

## 同意書

私は社団法人日本整形外科学会インプラント委員会が行う人工関節登録調査の趣旨を理解いたしましたので、私の人工関節手術の内容が社団法人日本整形外科学会インプラント委員会に登録されることに同意いたします。

年 月 日

住所：

患者氏名：

生年月日：(西暦) 年 月 日生

生まれた都道府県名：

代諾者氏名：

(本人との間柄： )

趣旨説明医師名：

手術年月日：(西暦) 年 月 日

病院名：

(この同意書はインプラント委員会には送らず各病院にて保管して下さい)

## THA 事前登録用紙

登録年月日（西暦）： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院名： \_\_\_\_\_

代表者氏名： \_\_\_\_\_

連絡先メールアドレス： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

貴院において執刀医、および指導医となる可能性のあるすべての医師のイニシヤル、卒後年数および執刀症例数の概数を記入して下さい。なお、同一イニシヤルの場合には後ろに 1, 2 と番号を追記して下さい。(例：山田太郎 YT)

1. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
2. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
3. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
4. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
5. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
6. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
7. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
8. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)

人工関節時の手術室の環境：

通常

クリーンルーム (NASA Class 100・1000) , (垂直式・層流式)

クリーンルーム環境は手術毎に異なる

**送信先 FAX:075-751-8409**  
**THA 登録フォーム 1 (拡大トライアル)**

**I 病院、術者と患者**

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)

執刀医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_ 指導医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

(事前登録のイニシャルを記入)

(執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録用紙を送る)

患者 ID: (同意書に記入されたものを参照すること)

1. 生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

2. 性別: ( 男 ・ 女 )

3. 名前 (名前の最初の文字: 山田太郎ならば名前の「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意): \_\_\_\_\_

4. 生まれた場所 (都道府県名: 愛知県など。国外の場合には、「国外」と記入): \_\_\_\_\_

5. 貴院における患者 ID: \_\_\_\_\_

**II 初回手術 THA**

1. 手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)

3. 既往手術: なし / 骨切り術 (股臼側、大腿骨側)、その他 \_\_\_\_\_

4. 手術診断名: 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) /

その他 \_\_\_\_\_

**III 再手術 THA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えた場合とする)**

1. 初回手術時について: (この項目は、可能であれば記載する)

初回手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回手術施設名: \_\_\_\_\_

初回手術診断名: 一次性 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) / その他 \_\_\_\_\_

2. 今回の手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成)

4. 手術回数 (今回の手術を含める): (1、2、3、4、それ以上 \_\_\_\_\_ 回 および 不明)

5. 手術の理由: aseptic loosening (臼蓋・大腿骨) / 感染 / インプラント破損 (臼蓋・大腿骨) / ポリエチレンの摩耗 / Osteolysis (臼蓋・大腿骨) / 骨折 (臼蓋・大腿骨) / 脱臼・instability その他 \_\_\_\_\_

6. 手術の内容: 抜去のみ / 再置換術 (股臼側、大腿骨側、insert、骨頭)

抜去したインプラント名: \_\_\_\_\_

**IV 手術手技**

1. 手術時間: \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分    2. アプローチ: 前方 / 側方 / 後方 / その他 \_\_\_\_\_

3. 大転子: 非切離 / 一部切離 / 切離    4. minimally invasive technique: なし / あり

5. navigation system: 非使用 / 使用

6. セメント: なし / あり / Hybrid - 使用部位 (臼蓋・大腿骨)

7. 抗生剤含有セメント: なし / あり ( \_\_\_\_\_ [抗生剤名] を \_\_\_\_\_ グラム / セメント 1 パック)

8. 骨移植: なし / 一部あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨) / あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨)

9. 生体活性材料 (人工骨など) の使用:

なし / 一部あり (臼蓋・大腿骨) / あり (臼蓋・大腿骨): 商品名 \_\_\_\_\_

(一部ありは cyst や小欠損に対する骨移植、ありは明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など )

10. 補強部品: なし / あり (augmentation, plate, mesh, その他 \_\_\_\_\_) (臼蓋・大腿骨)

該当項目に○、下線部へは記入

送信先 FAX:075-751-8409  
THA 登録フォーム 2 (拡大トライアル)

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)

患者生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)  
(フォーム1枚目と2枚目の文書が同一患者のものであることを確認するために必ず記入すること)

V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

股臼側

インナー

スクリュー

アウター (カップ)

大腿骨側

ステム

生体活性材料

骨頭

補強部品

セメント

その他(セメントプラグなど)

**送信先 FAX:075-751-8409**  
**THA 登録フォーム 1 (拡大トライアル)**

**I 病院、術者と患者**

ARJ 登録病院： \_\_\_\_\_ (施設 ID)

(事前登録により与えられた記号 例：T3)

執刀医イニシャル：(姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

指導医イニシャル：(姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

(事前登録のイニシャルを記入 例：鈴木 二郎 → (姓) S (名) J )

(同一イニシャルの場合： S, J-1, S, J-2 として、事前登録をする)

(執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録する)

患者 ID：(同意書に記入されたものを参照すること)

1. 生年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

2. 性別：( 男 ・ 女 )

3. 名前 (名前の最初の文字)： \_\_\_\_\_

(例：山田太郎 ⇒ たろう ⇒ た、名字ではないので注意)

4. 生まれた場所 (都道府県名：愛知県など。国外の場合には、「国外」と記入)： \_\_\_\_\_

(例：愛知県 ⇒ 愛知県、 中国 ⇒ 国外 )

5. 貴院における患者 ID： \_\_\_\_\_

(貴病院での ID 番号を記入 例：98765431 )

**II 初回手術 THA**

1. 手術年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 手術側： 右 / 左

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

3. 既往手術：なし / 骨切り術 (股臼側、大腿骨側)、その他 \_\_\_\_\_

(骨切り術：骨に操作を加えた関節温存手術のこと、穿孔術はその他に記入)

4. 手術診断名：一次性的 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) /

その他 \_\_\_\_\_

**III 再手術 THA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えた場合とする)**

1. 初回手術時について：(この項目は、可能であれば記載する)

初回手術年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回手術施設名： \_\_\_\_\_

初回手術診断名：一次性的 OA / 亜脱臼性 OA / ION / 外傷 / RA (RA 類似疾患を含む) / その他 \_\_\_\_\_

2. 今回の手術年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 手術側： 右 / 左

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

該当項目に○、下線部へは記入

4. 手術回数 (今回の手術を含める) : (1、2、3、4、それ以上\_\_\_\_回 および 不明)

(例: 人工骨頭を抜去し、人工股関節置換術を行った場合⇒ 1回)

(例: インプラントを抜去後、数回の揺戻すがインプラント設置をしない場合⇒ 1回)

(例: インプラント抜去し一時的インプラントを設置、その後インプラントを設置した場合⇒ 2回)

(例: インプラント抜去し一時的インプラントを設置、一時的のインプラント抜去、インプラント  
を設置した場合⇒ 3回)

(揺戻すを何度も繰り返してもインプラントを設置しなければ回数に入れない)

(セメントスペーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)

5. 手術の理由: aseptic loosening (臼蓋・大腿骨) / 感染 / インプラント破損 (臼蓋・大腿骨) /  
ポリエチレンの摩耗 / Osteolysis (臼蓋・大腿骨) / 骨折 (臼蓋・大腿骨) / 脱臼・instability  
その他\_\_\_\_\_

6. 手術の内容: 抜去のみ / 再置換術 (股臼側、大腿骨側、insert、骨頭)

(抜去のみ: インプラントの抜去、一時的のインプラントの抜去、insert の抜去)

(セメントスペーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)

抜去したインプラント名: \_\_\_\_\_

(例: ○○○社製 △△△セメントシステム, ×××セメントレスカップ)

#### IV 手術手技

1. 手術時間: \_\_\_\_\_時間\_\_\_\_\_分

2. アプローチ: 前方 / 側方 / 後方 , その他\_\_\_\_\_

(Trans-femoral はその他に入れる)

3. 大転子: 非切離 / 一部切離 / 切離

(一部切離とは、中小殿筋が遠位骨片に付着あり)

4. minimally invasive technique: なし / あり

5. navigation system: 非使用 / 使用

6. セメント: なし / あり / Hybrid - 使用部位 (臼蓋・大腿骨)

7. 抗生剤含有セメント: なし / あり ( \_\_\_\_\_ [抗生剤名] を \_\_\_\_\_ グラム / セメント1パック)

(例: ○○○マイシン 『抗生剤名を 1 グラム / セメント1パック』)

8. 骨移植: なし / 一部あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨) / あり (自家骨・同種骨) (臼蓋・大腿骨)

9. 生体活性材料 (人工骨など) の使用: なし / 一部あり (臼蓋・大腿骨) / あり (臼蓋・大腿骨)

: 商品名: \_\_\_\_\_

(例: 商品名: ○○○アパセラガラス)

(一部ありは cyst や小欠損に対する骨移植、ありは明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など)

10. 補強部品: なし / あり (augmentation, plate, mesh, その他 \_\_\_\_\_) (臼蓋・大腿骨)



送信先 FAX:075-751-8409  
THA 登録フォーム 2 (拡大トライアル)

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)

(事前登録により与えられた記号 例: T3)

患者生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術側: 右 / 左

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

## TKA/UKA 事前登録用紙

登録年月日（西暦）： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

病院名： \_\_\_\_\_

代表者氏名： \_\_\_\_\_

連絡先メールアドレス： \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

貴院において執刀医、および指導医となる可能性のあるすべての医師のイニシヤル、卒後年数および執刀症例数の概数を記入して下さい。なお、同一イニシヤルの場合には後ろに 1, 2 と番号を追記して下さい。(例：山田太郎 YT)

1. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
2. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
3. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
4. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
5. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
6. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
7. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)
8. \_\_\_\_\_ (卒後 \_\_\_\_\_ 年) : 執刀症例 (ー29) (30ー99) (100ー)

人工関節時の手術室の環境：

通常

クリーンルーム (NASA Class 100・1000) , (垂直式・層流式)

クリーンルーム環境は手術毎に異なる



**送信先 FAX:075-751-8409**  
**TKA / UKA 登録フォーム 1 (拡大トライアル)**

**I 病院、術者と患者**

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)  
執刀医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_ 指導医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

(事前登録したイニシャルを記入)

(執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録用紙を送る)

患者 ID: (同意書に記入されたものを参照すること)

1. 生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生
2. 性別: ( 男 ・ 女 )
3. 名前 (名前の最初の文字: 山田太郎ならば名前の「たろう」の「た」を記入、名字ではないので注意): \_\_\_\_\_
4. 生まれた場所 (都道府県名: 愛知県など。国外の場合には、「国外」と記入): \_\_\_\_\_
5. 貴院における患者 ID: \_\_\_\_\_

**II 初回 TKA/UKA**

1. 手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
2. 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する) UKA の場合: 内側 / 外側
3. 既往手術: なし / HTO 後 / 鏡視下手術後 / その他 \_\_\_\_\_
4. 手術診断名: OA / RA または RA 類似疾患 / ION / 外傷 / シャルコー関節 / その他 \_\_\_\_\_

**III 再手術 TKA/UKA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えた場合とする)**

1. 初回手術時について (この項目は、可能であれば記載する)  
初回手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回手術施設名: \_\_\_\_\_  
初回手術診断名: OA / RA または RA 類似疾患 / ION / 外傷 / シャルコー関節 / その他 \_\_\_\_\_
2. 今回の手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日
3. 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する) UKA の場合: 内側 / 外側
4. 手術回数 (今回の手術を含める): (1、2、3、4、それ以上 \_\_\_\_\_ 回 および 不明)
5. 手術の理由: loosening (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / 感染 / 脱臼 / instability / インプラント破損 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / ポリエチレン摩耗 (脛骨・膝蓋骨) / 外傷 / 可動域制限 / その他 \_\_\_\_\_
6. 手術の内容: 抜去のみ (大腿骨抜去 / 脛骨抜去 / 膝蓋骨抜去 / insert 抜去) 再置換 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨・insert)  
抜去したインプラント商品名: \_\_\_\_\_

**IV 手術手技**

1. 手術時間: \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分
2. アプローチ: para-patella / mid-vastus / sub-vastus / lateral / QS
3. minimally invasive technique: なし / あり 4. navigation system: 非使用 / 使用
5. 膝蓋骨置換: 非置換 / 置換 6. セメント: なし / あり / hybrid - 使用部分 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨)
7. 抗生剤含有セメント: なし / あり ( \_\_\_\_\_ [抗生剤名] を \_\_\_\_\_ グラム / セメント 1 パック)
8. 骨移植: なし / 一部あり (自家・同種) (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / あり (自家・同種) (大腿骨・脛骨・膝蓋骨)
9. 生体活性材料 (人工骨など) の使用: なし / 一部あり (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / あり (大腿骨・脛骨・膝蓋骨): 商品名 \_\_\_\_\_  
(一部ありは cyst や小欠損に対する骨移植、ありは明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など)
10. 補強部品: なし / あり (augmentation, long stem, その他 \_\_\_\_\_ )

該当項目に○、下線部へは記入

送信先 FAX:075-751-8409  
TKA / UKA 登録フォーム 2 (拡大トライアル)

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)

患者生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 手術側: 右 / 左 (両側同日の場合、2枚作成する)  
(フォーム1枚目と2枚目の文書が同一患者のものであることを確認するために必ず記入すること)

V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

大腿骨側

スクリュー

脛骨側

ベースプレート

生体活性材料

インサート

補強部品

膝蓋骨側

その他

セメント

該当項目に○、下線部へは記入

## TKA / UKA 登録フォーム 1 (拡大トライアル)

## I 病院、術者と患者

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)

(事前登録により与えられた記号 例: T3)

執刀医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

指導医イニシャル: (姓) \_\_\_\_\_ (名) \_\_\_\_\_

(事前登録のイニシャルを記入 例: 鈴木 二郎 → (姓) S (名) J)

(同一イニシャルの場合: S, J-1, S, J-2 として、事前登録をする)

(執刀医、指導医が事前登録していなければ、このフォームを提出と同時に登録用紙を送る)

患者 ID: (同意書に記入されたものを参照すること)

1. 生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生

2. 性別: (男・女)

3. 名前 (名前の最初の文字): \_\_\_\_\_

(例: 山田太郎 ⇒ たろう ⇒ た、名字ではないので注意)

4. 生まれた場所 (都道府県名: 愛知県など。国外の場合には、「国外」と記入): \_\_\_\_\_

(例: 愛知県 ⇒ 愛知県、中国 ⇒ 国外)

5. 貴院における患者 ID: \_\_\_\_\_

(貴病院での ID 番号を記入 例: 98765431)

## II 初回 TKA/UKA

1. 手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

2. 手術側: 右 / 左 UKA の場合 (内側・外側)

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

3. 既往手術: なし / HTO 後 / 鏡視下手術後 / その他 \_\_\_\_\_

4. 手術診断名: OA / RA または RA 類似疾患 / ION / 外傷 / シャルコー関節 / その他 \_\_\_\_\_

## III 再手術 TKA/UKA (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えた場合とする)

1. 初回手術時について (この項目は、可能であれば記載する)

初回手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 初回手術施設名: \_\_\_\_\_

初回手術診断名: OA / RA または RA 類似疾患 / ION / 外傷 / シャルコー関節 / その他 \_\_\_\_\_

2. 今回の手術年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

3. 手術側: 右 / 左 UKA の場合 (内側・外側)

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

4. 手術回数 (今回の手術を含める): (1、2、3、4、それ以上 \_\_\_\_\_ 回 および 不明)

(例: UKA 後に抜去し、TKA を行った場合 ⇒ 1回)(例: インプラントを抜去後、数回の挿入するがインプラント設置をしない場合 ⇒ 1回)(例: インプラント抜去、数回の挿入、その後インプラントを設置した場合 ⇒ 2回)

該当項目に○、下線部へは記入

(揺戻を何度も繰り返してもインプラントを設置しなければ回数に入れない)

(セメントスパーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)

5. 手術の理由: loosening (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / 感染 / 脱臼・instability / インプラント破損 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / ポリエチレン摩耗 (脛骨・膝蓋骨) / 外傷 / 可動域制限 / その他 \_\_\_\_\_
6. 手術の内容: 抜去のみ (大腿骨抜去 / 脛骨抜去 / 膝蓋骨抜去 / insert 抜去) 再置換 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨・insert) 抜去したインプラント商品名: \_\_\_\_\_  
(抜去のみ: インプラントの抜去, 一時的インプラントの抜去, insert の抜去)  
(セメントスパーサーの抜去は、再手術の回数に入れない)

#### IV 手術手技

1. 手術時間: \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分
2. アプローチ: para-patella / mid-vastus / sub-vastus / lateral / QS
3. minimally invasive technique: なし / あり      4. navigation system: 非使用 / 使用
5. 膝蓋骨置換: 非置換 / 置換      6. セメント: なし / あり / hybrid ← 使用部分 (大腿骨・脛骨・膝蓋骨)
7. 抗生剤含有セメント: なし / あり ( \_\_\_\_\_ [抗生剤名] を \_\_\_\_\_ グラム / セメント1パック)  
(例: ○○○マイシン 『抗生剤名を 1 グラム / セメント1パック』)
8. 骨移植: なし / 一部あり (自家・同種) (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / あり (自家・同種) (大腿骨・脛骨・膝蓋骨)
9. 生体活性材料 (人工骨など) の使用: なし / 一部あり (大腿骨・脛骨・膝蓋骨) / あり (大腿骨・脛骨・膝蓋骨): 商品名 \_\_\_\_\_  
(例: 商品名: ○○○アバセラガラス)
- (一部ありは cyst や小欠損に対する骨移植, ありは明らかな骨欠損に対する骨移植や impaction bone graft など)
10. 補強部品: なし / あり (augmentation, long stem, その他 \_\_\_\_\_ )

送信先 FAX:075-751-8409

TKA / UKA 登録フォーム 2 (拡大トライアル)

ARJ 登録病院: \_\_\_\_\_ (施設 ID)

(事前登録により与えられた記号 例: T3)

患者生年月日 (西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

手術側: 右 / 左

(両側同日の場合、フォームを2枚作成して下さい)

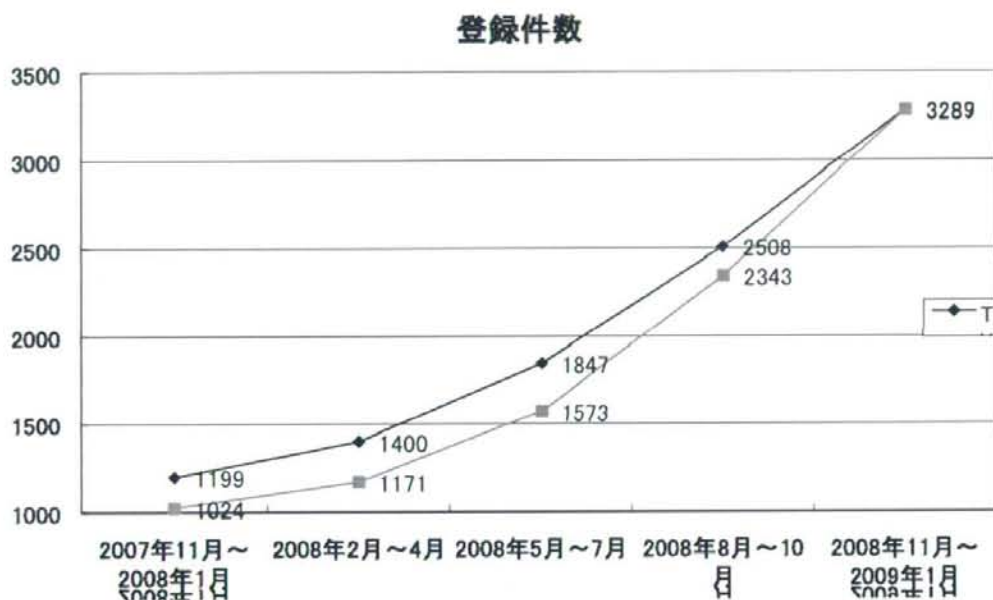
V COMPONENT LABEL の添付

使用したコンポーネントのラベルを貼る

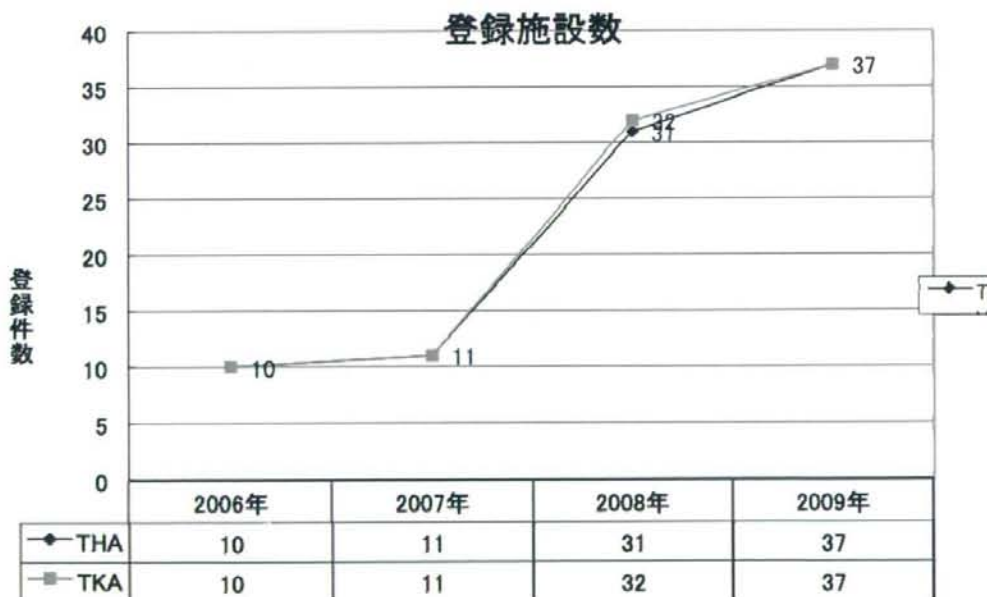
該当項目に○、下線部へは記入

## 人工関節登録資料

### 登録件数



### 登録施設

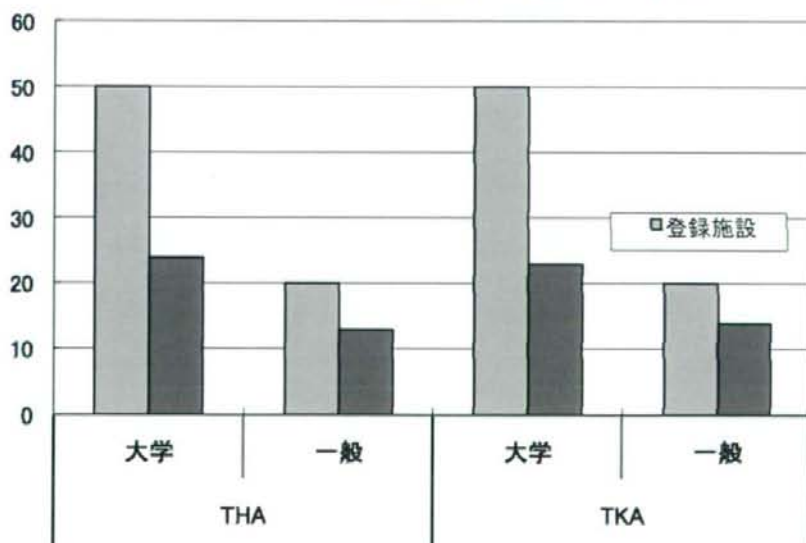




## 登録施設と登録開始施設

	THA		TKA	
	大学病院	一般病院	大学病院	一般病院
2006年	10		10	
2007年	1		1	
2008年	39	20	39	20
合計	50	20	50	20
登録フォームを送ってきた施設数	24	13	23	14

### 登録施設および登録開始施設



登録症例の内訳

THA	3242
-----	------

初回手術件数	2922
再置換術件数	320

THA 初回手術	2922
----------	------

AN	39
AN その他	2
AN 外傷	3
AN RA 類似疾患	1
ION	160
ION RA	2
ION 外傷 RA	1
OA	3
OA(亜脱臼性)	261
OA(一次性)	68
OA 外傷	1
RA	113
亜脱臼性 OA	1525
亜脱臼性 OA RA	5
亜脱臼性 OA ION	1
亜脱臼性 OA その他	8
一次性 OA	516
一次性 OA その他	2
外傷	38
外傷 その他	1
その他	165
未記入	7

THA 再置換術(重複あり)	505
----------------	-----

aseptic loosening(臼蓋)	127
aseptic loosening(大腿骨)	100
感染	47
インプラントの破損(股臼側)	19
インプラントの破損(大腿骨)	2
ポリエチレンの磨耗	48
Ostelysis(臼蓋)	57
Ostelysis(大腿骨)	47
骨折(臼蓋)	2
骨折(大腿骨)	18
脱臼・instability	20
その他	18

505

THA 再手術 初回診断名	320
AN	8
ION	13
OA	2
OA(亜脱臼性)	41
OA(一次性)	4
RA	14
亜脱臼性 OA	116
一時性 OA	29
外傷	39
外傷 RA	1
その他	16
不明	34
未記入	3

320

THA セメント	3242
なし	1885
あり	1090
Hybrid	267

3242

TKA 3258

初回手術件数	3139
再置換術件数	119

TKA 初回手術	3139
----------	------

AN	27
ION	65
OA	2581
OA その他	8
OA AN	1
OA 外傷	4
OA ION	1
OA RA	1
OA シャルコー関節 (疑い)	1
RA その他	416
シャルコー関節	4
外傷	6
外傷 その他	1
その他	18
未記入	5

3139

TKA 再置換術 (重複あり)	161
--------------------	-----

loosening(大腿骨)	21
loosening(頸骨)	22
loosening(膝蓋骨)	2
感染	46
脱臼・instability	12
インプラントの破損(大腿骨)	0
インプラントの破損(頸骨)	1
インプラントの破損(膝蓋骨)	6
ポリエチレンの磨耗(頸骨)	24
ポリエチレンの磨耗(膝蓋骨)	6
外傷	5
可動域制限	4
その他	12

161

TKA 再手術 初回診断名	119
------------------	-----

ION	3
OA	82
RA	28
外傷	1
その他	4
未記入	1

119

TKA セメント	3258
----------	------

なし	401
あり	2679
Hybrid	171
未記入	7
	3258

## 下肢人工関節置換術におけるガイドラインプラクティスギャップの現状解析と提言

研究分担者 中山健夫 京都大学大学院医学研究科健康情報学 教授

**研究要旨** 質問票調査によって下肢人工関節置換術において使用されるクリティカルパス使用におけるさまざまな問題点を明らかにし、下肢人工関節置換術に関する処置において、特に感染対策、DVT 対策に注目し、アンケート調査時点で公表されていたガイドラインと、実際の処置や検査施行の差に注目し、それに影響を与える因子を解析することを目的として本研究を開始した。現在使用されている複数のクリティカルパスを参考に、質問票を作成した。2007年1月質問表を2158施設に発送、最終的に791施設（36.6%）から返信を得た。それをもとに人工関節の代表的処置について基礎的データを収集、解析した。また骨関節術後感染症予防ガイドライン、肺血栓塞栓症/深部静脈血栓症予防ガイドラインを入手し、ガイドラインと実際に行われていた処置、検査の差に与える因子を、調査で得られたさまざまなデータから統計学的処理をほどこして解析した。それにより、クリティカルパスは、1) 規模の大きい施設、活動性の高い施設で導入され、2) リハビリテーション開始を早めるが、3) 入院日数短縮の効果は明らかでない。4) ガイドラインを有意に遵守する病院は、施設規模が大きく、学会発表の多い活発な病院である。5) クリティカルパス使用の有無はガイドライン遵守に影響を与えない、ことが明らかとなった。今後のガイドライン作成、使用、啓蒙に指針を与える結果が得られた。

### A. 研究目的

現在の日本が高齢化社会へ向かっていることは改めて述べるまでもない社会的事実であり、そのために日本社会のシステムをそれに対応したものに革新していかなければいけないことは火急の課題である。このような高齢化社会を迎えて、変形性関節症および高齢者の関節リウマチ罹患者は増加の一方をたどり、このような患者さんの介護の必要性を可能な限り減らすことは医療経済学的に必須の国家的課題である。その点で人工関節置換術は有力な方法であり、国民の経済的余裕からも今後手術件数は更に増加していくことが予想される。しかし人工関節置換術とは手術終了にて治療が終了するわけではなく、術後の検査、リハビリテーション、看護など総合的に医療を施行して初めて治療が成り立つものであり、特に入院期間中にいかに効率良くかつ質の高い治療を提供するかは重要な問題である。

以上のような目的を満たすものとしてクリティカルパスが挙げられる。クリティカルパスとは医療の内容を評価、改善して質の高い医療を患者さんに提供することを目的として、治療の内容やリハビリテーションの計画、いつ頃どのような状態になれば退院することができるかなどを一覧表にして患者さんに説明し、また医療者側も必要十分な治療、検査、看護を提供する指針として利用できる有用なものである。このように医療の質

と標準化をめざし約15年前にアメリカ合衆国で開始されたクリティカルパスは、日本でもこの数年間に採用する医療機関が増加しており、人工関節置換術の術後計画にも利用されている。しかしその内容は各施設によりさまざまで、それぞれが独自に作成したものを利用しているのが現状で、それが真に妥当でかつ有用な指針となりえているかはほとんど検証されていない。また日本の実情に応じた全国的な標準化したものが存在すれば、各施設はこれを利用してそれぞれに応じたものを作成し質の高い医療を提供することができる。更に標準化したものが存在すれば、それと比較検討することで不必要な検査、長期の入院などを避けることができ、医療経済の面からも好ましい。

以上のことから、厚生労働科学研究費補助金免疫アレルギー疾患等予防・治療研究事業「関節リウマチに対する長期耐用下肢人工関節の開発とクリティカルパスの標準化」（研究代表者：中村孝志・京都大学大学院教授）班では、下肢人工関節におけるクリティカルパスの標準化を目指し、下肢人工関節置換術を一定数以上行っている医療施設に質問票調査を行い、使用されている人工股関節および人工膝関節のクリティカルパスの標準化における基礎的データの収集を変形性関節症を対象として行うことを目的として調査を行ってきた。