

OTK

昭和51年9月7日 第三種郵便物認可（毎月6回 1の日、5の日発行）

平成23年1月25日発行 OTK通巻第4180号

OPLL 友の会 会誌

大阪脊柱靱帯骨化症友の会

2011年 新年号

和氣正調梅



画 滝野信隆氏

新年号もくじ

・中岡会長ごあいさつ	2
・お知らせ	4
・2010年10月31日 医療講演会記録 『脊柱靱帯骨化症の病態と治療について～疼痛管理への取り組み』(大阪南医療センター 藤原啓恭先生)	5
・講演会后実施したアンケート結果 (河上 寛)	17
・薬を飲んでも痛みが取れず、つらい思いをしておられる方へ	18
・新聞にこんな記事がありました	19
・OPLL医療受給者証所持者の数など	20
・患者さん体験記 『恵みと感謝の一年』 (宮崎典子)	21
・金剛山一泊研修会の思い出 (河上 寛)	24
・春の医療講演会・交流会のご案内	26
・お便りなど	27

大阪OPLL友の会の会員、ご家族、そして全国の同胞罹患者の皆様、新年明けましておめでとうございます。

昨年は奈良では遷都1300年祭が開催され日本国内からだけでなくアジアから多くの観光客が古都、奈良を訪れました。そんな事もあり最近では中高年だけでなく若い人にも仏像を鑑賞する人が増えました。



奈良のランドマークと言えば『東大寺大仏殿の大仏様』ではないでしょうか。

関西では『奈良の大仏さん』として親しまれており、その姿は悠久の時を超え、泰然として広くて温かい心、優しいまなざしで私達を見つめてくれています。

仏像は見る人の心を映すと言います。悲しい心で見れば慈悲の姿に映るし、心が穏やかなときに見れば、慈愛に満ちた笑みを返してくれ、心が清浄な時には、一層美しい姿に見えると言います。

日本の真言密教の開祖、空海は四国の生まれで、幼くして天才的な勉学能力を持ち儒学を学びますが、何か物足りなさを感じ、四国の霊山、石槌山など深山を徘徊し悩んだあげく、仏教を学びはじめ、遣唐使として中国長安『今の西安』に渡り密教を会得して、わずか二年後に帰国の後、和歌山の高野山を舞台に真言密教を切り開いたのです。

この空海の言葉に『心不浄なときはすなわち仏を見ず』とあります。

汚れた心ではレンズが濁り、仏像がただの木にしか見えず、自分の心の姿も見えなくなると言っています。世界が美しく見えるのは『美しい物を美しく見る心』を持っているから、世の中はくだらないことだらけと嘆くなら、自分の心の点検もして見る必要もあります。現

代の社会は味気なく、都会の人は特に近所つきあいも希薄で、悩みを打ち明ける人も少なく、こうしていると周囲を見る余裕もなくなって来ます。

汚れたレンズをきれいな布で拭いて視界を明るくして世の中を眺めてみましょう。

般若心経というお経の中に、色^{しき}即^{そく}是^ぜ空^{くう}、空^{くう}即^{そく}是^ぜ色^{しき}という言葉があるのはよく知られています。

野山の自然や人も姿も永遠にその姿を同じくととどめることはありません。歳月と共に姿を変えていきます。人が生きることも同様に、父母、友人、恩師、同僚、恋人、顧客はたまた、趣味の世界で出合った人たち、屋台でチャンチキおけさを分かち合った人たち、そして私達患者会で知り合うことにより病気に対する正しい知識を得たり、お互いの心の悩みを打ち明けたり…

このように無数の多くの人たちと『縁』を結びながら何かを得ていると思います。

大切なことはその縁を活かし、思いを実現、創造するなど前向きな方向に導くことです。そうする最も簡単な方法は、頂いた縁を『有難うございます』で活かすことです。

『お陰様で』『有難うございます』を忘れないで

私達は時として、自分にだけ不幸が続き、誰にも理解されず、ずっと孤独で寂しい人生だと思っていっても、実は、光は届いているのです。それに気づけば心の天気も晴れてきます。

限られた時間、人材の中ではありますが、悩み、困った末に辿り着いた患者会が果たすべき役割、責任は大きいと感じています。少しでも適切にアドバイスが出来るように心がけていますが、会員はじめ皆様の声も大切な情報になります。皆様の声を是非お寄せ下さい。

北は北海道から南は九州まで、当会を含めて22の患者会があります。しかし関西圏では奈良、京都、和歌山には患者会がありません。

各自治体の保健所、難病連等とも連携しながら、身近に相談できる患者会の立ち上げに協力していきたいと思います。

各地で豪雪の便りが届いています。寒いと痛みしびれには辛いこともあります。

適切なリハビリ、運動など自分で出来ることを惜しまず続けて下さい。そうすればきっと光が見えて来ると信じています。

会員、ご家族をはじめ、全ての人が、元気にお過ごし頂きますよう心より念じています。

大阪脊柱靱帯骨化症友の会（OPLL）友の会会長 中岡 甫（はじめ）

おしらせ

医療講演会・交流会のお知らせ

当会主催、春の講演会を3月27日 日曜日 1時30分から大阪駅前第2ビル5階にて開催します。文章ではなかなか分からないことも理解できると思います。出来るだけご参加の上、医療相談と共に交流を深めましょう。

講演会の詳細については26ページに記載しています。できるだけ早く申し込んでいただこうお願いします。

振込み用紙を同封させていただきました。

当会は年会費が唯一の活動資金です。会の活動は会費でまかなわれています。少し早いですが、23年度（平成23年4月1日から平成24年3月31日まで）の会費の納入をお願いします。なお、まだ今年度（平成22年度）の会費未納の方は（23年度分もあわせて）何卒早く振込の程、お願いします。

署名・募金のお願い

全ての人が大切にされる社会を願い、日本難病・疾病団体協議会(JPA)を通じ『国会請願署名』、『募金活動』を展開しています。署名については個人情報保護の問題もあるかと思いますが、国会請願の目的以外には使用しませんので、私達の思いが成就されることを願い、一人でも多くの署名を集めていただきたく、ご協力をお願い致します。今回の署名は2月に集計しますので、集めていただいた署名は1月末までに当会事務局まで送っていただきたくお願いします。

篤志を頂戴しました

会員の皆様の中から、篤志を頂戴しています。ご芳名は公表出来ませんが、ご意志を尊重し、大切に活用させて頂きます。有難うございました。

藤原先生に無理お願いしました

昨年10月31日の医療講演会に参加されなかった方のために、大阪南医療センターの藤原先生によるご講演内容を記事にさせていただきました。

海渡先生が帰国されました

大阪南医療センターの海渡貴司先生が米国に留学されていましたが、年末に無事帰国され、新年より復職されていますので、お知らせします。

ホームページを更新しました

パソコントラブルをはじめ諸事情で当会のホームページの更新ができていませんでしたが、正月休みに更新できましたので、閲覧していただきたくお願いします。『手術』の中の『Info』をクリックすると主な脊椎手術やドクターコラムを参照することもできます。昨年春の講演会で、大阪医科大学附属病院リハビリテーション科 理学療法士 佐藤久友先生に教えていただいた『家庭でできるリハビリ』のプレゼンテーションも掲載させていただきます。



以下は2010年10月31日、大阪北浜の「エルおおさか」で行われた医療講演会の内容を記録させていただいたものです。
X線画像、CT画像、MRI画像などに関しましては個人情報保護の観点から、本誌への掲載は遠慮させていただきます。

脊柱靱帯骨化の病態と治療について ～ 疼痛管理への取り組み

独立行政法人 国立病院機構 大阪南医療センター 整形外科 脊椎外科
藤原啓恭先生



河内長野市木戸東町2-1
0721-53-5761

脊椎外科担当
外来診察日：火・水曜日

米延 策雄(院長)
海渡 貴司(アメリカ留学中)
藤原 啓恭
牧野 孝洋



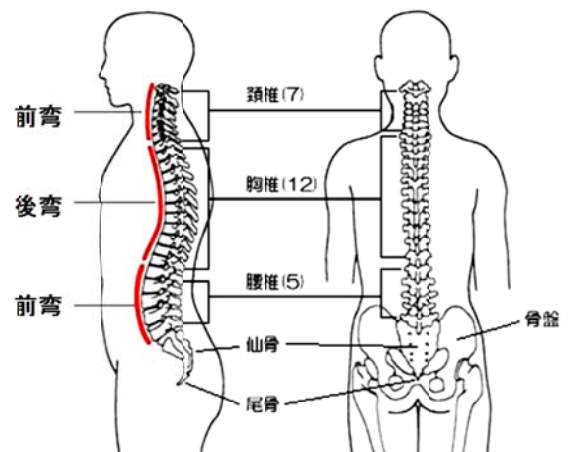
皆さんこんにちは、大阪南医療センター脊椎外科担当の藤原啓恭です。「名前はなんと読むのか」とよく聞かれますが、ひろやすと読みます。本日は、脊柱靱帯骨化の病態と治療について皆さんと知識を共有させていただくところから、今後の頸椎後縦靱帯骨化症にともなう疼痛に対する取り組みおよび展望についてお話させていただこうと思います。

脊椎の構造

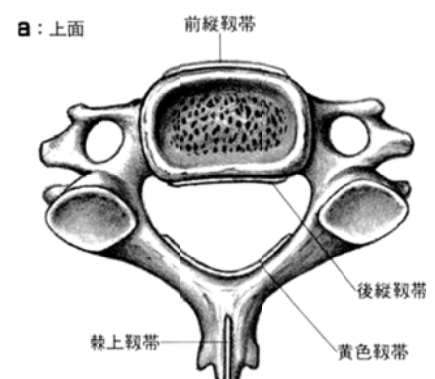
まず脊椎、つまり背骨の構造から説明いたします。脊椎は首の骨が7個、背中の骨が12個、腰の骨が5個からできています。腰の骨の下には仙骨という骨と、尾骨という骨が続いています。

通常、首の骨、頸椎は前彎、背中の骨、胸椎は後彎、腰の骨、腰椎は前彎していて、横から眺めるとS字曲線を描いています。

脊椎は体を支える支柱の役割と、もう1つ



大事な仕事として神経組織を保護する役割も果たしています。その場所が脊柱管と呼ばれ



る部位で、図で言うと真中にある大きく口を開けている場所になります。その周囲を取り囲むように靱帯組織が存在しています。脊柱管の腹側つまり前側には後縦靱帯があり、背側つまり後側には黄色靱帯があります。脊柱管とは無関係な位置、椎体の前面にあるのが前縦靱帯です。

頭蓋骨の中に脳、脳幹、続いて脊柱管の中に脊髄、馬尾が保護されています。そして脊椎の1つ1つに対応し左

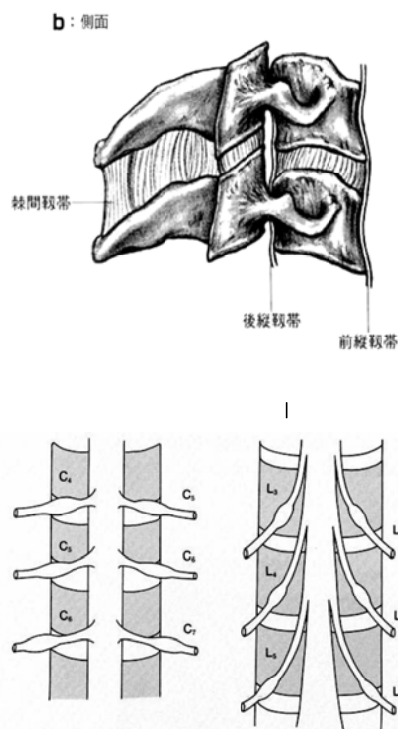
右1本ずつ神経根つまり神経の枝葉がでており、それが各々身体の各所の運動や感覚を支配しています。

肩こり・頸部痛・四肢しびれ・腰痛

肩こり・頸部痛・四肢しびれ・腰痛は、日常診療で最もよく遭遇する愁訴であり様々な原因疾患がありますが、中には脊椎疾患が原因である場合があります。極めて症状が多彩であるため、その診断は非常に難しく、我々医療側の問題としては ①病理・病態がいまだに不明である ②画像検査を含め決定的な診断法がない ③多くは深刻な疾患でなく診療指針が明確でない、ということが重なり患者さんに明確な説明が不可能であることが多いです。そういった環境をふまえ一般社会の問題としては ①迷信を含む様々な情報が流布している ②民間療術がその効用を喧伝している、という面もあり世間で混乱を招く結果となっています。

脊椎疾患

脊椎疾患にはどのようなものがあるかというと、まずは変性疾患である脊椎症にともなう脊髄症・神経根症・馬尾障害で数としては圧倒的に多いです。同様の神経障害を引き起



こす可能性のある疾患としては、椎間板ヘルニア、後縦靱帯骨化症 (ossification of posterior longitudinal ligament: OPLL)、黄色靱帯骨化症 (OLF)、黄色靱帯石灰化症などがあります。その他、脊椎の可動域制限などを主訴とする前縦靱帯骨化症 (OALL) や、比較的治療の緊急性を要する疾患としては、化膿性炎症性疾患、脊椎・脊髄腫瘍があります。

後縦靱帯骨化症(以下OPLL)の疾患概念

本日中心的に取り上げる疾患、OPLLの概念についてですが、1960年に後縦靱帯骨化により重篤な脊髄症状をきたすものとして日本で報

告されたのが最初とされています。その4年後に病理学的に骨化組織であることが認識されました。そして、1975年厚生省調査研究班により特定疾患に認定され、診断・治療および基礎的研究が向上してきました。1989年には患者・兄弟約3割に単純X線上本症を認めることが報告され何らかの遺伝的背景を含んでいると考えられるようになりました。遺伝子解析では第11型コラーゲン遺伝子の異常が疑われています。遺伝子解析についてはOPLL患者さんやそのご家族にご協力いただき現在慶応義塾大学を中心として研究がすすんでいる段階です。

特定疾患治療研究事業

特定疾患とは何かと言うと、原因不明で治療方法が未確立であり、かつ後遺症を残す恐れが少なくない疾病として厚生省が積極的に調査研究を進めている疾患です。診断基準は確立しているが、難治度・重症度が高く患者数が比較的少ない、例えばOPLLは日本人で約3~4%と比較的少ないために、公費負担がないと原因究明、治療方法の開発等の研究がなかなか進みません。医療費の面では、特に手術適応のある、つまり高額な費用を要する治療をする場合、特定疾患に認定されることに

より、医療費免除を受けることが可能になります。

疫学

日本における発生頻度は約3～4%とされており、これは日本に特別多いわけではありませんが、欧米のデータと比べると同様あるいは若干多い割合を示しております。男女比に関しては、男性が約2倍多く、発症年齢は50歳前後が多いとされ、遺伝的背景が支持されていますが、遺伝様式はいまだに不明です。

病理/椎間板因子

靱帯骨化のメカニズムとして、①椎間板、つまり背骨の椎体と椎体の間に挟まれている組織が後縦靱帯の方向へ脱出し何らかの機械的刺激を与えている②椎間板組織が靱帯軟骨化誘導作用を起こしている、と考えられています。

右に脊髄を輪切りにした模式図を示します。上が体の後側、下が前側です。真ん中の蝶々のような形をしている部分を灰白質と呼んでいます。外側の、それを覆うような形のものを白質と呼んでいます。骨化組織により神経

の慢性的な圧迫が続くと、灰白質に変形が起こってきたり、白質の側索というところにある錐体路や、後索にある深部感覚の神経が損傷を受け退行性変化を起こしてきます。損傷のされ方が強いと回復できない組織に変わってしまい、高度な脊髄病変になると、広範な壊死・軟化つまり神経組織が死んでしまうような状況に陥ります。また慢性的な圧迫を受けていると血流不全も起こります。前脊髄動脈が前側の割れ目ところにあり、後脊髄動脈が後側にありますが、前脊髄動脈で脊髄の約3分の2の血流を支配しています。この前脊髄動脈が前方の骨化により血流不全をきたす可

能性がありますが、完全に閉塞することは少ないと言われています。

症状/身体所見

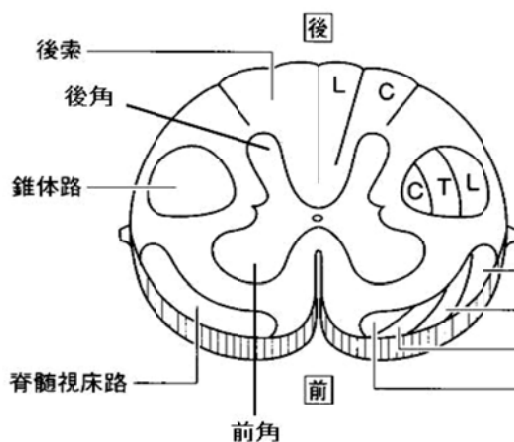
脊髄が損傷されるとどのような症状が出てくるか、まず初発症状として、明らかな誘因なく徐々に頸部痛、つまり首の痛みや、肩こりが出てきます。さらに軽い脊髄症状として、手足のしびれ、手指の細かい動作がしにくいという巧緻障害、下肢では歩行困難感、ふらつきなどの症状が出てきます。多くは急激に進むことはありません。慢性に少しずつ一進一退しながら悪化していきます。ただ、転倒など比較的軽微な外傷を契機に急性に増悪することもあります。

症状を部位別に見ていきますと、肩こり、頸部痛、これらは明確な原因はわかっていません。仮説としては、椎間板の微小な損傷が痛みを出しているとか、背骨と背骨の間の後方の関節、椎間関節というものから痛みが出

ているのではないかとされています。OPLLによる圧迫性脊髄症、これが大きく問題となってきますが、我々は髄節症状と、索路症状に分けて考えています。髄節症状というのは脊髄灰白質障害、つまり図で言う蝶々の形の部分の障害が手のしびれ

であるとか、知覚障害に関わると言われています。蝶々の形の前側の一部、前角では主に筋力を司っています。ここに圧迫障害が起こると筋力低下や筋萎縮が出てきます。索路症状というのは、主に錐体路つまり運動を司る通路、そして側索と後索に感覚を司る通路があり、ここで圧迫障害が起こると、歩行障害・下肢体幹の知覚障害・ミエロパチーハンド・深部腱反射異常が出てきます。また膀胱直腸障害といって主に排尿障害、尿が出にくいであるとか残尿感という症状が出てきます。

ミエロパチーハンド、聞きなれない言葉だと思いますので少し説明させていただきます。



1987年に大阪大学名誉教授の小野啓郎先生が海外に発表されたものですが、頸髄症の9割の方で見られる代表的徴候とされております。ちなみに脊髄症のことを英語でミエロパチーと言います。その徴候の1つは、小指・薬指・中指の内転障害、finger escape signと呼んでいますが、患者さんに手を出していただいて指の股を拡げた状態から閉めていただきます。普通ですとピタッと閉めることができますが、脊髄障害のある方はだんだん自分の意思とは反対に小指が離れていたり、薬指から離れていたり、中指から離れていたりまたは完全に伸ばせない方もおられます。2つ目は10秒テストと呼んでいますが、手指の速い屈伸運動ができないという状況が出てきます。ぐっと手をまっすぐ前に伸ばしていただいて、10秒間グーパー・グーパーをできるだけ早くしていただいて、正常であれば25回以上できますが、年齢が高くなるとどうしても減ってはきますが、20回以下は異常としております。次に歩行障害ですが、筋力低下がはっきりしていなくても、歩行時のふらつき、特に歩き始めにふらついたり、階段を降りる際に恐怖感を伴うのが初発症状として典型的です。

診察所見としては深部腱反射ですが、必ず低下する場所が存在します。上肢であれば上腕二頭筋・腕橈骨筋・上腕三頭筋の3箇所をハンマーで叩かれることが多いと思いますが、障害されている場所では多くは低下していますので、腱反射がピンと出ない場所がおそらく障害部位でそれ以下が亢進する、という所見をもとに我々は障害部位を探る作業をします。順番で言うと上腕二頭筋、腕橈骨筋、上腕三頭筋の順に脊髄の部位は下がっていきますが、

上腕二頭筋も亢進している場合は、肩甲上腕反射というものを探り、それも亢進しているということであれば、首のかなり上の場所の障害が疑われますので、さらに顎を叩かせてもらい下顎反射をみます。これが強く出る方は脳の病気が疑われますので、脳外科などに行っていただきます。OPLLの骨化が上方まである方は肩甲上腕反射も強く出ることがあります。その他、病的反射と呼ばれるものが主に2種あり、1つはホフマン徴候、患者さん中指をぱちんとはじくと、親指が勝手にぴくっと動く方がいますが、これが強く動く方や左右差がある方をホフマン徴候陽性としており、病的と判断しています。2つ目にはバビンスキー徴候、鋭利なもので足の裏をひつかくと通常



の人であれば、足の指がグーッと曲がってきますが、脊髄症のある方は、親指がピンと反ってしまう場合があります。これらの身体所見を見て我々は患者さんを点数付けします。日本整形外科学会というの



日本整形外科学会頸髄症治療成績判定基準(17点満点) :JOASコア

▶ 上肢運動機能 ()/4点

4: 正常 3: 箸はぎこちない、ボタンかけややしにくい 2: 箸は自由、大きなボタンかけは可 1: 箸不可、スプーン・フォーク辛うじて可 0: 自力では不可

▶ 肩・肘機能 ()/0点

-2: 三角筋または上腕二頭筋筋力2以下 -1: 3以下 -0.5: 4以下 -0: 正常

▶ 下肢運動機能 ()/4点

4: 正常 3: ぎこちないが歩行可 2.5: 平地では支持不要、階段下りするのに手すりが必要 2: 平地では支持不要、階段昇降に手すり必要 1.5: 平地では支持不要だが不安定 1: 平地で支持必要 0.5: 自力歩行不可、立位可 0: 自力歩行不能

▶ 知覚機能 上肢() 体幹() 下肢() /2点×3

2: 正常 1.5: 自覚的しびれのみ 1: 知覚鈍麻(6割以上)

0.5: 5割以下の知覚低下、耐え難い疼痛・しびれ 0: 知覚脱失

▶ 膀胱機能 ()/3点

3: 正常 2: 頻尿・開始遅延 1: 残尿・尿もれ 0: 失禁・尿閉

がありまして、略してJOAとありますが、その組織で統一されている頸髄症治療成績判定基準というのがあり17点満点で評価しています。これは頸椎だけではなく、腰椎や、膝関節、股関節などその他さまざまな部位で固有のものが用いられております。首に関して言えば、上肢の運動機能、例えば箸使用やボタン掛け、字を書く動作、肩、肘の機能に関しては、三角筋、あるいは、上腕二頭筋の筋力を検査します。下肢の運動機能に関しては、歩行能力、平地ではどうですか？、階段ではどうですか？、という形で点数付けします。上肢、体幹、下肢それぞれについて点数づけしまして、感覚が低下していたり、耐え難い痛みがあれば点数評価していきます。次に膀胱機能。頻尿になっていないか、残尿感がないかを聴取します。外来で、「私は何点ですか？」と聞いてもらっても良いかも知れません。

腰椎に関しても同様のものがあり、自覚症状、他覚所見、日常生活動作にそれぞれ分けて、腰痛であるとか下肢痛、歩行能力、その他診察所見については、ひざを伸ばしたまま股関節からぐーっと上にあげる検査がありますが、それが何度ぐらいまで上げられるか、感覚低下、筋力低下について評価します。日

常生活動作については、寝返り、立ち上がり、洗顔、中腰、座位、重量物運搬、歩行などそれぞれについて点数を評価します。腰椎疾患に関しても膀胱機能が重要視されます。

画像診断

画像上骨化巣が明らかにあれば診断は容易ですが、骨化があるからといって必ず問題というわけではなく、また頸椎だけでなく胸椎や腰椎にも後縦靱帯骨化や黄色靱帯骨化がある方がいますので全身的な検索が必要です。ただ胸椎に発生する方は50歳以上の成人の0.8%程度しかありませんので、あまり心配しなくても良いかと思いますが、1度ぐらいはチェックしておくことです。骨化があっても症状がなければ特に問題ありません。画像診断だけに頼らず、診察所見や生活環境を大事にし今後の治療方針を決めるように我々は努めています。頸胸椎、首と胸椎の移行部は肩がかぶってレントゲンが通りにくく、胸腰椎移行部も肋骨が大きくかぶってきますので、レントゲンでの検索が困難です。この場合はCTで検索することになります。

X線学的形態分類

連続型の人、分節型の人、それが混ざった混合型、その他規則性がないその他の型に分類されます。

骨化のでき方に関してもパターンがあり、山型と台地型があり、台地型では全体的に脊柱管がせまくなり、山型ではポコンと盛り上がったような格好で局所的に圧迫されている方もいます。

脊髄症の危険因子

主に3点あります。
①有効脊柱管前後径が6mm未満の方は全例脊髄症が出現し

日本整形外科学会腰痛疾患治療成績判定基準(29点満点)

I. 自覚症状 ()/9点

- A. 腰痛
3: 全くなし 2: 時に軽く 1: 常にあるか、時に激しく 0: 常に激しく
B. 下肢痛・しびれ
3: 全くなし 2: 時に軽く 1: 常にあるか、時に激しく 0: 常に激しく
C. 歩行能力
3: 正常 2: 500m以上可も疼痛・しびれ 1: 500m以下で疼痛・しびれ 0: 100m以下

II. 他覚所見 ()/6点

- A. SLR 2: 正常 1: 30-70° 0: 30° 未満
B. 知覚 2: 正常 1: 認識のない軽い知覚障害 0: 明白な知覚障害
C. 筋力 2: 正常 1: 筋力4程度の低下 0: 筋力3以下の低下

III. 日常生活動作 ()/14点

- a. 寝返り動作 b. 立ち上がり動作 c. 洗顔動作 d. 中腰または立位持続
e. 長時間坐位(1時間位) f. 重量物挙上または保持 g. 歩行
に関してそれぞれ 2: 容易 1: やや困難 0: 非常に困難

IV. 膀胱機能 ()点

- 0: 正常 -3: 頻尿・開始遅延・残尿 -6: 失禁・尿閉



ます。②骨化占拠率を計算します。本来の脊柱管、骨化を含めない椎体の後縁から椎弓の腹側までの距離、それが本来の脊柱間前後径ですが、骨化が占拠している範囲を計測し60%以上の方を脊髄症の危険因子としています。③靱帯骨化の方は大抵首の動きが悪くなりますが、骨化占拠率が60%未満でも頸椎の動きが大きく保たれている方は危険因子となります。過去のデータですが、有効脊柱間前後径が6mm未満であれば全例、脊髄症が出現し、逆に14mm以上あれば脊髄症は発症しない、その間の方というのはだいたい頸椎の動きが大きいほど、動きが保たれている方ほど脊髄症発症の危険性があります。

自然経過

初診時何らかの症状、首が痛い、肩がこる、しびれるという形で来られた方で、有脊髄症状率つまり脊髄症がすでに発症している方は約3割～5割であるという報告があります。その中で日常生活動作に支障をきたすような方(四肢運動機能障害)は約45%いたという報告があります。

さらに症状が出たらどうなるか、長期の経過観察を見てみますと、まず初診時脊髄症状のなかった方で、OPLLがたまたま見つかった人だけを見てみますと、6年後に脊髄症を発症した方は14%、10年後で18%と、OPLLがあるからといって必ず近年中に発症するというわけではなくて、その8割以上の方は、脊髄症を発症せずに経過を見ているだけという方が多いです。ただ、初診時脊髄症状があった方では、10年後で6割の方は変化なし、4割の方が悪化しているというデータがあります。どんどん悪化していくものではなくて慢性に経過していく方が多い病気です。脊髄症はいったん発症すると進行するかと聞かれますと、答えとしては、進行する可能性はありますが必ず進行するわけではないということになります。ただ、軽快する場合もほとんどありません。現状維持が一番最善の状態と思われます。

本症を治療しないと寝たきりになるか

重症脊髄症状が出るまでほおっておくと寝たきりになるかもしれませんが、通院を継続していただければ寝たきりになるまでに治療法を提案します。寝たきりになることはまれですが可能性はあるということです。ただ、受診時にすでにかかりの脊髄症が出ている方や、転んだことによって脊髄損傷にまで至ってしまった場合はこの限りではありません。

本症は生命予後に影響するか

生命予後についても同様で、OPLL自身で生命にかかわるかどうかは不明です。ただ、障害部位によっては、つまり上位の頸髄損傷があった場合は、もちろん生命予後に影響します。

医学・医療に求められているもの

我々、医学・医療に求められているものは、疫学調査つまり社会や個人が被っている悪影響を知ること、そして基礎医学つまり成因の解明、病態の解析をすること、そしてそれを元に臨床医学に繋げ、実際の治療はどうであったのかというデータを集め、それを治療に活かしていくことです。しかし無限の命を得ることは不可能ですので、病気になって後どう生きていくか、より高い生命の質の確保や苦痛の解除のためにどうするか、という点が我々の役割であると考えています。

治療の原則・方針

次に治療についてです。OPLLに関して、治療の原則・方針は日常生活動作に支障となる脊髄・神経根症状を改善させ、QOLつまり生活の質の向上を図るのが目標になりますが、明らかな脊髄症状がない、または軽度の脊髄症状であれば、経過観察であるとか、保存的治療、薬剤による治療を選択します。ただ重症脊髄症状がある場合は保存的治療に固執せず手術的治療を選択することになります。



保存的治療の適応

どういふ場合に保存的治療(手術以外の治療)の対象になるか。神経根症状つまり神経の枝葉の症状は、多数の方が保存的治療で改善する症状です。OPLLだけでなく、変形性脊椎症が原因となる神経根症状のうち約8割の方が保存的治療で改善します。頸部痛のみの状態、または軽度の脊髄症状であれば経過観察、無症状であれば治療の対象となりません。残念ながら骨化を消す薬剤はありません。大きな骨化がある場合、山形のパターンであるとか、占拠率の大きい方は、外傷を契機として悪化する危険性があるので、予防的手術を勧める医師もいます。2002年のデータで、初診時に脊髄症状がなかった368人の方を調べると、外傷を誘因として脊髄症状が出てきた方は6人(約2%)でした。

民間療法(あんま、マッサージ、整体、カイロプラクティック、鍼灸)は本症の頸部痛に有効か

治療法にはいろいろあり、民間療法に行かれている方は多いかもしれませんが、いわゆるマッサージ、整体、



カイロプラクティック、鍼

灸、は頸部痛に有効かという点について、OPLLに的を絞った民間療法の報告はないですが合併症報告が結構見られます。spinal manipulationいわゆる脊椎の関節授動術ですが、ひっぱったりひねったり、「背骨がゆがんでますからちょっと戻しときましょう」とやってもらった場合に、脊髄梗塞であるとか、血腫、脊髄症、神経根症、脊髄損傷が生じる可能性があります。脊髄損傷までに至ると回復が非常に難しいので、生じる障害の重症度や回復性を考えますと、我々はあまり推奨しないという態度をとらざるを得ません。マッサージや鍼灸についてはそれ自身は背骨に危害を与えませんので良いかと思いますが、整体動作はOPLLの方はやってもらわないほうが良いと思います。

本症に有効な薬剤はあるのか

有効な薬剤はあるのかが興味
のポイントだと思いますが、骨化
を消す薬剤はまだ開発されてお
りません。脊髄症や脊髄浮腫いわゆる脊髄症が急性増悪してきた場合にはステロイドという炎症を抑える薬剤を投与することがあります。圧迫によって神経の循環障害が起こっていますので、脊髄循環障害の血流改善作用を期待してプロスタグランディンE1製剤が有効とする報告もあります。骨粗鬆症の治療薬であるビスホスホネートが骨化進展に有効である可能性があるとしてされた研究がありますが骨化進展には有効であったようです。要するに進行は無かったけれども消えなかったという結果であり、その後の長期経過観察のデータは報告されていません。



手術的治療の適応

次に手術的治療の適応ですけれども、日常生活に支障のある脊髄症状を呈した症例あるいは保存的治療で改善が得られない神経根症状の症例です。時期についての明らかなガイドラインは担当医の裁量によるところが大きいですが、脊髄症状が経時的に悪化していく場合やJOAスコア17点満点で12点前後が手術を決めるタイミングとして我々は考えています。なぜか、これも過去のデータが出ていまして、JOAスコアが11点から5点の方と4点以下の方を分けて手術成績を検討した結果、11点から5点の方は手術的治療が有意に患者さんのQOLつまり生活の質の改善に貢献しています。ただJOAスコアが4点以下の重症脊髄症例の方は手術をしても治療による改善の効果が明らかに劣っていました。ですので、あまり我慢しすぎるのも良くないと思います。有効脊柱管前後径が6mm以下の場合、軽度の脊髄症状であっても予防的に手術的を勧めさせてもらうこともあります。



手術的治療の方法

手術的治療の方法ですけれども、大きく分けて2種類あります。これは1980年代ごろまでに確立された方法で、現在も大きな進歩はありません。まず首の前を切る方法(前方法)ですが、骨化した靱帯は神経の前にあるので、首の前から骨化した靱帯を切除する、または骨化した靱帯は神経と癒着していることが多いので、無理に切除せず周囲をゆるめることにより圧迫を解除し、脊椎を安定化させるために骨を移植して固定するという方法があります。もう1つ比較的多くなされている方法は、首の後ろを切る方法(後方法)で脊柱管を拡大形成する、片開き式、棘突起縦割式というのがありまして、我々阪大系の病院であれば片開き式というものを多くは採用しております。骨化が長距離に及ぶ場合、3椎間以上の靱帯骨化があれば、後方から均一に圧迫を取ったほうが良いと言われていいますので、後方からの椎弓形成術を選択することが多いです。手術的治療の目的は、「広範同時かつ均等な除圧」です。後方法はOPLL以外の病気でも行うことが多く、我々の慣れた手技ですので術後成績の標準化の点では優れております。ただ、後方法を選択した場合に、高度の狭窄率、骨化の占有率が大きい方、首の前カーブが失われている方、後彎になってしまった方は手術をしても除圧不足であったり、術後に骨化巣が進展してきて症状が再悪化することが危惧されています。

前方法を選択すべきもの

前方法を選択すべきものというものはある程度きまっています。骨化の占拠率が60%以上の方、局所的脊髄圧迫が強い方、山型に骨化が成長している方は前方法が推奨されております。その他、頸椎の軸が悪い方、動的関与が大きい方、つまり首の可動域が大きく保たれている方に選択するべきとしています。

＊ ＊ この後、レントゲン、CT、MRI画像例などで手術内容などもご説明いただきましたが、個人情報に関わりますので割愛させていただきます。実際の手術の内容などに

つきましては担当の先生にお伺いしていただきたくお願いします(事務局) ＊ ＊ ＊ ＊

考えられる手術合併症

手術というのは人間のすることですので、我々ができることは神経の圧迫を除くだけで傷んでしまった神経を治すことはできません。新しいものに入れ替えることができれば、症状はすっきりするのですが、その後どう回復してくれるか手術をやってみないとわからないところが大きいです。同様に合併症もあります。①手術によって脊髄麻痺が悪化する可能性は約4%あります。②C5麻痺といいまして主に手を上げる筋肉が麻痺することがあり、原因はわかりませんが5～10%程度、神経損傷ではないので多くの方が3ヶ月程度で自然軽快してきますが中には長引いてしまうという方もおられます。③髄液漏は5%程度、脳脊髄液が損傷された神経の袋の外に漏れてきてしまうものですが骨化自体が神経と癒着していることが多いので、無理に骨化をはがそうとすると、神経の袋も一緒に破れてしまい、そこから髄液が漏れることがあります。これは大きな神経の後遺症を残さず自然経過しますが、リハビリが少し遅れることがあります。つまり人間は脳脊髄液を日々体内に入れ替える作業をしています但し勝手に穴があいて漏れていると生産が追いつきません。そうすると神経の大きな袋の中の圧が保てなくなって、体を起こすと頭痛とか吐き気が強く起き上がれない、動くのがつらい状態となり、リハビリが遅れてしまうことがあります。④術後血腫は3%程度、圧迫を除いた箇所手術によって出た血がたまって、それが硬く凝固してしまうと神経を押さえ込んでしまって、麻痺や痛みの原因になることがあります。強い麻痺症状が出ると後々後遺症を残すことが多いので、その血種を取り除く手術が必要です。⑤感染や、傷が治りにくいなどはそれぞれ1%程度で、その他、髄膜炎、肺炎、いろいろ怖い病気がありますけれども、あまり言い過ぎても患者さんは怖がって「手術うけるのやめときますわ」と言われる方が出てきても困りますのでやめておきます。全身状態の悪化に関

しては、特に高齢者は予測できないものが含まれます。

前方法と後方法に分けてみると、前方法では骨を新しく移植しますので、その部分がきちんとくっついてくれないと困るわけです。それがなかなかくっつかない方がいます。約4～20%の方がくっつかない、移植した骨がずれる、または折れる人が約5～10%います。採骨部、つまり移植する骨をとったところが痛む、太ももの前の神経いわゆる外側大腿皮神経障害により感覚が麻痺したり、のどを大きく避けて手術しますので、長時間になればのどが腫れ上がってしまって、呼吸困難やのどの違和感が出て嚥下障害が起こったり、近くを走っている反回神経麻痺がおこり声がかれてしまうなどという合併症が出る場合があります。

後方法の合併症は首の動きが減少する、もともとあまり動きの少ない方にするのでそんなに困らないかも知れませんが、手術前の大体半分くらいの動きに減少してしまいます。首の後ろを切りますので、後ろの筋力が弱くなってしまいますから、首が前に垂れ下がってしまう変形（後弯変形）が約9%、削った椎弓が骨折してしまって神経側に落ち込んで、神経障害を起こす合併症が約6%あるといわれています。術後に頸部痛、背部痛、上肢痛などの術後遺残性疼痛に関しては、前方法、後方法での明らかな差はありませんが約17%に生じるといわれております。

骨化進展

一般に骨化進展、骨化の成長というのは過半数に生じるといわれています。骨化が大きくなる、つまり骨化巣の頭尾側への進展や、厚みの増大を生じることがあります。手術症例の方が保存症例に比べて進展しやすいと報告されております。後方法の方が前方法に比して多い、前方法は骨化を切除しますので当然の結果といえると思います。後方法術後は約7割、前方法術後は約3～6割、10年以上の経過で、混合型、連続型の約8割、分節型でも5割進展するといわれております。

黄色靱帯骨化症(ossification of ligamentum flavum : OLF)

黄色靱帯骨化症、これも神経周囲にある靱帯ですので、脊髄症状を起こすことがあります。症状に関しては、先ほど出てきたような症状が出まして、好発部位は下位胸椎に圧倒的に多いですので、上肢というよりは下肢の症状、歩行障害が出やすいです。当然脊髄症状が強い方は手術になるわけです。メカニズムに関してはこれもあまり分かっていませんけれど、脊柱靱帯の全身的骨化傾向の一部で、力学的負荷が原因であると言われております。50歳以上の約5%にみとめられます。

びまん性特発性骨増殖症(diffuse idiopathic skeletal hyperostosis : DISH)

最後に前縦靱帯骨化症ですが、びまん性特発性骨増殖症の一種といわれております。概念としては、脊椎および脊椎外に骨増殖を生ずる変性疾患とされています。主に60歳以上にみられまして、1950年ごろに前縦靱帯骨化症というのがありますよと外国で報告されたのが最初といわれています。当初は強直性脊椎肥厚症と呼ばれておりました。脊柱の前縦靱帯骨化を中心とする脊柱靱帯骨化により脊椎強直をきたす疾患、脊椎が硬くなるものです。その数年後に脊椎以外の靱帯にも骨化があるという報告が出まして、びまん性特発性骨増殖症という名前が生まれました。

診断

診断に関しては、やはり画像診断になりますけれども、少なくとも連続した4椎体3椎間の前側面に、石灰化または骨化が起こってくる、前縦靱帯なので神経側に悪さをしていませんのであまり問題となることはありません。比較的椎間板の高さが保たれることも多く、それが診断の条件の一つではありますが、椎間関節の骨性増殖や仙腸関節の病変が無いことが条件となっております。基本的に靱帯附着部から骨化がおこって、硬くなってしまう、関節の可動制限によって局所痛が出ます。高

齢者に多く見られます。

症状

症状に関しては、脊椎領域で言えば、腰痛、腰の不快感、可動域制限、こわばりなどが主訴で、これは高齢者によくみられる症状ですので、程度が軽ければ、DISHと気付かれないことがあります。先ほどいいましたように、神経側ではありませんので大きな問題はありませんけれども、首の前に大きな骨化が生じますと、前には食道があるので、のどの通りが悪くなって、飲み込みが悪くなる場合があります。それにより誤嚥性肺炎、食べたものが肺に入ってしまう肺炎になる危険性が高くなりますので、嚥下困難の症状がある場合は、前の骨化を削ったりする手術をすることもあります。脊椎外領域で言えば、肩、肘、膝、足などに骨棘を形成して、関節の可動域の動きが悪くなったり、股関節の痛みが出現する、アキレス腱でいえばアキレス腱が骨化して足首を動かしにくくなる場合があります。

合併症

合併症、全身性ですので、後縦靭帯骨化症の方の約5割にみとめると報告されています。OPLL同様に、糖尿病の合併症率も高い、約3割にみとめられますが、同様に明確な因果関係は証明されていません。動きの悪い背骨は比較的弱い外力でも骨折を起こしやすくて、また治りにくい。骨折したところがなおらない偽関節、あとは骨折治癒過程で後弯変形や、腰椎の前彎が失われるような変形を起こし、骨棘が形成されると2次的に神経の圧迫原因となって遅発性麻痺をおこす可能性があります。

以上疾患の病態・治療について説明しましたが、我々は手術することによって神経の圧迫を除くことはできても、損傷された神経を治すことはできない。それは今後もしばらくそうだと思いますけれども、ではその結果残った症状はどうするのかと言う点ですが、よく

外来で皆さんも経験された会話だと思いますが、「手術は無事に終わりましたが、先生、痛みやしびれがなかなか取れません」と言いますと、「画像上は圧迫がありませんし身体機能は改善していますので問題ありません」、という問答になって結局患者さんは不安にかけられたり不満を抱くかと思います。残った不快な症状をどうするかということに関しては我々が顔を背けてきた難しい問題で、新しい取り組みをしていかないといけないと考え次のお話に入っていきます。

慢性疼痛に対する治療

術後疼痛も含めまして、慢性疼痛、慢性的に痛みをかかえておられる患者さんに対する治療ですけれども、慢性疼痛は罹病期間、つまり病気になった年数が長いほど、器質的な疾患以外にも心理的・社会的な要因が加わってきて、複合的に多彩な症状である場合が多いです。特に、靭帯骨化症と診断名を告げられ、さらに難病だという情報も重なると普通でいられる人は少ないと思います。医療側の大きな問題であると思いますけれども、十分な説明も無く、治りませんよという形で投げ捨てられると、やはり抑うつ・不安など様々な症状が出てきます。慢性疼痛患者さんは鎮痛だけが目的ではなく、身体機能の改善を目的とした理学療法や心理・社会的要因への治療が必要になってきます。

慢性疼痛の疫学

慢性疼痛を抱えている方はどれくらいおられるかという疫学調査が2009年にされています。一般生活者2万人のうち、約2割の方が痛みを抱えておられます。全国民にすればおそらく約2,200万人はおられるでしょう。保有率としては男性の20%、女性の25%、部位別で言いますと、腰が26%と最多で、肩17.9%、膝10.7%、頸8.7%、頭7.0%と続きます。慢性疼痛を抱えている方は、大体どこかの病院にかかっておられます。「通院していて症状・満足度はどうですか？」というアンケート結果を見ると目をつぶりたくなるような数字ですが、やや不満または不満足が45%、痛みがと

れない86%、納得のいく説明がない33%、理解してもらえない28%という状況です。

薬物治療

そういった方に対して外科的治療以外の治療は薬物治療がその一端を担っております。圧迫が残っておれば外科的治療を追加することも考えられますが、神経が傷んでしまったことによる疼痛は非常に治療しづらく、我々が持っている武器つまり治療手段としてどんなものがあるか提示します。まず非オピオイド鎮痛薬と呼ばれる、いわゆる痛み止めです。非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)やアセトアミノフェンが1番手にあがってきます。ただ、ほとんど効果がありません。侵害受容性疼痛つまり怪我やぎっくり腰など急性期の症状には効くとされていますが、神経が傷んだ結果、神経が異常信号を出すことによって痛みが出ている場合に関しては一般に無効とされております。長期に服用すると、胃腸障害・腎障害がでてきますので、あまり薦めることができないものです。

他にどういうお薬があるかといいますと、鎮痛補助薬といいまして、抗うつ薬・抗けいれん薬・抗不安薬・抗不整脈薬などありますが、これはうつがあるからとか、痙攣があるからとか、不安があるからとか、不整脈があるから使うものではなくて、脳からの痛みを感じる命令を遮断する目的で使うことが多いです。通常の痛み止めでは効果が無い場合、脳からの異常信号を止める目的で服用してもらいます。これも全員に効果が得られるわけではなく中には効果の出る方もおられます。こういう薬剤の組み合わせで我々対処してきたわけですが、どうしても良くならない、痛みが治まらない方に次のステップとして現在取り組んでいるのが次に示す薬剤です。

オピオイド鎮痛薬

咳止めなどで有名なリン酸コデインなど弱オピオイドと呼ばれるものと、フェンタニル・モルヒネなど強オピオイドと呼ばれるものに分類され、いわゆる癌の方の痛み止めに使用される医療用麻薬です。これらの薬剤は現在

まで整形外科疾患に使用した経験が日本ではほとんどありません。そこで日本脊椎脊髄病学会が主導して共同研究という形で大阪大学医学部附属病院、大阪医療センター、大阪南医療センターの3施設において、術後の疼痛を含め中等度から高度の疼痛を訴えるOPLL(後縦靱帯骨化症)患者さんに限ってオピオイド鎮痛薬による鎮痛研究をスタートさせます。意義としては、1990年後半以降、海外では特にアメリカなどではオピオイド鎮痛薬が整形外科疾患に対して広く普及しています。例えば膝の痛み、変形性膝関節症に対しても使っているようです。ただ日本人では治療経験がほとんどないことですので、その効果が如何ほどのものか見てみようという研究です。これは薬剤の実験的使用ではなく、安全性が証明された歴史のある薬剤を使用しますので実験的研究ではありません。整形外科疾患による慢性疼痛に対する有効な鎮痛薬の検討ということですのでしていくものです。被験者の選定ですが、どういう方に被験者になっていただくかということ、まずOPLL患者さんであることが前提で、手術を受けているか受けていないかは関係ありません。次にOPLLによる疼痛が3ヶ月以上継続している方で、非オピオイド鎮痛薬がすべて無効または効果不十分な方が対象となります。その他、外科的・理学的なさまざまな療法が無効または効果不十分な方で、満20歳以上である方です。その他にも細かい内容はありますが、大まかにはこれを満たしている方は皆さんが対象となります。方法に関しては、その他の条件も含めまして研究事務局へ登録していただきます。登録が終わりましたら、第1期としてリン酸コデインを投与させていただきます。そのときほかの薬剤を使っても結構です。これを足す形になります。少しずつ2週間おきに量を増やして研究で決めている最高容量まで飲んでいただいて、それで効果がない方は、第2期に移っていただきます。リン酸コデインで鎮痛効果が得られた方は、ここで研究から外れます。さらに治療を必要とする方は、第2期に移ってデュロテップMTパッチ、強オピオイドであるフェンタニルの貼付薬です。これも容量

を段階的に増やしていき、ある程度の維持量を探り、鎮痛効果が得られた時点でその維持量を続けていただくという内容です。これは1年間ですが、その治療が続けて必要であるという方は続けてもらうこともありますし、少しずつ減量させてもらうこともあります。

これは実験ではありませんので保険診療でお金がかかります。ですので、患者さん方の協力で成り立ちます。研究といいますと患者さん方に非常にめんどうな部分もありますが、3施設で25人予定しています。除外されていく方も含めたら1施設で20人来ていただけたら良いかと考えています。利益と危険性について少し説明しておきますと、利益は当然、疼痛が軽減することが期待できるわけですが、副作用、危険性に関しては、眠気、便秘、悪心、嘔吐などあります。これはある程度他の薬剤で抑えることができます。使用方法を間違えたり かなり高濃度のパッチを使いますと依存性や呼吸抑制、けいれんなどが起こってきますので、必ず我々医師の指示を守っていただきと思います。これを守っていただける方しか処方できません。

最後に我々の施設をご紹介しますと、住所は河内長野市木戸東町2-1にあります。少し交通の不便な場所ですが、我々、月曜と木曜が手術日で、金曜が検査日ですので、外来診療は火曜日と水曜日のみです。それ以外の曜日は、関節外科の担当医が出ていますので対応できません。

当院の脊椎外科チームは、テレビで見たことのある方もおられると思いますが、米延策雄院長を筆頭に海渡貴司医員が現在アメリカ留学中で2011年の1月に帰国します、後は私、藤原啓恭医員と牧野孝洋医員の4人体制で診療に当たっております。研究参加ご希望の方は登録等の手続きがありますので時間がかかります。あまり一度にお越しになられると、通常の外来がストップしてしまうことがあります。中岡さんのほうから説明があると思いますけれども、「OPLL友の会」から外来予約を取っていただく方法もありますので、時間のゆとりをもって対応させていただきたく存じます。また研究参加以外でもそういった治療を希望される場合にも対応できるようにしておりますので、通常診療は外来診療日の午前9時～11時の間に受付していただいたら診察させていただきます。他院での治療履歴のある方は紹介状があればありがたいですが、敷居の低い病院ですので紹介状が無くても診察させていただきます。是非一度訪ねて来ていただければ良いかと思います。以上長々とご清聴ありがとうございました。





医療講演会後実施したアンケート結果

大阪脊柱縦靱帯骨化症友の会(大阪OPLL友の会) 事務局

2010年10月31日エル大阪で開催しました医療講演会・相談会に約67名の参加を得て成功裏に終わることが出来ました。皆様のご協力有難うございました。その際アンケートをお願いし、33名の方から回答を得ました。集計結果を下記の通り報告しますので、参考にして頂ければ有り難く存じます。合計が33名に満たない項目もございますが、各項目別に有効回答数と一部重複を含んだものを記していますので、不足分は未回答と一部重複が含まれている数字であることをお含み下さい。

1. 回答者33名の年齢、性別構成

平成22年3月：後縦靱帯骨化症(OPLL)
医療受給者証保持者数：全国29,289名
(男性66.7%、女性33.3%)、登録者証数
(軽快者)：4,192名(男性68%、女性32%)

アンケート回答者年齢、性別			
	男女計	内男性	内女性
1. 29歳未満	—	—	—
2. 30～39歳	—	—	—
3. 40～49歳	2名	1名	1名
4. 50～59歳	2名	1名	1名
5. 60～69歳	15名	6名	9名
6. 70歳以上	13名	10名	3名
不明	1名	—	1名
合計	計33名	男18名	女15名

4. 現在飲んでいる薬の種類

薬用途別	薬名	人数
痛み止め (9名)	ロキソニン	9名
	プレドニン	1名
	ノイロトロピン	1名
	コンスタン	1名
しびれ止め (11名)	メチコバール	10名
	ボルタレン	1名
	オパールモン	1名
	レンドルミン	3名
睡眠導入剤 (3名)	サイレース	1名
	ハルシオン	1名
	その他	1名
	その他	1名
抗うつ剤	デジレル	1名
その他(3名)	デパス	3名
栄養剤、特保 (3名)	コンドロイチン	1名
	にんにく卵黄	1名
	アリナミンA、ユベラ	1名
	黒酢にんにく	1名
漢方・健康食品	その他	1名
	漢方薬	1名
合計延べ人数		31名

2. 脊柱靱帯骨化症等の回答者疾患種類と手術の済み、未済み

	患者数	手術済み	未手術
頰椎後縦靱帯骨化症(頰椎OPLL)	22名	13名	9名
頰椎+胸椎+腰椎OPLL	1名	—	1名
黄色靱帯骨化症(OYL)	4名	2名	2名
黄色靱帯(OYL)+頰椎OPLL	2名	—	2名
OYL+胸椎OPLL	1名	1名	—
OYL+頰椎、胸椎、腰椎OPLL	1名	1名	—
OYL+前縦+頰椎OPLL	1名	1名	—
OPLL+椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄	1名	1名	—
合計	計33名	計19名	計14名

3. 病院・病院外での治療状況

	病院内	病院外
投薬のみ	10名	—
電気リハビリ 牽引	3名	—
健康センター	—	—
整骨院	—	1名
はり鍼灸	—	3名
マッサージ	1名	4名
延べ合計	14名	8名

5. 貼り薬

種類	人数
モーラステープ [®]	14名
ステイパ [®]	1名
ミルタックス	1名
アトフィド [®]	1名
ホルタレン他	1名
合計	17名

6. 貼るカイロ

種類	人数期間
温カイロ	8名
使用期間	冬半年

8. 日常生活の工夫

種類	人数
散歩体操	8名
卓球	3名
Gゴルフ	2名
日帰温泉	3名
自宅温浴	2名
自宅半身浴	1名
コロコロマッサー	1名
延べ合計	20名

7. 枕素材の工夫

種類	人数
「テンピュール」	2名
ビーズ枕	2名
他枕素材	2名
合計	6名

9. 大阪OPLL友の会 2009年10月～2010年9月 1年間の活動への満足度

満足度ランク	人数
1. 大いに満足	8名
2. 満足	10名
3. どちらかと言えば満足	3名
4. どちらでもない	—
5. やや不満	—
6. 不満足	—
有効回答者	21名

10. 大阪OPLL友の会として今後開催して欲しいイベント他要望事項

- * 本日のような講演会に加えて+交流会も続いて開いて欲しい。
- * 手術される前の方達向けの話が多く、もっと術後の対処等の話を望む。
- * 最新治療手術等が受けられなくて痛みを伴う長い闘病を続けている患者向けに、介護中心のケアマネ、看護師、保険師等の講演会を望む。
- * 講師の先生の話がわかり易くて為になった。
- * 痛みやマヒ以外にも頻尿への対処法等も説明して欲しかった。

文責：北摂医療担当 河上 寛(ゆたか)

薬を飲んでも痛みが取れず、つらい思いをしておられる方へ

藤原先生のご講演の最後に出てきたお薬を試してみられません。医療用麻薬ということで、しりごみされる方が多いと思います。

私たちは、麻薬とか、モルヒネとかいう言葉に大変悪いイメージを抱いていますね。しかし、医療用麻薬は欧米では慢性疼痛を持っておられる方に広く、安全に使用されてきています。

次のページに新聞記事を掲載していますが、アメリカでは「痛みの十年」として国を挙げて痛みの研究に取り組んできました。

その中で、この薬も多く使用され、成果を得ています。

日本ではまだ、整形外科では使用例がほとんどないのですが、痛みが取れなくて悩んでおられる方が多いので、欧米で実績のある薬を日本でも使用できるようにされたものです。

痛みで毎日つらい思いをされておられる方、がんばって一度 下記の病院のほうで相談されて見てはいかがでしょう。

うか。以下は前回会報でお知らせした内容ですが再掲します。

最初は飲み薬で様子を見て、それで効くようなら、その薬を続けていただきます。

それでもあまり効かないようなら、皮膚に貼り、皮膚から吸収するカタチの薬になります。

習慣性などはありません。

ただ、めまいや便秘などの副作用が少しある可能性があります。服用量を考慮したり、便秘では下剤を併用したりして副作用が生じた場合の対応はされます。副作用については医師から説明があります。

なお、これが適用できる方は、以下の条件全てに合致する方だけです。下記の病院で診察・問診の結果、以下の条件にあてはまらない方は、この薬の適用はできません。

通院していただく期間は 次のようになります。

登録期 （現在の治療内容

や痛みの程度などを調べる期間）・・・1 週間から 4 週間

第 1 期 （飲むタイプの薬を試してみる期間）・・・1 週間から 4 週間

第 2 期 （貼り薬を試してみる期間）・・・1 週間から 4 週間です。

費用は 通院交通費含めて自己負担です。

健康保険が適用できます。OPLL 医療受給者証をお持ちの方は、それが使用できます。（ただし、現在 OPLL でかかっておられる病院で一月当たりの限度額までの負担と、下記病院での一月当たりの限度額までの負担は必要です）。

今かかっておられる病院との関係については、基本的には、下記の病院に『新しい鎮痛薬の試用をしてもらいに行きたい』と言って、現在かかっておられる病院の先生に、下記の病院宛の紹介状を書いていただく（医療情報の提供をしていただく）のが一番ですが、それがむずかしいようなら、当会にご相談ください。

(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
アンケート調査に応じることが出来る方	以下の病院に定期的（週 1 回）症状により 2 週間以上 1 回の場合もある（通える方）	この薬の試用についての説明を聞き、同意文書に氏名を書いて同意できる方	薬の管理がきちんとして出来る方	学療法では痛み止め効果が十分である方	今までの薬や理学療法では痛み止め効果が十分である方	満 20 歳以上の方	3 ヶ月以上に亘って、痛みの程度がきつい方（痛みの程度が一定の基準を超える方）	（1）OPLL 後縦帯骨化症（黄色靱帯骨化症）や、前縦帯骨化症の方は、今は適用外です（2）手術の有無は問いません

通院する必要のある病院 （下記のいずれかの整形外科）

- ★大阪大学附属病院 （吹田市山田丘 <大阪モノレール 阪大病院前駅>）
- ★国立病院機構 大阪医療センター （大阪市 中央区<地下鉄 谷町 4 丁目駅>）
- ★国立病院機構 大阪南医療センター （河内長野市 <南海高野線 千代田駅>）

KEI

健康

1985年、国際疼痛(とうつ)学会は痛みを「体の組織の質的あるいは潜在的な障害に結びつか、このような障害をあらわす言葉を使って述べられる不快な感覚・情動体験」と定義づけた。痛みは体の異常を知らせる大切な警告信号であるばかりではなく、人々に不快な感情を起すものだ。

特に慢性痛は、心理的、精神的、社会的な負荷が長く、大きく持続する。米國が国主導で痛みの研究などに取り組んだ「痛みの十年」では痛み(特に慢性痛)による社会経済的損失は約650億ドルになると推定した。この中には原因がはっきり決められないため、無効な治療が行われていることも含んでいる。

「痛みの十年」のまとめは2012年に発表される予定。日本では厚生労働省の慢性の痛みに関する検討会(座長・葛原茂樹、鹿医療科学大学特任教授)が、

今どき健康学



イラスト・中村 久美

10年9月に「今後の慢性の痛み対策について」と題する提言をまとめている。

この中で、慢性痛は患者のQOL(クオリティ・オブ・ライフ、生活の質)を著しく低下させるものであるとした。痛みの原因が分かっているものもあるが、特定できないものも多い。原因不明だから、症状が周りから理解されず、患者が精神的な疎外感に悩むこともある。QOLの低下や精神的負担を軽減する方策が必要なのだ。

慢性痛 チーム医療で対応

こえた全人的な対応が必要であることは論を待たない。ただ、日本ではこれが十分整っているとはいえない。

医師が慢性痛を安易にとらえて不適切な診断や治療が行われている例もある。また、医師らは患者の訴えに耳を傾けたきめ細かい治療を行い、決して自分の経験に基づいた「我流の治療法」をとるべきではない、とはいってもいい。

同時に、患者は現状では医療には限界があることを理解することが大切だ。

慢性痛がよくならないといっているような医師を渡り歩く、いわゆるドクターショッピングをすることは極力避けた。

そのためには医師と患者の信頼関係を作り上げることが大切で、患者にとって医師からわかりやすい説明を受けることがその第一歩である。

(江戸川大学教授 中村雅美)

KEI

健康

日本では、慢性痛に悩む人がどれだけのいるのだろうか。製薬会社のムンディファーマが、20歳以上の男女を対象にした大規模調査「Pain in Japan 2010」の結果がこのほどまとまった。日本の成人の4.4人に1人(半分の22.5%)にあたる約2315万人が何らかの慢性的な痛み(慢性痛)をもっていることが推計された。

今どき健康学



イラスト・中村 久美

らった。

慢性痛にはいろんな原因があるが、調査では「腰痛」と答えた人が全体の55.7%と最も多かった。次いで「四十肩・五十肩・肩こり」の27.9%、「頭痛・片頭痛」の20.7%、「関節炎」の12.9%の順だった(複数回答)。

次に、その痛みは和らいているかどうかを質問した。治療の満足度を聞いたわけだが、「はい」と答えた人は29.3%、「いいえ」と答えた人は17.1%だった。これに対して、「あまり変わらない」とした人は全体の半分以上にあたる53.6%いた。

慢性痛は4.4人に1人

また、慢性痛によってやる気をなくしたり(そう思うと答えた人の割合は76.7%)、いつも疲れた感じがする(70.5%)、いらいらしたり、精神的なストレスを感じる(66.1%)などと答えていた。

治療の意向を聞いたところ約8割が「しっかり治療したい」と答えており、「新しい治療があれば試してみたい」人も約7割いた。

一方、「痛みは一生つきあっていくもの」(61.3%)、「ある程度我慢すべきもの」(52.7%)という答えもあり、半ばあきらめている人も多かった。

調査を指導した日本大学医学部麻酔科(東京)の小川節郎教授は「痛み治療に関する認識の低さは医師にも患者にもある。調査結果を慢性痛治療の課題解決に役立てたいと話している。

(江戸川大学教授 中村雅美)

OPLL(後縦靱帯骨化症)の医療受給者証・登録者証各所持者数及び 受給者証から登録者証へ・登録者証から受給者証への各変更数など

平成22年3月末時点

(出典: 政府統計(e-Sat)一厚労省統計情報部 衛生行政(特定疾患(難病))報告例)

OPLL医療受給者証 所持者数、性・府県別、 全国年齢別				OPLL登録者証 所持者数、性・府県別、 全国年齢別			OPLL医療受給者証 ⇒登録者証への変更 数、府県別、全国年齢別			OPLL登録者証⇒医療 受給者証への変更数、 府県別、全国年齢別		
全 国	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
	29,289	19,547	9,255	4,192	2,866	1,326	793	562	231	58	42	16
0～9歳	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10～19歳	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20～29歳	12	10	2	3	3	—	1	1	—	1	—	1
30～39歳	234	175	59	34	25	9	16	11	5	—	—	—
40～49歳	1,203	813	390	204	142	62	53	40	13	5	3	2
50～59歳	4,049	2,629	1,420	797	558	239	178	133	45	10	8	2
60～69歳	9,123	6,181	2,942	1,596	1,124	472	305	224	81	15	11	4
70歳以上	14,665	9,736	4,829	1,558	1,014	544	240	153	87	27	20	7
<関西2府3県別>												
滋 賀	329	221	108	22	14	8	9	5	4	—	—	—
京 都	871	580	291	125	82	43	6	5	1	1	1	—
大 阪	2,143	1,363	780	321	252	69	47	40	7	2	2	—
兵 庫	929	647	282	191	133	58	21	18	3	3	3	—
奈 良	296	201	95	21	16	5	12	8	4	1	1	—
和歌山	276	174	102	102	74	28	15	12	3	2	1	1
<以下参考:主要都道府県>												
北海道	1,721	1,081	640	71	47	24	12	8	4	—	—	—
東 京	2,055	1,373	682	434	178	256	92	38	54	8	3	5
神奈川	1,817	1,253	564	189	137	52	61	44	17	4	4	—
新 潟	603	401	202	108	80	28	3	3	—	1	1	—
富 山	338	230	108	52	39	13	21	14	7	1	1	—
愛 知	1,118	739	379	23	18	5	10	7	3	—	—	—
三 重	666	391	275	125	87	38	27	18	9	4	2	2
鳥 取	160	112	48	43	34	9	14	14	—	—	—	—
岡 山	806	543	263	204	144	60	31	22	9	2	2	—
広 島	631	431	200	63	42	21	23	17	6	1	1	—
愛 媛	347	249	98	54	36	18	9	6	3	—	—	—
高 知	259	164	95	47	31	16	7	4	3	3	2	1
福 岡	1,645	1,148	497	40	23	17	3	2	1	—	—	—

全国(大阪)のOPLL含む45特定疾患(難病)患者の状況

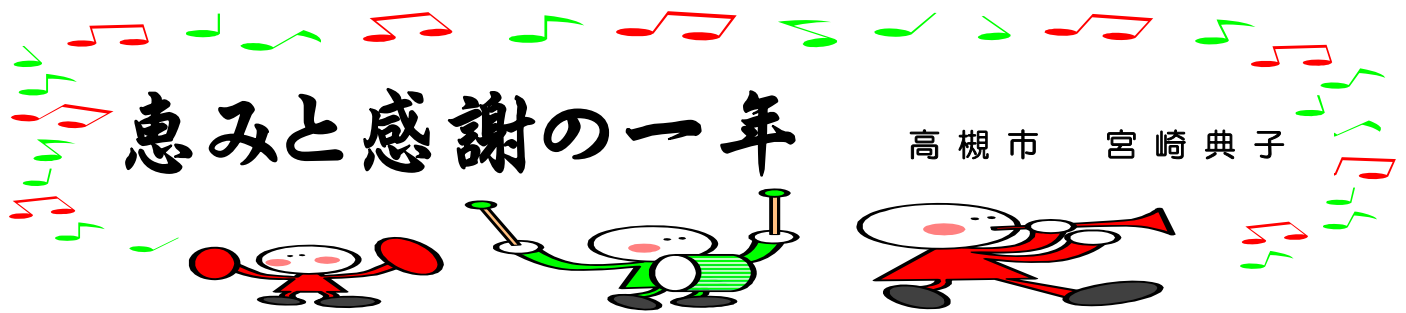
平成22年3月末 単位:人<>:%

	合計数	就労	就学	家事労働	在宅療養	入院	入所	その他	(再掲)治癒など
全国合計	691,297	195,569	19,163	199,408	172,188	43,777	14,395	46,797	8,920
男	290,081	80,956	9,310	37,198	80,956	19,273	4,523	21,326	4,096
女	401,216	73,917	9,853	162,210	91,232	24,504	9,872	25,471	4,824
大阪合計	51,997	14,767	1,419	17,589	12,791	2,911	1,233	1,287	10
	<100%>	<28.4%>	<2.7%>	<33.8%>	<24.6%>	<5.6%>	<2.4%>	<2.5%>	
男	21,803	9,102	736	3,773	5,850	1,337	380	585	4
女	30,194	5,665	683	13,816	6,901	1,574	853	702	6

考察

- 1) 医療受給者証保持者ベースで29,289人と昨年比+1,443人増加で、3万人に到達しようという勢いで患者数が増えています。特に70歳以上の高齢者に受給者証保持者が増えている(全保持者数に対し50%)様子が伺えます。
- 2) 昨年に続き大阪がOPLL医療受給者証保持者数の自治体別で全国トップとなり、東京都と共に2,000人台を超えた。人口比で概算すれば、東京都が1,257万人に対し2,055人(10万人当たり16.3人)、全国平均の10万人当たり22.9人に対し、大阪は人口882万人換算で受給者証保持者が2,143人で、10万人当たり24.3人となり患者数は依然多い地域となっている。
- 3) 平成23年3月末の統計からOPLLに加え、黄色靱帯骨化症(OYL)の数値も公表されることとなります。
- 4) 昨年からの傾向ですが、0～9歳、10歳～19歳、20歳～29歳のOPLL医療受給者証ベースで各2人、1人、12人と、29歳以下で15人、名迄に登録者証ベースで3人の方が罹患されている。OPLLは殆んどが40歳以上での発病と言われていますが、身近な方々への若年での発病にも注意を払っておく必要が出てきたのではないかと考えます。
- 5) OPLL患者としての生活状況のデータはありませんが、45特定疾患(平成21年10月～:56疾患)ベースで上記の表を目安として参照下さい。大阪を例にとれば 51,997人の内OPLLが2,143人で約4.12%に相当します。

以上



2010年1月末、頸椎後縦靱帯骨化症と診断されました。

前年 秋頃だったでしょうか、

幼稚園の教諭をしていたのですが ある日、不精して5～6歳のおやかん、オマケ二空の小さなおやかんを両手に持ち、階段を上がり、最後 足が上がってなく、こけて、額をぶつけました。

ひと月程して 突然膝が痛くなり、曲がらない、立つ事、階段、靴の着脱、と次第に困難を覚える様になりました。 こけた事も忘れていましたから、受診しても原因もわからないまま、使い痛み？程度の診断でした。

仕事をしていましたから 夜になると全身の筋肉痛、しびれ。 ある日 ひざまずいて立ち上がると、右半身全部しびれたり・・・年が明けてMRIの検査でやっと病名がわかりました。

阪大病院への紹介を受けました。 危険行為として 首を後ろに向けること、重い物も持ってもいいがこけてはいけない、交通事故、ムチウチ、美容室での洗髪 に注意するように言われました。手術するにしても 今予約して 半年後との事でした。三ヶ月後の診察では、もっと症状が進んだら また改めて来なさいとの事。

この病気の事も 何の情報もわからない時、友人（ケアマネージャー）から、保健所で特定疾患の申請が出来る事を聞きました。

4月に申請し、7月に二度目の申請の時、10月31日の講演会のチラシを見つけ、申し込みと同時に会長の中岡様からお電話を頂き、大阪南医療センターのお話を伺い、御紹介を頂き、お盆明けの17日にセカンドオピニオンという事で病院に伺いました。

驚いた事に講演される藤原先生の受診でした。 詳しく説明して下さい、「今の私の状態での進行は月単位ですか？ 年単位ですか？」と伺うと、月単位かもと。

その場で、「ここでお世話になってもいいですか？」と聞きました。半年後に予約を入れて頂きましたが、それまでに何か状態が悪くなったらすぐ来なさいとの事でした。1月に診断を受け、入院・手術という事に不思議なぐらい 恐れも不安もありませんでした。

私はクリスチャンです。この病名を宣告された時、「神様に認められた」というのが最初の感想です。

聖書に「神は真実である。あなたがたを耐えられないような試練に会わせる事はないばかりか、試練と同時にそれに耐えられるように、のがれる道も備えて下さるのである。」

今までの人生を振り返った時、これまでの試練も今日の試練の為の練習問題であったといえます。

のがれる道は決して逃げる道ではない事。今の私に耐える事の出来る試練だと。むしろこの事を通して何か新たな経験をさせて下さると期待し、受け入れ、感謝してからというもの、私にとっては奇跡奇跡の連続でした。そして今もその奇跡と恵みは続いています。

最初の受診から数日後に新たな症状が現れ（この病気とは関係なかった！）その夜中、祈りの内に手術を決断し、家庭の都合上9月中の手術が可能かどうか？ 「神様みこころならば」と祈りつつ病院に電話すると次の日の受診が可能となり、初診から一週間後の受診。先生は「9月の入院・手術出来ます」とおっしゃって下さいました。感謝！

入院後、ある先生からは、初診から一ヶ月も経ってないし緊急性もないし、この時期、ドクターやナースも夏休みの多い中、どうやって入院したのか？ と不思議がられるほどでした。

でも入院と決まった途端、普段家事をした事のない主人と双子の息子、オス犬一匹を残して主婦がひと月家を空けるのは大変です。入院の為 大掃除と様々な準備、また帰って来てどの程度動けるのかどうかかわからないので、出来る事は今の内にと…動きました。その間、不思議な様に、痛みとしびれから解放されました。

9月9日入院、13日手術。手術前の診察ではスタスタと歩けた姿に先生から、「手術どうします？ 帰ってもいいよ！」とまで言われる程に。しかし、決して治った訳でもないし・・・先生からは、悪化して行くタイプ、波のあるタイプがあると・・・

という事は、「今手足が動くという事は まだ死んだ神経はないという事の証明ですよ！ でも寝た子を起こすという可能性もありますよね〜！」といいつつ、今手術しないで家に帰ってもまたすぐ悪くなるだろうし、万全の体制で来し、背後では多くの人達の祈りに押し出されて来てるので、「大丈夫です！ もう先生の手はまさしくゴッドハンドですから！ 手術して下さい」とお願いしました。

手術前にも不思議な出来事は続き、不安も恐れもなく手術に臨む事が出来ました。術後も順調に、リハビリも無し、1日2ヶ所でのリハビリも、肩凝りの為のマッサージとなりました。

さすがに手術後と二日目はそれまでの疲れと手術の疲れからでしょうか、ひたすら寝ましたが、その時以外はずっと誰かと話し、笑ってました。笑いの絶えない入院生活でした。

入院前に、病院はホテルみたいだし、周りは山々、景色はいい。温泉はないけれど・・・三食上げ膳 据え膳、まるで旅行気分。母はひと月夏休みに入りますと言った通りでした。

オマケに 退院の日、一週間前に退院された方が杖をついて河内長野の名産をいっぱい持って来て下さり、まさしくお土産付きの旅行となりました。

退院した次の日、毎週教会で奏楽の奉仕をしているのですが、試しにピアノを弾いてみたら、それまでの腕のたるさ、しびれもなく、術後の酷い肩凝りも無く、一時間弾いても何ともなく、むしろ楽！ 「奇跡！ 神様感謝します！」と叫びました！

が、お皿を洗うと酷い肩凝り！ 「お皿洗いは当分 主人に！」といいつつも、その日から家事も出来ました。退院後の生活でわかった事は、前傾姿勢で頭が下がると、肩凝りが酷く、真っすぐ起こすと大丈夫！ 手紙を書くという事に一番不自由を感じました。

退院後 自宅での生活には、膝の痛みや不自由さがありますが、これも筋力低下によるもので、先生からは「どんどん動きなさい」と言われました。手術をする前は これらの痛みやしびれがどんどん悪くなっている為だと、全ての行動に不安と抑制がかかり、3月に仕事を退職してからは「家事は出来る寝たっきり！ 明るい引きこもり生活！」でした。

が、術後は痛みやしびれが多少あっても、すべての行動に『自由』が与えられました。

『首に爆弾は残しつつも、時限爆弾のスイッチは切って頂いた！』という感想です。むしろ多少の痛み、しびれがないと私はすぐ無理をするので、この首の小さな十字架は かえって喜ばしいものと変えられました。

最近思う事は、「痛い」と顔をしかめた時、もう片方もしかめた顔を鏡で見て下さい！

笑顔になり、笑えますよ！

毎日誰かと話してお腹の底から笑って下さい！ どこがしびれてるのかわからなくなります！

『痛みを笑顔に！ しびれを笑いに！』が私の次のキャッチフレーズになりました！

この病気になってからは、失った物より得た物、そして人との出会い、そして繋がり数は遥かに多くなった事に気付かされています。

ただただ感謝です。

今回の入院中感じた事は、患者会の方に背中を押して頂き、家族や教会のメンバー、果ては私の知らない多くのクリスチャンの方々の祈りの台車にのせてもらい、背中を押されるだけでは不安な所を、前からは主治医の藤原先生を初め看護師、スタッフの方々が手を引っ張ってくださり、私は何もしない間にすーっとトンネルをくぐって来た様でした。

10月31日の講演会のお話を聞いてから手術を決めるつもりが、退院後一ヶ月検診を終えた後の参加となりました。その後、金剛山の一泊研修にも参加させて頂きました。

初めて患者の方々の生の声を聞き、十年もの間 手術を悩んでおられる方、種々の病気も併せてこの病気と闘っておられる方々との出会いには励まされました。

病院によって、また、ドクターによって、患者の気になる事、悩んでる点への配慮の違いも知りました。これらの配慮や気遣いという事に関しても、大阪南医療センターでの待遇、藤原先生の細やかなご配慮、そして誠実な対応は私にとってはVIP待遇でした。



私だけでなく、他の治療で入院された藤原先生の患者さんは皆さん感謝されて、私の前後に手術を受けた方々が今 繋がって、藤原先生の患者の会？ が出来るぐらいです。

藤原先生の診察に列が出来たらゴメンナサイ。退院後まだ三ヶ月です。オマケニ 通院に2時間かかるのですが、お互いを励ましつつも、お互いの診察日に何度もみんなで会っています。

まだまだ不思議なご縁が感謝の円になって続いています。

会の中岡様 河上様 池田様にはこの数ヶ月の間に様々な出来事を通してご配慮頂きお世話になりました。会に参加させていただき、家族や身内でも理解してもらえない病気の痛み、心の傷みを共有し、相談出来る場を準備し、支えて下さる皆様の誠実なお働きに、患者の方がたがどれだけ勇気や希望を頂けているか痛感致しました。

2011年は患者の皆様も、是非会の集まりにご参加されればおわかりいただけたと思います。

この場をお借りして心から感謝致します。

金剛山一泊研修の思い出

大阪府の最高地点1056メートルは かの『金剛山』(奈良県境山頂1125メートル)にある。皆さんと金剛山へ出掛けしたのは山頂が紅葉真っ盛りの11月8日(月)、9日(火)のことでした。 大阪城西の丸庭園



桜見の第2弾として、会員相互の親睦と研修を兼ね、一歩踏み込んで、一泊で行おうと役員一同で考えました。大阪には日本で一番低い山の天保山もあります。そんな大阪ですが、市内から車で約60分の所に、楠正成【大楠公(なんこう)】さんで有名な金剛山は鎮座しておられ、うってつけの研修地とみました。私達がお世話になっている大阪南医療センター(河内長野市)からもその美しい山並みを仰げます。

さあ～出発です。遠くは琵琶湖北から、早朝に起きられて4時間かかって馳せ参じてくれた方を始め、河内長野駅に集結し、車でロープウェイ乗り口の千早駅に向かいました。大阪北部からも車で直接千早駅へ向かい、14時半には山頂の千早赤阪村営宿舎「香楠荘」に‘‘全員集合‘‘となりました。老若男女12名は、杉や檜の香りを嗅ぎ、ブナ林を仰ぎながら金剛山ダイヤモンドトレール、葛木(かつらぎ)神社、夫婦杉や転法輪寺の散策を楽

しました。ロープウェイに乗った時～散策始めた頃は、視界が良好とは言えませんでした。天気予報では午後後半は晴れとの予想もあり、山頂から見る素晴らしい眺望に期待しました。山頂

散策終え、しばらく経った頃、なんと(南都)少しずつ晴れてくれないのですか。



国見峠や展望台では大阪湾、はるか山上ヶ岳などの大峰山系や四方の山々が眺められた。素晴らしい眺めです。シャッター音が聞かれ、思わずバンザイをしちゃいました。

夕食前に

山荘の大きい目の檜風呂に入り、山歩きの疲れを癒しました。風呂は23時まで入浴可能で、宴会終了後も‘‘湯ったり‘‘と、また翌朝もと3度風呂を満喫出来た。女性用の風呂は狭そうなので、同宿のお客さんと直接交渉して、朝風呂は浴室を男女入れ替えにして、大きい目の檜風呂を女性陣にも楽しんで貰うことが出来た。

楽しみの夕食「丹波牛すき焼き鍋」の時間が訪れまし

た。山荘は平地より10度位低めなので、冬場の寄

せ鍋を前倒した感じでアットホームな和やかさが醸しだされました。そろそろ丹波牛も少なくなり、満腹になった頃合いで、研修らしく参加者各位が症状とそれに

立ち向かう元気宣言がなされ、



一挙にボルテージが上がり、雰囲気は絶好調と言ったところ。そこで場所を変え、宴会の場に移りました。どうも皆さんの体調からして、しめやかに且つおごそかに進行するはずでしたが、ピアノ熟



達女性のキーボード演奏、会長さん（黄門さん）のウクレレが奏でられ、副会長（助さん、格さん）



「安来（やすぎ）節」となり、大いに盛り上がりました。そこで最初は遠慮がちだった皆さんも、終にカラオケマイクの争奪戦となり、金剛山の夜はあつという間に更けていきました。

いわく「これは頗るご健康な方達の忘年会」と。

ぐっすり眠っている間に、強風が吹き（多分平地では平穏だったと思いますが）

廊下のガラス戸も泣いているような騒がしさでした。や

はり山に来たのですね。

朝方は風も風、散歩していると、犬を連れて1時間半ほどかけて歩いて登られた夫婦連れや、沢山の山グループ、「山ガール」にも会いました。山の

朝は早いのですね。

ロープウェイは9時から運行開始とのことで、それまでに山は銀座の如く人で一杯でした。金剛山の名物「豆腐」も添えられた朝食も終え、さあ～帰ろうと言う段になって、スワッ！

「ロープウェイが強風で運行停止となった。」と。

しかし案ずるなか

れ、植林用、観測用、山荘用道路で車が往き来しており、6名毎に山荘保有のバス1台で地上のロープウェイ乗り口「千早駅」へ運んでくれることになった。ピストン運行だが10時半には全員

千早

駅到着。これもなかなか経験出来ない面白い体験だった。千早駅から車3台で大楠公さんと役



行者（えんのぎょうじゃ）縁の『観心寺』に立ち寄って、金剛山に惜しみながら別れを告げた。

なんとも愉快で楽しい1泊研修でした。「次回はいつ？どこ？」というラブコールにちょっと戸惑う幹事でしたが、「まあいづれは・・・」ということでお茶を濁したのでした。 河上 寛 記



大阪脊柱靱帯骨化症友の会主催 春の医療講演会のご案内

日時： 2011年3月27日(日)

1時30分～4時55分

会場： 大阪市北区梅田1-2-2-500

大阪駅前第2ビル 5階

大阪市立総合生涯学習センター
第1研修室(大ホール)

Tel:06-6345-5000

地下鉄 御堂筋線・梅田 四つ橋線・西梅田

谷町線・東梅田

JR大阪駅 東西線・北新地駅

阪神電車・梅田 阪急電車・梅田

駐車場は30分毎300円。5時間以上3000円(上限)です。停められるかどうか分かりませんので、公共機関で。



演題：『脊柱靱帯骨化症の手術と治療成績—術後遺残疼痛に対する治験を踏まえて』

講師： 大阪大学大学院 器官制御外科学(整形外科)

藤森孝人先生

2004年大阪大学医学部ご卒業、大阪大学附属病院臨床医としてご活躍。
日本整形外科学会に所属

【プログラム】

- | | |
|-------------|---------------------------|
| 12時50分～ | 開場&受付開始 |
| 1時30分～1時35分 | 開会挨拶と講師ご紹介、 |
| 1時35分～3時 | 藤森孝人先生によるご講演 |
| 3時15分～4時55分 | 患者同士の交流会 体験談などを共に語り合しましょう |

*ファックス又はEメールにて 3月11日迄にお名前とともにご予約をお願いします

申込・問合せ先： **大阪OPLL友の会**

会長 中岡 甫 (なかおか はじめ)

TEL・Fax 06-6697-6256 メールアドレス osakaopll@nifty.com

ご連絡いただきたい内容： お名前、人数、連絡先電話、連絡先 E-MAIL、ご質問内容

お便り

ご無沙汰しております、今年も今日でおわり、今年もOPLL会に参加できず申しわけございませんでした、私のこの一年は最悪の年でした、2月に心筋梗塞で倒れ、死をさまよったが何とか助かりました、6月には胆石で入院し11月には心臓の検査で冠動脈細いところ(6カ所)が見つかり急ぎよ20日程入院、今は回復しほつとしてお別れし楽しく送れることを願っております。この一年で一番感じた事は早期に治療、検査で数値に異常があればすぐに診察を受けること、早く治療すれば回復する可能性が高い、年をいくと合併症の恐れもあり早期治療、大丈夫と自己判断しないこと、医師の指示に従うこと、肩コリと、左手薬指、小指のしびれはとれません、心臓の薬としびれ薬を毎日飲んでおり、錠、夜8錠、もうたくさん飲んでますわ(笑)。OPLL会の皆さんよいお年を迎えてください、ご健康とご多幸をお祈りいたします。

T.O.

おたより

..... 一泊では足りないぐらいで
(皆さんの準備大変でしょうが) お一人
お一人の病状経過 日常生活をお聞きし
この病気を また一つ 理解し、また励ま
れ、新たに力を 頂きました。
昨日 先に下山し ロープウェイの待合で
Nさんから 朝一奥様にお電話され、昨
夜 (お腹の底から笑って楽しんだ 大宴会)
で十年 寿命が延びた とおっしゃたら
奥様は 勘弁してくださいと.....
そのお話を伺い、Nさんが 十年長
生きされたら 奥様は Nさんを一人置き
ては とまた奥様も頑張って長生きされる
と思いました。 病気は 本人も家族も
大変ですが 支え支えられ 生かされてい
る事を感じさせて頂きました・・

.. 今朝NHKの番組で 京都大原で
シンプルライフされてる ベニシアさん
が「自分の もらった物を誰かに分けて
あげると 自分も もっと強くなれる」と
おっしゃっていました。 病気も 自分一
人痛い痛いと感じて していないで 一
人歩み出して今回の様に 色々な場所に
出て 例えそれが痛みであっても分かち
合うと 本当に生きる力として得る事の
多さを感じさせて頂きました。今回は1
2名でしたが この様な場 が広がり 繋
がっていくと 生活に潤いも出来、今
回の一番年下が言うのも 何ですが若
返りますよね!!

私も色々な 場で準備や企画 を
経験させて頂きましたが、企画は本当
に大変ですが中岡会長 (黄門様)、
池田 河上 副会長 (助さん 格さん)、今後
共 素敵な企画よろしく、お願いします。微力ですがお
手伝いさせて頂きます。本当にありがとうございます
ごさいました。どうぞお疲れでませんよう
にお祈りいたしております。N. M.

編集後記 KANPEIアースマラソンの
太平洋横断ヨットに航海計器、無線
通信機器提供などで協力したワタクシ
の勤める会社へかんべいちゃん、最
終ゴール前日にゴール。それで会社
は大歓迎会。パンプキン発想秘話や、
チャチャマンボの直伝、ご祈祷など
にお昼の会社は大拍手と大爆笑。人
間のやろう、やり遂げようというキ
モチが偉大なことを成し遂げる。病
魔にも負けず、笑いと感動をばら撒
いて。すごい! 会社もワタクシたち
も大きな元気をもらいました! 皆
さんにも元気をおすそ分け!!!!



→ ワタクシ

北海道での全脊柱連総会に参加しましょう!

友の会の皆様 お身体の調子はいかがでしょう。

長年にわたり新宿で行われていた全脊柱連総会が
今回から全国各地で行われる事になりました。
今年は、6月19日北海道の札幌に決まりました。
寒い冬を越えて、ちょうど気候の暖かくなるころ。
水が澄んで底にいる小さなニジマスまで見通せる
きれいな川や湖で魚釣りが楽しめる季節。
山ではエゾヤマ桜のかわいいピンク、コブシの
白い花が咲き、野原には一面の草が萌黄色の芽を
ふき、日当たりのいい場所から花を咲かせます。
木々の中では鳥達が恋の季節、毎日さわがしく
さえずります。
こんなすばらしい広大な大地!
そんなよい季節に札幌に足をお運び下さい。
遠く・・と言わずに是非 北海道に来て下さい。
北海道の「友の会」の私達がお待ちしています。

北海道脊柱靱帯骨化症友の会
三浦 さち子

え本又い生さ散気座おう
下当会面涯、策もい会御
さに報倒、特、らまい居
い有やか忘に皆いしのま
。難ブけれ(さ、た時し今
うロま無どん意、点た回
御グしいじ夫味こか。の
座等たでよ々のんら少親
いに、しうのあな最し睦
K.ま、次よす体るに後不懇
S.した。回うく験懇愉ま安談
。た。せ。も?)等談しでを会、
出。非別のさ始又身え親
席。参か演るめこのな身
皆。加。技。こ。て。ん。お。が。の
様。い。せ。時。笑。乍。し。に。話。参。世
にも。考。て。ま。こ。、。信。誠。し。頂。き
宜。え。て。く。余。山。と。に。ま。き
し。く。だ。お。ま。興。や。生。有。し。誠
く。い。ま。付。し。の。自。き。難。た。に
お。す。き。た。楽。然。る。う。が。有
伝。合。し。も。勇。御、難



↑ 松川良枝さんより

東大工学部出身の安斎育郎先生の著書に「霊はあるか？」というのがあるそうですが、その本にはこんなことが書いてあるそうです。

『人は死んで荼毘に付されると、そのカラダの炭素原子は（1, 125×6）の一千億倍の一兆倍[0が23ケ]もの数が空気中に散らばるそうで、均等にちらばったとしてその空気を1リットル分、風船に入れたとする。

空中に散った炭素（C）は空中の酸素（O₂）と化合して炭酸ガス（CO₂）となる。その炭酸ガスが、先ほどの風船の中の1リットルの空気中に13万2500個存在する。それらが次には地球上の人など生物のカラダの一部に取り入れられる。

この地球上ではその創世以来、原子は基本的に増えることも減ることもなくこうした循環を絶え間なく繰り返している』というのです。

ですから、私たちは死んでも決して「無」になるのではなく、次の代につながっていくということが科学的にもわかるのではないのでしょうか？

ある方が、葬儀の場でこの話をされると、故人の友人たちが感慨を込めて「これから感謝しながら深呼吸しないといけませんね」と言ったそうですが、百万言のお悔やみの言葉より直打ちのある答えではありませんか。

インドでは、ガンジス川のほとりで荼毘に付した灰をすべて川に流しており、その同じ川の中で大勢の人が毎日合掌しながら沐浴しているというのです。

2千5・6百年の昔から佛教の中にこのような考え方が含まれていたというのは、スゴイことではありませんか。

表紙挿絵とも 前会長が生前お世話になった十三 浄土真宗信正寺ご住職 滝野信隆氏による

編集
事務局

大阪脊柱靱帯骨化症友の会（略称 大阪OPLL友の会）
〒558-0011 大阪市住吉区荻田6-17-8 中岡 甫
TEL/FAX 06-6697-6256

会長・事務局・会計
副会長・広報・医療相談担当
副会長・北摂医療相談担当

中岡 甫 TEL 06-6697-6256
池田正孝 TEL 080-1443-5229
河上 寛 TEL 090-3927-4241

会のメールアドレス

osakaopll@nifty.com（これに変更しました）

医療相談・資料請求等はできれば、FAX、郵便あるいはメールでお願いできればと思います。
無理な場合は上記の電話にお願いします。

振込先 00940-8-39457
大阪脊柱靱帯骨化症 友の会

ホームページ <http://www.ioctv.zaq.ne.jp/daadc700/>