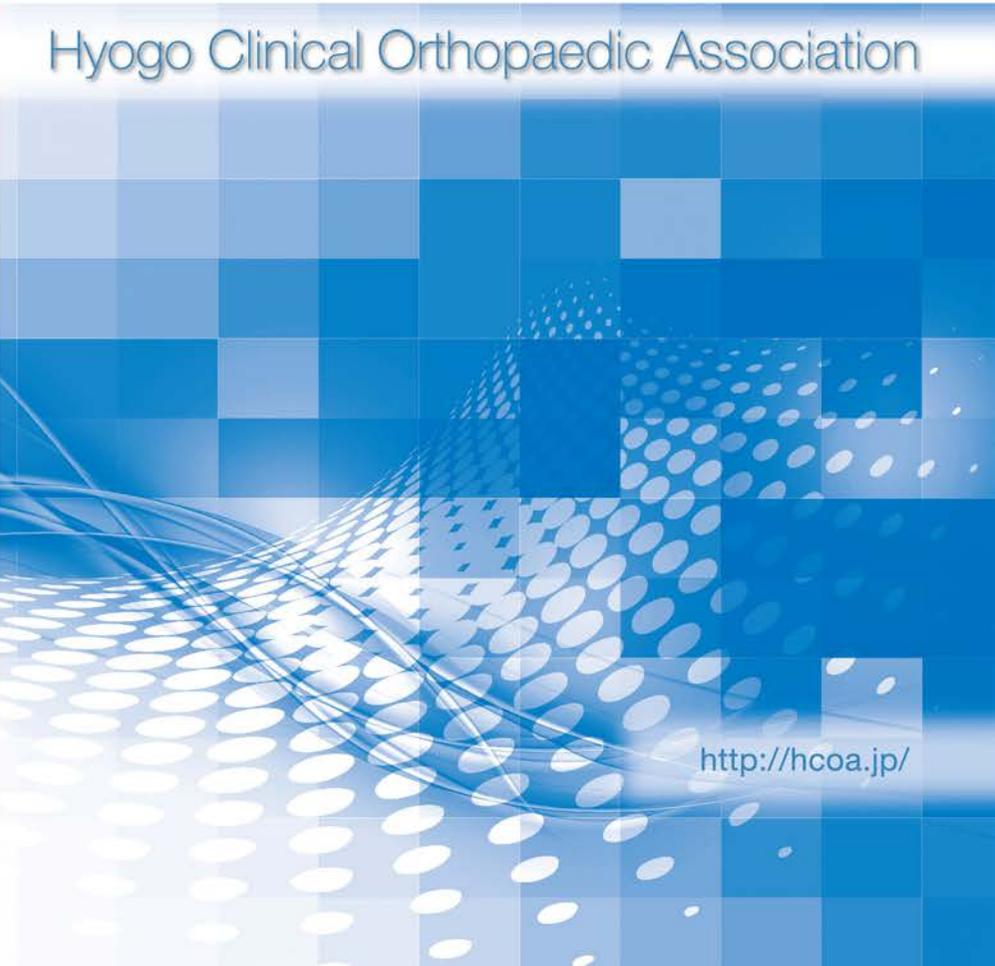


兵庫県整形外科医会だより

Hyogo Clinical Orthopaedic Association

No.84



<http://hcoa.jp/>

巻頭言	会長就任のご挨拶	岡田 幸也 … 1
退任挨拶	会長退任のご挨拶	坂田 敏郎 … 3
新入会員紹介		大迎 知宏 … 6
		笠原 孝一 … 7
		畠中 輝昭 … 7
		朴 基彦 … 8
		吉田 商浩 … 8
		木戸 一二 … 9
		池田 正則 … 10
		坂田 周平 … 10
		高倉 義幸 … 11
		佐々木 剛 … 11
		石川 雅久 … 12
		村井 正和 … 12
役員・委員名簿	平成27年度 兵庫県整形外科医会役員名簿 ………………	14
	平成27年度 兵庫県整形外科医会各種委員会委員名簿 ………………	15
	平成27年度 地区・医政委員名簿 ………………	16
	平成27年度 整医協兵庫世話人名簿 ………………	17
	平成27年度 兵庫県保険審査委員名簿 ………………	18
各委員会より	ウェブサイトとメーリングリストのご案内	
	… 情報システム委員会 …	20
	情報システム委員会報告（メーリングリストの活性化について）	
	… 情報システム委員会 …	21
	整形外科医政協議会へのご協力をお願い … 情報システム委員会 …	22
会員からの便り	「新・本のこと39～59」 ………………	坂部 泰彦 … 24
	「5月の松島湾」 ………………	吉岡 裕樹 … 47
ジョイントミーティング	静岡県*兵庫県整形外科医会ジョイントミーティング	
	… 宇野津 雅哉 …	52
	静岡県、兵庫県整形外科医会 ジョイントミーティング親睦ゴルフ報告	
	… 宇野津 雅哉 …	53
神戸市整形外科医会ゴルフコンパ	第5回神戸市整形外科医会ゴルフコンペに優勝して	
	… 大谷 卓弘 …	56
骨と関節の日	平成26年度「運動器の10年・骨と関節の日」兵庫県下の行事内容 …	60
	第20回骨と関節の日 市民公開講座	
	講演1「腰仙椎由来の下肢の痛みとしびれ」 … 西田 康太郎 …	63
	講演2「首と背中からくる痛みとしびれ」 …… 橘 俊哉 …	64
	「平成26年骨と関節の日」講演会	
	講演「ロコモティブシンドロームの要因としての上・下肢の痛みとしびれ」	
	… 山本 和司 …	65

目次●

ラ ジ オ ・ 新 聞	平成26年度 ラジオ関西「みんなの健康相談」	68
	平成26年 神戸新聞「カルテQ&A」	68
	平成26年1月16日 踵骨棘	生 田 進 一 … 69
	平成26年4月3日 大腿骨内顆骨壊死症	岩 崎 安 伸 … 69
	平成26年4月10日 変形性足関節症	安 田 義 … 70
	平成26年5月15日 変形性股関節症	西 山 隆 之 … 71
	平成26年7月24日 膝の痛み	山 口 基 … 72
	平成26年8月28日 椎間板ヘルニア	橋 本 靖 … 73
	平成26年10月9日 ばね指	田 野 確 郎 … 73
学 術 講 演	平成25年度 第5回兵庫県整形外科医会学術講演会	
	講演Ⅰ「上腕骨骨折の治療戦略－近位から遠位まで－」	
		池 上 博 泰 … 76
	講演Ⅱ「骨延長の歴史を紐解く」	川 端 秀 彦 … 77
	平成26年度 第1回兵庫県整形外科医会学術講演会	
	講演Ⅰ「交通事故診療における医療機関の姿勢」	
		山 下 仁 司 … 80
	講演Ⅱ「整形外科領域におけるiPS細胞研究の臨床応用	
	－運動器疾患治療の新戦略－	戸 口 田 淳 也 … 90
	平成26年度 第2回兵庫県整形外科医会学術講演会	
	講演Ⅰ「骨軟部腫瘍：切るべき腫瘍、切らなくてよい腫瘍」	
		青 木 康 彰 … 93
	講演Ⅱ「変形性関節症に対する関節形成術	
	－脛骨顆外反切り術と遠位脛骨斜め骨切り術について－	
		寺 本 司 … 97
	平成26年度 第3回兵庫県整形外科医会学術講演会	
	講演Ⅰ「転倒リスクの検証と対処」	青 山 朋 樹 … 100
	講演Ⅱ「肩関節可動域からみた肩の診察・治療法」	
		浜 田 純 一 郎 … 104
	平成26年度 第4回兵庫県整形外科医会学術講演会	
	講演Ⅰ「脊椎・脊髄損傷治療におけるピットフォールとその対策」	
		伊 藤 康 夫 … 107
	講演Ⅱ「陥入爪、巻き爪に対する爪矯正」	町 田 英 一 … 110
広 告		112
編 集 後 記		129



会長就任のご挨拶

兵庫県整形外科医会会長
岡田整形外科医院（神戸市灘区）
岡 田 幸 也

この度、伝統ある兵庫県整形外科医会の9人目の会長を拝命するにあたり、大変な名誉に感じると同時にその責任の重さに身の引き締まる思いで一杯です。

兵庫県整形外科医会（HCOA）は昭和48年に荻原初代会長を中心に設立され、その後吉良先生、信原先生、中谷先生、武部先生、川井先生、鄭先生、坂田先生と引き継がれ、今年で42年目を迎えています。兵庫県では他府県の臨床整形外科医会とは異なり、開業医の枠にとらわれず勤務医も入会し、大学の垣根さえも越えて「整形外科」という共通専門科目の下に集い、自己研鑽と地域医療の充実に協力する目的を持った大きな組織へと成長を続けてきました。

しかしながら、本会設立40周年記念行事の際に感じたことは、設立当時とは整形外科を取り巻く医療環境が大きく変化しているので、時々の医療情勢に柔軟に対応できる組織に改変して次世代に引き継いでいく必要性でした。そこでまず、本会にとって核となる会則の中で、現状にそぐわなくなったいくつかの点の改正に取り組みました。約一年間の協議と全会員への公開質問等を経て、ようやく今回の改正に至りました。今回の改正は現時点での祖語に対応できるように一部を手直ししただけで、本会の設立目的等には何ら変更を加えていません。むしろ今回の一部改正の過程で、本会の目的を再認識する機会を与えてもらったと言っても過言ではありません。

本会の会則を踏まえて、私が担当する今後2年間は、①会員の自己研鑽、②経済的安定そして③社会貢献を三本の柱として舵を取りたいと思っています。具体的には、①会員の自己研鑽のために全国・県下を問わず各地から幅広い分野で講師を招き講演会を主催・共催したいと考えています。また会員のJCOA学会発表等に対して助成金を出して経済的負担を軽減する方針です。②の経済的安定に関しては、本会会員の多くは医療機関の経営

巻頭言 ●

者でもあります。したがって、医療機関の経済的な安定なくして十分な医療提供は困難と考え、医療保険制度の改善への働き掛けや、整形外科医療の方向性に関する情報提供等を積極的に行いたいと考えています。最後に③の社会貢献ですが、整形外科専門医つまり運動器疾患の専門医として得た知識と技術を地域に還元できるよう道筋をつけたいと考えています。医療保険・介護保険における運動器リハをはじめとして、地域で行われているスポーツ活動のグラウンドドクターや学校における児童の運動器検診に至るまで、運動器疾患を専門とする整形外科医は地域の多くの現場で必要とされています。

整形外科医自身が運動器疾患を扱う専門医であることの知識と認識を自己研鑽を通してさらに深め、社会貢献を通じて一般市民にも整形外科の本分を理解してもらうことが本会執行部の役割と考えています。向こう二年間全力を注ぎたいと思っていますので、よろしくご支援とご協力のほどお願いいたします。



会長退任のご挨拶

坂田整形外科リハビリテーション
坂田 敏郎

平成25年10月に創立40周年を迎えた、歴史のある兵庫県整形外科医会（HCOA）の会長職に就かせていただき、2年が過ぎました。あとしばらく大役を勤めたいところですが、一昨年に体調を崩し、これ以上会員の皆様にご迷惑をおかけするわけに行きませんので、会長職を退任させていただくことにいたしました。

平成23年6月に発症し、7月に約1ヶ月の入院、検査の結果、悪性腫瘍がダブルで見つかり、約1年に及ぶ治療を受けました。幸い現在は寛解状態となっていますが、無罪放免に至っておりません。休職中は岡田幸也、葛原 啓、中山裕一郎副会長を中心に理事の方々のおかげで会の運営は滞りなく「創立40周年記念式典」も無事開催できました。感謝申し上げます。

今後は新執行部が動きだし、学術面のみならず、社会的にも運動器疾患、「ロコモティブシンドローム」の啓蒙、治療が進むことを期待しております。会員の皆様のご支援、ご協力を御願いたします。

昨年末の衆議院選挙の結果「日本が変わる」期待はありますが、自民党安倍政権下では、マニフェストには「国民の医療費負担の増大を極力抑制する」方針があり、以前からの運動器リハビリの介護保険への強制的な移行などの厚生労働省の整形外科診療に対する厳しい流れには変わりはないと思います。ますます整形外科には厳しい流れは続くでしょう。

会長就任時に書きましたように地域の整形外科診療所が生き残るキーワードは「高齢者」「女性」ではないかと考えています。高齢者の仲間入りをして、働く意欲を持つ人は多く、不況の中でも、消費に積極的なのは50～60歳代の女性です。そんな女性の運動器を鍛え、治療して日本を再活性化したいものです。HCOAもこの流れの中で運動器疾患の予防、治療に対して「先見性」「社会性」そして「洞察力」を駆使して進んで行くことを期待しております。

HCOAと両輪の政治団体「整医協」の活動も欠かせません。個人が任意で参加するのが原則ですが、運動器疾患の予防、治療の啓蒙活動に大きな力を発揮しています。会員の皆様も是非積極的に参加していただき、新執行部への協力をお願い申し上げて、簡単ですが、退任の挨拶とさせていただきます。



新入会員紹介



新入会の先生方です。どうぞ宜しくお願い致します。

(敬称略・入会順)



大 迎 知 宏 (おおむかい ともひろ)

兵庫医科大学 平成3年卒

大迎整形外科

〒674-0092 明石市二見町東二見895-4

T E L : 078-943-9901 F A X : 078-943-9902

兵庫県整形外科医会会員の皆様、明石市でクリニック開院しました大迎知宏です。

兵庫医科大学に在局中は田中寿一教授に従事し、長らく手外科を担当させて頂きました。その経験を活かし、開業後も上肢・手外科領域の日帰り手術を行っています。

クリニックでの手術は関節鏡視下などの低侵襲治療を中心に、患者様の早期社会復帰を目指しています。

クリニックの休診日は手外科学会認定研修病院の順徳会田中病院で、手外科専門医として非常勤医師を兼任しています。

こちらでは全身麻酔下での手術を中心に、上肢疾患の加療を行っています。

開院1年少しと開業医としては駆け出しですが、勤務医時代が長かったためかメスを握らないと落ち着かない日々を送っています。

私にとって目下のところ最大の趣味は上肢の手術と言えますが、たまの休日には明石の海に出て魚を追いかけています。

明石の患者様はアマ・プロを含めて太公望の方が多く、診察室で耳にする釣り自慢話に感化され、釣りに行きたい衝動を抑えつつ診

療を行っている毎日です。

ジギング・ルアーの釣りですが操船を含めまだまだ修行中の身で、腕前はシニアレジデントクラスでしょうか。

地元ゴルフクラブにも所属していますが、こちらの方は年に数回程度のラウンドという有様で、腕前はジュニアレジデントレベルのまま一向に上達の兆しがありません。

このような私ではございますが、公私共々ご指導ご鞭撻を頂きたく願っております。

会員の皆様どうぞよろしくお願い致します。



笠原 孝一 (かさらは こういち)

神戸大学医学部 平成2年卒

神戸労災病院 整形外科

〒651-0053 神戸市中央区籠池通4-1-23

T E L : 078-231-5901 F A X : 078-242-5316

いつも大変お世話になっております。神戸労災病院整形外科の笠原と申します。私はH2年に神戸大学医学部を卒業し、H9年から当院で勤務しています。今年で19年目ということになりますが、長年の激務に耐えられたのも健康に産んでくれた両親のおかげと感謝しています。以前は主に脊椎脊髄疾患を担当させていただいておりましたが、H19年に前任者の転勤に伴い関節外科・外傷を担当するようになりました。

神戸労災病院といえば鷺見院長が中心の脊椎脊髄病疾患、金谷部長を中心とする上肢・手外科疾患がとくに有名で、多数の患者様をご紹介いただいておりますが、関節や外傷疾患はやはり周囲の病院にという先生方がまだ多いのではないかと思います。それでも昨年は人工関節手術101例、外傷58例、その他関節7例と、170例ほどですが手術を行っており、これからも症例数を増やしていきたいと考えています。

世界的に見ても人工関節手術は年々増加しており、わが国でも2013年には約14万人の方が膝、股関節の人工関節手術を受けられています。さらに人工関節の品質や耐用性も向上することにより幅広い患者様に適応が広がっ

てきているのが現状と思います。しかしそうなりますと手術適応も甘くなり、なかには術後満足度の低い患者様も出てくると考えられます。このようなことが起きないように当院では術前からパンフレットを配布し、患者様への教育や指導などを十分行った後に手術に望むようにしており、さらに術後も約1か月は入院リハビリを行ってからの退院となるため、より満足度の高い術後成績が得られると考えています。今後、当院にも多数の患者様をご紹介いただけるよう努力していきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

また外傷に関しては、特にご高齢の方々の骨折も増えておりますが、合併症が多い場合手術可能かどうか迷うことも多いかと存じます。当院では内科、循環器科などとの連携により多数の患者様により安全に手術が行えるよう全身管理についても十分配慮しております。ご相談いただければできるだけ早急に対応したいと考えておりますので、こちらのほうもよろしく願いいたします。

ご不満や至らない点も多いかと存じますが何卒ご容赦をいただき、これからもよろしくお願い申し上げます。

畠 中 輝 昭

畠中整形外科リハビリテーション科



朴 基彦 (ばく きおん)

神戸大学 平成7年卒

ばくペインクリニック、神戸大学医学部附属病院非常勤講師

〒651-0087 兵庫県神戸市中央区御幸通6丁目1-20 三宮山田東急ビル5F

T E L : 078-862-5112 F A X : 078-862-5113

このたび、兵庫県整形外科医会に入会させていただきました朴基彦と申します。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

私は平成7年に神戸大学を卒業後、神戸大学麻酔科に入局しました。その後、麻酔の研修および指導医を取得後に、東京にあるNTT東日本関東病院（旧関東通信病院）のペインクリニック科で5年間、運動器疼痛を始めとする各種疼痛疾患に対する治療の研鑽を積みました。その後、運動器超音波の第一人者である秋田大学（当時、現在は城東整形外科）の皆川洋至先生と出会い、整形外科領域の超音波診断と治療について新しい知見を得て、現在は運動器超音波の有用性の普及のため、運動器超音波の各分野で活躍されている整形外科医とともに各地でセミナー、講演などを積極的に行っています。

そんな活動をする中で整形外科領域の知識をさらに深めたいと思うようになり、日本整形外科学会に入会し、諸先生方からお声掛けいただきまして今回兵庫県整形外科医会にも入会させていただきました。

運動器超音波は各種運動器疾患の診断と治療に非常に役立つツールであり、今後も県内での更なる普及のため尽力したいと思っています。

私の専門はとくにレントゲン透視下および超音波ガイドの神経ブロックなど各種インターベンションです。比較的難易度が高い治療も、安全性確保に心がけながら積極的に行っています。

開業医としてはようやく5年目で、まだまだ若輩者であります。これからも諸先輩方のご指導、ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。



吉田 商 浩 (よしだ あきひろ)

川崎医科大学 平成元年卒

よしだクリニック

〒661-0953 尼崎市東園田町9丁目48-1

T E L : 06-4950-0852 F A X : 06-4950-0853

皆様、はじめまして。このたび兵庫県整形外科医会に入会させていただきました吉田商浩と申します。私は平成元年に川崎医科大学

を卒業後、大阪市立大学整形外科に入局し国立大阪病院（現国立大阪医療センター）で2年間の研修を受け、その間3ヶ月間は麻酔科

をローテイトしました。平成3年から1年間は兵庫県立西宮病院救命救急センターで救急医学の基礎を学び、平成4年からの2年間は大阪市立大学整形外科手外科グループ研究医としてキーンベック病に関する学会発表を行いました。その後平成6年から6年間は東大阪市の石切生喜病院で主に交通事故、労災事故による外傷の治療にあたり、平成12年からは大阪市生野区にある共和病院で主に高齢者の脊椎圧迫骨折に対する保存治療、大腿骨頸部骨折の手術治療に携わってまいりました。この度ご縁があって尼崎市東園田町で開業させて頂きますが、娘のバレエの発表会がアルカニックホールで催されたり、息子の空手の大会がベイコム体育館で行われたりして、何かとイベントがあると家族全員で尼崎に出かける機会が数多くありました。また、平成12年から6年間、吹田市江坂の病院で週1回

非常勤医師として働いていましたが、阪急園田駅からバスに乗り通勤しておりました。このような環境であったため、以前から尼崎には親しみを感じており、尼崎の方々に何か貢献したいと考え開業地に選んだ次第です。クリニックは園田駅の駅ビル、園田阪急プラザ1階南側にあり阪急バス、尼崎市バスの停留所を降りてすぐの場所にあり、電車でもバスでも非常にアクセスの良い所です。クリニックのロゴマークは長女がデザインしました。私を“クマ”のイメージとして捉え、吉田のイニシャル“Y”と重ね合わせた様です。最後になりますが、伝統ある兵庫県整形外科医会への入会をお許し頂き誠に有難うございます。これからは各先生方のご指導の下、力の限り頑張ってまいります。何とぞ宜しくお願い申し上げます。



木戸 一二 (きど ひとじ)

大阪医科大学 平成14年卒
木戸整形外科

〒661-0034 尼崎市武庫之荘西2-53-12

T E L : 06 - 6437 - 7722 F A X : 06 - 6437 - 7702

この度、兵庫県整形外科医会に入会させて頂きました木戸一二と申します。平成14年大阪医科大学を卒業後、同大学整形外科学教室に入局いたしました。附属病院、関連病院での研修後、平成26年4月2日尼崎市武庫之荘で開業いたしました。

以前からの念願であった生まれ育った土地での地域医療・社会貢献に参加できることに喜びを感じております。まだまだ若輩者ではありますがご指導ご鞭撻のほどよろしく願いいたします。



池田 正 則 (いけだ まさのり)

鳥取大学 昭和56年卒

川井整形外科

〒676-0808 高砂市神爪2丁目2番7号

T E L : 079-432-7757 F A X : 079-432-7758

この度、兵庫県整形外科医会に入会させていただきました池田正則と申します。昭和56年に鳥取大学を卒業し、神戸大学整形外科に入学いたしました。大学院修了後は高砂市民病院、国立神戸病院、また再度高砂市民病院に勤務いたしました。平成25年4月から川井

整形外科勤務、平成26年2月24日に継承いたしました。勤務医の時とは環境も異なりわからない事が多く、先生方にご指導いただきながら何とかやっております。まだ未熟ですのでこれからもよろしくお願ひ申し上げます。



坂 田 周 平 (さかた しゅうへい)

産業医科大学 平成17年卒

神戸大学大学院医学研究科 整形外科学

〒650-0017 兵庫県神戸市中央区楠町7丁目5-2

はじめまして。この度、兵庫県整形外科医会に入会させていただきました坂田周平と申します。私は平成17年産業医科大学を卒業後、市立加西病院で初期研修を行い、平成19年神戸大学整形外科教室に入学いたしました。その後、県立淡路病院、公立神崎総合病院、加古川西市民病院、高槻病院で研修させていただきました。平成23年から神戸大学大学院医学研究科整形外科学講座に入学いたしました。大学院では股関節グループで軟骨細胞のアポトー

シスに関する研究を行ってまいりました。現在、在学中ではありますが、父の体調不良もあり、坂田整形外科で父とともに診療しております。いままで不勉強であった保険関係、診療報酬等について学ばせていただきたいと思い、整形外科医会入会をお願いいたしました。まだまだ未熟でありますので、諸先生方のご指導、ご鞭撻いただきたく存じます。今後とも、なにとぞよろしくお願ひ申し上げます。



高倉 義幸 (たかくら よしゆき)

高知医科大学 平成8年卒

高倉整形外科クリニック

〒657-0033 神戸市灘区徳井町5-4-21

T E L : 078-851-1053 F A X : 078-851-1054

この度、兵庫県整形外科医会に入会させていただきました高倉義幸と申します。平成8年に高知医科大学を卒業し、神戸大学整形外科に入局し研修を始めました。平成14年に神戸大学大学院にて学位取得後、アメリカのピッツバーグ大学へ留学を経て、平成16年より神戸大学病院、公立浜坂病院、甲南病院に勤務いたしました。平成21年4月より神戸市灘区で開業し、足関節や足の外科の疾患を中心として足関節捻挫、靭帯損傷・断裂、疲労骨折などのスポーツ外傷、外反母趾、扁平足、

変形性足関節症、関節リウマチ、巻き爪（陥入爪）などの診療を行いながら、週に1度ですが神戸海星病院で外反母趾矯正術、扁平足に対する後脛骨筋腱再建術や踵立方関節外側支柱延長固定術、変形性足関節症に対する人工足関節置換術や足関節固定術、距骨壊死に対しては人工距骨置換術などを行っております。まだまだ若輩者ですが、今後も地域医療、足の外科の治療に貢献すべく日々勉強してまいりますので、皆様の御指導と御鞭撻を何卒宜しくお願い申し上げます。



佐々木 剛 (ささき つよし)

岡山大学 平成17年卒

ツカザキ病院（非常勤）、とくなが病院（非常勤）（12月まで）、

ささき整形外科クリニック（平成27年2月開業予定）

〒671-1523 兵庫県揖保郡太子町東南345

T E L : 079-276-7070 F A X : 079-276-7071

この度、兵庫県整形外科医会に入会させていただきました佐々木剛と申します。私は平成17年に岡山大学を卒業し、卒業後は福岡徳洲会病院で2年間の初期研修を行い、平成19年より岡山大学整形外科に入局しました。その後は、岡山大学病院などにて勤務しておりましたが、地元の揖保郡太子町での開業を考え、平成26年4月より非常勤職員としてツカザキ病院、とくなが病院で勤務しておりました。平成27年2月より地元の揖保郡太子町に

てささき整形外科クリニックを開業させていただきました。まだまだ、若輩者であり医院の建設、診療、経営面でも知識が足りませんでしたので、近隣の諸先生方にご助力いただき今回の開業にこぎつけることができました。この場を借りて感謝申し上げます。

私は、今だ浅学非才の未熟者です。何卒、今後ともご指導ご鞭撻のほど宜しくお願い申し上げます。

新入会員紹介 ●



石川 雅久 (いしかわ まさひさ)

関西医科大学 平成7年卒

石川整形外科医院

〒678-0232 赤穂市中広881-4

TEL : 0791-45-1717 FAX : 0791-45-1718

このたび入会させていただいた石川雅久です。先代院長でもあった亡き父、石川清の後を受け日々研鑽しております。

さて、村上春樹の某小説にもありましたが自己紹介というとなかなか難しいもので自分を言葉に変えるのはいつも難渋します。従いまして好きなこと、苦手なことを羅列することでワタクシを皆さんに判断していただくのはいかがかと。おかしな文章ですが、皆さん今後ともよろしく願います。

<好きなこと>

野球観戦 (パリーグ、高校野球限定)、オーディオ、電子工作 (ラジオ、アンプ)、釣

り (最近ご無沙汰; のべ竿でエビ撒き)、犬 (柴犬を2匹飼っています)、剣道 (一応2段、今はもう全く無理)、お薬手帳を持ってくる患者さん。等。

<苦手なこと>

球技 (ボールはどっちに転がるか分からない)、うるさい野球場、宴会 (芸がない、人見知り)、文系なネタ (村上春樹はちょっと? 漱石は好き)、英語 (昔は少しはいけたのに)、文章を書くこと (カンベンして下さい)、お薬手帳を持ってこない患者さん。等。



村井 正和 (むらい まさかず)

宮崎医科大学 (現 宮崎大学医学部) 昭和61年卒

尼崎中央病院

〒661-0976 尼崎市潮江1丁目12番1号

TEL : 06-6499-3045 FAX : 06-6497-3196

尼崎中央病院で勤務して2年になります。主に手の外科、外傷を担当しております。

ここ数年は、登山を趣味としており、夏から秋にかけて2~3回北アルプスに出かけています。

尼崎中央病院 整形外科は、地域で開業されておられる先生方との連携なしには運営できません。今後ともよろしく願ひ申し上げます。



役員・委員名簿





平成27年度 兵庫県整形外科医会役員名簿



顧 問

水野 耕作	立石 博臣	黒坂 昌弘	吉矢 晋一	吉良 貞伸
信原 克哉	中谷 正臣	武部 恭一	坂田 敏郎	

監 事

鄭 仁秀	丸野 博敏
------	-------

会 長 ・ 副 会 長 ・ 各 理 事

役 職	氏 名	担 当		役 職	氏 名	担 当
会 長	岡田 幸也	JCOA県代表	理 事		大谷 卓弘	◆情報システム、学術、自賠・労災
副会長	葛原 啓	総務、地区・医政、保険、親睦・福祉、新入会、会計			辻本 和雄	◆リハビリ・介護保険、総務、学術
	山下 仁司	広報、渉外・骨と関節、情報システム、自賠・労災、医療周辺問題、JCOA近畿ブロック			厚井 薫	◆総務、地区・医政、新入会、JCOA近畿ブロック
	安田 義	学術、スポーツ・学校保健、リハビリ・介護保険、有床診・病院、勤務医			青木 康夫	◆会計、総務、JCOA近畿ブロック
理 事	杉本 欣也	保険、医療周辺問題			岡田 哲	◆自賠・労災、広報、スポーツ学校保健
	吉田 竹志	◆学術、JCOA近畿ブロック			宇野津雅哉	◆親睦・福祉、広報
	中村 博行	◆有床診・病院			三輪 雅彦	◆医療周辺問題、情報システム、JCOA近畿ブロック
	後藤 義人	◆スポーツ・学校保健、地区・医政、リハビリ・介護保険			三枝 康宏	◆勤務医
	赤松 俊浩	地区・医政、情報システム、JCOA近畿ブロック			飯尾 純	◆JCOA近畿ブロック、広報、情報システム、学術
	井尻慎一郎	◆広報、勤務医、学術			北野 達郎	◆地区・医政、渉外・骨と関節の日
	辻 壽	◆保険、渉外・骨と関節の日、学術、親睦・福祉			廣瀬 哲司	◆新入会、会計、総務
	西川 哲夫	◆渉外・骨と関節の日、スポーツ・学校保健			満田 基温	スポーツ・学校保健

JCOA 役 員

役 職	氏 名				
JCOA 理事	山下 仁司				
JCOA 代議員	坂田 敏郎	岡田 幸也	葛原 啓	厚井 薫	
JCOA 予備代議員	赤松 俊浩	吉田 竹志	辻 壽	辻本 和雄	
JCOA 委員会	葛原 啓	赤松 俊浩	辻 壽	中村 博行	大谷 卓弘

理事会アドバイザー

南 久雄

平成27年度 兵庫県整形外科医会各種委員会委員名簿

委 員 会	委員長	委 員			
総務委員会	厚井 薫	△辻本 和雄	△廣瀬 哲司	△青木 康夫	白井 康雄
		水野 清典	柳田 博美		
学術委員会	吉田 竹志	△大谷 卓弘	△井尻慎一郎	△辻本 和雄	△辻 壽
		△飯尾 純	新倉 隆宏	薩摩 眞一	角田 雅也
		松本 憲	藤田 健司	田中 大也	中山裕一郎
広報委員会	井尻慎一郎	△宇野津雅哉	△岡田 哲	△飯尾 純	荒木 邦公
		西口 滋	上村 正樹	岩城 公一	桃井 健仁
		李 進舜			
渉外・骨と関節の日委員会	西川 哲夫	△辻 壽	△北野 達郎	日野 高睦	片岡 健夫
		木村 琢也	八木 昌義	黒石 昌芳	
情報システム委員会	大谷 卓弘	△赤松 俊浩	△三輪 雅彦	△飯尾 純	佐々木健陽
		高村 学	星島 一夫	麩谷 博之	北澤 久也
		大田 秀一	正田 悦朗		
地区・医政委員会	北野 達郎	△赤松 俊浩	△後藤 義人	△厚井 薫	武田 好弘
		河上 哲生	松井誠一郎		
保険委員会	辻 壽	△杉本 欣也	△後藤 義人	庄 智矢	松原 司
		土居 忠史	丸岡 隆	塚西 茂昭	水口 龍次
		楊 鴻生	松本 學	謝 典穎	荒木 邦公
		竹内 一喜			
自賠・労災委員会	岡田 哲	△大谷 卓弘	中村 亮爾	竹本 勝一	松井 允三
		向井 宏	宮光 世裕		
医療周辺問題委員会	三輪 雅彦	△杉本 欣也	松本 學	松田 誠嗣	藤田 正和
		杉本 格	宮田 啓介		
スポーツ・学校保健委員会	後藤 義人	△満田 基温	△岡田 哲	△西川 哲夫	松本 學
		原田 俊彦	柳田 博美	日野 高睦	木村 琢也
リハビリ・介護保険委員会	辻本 和雄	△後藤 義人	北 潔	陳 隆明	栗原 康雄
		星島 一夫			
有床診・病院委員会	中村 博行	△市橋 研一	大森 裕	中谷 徹也	
勤務医委員会	三枝 康宏	△井尻慎一郎	△市橋 研一	景山 直人	吉田 和也
		福西 成男	黒田 良祐		
親睦・福祉委員会	宇野津雅哉	△飯尾 純	△辻 壽	中林 幹治	桃井 健仁
		荻野 哲也	中神 祐介		
新入会委員会	廣瀬 哲司	△中村 博行	△厚井 薫	片岡 建夫	木村 琢也
		△三輪 雅彦	△厚井 薫	△赤松 俊浩	△吉田 竹志
JCOA近畿ブロック	飯尾 純	△青木 康夫			
会 計	青木 康夫	△廣瀬 哲司			

※△印は副委員長 ※JCOA近畿ブロック、会計は担当理事、副担当理事



平成27年度 地区・医政委員名簿



地 区	委 員	地 区	委 員	
神 戸 市	東 灘 区	阿部 修治	三 木 市	岡田 哲
	灘 区	中林 幹治	小 野 市・加 東 市	山形 健治
	中 央 区	山田 博	加 西 市 西 脇 市・多 可 町	南 久雄
	兵 庫 区	吉川 淳		
	北 区	武田 好弘	加 古 川 市 加 古 郡	後藤 義人
	長 田 区	田村 功		
	須 磨 区	橋村 正隆	高 砂 市	中村 亮爾
	垂 水 区	竹内 一喜	姫 路 市・神 崎 郡 飾 磨 郡	土居 忠史
西 区	荒木 邦公			
尼 崎 市	大村 宗久	た つ の 市・揖 保 郡 相 生 市・赤 穂 市 赤 穂 郡	林 充	
伊 丹 市	米田 紀夫			
川 西 市・川 辺 郡	橋本 一廣			
宝 塚 市	廣瀬 哲司	佐 用 町・宍 粟 市	稲用 博史	
西 宮 市	伊熊 貢秀	朝 来 市・養 父 市	足立 秀	
芦 屋 市	米倉 雅之	豊 岡 市・香 美 町 新 温 泉 町	川端 強	
明 石 市	山本 眞之			
洲 本 市・淡 路 市 南 あ わ じ 市	河上 哲生	篠 山 市・丹 波 市	柳浦 敬子	
		三 田 市	竹本 勝一	

註) 兵庫県の医師会名簿から地域を分類しましたので、全地域が網羅されています。



平成27年度 整医協兵庫世話人名簿



世話人代表	赤松 俊浩	
世話人副代表	北野 達郎	
世話人副代表	丸野 博敏	第1区 東灘区、灘区、中央区
	武田 好弘	第2区 兵庫区、北区、長田区
	竹内 一喜	第3区 須磨区、垂水区
	南 久雄	第4区 西区、西脇市、三木市、小野市、加西市、加東市、多可郡
	川端 強	第5区 豊岡市、三田市、篠山市、養父市、丹波市、朝来市、川辺郡、美方郡
	橋本 一廣	第6区 伊丹市、宝塚市、川西市
	伊熊 貢秀	第7区 西宮市、芦屋市
	大村 宗久	第8区 尼崎市
	山本 眞之	第9区 明石市
	河上 哲生	第9区 淡路市、洲本市、南あわじ市
	後藤 義人	第10区 加古川市、高砂市、加古郡
	土居 忠史	第11区 姫路市（旧家島町、夢前町、香寺町、安富町域）
	林 充	第12区 相生市、たつの市、赤穂市、宍粟市、飾磨郡、神崎郡、揖保郡、赤穂郡、佐用町

平成27年度 兵庫県保険審査委員名簿

(兵庫県整形外科医会 平成26年12月現在)

国保	:	庄智	矢史	(三田市)
		土居	史喜	(姫路市)
		竹内	一喜	(垂水区)
		松原	司也	(加東市)
		岡田	幸也	(灘区)
		丸岡	隆學	(宝塚市)
		松本	邦公	(西区)
		荒本	邦欣	(西区)
社保	:	杉塚	也昭	(西宮市)
		本西	茂仁	(小野市)
		鄭見	秀敏	(須磨区)
		鷺原	正啓	(中央区)
		葛見	生次	(灘区)
		楊水	口龍	(三木市)
		辻安	義人	(灘区)
		後藤	義人	(中央区)
		庄丸	智隆	(加古川市)
柔整国保	:	丸岡	信男	(三田市)
		高橋	學也	(宝塚市)
		松本	也司	(中央区)
		岡田	幸也	(灘区)
		松本	欣也	(加東市)
柔整社保	:	本原	孝一	(西宮市)
		笠原	孝一	(中央区)
労災	:	伊坂	友正	(西宮市)
		坂藤	敏博	(加古川市)
		丸野	郎敏	(東灘区)
		作道	治也	(尼崎市)
		杉本	欣國	(西宮市)
		鈴木	國亮	(洲本市)
		中山	亮仁	(高砂市)
		山下	吉志	(加古川市)
		吉田	竹志	(伊丹市)

(以上、順不同)



各 委 員 会 よ り



情報システム委員会報告

(メーリングリストの活性化について)

兵庫県整形外科医会
情報システム委員会

当会で現在運用していますメーリングリスト（以下 ML）は、会員の情報交換、相互連絡、親睦交流、講演会案内などを目的とし、開設以来の10年間、少しずつですが、先生方のお役に立てるよう充実を図っています。

現在、MLの活性化のため、

- 1、リレー投稿を会員の先生方にMLに発信して頂く。
- 2、兵庫県下の各病院の先生方に、病院案内を MLに発信して頂く。

以上の2点を実施しています。

リレー投稿に関しては、どのようなテーマでも結構です。各医療機関のアピールでも、個人の近況報告でも、口コミ程度の情報でも、クローズドのメーリングリストなので、何でも気軽に投稿して頂ければと思います。特にテーマがない時には、出身大学と所属医局、趣味などの簡単な自己紹介でも結構です。MLへ投稿して頂き、執筆者が次の執筆者を決めて頂くリレー形式の投稿をお願いしたいと思います。1週間して投稿がない時には、指名した人がまた新たな人を指名するというルールで、途切れないようにお願いし、これにより、医会MLで気軽に発言出来るような雰囲気になればと考えています。12月現在までに、91人の先生方にご投稿頂いております。今後も引き続き、投稿をお願いします。

また、病院案内に関しては、22年7月より順次病院勤務の先生方へ依頼し、12月現在までに、56施設への依頼に対し10施設の先生方に投稿して頂きました。この病院案内の情報により、医療機関相互の患者紹介が容易になり、また将来的には、ML上で開業医と勤務医との間の症例検討などが、気軽に出来るような雰囲気になればと考えています。未投稿の病院の先生方は、是非よろしくご協力お願い申し上げます。できましたら、各病院案内を年に1回ほど投稿して頂き、各病院の得意としている分野、受け入れ可能な分野、救急の受け入れ体制の有無など、病診連携に役立つ情報をご紹介くださればと思います。

なお、今までにご投稿頂きました病院案内はhcoaホームページ<http://hcoa.jp/member/>の掲示板/会員用で参照できます。

リレーエッセイにつきましては、順調に投稿が続いていますが、病院案内は最近投稿がありませんので、ご投稿をよろしく申し上げます。

整形外科医政協議会へのご協力をお願い

整形外科・運動器医療を守る医政活動に、ご理解、ご協力をお願いします。



整形外科医療は、2002年の大打撃やリハビリテーションの切り捨てで明らかなように、国の医療政策の中で軽んじられてきました。

日本臨床整形外科学会(JCOA)は、日本整形外科学会、日本運動器科学会とともに、整形外科・運動器医療の発展と政策上の改善を求めて、政府、厚生労働省、国会議員、日本医師会などに働きかけを行ってきました。

そのための政治上の力を発揮する団体が、整形外科医政協議会です。

整形外科医政協議会は、与野党を問わず、政治家一人ひとりの医療政策を見極めて、是々非々のスタンスで働きかけを行っています。

- ・整形外科医療の現場の声を、できるだけ多くのチャンネルを通して、政治の世界に伝えています。
- ・特定政党の集金集票マシーンではありません。
- ・整形外科医政協議会の会費納入は、特定政党・政治家個人に献金することにはなりません。

整形外科医政協議会の活動による整形外科関連分野での主な制度改善

- ・消炎鎮痛等処置のマルメ化の阻止
- ・リハビリテーション日数上限の緩和
- ・運動器リハビリテーション料Iの外来への拡大

多くの整形外科医の参加をお願いします。

整形外科医政協議会の力の源は、多くの整形外科医の加入による組織率です。現在の組織率は約39%（2013年は40%）。組織率の低い団体は相手にされません。会員は、趣旨にご賛同いただける有志の個人です。できるだけ多くの整形外科医のご協力をお願い申し上げます。

整形外科医政協議会は、毎年の会費納入によってその年の会員という形をとっています。前年に会費をご納入いただいても、今回お忘れですと、会費の督促はしていませんし、会員にカウントされません。

JCOA 会員には、毎年6月初旬に会費納入のご案内を整形外科医政協議会事務局から差し上げています(黄色の封筒)。

まだ手続きがお済みでない方は、お手元の郵便振込用紙をお使いいただくか、下記宛まで、納入手続きをおとり下さいますよう、お願い申し上げます。

年会費 A 会員 (JCOA 会員) 一口 2 万円
B 会員 (JCOA 会員以外の方) 一口 3 千円

入会申込・会費振込先 振込は郵便局のみです。個人名義でお願いします。
この振込をもって、入会申込に替えます。

【加入者名】 整形外科医政協議会

【口座名】 00190 - 6 - 576490

【通信欄】 「一口〇〇円× 」をご記入ください(一口以上をお願いします)。

【ご依頼人欄】 ご所属、部署、お名前、ご住所、電話番号を必ずご記入ください。

問い合わせ先：整形外科医政協議会事務局 電話 03-3839-5363 FAX 03-3839-5366

その他のお問い合わせ・ご連絡は → 整医協兵庫世話人代表 赤松クリニック 赤松俊浩 akamatsu_toshihiro@nifty.com



会員からの便り



「新・本のこと39～59」

坂部整形外科（加西市）
坂部 泰彦

39

先日、何かのテレビ番組で、「南木佳士」さんの番組がありました。僕は知らなかったのですが、この方は医師で沢山の著書もあるようで、第100回芥川賞も受賞されています。

①「草すべり」南木佳士著、文芸春秋刊、1500円

この本には「草すべり」の外3篇の短編が収録されています。夫々著者と色々かかわった人物が登場し物語風にまとめられたエッセーと言うところでしょうか。著者は長野県で内科医として救急医療にも携わって働いていたようですが、かなり重症のうつ病になって随分苦労されたようです。山登りを始めてから精神的にも肉体的にも自信を得て何とか医師としての仕事に復帰されたようです。

4編の短編には、自然とのかかわり（山登り）と人間関係の二つを上手く組み合わせて短編にしておられます。「草すべり」は帰国子女だった憧れの高校の同級生との何年ぶりの再会で登山し、時の流れと共に変わった女性のことを書いています。「旧盆」は自分より先になくなった同僚だった後輩の医師のこと、「バカ尾根」は自分の鍛えられた病院の亡き院長はじめ土地の風土の事など、「穂高山」は仕事に行き詰った国語教師のことを、夫々登山と絡み合わせて書いた作品です。

著者は山登りで体を動かす事によってうつ病を克服されたそうで、先日のテレビでは子

供たちに、押付けの教育でなく、自分の目で見自分の感想・意見を持つ事が大切である事を山登りを通じて教えようとされているようでした。文章は滑らかで、自然の描写など上手いと思いました。

医師で作家の方は多いですね。

40

ご紹介する本の題名でもある「山口良忠」と云う方については戦後間もない頃、父がソクラテスの「悪法も又法なり」と云う言葉と共に教えてくれました。この方が亡くなられた当時の新聞に出たのが昭和22年11月4日と云うことですから僕は11歳でしたが、強烈な印象を受けた事を思い出します。今年3月に山口さんの生涯を書いた本が出版されたのでようやく手に入れました。

①「山口良忠」山形道文著、出門堂刊、2500円。

山口さん京大卒業後、昭和17年東京地裁判事となり妻と子供2人で生活していました。当時は食糧難で配給の食糧だけでは到底生活できず、国民は「ヤミ買い」で何とか飢えをしのいでいました。ヤミ商売の横行はもちろんヤミ買いも厳しく取り締まられ、山口判事は「食料統制法」と云う法律に則ってそれを裁く立場にあったわけです。当時は政治家はもちろん、司法に携わる人でも人の情にすがり施しを受けるか、さもなくばヤミで食料を得るしかなかったのですが、山口判事は「法がある限り裁判官としては法に従わねばならない」と配給の食糧だけで生活し、父親からの仕送りの拒否についてには極度の栄養失調で35歳で亡くなられたわけです。

山口さんの死については大きな反響があっ

たようです。当時の首相夫人が「私も主食のヤミ買いはしないけれど、他人の下さる物は頂いて食べているので生きていける…。もし山口判事が父親の下さるものを頂いておられたらこのような悲惨はなかったろう…」と言ったそうです。これに対し「首相夫人のこの言は憤慨に堪えない。一国の台所に全責任を持つ首相が、平然と他人の持ってくる物(統制品)は頂いているという事実は法を犯していないと明言出来るか・・・」など、また余りにも融通が利かなさ過ぎると言う意見もあった様ですが・・・。

山口さんは亡くなる前「人間として生きて以上、私は自分の望むように生きたい。よい仕事をしたい、判事として正しい裁判をしたいのだ。ヤミにかかわっている曇りが少しでも自分にあれば自信が持てないだろう。倒れるかもしれないし死ぬかもしれないが、良心をごまかして生きていくよりは良い」と妻に語っておられたそうです。そして「お前や子供たちにまで絶対配給生活を強いはしない。お前たちの好きなようにしなさい」と言ってもおられたそうです。

この事件の後、いつごろかは不明ですが、世論調査で

- 1) 法律を守る者はそのくらいでないといけない。立派である …………… 15%
 - 2) いくら法律を守る職業とはいえ、少し融通が利かなさ過ぎる …………… 67%
 - 3) 死ぬまで法律を守るなどと云うことはバカげている。 …………… 16%
- だったそうです。

この本には当時の事件の報道、山口さんの生い立ち、社会情勢など、色んな資料をまとめて書いています。ここまでがんばる事はな

いかかもしれませんが、せめて自分の生き方には真摯に、そして誇れる生き方ををしたいものですね。(ちょっと遅すぎたかな)

保身ばかり考えている昨今の政治家や、親から月1500万円も貰っていた首相などに一度読んで欲しい本です。

41

文芸春秋の新年特別号に「弔辞」の特別企画があります。

①特別企画「弔辞」文芸春秋新年号、文芸春秋刊、780円

亡くなった方45人ほどに対する弔辞の特集ですが、古いものは1983年の寺山修二さんに対する脚本家の山田太一さんの弔辞から、新しいのは井上ひさしさんに大江健三郎さんのもの、変わったところでは名馬オグリキャップに馬主の小栗孝一さんの読んだものなど色々です。

司馬遼太郎さんがジャーナリストの近藤紘一さんに読んだ弔辞などは一つの作品みたいです。共産党の宮本顕治さんへの不破哲三さんの弔辞は歴史を振り返る気がしますが、宮本顕治と云うとかなりエゲツナイ権力闘争の経歴を持つ人だったと記憶しますから、弔辞にヘンな事は書けないでしょうけれど、まあまあと言うところでしょうか。

亡くなられた方も弔辞を読んだ方ももちろん著名な方です。そして弔辞を読んだ方も最近亡くなられた方もあります。

弔辞の特集なんて珍しいと思ったのですが、以前にもあったそうです。

「文芸春秋」には毎号最初の方に10人程の著名人のコラムがあります。今回その中に塩

野七生さんの「世界中が中世」と云うのがあり、面白いと思いました。塩野さんは中世の世界史からのいろいろの作品がありますが、この記事では韓国であったG20に対する意見です。

G20と言うのはGroup of 20のことで、テーマこそ色々ですが1986年以来毎年開かれているG7（先進7カ国蔵相会議）から始まり、G8（先進8カ国会議）があり更にG20になったわけです。塩野さんは、国際会議などは他の参加国がリードされる事に納得するような強い国がリードしなくては沢山の国を集めればいいというものではないと書いています。強い国で且つ自国の利益を犠牲にする余地があるくらいの強国でなければ世界を引っ張っていけないと言っておられます。アメリカが絶対強国だった頃は自国の利益を譲歩できる余裕があったからこそ世界を引っ張っていったと云うことです。今はアメリカも「比較強国」に過ぎないし、他の国も同様で、丁度「中世」が群雄割拠で司令塔がなかったと同様、現代社会は多極化の時代で、今後国際会議などでは結論に達する事は絶望的とも書いています。

一堂に会するより一対一で向かい合う方がいいのではないかと、とも。

日本などアジア圏をリードしたいと思っても900兆を越す国債を抱えてはとてとてもでしょうね。もう少し足元を固めないと、と思います。

42

1月始めからだったと思いますがテレビでイタリアの特番をやっていました。イタリアは西洋文明発祥地の一つで中世の遺跡だらけ

の国ですが、面積は日本（37万平方キロ）より少し小さめ（30万平方キロ）で人口は日本の半分くらい（5700万人）。経済中心の現代では少し元気がありませんが、歴史的にはとても魅力のある国です。テレビの特番で「アマルフィ」を紹介していましたが、年末に退屈しのぎに読んだ同じ題名のハードボイルドの作品がありました。

①「アマルフィ」真保裕一著、講談社刊、960円

この本は主人公の外交官・黒田康作のシリーズの一つのようで、映画化されたそうです。ローマで日本人の子供が誘拐され主人公の黒田が活躍する話です。イタリアの地理や歴史的な建物・交通機関なども話に出てきますので、そう云う点ではイタリアを良く知っている方には臨場感があって面白いでしょう。でも僕はストーリーとしては余り面白くとも思いませんでしたしハードボイルドとしての構成もなんだか煮え切らない感じでイマイチと云う感想でした。これも映画となると動きがあってストーリーよりパフォーマンスが優先するので見ごたえがあるかもしれませんね。

「アマルフィ」はギリシャ神話に出てくる妖精の名前で、英雄ヘラクレスがアマルフィの死を悼んで世界で最も美しい地にその亡骸を埋めたという故事にちなんで、美しい港町に付けられた名前だそうです。この本にはそう云った事やアビニョン捕囚などローマの歴史にチョコチョコ触れています。

43

これも正月休みに読んだ娯楽小説です。著者は銀行・証券会社・総合商社などに勤務した後、経済問題を主に題材とした作家になった方です。

①「獅子のごとく」黒木亮著、講談社刊、1900円

主人公「逢坂丹」は事業家の裕福な家庭に育っていましたが、物心付いた頃事業を切り回していた母が亡くなり、事業も倒産し家も取られてしまいます。そのトラウマで銀行を恨んで「金持ちになり銀行に返しをする事」が人生の目的のようになり、アメリカの投資会社で頭角を現します。そして日本に乗り込んできて投資・買収・贈収賄など犯罪か犯罪すれすれのことをやりながら巨万の富を得ます。

時代はバブルの頃を中心とした時期で、山一証券や長銀が潰れたり、西部電鉄が株式の不正で摘発され結局潰れた事件、ゴールドマン・サックスや村上世彰グループの買占め事件、ライブドアや楽天の三木社長…などなど、さらに宮沢喜一大蔵大臣まで出てきます。小説ですから誇張されているでしょうけれど、実名や実名モドキの名前がたくさん出てきますし、政界とのつながりも現実でありそうな気がしてきます。

小説の最後はなんだか気抜けするような結末でカクツとなりますが、ストーリーがノンフィクション的な感じですので、ヘンに筋書きが作れなかったのかもしれない。

とにかく「合法的」かどうかは分かりませんが、経済活動と云うのはこんなにすごい戦いなのかと言うのを理解するには面白い本です。

経済、特に投資関係の専門用語の解説も最後にあります。

44

今年の冬はことのほか寒く、PCを置いている北向きの部屋で長く過ごすのは辛くてついついPCのキーを叩かなくなりました。でも今日など随分暖かくなりましたので、ボケ防止にまた雑文を書かせていただきます。144回の芥川賞・直木賞は久しぶりの2名づつの受賞でした。芥川賞の方は作品もさることながら著者の生い立ちなども含め「美女と野獣」などと、(ちょっと失礼な)評判になりました。もうお読みになった方も多いと思いますが…。

①「きことわ」朝吹真理子著、新潮社刊、1200円

ヘンな題名は「貴子」と「永遠子」と云う二人の名前。「貴子」は葉山に別荘を持つ家の娘、「永遠子」は貴子より7歳年上で、その別荘の管理人の娘と云う設定。二人が子供の頃は毎年夏には別荘で過ごしていたが、貴子の母親が亡くなってから出会わなくなって25年経ち、別荘を処分する事になって、整理のため久しぶりで出会ことになる。この小説の内容は、子供の頃の話とそれから25年を過ごした夫々の出来事をつづっているのですが、生活に密着した事から別荘周辺的情景、母親に恋人がいた話、天文学や気象学の話、レコードの話…など等、そのほか色んな話が出てきます。

この小説が面白いと思うのは、話の内容はともかく、25年前の過去と現在を、ほぼ同時に混同して小説に仕上げているところです。異なった時間軸を同じ平面で、しかもほぼ同

時に矛盾を感じないように書いているのがなんと新鮮で面白いと思いました。表現の新しい技術みたいなものを感じました。

②「苦役列車」西村賢太著、新潮社刊、1200円

私小説と云うことですが、主人公の19歳の「貫多」は一日5500円の日雇い労働で得たお金で、酒とタバコと風俗店に通う生活をしています。生い立ちから色々問題があり社会と阻害されつづけて、恋人はおろか友人もない生活に慣れていますが、ふとした事で「日下部」と云うまともな青年と話すようになり友情らしきものに目覚めます。しかし日下部に恋人が居る事がわかってから再び疎外感を持ち、思いっきり偽悪的な態度でその関係もぶち壊してしまおうと云うストーリーです。

理由はともかく仕事もなく、意欲もなくグズグズした生き方をしている人も居るわけですが、そう云った人たちには共感を得るものがあるのでしょうか。でもこの小説がどうして芥川賞に選ばれたのか、どういう点に文学的な価値があるのか、僕にはちょっと理解できませんでした。また、この本には「落ちぶれて袖に涙のふりかかる」と云う題名の小説が同時に収録されています。貧乏作家と云う設定の「貫多」が、強い腰痛に悩まされながら何とか川端康成文学賞を取りたいと思う気持ちをグダグダと書いた私小説です。

ご紹介した2作でちょっと気になること。「きことわ」では多分パソコンで作文するからでしょうけれど、難しい漢字が多く「鱗」「駱蕩」「遡行」・・・などと云う漢字が矢鱈出てきますが、僕は読めなかったので再三辞書の世

話になりました。余り使わない漢字もPCで作文すると出てくるのでしょうか。

「苦役列車」では、「・・・中央通りなぞの商店・・・」「・・・てんから彼なぞ受け付けぬ・・・」と云う文章ですが、「ぞ」は「ど」が正しいのではないのでしょうか。「ぞ」と「ど」の間違いと思う箇所が沢山ありました。

45

直木賞2作同時受賞と云うのも最近では珍しいですね。

①「漂砂のうたう」木内昇著、集英社刊、1700円。

江戸から明治へ大きな変革をした時代の根津遊郭を中心とした小説。士族ながら時代の変化について行けず遊郭の番頭になった定九郎、生い立ちは不明だが遊郭の事や人を見る目に鋭い龍造、売れっ子の花魁の小野菊、幫間のボン太…その他色んな役どころの人物が登場します。人物描写が上手いし、時代の流れ、当時の社会事情、色んな階層の人の動きなども小説の背景に表現されていて面白いです。

著者は江戸・明治頃が得意なようで、その頃の作品が他にもあるようです。この作品の参考文献を見てもずいぶん時代考証をしているようで、細かいところの表現が自然で、遊郭の事など知りませんが読んでいるとなんだか目の当たりに浮かんでくるようです。

②「月と蟹」道尾秀介著、文芸春秋刊、1400円。

東京から転向してきた小学生の慎一は母親と元漁師だった祖父の3人暮らし。同じく転校生の春也と親しくなる。春也は事業が上手

くいかない父親にDVを受ける。二人は地元の子供たちと距離を置き二人だけの遊びを考える。祖父は漁師だった頃、しらす魚の研究者の女性を船に乗せて操業中に事故に会い女性を死亡させたという過去を持つ。その女性の娘「鳴海」も慎一と同級生。鳴海の父親と慎一の母親が密かに付き合っている。…と云うような登場人物が少ない割には色々と絡んだ人物設定。

この小説では、慎一と春也と鳴海は近くの山の上に海から取ってきたヤドカリを飼う遊びにふける。しかし、表面は親しくしているが3人ともそれぞれに思いがあって、純粋な子供としての友情は表面だけで、内面には子供らしさの他に、大人のような嫉妬心や裏切り、切なさなど屈折した子供の心の動きを小説にしたものです。

著者は36歳と云う若い作家ですが、器用な人のようでミステリーやホラーサスペンスや色んなジャンルの作品があるようです。

僕はこの本を読みながら、男の子が孤児の少女を慰めるために十字架を集めて遊ぶ「禁じられた遊び」の映画を思い出しました。

エキストラ中東

1

中東が忙しくなっています。中東は石油問題やイスラエル問題など、宗教・民族の問題と経済問題が絡んでいますから、遅かれ早かれどういう形にしろ爆発する地域でしょう。西側諸国からすれば要のエジプトがひっくり返ると予想がつかないことになります。大体、地図で中東諸国の国境を見ると、あたかも定規で線を引いたようですが、自然発生的に「国

家」として生まれてくればそんな線を引いたような国境が出来るはずはなく、これらは西側諸国（主にイギリス・フランス・アメリカ・ソ連など）が覇権争いから決めてものですから、いずれ民意が高揚してくればそのままですまないのは明らかです。宗教とか民族、過去の戦争などと云った歴史書は多いですが、アラブ・中東諸国の生い立ちや相互間の問題を書いた本がないかと探してみましたが中々いい本が見つかりませんでした。そこで今回は辞書・百科事典を見ながら僕の整理した事をご紹介します。一度では済みそうではありませんので適当に分けてご紹介しましょう。

- アラブ：イスラム教を信奉しアラビア語を話す民族の総称
- アラブ民族：イスラム世界の中心でセム系のアラビア人と融合してアラブ化した民族の総称。
- アラブ連盟：第二次世界大戦中に民族運動の発展から1945年3月に結成されたアラブ民族の国際機関。エジプト・レバノン・イラク・シリア・ヨルダンの5カ国にサウジアラビア・イエメンが加わった7カ国。その後、リビア・スーダン・チュニジア・モロッコ・クエート・アルジェリア・バーレーン・カタール・アラブ首長国連邦・オマーン・モーリタニア・ソマリア・ジブチ・パレスチナ解放機構・コモロが加盟し1995年22カ国で形成。（本部はカイロと書いているのもあるしチェニスと書いてあるものもあります。また本によって構成がちょっと違うものもあります）
- アラブ民族主義：1948年イスラエル建国に危機感を感じ活発化。1958年のアラブ連合

共和国を生むことになった。

- アラブ連合共和国：1958年アラブ民族主義の高揚からエジプト・シリアとの国家統合で出来た国。その後イエメンとも連邦関係を結んだがシリアがエジプトの中央集権に反発、クーデターで脱落し1961年一旦解消。1971年にエジプト・アラブ共和国連邦と改称してシリア・リビアとアラブ共和国連邦を結成。アラブ世界の中心的存在。
- アラブ連邦：1958年2月、ヨルダン・イラク両王国がアラブ連合共和国に対抗して結成した連邦。1958年7月イラク革命で崩壊。
- イラク革命：1920年イギリス委任統治領から1932年独立王国。1958年カーシムらのクーデター（イラク革命）で共和国になった。（1963年・1968年にもクーデターが起こった。1979年からフセイン大統領。2003年米英軍により崩壊はご承知の通り）
- アラブ10カ国決議案：1958年アメリカがレバノンに、イギリスがヨルダンに進駐。アラブ10カ国が国連にアラブによる解決策を提出し全会一致で採決。米英軍は撤退。
- スエズ運河：1869年フランス人レセップスの発起で1869年に開通。全長162.5km幅160～200mの水平式運河。フランス・エジプトの出資で経営されていたが1875年イギリスが財政難のエジプトに出資して44%の株を買い経営を支配、更に1882年運河地帯を占領して英軍事基地にし、イギリスの植民地支配の重要地点になった。1967年スエズ動乱（第2次中東戦争）後エジプトの国有化となった。

まだまだ色々ありますが、長くなりますので今回はこのくらいにしましょう。

2

中東は宗教（イスラム教・ユダヤ教・キリスト教）の歴史も面白いですが、近世は植民地・石油の覇権争いが中心でそのほとんどが19世紀後半以降で、短い期間の割りに実に忙しい地域です。今回はその中心になってきたアラブ連盟の国々（22カ国）を調べてみましょう。

- ①「エジプト」面積100万1千平方キロ、人口6908万人、アラブ系エジプト人、イスラム教（スンニ派）90%、一人当たりGDP = 938^{ドル}

5000年前に統一国家を形成、1882年イギリスに征服されたが1922年立憲王国となり、52年にナーセルがクーデターを起こし共和国となり、71年に正式名「エジプト・アラブ共和国」と改称。1970年ナーセル大統領の死後、ムバーラク大統領（30年の支配後、先日失脚しましたね）

- ②「サウジアラビア」面積215万平方キロ、人口2284万人、大部分がアラブ人、イスラム教（ワッハーブ派）、憲法・国会・政党なし、一人当たりGDP = 8867^{ドル}

ムハンマドにより7世紀にイスラムが創始されその支配下にあった。1932年サウジアラビア王国（サウード家のアラビアの意）を建国。37年アラビアアメリカ石油会社による開発で中近東で最も裕福な国の一つ。

- ③「リビア」面積175万平方キロ、人口568万人、アラブ人が大部分他にベルベル人など、イスラム教（スンニ派）97%、一人当たりGDP = 5600^{ドル}

7世紀にアラブ人に征服され以後、いくつかの王朝を経て1911年イタリアトルコ

戦争でイタリアの植民地となる。1969年無血クーデターでカダフィ率いる社会主義人民リビア・アラブ共和国となった。石油埋蔵量はアフリカ最大。直接民主主義国家（ジャマーヒーリーヤ）を目指す但实际上はカダフィの独裁国家。今一番熱い国ですね。

- ④「チュニジア」面積16万平方キロ、人口991万人、アラブ人が大部分、イスラム教（スンニ派）99%、憲法・国会（二院制）、一人当たりGDP = 2547^{ドル}

オスマン帝国支配下から18世紀にベンアリが実験を握り世襲大守となった。1881年フランスが保護領としたが、民族運動が高揚し1956年ブルギバ大統領の下で共和国となった。1987年ベンアリ首相がクーデターで大統領になった。23年のベンアリ独裁政権は今年1月14日反政府デモで崩壊（国を象徴する花の名前で「ジャスミン革命」と云う名前がつきました）。この革命が現在のアラブの騒動のきっかけですね。

- ⑤「バーレーン」面積694平方キロ、人口65万人、アラブ人85%イラン人、パキスタン人など、イスラム教（シーア派60%スンニ派40%）、一人当たりGDP = 10821^{ドル}。8つの島からなる首長国。1971年イギリスから独立。1973年立憲君主制をとったが実際は首長ハマド国王の専制下。産油国で、国際的な金融センター。国名「バーレーン王国」。
- ⑥「アラブ首長国連邦」面積8万4千平方キロ、人口293万人、アラブ、イラン人、インド人など、イスラム教（スンニ派）、一人当たりGDP = 17870^{ドル}
アラビア半島東部北岸の7つの首長国の連邦国家。1971年の暫定憲法があり7首長会

議が年2回開催。7ヶ国はアブ・ダビ、ドバイ、シャルジャ、アジュマン、ウム・アル・カイワイン、ラス・アル・ハイマ、フジャイラの7ヶ国。

すぐにでも火の点きそうな国です。

3

アラブ連盟国（22カ国）の続きです。

- ⑦「シリア」面積18万5千平方、人口1740万人、アラブ88%クルド人6%アルメニア人など、イスラム教（スンニ派72%アラウイ派12%）キリスト教10%、一人当たりGDP = 1020^{ドル}

オスマン帝国の支配下から1920年フランス委任統治領となり1946年完全独立。1970年クーデターでアサド大統領が就任、2000年から次男のバシール大統領。イラン・イラク・イスラエルなどの近隣国と色々やこしい問題を抱えている。

- ⑧「イラク」面積43万8千平方キロ、人口2455万人、アラブ80%クルド15%トルコ人など、イスラム教（シーア派3分の2、スンニ派3分の1）95%、一人当たりGDP = 882^{ドル}、石油の利権が国家の主要財源。1920年英国の委任統治領となり、1932年独立王国、その後何回かクーデターが起き1979年フセイン大統領の独裁政治となった。1991年湾岸戦争・2003年米英軍がバクダッド侵攻、2005年マリキ首相の新政権発足。今でもゴタゴタしています。
- ⑨「クウェート」面積1万7千平方キロ、人口264万人、アラブ系移民が大部分でクウェート人40%、イスラム教（主としてスンニ派）、一人当たりGDP = 16567^{ドル}

イギリス保護領から1961年に独立。1938年以來石油資源が国家財政の柱。憲法・国会（一院制）あり。2005年女性参政権を認める。アラブ諸国の中では先進的。

⑩「ヨルダン」面積8万9千平方キロ、人口510万人、アラブ（半数がヨルダン国籍のパレスチナ人）、イスラム教（スンニ派）90%キリスト教7%、一人当たりGDP = 1520^{ドル}。憲法（1952年）国会（二院制）。正式名ヨルダン・ハーシム王国。オスマン帝国支配後、第一次大戦後に愛国のパレスチナ委任統治領に編入。1946年王国として独立。独立国ではあるがパレスチナ問題でずっと悩まされている。

⑪「レバノン」面積1万400平方キロ、人口359万人、大部分がアラブで他にクルド人アルメニア人トルコ人など。キリスト教・イスラム教（スンニ派シーア派）がほぼ半々。一人当たりGDP = 3560^{ドル}。憲法（1989年）国会（一院制）。ローマ帝国時代にキリスト教化し、7世紀以降はイスラム圏に入った。第一次大戦後、シリアの一部としてフランスの国際連盟委任統治領となったが、1926年シリアから分離、1944年完全独立。宗教対立での内戦やイスラエルによる侵攻があった。1990年にも内戦が起きシリアの指導で国家再建中。果実・かんきつ類が豊富で輸出もされる。経済は中継貿易・金融であるが地位は低い。

4

アラブ連盟国（22ヶ国）の続きです。

⑫「イエメン」面積52万8千平方キロ、人口1940万人、アラブが大部分、イスラム教、一人当たりGDP = 280^{ドル}。イエメン・ア

ラブ共和国（北イエメン）とイエメン人民主共和国（南イエメン）が1990年に統合して成立した共和国。アラビア半島では最も気候に恵まれ特産品はモカ・コーヒー。憲法（1994年）国会（一院制）、1999年初の直接選挙による大統領選挙が実施された。

⑬「スーダン」面積250万6千平方キロ、人口3108万人、北部はアラブ南部はナイル系スーダン系の多数の民族、北部はイスラム教南部はキリスト教が優勢。一人当たりGDP = 290^{ドル}。憲法（1998年）国会（一院制）。

アル・バシル大統領が1993年クーデタで就任、最近では2000年の選挙で最誠意されているが野党はボイコット。2003年にも反政府武装蜂起が起こった。綿花・アラビアゴムが重要輸出品。鉱物資源もあるが未開発。

アラブがややこしくなるとまた武装蜂起が起こりそうな国です。

⑭「アルジェリア」面積238万平方キロ、人口3182万人、アラブが大部分他にベルベル人、イスラム教（スンニ派が大部分）99%、一人当たりGDP = 2049^{ドル}。先住民はベルベル人で7世紀にアラブが侵入。オスマン帝国の支配の後、1830年フランスが進出。第一次大戦後反仏・独立運動が始まり1962年独立。1989年憲法改正、1991年総選挙でイスラム救国戦線が圧勝すると1992年軍がクーデタで選挙を無効にした。これに対しイスラム原理主義派によるテロが続発。2003年シラク仏大統領が訪問して少し落ち着いている。憲法（1976年）国会（二院制）。

⑮「ソマリア」面積63万7千平方キロ、人口953万人、ソマリア人が大部分他にアラブなど。イスラム教（スンナ派）、一人当たりGDP=159^{ドル}。国会（一院制）。住民の70%が遊牧。ウラン、ボーキサイト、鉄、石油など鉱物資源があるが未開発。

10世紀頃ソマリア人のイスラム王国が成立した。19世紀以後英国・フランス・イタリア・エジプトが進出。1960年ソマリア共和国。1969年、1991年にクーデタが起き内政混乱、無政府状態が続いていた。2000年にハッサン大統領の下で暫定議会が発足したが2002年にソマリア和解・復興委員会が自治政府を樹立した。現在「ソマリア海賊」で賑やかですね。無政府状態で交渉する相手がないので「国家」の呈をなしているのかどうか…。

⑯「オマーン」面積31万平方キロ、人口234万人、大部分がアラブ、北東沿岸にイラン系インド系など。イスラム教（主としてイバード派）、一人当たりGDP=7332^{ドル}。憲法（1996年）国会（なし）。

1964年に石油が出て重要な輸出品。1891年英国と条約を結び保護下に入った。1951年独立1970年にタイムール首長をカーブス皇太子が追放して鎖国政策を廃止、「オマーン首長国」とした。2001年に始まったアフガニスタン空爆で米英軍に空軍基地を提供。

⑰「カタール」面積1万1千平方キロ、人口74万人、アラブが大部分、他にイラン人インド人など、イスラム教（ワッハーブ派が大部分、他にシーア派）、一人当たりGDP=31899^{ドル}。憲法（1970年暫定、2003年新憲法承認）国会（なし）。オスマン帝

国に支配されていたが1916年英国と協定を結んで保護下に入った。1971年に独立。石油が主要財源。ドーハのアルジャジーラの衛星テレビ局が有名。

5

アラブ連盟国（22ヶ国）の続きです。少々疲れましたが途中で止めるわけにも行かず…。我慢してください。

⑱「モロッコ」面積44万6千平方キロ、人口2871万人、アラブ系、ベルベル人、イスラム教（スンニ派）、一人当たりGDP=1430^{ドル}。憲法（1972年）国会（二院制）。農業・鉱業が盛ん、モロッコ王国。

15世紀からポルトガル・スペインが進出し、19世紀半ばからイギリス・フランス・スペインなどの侵略が始まった。1956年独立王国となり、領有権でゲリラの抵抗や国際的非難を招いた。非同盟・親欧米の穏健路線。

⑲「モーリタニア」面積102万5千平方キロ、人口255万人、北部はムーア人60%、南部は黒人系民族40%。イスラム教（スンニ派）が大部分。一人当たりGDP=380^{ドル}。憲法（1991年）国会（二院制）。正式名「モーリタニア・イスラム共和国」。

国土の大部分はサハラ砂漠、南北の対立が激しい。牧畜が主産業。1903年フランスの保護領とされ1960年独立、ダッタ長期政権下でクーデタが起き1984年無血クーデタでタヤ政権が掌握した。

⑳「コモロ」面積2335キロ平方、人口59万人、マレー人インド人アラブ、アフリカ人などの混血、大部分がイスラム教（スンニ派）一人当たりGDP=360^{ドル}。憲法（2001年）

国会（一院制）。正式名「コロモ・イスラム連邦共和国」。

アフリカとマダガスカル島の間の群島国家。バニラ・カカオ・コーヒ・麻などを産する。17-8世紀はヨーロッパ海賊の基地、1843年フランス領となり1951年自治政府が成立、完全な独立には領土問題でフランスが抵抗したが2001年に2004年に各島及び連合議会選挙が実施され民主化が着々と進んでいる。

- ⑲「ジブチ」面積2万3千平方キロ、人口69万人、ソマリ系イッサ人、クシ系アファル人、大分部分はイスラム教（スンニ派）、一人当たりGDP=790^{ドル}。憲法（1922年）国会（一院制）。正式名「ジブチ共和国」。アフリカ北東部の小さな国、フランス領だったが1977年独立。多くの国民は牧畜で生計を立てているが、内陸のエチオピアと鉄道で結ばれるジブチ港の貿易に国の経済は依存している。隣国のエチオピア・エトリア・ソマリアの動向で微妙な情勢。耕作可能な国土は1%で食糧難に直面している。

それにしても聞いた事もない国ですね。

- ⑳「パレスチナ解放機構」1964年に結成されたパレスチナ人の反イスラエル運動の統一機構。パレスチナは西アジアの地中海東海岸の地方。第一次大戦後オスマン帝国からイギリスが委任統治していたが1948年イスラエル独立（建国）に伴ってイスラエルとヨルダンに分割された。更にイスラエルはヨルダン川西海岸地域とガザ地区を占領。ユダヤ人・アラブ人の紛争の火種でもあり、5次に及ぶ中東戦争の原因の一つ。アラブ連盟の22ヶ国の中では唯一「国家」の形

がはっきりしない。

（イスラエル・パレスチナに関しては沢山本があります。面白いですが、歴史を見るとほんとに「先進国」と言われる国々は身勝手な事がよく分かります、またご紹介しましょう。）

以上が今一番熱い「アラブ連盟」に所属する22ヶ国ですが、ほとんどの国は今までにクーデタで政権が間単に変わったり、更にお互いの国同士は決して一枚岩ではなく、それにつけこんで先進国が石油の利権に絡んで「経済支援」の名のもとにチョッカイしたのが独裁政治体制を助長する事にもなっています。GDPを見ても貧富の差は大きくいつ革命が起きても不思議でない状態でしょう。今回ご紹介したデータに「識字率」を入れませんでしたでしたが、識字率が50%以下の国も沢山あります。そう云った国ではクーデタが起きると下手すると「無政府状態」になることもあります。

46

「この上もなく愚かしい」と分かっている、戦争は絶えるどころか、あたかも大きな波が押し寄せるかのように、何年か毎に激しい殺戮が起っています。僕は戦争がなくならないのが不思議で仕方がないのです。

- ①「容赦なき戦争」ジョン・W・ダワー著、平凡社ライブラリー刊、1600円

原著は[War without Mercy Race and Power in the Pacific War]で、1986年に出版されたものを2001年に再編出版したものです。原題の通り、主に太平洋戦争のことを検証したのですが、著者はベトナム戦争や9.11のテ

ロにも触れ、戦争のシナリオについて分析しています。

読んでいて結構「重い」本ですが、著者の要点は「戦争は全て人種差別から起きている」と云うことです。そして僕の読後感としては、「白人対有色人種」に潜む差別意識はどうにもならないのか・・・と云うことでした。

書かれている話を端的にあらわす例を挙げますと、第二次大戦中アメリカ国内で日系人が隔離収容された事はご存知と思いますが、その時日本と同盟国だったドイツ人もイタリア人も隔離収容されませんでした。連合軍には、ドイツ人に対する認識は「悪いのはナチス・ヒトラーであって、善良なドイツ人もいる」と云う事でしたが、日本人に対しては「善良な日本人などは存在せず、全ての日本人は絶滅されるべき・・・」と云う認識だったそうです。戦争での残酷行為については、日本軍も連合軍にも同様の残虐行為があったことを挙げていますが、それはこの本の主題ではなく、戦争中の双方の手紙や会議やプロパガンダなどあらゆる資料から、色んな分析をしています。そして、「日本人は理解し難い人種」と云う評価が大きな意味を持つ事を書いています（多分現在もそうかもしれないと僕は感じました）。

戦争の原因は色々あるでしょうけれど、先進国・大国のエゴだけでなく、双方の歴史・宗教・文化・言語・・・などの色んな理解しがたい・融合しがたい事が「人種」と云う違いで、そこに「差別意識」がかもし出されると「憎しみ」を伴って「戦争」になるのでしょうか。

47

グローバル社会は正に「ネット」の申し子でしょうか。そのスピードとある意味平等性は今までにない「情報社会」の価値を高めたと言えます。イラクで米軍のアパッチ・ヘリコプターから民間人とカメラマンなどを乱射する映像が昨年リークされたのをご覧になった方も居られると思いますが、その後、世界中の外交機密文書（25万以上）などが矢継ぎ早に公開され、ウィキリークスと云う名前が有名になりました。

①「ウィキリークス・アサンジの戦争」デヴィット・リー&ルーク・ハーディング著、月沢李歌子、島田楓子訳、講談社刊、1800円。

ジュリアン・アサンジ・・・1971年7月3日生、オーストラリア人、身長188cm、銀髪色白・一見物静かな風貌だが感情の起伏が激しい・有名な志向が強い・女性に対して無節操・・・と言った人物でしょうか、彼がウィキリーク《WL》を主宰する主人公です。

昨年7月以降アフガニスタン・イラクの多くの戦争の機密文書や外交文書が世界中にリークされ騒然となりました。正義の味方かそれともサイバー・テロかと云われました。ちなみに「ウィキ」とはハワイ語で「Wiki・Wiki」（早い、早い）から付けられた名で「ウィキペディア」とは無関係です。

僕はこの本を読んで、情報の大切さ（恐ろしさ）・国家の独善性及びその危うさ・グローバル化した国家の意義など・・・色々考えさせられました。そして読み始めた最初には「正義」とは？「裏切り」とは？などと考えながら読んでいましたが、「情報」も取り扱い方で或いはリークの仕方、それが正義もなる

シテロと言う「悪事」にもなるムツカシイことも知りました。

《WL》がジャーナリストとしてはじめて大仕事を行ったのはケニアで、前大統領ダニエル・アラップ・モイの在任中の汚職を公開したのが最初でした。後進国の独裁者の汚職はそれを正そうとする人権活動家などは弾圧されてしまう事が多いのを《WL》が国際的にリークした事により民主化の道が開かれたのです。この件でアサンジは「正義のヒーロー」として人権擁護団体から表彰も受けたそうです。

彼らの「民主主義社会の基本は情報の自由を基盤とし、情報は社会全体のもの」と言う基本理念は誰もが認めるところでしょう。アメリカの利害と一致していた時期はヒラリー・クリントンも賛辞を送っていたようです。

ところが、イラク戦争で米軍ハンマー前線作戦基地でブラッドリー・マニング上等兵が極秘ファイルのアパッチ・ヘリの無差別乱射のビデオを偶然目にして、「アメリカの正義」に疑問を持ち、更に多くの軍事機密を持ち出しウィキリークスにリークしたのが大騒動の始まりでした。その後、《WL》は全世界180国の約280の大使・領事館の計25万1287通のアメリカ国務省の文書を公開するに及んで、テロ集団として弾圧される事になります。

この本にはイギリスで元ロシア諜報員が放射性物質で暗殺された事件、中国が決して北朝鮮を重要としていないと言う情報、・・・などなど、色んな機密情報が暴露された事も書いてあります。それにより外交官の更迭などいろんなことが起きたそうです。アサンジはイギリスで婦女暴行などで訴えられました

が、これは彼を逮捕する一手段と言われた事もありましたが、根も葉もない事ではないらしく、女性に対する無節操や人付き合いの変わったところは彼の生い立ちにもよるようです。

世界がグローバリゼーションされたときには「国家機密」と云うのは「情報の隠蔽」と云うことになるかも知れません。又、現在の「国家」と云う認識からは「国家機密」と云うのも有り得るかと言う気もしますが、「情報」を誰が管理し、それが正義か悪か・・・などと言う判断になると難しいですね。

突き進めば「国家」とは何ぞやと言う疑問まで浮かんできました。

2月15日に発行された僕のお勧めの一冊です。推理小説みたいです。

48

グリム童話は誰もがよく親しんだ本でしょう。兄ヤコブ・グリムと弟のウィルヘルム・グリムと共同編著したと云う珍しい執筆の本ですが、グリム兄弟はそのほか言語学者としても業績のある兄弟です。今回ご紹介する大森兄弟は、多分これが2作目と思いますが、日本では「兄弟執筆」と言う珍しい本です。

①「まことの人々」大森兄弟著、河出書房新社刊、1300円。

大森兄弟は愛知県出身で兄36歳・弟35歳と云うだけで、名前も経歴も書いてなく出自は不明です。兄弟ユニット作家と言うので読んで見ました。

大学生の「僕」の語りで、同じく大学生の彼女と、「僕」の友人のデル（出）とグリムと言うパン屋のオッサンが主な登場人物。彼女が大学の演劇サークルで「まことの人々」

と云う演劇をする事になり、劇の中ではほとんどが善人なのにエドモン軍曹と云う一人だけ「くず人間」の登場人物がいて、たまたま彼女がその役をすることになると云う設定。エドモン軍曹は肥満・短軀・不潔で、屁はこくは、卑怯で腹が減れば人肉は喰うわ・・どうにもならない人物。たまたまグリムのパン屋の店長のイメージがエドモン軍曹に似ていて、演劇の練習期間中に彼女は役どころにはまり込んでオカシクなってしまう、色々悶着が起きるといふ話。他に幽霊の話とか彼女の身の上話とか、小説としての修飾の話がありますが少々練れてない感じ。内容はともかく、文章は結構テンポがあって、表現もきれいです。フフーンと笑うような気楽に読める本と言うところですか。

「グリム」と云う名前のパン屋さんは加西市にもありますが、大森兄弟は当然、元祖兄弟ユニット作家のグリム童話を意識してネーミングしたのでしょうか。まあ珍しい兄弟ユニット作家として今後どういう風に成長するのか楽しみです。2月28日発行の本です。

49

江戸・明治維新は時代小説には、とっても面白い時代ですね。作家だったら、どんなフィクションだって作れそうな時代でしょう。薩長も桜田門も尊皇攘夷も…そしてもちろん新撰組はこの頃の時代小説の題材としては華でしょう。ある程度時代考証がしっかりした小説だと、読む方も溶け込める感じです。

①「一刀齋夢録」浅田次郎著、文芸春秋刊、上下各1600円。

維新に移り変わり、新撰組も時代の変化に

ついて行けず消えていく物語です。主人公「斉藤一」は新撰組・三番隊隊長で近藤勇・沖田総司らと幕末の時代を陰で支えた連中の一人で、実在の人物だそうです。

この小説では二振りの名刀・津田助広と鬼神丸国重を携えた左利きの居合い抜き達人。坂本竜馬・中岡慎太郎を居合いで切った張本人と云うことになっています。生き残って70歳を過ぎた今は、夫婦でひっそり女子学生寮のお守りをしている老人。たまたま近衛兵で剣の腕の立つ梶原中尉が「斉藤一」の事を聞き、色々話を聞くと言う筋書きです。

「一刀齋」なんて時代小説にはよく出てくる名前ですが、「一刀齋夢録」は、一刀齋⇒一藤齋⇔齋藤一で、名前を逆さにした駄洒落です（この著者によるかどうかは不明）。齋藤一が「左利き」と云うのは子母澤寛の創作とか。

僕みたいな年になると、武士道とか居合いの間とかの話は卒業しているはずですが、上下刊700ページ余りの小説ですが、つつい面白く一気に読みました。明治から大正に移る頃の日本の大きな時代の変化も、多分著者の創作の部分が大きいのでしょうけれど上手く書いてあります。

「…ふる里の土にまみれて、兄と弟が何を語り合うたかは知らぬ。だがわしは、土方(土方歳三)を羨んだ。懺悔するべき人のあることを、寛容なる人のいることをな。奴のつよさの源はここにあったかと思えば、羨ましゅうてならなかった。…」新撰組が時代に取り残され落ちぶれていく過程で武士として過ごして来た土方歳三が、百姓の兄と久しく出会った様子を齋藤一が回想しているシーンです。

時代小説に出てくるこう云うセリフは浪花節的といえはそれまでですが、中々名文で、佐び・さびの心なども随所に出て来る、これぞ時代小説の真髓でしょうか。

退屈なとき、お読みください。

50

この本も2月に出版されました。本屋さんの薦めで前回の浅田次郎さんの本と一緒に買ったものです。宮川さんは今50歳を超え、一番油の乗った推理小説家でしょうか。直木賞を始め沢山の賞を取っています。

①「ばんば憑き」宮川みゆき著、角川書店刊、1700円

推理小説作家の宮川さんが、江戸時代を背景に人情話を織り込んだ大人向けの「お化け物語」です。「ばんば憑き」の他に「坊主の壺」「お文の影」「博打眼」「討債鬼」「野槌の墓」の5編の短編が収録されています。読後の印象としては、いずれも土地に伝わる人情話と妖怪話をアレンジしたような気がしました。

少しご紹介しましょう。

「ばんば憑き」：江戸の老舗小間物商の我がまま娘「お志津」とその婿養子「佐一郎」は、子供が生まれなために湯治をかねて温泉めぐりをする。雨で足止めをくっている宿で、見知らぬ上品な老婦人と相部屋になる、その老婦人の話。江戸の「伊勢屋」の息子「富次郎」と田舎の庄屋の娘「八重」が祝言を挙げることになる。ところが旧家の「戸井家」の我がまま娘「お由」が富次郎に岡惚れする。そして富次郎と八重の祝言前にお由は八重を殺害してしまう。夫々が名家で不吉な事を嫌う立場だったため、事件は無かった事にし、死んだ八重の亡骸が腐敗するまでに殺人を犯

したお由の身体に「八重の魂を移す」秘伝の「ばんば憑き」を行ったという。「ばんば憑き」には秘薬の丸薬がありそれを吞まされた上、死者の生前使っていた品物で身体を打ち据える行を受けるとか。その後、お由は見目形は変わらないが、気立ては八重になってしまう…。

そんな話を佐一郎が老婦人から聞いた翌日、老婦人は首をつって死んでいるのが見つかる。老婦人の背中に深い傷跡があるのが分かり、老婦人が「ばんば憑き」を受けたお由本人で、過去を後悔した鎮魂の旅だったという話。バカバカしいといえはバカバカしい話ですが、そんな人情付きの妖怪談6篇です。僕は本屋さんの薦めで買いましたが、買ってまで読む本ではありません。

51

僕は無限に近くある本の中から読む本を選ぶのは、知りたい事の主題が無い時はほとんど直感で選びますが、新聞・雑誌の書評や時には本屋さんの薦めなどで選びます。読み始めて、だらだらした内容だと読むのが面倒になることもあります。お金を払った以上大抵は我慢して読了する事にしています。しかし時には「読まねばよかった」と思う本もあります。それらを少し…

①「澱み」ヘルタ・ミュラー著、三修社刊、1900円

僕はこの本を読んで、なんと暗い内容かと、読むのがイヤになりながら読み進みました。主題が暗い内容でも例えば井上ひさしさんの本なんか読んでいて暗さを感じませんが、この本は違います。「澱み」は少女の自分を取り巻く家族や生活の様子を描いたものです

が、色んな人物が出て来ますし会話や動作の表現はされているのに、語りの本人以外の動きが全く感じられないような、ヘンな印象を受けました。詩の形は取っていませんが散文詩だと思えます。

著者はルーマニア生まれですが、ポーランド・チェコ・オーストリア・ハンガリー・・・などなど東欧諸国はローマ時代からしょっちゅう国境が変わってきたような紛争の地域です。彼女は18世紀にドイツから入植したドイツ系住民で、ナチスの第二次大戦後からその後の悪名高いチャウシェスク政権下を生き延びてきた作家です。色々な不幸な時代を短い年月の間に経験した家族には色々な政権におもねた（おもねなければならなかった）家族が混在していたわけで、政治の弾圧を含め、その中で育った彼女は僕たちが考えるような感情や思考過程を持ちえるはずはなかっただろうと想像できます。

「訳者あとがき」を読んで、やっと著者のバックグラウンドが理解でき、読んでいる最中の「イヤな気分」が救われた本です。

この本は200ページ余りの本ですが、そのうち「澱み」が110ページほどの短編で、他に18編の短い作品が収録されています。

著者は弾圧されていた1982年に西側の数々の文学賞を受けたそうです。また2009年にノーベル文学賞を受賞しました。受賞は独裁政権下で弾圧されていた作家を救う意味もあったと思われます。以前に旧ソ連でも反体制派の作家がノーベル賞を受賞したことがありましたね。

52

公害とか差別とか社会問題を主題とした小説は沢山あります。ご紹介するこの本もその一つですが・・・。

①「アニマルズ・ピープル」 インドラ・シンハ著、谷崎由衣訳、早川書店刊、2500円。

訳者あとがきによると、1984年12月3日インドのボーパールと云う町でアメリカのユニオンカーバイド社の工場から毒ガスが流出する事故が起き、付近のスラム街の住民に1万5千人～3万人の死者が出たそうで、事件はまだ解決されていないそうです。著者はその支援に長年携わり、その事件の顛末を小説にしたものです。

小説は、体が変形してほぼ二つに折れ曲がり4本足で歩くようになった「動物」が語る話です。スラムの実情、その中で人間関係、カーストによる差別、マリア・テレサのような人たち、暴力を否定して解決しようとする人たち、そして人間とは・生きる事とは、といった事が語られています。

色々な話が出てきますが、小説の中の色々な修飾を取り除いて見ると、結局社会問題は政府や大企業の力がとてつもなく大きい事、裁判や話し合いなどでは解決は中々見出せない、と云う事になりそうです。

日本でも水俣病、カドミウム事件、輸血によるエイズ感染等等、色々な事件がありました。とにかく解決には膨大な時間がかかり、被害者が死にそうになってやっと解決出来ればいい方と云うようなことが多い様です。

今回の福島原発事故がどう解決されるのか…。原発事故は世界が注目する事件ですから、日本の解決方法は一企業の問題と云うだ

けではなく、いかに早期に・どのような満足な解決ができるかは日本の信を問われそうな問題ですね。せっかく震災の後、日本国民の優れたマナーが世界で評価された後ですから、今度は政治家や企業の世界に誇れるような優れた解決が待たれるところです。

尚、本の最初に「編集部注」として、「この物語はインドのカウフプール市に住む19歳の少年がヒンディー語で語った…云々」とあり、詳しくは www.khaufpur.com にリンクするようにとあります。「カウフプール市」と云うのは小説に出てくる架空の街ですが、このアドレスにリンクすると色んなことがあたかも実在のように出ています。念が入っていますが、著者がそれだけ入れ込んでいるということでしょうか。一度リンクしてみてください。

53

どんな本でも読む人によって、そして読む人のTPOによっても感じ方や価値観も違ってきます。だから自分が感動したからといって、その本をどなたかに薦めるのも良し悪しではあるでしょう。この本もその類かもしれませんが。僕は、まだ行ったことはないのですが以前からイスタンブールと云う都市が好きで大分前にこの本を買ったのですが、この500ページ近い大作の最初の三分の一程を読んでなんとなく重苦しく最近まで本箱に並べたままにしていました。

しかし、最近震災のニュースで、直接関係のないような僕も喪失感が強く、思いついてこの本を読み直してしみじみ感じるころもあります。

①「イスタンブール」オルハン・パムク著、和久井路子訳、藤原書店刊、1600円。

著者は1952年生まれのトルコ人で裕福で幸せな家庭に生まれましたが、父親の事業の失敗や両親の離婚から家族がばらばらになり、或る意味孤独な生活を送ります。彼はそう云う境遇もあってか、生まれ故郷である「イスタンブール」と云う、オスマントルコの栄華の都市から今は過去の栄光とは程遠いこの街をこよなく愛し、2007年ノーベル賞受賞後の作品として、この著書を上梓したのだと（僕は勝手に）思います。

500ページ近いこの本は37章に分けて自分の生い立ち・町の歴史・宗教・この街に関わる絵画、作家など等、イスタンブールに関するいろんな事を著者の心象と共に書かれています。それと随所にモノクロの写真や絵があり、そのモノクロが、とても大きな変化の歴史を辿ったこの街の話に似合って、郷愁を誘われます。

イスタンブールは5世紀ごろギリシャからの移民が築いた街だそうです。13世紀のオスマントルコの時代は世界をリードするくらいの栄華を誇った街でした。しかし18世紀からのロシア・トルコ戦争をはじめ第一次世界大戦などことごとく不幸な結果をもたらし、1922年にオスマン朝は滅びます。

1922年のトルコ革命はイスラーム教にとってもそれまで続いた「カリフ制」が崩壊したことは現在の混乱にもつながる大きな意味がありますね。また確かトルコは今はEUにも入れてもらえず、仲間外れにされていますね。

著者はアラビア語に由来する「ヒュンズ」と云う言葉を随所に使っていますが、訳者はルビを打って「憂愁」と訳しています。意味は、

感傷・懐かしさ・憂い・郷愁・失われた過去への悲しみ・愛おしさ・喪失感…などそういった感じ全てを含んだ言葉のように思いました。本の内容としてはイスタンブールと云う都市と一人の著者の人生を語った本ということになりますが、「歴史の重さ」を感じる本です。

もう先が余りない僕の年になってこう云う本を読むと、大したこともなかった自分の過去ですが、それなりに心を燃やした頃などを思い出し、この本に書かれている「ヒュンズ」の感覚が理解できるような気がして、なんだかグッと胸に来ます。

或る程度の年配の方にお勧めの本ですね。

54

いつだったかの僕の誕生日に娘が買ってくれたマルク・シャガールの「エルサレムの窓

下絵1」と云う2号くらいの絵があります。

もちろんコピーでしょうが、幻想的な絵です。

①「シャガールとの日々」ヴァージニア・ハガード著、西村書店刊、2900円。

Marc Chagall (1887-1985) はロシア生まれのユダヤ人で、晩年のピカソと同様にシュルレアリスムの画家の一人と云うことですが、ピカソの恵まれた生涯と比べ、シャガールはロシア革命、第二次大戦など、特にユダヤ人にとっては大変な時代を経験した人です。シャガールはユダヤ人として迫害を受け、最後までその被差別意識を根底に持って色んな作品を描いていたようです。

この本の著者は、イギリスの外交官の娘で、親の反対を押し切ってスコットランド人画家と結婚した後、1944年に前夫人ベラを亡くした後のシャガールの家政婦として彼を助けま

した。その後同棲・ダヴィッドと云う男子を産みますが、前夫との離婚が上手く捗らないうちにシャガールと心が通わなくなり7年の同棲の後別れます。著者も絵が描け、シャガールの素晴らしい感性や性格のもろさなど同棲の7年間をありのまま綴った本です。どの世界も同じかもしれませんが、シャガールは世間に受け入れられず迫害の中で苦しみながら描いていた絵と、名声と富を得てから描いた絵とは本来の感性からかけ離れしまった事を、シャガール自身も意識しつつもそれから逃れなくなる変化を描いています。

「何人かの本当に自由を持っていた最後の画家を挙げるとすれば、それは成功を考えなかったヴァン・ゴッホ、作品を売る必要のなかったトゥールーズ・ロートレック、一人離れて仕事をする事を選んだセザンヌ、そして文明から逃れたゴーギャンである。若きシャガールは確かに彼らと同じ世界にいたのである」。また「けれども名声は無慈悲な暴君であり、画家たちや批評家たちはその手先なのである」とも書いています。

医者も初心を忘れて保険点数ばかり気になるようになってはいけませんね。

シュルレアリスムの絵は特別ですが、幻想的な絵を見ると素人の僕なんか、どういう意図で描いてあるのかなどと考えてしまいますが、著者の父親も「どうして汽車が空を逆さまに走っているのか」などと聞いたそうですが、著者によると画家も余り意味を持って描いているのではなく感性を表現しているだけと云うことだそうです。知ったかぶりの解説書もありますが、別に「絵」が分からなくても感じればいいらしいです。安心しました。

55

月並みな言葉ですが「年はとりたくない」ものです。「別に取りたくて年を取ったわけではない」とか、時には「大体年寄りな・・・」などと、自分の年齢を忘れて御託を並べる事すらありますが、そう云う（ボクみたいな）自覚のない老人に対する戒めの本でしょうか…。

①「オジいサン」京極夏彦著、中央公論刊、1500円。

主人公の益子徳一72歳は独身で定年後の人生を安アパートで慎ましく自分のペースで暮らそうとするのですが、周辺との齟齬に戸惑う様を描いた小説。記憶力や思考力が低下したとか、携帯電話や地デジやインターネットとか新しい電化製品に中々馴染めないとか・・・、愚痴っぽい老人の一週間を事細かく面白おかしく書いたユーモア小説と云うところでしょうか。

著者は当年48歳で直木賞をはじめ、色んな文学賞を取った作家です。しかし、この本に関する限り48歳と云う年齢の作家が「老人」を内面から描こうとしたことには無理があるように思いました。著者の目で、外から「老人」を観察して描くならプロならそれなりの小説になるだろうと思いますが、48歳ではいくらベテラン作家でも老人の内面を描くには無理だったかと思いました。僕はこの本の主人公より更に年上の75歳ですが、老人には周囲に対して噛合っていないのではないかと云う不安感などが常に伴います。そういった心象は若い作家には理解できないでしょうね。

②「恍惚の人」有吉佐和子著、新潮文庫刊、629円。

この本は昭和47年、有吉さんが41歳の作品

でベストセラーになり、確か映画化もされたと思います。僕は過去に2度読みましたが、今回京極さんの本を読んであらためて読み直しました。この本は今読んでもすごいと思います。当時はまだ老人問題は今ほどではなかったと思いますが、「痴呆老人」を抱えた家庭を非常に上手く描いています。（「認知症」と云う言葉は当時は使われていませんでした）。

立花家は共稼ぎの信利・昭子夫婦と息子・敏の3人暮らし、離れに舅・茂造と姑が暮らしていたが、ある日突然姑が脳出血で亡くなることから小説が始まります。舅の痴呆症に悩まされる様子、家族・近所の人・親戚…などの人たちの描写も実に繊細に描かれていますし、痴呆老人の介護に伴う心の葛藤がよく表現されていると思います。最後の方に出てくる若い大学生夫婦のことは付け足しの感があるのと、当時携帯電話があれば内容も変わっていたような気がしました。著者が主婦の「昭子」の目で「老人」を観察表現しているのが小説をより確かなものにしたのでしょう。今でもお勧めしたい本です。

③「老いの才覚」曾野綾子著、ベスト新書刊、762円

著者は当年80歳のコケの生えたようなベテラン作家。自信満々の老人の説教本みたいです。ご意見はゴモットモといたいところですが、いささか繊細さに書けるように思います。まあエライ御夫人ですが…。

曾野さんは平成4年(?)に新聞のコラムで「被災者は甘えるな(どこまで恵まれれば気が済む)」と云った記事を書かれた事があるそうです。「学校に避難した人たちに(新

しい)ラベルの付いた毛布が支給されていた。一晩のことになんでそんなに甘やかさねばならないか私には分からない。…天気予報も聞くことができるのだから、早めに毛布や布団を用意すべきだし食料は自分で持ってくるのが当然だ…」と云うような事をお書きなつて、方々から喧々諤々の非難を受けられたことがあったそうです。サモアリナン!!

イヤ一年はとりたくないものです。

お詫び

前回ご紹介した本のことですが、曾野綾子さんの「老いの才覚」のご紹介で、曾野さんが非難を浴びられた新聞のコラムの引用ですが、適切でなかったと思われるので、ここで謹んでお詫び申し上げます。

と、云いますのは、曾野さんが産経新聞のコラムで書かれたことは事実で、その内容に対し非難があったことも事実のようです。

しかし、話の一部を切り取って色々批判するのは間違いを犯す場合が多々あります。昨今の政治家に対するマスコミの批判などもそうですが、一部の言葉だけを切り取って批判するのは論点の主題から離れてしまう事もしばしばあります。論点の趣旨と間違つた「切り取り引用」でも、肯定的な批判はまだ許されるかもしれませんが、否定的な批判の場合の切り取り引用は時には「言葉の暴力」にさえなります。

従つて、前回ご紹介した曾野綾子さんの新聞のコラムの引用の件は謹んでお詫びします。

ただ、しかし・・・ですが、僕は曾野綾子さんはいささか繊細さに書ける印象は強いと思

います。曾野さんは三浦朱門さんの奥さんで、経歴から見ても立派な方ですが、悪名高い(?) 笹川良一が亡くなり私物化していた日本船舶振興会(現・日本財団)の会長を笹川一家から取り上げるために(?), 2代目会長に曾野さんが就任されていました。インターネットで調べてみても、かなり体制寄りのご意見が強く、一般の現実といささか離れたご意見が多いような印象です。

56

肩の凝らない本のご紹介。と言っても、真剣に読むと理解するのにはずいぶん肩が凝ります。

①「だまし絵のトリック」杉原厚吉著、(株)化学同人刊、1400円

確か数年前に「だまし絵」の展覧会が神戸市立美術館かどこかであったように思います。昔からだまし絵はあった様で「ペンローズの三角形」と云うのが有名だそうです。このMLでご紹介できないのが残念ですが、この本には載っていませんが、更に進化した「だまし絵」では水が傾斜のついた溝を流れ、途中に滝があったりするのに最終的に最初のところへ流れるような錯覚を起こす絵などもありました。ご愛嬌と思つていたのですが、この本を読むと実に綿密な理論があるようで、「だまし絵」も立派な学問のようです。どうして錯覚が起きるのか、錯覚の種類、立体認識の原理など等参考文献も載せて理論的に解説されています。

考えてみると、名画と呼ばれるものも含めて、一般の絵画も錯覚に基づくものですね。遠近法とか立体とかみんな錯覚によるものと思つています。

著者は昨年Best Illusion of the Year Contestと云う国際的な錯覚コンテストに優勝されたそうです。そのときの錯覚を起こす造形は、一番高い中央から4本に別れた滑り台が降りている（ように見える）立体造形に玉を置くと、玉は中央の一番高いところへ集まると言うもので、その設計図がこの本の巻末につけてあります。一度作って見ようと思っています。

57

最近はどうか知りませんが、元町の神戸駅に近いところに古本屋さんが何軒かありました。姫路ではデパートの古本市くらいしか知らなかったのですが、「おみぞ筋」の姫路駅よりに「書肆・風羅堂」と云う古本屋さんが5月4日オープンしました。まだ整理が出来ていませんでしたが、ベレー帽をかぶったオッチャンが座っていました。

①「ヴァイオリンの銘器」渡辺恭三著、音楽の友社刊、1400円

「名器」でなく「銘器」なのにご注目！著者は1933年生まれで、早稲田大学文学部と東京芸大のヴァイオリン専科を同時に卒業したと言う珍しい経歴の持ち主。ドイツでヴァイオリンの製作を学んだ後、現在はロサンジェルスでヴァイオリン・ショップを経営し修理などされているようです。

ピアノならスタインウェイ、ヴァイオリンと云えばストラディヴァリくらいしか知りませんが、この楽器は17世紀にアマティー一家やストラディヴァリによって現在の「ヴァイオリン属」の型になったそうです。18世紀はじめに北イタリア、クレモナでアントニオ・ストラディヴァリやデル・ジェズ・

ガルネリと云った人が作ったものは、ヴァイオリン奏者なら一生に一度は演奏したいと思う名器だそうです。しかし数百年経っても名器といわれるものもあれば、古くなるとストラディヴァリでもいくら修理しても音色・音量・音域など、どうしても本来のものに修理出来ず、音が死んでしまって博物館行きになるのもあるそうです。いい音はもちろん奏者によるところは大きいですが、修理の仕方でも音色はもちろん音量も変えられるそうです。またストラディヴァリはニスに秘密があると言われていたようですが、オリジナルのニスの残っているのはオックスフォードにある「メサイア」だけと言う事です。もう亡くなられましたが日本人でも「宮本金八」の作ったヴァイオリンも素晴らしいそうです。

ヴァイオリン・ソロ演奏の後で聴衆によって一番よいとされる楽器は新作のものが多いとか、またかなりの奏者でも、安物でも音がよくて見た目が高価そうなものに似ていると「いい楽器」と判断するとか。ヴァイオリンの価格（≒価値）を決める順番は①誰が作ったか②どこで作ったか③いつごろ出来たか④どんなニスでどんな色か⑤形は⑥楽器の健康状態はどうかで決まり、楽器の音色は最後の七番目だそうです（なんだかワインの話に似ていますね）。他にもヴァイオリンにまつわる面白い逸話も沢山書いています。

58

僕が女房に感謝しなければならないことは、永年病気らしい病気もせず健康でいてくれたことと、もう一つは貴金属を欲しがらなかったことです（ほんとは僕に甲斐性がないのを知ってか…）。

①「冷たいジュエリ」 岩田裕子著、日本ヴォーク社刊、1300円

宝石にご興味のない方にもお勧めの本です。とにかく面白い。慶応大学文学部出身の著者の年齢は分かりませんが、引用の話などからするとそこそこの熟女かな？文章は若い女性のごとくテンポよく無駄はない。それに内容は宝石の科学的な話からギリシャ神話・宝石にまつわる歴史・文芸作品に書かれた宝石の話が沢山引用されているなど、とっても面白い本です。少しご紹介しましょう

「エメラルド」：雪の女王の緑の瞳。こわいほど、透きとおっている。冷たい視線に射すくめられ、たじろぎながらも、そのあまりに純度の高い緑に目が離せなくなる。…と云うような文章で始まり、ペルシャではシャータたちがターバンを止める飾りに使ったとか、エジプトにはその昔クレオパトラ鋳山と云うのがあって、そこから出た多くのエメラルドがローマに渡り神像の目にはめられたが、ジュピターの神殿に奉納されていた大きなエメラルドを、暴君ネロはくりぬいて妻のポッパエアに贈った・・・とか。

はるか雲の上で大天使ミカエルが魔王ルシファーと戦い、ミカエルの剣が魔王の冠にはめられていたエメラルドを叩き落した。そのエメラルドをくりぬいて出来た聖杯がキリストの最後の晩餐に用いられた。そしてそれがイタリアのジェノヴァの聖ジョヴァンニ寺院に奉納されていたが、最近調べたらその大杯はただのガラス製だった・・・など。

グレース・ケリーが主演した「緑の火ーエメラルド」と云う映画の話とか、サマセット・モームの恋愛小説「女ごころ」に出てくるエメラルドの話など。

出だしの数行はちょっと少女趣味みたいですが、宝石夫々の性質や産地や有名な宝石がどういう経緯を辿ったかなど、特にヨーロッパの王侯貴族たちが、その昔宝石と女性に命をかけた面白い話が一杯です。また宮沢賢治が宝石店を開きたがっていたとか、三島由紀夫の話、アラビアンナイトや007の映画の話など等、20余りの宝石の面白い話がいっぱいです。

宝石の「カラット」と云う単位はギリシャ時代からで、イナゴ豆 (carat) から来た言葉だそうで一カラット=0.2g。また誕生石は聖都エルサレムの城壁の土台に飾られた12の宝石をもとに決められたそうです。

これを読んで飲み屋のネーちゃんの指輪にチョッと気の利いたウンチクを垂れば、少々醜男でも飲み代が少しは安くなるかな？

僕の本は1992年発行の初版本ですが、紙質が悪くオマケに製本が悪いので読みづらいのが欠点。

59

また文字化けさせてしまいました、すみません。再送させていただきます。

「アイルランド島」と言うのは難しい島のようなです。僅か8万平方キロ（丁度北海道と同じくらい）の面積に「イギリス領北アイルランド」と南部の「アイルランド共和国」が共存しているのですから…。

①「アイルランド・・・人・酒・音」 守安功著、東京書籍刊、1800円

難しい政治の話などではなく、音楽で有名

な桐朋学園の古楽器科を卒業後、アイルランドの音楽に惹かれた音楽家の書いた本です。この本によると一般にアイルランドではプロテスタントの人達は裕福な人が多いですが、カソリックの人達は大家族で貧しい人が多く、一見閉鎖的だが打ち解ければ『アイルランドは風は冷たく、人は温かい』と言うことになるようです。生活は、時には電気も水道もガスもない、電話もテレビも車もないと言う環境にあえて暮らしている人もいるようで『金持ちに生まれるより幸運に生まれるに越したことはない』というアイルランドの諺になるそうです。アメリカナイズされることに抵抗して、かたくなにアイルランド語を話し、アイルランドの音楽をこよなく愛している人たちとの交流を書いた本です。僕は音楽の専門的なことは分かりませんが、楽器の話などとても面白く、例えばフィドルとヴァイオリンは基本的には同じで、端的に云えば楽譜を読める人がヴァイオリン奏者で楽譜が読めない人がフィドル奏者だそうです。ヴァイオリンと言うと高尚な印象ですが、アイルランドではパブなどで専門的な奏者でなくとも演奏するフィドラーが多いそうです。「屋根の上のヴァイオリン弾き」のオリジナルのタイトルは「Fiddler on roof」だそうです。英和辞典では fiddleは「ヴァイオリン」という意味のほかに「ベテン・詐欺・器用さを要する仕事…」など、あまりいい意味は少ないですが、何となくフィドラーの感じが分かります。フォーマルとカジュアルといった違いでしょうか。でもTPOが違うのであって、fiddlerにもすごいテクニックを持った人がいるそうです。前に御紹介した「ヴァイオリンの銘器」と比べて面白いですね。その他アコーディオ

ンや色々なアイルランド音楽に使われる楽器の話も面白いです。お酒の話は、お酒そのものの話はありませんが「ケーリー」と云って人が集まり酒を飲み、音楽が始まり踊り出すといったパーティーがよくあって、アイルランドが発祥のギネスビールがよく飲まれるそうです。

この本にはきれいなカラー写真がありますが、古い教会や修道院、お城の遺跡など、かつての栄光の時代を物語るものが沢山あって、以前に御紹介したオスマン帝国が崩壊した後の「イスタンブール」と似た感じがします。

日本も「戦後」と言うはずいぶん昔になりましたが、近代化・自由化が進んで、考えようによってはアメリカナイズされてきたわけで、その過程で失われたものも大きかったかもしれません。・・・と言うようなことを考える僕が年を取ったということでしょうか。

「5月の松島湾」

吉岡整形外科（西宮市）
吉岡 裕樹

5月の連休に仙台へ行き、到着翌朝の晴れた日に、松島湾めぐりの一日観光に出た。日本三景の一つ松島湾は、長年行こうと考えていた、念願の観光地である。リアス式海岸でのこぎりの刃のような細かい半島がたくさんあると、中学地理でならった。江戸時代に松尾芭蕉が「松島や ああ松島や 松島や」と詠じた松島湾はどのようなところだろうか。俳句の名人が、こんなシンプルな言葉しか出せなかった名所は、そんなにすばらしいところなのだろうか？ 晴れ、気温21度。観光には絶好の天気。午前6時起床、7時にJR仙台駅近くのホテルの部屋を出て、JR仙台駅から仙石線に乗った。日曜日のせい、朝が早いせい、車内はがらがらだ。仙台市内をあっという間に抜けたら、途中の沿線は林や山ばかりだった。さらに進むと突然沿岸線に出た。太平洋である。途中の大きな駅は本塩釜駅だけで、あとは無人に近い小さな駅ばかりだった。ガイドブックでは、本塩釜でランチしてから松原海岸駅へ向かうべしとあったが、途中下車する気にはなれずそのまま乗車して松島海岸駅へ向かった。

松島には、2つの駅がある。今回向かってるのは、松島湾観光の基地となる駅で、名前を「松島海岸駅」と言う。これは仙台と石巻を結ぶ仙石線の駅である。もう少し内陸側にある駅は、修飾詞なしの「松島駅」である。

東北本線の駅である。「松島内陸駅」とでも付けたらいいのに。仙台駅始発の、この列車の客のほとんどが松島海岸駅でおりた。実は、この仙石線は3年前の3.11東日本大震災で津波の影響を受け、途中遮断されたままになっているのである。松島海岸駅の一つ先の「高城町」までは行くが、そこで仙石線は遮断されている。津波の復旧がまだ来ていない。石巻まで行きたい乗客は、松島海岸駅で降車、振替バスに乗るよう車内で案内があった。日本三景と謳う割には、松島海岸 駅はこじんまりした駅である。(写真)駅前広場は50メートル四方の大きさ。一般観光地の例にあるとおり、広場の周囲にいくつかの食堂とみやげ物店が並んでいた。



松島海岸駅の駅舎を出て右側、すぐ目に付くところに観光船「仁王丸」の乗船券売場があった。ガイドブックに載っている観光船だ。窓口の女性が、8時半出港の船に今から乗れます、と言うので、事態が何もわからないまま、買うに如かずと思って、慌てて切符を買った。時計を見ると、あと15分で出港だ。駅前広場から海岸らしき方向にまっすぐ歩いていった。自分の前に同じような観光客がぞ

会員からの便り ●

ろぞろ歩いているから、その流れに沿って進む。付いて行ったら船着き場に出た。海岸線に沿って船着場まで一本の道路が走っている。道路を挟んで右が海、左は山である。山が迫っているため、道路の幅を広くとることができないようで、片側一車線のその道路は車で大渋滞だった。歩道も観光客で溢れていた。3人も並べばいっぱい道の道では多くの観光客を捌ききれないようだった。道路を渡って海岸へ出るための横断歩道ではたくさんの歩行者が溜まって、身動きできない状態だった。

道を渡ると船付き場があり、大きな観光船の前に長い行列ができていたので、すぐに仁王丸の乗船待ちだとわかった。船着場は野球のダイヤモンドほどもある広い浮き桟橋で、乗る人を待っていた。仁王丸は二階建ての観光船(写真)で、列の最後尾に近い私が乗船するとすぐにもやいが放たれ、出港した。定員400人乗り、50分で反時計周りに一周湾をする。船内は満員に近く、二階席に向かう階段には、「グリーン席 600円」と掲示されて



いた。見晴らしのいい二階席に上るには、さらに600円が必要だったのだ。一階船室は既に満室で、船尾デッキには立ったままのお客がたくさんたむろしていた。そこは吹きさらしで、海上に出ると風と波の影響をもろに受けるはずだった。桟橋を離れてしばらくはウミネコが船に付いて飛んでいる。観光客がくれる餌を待っているのだ。乗船場に、「ウミネコにえさをやらないで」の看板があったのを思い出した。琵琶湖ではウミウが殖え過ぎて、小島の木が枯れて困っていると聞いたことがある。同じような被害が、ここ松島ではウミネコで発生しているのだろう。やがて私は前方へ移動し、一階の船室に入り、最後列の通路側になんとか座る場所をひとつ見つけた。席は長いす式で、よく見ると五人掛け用に仕切られていた、大部分は4人で席を占めていた。しゃべっている言語から、乗客は中国人が多いとわかって、少し驚いた。尖閣諸島の国有化で日中関係がぎくしゃくしている時期だったからである。後尾デッキではわからなかったが、船室では案内テープが、日本語、韓国語、中国語で流れた。テープでは、

移り変わる景色に応じて、湾に浮かぶ島の名前を順次披露してくれるが、やがて島の名前には飽きてしまった。穴が4つ開いた島、松が少しだけ植わった島、人の形のような島、並んで双子のような島。土地の人には一つ一つの島の名前が大事なのであろうが、観光客にとって、島がどんな名前を持っていても、さほど関心はない。同じアナウンスを聞くなら、海面の組まれたイカダの中にはどんな魚を

養殖しているとか、竹棒を海面に突き立てて並べているのは何の印か、あそこに見える煙突は何の煙突か、教えてくれたほうが面白かったと思う。録音テープにそこまで実況性を求めるのは難しいのかもしれない。床面の低い船室に座っていたら、海面の色が濁っているのが良くわかった。岸を離れて湾の外へ出ると波が高くなって船が揺れた。エンジンの馬力を上げると唸り音でテープが聞こえなくなった。クルージングが半分も過ぎると、船室のお客が退屈して船尾デッキに出たり入ったりする人が増えたが、私は外気の寒さを知っていたので座ったままだった。地図で見ると湾内には260以上の島が散らばって、空撮で見れば見事な斑点模様なのだろうけれど、船上から見た景色は一次元的で、遠近の島々が重なって、一つの半島のように見えるだけだった。松尾芭蕉が「松島やああ松島や松島や」と詠嘆したのは、一昔前の話だ。現代は他にもっと見事な景色ができたから、それほど詠嘆する景色でもないか。

50分のクルージングを終えて仁王丸を降り、栈橋を良く見たら、仁王丸以外にたくさんの観光船がいた。一階建ての小ぶりな船ばかりだった。彼らも観光客を乗せたがっているようだが、乗船の行列は仁王丸ばかりに集中していた。JR駅で乗船券を売る作戦が功を奏しているように見えた。栈橋の横に立派な鉄筋の建物で、観光案内館があった。湾内観光の総合案内というべき建物で、定期船の乗船券をうるコーナーもある。仁王丸以外の湾内一周コースが他にもあり、さらに船で松島海岸から本塩釜港までゆく定期便があった。行きはJRで来たので、復路は海から塩

釜へ帰るのもおつなものかと思っただが、本日は休日で混んでいる。船から列車の乗り換えでまた混雑するかもしれないと思ったので、あきらめた。観光案内館の内部に入って驚いたことがある。案内掲示板に3.11津波の被害写真とともに、津波到達レベルの高さが表示されていた。建物の中まで津波は達し、その高さは1メートル50センチほどであった。私の首まである高さに浸かったのであった。それから3年である。5月の連休の観光客がなによりの応援であろう。



観光案内館を出て道路に添って歩いてみた。仁王丸から上がったのが午前9時半ごろ、船着場から幹線道路を横断して、道沿いの食堂に入ったのが午前10時だった。店のメニューがいかにおいしそうだったので入った。お店の看板は「営業中」だったが、私が入った時に急いで営業を始めた風だった。私

会員からの便り ●

はその日の最初のお客さんになった。朝食のつもりだったので分量軽め目と思い、「牡蠣どんぶり1500円」を注文した。牡蠣はこの季節でも松島の名物である。漬物と味噌汁がついていたが、牡蠣は貧弱なのが数個で、案内ガイドの写真、牡蠣でご飯が見えないほどな様子とは大違いだ。その道路は一本道で、道沿いには食堂やみやげ物店が途切れなく続いているメインストリートだった。歩道にはお客が溢れていた。いい天気だから売上も上がるに違いない。10分ほど歩いて「五大堂」に渡った。五大堂は、海岸に突き出た岩場にある古いお堂である。松島湾を見渡すシンボルのようなお堂である。足元が透けて見える、すかし橋という橋を渡って歩く。海拔50メートルほどの高さにあるお堂を一周して帰ってくるだけだが、観光客は必ず渡るコースのようである。私には、何ほどの感激もなかった。海岸にそってさらに歩くと、有料の赤い橋を渡って福浦島へ続く。私は、橋の袂のおみやげ物店で休憩した後、橋を渡らず引き返すこ

とにした。島へ渡ったところで景色は同じだと思った。そばで見ていると、強い風に髪を散らせながらも渡る観光客が多かった。

行きには気づかなかったが、駅までの途中の大きな駐車場の一角に「お魚市場」があった。時は11時半、昼食時である。海の近くだから、おいしい魚が食べられると期待して入った。一階は海の幸の売店、2階が食堂兼みやげ物。メニューは、寿司、どんぶりが主である。どんぶりは、海鮮丼を始め、いくら、うに、まぐろ、鮭、牡蠣、穴子、鶏、豚、牛まであった。私はマグロ三色どんぶり1700円を選んだ。二階席は長いテーブルに相席で座るのだが、うまく空いていた。マグロの赤み、中トロ、ネギマがご飯を覆い尽くしてうまかった。新鮮なネタがうれしかった。値打ちものだった。

午後1時過ぎに、仙台駅へむかう列車に乗った。松島海岸駅で席は全て埋まった。

(終わり)





兵庫 県 ・ 静岡 県
ジョイントミーティング



静岡県＊兵庫県整形外科医会ジョイントミーティング

宇野津整形外科医院（姫路市）

宇野津 雅 哉

二年に一度の恒例、ジョイントミーティングが平成26年11月15日 静岡 日本ホテルにて兵庫県10名、静岡県27名の参加のもと開催された。講演は2題で1題はJCOA副会長による「JCOAの展望について」と加藤裕之JCOA役員による「医療類似行為への対応」でした。



懇親会では吉良貞伸先生、濱本肇先生、坂田敏郎先生の挨拶のあと鄭仁秀先生の乾杯に始まり、中国由来の二胡の演奏やベリーダンスの催しで会に盛り上がりを見せ、続いて二次会へと移りました。



二胡演奏



ベリーダンス

静岡県、兵庫県整形外科医会 ジョイントミーティング親睦ゴルフ報告

宇野津整形外科医院（姫路市）

宇野津 雅 哉

平成26年11月16日 富嶽カントリー倶楽部にて、二年に一度の親睦ゴルフ大会が開催されました。

好天に恵まれ、富士山の絶景と紅葉に酔いながら皆和気あいあいの中でプレーが行われました。参加者は18名で優勝は静岡県の北条博先生でした、準優勝は葛原啓先生、三位は青木康夫先生でした、ベストグロスは岡田幸也先生でした（HDGP 3.6!）。

ちなみに私は静岡のゴルフ担当幹事の上野剛志先生のお気遣いで、脱BBメーカーでした。

帰りは静岡駅にて静岡県の幹事、杉山修一先生に前日の写真を頂き、全員無事に帰路につきました。





順位	氏名	白鳥コース	宝永コース	GR	HD	NET
優勝	北條博	49	44	93	20.4	72.6
準優勝	葛原啓	46	42	88	14.4	73.6
3位	青木康夫	46	45	91	16.8	74.2
4位	飯尾純	46	46	92	16.8	75.2
5位	坂田敏郎	47	43	90	14.4	75.6
6位	渡邊勝典	49	41	90	14.4	75.6
7位	司馬立	45	43	88	12.0	76.0
8位	岡田幸也	40	40	80	3.6	76.4
9位	中林幹治	46	42	88	10.8	77.2
10位	山本一貴	49	55	104	26.4	77.6
11位	厚井薫	53	47	100	20.4	79.6
12位	松本安司	58	54	112	31.2	80.8
13位	顥川功	49	50	99	18.0	81.0
14位	赤坂理	50	47	97	15.6	81.4
15位	松浦知史	59	57	116	31.2	84.8
16位	吉良貞伸	62	60	122	34.8	87.2
17位	宇津野雅哉	60	65	125	36.0	89.0
18位	上野剛志	65	64	129	32.4	96.6



神戸市整形外科医会
ゴルフコンペ



第5回神戸市整形外科医会ゴルフコンペに優勝して

大谷整形外科眼科（芦屋市）

大谷卓弘



平成26年8月3日（日）三木ゴルフクラブにて、第5回神戸市整形外科医会ゴルフコンペが開催されました。12人4組でペリア方式で行われました。当日は、台風の影響で大雨が心配されましたが、幸いにも雨は激しくなく、小雨が降ったり止んだりの天気でした。記念撮影後、熱中症予防として経口補液ドリンクが配られ、スタートしました。

小生は第一組目で、立石先生、三枝先生、辻先生とラウンドさせて頂きました。立石先生の堅実なプレー、三枝先生、辻先生の豪快なドライバーショットに圧倒されながら、マイペースで楽しくプレー出来、真夏の炎天下ではなく、蒸し暑かったですが、程度の天然シャワーを浴びて涼しく回れたと思います。

プレーが終わり、懇親会会場に行くと、岡田先生より、優勝を告げられ何かの間違いではないかとハンディを見ると、隠しホールでことごとく大たたきした結果、大きなハンディを頂き、グロスではブービーなのになぜか優勝となっていました。また、ドラコンも一つ頂きました。これも、ドラコンホールで、同組の三枝先生の方が、はるかに前にいってましたが、三枝先生は午前でもドラコンを取られており、一人一つの特別ルールで、小生に譲ってもらった結果でした。いくつもの偶然が重なっていましたので、怖くなり、帰り道で事故に遇わないようにいつもより慎重に運転して帰りました。

優勝賞金の高級すき焼き牛肉とドラコン賞の西瓜を両手に帰宅すると、妻が私以上に驚いて、ほとんど練習もプレーもしないのに、よく優勝できたねと言われました。ペリア方式の事を内緒にして、まあ、実力かなと自慢しました。スコアは実力通りですが、内容は満足できました。ゴルフクラブもここ10数年間買い換えていませんでしたが、たまたま友人からもらったドライバーが思いのほかよく当たりました。また、友人の先生より教えてもらったゴルフ本を読んで、ゆっくりとしっかりとクラブを振り、けっして飛ばそうとは思わない事の二つを常に心し、昨年末のHCOAゴルフコンペで痛めたテニス肘をかばいながら力まず、軽く振ったのがよかったのかなと自己分析しました。

これからは、少しは練習に励み、本当の実力で優勝したいと思います。道ははるかに遠いようです。

神戸市ではなく、隣の芦屋市から毎年お邪魔させて頂いてますが、来年も参加したいと思っていますので、神戸市の先生方、これからもよろしく願いいたします。

ちなみに、ゴルフはほとんど真夏しかせず、冬はスキーにはまっております、スキーをされる先生は是非お誘いください。



順位	氏名	南	東	GR	HD	NET
1位	大谷卓弘	53	56	109	40.0	69.0
2位	藤原邦高	47	46	93	21.6	71.4
3位	萩原徹	47	40	87	12.0	75.0
4位	辻壽	57	52	109	33.6	75.4
5位	坂井毅	40	42	82	4.8	77.2
6位	飯尾純	44	48	92	14.4	77.6
7位	岡田幸也	37	41	78	0.0	78.0
8位	三枝康宏	54	55	109	28.8	80.2
9位	山田博	54	49	103	21.6	81.4
10位	藤本誠	48	42	90	4.8	85.2
11位	立石博臣	66	60	126	40.0	86.0
12位	中川夏司	53	48	101	9.6	91.4

NP：飯尾、岡田、堂園、米川
 DC：三枝、大谷
 BG：岡田



骨と関節の日



平成26年度「運動器の10年・骨と関節の日」 兵庫県下の行事内容

《神戸市》

行事名称：第20回「運動器の10年・骨と関節の日」市民公開講座

日 時：平成26年10月16日（木） 14：00～16：30

会 場：兵庫県医師会館 2階 大会議室

〒651-8555

兵庫県神戸市中央区磯上通6-1-11

【内 容】 ○講 演

演題：『腰仙椎由来の下肢の痛みとしびれ』

講師：西田 康太郎 先生

（神戸大学医学部整形外科教室 講師）

演題：『首と背中からくる痛みとしびれ』

講師：橘 俊哉 先生

（兵庫医科大学整形外科学教室 講師）

《尼崎市》

行事名称：骨と関節の日 記念特別講演会

日 時：平成26年10月9日（木） 14：00～16：00

会 場：尼崎市立女性センター・トレピエ4階

〒661-0033

兵庫県尼崎市南武庫之荘3-36-1

【内 容】 ○特別講演

演題：『一生歩いて生きていく。脱ロコモ宣言』

講師：和田山 文一郎 先生

（兵庫県立尼崎病院 整形外科 部長）

○骨量測定

○健康相談

《西宮市》

行事名称：西宮市民健康フェア

日 時：平成26年10月19日（日） 10：00～15：30

会 場：西宮市北口保健福祉センター（ACTA西宮西館5階）
〒663-8035

兵庫県西宮市北口町1-1

【内 容】 ○医師による健康相談

伊熊 貢秀 先生（伊熊整形外科 院長）

嶺尾 和男 先生（嶺尾整形外科 院長）

《芦屋市》

行事名称：第38回 平成26年 兵庫県芦屋市健康大学講座

日 時：平成26年10月23日（木） 14：00～16：00

会 場：芦屋市医師会館

〒659-0065

芦屋市公光町5-13

【内 容】 ○講演

演題：『足関節・足部の痛みについて』

講師：桑野 吉浩 先生（くわの整形外科 院長）

《姫路市》

行事名称：「平成26年骨と関節の日」講演会

日 時：平成26年10月9日（木）

会 場：姫路市医師会館 5階 中ホール

〒670-0061

兵庫県姫路市西今宿3-7-21

【内 容】 ○講演

講師：山本 和司 先生（姫路中央病院 整形外科 医長）

演題：『ロコモティブシンドロームの要因としての上下肢の痛みとシビレ』

(PR特集)

(第3種医療従事者)

神戸新聞

2014年(平成26年)10月4日 土曜日

18

「ロコモティブシンドローム」予防しよう

西川整形外科 八幡市クリニック院長 西川 哲夫氏
 神戸大学医学部付属病院 整形外科 副院長 西田 康太郎氏
 兵庫医科大学病院 整形外科 副院長 橋 俊哉氏
 兵庫医療大学 整形外科 リハビリテーション学部長 坂田 敏郎氏



超高齢化社会の日本では、65歳以上が人口の約4分の1を占める。平均寿命は男性80.2歳、女性86.6歳。しかし、介護を必要としない「健康寿命」は男性70.4歳、女性73.6歳と大きな開きがある。最後まで元気で人生を楽しみ、健康寿命を延ばすために重要視されているのが骨、関節、筋肉などの運動器だ。「ロコモティブシンドローム（運動器症候群）」は、この運動器の障害。手腳などの痛みやしびれが大きくなるとなる。その原因や治療法などを兵庫県内の専門医4氏に詳しく聞いた。

適度な運動が健康長寿の鍵

原因や治療法 専門医に聞く

ロコモーショントレーニング
「バランス能力をつけるロコモレ」片脚立ち

※左右1分間ずつ、1日3回行いましょう。

※必ず必要な人は、必ず注意して、前に両手や片手をつけて行うようにしてください。

※足元が不安定な人は、手すりや杖などを利用して行うようにしてください。

※足の痛みや腫れがひどい場合は、医師の指導のもとで行ってください。

「ロコモティブシンドローム」の予防には、適度な運動が鍵。運動不足は、骨密度の低下や筋力の衰えを招き、転倒や骨折のリスクを高めます。また、運動不足は、血圧や血糖値の上昇、肥満などの生活習慣病の原因にもなります。運動不足は、健康寿命を縮める原因の一つです。運動不足を解消するためには、毎日30分程度の運動を続けることが大切です。運動の種類としては、ウォーキングやジョギング、水泳、サイクリングなどがおすすめです。また、筋力トレーニングも効果的です。筋力トレーニングは、骨密度を増加させ、転倒を防ぐのに役立ちます。運動不足を解消するためには、自分に合った運動を続けることが大切です。

西川氏 高齢者は筋力維持重要

筋力維持は、高齢者の健康寿命を延ばすために重要です。筋力低下は、歩行速度の低下や転倒のリスクを高めます。また、筋力低下は、骨密度の低下や骨折のリスクを高めます。筋力維持のためには、定期的な筋力トレーニングが効果的です。筋力トレーニングは、骨密度を増加させ、転倒を防ぐのに役立ちます。また、筋力トレーニングは、血圧や血糖値の上昇、肥満などの生活習慣病の原因にもなります。筋力維持のためには、自分に合った運動を続けることが大切です。

橋氏 背圧圧迫した場合 細かい作業、歩行困難に

背圧圧迫は、背中の筋肉や椎間板に負担をかけ、痛みや炎症を引き起こします。背圧圧迫は、細かい作業や歩行を困難にします。また、背圧圧迫は、血圧や血糖値の上昇、肥満などの生活習慣病の原因にもなります。背圧圧迫を解消するためには、姿勢の改善や運動が効果的です。また、背圧圧迫を予防するためには、適切な姿勢を維持することが大切です。

坂田氏 要介護の2割が運動器障害

要介護状態にある高齢者の約2割は、運動器障害によるものです。運動器障害は、歩行や日常生活に支障をきたす原因となります。また、運動器障害は、血圧や血糖値の上昇、肥満などの生活習慣病の原因にもなります。運動器障害を予防するためには、適度な運動が効果的です。また、運動器障害を治療するためには、適切な治療を受けることが大切です。

西田氏 骨粗鬆症にも注意 寝たきり招く可能性も

骨粗鬆症は、骨密度の低下による骨の脆弱化を特徴とする疾患です。骨粗鬆症は、骨折のリスクを高めます。また、骨粗鬆症は、寝たきり状態になる原因の一つです。骨粗鬆症を予防するためには、適度な運動やカルシウム・ビタミンDの摂取が効果的です。また、骨粗鬆症を治療するためには、適切な治療を受けることが大切です。

骨、関節、筋肉や神経で構成される「運動器」。それぞれが連携して働いており、どれかひとつ悪くても身体はうまく動きません。

10月8日は「骨と関節の日」です。
 兵庫県整形外科医会（協賛）

<p>西川整形外科 院長 西川 哲夫氏 八幡市 八幡市八幡町1-1-1 TEL: 078-821-1111</p>	<p>西田康太郎クリニック 院長 西田 康太郎氏 神戸市 西神西町1-1-1 TEL: 078-751-1111</p>	<p>橋俊哉クリニック 院長 橋 俊哉氏 神戸市 西神西町1-1-1 TEL: 078-751-1111</p>	<p>坂田敏郎クリニック 院長 坂田 敏郎氏 神戸市 西神西町1-1-1 TEL: 078-751-1111</p>
<p>あべのクリニック 院長 西川 哲夫氏 八幡市 八幡市八幡町1-1-1 TEL: 078-821-1111</p>	<p>西川整形外科 院長 西川 哲夫氏 八幡市 八幡市八幡町1-1-1 TEL: 078-821-1111</p>	<p>西田康太郎クリニック 院長 西田 康太郎氏 神戸市 西神西町1-1-1 TEL: 078-751-1111</p>	<p>橋俊哉クリニック 院長 橋 俊哉氏 神戸市 西神西町1-1-1 TEL: 078-751-1111</p>
<p>坂田敏郎クリニック 院長 坂田 敏郎氏 神戸市 西神西町1-1-1 TEL: 078-751-1111</p>	<p>西川整形外科 院長 西川 哲夫氏 八幡市 八幡市八幡町1-1-1 TEL: 078-821-1111</p>	<p>西田康太郎クリニック 院長 西田 康太郎氏 神戸市 西神西町1-1-1 TEL: 078-751-1111</p>	<p>橋俊哉クリニック 院長 橋 俊哉氏 神戸市 西神西町1-1-1 TEL: 078-751-1111</p>

MSD MSD株式会社 www.msd.co.jp

健康寿命の延伸に貢献していきたい。
 皆様の信頼と期待をいただきながら私たちは挑みます。

大正山田薬品株式会社
<http://www.osano.co.jp>

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

AsahiKASEI
<http://www.asahi-kasei.co.jp>

エーザイ株式会社
<http://www.eizai.co.jp>

小野薬品工業株式会社
<http://www.ono.co.jp>

科研製薬株式会社
<http://www.kaken.co.jp/>

第一三共株式会社
<http://www.daiichisankyo.co.jp>

中外製薬株式会社
<http://www.chugai-pharm.co.jp>

中外製薬株式会社
<http://www.chugai-pharm.co.jp>

帝人ファーマ株式会社
<http://www.teijin-pharm.co.jp>

Lilly 日本イーライリリー株式会社
<http://www.lilly.co.jp>

Working together for a healthier world!
 より健康な世界の実現のために
<http://www.pfizer.co.jp>

第一三共株式会社
<http://www.daiichisankyo.co.jp>

第一三共株式会社
<http://www.daiichisankyo.co.jp>

第20回骨と関節の日 市民公開講座

(平成26年10月16日、兵庫県医師会館)

講演1 「腰仙椎由来の下肢の痛みとしびれ」

神戸大学整形外科 西田康太郎 先生

講演2 「首と背中からくる痛みとしびれ」

兵庫医科大学整形外科 橋 俊哉 先生

「腰仙椎由来の下肢の痛みとしびれ」

神戸大学整形外科
西田康太郎 先生

腰痛は厚生労働省が毎年行っている自覚症状の調査において、常に上位を占める重要な病気です。腰の痛みは、『ぎっくり腰』に代表される急性腰痛や慢性的に痛むもの、さらには動きにもなって痛むものや安静時にも痛むもの、下肢への痛みやしびれ、時には筋力低下を来すものなど様々です。

人間の脊椎には腰の骨（腰椎）が5個あり、その下には骨盤の一部である仙椎（仙骨）があります。脊椎には脊柱管というスペースがあり、その中には硬膜管という神経を守るしっかりとした膜、さらに硬膜管の中には髄液や神経組織が存在します。腰椎の大部分には馬のしっぽのように見えるバラバラになった神経（馬尾と呼ばれます）があり、この馬尾が左右に分かれて硬膜管を出る時に「神経

根」と呼び名が変わります。この神経根は下肢に向かい、その神経根が支配する下肢の感覚や動きの情報を伝えます。下肢の痛みやしびれはこれら神経の障害を意味します。腰仙椎の異常が生じることで腰痛が生じると考えられていますが、原因が特定できない「いわゆる腰痛症」に分類される場合もあります。最も多くなっているのは腰部脊柱管狭窄症です。さらに腰椎椎間板ヘルニアや骨粗鬆症に由来する脊椎圧迫骨折、ときに脊椎腫瘍や癌の転移に由来するものも見かけられます。一般的に注意すべきは安静にしているにもかかわらず、下肢の痛みやしびれあるいは筋力低下などの神経症状を来すもの、その症状が日に日にひどくなるものです。

整形外科を受診頂いた場合には、上記のような症状の特徴をお聞きして、その後診察やレントゲン、時にCTやMRIなどの検査をしながら診断をすすめます。診断が確定すると次は治療になります。腰の安静が必要と判断される場合にはコルセット等を処方すること

骨と関節の日 ●

があります。痛み状態によっては湿布やいわゆる消炎鎮痛剤を処方します。神経が障害されることによって生じる下肢の痛みやしびれに対しても有効な薬が登場しています。ときには注射の治療（ブロック）を追加したり、骨盤牽引などの理学療法を併用したりすることもあります。最近見直されているのが運動療法で、特に慢性の腰痛に対してはこれが唯一の治療であるとの意見もあります。これらの保存的治療では症状がとれない場合や、麻痺や排泄障害（膀胱直腸障害）が出現する場合には手術が適応となる場合もあります。手術も多種多様で、顕微鏡や内視鏡で可能な小さい手術から、チタン性のネジやロッドを用いた固定術までその状態により適応がままります。

本講演ではこれら下肢への痛みやしびれを伴うことがある腰仙椎疾患のうち、特に注意すべきものや安易に放置したり民間療法に頼ったりすべきでないものについてお話し、治療方法などをわかりやすく概説いたします。

「首と背中からくる痛みとしびれ」

兵庫医科大学整形外科
橋 俊哉 先生

頸部痛、背部痛や上肢、下肢のしびれや運動障害はどのような脊椎疾患から起こるかを解説致します。神経障害については、我々が専門とする圧迫神経障害につき脊髄症と神経根症にわけて解説したいと思います。そしてその治療法についても説明していきます。

「平成26年骨と関節の日」講演会

(平成26年10月9日、姫路市医師会館)

講演 「ロコモティブシンドロームの要因としての上・下肢の痛みとシビレ」

医療法人公仁会 姫路中央病院 整形外科 医長 山本 和司 先生

「ロコモティブシンドロームの要因としての上・下肢の痛みとシビレ」

医療法人公仁会 姫路中央病院 整形外科
医長 山本 和司 先生

ぐらいの講演でしたが、その後の質疑応答では約40分にわたり活発な質問をいただき、改めて一般市民の方々の“運動器疾患に対する関心の高さ”を認識した。

平成26年10月9日(木曜日)午後2時から、姫路市医師会館5階中ホールで約50人の参加者に対し講演させていただいた。内容は、最初に「ロコモティブシンドローム(以下ロコモ)と健康寿命」についてお話し、ロコモ予防が健康寿命の延伸に繋がり、“ロコモ”を“メタボ”同様に広く認知していただくようお願いした。次いで「ロコモの原因疾患について」として、変形性膝関節症、変形性股関節症、変形性脊椎症(頸椎症、腰部脊柱管狭窄症)、骨粗鬆症の簡単な説明と、バランス機能低下と筋力低下については“ロコチェック”と“ロコトレ”を紹介した。最後に「症状から考えられる背骨の病気と、その対応はどうすればいいのか?」と題して、手術症例も交えて、腰痛・肩こり・手足のしびれなどの原因疾患の話をしていただいた。以上1時間



ラ ジ オ ・ 新 聞



平成26年度 ラジオ関西「みんなの健康相談」

放送日	テーマ	出演者
平成26年2月15日	へバーデン結節の手術	北野 達郎 先生
平成26年7月26日	膝関節水腫	田中 浩一 先生
平成26年8月2日	指の屈曲運動障害	恵美 直敦 先生
平成26年11月29日	骨粗しょう症の治療方法	岡田 文治 先生

平成26年 神戸新聞「カルテQ & A」

掲載日	内容(題)	執筆者
平成26年1月16日	「踵骨棘」	生田 進一 先生
平成26年4月3日	「大腿骨内顆骨壊死症」	岩崎 安伸 先生
平成26年4月10日	「変形性足関節症」	安田 義 先生
平成26年5月15日	「変形性股関節症」	西山 隆之 先生
平成26年7月24日	「膝の痛み」	山口 基 先生
平成26年8月28日	「椎間板ヘルニア」	橋本 靖 先生
平成26年10月9日	「ばね指」	田野 確郎 先生

『踵骨棘』

神戸新聞「カルテQ & A」の
平成26年1月16日
生田進一先生の回答です

【問い】

足の踵が痛いので病院へ行き、エックス線撮影の結果、骨がとがっていました。医師の指導を受け、中敷きを入れた靴などを履いています。主婦なので自宅で和室にいることが多く、靴を履かない生活では、どうしたらいいですか。
(女性、58歳)

【答え】

ご質問の痛みは踵骨棘、または足底腱膜炎と呼ばれる病気です。足底腱膜炎の一部に踵骨棘があります。40代以上の中高年に多く、朝起きてすぐの歩行の際、踵の底に強い痛みが起きるのが特徴です。何らかの損傷を受けて切れた腱は寝ている間にいったん引っ付きますが、朝になって動き出すと腱がまた切れるため、強い痛みが起きると考えられます。

踵の骨がとがっていることを踵骨棘といいますが、これは痛みの原因ではありません。骨がとがっていなくても、痛い場合があります。土踏まずを形成する腱膜や筋肉が踵の骨に付く所で常に引っ張られて損傷を受けた結果、踵骨棘ができます。加齢によってこの損傷を受けやすくなります。加齢で腱が弱り、切れやすくなるためです。

治療は足底のストレッチや湿布、塗り薬、内服薬、局所の注射、踵の負担を軽減する足底板の使用などがあります。いずれも一

定の効果は期待できますが、治癒するまでに一般的には数カ月から2、3年かかります。しかし、必ず治る病気なので、根気よくストレッチなどに取り組んで治療を続けてください。ご質問の「靴を履かない生活」では、室内用の足底板も作製できますので、整形外科で相談してください。

起床時の痛みが強く、歩いているうちに軽減するのが通常ですが、逆に悪化する場合は、他の病気の可能性もあるので、専門医である整形外科を受診してください。
(兵庫県医師会、生田進一＝神戸市東灘区、生田整形外科クリニック院長)

『大腿骨内顆骨壊死症』

神戸新聞「カルテQ & A」の
平成26年4月3日
岩崎安伸先生の回答です

【問い】

右膝に2カ月以上激痛があり、曲げ伸ばしどころか歩くのもままならず、「骨壊死」と診断を受けました。運動療法などで手術の回避は望めるでしょうか。また、手術を受ける場合、その時期を判断する基準や、手術後に日常生活が送れるようになるまでの回復期間についても教えてください。(女性、72歳)

【答え】

膝の関節を構成する太ももの骨の下端は内側と外側の二つに分かれ、内側を大腿骨内顆と呼びます。その部分が壊死（組織や細胞が死ぬこと）する病気が大腿骨内顆骨

壊死症です。

原因不明の特発性がほとんどで、60歳以上の女性に多く見られます。同じく高齢者に多い関節の病気「変形性膝関節症」が徐々に痛みが出るのに対し、同骨壊死症ではある日突然、激しい痛みを感じます。歩行時など膝に体重をかけたときに痛むことが多いですが、何もしていなくてももうずくこともあります。

診断では、病歴などを調べ、エックス線撮影をします。骨壊死があれば、画像上で骨が黒く抜けているのが確認できますが、病気が始まったばかりのときは正常に見えることもあります。しかし、磁気共鳴画像装置（MRI）を使えば、より早期に正確に診断することが可能です。

治療は、痛みが我慢できる程度だと手術はせず、筋力トレーニングなどの運動療法で膝を支える筋肉の力を維持、強化して痛みを軽減させます。しかし、痛みが強く、日常生活に支障があれば早めの手術を勧めます。

手術では、関節の悪い部分を切り取り、金属とプラスチックでできた人工関節に置き換えます。膝全体を置き換える方法と、内側の悪い部分だけを置き換える方法の2種類があります。入院期間は当院の関連病院、あんしん病院では5～7日間ですが、一般的には3週間ほど。退院後はつえをついて歩くことができ、1～3カ月で普通の生活が送れるようになります。

(兵庫県医師会、岩崎安伸＝神戸市中央区、あんしんクリニック)

『変形性足関節症』

神戸新聞「カルテQ&A」の

平成26年4月10日

安田義先生の回答です

【問い】

約10年前から右足のくるぶしが腫れて痛み始め、約8年前に病院で「足首の軟骨が無くなり、骨が変形している」と言われました。装具を着けて様子を見るよう言われましたが、痛みがひどくなれば、足首を固める手術をするしかないとのこと。手術の方法を詳しく教えてください。

【答え】

足首の軟骨がすり減り、関節の隙間が狭くなって、徐々に腫れや痛みが生じる病気を変形性足関節症と呼びます。高齢に伴い発症する原因不明の一次性と、外傷や関節リウマチ、感染症などが原因で発症する二次性に分けられます。

診断では足首の状態などを確認し、エックス線撮影でどの程度隙間が残っているかなど変形の度合いを見ます。変形の軽い方から、病期をⅠ、Ⅱ、Ⅲa、Ⅲb、Ⅳ期の5段階に分けます。

治療方法は病期を中心に、年齢や活動性を考慮して決めます。初期のⅠ、Ⅱ期は保存療法が基本で、痛みに対して湿布などの外用薬や内服薬などで対処します。痛みがひどければ、関節内に鎮痛薬を注射することもあります。足首の負担を軽くするため靴底に敷く足底板を使ったり、運動療法に取り組んだりすることも進行予防に効果的です。

手術は保存療法で効き目のなかったⅠ、Ⅱ期や、Ⅲ、Ⅳ期で行います。通常、Ⅰ、Ⅱ期では内視鏡の一種「関節鏡」を使って滑膜や軟骨の病変部分を切除する手術、Ⅱ、Ⅲ a 期では自分の腸骨（骨盤をつくる骨）や人工骨を移植し、足関節の傾き具合を矯正する「骨切り術」が適応となります。

Ⅲ b、Ⅳ期では、働き盛りの50歳以下や、60歳以上でも活動性の高い患者には「足関節固定術」が適しています。固定方法には、ねじを使う方法、すねの骨の一部をずらしてその下の骨の中に埋め込んで固定する方法など、複数あります。

その他に人工の関節に置き換える手術もありますが、どの手術を選択するかは医療機関や主治医によっても変わります。（兵庫県医師会、安田義＝神戸市中央区、市立医療センター中央市民病院整形外科部長）

『変形性股関節症』

神戸新聞「カルテQ & A」の
平成26年5月15日
西山隆之先生の回答です

【問い】

股関節の痛みが急にひどくなり、2月に整形外科に行きました。股関節の軟骨がすり減り、隙間は1.7^{ミリ}で、可動域（関節の動く角度）は90度ぐらいです。痛みはありますが、正座はできます。長距離は歩けません、自転車は乗る時に痛むものに乗ってしまえば大丈夫です。症状を良くするにはどうすればいいでしょうか。（女性、70歳）

【答え】

股関節の軟骨がすり減って、痛みや可動域制限が出てくる病気を変形性股関節症と言います。女性に多く、国内では、大腿骨の上端部にある骨頭を覆う骨盤の骨（寛骨臼^{かんこつきゅう}）の形成不全が、原因の約7割を占めます。

股関節の変形の進行度によって、前股関節症、初期股関節症、進行期股関節症、末期股関節症の4段階に分けます。症状としてはまず、立ち上がる時などに痛む「運動開始時痛」があります。痛みが強くなると歩行時にも痛み、さらに悪化すると、就寝中など安静時でも姿勢が変わるたび痛みます。股関節部だけではなく、太ももやお尻の辺りが痛む人もいます。

治療ではまず運動療法が大切です。筋力が付き、体重がコントロールされるので、症状が緩和する人が多くいます。股関節に過度の負担がかからないよう、プールでの水中歩行や自転車をこぐことなどがお勧めです。やり過ぎは禁物なので、痛みが出ない程度にしましょう。

薬物療法では基本的に痛み止めを使いますが、1日3回など多く服用していると、胃腸など内臓に副作用が出るので注意が必要です。

運動や薬でも良くならない人には手術を検討します。方法は大きく分けて、骨の一部を切って寛骨臼の覆いを大きくする「骨切り術」と、傷んだ股関節を人工の関節に置き換える「人工股関節全置換術」の二つです。当院では骨切り術は50歳未満、人工関節置換術は50歳以上を適応としていますが、どの手術を選択するかは患者さんの希望や活動性、仕事などさまざまな要素を考慮して決めています。

（兵庫県医師会、西山隆之＝加古川市、加古川東市民病院整形外科部長）

『膝の痛み』

神戸新聞「カルテQ&A」の 平成26年7月24日 山口基先生の回答です

【問い】

右膝の関節が急に痛み、磁気共鳴画像装置（MRI）で疲労骨折と診断されました。腫れと熱が1カ月たっても引きません。家の中をゆっくり歩くことはできます。変形性膝関節症ではありません。痛み止めと血流をよくする薬を飲んでいましたが、防己黄耆湯という漢方薬に切り替えました。（女性、71歳）

【答え】

一般に疲労骨折は、運動選手が激しい運動を続けるなど一度では骨折に至らない程の力が、骨の同じ部分に繰り返し加わることで起こります。問いの方の場合、骨粗しょう症などで骨の強度が低下し、日常生活で骨にかかる力に膝の骨が耐えられなくなって起こる脆弱性骨折だと思われます。

脆弱性骨折の場合、骨折部分の亀裂が初期のエックス線撮影では写りにくく、早期診断にはMRIでの診断が不可欠です。

膝関節周辺の骨は、外側の皮質骨と呼ばれる硬い部分よりもその内部に広がる海面骨（骨髄）の面積が広く、骨折で骨髄内に出血を起こします。これがMRIで観察されるため診断は容易です。骨折に伴い、突然の激しい痛みも生じます。

まず安静にして、歩くときにつえを使うなどして膝への負担を軽くすること（免荷）が大事です。1本づえでも、膝への負担が

2～3割は減らせます。問いの方は恐らく、免荷が足りなかったのではないのでしょうか。

現在、服用されている漢方薬は脚のむくみを取る目的で使われます。膝に水がたまる場合にも処方することがあります。

骨粗しょう症の治療薬の中には、同症が原因の骨折にも効果が認められているものがあるので、骨折治療と並行して処方することがあります。

安静と免荷で、通常は4～6週間で徐々に骨が固まり始め、エックス線撮影でも骨折線が白く写るため、回復を確認できます。まれに骨折で患部より上の膝関節の骨が沈み込んで変形した結果、軟骨がすり減って重度の変形性膝関節症に発展することがあります。こうなると、手術で膝関節の一部を人工関節にする必要性が出てきます。エックス線撮影による経過観察を受けながら、免荷の方法を見直してみてください。（兵庫県医師会、山口基=西宮市、明和病院整形外科部長）

『椎間板ヘルニア』
神戸新聞「カルテQ&A」の
平成26年8月28日
橋本靖先生の回答です

【問い】

少し前からお尻の下に突っ張り感があり、5月末、急に激痛に襲われました。椎間板ヘルニアと診断され、痛み止めとリハビリの毎日です。最近はあまり手術をしないそうですが、強い痛み止めを続けて大丈夫ですか。薬のおかげか少しましになりましたが、完治はしませんか。(63歳、女性)

【答え】

背骨を構成する一つ一つの骨を椎骨といい、椎骨と椎骨の間にあるクッション状の軟骨組織が椎間板です。椎間板ヘルニアは、椎間板の中心にある髄核が外に飛び出して神経を圧迫する病気です。

症状は基本的に腰痛で、主に片方の足に、痛みやしびれが出ることもあります。ひどい場合は、足の筋肉がまひして動かなくなったり、尿や便を出せなくなったりすることもあります。

磁気共鳴画像装置（MRI）などによる診断後、まずは安静にして、消炎鎮痛剤の服用や神経ブロック療法などの保存的療法で様子を見るのが一般的な治療法です。また、当院では約2週間入院してもらい、骨盤にベルトを着け、背骨を弱い力で引っ張り続ける「持続的牽引療法」をすることもあります。

それらの治療で症状が治まり、ヘルニア

が自然消失することも期待できます。リハビリも大切ですが、初めは安静にして症状が良くなってから始めることを勧めます。

こうした保存的療法を3ヶ月続けても症状が改善されない場合や、仕事などの都合で早期の治療を強く望む場合は手術を考えます。また、尿や便が出せない人や非常に強いまひがある人は診断後、早期に手術を検討します。手術は背中を切開して飛び出した髄核を取り除きます。

当院では従来手術に比べ、体への負担が小さい内視鏡手術を実施しています。

治療にはこのほかレーザー治療「レーザー椎間板蒸散術」がありますが、保険外診療である上、若年者しか適応とならないので、慎重に考えた方が良いでしょう。

(兵庫県医師会、橋本靖＝小野市、北播磨総合医療センター整形外科統括部長)

『ばね指』
神戸新聞「カルテQ&A」の
平成26年10月9日
田野確郎先生の回答です

【問い】

1カ月ほど前から朝起きたときに右手がこわばり、「グー」の形ができません。薬指は勝手にピンと動きます。10～15分後には普通に握れるようになります。手首の痛みも少しあります。(女性、63歳)

【答え】

指の使い過ぎによって起こる^{けんしょうえん}腱鞘炎が悪化した「ばね指」だと思われます。

手指を曲げる腱（屈筋腱）はそれぞれの指先まで伸びており、途中で腱鞘けんしやうに覆われています。ひも状の腱がトンネルのような腱鞘をスムーズに動くことが重要です。

腱鞘炎では腱や腱鞘で炎症が起こり、指の付け根で痛みが生じます。さらに進行すると腱や腱鞘が腫れて厚くなり、引っ掛かってトンネルをスムーズに通過できないようになると、力を入れたときにばねのような動きになります。これがばね指で、「パキッ」「ボキッ」などの音が聞こえることもあります。

女性に多く発症し、特に更年期や妊娠時、産後によく見られます。症状が出るのは親指が最も多く、次いで中指、薬指の順。起床時に症状が強く、指を使い始めると次第に動きが良くなるのも特徴です。腱は肘までつながっているため、手首や前腕などにも痛みが出ることもあります。

指の酷使が原因なので、軽症なら安静にすることで回復します。ただ、仕事や趣味でそれが難しいことも多いでしょう。

治療はまず、麻酔薬入りのステロイドを腱鞘に注射し、炎症を抑えます。ほとんどの患者で、3日ほどで効果が表れます。再発したら再び注射しますが、何度も繰り返すと腱を傷つける可能性も報告されており、2回までが目安でしょう。

それでも治らなければ、指の付け根を1センチほど切り、厚くなった腱鞘を切る日帰り手術をします。所要時間は約20分。こちらはまず再発しません。

症状は放置せず、早めに整形外科で相談してください。

（兵庫県医師会、でんの 田野確郎＝尼崎市、関西労災病院整形外科第3部長）



学 術 講 演



平成25年度 第5回兵庫県整形外科医会 学術講演会

(平成25年12月7日、生田神社会館)

講演Ⅰ 「上腕骨骨折の治療戦略－近位から遠位まで－」

東邦大学 教授 池上 博泰 先生

講演Ⅱ 「骨延長の歴史を紐解く」

大阪府立母子保健総合医療センター整形外科 川端 秀彦 先生

平成25年度 第5回学術講演会のまとめ

日時：平成25年12月7日

場所：生田神社会館

講演Ⅰ 「上腕骨骨折の治療戦略
－近位から遠位まで－」

東邦大学

教授 池上 博泰 先生



池上 博泰 先生

日時：平成25年12月7日

場所：生田神社会館

講演Ⅱ「骨延長の歴史を紐解く」

大阪府立母子保健総合医療センター整形外科

川端 秀彦 先生



川端 秀彦 先生

骨延長は骨折過程の生体の生理的な反応をうまく利用して骨長を比較的安全に伸長する整形外科らしい治療法です。その創外固定器と骨延長の歴史は19世紀に始まりますが、現在広く行われている骨延長法であるIlizarov法は20世紀後半になって世界中に広まった比較的新しい技術です。ロシアに起源を持つが故に、この方法の歴史は東西冷戦の政治史と切っても切れない関係にあります。講演では如何にしてIlizarov法が西洋社会に浸透していったのかに焦点をあてて述べさせて頂きました。

下肢を伸ばす、背を高くするという考えは古くからありましたが、骨を延長することによって安全にそして確実に低身長や脚長不等を治療できるようになったのは、20世紀後半に創外固定器が改良され、骨延長の原理と方法論が確立されて以降のことです。骨折した

部位を直接侵襲することなく、骨折を治癒させようとする試みは1853年のmalgaigneを嚆矢とします。彼は鉄の爪を持つ創外固定器を考案して膝蓋骨骨折に対して使用しました。1897年にはParkhillが長管骨の両端にpinを刺入して骨折の整復を図り、1902年にLambotteは現在の片持ち式創外固定器と基本的に同型の創外固定器を発表しています。わが国でも東京大学の前田友助が1924年に前田式骨折接合器を発表し臨床応用しています。その後1934年にJudetの創外固定器がフランスで、1938年にHoffmannの創外固定器がスイスで相次いで考案されました。Hoffmann創外固定器は改良されて商業的にも成功を収め、現在も外傷領域で広く使用されています。

一方、骨延長の歴史を見ますと、1905年にCodivillaは大腿骨骨幹部を斜めに骨切りしたうえで踵骨直達牽引で延長し、ギプスによって延長距離を保つ方法を報告しています。創外固定器を用いての骨延長を初めて報告したのはPol le Coeurですが、彼は創外固定器を術中の牽引装置として使用したにすぎず固定には内固定を用いました。創外固定器が骨延長器として骨延長の主役になるにはもう少し時が流れ、時代が進まねばなりませんでした。

創外固定器を用いた骨延長の歴史はロシア（当時はソビエト連邦）に始まります。Gavriil Abramovich Ilizarovは1921年に現在のペラルーシで生まれました。彼はカザフスタンの医科大学を1943年に卒業し、その翌年にはモスクワからウラル山脈を越えて3000km離れた西シベリアの辺境の地Kurganへの勤務を命じられました。その頃ソビエトは戦争状態にあり多くの負傷した兵士がKurganにも輸送されてきていました。そのような環境の中で、彼は次第に骨折の治療に関心を抱くようになったようです。当時、骨折は主にギプスカ牽引で治療されていました。そのため骨折治

癒には非常に長い期間と患者の忍耐が必要であったし、開放骨折は常に感染ととなりあわせて、切断に至ることも稀ではありませんでした。新しい治療法を模索していた彼は、直達牽引で用いるいわゆる“馬蹄”をふたつ用いてその間を平行なロッドで結ぶことで骨折部を安定化する方法を思いつきました。ワイヤーを複数刺入することで固定強度を増すことを自転車のスポークから連想したとも言われています。当初のIlizarov法はこの創外固定器を使用して骨折部に圧迫をかける新しい骨折治療法でしたが、そこから骨延長法が生み出されたいきさつについてはいくつかのエピソードが伝わっています。そのひとつを紹介すると、「彼はいつものように自らの考案した固定器で骨折を治療していたが、術後に骨折部に間隙が残った。そこをもう少し圧着させないと骨折が治らないと考えて、自分でナットを回して圧迫するようにと説明して、彼は所用で旅に出た。しかし患者がうっかりと間違えて逆方向にナットを回し続けたために、間隙がどんどん大きくなっていった。Kurganに戻ったIlizarovがレントゲン写真を撮ったところ、その間隙に新たに骨が形成されていた。これを偶然と見過ごさないで、治療に応用するようになったのが骨延長の始まりである。」というものがあります。彼は骨折部に牽引をかけると仮骨を形成するという事実偶然に気づき、動物実験によってこの現象に再現性があることを立証しました。これがdistraction osteogenesisと呼ばれる骨延長術の根幹をなす原理であり、この原理そのものがIlizarov法です。

しかし、当時のモスクワで指導的立場にあった医師達は、Ilizarovの発表する常識外れの治療法を田舎医者 of 法螺話として黙殺し続けました。その事態が一変するにはひとつの出来事が必要だったのです。その当時、国

民的英雄であるValery Brumelという走り高跳びの選手がソビエトにいました。彼は1964年の東京オリンピックの走り高跳びの金メダリストでもあり、2 m 28 cmという当時の世界最高記録の記録保持者です。その彼が1967年の夏に交通事故で下腿の開放骨折を受傷しました。モスクワの医師達が下腿切断しかないと言う中、彼はGolyakhovskyの勧めでKurganを訪れ、Ilizarovの治療を受けました。治療は成功し、新聞は再起不能といわれたBrumelの奇跡的回復について書きたて、それと同時に彼の主治医であるIlizarovについても「クルガンの魔術師」として華々しく報道しました。この出来事によってIlizarovの名声はソ連邦全土に広まったのです。

しかし、Ilizarov法が西側社会に広く知られるようになるには、Brumelの治療以降さらに10年以上の歳月と、もうひとつのエピソードが必要でした。なぜなら、当時の共産主義国家のソビエトと西欧諸国との間には鉄のカーテンが引かれており、文化的交流はほとんどなかったからです。世界初のモンブラン単独登頂をなしとげたイタリアの冒険家Carlo Mauriは1960年代にアルプス登山中に事故で左下腿の開放骨折を受傷し、骨折は感染性偽関節となっていました。傷心していた彼はあるときIlizarovの噂を聞き、Kurganで治療を受ける決心をしました。6カ月間の治療によってMauriの下腿は完全に治癒し、その事実に驚いたイタリアの外科医達はMauriの口利きでIlizarovをイタリアAO学会に招待することにしました。これが1981年の出来事で、その時がIlizarovにとって初めて西側の学会参加となったわけです。Ilizarovの講演に感銘を受けた医師達は自らの手でも治療を開始したと同時に、翌年にはASAMI (the Association for the Study and Application of the Methods of Ilizarov) グループを立ち

上げました。彼らは1982年にKurganを訪問し、1983年には再度Ilizarovを招待してIlizarov training courseを開催しました。その2年後の1985年にMikhail Gorbachevがソビエト連邦共産党書記長に就任し、長期間続いた一党独裁で腐敗した政治体制を立て直すためにペレストロイカやグラスノスチといった改革運動を提唱・実践しました。その結果、東西の冷戦に雪解けが訪れ、Ilizarovも比較的自由に国外に出かけることを許され、その後もイタリア、ポルトガル、スイス、フランス、スペイン、ギリシャ、さらには大西洋を越えてブラジル、アメリカと世界中でIlizarov training courseが行われ、Ilizarov法は世界中に広まったのです。

我が国においては1988年に防衛医大の安井夏生講師（現徳島大学病院 病院長）の手で本邦初のIlizarov手術が公式に行われ、翌年には東京で第1回骨延長ワークショップが開催されました。Ilizarov創外固定器に厚生省の認可が下りたのはその翌年のことです。1990年には川崎医大の山野慶樹教授（現大阪市立大学 名誉教授）主催の第3回日本創外固定法研究会にIlizarovが来日し、東京・大阪でも講演がなされました。同年に第1回イリザロフ法研修コースが開催された以降、数多くの研修会が各地で行われています。1995年には故黒川高秀教授（東京大学）の呼びかけで日本イリザロフ法研究会（ASAMI JAPAN）が設立され、KurganのIlizarov Centerへの研修ツアーが毎年行われるようになりました。2006年には帝京大学の松下隆教授が京都で第4回国際ASAMIを主催し、2009年には日本ASAMIは日本運動器再建・イリザロフ法研究会（JORIM）として新たな一歩を踏み出しています。残念なことにIlizarov自身は、初の来日を果たした翌年に二度目の来日が予定されながら1992年7月に71歳で他界しました。

【参考文献】

Pablos J, Canadell J: 骨延長－その方法と適応. 安井夏生訳. 南江堂, 1990

Bianchi-Maiocchi A: Historical review. In Operative principles of Ilizarov, ed by ASAMI Group, Williams & Wilkins, Baltimore, pp4-9, 1991

Golyakhovsky V: The Kurgan Experience and Historical Background, presented in Essential Concepts and Methodology for Application of the Ilizarov Technique, Orlando, 1990

Golyakhovsky V: クルガンの魔術師. 吉本晋一郎訳. ロシアンドクター, 原書房, pp138-141, 1984

Ilizarov S: The ilizarov method: History and scope. in Limb lengthening and reconstruction surgery, ed by Rozbruch SR and Ilizarov S, Informa healthcare, New York, pp1-18, 2007

Historical Review from ASAMI web site http://www.asami.org/asami_story/default.asp

Gavriel Abramovich Ilizarov from Wikipedia http://en.wikipedia.org/wiki/Gavril_Abramovich_Ilizarov

安井夏生：私信

山野慶樹, 西村典久: Ilizarov法の原理と特長. 整形外科49. 878-886, 1998

平成26年度 第1回兵庫県整形外科医会 学術講演会

(平成26年1月25日、神戸国際会議場)

講演Ⅰ 「交通事故診療における医療機関の姿勢」

医) 慶仁会 やました整形外科 (日本臨床整形外科学会 自賠労災委員会 委員長)

山下 仁司 先生

講演Ⅱ 「整形外科領域におけるiPS細胞研究の臨床応用－運動器疾患治療の新戦略－」

京都大学再生医科学研究所組織再応用分野 京都大学iPS細胞研究所分化誘導研究分野

教授 戸口田淳也 先生

平成26年度

第1回学術講演会のまとめ

日時：平成26年1月25日

場所：神戸国際会議場

講演Ⅰ 「交通事故診療における医療機関の姿勢」

医) 慶仁会 やました整形外科

(日本臨床整形外科学会 自賠労災委員会 委員長)

山下 仁司 先生



山下 仁司 先生

◆はじめに

交通事故診療においては、患者の診察・治療という医学的対応のみならず、損害賠償案件としての対応も要する為、医療機関においても様々な法律や制度の基本的な理解が必要となる。自賠責保険・任意自動車保険などの使用により、ほとんどの例で損害保険会社が関与してくるが、損保の対応や制度の解釈などで医療機関とトラブルとなることも多い。ここでは、質問の多い問題点について、医療機関の姿勢について述べる。

◆交通事故診療の誓約書

交通事故で患者が受診した際には、はじめに交通事故診療の原則を十分に説明し、誓約書への署名を求めることが、後のトラブル防止の為に重要である。誓約書の内容としては、①「被害者」であっても、患者が医療機関に診療費を支払う原則、②公的な保険である自賠責保険の使用が優先されること、③診療

報酬の算定方法（自賠責保険の範囲では、自賠責診療費算定基準を用いるのが一般的であること）④被害者救済としてやむなく公的保険を使う場合の医療機関の対応、④任意一括払い制度についての説明、⑤個人情報保護法に基づく情報提供の同意などを記載し、これを説明し同意を求めておく方がよい（表1）。

◆一括払い制度

一括払い制度とは、「自賠責保険」と「任意対人賠償保険」の2重構造の不便解消のため、任意保険会社が自賠責支払い分を立て替え、「一括して支払う」という制度のことである。この制度は、損保会社の示談交渉サービス付き自動車保険の販売と関係がある。昭和47年に損保が、示談交渉サービス付きの保険を販売しようとした際、日本弁護士会は「弁護士以外は示談交渉をしてはならない」とする弁護士法72条に違反すると反対した。その

後の話し合いで、日弁連と損保協会が覚書を交わし、「被害者に対する賠償義務を履行するため」という名目での損保の示談交渉権を認め、この保険が販売されるようになったと聞いている。この後に損保は一括払いをするようになり、当初より損保のサービスとしての位置づけであった。

交通事故での患者さんが受診すると、損保から「一括しますからウチに請求して下さい」と連絡があることが多いが、この対応には法律上の明確な裏付けはない。「一括は損保のサービス」とする大阪高裁平成元年5月12日判決があり「損保が医療機関に支払い請求権を与えたものではない」という判例が確定しているためである。法的に医療機関が治療費を請求できるのは、患者さんだけであり、患者が加害者に請求し、加害者が損保に請求するということが基本であることを、いつも念頭においた対応が必要である。

表1 交通事故で受診された患者さんへの説明文例（茨城県医師会作成のものを一部改編）

- ①交通事故によるケガの診療では、たとえ「被害者」であっても、患者さんが医療機関に診療費を支払うことが原則です。
- ②交通事故診療の場合は、公的な保険制度である自賠責保険を使うことが優先されます。自賠責保険を使った場合には、治療費は損害保険会社を通じて医療機関に払われる場合もありますが、「診療費をどのように支払うか」については、患者さんと医療機関が話し合って決めます。自賠責保険を使う場合、診療費は自賠責診療費算定基準を用いて計算します。
- ③ひき逃げ事故や、加害者が保険に入っていない場合、被害者の過失が大きい場合などは、被害者救済として健康保険を使用することもできます。この場合、患者さんは健康保険組合に「第三者行為」の届けを出すことが必要ですので、決められた手続きをしてください。健康保険を使った場合は、「国の決めた健康保険法などの法律」に従い、受診するたびに窓口で自己負担金を支払うことが必要です。損害保険会社から、交通事故による診断書や診療報酬明細書作成の依頼があっても、原則として作成いたしません。
- ④交通事故診療の場合、損害保険会社が治療費の立て替え払い（一括払い）を行うことがあります。この場合でも医療機関は、損害保険会社の干渉（治療の打ち切りや病院の変更など）によって、患者さんの意向に反する診療をすることはありません。

又、今までは「対人一括」つまり、加害者の任意損保が一括の依頼をしてもらうことがほとんどであったが、平成10年10月に人身傷害補償保険が販売されて以来、最近では被害者（患者）側の損保が一括の依頼をしてもらうことも多くなった。これを「人傷一括」と呼ばれているが、医療機関としては「一括」の依頼があった際には、「対人一括」か「人傷一括」を確認しておく必要がある。

「被害者に対する賠償義務を履行」の便宜を図るための「対人一括」であったはずのサービスが、「人傷一括」では、損保側にとって都合のよい目的に使われていることも理解しなければならない。

◆交通事故診療と健保使用

日本の公的保険制度には、大きく分けると「健康保険制度」と「労災保険制度」と「自賠責保険」があり、それぞれが異なる財源で運営されている。各保険の保険料の負担は、「健康保険」では被用者と雇用者が折半で負担し、赤字部分へは国や県からの公的な補てんがある。「労災保険」では、保険料は労働者と事業主が負担するが、割合は事業主負担の方が大きく、労働者の為に事業主が負担する意味あいを持ち、国の一般財源からも労災勘定としての補てんがある。一方、自賠責保険は、運転者（自動車・自動二輪車）が保険料を負担することで、被害者（相手）の人的損害に対する補償の基本となる保険であり、独立した財源で運用されている。つまり、健康保険は組合員の相互補助を目的とした、いわば「自分の為の保険」であると言え、一方、

労災保険は労働者の為に雇用主が、自賠責保険は交通事故被害者の為に運転手が、保険料を負担する、いわば「他人の為の保険」であるといえる。この意味では、自賠責保険は労災保険に近いといえる。

労災事故で健康保険を使えば「労災かくし」として犯罪となる。これは、労災事故の被害者の治療費を健保の財源で補うことを禁止していることでもあり、健保財政を守る意味あいもある。しかし交通事故の場合、被害者の治療費は、自賠責保険でも健康保険でも被害者の選択によって使えるということになっている。健康保険使用の場合は、もちろん健康保険組合への第三者行為の届を出すことが必要であり、健康保険組合には損保への求償義務を負うが、多くの求償漏れがある実態からみれば、健保財政を犯していることは間違いない。つまり、本来自賠責財源で補うべき治療費を、健保の組合員で負担していることになる。

財源論から考えれば、交通事故の被害者の治療費は、自賠責保険から優先して支払われるべきであり、健康保険の利用は例外的であるべきである。これは、労災保険との関係においても同様のことが言え、労災保険より自賠責保険が優先されることは、国土交通省と金融庁との間で省庁間合意もなされている。

◆自賠責診療費算定基準

もう一つの議論として、交通事故で自由診療となれば、健康保険を使うより治療費が高くなるために健康保険を使うとの意見がある。これは、前述した財源論とは別の、交通

事故診療の適正単価の問題である。

自賠責保険は基本的には自由診療である。裁判判例で自由診療の1点単価について言及した判例を表2に示す。健保基準で1点25円まで認める判例があるが、最近では1点10円の判決もでてきている。特に東京地裁では、健康保険法の診療報酬体系を一応の基準としている判例傾向がある。東京地裁以外では、労災準拠とする単価としている。1点単価を、健保基準で1点何円とすると、「一物二価」との批判をされがちである。

昭和2年に施行された健康保険制度では、1点10円の算定基準であり、当初は物価スライドで単価も変化するとのお話であったとされるが、国家財政への考慮から単価が変わったことはない。診療内容については「医科診療報酬点数表」に基づく保険診療が求められるが、この点数のつけ方は科学的根拠に基づいたものとは言い難く、モノと技術の分離ができていないなど問題が多いことは周知のとおりである。政策的意味合いの強い制限医療で

あるといえる。また、健保では「自分の為の保険」であるから、症状固定の概念はなく、休業補償額も労災や自賠責に比べて低額に抑えられ、後遺障害補償、遺族補償もない。

「労災保険診療費算定基準」も健保準拠ではあるが、仕事でケガをした人を早期に復帰させるために、健保では認められていない特掲事項を設けると共に1点12円での算定基準となっており、これは健保診療と違う労災診療の特殊性を加味したものとして定着している。

「自賠責診療費算定基準（いわゆる日医基準とも新基準とも言う）」は、S59.12. 金融庁の自賠責審議会で「3者協議による算定基準の早期制定」の具申をうけて、翌年に申し合わせがなされたものである。この3者と言うのは、日本医師会、自動車保険料率算定会（当時）、日本損害保険協会であり、あくまでも日本医師会が勝手に決めたものではない。これ以前には、交通事故診療の診療単価等をめぐる長い間の論争があり、その混乱を解決

表2 裁判判例での自由診療の1点単価

裁判所	判決日	1点単価	判 旨
東京地裁	H1年3月14日	10円50銭	税法上の特別措置が適応されないことを考慮
神戸地裁	H4年3月27日	25円	周囲の病院の単価を考慮
神戸地裁	H7年2月28日	25円	関西地域の均衡を考慮
福岡高裁	H8年10月23日	15円	労災診療費算定基準に言及
福岡高裁宮崎	H9年3月12日	15円	労災診療費算定基準・税法措置に言及
山形地裁	H13年4月17日	15円	労災診療費算定基準・税法措置に言及
神戸地裁	H14年2月12日	20円	一般的で例外とは言えない
東京地裁	H23年5月31日	10円	健保法による診療報酬体系が一応の基準
東京地裁	H25年8月6日	10円	健保法による診療報酬体系が一応の基準

するために、申し合わせがなされたのが、自賠責診療費算定基準のはずであった。自賠責診療費算定基準が、健保準拠ではなく、労災準拠となっていることは、前述した保険制度の成り立ちの意味からも、被害者である患者の早期社会復帰を目指す意味からも、合理性のあることと言える。

この新基準は、平成2年にはじめて栃木県で採用が決まって以来各県で採用され、20年あまりの歳月の後に、平成24年10月に岡山県でも採用された。あと未採用は山梨県のみになっている。県単位での採用とはいえ、この基準を使うかどうかは、医療機関ごとにまかされた「手あげ方式」であり、個別医療機関の実施率は、件数ベースで6割程度と報告されている。

S59年の金融庁自賠責審議会では、「全国的に浸透し定着した段階での制度化を図る」とされており、昨年の国土交通省の「今後の自動車損害賠償制度のあり方に係る懇談会」でも、山梨県の実施の実現にむけて協議を継続との報告がなされている。全国に浸透し制度化されることで、1点単価をめぐる健保使用の要求などの問題解決につながる。「一物二価」との批判を避ける為にも、「自賠責診療費算定基準」を採用することが望ましいと考えている。

◆損保による健保使用の強要

合意がなされた自賠責診療費算定基準があるにもかかわらず、今でも損保による健保使用強要例があとをたたない。料率算出機構発行の「自動車保険の概要」によると、近年の

自賠責における社会保険利用率は、約1割強で推移してきているとされているが、これは「件数ベース」であり、「金額ベース」では、3割弱が社会保険を使っている。健保使用の背景には、「診療単価減額への損保会社の意向」「被害者の過失割合の存在」「健保使用を認める通知の存在」「人身傷害補償保険約款の存在」などがある。平成10年から売り出された人身傷害補償保険の約款には「公的制度の利用等により費用の軽減に努めなければなりません」との文言があり、このことを根拠にした健保使用の要求も多い。この約款について、日本医師会は平成11年に、少なくとも自賠責の範囲では、社会保険を強要することなく従来通りとするという申し合わせをしており、この申し合わせは現在も有効であることは確認されている（表3）。しかし、申し合わせが守られているとは言えないのが現状である。

厚労省からだされた、2つの課長通知は、健保使用を認める根拠とされている。一つは、昭和43年に出された「健康保険及び国民健康保険の自動車損害賠償責任保険等に対する求償事務の取扱いについて」（昭和43年10月12日、保険発第106号）である。その中には「なお、最近、自動車による保険事故については、保険給付が行われないとの誤解が被保険者等の一部にあるようであるが、いうまでもなく、自動車による保険事故も一般の保険事故と何ら変りがなく、保険給付の対象となるものであるので、この点について誤解のないよう住民、医療機関等に周知を図るとともに、保険者が被保険者に対して十分理解させるよう指

表3 交通事故診療における人身傷害補償保険の利用に関する注意事項
(平成22年1月21日 日本医師会 労災・自賠責委員会答申)

【人身傷害補償保険について】

人身傷害補償保険とは、平成10に東京海上火災保険株式会社（当時）が、特約として販売開始した自動車保険（任意保険）の1つであり、現在では各損害保険会社が一般ユーザー向けの自動車保険（任意保険）にセットとして付けているのが一般的になっています。

人身傷害補償保険は、契約者が自動車事故に遭い被害者となった場合、1）被害者自身の損害の補償が受けられる、2）被害者の過失分の補償が受けられる、3）加害者の過失分の立替払いが受けられるといった特徴があるため、利便性が高いといわれており、これからも人身傷害補償保険の付いた商品が主流になっていくと思われます。

【人身傷害補償保険と健康保険の利用について】

各損害保険会社は、人身傷害補償保険の約款に「傷害の治療を受けるに際しては、公的制度の利用等により費用の軽減に努めること。」といった努力規定を設けており、これに基づき、各損保会社の担当者は、被害に遭われた契約者（患者さん）に対し、診療当初より健康保険の利用を強く勧める例があったという問題点がありました。

交通事故診療における健康保険の使用につきましては、そのメリット、デメリット等を患者さんに十分に説明した上で患者さんご自身にご判断いただくものであり、患者さん以外の第三者の都合や意向により強要されてはならないものであります。

上記を踏まえ、平成11年5月21日、日本医師会と東京海上火災保険株式会社（当時）は、人身傷害補償保険の約款にある努力規定の取扱いについて、公的保険の使用を強要するものではないとの確約をし、「1. 自賠責保険に関わる案件については従来と同様の取り扱いとする。」「2. その旨の社内徹底を図る。」旨の文書（以下、「申し合わせ」という。）を交わしたという経緯があります。

この申し合わせにつきましては、現在においても、有効であることは日本医師会として確認しています。医療機関において、交通事故の治療を行う際、被害者（患者さん）または被害者の加入する損害保険会社の担当者から、人身傷害補償保険の利用および健康保険の使用の要請があった場合には、本申し合わせを踏まえ、被害者（患者さん）にとって不利益が生じないように、患者さんと十分にご相談の上、ご判断ください。

導されたい。」と記載があり、この通知の存在が長年健保使用可能であることの根拠となってきた。弁護士の羽成守氏は、この通知の文言について、「そもそも自動車による事故も一般の事故と何ら変わりがなく、保険給付の対象となる」という、当たり前の単純な文章にすればわかりやすいとも述べている。

平成23年に出された「犯罪被害や自動車事故等による傷病の保険給付の取扱いについて」（平成23年8月9日、保保発0809第3号、保国発0809第2号、保高発0809第3号）では、「ひき逃げ等の場合、自賠責保険の補償の範囲を超える賠償義務が発生した場合、被害者

である被保険者に一時的に重い医療費の負担が生じる場合」は医療保険を利用することを妨げないようにする必要があると書かれている。これらの通知には根拠法がなくはないが、いずれの通知も根拠法に関する基本的な問題がある。ここでは紙面の関係もあり指摘にとどめる。

◆健保使用後の求償問題

健保使用のもう一つの問題として求償の問題がある。第三者行為の健保使用では、最終的に健保組合は損保から治療費を取り戻すことになり、これを求償という。国民健康保険

法第64条では、保険者は求償する権利を取得するとされており、兵庫県国保組合を例にとると、市町村国保から委託を受けた国保連合会が、第3者や損保会社に請求している。保険者が、第3者行為であることがわからなければ、求償漏れが発生するため、医療機関にはレセプトへの第3者行為の表示(⑩)をお願いしている。しかし残念ながら、様々な理由で求償漏れは大変多いと考えられる。求償されなければ、損保が支払うべき医療費を、健保組合が肩代わりしていることになっていることは、健保財源を脅かす大きな問題である。

◆健保使用要求に対する医療機関の姿勢

前述のように、医療機関と損保の考え方には溝があると言わざるをえない。労災診療では「労災診療費算定基準」に基づくと規定されているように、交通事故診療では「自賠責診療費算定基準」を使うことが法制化されない限りは、この問題は続くであろう。では、医療機関としてはどのような態度で臨めばよいのであろうか？

健保使用要求に対する対応の基本は、「医療機関は患者との対応を第一とする」ことである。健保使用は、あくまでも患者の意思によって行われるべきで、損保からの直接要請は拒否すべきである。自賠責で治療を受けるケガの程度は、傷害度1度が84%でほとんどが軽症である。1件あたりの平均治療費も16万円程度であり、慰謝料や遺失利益を加味しても、自賠責の範囲におさまるものがほとんどである。患者には、通院治療の限りでは自

賠責の範囲内のことが多いことをはじめ、健保使用のメリット・デメリットを説明し、健保を使うのは自由だが、医療機関としては健保のルールに従うことになるという当たり前のことの理解を求める必要がある(表4)。患者は健保使用について損保からは説明は受けずに、「とにかく健康保険証を医療機関に提出してください」と言われて、理解できずに損保の言われるままにしていることがほとんどである。場合によっては、治療開始時に損保と患者との3者面談をし、損保の前で患者に説明することも有効である。医療機関にとっては、大変面倒な対応ではあるが、正しい交通事故診療を患者に理解していただく努力が必要である。

患者の意思で、やむなく健保使用となる場合には、①第3者行為傷病届の提出を説明すること、②レセプト摘要欄への第3者行為(⑩、事故)の表示を行うこと、③健保使用では医療機関は、事故とは無関係になることの説明すること、④損保からの問い合わせへの対応、自賠責様式での診断書・後遺症診断書等の記載などは、原則できないこと等を説明する必要がある。特に、「健保一括」と呼ばれる、患者の窓口負担金を医療機関が損保に請求するような扱いは、健康保険法第七十四条に違反していることになり、避けないといけない。

◆交通事故診療における医業類似行為

最近、交通事故患者を接骨院へ誘導するような違法広告が目立つ。この背景には、①柔道整復師の異常な増加による競争の激化、②

表4 健保使用に関する患者さんへの説明文（日本臨床整形外科学会自賠労災委員会 試案）

A：患者さんのデメリット

- ① 医療機関は、加害者側（損保会社）との関係は一切なくなり、診療内容等の直接の問い合わせには、原則お答えできかねます。
- ② 医療機関は自賠責様式の診断書を記載する義務がないため、後遺障害が残存したときなどに、損害賠償の請求ができなくなることがあります。
- ③ 診断書が必要などときには、医療機関所定の診断書を作成、診療費の明細は領収証を発行するのでそれを活用することになります。診療報酬明細書が必要な場合は、加入する健康保険組合等に開示請求していただくことになります。
- ④ 健康保険では、加入者の相互援助の観点から、検査回数、シップの枚数、リハビリの回数等々の制限診療であるために、十分な治療を受けられない場合があります。（自賠責診療費算定基準では、特掲事項として補う仕組みになっています）
- ⑤ 自分の健康保険組合等に「第三者行為届」を、提出していただく必要があります。
- ⑥ 一般の診療と同様に、治療の都度、医療機関窓口で一部負担金をお支払いしていただきます。
- ⑦ 最終的に健康保険組合から損保会社に、治療費を請求（求償）することになりますが、求償が適確に行われない場合も多く、自分の健保組合に損害を与えることもあります。

B. 患者さんのメリット

- ① 治療費が健保点数で計算されるため、医療費が安くなるため、被害者の過失割合が多い場合や、自賠責保険の範囲で治療が収まらない場合には、負担が減ることがあります。しかし、損保会社は自賠責保険の範囲内で治療費を抑えようとするために、多くは、損保会社の負担が減るだけになります。
- ② ひき逃げ事故、加害者が自賠責保険に加入していない場合は、健保を使って治療し、後に「政府保障事業制度」に請求できます。

C. 医療機関のデメリット

- ① 第三者の傷病と私病とを分ける事務が煩雑になります。
（これは、個々の医療機関の義務ではなく、善意のサービスです）
- ② 交通事故診療は、加害者側への説明、警察への対応等が要求されるなど、医療機関側の事務作業が煩瑣です。それにも係らず、健保を使用した場合、労災の特掲料金制のような特別な配慮がありません。

D. 医療機関のメリット

- ① 一部負担金を、毎回患者さんから窓口で徴収した場合には、未収金のリスクは減ります。

柔整療養費の異常な増加に対する社会の問題意識の高まり、③健康保険における柔整療養費適正化の動きなどがあると考えられる。

柔道整復師の養成施設は、ここ約10年間で3倍に増え、定員はH22年度で8787人となっている。又、柔整の資格試験の合格者数は、平成24年で5227名であり、同年の医師国家試験合格者数が7683人であるのと比較すると、異常な数の柔整師が誕生しているといえる。柔整師数の増加に伴い、柔整療養費も4075億

円と急増していることは、社会問題となっている。会計検査院も2度にわたり、柔整療養費の高騰への懸念をしめし、民主党政権下の行政刷新会議では療養費の適正化が行われ、現在も厚労省社会保険審議会医療保険部会療養費検討専門委員会での議論などが続いている。

平成21年の自賠責審議会において、自賠責診療における適正化の取り組み・指導などへの懸念が指摘された。しかし、料率算出機構

「自動車保険の概要」には、医業類似行為への支払額などについての、データの開示はない。データは存在し、H24年の自賠責審議会において、「1件当たりの施術料は横ばいだが、請求全体に占める柔整関連の請求件数が7.6%、請求金額で16.3%と増加してきている」との報告がされている。物損扱い事故に対する、自賠責からの支払いの増加も問題とされ、これらのデータ開示を求めていかなければならない。

交通事故における頸椎捻挫等には、治療が遷延化し後に裁判となるような高度な診断を要する事案もあり、現に脳脊髄液減少症（低髄液圧症候群）や胸郭出口症候群などの診断・治療をめぐる様々な訴訟が提起されている。単に頸椎捻挫として柔整師が主体となって施術を行うことは医療過誤の危険を常に内含している。

医業類似行為に係る医療機関からの相談事例を分析すると、柔整と医療機関の受診形態として、①経過後初診、②なか飛ばし、③並行受診（療）、④中止後受療の4つのパターンがあり、それぞれでの問題があることがわかった。

①「経過後初診」とは、受傷後まず柔整に行った後に、時期を経過して医療機関を受診するケースであり、後遺障害診断書のみを求めて受診する場合が特に問題となる。②「なか飛ばし」とは、最初に医療機関を受診するも、その後柔整に行き、最後に医療機関を再受診するケースで、最初と最後の医療機関が別の場合もある。柔整が、まず医療機関への受診を薦める場合もある。③「並行受診（療）」

とは、医療機関には時々通院しながら、柔整でも施術を受けるケースで、医療機関に無断の場合が特に問題となる。④医療機関での治療が終わり中止となった後、柔整にかかる「中止後受療」例では、通院慰謝料増額の為と考えられるケースもある。

「経過後初診」や「なか飛ばし」の場合、自賠責様式の診断書や後遺障害診断書の作成は断らざるを得ない。患者の訴える症状が、事故によるものであるとの医学的な証明ができない為、診断書は書けないと説明すべきである。患者が来院し診察した時の現症についての診断書を求められた場合には、トラブル防止の為に「事故との因果関係については不明」などと記載しておくほうがよい。交通事故は損害賠償案件でもあり、医師が好意で後遺障害診断書等を作成した場合でも、裁判等になると記載内容についての医学的根拠が問われ、因果関係不明の診断書を書いた医師の責任が問われかねないことも知っておくべきである。

「並行受診（療）」もかなり多いと考えられ問題が多い。特に、医師に無断での「並行受診（療）」では対応が難しく、損保が容認している現実もあり、損保側が襟を正すべき問題でもある。健康保険の療養担当規則の規定（第17条）では、医療機関と同じ病名での施術は、療養費支給の対象外とされている。交通事故は自由診療ではあるが、自賠責保険という公的な制度を使う治療である以上、むやみに医業類似行為での施術を認めることは、損害賠償の趣旨にも反する。裁判判例でも、医師の同意のない施術等については、治療費

として認められない場合や、減額される場合がある。通院慰謝料の算定が、医療機関も柔整も同様の基準となっていることも背景にあると思われる。医師が「施術への同意をしていない」場合には、損保へ提出する自賠責診断書に「医業類似行為での施術の同意はしていない」と明記することで、何かを目的とした通院を容認しない方法となりうる。

医療機関で中止となったあとに、医業類似行為に通う「中止後受療」に対しては、中止後の施術は、医師としては責任がもてないことを明確にする必要がある。そのため、診断書記載の際に「中止と治癒の区別」を明確にすることが重要である。労災保険法における「治ゆ」とは、症状が安定し疾病が固定した状態にあるもの、すなわち治療の必要がなくなった状態とされており、この行政解釈は、判例（最高裁）でも支持されている。たとえ症状が残存していて、後遺障害診断書を記載する際にも、症状転機欄には「治癒」と記載するようにしないとイケない。

診断書の作成は医師と歯科医師のみに認められたものであり施術者に診断書の発行はできない。治療見込期間などの予見的意見を記載することができるのは、医師の診断書であることを今一度、理解しておく必要がある。

他覚的な神経学的脱落所見がなく痛みの訴えが続く場合に、いつ症状固定とするか判断に迷うこともある。しかし、患者が訴えるからと漫然とした治療を続けることは、避けねばならない。症状固定の時期は、治療により改善の見込みがあるかという医師の判断により、医師が主導して行い患者に説明すべきで

あり、診断書には症状の変化や治療効果について記載する必要がある。「著変なし」などの診断書が続けば、後に裁判となった場合に、遡って症状固定と判断されることもある。

交通事故診療においても、我々医師は「凜とした態度」で診療にあたる必要がある。

◆参考文献

羽成守監修、日本臨床整形外科学会編、Q & Aハンドブック交通事故診療(新版)、東京、創耕舎、平成24年、408p

損害保険料率算出機構編、自動車保険の概要 平成23年版、東京、損害保険料率算出機構、平成24年、141P

日本医師会、労災・自賠責委員会答申、平成22年1月、39p

日時：平成26年1月25日

場所：神戸国際会議場

講演Ⅱ「整形外科領域におけるiPS細胞研究の

臨床応用－運動器疾患治療の新戦略－」

京都大学再生医科学研究所組織再応用分野

京都大学iPS細胞研究所分化誘導研究分野

教授 戸口田淳也 先生



戸口田淳也 先生

2006年にマウスで、2007年にヒトでその作製が発表されたiPS (induced pluripotent stem) 細胞は、ES (embryonic stem) 細胞と同様の能力を持つ多能性幹細胞であり、再生医療や創薬への応用が期待されている。本講演では京都大学iPS細胞研究所 (Center for iPS Cell Research and Application, CiRA) における活動を中心に、iPS細胞の運動器疾患研究への応用の現況と今後の展望を紹介したい。

1. iPS細胞の臨床応用

iPS細胞とは、皮膚線維芽細胞など最終的な段階まで分化した体細胞に、いくつかの転写因子を導入し強制発現させることで、細胞全体の遺伝子発現パターンをES細胞の状態に書き換える(リプログラミング)ことによ

て作製された人工多能性幹細胞である。作製された細胞はES細胞同様に様々な種類の細胞に分化する能力(多分化能)と、ほぼ無限に増殖する能力を持つ。当初はウイルスベクターによりゲノムにリプログラミング遺伝子を挿入する方法を用いていたが、現在ではプラスミドベクターによる一過性発現での作製が可能となっており、ゲノム改変による癌化リスクを解消できている。作製細胞も採取の侵襲の少ない血液細胞からの樹立が可能であり、効率も当初の0.1%から20%程度まで向上している。その臨床応用としては、iPS細胞から分化させた細胞を用いた細胞治療と、患者さん由来の細胞を用いた病態解明から創薬への応用がある。

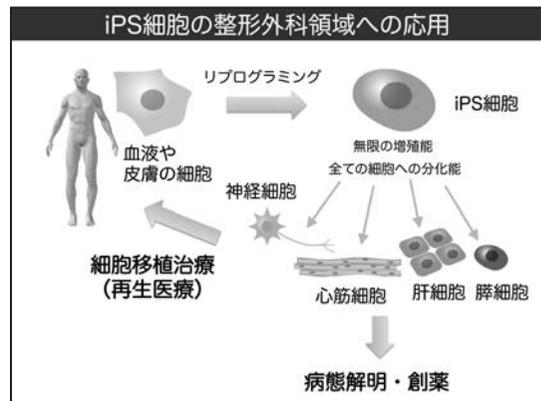


図1

2. 細胞治療への応用

患者さんから最も期待されている応用はiPS細胞から誘導した細胞を用いた細胞治療であろう。その実現のためには、特定の分化細胞を安全に効率よく誘導する方法の確立が必須であり、それぞれの領域の研究者が至適な分化誘導法の確立に向けて研究を展開している。iPS細胞の利点の一つである自らの細胞から多能性幹細胞を樹立できることを生かして、まず自家細胞移植に関する研究が進められており、いくつかの疾患で臨床試験が目

前となっている。整形外科領域においては、iPS細胞から誘導した神経細胞を用いた脊髄損傷の治療が検討されている

再生医療実現拠点ネットワーク(平成25年度～)	
疾患・組織別実用化研究拠点A	
中核拠点で作製される再生医療用iPS細胞等を用いて、臨床研究を実施するために必要な研究開発。既に基本的な技術開発が完了しており5年以内の臨床応用を目指す拠点	
・ iPS細胞由来神経前駆細胞を用いた脊髄損傷・脳梗塞の再生医療	慶應大学医学部 岡野 栄之 教授
・ パーキンソン病、脳血管障害に対するiPS細胞由来神経細胞移植による機能再生治療法の開発	京都大学iPS細胞研究所 高橋 淳 教授
・ 視機能再生のための複合組織形成技術開発および臨床応用推進拠点	理化学研究所CDB 笹井 芳樹 グループ・ディレクター
・ iPSを用いた心筋再生治療創生拠点	大阪大学医学部 澤 芳樹 教授

図2

しかし将来のより広い応用のためには、他家移植のためのiPS細胞のバンクを構築する必要があり、現在、特定のHLAを有するドナーの方からのiPS細胞樹立が進めている。ストック事業が完成すれば、より広い領域の疾患への応用が可能となると期待され、整形外科領域の研究としては、iPS細胞から誘導した軟骨細胞を用いた関節軟骨疾患への応用が検討されている。

再生医療実現拠点ネットワーク(平成25年度～)	
疾患・組織別実用化研究拠点B	
中核拠点で作製される再生医療用iPS細胞等を用いて、臨床研究を実施するために必要な研究開発。臨床応用までに技術的ブレークスルーが必要な拠点	
・ 培養腸上皮幹細胞を用いた炎症性腸疾患に対する粘膜再生治療の開発拠点	東京医科歯科大学歯学部 渡辺 守 教授
・ iPS細胞を用いた代謝性臓器の創出技術開発拠点	横浜市立大学医学部 谷口 英樹 教授
・ NKT細胞再生によるがん免疫治療技術開発拠点	理化学研究所統合生命医学研究センター 古関 明彦 グループ・ディレクター
・ iPS細胞ストック由来硝子軟骨移植および生体内ダイレクト・リプログラミングによる関節疾患再生医療拠点	京都大学iPS細胞研究所 妻木 範行 教授
・ iPS細胞を基盤とする次世代臓器移植療法の開発拠点	東京大学分子生物学研究所 宮島 篤 教授

図3

3. 病態解明及び創薬への応用

細胞治療への応用に加えて、病態解明及び創薬への応用もiPS細胞研究の重要な柱である。特定の個人から多能性幹細胞を樹立できるというiPS細胞の利点を生かして、現在有効な治療法のない難治性の遺伝子疾患に罹患している患者さんよりiPS細胞を樹立して、病態の責任と考えられる細胞を誘導し、in vitroで臨床病態に類似した表現系の相違が観察されれば、それを糸口に病態を理解することが期待できる。更にその表現系の相違を指標としたアッセイ系を構築することで、病態進行を阻害するような化合物をスクリーニングすることが可能であり、そこから難治性疾患に対する新規の薬剤を開発することが期待される。現在、いくつかの領域において患者さん由来iPS細胞の樹立計画が進んでおり、その一つが運動器疾患に関するプロジェクトである。

疾患特異的iPS細胞を活用した難病研究	
1. 高品質な分化細胞・組織を用いた神経系および視覚系難病のin vitroモデル化と治療法の開発	理化学研究所 笹井 芳樹 グループ・ディレクター
2. 疾患特異的iPS細胞技術を用いた神経難病研究	慶應義塾大学 岡野 栄之 教授
3. iPS細胞を用いた遺伝性心筋疾患の病態解明および治療法開発	大阪大学 小室 一成 教授
4. 疾患特異的iPS細胞を活用した筋骨格系難病研究	京都大学(CiRA) 戸田 淳也 教授
5. 難治性血液・免疫疾患由来の疾患特異的iPS細胞の樹立と新規治療法開発試験	京都大学(CiRA) 中畑 龍俊 教授

図4

概要としては、難病患者さんの診療研究にあたっている研究者から患者さんの体細胞組織が京都大学iPS細胞研究所に送付されiPS細胞を作製、その細胞を用いて製薬企業の研究者を含む、多くの研究者が創薬を目指した病態解明に取り組むというものである。

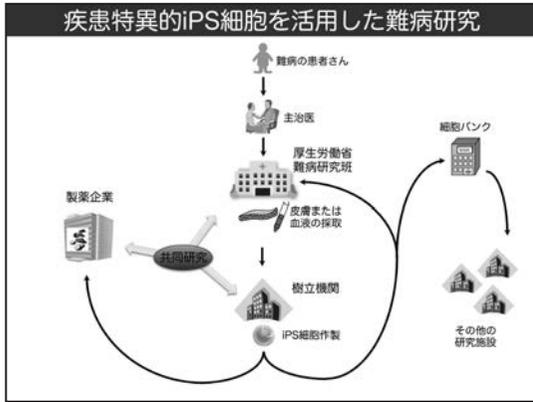


図 5

病態解明のためには、in vitroにおいて疾患に原因となっている骨あるいは軟骨細胞を患者さん由来iPS細胞に分化誘導する技術が必要であり、我々は神経堤細胞を介した方法を確認して用いている。

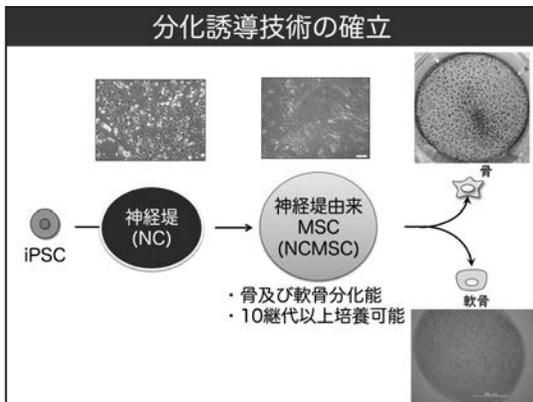


図 6

現在、主として研究を進めている疾患は、全身性の異所性骨化が生じる遺伝病である進行性骨化性線維異形成症と、成長板軟骨の異常増殖による関節変形をきたす慢性乳児神経皮膚関節炎症候群であり、それぞれの患者さんからiPS細胞を作製して、病態解明から治療薬のスクリーニングを目指している。

進行性骨化性線維異形成症

Fibrodysplasia ossificans progressiva, FOP

臨床病態	疫学
<ul style="list-style-type: none"> ● 拇趾の先天性奇形 ● 幼少期に始まる全身の異所性骨化 ● 外傷後の急性増悪(フレアー・アップ) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 本邦で約70名の罹患者 ● 殆どが孤発例、まれに家族性

原因遺伝子
ACVR1/ALK2(I型BMP受容体)遺伝子のミスセンス変異

図 7

CINCA症候群

Chronic Infantile Neurological Cutaneous and Articular syndrome

臨床病態	疫学
<ul style="list-style-type: none"> ● 周期的または持続的な全身炎症 ● 骨幹端の変形による低身長 	<ul style="list-style-type: none"> ● 本邦で約100名の罹患者 ● 殆どが孤発例、まれに家族性

原因遺伝子
NLRP3遺伝子のミスセンス変異

図 8

iPS細胞に関する研究は、細胞移植治療から創薬研究まで、めまぐるしい速度で展開されており、今後は整形外科領域への応用も大いに期待される。

平成26年度 第2回兵庫県整形外科医会 学術講演会

(平成26年4月5日、生田神社会館)

講演Ⅰ 「骨軟部腫瘍：切るべき腫瘍、切らなくてよい腫瘍」

姫路赤十字病院 整形外科 青木 康彰 先生

講演Ⅱ 「変形性関節症に対する関節形成術

－脛骨顆外反切り術と遠位脛骨斜め骨切り術について－」

大洗海岸病院 寺本 司 先生

平成26年度 第2回学術講演会のまとめ

日時：平成26年4月5日

場所：生田神社会館

講演Ⅰ 「骨軟部腫瘍：切るべき 腫瘍、
切らなくてよい腫瘍」

姫路赤十字病院 整形外科
青木 康彰 先生



青木 康彰 先生

はじめに

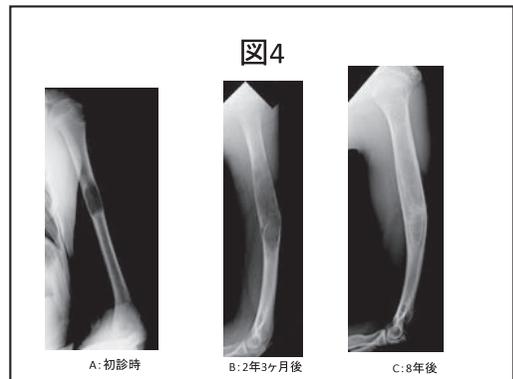
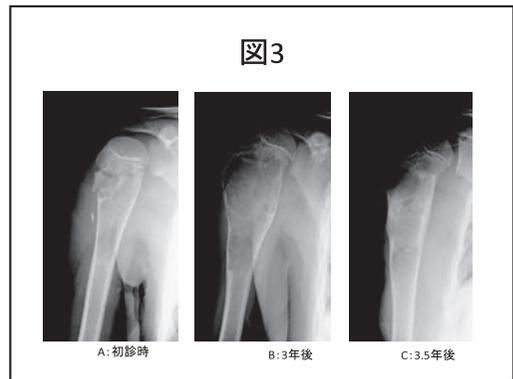
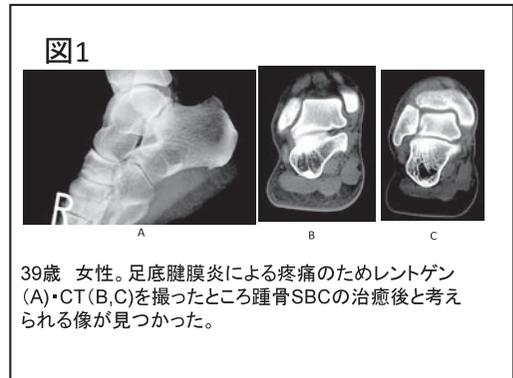
骨軟部腫瘍の治療における手術の役割の重要性については、一般に十分認識されていると思われる。手術するか（切るべきか）どうかの判断の最大のポイントは、悪性であるかどうかである。悪性腫瘍は原則として切るべきだし、良性腫瘍は基本的に切らなくてよい。この原則に当てはまらないものとして、悪性腫瘍である脊索腫と良性腫瘍である骨巨細胞腫があげられる。また、原則的には切らなくてよい良性骨腫瘍の一部の手術が安易に行われていると考えている。以下にこれらの腫瘍について私の治療に対する考えを述べたいと思う。

孤立性骨囊腫Solitary bone cyst (SBC)

SBCは一般によく知られている疾患で、20歳以下に発症し病的骨折による疼痛で来院することが多い。発生部位は、上腕骨近位と大腿骨近位が80-90%を占めている。病的骨折による疼痛が起こるまでは、何の症状もないのが普通である。治療として、手術（搔爬骨・ハイドキシアパタイト移植やフェノール・液体窒素処理、Cannulated screwによるドレ

ナージ) や、ステロイド注入などが行われているがどの方法も再発率が高いという問題がある。一方、病的骨折後の病巣縮小がしばしば見られることや、中年以降のこの疾患による病的骨折が見られないことなどより自然治癒の可能性が以前より提唱されており、治療として経過観察だけでいいという説がある。私は、この説に賛成であり大腿骨近位で骨折の危険のある疼痛の強いSBC以外は、手術を行わないことにしている。図1、2のように踵骨SBCの自然治癒と思われる症例も経験している。代表的な症例を2例紹介する。1例目は発症時8歳の男子で、人とぶつかって右上腕骨SBCの病的骨折で来院した(図3A)。骨折は三角巾固定1ヶ月で治癒し、その後も野球部で活動が続いていた。病巣は3年後(図3B)までは増大し、この間3回の軽微な骨折を経験したが、3年を過ぎてから急激に病巣内の骨形成が見られた(図3C)。症例2は12歳男性で、クラブ活動のバスケットボールでシュート時に左上腕痛が出現して来院。レントゲンで、SBCの病的骨折が判明した(図4A)。三角巾固定のみで骨折が治癒した後は、病巣の拡大があるも症状なくクラブを続けていた。2年3ヶ月後に転倒して、再び病的骨折(図4B)が起こりFunctional Braceで治療を行った。骨折治癒後は、運動を続けていた。7年後から、病巣内に骨形成が見られ、8年後の現在では病巣内の骨形成が著明に見られ症状は全くない(図4C)。今後も観察を続ければ、完全に治癒するものと考えている。

SBCに対する私の治療は、骨折時に保存的治療をした後は運動制限を行わず経過観察をするだけである。手術やステロイド注入は必要ないと考えている。



類骨骨腫 Osteoid osteoma

疼痛を伴う良性骨腫瘍の代表で、痛みはアスピリンやNSAIDsによく反応する。腫瘍自体は、self-limitingであり増大することはない。従来は治療は手術で病巣部を切除する事であったが、最近ではイメージガイド下にドリルで病巣を搔爬したりラジオ波焼灼術が行われるようになってきた。この腫瘍も自然治癒の報告があり、私もNSAIDsによる治療のみで治癒した3例を経験している。NSAIDsの投与期間は5-21ヶ月でありレントゲンのみにはNidusの硬化像が見られた。時間はかかるが、入院の必要はなく皆さんも試みられたらいい方法だと考える。

脊索腫 Chordoma

仙骨の原発性悪性腫瘍で最も頻度の高い疾患であり、頭蓋底や他の脊椎にも発生する。化学療法は無効で、治療は広範切除しかなかった。しかし、手術をする脊椎外科医は神経機能を温存したいがためにしばしば切除が不十分になり40-80%の高い再発率が報告されてきた。私も、手術では再発を繰り返し苦労した症例を経験しているが、最近になって重粒子線治療が登場し手術治療を上回る成績が報告されている。この治療により脊索腫は手術をしなくてよくなるのではないかと期待したが、5年以上経過してからの再発を経験しており現在ではこの治療に対する評価を再考している。重粒子線治療後再発した症例を紹介する。58歳女性で2003年に歩行困難で近医を受診し、MRIで仙骨腫瘍と判明して当院に紹介となった。MRIでは巨大な仙骨腫瘍(図5A、B)で生検の結果脊索腫と判明、切除した場合は下肢機能障害と膀胱直腸機能障害が起こる事が確実であったので、重粒子線治療を選択した。治療は2004年4月に行われた。治療後、腫瘍は徐々に縮小し軽度の膀胱直腸

機能障害は残ったものの下肢の運動障害は出なかった(図5C)。しかし、照射後6年(2010年)が経過してから左下肢の筋力低下が出現し、MRIでも腫瘍頭側部から再発と第5腰椎の異常が発見された(図5D、E)。再発腫瘍に対して重粒子線の再照射を行ったが、効果はなく腫瘍は徐々に増大し左下肢の筋力は0、右下肢も2と低下して現在はベッド上での生活となっている(図F、G)。他にもう一例照射後7年たってからの再発例があり、現時点では手術が出来るならば手術をする方がよいと考えている。

図5

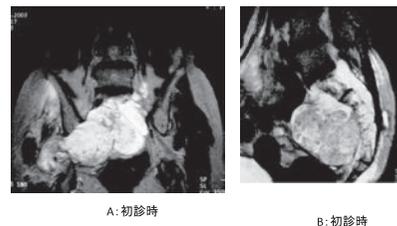
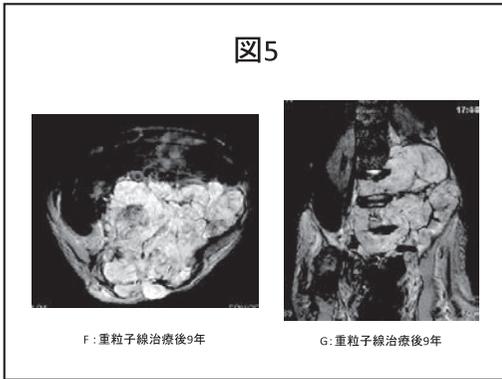
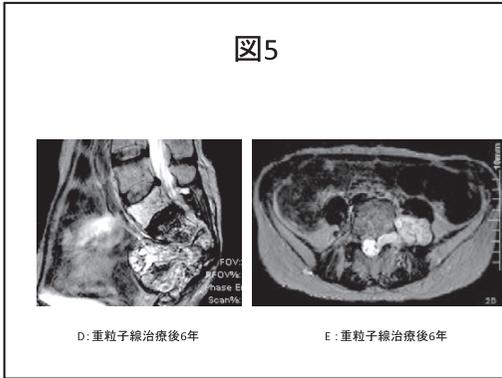


図5





そして、この薬剤を用いて手術の困難な脊椎症例の治療や再発防止のために手術と併用するなどという新しい治療法が開発されるものと期待している。

まとめ

手術するべきかどうかで悩む骨腫瘍について私なりの考えを述べてきた。まとめると、SBCや類骨骨腫は、基本的に手術をしないでよいと考えている。脊索腫については、手術が可能なら手術がいいと考えているが、手術が困難なものについては十分広い照射野を設定して重粒子線治療を行うのがよいと考えている。骨巨細胞腫については、搔爬骨移植をまず行い、再発すれば骨セメントを使えばよいと考えている。

骨巨細胞腫 Giant cell tumor of bone

この腫瘍は長管骨の骨端部や脊椎に発生し、どんどん大きくなるため関節機能障害を引き起こすので良性ではあるが必ず手術を要する腫瘍である。膝周辺に発生することが多く、手術による再発は15-50%に上ると報告されている。搔爬後に骨セメントを使うと再発率を下げられることが分かっているが、将来的な変形性関節症の可能性も指摘されている。私の治療方針は、なるべく病巣搔爬・骨移植による再建を行い、再発を繰り返すようなら骨セメントを使用することになっている。関節機能に影響を及ぼさない尺骨遠位端や腓骨近位端発生例に対しては、病巣の切除を行っている。放射線治療も有効であるが、悪性の危険があるため行っていない。今後は、破骨細胞の分化を抑制する抗RANKL抗体 Denosmabも使えるようになると思われる。

日時：平成26年 4 月 5 日

場所：生田神社会館

講演Ⅱ「変形性関節症に対する関節形成術
－脛骨顆外反切り術と遠位脛骨斜め
骨切り術について－」

大洗海岸病院

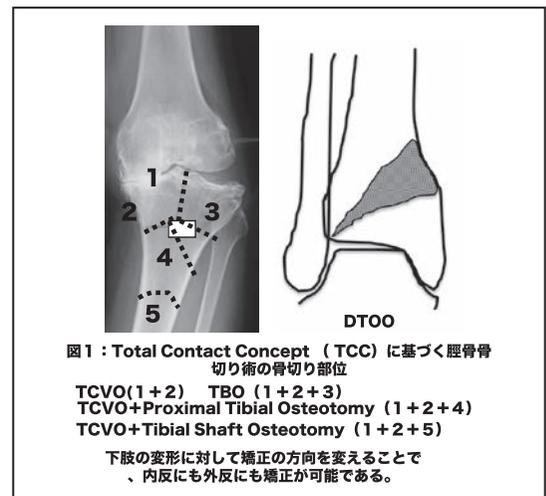
寺本 司 先生



寺本 司 先生

内反膝を伴う変形性膝関節症では進行すると、内側半月板が内側に逸脱して亜脱臼し、大腿骨顆部が内側に亜脱臼、大腿骨外顆関節面は脛骨外側関節面より離れ、外側関節裂隙は非接触の状態となる。歩行時この状態は内側関節と外側関節が同時接触しないシーソー膝となっている。外反膝に伴う変形性膝関節症では、大腿骨外顆の低形成のことが多く、外側関節裂隙は狭小化し、内側関節裂隙は非接触の状態となる。また変形性足関節症には varus type と valgus type が存在する。varus type では内側関節裂隙は狭小化し、外側関節裂隙が開大し、外側関節裂隙は非接触となる。valgus type では脛骨軸に対して距骨関節面が外反し、距骨関節面は脛骨関節面の一部のみ接触、ほかの部分は非接触の状態となって

いる。このような関節症の関節では接触している部分で荷重は分散されるが、非接触の部分では荷重が分散されず、次第に関節症は進行する。またこれまで下肢変形の矯正は CORA (center of rotation angulation) の考えに基づいた関節外の変形矯正が行われてきた。しかし CORA の理論では関節内の変形は矯正されないことから、我々は関節内の変形に対して関節内の骨切りを行い、関節面の形態を変え、関節面全体を接触させることを目的とした関節形成術を行ってきた。1989年より変形性膝関節症に対して脛骨顆外反骨切り術 (Tibial Condylar Valgus Osteotomy : TCVO) と遠位大腿骨関節内骨切り術 (Distal Femoral Intra-Articular Osteotomy:DFIO)、Tibial Bi-Condylar Osteotomy (TBO) 施行し、1994年より変形性足関節症に対して遠位脛骨斜め骨切り術 (Distal Tibial Oblique Osteotomy : DTOO) を行ってきた。今回は関節内骨切り術における Total Contact Concept (TCC) と実際の術式について報告する。(図1)



Total Contact Concept (TCC) による変形矯正

下肢の変形には関節内変形と関節外変形が存在し、関節内変形の矯正には関節内骨切り術による矯正が、関節外変形の矯正にはCORAを用いた変形の矯正が必要である。したがって下肢の変形矯正では1st stepでTCVOなどの関節内骨切り術を用いて関節内変形の矯正を行った後、2nd stepで残った下肢の変形についてCORAを用いた関節外の変形矯正を行うことが必要と考えている。TCVOでは骨切り部を開大、荷重線は外側に移動し、内側関節は接触したまま外側関節の再接触させることで、関節面全体での荷重再配分を確実に行うことが可能となる。従って荷重/接触面積の広さで表される関節面に加わる単位面積の圧は関節面全体が接触しているTCVOが片面接触のHTOより接触面積は広く、有利であると考えられる。TCVOのもう一つの特徴は膝関節のstabilityの獲得である。TCVOでは骨切り部を開大し脛骨関節面の形態かわることから、膝関節の関節面形態に由来するbone instabilityが改善され、歩行時のlateral thrustは消失する。また同時に下腿を外反させることから下肢全体のalignmentも矯正される。DTooでは骨切り部を開大、腓骨骨切りを行わないことから、距骨は脛骨・腓骨関節面と隙間なく接触し、足関節はより広い範囲で接触するようになる。またankle mortiseが狭くなることで、足関節のbone instabilityは改善され、良好な足部のalignmentが得られる。しかしLTOでは変形性膝関節症に対するHTO同様、下肢のalignmentは矯正されるが、関節内の変形は矯正ができないことから、術後足関節全体が接触することはなく、足関節のbone instabilityも改善しない。

骨切り術と関節の不安定性との関連

関節の不安定性の分類は評価方法の違いにより静的不安定性 (static instability) と動的不安定性 (dynamic instability) に分けられる。static instabilityはストレステストで評価される不安定性であり、dynamic instabilityは歩行などの動作時に生じる関節の不安定性である。関節の不安定性の方向から考えると、足関節の不安定性はmultidirectional instabilityであり、X軸・Y軸・Z軸のrotation・translationで6個の方向に不安定性は表される。とくにY軸方向は重要でinferior instabilityとrotatory instabilityが考えられるが、正確な評価は困難である。不安定性の原因により分類すると靭帯損傷で生じる靭帯性不安定性 (ligament instability) と関節面の変形や骨長の短縮により生じる骨性不安定性 (bone instability) に分けられる。またbone instabilityは関節面の形態の異常により生じるarticular shape instabilityと骨長と筋肉などの軟部組織の関係に由来するbone length instabilityに分けられる。TCVOやDTooなどの関節内骨切り術では関節面の形態を変え、一期的な延長矯正を行うことから、articular shape instabilityやbone length instabilityの両方のbone instabilityが改善される。また変形性足関節症に対するDTooにおいてもbone instabilityを考える上で脛骨遠位関節面は当然のことながら、腓骨外果の役割も大きい。外果関節面の湾曲により足関節inferior instability・varus instability・rotatory instabilityが制御されている。そして外果の短縮・外果関節面の外反変形により足関節の牽引ストレスや内反ストレスによるinferior instabilityやvarus instabilityが陽性となる。また腓骨の回旋変形により足関節のrotatory instabilityが生じ、足関節における腓骨の位置の違いにより変形性足関節症のtypeが異なってくる。

外反膝に対する治療法 (図2) (図3) (図4) (図5)

外傷以外が原因の外反膝の多くの症例は大腿骨外顆の低形成を伴い、関節内の変形が存在する。この外顆の低形成がある例では理論的には大腿骨外顆を骨切りし、開大骨移植する大腿骨関節内骨切り術が理想的であると考えているが、外反型変形性膝関節症では腸脛靭帯の短縮や関節の拘縮あり、これのみではなかなか十分な矯正がえられない。大腿骨顆上骨切り術や脛骨中枢端骨切り術でも下肢のアライメントはかられるが、関節内の矯正は行えない。我々は1st stepで関節内骨切り術を用いて関節内変形の矯正を行った後、2nd stepで残った下肢の変形についてCORAを用いた関節外の変形矯正をおこなっている。これまで関節のTotal Contact Conceptに基づく外反膝の治療は遠位大腿骨関節内骨切り術 (DFIO)、Lateral Tibial Condylar Varus Osteotomy (LTCVO)、Tibial Bi-condylar Osteotomy、TCVO+脛骨骨幹部内反骨きり術が行われ、どの方法を選択するかは、術前の不安定性や下肢の変形の程度により判断している。

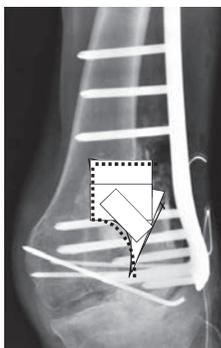


図2：外反膝に対する治療法1
遠位大腿骨関節内骨切り術 (DFIO)
大腿骨外顆を骨切り開大・骨移植して外反膝を矯正、PF関節はさけて骨切りした。

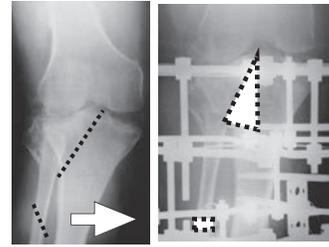


図3：外反膝に対する治療法2
脛骨外顆内反骨切り術

(Lateral Tibial Condylar Varus Osteotomy:LTCVO)

外傷性外反膝に対して、脛骨外顆と脛骨を骨切り・開大、下腿を内反矯正、骨移植を行う。同時に腓骨神経は剥離した。

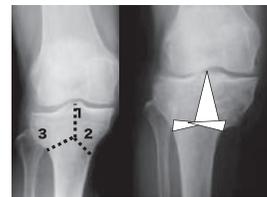


図4：外反膝に対する治療法3
Tibial Bi-condylar Osteotomy:TBO)

症例はHTOで症状軽快せず来院、外反膝に対してTCVO(1+2)でさらに外反し、外側を骨切り (3) 後下腿を内反し変形矯正、症状は軽快した

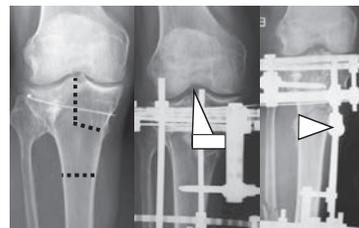


図5：外反膝に対する治療法4
TCVO+Tibial Shaft Osteotomy

外傷性外反膝に対して、TCVO施行、骨癒合後下腿骨幹部で内反矯正

文 献

- 1) Teramoto T, Harada S, Takaki M et al: Operative methods of arthroplasty used by intra-articular osteotomy of the knee joint and ankle joint, JJAFL 25 :169-176, 2014.

平成26年度 第3回兵庫県整形外科医会 学術講演会

(平成26年6月28日、生田神社会館)

講演Ⅰ 「転倒リスクの検証と対処」

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 青山 朋樹 先生

講演Ⅱ 「肩関節可動域からみた肩の診察・治療法」

桑野協立病院 整形外科・トレーニング部門部長 浜田純一郎 先生

平成26年度 第3回学術講演会のまとめ

日時：平成26年6月28日

場所：生田神社会館

講演Ⅰ「転倒リスクの検証と対処」

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻
青山 朋樹 先生



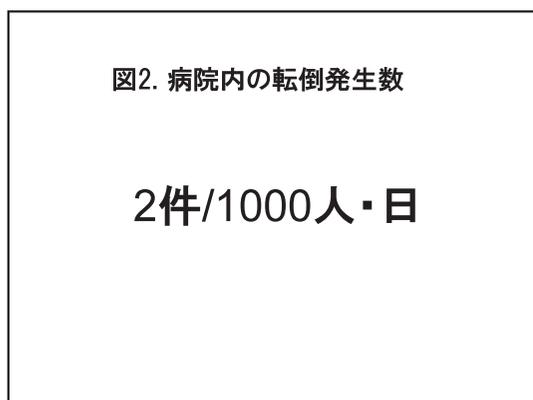
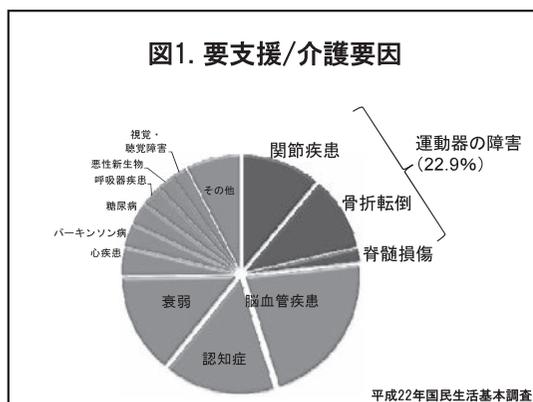
青山 朋樹 先生

1. はじめに

高齢者の転倒は大きな社会問題となっている。転倒による頭部打撲によって死亡するケースが増えているだけでなく、大腿骨頸部骨折をはじめとする転倒骨折による寝たきりなどの要介護者を発生させ、一度転倒すると高齢者に芽生える転倒恐怖感は活動性を低下させ、更なる要介護要因を生み出す原因となる。平成22年度の国民生活基本調査の結果から、転倒骨折は要介護・支援要因の第5位(10.2%)を占め(図1)、各自治体においては高齢者の転倒を防ぐ事業を数多く展開している。また病院入院中の患者の転倒は一日に2件/1000人の割合で発生しており(図2)、大規模な病院であれば軽度から重度なものまで含めて、ほぼ毎日発生する計算になる。病院などの社会的責任を有する施設だけでなく、駅やホテル、ショッピングセンターなどの人が集まる施設では転倒事故の発生を防ぐ社会的責任を有しており、施設運営者は転倒防止策を策定する必要がある。

転倒は偶発的なアクシデントである。アクシデントであれば予防は困難であるという指摘は必ずしも間違えではない。しかしながら交通事故や工事現場の転落事故といったアク

シデントも構造的にはいくつかの問題要因が存在し、それらを分析し、問題要因を除去することによって予防が可能である。転倒を予防することは、それらの問題要因を十分に分析し、その位置づけを整理し、主要因に対して介入を行うことで可能と考える。そこで本稿においてはその分析例、そしてそれに対する介入結果を例示することによって転倒に対する予防介入の意義を論じる。



2. 外的要因と内的要因

まず転倒要因の大きなくくりとして、外的要因（環境要因）と内的要因（個人要因）に分けることができる。運動機能が極度に低下した高齢者においては特に外的要因が存在していなくても転倒は発生することがある。これは主に内的要因が勝っている例で、若年者

のように運動機能が維持されている場合には外的要因の方が勝るかもしれない。まずは転倒要因を並べてみて、そのうえでそれぞれの要因の重み付けをしてみる必要がある。

3. 病院入院患者における転倒要因の分析と対処例

京都大学医学部附属病院では2006年4月より病院内転倒転落防止委員会が結成され、病院内で発生する転倒や転落を防止する活動を行なっている。これらは多職種をベースに構成され、月に一回の例会を開催して転倒事故の分析や対処を実施している。ここでは主に病院内で発生した転倒、転落事例をインシデントレポートを通じて情報収集し、その構造的問題を外的要因、内的要因にわけて分析し、必要時には患者やスタッフへの聞き取りを行い、要因を細かく分析している。このためインシデントレポートの精度は高いものが要求され、誤解されがちな懲罰的レポートでないことを全てのスタッフが認識する必要がある。またインシデントレポートの結果をもとに介入提案を行い、現場にフィードバックすることも精度が高く、良質なレポートを得る工夫のひとつである。

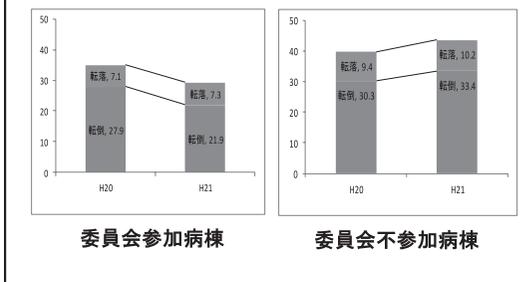
外的要因の分析においてまず取りかかるべきなのは、転倒の発生した場所、時間、エピソードなどである。病院内で高率に転倒が発生した場所は、ベッドサイド、病室内、老化、トイレの順である。入院時の滞在時間が長い病室で高率に転倒は発生するのは当たり前かもしれないが、特にベッドサイドにおいて転倒が多いという事実はその原因を検証する必要がある。そこでベッドサイドにおいて発生した転倒事例の聞き取りや検証を行なった結果、簡易型の取り外しベッド柵に原因があることを突き止め、L字柵に取り替えた。また

新病棟建設の際のつまずき防止のバリアフリー化やシャワールームやトイレなどの床面が濡れる場所における危険表示、床面との相性により転倒を発生する履物の禁止などハード、ソフト両面にわたる働きかけを行なった。

内的要因は年齢、感覚障害、運動機能障害、認知機能障害、睡眠薬などの薬剤使用、夜間のトイレ使用などさまざまなリスク要因があり、これらを把握するために転倒アセスメントシートを用いている。これまでに看護師を中心に上記のようなリスク要因を転倒アセスメントシートとして作成して転倒リスク者のスクリーニングを行っていた。しかしながら旧アセスメントシートは評価項目が29項目と多く、また評価項目に重み付けを行うため、チェック後には各点数を集計する作業が必要であるため煩雑であることから頻回の評価が困難であるという問題点があった。そこで転倒事故発生者の事例から統計解析を行い、転倒事故とより関連のあった項目の絞込みを行い、17項目まで評価項目を減らした。さらにはそれらの評価の際にそれぞれの点数付与を行わずにYES/NOで評価した。このことで計算する手間が省け、頻回にアセスメントする事が可能になった。この新アセスメントシートは旧アセスメントシートとほぼ同じ程度に転倒リスク者抽出力があり、現場において役に立っている。

これらの活動を実施する際に一つ一つの要因に対して介入を順番に行なっているわけではなく、全ての出来る介入を同時に実施するため、個々の介入効果がどれだけあったかを明らかにすることはできない。しかし病院内転倒転落防止委員会に参加している病棟と参加していない病棟における転倒発生件数を比較すると大きな違いがあり(図3)、これらの介入効果が有効であったことを証明するひとつである。

図3. 病院内転倒転落委員会参加病棟・不参加病棟における転倒発生数の比較



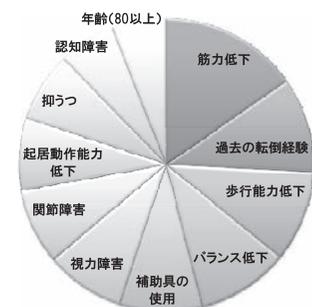
4. 地域在住高齢者における転倒の要因分析と対処

外的要因の分析は病院内における転倒要因分析と同様に、どこで、どの時間に、どのような状況で転倒が発生したかを分析する事が有効である。これは欧米でも本邦でもほぼ同じ傾向を示しており、圧倒的に室内での転倒が多く、その発生場所も寝室、居間、台所の順である。意外に階段や風呂などでの発生件数は少なく、ここでも居住時間が多い場所での発生が認められる。

内的要因としては筋力低下、転倒既往、歩行能力低下、バランス能力低下、補助器具の使用など主に運動機能低下が原因の上位を占める(図4)。このことは運動器疾患を扱う整形外科医として十分に把握しておかなければならない結果であり、地域高齢者の転倒を防ぐ社会的責任を有しているともいえるかもしれない。ただそれほど運動機能が低下しているわけではない高齢者においても転倒は多く発生しており(図5)、運動機能が維持されている若年者でも転倒が多く発生するという事は、単に運動機能低下だけが転倒要因ではないことを示している。そこで運動機能低下がそれほど認められない高齢者の転倒発生状況をインタビュー調査してみると「考え事をしていているとき」「誰かとしゃべっていると

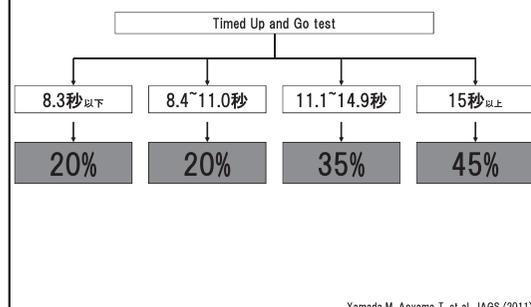
き」などの「〇〇しているとき」といった回答が数多く認められた。1997年にLundin-OlssonがLancet誌に報告した二重課題（dual task）処理能力の低下が転倒発生要因であるという論文が、このインタビュー調査の結果を裏付ける結果となった。そこで調査を行なった結果、運動機能低下が顕著ではない高齢者においてはこの二重課題処理能力の低下が転倒の大きな要因であり、運動機能低下が顕著な高齢者においては運動機能低下が転倒の主要因であることがわかった。そこでこの二重課題処理能力を向上するエクササイズであるステッププラスを開発し、実施したところ80才を超える高齢者であっても二重課題処理能力は向上し、運動機能向上プログラムとの併用により転倒発生頻度を減らすことが可能になった。

図4. 高齢者の内的転倒要因



American Geriatrics Society J Am Geriatr Soc 49: 664-672, 2001.

図5. 運動能力の高い高齢者でも転倒する



Yamada M, Aoyama T, et al. JAGS (2011)

5. おわりに

偶発的に発生する転倒を防ぐ事は難しい。しかしながら様々な医療専門職が多面的な評価を行い、それらの情報統合を行い、統計解析を行うことで、転倒の要因の抽出は可能になる。また高い精度で抽出されたりリスク要因に対する対処を行うことで転倒を防止することも可能である。ただこれらの分析や対処は一度システムを組み上げれば終わりというわけではなく、分析、対処を継続的に実施していくことが重要である。

6. 謝 辞

病院内転倒防止に関するデータ提供をしていただいた名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部の長尾 能雅教授と京都大学医学附属病院 病院内転倒転落防止委員会の皆様、地域高齢者の転倒防止に関するデータ提供を頂いた筑波大学大学院 人間総合科学研究科の山田 実准教授と左京区転倒予防部会の皆様に深謝します。

日時：平成26年6月28日

場所：生田神社会館

講演Ⅱ「肩関節可動域からみた肩の診察・治療法」

桑野協立病院 整形外科・トレーニング部門

部長 浜田純一郎 先生



浜田純一郎 先生

1. 正常肩関節運動と上腕骨頭回旋運動

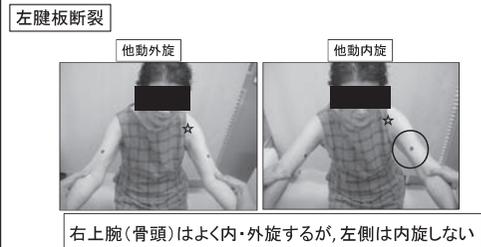
上腕骨頭（以下、骨頭）と関節窩間は常に求心位を保ちつつ、骨頭が適正に内旋・外旋すれば良好な肩関節運動である。例えば、150度肩関節を屈曲または外転すると下垂位置から骨頭は55度外旋し、結帯では50度内旋する。肩関節可動域（以下、ROM）を骨頭の内・外旋で分類すると、屈曲、外転、水平外転、1st外旋、2nd外旋は骨頭の外旋運動、一方伸展、結帯、水平内転、1st内旋、2nd、3rd内旋は骨頭の内旋運動である。同様に、主訴も骨頭の内・外旋から図1のように分類される。さらに他動上腕回旋運動によって骨頭の回旋を評価する（図2）。肩関節痛の原因を骨頭の内旋制限、外旋制限、または両者

かに分類すると病態を把握しやすく治療にも直結する。

図1. 主訴と骨頭の内・外旋系

外旋系の障害	内旋系の障害
<ul style="list-style-type: none">▪手を挙げると痛い▪高い所の物が取れない▪洗濯物を干すと痛い▪つり銭をもらう時痛い▪頭を洗う時痛い▪シートベルトをする時痛い(国産車)	<ul style="list-style-type: none">▪背中に手を回すと痛い▪ブラを付けられない▪腋の下を洗えない▪前の物を取ると痛い▪歯磨きすると疲れる▪シャツを脱ぐ時痛い▪パンツを挙げるとき痛い▪後ろの物を取る時痛い▪車のハンドルを切る時痛い▪シートベルトをする時痛い(外車)

図2. 他動上腕回旋運動



2. 肩疾患と骨頭回旋運動制限

関節ROM制限の著しい特発性凍結肩（以下、凍結肩）は全症例で著しい骨頭の内・外旋制限がみられる（図3）。腱板断裂は骨頭の外旋制限12%、内旋制限32%、内・外旋制限43%であり内旋制限が多い。慢性石灰性腱炎は骨頭の内旋制限、インピンジメント症候群は骨頭の外旋制限、投球障害肩の後方タイトネスは骨頭の内旋制限、変形性肩関節症は内・外旋制限が多い。このように各疾患によって骨頭の回旋制限に特徴がある。

図3. 凍結肩の他動上腕回旋制限



3. 骨頭回旋制限の原因

骨頭の外旋制限の原因として、まず評価すべきは肩甲骨下制制限の有無である。骨頭の外旋運動には屈曲など上肢を挙上する動作が多い。体重が65kgであれば、上肢の重さは体重の6%に相当するので約4kgである。物理学的に計算すると、上肢を45度挙上すると骨頭には40kg、90度挙上では60kgもの上方向の力が掛かる。その力に抵抗できるのは腱板筋の小さな力ではなく肩甲骨の下制筋力（前鋸筋、僧帽筋下部、小胸筋）である。上肢挙上では肩甲骨の上方回旋に着目すること多いが、肩甲骨下制機能を保持した上での上方向回旋こそ大切である。以上の理由から、肩甲骨下制制限を改善することが最も大切と演者は考えている。骨頭の外旋制限因子には、それ以外にも、大胸筋・広背筋・肩甲下筋下部の硬結、前方関節包の肥厚、胸肋関節運動制限、大きな棘下筋腱断裂等がある。講演で述べた「肩甲骨の下制を促し、肩甲下筋と小円筋をなでる」とはこのような意味である。

骨頭の内旋制限というと後方関節包をまず思い浮かべる。しかし、骨頭の内旋制限のみ

を有し、麻酔下に内旋マニピュレーションのみを行った30症例のMRIを観察すると、烏口上腕靭帯（coracohumeral ligament: CHL）の烏口突起付着部断裂を28例に認めた。この結果から骨頭の内旋制限にもCHLが関与すると推測される。講演で示したように、内旋マニピュレーションによって骨頭の内旋制限を有する症例の症状や関節ROMをすぐに改善できる。CHL以外にも棘下筋腱に硬結があれば水平内転、3rd内旋の制限（時に1st外旋制限）を呈する。また小円筋の硬結も骨頭の内旋制限因子となる。

4. 骨頭回旋制限の治療

演者は診察時に、(1)骨頭の内・外旋制限、(2)肋骨運動、(3)胸鎖・胸肋関節関節の他動運動痛、(3)肩甲骨運動制限、(4)棘下筋腱、肩甲下筋下部、小円筋の硬結・圧痛を評価すると同時に治療する。この診察で骨頭の内・外旋制限の治療は概ね終了し、症状、関節ROMの改善した症例には理学療法を選択する。改善しない症例には肩関節内注射を追加した後、さまざまな治療戦略を立てる。拘縮肩には肩関節・内旋マニピュレーション、腱板断裂には内旋マニピュレーション、理学療法や鏡視下手術、慢性石灰性腱炎には肩峰下滑液包への注射、石灰部への針穿刺、手術による石灰物質の摘出などを選択する。

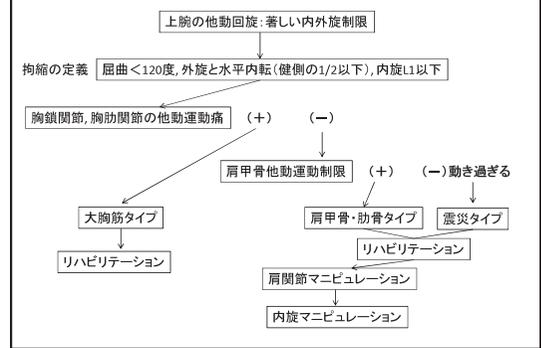
5. 凍結肩の診断と治療

凍結肩と診断するには、(1)関節ROMが屈曲120度未満、1st外旋が健側の1/2未満、結

帯第1腰椎未満であこと、(2)糖尿病、甲状腺疾患などの内科疾患のないこと、(3)先行する肩の外傷や石灰性腱炎など肩関節に他の病変がないことの3項目を満たす必要がある。

凍結肩はその病態から大胸筋タイプ、肩甲骨・肋骨タイプ、震災タイプの3種類に分類でき、それぞれ治療法も異なる。胸鎖・胸肋関節の他動運動痛があれば大胸筋タイプ、肩甲骨の運動制限があれば肩甲骨・肋骨タイプ、動き過ぎる肩甲骨であれば震災タイプである(図4)。大胸筋タイプの予後は良好で理学療法に良く反応する。関節ROMが屈曲100度以下、1st外旋10度以下、結帯第5腰椎以下であり、発症から3か月以上経過した肩甲骨・肋骨タイプや震災タイプには、斜角筋ブロック下での肩関節マニピュレーションと1週間後の内旋マニピュレーションを合わせて行う。拘縮の著しい症例を理学療法のみで治療すると平均治療期間は1年以上になるが、両マニピュレーションによって治療期間を約3か月まで短縮できる。マニピュレーション後、肩甲骨・肋骨タイプには肩甲骨・肋骨運動制限や小円筋・肩甲下筋の硬結を軽減する理学療法を、震災タイプには肋骨運動を促し肩甲骨を適正に動かし、棘下筋の硬結を除く理学療法が必要である。

図4. 3タイプ凍結肩の鑑別法



6. まとめ

主訴、他動上腕回旋運動、関節ROM制限から、骨頭の内・外旋制限に分類すると肩関節疾患を診断、治療しやすい。骨頭の内・外旋制限となる原因を治療するのがポイントである。凍結肩は3タイプに分類され、おのこの病態・治療方法が異なり、拘縮の著しい症例には肩関節と内旋マニピュレーションによって治療期間を大幅に短縮できる。

平成26年度 第4回兵庫県整形外科医会 学術講演会

(平成26年10月18日、ラッセホール)

講演Ⅰ 「脊椎・脊髄損傷治療におけるピットフォールとその対策」

神戸赤十字病院 整形外科 部長 伊藤 康夫 先生

講演Ⅱ 「陥入爪、巻き爪に対する爪矯正」

高田馬場病院整形外科、日本大学整形外科兼任講師、

日本足の外科学会 幹事、日本靴医学会 理事、日本成形靴技術協会 理事 町田 英一 先生

平成26年度

第4回学術講演会のまとめ

日時：平成26年10月18日

場所：ラッセホール

講演Ⅰ 「脊椎・脊髄損傷治療における
ピットフォールとその対策」

神戸赤十字病院 整形外科
部長 伊藤 康夫 先生



伊藤 康夫 先生

講演要旨

救命センターを有し、急性期治療を担当している医療施設においては、診断と初期治療ならびに早期リハビリテーションを行い、後送病院への転院を行なっている。救命センターに搬送される脊椎・脊髄損傷は頭部、胸腹部損傷等をしばしば合併するため、速やかな全身評価と治療方針の確立が不可欠となる。まずは、救急医を中心とした救命治療が優先されるが、関係各科の協力体制の下、合併損傷治療の優先順位を決定し治療がなされる。

今回の講演では、とくに急性期頸椎・頸髄損傷の治療についての治療とピットフォールを自験例も交え報告した。

本疾患を診断・治療を行うにあたり、脊椎・脊髄損傷は“単なる神経麻痺ではなく全身的な多臓器障害である”ということを認識することが重要である。

つまり、合併損傷の評価、治療の重要性を理解するとともに、多彩な合併症を防止する

ことが重要であり、そのうえで、より早期の脊柱の低侵襲再建により脊柱の安定化と、神経除圧を施行することが肝要となる。以下に診断・治療の注意点を述べる。

診 断

多発外傷例においては、“脊椎脊髄損傷が完全に否定されるまでこれらが存在するものとして取り扱う”ことが重要である（外傷初期診療ガイドラインJATEC）。よって診断ツールとしてはCTが有用であり、救急医療の現場においてはヘリカルCTを用いた全身CTにてのスクリーニングが望ましい。しかし、軟部組織の評価や脊柱の不安定性の評価には不十分であり、症例に応じてMRI、機能撮影等が必要となる。

合併損傷

頸椎外傷において注意すべき合併損傷の一つに椎骨動脈損傷（VAI）がある。骨傷を伴う頸椎・頸髄損傷においては、20–40%前後のVAIが合併するという報告がある。そのうち1/4で臨床症状を発症し、そのうち1/4が致死に至るといふ報告もある。診断には造影CTが薦められる。VAI発生の危険因子としては、横突孔骨折の存在、椎体転位、高度麻痺例などである。治療には確立したエビデンスのある報告は乏しいが、当院においては、脳外科の協力の下、椎骨動脈造影を施行した上で、VAIの確定診断後、塞栓術の適応を検討している。

脱臼の整復

椎関節脱臼を含め、頸椎・頸髄損傷による脊柱破綻に伴うアライメント異常に対し、早期整復を行い、脊柱支持性の獲得と神経除圧を行うことは重要である。しかし現在、理想とされる（許される）整復時期は明らかでない。自験例では、連続した椎間関節脱臼・脱臼骨折を伴った頸椎・頸髄損傷例42例の検討を行った。当院では、可及的速やかに徒手に非観血的整復を行い、徒手整復不能例に対しては、全麻下で観血的整復固定を行なっている。速やかに非観血的に整復が成された症例が42例中31例であり、観血的整復に至った症例は11例であった。受傷から6時間以内の整復が達成できた例はAIS（ASIA impairment scale）のB-D（不全麻痺例）の全例が、ASIA分類で1段階以上の麻痺の改善が得られた。受傷時（搬送時）に完全麻痺を示した例（21例）では3例に改善がみられ、そのうち2例は6時間以内の整復例であった。つまり、6時間内の整復で、高率に麻痺の改善が得られており、受傷から整復までの時間短縮が、救急医療の現場を含めて課題である。

ステロイド投与

メチルプレドニゾロンコハク酸ナトリウム（MPSS、商品名ソルメドロール）は、本邦では唯一の脊髄損傷急性期における治療薬である。この薬剤は、北米において大規模試験が行われ、その麻痺改善の有効性が報告された（New England J.1990）。しかし臨床の現場においてはその有効性を疑問視する報告・論文が多く、また致死的な合併症の報告もあ

り、2013年のアメリカ脳神経外科学会がまとめたガイドラインでは（アメリカでは日本と異なり、Neurosurgeonが脊椎手術に多く携わっている背景がある）MPSSの有効性は否定され、その副作用の点から、使用は推奨しないという報告（Level 1）が発表された。今後本邦においてはその使用には十分な注意を払う必要がある。なお、当施設においては全例使用していない。

手術治療

脊椎支持性の獲得と、神経除圧を目的とした脊柱再建手術は、緊急、早期手術が望ましい。全身状態の不安定な急性期に行うためには、低侵襲手術が理想的である。当院においては2004年からナビゲーション手術の導入により、より低侵襲で安全かつ正確な手術を目指して行っている。また、経皮的椎弓根スクリューの登場により、頸椎においても軸椎骨折に対する経皮的骨接合術（図1）や、中下位頸椎脱臼骨折に対する外側小皮切からの固定術（図2）など、今後、頸椎外傷手術においても低侵襲手術が可能になると考える。

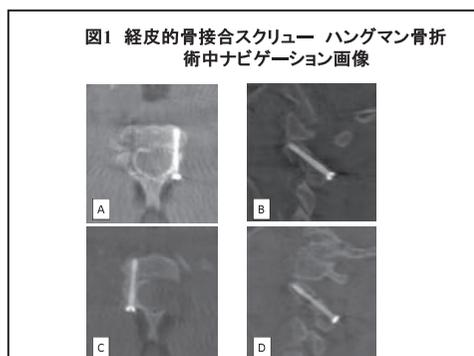


図1 経皮的骨接合スクリュー

A,B: スクリュー挿入後 術中水平断画像
C,D: スクリュー挿入後 術中矢状断画像

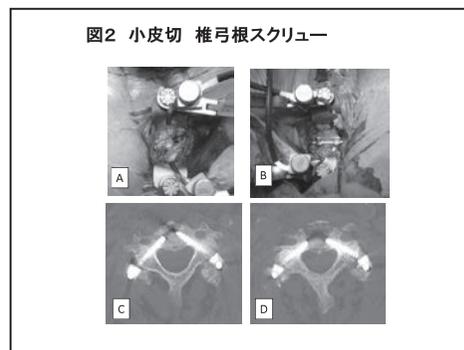


図2 小皮切 椎弓根スクリュー

A,B: 外側皮切での展開 (A) とスクリュー挿入とロッド設置後 (B)
C,D: 術後CT 水平断像 椎弓根スクリュー挿入後

まとめ

1. 脊椎・脊髄損傷は、単なる神経麻痺ではなく全身の臓器障害であるとの認識が必要である。
2. 診断においてはCTが有用であり、これに病態に応じて、MRI、機能撮影等を追加する。
3. 頸椎頸髄損傷においてはVAIの合併に注意すべきであり、早期の整復固定に心掛けるべきである。
4. ステロイド投与は、現在のガイドラインでは薦められない。
5. 早期手術治療を行うにあたり、低侵襲手術の適応は今後、拡大していくものと考えられる。

日時：平成26年10月18日

場所：ラッセホール

講演Ⅱ「陥入爪、巻き爪に対する爪矯正」

高田馬場病院整形外科

日本大学整形外科兼任講師

日本足の外科学会 幹事

日本靴医学会 理事

日本成形靴技術協会 理事

町田 英一 先生



町田 英一 先生

1. はじめに

1996年に著者は形状記憶合金による爪矯正を開発し、その後、多くの先生に採用していただいております。例えば日本形成外科学会のウェブサイトでは第一選択と記載されています。

2. 何が起っているか

爪周囲の痛みは、巻き爪に伴う陥入爪が主になります。細菌感染、炎症は爪の縁が軟部組織を物理的に刺激する事であり、つまり、爪の縁が軟部組織に接する角度が急峻になる

と炎症が生じます。爪の縁は陥入爪では軟部組織内に隠れています。

3. 歩行メカニズムの一部

正常な爪は近位が彎曲していて、遠位は広がっています。理由は、爪には歩くごとに、足趾では床反力が掛かり平らになります。例えば長期寝たきり患者では必ず巻き爪になります。また、外反母趾、扁平足では指先に力加わり難いので巻き爪になります。特に母趾基節骨の変形によるIP外反母趾で多発します。

4. 手術適応は稀

爪矯正を行っても、やはり手術適応はゼロにはできません。従来の数百分の一にはできません。

5. gradual orthonixy

爪矯正を始めると、明らかな効果を見られますが、なんとか早く治したいと思ってしまう。爪の矯正を強めると爪はネイル・ベットの剥がれてしまいます。

矯正の強さは、マチワイヤMD>クリップ式矯正具>マチプレート>コットン・パッキング>テーピング となります。爪の硬さと形に応じて選択します。

6. 説明が最も重要

爪矯正開始前に患者さんに3つの事を理解してもらいます。まず、1-2ヵ月ごとにマチワイヤMDを入れ替えてゆっくり治しましょう。爪は平に出来て治療を休めますが、

必ず再発します。その時には早めに再度治療しましょう。そして、健康保険の適応ではないので自費診療になります。以上から患者さんとのトラブルはほとんど無くなります。

来院される多くの患者さんはウェブサイトを見ているので、説明が楽になりました。

7. 見学歓迎

当院では200人以上の医師が爪矯正を見学に来てくれました。また、メールでの質問をいただき、非力な私の研究の元となっています。兵庫整形外科医会に呼んでいただき、本当にありがとうございます。



図3 母趾以外、lesser toes も爪矯正が出来ます。



図1 重度の巻き爪に対するマチワイヤMD

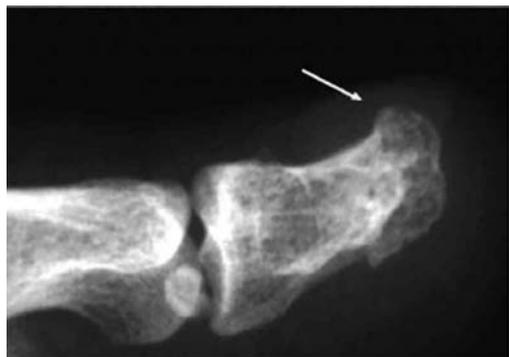


図2 巻き爪では末節骨の変形は高頻度に見られます。

NEW FORCE

6カ月に1回の皮下注*で、
骨粗鬆症による骨折リスクを抑制

薬価基準収載

ヒト型抗RANKLモノクローナル抗体製剤

**プラリア® 皮下注60mg
シリンジ**

一般名 / デノスマブ (遺伝子組換え)

生物由来製品、劇薬、処方せん医薬品*

*注意—医師等の処方せんにより使用すること

*プラリアの用法・用量：通常、成人にはデノスマブ (遺伝子組換え) として
60mgを6カ月に1回、皮下投与する。

【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 低カルシウム血症の患者(「重要な基本的注意」の項参照)
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)

【効能・効果】

骨粗鬆症

<効能・効果に関連する使用上の注意>

本剤の適用にあたっては、日本骨代謝学会の診断基準等を参考に、骨粗鬆症との診断が確定している患者を対象とすること。

【用法・用量】

通常、成人にはデノスマブ (遺伝子組換え) として60mgを6カ月に1回、皮下投与する。

【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) 低カルシウム血症を起こすおそれのある患者 [低カルシウム血症が発現するおそれがある(「重要な基本的注意」の項参照)。]
- (2) 重度の腎機能障害のある患者 [使用経験が少ない。低カルシウム血症を起こすおそれがある。]

2. 重要な基本的注意

(1) 本剤はランマークと同一成分(デノスマブ)を含むため、本剤投与中の患者にはランマークの投与を避けること。(2) 本剤投与開始前に血清補正カルシウム値を確認すること。低カルシウム血症のある患者は、本剤投与前に低カルシウム血症を治療すること。(3) 本剤投与により低カルシウム血症があらわれることがあるため、血清補正カルシウム値が高値でない限り、毎日カルシウム及びビタミンDの経口補充のもとに本剤を投与すること。ただし、腎機能障害患者や、既に活性化ビタミンDを使用している患者においては、適宜、活性化ビタミンDを使用するとともに、カルシウムについては投与の必要性を判断し、投与量を調整すること。また、投与開始後早期及びその後も定期的に血清カルシウム値を測定し、血清補正カルシウム値の変動や、痙攣、しびれ、失見当識等の症状に注意すること。なお、本剤の国内第Ⅲ相臨床試験では、全ての患者に対して、治験期間中に毎日少なくとも600mgのカルシウム及び400IUの天然型ビタミンDが補充された(「重大な副作用」,「臨床成績」の項参照)。また、本剤の海外市販後の自発報告において、重篤な低カルシウム血症が認められている。このうち、発現日が確認できた症例の約半数は、初回投与から7日以内の発現であった。(4) 骨粗鬆症の発症にエストロゲン欠乏、加齢以外の要因が関与していることもあるので、治療に際してはこのような要因を考慮する必要がある。(5) 顎骨壊死・顎骨髄炎があらわれることがある。報告された症例の多くが抜歯等の顎骨に対する侵襲的な歯科処置や局所感染に関連して発現している。リスク因子としては、悪性腫瘍、化学療法、コルチコステロイド治療、放射線療法、口腔の不衛生、歯科処置の既往等が知られている。

本剤の投与開始前は口腔内の管理状態を確認し、必要に応じて、患者に対し適切な歯科検査を受け、侵襲的な歯科処置をできる限り済ませておくよう指導すること。本剤投与中に侵襲的な歯科処置が必要になった場合には、本剤の休薬等を考慮すること。また、口腔内を清潔に保つこと、定期的な歯科検査を受けること、歯科受診時に本剤の使用を歯科医師に告知して侵襲的な歯科処置はできる限り避けることなどを患者に十分説明し、異常が認められた場合には、直ちに歯科・口腔外科を受診するように指導すること(「重大な副作用」の項参照)。(6) 本剤又はビスホスホネート系薬剤を長期使用している患者において、非外傷性の大腿骨転子下及び近位大腿骨幹部の非定型骨折が発現したとの報告がある。これらの報告では、完全骨折が起こる数週間から数カ月前に大腿部や鼠径部等において前駆痛が認められている報告もあることから、本剤の投与開始後にこのような症状が認められた場合には、X線検査等を行い、適切な処置を行うこと。また、両側性の骨折が生じる可能性があることから、片側で非定型骨折が起きた場合には、反対側の大腿部の症状等を確認し、X線検査を行うなど、慎重に観察すること。X線検査時には骨皮質の肥厚等、特徴的な画像所見がみられており、そのような場合には適切な処置を行うこと。(7) 本剤のシリンジ注射針カバーは、天然ゴム(ラテックス)を含み、アレルギー反応を起こすことがあるので、投与に際し、問診を行うこと。また、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

3. 副作用

骨粗鬆症患者を対象とした国内第Ⅲ相臨床試験において、総症例881例中159例(18.0%)に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められた。主なものは、低カルシウム血症7例(0.8%)、背部痛7例(0.8%)、γ-GTP上昇7例(0.8%)、高血圧7例(0.8%)、湿疹6例(0.7%)、関節痛5例(0.6%)等であった。〔承認時〕

(1) **重大な副作用** 1) **低カルシウム血症**(0.8%)：痙攣、しびれ、失見当識等の臨床症状を伴う低カルシウム血症があらわれることがあるので、観察を十分に行うこと。低カルシウム血症が認められた場合には、カルシウム及びビタミンDの補充に加えて、緊急時には、カルシウムの点滴投与を併用するなど、適切な処置を速やかに行うこと。2) **顎骨壊死・顎骨髄炎**(0.1%)：顎骨壊死・顎骨髄炎があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。3) **アナフィラキシー**(頻度不明^{※1)}：アナフィラキシーがあらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。4) **大腿骨転子下及び近位大腿骨幹部の非定型骨折**(頻度不明^{※2)}：大腿骨転子下及び近位大腿骨幹部の非定型骨折を生じることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと(「重要な基本的注意」の項参照)。5) **重篤な皮膚感染症**(頻度不明^{※3)}：重篤な蜂巣炎等の皮膚感染症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、発赤、腫脹、疼痛、発熱等の症状が認められた場合には、適切な処置を行うこと。

注) 海外において認められている副作用のため頻度不明。

その他の使用上の注意につきましては製品添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

提携

AMGEN®

2014年6月作成



使い続けられているブランド
 新たな飛躍 ロキソニンテープ

新たな飛躍「ロキソニンテープ」

【禁忌】(次の患者には使用しないこと)

1. 本剤の成分に過敏症の既往歴のある患者
2. アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者[喘息発作を誘発することがある。]

【効能・効果】

下記疾患並びに症状の消滅・鎮痛
 変形性関節症、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

【用法・用量】

1日1回、患部に貼付する。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)

気管支喘息の患者[病態を悪化させることがある。]

2. 重要な基本的注意

- (1) 消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法であることに留意すること。
- (2) 皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染による炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に使用すること。
- (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、患者の状態を十分に観察し、副作用の発現に留意すること。

3. 副作用

本剤は、副作用発現頻度が明確となる臨床試験を実施していない。なお、ロキソニンパップ100mgにおいて承認時までに報告された副作用(自己覚症状及び臨床検査値異常)は、安全性評価対象例1,075例中91例(8.5%)であった。その主なものは、そう痒(2.1%)、紅斑(1.5%)、接触性皮膚炎(1.4%)等の皮膚症状、胃不快感(0.6%)等の消化管症状、ALT(GPT)上昇(0.6%)、AST(GOT)上昇(0.5%)等の臨床検査値異常であった。ロキソニンパップ100mg及びロキソニンテープ50mg・100mgにおいて製造販売後調査3,038例中87例(2.9%)に副作用が報告され、主な

ものは、接触性皮膚炎(1.4%)、そう痒(0.5%)、紅斑(0.4%)等の皮膚症状であった。(再審査終了時)

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。

	0.5~3%未満	0.5%未満	頻度不明 ^{※)}
皮膚	そう痒、紅斑、接触性皮膚炎、皮疹	皮下出血、皮膚刺激、色素沈着	水疱、腫脹
消化器		胃不快感、上腹部痛、下痢・軟便	
肝臓		AST(GOT)上昇、ALT(GPT)上昇、γ-GTP上昇	
その他		浮腫	

[ロキソニンパップ100mg及びロキソニンテープ50mg・100mgの集計] 注)自発報告において認められている副作用のため頻度不明。

※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。

経皮吸収型鎮痛・抗炎症剤 薬価基準収載

ロキソニン[®]

テープ50mg・100mg

ロキソプロフェンナトリウム水和物貼付剤



製造販売元

Daiichi-Sanjo **第一三共株式会社**

富山県富山市日俣77-3



販売元(資料請求先)

Daiichi-Sanjo **第一三共株式会社**

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2014年10月作成

解熱鎮痛剤

劇薬 カロナール錠500

アセトアミノフェン製剤

2錠*で変える日本の医療

*1回2錠(1000mg)、1日8錠(4000mg)を限度とする。

世界が認めた鎮痛薬

*18th WHO Model List of Essential Medicines (April 2013)

発売準備中

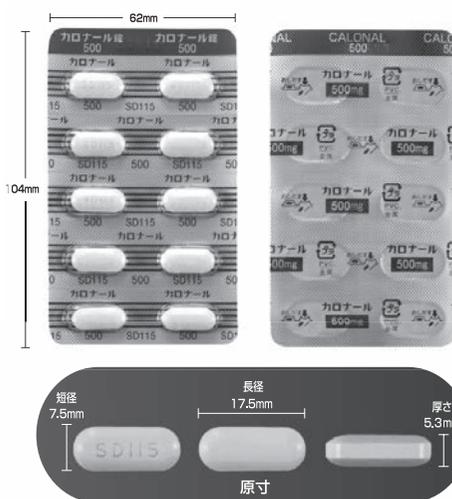
警告

- (1)本剤により重篤な肝障害が発現するおそれがあることに注意し、1日総量1500mgを越す高用量で長期投与する場合には、定期的に肝機能等を確認するなど慎重に投与すること。〔2.重要な基本的注意(9)〕の項参照
- (2)本剤とアセトアミノフェンを含む他の薬剤(一般用医薬品を含む)との併用により、アセトアミノフェンの過量投与による重篤な肝障害が発現するおそれがあることから、これらの薬剤との併用を避けること。〔2.重要な基本的注意(7)〕及び〔8.過量投与〕の項参照

禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1)消化性潰瘍のある患者〔症状が悪化するおそれがある。〕
- (2)重篤な血液の異常のある患者〔重篤な転帰をとるおそれがある。〕
- (3)重篤な肝障害のある患者〔重篤な転帰をとるおそれがある。〕
- (4)重篤な腎障害のある患者〔重篤な転帰をとるおそれがある。〕
- (5)重篤な心機能不全のある患者〔循環系のバランスが損なわれ、心不全が増悪するおそれがある。〕
- (6)本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (7)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者〔アスピリン喘息の発症にプロスタグランジン合成阻害作用が関与していると考えられる。〕

効能・効果、用法・用量、使用上の注意等についてはD1をご参照ください。



剤型

1錠中アセトアミノフェン500mg含有



昭和薬品化工株式会社

カロナール錠 500

製品概要	薬効分類名	解熱鎮痛剤		日本標準商品分類番号	871141	剤型	錠剤
	販売名	和名	カロナール錠500	承認番号	22600AMX01301000		
		洋名	CALONAL Tab.500	承認年月日	2014年9月26日	貯法	室温保存
	一般名	和名	アセトアミノフェン	薬価基準収載年月日	2014年11月28日	使用期限	3年(外箱に表示)
		洋名	Acetaminophen	発売年月日	—		
規制区分	劇薬	効能追加年月日	—				

警告

(1) 本剤により重篤な肝障害が発現するおそれがあることに注意し、1日総量1500mgを超過する高用量で長期投与する場合には、定期的に肝機能等を確認するなど慎重に投与すること。(「2.重要な基本的注意(9)」の項参照)
 (2) 本剤とアセトアミノフェンを含む他の薬剤(一般用医薬品を含む)との併用により、アセトアミノフェンの過量投与による重篤な肝障害が発現するおそれがあることから、これらの薬剤との併用を避けること。(「2.重要な基本的注意(7)」及び「8.過量投与」の項参照)

禁忌
 (次の患者には投与しないこと)

(1) 消化性潰瘍のある患者〔症状が悪化するおそれがある。〕
 (2) 重篤な血液の異常のある患者〔重篤な転帰をとるおそれがある。〕
 (3) 重篤な肝障害のある患者〔重篤な転帰をとるおそれがある。〕
 (4) 重篤な腎障害のある患者〔重篤な転帰をとるおそれがある。〕
 (5) 重篤な心機能不全のある患者〔循環系のバランスが崩れ、心不全が増悪するおそれがある。〕
 (6) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
 (7) アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者〔アスピリン喘息の発症にプロstaglandin合成阻害作用が関与していると考えられる。〕

販売名	有効成分	1錠中	添加物	識別コード	表面	裏面	側面	長さ	短径	厚さ	重量	性状
カロナール錠500	(白局)アセトアミノフェン	500mg	ステアリン酸、アルファ化デンプン、ホビドニウムスホボシタン、ステアリン酸マグネシウム	SD115	SD115			17.5 mm	7.5 mm	5.3 mm	560 mg	本剤は白色のカロナール錠である

効能・効果	① 下記の疾患並びに症状の鎮痛 頭痛、耳痛、症候性神経痛、腰痛症、筋肉痛、打撲痛、投擲痛、月経痛、分娩後痛、がんによる疼痛、歯痛、歯科治療後の疼痛、変形性関節症	② 下記疾患の解熱・鎮痛 急性上気道炎(急性気管炎を伴う急性上気道炎を含む)	③ 小児科領域における解熱・鎮痛
	① の場合 通常、成人にはアセトアミノフェンとして、1回300～1000mgを経口投与し、投与間隔は4～6時間以上とする。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日総量として4000mgを限度とする。また、空腹時の投与は避けさせることが望ましい。	② の場合 通常、成人にはアセトアミノフェンとして、1回300～500mgを経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。ただし、原則として1日2回までとし、1日最大1500mgを限度とする。また、空腹時の投与は避けさせることが望ましい。	③ の場合 通常、幼児及び小児にはアセトアミノフェンとして、体重1kgあたり1回10～15mgを経口投与し、投与間隔は4～6時間以上とする。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日総量として60mg/kgを限度とする。ただし、成人の用量を越えない。また、空腹時の投与は避けさせることが望ましい。

【用法・用量に関連する使用上の注意】

(1) 幼児及び小児の1回投与量の目安は下記の通り。(「1.慎重投与」及び「2.重要な基本的注意」の項参照)

体重	1回用量	
	アセトアミノフェン	錠500
10kg	100～150mg	—
20kg	200～300mg	—
30kg	300～450mg	—

(2) 「小児科領域」における解熱・鎮痛の効能・効果に対する1回あたりの最大用量はアセトアミノフェンとして500mg、1日あたりの最大用量はアセトアミノフェンとして1500mgである。

1.慎重投与 (次の患者には慎重に投与すること)
 (1) アルコール多量常飲者〔肝障害があらわれやすくなる。〔「3.相互作用」の項参照〕〕
 (2) 絶食・低栄養状態・摂食障害等によるグルタチオン欠乏、脱水症状のある患者〔肝障害があらわれやすくなる。〕
 (3) 肝障害又はその既往歴のある患者〔肝機能が悪化するおそれがある。〕
 (4) 消化性潰瘍の既往歴のある患者〔消化性潰瘍の再発を促すおそれがある。〕
 (5) 血液の異常又はその既往歴のある患者〔血液障害を起こすおそれがある。〕
 (6) 出血傾向のある患者〔血小板機能異常が起こることがある。〕
 (7) 腎障害又はその既往歴のある患者〔腎機能が悪化するおそれがある。〕
 (8) 心機能異常のある患者〔症状が悪化するおそれがある。〕
 (9) 過敏症の既往歴のある患者
 (10) 気管支喘息の患者〔症状が悪化するおそれがある。〕
 (11) 高齢者〔「2.重要な基本的注意」及び「5.高齢者への投与」の項参照〕
 (12) 小児等〔「2.重要な基本的注意」及び「7.小児等への投与」の項参照〕

2.重要な基本的注意
 (1) 解熱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) 急性熱症に対し本剤を用いる場合は、次の事項を考慮すること。
 1) 発熱・疼痛の程度を慎重に投与すること。
 2) 原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。
 3) 原因療法があればこれを行うこと。
 (3) 過度の体温下降、虚脱、四肢冷却等があらわれることがあるので、特に高熱を伴う高齢者及び小児等又は消耗性疾患の患者においては、投与後の患者の状態を十分注意すること。
 (4) 高齢者及び小児等には副作用の発現に特に注意し、必要最小限の使用にとどめるなど慎重に投与すること。
 (5) 感染症を不顕化させるおそれがあるため、感染症を合併している患者に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に行い、慎重に投与すること。(「3.相互作用」の項参照)
 (6) 他の消炎鎮痛剤との併用は避けること。(「3.相互作用」の項参照)
 (7) 本剤とアセトアミノフェンを含む他の薬剤(一般用医薬品を含む)との併用により、アセトアミノフェンの過量投与による重篤な肝障害が発現するおそれがあることから、特に総合薬品等が併用される場合には、アセトアミノフェンが含まれていないか確認し、含まれている場合は併用するのではなく、アセトアミノフェンを含む他の薬剤と併用しないよう患者に指導すること。(「警告(2)」及び「8.過量投与」の項参照)
 (8) アセトアミノフェンの高用量投与により副作用として腰痛・下痢がみられることがある。本剤においても同様の副作用があらわれるおそれがあり、上気道炎に伴う消化器症状と区別できないおそれがあるので、観察を十分に行い慎重に投与すること。
 (9) 重篤な肝障害が発現するおそれがあることに注意すること。1日総量1500mgを超過する高用量で長期投与する場合は定期的に肝機能検査を行い、患者の状態を十分に観察すること。高用量でなくとも長期投与する場合には定期的に肝機能検査を行うことが望ましい。また、高用量で投与する場合には特に患者の状態を十分に観察するとともに、異常が認められた場合には、減量、休薬等の適切な措置を講ずること。
 (10) 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。

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
リチウム製剤 (炭酸リチウム)	他の非ステロイド性消炎鎮痛剤(インドメタシン、イブプロフェン等)で、リチウムとの併用によりリチウムの血中濃度が上昇し、リチウム中毒をきたすの危険がある。	非ステロイド性消炎鎮痛剤は腎のプロstaglandin合成を抑制することにより、炭酸リチウムの排泄が減少し、血中濃度が上昇すると考えられている。
チアジド系利尿剤 (はしロクロロチアジド等)	他の非ステロイド性消炎鎮痛剤(インドメタシン等)で、チアジド系利尿剤の作用を減弱することが報告されている。	非ステロイド性消炎鎮痛剤は腎のプロstaglandin合成を抑制し、水、塩分保留を促し、チアジド系利尿剤の利尿作用を減弱すると考えられている。
アルコール (飲酒)	アルコール多量常飲者がアセトアミノフェンを用いたところ肝不全を起こしたとの報告がある。	アルコール常飲によるCYP2E1の誘導により、アセトアミノフェンが肝毒性を持つN-アセチル-p-ベンゾキノリンミンの代謝促進される。
クマリン系抗凝固剤 (ワルファリン)	クマリン系抗凝固剤の作用を増強することがあるので、減量するなど慎重に投与すること。	本剤が血漿蛋白結合部位において競合すること、抗凝固剤を遊離させ、その抗凝固作用を増強させる。
カハドゼリン エンメルシール フリグミン リファンピリン アムピシリン	これらの薬剤の長期連用者は、肝薬物代謝酵素が誘導され、肝障害を生じやすくなるなどの報告がある。	これらの薬剤の代謝酵素誘導作用により、アセトアミノフェンが肝毒性を持つN-アセチル-p-ベンゾキノリンミンの代謝が促進される。
抗生物質 抗菌剤	過度の体温下降を起こす頻度が高くなることから、併用する場合には観察を十分に行い、慎重に投与すること。	機序不明

4.副作用
 本剤は使用成績調査等の副作用発現頻度が明確となる調査を実施していない。

(1) 重大な副作用
 ① ショック(頻度不明)、アナフィラキシー(頻度不明)
 ショック、アナフィラキシー(呼吸困難、全身潮紅、血管浮腫、尊麻疹等)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 ② 中毒性表皮壊死剥離症(Toxic Epidermal Necrolysis: TEN)(頻度不明)、皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)(頻度不明)、急性汎発性発疹性膿疱症(頻度不明)
 中毒性表皮壊死剥離症、皮膚粘膜眼症候群、急性汎発性発疹性膿疱症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 ③ 喘息発作誘発(頻度不明)
 喘息発作を誘発することがある。
 ④ 劇症肝炎(頻度不明)、肝機能障害(頻度不明)、黄疸(頻度不明)
 劇症肝炎、AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 ⑤ 顆粒球減少症(頻度不明)
 顆粒球減少症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 ⑥ 間質性肺炎(頻度不明)
 間質性肺炎があらわれることがあるので、観察を十分に行い、咳嗽、呼吸困難、発熱、肺音の異常等が認められた場合には、速やかに胸部X線、胸部CT、血腫マーカー等の検査を実施すること。異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 ⑦ 腎機能障害(頻度不明)
 腎機能障害が認められることがあるので、観察を十分に行い、尿量減少、尿蛋白陽性、尿潜血陽性等の検査を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2) その他の副作用

頻度不明	血液	消化器	その他
	チアチール、血球減少、血小細胞性低色素性貧血等 ^{※1)}	悪心・嘔吐、食欲不振等	過敏症 ^{※2)}

注) ①のような症状(異常)が認められた場合には、投与を中止すること。

5.高齢者への投与
 高齢者では、副作用があらわれやすいため、少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。(「2.重要な基本的注意」の項参照)

6.妊婦・産婦・授乳中への投与
 (1) 妊婦中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には、治療の有益性が危険性を上まると判断される場合にのみ投与すること。
 (2) 妊婦後期の妊婦への投与により胎児に動脈管収縮を起こすことがある。
 (3) 妊婦後期の母体に投与したと実感で、若い胎児の動脈管収縮が報告されている。

7.小児等への投与
 低出生体重児、新生児及び3か月未満の乳児に対する使用経験が少なく、安全性は確立していない。

8.過量投与
 (1) 前降、背痙、心筋の壊死が起こったとの報告がある。
 (2) 総合薬品剤や解熱鎮痛剤等の配合剤には、アセトアミノフェンを含むものがあり、本剤とこれら配合剤との併用が併発により、アセトアミノフェンの過量投与による重篤な肝障害が発現するおそれがある。
 (3) アセトアミノフェン過量投与時の解毒(肝障害の軽減等)には、アセチルシステインの投与を考慮すること。

9.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シート上の説きにより、鋭い角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている。)

10.その他の注意
 (1) 類似化合物(フェナセチン)の長期投与により、血色素異常を起こすことがある。
 (2) 腎及び肝機能障害の患者を認識したところ、類似化合物(フェナセチン)製剤を長期・大量に使用(前経服用量1.5～2.7kg、服用期間4～30年)して死亡した人が多いとの報告がある。また、類似化合物(フェナセチン)を長期・大量投与した動物実験で、腫瘍発生が認められたとの報告がある。
 (3) 非ステロイド性消炎鎮痛剤を長期投与されている女性において、一時的な不妊が認められたとの報告がある。

包装 PTP 100錠、500錠 (下線部 2: カロナール錠200・300 2014年10月改訂、追記箇所)

製造販売元(資料請求先) **昭和薬品化工株式会社** 〒104-0031 東京都中央区京橋2-17-11 <http://www.showayaku.co.jp> 2014年12月作成(OC)

強く、しなやかに、骨をつくる TERIBONE

骨形成促進作用を有する
週1回投与の骨粗鬆症治療剤



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

テリボン®

皮下注用56.5 μ g

注射用テリパラチド酢酸塩

処方せん医薬品*

Weekly PTH Teribone Inj. 56.5 μ g

*注意—医師等の処方せんにより使用すること

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

- 次に掲げる骨肉腫発生のリスクが高いと考えられる患者【「10.その他の注意」の項参照】
 - 骨ページェット病
 - 原因不明のアルカリフォスファターゼ高値を示す患者
 - 小児等及び若年者で骨端線が閉じていない患者【「7.小児等への投与」の項参照】
 - 過去に骨への影響が考えられる放射線治療を受けた患者
- 高カルシウム血症の患者【高カルシウム血症を悪化させるおそれがある。】【「2.重要な基本的注意」の項参照】
- 原発性の悪性骨腫瘍もしくは転移性骨腫瘍のある患者【症状を悪化させるおそれがある】
- 骨粗鬆症以外の代謝性骨疾患の患者(副甲状腺機能亢進症等)【症状を悪化させるおそれがある】
- 本剤の成分又は他のテリパラチド製剤に対し過敏症の既往歴のある患者
- 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人【「6.妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照】

【効能・効果】

骨折の危険性の高い骨粗鬆症

【効能・効果に関連する使用上の注意】 本剤の適用にあたっては、低骨密度、既存骨折、加齢、大腿骨頸部骨折の家族歴等の骨折の危険因子を有する患者を対象とすること。

【用法・用量】 通常、成人には、テリパラチドとして56.5 μ gを1週間に1回皮下注射する。なお、本剤の投与は72週間までとする。

〈注射液の調製法〉	
テリボン®皮下注用56.5 μ g	テリボン®皮下注用56.5 μ g(溶解液添付製品)
1バイアルを日局生理食塩液1mLに用時溶解して用いる。	1バイアルを添付の生理食塩液1mLに用時溶解して用いる。(溶解操作方法を参照)

【用法・用量に関連する使用上の注意】 1.本剤を投与期間の上限を超えて投与したときの安全性及び有効性は確立していないので、本剤の適用にあたっては、投与期間の上限を守ること。【「10.その他の注意」及び「臨床成績」の項参照】 2.本剤の投与をやむを得ず一時中断したのちに再投与する場合であっても、投与期間の合計が72週間を超えないこと。また、72週間の投与終了後、再度72週間の投与を繰り返さないこと。 3.他のテリパラチド製剤から本剤に切り替えた経験はなく、その安全性は確立していない。なお、他のテリパラチド製剤から本剤に切り替えたときにおける

【本剤の投与期間の上限は検討されていない。】【「10.その他の注意」の項参照】

【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)低血圧の患者【一過性の血圧低下があらわれることがある。】 (2)腎障害のある患者【臨床薬理試験において、重度の腎障害患者では血中からのテリパラチドの消失に遅延が認められている。】 (3)重篤な肝機能障害を有する患者【使用経験がない。】 (4)重篤な肝機能障害を有する患者【使用経験がない。】 (5)尿路結石のある患者及びその既往歴のある患者【本剤の投与により、症状を悪化させるおそれがある。】 2.重要な基本的注意 (1)一過性の血圧低下、意識消失(投与直後から数時間後にかけて)があらわれることがあるので、投与後に血圧低下、めまい、立ちくらみ、動悸等が生じた場合には、症状がおさまるまで座るか横になるように患者に指導すること。 (2)一過性の血圧低下に基づきめまいや立ちくらみ、意識消失等があらわれることがあるので、高所での作業、自動車の運転等危険を伴う作業に従事する場合には注意させること。 (3)本剤の薬理作用により、投与約4から6時間後を最大として一過性の血清カルシウム値上昇がみられる。本剤投与中に血清カルシウム値上昇が疑われる症状(便秘、悪心、嘔吐、腹痛、食欲減退等)が本剤投与翌日以降も継続して認められた場合には、血清カルシウム値の測定を行い、持続性高カルシウム血症と判断された場合には、本剤の投与を中止すること。なお、血清カルシウム値上昇によりジギタリス剤の作用が増強することがあるため、ジギタリス製剤と併用する時は注意すること。【「3.相互作用」の項参照】 (4)副甲状腺ホルモンは血管平滑筋の弛緩作用や心筋への陽性変時・陽性変力作用を示すことが報告されている。心疾患のある患者には、患者の状態を観察し、病態の悪化がないが注意しながら本剤を投与すること。 (5)腎障害のある患者においては、定期的に腎機能検査を行うこと。 (6)閉経前の骨粗鬆症患者での安全性及び有効性は確立していない。 3.相互作用 併用注意(併用に注意すること) ●ジギタリス製剤：ジゴキシン等 ●活性型ビタミンD製剤：アルファカルシドール、カルシトリオール、エルデカルシトール、マキサカルシトール、ファルカルトリオール 4.副作用 Ⅲ相骨折試験における安全性評価対象290例中127例(43.8%)に副作用が認められた。その主なものは、悪心54例(18.6%)、嘔吐25例(8.6%)、頭痛22例(7.6%)、倦怠感18例(6.2%)、腹部不快感12例(4.1%)、めまい12例(4.1%)等であった。(承認時) (1)重大な副作用 ショック、アナフィラキシー(0.3%) ショック、アナフィラキシーを起こすことがあるので、観察を十分に行之、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。 2014年2月改訂(第5版 使用上の注意等の改訂)

■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。
禁忌を含む使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

本剤は自己注射はできません。

製造販売元 旭化成ファーマ株式会社

(資料請求先) 医薬情報部 <すり相談窓口>
〒101-8101 東京都千代田区神田神保町一丁目105番地
☎0120-114-936(9:00~17:45/土日祝、休業日を除く)
URL:http://www.asahikasei-pharma.co.jp

AsahiKASEI

2014.03

〈グループ理念〉

私たち旭化成グループは、世界の人びとの“いのち”と“くらし”に貢献します。



骨粗鬆症治療剤
 創薬・処方箋医薬品^(注1) 注1 注意—医師等の処方箋により使用すること

ベネット錠 75mg

日本薬局方 リセドロン酸ナトリウム錠 薬価基準：収載

● 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

2014年9月作成

[資料請求先]
 武田薬品工業株式会社
 医薬営業本部 東京都中央区日本橋二丁目12番10号 〒103-8668



完全ヒト型可溶性TNF α /LT α レセプター製剤

エンブレル

皮下注50mgペン1.0mL
 皮下注25mgシリンジ0.5mL / 皮下注50mgシリンジ1.0mL
 皮下注用10mg / 皮下注用25mg

エタネルセプト (遺伝子組換え)製剤 生物由来製品 創薬 処方せん医薬品^(注1)
 (注1) 処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること

ヤヌスキナーゼ(JAK)阻害剤 薬価基準収載

ゼルヤンツ錠 5mg

XELJANZ[®] Tablets トファシチニブクエン酸塩錠
 創薬、処方せん医薬品^(注) 注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

明るい未来を、
描きたい。



● 効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売
Pfizer ファイザー株式会社
 〒151-8589
 東京都渋谷区代々木3-22-7
<http://www.pfizer.co.jp/>
 資料請求先：製品情報センター

販売
 武田薬品工業株式会社
 医薬営業本部
 東京都中央区日本橋二丁目12番10号
 〒103-8668

2014年5月作成

整形外科領域 製品ラインナップ



経皮鎮痛消炎剤
ケトプロフェン2% [薬価基準収載]

モーラス®テープ 20mg



ケトプロフェン2% [薬価基準収載]

モーラス®テープ L 40mg

経皮鎮痛消炎剤
ケトプロフェン0.3% [薬価基準収載]

モーラス®パップ 30mg

ケトプロフェン0.3% [薬価基準収載]

モーラス®パップ 60mg

経皮鎮痛消炎剤
ジクロフェナクナトリウムテープ [薬価基準収載]

ナポール®テープ 15mg

ジクロフェナクナトリウムテープ [薬価基準収載]

ナポール®テープ L 30mg

経皮鎮痛消炎剤
ジクロフェナクナトリウムパップ剤 [薬価基準収載]

ナポール®パップ 70mg

ジクロフェナクナトリウムパップ剤 [薬価基準収載]

ナポール®パップ 140mg

経皮鎮痛消炎剤
インドメタシン貼付剤 [薬価基準収載]

インサイド®パップ 70mg



経皮吸収型 持続性疼痛治療剤

劇薬、向精神薬 習慣性医薬品(注意-習慣性あり) 処方せん医薬品(注意-医師等の処方せんにより使用する)
ププレノルフィン経皮吸収型製剤 [薬価基準収載]

ノルспан®テープ 5mg 10mg 20mg

NORSPAN® TAPE
NORSPAN® TAPE is licensed by MUNDIPHARMA
発売元: 久光製薬株式会社 製造販売元(輸入元): ムンディファーマ株式会社

経皮鎮痛消炎剤
ケトプロフェン3% [薬価基準収載]

セクター®クリーム 3%

ケトプロフェン3% [薬価基準収載]

セクター®ゲル 3%

ケトプロフェン3% [薬価基準収載]

セクター®ローション 3%

経皮鎮痛消炎剤
ジクロフェナクナトリウムゲル軟膏 [薬価基準収載]

ナポール®ゲル 1%

持続性鎮痛・抗炎症剤
劇薬、処方せん医薬品(注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること。
ジクロフェナクナトリウム製剤 [薬価基準収載]

ナポール®SRカプセル 37.5

ジェネリック医薬品

経皮鎮痛消炎剤
フェルビナク 3.5% [薬価基準収載]

フレックス®テープ 70mg

ジェネリック医薬品

活性型ビタミンD₃製剤
劇薬
カルシトリオール製剤 [薬価基準収載]

カルデミン®錠 0.25μg

発売元: 久光製薬株式会社 製造販売元: 株式会社龍角散



「運動器の10年」世界運動
動く喜び 動ける幸せ

整形外科
「運動器の10年」
を応援します。



ロコモチャレンジ!

日本整形外科学会
「ロコモティブシンドローム」
啓発運動を応援します。

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照下さい。



ここから、
薬ができるんだ。

がん、リウマチ、
腎性貧血、C型肝炎。
私たちは、
最先端のテクノロジーで
病気に立ち向かっています。

バイオ、ゲノム、抗体医薬。
最先端テクノロジーから生み出された
中外製薬の医薬品は、
さまざまな疾病領域の治療に貢献しています。
新しい治療薬を待ち望む人がいる限り、
私たちの挑戦は終わることはありません。

 CHUGAI 中外製薬

 ロシュグループ



今までにない医薬品を、今までにない力で創り出す。 <http://www.chugai-pharm.co.jp/>



骨ほねに奏そうでる、
強つよさとしなやかさ

閉経後骨粗鬆症の新たな選択肢
New SERM ^{※1} ビビアント錠

Mari Fujiwara

藤原真理 / 日本音楽コンクール・チェロ部門第1位および大賞、チャイコフスキー国際コンクール第2位など多くの受賞歴をもつ。現在、日本を代表するチェリストとして国内外で活躍している。



*1: ビビアント錠の効能・効果は「閉経後骨粗鬆症」です。 *2: Selective Estrogen Receptor Modulator: 選択的エストロゲン受容体モジュレーター

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 深部静脈血栓症、肺塞栓症、網膜静脈血栓症等の静脈血栓塞栓症のある患者又はその既往歴のある患者〔副作用として静脈血栓塞栓症が報告されており、このような患者に投与するとこれらの症状が増悪することがある(「重要な基本的注意」及び「副作用」の項参照)。〕
2. 長期不動状態(術後回復期、長期安静期等)にある患者〔「重要な基本的注意」の項参照〕
3. 抗リン脂質抗体症候群の患者〔本症候群の患者は静脈血栓塞栓症を起こしやすいとの報告がある。〕
4. 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人及び授乳婦〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照〕
5. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】

閉経後骨粗鬆症

【用法・用量】

通常、ハゼドキシフェンとして、1日1回20mg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) 経口エストロゲン療法にて顕著な高トリグリセリド血症の既往のある患者〔本剤服用により血清トリグリセリド上昇がみられることがある。なお、本剤の臨床試験において、トリグリセリド>300mg/dLの患者には投与されていない。〕
- (2) 腎機能障害のある患者〔安全性は確立していない。〕
- (3) 肝機能障害のある患者〔血中濃度が上昇するおそれがある(「薬物動態」の項参照)。〕

2. 重要な基本的注意

- (1) 本剤の投与により、静脈血栓塞栓症(深部静脈血栓症、肺塞栓症、網膜静脈血栓症を含む)があらわれることがあるので、次のような症状があらわれた場合は投与を中止すること。また、患者に対しては、次のような症状が認められた場合には直ちに医師等に相談するよう、あらかじめ説明すること。
症状: 下肢の疼痛・浮腫、突然の呼吸困難、息切れ、胸痛、急性視力障害等
- (2) 静脈血栓塞栓症のリスクの高い患者では、治療上の有益性が危険性を上回る場合にのみ、本剤の投与を考慮すること。
静脈血栓塞栓症のリスク要因: 外科手術、重大な外傷、加齢、肥満、悪性腫瘍等
長期不動状態(術後回復期、長期安静期等)に入る前に本剤の投与を中止し、完全に歩行可能になるまでは投与を再開しないこと。

(3) 患者のカルシウム及び/又はビタミンDの摂取量が十分でない場合は、カルシウム及び/又はビタミンDをそれぞれ補充すること。

3. 副作用

本剤の承認時までの副作用等の発現状況は、以下のとおりである。

国内臨床試験

国内のプラセボを対照とした臨床試験において、本剤20mg/日及び40mg/日^{※1}を服用した安全性評価対象283例中125例(44.2%)に副作用(臨床検査値の異常変動を含む)が認められた。その主な副作用は、筋痙攣(2.5%)、線維囊胞性乳腺疾患^{※2}(2.5%)等であった。なお、プラセボを服用した140例中64例(45.7%)に副作用(臨床検査値の異常変動を含む)が認められた。

海外臨床試験

海外のプラセボを対照とした臨床試験において、本剤20mg/日及び40mg/日^{※1}を服用した安全性評価対象3,758例中1,705例(45.4%)に副作用(臨床検査値の異常変動を含む)が認められた。その主な副作用は、血管拡張(ほてり)(10.4%)、下肢腫脹(6.4%)等であった。なお、プラセボを服用した1,885例中767例(40.7%)に副作用(臨床検査値の異常変動を含む)が認められた。

注1: 本剤の1日承認用量は20mgである。

注2: 乳腺症、乳腺囊胞

重大な副作用

静脈血栓塞栓症(頻度不明)[※]: 深部静脈血栓症、肺塞栓症、網膜静脈血栓症、表在性血栓性静脈炎があらわれることがあるので、下肢の疼痛・浮腫、突然の呼吸困難、息切れ、胸痛、急性視力障害等の症状が認められた場合には投与を中止すること。

注: 自発報告等のため頻度不明

- 禁忌を含む使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。
- その他の使用上の注意の詳細は添付文書をご参照ください。

骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

ビビアント[®]錠20mg

Viviant[®] Tablets 20mg

ハゼドキシフェン酢酸塩錠

処方せん医薬品: 注意-医師等の処方せんにより使用すること

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

資料請求先: 製品情報センター



運動器の10年・世界運動器
長く喜び 動ける幸せ

大正富山医薬品(株)は「運動器の10年」
世界運動の主旨に賛同し、薬物治療の
パートナーとして貢献していきます。

大正富山医薬品の 運動器疾患関連製品

創薬

非ステロイド性消炎・鎮痛剤

ロルカム[®]錠 2mg / 錠 4mg

ロルノキシカム製剤

薬価基準収載

経皮吸収型鎮痛消炎プラスター剤

ヤクバン[®]テープ 20mg / 40mg / 60mg

フルルビプロフェン製剤

薬価基準収載

創薬・処方せん医薬品^{注)}

抗リウマチ剤

コルベット[®]錠 25mg

イグラチモド錠

注)注意-医師等の処方せんにより使用すること

薬価基準収載

経皮吸収型鎮痛・消炎剤

スミルテープ[®] 35mg

フェルピナク製剤

経皮吸収型鎮痛・消炎剤

スミルスチック[®] 3%

フェルピナク製剤

薬価基準収載

筋緊張性疼痛疾患治療剤

日本薬局方 クロルフェネシンカルバミン酸エステル錠

リンラキサ[®]錠 125mg / 錠 250mg

クロルフェネシンカルバミン酸エステル製剤

薬価基準収載

処方せん医薬品^{注)}

関節機能改善剤

ヒカミロン[®]ディスポ関節注 25mg

精製ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液【キット製剤】

注)注意-医師等の処方せんにより使用すること

薬価基準収載

処方せん医薬品^{注)}

抗リウマチ剤・ウイルス病治療剤・金属解毒剤

メタルカプターゼ[®] カプセル 50mg / カプセル 100mg

ベニシラミン製剤 注)注意-医師等の処方せんにより使用すること

薬価基準収載

- 「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・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。

発売 [資料請求先]



大正富山医薬品株式会社

〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1

http://www.taishotoyama.co.jp/

UNB52 2013.02



骨粗鬆症治療剤

創薬 処方箋医薬品^{注)}

薬価基準収載

ボンビバ[®] 静注 1mg シリンジ

Bonviva
ibandronate

イバンドロン酸ナトリウム水和物注
注)注意-医師等の処方箋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」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」などについては添付文書をご参照ください。



発売 [資料請求先]

大正富山医薬品株式会社

〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1

お問い合わせ先: お客様相談室

☎ 0120-591-818

製造販売元



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町 2-1-1

ロシュグループ

〔資料請求先〕 医薬情報センター

TEL.0120-189706 FAX.0120-189705

© F. ホフマン・ラ・ロシュ社(スイス)登録商標

2014年8月改訂

Santen



抗リウマチ剤

薬価基準収載

劇薬、処方箋医薬品
(注意—医師等の処方箋により使用すること)

メトレート[®]錠2mg

メトトレキサート錠

■【効能・効果】、【用法・用量】、【警告、禁忌を含む使用上の注意】等については、添付文書をご参照下さい。

Metolate[®] tablets 2mg

2014年9月作成
MT141000B52WB_A

製造販売元
参天製薬株式会社
大阪市北区犬深町4-20
資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

先生の良きパートナーでありたい—
私たちはそのために頑張ります。

ジェネリック医薬品

ワクチン・衛生材料

医療機器・調剤機器

カード事業 (医師協カード)

生命保険・損害保険

医療経営コンサルティング

リネン・医療用寝具リース

医療用食品・食器・厨房機器

神戸医師協同組合

本部 神戸市中央区神若通3丁目2番15号
TEL 078(241) 8995番 FAX 078(231) 0910

ホームページアドレス <http://www.kobe-ishikyoo.or.jp>

神戸事業所 TEL 078(241)8991番(代) FAX 078(242)8251
尼崎事業所 TEL 06(6438)2561番(代) FAX 06(6438)2339
明石事業所 TEL 078(936)3535番(代) FAX 078(936)3349
姫路事業所 TEL 079(239)5725番(代) FAX 079(239)2513
西神事業所 TEL 078(795)6612番(代) FAX 078(795)7084

シオノギ製薬

シオノギには
SONGがあります。

歌には、人を癒すチカラがあります。
くすりも歌のように、人を励まし、勇気づけ、
笑顔にするチカラがあります。

私たちは、くすりを通して
世界中の人々の健康に奉仕できるよう、
代謝性疾患・感染症・疼痛などの疾患領域を中心に、
研究開発から製品情報の提供まで、
日々努力を続けています。

すべての人々の
クオリティ・オブ・ライフの向上をめざして、
SONG for you! シオノギです。



「運動器の10年」世界運動

科研製薬は
「運動器の10年」
世界運動を推進し、
QOLの向上に
貢献してまいります。

関節機能改善剤 (精製ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

〔処方せん医薬品〕 注意—医師等の処方せんにより使用すること

アルツ[®]関節注25mg

〔処方せん医薬品〕 注意—医師等の処方せんにより使用すること

アルツ[®]ディスポ[®]関節注25mg

ブリスター包装内滅菌済

- 薬価基準収載
- 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。

〔製造販売元〕



生化学工業株式会社
東京都千代田区丸の内1丁目6-8

発売元

〔資料請求先〕

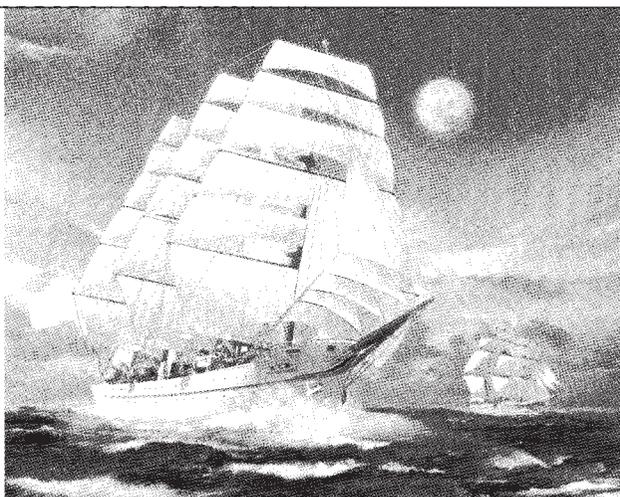


科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28-8

(2012年10月作成) ARZ01DK

特許登録—日本国特許第3831505号；第3845110号(医療用滅菌包装における滅菌方法)



骨粗鬆症治療剤

〔薬価基準収載〕

リカルボン錠 1mg/50mg

リカルボン錠 1mg/50mg

リカルボン錠

劇薬、処方箋医薬品[※]

注) 医師等の処方箋により使用すること

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等、
詳細は製品添付文書をご参照ください。

資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

2014年10月作成

エーザイの骨粗鬆症関連製品



骨粗鬆症治療剤

日本薬局方 リセドロン酸ナトリウム錠

劇薬 処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

〔薬価基準収載〕

アクトネル錠 75mg

骨粗鬆症治療用ビタミン K₂ 剤

メナテトレノン製剤

〔薬価基準収載〕

グラケールカプセル 15mg

体外診断用医薬品 (電気化学発光免疫測定法)

低カルボキシル化オステオカルシンキット [検体検査実施料収載]

血清中低カルボキシル化オステオカルシン (ucOC) 測定用医薬品

ピコルミン ucOC[®]*

※ 販売提携品

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の
注意等については添付文書をご参照ください。



エーザイ株式会社

〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10

製品情報お問い合わせ先:

エーザイ株式会社 お客様ホットライン フリーダイヤル 0120-419-497 9~18時 (土、日、祝日 9~17時)

ACL1308M02



慢性疼痛/抜歯後疼痛治療剤

劇薬 処方せん医薬品*



トラムセット® 配合錠

Tramcet® Combination Tablets

トラマドール塩酸塩/アセトアミノフェン配合錠

薬価基準収載

*注意—医師等の処方せんにより使用すること

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

製造販売元 (資料請求先)

ヤンセンファーマ株式会社

〒101-0065 東京都千代田区西神田3-5-2

URL : <http://www.janssen.co.jp>

©Janssen Pharmaceutical K.K.2014

2014年4月作成



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

ボナロン® 経口ゼリー 35mg

Bonalon® Orat Jelly 35mg <アレンドロン酸ナトリウム水和物経口ゼリー剤>

劇薬・処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意

効能・効果に関連する使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元

TEIJIN 帝人ファーマ株式会社

〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

【資料請求先】 学術情報部 ☎ 0120-189-315

商標 #ボロン/Bonalon® is the registered trademark of Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

BNJ015-AM-1403-1
2014年3月作成

Remicade[®]

抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤 薬価基準収載
レミケード点滴静注用100
 REMICADE[®] for IV Infusion100 (インフリキシマブ(遺伝子組換え)製剤)
【佐藤田製薬】(創薬) 処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

※効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)
田辺三菱製薬株式会社
 大阪市中央区北浜2-6-18

2014年4月作成

Lilly

フォルテオ[®]

皮下注キット600 μ g

テリパラチド(遺伝子組換え)注射剤
 骨粗鬆症治療剤

処方箋医薬品 薬価基準収載
 (注意-医師等の処方箋により使用すること)

「効能・効果」、「用法・用量」、
 「禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

<資料請求先>
日本イーライリリー株式会社
 〒651-0086 神戸市中央区磯上通7丁目1番5号

FRT-A038(R1)
 2014.07



骨粗鬆症治療薬

フォサマック®錠35mg

Fosamax® Tablets 35mg

日本薬局方 アレンドロン酸ナトリウム錠
〈薬価基準収載〉

【前記・処方せん・医薬品注意—添削等の処方せん】に準じて使用すること

【効能・効果】、【用法・用量】、【用法・用量に関連する使用上の注意】、【禁忌を含む使用上の注意】は、製品添付文書をご参照ください。



製造販売元〔資料請求先〕

MSD株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北 1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msd.co.jp/>

2011年7月作成
FSM11AD033-0716



経皮吸収型鎮痛・消炎剤

〔薬価基準収載〕

ゼポラス®パッチ40mg

ZEPOLAS® P.PAP40mg フルルビプロフェン貼付剤

経皮吸収型鎮痛・消炎剤

〔薬価基準収載〕

ゼポラス®パッチ80mg

ZEPOLAS® P.PAP80mg フルルビプロフェン貼付剤



製造販売元

〔資料請求先〕

三笠製薬株式会社

〒176-8585

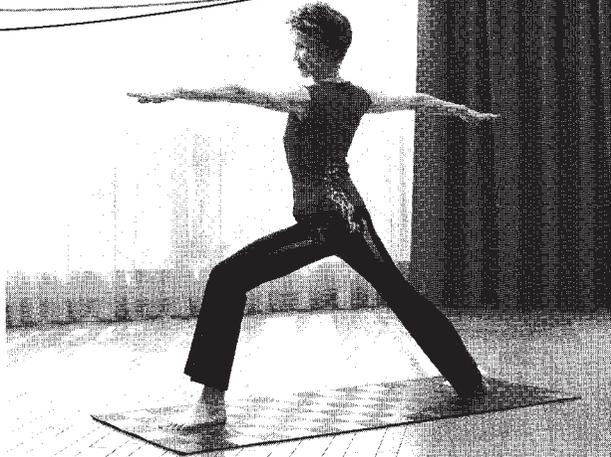
東京都練馬区豊玉北2-3-1

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



●「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

2014年4月作成



骨粗鬆症治療剤(ミノドロン酸水和物錠) 薬価基準収載

ボノテオ錠 1mg/50mg

創薬、処方薬特許薬品
(注家-医師等の処方箋により使用すること)

Bonoteo®

■「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、製造販売 **アステラス製薬株式会社**
 東京都中央区日本橋本町2-5-1
 製品添付文書をご参照ください。

[資料請求・お問い合わせ先] DIセンター ☎0120-189-371

2014年11月作成. B5 1/2

慢性化しやすい痛み

変形性関節症



腰痛症



頸肩腕症候群



帯状疱疹後神経痛



肩関節周囲炎



下行性疼痛抑制系賦活型
 疼痛治療剤(非オピオイド、非シクロオキシゲナーゼ阻害)

ノイトロピン®錠 4単位

ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液含有製剤 (薬価基準収載)

【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

【効能・効果】

帯状疱疹後神経痛、腰痛症、頸肩腕症候群、
 肩関節周囲炎、変形性関節症

【用法・用量】

通常、成人には1日4錠を朝夕2回に分けて経口投与
 する。なお、年齢、症状により適宜増減する。

【用法・用量に関連する使用上の注意】

帯状疱疹後神経痛に対しては、4週間で効果の認められない
 場合は漫然と投薬を続けないよう注意すること。

【使用上の注意】

1. 副作用

承認時までの調査では、1,706例中89例(5.22%)に、市
 販後の副作用頻度調査(再審査終了時点)では、18,140例
 中98例(0.54%)に副作用が認められている。以下の副作
 用は、上記の調査及び自発報告等で認められたものである。

(1) 重大な副作用

- 1) 肝機能障害、黄疸(いずれも頻度不明)：AST(GOT)、
 ALT(GPT)、γ-GTPの上昇等を伴う肝機能障害、黄疸
 があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が
 認められた場合には、投与を中止するなど適切な処置を
 行うこと。
- 2) 本薬の注射剤において、ショック、アナフィラキシーがあらわ
 れ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、直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。

その他の使用上の注意などにつきましては、
 添付文書をご参照下さい。

製造販売元

日本臓器製薬

〒541-0046 大阪府中央区平野町2丁目1番2号 ぐすりの相談窓口 ☎06-6233-6085

資料請求先：学術部

土・日・祝日を除く 9:00~17:00

2013年7月作成

編集後記

整形外科関連の疾患の中で私は腰痛に一番興味を持っていて、腰痛関連の書籍も専門書から一般書まで40冊ほど持っていました。アマゾンで腰痛の和書を検索すると500冊を超える書籍が存在します。大きな書店の健康コーナーに行けば、さまざまな腰痛関連の書籍が並んでいます。驚いたことに、その書籍の執筆者が整形外科医ではない事もかなり多いのです。柔道整復師、トレーナー、健康コンサルタントなどさまざまな医師以外の職種の方が腰痛の解説書を書いています。内科や外科や眼科など整形外科以外の科目の病気の説明を医師以外が書くことは稀ではないでしょうか。つまり、整形外科の疾患、特に腰痛に関しては、必ずしも整形外科医が一般の腰痛患者さんにとって全てではないことを示唆していると感じます。

整形関連の病気に民間療法がかなり進出・浸透していますが、それは整形外科医の診療と治療が必ずしも患者さんのニーズに応えられていない、満足して貰えていないことを表していると思います。整形外科医も腰痛などいろいろな疾患にもう少し診断と治療の精度を上げるように反省することも必要と、自分自身を戒める気持ちになっています。

今年から坂田前会長から岡田幸也新会長の体制に替わりました。坂田会長お疲れ様でした。すでに岡田会長はいくつかの変革をされつつあります。500人近い大所帯を指導する会長職は大変だと思いますが、岡田会長の下に兵庫県整形外科医会会員が全員一丸となって、より良い医療を目指し、そして和気藹々とした元気な会になることを願っています。

(文責：広報担当理事 井尻慎一郎)



兵庫県整形外科医会 医会だより

No.84 2015年3月1日発行

発行者：兵庫県整形外科医会

〒657-0843 神戸市灘区大石北町7番22号

医療法人社団 岡田整形外科医院内

会 長：岡田 幸也

T E L & F A X (078)871-0215

印刷所：王子印刷株式会社

〒673-0029 明石市大道町2丁目4番1号

T E L (078)928-2771 F A X (078)928-2870