニューイン82歳。スペインの作曲家ロドリゴ97歳。アメリカの映画俳優ビクター・マチュア86歳。フランスの画家ピュッフェ71歳。

## 第 24 回大阪臨床整形外科医会定時総会及び第 102 回研修会

日時：平成 12 年 4 月 15 日（土）

会場：大正製薬株式会社 大阪支店 6 階ホール

### (I) 総会 午後 3 : 30 ~ 4 : 00

1. 開会宣言 服部 副会長

2. 会長挨拶 三橋会長

3. 議 事 議 長：松尾澄正 先生

副議長：佐藤利行 先生

第 1 号議案 平成 11 年度庶務及び事業報告について承認を求める件 小松副会長

第 2 号議案 平成 11 年度収支決算について承認を求める件 原田理事

第 3 号議案 平成 12 年度事業計画案について承認を求める件 服部副会長

第 4 号議案 平成 12 年度収支予算案について承認を求める件 原田理事

第 5 号議案 平成 12 年度新役員選出の件 三橋会長

4. 大阪大学医学部 整形外科学 教授 吉川秀樹先生

本会顧問就任のご紹介 三橋会長

5. 次期会長挨拶

6. 閉会宣言 小松副会長

### (II) 医薬品紹介 午後 4 : 10 ~ 4 : 30

総合司会：河合理事

大正製薬（株）大阪支店 医薬情報部

### (III) 研修会（総会講演） 午後 4 : 40 ~ 5 : 40

（平成 12 年度第 1 回、通算 102 回）

座長：河合理事

演題：「腰椎椎間板ヘルニアに関する最近の話題」

講師：和歌山医科大学 整形外科 教授 玉置哲也 先生

### (IV) 懇親会 午後 5 : 40 ~ 7 : 00

司会：河合理事

# Ⅰ. 平成 11 年度 O C O A 庶務及び事業報告

## (1) 会員状況

期首（平成 11 年 4 月 1 日） 340 名  
期末（平成 12 年 3 月 31 日） 356 名  
入会者 22 名  
退会者 6 名

## (2) 平成 11 年度 O C O A 研修会・講演会（服部副会長・学術担当理事）

- 第 1 回（91 回）研修会：平成 11 年 4 月 17 日（土） 出席 101 名  
総合司会 甲斐理事 於：大正製薬ホール  
演題「整形外科領域における M R I 診断」  
講師：京都府立医科大学 整形外科 教授 平澤泰介 先生
- 第 2 回（92 回）研修会：平成 11 年 5 月 15 日（土） 出席 300 名  
総合司会 河村理事 於：ウエスティンホテル  
演題「外来診療における R A 患者の治療」  
講師：近畿大学医学部 整形外科 助教授 宗圓 聰 先生  
演題「足関節と足の診かた ー スポーツ外傷を含むー」  
講師：奈良県立医科大学 整形外科 助教授 高倉義典 先生
- 第 3 回（93 回）研修会：平成 11 年 6 月 12 日（土） 出席 112 名  
総合司会 浜田理事 於：三和化学ホール  
演題「『老人保健法』から『介護保健法』へー整形外科医のかかわりー」  
講師：舟越整形外科医院 院長 舟越 忠 先生  
演題「四肢骨・軟部悪性腫瘍の患肢温存手術」  
講師：奈良県立医科大学 整形外科 教授 玉井 進 先生
- 第 4 回（94 回）研修会：平成 11 年 7 月 10 日（土） 出席 235 名  
総合司会 黒田理事 於：ウエスティンホテル  
演題「整形外科領域に於ける医事紛争について」  
講師：北野病院 整形外科 部長 梁瀬義章 先生  
演題「腰痛とスポーツ」  
講師：徳島大学 医学部 整形外科 教授 井形高明 先生
- 第 5 回（95 回）研修会：平成 11 年 8 月 21 日（土） 出席 128 名  
総合司会 山本理事 於：大阪・大林ビル  
演題「保険診療審査の周辺と現況」  
講師：社保専任審査員 原 省吾 先生  
演題「リウマチ外来での P i t F a l l」  
講師：和歌山県立医大 リハビリテーション科 教授 上好昭孝 先生
- 第 6 回（96 回）研修会：平成 11 年 9 月 11 日（土） 出席 123 名  
総合司会 新田理事 於：大阪・大林ビル  
演題「R A の関節破壊と C O X - 2」  
講演：京都府立医科大学 第一内科 講師 佐野 統 先生

演題「腰痛の保存療法、35年を省みて」

講師：中野整形外科病院 院長 中野 昇 先生

第7回（97回）研修会：平成11年10月16日（土）出席196名

総合司会 黒田理事 於：大阪・大林ビル

演題「肩関節病変の超音波診断－スポーツ障害を含む－」

講師：大阪医科大学 整形外科 講師 土居宗算 先生

演題「骨粗鬆症の薬物治療・最近の話題」

講師：大阪市立大学 名誉教授（二内） 森井浩世 先生

第8回（98回）研修会：平成11年11月20日（土）出席262名

総合司会 沢田理事 於：リッツカールトン大阪

演題「人工股関節の現状と将来」

講師：大阪大学 整形外科 講師 大園健二 先生

演題「下肢疾患における超音波診断法－スポーツ障害を含む」

講師：大阪医科大学 整形外科 講師 奥田龍三 先生

第9回（99回）研修会：平成12年1月29日（土）出席140名

総合司会 栗本理事 於：大阪・大林ビル

演題「中高齢者の腰・下肢痛の診断と治療」

講師：関西医科大学 整形外科 助教授 赤木繁夫 先生

演題「慢性関節リウマチに対する薬物療法の組立て方」

講師：松山赤十字病院リウマチセンター 部長 山本純己 先生

第10回（100回）研修会：平成12年2月19日（土）出席238名

総合司会 河村理事 於：帝国ホテル

演題「リウマチ上肢の病変と治療－リハビリテーションの重要性に焦点を置いて－」

講師：関西医科大学 整形外科 講師 南川義隆 先生

演題「スポーツ障害後の復帰へのマネージメント」

講師：川崎製鉄健保組合千葉病院 副院長 岡崎壮之 先生

第11回（101回）研修会：平成12年3月11日（土）出席90名

総合司会 新田理事 於：大阪・大林ビル

演題「人工関節のゆるみの要因とその対策」

講師：大阪市立大学医学部 整形外科 講師 大橋弘嗣 先生

演題「腰痛－その基礎と臨床における最近のトピックス」

講師：大阪大学 大学院 医学系研究科 助教授 米延策雄 先生

### （3）各種会議の開催及び出務状況

#### （A）O C O A関係

①. 第23回O C O A定時総会 [11年4/17] 大正製薬・大阪支店

②. 定例理事会：4回 [11年6/26,9/25,11/7,12年3/4]

\*持ち回り理事会4回、打ち合わせ会議は随時

③. 医業周辺業種問題検討委員会 [11年4/3,11/4]

(長田、沢田、石井、広瀬、瀬戸、三橋、服部、小松(堅))

④. 会報編集委員会 [年数回随時開催]

(丹羽、瀬戸、須藤、前野、小松(建))

- ⑤. 社会保険等検討委員会 [11年6/5]  
(天野、孫、早石、吉中、楠、三橋、服部、小松(堅)、茂松、栗本、長田)
- ⑥. 介護保険対策委員会 [11年11/7]  
(甲斐、河合、孫、松矢、福井、前野、茂松、堀木、三橋、服部、小松(堅))
- ⑦. 医業経営委員会 [12年1/29]  
(首藤、河合、山本、古賀、福井、三橋、服部、小松(堅))
- ⑧. OCOA病院部会 [12年2/26]  
(河合、三橋、芥川、山本(光)、首藤、島田、中村(薫)、牧、馬場、吉川、渡辺)
- ⑨. 第14回JCOA学会・プロジェクト委員会 [計5回開催]  
(堀木、三橋、服部、坂本、長田、瀬戸、小松(堅)、早石)
- ⑩. 「骨と関節の日」行事の対策委員会 [計4回開催]  
(黒田、須藤、福井、前野、吉田(研)、小松(建)、右近、小松(堅))
- ⑪. OCOA視察・研修旅行 [11年5/3～5/6] 東南アジア (三橋会長他)

#### (B) JCOA関係

- ①. JCOA代議員会 [11年6/19] (三橋、服部、長田、小松) 於：福岡
- ②. JCOA総会 [11年6/19] (三橋会長他 多数出席) 於：福岡
- ③. 第12回JCOA学会(福岡) [11年6/20] (三橋会長他 多数出席) 於：福岡
- ④. 第26回JCOA研修会 [11年10/9～11] (三橋、黒田、他24名) 於：岩手
- ⑤. JCOA理事会 [年間6回出務] (坂本) 於：東京
- ⑥. JCOA各県代表者会議 [11年10/11] (三橋) 於：岩手
- ⑦. JCOA社保等検討委員会 [11年4/24,7/10] (天野、三橋) 於：東京
- ⑧. JCOA社保審査委員会議 [11年9/11] (天野、三橋) 於：東京
- ⑨. JCOA医業経営委員会 [11年5/16,12年2/6] (首藤) 於：大阪
- ⑩. JCOA医療システム委員会 [11年4/10,7/10,12年1/9] (長田) 於：東京
- ⑪. JCOA学術・研修委員会 [11年5/30,7/11,11/7,12年1/23]  
(堀木) 於：東京・大阪
- ⑫. JCOA介護保険対策委員会 [11年5/9,7/11,9/23,12年1/30] (甲斐) 於：東京
- ⑬. JCOA会誌等編集委員会 [11年5/22,7/24,9/25,12/4,12年1/22,3/25]  
(瀬戸) 於：東京
- ⑭. JCOA近畿ブロック会議 [11年4/17,11/13] (4/17 福井) 於：奈良  
(11/13 三橋、坂本、堀木、服部、小松(堅)、長田、河合、吉田(正)) 於：大阪

#### (C) 日整会関係

- ①. 日整会評議員会 [11年4/16] (三橋、堀木、服部、甲斐、長田) 於：横浜
- ②. 第5回全国整形外科保険審査委員会合同会議 [11年9/12]  
(天野、三橋) 於：東京
- ③. 日整会評議員会懇談会 [11年10/6] (三橋、服部、堀木、甲斐、長田) 於：奈良

#### (D) 大阪府医師会関係

- ①. 大阪府医師会医学会運営委員会 [月1回、年12回] (木佐貫)
- ②. 大阪府医師会医学会総会・評議員会 [11年11/4] (木佐貫、三橋、服部、長田)
- ③. 府医・医会連合 [11年10/21] (小松)
- ④. 府医・交通事故医療委員会 [11年9/20] (八幡、長田)
- ⑤. 府医・健康スポーツ委員会 [11年6/16,10/20] (三橋、八幡)
- ⑥. 府医・健康スポーツ医学再研修会 [11年7/7] (三橋、八幡)
- ⑦. 府医・健康スポーツ医学後期講習会 [11年11/30～31] (三橋)
- ⑧. 府医・労災部会役員会 [年10回出席] (八幡、坂本)
- ⑨. 府医・労災部会委員会 (八幡、坂本他)
- ⑩. 労災医療研修会 (八幡)
- ⑪. 労災保険診療審査会 [月2回]  
(八幡、三橋、坂本、長田、反田、服部、大橋、小杉、吉中、植田、楠)
- ⑫. 産業医部会常任委員会 [年9回出席] (坂本、八幡)
- ⑬. 医事紛争特別委員会 [毎月1回、計12回] (木下、八幡、坂本、濱田)
- ⑭. 医事紛争特別委員会 第5専門委員会(整形外科) (木下、八幡、坂本、濱田)
- ⑮. 救急・労災医療関係会議 (八幡)

#### (4) 福利・厚生事業(担当:古賀理事)

- ①. 春期(第29回)OCOAゴルフコンペ [11年5/23]
- ②. 秋期(第30回)OCOAゴルフコンペ [11年10/24]  
於:北六甲カントリークラブ
- ③. 第15回OCOA懇親旅行 [11年9/4～5]  
四国・鳴門観光とゴルフ(鳴門カントリークラブ)

#### (5) 広報事業

- ①. 第25号OCOA会報の発行(担当:丹羽理事)
- ②. OCOAの「シンボル」マークの募集(担当:丹羽理事)
- ③. 「骨と関節の日」啓蒙行事の開催(担当:小松副会長)
  - \*上記行事は日整会の提唱により実施
  - \*主催:大阪臨床整形外科医会、日本臨床整形外科医会
  - \*今年のテーマ:「肩こり」
  - \*講演とシンポジウムの開催(毎日新聞社・オーバルホール)
    - 日時:平成11年8月28日(土)午後
    - 講師:大阪医科大学 名誉教授 小野村敏信 先生
    - 大阪体育大学 教授 広橋 賢次 先生
    - 出席者:470名(満席)
  - \*毎日新聞に啓蒙記事の掲載
  - 上記講演とシンポジウム内容を記事として掲載(110万部)
  - \*PRポスターの掲示:各医療機関で掲示
  - \*医療電話相談:府下4ヶ所で記事掲載の翌日に実施

(相談担当者：原田、茂松、右近、沢田)

(6) その他

- ①. 大阪整形外科症例検討会 [11年 8/7,12年 2/12] (数名出席)  
同上 世話人会 [ 同 上 ] (濱田、服部、小松)
- ②. 柔道整復師レセ審査会 [月 1回、計 1 2回] (堀木、長田)
- ③. 国民年金障害認定審査会 [月 2回、計 2 4回] (堀木)
- ④. 日本医師会労災・自賠責委員会 (八幡)
- ⑤. 耳鼻科医会 50周年記念式典 [11年 5/29] (三橋)
- ⑥. 大阪リウマチ医の会・世話人会 [11年 9/18] (堀木・三橋・服部)
- ⑦. シドニーオリンピック予選救護班 [12年 3/14] (三橋)
- ⑧. 大阪市救急部会委員会 (伊藤)
- ⑨. 大阪府特定機能病院推進協議会 (伊藤)
- ⑩. 介護保険に関するアンケート調査 (甲斐)

---

## 四 条 畷 市

市章制定  
昭和 45 年 7 月 1 日

### 市章の意味

四条畷「し」と「ナ」の 2 文字を平和の象徴である鳩の形に図案化し、未来に向かって雄飛する四条畷市の姿を表した。



## (II) 平成 11 年度 O C O A 会計決算報告

### 大阪臨床整形外科医会収支報告書

期間 自 平成 11 年 4 月 1 日  
 至 平成 11 年 3 月 31 日  
 会計担当理事 原田 稔

#### ①. O C O A 一般会計決算報告

期首残高		期末残高
医師信用組合 普通預金	¥ 7,071,928	¥ 3,041,177
医師信用組合 定期預金	¥ 1,720,665	¥ 1,722,731
なみはや銀行	¥ 1,499,308	¥ 1,511,344
現金	¥ 4,442	¥ 79,327
合 計	¥ 10,296,343	¥ 6,354,579

収 入		支 出	
前期繰越金	10,296,343	J C O A 年会費	5,365,000
会費 (J C O A 入会金を含む)	8,534,000	(新入会費¥220,000 を含む)	
会誌広告	955,000	総 会 費	797,244
利息	4,998	事 務 費	51,637
特別会計(学術集会)より		会 誌	1,709,631
骨と関節の日行事	1,000,000	通 信 費	344,242
府医より助成金	300,000	会 場 費	743,384
J C O A より		交 通 費	186,160
近畿ブロック会議助成金	50,000	出 務 費	116,000
		近 畿 ブ ロ ッ ク 会 議	139,147
		単 科 医 会 会 費	10,000
		慶 弔 費	45,548
		厚 生 費	436,534
		骨 と 関 節 の 日	3,841,235
		J C O A 大阪学会へ貸付	1,000,000
		支 出 小 計	14,785,762
		次 期 繰 越 金	6,354,579
合 計	21,140,341	合 計	21,140,341

②. OCOA特別（学術集会）会計決算報告

期首残高			期末残高	
医師信用組合	普通預金	¥ 113,215		¥ 112,947
医師信用組合	定期預金	¥ 504,502		¥ 505,511
	なみはや銀行	¥ 1,072,974		¥ 1,258,295
	合 計	¥ 1,690,691		¥ 1,876,753

収 入		支 出	
前 期 繰 越 金	1,690,691	骨と関節の日行事	1,000,000
受 講 料	1,849,000	認 定 料	396,710
利 息	1,537	原 稿 料	242,800
		通 信 費	23,810
		事 務 費	1,155
		支 出 小 計	1,664,475
		次 期 繰 越 金	1,876,753
合 計	3,541,228	合 計	3,541,228

## 監 査 報 告 書

平成 11 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 12 年 4 月 5 日慎重に監査致しました処、適正に処理、管理された事を認めます。

平成 12 年 4 月 5 日

監 事 吉 田 正 和 印

監 事 伊 藤 成 幸 印

大阪臨床整形外科医会殿

### (Ⅲ) 平成 12 年度事業計画案

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

尚、本年度は、平成 13 年 6 月開催予定の JCOA 学会 (大阪) に向けて、その準備を進める。

#### 1. 組織の強化

- (1) JCOA 研修会、JCOA 学会、JCOA 近畿ブロック会等に積極的に参加し、JCOA 及び各ブロック都道府県との交流・協調・情報の交換・収集に務め、整形外科医の親睦と団結に貢献する。
- (2) 日本整形外科学会、その他の関係諸学会、日本医師会、大阪府医師会、大阪府医会連合、その他医療団体との連携を強化する。
- (3) 会員の権益擁護のため、理事会活動、各種委員会活動を活発に行う。
- (4) 未加入開業整形外科医の入会促進のために、積極的に勧誘活動を行う。

#### 2. 学術活動

- (1) 会員の生涯研修と自己啓発のため、日本整形外科学会認定医、同認定スポーツ医、同認定リウマチ医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計ると共に、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、公私病院との連携を密にし、生涯教育内容のさらなる充実と整形外科医療の進歩・発展に努力する。
- (3) 平成 12 年度も充実した OCOA 研修会を開催する。

※第 1～5 回の内容は別添資料参照

#### 3. 保健医療に関する諸問題の研究と対策

保健医療制度、診療報酬、審査、指導、老人保健 (医療) に関して研究と対策を行う。

#### 4. 医療周辺業種への対策

OCOA 委員会の意見を府医、JCOA、日整会、日医の各委員会へ反映させる。

#### 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. 労災保険、交通事故医療、医事紛争等に関する研修活動の強化。

#### 7. 広報・情報活動

- (1) 会報第 26 号発刊予定
- (2) OCOA 新会員名簿の作成
- (3) 会員アンケートの実施
- (4) 医療・保険情報の収集と伝達に、より一層努力する。
- (5) 「骨と関節の日」の PR と企画
- (6) OCOA シンボルマークの決定

#### 8. 福利・厚生活動

- (1) 第 16 回会員親睦旅行

平成 12 年 10～11 月頃を予定

詳細は協議・検討中

- (2) 会員親睦ゴルフコンペ

\* 第 31 回 平成 12 年 春季コンペ

\* 第 32 回 平成 12 年 秋季コンペ 詳細は協議・検討中

## (IV) 平成 12 年度 O C O A 会計収支予算案

### ①. O C O A 一般会計収支予算案

収 入		支 出	
会 費 (¥24,000×356)	8,544,000	J C O A 年 会 費 (¥15,000×356)	5,340,000
J C O A 入 会 費	100,000	J C O A 入 会 金	220,000
会 誌 広 告 収 入	900,000	事 務 費	20,000
寄 付 及 び 助 成 金	300,000	会 誌	2,000,000
利 息	5,000	通 信 費	350,000
前 期 繰 越 金	6,354,579	会 場 費	750,000
		交 通 費	200,000
		出 務 費	120,000
		総 会 費	800,000
		近 畿 ブ ロ ッ ク 会 議 費	130,000
		単 科 医 会 会 費	10,000
		慶 弔 費	50,000
		厚 生 費	450,000
		予 備 費	300,000
		支 出 小 計	10,920,000
		次 期 繰 越 金	5,283,579
合 計	16,203,579	合 計	16,203,579

### ②. O C O A 特別 (学術集会) 会計収支予算案

収 入		支 出	
受 講 料	1,800,000	骨 と 関 節 の 日 行 事	1,300,000
利 息	1,500	認 定 料	400,000
前 期 繰 越 金	1,876,753	原 稿 料	300,000
		通 信 ・ 事 務 費	25,000
		支 出 小 計	2,025,000
		次 期 繰 越 金	1,653,253
合 計	3,678,253	合 計	3,678,253

(参考資料)

## 平成12年度O C O A教育研修会日程

第1回(102回)研修会・総会講演 平成12年4月15日(土)

総合司会・座長：河合秀郎 理事 於：大正製薬ホール  
演題「腰椎椎間板ヘルニアに関する最近の話題」  
講師：和歌山県立医科大学 整形外科 教授 玉置 哲也 先生

第2回(103回)研修会 平成12年5月13日(土)

総合司会：広瀬一史 理事 於：ウェスティンホテル大阪  
演題「骨粗鬆症治療と骨強度」  
講師：山陰労災病院 関節整形外科 部長 岸本 英彰 先生  
座長：濱田理事  
演題「Rheumatoid Spondyloarthritis」  
講師：川崎医科大学 整形外科 教授 三河 義弘 先生  
座長：石井理事

第3回(104回)研修会 平成12年6月24日(土)

総合司会：西川正治 理事 於：大阪国際会議場  
演題「スポーツに伴う疲労骨折」  
講師：中京大学体育学部 教授(保健センター長) 清水 卓也 先生  
座長：長田理事  
演題「リウマチ膝の病変と治療」  
講師：藤田保健衛生大学 整形外科 教授 中川 研二 先生  
座長：早石理事

第4回(105回)研修会 平成12年7月15日(土)

総合司会： 於：ヒルトンホテル大阪  
演題「R Aの滑膜炎と軟骨破壊」  
講師：神戸大学 保健学科 教授 石川 斉 先生  
座長：堀木理事  
演題「R A治療におけるNSAID潰瘍の現況と治療戦略」  
講師：東京医科大学 第5内科 講師 溝上 裕士 先生  
座長：山本(光)理事

第5回(106回)研修会 平成12年8月26日(土)

第4回の司会・座長、及び第5回の詳細は後日案内の予定

## 平成 12 年度 O C O A 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  
 越智 隆弘 大阪大学 医学部  
 大学院医学系研究科・医工学治療学 教授  
 浜西 千秋 近畿大学 医学部 整形外科学 教授  
 山野 慶樹 大阪市立大学 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  
 関西医科大学 整形外科学 教授
- 名誉会長 越 宗 正
- 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  
 増原 建二
- 会 長 長 田 明
- 副会長 古賀 教一郎・早 石 雅 宥
- 理 事 天野 敬一・石井 正治・右近 良二・大橋 規男  
 甲斐 敏晴・河合 秀郎・河村 都容市・木佐貫 一成  
 栗本 一孝・黒田 晃司・越宗 正晃・小杉 豊治  
 小林 正之・小松 堅吾・五島 淳・坂本 徳成  
 沢田 出茂・松茂 人・柴田 辰男・首藤 三七郎  
 須藤 容章・瀬戸 信夫・孫 瑠権・反田 英之  
 新田 望・西川 正治・丹羽 権平・服部 良治  
 濱田 博朗・原田 稔・馬場 貞夫・広瀬 一史  
 福井 宏有・堀木 篤・前野 岳敏・松矢 浩司  
 三橋 二良・村上 白士・八幡 雅志・山本 哲  
 山本 光男・吉田 研二郎
- 監 査 伊藤 成幸・吉田 正和
- 議 長 松尾 澄正
- 副議長 佐藤 利行
- 裁定委員 原 卓司・廣谷 巖・藤原 孝義

会長 長田

論 説

柔道整復師の保健診療

O C O A 会長 長 田 明

<はじめに>

大阪社会保険事務局保険部保険医療課(旧大阪府福祉部社会保険管理課)に大阪府の柔道整復師の保険診療レセプト審査委員会があり、O C O A からは 2 名が参加している。メンバーは次のとおりである。

施術者代表 4 名

社団法人大阪柔道整復師会より 3 名

全国柔整師協会より 1 名

保険者代表 3 名

大阪社会保険事務局保険部

保険医療課(技官)より 1 名

大阪社会保険事務局保険部

国民健康保険課より 1 名

健康保険組合連合会より 1 名

学識経験者 3 名

毎月 1 回 2 時間の審査時間でありほんの一部を見ているにすぎない。また本審査委員会には社団法人大阪府柔道整復師会(以下社団と省略)のレセプトは提出されていない(審査委員は 3 人出ている)という不自然がある。社団のレセプトは社団内部で厳正に審査しているそうである。従って本審査委員会に出てくるレセプトは社団以外の団体及び個人契約をしている柔整師のものである。社団のレセプトも提出しないと不公平ではないか、と言うのだが今のところ内部審査を変更する様子はない。審査時間が短いので社団(組織率 50%弱)のものを全部持ってこられても何ともできないというのが現状である。審査方法を改善しなければと思うのだがなかなか思うようにはならない。

問題点をあげると

1. 後で詳しく説明するがいわゆる「受領委任払い」なので、患者さんが請求すべき



ものを患者さんに代わって柔整師が請求しているため、査定して減点ができない。

2. 内因性慢性疾患が疑われても傷害名の真偽を確かめることができない。
3. 病名ころがし(数ヶ月で病名がころころ変わる)であっても忠告以上のことはできない。
4. 6ヶ月以上など長期であっても医師に対診するように指導する以上のことはできない。(打撲、捻挫で普通は6ヶ月以上にもなることはないと考える)

勿論、医師のレセプトでも種々問題はあろうが、これは減点が可能である。目にあまるものがあっても査定できないのは何とも歯がゆいことである。

<柔整師の業務範囲>

柔道整復師法(昭和 45.4.14 法律 19)

第 15 条 医師である場合を除き、柔道整復師でなければ、業として柔道整復を行ってはならない。

第 16 条 柔道整復師は外科手術を行い、又は薬品を投与し、若しくはその指示をする等の行為をしてはならない。

第 17 条 柔道整復師は、医師の同意を得た場合のほか、脱臼又は骨折の患部に施術を

## OCOA各種委員会

(順不同)

### (1) OCOA医療周辺問題検討プロジェクト (長田)

八幡雅志、村上白土、堀木 篤、三橋二良、瀬戸信夫、河合秀郎、  
丹羽権平、河村都容市、広瀬一史、石井正治、沢田 出、服部良治、  
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥

### (2) OCOA社会保険等検討委員会 (天野)

越宗正晃、栗本一孝、吉中正好、孫 瑠権、天野敬一、甲斐敏晴、  
楠 正敬、茂松茂人  
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥  
アドバイザー：反田英之、村上白土、堀木 篤、三橋二良、服部良治

### (3) OCOA医業経営委員会 (首藤)

河合秀郎、山本光男、福井宏有、馬場貞夫、首藤三七郎、小松堅吾  
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥

### (4) OCOA介護保険等対策委員会 (甲斐)

甲斐敏晴、松矢浩司、河合秀郎、福井宏有、孫 瑠権、前野岳敏、  
茂松茂人、堀木 篤、黒田晃司  
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥

### (5) OCOA病院部会 (島田、中村(薫)、牧)

河合秀郎、首藤三七郎、山本光男、芥川博紀、越宗正晃、吉川秀明、  
渡辺 優

### (6) OCOA会誌編纂委員会 (丹羽)

瀬戸信夫、丹羽権平、須藤容章、前野岳敏、小松建次、山本 哲  
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎

### (7) OCOA特別委員会

- \* JCOA学会 (大阪) プロジェクト委員会 (小松)
- \* 「骨と関節の日」行事委員会 (早石)

## 柔道整復師の保健診療

O C O A 会 長 長 田 明

## 〈はじめに〉

大阪社会保険事務局保険部保険医療課（旧大阪府福祉部社会保険管理課）に大阪府の柔道整復師の保険診療レセプト審査委員会があり、O C O Aからは2名が参加している。メンバーは次のとおりである。

施術者代表 4名

社団法人大阪柔道整復師会より3名

全国柔整師協会より1名

保険者代表 3名

大阪社会保険事務局保険部

保険医療課（技官）より1名

大阪社会保険事務局保険部

国民健康保険課より1名

健康保険組合連合会より1名

学識経験者 3名

毎月1回2時間の審査時間でありほんの一部を見ているにすぎない。また本審査委員会には社団法人大阪府柔道整復師会（以下社団と省略）のレセプトは提出されていない（審査委員は3人出ている）という不自然がある。社団のレセプトは社団内部で厳正に審査しているそうである。従って本審査委員会に出てくるレセプトは社団以外の団体及び個人契約をしている柔整師のものである。社団のレセプトも提出しないと不公平ではないか、と言うのだが今のところ内部審査を変更する様子はない。審査時間が短いので社団（組織率50%弱）のものを全部持ってこられても何ともできないというのが現状である。審査方法を改善しなければと思うのだがなかなか思うようにはならない。

## 問題点をあげると

1. 後で詳しく説明するがいわゆる「受領委任払い」なので、患者さんが請求すべき



ものを患者さんに代わって柔整師が請求しているの、査定して減点ができない。

2. 内因性慢性疾患が疑われても傷害名の真偽を確かめることができない。
3. 病名ころがし（数ヶ月で病名がころころ変わる）であっても忠告以上のことはできない。
4. 6ヶ月以上など長期であっても医師に対診するように指導する以上のことはできない。（打撲、捻挫で普通は6ヶ月以上にもなることはないと考える）

勿論、医師のレセプトでも種々問題はあろうが、これは減点が可能である。目にあまるものがあっても査定できないのは何とも歯がゆいことである。

## 〈柔整師の業務範囲〉

柔道整復師法（昭和45.4.14 法律19）

第15条 医師である場合を除き、柔道整復師でなければ、業として柔道整復を行ってはならない。

第16条 柔道整復師は外科手術を行い、又は薬品を投与し、若しくはその指示をする等の行為をしてはならない。

第17条 柔道整復師は、医師の同意を得た場合のほか、脱臼又は骨折の患部に施術を

## OCOA各種委員会

(順不同)

### (1) OCOA医療周辺問題検討プロジェクト (長田)

八幡雅志、村上白土、堀木 篤、三橋二良、瀬戸信夫、河合秀郎、  
丹羽権平、河村都容市、広瀬一史、石井正治、沢田 出、服部良治、  
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥

### (2) OCOA社会保険等検討委員会 (天野)

越宗正晃、栗本一孝、吉中正好、孫 瑠権、天野敬一、甲斐敏晴、  
楠 正敬、茂松茂人  
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥  
アドバイザー：反田英之、村上白土、堀木 篤、三橋二良、服部良治

### (3) OCOA医業経営委員会 (首藤)

河合秀郎、山本光男、福井宏有、馬場貞夫、首藤三七郎、小松堅吾  
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥

### (4) OCOA介護保険等対策委員会 (甲斐)

甲斐敏晴、松矢浩司、河合秀郎、福井宏有、孫 瑠権、前野岳敏、  
茂松茂人、堀木 篤、黒田晃司  
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎、早石雅宥

### (5) OCOA病院部会 (島田、中村(薫)、牧)

河合秀郎、首藤三七郎、山本光男、芥川博紀、越宗正晃、吉川秀明、  
渡辺 優

### (6) OCOA会誌編纂委員会 (丹羽)

瀬戸信夫、丹羽権平、須藤容章、前野岳敏、小松建次、山本 哲  
オブザーバー：長田 明、古賀教一郎

### (7) OCOA特別委員会

- \* JCOA学会 (大阪) プロジェクト委員会 (小松)
- \* 「骨と関節の日」行事委員会 (早石)

## 柔道整復師の保健診療

O C O A 会 長 長 田 明

## 〈はじめに〉

大阪社会保険事務局保険部保険医療課（旧大阪府福祉部社会保険管理課）に大阪府の柔道整復師の保険診療レセプト審査委員会があり、O C O Aからは2名が参加している。メンバーは次のとおりである。

施術者代表 4名

社団法人大阪柔道整復師会より3名

全国柔整師協会より1名

保険者代表 3名

大阪社会保険事務局保険部

保険医療課（技官）より1名

大阪社会保険事務局保険部

国民健康保険課より1名

健康保険組合連合会より1名

学識経験者 3名

毎月1回2時間の審査時間でありほんの一部を見ているにすぎない。また本審査委員会には社団法人大阪府柔道整復師会（以下社団と省略）のレセプトは提出されていない（審査委員は3人出ている）という不自然がある。社団のレセプトは社団内部で厳正に審査しているそうである。従って本審査委員会に出てくるレセプトは社団以外の団体及び個人契約をしている柔整師のものである。社団のレセプトも提出しないと不公平ではないか、と言うのだが今のところ内部審査を変更する様子はない。審査時間が短いので社団（組織率50%弱）のものを全部持ってこられても何ともできないというのが現状である。審査方法を改善しなければと思うのだがなかなか思うようにはならない。

## 問題点をあげると

1. 後で詳しく説明するがいわゆる「受領委任払い」なので、患者さんが請求すべき



ものを患者さんに代わって柔整師が請求しているので、査定して減点ができない。

2. 内因性慢性疾患が疑われても傷害名の真偽を確かめることができない。
3. 病名ころがし（数ヶ月で病名がころころ変わる）であっても忠告以上のことはできない。
4. 6ヶ月以上など長期であっても医師に対診するように指導する以上のことはできない。（打撲、捻挫で普通は6ヶ月以上にもなることはないと考える）

勿論、医師のレセプトでも種々問題はあろうが、これは減点が可能である。目にあまるものがあっても査定できないのは何とも歯がゆいことである。

## 〈柔整師の業務範囲〉

柔道整復師法（昭和45.4.14 法律19）

**第15条** 医師である場合を除き、柔道整復師でなければ、業として柔道整復を行ってはならない。

**第16条** 柔道整復師は外科手術を行い、又は薬品を投与し、若しくはその指示をする等の行為をしてはならない。

**第17条** 柔道整復師は、医師の同意を得た場合のほか、脱臼又は骨折の患部に施術を

してはならない。ただし、応急手当をする場合は、この限りでない。

第15条の「柔道整復を行ってはならない」という「柔道整復」とは一体何なのか？これは医師法第17条の「医師でなければ医業をなしてはならない」という条文の「医業」が明文化されていないのと同じく、柔道整復という業務範囲についてはこれまた明文化されていない。

そこで判例や通達から柔道整復師の業務範囲をまとめてみると、柔道整復師は外科的手段、薬品を使用しないで、主として打撲、捻挫等の比較的軽度の身体障害にたいして施術をすることが容認されており、脱臼、骨折については応急手当を除いては医師の同意を必要とすることになる。従って、腰痛症、頸腕症候群、関節炎、退行性変化に対する施術は業務範囲外と考えられる。

また、医師の同意については次のような判決がある。

#### 昭和57年3月30日長野地裁判決文

「同意を与える医師としては、原則として自ら直接診察のうえ、負傷の程度、担当する柔整師の設備、施術の方法など諸般の事情を勘案の上、医師の治療によらなくても、柔整師の施術により治癒可能な場合に同意すべきであり、同意すべきでない患者の施術について、過失によって同意を与え、それによって損害を生じた場合には、損害賠償の義務を負担するといふべきである。被告医師は、右同意は電話で足りる旨主張するが、電話では医師において患者の症状を適切に把握できると限らず、患者に医学的治療の機会を与える方の趣旨を没却するもので、右主張は採用できない」

この判決文を要約すると、医師は自ら直接患者を診察し、負傷の程度を診断した上で、更に柔整師の設備、施術方法などを十分承知した上でなければ同意はできないことになる。従って、これらの諸事情を十分に考えずに同意を与えた場合、何らかの事故があれば同意

を与えた医師が処罰の対象となるので、安易に同意を与えることは甚だ危険であるということを経験すべきである。

#### ＜保険請求について＞

では柔整師はどのようにして施術費を保険請求しているのだろうか？

被保険者が柔整師の施術をうけた場合の費用は、療養費として保険より支払われるが、本来いわゆる療養費払いが原則となっている。これは医師が装具等を処方した際に、被保険者が装具制作者へ一度現金を支払い、あとでその支払額を証明できる書類を添付した申請書を保険者に提出して療養費を受け取る場合と同じである。つまり患者さんは柔整師に一旦現金を支払い、しかる後に保険者に申請して支払った代金を返却してもらうのである。しかしこれは原則であり、現実はそのようではない。柔整師の施術に要した費用については、保険者（都道府県知事、健康保険組合）と都道府県柔整師会との間でとり行われている協定に基づき、被保険者は施術者に対し直接現金を支払う代わりに、被保険者が受けるべき療養費の受領を施術者に委任する取り扱いが従来から一般的に行われている。これを「療養費の受領委任払い」という。もっと簡単に説明すると、患者さんは施術費用の自己負担分（1～3割）を柔整師に支払い、残りの施術費は柔整師が直接保険者に請求して受け取ることになる。つまり医療機関と全く同じ状態である。ただ異なるのは受領委任のため患者さんは請求レセプトの施術内容を確認した上で所定欄に署名しなければならない。しかし、実際は施術内容をいちいち見ている患者さんはいないと思われる。以前は署名押印が必要であったが、大阪府では昨年より押印は省略された。というのも同一筆跡の署名で三文判の押印というレセプトが続出したためである。またこの「受領委任払い」は大阪府の場合、社団法人日本柔道整復師会の下部組織である社団法人大阪府柔道整復師会（組織率

50%弱)を始めとして多数の団体(会員数人というのものもある)がそれぞれ保険者と契約しており、個人契約も可能であるので全く統制がとれていないというのが現状である。他府県でも同じ状態であると思われる。

#### <会計検査院の報告から>

中島隆会計検査院長より大内啓吾厚生大臣あてに柔道整復師の施術に係る療養費の支給について、会計検査院法第34条の規定により、是正改善の処置が要求された(5険第480号、平成5年12月3日)。

指摘の要旨は「柔整師の施術に係る療養費について、架空請求や付贈し請求をしたり、支給の対象とならない患者(慢性疾患)を施術の対象として請求したりしている。算定基準の改正や審査体制を整備するなどの処置を執る必要がある」というものである。具体的には、内因性の慢性疾患に施術を行っているもの69.1%、負傷部位3部位以上の患者が全体の50%以上となっている施術所が23.4%、殆どの患者について負傷部位を1月2月または3月ごとに定期的に変更して療養費を請求している施術所が29.7%等である。

これに対して厚生省では平成6年中に保険者等に対して療養費支給の適正化について周知を図るとともに、多部位、長期間にわたる施術については算定基準の改正を行った。そして、平成8年には療養費請求の一層の適正化を図るため、算定部位に上限を設けるなど審査基準の明確化を図った。(注:柔整師は各部位ごとにそれぞれ算定し請求できるが、現在、3部位目より減減される。5部位まで算定できる。)

しかし、5部位請求、長期間にわたる請求があとを絶たないのが現状である。また、負傷名の「ころがし」がみられ、3~4月で1~2カ所が治癒すると、翌月は他の1~2カ所が負傷ということになって追加されてくる。勿論、このようなレセプトばかりでなくまじめにしっかりと施術をしている施術所もある

ということ、柔整師の名誉のために銘記しておく。

#### <東京新聞の記事と厚生省の動き>

東京新聞が平成11年6月29日より8月6日迄、11回にわたって連続で柔整師の不正を取材した記事を掲載した。詳しくはJCOA会誌の医療周辺問題の特集号にコピーが掲載されているはずである。さすがの厚生省も重い腰を上げ、平成11年10月20日に都道府県知事あてに厚生省保険局長名で通知を出した。内容は柔整師の施術に係る療養費の適正な制度運営をより一層図るためということになっている。その中に「柔整師レセプト審査委員会の設置及び指導監査」という項目があり、原則として平成12年1月1日迄に行うことになっているが、現在のところ通知に基づいて新たに委員会が設置され活動を開始した都道府県はないようである。放置すればいつまでも進展しない可能性が大である。

大阪の場合も旧態のままの審査体制で何ら進展はない。厚生省がいくら通知を出しても予算がつかないと審査委員を増やすこともできなければ、調査する人件費も出ないというのが台所の事情であろう。しかし問題点の最たるものは査定する根拠を調査できないということではなかろうか。

以前、JCOAの医療システム委員会が各県代表者に柔整師のレセプト審査に関するアンケートを送って集計をしたが、殆どの府県に審査会なるものはあるとの回答を得ている。しかし、この審査会なるものは医師のレセプト審査会とは似て非なるものであり、名ばかりで全く機能していないというのが現状であろう。

#### <おわりに>

健康保険組合連合会静岡連合会では柔整師の療養費適正化対策として平成10年12月から平成11年2月までの3ヶ月間にわたり、連合会傘下の53組合が歩調を合わせて被保険

者及びその家族に対して「柔整施術をうける  
ときの心得」を周知徹底するとともに往復ハ  
ガキ等により受療状況を調査し、さらに必要  
に応じて面談又は電話にて確認をとった。そ  
の結果、前年度と件数、金額を比較したとこ  
ろ件数で5.6%減少し、支給金額で11%減  
少したという。健保組合によっては14%、  
15%減少した所もあるという。静岡県より資  
料を入手してこれをOCHAより健康保険組  
合連合会大阪連合会、旧大阪府福祉部保険指  
導課及び大阪府国民健康保険団体連合会に送  
付したがその後のことは判らない。

現在、柔道整復師養成施設は全国で15校  
定員1,170名であり、今年開校が決定してい

るのが13校定員1,050名である。従って合  
計28校定員2,220名となる。聞くところによ  
ると、さらに10校が申請し許可されている  
が教授陣が整備できず未だ開校できずにい  
るらしい。行政はなにを考えているのか理解  
に苦しむところである。この点に関しては柔  
道整復師会も大いに苦慮しているようである。

最後になったが、私は柔道整復師をなにも  
否定しているわけではない。柔整師法に則っ  
て業務範囲をしっかりと守り、良識ある保険  
施術をしていただきたいと思っている。でな  
ければ、真面目にやっている柔整師の方達が  
たいへん迷惑されることになるであろう。

---

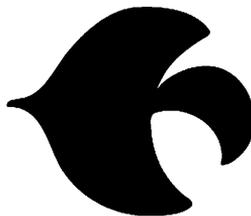
## 摂津市

市章制定

昭和41年11月1日

市章の意味

大空へはばたく野鳥を象徴するとともに、また一面摂津市の「セ」の字を図案化したものである。大きく飛躍する市の発展を表象しながら、野鳥が自然の緑を求めるところから、静かで平和な環境のよい市の未来を象徴している。





## 平成 11 年度「骨と関節の日」行事の報告

担当副会長 小松 堅 吾

日整会が 10 月 8 日を「骨と関節の日」と決めて 7 年目になります。毎年、日整会と JCOA による記者会見をはじめ、全国各地で PR と啓蒙行事が催されて参りました。

整形外科を、社会に正しく認識してもらうための活動は、整形外科医が患者さんと接する日常の診療を通じ努力する事が、求められる本来の姿と考えます。しかし、残念ながら柔道整復、指圧、鍼灸、整体等と似たようなものと見なされている事実も否定出来ないのが現状です。

平成 12 年度には医業周辺業種関係の大学学部と専門学校などの新設申請が特に多く、その定員増の総数は 1,205 名とされております。現在でさえ、医業周辺業種の進出は目に余るものがあり、整形外科にとって脅威となっております。そのためにも整形外科を正しく理解して貰うための努力が一段と求められます。

OCO A では、例年会員先生方のご協力をえて、マスコミとのタイアップによる講演会シンポジウム、座談会およびその内容を新聞一頁に啓蒙記事として掲載する他、PR ポスターの掲示、会員による電話相談の実施など各種の事業を積極的に実施して参りました。一朝一夕に性急な結果を期待出来ないものの今後とも根気強く事業を継続する方針です。

下記に平成 11 年度の事業についてご報告致します。

### <各行事の報告>

#### (1) 講演とシンポジウムの開催

\* 月日：平成 11 年 8 月 28 日 (土)

午後 1 : 30 ~ 4 : 30

\* 会場：毎日新聞社・オーバルホール



\* 主催：大阪臨床整形外科医会・毎日新聞社

\* 後援：大阪府、大阪市、大阪府医師会、日整会、JCOA

\* テーマ：「肩こり」

ーちゃんと治そう、考えようー

\* 来場者：458 名 (満席)

\* 主催者挨拶：OCO A 三橋 二良 会長

\* 講師・パネリスト：

大阪医科大学 名誉教授 小野村 敏信 先生

大阪体育大学 教授 廣橋 賢次 先生

\* コーディネーター：

毎日新聞社 編集部長 福永 勝也 氏

#### (2) 毎日新聞に啓蒙記事の掲載

\* 10 月 8 日「骨と関節の日」に講演とシンポジウムの内容を掲載

(大阪版・朝刊、一頁分)

\* 会員ご協賛の名刺広告：61 件

#### (3) 医療電話相談の実施

\* 10 月 9 日 (土) 午後 1 : 30 ~ 4 : 30

\* 府下 4 ヶ所にて実施

茂松、原田(稔)、右近、広瀬(一) 各先生

\* 件数：35 件 (男性 10 名、女性 25 名)

(昨年：府下延べ 10 ヶ所で 107 件)

## ＜まとめ＞

**講演とシンポ：**会場は満員の盛況。小野村先生は、主に整形外科の立場から疾病としての「肩こり」を、廣橋先生は、動物の進化の過程でヒトの頸肩部筋力がひ弱になった話と筋トレについてそれぞれ解説され、コーディネーターの福永氏がユーモラスに質疑応答を進行され楽しいシンポであった。

**啓蒙記事の掲載：**毎日新聞の近畿都市部の購読者数は110万部、昨今はこの種の記事がかなり読まれており、電話相談も新聞記事を読んだ人からが圧倒的に多い。今年、読売と産経新聞からの企画申込もあったが複数のマスコミに啓蒙記事を掲載する事など、本会の財務上到底許されない。

**ポスターの掲示：**昨年は、JCOAの優秀作品賞を得たが、本年はシンポのPRが主眼のため文字が多すぎ期待はしていなかった。

**医療電話相談：**昨年の府下10ヶ所に対し本

年は4ヶ所で実施。件数は約1/3に減少。テーマと実施数にも影響された可能性は考えられるが、昨年度は担当者の電話が市内局番が多く、電話も鳴り続けたと言う。本年度は市外局番が多く、相談依頼者も多少敬遠した傾向があった。市内局番の原田先生がお一人多忙だった事から、思い過ぎしの誹を受けるかも知れないが、厳しい大阪人の一面を垣間見た思いがする。

新聞記事掲載の部分で触れた様に、この種の行事は費用負担が極めて大きい。会員先生方から厚意のご協賛を頂いたり、マスコミの協力もあって比較的支出を抑制出来てはいるが、OCCAが過去に経費節減で蓄えてきた剰余金を次第に食い潰す事態も予想される。今後、事業と費用負担は検討すべき課題として、執行部のみならず会員先生方のお知恵をお借りする必要があると思う。

## 吹 田 市

市章制定

昭和15年8月10日

市章の意味

「吹」と「田」の字を組み合わせて図案化したもので、「吹」の字は平和の象徴「はと」を型どり、円内の交差する四つの線は「田」を表す。周囲は花卉を描いて平和に発展することを象徴している。



## 骨と関節の日 シンポジウム

「実は、肩こりで困っています」という  
中高年の方も多いことでしょう。  
会社で、家庭で、暮らしの中で、「肩こり」は、  
かなりの割合を占めます。  
日常的なものだからと軽く考えがちですが、  
原因と症状は多岐にわたります。  
今回のシンポジウムでは、  
整形外科の立場とスポーツの観点から  
原因と予防、そして治療について  
わかりやすく解説します。

### パネリスト

大阪医科大学名誉教授  
小野村 敏信氏



大阪体育大学教授  
廣橋 賢次氏



### コーディネーター



毎日新聞大阪本社編集部長  
福永 勝也

ご入場ご希望の方は

はがきに、郵便番号、住所、氏名、年齢、職業、電話番号と  
参加人数を記入し、質問事項などがあればお書き添えの  
うえ、(質問等の個々へのご返答はいたしません)  
8月10日(火)(必着)までに下記へお送りください。  
FAXでも受付ます。

#### 〈あて先〉

〒530-8030 大阪中央郵便局私書箱321号  
毎日新聞社「骨と関節の日シンポジウム」係  
(FAX06-6346-8665)

応募者の中から抽選の上500名様に随時券をお送りします。  
お問い合わせは ☎06-6346-8662  
(土・日・祝を除く)

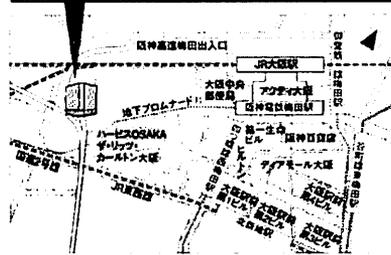
◆日時／平成11年8月28日(土)午後1時30分～4時  
◆場所／オーバルホール(毎日新聞ビル地下1階)

入場無料

# 肩こり

ちやんと治そう、考えよう。

### 会場／毎日新聞ビルB1 オーバルホール



- JR大阪駅桜橋口から徒歩10分
- 地下鉄西梅田駅から徒歩10分

主催／大阪臨床整形外科医会・毎日新聞社

後援／大阪府・大阪市・大阪府医師会・日本整形科学会・日本臨床整形外科医会

日本臨床整形外科医会ホームページに一般向け「健康相談コーナー」を設けております。  
整形外科医療に関する質問や相談にご利用ください。

ホームページアドレス  
<http://www.jcoa.gr.jp/>



大塚体育大教授 廣橋 賢次さん

「肩をよよく動かすのが基本」

### 肩をよよく動かすのが基本

「肩をよよく動かすのが基本」



大阪医科大学教授 小野村敏信さん

## 肩こりーちゃんと治そう考えよう

きょうは骨と関節の日記念シンポジウム

# 対症療法より日常の鍛錬

「肩をよよく動かすのが基本」



骨と関節の日 記念シンポジウムで聴衆について熱心に聞き入る人たち。毎日新聞記者（左）も参加。

規則正しく気合を入れて

「肩をよよく動かすのが基本」

## 整形外科医に相談も一案

「肩をよよく動かすのが基本」



福水 勝也

薬に依存しない

「肩をよよく動かすのが基本」

あす午後 電話相談

**10月8日は「骨と関節の日」です。大阪臨床整形外科医会 日本整形外科学会 日本臨床整形外科医会**

骨と関節の健康を考えましょう

谷本病院 Ogihara Hospital	水田整形外科 Mizuta Orthopedic Clinic	中山医院 Nakayama Hospital	阪本整形外科 Itakura Orthopedic Clinic	行岡病院 Yukigaki Hospital	堀木整形外科 Horiyoshi Orthopedic Clinic	小形整形外科 Kobayashi Orthopedic Clinic	松天整形外科 Matsuten Orthopedic Clinic	村上整形外科 Murakami Orthopedic Clinic	豊外科整形外科 Toyosaka Orthopedic Clinic	伊藤外科整形外科 Ito Orthopedic Clinic	金井整形外科 Kanai Orthopedic Clinic	福井整形外科 Fukui Orthopedic Clinic	浜田整形外科 Hamada Orthopedic Clinic	大阪市内 Osaka City	早石病院 Hayashi Hospital	石井整形外科 Ishii Orthopedic Clinic
茂松整形外科 Shigematsu Orthopedic Clinic	小松整形外科医院 Komatsu Orthopedic Hospital	原外科 Hara Orthopedic Clinic	阪部整形外科 Sakabe Orthopedic Clinic	吉野整形外科 Yoshino Orthopedic Clinic	大塚北部地区 Otsuka North Area	平山整形外科 Hirayama Orthopedic Clinic	青洲会診療所 Aomori Ken Kaikan	天野整形外科 Ameno Orthopedic Clinic	三橋医院 Mitsuhashi Hospital	盛浜整形外科病院 Morikawa Orthopedic Hospital	森整形外科 Mori Orthopedic Clinic	福井整形外科 Fukui Orthopedic Clinic	谷沢整形外科 Tanizawa Orthopedic Clinic	大阪北部地区 Osaka North Area	石井整形外科 Ishii Orthopedic Clinic	石井整形外科 Ishii Orthopedic Clinic
古坂整形外科 Furukawa Orthopedic Clinic	原田整形外科 Harada Orthopedic Clinic	佐々木整形外科 Sasaki Orthopedic Clinic	永山病院 Nagayama Hospital	星光病院 Hoshikou Hospital	大阪南部地区 Osaka South Area	近畿大学医学部 Kansai University School of Medicine	近畿大学医学部 Kansai University School of Medicine	五洲クリニック Goshu Clinic	阪本医院 Sakamoto Hospital	阪本医院 Sakamoto Hospital	阪本医院 Sakamoto Hospital	阪本医院 Sakamoto Hospital	阪本医院 Sakamoto Hospital	大阪南部地区 Osaka South Area	増田整形外科 Masuda Orthopedic Clinic	増田整形外科 Masuda Orthopedic Clinic

大阪臨床整形  
外科医会有志

## 「第14回JCOA学会・大阪」のご案内

学会成功のため、OCCOA全会員のご参加を!!

学会会長 堀 木 篤  
 実行委員長 小 松 堅 吾

標記 第14回JCOA学会(日本臨床整形外科医会学術集会)の大阪開催が一昨年JCOAで決定されました。その決定をうけOCCOA理事会では早速「プロジェクト委員会」を設け、昨年来すでに5回の準備委員会を通じ、着々と準備作業を推進中でありますテーマの選定、開催日と会場の決定、実行委員会の役割分担、事業推進のタイムスケジュールの決定、その他種々の課題について対応を協議・検討しております。

OCCOAは東京と並び360名の多数会員を擁する組織であります。員数が学会の成功に必ずしも直結はしませんが、臨床整形外科医会としての有意義で立派な学会を開催するに当り大きな力、後ろ盾となる事を信じております。

毎月開催致しております「OCCOA研修会」にも、概ね200名を越える会員先生方のご出席を頂き感謝しております。来る「第14回JCOA学会・大阪」を成功に導くため会員先生方に格別のご協力をお願い申し上げます。9月初旬に送付予定のJCOA学会「予備登録」には他のご予定など万障お繰り合わせの上「出席」の御申込を切にお願い致します。下記に、現時点に於ける第14回JCOA学会の概要についてご案内致します。

なお、会場となる新設の大阪国際会議場は内容、景観とも一見の価値が有ります。

(文責 小松)

### 「第14回JCOA学会・大阪」等の日程と会場

主催：大阪臨床整形外科医会(OCCOA)  
 日本臨床整形外科医会(JCOA)

#### (1) JCOA代議員会、総会

\*日時：平成13年6月16日(土)



午後 16:00 ~ 18:00

\*会場：大阪国際会議場・特別会議室  
 (所在地、大阪市北区中之島5、TEL 06-4803-5555)

#### (2) 懇親会

\*日時：平成13年6月16日(土)

午後 18:00 ~ 20:30

\*会場：リーガロイヤルホテル(会議場隣接)

#### (3) 第14回JCOA学会・大阪

\*日時：平成13年6月17日(日)

午前 8:30 ~ 午後 3:30

\*会場：大阪国際会議場・10階

#### (4) 学術・医療展示(学会と同じ10階)

\*日時：平成13年6月17日(日)

午前 8:30 ~ 午後 3:30

#### (5) 学会本部、控え室、ドリンクコーナー

その他…会議場同一階に準備

#### (6) 学会当日の昼食(学会費用に含む)

\*隣接リーガロイヤルホテルに予定

### 第14回JCOA学会・大阪のテーマ

#### <パネルI>いわゆる五十肩について

座長 小杉豊治

近年、エコー、MRIによる診断技術の進歩や鏡視下手術の知見により、腱板損傷をはじめとして、種々の肩関節疾患の病態や治療が明らかにされてきているが、日常診療でよく扱う五十肩については、その本態が明らか

にされたとは言い難く、また治療に難渋することも少なくない。

主治医により、患者への説明や治療が様々であるのも事実である。五十肩を色々な角度から検討し、臨床的な整理が出来れば有意義であると考えてパネルに取り上げた。

#### <パネルⅡ>診療情報提供に関する諸問題

座長 三橋二良

情報公開は社会において一つの波であり、医療界も避けて通れないと考えられる。日常診療でのインフォームドコンセントのあり方と工夫、さらにカルテの開示に伴う諸問題、例えばカルテの書き方についても検討すべき点があると考えられる。さらに診診連携、病

診連携での問題点、電子カルテの有用性など、幅広く検討する目的でパネルに取り上げた。

#### <学術展示発表のテーマ>

- (1) 紹介したい私の治療法と工夫
- (2) 私の外来診療における「ちょっとしたコツ」

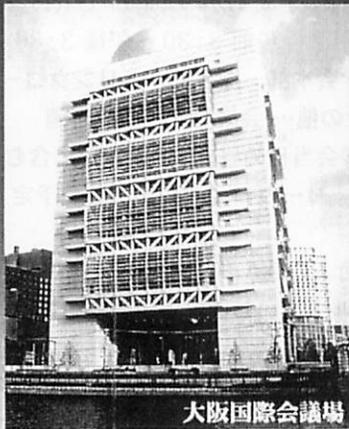
\*パネルⅠ、Ⅱおよび学術展示等の発表は予備登録時に会員から「公募」する。

\*発表の申込は、全てを網羅するのではなく診断、検査、治療の一分野など大歓迎。

\*先生方の積極的参加に期待しております

写真は6月11日JCOA学会・宮城において大阪のPRに使用

#### 第14回 JCOA学会(大阪)



ぜひ、  
大阪へお越し下さい…。

## 介護保険に関するアンケート結果

O C O A 介護保険等対策委員会 堀 木 篤

平成 11 年 10 月介護保険に関するアンケートを O C O A 会員を対象におこないました。その結果を報告いたします。（表 1）（表 2）

表 1 アンケート

**大阪臨床整形外科医会会員数 356 回答 200（回答率 56 %）**

### アンケート

（□にレを入れて下さい。）

(1) 診療形態についてお尋ねします。

□病院（ 床）、□有床診療所（ 床）、□無床診療所  
21                      10                      169

(2) 標榜診療科目についてお尋ねします。

□整形外科、□リハビリテーション科、□リウマチ科、□理学診療科、  
 □その他（                      ）

(3) 介護保険適用サービスについてお尋ねします。

□施設介護を行う。                      …… 15  
     □指定介護福祉施設（特養老人ホーム）                      3  
     □介護老人保健施設（老人保健施設）                      6  
     □指定介護療養型医療施設（療養型病床群）                      9  
     □その他（                      ）                      1  
 □在宅介護サービスを行う。                      …… 32  
 □現在予定無し                      …… 172

病院	有床	無床
13	1	1
1	1	1
6		
9		
1		
9	1	22
8	8	146
6	1	25
13	9	144
6	5	58
15	5	111
20	10	162
1	0	7

(4) 介護支援専門員についてお尋ねします。

□資格あり。                      …… 32  
 □資格なし。                      …… 168

(5) 介護認定審査会についてお尋ねします。

□委員である。                      …… 69  
 □委員でない。                      …… 131

(6) かかりつけ医の意見書についてお尋ねします。

□知っている。                      …… 192  
 □知らない。                      …… 8

(7) 委員会について御要望があればお知らせ下さい。

地区医師会名  
 お名前  
 年齢

御協力ありがとうございました。

表 2

## 委員会について要望

- 介護保険制度の問題点を会員に充分知らせてほしい  
身体障害者法による行政サービスとの兼合いは？
- 病院が訪問看護をすると、医師会の唱えている病診連携に水をさすことにならないか心配です。
- 意見書について主治医の教育が非常に必要です
- 勉強会を開催してほしい 要点をまとめ会員に知らせてほしい  
審査委員会に出たが、調査、主治医意見書も極めてずさんである  
審査員は是非整形外科医が入るべきである
- 介護看護であり民間医療のレベルであり 医療としての部分が少ない
- 法人に属していない医師、看護婦、従業員が基本調査、ケアプランの作成に参加できるようにしてほしい 介護支援専門員の資格が生かされないから
- 会員個々の遭遇した介護保険申請症例についての疑問、難問にアドバイスを頂けるようにしてほしい
- 異業種の介護保険制度への参入状況及びそれによる医療機関への影響等について
- 介護報酬とその請求方法 従来の健保診療との区分（どこからが介護保険に組み入れられるのか）等 現時点で不明な部分が多いようです  
制度の内容が確定しましたら一度 主に開業医を対象にした勉強会をひらいて下さい
- 主治医意見書について、整形外科医サイドで何か特に問題があれば会員にPRしてほしい

## 第12回JCOA学会(福岡)に参加して

OCCOA理事 堀 木 篤

第12回JCOA学会は、平成11年6月20日福岡県臨床整形外科医会が担当となって、福岡市の福岡国際ホールで開催された。会長は光安元夫先生であった。前日総会に引きつづき福岡国際ホールで懇親会が開催された。九州ならではの新鮮な魚介類を頂き、アトラクションのバナナの叩き売りでは声につられて人だかり、アッという間に売り切れた。また会場入り口のロビーでの博多ラーメンは人気で行列が出来ていた。

翌日の学会は福岡市エルガーホールで行われた。光安会長の開会挨拶、安部理事長の祝辞につづいて8時40分から、パネルI「上肢外傷に対する私の治療法」が小島哲夫座長のもと始められた。8人のパネリストがそれぞれ得意分野で発表した。

**(1) 指切断の治療－再接着術と指再建術**

(吉村光生先生)

切断指281指の経験をもとに発表、うち切断指再接着86指の生着率100%は非常に素晴らしいもので、その他爪皮弁法、足趾移植についても整容的にも満足すべきものであるとの報告であった。無床診療所であるので連携病院へ転医入院のルートを確認して術後の安全を期しているとのことである。

**(2) 指尖・指腹部損傷に対する逆行性指動脈皮弁による治療経験** (牧野睦生先生)

28指におこない全例良好な指尖形態と知覚回復が得られたとの報告であった。

**(3) 外傷欠損指に対する造指法**

(坂本博志先生)

術後ショックとなり心停止に陥った1例を紹介した。術前に患者が食事をしていたため



full stomachとなり、これが原因となり引き金になったのではないかと推測した。無事回復して事無きを得たが、開業医にとってはショックな事件であったと推察する。

**(4) 手指屈筋腱損傷に対する私の治療法**

(麻生邦一先生)

腱損傷の治療は機能に直結するので難しい。縫合法、腱鞘の再建、術後の早期運動など工夫をこらした治療法を紹介した。術後4～5週間入院させ充分チェックすることが大切とのことである。

**(5) 手指PIP側副靭帯損傷の手術的療法**

(赤堀 治先生)

屍体指の実験結果から損傷程度を判定し手術適応とした。すなわち20°以上のtiltingと共にslidingのあるものを手術し良好な結果を得た。

**(6) 指の骨折について**

(石黒 隆先生、橋爪信晴先生)

指の基節骨骨折に対してMP関節屈曲位でソフトキャストで固定し早期運動をさせ良好な結果を得た。また骨折を伴ったマレット指に対しての石黒法を紹介した。

### (7) 舟状骨骨折に対する観血的治療の実際

(貝田英二先生)

小切開によるHerbert screw固定法の成績を報告した。Type A (新鮮安定型) では98%、Type B (新鮮不安定型) では92%、Type C (遷延治癒型) では80%の骨癒合を得た。

### (8) 75歳以上の高齢者の橈骨遠位端骨折の手術療法

(藤野圭司先生)

骨折を単純型と粉碎型に分け粉碎型に対して観血的修復後骨セメント固定さらにDarrach手術を追加して良好な成績を得た。

ひきつづいての特別講演は「ひとつの教室を通して見た近代整形外科学の開花と発展」で小林 晶先生の講演であった。言うまでもなく九州大学整形外科の歴史であり、開講後なんと満90周年を迎えるとのことで、とりもなおさず日本の整形外科の歴史とオーバーラップする。初代の住田教授の先見性すなわち整形外科は運動器外科、生体力学、奇形学の三部門が基本であるという考えは現在でも生きているし、第二代の神中正一教授は若冠36歳で教授となったが、すばらしい業績を残された。著書「神中整形外科」の恩恵に浴した整形外科医は少なくない。天児教授に関してはよく知られた先生であるので省略する。小林先生の講演は聴衆をひきつけ深い感銘を残したと記したい。

私事で恐縮であるが、大阪厚生年金病院で勤務した時に今は亡くなられた渡辺健児先生が部長をされていた。大阪厚生年金病院の初代院長は神中先生で、渡辺先生はおそらく片腕として見込まれ選任されたものと思う。「神中整形外科」を執筆されている頃、大学に在籍されていたとのことである。神中先生は病に倒れ在任は短かったが、渡辺先生はその後引きつづき部長として活躍された。その豊富な知識、理にかなった手術に接し、生涯忘れられぬ素晴らしい先生であった。そういう

こともあって九大の歴史は一しお感銘を受けたものと思われる。

午後はパネルⅡ「どう生きるこれからの整形外科開業医」というテーマで松永 等先生が座長でおこなわれた。

### (1) リウマチ専門医として診療の充実をめざしての創意工夫

(石川浩一郎先生)

業務達成度評価表を作りスタッフの評価をおこない、給与に反映させるという思い切ったシステムを導入して成功しているとのことである。仕事に対する厳しさをこういう形で刺戟し緊張感を保つのも一つの工夫であろう。また仕事をマニュアル化しミスのないよう徹底している。

### (2) 地域リハビリテーションの視点より

(堀尾慎彌先生)

現在あまりにも専門化が進んでいるため問題も多い。これからは全人的医療が大切である。寝たきり予防のためには急性期、回復期のリハビリテーションのみならず悪化予防のためのアプローチも大切と述べ、在宅医療の重要性を強調した。

### (3) 整形外科医による老人デイケアを

(上野武久先生)

広島県では医療機関デイケア施設数は1998年1月1日の時点で124施設あるが、うち整形外科医療機関によるものはわずか14施設(11.3%)であるとのことで、機能障害を有した患者のデイケア対象者が多い整形外科医こそもっと積極的に行うべきであると述べた。

### (4) 医療の高度化に対する対応

(松田倫政先生)

開院後変化する医療制度に則した対応、例えば八施設の強化、老健施設・デイケア・在宅と手をうち、診療面ではMRI・PLDDの導入などをおこない経営に努力をされている様子を示された。

(6) 整形外科専門小病院の未来

(河合秀郎先生)

本音で病院経営の苦しさを腹藏なく説明した話しは聴衆の心をとらえたようで終わって拍手は一番大きかったように思えた。人件費の増加、収入の伸び悩みなど医療制度のツケがボクシングで言うボディブローのように経営を悪化させている様を開院時からのデータで示し、さらに日本の医療制度に対するの見解をわかりやすく述べた。今後の問題として経営者の意識改革をあげていたが、5年後にもう一度聴かせて頂きたいものである。

(7) 顧客満足という観点よりの試み

(明穂政裕先生)

患者イコール顧客という考えで受付から診療に至るまでサービスをモットーにすべしという考えであったらと思う。

〇〇〇からは坂本先生、河合先生が発表され好評であった。御苦労様でした。福岡は非常に活気のある町という印象をうけ、掲示板には日本語と並んで韓国語が表示され、あらためて韓国との距離が近いことを知り、北海道の小樽でのロシア語が思い出された次第であった。

---

松 原 市

市章制定

昭和30年2月1日

市章の意味

「松原」の地名にもとづいて、松の葉を二つの円型にあしらったもの。昭和30年2月1日、市制施行で5か町村が合併されたところから、町民のがっちりした結合を象徴し、発展を祈念する意味が含まれている。



## 文化講演会「21世紀への夢」

講師 岩手県立大学 学長 西澤潤一 先生

堺市 黒田 晃 司

西澤先生は東北大学総長を務められ、電気通信や半導体に関して多くの発明・発見をされその功績により、昭和49年日本学士院賞、昭和58年文化功労者、ジャックA モー トン賞、昭和61年本田賞、平成元年 IOCG ローデス賞、文化勲章など数多くの賞を受けておられます。

また教育にも情熱を傾けておられます。現在の大学入試が「考えること」より「記憶力」を中心にテストされていることに異議を唱えて反対され、いわゆる共通一次試験を用いない独自のテストをご自身が学長をされている岩手県立大学では、実施していることはご存じの方もおられるでしょう。その根拠として、講演の中で一枚のスライドを出して明治維新から戦前(昭和21年)までと、戦後から現在までの50年を比較して世界的な発見や発明、業績は明らかに昭和初期までに多いことを示していました。このことから「現在の教育がおかしくなっているといわざるをえない。」と言うのが先生の持論です。

教育者として「21世紀への人材の育成」を目標にしているとも話されました。

このときの講演の中で印象に残ったことをしるしてみます。

(1) 日本人は、外国人の発見や発明をすぐ猿まねして、そのアイデアを横取りしてしまうのはけしからんとよく言われるが、東北帝大の八木先生が発明した八木アンテナがレーダーを産み、第二次大戦でイギリスがドイツのUボートを撃沈、Vロケットを迎え撃ち、このことが勝利をもたらした原動力になったことをサッチャー首相に反論したところ、首相は THANK YOU!! とだけいった。という逸話をのべられました。

(2) 西澤先生が発明、発見したアイデアを



具体化するため色々の企業に応援を求めたとき「海のものとも山のものともわからない物には金は出せない」と日本の企業にはいつもいわれた。が「アメリカ人は一つのこと、一人の人間の将来を見抜く本能的な能力をもっている。」と先生は感じた。

遠方へ送電するとき、効率よく送電するためには、交流を直流に、直流を交流に交換できれば、地球規模の距離感を自由に送電できるようになる。

将来東南アジアや中南米の豊富な水資源で発電して、それを人口集中地域へ送電すれば、火力発電による二酸化炭素の排出を押さえ公害を防ぎ、地球温暖化も止められる。この夢を実現する西澤先生のアイデアは、残念ながらアメリカで具体化されそうです。これも日本人の消極性でしょう。日本人の先を見る目のなさでしょう。

(3) 科学技術の発達によって、大量生産、大量輸送できる時代になり「いい物」を作れば世界中どこへでも輸出できる時代になり、世界一高い人件費の日本が生き残るためには優れたアイデア、優れた科学技術を持たなければならない。

(4) 21世紀は間違いなく情報の時代になる。

以上の講演の内容を詳しく正確に知りたい方は、著者 関の独創技術、愚直一徹一私の履歴書、西澤潤一の独創開発論、「技術大国・日本」の未来を読む、私のロマンと科学、独

創教育が日本を救う、人類は滅亡に向かっている、東北の時代、教育の目的再考、新・学問のすすめをお読み下さい。



## 第26回JCOA研修会第1席を聞くー盛岡での出来事

OCCO理事 丹羽 権 平

10月9日(土)代診を立てゝの陸奥での親善ゴルフ(メイプルCC)も散々のスコアであった。その夜市内の料亭「大清水多賀本店」で京四条流包丁式を見物。包丁と金箸で鯉を捌いているのを見て、昔流行ったワトソン・ジョーンズの「no touch system」の手術の様だと感心。

翌10月10日(日)懲りもせずにJCOA親善ゴルフ大会安比高原カントリークラブで棒振りをして、風呂にも入らず文化講演会の会場に駆け込んだが、バスが遅れ、前東北大学学長西澤潤一先生の講演も半ば過ぎていた。何やら判らぬ間に終了。「まあJCOAの特集号を読んだらえゝのや。」

「しかし誰か最初から聞いてはった方はいてはらへんやろか?」と探して見る。「あゝ黒田先生えゝとこでお会いしました。この講演会最初から聞いてはりましたか。そんなら印象記やら内容の要旨をお頼み致します。」・・・「あゝ助かった有難い。広報は一から十まで原稿集めが仕事やが、黒田先生がおいでにならんかったら困ったことになる処やった。やれやれ。」と一つ肩の荷を卸した気分でアトラクションの「鬼剣舞」と「さんさ踊り」を観賞。特に10人余りの若い娘の踊り手の「さんさ踊り」は絶品。可愛い声を揃えて太鼓を打ち鳴らしながら踊る。明るい赤と黄系の衣裳で、喜び一杯に溢れて顔にも所作にも輝きと踊る楽しさ嬉しさを会場一杯に放射している。眠気が一気に吹き飛んだは私だけではない?若い女性が好きな河村先生に見せてあげればひどく感激なされたのにと残念でした。

明くれば10月11日教育研修講演。これがメインの催物で、昨日の文化講演会と今日の



午前中がこの岩手まで来た目的?なのではないかと会場へ入り、又原稿を頼まねばとキョロキョロしても誰も大阪の先生は居てはらへん。「又えらいこっちゃ、どないしょ」と困り果てゝいる時に越宗先生と顔を合わせて、「やあ先生、地獄に佛や。第1席か第2席どっちか原稿書いて下さい。お頼み申します。」と。

真面目な先生は今年の広報原稿到着のトップで書いて送って下さいました。

第1席の講演は岩手医大教授嶋村正先生の「上位頸椎部疾患の臨床」である。先生は四国松山の御出身と自ら明され、赴任直後は北国の厳しい寒さに相当お困りになったのではないかと推察された。随所に盛岡名所のスライドを割込ませ、一息入っては観光案内?をなさるので、私は睡魔の誘惑から逃れて楽しく勉強させて頂いた次第であります。

我々開業整形外科医から見れば上位頸椎疾患は整形外科で唯一突然死があり得るとの予後を念頭に置かねばならぬ。故に上位頸椎疾患は手に余ると云う印象が強い。特にリウマチでの環軸椎亜脱臼の存在とその進行をレ線像で確認しても患者さんに自覚症状がない方が殆どで手術の可能性を示唆しても本人は上の空というケースばかりで「ムンテラ」に苦

劣することが多い。

突然死を予防する為の早期手術を薦める時の「コツ」の様なものをこの講演から教えて頂いたと喜んで会場をあとにした。

次はさよなら昼食会。わんこ蕎麦早喰い大

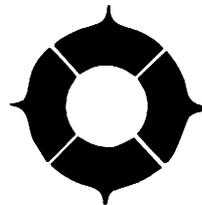
会へと臨んだ。私も大食漢のつもりで鉢巻を締め、次から次へと椀の中へ注ぎ込まれる蕎麦を丸呑みにして73椀を平らげて、我こそチャンピオンと名乗りを上げる心算だったが、上には上、何と100椀を越したJCOA会員がおられて惨敗。すごすごと花巻空港から伊丹への便に乗って帰宅したのでした。

---

## 豊中市

市章制定

昭和14年3月30日



市章の意味

図案化した豊中（トヨナカ）の頭字「ト」を4個組み合わせて「トヨ（豊）」ともじり、全体の形を「中」と見立てて「トヨ中」としたもので、図案文字の突起は豊中市が四方八方に発展することを象徴している。

## 教育研修会Ⅱ(小児救急医療)

岩手医科大学高次救急センター 教授 谷口 繁先生

大阪臨床整形外科医会 越 宗 正 晃

平成11年10月11日岩手県医師会にて座長の同級生の先生より、岩手医科大学学生時代より現在の岩手医大の高次救急センター設立までの間、人間味あふれる紹介で講演の幕は開かれた。小児科の急患は全救急の25%、中でも呼吸器疾患が一番の多く約70%、中でも熱性ケイレンが多い、不明熱は予後良好であるが、髄膜炎、咽頭蓋炎は注意を要する。その次に消化器疾患が20%をしめ、小児の虫垂炎は腹膜炎をおこしやすいので要注意、尿のケトン体を調べる。

SIDS乳児突然死は0歳児の死因の第3位で、予防としてあかちゃんをなるべく人の多いところに位置させる、仰臥位で臥床させる、暖めすぎに気をつける等。1~15歳の死因のトップは不慮の事故、交通事故、溺死等で事故対策が必要である。小児が大きな外傷、墜落等の時比較的小さい外傷ですむことがある。続いてヤケド、火災、溺水、誤燕、誤飲等に対する処置の仕方、治療法を話された。小年のDrug及びコカイン等救急患者も増えてきている。トリカブトは人工心を使って救命できるようになってきている。ハチによるアナフィラキシーはボスミンで救命できる。

犯罪の増加と医療の進歩は比例する。小児のベット転落事故では虐待事故であることが比較的多いことを知らなければならない。子供の発育により、何々をし始める時に多くの



事故がおこることを念頭におかなければならない。

小児救急医療体制は危機をむかえている。それは少子化傾向の影響をうけ小児科医の減少、開業小児科医の高齢化、全救急の10%が小児の重症例でそれが訴訟の原因となりえること等、新参小児科医の減少によるマンパワー不足と小児救急医療の不採算性等、これに対するの予防は親と医師の重症度の格差に気をつける。診療時間単位で大学、救急センター、開業医の連絡が大切である。我が国では小児救急体制は16%程度である。救急病院で小児科医のいるところは10%程度である。厚生省は小児救急医療体制支援事業を立ち上げてきたが微量のヘルプである。日本救急医療学会は厚生省に対して今後も対策を求めていくつもりである。

人間味あふれる講演を聞くことができました。

## 初めての盛岡市と親善ゴルフ大会に出席して

大阪府 土井 玲子

今年の臨床整形外科医会に出席すると云う夫の言葉にエッ？ 何処で？ と聞きました所、岩手県盛岡市との事。一瞬、ずい分遠方で、と思いましたが大阪空港から花巻空港まで、何と1時間10分足らずで、あっと云う間に着いてしまいました。私は盛岡市と聞いた途端、有名な石割桜を是非とも見たく、巨大な花崗岩の割れ目からどっしりとした太い幹が伸び、大きな枝を広げて私を迎えてくれた桜に感激いたしました。花の季節ではなかったけれど、満開の頃に、もう一度、会いに来たいものと切望いたしました。

ゴルフの前夜、ホテル近くのお寿司屋を訪れた途端、松茸の香りがいっぱい、今年の松茸の食べ納めとばかり思いつりいただき、明日のゴルフに備えました。お寿司も松茸も美味しかったこと!!

さて、憧れのメイプルカントリークラブでは天候にも恵まれ、各ホールごとに楽しい名称がつけられ、東京の村田先生御夫妻と楽しい1日を過ごさせていただきました。

今夏の猛暑の影響でフェアウェイは想像以上の悪さで、びっくりしましたが、やさしい親切なキャディさんが、私のショットが悪いといつもフェアウェイのせいにし、謝ってくれますので、申し訳ないと思いつつ、きつと例年の素晴らしいフェアウェイを見せられない悔しさも段々と解って来ました。

高麗芝に慣れていますが私はメイプルの早いグリーンと2段、3段と畝っているグリーンに音を上げてしまいました。

やっとの事でオンしたと思ってもアララ…ボールはグリーンの外に出てしまうといった具合で、さすが、東北地方でもう一度プレーしたいコースに選ばれるだけのコースと解りました。



悪かった人はもう一度、このグリーンに挑戦したいと思えますし、良かった人はもう一回気分よく回りたい。そう思わせるコースです。そんな私が14番紅葉が原でのドラコン賞を思いがけず戴き、後日、小岩井製品を送っていただきました。

2日目の安比高原ゴルフクラブも天候に恵まれ、茨城県の石島先生御夫妻と御一緒し、先生のよく飛ばされ、お上手なのに圧倒されつつ、楽しい1日でございました。

雄大な安比高原の自然林の中で、スキー場や、きれいなホテルを遠く眺めながらプレー出来、又、女子プロ達が戦っていた場所で今、自分がプレーしている嬉しさ、楽しさを存分に味わせていただきました。

連休でエントリーの難しい2つのコースを確保して下さいました徳永先生、斉木先生、その他のスタッフの皆様の御苦勞に今更乍ら感謝申し上げます。

本当にありがとうございました。

JCOA研修会にはまだ3回しか出席したことのない私ですが、開催地の先生方の心もこもった素晴らしいおもてなしにはいつも感動させられます。

診療でお忙しい中、何年もの間、準備され、

当日を迎えられ色々とお心配りを戴き本当にありがとうございました。

始めて訪れました盛岡市は素敵な街でした。帰りの花巻空港で京都の知人の先生御夫妻に偶然お会いし、盛岡が大好きで、メイプルのメンバーになり、年に何回か訪れるとのこと。肯げました。

山あり海あり温泉あり偉人あり歌人ありと、

魅力いっぱいの岩手県が大好きになりました。遠い所としか思っていなかった岩手が身近に思われ、満開の石割桜を見上げている私も遠い話ではないかも知れません。そしてメイプルであの難しいグリーンにもう一度チャレンジし、今回はプレー出来なかった安比ゴルフでの八幡コースでプレー出来ますことを、夢見ています今日この頃でございます。

---

## 枚 方 市

市章制定

昭和22年10月30日

### 市章の意味

枚方は江戸時代、京阪間を上下する多くの船宿場町として大いに賑わい、文字どおり交通の大動脈であった。淀川とともに成長し、三十石船や、くらわんか船が生まれた。市章はこのような史実にもとづいて作られたもので、かたかなの「ヒ」「ラ」、漢字の「方」を組み合わせて、三十石船を型どっている。



## 整形外科領域におけるMRI診断

京都府立医科大学 整形外科 教授 平澤 泰介

### [I] はじめに

最近の画像診断の進歩は著しい。医療最前線において活躍している医師が、画像診断がどこまで進んできているかを知っておくことは大切なことである。今日の講演会ではMRI診断の現状についてスライドのみならず、シネMRIなどのVIDEO画像を用いてわかりやすく述べる。

核磁気共鳴映像法 Nuclear Magnetic Resonance Imaging と言っていたが“核”、放射線の危険な印象があることから最近では磁気共鳴映像法 Magnetic Resonance Imaging (MRI) と呼ばれることが多い。

MRIの利点は次のようにまとめられる。

- ①骨組織のみならず関節軟骨、関節液、靭帯、滑膜、脊髄、筋肉などの軟部組織の観察が可能
- ②電離放射線を使用しないため、少なくとも現在まで報告されている生体への害はない
- ③パラメーターの選択により、種々のコントラストをもつ画像の得ることが可能
- ④磁場勾配の方向を設定することにより、任意の断面における画像を得ることが可能
- ⑤プロトン核磁気共鳴法およびスペクトロスコピーなどの応用により、生体内における血液の流れや水分子の拡散を含む水分子、脂質に関する種々の情報を得ることが可能
- ⑥プロトンのみならずナトリウム、リン、チッソなどの原子核を対象とすることより、生体におけるエネルギー代謝など種々の情報を得ることが可能
- ⑦従来の画像診断法にはない多くの発展性を持っている。

一方問題点としては次のようなことがあげられる。



表1 MRIにおけるアーチファクト

- ・ chemical shift artifact
- ・ partial volume averaging artifact
- ・ metal artifact  
(内固定材料、人工関節など)
- ・ contrast agent  
(artifactを利用した画像強調法)
- ・ motion artifact  
(体動、拍動、血流、呼吸など)
- ・ susceptibility artifact  
(組織の磁化率の違いによる)

- ①装置が高価であり、スクリーニング検査としては不適當
- ②ペースメーカーを入れている患者にはできない。金属製の生体材料を体内に入れている患者ではアーチファクトを生じる。
- ③撮影に一定の期間を要し、その間患者は静止している必要がある。
- ④統計的に2%ぐらいにみられる閉所恐怖症の人は使用できない。
- ⑤きわめて多様な画像が得られることは利点であり欠点である。(表1)  
このようにMRIでは形態的な異常だけでなく質的な異常も明らかにできる。(表2)  
水分子の緩和時間が問題になるが組織の違いによって異なる。例えば関節軟骨では水が

表2 各組織とT1強調画像の信号強度

	T1 強調画像	T2 強調画像
脂肪	↑	→
脂肪髄	↑	→
赤色髄	→	→
筋肉	→	↓
関節液	↓	↑
膀胱	↓	↑
軟骨	↓ ~ →	→
関節包	↓	↓
靭帯	↓	↓
骨皮質	↓	↓
骨梁	↓	↓

↑ : high    → : moderate    ↓ : low

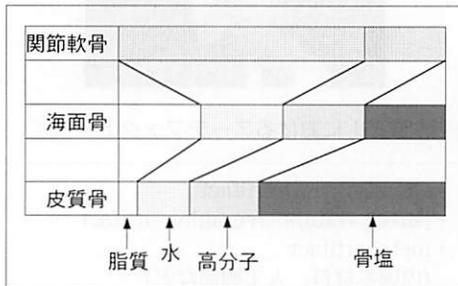


図1 骨、軟骨組織の組成

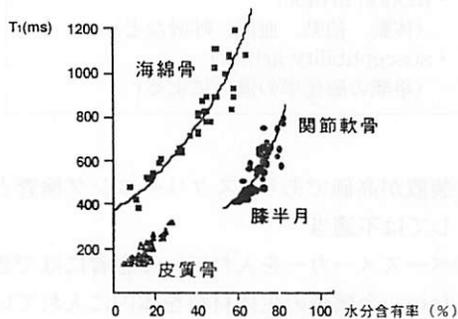


図2 骨、軟骨のT1と水分含有率の関係

非常に多い、海綿骨では脂質が多く、皮質骨では骨塩が多いがこれらが画像に影響する。(図1)

骨、軟骨の T1 と水分含有率の関係を示したのが図2である。

[II] 各論

1) 脊椎外科におけるMRI

脊椎外科におけるMRIはきわめて有効であり、これによって myelography, discography の適応は減少した、脊髓や神経根、馬尾と同時に周囲の椎体などの組織異常の観察が可能となったし、椎間板変性の画像化ができるようになった。MRIは椎間板を非侵襲的に直接観察することのできる唯一の方法であるが、正常椎間板の髄核部は T1 強調像で中信号、T2 強調像で高信号、プロトン密度強調像で中～高信号を示す。椎間板では変性により水分含有率が大きく低下するため、特に T2 または T2\* 強調画像において信号強度が大きく低下する。

また、形態的变化もよくわかる。protrusion, subligamentous extrusion, transligamentous extrusion, sequestration などの情報が得られる。(図3)

ここで注目すべきことは、若年者の遊離ヘルニアが三カ月後にはMRIで認められなくなることもあり、脱出ヘルニアや遊離ヘルニアが吸収される可能性がMRIによって証明されたことである。この事実からヘルニアが疑われるような腰痛でも三カ月間は保存療法をとるべきだと考えられる。extrusion や sequestration が吸収されるのは、文献的には 15 ~ 16 % である。しかし逆に protrusion が増大するものも認められる。

ヘルニア腫瘍の吸収、縮小のメカニズムが問題となるが、硬膜外に脱出したときには出

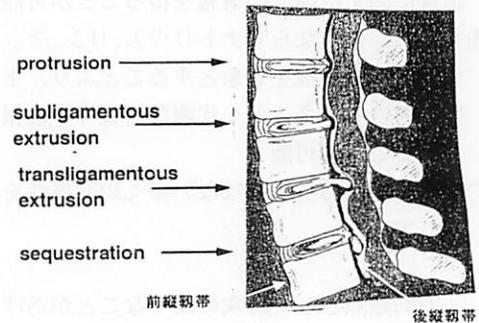


図3 椎間板ヘルニアの分類

表3 脊髄腫瘍のMRI所見

	Gd-DTPAによる			備 考
	T1強調	T2強調	増強強化	
髄内腫瘍				
上衣腫	低～中	高	+	髄内腫瘍で最も頻度が高い 腫瘍内嚢胞はT2で高信号 von Hippel-Lindouに合併 二分脊椎を伴うことが多い
星状細胞腫	低	高	+	
血管芽腫	低	高	+	
脂肪腫	高	中～高		
硬膜内髄外腫瘍				
神経鞘腫	低～中	高	+	約10%が砂時計腫である 神経繊維腫症に合併 腫瘍付着部に帯状の増強効果 flow void sign, nidusの一部が造影
神経繊維腫	低～中	高	+	
髄膜腫	低～中	低～中	+	
動脈奇形	無～低	無～低		
髄外腫瘍				
転移性腫瘍	中～高	高	+	脊髄との境界に低信号帯(硬膜)

表4 肩関節のMRI

<b>腱板断裂</b>
T2強調画像：断裂の大きさ T2*強調画像：残存腱板の変性範囲
<b>外傷性前方脱臼</b>
T2強調画像/T2*強調画像 ：関節唇損傷の有無 MR arthrogram：関節包靭帯の連続性

表5 SLAP LESION

Snyder (1990) 上腕二頭筋長頭腱付着部の損傷 (superior labrum anterior and posterior) 700例以上の関節鏡症例中 27例 男性 23例  女性 4例 平均年齢 37.5歳
---

表6 関節半月、関節唇のMRI

- ・関節半月や関節唇は水分含有量が低いために、通常の撮像条件では常に低信号を示す。
- ・変性すると水分含有率が高くなるためにT2\*強調画像で高信号となる。
- ・実質内部に局限した変性は従来の画像診断法では全く診断が不可能であった。

血、血管侵入が起こり異物として認識され、炎症性サイトカイン、血管増生、炎症細胞浸潤が起こりマクロファージによって貪食、分解されるのではないかという仮説が考えられている。しかし問題は縮小しないものもあり、退縮期間も様々なことである。

ことに頸椎PLLの深淺層間が多く退縮しにくい。繊維輪(繊維軟骨)や軟骨終板(硝子軟骨-血管誘導阻止物質がある)は吸収されにくいですが、これに対して髄核は吸収されやすい。脊髄腫瘍のMRI所見を示すと表3のようになる。

## 2) 肩関節のMRI

肩関節は他の関節と比較して腱板を主体とする軟部組織の役割が大きく、従来のX線の画像診断では限界があったが、MRIは腱板、関節唇、靭帯などの描出が可能でその有用性はきわめて高い。腱板断裂では断裂の大きさや残存腱板の変性範囲などが分かる。

外傷性前方脱臼では関節唇損傷の有無が描出される。(表4)

最近よく話題になるのがSLAP LESIONである。(表5)

## 3) 膝靭帯のMRI

半月板や関節軟骨の形態だけでなく、質的变化も診断ができるのでいまや関節造影に代わる検査としてよく行われる。

靭帯や腱組織では水分含有率が低いために、

表7 BONE BRUISE

- ・骨内の不全骨折
- ・関節損傷に多く合併する  
(ACL損傷で70～80%以上の合併率)
- ・微細な骨梁骨折に伴う骨髓内の出血や浮腫
- ・急性期にはT1強調画像で低信号  
T2またはT2\*強調画像で高信号  
Gd-DTPAで強調される
- ・MRI上2～4カ月で消失する

通常の撮影条件では常に低信号の示す半月板の損傷や変性の状態もよく描出される。(表6)

ACLのような細い靭帯ではスライスの切り方によっては、正常な靭帯も断裂しているように見える場合があるので注意が必要である。膝の十字靭帯の診断には下肢を約15度外旋すると矢状断方向とACLが平行になるので分かりやすい。

また、慢性リウマチにおける滑膜の増殖や軟骨変性の程度を観察することができる。関節の滑膜の増殖はGd-DTPAを用いた画像強調MRIによって判断でき、滑膜切除の適応決定の手助けとなる。

色素性絨毛結節性滑膜炎ではヘモジデリンの吸着によってMRIではT1、T2強調画像で

低信号となるが診断に有用である。

#### 4) 骨組織のMRI

骨皮質は水分含有率がきわめて低いため通常のMRIではあらゆる条件で低信号である。正常海綿骨の信号強度は脂肪の含有率により変化するがT1強調画像で中～高信号となり、T2強調画像で低～やや高信号を示すという違いがある。

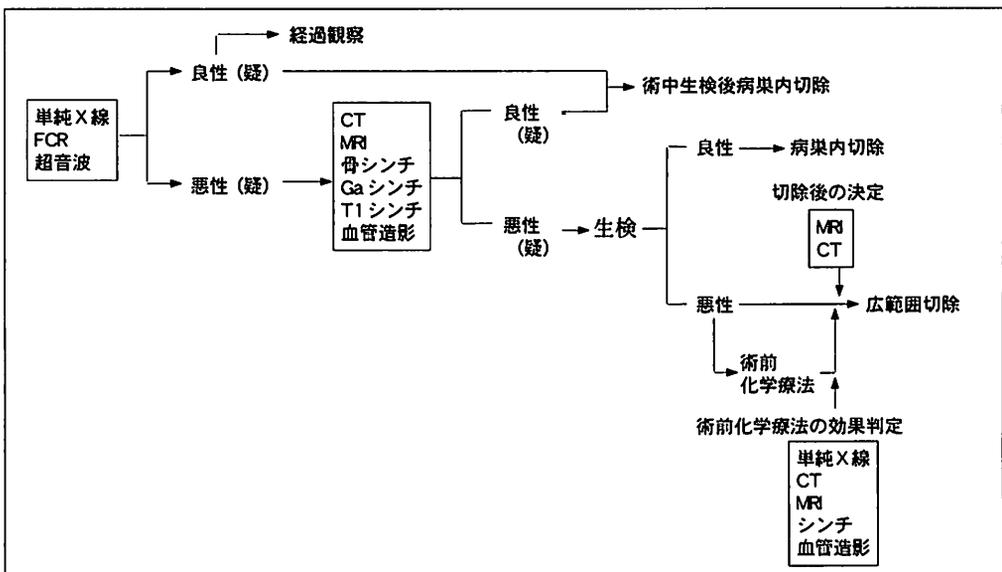
最近BONE BRUISEが話題になっている。これは靭帯の損傷に伴う骨内の不全骨折で微細な骨梁骨折に伴う骨髓内の出血や浮腫がMRIでは急性期にはT1強調画像で低信号、T2またはT2\*強調で高信号、Gd-DTPA強調される。MRIで2～3カ月で消失する。これがACL損傷の85%に見られる。とくに外側の顆部に多いと言われる。

これらはMRIによって明らかになった事実であるがBONE BRUISEの適当な邦訳はまだない。(表7)

大腿骨頭壊死に特異性の高いMRI画像はband像と呼ばれるT1強調画像での帯状低信号像であり、厚生省の診断基準の大項目にも数えられている。(図4)

band像ではbandの大きさや荷重面との関

表8 骨・軟部腫瘍の画像診断と治療手順



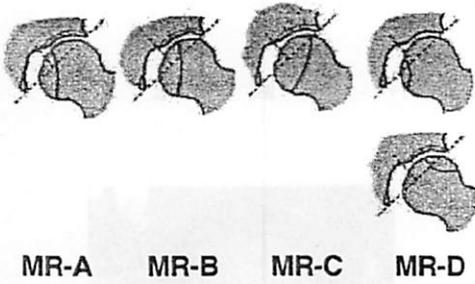


図4 大腿骨頭壊死症における band 像の分類

係が予後に影響することが分かっている。

大腿骨頸部骨折や上腕骨外側顆部の骨折では単純X線写真では得にくい関節面に達しているかどうかなどの細部の情報がMRIで分かり、予後の診断に役立つ。

5) 骨・骨軟部腫瘍のMRI

画像は主に腫瘍細胞間質の性状に影響される。

画像診断と治療手順は表8に示されている。

MRIは出血、壊死、嚢胞性変化などの病理所見を明確に反映し病変の質的判断も可能であり、腫瘍の周囲組織への進展度が非侵襲的に把握できるので悪性の場合、切除縁の決定や化学療法の治療効果の判定にも用いられる。

単純X線像では明確でない時期でもMRIでは浸潤の状態が明らかに分かる。

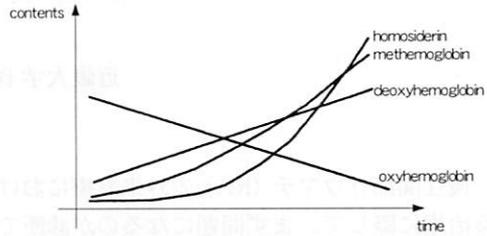
骨嚢胞では血漿成分、ヘモジデリンなどが描出される。

神経鞘腫の場合 T1 強調画像で腫瘍の境界は明瞭、等信号で均一、Antoni-A 型と-B 型で細胞成分の違いで変化が認められる。Gd-DTPA により enhance される実質性腫瘍の内部に嚢腫様病変が存在することが多い。

6) その他

血腫のMRI所見は複雑である。組成によって違いがあり急性期から慢性期での相違を図5に示す。

大腿四頭筋の打撲による血腫では、発生部位が中間広筋内であることも診断でき、アキレス腱のMRI像をみると、水分含有率が低い



	急性期	悪急性期	慢性期
T <sub>1</sub>	iso	iso ~ high	high
T <sub>2</sub>	iso	iso ~ high	low

図5 血腫のMRI (脳内血腫)

ために低信号であるが断裂の保存治療で観察すると随分太くなって治癒することが分かる。

【III】結語

- ①画像診断は入念な問診や理学的診断に代わるものではないことを強調したい。
- ②どの画像を組み合わせるかは費用、設備の有無、診断に必要な情報、医師の力量などで判断する。
- ③MRIに関連した画像診断法は今後さらに進歩するだろうし、大きな可能性がある。

参考文献

平澤泰介編集 整形外科のMRI診断:金芳堂 1999  
 室田景久、矢部裕、酒匂崇編 整形外科MRI診断マニュアル:MB Otrhop. 7 (11) 1994  
 多田信平、荒木力編 新編誰にも分かるMRI:秀潤社 1995  
 石井誠一編 脊椎・四肢の画像診断:整形災害外科増刊号 38 (9) 1995

## 外来診療におけるRA患者の治療

近畿大学 医学部 整形外科 宗 圓 聰

慢性関節リウマチ (RA) の外来診療における治療に際して、まず問題になるのが診断である。現在、RA の診断は 1987 年に改訂された米国リウマチ学会 (ACR) の診断基準によってなされている。本診断基準は疾患特異性は高いものの早期の診断には必ずしも適してはいない。そこで、厚生省 (表 1) と日本リウマチ学会 (表 2) より早期 RA の診断基準が提唱されており、最近これらいずれかの診断基準を満たす患者はほとんどが 2 年以内に RA の診断が確定することが報告され、発症早期の例で ACR の診断基準を満たさなくても早期 RA の診断基準を満たせば RA としての治療を開始する方が望ましいと言える。

また、治療にあたっては RA 患者の全てが多関節の障害から ADL 障害を来す訳ではなく、単関節型が約 15 %、回帰性型が約 10 % 存在することも念頭におかなければならない。また、約 75 % を占める多関節型の患者についても RA の予後判定が重要である、予後不良のリスクファクターとしては、女性、若年発症、急性発症、対称性発症、CRP や赤沈の持続的高値、RF の高値、抗核抗体陽性、免疫複合体陽性、HLA-DR I、4 陽

表 1 早期 RA 診断基準 (厚生省)

1. 朝のこわばり 15 分以上
2. 3 つ以上の間接域の腫脹
3. 手関節、MCP、PIP、足関節または MTP の腫脹 (≧ 1 週)
4. 対称性腫脹
5. リウマトイド因子
6. 手または足の X 線像変化、軟部組織紡錘状腫脹と骨粗鬆症、または骨びらん

(除外項目) SLE、MCTD、AS、ベーチェット病、PA 以上の 6 項目中、4 項目以上を満たすもの



性、皮下結節の存在などが挙げられており、このようなリスクファクターを複数有するような症例では早期からの積極的な治療を必要とする。

RA の外来診療における治療としては、薬物療法が主体となる。従来治療大系として Smyth のピラミッドが用いられてきたが、薬剤のファーストチョイスは非ステロイド系消炎鎮痛剤 (NSAID) であった。その理由は RA の中には NSAID のみでコントロール可能な症例があること、副作用が少ないこと、などが挙げられてきた。しかし、近年 NSAID の副作用は決して少なくないことが明らかとなってきた。すなわち、NSAID の作用機序と考えられているプロスタグランジン E 産生抑制による消化管障害、腎障害などがあり、特に RA に対する NSAID 治療により胃、十

表 2 早期 RA 診断基準 (日本リウマチ学会)

1. 3 関節以上の圧痛または他動運動時痛
2. 2 関節以上の腫脹
3. 朝のこわばり
4. リウマトイド結節
5. 血沈 20 mm/h 以上の高値または CRP 陽性
6. リウマトイド因子陽性

以上の 6 項目中 3 項目以上を満たすもの

二指腸潰瘍の発生は 15 ないし 20 % とされ、胃炎、十二指腸炎も含めると 60 % 近い合併症が内視鏡検査により見いだされている。一方、RA 患者は発症早期の数年で骨破壊が進行すること、NSAID では骨破壊の進行を抑制できないこと、RF、CRP などの検査所見の改善も困難であること、などから早期より何らかの抗リウマチ剤 (DMARD) を使用する方が望ましいのではないかと考えられるようになった。

我々も発症 1 年半以内の患者を NSAID のみと DMARD 使用とで prospective study を行ったところ、寛解例は DMARD 使用例にのみみられ、ACR のコアセットを用いた臨床的改善効果や Larsen のダメージスコアを用いた X 線学的進行抑制効果は NSAID 単独例に比し有意に DMARD 使用群で優れた結果を示した。以上のことから、我々は RA の診断が得られた例に対しては最初から DMARD を使用すべきだと考えている。一方、1996 年に ACR より出された RA の治療指針では、ファーストチョイスは NSAID にはなっているが、効果が得られなければ 3 ヶ月以内に DMARD を使用すべきだとしている。

現在我が国で使用可能な DMARD としては、経口および注射金剤、D-ペニシラミン、ロベンザリット、プシラミン、アクタリット、サラゾスルファピリジンおよび免疫抑制剤であるミゾリピンがある。また、近く MTX が保険適応となる予定である。これらの中で、最も有効率、寛解率が高いのは MTX であり、それに次いで注射金剤、プシラミン、D-ペニシラミン、サラゾスルファピリジンなどが

ほぼ同列に位置する。一方、経口金剤、アクタリット、ミゾリピンは効果は比較的マイルドではあるが副作用も非常に少ないと言える。すなわち、有効率や寛解率と安全性はほぼ反比例すると考えてよい。また、通常 DMARD は抗リウマチ作用を有するが NSAID のような消炎効果は有しないとされるが、サラゾスルファピリジンと MTX はこれら両作用を有することが報告されている。これらのことを考慮にいれて DMARD を選択すべきである。

しかしながら、単剤の DMARD での治療には限界があり、一つの問題はいずれの薬剤も non-responder があることであり、表 3 に示すような使用期間で無効例に対しては薬剤の変更を要する。もう一つの問題は長期投与での効果減弱である。このような例に対しては、我々は積極的に DMARD の追加併用療法を行っており、どの薬剤も単剤使用よりも高い有効率を示している。

以上、主に RA の診断と薬物療法について述べたが、さらに各種外用薬の使用や関節注入療法、理学療法、装具療法などを併用して骨、関節破壊をできるだけ予防することが RA 治療の最大の目標であると考えられる。

表 3 DMARD の効果見極め期間

サラゾスルファピリジン	1 - 2 ヶ月
MTX	1 - 2 ヶ月
フジラミン	2 - 3 ヶ月
注射金剤	3 - 6 ヶ月
経口金剤	4 - 6 ヶ月
D-ペニシラミン	3 - 6 ヶ月

# 足の診かた

## —スポーツ傷害を中心に—

奈良県立医科大学 整形外科 高倉 義典

### 1. はじめに

足の外科は先天性内反足の治療で始まったが、近年の先天性疾患の全般的な減少により、扱う主たる疾患は労災や交通事故による足の外傷、スポーツ傷害、外反母趾や変形性関節症などの慢性疾患に移ってきている。

ここではスポーツ傷害を中心に足部の診察の仕方を述べる。

### 2. 診断

足部の診断に際しては次のような特徴を考慮しながら行うことが肝要である。

◎足部は見た目に容易に変形、腫脹や可動性が判るために視診が重要になる。

◎皮下組織が少ないために骨格や筋が容易に触知されるので、圧痛点からの診断も大切である。

◎近接する多くの関節が複雑に動くので、動かして疼痛を誘発してみる。

◎複雑な足根骨の配列には特殊なX線の撮影法と種々の画像診断が必要となる。

#### 1) 問診

診察の前の問診としては、詳細なスポーツ歴、外傷や障害の時期、その際の治療法とその後の経過などは重要な参考事項である。

#### 2) 視診

患者を歩行させて、うちわやそとわ歩行、跛行の有無など歩容を注意深く観察する。つぎに立位にさせて、荷重時の下肢のアライメントを診察し、内・外反膝や回内・回外足変形の有無などを調べる。発赤、腫脹や胼胝の有無、皮膚の色調の観察も十分に行う。

スポーツ選手では使い古したスポーツシューズも大切な診断手段の一つになる。

足部には多くの変形とその独特の呼称があり、十分に理解しておく必要がある。また、



運動方向を示す用語も多く、しばしば誤って使用されているため、注意を要する。

#### 3) 触診

触診のうちで最も重要な手技は圧痛点を調べることである。圧痛点の存在する部位に生じる傷害を予め知っておくと、診断は容易になる。圧痛の有無や程度は同じ部位の健側と比較するとよく判る(図1)。

足部では種々の原因でしばしば循環傷害が起るため、足背動脈と後脛骨動脈の触知が血行動態の情報を知るうえで重要な指標となる。また、触診では知覚障害の検索も忘れてはならない。

### 3. 画像診断

最近の画像診断の進歩はめざましいものがあり、X線検査はもとよりCTおよびMRIは不可欠な補助診断法となってきた。一方、診察の当初から画像診断に頼る傾向が強くなりつつあり、本来の手順に従った診察を行うことが望まれる。

#### 1) X線検査

##### ①単純撮影

足関節：一般的な前後像は膝蓋骨正面で撮影されるので、足関節の関節裂隙が重なるために、内外果関節面を均等に写し出すには、

下腿を10度内旋して撮影する。足関節を外旋20-30度にすると内果関節面や距踵関節内側がよく写し出され、距踵間癒合症の骨棘などが明瞭に解る。

**足部：**荷重時および非荷重時とも、背底像は前方15度よりChopart関節部に照射する。荷重時の足部全体の側面像は縦アーチの状態がよく解り、扁平足、内反足、凹足の診断に役立つ。側面像で見逃され易い踵舟間癒合症や第5中足骨骨折などには斜位像を必要とする。

**距踵関節：**踵骨骨折や距踵関節症の診断には後距踵関節が写し出されるアントンセン(Anthonsen)撮影法が用いられる。これは足関節背屈位で足の外側にカセットを密着させて、管球を前方に30度、足底方向に25度傾斜した角度から外果の直下を狙って照射する。

**踵骨：**立位にて足をカセットの上に置いて、足関節を軽度屈曲して、約20度後方より照射する。踵骨骨折の際に役立つ。

**母趾種子骨：**足関節と母趾を軽度背屈してカセットに置き、垂直方向に照射する。種子骨障害の診断の際に用いられる。

## ②ストレス撮影

足関節の外側靭帯損傷の診断には不可欠である。内がえしストレス撮影は約20度の底屈位で内がえしを強制して、距骨傾斜角を計測する。異常値を5度以上とすることが多い。前方引出しストレス撮影もやはり20度の底屈位で、検者は片方の手で下腿を固定して、片方で前足部を把持して前方に引っ張って撮影する。3mm以上の前方移動を異常としている。

## ③関節造影

**足関節：**足関節の前方の内側かもしくは外側から、約3ccのウログラフィンを空気とともに注入し、二重造影を行う。造影剤の関節包内からの漏出を認めれば、外側靭帯損傷が診断される。

**後距踵関節：**透視下以外果の後方より刺入し

て、後距踵関節の後部より約2ccのウログラフィンを注入する。足根洞部の滑膜の鑿(recess)が消失しておれば、足根洞症候群が疑われる。

**小児足根関節：**骨核だけが認められる先天性内反足の乳児例に対して、距腿、距踵、距舟、踵立方関節を造影することにより、足根骨の配列を知る。

## ②断層撮影およびCT撮影

果部骨折、踵骨骨折、距骨骨軟骨骨折および離断性骨軟骨炎、足根骨癒合症、種々の骨腫瘍の診断には有用で不可欠な診断手段である。

足部のCT撮影の方法は膝関節を60-90度屈曲させて、足底全体を検査台に着床させ、台に垂直方向に撮る。これにより前足部から後足部までの冠状面(coronal plane)が観察でき、距骨の骨軟骨損傷や距踵間癒合症の病巣部が明瞭となる。そのほかに膝関節を伸展して、足関節を底背屈中間位で台に垂直に切って撮ると、水平面(horizontal plane)が観察され、距腿関節の傷害が明らかになる。

## 2) MRI

冠状面(coronal plane)、矢状面(sagittal plane)、水平面(transverse plane)など、希望する断面画像を写し出すことが可能であり、距骨や舟状骨の骨壊死、距骨滑車部の骨軟骨損傷などの早期診断や予後判定には特に有用である。また、骨腫瘍や軟部腫瘍の検索にも用いられる。

## 3) 関節鏡

膝関節ほどには利用されていないが、近年足関節においても診断のみならず関節を開かない鏡視下手術に応用されている。靭帯損傷時の靭帯や関節包の観察、距骨の骨軟骨損傷の病巣部や関節内遊離体および変形性足関節症に対する関節軟骨の残存などの確認に用いられる。最近では距骨下関節に対しても行われつつある。

#### 4. 足部の外傷

代表的な外傷を以下に挙げる。

##### 1) 足関節部

果部骨折

靭帯損傷 (外側、内側)

腓骨筋腱脱臼

距骨骨折 (骨軟骨骨折)

##### 2) 足部

アキレス腱断裂

踵骨骨折 (前方突起骨折)

Chopart 関節脱臼骨折

Lisfranc 関節脱臼骨折

中足骨骨折 (下駄履骨折)

#### 2) 足部

先天性疾患 (先天性内反足、内転足、外反踵足)

アキレス腱周囲滑液包炎

疲労骨折 (中足骨 (行軍および Jones 骨折)、舟状骨、踵骨)

外脛骨障害

骨端症 (踵骨骨端症、第 1Kohler 病、Freiberg 病)

外反母趾

種子骨障害

足底筋膜炎

#### 5. 足部の障害

##### 1) 足関節部

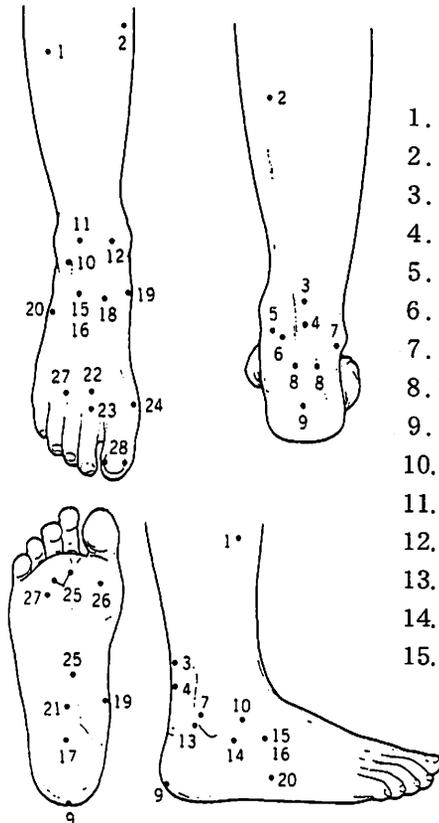
距骨滑車離断性骨軟骨炎

Impingement exostosis

三角骨症候群

#### 文 献

1. 高倉義典、北田 力編：図説足の臨床。メジカルビュー社、東京、1998.
2. 高倉義典、乗松敏晴編：部位別スポーツ外傷・障害、足・下腿。南江堂、東京、1995.
3. 高倉義典編：下腿と足の痛み、南江堂、東京、1996.



- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. コンパートメント症候群        | 16. 踵舟間癒合症            |
| 2. シンスプリント            | 17. 踵骨棘               |
| 3. アキレス腱断裂            | 18. 第 1 Kohler 病      |
| 4. アキレス腱周囲炎           | 19. 外脛骨障害             |
| 5. 距踵間癒合症             | 20. 第 5 中足骨骨折 (下駄履骨折) |
| 6. 足根管症候群             | 21. 足底筋腱断裂            |
| 7. 腓骨筋腱脱臼             | 22. 行軍骨折              |
| 8. アキレス腱周囲滑液包炎        | 23. Freiberg 病        |
| 9. 踵骨骨端炎              | 24. 外反母趾、痛風、関節リウマチ    |
| 10. 前距腓靭帯損傷           | 25. 扁平足障害             |
| 11. 距骨骨軟骨骨折           | 26. 種子骨障害             |
| 12. 距骨離断性骨軟骨炎         | 27. Morton 病          |
| 13. 三角骨症候群            | 28. 陥入爪               |
| 14. 足根洞症候群            |                       |
| 15. 踵骨前方突起骨折 (二分靭帯損傷) |                       |

## 「介護保険法」について

浜松市 舟越 忠

三橋会長の御好意により、去る5月30日に表題にかかわる諸問題について講演をしたのでその要旨を記述する。

### 1. 老人保健法から介護保険法へ

高齢化社会への急速な歩みはすでに明らかにされている。その為に老人保健法における医療費は急増し、今日では全医療費の3割以上を占めるようになり、その主たる財源である健保組合の拠出金も6兆円を越えるようになった。

赤字に苦しむ健保組合ではその支払いを拒否するところさえ出始めている。

そこで、政府では医療構造改革の一環として、高齢者医療の福祉としてとらえる部分を介護保険に移行する法律を成立させた。その結果、老人保健法の大半はその介護保険法へ吸収されることとなった。

#### 1) 新たな財源としての保険料

制度改革の大きな目玉として、新たな財源として40歳以上の人達から保険料を徴収することを決めた。

結局、今迄タブーとされていた年金からも保険料を死ぬまで収めさせるという制度であり、その内容はすでに詳しく発表されている。

ところが、この新たな負担増を強しいられるのは国民の半数を占め、しかも、そのすべてが有権者であることに政府や与党が最近になり強い危惧を抱き、次々と対応策を打ち出してきている。その結果、介護保険先送り論も出てくる始末である。

#### 2) 給付面での問題点

行政の地方への分権という観点から、各市町村に責任を分担させるため、その給付のあ



り方、それに従った保険料についても地域による格差が生じ、それをどう調整するのかという事が大きな問題となって表面化してきた。

介護の要否やその程度についても、審査会の構成問題、基準の統一化の問題、さらにはサービスを受ける場合の1割定率負担の問題は、老人保健法における医療を受けた場合の定額負担との整合性をどうするのか次々と解決を迫られている。

施設面での問題点も大きく、現行制度化の特別養護老人ホーム入所者が非該当者とされた場合の行き先の問題や人所該当者が多数待期していることへの対処など、この法案の発足と同時にその混乱は避けられない。

#### 3) 医療機関への影響

行政は在宅、施設サービスともに、どの位の報酬とするのか次年度発足ぎりぎりまで決定を先のばししている。

さらに、療養型病床群(医療型と介護型)というカテゴリーを作り転換をすすめているが、それは一般病床削減という目標に向かって進められた施策であり、うっかりその甘言に乗って転換しても、はたして経済的に成り立つのかどうか疑問である。

8割の急性期疾患があり、その受皿として2割の医療型療養型病床群を作ることには賛成だが、それ以上となると医療機関としてはやってゆけなくなるのではないかと、私は考えている。営利企業の参入を認めた以上、企業は数兆円産業と云われる介護の分野になりふりかまわず侵入してくるであろう。

となると、基盤の弱い医療機関などは良い餌食とされてしまうのが目に見えている。

それと共に、高齢者医療に関しては、今迄個々の医療機関で対処してきたのが、どうしても地域ネットワーク化が必要となってくるので、我々としても保健、医療、福祉といった包括的対処が迫られる時代がくるであろう。

## II. 医業類似行為者の介護保険への参入

この問題は主として柔道整復師、いわゆる整骨院のことである。

柔整師会ではすでに、機能訓練指導員として施設における活動を認めさせ、さらには法改正を働きかけ、居宅介護支援事業者としてさらには通所介護（デイサービス）の事業者としての参入を働きかけている。

柔整師法として認められた、特別の身分法、即ち医療の限られた1分野を業として行うことを認められた立場をどこまでその政治力で広げようとしているのか十分な監視が必要である。

## III. 成年後見制度について

民法上、準禁治産、禁治産者については後見人制度があった。

この制度は、1度これが認められるとその者についての財産上の、代理権、取消し権、さらには同意権まで奪われ戸籍にも記載されることとなっていた。そこで百年におよぶこの制度を介護保険法の発足と同時に改正をすることが提案されて国会での審議が始まった。

改正されて成年後見制度として発表されるものは、あくまでも本人の意思尊重を明文化して、新に、軽度の痴呆者を対象とした「補助」制度と、まだ判断能力のはっきりしているうちに「任意後見人」を契約により委任出来るという2点その骨子である。

介護保険法のバックアップとして、今迄あまり表面には出ていなかった制度であるが、今後重要な意義をもつ法律となると思われる。

この法律が成立してこそ、複雑な日本の家族制度の中で介護保険法が家族法の中でも裏付けされるのであり、これなくしては永続的なこの制度の維持はむずかしいと考えている。

### まとめ；

本来なら個々のケースについて、ではどうしたらよいかという事にお答え出来ればよいのだろうが、政策が次々と変更されるので一概にこれはこうというように申し上げられないもどかしさはある。ただ、我々は今迄自分の守ってきた単なる医療という分野にこだわってはその生きる道はなく、グローバルな視野の元、情報化時代の有効性を生かし、あらゆる面から対処せざるを得なくなってきたことへの自覚が必要となるであろう。

以上

四肢骨・軟部悪性腫瘍の患肢温存手術

奈良県立医科大学 整形外科 教授 玉 井 進

はじめに：

かつては患肢切断が主流であった四肢の骨・軟部悪性腫瘍の治療は、1970年代終～1980年頃から患者の quality of life (QOL) を重視するようになって、切断術は次第に少なくなり、いわゆる患肢温存手術 limb salvage operation が発展して来た。これはできる限り根治的に腫瘍を切除し、一次的または二次的に機能温存手術を行うものである。その為には腫瘍の局所再発をいかに抑制し、肺その他遠隔部への転移をいかに防ぐかが問題となる。このような手術が発展・普及するようになった背景には、CTやMRIなど画像診断の進歩による腫瘍の術前診断と切除範囲の決定、術前、術後の化学療法や放射線療法の進歩による生存率の向上、Enneking による悪性度に応じた切除術式、すなわち surgical staging system と surgical margin の概念の導入、各種生体材料の開発、マイクロサージャリーをはじめとする各種再建外科の進歩などに負うところがきわめて大きい。

もちろん悪性骨・軟部腫瘍といってもすべてが手術的に治療されるわけではない。主として手術的に治療されるものとしては軟骨肉腫、脊索腫、脂肪肉腫、悪性線維性組織球腫など、化学療法と手術的治療が主体となるものは骨肉腫、骨悪性線維性組織球腫、円形細胞肉腫、放射線療法と化学療法が主体となるものは Ewing 肉腫と悪性リンパ腫、化学療法が主体となるものは多発性骨髄腫である。

Staging System と surgical margin (Enneking)：

先に触れた Enneking の staging system について表1に示す。骨腫瘍を stage I (悪性度の低いもの)、II (悪性度の高いもの)、III (悪性度の如何にかかわらず他に転移があるもの) に分類し、更にそれぞれを A (腫瘍が一



表1 Enneking Staging System

STAGE	HISTOLOGIC		
	GRADE	COMPARTMENT	METASTASIS
I A	LOW	Intra	No
I B	LOW	Extra	No
II A	Higt	Intra	No
II B	Higt	Extra	No
III A	Any	Intra	Yes
III B	Any	Extra	Yes

つの compartment に限局しているもの) と B (compartment の外にはみだしているもの) に分けている。同様に、軟部腫瘍については表2に示す。stage I からIVまであり、組織学的 grade を1～3までとし、腫瘍の大きさでA、Bに分けている。リンパ腺転移や遠隔転移の有無も考慮する。また surgical margin については、あらかじめ術前画像診断で、手術に際しての腫瘍切除範囲を決定する(表3)。すなわち腫瘍の切除範囲を intralesional、marginal、wide、radical に分けている。腫瘍が intralesional に切除されたときは必ず腫瘍の取り残しがある。marginal のときは satellite tumor や skip lesion は残っている可能性がある。wide に切除しても skip lesion は残る可能性があるが、radical に切除すればまず局所に腫瘍組織の残存はないといえる。

表 2 The Soft-Tissue Tumor Staging of the American Joint Commission on Staging

STAGE	HISTOLGIC GRADE	TUMOR SIZE	NODAL METASTASIS	DISTANT METASTASIS
I A	1	<5 cm	No	No
I B	1	=or>5 cm	No	No
II A	2	<5 cm	No	No
II B	2	=or>5 cm	No	No
III A	3	<5 cm	No	No
III B	3	=or>5 cm	No	No
IV A	Any	Any	Yes	No
IV B	Any	Any	Yes	Yes

表 3 Definitions of Surgical Margins

Intralesional:	Surgery within pseudocapsule; macroscopic residual tumor
Marginal:	Surgery through pseudocapsule; microscopic residual tumor
Wide:	Surgery outside the reactive rim of pseudocapsule; only skips remain
Radical:	Surgery outside the compartment involved; no residual non-metastatic tumor

表 4 病理組織診断 (75 例)

骨腫瘍 (42 例)		軟部腫瘍 (33 例)	
骨肉腫	15	悪性線維性組織球腫	12
骨巨細胞腫	9	脂肪肉腫	11
軟骨肉腫	8	平滑筋肉腫	2
ユーイング肉腫	3	デスマイド腫瘍	2
悪性線維性組織球腫	2	滑膜肉腫	2
悪性骨巨細胞腫	2	横紋筋肉腫	1
傍骨性骨肉腫	1	悪性神経鞘腫	1
扁平上皮癌	1	骨外性軟骨肉腫	1
アダマンチノーマ	1	巨大筋肉内血管腫	1

術後は必ず切除標本の縦断ならびに横断面で切除範囲が適切であったかどうかを判定して、術後療法と予後判定の目安とする。

症 例:

奈良医大整形外科において、1981 年から 1998 年までに治療した四肢骨・軟部腫瘍 128 例のうちで患肢温存手術を行ったのは 75 例で (骨腫瘍 42 例、軟部腫瘍 33 例)、男性 48 例、女性 27 例、患者の年齢は 11 歳から 75 歳 (平均 42.4 歳)、経過観察期間は 2 ヶ月から 182 ヶ月 (平均 55 ヶ月) であった。

病理組織診断は表 4 に、発生部位は表 5 に示す。患肢温存のためにマイクロサージャリーによる組織移植を行った症例は骨腫瘍で 23 例、軟部腫瘍で 10 例であった。術後の合併症としては、感染 3 例 (4%)、移植腓骨の骨折 2 例 (5%)、人工関節破損 1 例 (9%)、組織移植の失敗はなかった。

表 5 発生部位 (75 例)

骨腫瘍 (42 例)		軟部腫瘍 (33 例)	
大腿骨	: 16	大腿	: 18
脛骨	: 8	下腿	: 7
橈骨	: 7	上腕	: 5
腸骨	: 3	臀部	: 1
肩甲骨	: 3	胸壁	: 1
腓骨	: 2	後腹膜腔	: 1
上腕骨	: 1		
恥骨	: 1		
第 12 胸椎	: 1		

成 績:

術後成績は Enneking の 35 点満点評価法を用いた。表 6 に示すように、骨腫瘍例の患肢機能は 37 ~ 100 % (平均 70.4 %)、予後は C D F (continuously disease free) 5 例、

NED (no evidence of disease) 5 例、AWD (alive with disease) 4 例、DOD (died of disease) 8 例、軟部腫瘍では機能は 49 ~ 100 % (平均 77.2 %)、CDF 18 例、NED 6 例、AWD 2 例、DOD 7 例となっており、それぞれの死亡率は骨腫瘍が 19 %、軟部腫瘍が 21 %であった。

**考 察：**

表 7 のチャートのように、四肢における悪性腫瘍はできるだけ広範囲に切除したのち、化学療法や放射線療法で腫瘍細胞をたたけば、局所再発率は当然の事ながら低くなる。その反面、多かれ少なかれ解剖学的組織欠損と機能障害が残存するのは避けられない。これらの欠損や障害に対して一次的あるいは二期的に再建術を行うのが『悪性腫瘍に対する患肢温存手術』である。

患肢温存手術における骨の再建には一般に骨移植が用いられる。新鮮自家骨としては遊離骨移植と血管柄付き骨移植があるが、大きい欠損に対しては後者が有利である。しかし骨腫瘍が大きすぎる時は骨移植のみでは賄えないので、腫瘍を含む切除骨をオートクレーブにかけて腫瘍細胞を殺してから再移植したり骨銀行からの同種骨移植を用いる。また近年種々の人工材料としてアルミナセラミック、ハイドロキシアパタイト、チタンなどの合金

**表 6 成 績**

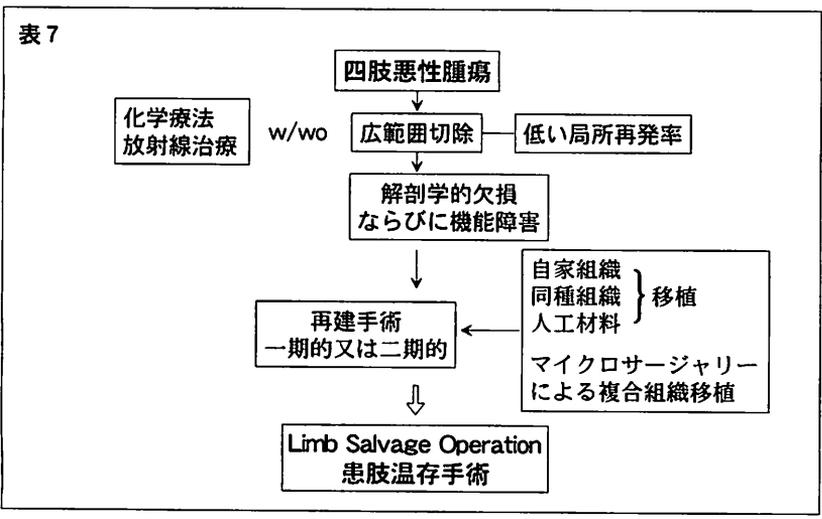
骨腫瘍 (42 例)			
患肢機能：37-100 % (平均 70.4 %)			
予 後：	CDF：25	NED：5	
	AWD：4	DOD：8	
軟部腫瘍 (33 例)			
患肢機能：49-100 % (平均 77.2 %)			
予 後：	CDF：18	NED：6	
	AWD：2	DOD：7	

が開発されており、時には人工関節による関節の再建も必要となる。

軟部組織の再建としては、血管に対しては人工血管や自家静脈の移植、神経欠損には神経移植あるいは関節固定術や腱移行術による機能再建、腱や靭帯の再建には人工織布も用いられている。広範な軟部組織欠損に対しては、マイクロサージャリーによる複合組織移植が第一選択となり、筋肉、筋皮弁、皮弁などの移植により再建する。

**おわりに：**

四肢における骨・軟部悪性腫瘍に対する患肢温存手術の現況について、自験例 75 例(うちマイクロサージャリーによる再建術を応用したのが 33 例、他の 42 例は種々の方法を用いた)を提示して説明した。



## 整形外科領域における医事紛争

(財) 田附興風会 北野病院 整形外科 梁 瀬 義 章

患者側の権利意識の高揚や情報の公開などから医療事故に対する責任追及が増加している。大阪府医師会では昭和 37 年度より医事紛争に関わる会員の負担を軽減し、かつ紛争発生予防に寄与するために医事紛争処理委員会が設立されている。〇〇〇では以前に故林原先生などが医事紛争に関して講演されているが、今回は筆者が委員に就任した平成 2 年以後の事例を中心に、全体的統計と注射事故、診断遅延、骨折・脱臼の診断や治療の問題など個々の問題点について述べる。

### 1) 医療における risk management について

1992 年の第 44 回世界医師会総会において、医療過誤に関する VMA 宣言が採択され、各国の医師会は医療事故の防止に取り組むべきであるとされた。医療事故や医事紛争が生じると医師の側に萎縮診療などの弊害が起こることが指摘されており、その結果患者である国民全体が有効な医療を受ける機会が制限される。医師としてはあらゆる事故の先例を教訓に同じ過ちを繰り返さないように努力すべきである。そのような意味でマイナス情報も公開すべきかと思われる。医療行為は人間が行うものであるから、人間は必ずミスをするという事実も忘れてはいけない。事故を起こさないと同時にミスを如何に事故に結びつかせないかという発想も大切である。医事紛争の予防で大切なことは医療技術の向上と同時に患者の納得感の向上が大切である。原告(患者)側が医師の責任追及に至った動機としては、

- ①医師が十分な説明をしとくれなかった(インフォームドコンセント)。
- ②病院側の誠意が感じられない。
- ③患者側の要望や訴えを十分に聴こうとしない。



ない。

#### ④経済的な補償を求めて

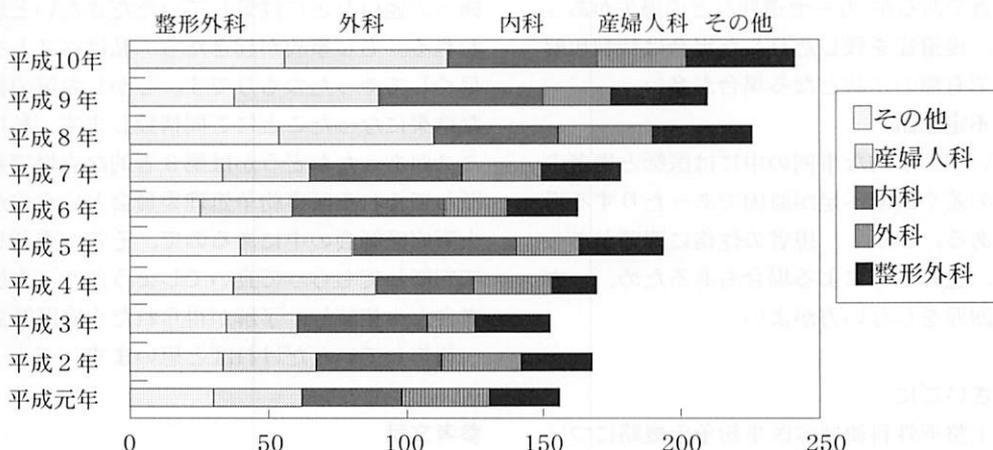
⑤後でかかった医者が前医の批判をした…などがあげられる。医師会で事例を担当して感じることは、

- ①患者の現症の把握が十分になされていない。診療録に記録されていない。
- ②治療行為の内容や病状の経過があまり診療録に記載されていない。
- ③患者への説明内容も記載されていない。などである。過誤の有無を判定する際には特に診療録の記載内容が必要なが多いのに、これが記載されていない。やはり事故を起こさないためには個々の医師が患者の現症を十分に把握し、患者へも説明し、かつ診療録に記録しておくことが大切である。

### 2) 年次別各科別医事紛争発生状況

発生状況は表 1 のごとくで、平成 6、7、9 年を除くと整形外科の事例は年々増加している。整形外科で医療過誤と判断された事例としては、手術などで組織損傷を与えたと判断された事例が 60 件、骨折などの誤診 40 件、不注意 53 件と全体の 47 % を占めている。他に不可抗力なものが 30 % 前後、説明不足が 15 %、言いがかりまたは不定愁訴と思われる

表1 年次別診療科別医事紛争発生状況



ものが8%あった。

3) 各論(個々の事例は講演で述べるが、本稿では省略する。)

a) 注射によるトラブル

注射によるトラブルは必ずしも整形外科医が関与している訳ではなく、内科医などの事例も多い注射針刺入時に電撃痛があって、神経麻痺を来した場合や注射後に感染を起こした場合などには医療面の責任が問われる場合もある。しかし、たとえ電撃痛を来しても不可抗力の医療行為とみなす場合が多い。しかし、注射後の感染例では不可抗力ではあるものの有責と判断される場合が多い。

b) 診断遅延(見落とし)

診断遅延では結果に影響しない見落としから、重篤な後遺症を残す原因となる見落とし例まで種々のものがある。骨折・脱臼の誤診では脊椎圧迫骨折と股関節周辺の骨折または脱臼が各6例と多い。他に肩周辺や足部および小児の Monteggia 骨折の誤診(見落とし)もよくみられる。関節周囲の骨折や脱臼は診断が遅延することにより、後遺症を残すことがあり、整形外科専門医であっても患者の愁訴をよく聴きかつ局所の所見を十分に観察すべきである。

c) 骨折・脱臼治療

骨折や脱臼の治療で問題となったのは9年間で20件(手術中のトラブルを除く)で、遷延治癒が11件(大腿骨4、指骨4、その他橈骨、鎖骨、脛骨)、再骨折2件(大腿骨、鎖骨)、変形治癒3件(橈骨2、大腿骨1件)、その他再脱臼や機能障害などである。中には後遺症も含めた補償を要した事例もあるが、多くは治療期間延長に伴う補償であった。したがって、術前に十分なる説明と同意がなされておれば、問題とならなかったのではないかという事例も多かった。

d) ギプス関連

ギプスに関連したトラブルとしては、9年間で12件あり、カッターでの切創からギプス装着中の褥創や神経麻痺などがある。カッターで軽度の切創を来す場合は時にあるかと思われるが、医療サイドの態度次第では問題とならない場合があることもある。やはり、医師と患者の信頼関係や十分な説明などで避けられる場合が多いと思われる。

e) 手術事故

手術時の事故も細心の注意と技術の修練により避けうるものであるが、時に起こしてしまうことがある。特に整形外科領域ではその結果がよく分かる。9年間で80件の事例を扱ったが、その50%が神経麻痺である。他に血管損傷や腱損傷、ガーゼ遺残による感染

などがある。術後の感染は一般的には法的には無責であるが、ガーゼ遺残などの過失があったり、後遺症を残したりした場合は裁判和解などで有額の示談となる場合が多い。

#### f) 不定愁訴

言いがかり的な事例の中には医師と患者の常識の差や説明不足が原因であったりする場合がある。しかし、患者の性格に問題があったり、思いこみによる場合もあるため、一方的に謝罪をしない方がよい。

#### 4) さいごに

以上整形外科領域の医事紛争の概略について述べたが、医事紛争を防止するためには(1)カルテの記載:現症の把握、症状経過のチェック、合併症や既往症の聴取。(2)医療水準の向上、(3)軽率な言動を避ける(前医の批判など)。(4)適正な治療適応(5)手術時の細心の注意(6)患者への十分な説明と同意(イン

フォームドコンセント)(7)医師賠償責任保険への過信などに注意していただきたいと思われる。もし事故が起きたら“私はベストを尽くしてやったつもりです。しかしお気の毒な結果になったことにご同情致します。私にミスがあったかどうかは第三者的な立場で判断してくれる医事紛争処理委員会というのが大阪府医師会の中にあるので、そこへ委託して判断してもらって良いでしょうか?”と患者さんへ相談し、了解が得られたら府医師会へ報告していただければと思います。

#### 参考文献

- 1) 大城孟、福田弘、高岡正幸:医事紛争の問題点(5) - 医師の管理責任 - 日本医事新報 No.3625:95-98,1993.
- 2) 大阪府医師会:平成10年度医事紛争関係事項報告。1999.

---

## 泉大津市

市章制定

昭和17年9月25日

市章の意味

泉大津の「泉」と「大」の文字を波形に図案化し、湧きのぼる発展と海外への雄飛を表象している。



## 腰痛とスポーツー発育期終板障害ー

徳島大学 整形外科教室 教授 井形 高明

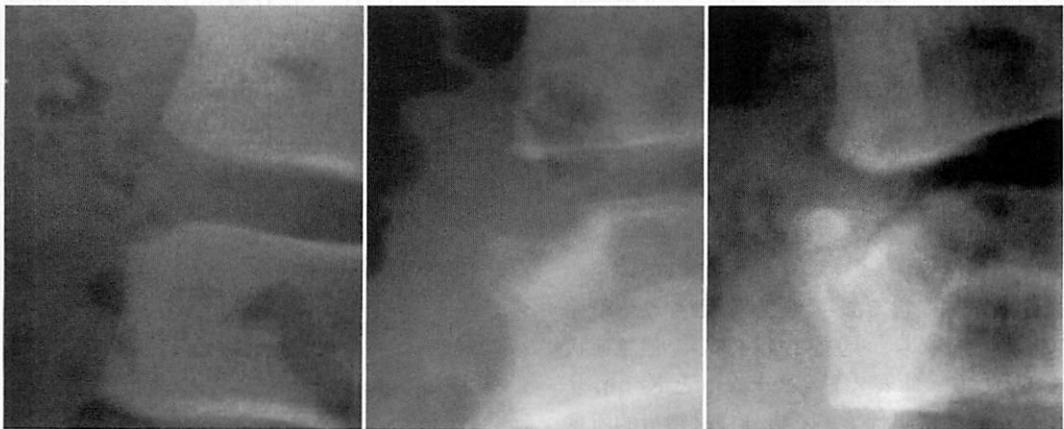
スポーツ外来を受診した18歳未満の児童、生徒うち、腰痛を主体としたものは25.7% (n=7141)で、膝痛に次いで多い頻度である。腰部の障害別 (n=2227) では、分離症36.6% (分離すべり症23.2%を含む) が最多であり、終板障害24.4%が次いで多い。分離症の50%余りに終板障害を認めており、今回はこの方を二次的終板障害、本来の終板障害を一次的終板障害として、以下の項目にしたがって検討を加えた。



### 1. 特徴

腰椎終板障害は椎体の前方部、中央部および後方に限局性ないし広範性に生ずる<sup>1)</sup>。典型的なのは前方部および後方に生ずる終板障害である。障害高位は、広範性前方型は上位腰椎、広範性および限局性後方型は下位腰椎に好発している。特徴の1つは、病期(初期、進行期、終末期)にしたがって一連の増悪課程をたどる点である。終板障害は、終板

発達<sup>2)</sup>の3相に初発し、初期の透亮像を呈す。この病期を見逃すと進行期の分節・分離を経て、終板発達<sup>3)</sup>の4相には終末期の離断像になる(図1)。この各病期の病巣変化はMRIを撮れば、ほぼ全貌を把握することができる。障害終板の病巣変化は、病期に応じた周辺椎体の炎症や循環障害、さらには椎間板変性を併発して、増強する。こうした病巣変化は長管骨に発生する骨端症に類似している<sup>2)</sup>。



a. 初期 (透亮像)  
平均年齢 13.9 歳

b. 進行期 (分離・分節像)  
14.3 歳

c. 終末期 (離断像)  
15.4 歳

図1 病気分類 (X-P 像 : n = 394)

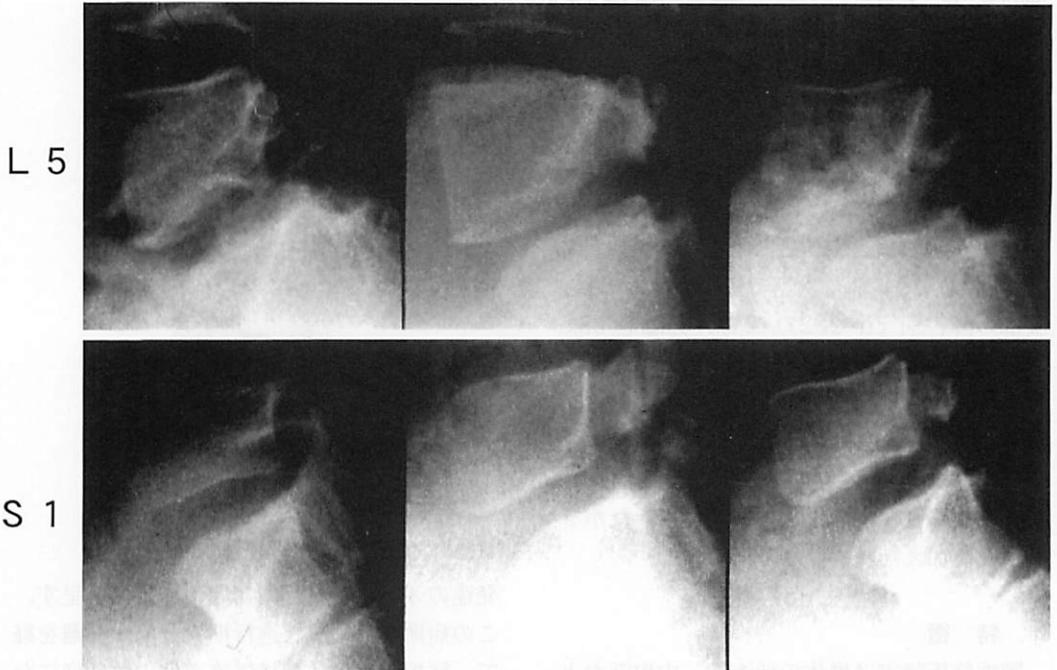


図2 腰、仙椎終板障害の後遺変化

## 2. 予 後

終板障害は終板発達の3相に発生し<sup>3)</sup>、椎体成長の growth spurt 期に増悪することより、障害レベルの脊椎変化ならびにこれを反映した脊柱変化を後遺する(図2)。これをまとめてみると、①終板不整、椎体楔状化、椎体円形化<sup>4)</sup>、②隅角解離、凹椎、シュモール結節、③すべり症(分離・無分離)<sup>5)</sup>、不安定性、④椎体前後径増強、脊柱管狭窄症、⑤椎間板変性、⑥不良姿勢、malalignment、などである。これらが重複している症例も少なくない。

## 3. 臨床像

腰痛が主症状であり、初期、とくに分離症では軽症であり、見逃されやすい。他覚症状も、乏しく、伸展ストレステストと Kemp サインが高率に陽性である以外には特徴的所見をみない。しかし、限局性後方型障害では病期にしたがって増強する自、他覚症状を認める(図3)。発育期の腰椎椎間ヘルニアと鑑別

不可能な症状であり、画像診断が不可欠である<sup>6)</sup>。したがって、終板障害の確定診断は、先述したように、特有な画像所見を重視しなければならない。

## 4. 治療と成績

図4のように、保存療法(スポーツ中止と軟性コルセット固定)を、まず、採用す。1

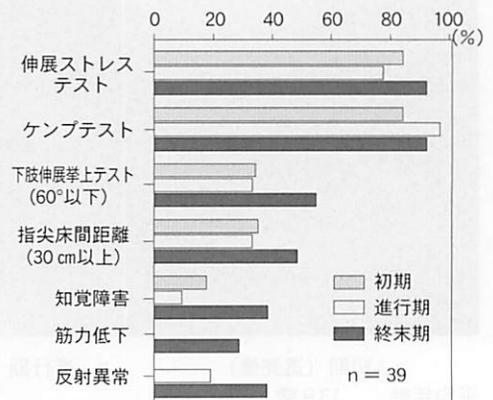


図3 限局性後方型終板障害病期と症状

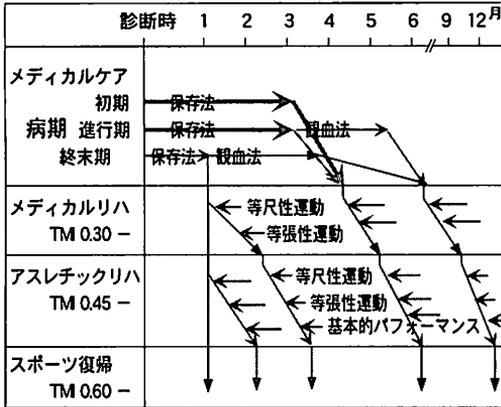


図4 発育期腰椎スポーツ障害治療方針

～2カ月毎に画像診断を加えながら follow-up する。中学生以上の年齢には、保存療法と一環させて、リハビリテーションを実施する。主目標は体幹筋の維持・増強およびROMの獲得であり、当初から、四肢の筋力やROMの維持に向けてのリハビリテーションを行わせる。体幹筋訓練の運動処方には腹筋筋力の評価に基づいて行う<sup>7)</sup>。私共が採用している高校生筋力強化メニュー<sup>8)</sup>(60～75%MVC・15回/セット・3セット/日・隔日、3日/週)による Bend-knee Sit up 法(図5)および ABETS<sup>9)</sup>を紹介しておく。観血療法は終末期、しかも強度の有症所見者に限って実施している。治療成績を病期との関連でスポーツ復帰状況よりみると、一次性終板障害は初期95.6%(n=160)、進行期85.0%(n=141)、ならびに終末期38.9%(n=8)であった。分

TMI (体幹筋力指数)

レベル	自重負荷	自重負荷+10%体重負荷
1.0	90秒/回 10回/セット 2～3セット/日	90秒/回 10回/セット 2～3セット/日
0.6	アスレチックリハ 60秒/回	10秒/回
0.3	メディカルリハ 40秒/回	
0	メディカルケア 20秒/回	

図5 Bend-Knee Sit Up 法による運動処方

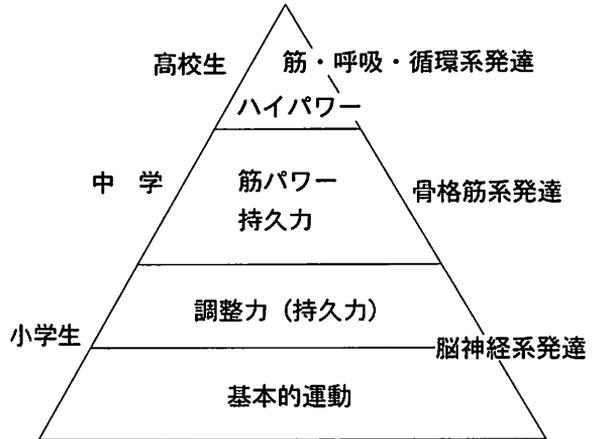


図6 ライフステージとスポーツライフ

離症例での二次性終板障害合併例についてもほぼ同様な成績であり、早期発見・治療の重要性が明示される結果となっている。

### 5. 予防対策

終板障害の特徴ならびに治療成績から、予防が最良の治療であるといえる。予防は、云うまでもなく、原因に目標を置くべきである。その主要因は成長途上の終板に対する不適正な質量のスポーツ活動である。予防対策としては、①ライフステージに対応した体力づくり<sup>10)</sup>(図6)、②充分なコンディショニング、③適正な運動スポーツ活動、④スポーツ環境の整備、などが挙げられる。文部省が提示した運動休養日の設定例には、休養日は、中学生2日以上/週、高校生1日以上/週とし、練習時間は平日2～3時間以内、休日・長期休業中3～4時間以内としてある<sup>11)</sup>。児童、生徒の年齢層では成長の個人差が著しく大きく、個人に適したスポーツ活動が望まれる。こうした実施には、整形外科医も加わったスポーツ環境整備による背後の固めが必要である。

### 文 献

- 1) 橘 敬三、井形高明：発育期終板障害の病態と治療 MB Orthop. 9 (4):21-30,1996.
- 2) 井形高明：スポーツによる運動器過労性障害(総論). MB Orthop. 9 (4):21-30,1996.

- 3)Edelson JG, Nathan H : Stages in the natural history of the vertebral endplates. Spine 13 : 21-26,1988.
- 4)Morita T, Ikata T, Katoh S, Miyake R : Lumbar spondyloysis in children and adolescents. J Bone Joint Surg [Br] 77B: 620-625,1995.
- 5)Ikata T, Miyake R, Katoh S, Morita T, Murase M : Pathogenesis of sports related spondylolisthesis in adolescents. Am J Sports Med 24 : 94-98,1996.
- 6)Ikata T, Morita T, Katoh S, Tachibana K, Maoka H : Lesions of the lumbar posterior end plate in children and adolescents. J Bone Joint Surg [Br] 77B: 951-955,1995.
- 7)森田哲生、井形高明：腰痛患者における体幹筋力測定－体幹筋力測定の意義と疼痛評価。MB Orthop. 9 (4): 21-30.1996.
- 8)高井宏明、井形高明、津保雅彦、西良浩一、加藤義之：筋力トレーニング－運動強度(%最大随意収縮)と筋エネルギー代謝：31P-MRSによる研究。総合リハ 23 : 15-20, 1995.
- 9)森田哲生、井形高明：スポーツ障害、腰痛、坐骨神経痛診療マニュアル(編集；菊池臣一、宝田景久、矢部裕)、274-282、全日本病院出版会、1997.
- 10)保健体育審議会：生涯にわたる心身の健康の保持増進のための今後の健康に関する教育及びスポーツ振興(保健体育審議会答申)。平成9年
- 11)中学生・高校生のスポーツ活動に関する調査研究協力者議：中学生・高校生のスポーツ活動に関する調査研究報告書。平成10年

---

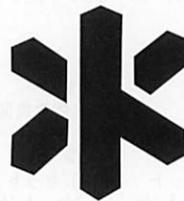
## 富田林市

市章制定

昭和17年10月1日

市章の意味

富田林の頭文字「富」を「ト」とし、これを三つ重ねてトミと読む。各先端が矢の形になっているのは、広く発展することを意味している。



# RAの関節破壊とCOX-2

京都府立医科大学 第一内科 佐野 統

### 1) はじめに

COX-2は1991年に発見されたアラキドン酸からプロスタグランジン (prostaglandins; PGs) を産生する経路の最初に働く酸化酵素であるシクロオキシゲナーゼ (cyclooxygenase; COX) の誘導型のアイソザイムです。COX-2はサイトカイン、増殖因子、発癌プロモーター、ホルモンなどの刺激で著明に発現誘導され、グルココルチコイド投与によりにより完全に発現抑制されます。慢性関節リウマチ (RA) 患者では滑膜組織においてCOX-2の著明な発現増強がみられます。COX-2を介して産生されるPGs、特にPGE<sub>2</sub>はRAの関節破壊を惹起することが知られています。非ステロイド性抗炎症剤 (NSAID) はCOX活性を阻害することにより抗炎症作用を発揮します。そこで、生体保護に働く構成型のCOX-1を阻害せず誘導型のCOX-2活性だけを選択的に阻害するNSAID (ハイベン、レリフェン、メロキシカム、セレブレックスなど)が開発され現在臨床応用されているものもあります。従来のNSAIDsに比べ、胃腸障害や腎障害などの副作用の発生頻度が有意に少ないと報告されています。また、COX-2は大腸癌をはじめ、乳癌、肺癌、肝臓癌、食道癌などの腫瘍組織での発現増強がみられます。アルツハイマー病、炎症性腸疾患などの病態での発現も報告されています。すなわち、炎症以外に発癌や様々な病態との関係が注目されています。

本講演ではCOX-2の生理機能、RAにおけるCOX-2の役割、COX-2選択的阻害剤の臨床成績、COX-2の最近の話題についてお話しします。



### 2) COX-1とCOX-2

細胞膜のリン脂質から不飽和脂肪酸であるアラキドン酸を材料として、様々な生理機能をもつプロスタノイドが合成されます(表1)。その一つがシクロオキシゲナーゼ系です。図1のように、アラキドン酸にCOX (1または2)という酸化酵素が働き、PGG<sub>2</sub>さらにPGI<sub>2</sub>が合成されます。さらに、各種合成酵素の働きにより、PGE<sub>2</sub>、PGI<sub>2</sub>、PGF<sub>2α</sub>、PGD<sub>2</sub>、トロンボキサン(TX)A<sub>2</sub>などが合成されます。1971年 Vane 博士はアスピリンやインドメタシンのようなNSAIDsはCOX活性を阻害することによりPGs産生を抑えることによって、抗炎症作用を発揮することを発見しました。その後、COXとその経路により産生され

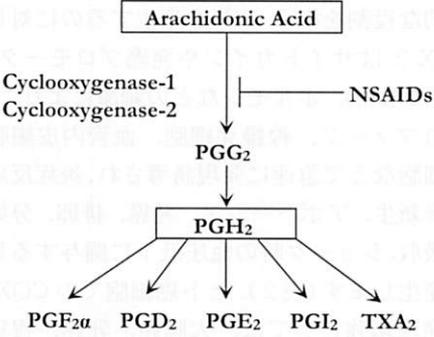


図1 アラキドン酸カスケード

表 1 プロスタグランジンおよびトロンボキサンの薬理作用

PGD <sub>2</sub>	血小板凝集阻害 睡眠誘発 気管支収縮 抗腫瘍作用 (Δ 12PGJ <sub>2</sub> )	PGF <sub>2α</sub>	子宮収縮 気管支収縮
PGE <sub>2</sub>	血管拡張 血圧下降 血小板凝集阻害 (E <sub>1</sub> ) 胃酸分泌抑制 胃粘膜保護作用 下痢誘発 発熱作用 痛覚過敏 免疫抑制作用 気管支拡張 子宮収縮 腎血流量増加	PGG <sub>2</sub> PGI <sub>2</sub>	血小板凝集惹起 血管収縮 気管支収縮
		PGI <sub>2</sub>	血小板凝集阻害 血管拡張 血圧下降 腎血流量増加 胃酸分泌抑制
		TXA <sub>2</sub>	血小板凝集惹起 血管収縮 気管支収縮

るエイコサノイドに関する研究は飛躍的に発展しました。そして、1991年に米国の2つのグループがCOXの新しいアイソザイムで、既知のCOX-1と約60%のアミノ酸配列の相同性を持つCOX-2を発見しました。COX-2は“immediate early gene”と呼ばれ、非常に誘導されやすい酵素です。その原因としてプロモーター領域に転写因子の結合部位が多数存在することが挙げられます。細胞内局在については両アイソザイムとも核膜と小胞体に存在します。

両アイソザイムはそれぞれ生体内で異なった役割を担う事が明らかになっています。すなわち、COX-1は血小板、胃、腎、精囊に存在し、血小板凝集、胃液分泌、利尿などの生理的な役割を担うPGを産生するのに対し、COX-2はサイトカインや発癌プロモーター(TPAなど)、ホルモンなどの刺激により、マクロファージ、線維芽細胞、血管内皮細胞、癌細胞などで急速に発現誘導され、炎症反応、血管新生、アポトーシス、発癌、排卵、分娩、骨吸収、ショック時の血圧低下に関与するPGを産生します(表2)。ヒト癌細胞でのCOX-2の発現増強としては、大腸癌、乳癌、胃癌、食道癌、肺癌、肝細胞癌、膵癌、頭頸部の扁

平上皮癌などが報告されています。NSAIDs服用者では大腸癌、乳癌、食道癌の発症率が非服用者比へ有意に低く(40-90%)、COX-2と発癌との関係が注目されています。また、COX-2の発現は正常の腎臓の傍糸球体装置、中枢神経、膵臓のランゲルハンス島などにも恒常的に存在しています。

### 3) RAとプロスタノイド

RA患者の滑膜細胞では、PGE<sub>2</sub>、PGF<sub>2α</sub>、PGI<sub>2</sub>、TXA<sub>2</sub>が産生され、関節液においてもPGD<sub>2</sub>、PGE<sub>2</sub>、PGF<sub>2α</sub>、6-keto-PGF<sub>1α</sub>、TXB<sub>2</sub>、leukotriene (LT) B<sub>4</sub>などの発現がみられます。これらのPGsは軟骨細胞でも産生され、局所で生理機能やRAの病態において重要な役割を果たしています。特に、PGE<sub>2</sub>はRAの滑膜組織での産生が亢進しており、血管透過性の亢進、発痛、発熱などの炎症惹起作用や、マクロファージやTリンパ球機能の抑制による抗炎症作用の両方を併せ持ち、滑膜組織での炎症や免疫系を調節しています。また、滑膜の増殖に必要な血管新生にも関与しています。PGE<sub>2</sub>と同様に他のPGsも、多くの生理作用(表1)があり、これらがオートクライン、パラクライン、ときにはフィー

表2 COX-1とCOX-2の比較

	COX-1	COX-2
遺伝子の性格	house keeping gene 構成酵素 constitutive	immediate early gene 誘導酵素 inducible
mRNAのサイズ	約3 kb	約4～4.5kb
遺伝子(ヒト)のサイズ 局在	22kb (11エクソン) クロモソーム9に存在	8 kb (10エクソン) クロモソーム1に存在
発現の程度	1～数倍	数十倍
構成アミノ酸数	576個	604個
一次構造の相同性		60%程度
発現細胞	血小板、胃、腎、血管内皮細胞 などほとんどすべての細胞	ふだんは探知されない 単球、線維芽細胞、滑膜細胞、骨芽細胞、顆粒膜細胞などに、サイトカイン、発癌プロモーター、増殖因子、ホルモンなどの刺激で誘導される
生理的役割	血小板凝集、胃酸分泌抑制、 胃粘膜保護、利尿、発痛、血 圧・血流の維持	炎症反応、血管新生、排卵、分娩、 骨吸収、ショック時の血圧低下、胃 潰瘍の修復、アポトーシス
病態での発現上昇	(-)	大腸癌、大腸ポリープ、胃癌、乳癌、 肺癌、食道癌、肝細胞癌、膵臓癌、 慢性関節リウマチ、炎症性腸疾患、 アルツハイマー病
細胞内局在	小胞体と核膜	小胞体と核膜
使用されるアラキドン酸 アスピリンによる阻害	おもに外因性(即時応答) COX活性の阻害	おもに内因性(即時および遅発応答) COX活性を15-リポキシゲナーゼ活 性へ変換し、15-HETEが産生される
グリコルチコドによる阻害	転写阻害なし、あるいは弱い	転写阻害は強い

ドバック機構を利用し、炎症、免疫反応を調節していると考えられます。PGsやTXA<sub>2</sub>にはそれぞれ特異的な受容体、EP、DP、FD、IP、TPの5種類の受容体が存在します。EPはさらにEP1-4の4つのサブタイプに分かれており、それぞれ細胞内情報伝達系が異なります。それぞれの受容体を介して様々な機能を発揮することも知られています。RA患者の滑膜細胞ではEP2が発現しており、EP2を介してPGEがVEGF遺伝子の発現を調節し、血管新生を誘導していることが報告されています。

#### 4) RAにおけるCOX発現

RA患者の滑膜組織においてはCOX-1及びCOX-2ともに、表層細胞層、血管内皮細胞、炎症性単核球、フィibroblast様細胞にお

いて強く発現しています(図2)。一方、OA患者の滑膜組織では、COX-1及びCOX-2の弱い発現が滑膜表層細胞に認められます。RAの滑膜でのCOX-2mRNAの発現量はCOX-1に比べ、有意に多いと報告されています。Siegleらは強直性脊椎炎や乾癬性関節炎においてもCOX-2の強い発現が滑膜表層細胞や血管内皮細胞において見られと報告しています。正常滑膜組織ではCOX-1、COX-2ともにほとんど発現が見られません。すなわち、炎症性関節炎においてCOX-2の発現増強がみられるようです。

一般に、COX-2はIL-1やTNF- $\alpha$ などの炎症性サイトカインや、PMA/TPAなどのマイトゲンや各種増殖因子によりその発現増強がみられます。RA患者の滑膜細胞はIL-1、PDGF、TNF- $\alpha$ 、TGF- $\beta$ 、EGF、FGF-1など

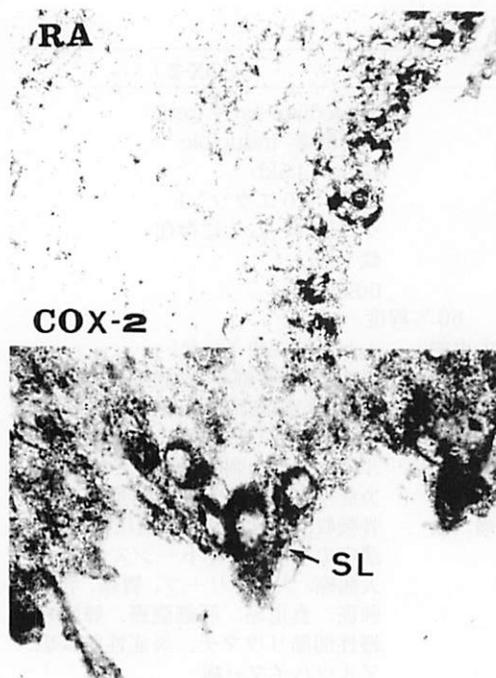


図2 RA患者滑膜組織における  
COX-2 mRNAの発現  
(ジゴキシゲニン標識COX-2 cRNAを用いた  
in situ hybridization法)  
SL: synovial lining cell layer

のサイトカインを産生することが知られています。これらのサイトカインがCOX-2の発現を誘導しているものと考えられます。私どもはCOX-1とCOX-2の発現機構の違いについて、滑膜の培養細胞を用いて調べました。RAの培養滑膜細胞ではCOX-1、COX-2ともに未刺激でも微量発現しています。しかし、IL-1 $\beta$ やPMAなどの刺激により、COX-2は著明に発現増強しますが、COX-1の発現に変化はみられません。また、グルココルチコイド添加により、サイトカイン刺激により発現増強したCOX-2は完全に抑えられます。

RA患者や関節炎モデルラットにおいては、様々な視床下部-下垂体-副腎軸の機能異常が知られています。そのために、RA患者においては炎症刺激に対して、視床下部からcorticotropin-releasing hormone (CRH)の分泌が充分できない。そのため、副腎皮質に

おいて、COX-2の発現を抑えるのに必要な量のグルココルチコイドの産生ができず、関節炎を抑えることができない可能性があります。

RAのモデルラットでは関節炎の発症とともにCOX-2発現増強がみられ、COX-2選択的阻害剤であるセレコキシブを関節の腫れがみられる時期に投与すると関節炎の抑制がみられます。また、COX-2アンチセンスを投与しCOX-2遺伝子の発現を抑えるとモデルラットの関節炎の発症が有意に抑えられるとともに、滑膜細胞にアポトーシス (programmed cell death)が誘導されます。すなわち、COX-2の抑制はPG産生とともに滑膜増殖も抑える可能性があります。

#### 5) COX-2 選択的阻害剤の作用機序と臨床成績

最も重要なNSAIDの副作用は胃腸管出血です。NSAIDsを服用しているRA患者さんでは25%に消化性潰瘍がみられます。この発症機序としてNSAIDによるCOX-1活性阻害による胃粘膜保護に働くPGs産生抑制が考えられています。H<sub>2</sub>受容体拮抗剤をはじめとする胃酸分泌抑制による治療も症状はコントロールするがNSAIDによる胃腸管出血のリスクは減らさないことが知られています。PGE<sub>1</sub>製剤のミソプロストールはNSAIDの副作用による胃腸管出血のリスクを低下させる唯一の薬剤として知られています。Singh博士は各種NSAIDでCOX-2選択性の高いほど消化管障害の相対危険度が低いことを示しています。川合らもNS-398、エトドラク、ナブメトンなどのCOX-2選択性の高いNSAIDは消化管障害が少ないと報告しています。

COX-2選択性の違いはCOX-1とCOX-2の構造の違いによって起こります。KurumbailらはCOX-2選択的阻害剤であるセレコキシブのCOX-2選択性の発現機構について検討しました。その結果、セレコキシブのスルホンアミド側鎖がCOX-2の523番目のバリン(COX-1ではイソロイシン)のあとに存在する

親水性のサイドポケットへ結合することにより酵素活性を阻害することが示されました。ところが、一般のNSAIDsはそのカルボキシル基がCOX-1、2に共通にみられる120番目のアルギニンに結合し、疎水性の部分がCOXの疎水部に結合する。そのため、COXのゲートが閉じられアラキドン酸が酵素活性部位に到達できずPG産生ができないと考えられます。

セレコキシブの6カ月投与臨床治療成績ではら患者の疼痛関節数や腫脹関節数の有意な減少はジクロフェナクとほぼ同等であり、胃、十二指腸潰瘍の発生率はセレコキシブ(100-400mg)では6%以下でプラセボ(4%)とは有意差はありませんが、ナプロキセン500mg(26%)とは有意差があります。腎障

害についての検討でも健常者に対するNSAIDによる腎血流量の減少がナプロキセンに比べ有意に少なく、血小板機能への影響も少ないと報告されています。本邦ではメロキシカム、セレコキシブ、MK-966などのCOX-2選択的阻害剤が現在、臨床治験中であり、副作用の少ないNSAIDとしてその使用が期待されています。

#### 参考文献

佐野 統：炎症とCOX-2. 臨床免疫, 31: 381-389, 1999

佐野 統、川人豊：慢性関節リウマチ患者の滑膜組織にみられるCOXの発現. リウマチ科, 21:331-341, 1999

---

## 池 田 市

市章制定

昭和15年8月12日

市章の意味

池田と井桁(いげた)との音律より考案したもので、井桁は染殿井を、糸巻は呉織、漢織の両神を祭る由緒の地であることを象徴している。



## 腰痛の保存療法－35年を省みて－

中野整形外科病院 院長 中野 昇

昭和28年、札幌医大を1期生として卒業し、インターンを終了後整形外科医局に入局した。教えて貰う先輩が少なかったうえに、すぐに外来で患者の診察をしなければならなかった。一番困ったことは腰痛患者が来たときで、どのように説明して治療をしてよいか分からなかった。当時腰痛と云えば脊椎カリエスがおもであったが、下肢のしびれ感や痛みが強くてカリエスと違うように思えたからであった。

学会に出席するようになってから、スパーリングによれば、腰痛の原因は黄色靭帯の肥厚によると云っていることが分かった。しかしその治療をどうするか分からなかった。昭和33年岡山での筋電図学会に出席したとき、中部整形外科学会が開催されており、京大の近藤教授が椎間板ヘルニアの公開手術を行っていた。その時の患者の症状は、私が岡山に来る前に入院した受け持ち患者と同じであった。手術の内容を書いたパンフレットは手に入らなかったので、階段教室の一番上で、皮膚切開から手術の順序を出来るだけ詳しく書いた。帰札して教授と一緒に初めて椎間板ヘルニアの手術を行った。結果は見ていたように簡単ではなかった。当時腰椎の手術は大手術で、椎弓切除術でさえ500ccの出血に手術を中止するほどであったため、整形外科医になっても、自分には一生できる手術でないと諦めていた。

フィッシャー教授のご厚意で、翌年米国ケンタッキー州ルイヴィル大学の整形外科レジデントとして留学した。勤務早々椎間板ヘルニアの助手をすることになった。術者は第1趾の背屈が弱いからL4のヘルニアであると教えてくれた。下肢痛は黄色靭帯の肥厚が原因と記憶していたので、そのことを尋ねたら、



それはヘルニアの2次的変化によるものだと云う。術者の名前はスパーリングで、日本にいたとき雲の上の人と考えていた人であることが分かった。先生は既にヘルニアの著書を書いておられ、多くの手術も行っていた。ルイヴィルでは脳神経外科医がヘルニアを切除し、その後整形外科医が腰椎固定術をおこなうcombined operationが普通に行われていた。その頃フィッシャー教授の友達でハーモン教授が腰椎前方固定術を発表したが、ヘルニアの切除と固定が同時に出来るため、それ以来ルイヴィルではその手術を行っている。この大學はカリエスに最初に固定術を行ったヒブスが卒業しており、また初めて椎体切除術を行ったレザマンがおり、米国でも脊椎外科に関しては名のしれた大學であった。諦めていた脊椎手術が出来るようになるのではないかと夢を大きく膨らせた時期であった。

ところがレザマンは腰痛患者の治療に手術より日常生活の姿勢に注意するように指導しており、手術の大家とは思われないほどであった。腰痛患者に手術をする割合は多くないことから、保存療法の大切さを感じていたので、早速それについて調べることにした。Postural Back Pain という薄い単行本があるだけであったが、それを何度も読み返して勉強をし

た。帰国してから、雑誌社などに話をしても相手にされず、自分だけで患者の治療に活用していた。

一般に腰痛の本当の原因は分かっていないと云われている。しかし、腰痛はどのようなときに起きるか経験上知っている。そのことを詳細に知るため、一般の人を対象にアンケート調査を（複数回答で）行った。腰痛の原因は重量物挙上が男性で 37.2 %、女性で 40.8 %、腰椎前屈位の持続が男性で 34.2 %、女性で 46.8 %で、この 2 つの行為が主な原因になっていた。

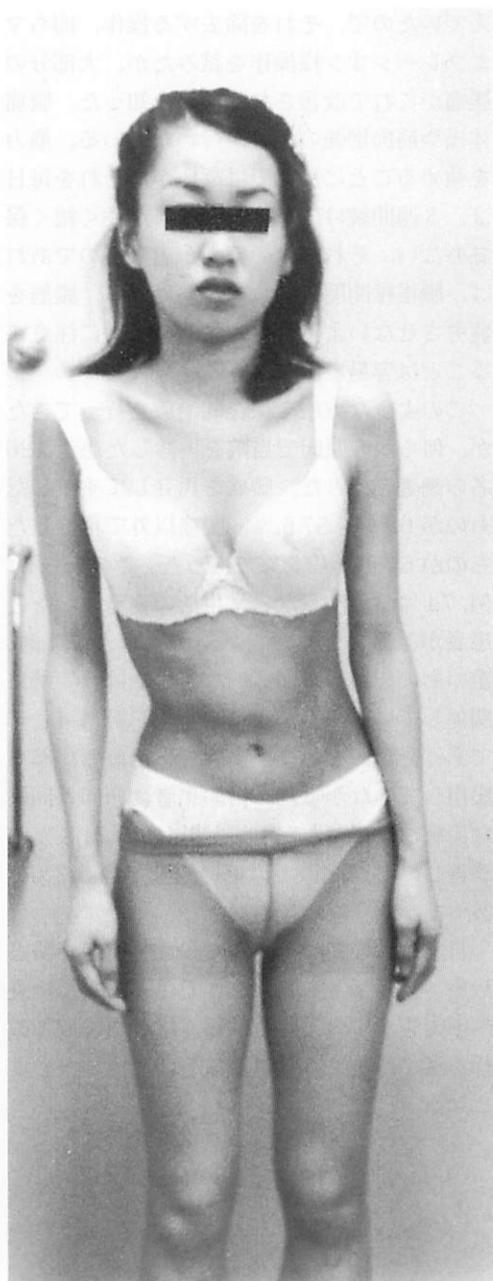
その腰痛を各自がどのように対処したか調べた。男性では 52.4 % が整形外科を受診したが、自分で治療した者が 27.5 % もあった。女性では 45.2 % が自分で治療しており、整形外科にかかった人は 40.1 % であった。腰痛がどのくらい続いたか調べたが、2 週間以内が、男性では 78.4 %、女性では 85.7 % であった。一般に考えられているほど腰痛は治りづらいものではない。この結果、腰痛の原因になっている動作を日常生活でとらないことが、腰痛の予防になると考え、外来で腰痛患者に詳しい指導を行ってきた。

ただ身動きが出来ないほどの、激しい腰痛をどう処置するか難しい問題である。このような腰痛の原因は科学的に証明されていないが、腰椎後方手術の経験から、軟部組織が椎間関節に嵌入して激しい腰痛を起こすと考

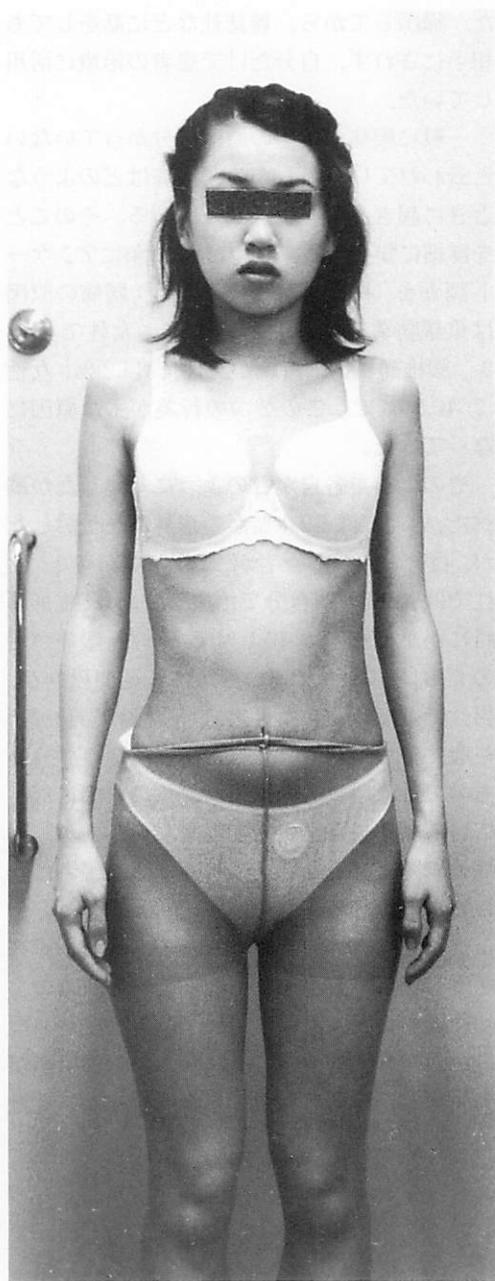
えていたので、それを除去する操作、即ちマニプレーション様操作を試みたが、大部分の腰痛がこれで改善されることを知った。腰痛体操や筋肉増強の指導が行われている。筋力を強めることに反対ではないが、それを毎日 2、3 週間続けても、その結果が長く続く保証もない。それだけの努力が出来るのであれば、腰椎椎間関節に負担をかけたり、腰筋を疲労させないような日常生活の姿勢に注意することは容易に出来る。

このような方法で保存的治療を行ってきたが、何らかの原因で当院を再診した患者 120 名の調査を行った。腰痛を再発して来院したものが 69 例、57.5 %、腰痛以外で再診したものが 51 例、42.5 % であった。このうち 51 例、74 % が不注意な日常生活の姿勢をしたと患者が診断をつけてきた。働きすぎが 4 例、重いものを持ったが 3 例など、やはり姿勢に関係していた。再診までの平均日数は 4.9 年であったが、それまで病院での治療も、薬も服用していなかった。再診患者に初回と同様な治療法を行ったが、1 週間以内で 71.8 % が改善し、2 週間以上治療に通った者は 2 % であった。

日常生活の姿勢を中心にした腰痛の予防と治療で大体 80 % が軽快している。すぐ検査や手術をすすめる治療は腰痛患者を医療類似行為者に行かせる結果になるので注意が必要となる。



物を持ち上げようと前屈したとき急に腰痛が出現し、腰椎は前屈・右屈曲位になった。



マニピレーション直後は腰痛も消失し起立歩行も正常になった。

## 肩関節疾患に対する超音波診断

大阪医科大学 整形外科 土居 宗 算

### はじめに

画像検査技術の進歩とともに、軟部組織の異常を描出して客観的に評価することが可能になった。整形外科領域での超音波検査法は軟骨、脊髄、腱、筋肉、末梢神経などの病変を描出する手段として用いられ、有用性が確かめられている。

本稿では中高年者の代表的な肩関節疾患である腱板障害と青壮年者の肩のスポーツ傷害の診断に関する超音波検査の有用性について述べる。

### 超音波の特性

超音波は音響特性インピーダンス（組織内の音速と密度の積）の異なる物質の境界面で反射するため、エコー輝度は必ずしも物質の密度や組成を反映するものではない。CT画像などとは異なり、組織の密度が高くても、均一な物質中では超音波は反射しないため、輝度は高くないことを理解しておく必要がある。

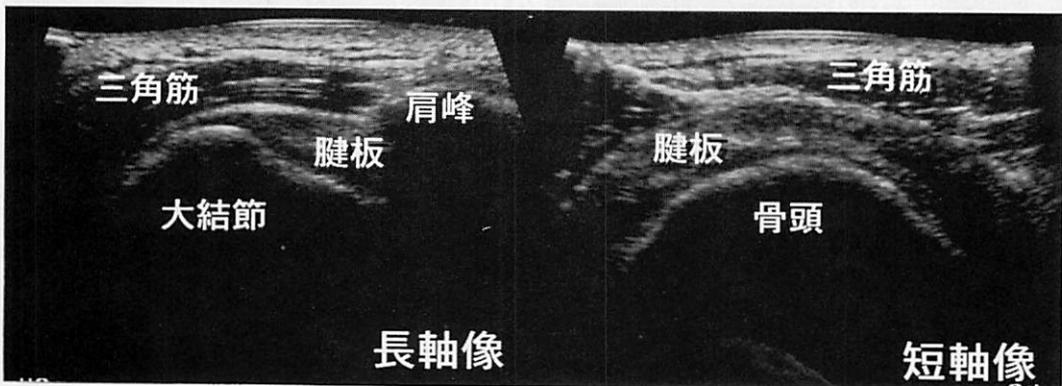
高周波の超音波を用いると、分解能は高くなり、解像度は向上するが、深部に到達しにくくなる。使用機種を選定に際しては、分解



能と深達度とのバランスを考慮する必要がある。我々は肩の検査には7.5MHz anular array probeを使用している。この周波数の超音波は腱板を観察するのに十分な深度に到達し、分解能は約0.3mmである。

### 腱板の正常像

対象とする組織の長軸と平行に走査する場合を長軸走査と呼ぶ。腱板の中では棘上筋腱が損傷されやすいため、腱板の長軸像とは通常、棘上筋の長軸像であり、大結節頂点から内側に向けて、棘上筋の走行と平行に走査すると得られる(図1A)。この走査で三角筋と腱板表層との間に高輝度の境界エコーがみら



A

図1

B

れる。三角筋と腱板との境界には通常、薄い滑液包が存在するが、正常肩の超音波像では線状で、ほとんど厚みがない。腱板表層の境界エコーは上方凸の弧を描き、三角筋表層のエコーとほぼ平行である。

長軸に直交する走査を短軸走査と呼ぶ。腱板の短軸像では、境界エコーは骨頭とほぼ同心円状の上方凸の形状をとっている(図1 B)。長軸像、短軸像ともに腱板内部の輝度は三角筋と等輝度がやや高輝度である。

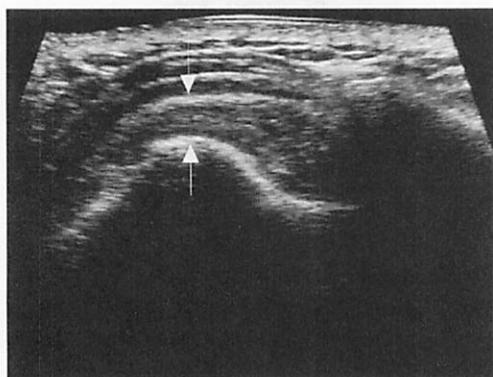


図2

### 腱板の異常像

腱板の役割は上腕骨頭を関節窩に引きつけ、運動の支点を作り、上腕骨頭を関節窩の上で円滑に回転させることである。外傷、スポーツによる over use、加齢による退行変性などの要因によって腱板の機能不全が生じると、骨頭は運動の制御を失い、三角筋の作用で上方に引き上げられ、肩峰や烏口肩峰靭帯に衝突する。腱板、肩甲下滑液包、上腕二頭筋長頭腱は肩峰と上腕骨頭の間に挟まれ、炎症や損傷が増強し、悪循環を生じる。このため、腱板断裂は通常、滑液包炎を伴い、滑液包の肥厚(図2)や滑液包内の水腫の貯溜が見られることが多い。

腱板断裂の超音波診断には、三角筋と腱板との境界エコーの形態変化を捉えることが重要である。正常腱板では上方凸であった境界エコーは、断裂腱板では扁平化(図3 A、4 B、4 C)、陥凹(図B、3 C、4 A)などの異常がみられる。陥凹や扁平化の程度は、断裂の程度に応じて異なり、境界エコーの形態変化は様々である。注意を要するのは、腱板が欠損しても、滑液包が肩峰から大結節上に

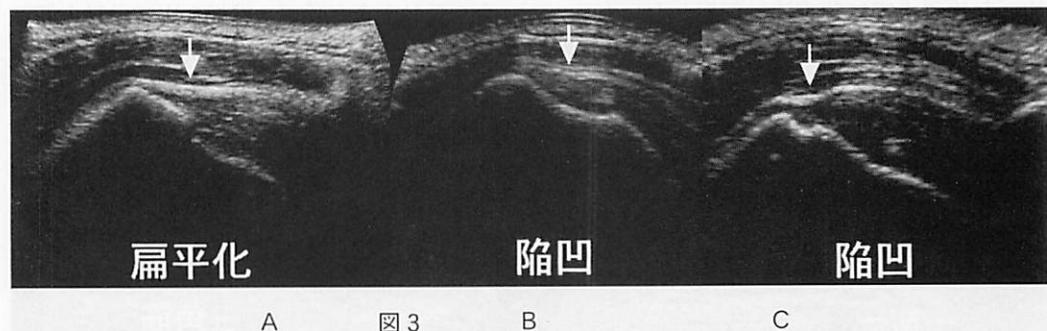


図3

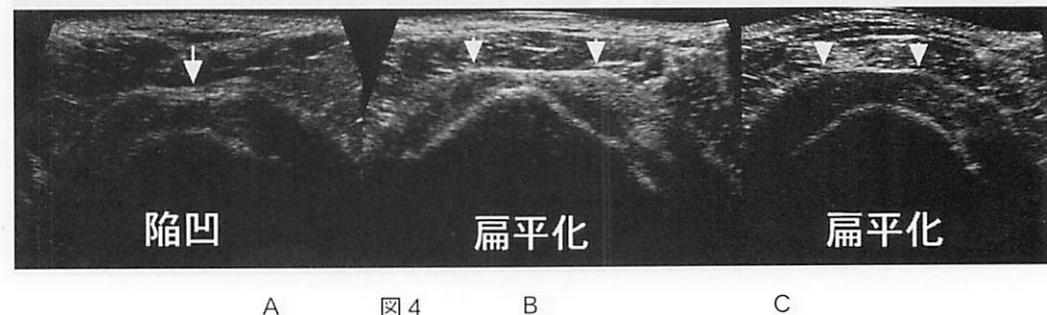


図4

張っていて、その下に滑膜組織(図5 A)や関節液(図5 B)が存在するため、三角筋が直接上腕骨頭に接することはないことである。

腱板内のエコー輝度の変化は、小断裂や不完全断裂を診断するためには重要な所見であるが、偽陽性が多く、輝度変化を正確な診断につなげるためには超音波検査に習熟する必要がある。滑液包内の水腫や滑膜の肥厚は滑液包の炎症を示す所見であり、境界エコーの形態変化は腱板断裂の正確な診断基準となる。このため、初心者は境界エコーの形態変化と滑液包の異常を観察し、診断するとよい。

中高年者では腱板が断裂していても、無症状であることが少なくなく、いわゆる健側の肩にも断裂がみられることはまれでない。身体所見の異常を伴わない超音波所見を過大に評価すべきではなく、症状のない肩に治療を行う必要はない。

#### スポーツ傷害に対する有用性

スポーツ外傷では転位のない大結節骨折が腱板断裂と誤診されて肩外来に紹介されてくることが多い。超音波検査で結節間溝部や大結節外側における骨皮質の連続性の途絶は大結節骨折を示唆する所見である。X線画像上、明らかでない骨折でも超音波検査を行えば診断できる。

投球などの overhead activity を行うス

ポーツの障害では、impingement によって生じた肩峰下滑液包炎、腱板不完全断裂およびガングリオンによって生じた肩甲上神経麻痺の診断に超音波検査が有用である。腱板の長軸像で滑液包の肥厚(図2)や水腫の貯留がみられると肩峰下滑液包炎と診断できる。肩甲上神経麻痺は肩甲棘の基部に生じたガングリオンが神経を圧迫して生じるものと、肩の反復動作によって肩甲棘部で神経が摩擦、絞扼され、障害を生じるものがある。前者では肩甲棘基部に無エコーの腫瘤陰影が描出され、容易に診断できる。棘下筋の萎縮と棘下筋筋腹の圧痛は本症特徴的な所見であり、これらの所見がみられた場合には超音波検査を行なってみるとよい。

#### 結語

肩関節疾患とスポーツ傷害の診断に際しての超音波検査の有用性について述べた。

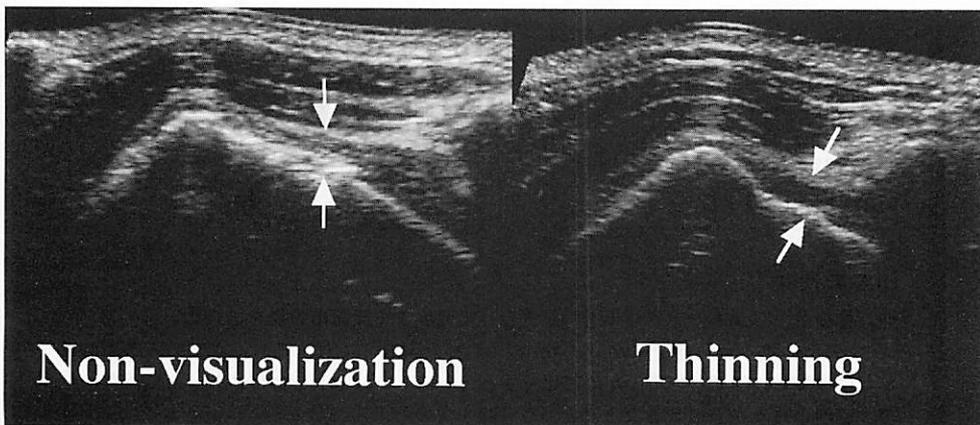
稿を終えるにあたり、御校閲頂いた阿部宗昭教授に深謝いたします。

#### 図表説明

図1 A: 腱板(棘上筋)の長軸像

B: 腱板の短軸像

長軸、短軸ともに三角筋と腱板との境界エコーは上方凸のなだらかな弧状であり、三角



A

図5

B

筋表層とほぼ同心円状である。

図2 26歳、ピッチャー。大結節頂点部で肩峰下滑液包が著しく肥厚している（矢印）。

図3 腱板の異常像。腱板断裂例の長軸像における境界エコーの形態異常

A：中断裂 B：滑液包側不完全断裂

C：小断裂

図4 腱板の異常像 腱板断裂例の短軸像に

おける境界エコーの形態異常

A：中断、B：中断裂

C：滑液包側不完全断裂

図5 腱板欠損部（大断裂）の超音波像。A：矢印の部位には術中所見で滑液包が存在するのみであった。B：術中、滑液包下に関節液が貯溜していた。A、Bともに境界エコーは上腕骨頭に接していない。大断裂の超音波像では三角筋表層のエコーも陥凹する。

---

## 箕面市

市章制定

昭和31年12月1日

市章の意味

伸び伸びと、しかもがっちり手をつなぎ合って発展する箕面市の姿を描いた。

「ノ」の字の組み合わせで「人」の字が組み合った形をつくり、これによって人と人が共に協調し、団結して市のために尽くすとともに、つねに手を合わせあった気持ちで、感謝の日々を過ごせるようにという意味を含めた。



## 骨粗鬆症薬の進歩

大阪市立大学 名誉教授 森井浩世

わが国では8種類の骨粗鬆症薬が承認されており、世界的にもユニークな位置を占めている。それぞれの薬剤は単一で、また併用されて使用されている。

### 1. エストロジェン

エストロジェンは骨粗鬆症治療薬のゴールド・スタンダードとして世界的に承認されている。1940年代に Albright F が卵巣摘出婦人における骨粗鬆症を報告したのが最初である。その後女性ホルモンが骨リモデリングを閉経前の状態に回復し、骨量減少を予防する。

エストロジェンは骨折を生じた重症骨粗鬆症においても治療効果がある。

プロゲステロンを併用することで子宮癌を抑制できるとされる。骨に対するエストロジェンの作用が影響されないとされるが、norethindrone はエストロジェンの骨作用を増強させる<sup>1)</sup>。

カルシウムとの併用については米国ではカルシウムの 1000 - 1500 mg を併用することでエストロジェン作用が増強される<sup>2)</sup>。わが国では臨床試験において 500 mg 程度をプラセボ群、実薬群に使用していることが多い(ラロキシフェン・ブリッジング試験など)。米国では乳製品を中心的なカルシウム摂取源としているが、なおかつ 1999 年 10 月トロントで国際骨粗鬆症患者の会が開催されたとき、北米で乳製品消費拡大のキャンペーンがおこなわれていた。

エストロジェンの作用の中心は骨吸収抑制であるが、他の骨吸収抑制薬との併用も問題となる。骨吸収抑制作用を中心的作用として有する薬剤はカルシトニン、ビスホスフォネート、イプリフラボンなどであるがエチドロネートとの併用については Wimalawansa<sup>3)</sup> によ



る報告がある。対照群ではカルシウム 1 グラムとビタミンD 400IU を毎日、HR T 群ではプレマリン 0.625 mg と norgestrel 1150 μg を 1 ヶ月に 12 日内服しこれを 4 年間続ける。エチドロネート群では disodium etidronate 400 mg (5-19 mg/kg/日) を 14 日経口内服し 4 年間続ける。併用群では HR T とエチドロネートを両方内服したが、骨塩量は腰椎で 10.4 %、大腿骨近位部で 7.0 % 増加した。エチドロネートのみではそれぞれ 7.3 % と 0.9 %、HR T のみでは 7.0 % と 4.8 % であった。カルシウムとビタミンD のグループではそれぞれ 2.5 % と -4.4 % であった。

エストロジェン使用と乳癌の発症との関係については増加するという成績から不変とする研究までさまざまである<sup>2)</sup>。しかし早期発見が重要であるという認識を患者、医師とも有する必要がある。

### 2. ビスホスフォネート

ビスホスフォネートはこの 20 年ほど骨カルシウム代謝異常に使用されてきた。基本構造として P-C-P を有している。この化学構造は加熱、化学薬品に安定で酵素の分解を受けない<sup>4)</sup>。

現在わが国ではエチドロネートがすでに承

認められ広く使用されている。2週間毎日内服し、10週間休薬するという従来にない方式に患者、医師ともにとまどったが、休薬期間が長いので服薬の煩わしさから解放される、副作用をその間心配しなくてもよいなどのメリットもあり、大阪の臨床医にアンケートで調査したところ次のような結果がえられた。

#### ビスホスフォネートの使用理由

効果がある	81.8 % (45/55)
新規性がある	29.1 % (15/55)
なんとなく	9.1 % (5/55)
メーカーに対する信頼	7.3 % (4/55)
安全性が高い	7.3 % (4/55)
その他	10.1 % (6/55)

#### ビスホスフォネート未使用の理由

休薬期間がある	76.9 % (40/52)
副作用の問題	30.8 % (16/52)
効果の不安	28.8 % (15/52)
メーカーがプロモーションしない	29.9 % (14/52)
薬価が高い	15.4 % (8/52)
その他	9.6 % (5/52)

このように使用についてのもっとも多い理由はその有効性にある。未使用の理由についての副作用の不安がかなり多いものであるが、これを越えて有効性に関する信頼が高いと考えられる。実際胃腸障害があるにも関わらずどうしても使用したいという一人の方が手紙を下され、どのようにしたらよいか相談された例がある(個人の経験)。胃腸薬の適当な組み合わせと休薬によってこの方は順調な経過をたどっておられるようである。副作用として胃腸障害が主なものであることが記載されているが、使用の経過で消失することが多いとされ<sup>5)</sup>、またアルミニウム、マグネシウムなどを含まない胃腸薬を同時に使用することで胃腸障害を予防ないし治療することができると思われる。

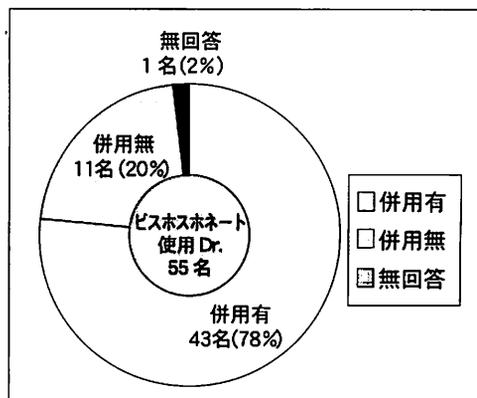


図1 ビスホスフォネート使用時の併用薬の有無

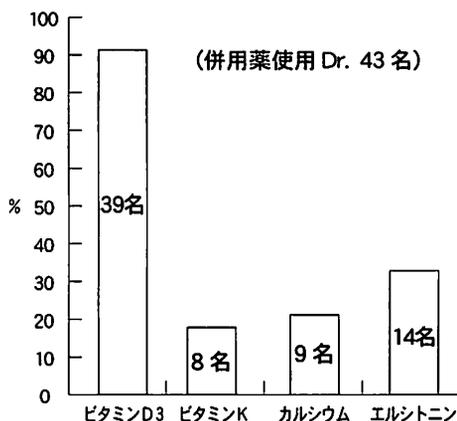


図2 ビスホスフォネート使用時の併用薬の種類

併用薬については実際ビスホスフォネート使用中の臨床医 55 名について 43 名 (78%) が併用されていた (図 1)。併用薬として活性ビタミンDがもっとも多く (39/43:90.1%) であり、エルカトニン、ビタミンKも併用されていた (図 2)。

エチドロネートの他わが国ではアレンドロート、インカドロネート、リセドロネート、ミノドロネートなどが開発段階にあるが、アレンドロートについては米国では予防薬、治療薬として承認されている。リセドロネートについては 1999 年 9 月よりスウェーデンで承認されている。

作用機序についてビスホスフォネートは骨ミネラルと結合し、破骨細胞によって骨吸収

がおこなわれる部位に集積し破骨細胞にとりこまれその作用を抑制するほか破骨細胞のアポトーシスを促進すると考えられている<sup>9)</sup>。

これらの中で側鎖にNを有するものはアレンドロネート、リセドロネート・インカドロネートなどであるが、これらはさらに代謝されることなく、GTPaseに必要なメバロン酸経路を抑制し、イソプレノイド化合物の生合成を抑制する。破骨細胞の機能抑制のメカニズムとして関与すると考えられる<sup>6)</sup>。

### 3. 活性型ビタミンD

活性型ビタミンDとしてカルシトリオールとアルファカルシドールの2種類のものが承認されている。基本的な投与量は前者が0.5 μg/day、後者が0.75 μg/dayであるが、世界的にはコンセンサスが得られているわけではない。

1997年に大阪で第二回国際骨粗鬆症学会を開催したとき診断と治療に関するコンセンサス・ミーティングを奈良でおこなった。このときのビタミンDについてはまずビタミンD欠乏が存在するかどうかを血中25OHDのレベルから診断する。欧米ではそれぞれの北部においてビタミンD欠乏が生じやすいとされ、ことに老人ホームでその傾向がみとめられるので、ビタミンDを補給するのをすすめている<sup>7)</sup>。日本人では骨粗鬆症患者で25OHDが低下しているというデータはほとんどなく、この点で欧米の骨粗鬆症と異なるのではないかと思われる。わが国で25OHDが低値であればそのような病態は骨軟化症ないし骨粗鬆軟化症として考えるべきであるという議論になると思われる。

一方で骨粗鬆症において1,25(OH)2Dが低値であり、小腸からのカルシウム吸収が低下しており、1,25(OH)2D3投与によりカルシウム吸収が改善されるという報告がある。1,25(OH)2Dが低値である理由として加齢にともなう腎機能の低下があげられている。また一方で骨粗鬆症における1,25(OH)2D

のレベルが多数例の研究では差異がなかったとする見解も根強いものがある<sup>8)</sup>。

活性型ビタミンDであるカルシトリオールとアルファカルシドールは閉経後骨粗鬆症において骨粗鬆症による骨折を予防することがしめされている<sup>9) 10)</sup>。これらの研究はいわゆるビタミンD欠乏の骨粗鬆症患者ではないと考えられる。ニュージーランドでおこなわれた研究はカルシトリオール0.5 μg/日を3年間使用し骨折をほぼ3分の1に抑制した<sup>9)</sup>。日本で谷沢らによっておこなわれた研究はretrospectiveな研究であるが、65歳以上の女性11,377名を対象とし、治療を受けていない女性10,169名を対照とし、カルシトリオール0.58 μg/日(19名)とアルファカルシドール0.84 μg/日(722名)を投与し3年間の観察をおこなった大規模臨床試験であり、大腿骨頸部骨折が4分の1に減少した。このように活性型ビタミンDにより明らかな骨折予防効果が認められる。

なおビスホスフォネートに活性ビタミンDを併用する臨床医が多いことについてさらに質問をさせていただくと次のような結果であった。

ビスホスフォネートと活性ビタミンD併用の多い理由について

相乗・相加効果を期待	33.3 % (13/39)
休薬中に使用	23.1 % (9/39)
ビタミンDは基本薬	20.5 % (8/39)
入院・外来で使い分け	2.6 % (1/39)

ビタミンD作用には明らかでない点が多く基礎的・臨床的研究がさらに必要である。

### 4. 骨粗鬆症の治療薬に関する他の話題

骨粗鬆症による骨折を予防するのにもっとも適当な方法は何か今後のさらなる研究が必要である。その中でも脂質改善薬の一つであるHMG-CoA reductase inhibitor (statins)に骨形成作用が見いだされたことである。多くの種類のStatinsの中でcerivastatinが同

種類の中でもっとも強力とされる。

さらに興味のあるのはニトログリセリンが実験的に卵巣摘出ラットで骨減少症を回復させることである<sup>11)</sup>。

#### 文 献

1. Christiansen C, Riis BJ. Beta-estradiol and continuous medroxyprogesterone: a unique treatment for established osteoporosis in elderly women. *J Clin Endocrinol Metab.* 71: 836-841, 1990
2. Lindsay R. Estrogen and osteoporosis. in Stevenson JC, Lindsay R. eds. *Osteoporosis*, Chapman & Hall Medical, London 1998 Ch 8p 161-171
3. Wimalawansa SJ. A four-year randomized controlled trial of hormone replacement and bisphosphonate, alone or in combination, in women with postmenopausal osteoporosis *Am J Med* 104: 219-226, 1998
4. Fleisch H. The use of bisphosphonates in osteoporosis. 文献2と同じモノグラフ ch9. p173-205
5. 骨粗鬆症の治療（薬物療法）に関するガイドライン作成ワーキンググループ 骨粗鬆症の治療（薬物療法）に関するガイドライン *Osteoporosis Jpn* 6: 203-253, 1998
6. Rogers MJ, Frith JC, Luskman SP, Coxon FP, Benford HL, Monkkonen J, Auriola S, Chilton KM, Russell RCG. Molecular mechanisms of action of bisphosphonates. *Bone* 24: 73S-78S, 1999
7. Morii H, Genant HK. Statement on the diagnosis and management of osteoporosis from consensus development Conference at the Second International conference on Osteoporosis, Osaka 1997. *J Bone Miner Metab.* 16: 206-214, 1998
8. Ott SM. Calcium and vitamin D in the pathogenesis and treatment of osteoporosis. in Marcus R. ed. *Osteoporosis*, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1994 Ch. 9. p227-292
9. Tilyard MW, Spears GFS, Thomson J, Dovey S. Treatment of postmenopausal osteoporosis with calcitriol or calcium. *N Engl J Med* 326: 357-362, 1992
10. Tanizawa T, Imura K, Ishii Y, Nishida S, Takano Y, Mashiba T, Endo N, Takahashi HE. Treatment with active vitamin D metabolites and concurrent treatments in the prevention of hip fractures. *Osteoporosis Int* 9: 163-170, 1999
11. Wimalawansa SJ. Restoration of ovariectomy-induced osteopenia by nitroglycerin. *Calcif. Tissue Int* 66: 56-60, 2000

## 下肢疾患における超音波診断法—スポーツ障害を含む—

大阪医科大学 整形外科 奥田 龍三

### はじめに

今日、超音波診断法は整形外科領域においても広く用いられるようになってきた。同検査法の特長は安全・非侵襲であり、リアルタイムに繰り返して行え、さらに動態をも観察できることにある。

今回、日常診療において超音波診断法が有用となる下肢疾患を紹介するとともに、その限界についても言及したい。



### I. 使用機種と検査方法

断層装置は東芝社製 SSA-250A、プローブはアニュラーアレイ 7.5MHz である。

プローブの走査方向は主として長軸走査(long axis scan、運動器官や組織の長軸に対して平行に走査)と短軸走査(short axis scan、長軸に対して直角に走査)である。その超音波像の表示方法は日本超音波医学会による基準に従った<sup>1)</sup>。

### II. 下肢疾患での応用

#### 1. 軟部腫瘍

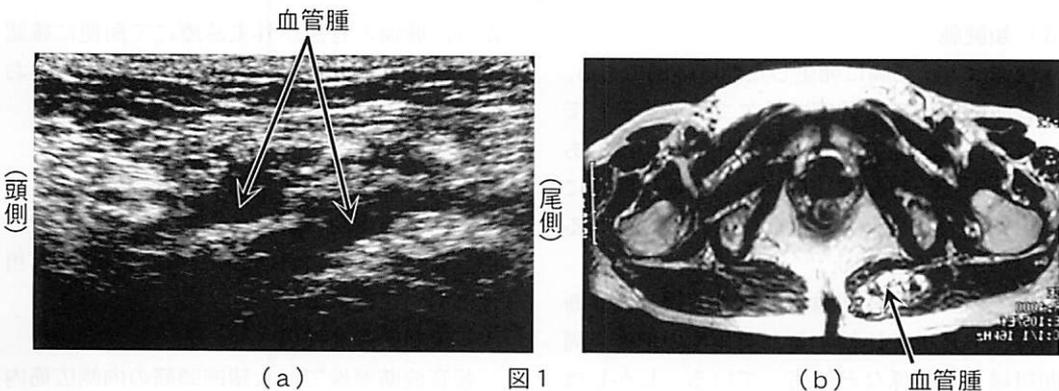
超音波断層像とMR像との比較が可能であった軟部腫瘍を提示し、超音波診断法の有用性と問題点について述べる。

#### 1) 血管腫

症例は大殿筋内に発生した筋肉内血管腫例である(図1 a)。超音波断層像では腫瘍は低エコー域で筋肉内にあることは把握できるが、その境界は不明瞭である。一方、MR像(T2)では腫瘍の局在と周囲組織との関係がより明瞭に撮像されている(図1 b)。

#### 2) 神経鞘腫

症例は大腿遠位内側に発生した神経鞘腫例である。超音波断層像では腫瘍は低エコー域で筋と大腿骨間にあり、周囲との境界も明瞭であるが、腫瘍が大きいため1つの断層像では捉えられない(図2 a、b)。MR像(T1)では腫瘍の全体像が拙出され、周囲組織との関係も把握しやすい(図2 c)。

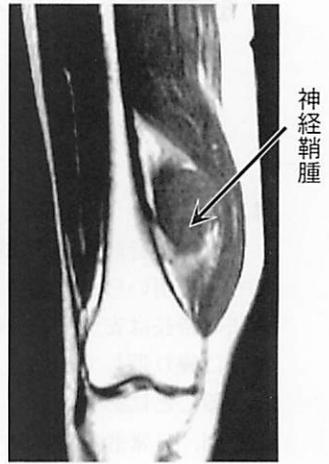
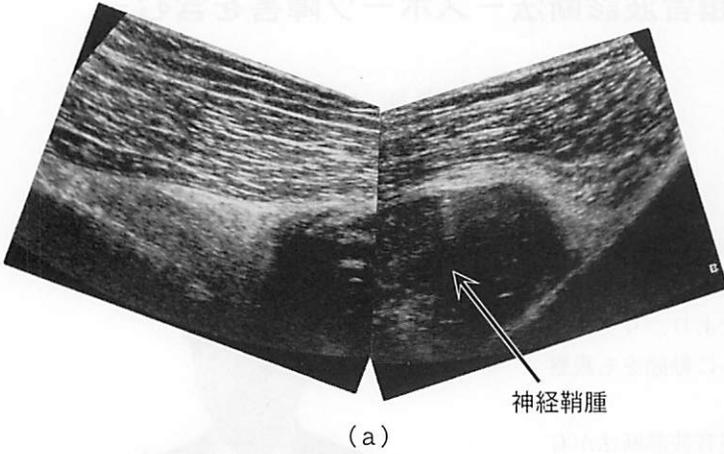


(a)

図1

(b)

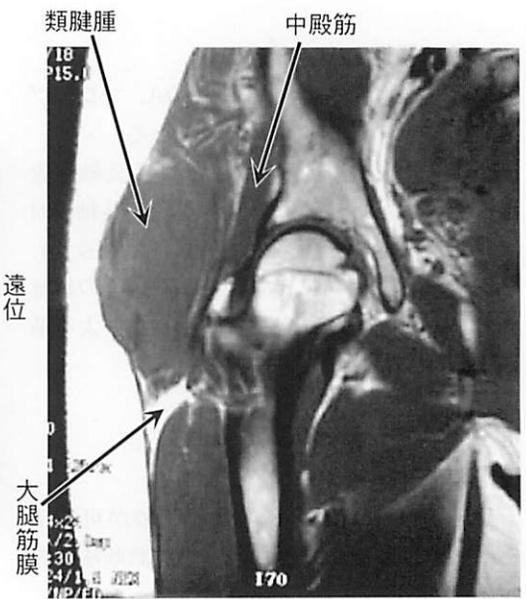
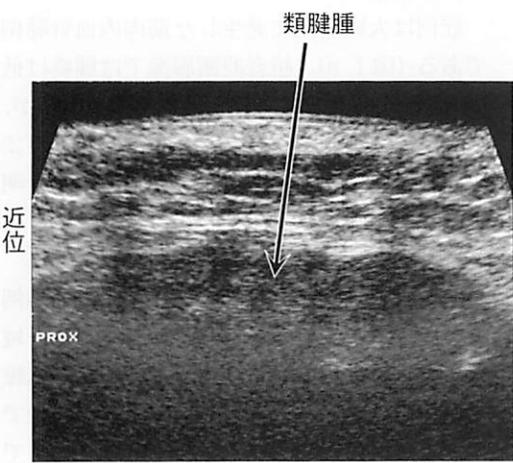
血管腫



(a)

(b)

図 2



(a)

(b)

図 3

### 3) 類腱腫

症例は大腿筋膜に発生した類腱腫例である。超音波断層像では腫瘍は低エコー域を示しているが、大腿筋膜や筋との関係は不明瞭である(図3 a)。MR 像(T1)では腫瘍は明瞭に描出され大腿筋膜と中殿筋間に存在しているのがわかる(図3 b)。

以上のように軟部腫瘍における超音波診断法は、MRIに比較すると全体像の把握、周囲組織との関係などに劣っている。しかしな

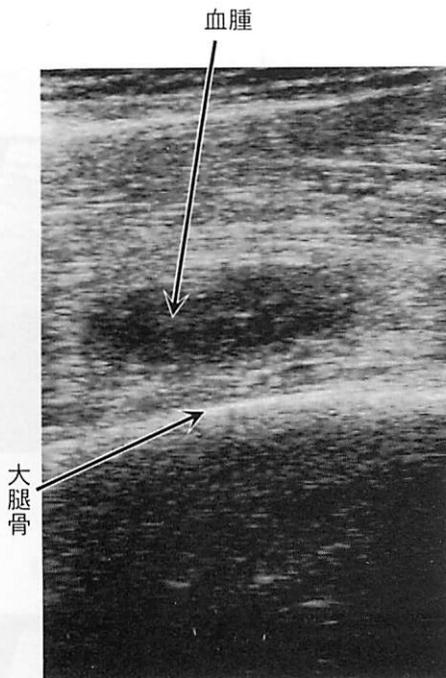
がら、腫瘍の有無が外来診療にて簡便に確認でき、その大きさや周囲組織との関係もおおむね把握できる点で有用である。

## 2. 筋、腱および靭帯損傷

診断、治療法の選択さらには治癒過程での形態変化の把握における超音波診断法の有用性について述べる。

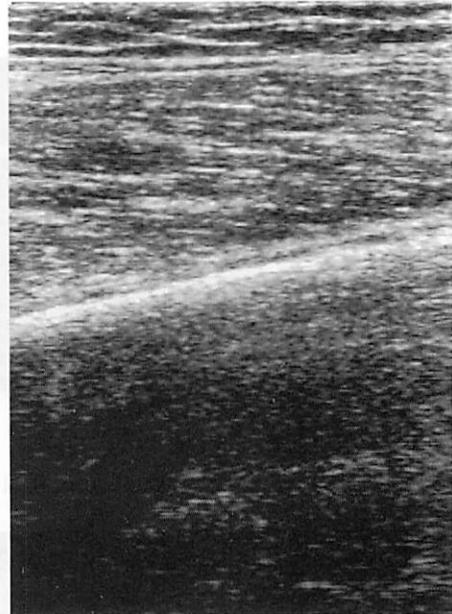
### 1) 大腿四頭筋挫傷

超音波断層像では大腿四頭筋の内側広筋内



(a)

図4



(b)

に血腫と考えられる低エコー域を認める(図4 a)。受傷後2週の超音波断層像では低エコー域は縮小していた。受傷後6週では低エコー域は消失し正常像を示している(図4 b)。

## 2) アキレス腱皮下断裂

健常アキレス腱の超音波断層像は带状の低エコー域内に線状の高エコー域を有する(図5 a)。アキレス腱断裂ではその連続性は絶たれ、低エコー域を呈する間隙を認める(図5 b)。足関節を底屈させると両断端が接近するのが観察され、その際に両断端が接するようであれば保存療法が適応となる(図5 c)。保存療法後3か月の超音波断層像ではアキレス腱断裂部は修復され、肥厚している(図5 d)。このように超音波検査法によりアキレス腱断裂の診断、治療法の選択に有用な情報が得られ、さらに治癒過程におけるアキレス腱の形態変化も外来診療にて容易に把握できる。

## 6) 腓骨筋腱脱臼

上腓骨筋支帯の損傷により外果の腓骨筋腱溝から脱臼した腓骨筋腱は、診察時には整復されているため足関節捻挫として看過され陳旧化しやすい。症例は新鮮脱臼例である。超

音波断層像では腓骨筋腱は正常の位置にあるが、外果の後外側に低エコー域を認める(図6 b)<sup>2)</sup>。この所見は上腓骨筋支帯の剥離あるいは断裂により形成された pouch 像であり、新鮮および陈旧性腓骨筋腱脱臼の診断に役立つ。さらに治療後の再脱臼の有無についても超音波検査により容易に評価できる。

## 7) 足関節外側靭帯損傷

健常な前距腓靭帯の断層像は、外果および距骨頸部の外側は線状の高エコー像として描出され、同靭帯はその間を橋渡しするように直線的に走行している。その表面は高エコーであるが、実質部は低エコーとなっている(図7 a)。損傷した靭帯は高エコーを呈し、断裂部は低エコー域となる(図7 b)<sup>3)</sup>。

足関節外側靭帯損傷の診断における超音波検査は、足関節の不安定性を定量的に把握できない欠点はあるが、靭帯断裂の有無のみならず、これまで把握できなかった断裂部位を比較的容易に描出できるなど利点も多い。

## 3. 稀な足部疾患

外来診療において診断に難渋したり、ある

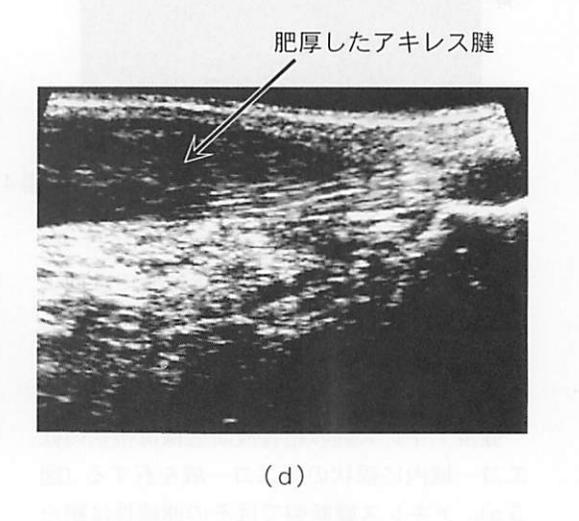
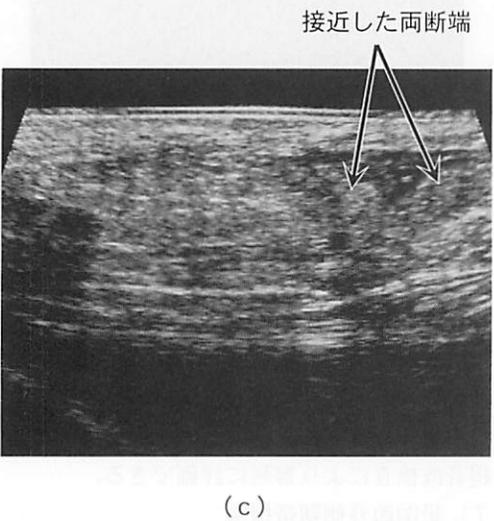
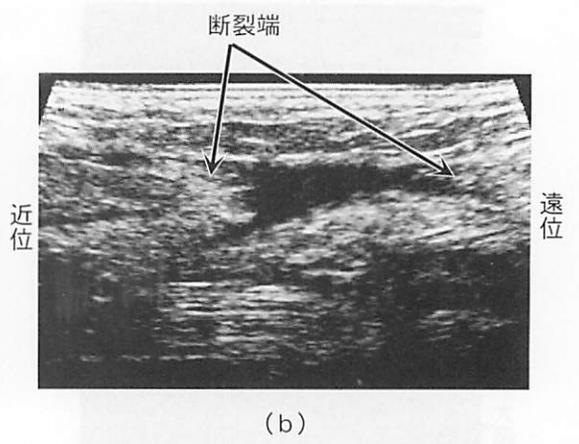
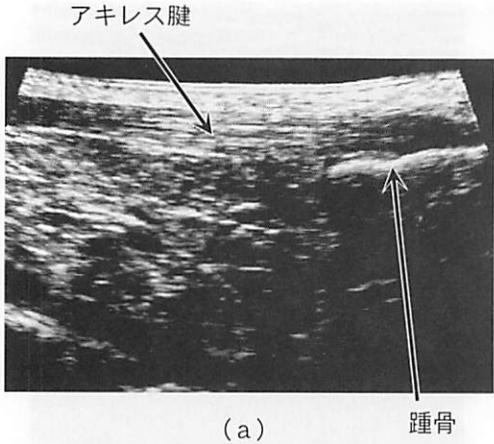


図5

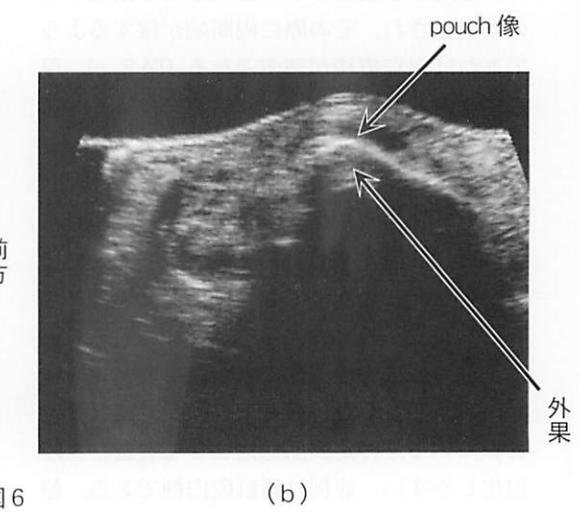
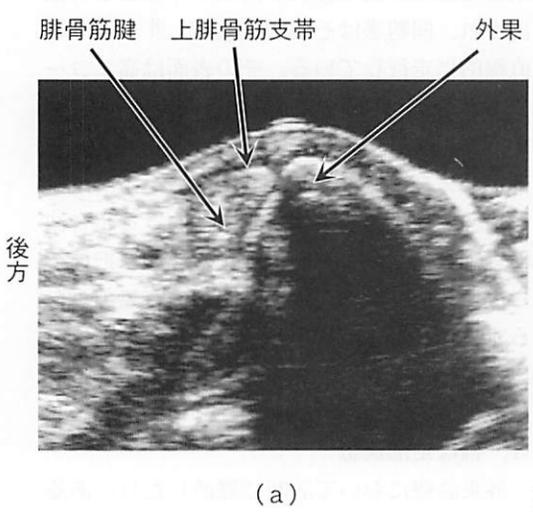


図6

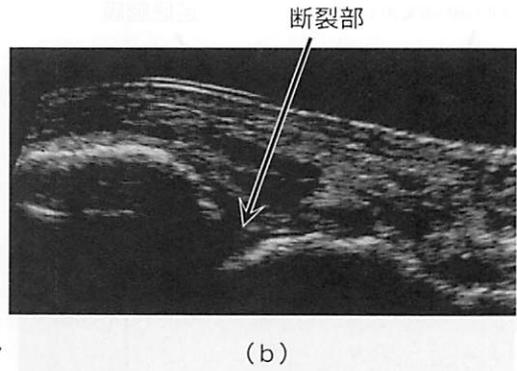
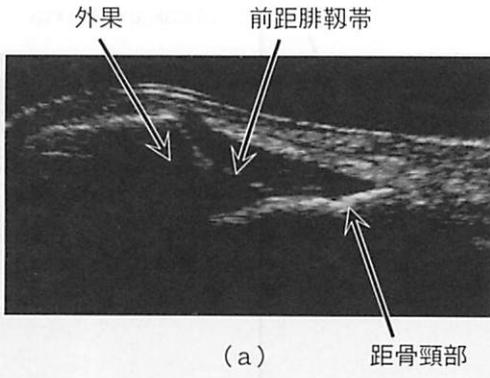


図 7

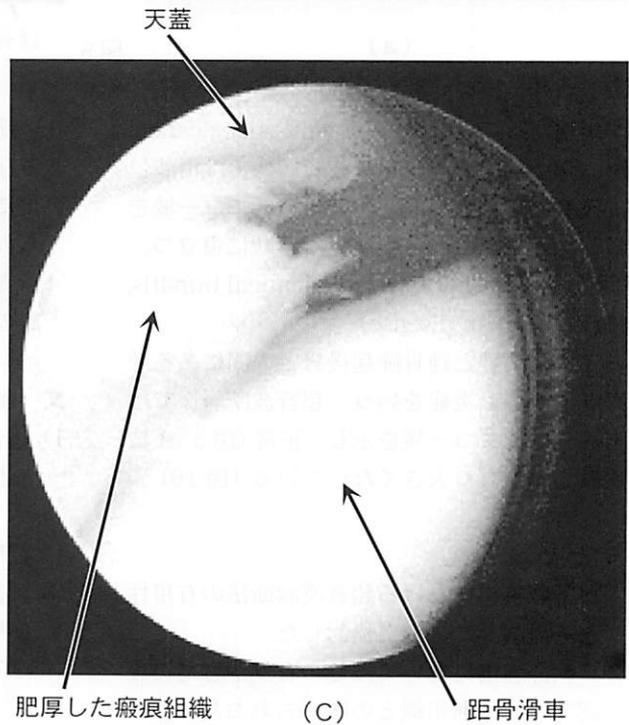
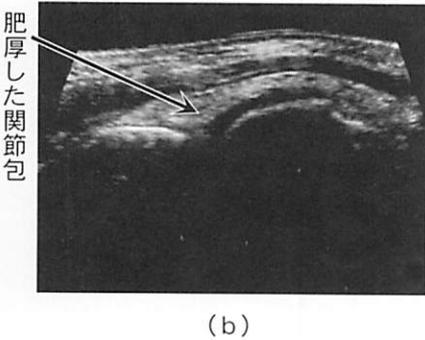
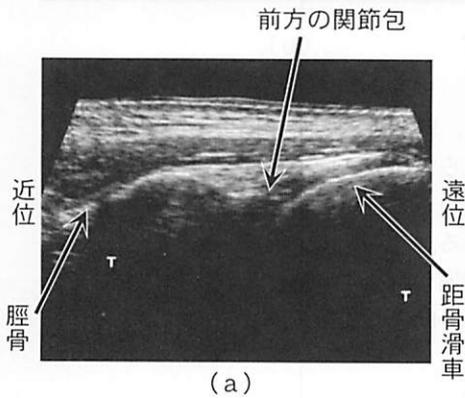


図 8

いは看過されやすい稀な足部疾患に対する超音波診断法の有用性について述べる。

### 1) Soft-tissue impingement

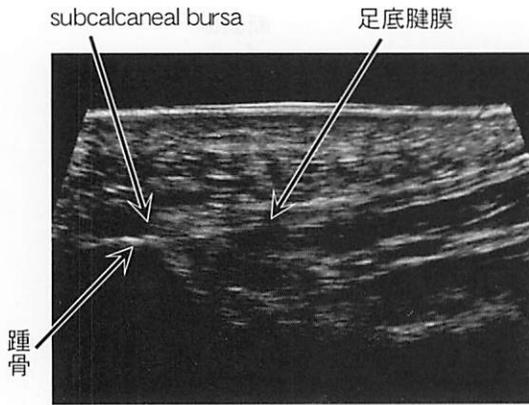
足関節捻挫後に靭帯あるいは関節包が肥厚し、これが骨軟骨と衝突あるいは関節内に陥入することにより疼痛が誘発される疾患を soft-tissue impingement という。症例は足関節前外側部の soft-tissue impingement 例である。超音波断層像では足関節前方の関節包が健側に比較して肥厚しているのがわかる

(図 8 a、b)。足関節鏡によりこの病変部を確認した後、切除した(図 8 c)。

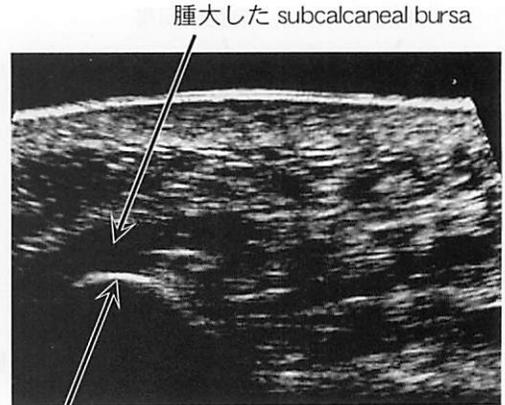
### 2) Heel pain syndrome

Heel pain syndrome の原因として足底腱膜炎、踵骨棘骨折、滑液包炎、足底腱膜断裂、絞扼神経障害および踵骨疲労骨折などがあげられ、これらの鑑別に超音波検査法は有用である。

踵骨隆起と皮下脂肪体の間にある subcalcaneal bursa の炎症により踵部の腫脹と疼痛



(a)



(b)

図9

が出現することがある。症例は subcalcaneal bursitis 例である。超音波断層像では滑液包は健側に比較して厚く、大きい低エコー域を示し(図9)、これらの所見は診断に役立つ。

### 3) 踵骨腱滑液包炎(retrocalcaneal bursitis, Haglund's disease)

アキレス腱と踵骨隆起後縁との間にある踵骨腱滑液包の炎症をいう。超音波断層像では滑液包は低エコー域を示し、正常(図5 a)に比較してかなり大きくなっている(図10)。

### まとめ

- 1) 下肢疾患における超音波診断法の有用性とその限界について検討した。
- 2) 軟部腫瘍においてはその有無が容易に確認でき、周囲組織との関係もおおむね把握できる。

アキレス腱 腫大した踵骨腱滑液包

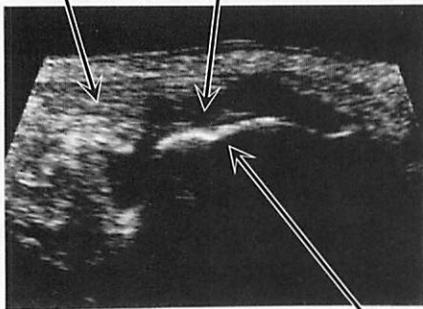


図10

3) 筋、腱および靭帯損傷においては診断のみならず治療法の選択や修復過程の形態変化について有用な情報をリアルタイムに得られる。

4) 看過されやすい稀な足部疾患において診断の一助となる。

### 文献

- 1) 超音波医学会: 整形外科領域医用超音波断層像の表示方法. 20:2-12,1993.
- 2) 木下光雄, 奥田龍三: 画像診断(エコー). 整形外科 46:990-996,1995.
- 3) 阿部宗昭, 瀬本善啓, 奥田龍三他: 脊椎と四肢の超音波検査. 整形・災害外科 38:915-928,1995.

### 図表説明

図1. 筋肉内血管腫(大殿筋)

図1 a. 超音波断層像(長軸)

図1 b. MR像(T2)

図2. 神経鞘腫(大腿遠位内側)

図2 a. 超音波断層像(長軸)

図2 b. MR像(T1)

図3. 類腱腫(大腿近位外側)

図3 a. 超音波断層像(長軸)

図3 b. MR像(T1)

図4. 大腿四頭筋挫傷

図4 a、b. 超音波断層像(長軸)

図5. アキレス腱の超音波断層像(長軸)

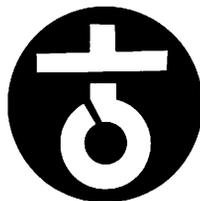
- 図 5 a. 正常例  
 図 5 b. アキレス腱皮下断裂例  
 図 5 c. アキレス腱皮下断裂例（膝関節伸展  
 0°、足関節最大底屈位）  
 図 5 d. 受傷後 3 か月の超音波断層像  
 図 6. 腓骨筋腱の超音波断層像（短軸）  
 図 6 a. 正常例  
 図 6 b. 腓骨筋腱脱臼例  
 図 7. 前距腓靭帯の超音波断層像（長軸）  
 図 7 a. 正常例  
 図 7 b. 前距腓靭帯断裂  
 図 8. Soft-tissue impingement  
 図 8 a. 健側の超音波断層像（足関節前面の  
 長軸）  
 図 8 b. 患側の超音波断層像（足関節前面の  
 長軸）  
 図 8 c. 足関節鏡 前内側ポータルからの鏡  
 視像  
 図 9. Subcalcaneal bursitis  
 図 9 a. 健側の超音波断層像（足底面の長軸）  
 図 9 b. 患側の超音波断層像（足底面の長軸）  
 図 10. 踵骨腱滑液包炎の超音波断層像（アキ  
 レス腱の長軸像）

---

## 高 石 市

市章制定

昭和 41 年 12 月 20 日



市章の意味

高石市の「高」を図案化したもので、台の円は市民の幸福と協和を意味し、その上に高石市が高度に発展することを象徴したものである。

## 中高齢の腰痛、下肢痛 — 診断と治療の Pitfall —

関西医科大学 整形外科 赤木 繁夫

過去8年間に腰下肢痛を主訴とする様々な病態 551 例に対して外科的治療を行ってきた。病態の内わけは椎間板ヘルニア 208 例、ヘルニア以外の変性疾患 208 例（脊椎症、すべり症、変性側弯症、分離すべり症）、外傷 64 例（骨粗鬆症脊椎骨折遅発性神経障害 24 例を含む）、腫瘍性疾患 34 例、炎症性疾患（カリエス、化膿性脊椎炎）24 例、その他（硬膜外血腫・終糸症候群、くも膜嚢腫等）11 例であり、脊柱の退行変性に起因する病態が大多数を占めている。年齢別に見ると、20 代、30 代、40 代の青壮年期には、椎間板ヘルニアが大多数を占め、中高年以降 50、60、70 歳代ではヘルニア以外の変性疾患が主体となる。外傷については、青壮年期がその中心であるが、70 歳以降で、骨粗鬆症性骨折に伴う神経障害が無視できない病態として挙げられる。感染性疾患や腫瘍性疾患は全ての年齢をとうして見られるが、50、60 歳代に peak を示す。選択された手術術式は除圧術や固定術といった後方手術が 526 例と大多数を占めるが、腫瘍や感染といった椎体に病変を持つ病態に対しては、41 例で前方手術が選択されている。一部の症例では後方手術と前方手術との合併手術が行われている。また、インストルメンテーションが併用された症例が 173 例と 3 分の 1 を占める。本講演ではこれらの症例の経験に基づいて、特に中高齢者の腰椎疾患に対する外科治療の問題について、その患者選択から手術、後療法に至る 5 つのプロセス（5 P）、すなわち (1) Patient selection (2) Planning (3) Positioning (4) Procedure (OP) (5) Post-operative care、でのそれぞれの問題や落とし穴について紹介した。

### Patient selection での問題点

腰痛という訴えには、他科疾患や心因的要



因の関与が示唆される症例も少なくない。多くの中高齢者で腰下肢痛を生じる疾患の中から、正しい診断を下し、手術を行うべき症例を選ぶと言う作業が最も重要で、好結果を得るための出発点であるといえる。変性疾患での患者選択について大切なことは、あくまでも下肢症状が主体であり、画像所見、電気生理学的所見が臨床所見と一致し、且つ QOL の障害が著しい症例であることが挙げられる。中高年の腰椎疾患のなかで変性疾患に限れば、絶対的手術適応は限られており、十分に病態を検討した上で、手術選択をすべきである。その中で、腫瘍や感染性疾患、あるいは胸腰移行部や仙骨骨盤、股関節や膝疾患といった腰椎以外の整形外科疾患を見逃さないということが重要である。腫瘍性疾患については最近 MRI 検査が手軽に行われるようになり、その発見や診断に苦慮するという事は少なくなったが、変性疾患や腰椎以外の病変と腫瘍が重複している症例や腫瘍そのものが重複している症例に落とし穴があり、見過ごされている症例も時に見かける。感染性疾患についても、初診時には単純 X 線像では明らかな変化を認めず見過ごされ、確定診断まで、時間がかかっている症例が少なくない。抗ガン剤治療歴のある人、糖尿病や腎疾患といった内科的疾患の有する Compromized host での

頑固な腰痛症例では念頭に置くべきである。

#### Planning での問題点

手術方法の planning については、除圧、固定、整復・矯正の3つの概念を組み合わせで行われる。除圧方法や範囲については、腫瘍性疾患や感染性疾患等、病巣部が明らかな症例では、議論の余地はないが、無症候性の多椎間病変の有する変性疾患では、時に問題となる。症状発現部位から障害レベルは概ね推定できるわけで、その臨床症状と画像所見、あるいは電気生理学的所見との矛盾の有無について十分に検討する事が重要である。神経根奇形や腰仙部移行椎症例で障害部位を誤認することがあり注意を要する。固定術の追加については病態や画像上の不安定性の評価を参考にして、決定されるが、その方法や内固定材料の併用の是非についてはなお議論がある。後弯や側弯、あるいはすべりをもどすのかといった点、すなわち矯正を加えるのかという点についても種々の議論のあるところである。詳細については省くが、種々の苦い経験をjする中で、我々なりのコンセプトで術式を選択を行っている。

#### Positioning での問題点

後方手術では腹部圧迫による術中出血や上前腸骨棘での外側大腿皮神経の圧迫による Meralgia Paresthetica、最も深刻なものとして眼球圧迫による網膜中心動脈の血栓による失明等が挙げられる。なかでも Meralgia Paresthetica は頻度の高いものであり、肥満傾向のある症例や長時間手術では十分に気をつける必要がある。もっと重篤なものとして、腹臥位での鼠径部での外腸骨動脈の圧迫による完全閉塞例を経験している。前方では反対側の無気肺や腋窩神経の麻痺が挙げられる。術者自らが Position をとると言うことがこういった問題を防ぐためには重要なことである。

#### Procedure での問題点

手術そのものでの問題は learnig curve を

とる問題でもあり、手技に熟達する事が最も重要である。単純な後方手術では、術中の大きな問題は経験していないが、インストルメントや前方手術といった手術で、術後を含めて幾つかの問題を経験している。特に脊椎インストルメントについては、骨癒合率を高め、後療法を簡略化し、除圧と同時に変形の矯正ができるという利点がある一方で、手術侵襲が大きくなる、医療経済的に見て cost が高くなる等の negative な問題点もあり、その risk、benefit については十分に考慮する必要がある。あくまでも目的とするところは、金属に固定性を求めるのではなくて、骨移植で biological に Fusion を完成させると言うことであることは忘れてはならない。外傷や腫瘍性疾患での有用性については、広く認められているが、変性疾患についての適応については、今後尚検討を要する課題である。

#### Post-operative care での問題点

術後の究極の合併症が術後早期死亡であるが、551 例中、2 例に経験した。透析例での多発性感染例と、今回のシリーズでの最高齢、87 歳の L1 前方手術例である。両者とも患者選択や適応についての問題を再考しなければならないかもしれないが、その他の術後の問題発生例を見ても、当然のことながら前方手術例で高齢者、内科的問題のある症例、長時間手術例に多い傾向がある。

中高年の腰椎疾患の外科治療というテーマで、患者選択から手術、後療法に至る流れのなかで我々が経験してきた問題点、落とし穴について述べた。外科的治療を選択さえしなければ、それ以降の問題を経験することもないが、高齢化社会を迎え、QOL 向上のために、外科的治療も考慮せざるを得ない脊椎疾患を有する高齢者も増加していることは事実である。risk と benefit を考慮した上での患者選択や適応、術式を選択が最も重要である。

## 関節リウマチの早期治療法の組み立て方

松山赤十字病院 リウマチセンター 山本 純 己

## 早期 RA の診断と治療

関節リウマチ (RA) 発症から 0~2 年、2~5 年、5 年以上経過した 3 群に対して GST による治療効果をみたところ、HAQ による効果判定で、発症早期治療群が他群にくらべて有意に機能的予後評価の改善がみられたと Munro<sup>2)</sup> らは報告している。この他の多くの報告からもみられるように、RA の発症早期から DMARD を使用するという治療戦略は、最近では一般的になってきたといえる。

しかし、ここで何点かの問題点が当然でてくる。まず、RA 発症早期とはいえ、いつから DMARD を投与を開始すべきか。早期 RA 診断基準に適合したら、ただちに DMARD の使用を開始するという意見もみられる。しかし、日本リウマチ学会の早期の RA 診断基準でもみられるように、この診断基準の特異性は 80.3 % であり、100 % ではない。すなわち、この早期診断基準にのっとり RA の治療を開始すると約 20 % の他の疾患に対して RA の治療を行うという大きな弊害が生じてくる。

したがって、著者らは、DMARD を使用した RA の本格的治療は、ACR の RA 診断基準を満たした段階から開始すべきであると考えている。一般に早期 RA 診断基準は、あくまで RA 要注意の症例が含まれること、したがって、この診断基準に適合しても ACR の基準に適合しない時期は、NSAID を中心とした治療か、軽い DMARD の使用での監視体制に組み込む時期であると考えている。

第 2 の問題点として、早期の RA (ACR の基準を満たす) では、どのような治療戦略のもとに DMARD を使用すべきであろうか。従来行われていた Smyth<sup>1)</sup> のピラミダルプランに代わるものとして、最近 ACR の Ad Hoc 委員会が発表した RA のマネジメントのガイ



ドライン<sup>3)</sup> (表 1) は、今後の RA 治療の組み立て方に大いに参考となるとされる。

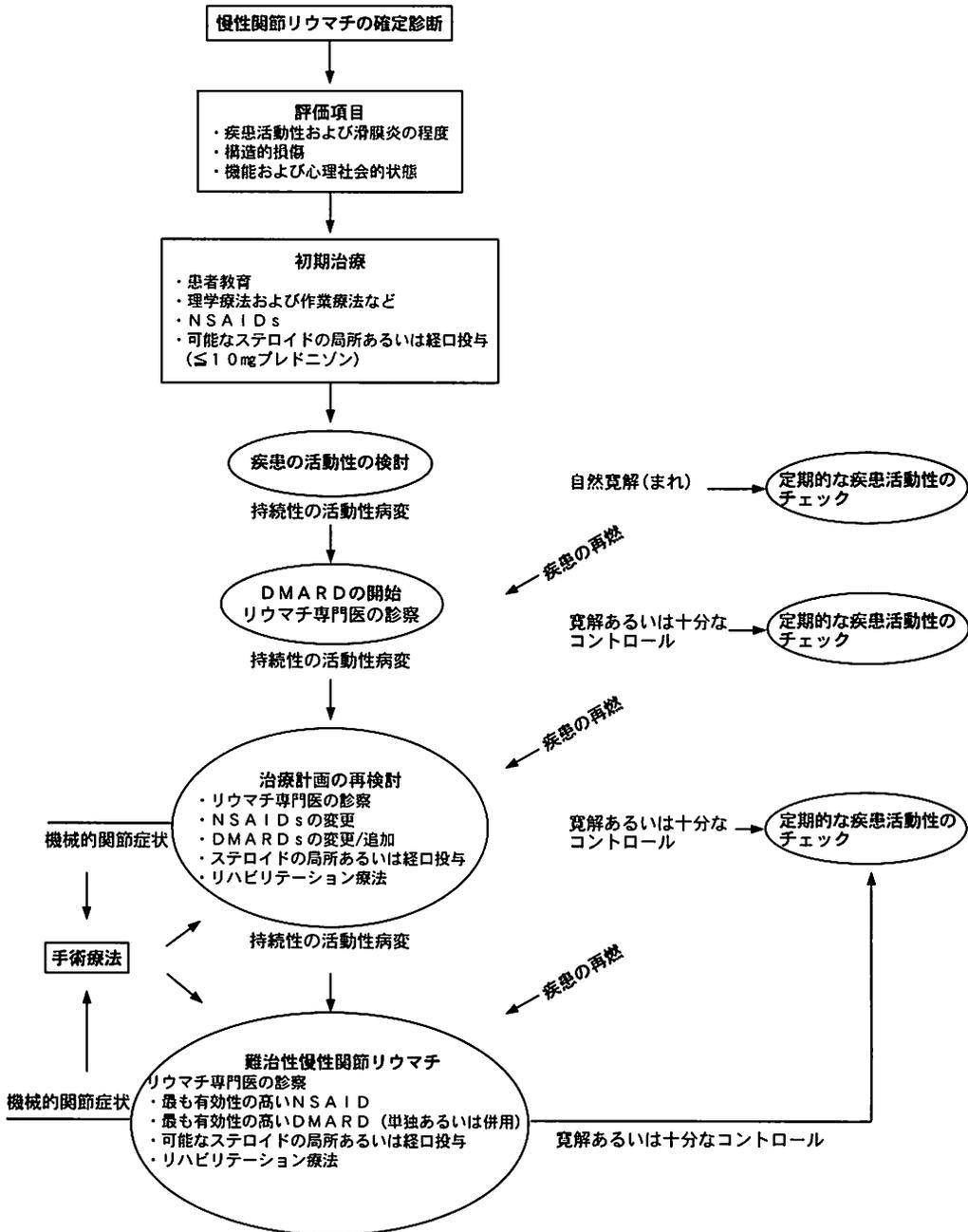
## ACR による RA 治療のガイドライン

ACR のガイドラインによると表 1 のごとく、まず RA の診断が確定すると、病状の精密な評価を行う。その評価には、大きく分け 4 種類あり、第 1 に自覚症状で、疼痛の程度や機能の制限の程度、第 2 に理学所見として、関節炎の所見、関節機能障害の程度や関節外所見を評価する。第 3 には、血清学的にリウマトイド因子、CRP、赤沈などの検査の他、合併症の有無をみる検査を行う。第 4 には、レ線的に罹患関節を確認する。

これらの評価の後、最初の治療は、第 1 段階で患者教育が重要であり、疾患に対する理解と、これから行おうとする治療への参加と協力を求める。内服としては、NSAID が中心となるが、少量のステロイドは使用されてよい。この早期の時期から、理学療法や作業療法が導入される。

第 2 段階として DMARD の投与がなされるが、NSAID 投与で症状が治まらない場合、DMARD の投与は 3 カ月以上遅れてはならないこと、さらに望ましいことは、いつ、どのような DMARD を投与するかということ、

表1 ACRによるRA治療のガイドライン



American college of Rheumatology Ad Hoc Committee Clinical Guidelines: Guidelines for the management of rheumatoid arthritis Rheum 39:713-722,1996より転載。ACRの許可済。

専門のリウマチ医に相談すべきであるとしているのが、このガイドラインの大きな特長であるといえる。

### 早期RAとDMARD

つぎの問題点は、早期のRAに対してRAの全身の炎症の重症度を評価と、どのようなDMARDの投与を行うかということであろう。われわれは、治療開始時に、RAの重症度のグループ分けが可能なら、重症度に合わせて、治療法の選択が行われるべきであると考えている。早期のRAをサブグループに分けるためには、早期のRAの病状の分析と、何らかの予後推定因子を早期に察知することが必要であろう。

Benson<sup>4)</sup>らは早期のRAをmild, moderate, Severeの3群に分けている。そのサブグループへの分類の仕方は表2のように関節炎の程度、関節外症状の有無、リウマトイド因子の評価とHLAのタイピングである。Mildグループでは軽いDMARDによる治療から開

始し、moderateグループではより強力なDMARDが選択される。SevereグループではDMARDのコンビネーション治療が早期から行われるというもので、治療方針の組み立て方として参考となる。

表2 RA重症度の分け方 (Benstrnら)

Temperament	Arthritis (1~5scale)	Extraaricular Features	Rheumatoid Factor	HLA Subtype
Mild	Mild	±	±	0
Moderate	Moderate	++	++	1
Severe	Severe	+++	+++	2

しかし一方、RAの早期に病状の重症度は分析できても、早期に予後を推測したり、DMARD治療に対する反応を予測することは非常に困難である。われわれも報告<sup>5)</sup>してきたように、早期RAの予後推定因子は多様性にあり、早期の検査値一つで判断することなどとうてい出来ない。特に治療開始と治療に対する反応の有無が重要である。RAの予後推測の一つの目安として、治療開始してから

表3 Disease-modifying antirheumatic drugs used in treatment of rheumatoid arthritis\*

Drug	Approximate time to benefit	Usual maintenance dose	Toxicity †
Hydroxychloroquine	2~4 months	200mg twice daily	Infrequent rash, diarrhea, rare retinal toxicity
Sulfasalazine	1~2 months	1,000mg twice or 3 times daily	Rash, infrequent myelosuppression, GI intolerance
Methotrexate	1~2 months	7.5~15mg per week	GI symptoms, stomatitis, rash, alopecia, infrequent myelosuppression, hepa-totoxicity, rare but serious (even life-threatening) pulmonary toxicity
Injectable gold salts	3~6 months	25~50mg IM every 2~4 weeks	Rash, stomatitis, myelosuppression, thrombocytopenia, proteinuria
	4~6 months	3mg daily or twice daily	Same as injectable gold but less frequent, plus frequent diarrhea
	2~3 months	50~150mg daily	Myelosuppression, infrequent hepatotoxicity, early alu-like illness with fever, GI symptoms, elevated LFTs
	3~6 months	250~750mg daily	Rash, stomatitis, dysgeusia, proteinuria, myelosuppression, infrequent but serious autoimmune disease

\*GI=gastrointestinal; IM=intramuscular; elevated LFTs=elevated results on liver aunction tests.

† For more detailed information on monitoring the symptoms and signs of toxicity, see the American College of Rheumatology Guidelines for Monitoring Drug Therapy in Rheumatoid Arthritis (5).

3 カ月以内に R A の炎症をコントロール状態にもっていけるか、いけないか、ということが、その後の R A の経過を良好な状態で保てるか、骨破壊の著しい進行型になるかとの岐路になるものと考えられる。

### 早期治療での DMARD の選び方

それでは、R A の早期にどのような DMARD をどのような基準で選択すべきさあろうか。ACR の Ad Hoc 委員会の報告<sup>3)</sup>では、現在米国で使用されている DMARD には表 3 のごとく、7 種類が挙げられている。本邦ではこのうちクロロキンは使用中止になっているが、この他にブシラミンやミゾリピンなどが加わっている。

松山赤十字病院リウマチセンターにおける DMARD の使用状況を、当センター開設間もない 1983 年から 1996 年までの推移をみたものが図 1 である。この図からもわかるように 1980 年代の当初は GST が最も多く用いられており、1988 年では、GST の一部がオーラノフィンに置き代わっている。これは比較的軽症な R A に対して GST に代わってオーラノフィンを用いたためである。

しかし、1990 年代になると GST、ペニシラミンの使用症例数は減り、それに代わってメソトレキセート (MTX) が DMARD の主座をしめるようになってきた。さらに 1996 年では、1~2 月毎に定期的に外来コントロールを行っている R A 患者 (約 2,000 名) のう

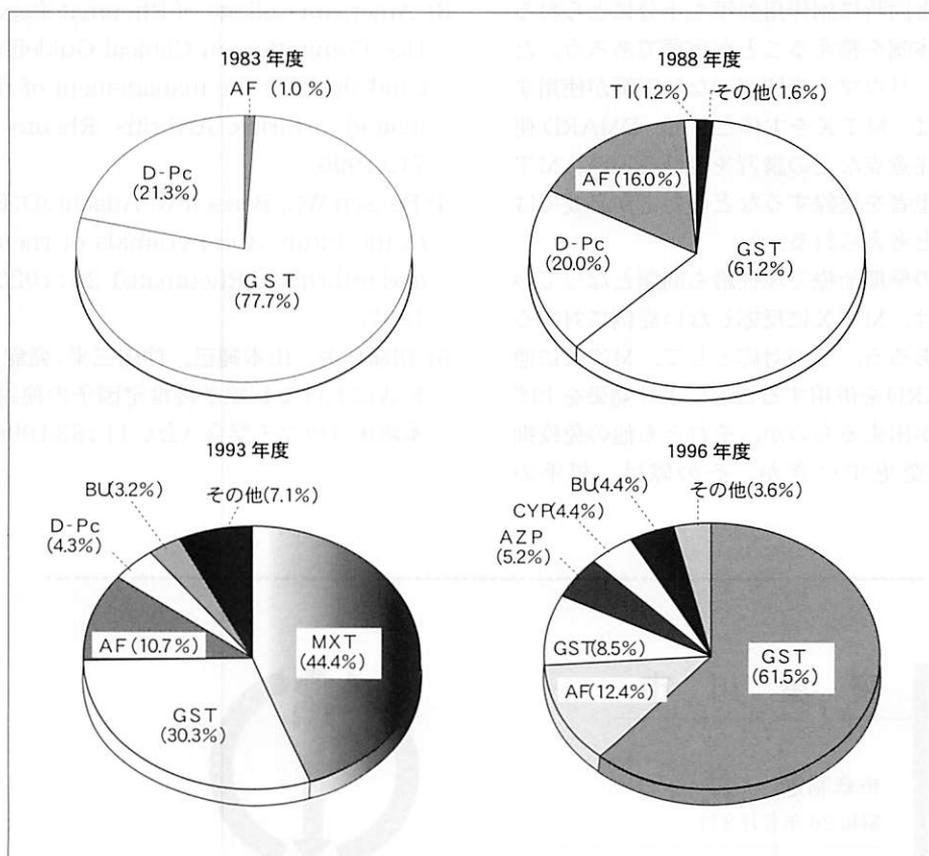


図 1 当科外来患者に対する抗リウマチ薬の使用頻度  
 AF : auranofin BU : bucillamine, GST : gold sodium thiomalate, AZP : azathioprine,  
 D-Pc : D-penicillamin, CYP : cyclophosphamide, TI : thiopronin.

ちの 60 %以上にMTXが使用されていることがわかる。

### 早期RAとMTX

近年MTXは炎症の強い早期のRAに対して、第1選択のDMARDとして使用することが、リウマチ専門医の間で推奨されるようになってきた。1990年代より、われわれもMTXを早期のRA患者に対して、第1選択DMARDとして位置づけている。しかし、MTXの副作用、とくに、肝、肺、造血器その他の副作用に対するチェックは特に重要である。

近い将来MTXが広くRAの早期からの治療に組み込まれるようになると考えられるが、有用性と同時に副作用対策も十分にとられるような体制を整えることが重要であろう。たとえば、リウマチ専門医でない医師が使用する際には、MTXを主体として、DMARD使用上の注意点などの講習を受けるとか、MTX投与患者を登録するなどの対応が必要ではないかと考えられる。

RAの早期治療で現在最も問題となっていることは、MTXに反応しない症例に対する対応であろう。その対応として、MTXに他DMARDを併用することにより効果を上げることが出来るものか、それとも他の免疫抑制剤に変更すべきか、その際は、相手の

DMARDに何を選択すべきか、その時期をどのようにして決めるか、など早期のRAに対する治療上の問題点は、いまだ山積みされているといえよう。

### 【文献】

- 1) Smyth CT: Therapy of rheumatoid arthritis, a pyramidal plan., Postgraduate Medicine 23:31,1972.
- 2) Munro R, Hampson R, McEntegart A et al: Improved functional outcome in patients with early rheumatoid arthritis treated with intramuscular gold: results of five year prospective study. Ann Rheum Dis 57:88,1998.
- 3) American Colloge of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelincs: Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 39:713,1996.
- 4) Bensen WG, Bensen W, Adachi JD: Back to the future: the pyramids of rheumatoid arthritis. J Rheumatol 24:1023, 1997.
- 5) 田窪伸夫、山本純己、仲田三平:発症早期RAにおけるレ線予後推定因子の検討, 日本臨床リウマチ学会(会), 11:83,1996.

---

## 寝屋川市

市章制定  
昭和26年5月3日

### 市章の意味

「」は「ネ」と矢、すなわち「寝屋」を、「( )」は川を表しており、市名文字を図案化した。寝屋川市が矢のように早く円滑に発展する意味を象徴している。



## スポーツ傷害後の復帰へのマネージメント

川鉄千葉病院 スポーツ整形外科 岡崎 壮之

### はじめに

1985年1月より1991年12月まで97年間で、当院スポーツ整形外科の外来を訪れた新患、15,138例の統計をとった。

疾患別では、表1の如く、腰痛が第1位で、第2位が足関節捻挫、第3位が肘痛、第4位がジャンパー膝であった。

部位別では、表2の如く、第1位が膝関節、第2位が腰部、第3位が足関節、第4位が肩関節、第5位が肘関節となった。



表1〔疾患別〕スポーツ障害・外傷  
(1985.1～1991.12)川鉄千葉病院スポーツ整形外科

	症例数	頻度
1. 腰痛(ヘルニア、分離症も含む)	2,068例	13.7%
2. 足関節捻挫・靭帯損傷	1,065	7.0
3. 肘痛	790	5.2
4. ジャンパー膝	733	4.8
5. 膝前十字靭帯損傷	729	4.8
6. 肩痛	718	4.7
7. 膝痛(腸脛靭帯炎、分離膝蓋骨なども含む)	716	4.7
8. 膝内障(靭帯、半月板損傷がはっきりしないもの)	604	4.0
9. 挫傷(大腿、下腿、手指を除く)	602	4.0
10. 膝外側半月板損傷	564	3.7
11. 突き指(骨折、脱臼も含む)	453	3.0
12. 趾痛	423	2.8
13. 膝内側半月板損傷	390	2.6
14. オスグッド病	387	2.6
15. 膝タナ障害	380	2.5
16. 下腿痛	341	2.3
17. 膝内側副靭帯損傷	296	2.0
18. 下腿骨折	265	1.8
19. 頸部痛	240	1.6
20. 足関節痛	233	1.5
21. 大腿挫傷	208	1.4
22. 膝蓋軟骨軟化症	199	1.3
23. アキレス腱周囲炎	173	1.1
24. 下腿挫傷	148	1.0
25. 足趾骨折	145	1.0
26. 手関節痛	143	0.9
27. 肩関節脱臼	142	0.9
28. 股関節痛	127	0.8
29. 膝蓋骨脱臼	123	0.8
30. アキレス腱断裂	119	0.8
その他	614	0.7
計	15,138例	100.0%

表2〔部位別〕スポーツ障害・外傷  
(1985.1～1991.12)

部 位	症例数	頻 度
1. 膝関節	5,690例	37.6%
2. 腰部	2,245	14.8%
3. 足関節	1,794	11.9%
4. 肩関節	1,076	7.1
5. 肘関節	959	6.3
6. 下腿	827	5.5
7. 足趾	618	4.1
8. 手指	491	3.2
9. 頸部	391	2.6
10. 手関節	251	1.7
11. 大腿	247	1.6
12. 胸背部	234	1.5
13. 股関節	137	0.9
14. 前腕	89	0.6
15. 上腕	68	0.4
16. 骨盤	21	0.1
計	15,138例	100.0%

スポーツ復帰の目安について、全項目にわたって述べることは不可能なので、今回は、代表的な疾患を羅列し、現在筆者が、スポーツ復帰の目安としているものを、少経験を踏まえて述べる。

代表的疾患にはジャンパー膝、腰痛、足関節捻挫、肩痛、野球肘を選んだ。

スポーツ選手・愛好者においては、個人差が著しく大きく、技術・体力・スポーツ感など千差万別であるので、画一的に述べることは極めて難しい問題であるが、スポーツ整形

外科医としての普段の診療、またチームドクターとしての現場での経験などを加味して自分なりのスポーツ復帰へのマネージメントを考えてみた。少しでもお役に立てれば幸いである。

## 代表的なスポーツ障害・外傷

### 〔1〕ジャンパー膝

痛みが強い時は、激しいスポーツ動作は中止するべきだが、中等度の場合はある程度のプレーは可能なので、実際には安静をとっている選手は皆無といってよい。

スポーツでは、大腿四頭筋の疲れが一番問題なる。これを現場で判断する方法に「尻上がり現象」がある。ジャンパー膝のある選手は練習前後、常にこの現象が何cmで起きるかをチェックしておく、疲労度が測定できるから、休養すべきがどうか、どの程度のプレーが可能か、が科学的に判断できる。一般的には、踵と殿部の間隔が10cm以上で陽性の場合は無理をさせない方がよい。

スポーツ障害の治療と予防には、選手個人の自己管理が一番大切である。特にジャンパー膝には、このことが重要で、ストレッチング(図1)、筋力トレーニング、アイシングを必ず取り入れるようにしている。この3つの自己管理はほとんどすべての疾患に必要なだと思っている。

### 〔2〕腰痛

筋・筋膜性腰痛は筋緊張がとれることが重要である。すなわち疲労が回復してからスポーツに復帰することである。触診にて腰背筋の緊張度、つっぱりなどを調べる。FFD(finger floor distance)で各選手個人の程度を判断することは現場で非常に役立つ。

腰部椎間板ヘルニアとなると、保存療法中のスポーツ復帰の目安に困難である。プレーをどの程度許可するか否かは、現場での判断が大切である(メディカルトレーナーがいればよい)。FFDとラセーグ徴候のチェックが役立つ。

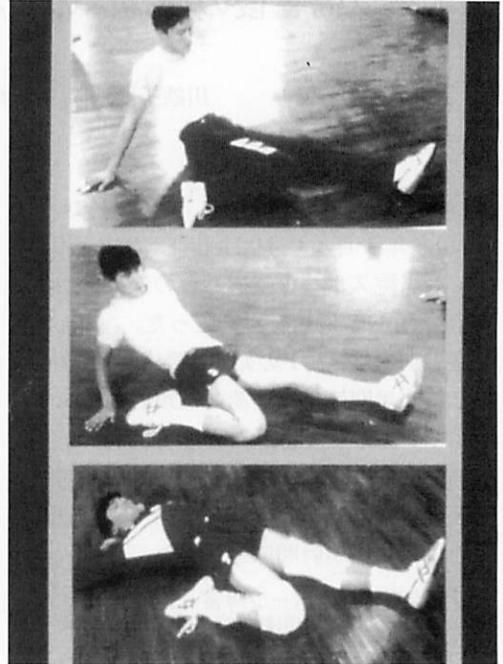


図1 大腿四頭筋のストレッチ

手術療法(ラブ法)は術翌日より脚の挙上運動を開始し、術後5日で歩行を開始する。2週間で軽い運動・ジョギングを開始し、2か月でスポーツに完全復帰が可能である。

図2のMRIは、パ・リーグを代表する24

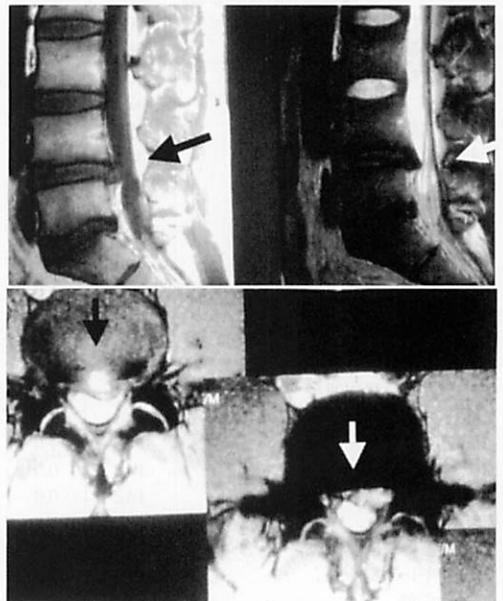


図2 MRI(腰部椎間板ヘルニア)

歳の投手。L4/5間のヘルニア摘出術施行。昨年は最多勝争いに加わるなど完全復帰した。

腰痛のあるスポーツ選手の自己管理には、次の項目を実行して貰っている。

- ・練習前後にはストレッチなどのウォームアップ、クールダウンを十分に実施。
- ・汗をかいたら練習の合間にバスタオルでよく拭く。
- ・練習後には必ず入浴して体をほぐし、翌日の練習に疲労を残さない。
- ・朝晩腰痛体操をする。急性期には痛みの出る運動は中止する。
- ・練習への参加をする場合は痛みの少ない範囲で行う。
- ・同じ姿勢を長くとらない。
- ・寒いところには長くいない。
- ・物を持ち上げる時、なるべく膝を屈伸して使う。

### 〔3〕足関節捻挫・靭帯損傷

治療方針は捻挫の程度によって5段階に分けている(④、⑤は明らかに靭帯損傷がある場合)。

- ①アンクルラップのみ：軽度の腫れと圧痛しかなく、歩行もほとんど普通に近い状態で、患側も全体重が負荷できる場合。2～3日スポーツ中止。
- ②テーピング：疼痛と腫れがあり、また圧痛もはっきりして、足関節の底背屈が困難で、患側は半体重負荷しかできない場合。1週間スポーツ中止。
- ③テーピングとアンクルラップ：テーピングだけではやや不安な感じがする場合にはアンクルラップを併用。1～2週間スポーツ中止。
- ④ギプス：疼痛・腫れ、圧痛も顕著で歩行も跛行が強く、ほんの少ししか患側に体重がかけられない場合。2～3週間はスポーツ中止。
- ⑤手術：疼痛、腫れ、圧痛も顕著で患側の体重負荷は全くできず、歩行不能の場合。術後のスポーツ復帰のための後療法を述べ

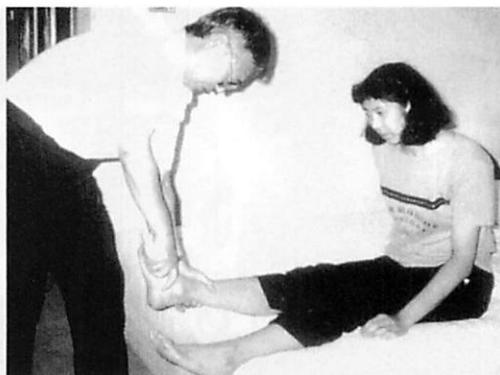


図3 anterior drawer signのチェック

る。術直後足関節直角位にて short leg cast を施行する。翌日よりギプス用サンダルを使用し、体重負荷を許可する。2週にてギプスカットし、抜糸も施行する。この時点からアンクルラップ着用し、全体重負荷の歩行を開始。3週でテーピングの後患側の片道立ち、爪先立ちを行わせる。スムーズにできるならば、ジャンプやランニング動作に移り、足関節の動きやどれくらいかばって走っているかなどをよく観察する。4週にて anterior drawer sign (図3) をチェックし、スポーツに部分復帰させ、徐々にハードな運動に持って行く。

### 〔4〕肩痛

肩関節は高度な技術を要するスポーツに非常に良く使われる関節で、格闘技はもちろん、野球でのスローイング、テニスのサーブ、水泳のストローク、バレーでのスパイクなど多種多様である。代表的な3つの疾患について述べる。

#### (1) インピンジメント症候群(腱板炎)

安静が第1で、急性期には3日間、肩の完全休養が必要である。安静時の痛みがとれたら、次第に運動療法を施行する。消炎鎮痛剤の服用、湿布・軟骨塗布、アイシング、ストレッチング、筋力トレーニングを施行する。フォームのチェック・改造も重要である。バレーのスパイクフォームを供覧する(図4)。



図4 バレーボールのスパイクフォーム

### (2) ルースショルダー

積極的な筋力増強トレーニングをする。筋力アップしてもルースそのものは治らないが、疼痛軽減に効果がある。フォームを改善し、肩の負担を少なくすることが大切である。スポーツが全く不能となった場合は手術療法をする場合がある。

### (3) リトルリーグショルダー

発育期の少年の投手に多発する上腕骨骨端線離開である(図5)。2～3か月間投球を禁止し、その間2～4週に一度のX線チェック



図5 リトルリーグショルダー

をする。痛みは投げなければすぐに消失するので、投球開始はX線検査によって判断する。投球を完全に禁止していれば、2～3か月でX線もほぼ正常になる。

### 〔5〕野球肘

少年野球肘の選手が投球を復帰するため目安としては、X線チェックが極めて大切である。当科では内側上顆の骨端核の計上を次の5つのtypeに分類している。

- ①骨端核の嚙状他・肥大：骨端核の遠位が嚙状に変形したものや、健側と比較して骨端核が肥大したもの。投球禁止期間は1か月。
- ②骨端核の分節(図6)：骨端核が複数に分かれているが、転位のないもの。投球禁止期間は1か月。
- ③骨端核の分離(図7)：骨端核が複数に分かれており、転位しているもの。投球禁止期間は2か月。
- ④骨端核の離開(図8)：骨端核が健側と比較して明らかに上腕骨から離れているもの。



図6 骨端核の分節



図7 骨端核の分離



初診時



4か月後

図8 骨端核の離開

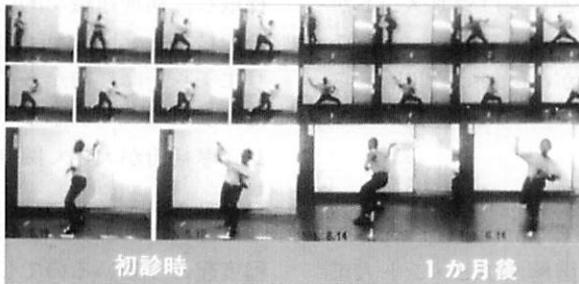
投球禁止期間は2か月。

⑤内側上顆の骨片：骨端核の閉鎖後、内側上顆から離れているもの。投球禁止期間は0～3か月。

離断性骨軟骨炎に関しては、将来変形性肘関節病となる可能性があるため、最低6か月間投球を禁止している。1年間禁止の症例が多い。遊離体は手術例が多い。

これらの投球禁止期間は今までの離床経験から決定した。全力投球には、さらに1～2か月間を要する。

少年野球肘は投球再開した後、非常に再発例が多いので、当科では18年前より野球教室を作り、投球ホームのチェック・改造を試みている。図9はその1症例である。フォーム改造によって、再発例が激減した。



初診時

1か月後

図9 投球フォームのチェック

# 人工股関節のゆるみの要因とその対策

大阪市立大学 医学部整形外科学教室 大橋 弘 嗣

## I. 人工股関節のはじまり

人工材料を埋入する人工関節の手術には1765年のListerによる外科的消毒法の確立が必要不可欠であった。記録に残っている最初の人工関節は1890年のGluckによる象牙製人工関節であるが、人工股関節は作られていないようである。したがって世界初の人工股関節は1938年にWilesによって作られ、金属製であった。しかし、製作技術が十分ではなく失敗に終わった。その後、1951年にPMM A骨セメントが人工股関節の固定に使用され、さらに1963年にCharnleyによるポリエチレンの導入により人工股関節はメタル-メタルからメタル-ポリエチレンの組み合わせと発展し、ここに実用的な人工股関節が誕生した。

## II. Charnley のゆるみに対する対策

Charnley は人工股関節のゆるみの要因として摩擦トルクによる骨-骨セメント界面へのストレスと、摩擦によるステムのネック部とのインピンジメントを考え、22mm径の骨頭とポリエチレン(Ultra-high molecular-weight polyethylene, UHMWPE)を使用した。しかし、それにもかかわらずステムやソケット周囲に骨透亮像が出現する症例があった。Charnley はこれらを感染、もしくは異物肉芽腫と考え、異物としては骨セメントが主とした原因であろうと考えていた。またこの時期、同様の考え方がHarris、Willertからも報告されていた。

## III. ゆるみの機序の解明

### 1. Cement disease から particle disease へ

人工股関節周囲の骨溶解像がセメント人工股関節に認められたことから、1987年にJon-



es、Hungerford は cement disease という概念を提唱し、人工股関節は大きくセメントレスデザインへと変貌していった。しかし、やがてセメントレス人工股関節周囲にも骨溶解が認められることが分かり、人工股関節部で発生するすべての粉体(ポリエチレン、骨セメント、メタル、アルミナなど)が骨溶解(osteolysis)を引き起こす可能性があることが分かり、particle disease と呼ばれるようになった。

### 2. Particle と osteolysis

この分野の発展には多くの日本の整形外科医が貢献しており、ここではこれら日本の先生方の成果を紹介したい。

まず、どの particle が osteolysis に関係が深いのでしょうか？ Kadoya らは人工関節再置換術時にインプラント-骨間の介在組織を採取し、病理組織学的に形態計測を行った。その結果、osteolysis の認められた部位、ポリエチレン摩耗粉が多く認められた部位ともにマクロファージが多く認められ、ポリエチレン摩耗粉が大きく関与していることを指摘した。

では、ポリエチレンの摩耗は生体内でどの程度起こっているのでしょうか？多くのレントゲン計測の結果を見ると、linear wear rate

で平均 0.1 mm/year 程度である。Yamaguchi らは抜去インプラントで摩耗の方向について三次元的に検討し、症例により種々の方向に摩耗が生じることを報告している。

実際にはどのような大きさ、形のポリエチレン摩耗粉が産生されるのでしょうか？ Kobayashi らはインプラント-骨間の介在組織から組織消化法を用いて粉体を抽出し、SEMで観察した。その結果、ポリエチレン摩耗粉の大きさは平均 0.83 $\mu$ m で、形状は楕円もしくははしぼがついているように見える精子様であった。さらに、osteolysis との関連について調べたところポリエチレン摩耗粉の数が重要であり、10<sup>10</sup> 個/g tissue 以上集積すると osteolysis が起こりやすく、particle の数が osteolysis の発生に重要であると述べている。

このポリエチレン摩耗粉はどのような機序でマクロファージを活性化し、骨吸収を起こすのでしょうか？ Kim らはゆるんだ人工股関節周囲組織中の cytokines の活性を測定し、ポリエチレンやメタルの摩耗粉が存在すれば Interleukin-1 (IL-1) の活性が高まっていることを報告した。さらに、Chiba らは osteolysis との関係調べ、osteolysis が生じている部位では、IL-1 の他に Tumor necrotic factor (TNF) や Interleukin-6 (IL-6) の活性も上昇していることを報告している。また、Takagi らは osteolysis に MMP (matrix metalloproteinase) や TIMP (tissue inhibitors of metalloproteinase) が関与している可能性を示唆している。骨吸収に関しては Sabokbar, Fujikawa らはゆるんだ人工股関節周囲組織中に存在するマクロファージが破骨細胞に分化しうることを証明している。最近では、Nakashima らは摩耗粉がマクロファージの細胞膜に接触するだけでマクロファージを刺激し、マクロファージから TNF や IL-6 が産生される機序を詳細に調べた。

このように大量のポリエチレン摩耗粉によってマクロファージが刺激され、種々の機序に

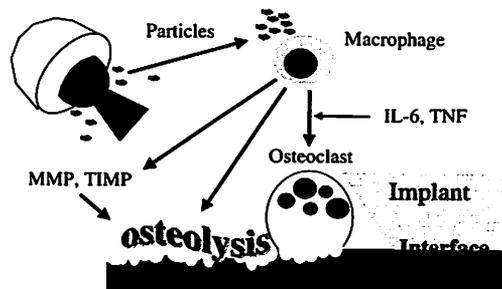
よって osteolysis が生じることが証明されてきている。

### 3. Access disease

Osteolysis の発生には人工股関節の摺動部で産生されたポリエチレン摩耗粉がインプラント-間に集積することが必要である。Schmalzried らは関節液が到達しうる範囲を effective joint space と名付け、インプラント-骨間に繊維性組織が介在している部位も摩耗粉の到達可能範囲とした。ここで、関節周囲の癒痕組織で形成された関節腔内圧は関節の動きによって変動するので、これによる水圧によって摩耗粉がインプラント-骨の界面に到達すると考えた。

では、インプラント-骨の界面の条件は osteolysis の発生に関係するのでしょうか？ Ohashi らはウサギを用いた動物実験で界面の条件の違いによる particle の影響について調べた。その結果、界面に繊維性の介在組織が多く存在している条件ではポリエチレン粉投与により介在組織が増加するが、介在組織が少なければ particle による影響を受けないと報告している。

したがって、ポリエチレン摩耗粉が osteolysis の発生に大きく関与しているが、インプラント-骨間の界面の条件も osteolysis の発生に影響を及ぼすと考えられる。



人工股関節のゆるみの機序

#### IV. ゆるみに対する対策

##### 1. 摺動部の改良

ポリエチレン摩耗粉の産生をなくす、もしくは減らす方法としてメタル-メタルあるいはアルミナ-アルミナの組み合わせを用いる方法やポリエチレンの改良が行われている。メタル-メタルの組み合わせは1960年代のMcKee-Farrar型の良好な臨床成績に基づき、1988年にMetasulシステムが開発され現在使用されている。低摩耗、骨頭径を大きくできるなどの利点があるが、正確なインプラントの設置が必要、金属の放出による発癌性の危惧などの欠点がある。

アルミナ-アルミナの組み合わせは1970年にフランスのBoutin、1974年にドイツのMittelmeier、Grissがそれぞれ使用を試みた。フランスのものは後に改良を加えられ、現在特に若年者に対して優れた成績が報告されている。一方、ドイツのものはインプラントのデザインなどの問題で失敗に終わった。メタル-メタルと同様に低摩耗であるが、破損の危険性が避けられない。

一方、ポリエチレン自身の酸化によって摩耗が増加することが分かり、酸化を減らすために滅菌法や保存法が工夫されてきた。また、Oonishiらは1971年から1978年までガンマー線照射によって分子鎖の間をクロスリンクしたポリエチレンを使用し、低摩耗であったと報告した。これらの事実から実験的研究が行われ、現在種々の種類のクロスリンクポリエチレンが開発され臨床応用が始まっている。

##### 2. Accessの防止

インプラントはセメント固定、もしくはセメントレスで固定され、それぞれaccessを減らす努力が行われている。まず、セメント固定ではセメント手技の改良があげられる。髄腔ブラシを用いた洗浄、セメントプラグの使用、骨セメントのvacuum mixing、セメントガンによる骨セメントの圧入などにより、成績は向上してきている。

一方、セメントレスではインプラントのデザインの改良のほか、表面をporousやmesh構造にしたりHA coating処理をしたりすることによって成績の向上が認められている。

##### 3. 骨吸収の抑制

まだ研究の域を出ないが、bisphosphonatesなどの薬や遺伝子治療などによって異物肉芽腫による骨吸収を抑制する可能性について研究が進められている。

#### V. まとめ

人工股関節にとってゆるみはその長期成績に最も大きな影響を及ぼす要因であり、人工股関節の進歩はゆるみとの戦いであるといっても過言ではないと思われる。これまでのゆるみの機序の解明はポリエチレン摩耗粉を中心として行われ、その結果今後はポリエチレン摩耗粉の発生しない人工股関節が使用される時代になってくると思われる。しかし、これで全ての問題が解決されたわけではなく、今後現れてくる新たな問題についてさらに研究し、解決していかなければならないと考える。

# 腰痛

## —その基礎と臨床における最近のトピックス—

大阪大学 大学院医学系研究科  
 器官制御外科学講座 (整形外科)

米延 策雄

### はじめに

腰痛は最もありふれた症状の一つとされる。有訴者率 (図1) や通院者率 (表1) など疫学データがこれを裏づける。これは、ヒトが4足歩行から2足歩行へと進化するために、支払わなければならなかった代償といえる。すなわち、2足歩行への移行には、腰椎の後彎から前彎へと大きな彎曲の変化が不可欠であった。2足歩行への変化は約100万年前に生じたとされる。しかし、腰椎の形態が2足歩行のそれに適した形に変化するには足りない時間かもしれない。いずれにせよ、腰椎や膝関節は加齢とともに変性し、腰痛、膝痛は、中高年にとって、避けられないものとなっている。



その結果、治療を求めて、多くの腰痛患者が医療機関を訪れる。しかし、その実態を調査すると (図2)、相当な割合が、施術所と分類される機関で行なわれている。整形外科医という立場からはそれ自体が問題といえるが、診断能力の無い施術所での治療は、誤診から重篤な障害をきたした例を生んでおり、社会問題でもある。しかし、うがった見方をすれば医師がその職責をまっとうできていない所為とも言える。

また、腰痛にかかわる社会経済的なコストは、本邦ではその種のデータが明らかではないが、アメリカでは約2.3兆円 (1990年) と膨大な金額となっており、腰痛はその意味で

表1. 通院者率 (人口千対)

高血圧症	63.0
腰痛・肩こり	42.1
虫歯	37.4
目の病気	29.1
皮膚の病気	19.5
糖尿病	14.6
慢性関節リウマチ	12.0
狭心症・心筋梗塞	11.0

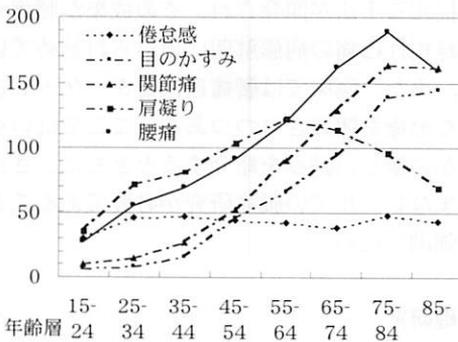


図1 年齢層別有訴者率 (厚生省「国民生活基礎調査1995」より)

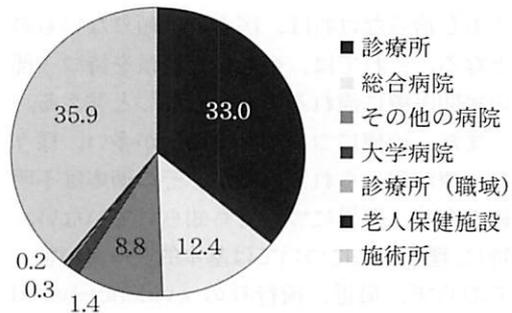


図2 通院者の医療機関別割合 (厚生省「国民生活基礎調査1995」より)

も大きな社会問題である。したがって、骨・関節など運動器疾患を専門領域とするわれわれ整形外科医にとって、腰痛についての診断・治療技術の研究・開発は真剣に取り組まなければならない課題といえる。

### 腰痛診断・治療の現状と問題点

問題点は、腰痛に限らないが、定まった診断・治療法がないことにある。例えば、診断について、腰痛患者の診療に関わる各診療科の医師はどのような手段を選ぶであろうか。その調査がある (Cherkin et al. 1994)。その結果、急性腰痛に対してレントゲン検査を行う率は神経外科医や神経内科医では約 60 % であるのに対して、整形外科医や家庭医では 20 % 程度であり、リハ医、内科医、リウマチ医ではその中間 30-40 % となっている。このデータから、受診する医師によって、診断の進め方が異なっていることが判る。これはレントゲン検査をするかどうかに限ったことで、さらに磁気共鳴撮像検査 (MRI) をするかどうか、などを加えれば、さらに多様な診断の進め方があると想像される。そして、病態や成因についても様々な内容の説明をし、さらに様々な治療をする。

例えば、少し治りが悪いので別の医者に行く、そこでは違った診断方法、時に全く逆の説明、そして似たような治療をされる。これを患者からみれば、何科であろうが「医者」に違いはないから、医者とは何とバラバラなやり方をすると思うのではなからうか。そしてもし治らなければ、医者とは頼りないものとなる。これでは、やたらと自信を持つ一部の民間医療に流れるのもやむなしと言える。

また、治療についても、問題が多い。様々な治療が用いられているが、その適応は不明確であり、限界についても知られていない。特に、理学療法については基本的データが整っておらず、最近、流行りの evidence-based medicine の流れからは、多くがやり玉に上がる筆頭候補と思える。「安静」はしばしば安易

に指示される治療法であるが、この治療法の効果を検証した研究は極めて少ない。統計的に有意の臨床研究で、示された有効な安静は 2 日間程度であり、長期の安静はむしろ有害である。しかし、整形外科医は別として、多くの医者が安易に安静を指示している。また、特にアメリカでは、外科治療あるいはいわゆる西洋医学の有効性にも疑問が持たれ、それ以外のものを代替医療として、見直す空気がある。この流れが腰痛治療に入り込むと、さらなる混乱を招く可能性が高い。

このように腰痛の診断および治療について、多くの問題が残されている原因は、腰痛の病態が明らかにされていないこと、従いそれを捉える臨床検査法が少ないこと、その結果として病理病態に即した治療が行えないこと、そしてそれらの疾患あるいは病態の自然経過が明らかにされていないことなどにある。神経症状を伴う腰痛については、診断や治療の経験が蓄積し、特に画像診断法が著しく進歩した現在、病理病態については、完全ではないにしても、明らかになってきた。しかし、腰痛が主体の病態については、確たる知見に乏しいのが現状である。

それは基礎研究レベルで「痛み」を捉えることが困難であったこと、椎間板の変性過程を捕らえる手段が無かったこと、そして臨床面では「腰痛」を積極的な治療の対象とする姿勢がなかったことなどがその理由として挙げられよう。しかし、近年、痛みを解剖学的に捉える手法が開発され、その成果が腰痛や神経根性疼痛の病態解明に用いられ始めている。また、臨床では腰痛自体をターゲットとした治療も開発されつつある。ここではいくつかの新しい試みを紹介するとともに、さまざまなレベルでの腰痛研究が必要であることを強調したい。

### 基礎研究

痛みは機能的な (電気生理学的) 現象であり、それを解剖学的に捉えることは困難であつ

た。しかし、機能的な現象でも神経伝達物質など物質的な側面があり、それを解剖学的に捉えることが免疫組織学的あるいは in situ hybridization 法の開発により可能となってきた。詳細は、専門分野の文献に譲るとして、実験動物に有痛状態を作り、その行動を観察しその後痛覚に関係する伝達物質の局在の変化などを調べることで、痛みとその伝達経路をみるといった方法で、痛みを解剖学的に捉えることが可能となっている。

一方、痛みを起こすであろう「脊椎変性」はいかなる変化であるか。変性の主病変は椎間板にみることができ。加齢に伴って見られる椎間板組成の変化については既にいくつかの研究がある。たとえば、変性椎間板で Proteoglycan 合成が低下し Matrix 分解が亢進している。その結果、椎間板の力学特性が低下し、腰痛が生じる可能性が示唆されている。しかし、これは多分、変性過程と言う長い流れのほんの一部をみているに過ぎず、この上流としての変化、例えば何が Proteoglycan 合成能の低下を引き起こすのか、逆に下流としての現象、例えば変性に伴う化学的因子（変化）が症状を引き起こすのか、あるいは力学的特性の変化が症状をもたらすのか、いずれも明かではない。しかし、関節軟骨における変性過程の研究に呼応して椎間板でも、それぞれの構成成分の合成・代謝の面から、変性過程の解析が始められており、いずれそのすべての過程が明らかにされるものと思われる。

### 臨床研究・開発

腰痛を主体とする病態としては、椎間板・靭帯損傷、椎間板原性腰痛、脊椎不安定性、椎間関節症候群、神経原性腰痛など様々な病理・病態が提唱されてきている。これらのうち多くは、少なくとも臨床的には、視覚化し難い。

例えば、脊椎不安定性はしばしば唱えられる病態であるが、具体的には明確でない。

表 2. 臨床的不安定性判定基準

	点数
前方要素の破壊	2
後方要素の破壊	2
レントゲン所見	
すべり (> 4.5mm)	2
角状後弯 (> 22 度)	2
馬尾損傷	3
過剰負荷の恐れ	1

White & Panjabi は診断基準を設定したが(表 2)、それは基本的には外傷のそれであり、変性疾患においてどの程度あてはめることができるか疑問である。その他には単純レントゲンでの椎間の後方開大が有意とされるが、曖昧である。このように従来のレントゲン検査では病態の検索はほぼ不可能である。しかし、MRI はしばしば腰痛の原因となる椎間板の状態を描出することが出来、馬尾あるいは神経根病変の描出以外にも、診断上有効な手段となることが期待され研究が進められている。例えば、線維輪の断裂などを描出しようとするものである。しかし、いまのところ、空間分解能の限界や所見の意味付けから、必ずしも有意性の高い結果は得られておらず、今後の発展に期待するに止まる。

治療についても、幾つかの新しい試みが始まっている。例えば、椎間板に由来する腰痛に対する固定術である。いわゆる神経症状を伴わない椎間板ヘルニアあるいは変性に対して、腰椎固定術を適応しようとするものである。アメリカを中心に行われているもので、本当にどのような病態が適応となるのか、さらに本当に外科治療でなければ直せないのかなど怪しい点は少なくない。しかし、手技の点からは、この手術を効率よく行うための椎体間ケージ、固定を確実なものとするための脊椎インスツルメンテーションシステム、離床をはやめるための内視鏡（腹腔鏡）を用いた手術、さまざまものが開発され利用されている。また、低侵襲性手術の流れからは各種椎間板内療法が行われている。新しいもので

は椎間板内に高周波発生の電極を挿入し、その熱作用を利用して椎間板周辺の細い痛覚線維を変性させ除痛を図るとともにコラーゲンを縮まさせる事で椎間板の安定性を得ようとする方法である (Oratek Electrothermal Spine Sytem™)。

本邦でも経皮的髄核摘出術は既に実用されている。機械式ものは健康保険でも利用可能であるが、レーザーを用いた方法は未だ承認されていない。しかし、「レーザー」という最新技術のイメージとマスコミの誤解とで一部地域では様々な病態に適応されている。しかし、これによる感染や終板の損傷により、単なる腰痛が更なる深刻な病態に陥って来院する症例が少なからずあり、無定見に新しい治療を行うことの問題を顕著に表している。

腰痛は、一生、経験しない人はいないと言われるくらいにありふれた症状である。そして、大多数は幸いに自然治癒する。しかし、そのように理解している腰痛患者は一部で、多数は痛みとともに不安を持ち、治療を求める。それは直接あるいは間接に社会的経済的負担をかける。しかし、これをマーケットとみれば、非常に大きいものであり、事実さまざまな人間がこれを食い物にしようと集まる。一方では、医療費抑制の流れの中で、これに網を掛けてコントロールしようとする動きがある。治療ガイドライン設定、Diagnosis related groups (DRG) そして、Evidence based medicine (EBM) と言ったキーワードに象徴されるものである。もし、網がかかるとしたら、それは専門職である我々であり、医療類似行為には網はかからないだろう。したがって、我々としてもこの流れを受けて、対応する必要がある。

それは、まず evidence を示すこと。研究は何も先端のテクニックを使ったものと限らない。本当に必要なのは、臨床に基づき、臨床のニーズに適った研究である。例えば、急性腰痛の自然経過、保存治療の効果についての研究などは、診療所という医療の最初の窓口で初めて可能な研究である。勿論、各個人にとっては症例数も研究手法も調わないかもしれないが、例えば、臨床整形外科医会が統計や脊椎外科の専門家を組織に組み入れ、taskforce を作り、日々の活動の中からデータを集めることが出来れば、これは非常に貴重なものとなる。口幅ったいが、これが scientific professional の責務といえる。青い願いであるが、いつか現実となることを望んでいる。

## 文献

- Cherkin DC, et al: Physician variation in diagnostic testing for low back pain. *Arthritis & rheumatism*. 37:15-22,1994
- White AA, Panjabi MM: *Clinical biomechanics of the spine*. J B Lippincott, Philadelphia p.352,1990

## 図表の説明

- 図1. 主な症状と年齢層別有訴者率 (厚生省「国民生活基礎調査」1995より作成)
- 図2. 腰痛症・肩こりの通院者の医療機関等別割合 (厚生省「国民生活基礎調査」1995より作成)
- 表1. 主な疾患とその通院者率 (厚生省「国民生活基礎調査」1995より)
- 表2. 臨床的不安定性判定基準 (White & Panjabi) 5点以上が不安定。詳細は文献参照。

## 股関節疾患治療における問題点と対策

京都大学 医学部整形外科 飯田 寛 和

我々が普段外科的治療の対象としている成人股関節疾患は、臼蓋形成不全、変形性股関節症、脱臼性股関節症、大腿骨頭壊死症、外傷性股関節症、慢性関節リウマチ、大腿骨頸部骨折等ありますが、これらは治療法選択に迷うことはあっても、外来診療時に診断に苦慮することはほとんどありません。一方で日常まれにしか遭遇せず診断が困難な疾患が存在します。例えば、股関節部腫瘍、一過性大腿骨頭骨萎縮症、急速破壊型股関節症、滑膜骨軟骨腫症、色素性絨毛結節性滑膜炎、石灰沈着性腱炎、股関節周囲滑液包炎、臼蓋唇断裂等です。臼蓋唇断裂などは私自身その存在は知るものの外来診療の中でそれを疑ったり明確に診断を下すことは最近までなかった疾患です。しかし最近自分自身が左股関節に激痛を覚え一連の検査や学習の結果これが原因である可能性が高いと結論して以降、既に3-4名の患者さんにおいて同じ診断を下しました。これは何を意味するかと言いますと臼蓋唇断裂といった比較的軽微で他覚的所見や画像所見に乏しい疾患の診断はそれを体験しない限り診断する側の興味の対象とならなかつたということでもあります。この事の反省を込めて諸先生方に個人的体験をお話し日常診療に少しでもお役にできればと考え、講演の時よりも少しスペースを割いて述べてみたいと思います。私が最初に左股関節痛を自覚したのは、ある朝車で出勤するために運転席に座ったその瞬間です。最初何が起こったかよくわからないけれども激痛で約30秒ほど呻いておりました。その後はなんともなく股関節屈伸や歩行で全く痛みはありません。しかし、運転席に座った瞬間に激痛が走ることを何回か経験するうちに股関節の屈曲内転内旋、伸展位での過度の内外旋で痛みを再現



できることに気づき、何か股関節内に異変が起きていると確信しました。就寝時の寝返り(右側臥位で左股関節が軽度屈曲内転内旋した時)や、ゴルフスウィングのフィニッシュ時(左股関節伸展内旋位)でも痛みが誘発されるようになり、X-pやMRI検査を受けました。この頃には臼蓋唇断裂を疑っておりましたのでMRIの時は種々の断面を切って頂きましたが明らかな異常所見は見つかりませんでした。医師としては自分自身の病態をあきらかにするために造影MRIや牽引下でのMRI、股関節鏡等で確定診断を得るまで検査を続けようかとも考えましたが、そうしなかつた一番の理由は骨頭壊死のような進行性の病気でなく、激痛が時に生じても一過性で普段のADLに全く支障がなく積極的に治療を受ける気持ちがなかつたからです。自分では経験的にどのような動作で痛みが生じるか把握できていたので、その動作を注意して行えば痛みを回避できました。約6カ月間は時に痛みを感じましたが、発症後10カ月経った現在運転席への乗り降り、ゴルフスウィング、寝返りなど全く支障がなくなりました。股関節屈曲内転内旋で軽度異和感(少し詰まった感じ)がありますが普段は全く忘れております。

外来で診断を行う場合の要点としては、患者さんは誘発動作や肢位に対する正確な表現をされないことが多いので、病歴をとる時こちらからきめ細かな質問をする必要があることです。体験に基づいた質問をしたり指摘をしますと、正に我が意を得たりという感じで患者さんが反応します。先日大阪整形外科医会の講演を聞かれた先生より紹介で来られた方も初めて話がわかって頂けるお医者さんに会いましたと言っていたき納得して帰って頂きました。

白蓋唇断裂に関する報告を見てみますと、断裂の発生機転は Fitzgerald1995 によれば55 例中 48 例は軽微な外傷ないし全く外傷の既往なしに発症しています。断裂がどれくらいの頻度で起こるかは不明ですが、股関節鏡を施行した患者の 13.9 % (Lage1996)、9.7 % (Fajro1999) に認めたという報告があります。断裂部位は欧米の報告では前方に多く、本邦の報告では後方が多いようです。長谷と上尾 1999 は後方の白蓋唇断裂の 3 主徴として、(1) 90 度屈曲位内旋での疼痛誘発、(2) 90 度屈曲軽度内旋位での軸方向の圧迫による疼痛誘発、(3) 大転子後方の圧痛をあげています。治療法として、免荷等による保存的療法、観血的白蓋唇切除術、鏡視下部分白蓋唇切除術などが行われていますが、その適応や長期成績については未だ不明であります。個人的体験からは当然最初は保存的治療（但し免荷は不要で、きめ細かな ADL 指導が必要と考えられる。）が良いと考えておりますが、もう少し多くの症例の経過観察後結論を出したいを思います。

我田引水的な事を申しましたが、一方で以上の体験は日常外来診療をしているものとして自分自身を戒めるきっかけになっています。即ちある疾患を治療するものは本来その疾患について十二分の知識経験を持っていなければならぬ訳ですが、自分自身の現状ははたして満足できるものであろうかということです。股関節疾患をもつ患者さんを診察し治療

方針を提示する段階でも多くの考慮すべきことがあります。患者さん側の因子として年齢、罹病期間、病期、X線学的所見、関節可動性、両側性か否か、疼痛、障害の程度、職業の有無種類、長期療養の可否、過去の経験などがありますし、医師の専門的判断として自然経過の予測、各種手術の適応、その長期成績、症状改善度、治療期間、合併症、手術の得失、適応時期等が挙げられます。保存的治療を選択するにしても日常生活指導をどの程度きめ細かく行えるかは、疾患を自分自身で体験しない限り、患者さんとの対話の積み重ねに基づく経験がないと教科書的知識のみでは不可能です。特に若い先生方に申し上げたいのは、間違っても教科書的知識のみから“一生治らないですね”、“手遅れになります”、“このままほっておくとだめですよ”、“手術が必要です”といったことを簡単に宣告しないようにして頂きたいと思います。早急な対応が必要な急性疾患以外の慢性疾患が多い股関節疾患では、治療の選択と結果は患者さんにとって一生を左右する問題でありますので焦らず慎重な対応を行うことが大切であることを強調して稿を閉じさせていただきます。講演内容が散漫なため限られたスペースにまとめることができず、かなり異なった内容になったことをおわびいたします。

## 文 献

1. Fitzgerald Jr. RH. Acetabular Labrum tears. Diagnosis and treatment. Clin Orthop 311 : 60-68.1995.
2. Fajro LA et al. Hip arthroscopy for acetabular labral tears. Arthroscopy 15 : 132-137.1999.
3. Hase T and Ueo T : Acetabular labrum tear : Arthroscopic diagnosis and treatment. Arthroscopy 15 : 138-141.1999.
4. Lage AL et al. The acetabular labral tear: An arthroscopic classification. Arthroscopy 12 : 269-272.1996.

## 第 17 回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日：平成 11 年 8 月 7 日（土） 14:30～18:00

場 所：参天製薬(株) 5 階 センチュリーホール

### <第 1 部>

座長 松田 英樹(大阪市立総合医療センター)

#### 1. 治療に難渋している腰椎後弯変形の 1 例

済生会泉尾病院 整形外科 廣田 健

【症例】72 歳 女性

【主訴】腰痛、歩行困難

【現病歴】3～4 年前より腰痛出現、次第に痛み増強し、腰痛のため約 50 m で休憩を要する状態。平成 10 年 3 月、入院のうえ、精査するも、腰椎感染症の疑いもあり、抗生剤投与にて、外来にて経過観察する。その後、1 年 3 ヶ月になるが、歩行困難は徐々に進行し、現在では独歩は 20 m 程度になってきている。

【現症】外見上、腰部は、後弯変形し、日常生活では押し車を押して歩いている。歩行直後より、腰痛と肛門周囲臀部のしびれを伴った痛みが生じ、約 20 m で、休憩を要する。神経学的には、腸腰筋以下に MMT 上 4(+)/5(-) 程度の筋力低下を認める。また下腿に、軽度の知覚鈍麻を認める。現在、血液検査上は、CRP(-)、BSR 20/h、ツ反(-)、FBS 86-125。

レ線所見：供覧

【討論したい点】手術方法は？

【座長のまとめ】化膿性脊椎炎後の腰椎後弯を伴う腰部脊柱管狭窄症をきたし、感染は鎮静化したが、腰痛と根性および馬尾性の間欠性破行が徐々に増強したため、L2 から L5 までの 3 椎間 PLIF が施行された。術後後弯は 30° から 17° に矯正され、術前あった腰痛と下肢痛は軽快したが、術後 4 週時に転倒し、L2 の pedicle screw の背側への脱転を来した 72 歳の女性について。池田先生(関電病院)から年齢的に 3 椎間 PLIF は如何なものか？ 後弯の進行を保存的にくい止められなかったかとのコメントあり。松田先生(北野病院)からは手術法の選択は適切であり、後弯の矯正には前開きの椎間スペーサーが有効との意見があった。結論として後弯症例に対する pedicle screw を用いた後方固定には、固定上端に offset hook の併用が必要であったと考えられる。

#### 2. 壮年期変性側弯による下肢痛の症例

北野病院 整形外科 岡本 幸大

【症例】44 歳 男性

【主訴】腰痛、右大腿部痛

【現病歴】平成 5 年頃より腰痛を自覚。ダーメンコルセット着用にて軽快。平成 8 年 1 月より再度腰痛を自覚。その後、徐々に疼痛の範囲が殿部、右大腿前外側部へと広がってきた。

【現症】疼痛(腰部～殿部、右大腿前外側部)、感覚鈍麻(右下肢前・外側部)、間欠性破行 300 m、両下肢腱反射やや低下、筋力：右下肢筋力やや低下、膀胱直腸障害を認める。レントゲン：腰椎側弯像、MRI：ミエロ、CT にて Th12/L1、L1/2、L3/4、L4/5 に canal stenosis (+)。特に stenosis の強い部位である、Th12～L2 の前方固定術を施行した。

【討論したい点】手術について①術後感染に対する再手術について②今後の方針について

**【座長のまとめ】**腰痛、右下肢痛、間欠性跛行および膀胱障害を伴う胸腰椎後側弯例で、画像診断上多椎間狭窄があり、L1-2の最狭窄部に対し、T12からL2までKaneda device + AW ceramicを用いて、前方からの除圧固定が行われた。術後表皮ブ菌感染を来し、術後2ヶ月に前方からインスツルメント抜去と搔爬骨移植、および後方からT12からL3までCD Horizon instrumentationが施行され、症状の改善を得た症例について報告された。初回手術で顕微鏡下での後方除圧の選択は？との質問に対して、松田先生(北野病院)は後側彎のある本症例に対する前方除圧の必要性を強調された。術後感染に対しては、侵襲が大きいながら今回処置は已むを得なかったとの結論であった。

### 3. 難治性両下肢痛を有する馬尾症候群の1例

住友病院 整形外科 小野 剛史

**【症例】**58歳 女性

**【主訴】**両下肢痛

**【現病歴】**H3年左下肢痛出現、他院にて腰椎間板ヘルニアと診断された。他院に入院し硬膜外注射、神経根ブロックを受けるも左下肢痛増強、疼痛の改善が得られないまま退院した。その後歩行障害、筋力低下を認め、H4年当科受診、L4/5、L5/S<sub>1</sub>の髄核摘出術を行った。術後も疼痛は軽快せず左下肢痛が徐々に増強した。原因の精査を行うも確定診断できず、疼痛に対しては薬物療法、各種ブロックを行い、歩行可能となったためH6年退院した。退院後も外来にて加療を続けたが、H10年11月より右鼠径部痛が出現、増強、左下肢痛も増強したため歩行困難が強くなり、再度入院となった

**【現症】**歩行はロフトランド杖を用い、10m可能。安静時痛、運動時痛を右鼠径部、左鼠径部から下腿に認め、特に左鼠径部痛が強い。知覚鈍麻を左下肢L4以下に認める。MMTでは右大腿四頭筋レベル以下で4、左大腿四頭筋レベル以下で2～3の筋力低下を認める。SLRT、FNSTは両側陽性、DTRはPTR、ATRともに両側で低下、病的反射、クローヌスは陰性である。

**【討論したい点】**原因不明の難治性下肢痛に対する診断と治療法について

**【座長のまとめ】**平成4年11月にL4/5、L5/S<sub>1</sub>椎間板ヘルニアの手術が施行されたが、術後も左鼠径部から下肢の痛みが持続した。神経学的所見、電気生理学的検査では上位腰椎レベルでの障害が疑われるも、画像上異常所見がない。神経ブロック、薬物療法に抵抗性のため、埋め込み電極による脊髄電気刺激によって疼痛の改善がえられた。本症例の診断について、池田先生(関電病院)からDMや梅毒などの全身的な問題や、L1/2後腹膜腔に異常所見はなかったかとの質問に、演者から検査上異常なしと回答。北野先生(済生会中津病院)から子宮内膜炎などの婦人科的疾患から来るともであるとコメント。結局原因は不明。河井先生(星が丘厚生年金病院)から脊髄電気刺激はカウザルギーの3分の1に有効であるが、3～5年で慣れがきて効かなくなることがあり、さらに上位中枢の刺激で奏功することがあるとのコメントを述べられた。

## <第2部>

座長 西塔 進(住友病院)

### 4. 人工股関節置換術後、急速に進行した central migration を認めた強直性脊椎炎症例のその後 関西電力病院 整形外科 村上 仁志

**【症例】**72歳 男性

**【主訴】**右股関節痛、歩行障害

**【現病歴】**昭和54年強直性脊椎炎の診断を受けた。平成4年7月30日両股関節痛と歩行障害を主

訴に当科を初診した際には脊椎の強直は完成し肩関節、股関節の著明な可動域制限を認めた。平成6年3月2日左人工骨頭置換術を施行、5月初旬から左股関節痛増強しレントゲン写真にて骨頭の急速に進行する central migration を認めた。再入院の上8月10日左股関節針生検、10月12日人工股関節全置換術施行した。現在術後5年を経過しレントゲン上両股関節の migration は進行しているものの左股関節に疼痛なく両杖を使用し歩行可能である。

【現症】平成11年7月9日現在

股関節可動域	右	左	一般血液検査	
屈曲：	45°	80°	RBC：415万	CRP：5.38
伸展：	-30°	-10°	Hb：12.4	ASL：111
外転：	5°	20°	Ht：37.5	RA：7.6
内転：	0°	5°	WBC：6500	ESR：84mm/lhr
外旋：	40°	45°	PLT：19.6万	
内旋：	-20°	0°		

【※】第7回平成6年8月20日に発表した演題の Follow up です。

当時 mild infection が強く疑われるという意見が多かったですが、現在否定的に考えています。

【座長のまとめ】72歳男性。強直性脊椎炎の診断で、左人工骨頭置換術を施行されたが、術後に急速な骨頭の migration を生じた例。術後4年過ぎに全人工股関節置換術に再置換されたがこれも migration が生じてる。会場から、反対側股関節の急速な軟骨破壊、血液検査上での CRP、血沈の高値から強直性脊椎炎と慢性関節リウマチあるいは乾癬の合併、感染の可能性について考慮、検索する必要があることの指摘があった。また一般に、強直性脊椎炎の股関節罹患は骨増殖性変化であり、全人工股関節置換術が通常の治療法であるとのコメントがあった。

## 5. ヒンジ型人工膝関節 loosening の1例

大阪市立総合医療センター 整形外科 並川 崇

【症例】66歳 男性

【主訴】右膝人工関節置換術後ゆるみ・感染

【現病歴】昭和45年、右大腿骨頸部巨細胞種に対し、他院で腫脹搔爬、骨移植術を2回施行後、昭和46年、ヒンジ型人工膝関節置換術施行された。約10年前から、人工関節の脛骨コンポジットのステムがゆるみ、先端が皮下に突出してくるも、放置し、同部位に潰瘍をつくるも、自宅で処置していた。

【現症】平成11年5月11日当院初診時、40℃以上の熱発。白血球11,780、CRP12.77。潰瘍部からの膿汁の大量の流出と感染は明らかであった。培養の結果は Citrobacter Freundii。病巣搔爬、感染を鎮静化させても下肢機能の温存は極めて難しいと考え、5月18日、右下肢切断術 (Above Knee Amputation) 施行した。

【討論したい点】本症例では、脛骨の骨髓炎、周囲組織の広範囲の壊死もあり、患肢の機能の温存は困難と考え、患者およびその家族に①抜去、持続洗浄、②A/K Amputation の利点と欠点を十分説明した上で、Amputation を施行した。この選択は正しかっただろうか？

【座長のまとめ】66歳男性。右大腿骨頸部 GCT に対するヒンジ型人工膝関節置換術が行われた。術後19年経過し、脛骨コンポーネントはルースニングし、皮膚から突出、感染、骨髓炎を生じた。会場から、術後の経時的な経過観察の重要性、ヒンジ型人工膝関節の問題点について論議があった。また、膝上切断について賛成する意見が提出された。

## 6. 前鋸筋麻痺の1例

北野病院 整形外科 野田 太一

【症例】35歳 男性

【主訴】右肩関節～頸部の疼痛、違和感

【現病歴】約10年前より誘因なく右肩関節の違和感があり、時々右肩が脱臼しそうな感じがあった。ADL上、問題がなかった為放置していた。数年前より右背部の筋肉が一部やせていることに気付いた。同時期より右頸部から右肩に疼痛が生じるようになった。平成11年2月22日当科初診。ADL上支障ない為、現在は保存的療法で経過をみているが、バレ・リウ症候群様訴えがみられる。

【現症】右翼状肩甲を認める。肩関節可動域：正常。Jackson,Spurling(-)。

BTR	正常	正常	正常
TRR	正常	正常	正常
BRP	正常	正常	正常

知覚：正常。長胸神経の神経伝導速度：正常

【討論したい点】翼状肩甲と不定愁訴の関連性の有無手術的治療の適応の有無について。

【座長のまとめ】35歳男性。前鋸筋麻痺例で翼状肩甲、軽度の外転、屈曲挙上制限を愁訴とする。その他に頸関節痛、肩こりなどの不定愁訴あり。この例に対して大胸筋移行術の適応の有無について議論された。星ヶ丘厚生年金病院整形外科、藪野先生より追加症例の提示あり、自然気胸に対し胸部外科手術を施行し、この後、前鋸筋麻痺を生じた。症例は屈曲90度、外転85度と関節可動域が制限され、結果的に大円筋の筋移行を行った。術後外転160度で患者の満足度も高い。以上の2症例に対して、演者間および会場から意見が提出された。第1例については前鋸筋麻痺としても軽症であり、保存的に経過観察がよいとの意見が多かった。

### <第3部>

座長 梁瀬 義章(北野病院)

## 7. Diaphyseal dysplasia とと思われる1例

国立大阪南病院 整形外科 蔡 栄美

【症例】53歳 女性

【主訴】四肢痛

【現病歴】昭和57年より四肢痛が出現し、1～2年後に軽快した。その数年後に再発し、同様周期で寛解、再発を繰り返した。平成7年、四肢痛が再発し、同年2月よりビスフォスフォネート(ガイドロネル)200mg/dayを投与し、疼痛は消失した。また、ALPがピーク時716mg/dlであったが、ビスフォスフォネート投与後、6ヶ月で398mg/dlまで下がり、それ以降常に500mg/dl以下をたもっている。

【現症】外見上特に異常なし。Xp上頭蓋を含め皮質骨の肥厚があり、骨シンチにて全身の長管骨骨幹部に集積像が認められた。ビスフォスフォネート内服後も、Xp所見には顕著な変化は認められない。

【討論したい点】Diaphyseal dysplasiaと診断してもよいのか。またなぜビスフォスフォネート内服により、症状の寛解が認められたか等について。

【座長のまとめ】長管骨骨幹部皮質骨肥厚の1例

昭和57年より四肢痛が出現し、以後数年毎再発を繰り返した例で平成7年の再発時にガイドロネル200mg/day投与することにより、疼痛が軽快し、Alp値も低下したという例で、X-P上の特徴は長管骨の骨皮質が肥厚し、骨シンチでも集積の増加をみる例で、診断についてはEngel-

man病でよいか否か？ガイドロネルの作用機序はどういう機序かというものであったが、比較的珍しい症例で、あまり意見がでず、逆に西塔先生より痛みはどの部位の痛みであるのかという質問がでた。村田先生(国立大阪南病院)よりやはり骨皮質の痛みであろうとの答えであった。この症例を水島先生(元大阪大学)にみてもらったとのことであるが、やはり、Engelman 病とは異なるのではないかとのことだったようである。

## 8. 膝関節炎術後に関節軟骨の消失を来した1例

北野病院 整形外科 野田 太一

【症例】34歳 女性

【主訴】左膝関節痛

【現病歴】約10年前にエアロビクス中に左膝関節痛を来した。平成7年に左膝関節の腫脹、疼痛に対し、PVS疑いでopen synovectomyを受けた。以後、3回の鏡視下滑膜切除術を施行されたが最終的には広範な関節軟骨の消失を来した。現在も左膝関節痛が残存しており、外来で継続治療中である。(関注、鎮痛剤内服等)

【現症】swelling(+). ROM 10°~110°. McMurray(-). Iustability(-).

【討論したい点】今後の治療方針について

【座長のまとめ】数回の鏡視下滑膜切除後、関節軟骨が消失した34歳女性の例

原因としてスポーツマンの急性軟破壊なのか、変形性関節症、弱毒菌による慢性炎症なのか、単関節炎型のリウマチなのか原因がはっきりしないための症例呈示であった。村田先生より単関節炎型のリウマチも無いことはないが、それよりは弱い感染が加わって起こったのではないかとのことであった。西塔先生より骨破壊が進行していることより、まだ感染が鎮静化していないと思われるので、人工関節の適応は慎重であるべきではないかとのコメントがでた。丹羽先生(豊中市)からは、慢性の関節水腫に昔はギプス固定などの治療を行い、動きが制限されても炎症の鎮静化をはかったというご意見もいただいた。

## 9. 診断に難渋した左肘関節炎の1例

国立大阪病院 整形外科 草開 義治

【症例】64歳 女性

【主訴】左肘関節痛

【現病歴】平成5年より、左肘関節痛出現し、疼痛による伸展制限も出現してきた。平成9年、転倒し左肘打撲。以後疼痛増悪したため、平成10年3月12日当科受診。RAの診断にて、抗RA剤投与。しかし、8月25日、関節穿刺液検鏡において、ガフキー2号検出した。(PCR、培養では陰性)非定型抗酸菌感染症の診断にて、抗結核療法開始するも、副作用のため中断。次第に疼痛増強、ROM制限増強したため、平成11年1月6日、関節下滑膜切除術施行。Histologyにて、化膿性滲出液を伴う関節炎と診断されたものの、培養は陰性であった。腫脹、疼痛持続するため、平成11年3月31日、左肘関節形成術を施行した。術中標本では、RAを示唆する結果を得た。現在外来にて経過中である。

【現症】

初診時 左肘関節 屈曲110° 伸展-15° 回内65° 回外60°

Radial headに圧痛(+). 回内回外時、捻髪音(+)

(labo data)CRP 1.1 WBC 5600 RF 10 IgG 2300 HCV(+)

抗核抗体陽性(homogene, speckled)

現在 左肘関節 屈曲 130° 伸展 -20° 疼痛なし。

(labo data)CRP 0.4 以下 WBC 7300 RF 10 以下 IgG 1621

抗核抗体陽性(speckled のみ)

【討論したい点】 1.本症例の診断

2.TER の適応の可否

【座長のまとめ】 リウマチか結核か診断に難渋した肘関節炎の例

最初リウマチと診断して加療し、5ヶ月後からは抗結核療法を行うも副作用で中止した。その後疼痛が増悪したため滑膜切除術施行、病理組織所見では非典型的抗酸菌症は否定され、好中球が増加し lining cell が増生し、リンパ球や形質細胞もみられ、リウマチ的とのことであった。村田先生より単関節炎の場合はリウマチより結核のほうが考えられるが、病理組織上はリウマチの亜型という感じであるとのコメントをいただいた。

## 10. 滑膜炎による屈筋腱皮下断裂の1例

済生会中津病院 整形外科 松井 嘉男

【症例】 51歳 男性

【主訴】 左母、示、中指のしびれ、左中指の運動制限

【現病歴】 昭和42年、交通事故にて左橈尺骨骨幹部骨折、左第5中手骨骨折、と診断され手術を施行された。平成10年、前腕尺側の腫脹が出現した為、近医にてステロイドの局注が施行され、一時改善した。平成11年3月に再び左前腕尺側の腫脹が出現し、また左中指DIP関節の屈曲障害、母、示、中指のしびれが続発した為、当科に紹介入院となる。

【現症】 左手関節掌屈 10°、背屈 0°、橈屈 30°、回外 90°、回内 0°、左中指DIP関節の自動屈曲障害、左母指球の atrophy、左手関節近位部掌側に 5.5×4 cmの腫脹、左前腕遠位背側に手術創3ヶ所、左母、示、中指に7/10の知覚鈍麻、左環指に5/10の知覚鈍麻。

【討論したい点】 1.左手関節近位部の腫脹と以前の外傷とは関係があるのか？

2.左中指DIP関節の屈曲障害の原因は？

3.治療法は？

【座長のまとめ】 71歳男性の腱鞘滑膜炎による屈筋腱皮下断裂例で、演者は掌側に脱臼した尺骨による腱断裂と思われたとのことであった。原因として河井先生(厚生年金星ヶ丘)や藤尾先生(北野病院)は腱断裂の原因はやはり腱鞘炎によるものではないかとの意見であった。須藤先生(枚方市)はステロイドの注射で腱断裂が起こることがあるが本例はそのようなことはかんがえられないかとコメントをいただいた。治療法としては、腱鞘炎などで断裂した場合は端々縫合ではなく端側縫合が一般的であるとの意見が多かった。

## 教育研修講演

座長 小松 堅吾(大阪臨床整形外科医会)

「慢性関節リウマチ治療の進歩と問題点」

大阪市立大学 整形外科 助教授 油谷安孝 先生

日整形教育研修会 1単位

日本リウマチ財団登録医教育研修 1単位

大阪府生涯教育研修 5単位

## 第 18 回 大阪整形外科症例検討会報告

開催日：平成 12 年 2 月 12 日（土） 14:30～18:00

場 所：参天製薬(株) 5 階 センチュリーホール

### <第 1 部>

座長 北野 公造(済生会中津病院)

#### 1. 距骨骨軟骨損傷の 1 例

済生会泉尾病院 整形外科 細井 波留夫

【症例】61 歳 男性

【主訴】右足関節痛

【現病歴及び現症】平成 11 年 10 月 30 日、仕事中に線路に引っかかり、足関節内反するようにして転倒し、救急外来受診。第 5 中足骨基部に疼痛腫脹を認め、レントゲン上同部に転位のない骨折を認めた。荷重歩行できないため、本人の希望により、安静目的入院となった。11 月 1 日、足関節部の疼痛も訴えたため、レントゲン追加したところ、距骨内側荷重部に骨軟骨損傷を認めた。11 月 5 日ギプス固定施行。現在、受傷後 2 ヶ月になるが、レントゲン上骨癒合は認められず、足趾背屈時に足関節部の激痛を訴える。検査所見：供覧。

【討論したい点】1. 初期治療方針。

2. 病態及び今後の治療方針。

#### 2. 距腿関節固定術後に骨癒合の遷延、外反変形を認める 1 例

関西電力病院 整形外科 村上 仁志

【症例】74 歳 女性

【主訴】両足関節痛、歩行障害

【現病歴】1999 年 1 月から右足関節歩行時痛を自覚、以後急速に痛みは増強した。5 月頃から、左足関節痛自覚、7 月頃から屋外独歩不能、8 月頃からは自発痛をきたし、痛みにより就眠障害をきたす程であった。8 月 9 日当科入院、レントゲン、RI 所見等から両変形性距腿関節症と診断し 8 月 17 日右距腿関節固定術を施行した。術後 20 週の現在、レ線骨癒合は完成せず、また固定手術時に比べ距腿関節の外反が進行している。既往歴：1998 年 6 月 9 日左人工膝関節置換術。

【現症】術前：足関節他動可動域 背屈 右 10° 左 10°

底屈 右 60° 左 60°

血液検査 白血球数：6800 CRP：0.28

赤血球数：4040 RA：15.2

Hb：11.7g/dl ESR：34 mm/hr

血小板数：37.7 万

【討論したい点】変形性距腿関節症発症と人工膝関節置換手術との関連について。

距腿関節固定術の可否について。

またこの術式、後療法について。

#### 3. 右橈骨遠位骨端線損傷 Salter-Harris V 型の 1 例

済生会中津病院 整形外科 豊田 安国

【症例】10 歳 男性

【主訴】右手関節可動域制限

【現病歴】H10. 5. 10. 受傷

6. 11. 初診。手関節痛。可動域制限。

6. 11 ~ 6. 25. プライトン・スプリント固定により痛みは消失。

以後 経過観察。

【現症】

		背屈	掌屈	橈屈	尺屈
手関節可動域	右	60	80	40	-10
	左	90	80	15	45

X線像 橈骨遠位の変形、舟状骨・月状骨間離開像

【討論したい点】手術時期、手術方法などについてご教示下さい。

## <第2部>

座長 廣島 和夫(国立大阪病院)

### 4. 外傷を契機に発症した神経性股関節症の1例

大阪市立総合医療センター 整形外科 加藤 相勲

【症例】35歳 男性

【主訴】左股部痛

【現病歴】平成11年7月5日フィールドホッケー競技中に左股関節をねじり左大腿骨骨頭骨折受傷。他院にて患肢免荷による保存療法をうけていたが、左大腿骨頭が融解・消失したため9月21日当科受診。10月1日左股関節 open biopsy を施行した。

【現症】初診時 左股関節に軽度の圧痛・腫脹を認めるも発赤・熱感はない。可動域制限なし。Westphal 徴候なし。両下肢温痛覚・深部知覚・筋力低下なし。

Argyll-Rebertson 瞳孔なし。

WBC 8540 CRP 1.54 CA19-9 2.3 CEA 3.2 AFP 1.9 RA negative

梅毒RPR 定量4 梅毒TPHA 40960以上 FTA・ABS陽性 ツ反：弱陽性

股関節穿刺液培養検査(一般細菌・抗酸菌)：陰性

病理組織診断：Granulation tissue and necrosis of bone

【討論したい点】1. 神経性股関節症の診断でよいか？

2. 今後の治療方針は？

### 5. 両側脛骨から踵骨にかけて多発性囊腫状陰影を呈した1症例

国立大阪南病院 整形外科 中谷 宏幸

【症例】62歳 女性

【主訴】両足関節痛

【現病歴】10年前左足関節腫脹、疼痛出現、近医受診するも不明。その後、疼痛も軽度であるため放置していた。H11.夏頃より左足関節痛増強するとともに、右足関節にも腫脹疼痛出現し、当科受診。9月6日CRP 5.9 WBC 6400 RA(-) RAHA(-) IgG 3206 IgA 528 補体価 53。Xp 上左足関節、talo-calcaneal 周辺の骨に骨稜の粗雑化と sclerotic change。Joint space は保たれていた。MRI 上、talus、calcaneus 内に cyst 様の high intensity area があり骨髄炎を疑わせる所見であった。骨シンチにて両足関節周囲、脛腓骨対称性に集積。PTH $\leq$ 0.1、カルシトニン 27、Ca 9.1 P 3.8。生検(脛骨骨膜と滑膜)にて確定診断できず。肉芽、骨の培養で菌(-)。

この症例の診断についてよろしくお願いたします。

## 6. 診断が困難であった肩甲骨 Ewing 肉腫の 1 例

国立大阪病院 整形外科 山崎 直美

【症例】 9 歳 男性

【主訴】 左肩甲部腫脹

【現病歴】 平成 11 年 8 月頃より左肩痛を訴えるようになった。少年野球をしていたこともあり、放置していたが改善認めないため 9 月 11 日近医受診、レントゲンにて異常指摘されず、左腱板損傷の疑いで湿布のみ処方された。その後左肩甲部腫脹と疼痛、発熱認めため、9 月 25 日再度受診、再度レントゲン、MRI 施行されたが、異常なしとされ、リハビリのために週 2 回通院することになった。1 ヶ月程で疼痛改善認めため、10 月末より軽い運動を再開したが、11 月 18 日頃より再び腫脹、疼痛認め、12 月 8 日再度受診、CT 施行され、12 月 9 日当院紹介受診となった。

【現症】 左肩甲部に 8×8 cm の隆起した腫瘤を触診。bony hard で軽度熱感をもっていた。自発痛は認めないが圧痛あり。肩関節に可動域制限はなく、筋力は正常だった。12 月 17 日に生検術施行され、Ewing 肉腫と診断された。1 月 13 日現在化学療法 2クール目を施行中である。

### <第 3 部>

座長 池田 清(関西電力病院)

## 7. 化膿性脊椎炎の 2 症例

住友病院 整形外科 木村 宣仁

【症例 1】 76 歳 男性

【主訴】 下肢不全麻痺、背部痛

【現病歴】 平成 10 年 3 月 4 日当院外科にて胆管癌の手術を受けた。術後、呼吸不全(肺梗塞?)を生じ、肺血症(MRSA、カンジタ)を合併、約 3 ヶ月間呼吸器管理をうけた。平成 11 年 3 月 17 日外科を退院した頃から背部痛があった。4 月 27 日整形外科初診、XpにてTh7/8化膿性脊椎炎を疑った。入院加療を勧めたが、社会復帰したばかりであり、入院は拒否された。硬性コルセット装着、抗生剤内服し、外来通院で経過観察していた。下肢不全麻痺が急速に出現、歩行不可能となり、平成 11 年 10 月 1 日整形外科入院した。

【現症】 入院時現症：胸部以下の知覚障害、下肢筋力は 4 マイナスレベル、排尿障害あり

経過：平成 11 年 10 月 14 日後側方からの病巣搔爬、骨移植、後方 instrumentation を行った。術中の検体からはカンジタが培養された。現在、下肢の不全麻痺は改善し歩行可能、炎症反応は陰性化している。Xp では骨癒合はまだである。

【討論したい点】 早期からの徹底した保存療法も可能だったか？

【症例 2】 49 歳 男性

【主訴】 腰痛

【現病歴】 平成 10 年 11 月 24 日、発熱、心窩部痛のため当院内科入院。肝臓機能異常、炎症反応亢進を認め、膵炎、アルコール性肝炎、肝臓癌の診断のもと、絶食、IVH、抗生剤投与をうけた。入院した頃から腰痛あり、その後腰痛増強した。腰椎 XpにてL4/5椎間腔の狭小化が進行、平成 10 年 12 月 18 日、L4/5 椎間板炎と診断された。硬性コルセット装着、抗生剤投与の保存治療にて腰痛軽減、CRP も陰性化した。

【現症】平成11年11月16日、発熱、CRP 26、WBC 29200等の炎症反応亢進あり内科再入院した。腰痛下肢の脱力あり、腰椎MRI、CTにてL4/5椎間腔から椎体周囲に膿瘍をみとめた。抗生剤投与にて発熱、腰痛は軽減した。再発したL4/5椎間板炎に対し手術的治療を勧めたが、本人の同意を得ず、現在保存的に経過をみている。

【討論したい点】このまま保存的に治療可能か？手術が必要か？  
手術法するならその時期と方法は？

## 8. 隣接椎間に不安定性を伴う頸椎椎間板ヘルニアの治療

北野病院 整形外科 吹上 謙一

【症例】74歳 女性

【主訴】頸部～右肩の疼痛

【現病歴】平成11年11月初旬より、頸部～右肩にかけての疼痛を自覚。徐々に疼痛増悪し、疼痛による不眠も出現し当科受診。MRI上、C5/6頸椎椎間板ヘルニアを認め、精査加療目的にて当科入院となる。

【現症】 Jackson + - reflex            pathological reflex   筋力：正常  
Spurling + ±    BTR → ↓    Hoffman   ± -    知覚：手掌尺側に低下あり  
                  BRP ↑ ↓    Tromner   ± -  
                  TR    ↑ ↓    Wartenberg ± -  
                  PTR ↓ ↓  
                  ATR ↓ ↓

【討論したい点】隣接椎間に変性・不安定性を伴う頸椎椎間板ヘルニアの治療法について。  
(外傷的治療の適応予後など)

### 特別講演

座長 松田 英樹(大阪市立総合医療センター)

「変形性股関節症に対する運動療法」

大阪体育大学 教授 廣橋賢次 先生

日整会教育研修会認定(N又はS) 1単位

大阪府生涯教育研修 5単位

他科臨床医会誌から

## 介護保険と臨床内科医

榎 光義 (大阪府医師会副会長)

大阪府内科医会会誌、9巻、1号、84頁、平成12年4月

枚方市 須藤 容章

平成12年4月から介護保険制度の運用が開始されております。筆者は介護保険についての解説と一般医が直面する『主治医意見書』記入に際しての留意点について述べておられますので一部を紹介させていただきます。

- (1) 40歳以上65歳未満の人が介護保険を受けるには15の特定疾病のうちの1つの病名が意見書のトップに書かれていなければなりません。
- (2) 意見書は医師でない人が読んでも理解できるものであること、相手は医師仲間ではなく福祉団体の人なので、例えば右は〔R〕と書かないで〔右〕と書いて下さい。
- (3) 意見書の医師名は自署して下さい。間違えた場合訂正印を押されると、名前がわかってしまいます。介護認定審査は名前を隠して行われますので、訂正は横線で消してあれば大丈夫です。
- (4) 意見書は介護サービス計画作成に利用されることがありますので、投薬の中で特に向精神薬を忘れずに記入してほしいのです。



- 介護上一番問題になるのは向精神薬です。高齢者が向精神薬を服用しますと排泄が遅く、寝ぼけて転倒し易くなり、転倒しますと骨折で動けなくなります。
- (5) 介護判定上有利な特別な医療として褥創交換、点滴、中心静脈栄養、透析、疼痛部への湿布、モニター測定、留置カテーテルも忘れずに記入して下さい。
  - (6) 痴呆に関しては日内変動・日差が非常に大きいとか、季節変動があるとか、長谷川式で調べると何月何日は何点だったと記入すれば参考にして貰えます。

## 各地の臨床整形外科医会会報を通読して

広報担当理事 小松 建次

この度全国各地の臨床整形外科医会の会報を数冊提供を受けたので、その記事内容について紹介と感想を記してみたい。

この度提供された会報は宮城県、福井県、静岡県、愛知県、兵庫県、愛媛県、鹿児島県の臨床整形外科医会報である。発行年月日はそれぞれ異なっている。



### 1. 宮城県「城整会会報」・平成 11 年 9 月 24

日号の会長巻頭言で平成 12 年度の仙台での第 13 回 JCOA 学会の準備状況について、その進捗状況や「骨と関節の日」の行事についてなど、また役員、新理事紹介記事の中で会員数 100 名で年会費 2 万円とある。JCOA 理事会通信では東京新聞の柔整師会についてのキャンペーン記事の紹介、また介護保険制度の実施を前に検討委員会設置の必要性など、その他会員の訃報とその追悼文にはどの会報においてもしんみりする。

### 2. 静岡県の「SCOA 会報」・平成 11 年 9

月号の論説に「成年後見制度と介護保険」と題して舟越 忠先生の解説を興味深く読んだ。民法上の親族にかかわる後見制度の大改定が 2002 年までに行われ、「成年後見制度」という介護保険制度の法的裏付けとなる法律として国会で審議されるそうである。

### 3. 福井県の「FCOA 会報」・平成 12 年 1

月号の北陸臨床整形外科医会と福井臨床整形外科医会との混在の問題と機構改革案の記事、金沢大医学部公衆衛生学の荻野教授の書かれた「介護保険前夜」と題して、自ら要介護の父親を家庭で抱えての介護体験

と、学問として老人保健を講義する立場からの記事があり、「介護保険の財源はなぜ全部税金でも、保険料でもなくその両者の折衷型なのか？。10 兆円とも言われる介護ビジネスは財源保障されたビジネスで、一体誰がその利益を手にするのか？。本来介護保険制度の最も大切なコンセプトは、実際に介護する家族の負担を軽減し、介護はプロに任せ、その費用は社会全体で支え合うという介護の社会化をはかる事、また高齢者が人間らしく生きられるよう、寝たきりをなくし自立を支援することの 2 点にある。この 2 つの視点から新制度の介護サービスが適正かつ公平に施行されているか見守る必要がある。しかし介護老人収容施設やホームヘルパー等の不足、要介護認定は公平になされるのか？本人や家族の事情を考慮に入れない要介護認定は機能するのか？要介護認定されない独居老人や、施設以外行き場のない老人をどうするのか？、多くの病気を抱える高齢者を医療と介護で振り分けられるか？保険料あってサービスなしにならないか？と多くの問題点をあげて、要はこの新しい地域医療老人保健システムは、医療、福祉、介護そしてボランティアの密な連携なくして稼働しないというこ

とと、この新制度が超高齢社会の日本人の福音となれるよう、医療側として見守って行かねばならない」と結んである。

4. 愛知県整形外科医会会報・平成 11 年 6 月号の巻頭言では愛知医大名誉教授 丹羽滋郎氏が「上工は未病を治し、中工は已病を治す」という東洋医学の病気に対する考え方から予防医学の大切さと超高齢社会の年々増大する社会保障費を如何に有効に、経済的に国民の健康維持と福祉に用いるかが国家的重要課題である」として生活習慣病と三大死因のがん、脳血管疾患、心臓病などの予防について書かれている。

5. 愛媛県臨床整形外科医会報・平成 11 年 3 月号で愛媛大医学部・柴田大法教授は DRG (Diagnosis Related Grouping) と Critical Path について「どちらも膨れ上がる医療費を抑制する方式としてアメリカの私的保険から出たもので、日本でも導入必至である」として整形外科医療が果たしてこれに馴染むかを例を挙げて「変股症、大腿頸部内側骨折、リュウマチ股などに人工関節置換を適応して入院前検査を外来で行ってあれば、入院翌日に手術可能でセメント固定して 1 週間で退院も可能、DRG に最も馴染みやすいとも考えられるがこの画一方式が果たして真の医療といえるか」、「1 診断名について保存療法から観血療法まで適応の裁量があり得る整形外科疾患の治療にあっては DRG に馴染むものはない」

と結論し「在院日数の規制についても医療の質の低下につながるものとしてストレートの導入には反対すべき」と書かれている。

6. 「兵庫県整形外科だより」No.57 で武部会長は「介護保険実施前夜」と題しその中でかかりつけ医意見書にうっかり通所リハが必要と書けば、患者は医師の手を離れて「デイケア」に行き、医療と縁が切れる可能性を医師は認識しておくべきであると述べておられる。

7. 鹿児島県整形外科医会報・VOL 8, No1 では白坂会長の「高齢者と介護保険制度について」の中で、人口 100 万以上の県で、老人が鹿児島県は、全国第 1 位、独居老入も同じく第 1 位であり、少子化がすすみ高齢者が高齢者を介護したり、家族だけで介護することの困難な状況を理解して、整形外科医も介護保険制度を通じて、この問題の指導と解決に努力をすることが必要であると訴えておられる。

以上数冊の各県の会報を通読してみて、その多くの記事にこの 4 月からの介護保険制度の運営への不安と期待が語られているが目立っていた。また各誌のなかに寄稿されている先生方の随筆や趣味の話に大変優れた作品があり、これは JCOA 誌においてぜひ取り上げて掲載して多くの会員にも紹介してほしいものである。

## 他科の大阪臨床医学会会報を読んで

広報担当理事 前野 岳 敏

この度、整形外科医の目で、他科の医学会報に目を通す機会があったので、各科の特色ある記事や項目について、簡単にまとめてみた。

各誌とも学術雑誌であるが、広報誌でもあるので、理事会及び総会の議事録、研修会の講演内容や載せ、会員に情報の提供を行っている。学術論文も最近の知見を含む生涯教育的論文が多数を占め、早速明日からの診断、治療の糧となるような実際のテーマが多くとり入れられて、診断の質の向上に貢献している。その他、特徴的な記事として、『教授就任ごあいさつ』（眼科）、『新部長紹介』（泌尿器科）『新入局先生方の自己紹介』（耳鼻科、泌尿器科）『病院だより』（泌尿器科）等、医局や病院との繋がりの深い記事や、『会員の対外活動（講演、報筆について）の報告』（精神神経科）等外部に視界を向けた記事等もあった。内科、皮膚科では、ほとんど学術論文や診療に関する記事で占められていた。

大変興味をひいた記事としては、耳鼻科誌（1998.12）の『医事紛争』に関するシリーズで、府医医事紛争特別委員会委員の石田 稔先生は、医療事故を如何に予防するかについて述べ、過去の事故例から多くの教訓を学ぶ事の重要性を説いている。それらの情報を収集し、個々の事件の原因解析、データの蓄積が必要で、それにもとづく教育、労働環境の整備、日常診療の基本的な行為、たとえば正確な客観性のあるあるカルテの作成や同僚との意志の疎通に努めるなど詳細に述べた後、数例の医事紛争について、その事件の発生、及びその結果、その争点、反省点等について、解り易くまとめてあった。整形外科においても個々の事例について、各論的に経過をまと



めた記事による啓蒙が必要と思われる。

整形外科医にふれた記事ではやはり耳鼻科誌（1998.12）で、『保険診療』について、社保審査委員の大島一郎先生は、転医及び対診についての項において、それとよく似た内容であるが施術の同意書について触れている。『保険医は患者の疾病又は負傷が自己の専門外にわたると云う理由によって、みだりに施業者の施術を受けるとの同意を与えてはならない』『何かのトラブルがあったとき、その先生にすべての責任がかかってくるのです』『整形外科では物すごいトラブルがあると云うことで、どの先生に聞いても、一切行ってないと云うことです』、このように柔整等の周辺業者に対して整形外科以外の他科の医師の認識の啓蒙も行われており、今後さらに広がる事を期待するものである。

学術より離れた寄稿、随想では生命や人生について大変格調の高いテーマのお話、例えば佐藤武男先生の、各種細胞群の細胞分裂の回数にまで言及し、死を説いた『人はなぜ死ななくてはならないのか』（耳鼻科 1999.6）や、子安義彦先生の、日本のエリートの自己中心的な出世主義を糾弾した『昇殿熱望候』

(精神神経科、1997.2)等は読者をその論旨にひきずり込んでいく。明るく楽しく読めるお話では、眼科誌の『所帯10回』(1999.6)、『冗談ばっかし』(1996.9)の山崎博哉先生の右に出る者はいない。山崎先生は私と同じ医師会のメンバーで、理事として同じ仕事をした事もあり、その明朗な人柄並びのその文筆力は定評のあるところである。又『山崎先生口上記』もすでに寄贈をうけ、楽しく読ませていただいたので、眼科誌に氏の名前をみただけで顔がほころんで来た位である。特に『所帯10回』はその発想がおもしろく、私も所帯を持てる人を10人選べると想像してみるだけでもうれしいやら、はずかしいやらで、夜も眠れない程楽しく又切ないのであります。

各科の会報ともそれぞれのの特徴を生かし、会員に親しめ、しかも学術的且つ教育的な内

容の豊富な編集が行われている。整形外科誌においては研修会の学術的記事は豊富であるが、会員の寄稿が少ないように思われる。今後一層多くの会員が参加して、これまで以上に楽しく役に立つみんなの会報誌が出来上がってほしいものである。

#### 参照会報

- ①大阪精神神経科診療所会誌(1997.2)
- ②大阪内科医会会誌(1997. May、1997. Sep)
- ③大阪皮膚科臨床医会会報(1998.8)
- ④大阪府耳鼻咽喉科医会会報(1998.12、1999.6)
- ⑤大阪府眼科医会会報(1999.6、1999.9)
- ⑥大阪泌尿器科臨床医会会報(1999.2、2000.3)

---

## 大 東 市

市章制定

昭和31年8月1日

市章の意味

「大とう」の文字を図案化したもので、市の繁栄と、市民の協和を願う意味が含まれている。市制施行を記念して広く市民から募集し、その中から選んで市章としたもの。



## 第 17 回 淀川整形外科懇話会報告

淀川区 福井 宏 有

平成 12 年 3 月 4 日 (土) 午後 3 時

関西文化センター

### 1) 超音波骨折治療器

帝人 SAFHS の説明

帝人 居相

### 2) 講演

演題「手の外科の進歩」

関西医科大学 講師 南川義隆

昭和 55 年 関西医科大学卒業 同整形外科  
学教室入局

昭和 57 年 関西医科大学整形外科助手

昭和 62 年 NEW YORK 州立大学 Bufflo 校  
Hand CENTER of WESTERN  
Ner York

平成 6 年 学位記取得

平成 7 年 関西医科大学整形外科講師

### 3) 症例検討会

舟状骨骨折の自然治癒例、Kienbeck、  
母指の OA 等。

### 4) 懇親会

常連以外にも関西医科大学のたくさん  
の方の参加も頂きました。



今回は 関西医科大学のOBの中川先生や  
斎藤先生の介護についての話しもお聞きした  
と思います。

当日は OCOA の理事会もありました。

OCO A の研修会も 100 名から 200 名の  
参加者と大きくなりすぎてきました。

大阪整形外科症例検討会のように 少人数  
での会を区画ごとにとり工夫しています。

## 関節リウマチに対する漢方治療の小経験

日本整形外科学会専門医  
日本リウマチ学会認定医  
日本東洋医学会専門医

枚方市 須藤容章

多くの場合、慢性関節リウマチの治療は基本的には西洋医学によって行われていますが、手足や身体の冷えを訴える症例に対しては、温める薬剤が西洋薬には存在しないので漢方薬が有用であります。一般的には麻黄湯、葛根湯、桂枝湯、桂枝加朮附湯、麻黄附子細辛湯、加工附子、桂枝芍薬知母湯等が体を温める薬として単独で、または他の漢方薬と合方で、またよく西洋薬との併用で用いられています。

症例：N.E. 28歳、女子。

病名：RA, class II, stage II。

主訴：

両手関節の疼痛、腫脹、運動障害と項部痛。

職業：

10年前より銀行のオペレーターをしていましたが結婚のため最近退職しました。

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りましたが放置していました。平成10年4月結婚、1カ月後より両手関節の疼痛が増強したため某整形外科を受診し、X線上、両手舟状骨に異常が認められるということで平成10年5月26日、手の外科症例として筆者<sup>1)</sup>へ紹介されました。

初診時所見：

平成10年5月26日。両手関節、両手指のPIP関節に軽度の腫脹と圧痛が認められ、手関節の運動域は右、左ともに背屈0°、掌屈10°で、両手指は完全には握ることができず、握力は右7kg、左17kg(右利き)でした。頸部は猪首で運動域は正常の1/3に制限されていきました。手指、項部の朝のこわばりは3時間位続くということでした。



X線所見：

両手舟状骨は扁平化し、あたかもキンベック病における高田のstage 3を思わせる所見を呈していました。頸椎には骨萎縮は認められましたが変形はありませんでした。

検査所見：

赤沈値1時間で17mm、CRP定量0.4mg/dl(正常値0.5mg/dl以下)。RF61.4IU/ml(正常値25IU/ml以下)。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ました。

この患者さんは新婚なので妊娠、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にしました。冷えと項部のこわばりを目標にツムラ①葛根湯エキス顆粒<sup>2)</sup>7.5g/日と関節リウマチの悪急性期に用いられるツムラ⑭柴苓湯エキス顆粒<sup>3)</sup>9.0g/日を合方として投与しました。

経過：

1週間後の再診時、患者さんの手関節の疼痛、腫脹は軽減し、項部のこわばりも楽になったということなので、この処方継続しました。しかし7カ月後に受診した際に、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の方がよい

と言われましたが漢方薬ならば妊娠の継続可能ということになりました。そこで漢方の安胎薬と言われているツムラ<sup>②③</sup>当帰芍薬散エキス顆粒 7.5 g/日に変更し、これを6カ月継続し、平成11年8月、満期安産で2,840 gの女児を出産しました。女児には定期検診で異常は認められませんでした。また妊娠の全経過を通じて、患者さんはほとんど疼痛やこわばりを自覚しなかったと申しております。

この患者さんに対しては一切のステロイド剤、抗リウマチ剤、消炎鎮痛剤、外用薬は使用しませんでした。

#### 出産後1カ月の経過：

疼痛、腫脹はほとんどなく、手関節の運動域は右背屈 30°、掌屈 30°、左背屈 20°、掌屈 40°、握力は右 10 kg、左 13 kg、赤沈1時間値 8.5 mm、CRP定量 0.3 mg/dl、RF 38.4 IU/mlでした。

#### 出産後7カ月の経過：

手関節及び項部の疼痛とこわばりは消失しています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ことでした。握力右 13.5 kg、左 18 kg、赤沈値1時間値 7 mm、CRP定量 0.1 mg/dl、RF 91IU/mlでした。この時はX線所見では両手の手根骨はほとんど破壊され変形していました。

#### 検 討：

大塚<sup>2)</sup>によりますと葛根湯は急性症でも、慢性症でも病症の軽い関節リウマチにはよく効くということです。また織部<sup>3)</sup>はRAの漢方治療方針として、実証の急性期に越婢加朮湯、中間証の亜急性期に柴苓湯、また虚証の慢性期には桂枝加朮附湯を用いるのが良いと述べています。一方、大萱<sup>4)</sup>はRAの急性期に柴胡剤を用いると柴胡がサイトカインの分泌を刺激して炎症を増強させるので用いてはいけないと述べています。

#### <文 献>

- 1) 須藤容章：先天奇形手における血管の走行に関する研究—その発生学的意義について—：日整会誌、53巻、11号、1627頁、1979。
- 2) 大塚敬節ほか：漢方診療医典、関節リウマチ、153頁、南山堂、1986。
- 3) 織部元廣ほか：慢性関節リウマチにおける漢方薬の効果：漢方医学、13巻、12号、371頁、1989。
- 4) 大萱稔ほか：整形外科領域における高齢者の漢方治療：漢方医学、22巻、7号、210頁、1998。
- 5) 難波恒雄：原色和漢薬図鑑（上）：15頁、保育社、1980。



図 土茯苓

## 新入会の御挨拶

泉南郡熊取町 桑原 秀樹

2000年という節目の年に、入会できることができました、とても喜んでおります。私は昭和50年、当時奈良市の東大寺大仏殿の門前にあった東大寺学園を卒業し、大阪市立大学医学部に入学いたしました。学生時代はもっぱら野球部で青春の汗を流しておりました。卒業後(昭和56年)は、市大医学部の整形外科に入局し、島津教授の指導を受け、昭和58年に病理学教室の大学院に進み、主として、現在よく話題となっている骨粗鬆症のメカニズムについての基礎研究を中心に実験を繰り返しておりました。特に印象に残っているのは、今から15年前、初めておこなったフィンランドのヘルシンキでの発表です。このときはエルシトニンでの発表です。このときはエルシトニンをラットに筋注射し、なんとその30分後には脛骨骨髓内の破骨細胞の数が減少し、大きさが小さくなることを顕微鏡写真にとって酵素組織学的に証明したもので、最近新しい骨粗鬆症の薬剤ができるたびに、活動性を失った破骨細胞の組織写真を目にするようになり懐かしく拝見しています。そして12年間の大阪市大医学部での教員生



活を終え、昨年7月より泉南郡熊取町に開業いたしました。現在の主な趣味は40歳から始めた健康のためのランニングです。毎日10～20km走れるようになり、毎年2回ほどフルマラソンに参加しております。自己ベストは3時間11分です。もう少しトレーニングを積んで記録をのばしたいと思っておりますので、会員の方で走られる先生がおられましたら、また御知らせください。今後は、会員の皆様との勉強や趣味での交流を楽しみにしておりますので、どうかよろしく願い申し上げます。

天王寺区 浜田 宏昭

現在、社会福祉法人、四天王寺福祉事業団、四天王寺病院に勤務しております。三重県四日市市出身、平成3年三重大学卒業、三重大学整形外科入局ですが、平成11年8月より大阪に来ております。こちらに来てから各学会誌で大阪臨床整形外科医会の活動を知り、勉強と認定医単位取得のために入会させていただきました。勤務医ではございますがよろしく願いいたします。



## 自己紹介

大阪市 川崎 崇雄

この度大阪臨床整形外科医会に入会させて頂きありがとうございました。

生まれは大阪ですが、昭和 52 年に徳島大学卒業し阪大整形外科に入局させて頂きました。北辰総合病院・市立泉佐野病院・関西労災病院・大阪船員病院・大阪労災病院・桜橋渡辺病院・東大阪病院を勤務させて頂きました。そのとき膝関節。手の外科を主に勉強させて頂きました。ここのところ体調悪く、平成 12 年 1 月 31 日より休職し、同年 4 月 30 日付で東大阪病院を退職し、現在病気療養中です。

趣味はあまりないのですが、学生時代にラグビーをやっていたこともありラグビー観戦が大好きです。スポーツはゴルフ・テニスを少ししかじりましたが現在全く不能で、今後もありできないと思っております。自宅安静を



行っておりますが、自分の体があまり動かせないという不自由を感じる毎日です。少しでもありますが回復していることに希望を持っております。体が十分に動くようになり、回復すれば、医療に復帰し頑張りたいと思います。こんごとも宜しくお願い致します。

## 高槻市

市章制定

昭和 18 年 1 月 1 日

市章の意味

町制時代の町章を引き継いだもので、京都市と大阪市の市章を合わせ、高槻の「高」を形どったものである。京阪両都のちょうど中間に位置しており、両都とともに発展する市の姿を象徴している。



## 新理事就任ご挨拶

天王寺 小林 正之

平成12年3月より大阪臨床整形外科医会の理事に加えていただく事になり、会報の誌面をお借りし、就任のご挨拶と簡単な自己紹介をさせていただきます。

昭和32年3月生で現在43歳。天王寺区で医療法人小林会 小林整形外科診療所理事長をしております。出身地は奈良県で高校卒業まで奈良市で育ちました。

昭和50年、奈良女子大付属高校卒業。

昭和51年、近畿大学医学部入学。

昭和57年、卒業し近畿大学医学部整形外科へ入局しました。研修終了後大学院に進みセラミック材料の基礎研究で学位を受けましたが、この間に父の病気により、現在の診療所を事実上継承する事になりました。

平成2年より1年間近畿大学医学部付属病院非常勤講師を務めた後は診療所での診療に専念しております。



経験も少なく若輩の私が、歴史ある大阪臨床整形外科医会の理事が務まるか少々不安ですが、近畿大学出身者からも理事をとの三橋前会長のご配慮を肝に銘じ、出来るだけ努力する所存でございます。会員、役員諸先生のご指導ご鞭撻よろしく願いたします。

## 八尾市

市章制定

昭和33年7月4日

市章の意味

八尾のローマ字「YAO」を図案化したもので、円型は市政の円満を意味し、Yの先端が円外に出ているのは市政の発展を象徴している。円の正しい三等分は平和、自由、平等を意味し、簡素に市の発展を表している。



## 新理事の自己紹介

東大阪市 <sup>こ</sup>五 <sup>しま</sup>島 淳

このたび、大阪臨床整形外科医会の理事を仰せつかりました五島 淳(ごしまじゅん)と申します。医政や医師会関連にはあまり興味がなかった私ですが、今後は、当会の発展のために微力ながら全力を尽くす所存でありますので何卒宜しくお願い申し上げます。

さて、私の自己紹介ですが、生まれも育ちも大阪市天王寺区です。母は船場で7代続いた呉服屋のこいさん、父は大阪日赤病院の前の蒲団屋の“ぼん”ですから、根っからの大阪人と言うことになります。私の小学生時代は都会っ子そのもので、校庭はコンクリートで土がなく、天王寺区なので日赤、警察、今はなき桃山の各病院や、あっちこっちのお寺が遊び場であった。そのころすでに塾に通っている子もいた。中学校は1学年 20 クラスという超マンモス校で、小さな村長選挙なんか真っ青という数千の得票を持つ生徒会長がいた。高校は府立天王寺で、このO C O Aの諸先生方にも同窓が多いと思います。

大学からは大阪から離れ、奈良県立医科大学、卒後は三重県の松阪中央病院とだんだん東の方に移動し、一時、新潟大学にも短期留学した後、最果ての東のアメリカ合衆国オハイオ州に2年半暮らしました。どの土地でも結構気に入る方で、クリーブランドでも永住してもいいなあと思いつつも帰国。



この2年半の間に、時代は昭和から平成に、教室の教授もかわられていた。風の便りで天皇陛下がご病気とは聞いていたが、帰ってきたら年号が変わっていた。後輩がカルテにH元年と書いていたので、「おい、そのHでなんや？」と聞いたら「平成です」。ああそうか！と思うと同時に今浦島となったのに気付く、亀に乗って？東大阪市立病院に移動。平成4年、同市で開業。しばらくして、帰巢本能がわき起こり、天王寺区に住居を戻した。

卒後20年間、うろうろしましたが、西洋の諺にあるように「ロバは旅に出ても馬になって帰ってこない」を実感しています。

## 新理事の自己紹介

堺市 山本 哲

はじめまして、今度 大阪臨床整形外科医会の理事の一人として少しでも皆様の御役に立てますことを心から光栄に思っています。

昭和 55 年に近畿大学医学部の I 期生として卒業後は同大学の整形外科教室の大学院を経て助手となり、平成元年に堺市のベルランド総合病院へ赴任いたしました。約 10 年間、同病院に勤務した後、平成 9 年秋に堺市大野芝町という地に開業いたしております。開業当初は時間的ゆとりもあり家庭にも目を向ける時間がありましたが、現在は医師会活動以外に病診連携を利用した月に 20 件の手術をこなしており、家の事は家内にまかしたままという状態です。幸い子供達は素直に育ってくれておりまして、最近世間を騒がしている様な青少年の事件は今のところないようで安心して毎日の仕事をこなしています。

得意分野は関節疾患で外来患者さんもそのような関節疾患の方々が多く集って来ておられるようです。



趣味としては現在ゴルフを月に 1～2 回程度続けています。スコアは 90 台であり良くありませんが楽しくプレーする事をモットーとしております。先週のゴルフにてミドルホールでイーグルが生まれて大変喜んでいました。ちなみにホールインワンはありません。

今後、大阪臨床整形外科の発展の為、微力ではありますが全力をつくして頑張っていくつもりです。皆様の御協力宜しく御願いたします。

### 堺市

#### 市章制定

明治 28 年 6 月 17 日

#### 市章の意味

摂津、河内、和泉の三か国のさかいに発達した都市、という意味から、「市」の文字を三つ合わせたもので、同時に団結と和を意味している。



## 新理事の自己紹介

堺市 西川 正 治

この度、素晴らしい先生方の末席に加えていただきまして、本当にありがとうございます。丹羽先生から「自己紹介の一文を書け。」との仰せですので、拙い文章で申し訳ございませんが、書かせていただきます。私は、昭和 28 年 3 月 14 日生まれの巳年です。生まれも育ちも大阪なものですから、当然と申しますか、阪神タイガースのファンとなりました。南海沿線に住んでいるものから、かつては南海ホークスのファンでもありました。ただ体が小さく、運動神経の発達が悪かったものですから、球技は苦手でした。

昭和 46 年に関西医科大学に入学し、在学中にゴルフに嵌ったこともありましたが、人様に誇れるようなレベルには遂に達しませんでした。昭和 52 年に卒業しまして、整形外科教室に入局しました。昭和 53 年から 2 年間、京都大学第 2 解剖学教室で、小川和朗先生のもとで電子顕微鏡を用いた組織細胞化学を学ばせていただきました。昭和 61 年にはスウェーデンのカロリンスカ研究所を中心



に、ヨーロッパで遊ばせていただきました。帰朝して 1 年間は新宮市立市民病院の医長を務め、平成元年には講師を拝命しまして、主にリウマチと骨・軟部腫瘍を勉強しました。この間、鬼籍に入られました森 益太先生と、敬愛する小川亮恵先生に師事いただきましたが、両先生からはいつも叱られていたような気がいたします。諸般の事情から平成 5 年 4 月より堺市内で開業しております。まだまだ未熟者ですが、どうぞ宜しくお願いいたします。

## 岸 和 田 市

市章制定  
昭和 44 年 12 月 19 日

### 市章の意味

大正初期の 4 か町村合併後、初代岸和田町長の村田義寛氏が町を代表する紋章として懸賞募集により制定したもので、「キ」の字ないしは、「岸」の字、あるいは欄干橋の「干」の字の図案化したもの、といわれている。



第 15 回 O C O A 懇親旅行 (11. 9. 4 ~ 5)  
- 鳴門カントリークラブ -

東住吉区 天 野 敬 一

開通間もない明石海峡大橋を渡って、一路淡路島へ、貸切バスの中では早くも宴会模様。例によって T. K 先生の弁舌がひびきわたります。

今回は観光組の参加がなく、ゴルフ組計 10 名の先生方で出かけました。

思いの外早く、2 時間弱で、料理で有名な鳴門の“鯛丸”に到着、その夜は鳴門の海の幸を楽しみました。カラオケ大会も T. K 先生の独壇場。

9/5 早朝バスにて鳴門カントリークラブへ出発。今回のコンペには、古賀先生のお友達に大変お世話になったとのこと。紙上を借りて御礼申し上げます。鳴門カントリークラブは、鳴門海峡から瀬戸内海を望む丘の上に展開する名門コースです。特にインの 2 番からの眺望は素晴らしいものです。



天候にも、良きパートナーにも恵まれ、もうすこしで 3 位という所でした。優勝は、三橋会長が GROS 93、NET 70.6 で、貫禄を示され、上機嫌で帰路につかれました。

以下の写真は、ゴルフ場と帰りの食事会の Pont et mer (淡路) でのものです。又来年の会を楽しみにしています。



\* O C O A 懇親旅行ゴルフコンペ成績表 \*

'99.9.5 於鳴門カントリークラブ

順位	氏名	OUT	IN	GROS	H・P	NET	
優勝	三橋 二良	45	48	93	22.4	70.6	
準優勝	河村 都容市	41	43	84	10.4	73.6	BG,DC
3	孫 瑠 権	41	47	88	14.0	74.0	
4	天野 敬 一	51	52	103	28.4	74.6	NP
5	服部 良 治	49	45	94	18.8	75.2	NP,DC
6	小松 堅 吾	46	41	87	11.6	75.4	
7	古賀 教一郎	51	46	97	21.2	75.8	
8	濱田 博 朗	51	50	101	24.8	76.2	
BB	大橋 規 男	52	51	103	24.8	78.2	
10	坂本 徳 成	52	55	107	28.4	78.6	NP



## タスマニア紀行

OCCO監事 伊藤成幸

1999年4月18日から1週間に渡って、シドニーで“Sicot 99”が開催されました。それに対してJCOAは豪州整形外科医療研修団を結成、私は、その一員として参加させていただきました。

Sicotの広大な会場には、世界各地からの整形外科医があふれんばかりに各セクションに参加しており、前回のアムステルダムに比べて日本人の参加が少なかったように見受けられました。会場の雰囲気は、学会というよりはお祭りという感じがいたしました。

せっかく南半球へ来ているからということで、さらに南の方へ行って見ようとオーストラリアの東南端で南の洋上に浮かんでいるタスマニア島へ。4月23日早朝カンタス航空でメルボルンから約2時間程の飛行で島の南東のホバート空港へ降り立ちました。

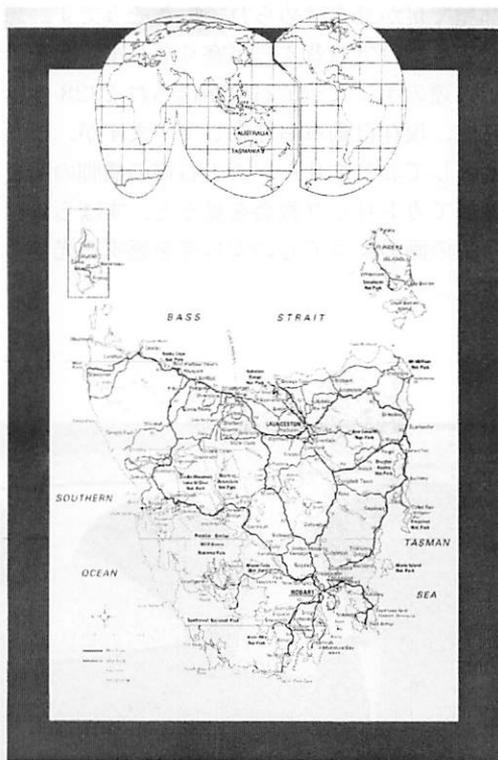
私は、はじめタスマニア島が日本の淡路島位の大きさだろーと思っておりましたが、飛行機の窓下にメルボルンの陸地から海へ出て、タスマニア島の陸地の上をとびはじめて40分程してやっとホバート空港へ到着して、はじめてその島が大きいということに驚いたわけです。調べてみると1642年タスマンによって発見され1800年頃から開拓され北海道と



は北緯と南緯の違いでほぼ同緯度で、北海道を1回り小さくしたほどの大きさです。かなり大きな島であることは間違いありません。



ホバート空港に降りたった所

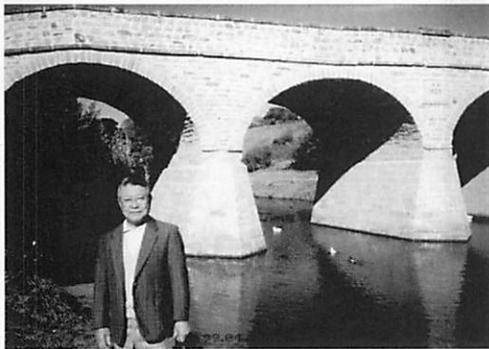


Tasmania 島

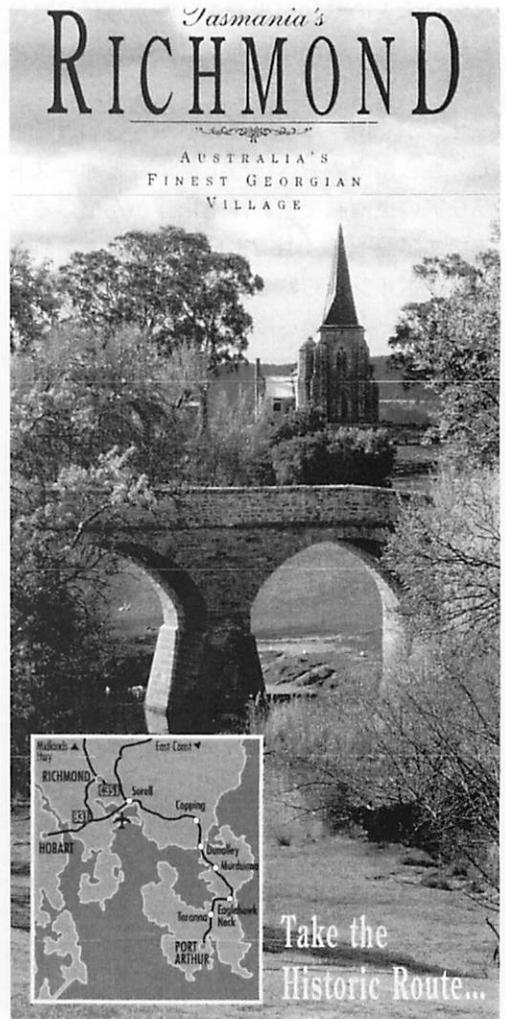
三重県の森本、真鈴川、福岡県の森、香川県の水原、御夫妻と私ども夫婦、そして真鈴川先生の所でホームステイをしていた豪州人の青年 Alistair Bruce 君と総勢 11 人のツアーでした。皆さんは以前から国内、国外の旅行でよくご一緒に、非常に気やすい仲間という感じの方々ばかりでした。

空港には、日本人のガイド付きのバスがチャーターされており、ガイドさんは男の方で、ホバートに住みついて 10 年位になるそうです。

まずはじめに、リッチモンドへ行ったのですが、非常にのどかな町で 1820 年代に作られたオーストラリア最古の石橋や、カトリック教会等があり、幼稚園の子供達が楽しそうに遠足に来ておりました。オーストラリアと云えば囚人の国というイメージがありますが、昔そのオーストラリアで罪を犯した人々を収容した監獄がここにあります（現在は使われておりません）。独房などは、窓もない 1 坪ほどの部屋で足かせをはめられていたそうです。想像するだけでも背すじが寒くなります。その囚人達の手によって石橋が作られ 1823 年に完成、現在自動車も往来していますが、ピクともしていません。この石橋の橋脚の間を通してカトリック教会を見ると、すばらしい一幅の画のようで心の安らぎを感じる光景です。



リッチモンドの石橋（1823 年完成）



リッチモンドの教会と石橋

# TALUNE Wildlife Park



PLUS  
Accommodation &  
Wine & Cider  
Sales

TALUNE 自然動物園の案内図



デビルの子供、飼育係の服に咬みついている

リッチモンドを後にして、約1時間程走ってCYGNET町のTALUNE自然動物園に到着。コアラ、ワラビ、カンガルー等が自然に近い状態で生活しており、皆さま、ご存知のタスマニア-デビルも居りました。小犬ほどの体型で、ちょっと見たところ可愛らしく手を出したくなるようですが、顎の筋肉と歯が強く手の長管骨等を、ボリボリ音をさせて食べております。飼育係の人に抱かれておとなしくしておりますが、その人の腕のワッペンに噛みついて放さない状態は、やはり怖い感じがします。しかし私どもが後から体を撫でて、おとなしくしていて一般に云われているほど獰猛な感じはありません。またおとなしい、ウォンバットもオーストラリアだけのものでこれらの動物は、すべて有袋類です。タスマニアではさらにハリモグラ、カモノハシ等、卵を生む哺乳類(単乳類)がおります。他の地方では見られない珍しいユニークな動物達が生息しており、ほとんどが夜行性で、時々交通事故にあうことがあるそうです。

このタスマニアは、オーストラリアのタスマニア州としての行政区であり、空気の清浄度が世界一であり、ドライブをしても大草原(島も含めて)の中に、たまに村や家が見られる程で、非常にノビノビした所です。人間は47万人、羊は450万頭(タスマニアの羊毛は上質だそうです)、その他牛馬が居ります。コアラの餌になるユーカリは、木の高さ100m、樹齢400年位になるそうです。地震台風等、



ワラビとのふれあい

天災は全くない所で、気温も夏場でも最高気温 30°を超すことはなく、平均 23.8°C 冬場でも最高気温 12.3°C、平野では氷点下になることがほとんどなく雪も降らないそうです。

この公園内で、昼食をとりましたが、パー



ユーカリの木の切り株  
中に人が入れる空洞になっている 直径3m以上



ラッセルの滝(落差約40m)2段になっている。



ラッセルの滝と幽谷(夕闇のような状態)

ベキューで400g以上の牛肉のステーキと、大盛りの野菜とパンが各人に配られましたが、野趣あふれる食事で非常においしく頂きました。私どもにとっては2人前以上のボリュームで食べきれず、こちらの人は大食なんだなあと思った次第です。

お腹がふくれた所で、約90分位のドライブでMt Field 国立公園に移動。ここはタスマニアの自然がそのまま残っている所です。

谷川沿いに上がって行くと、うっそうとして薄暗く、冷えびえして道も道の両端も苔むしており、高さ100m程のユーカリの木が林立し、その間に直径3mの大木が倒れて朽ち果てている。また直径50cm位のシダのような木が所どころに立っており、今まで余り見たことのないような山中を川に沿って10分位上がっていくと木々の間から上下2段になった滝(Russell Falls)が見えて来ました。少し開けて明るくなった所で写真を撮影しましたが、フラッシュをたいていても、人物だけが浮いていて周辺は全く夜のような写りようでこれこそ深山幽谷と表現してもよいようです。

この国立公園のごく入り口だけを見ましたが、タスマニアの自然がそのまま残っていて素晴らしいの一語につきます。この国立公園を含めて、世界文化遺産は、この島だけで241あるそうです。

夜は、ホバートのホテル CHANCELLOR に宿泊しました。(このホテルは、以前ホテルオークラであったのが、バブル崩壊で手放したそうです。)近代的な素晴らしいホテルです。

夕食は、ホテルの近くの海岸にある大きなレストランでエビ、貝、カニを中心とした海鮮料理を同行の人達とともにビールやタスマニアワインを飲みながら、地元の家族ずれの人達の中に混じって食べる、楽しいひとときを過ごしました。日本からはるかはなれたこのホバートで、南十字星を見ながら心地よく夜風にふかれながら海岸通をホテルに向かいました。



海鮮料理 盛りつけは2段になっていて、下にサーモン等の魚や生カキ、カニ等、上にエビや具野菜等、2人で食べきれない程でした。



ホバート川の向こうにホバート市街が見える。右の山は、ウェリントン山に続く。

翌朝、ホテルからホバート川のタスマニア橋を渡って対岸の高台に立つとホバートの市街を一望のもとに見ることが出来ました。ホバート川の広い湾のような河口で、時々ペンギン、クジラ、アザラシ等が見られるそうです。

次いでホバート市の裏山とでも云ってもよい Mt. WELLINGTON 標高 1,270 m の山頂に向かってバスで登頂しました。山頂に近づくほど山肌がむき出しになっており、山頂はゴツゴツした岩山で2日前に降った雪が所々に残っており、展望台に登ると、ホバート市街が眼下に広がっており遠くまで眺望もきき、素晴らしい眺めでした。非常に寒く、そうそうに山をあとにして下山しました。ちょうど4月24日(土)に朝市がひらかれるということで午前10時頃ホバートの中心の大通りにもどると、すでに朝市が3~400mに渡って

ひらかれ、いろいろな露天の店屋が3、4列になっており、暖かい日ざしの中で大勢の旅人や地元の人達が店をひやかしながら楽しんでおりました。私は「かものはし」の木彫りの置物やちょっとした手芸品を買って、約2時間ほどのショッピングを最後に晴天に恵まれた2日間のタスマニアの楽しかった旅に心を残しながら、ホバール発13時25分発のカンタス航空でメルボルン経由で帰途につきました。

タスマニア島は、まだまだ自然が一杯で野生のアーモンドの実がついた木もあり、はじめて見聞きすることが非常に多いところです。1泊2日と短い旅行でしたが今までの旅の中で最も思い出に残った旅行の一つです。

オーストラリアへ行かれたら、是非タスマニア島まで足を伸ばされたいと思います。

北区 中嶋清章

阪神大地震のために、住み慣れた母屋が傾いて居ずらくなった。僕自身は実家の診療所の三階に寝起きすれば、あと何年かは過ごせると考えたが、『アンタが死んだ後、こんなボロ家で暮らすのはイヤ』との嫁の一言で、築百何十年の母家を改築することになった。

基本設計は私、正式図面は一級建築士である娘で、多額のローンを組んで鉄骨三階建てとした。二、三階は台所と居間や寝室、一階には僕専用の調理場付座敷を造った。調理場は業務用の火器類と京流司、古い調理台を改造して生ビールサーバーを作り付けた。大きなプレハブの冷蔵庫や製氷器も取り付けた。

座敷には母屋から床の間一式と神棚を移設し、掘り炬燵仕様でカウンターも設置した。

ところが、週の内6日半仕事をし、毎週休日はテニス、冬休みはスキー、夏休みはヨット…で、殆ど使う暇がない。さればと、親父の跡を嗣いだ実家の診療所を閉鎖し、大阪だけに専念。これは有効でした。週休3日になったのです。朝から夜迄休みの日が週に3日です。祝祭日を加えると、毎月平均15日は休日です。こんな結構なことは、医者になって36年目にして初体験。空いた時間に板前修業、先ずは目で見て舌で覚えて、と、X※と

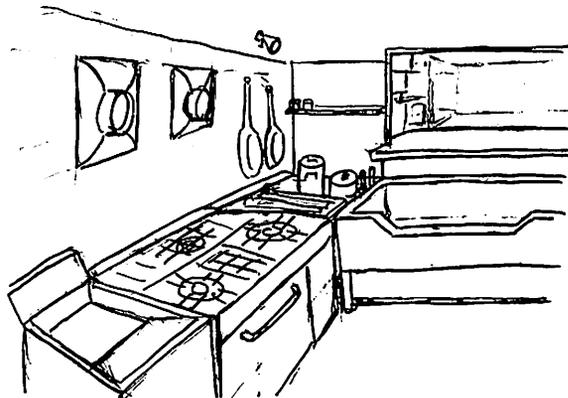


2人で料理屋通い。幸い患者にかなりの腕利き有名庖丁が複数。何をするにも数をこなすのが大事なのは医者の修行も一緒。そのかわり体重増加。太り過ぎ、減量期待してテニス三昧、空腹のため自宅の料理屋へ直行。この生ビールは廉さも手伝って旨いこと（因みに、サッポロ黒生等10ℓ¥4,800.-）。やっぱり肥えます。仕入れてきた食材を調理して、旨い酒を飲んで…。Xと交替でカウンターに立ち、両側で飲食。痩せる暇なし。出費も嵩みますが、元気が蘇ります。さて、明日も働くか。

※XはXYL＝嫁さん（アマ無線用語）。

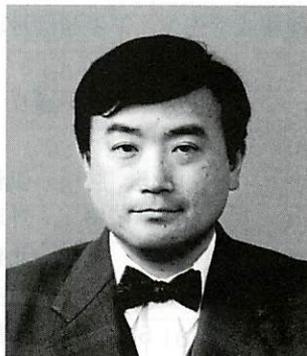
de JF3-KGR

2n36hi@doc-net.or.jp



## 先日テレビを見ていて思ったこと

堺市 澤田 出



先日テレビを何気なしに見ていたところ、ある番組に目がとまった。その番組は最近の医学の進歩と問題を話題にしたものであった。

ある外国のその夫婦には重い障害を持つ遺伝病の子供がいた。2人目の子供も希望していたが、同じ病気をってしまう確率も高いことがわかっていて。そこでその夫婦は体外受精を試み、正常と判断された受精卵を子宮に移し、みごと健康な子供が生まれたという話であった。

たしかにこの方法は墮胎という後ろめたさもあまり感ずることはなく、特に重大な遺伝子の欠陥のわかっている夫婦にとっては福音にみえるかもしれない。しかし私には何か釈然としなないものがあるのである。このような方法を使ったとしても、根底にある発想は、病気の根絶ではなく病人の抹殺であることに変わりはないからである。

私はこのテレビを見ながら、同時に二人の障害者(二人ともアテトーゼのみられる四肢麻痺の方で、遺伝病ではないのだが)のことを考えていた。一人は73歳になる男性で、私が毎週往診させていただいている方である。若い時もしざりでの移動がせいっぱいで、現在は殆どベッドで寝たきりである。決して軽症とはいえない脳性麻痺の方が70歳を越えても生活しておられることも多少の驚きではあるのだが、彼は妹と弟の両方の家族により献身的な介護を受けておられ、その様子を見てみると長生きも決して不思議なことではないと思われる。きっと彼の御両親が立派でしっかりと妹、弟に教育されたのであろう。彼も周りの人々の愛情にこたえ、感謝の気持ちを忘れない。私は彼にただ貧血の治療をしているだけなのだが、診察のたびに涙をためて感謝されるととまどってしまう。つまらぬことで不満を持ち、よくイライラしている自分にとってはいつも心も清められる思いである。彼から学びとるところは大きいのであ

もう一人は知人で40歳を越えられた女性である。この方も周囲にいつも優しく手をさしのべて下さる人々がいることに感謝し、残りの人生を発展途上国へのボランティアに捧げようと会を作られた。またたく間にこの会に賛同される人々が大勢集まり、特定非営利活動法人の認定を受けるまでに発展している。

この番組の対象となった病気は、重症の遺伝病であり、私がとりあげたような知的障害もなく感謝する心を持ちあわせている方とは違い、重度な障害を持っている方の話であるから少し筋違いのことかもしれない。これにより絶望的な状況にある家族にとっては救われることもあるであろう。

しかしここで強調されなければならないことは、周囲が障害者を持つ家族は大変そうに見えるので不幸ではないかと勝手に考えないことである。基本的には何人たりとも障害を持つであろう人の人生にけちをつけて断念させる権利などないはずである。人間は一つバンドーラの箱を開けると、次々に解釈や適応を抜けてしまうことがある。歯止めが欲しいのである。それとも知能は正常だが、顔貌異常と多発性関節脱臼のある子供ができますがどうしましょうかとか、高身長で知能障害ありませんが、目の病気や心臓病を持つ子供ができますがどうしましょうか、などと家族に選択させることが茶飯事になる時代になっていくのであろうか。

## 平成 11 年度 O C O A 秋期ゴルフコンペ(第 30 回)

平成 11 年度 O C O A 秋期ゴルフコンペは、10 月 24 日(日)北六甲 C. C. 西コースで、好条件の下、26 名が参加、今回はカップの取り切り戦が行われた。

優勝は長嶋哲夫先生がベストグロ優勝、準優勝は濱田茂幸先生。

上位成績は次の通り

		グロス	ネット
優 勝	長嶋 哲夫	81	73
準優勝	濱田 茂幸	91	73
3 位	早石 雅宥	108	73
4 位	吉田 研二郎	94	74
5 位	松矢 浩司	93	75
ベストグロス	長嶋 哲夫		

敬称略

プレー終了後、パーティーと表彰式が行われしばし歓談して散会した。

厚生部 古賀



第30回 OCOA 秋季ゴルフコンペ 於 北六甲 CC 平成11年10月24日

## 平成 11 年度 O C O A 秋期ゴルフコンペ(第 30 回)

平成 11 年度 O C O A 秋期ゴルフコンペは、10 月 24 日 (日) 北六甲 C. C. 西コースで、好条件の下、26 名が参加、今回はカップの取り切り戦が行われた。

優勝は長嶋哲夫先生がベストグロ優勝、準優勝は濱田茂幸先生。

上位成績は次の通り

			グロス	ネット
優 勝	長嶋	哲夫	81	73
準優勝	濱田	茂幸	91	73
3 位	早石	雅宥	108	73
4 位	吉田	研二郎	94	74
5 位	松矢	浩司	93	75
ベストグロス	長嶋	哲夫		

敬称略

プレー終了後、パーティーと表彰式が行われしばし歓談して散会した。

厚生部 古賀



第30回 OCOA 秋季ゴルフコンペ 於 北六甲 CC 平成11年10月24日

## 第 29 回 O C O A 春期 ゴ ル フ コ ン ペ 成 績 表

平成 11 年 5 月 23 日 (日)

敬称略

RESULT	NAME	OUT	IN	GROSS	H. D	NET
優 勝	伊 藤 成 幸	51	53	104	34	70
準優勝	丹 羽 権 平	44	42	86	12	74
3 位	北 野 繼 弉	45	45	90	15	75
4 位	原 田 稔	46	46	92	16	76
5 位	小 松 堅 吾	47	41	88	11	77
6 位	古 賀 教 一 郎	50	48	98	20	78
7 位	早 石 雅 宥	56	53	109	28	81
8 位	長 嶋 哲 夫	41	44	85	3	82
9 位	服 部 良 治	48	50	98	16	82
10 位	吉 田 研 二 郎	50	52	102	20	82
11 位	孫 瑠 権	48	42	90	7	83
12 位	安 井 明	52	46	98	15	83
13 位	平 山 正 樹	54	47	101	17	84
14 位	茂 松 茂 人	60	52	112	28	84
15 位	三 橋 二 良	49	49	98	13	85
16 位	石 川 正 樹	52	48	100	15	85
17 位	高 井 澄 男	54	47	101	16	85
18 位	青 野 充 志	62	48	110	25	85
19 位	石 井 正 治	53	44	97	11	86
20 位	首 藤 三 七 郎	53	46	99	12	87
21 位	佐 々 木 哲	59	47	106	19	87
22 位	池 田 克 己	47	55	102	14	88
23 位	濱 田 博 朗	56	55	111	20	91
B. B	瀬 戸 信 夫	69	69	138	36	102
B. M	河 村 都 容 市	61	48	109	5	104

特別参加	古 賀 久 登	44	48	92	15	77
------	---------	----	----	----	----	----

ベストグロス賞 長 嶋 哲 夫

ドラゴン賞 No.1 河 村 都 容 市      高 井 澄 男

No.10 石 川 正 樹      河 村 都 容 市

ニアピン賞 No.3 小 松 堅 吾      長 嶋 哲 夫

No.7 北 野 繼 弉      孫 瑠 権

No.13 茂 松 茂 人      佐 々 木 哲

No.15 平 山 正 樹

## 厚生部報告

### 平成 11 年度 OCOA 春期ゴルフコンペ(第 29 回)

平成 11 年度 OCOA 春期ゴルフコンペは、5 月 23 日(日) 好天に恵まれ 25 名が参加して、北六甲 C.C. 東コースで行われた。

優勝は伊藤成幸先生、準優勝は丹羽権平先生。

上位成績は次の通り

			グロス	ネット
優勝	伊藤	成幸	104	70
準優勝	丹羽	権平	86	74
3 位	北野	継弐	90	75
4 位	原田	稔	92	76
5 位	小松	堅吾	88	77
ベストグロス	長嶋	哲夫		

敬称略

プレー終了後、恒例のパーティーと表彰式が行われ歓談の後散会した。

厚生部 古賀



第29回 OCOA 春季ゴルフコンペ 於 北六甲 CC 平成11年 5月23日

## 先日テレビを見ていて思ったこと

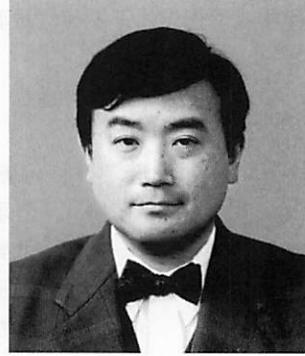
堺市 澤 田 出

先日テレビを何気なしに見ていたところ、ある番組に目がとまった。その番組は最近の医学の進歩と問題を話題にしたものであった。

ある外国のその夫婦には重い障害を持つ遺伝病の子供がいた。2人目の子供も希望していたが、同じ病気を持ってしまう確率も高いことがわかっていて。そこでその夫婦は体外受精を試み、正常と判断された受精卵を子宮に移し、みごと健康な子供が生まれたという話であった。

たしかにこの方法は墮胎という後ろめたさもあまり感ずることはなく、特に重大な遺伝子の欠陥のわかっている夫婦にとっては福音にみえるかもしれない。しかし私には何か釈然としないものが残るのである。このような方法を使ったとしても、根底にある発想は、病気の根絶ではなく病人の抹殺であることに変わりはないからである。

私はこのテレビを見ながら、同時に二人の障害者（二人ともアテトーゼのみられる四肢麻痺の方で、遺伝病ではないのだが）のことを考えていた。一人は73歳になる男性で、私が毎週往診させていただいている方である。若い時がいざりでの移動がせいっぱいで、現在は殆どベッドで寝たきりである。決して軽症とはいえない脳性麻痺の方が70歳を越えても生活しておられることも多少の驚きではあるのだが、彼は妹と弟の両方の家族により献身的な介護を受けておられ、その様子を見てみると長生きも決して不思議なことではないと思われる。きっと彼の御両親が立派でしっかりと妹、弟に教育されたのであろう。彼も周りの人々の愛情にこたえ、感謝の気持ちを忘れない。私は彼にただ貧血の治療をしているだけなのだが、診察のたびに涙をためて感謝されるととまどってしまう。つまりぬことで不満を持ち、よくイライラしている自分にとってはいつも心も清められる思いである。彼から学びとるところは大きいのである。



もう一人は知人で40歳を越えられた女性である。この方も周囲にいつも優しく手をさしのべて下さる人々がいることに感謝し、残りの人生を発展途上国へのボランティアに捧げようと会を作られた。またたく間にこの会に賛同される人々が大勢集まり、特定非営利活動法人の認定を受けるまでに発展している。

この番組の対象となった病気は、重症の遺伝病であり、私がとりあげたような知的障害もなく感謝する心を持ちあわせている方とは違い、重度な障害を持っている方の話であるから少し筋違いのことかもしれない。これにより絶望的な状況にある家族にとっては救われることもあるであろう。

しかしここで強調されなければならないことは、周囲が障害者を持つ家族は大変そうに見えるので不幸ではないかと勝手に考えないことである。基本的には何人たりとも障害を持つであろう人の人生にけちをつけて断念させる権利などないはずである。人間は一つパンドーラの箱を開けると、次々に解釈や適応を拡げてしまうことがある。歯止めが欲しいのである。それとも知能は正常だが、顔貌異常と多発性関節脱臼のある子供ができますがどうしましょうかとか、高身長で知的障害もありませんが、目の病気や心臓病を持つ子供ができますがどうしましょうか、などと家族に選択させることが茶飯事になる時代になっていくのであろうか。

# 第 30 回 O C O A 秋期ゴルフコンペ成績表

平成 11 年 10 月 24 日

敬称略

RESULT	NAME	OUT	IN	GROSS	H. D	NET	次回H.D
優勝	長嶋哲夫	42	39	81	8	73	6
準優勝	濱田茂幸	50	41	91	18	73	16
3 位	早石雅宥	58	50	108	35	73	33
4 位	吉田研二郎	43	51	94	20	74	
5 位	松矢浩司	47	46	93	18	75	
6 位	北野継弉	47	44	91	15	76	
7 位	首藤三七郎	49	46	95	19	76	
8 位	新田望	46	44	90	12	78	
9 位	藤田秀隆	47	44	91	13	78	
10 位	孫瑠権	45	48	93	12	81	
11 位	石川正樹	51	45	96	15	81	
12 位	右近良治	51	55	106	25	81	
13 位	伊藤成幸	63	51	114	33	81	
14 位	小松堅吾	53	45	98	16	82	
15 位	八幡雅志	48	44	92	9	83	
16 位	丹羽権平	50	49	99	16	83	
17 位	平山正樹	50	50	100	17	83	
18 位	服部良治	53	47	100	17	83	
19 位	市岡侔	49	46	95	11	84	
20 位	矢倉久義	56	51	107	23	84	
21 位	古賀教一郎	58	54	112	27	85	
22 位	濱田博朗	56	55	111	24	87	
23 位	河村都容市	52	46	98	10	88	
24 位	高井澄男	47	59	106	16	90	
B. B	瀬戸信夫	62	65	127	36	91	
B. M	青野充志	64	57	121	25	96	

特別参加	竹内常夫	50	44	94	10	84	
	肥後保樹	62	54	116	28	88	

ベストグロス賞 長嶋哲夫

ドラゴン賞 No.6 小松堅吾 藤田秀隆

No.13 藤田秀隆 河村都容市

ニアピン賞 No.4 河村都容市 石川正樹

No.8 丹羽権平 新田望

No.15 首藤三七郎 濱田博朗

No.17 長嶋哲夫 早石雅宥

## リューデスハイムホテル

豊中市 石澤 命徳のり やす

ドイツワインのハイマートの一つ、ラインガウ。その地域の中心的存在リューデスハイムは、かのゲートも度々訪れたという古い町です。ライン観光の途中立ち寄った時のスケッチの一枚です。古い建物をそのまま残しホテルの機能を持たせた所謂ロマンティッシェホテル。右手の棟の一階は昔は馬屋であったと聞きました。その地下のケラーではワインの試飲をさせて呉れました。このホテルで摂った昼食は辛口のリューデスハイマーに七面鳥のソテー。ドイツ料理も仲々に美味であったのを憶えています。



## 胡蝶蘭・静物

堺市 三橋 允子

## ①胡蝶蘭

咲き誇る白い胡蝶蘭を描いてみました。  
蝶が舞っている様な、その白を強調した  
くてバックを黒くしてみました。枯れない  
うちに時間をかけて丁寧に描きました。



②少しの光を見つけて絵にしてみました。  
机の上で大きな丸い梨、赤いリンゴやポ  
ンカンが少しだけ光って見えました。  
マチュールに砂、段ボールなどを使っ  
てみました。



『衣<sup>え</sup>奈<sup>な</sup>漁港』油彩 80F

堺市 小瀬 弘一

この絵は 1998 年、第 49 回研水会展に出品した作品です。

画題にある衣<sup>え</sup>奈<sup>な</sup>という地名をご存知でないかたも多いと思いますが、和歌山県、湯浅町にある小さな漁港です。大阪からですと、車で海南湯浅道路を通り、1 時間半程で行けるところです。

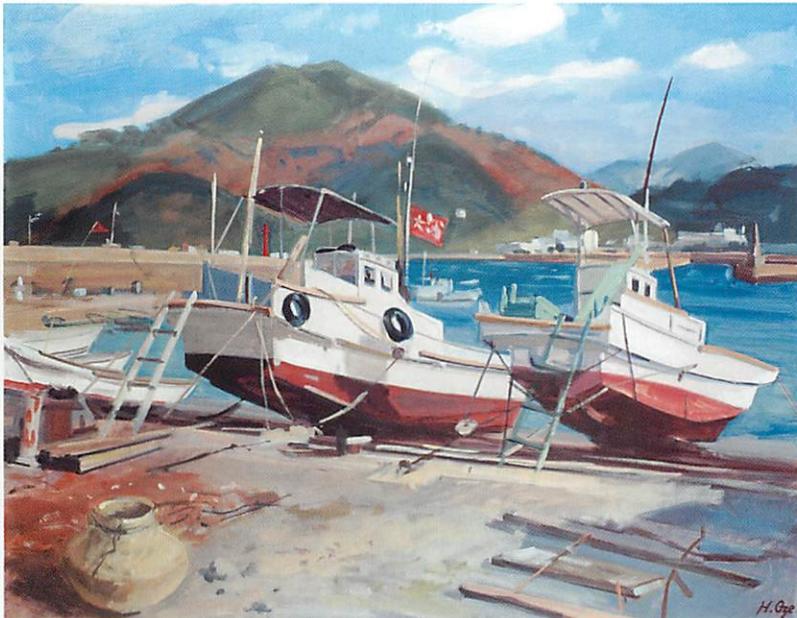
このあたりの海岸線は似たような地形が連なっており、小さな入江を海辺沿いに岬をひと廻りすればまた次の小さな入江といった具合です。比較的有名な由良港はこの漁港のひとつ南に位置しています。

町は入江沿いに民家が立ち並び、小さな集落をつくっています。そのすぐ背後にはもう小高い山が迫っていて、この山全体がみかん畑になっているといったたまたまです。町中に人の気配はあまりなく、静まりかえっていて、きわめて長閑な感じがします。画面にある漁船もいつ行ってみても、同じところに



同じように泊まっていて、まことに時間が止まってしまった感じを受けます。

絵をかくには絶好の場所で、とても気に入っています。秋になればもう絵の良し悪し、上手、下手はさておいて、こんどはみかん畑にキャンパスを据え、天気の良い日にのんびりと、海を遠望した絵をかいてみたいと思っています。



## 20 世紀最後の日没

城東区 石川 正 士

この写真は 20 世紀最後の日没を写したものです。と言うと“何を言ってるんだ、20 世紀は今年 2000 年末までなんだぞ”と笑われるかも知れませんが、広い世界には今年が新世紀の始まりとする考え方もあります。西暦年号をグローヴァルスタンダードとして使用することに抵抗がなくても、教義的色彩の濃い聖年とか千年紀などの理解やその取り扱いには追従し難い面があるからです。私も日本がキリスト教立国でない以上、ミレニアムなどと言うことは無視して 0 から新しい世紀が始まると考えたい一人です。

中華人民共和国では、今年 2000 年 1 月 1 日午前 0 時を期して新世紀の開幕を祝う盛大な行事が各地では催され、その華やかさを伝える北京、上海、香港、ハルビン等からのリレー中継は我家でも C C T V で見る事が出来ました。ただし今年が 21 世紀の初年であることを国として明確に表明している国は、曆に詳しい国立民族学博物館の中牧弘充教授にお聞きしても中国以外にはないだろうとのことでした。とすると今年を 21 世紀の始まりと考えているのは中国人民と、一人の日本人だけかも知れません。



ところでこの写真を撮影した淀川の河川敷は、私のジョギングの自称ホームグラウンドです。左岸の、上は鳥飼大橋から下は毛馬までの往復 15 キロ、これが普段のメニューですが、四季を巡ること既に十数回、時には朝露を踏んで、また時には日没を見ながら、ここで走ることに既に 2,000 回以上、走行距離は 35,600 キロを越えています。コンクリートジャングルといわれる都会の中にあっても、淀川には四季折々、時々刻々にまだまだ直接肌を感じる事の出来る多くの自然が残されています。この素晴らしい淀川を知らない大阪人が意外に多いことは、なんとも気の毒でもありまた大変残念な事です。

(2000 年 5 月記)



傑作というのは、おこがましいですが、私が好きと思う写真を披露いたします。

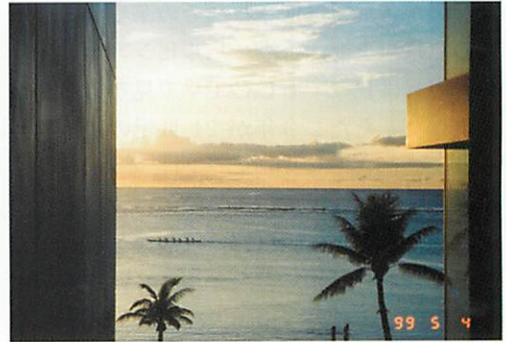
(写真1) 早春—これは守口市医師会カメラクラブで京都の美山町で撮ったものです。残雪のわらぶき屋根が印象的でした。



(写真3) 秋—京都のもみじ寺として有名な、東福寺の風景です。広い境内で深まりゆく秋を満喫し、写生する人々の文化あふれる姿もみられ、なかなかの風情でした。



(写真2) 夏—グアムのWesting Hotelで撮影しました。夕日とカヌーがおもしろく、又前景のカップルが楽しげな様子が気に入っています。



(写真4) 札幌は手稲山オリンピアの暮れなずむスキーゲレンデです。夜景には自信がなく、思いつきでシャッターを押しました。



## 肥満変形性膝関節症患者への減量療法

吹田市 戸田 佳孝

肥満した変形性膝関節症患者の多くは僅か3～4kgの体重減少によって症状が著明に改善する事はよくご存知だと存じます。私もこれらの患者に十分な説明と同意を行った後、8週間食欲抑制剤（サノレックス）朝1錠投与と朝食と昼食の代わりに低カロリー高栄養価スープを摂取させるという減量療法を行ってきました。しかし、この減量療法においては如何に下肢筋肉を痩せさせず、脂肪のみを燃焼させる事が重要です。そこで、近年、急速に発達した電子体重計を用いて四肢および体幹の筋肉量を測定しています。つまり、減量中の患者には診察毎に体重に対する下肢筋肉重量の割合を計算し、その値が減っていれば大腿四頭筋運動を更に励行し、その値が増えていれば徹底的に誉めています。こうする



事によって殆どの患者が8週間で効果的に3～4kgの減量に成功しております。

## 羽 曳 野 市

市章制定

昭和34年1月15日

市章の意味

羽曳野市の「羽」の字を図案化し、市に相応しく単純で近代風な型にまとめた。鳥の羽搏きのごとく、市の雄飛と発展性を表徴している。



## 守口市の近い将来の変貌と小さなグループ診療の夢

守口市 吉良貞雄

地下鉄及びモノレール大日駅前に立地する三洋電機が2001年9月に事業所を閉鎖するのに伴い全体で11ヘクタール(約10万㎡)もの大開発が行われる予定です。このなかに商業ゾーンとして映画館を含む大規模商業施設並びにスーパー、延べ1000戸の高、中層住宅群、広場などが建設予定となっています。

また、これら民間の開発とは別に駅前には守口市が50億円かけて地下駐輪場を含む広場を建設する計画となっています。

この話は一般にはまだよく知られておりません。

この地に隣接する場所に友人が380坪の土地を所有し、5F建てのテナントビル(大型エレベーター付)の建設に入りました。(大阪山田守設計建築事務所、鴻池組施行)。本年10月末完成予定。

医療用のテナントにしたいと云うことで相談をうけ、ビル1F保険調剤薬局(決定済)、2F、3Fに、整形外科:内科:眼科:歯科(決定済)、の開設を小生がコンサルトすることとなり、現在いろいろと走りまわっています。



小さな小さなグループ診療形態ですが、この大型プロジェクト地区の地域医療の一端に役立てばと夢みております。

参考までに立地場所の地図とビルの外観の予定容姿を添えてピーアールもかねて投稿いたしました。

新規開業の希望の方がおられましたら

吉良整形外科

TEL. 06-6998-7600

FAX. 06-6997-2629

まで御連絡下されば幸いです。



## 病診連携、訪問看護、介護保険などに関連して

北条病院 院長  
大阪市立大学名誉教授 島津 晃

病診連携は病院と診療所（開業医）との連携を計り、良い医療を重点的に提供することであり、お互いに医療情報書を交換し、円滑に医療が続けられ、実績はあがっている。日本医師会の大所高所に立った指導のもとに行われ、かかりつけ医、家庭医の役割を明かにし、その整備も進められ、訪問治療、訪問看護制度も生まれた。堺医師会でも訪問看護ステーションを作り、支援している。

この在宅医療、訪問看護を自前でやる病院が増加している。退院患者を入院に引き続き同じ医師が加療する良い面がある。しかし、これまで病院が積極的に往診医療を行うのは稀であり、これが増加すれば日本医師会の趣旨の病診連携に違反するのではないだろうか。でも、医師会が警告した話は聞かない。

某大病院に常勤し訪問治療もやらされている医師に聞くと、当然ながら病院内での診療レベルよりも低くならざるを得ず、かつ、全体の診療の能率は悪い。そこで一定の地区に集まっている患者を選択して対処している。困難ななか患者からは感謝されることが、せめてもの救いであるとのことであった。

私は大阪市立心身障害者リハビリテーションにも関係を持っており、訪問診断以外に訪問リハビリテーション実施の相談を受けたことがある。単独で行わずに地区医師会と連携し、かかりつけ医の手伝いをするような形式をとるべきであり、その医師を友好医師団に登録し、互換性をもつべきだと返答した。

介護保険制度が発足するに当たり、民間事業も参入するという。営利を目的とする事業者にまかせるには、設立理念がしっかりしている上に、適切な介護が行われているかどうかの何重にもはりめぐらせたチェック機構が必要である。この保証がなければ医療を素人に任せてられない。民間事業が事故を起して



も素人であると、多くは責められないのではないか。馬鹿をみるのは弱者の病人である。

先日、痴呆で転倒を繰り返す患者が介護保険申請の診断を受け、自宅で介護を続けたが、負担が大きく入院を希望して来院した。運動機能が低下しており、亜急性に進行した硬膜下血腫を合併し手術を指示したが、医師でなければ発見が遅れる。これを漫然と介護を続けておれば、とりかえしの付かないことが起った筈である。

新制度が導入される時は種々の問題を抱える。某病院が指定介護療養病棟を大幅に新設するに当たり、看護婦・介護者が主導権を握る病院に勤務するのはいやだと辞める医師が続出。関連大学の医局長・教授も反対し途方にくれていた。理解不足もあるだろうが、介護と医療は車の両輪であり、むしろ介護を全面に出した全人医療のなかにこれからの医療がある。高齢化社会を迎え整形外科医は専門外の脳血管障害を始とする幅広い知識も備え、リハビリテーション関連の事項も指導できるように研鑽して欲しい。

最後に、今回の日本整形外科学会に看護国際ホーラムが行われるが、先進的なこと以外に実地医家にも参考になる在宅看護の実務も議題に取り上げて貰いたいものである。

東大阪市 OCOA理事 五島 淳

最近、昭和 20 年代に創られた日本映画が好きで、ビデオを借りてきてみている。中でも原節子という美人女優がでている小津安次郎監督の映画が特に気に入っている。あの、独特のゆっくりとした間、古き良き日本の風景と人々がなんともいえず良い（かくいう、私は昭和 20 年代最後に生まれたのですが）。映画のなかで、日本人は今と違ってきちんと生活していて、みんながりっぱにみえる。威厳のある老人や毅然とした老婦人、といっても 60 歳代か、勤勉で実直な中年の医者（これだけは今も同じか！?）、なんでもわかった上で黙っている母親、しっかりしていてまじめで朗らかな学生、箸が転んでもおかしい女学生、子供らしいやんちゃな子供、みんな“らしい”人たちで足が地に着いた生活をしている。

振り返って、平成 12 年現在、平均寿命は 80 歳になろうとしている。昭和 20 年代に比



べ、10 歳以上はゆうに長くなっているけれど、今の老若男女を見れば、みんな古い映画の中でででる人々とは何かが違う。この 50 年間、日本人は外人になってしまったのかな。昭和は遠くなりになりけりか。

## 東 大 阪 市

市章制定  
昭和 42 年 2 月 1 日

### 市章の意味

東大阪市の頭文字「ひ」の字を図案化し、これを平和と希望の象徴である鳩で表したものである。



## OCOA理事会議事録

平成 11 年度

第 1 回理事会 (11 年 6 月 26 日)

§ 報告事項

(1) 第 14 回 JCOA 学会 (大阪) に関する  
臨時理事会 (5/15 土)

第 14 回 JCOA 学会 (大阪) プロジェ  
クト委員会の報告 (小松副会長)

平成 13 年開催

\* 学会会長 堀木 篤 前会長

\* 学会実行委員長 小松 堅吾 副会長

\* 学会開催日と会場

平成 13 年 6 月 17 日 (日)

於：大阪国際会議場

\* 代議員会、総会開催日と会場

平成 13 年 6 月 16 日 (土)

於：大阪国際会議場

\* 総会後 (6/19) の懇親会と会場

懇親会 午後 6 時～

於：リーガロイヤルホテル

実行委員会

\* 総会委員会 (小松)

\* 規格・プロジェクト委員会 (服部)

\* 会場・懇談会委員会 (長田)

\* 展示委員会 (服部) ?

\* 記録委員会 (瀬戸)

\* 代議員会・総会委員会 (坂本)

\* 会計 (早石) ?

(2) JCOA 代議員会、総会 (6/19) の報告  
(三橋会長)

理事長選挙等について報告

(3) 第 12 回 JCOA 学会 (福岡、6/20) の  
報告 (服部副会長)

(4) 第 2 回 JCOA 理事会 (6/6) の報告  
(坂本理事)

ホテルパシフィック東京にて、骨と関節  
の日の横断幕等。

(5) JCOA 近畿ブロック会議 (4/17) の  
報告 (福井理事)

奈良県にて開催、柔整師等について。

(6) JCOA 学術・研修委員会 (3/28、5/30)  
の報告 (堀木理事)

東洋ホテルにて、日整会集会のパネル、  
教育講演についての件。

(7) JCOA 医療システム委員会 (4/10) の  
報告 (長田理事)

横浜パシフィックホテルにて、雑誌『整  
形外科と医業類似行為』の発行、平成 11  
年 3 月 5 日の朝日新聞大阪版に柔整師の療  
養費不正受給、架空請求や水増し請求で過  
去 3 年間で 1 億円以上の不正受給。

(8) JCOA 介護保険等対策委員会 (5/9)  
の報告 (甲斐理事)

柔整師は機能訓練指導員として介護保険  
参入、3 万人、年間 1,200 人増加。

(9) 平成 11 年度第 2 回 JCOA 医業経営  
委員会の報告 (首藤理事)

業価差益、施設基準の経営的判断が示さ  
れた。

(10) 大阪府医・医会連合会 (3/25) の報告  
(小松副会長)

(11) 第 1 回 OCOA 社会保険等検討委員会  
(6/15) (天野理事)

(12) 第 2 回 OCOA 医業周辺業種問題プロ  
ジェクト委員会 (4/3) の報告

(長田理事)

(13) OCOA「骨と関節の日」委員会 (5/15)  
(FAX 委員会) の報告 (小松副会長)

(14) OCOA 会報第 25 号広告協賛の報告  
(三橋会長)

(15) OCOA 会報原稿 (投稿状況) について  
(三橋会長)

(16) OCOA 研修会報告 (第 1 回、2 回) と  
今後の予定 (服部副会長)

(17) OCOA 春季懇親ゴルフコンペの報告  
(吉田理事)

5/2・3 北六甲 1 位 伊藤

(18) その他

- 1) JCOA会誌 45号 (瀬戸理事)  
2) 会員動態 340名から349名へ、+13、  
-4 (三橋会長)

§ 協議事項

- (1) JCOA近畿ブロック会議 (11/13・土)について (三橋会長、古賀理事)  
大阪リーガロイヤルホテル 約30名  
OCCOA懇親旅行 9/4 土 四国鳴門  
9/5 ゴルフ (鳴門カントリークラブ)
- (2) 平成11年度「骨と関節の日」の行事について (小松副会長)
- (3) 平成11年度OCCOA研修会について (第5～9回) (服部副会長)
- (4) 第4回研修会 (7/10) 三橋会長東京出張で不在の件 (小松副会長)
- (5) OCCOA秋季ゴルフコンペについて  
平成11年度OCCOA懇親旅行の日程
- (6) その他
- [1] 日本臓器のOCCOA研修会参加の件  
辞退があれば
- [2] 各県代表者 OCCOAとして 長田  
会員中心に協力
- [3] JCOA委員会にOCCOAの意見を  
持ちこむためそれぞれの委員会を作る。  
三役で決定
- |      |    |
|------|----|
| 学術   | 堀木 |
| 会誌   | 瀬戸 |
| 医業経営 | 首藤 |
| 社保   | 三橋 |
| 介護   | 甲斐 |
| 医業周辺 | 長田 |
- [4] 第6回リウマチ医の会 9/18 土  
三井アーバン (堀木理事)
- [5] 日本整形外科学会の全国保険審査員  
会議へ協力 (三橋会長)

平成11年度OCCOA研修会報告

- 第1回 (91回) 研修会:平成11年4月17日 (土)  
於:大正製薬講堂

総合司会: (総参加数:101名)

- 1) 演題:『整形外科領域におけるMRI  
診断』(N)  
講師:京都府立医科大学 整形外科  
教授 平沢泰介先生  
座長:甲斐理事 (N78名)  
(懇親会司会) 古賀理事

第2回 (92回) 研修会:平成11年5月15日 (土)  
於:ウェスティン

- 総合司会:河村理事 (総参加数:300名)
- 1) 演題:『外来診療におけるRA患者の  
治療』N、R、リ財  
講師:近畿大学 整形外科 助教授  
宗園聡先生  
座長:石井理事

(受講証発行190枚:内、N153・R26・リ  
財76)

- 2) 演題:『足の診察の仕方』—スポーツを  
含む—N、R、リ財  
講師:奈良県立医科大学 整形外科  
助教授 高倉義典先生  
座長:原田(稔)理事

(受講証発行193枚:内、N109・S72健  
ス160)

(懇親会司会) 孫理事

第3回 (93回) 研修会:平成11年6月12日 (土)  
於:三和化学ホール

総合司会:浜田理事 (総参加数:112名)

- 1) 演題:『「老人保健法」から「介護保険法」  
へ整形外科医のかかわり』N  
講師:舟越整形外科医院 院長  
舟越忠先生  
座長:三橋会長

(受講証発行82枚:内、N81)

- 2) 演題:『四肢骨・軟部悪性腫瘍の患肢  
温存手術』N  
講師:奈良県立医科大学 整形外科  
教授 玉井 進先生  
座長:木佐貴理事

(受講証発行82枚:内、N81)

(懇親会司会) 吉田理事

第4回(94回)研修会:平成11年7月10日(土)

於:ウェスティン

総合司会:黒田理事

1) 演題:『整形外科領域における医事紛争  
について』N

講師:北野病院 整形外科 部長  
柳瀬義章先生

座長:須藤理事

2) 演題:『腰痛とスポーツ』N

講師:徳島大学 整形外科 教授  
井形高明先生

座長:坂本理事

(懇親会司会) 古賀理事

第5回(95回)研修会:平成11年8月21日(土)

於:大林ビル

総合司会:山本理事

1) 演題:『審査の周辺と現況』N

講師:大阪府社会保険診療報酬支払基金  
専任審査委員  
原 省吾先生

座長:天野理事

2) 演題:『リウマチ外来での Pit Fall』  
N、R、リ財

講師:和歌山医科大学  
リハビリテーション科 教授  
上好昭孝先生

座長:河村理事

(懇親会司会) 孫理事

第6回(96回)研修会:平成11年9月11日(土)

於:大林ビル

1) 演題:『RAの関節破壊とCOX-2』  
N、R、リ財

講師:京都府立医大 第一内科 講師  
佐野 統先生

座長:小松理事

2) 演題:『腰痛の保存療法、35年を省みて』N

講師:中野整形外科 院長  
中野 昇先生

座長:坂本理事

(懇親会司会) 吉田理事

第7回(97回)研修会:平成11年10月16日(土)

於:大林ビル

総合司会:黒田理事

1) 演題:『肩関節病変の超音波診断』  
—スポーツ障害を含む—  
N、S、健ス

講師:大阪医科大学 整形外科 講師  
土居宗算先生

座長: 理事

2) 演題:『骨そしょう症の薬物治療・  
最近の進歩』N

講師:大阪市立 名誉教授(2内)  
森井浩世先生

(懇親会司会) 古賀理事

第8回(98回)研修会:平成11年11月20日(土)

於:リッツカールトン

総合司会:沢田理事

1) 演題:『人工股関節の現状と将来』

講師:大阪大学 整形外科 講師  
大園健二先生

座長:浜田理事

2) 演題:『下肢疾患における超音波診断法  
—スポーツ障害を含む—』

講師:大阪医科大学 整形外科 講師  
奥田龍三先生

座長:茂松理事

(懇親会司会) 孫理事

第9回(99回)研修会:平成12年1月29日(土)

於:リッツカールトン

総合司会:栗本理事

1) 演題:『中高齢者の腰・下肢痛の診断  
と治療』

講師:関西医科大学 整形外科 助教授  
赤木繁夫先生

座長:松矢理事

2) 演題:『慢性関節リウマチに対する薬物  
療法の組立て方』

講師:松山赤十字病院 リウマチセンター  
部長 山本純己先生

座長:堀木理事

## 第2回理事会(11年9月25日)

### § 報告事項

#### (1) 会員動態 (小松副会長)

現在O C O A 会員 354 名、J C O A 会員 352 名

#### (2) J C O A 学術研修委員会の報告(7/11)

(堀木理事)

第73回に日整会学術集会の座長及び演者について資料により報告があった。

第13回J C O A 学会(仙台)のプログラム内容について説明があった。

#### (3) J C O A 医療システム・介護保険対策・合同委員会の報告(7/17)

(長田・甲斐理事)

長田理事より資料を基に医業類似行為に対する医療システム委員会の取り組みについて、とくに柔整師問題について報告があった。また甲斐理事より介護保険では、企業や団体が行うヘルパー派遣等が当初の予定より優遇され、訪問看護、訪問リハビリ、デイケア等医療関係が冷遇されている。又、柔整師が介護保険に機能訓練指導員として参入してくるとの報告があった。

#### (4) J C O A 理事会の報告(8/22)

(坂本理事)

第12回全国有床診療所連絡協議会総会の報告、帝京大学短期大学・柔道整復学科設置構想についての日整会要望書、J C O A 要望書について、東京新聞の柔整師に関する記事について、松田議員の「新世紀構造改革研究会」のJ C O A 会員の現在の加入状況等について報告があった。

#### (5) J C O A 病院部会の報告(8/28～29)

(河合理事)

「日本から3,000の病院が消える」等の講演をされた河合理事より整形外科病院の経営実体等会場の雰囲気まじえて報告があった。

#### (6) J C O A 社会保険審査委員会(9/11)

(三橋会長、天野理事)

O C O A からは、三橋会長、反田理事、

天野理事の3名が出席した。

全国の社保審査員をしている整形外科医の集まりである。

高点数は、検査が多いもの、注射が多いものに多くみられる。査定をしたり、返戻を繰り返す等の対処をしている。

審査員の定年は、大阪では70歳としている。

#### (7) 全国社会保険審査委員会(9/12)

厚生省担当官の話では、医療制度改革は、薬剤問題、診療報酬体系の問題、高齢者医療の創設に取り組んでいる。薬価の設定が不透明であると指摘されているが、透明にするように考えている。

#### (8) 「骨と関節の日」の行事(シンポ、新聞記事、名刺広告、電話相談等)

(小松副会長)

- 1) 平成11年8月28日(土)毎日新聞オーバルホールで開催されたシンポジウムには、420名の来場者があった。

講師(パネラー):

大阪医科大学 名誉教授 小野村敏信 先生  
大阪体育大学 教授 広橋 賢次 先生

コーディネーター:

毎日新聞 編集部長 福永 勝也 氏  
(主催者開会の挨拶:三橋 二良 会長)

- 2) 10月8日「骨と関節の日」に、シンポの内容を毎日新聞大阪版・朝刊(一頁分)に掲載

名刺広告の協賛:61名(122万)

- 3) 医療電話相談

茂松理事、小松堅吾副会長、右近理事、  
広瀬理事が担当

#### (9) 第4～6回O C O A 研修会の報告

(服部副会長)

第4回(94回)研修会:平成11年7月10日(土)

於:ウェスティン

参加総数:235名

- 1) 演題:「整形外科領域における医事紛争について」

講師:北野病院 整形外科 部長

柳瀬義章先生

2) 演題：「腰痛とスポーツ」

講師：徳島大学 整形外科 教授

井形高明先生

第5回(95回)研修会：平成11年8月21日(土)

於：大林ビル

参加総数：128名

1) 演題：「審査の周辺と現況」

講師：大阪府社会保険診療報酬支払基金

専任審査委員

原 省吾先生

2) 演題：「リウマチ外来での Pit Fall」

講師：和歌山医科大学

リハビリテーション科 教授

上好昭孝先生

第6回(96回)研修会：平成11年9月11日(土)

於：大林ビル

参加総数：123名

1) 演題：「RAの関節破壊とCOX-2」

講師：京都府立医大 第一内科 講師

佐野 統先生

2) 演題：「腰痛の保存療法、35年を省みて」

講師：中野整形外科 院長

中野 昇先生

(10) 第6回「リウマチ医の会」研修会の報告  
(9/11) (堀木理事・三橋会長)

平成11年9月18日(土)

於：三井アーバンホテル大阪ベイトワー

参加総数：130名

総合司会：大阪臨床整形外科医会 会長

三橋二良

講演Ⅰ.

「慢性関節リウマチ患者の骨破壊機序」

演者：大阪大学 整形外科 教授

越智隆弘先生

講演Ⅱ.

「慢性関節リウマチの薬物療法」

演者：東京女子医科大学

付属膠原病リウマチ痛風センター

教授 斎藤輝信先生

(11) 会報25号の発行について(丹羽理事)

(12) 平成11年度O C O A懇親旅行の報告  
(9/3~4) (古賀理事)

10名の参加があった。

(13) J C O A学会・プロジェクト委員会の  
報告(9/25) (堀木・小松理事)

<理事会承認済みの>

1) J C O A学会開催日と会場

\*代議員会、総会

平成13年6月16日(土)午後

於：大阪国際会議場・特別会議場

\*懇親会

平成13年6月16日(土)午後

於：リーガロイヤルホテル

\*学会開催日

平成13年6月17日(日)午前、午後

於：大阪国際会議場・大会議場

2) 学会会長 堀木篤(理事・前会長)

実行委員長 小松堅吾(副会長)

3) プロジェクト委員会(7名)

堀木 篤、坂本徳成、三橋二良

瀬戸信夫、服部良治、長田 明

小松堅吾

その他実行委員会に総務委員会、企画・  
プログラム委員会等7担当委員会を設置す  
る。学会のテーマ、J C O Aから支出され  
る補助金、6月16日の宿泊の予約等資料  
に基づいて説明と報告があった。

(その他)

§協議事項

(1) O C O A病院部会の結成について

(河合理事)

1) 設置するかどうか → 全員賛成により  
設置が決定された。

2) 結成について → 河合理事が結成の世  
話人代表に全員の賛成により選出さ  
れた。

(2) 近畿ブロック会・当番幹事の件

(11/13土)

(三橋会長)

O C O Aよりの出席者として坂本、福井、  
長田、河合、堀木理事が選ばれた。

(3) 今後のO C O A研修会日程等について  
(服部副会長)

第9回(99回)研修会:平成12年1月29日(土)  
於:大林ビル・大阪

総合司会:栗本理事

1) 演題:「中高齢者の腰・下肢痛の診断  
と治療」

講師:関西医科大学 整形外科 助教授  
赤木繁夫先生

座長:松矢理事

2) 演題:「慢性関節リウマチに対する  
薬物療法の組立て方」

講師:松山赤十字病院  
リウマチセンター 部長  
山本純己先生

座長:堀木理事

懇親会司会:吉田理事

第10回(100回)研修会:平成12年2月19日  
於:帝国ホテル大阪

総合司会:河村理事

1) 演題:「リウマチ上肢の病変と治療:  
リハビリテーションの重要性に  
焦点をおいて」

講師:関西医科大学  
リハビリテーション科 講師  
南川義隆先生

座長:山本理事

懇親会司会:孫理事

(4) 秋季ゴルフコンペの日程他(古賀理事)

平成12年10月24日北六甲カントリー  
クラブで開催される。未だ欠員あり、参加  
申し込みの依頼があった。

(5) 平成12年度O C O A総会の日程  
(三橋会長)

平成12年4月15日(土)大正製薬講堂  
で開催される事が全員の賛同を得て決定さ  
れ、大正製薬に確認をとることになった。

(6) 新委員会・医業経営委員会、介護保険  
等対策委員会 委員の承認について

(三橋会長)

委嘱予定者のリストにより各委員会の委

員が承認された。

○医業経営委員会

河合秀郎先生 山本光男先生  
馬場貞夫先生 古賀教一郎先生  
福井宏有先生 首藤三七郎先生

○介護保険等対策委員会

甲斐敏晴先生 河合秀郎先生  
孫 瑠権先生 茂松茂人先生  
松矢浩司先生 福井宏有先生  
前野岳敏先生 長田 明先生

(7) J C O A学会・実行委員会における各  
理事の担当について (三橋会長)

各委員が選出された。

\*学会会長 堀木 篤  
実行委員長 小松堅吾

1) 総務委員会(委員長 小松) 8名  
河村、濱田、福井、天野、吉田(研)  
広瀬、(反田)

2) 企画・プログラム委員会(委員長 服部)  
9名  
河合、古賀、松矢、甲斐、新田、栗本  
右近、(三橋)

3) 会場・懇親会委員会(委員長 長田) 7名  
孫、黒田、山本、前野、茂松、(村上)

4) 展示委員会(委員長 次期副会長1名)  
7名  
首藤、馬場、越宗、石井、沢田、(小杉)

5) 記録委員会(委員長 瀬戸) 6名  
木佐貫、丹羽、須藤、小松(健)、(大橋)

6) 代議員会・総会委員会(委員長 坂本)  
3名

次期会長、副会長

7) 会計 2名  
正:早石、副:原田

\* ( )内は、O C O A前、元会長、府医  
役員、地区現会長等の先生方

\*学会直前には、学会開催用に役割分担を  
再編

\*上記委員会は、必要に応じ新委員会を設  
置あるいは分割の予定

(8) その他

福祉年金基金委員として福井理事が選ばれた。

(文責 松矢)

### 第3回理事会報告(11年11月7日)

#### §報告事項

#### (1) JCOA理事会報告(11/14)

(坂本理事)

第4回JCOA理事会にて①柔整師の問題として、柔整師の不正請求について、東京新聞に連載されたのをうけ、厚生省が動き出した。②JCOAの法人化の問題として、なんらかの形で資格がとれそうとの報告があった。

#### (2) JCOA近畿ブロック会議(11/13)

(三橋会長)

研修会:平成12年第27回JCOA研修会は奈良において、平成12年10月7日～8日に開催される。又、以後、徳島、熊本の予定である。

JCOA学会:平成12年度は宮城にて開催、平成13年度大阪、石川の予定である等の報告があった。

#### (3) JCOA各県代表者会議(10/10)

(三橋会長)

JCOA会員数は4,962名であり、大阪352名で全国都道府県別で最大である。又JCOA理事が近畿ブロックから3名選出することになった。尚、今後大阪から常時1名が選出される。

#### (4) JCOA会誌編集委員会(7/24、9/25)

(瀬戸理事)

第2回会誌等編集委員会(7月24日)にてJCOA会誌63号、64号の進行状況及びJCOAニュース47号の進行状況の説明があり、JCOA会誌62号に「骨と関節の日」特集号を作成したとの報告があった。

第3回会誌等編集委員会(9月25日)にて、JCOA会誌63号がやや遅れている

との事、JCOAニュース48号の進行状況と広告がとれていない。このことは今後の課題であるとの報告があった。

#### (6) 日整会評議委員、懇親会(10/6・奈良)

(三橋会長)

①定款改正により、平成13年より評議員制から代議員制に変更

②柔整師の問題

③骨と関節10年について等の報告があった

#### (7) OCOA会計・中間報告(原田理事)

OCO A会計・中間報告があった。特に「骨と関節の日」の行事についてはまだ未処理であるとの説明があった。

#### (8) OCOA秋季ゴルフコンペについて

(10/24)

(古賀理事)

第30回秋季ゴルフコンペが北六甲で開催された。尚、優勝は長島先生、カップを取切りされた。新しいカップは三橋会長が寄贈することに決定した。更に、コンペに今後女性参加の是非について討議され、基本的には問題はないのではとのことであった。

#### (9) OCOA研修会(第7、8回)について

(服部副会長)

平成11年度

第7回研修会(97回):平成11年10月16日(土)

於:大林ビル

総合司会:黒田理事(参加総数196名)

1) 演題:『肩関節疾患に対する超音波診断』  
—スポーツ傷害を含む—

講師:大阪医科大学 整形外科 講師  
土井宗算先生

座長:栗本理事

2) 演題:『骨粗鬆症の薬物治療・最近の話題』

講師:大阪市立大学 名誉教授  
森井浩世先生

座長:黒田理事

(懇親会司会) 古賀理事

備考:

第8回研修会(98回):平成11年11月20日(土)

於：ザ・リッツカールトン大阪  
総合司会：澤田理事（参加総数 262 名）

1) 演題：『人工股関節の現状と将来』

講師：大阪大学 整形外科 講師

大園健二先生

座長：浜田理事

2) 演題：『下肢疾患における超音波診断法』

ースポーツ傷害を含むー

講師：大阪医科大学 整形外科 講師

奥田龍三先生

座長：茂松理事

(懇親会司会) 古賀理事

備考：超音波シリーズとして 2 回連続  
研修会を開催した

(10) 「骨と関節の日」の行事・電話相談  
(10/9) (小松副会長)

10 月 9 日府下 4 ヶ所にて実施された。件数は 35 件で昨年より少なかった。尚、市内局番には申込が多く、市外局番は極端に少なかったとの報告があった。

(11) OCOA 医療周辺業種プロジェクト委員会 (11/4) (長田理事)

柔整師養成学校はすでに多すぎて新設認可は中止すべきである。指導監督権（減点出来る）のある公的審査機関を設立する必要があるとの意見があった。尚、柔整特集号を 12 年 1 月頃に出版予定であるとの報告があった。東京新聞にて柔整師による不正請求が多発している問題が掲載され、防止に対して厚生省案が 12 年 1 月より実施されるとのことである。

(12) OCOA 介護保険対策委員会 (11/27) (甲斐理事)

OCOA 会員 356 名にアンケートを出した報告があった。回答率は 56 % で、介護支援専門員 32 名、介護認定審査委員 69 名である。未回答者の中にも多数の介護支援専門員、介護認定審査委員がいることが予測される。

介護保険対策委員会は今回発足したばかりで、当面の方針は

①会員に主治医意見書について、特に書き方などに情報を提供する。

②会員からの意見や疑問点を吸収する作業が必要である。

(尚、当面の間、FAX0726-81-5796 甲斐までお願いします。)

③整形外科に関する介護保険の勉強会を開催する。との報告があった。

(13) JCOA 学会 (大阪) プロジェクト委員会 (11/25) (堀木理事・小松副会長)

JCOA 大阪学会テーマとして「パネル 1」として、いわゆる五十肩について、「パネル 2」として医療情報提供(カルテの開示など)の問題点、が提案された。又、学術展示発表のテーマとして、①是非紹介したい私の治療法 ②私の外来診療における「ちょっとしたコツ」等があげられているとの説明があった。

(14) 大阪府医連合 (旧・単科医会) (10/21) (小松理事)

各医会のイベントの報告(整形外科、眼科、皮膚科)と介護保険導入に伴う各科の対応：X線科は往診撮影可能である。精神科は時間的に認定審査が超多忙である。内科は特に整形外科、眼科との連携が必要であるとの意見があった。イベントの活動について府からの助成が現在 30 万であるがそれ以上必要ではないか等の報告があった。

(16) OCOA 新設委員会・委員氏名一覧 (小松理事)

1) 介護保険など対策委員会

(委員長 甲斐敏晴)

甲斐 敏晴、河合 秀郎、堀木 篤  
孫 瑠権、松矢 浩司、福井 宏有  
前野 岳敏、茂松 茂人

2) 医業経営委員会

河合 秀郎、首藤 三七郎、山本 光男  
馬場 貞夫、古賀 教一郎、福井 宏有

3) 社会保険等検討委員会

(委員長 天野 敬一)

天野 敬一、越宗 正晃、栗本 一孝

孫 瑠樞、甲斐 敏晴、早石 雅宥  
吉中 正好、楠 正敏  
(アドバイザー:反田 英之、村上 白土  
堀木 篤、長田 明)

4) JCOA学会(大阪)プロジェクト委員会

堀木 篤、三橋 二良、服部 良治  
坂本 徳茂、瀬戸 信夫、長田 明  
小松 堅吾

(18) その他 (堀木理事)

第3回学術研修委員会について(11月7日)

①平成12年度JCOA学術賞候補として辻  
公一郎先生が障害児福祉に多大な貢献をさ  
れたとのことで推挙された。

②学術賞受賞者の講演について

③科研費応募事業として「骨と関節の日」の  
行事を厚生省に申請することに決定した。  
等の報告があった。

§協議事項

(1) OCOAシンボルマークの募集について  
(丹羽理事)

これまで4件の募集があるのみで更に多  
くの募集をしてほしい。カラーのシンボル  
マークも考慮してほしいとの提案があった。

(2) 「骨と関節の日」行事に関する支出元  
について (原田理事)

あと最終集計が終わっていないので、今  
後検討を要するとの会計報告があった。

(3) OCOA研修会日程(9~11回)の確  
認他 (服部副会長)

第9回研修会(99回):平成12年1月29日(土)  
於:大林ビル・大阪

総合司会:粟本理事

1) 演題:『中高齢者の腰・下肢痛の診断  
と治療』

講師:関西医科大学 整形外科 助教授  
赤木繁夫先生

座長:松矢理事

2) 演題:『慢性関節リウマチに対する  
薬物療法の組み立て方』

講師:松山赤十字病院  
リウマチセンター 部長  
山本純己先生

座長:堀木理事

(懇親会司会) 吉田理事

第10回研修会(100回):平成12年2月19日(土)  
於:帝国ホテル大阪

総合司会:河村理事

1) 演題:『リウマチ上肢の病変と治療:  
リハビリテーションの重要性に  
焦点をおいて』

講師:関西医科大学  
リハビリテーション科 講師  
南川義隆先生

座長:山本理事

2) 演題:『スポーツ傷害後の復帰への  
マネージメント』

講師:川崎製鉄健康保険組合  
千葉病院 副院長  
岡崎壮之先生

座長:大橋理事

(懇親会司会) 孫理事

備考:

第11回研修会(101回):平成12年3月11日(土)  
於:大阪 大林ビル

総合司会:新田理事

1) 演題:『人工股関節のゆるみの要因と  
その対策』

講師:大阪市立大学 整形外科 講師  
大橋弘嗣先生

座長:長田理事

2) 演題:『腰痛-その基礎と臨床における  
最近のトピックス』

講師:大阪大学 整形外科 助教授  
米延策雄先生

座長:天野理事

(懇親会司会) 吉田理事

(4) 平成12年度OCO A総会の日程、会  
場、講師の確認(4/15) (小松理事)  
12年4月15日和歌山医大 玉置教授を構  
師に依頼する。

- 座長を河合理事に決定との報告があった。
- (5) 梶田仁衆議院議員の「新世紀構造改革研究会」入会状況その他 (三橋会長)

現在O C O Aから7名が入会しており、J C O Aは354名入会している。まだまだ入会者が少ないので、積極的に入会してほしいとの要望があった。

尚、入会資料は三橋会長迄に

- (6) シドニーオリンピック・ホッケー予選への教護班養成について (三橋会長)

府医より11ブロック(住吉区)に依頼があった。O C O A会員も協力していく必要があるのではないかと協議があった。

- (7) その他

- ① J C O A学会(大阪)学会テーマの内(パネル2)における医療情報提供(カルテの開示など)の問題点の内容について ①カルテ開示の問題点 ②医事紛争とカルテの書き方 ③監査、指導とカルテの記載などについて協議された。

- ② 来年度O C O A次期会長に長田理事、そして次期J C O A理事に服部副会長が推薦され、了承された。

- ③ 大阪大学医学部教授に吉川秀樹先生が就任されたのでO C O Aの顧問に推挙され、了承された。

(文責 甲斐)

#### 第4回理事会(12年3月4日)

##### § 報告事項

- (1) O C O A会員動態 (小松理事)

現在会員数355名で大阪が全国一位

総会以降の入会21名、退会6名との報告があった。

- (2) J C O A理事会報告(H.12.2/20)

(坂本理事)

J C O Aの監事をされている坂本理事より、資料に説明を加えて報告があった。

- (3) J C O A近畿ブロック会議(11/13)再報告 (三橋会長)

1999年6月29日の東京新聞による柔整師問題等について報告書をもとに説明があった。

- (4) J C O A医療システム委員会(H.12.1/9) (長田理事)

柔整師養成校、短期大学、4年制大学の施設問題等について資料に説明を加え報告があった。

- (5) J C O A学術研修委員会(H.12.1/23) (堀木理事)

第73回日整学会学術集会の教育研修講演・パネルディスカッションに関して

教育研修講演

「整形外科医療におけるEMB」

「大災害時の緊急医療」

パネルディスカッション

「整形外科におけるDay Surgeryの現状と問題点」

ワークショップ

「医療ビッグバンに備えての整形外科最前線」

第74回日整学会学術集会の教育研修講演・パネルディスカッションに関して

教育研修講演

「人工関節の適応指針」

「骨粗鬆症の薬物学的治療」

パネルディスカッション

「整形外科とインターネット」

第14回J C O A学会(大阪)に関して

主催者側として堀木理事が資料にもとづいて説明を行った

- (6) 第14回J C O A学会・プロジェクト委員会の報告(H.12.2/5)

主催：日本臨床整形外科学会(J C O A)

大阪臨床整形外科学会(O C O A)

学会会長 堀木 篤

実行委員長 小松 堅吾

日程と会場

- (1) J C O A代議員会、総会

\*平成13年6月16日(土)

16:00～18:00

\*会場:大阪国際会議場(特別会議場・12階)

(2) 懇親会

\*平成13年6月16日(土)

18:30～20:30

\*会場:リーガロイヤルホテル

(3) 第14回・JCOA学会(大阪)

\*平成13年6月17日(日)8:30～15:30

\*会場:大阪国際会議場(学会会議室・10階)

(4) 学術展示

\*平成13年6月17日(日)8:30～15:30

\*会場:大阪国際会議場(展示会議室・10階)

(5) 学会本部、控え室、準備室、クロークは各会議場と同一階

その他学会のテーマについて、第5回プロジェクト委員会の報告等について資料をもとに説明があった。

(7) JCOA会誌編集委員会(H12.1/23,3/25)

(瀬戸理事)

平成11年度第5回会誌等編集委員会の議事録を基に、66号の進行状況等について説明があった。

(8) JCOA新理事の紹介(三橋会長)

西川正治、山本哲、小林正之の3名の新理事が三橋会長より紹介され、自己紹介が行われた。

(9) OCOA研修会の報告(第9～10回)

(服部理事)

第9回研修会(99回):平成12年1月29日(土)

於:大林ビル・大阪

参加総数140名 受講証発行103名

第10回研修会(100回):平成12年2月19日(土)

於:帝国ホテル大阪

参加総数238名 受講証発行183名

(10) OCOA病院部会(H12.2/26)

(河合理事)

第1回発会発起人会

「整形外科の病院は、中小病院が多く、存亡の危機にたたされている。」等の説明があり、発会の経緯を紹介された。島田永和先生、牧恭彦先生、中村薫先生が運営委員に選ばれた。との報告があった。

(11) 主治医見書に対する介護認定委員へのアンケート結果(甲斐理事)

(1) OCOAの会員の中で介護認定委員は、自己申告され、判然としている人数69名。

主治医見書は、内科の先生が書かれる事が多く、身体状況の記載不備が多い。等のアンケート結果を資料に基づいて説明があった。

(2) 第6回JCOA介護保険等対策委員会(H12.1/30)

資料に基づいて説明があった。第74回日整会学術集会のパネルディスカッション「介護保険施行後の検討」のパネリストにOCO Aの甲斐理事が選ばれた。等の報告があった。

§協議事項

(1) 平成12年度第1回近畿ブロック会議(4/22)於:大津

(三橋会長、長田理事)

古賀理事、服部理事、坂本理事に出席していただく事が決定された。

(2) 五島 淳先生の新理事就任の件

(三橋会長)

原田理事より配布された履歴書にそって推薦の言葉があり、理事として就任していただく事が全員の賛同を得て了承された。

(3) OCOA会報原稿依頼(丹羽理事)

資料OCO A会報26号編集案により、執筆担当者と原稿の到着状況の説明が加えられた。未だ原稿を頂いていない講師の先生に、座長をつとめた先生が、顔写真を添えて原稿を依頼する事となった。

(4) OCOAのシンボルマークについて

(丹羽理事)

多数寄せられており、討論されたが決定に至らず、副会長と広報担当理事で、原案を決め、再度討議する事となった。

(5) OCOAゴルフコンペ夫人参加の件

(古賀理事)

提案者の理事より、参加者が減少してき

ている等の理由により、夫人の参加を提案  
させて頂いたとの説明があった。世話をし  
ていただいている理事より、「夫人が入ると  
運営が大変だ。」等の意見があり、討論した  
が結論が出ず、厚生部にてもう一度検討す  
る事になった。

(6) 平成 12 年度 OCOA ゴルアコンペ日  
程の件 (古賀理事)

厚生部に一任する事で了承された。

(7) 平成 12 年度 OCOA 懇親旅行日程の件  
(古賀理事)

毎年、10 月か 11 月に実施している。日  
程等は、厚生部に一任する事で了承された。

(8) 次期役員、役割分担の件 (長田理事)

長田次期会長が作成した資料(案)の通  
り了承された。

(9) 次期 OCOA 各種委員会・委員就任の件  
(長田理事)

長田次期会長より協力の依頼があり資料  
(案)の通り了承された。

(10) 第 14 回 JCOA 学会テーマ修正の件  
(小松理事)

医療情報を診療情報に変更する事が承  
された。

(11) 第 24 回 OCOA 定時総会レジメ作成  
(小松理事)

小松副会長よりレジメ(案)に沿って説  
明があり、追加と修正を加え、了承された。

(12) 次年度研修会について (服部理事)

平成 12 年度

第 1 回研修会 (102 回): 日時: H.12.4.15 (土)

於: 大正製薬大阪支店

総合司会: 河合理事

演題: 「腰椎椎間板ヘルニアに関する  
最近の話題」

講師: 和歌山県立医科大学 整形外科  
教授 玉置哲也先生

座長: 河合理事

第 2 回研修会 (103 回): 日時: H.12.5.13 (土)

於: ウエスティン

総合司会: 広瀬理事

1) 演題: 「骨粗鬆症治療と骨強度」

講師: 山陰労災病院 関節整形外科 部長  
岸本英彰先生

座長: 濱田理事

2) 演題: 「Rheumatoid

Spondyloarthropathy」

講師: 川崎医科大学 整形外科 教授  
三河義弘先生

座長: 石井理事

第 3 回研修会 (104 回): 日時: H.12.6.24 (土)

於: 大阪国際会議場

総合司会: 西川理事

1) 演題: 「スポーツに伴う疲労骨折」

講師: 中京大学体育学部教授  
(保険センター長)

清水卓也先生

座長: 長田会長

2) 演題: 「リウマチ膝の病変と治療」

講師: 藤田保健衛生大学 整形外科 教授  
中川研二先生

座長: 早石副会長

(文責 松矢)

# 総会議事録

## 第24回大阪臨床整形外科医会定時総会議事録

平成12年4月15日(土)

大正製薬大阪支店 6階ホール

### (1) 開会宣言

服部副会長より、本総会の開会宣言がなされた。

### (2) 会長挨拶

三橋会長より、議事に先立って挨拶がなされた。

また、第5号議案に次いで第6号議案(平山正樹先生の名誉会員への就任)の追加と、大阪大学整形外科教授に就任された吉川秀樹教授に顧問に就任頂く件が発表された。

### (3) 議事

小松副会長の司会により、議事進行に入った。

議長の松尾先生より、本総会の出席者53名、委任状112枚で、定款22条により本総会は成立する、との旨が伝えられ議事進行に入った。

議事録署名人として大竹節郎先生と河村都容市先生が指名された。

#### 第1号議案 平成11年度庶務及び事業報告について承認を求める件

レジメ3ページから10ページの「平成10年度O.C.O.A.庶務及び事業報告」について、小松副会長より、それぞれについて報告・説明が行われ、満場一致で承認された。

#### 第2号議案 平成11年度収支決算について承認を求める件

レジメ11ページから13ページの「平成11年度会計報告」について、会計担当理事の原田先生より、会計収支について細かく報告・説明が行われ、又、会計監査報告(レジメ14・15ページ)についても、吉田監事より報告が加えられ、満場一致で承認された。

#### 第3号議案 平成12年度事業計画案について承認を求める件

レジメ16・17ページの「平成12年度O.C.O.A.事業計画案」について、服部副会長より説明がなされ、又、追加資料(レジメ20・

21ページ)の「平成12年度O.C.O.A.研修会日程」についても、説明がなされた。

これも、満場一致で原案通り承認された。

#### 第4号議案 平成12年度収支予算案について承認を求める件

レジメ18・19ページの「平成12年度収支予算案」について、会計担当理事の原田先生より、細かく内容の説明がなされ、満場一致で原案通り承認された。

#### 第5号議案 平成12年度新役員選出の件

レジメ22ページの「平成12年度O.C.O.A.役員(案)」について、三橋会長より説明が加えられた。また顧問に新しく大阪大学整形外科教授に就任された吉川秀樹教授に就任頂き、平山正樹先生の名誉会員に就任頂く件を、第6号議案として審議する事を提案され、満場一致で、第5号議案は承認された。

#### 第6号議案 平山先生に名誉会員に、吉川教授に顧問に就任頂く件

満場一致で承認された。

#### (4) 議事は終了したが、ここで三橋会長より、平山先生に名誉会員への、吉川教授に顧問への委嘱状が贈呈され、両先生の紹介があった。

#### (5) 次期会長挨拶

次期会長の長田明先生より就任の挨拶がなされた。

また、三橋会長に対し、長田新会長より感謝状の贈呈がなされた。

#### (6) 閉会宣言

小松副会長より、本総会の閉会宣言がなされた。

以上で、第24回大阪臨床整形外科医会定時総会は無事終了した。

#### <議事録署名人 署名>

第24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事を認めます。

## 会員名簿補追

＜平成 11 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
喜多義将	(医) 至心会 きたクリニック	〒533-0014 大阪市東淀川区豊新 5-18-2 メゾングレース 1 階 〒531-0071 大阪市北区中津 1-17-12-802	06-6379-9297 06-6374-6200	06-6379-7128 06-6374-6200
板倉良友	(医) 協仁会 小松病院	〒572-8567 寝屋川市川勝町 11-6 〒578-0934 東大阪市玉串町 2-4-6	0720-23-1521 0729-61-6232	0720-23-2456
井石 聰	(医) 善心会 いせき整形外科	〒555-0032 大阪市西淀川区大和田 3-8-17 グランピア千船 1F,2F 〒659-0084 芦屋市月若町 7-18	06-6475-4848 0797-32-5001	06-6475-6200
三井敏文	三井整形外科	〒558-0003 大阪市住吉区長居 3-13-3-201 〒591-8035 堺市東上野芝町 2 丁 500-1 II-1506	06-6691-1600 0722-57-0771	06-6691-1600 0722-57-0771
喜多章介	(医) 啓明会 喜多整形外科	〒561-0834 豊中市庄内栄町 1-8-3 〒560-0861 豊中市東泉丘 1-2-1-409	06-6331-2768 06-6849-0686	06-6331-2768
連美知子	(医) 山崎診療所	〒537-0013 大阪市東成区大今里南 1-15-11 〒665-0067 宝塚市仁川月見が丘 10-16	06-6981-0171 0798-51-4755	06-6981-0171 0798-51-4755
松谷常弘	(医) 松谷整形外科 クリニック	〒583-0864 羽曳野市羽曳が丘 4-14-17 〒583-0865 羽曳野市羽曳が丘西 5-4-38	0729-50-2377 0729-57-1820	0729-50-2378 0729-50-2146
広瀬俊一郎	(医) 広瀬整形外科	〒535-0021 大阪市旭区清水 3-3-33 〒535-0021 大阪市旭区清水 3-24-17-701	06-6952-0918 06-6958-2606	06-6958-2688 06-6958-2606
高山 優	たかやま整形外科	〒544-0002 大阪市生野区小路 2-26-2 〒577-0840 東大阪市荒川 3-5-22	06-6755-3535 06-6727-0280	06-6755-3533 06-6727-0280
辰己 一郎	たつみ整形外科	〒555-0001 大阪市西淀川区佃 3-19-99 〒665-0024 宝塚市逆瀬台 1-11-2-710	06-6477-2811 0722-74-5696	06-6477-2810
山崎敏之	整形外科 山崎診療所	〒563-0046 池田市姫室町 1-1 池田 YMビル 1F 〒563-0046 池田市宇保町 6-2	0727-52-0010 0727-54-2162	0727-52-1172
桑原秀樹	くわはら クリニック	〒590-0442 大阪府泉南郡熊取町希望が丘 3-5-16 〒636-0123 奈良県生駒郡斑鳩町興留 6-9-12	0724-52-7472 0745-75-5267	0724-52-7473
浜田宏昭	四天王寺病院	〒543-0052 大阪市天王寺区大道 1-4-41 〒543-0052 大阪市天王寺区大道 2-5-12 リーフ天王寺 302	06-6779-1401	06-6779-1547
川崎崇雄	有隣会 東大阪病院	〒536-0005 大阪市城東区中央 1-7-22 〒534-0013 大阪市都島区内代町 1-2-18	06-6939-1121 06-6953-8626	06-6953-8626
成田光男	別府診療所	〒566-0041 摂津市北別府町 4-7 〒565-0862 吹田市津雲台 6-24-2	06-6349-5111 06-6871-3066	06-6349-2525

＜名簿作成後の退会会員＞

和田 剛生、大田 秀一、小川 孝、堤 經、岩津 昭、平山 正樹（名譽会員に変更）、  
高橋 昌幸

・注：住所、電話番号等の変更は OCOA 事務局までお知らせ下さい。

（平成 12 年 3 月 10 日現在）

## 編集後記

本年4月1日から介護保険が実施され早くも3カ月が経過しましたが、介護現場では種々の混乱が引き起こされています。中でも介護リハビリテーションの不足は深刻であります。そこで報酬面から平成12年4月に大阪府医師会発行の医科診療報酬点数表、介護報酬請求事務のしおり、日医総研発行の必携介護報酬ハンドブックを参考に最低限レベルで1日の報酬を検討してみました。

☆医療保険におけるリハビリテーション

再診料（診療所） 74°

理学療法（IV）、簡単なもの 65°

医師一人、理学療法士二人で患者36人×2のリハビリテーションを行いますと

$(74 + 65) \times 36 \times 2 \times 10 \text{円} = 100,080 \text{円}$

☆介護保険におけるリハビリテーション

通所リハビリテーション（小規模診療所）

2時間以上3時間未満（要支援）233単位  
専任医師一人、専従従事者二人で40人のリハビリテーションを行いますと

$233 \times 40 \times 10 \text{円} = 93,200 \text{円}$

両者の1日の報酬は100,080円と93,200

円ではほぼ同じであります  
が医療保険における理学療法（IV）、簡単なものを患者一人30分とすれば、介護保険では医療保険の2～3倍の時間を必要とします。また介護保険に



は6～8時間の通所リハビリテーションまであり、医療保険下では考えられないことです。

医療保険におけるリハビリテーションが障害を持つ人を社会復帰にもってゆくことを目的にしているのに対して、介護保険におけるリハビリテーションは要支援・要介護者に対するおもりということになります。

多くの医療機関は指定を返上しないかぎりみなし指定事業者となりますが、小規模診療所を開設している医師にとって、専任医師を雇うことも、自ら専任医師としてリハビリテーションに専念することも困難と思われます。

（広報担当理事 須藤容章記）

記念すべき2000年に、会員の先生方の御協力によりO C O A会報26号が発行の運びとなりました。整形外科医として、現在対応に苦慮している柔整師問題と介護保険とのかわり方については、大きな社会問題であるが故に今後の推移を見守る必要があります。長田会長の『柔道整復師の保健診療』によると診療や審査の実態はきわめてずさんな状態で、早急に改善されるべき由々しき問題だと考えられます。堀木先生の『介護保険に関するアンケート結果』による委員会についての要望では、意見書、審査委員会、介護支援専

門員、請求方法等について、まだまだ問題点が山積みしている事がうかがわれます。

さしあたって、2001年6月、大阪で行われる『第14回J C O A学会・大阪』には、会員の先生方におかれましてはできるだけ多く参加していただき、学会を成功させようではありませんか。



（広報担当理事 前野岳敏記）

今回より編集の仕事に関わる事になり、先生方の文章のすばらしさにただ感心するばかりで、誤字・誤植の訂正など編集委員としての仕事要充分に出来ているのか心配しております。

学術的な内容の投稿も多く、その範囲の広さ、内容の深さに驚かされます。今年は、介護保険が混乱の中スタートしましたが、整形外科の医師が関わることも多くなり、その問題点についての発表も増加している様です。柔道整復師の保険診療に伴う諸問題について、長田 明会長の論説がありましたが、一般の

医師は知らない点も多いと思われます。この論説を読んでいただいて医療類似行為の内容や法律にも関心を持っていただければと思います。

これからも丹羽理事を中心として広報活動、会議の編集などに努力していく所存ですので御協力宜しくお願い致します。

(広報担当理事 山本 哲記)



会報 26 号が立派に出来上がりました。是非ご一読下さい。

私はこの4年間JCOAの会誌編集委員会に出ております。2ヶ月に1回土曜日の午後4～7:00、東京JCOA事務局で委員会があり“のぞみ”で日帰り致します。

JCOAニュース年6回、会誌年4回(「JCOA学会」「JCOA研修会」「JCOA学会」「骨と関節の日」各特集記事と一般記事)を発行しています。

先日全国会員の中から500人を抽出して、アンケートをとりました。ニュースはかなり読まれています、会誌の方は問題があります。

OCCOA会報は丹羽編集委員長がいろいろ工夫されて、かなりの改良がなされて来ました。情報過多のこの時代に、なるべくたくさんの会員に見て、読んでいただけるJCOAニュース・会誌をめざして努力したいと思っていますので、大阪の会員の皆様もJCOAニュース・会誌にも奮ってご投稿、ご意見をお願い致します。そして是非ご一読を。

(広報担当理事 瀬戸信夫記)



今年の会報第26号は発刊が大幅に遅れました。これは偏に責任担当理事たる私の責任です。原稿集めにかまけている間に、協賛広告を集めるのにスタートが遅くなり、その分例年より1ヶ月程遅くなりました。会員各位に深くお詫び致します。

来年は大阪での学術集會もあり、その特集

号も出さねばならず、気を引き締めなければと自省しています。

(広報担当理事 丹羽権平記)



大阪臨床整形外科医会会報 第 26 号

平成12年8月25日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局  
〒592-8348 大阪府堺市浜寺諏訪森町中1丁112  
医療法人 オサダ整形外科クリニック内  
TEL 0722-65-5516  
FAX 0722-63-3661

編集者 長瀬 田 明・古 賀 教一郎  
須 藤 信 夫・山 本 哲  
章・前 野 岳 敏  
丹 羽 權 平

## ■ セルタッチの製品特性

1. 香料を含まない無臭性のパップ剤です。
2. 経皮吸収により、強い鎮痛・消炎作用を示します(ラット)。
3. 安定した粘着性を示します。
4. 水分含有量が多いパップ剤です。
5. 副作用発現率は1.41%(5,033例中71例)で、主な副作用は皮膚炎(発疹、湿疹を含む)、掻痒、発赤、接触皮膚炎等でした。

### 【禁忌(次の患者には使用しないこと)】

1. 本剤又は他のフェルピナク製剤に対して過敏症の既往歴のある患者
2. アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者〔喘息発作を誘発するおそれがある。〕

「アレルギー患者は注意」

「痛みの軽減」

### 3. 副作用

本剤の副作用集計対象となった5,033例中、71例(1.41%)に副作用が認められた。その主なものは皮膚炎(発疹、湿疹を含む)(0.44%)、掻痒(0.44%)、発赤(0.40%)、接触皮膚炎(0.34%)等であった。〔再審査終了時の集計〕  
なお、本項には自発報告等副作用発現頻度が算出できない副作用報告を含む。  
以下のような副作用があらわれた場合には、症状に応じて使用を中止するなど適切な処置を行うこと。

	副作用の頻度		
	0.1～1%未満	0.1%未満	頻度不明
皮膚	皮膚炎(発疹、湿疹を含む)、 掻痒、発赤、接触皮膚炎	刺激感	水疱

### 4. 妊婦、産婦、授乳婦等への使用

妊婦又は妊娠している可能性のある婦人に対しては治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ使用すること。  
〔妊娠中の使用に関する安全性は確立していない。〕

### 5. 小児等への使用

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)。

### 6. 適用上の注意

使用部位  
(1)損傷皮膚及び粘貼に使用しないこと。(2)湿疹又は発疹の部位に使用しないこと。

### 【効能・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 ○外傷後の腫脹・疼痛

【用法・用量】1日2回患部に貼付する。

### 【使用上の注意】

#### 1. 慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)

気管支喘息のある患者〔喘息発作を誘発するおそれがある。〕

#### 2. 重要な基本的注意

- (1) 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。

●詳細については製品添付文書をご参照ください。また禁忌を含む使用上の注意等の改訂に十分ご留意ください。



製造元  
**帝國製薬株式会社**  
〒769-2601 香川県大川郡大内町三本松567番地



発売元  
**日本ワイセダグリー株式会社**  
〒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  
1999年11月作成

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



## 骨粗鬆症治療剤

指定医薬品

# オステン<sup>®</sup>錠

(イプリフラボン錠)

■効能・効果、用法・用量、使用上の注意および取扱い上の注意等については、添付文書をご参照ください。

■薬価基準：収載

**OSTEN<sup>®</sup>** (本剤はCHINOIN, Budapest, HUNGARY  
の許諾に基づき製造)

(資料請求先)  
▲ **武田薬品工業株式会社**  
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

(9802-B51-16)

# 池上義肢製作所

〒613-0022

京都府久世郡久御山町市田新珠城二二〇一九

TEL 〇七七四一四五一一七五七

FAX 〇七七四一四五一一九一八

# 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<sup>注1)</sup>

# フロモックス<sup>®</sup>

錠 75mg・100mg, 小児用細粒 100mg

日抗基 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 医薬情報本部 〒553-0002 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

1999年3月作成 B51 ® : 登録商標



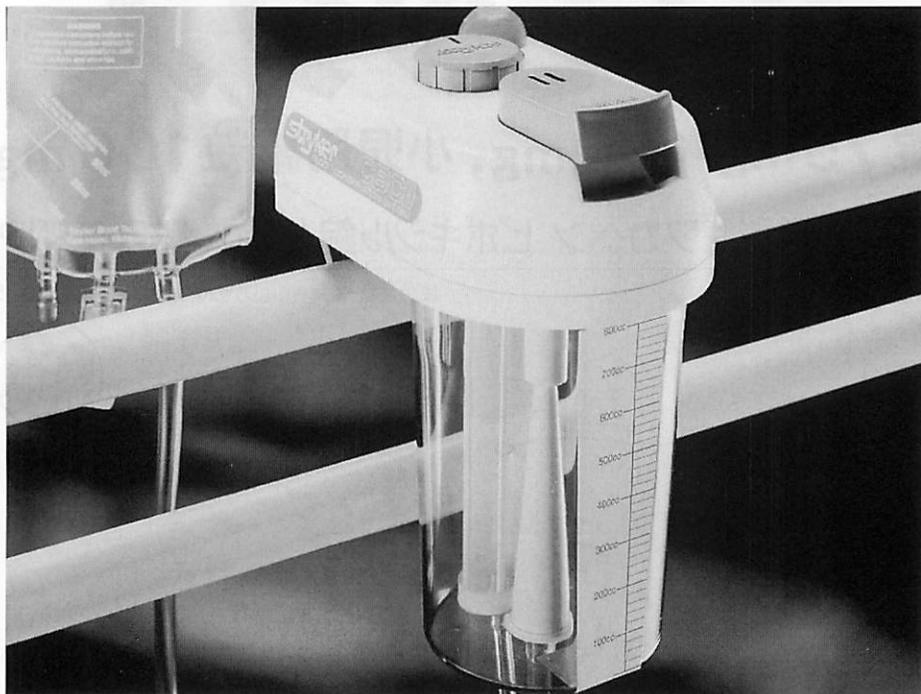
シオノギ製薬

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045

# 術後回収式 自己血輸血装置

患者1人限り

# CBC II



医療用具承認番号: 20600BZY01133000号

- 特殊弁の採用により回収血液の脂肪を97%以上除去します。  
(フィルターでは除去できない脂肪粒子を分離します。)
- 0~100mmHgで適切な陰圧を設定。(吸引インジケーター付)
- 完全閉回路式。
- バッテリーポンプ内蔵式なので外部ポンプは必要ありません。
- 2バッグ方式採用——採血と輸血を並行して行なえます。
- 800mlの大型リザーバーとリインフュージョンバッグ。
- 自己血輸血後には通常のドレーンとして使用できます。

**stryker**  
INSTRUMENTS

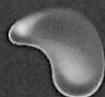


輸入販売元:

日本ストライカー株式会社

〒151-0053 東京都渋谷区代々木3-25-3 大東京火災新宿ビル TEL (03)5352-9080

札幌 TEL (011) 700-1120 横浜 TEL (045) 439-5011 大阪 TEL (06) 6479-0001 福岡 TEL (092) 434-6470  
仙台 TEL (022) 301-7120 名古屋 TEL (052) 238-5545 高松 TEL (087) 832-4360  
東京 TEL (03) 5958-4010 金沢 TEL (076) 223-5261 広島 TEL (082) 235-3205

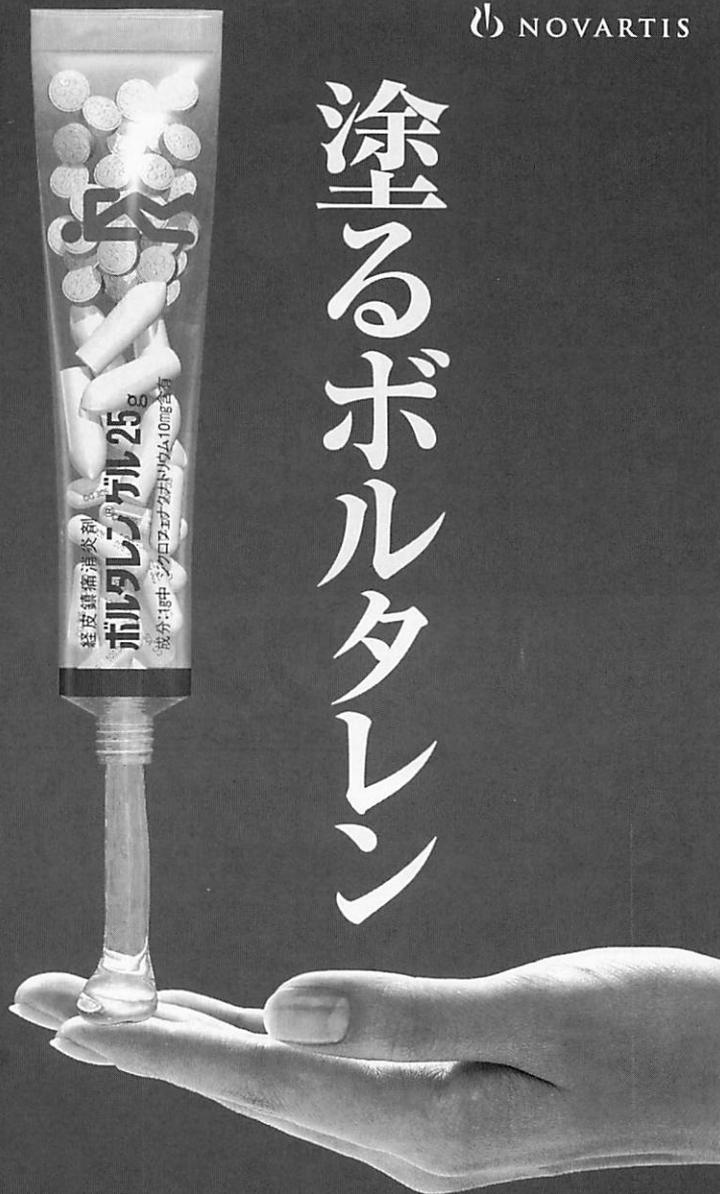


アクア・ゲル

新発売

NOVARTIS

登場



塗るボルタレン

●禁忌、効能・効果、用法・用量、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<sup>®</sup>ゲル**  
指定医薬品  
**Voltaren<sup>®</sup> Gel** ジクロフェナクナトリウム軟膏

販売

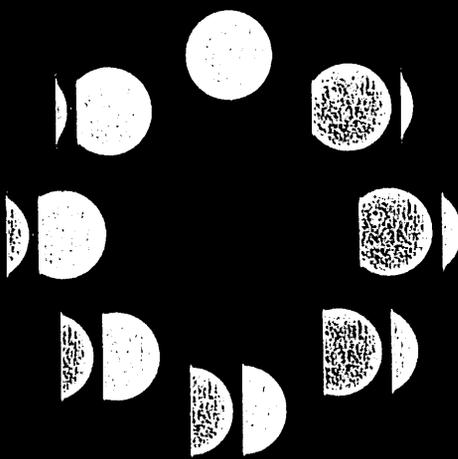
[資料請求先]

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

2000年3月作成

# 骨は生きている

骨粗鬆症による腰痛、骨病変の改善に、ワンアルファ。



## 【効能・効果】

1. 下記の疾患におけるビタミンD代謝異常に伴う諸症状(低カルシウム血症、テタニー、骨痛、骨病変等)の改善

- 慢性腎不全 ●副甲状腺機能低下症
- ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症

## 2. 骨粗鬆症

### 【用法・用量】

本剤は、患者の血清カルシウム濃度の十分な管理のもとに、投与量を調整する。

#### ●慢性腎不全、骨粗鬆症の場合

通常、成人1日1回アルファカルシドールとして0.5～1.0μgを経口投与する。ただし、年齢、症状により適宜増減する。

#### ●副甲状腺機能低下症、その他のビタミンD代謝異常に伴う疾患の場合

通常、成人1日1回アルファカルシドールとして1.0～4.0μgを経口投与する。ただし、疾患、年齢、症状、病型により適宜増減する。

#### (小児用量)

通常、小児に対しては骨粗鬆症の場合には1日1回アルファカルシドールとして0.01～0.03μg/kgを、その他の疾患の場合には1日1回アルファカルシドールとして0.05～0.1μg/kgを経口投与する。ただし、疾患、症状により適宜増減する。

### 【使用上の注意】

#### 1. 重要な基本的注意

- (1) 過量投与を防ぐため、本剤投与中、血清カルシウム値の定期的測定を行い、血清カルシウム値が正常値を超えないよう投与量を調整すること。
- (2) 高カルシウム血症を起こした場合には、直ちに休薬する。休薬により血清カルシウム値が正常域に達したら、減量して投薬を再開する。

#### ※2. 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	機序・危険因子
マグネシウムを含む製剤(酸化マグネシウム、炭酸マグネシウム等)	高マグネシウム血症が起きたとの報告がある。	不明。
ジギタリス製剤(ジゴキシン等)	不整脈があらわれるおそれがある。	本剤により高カルシウム血症が発症した場合、ジギタリス製剤の作用が増強される。
カルシウム製剤(乳酸カルシウム、炭酸カルシウム等)	高カルシウム血症があらわれるおそれがある。	本剤は腸管でのカルシウムの吸収を促進させる。
ビタミンD及びその誘導体(カルシトロール等)	高カルシウム血症があらわれるおそれがある。	相加作用。

# ワンアルファ錠<sup>®</sup> 0.25 0.5 1.0

薬価基準収載 Onealfa<sup>®</sup>

## 錠液

活性型ビタミンD<sub>3</sub>製剤(アルファカルシドール製剤) 劇薬・指定医薬品

### 3. 副作用

承認時及びその後の使用成績調査における副作用の発現状況は以下のとおりであった。(再審査終了時)

- (1) 慢性腎不全、副甲状腺機能低下症、ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症、未熟児におけるビタミンD代謝異常に伴う諸症状の改善  
4,967例中285例(5.7%)471件の副作用が認められた。主な副作用は悪寒感112件(2.3%)、食欲不振48件(1.0%)、嘔気47件(0.9%)、下痢28件(0.6%)、GPTの上昇27件(0.5%)等であった。
- (2) 骨粗鬆症  
14,808例中192例(1.3%)241件の副作用が認められた。主な副作用はBUNの上昇24件(0.2%)、嘔気23件(0.2%)、食欲不振21件(0.1%)、胃痛19件(0.1%)、GOTの上昇14件(0.09%)等であった。

以下のような副作用が認められた場合には、減量・休薬等適切な処置を行うこと。

	0.1～5%未満	0.1%未満
消化器	食欲不振、悪心・嘔気、下痢、便秘、胃痛	嘔吐、腹部膨満感、胃部不快感、消化不良、口内異和感、口渇等
精神神経系		頭痛・頭重、不眠・いらいら感、脱力・倦怠感、めまい、しびれ感、眠気、記憶力・記憶力の減退、耳鳴り、老人性難聴、背部痛、肩こり、下肢のつっぱり感、胸痛等
循環器		軽度の血圧上昇、動悸
肝臓	GOT、GPTの上昇	LDH、γ-GTPの上昇
腎臓	BUN、クレアチニンの上昇(腎臓病の低下)	腎結石
皮膚	悪寒感	発疹、熱感
眼	結膜充血	
その他		関節痙攣の石灰化(化骨併発)
		嘔吐、浮腫

### 4. 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用量に注意すること。

#### ※5. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与

- (1) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。〔妊娠中の投与に関する安全性は確立していない。動物実験(ラット)で大量投与の場合、胎児化骨遅延、性腺への影響がみられ、妊娠率の低下、胎児死亡率の上昇、胎児の発育抑制および授乳力の低下等が認められている。〕
- (2) 授乳中は投与を避けることが望ましいが、やむを得ず投与する場合には授乳を避けさせること。〔授乳婦への投与に関する安全性は確立していない。動物実験(ラット)で授乳による新生児への移行率は、母動物投与量の1/20に相当する。〕

### 6. 小児等への投与

小児に投与する場合には、血清カルシウム値、尿中カルシウム・クレアチニン比値等の観察を十分にを行いながら少量から投与を開始し、漸増投与する等、過量投与にならぬよう慎重に投与すること。〔幼若ラット経口投与における急性毒性は成熟ラットに比べ強くあらわれている。〕

### 7. 適用上の注意

薬剤交付時：PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。(PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている。)

### 8. その他の注意

高リン血症のある患者に投与する場合はリン酸結合剤を併用し、血清リン値を下げること。

●厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)により、本剤の効能・効果のうち〔骨粗鬆症〕及び〔ビタミンD抵抗性クル病・骨軟化症〕は1回30日分投薬が、また〔副甲状腺機能低下症〕は1回90日分投薬が認められています。

※1998年6月改訂(新様式第1版)

★その他の詳細につきましては、製品添付文書をご参照下さい。

TEIJIN

製造元・販売  
帯人株式会社 医薬医療事業本部

〒100-8585 東京都千代田区内幸町2-1-1  
資料請求先：帯人(株)医薬医療事業本部学術情報部  
ONE12(NP)9904改1 作成年月1999年4月

# 「慢性関節リウマチにおける膝関節痛」に適応をもつ 初めてのヒアルロン酸Na誕生。

3つの関節疾患に適応を有する平均分子量190万のヒアルロン酸Naが、関節治療への新しい道を拓きます。



近日発売

慢性関節リウマチにおける膝関節痛\*

変形性膝関節症

肩関節周囲炎

- \*以下の基準を全て満たす場合に限る。
- (1) 抗リウマチ薬等による治療で全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛のある場合
  - (2) 全身の炎症症状がCRP値として10mg/dL以下の場合
  - (3) 膝関節の症状が軽症から中等症の場合
  - (4) 膝関節のLarsenX線分類がGrade IからGrade IIIの場合

### ●5つの製品特性●

- 1 慢性関節リウマチにおける膝関節痛\*、変形性膝関節症、肩関節周囲炎に対し、症状改善効果がみられます。
- 2 プロスタグランジンE<sub>2</sub>の産生抑制作用 (in vitro) および疼痛抑制作用 (イヌ) がみられます。
- 3 関節軟骨変性抑制作用 (ウサギ, in vitro) および損傷修復作用 (ラット) がみられます。
- 4 粘弾性特性を有し、関節液の潤滑を改善します。(in vitro)
- 5 副作用は1,376例中42例 (3.05%) にみられました。主なものは、局所疼痛12件 (0.87%) 等でした (効能追加時)。



関節機能改善剤

指定医薬品

# スベニール

薬価基準収載

ディスポ  
バイアル

(ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

### 【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

### 【効能・効果】

- 変形性膝関節症、肩関節周囲炎
- 慢性関節リウマチにおける膝関節痛(下記(1)~(4)の基準を全て満たす場合に限る)
  - (1) 抗リウマチ薬等による治療で全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛のある場合
  - (2) 全身の炎症症状がCRP値として10mg/dL以下の場合
  - (3) 膝関節の症状が軽症から中等症の場合
  - (4) 膝関節のLarsenX線分類がGrade IからGrade IIIの場合

### 【用法・用量】

- 変形性膝関節症  
通常、成人1回2.5mLを1週間毎に連続5回膝関節腔内に投与する。その後、症状の維持を目的とする場合は、2~4週間隔で投与する。
- 肩関節周囲炎  
通常、成人1回2.5mLを1週間毎に連続5回肩関節(肩関節腔、肩峰下嚢液包又は上腕二頭筋長頭腱鞘)内に投与する。
- 慢性関節リウマチにおける膝関節痛  
通常、成人1回2.5mLを1週間毎に連続5回膝関節腔内に投与する。

### 〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

本剤は、関節内に投与するので、厳重な無菌的操作のもとに行うこと。

### 【使用上の注意】一抜粋一

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
  - (1) 他の薬剤に対して過敏症の既往歴のある患者
  - (2) 肝障害又はその既往歴のある患者
  - (3) 対象関節部に皮膚疾患又は感染症のある患者
2. 重要な基本的注意
  - (1) 本剤の投与により、ときに局所痛があらわれることがあるので、投与後の局所安静を指示するなどの措置を講じること。
  - (2) 注入部位以外に漏れると疼痛を起こすおそれがあるので、確実に投与すること。
  - (3) 変形性膝関節症、慢性関節リウマチにおける膝関節痛については、投与関節の炎症又は関節液貯留が著しい場合、本剤の投与により当該部位の炎症症状の悪化を招くことがあるので、炎症症状を抑えてから本剤を投与することが望ましい。

(4) 慢性関節リウマチにおける膝関節痛については以下の点に注意すること。

- 1) 本剤による治療は原因療法ではなく局所に対する対症療法であるので抗リウマチ薬等と併用すること。本剤は漫然と連用する薬剤ではない。
- 2) 抗リウマチ薬等の治療により全身の病勢がコントロールできていても膝関節痛のある場合、当該膝関節腔内に投与すること。
- 3) 膝関節以外の使用経験はなく、他の関節については有効性・安全性が確立していないため本剤を投与しないこと。
- 4) 慢性関節リウマチでは膝関節の器質的変化が高度なものは有効性・安全性が確立していないため本剤を投与しないこと。
- 5) 慢性関節リウマチでは、連続5回投与後、症状の維持を目的として、原則2~3週間隔で最高10回(合計15回)までの使用経験はあるが、それ以上の安全性は確立されていない。

### 3. 副作用

安全性評価対象症例1,376例中、42例(3.05%)54件に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められた。主な副作用は、投与関節での局所疼痛12件(0.87%)、GPT上昇7件(0.51%)、GOT上昇5件(0.36%)、Al-P上昇4件(0.29%)、LDH上昇3件(0.22%)、局所熱感2件(0.15%)、発熱2件(0.15%)、発疹2件(0.15%)、倦怠感2件(0.15%)等であった。(効能追加時) 以下のような副作用が認められた場合には、減量・休薬など適切な処置を行うこと。

	0.1~5%未満	0.1%未満
過敏症	発熱、発疹	痒疹感
肝臓	GOT上昇、GPT上昇、Al-P上昇、LDH上昇	
血液		好酸球増多、ヘマトクリット低下、白血球増多
投与関節	疼痛(主に投与後の一過性の疼痛)、熱感	腫脹、関節周囲のしびれ感、関節液貯留
その他	倦怠感、蛋白尿、尿沈渣異常	動悸、ほてり、総蛋白低下、BUN上昇

太字の副作用があらわれた場合には投与を中止すること。

※その他「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。「使用上の注意」の改訂には十分ご留意ください。

販売  
[資料請求先]



中外製薬株式会社  
〒104-8301 東京都中央区京橋2-1-9

製造 アベンティス ファーマ株式会社  
〒107-8465 東京都港区赤坂二丁目17番51号

CSU1055 2006.6

# Santen



## 抗リウマチ剤

指定医薬品、要指示医薬品(注意—医師等の処方せん・指示により使用すること)

# アザルフィジン<sup>®</sup>EN錠

## Azulfidine<sup>®</sup> EN tablets

薬価基準収載

サラズスルファピリジン腸溶錠

■(効能・効果)、(用法・用量)、(禁忌を含む使用上の注意)等については、添付文書をご参照下さい。

発売元  
**S** 参天製薬株式会社  
大阪市東淀川区下新庄3-9-19  
資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

製造元  
ファルマシア・アップジョン株式会社  
東京都新宿区西新宿3-20-2

2000年1月作成  
AF00AB5W

# Santen



## 抗リウマチ剤

薬価基準収載

劇薬・指定医薬品

# リマチル<sup>®</sup>

ブシラミン100mg錠

## Rimatil<sup>®</sup>

劇薬・指定医薬品

# リマチル<sup>®</sup>50

ブシラミン50mg錠

## Rimatil<sup>®</sup> 50



製造発売元  
**S** 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。

2000年4月作成  
RM00DB5W

# 50年以上に渡り、サポートさせて頂いた実績と ノウハウをおひとりおひとりに生かします。

約500平方メートルの福祉機器  
総合ショールームに世界各国の最  
新の福祉機器を展示しています。  
ご覧いただくだけでなく、ご自身  
で体験したり、学んでいただくた  
めのスロープや浴槽、トイレ、ベッ  
ド周りの環境を再現しております。



在宅介護支援センター

居宅介護支援事業者

ショールーム

介護保険対応

## 暮らしいきいき館

### 取扱品目

- 福祉用具レンタル
- 福祉用具販売
- 義肢装具
- 車いす販売
- 住宅改修
- リハビリ機器

〒574-0064 大阪府大東市御領1-12-1  
☎072(875)8046 FAX072(875)8004

●義肢装具・リハビリ機器製造・販売

## 川村義肢株式会社

本社(お客様係) 〒574-0064 大阪府大東市御領1-12-1  
TEL 072(875)8020 FAX 072(875)8041  
本店サービス部 〒530-0041 大阪市北区天神橋1-18-18  
TEL 06(6352)1012 FAX 06(6352)1018  
大阪南営業所 〒593-8325 大阪府堺市鳳南町4-434  
TEL 0722(60)0133 FAX 0722(60)0134  
兵庫営業所 〒664-0842 兵庫県伊丹市森本2-268-2  
TEL 0727(80)1645 FAX 0727(80)1646  
京都営業所 〒612-8248 京都府京都市伏見区下鳥羽上三栖町29  
TEL 075(604)1551 FAX 075(604)1552  
奈良営業所 〒636-0343 奈良県磯城郡田原本町大字秦庄432-15  
TEL 07443(2)8891 FAX 07443(2)8894  
滋賀営業所 〒524-0022 滋賀県守山市守山4-5-23-201  
TEL 077(582)0761 FAX 077(582)8104  
和歌山営業所 〒640-8241 和歌山市雑賀屋町東ノ丁21-3 具庁前玉置ビル1F,2F  
TEL 073(432)0685 FAX 073(432)0686  
東京事業所 〒359-1142 埼玉県所沢市上新井760-1  
TEL 042(922)8188 FAX 042(922)8177  
山梨営業所 〒406-0024 山梨県東八代郡石和町川中島188  
TEL 055(262)9630 FAX 055(262)0787  
千葉営業所 〒270-2215 千葉県松戸市串崎南町134  
TEL 047(389)7271 FAX 047(389)7982

●リハビリ機器・介護用品総合商社

## パシフィックサプライ株式会社

本 社 〒574-0064 大阪府大東市御領1-12-1  
大阪営業所 〒574-0064 大阪府大東市御領1-12-1  
TEL 072(875)8011 FAX 072(875)8015  
東京営業所 〒160-0022 東京都新宿区新宿2-3-12 グ雷斯ビル2F  
TEL 03(3352)0758 FAX 03(3355)3154  
福岡営業所 〒812-0054 福岡市東区馬出2-2-12  
TEL 092(641)8152 FAX 092(641)0444  
仙台営業所 〒980-0871 仙台市青葉区八幡1-4-22 糞米ハイツ1F  
TEL 022(224)3262 FAX 022(264)6935  
札幌営業所 〒003-0023 札幌市白石区南郷道14-北2-33 パシフィックサイン1F  
TEL 011(862)1137 FAX 011(862)1002

### 介護用品専門店(パシフィックサプライ株式会社)

- エイドセンター大阪(介護用品専門店) ☎06-6356-7281
- エイドセンター新宿(東京営業所) ☎03-3352-0758
- エイドセンター福岡(福岡営業所) ☎092-641-8152
- エイドセンター仙台(仙台営業所) ☎022-224-3262
- エイドセンター札幌(札幌営業所) ☎011-862-1137

膝の安静保持と保温に

KNEE SUPPORTER

# With (ウイズ)

## \* Helpful

着脱に便利なフックを取り付けました。

## \* Comfort

やさしい肌ざわりと厚みを感じさせない通気性。

## \* Activation

膝窩部をカットすることで屈曲時の不快感を軽減しました。

## \* Control

内外側部にスパイラルステーを配しました。ずれや振れを防ぎます。

規格	膝周り	パッケージ
LL	40~43 cm	1箱1枚入り
L	37~40 cm	1箱1枚入り
M	34~37 cm	1箱1枚入り
S	31~34 cm	1箱1枚入り

適応：軽～中度膝関節症

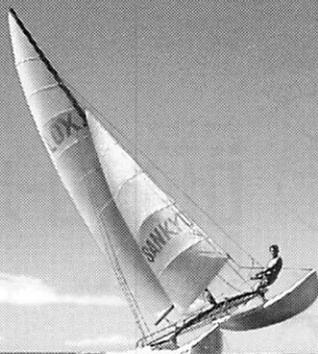
標準価格 左右別 ￥2,800 (S~L). ￥3,300 (LL) 税別

\* サンプル・資料のご請求は右記まで。

製造 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



鎮痛・抗炎症  
・解熱剤

# ロキソニン<sup>®</sup>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

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む  
使用上の注意は添付文書をご覧ください。

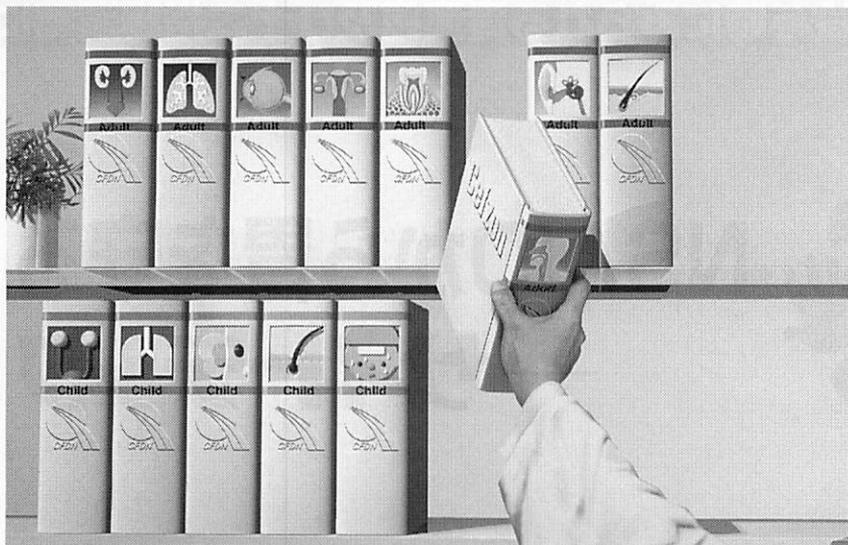


資料請求先

**三共株式会社**

〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1

99.10(七)



**Cefzon<sup>®</sup>**  
(略号:CFDN)

経口用セフェム系製剤

薬価基準収載

# セフゾン<sup>®</sup> 細粒小児用 カプセル 100mg 50mg

(日抗基:セフジニル) 指定医薬品、要指示医薬品<sup>注</sup>

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きましては、製品  
添付文書をご参照下さい。

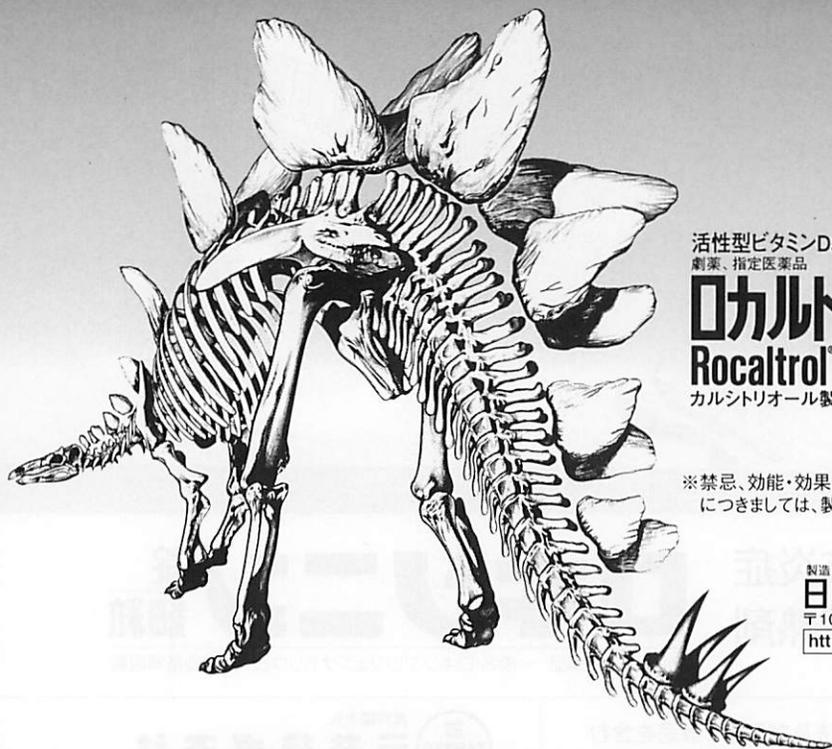
製造発売元

**フジサワ**

大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514  
資料請求先:藤沢薬品工業(株)医薬事業部

作成年月1999年9月

Roche



活性型ビタミンD<sub>3</sub>製剤  
劇薬、指定医薬品

薬価基準収載

**ロカルトロール**®カプセル0.25  
カプセル0.5

**Rocaltrol**®

カルシトリオール製剤

※禁忌、効能・効果、用法・用量、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・販売（資料請求先）

日本ロシュ株式会社

〒105-8532 東京都港区芝2-6-1

<http://www.nipponroche.co.jp/>

1999.3

NSAID長期投与時にみられる胃潰瘍及び十二指腸潰瘍に



# NSAIDから胃を守る — サイトテック

抗NSAID潰瘍剤

劇薬  
指定医薬品  
要指示医薬品

**サイトテック**®錠100  
錠200

**Cytotec**® (ミソプロストール錠)

薬価基準収載

®登録商標

注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

製造販売元

日本モンサント株式会社

東京都港区三田3-13-16

〔資料請求先〕

日本モンサント株式会社

サール事業部 医薬学術情報部

東京都港区三田3-13-16

■効能・効果、用法・用量、使用上の注意については、製品添付文書をご参照ください。

作成年月1999年6月

# デジタルからグッドへ

乾いた時代に

良き人間関係に基づく、うるおいのある取引関係作りませんか。

どのような御相談でも

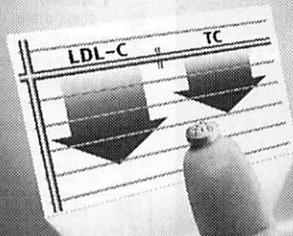
## 北島医科器械株式会社

北島つねじ

TEL 06-6961-5531 FAX 06-6962-4917

 Yamanouchi

 **PARKE-DAVIS**  
A Warner-Lambert K.K. Division



**新発売** 薬価収載



指定医薬品 HMG-CoA還元酵素阻害剤  
**リピトル<sup>®</sup>錠** 5mg 10mg  
アトルバスタチンカルシウム水和物 **Lipitor<sup>®</sup>**

●禁忌、原則禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

製造発売元 **山之内製薬株式会社**  
[資料請求先] 〒103-8411 東京都中央区日本橋本町2-3-11

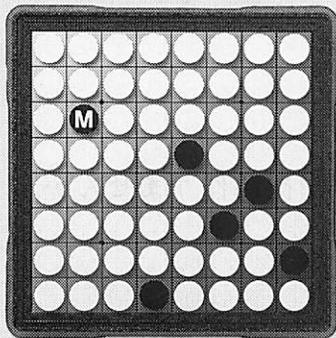
提携 **パーク・デービス医薬品事業部**  
ワナー・ランバート株式会社  
〒141-8656 東京都品川区上大崎2-24-9

2000/5 作成B5/A.02

MOVE by MOVER

# RAに新戦略。

## 慢性関節リウマチの早期治療に



抗リウマチ剤(DMARD)

重要基準記載

# モーバー錠100mg

MOVER<sup>®</sup> Tablets 100 アクタリット製剤

(注) 注射薬と錠剤の処方せん、混用により使用すること

販売元(資料請求先)



日研化学株式会社

〒104-0045 東京都中央区築地5-4-14 Tel:03-3544-8858

製造元



三菱東京製薬株式会社

〒105-8405 東京都中央区日本橋本町2-2-6 Tel:03-3241-5155

2000年5月作成

**禁忌(次の患者には投与しないこと)** 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人、授乳婦(「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照) [妊娠中の投与に関する安全性は確立していない]

**効能・効果** 慢性関節リウマチ

**用法・用量** 通常、他の消炎鎮痛剤等とともに、アクタリットとして成人1日300mgを3回に分割経口投与する。

**使用上の注意**

**1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)** 1) 腎障害又はその既往歴のある患者(腎障害が悪化するおそれがある。) 2) 肝障害のある患者(肝障害が悪化するおそれがある。) 3) 消化性潰瘍又はその既往歴のある患者(消化性潰瘍が悪化するおそれがある。)

**2. 重要な基本的注意** 1) 本剤の投与に際しては、慢性関節リウマチの治療法に十分精通し、患者の病態並びに副作用の出現に注意しながら使用すること。 2) 本剤は鎮痛消炎作用を持たないため従来より投与している消炎鎮痛剤等を併用すること。ただし、本剤を6ヵ月間継続投与しても効果があらわれない場合は投与を中止すること。 3) 本剤は比較的発症早期の慢性関節リウマチ患者に使用することが望ましい。 4) 本剤投与中は臨床症状を十分観察するとともに、定期的<sup>\*</sup>に臨床検査(血液検査、肝機能・腎機能検査等)を行うこと。

**3. 副作用** 総症例5,199例中、495例(9.52%)に副作用が認められ、主な副作用は発疹69件(1.33%)、腹痛56件(1.08%)、そう痒感56件(1.08%)であった。(承認時～1998年3月迄の集計)なお、自発報告のみで報告された副作用は頻度不明とした。

**1) 重大な副作用 (1) ネフローゼ症候群** ネフローゼ症候群(頻度不明)があらわれることがあるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

**(2) 間質性肺炎** 発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常を伴う間質性肺炎(0.1%未満)があらわれることがあるので、患者の状態を十分に観察し、このような症状があらわれた場合には、投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤投与等の適切な処置を行うこと。

**2) 重大な副作用(類薬)** 他の抗リウマチ剤で、急性腎不全、無顆粒球症、再生不良性貧血、肺線維症、天疱瘡様症状が報告されているので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

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。

# Anti Free Radical & PG Inducer



薬価基準記載

ムコスタの特長

1. 胃粘膜のPG増加作用・フリーラジカル抑制作用を併せ持つ初めての胃炎・胃潰瘍治療剤です(ヒト、ラット)。
2. NSAIDs\*や*Helicobacter pylori*(*in vitro*)などによる胃粘膜傷害を抑制します(ラット、ウサギ)。
3. 胃潰瘍のQOUH\*\*を高め、再発・再燃を抑制します(ラット)。
4. 胃炎\*\*\*、特にびらん・出血に対する有効性が認められています。
5. 副作用発現率は0.54%(54/10,047)でした(1999年11月集計)。

\* NSAIDs: non-steroidal anti-inflammatory drugs (非ステロイド性抗炎症薬)  
\*\* QOUH: Quality of ulcer healing (潰瘍治癒の質)  
\*\*\* 胃炎: 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

**【禁忌】(次の患者には投与しないこと)**  
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

**【効能・効果】及び【用法・用量】**

【効能・効果】	【用法・用量】
胃潰瘍	通常、成人には1回1錠(レバミピドとして100mg)を1日3回、朝、夕及び就寝前に経口投与する。
下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期	通常、成人には1回1錠(レバミピドとして100mg)を1日3回経口投与する。

◇その他の使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。

胃炎・胃潰瘍治療剤

指定医薬品

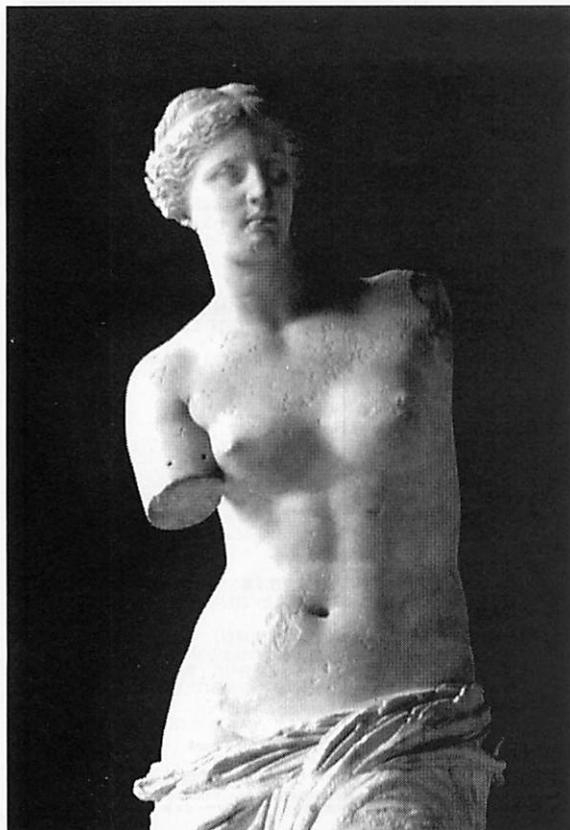
# ムコスタ錠100

Mucosta<sup>®</sup> tablets レバミピド錠

製造発売元  
大塚製薬株式会社  
東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先  
大塚製薬株式会社 学術部  
〒101-8535 東京都千代田区神田司町2-2  
大塚製薬 神田第2ビル

(0'00.4作成)



## 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<sup>®</sup>錠**  
RELIFEN RELIFEN<sup>®</sup>400 薬価基準収載

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意につきましては添付文書をご参照ください。



資料請求先  
株式会社 三和化学研究所  
本社/名古屋市東区東外堀35番地 平461-8631  
TEL(052)951-8130 FAX(052)950-1305  
●ホームページ <http://www.skk-net.com/>



スミスクリンピーチャム  
提携 英国 ミドルセックス

1999年5月作成

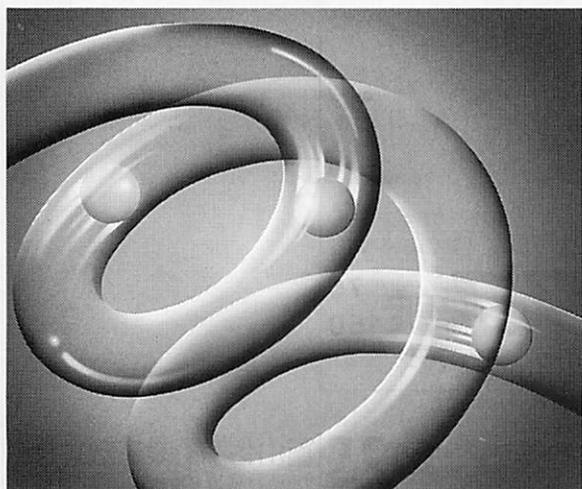
劇薬  
指定医薬品  
要指示医薬品

循環器系プロスタグランジン

プロスタグランジンE<sub>1</sub>製剤

# 注射用 プロスタンディン<sup>®</sup>

注射用アルプロスタジル アルファデクス 薬価基準収載



禁忌 (次の患者には投与しないこと)

- (1)重篤な心不全のある患者  
(心不全を増悪させることがある。)
- (2)出血 (頭蓋内出血、出血性眼疾患、消化管出血、  
咯血等) している患者  
(出血を助長するおそれがある。)
- (3)妊婦又は妊娠している可能性のある婦人  
(「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照)
- (4)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

●効能・効果、用法・用量、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

990801

# 急性感染症に 1日1回3日間

\*呼吸器、耳鼻咽喉、皮膚、歯性感染症



15菌種マクロライド系抗生物質製剤 **錠250mg 細粒小児用 カプセル小児用100mg** 新薬承認

**ZITHROMAC ジスロマック**  
アジスロマイシン 本剤特許(特許:A2M)  
 指定医薬品 要指示医薬品 (注)第一類医薬品(処方箋)による使用すること 薬価基準収載

**■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

アジスロマイシン感受性のブドウ球菌属、レンサ球菌属、肺炎球菌、モラクセラ(ブランハメラ)、カタラリス、インフルエンザ菌、ペプトストレプトコッカス属<sup>1)</sup>、マイコプラズマ属、クラミジア、ニューモニエによる下記感染症  
 ・癒<sup>2)</sup>、塞腫症<sup>3)</sup>、よう<sup>4)</sup>、丹毒<sup>5)</sup>、蜂巣炎<sup>6)</sup>、リンパ管(節)炎<sup>7)</sup>、瘰癧<sup>8)</sup>、化膿性爪用炎<sup>9)</sup>、咽喉頭炎(咽喉腫痛)、急性気管支炎、扁桃炎(扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍)、慢性気管支炎<sup>10)</sup>、気管支拡張症(感染時)<sup>11)</sup>、慢性呼吸器疾患の二次感染<sup>12)</sup>、肺炎、肺化膿症、副鼻腔炎<sup>13)</sup>、中耳炎(含乳様突起炎、錐体尖端炎)<sup>14)</sup>、歯周組織炎<sup>15)</sup>、歯冠周囲炎<sup>16)</sup>、顎炎<sup>17)</sup>

[a]錠250mgのみ、b)細粒小児用 カプセル小児用100mgのみ

### ■用法・用量

[ジスロマック錠250mg]  
 成人にはアジスロマイシンとして、500mg(力価)を1日1回、3日間合計1.5g(力価)を経口投与する。  
 [ジスロマック細粒小児用、カプセル小児用100mg]  
 小児には、体重1kgあたり10mg(力価)を1日1回、3日間経口投与する。ただし、1日量は成人の最大投与量500mg(力価)を超えないものとする。

＜用法・用量に関連する使用上の注意＞

(1) 本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認すること。  
 (2) 外国の臨床における体内動態試験の結果から、本剤500mg(力価)を1日1回3日間経口投与することにより、感受性菌に対して有効な組織内濃度が約7日間持続することが予測されているので、治療に必要な投与期間は3日間とする。  
 (3) 4日目以降においても臨床症状が不変もしくは悪化の場合には、医師の判断で適切な他の薬剤に変更すること(「相互作用」(3)の項参照)。

2000年6月作成

### ■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)**
  - 他のマクロライド系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者
  - 高度な肝機能障害のある患者
- 重要な基本的注意**
  - アナフィラキシーショックがあらわれるおそれがあるので、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。
  - アレルギー反応が認められた場合には本剤の投与を中止し、適切な処置を行うこと。本剤は組織内半減期が長いことから、対症療法を中止した時にアレルギー症状が再発する可能性があることに注意すること。
  - 本剤の組織内半減期が長いことと投与終了後発現する副作用との因果関係は明らかではないが、投与4日目以降においてもアレルギー反応等の副作用が発現する可能性があるため、観察を十分に行うなど注意すること。
- 相互作用**
  - 併用注意(併用に注意すること)**
    - 制酸剤(水酸化マグネシウム、水酸化アルミニウム)、ワルファリン、シクロスポリン
    - 他のマクロライド系薬剤において、下記薬剤による相互作用が報告されている。なお、本剤のチトクロームP450による代謝は確認されていない。
      - テルフェナジン、アステミノール、シシプラド
      - テオフィリン、ミダゾラム、トリアゾラム、カルバマゼピン、ヘキソバルビタール、フェントイン
      - エルゴタミン含有製剤
      - ジゴキシン
  - 他の抗菌剤との相互作用**  
 本剤と他の抗菌剤との相互作用に関しては、これまでの国内又は外国における臨床試験成績から、マクロライド系、ペニシリン系、キノロン系、テトラサイクリン系、セフェム系及びカルバマゼピン系抗菌剤との間で相互作用によると考えられる有害事象の報告はない。しかしながら、本剤の組織内濃度持続時間は長く、投与終了後も他の抗菌剤との間に相加作用又は相乗作用の可能性は否定できないので、本剤投与後に切り替える場合には観察を十分に行うなど注意すること。
- 副作用**
  - 重大な副作用(頻度不明)**
    - ショック: アナフィラキシーショック(血管浮腫を含む)をおこすことがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
    - 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): 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)が主に投与開始日から翌日、投与終了数日後にも発現したとの報告があるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

※2000年6月改訂(第2版)

■その他の使用上の注意については添付文書をご参照ください。

Life is our life's work  
 ファイザー製薬株式会社  
 東京都新宿区西新宿2-1-1 〒163-0461  
 資料請求先: マーケティングサービス部



TLM-A



広範囲経口抗菌製剤 (ピリドンカルボン酸系)  
 指定医薬品・要指示医薬品<sup>1)</sup> 薬価基準収載

**オゼックス錠<sup>®</sup> 75 150**

**OZEX<sup>®</sup>** トシル酸トスロキサシン (略号 TFLX)

(注)注意—医師等の処方せん・指示により使用すること

※効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

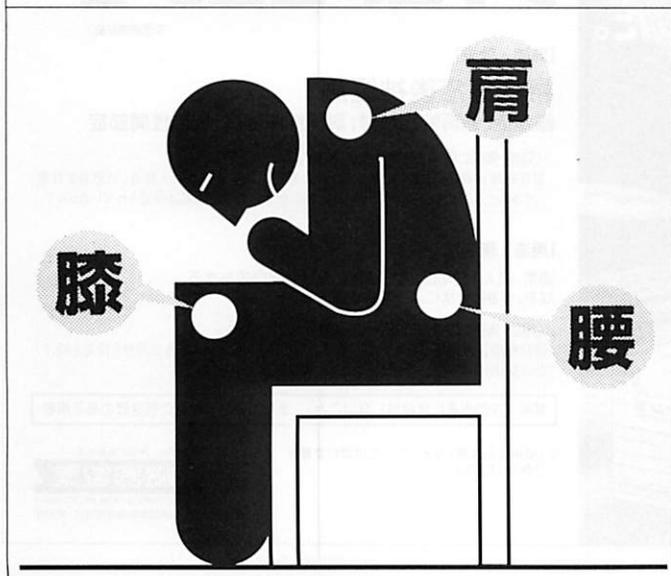
製造発売元 (資料請求先) **富士化学工業株式会社**  
 〒160-0023 東京都新宿区西新宿3-2-5

1999年12月作成

薬価基準収載

経皮複合消炎剤

# モビラート®ゲル



● 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む  
使用上の注意等については添付文書を  
ご参照ください。

製造・販売 資料請求先



**マルホ株式会社**

大阪市北区中津1丁目5-22

(1999.9作成)

## デュアルの提案

ドバミンD<sub>2</sub>受容体拮抗作用と  
アセチルコリンエステラーゼ阻害作用を併せもつ  
新しいタイプの消化管運動賦活剤です。



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

Ganatone (増酸イブプロデン)

### 特徴

- 1 腹部膨満感、食欲不振、悪心、嘔吐、胸やけなどの慢性胃炎に伴う症状に改善作用を示します。
- 2 消化管運動賦活作用(ヒト、イヌ、ラット)・制吐作用(イヌ)を有します。
- 3 副作用は、2.45%(572例中14例)です。  
主な症状は、下痢4件(0.70%)、頭痛2件(0.35%)、腹痛2件(0.35%)等です。

【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、用法・用量、その他の使用上の注意等の詳細は、製品添付文書をご参照下さい。



製造発売元

## 北陸製薬株式会社

■ 資料請求先: 市販後調査管理室 福井県勝山市猪野口37号1-1

国内初めて

# 带状疱疹後神経痛 の効能が承認されました。



## 効能追加

【指定医薬品】

下行性疼痛抑制系賦活型  
疼痛治療剤(非オピオイド、非シクロオキシゲナーゼ阻害)

# ナイトロピン®錠

〈薬価基準収載〉

【効能・効果】

## 带状疱疹後神経痛

腰痛症、頸肩腕症候群、肩関節周囲炎、変形性関節症

〈効能・効果に関連する使用上の注意〉

带状疱疹後神経痛に用いる場合は、带状疱疹発症後6ヵ月以上経過した患者を対象とすること。(带状疱疹発症後6ヵ月未満の患者に対する効果は検証されていない。)

【用法・用量】

通常、成人1日4錠を朝夕2回に分けて経口投与する。  
なお、年齢、症状により適宜増減する。

〈用法・用量に関連する使用上の注意〉

带状疱疹後神経痛に対しては、4週間で効果の認められない場合は漫然と投薬を続けないよう注意すること。

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。

健康を求め、未知に挑戦する

### 日本臓器製薬

〒541-0045 大阪市中央区南船場2丁目1番2号 電話：(06)6203-0441  
資料請求先：日本臓器製薬株式会社 学術部

21世紀をみつめて  
Heartful Wave of Pharmaceuticals

薬価基準収載

# DOVONEX

尋常性乾癬治療剤

創薬  
指定医薬品

# ドボネックス®軟膏 DOVONEX® OINTMENT

〈カルシポトリオール軟膏〉

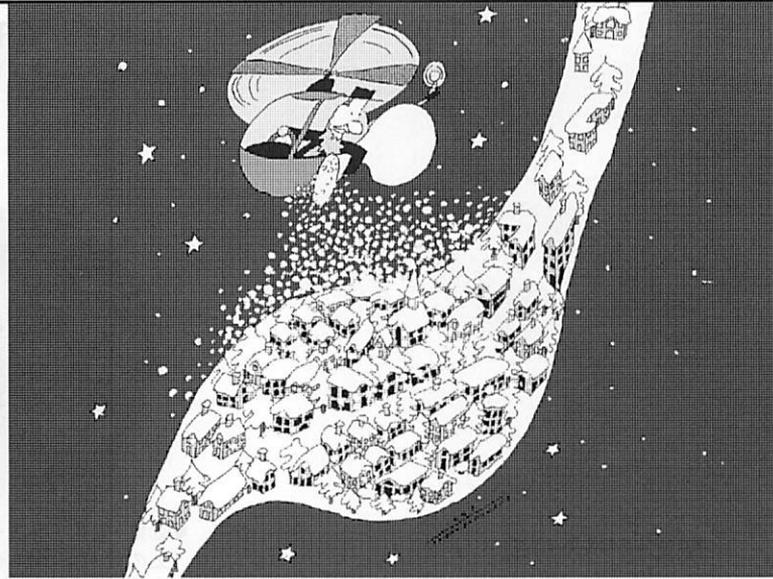
「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、現品添付文書をご参照ください。

販売 [資料請求先]  
 **テイコクメディックス株式会社**  
東京都中央区日本橋富沢町9番19号

輸入元  
 **帝國製薬株式会社**  
香川県大川郡大内町三本松567番地

作成年月2000年4月

おおつて守つて、直接なおす。



- 効能・効果/胃潰瘍  
下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善  
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期
- 用法・用量/通常、成人には本剤を1回1.5g(エカベトナトリウムとして1g)、1日2回(朝食後、就寝前)経口投与する。  
なお、年齢、症状により適宜増減する。

- 使用上の注意は製品添付文書をご覧ください。
- 使用上の注意の改訂には十分ご留意ください。



胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載

**ガストローム® 顆粒**

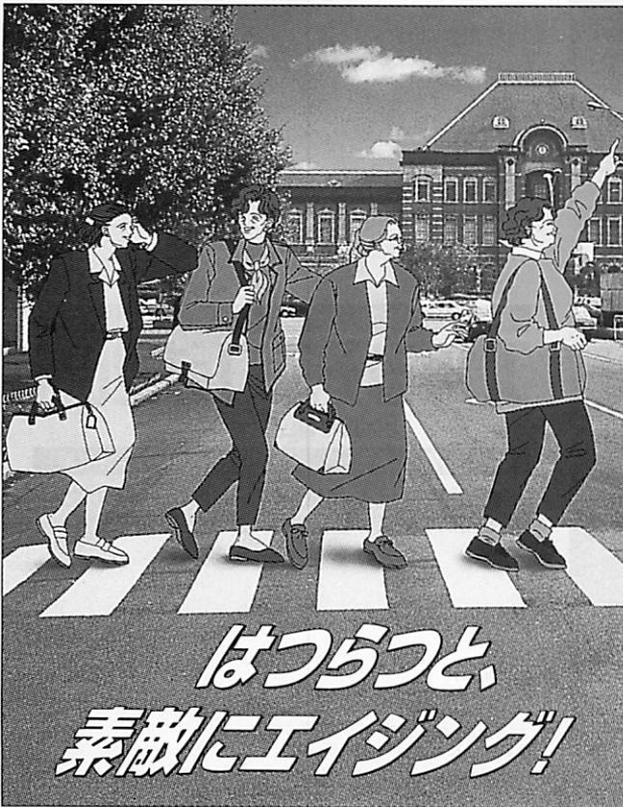
Gastrom® (エカベトナトリウム製剤)

指定医薬品

<資料請求先>

**田辺製薬株式会社**  
大阪府中央区道修町3丁目2番10号  
<http://www.tanabe.co.jp/>

1998年6月作成



はつらつと、  
素敵にエイジング!

骨をみつめた、  
**New Compliance Drug**



骨代謝改善剤

薬価基準収載

前薬・指定医薬品・要指示医薬品(注意・医師等の処方せん・指示により使用すること)

**ダイドロネル錠200**

Didronel エチドロン酸 二ナトリウム錠

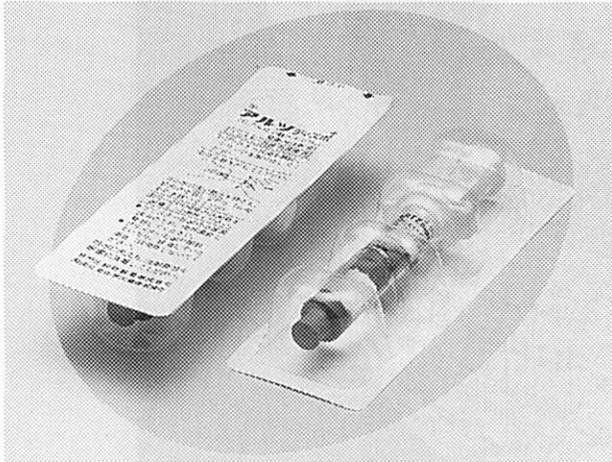
- 効能・効果・用法・用量、使用上の注意等につきましては添付文書をご覧ください。

**住友製薬**

製造販売元 (資料請求先)  
**住友製薬株式会社**  
〒541-8510 大阪府中央区道修町2丁目2番8号

ARTZ Dispo<sup>®</sup>

●薬価基準収載



関節機能改善剤

指定医薬品

# アルツディスポ<sup>®</sup>

(ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

ブリスター包装内滅菌済

●効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等の詳細は、製品添付文書をご参照ください。

(製造元)



生化学工業株式会社  
東京都中央区日本橋本町2-1-5

発売元

(資料請求先)



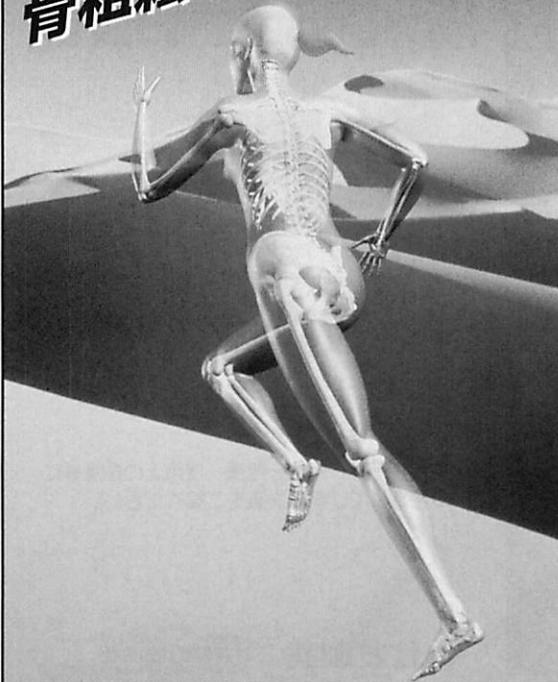
精研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28-8

(1998年12月作成)

97H4

## 骨粗鬆症治療剤



## 旭化成

骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

# エルシトニン<sup>®</sup>注20S

Elicitonin Inj. 20S

劇薬、指定医薬品

(エルカトニン注射液)

〈効能・効果〉〈用法・用量〉〈禁忌を含む使用上の注意〉等、詳細については製品添付文書をご参照下さい。

製造発売元

旭化成工業株式会社

大阪市北区堂島浜一丁目2番6号

資料請求先

医薬学術部：東京都千代田区神田美土代町9番地1

H.11.11

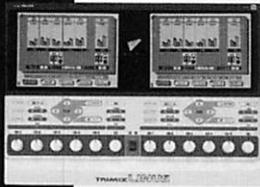
S.S.P.療法器

# TRIMIX LINUS TM-5502

トリミックス リノス 5502



S.S.P.療法器の最新鋭「トリミックス リノス」は、治療器初の大型カラーディスプレイ、世界初の連動出力ユニット等、高性能な装備を搭載したS.S.P.療法器です。1977年、日本メディックスと大阪医科大学麻酔科との共同研究の上、開発されたS.S.P.電極。その独特な形の金属電極を用いた治療法は、20年の臨床研究と治療効果により、今や痛みに対する刺激療法の代名詞となりました。その頂点に立つトリミックスシリーズから、フルモデルチェンジをした「TRIMIX LINUS」の誕生です。



## ● 世界初！出力連動ユニット (PAT.P)

どれかの出力ボリュームを上げると、その動きに連動して他のチャンネルの出力ボリュームも自動的に上がります。煩わしかった出力調整が簡単にやさしく行えます。  
(※一定時間を経過すると連動機能が解除され、個々に調整が可能です。また、連動機能をOFFにもできます)

## ● 大型ディスプレイ

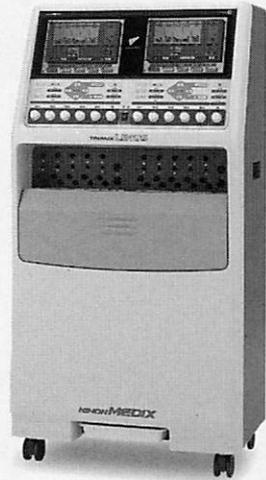
全チャンネル電流、電圧、導電度をグラフィカルに同時表示します。

## ● デュアル通電

「1/fゆらぎ」「トリミックス」等、モードを選ばず各チャンネルごとに高周波周波数帯、低周波数帯の詳細を設定できます。

## ● 可倒式マグネット導子掛け

ユーザーの先生方からのアイデアからマグネット式の導子掛けを開発しました。



承認番号：21100BZZ00160000

S.S.P.: Silver Spike Pointは、(株)日本メディックスの登録商標です。

## M 株式会社日本メディックス

本社  
販売企画課

〒271-0065 千葉県松戸市南花島町315-1  
☎047-368-8714 FAX.047-368-1535

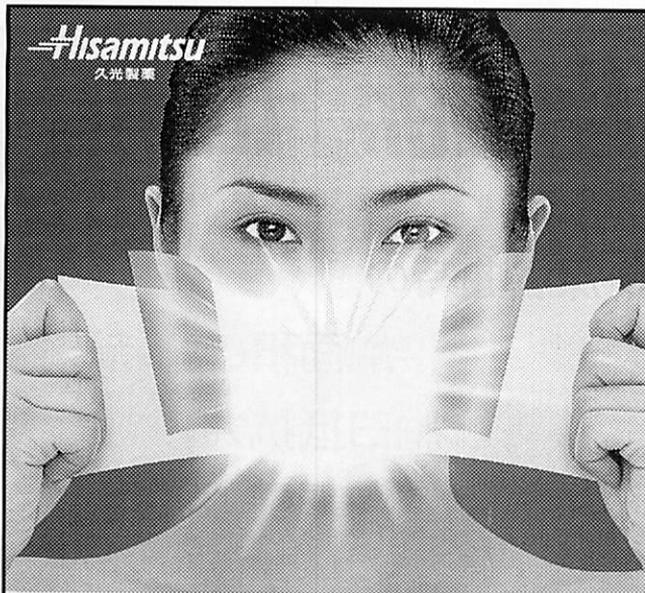
大阪支店 ☎06-6369-1201(代)  
盛岡出張所 ☎019-648-1203(代)  
横浜営業所 ☎045-911-8421(代)  
高松営業所 ☎087-851-1788(代)

九州支店 ☎092-571-8258(代)  
新潟営業所 ☎025-284-3641(代)  
金沢営業所 ☎076-222-3811(代)  
鹿児島出張所 ☎099-228-1479(代)

名古屋支店 ☎052-704-1616(代)  
埼玉営業所 ☎048-767-1681(代)  
京都営業所 ☎075-365-2828(代)  
沼南工場 ☎0471-93-3333(代)

札幌営業所 ☎011-787-1182(代)  
千葉営業所 ☎0471-93-1120(代)  
神戸営業所 ☎078-252-2336(代)  
埼玉工場 ☎048-766-2669(代)

仙台営業所 ☎022-288-2955(代)  
東京営業所 ☎03-5826-7611(代)  
広島営業所 ☎082-238-7988(代)  
病院営業部 ☎047-368-8637



## 使いやすさ、さらにアップ。

フィルムセンターカットでさらに貼りやすい。

経皮鎮痛消炎剤

指定医薬品

# モーラス MOHRUS

(薬価基準収載)

ケトプロフェン0.3%

- モーラスの主要ケトプロフェンは、すぐれた鎮痛抗炎症作用を有し、水性基剤からの放出性・経皮吸収性にすぐれている。
- モーラスは、従来品に比べ「におい」の指標となる揮散成分が70%以上低減した。
- モーラスは、関節部などの屈曲伸展部位にも貼付できる粘着性・伸縮性を有する製剤である。
- 副作用発現率は2.04% (141/6,908例) で主な副作用は局所の皮膚症状であった。

### 【禁忌】(次の患者には使用しないこと)

- (1) 本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者。
- (2) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者。  
[喘息発作を誘発するおそれがある。]

### ■ 効能・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、上腕骨上腕炎(テニス肘等)、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

### ■ 用法・用量

1日2回患部に貼付する。

### ■ 使用上の注意

#### 1. 慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)

気管支喘息のある患者。[アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある。] (重大な副作用の項参照)

#### 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) 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
- (3) 慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以外の療法も考慮すること。また患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。

※その他の使用上の注意については添付文書を参照してください。

資料請求先 久光製薬株式会社 学術部

〒141-0031 東京都品川区西五反田2-8-25

# [r]evolution

beyond current coverage

The revolution  
in the evolution of cephalosporins

効能・効果、用法・用量に関連する使用上の注意、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。

セフェム系抗生物質製剤

注射用 **マキシピム**® 0.5g  
1g

**maxipime**

日抗基：注射用塩酸セフェピム

略号：CFPM

\*注意一医師等の処方せん・指示により使用すること

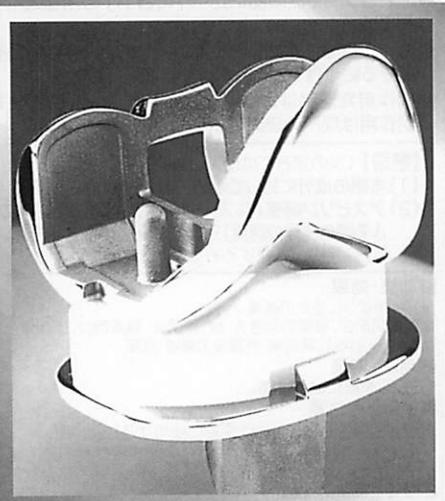
薬価基準収載

禁忌（次の患者には投与しないこと）本剤の成分によるショックの既往歴のある患者

アストルマイヤース スクイブ株式会社

〒163-1328 東京都新宿区西新宿6-5-1 ■資料請求先：学術情報部 tel.03-5323-8355

THE COMPLETE KNEE SOLUTION



## NexGen<sup>®</sup> System LPS-Flex

深屈曲時の  
接触面積の維持  
脱臼抵抗力の向上  
回旋運動の許容



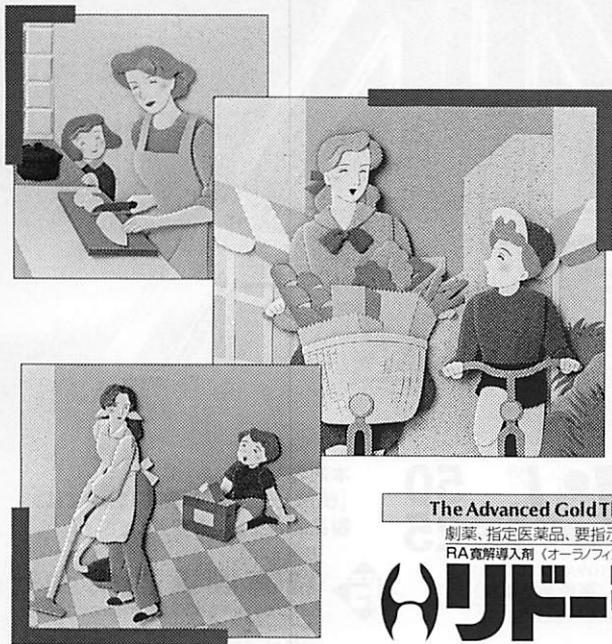
アストルマイヤース スクイブ株式会社  
ジンマー事業部

本社 〒163-1327 東京都新宿区西新宿6丁目5番1号  
新宿アイランドタワー27F TEL 03-5323-8500(代表)

御殿場事業所 〒412-0006 静岡県御殿場市中堀1656番地の1 TEL 0550-89-8500(大代表)

札幌営業所	TEL 011-716-4221(代表)	岡山営業所	TEL 086-233-2205(代表)
仙台営業所	TEL 022-263-3771(代表)	米子営業所	TEL 0859-33-0070(代表)
東京支店	TEL 03-3816-1234(代表)	広島営業所	TEL 082-261-3618(代表)
横浜営業所	TEL 045-472-2190(代表)	福岡支店	TEL 092-474-1232(代表)
静岡営業所	TEL 0550-89-6511(代表)	熊本営業所	TEL 096-351-9984(代表)
名古屋営業所	TEL 052-937-6621(代表)	鹿児島出張所	TEL 099-219-4808(代表)
金沢営業所	TEL 076-263-6703(代表)	沖縄出張所	TEL 098-869-2030(代表)
大阪支店	TEL 06-6394-1230(代表)		

# 大切にしたい RA患者のQuality of Life



## The Advanced Gold Therapy

劇薬、指定医薬品、要指示医薬品  
RA寛解導入剤（オーラノフィン）

# リドーラ錠

Ridaura®

薬価基準収載

**SB**  
SmithKline Beecham

### 禁忌（次の患者には投与しないこと）

1.金製剤による重篤な副作用の既往のある患者〔重篤な副作用が発現するおそれがある〕2.腎障害、肝障害、血液障害あるいは重篤な下痢、消化性潰瘍等の患者〔悪化するおそれがある〕3.妊婦又は妊娠している可能性のある婦人〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与の項参照〕4.小児〔小児等への投与の項参照〕

### ■効能・効果

慢性関節リウマチ（過去の治療において非ステロイド性抗炎症剤により十分な効果の得られなかったもの）

### ■用法・用量

通常成人にはオーラノフィンとして1日6mg（本剤2錠）を朝食後及び夕食後の2回に分けて経口投与する。なお、1日6mgを超える用量は投与しないこと。

### ■使用上の注意

#### 重要な基本的注意

(1)本剤の投与にあたっては、金療法を含む慢性関節リウマチの治療法を十分に把握していること。(2)過去の治療において非ステロイド性抗炎症剤により十分な効果の得られなかった症例に使用すること。なお、罹病期間が比較的短く、骨破壊や関節変形等の進んでいない活動性の慢性関節リウマチに対し本剤の使用を考慮すること。(3)本剤は遅効性であり、6ヵ月以降に効果がみられる例もあるが、通常、効果は1〜3ヵ月後より発現するので、少なくとも3ヵ月以上継続投与すること。なお、従来より投与している非ステロイド性抗炎症剤はその間継続して併用することが望ましい。(4)本剤並びに疾患の特性を考慮して、治療にあたっては経過を十分に観察し、漫然と投与を継続しないこと。(5)本剤の投与開始に先立ち、主な副作用を患者に説明し、特に発熱、咳嗽、労作時息切れ、全身倦怠感、皮下・粘膜下出血、下痢、そう痒、発疹、口内炎等の症状が認められた場合は、速やかに主治医に連絡するよう指示すること。(6)本剤投与前には必ず血液検査（赤血球数、血色素量、白血球数、白血球分類及び血小板数）、肝機能検査（トランスアミナーゼ、アルカリフォスファターゼ）、腎機能検査及び尿検査（蛋白、沈渣）を実施すること。投与中は毎月1回及び医師が必要と判断した時に血液検査（赤血球数、血色素量、白血球数、白血球分類及び血小板数）並びに尿検査（蛋白、沈渣）を行うこと。また、その他の検査項目については必要に応じて実施すること。なお、臨床検査のうち白血球数、血小板数及び尿蛋白の検査値が下記のいずれかの値を示したときは、投与を中止し適切な処置を行うこと。

白血球数……3,000/mm<sup>3</sup>未満  
血小板数……100,000/mm<sup>3</sup>未満  
尿蛋白……持続的又は増加傾向を示す場合、及び血尿が認められた場合

1997年12月改訂

●その他の使用上の注意、取扱い上の注意等については、添付文書をご参照下さい。

販売 (資料請求先)  
スミスクライン・ビーチャム製薬株式会社  
東京都千代田区三番町6番地

製造  
藤沢薬品工業株式会社  
大阪市中央区道修町3-4-7

'98.1

Liple



# プロスタグランジンE<sub>1</sub>製剤 リプル®

アルプロスタジル注射液

劇薬、指定医薬品、要指示医薬品

# Liple®

※〈警告〉〈禁忌〉〈効能又は効果〉〈用法及び用量〉  
〈使用上の注意〉等の詳細については、  
製品添付文書をご参照ください。

〈薬価基準収載〉

製造発売元

**ウェルファイド株式会社**

大阪市中央区平野町2-6-9

〈資料請求先〉くすり相談室

〒541-0047 大阪市中央区淡路町2-5-6

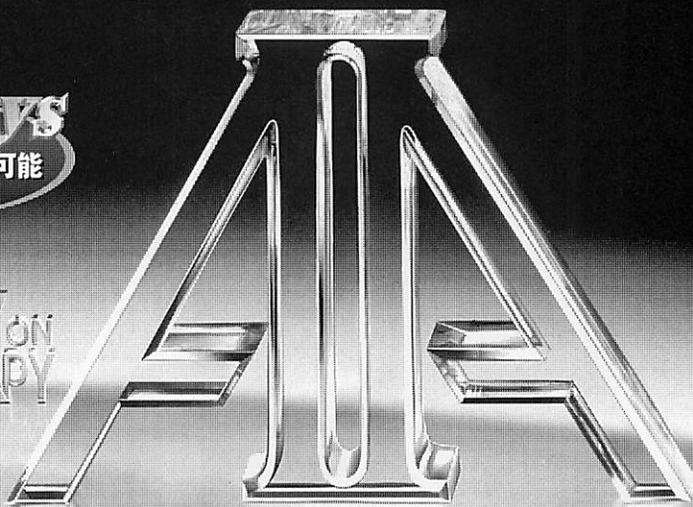
LIP-(B5 1/2) 2000年4月作成

# Welfide Corporation

30 days

1回30日間分 投薬可能

STAY ON THERAPY



A-IIアンタゴニスト  
**AA ニューロタン<sup>®</sup>錠 50**  
NU-LOTIN<sup>®</sup> (ロサルタンカリウム錠)  
(薬価基準収載)

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

本剤のご使用にあたり、  
[使用上の注意]等詳細については、  
製品添付文書をご参照ください。

[資料請求先]



**萬有製薬株式会社**

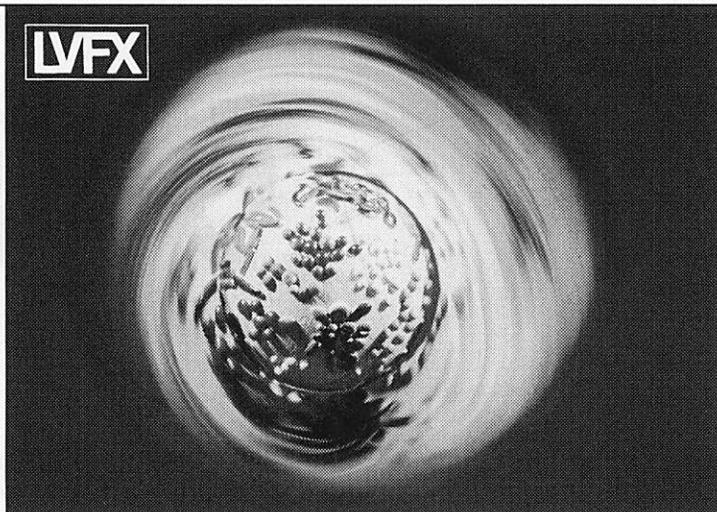
〒103-8416 東京都中央区日本橋本町2-2-3  
ホームページ <http://www.banyu.co.jp/>  
インターネットナンバー：1193 (い・い・く・すり)

02-01CZR00-J-0709J

2000年4月作成

©Trademark of Merck & Co., Inc. Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

LVFX



★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。



広範囲経口抗菌製剤

指定医薬品、要指示医薬品\*

**クラビット<sup>®</sup>錠・細粒**

Cravit<sup>®</sup> (レボフロキサシン製剤)

薬価基準収載

\*注意— 医師等の処方せん・指示により使用すること

いのち、ふくらまそう。

**第一製薬株式会社**

資料請求先  
東京都中央区日本橋三丁目14番10号  
ホームページアドレス  
<http://www.daiichipharm.co.jp/>

99.2

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



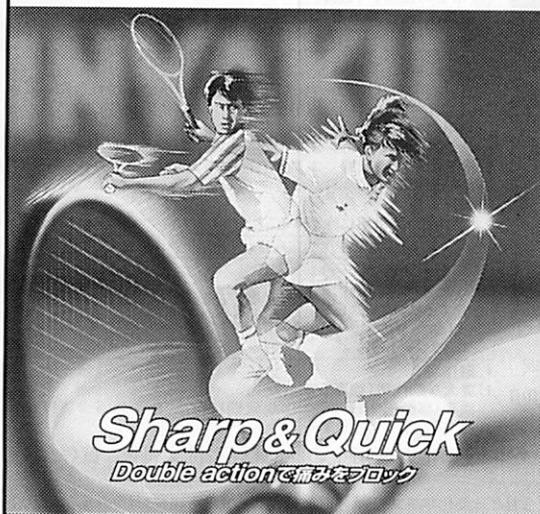
劇薬  
指定医薬品

非ステロイド性鎮痛・抗炎症剤

ハイペン<sup>®</sup>錠 100mg  
200mg

エトドラク製剤

薬価基準収載



- 効能・効果、用法・用量および禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご覧ください。



日本新薬

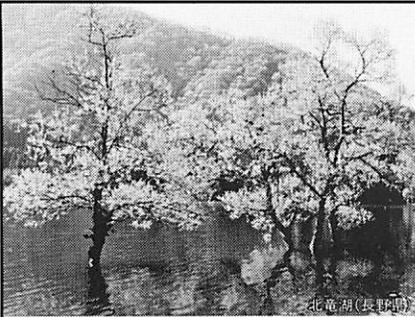
資料請求先

日本新薬株式会社 学術部

〒601-8550

京都市南区吉祥院西ノ庄門口町14

HY0005B5/2-6



# 排尿困難、頻尿に

疲れやすく、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿に時に口渴がある場合

ゴ シャ ジン キ ガン

## (107) ツムラ牛車腎気丸

工キス顆粒(医療用) (薬価基準収載)

●比較的体力の低下した人あるいは老人で、腰部および下肢の脱力感、冷え、しびれ、排尿異常を訴える場合に適用されます。

●前立腺肥大症による頻尿、老人性頻尿(特に夜間頻尿)、排尿困難に効果があります。<sup>1)~4)</sup>

[文献] 1)徳永周二・他：西日本泌尿器科, 54, 1067, 1992 2)鈴木孝恵・他：PHYSICIANS' THERAPY MANUAL 5, 13, 4, 1991  
3)高木隆治：老化と疾患, 4, 8, 1299, 1991 4)林 博史・他：Therapeutic Research, 16, 9, 447, 1995

<b>効能又は効果</b> 疲れやすく、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿に時に口渴がある次の諸症： 下肢痛、腰痛、しびれ、老人のかすみ、かゆみ、排尿困難、頻尿、むくみ	<b>用法及び用量</b> 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。
--	---

**使用上の注意(全文記載)**

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)体力の充実している患者[副作用があらわれやすくなり、その症状が増強されるおそれがある。] (2)暑がり、のぼせが強く、赤ら顔の患者[心悸亢進、のぼせ、舌のしびれ、悪心等があらわれることがある。] (3)著しく胃腸の虚弱な患者[食欲不振、胃部不快感、悪心、嘔吐、腹部膨満感、腹痛、下痢、便秘等があらわれることがある。] (4)食欲不振、悪心、嘔吐のある患者[これらの症状が悪化するおそれがある。] 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)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。フシを含む製剤との併用には、特に注意すること。 3. 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)過敏症：発疹、発赤、痒痒等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。 (2)消化器：食欲不振、胃部不快感、悪心、嘔吐、腹部膨満感、腹痛、下痢、便秘等があらわれることがある。 (3)その他：心悸亢進、のぼせ、舌のしびれ等があらわれることがある。 4. 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ので減量するなど注意すること。 5. 妊婦、産婦、授乳婦等への投与 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与しないことが望ましい。[本剤に含まれるゴジツ、ボタンビにより流産の危険性があり、また修治ブシ末の副作用があらわれやすくなる。] 6. 小児等への投与 小児等には慎重に投与すること。[本剤には修治ブシ末が含まれている。] (1999年10月改訂)

**株式会社ツムラ** 資料請求 弊社MR(医薬情報担当者)、または下記住所宛ご請求下さい。 \*組成・性状等は製品添付文書をご覧ください。

●本社：〒102-8422 東京都千代田区二番町12番地7 ☎(03)3221-0001(代) (2000年2月制作)

<http://www.tsumura.co.jp/>

■使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。 YP-1073



**【禁忌】(次の患者には投与しないこと)**

- 1) 出血している患者(血友病、毛細血管脆弱症、消化管潰瘍、尿路出血、喀血、硝子体出血等)  
[出血をさらに増強する可能性がある。]
- 2) 妊婦または妊娠している可能性のある婦人  
〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照)

**【効能・効果】**  
慢性動脈閉塞症に伴う潰瘍、疼痛および冷感等の虚血性諸症状の改善

**【用法・用量】**  
塩酸サルボグレートとして、通常成人1回100mgを1日3回食後経口投与する。  
なお、年齢、症状により適宜増減する。

**【使用上の注意】(抜粋)**

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- 1) 月経期間中の患者[出血を増強するおそれがある。]
- 2) 出血傾向ならびにその原因のある患者[出血傾向を増強するおそれがある。]
- 3) 抗凝固剤(ワルファリン等)あるいは血小板凝集抑制作用を有する薬剤(アスピリン、塩酸チクロピジン、シロスタゾール等)を投与中の患者[出血傾向を増強するおそれがある。]
- 4) 重篤な腎障害のある患者[排泄に影響するおそれがある。]

2. 重要な基本的注意 本剤投与中は定期的に血液検査を行うことが望ましい。

3. 相互作用  
〔併用注意〕併用に注意すること

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
抗凝固剤(ワルファリン等)		
血小板凝集抑制作用を有する薬剤(アスピリン、塩酸チクロピジン、シロスタゾール等)	出血傾向を増強するおそれがある。	相互に作用を増強する。

4. 副作用  
1) 重大な副作用(類薬)  
類薬(塩酸チクロピジン)では、無顆粒球症、血小板減少症等が知られているので注意すること。

5-HT<sub>2</sub> ブロッカー (薬価基準収載品)

## アンプラグ<sup>®</sup>錠 50・100mg

細粒 10%

指定医薬品 ANPLAG<sup>®</sup> Tablets, Fine granules 塩酸サルボグレート製剤 \*その他の使用上の注意は、添付文書をご覧ください。

製造発売元 **三菱東京製薬株式会社** 東京田辺製薬株式会社と三菱化学株式会社(株)の医薬部門は、1999年10月1日をもって統合し、三菱東京製薬株式会社となりました。 1999年10月作成

資料請求先 〒103-8405 東京都中央区日本橋本町2-2-6

# 経皮吸収型ステロイド剤

劇薬 指定医薬品 要指示医薬品<sup>注1)</sup>

## ファルネラート<sup>®</sup>ゲル

〈ファルネシル酸プレドニゾロンゲル〉

### FARNERATE<sup>®</sup> GEL

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、使用上の注意等については  
添付文書をご参照ください。



販売元 (資料請求先)  
**大日本製薬**  
〒541-0045 大阪市中央区道修町2-6-8

製造元 株式会社クラレ

9908



自然な眠りとさわやかな目覚め

Boehringer  
Ingelheim

向精神薬  
習慣性医薬品<sup>注1)</sup>  
指定医薬品  
要指示医薬品<sup>注2)</sup>

睡眠導入剤

## レンドルミン<sup>®</sup>錠

(プロチゾラム製剤)

注1) 注意—習慣性あり  
注2) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること。

薬価基準収載

【禁忌 (次の患者には投与しないこと)】

(1) 急性狭隅角緑内障のある患者 [眼内圧を上昇させるおそれがある。]  
(2) 重症筋無力症のある患者 [重症筋無力症を悪化させるおそれがある。]

【原則禁忌 (次の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること)】

肺心性、肺気腫、気管支喘息及び脳血管障害の急性期等で呼吸機能が高度に低下している場合

[炭酸ガスナルコーシスを起こすおそれがある。]

「重大な副作用」の項参照

【効能・効果】不眠症、麻酔前投薬

【用法・用量】本剤の用量は、年齢、症状、疾患などを考慮して適宜増減するが、一般に成人には次のように投与する。

・不眠症

1 回プロチゾラムとして0.25mgを就寝前に経口投与する。

・麻酔前投薬

手術前夜：1 回プロチゾラムとして0.25mgを就寝前に経口投与する。

麻酔前：1 回プロチゾラムとして0.5mgを経口投与する。

【使用上の注意】

1. 慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 衰弱患者
- (2) 高齢者 [高齢者への投与] の項参照
- (3) 心障害、肝障害、腎障害のある患者 [心障害では症状が悪化、肝・腎障害では代謝・排泄が遅延するおそれがある。]
- (4) 脳に器質的障害のある患者 [本剤の作用が増強するおそれがある。]

2. 重要な基本的注意

本剤の影響が翌朝以後に及び、眠気、注意力・集中力・反射運動能力等の低下が起こることがあるので、自動車の運転等の危険を伴う機械の操作に従事させないよう注意すること。

3. 相互作用  
併用注意 (併用に注意すること)

薬剤名等	
アルコール (飲酒)	イトラコナゾール シメチジン
中枢神経抑制剤 フェノチアジン誘導体 バルビツール酸誘導体	モノアミン酸化酵素阻害剤

※詳細は添付文書等をご覧ください。

(資料請求先：学術部)

日本ベーリンガー・インゲルハム株式会社  
〒666-0193 兵庫県川西市矢間 3-10-1

'99年4月作成('99.4)

## 大阪医診会

株式会社 アズウェル

株式会社 クラヤ三星堂

井筒薬品株式会社

株式会社 ケーエスケー

榎本薬品株式会社

株式会社 スズケン

大阪合同薬品株式会社

東邦薬品株式会社

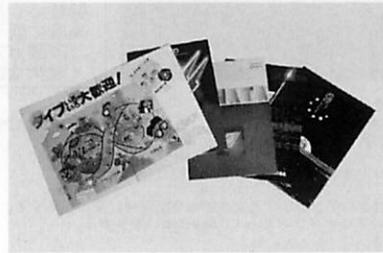
オオモリ薬品株式会社

中川安株式会社

[五十音順]

# 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



**特 性**

- 1 骨の脆弱性の要因となる骨基質タンパク質オステオカルシンの異常を正常化します。
- 2 骨形成を促進し低下した骨代謝状態を改善します。
- 3 骨の微細構造を改善します。
- 4 骨粗鬆症における骨塩量及び疼痛の改善効果が確認されています。
- 5 骨形成促進作用(ラット, *in vitro*)と骨吸収抑制作用(*in vitro*)の両面から骨組織の代謝不均衡を改善します。
- 6 副作用発現率は1,885例中81例(4.30%)でした。  
主な副作用は、胃部不快感 18件(0.95%)、腹痛 12件(0.64%)、発疹 8件(0.42%)等でした。(1996年6月エーザイ集計)

本剤はビタミンK<sub>2</sub>製剤であり、抗凝血薬療法で用いられるワルファリンカリウム(ワーファリン)の作用を減弱します。これに基づき、使用上の注意に「禁忌」と「相互作用」が設定されています。

**【禁忌】(次の患者には投与しないこと)**  
ワルファリンカリウム投与中の患者(「相互作用」の項参照)

**【効能・効果】**

骨粗鬆症における骨量・疼痛の改善

**【用法・用量】**

通常、成人にはメナテトレノンとして1日45mgを3回に分けて食後に経口投与する。

**※【使用上の注意】**

**1. 重要な基本的注意**

(1) 本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究班」の診断基準(骨量減少の有無、骨折の有無、腰痛の有無などの総合による)等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立し、骨量減少・疼痛がみられる患者を対象とすること。

(2) 発疹、発赤、腫痒等があらわれた場合には投与を中止すること。

**2. 相互作用**

併用禁忌(併用しないこと)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
ワルファリンカリウム(ワーファリン)	ワルファリンの期待薬効が減弱する可能性がある。患者がワルファリン療法を必要とする場合はワルファリン療法を優先し、本剤の投与を中止する。プロトロンビン時間、トロンボテストなど血液凝固能検査を実施し、ワルファリンが維持量に達するまで定期的にモニタリングを行う。	ワルファリンは肝細胞内のビタミンK代謝サイクルを阻害し、凝固能のない血液凝固因子を産生することにより抗凝固作用、血栓形成の予防作用を示す製剤である。本剤はビタミンK <sub>2</sub> 製剤であるため、ワルファリンと併用するとワルファリンの作用を減弱する。

**※ 3. 副作用**

総症例1885例中、81例(4.30%)の副作用が報告されている。(承認時及び市販後第1回使用成績調査の累計)

	0.1~5%未満	0.1%未満	頻度不明
* 消化器	胃部不快感、腹痛、悪心、下痢、消化不良	口渇、食欲不振	嘔吐、口内炎
過敏症	発疹、痒疹、発赤		
* 精神神経系	頭痛	ふらつき	めまい
肝臓	GOT、GPT、γ-GTPの上昇等		
腎臓	BUNの上昇等		
* その他	浮腫		

**4. 高齢者への投与**

高齢者に長期にわたって投与されることが多い薬剤なので、投与中は患者の状態を十分に観察すること。

**5. 妊婦・産婦・授乳婦等への投与**

妊婦・授乳婦への投与に関する安全性は確立していない(使用経験がない)。

**6. 小児等への投与**

小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

**\* 7. 適用上の注意**

**\* (1) 投与時**

本剤は空腹時投与で吸収が低下するので、必ず食後に服用させること。なお、本剤は脂溶性であるため、食事に含まれる脂肪量が少ない場合には吸収が低下する。(添付文書の「薬物動態」の項参照)

**(2) 薬剤交付時**

PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。(PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜に刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている)

\* 1998年6月改訂

骨粗鬆症治療用ビタミンK<sub>2</sub>剤 薬価基準収載  
 **グラケイ®** カプセル **15mg**  
**Glakay®** <メナテトレノン製剤>

本剤の適応疾患の骨粗鬆症は厚生省告示第90号(平成10年3月20日付)に基づき、1回30日間分までの投薬が認められています。

資料請求先：エーザイ株式会社医薬部

●ご使用に際しては添付文書をご参照ください。



**エーザイ株式会社**  
 〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10