



市 整 会

会 報

大阪市立大学整形外科開業医会

No.61 2019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）

明けましておめでとうございます。今年もよろしく申し上げます。

まず振り返りますと昨年は市大整形外科教室開講70周年記念式典、祝賀会が10月28日に賑々しく開催されました。

準備委員会の先生方によって一年以上にわたり準備をしていただいて盛大な会になりました。記念講演会では脳科学者茂木健一郎先生の『人工知能時代の人間の脳の可能性』という演題で様々なお話をいただきました。とりわけハーバード大学の入学の基準は何か？本当の頭の良さとは何か？というくだりが興味深かったです。

寺井秀富准教授の市大整形外科教室の歴史紹介も大向こうを唸らせるものでした。

初代水野祥太郎教授から始まり、第二代小谷勉教授、第三代島津晃教授、第四代山野慶樹教授、第五代高岡邦夫教授、そして第六代中村博亮教授まで医局運営方針や業績を丁寧に解説してくださいました。いつの間にか長年にわたり在籍している身にとっては感慨深いものがありました。

記念写真撮影も500人に及ぶ人数では一度に撮り切れず、分かれての撮影になりました。ご招待しました他大学の先生方もこれには驚いておられました。

祝賀会は人形浄瑠璃文楽公演で始まりました。公演に先立って竹本 文字栄太夫様より文楽の歴史、成り立ちから解説をしていただきました。文楽は人の名前だったんですね。

演目は『二人三番叟』で人形遣いの息吹が感じられる近さで楽しむことができました。

教授挨拶、来賓御祝辞に続いての祝宴は54ものテーブル席で行われましたが、普段は中々会えない同期の友人たちとお互いの久闊を叙する良い機会になったと思います。出席されました名誉教授のご挨拶もあり入局当時が思い出されました。

今回の記念事業には我々開業医会としてもできるだけの支援をいたしました。応援していただいた皆様には大変ありがとうございました。

さて、市整会事業を振り返りますと今年度は平成30年4月21日に後期理事会、市整会フォーラムがありました。同門の中之島いわき病院の岩城啓好先生に関節外科の進歩の講演をしていただきました。

5月12日には総会があり、懸案の名誉理事の委任事項についての決定がありました。講演は市大大学院の横井卓哉先生に『末梢神経損傷に対する人工神経を用いた治療』の演題を、同門の岩本善介先生には社会保険審査のお話をいただきました。

6月3日のスケルトンゴルフコンペも10組39人で和やかに開催されました。6月16日の学術講演会は従来通り3演題で人気を博しました。

9月8日の学術文化講演会は大阪国際がんセンターの大島和也先生に『がんとロコモティブシンドロームのトータルケア』という演題で整形外科医のがん患者への新たなかわりについてお話が

ありました。

文化講演は小生の同級生で元大阪市建設局の酒井祐一君による『古地図で楽しむまち歩き』についてのレクチャーがあり、最近のプラタモリ、街歩きブームもあって興味深く拝聴しました。

10月13日には「これからの整形外科のかたちを考える会」があり、市大泌尿器科出身の杉本俊門先生に『脊椎画像診断の撮影範囲内で見つかる泌尿器科疾患～特に前立腺癌について～』のレクチャーに続いて、同門の小竹史郎先生から『100年生きたらどうします？我々が最後まで役立つために』という演題で市整会という医者集団の近未来についての可能性を模索したサジェスチョンをいただきました。

さらに河村会計事務所 河村好夫先生から『共創の医業承継～新税制から承継の現状～』というタイトルで様々な医業継承のお話や法人の形態についての説明、継承問題の落とし穴などリアルなお話をさせていただきました。

11月18日には2年ぶりに家族会日帰り旅行があり、担当理事の大川得太郎先生に率いられて京都へ行ってまいりました。この3月に全体が国宝に指定された蓮華王院三十三間堂の千体千手観音菩薩立像に度肝を抜かれ、風神雷神像をはじめとする二十八部衆に見入ってしまいました。すぐ近くの養源院は戦国から徳川時代まで歴史に翻弄された淀君やお江にゆかりの地で、琳派の俵屋宗達の杉戸に描かれた白象図や唐獅子図、伏見桃山城から移設された血天井等じっくりとお話をさせていただきました。昼食宴会は岡崎公園の東に接した左

阿彌^{あみ}で楽しく過ごしました。午後は御池通の友禅染を体験出来る工房でハンカチに絵付けを楽しみました。年末にはゴルフコンペも開催されます。

今年の予定としましては1月26日土曜日に新年会がANAクラウンホテルで予定されています。脊椎グループの鈴木亨暢先生のレクチャーが予定されています。

また3月9日に学術講演会、5月の総会と例年通りの事業が予定されています。

ところで、昨年6月18日にはマグニチュード6.1の大阪府北部を震源とする地震が発生しました。また9月4日には台風21号が近畿地方を襲い市民生活に多大な影響を与えました。小生も自宅、診療所ともに被害がありました。台風による被害にも火災保険でカバーされるタイプの保険だったので少し助かりました。

さて、市整会会員は現時点で2人が地区医師会会長職にあるとお聞きしていますし、当会副会長の増田博先生は大阪臨床整形外科医会の会長であります。

地区医師会の要職についておられる会員の先生方も多いかと存じます。

また、平成30年度 地域包括診療加算、地域包括診療料を算定するにあたり研修など何かとお忙しいかと存じますが、皆様のご参加で成り立つ会です。ご多忙とは存じますが今年も市整会事業にご参加お願いいたします。

平成も間もなく終わりとなります。今年の皆様のご活躍ご発展を祈念致しまして巻頭言といたします。



平成30年（2018年）学術集会の記録

担当理事 宮内 晃（昭和60年入局）

1月20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25名、新年会ご家族含めて50名）

特別講演「骨粗鬆症性椎体骨折の新たな治療戦略」

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学

病院講師 高橋真治 先生

近年、健康寿命と寿命との差に約10年の解離があり社会問題となっている。運動器疾患が健康寿命に与える影響は大きく、整形外科としては最善の治療を行うことによりこの問題に取り組んでいかなければならない。本研究会では、女性の5割程度、男性の2割程度が罹患すると言われている骨粗鬆症性椎体骨折（OVF）の治療に関する基礎的な事から最新の知見に関して、我々が実施している研究やここ数年に発表された論文のデータを中心に講演した。

診断に関しては単純X線のみでは苦慮することが多々ある。そのような場合にはMRIが強力な診断ツールとなるばかりでなく、MRIでは骨破壊、血腫や浸出液などが評価できる。OVF後は13-19%で骨癒合不全が生じ、疼痛残存やADL低下に結びつくことがあるが、MRIのT2信号像で広範囲に低信号を認める例や高信号を認める例では骨癒合不全に移行することが多い。これらの所見を認める場合には注意深く経過観察をしなければならない。

装具に関しては、過去にRCTが行われているが、装具の種類による差は認めていない。しかし、過去の研究はSmall sample sizeであるため、東京医科歯科大学が主導で2015-2017年にRCT（硬性vs.軟性）が実施された。221例の中間解析ではあるが、骨癒合不全は硬性で19%、軟性で28%（ $P=0.17$ ）と有意差は認めていない。しかし、今後

最終解析結果では硬性装具の優位性が示される可能性がある。

骨粗鬆症薬に関しては、ビスフォスフォネート（ビス剤）、SERM、テリパラチドなど様々な薬が市販されており、それぞれの特徴を述べた。ビス剤は、豊富なEvidenceがあり、First choiceとなる。10年程度の長期成績も良好であると報告されているが、5年以上使用例での顎骨壊死や非定型骨折のリスク上昇が報告されており、長期投与例では休薬を検討しなければならない。5年以上投与例ではYAMが70%以上であれば休薬、70%未満であればテリパラチドやSERMなどへの変更、あるいはビス剤の継続となる。休薬した場合は適切な検査を実施し、YAMの減少、代謝マーカーの増悪を認めるようであれば、再開を検討する。

デノスマブは強力な薬剤で5年の投与でもBMDの増加が見込まれるが、中止によるリバウンドも懸念されており、Follow-upが難しければその使用は控えなければならない。テリパラチドは現在最も強力な骨形成を有する骨粗鬆症薬ではあるが、使用期間が限られており、重症の骨粗鬆症患者にかぎるべきである。特にOVF後の椎体圧潰抑制あるいは骨癒合不全予防効果には明確なEvidenceはなく、乱用は控えねばならない。

手術に関しては、早期の方がその効果は大きいですが、医療費や合併症などを考えると患者を限定し、効率的に手術を実施せねばならない。我々は上述したような骨癒合不全の危険因子であるMRI所見を有する患者のみに椎体形成術を実施し、良好な成績を得ており、有効な治療戦略の一つであることを確信している。

以上述べたように、骨粗鬆症に対する治療はここ数年でも非常に進歩しており、我々は常にアップデートされた情報を把握し、患者に最善の治療を行うよう努めなければならない。

3月10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35名、同門会20名、非会員29名、PT 2名、合計86名)

「関節エコーを用いた運動器・関節リウマチ診療の実際」

座長：小竹志郎先生

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科学

病院講師 岡野匡志先生

整形外科診療において単純X線検査がゴールドスタンダードであることは言うまでもないが、単純X線では同定できない軟部組織の障害が多数存在することも事実である。画像診断としては単純X線の他にMRI検査やCT検査が行われることもあるが、軟部組織の状態をリアルタイムにダイナミックに観察できる超音波検査は非常に有用である。整形外科医にとって、運動器領域あるいはリウマチ性疾患に対して超音波検査が有用であることの認識は高まってきている傾向にはあるものの、実際に超音波検査を行うに当たり、超音波機器の購入・手技の習得・忙しい診療の合間で自ら検査を行わなければならない・保険請求の問題などさまざまな問題があるのも事実である。

こういった問題はあるものの、運動器領域においてエコー検査が有用な部位としては、肩：上腕二頭筋長頭腱炎・三角筋下滑液包炎・腱板断裂、肘：上腕骨外側上顆炎・離断性骨軟骨炎、手関節：de Quervain disease、股関節：単純性股関節炎、膝：MCL損傷・半月板・Osgood-Schlatter病、足関節：捻挫・ATFL損傷・腓骨筋腱脱臼、アキレス腱断裂・周囲炎、腓腹筋損傷(いわゆる肉離れ)の観察やエコーガイド下関節注射などがある。

また、関節リウマチの領域でも関節エコー検査が近年では非常に有用とされている。関節リウマチ診療はパラダイムシフトを迎えたと言われるように、大きな変化が起きているが、その大きな要因はMTXや生物学的製剤などの薬物治療の進歩によるものである。実際にこれまで著明な改善が期待できなかったリウマチ患者にとっては、これらの薬剤の使用によって疾患活動性の改善や

関節破壊の進行抑制ならびに機能障害の改善といった恩恵を受けている。しかし、治療薬の改善だけでなく、抗CCP抗体の測定による診断の精度上昇や関節エコー検査での滑膜炎の活動性評価などといった検査ツールの進歩もパラダイムシフトの大きな要因となっている。

現在の関節リウマチ診療においては、早期診断→MTXや生物学的製剤を用いたTight controlによる臨床的寛解の達成→臨床的寛解の維持、というのが理想的な流れである。早期診断には2010年ACR/EULAR分類基準を用いて行うことになるが、その罹患関節数の評価に関節エコー所見を用いることで、リウマチらしいもしくはリウマチらしくない所見を見つけに行くことで、より診断の精度があがることがある。関節リウマチと鑑別が重要な疾患として乾癬性関節炎があげられるが、付着部炎が病態の主体である乾癬性関節炎のエコー所見は関節内滑膜炎がメインである関節リウマチとは異なり、その典型的なエコー画像が検出できれば鑑別が容易になる可能性がある。また、痛風性関節炎では軟骨表面に尿酸ナトリウム結晶が沈着するため、骨の表面の高エコーラインと軟骨表面の高エコーラインが2重の輪郭を示すDouble contour signが特徴である一方、偽痛風性関節炎では、硝子軟骨内に石灰沈着がみられるといった特徴があり、これらの所見が観察されれば診断が可能となる。このように、関節リウマチの早期診断や鑑別診断に関節エコー検査を行うことは非常に有用であり、迷ったときは関節にエコープローブを当てることが推奨される。

「野球医学～高分解能MRIからコーチングまで～」

座長：西澤徹先生

国立病院機構 西別府病院スポーツ医学センター
野球医学科 副センター長 馬見塚尚孝先生

皆様初めまして。先日の市整会で講演をさせていただきました馬見塚^{まみづか}です。

その節は大阪市立大学開業医会のみなさまから温かいおもてなしをいただき、ありがとうございました。その際お話しさせていただいた内容を、ご紹介させていただきます。

1. 野球医学とは？

10年ほど勤務しておりました筑波大学水戸地域医療教育センターには、野球、肩肘、脊椎を担当する私のほかに、サッカー、バスケット、ハンドボール、水泳、柔道など、解剖学的専門分野のほかに競技別に専門を持つドクターが勤務しておりました。ですから、スポーツ外来も、野球外来、サッカー外来、バスケット外来などのように、競技別に診療を行っておりました。また、筑波大学体育専門学群の学生や指導者が所属する硬式野球部の部長として現場で活動してきました。ここでは、スポーツ科学やコーチングについて学ぶ機会がありました。このような環境で仕事をするうちに、スポーツ医学だけでなく、野球に特化したバイオメカニクス、コーチング、スポーツ心理学、トレーニング法、種目特異的トレーニングなど、医学の範囲を超えて学び診療や予防に生かす必要に迫られてきました。また、野球選手の診療についてスポーツ全般を専門にしているスポーツドクターが行うことは、選手や現場のニーズにこたえられないことを痛感しました。また、練習方法なども、より野球現場で受け入れられる提案をしなければならぬと感じておりました。

そのような折り、ベースボールマガジン社より医療と現場の両方から考慮した選手育成や予防に関する書籍を出さないか？と提案をいただきました。喜んでお引き受けし原稿を書き上げたところ、編集者の方から『良い書籍名を考えてください』と言われました。研修医のころに拝読していた名著『論文のレトリック（廣谷速人先生）』に、論文の題名は『過不足なく、短く、わかりやすく、読みたいと感じるものが良い』というようなことが書いておりましたので、悩んだ末『野球医学 The Baseball Medicine』はどうですか？と提案しました。結局、編集者の方が『野球医学の教科書』として発売していただきました。このように、野球医学は、医学に加えて現場色の濃い考え方をするものと考えております。

2. 高分解能MRIと野球肘

私の行ってきた研究の一つに、小関節用コイルを用いた野球肘の高分解能MRI診断があります。特に、ジュニア期の肘内側障害を調べていくうちに、初発例と再発例に画像上の特徴に違いがあることが見えてきました。初発例は上腕骨内側上顆

の下極が裂離骨折するとともに、靭帯がたるむように変形していました。また、再発例は、上腕骨内側上顆の変形治癒所見と内側側副靭帯の形態異常や信号異常が特徴的でした。これらの画像を繰り返し見ているうちに、これは骨端症ではなく、初発時に裂離骨折と靭帯のたるみが生じたものが、再発例はその治癒または偽関節となったものに力学的負荷がかかって異常所見を呈したものだと思われるようになりました（整形スポーツ誌2017）。そこで、初発例と再発例で治療方針を変えるようにしております。すなわち、初発例はシーネ固定6～8週、再発例は骨癒合している例は固定せず、有利骨片として残っている例はシーネ固定をするようにしております。また、治療成績は出ておりませんが、病態から考えた治療法だと考えております。

3. 胸郭出口症候群

投球障害を診療するうちに、胸郭出口症候群への対応が必要になりました。当院の調査では、肘症状を訴えて受診する野球選手の8.1%が胸郭出口症候群と診断されました（日本肘2018）。またこのうち、60%に内視鏡下第一肋骨切除術を施行しました。また、この診断には、肩関節外旋外転位でのMRI画像が有効であることを報告しました（整形外科スポーツ2017）。特に最大値投影法は、動静脈の圧迫を描出可能で、診療に役立つことと思います。このように、投球時肩肘痛を訴えて受診する例は、胸郭出口症候群のルールアウトが必須だと考えております。

4. 第一肋骨疲労骨折

これは投球障害ではないと考えられますが、肩甲骨の間の背部を痛いと感じる例に含まれますので、注意が必要です。右打者は右第一肋骨、左打者は左第一肋骨が疲労骨折するケースが多く、このような背部痛例が受診された場合は、肋骨のレントゲン写真が必要です。

5. 投球障害の予防法とは？

投球障害に限ったことではありませんが、スポーツ障害の予防を考えるときは、スポーツの効果という主作用とスポーツ傷害という副作用の両面から考えることが必要だと思います。スポーツの主作用は大きく分けて三つ在ります。スポーツの語源であるdeportaleは『楽しい、気晴らし』を意味する言葉で、楽しめるかどうかをまず考えま

す。二つ目には競技力が短期的にまた長期的に向上するかどうか、三つ目は、人材育成に効果があるかです。もともとスポーツは、イギリスのジェントルマン（ステーツマン）が仕事の合間に行っていたもので、イギリス発祥のスポーツはルールが少なく生じた問題を議論するようになっています。このように、スポーツには議論するという人材育成効果もあります。

6. 選手育成とコーチング

これまでいくつかの選手育成プロジェクト研究を行ってきましたが、その際大事にしてきたことは、『効力感』と『自己決定理論』です。効力感はやれるという自信で、小さな成功を経験させることで高まるとされています。また、自己決定理論は、必要な情報を提供しつつ方針の決定は選手にやっていただくというものです。自己決定したものは、内発的動機づけが高まり、やる気が連続するようです。野球選手育成も、野球障害予防も、このような考え方が必要だと感じています。以上、セミナーの内容をご紹介させていただきました。貴重な機会をいただき、ありがとうございました。

関連病院紹介 佐野記念病院 白庭病院

4月21日（土）

29年度後期理事会・市整会フォーラム

於：ヴィアール大阪

（講演会のみ久光製薬共催：出席者 20名、
委任状 25通（理事総数61名））

「関節外科の進歩～患者満足度向上への取り組み～」

座長：明石健一先生

医療法人啓信会 中之島いわき病院 院長

岩城啓好先生

当院は、人工関節を中心とする、整形外科手術センター病院として開院し、現在950件を超える整形外科手術を行っています。患者満足度を向上させるべく、各種手術や各種医療手技に低侵襲手術（Minimally invasive surgery; MIS）の応用が一般的に広く行われる時代になってきました。人

工関節においてもMIS が応用され本邦では、2000年代から導入されています。THAでは、当初、皮切のみを小さくしたいいわゆる小皮切MIS-THAが導入されましたが、あまり大きな効果が上げられたとは言えませんでした。その後、筋腱を切離さない、いわゆるMuscle sparing approachが日本に導入され、当院では、全初回THAに適応しています。2015年11月に行われた日本股関節学会でのこの手術手技に関する当院からの報告では平均手術時間は48分、術中出血量122mlでした。このアプローチは側臥位で行う場合と仰臥位で行う場合があります。側臥位で行うと骨盤の向きが安定せず、ナビゲーションなどを使用しない限り狙った角度に一定に設置するのはむづかしいと言われています。また、仰臥位であれば、両側同時手術が容易であり、直接両足を触れることができるため脚長差が比較しやすいことが利点としてあげられ当院では2016年では14%の症例が両側同時で行われています。その平均手術時間は100分で、出血量は345mlで、輸血回避率は100%でした。TKAでも同じように2000年代に入りMISが導入されましたが、TKAはインプラント大きいことや、MISでは高度変形に対する軟部組織バランスをとることが困難で、筋肉を温存してTKAを行うことは難しいと考えられるようになりました。多くの研究でTKAに対するMISの有効性は否定的なものが多く、徐々にMIS-TKAはトーンダウンしました。とはいえ、MIS-TKAのテクニックにより、手術機械の改良なども進んだことも事実です。当院では、小さめの9～12センチほどの皮切で無理のない程度で、TKAを行っており、平均の手術時間は1時間ほどで行っています。白蓋形成不全に対する白蓋の回転骨切り術はガイドラインでも推奨されており、重要な手術でしたが、従来の方法だと大きな皮切で、術後の筋力低下が大きな問題となっていました。最近、当院では、約7センチの皮切で行う低侵襲骨盤骨切り術を導入しています。従来法にくらべ中殿筋に侵襲がないため、回復が早く皮切も小さいため、患者さんには大変満足していただいています。本講演では、当院での上記を中心とした患者満足度向上への取り組みにつきご報告したいと思います。

2018年は整形外科手術948件の手術を行いました

た。うち、人工股関節が251件、人工膝関節が317件、股関節骨切り手術6件、膝関節骨切り術2件を行いました。今後も患者満足度を向上させつつ、地域医療と、整形外科手術センターとしての使命を果たしていきたいと考えています。

5月12日(土)

市整会総会

於：ヴィアール大阪

(講演会のみ科研製薬共催：出席者39名、委任状112通、会員199名)

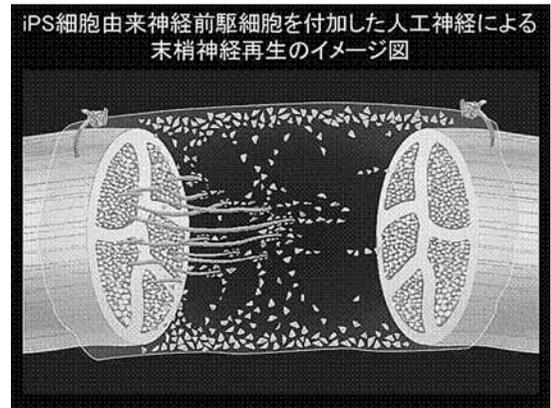
「末梢神経損傷に対する人工神経を用いた治療基礎と臨床」

座長：小竹志郎先生

大阪市立大学大学院医学研究科整形外科学 大学院生 横井卓哉先生

末梢神経損傷は、日常診療で比較的良好に遭遇する外傷の一つであり、先進国では13~23人/10万人の発生率との報告があり、その中でも指神経損傷は53%と多い。実際の臨床においては、断裂した末梢神経を直接端々縫合できるのは8割程度であり、残りの2割は神経移植が必要となる。神経移植を行うか、神経縫合を行うかの判断の目安として、縫合する神経の縫合時の神経の緊張が一つの判断材料となる。すなわち、縫合後の神経に緊張がかからない“tension free”の状態で縫合することが大事である。すなわち、tension freeで縫合不可能な程の神経欠損が生じたときは、神経移植法の適応を考慮することとなる。ここで、神経移植法における選択肢として、現在でも依然としてgold standardとされる自家神経移植に加え、本邦では現在2種類の人工神経(ナーブリッジ®、リナーブ®)が臨床で使用可能であり、次第にその使用成績が報告されてきている。また欧米では、他家神経移植の選択肢がある。人工神経の適応の目安としては知覚神経であれば欠損長が30mm以内、運動神経では6mm以内が、その径については3~7mmが一つの目安となる。先述の通り、自家神経移植が依然としてgold standardである現在において、自家神経移植の成績に匹敵するための理想の人工神経の開発と、その人工神経に対

して、更なる神経再生を促進させるための成長因子や細胞付加の試みが行われており、当グループでは、成長因子としてbFGFを、細胞としてiPS細胞から分化誘導した神経前駆細胞を人工神経に充填し神経再生が促進されることを報告してきた^{1,2,3,4,5}。また、近年は癒着予防⁶、断端神経腫の治療材料としての適応についても検証している。



参考文献

1. Uemura T, Takamatsu K, Ikeda M, et al. A tissue-engineered bioabsorbable nerve conduit created by three-dimensional culture of induced pluripotent stem cell-derived neurospheres. *Biomed Mater Eng*. 2011;21 (5-6) : 333-339.
2. Uemura T, Takamatsu K, Ikeda M, et al. Transplantation of induced pluripotent stem cell-derived neurospheres for peripheral nerve repair. *Biochemical and biophysical research communications*. 2012;419 (1) : 130-135.
3. Ikeda M, Uemura T, Takamatsu K, et al. Acceleration of peripheral nerve regeneration using nerve conduits in combination with induced pluripotent stem cell technology and a basic fibroblast growth factor drug delivery system. *Journal of biomedical materials research. Part A*. 2014;102 (5) : 1370-1378.
4. Uemura T, Ikeda M, Takamatsu K, Yokoi T, Okada M, Nakamura H. Long-term efficacy and safety outcomes of transplantation of induced pluripotent stem cell-derived neurospheres with bioabsorbable nerve conduits for peripheral nerve regeneration in mice. *Cells Tissues Organs*. 2014;200 (1) : 78-91.
5. Yokoi T, Uemura T, Takamatsu K, et al. Bioabsorbable nerve conduits coated with induced pluripotent stem cell-derived neurospheres enhance axonal regeneration in sciatic nerve defects in aged mice. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater*. 2017.
6. Shintani K, Uemura T, Takamatsu K, et al. Protective effect of biodegradable nerve conduit against peripheral nerve adhesion after neurolysis. *J Neurosurg*. 2017 : 1-10.

「最近の大阪における社会保険審査について」

座長：増田博
医療法人岩本整形外科 院長 岩本善介先生

大阪の社会保険審査について、査定の要点、注意点、最近の動向について解説して頂きました。

6月16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51名、同門会22名、非会員63名、合計136名）

「整形外科医にもきいてほしい 高脂血症の話」

座長：増田博
国立循環器病研究センター研究所 病態代謝部
部長 斯波真理子先生

家族性高コレステロール血症（FH）は、高LDLコレステロール（LDL-C）血症、皮膚および腱黄色腫、若年性冠動脈疾患を特徴とする常染色体性優性遺伝形式をとる遺伝病である。

FHヘテロ接合体（HeFH）の頻度は200~500人に1人と考えられ、日本には25万~60万人存在している。HoFHは特に幼少期より皮膚黄色腫を認め、冠動脈疾患や大動脈弁狭窄、弁上狭窄が進行する例も多い。HeFHは、小児期の間にはほとんど症状は示さないが、将来の動脈硬化性心血管疾患発症リスクは高い。HoFH、HeFHともに、早期に診断して適切な治療を行うことにより、予後改善が期待できる。

成人HeFHの診断基準は、二次性脂質異常症を除外した上で、

- 1) 高LDL-C 血症（未治療時のLDL-C 値 180 mg/dL 以上）
- 2) 腱黄色腫（手背、肘、膝の腱またはアキレス腱肥厚）あるいは皮膚結節性黄色腫
- 3) FHあるいは早発性冠動脈疾患の家族歴（2親等以内）

の2項目を満たせばFHと診断できる。

HeFHと診断されれば、食事療法、運動療法などの生活習慣の改善を行い、禁煙や血圧コントロールなど、リスクをできる限り減らすことが重要

である。HeFHの場合、生活習慣の改善のみではLDL-C値をコントロールできる例は少なく、薬物治療が必要である。第一選択薬はスタチンであり、必要に応じてスタチンの増量やエゼチミブを追加する。HeFHの管理目標値は、一次予防では100mg/dLあるいは治療前値の50%未満、二次予防では70mg/dL未満である。スタチン最大耐用量、エゼチミブにてもコントロールができない場合には、PCSK9阻害薬を考慮する。PCSK9阻害薬でLDL-C値の反応性が悪い場合、HoFHの可能性を考え、遺伝子解析を行うべきである。

FHは、日常臨床で必ず遭遇する疾患であり、整形外科の先生方にも是非、知っていただきたい。

「陥入爪、巻き爪の原因と最新の対処法」

座長：小竹志郎
演者 医療法人社団 瑞雲会 高田馬場病院
整形外科 町田英一先生

陥入爪、巻き爪の原因は足の構造による物理的なもので、演者は整形外科領域の病態が元になっていると考えている。特にIP外反母趾との関係が強い。演者が形状記憶合金による爪矯正（1996年）を始めてから21年間が経過し従来の陥入爪手術に変わって爪矯正が治療の第一選択とされている。（日本形成外科学会サイト）爪矯正は短期間に治療するのでは無く、演者は数ヶ月から数年を掛けるgradual orthonyx（緩徐な爪矯正）を勧めている。

主な治療法は 1. 形状記憶合金ワイヤ（マチワイヤMD）：最も強力な矯正器具 2. ガター法（マチガター）：シリコンで肉芽を消退させる。3. クリップ式（マチクリップ）：先端に挟む爪矯正具 4. コットン・グルー：爪の縁に綿を詰めて医療用接着剤（アロンアルファA 三共）で固める。手技のコツを披露する

「骨粗鬆症性脊椎疾患：注意すべきポイントと対策」

座長：大川 得太郎先生

演者 秋田大学大学院 医学系研究科医学専攻
機能展開医学系 整形外科学講座
准教授 宮腰尚久先生

骨粗鬆症では、椎体骨折に起因する脊柱後弯変形により、さまざまな障害を生じる。椎体骨折の診断では、はじめに転移性脊椎腫瘍や悪性血液疾患などの骨粗鬆症以外の疾患を除外しなければならないが、単純 X 線像では鑑別が困難な例もある。腫瘍性疾患による椎体骨折は、圧潰が軽度で、あるにもかかわらず、麻痺などの神経症状を生じるという特徴がある。

骨粗鬆症性椎体骨折と診断できた場合、その重症度はSQ法で判定されることが多い。しかし、実臨床では、SQ法による重症度よりも、偽関節や脊柱変形の存在が問題となる。また、臨床症状には骨折の発生高位も重要であり、胸椎骨折よりも腰椎骨折のほうが障害を生じやすく、特に変形性脊椎症の合併例では、脊柱管狭窄を伴うことにより、椎体圧潰が軽度であっても神経症状が生じやすい。

椎体骨折が生じた患者では、続発する椎体骨折や大腿骨近位部骨折が生じるリスクが高まるため、骨粗鬆症治療薬による二次骨折の予防が必要となる。さらに、脊柱後弯の増強には背筋力の低下も関与するため、運動療法による背筋力の維持・強化も重要である。最近のわれわれの研究により、背筋運動は後弯を予防するだけでなく、立位姿勢を改善することもわかってきた。

保存治療に抵抗する場合には、年齢や活動性、併存症などを考慮しつつ、手術を検討する。脊柱の矯正を要する骨粗鬆症患者は、そのほとんどが変形性脊椎症の合併例であるため、椎間板レベルを主体とした矯正が必要となる。これまでのわれわれの検討では、脊柱矯正固定術は骨粗鬆症患者のQOLを有意に改善していたが、椎体骨折のない骨粗鬆症患者のレベルまでには達していなかった。

9月8日(土)

市整学会学術文化講演会

於：天王寺都ホテル

(学術講演のみ日本臓器共催：参加 会員
32名 家族3名 同門会6名 非会員6名
合計47名)

学術講演「がんとロコモティブシンドローム (がんロコモ) のトータルケア～「入院から在宅へ」のいま、求められる整形外科医の役割とは?～」

座長：西澤徹先生

地方独立行政法人 大阪府立病院機構 大阪国際がんセンター 特命顧問 (サポーターケア推進担当)

社会医療法人 生長会 ベルランド総合病院
リハビリテーション科部長 兼 整形外科副部長
大島和也

・日本整形外科学会2018年度PR事業は「がんロコモ」

日本整形外科学会は2007年に運動器診療科の啓発活動として「運動機能の障害により移動能力の低下した状態」である「ロコモティブシンドローム (ロコモ)」の概念を提唱し、「ロコモ予防活動」を続けてきました。ロコモの認知度は年々向上し、人生100年時代を迎えて、国民の健康寿命の延伸にロコモ予防活動が果たす役割は高まっています。

我が国は2人に1人が生涯でがんに罹患する「がん時代」を迎えました。治療成績の向上によって、がんと共存期間が延長し、がん診療は根治 (cure) のみを重視するのではなく、がん罹病期間のQOLを重視 (care) するパラダイムシフトを迎えています。

整形外科領域において、「がん」は一部の専門医が対応する特殊な分野であると認識されてきましたが、国民全体のがん診療に対する意識が高まり、医療界全体がこのパラダイムシフトに対応していくなかで、整形外科全体ががん診療に取り組む姿勢を示そうと、日本整形外科学会は平成30年度「運動器と健康・骨と関節の日」のテーマを「がんとロコモティブシンドローム (がんロコモ)」としました。がんロコモは「がん自体あるいはがんの治療によって運動器の障害が起きて移

動機能が低下した状態」と定義され、骨転移など「がんによる運動器の問題」、長期臥床安静による筋力低下など「がんの治療による運動器の問題」、そして「がんと併存する運動器疾患の進行」の3つに分けられます。

整形外科全体が主体的にがん診療に携わる活動が「がんロコモ」であり、この活動を通じて、がん患者に適切な運動器マネジメントを実施することによって、がん自体を根治することができなくても、がん患者が治療中も根治後も、そして終末期でさえも自分で「動ける」状態を維持でき、がん患者のQOLの向上に大きく貢献できることが期待されています。

・骨転移診療の目的は「がんをケアする」

いま、我が国では、男性では胃癌、大腸癌、肺癌、前立腺癌、肝癌が多く、女性では乳癌、大腸癌、胃癌、肺癌、子宮癌が多いとされています。男女とも、胃癌、大腸癌、肺癌は共通しており、男性に特徴的な前立腺癌、肝癌、女性に特徴的な乳癌、子宮癌がトップ5に入っています。また、死亡率が高いがんは、男性では肺癌、胃癌、大腸癌、肝癌、膵癌、女性では大腸癌、肺癌、胃癌、膵癌、乳癌となっています。ここでも、肺癌、胃癌、大腸癌は男女とも共通しており、予後不良とされる膵癌と、男性に特徴的な肝癌、女性に特徴的な乳癌がトップ5に入っています。

骨転移を来しやすいがんは、乳癌、肺癌、前立腺癌、腎癌、肝癌、胃癌、大腸癌など様々で、罹患頻度が高いがんが多く、どのがんでも骨転移があり得ることを示しています。

骨転移で気を付ける部位は、脊椎、骨盤、大腿骨近位、上腕骨近位です。これらの部位はいずれも体幹に近い部位であり、日常生活動作に直結する部位でもあります。長管骨の場合は、縦3cm以上、横50%以上の溶骨性変化を認めれば骨折リスクが高いとされており、注意が必要です。

骨転移の診断は単純X線やCTにてなされることが多いですが、骨転移診療ガイドラインでは「骨シンチ、PETまたはMRIは骨転移の診断に有効である」とされ、臨床現場で汎用されている単純X線やCTは有効な画像検査として推奨されていません。骨シンチ、PET、MRIを比較すると、費用、撮像時間、被曝量、注射の有無、画像

評価の観点からは全身MRIが推奨されます。

骨転移の治療の目的は「がんを治す治療ではなく、がんをケアする治療である」ことです。なかでも、1) 麻痺や骨折を治す、予防する、2) 痛みを減らす、3) どうにかして生活する(ADLを保つ)、4) 不安を減らす、5) がんと闘う(抗がん治療を行う)ことが大切です。

・脊髄麻痺は「がん救急」

骨転移はすべてのがん種で進行がん(Stage IV)です。確かに、直接的に生命には関わりませんが、致死合併症につながり、とても大きなADL障害をもたらす、QOLを著しく低下させます。当たり前でできていたことができなくなり、普通だったのに一生寝たきりになってしまいます。骨転移でも「生活できる」を維持するために、骨転移の緊急性(オンコロジーエマージェンシー)を見失ってははいけません。自験例ですが、過去5年間で立位不能に対して緩和外科を施行した37例を検討したところ、術後に立位可能となったのは、22例(59.5%)でした。また、立位不能となってから脊髄圧迫を解除するまでの時間が24時間未満であれば71.4%、24時間以降2週間未満であれば60.0%、2週間以降であれば40.0%が立位可能となりました。これは、除圧が早ければ早いほど機能予後が良いことを示しているのですが、一方で、2週間以降でも寝たきりではなく、立位可能となる可能性があることも示しています。

・寝たきりを救う「緩和外科」

緩和医療とは、できる治療がなくなった終末期医療を指す訳ではなく、がん治療に並行して全人的苦痛を緩和するものであり、がん治療とお互いに相補的なものです。緩和医療の一つに「緩和外科」があり、緩和外科の意義は 1) RTやオピオイドで緩和できない苦痛を緩和する、2) 他の治療で獲得できないADLを獲得できる、3) 早期に次治療(抗がん治療)につなぐことができることです。治療方針や手術適応が妥当であれば、手術は緩和医療として価値があります。確かに手術は高価で、手術する(お金をかける)意味があるのかと尋ねられますが、「寝たきり」と「動ける」は大違いであり、QOL(質的利益)が著しく向上し、動ければ抗がん治療につながり、生存

期間（量的利益）も向上します。つまり、QALY（Quality adjusted life years）が高いことになります。脊椎転移自験例84例のうち、半年以上Follow up可能であった45例を解析すると、独歩可能であれば生命予後も有意に延長しています。一方、Frankel Aは実用性の回復が困難であると実感しており、Frankel Aであれば早期の「離床」が目標です。Frankel A以外は早期の「自立」が目標となります。いずれにしても、時間を浪費せずに、次のがん治療へバトンをつなぐことが大切です。

・「チーム」で行う骨転移のマネジメント

骨転移のマネジメントは、安静度、予後、治療、機能、目標、退院、生活など、様々な因子を考えながら行わなければいけません。逆に言えば、非常に多くのことを考えなければいけないので、一人で治療することは困難です。そのため、チーム医療が必要であり、診断・治療に終始することなく、1)在宅・社会復帰を見据え、2)目的・目標を共有し、3)「動ける」「生活できる」ための診療が求められます。

・がん高齢時代に求められる一貫した「トータルケア」

ご存じの如く、がん診療の「昔と今」は生命予後が大きく異なります。生命予後の延長に伴い、機能予後が必要であり、「動ける」「生活できる」ケアが求められています。ケアを必要とする人は多く、平均寿命と健康寿命では男女とも約10年の差があります。現在、高齢者ケア（要支援・要介護）の対象は、運動器疾患、認知症、脳血管疾患であり、高齢者ケアの死因は、がん、心肺疾患、脳血管疾患です。我が国の高齢化は、「速さ」より「高さ」が問題であり、2025年問題が叫ばれますが、2025年以降も25年間以上、高齢人口が高いままであることが問題です。これまでの高齢者1人を3人で支える時代から、2055年には1.2人で1人を支える時代になります。

がん障害には2通りあり、がん自体による障害とがん治療による障害があります。がん障害で「当たり前」ができなくなり、身体、栄養、精神の障害が生じます。健康寿命を延ばし、「生活できる」ためには、フレイルと呼ばれる心身の機能

低下を予防（ケア）する必要がある、運動器障害による移動能力の低下を示すロコモの代表例である骨転移を予防（ケア）する必要があります。予防（ケア）することにより、機能予後が延長され、「動ける」ようになり、健康寿命が延伸され、介護量の減少につながります。

一般に、生活レベルはトレーニングにより向上しますが、ひとたび障害（病気）が起こると急激に低下し、治療するために医療機関に携わり、限られた在院日数のなかでリハビリテーションに励むことになります。退院後に、自己鍛錬により、元の状態に戻ることもあれば、健康意識・生活機能が高まり、元の状態以上に生活レベルが上がることもあります。しかし、多くの場合は、元に戻らない、あるいは、医療機関から離れた途端に低下します。治療が始まる前を含め、ひとの人生には一貫した「トータルケア」が大切です。

・がんロコモに対する「整形外科医」の役割

骨転移により、痛みや骨折、麻痺を生じると「がんロコモ」につながります。たとえ骨転移があっても、日常生活を続ける方法があり、整形外科医であれば、「動ける」という視点から、がん治療と日常生活、就労、社会参加などの両立を支援できます。がん高齢化、老々介護社会を迎えるにあたり、「動ける」「生活できる」ことが喫緊の課題であり、「質の高い生活機能」を早期に求められます。骨転移診療の理想は骨折や麻痺の予防とケアですが、殊に除痛や移動に関しては、運動器の専門家である整形外科医が大いに力になれるのではないのでしょうか。



文化講演

「古地図で楽しむまち歩き」

座長：天野祐一先生

株式会社 竹中工務店 大阪本店 技術担当顧問

大阪くらしの今昔館ミュージアムボランティア町家衆 酒井祐一先生

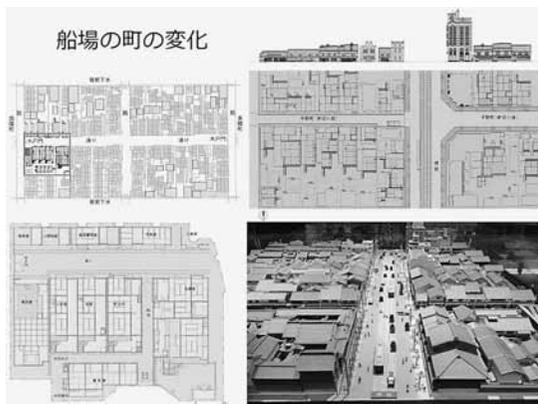
はじめに

大阪生まれの大阪育ちで、京都大学・大学院で建築を学び、昭和57（1982）年大阪市役所に入庁。住宅行政やまちづくり事業に35年間携わり、平成29（2017）年3月大阪市を定年退職しました。

現在は建設会社に勤務の傍ら、休日には大阪くらしの今昔館ミュージアムボランティア町家衆、まち歩きの案内人、大阪府立中之島図書館の連続講座「地図で学ぶ 大阪街歩きのスズメ2」の講師などの活動をしています。

このたび、天野会長と大手前高校の同級というご縁から、9月8日の文化講演会でお話しさせていただくこととなりました。

知っていそうで案外知らない大阪の町、天下の台所・水の都として栄えた江戸時代の大坂、市域拡張で日本一の人口になった大大阪時代の大坂。それらの痕跡が今の大阪のまちにも残っています。そんな大阪の「まち物語」を古地図や古写真、錦絵を使ってご案内します。



1. 船場の町は「通」と「筋」でできている

江戸時代の船場の町は、大阪城と港を結ぶ東西南北方向がメインで、通りを挟んで両側が町を形成する両側町でした。明治時代に入って梅田・難波・

天王寺に鉄道の駅ができ、南北に市電や地下鉄が走り、南北軸の街になりました。

2. 阪急電車が国鉄の上を跨いでいた

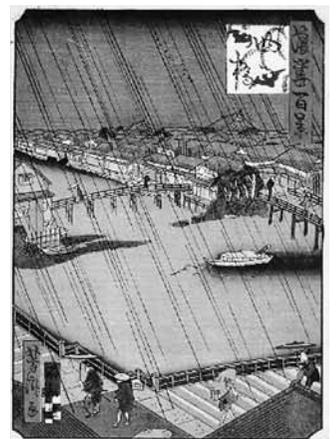
明治7年に大阪神戸間の官営鉄道が開通し、同時に梅田にステーション（初代大阪駅）ができました。明治43年に開通した箕面有馬電気軌道（現在の阪急電鉄）の梅田駅は、現在の阪急百貨店の位置にあり、駅を出ると官営鉄道をまたいで中津へと向かいました。昭和9年には国鉄が高架化されることとなり、阪急は地上に降りることとなりました。

その後、乗客の増加に伴って列車の編成が長くなることに対応するため、梅田駅は昭和42年から48年にかけて、国鉄の北側の新しいターミナル（阪急三番街）に移設され、現在に至っています。



3. 四ツ橋には実際4つの橋が架かっていた

長堀川と西横堀川が直角に交差するところに井桁の形に4つの橋が架かっていました。もちろんそれぞれに橋の名前はありますが、4つまとめて四ツ橋と呼ばれ、建物が建て込んだ都心部にあつて貴重な開かれた空間で、散策コースとして親しまれ名所となっていました。現在では2つの川は埋め立てられて橋



はなくなりましたが、地下鉄の駅や路線、交差点の名前として残っています。

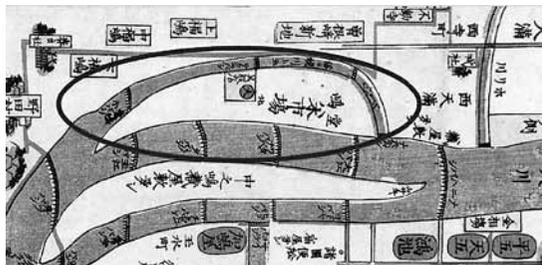


4. なんばに煙草専売局の工場があった

現在なんばパークスのあるところには、以前何があったでしょうか？と問うと、年配の方なら大阪球場とお答えになると思います。では、その前には何があったか、さらに前の江戸時代には何があったか、ご存知でしょうか？

江戸時代、ここには幕府の米蔵がありました。飢饉に備えて米を備蓄していたのです。浪花百景にもその姿が描かれています。難波に蔵前町という地名があったことをご存知の方もあられるでしょう。

明治に入って、政府は煙草を専売制とし、ここに煙草専売局の工場を建てました。大阪市パノラマ地図にもその姿が描かれています。



5. 堂島は明治末までは本当に島だった

江戸時代堂島は南の堂島川、北の蜷川（曾根崎川ともいう）に挟まれた本当の島でした。蜷川は大坂三郷の天満組の北のはずれに当たり、近松門左衛門作の「曾根崎心中」や「心中天網島」などの心中物にも登場していました。

明治42年、北区空心中町から出火した火事は、乾燥と強風によって南西方向へと燃え広がって丸一

日間燃え続け、現在の北区の大半、福島区の一部まで焼失する明治期最大の「北の大火」となりました。蜷川はこの大火による瓦礫の廃棄場所となり緑橋より上流側が埋め立てられ、大正時代には下流側も埋め立てられました。これによって蜷川は姿を消し、堂島は島ではなくなりました。

6. 中之島周辺には多くの蔵屋敷があった

江戸時代堂島には、米市場がありました。現在のANAホテルの場所です。米市場に近い堂島の中や、対岸の中之島、西天満には各藩の蔵屋敷が多く建てられ、地元でとれる米や特産品を売り捌いて藩の財政を賄っていました。その名前から倉庫のイメージが強いですが、西国諸藩の蔵屋敷は、大名屋敷や舟入を持つ立派なものでした。

明治に入り、蔵屋敷の跡地には裁判所や日本銀行、市役所、図書館、公会堂などの公共施設やホテルなどが建てられました。敷地が細かく分かれた町人地が多く、まとまった土地の少なかった大坂にあって、蔵屋敷は貴重な土地でした。



大阪城の5層構造

- ⑤昭和復興天守閣
昭和6年(1931)～
築後87年(最長寿)
徳川天守台上に豊臣天守
- ④徳川再建天守
(1620～1665:45年間)
以降は天守台のみ
- ③豊臣天守(地下7m)
(1583～1615:32年間)
- ②大坂本願寺
(1533～1580:47年間)
- ①上町台地先端の地山

7. 今の大阪城は秀吉の大坂城ではない

大阪市パノラマ地図に描かれている大阪城には天守台の石垣は描かれていますが、天守閣はありません。現在の大阪城天守閣は昭和6年に市民の寄付によって再建されたものです。では、石垣は豊臣秀吉創建の大坂城の石垣でしょうか？

豊臣大坂城は大坂夏の陣によって落城し、天守も焼け落ちました。幕府は大坂を幕府直轄の天領とし、豊臣色を払拭する大工事が行われました。約7メートルの盛土によって豊臣の城は地中に埋められ、その上に新たな石垣と天守が築かれました。その天守もわずか40数年で落雷によって焼失

し、以降は天守を持たない城でした。

昭和6年に再建された現在の天守閣は、徳川天守の天守台の上に、豊臣天守の姿を模して再建されたもので、大阪城はハイブリッドな城なのです。

おわりに

パソコンやスマートフォンを使えば、インターネットで簡単に古地図が手に入る便利な時代になりました。古地図を片手に大阪の町を歩いてみると、きっと新しい発見と驚きがあると思います。

H30.10.13 (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)

於：大阪第一ホテル

(久光製薬共催：参加 32名)

総合司会：馬野隆信

詳細は後述

10月20日 (土)

平成30年度前期理事会・市整会フォーラム

於：ANAクラウン

(講演会のみ帝人ファーマ共催：出席者

16名、委任状 34通(理事総数60名))

「大腿骨頭壊死症：最近の話題」～骨粗鬆症を背景とした脆弱性骨折・大腿骨頭軟骨下骨折との鑑別～

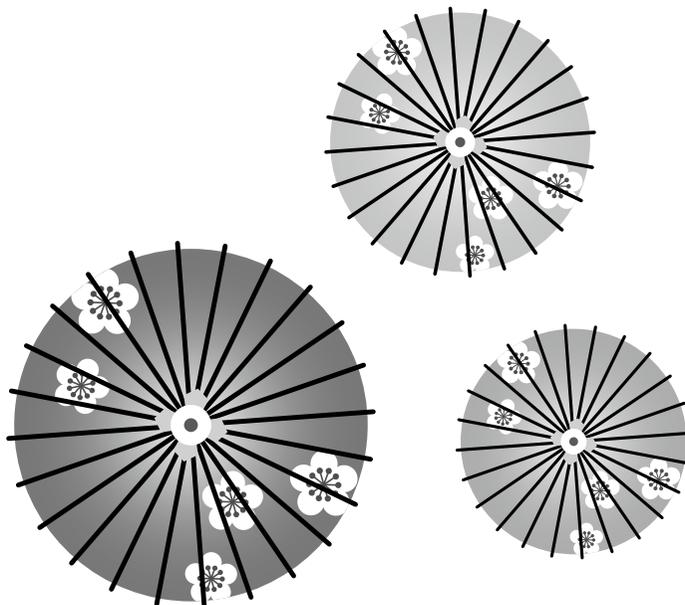
座長：小竹志郎 先生

和泉市立総合医療センター 整形外科 部長

溝川滋一 先生

「健康・医療戦略推進法」、や「医療分野の研究開発関連予算等の資源配分方針」に基づきこれまでの基礎・学術的な研究から医薬品創出・機器開発・難病治療など国民への還元・役立つ研究に重点が置かれ、厚生労働省研究班での特発性大腿骨頭壊死症の研究(疫学・病態解明・治療)でも再生医療・新しい治療の開発とともに診療ガイドラインの策定が進められています。現在、試案が纏り、日整会・股関節学会などのシンポジウムが催され、パブリックコメントを求める段階となっています。

高齢化率が上昇し骨粗鬆症を背景とした大腿骨頭軟骨下脆弱性骨折が大腿骨頭壊死症と診断されるケースがあり、今回の講演では用語の統一、附則を含めた診断基準、鑑別疾患、保存療法・薬物(骨粗鬆症治療薬などの)療法についての話を進めてまいります



第5回「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 馬野 隆信（昭和58年入局）

平成30年10月13日（土）、久光製薬共催で、健保・介護・診療担当勉強会 第5回「これからの整形外科のかたちを考える会」が大阪市北区・大阪第一ホテルにて開催されました。今回は診療所の経営形態や事業承継、そしてこれからの開業医の働き方に対する話題を取り上げてみました。

共催の久光製薬から講演1は、杉本泌尿器科 杉本俊門先生より、「脊椎画像診断の撮影範囲内で見つかる泌尿器科疾患（特に前立腺癌について）」のご講演を頂きました（抄録1）。前立腺癌を始めとして整形外科領域の画像診断において発見される可能性のある疾患についてご教示頂き、PSA測定や前立腺癌への取り組み方についてご講演いただきました。今後も実臨床の場で実践に役立つ他科の情報提供について期待しております。

講演2は、こたけ整形外科 小竹志郎先生より、「100まで生きたらどうします？ 我々が最期まで役立つために」の題目で、個人開業医のこれからの働き方について提案いただきました（抄録2）。本会のご案内の際、診療所の経営形態やこれからの開業医の働き方についてのアンケートを実施させていただき、この場をお借りして発表させていただきました。ご回答頂いた先生方、ありがとうございます。開業医の働き方についてはこれからの市整会の活動として取り組んでゆきたい課題でもあるかと思っております。

講演3は、河村会計事務所 河村好夫税理士より、「共創の医業承継～新税制から承継の現状～」の題目で、個人開業から法人の設立、持ち分有りから無しへの移行、そして診療所の閉院や承継について、税制面から幅広く・分かり易くお話しいただきました（抄録3）。来年以降も可能であれば、これからの診療所経営のあり方や労務管理のピットフォール等等について、明日からの外来診療に役立つ情報を皆様と共有してゆきたく、多くの先生方のご参加をお待ち申し上げます。

抄録1

「脊椎画像診断の撮影範囲内で見つかる泌尿器科疾患〜；特に前立腺癌について〜」

座長：増田博

演者 杉本泌尿器科 院長 杉本俊門 先生

CTやMRIは、多くの診療科において診断や治療の上で、必要不可欠な検査である。しかし、撮影範囲内には自分がtargetとする臓器以外に、他科領域の器官・臓器も造撮される。従って、専門領域の正確な画像診断を行うだけではなく、他科の疾患の見落としが無いよう十分に注意を払う必要がある。院内や外注で画像検査を依頼した際、放射線診断医から自分の専門領域以外の異常所見の指摘があれば、他科に迅速に紹介すべきで、これを怠れば医療紛争に繋がる。

一例として、腰椎のMRI検査を行った場合、撮影範囲内で発見される可能性のある疾患は、1) 腎癌 腎盂・尿管癌 水腎症 2) 後腹膜腫瘍 3) 悪性リンパ腫 転移性リンパ節腫瘍 4) 卵巣腫瘍 5) 大腸癌 6) 腹部大動脈瘤 7) 骨腫瘍、転移性骨癌などである。泌尿器科医として、整形外科の先生方をお願いしたいのは、50歳以上の男性で骨転移（造骨性）が発見された際には、前立腺癌を第一に疑っていただきたいことです。PSA（前立腺癌の腫瘍マーカー）検診の重要性は周知されており、限局性前立腺癌は放射線治療や手術で、殆どの患者は完治します。しかし骨転移を有する患者でも、ホルモン治療、抗がん剤、デノスマブやビスフォスフォネート投与、放射線治療、整形外科的手術で神経症状の改善、疼痛軽減、生存期間延長が十分望めます。

抄録2

「100年生きてらどうします？我々が最期まで役立つために」

座長：増田博

演者 こたけ整形外科 院長 小竹志郎先生

整形外科開業医と市整会のこれからを考えるにあたり最大の課題は何をおいても高齢化であり今回諸先輩がたの前で発表の機会をいただき、今後の展望の第一弾としてシェアリングとライフシフトを基本にお話しさせていただきました。

事前アンケートからは50代の会員の先生方があと10年もつか？というご意見が多く現状の週9-10枠が6枠生活になればあと20年近く働けるのではという傾向が読み取れました。

それを実現するには市整会を貴重な無形資産として活用し、我々のスキルや機材、場、信用等を自身の健康や交友関係を磨きつつ時代や年齢に応じて役割を変えていくマルチステージな人生設計が必須かと思われます。

具体的には市整会施設のシェアリングをどう現実化するかが、

人材面では

- 1 同門会専門医による連携外来の開設
- 2 市整会臨床顧問医（仮称）として閉院後のDrの招聘
- 3 市整会B会員（同）として主に開業志向のあ

る若手、二、三代目のセミ開業支援

運営面では

- 1 診療内容の継続性均一性を保てるようなシステムとスタッフ育成
- 2 非常勤医師にも収益に応じたインカムのある給与体系

の構築ができればと思います。

皆様のご支持をいただけるようならこの妄想を少しでも現実化すべく働いていきたいと思えます。

抄録3

「共創の医業承継 〜新税制から承継の現状〜」

座長：馬野隆信

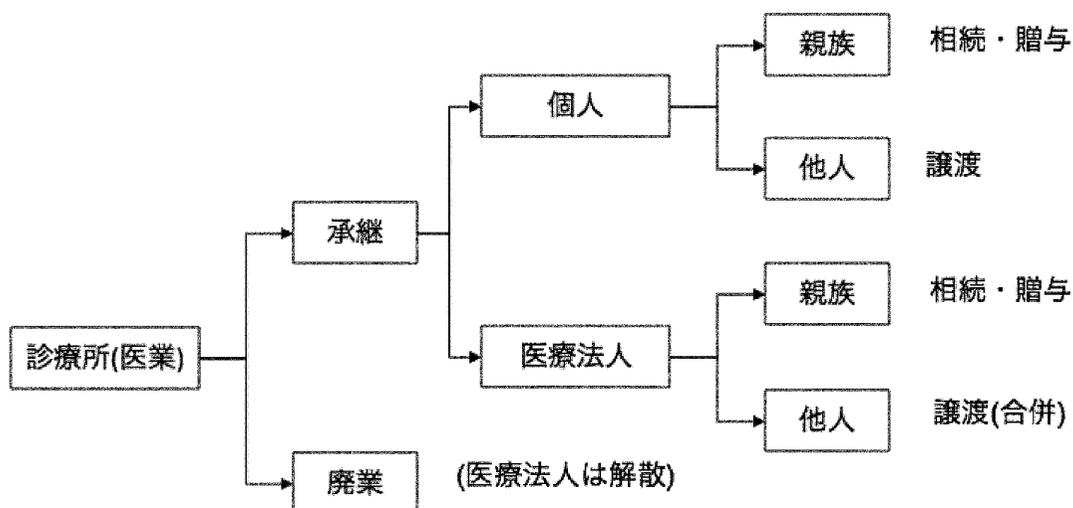
演者 河村会計事務所 河村好夫 先生

診療所の開設者の約53%が60歳以上を迎え、そのうえ相続税の課税強化も加わり、地域医療をどう守るか、医業承継対策は我々にとって切実な課題となりました。

1. 事業を廃業せず承継するのか
2. 誰に、いつ承継するのか
3. 財産の承継はどうするのか

以上3つの課題に計画的に取り組をしていかないといけません。

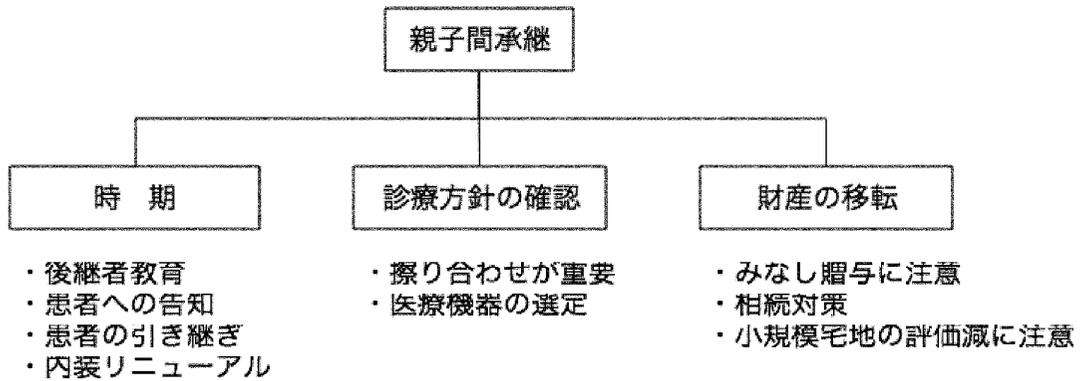
承継の4つの形態



当日は上記4つの形態の具体的なポイントの解説がありました。

なお、親子間承継のポイントは下図の通りです。

親子承継のポイント



※経営自体は事業継承も新規開業も同じです

当日は出資持分のある医療法人の、持分なし医療法人への移行計画の解説もありました。たしかに歴史があり、含み益がある法人にとっては朗報かもしれませんが、数々の制約があり、慎重に対応された方が良さそうです。（この会報発行時点で検討されるに当たっては急ぐ必要があります。）

また、第三者承継（M&A）の実情や、介護業界等に対する法人の売却の話もあり、我々にとっては非常に考えさせられる内容でした。

我々が長年にわたり地域医療に貢献しながら築き上げてきた信用をどう継承していくのか、市整会として啓蒙していくべき課題です。



平成30年度 そのほかの市整会および関連行事

H30.01.12 (金) 南大阪整形外科冬季セミナー (大学行事)

H30.01.20 (土) 市整会新年会

場所：ANAクラウンプラザホテル「平安北」 学術講演共催：エーザイ
特別講演 17：00～、新年会 18：30～
アトラクション：Cocoroさん

H30.04.07 (土) 諮問委員会

H30.04.12 (木) ～14日 (土) 第47回日本脊椎脊髄病学会学術集会 (大学行事)

H30.04.21 (土) 29年度後期理事会・市整会フォーラム (講演会のみ共催：久光製薬)

理事会 17時～、フォーラム 18時～ ヴィアーレ大阪
出席者 20名、委任状 25通 (理事総数 61名)

H30.05.12 (土) 市整会 総会 ヴィアーレ大阪 講演会のみ共催：科研製薬

出席者 39名、委任状 112通、会員196名…総会成立

H30.06.03 (日) スケルトンゴルフコンペ 天野山CC

参加：市整会 24名、勤務医 15名、総勢 39名 (10組)

H30.09.28 (金) 諮問委員会

H30.10.20 (土) 平成30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

理事会 18時～、フォーラム 19時～ 情報交換会 20：00～21：30 ANAクラウン
出席者 16名、委任状 34通 (理事総数 60名)

H30.10.28 (日) 市大整形外科70周年記念式典

H30.11.18 (日) 家族会 (京都方面)

豊臣秀吉の側室の淀殿とお江が建てた「養源院」(浅井長政の菩提寺)と三十三間堂観光。
織田信長の甥である織田頼長ゆかりの「左阿彌」での京懐石料理。

H30.12.02 (日) 市整会ゴルフコンペ 泉が丘CC 6組22名

H30.12.21 (金) 諮問委員会

平成31年度 市整会行事予定

H31.01.26 (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：森川献志漢

学術講演「転移性脊椎腫瘍の診断と治療」座長：増田博

演者 鈴木 亨暢先生

アトラクション：初田悦子さん

H31.03.09 (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 21階「スノーベリー」 総合司会：未定

学術講演1「関節リウマチ患者における転倒・骨折のリスクマネジメント」座長：未定

演者 大阪市立総合医療センター 整形外科 医長 多田昌弘先生

病院紹介 未定

学術講演2「整形外科医に知ってほしい感染症～インフルエンザを中心に～(仮)」座長：未定

演者 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

主任部長 橋本章司先生

H31.04.12 諮問委員会

H31.04.20 H30度後期理事会・市整会フォーラム (講演会のみ共催：久光製薬)

場所：ヴィアーレ大阪

学術講演「未定」座長：未定

演者 岸和田徳洲会病院 部長 小川将司先生 (現在打診中)

H31.05.18 市整会 総会 講演会のみ共催：科研製薬

場所：ヴィアーレ大阪

学術講演1「未定」座長：未定

演者 大阪市立大学大学院医学研究科整形外科学 大学院生 上山秀樹先生

学術講演2「最近の審査状況について(仮)」座長：未定

演者 (医) 有馬外科・整形外科 寺川文彦先生

H31.06.15 学術講演会 共催：旭化成

市整会演題 2題

学術講演1「ラグビーの安全性を高めるため、どのように動いているのか？またそれにかかわる医師の在り方(未定)」座長：未定

演者 愛染橋病院 整形外科部長 中村夫左央先生 (予定)

旭化成推薦演者 1題

第1候補：「ロコモ関連、病診連携での骨粗鬆症治療・テリパラチドの使い方」

宮崎大学医学部整形外科 教授 帖佐悦男先生

または

第2候補：「脊椎・骨折治癒、骨粗鬆症薬物治療」

秋田大学医学部整形外科 講師 野坂光司先生

H31.06 スケルトンコンペ 天野山カントリークラブ

H31.10.26 第6回これからの整形外科のかたちを考える会 ビアーレ大阪
演題「診療所の労務管理のピットフォール（仮題）」

H31.11.10 市整会家族会 奈良方面



定款変更

①定款の第4章第7条に出てくる「民法第59条」は、廃止された事により、定款変更の必要性があり協議し総会にて認証されました。

第4章 役員

第7条（現在の定款）

- 1、会長は本会を代表し、会務を総理する。
- 2、副会長は会長を補佐し、会長事故あるときは、その職務を代行する。
- 3、理事は、理事会を構成し、会務を分掌する。
- 4、監事は民法第59条の職務を行う
と言う文面を

第7条（変更案）（下線が変更部分）

- 1、会長は本会を代表し、会務を総理する。
- 2、副会長は会長を補佐し、会長事故あるときは、その職務を代行する。
- 3、理事は、理事会を構成し、会務を分掌する。
- 4、監事の職務は、次のとおりとする。
（1）財産の状況を監査すること。
（2）理事の業務の執行の状況を監査すること。
（3）財産の状況又は業務の執行について、法令、定款若しくは寄附行為に違反し、又は著しく不当な事項があると認めるときは、総会に報告をすること。
（4）前号の報告をするため必要があるときは、総会を招集すること。
と言う文面に変更する。

②理事会成立の為に定款変更をする件

参加人数・委任状の返信率が悪く、理事会が成立しにくくなっている現状があり、総会にて定款変更について協議をさせて頂きました。これまでに、人数見直しも検討しましたが、人数の削減にも諸問題があり、定款の変更ではどうか？を諮問委員会・理事会でも協議したところ、会議の構成員の過半数ではなく1/3で成立する事に定款を変更する事や、名誉会員の方々は、出席・委任状の無き場合は自動的に会長に議決権を委ねた事とする等の意見を話しあったが、最終的に、名誉会員で理事の先生は、新たに名誉理事という役職に就いて頂き、名誉理事で出席・委任状の無き場合は会長に議決権を委ねた事とする意見で賛同が得られ諮問委員会・理事会と同様に総会でも定款の変更案が可決されました。

定款 第4章 役員 第5条、第6条、第7条（下線が追加分）

第5条 この会には次の役員をおく。

- （1）会長 1名
- （2）副会長 3名以内
- （3）理事 必要員数
- （4）名誉理事 必要員数
- （5）監事 2名

第6条 役員を選出

- 1、理事および監事は総会において選出する。
- 2、理事の中で名誉会員となった者は、名誉理事という役職に就く。
- 3、会長、副会長は理事の互選とする。
- 4、理事および監事は相互に兼ねることは出来ない。

第7条

- 1、会長は本会を代表し、会務を総理する。
- 2、副会長は会長を補佐し、会長事故あるときは、その職務を代行する。
- 3、理事・名誉理事は、理事会を構成し、会務を分掌する。
- 4、監事は民法第59条の職務を行う。

第6章 会議 第17条 (下線が追加分)

- 1、総会、理事会は、それぞれの会議の構成員の過半数の出席がなければ開会することが出来ない。なお、構成員の過半数の出席が得られない時は、欠席者の記名委任状をもって代行できるものとする。
- 2、会議の議事は、出席者の過半数の同意をもって決し、賛否同数のときは議長が決するものとする。
- 3、前項の場合において、議長は会議の構成員として議決に加わることは出来ない。
- 4、名誉理事で総会・理事会に欠席で委任状の無き場合は、会長に議決権を委任したとみなす。



市整会家族会を企画して

福利厚生担当 大川得太郎（昭和62年入局）

一昨年は市整会45周年記念式典のため、家族会の旅行はお休みでした。そのため、平成30年度の企画は、実は平成28年9月23日の連休に京都を調査して考えたものです。以前、私が企画した建仁寺の俵屋宗達の代表作である、風神雷神図を鑑賞する旅行がありましたので、俵屋宗達を調べていたところ、出世作の本物が鑑賞できるお寺を発見しました。「養源院」という変わった名前のお寺で、調べたところ浅井長政の菩提寺であり、開祖は淀君とありました。浅井長政は織田信長の妹であるお市の方と婚姻し、信長とは義兄弟でありながら、朝倉家に義をたてて、信長に滅ぼされました。浅井長政とお市の方の間に生まれた3人の姉妹に、後の淀君となる茶々。二代将軍徳川秀忠の正室で三代将軍徳川家光の母君のお江がいます。お江の娘である徳川和子は天皇家に嫁ぎ、天皇家まで縁が続きます。このため、養源院には豊臣家の桐紋、徳川家の葵紋、天皇家の菊紋の日本の歴史を代表する3つの家紋のあるお寺として、密かに人気があるとのこと。これは面白いと、現地に行く前より、養源院に絞っておりました。現地に行くと、境内には立派なモミジもあり紅葉によさそう、寺は伏見城の徳川家忠臣を弔うための血天井、伏見城の天守閣より移設した書院や鶯張りの廊下があり、俵屋宗達の松の襖絵、白像、麒麟、虎の絵があり独特の雰囲気。ということで今回は養源院に決定しました。ちょうどお隣が三十三間堂で、養源院とはうって変わって華やかな千手観音像があり、養源院との対比に素晴らしいと

感じて両方を見る会にしました。昼食は織田信長の甥の信頼と縁のある左阿彌、体験は友禅染と、今回は実は二年越しのとおきの家族会旅行を企画しました。ところが、すぐ前に開催された市大整形外科教室70周年記念祝賀会の影響か、集まりが思わしくなく、一時は46名まで集まりましたが、途中でキャンセルが入り39名と、予想よりも少なく、正直少し残念でした。

当日は、晴天で、紅葉のトップシーズンのため、渋滞が心配された京都でしたが、上手く避けることができ、スムーズに予定が進みホッとしました。暖冬の影響か紅葉は見頃までもう少しという感じでしたが、紅葉を感じる事ができて美しかったです。左阿彌での昼食時に何故か天野会長、高山先生、西澤先生ご子息との腕立て伏せ競争がはじまり、さらに高山先生、西澤先生ご子息との腕相撲と結構盛り上がり、ありがとうございます。友禅染体験は、皆さんの懲りように驚きました。写真を撮ると合図をしても、作品が気になるらしく、なかなか前を向いてくれません。創作意欲一杯の方が多く、お気に入りの作品制作に没頭される姿が見られてとっても嬉しかったです。

今回も、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。来年は奈良旅行を予定しております。12月に現地調査をして、面白い企画を考えますので、若い先生方、未参加の先生方も、是非、来年の市整会家族会の参加を心よりお待ちしております。



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）
金井 秀彰（昭和59年入局）
上野 憲司（昭和60年入局）
小竹 志郎（平成11年入局）

平成30年6月3日天野山CCにて総勢39名10組の先生方に参加していただき、スケルトンゴルフコンペが行われました。当日は梅雨時期にもかかわらず良い天気恵まれ、さわやかな気候の下でプレイができました。今回も中村教授にお声がけをしていただき、昨年以上に大学から多くの先生方が参加され、私共がコンペを担当してから最多数の参加者となりました。他に大阪市立総合医療センター、阪堺病院からも勤務医の先生方が参加されました。結果は、優勝が今回初参加の森沢先生で、準優勝は原先生、3位が大草先生と市整会側の先生方が入られました。ベストは小島先生がグロス84で見事獲得されました。小島先生は市

大バトミントン部出身で、大阪市立総合医療センターで現在研修中の若い先生です。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。

続いて市整会コンペですが、12月2日に泉ヶ丘CCにて総勢22名6組の市整会会員の先生方に参加していただき行われました。昨年同様、非常に良い天気で小春日和の暖かい気候の下、気持ち良くゴルフを楽しむことができました。今年は暖かかったせいかアンダーパーが4人も出るというハイレベルな戦いとなりました。結果は久しぶりに参加された豊川先生が優勝され、77というコースコアでベストも獲得されました。準優勝が島田



6月3日天野山CCにて

先生で、前半はなんとパープレイで回っておられます。3位は今年からゴルフ担当理事になられた金井先生が入られました。先生には今回の賞品係をお願いしております。表彰式は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しました。その際に天野会長から大学医局の70周年記念のご報告とお礼の言葉がございました。

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す。昨年より始めた持ちハンディ制も適正なハンディになりつつあり、また参加するごとにハンディが増

えますので優勝の可能性も高くなっていき、先生方のモチベーションにつながるものと考えております。

今年度も多く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。平成最後となる今年のゴルフコンペは2回とも天候に恵まれ、幸運であったと思います。来年度も年2回のコンペを開催する予定ですので、この機会にできるだけ多くの市整会会員の先生方に親睦を深めていただきたいと思います。ぜひお気軽に参加して下さいようよろしくお願い申し上げます。

第25回スケルトンゴルフコンペ上位者成績（敬称略） 参加者39名

		西	北	グロス	ハンディ	ネット
優勝	森沢 康二	42	43	85	13.2	71.8
2位	原 好延	43	42	85	13	72
3位	大草 良夫	44	41	85	13	72
4位	山田賢太郎	49	49	98	26	72
5位	村上 将一	54	49	103	30	73
6位	林 正樹	43	50	93	19.2	73.8
7位	安田 浩成	45	47	92	18	74
8位	馬野 隆信	50	47	97	22	75
9位	楯 憲一郎	46	52	98	23	75
10位	小島 孝仁	45	39	84	8.4	75.6

第27回市整会ゴルフコンペ上位者成績（敬称略） 参加者22名

		葛城	岩湧	グロス	ハンディ	ネット
優勝	豊川 英樹	40	37	77	8.4	68.6
2位	島田比呂志	36	43	79	10	69
3位	金井 秀明	45	47	92	23	69
4位	小竹 志郎	39	42	81	11	70
5位	安田 浩成	47	44	91	19	72
6位	上野 憲司	51	48	99	27	72
7位	岩城 啓好	47	41	88	15.6	72.4
8位	長濱 信一	47	43	90	17	73
9位	西口 豊憲	53	54	107	32	75
10位	喜馬 秀樹	51	43	94	16	78

自己紹介

まさだ整形外科 政田 俊明 (平成10年入局)

平成29年7月10日JR西宮駅 北側駅前『まさだ整形外科』を開院いたしました、政田俊明と申します。簡単に自己紹介させていただきます。昭和46年10月生まれの47歳です。出身は神戸の御影です。御影中学・御影高校卒業後に川崎医大を平成10年に卒業し、大阪市立大学整形外科へ入局いたしました。学生時代のクラブはバレーボール部で、最近ではテニスとクリニックのリハ室内に置いてあります“パワープレート(筋トレマシーン)”で健康増進を計っております。

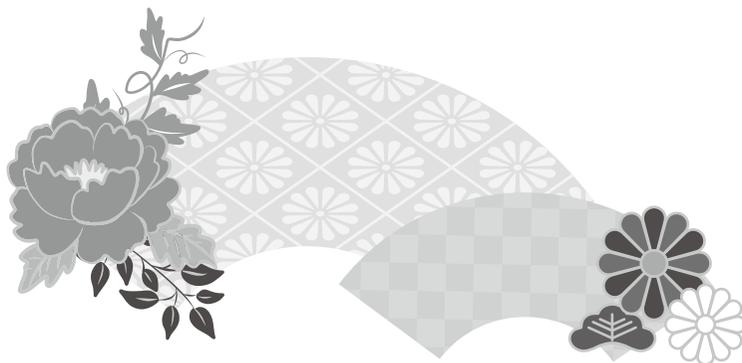
勤務歴ですが、大阪市大大学院後に吹田市民病院で人工関節のトレーニングをみっちりとさせていただきました。ここでの1年が私にとっての医療の大きな分岐点となりました。ご存知の先生方も多いと思いますが、門脇先生(当時副院長)から患者様への熱い治療方針と丁寧な対応、そこに正確な手術手技を徹底的に叩き込まれました。この翌年から、和歌山へ武者修行(最初の一年は関節外科一人)にでました。南和歌山医療センター・白浜はまゆう病院で4年間勤務いたしました。450例の人工関節置換術に携わりました。

この経験を生かして、西宮渡辺病院内に西宮人

工関節センターの立ち上げのために、平成21年4月から勤務いたしました。西宮渡辺病院勤務中に1000例を超える人工関節置換術に携わり、地域の様々な整形外科疾患の患者様と向き合って参りました。開業後も西宮渡辺病院と病診連携を図り、1年間で14名の人工関節置換術を執刀できたのは、私自身のモチベーションを上げてくれました。

今から思えば3年前の当直中に、何となく見ていた『開業支援サイト』で、現在の開業地(JR西宮駅北側駅前物件)を発見したことから始まります。西宮渡辺病院・西宮人工関節センターから1km以内!しかも駅前!広さも90坪!と整形開業地としてはこれ以上ない条件でした。開業支援マニュアルには、集患の4割は『立地』、3割は『医師』と書かれており、清水の舞台から飛び降りる気持ちで、開業準備をスタートしたのを思い出します。

これまでの勤務医時代とは異なり、開業医に求められることは、『かかりつけ医』の役割だと思います。『かかりつけ医』の定義は、『何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時



には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師』と日本医師会は記しております。勤務医時代は、学会発表、講演会、セミナー・抄読会など、最新医療をアップデートする機会が沢山ありました。今後、開業医としても自分磨きを継続していきたいものです。

話は変わりましたが、私の好きな言葉に『実るほど、頭を垂れる稲穂かな』ということわざがあります。この言葉は、私の祖父の好きな言葉でもありました。私の祖父は、坪井 俊映（つぼい しゅんえい）といいまして、京都のお坊さんです。平成22年9月に96歳で他界しましたが、生涯現役を貫きました。平成19年4月に浄土宗総本山『知恩院』の法主（ほっす）に就任いたしました。法主とは『Wikipedia』によりますと、『仏教においてその教義を護持して、その教えの要となるべき人を指し、転じて宗派・教団の最高指導者を指す』とのこと。いつも、『とし君（私の呼び名）、偉く

なればなるほど、頭を下げるのですよ』と教えられたものです。祖父は、まさに仏教の教えを守り、一生懸命勉強し、その地位に就けたのだと、今をもって一番尊敬する人物です。

私も、小さいながら整形外科クリニックの長となりました。その地位に驕り高ぶることなく、常に謙虚に診療して、スタッフを取りまとめ、患者様に満足していただけるクリニックにしていきたいと考えております。このすべてを踏まえまして、まさだ整形外科の理念を『笑顔で安心できる、心のこもった医療を提供すると共に、地域の健康増進に寄与いたします』といたしました。まだまだ、開業後1年半の若輩者ではございますが、諸先輩先生方の仲間入りができましたことを嬉しく思います。分からないことばかりで、多々ご迷惑をおかけするとは思いますが、今後ともご指導・ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。



最新の整形外科

ヘルニコアについての私見

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）

明けましておめでとうございます。思えば脊椎手術専門のクリニックを平成25年12月3日に開院してから丸5年になりました。本当に一瞬でした。あっという間で、全く落ち着く間が無いまま5年間を過ごしています。当院が病床認可されたのは平成26年3月1日からで、現在まで5年弱の間に脊椎手術は1000件を超え、1100件近くになっています。脊椎手術の最前線を実践している者として、毎年、脊椎の「手術」の話を書いてまいりましたが、今年は「ヘルニコア」って実際どうなの？と医局の先生方からも質問が多く、テレビやインターネットでの紹介をきっかけに患者さんからも何かと質問の多い「ヘルニコア」について私見を述べさせていただきます。

ヘルニア摘出術において、摘出したヘルニアは固い軟骨終板を含むケース、線維輪を含むケース、髄核ばかりのケースがあります。髄核ばかりのケースをシャーレの上に置いておくと、大きなヘルニアも数時間後にはもの見事に極小に縮みます。髄核は生体から出ると水分が飛んで消えてなくなるのです。生体内でも本来の場所から脱出すると、他の要因も相まって髄核だけなら自然消滅が見込めるわけです。

ヘルニコアは髄核の保水成分（プロテオグリカン）を分解する酵素です。本来の場所にありながら、髄核を小さくするというのは非常にリスクのあるものといえるでしょう。やり方を間違えれば退行性変化を促進してしまうわけです。ここで、やり方を間違えればの意味は

椎間高を維持し、クッション性を維持するためにも椎間板中央部の髄核のボリュームは多いに越したことは無いので、椎間板中央部に薬を注入しない、できるだけ病変部である線維輪に接する髄核後方部分に薬を注入するようにすべきという点です。ヘルニコア適正使用ガイドにおいては神経

根穿刺のリスクを回避するためと考えられますが、側臥位の場合、45-50度の角度で刺入となっています。しかし、これは芳しくない結果をもたらす可能性があります。残したい髄核中央部から薬が広がることになり、中央の退行性変性を促進し、後方の除圧したいところへはあまり効果がないということになりかねないのです。

PELDにおいて、最初のチバニードルが線維輪を貫く感覚は非常によくわかります。同様にヘルニコアの場合もチバニードルで穿刺し、2方向透視で位置確認し、線維輪を貫いたらすぐの部位となるべく後方で注入すべきと考えます。PELD同様、腹臥位で30度程度の角度で刺入するのが基本的な手技と私は考えています。ただ、ヘルニコア適正使用ガイドでは側臥位の場合、斜位の場合とあり、腹臥位の場合がありません。万が一の場合、アナフィラキシーが起きた場合に側臥位や斜位の方がスムーズに対応できるという判断かもしれません。

とにかく、上記の通り変性が進み、腰椎不安定性が起こる可能性があることは必ず説明しないとイケないことになっています。また、おおむね1週間は安静、3週間はスポーツしないように説明しなさいと書かれています。それなら、注射で済ます意味あるの？ということになります。安直な考えの患者には決してしないことですね。

適応に関してはヘルニコア適正使用ガイドではsubligamentous extrusionが適応とされ、protrusion, transligamentous extrusion, sequestrationは適応外とされています。（図1）

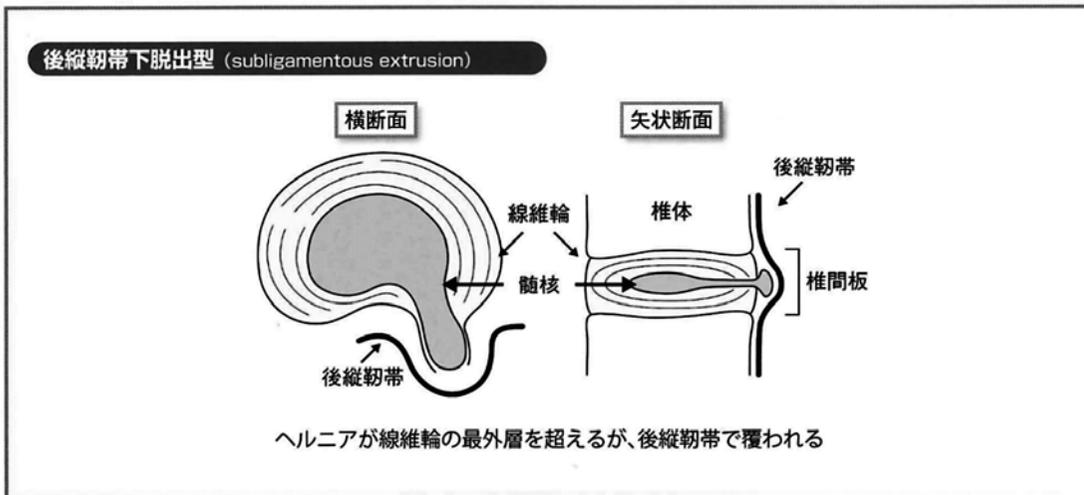
私の頭の中には違うアプローチで将来発展させたい、適応を拡張させたい方法がありますが、紙面に書くには時期尚早で、将来報告できるようになればと考えています。

さて、ヘルニコア適正使用ガイドの安全性の表

腰椎椎間板ヘルニアの形態分類とヘルニコアの適応とならない症例

腰椎椎間板ヘルニアは、その形態及び後縦靭帯との位置関係により4つの型に分類されます。
MRIなどの画像検査で「後縦靭帯下脱出型」と診断されるヘルニアのみを投与対象としてください。
慎重に鑑別診断を行い、本剤の安易な使用は避けてください。

ヘルニコアの適応症例(Macnab分類)



ヘルニコアの適応とならない症例(Macnab分類)

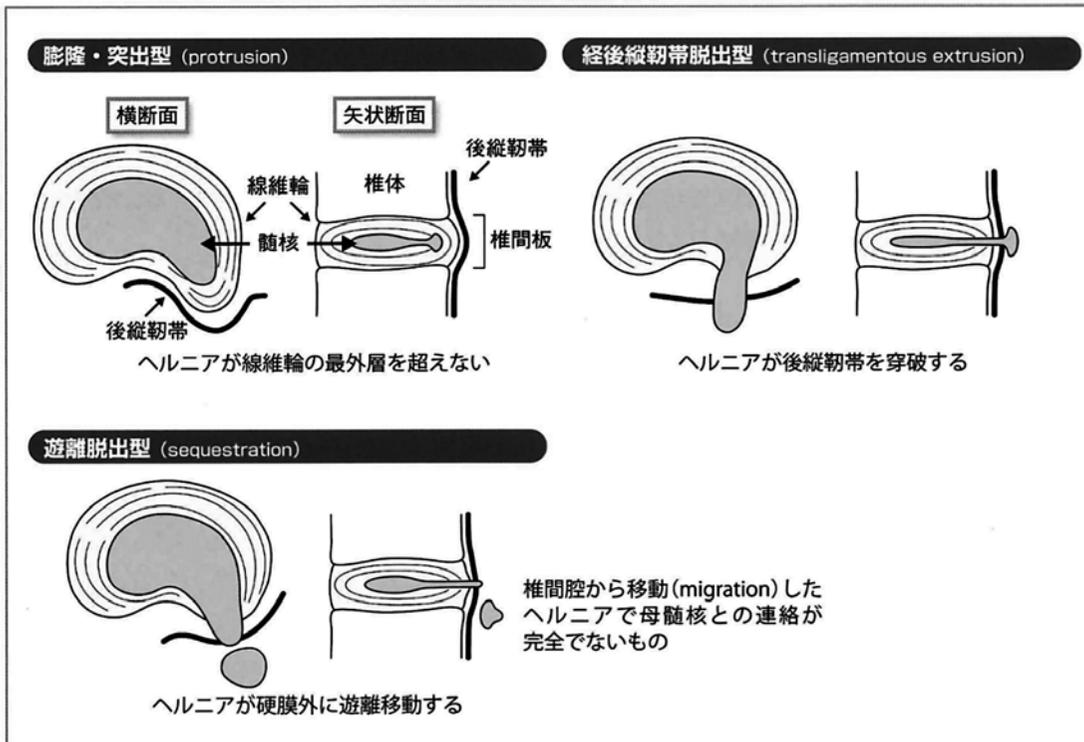


図 1

安全性

(1)副作用

副作用発現症例数は、コンドリアーゼ群 147 例中 75 例 (51.0%)、プラセボ群 47 例中 7 例 (14.9%) に認められた。

コンドリアーゼ群で多く認められた副作用は、核磁気共鳴画像異常^a 35 例 (23.8%)、背部痛 31 例 (21.1%)、脊椎 X 線異常^b 16 例 (10.9%)、四肢痛 9 例 (6.1%) であった。

重度の副作用は、コンドリアーゼ 2.5 単位群で認められた 2 例であった (リンパ節炎 1 例、好中球数減少 1 例)。尚、投与量別の副作用発現率は、1.25U 群 46.9% (23/49 例)、2.5U 群 44.9% (22/49 例)、5U 群 61.2% (30/49 例) であった。

		コンドリアーゼ (N=147)			プラセボ群 (N=47)
		1.25U 群 (N=49)	2.5U 群 (N=49)	5U 群 (N=49)	
副作用発現症例数 (%)		75 (51.0)			7 (14.9)
		23 (46.9)	22 (44.9)	30 (61.2)	
器官別大分類 / 基本語		発現症例数 (%)			
筋骨格系および結合組織障害	背部痛	13 (26.5)	8 (16.3)	10 (20.4)	2 (4.3)
	四肢痛	2 (4.1)	3 (6.1)	4 (8.2)	2 (4.3)
	筋骨格痛	0	0	1 (2.0)	0
	頸部痛	0	0	1 (2.0)	0
	四肢不快感	1 (2.0)	0	0	0
皮膚および皮下組織障害	発疹	0	0	1 (2.0)	0
	蕁麻疹	1 (2.0)	0	0	0
	粟疹	0	1 (2.0)	0	0
神経系障害	頭痛	1 (2.0)	1 (2.0)	0	0
	感覚鈍麻	0	0	1 (2.0)	1 (2.1)
	感覚障害	1 (2.0)	0	0	0
一般・全身障害および投与部位の状態	発熱	2 (4.1)	1 (2.0)	0	1 (2.1)
血液およびリンパ系障害	リンパ節炎	0	1 (2.0)	0	0
臨床検査	核磁気共鳴画像異常 ^a	12 (24.5)	10 (20.4)	13 (26.5)	0
	脊椎 X 線異常 ^b	4 (8.2)	4 (8.2)	8 (16.3)	0
	好中球数減少	0	1 (2.0)	3 (6.1)	1 (2.1)
	血中トリグリセリド増加	1 (2.0)	0	0	0
	C-反応性蛋白増加	0	1 (2.0)	0	0
	白血球数減少	0	1 (2.0)	1 (2.0)	0
	アラニンアミノトランスフェラーゼ増加	0	0	1 (2.0)	0
	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ増加	0	0	1 (2.0)	0
	血小板数減少	0	1 (2.0)	0	0
	ラセーグテスト陽性	1 (2.0)	0	0	0
	好酸球数増加	0	0	0	1 (2.1)
	好中球数増加	0	0	0	1 (2.1)
	白血球数増加	0	0	0	1 (2.1)

a: 軟骨終板と隣接する椎体の変化 (Modic 分類の Type 1~3 の変化)、Modic 分類の Type 1 の範囲拡大

b: 30% 以上の椎間板高低下、5' 以上の椎間後方開大、3mm 以上の椎体のすべり

MedDRA/J Ver.13.1

投与後 52 週までの全期間

生化学工業(株)社内資料: 腰椎椎間板ヘルニア患者を対象とした国内第II/III相試験 (承認時評価資料)⁶⁾より一部改変

図 2

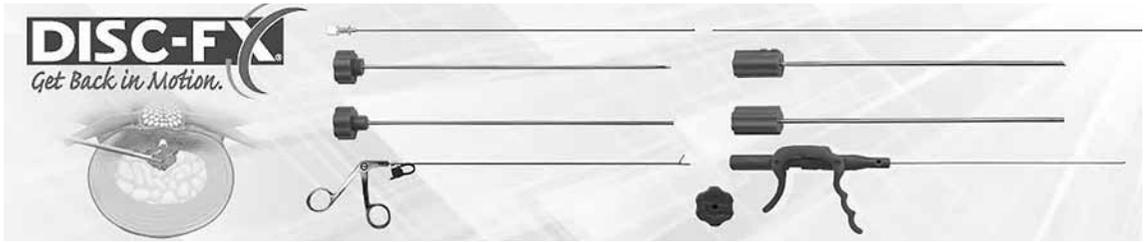


図3

2. 医師要件・施設要件

【医師要件】 以下①～②を満たす医師とする。

- ①日本脊椎脊髄病学会指導医、その指導下にある医師*、もしくは本剤の治験に参加した医師
 - ②椎間板穿刺経験がある、もしくは腰椎椎間板ヘルニア手術50例以上の経験がある医師
- *指導下にある医師については、自施設の指導医の許可を得ること

【施設要件】 以下①～④を全て満たす施設とする。

- ①X線透視設備（C-アームなど）があり清潔操作のもと本剤を投与可能な施設
- ②ショック・アナフィラキシーに対応可能な施設
- ③緊急時に脊椎手術ができる、または脊椎手術ができる施設と連携している施設
- ④入院設備がある施設

図4

をみてみましょう。（図2）

MRI異常、X線異常の発生率の高さは退行性変性の惹起、さらには椎体中央部ばかりに刺入されているケースが多分にある可能性を否定できません。上記のごとく、適応、手技に関して注意が必要で、ヘルニコアはPELD手技を実践している施設でする方が良いとは考えます。もちろん後方を狙いすぎると神経根穿刺のリスクがあるわけですが、SAP(上関節突起)外縁にまずあてて、滑らすように椎間板内に刺入するという基本は20年以上前の土方式経皮的髄核摘出術の時から変わりません。とにかく刺入角度が重要です。

昔の経皮髄核でも椎間板中央部ばかりアプローチして、残したいところをダメにして、とりたい後方は全く手を付けていなかったという例はしばしば耳にした話です。

さらには透視だけでなく内視鏡で実際に位置を確認することが安全ですが、8mm径のPELDでなく、Disc-FX（図3）であれば径3mmですので、こういう時は良いかなと思います。Disc-FXはPELDのように鏡視下に手術できませんが、あくまで内視鏡と切除・凝縮道具を交互に出し入れですが、鏡視で確認できます。刺入部位が後方寄りではあるものの、脊柱管には出ていない、しっかり線維輪・髄核境界部であるということを鏡視で確認できれば安全ではないかと考えます。ただ、Disc-FX自体が経皮髄核の保険点数しかとれず、キットも高価であり、全く、赤字な手技で

す。さらには、ヘルニア摘出手術にヘルニコアは保険で併用できないので、使えないですね。Disc-FXとヘルニコア注入併用が良い選択肢になると思うのですが、ヘルニコアは保険ではK126 脊椎・骨盤骨組織採取術4510点に準用して算定することになっています。ますます赤字で実用できません。将来、保険でヘルニア摘出との併用が認められるようになれば良いですが、現時点では、Disc-FX+ヘルニコアの場合は患者説明、倫理面をクリアにして自費で検討するしかありませんね。

実際の保険治療は透視化椎間板穿刺、ヘルニコア注入だけですが、ヘルニコアを使用するにはアナフィラキシーショックなどを起こす可能性が否定できないため、医師要件、施設要件の双方を満たさないといけません。（図4）に示す通りです。もちろん、当院は満たしています。

ヘルニコア治療の適応は限られると考えますが、当院ではMicro-love、MED、PELD、Disc-FX、ヘルニコアと各種積極的治療法の適応を見極めて対応していきますので、お困りの患者さんがおられましたら、今後ともご紹介して頂ければ専門的加療をさせていただきます。

参考までに下記連絡先です。

兵庫県尼崎市御園町54番地カーム尼崎3階
きょう整形外科・神経外科クリニック
電話 06-6411-0714 FAX 06-6411-5476

2 関節同時人工関節の有用性について

中之島いわき病院 岩城 啓好（平成3年入局）

市整会の先生方、平素より病診連携では大変お世話になっております。

本稿では当院で取り組んでいる両側同時、もしくは2関節同時人工関節手術について紹介したいと思います。

2017年には948件の手術を行いました。うち、人工股関節が251件、人工膝関節が317件という内容です。当院では、従来より、多関節同時人工関節手術に積極的にとりくんできました。昨年度は両側同時人工股関節置換術（THA）は、28症例（46関節）で、THA全体の13%の症例でおこなわれました。両側人工膝関節置換術（TKA）は51症例（102関節）で、TKA全体の19%の症例で行いました。おそらく、他施設に比べると多い割合ではないかと思えます。

また、最近では、同側あるいは反対側のTHAとTKAを同時に行う手術にも取り組んでおり、現在10を超える症例にTHA/TKA同時手術を行っています。THA/TKA同時手術に関しては、全国的にも行っている施設はあまり聞いたことがありません。

このような、2関節同時人工関節手術と、手術時期を分けて2期的に行う手術（2期的手術）との違いはなんでしょうか？

まず、治療期間が大きく違います。当院では、THAでは、2週で、TKAでは3週で退院してもらっていますが、上記の2関節同時人工関節の患者も転院などすることなく両側THAでは3週、両側TKA、THA/TKA同時手術では、4週のクリニカルパスを組んでおり、4週間以内で自宅に帰っていただいています。つまり、片側手術プラス1週の期間で退院できることとなりますので、全体の入院期間の短縮につながります。また、待機期間をいれると、2関節の治療期間というのはさらに長くなってしまいます。

患者の経済的側面でもメリットがあります。現在の医療制度下では、1関節手術でも2関節手術でもどちらにせよ高額療養費制度の限度額を超えてしまいますので、患者の自己負担は同じになる

ため、患者さんの経済的負担が半分になります。そのうえ、術前、術後検査も1回分で済みます。

医療費の面からみるとどうでしょうか？概算でいうと、医療費は片方ずつわけてする場合は両側同時でおこなうよりも1.6倍医療費がかかります。高齢化社会をむかえ医療費の抑制が叫ばれていますが、医療経済的側面から見ても非常に有用な手術だと思われます。

適応ですが、当院では、よほどの内科的ハイリスクの患者を除いては、よく患者に説明して同意していただいた場合はほぼ全例を適応としています。その理由ですが、当院ではTHAの平均手術時間は45分程度、TKAは55分程度です。同時手術では、インプラントが入れおわると、助手の先生に皮膚縫合をしてもらっている間に、次の手術に移りますので、2関節同時手術の手術時間が80分からながくても2時間以内におわります。また、出血量はTHAで、1関節100g程度でTKAでは、ターニケットしているため術中出血は少量です。

当院では昨年度、2関節同時手術を含むTHA、TKA後の同種血輸血は0症例でした。このことから考えると2関節同時手術の侵襲がそんなに大きくないのではないかと考えています。では、どうして広まらないあるいは積極的に行われていないのでしょうか？

1つには医療費が安いということは、病院の売り上げも下がってしまうということが言えると思います。当院でも2関節同時手術をやめて、片方ずつ行うようにすれば、ベッドも埋まるし、売り上げも上がると思います。逆に当院でのセールスポイントでもあることと、やはり患者にとって有益であると信じて積極的に行っています。

次には手術的な側面から言うと両側同時TKAは他施設でも、比較的行っていると思いますが、THAとなるとぐんと減ってしまいます。その大きな理由は、体位にあると思います。当院では手術を仰臥位で行います。しかし多くの施設ではTHAを側臥位で行っています。両側同時THAあ

京都のススメ

天野 祐一（昭和57年入局）

この頃京都にハマっています。北摂千里から車で1時間足らずという立地を活かしてちよくちよく通っています。少し前までは東山に行っても嵐山に行っても混雑が酷くて敬遠していたのですが、そんな混雑を避けてゆっくり回れる所も段々と分かってきました。最近訪れた所を紹介します。

たまたま台風で関空連絡橋が閉鎖になった時には大阪のミナミや心斎橋筋もガラガラでしたが、この時の京都もまた空いてました。

仙洞御所

昨年のサライ10月号に紅葉の京都特集があり、ひも解いてみると京都御所の中、東南にある仙洞（せんとう）御所が取り上げられています。譲位された天皇のお住まいで1630年に後水尾天皇のために造られたそうですが敷地内の建物は火災で消失、広大な地泉庭は十分に手入れをされて残っています。後水尾天皇は34歳で譲位され85歳で崩御されるまで和歌、漢詩、庭園の造成などに注力さ

れました。修学院離宮も設計されたそうです。

インターネットや往復はがきによる事前予約制で一日5回の時間制なのですが、これがボトルネックになりあまり知られていませんでした。これが当日も現地受付にて11時から先着順で午後の回の参観を受け付けているとの事で、ほんまかいなと行ってきました。

身分証の提示まで求められて驚きましたが、すんなり受付、予約が出来ました。2時間後の回でした。ツアーの前には受付の建物の中でレクチャーがあります。こちらでしか扱っていない記念品も販売していました。ここを目的に全国からやって来た真面目そうな参加者が熱心にビデオ画面の解説に耳を傾けています。レクチャーの後、広大な庭園を担当の方にガイドされて回ります。

大きな池が南北に広がり、池にかけられた石造りの八つ橋あり、紀貫之の邸宅跡という一角がありました。特に小田原藩主が一つ米一升と引き換えて何十万個と集めた直径12センチ位の丸石を砂浜に見立てて造られた100メートルの『州浜』には圧倒されました。どこから見ても絵になる景色



州浜

です。60分にわたって園内を回りますが近代的な人工物が一切見えないという稀有な体験をします。つまり400年前と同じ景色であるという事で見学者一同感嘆の声が出ました。保安や警備上の関係で自由に見て回れないのが制約ですが、隣接する建物に皇族の方が京都に来られた折には宿泊するとの事ですから仕方ないですね。

京都迎賓館

先程の受付後の時間には、北側の相国寺でもと思って御所の中を北に歩くとすぐの所に京都迎賓館があります。何とどこもエアポケットのように空いていました。地下の受付で空港にある金属探知機をくぐってボディチェックを受けるという厳重な警戒のあと、地上に戻って玄関から入館します。入館料は1000円。文字通り国賓をお迎えするための舞台付きの大広間や宴会場には建築、美術

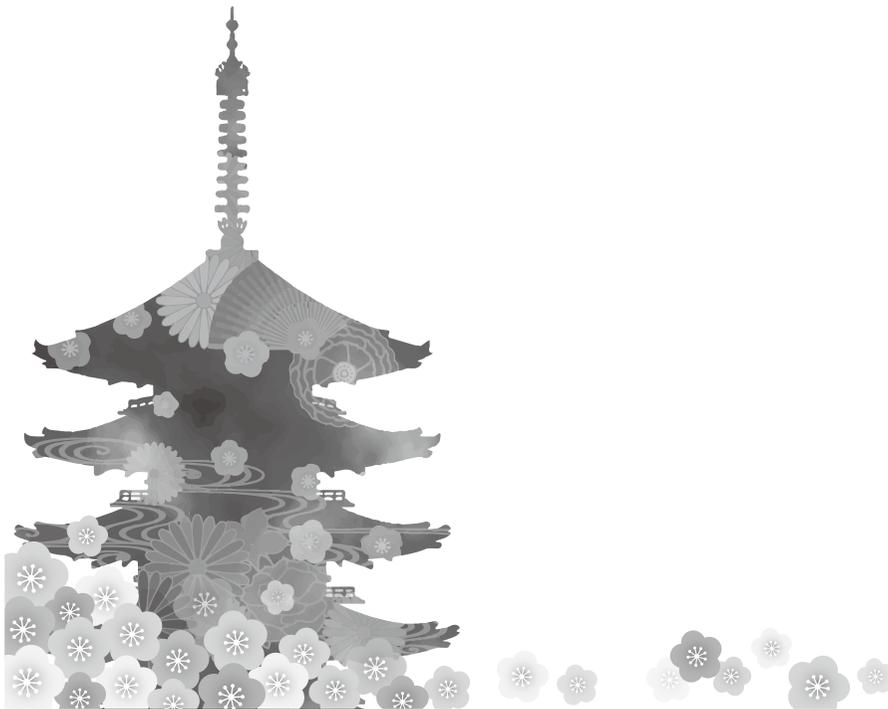
工芸の人間国宝クラスの方々の作品が並んでいます。

中庭には錦鯉の泳ぐ池があり、ご来賓は舟遊びも出来るようです。見ている間に白鷺がやってきて池の魚を狙っていました。鳥にとっても穴場スポットでしょうか。館内を巡りながら美術品や工芸作品の作成過程の解説アナウンスや建築の苦勞話ビデオ等を聞いてゆったりと見学することが出来ました。

地元の友人に聞きますと普段はもっと混雑していますよ、との事でした。やはり平日の午後などを利用するのが賢いのでしょうか。

最近は嵯峨野や東山、祇園とは違って御所の周辺は駐車場も沢山ありますので、ここに車を置いて足を伸ばすようにしています。

今回はこのへんで。次は洛東辺りの穴場をご紹介します。



たにまち 3

阪本 博史（昭和59年入局）

【九州場所を終えて】

「波乱の」と言っているのか、「飛車角無し」というべきか、優勝予想のつかなかった九州場所が終わりました。終わってみれば、話題豊富な？ 貴景勝が優勝してしまいました。貴乃花部屋が消滅し、貴乃花の兄弟弟子が親方の千賀の浦部屋場所直前に移籍し、生活習慣など全く環境の違う状況で本場所を迎え、優勝したのですからたいしたものです。

【昨今の相撲】

「押し相撲」か「四つ相撲」か？ 力士の大半は、「押し相撲」を取ることを基本としています。稽古も押し押し押しの練習が殆どで、四つに組んでの時間は僅かです。特に番付下位の力士は「PUSH, PUSH, PUSH」の一点張りです。

まず押すことを覚え、組むことの適正がある力士が「四つ相撲」になるようです。また、若いうちは「馬力」があるので「押し相撲」での破壊力があり、年をとって、馬力は落ちるが経験値は上がってゆくと徐々に「四つに組む」うまさが加わるようです。

九州場所を沸かせた若手力士の面々をみると、貴景勝の他にも、阿炎、大栄翔、北勝富士、阿武咲など突き押しを得意とする力士が多い。幕内で四つに組んでも強さを見せるのは、正代、朝乃山、遠藤などがいますが、「横綱になれない」というジククスものある、「大学出身」の力士ばかりです。一瞬で決まる押し相撲より、組んで粘る相撲のほうが見るほうも楽しめるので、四つ相撲の力士のほうが人気はあるようです。遠藤、朝乃山、隠岐の海、勢など「イケメン」が多いのも人気の原因かもしれません。

横綱ともなると、「受けてから攻める」を「横綱の強さとされる」ので、この型の横綱は人気がありました。大鵬、輪島、北の湖、貴乃花、若乃花などがこの型ですが、ちょっと昭和の力士ばか

りです。相撲にも型の変遷があるようで、昭和中期から順に、技巧派（栃錦、初代若乃花、輪島など）、巨漢派（北の湖、大乃国、曙など）スピード派（千代の富士、朝青龍、日馬富士、白鵬など）と変遷があるようです。では、次の横綱はだれか？ より、だれが大関にま生まれそうか？ 御岳海、阿武咲、朝乃山、輝あたりか？ ダークホースで極心道、炎鵬か？ 若い力士に期待です。

【稀勢の里はなぜ4連敗したのか】

初日から順に、貴景勝：はたきこみ、妙義竜：よりたおし、北勝富士：つきおとし、栃煌山：すくいなげと、前にバッタリ、後ろにバッタリ、とうとう、すくいなげで転がされました。初日の貴景勝戦はからだも良く動いていたのですが、的的小さい丸っこい相手にいなされて転がされてしまいました。よほど前に出ることが怖くなったのか、相撲のリズムが狂ってしまいました。やはり左からの「おっつけ」ができないのが、相当こたえているようです。

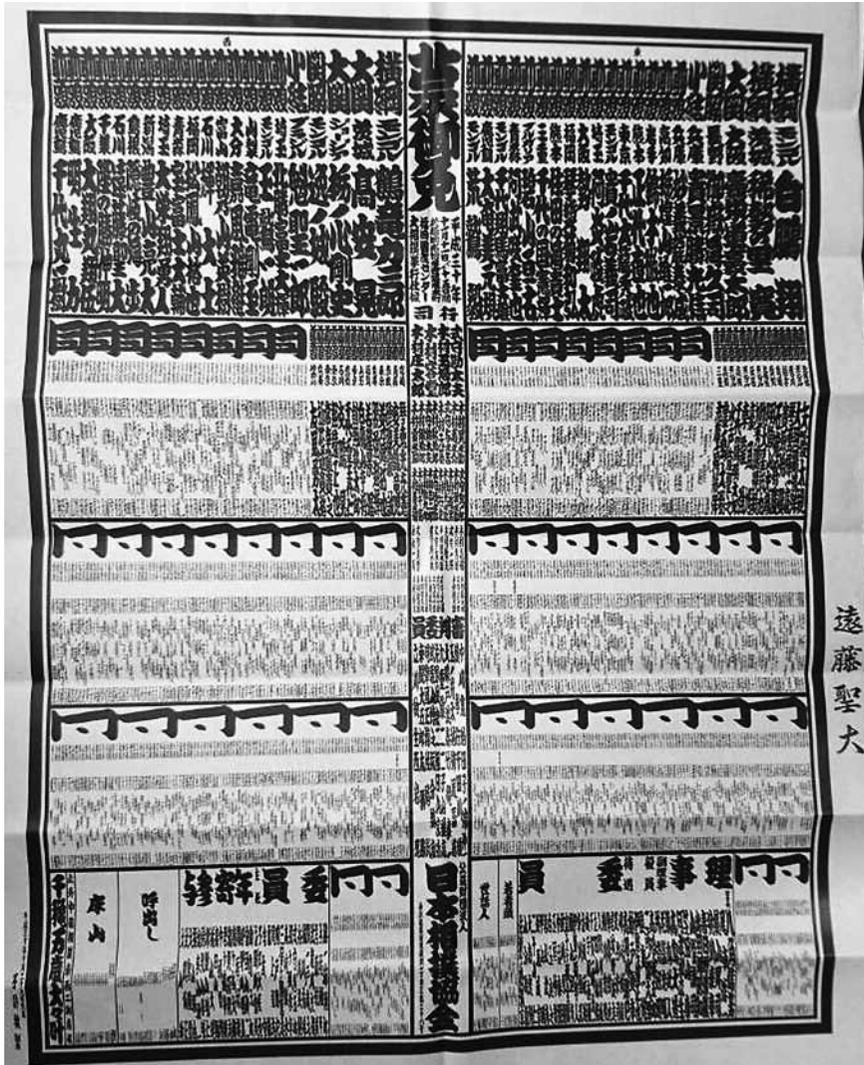
【番付け】

日本大相撲協会に所属する、力士、行司、審判委員、年寄参与、理事、若者頭、世話人、呼び出し、床山が載っている一覧表で、相撲字で書かれていて、毎場所行司さんが手書きで作成します。横綱、大関、前頭（十両も前頭です）の順に全力士が載っていますが、幕下以下は、虫眼鏡がないと、読めません。向かって右に【東】の力士、左が【西】の力士で、東の方が上位です。従って、正横綱は【東】です。力士の出身地が書いてあり、郷土の代表的な意味合いも見取れます。関取（十両以上）になりますと、御鬘筋に自分の名前を書いて、本場所前に送ります。下位の力士は、書かれている字の大きさが大きくなっていくのを励みに、稽古をします。【写真は、遠藤関から来た番付です】

【あとがき】

正に「群雄割拠」。というより、横綱大関が弱く、若い馬力のある有望力士が力をつけてきてい

る状況です。今回優勝は小結（三役）でしたが、今後も平幕優勝がどんどん出てくるかも知れません。毎場所、目がはなせませんね。



遠藤聖大

第8回大阪マラソン

木下 裕介（平成7年入局）

平成30年11月25日 第8回大阪マラソンが行われました。快晴で絶好のマラソン日和、気持ちの良い一日が過ごせそうな天気となりました。

今回も例年通り朝8時55分車いすマラソンからスタート、9時にマラソン・チャレンジラン（8.8 km）がスタートしました。

第2回から大阪マラソンには参加していますが、今までは26キロ地点救護所に配置されていましたが、今年は今までと異なり、増田先生をはじめ約10人が朝8時30分に大手前病院に集合し、記念撮影（証拠写真）後、各救護所を回る事となりました。救護所はすべてで20カ所あり、当然すべての救護所を回る訳では無く、途中地下鉄を使いながら、巡回する事となります。目標は古瀬先生、上野先生、妻鹿先生、鞘先生、宮口先生らのいる26キロ救護所です。

大手前病院からスタートエリアに移動、そこにはグループ別に分かれた選手が整然と並んでいました。最前列には、最初にスタートする車いすの選手、その後方にAグループの選手が並んでいました。その傍らでブラックマヨネーズ小杉がインタビューを受けていました。スタートエリアの醍醐味を感じた瞬間でした。しばらくすると続々と芸能人が姿を見せました。小淵健太郎、ジミー大西、寛平ちゃん。岡崎朋美（スピードスケート）等々です。今年も山中先生が出場しておられ増田先生を通じ写真を撮って頂きました。今日一番の

収穫でした。続いて招待選手が姿を見せ、1人1人アナウンスで紹介するセレモニー？がありました。あっという間に時間が過ぎ号砲が鳴りスタートとなります。巡回組も出発です。

選手はまず千日前通りまで南下し、千日前通りを走った後御堂筋を北上し市役所まで北上します。僕たちは、京阪電車で移動市役所に向かいます。当然選手はまだ来ていません。その後日本橋の5キロ救護所に移動。そこでは快走する多数の選手がいました。難波、大阪ドーム、OCAT、にある救護所を訪問、次が24キロ救護所、ここには斧出先生、調子先生が救護にあたっていました。24キロから26キロ救護所までは徒歩で移動、26キロに到着したのは11：30頃で、古瀬先生らと会いひとときを過ごした後26キロを離れ、OCA元会長のK先生（大阪医大）より12：30から昼食を誘われていたので集合場所に向かい僕の業務はここで終了となりました。

僕は第2回から参加しすべて26キロに配属されてきました。26キロでは走ってくる選手を間近で見れるのが醍醐味でしたが、スタートエリアでは芸能人を間近で見れるのが醍醐味となりました。

今年も約32000人の選手が出場しましたが無事終了致しました。来年からコースが変更になるようです。これからも出来る範囲内で関与していきたいと思っています。



新病院建設奮闘記

土地取得編 第2章

越宗 勝（平成9年入局）

前回の市整会会報に引き続き、新病院移転に伴う土地取得についてお話ししていこうと思います。

前回で土地取得を銀行経由で探していくことになった次第なのですが、売りに出ている土地は、その形状であったり車の進入路の問題であったりなかなか適したものの紹介を受けることはできませんでした。

そんな期間が数年続いた頃でした。ある銀行の方との会話で、今の病院近くで建物有る無しに関わらず、移転するならここがいいという場所はありますか？と質問されたので、

ちょうど今の病院と同じ土地の広さのパーキングがあって、アクセスも便利でいいと思います。

と答えたところ、

とりあえず所有者を調べて脈があるかご連絡いたしますとのこと。

あまり期待もせず気にもかけていなかったところその所有者はある上場企業のオーナー一族の資産管理会社が所有していてその銀行がメインバンクであることが判明しました。

話は進み出すとあっという間で、ここ数年の停滞が嘘のように事態は動き出します。

なんといっても価格交渉は一昔前に流行った半〇直樹ばりの銀行マンが相手資産管理会社の担当で、ドラマさながらの交渉となりました。

いろいろ書きたいことはたくさんあるのですが、あまりに生々しいので割愛します。

ご興味のある方は、また市整会の折にでもお声かけください。

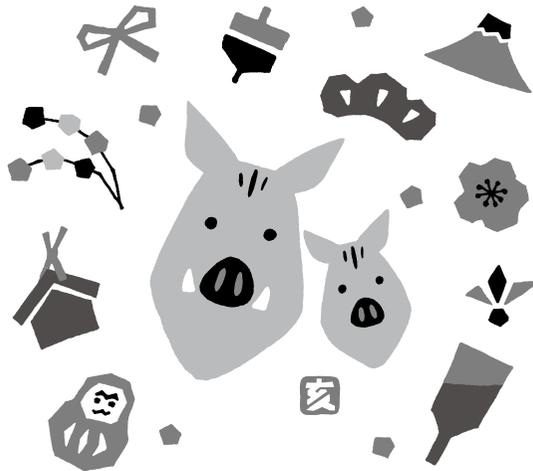
ちなみにそのオーナー一族とは契約の時に会いますのですが、中学の先輩ということがわかりました。

後輩のよしみでもう少し手加減してくれていたらと少し思いますが、ビジネスは厳しいと教えていただきました。

それにしても自分の資産の管理だけで会社ができるって凄いなと単純に思います。

続く

としたら次は土地売却編です。



芦屋市出身のUSブルーノート・レーベル トランペッター 黒田卓也

鱧永 浩 (平成7年入局)

市整会の皆様、こんにちは。

今回は、日本のJAZZアーティストのなかで、最も注目されているひとりであろう、黒田卓也をご紹介します。

現在は、ネット配信などで音楽を聴くことが多くなっていて、CDは売れない時代ようですが、アメリカのブルーノート・レーベルと日本人で初めて契約した（意外でした）JAZZトランペッターです。

略歴です。1980年、芦屋市に生まれ、甲南中学へ入学して、トランペットを始め、甲南高校、大学と進み、ビッグバンドに所属していて、大学在学中にパークリー音楽大学へ短期留学しています。2003～6年まで、NYのニュースクール大学ジャズ科にて学び、2007年から、NYを拠点として活動しています。

アルバムです。

1. RISING SON



01. ライジング・サン
02. アフロ・ブルース
03. ピリ・ピリ
04. マラ

05. エヴリバディ・ラヴズ・ザ・サンシャイン
06. グリーン・アンド・ゴールド
07. サムタイム、サムホエア、サムハウ
08. コール
09. アンチェイン
10. プロミス・イン・ラヴ

2. ZIGZAGGER



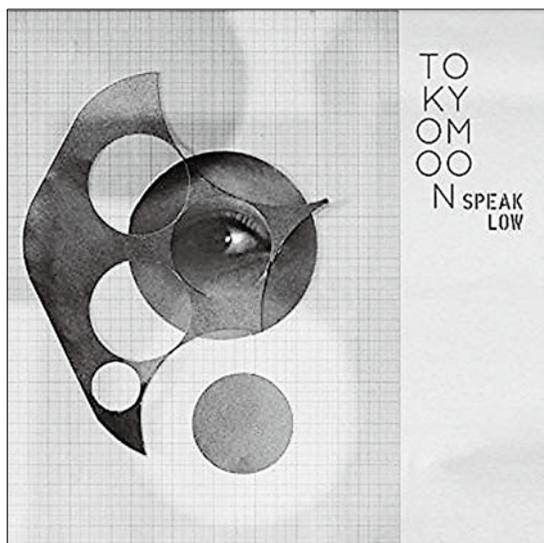
01. R.S.B.D
02. ジグザガー
03. アイ・ドント・リメンバー・ハウ・イット・ピギャン
04. ノー・サイン
05. ドゥ・ゼイ・ノウ
06. サーティーン
07. リトル・ワーズ
08. アクターズ
09. グッド・デイ・バッド・ハビット
10. シンク・トゥワイス feat.アンティバラス
11. ジグザガー (rework with cero)

OMAKEです。

DJとして知られる松浦俊夫がInter FM897で提供しているラジオ・プログラム“TOKYO MOON”のコンピレーション作品です。ジャズやクラブ・ミュージックなど、東京の夜を演出するような楽曲をまとめております。

8曲目は、原田知世です。

3. Tokyo Moon -Speak Low-



01. ルミネッセンス
02. ワン・オブ・ゾーズ・サマー・デイズ
03. スピーク・ロウ
《モノラル》
04. オアシス・オブ・ダフラ
《モノラル》
05. もう何も言わないで
《モノラル》
06. ブラジルの水彩画
07. ウナギの心
08. Giving Tree
09. 処女航海/エヴリシング・イン・イツ・ライ
ト・プレイス
10. ロード・ソング
11. ハロー・トゥ・ザ・ウィンド
12. ワルツ
13. ステッピング・アウト
14. セルフ・ポートレートNo.2
15. トゥ・ドゥスマン
《モノラル》
16. ウィル・ユー・スティル・ラヴ・ミー・トゥモロ
ウ?



船場ネイティブ

宮脇 裕二（昭和55年入局）

昨年市整会の記念誌が皆様の手が届いたと思いますが、そのなかで心齋橋ネイティブということで記事を書かせていただきました。今回はその続きということで、大阪船場エリアのことにについて少し触れてみたいと思います。昨年は学術文化講演会で酒井祐一先生による「古地図で愉しむまち歩き」という講演会もありましたので、これに関連付けて大阪の中央の船場地区の話をしたと思います。

大阪市内の南船場で生まれ、小中高と船場で過ごし、さらに大学も大阪市から出ることもなく船場の地で卒業まで学生時代を過ごした私です。したがってこの地にはかなり愛着があります。そこでまず、船場地区の厳密な定義ですが、東は東横堀川、西は西横堀川、つまり阪神高速環状線の上りと下り、北は土佐堀川、南は長堀川で囲まれた地区を指します。御堂筋と堺筋が含まれますが、四ツ橋筋と松屋町筋は含まれません。長堀川より南は島之内地区と呼ばれていました。この船場地区には私が子供の頃、小学校が愛日、集英、芦池の3校がありましたが、前の2校は地区の財界人からの多額の寄付があったためか、施設が大阪市立とは言えないくらい立派なものでした。私の卒業したのは3番目の芦池で、前の2校からはいつも格下に見られていた存在でした。幼稚園では現存する大阪で最も古い大阪市立愛珠幼稚園が愛日

小学校跡の近くにあります。

私の生まれたのは順慶町というところで、その名は戦国大名筒井順慶にちなんだ名とされています。当時は船場の中でこの辺りには“かねへん”の会社が多く集まっていた。“かねへん”とは金属関係の会社を指し、順慶町より北に広がる“いとへん”の街には繊維関係や服飾系の会社が集まっていた。順慶町には江戸時代夕市が開かれ、その賑わいは広重の浪花名所図会の中にある『順慶町夜見世之図』（写真1）に描かれています。今は悲しいことにこの町名は消えて南船場となってしまいました。

次に少し珍しいところを二つ紹介します。小学生時代よく遊びに行った神社が、南御堂の裏にある坐摩神社です。渡辺という姓の発祥の地で、住所が大阪府大阪市中央区久太郎町4丁目渡辺、本来番地の数字の来るところが“渡辺”となっています。このような番地名は大阪市内でここだけでしょう。それから私の生家のすぐ近くには珍しい地藏さんがいます。現在でもあると思いますが、約1300年前のものといわれる地藏尊で、法善寺のような水をかけるのではなく、拝む時に油をかけるため油掛地藏尊と呼ばれているようです。現在は油をかけてはいけないようで、ただ拝むだけです。

船場の南西の角には長堀川と西横堀川が合流す



写真1

るところに四つの橋がかかっている、この地は四ツ橋と呼ばれています。江戸時代の錦絵、浪花百景に多くの橋が登場しますが、この雨の四ツ橋（芳瀧作）がそれらの中で一番好きです（写真2）。この橋の角に後にプラネタリウムで有名な大阪市立電気科学館が建てられました。写真3は昭和期、赤松麟作の大阪三十六景の中の『四ツ橋』です。四ツ橋には電気科学館がよく似合うと今でも思います。

話を大阪の昔の姿を描いた浮世絵の方に移しますと、歌川国貞の浪花名所図会、浪花百景が有名です。浪花名所図会では『順慶町夜見世之図』や『堂島米市の図』（写真4）、『ごこば魚市の図』

（写真5）などが有名どころでしょうか？

一方、前述の浪花百景ですが…上方浮世絵師、歌川国貞、芳瀧、芳雪によって、江戸時代末期に画かれた浮世絵版画集です。まず芳雪による雪の京橋（写真6）、川の合流部に見えますが、都島生まれの方、どの辺りかわかりますか？つぎに同じく芳雪作の河堀口（写真7）です。今とは違って田園風景の中で蛸採りをしています。芳瀧作の天下茶やぜさい（写真8）にあるぜさいとは茶屋の隣にあった薬屋で、その前を大勢の人の往来が見て取れます。なお写真2、6、7、8は大阪市立図書館デジタルアーカイブから引用させていただきました。写真1、4、5は広重会作の『京

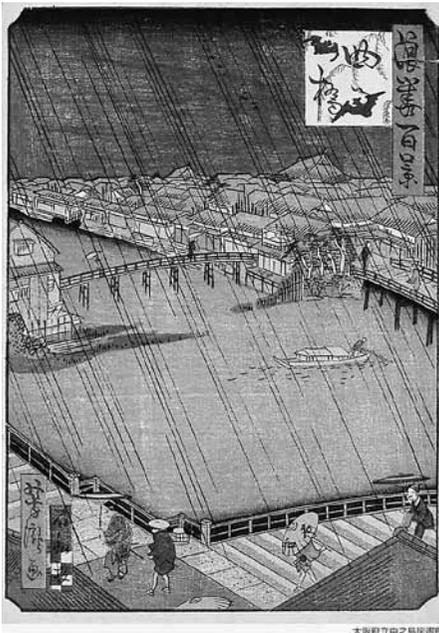


写真2



写真3



写真5



写真4

阪名所と近江八景』という大正時代の版画集から撮らしていただきました。写真3は赤松麟作 版画集 大阪三十六景から引用いたしました。

最後に少しくだけた話を一つ。当院の待合に置いてある本なのですが、『大阪おかんルール』と『大阪ルール』さらにもう一つ、家内が京都なので『京都ルール』という3冊を置いています(写真9)。一つ一つの項目が独立していますので、待合室でさっと読むのに最適です。それらによりますと、エスカレーターではどうして右に立つのか、左に立つものはよそもの?最近の大阪のおカンの服装はヒョウ柄ではなく大きなプリントの花

柄で、いつもバッグに飴を持っているそうです。一方京都では物の名前に"お"と"さん"をつける、つまり"お豆さん"、大阪なら"お豆ちゃん"でしょうか。大阪人の会話の中身は擬音語、擬態語ばかりで、それでいて十分に会話が成立しているというのは他府県人からは驚きで見られるところです。診察室の中では擬音語、擬態語の乱用はさげましょう。例えば、『アルツをチクッと行ったら膝の痛みがパーととれてガンガン歩けるようになるよ』とか。みなさまも大阪のおカンから『あの先生シャンとしてサクサク診察してはる』と言われるようになりましょう。

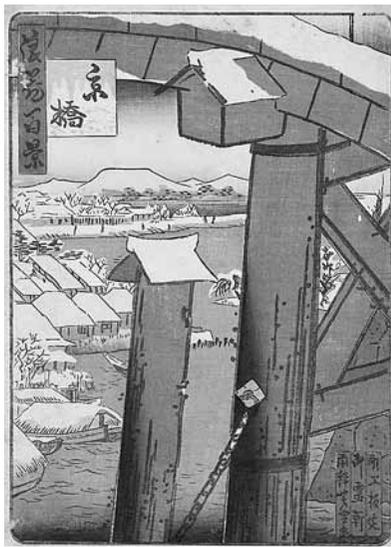


写真6



写真7



写真8



写真9



編集後記

皆様、新年明けましておめでとうございます。今回も盛りだくさんの内容のご投稿をいただき、充実した会報をお届けすることができました。今年で平成は終わりとなり、新しい元号が始まります。市整会会報もそれに向けてより新しいものにしていかねばと考えています。

昨年は地震、台風となかなか大変な年でしたが、そのような中でも市整会会員の先生方のご協力で多くの市整会行事を無事に執り行うことがで

きました。また、教室開講70周年記念式典も盛大に行われ、教室のさらなる発展が期待されるところであります。

今回の会報では医療関係記事として、岩城先生、姜先生に無理やりお願いして、2関節同時人工関節、最近話題のヘルニア注入療法について書いていただきました。会員先生方の日常診療の参考になればと思います。

広報 宮脇裕二