

COLUMN

コラム

「腰痛診療ガイドライン2012」を振り返る



白土 修

福島県立医科大学 会津医療センター
整形外科・脊椎外科学講座 教授

「ある日、突然」、2008年9月、メールが来た。日本腰痛学会からだ。手術が終わった夕刻、なにげなく開いたメールには、「日本版腰痛診療ガイドラインを作成することになった。ひいては、策定委員会委員長に任ずるので、速やかに委員会を立ち上げ、完成を目指して欲しい」と。「おいおい、ただでさえ忙しい自分になぜ、一方的にこんな大役を……」と独り言ちた。しかし、日本初の腰痛診療ガイドライン策定の大役、持ち前の行動力（無謀な？ 深慮なし？）を発揮して、「作ってやろうじゃないの」と腹を決めた。

「13人の侍」となる委員会のメンバーを決めた。なるべく、特定の地域に偏らないようにと、全国各地から若手の優秀な先生を選択した。権威であられる米延策雄、高橋和久両先生には、アドバイザーの役目をご依頼申しあげた。委員会発足後すぐに、作業がかなり困難を極めるであろうことが判明し、直ちに委員を増員した。結局、筆者を入れて委員11人、アドバイザー2人からなる「13人の侍」によって足掛け4年の長い道のりが始まった。委員の選択基準に際しては、自薦他薦、各自の考え方など様々なものがある。一つの考慮点と感じた。

「議論噴出」が常であった。CQ (Clinical Question) の決定に際しては、日本整形外科学会など関連学会の代議員、評議員から公募した。専門的な細かい意見も多く、すべてに対応できなかった。国際医学情報センター (IMIC) に依頼し、ベースとなる論文をピックアップした。日本人による研究は非常に少なく、今後の課題と思われた。腰痛の定義では、「非特異的腰痛」の記述に苦労した。腰痛と心理社会的要因の関係では、

記載方法に注意した。腰痛患者の初診時に、単純X線写真は必ずしも必要ではないというステートメントを記載するかについては特に意見が多かった。

日本の腰痛診療事情も十分に考慮したつもりである。診断アルゴリズムの作成にも、時間を要した。薬物療法に関しても日本からの論文は少なく、欧米の論文を参考にせざるを得なかった。骨盤牽引の有効性記載についても、意見が分かれた。代替療法（整体、鍼灸など）の記載には激論が交わされた。保険診療に認められていない治療法は無視すべきという意見もあったが、可能な限り公正な記載に努めた。各CQに対するanswerへの推奨度決定に際しては、特に注意して行った。

「乾杯！」。合計24回の委員会の末、2012年8月、全委員一致の総意でガイドラインが完成した。暑い夏の東京で、最後の委員会終了後、うまいビールを飲み干した。つらくも、楽しい4年間であったが、今後の課題も明らかとなった。1) 非特異的腰痛の頻度を少なくすべく、さらに詳細な病理解剖学的診断に固執すべきか、2) 腰痛の「病態」に応じた薬物療法指針の提示は可能か、3) 具体的な運動療法は何か、4) 認知行動療法の整形外科一般診療への応用をいかにすべきか、などが挙げられる。

特に、読者は、「腰痛の細かい病態に応じた個々の具体的な治療法選択」に関心があると思われる。数年後改訂されるであろうガイドラインには、この観点からの記載も必要であろうか。とにかく、バトンは落とさず無事に走り終えた。後は、次のランナーに手渡すだけである。万歳！

MA