

# マッケンジー法により評価した 一年間の全外来患者を振り返って

佛坂 俊輔 (平3卒)

COVID-19で重症化する人が少なくなった今、まだ普通の風邪の仲間入りをさせるほどにはいかないものの、共存できる社会にはなってきたように感じられる。コロナ禍に入った頃に立ち上げたオンライン相談の方は、実際に対面での診察をしたことのある人で遠距離、あるいは土日や夜間しか時間の取れないような人に向けた補完的な事業として継続しているものの、社会全体がコロナ慣れしている現在、マッケンジー法 (Mechanical Diagnosis and Therapyとも呼ばれる、以下MDT) による評価・治療については、ほとんどの患者は現在勤務している病院に直接来院されるようになった。

医師が外来診療の時間を使い評価に時間のかかるMDTによる診療を行うのは日本の保険医療システムでは難しいことは以前にもお話ししたことがあるが、現在勤務している糸島医師会病院での業務内容が主に当院の他科でフォローしている外来患者についての整形外科的コンサルトや、救急車も含めた外傷などの急患対応、入院では院内で発生する整形外科的な事例対応・サポートで、私の整形外科の外来診療は一般的な整形外科診療ではなくMDTの外来のみという、少々特殊な環境であるため、現在の診療スタイルを続けられている。

学会もハイブリッド型から現地開催へと徐々にシフトしてきたのを感じ、昨年は久しぶりに現地開催会場での発表の場として、日本ペインリハビリテーション学会、西日本整形災害外科学会を選びポスター発表をさせてもらった。

ポスター発表形式を選んでいるのには理由がある。MDTの考え方は一般的な医療教育課程で学ぶことがないため、口演では伝わらないまま

過ぎてしまう可能性が高い。一方、ポスターであれば興味がある人にじっくりと時間をかけて見ていただき、近い距離感で個別にディスカッションしやすくなり、内容を的確に伝えやすいと考えているからだ。

日本ペインリハビリテーション学会では単純X線画像もあわせ変形性膝関節症の診断がついている膝痛の患者に対して、脊椎への介入で症状が完治したという症例発表を行った。この学会に集まる方々は体の部位や病名がどうであるという視点ではなく疼痛をどうマネジメントするのかという視点を持っている人が多いためであろうか、ポスターセッションではかなり踏み込んだご質問をいただいた。

一方、西日本整形災害外科学会では2022年4月1日から2023年3月31日の一年間に自らMDTで評価した患者のデータをまとめて発表した。データとしてはまだコロナで外出控えが尾を引いている期間ではあるが、外来で初診から最終フォローまでをMDTで評価し経過を確認できた症例を分類し、MDTによる各分類の比率を出したデータになる。

この発表に際しては、MDT特有の分類についての解説も入れて初めてMDTに触れる人にもできる限り配慮した展示を心がけたが、そもそもデータの取り方として、整形外科では病名で分類するところを、MDTでは動きに対する反応で分類するという手法を取るため、一般の整形外科の先生方には少々難解であったかもしれない。

しかし、これまでに単純X線、MRIなどの画像の異常所見と症状とが必ずしも合致していないという報告は多数あり<sup>1-4)</sup>、これは画像所見

により診断がつく病名と症状とは必ずしも因果関係があるとは言いきれないと言換えることもできるだろう。もちろんMDTで診療する際に画像所見を参考にすることはあるが、その所見によらずある特定の運動負荷に対する反応をみて評価を進める。

私の整形外科外来は診察時間の都合上完全予約制だが、予約を入れる患者は、私の診療を受けた患者からの紹介、つまり口コミか、または私の診療の特殊性を理解している近隣のいわゆる「かかりつけ医」の先生方からのご紹介の大きく2パターンでほぼ埋め尽くされている。

もちろん整形外科的な処置の必要な外傷で直接来院した飛び入り患者などの対応はしているが、その様な患者はそもそも近隣の整形外科クリニックを受診されることが多いと思われ数は少ない。そのようなやや特殊な外来患者構成となつてはいるものの、ある程度MDT向けに選別された脊椎・四肢の痛みのある患者集団を国際マッケンジー協会認定資格を持っている整形外科医が全例評価した結果、その患者集団のMDT分類の割合がどのようになるのかというデータは、私が再び同じような調査を思い立たない限り今後この世に出ることはないデータだと思われるので、今回はこのデータを同窓会の皆様と共有したいと考えた。抄録の全文をご紹介します。

#### —— 抄録 ——

#### マッケンジー法により評価した外来患者の分類

マッケンジー法 (Mechanical Diagnosis and Therapy と呼ばれる、以下MDT) は脊椎・四肢の評価法として世界中で広く活用されている健康回復のための自己管理方法である。2022年4月1日から2023年3月31日までの一年間に脊椎・四肢の疼痛を主訴に当科を受診し、期間内にフォローの終了した132症例について主訴となる症状のある部位、MDTによる評価の結果、終診までのフォローアップ期間および回数、症状の改善度などについて調査した。早期に症状の改善するMDTでDerangementに分類され

る症例は89例 (67.5%) であった。うち、フォローアップ期間内に症状の完治した症例は44例 (49.4%)、症状が残存しつつもセルフマネジメント可能となった症例が残りの45例 (50.6%) であった。MDTによる評価・治療は、脊椎・四肢の症状改善に有効な場合が多いと考えられた。

#### —— 以上 ——

(第146回西日本整形・災害外科学会学術集会 抄録より全文引用)

これだけ読んでふむふむとは思えないという方がほとんどではなかろうか。今回の大きなポイントとなるのは「早期に症状の改善するMDTでDerangementに分類される症例は89例 (67.5%) であった」というところで、この意味について述べる。

MDTでは脊椎に限らず四肢の症状であっても必ず脊椎のスクリーニングを行う。本シリーズの患者の内訳で述べている89例 (67.5%) はすべて脊椎のスクリーニングで症状が改善 (34.2%) または消失 (33.3%) したものであったが、この比率は他のMDT関連の論文で報告されているものと類似した比率であった<sup>5, 6)</sup>。高齢、骨粗鬆症、癌の既往など負荷の掛け方に注意を必要とするような状態の患者も含まれていたものの、幸いMDTのみで評価を続けた結果であり、本シリーズの期間にMDTで評価・治療した全外来患者132名のうち、脊椎のスクリーニング段階で約1/3が症状改善、他の約1/3では症状が完全に消失したという結果であった。つまり、様々な部位の疼痛症例の混じった集団をMDTにより評価しそれぞれの患者特性に合わせた姿勢や特定方向のエクササイズを指導した結果、1/3は症状改善、1/3は治癒に至ったという数字になる。またこれらのほとんどの症例でMDTによる評価開始後に消炎鎮痛剤の処方不要であった。これらの症状が改善した患者の中には他院で処方されたりリカやタリージェなどの薬剤を中止することができた患者や、他院では人工関節手術するしかないと言われた患者も含まれている。

自分としては患者に希望を与える素晴らしい

数字だと思ったのだが、この事実をはたして日本における医療提供システムで受け入れられるのだろうか。

MDTの評価と治療には投薬はおろか、なんら高額な検査は必要なく、保険診療を行う病院の収益としては主に通常の診察料に評価の時間に見合った運動器リハビリテーションの算定程度で、これをすべて医師が行うのは他の収入源がない限り不可能だと思われる。もちろんMDTの素晴らしさを理解し認定資格を持ちつつ開業して経営に成功している医師も数名知っている。その先生方は自身の外来診療では主に処置なども含めた一般的な整形外科の診療を行いつつ、MDT認定セラピストを数名以上雇用してリハビリ部門で十分な時間を使いMDTにより治療成績を上げるといった形をとっているようだ。

現在の日本の医療システムではこの程度が限界といえるかもしれない。しかし、かりに現在爆発的に市場拡大してしまっているリリカ（後発品も含めると1,000億円市場）やタリージェ（単品で300億円市場）などの神経障害性疼痛治療薬を長期連用している患者のなかでこれらの薬剤が不要になるほどに疼痛が改善する人が10人に1人でもいたら、あるいは入院して手術（人工関節の場合、一人あたり200～250万円、人工膝関節手術は年間約10万件、股関節手術は約7万件、肩関節手術は約5千件程度<sup>7)</sup>）なので日本における人工関節手術の医療費の総額は低く見積もって200万円×175,000人=3,500,000万円、350億円）しかないと言われている人の中で手術をせずに症状が改善する人が10人に1人でもいたら、どれだけの医療費削減になるのか、そう思わずにはいられない。

いつかこれらの薬剤を使用する前には、あるいは手術を受ける前には、当たり前のようにMDTによるスクリーニングを受ける世の中になることを心から願っている。

#### 【参考文献】

1) John B, et al. The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis:

a systematic search and summary of the literature. 2008;2:9:116.

2) Michael F, et al. Magnetic resonance imaging abnormalities in the shoulder and wrist joints of asymptomatic elite athletes. PM&R. 2009;1(2):107-116.

3) George P P, et al. Magnetic Resonance Imaging of Asymptomatic Knees in Collegiate Basketball Players: The Effect of One Season of Play. Clin J Sport Med. 2016;26(6):483-489.

4) Sevag A B, et al. Variations of magnetic resonance imaging findings in asymptomatic elbows. 2019;28(6S):S154-S160.

5) Hashimoto S, et al. The most common classification in the mechanical diagnosis and therapy for patients with a primary complaint of non-acute knee pain was Spinal Derangement: a retrospective chart review. J Man Manip Ther. 2019;27:33-42.

6) Rosedale R, et al. A study exploring the prevalence of Extremity Pain of Spinal Source(EXPOSS). J Man Manip Ther. 2020;28:222-230.

7) 日本人工関節学会ホームページ  
<https://jsra.info/edu/peculiarity/>



新緑の可也山と麦の成長 令和5年4月20日撮影