

第一線の「現在」に答える脳神経外科実用専門誌

PRACTICAL CURRENTLY 脳神経外科速報

2018 Vol.28
April

対談 私の手術論

森を意識し、 木に集中する — 脊髄腫瘍手術を中心に

ゲスト ▶ 寶子丸 稔 聞き手 ▶ 高山 柄哲



本音と主観で語る
脳血管内治療に用いる
デバイスの基礎知識

SHOURYUを
どう使いこなすか?

基本をマスター
脳神経外科手術のスタンダード

頭蓋底腫瘍: 深部静脈,
神経損傷回避を目指した
手術アプローチ

こっそり入門
脳神経外科医のための分子生物学

今さら聞けない
臨床に必要な遺伝子診断

今さらですが……
IDH変異と並ぶ
近年のグリオーマ診断の要,
1p19q共欠失について

WEB 動画
専用WEBページ
動画本数
912本
定期購読すると
すべての動画が
見られる!

森を意識し、木に集中する — 脊髄腫瘍手術を中心に



ゲスト

信愛会交野病院院長

寶子丸 稔

Minoru HOSHIMARU

寶子丸 稔先生 プロフィール

- 1981年 京都大学医学部卒業
京都大学脳神経外科入局
- 1988年 京都大学脳神経外科助手
- 1991年 University of California, San Diego (UCSD) 留学
- 1996年 京都大学脳神経外科講師
- 1999年 大津市民病院脳神経外科診療部長
- 2013年 信愛会脊椎脊髄センター長
- 2015年 交野病院副院長兼務
- 2016年 交野病院院長兼務



患者さんには、とにかくここに診療に来ていただいた以上は、何か得て帰ってもらいたいと思っています。「手術するほどじゃないよ」と言ってさっと帰すのではなく、その人に合わせて、食事や日常生活での注意点などをアドバイスしています。そうやって信頼を積み重ねていくと、本当に悪くなって「やっぱり手術」となったときに頼って来られますから、信頼を得ていくことは非常に重要です。あと、悪くなった人は最後まで診るというのが、私の譲れないポリシーです。手術で9割くらいの方は良くなりますけれども、どうしても良くならない方が1割くらいいて、100人に1~2人は悪くなる場合がある。そういう人に対しては、最後まできちんと責任を持って診ることを信条としています。(寶子丸 稔)

寶子丸 稔先生の横顔

- ① 脊椎脊髄分野の第一人者
- ② 特に脊髄腫瘍手術で豊富な実績
- ③ 病院長職務の傍ら、現役の surgeon として活躍中



聞き手

市立大津市民病院
脳神経外科部長

高山柄哲

Motohiro TAKAYAMA

撮影：太田未来子

1 脳外科一直線
—米川泰弘先生、端和夫先生の下で

【高山】 本日は、信愛会交野病院院長の寶子丸先生にゲストとしてお越しいただきました。寶子丸先生は私の師匠の一人で、市立大津市民病院の私の前任の部長でもあります。Spineの大先輩にお話を聞けることを非常に楽しみにしております。まず、先生のヒストリーということで、なぜ医師、脳神経外科の道を選ばれて、Spine、そのなかでも髄内腫瘍をされるようになったのか、経緯をお聞かせ願えればと思います。

【寶子丸】 医師を志したのは、単純で月並みですけども、「人の役に立つ仕事をしたい」という思いからでした。脳神経外科を目指したのは、昔流行ったテレビドラマ『ベン・ケーシー』を見て、格好いいなと思ったのがきっかけです。京都大学に入学して実際に学んでいくうちに、「医師として働く以上は、人の脳を手術するという困難なことにチャレンジしてみたい」という気持ちが強くなり、5年生のときにはもう脳神経外科1本に絞っていました。当時の教授は半田肇先生で、半田先生の非常に温厚で学究肌なところにひかれたのも理由の一つです。



図1 端和夫先生(左から2人目)と寶子丸先生。

【高山】 入局後、影響を受けた先輩は誰かおられますか？

【寶子丸】 大学での1年目の研修で、米川泰弘先生(後のチューリッヒ大学教授)に教わりました。米川先生の血管吻合は本当に美しく、魅せられましたね。厳しい先生でしたが、手術に向かう真摯な態度に非常に感銘を受けました。次の北野病院では、端和夫先生(後の札幌医科大学教授、図1)の下で手術を学びました。AVMを腫瘍のようにコロッと一塊として摘出される手術を見てびっくりしましたね。端先生も結構厳しいんですけども、下の者がある程度自由にさせてくれて、われわれのような「開閉隊」にもフランクでフレンドリーに接してくださいました。端先生の下の人への接し方は、私もその後、お手本にしてみました。

2 中西重忠先生、菊池晴彦先生から
学んだ極意

【高山】 北野病院の後、大学院に入られたのですね。

【寶子丸】 はい。大学院に戻るときに、半田先生にお願いして、当時、京都大学免疫研究施設で神経伝達物質の遺伝子クローニングを研究されていた中西重忠先生のところで、分子生物学の研究をさせてもらいました(図2)。当時の分子生物学は、



図2 中西研のメンバー。左端が中西重忠先生。

まだ海のものとも山のものともつかない状態で、たぶん脳神経外科医で最初に分子生物学をやったのは私じゃないかと思うんですけども、基礎研究をやりたいという申し出を快く認めていただいた半田先生の懐の深さにはとても感謝しています。

中西先生は後に文化勲章を受賞するほどの偉い方でしたが、非常に気さくで庶民的な先生でした。中西先生からは、「大事なことは自分の頭で考えなさい」とたびたび言われました。中西先生に教えてもらったのは、「研究するときには大きな流れの中を見て、それを意識して最後に小さいこと、今やっていることに集中してやりなさい」ということでした。森を意識しながら木に集中するという、研究の極意を学びましたね。

【高山】 なるほど。大学院の後にはどのように？

【寶子丸】 臨床に戻るときに、ちょうど菊池晴彦先生(図3、4)が教授に就任されました。菊池先生のマイクロサージャリーは素晴らしいもので、京大での助手時代は数多くの見取り稽古をさせていただき、私のその後の手術の基本となりました。いろいろなテクニックはあるんですけども、菊



図3 病棟医長退任にあたって菊池晴彦先生(左)よりネクタイを受け取る寶子丸先生(1993年)。

池先生の手術の神髄は、「大きな流れを見て、小さいところに集中しなさい」ということで、中西先生の研究コンセプトと同じだったんですね。これはその後、自分が臨床をやっていくうえでも、一番大切な指針となっています。

3 菊池先生の命を受け、Spineの道へ

【高山】 では、Spineをされるようになったのはいつ頃からですか？

【寶子丸】 1991年に、菊池先生の勧めで、カリフォルニア大学サンディエゴ校(UCSD)に留学することになりました。Fred Gage先生(通称Rusty)の下、神経幹細胞の不死化の研究を行いました。神経幹細胞にv-mycを導入し、テトラサイクリンを投与するとニューロンに分化するcell lineを樹立することができました。Rustyは本当に穏やかで、研究員を自由にさせてくれました。基礎研究に没頭でき、日本とは違い、OnとOffがはっきりしているサンディエゴでの2年間は、人生で一番楽しかった時期でしたね。

手術は自分でいろいろなバリエーションを考えてストラテジーを立ててやっていく、動脈瘤の手



図4 寶子丸先生が会長を務められた日本脊椎・脊髄神経手術手技学会(JPSTSS)会長招宴にて(2008年)。左より、野崎和彦先生(現・滋賀医科大学教授)、伊藤昌徳先生(現・順天堂大学特任教授)、菊池晴彦先生。

術がおもしろくて、橋本信夫先生（後の京大教授）からは、ハサミの使い方を盗み取ることができました。

【高山】「盗み取る」ですか？

【寶子丸】ええ。菊池先生からは常々、「手術のテクニックを見て盗め」と言われていました。ある日、その菊池先生から、「君は、性格的にSpineが合っているな」と言われました。ちょうど、京大でSpineをやっていた石川正恒先生が北野病院に赴任されたタイミングでした。「大津市民病院の小山素麿先生のところちょっと勉強に行きなさい。勉強に行きつつ、京大でも始めなさい」と言われて、週に1回ぐらい手術を見学に行って、だんだんとSpineの知識、技術を身に付けてきたという感じでしたね。

4 Subspecialty 中の subspecialty へ — 脊髄腫瘍の魅力

【高山】 そうやってSpineの世界に入られて、1999年からは大津市民病院の部長として、さらに活躍のフィールドを広げていかれました。先生のメインフィールドはSpineのなかでも特に髄内腫瘍になるんですけれども、その分野に進まれたのは何か理由がありますか？



図5 信愛会脊椎髄センターの医局メンバーと

【寶子丸】 外科医は、手術をやっている、「これをやって良かった。うまくいった」という症例に当たったときに、「おもしろいな」と感じるのではないのでしょうか。大津に赴任する1カ月前に大学で、延髄まで伸びた5椎間くらいの上り腫瘍の手術を経験しました。きれいに摘出できて、まったく症状が出ないでリハビリもいらぬくらい状態で患者さんは退院されたんです。それで、「髄内腫瘍はおもしろいな」と思うようになりましたね。もちろん、手術なのでうまくいく場合ばかりではありません。「自分はできるんだ」と鼻高々になっていると痛い目に遭います（p.341, 「私の手術戦略」参照）。そういうときに自分でもう一回考えて、「こういうやり方をすればどうか」と考えていくのも楽しいですね。やればやるほど疾患のnatureがわかってきて、さらにおもしろくなってきて今に至る、という感じでしょうか。

5 整形外科医との協働 — 領域を超えたシームレスな連携

【高山】 2013年に信愛会交野病院に移られてからは、病院の脊椎髄センター長として、脳神経外科医と整形外科医が協働する環境を構築されてきました（図5）。どのようなことを心掛けてこられましたか？

【寶子丸】 私自身としては椎弓形成にこだわりがあって、これだけはしっかりやってほしいと思っ

立場や風土の違いを超えて、学ぶべきことは謙虚に学ぶ。

ているんですけれども、整形ではセンターピースを使うんですね。われわれとはやり方が異なりますけれども、それは認めています。自分のやり方を押しつけないようにして、反対に学べるところは学ぶ。大津市民病院時代も、部下の木原俊彦先生（現・京都脊椎髄外科・眼科病院）の着想から学ぶところがたくさんありましたし、立場に関係なく、お互いが刺激できる環境が良いと思っています。大事なのは成績なので、良い結果が出れば自然とそのやり方によっていく。そういう好循環ができていますし、実際にわれわれもノミの使い方とか、整形の先生から学ぶことは多いですね。

【高山】 立場や風土の違いを超えて、認めるべきは認めるということですね。とは言え、違うやり方を認めるのはなかなか簡単ではないと思いますけれども。

【寶子丸】 たしかにそのとおりで、最初は「本当に大丈夫かな？」と思って、整形の先生がやった後に顕微鏡で入って見たりしていましたが、だんだんと腹が据わってきて、任せるようになりました。最初にじっと我慢して一緒にやっていると、だんだんお互い学び合っていける好環境になるはずで。われわれはプロですし、結局、やり方を決めるのは自分自身。若い人たちは特にその意識がはっきりしているので、それぞれの立場を尊

領域を超えたシームレスな体制作り

重して自分の頭で考えてもらいつつ、必要なところは整形も脳神経外科も関係なく、助言し合って一緒にやっていくようにしています。

【高山】 センターとして、今後考えておられることはありますか？

【寶子丸】 Spineの診療・治療をしていくうえで、整形と脳神経外科に加えて、神経内科とリハビリテーション科や泌尿器科が共同して、シームレスにチームを組んでやれるような組織作りを目指しています。リハビリは、ロボットスーツ HAL[®]を導入して活用を開始したところです。

6 変性疾患の治療・手術

【高山】 では、本論のSpineのお話を伺いたいと思います。Spineと言え、まず変性疾患の治療・手術が大きなフィールドになると思いますが、こちらについて先生のお考えをお聞かせいただけますか？

【寶子丸】 機能外科になりますから、手術適応は厳密に決定します。単純に言ってしまうと、手術で患者さんが治る見込みがあれば、やる。

【高山】 大事ですよ、それは。

【寶子丸】 はい。やはりindicationが大事です。あまり症状のない人や、保存的に進めたほうがい



い人はやりません。それと、**患者さんが自分で治していくという姿勢**、これも大切です。私は運動療法やふだんの姿勢から寝るときの姿勢、食事まで指導しますが、それで半分くらいの方は良くなります。最初はそのように指導して行って、それでも治らずにやっぱり痛いとか、しびれている、動きにくいという患者さんで、手術したら良くなるという見通しがある場合に手術をするという方針です(表1)。「この人は手術によってこうなって、ここまで良くなるだろう」という全体像を把握したうえで行うようにしています。手術後や退院後の患者さんの状態までもイメージして、手術計画を立てます。したがって、同じ病態でも、年齢や性別、生活の活動度により、手術方法が異なることがあります。

【高山】なるほど。患者さんもそういった見通しが立てば、ご自分で努力されますし、手術成績の向上にもつながりますね。

【寶子丸】はい。もう一点は、**手術をルーティン化する**ということです。



【高山】それはすごく大事なことだと思います。**【寶子丸】**「こういうときはこの方法」「この場合はあのやり方」というのではなく、一つの決まった方法でやっていくと、自分が慣れてきてその方法に習熟してきますから、手術をやるときに間違いがなくなります。術中に何か起こったとしても、慣れたやり方だとトラブルシューティングも容易です。

【高山】それは、髄内腫瘍のような症例の少ない疾患でもできるのですか？

【寶子丸】ええ、だいたいルーティン化しています。

【高山】自分の王道パターンを作っていくことが大事ということですね。

【寶子丸】そういうことです。これだったら大丈夫という方法を持つておくことは非常に大事だと思います。**何か困ったときに、自分のパターンに持ち込んでそこで勝負する**というのが大切。手術を選択するときや、手術の中でいろいろなトラブルがあったときに、周りを整理して行って、ここまでもってきたら戦えるというパターン、そこまで持って行って、それからは自分の枠内で勝負していけば何とかなるものです。

【高山】自分の土俵に引き込んで、勝負するということですね。

【寶子丸】そのとおりです。それともう一つ、手

表1 脊椎脊髄疾患の手術適応

- ・症状が日常生活に影響する
- ・保存的治療が無効
- ・手術により症状の改善が見込める
- ・症状は軽微だが、画像での脊髄圧迫が強く、放置しておくことと症状の悪化が見込まれる
- ・増大すると摘出が困難になる脊髄腫瘍

術中には絶対に怒らないこと、冷静さを失わないことが大切です。そうして、手術手順をしっかりと決めて手術操作に集中していくと、髄内腫瘍のようなチャレンジングな手術では**「ゾーンに入る」**という感覚が出てきます。

【高山】「ゾーンに入る」ですか？ なかなかその境地まではいかないのですが、どんな感覚なのでしょう？

【寶子丸】無我夢中になって、周りの雑音や雑念が遮断され、時間を忘れて、やっていることだけが見えている状態です。本当に心地よくやっているという感覚があり、終わった後に快い脱力感があります。自分では「疲労困憊だよ」と言いながら、その余韻を楽しんでいるという感覚がありますね。

【高山】やはり、ルーティン化のなせるワザですね。

【寶子丸】「あれをしようか」「やっぱりこれにしようか」と迷って手術を行うと、ゾーンに入ることができません。**ある程度高いところ、でもあまり高過ぎないところに目標を置いてやる**。術前に、しっかり方針を決めて集中してやっている、ゾーンに入ることができると思います。

【高山】話が変わりますが、Spineの研究についてはいかがでしょうか。この領域はテーマを選ぶのが難しいと思うのですが。

【寶子丸】他分野との共同でやっていかなくては

**「手術適応は厳密に決定」
「手術のルーティン化」
「ゾーンに入る」**

いけない領域だと思います。脊髄なら脊髄というところだけに集中してやると全体を見失ってしまいます。例えば**Muse細胞**の知識などは、今後必要になってくると思います。脊髄損傷や傷の後で起こる脊髄癒着性くも膜炎などはMuse細胞の機能不全が関係している可能性が高い。そういうことを解明するためには、やはりいろいろな分野とのコラボレーションが必要だと思います。若い人たちは、ぜひチャレンジしてもらいたいですね。

7 脊髄腫瘍の手術

【高山】では、先生がメインでされている髄内腫瘍の手術についてお話しいただきたいと思います。先ほど、手術では大きな流れを見て細かいところに集中するという話をされましたが、詳しく教えていただけますか。

【寶子丸】まず、手術の全体構造をイメージしておく必要があります。例えば上衣腫であれば、まず後正中溝を開放して、後索を脊髄から剥離していきます。ある1箇所だけが深く剥離されること



手術のヤマに集中する

のないよう、全体が徐々に剥離されるように気を配りながら、細部は丁寧に剥離していきます。その後、腫瘍の頭尾側端を確保します。頭尾側端には空洞が存在したり、厚いグリオーシスが存在することが多いので、比較的ラフに剥離しても大丈夫です。その後、腫瘍を底部から持ち上げて、腫瘍を脊髄から剥離していきますが、腫瘍の大きさと残存する脊髄の厚みを勘案して剥離する際に脊髄に緊張がかかりすぎるようであれば、腫瘍の中抜きを行って剥離が容易になるよう、内減圧を行います。前正中裂との剥離がヤマで、前正中裂から腫瘍に入る栄養動脈の場所を剥離の際の引っかかりなどで予測して、前もって予測して処理します。

【高山】 後半に手術のヤマがあるので、そこに向けてきっちりやるべきところはやり、ある程度ラフで良いところはスピード重視で進めていくということですね。私が以前、先生に髄内腫瘍のプレゼンをしたときに受けた指導の意味が今ははっきりと理解できました。

【寶子丸】 先生は表面のくも膜をきれいに切っていましたよね。確かに、脳の手術ではそれが重要なんですけども、上衣腫の手術では必ずしも重要ではありません。それができる体力・精神力があればいいんですけども、前段で2~3時間費やしてきれいに剥離しても、そこで消耗してしまって、「一番大事なところはちょっと雑になりました」では駄目なわけで、**全体を見たらうえて、自分がどこに集中していくかという配分が大事**です。

【高山】 上衣腫の手術で、術中に出血した場合はどのようにすればよいのでしょうか？

【寶子丸】 出血点は前正中裂上に存在することを念頭に置いて止血すると容易に止血できます。

【高山】 よくわかりました。では、血管芽細胞腫の場合はどうでしょうか？

【寶子丸】 血管芽細胞腫は反対に、最初にヤマがきます。腫瘍と脊髄を覆う白濁肥厚した軟膜をハサミで切開して、腫瘍と脊髄の境界を露出するところがヤマになります。手術の全体構造のなかで、この切開がヤマであることを認識していれば、丁寧に辛抱強く行うことができます。このヤマを通り抜けると、あとは楽に操作が進むと思います。

【高山】 表面の血管はどうしますか？

【寶子丸】 これはある程度、sacrifice する必要があります。白濁している軟膜はタフでなかなか切れませんが、時間をかけて丁寧にこれを切ってしまうと、さーっと腫瘍が見えてきます。髄内腫瘍はたくさん症例があるわけではありませんが、疾患ごとの nature を理解し、手術のヤマを頭に入れておけば、手術をルーティン化して安全な手術を行うことができます。

8 脊髄外科医の心得

【高山】 ふだん診療するうえで、心掛けておられることは何かありますか？

【寶子丸】 患者さんには、とにかくここに診療に来ていただいた以上は、何か得て帰ってほしいと思っています。「手術するほどじゃないよ」と言ってさっと帰すのではなく、その人に合わせ

◆私の手術戦略 —血管芽細胞腫：痛恨の1例／手術が奏功した1例

【寶子丸】 症例1 (Fig. 1) が私の痛恨の1例です。血管芽細胞腫という病態は腫瘍が脊髄の表面に出ていて、なおかつ脊髄が腫瘍を部分的に覆っています。その境界をさらに白濁肥厚したくも膜などが覆っていて、なかなか境界がわからなくなっています。

【高山】 たしかに、この症例はわかりませんね。

【寶子丸】 結局境界がわからないまま、出血と悪戦苦闘しながら部分切除で終わりました。その後、血管芽細胞腫の構造に気が付いたのが症例2 (Fig. 2) です。外側から入る feeding artery を処理すると腫瘍がだんだんしぼんできて剥離しやすくなります。そのうえで、本文でも述べたように、白濁している組織を丁寧に切除することによって、腫瘍を摘出することができます (Fig. 3)。

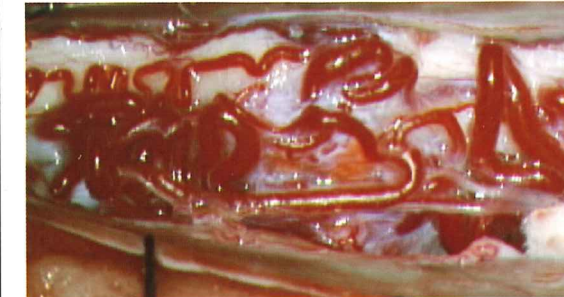


Fig. 1 症例1:血管芽細胞腫(術前)

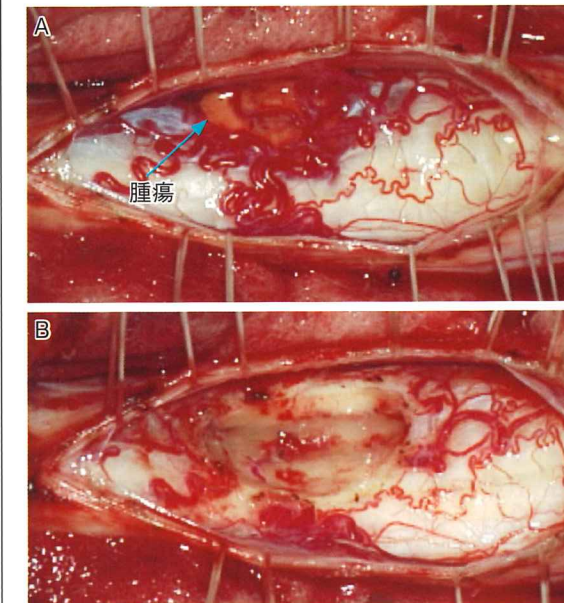


Fig. 2 症例2:血管芽細胞腫. A:術前, B:術後.

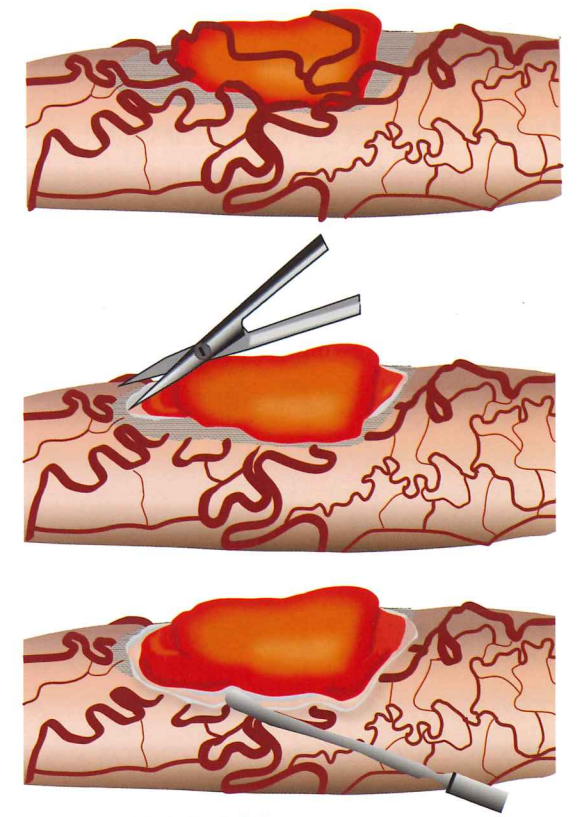


Fig. 3 血管芽細胞腫手術の schema

て、食事や日常生活での注意点などをアドバイスしています。画像などを見ても、人それぞれかなり違いますよね。首をそらしたいいけない人もいるし、反対に姿勢良くそらし気味がよい人もいます。

そこはさまざまですので、「こういうことをやったほうがいいですよ」と指導しています。

【高山】 手術だけではなく、いろいろな手段を使って良くなってもらう、ということですね。

◆ウインドサーフィンでも「ゾーンに入る」

【高山】たいへんな髄内腫瘍の手術を3時間とか5時間かけてやり切るために、ふだん何かされているトレーニングはありますか？

【寶子丸】手術の前日はお酒を飲みません。趣味としては、休日に琵琶湖でウインドサーフィンをやっています。

【高山】そうなんですか？それは初めて知りました。いつごろから始められたんですか？

【寶子丸】大学院のときにやっていて、その後はしばらくやっていたんですけど、信愛会に行ってから再開しました。水泳と一緒に、一度身につけておけば、時間が経ってもちゃんとできるスポーツです（笑）。

【高山】ご自宅が琵琶湖のそばですから、環境としては申し分ありませんね。どのあたりがウインドサーフィンの魅力でしょうか？

【寶子丸】ウインドサーフィンも手術と同じで、**ゾーンに入ったときが快感**です。ふだんはそうでもありませんが、風が吹いてきて、自分で風を読んで全身で格闘しながらやっていると、完全にゾーンに入ることができます。若いときは車でスピードを出すのに喜びを感じていたときもありましたが、ウインドサーフィンで一度そういう快感を味わうと、車でぶっ飛ばすことなんて、あんまり大した喜びじゃないんだなと感じますね（笑）。



【寶子丸】ええ。最近は痛みによく良い薬もありますし、われわれも以前より手だてが増えました。そうやって信頼を積み重ねていくと、本当に悪くなって「やっぱり手術」となったときに頼って来られますから、信頼を得ていくことは非常に大事ですね。

あと、**悪くなった人は最後まで診る**というのが、私の譲れないポリシーです。手術で9割くらいの方は良くなりますけれども、どうしても良くない方が1割くらいいて、100人に1~2人は悪くなる場合がある。そういう人に対しては、最後まできちんと責任を持って診ることを信条としています。

【高山】脊髄外科医としては必須の心得ですね。先ほど、他科も含めたシームレスな連携、というお話をされましたが、ずっと強調してこられたよ

うに、脳神経外科というマイクロも大事ですけども、医療というマクロを見据えた方針が大切ですね。

【寶子丸】そうです。患者さんが「歩きにくい」と言っても、どこが原因で歩きにくいかわからない。脊髄が原因なのか脳なのか、あるいは股関節や膝関節なのか。足のケガが原因で歩き方が変わり、脊椎の側弯につながっていくこともあり得るわけですし、生活習慣病としての位置付けから、根本的なところを治していければと思っています。今は表面だけ見て、「脊椎が狭窄しているから削る」とか「背骨が曲がっているから固定する」といった治療をしがちですが、**根本的なところを診断して治療していくのが脊髄外科の未来**だと思っています。

【高山】変性疾患という意味では、予防が一番大

事ということになりますね。だからこそ、患者さんの生活指導にまで力を入れておられるのだと思います。

【寶子丸】そうです。疾患を未然に防ぐこと、そして疾患の根本的な原因を探りその治療を行うこと、両輪が必要だと感じています。

【高山】最後に、若い世代の脳神経外科医にメッセージをお願いいたします。

【寶子丸】脊髄外科というのは患者さんが治ること、つまり症状が良くなることを目指してやるわけで、本当に良くなったときの患者さんの笑顔を見ると、この医療を続けていこうというモチベーションになります。そういう喜びがある領域ですね。それと、みなさん外科医なわけですから、手

術がたくさんあるというのはこの領域の魅力ではないでしょうか。

【高山】直達手術が少なくなっていく脳神経外科の分野でも、Spineはまだまだわれわれが介入する余地があるということですね。

【寶子丸】たくさんありますね。手術が好きな先生、それと患者さんを治す喜びを味わいたいという先生はぜひ、Spineのほうに興味を持っていただきたいというのが強い願いです。

【高山】私も脊髄脊椎外科医の立場から、そう願っております。今日は師匠である寶子丸先生のヒストリー、ポリシーを深いところまで伺うことができたいへん感激いたしました。ありがとうございました。

インタビューを終えて

寶子丸先生は、私が脊髄脊椎外科を志した当時、最初にお教えた先生です。手術はもちろん、診察所見の取り方、画像の見方、はては脊椎患者様の特異な気質に対する接し方など、脊髄脊椎外科の基礎を叩き込んでいただきました。

今回の対談では、寶子丸先生の手術論・極意をうかがいながら、当時お教えたさまざまな事柄や景色までもが鮮明に蘇ってきて、今後の臨床にも還元していきたいと思いました。また、寶子丸先生の歴史や趣味などプライベートな面にも接することができ、その極意の奥深さを支えているものが何か、少しつかめたような気がしました。

これからも寶子丸先生には脊髄脊椎外科のリーダーとして突っ走っていただき、私も必死でついてゆきたいと思います。ありがとうございました。（高山柄哲）

