



市整会

会報

大阪市立大学整形外科開業医会

No.57 2017年1月1日発行

医療法人 天野クリニック
〒534-0002 大阪市都島区大東町2-5-24
TEL06-6927-7500 FAX06-6922-9974

巻頭言

市整会会長 天野 祐一（昭和57年入局）

新年あけましておめでとうございます。今年もよろしくお祈りします。

東日本大震災から5年以上が経過しても現地の復興はまだまだこれからです。原発の廃炉問題も難題が山積みです。

またリオデジャネイロオリンピックも終わって、いよいよ2020東京オリンピックですが、これまた建築費どころか警備費なども天文学的な数字が予想され、宴の後の維持費用を含めて揉めに揉めている印象をうけます。

世界的な経済縮小化の結果なのかイギリスのEU脱退、アメリカ合衆国では保護主義的な大統領が選出され、中国の拡大意識はとどまる気配も見えず、ロシアの領土問題を絡めた外交政策に現政権は翻弄されているようです。

高齢者人口の増大や高度医療による医療費、介護費用の増大、就労人口の減少、非正規雇用の増加、若者たちの結婚離れ、打つ手なしの少子化問題、低金利からゼロ金利政策を迎えての世の中の停滞感、将来への漠然とした不安感、世代間の格差に対する不満、等々社会を覆う閉塞感が満ち溢れています。

TVをつければ行き過ぎた（ような）健康志向に基づいて、切り取ってきたような病気の情報、健康の情報が氾濫し、物知り顔で語り利用されている同業者たち。過剰な演出の医療ドラマ。「私失敗しないので」と言える傲慢な医者はどこにいますのでしょうか。

全くの私見ですが、我々の診療所を訪れる患者さんの考え方も変わりつつあるように感じます。

あと5年もすれば、戦後生まれのいわゆる団塊の世代の方々が後期高齢者となります。彼らは戦後日本の復興を支えてきた世代で、競争に強く自負心が強く、費用対効果を重視するという意味でドライな世代と理解しています。

彼らを見習う世代も同じく、インターネット等で得た情報を基に疾病に対する治療の即効性を求めて医療機関、介護事業者、鍼灸整骨院、民間療法事業者、スポーツクラブ等をほぼ同列に捉えて、自身にとってよりメリットがある所へ行く傾向が見られるように思います。

この様な状況で、診療所、病院を維持していくには、言われつくした事ではありますが、診断技術の向上、適切な治療、専門機関への紹介等、真つ当な医療をする事しかないと考えます。

さて、市整会では春に総会を開催し年に2回の学術講演会、秋には学術文化講演会、さらに「これからの整形外科のかたちを考える会」等の研修会を予定しております。

さらに、親睦を目的として新年会を1月21日にANAクラウンプラザホテルで開催いたします。大学の准教授 星 学先生に骨軟部腫瘍のお話をさせていただきます。

例年行っている秋の家族旅行ですが今年は45周年記念会に替えさせていただきます。昨年の家族会は会員とご家族で過去最多の65名の参加をいた

だき、バス2台でのツアーになりました。法相宗大本山薬師寺の元の管主秘書官の方から特別に境内を案内いただきました。西塔内陣釈迦四相像に圧倒され、修理中の東塔の九輪の先端の水煙の透かし彫りもまじかに見学出来ました。お楽しみの昼食は奈良の老舗の菊水楼での懐石料理で大広間を埋め尽くす大宴会でした。

夏のスケルトンゴルフコンペは大学医局や勤務医の先生方と交流を図るために開催いたします。昨年コンペには医局から沢山の若い先生方に参加いただきました。冬には市整会ゴルフコンペを開催いたします。

また、今年は市整会が結成されて45周年になり記念パーティーを10月15日に開催いたします。教室の中村教授をお招きして盛大にお祝いしたいと考えております。

さらに2018年（平成30年）秋には開講70周年を迎える大阪市立大学整形外科学教室の同門会主催

の70周年記念事業も控えております。これまでもご協力をお願いしておりますが、医局の発展のため引き続きよろしくお願い申し上げます。

私は開業して24年になりましたが、開業当初からこの会で先輩方をはじめ同門の先生方の知己を得ることが出来、いろんなアドバイスをいただきました。

開業医は孤独なものです。資金調達から診療所の運営、人事の把握、日々の医療行為、自身の健康の管理に心を砕き、一日の患者数、レセプト枚数に一喜一憂し、診療時間で縛り付けられる。

そのような中、家族にも言えない問題を相談できるのは、同僚であり同窓であり同門の仲間です。そのような仲間が気軽に集える会になるように、これからもご協力よろしくお願い致します。

最後になりましたが、今年の皆様のご健康とご多幸をお祈り申し上げます。



平成28年（2016年）学術集会の記録

担当理事 宮内 晃（昭和60年入局）

1月16日（土）

市整会新年会

於：ANAクラウンプラザホテル

（講演会のみエーザイ共催：参加 講演会30名、新年会ご家族含めて50名）

特別講演「脊椎関節炎治療－最近の話題」

座長：増田 博先生

大阪市立大学大学院医学研究科 整形外科

准教授 乾 健太郎先生

強直性脊椎炎（Ankylosing Spondylitis：AS）は慢性進行性の自己免疫性疾患で、疾患概念上は脊椎関節炎（Spondyloarthritis：SpA）に含まれる。またASは単独の疾患として以外に、乾癬に伴うもの、炎症性腸疾患に伴うものなども存在するが、従来のような分類では疾患概念に混乱が生じやすいため、近年では末梢型 SpA（peripheral SpA：perSpA）と体軸型 SpA（axial SpA：axSpA）に大別し、必ずしも明確には分類しにくいものの、反応性関節炎・乾癬性関節炎・炎症性腸疾患に伴う関節炎および分類不能関節炎がperSpAに、axSpAはレントゲン所見のないaxSpA（nonradiographic SpA：nr-axSpA）と所見のあるASに分けている。すなわち、SpAを一つの疾患にまとめ、症候として脊椎（体軸）症状、関節（末梢）症状、関節外症状（眼、皮膚、腸管、泌尿器）として扱う傾向がある。

本疾患は現在でも発症から診断までに要する期間が平均して長い。これは、患者側の要因としては、進行が緩徐であり、また疾患の進行期が青年から壮年に当たるため、就労を中心の生活を過していると医療機関への受診が遅れる傾向にある事があげられる。一方、遺伝的背景により、我が国の患者数は欧米に比べ極めて少なく、医師の間でも十分に周知されていないため診断が遅れがちとなり、結果として初発から診断までに平均 9.3 年を要するとの報告もある。

ASは無治療では主に脊椎・仙腸関節および四

肢の大関節が侵され、身体的のみならず心理的・社会的にもQOLの著しい低下を招く。患者の多くが30歳前の若年者に発症するため、就学・就労の大きな障壁となるため、nr-axSpAの段階で診断し、早期薬物介入することが肝要である。1984年に発表された改訂ニューヨーク基準では、すでにX線変化をきたした段階での診断となるため現実的には患者のQOLの悪化の抑制は不十分に終わる。一方、2011年にASASで提示した基準では、まず炎症性腰背部痛の存在を問診のみでScreeningした上で、診断項目を満たせばSpAと診断される。これによれば、nr-ax SpAの段階でも診断できるため、早期に治療介入できる可能性が高まる。

今回の講演では、上記の歴史的背景に加え、SpAの診断に重要な臨床所見と画像所見および血液検査所見につき概説し、2011年に発表されたASAS/EULARおよびACRの治療勧告について説明した。

診断の重要な鍵となる臨床症状の一つである「炎症性腰背部痛」を有する患者が受診する可能性が高い診療機関は、地域基幹病院や膠原病内科では無く、地域の整形外科開業施設が最も多いと考えられるため、大阪市大整形外科開業医会の御協力があれば、SpA患者を拾い上げやすくなるのは自明であり、本疾患の診療に大いに貢献できる。また、平成27年度からASは難病疾患に新たに指定されたため、長期に渡る治療に対しても経済的に対応できる可能性が高まっている。

2月27日（土）学術講演会

於：ホテルモントレグラスミア大阪

（小野薬品共催：参加 会員41名、同門会5名、非会員27名、合計 73名）

「生理食塩水注射によるエコーガイド下筋膜リリース
～適応病態と筋軟部組織疼痛治療における位置づけ～」

座長：佐藤 哲也先生

弘前大学医学部附属病院 総合診療部

助手 小林 只先生

“生物は外胚葉生物から進化した”という発生学の知見からも、人が痛みを感じる解剖学的部位の多くは「膜 Fascia」と推察される。Fasciaは繊維性結合組織の総称で、その配列構造と密度から内臓（髄膜・胸膜・腹膜など）や皮下組織・脂肪織・筋膜・靭帯・腱などに分類される。筋膜性疼痛 Myofascial painは、そのうち筋膜 Myofasciaに注目した概念である。Fasciaによる痛みは関連痛として遠隔に感じることも多く、姿勢や動作の癖・全身の軟部組織の連続性などの影響も大きい。ため、必ずしも自覚症状部位を治療すれば十分とは限らない。十分な治療には病歴・動作分析・診察・検査から自覚症状の元となるFasciaやその繋がりを検索することが重要である。異常なFasciaの特徴は、乾燥（局所の水分量低下）と癒着（組織同士の滑走性低下）と示唆されているが解明されていない。臨床上、異常なFascia部位は以下で評価する：1）可動域制限・疼痛誘発動作、2）エコーによる組織の滑走性低下および伸張性低下、3）圧痛点。“生理食塩水注射によるFasciaリリース”という手技は、Fasciaの滑走性改善と局所補液を目的とした注射であり、A) 局所麻酔薬による合併症の回避、B) 神経・血管周囲のFasciaも安全に治療、C) 治療後の患者の安静時間短縮、など利点が多い。

我々は、“解剖・動き・エコー”、“Fasciaの癒着程度のGrading”、“Fascia&Joint spaceによる病態の再整理”等の提案のもと、軟部組織の病態と診断方法（例：腰痛症：仙腸関節・椎間関節・筋膜など病態は関節構成靭帯・軟部組織Fasciaと関節腔Joint space。肩関節：烏口上腕靭帯複合体

CHL complexを中心とした筋・腱・靭帯・関節包 Fasciaと関節腔 Joint space）と治療方法（例：徒手・鍼・注射・鏡視下手術・物理療法・運動療法）の再整理と多職種連携を目指している。

「ミノドロネートの骨組織における作用機序－動物モデル実験－」

座長：飯田伊佐男先生

北海道大学歯学研究所 硬組織発生生物学教室

教授 網塚 憲生先生

1. 骨組織を構成する細胞とその働き

ヒト長管骨の皮質骨にはosteon（骨単位）と呼ばれる構造がひしめきあい、その中心にあって血管が走行するハバース管を同心円状に囲んで骨細胞が規則的に並んでいる。

海綿骨の骨梁上部の骨表面に並ぶふくよかな楕円形の骨芽細胞内には、粗面小胞体やGolgi体など細胞外基質合成にはたらく細胞内小器官の発達が認められる。このような骨芽細胞を「活性型（成熟型）骨芽細胞」と呼び、活発な基質合成を行わず、ただ骨表面を覆うだけの扁平な骨芽細胞を「休止期骨芽細胞」と呼んでいる。

一方、マクロファージと同様に造血系前駆細胞から分化する多核巨細胞の破骨細胞は、骨基質に面する細胞膜が波状縁と呼ばれる深い陥入構造を作ることが特徴で、この波状縁から多量の酸と基質分解酵素を分泌することで、直下にある石灰化骨基質を溶解している。

破骨細胞は古い骨基質や脆弱な骨基質を認識して、必要に応じてこれらを吸収していると考えられる。そして破骨細胞による骨吸収後、骨芽細胞前駆細胞（前骨芽細胞）が骨芽細胞に分化し、そこで新しい骨基質を形成していく。このように、新・旧の骨基質の置換、すなわち骨リモデリングが行われる。破骨細胞による骨吸収と骨芽細胞による骨形成がカップリングしていることは明らかにされており、骨吸収活性の上昇に続いて骨形成活性も上昇することや、反対に薬剤による骨吸収抑制が骨形成の抑制をもたらすことがわかっている。

骨リモデリングでできた新しい骨基質と古い骨基質との境界線は「セメントライン」と呼ばれ、

たくさんのセメントラインの局在をみるときは、活発な骨リモデリング、すなわち高骨代謝回転であると考えることができ、逆にセメントラインが認められなければ、骨リモデリングが少なく、低骨代謝回転ということになる。

2. 骨組織像からみたミノドロネートの作用機序

ビスホスホネートは骨基質のリン酸カルシウムに結合して骨基質に蓄積し、その骨基質を破骨細胞が取り込むことによって、破骨細胞が抑制を受け、最終的には細胞死を起こす、というのがビスホスホネートの作用機序である。特にミノドロネートは投与後長期にわたって作用することが知られている。アレンドロネートは投与後24時間後に70%が骨吸収面に局在し、骨形成面には2%しか結合しないと報告されているが、筆者らの動物実験の結果では、ミノドロネートの局在をみると破骨細胞直下だけでなく、むしろ骨形成面ではっきりと検出されることがわかった。この違いがミノドロネートの効果持続に関与するのかを明らかにするため、組織化学的に解析した結果、ミノドロネート投与後、大腿骨骨幹端部の骨梁は経時的に増加したが、破骨細胞数には変化は認められなかった。高濃度ミノドロネートの投与によって破骨細胞は瞬時に細胞死を起こすものと予想していたが、そうはならず、投与一ヵ月後も組織中には骨芽細胞とともに破骨細胞の局在が認められたのである。

電子顕微鏡によるミノドロネート投与3時間における観察では、破骨細胞が発達した波状縁を形成して活発に骨基質の取り込みを行い、活性型骨芽細胞も認められた。ところが24時間後にはその破骨細胞の多くの形状が平たく変化し、骨吸収が十分に行われていないようにみえた。破骨細胞の周囲には骨基質から取り込んだリン酸カルシウムの結晶が顆粒状に認められるはずなのだが、ミノドロネート投与後の破骨細胞ではそのような組織像は観察されず、破骨細胞による骨基質取り込みが行われていないものと考えられた。一週間経過後には細胞死を示す破骨細胞も散見されるようになり、一ヵ月後でも破骨細胞による活発な骨吸収は認められなかった。

こうしたことから、筆者らは、ミノドロネートはアレンドロネートとは異なり骨吸収面だけでなく骨形成部位の骨基質に吸着し、骨吸収を行って

いる破骨細胞を速やかに抑制したり、細胞死に誘導したりすることはないものの、一度骨基質に取り込まれたミノドロネートは長時間にわたって破骨細胞を緩やかに抑制するものと考えている。

4月23日(土)

学術講演会

於：南海スイスホテル

(旭化成共催：参加 会員44名、同門会20名
非会員 39名 合計103名)

「超音波で診る四肢末梢神経と神経ブロック」

座長：小竹 志郎先生

奈良県立医科大学 臨床研修センター

助教 仲西 康顕先生

近年、超音波装置の機能向上により、四肢の末梢神経を整形外科の外来・病棟・手術室など様々な場面で観察できるようになった。

超音波でリアルタイムに神経や針、局所麻酔薬の広がり方を観察しながら行う超音波ガイド下伝達麻酔は、従来の体表解剖や放散痛による伝達麻酔の穿刺テクニックと比べて、確実性・安全性に優れており、整形外科臨床医が身につけたいテクニックの一つになりつつある。

一方で、超音波機器があればすぐに超音波ガイド下伝達麻酔が100%成功するわけではなく、実際臨床では様々な要因によりブロックが失敗することがある。超音波ガイド下神経ブロックを導入するにあたって、よく起こりうる4つの状況に対しそれぞれの解決方法を探る。

①神経を超音波で正確に確認しにくい

超音波機器の基本的な扱い方の他、神経組織を超音波で捉えるためのコツをつかむ必要がある。末梢神経は、線維の方向によって超音波での捉えやすさが変化する(異方性)。ブロックを行う部位で直接神経を確認するのではなく、動脈や筋肉などとの位置関係をもとに、中枢・末梢方向に連続的にプローブを動かすことにより神経の走行を推測すると、確実に捉えやすくなる。

②穿刺針を超音波で捉えられない

穿刺針の刺入については、患者の体位・超音波機器の位置・ブロックを行う医師の視線などの環

境を整えることが重要である。特に穿刺する際、プローブの真下に針がくすることを意識する。

③局所麻酔薬を神経のちかくに注入したにも関わらず、何故か効かない

末梢神経と、隣接する筋膜の構造を理解することが重要と考える。神経との間に筋膜を一枚挿む事により、注入した局所麻酔薬の広がり方が大きく異なる。特に超音波で観察しながら膝窩での坐骨神経などの周囲に存在するparaneural sheathと神経上膜の間に薬液を注入すると、ごく少量の注入量であっても長軸方向に神経に沿って局所麻酔薬が広がり効果が得られやすい。

④伝達麻酔薬のリスクに対する不安

伝達麻酔を行う事により起こりうるリスクと、その対処方法を正確に把握することが重要である。局所麻酔薬を比較的多量に使用する伝達麻酔手技において、最も注意すべき事は局所麻酔薬中毒であり、極量には十分注意する。近年では、脂肪乳剤を急速静注する“Lipid Rescue”の有効性が多数報告されている。

「見逃される重要な腰痛：仙腸関節の痛み」

座長：佐藤 哲也先生

JCHO仙台病院 副院長

腰痛・仙腸関節センター長 村上 栄一先生

〔解剖と病態〕仙腸関節は後方を強力な靭帯で支える動きの少ない関節で、上半身の負荷を受け止め、衝撃を吸収している。僅かな可動域に過度の負荷がかかると関節に微小なズレ、機能障害（仙腸関節障害）を生じやすい。仙腸関節の痛みの大半は仙腸関節障害が占める。

〔頻度と分布〕腰痛に占める頻度は3.5%~30%といわれる。当院を受診した仙腸関節障害患者は9歳から90歳代までの男女に幅広く分布し、この痛みは老若男女に起こる、ありふれた痛みであることを示している。

〔疼痛域の特徴〕仙腸関節障害の自覚疼痛部位は仙腸関節裂隙の外縁部（上後腸骨棘周辺）を中心とした腰部が多く、単径部の痛みも特徴的である。多くの例でdermatomeに一致しない下肢の痺れや痛みを伴う。

〔疼痛の出やすい姿勢〕仰向け、椅子の座位、側臥位（特に患側下）で痛みが出る例が多く、関節

の痛みの特徴である立ち上がり、寝返りなどの動作開始時に痛みを訴える例も少なくない。

〔画像所見〕X-P、MRI、CTでは仙腸関節障害に特異的な所見がみられない。

〔圧痛点〕上後腸骨棘、長後仙腸靭帯、仙結節靭帯および腸骨筋部での圧痛が多い。

〔one finger test〕患者自身に疼痛の最も強い部位を指1本で示させるone finger testが診断に有用で、仙腸関節障害では上後腸骨棘周辺を指さす例が多い。

〔診断の手順〕MRI、CTで特異的な所見がないことを踏まえ、自覚疼痛部位（one finger testが有用）、圧痛（上後腸骨棘、長後仙腸靭帯、仙結節靭帯、腸骨筋部）、疼痛誘発テスト（Newtonテスト変法、Gaenslen テスト、Patrick テスト）の所見を参考に、最終的に仙腸関節ブロックの効果（70%以上の疼痛の改善）で診断する。

〔仙腸関節ブロック〕仙腸関節ブロックが診断と保存療法の主軸となる。

〔手術療法〕あらゆる保存療法（半年以上）が効を奏さない場合には、最終的に仙腸関節の固定術を検討する。前方固定術が中心で、患者の1%程度である。成績は比較的良好で手術症例の7~8割が社会復帰している。

「腰痛疾患におけるメカニカルな評価と治療～テリパラチドの適正使用について～」

座長：大川得太郎先生

岸川整形外科 院長 岸川 陽一先生

McKenzie法（MDT：mechanical diagnosis and therapy）は運動療法の一つとして認識されているが、本来は体系的評価法である。運動器疾患の標準的評価法として、新しいモダリティとして、より多くの人を対象に使用できる、大きな可能性を秘めた方法である。当院では、MDTを運動器疾患の保存的評価治療法の中心として、従来の治療法や評価法との整合性ある融合をはかり、大きな成果をあげている。

1) MDTは、脊椎の運動の機能的評価法である。

一般的に脊椎外科では、四肢の知覚障害、筋力低下、腱反射からなる神経学的評価と、MRIやX線検査などの画像的評価が重要視されている。脊椎の運動に関しては、姿勢の観察と脊椎の可動域

を記載する程度である。MDTでは、反復または持続的に行うテストムーブメントに対する痛みの変化を評価して、良い反応が得られる運動の方向によって分類するという、全く新しいコンセプトによる機能的評価法と言える。

2) MDTは、治療法に直結する評価法である。

優れた体系的治療法には体系的評価が不可欠であるが、MDTでは、評価に用いた運動そのものを治療運動とするため、評価と診断、診断と治療が高い関連性を持つ。

3) 他の評価法や治療法との整合性

投薬治療は、メカニカルな評価とは独立したケミカルな評価に基づいて行う必要がある。メカニカルな要素とケミカルな要素は、無関係ではなく、お互いに影響し合うことが、痛みをより複雑化している。メカニカルな要素をケミカルなそれより優先すべきであること、両方の要素を同時に変更しないことなどのルールが必要である。

4) 腰痛疾患のコモンディジーズに対するメカニカルな評価と治療の実際

非特異的腰痛、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症に対するMDTの実際を動画を交えて紹介し、脊椎椎体骨折に対するメカニカルな安静度評価の試みを紹介する。

6月25日(土)

市整会総会

於：天王寺都ホテル

(講演会のみ科研製薬共催：出席29名 委任状 110通 会員数201名)

特別講演「High Speed Drillの摩擦熱による神経損傷 ウサギを用いた基礎的研究」

座長：馬野 隆信先生

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科学

大学院生 玉井 孝司先生

C5神経根麻痺は頸椎手術に伴う代表的な合併症であるが、未だに詳細な原因は明らかではない。近年、手術時に使用するHigh speed drill (HSD)の摩擦熱による神経根障害がその一因である可能性が指摘されているが、動物実験で直接的に証明した基礎研究はない。我々はNew

Zealand White Rabbitを用いて、神経根直上をHSDで掘削し、神経根周囲の温度をワイヤー状の特注温度計で直接測定するモデルを確立させた。結果、ダイヤモンドバーによる60秒間の掘削で神経根周囲の温度は、36.1°Cから平均51.4°Cまで上昇し、直後評価群(n=15):7.7%、3日後評価群(n=15):21.4%、7日後評価群(n=30):44.0%に組織学的損傷を認めた。以上より、椎弓が穿孔していなくても、HSDによる摩擦熱が神経根に障害を与えることが判明した。また、7日後群のデータを用いたROC解析では、掘削中に神経根周囲の温度が48.9度を超えると神経根損傷の可能性が高まることが判明した。次に、一般的に手術時に用いられる生理食塩水での冷却効果とそれによる神経根損傷予防効果を検証した。先行研究にて確立させた上記モデルに、生理食塩水を掘削面に540ml/hで散布するシステムを追加し、常温生食群(22度)と冷却生食群(8度)を作成した。その結果、常温群では掘削直後の神経根周囲の温度は46.5度であり、前述の7日後評価群(洗浄なし)と比べると有意に上昇温度が抑制されているものの、神経根損傷は38.5%に認められ、有意な神経根損傷予防効果は認められなかった。これは平均上昇温度が、神経根損傷を惹起するカットオフ温度である48.9度に非常に近いためと考えられた。対して、冷却生食を用いた群では、平均上昇温度は39.0度、神経根損傷は9.5%に認めるのみであり、統計学的にも有効な予防効果が認められた。当研究により、現在慣例的に行われているHSD掘削時の洗浄に冷却した生理食塩水を用いれば、術後C5麻痺などの合併症が軽減する可能性が示唆された。

10月22日（土）

市整会学術文化講演会

於：ホテルモントレグラスミア大阪

（学術講演のみ日本臓器共催： 参加 会員
29名 会員家族3名 同門会7名 非会員2
名 合計41名）

学術講演「超高齢社会におけるロコモティブ症候
群対策としての運動器疼痛治療」

座長：増田 博先生

東京大学医学部付属病院 麻酔科・痛みセン
ター

准教授 住谷 昌彦先生

痛みの病態には侵害受容性疼痛、神経障害性疼痛、心因性疼痛が主たるものとして知られている。侵害受容性疼痛の臨床的な例として、関節リウマチや変形性関節症による関節痛、術後創部痛、骨転移痛などが挙げられる。神経障害性疼痛は“体性感覚神経系に対する病変や疾患によって引き起こされる疼痛”と国際疼痛学会によって定義され、手根管症候群や脊髄損傷後疼痛、四肢切断後幻肢痛、脊髄神経根症など様々な疼痛疾患が神経障害性疼痛に含まれる。心因性疼痛の例は、うつ病患者が訴える腰痛が挙げられる。超高齢社会を迎えた本邦においては、ロコモティブ症候群と痛みの病態の関連を考慮する必要があり、適正な運動療法の導入のためには痛みの治療が極めて重要な意義を持つ。痛みの病態に応じて有効な治療法は異なるが、特に薬物療法については全ての医療者が均等に実施する機会があり汎用性が高いため、運動器疼痛に対する薬物療法の選択と使用方法には大きな違いがあることが理解されなければならない。侵害受容性（炎症性）疼痛に対しては、抗炎症作用をもつ薬剤の使用が望ましいが、NSAIDsの長期使用は胃腸障害や腎障害の危険性を考慮しなければならない。また、アセトアミノフェンには抗炎症作用がなく肝障害の危険性があることも銘記されなければならない。一方、ノイロトロピンは抗炎症作用があり日本腎臓学会のCKD診療ガイドで腎機能正常者と同量を慎重投与と位置付けられており、腎機能に対する影響が比較的少ない薬剤として高齢者の慢性疼痛治療において選択肢の一つとなる。また、神経障害性疼

痛の薬物療法については、NSAIDsは無効であり、病態に応じた鎮痛薬の使用が必要である。日本ペインクリニック学会の神経障害性疼痛薬物療法治療指針は、EBMの考えに則りつつも本邦の臨床に即した記述がなされており、第1選択薬としてプレガバリン、デュロセキチン、三環系抗うつ薬が挙げられているが、第2選択薬としてノイロトロピンとトラマドールが挙げられている。基礎研究からノイロトロピンはプレガバリンや三環系抗うつ薬との併用において鎮痛効果が増強することが示されており、神経障害性疼痛の発症機序として神経炎症も示唆されていることから、神経障害性疼痛の薬物療法として抗炎症作用を持つノイロトロピンの併用療法が期待される。本発表では、運動器疼痛疾患を侵害受容性疼痛と神経障害性疼痛の病態毎に考察し、痛みを訴える患者を前にした時に考えるべき評価とそれに応じた薬物療法の選択の実践的治療戦略を概説した。

文化講演「スポーツにおける遺伝と環境」

座長：天野 祐一先生

大阪大学大学院、生命機能研究科・時空生物学 医学系研究科・病理病態学
仲野 徹先生

『氏か育ちか』、すなわち先天的であるか後天的であるかは、スポーツに限らず、古来、重要な問題である。『氏』は遺伝情報そのもので、DNAにアデニン（A）、シトシン（C）、グアニン（G）、チミン（T）という四つの塩基の配列によって蓄えられている。以前は、全遺伝情報であるヒトゲノムが解明されれば、すなわち『氏』がわかれば、我々の体についてすべてのことが理解できるのではないかと期待されていた。しかし、研究が進むにつれ、それだけでは不十分で、『育ち』を知る必要のあることが明らかになってきた。『育ち』は、広い意味での環境要因で、栄養、ストレス、トレーニングなど様々なものがある。では、そういった『育ち』はどのようにして『氏』に影響していくのであろうか？その答えのひとつが『エピジェネティクス』という比較的新しい学問分野である。

エピジェネティクスとは、DNAの塩基配列の変化をともなわない遺伝子発現の制御機構、と定

義される。DNAは細胞核の中で数珠のようにヒストンタンパクに巻き付いている。そのヒストンが化学的な修飾を受けることにより、遺伝子発現が変化する。また、DNAのACGTのうち、Cがメチル化修飾を受けることによっても、遺伝子発現が変化する。生化学的にいうと、この二つ、ヒストンの修飾とDNAのメチル化による遺伝子発現の制御がエピジェネティクスの実体である。

我々の体の発生・分化のみならず、生活習慣病

や悪性腫瘍の発症にもエピジェネティクスが関与していることがわかってきている。また、運動や加齢により、骨格筋のエピジェネティック状態が変化することも明らかになってきている。また、オリンピックなどで大きな問題になるドーピングもエピジェネティクスに影響を与える可能性がある。今後、医学やスポーツにおいて、エピジェネティクスの考え方はますます重要性を増すと考えられている。



第3回「これからの整形外科のかたち」を考える会

担当理事 馬野 隆信（昭和58年入局）

第3回「これからの整形外科のかたち」を考える会を平成28年11月12日（土）午後4時45分より、久光製薬株式会社共催でホテル阪急インターナショナルにて開催致しました。

当日は25名の会員の先生方にご参加頂きました。今回は今後増え続けるであろう認知症について、診療の現場において知っておくべき事、注意すべき点、実際の投薬の方法やリハビリの対応として考慮すべき事などについて講演があり、専門医との連携や、介護との連携を通じて地域で認知症患者を支えてゆくための支援体制についてもディスカッションがもたれました。

講演1

「マイクロサージェリーを用いた四肢の再建～疼痛管理を含めて～」

座長：増田 博 先生

演者：一般社団法人日本海員掖済会大阪掖済会病院

手外科・外傷マイクロサージェリーセンター
センター長 五谷 寛之 先生

手部重度外傷においては様々な受傷形態があり、その機能的予後を改善するために骨軟部組織欠損を修復することが重要なのは論を待たない。中でも再接着や組織移植をはじめマイクロサージェリーの果たす役割は極めて大きい。それと同様に重要と考えられるのが創外固定器による骨軟部組織再建であり、症例ごとに個別に工夫されてきた手技を一つの概念としてまとめたのが“手の造形手術：Formative hand surgery”である。

これは創外固定器による骨、軟部組織延長を組み合わせて控滅手を再建する手術方法と言える。

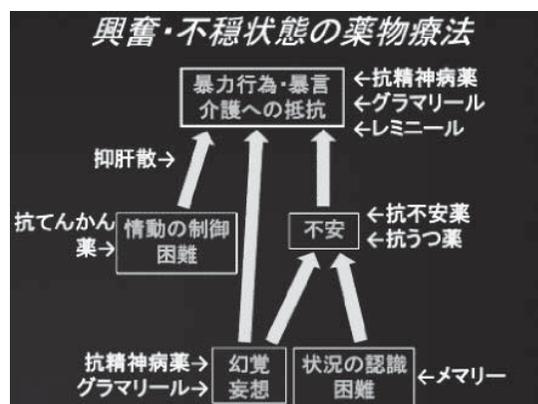
講演2

「認知症の理解と対応」

座長：馬野 隆信 先生

演者：むいメンタルクリニック
院長 撫井 弘二 先生

近年本邦では急速な高齢化により認知症患者は増加の一途をたどっている。そのため日常臨床でも認知症患者を診察する機会が多く、かかりつけ医も適切な診断・治療的対応が求められている。認知症の早期診断・早期治療が介護者の負担軽減や認知症の増悪を軽減できるなど有効と言われていたが、そのためには認知症を理解し他の疾患と鑑別することが重要である。また認知症と診断した後、適切な抗認知症薬の選択や周辺症状（BPSD）に対する薬物治療や適切な対応についての知識も必要になる。認知症患者は生活障害があるため福祉職との連携は不可欠であるが、どのように連携したらいいか、どのタイミングで専門医に相談するべきかの判断も難しい。本講演では認知症のとらえ方を説明し、うつ病・せん妄・妄想性障害・不安障害などの精神障害や治療可能な疾患の鑑別について説明した。現在4種類ある抗認知症薬の選択については、演者の経験から剤型・投与方法だけでなく、認知症の症状に応じて選択していることを説明した。BPSDについてのとらえ方や対応の仕方、薬物療法について説明した。福祉職との連携は早期から行うようにし、かかりつけ医として、診断に迷う時や予め自院で診療できる限界を決めておきBPSDに対応が困難な場合は、専門医に紹介するように説明した。



*抗精神病薬の使用については適応外処方ですので、使用には十分な注意と、家族に説明しその旨をカルテに記載する必要があります。

シンポジウム

「日常診療で困った認知症症例」

座長：秋野 一男 先生

演者：天野 裕一 先生、馬野 隆信 先生、
森田 昌宏 先生

対応に苦慮した認知症患者の症例報告

天野クリニック 天野 祐一 先生

症例1、83歳 女性

元々、変形性腰椎症、変形性脊椎症で投薬リハビリ治療中であった。75歳時 心筋梗塞でバイパス手術を受ける。80歳時 消化管出血で入院。81歳時 右コレス骨折、保存的治療。

病院循環器科に高血圧症、高脂血症、慢性腎臓病、高尿酸血症にて通院中。

陳旧性心筋梗塞 冠動脈バイパス手術後 心室中隔欠損症

慢性腎不全 高血圧症 高脂血症 高尿酸血症で加療中。

投薬内容

ワーファリン錠1.5mg、バイアスピリン100mg、セロケン20mg、ルプラック 8 mg、アロリン100mg、アルダクトンA25mgメバロチン錠10mg、タケプロンD15mg 2錠、ムコスタ錠100mg 3錠、フロセミド錠40mgケイキサレート 5g、クレメジン細粒 2g 3包、センノシド12mg

現病歴

82歳時、6月20日に嫁に引張られたとの事で両前腕の皮下出血で来院、また6月23日に息子に頭を叩かれたと来院した。

このころから嫁がいじめる、私一人だけ食べさせてもらえない、通帳を取り上げられてお金がない、孫にも罵声を浴びせられる等の訴えがあり、腕の内出血が広範囲なため、行政に相談してはどうかと説明すると、区役所の担当窓口が老人虐待の調査に乗り出し区役所職員が面談に来院した。警察署にも相談したようだ。

それでも毎日外来通院しており会話も普通に成り立っていた。

7月1日の長谷川式簡易知能評価スケールで20点あり。認知症は進行していないと判断していたが、7月4日に大阪市立総合医療センター認知症鑑別外来を紹介受診。

以下は返信より

もの盗られ妄想、作話や取り繕い、昼夜逆転、服薬管理が出来ない、外出にタクシーを使う、などがみられる。

長谷川式簡易知能評価スケール13点。短期記憶の障害が著明。

MRIで両側側頭葉や前頭葉の萎縮あり、海馬傍回の萎縮の程度を示すVSRADの値は1.94で（2以上はかなりの萎縮）あった。また、両側視床や基底核、傍側脳室に虚血性変化が多数あり、時期不明の脳血管障害を伴うアルツハイマー病と診断された。

問題点として

- ・患者は毎日のように診察に来ており、医師やスタッフとのコミュニケーションも良好で作話と認識出来なかった。
- ・同居家族の（嫁の）近所の評判が悪く、虐待を疑ってしまった。そのため連絡との連携をとれなかった。
- ・ワーファリンを内服しており、腕をつかまれただけでも内出血が強く出たのを、虐待によるものと判断した。
- ・介護認定申請の遅れがあったため、様子がおかしくなった時点では、ケアマネージャー等の視点が無かった。
- ・家人とのコミュニケーションをとれなかったため、患者の異常行動、夜間突然起きて玉子焼きを作り、できたよと大声を上げたり、孫やひ孫を認識出来ず近所の子供のように扱いき口論になる、外出にタクシーをつかうなど浪費が目立つ、などの情報をつかめなかった。

結果

被害妄想が強くなり、家出のように行政のシェルターに逃げ込んだが、説得され帰宅する。メモリー錠を開始しておとなしくなり、デイサービスに通うようになり落ち着いた。その後、同居が困難とのことで老人ホームに入所し現在は穏やかに過ごしているとのこと。

症例2、90歳 男性

元々変形性膝関節症、変形性脊椎症、高血圧症、ラクナ梗塞、前立腺肥大症、2型糖尿病、不眠症等で通院治療していた。2007年、82歳時から認知症と診断されメモリー錠20mg内服していた。不眠症ありドラール15mg眠前、リーゼ5mg毎食後

に服用していた。

経過

2012年ごろから、膝の痛みや意欲低下のため、本人が通院困難になってきて、家人が薬を貰いにくくなった。このころから、バランス悪く頻回に転倒するようになる。

2015年3月、転倒し外傷性硬膜下血腫受傷。

2015年4月、朝から興奮状態で木刀やねじ回しを振り回す。普段はおとなしいが感情失禁、易怒性が頻回に見られるようになる。せん妄状態のコントロール困難なため、7月、精神科を紹介受診し、もの盗られ妄想が著明で行動を左右されており、飲酒の影響も否定できないと診断された。

治療として、グラマリール50mg3錠分3と不眠時1錠を処方され、ドラール、リーゼ、メマリー錠が中止となる。その後おとなしくなるが、自分で食事ができなくなり、食事介助となり過鎮静となった。その後グラマリール減量、25mg夕食後、50mg眠前、セロクエル錠に変更され、過鎮静は改善しレミニール8mg2錠、抑肝散5mgで、食欲も出てきており、症状は落ち着いた。その後老人ホームに入所した。

問題点

認知症の経過が長期にわたっており、本人が来院できにくくなると家人による投薬依頼のことが多く、病状を把握できていなかった。

主介護者の妻が既に軽度の認知症であり、情報を十分に得られなかった。「ドライバー（ねじ回し）を振り回した」という訴えは、自分の工具を盗られたという、もの盗られ妄想で怒っているという症状であった。

また、リーゼ、ドラールなどの投薬が認知症に悪影響を及ぼしていたと考えられる。

結語

- ・認知症が疑われる患者は家族との連絡を緊密にすることが必要である。
- ・ある程度より重症の認知症患者は一度は専門医へ紹介し投薬を調整してもらうことが必要である。専門医の処方細かく適切である。

整形外科外来診療所における認知症患者様の割合推定

～主治医意見書からみた認知症患者様の割合～
医療法人ウマノ整形外科クリニック

馬野 隆信 先生

整形外科の外来診療を主とする診療所において、認知症患者様がどの程度の割合おられるかを推定する目的で、当院の関連施設であるリハビリ特化型デイサービス利用者様の主治医意見書のデータ集計を行った。隣近所に外出出来るレベルの日常生活自立度：J及び自立の方（計211名）の内、21%が何らかの認知症あり（認知症日常生活自立度I）と診断されており、注意を要する（II）が5%、介護を要する（III）も2%認め、併せて約3割が何らかの認知症を有しているとの結果であった。

隣近所に自分で外出し整形外科に独りで通院できるご高齢の方において、約3割が何らかの認知症を抱えていると想定すべきであると思われる。通院日数の多い整形外科診療所においては、受付やリハビリ等で定期的に患者様に接する機会が多い事から状態の変化も捉え易く、かかりつけ医として認知症の早期発見にも努めてゆきたい。「これからの整形外科のかたち」として、認知症に対する理解も必要であると考察された。

認知症への対応

クリニックにおける通所リハビリテーションの現場で

医療法人至心会 整形外科もりたクリニック 森田 昌宏 先生

当院では介護保険による約1時間の短時間通所リハを開設している。認知症に対する通所リハの意義は、①まず「家から出る」という事である。身体活動を保つ事で廃用による関節痛の予防等により、行動・心理症状の軽減、認知機能の維持・改善、QOL改善や介護負担軽減などが期待できる。②専門職から身体機能と認知面の評価を受けることができる。③それを基にクリニック内外の多職種が本人と家族に対し情報提供、支援を行うことが出来ることの3点と考える。

* * * * *

今年は10月28日（土）を予定しております。

お一人でも多くの会員の先生方のご参加をお待ち申し上げます。

内輪だけのクローズな会で、明日からの診療に役立つ情報を共有する目的の会ですので、内容についてのご要望ありましたら是非にご連絡下さい。

平成29年市整会行事予定

H29.01.21 (土) 市整会新年会 (場所: ANAクラウンプラザホテル) 学術講演共催: エーザイ

総合司会: 小竹 志郎

特別講演 「骨軟部腫瘍の診断 治療のピットフォール」座長: 増田 博

演者 大阪市立大学大学院医学研究科 整形外科 星 学 准教授

新年会の司会: 森川 献志漢

アトラクション: 山口 整萌さん (尺八奏者。和洋折衷の演奏をして頂けます)

H29.03.11 (土) 市整会学術講演会 共催: 小野薬品 場所: ホテルモントレグラスミア大阪

総合司会: 西澤 徹

演題1 「リウマチ診療における最新の知見」座長: 小竹 志郎

演者 大阪大学大学院医学系研究科 運動器バイオマテリアル学 准教授 富田 哲也 先生

病院紹介 東住吉森本病院、済生会千里病院

演題2 「肩こりに対する枕調節の理論と実践—至適臥位姿勢解明を目指して—」座長: 佐藤 哲也

演者 16号整形外科 院長 山田朱織枕研究所代表 山田 朱織先生

H29.04.22 (土) 平成28年度後期理事会・市整会フォーラム ヴィアール大阪 (本町)

共催: 久光製薬 17時~理事会、18時~フォーラム

演題「骨粗鬆症とエコーについて (仮題)」

演者 大川 得太郎 先生

H29.05.20 (土) 市整会総会 講演会のみ共催: 科研製薬

午後4時~ 天王寺都ホテル

H29.06.10 (土) 学術講演会 共催: 旭化成

演題1 「未定」

演者 首都大学東京大学院 理学療法科学域教授 理学療法士・医学博士 竹井 仁 先生

演題2 「交通事故の話 (仮題)」

演者 (兵庫県加古川市) やました整形外科、山下 仁司 先生

演題3 「未定」

演者 (広島県呉市) 沖本クリニック 沖本 信和 先生

H29.06.11 (日) スケルトンゴルフコンペ 天野山CC

H29.09.09 (土) 平成29年度前期理事会・市整会フォーラム 講演会のみ共催: 帝人ファーマ

H29.10.15 (日) 市整会45周年記念祝賀会

H29.10.28 (土) 「『これからの整形外科のかたち』を考える会」(健保介護診療担当勉強会)

H29.11.18 (土) 市整会学術文化講演会

大阪市立大学整形外科学講座開講70周年記念事業寄付 御協力のお願い

大阪市立大学整形外科教室は2018年（平成30年）秋に開講70周年の節目を迎えます。

開講70周年を迎えるにあたり、その記念事業費として市整会会員の先生方には、昨年からご寄付を募ってまいりました。

ご寄付をいただきました先生方、多額のお願いにもかかわらず早々にご協力賜り厚く御礼申し上げます。有難うございました。

1948年の開講以来歴代教授並びに多くの医局員により、伝統を継承、そしてさらなる発展を遂げております。医療の原点を教わり我々を育ててくれた教室に対する感謝と、今後の発展を祈念して、開講70周年記念事業を同門会主催で執行することとなりました。

平成27年4月の市整会総会における決議に基づき、全会員から御協力をお願いして参りました。大半の会員にご賛同いただきましたが、まだ振込頂いていない先生方がおられます。高額ではございますが、ご理解の上、何卒ご協力のほど重ねてお願い申し上げます

以下、平成28年11月末時点での（分割納入者を含む）ご寄付を賜りました会員氏名を記載いたします。

（ ）は入局者数

昭和24年（1）矢頃 恒三
昭和25年（1）伊藤 成幸
昭和26年（1）
昭和28年（2）木下 孟（故）
昭和30年（2）
昭和31年（2）
昭和32年（3）
昭和33年（1）反田 英之
昭和34年（1）
昭和36年（4）江口 享、梅原 薫、吉中 正好、越川 恵
昭和37年（3）上田 晏弘
昭和38年（2）長田 明
昭和39年（6）榎本 高明、中野 博友
昭和40年（6）東 晴彦、木全 俊弘、畠中 正昭
昭和41年（2）前野 岳敏
昭和42年（1）
昭和43年（2）山田 守義
昭和44年（4）許 国広
昭和45年（1）杉本 欣也
昭和46年（8）片上 善嗣、南平 克積、佐竹 兼爾
昭和48年（4）
昭和49年（3）頼 功、吉田 昌司、岡垣健太郎
昭和50年（3）中嶋 一行
昭和51年（2）林 正樹、吉田研二郎
昭和52年（2）楯 憲一郎

昭和53年（5）中州 裕、箕輪 恵次、油谷 安孝
 昭和54年（18）鳴嶋 真人、西上 茂樹、河合 栄蔵、川西康之亮、島田 永和、安部 治郎、
 大草 良夫、堀澤 欣弘、佐藤 哲也、西口 豊憲、和田 健志、安田 浩成
 昭和55年（4）宮脇 裕二、中村 薫
 昭和56年（11）喜馬 秀樹、秋野 一男、坂本 和彦、成田 信哉、田中 直史
 昭和57年（11）天野 祐一、増田 博、野上 倫昭、寺川 文彦、阪本 一樹、柳井 尚浩、
 森井 孝和、山田 純司、西浦 道行
 昭和58年（5）馬野 隆信、光武 宏、中川伊佐夫、喜多 義将
 昭和59年（12）金井 秀彰、辰己 一郎、柴田 和弥、阪本 博史、八木 宏之、元田 忠伸、
 長濱 信一、香月 憲一
 昭和60年（7）川満 政之、古瀬 洋一、上野 憲司、宮内 晃、橋本 亮治、鄭 明和
 昭和61年（4）調子 和則、寺元 隆、安井 明
 昭和62年（5）西澤 徹、竹中 捻幸、大川得太郎
 昭和63年（2）伊藤 智康、南 幸作
 平成1年（2）藤沢 直史
 平成2年（3）湊 康行、柴田 敏弥
 平成3年（2）小堀 肇彦、岩城 啓好
 平成4年（2）本田 泰郎、桑野 吉浩
 平成5年（4）戸堂 慎一、酒井 啓、日下 昌浩
 平成6年（4）仁田 史人、島本 敬三、姜 良勲
 平成7年（5）宮口 正継、木下 裕介、音野 慶仁、鈴木 英介、鱧永 浩
 平成8年（4）森川献志漢、中塚 洋直
 平成11年（4）小竹 志郎、明石 健一、米田 昌弘
 平成12年（3）妻鹿 良平、徳原 善雄
 平成13年（5）高尾 泰広、田口 晋、山北 真也
 平成14年（5）中尾 佳裕、軈 浩康、木村 浩朗

未納入の先生は、以下の方法を選択の上、納入お願い申し上げます。

納入方法

銀行をご利用の場合

みずほ銀行：住吉支店 店番号471

普通：1155983

口座名：市大70周年準備委員会

(シダイ70シュウネンジュンビイインカイ)

振り仮名は、イチダイ、ではありません。お間違いのないようお願いいたします

郵便局ご利用の場合

記号：14070

番号：16647361

なまえ：シセイカイ

注：振込用紙をもって領収書に替えさせていただきます。

寄付金金額

開業3年未満	総額10万円（1回払い）
開業3年～10年未満	総額20万円（1回もしくは2回分割）
開業10年以上	総額30万円（1回もしくは3回分割）

（年限はH27.4.1の時点での開業年数です。）

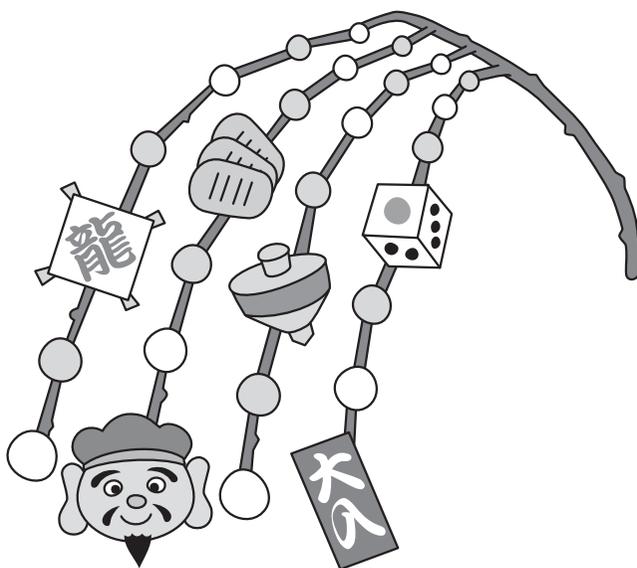
一括納入、あるいは2～3回の分割納入も可能です。

開業年数により該当する金額をお願いします。

70周年記念事業市整会実行委員会

委員長 鳴嶋 真人

（会計担当 柳井 尚浩 宮内 晃）



家族会のお知らせ

市整会家族会旅行を企画して

福利厚生担当 大川得太郎（昭和62年入局）

行楽の秋ということで、たくさんの先生方に楽しくご参加いただいた、市整会家族会旅行の報告を致します。市整会家族会は、だんだんと参加人数が増えて、バス2台が普通になってきました。60名以上の食事の場所を確保するのが、実は大変です。秋は婚礼の披露宴の季節で、良いところは1年以上前より予約が入って来ます。ということで、私が担当して3回目の伏見稲荷の家族旅行の準備が終了するやいなや、2015年10月より次の旅行の準備にかかりました。候補地として、真田丸にちなんで、和歌山を最初に考えました。真田幸村由来の和歌山の九度山は大阪から結構距離があり、また60人以上の食事場所が見つからなかったため、今回は断念しました。それから、今までの家族会旅行で奈良に行っていないことに気づきました。そこで候補地を奈良に絞り、食事場所を捜していきました。奈良でも、60人以上がテーブル席で食事ができる、市整会の家族会にふさわしいところはあまりありませんでした。奈良ホテルも良い感じですが、ホテルは少し面白くないと考え、それ以外の場所として、菊水楼に白羽の矢が当たりました。幸運にも空きがあり、予約を入れました。

次は候補地探しで、奈良の候補地をいろいろと回ってみました。東大寺や興福寺は、観光客の多さにげんなりしました。奈良一番の日本庭園の依水園を第1候補に考えておりましたが、確かに奈良の日本庭園としては立派ですが、京都に較べれば、今一つで却下しました。第2候補は鑑真由来の唐招提寺です。雰囲気は良いですが、全体的に暗いので、却下しました。次に向かったのが薬師寺です。とっても明るい雰囲気、三重の塔が東と西に2塔あるのがとっても面白く、また国宝の薬師三尊を含め国宝がごろごろしているお寺でした。お坊さんの説法もとっても面白く、一目で気に入りました。

次は例年人気のある体験コーナーです。最初は、鬼瓦を作る体験を考えましたが、薬師寺から少し離れており、断念しました。そこで行き着いたのが、にぎり墨です。奈良は墨の生産の90%を占め、また自分の手の型をした墨ができるのは面白く考え、奈良のにぎり墨体験で有名な錦光園を訪ねました。人数が多いので、商工会議所のホールを借りて体験をする段取りをつけ、今回の旅行の企画が成立しました。

私自身、今年の家族会は、出席のお返事が早いのに大変驚きました。募集後なんと1週間で40名が集まり、順調な滑り出しでした。それからも続々と参加希望のファックスが届き、あっという間に60名となり、バス2台が決定しました。菊水楼に最大人数の確認をとり、65名が最大人数ということで、追加募集をかけました。すぐに65名満員となり、本当に嬉しい悲鳴の連続で、皆さんご協力有り難うございました。

薬師寺は、市大と関係が深く、柴田先生、中村教授と懇意とのことで、薬師寺の玉置さんと相談して段取りを決めました。薬師寺側はドンドン観覧場所を追加したいようで、当初は1時間の予定だったのが最終的に2時間30分の長い観覧時間に成りました。南の駐車場より薬師寺に入り、北西の駐車場より帰るコースを提案されましたが、道が細くバスの移動が大変、また途中にある唐招提寺の松がバスの天井をこすりそうで、バス会社が嫌だと言いました。結局現地調査をして、ゆっくりと進めば何とか行けるということで、バス会社を説得するというハプニングが生じました。次の問題は、にぎり墨の時間が十分に取れなくなるので、錦光園と相談して、今回はにぎり墨短縮コースにすることになりました。

当日は、皆さんの集まりもスムーズで、バスも渋滞無く薬師寺まで到着し助かりました。ところが、天気予報は晴れなのに、薬師寺に到着すると小雨が降り出し、またかとガッカリしました。しかし観光



が始まると雨も止んで傘なしの観光が出来たので本当にホッとしました。薬師寺では、始めにお坊さんの説法を皆さんで拝聴しました。薬師寺の説法は前管長の高田好胤伝来と思われる、名調子でとっても楽しく拝聴できてよかったです。薬師寺側の依頼で2つのグループに分かれて薬師寺の観光が始まりました。私は第1グループにいましたが、玉置さんの緻密で楽しい解説に聞き惚れながら、格別の観光ができました。圧巻は現在工事中の国宝東塔の頂にそびえる相輪を目の前に見られたことです。もう2度と間近に見ることの無い相輪は見事な造形で、またお経のような文字も刻まれた素晴らしい物でした。1300年の歴史を間近に見られて感激しました。玉置さんによると、前日に工事で東塔の頂に戻す予定でしたが、市整会の家族会のために、工事を1日延期していただいたとのことで、ご配慮に感謝致しました。西遊記で有名な三蔵法師の展示をみながら、平山郁夫画伯の壁絵の展示に向かう途中で、空より爆音が聞こえてきました。奈良の自衛隊駐屯60周年を記念した式典があったそうで、ブルーインパルスの曲芸の歓迎を受けることに成りました。わずか20分間の飛行だったとのことですが、薬師寺の広々とした境内より見られたのは幸運でした。空では、ブルーインパルス、下では三蔵法師の話と、タイムギャップのすごい観光を堪能しました。平山郁夫画伯のシルクロードの壁画もすばらしく、高田好胤管長の秘書をされていた玉置さんの解説を聞きながら、病気の高田管長をヘリコプターに乗せてこの壁画を見せる計画もあったが現実と成らず、残念だったと聞きました。また平山画伯が高田好胤と思われるお坊さんを追加で描かれた話も聞き、いたく感動しました。

次に、昼食の「菊水楼」に向かいました。通常は30分位で到着の予定でしたが、ブルーインパルスのために、すごい渋滞で1時間位かかりお疲れ様でした。菊水楼の大広間のある建物は重要文化財に指定されており、その中で宴会が始まりました。食事の会席料理も、とっても美味しく、自然の成り行きかもしれませんが、皆さんの会話も、お酒も進む進む！全員が自己紹介を兼ねた近況報告をされ、とっても楽しい会となりました。

最後ににぎり墨体験に向かいました。本来は、ご自分で丸めてにぎり墨を作っていただく予定でしたが、薬師寺での観光及び渋滞のため、残念ながら短縮コースになり、残念でした。

今回、盛り沢山で大変でしたが、楽しい日帰り旅行を無事終えることができ、ありがとうございます。来年の市整会家族会は市整会の式典のためお休みです。充電期間を置き、再来年は京都旅行を予定しております。お子さんも参加できる、とっても楽しい会ですので、若い先生方、未参加の先生方も、どうぞ気楽に市整会家族会にご参加頂き、親睦を深めてもれれば、と思います。

市整会ゴルフコンペのご報告

担当理事 長濱 信一（昭和59年入局）
 田中 直史（昭和56年入局）
 上野 憲司（昭和60年入局）
 湊 康行（平成2年入局）

平成28年6月5日天野山CCにて35名9組の先生方に参加していただき、スケルトンコンペが行われました。ゴルフ場に到着するまではかなりの雨量で開催が危ぶまれましたが、スタートしてみると小雨になりその後は薄曇りで過ごしやすい気候の下でプレイができました。今回は中村教授をはじめ大学から若い先生が多数参加され、賑やかな会となりました。勤務医の参加者は計16名でした。結果は、優勝が長濱、準優勝は小竹先生で、開業医組が上位を占める結果となりました。私の優勝はたまたまハンディが付いたのが良かったと思います。また小竹先生は最近めきめきと腕を上げられているようです。中村教授もドラコンを獲得され、主催者側としては無事に賞が当たりホッといたしました。バスグロは島田先生がグロス81で見事獲得されています。表彰式は中村教授に大学の先生を紹介していただくなどして、終始和やかな雰囲気で行われました。なお、このコンペを最後に鳴嶋会長と福利厚生担当副会長の安田先生が勇退されました。今までご指導ご鞭撻くださ

り、ありがとうございました。

続いて市整会コンペですが、12月4日に泉ヶ丘CCで20名5組の先生方に参加していただき行われました。前半は晴天で暖かく気持ちよくプレイできたのですが、徐々に雲行きが怪しくなり後半の最後の3、4ホールは本降りとなりました。結局、今年のコンペは2回とも雨絡みとなってしまいました。結果は優勝が島田先生、準優勝が田中先生で、同期のワンツーフイニッシュとなりました。バスグロは大草先生がグロス83で見事獲得されています。表彰式は新体制となり天野会長の開会のご挨拶から始まり、福利厚生担当副会長の馬野先生の閉会のご挨拶で終了いたしました。

両コンペの10位までの順位表は以下の通りです。入賞された皆様おめでとうございました。今年度もたくさんの先生方に参加していただき、誠にありがとうございました。来年度も年2回のコンペを開催する予定ですが、親睦の会としてお気軽に参加して下さいようお願い申し上げます。

第23回スケルトンゴルフコンペ上位者成績（敬称略） 参加者35名

		西	北	GROSS	HDCP	NET
優勝	長濱 信一	43	43	86	15.6	70.4
2位	小竹 志郎	42	47	89	18	71
3位	林 正樹	44	43	87	14.4	72.6
4位	横井 卓哉	51	60	111	38.4	72.6
5位	楯 憲一郎	50	47	97	24	73
6位	田中 秀和	43	51	94	20.4	73.6
7位	金田 国一	42	42	84	9.6	74.4
8位	山藤 修輔	46	44	90	15.6	74.4
9位	堀 悠介	54	70	124	49.2	74.8
10位	上野 憲司	53	51	104	28.8	75.2

第25回市整会ゴルフコンペ上位者成績（敬称略） 参加者20名

		葛城	岩湧	GROSS	HDCP	NET
優勝	島田比呂志	44	43	87	16.8	70.2
2位	田中 直史	44	46	90	19.2	70.8
3位	大草 良夫	41	42	83	12.0	71.0
4位	長濱 信一	46	43	89	16.8	72.2
5位	上野 憲司	48	54	102	28.8	73.2
6位	吉田研二郎	54	51	105	31.2	73.8
7位	楯 憲一郎	50	48	98	24.0	74.0
8位	湊 康行	44	46	90	15.6	74.4
9位	中野 博友	53	53	106	31.2	74.8
10位	原 好延	43	50	93	18.0	75.0



6月5日天野山CCにて

追悼

吉田先生のこと

吉田正和先生が平成28年7月11日にご逝去されました。昭和30年入局の大先輩です。

南大阪で開業されている先生方が多い中、豊中市上野でご開業されており、小生が開業したところ、豊中在住ということで親しく言葉をかけていただきました。右も左もわからずに総会に出席した折に、開業医の心構えや服装について教えて頂いたことを思い出します。先生は小柄な方で柔らかな笑顔が印象的でした。

一時期川西の山奥でアウトドアの遊びをしてい

天野 祐一（昭和57年入局）

たころ、先生とママシの話になり山奥で遊ぶならママシの抗毒素血清を持っていかないといけないとアドバイスを頂いたりして、昔話をお聞きしたものです。野外の遊びに精通しているようでした。

閉院されて久しく、先生の診療所がありましたショッピングモールもすでに更地になっており、市整会にもとんとお出でになっておりませんでした。

今は先生のご冥福をお祈りするばかりです。

木下 孟 先生を偲んで

伊藤 成幸（昭和25年入局）

先日、木下孟先生の訃報に接し非常な驚きでした。少し前に体調を崩されたと聞いておりましたが、私にとってはショックでした。

先生と私は、昭和19年（戦時中）に医専一期生として入学し、約3年間机を並べて学んだ仲間でした。終戦後、医学教育の改革が行われ、医専に残る者と大学へ進学する者にと別れ、私は医専に先生は大学への道をとられました。もとを正せば同じ釜のメシを食った仲間と言うことになりました。そのため何となく気が合ってよく飲みに行ったものです。特に水野教授に怒鳴られた後など、大学の近くの飲み屋（三木屋）へ自然と足がむいて、飲みながら水野教授のたなおろし等して憂さを晴らしていたことが昨日のように思い出されます。また、歩行の研究グループの仲間として、一緒に関西労災病院の広い講堂で光点点滅法で左右の歩行の軌跡をカメラで撮って、それを一步一步解析する非常に根気のいる作業を行ったことも、

今から思えば楽しい思い出です。この研究で私も含め木下先生はじめ10名ほどの方が学位を取られました。

市整会（はじめは開業医会と云っておりました）の発足に際して、当時大学の講師をしておられた木下先生が側面からいろいろ応援して頂いたことを思い出されます。また、小谷教授が亡くなった後の教授選では、いろいろな思い出がありますが、島津先生に禅譲されたことも先生のお人柄がうかがえる出来事でした。

私ごとになりますが、昭和48年頃、私が大山のスキー場で転倒、左下腿複雑骨折になり、かろうじて帰宅、私の診療所で木下先生に骨折の整復ギプスを巻いて頂いたことがありました。このように木下先生との思い出がいろいろ思い浮かんで参ります。私にとって最も近い友でした。

心よりご冥福をお祈りします。

松田先生を偲んで

昭和37年整形外科に入局し、同期の鈴木、故岩見君と豊島・松田先生の神経グループで医師のスタートをきりました。

当時腕神経叢損傷の症例が多く、手術は徹夜に及ぶこともあり様々な経験をつむことができました。先生は別称「スッポンの松田」と言われ、強力なリーダーシップで多くの俊英と幾多の先駆的業績をあげられました。その成果については40周年記念誌に詳述されています。

昭和43年頃から大学紛争が本学にも波及し医共闘の団交の場でも先生は毅然した態度を示されました。組合の重責を担われた豊島先生が彼等のターゲットになり、拳法有段者の先生がボディーガードを務められたこともありました。

昭和45年春からメルボルンのクロック先生の下で、松田、故佐久間先生と脊髄外科を研鑽する機会が得られ、留学生寮の隣室で2ヵ月間余り生活を共にし、パーティーに出席したり、誤って市街

石崎 嘉昭（昭和37年入局）

電車を急停車させたり色んな体験を共有しました。小生がパースに移った後メルボルンから陸路で態々訪ねて下さったことは忘れられない思い出です。

平成5年から昨年まで「松田先生を囲む会」がありメンバーは年一回の集いを楽しみにしていました。

出張病院を経て大学退職後は越川病院で最晩年まで臨床医として勤められました。

先生はもてるエネルギーの大半を整形外科の発展や後輩医師の育成に捧げられた人生であったと思います。大和が産んだ古武士を彷彿とさせる情に厚く義を重んじる立派な日本人として生涯を全うされました。

医師として、人間として多くのことを学ばせていただき深く感謝申し上げます。

ご冥福を心よりお祈り致します。

松田先生を悼む

一年前にお会いしたときはお元気でしたのに、ついにその日がやってきてしまいました。私を“整形外科に來い”と誘ってくれた大恩人を失い、大切な心の支えをなくしてしまった喪失感にとらわれています。先生は神経の外科をやりたいという目標に向かって初志貫徹されました。先生は“市大に神経の松田あり”と言われ、学会でも先生の発言は信用されていました。先生は昭和40年代は“むち打ち症”に星状神経ブロックあるいは腕神経叢損傷に副神経移植による神経移行術を先駆け、それは脊髄誘発電位の椎間板導出法に発展されました。先生は一連の研究テーマの下に若い先生方に多くの研究論文の指導をされました。先生は信念に基づき果敢にしつこく挑戦されました。

近藤 正樹（昭和46年入局）

時には一緒にやっても身震いするような大胆な発想を実行されました。今から思うと恐ろしいです。先生は度胸が据わっていました。我々の手術は手術中に電気診断をやるため手術時間がどうしても長引き、管理者には評判が悪かった。でも先生はナースには評判はよかったですね。

先生との出会いは昭和45年研修医のときでした。私の指導医だった先生が“外科より整形外科の方が、おもしろいから整形外科やれよ”と誘っていただきました。私が日大に見学に行く時に同行していただきサウナ風呂で語ったことを思い出します。先生は昭和46年川崎医大に就任されましたが、私は大学に残り頸腕症候群の知覚障害を客観化するというテーマを小谷教授の指導の下で4

年間その間基礎研究は古河太郎教授の下で電気生理を用いてSEP（体性感覚誘発電位）を完成出来ました。先生方のおかげでSICOT学会賞も頂きました。先生は自分のことのように喜んで頂き盛大な祝賀会を催して頂きました、腕神経損傷の手術が真夜中に延び病院近くのサウナ風呂で夜を明かしたこと、1983年国際筋電図学会に同行いただ

きミュンヘンからスペイン、ロンドン経由の旅の思い出など尽きません。先生の教えである“神経”診断の重要性を忘れない整形外科医を心がけて参ります。公私ともに大変お世話になった松田先生のご冥福をお祈り申し上げます。

合掌

松田先生とBPI

昨年8月の松田会でお会いしたのが最後になりました。持病の肺線維症で体調が悪いと聞いておりましたが、まさかの訃報の知らせにびっくりしております。寂しい限りです。

私は昭和53年入局以来、約38年間松田先生に何かにつけてお世話になってきました。長い年月の中で色々な思い出がありますが、特に、医局からの命令で、昭和54年に呉共済病院に出向した時に、初めて松田先生にお会いし指導を受けました。当時、先生は川崎医大助教授を退職し、呉共済病院に就任されておりました。（その当時、東大教授の津山先生に筋電図学会の評議員に推薦されたと大変喜んでおられました）当教室の近藤正樹先生が発見されたSEP（第13回SICOT懸賞受賞）を使って脊椎疾患、抹消神経損傷、特に、腕神経叢損傷（BPI）の術前診断に応用できるように研究を進められていたと思います。毎週土曜日の午後も家兎を使った神経根圧迫によるSEP波形の実験をされていました。その後、昭和55年に市大にもどられた先生から、家兎を用いたBPIの動物モデルの作成を命ぜられました。その成果を手の外科学会に発表する前に、「これで東大の津山先生をびっくりさせよう」とおっしゃっておられた先生の顔が目には浮びます。

また、先生は「ぼくは野武士や」とよくおっしゃっておられました。その時はどういう意味でお

呉家 守二（昭和54年入局）

っしかったのか理解できませんでしたが、松田先生は、東大神経グループの津山先生を尊敬しつつも津山先生を追い越す事を目標にBPIの研究と臨床をつづけられていたようにも思います。

上肢の切断しかなかったBPI全型麻痺に対して昭和40年代に、肘関節機能再建を目的に肋間神経移行術の開発、（東大グループとほぼ同時期）その後、肩関節機能再建を目的に副神経移行術の開発、MRIなどの画像診断法のない時代に全型麻痺に対する節前損傷か節後損傷かの確定診断のためSEPを用いた電気生理学的検査法の開発を行いました。また、節後損傷時のケーブルグラフト手術には、フィブリン糊でケーブルを1本の神経根の太さにして縫合する術式の開発も行っています。その当時、BPIの治療は東大と市大が一步も二歩もリードしていた時代でした。平成5年に市大を退職し、越川病院に移られた後も、先生の名前を聞きつけて多くの患者さんが手術を受けにこられていたようです。

80歳近くまで1人で精力的に頸椎・腰椎の複雑な手術をされていました。まさに医者が天職のような方でした。

松田先生、長い間ご苦労さまでした。ありがとうございました。

合掌

学問を舐めたらあかんよっ

宮内 晃（昭和60年入局）

かつて「学問を舐めたらあかんよっ」と、それは周囲も震え上がるほど厳しいご指導を頂いたことがある。続けて、書家であられたご父様のお話を持ち出され、一枚の書のために何日も何枚も真剣に相對し、納得のいくまで書き続けてようやく仕上げる、人を感動させるには真剣な努力が必要だ、とお話しされた。何事も真摯に取り組まれた松田先生のお姿はまさにそのままで、スライド一枚に、一字一句に全身全霊、真剣白刃に臨まれていた。

わずか数百年前、武士がどのような立ち居振る舞い、佇まい、雰囲気を持ち合わせて日常を送っていたか、小説や時代劇から窺うことはできるが、それらを肌身に感じ、実の姿を目の当たりにすることは誰にもできない。しかし、松田先生の姿を通して、武士の有りよう、実像を想像できるのではないかとわたしは思う。それは、先生の持ち合わせた凄まじい気迫である。微動だにせず机に向かっておられるお姿、手術室でマイクロの前に座すお姿、筋電図の波形を眺めじっと黙考されるお姿、まさに「正覚を得ずんばこの座を立たじ」の如く、修行僧のように静謐の中に漲る気合いを示しておられた。どれ一つをとっても今となっては尊く偲ばれる。一旦気迫を充満されると、近寄りたがたい湯気の出るような雰囲気を醸し出され、傍のものは声をかけるのも憚られたものである。うっかり近づくと切りつけられるようなあの気迫は、先生の身近にお仕えした者にしか実感できない尊い機会であり、つくづく自分は幸せ者であった、と思う。

学会場では他大学の先生の方から松田先生に近寄り、教えやアドバイスを乞うておられた。無論、包み隠さずもったいぶらずに対応されていた。阪大の先生には、次のように聞かされたこともある。当時の小野教授が「松田君のように一つのことを真剣に深めよ」と褒めておられたと。所属、専門分野を超えて誰もが知る存在で、誰もがその実力と偉大さを認識していた。にもかかわらず、松田先生ほど名声、名誉、肩書といった類の

世俗の生臭さから縁遠かった方は居られない。それは一つの仕事が終わると、その直後から次のテーマとその解決方法を思索しておられ、終わった仕事を振り返らず、論文と言う形に残すことに頓着されなかったからである。常に前進、何か新しい発見や知見を求めて、邁進挑戦されていた。松田先生を突き動かしていたのは真理追求であって、先生の興味は名を残すことよりも真理に対する探究心の方がはるかに勝っていたのである。その姿勢は、まさに無欲恬淡、武士に共通するのではないかと思われる。市大整形外科に、その精神が灯火として長く灯し続けられることを願うのである。

しかし、松田先生が最も人を引き付けたのは以上の様なしなやかな厳肅なお姿ではなく、気さくで人情味溢れる人柄、人懐っこい笑顔、義理堅さであった。学会発表の後、座席に戻ると必ず「よかったよお」と笑顔で声をかけて下さった。スライドも原稿も殆ど松田先生の手によるものであるにもかかわらず…。松田先生を頼る者には、医者であれ患者であれ、必ず手を差し伸べて下さった。明らかに手術適応外の症例（私の主観である）であっても、患者に頼られたら「やったらなあかんねえ～」と手術に挑まれた。負け戦と分かっているにもかかわらず、人情と義理を優先されたのである。結果、松田先生の外来は、さながら不定愁訴外来であったが、眠っているかのようにじっと訴えに耳を傾けられ、文句らしい暴言を患者から聞いたことはない。こちらから手を離さない限り松田先生から手を離されることは一度たりともなかった。師の姿を真似ようと一心努力したつもりだが、残念ながらその境地には遠く至らなかった。

自らの修行の成否は良き師に出会えるかどうかで決まる、と密教僧の話にある。果たして、わたくしは良き師に出会ったか？

一間違いなく出会えた。

名刀は、焼（しょう）、打（ちょう）、磨（ま）のどの工程をおろそかにしてもできないと言う。果たして、わたくしは鍛えて頂いたか？

一間違いなく、随一無二、至高の師によって懇切丁寧に焼いて打って磨いて頂いた。

では、何故わたくしは、なまくらで刃物とは似つかない代物になってしまったか？

—ただ素材が悪かったから、と嘯いたところで今となっては空々しい。

訃報に際し、この様な愚かな弟子に注ぎ続けていただいたご恩情を顧みて、ただただこうべを垂

れて謝するのみである。師匠と弟子の絆は、夫婦、親子の関係より深いと言う。素材を少しでも磨き、近い将来に、再度弟子としてお仕えさせていただけるよう精進を重ねたい。

医道、学問道、武士道、を貫かれた松田先生のご生涯であった。

有難うございました。



松田先生は市整会会員ではありませんが、多くの弟子が会員のなかにおられます。追悼文執筆の問い合わせが多かったため、今回は昭和30、40、50、60年代入局の先生方に各年代を代表して書いていただきました。

広報：宮脇

最新の整形外科

腱板断裂から変形性肩関節症に対する治療戦略

伊藤クリニック 大阪ショルダーセンター 伊藤 陽一 (平成3年入局)

本日の講演内容

広範囲腱板断裂とCTA (Cuff Tear Arthropathy)

リバーズ型人工肩関節 (RSA) について

- 適応疾患
- 歴史
- RSAのバイオメカニクス
- RSA手術の実際とピットホール
- RSAの臨床成績と最近の研究

Cuff Tear Arthropathy (CTA)

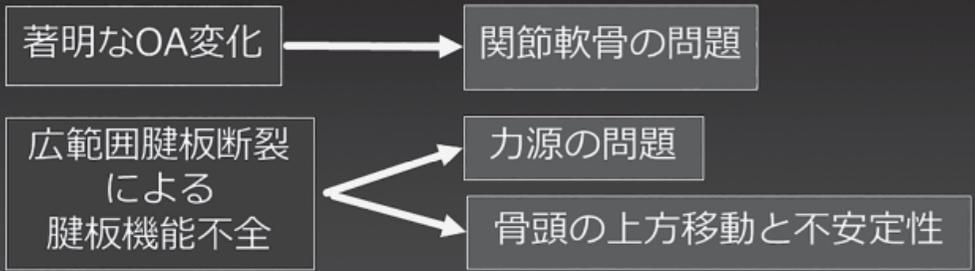


著明なOA変化

断裂腱の引き込み

断裂腱板筋
の委縮

Cuff Tear Arthropathy (CTA)



これらを同時に解決できるのが
三角筋の機能
+

リバース型人工肩関節 Reverse Shoulder Arthroplasty: RSA

GRAMMONT “ a prosthesis which relies solely on the
1985 deltoid for both movement and stability ”

動き（力源）と安定性の両方を
三角筋の機能に依存した人工関節



Paul Grammont



No neck and large ball



RSAの適応疾患

- Cuff Tear Arthropathy (CTA)
- Massive rotator cuff tear without arthritis
- Failed rotator cuff repair
- Posttraumatic Arthritis

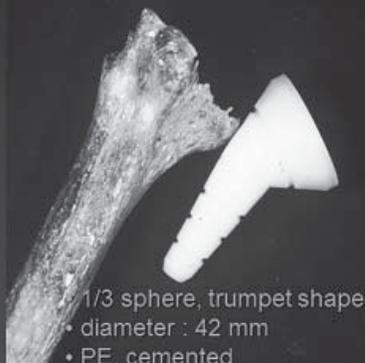
• • • • • • • •

Grammont Reversed Prosthesis

Initial Prototype (1985)

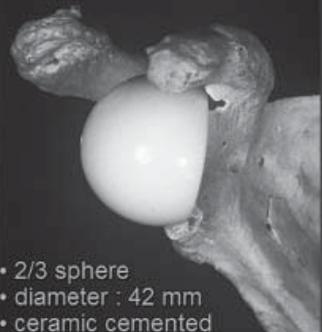


Humeral component



- 1/3 sphere, trumpet shaped
- diameter : 42 mm
- PE, cemented

Glenoid component



- 2/3 sphere
- diameter : 42 mm
- ceramic cemented

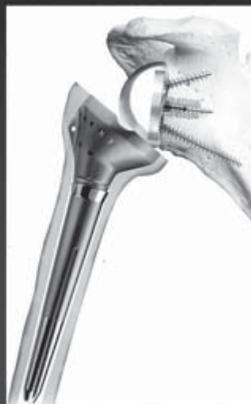
Second Prototype (1986)



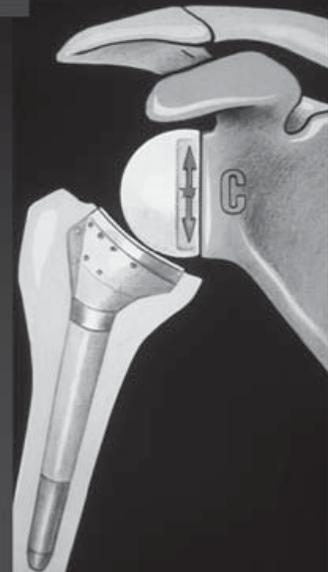
Definitive design (1991)



Paul GRAMMONT

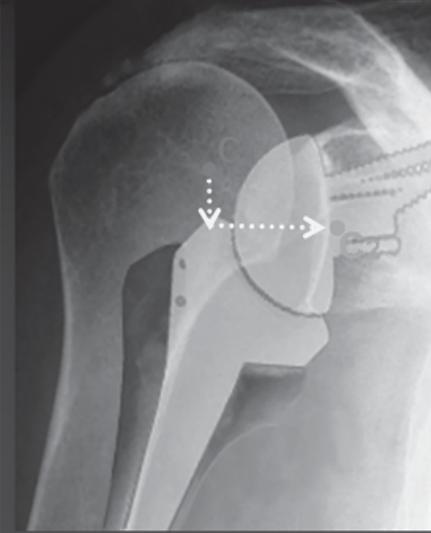


1991





Grammont RSAの特徴



1. Large ball :
ROM ↑ ・ Stability ↑
2. No neck :
glenoid componentへの負荷 ↓
3. 回転中心が移動
内側 :
deltoid lever arm ↑、
deltoid torque ↑、
Stability ↑
下方 :
deltoid tension ↑



OSAKA SHOULDER TEAM

Shoulder and Elbow Clinic
Department of Orthopaedic Surgery
Osaka City University Graduate School of Medicine
OSAKA JAPAN.

近頃の頸椎手術

きょう整形外科・神経外科クリニック 姜 良勲（平成7年入局）

早いもので開院して、この12月3日で3周年を迎えました。開院後、最初の4カ月は準備期間、4月から本格的に入院手術治療を始めましたが、先日、週刊朝日ムックの『首腰ひざのいい病院2017』に初年度の手術件数が掲示され、狭窄症より手術症例が少ないものの腰椎椎間板ヘルニアに関しては兵庫県3位でした。さて昨年、一昨年と腰の話をしましたので、今回は頸椎手術について紹介しろとのことで、お話をさせていただきます。

①前方アプローチについて

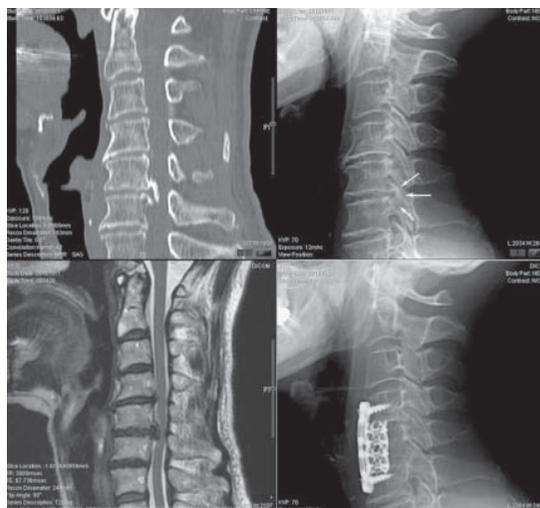
私が、研修医の頃は前方固定と言えば腸骨を必ず採取していました。プレートせずに腸骨骨移植で嚴重に術後安静及びフィラデルフィアカラーをしていて脱転という症例なんかも目の当たりにし、かといってプレートもものすごく分厚いくせにロッキング機構もないようなものでした。最近ではプレートも薄くなり、ロッキング機構にもなり、使い勝手もかなり楽で、骨のしっかりした男性であれば術後、外固定なしで翌日から歩行、2、3日で退院します。ケージ使用を基本とし腸骨は採取不要です。また、ケージと人工骨が発達し、特にコーティングケージの出現によりケージ単体でのずれのリスクが減りました。はまりぐあ

いでもどうしてもプレート併用必要な時があったり、骨粗鬆があればプレート併用望ましいですが、2椎間まではプレート併用無しのケージ単体でいけるケースもあります。（プレートをしていないと早期は心配ですが）OPLLで椎体亜全摘する時も亜全摘した椎体と人工骨をシリンダータイプのケージ（ピラメッシュ®）と共に用いれば腸骨や腓骨採取は不要です。さすがに外固定はして頂きますが。下記の症例いずれも5日以内の入院です。症例1はヘルニアと言えどもケージだけでは不安でプレート併用しています。症例2のようなのはレントゲンではっきりOPLLと分かっているのですが、脊椎外科医に診てもらったという患者さんなんかでも良く見落とされています。症例3のようなのは前方から除圧して硬膜管は広がっても脊髄委縮は残りますね。全体的に狭い分は後方からも除圧することもあります。

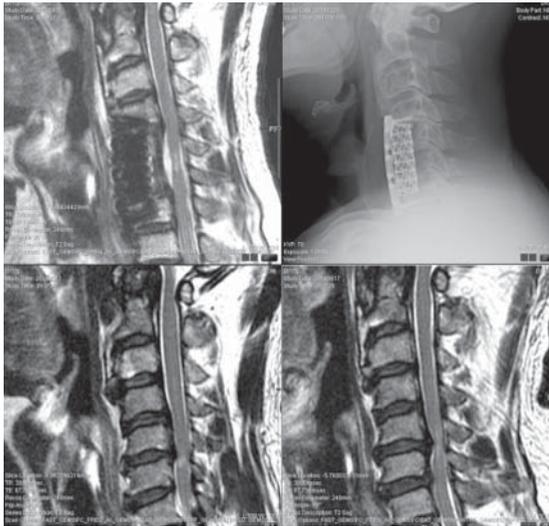
とはいえ、あんまり骨粗鬆症が強い場合は椎体亜全摘が不安な時もあります。症例4は椎体を削る幅を狭くして、しかし、斜めに顕微鏡を入れてしっかり除圧して、腸骨移植した例です。上下、左右側方で早期骨癒合を目指すわけです。そもそもピラメッシュは10×14mmか13mmΦの幅が必要ですが、それ以下の幅で除圧を遂行し、腸骨移植し



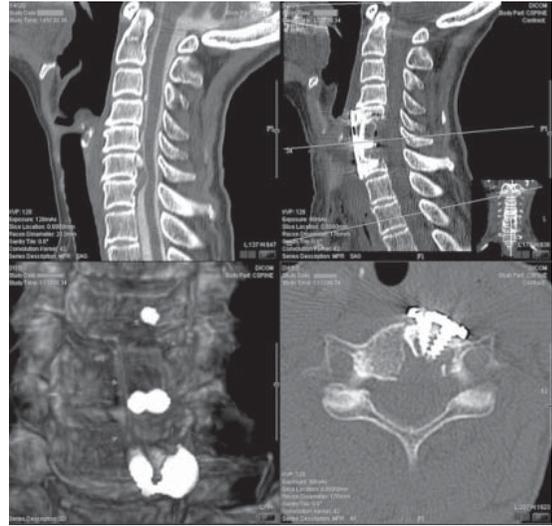
症例1 ヘルニア・頸椎症 高齢女性



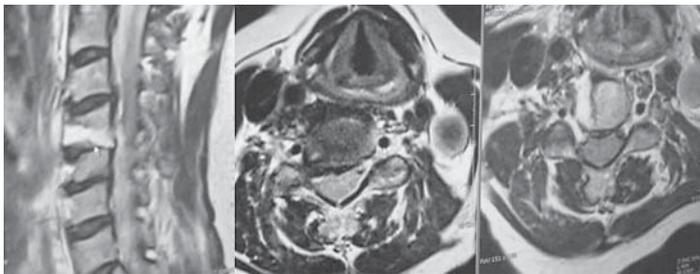
症例2 OPLL 2椎間 高齢女性



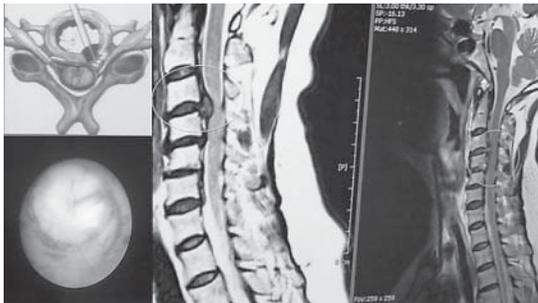
症例3 OPLL 3椎間 中年男性



症例4 OPLL 高齢女性



症例5 (ウリドゥル病院) 顕微鏡下経椎体的除圧



症例6 (ウリドゥル病院) PECD

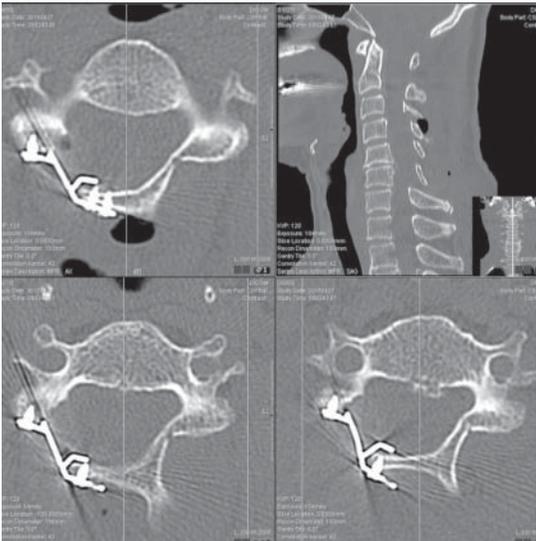
返しがつかないとかん口令をしていますので、実はまだ導入していません。学会ではO病院のS先生が毎回、いい加減に前方からのPECDするのやめてくれと出沢先生に言われていますが、続けておられます。S先生は勿論日本のPELDの大家の一人です。私は経椎体的に取る方法と

PECDの折中した方法で導入しようかと考えている今日この頃です。ちらっと、経椎体的摘出・除圧（顕微鏡下）とPECDの画像だけお見せします。ウリドゥル病院のもので、（以前に許可を得ています）

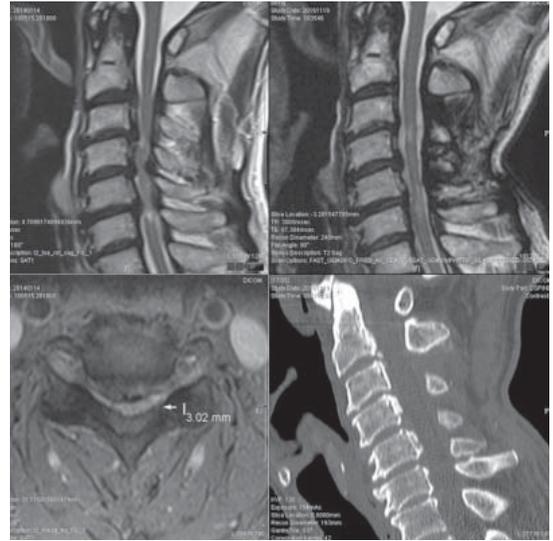
②後方アプローチについて

多少の後彎変形でも椎弓形成を選択する先生方も多いでしょうが、私は後彎変形例で、1例、非常につらい結果を経験しました。前方アプローチには前方の合併症リスクありますが、現況では後彎変形があれば前方固定というスタンスです。とは言え、黄色靭帯肥厚や脊柱管狭窄は椎弓形成が基本です。椎弓形成については人工骨スパーサーでなく、センターピース?を用いています。確実に開大を維持でき、手技もスパーサーを入れるよりはるかに簡便です。あと、OPLLと黄色靭帯肥厚や脊柱管狭窄を伴うような症例は躊躇せず椎弓切除が良いと考えています。椎弓形成にこだわってはいけません。

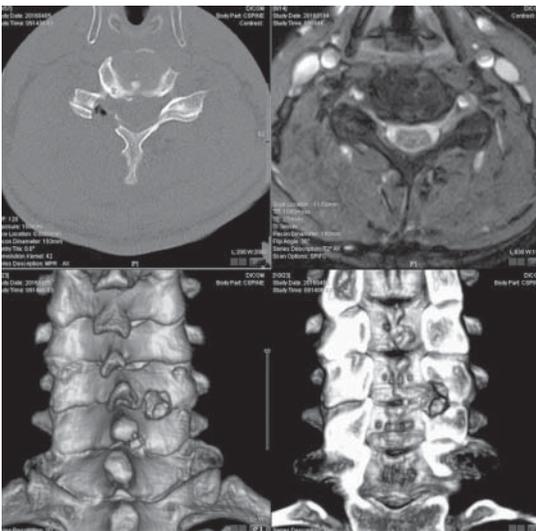
ています。そして、実はこの幅が少なくオブリックにアプローチして脊柱管を除圧できれば、そもそも骨移植自体が不要です。その他、経椎体的にヘルニアを取り、固定をしない方法もありますが、確実性と言う面で現状では固定を選択する例がほとんどです。あと経皮的内視鏡下頸椎椎間板ヘルニア摘出術（PECD）は素晴らしい手技ですが、日本のPELDの第1人者の出沢先生が日本ではまだしない方が良い、誰かが問題を起こすとその手術手技自体が否定されてしまう。脊髄は取り



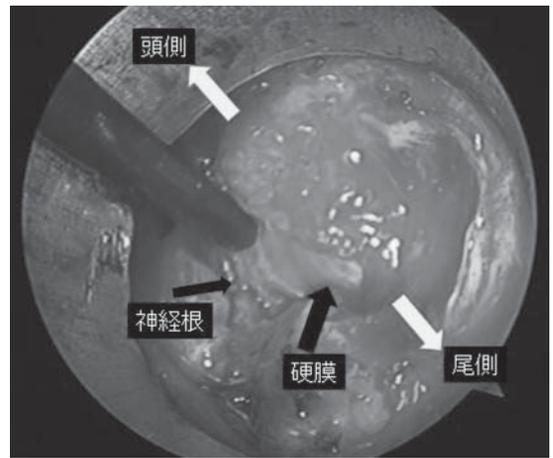
症例7 センターピース®



症例8 OPLL+黄色靱帯肥厚 椎弓切除例



症例9 内視鏡下椎間孔拡大術



症例10 内視鏡下椎間孔拡大術

後方からの内視鏡としましては内視鏡下椎間孔拡大術、内視鏡下ヘルニア摘出術（側方に出ているヘルニアに対して）を16mmのチューブローレトラクターを用いて行っています。出血対策が手技のポイントになります。症例9の患者さんは2泊3日入院で退院翌日から仕事されていました。後方からのPECDについてはかん口令が敷かれているわけではないので、次回あたりに御紹介出来ればと思っています。

以上、頤椎手術について書かせて頂きました。しかし、脊髄レベルは万が一、事が起ると取り返しがつかないので、手術ができるから手術すれば良いというものでもありません。患者さんにもよくよく念を押して手術をする必要があります。ただ、手術適応がある頤椎疾患の患者さんどうしても来られますし、保存経過をみるのもリスクがあります。転倒で脊損になった患者さんを数多く見てきています。手術しないのもリスクがあるわけです。手術するリスク、手術しないリスクを重々患者さんに理解してもらする必要があります。頤椎も対応していますし、頤椎手術も増えていますが、腰の手術専門の方が気苦労はしないですね。ではこの辺で今回の稿を終えます。

大阪マラソンで救護活動をしませんか

古瀬 洋一（昭和60年入局）

第6回を迎えた大阪マラソンが2016年10月30日に行われました。マラソン初心者もたくさん走るため、大会では万全の救護体制を講じています。救護所は20kmまではおおよそ5km毎に、20km以降は2～3km毎に設置されて不具合を起こしたランナーをサポートします。ランナー10万人当たりの心停止発生率は0.54人、心停止例における死亡率は71.2%とされていますが、6年間で約20万人が参加した大阪マラソンで死亡したランナーはいません。

下肢の筋肉痛や靴擦れ等の運動器の不具合を訴えるランナーは非常に多く、第1回から大阪臨床整形外科医会（OCO）所属の医師が毎年50名以上派遣され救護活動を行っています。各救護所には整形外科医と内科医が配置され、運動器の問題には整形外科医が、内科的な問題には内科医が役割分担して対応しています。

OCOでは在阪5大学（阪大、市大、大阪医大、関西医大、近大）で10名ずつの派遣体制を基本にして毎年調整しています。市大からも毎年10名前後の先生方をお願いしています。第6回大会では藤原良江、斧出安弘、秋野一男、上野憲司、

調子和則、日下昌浩、木下祐介、妻鹿良平、輒浩康、古瀬洋一（敬称略）が救護所に出務し、黒田晃司、増田 博両先生が遊軍として各救護所のバックアップに当たりました。

大阪マラソンに興味のある先生、スポーツの現場で活動してみたい先生、大阪マラソンオリジナルグッズが欲しい先生、いらっしゃいましたら是非お知らせ下さい。

次回第7回大阪マラソンは2017年11月26日（日）開催予定です。朝から午後まで救護所へ出務していただいた後はハイアットリージェンシー大阪で慰労会を行っています。普段経験できないスポーツ現場での活動後は美味しいお酒と料理で疲れを癒してください。

連絡先：医療法人有光会サトウ病院 医局秘書
松添まで

Tel：06-6961-3191

Email：ikyoku@sato-hos.or.jp

（なお、大阪府医師会およびOCO非会員の先生は両会と交渉しますのでお時間をください）



大阪マラソン

藤原 良江（昭和44年入局）

2011年より始まった大阪マラソンも今年6回目を迎えた。AEDの使用はあるが死者零が大会本部の自慢である。大阪臨床整形外科医会がバックアップし、多勢の会員が救護活動に参加している。第1回、2回は各救護所廻りをし、実状をみていた。2回目の終わった反省会で更衣室担当の医師から、「30分間隔で女子更衣室をのぞいているが、のぞき魔のように思われるのは嫌や、君、毎年参加しているなら、来年から女子更衣室を担当してくれ」と言われ第3回大会より女子更衣室を担当している。

第1回目の折、救護所巡りで敷津小学校の校庭に行った時、山中伸哉先生が話題にのぼった。私はその年の8月頃、毎日新聞の山中先生との対談を読んでいた。十回位続いたと思う。その終り頃、大阪でも走りますと話しておられた。私は大阪マラソンだと直感した。当日の朝、ゼッケンナンバー12,000～15,000の人の集合場所に空色のウェアの人が山中先生に酷似していた。それを話すと、丁度その敷津小の救護所の担当者（内科医）が「山中先生は僕の高校の後輩だ」と言われ、そこに出場者全員の名簿があったので手分けして探した。12,850台あたりにあったと記憶している。その番号まで山中という名前は三人いた。そのうちの一人は信也であった。それをO.C.O.Aの本部の人に電話連絡すると走者の靴に何か装置してあるらしく、すぐ今どこを走っておられるか、そこまで要した時間も判明したらしい。第2回目からは先生は招待選手となられた。海外へ出張されていて欠場なされた年も一再ならずあったが日本にいる限り出場なさっている。今年の出発時のウェアは黒であった。私は更衣室担当になってからは、完走された先生を迎えられると思っていたが招待者は別室で更衣するので一般の更衣室までは来られない、残念なことである。

さて、更衣室の話にもどる、更衣室は朝10時から夕6時までいなければならず時間も長いし、お茶も何もない。昼食は勿論お茶も持参している。

最初は血圧計、聴診器も持参したが重いのでこれは2016年から止めました。場所は見本市会場6号館で一番奥に建っている3階である。ニュートラム中ふ頭駅で降車して近道をしようとしても裏口がないのでまわっていかなければならない。そして反省会は夕6時から始まる。勤務の終了が6時なので、それから足の遅い私は会場まで25分要する。いつも森医師から催促の電話を受ける。しかし私の携帯は音が鳴らないので電話を受けた事を知るはその日の深夜である。今年も翌日森先生に「何のご用でしょうか？」と掛けて「昨日のことです」と叱られてしまった。

更衣室は10時半頃から看護師、トレーナー、大会関係事務員などが来室し、様子を見ていく、10時45分頃になると、5km時点でタイムオーバーした者、ケイレンが痛くてリタイアした者が来室する。しかし彼女等はそれほど悲しそうにもしていない。5km、10km時点で乗せられたバス内で気持の整理がついているのだろう。終点地点で受取った衣類を抱えて入室してきて着換え、何事もなかったように帰っていく。1時近くになると満面の笑みを浮かべて入室してくる。多分3時間を切った者だと想像している。1時から2時半までに入室する者は表情は明るく朗らかである。2時半から3時半は会場が一杯になる。ある人と眼があって「あなたは昨年より記録少し落ちました？」と聞くと「はい」と明るく笑っている。とるに足りない位のタイムだったのだろう。

今年の特徴は何だろう？

①下肢のケイレンが多かった。何回も呼び声がかかった。膝を伸ばし、5～6分間あぐらを足背しているとよくなる例ばかりだった。走り込み不足によるものらしい。

②室内をウロウロ歩いていて「おや？」「変だ」と思ったことは女装した男性？ だった。二人いた。同じ場所にはいない。結構離れている。二人とも髪型はショート、一人は黒髪、一人は茶髪、服はセーターにズボン、一人がズボンにはき替えた時みていたがパンツは女物であるがショートで

はない。ミディアム、透けてはいなかった。股間の膨隆はなかった。ある人曰く、「under brajier していると分らない、Ope.しているかもしれん」看護師が来室したのでその二人を教えて彼女らの意見を求めた。彼女等はゴミ集めしているボランティアに、その人に「ゴミありませんか」と言われた。その時女性的な声をもどってきたとのことだった。歩き方は男性そのもので歩幅は広くて速歩であった。私はその人が出ていったあと100mついて行った。何も分からなかった。

そのあと大部経ってから大会本部の事務の方が来室され、「何か変わったことありましたか」と言われたので「女装した男性二人みて、仔細に見てましたが確信には至りませんでした」と報告して

おきました。本部でも女装した男性の話が出ていたとのことでした。

もし2017年もそのような人をみたら古瀬Dr.妻鹿Dr.木下Dr.に来てもらい鑑別してもらおう予定であるが、妻鹿Dr.曰く

「僕ら男性が女子更衣室に入れません」

「医者なら入ってきて良いです」

「そんなようしません、又時間がありません」

「3時前後になったら暇になると言っていたでしょう！ 来年は携帯で呼び出すから」

「……。」

誰方が女性男性を見分けるのを得意とする医者はいないかしら……。



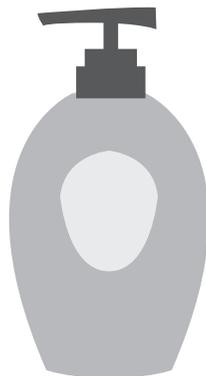
私は吝嗇な先輩かなー

藤原 良江（昭和44年入局）

私は幼少の頃から親によく言われていた。「この子は髪が少ない、三本ほどの毛や、50歳頃には丸禿になるのだろう…」と、余にしばしば言われるので私は50歳で多分丸禿なのだろうと覚悟していた。50年前頃よりウィッグの宣伝が行われていた。しかしそれは大変高価な物で洗髪もパーマ屋さんに頼まねばいけなかった。私は50歳で丸禿になったとしてウィッグの二つ三つを持つと思った。その為には贅沢をせず、一つ百万円もするウィッグを二つ三つ持つようになっていたいと思った。50歳になった時、白髪も無く、分け目の処で少し少なくなっていたがウィッグを必要とはしなかった。貯めていたお金は将来の個人年金の土台とし、毎月それに加算していった。今私は年金生活であるが、この個人年金のおかげで医師とは比較にならないが、世間一般の人より余裕のある生活が送れていると思っている。逆に私の姉は髪は豊かでパーマをかける毎に髪を削いでもらっていた。82歳の今でも髪は削いでもらっている。60歳頃から白髪が増え、今では殆んど白髪となっているが、銀髪とは言えないグレーの髪である。お世辞にも美しいとは言えない。…怒るかな…。

処で68歳頃だろうか？ 何気なく手鏡で頭頂部

をみていたら、旋毛（つむじ）の周囲が薄くなり、膚がスけてみえた。いよいよ私もウィッグが必要になったかと思った。パーマを掛けに行った時、その話をしたら、美容師さんが「このシャンプーを使ってみて下さい」と言われた。一壇8,640円で高いなと思ったが、ウィッグを買うことを思えば安いものだと使い出した。2～3ヵ月後手鏡でみたところ膚の透けてるのがなくなっていた。このシャンプー、一壇8,640円は高いと思ったが三日に一回使うと換算して約二年もちますので安価だと思って以来六年余になります。時々頭髪の薄くなっている後輩に「シャンプー変えましたか」「いいえ」「シャンプー変えたら？…」「何というシャンプーですか？」「……。」その話を美容師さんに話すと親子で使っている人がいて「息子が派手に使うのですぐ無くなります」とボヤいておられるということだった。それで男性も使ってよいのだと思ったが、一本8,640円するものを安易にようプレゼントしないまま今日に至っている。私は吝嗇な先輩なのだろうか？ と思う日々です。一人だけにあげる訳にはいきません。私の眼からみてこのシャンプーを必要とする市整会の会員に限っても結構いらっしゃるので……。



くるま道楽 14

阪本 博史（昭和59年入局）

【この時期の、車事情】

この記事が皆さんのお目に留まるのは、年始になるかと思えます。この数年を振り返ってみますと、2014年は、ハイブリット一色の年。トヨタが牽引した年でした。2015年は、EV電気自動車元年。日産、三菱が広めようとしたのですが、価格、走行距離の短さ、充電施設の普及で失敗。2016年は、自動運転という新機能で、日産、スバル等が技術力を誇示しました。そこで今回は、「自動運転」について書いてみます。

「自動運転」；夢のような装置のように聞こえますが、今のところあまり役に立つシステムではなさそうです。

まず、どんなことをしてくれるのか？①追突の防止②車線はみだしの防止③前車に追従する機能の三つが主な機能です。それぞれの実力を説明しますと、①追突の防止：速度、路面状態、ブレーキ性能、タイヤの状態に左右されます。速度は20から30kmくらいまで、滑りやすい路面状態ではないこと、ブレーキのシステム劣化がないこと、タイヤの磨耗は許容範囲内であること。②車線はみだしの防止：センターライン、ガードレールを認識して、そこへぶつかってゆかないようにします。③前車に追従する機能：衝突防止機能と同じで、前の車との距離を一定に保って追いかける機能です。すべてなかなか便利な機能のようですが、殆ど使えないオプションです。まず、「追突防止」は、停止直前や、ノロノロ運転の渋滞状況でしか役に立たないでしょう。止まろうとシステムが作動したときの距離では、40km以上ではブレーキ、タイヤの能力がついてゆけず、止まれません。次に、「車線のはみ出し防止」ですが、いろいろな道路の条件に左右されます。センターラインが白で、明確に引かれていて、途切れが一定間隔以下であること。ガードレールも同様で、ガードレールが無い場合は、傾斜のきつい切りたった壁、土手など遮蔽物があること。間隔の開いた木立は不可。最後に「前車に追従する機能」。オ

ートドライブ状態で、上限速度を一定に設定している時に働きます。前の車についてゆくので、街中ではまず使えません。高速道路で使えそうですが、いろいろなトラブルが予想されます。前の車についてゆくので、必ずしも自分の行きたい方面に行けません。自分が降りたくないインターで前の車が降りようとしたら、すばやくシステムを停止させないといけません。そして、また、前の車をオートドライブで追いかけて、引っついてゆきます。例えば、走行車線でこのシステムを使っていて、前の車が追い越し車線に車線変更したらどうなるか？やはりついてゆきます。その時、もし、前の車がギリギリで追い越し車線を走っている車の前に割り込んだら、自分の車は、後ろの車と接触します。後方斜めを感知するセンサーはついていません。また、最悪の状況としては、雪の積もった道路です。全ての機能が誤作動します。道路の整備状況にもよりますので、やはり、このシステムはまだまだ使えそうにありません。渋滞中にポケモンGOをするのには適しています。

【ノスタルジックヒーロー】

日野コンテッサ

トラック、バスの日野自動車も昔、乗用車を作っていました。古くは、昭和30年頃から「シトロエン4CV」をライセンス生産していました。ワーゲンビートルをさらに小さくしたようなタクシーを覚えていらっしゃる方もいるかと思えます。その4CVの生産経験をもとに独自で開發生産した唯一のくるまが「コンテッサ」です。1961年から1967年まで約55000台作られたリアエンジン、リアドライブ（RR）の乗用車です。コンテッサとは伯爵夫人というイタリア語です。1964年からは、「ジョバンニ ミケロッチ」デザイン、日本離れした形のくるまになり、1960年代のくるまとしては、屈指の美しさと言われています。4CVを基本に設計した為、当時としては珍しいRRでした。1300cc、直4の平凡なエンジンですが、日本で初の前輪ディスクブレーキを採用するなど



革新的なクルマでした。後ろのエンジンをどう冷やすか？フォルクスワーゲンも、ポルシェも風で冷やす、空冷ですが、このクルマは、前にラジエーターをもってくる、「水冷」でした。海外のメーカーのクルマを「ライセンス生産」することから始め、自社開発できるようになった各自動車メーカーの黎明期に成功したクルマのひとつです。
(写真)

【今回お薦めのクルマ】

トヨタハリアー

トヨタが初めて作った乗用車的RVです。クロ

スオーバーSUVと名づけた、乗り心地良いSUVです。当初はカマリのプラットフォームを使用していました。

一度生産中止したのですが、顧客の強い要望に応じて生産再開したクルマです。現行は、三代目で、マイナーチェンジ、フルモデルチェンジを繰り返しており、成熟したクルマです。レクサスのNXやRXと同等のクルマですが、同じグレードを比べると、レクサスより50万円くらい安いので、見栄をはらなければ、ハリアーでいいと思います。エンジンの大きさ、ハイブリットかどうかでグレードを決めればいいのかと思います。

西日本なぎなた選手権大会

木下 裕介（平成7年入局）

市整会の先生方、あけましておめでとうございます。本年も昨年同様よろしくお願い致します。

先ほど、日本対サウジアラビアの試合が終わりました。2対1で勝利したので良い気分で原稿を考えているところです。

小生、最近の日本代表には少し閉塞感を感じています。今日の試合は良かったのですが、最近どうもすっきり勝ち切れていません。W杯には行けると信じているのですが…少し心配です。原因は監督にあるような気もするのですが…どうもまとまりに欠けるような気がします。これからの後半戦が心配です。一番気になるのが、中東3カ国すべてAwayでの試合になることです。今までサッカーについて多く投稿してきましたが、少し気乗りしないので、今回は気分を変えて「なぎなた」について書いてみたいと思います。

増田博副会長より、11月13日（日）になぎなたの救護医に行って欲しいと頼まれ、第59回西日本なぎなた選手権大会に行ってきました。

小生「なぎなた」という競技については、全く無知で今まで接したことのない競技です。あまりにも無知だと少し失礼だと思ったので、少しでもネットで勉強していきました。そして現場でなぎなた連盟の方に色々教えて頂きました。今回は、ネットで調べたこと、現場で教えて頂いたことそして感想を投稿してみたいと思います。

薙刀（なぎなた）の発祥については諸説あり未だにはっきり判明していないようですが、どうも奈良時代から平安時代にかけてその原型となる記録が残っている様です。最も盛んに使われたのは源平の頃で（平安時代末期から鎌倉時代）武蔵坊弁慶が武器として持っていたのが薙刀だそうです。また、なぎなたには「なぎる」という独特の使い方があるそうで、薙（なぎ）倒すという言葉がありますが、斜めから切り倒す事でこの特徴からなぎなたの語源があるとも言われているそうです。その後、戦では、密集した戦闘においては振

り回す武器は不便となり、槍に変化していったこと、そして戦国時代に鉄砲が伝来すると武器としては用いられなくなり、女性が用いる武具となったようです。その歴史的な流れもあって現在でも女性の競技人口が男性よりかなり多くなっているようです。

なぎなたは日本の競技ですが、1990年に国際なぎなた連盟が発足し現在日本を含め10カ国が加盟しています。今回、何も知らずふらふらと西日本なぎなた選手権大会に行ったのですが、出場選手の中に4年毎に行われる世界なぎなた選手権大会で優勝した選手もおられ、日本のトップクラスの選手が多数参加していると教えて頂きました。

試合は、男女それぞれの個人戦と5人1チームの団体戦（女子のみ）そして剣道VSなぎなたの異種試合がありました。

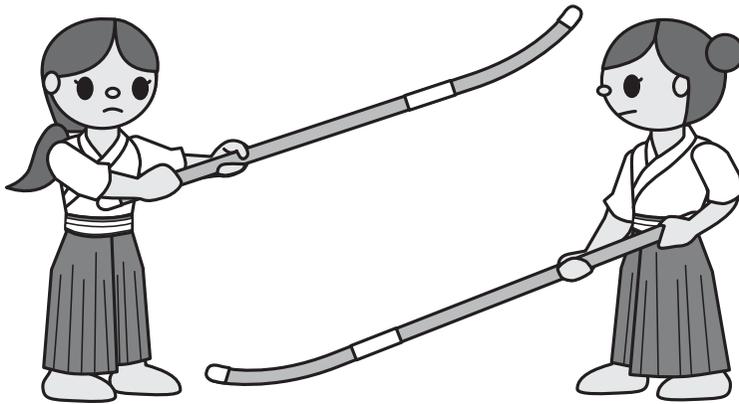
なぎなたのルールは剣道と非常によく似ています。面・胴・こてと突きが有り、あとなぎなたには脛があります。1試合3分で2本とれば勝ちになります。3分で引き分けた場合1分間の延長が有り、それでも勝負が付かなかった場合、主審と二人の副審の判定で勝敗が付きます。実際の試合を見てみると、間合いを計って動かないかと思うと、突然攻撃をしかけ攻め合います。剣道にはない脛の攻撃をかわすためにジャンプする事もあります。静から動、動から静と試合は進みます。想像以上の迫力でした。自分の間合いで試合ができた選手が勝っているようにも思いました。午前10時に始まり、午後4時に終わったのですが、恐らく選手のレベルが高かったためと思うのですが、あまり退屈すること無く試合観戦させて頂きました。

最後に剣道VSなぎなたの異種試合ですが、剣道は全員男性、なぎなたは全員女性でした。昼食時になぎなた連盟の方に、どちらが強いか聞いて見たところなぎなたが絶対勝つと豪語していましたが、競技人口の多い剣道に対するひがみのようにも感じました。結果は2勝1負2分でなぎなたの勝利で終わり、なぎなた連盟の方々の安堵感が

会場全体に広がった様に感じました。実際の試合では、なぎなたの懐に入っの剣道の面、少し距離（間合い）をとってなぎなたの脛という感じで、剣道の選手は普段脛への攻撃が無いため、上手に防御できないように思いました。

大会を通じて怪我をした選手はなく、日本（世

界）トップクラスのなぎなたの試合を間近で堪能できました。人生で1度で良いと思います。もし、日本トップクラスのなぎなたの試合観戦をしたいと思った先生がいらっしゃれば、増田副会長に連絡してみてください。きっと試合観戦できると思います。



星野 源

たぶん今一番、売れているマルチタレントかな？

鱧永 浩（平成7年入局）

今回は、昨年秋のTVドラマ「逃げ恥（逃げるは恥だが役に立つ）」の新垣結衣の夫役、星野源（のアルバム）をご紹介します。といっても、大人気の有名タレントですので、今更なんだと思われるかもしれませんが。

この記事を読まれているところは、すでに、ドラマも終わり、去年流行ったねと過去の話になりますが、ドラマのエンディングで星野源が歌う「恋」の振り付けダンスである、恋ダンスが大流行でした。YouTubeでも一般人や、アナウンサーなんか、まねして踊りまくってアップされました。

私が星野源を知りましたのは、ドラマのエンディングでの、ガッキー（新垣結衣）の恋ダンスがめっちゃめっちゃかわいいと、テレビ局のネット宣伝につられてしまって、YouTubeで恋ダンスを、うっかり見てしまったのですが、そこに出ていた、背の低い地味な雰囲気男性タレント、それが、星野源でした。

ガッキーもめっちゃめっちゃ、かわいいですが、なぜ地味男が超人気なんだろうとそちらに興味がありました。

そこで、得意のネット検索で、彼のプロフィールなど見ておりました。

それを少し、抜粋してお伝えします。

1981年1月28日、埼玉県生まれ。学生の頃より音楽活動と演劇活動を行う。2010年に1stアルバム『ばかのうた』、2011年に2ndアルバム『エピソード』を発表。2012年2月発売の2ndシングル「フィルム」はオリコンウィークリーチャート4位を記録した。その後、7月発売のアネッサC

Mシングル「夢の外へ」、4thシングル「知らない」が立て続けにヒット。

ところが、2012年12月、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血のため、治療に専念するため、活動休止、2013年6月に仕事復帰するも、再発し、再び活動休止。再手術され同年10月に再復帰させていただきます。

その後のインタビュー記事で、病気になる前と復帰後では、考え方がかわり、聴けば元気になる明るい曲作りになり、自分作った曲を自分で歌って、それを見ている人が好きなように踊ってくれたら、うれしいと話しておりました、また、入院中自分自身の命に向き合い過ぎて、今は自分でなく人の話を聞きたくて仕方がないとのことでした。

私が言うのはおこがましいですが、命がけの病を克服されて復帰をされたことに感銘を受けました。

そこで、ご紹介するのは、2015年に発表されました、「YELLOW DANCER」です。

ブラックダンスミュージックを取り入れたそうで、とにかく、聴いてて踊りたくなるような、口ずさみたくなるような曲ばかりで、昔聴いたことのあるようなないような、親しみやすい曲であり、歌声は素朴で耳に馴染みやすいですよ。YouTubeにも何曲かアップされていて、ダンサーと一緒に踊りながら歌っている絵がとても楽しいです。

クリニックでも、流しっ放しですが、診療には全く問題なく馴染んでいます。

YELLOW DANCER



1. 時よ
2. Week End ※フジテレビ『めざましどようび』
テーマソング
3. SUN ※フジテレビ系水10ドラマ『心がポキッと
ね』主題歌
4. ミスユー
5. Soul
6. □づけ
7. 地獄でなぜ悪い ※映画『地獄でなぜ悪い』主題
歌
8. Nerd Strut (Instrumental)
9. 桜の森 ※2014 J-WAVE春のキャンペーンソング
10. Crazy Crazy
11. Snow Men ※資生堂 マキアージュWEBムービ
ー『Snow Beauty』主題歌
12. Down Town
13. 夜
14. Friend Ship



007 ジェームズ・ボンドの車

宮脇 裕二（昭和55年入局）

今回は男性の憧れジェームズ・ボンドの持ち物、特に車を中心にお話しして行きたいと思います。

まずはお酒、ボンドと言えば真っ先に出てくるのがカクテルのウォッカ・マティーニです。これは普通ならば、ジンベースでステアするマティーニなのだが、ボンドの注文は、「ウォッカマティーニ、ステアせずにシェークで頼む」、これが決めゼリフとなっています。1回は言ってみたいものです。続いてシャンパンですが、ジェームズ・ボンドが愛飲するシャンパーニュとしても知られている英国王室御用達の「ボランジェ」は、1973年の007「死ぬのは奴らだ」から現在の「スペクター」に至るまで映画に登場します（写真1）。

次にカバンとなると有名なのはアタッシュケースで最新作は英国の老舗「グローブ・トロッター」製です、しかし我々の世代には映画「ロシアより愛をこめて」での「Swaine Adeney」の外側が黒革で中側が赤のアタッシュケースがどうしても印象深く残っています。これは今も販売されているようです。

一方、腕時計はどうかと言われますと、ショーンコネリーやロジャームーアの時代はローレックスのダイバーウォッチのサブマリナーでこれに布製のNATOベルトをつけるのが格好がいいようです。型番でいうと6538はショーンコネリーモデル、5513はロジャームーアモデルということになっていて、その後の映画の中でも使われています（写真2）。特に初代のボンドウォッチ6538はオークションでとてつもない値段になっています。最新作のスペクターではオメガが使われていますが、デザイン的には初代の6538にNATOベルトという形を継承しています。

車に行くまでの前置きが長くなりましたが、皆

様がボンドカーと言って真っ先に出てくるのが、「ゴールドフィンガー」で登場したアストンマーチンDB5でしょう。これにはMI6の「Q」が考案したもので、隣を並走する車をパンクさせたり、助手席が飛び出したりする機能がついています。先日ロンドンに行った時に訪れた、ロンドン・フィルム・ミュージアム（London Film Museum）でやっていた「Bond in Motion」という展示で、ここには歴代のボンドカーが展示されていました。写真3は会場内のDB5の前でのスナップです。古い車の中で私が是非乗ってみたい車の二つの中の一つです。もう一つは何かというと、映画「Back to the Future」の中に出てくるデロリアン（De Lorean）、DMC-12でしょうか。これらの車はなぜか私の家の前の道を時々爆走して通り過ぎていきます。つまり誰かはよくわかりませんが、実際に両方を持っている奴が近所に住んでいるようです。

さてその次にボンドカーで何を思い浮かべるでしょうか？これは各人によって異なります。ダニエルクレイグの乗る最新のアストンマーチンDBSやDB10もいいですが、私にとっての2番手は「私を愛したスパイ」に出てきた水陸両用の白いロータスエスプリです。この写真4を見ればすぐに合点が行くような特徴のある車です。どうですかカッコいいでしょう。ここの展示には実際に撮影で使われたアストンマーチンを展示されています。武器を積んで改造されたVI2 VANQUISH（写真5）や、スタントに使われた無残な形になったDBSも見受けられました。

最後に映画スペクターで破壊されたはずのMI6（写真6）は、今も変わらず川向こうに鎮座しています。



写真3



写真1



写真4



写真2



写真5



写真6

近くの山と温泉と アフターを楽しむ会の報告

天野 祐一（昭和57年入局）

さる11月3日に武庫川溪谷、旧福知山線廃線跡のハイキングを楽しんできました。2015年の東おたふく山から六甲山有馬温泉ハイキングに続いての二回目です。

ここは元々福知山線の線路だったところで一部枕木が残っていますがほとんどフラットで歩きやすく、途中6つのトンネルがあり鉄橋ありで春は桜、秋は紅葉を満喫できるお手軽な半日ハイキングにちょうどいいコースです。今回は生瀬駅側のコースが整備工事中でしたので武田尾駅側から2つのトンネルのみ抜けて、そこから東側大峰山に登って行きました。

メンバーは元ヒマラヤ登山隊の坂本和彦先生、体力一番現役トライアスリート高山優先生、二年前の屋久島縄文杉登山で目覚めた秋野一男先生、泳げないのにスキューバダイバー免許まで持つ奥田均先生、スキーゴルフ何でもござれ実はラリードライバの金井秀彰先生、かつてのテニスモンサントカップ優勝者最速180キロのビッグサーバー辰巳一郎先生、そして上半身のみ鍛えて下

半身強化を怠ってしまい飛距離の出ない私の7人の整形外科医。もちろんご褒美は山歩き後の美味しいビールです。

川沿いのコースは紅葉もちらほらで全く楽しいハイキングでした、トンネルは真っ暗でハンドライトが必要で、ワーワーと歩いていきます。しかし大峰山への登山道に入ったら状況は一変、日ごろの不摂生に体力不足が重なり、約30分の尾根道の登りでいよいよ弱音が漏れ始め、ヒマラヤ組に不摂生組が大きく水をあげられる羽目に。しかしながら、本日の最終目標は武田尾温泉の立ち寄り湯、紅葉館別邸あざれでの宴会ですから、いくら高山先生が「ましらの如く」駆け抜けてもゴールは一緒、めでたし、めでたし。途中でドクターAスペシャルコーヒーもパーコレーターで飲んだし、ちと狭かったが温泉も満喫して個室宴会場で楽しく過ごした秋の一日でした。

来年は六甲山全山縦走？ 金剛山ダイヤモンドトレール？ 京都市一周トレール？ 夢は膨らみますが体力がついていかない登山隊でした。





編集後記

今回も多くの先生方からご投稿いただき、充実した会報を作る事ができました事を厚く御礼いたします。

昨年も鳴嶋前会長と天野新会長のもとで多くの学術講演会や会員同士の親睦をはかる家族会などの行事が開催され、多くの会員の先生方のご出席を賜りました。今回の会報にもそれらの詳細な記録を残しています。また昨年にお亡くなりになられた吉田正和先生、木下 孟先生、それから松田英雄先生へ追悼文を会員の諸先生方をお願いして書いていただきました。

それ以外に、医療記事として、新しく開業された伊藤陽一先生に肩の事を、脊椎のレギュラー執

筆者の姜 良勲先生に頸椎の記事をお願いいたしました。

今回の会報の目玉として、大阪マラソンがあります。古瀬洋一先生にいただいた、救護活動の実態のお話と藤原良枝先生に書いていただきました、その隠された舞台裏など興味深い記事をいただきました。

それから寄付のお願いですが、大阪市立大学整形外科学講座開講70周年記念事業寄付を多く会員の先生方からいただきました。まだご寄付をいただいていない先生方がおられましたら、何卒ご協力のほどよろしくお願いいたします。

広報 宮脇裕二