

遺稿集

— 目 次 —

はじめに	大 島 扶 美 … 81
本態性オプティミズムが治癒?	82
頸肩腕症候群	
—心身のストレスの蓄積が頸肩腕症候群をひきおこす—	83
新潟大学医学部整形外科教室同窓会誌から	87
山形大学医学部整形外科学教室教室誌・同窓会誌から	139
山形大学医学部整形外科学教室における「卒前教育」の足跡	224
〈教授就任挨拶〉変わる医療、病院から地域へ	
—増大するコ・メディカルの役割—	226
高齢化社会と整形外科医	228
「きれる」「ぷつつん」の市民権	231
教育に失敗する世代	233
おわりに	大 島 扶 美 … 235

はじめに

夫、大島義彦が旅立ち、悲しみの中にありながらも一段落した頃、宮下正弘先生が、不思議なエッセイを持ってきてくれました。筆者は「くじら」。「これは、大島君が書いたものだよ。」とのこと。

いつ書かれたものか？ 読んで見ますと、きらきと、いえ、ぎらぎらとした魂のほとばしりがせまってきました。良く言えば、人一倍、感受性が豊かなナイス・ガイの叫び。

その頃は、ロシアの歌や映画、文化に憧れていたのでしょう。その後、彼は米国へ行くと、米国人が持つフロンティア・スピリットに感動し、特にスポーツ医学の分野では、すっかりアメリカに魅せられてしまいました。中国や韓国に行けば、その歴史の重みや奥深さに感じ入り、共有する文化に親しみと畏敬の念をいただき、バングラデシュでは、その貧しさの中に、逞しく開拓してゆくことの喜びを感じ、インドネシアやタイではアジア文化や自然に深く感動し、北欧の国々を尋ねては、誰もが幸せになる為の、仕組みづくりの叡智に感動し、行く先々で友人をつくり、交流の道を開いてきました。

我家には、所狭しと、多量の様々なジャンルのビデオがひしめいており、種々多量の香辛料まで、私の居場所を占領(?)しております。これ等が存在する理由、彼の魂のルーツを、このエッセイから読み取ることができました。

2005年8月

大島扶美

本態性オプティミズムが治癒？

くじら (大島義彦)

ブルーナスに出会ったことがない、と云ったところ、おまえは何か打ち込んでやったことがあるか？ ぎりぎりとし身を剥がれる思いでやり遂げたことがあるかと突っ込まれた。その真剣な眼差しにびっくりして答えることは出来なかったが、心の中でこう考えた。—自分の行動、考えが、よく自分自身を驚かすことを考えれば、まして異種タンパクにおいてをや！ しかし何故か晴々しなかった。

彼は全体として合理主義者であった。それも全く調子がいいのである。彼のやろうと思ったことはどんなことでも、ありとあらゆる理由づけをして正当化してしまう。調子に乗ったときの彼の弁舌のさわやかさ！ ところが彼にもひとつの弱みがあった。如何に素朴であれ、率直な善意に出会うと、あのあつかましい彼が、耳の根本までほてらせ、急にどぎまぎして、冷静な計算も何処かへふっ飛んでしまうのだ。あゝ、そのことが彼をどんなに光らせていることか！

「名作は、そのラストシーンから現実を考えさせる。テレビドラマはそこで現実を忘れさせる。」一日報夕刊、全く心の栄養にならない作品が巾をきかせる世の中だ。それについても「誓いの休暇」は素晴らしかった。ロシア人は歌を歌い映画をこよなく愛する国民だ。非常に沢山のロシア映画の名作が作り出されていると聞くが僅かテーマ音楽ぐらいしか紹介されてこない。ロシア映画上映が少ないのは次のような事情によるのである。日本政府は、社会主義は独裁であり、何の自由もなく、国民は飢えと寒さの中で膨大なノルマを与えられ呻吟しているというイメージを作りあげるのに躍起となってきた。文化交流が始まると、社会主義の真の姿をみた日本国民が目覚めてしまうので、社会主義国とは、鎖国に近い政策をとっている。それに対して社会主義国の側では、いくら交流しても失うものがないので、文化交流も積極的である。以上の状態を打開し、よい映画がみられるようにするのは、やはり国民全体の下から盛り上った要求である。小生は、ハバロフスクと姉妹都市になり、対ソ貿易のメッカとならんとしている新潟市に、文化交流の一環としてソ連映画を専門に上映する映画館を作る運動をすすめようと、三年前から考えている。何かいい考えはないでしょうか？

Z君の弟がZ君に、「2人とも感情の神経の栄養が足りないのではないか」と話したとのこと。だけどネ、そこだけに栄養をくると、松の木みたいにもものすごく太くなってしまい、毒気が多くなるあまり、あたり構わず毒づき、しまいには繊細な感情等はふっとんでしまい、四面楚歌となりとうとう己が毒気にあてられて狂死してしまうに違いない。こんなところのバランスはK君がお上手！ また、「大いに潤歩してくれ！」と云って何でも自分の思いどおりに豪快にやってのけるG君は実は小生なんかとは違って、本当は優しい敏感な神経の持ち主なんだ！

屈従とその忍耐、全く我慢のならぬ代物だ！ 世紀の何とか云う偉人同様、俺の不幸感の最大の原因となる。俺が涙を流すのは、これをおいてあり得ない。

友情は愛情よりずっと厳しい条件を必要とすると云う。これは本当なのか？ 友情はそ

んなに難しいものなのか？ しかし、いつも思うのだが、俺位多くの良い友達を持つ人間は滅多にいないのではなかろうか？ 自分の心を全く開放すれば、本当の友達はすぐ出来るような気がするんだが？ 全く、少し位の言葉のあやで感情のいきちがいが起らぬ関係と云うものは何と心地よいものだろう！

老成と本質を曲げる卑屈さと混同する輩が多いのには参る。小心翼翼として、卑屈な処世をインテリにみることの多いこの頃、全く淋しくなる。

恋愛のひとり歩きはない。恋愛は本当に、人生のほんの一部にしか過ぎない。至言だと思えます。

電気じかけの、と云えばおわかり。ええ、その彼が先日自動車の免許をとったと云ってニコニコ。旅行先で彼が目的地まで往復200km、レンタカーで運んでくれました。エレキが満タンのときの彼は、実に又強引なんだ！ 途中、命を落しそうになったこと数回、あとで彼曰ク、「俺が命を救ってやったんだぜ！」

理論を持つ者はそれだけ多く、より先まではっきりとみることが出来る。然し、生半可な理論は、いかに多くを見誤らせていることか！

頸肩腕症候群

心身のストレスの蓄積が頸肩腕症候群をひきおこす

山形大学医学部整形外科助教授 大島 義彦

頸肩腕症候群は、頸、肩、腕の痛みやこり、疲労感、しびれ感などを主症状とし、しかも原因がはっきりしない場合を総称した疾患です。

このややとらえどころのない病気について考えていきます。

頸肩腕症候群の診断はむずかしい

まず「症候群」とは、単一の病気をさすのではなく、いくつかの病気の特徴すなわち症候を共通してそなえる疾患を総称するものです。一般にこれにふくまれる個々の疾患についてはよく解明されていない場合が多いのです。

この頸肩腕症候群は、別名頸腕症候群、肩腕症候群ともよばれるもので、一口でいえば、頸、肩、腕の痛み、こり、疲労感、しびれ感などが主な症状で、これらの原因がはっきりしない場合などにつけられる病名といってもよいでしょう。

この病名は、37年も前に整形外科領域で提唱され、その後これが保険診療上便利な病名なので広く使われるようになったものです。

したがって医学が進歩した現在、もっとこまかく病名がつけられることもありますが、ここではこれらの原因がはっきりしたものを除いた、狭義の頸肩腕症候群にかぎってあつかうことにします。また、他科領域ではこのような理解があまりなく、内科領域で自律神経失調症といわれるものの多くがこれにあたり、婦人科領域で中年の女性にみられる場合はしばしば更年期障害とよべれます。

いずれの場合も訴える症状が自覚的なもので、客観的に証明できないものばかりであるということが、もっとも重要な特徴です。いろいろな医療機関でいくら検査を受けても検査には異常ないといわれてしまいます。また、異常があれば別な病名がつき、それなりの有効な治療が行われるといえます。

この病気は日常診療ではきわめて多いものですが、医学書にはほとんど記載がなく、また医学教育でもあまりとりあげられていないことが問題です。

多くの医者は、このような患者はできれば診たくないと感じています。その理由は、よくわからない病気であること、多彩な不定愁訴といわれる訴えを聞きとるのにふつうの病気の何倍もの時間と根気を要すること、放置しておいても進行して重大な結果をきたすわけでもない半面、なかなか治りにくいことなどがあげられます。

患者は全身にさまざまな不定愁訴を訴える

この病気にもられる訴えは頭痛、頭重、目の疲れや痛み、ものが見えにくい、耳鳴り、後頭部から背中および肩、腕にかけてのこり、鈍痛、圧痛、しびれ、重苦しさ、上肢の脱力感、手にもっているものを落としてしまう、不眠、浅眠、もの忘れ、根気喪失、吐気、食欲低下、胸が苦しい、全身倦怠等々、実に多彩です。軽いものは慢性の肩こりだけですが、重くなるにつれこれらの症状が組み合わさってでてきます。

またこれらの症状は、精神的ストレスや長時間、根をつめて作業を行うことによって増強すること、すべての症状を、それぞれのからだの部位の異常によると考えるにはあまりにも広範で多彩すぎることで、症状が片側の上半身またはどちらかの半身に片寄ってみられることが少なくないことなどから、これらの症候のすべてを一つの原因で解釈するためには自律神経やホルモンの中枢である脳の視床下部の異常を考えざるを得ないと考えています。この病気は心身の疲労の蓄積による、たぶん視床下部を中心とした機能的異常であり、それが回復しないまま慢性になって、神経系のネットワークの異常興奮が条件反射的に固定してしまった状態と考えられます。

したがって、この病気は心身症の一種であるといえますが、この言葉は一般にはきわめて誤解が多いので要注意です。心身症は本人の気がゆるんでいるからとか、しっかりさえすればおさまるものとかいわれたり、ひどい場合は詐病や分裂病さびょうと同一視されることさえあります。この病気を心身症の中でも、大脳皮質の機能異常が主因の精神身体病と区別して、神経身体病とよぶ医者もいます。

心身のストレスを上手に発散できないまじめ人間に多発

この病気は近年の産業の技術革新により、合理化された密度の濃い、長時間にわたる心身の緊張を要する作業に多発し、労働者の委託を受けた産業衛生学会では頸肩腕障害と定義し、研究がつづけられています。

長期にわたり心身のストレスが多い環境にいれば誰でもこの病気になります。農家でも、家庭の主婦でも受験生でも同様です。

しかしまた、かかりやすいタイプもあります。それはまじめでがまん強く、仕事をきちんとやらないと気がすまない性格の人が多く、仕事をいい加減にやっつてのける人はかかり

にくいのです。したがってどちらかというと女性に多いことになります。また子供に少ない理由は、彼らはいやなことはすぐ放り出せるからです。また、負けず嫌いとか、ストレスの発散の不得意な中間管理職の人などにも多くみられます。

治療の中心は対症療法と精神療法

力仕事やマラソンなどでの疲労は栄養をとって休んでいれば簡単に治ります。

しかし精神的な疲労は、蓄積されてくると休養だけではなかなか治りません。むしろ軽い全身運動をしたほうがかえって休まることになります。

治療のポイントは発症の原因となる高ストレス環境から逃れ、十分休養をとること、腹をくくっていなおってストレスを受け流すように自己変革をすることといえます。

しかし、これがまたむずかしいことで、ことに後者は心がけても無理に近いといえます。できるなら、転地でもして、それぞれがもっとも楽しいと感じることを、のんびりとやっすぐすことが望ましいのですが、実際にはそれに近いことを心がけるといったことになりそうです。

薬物療法や神経ブロック、局所注射、温熱治療、軽いマッサージ、鍼^{はり}、灸^{きゅう}なども多少効果がありますが、これらをつづけていれば必ず治るというものでもありません。

放置しても死ぬ病気ではないのですが、何ともうっとうしい病気です。また他覚的所見がなく、外部からみて異常がないのでしばしばなまけ病と思われたりすることから、その意味では他の病気の場合よりいっそう悩みが深いともいえます。心身の休養を十分とっていると少しずつこの病気は治るのですが、問題はもとの環境にもどると簡単に再発してしまうことです。これを防ぐためには、復帰は時間をかけて徐々に行うこと、ストレスを受けながす鍛錬をすることが重要です。

基本的には慢性疲労症候群と同じと考えられる。

この病気は自律神経失調症、更年期障害などとだいぶオーバーラップしますが、最近マスコミをにぎわす慢性疲労症候群は本症候群と基本的には同一であると考えられます。これについてはアメリカの国立精神衛生研究所のゴールド博士も述べています。(平成3年12月9日朝日新聞)。

痛みやしびれなどが頸椎^{けいつい}や上肢^{じょうし}の一定の運動時、一定の姿勢のときにみられる。または増強する場合は少なくとも、頸椎およびその近傍^{きんぼう}の異常が原因となる病気があり、それなりのもっと確実な治療法がある場合が多いので、しっかりした鑑別診断がきわめて重要であるといえます。

わが国では、この30年間で人類が今まで経験したこともないような環境の変化が起こり、その結果、うさぎ小屋、働き蜂、そして過労死なる国際語までつくり出されるにいたっています。何のための人生かという基本命題をじっくり考えなおすことなくして、この病気を克服することはできないといえます。

新潟大学医学部整形外科教室同窓会誌 掲 載 リ ス ト

1967年	或る男	89
1975年	教室だより	91
1976年	教室だより	93
1977年	教室60周年記念年表を担当して	95
1978年	教室だより	97
1979年	私が経験した「医局」	99
1980年	「学位」の値段	102
1981年	第2回新人のための整形外科研修会報告 ...	107
1983年	理想的Oben	108
1985年	日整会評議員選挙と私	110
1987年	進行癌の告知について	118
1988年	よい病院作り	122
1988年	故笠原俊昭先生と私	124
1989年	田島達也先生御退官に寄せて	126
1990年	皆川泓義先生の御逝去を悼む	129
1992年	私の医局長時代の思い出	132
1993年	山形大学整形外科だより	135
1994年	山形大学整形外科だより	135

1967年3月、当時、医療・社会問題の渦中にあったインターン生活を、大島義彦は終わらしてしていました。諸先輩や同級生の皆様から、温かい祝福を受けながら、私達は慌ただしく結婚しました。

結婚当初から「僕は将来、医者を引き退いたら、作家になりたいんだ。」という夢を語っておりました。

1967年4月、新潟大学医学部の整形外科に入局。最初のアルバイト先が弥彦競輪場でした。もちろん競輪の選手としてではなく、競輪選手が落車して怪我をしてしまった時の診療要員としてでした。

新米の医師、当時はきっと、大きな事故が起きませんようにと願っていた事でしょう。じっとしていることが嫌いな彼は、診療が無い時間帯には、自転車の整備をしている選手一人一人と、親しく言葉を交わし合い、観客の中にも潜り込んでいたのを思い出します。私はまだ医学部の学生でした。競輪のあった日曜日に、しばしば同行したものでした。

その時代に彼が書いた「或る男」という短編小説があります。これが作家を目指した大島義彦の最初にして最後の作品です。

その後も筆まめに、彼は様々なエッセイを書いておられます。今、読み返してみまして、彼は真摯に、書き残したとおりに生き抜いたものと驚嘆しておられます。

2005年8月

大 島 扶 美

1967年

或 る 男

大 島 義 彦

弥彦山腹は秋たけなわで、焼えるような紅葉が競輪場を包んでいた。空は果てしなく青く澄みわたり、夏を過ぎた太陽はゆるやかな光を投げかけていた。最後の1周を告げる鐘が、ジャン、ジャン、ジャンと始めはゆっくり間をおいて、次第に早く、最後の選手が通り過ぎるとき、ひときは強く打ち鳴らされた。彼は3番手を走っていた。間もなく40才にとどこうとしていた。若い頃の輝かしい成績も過去のものとなり、とうとうA級4班に転落してしまっていた。しかし彼にとっては、このレースは記念すべきものであった。彼はこれを最後に引退し、妻の実家の静岡で数10アールの土地を買い、みかんと茶を栽培する生活に入ることになっていた。彼は小柄であるが、ひきしまつて筋肉質であった。選手生活15年間、特別な病気にもかからず、鎖骨々折等の洗礼もまだ受けていなかった。同僚が体力をつけると称して、テレビ等の広告につられて、腹いっぱいになる程怪しげな薬を飲んでいて、彼は決して受けつけなかった。15年前、デビュー当時は連勝につぐ連勝で優秀選手賞も何回となく受け、大きな記念レースにもよく出場したものだ。当時は夢中で毎日が非常な充実感をもって過ごされた。しかし最近、気が抜けてきた。今の生活が下らないものに思われてきた。もうこれ以上金も欲しくなかったし、何よりも、彼の単純な正義感がまた頭をもたげてきたのである。

20年前のことであった。彼は高卒後町役場の土木課に務めていた。英語の単語を暗記していたところに較べ、毎日の生活が全く楽しかった。務めはじめて間もなく、上水道の建設の仕事が始まった。切れのよい、てきぱきした仕事ぶり、態度は上司の信頼を得、課長の手足となり、殆んど毎晩現場か町役場に泊り込みで頑張った。しかし上司も同僚も口先ばかり達者で、実行はカタツムリのようにスローモーであり、積極的になるのは役得にありつけそうになるときだけであった。彼は老けてみえたので課長代理役までも実際には果たし、毎日クタクタになったが、愈々完成を間近かにして、彼の身体全体に満足感がしみわたっていた。ところが或る日、課長をはじめとして、町の有力者もからんでの大きな汚職が摘発されてしまった。しかし彼がその中で相当な役割を果たしたことになっていた。彼はもう身の置き場がない程激怒した。懸命になって上司に説明を求めたが、単細胞の彼は巧みに云いくるめられてしまいそうだった。最後にはもう何を叫び何をしているのかわからなくなり、傍にあった青竹を手に取り、夢中に振り回していた。

結局彼は汚職の一部の罪と器物破損、暴行傷害の罪で家庭裁判所送りになってしまった。その後1年間程、家の手伝いなどしながらぶらぶらしていたが、高校時代の友人の勧めで今の道へ進むことになったのであった。自分の能力のみで評価される世界であると考えると彼は至極満足であった。

最近彼はくさっていた。年をとるにつれ、彼の生き甲斐の一つである、中学生になった彼の子供が、競輪の選手をやめてくれと云い出したのだった。学校の担任の先生が、競輪はまじめに生活している人の働く意欲を壊すものであり、多くの人々が不幸な生活から抜け出せないでいる、と云っていたと云うのだった。その場で彼は、そのような人間は、ごく一部で、大部分の客は生活の疲れを癒す手段としているし、その利益は地方自治財政にくり込まれているのだから、と答えた。しかし、そんなことがあってから、彼は少し注意していると、次第に自分の考えが誤りであったと思うようになった。競輪の客は皆生気がなかった。そのくせ、眼だけはギラギラ輝いていた。日曜日でもないのに真昼からぶらぶらと出てくる人間の生活がどんなものであるか、大体想像出来た。また、片田舎の弥彦村営競輪でさえ、1日1,000人の入場者で、4千万円の売り上げがあることから考えると、一人平均4万円の車券を買う計算になった。しかし、客の服装はかなりみすぼらしく、そんな金を娯楽につき込めるようには思えなかった。最終レースが終って、駅へ向かって一斉にゾロゾロと背を丸めて歩く光景は異様で、とてもレクレーション後の様相ではなかった。そんな訳で彼は競輪が男児の命をかける仕事ではないと考え、引退を決意したのである。

これが最後のレースかと思うと、何かじっとしていられず、昨夜はぶらりと旅館を抜け出して飲みに出た。競輪開催中に飲みに出るなどと云うことは、完全主義の彼には、かってないことであった。

駅前前の鮎屋には数人の男が、にぎやかに競輪の予想を話し合っていた。しかし彼の名前は全く出て来なかった。彼の出場するレースの本命は、同じ六組の24才の男で、過去の成績からみると、1着は殆ど確実であった。又2、3着の候補も彼とは比較にならない程強かった。結局どう考えても先頭ひきは彼をおいて、なかった。負けず嫌いの彼は無生に腹がたってきた。競輪にはもう何の未練もない筈であったが、彼の生まれついた闘争本能はどうしようもなかった。彼はふいに席を立て、男達の方へ近寄っていった。男達は彼の

ただならぬ気配にピタリと話をやめ彼の顔を注視した。彼は男達を睨みつけながら、「そのレースは66だ！ 走る俺が云うんだから絶対間違いない！」と叫んだ。そして突然の出来事にキョトンとしている男達を尻目に悠々と引き上げてきたのだった。

朝になっても昨夜の勝ちたいと云う気持ちは変わらなかった。しかし選手控室での先頭ひきを決める、いつもの話し合いのとき、当然のこととして彼に先頭を要請してきた。リベートが1万5千円になっても彼は拒否した。とうとう施行者も、一緒に走る他の選手も怒り出してしまった。レースは近づいていた。顔見せはとっくに終わっていた。彼は一計を思いつき引き受けることにした。面倒臭くなってしまったからである。

最初の1周をまわったとき、彼は出るのをやめてしまった。一瞬レースが中断かと思われたが、はずみがついていた4番の選手が先頭へ出てしまい、他の選手はそれに続いた。そのどさくさの間に彼は3番手に割り込んでしまった。本命と有力な選手は後方へおちていた。完全な裏切りであったが、別に規定にふれることでもなかった。彼は痛快であった。最近うっ積していたもやもやが一度に晴れる思いだった。

斯くして最後の一周を告げる鐘が鳴り終わったのであった。彼の気迫は相当なものだった。もう死んでもよいと思った。夢中でペタルを踏んだ。第2コーナーをまわり直線コースで彼はトップに躍り出た。第3コーナーで、本命が猛烈な勢いでまわってきた。最後の直線コースで4人の選手がピタリと並んだ。ハンドルが、ガチガチと音を立てた。5番の選手が横揺れをはじめた。彼は幾分遅れ気味になったと思った次の瞬間5番の選手が彼にぶつかってきた。しかし経験を積んだ彼は倒れなかった。5番の選手はその反動で隣の選手の方へ傾き、姿を消した。観衆のどよめきが起ったが彼は満身の力をこめてペタルを踏んだ。

写真判定であった。3分位たって結果が発表された。彼が1着で2着は本命であった。客席の一角から怒声が上った。昨夜の男たちだった。それを機に場内は騒然として、走路に興奮した男達がとび出してきた。警官の制止も及ばなかった。

10数分後結果の訂正があった。彼は反則となった。事態をおさめる為に、そしてはじめの協定を守らなかった制裁として、の結果であった。

彼は実に爽快であった。何もかも清算された感じであった。明日から始まる、自然との闘い、今後こそ、いつわりのないであろう仕事ははじまるかと思うと、車を分解する手もはずんでいるのであった。

1975年

教室だより

医局長 大島義彦

本年は教室にとっては、学会のあたり年でした。6月7日に東北整形災害外科学会、9月5日・6日に東日本臨床整形外科学会が新潟で開かれました。いずれも教室同窓会諸先生方、教室の松原講師を中心とする教室員全員の舞台裏の努力により学会は大成功をおさめました。他大学関係者から、最大級の賛辞をいただきましたことを御報告申し上げますと共に皆々様の絶大なる御協力に御礼申し上げます。

この一年教室の台所をあずかりまして、いろいろ勉強になりました。ここ数年のインフレのあおりをまろに受けまして、講座研究費は据置かれる一方、物価は倍にはね上がった結果、著しく窮屈な思いをせざるをえなくなりました。因みに数字をあげますと、昨年は約270万円でしたが、本年は昨年の赤字40万円、本年の講座研究費減38万円を差し引きますと、たったの200万円弱しかありません。この中から人件費、図書費などを出してしまうと、殆ど何もできなくなってしまいます。いよいよ根本的な対策を考えなければならなくなってきました。

こんな愚痴を吹き飛ばしてくれるニュースはやはりフレッシュマンの登場であります。本年は5月には8名の研修開始者があり、いずれも真じめで優秀な新人です。4月12日・13日の国家試験に全員がパスしました。ここで教室在席者数をまとめてみますと、いわゆる有給スタッフは10名、いわゆる無給即ち非常勤医員などで現在教室に居る者は9名の新人の他13名で、その他長期出張中（教室外をローテートしている者）25名、国外留学中4名、医学部及び歯学部第1解剖で研究中が各1名、更生指導所1名、合計しますと64名となります。従って64名中ちょうど半数の32名が教室に居ることになります。

この10月1日より念願の一つでありました理学療法部が独立しまして、山岸豪Dr.が専任の助手となり、他にP.T.の定員が一人、補助員が一人の増員となりました。しかし、施設面での新設は殆どなく、前途は尚困難に充ちております。

人事面では助手の交代が3回ありました。S49.12.末日で小林勝Dr.が赴任されたあと、2月から吉津孝衛Dr. (42年卒)、4月末に皆川泓義Dr. 赴任後に望月Dr. (42年卒)、山岸豪Dr. 転出後は米国留学からこの10月26日に帰港する斉藤英彦Dr. (41年卒) となり、いずれも教室の規約により、教室にいる人の全員投票を参考にして教授が決定する方式で選出されました。また政府の定員削減策により、人事の交代の際は1ヵ月づつ空席にして後任の任用は1ヵ月づつのびております。来春は山形大学医学部への渡辺好博先生、茨木邦夫先生の転任を控え、大巾な人事移動が予想され、来春の新人の増を加えても、教室在席者は現在より減になることが考えられます。

この一年間で教室内外で最も大きな問題となりましたことは、卒後研修体制で、それに関連した出張人事であります。地域の病院の整形外科医の不在、一人医長病院が尚多いこと、基幹病院のスタッフ不足、これらのバランスを「適当に」考えながら、ああではないこうではないといろいろ相談し、あちこちからかかってくる圧力に耐えつつ、悪戦苦闘してスケジュールを組んできました。この一年に大学と関連病院のあり方について3～4回の先生方の集まりをもち、アンケートも何回か行い、いろいろ模索してきました。これらの経験の上に教室では別記の卒後研修システムの改訂案の叩き台を考えてみました。

従来、教室には何をすることもなくブラブラしている人が多すぎるという批判がありました。たしかにそのような現象はありましたが、それは本意ではなく、各自の初志がともすれば予定外の短期の出張におし流された結果でなかったかと考えます。S50年度の正規のスケジュール外（週1回のパート出張を除く）の出張は延30ヵ月となります。

これを有給、新人を除いたいわゆる無給スタッフで分担しますと1年に1人約2ヵ月となり、それをまとめて1回で出張する訳でないものですから、どうしても頻回に出たり戻ったりしなくてはならなくなります。来年度以降はできるだけ不定期の出張、短期の出張を作らないようにしたいと考えています。新しいスケジュールとなりますと、今までの

ように少しはあった余裕はなくなり、従って、病気の療養、外遊、学会出張などで休まれた先生の代診は今までのようにはいかなくなります。このことは卒後研修の問題とは別に、同窓会として、早急に検討を要する問題であります。

最後に例年通り、教室の週間スケジュールを表掲いたします。

整形外科週間予定表

S50 5～10

	月	火	水	木	金	土
	8:30 a.m.より 手術	8:45 a.m.より 総廻診	8:30 a.m.より 手術	8:45 a.m.より 医局運営会議	8:45 a.m.より 総廻診	8:30 a.m.より Xp検討会 (第3土:はまぐみ)
1 診	新患受付なし	松原	新患受付なし	高橋(栄)	田島	
2 診					吉津	
3診(外来 4-7)						
処置係					高木	
特診1		手の外科 田島		先股脱	股関節症 伊藤・田中	側彎Ca代謝 高橋(栄)
2		手の外科			R・A 東条	脊椎神経疾患
3						脊椎神経疾患 蛭谷
4					EMG	脊椎神経疾患 大島
5					形成 星	
ポリクリ	4年				田島	
	3年	松原				
午後	4:00 p.m.術前 検討		3:00 p.m.リハ ピリケース会議		4:00 p.m.術前 検討	
夜 研究班の ミーティング	8:30 p.m.より 股関節 脊椎・神経	8:00 p.m.より 骨代謝 (第2, 4W)	8:00 p.m.手の 外科	8:00 p.m. 術後検討抄読会 (最終木曜CPC) 医局会議		

1976年

教室だより

医局長 大島 義彦

何かあってもなくてもあちこち何から何まで絶えず気を配る努力を払わなければならない生活から、この10月末に解放されることになりました。そんな訳で本年は少し奮発した教室だよりを書こうと考えました。3、4行してまもなく小生にそんなに気のきいた文章をものにできる筈がないことに気づき、この1年の教室の主なできごととは月毎に表にまとめることにしました。現況は週間予定表と特に力を入れているポリクリ指導を掲載し、以下少し不足を補うことにしました。

本年の新人は久しぶりに10名の大台に乗りました。いずれも、ものに動じない逞しい存在で頼もしい限りです。医師免許証云々が最近うるさくなってきて、本年から全学一斉に新人の研修開始は6月1日ということになり、国家試験後大分間がありますことから2週間にわたる新人のオリエンテーション(各研究班のチーフを中心に整形外科診断学の講義)が行われました。

病室の診療体制は教室員5つのグループに分け、そのチーフには云わゆる有給スタッフがあたり、個々の患者の主治医の他、グループ毎の連帯責任制をとり、各グループの回診

も頻回にもたれています。毎朝8時から回診するグループもあります。その他術前、術後検討会、研究班毎の検討会、C.P.Cなどで質、量ともに充実しております。若い医師にとってはあちこちからsuggestionがくるため困惑するむきもありますが、いろいろの考え、やり方があることが学べることはやはり大学の特色の1つといえます。

外来は年毎に特殊外来が増え、spaceは著しく狭隘となり、午後始める部分も考えたいのですが、検査部門の都合で実際困難です、大学の使命、何ととっても医師が沢山いる、採算の締めつけの少ないところからみて、患者をじっくりと時間をかけてよく診ることを徹底させるため、近い将来予約制、紹介制に踏み切らざるを得ないのではないかと思います。

また本年は実験的研究が飛躍的に増加し、外川Dr.は「微小電流が骨組織に及ぼす影響」、恩田Dr.は「末梢神経のfunicular sutureとepineural sutureの神経回復度の比較」、関Dr.は「肢の駆血時間の限界と冷却が及ぼす影響」、安川Dr.は「脊髄誘発電位の臨床応用」ということで、吉田、錦織、赤沢、斉藤文部技官の仕事量はうなぎ昇りで、てんてこ舞いです。いずれも最も安い雑種犬を用いた実験で、常時45頭、計200頭余りを要するため、新潟県の野犬資源は枯渇するものと思われます。立派な研究が数多く行なわれることは誠に喜ばしい限りですがそれに要する研究費もうなぎならぬ龍昇りで深刻な問題です。来年度の講座研究費は年間200万円をわる見通しです。政府はこれだけの研究費で学生の教育の他、何をやれというのでしょうか？ 本年10月から医局員費を値上げを計り、さらに一層の節減令を敷いておりますが、焼石に水です。

最後に医局長が最も頭を悩ますのは出張人事であります。教室の建前としては、何年か前に同窓会の席上、田島教授から発表がありましたが「関連病院の人事は一切freeとし、当面パート出張のみ教室は窓口となる」ということですが、外部の諸状勢が熟しておらず、放置しておくことが許されないことがしばしばあります。

6年間の研修スケジュールは国鉄のダイヤ並みにきっちり決められている現体制では、昔のような余裕はなく、計画外に人を派遣しなければならない事態には容易に応ずることができません。医大が沢山新設されたとはいえ、整形外科医療のneedは益々広がる一方、整形外科医はそう易々と養成されず、買手市場は当分続きそうです。しかしこの点に関する小生の考えは全くの少数意見で、まごまごしているといわゆるいい病院はどんどんなくなってしまうとよくお叱りを受けます。

週1回のパートタイム出張各位から御批判がある如く、確かに悪の根源の1つであります。安月給を埋めあわせる一手段であると同時に、現状では小人数で県下の整形外科無医地区をdiffuseにcoverしていることにもなっており、これをまとめて出張する体制には整形外科医の数が足りません。全国的にみますと、大学や学会の権威主義、業績主義を背景とする学閥による関連病院獲得合戦も更に激しくなり、論文数を誇る風潮も益々著しくなっているように思えます。こんな風を感じるのは小生ひとりではなく、大部分の方々は、そう思いつつ、その中で同様に行動することを余儀なくされているのではないかと思います。

医局長室での2年間、行き届かないことばかりで多くの皆様から有難いお叱りをいただき大変勉強させていただきました。はじめの頃は、引き受けたからにはと以前から考えて

いた様々の夢を実現しようと頑張りましたが、いずれも大した実を結ばず、2年経過してしまいました。全く不本意なことばかりでありました。これ迄に皆様からいただきました御助言、御支援に厚く御礼申し上げます。

整形外科週間予定表

S51 5～10

	月	火	水	木	金	土
	8:30 a.m.より 手術	8:45 a.m.より 教授回診	8:30 a.m.より 手術	8:30 a.m.より 医局運営会議	8:45 a.m.より 教授回診	8:30 a.m.より Xp検討会 (第3土:はまぐみ)
1 診	新患受付なし	松原	新患受付なし	高橋(栄)	田島	伊藤
2 診		野沢		斉藤	吉津	東条
3診(外来 4-7)	野沢	畠山	東条	外川	草野	高木
処置係		草野		児島	高木	渡辺(稍)
特診1		手の外科 田島・恩田・関		先股脱 望月・畠山・高木	股関節症 伊藤・田中	側彎Ca.代謝 高橋(栄)・外川
2		手の外科 斉藤・勝見		リハビリ 山岸	R・A 東条・中村(敬)	脊椎神経疾患 児島・安川
3		手の外科 吉津・原		外傷後遺症 松原		脊椎神経疾患 蛭谷
4		装具 山岸			EMG 蛭谷・安川	脊椎神経疾患 大島
5					形成(第3金曜) 星・酒井	膝 野沢
ホ リ 週 ク リ 週	4年 伊藤/蛭谷	山岸/田島	吉津/野沢	望月/東条	田島/大島	高橋(栄)/斉藤
	3年 松原/松原	高橋(栄)/山岸	大島/斉藤	伊藤/望月	東条/野沢	松原/吉津
午 後	4:00 p.m.術前 検討		3:00 p.m.リハ ビリケース会議		4:00 p.m.術前 検討	
夜 研究班の ミーティ ング	8:30 p.m.より 股関節 脊椎・神経 Fx&Lux.	8:00 p.m.より リウマチ骨代謝 (第2.4W)	8:00 p.m.手の 外科	8:00 p.m. 術後検討抄読会 (最終木曜CPC) 医局会議		

1977年

教室60周年記念年表を担当して

大島 義彦

教室の60年間の年表のアウトラインは、山形大学の渡辺教授が或程度まとめてあり、本年4月頃、これを私が引き継いだ。引き継いだばかりのときは、ここまでできていればもうほんの少しつけ加えるだけでよいと考え、ズルズルズルと時間がたち、原稿締め切りが過ぎて大慌てであった。昔のことは、殆ど本誌に載っている蒲原先生の教室史から拾いあげさせていただいたが、それでも歴代医局長、講師などの人事は、どこを探してもはっきりした記録がなく、同窓会誌は第1号から全部読破し、学会会報も繰り、或程度の推測を含めて整理したところ、田島教授も、「ウン、これでいいんだと思う」といって下さった。

私が新潟大学へ入学した昭和35年頃から、またとくに卒業した昭和41年以降は、私としては当然、情報量が多くなり、さて、どの程度のことまで取り上げたらよいかわからないままに兎にかく気付いたことは何でもメモしていくことにした。社会問題、医療システム、医療技術等々についても、教室の業績、疾患統計等を考えるとき、どうしても必要に

なると考え、空欄がものたりないと思う気持ちもあり、なるべく詳しくした。まとめいくうちに次第に欲が出てきて、第1稿を巻きものにしたところ、3m程の長さになってしまい、文明堂印刷さんから、こんなものはとても時間的に無理だ！と一蹴されてしまったが、2～3日後に、「何とかやってみましょう」ということになった由。私としては、余りにもこまごまとしたことを盛り込んだため、この中から抜萃して業績集め年表とし、原案はそのまま同窓会誌にと考えていたところ、田島教授がこのまま業績集に入れた方がよいとされた。

2年前から田島教授はこの年表のことを頭におかれ、当時医局長をしていた私にも、医局の主なできごとを日誌風に記録しておくよう指示され、昭和51年同窓会誌には、「教室の一年の歩み」としてまとめておくことにした。70周年記念、又は100周年のときには大いに役立つものと思われる。最後に参考にした文献を列挙します。(文献は省略)

60周年記念業績集・教室史 患者(外来・入院・手術)の年度別変遷を担当して

あまりにも膨大な資料と複雑な内容のために必ずしも満足な集計とはいえず、以下の諸点について勘案しながら御覧いただきたい。

腫瘍；外来診断では悪性か良性か、また転移性か原発性か区別がつかない例が多く、分類が不明確であった。

その他の中枢麻痺；中枢神経に脊髄を含めていたかどうか問題がある。

脊椎疾患；Lumbago、脊椎変形症、椎間板症、椎間板ヘルニア、坐骨神経痛の区別が実際にはなかった。

脊椎疾患以外のNeuralgiaと原因不明の局所痛の区別がつかなかった。「脊椎疾患その他」には何を入れたか？

非化膿性炎症は機械的・化学的に区別すべきではなかったか？

外傷；multiple checkとなったので数が多い。外傷後遺症に入れた人と陳旧性のものでも外傷のそれぞれの項目に入れた人があったと思う。開放創と何日までをいうか。

脊髄腫瘍は類腫瘍も入れたかどうか。

膝のligamentum injury,meniscusの項目はなく下肢の外傷に入れた。

外傷性頸部症候群を心身症に入れたり捻挫の中に入れたりしてある。

手術；laminectomyの項目はなく、その他OPに含まれている。

省 略

1978年

教室だより

医局長 大島 義彦

昨年の教室をあげての大事業でもあった、「教室60周年記念業績集」作りの余韻今尚あり、教室便りとしてはなるべく生の資料をそのまま載せた方が、あとになって役にたつだろうからと考え、「教室の一年」も更に詳しくひろいあげ、パートタイムの出張表、長期ローテーションの表まで掲載することにしました。

また1年たちました。この1年をふりかえり、金と人の足りない悩みは例年どおり、仕事の面でも、診療も学生の教育も、各自が自発的に、非常に活発に行われ、この交通整理がまた大変でした。外来の診察場所も、私の入局当時は2～3ヵ所ですんでいたのに、現在は常時7診まであり、日によっては更にそれをいくつか間仕切りをして使うこともある程です。従って看護婦さんが介助してくれるところはこの半分位しかありません。

病室の方も入院順、手術順のとりあい入院係はあの手この手のプレッシャーを如何にかわすか、これまた四苦八苦。

手術の方も一昔前と大部異なり、大手術が多くなり重症患者を扱う割合が増したため、重患室の設置を望む声が大となってきました。そこでこの10月、今までの処置室を重患室にかえ、処置室は四人部屋をつぶしてあて、減った3床は個室を2人部屋にするというやりくりをすることにしました。これでやっと創治療で尻をぶつつけ合うこともなくなり、術前検討の部屋に全員入ることもできるようになりました。廊下の壁につるした黒板の前でやっていたため、大いに交通の邪魔にもなっていた教授のポリクリ指導も部屋の中に入ることができ、本当にほっとしました。

1年前、三期めの医局長をやらせられる破目に陥ってから、暫くして居なおりを決め込んだ頃公約したことがひとつありました。それは、月1回何らかのスポーツ大会をやるということでした。我々は日頃、馬鹿の一つ覚えよろしく、患者さんに対し「運動しなさい」を連発するが、これまた「紺屋の白袴」であってはならじと常々考えていたことでもありました。公約は「教室の1年」に集録したとおり、ほぼ実現されました。この実現は古賀良夫君、写真の斉藤昌文君の二人が居なければ全く果たせないものでした。この二人のユニークなアイデアと統卒力の前に、田島教授も駅伝に出場せざるを(?)得ませんでした。もし同窓会でなく教室内に懸賞制度があれば両君を迷うことなく推したいと考えます。

またスポーツのあとの反省会などでの斉藤君の司会ぶりは同窓会誌にそのまま披露すべきであったと思います。彼の観察は実に鋭く、若手医局員の癖、弱みは全部掌握しており、未恐しい存在です。

最後にもう一つ御紹介したいことがあります。この春、簡易製本機及び裁断機を大枚70ガバスはたいて購入しました。本学におきましては入院カルテは置き場所がないばかりか製本もしてくれません。背に腹はかえられず皆の自腹でやることになります。従来アルバイトを雇ったりしてお粗末な仮綴じをやってきましたが、この機械が入ってから能率抜群。同窓の皆様もどうぞ御利用下さい。糊代と表紙代だけで、素人でもいとも簡単、立派な製本ができます。この購入は大きなヒットでした。

小生、昭和42年4月に入局し、はや11年半過ぎました。学閥、同門意識などの民族主義、どの科にもあったギルド的性格があんなに厭だった小生でしたが、どういう訳かこの新潟の整形外科教室が大好きになり、今後の大きな発展を願うようになっていました。これは世間知らずの思い上がった小生が、だんだん齢をとってきたということによるのでしょうか、やはり小生は新潟整形外科教室のムードが素晴らしくよいからだと考えたく思いません。

教室 1 年 の 歩 み

1977 (S. 52.)

10. 1 犀潟リハビリテーション学院 講師派遣開始
10月 山岸Dr.
11月 松原Dr.
12月 祖父江Dr.
S53. 1月 伊藤Dr.
4月 畠山
5月 東条
6月 蛭谷
7月 吉津
9月 勝見
10. 3 新潟Ca代謝硬組織研究会
10. 8 第2回医局対抗駅伝大会
整形チーム3位、4位(即ち最下位)
10. 20 医局長選挙 大島義彦Dr. 選出
健康上の問題あり、12月ひきつぎとなる
10. 28. 29 第50回東北震災(於 仙台市民会館)
11. 寺田昭夫Dr. 開業
11. 3 教室開講60周年記念同窓会総会、記念公園会、祝賀会、於 ホテル新潟
11. 4 4年生に対し統一入局ガイダンス(伊藤医局長)
病院診療用予算、各科配分方式となる、1科あたり年間67万円
11. 5 第1回整形研究室対抗駅伝大会 独房チーム優勝
11. 7 千葉大整形保坂瑛一先生半年間の予定で手の外科研修
11. 26 第205回新潟外科集談会 幹事整形外科ひきうける。
12. 1 病院特別医療機器整備費でハウメデイカ製ユニバーサルエアードリル1、200手術部納品医学部、教育用VTRシステム購入
12. 28 恒例大掃除、忘年会 於、グランドホテル、幹事48年卒

1978 (S. 53)

1. 1 恒例新年顔あわせ会 於、医局
1. 5 教室研究計画検討会
1. 10 ハドマ102P病院整形割当予算で購入

1. 13 整形医師、看護婦懇談会 於、婦人会館 終了後懇親新年会
1. 14 第34回新潟整形外科懇話会 於、大学

1979年

私が経験した「医局」

大島 義彦

私が「入局」したのは、昭和42年、インターン制度廃止運動の真只中であり、その余波を受けて、医局なるものも、明治の頃から形成されてきた、医者でなければわからない、独特な雰囲気や少しくつ変えつつあるときでした。当時、「医局」の意味する内容に対しては、相当の抵抗を感じていました。今でも「入局」という言葉は自分では何か少し使い難く感じ、それを「整形外科研修開始」と置き替えたいと思う気持ちがある位です。

現在、「医局」を考えると、医局は、いわゆる民主化の洗礼を受けて大きく変化したとも思えるし、一定の進歩はあったが、やり方が少し変わっただけで、やっていることは結局以前と殆ど変わっていないのではないかと思うこともあります。ときどき、自分自身の言動にさえも、自分の入局時の医局上層部の人達のそれとそっくりだったりして、大いに慌てることもあります。

私が学生だった頃（昭和35年～41年）は、全国の多くの医学生らがインターン問題、医学教育問題、医学、医療の問題などを取り上げ、年1回の全国医学生ゼミナールで真剣に討論されていました。そんな中で「医局」問題はしばしば取り上げられ、「医局問題白書」なども作られました。当時の我々の「医局」の理解は、無権利状態に置かれた医局員（殆どが文字通り無給）が、それぞれ専門領域の中での市民権である「学位」をとらせて貰うため、また「医局権力」がおさえている就職生、いわゆるジツツ病院に務勤させて貰うために、教授という専制君主を頂点とする厳格な職階制の中で、何年もの間、灰色の生活をじっと耐え忍ばなければならない場所であり（因みに、当時整形外科の医局には猪熊功が書いた「忍耐」の書が飾ってあった）、またそのような文化全体を指す言葉と考えていた。年1回の運動会で、先輩らによって歌い継がれてきた歌の中にも、「惚れたって駄目ヨー、未だ だも一の、せめて△△になる迄は惚れたって駄目ヨー。」というものがあり、感心したりしたものでした。当時、全ての悪の根元はこの「医局」にあるとする一面的な考えも一部にあり、これが、その頃から2～3年後のいわゆる学園紛争の際の医共闘の「医局講座制解体」のスローガンに通じていたこととなります。もっともこれを叫んで棒を振り回した諸氏の多くは、現在では逆に保守的な医局員に転身してしまっているようです。

インターンを終える頃、次の入局を控え、巨大なる(?) 医局権力に対して、その頃考えられる精一杯の抵抗、防衛を考えていました。「釣った魚に餌をやる馬鹿は居ない」と入局後に一喝されたなどという話を先輩から聞いたりして勢い慎重にならざるを得なかった。インターン廃止運動の全国推進組織でもあった41年卒青年医師連合は全国レベルでのインターン病院の自主調整を乗り切っており、入局にあたって新潟支部の方針として、各医局から各個撃破を受けないように、入局希望者が科毎に纏まり、団結して医局権力(?)

にあたるべく交渉した。整形外科入局希望者は数人いて、他科の例にもれず「統一入局交渉」が行われた。我々は最初の出張病院、入局後週1回研修freeの日（労働衛生医学協会の健診1日2,500円也のアルバイトをした。）を保証することなど数項目を要求し、当時医局長だった石川先生から確認書をとったりした。このことはあとで教室内の物議を醸したとのことでした。今考えると石川先生も大変な我慢をさせられたものだと思います。確認されたこれらの項目は実際には半分位実現されました。

統一入局交渉がまとまったあとも私はまだ入局するかどうか迷っていました。これは生来私が岐路に立たされたときの道の選択に時間がかかる性格であったというばかりでなく、当時は入局する科を選ぶには相当の慎重さが要求されていたからです。同じ大学の中で一つの科に入局してしまってから他科へ移ることは、医局の顔をつぶすことになるということで、平和的解決は通常はなく、その大学をやめて、夜逃げをするみたいに他大学の医局へ入りなおすということが一般的だったと聞いています。現に、或科で我々の同級生が一度その科へ入ると決めてから、変更しようとしたところ、「そんなことは許されない、新潟のジツツ病院のどこへいっても、お前が出した当科への復券の返事はこないこともありうることを覚悟せよ。」などと脅され、気の弱いその同級生はノイローゼとなり家にこもってしまった。そんなことが実際ある筈はなかったが、そんな雰囲気はどの科にも充分みられました。「女房は何回でも替えられるが医局はそうはいかない」などといわれていましたので(?) 3月に簡単な方からということでもまず簡単な方を決めた。入局先が決まっていなかった(1内か精神科か整形のどれかにしようと考えてはいましたが)ということと、41青医連の活動としての春の国家試験がボイコットなど情勢が流動的だったので女房が計画していた新婚旅行は小生が強引にキャンセル、夫婦げんかすると今でもこれを持ち出され参る。fresh manの仕事始めが近づいてきた頃、当時の河野教授から「今は以前のよ様に、教授がひとりで何でも決めていた時代とちがいで、医局員が民主的に決めるようになったから心配ないよ。ぜひ整形外科へきなさい。」などといわれ、人のいい小生もこれが駄目押しとなり入局を決めることにしました。

ここまでの原稿は、60周年記念号に投稿しようと思って2年前に書いたものです。

さて、入局しました。その頃は今と異なりのんびりしていました。整形外科はそのうちに年数がたてば覚えるからということでfresh man向けの特別なことは何もありませんでした。春、ボイコットした国家試験も秋には受けることにしていましたし、受ければ必ず受かる程度のものでしたし、医師免許証などなくても医学部を卒業したということで医師として扱われ、無資格医などといわれる心配もありませんでした。週1回の労働衛生医学協会のバイトと昔から続いている弥彦競輪バイト料、ハマグミ当直料、wifeの月7,500円也の奨学金を合わせ、1ヵ月の収入25,000円から30,000円程度で生活はかなり厳しかったと思います。当時の医局の慣習としてバイトで稼いだ給与の5%を医局におさめることになっており、新人の僅かな収入もその例外ではありませんでした。会計係の堀田先生は悪がって少しはまけてくれたように思います。とにかく入局前の心配とは別に平穩無事の毎日だったのですが、我々の方は大いに燃えており、研修台帳を作ったり、専門馬鹿にならないため関連他科の研修を計画したりしました。内科系が各所をrotateするようになったのは我々のクラスが始めたことによります。現今の新人と全くちがっていること

は、研修を受ける側からの研修システムへの積極的な働きかけがあったということです。X線検討会は新人にはむずかしすぎたので、前日内山先生をつかまえ教えを乞うたところ、毎回親切に新人のためにX線像の読み方を指導してくれたりしました。現在はどちらかという上からせつつかれてやっているように思えます。経済的にも、研修システムからも、苦勞した先輩がspoon feedingをしすぎるからという訳でもないでしょうが、私が医局長をしていた頃も、新人に何回も要望はないかと聞いても、何も出てこないことには大いに失望しました。ひょっとしたら、私共が入局した頃、絶大な力をもっていた（ように思えた）10年選手と同じような権威を知らないうちに身につけてしまい、無言のうちに新人を圧殺してしまっているのではないかと心配になったりしました。

毎日の生活が平穩無事とはいえ、燃えていた我々はよく先輩と医学、医療のことでやり合いました。それだけ真剣だったからだと思います。秋の国家試験も終わり、秋から一斉に最初の出張に出ました。私は会津若松の竹田病院の菊井英進先生のもとに派遣されました。整形外科1日200人余、入院100余床、スタッフはもう1人馬場先生はじめ半年は毎日夜9時まで働き通しでした。今から考えるとよい経験をしたものだと思います。はじめの我々の方からの約束の1年がすぎました。インターンが廃止され、インターンなしの新人が2人自主研修ということで竹田病院整外へやってきました。

これが今水戸済生会整形外科医長の金子先生と3内へ入った関根先生でした。スタッフが5名となり菊井医長も鬼の再来かと思う程よく仕事をされ竹田病院リハビリセンターを結局ほぼ1人で創り上げました。最初に出た病院のObenの影響というものは他の例をみても実に大きなものです。菊井先生は筋電図などの仕事をしたりした方で脊椎外科にも興味をもたれ、千葉大などへ行ってきて教室にさきがけて腰椎の前方固定をやっておられました。他に外傷一般、リハビリなどを主にやっていましたがそれを始めとする股関節の治療はやっていたかLCCどうか、あまり記憶がありません。小生も当時はどうも思わなかったのですが、それから3～4年後教室でBack Boneグループを結成するメンバーになることは露知らずでした。結局今考えると菊井先生が興味をもっていたのと同じことに私が興味をもっていることが非常に不思議に思われます。1年半すぎたら、教室から戻ってこないかと声がかかりました。当時の私は一生竹田病院の整形外科にいたいと思っていましたので非常に厭々ながら教室に戻ることにしました。しばらくして教室に戻ってよかったとつくづく思いました。菊井先生は当時の教室でやっていたことよりずっと進んだことをかなり独力でやっておられましたが、やはり1人でこなせるレパートリーには限界があるのは当然でした。教室に戻って感じたことは一つの疾患の診断と治療法に実に多くの考え方があるのだということでした。多くのDr.がいるところでじっくり患者をみることによって得られることの重要性に気づきました。この体験は新人、及び現在外回りしているDr. に伝えたいと思います。

外から戻ってみると大学はいわゆる学園紛争の真只中でした。医共闘の封鎖騒ぎもありましたが、教室の中でも兵隊が足りなくなったりして出張人事の破綻が出はじめ、まもなくして河野教授の勇退も加わり、騒然としてきていました。皆が角々しくなっているときひょうひょうと物事を片づける渡辺医局長は、その時期にぴったりで名医局長といわれました。そして田島教授就任、高橋医局長のもとで一丸となって教室の種々のルールを皆で

少しづつ創っていきました。高橋医局長もこの時期にふさわしい役柄であったと思います。そして2年後松原医局長の時代までに新しい教室のルールが完成しました。

そして何年もたちました。全国的規模でボイコットされていた、大学院、学位が昔と同じままに、復活すると同時に、医大増設の動きに合わせてか、ジッツ病院の再編成の動きが全国的に始動し始めてきました。ペーパーの数を競う業績主義も益々その傾向が本格的に強くなってきました。医局も、これらの動きにあわせ、一旦決めたルールが少しづつ変えられてきました。新しいルールを創った頃の医局員も今や数える程しか教室にいなくなりました。まだ教室に居る当時のメンバーが少し位考えたところでこれらの外的条件の変化に対応しようと考え、医局はやはり昔の医局制度に戻らざるを得なくなってしまう必然性があるのではないかと考える今日この頃です。

私は昨年秋頃から本年度中に大学をやめる積もりでいました。D.G.でOpe.を1月にうけ、Stressに負けないように自分を変革するよりD.G.にならないような環境に身を置こうと考えていました。自然に親しむべく4級船舶操縦士の船長の資格をこの春にとりました。ところが諸般の事情により海からはなれた山形市、それもまたもや大学に暫くの間仕えざるをえないことになりました。

7月16日付で山形大学医学部勤務となりました。またしても新しい「医局」とのつき合いが始まりました。

1980年

「学位」の値段

大島義彦

山形大学へ移ってから1年経ちました。こちらへくるにあたり、それ程とりたてていう程の抱負もなく、ストレスに負けて腹を切られて、兎に角一度環境を変えて、それから自分が安住できるところ（そんなところがあるかどうかわかりませんが）を探そうか、などとぼんやり考え、今から考えると何か少し抜け殻みたいな自分だったようです。そして、山大整形外科の医局員は、新潟からはみ出したアウトローみたいな人の集まりだとか、少し恐しく思い少し心配でもありました。

1年経った今感じていることは、みんな実によく頑張っており、若い人もspoon feedingではなく、患者を眼の前にして、ギリギリと苦しみながら本当のものを身につけていたということでした。そして、少ない医局員で学生の教育から新人の世話まで力を合わせて奮闘しているのを見ているうちに、ここ4～5年は抜け出す訳にはいかないと思うに至り、片足突っ込んだ積もりが両足になりつつあるといったところです。こちらへきて教えてもらったことも少なくありません。

さて、本論に移りますが、最近少し厄介な問題ができてきて、ちと困っています。小生は何の痛痒も感じないのですが、渡辺教授が困っているのも、それをみて小生が困っているのもありますが、それはこちらの医学部長が、「学位のない助教授（講師でもそのようですが）は困る。すぐ学位をとるからというので認めたのに約束が違う。教授会で虚偽

の報告をしたとして謝罪しろ。」とって渡辺教授を苦しめるのです。

「学位」については、今でも昨日のことのように思い出されることが2つあります。それは私の学生時代のことで、当時の病理の北村教授が、教授になるときどうしても学位がないとまずいといわれ仕方なく手続きをしたということで愉快に思ったことです。当時、学位は、Schamharreのようなもの、即ちなくたってどうということもないのだが、皆が持っているものがないと変に感じるということですが、そういった反骨精神に喝采を送ったものでした。もう1つは新進気鋭の田島教授が、「猫も酌子も皆が学位をとろうとするからいけないんです。そんなことしているより、さっさと臨床のトレーニングに身を入れた方がいいんです。」などといわれたり、他にもインターン制度の改革問題についても、実にすっきりと的をついた考えを述べられたりして、我々のクラスの間では、まさにイランにおけるホメイニ師のような存在といってもよい程でした。私たちは昭和41年卒で、インターン闘争（当時はそう呼んでいました）の中盤戦を受け持った学年で、その運動に派生して、医局問題、卒後教育問題、大学院、学位問題ができました。将に、当時の田島教授の喝破されたように、「皆が学位をとろうとしなければ、それを道具にした医局員の全人格的支配もなくなり、封建的な医局制度は崩壊し、すっきりした形で真の臨床トレーニングができるだろう」と考えた訳です。「学位」は、本来立派（誰がどう評価する？）な研究に対し、その結果として与えられるものであり、「学位」はそれなりに正しく評価されなければならないのであるが、学位をとらないと立派な臨床家ではないかの如き文化、体制を積極的に育成している人もいて、奇人変人でない限り学位をとろうとすることになるのだと考えたりしていました。それでは、このような、「学位」のために をする、という悪弊をなくするために、大学院と学位をボイコットしようではないか、と全国的規模で話され、連日全国会議が開かれたりしました。しかし41年卒の学生ではこのことは組織的に完徹された訳ではありませんでした。翌年我々の一級下の42年卒に引き継がれ、これは全国の医学生の組織下に実施され、例外的な落ちこぼれを除けば、臨床系の大学院は全面的にボイコットされました。そしてこれらの動きは2年後、全国の全学的拡がり即ち大学紛争となり、これはまた、若者にありがちな、一面のみの強調故の自己矛盾によって自潰していきました。

さてその頃、無給医会（会員数350人位）の活動華々しい頃で、当時の無給医会編の学内資料集に、新潟大学医学部の教授層が昭和45年1月に発表した「学位制度の改革について」が収録されています。これを受けとった当時の我々は、これで、全てがよくなるなどとは思いませんでしたが、それでも最高責任をもっている教授方が従来を反省し、改革の第一歩を踏み出したことを高く評価し歓迎したものでした。この文章は歴史的にみても興味あるものですし、現在尚非常に意義深いものなので、最後に全文を載せますが、ここに書かれていることが現在どうなっているのか少し心配に感じられます。まさか、あれは嘘だったとはいわないと思いますが、最近何だか、猫も酌子も、学位をとらなければ……と昔に返りつつあるのではないかという気がします。ちょうどまた、田島教授が担当理事として入っている日整会の「認定制度検討委員会」に、今まで認定医制時期尚早論者であった私が委員として取りこまれることになりました。私としても日整会の運営もかなり民主的に行われるようになったし、いつまでも待つ訳にもいかないという判断のもとに一委員とし

て務めることにしたところでした。やはり現状をみると従来の学位制度の轍を踏むことのない形で専門医制なり認定医制を発足される努力を一層払わざるをえなくなりました。

しかし私の上にもふりかかった問題は放置する訳にはいかず、こちらの医学部長（生理学の教授）に「学位論文を書く能力もないような人は……」などといわれたお返しに、「私は臨床家として誇りを持っており、それについてとやかくいわれるならともかくも、学位がないからという理由では絶対にやめません」などといってしまった事情もあり、何とかしなければとは考えてきました。その学部長は、私には何も話すことはない。「渡辺教授と約束したんだから教授に責任をとってもらわなければ」などといわれるものですから益々困ってしまいます。私は学位そのものを否定している訳ではありませんし、昔のボイコット運動も影形なく、そんなことがあったことも全く知らない人達の方が多くなってきたこともあり、やはり、とるしかないか！ と考えるに至りました。学位とは別に田島教授やバックボーングループの諸氏に対し、脊髄腫瘍の総まとめをつける約束があり、これは新潟に居たときから、カードを作り着々と進めていきましたので、これを書き上げました。別に世界に誇る何かが出てくる筈はありませんが、従来の脊髄腫瘍の症候学のまとめ方に少し疑問があったのでそれを盛り込んだりして、一応日常診療上役に立つのではないかというものになりまして、田島教授の的を得た、丁寧な校正をうけ、投稿する段になりました。さて、そういう事情で急ぐ必要がありましたので、新潟医学会誌に出すことにしました。しかし、何とこの雑誌は、掲載料が全額自己負担で、図表も入れると、原稿用紙で60～70枚にもなる私の論文は、安く見積もっても30万円はかかりそうで、人によっては数十万円もかけることだってあるらしいということが判明したのでした。形骸化としているとはいえ、学位が、形式的にはもっとacademicなものと考えていた私には、学位を金で買うような気がして何ともやり切れなくなり、田島教授に相談したところ、気持ちは分かるが、まあそれは普通で、仕方ないのではないかという御返事でした。そこで、これが通例なことであり、常識的な線なのかどうか、まもなく学位論文を書こうとしている、そばにいたH君に話したところ、「先生、そんなところでケチッてもしょうがないのではないですか？ そんなのは何回か手術にいけば稼げますよ」と、何でそんなことにこだわるかと思議そうな顔をされたのをみて、どうにも参ってしまいました。常識というものは、人それぞれにあるもので、猫には猫のそれがあると同様、私の常識はあまり例をみないのかと不安になると同時にひどく腹立たしくなり、論文の投稿は中止して帰途につきました。

帰ってから附近にある学会誌の掲載料を調べてみました。まず日整会誌は10頁まで1頁につき3,000円、それ以上は実費、図と写真は実費、特急掲載は全額実費。東北震災紀要は基本料3,000円2頁を超える毎に5,000円。日本内科学会誌は6頁以内無料、超過頁は著者負担。日本リハビリテーション医学は20枚以内及び図5枚以内無料、それ以上は実費。臨床神経学は400字詰原稿用紙20枚以内、写真及び図表は8枚以内は8,000円、超過分は1頁につき8,000円、写真、図表の超過分は1個2,000円。日本災害医学会誌は7頁以内、図表写真は10枚以内は無料、超過分は著者負担。雑誌により随分差があるものだと感じました。新潟医学会誌は論外ですが、日整会誌は決して安い方ではありません。どうやら調べたところでは日本災害医学会誌が最も安そうですし、ちょうど私も昨年入会したところですので、これにしようかと考えました。

学会誌の掲載料は、商業雑誌とはちがうのだから、多少の投稿者負担があってもやむをえないと思いますが、秀れた業績をあまねく世に紹介することを考えると、掲載料は高くすべきではないし、よい論文の掲載は何よりも会員の利益になることであり、本当の意味の受益者負担とすべきと考えます。それを投稿者の負担にするのは雑誌の権威を失わせることにもなりかねません。やはり全額負担の新潟医学会誌の方が常軌を逸しているといえるようですし、またどうしてこんな雑誌へ皆が投稿するのも不思議なことです。

尚新潟大学、大学院研究科委員会の規定では、いわゆる商業雑誌で発表した論文は審査の対象外とするように聞きましたが、何故そんなことをするのでしょうか。学位は秀れた論文に対して与えられるのではなかったのでしょうか。これも形式主義で、みずから学位の権威を落としているのではないのでしょうか。

さて、学位論文に関するもう一つの厭なうわさが聞こえてきました。某教授が話すところによれば、「新潟では学位論文を審査してもらった場合、審査にあたった教授方にお礼をする変な慣習があるようです。私のところへもそうしようとした人がいて驚きましたが、私はそれには反対です」とのことでした。また、「審査して下さった方々に最低20~30万円位はお礼するものだよ」と、またこれはいやにはっきりといたりしている人もいますが、真偽はともかく気持のよいものではありません。もしそのようにやるとすれば、数10万円かかることになります。

世の中にお礼というものは、どんな世でもつきもので、理にかなったそれ相応のものは、贈った方も贈られた方も気持ちが良いものです。他人にいろいろ迷惑をかけ、お礼の言葉ひとつもないという人もいますが厭なものです。論文の場合も、それを作る際、手とり足とり指導をうけ、指導者に多大な負担をかけた場合など充分それ相応のお礼をするのがあたり前であり、またこれは金銭の問題ではないでしょう。

しかし実際には、このようなうわさが拡まっているところをみると、そのようなことが慣習としてあるのではないかと思われまます。おそらく教授方も心外であり困っておられるのではないかと思います。そして気の弱い方は、他の副査の方に対して儀礼を欠くということを気がねしたりするとすれば、このような風潮は放置しておけないと思います。このようなうわさも放置しておけば、学位の権威喪失につながることになるでしょう。新潟大学の教授方はこんなうわさが出ないよう、学位に関するはっきりしたオリエンテーションを行なってほしいと思います。また、新潟医学会誌の掲載料も何とか改善すべきでしょう。

最後に学位と関係深い、大学院についてですが、最近どういう訳か大学院入学希望者が増えてきたようです。新潟大学医学部教授会は、現状の大学院制度には大きな問題があり早急に改善せねばならないとして、何年間に臨床系大学院生を入学させていなかったのですが、何年前か、大学院はこのように改革したという発表がありました。はじめから問題が何であったかわかっていなかっただろうか知りませんが、出されたものをみると、改革された内容は、「入学試験の語学の試験を厳しくして、簡単に入れなかった」ということでした。皆さん間違わないで下さい。言語学科の大学院の話ではないのです。この笑止な改革の真意を聞いたことはありませんが、ひょっとしたら、語学もできる万能選手を入学させれば大学院の権威も上がるのではないかと考えたのではないのでしょうか。このような学問に対する科学的態度を放棄した姿勢は不真面目といわれても仕方ありません。このよ

うな思考は、その人が研究者であることを疑わせるものであり、成る程、学位が、全人格的評価につながる素地がここにもあったのかと、一つ腑におちました。しかし同窓会誌に掲載料制度がなくて本当によかったと思います。

附

学位制度の改革について

(S45・1)

学位制度はもともと研究者の行なった学問上の業績を正しく評価し、その価値を認定し、これを顕彰するための一つの制度であると考えられる。しかし、現行のそれは大学院課程を修了し、論文を提出したもの、あるいは、それと同等またはそれ以上に相当すると認められたものに与えられることになっている。

本大学院医学研究科委員会においては現行の大学院制度そのもの、あるいは、その実施の実態について種々検討を重ねてきたが、現行の大学院制度の改革に関する問題であるだけに慎重な配慮を必要とし実現可能な理想案を作成するまでにはなおかなりの時日を要するものと思われる。したがって、まず現行の学位審査のあり方にどのような欠陥があるかを十分検討する必要がある、とりあえず実現可能な改革、是正の方法を求めることが必要であるとおもわれた。

従来、学位に対する一般の批判として研究者のテーマが指導教授の意図する研究に偏するうらみがあり、研究者が一種の下請け的な性格をもつ危険すらあるとされており、その研究の成果もしばしば指導教授の業績と解され、研究者自身に正しく還元されない事例もあった。一方、学位に対する真の意味がなおざりにされ、単なる職業的または経済的価値にすり換えられる危険性もあった。

さらに臨床方面の研究で学位を取得する場合、臨床医として行なわなければならない臨床修練と経験が軽視され、研究のみに走りやすい傾向を助長したり、学位のあることがあたかもある科の専攻という誤解をまねき、時には学位が職業上の身分保証の具に利用される危険もあった。したがって、今後臨床部門での学位制度がいかにあるべきかは、その廃止をも含めて、慎重に検討する必要がある。しかし、学問や研究の価値そのものに基礎、臨床の区別はありえないし、それらの学問上の業績の認定や顕彰にも差がないことは当然である。

そこで、学位制度を本来のあるべき姿にするために、まず、改革すべきこと、そしてすぐにもあらためることのできることとして、論文審査の方法をかえることが考えられる。その第一は、研究の指導教授が論文審査となる慣習をやめることである。もちろん、その研究領域について十分な知識と研究の評価をなすもの一人として指導教授があることはいうまでもないが、前に述べた欠陥や危険性をとり除く意味から現況では指導教授が主査にならない方が適切だと考える。また、第三者が審査員となりそれらの人が論文の公正な評価をすることは望ましいことであり、時には指導教授自身に対する評価となりうることもあろう。

第2に論文内容、研究業績をできうる限り正しく、十分に評価するために、公開の機会

が与えられ、その場での質疑や討論が論文審査に十分に反映される必要があると思われる。

1981年

第2回 新人のための整形外科研修会報告 (幹事・山形大学整形外科)

大 島 義 彦

いわゆる、新潟・山形大整形外科新人合同研修会は、昨年にひきつづき、第2回が山形大学において開催された。講師は山形大5名、新潟大4名、関連病院5名の先生方をお願いしました。お忙しいところ誠にありがとうございました。昨年と異なった点は、講義の約1/3を大学のスタッフ以外の先生方にやっていただいたことでした。「卒業教育は大学だけが負うべきものではない」とはいうものの、日頃小人数で、各病院の仕事をこなし、責任を果たしておられる先生方の余分の仕事としての今回の講義は大変御苦勞なされたことと存じます。しかし、これは従来の一方向的にrotatorのみをお引き受けいただくということ以外の卒後教育への参画方法の一つの例という意味で意義があったのではないかと思います。

開催日時は昨年は、学生が夏休みに入った7月下旬でしたが、今年は学生にも聴講させ、7月上旬の3日半（昨年は3日間）と半日延長し、夫々のテーマ毎に昨年より時間のゆとりをもたせました。テーマは昨年とほぼ同じですが、本年ぬけたものは外傷を除く成人の股関節疾患、マイクロサージャリー、新たに加えられたものはCPの診断と治療でした。

受講者は、山形大9名、新潟大8名、秋田中通り病院3名の他、山形大学々生数名、山形県の整形外科の先生方がテーマにより何名か受講されていました。

講義の内容をどのような領域、程度にしたらよいかにつきましては講師間での調整は行なわず、講師の先生方には御迷惑をおかけしました。このような講義は一方通行で終わるべきではないと考え、受講者（新人）にアンケートを書いていただきましたが、それをみますと受けとり方が人により様々で、ある人は平易すぎるといい、また別の人はわかり易くてちょうどよかったなどといった具合でした。来年からは、それぞれの講義にどのようなことを折り込むかについて、一定の指針を設けるべきであると思います。来年以降の方式を考える参考資料としまして、講師をお願いした先生方には全員、本年の講義資料綴りと、各講義についての受講者のアンケート結果をお送りすることにしました。

受講者に対するアンケートからみますと、この研修会は当然のこととは思いますが、全体として非常に好評で、今後も益々充実していくべきということでした。殊に、両教室出身者以外の中通り病院からの参加者は、田島、渡辺両教授以下、講師全員の熱意には深く感銘を受けたとのことでした。また、別に学内でP.R.をした訳ではありませんが、学生の間及び他教室関係者間でも評判になったようです。ただ、技術的な問題として、暑い時期に、冷房のない狭い部屋で、ハードなスケジュールをこなしたことは一様に不満が出されました。講義の内容で、一般的、教科書的なことより、もう少しつつこんだものか、実

際的なことを求める声が多く、VTRを用いたCPの講義、実習のあった形成外科は好評でした。講義のプリントは今後も役立つものと受け取るむきが多く、代表は参考文献の紹介も、全ての分野で行なわれる必要があるように思われます。

最後のこの研修会の財政的な面を報告しますと、総額39万円程かかり、これは、山形大、新潟大、中通り病院から、参加者数に応じて分担していただきました。少し支出が多すぎた感もありますが、これには、懇親会費も含まれている事情によります。その他、新潟大整形外科からの講師の先生方には申し訳ありませんが、教室外からお願いした講師の先生方の交通費、宿泊費、プリント代金などです。来年以降の開催にあたっては、予算をあらかじめ考えておいた方がよいと思われる。

日整会で認定医制が検討されている現在、この程度の研修会は、各地方毎にもっとどしどしもたれるべきであり、本来、日整会主導で計画される必要があると考えます。来年度は、更によりよいものに発展することを祈りつつ報告を終えます。

新人合同研修会スケジュール

	7月9日(木)	10日(金)	11日(土)	12日(日)
A. M. 8:30~ 10:30	手の外科Ⅰ (渡辺(好))	脊椎疾患(佐本)	形成外科(大谷)	C.P.の診断と治療 (乗松)
10:40~ 12:40	外傷学(斉藤(英))	脊椎、神経、診断学検査、 頸肩腕障害 (大島)	先股脱(浜崎)	リハビリテーション (山岸)
P. M. 1:30~ 3:30	骨腫瘍(須田)	側彎症、骨代謝 (高橋(榮))	関節リウマチ(東條)	親善野球大会
3:45~ 5:45	膝、大腿、股の外傷 (松原)	足の外科(小野)	手の外科Ⅱ (腱、神経損傷とその 治療、手のリハビリ) (田島)	
			懇親会	

1983年

理 想 的 O b e n

大 島 義 彦

医者になってから15年過ぎた。肉体的にはまだ自信があるので、60才までは、うまくいけば、整形外科の現役でいられるのでないと思われる。とすればまだ半分まできていないことになるが、それでも15年もたつと、仕事の上では、いわゆる“オーベン”として後輩の指導にあたることになり、まして山形大学においては……ということになる。省みるにも小生も、いろいろの、立派なオーベンに恵まれ、その点では新潟大学の整形外科学教室に入り、幸運であったと思う。しかし、1人の人間が全ての立派さを持つなど到底不可能であるので、小生が出会ったオーベン(必ずしも年令が上であるとは限らない)の長所

を組み合わせ、“理想的オーベン像”を考えてみたい。

1. よい仕事をしてみせる

何ととっても、専門職として立派な仕事をしてみせてくれるObenは最高である。絵画でも、音楽でも、スポーツでも、いいものを見ることは何よりも為になることと思われる。しかし、いい仕事とは何かということになるとむずかしい。また、それがおもしろい。立派な論文を作るといったよい仕事もあるだろうし、論文などは書かなくても、実際に臨床的に素晴らしい仕事をする人もいる。また、資料の整理が上手だとか、机の上はゴミの山だが、必要な文献は頭の中に入っていて、後輩が頼むとすぐゴミの中から出てくるという人もそれぞれ、それなりに“良い仕事”に入るだろう。日整会認定医制の中にも、認定病院の条件がいくつかあるが、本当はそんな形式でなく、それぞれの場で、実際によい仕事が行なわれているか否かが最も大切であることは、改めていうまでもない。しかしそれぞれの良さを学びとるのは、“ウンテン”の能力によるところが少くない。手際よい神業のようなあざやかなメスさばきには感じて、どちらかという器用でないオーベンが、どんなに手術が難航しても、じっと耐え、時間はかかっても、決していい加減にせずやり抜く姿に何も感じない人がいる。

2. 部下に“やる気”をおこさせる

前述の1.を含め、他の項目が全てみだされなくても、これのみで充分であるといってもよい。現代は過剰情報時代である。患者が居て、疾患がある。やる気さえあれば、いくらでも勉強はできる。何よりも大切なものは本人の意欲であり、これを引き出してくれるオーベンは、最高の最高である。多少意地も悪くなり、人も悪くなるかも知れないが、反面教師というか、めっちゃめっちゃにけなされることにより、何くそ！ と意欲がでてくることもある。しかしこれを意欲的に（教育的に）やってくれるオーベンは、滅多にいない。けなされ、くさる中で駄目になってしまう人もいるので、このような指導は本当にむずかしい。

3. 部下の長所、欠点を、正當に評価し、厳しく指摘する

正當に評価するということがむずかしい。何が正當かという絶対的な基準はもともとない。相対的正當さを持つためには広い見識が必要になる。そしてそれらを伝達する場合、共通の言葉が必要である。年令が離れただけでも随分誤解が生じてき易い。オーベンとウンテンがそれぞれ正當と感ずる必要がある。長所、短所を正當に評価してくれるオーベンの下では、やり甲斐もあるというものである。ありがたいことである。

4. スプーンで養わないこと。細かいことはいちいち、うるさくいわないこと

1を知って10を知る訓練は重要である。スプーンを持っていかないと口を開かなくなるとは大変だ。ときどき重要なポイントだけ締めればよいと思う。

5. 或程度自由にやらせる。責任をもたせ、任せる

有能といわゆるオーベンは、とかく、他人に任せられないものである。多少の失敗は、我慢する必要がある。自分がウンテンであった頃を思い出す必要がある。

6. 部下の責任を共に負う

これが日本的であるのかどうかは知らない。5. と 6. は対のものである。ちゃっかりと逃げてしまうオーベン、失敗があると部下に全てを押しつけてしまうようなことが続けば部下の士気は上る筈はない。しかし、面倒見のよいといわれる、次郎長親分や角栄氏がそうかどうかはわからない。

7. 部下に疑問を持たせる

よいものばかり見せていけば、よくなるとはいえない。どんなよいものにもその奥がある。教科書の記載は絶対ではない。同じことをくり返す、単なる職人ならそれもよい。しかし立派な職人は、常に研究的であり、己の周囲を絶えず改良、改善しようと考えている。

以上の7項目が、現在小生が考える“理想のオーベン像”である。これは小生なりに実に独断的なものであるが、真じめに考えて、小生は、かくありたいと考えている。しかし道は遠いといったところですよ。如何でしょうか？ 私のオーベンであった先生方！ 一つ、理想的なウンテン像についてでも御意見を伺いたいものです。また、小生より若い諸君！ どのようにお考えでしょうか？

1985年

日整会評議員選挙と私

大島義彦

日整会評議員選挙は、昭和46年の第1回から、現在までに計10回行われている。私はその第1回からずっと10回立候補しつづけてきた。第1回の立候補は、昭和45年の12月だったから、私が入局後何と3年半位しか経っていなかったことになる。当然全国で最年少の評議員であったし、多分現在も同じであると思われる。ということは、当初に考えた、日整会の運営には若い層の代表が多数加わるべきであるということが全く果たされていないことになる。選ぶ人の大半が若い人なのに、選ばれた人の大部分は若くない人となる。

昭和45年、今から15年も前になってしまったが、徳島の山田憲吾会長のもとに、日整会総会が開催された。入局後丸3年を経た私もはじめて日整会総会なるものに出席してみた。はじめてのこと故、見るもの聞くもの、全て興味深く、筋ジストロフィーセンターの見学まで参加し、大いに勉強になった。学会期間中の夜“学会のあり方”なるテーマで、第3回全国整形外科教室医局長会議が開かれた。当教室の医局長であった渡辺好博先生と、医局の中堅であった茨木先生にくっついて、出席してみた。当時は、大学医学部、医学会は、どこでもそこうであったが、明治以来続いた、“医局講座制”の中の“教授を頂点

としたピラミッド型の支配機構による古い文化”が医局長は選挙で選び、医局の運営は、医局会議によるといった近代的なものに変わりつつあるときであった。新潟の整形外科教室でも医局長公選の機運が高まり、同年10月には第1回医局長選挙が行われ、高橋栄明先生が選ばれた。日整会も、前年、評議員選挙施行細則が決まり、天児委員会起草による専門医制度が採決されるころまで進んでいたが、対象となる若い整形外科医の意見が反映されておらず、また、そうやってきた日整会の非民主的な運営が改革されなければならないといった意見が多く出され、過去2回の総会が議論白熱の末、流会になってしまっていた。資料を探したところ、当時、私が作った会議報告が見つかったので、掲載する。

第3回全国整形外科教室代表者会議報告

- 3月28日 7:00～9:00 於 眉山ホテル
- 参加教室 殆ど全教室 約40名程
- 司 会 徳島大医局長 新野氏
東 大 大野氏
慶 応 福田氏
- 当教室より渡辺、茨木・大島が参加

まず徳島大の司会より、今回は整形外科学会のあり方、運営、将来像等に議題をしぼりたいとの発言があり、討議に入った。

北大(原田)：前回、社団法人は予め評議員会、理事会で決められた案しか審議しないと云うことだったが、今回の当局の見解は？

徳島(新野)：今回もそのとおりである。しかし前回の案はかなり修正され評議員会、理事会の承認が得られたものと思われる。

信州(小林)：総会で修正案が出された場合、それが理事会に戻してからでないで総会で決められないと言うことでは、新しい学会の姿とは遠く、旧態依然たる学会からの脱皮はほど遠いのではないか？

徳島(新野)：定かん第28条に会長の招集権がのっている。

東邦(山本)：定かんそのものの検討が必要だ。

慶応(福田)：評議員を通して問題点をもっていってもらおう手をとらないのか？
：総会で問題点を審議して悪いことはないはずだ。

信州(小林)：私達のところでは来年度の総会を引き受けることになっているが、先般お送りした声明のように、教授を除く医局員会議で、新しい形の総会をめざしているが、現在の総会の民主々義のルールに反するやり方、意志の反映のしかたには問題がある。

東邦(山本)：会員の意志は、一体どのようなルートで意志を反映していったらよいのか？ 関東地区では評議員は、教授と医局長が集まって適当に決めたもので、非民主的極まる。

千葉(?)：関東地区ではたしかに非民主的であったようだが、今までに比べればある

程度民主的であった。

- 信州（小林）：徳島大の医局では、今回の総会のもち方についてどのように話し合ったか？
- 徳島（新野）：定かんに沿って、できるだけはやく評議員を選びたいと考えている。
- 信州（大塚）：これは、山田会長が話しているような発言だ。専門医制度がどうなるのか、について若手整形外科医がいろいろ討論し、考えているが、そういうものをどこへ持っていったらよいか等ということはどうなるのか。
- 東大（大野）：専門医制、評議員について問題にされているが、今回はそれより学会のあり方が重要問題だ。学会がceremony的だとか、会長を教授が占め好きなようにやられているのは、只働きをしてくれる戦力をもっているからだ。評議員の決め方が非民主的だというのが、それを許してきた我々は一体何をしていたのか。民主々義という形式ばったことを言うのはやめた方がよい。そんなことを言うより実際に明日の総会で、議案の審議の中で、A案、B案の実際の内容を問題にしてゆけばよい。
- ：東大の人の発言は評議員の発言のように聞える。
- 徳島（新野）：定かんにまずいというなら、みんなで脱退して別なものをつくったらどうなのか。
- 長崎：総会が討論集会の前に行われることはおかしい。
- ：理事者側では総会を株主総会のように考えるし、我々は自治会形式の総会を考える。総会のルールを徹底させるべきだ。
- 九大：3月の臨時総会は定かんから見ても成立だった。民主的な評議員を選ぶことが重要だ。
- 信州大：若い人たちの考えが皆に知られていない。専門医制は内容的には従来の案とあまり変わったものが将来出来る訳でもないだろう。問題なのは時期的なもので、学会、医局の体質が変わってからでないと、結局過去の殻に戻るようになってしまう。来年の信州の学会までに、総会、学術総会の持ち方を各医局会でよく討議して、それを反映させるようにしなければだめだ。
- 慶応：直接民主々義の困難性を感じず。総会直前にならないと会員が目覚めないことが問題だ。
- 東北大：社団法人の成立過程を考えると、税制上の便宜が主理由であった。民法上有利であるのであれば、それがよいと言える。評議員の選び方が重要。今までの学会は学術集会中心であったが、今後医療制度に関する討議が行われなければならない。
- 金沢：今まで何故2回流れたのか、理事を選ぶ母体のあり方を考えてみるのが先決だ！
- 東北：医局討議で出た意見を述べれば
- 研究会と総会を別にするべし
 - 交通の便のよい大都市で行うべし
 - 点数制などの医療の問題の討議を行うべし
 - 会長のもちまわり制、権威主義をやめるべし

- 主催者側の経済的負担が大であることを是正すべし
- 各種委員会委員に手当を出すべし
- 学会が多すぎるので研究会にせよ

この後尚討議が続き、結論的なものは来年の信州大藤本教授の主管する学会に対して、そのあり方を各医局で討議し、何回か医局代表者会議の形で持ちより、信州大医局員をback upし、何とかよい学会を持てるように努力しようということで、さしあたってこの6月に会を持ち、その世話人は信州大、東大、慶応大とするということになった。

尚討議中、新潟としては上記結論的な提案を行った。今後、来年を素晴らしい学会にするため、我々の医局でも討議をすぐ開始されねばならぬと痛感してきた。

徳島の総会では長年にわたり積もり積もった会員の不満が一度に爆発した形で、専門医制度は凍結されることが決った。そしてその年の12月第1回の評議員選挙の立候補が受けつけられることになった。

もともと私は、人前で話すことが最も苦手であるのに、話さなければならない、訴えなければならないという衝動が人一倍強く、そのアンバランスが今でも悔みの種となることが多い。当時も、だまってはられないという衝動が勝ち、選挙に立候補してしまった訳である。

以下、過去15年にわたる、10回の選挙の際に掲げた、候補者の所信を紹介する。手許にあったもの、日整会事務局の手を煩わし探してもらったものをあわせてみたが、残念ながら、初回の所信がみあたらない。以下のそれぞれの所信は、当時の外部状況が反映されており、また、若かった私の過激ともいふべき主張が懐しく思われると同時に、やはり、現在の若い諸君の行動はじれったく思われる。しかし過激な発言が懐しいとはいっても、それぞれの主張は、現在考えても、全く当を得ており、訂正しなければならない箇所は見あたらない。ただ、表現法が少しづつ変り、少しは上達してきたかも知れない。

日整会評議員選挙候補者の所信

昭和47年度

仁術であるべき医療が低医療費体制のもとで営利の対象とされ、独立採算制を強要されている医療機関では、設備やスタッフの拡充は営利の枠内でしか行われず、稼働手当体制と共に激しい合理化、労働強化が行われています。良心的医療は仕組み上成り立ち難く、研究的診療、研修は著しく困難になっています。一方健保財政は膨大な赤字をかかえ、製薬会社は低医療費の過半を吸い上げています。大学に於ても深刻な研究費不足、相次ぐ定員削減により半身不随に陥っています。研究をするにも学会一つ開くにも製薬会社に身売りせねばならず、これらの状況に対し学会は何をしてきたでしょうか、こんな状況では専門医制度の理想が如何に高くても、政府と異って何らの財政援助を行う能力のない学会が、赤字に悔やむ病院の利益を削って教育病院を作りあげる力はなく、従来の学位制度、

インターン制度と同様に政府の医療、医学研究の安上がり化策にはまってしまうことは明らかです。私は前回の評議員会でこれらの問題に取り組むよう全力で提案しましたが、全く糠に釘で、それもその筈、大部分の理事、評議員はこんな現実が見えない殿様だったからです。私は学会は一本の柱として以上の現実問題に真正面から取り組むべきであり、その為には、中堅研究者、第一線の医療担当者が大量に評議員となる必要があり、その上で学会評議員の改組が必要であると考えます。

医療制度、研究体制の基本的矛盾は10年以上経た現在も、何ら改善せず、むしろますます深刻になり、医療情勢も、医療費の安上がり化に認定医制度を悪用しようとする動きは、着々と進行している。

それは医療報酬を安くおさえておいて、特定の病院のみを上げるという施策にその一端をみることができる。

昭和49年度

1. 医療の営利化に反対し良心的医療が実現し得る基盤を追求する。その為に国庫負担による技術料引き上げ、国公立病院の独算制、総定員法打破、研究費アップ、営利に縛られない公的救急病院、リハ病院の整備、勤務医が開業しなくてよい条件獲保等を学会として国民と共に政府や地方自治体に働きかける。
2. 専門医制度発足に反対する。専門医制の本質は権威づけと分断であり、カリキュラム整備は別である。学会の個人プレー的業績主義を基盤とした学閥、これを軸とした系列病院再編、大学医局講座制の人事による系列病院支配等の日本の現況で、学位より中央集権的で臨床医の死活を制する専門医制は必然的に従来より更に強力な日本整形外科全体のポス的支配をもたらすものである。卒後7年未満の若い声は自動的に学会正会員から除かれ、政府は専門医認定機構の頂点を握るだけで全体の支配が可能となり、基幹病院にはもの言わぬ馬車馬的労働力が保障される事になる。卒後研修にとって今必要なのは権威づけではなく、1. で述べた如きよい医療を行いうる客観的条件を整えると同時に、全国的人事交流のもとに実のある研修会を各地で開き、資料センターを作り各地のポスは卒先して学閥を解消し、学術集会ではスタンドプレー的自己主張を止めることである。卒後教育の充実を図る善意の要求を「権威づけ」にすり変えることは許されない。

西、南日本の方では、医師免許証をとっても一人前の医師と認められず、非常勤職員の処遇に甘んじなければならぬ状況とか！

また、日整会には、認定医だけの組織を作り、卒後6年未満を排除しようとする動きが依然としてあり注意を要する。

昭和50～51年度

狂乱物価の中で大企業にとっては利益を生み出さない、医療を中心とする社会福祉部門文教部門は大きく取り残されました。大学などの研究機関においても研究は正規のルートではもとより不可能で、やめるか、製薬資本等に対する身売りを更に一層強めるしかあり

ません。この異常な状態に眼をつむり安穏と学術集会にのみあけ暮れることは己の首を締めることです。

卒後研修改善の主要な問題は、市中病院で、よい医師さえいればよい医療が行い得るといふ外的条件を整備することにあります。例えば各地に立派に外傷を扱える医療機関、機器、system、と十分な給料を払ってstaffを揃えることが、外傷に関する研修を改善することで、研修のノルマ、試験等はその次の問題であり、順位を入れ替えることはできません。

国民の健康を預っている我々が、実情を糊塗していることは国民を欺いていることで、事実を恐れずに訴えれば必ず国民の合意は得られることと、歴史が示す如くどんな問題も世論を喚起することによってはじめて為政者が動くことはここで銘記すべきです。偉い方のStrangによるボス交渉の成果は既に出ており、百年河清を待つです。全国の整形外科医は他科の医師にも働きかけ、一日休診でも何でもやり、学会が先頭に立って国民に実態を明示し、対政府交渉をひとつやろうではありませんか！

こう言っても今迄多勢に無勢、多少無力感もあるんですが、頑張ります。

一体、医療制度、研究体制の改善が、一部の有力者の力でなされたことがあろうか？ 難病の公費負担も、班研究も、患者の会、親の会の力ではじめて実施されることを忘れる訳にはいかない。

専門職の任命の一つは、専門になるが故に得た情報を正しく国民に知らしめることと考える。この所信を表明した頃、もうピエロの役は御免、立候補するのが厭わしく思われた。

昭和52～53年度

現行の安上がり医療費政策が如何に国民の利益と反するかを広く明らかにする中で、医薬の完全分業、技術料、入院料、看護料の大巾増を実現し、医療の質を高め、附属人の要らない看護体制を作り上げることなど整形外科医療の発展にとっても急務になっています。

私はこれらの実現に努力する一方日整会評議員として以下の問題を内外に提言したいと考えます。

1. 大学医学部の研究・教育の危機を大巾な人員、予算増で打開する必要があること。
2. 大病院・中小病院・開業医の機能を分化させ、共存共栄をはかる中で、国及び地方自治体に働きかけ、救急医療体制を各地で確立すること。
3. 安くてよい医療機器の開発製造は国家的事業として大巾な援助育成がなされる必要があること。
4. 学会・研究会・研修会の開催費、卒後教育材料の整備に対して国の援助をひき出すこと。
5. 会長・役員選挙の仕事しかない日整会評議員の権限の強化拡大をはかり、日常活動を保障し会員の要求が学会運営に反映する体制の確立。
6. 業績万能主義、学閥の解消。各学閥の系列下にある関連病院の研修医のポストを解放させ、民主的に選ばれた日整会の機関が全国の整形外科研修医の希望に応じて全国調整を行うことから始めたら如何？

漸く患者のふところ具合を気にしなくても治療ができるようになり、あとは附添看護の問題だと感じたのもつかの間、次々と医療費の個人負担度が高まり、不足分は民間保険に入らざるを得ない状況になってきている。実際交通外傷例では保険屋さんが患者をひきまわし、医師の査定をしている。

また、認定医制度が発足する過程の議論の中で、研修病院の不足する新設大学を代表し、全国の有力教室の教授に、ジッツ病院の解放を迫ったことがあったが、一同、困ったような顔をしてダンマリを決めこまれてしまった。偏狭な愛国主義より、人類愛を選びたい。

昭和54～55年度

私にとって現在見過ごせないことは、出来高払いの医療報酬制度下での医療の空回りと学会における誤った業績主義です。

疾病を無駄なく上手に速く治すと医療機関の収入は減るとい根本矛盾から発生する問題は深刻です。良い医師が育つべき医療経済的基盤がないどころか出来高払いと保険診療からはほぼ必然的に生まれる制限診療は、医療、ときには医学迄も変えてしまっています。10兆円に及ぶ総医療費も半分以上空転し、技術料の低評価と相俟って我々は黙々と薬と医療機械メーカーに奉仕するのみです。この状況下では医学、医療上真に評価されるべき業績は何であるかがかすんでしまっています。

学会発表は、発表のためにつけられた治療適応はあとを絶たず、発表回数や論文数を評価の基準にする傾向は益々増大しています。学問の細分化に伴う研究会などの増加はそれ自体歓迎さるべきものですが、誤った業績主義がミニ学会の誕生に拍車をかけている状況は問題です。

以上は私が今更指摘する迄もないことで、殆どの会員諸氏が苦々しく感じつつも、問題の深さ故にこれに蓋をしてしまっているように思われます。しかし学会運営に関する如何なる提言も、これらの根元的問題に基くものでない限り、結果的にはまやかしくなってしまうものと考えます。私はこれらの問題を絶えず念頭におき、学会運営にあたる積りです。

医療報酬の算定法は非常にむずかしい面があるとは十分わかるが、患者を上手に、コストを少なく、犠牲少なく短期間に治すことが評価されない制度は必ず、必ず墮落する。

正直者が馬鹿をみていたら、誰もやる気が消せるというものである。

昭和56～57年度

日整会が直面する問題は多々ありますが、私は評議員として、主として以下の問題に積極的に取り組みたいと考えます。

1. 日整会学術集会開催費の節減

この開催費は年々、物価上昇分を大きく上まわって膨れ上がり、会長は資金集めに最も苦勞すると聞きます。それぞれの会長が残すツケは個人的なものに終ることなく、日整会全体に及び、その存立基盤を脅かすものであります。また、純粋に学術集会を開催するだけであればそれ程経費がかかる訳ではありません。私は、会長が資金集めに奔走しなくてもよいような開催方法を提案したいと思います。

2. 卒後臨床教育体制の整備

現在進行中の「認定医制」が従来の学位制度の二の舞とならないように働きかけたと思います。

3. 医療制度の改革

富士見病院で起こったことは、単に詐欺師と良識を欠く医師がいたためと片づけることはできません。現在の医療制度の構造的欠陥がみごとに浮き彫りにされたものといえます。医師がその医療機関の経営のために、医療ME機器や薬剤に隷属せざるを得ない現在の医療報酬体系は、患者にとって最も大きな不幸であり、まじめな医師にとってもやりきれない問題です。これは日整会もその発展のために、取り組まなければならない問題です。

富士見病院といい、宇都宮病院といい、現制度の欠陥をこれ程までにみごとにPRしてくれた事件はなかった。

さて、我々は、これを何とって国民に説明するか？

昭和58～59年度

前回の立候補の際の抱負につきまして御報告と今後の課題について述べさせていただきます。

1. 日整会学術集会開催費の節減について

これにつきまして評議員会にて質問・提案をしました。土屋前会長より開催費の収支決算の骨格の発表(日整会誌55番9号参照)があり、やろうと思えば健全財政即ち参加費のみで開催できるものだという主旨の発言がありました。この種の発表は今までに例がなく、これは一定の成果といえますが実態はこの通りであるかどうか問題がない訳ではありません。議長のまとめのように更に健全化をめざすよう努力が必要です。

2. 卒後臨床教育体制の整備

認定医制につきましては、私も時期尚早論者でしたが、総会で発足してしまった状況になりましたので、最年少の認定委員として委員会に加わり、これが学位制度の二の舞にならないよう努力してきました。

甘い準備で出発しましたので、現在ちゃんと整形外科医をやっている人は不公平なく全て認定することと、今後一層重要になったことは、認定施設の内容の整備、生涯教育の一環としての再教育の場と機会を地方毎にも整備していくこと、6年後からの試験問題を止揚していく方策であります。

3. 医療制度の改革

これについては各論的には目立った活動はできませんでしたが、今後機会を捉えて努力していきたいと思います。

日整会学術集会の開催費問題は、正念場を迎えており、新潟でなければできないといった素晴らしい前例となる実績を残されんことを期待している。心ある人は必ず評価するし、また、日整会々員の大半は心あると信ずる。

良識の河野のあとをうけ、さわやか田島、学究の田島、クリーンの田島のイメージ

を不動のものにしてもらいたく、そのためであれば、全力をかけて支援したい。

昭和60～61年度

私の最近の評議員活動は、評定医制度下での若い非認定医の身分半人前の危険の喚起、不正入会や票の売買の噂のある日整会評議員選挙の浄化、日整会開催費の健全化などです。(参考文献、日整会誌55巻9号1,149頁、56巻9号1,178頁、57巻9号1,265頁、58巻10号1,118頁)。評議員選挙の際政策や抱負を明示しない候補者の有権者を愚弄する姿勢は不正選挙の温床となっても、民族主義発揚以外のものにはなりません。また、認定医研修会開催方法、単位認定方法は再検討が必要と考えます。日整会開催費問題は、無節操な、企業丸抱え研究会流行りの中で深刻な危機を迎えています。開催費は、表向き3,300万円に対し、4年前でも実際には1億円以上かかっていると北海道評議員の調査報告がありました。差額7,000万円は社団法人定款違反、個人的に集めたといひ逃れれば脱税となります。学会運営上の寄贈は止むを得ないとしても、水面下で個人的に集めた場合のツケは日整会の存立基盤を揺がすものとなります。同門会員から集める、1人あたり何十万円の寄贈も常軌を逸したもので、偏狭な同門意識を駆り立てることになります。

しかし、何といたっても純粋な学究の場の設営を超えた、歴代会長の派手なスタンドプレー、公費による個人的招待外交などを廃止することで、経費全体の節減を計るべきと考えます。以上、投票の形で御支持いただければ幸いです。

もはやこれ以上つけ加えることはありません。いつも思うのですが私は何と素晴らしい教室の出身者かと。

1987年

進行癌の告知について

大 島 義 彦

悪性腫瘍の発生が、相対的にか、絶対的にか、ともかく増加してきたようである。当教室の脊椎グループが力を注いでいるテーマの一つが、移転性脊椎腫瘍であることもあって、悪性腫瘍、それも進行したものを扱う機会が多くなってきた。この場合の我々の立場は、残された期間を、できる限り苦痛が少く、より快適に、ADLを少しでも向上させ、ひいては延命効果につなげようとするものであるが、考えようによっては、残念ながら、何とも姑息的な、ということにもなる。しかし、悪性腫瘍によって破壊された脊椎、四肢骨から生ずる激烈な痛みは、手術によって、殆どの例に、かなり軽減できることを考えると、むしろ、確実に効果が期待できる、やり甲斐のある手術であるともいえる。さて、所期の目的を達した患者が、もっと十分ハビリを受け、完全に治るまで入院していたいといって我々を困らせることが多い。こちらにしては、残された寿命の間で、現在が最も具合のよい時期なのに、とか、死ぬ前の最後のまとめをする最後の機会を作ってやったと思うのであるが、そんなこととは知らない患者は、途中で追い出そうとするなんて、何と薄情

な医者だろうと感じる訳である。救命の目的をする治療では尚更であるが、治療のために相当な犠牲を強いる治療法は、悪性である旨の告知なしでは、非常に困難となる。まして患者が医師である場合は不可能に近い。

今日、本邦では、進行癌の患者には、悪性腫瘍である旨の告知は行わないのが通例である。15年程前、新潟で開かれた癌治療学会々長講演で外科の堺教授が、「癌を患者に告知すべきか」という話をされたことを思い出す。堺教授はその後まもなく他界された。医者が医者を騙すときは、徹底して行われる。手術後は、本人には、他病院で摘出した他人の良性胃潰瘍の胃をすり替えて、呈示したと聞く。講演をされたときは、自分自身の真の病名は知らなかったとのことである。

山形大学整形外科教室誌第2号に、当科川村前婦長が、当科の医師16名、看護婦14名に行なったアンケートの結果が載っている。それによると、告知を希望する者が30名中20名ということであった。ところが、結婚している人10名中半数が告知希望であるのに対し、独身者は18名中14名と、両者に差が出てきた。これは、小生には意外であった。扶養者の有無によるものでなく、単に年齢差なのか？

あるとき、若い看護婦さんに告知問題について質問してみた。彼女は、「私の場合は、知らせて欲しくない」とのことであった。そこでうっかり「あなたみたいな独身者の場合は自分のことだけ考えていてもよいだろうが、夫や子どもが居る場合は、生きているうちに少しでも何かしてやれる、言うてやることがあるのではないか？何もできないで死んでいくなんて、耐えられないのではないか？」勢いあまって、「それは、自分だけ幸せならよいという身勝手さなのではないか」といってしまった。ところが運悪く、彼女には既に子供も居たのであった。人間は誰も、子供のためだけに生きているのではないと、喰いつかれ、凄いい勢いで睨みつけられてしまった。結婚して、愛児にも恵まれ、今や幸せの絶頂にある彼女に、死の問題を迫ったのは、ドジなことであった。

己の存在を完全に末梢されることは誰も歓迎しない。しかし同時に、それは避けられないことも知っている。多くの人は、どうせ死ぬのなら或程度年をとってから、或日突然あつという間に往って欲しいと考える。しかし、まだ活動性が十分残っているときはもったいない。できれば、高令になって身も心も同時に機能が低下してきて、「もう眠いから、静かに眠らせてくれ」といって、速やかな永遠の眠りにつくのが望ましい。いずれにせよ、死の予告は願い下げたい。しかし、そううまくいくとは限らない。

また別の人に聞いてみたことがある。「入院治療を受けているあなたは、真の病名を知らず、大して意味もない症状の変動を一喜一憂している。事情を知っている見舞客は白々しいことを言っ腫れものに触るようにして帰ってゆく情景と、もう一つは、病名は医療チームの他は本人しか知らない。本人は、時期をみて、自分が知らせたい人だけに自分で伝える。大部分の人は知らない。さあ、どちらを選びますか？」こんな風に設定すれば、当然彼女も、「後者がいい。」「断然いい。」と答える。ムンテラーの一つである。この問題は、状況の設定で答えは随分異なってくる。即ち根治の可能性の有無、年齢、余命の予測、仕事、家族関係等々である。

小生の周りにも、いろいろな逝き方があった。新潟大学時代の親しかった先生の場合は印象的であった。それは、確か2～3年前朝日新聞にスクープされ、全国版に報道された

ものでもあったが、主治医から進行した直腸癌である旨を知らされた奥さんは悩んだことと思う。中学2年の息子の、「お父さんは医者だ。やり残した仕事も多い筈だ。お父さんには知らせてやるべきだ。」という主張によって、本人に知らせることになった。その医師は「このような息子を持って幸せだ。」といて大いに喜ばれたとのことであった。癌の進行はかなり早く、殆ど残された仕事には手がつかなかったと聞いた。或人はいう。これは立派な医者だからであると。確かに生前から、立派な方で、小生もおおいに尊敬していたのであるが、このような場合、別様な考えがあるとすれば、「どうせ死ぬのだから、黙っていて欲しかった」であろうか。そのような情景は小生の頭にはどうしても浮かばない。

進行癌を、本人には内緒にして、家族に伝えた場合、本人に不利益が生ずる場合がある。卵巣癌の嫁さんが離縁されたり、資産家の家族や親戚の遺産争いに巻き込まれたり、よく小説のネタにもなるものである。実際に小生のまわりでも、このような事件が何件かあった。我々の気づかないことも少なくないのではなかろうか。御存知、診療上知り得た秘密を他人に洩らした場合は、医師法で罰せられるのであるが、このことで問題になったと聞くことは、今のところない。

欧米では本人への告知率が著しく高いようである。これは宗教の違いによるといわれている。確かに日本人は無宗教が多い。天国や極楽をどこまで信じているかということは、この問題に少なからず関係あると思うが、果たしてそれだけであろうか。小生には、むしろ自分のことを自分で始末するという己の確立度によるところも大きいのではないかと思えて仕方ない。付和雷同型の思考、宗教に限らないが、自分自身の倫理感、行動の規範がなく、他人任せ、といった面が目につくのである。先日のどこかが行った、日米の大学生の意識調査では、やはり日本の大学生の、知的水準は、中曽根首相が何といおうと、米国より、かなり低いのである。この国民性は、一旦、道を踏みはずしたらこわい。戦争をひきおこした反省は、西ドイツのそれと比べると、まるでちがうのである。小生にはこれが、癌の告知が低率であることと、ダブって感じられ、ぞっとすることもある。

製薬会社の雑誌に読売新聞の抜萃が載っていた。

◇自分が癌になったら「知らせて」64%

家族が癌になったら「知らせる」66%

読売新聞が5月16日、17日の両日に行った身近な医療とガンに関する全国世論調査によると、「あなた自身にとって、いま一番おそろしい病気は？」という質問に退して、癌という答えが54%、エイズ10%、心臓病7%、脳卒中7%、肝臓病2%、という回答があり癌に対する恐怖心が強いことがわかった。

次に、「癌になった場合の治療」については、ほとんど治る3%、発見の時期や癌の種類によっては治る場合がある80%、治る見込みはほとんどない15%、となっている。

「癌にかかるのではないかと不安を感じるか」という質問には、よく感じる7%、ときどき感じる41%、とくに感じない50%、という回答があった。

一方、「癌の告知」に関しては、自分が癌にかかった場合、知らせてほしい64%、知らせてほしくない27%、家族が癌にかかった場合、そのことを本人に知らせる19%、知らせない66%、となっており、自分の場合は知らせてほしいが、家族の場合は知らせないと、告知問題のむずかしさの一端がうかがわれる。(読売新聞 6月15日・夕刊)

この結果は、愛する家族には、できるだけ、余分な悩みは与えたくないという思い遣りの表われと解釈できる。ともかく大雑把にいえば、3分の2の人々は、自分の場合は知らせてほしいと考えているといえる。我々はこれをどう受け止めるのか。現状では、固定観念に捉われて、それを避けているのである。はじめに家族に話せば、このアンケート通りとしても3分の2のケースでは、告知しないでくれということになる。死人に口なし。話さない方が無難と考えてしまうのだろうか。もし口があったら、化けて出ることができるなら、夜な夜な出てきてこういだろう。「無念なり、そうと知れば、もっとやりたいことがあったのに。おのれ、よくも騙したな一、恨めしや一」。そんな風に思えて仕方がないのである。

移転癌患者同志で登山に挑戦するような、爽やかな便りが日常的になるよう、努力したいと考えるのであるが、小生自身、はっきりと告知したケースは、まだないのである。せいぜい、癌の可能性があると、癌ではないが、癌みたいなものと話す程度であった。

3分の1の人達は知らせてほしくないという。これを無視する訳にはいかない。そこでいいことを思いついた。それは、全患者の入院時に記入してもらい問診カードを作り、入院保証表などと一緒に出してもらうことにするのである。そしてその一隅に、告知の希望の有無を書かせたらどうだろうか。あたり、はずれは多少あるだろうが、相当参考になる筈である。

このエッセイに触発されて以後、大島医院では問診表の中に

もし癌とわかったときに、教えてほしいですか。

- ※ はい
- ※ いいえ
- ※ どちらともいえない
- ※ その他

という項目を設けています。

これにより、患者様本人の希望を、あらかじめ把握することができるようになりました。その結果、希望どうりに対応することが容易になりました。

大 島 扶 美

よい病院作り

大島義彦

今年の4月から、私が山形大学医学部教室委員会の会長ということになった。この会は今から数年前に結成された。教授を除く全教官、大学院生医員から成る組織である。私はこれが結成される時はあまり乗り気ではなく、その強引な進行のためむしろ反対であった。はじめの2～3年位は整形外科はこれには加わらなかったのだが、それまで野球部主催であった講座対抗野球大会が、いつの間にか教室員会の主催になり、入会しないと野球に参加することもできないことになってしまった。そこでわが医局長は医局員の1～2名を入会させた。それがはじまりであった。一昨年は佐本先生が役員を務め、とうとう丸ごと当科は入会してしまうことになった。この組織は東北大学の医学部のそれに習ったものとのことであるが、立場の異なる多くの階層をかかえる団体の運営は、レクレーション大会を主催する程度になりがちである。そのレクレーションも、趣味が多様化してきたので、一同に会して何かを実施するのも困難となっている。

会長は、助教授会（凌雲会…産婦人科の千村助教授会々長が命名）で推されたものであるが、一度は引き受けざるを得ないと思って了承したものである。そして、やるからには少しは個性を打ち出そうと考えて、卒後研修について、教授を含めた全教官にアンケート調査を行うことにした。その中の最後の設問に、関連病院として、又は自分が赴任するなどを考慮したとき、「よい病院」とはどのようなものか、どのような条件が必要か、という項目を設けた。

「よい病院」という言葉は、入局後4～5年頃から気になるようになった、よいジツツ病院を分捕る、とか、よい病院は古いところが押えているとかいうことをよく耳にした。しかし、私には普通の欲がなかったようである。Boys be ambitious! という言葉は知っていても、普通の意味では全くなくambitiousではなかった。高校時代は、とにかく失業しない職業につきたいと考え、それが医学部だと気づいたゞけのこと、大学時代は、早く卒業して海と山のある小さな診療所に務めたいとだけ思っていた。しかし卒業近くになっても、とても臨床医を務める自信が、当然のことながらない。そこで、早く、将来どこに住み、どのような出世をしたいからどうこう、といったような考えもなく、身近な医局へ入局したという訳である。そんな訳で自分の赴任先として特により病院が欲しいなどという考えも殆どなかった。また、赴任して、そこが気に入らなかつたら次の病院を探せばいいし、大学院の医長や病院長という出世コースを歩く積もりはなかったがしかし、病院の良し悪しが無いとも思わなかった。要するに、深く考えていなかったのかも知れない。

10年前に山形へ来てからのことである。部下や弟子の仕事をする環境に責任を感じ、自分自身がそれらを整備してやらなければならないことになって、まわりの病院を見渡したとき、質的にも量的にも極めて不満足であることに気づいた。そしてこの2・3年来、よい病院作りが私の一つの大きな仕事になってきた。

よい病院といっても、これが患者にとってか、経営者にとってか、厚生省にとってか、

職員か、医師か、それも教室幹部か、中堅か新人か、それぞれ少しずつ異なってくる。しかし、長期的、大局的にみた場合これらは殆ど一致してくる筈である。そこで、ここでは力点を整形外科認定医が就職する場合の条件ということに置いて進めたい。この条件を考える場合、現在の日本の現実を離れて理想を掲げてもナンセンスなので、現状の中で、工夫すれば可能であり、世論も認めるであろうといったところで考えてみたい。軽率の謗りを敢えて覚悟し、以下、私の現在思いつくことを挙げてみたい。

1. 研修・研究時間

患者のためにより医療を長期的に維持するためには必須であり、これは週に1日、週休2日制であれば残り5日のうち1日をこれにあてることになる。またこの他、年に2～3週の研修・研究専念週間が必要である。これは毎年消化しなくても、貯金しておいてまとめて何ヵ月かというようにも使えるようにしておきたい。

2. 医療秘書

整形外科に1名専属秘書が必要である。秘書は自分で育てるしかないが、診断書の下書きや、病歴整理、ビジネス手紙（和、英）が書けるようにある程度の能力が必要。大病院にまとめて1～2名といった現状は変えなければならない。医師は患者にぴったりくっついて診療を行う。それ以外は医師が行わなければならない必要はなく、医師の能力をフルに引き出すためには、この職種の充足は必須といえよう。病院経営にも役立つ筈である。

3. 研究費・図書文献費

一般労働者であればまず給与がその条件に掲げられるのであるが、医師の場合は既に年俵1千2.3百万円程度になっているのでこれを多少アップしてみても税金は増えるし世間から叩かれる材料になるだけのことである。それよりも、継続して雑誌を多く購入させること、図書も、文献も、自分で払わなくてもよいようにさせる方がよい。自分で買っても何も控除してくれないので。

4. 規 模

整形外科学全般に亘り一流の水準を維持するには何名のスタッフを要するのか、ということになるとはっきりしないし、その設定も曖昧ではあるが、10数名以上は必要なのかも知れない。従って、いくつかの領域は一流水準を維持することにして、少なくとも数名のスタッフは最低限欲しいものである。設備の面でも全部揃えることができない場合、近くの他施設と協力して一応の領域をこなせる体制は最低限必要であろう。これは整形外科以外の専門領域についても同様である。

従来は、病院の発展に応じて、比較的容易に増床ができたのであるが、各県の医療機関の整備計画が策定されるに及び、かなり困難になってきているので、この規模の問題は、現状ではかなり問題になる事項である。

5. 教育、文化環境

これは最大の難事である。これの捉え方は千差万別ということもあるが、最近になって私も、これの困難さを痛感している。他の項目と異って、少しぐらい努力や工夫をしてもどうしようもない問題である。大体、東北地方は、お偉方からみれば、熊襲しか住まない文化果つる地なのである。実際、山形市の中学校教育の現状は深刻である。しか

し、サントリーを飲んでいる東北のクマソの人達はどうなるのか、円高で、切角誘致した企業はどんどん海外へ移り、大企業の洪水的なダンピング輸出の見返りとしての農産物の自由化、これでは、東北のクマソだかアイヌだかは、死ねというようなもの。その上一律の消費税をかけられてはたまったものではない。

6. 民間病院における将来の保障

公務員には恩給などの比較的安定した保障があるが、民間病院ではそれがなければかりか、経営者と対立した場合は簡単に放り出されることになる。現在保険がいろいろあり、保険料は企業の経費として認められるもので、給料を上げてもらうより、公務員と同じ程度の保障となるよう病院の負担で十分な保険をかけさせる必要があると思う。

あと、挙げればきりが無いが、大きくおさえなければならないことは以上であると思われる。これらの整備は不可能なことではないが、全る面で粘り強く全員で努力していかなければならない。教室と同窓会が一丸となれば比較的实现が容易なのではないだろうか。私は以前も提案したことがあるが、一丸となるためには新潟においては、教室だけで行っていた医師の人事は関連病院医長も含めて行った方がよいのではないかと思われる。医師を派遣する際の病院の条件整備も実現させ易いのではなからうか。これを進める場合、先輩、後輩を含めた全員の一体感がどうしても必要である。そして、これはまた開業している先生方をも含んで考えていかなければならないのではなからうか。また余分なことをいうと言われそうであるが、要するに大学の医師も一般勤務医も開業医も、いつまでもよい医療を行なうという夢を持ち続けられるような環境作りが一層必要ではないかと考えるのである。

よい病院作りは、山形に於ては最も重要な仕事の一つである。皆で力を合せて今後も引き続きこれにあたっていきたいと考えている。新潟と山形が互いに協力し、知恵を出しあって、我々が仕事をする上で、やりがいのある環境作りを進めたいと思っている。

1988年 1988・9 新潟大、整・同窓会誌36号

故 笠原俊昭先生と私

大 島 義 彦

笠原先生が倒れたという知らせは、同じ級友の斎藤英彦から入った。殆ど病气らしい病気をしたことの無い彼がと一瞬耳を疑ったのであるが、遂に帰らぬ人となってしまった。

彼とは同期ではあったが、医進課程でのクラスが異なっていたこともあって、学生時代はあまりつき合いは多い方ではなかった。昭和41年春に卒業し、インターンに入った。当時、インターン制度廃止運動が全国的規模で昂揚してきた頃で、その運動の一環として、41年卒青年医師連合新潟支部を結成し、新潟大学でインターンをすることになった（大学たてこもり？）そして春の医師国家試験をボイコットし、医師免許証を持たずに入局した。今ではとても考えられないことである。我々の学年から5名が整形外科へ入局した。出井、笠原、斎藤、祖父江と私で、秋から古月先生が加わった。入局にあたっては、5名が

結束し、今は亡き石川医局長から念書を取り、それは、当時の整形外科医局で物議をかましたという。これこれの5名が入局した場合、以下の事項を守るべしというものであった。それは、石川医局長の深い読み通り、そんなことはどうでもよいといった状況に、医局もまた大きく変わっていった時代であった。笠原先生は衆知の如く、我々と異って(?)控えめではあるが、他人の心を組み取り、細かい気配りをする人で、彼と一緒にいると心がなごみ、そのような時代には特に貴重な存在であった。我々の学年では、臨床系大学院は原則的にはボイコットする方針を立てたが、それはケースバイケースで、以前からどのように計画を立ててきた人もいるので、そういう場合にはそれを認めようということにしていた。そして当科では、手の外科の研究テーマを持って斎藤先生、股関節外科のテーマで祖父江先生が大病院へ進んだ。しかし、大学院生と無給副手の間では、出張や、その他全般に亘り、不平等とならないようにしてもらおうということは出発点での約束であった。とはいうものゝ大学院生がそう長く出張する訳にもいかず、また、4年間で論文を書き上げることは、はじめからテーマを持つといったことは院生には必須であったのでその点では平等という訳にもいかず笠原先生と私とは、院生ではないという共通点のため、何かと一緒に行動することも少なくなかった。入局後間もなくの頃、笠原夫妻から夕食の招待を受けたことがあった。奥様の素敵な手料理を御馳走になり、そのときから私の家内の料理のレパートリーが増えたようであった。家の中の飾りつけも気がきいていて、また、奥様の多彩な趣味を御披露していたゞき、私にはなかった文化に接し大いに楽しい時を過ごさせていたゞいた。笠原先生は実に器用な人で、そのとき、金魚用の大きな水槽をいくつも自分で作っていて、材料さえ買ってくれば簡単に安く作れること、またその作り方のコツを教えてくれたものだった。御長男が難関中の難関の芸大に合格されたのも、御二人の才能の結晶であったのだと、今になって思いあたります。半年経って、国家試験を受け、合格発表のしばらく後に、5名全員一応1年間の予定で、大学を離れた。彼は浜松聖隷病院へ、私は竹田病院へと旅立った。

私は竹田病院へ出てから、1年7ヵ月で大学へ戻った。竹田病院に居るときは、よき師とよき環境に恵まれ、自分はここで一生仕事をしよう。もはやどこに移るのも厭だなどと考えていたのだったが、後輩が代りに来ることになり、また同級生からも帰ってこいといわれ、止むなく腰を上げることにした。ところが笠原先生は全く戻る気配がなかった。同じくよき師と、理想的なよい環境に恵まれ、また彼の能力、人柄のよさから、周囲の人達から信頼され、愛され、引き留められたこともあったのだろうと思う。そのうち河野先生、林先生がいかれることになったので、即ち、大学の整形外科そのものが浜松へ移ったので、彼はもはや動く必要がなくなってしまう。彼は病院のスタッフの信頼を一身に受け、長く医局長を務めたと聞く。時が流れ、私が大学の医局長をやっていた頃、彼に再三勧めたことがあった。確かに勉強や仕事をする環境には大いに恵まれているだろうが、場所を移してみるのもまた刺激になって一段と視野も広がるものであるから、一旦大学へ戻ってこないかということである。私の経験からこれは自信を持って勧められるものだと話したところ、一旦はその気になったようでもあったが、移動するには、浜松に余りにも大きなしっかりした根がはっていたのだろうと思われた。

その後、私の義弟でもある長野先生が赴任し、河野先生を慕って全国各地から集ってく

る若い医師の指導や、日常診療にも多少の余裕ができたこともあってのことと思われるが、おそらく長年に亘って考えてこられた、開業に踏み切った。自分自身のペースで、自分のクリニックを持ちたい気持ちは、同年代の私も同様である。

臉を閉じると、あの笑みを浮べた穏やかな笠原先生が浮んでくる。私は彼に伝えたい。「君が遺した息子は立派に成長し、奥様を支えていくから大丈夫だよ。そのうちに、ひょっとしたら僕も案外早くそちらへ行くから、そうしたらゆっくり語ろう。君のそばに居るだけで、僕の心は何ともなく和むんだよ」と。

私の息子は、果たして、彼の息子のように凜凜しく、告別式で挨拶できるだろうか？ともかく自分も、悔いのないように、やるべきことを、やりたいことを早くやっておかななくては。

笠原先生の御冥福を心から祈ります。

1989年

田島達也先生御退官に寄せて

大 島 義 彦

田島先生をはじめて知ったのは専門課程に入ってまもなくであった。おそろしくエネルギーギッシュな先生とのことであった。学Ⅱの頃、インターン問題の全医学生討論会を企画せねばならない破目になり、仕方なく、たどたどしく基調報告を当時の第二講堂でやっていたとき、集まった100名位の学生に混じって、当時の田島助教授が居たのである。かなり我慢して、学生をつたないレポートを聞いておられたが、やがて、堪忍袋の緒が切れて、スクッと立ち上がり、「君達！ 何て要領が悪いんだ！」とはじまった。それから、敗戦後GHQからインターン制度をおしつけられ、卒業したらすぐ医者になれると思っていたら、自分たちの学年からインターンをやらなければならなくなったことから始めて、インターン制度の問題点などを実にクリアーカットにわかり易く解説されたのである。それ以来、小生は今日に至る迄、田島先生のとりこになったのである。

私が整形外科入局を決めた要因の一つは田島先生がおられたことである。同級生の中で4月中旬という最も遅く入局先を決めたのであるが、インターンのときの素晴らしいオーベン塚田先生がいるから第1内科にしようか、比較的暇があり、ゆっくり碁でもうてる精神科にしようかなどと迷っていた。血液や免疫、そして精神医学も好きな領域であった。整形外科学には、当時の私には、ロマンがない無味乾燥の領域に感じられ、それ程好きでなかったが、あのエネルギーギッシュな厳しい田島先生が居るなら、怠惰な人間はむしろ、そういうところに身を置いた方が為になるのではないかと考えた訳である。当時の河野教授は、来るものは拒まず、どんな人間でもまじめに努力する者であれば大きく受け容れてくれる、暖かい心をもった古きよき時代の人格者であった。とどめは、教授室で、「整形外科教室も昔とちがって民主的に運営されているし、ぜひ整形外科へ入って下さい。」と、とても予想できなかった言葉を賜ったことであった。現在では整形外科領域に限りないロマンを感じているのであるが、さて、それを如何に学生に伝えるか、難しいことである。

田島先生から賞められたこともあった。という風を書く訳だから、めったにあることではない。入局後3～4年生頃、どういう風の吹きまわしか、まとめて論文をいくつも書いて投稿したことがあった。医局会議の席上、「斎藤君や大島君のように、積極的にペーパーを作って下さい。」と、実に晴れがましい一瞬であった。しかし、どうしたことかそれ以来この種のおほめはない。それどころか、「どうも脊椎班の人達は…」というようにいわれてきた。しかし新潟の現在の脊椎班はそのような伝統からは脱皮した筈である。まだ田島先生は十分若々しく、尚充分時間はあるので、そのうちにもう一度ほめられてみたいと考えている。

田島先生から叱られたこと、誰もこのテーマであれば枚挙にいとまがない筈である。小生は叱られたことは、むしろ少い部類に入と思う。それだけ目をかけられなかったのかも知れない。ハンドの人の叱られ方は他よりもずっと激しかった。遠慮のひとかけらもないのである。但し、私の知る限り、斎藤英彦君については少し別であった。彼は何事もきちんとしていたし、そしてまっとうに反撃したからである。反撃はよいが屁理屈はだめである。田島先生は要領が悪く、もたついている人をよく叱った。先回りできる人はあまり叱られなかった。寡黙の人も駄目である。しかし叱られないで得をしたのかどうか疑問である。

怒っているのか、微笑んでいるのかよくわからないのが田島先生。これは国際的にも、有名である。しかし初対面の人にはそうかも知れないが10回も怒られればすぐ鑑別診断ができるようになるし、そうでなければ医局では生きてはいけまい。本当に怒っているときは、やはり当然額に青筋が立つのである。視線は定まらずやたらコツコツとテーブルを叩かれるのである。私はこのように、少なくとも1回怒られました。

励まされたこともある。講師の頃、職員組合、医学部分会の委員長が私にまわってきたことがある。田島教授に御相談申し上げたところ、「私も昔やったことがある。助講層になればそういう仕事も引き受けざるを得ないし、またやるべきでもある。大変だろうが頑張らなさい」とおっしゃった。

「長嶋のさよならホームラン」、「駅前旅館」、「電話番号の一番や二番」は有名な逸話である。不肖の弟子としてもこのような逸話が流布するのは嬉しいことである。無論これらは田島先生の素晴らしさの現れなのだからである。これらの話の一つつけ加えたいことがある。田島先生も、ときには無理して野球に加わられたこともあった。守備につくとき私はライトを守りますとってレフトの方へ行かれたことがあった。草野球では、最も下手な選手はライトへまわされるという知識は持っておられたのだろうか。問題はグラウンドをどちらから見るかであった。

元日の飲み会のあとのハンドミーティングは有名であるが、田島先生の地方病院で仕事をしている弟子たちへの教育も相当なものである。はじめて出張した竹田病院における話である。当時田島助教授は月1回竹田病院へ手術にこられていた。エネルギーなことでひげをとらない菊井先生は沢山手術を用意され、夜遅くまでかかることは少なくなかった。手術が終ると東山温泉へ行ってそそくさと食事をしてすぐ、「今日の手術の検討会」が真夜中まで行われた。菊井先生はたしかそれを集めて出版しようといわれ、小生、そのときのためにと頑張ってノートをとったものだった。田島先生の都合で、竹田病院へ

来られないことになって、最後の出張を迎えた。菊井先生は、最後なのだからといってボーリング大会を企画した。田島先生はあまり嬉しそうな顔もしなかったが、そこはつき合ひだっただけですとすることで一緒にプレイされた。菊井先生は当時ボーリングに少し熱をあげておられ、当然のこと、優勝したのであった。

田島先生の学生講義については、誰も口を揃えて難かしすぎる、栄養過多であるという。そして医局員にとっては素晴らしいレクチャーなのだがとつけ加える。術後検討会でも自分でやられた手術に関して、「要領のよい」解剖学の解説、初心者が陥り易い落とし穴、本に書いてないコツ、等々聞く側に立って実に判り易く話された。小生も、いつもそれを真似ようと努力している。しかし、学生講義は学生にとっては好評だったとはいえないのではなからうか。今になって思うのだが、所詮は自分で学ぶしかないのだから、講義では動機づけと、教育材料の提供をすればよいのでないかと考えている。田島流に情熱をぶつけられた、それで大成功なのだと思うようになった。それにしても他とあまりオーバーラップのない整形外科の講義はむずかしい。

田島先生のHexenschupの治療をおおせつかったことがある。坐位をとってられない程のものであり、小生に硬膜外ブロックをやれといわれた。小生はこれを快く引き受け、卒後臨床教育的配慮から少し若い人にこれをやらせることにした。どうせ田島先生は痛みが鎮つたらまた机にむかおうとしているのだから、いっそのことルンパールをかけてしまえなどと、少し心の中で思っていたら何と針先から透明な液体が出てくるではないか！私のウンテンは狼狽して小生を見る。すかさず小生はジェスチャーで少し抜いて、針を動かせと合図する。田島教授は海老がためで、後頭部には眼がない。あとで教授室へ陣中見舞いにいったところ、幸いルンパールにもならず頭痛も来たさず、ほっとしたものだった。これは今般はじめて公開する秘話である。

もっとまじめに田島先生の主治医として治療にあたったこともある。田島先生が交通事故にあわれ、頸をいためられたときのことである。当然相手が悪いに決まっている。相手の車が居なければ交通事故は起こさなくて済んだのだから。責任分担はともかく、症状はたしか、明らかな根症状はなく、激しい頸部の運動痛と肩甲上部への放散痛であった。後者は椎関節起因のものと思われた。X線所見では頸椎には巨大な後方骨棘がみられたが脊柱管もまた並はずれて広いため幸い中心性頸損を免れたのであった。痛みに対してはいろいろ試みさせていた。当時ハリに対する医学界の評価は現在よりずっと低く、ハリの効果は心理的なものだと考える整形外科が多かったと思われるが、田島先生の奥様は、ハリの、とくに日本で育った良導路グループの考えに共感され、御自分で傷みや肩こりを感じられたときにはその道の権威である御主人には、多分何も相談されずにハリ治療を受けておられるとのことであった。小生は同級生の影響を受けてハリにも興味をもち、日本の臨床整形外科領域で盛んに行われてきた圧痛点に局麻剤などを注射する治療とハリがどう違うのかいろいろ試してみている頃であった。局麻剤の局注が何故あのような効果をあげるのか不思議であった。この治療法はドイツではインプレート療法とか、ノボカイン療法とか呼ばれて、それなりの評価を受けているものらしいが、その効果発現の機序は、ハリのそれと同じ位にあいまいである。ハリの方が非科学的とはいえないのである。これらを田島先生に比較していただいたところ効果の持続は2～3日と同じ位だが局麻剤の局

注の方が少し速く効果が発現するとのことであった。

田島先生は医局員の出身地に関して偏見を持っておられた。長野県人は理屈っぽいと悪口をいうのである。私は、そのときは上州人にはとてもかないませんと答えることにしている。小生の家内も高崎出身である。

田島先生についての悪口や批難は医局員の実効あるストレス解消法であった。いい気持で景気よくやっていると、そんなときに限って不思議なことに田島先生が現れるものである。田島先生もこのことに関してはよく理解されており、ズバリそのことを田島先生に告げたところ、上の者の悪口をいうことは楽しいことだし、上の者としては仕方ないのだよと、悟っておられた。さて、うちの医局でも、小生の悪口をいい合っって若い連中は楽しんでるのかなあ！

田島先生の話し方には定評がある。日懇会でたまに会議などで強引な運営をして、しどろもどろまでいかなくても少しまわりくどいときがあった。他大学の教授達は、あの歯切れのよい田島先生にしては、という。話し方については小生は御存知のように下手である。会議で小生が話しはじめると田島先生はいつも心配顔から迷惑顔になる。最近はそれでも少しは上達したのか田島先生からほめられたこともある。話して伝えたいという衝動のからまわりで、より多くのことを正確に話そうとすると、脇道へどんどんそれていって、本論がかすんでしまうのが小生の大きな欠点の一つである。田島先生にいつかそんな話をしたとき、僕も若いときはそうだったよと慰めて下さった。しかしそのとき小生はそれ程若くないのであった。

10年前に新潟を出てから、田島先生の叱咤激励を受ける機会が誠に少なくなってしまった。日常の活動の場は少し遠くなったが、不思議なことに、山形へ来ても田島先生はこういうことはこのようにやることを好まれたとか、河野先生は何とおっしゃるだろうかなどが、いつも頭の中にあるのである。いくら離れても結局のところ仏の掌の中にあると苦笑しつつも、ありがたいことと感じている。

1990年

皆川泓義先生の御逝去を悼む

大 島 義 彦

皆川泓義先生は仕事はもとより人生全般にわたる師匠でありました。

我々はこの世に生まれたときから、この世から去らねばならないことを運命づけられた、生物であります。至極残念なことですが皆川先生は順番を間違えて急いで旅立たれてしまいました。皆川先生は二人の立派なお嬢さんを残されました。そしてまたその他に、私達に永遠不滅の沢山の財産を残されました。皆川先生が身を持って示された生き方、考え方は、蒲原先生の医学史に書き加えられなければならないものであります。そこでこの場所に立たせていただいて、私が知っているこれらの一端を皆様に紹介することで、皆川先生を追悼したいと存じます。

皆川先生は私が入局後外回りをして大学に戻ってきたとき、即ち入局3年目のとき、隣

の机に居られました。長いざんばらの髪を掻き上げながら、後輩の私にも真心と情熱を込めて語りかけて下さいました。そのときから私は皆川先生の虜になってしまいました。

当時皆川先生は筋電図を担当しておられました。薄暗い筋電図室で、技官の錦織さんと二人で、皆が午前中の仕事が終わってもまだ黙々と仕事をしておられ、昼食をとるのが誰よりも遅かったのも、私は筋電図室には絶対近寄るまいと考えていました。しかし皆川先生の魅力には勝てませんでした。皆川先生は一番弟子である私を、手とり足とり根気強く教え育ててくれました。皆川先生の筋電図は、まさに皆川流でした。実に多くの文献を読んでおられました。しかしそれはそれ、筋電図の所見は患者さんの全ての所見の中の一つであることを忘れてはならないといつもいっておられました。皆川先生はここにおられる林侃先生に筋電図を教わったとのことでしたが、皆川先生はよく、『あの白髪のオッチャンはパイプをふかしているだけで、何を聞いても、「そげなことはオメーサン、・・・ケッケケッケー」と笑っていつもごまかされてしまった。』と苦笑いしていました。皆川先生は私に患者が最大の教師であることを林先生から教えられたということを経験したのかも知れませんが、整形の外来から、上の先生方が治療、筋電図というゴム印をカルテに押しつけて患者さんを筋電図外来にまわしてきました。神経絡みのケースは少し面倒なので、神経学的所見をあまりとらず、逃げの一手で筋電図室へ送り込んでくるといった事情をよく理解しておられ、大半の時間は問診と、神経学的所見をとることに費やされていました。そして誰にも優しくした皆川先生は、痛みを与える検査は最後にまわし、できれば省略したいと考えておられたものと思われます。私は、大学へ戻ってまもなく、神経内科へ半年勉強に出させて貰い、そして整形の医者は神経学的所見を満足にとれないので困るなどと多少天狗になって戻ってきたのですが、皆川先生は誰よりも適確に所見をとられ、神経筋疾患も独学で相当詳しく勉強されていたことを知りました。私は頭をガツンと殴られた思いがありました。全ての方々が御存知のように、皆川先生は徹底して診察されました。端整な字で、negative dataも余さず、実に丹念にカルテに記載されていました。津川病院の皆川先生の外来では、患者さんがゴザと弁当を持参で朝早くから順番を待っており、昼すぎになると看護婦さんがみかねて、外来におにぎりを持ってきました。また別の出張病院で回診してもらったら、午前中かかって1人しか回診しなかったこともまた有名な話です。その病院は少し乱診乱療の傾向のある病院でわざとそうされたのだと思います。皆川先生の人柄が偲べれます。

皆川先生は教室で脊椎班を作られました。それまであった、股関節班、手の外科班、腫瘍班といった上から作られたものでなく、自発的に作られその後に認知された最初の診療研究班でした。それまでsubspecialityを持つのが厭だった私と、浜松の河野先生の下で分離症の勉強をしてきた金子先生がひっぱり込まれました。皆川先生は何事も基礎が大切だといわれ、解剖や生理学の勉強会を開かれました。真冬に学生の実習の終わった夜中、火の気のない解剖実験室で、ホルマリンガスでクシャクシャになりながら脊椎を鋸で割って観察し、ポータブルX線発生装置を持ち込んで行なった勉強は、今尚私達のかげがえのない財産となっています。

皆川先生は言葉とその心を大切にされました。大学の外から紹介されてくる患者さんの返事には、誠意を尽くし、全力投球で当たられていました。紹介状の言外の意味を私に

よく説明して下さいました。皆川国語教室は言葉に無頓着であった私にとってまたとない勉強の場でありました。

皆川先生の診療姿勢や手術適応も、今の若い人達に味わって貰いたいものであります。自分が本当に治せるという自信のないものには手を出すなとよく言われました。治療結果に対しても最後まで責任を全うしておられました。癒着性くも膜炎の患者の治療に自信がもてなかったとき、さる名医に相談したところ、そのドクターは簡単に引き受け、手術され、しかし結果は散々でした。その患者さんはそのまま若い命を自ら絶ってしまいました。ずっと、皆川先生は「紹介するではなかった」と悔やんでおられ、ご家族からいただいた酒には、あの酒好きの皆川先生がとうとう手をつけませんでした。

皆川先生は退く勇気を教えてくれました。脊髄腫瘍の手術をさせて戴いたとき、髄内でありました。はやる私に「退くのも一つの勇気だ」と悟してくれました。

皆川先生は軽薄な新しがり屋を嫌っておられました。旧き良きものを大切にされる方でした。どちらかというとその点では反対の性格であった私には、またとない先生でありました。

脊椎班の最初の仕事は、脊髄腫瘍を疑って手術をしたが、空振りだったという、いわゆるnegative explorationの徹底的反省でした。諸先輩の残されたカルテ、レントゲンを丹念に一枚ずつ見直し、結局、基本的な所見を十分診ていないからであったことを実証されました。Plain filmをとことん読み、myelographyは妥協なく行う態度が大切であることを何回も強調されました。そんなこともあってか、放射線の被爆には全く無頓着で、さすがの私も「先生は何回も被爆しすぎている」とクレームをつけたのですが、いいかげんな診断をしないという姿勢が勝ってしまい、かなり被爆されていたようでした。今回の病気の先生を思うと残念でなりません。

皆川先生の頑固さには定評がありました。胆が据わった方でありました。あるとき田島先生は多少筋の通らぬことであるが、止むを得ず誰かにやらせなければならないことになりました。誰かが皆川先生にやってもらったらどうでしょうといったところ田島先生は即座に、そりゃあ無理だよといわれました。天下の田島先生が無理を頼めなかった唯一の存在だったのではないかと思います。

皆川先生については、いくら話しても話し尽せません。私は山形へ出てからも、私の師匠の皆川先生は、こういつていたとか、ああいつていたとかいうことを何回口にしたことでしょうか。そんなことから山形の連中も、一度でいいから皆川先生に会い話を聞きたいといっていたのですが、とうとう間に合いませんでした。現代の赤髭先生である皆川先生の一番弟子になれたことは私の最大の誇りであります。皆川先生を悪く言う人は誰もいません。しかしよく考えてみるとたまには居ました。頑固で融通が効かず、仕事の能率を考えないといったものかと思えます。しかし現代においては、ある意味でこれ程の美德はありません。最大級の賛辞であろうかと思えます。頑固でいじっぱりで、型破りの皆川先生、何事も徹底してやり、率直で潔く、そして礼節を重んじられた皆川先生。身をもって示された教えを、私はこれからも、多くの若いドクターに伝えていきたいと考えます。

皆川先生、先生はいつも私達の心の中にあり、先生の教えはまた私達の弟子に伝えられ、永遠に生き続けるでしょう。私は皆川先生が早く往かれてしまった分、より長生きをし

て、先生のように開き直って、偽りのない人生を歩み、先生が示されたことを少しでも多く実践したいと思います。そうしてから、間もなくなだと思いますが、先生のもとへ参ります。それまで待っていて下さい。

(1989年11月20日告別式弔辞より)

1992年

私の医局長時代の思い出

大 島 義 彦

私が医局長になったのは1974年10月でした。入局が1967年ですから7年生ということになります。当時はインターンが1年あったので、それも入れれば8年生。当時は医局員全体が若かったということもありましたが、それにしても若い医局長が誕生したことになります。教室の歴史をみると、大正13年、初代医局長の新保章先生から数えて14代めにあたります。11代めまでは主任教授の勅命によるもので、12代めの高橋栄明医局長が昭和45年に作られた内規の下に医局員全員の選挙によって選ばれた初代の公選医局長となります。医局長を医局員が選挙で選ぶやり方は当時の新潟大学医学部でどの程度行われていたか定かではありませんが、以前に較べれば随分画期的だったのかも知れません。あれから22年経ってみても、大学によっては教室の運営が最近崩壊したいくつかの国々のように、独裁で運営されているようです。因みに山形大学の臨床教室で医局長を選挙で選ぶ所は、整形外科だけのように聞いています。

高橋医局長の誕生は田島先生が教授に就任されると同時でした。河路先生が杏林大学の教授として転出された他、多くの先輩方が赴任、転出された頃でした。よきにつけ悪きにつけ旧体制のシンボリック的存在であった河路助教授の栄転は教室の若返りにはずみをつけたようにみえました。こんなことを書くとまだ時効ではないので御当人に怒られると思いますが、河路渡先生は、それはそれは長い間医局長をやってこられ、その下での医局員がどうしたこうした、という話は、先輩方からいろいろ聞かされたものでした。当時は田島新教授の下で、公選医局長をはじめ、全員が新しい教室作りに燃えていたともいえます。燃えていたのは教室だけでなく、43年44年45年卒の三世代のOBが青年医師連合を結成し非入局研修協約を助講会、助手会、無給医師の斡旋で教授会との間に調印がなされたり、医学部長、病院長の教授以外のスタッフを入れた参考投票を含む新しい選挙規定が調印され、日本医師会は44都道府県で保険医の総辞退統一行動を実施、中国が国連に台湾に代り代表権を得、日本では変動為替制、沖縄返還と、内外に大きなできごとが続いた時代でもありました。田島教室の誕生だけでも相当なものです。改めて振り返ってみると、当時の激動する内外状況を考えると、医局員のアクティビティーも相当高かったものと思われる。高橋医局長は新しい教室にふさわしい、様々なルールを作り、その後の医局運営の基礎を固められました。

公選医局長二代目は松原統先生となりました。誰もが感じる当然の人事で、満票で選ばれたように思います。ちょうど田中角栄内閣が列島改造論を打ち上げ、日本中の土地の価

格がどんどん上った頃でした。商社がトイレットペーパーやガーゼを買い占め、手術のとき紙ガーゼが登場するようになったのもこの頃でした。松原医局長のとき助手選出に関する内規が決められ、星栄一先生と私が助手に就くことになりました。三代の教授につかえた、昆田婦長が退官し、長浜婦長が誕生したのもこの頃でした。松原医局長も、高橋医局長に続き、着々と医局体制を整備され、再び活力ある整形外科教室となり、入局者も順調に伸びてきました。

松原医局長のあとを継いで公選三代目の医局長には私が選ばれました。入局後7年めの秋でした。当時としても少し若過ぎる人事であったため、田島教授は大いに不満な様子で「大島君！ 君は意外に人気があるんだね」と話されたのを今でもよく覚えています。高橋栄明医局長、松原統医局長、いずれ劣らず自分にも他人にも厳しい、一般の医局員からみれば、凄く怖い存在でしたから、医局員も息抜きが欲しかったのかも知れません。また、実際、医局長というものは医局員の年齢分布からみて上から1/3位に位置する者がやった方が民意が反映され、うまくいくのかも知れません。また因みに、当時の外部状況は、驕りを極めた田中角栄首相が金脈問題で失脚し、三木内閣が発足、そしてヴェトナム戦争が終り、USAにも大きな変化が生れつつあった頃でした。若い医局長として、大きな責任を背負い、プレッシャーを感じ、私としても真じめに心血を注いだ、といってもよいように思います。松原前医局長からは医局運営のイロハを懇切丁寧に伝授を受け、少しずつ医局長らしく(?)なっていました。田島先生は教授になられてから、精力的に学会を主宰され、手の外科学会、形成外科学会、東北整災、日米手の外科合同会議、東日本臨床整形外科学会なども、毎年のように新潟で学会がもたれ、医局員はすっかり学会運営のベテランになったといった感もありました。

私が医局長になってからも幸い新入局者は毎年10人位ずつありましたが、やはり当時も医師不足が深刻で、医局長の最大の悩みは、人買いにどのように対応するかでした。有力関連病院の某院長先生は、「今に見ていなさい。あと10年後には、医者が余ってしまって、俺のところには、あちこちから頭を下げて、採用を頼みにくるようになるから。」と高言されたことは、古い医局員諸君はよく覚えておられることと思います。先の目鼻が効くということでは定評のある先生の発言でしたが、医大新設ラッシュにも拘らず、あれから20年弱経過した現在、どうでしょう。むしろ、一層医者が足りなくなったようにも思えます。

医師の派遣の要請に極めて不十分にしか応えられず、諸先輩方にも申し訳なく思っていた訳ですが、せめてということで、医局員の夏休みは休みといわず、夏期鍛錬と呼び、これは田島先生の手前、名前を変えただけでしたが、2～3週間の休みのうちの1週間は先輩方の代診をするよう義務づけてみました。休みたくても休めなかった、小規模病院勤務の先輩方からは好評だったと聞いています。

医局長は2年で交代した方がよいと思います。かなりしんどいし、しんどい位に打ち込むべきですし、また、多くの人がやることで健全な医局が維持されるからと考えます。有能な教授、有能な医局長が、有能である故、どんどん方針を打ち出し、退屈な会議を重ねることなく、不協和音は力でつぶし、強力なリーダーシップをとって行う運営は実に能率的です。人はしばしば他力本願的に、有能なリーダーの出現を願い、強力な統率力を評価するものです。ヒットラーもそんな訳で熱狂的に迎えられました。私は強力なリーダー

シップにはなじめず、随分会議を重ね、情報の末端への伝導と、吸い上げには随分努力したことを覚えています。進歩は、基本的には、一人一人が着実に自分で考え、判断し、変革を遂げることによって為され、支えられるもの、一人の英雄でなく、次々に有能であるとされる人間のコピーが誕生するのでなければ、本当には進歩していないのだと考えていたからでした。中曽根元首相は、日本人が単一民族なるが故の優秀性を説き、失笑を買いました。彼には異なった考え、文化のぶつかり合いの意義がわからなかったものと思われまます。進歩は、異なった考えのぶつかり合いの中で生れるもの。同じ答を求める入学試験にパスすることだけが求められ、文句をいわず、与えられた仕事は、寸分の狂いなく実行する人間が過大に評価される日本、リーダーは多くは要らない、あとは、それにきちんと従うだけでよい、ということで大成功を収めた日本株式会社の社長の発言でもありました。

私の感じるこのような問題には、多くの人々による答は今尚出されていないように思われます。

我々は人体の、実に精妙な、究め尽し得ぬ仕組みには畏敬の念を抱きつつ、そこから多くのことを学んでいます。でも、その限りで止まってしまいがちです。生体に組み込まれた巧妙なフィードバック機構は、個体が発展し、自己増殖が間違いなく保証される鍵は、このシステムによる訳であります。一方、我々が作る制度や組織にこの機構を考えようとしたがらないのは、不思議なことです。東ヨーロッパの国々があっけなく崩壊し、それらの基本構造であった独裁を批難しても、自分が属する組織の独裁的運営に気づかない人も少なくありません。組織の真の活力、誤ちを自ら修正することができ、自己増殖能力を有する活力は、多くのフィードバックメカニズムを組織に組み込むことによって作られるとつくづく感じています。教室の医局長になられる人は、このことをよく考えていただければと思います。

さて、2年間の務めを終え、本命の重鎮、伊藤惣一郎先生が私のあとに医局長になられ、田島教授もほっとしたことと思います。

伊藤先生は医局長を一年ちょっと務められ、新発田病院へ赴任されることになり、そのあと、すぐには適任者が居ないということで、再び1年間医局長を務め、その後同級生の祖父江君にバトンタッチをすることになりました。

医局長時代のおもい出を書けとの達しですが、全力投球に近いことをしたということ以外に、なかなか、おもしろい逸話などは思い浮かびません。敢えていえば、いろいろな遊びやスポーツを振興し、いろいろな催しものなどを企画したということでしょうか。もっとも、これは、写真の斉藤君や、古賀君などが実際には率先してやってくれたのですが。

最後にまとめとしまして、教室の若い諸氏にひと言、どうか、自分の可能性に自分から鍵をかけることのないよう、そして鍵をかけられることのないよう、遠慮なく先輩にぶつかり、ぶつとばしてもらいたい。若い諸氏より先輩の小生らも、簡単には土俵は割る積りはない。そんな風にやっていけば、新潟大学整形外科は益々発展するのではないのでしょうか。

1993年

山形大学整形外科だより

大 島 義 彦

同窓会々員の皆様、お元気で活躍されておられることと存じます。山形大学整形外科の現況をお知らせいたします。

最近新入局員が少なく、上層部が少しマンネリになってきていて、アクティビティーが低下しているためなのかなと、反省しています。それでも、多分、医局員数は山形大全科の中で最多のようですが、大部分、関連病院へ出ているので、大学の医員数は数番目、相変わらず苦しいやりくりをしています。本間論文のように、整形外科は供給が需要を上回ることは決してないと私も考えます。関連病院を増やすどころか、どこか取り潰せないか、その口実はないかと公儀隠密を放って……とまではしていませんがいろいろ苦労しています。新潟の医局も相変わらず同じ事情が続いていることと思います。しかし当方の関連病院の充実は少しずつ進み、また、当科医局員の病院長は5名を数えるに至りました。

さて、山大附属病院では累積した赤字が放置され、それがとうとう文部省の逆鱗に触れ、「ちっぽな山形大学附属病院が全国最大級の赤字を出すとは何事か！」「看護学科など潰してやる」と、耳鼻科の小池医学部長が気の毒なことに息子程の齢のお役人に恫喝を受けたとか、そして本学には非常事態宣言が発せられました。まず、ペースメーカー、インターフェロンは大学ではまかりならん、整形外科でも、人工関節は1/3に減らされ、注射薬は各科配分し、前年の実績の60%、科によっては1月頃から、医者はやる事がなく、暇になってしまうので、この際、論文でも書くかなどといっています。という、本学開設以来の大問題で、大揺れといったところです。

当科の研究班の活動も、自主的にどんどん推進されるようになり、大きな実りが少しずつできています。

新潟大学整形外科教室のよき伝統が、山形の地で立派に拡大再生産される機構が完成したことを御報告いたします。

1994年

山形大学整形外科だより

大 島 義 彦

同窓の皆さん、山形大学整形外科の近況をお知らせいたします。とは言うものの、そちらの医局員だった頃と、そこから外に出て十何年か経過した現在の意識には相当のギャップが生じてしまっているのが、我々が何を感じ、何を考えているのか同窓生諸氏にご理解頂けるものか、毎年のことながら、思案に暮れてしまいます。そこで、今年は例年と比べ、いささか趣を異にした「他大学便り」をお届けすることにします。

私達はそちらの教室を出て、新設大学において、本家をまねて整形外科教室を造り、本家に追いつき、追い越せという合い言葉のもとに何もないうちで、全医局員が文字どお

り一丸となって教室を育てる仕事に打ち込んできました。困難は人の心を一つにしてくれます。そんなときは不協和音など出ようありません。山形で苦労を共にした新潟大学整形外科同窓生はこれまで12名を数え、そのうち5名の先生方はその後県外に雄飛され、それぞれの地で活躍されております。ご存知のように、初代助教授を務められた茨木邦夫先生はその後、琉球大学整形外科学科を主宰され、更に現在医学部長として大活躍しておられます。小野勝雄先生、渡辺秀雄先生、村田紳悦先生は新潟に戻り開業されています。三浦競郎先生は郷里の木曾の山村(?)で地域医療に打ち込んでおられます。みんないい仲間でした。本当にご苦労さまでした。

これまでに「新潟では……」と何回口にしたことでしょうか。そして、いつの間にかこの言葉も出なくなりました。それからまた何年か経ちました。

「ふるさととは、とおきにありておもうもの」こういった思いも未だ無くなってはいません。このふるさととは、古き良きふるさとであり、そしてそれは現在の新潟大学整形外科に引き継がれているであろう良き伝統でありましょう。

ところで、分家からみると本家と、本家からみると分家には大きな落差があるように思われます。分家からみると本家というものは何とつれないものかと、しばしば感じるものです。両教室の新たな連帯のために、敢えて申し上げれば、関連病院をめぐる生じた両教室間のいくつかのトラブルは残念なこと、これは恐らく新潟に現在おられる同窓生諸氏には正しくご理解頂いていないものと思われまふ。本家の方が分家を異物として認識し易いものだからかもしれません。山形大学整形外科が新潟大学整形外科のテリトリーに侵入してきたと言うように受け取られたようでありました。

新潟大学学生会も我々にとってはつれないものでした。我々が進める当地の関連病院の育成事業にさまざまな妨害ともとれる外圧がかかり、中傷がとびかいました。我々も新潟大学学生会会員ですが、我々には何の相談や問い合わせもなく、どこで形成されたかは分かりませんが、新潟大学学生会が独り歩きしています。そして記念事業の寄付集めは当然ちゃんときますし、ましてその旗振りが敬愛する我が本家のボスであれば、顔を潰すわけにもいかず、なんともつらい思いもしました。我々が新潟大学出身でなければ、ずっと仕事がやりやすかったという部分も少なくありませんでした。無論わが本家の出身であることによる誇りやメリットも同時にあるわけですが。

今回は特に書くこともなかったのですが、少し感傷的になって苦労を振り返って、恨みがましいことを書き連ねてみましたが、如何だったでしょうか？

ご安心下さい。わが分家にいる同窓生は少しもいじけてはいません。それどころか、今や将に益々燃えさかり、創生期の理想を高く掲げて邁進しております。苦労はひとを鍛えてくれます。安穩として(?)本家にいたら今の我々はあり得なかったでしょう。まさに必要は発明の母であります。しかし、同時に、これを可能にしてくれた基礎となるものは、我々の若き日に培われたそちらの教室の(?)良き伝統であったであろうことには何の疑いも持ちません。両教室の友好とそれぞれの益々の発展を願うものであります。

わが分家の総大将、リベラリスト、渡辺好博教授の教室造りの基本方針は今や燦然と輝き、山形大学整形外科教室は不動の基礎を造り終えました。渡辺好博教授はマクロの視野に立たれ、最も実効のある国際貢献である、発展途上国の人材の育成に情熱を燃やしてお

られます。教室員としましても誠に誇らしい限りです。発展途上国からの留学生は現在6名を数えます。ODA総額世界一などといっても、単にものを与えれば、悪い言葉で言えば乞食を作るだけ、一部の人が潤うだけ、日本の輸出企業が儲かるだけ。それぞれの国の平和の確保の為には、その国の人々が努力するしかなく、当事者の中で血が流れるのもいたしかたないこと。第三者の介入、軍隊の派遣はことを大きくし、本質的な解決を妨げることとなります。一方でどしどし武器を売りつけている大国こそ非難さるべき。発展途上国が貧しさから脱出し、平和な国を作る上で我々ができるお手伝い、人材の育成こそ、我々が最も力を入れ甲斐のある仕事といえましょう。……小生が書くと、このような演説になってしまいます。歳はとつても節は曲がらず、本質は変わりません。不器用なのかも知れませんが、仕方がありません。相変わらず益々若々しくやっております。

という訳で、当分家では、入局者の伸び悩み（最低毎年10人は欲しい）により相変わらず医者不足が続いていることを除けば、以上のように順風満帆でありますのでご安心下さい。これまでに、そして今尚我々を温かくサポートして下さる同窓生諸氏に心から御礼申し上げます。

山形大学医学部整形外科学教室教室誌・同窓会誌 掲 載 リ ス ト

1983年	医局の「前途洋々の若い諸君」へ	141
	山形大学・新潟大学整形外科新人合同研修会のまとめ(第1回～第3回) ...	147
1984年	整形外科の臨床の向上のために	151
	脊椎グループの紹介	153
1985年	御家流	155
	教室規約(山形大学整形外科教室運営内規)の発足と 第1回医局長選挙について	156
	学生臨床実習の新しい試み	157
1986年	治療法のメニュー	159
	たかが一週間	160
1987年	進行癌の告知について	161
	「山形スポーツ医学研究所」設立準備経過報告	164
	日本整形外科学会の定款改悪の動きについて	168
	認定医の流行について	171
1988年	日中交流委員会第三次訪中団報告記	173
	山形スポーツ医科学研究所—発足とその後の活動状況—	185
1989年	娘ができた君へ	187
1990年	庭	189
1991年	The combined meeting of spinal & paediatric section of W.P.O.A報告記	193
	フィードバック機構あれこれ	196
1992年	WPOAジャカルタ報告	198
	インドネシア余話	201
	今、何故インフォームド・コンセント?	205
1993年	医療はサービス業か? —再びインフォームド・コンセントに就いて—	208
1994年	Etwas Neues	212
1995年	山大整形、医局長制度発足、教室誌の発刊の経緯、余話	215
	教室を去るにあたり —日常診療における治療法の決め方—	216
1996年	過ぎし20年の総括と、新たな門出を迎えた教室への期待	218

1983年

医局の「前途洋々の若い諸君」へ

大 島 義 彦

山形大学整形外科教室誌の刊行にあたり、教室員相互の理解を深めるために、それぞれ自己紹介のようなものを載せようということになりました。

私は太平洋戦争の始まった年に東京で生まれ、4歳のときB29の爆弾を逃れるため、親の郷里である、信州の南、両アルプスの間を流れる天竜川沿いの河岸段丘にある山村へ疎開し、大学に入る迄の幼少年時代をそこで過ごしました。(尚当教室の三浦Dr.はこの谷の隣のもっとずーっと山深い秘境で育ったとか)

そして大学に入り、これまでに一カ所に住んだ記録としては最も長い、約20年を新潟で生活しました。佐久間ダムの上流の一寒村からみると新潟などは、幼い頃の絵本にあった「安寿と寿子王」の悲しい物語とか、雪ばかり降っていて陽があたらないためにくる病が多いとかいった、寂しく暗いイメージの多い、「さいはての地」でした。それでも知らないところで、独立して生活できるという喜びの方がずっと大きく、また大学というアカデミズムに対する憧憬は人一倍強かったようです。

今、思い出してみると、それまでの自分に何かのまとまった考えのようなものがあっただろうかわかりません。おそらく一匹の動物がそのまま大きくなってきただけのように思います。医学部に入ったのも、失業のない安定した収入の得られる職業に就きたかっただけでした。それまでの自分には、それ以上のことを考えるいろいろの意味での余裕はなかったのだらうと思います。さて、そのアカデミズムへの期待は教養部の講義が始まって2～3週間のうちに全くの失望と変わりました。ゲーデンベルグの印刷機の出現以前かと思わせる読み上げ書き取り式の講義、何を教えようとするのかまるでわからない無気力な講義、もったいぶって、判りきったこと(と思われた)をいちいち定義してみたり……とにかくうんざりしてこれらは全てさぼることにしました。しかし進級できなければ困るし、また辛い試験さえできれば単位をくれることもあり、無論それ以上に、下らない講義を無視するからには自分で勉強しようと思って、いろいろ本を読んだり(専ら古本屋の得意客であったが)友人と朝まで議論したりしました。今から考えると当時の自分はそれぞれの専門家から何かを学べる程度に成長しておらず、また、その辺の事情をそこまで理解できる教官が居なかったのだと思います。

学生時代は6年間、寮で生活しました。まずともかく最も安く生活できるところでしたし、綺麗でないところも、他人の存在もあまり気にならなかったせいか、惰性もあり卒業を境にして追い出されるまで居続けてしまったことになります。寮は当時の例にもれず、旧制高校以来の落書きと埃(誇り)に満ち溢れ、250人余の全国から集まる同年輩の種々の専門を志す若者によって自主的に運営される、当時の私には何とも住み心地のよい社会でした。

当時の寮は若干知的で真じめで貧しい若者の集まりだったので臨時労務者の職業安定所の如く実に様々なアルバイト求人がきていました。そこで経験できたいいろいろの職業、いろいろな人種との触れ合いは今日の私の整形外科の臨床に測り知れない多くのものを与え

てくれました。今でも患者の職業を聞くと大抵の場合作業環境まで理解できます。

今から考えると大学の教養課程の講義に幻滅を感じたことが私が自分で考え、自分で勉強し始めた最も大きな動機となったようです。そして教養部時代の十分なゆとりある時間、友人、寮生活などはそのためのうってつけの条件だったともいえます。「人はこういう」、「社会通念としてはこうなっているが、自分で考えてみた場合それでよいのか」、「本当にそうなのか」を何の妥協もなく徹底的に考えてみる。自分の僅かな経験では出しようにもない、いろいろ本を読んだり、他人の話聞き、納得いくもの、やはり何ともいえないもの、等々、凡ゆるものを自分の眼で、考えて再検証する習慣が身につけてきました。それ以前は、そういったことが必要なのだという意識すらありませんでした。現在、学生諸君への講義の中で、あることがこうであるということ、そういうことになっている、または本にはそう書いてあるということは、はっきり区別しなければいけないということをよく強調します。ものの考え方の中で、どうしようもないジレンマに陥ったこともしばしばありましたが、人間という生物はよくできたもので、そういうときは、別な生活をしたり、身体を動かしたり、いろいろ体験したりするうちに、時間もたち、自分の思いもよらぬ形で頭のオーバーヒートがおさまって、納得がいき解決されることが多いということも発見しました。当時もそうでしたが現在も教養部の二年は能率が悪く無駄が多いなどといい、安易に専門教育を教養課程に持ち込もうとする動きもみられますが、少なくとも私にとっては、まさに動物から人間になれたとき、第二の誕生を可能ならしめてくれた場所でした。

「本物を見極めようとする眼」は防衛本能の一つとして本来人間に備わっているものですが、「何?」、「何故」と矢継ぎ早に質問を発するあどけない子供の澄んだ瞳は、成長すると何故曇ってくるのでしょうか?。歴史の検証に耐えてきた、合理的な法則を身につけさせることは必要なことですが、有無をいわずそれを教え込む場合はしばしば発展性のない型に嵌め込む結果を招きます。教育において、型に嵌め込むことは最も楽で能率的ですが、これは自殺行為であります。現在の初等中等教育において、がんじがらめの規則で縛られ、子供に本来備わった「好奇心」＝「真実を見ようとする眼」は、それと無縁の受験勉強を強いられる中で少しずつ眠らされていくのではないのでしょうか?。少しオーバーに言えば、このように用意された、型の中にきちっと嵌まり込み、じっと辛抱強く耐えぬいた人間しか医学生とはなれないともいえましょう。

彼等の多くは与えられたものを消化する能力、全る苦難に我慢強く絶え、絶ゆまずコツコツ努力する資質には実に秀でており、私もこの点学ぶべきところ多いのですが（少し誉めすぎか?）ものごとに疑問を持たない、表面的なもののみを見て、その奥にあるものを見ようしない、という一般的傾向を感じました。深く深く眠り込んでしまい、第二の誕生がなされていないともいえましょうか?。

教育が目指すべき最も重要な目標は、型（定説、古い慣習、一般論など）を破って、その先に進ませる能力を育てることにあるともいえましょう。

囲碁界に、今をときめく木谷門下生達の師範であった、佐渡ヶ島出身の梶原武雄氏がおりますが、氏の説くところ、「石の心」には大いに共感します。即み定石は覚えるものではなく、その心を、その合理性を理解することかと思えます。また、将棋界においては、山

梨県の出身の「米長さわか流」こと米長邦雄氏は、最近の著書「人間における勝負の研究」の中で、「他人の残した業績、将棋でいえば定跡を軽んじていい訳ではないが、それを無条件に何もせず受け入れるのではなく、自分で挑んでみて、やはりそれでいいと納得してから受け入れる姿勢が必要で、とにかく自分で考えて自分で納得することは自分を本当に鍛える方法である」といっています。また同書に「何故急速に強くなれたかという、師匠が教えてくれなかったからだ」ともいっています。これは自己弁護ではないが、指導医師の薄い当教室における卒後研修にあっては特に心すべき言葉といえましょう。

諺や格言といったものは、ものごとの一面の強調であり、探せば必ず正反対のものがあります。「ものごとは万事基本が大切である。基本をしっかり身につけないと、いくら我流でやっても進歩がない」といいます。確かに何事にも、先人が築いた合理的な法則があり、それを身につけることは早道でもありましょう。この点では先にも述べたように、当教室の若い諸君はすばらしい能力をもっており、それであるが故に一層その反対の面の不足が惜まれるといった訳です。教科書を単に勉強するだけでは現実に対処することはできません。即ち新しいものを創ること、過去を乗り越えることはできません。これは必ずしも別に新しい法則の発見といった大袈裟なことだけでなく、ものごとの平均化である教科書とは異なった、現実という新しい事物に対処する場合に共通して必要なことだと思います。

世の中には若くして全ての煩惱を解決し、悟りを開いている人がいます。これには大いに敬意を表します。しかし中にはものごとの表層を百科事典的に覚え、世の中はこんなものだという固定的な悟りに捉われ、満足してしまっている人もみかけます。このような人は、残念ながら生ける屍といっても過言ではありません。この点では、40になっても50になっても、一生感じ続けるのだという悟りをもちたいものだと思います。

自分で考えることの重要性は、何も自分の専門分野に留まりません。自分の専門分野で或程度よい仕事をした人でも、他の分野になると不思議なことに自動的に抑制がかかり、誠に浅薄な思考しかしない人を見ます。部分的にはまだ眠っているともいえましょう。一芸に秀でた人には必ず、普遍的な味わい深い教訓を語ってくれます。しかしそれから先はいろいろあるようです。万事にわたり、真実を見極めようとする深い洞察眼を備えた方々もいれば、自分の専門領域で多少の評価を得るとその以外のこと何でもわかってしまったかの如く錯覚し、傲慢に振舞う輩もいます。このような二者の対比は事の大小を問わず、どのようなところでもみられ、私としても、後者に陥らないよう絶えず反省し努力したいと考えます。謙虚にまじめに打ち込むということは決して自分の専門領域に留まる筈はないということだろうと思います。私の恩師の新潟大学整形外科の田島教授は、「整形外科医は自分の家の台所の機構改善位は自分でできなければ駄目だ」といわれたことがあります。これはおそらく上述の内容を示されたのでないかと思えます。

自然科学者は視野狭窄に陥り易く、スケールも小さくなってしまいがちなのかも知れませんが、10年ちょっと前頃の東大の卒業式で総長達が卒業生に贈った、対照的な二つの言葉を思い出します。一つは加藤一郎氏の「小さな親切を」でありもう一つは大河内一男氏の「太った豚より痩せたソクラテスタレ」です。前者は、TVのCMで右翼の大物が「一日一善」とやっているのと大差なく思えます。これがひばり幼稚園や希望ヶ丘小学校の卒業式

なら無難なところですが最高学府のエリートたちが腐敗と不正義に落ちた日本の社会に、第一歩を踏み出そうとする際にはなむけとしては余りにも情けない。小さな親切が悪い訳ではありませんが、そんなことで対処できるような現実ではないことが全く理解できないのだらうと思います。

「近頃の若者は礼儀を知らない」といった言葉はきっと平安時代よりもっと前からいわれていることだと思います。古い秩序に従わないヤングパワーを批難するそれぞれの時代の「オジン」の言葉でしょう。しかし私は最近、「近頃の若者は礼儀を知り過ぎている」と感じています。これはやはりどこかが狂っています。世に、「冠婚葬祭入門」などという本が以前ベストセラーのトップ座にありました。今も結構売れているのだと思いますが、この種の本は民族学上はなかなか興味深いものがあるかと思いますが、これに呪縛されてしまっている若者が多いことには恐れ入ります。ここでは本物を見極めようとする眼が全く死んでしまっています。礼儀とは本来、社会生活を営む上での、互いに相手の立場を慮る、思い遣りであろうと思います。私とて、社会生活上の文通信号であり、潤滑油でもある慣習に全て反逆する訳ではありません。しかし、「型はめられ人間」が、すっかり身についた悲しい性とはいえ、次にはまるべき型を追い求め、「ここ＝本当のもの」を忘れるばかりか、それに反する結果を招いてしまっていることに気づかずいる様は滑稽であります。

最近、私の恩師、河野左宙名誉教授が、近頃の結婚披露宴の画一化に疑問を投げかけられている小文に接しました。河野先生が指摘されていること全て私も全く同感であることに驚きました。何故驚いたのですか？、それは、以前より、私は河野先生が苦手でした。私とはちがう世界に住む、私が今迄に接したことがないタイプの方で、ものごとの表現形態もまるっきりちがうし、何をいってもとても理解してもらうことは無理な人なのだとし、私の方から敬遠していたような事情にあったからです。学生時代も、入局してからも先生を苛立たせたり、怒らせたりしてしまったことも少なくなかったのですが、それでもいつも慈愛に満ちた態度で接せられると、もうそれ以上反論したりすることが申し訳なく感じてしまい、何もそれ以上云えなくなってしまうことが多かったと覚えています。いわゆる学園紛争のときなども、降りかかる火の粉などはものともせず、そういうことは最も苦手であつたらうと思われるのですが、自ら堂々と学生と対峙されている姿や、その後学生の処分問題の教授会では、教育的処分たる、温情をもって対されているなどの噂などを耳にし、古きよき時代の巨木を感じていました。

ところで結婚式披露宴に話を戻しますが、私が今までに出席したこの種の集まりは何回位あつたかはっきりしません。30回か40回かそのくらいかと思いますが、これらの中には爽やかな好感をもてるものから、退屈極まりなく、若い二人が気の毒に思えたものまで実に様々です。またこの中には友人の結婚式、披露宴の主催者の一人として種々演出したり、介添役（頼まれ仲人？）を演じたりしたこともありました。これらに出席してみていることは、やはり前述のように、よくぞ似たり、あとでは個々に思い出せない程に、判で押したようであるということです。同じであること自体不思議なことなのですが、それはそれとしても、内容がとおりにっぺんで心のこもらないものが少なくありません。その中で最もひどいものは、花嫁が着替えのためにいなくなった間の祝辞です。花婿がいればまだよい方で、二人ともいなくなってしまう、仲人だけの雛壇に向かって述べられる祝辞

は何ともしらじらしい。

馬子にも衣裳ということもありますので、こんな機会にいろいろ着てみせるのもまた記念になり、けっこうなことですが、会の進行の工夫も忘れてはいけません。

画一的であることの一つの原因は安易に結婚式産業に乗っかってしまうことにあるのかも知れません。マスコミ文化で育った若者たちにとって、業者の演出する芸能タレントの結婚式、披露宴ばりの華麗さは極めて魅力的であることでしょう。会は、セットされた型通りに進行します。しかし、新郎新婦が、脇に附添っているボーイから、それ、仲人の挨拶だから起立しろとか、歩く道順が違うとか、いちいち指示を与え、こづき回される様には、他人事ながら腹が立ってくる程です。また、ときにはプロの司会屋まで登場します。新郎か新婦の友人が司会をすることが最も多いようですが、無理することもないのに、よそいきの言葉、マナーにはまりこもうとして、白けた雰囲気を作ってしまうことしばしばみられます。

その点さすがプロはプロだけのことはあり、軽妙なジョークを織り込みながら、上手に盛り上げ進行させます。流暢な司会もよし、ワンセット「松」コースに入っている、使い古した蠟作りのケーキの塔の陰で手を添え合うのもまたよしですが、どこかにこのカップルでなければならないといった心のこもった、キラリと輝くものをみたとき、この披露宴に出席してよかったなと思い、大袈裟に言えば、救われる感じがするのは、私だけでしょうか。例えば、若い二人をそれぞれ産み育ててきた親からの、飾らない祝いの言葉や参会者への二人の紹介、また、新郎新婦からこれから始まる新しい生活への決意、抱負などが厳粛に述べられたとしたら出席者はどんなにか爽やかに感じるのでしょうか？、これからの毎日、若い二人を取りまく全ての人々が、心からおめでとうといい少しでも力になってやろうと感じるものだろうと思います。今どきの若者が、雛壇の上にテレテレとして座っているだけの人形であっては物足りません。

披露宴を1回だけで終わらせようと考えるといろいろ無理が生ずるように思います。即ち親族の間で1回、新婦の同僚・友人で1回、新郎のそれと、合計3回もてば、かなりすっきりします。日時の設定、出席者の移動距離の問題、話題の共通性など、全てうまくいきます。3回もつかうとって別にお金をかけることではありません。親族間の場合は、本人たち、または親たちが主催すればよいでしょう。同僚、友人間の場合は、友人が主催し、会費制とすればよい。出席者は、会費制の方が余程出席し易いものです。また、会費は一律でなく、それぞれに指定して会費袋に入れさせれば、いろいろな方を気楽に呼べます。結婚式は親孝行の一つでもあるので3回とも出席できるようにするのも一法。少なくとも後二者の場合仲人などは不要。真の仲人ならばともかく、職場の長に仲人を頼む風潮は、マフィアの世界は別にして、賞められたことではありません。頼まれた方は、可愛い部下のため、むげに断わる訳にはいかず、日曜、祭日のよいところを全部とられてしまい、誠にお気の毒。さしたるそれなりの事情もなく、やたらとボスに私事である結婚式に「頼まれ仲人」を依頼し、恰好をつけるなんて、私なら、「男の沽券にかかわる。実力で勝負！」なんていいたいところですよ。

さて、いずれにせよこのような催しを3回も、もつということは本人達にとっても面倒なことではあると思います。しかし、結婚披露宴のような形で社会的認知を得ようとする

なら、その煩わしさは本人達が負うべきであり、出席者に求めるのは如何かと思います。会場も、ホテルや結婚式場を使うばかりが能ではありません。ひどいのは、一流ホテルの式場で都合により日時が設定されます。断るのも気の毒なので、一年前から予定していた私事をキャンセルし、家族から恨まれたりしています。日曜、祭日はもう少し休ませて欲しいものです。仕方なく日曜日であったとしても、昼頃の真中をとられてしまうと一日駄目になってしまいます。

もう一つ結婚式、披露宴につきもののしきたりに「引き出物」があります。例の鯛のミイラ（これは指で小骨を旦念に抜いて、お茶漬けの材料にするとよい）の附属品としてついてくるものであります。同僚や友人の家族を訪れると、おや、どこかでみたことがあると感じる、茶器や花瓶が目につきます。心和むかその逆か、いずれにせよ、二つ以上あってもそれ程役立たない同じようなものがプレゼントとして登場します。これは「お祝い」に対する「お返し」の意味なのでしょうが、誰もが心の中で感じている誠に馬鹿馬鹿しいことなのであります。どうしてもプレゼントしたいというなら、一律に同じものではなく、高価なものでもなくともそれぞれの人に合った気のきいたものを考えたら如何でしょう。御祝儀袋の中味を、年恰好が同じ位の参加予定者が連絡をとり合って相談し合う様子は、落語のネタにも通じるおもしろさがあります。当教室の年輩者の方では、おそらく、会場費、料理代、引き出物の合計に相当する額が相場か？ しかし、実際にはどのくらい金をかけているのか知りませんが、本人達に負担がかからないようにと考えているようであります。

教室員だけでも年間10回位の結婚式はあり、全部出席するとすると、前述の暇もさることながら、経済的にも、かなりなものになるのでありますぞ。従って結婚披露宴に教室のスタッフを出席させたい場合は、彼女と双方の親に、そういう決まりになっているからと話して納得して、できるなら、2回めか3回めの披露パーティーを土曜かweekdayの夜あたりに一流ホテルでないところで、会費制で、仲人ぬきの友人主催の形でとりおこなうようお願いしたい。主催してくれる友人をもたない孤独な人には私がやってあげましょう。このような形でも従来より一層心のこもった、よい披露パーティーが開ける筈であります。

さて、以上、仕事の仕方、学び方から、結婚式まで、同じことを、私としてはこれまでになく徹底的にしつこく述べさせていただきましたが、「前途洋々の若い諸君」に少々はお役に立つのではないかと考えています。

1983年

山形大学・新潟大学整形外科新人 合同研修会のまとめ(第1回～第3回)

大島 義彦

私が以前属していた新潟大学整形外科でも以前より卒後研修の最初のステップとして、整形外科学一般のガイダンスが持たれてきていました。昭和54年秋、私は山形大学へ移ってきました。こちらでも同様なガイダンスをやっていました。このような、系統的な卒後研修は更に一層充実すべきであると以前から考えていた訳ですが、どうせやるなら地域的に近い2つの教室なのだから両方の新人をまとめて、もう一桁内容的にも充実したものをもったらどうかと考えるに至り、両教室の主だったスタッフに持ちかけたところ、全面的な賛意が得られました。そこで別表のように、第1回は1980年7月28日～30日新潟大学で、第2回は1981年7月9日～12日山形大学で、第3回は1982年11月17日～20日中間地点の新装間もない瀬波病院をお借りして開催しました。第2回の総括は、新潟大学整形外科教室同窓会誌へ寄稿したものを転載させていただきました。そして、3回の講義録は出席表、講師、両教室に3冊の本としてまとめてあります。

過去の3回とも参加者にはなかなか好評でありましたが、講師を受け持った方々からは、従来の形態について意見が出されてきています。それは、「整形外科を或る程度経験していないと、いくら詳しくやっても身につく難しい。それよりも、新人に対しては簡単なものをそれぞれで行い、少なくとも2～3年経験した人を対象にやった方が何倍か効率がよいのではないか」ということです。

また、日整会認定医制も発足後2年を迎え、集まった基金を活用して、地方毎に極細く卒後研修の企画が持たれる構想も進んでいますので、或いは従来のものは発展解消とし、これらの経験は、新たに日整会レベルの事業として企画に参画する中で生かしていくべきものかも知れません。

第1回山形大学・新潟大学整形外科新人合同研修会プログラム 1980(S55)会場 新潟大学医学部講義室

	7月28日(月)	7月29日(火)	7月30日(水)
8:45	開会の辞：高橋		
9:00	高橋(scoliosis, 骨代謝)	大島(spinal cord injury)	蛭谷(spinal tumor, spondylosis)
10:30	東條(RA)	渡辺(好)(足)	勝見・守田(tumor)
12:00	昼 休 み		
13:00	祖父江(成人股関節)	山岸(リハビリ)	星(形成外科)
14:30	15 分 間 休 憩		
14:45	井村(膝関節)	田島(手、末梢神経 整形外科的approach)	齊藤(英)(trauma)
16:15	15分休憩		閉会のしめくり：田島
16:30	畠山(小児股関節)	17:15 15分間休憩	
18:00		17:30 吉津(Microsurgery)	
		19:00 懇親会(於郵便貯金会館)	

第2回新人のための整形外科研修会報告

幹事・山形大学整形外科 大島 義彦

いわゆる、新潟・山形大整形外科新人合同研修会は、昨年にひきつづき、第2回が山形大学において開催された。講師は山形大5名、新潟大4名、関連病院5名の先生方をお願いしました。お忙しいところ誠にありがとうございました。昨年と異なった点は、講義の約1/3を大学のスタッフ以外の先生方にやっていただいたことでした。「卒後教育は大学だけが負うべきものではない」とはいうものの、日頃少人数で、各病院の仕事をこなし、責任を果たしておられる先生方の余分の仕事としての今回の講義は大変御苦勞なされたことと存じます。しかし、これは従来の一方的にrotatorのみをお引き受けいただくということ以外の卒後教育への参画方法の一つの例という意味で意義があったのではないかと思います。

開催日時は昨年は、学生が夏休みに入った7月下旬でしたが、今年は学生にも聴講させ、7月上旬の3日半（昨年は3日間）と半日延長し、夫々のテーマ毎に昨年より時間のゆとりをもたせました。テーマは昨年とほぼ同じですが、本年ぬけたものは外傷を除く成人の股関節疾患、マイクロサージャリー、新たに加えられたものはCPの診断と治療でした。

受講者は、山形大9名、新潟大8名、秋田中通り病院3名の他、山形大学々生数名、山形県の整形外科の先生方がテーマにより何名か受講されていました。講義の内容をどのような領域、程度にしたらよいかにつきましては講師間での調整は行わず、講師の先生方には御迷惑をおかけしました。このような講義は一方通行で終わるべきではないと考え、受講者（新人）にアンケートを書いていただきましたが、それをみますと受けとり方が人により様々で、ある人は平易すぎるといい、また別の人はわかり易くてちょうどよかったなどといった具合でした。来年からは、それぞれの講義にどのようなことを折り込むかについて、一定の指針を設けるべきであると思います。来年以降の方式を考える参考資料として、講師をお願いした先生方には全員、本年の講義資料綴りと、各講義についての受講者のアンケート結果をお送りすることにしました。

受講者に対するアンケートからみますと、この研修会は当然のこととは思いますが、全体として非常に好評で、今後も益々充実していくべきということでした。殊に、両教室出身者以外の中通り病院からの参加者は、田島、渡辺両教授以下、講師全員の熱意には深く感銘を受けたとのことでした。また、別に学内でP.R.をした訳ではありませんが、学生の間及び他教室関係者間でも評判になったようです。ただ、技術的な問題として、暑い時期に、冷房のない狭い部屋で、ハードなスケジュールをこなしたことに一様に不満が出されました。講義の内容では、一般的、教科書的なことより、もう少しつつこんだものか、実際的なことを求める声が多く、VTRを用いたCPの講義、実習のあった形成外科は好評でした。講義のプリントは今後も役立つものと受け取るむきが多く、代表は参考文献の紹介も、全ての分野で行われる必要があるように思われます。

最後にこの研修会の財政的な面を報告しますと、総額39万円程かかり、これは、山形大、新潟大、中通り病院から、参加者数に応じて分担していただきました。少し支出が多すぎ

た感もありますが、これには、懇親会費も含まれている事情によります。その他、新潟大整形外科からの講師の先生方には申し訳ありませんが、教室外からお願いした講師の先生方の交通費、宿泊費、プリント代金などです。来年以降の開催にあたっては、予算をあらかじめ考えておいた方がよいかと思われます。

日整会で認定医制が検討されている現在、この程度の研修会は、各地方毎にもっとどしどしもたれるべきであり、本来、日整会主導で計画される必要があると考えます。来年度は、更によりよいものに発展することを祈りつつ報告を終えます。

(新潟大学整形外科教室同窓会誌より転載)

第2回新人合同研修会スケジュール 1981 (S56) 会場 山形大学医学部ゼミナール室

	7月9日(木)	10日(金)	11日(土)	12日(日)
A.M. 8:30 } 10:30	手の外科Ⅰ (渡辺(好))	脊椎疾患(佐本)	形成外科(大谷)	C.P.の診断と治療 (乗松)
10:40 } 12:40	外傷学(齊藤(英))	脊椎、神経、診断学検査、 頸肩腕傷害 (大島)	先股脱(浜崎)	リハビリテーション (山岸)
P.M. 1:30 } 3:30	骨腫瘍(須田)	側彎症、骨代謝 (高橋(栄))	関節リウマチ (東條)	親善野球大会
3:45 } 5:45	膝、大腿、股の外傷 (松原)	足の外科(小野)	手の外科Ⅱ (腱、神経損傷と その治療、手の リハビリ (田島))	
			懇親会	

第3回山形大学・新潟大学整形外科合同新人研修会プログラム
1982(S57)会場 瀬波病院

	11月17日(水)	18日(木)	19日(金)	20日(土)
8:30 10:30	<ul style="list-style-type: none"> R.A.および周辺疾患鑑別診断 R.A.治療の現状 消炎鎮痛剤の使い方 関節穿刺の実際 東條 ※	<ul style="list-style-type: none"> 成人股関節および膝関節（外傷は除く） 人工関節の基礎 祖父江 ※	<ul style="list-style-type: none"> 骨・軟部腫瘍 バイオプシーの仕方 摘出標本の処理 組織標本の見方 化学療法 守田 ※	<ul style="list-style-type: none"> 手の外科 腱・神経損傷 手のリハビリ マイクロガージャリー 血管吻合、神経縫合の実際 吉津 ※
10:40 12:40	<ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション リハビリ処理の仕方 MMTの実際(P.T.) 異常歩行の種類 義肢・装具 佐藤（豊）	<ul style="list-style-type: none"> 整形外科医としての基礎的勉強 手の救急処置・治療方針のたて方 田島	<ul style="list-style-type: none"> 脊椎・脊髄 ミエログラフィー、C.T.、血管撮影(含四肢血管)の実際 脊椎手術の基本(含各種instrumentation) 本間 ※	<ul style="list-style-type: none"> CPとその周辺疾患鑑別診断 治療方針のたて方 黛
昼 食				
13:30 13:45 14:30 15:30 15:45 16:00 16:30 17:45 18:30	瀬波病院見学 村沢・羽生 <ul style="list-style-type: none"> 側彎症 誘発脊髄電位 ※ 骨代謝異常 活性Vit.D、カルシトニン投与の仕方 高橋 <ul style="list-style-type: none"> 小児股関節 CDH、ペルテスなど股関節造影の仕方 内反足およびその他の足変形 畠山 ※	御挨拶 県立瀬波病院(山岸) <ul style="list-style-type: none"> 脊椎・神経診断学 EMG 整形外科疾患と心理的アプローチ 大島 ※ 15:45まで <ul style="list-style-type: none"> 手の外科 解剖と診断 ※ 手の小手術のポイント 渡辺 18:00まで 18:30より 懇親会	<ul style="list-style-type: none"> 形成外科 Tissue handling 各種縫合法の解説 縫合材料 植皮の種類(flapを含む) 顔面外傷 星 <ul style="list-style-type: none"> 外傷(主に下肢) 膝関節の診察法、各種不安定性、関節造影、関節鏡、Hip pinning、Ks nailingの実際 松原 ※ レクリエーション	<ul style="list-style-type: none"> 外傷 全身管理、上肢の外傷、けん引法、Cast、Cast brace 抗生剤投与の仕方 斉藤 ※ 15:30 解散 ※印……それぞれX線の指示の仕方、読影の仕方についてもふれて下さい。

(敬称略させて頂きました)

1984年

整形外科の臨床の向上のために

大 島 義 彦

山形大学整形外科学教室は、本年即ち昭和59年春には63名（OBは除く）の教員を数え、1期生も6年めの研修に入っている。また、関連研修施設は18か所、34名分と拡大してきた。

少なくとも量的には順調な発展を遂げ、教室の基礎作りの時代は終わった。今や次のステップに踏み出す時期を迎え、質的にも発展を遂げる必要がある。教室内では、私は相対的には古株であるので、教室の大部分を占める若い諸兄に、臨床研究のあり方、進め方に関して、私なりに考えていることを述べる義務があるともいえる。

秀れた臨床家と研究的臨床は不分離であり、秀れた臨床研究は、1例1例の秀れた臨床経験から産まれるものであることを銘記しなければならない。我々が、身を置く場の如何を問わず、立派な診療を心掛けることは、それまでに得られた知見を勉強し、個々の症例に対し、最もよいと思われる治療を考え、工夫することである。その場合の過去の知見、即ち、教科書や、最新の文献、発表であっても、必ずしも正しい（実情にあっている）とはいえず、また、それが正しいとしてもその一般法則は、多くの症例の平均値であるため、個々の例に機械的にあてはまる訳にはいかないという2つの点で、よりよい治療を行うためには研究的にならざるを得ない訳である。

また、臨床を向上させる臨床研究のアイディア、テーマは、臨床そのものの中からしか得られないのは当然であるが、更に重要なことは、臨床研究の動機が、個々の患者によりよい治療を行うという願いに根ざしていない場合、医療とは相容れない人体実験に近いことが平気で行われることになってしまう。甚だしい例は、旧日本陸軍の毒ガス研究などが挙げられよう。研究そのものは人体実験を行えば、飛躍的に進展するものであるため、ついその誘惑に駆られがちのものである。我々臨床医は、治療を施す対象である患者との関係では、一方的に強い立場にあるので、倫理面での自覚は、絶えず意識的に強化されなければならない。そのためには自分と患者を置き換えてみることである。現在、学術集会、雑誌などの発表の中には、この種の問題を含むものが少なくない。人体実験は無論如何なる場合でも許されないという訳ではない。人体で行わなければ不可能な場合、被験者の了解はもとより、十分安全性を検討するなど、人権は絶対に守られなければならない。単に患者の了解を得たので、ではすまされない問題であろう。何が許され、何が許されないか、実際には一線を画し難いものもあるが、互いに厳しくチェックし合う姿勢が必要で、問題ある発表に接した場合も黙認してはならない。

さて、我々の日常の診療の中では、患者の訴えや、臨床所見、検査データなどの、因果関係が、納得、了解されるものはむしろ少ない。厳しくいえば皆無に等しいともいえる。この納得いかない部分が非常に貴重である。了解できるかできないかは、種々のレベルにおいてみられ、臨床経験の少ない初心者と、ベテランとは、次元が異なってくる場合もあるだろう。しかしいずれにせよ、それを自覚し、大切にすることが全ての進歩の条件である。いくらベテランでも、脊椎のX線写真で骨棘がみられると、変形性脊椎症の診断をつけ、

痛み方の細かい分析を全くしようとしなない場合など研究心、臨床の向上心が死んでしまっているといえよう。しかし現実的には、保険診療下に、変形性脊椎症、痛、頸肩腕症候群、などは通りがよいのでよく用いられ、やむをえないが、問題を自覚し、それを大切にするか否かのちがいである。私は、いつもいつていることであるが、これはと思う例で、因果関係が納得できない場合、「原因不明の」という修飾語をつけることにしている。これは私の未熟さを表現する場合も少なくないが、そうであるとしても、そのような表示は役に立つことが多い。うまくいった例より、そうでない例を検討する方が臨床の向上に役立つことが多いのである。訳のわからない例、失敗例は、まさに、宝である。この中に研究のアイデア、テーマが詰まっているのであるともいえる。従ってこのような例の反省は徹底して行わなければならない。検討会で、傷口を広げ、味噌を擦り込み合う程の必要もないが、傷口を舐め合うことは墮落に通じる。我々のチームワークは遠慮ない相互批判が前程とならなければならない。上の者(年功序列など)が下の者を批判することは易い。親しい友人の中とか、下の者が上の者を、となると、実際にはうまくいかないことが多い。上に立つ者は、自由に批判し合える文化を育てる義務があるし、下の者は、進歩とは既成の概念、文化を乗り越えることであることを銘記する必要があるだろう。と同時に、上の者は、下の者の突進をガッチリ胸で受けとめ、ぶっとばすだけの技倆、活力と、土俵を割ったときの、負けを認める潔さと率直さをもたなければならない。将棋も碁も、相手が強い程棋力は向上するものである。我々のチームワークは、このような広い視野のもとに作られ、共同作業が行われなければならない。仲良しグループの親善野球チームとは少し違うかも知れない。

さて、それぞれが、日常診療で経験した問題を厳しく検討し、より普遍的なものに高め、問題の認識を広く共通化することが、共同作業の第一歩として必要である。可能な限り、討論し、認識が一致した事項については、共同作業が始められる訳である。即ち、得られた共通認識に基づき、知恵を出し合い、それぞれの時点で最良と思われる一定の方針、作業仮説を立て、基準を設定する。そして一致できた参加者全員が作業を開始することになる。従って、一致点に到達するための話し合いは多い程よく、情報交換のためのエネルギーは限界まで費やすべきである。この際、教室とか、専門領域とか、学閥とかは、超越されなければならない。

作業が開始され、設定された方針そのものに根ざすと思われる問題が出た場合、速やかに共同作業員全員に報告されなければならない。その都度厳しくその原因の追求、分析がなされ、必要とあれば方針の転換は速やかに行われなければならない。過去の仕事でもよくみられるが、一定の方針を決めると、途中で何が起っても何十、何百と症例が重ねられる場合がある。そうすれば確かに結果ははっきりと出るし、研究は進むであろう。これは問題である。私の尊敬する“Oben”に「1例で反省期に入ってしまう」と、ややもすれば揶揄の響きをもって評される人がいるが、私は、それこそが臨床研究の基本でなければならないと思う。私も、斯くありたしと思うのであるが、なかなか、その人の域に達することができない。

このようにして行われる臨床データは、コンピューターによって処理されはじめたのは誠にありがたい。今回弘前大から我々のチームに加わってくれた設楽氏のコンピューター

ターに関する技能は、我々の仕事を飛躍的に発展させてくれるものと思う。

我々は、一致点を求め、同じ志の者を拡大させ、少なくとも山形大、新潟大のメンバーは全部含み、闊にこだわらず、更に可能な限り拡大し、綿密で、しかも大きな規模で仕事をしたいものである。言うは易し、行うは難し。これが実現する（個々の問題別であったとしても）ための各自の努力は、非常に大きい、得られる成果はそれ以上大きいにちがひなからう。

1984年

脊椎グループの紹介

大島 義彦

本教室の脊椎疾患の特別診療のはじまりは、山口大学整形外科の服部教授のもとで2ヵ月間研修してきた佐本Dr.によって昭和51年、病院外来のオープンと同時に始められたようである。その頃は、渡辺教授、茨木助教授による手の外科、足の外科、股関節外科の診療、須田講師による腫瘍外来など、長年に亘る豊富な経験のもとに、はじめから充実したクリニックがもたれていた。しかし脊椎外来は、卒後4年めの佐本Dr.が一人で受け持ち、多大な苦労があったことと思う。その頃筆者は新潟大学に在職していたが、新潟の脊椎ミーティングに、佐本Dr.がカルテを沢山携えて、はるばる山形から参加してきたことが思い出される。今尚忘れ難い症例はマルオジールによるくも膜炎で重篤な脊髄麻痺が発現したもので、どうしたらよいかと問われても、ただ唸るだけであった。しかしその症例は、幸いなことに、現在は、装具をつけて自立歩行可能なまでに回復している。また、彼を気の毒に思ったことは、彼が山形で経験する例は、アンラッキーなものが多く、脊椎腫瘍は髄内が多いとか、環軸椎脱臼例はレックリングハウゼン病を合併しているなどで、誰が治療しても、よい結果は期待できないものであった。そんなことで、彼は前途多難、すっかり滅入っていたようにみえた。昭和54年春、茨木助教授が琉球大学へ転出された。その後任には、当時のそんな事情もあって、筆者が候補にあがったのかとも思われる。当時病み上りの筆者は、自分の病気の主因は、大学のようなところで、多種多様のやらなければならないことに直面したときの大脳皮質の視床下部の脆弱性にあると考えていた。従って、今後はのんびり暮らせるところへ行こうと決めていたのですが、さつき鳴いたカラス、結局また、当大学へ赴任することになってしまった。

第1回の脊椎ミーティングは昭和56年1月27日にもたれた。その頃、残念ながら佐本Dr.は肝炎で入院中であった。当日の出席者は、新潟から、脊椎外科を志望して山形へ移籍してきた太田吉雄・佐藤浩Dr.、一期生の友岡Dr.たまたま秋田中通病院から教室へ来合わせた山本博Dr.の計6名であった。

新設医大付属病院の診療環境は、厳しいものである。当院は特別なのかも知れないが、非常に、安上がりに作られているのである。外来診察には整形外科全体で専任看護婦が1名しかいないため、患者の呼び込みから、衣類着脱介護まで診察者がやらなければならないのには面喰らった。医療事務の方も極端に人を省いてあるので、いくら催促しても午前

10時にならないとカルテやレントゲンが出てこないし、検査の予約の電話や、検査伝票の記載も、殆ど診察者がやらなければならない。その後外来専任看護婦は2名増員され、外来スペース増や、カルテが前より少しは早く出るようになったが、最近では慣れか諦めか、あまり、いらいらしくなくなってしまった。しかし、整形外科の総ベッド数が30床そこそこというのは、どう考えても少なすぎる。当院の総ベッド数が少ないとはいえ、内科は3つあわせて150床、外科が2つで100床、外来患者数は、最近では再来数だけでは内科に譲ったが、新患数は全科の中でずっとトップである。ベッド不足は我々の診療の最大のネックである。少ないベッドの効率よい運用のための、手術日を前程とした入院で予約がずっと埋まり、緊急に入院精査をしなければならない症例を診たとき、どうにも身動きがとれず、途方に暮れるしかない。これも周囲の関連病院が育つにつれ、少しは緩和されている。

種々の困難はあったが、今まで、できるだけ多くのDr.に脊椎診療を経験してもらうことを最大の目標にしてきた。そのため、筆者にとって初めての手術以外は、自分では術者にならないで、助手を務めることにしてきた。しかしそれは、治療結果に著しい問題が出ないような範囲でという訳であるが、危険な操作の多い脊椎手術では、多少問題であったとも反省している。手術は自分でやった方が比較にならない程楽であるが、それでは何もならないと思う。危険を回避する最大の配慮をしつつ、可能な限り若い人にやらせることの意味を、現在の若い諸君は汲みとって欲しい。スプーンフィーディングをしすぎるという忠告を受けたこともあり、その危険は認めない訳ではないが、若い諸君には、よりよい診断法、治療法を学び、開発してやるという、ハングリー精神で対処されんことを望む。それらの基本は、患者を徹底的によく診て、常識に捉われずに考えることと思う。

さて、一期生も6年生になった。関連病院も増え、夜の検討会に持ち込まれる症例も、量的にも質的にも増加しつつあることは喜ばしい限りである。関連病院に出ているDr.にとっては、大学の検討会がテーマ毎に数多く持たれても困るだろうということで、2年前から火曜の夜8時からの検討会は、脊椎と、浜崎医局長が主催する外傷症例などを中心に、相談したいものは何でも持ってきてもらうことにした。そして、この秋から、脊椎を一定期間でもじっくり専攻してみたいと考えるメンバーにより、火曜の検討会後に抄読会や研究の相談などをすることにした。脊椎グループとはいうものの、大学にいるメンバーは、今までずっと筆者以外に1~2名しか居らず、このような状況は今後も当分続くものと思われる。大学及び附属病院のキャパシティが、他大学と較べて著しく少ないので、山形大学方式としては、関連病院に籍を置き、大学や、疾患別のセンター別に集まる形をとるしかないものと思う。現在脊椎疾患を深く専攻希望者は筆者以外には大学では、佐藤浩Dr.、療育センターの佐本部長、河北病院へ出ている根本Dr.、林Dr.、協立病院出張中の山崎Dr.であるが、興味のある方は、火曜日の夜、出てこられたし。メンバーが増えたので来年からは、もう少し系統立った研究をやっつけようと考えている。

1985年

御 家 流

大 島 義 彦

整形外科の医者になってから、いつとはなしに覚えた言葉に“おいえりゅう”というものがあつた。“おいえ”というのは、それぞれの大家であり、この世界では 教室を指し、従つて、それぞれの教室、学閥に伝わる独特の伝統的流儀ということになる。これらは手術や、その他の治療法であつたり、ものの考え方であつたりする。一家の仁義のきり方同様、ハサミの持ち方、消毒法、手術の際のドレープのかけ方や、椎弓から傍脊柱筋の剥がし方まで多種多様で、大袈裟に言えば、これらを観察すれば、どの教室の、どの時代の出身か、あてることができる。

この限りであればおもしろいというだけでよいのであるが、現実にはこのために困ることも少なくないのである。

お家流の中には、その一門が、誇りをもって他にPRするセールスポイントもあるがむしろどうでもよい、単なる慣習であることの方が多い。後者に関する偏狭な主張は、手術機器の多様さにもみられる。基本的なものは、規格を決めて量産すればもっと安くなると思われるのだが、そうはいかない事情があるのである。もっとも、そういつまでも時代錯誤を続けている訳にはいけないので、糸の太さの呼び方とか、その他多少は規格化されてきてはいるのだが。やはり大勢としては尚 一門には 式でないとうまくないようである。

手術機器だけではない。確立されていない医療技術、知見に関しての自己主張は最も大切にされなければならないが、そうでない部分の硬直した流儀が今尚多すぎる。日整会の認定医制度の審議経過の中でも、お家流の解消に力を入れないと、試験問題をどう作つてよいかわからないともいわれ、Q&A委員会が設置され、活動してきたのであるが、そこで選ばれた問題の中にもお家流がみられるものがあり、興味深い。ついでに述べれば、Q&Aについては別な不満もある。「 は ~ ~である」と断定した問題が多いのが気になるのである。現実の診療では、教科書よりも一桁つっこんだ判断が必要であることがむしろ多く、一般法則からはずれている点を探し出す姿勢が必要とされると考えるからである。しかし「教科書より」というのは正しくないのかも知れない。教科書は、多くの症例の平均化であるので、現実の症例は、それとは何らかの点で異なる場合が多いのは当然である。従つて問題を作る場合は、厳密な表現が必要で、頻度に加え「△△であることが多い」としてもらいたい。我々は種々の事象から、それらの姿・形に捉われず、その本質を捉えなければならないのである。少し古いが毛沢東語録ではないが、まるでお経のように唱え、ありがたがる人もいるものである。

当教室にも、若い人、或いは古い人も、あまり気づかないかも知れないが、それなりのお家流がある。これにも前述同様、普遍的原則として主張すべきこともあると思うが、大部分はどうでもよいことであると思う。何がどうでもよいか？。

当教室も地域的に、多くの学派と接しているのであるが、必ずしもじっくりいっていないようである。多くの人々と協調してやっていくためには、どうでもよい「我」を捨てる

ことである。それぞれのお家流は、それが生まれてきた背景があり、その形ではなく、心を読みとらなければならない。よいものは、柔軟に、率直に認め吸収しなければならない。これは、私自身への教訓でもある。

1985年

教室規約(山形大学整形外科学教室運営内規)の 発足と第1回医局長選挙について

大 島 義 彦

教室が発足してから、10年というふしめが近づいてきました。教室員数が50の大打に乗った1983年(昭和58年)頃から、教室運営のよりどころとなる、なにがしかの内規を決める必要性が指摘されるようになってきました。教室員が20~30人の頃は、毎週教室員総会が開けたし、意志の疎通は、毎日顔を合わせることで済んでいたのですが、多人数による教室の民主的運営ともなると、従来のような訳にはいかなくなってきました。内規案の起草は二、三の者があたり、それまでの教室の慣習、不文律を文章化して、他大学の整形外科教室の内規なども参考にしました。起草にあたっては、規約などというものは、なくてすむものであれば、ない方がよい、即ち、できるだけ簡単なものを作ろうと考えました。しかし、この程の作業にはつきものなのかも知れませんが、張り切れれば張り切る程複雑になってきます。規約のスタイル、用語などは、当時の療育訓練センターの本間甚太郎事務局長に、直してもらったり、それでは堅すぎるということで、また手なおしたり、多くの方々の推敲により何とか原案ができました。そして、昭和59年12月22日の教室員総会で、一部修正され、可決、発足しました。

その後現在にいたる半年余、本規約に則り教室運営が行われていますが、素人規約の通例として、不備な点が多数露呈してきています。昭和60年3月、浜崎医局長の辞任に伴い、新医局長の迅速なる選出を要することになりました。しかし、迂闊にも、医局長の選出は、教室会議総会で行う現定しかなく、さりとて、全国に散っている教室員を、それだけの理由で召集する訳にもいかず、急遽、全員投票という形で仮選出をして、秋の総会で正式承認をうけるという非常手段を採用することにしました。前医局長は4月から転出し、医局長業務はとて不可能なので、早急に選出せざるを得ない状況なので、電話や、速達で立候補受け付けを行い、一週間後に締め切り、一名の推薦候補について、推薦者の、推薦文を添え、発送、その一週間後の定例医局会で開票しました。2、3日後に到着した分も含め、52票、満票信任ということになりました。しかし、あとで調べてみると、手違いで一部地域には発送されなかったといったこともあり、いろいろ問題を残すことになってしまい、選挙管理委員としての小生の不手際には、大いに反省するところであり、この紙面を借りて深くお詫びします。

さて、もう一つの規約の欠陥は、教室員をどのように定義するかという問題であります。6年未満の研修ローテーションの中に入っている人は問題ないのですが、それより古い年

代のメンバーはどう扱うか？ 明らかにO. B.として、いわゆる同窓会に含められる方もいますが、どちらなのか本人が判断しかねるケースもあります。具体的には、会費をとってよいのかどうかと、会計係から提起されました。この問題は、この秋の総会までに十分検討され、結論を達する必要がありますが、現在のところでは、本規約における「教室」とは、法令に基づく整形外科学講座を指すものではなく、これを含み、また関連病院や、これらの間の関係をも包含する組織と考えるべきではないかという意見が大勢とってよいと思われる。従って個々人が、自分は単なるO. B.であるのがよいか、または一定の会費を払って、教室の意志決定に加わるのかを決めることが必要になります。この場合の一定の会費とは、ローテーション中の6年未満のメンバーや、大学で教育、研究にあたる、教官や医員とは異なった体系が必要になると考えられます。その他不備の点が多かろうと思われるが、切角作った規約ですから、更によりものに変えていくべきでしょう。しかし、規約というものは、それが生きるも死ぬも、運用する人間の叡智にかかっているといったことも事実でありましょう。

1985年

学生臨床実習の新しい試み

大 島 義 彦

本年の医学部学生に対する整形外科の授業時間は、総論、各論などの講義が、専門の2年の秋からはじまって10月末までに100分授業が39回、計65時間、臨床講義は少なく、たったの4回、6時間半である。臨床実習は6～7名から成るグループが18組、それぞれ2週間ずつまわってくる。1グループあたり、祝祭日や臨時休業がない場合は、2週で60時間となり、全日は火、木、で月、水、金は午後または午後の一部に講義が組まれている。

これらの整形外科へ割りあてられている時間が他教科と比べて多いのか少ないのか、医学教育全体の中で考えてこの時間数は妥当であるか否か、また、講座毎に行われる縦割り式授業でよいのかなどの根本的な問題が沢山あるが、これはさておいて、当科の授業方式の試行錯誤の中で、昨年の秋から実施している臨床実習の新しい試みを紹介してみたい。

といってもそれはただ単に、臨床実習の場所と材料が足りないので、火、木の手術日及び1週めの土曜日に大学へ2名残して残り3～4名を比較的近距離にある当科関連病院へ出すということだけである。しかし2週間の中で、平均1人4回程度ではあるが、ひとりずつに切り離して、第1線病院の中で生活させることには、予測した以上の成果がありそうである。

臨床実習の基本は現物を体験することであり、その現物とは無論第1に、病める患者であり、それを診療しているスタッフ、設備、医療制度を含めた諸環境などである。本学の規模は余りにも小さく、当科のベッド数、約30床、手術部の能力も週に最大数件の手術しかできない、外来看護婦2名、病室ではニッパチどころではないといった看護体制では、120名の学生教育はとてむりである。そこで2、3年前から2週めの月曜日は、県立総合療育訓練センターの見学に連れていくことにしていたが、これは非常に好評であった。そ

してまた本学は、規模を小さくして安上がりを作るため、発足の前提として、県立中央病院での臨床実習が制度的に組み込まれていたことなどから、思いきって整形外科だけの「関連病院実習」を昨年秋からスタートさせた。しかし冬期の積雪期は、交通事故が心配なので、将来もっと近くに実習場所を確保できるまではとり止めざるを得ない。因みに、現在の実習病院は、済生会山形病院、吉岡病院、寒河江市立病院、県立河北病院の四カ所である。

臨床実習が終ると感想文を提出させることにしている。その中には学んだこと、臨床実習の反省、提言など何でもよいからどしどし書かせるよう指示しているが、書かせるのと話させるのとはちがって、けっこういろいろ書いてある。以下、少し抜粋してみる。

- 整形外科に対する認識が2週間で180°変った。
- 整形外科のレパトリの広さ、患者の多いことには驚いた。
- 整形外科はリアルの様でいて、全体像を把握することが頗る困難な科である。余りにも広範である。言い換えれば飽きない科である。
- 整形外科の講義は嫌いだ。ポリクリも期待していなかったが、全く予想に反した。
- 患者の全生活、人格を考えた治療を感じた。
- 大学病院外の実習では系統だった知識が習得できなかった。
- 疾患の頻度が把握できた。
- 総合療育訓練センターでの実習が最も印象的だった。
- 障害への偏見と冷たい優越感を捨てなければならないと思った。
- リハについてもっと時間を割いてほしい。
- 1人の患者のリハを含めた1日を体験したい。
- もっと手術をみたい。
- 大学病院での手術見学は退屈。
- 大学の検討会での意見交換が活発なのは驚いた。
- 整形外科の医局員はのびのびしている。
- 河北病院では、若い医師のチームワークのよさを感じた。
- 済生病院の医師の忙しさには驚いた。あれでよく身体がもつものだ。
- 体力が必要と感じた。
- 吉岡病院は食事がうまかった。(注:原則的には、院内食の給食を検食させてもらっている。ここは民間病院なので、特別な食事をたべさせてもらっているようだ。)

以上の臨床実習は、関連病院をローテイトしている若いDr.の、後輩へのサービスによって支えられるところが多い。実際やってみると、小生が考えたよりずっとよく面倒をみているようである。上記の感想文は、資料室にファイルしてあるので、各位とも一読されたい。そして、更に改善していくべく、積極的な提案を期待する。

1986年

治療法のメニュー

大島 義彦

サービス業にはいろいろある。我々の医業もそのひとつに入るが、いき届いたサービスはよいものだ。一昔前ひどかった市役所の市民課の応待は、最近はどこ市町村でも軒並みにサービスがよくなり、国鉄の検札をする車掌さんから、乗客を罪人視する態度が消え、更には、気のせいかわり証書かえの交通センターのおばさんの言葉使いもよくなったようにみえる。病院はどうだろうか？ 病院の外来は待つことがあたりまえ、入院したら患者の全生活は病院の型通りの規則が適用され、夕食は4時半に食べさせられ、特別治療食を除けば、全員が選択の余地なく同じものを食べさせられる。

小生も何回か入院経験があるが、病院などというところは、人権抑圧の最たるところ、間違っても入院などはしたくないと感じたのだが、病気になってしまえば、その点は妥協するしかない。それでも最近夕食時間は職員の都合によるのではなく一般社会と同じ、せめて5時半から6時に、それも保温トレイで少しでも温かいものを、更には何種類かの中から選べるようにしようという努力がみられはじめたことは、遅きに失した感もあるが、喜ばしいことである。

このように、paramedicalの領域では、サービスは少しずつ改善されつつあるように思われるが、medicalの部分では如何なものか？ 医学の進歩はそれ自体サービスの向上になる場合も少なくないが、医療の現場では患者のためになるように適用されているとは、必ずしもいえないのではなからうか？ 医学の細分化、専門分化は、ともすればサービスの低下を招いていることも少なくはないのでないかと思われる。病める患者を救うためには、何といても正しい診断が基本的に重要であるが、どんなに医学が進んでも100%診断し尽くすことは不可能である。また、その治療法は、実に多様である。疾患によっても異なるが、多くの疾患は、それぞれの時代に、その時点で最も適当とされる治療法の大方の合意がない訳ではない。即ち、我々医師の側からのお勧め品が、かなりはっきりしている疾患もあるのであるが、それをおしつけることで全ての患者が救われる訳ではないことを銘記しなければならない。「病気を治すのではなく、病める患者を救うのである」は、なかなか実践され難い。

「治療法を患者の前であれこれ並べて、徒らに患者を迷わせてはならない。医者というものは、最良の治療法を自信をもって提示しなければならない」ということを最近何回か耳にした。私はこれとは全く逆の考えである。2椎間にわたる脊椎症による頸部脊髓症を例にとろう。この場合の私のお勧め品は、早期の除圧手術であり、それも脊椎管拡大術である。病気の成り立ちを、模型を用いて判り易く説明した後、それぞれの発症要因に応じた治療法を話す。圧迫物を取り除く(前方除圧)、圧迫から脊髓を逃す(拡大術、alignmentの矯正)、動的因子を除く(固定)などを適宜説明し、手術が厭なら入院して頭蓋牽引やギプスベッドなどによる頸椎の前屈位での固定、入院もできない人はcervicothoracic brace前屈位を保つ、などの次善と思われる対策を並べる訳である。手術療法は、自分の実績に基づいた治療成績、手術に伴う危険は隠さず、できるだけ正確に伝える。また同時に脊髄

圧迫を放置した場合の脊髄障害が少しずつ非可逆的変化を起し、晩期に治療しても間に合わなくなることも説明する。外傷の際の易損傷性も話す。患者は当然迷い苦しむことになる。しかし、迷い苦しんであたり前、私が同じ立場に置かれても同じこと、苦痛が少なく、少しの犠牲で、安全に活動できるようになるまでは、仕方がないのである。医者と一緒に苦しむしかないのではなかろうか？そして常日頃から最善を尽くすべく研鑽するしかないのである。このようなプロセスの結果、殆どの場合、私の最良のお勧め品に落ちつくことになるのであるが、中には手術治療の結果よくなった人を何回ひきあわせても、頑として手術は厭だという患者も居ない訳ではない。医者によってはこのような患者を怒鳴りつけたり、診療拒否したりすることもあるらしい。それは実にうまくないことである。手術をずっと拒否している患者は現在のところ全員装具治療をしている。fixedのatlantoaxial dislocation例にはcervico-thoracic typeでhair bandによる前屈防止装具を、spondylotic myelopathy例には、前屈位保持のための同じくcervicothoracic typeの装具をつけている。後者は装具をつけると肩こりが出るのとことで、顎髭を伸ばさせ、それをシャツまたはバンドに結びつけ、前屈位を保持することを思いつき、患者から喜ばれている。顎髭は1ヵ月1cm伸びる。1年かかって12cmになり、威力を発揮している。症状は、軽度改善したまま、不変であるが、身のまわりのことは自分でできるし、少しはよくなり、また進行してこないの、いくら脊髄症の非可逆性について説明しても、手術を受けようとはしないのである。

治療メニューを、松、竹、梅といろいろ並べてみても、それはムンテラのやり方次第、どちらへでも誘導できるのではないかという反論もあろう。それはその通りである。しかし、限界はあろうが、できるだけ客観的に説明しようと努力して、最終的には患者に治療法を選んで貰おうとするのかしないのかは大違いである。

私は、このように、なるべく多くの治療法のメニューを並べようと考えている。簡単な疾患は、それなりに省略するが、基本は変わらない。

1986年

た か が 一 週 間

大 島 義 彦

脊椎の単純楔状圧迫骨折で、圧縮率が50%を超えないような、即ち保存療法の適応となる症例の治療法が話題になった。私は、可能な限り早期に矯正ギプスを装着して、体幹及び四肢の体操を行わせるようにしている。しっかりしたギプスを巻けば、痛みは非常に軽くなり、日常生活には殆ど困らなくなる。高齢者の場合は、できれば受傷日のうちに巻きたい。このような場合は一度臥床してしまうと、起き出すには何日もかかってしまうからである。

巻き方は、サラシで角状後変部を吊り上げて矯正し、前上腸骨棘から腸骨窩と胸骨及び前胸部と角状後変部の三点をよく押さえる。恥骨結合までかける必要はないし、そうするとADLがかなり制限されてしまう。効き手側の肩甲骨部のギプスは切除し、排便のあと始

未が自立できるように配慮し、呼吸抑制がこないようにするため、腹部は大きく窓をあけることにしている。ギプスはふとん乾燥器で、できるだけ早く乾かす。これをやらないと苦痛が長期続き、高齢者では風邪をひくことにもなる。

このようにして、しっかりしたギプスが巻けると強い痛みがなくなるので、二、三日経過をみて、退院させることもできる。例え入院していても、病室でのnurse careが殆どいらなくなり、別により多くの重症者を入院させることもできるのである。内臓損傷が強く疑われる場合は、それがはっきりするまで待つことは当然であるが、それ以外は、何日もベッドにしばらくつける必要は何もない。

ところが教室の多くの（又は何人かの？）若い諸君はこういう。即ち、「たかが一週間の違いでしかない。そこまでの必要はないのではないか」と。「それにcast syndromeも心配だし」と。後者に関しては、そうなのかも知れないが、昔の側変症ギプスや、いわゆるgrobe Gipsverwandなどではみたことがあるが、私の方法で巻き、直後からどんどん積極的に動かした場合も起こるのかどうなのか、経験がない。私は、痛みをとって、どんどん動かせば、cast syndromeは起こらないと考えているのだがどんなものだろうか？ギプスを巻いて、具合悪い場合はすぐ割を入れればよいだけの話である。具合よくなったら包帯で元通りに締めればよいのである。文献にあることについて注意するのはよいが、それを機械的に鵜呑みにするのはいただけないし、それ以上に、たかが1週間と言ったものの考え方には恐れ入るばかりである。この小文に対する読者のコメントを待ちたい。

1987年

進行癌の告知について

大島 義彦

本稿は、提出期限の迫った新潟大学同窓会誌に投稿してしまい、二重掲載になってしまいました。本来の意図は、これを当教室の方々に読んでもらうことになりましたので、少し変えて再掲させていただきます。

悪性腫瘍の発生が、相対的にか、絶対的にか、ともかく増加してきたようである。当教室の脊椎グループが力を注いでいるテーマの1つが、転移性脊椎腫瘍であることもあって、悪性腫瘍、それも進行したものを扱う機会が多くなってきた。この場合の我々の立場は、残された期間を、できる限り苦痛が少なく、より快適に、ADLを少しでも向上させ、ひいては延命効果につなげようとするものであるが、考えようによっては、残念ながら、何とも姑息的な、ということにもなる。しかし、悪性腫瘍によって破壊された脊柱、四肢骨から生ずる激しい痛みは、手術によって、殆どの例に、かなり軽減できることを考えると、むしろ、確実に効果が期待できる、やり甲斐のある手術であるともいえる。さて、初期の目的を達した患者が、もっと十分ハビリを受け、完全に治るまで入院していたいといって我々を困らせることが多い。こちらとしては、残された寿命の間で、現在が最も具合のよい時期なのに、とか、せつかく死ぬ前の最後のまとめをする最後の機会を作ってやったのにとか思うのであるが、そんなこととは知らない患者は、途中で追い出そうとするなん

て、何と薄情な医者だろうと感じる訳である。救命を目的とする治療では尚更であるが、姑息的治療のためとはいえ相当な犠牲を強いる治療法は、悪性である旨の告知なしでは、非常に困難となる。まして患者が医師である場合は不可能に近い。

今日、本邦では、進行癌の患者には、悪性腫瘍である旨の告知は行わないのが通例である。15年程前、新潟で開かれた癌治療学会々長講演で外科の堺教授が、「癌を患者に告知すべきか」という話をされたことを思い出す。堺教授はその後まもなく他界された。医者が医者を騙すときは、徹底して行われる。手術後、本人には、他病院で摘出した他人の良性胃潰瘍の胃をすり替えて、呈示したと聞く。講演をされたときは、自分自身の真の病名は知らなかったとのことである。

当教室第2号に、当科川村前婦長が、当科の医師16名、看護婦14名に行ったアンケートの結果が載っている。それによると、告知を希望する者が30名中20名ということであった。ところが、結婚している人10名中半数が告知希望であるのに対して、独身者は18名中14名と、両者に差ができた。この結果は、小生には意外であった。扶養者の有無によるものでなく、単に年齢差なのか？。

あるとき、若い看護婦さんに告知問題について質問してみた。彼女は、「私の場合は、知らせて欲しくない」とのことであった。そこでうっかり「あなたみたいな独身者の場合は自分のことだけ考えていてもよいだろうが、夫や子供が居る場合は、生きていうちに少しでも何かしてやる、言うてやることではないか？。何もできないで死んでいくなんて、耐えられないのではないか？」勢い余って、「それは、自分だけ幸せならよいという身勝手さなのではないか」といってしまった。ところが運悪く、彼女には既に子供も居たのであった。人間は誰も子供のためにだけ生きていうのではないと喰いつかれ、凄い勢いで睨みつけられてしまった。結婚して、愛児にも恵まれ、今や幸せの絶頂にある彼女に、死の問題を迫ったのは、ドジなことであった。

己の存在を完全に抹消されることは誰も歓迎しない。しかし同時に、それは避けられないことも知っている。多く人は、どうせ死ぬのなら或程度年をとってから、或日突然あつという間に行つて欲しいと考える。しかし、まだ活動性が十分残つてるときはもつたない。でもできれば高齢になって身も心も同時に機能が低下してきて、「もう眠いから、静かに眠らせてくれ」といって、速やかに永遠の眠りにつくのが望ましい。いずれにせよ、死の予告は願ひ下げたい。しかし、そううまくいくとは限らない。

また別の人に聞いてみたことがある。「入院治療を受けているあなたは、真の病名を知らず、大して意味もない病状の変動を一喜一憂している。事情を知っている見舞客は白々しいことを言つて腫れものに触るようにして帰つてゆくといった情景と、もう1つは、病名は医療チームの他は本人しか知らない。本人は、時期をみて、自分が知らせたい人だけに自分で伝える。大部分の人は知らない。さあ、どちらを選びますか？」こんな風に設定すれば、当然彼女も「後者がいい。」「断然いい。」と答える。ムンテラの1つである。この問題は、状況の設定具合で答は随分異なつてくる。即ち、根治の可能性の有無、年齢、余命の予測、仕事、家族関係等々である。

小生の周りにも、いろいろな逝り方があつた。新潟大学時代の親しかった某医師の場合は印象的であつた。それは、2-3年前朝日新聞にスクープされ、全国版に報道されたの

でもあったが、主治医から進行した直腸癌である旨を知らされた奥さんは悩んだことと思う。中学2年の息子の、「お父さんは医者だ。やり残した仕事も多い筈だ。お父さんには知らせてやるべきだ。」という主張によって、本人に知らせることになった。その医師は、「このような息子を持って幸せだ。」とって大いに喜ばれたとのことであった。癌の進行はかなり早く、殆ど残された仕事には手がつかなかったと聞いた。或人はいう。それは立派な医師だからであると。確かに先生から、立派な方で、小生も大いに尊敬していたのであるが、このような場合、別様な考えがあるとすれば、「どうせ死ぬのだから、黙っていて欲しかった」であろうか。そのような情景は小生の頭にはどうしても浮かばない。

進行癌を、本人には内緒にして、家族に伝えた場合、本人に不利益が生ずる場合がある。卵巣癌の嫁さんが離縁されたり、資産家の家族や親戚の遺産争いに巻き込まれたり、よく小説のネタにもなるものである。実際に小生のまわりでも、そのような事件が何件もあった。我々の気づかないことも少なくないのではなかろうか。御存知、診療上知り得た秘密を他人に洩らした場合は、医師法で罰せられるのであるが、このことで問題になったと聞くことは、今のところない。

欧米では本人への告知率が著しく高いようである。これは宗教の違いによるといわれている。確かに日本人は無宗教が多い。天国や極楽をどこまで信じているかということは、この問題に少なからず関係あると思うが、果たしてそれだけであろうか。小生には、むしろ、自分のことを自分で始末するという己の確立度によるところも大きいのではないかと思えて仕方がない。付和雷同型の思考、宗教に限らないが、自分自身の倫理観、行動の規範がなく、他人任せ、といった面が目につくのである。先日のどこかが行った、日米の大学生の意識調査では、やはり日本の大学生の、知的水準は、中曽根首相が何といおうと、米国より、かなり低いのである。この国民性は、一旦、道を踏みはずしたこわい、戦争をひきおこした反省は、西ドイツのそれと比べるとまるでちがうのである。小生には、これが癌の告知が低率であることと、ダブって感じられ、ぞっとすることもある。

製薬会社の雑誌に読売新聞の抜粋が載っていた。

自分が癌になったら「知らせて」64%

家族が癌になったら「知らせぬ」66%

読売新聞社が5月16、17日の両日行った身近な医療とガンに関する全国世論調査によると、「あなた自身にとって、いま一番おそろしい病気は」という質問に対して、癌という答えが54%、エイズ10%、心臓病7%、脳卒中7%、肝臓病2%、という回答があり、癌に対する恐怖心の強いことがわかった。

次に、「癌になった場合の治療」については、ほとんど治る3%、発見の時期や癌の種類によっては治る場合がある80%、治る見込みはほとんどない15%、となっている。

「癌にかかるのではないかと不安を感じるか」という質問には、よく感じる7%、ときどき感じる41%、とくに感じない50%、という回答があった。

一方、「癌の告知」に関しては、自分が癌にかかった場合、知らせてほしい64%、知らせてほしくない27%、家族が癌にかかった場合、そのことを本人に知らせる19%、知らせない66%、となっており、自分の場合は知らせないと、告知問題のむずかしさの一端がうかがわれる。(読売新聞 6月15日・夕刊)

この結果は、愛する家族には、できるだけ、余分な悩みは与えたくないという思い遣りの現れと解釈できる。ともかく大雑把に言えば、3分の2の人々は、自分の場合は知らせしてほしいと考えているといえる。我々はこれをどう受けとめるか。現状では、固定観念に捉われて、それを避けているのである。はじめに家族に話せば、このアンケート通りとしても3分の2のケースでは、告知しないでくれということになる。死人に口なし。話さない方が無難と考えてしまうのだろうが、もし口があったら、化けて出ることができるなら、夜な夜な出てきてこういふだろう。「無念なり、そうと知れば、もっとやりたいことがあったのに。おのれ、よくも騙したな一、恨めしや一」。そんな風に思えて仕方がないのである。

転移癌患者同志で登山に挑戦するような、爽やかな便りが日常的になるよう、努力したいと考えるのであるが、小生自身、はっきりと告知したケースは、まだないのである。せいぜい、癌の可能性があると、癌ではないが、癌みたいなものと話す程度であった。

3分の1の人達は知らせてほしくないという。これを無視する訳にはいかない。何かいい方法がないものかと、考えてみた。そこでいいことを思いついた。それは、全患者の入院時に記入してもらおう問診カードを作り、入院保証書などと一緒に出してもらおうこととするのである。そしてその一隅に、告知の希望の有無を書かせたらどうだろうか。あたりはずれは多少はあるだろうが、相当参考になる筈である。そして、勇気をもって、どんどん告知していこうではないか、むろん告知した場合は、最後までとことんつき合うことになるのだが。

1987年

「山形スポーツ医学研究所」設立準備経過報告

大 島 義 彦

文明の進歩と共に、スポーツ医学に関する各界からの関心が高まり、我々整形外科も、スポーツにおける疾患に従事通りに、整形外科クリニックを訪れる患者を一般整形外科臨床の一部として治療しているだけではすまされなくなっているようです。

専門分化というものは、進歩には必要な側面でもありますから、これはひとつ正面から受けとめて、従来、大部分のスポーツ障害を扱ってきた整形外科が主体となって「スポーツ医学」を形作っていくべきであろうと考えました。そして当教室の運営委員会でも話し合わせ、今回の中間報告のような段階まで辿りつきましたので報告します。

この組織はできるだけ早期に財団法人の認可を受けて活動する予定ですが、当面は社団医療法人で出発することになりそうです。

研究は整形外科だけでなく、内科、基礎医学教室、教育学部体育科などとの協力において行われる予定です。

蔵王診療所の貸与は12月予議会上程される予定です。

山形スポーツ医学研究所設立趣旨

I. 現代生活におけるスポーツ及びスポーツ医学研究の意義

近代文明の発展は、人類の生活をより豊かなものに変え、乳児死亡率の低下と共に、青壮年の平均余命の延長をもたらした。しかし、同時に、失ったものも少なくない。

人間は、人間自身が作り出した環境のあまりにも急激な変貌に適応できないでいる。また、その生活環境自体、生物学的にみてかなり歪んだものでもある。このような環境の変化は近年、速度を速め、人間が生活するのに適した本来の環境から益々離れたものになりつつある。これにより人間の機能のある部分は、退化しつつあると考えられている。筋肉を例にとれば、筋力の現状維持のためには1～2週間に1回、最大収縮を要するという。子供を除けば、現代の生活環境に住む成人は、殆どこれを行っていない。即ち、人間の本来の機能が発揮されず、少しずつ退化している。問題は不足だけではない。兎小屋に住む働き蜂といわれる日本人は、多すぎる肉体的及び神経ストレスに起因するフラストレーションによって種々の疾患に陥っている。

戦前、及び戦後のしばらくの間の疾病構造をみると、低栄養を基盤にした感染症が主なものを占めるに反し、現代のそれでは、高血圧、心臓病、糖尿病、頸肩腕症候群などのいわゆるストレス病が大半を占めるに至っている。

この問題の解決策の1つ重要な柱は、スポーツの振興である。競技スポーツのハイレベルのスポーツ選手の養成も重要であるが、それ以上に、学童青壮年、中高年層の全てにわたる人々の日常の健全なスポーツ文化の育成が肝要である。そして、これらのために、その基礎となるスポーツ医学の研究体制の整備は、まさに現代の重要な課題である。

II. スポーツ医学研究の現状

スポーツ医学の歴史は、それほど古いものではなく今後の大きな発展が見込まれる学問領域である。本邦においては欧米の現状に比し、一定の遅れを認めざるを得ない。

日本体育協会は昭和57年、スポーツ医学の普及、スポーツドクターの資質の向上などを目的として、日本体育協会公認スポーツドクター制度を施行し数多くの専門医を作り出している。一方、日本整形外科学会も昨年スポーツドクター認定制度を発足させ、専門医を養成している。

一方大学の附属病院をはじめとする全国各地の基幹病院にはスポーツ外来が設置され、スポーツ障害の診療、スポーツの医学的指導にあたっている。

本県においても同様の外来がもたれているが、それらのスポーツ医学従事者によって、昨年、山形県スポーツ医学研究会が作られ、積極的な活動がなされている。昭和67年の紅花国体の開催を控えて高揚しつつある、本県のスポーツ文化に対応するものとしても意義深い。

スポーツ医学は、単に競技スポーツに対応するだけでなく、スポーツを通じ、人間の健康を増進させるためにあることは言うまでもない。スポーツによって健康を増進させるためには、各人の体力、内臓の機能に応じて、その量と質が決められなければならない。ジョギング大会での突然死はスポーツの医学的管理の不足によるものと言える。スポーツは病気の治療法としてもしばしば威力を発揮する。高血圧、心臓病などでは、以前は、スポーツを禁じてきたが、状態により、時期により積極的に治療の一環としスポーツが指導されるようになった。生きものは適度の負荷により、機能の強度が得られるという生物学

の原則からみても、容易に理解されるものである。重要なことは、各人の身体の状態、置かれている環境、好みなどに合わせ、現代の循環器学の最先端の専門分野のバックアップによる運動やスポーツの適切な処方となされていることである。

また、高齢者社会を迎え、寿命の延長と同時に追求させるべき問題は、心身機能の健全な維持である。高齢者といえども、適度の精神的及び肉体的なストレス負荷により、機能の退化の抑制を、時には増進を果たすこともできる。寝たきりになる前に、呆けに陥る前に、適切なスポーツ処方を通じてスポーツ文化の育成が計られる必要がある。

Ⅲ. スポーツ医学研究所の概要

1. 設置場所

山形市蔵王温泉地区

山形県のスポーツ環境の特筆すべきは、蔵王スキー場を代表するスキーである。また、蔵王温泉地区には体育館やグラウンドの設備の他、スポーツに適した豊かな自然環境に恵まれ、また同研究所の重要な関連機関となる山形大学医学部にも比較的接近していることなどによる。

2. 整備するスポーツ医学部門

- 1) スポーツ生化学
- 2) スポーツ病理学
- 3) スポーツ生理学
- 4) スポーツ循環器学
- 5) スポーツ障害学
- 6) スポーツ心理学
- 7) トレーニングジム
- 8) 附属診療所
- 9) その他

3. 設 備

- 1) トレーニング用具一式
- 2) テッドミル
- 3) 心電図計各種
- 4) エルゴメーター
- 5) 筋電計
- 6) 運動解析機器一式
- 7) X線テレビ
- 8) 血液ガス分析器
- 9) スパイロメーター
- 10) その他

4. 研究内容

研究の内容は時代の変遷に応じて変化するものであるが、現在考えられるものは以下のとおりである。

- 1) スポーツ医学基礎研究

神経、筋肉、骨、軟骨、靭帯、血液、代謝、ホルモン、心、肺、血管、スポーツ心理など

- 2) 学童、学生のスポーツの医学的指導
- 3) 青壮年のスポーツ医学的指導
- 4) 高齢者の運動処方、スポーツ医学指導
- 5) 競技スポーツの医学的管理
- 6) スポーツ外傷の治療、予防
- 7) 心、肺のスポーツ医学
- 8) スポーツと栄養、代謝
- 9) 障害児者とスポーツ
- 10) スポーツのバイオメカニズム

5. 運 営

山形大学医学部、教育学部などから広く研究スタッフを受け入れ、スポーツ医学の研究を行う。

スポーツの現場や医療機関と密接な連携をとり、現場からの要請に応える体制を整備する。

山形県、山形市、及び蔵王温泉地区と十分協議を行い、市民のスポーツ文化の正しい発展に寄与する。

年報を発行する。

昭和62年 9月29日
山形市長
金沢忠雄殿

山形市スポーツ医学研究所
設立準備会代表
浜 崎 允

蔵王温泉診療所施設の貸与について

昭和67年のべにばな国体を控え、本県においては県民のスポーツに対する関心は一層高まってきています。スポーツが、国民の、健康で文化的な生活を推進する上で果たす役割は多大なものであります。

今般山形大学のスポーツ関連部局が中心となり社団法人山形スポーツ医学研究所の設立を準備し、あわせて臨床部門（蔵王診療所）の整備を計画しております。尚、概要は別冊の設立趣意書及び定款の通りであります。

つきましては、山形市で運営している蔵王温泉診療所を本研究所へ貸与されたくお願い申し上げます。当診療所は、冬期間のスキーなど、スポーツのメッカ、蔵王地区にあり、本研究所の臨床部門の設置には適しております。

本研究所に移管された場合の蔵王診療所は、整形外科と内科が中心となり、医師の常駐体制の下に、地域医療の充実と、レベルアップを図ると共にスポーツ愛好者、中高年のスポーツ活動におけるスポーツ医学臨床、メディカルチェック、トレーニング指導を新たに行っていく計画であります。これらの事業は、山形大学のスポーツ関連部局の全面的バックアップにより行われ、観光とスポーツの蔵王温泉地区の発展にも大きく寄与するものと確信いたしております。

1987年

日本整形外科学会の定款改悪の動きについて

大 島 義 彦

日本整形外科学会は、現在の他の医学部に比べて、より進んだ定款をもち比較的民主的に運営されています。日本では、今般のノーベル医学生理学賞受賞の利根川氏が指摘する如く、若い人が自由に独創的な仕事をする環境に乏しいと考えます。簡単にいえば、ポスの専制支配が強いということです。現在、以下の如く、日整会においては、文化退行現象がみられています。

先般、小生は策謀にはまった(?)ためかどうかわかりませんが、迂闊にも評議員選に、はじめて落選してしまい、今春の評議員会に出られませんので、次掲のような申し入れを日整会長に行いました。今後の参考になれば考えて掲載します。

資料 1

日整会評議員選挙方式の改変及び理事長について

山形大学医学部整形外科 大 島 義 彦

昭和61年第4回定款等検討委員会議事録には見逃すわけにはいかない、重大問題が少なからず含まれています。以下、その問題点を挙げ、昭和62年2月18日付けの田島会長からの会告「案」にも関連して、意見を述べます。宜しくご検討下さい。

評議員選挙加熱防止策として「被」選挙権の制限

委員会では、増票工作として外科医などを入会させるような不正行為を防ぐために、このような方策を考えたものと推察します。選挙から非認定医を締めだせば、確かにこれは防ぐことができます。いくら目的のためとはいえ、これは相当乱暴です。「被」選挙権を剥脱することは、正会員でなくすることを、意味します。従って、これは、本会の存立基盤をひっくり返す大改革、即ち日本整形外科認定医会の誕生ということの意味します。日本整形外科学会の将来を担う若い会員を締め出すとは、検討違いも甚だしいことです。むしろ、若い会員の代表が出てきていないことが問題です。従って、非認定医だけの、若い会員だけの、選挙区分を設けて、その会員数に比例した評議員数をもって全国区で選挙したらいかがでしょう。日整会が一層活気づくことと思われまます。

選挙の加熱はともかく、選挙が熱っぽく行われることは悪いことではありません。一般会員の意志はこのような機会にこそ最も良く汲み上げられるのですから、評議員候補者は所信を具体的に表明し、会員からの注文をしっかりと受け止めなければなりません。これらが熱っぽく行われることは日整会の発展にとっても必要なことです。これをないがしろにした選挙は、単なる派閥や同門による締めつけに終わり、票の貸し借りや売買にまで堕ちてしまいます。

大学教授＝評議員 80議席「過半数」無選挙

大学教授には無条件に評議員の席を与えるとは時代錯誤も甚だしいのですが、委員会は

現在の選挙制度が作られたときの精神をどのように受け止められているのでしょうか。この指定席の設定は選挙という民主主義にとって最も重要な要素を、真っ向から否定するものです。現在の選挙制度が作られる以前は、教授即評議員という慣行のもとで、日整会は大学教授を中心とする一部の勢力によって専制支配を受け、そのため多くの問題が発生し、それではいけないという反省のもとに圧倒的に多数の会員の声によってこの制度が誕生したのです。そして大学教授といえども、会員のひんしゆくをかうような非常識なことをすれば、評議員になれないかもしれないという緊張が、日整会を、十分とはいえませんが、浄化してきたのです。また、それは日整会に留まらず、大学教授と医局員、同門の勤務医や開業医、更には、大学から医師の供給を受ける医療機関と大学教授の関係さえも変えつつあるのです。

教授＝評議員は日整会のクーデターに匹敵することです。

残り分を職制〔？〕別、地域別に選出。真の選挙とはいえず、推薦制に近いもの

改革案によれば、評議員定数160から教授指定席分80を差し引いた、残り80を大学、勤務、開業別にそれぞれ20、30、30の定数に分け、それを更に従来の地区毎に選出するといったものです。これにより試算すれば、例えば東北地区の本年度の評議員定数は、大学1～2、勤務2、開業2となります。

凡そ改革案といったものは、現状の問題点の指摘とそれを改革する方策のメリット、デメリットに関する分析があるだろうと思われませんが、ここにいたっては、どう考えても、委員会は選挙制度を全面的に否定しているのではないかと考えざるを得ません。会員を、そもそも、開業医はともかく、勤務先によって大学とその他とを区別することができるのでしょうか。時間の一断面ではできたとしても、どのような意味があるのでしょうか。このように選挙区を細分化したものは、もはや選挙とは名のみで、推薦制度といった方が良いものです。

学会長候補者推薦方式変更、評議員会→会長任命の学術委員会

従来は評議員会で学会長の候補者が推薦され、投票で選出された最終候補者が総会で承認を受ける形がとられています。しかし、この改革案では、学会長の任命する学術委員会で候補者が推薦されるため、学会長の権限が著しく強化される一方、評議員会のそれが、益々弱くなることとなります。一部の権力者が日整会を支配するには都合のよい方法です。更に驚くことには、「あるいは」付きですが、学術委員会で推薦された候補者を理事会で決定し、評議員会で承認するとのことで、どちらにしても、現行の総会での承認を要する事項をこっそり削除しています。一般会員をないがしろにするのも甚だしい方式です。

理事長制導入

田島会長の、「会長は、学術集会の準備で忙しく、他の重要問題にまで手が回りかねる。」また、「会長が一年毎に代わるため、一貫した学会の方針が貫徹され難い。」という指摘に異論がある訳ではありませんが、前述の種々の問題と併せて考えると、理事長制の導入には賛成できません。即ち、日整会の責任者の任期が延びただけ、非民主的学会運営が固定

化される恐れが生ずるからです。従来の制度では、上記の欠陥があった反面、会長に多少問題があっても、一年経てば修正されることも多く、比較的健全に運営されてきたのだといえます。従って、「他の重要問題」は各種委員会の人選を適切に行い、理事会は評議員会での議論を尊重しながら一層の努力を払うなどによって対処されるべきと考えます。

一般会員の意向に反する定款改革案

今回の定款等検討委員会の改革案は、歴史の流れを無視した大改悪案であり、到底一般会員に受け入れられるものではありませんが、報告のなされかたから察するに、理事会の一部にも同じような考えがあるのではないかと危ぐ致します。この改革案は絶対に認める訳にはいきません。

日本整形外科学会 会長 田島達也 殿
同副会長 増原建二 殿
定款等検討委員長 広谷速人 殿

資料2 社団法人日本整形外科学会、昭和61年度各種委員会報告、P26より

I. 理事長制について

イ. 委員会で得られた暫定的具体案の骨子は次の通りである。

- (1) 法人の代表である「理事長」は理事の互選とする（任期は当然2期4年まで）
- (2) 理事はその定数を20名に増員する。理事を学術担当4名（春、秋の学術集会の会長、副会長）、その他16名とする。前者については、現在の基礎委員会のような一つの委員会を設けてそれぞれ複数の候補者を理事会へ推薦し、評議員会の議決を経て総会において決定する。なおこの学術集会選出委員会の構成、選出方法については、未だ十分討議されておらず、成案は得られていない。後者の選出方法として、16名中7名は各地区よりそれぞれ1名、残り9名は従来通り全国的レベルで評議員会において選出する案（ただし立候補制、その際、理事選挙管理委員会が必要）が考えられる。

理事長、副理事長（理事長指定）、数名の理事（理事長指定）は常任理事会を構成、会務を迅速かつ円滑に遂行する。

- (3) 評議員の選出に対しては、従来の地区別だけでなく、職制別（大学、勤務その他、開業）も組み合わせる。その際の各地区ごとの職制別選出比は、ほぼ現状の4：1：1か、会員構成比と考えられる1：1：1か、100：30：30（80大学より少なくとも1名、主任教授）かについては意見の統一は得られていない。それよりもまず、民法上規定のない評議員ないし評議員会の法人組織における性格ないし機能を明確にする必要があるとされた。

1987年

認定医の流行について

大島 義彦

2年前、リウマチドクター、スポーツドクター問題で、日整会が大揺れしました。その際雑誌に投稿しようかと考え、第2稿まで書いたものがみつかりました。もう少し推敲して、と考えているうちにしまい込んでしまったものです。読みかえしてみても、現在でも通用すると感じましたので、教室の方々に披露させてもらうことにしました。

リウマチまたはスポーツ認定医制の問題では、立場によりさまざまな見解があります。臨床整形外科医会のメンバーは、特に危機感をもち、体協や、日本リウマチ学会の動きを中和させ、また自分も安易な方法で乗っかってしまおうとして、日整会の同制度の発足を推進しています。自衛措置としては当然でしょう。日整会認定医制の発足のときも同じ動機により、自己の権益の確保（一般論としては容認されることですが）のため、作ろうとする制度の最も重要な理念をぶちこわす方法（大盤振るまい）で、ちゃっかりと乗っかってしまいました。

また、中和されることを好まない、日本リウマチ学会の有力者や体協スポーツDr. は当然日整会の同様の制度の発足には反対であると考えられます。

これらとは別な立場の人達は、医学の専門分化にあわせて、どんどん認定制を作っていくことには大きなとまどいを感じるとされます。とまどいとは、際限がなくなるとか、縄ばりのオーバーラップで混乱するとかいったことなどです。

これに含まれる人達は良識派といったところが多いだろうと思います。しかし、この最後の立場の人達はいささかあいまいで、説得力が弱いように思われます。

文化の進歩の一つの側面である専門分化は過去においても、様々の縄張り争いを生んできました。骨髄炎が外科から整形外科へ移ったときも今日のリウマチ認定制と似たようなトラブルがあったのだらうと思われます。日本整形外科のレパートリーの広さはそれなりの歴史がある訳ですが、人口の高齢化と共に、患者の激増が予想され、今や、最も、もてる国になっているのだらうと思われます。一方、外科は、どんどんやせ細り、ちょうど現在の整形外科王国が、関連領域から受けている攻勢を既に経験し終わり、一部は卒業、一部には尚被害者意識が残っているように思われます。

この最ももてる国、整形外科の縄張りをおかされたくない、という考えが今回の動きのベースとして共通してみられます。またこれも心情的には理解できます。

広い整形外科の領域は今後少しずつ分化独立していくことと思われます。この分化は単なる分離独立でなく他の部分を含めた統合でもある場合も少なくありません。リハビリテーションや形成外科もそうであつたし、スポーツドクターも、そうなるのかも知れません。

このような動き自体は進歩には必要なことであり、反対すべきものではないと考えます。

問題は別のところにあるかと思えます。

臨床医学の専門分化は、最近、新たな段階に入ったことに留意する必要があります。それは、制度として『認定』するということです。

この認定制度の大義名分は、或分野で一定の知識と技術を備えた人間を、そうでない人間と区別して明らかにすることで、これが、正しく行われる場合は、国民にとって利益となることかと思えます。平たく言えば、個々の医師の臨床的能力が正しく表示されると患者にとって役に立ち、またそのような状況では、医師が、積極的に勉強するようになるということになります。現在は医師法の標榜に関する法律により、制限をうけ、せいぜい、医事裁判上、認定医にはメリットが出るといったところといわれています。

この点に限っていえば、その表示に偽りが無いという前提に立てば、認定は肯定され、むしろ好ましいことではないかと思えます。

しかし、この附帯条件が満たされない場合、役に立たないというよりむしろ有害であるといえます。

認定制度は、若い医師の勉強の目標の設定になるから歓迎するという声も少なくありません。

とくに最近の学生の自発性のなさ、のび切ったゴム化傾向の中ではこの程度のスプーンフィーディングは必要なのかも？

認定に伴う知識・技術の標準化は全体のレベルを上げる上では大いに役に立ちます。しかしこの標準は常に医学の進歩と共に変革されるという、機構の裏打ちが必要です。

一方、認定は、区別をすることを意味し、これはどうしても排他につながり、境界領域の稀薄化、又はオーバーラップによるトラブルの増加を招くことになります。

しかし、これらの多くは、認定技術の止揚、大盤振舞いの排除、充実した継続教育体制の整備などにより、かなり解決されるものと考えます。

(実際には、発足させる際の政治的かけひきにより骨抜きにされることが多いのですが！)

以上を我々の内的状況としますと、次に述べます医療制度という外的状況があり、これは我々の制度の運用などで解決ができない、重大な問題であると考えます。

政府は、急増する国民医療費対策として、

- ① 患者負担増による受診の抑制
- ② 医療機関の再編及び新設の制限による医療費の抑制
- ③ 診療報酬の見直し

などの作業を開始しており①による効果は、絶大でありあつという間に、悪名高き3大赤字の一つである健保を黒字に変えてしまった程です。しかし国民の所得の相対的低下の続く状況下ではこれ以上の直接時負担増は政治問題となるため、私的医療保険制度の導入、拡大が進行しつつあります。

医療機関の再編は、医療技術革新にとりのこされた、中小医療機関は現在の医療報酬制度の中で整理されはじめ、無床診療所か、ベット数200~300以上の病院にするかの選択を迫られつつあります。また、国立病院は、高度先進医療を認める代わりに、量的には縮小し(赤字国立病院のスクラップ化など)、各県の中格公立病院は不採算医療を補充する後方病院と位置づけ、あとは今、流行の「民活」——私的医療機関に全て任せてしまうといっ

た、医療の社会化とは逆方向のものになります。採算部門の民营化は、他の分野でも問題化していますが、公的医療機関の量的縮小、私的のその量は拡大は、診療報酬の切り下げとは共存し易い面もあります。現在でもいわゆる「経営努力」によりかなりの所得をあげることもできる訳ですが、このような医療の商業化は医療の質の低下をもたらす危険が非常に大きくなります。

診療報酬の引き下げは簡単にできることではなく、全体を下げたらどこか一部を少しあげて形を整えるといった具合になり、そこで考え出された「技術差額」の導入があり、学会認定医制を活用（悪用？）するという動きが活発化してきました。

高い技術に対し多くを支払うことでなく、技術格差を利用して、全体を下げるというものですから、うっかりしてられません。種々の認定医制によるお家元の乱立は厚生省にとってはまさに御し易い状況を作り出していることにならうかと思えます。

このような外的状況は、患者にとっても、我々にとっても何としても是正しなければならないと思えます。

創り出したものが悪用化される場合、創り出した人はそれを阻止する責任があります。最も大きな例としては、核兵器ということになりますが――。

我々が整形外科医の立場で考えられたとしても医療制度の問題、文教研究予算の不足などに比べれば、認定医制の問題は、とるに足らないともいえます。即ち縄張りの取り合いではなく、患者にとっては何がよいのかという問題としない限り、広範な、強い説得力は生まれません。体協や日本リウマチ学会が整形外科の領分をおかして一方的に作ったことに中和剤を撒くという安易な対策が作戦的にどうであるかは、今の小生には即断しかねますが、体協スポーツドクター制の、勝つためのスポーツに医学を従層させる危険を指摘し、日整会をあげて批判のキャンペーンを行う必要があると考えます。また、両分野の大半の部分は、整形外科の専門分野であり、その習得は多大なる修得が必要であることも国民に対してPRすることも重要かとも思われます。

今後、臨床医学の専門分化→認定

臨床医は、市民権をうるためにこれらの認定をはしごすることが多くなるものと思われまます。縄張りも争いももっと多くなることでしょう。

この際我々が最も考えなければならないことは、制度が悪用されないか？ 患者の利益になるのか？ であると思えます。

1988年

日中交流委員会第三次訪中団報告記

大 島 義 彦

1988年10月24日、成田発791便は出発時の油圧系統の警告ランプが点灯したため1時間程の遅れを出したが無事に上海空港に着いた。

一行は耳鼻咽喉科教授で病院長の小池団長、体外受精の業績でひっぱりだこの産婦人科広井教授、放射線科渡会助教授、第三内科で神経内科学の片桐助教授と私の五名である。

私は例の如く前日夜まで雑務に追い回され、夜行で成田へ駆けつけた。小池団長と片桐先生は前日に成田へ一泊。しかしこれは不運であった。山形観光から予約した一泊14,000円の予約がチェックアウト時には20,000円に値上げされていたばかりか、交通の便も悪く、タクシーがラッシュに巻き込まれ、空港へはギリギリの到着となった。団長の脈拍と血圧はかなり上昇したことと思われる。やはり交通はrail wayが最も確実。

この旅行の目的は、山形大学医学部と姉妹校の協定を結んでいる上海第二医科大学と浙江医科大学との医学交流である。整形外科からは昨年渡辺好博教授が訪中し、この夏は上海第二医科大学から王恵生骨科教授の一週間の来形、そして出発2週間前に、同大学から林奮骨科副教授が当科へ6ヵ月間の留学という形で来られたこと、そしてこの12月から浙江医科大学の骨科夏教授の3ヵ月にわたる留学が予定されていたことから、本年は私が訪中団に加わることになった。尚、中国の骨科は日本の整形外科に相当し、中国の整形外科は日本の形成外科を意味する。中国の骨科の受備範囲は日本の整形外科に似て広範にわたるが、脊髄それ自身の疾患はNeurosurgeryが受け持っている。

出発前、多忙であったため、初訪中ということにも拘わらず、中国に関する改めての勉強は全くなく、旅行ガイドブックも、帰りの機内でやっと読み終わったという次第。但し、夏に来られた王教授とは、頸部脊柱管拡大術の手術の第一助手をやってもらったり。真夜中にわたる脊椎班の検討会で熱い議論をかわしたり、林先生との2週間の交流があったため、多少の予備知識を得ることができていた。

中国といえば世界で最古の歴史を有する国の一つ、日本人の文化のルーツ、近世においては100年以上にわたって諸外国から侵略され続けた国、そしてその最たる国が日本であったこと、数年前、10年にわたる四人組暗黒時代からやっと解放された国である。この旅行で交流を持った中国人は誰もこの暗黒時代を擁護しなかったのは当然であるが、このために中国の近代化が20年遅れてしまったとのことである。実際この10年間は原始時代に戻ってしまったと同じで、知識人は迫害され、大学は殆ど閉鎖状態だったため、10年間に養成されるべき人材がない訳であるから事態は深刻である。従って、現在の急務は、その欠損を補うことであることは容易に理解できた。私の見聞きした範囲では、中国の人々の暮らしぶりは、日本の昭和30年代のそれに相当するのではないかと思われた。但し、基本的衣食住の保証がある点は大いに異なる訳であるが。しかし、考えようによっては、つい最近まで日本も同じようだったともいえる。

さて前置きが長くなったが、中国との時差は僅か1時間、ジェット気流に逆らったの3時間のフライトである。空港には病院長他3～4名の方が迎えてくれており、マイクロバスで上海の宿である上海大廈 (Shang' hai Mansions Hotel) に到着した。このホテルは旧租界にあり、英国風の荘厳なたたずまいをしており、その前の運河には、かつて犬と中国人は渡るべからずという札がつけられていた。中国人にとっては屈辱的であった鉄橋を見下ろすことができた。その夜は田中角栄氏が好んだという錦江飯店で歓迎の晩餐会に招かれた。中国側は李学敏院長（専門はENT即ちean, nase, throat）以下10名程度、北京料理をいただいた。しかしそこには骨科の王教授は出席しておらず、翌々日にはじめて再会したのだが、王教授の話では、何の連絡もなく、10月26日の私達の講演の日に来中するものと思っていた由。

翌日は午前9時に附属病院である仁済病院を訪問した。私はありがたいことに、寝台車でも異国のはじめてのホテルでもどこでもすぐ、ぐっすり眠ることができるのだが、前夜は夜中の2時頃まで眠る訳にはいかなかった。その訳は、御存知の如く、例により、講演の準備は、やっと揃ったスライドだけで、原稿が全くなかったためである。私は英語で講演する場合は原稿なしでは不可能である。

仁済病院は1884年に作られた。中国でも最も古い歴史を有する病院の一つで、革命前は250床であったものが、その後637床となり、全職員数1363名、その内医師は357名、看護婦は372名、技官が238名、その他は事務官とのことである。建物は古く、お世辞にも綺麗とはいいい難い。そして内部の照明が少なく、中廊下は暗闇に近い。建物の作りは、私が医師になった頃の赤十字病院（戦後に建てられたもの）に似ている。しかし現在隣接地に大きな近代的ビルディングを建設中であり、この完成が待ち望まれていた。院内には教授も含め、医師個人個人の机や部屋はないとのことである。医療機器も当然大いに不足しているが大部使いこんでガタガタ音をたてる島津製のCTが一台がフル稼働しており、血管撮影の装置もかなり古いものであった。しかし、検査室には山大にはまだないという高価な分析器もあった。またMRIは仁済病院にはなかったが、上海市内には3～4台入っており、そのうち一台は日本製とのことである。病院長が院内の主だったところを案内してくれたが骨科の病棟には案内されなかった。

今回の訪中に際して最も心に残ったことは人が多い、あまりにも多いということである。トップの医学レベルは、医療機器不足を除けば、我々がやっている医療と大差がないのであるが、林畜副教授も指摘するようにそれはごく一部で、一般の医療レベルは著しく低いようである。更に、中国のどの医師に聞いても、人口あたりの医師数についての質問には答えがなかった。医師の数も著しく不足しているのではないかと思われる。

今回の訪問では上海第二医科大学は視察の対象に含まれておらず、同大学のいくつかある関連病院の一つである仁済病院だけに留まったことは少し奇異に感じた。

公式行事の間に組まれた観光のときは、11月から山形大の生化学講座の助手として赴任することになっている任衛平（DR. Ren）先生と、昨年第2内科で研修した消化器科の張徳中（Zhang'）先生の二人がずっとついてくれた。更に任先生夫妻から、和平飯店で夕食の招待したいとの話があり、どうしたものかと思案。中国では、教授の1ヵ月の給料が日本円で約1万円、中国元では282.17元、因みにガイドブックによれば、四人家族の1ヵ月の生活費が150元とのことで、若い医師の薄給では、和平飯店での食事は恐ろしく高いものになるであろうと考えたからである。しかし、好意は受けることにした。あとでお返しをすればよいのだからと相談が纏まった。和平飯店のフロントの外国人用のtravel serviceに、林畜先生の21歳になるお嬢さんが務めていると聞いていたので訪ねてみた。林先生から写真を渡されていたので、すぐ彼女が見つかった。美しく愛らしいお嬢さんである。彼女は日本語は全く駄目だが英語は流暢に話した。開国したばかりの中国では、外国語を話せることはよい職業に就くための必須条件とのことである。さて今回の訪中は、公式訪問に加え、寒河江市立病院の須藤事務長から頼まれたことがあった。彼の同じく21歳の姪が現在独りで中国語を習うために山形から上海の有名な大学である華東師範大学に留学中であり、彼女に何かあったとき頼れる人が居ると安心であるということから、王教授にそれ

をお願いするという用件であった。王教授にこれを頼むと同時に、同じ歳の林先生のお嬢さんにも友達になってくれるよう頼んでみた。早速彼女は華東師範大学を尋ねてくれたとのことであった。

和平飯店で御馳走になった食事は広東料理で、これは今回の訪中の中で最も美味に感じられた。

翌10月26日は仁済病院で王一飛上海第二医科大学校長と会見した。上海でも浙江でも同じであるが、学長や院長は年功序列で決まるものでなく、これらには有能な若手の人材が起用されており、副教授が院長であったり、単なる主治医師が副院長であったりするのである。王校長は英国人と区別つかない程の実に流暢なイギリス英語で堂々たる長時間に亘るスピーチを披露した。イギリス、ドイツなど長期間留学していた方で、小池団長がドイツに居たことを知るとドイツ語を混えたりした。上海では三つのPが課題であり、それは、Population, Pollution, Power、即ち、余りにも多い人口をかかえ、環境汚染が蔓延し、そして、力不足であるということである。中国は長い間国際的に孤立し、種々の困難に遭遇したため、大きな立ち遅れをみたが、現在はフランス、ドイツ、アメリカ、日本などとの交流の輪が拡がりつつあり、今や国際社会の仲間入りし、今後の展望は開けてきたということであった。王校長の大きなジェスチャーを混えた堂々たるスピーチとその音量にすっかり圧倒され、隣に陣取る、李学敏仁済病院々長が霞んで見える程であった。

さて、その後やっと各科に分かれての病棟の見学ということになった。この日はじめて骨科の王教授と会うことができた。病院は大きな体育館のような部屋に全患者が入院していた。30~40床位だったと思うが、一例づつ回診を行い、説明を受けた。外傷や変形性関節症、脊椎症など、日本の整形外科と殆ど変わりはない。人工関節手術例も何例か入院していたが、インプラントは中国国内で作られているものようであった。病棟に小さな医局が一つあるだけで、医師の個人用の机はなく、狭くて困るとこぼしていた。そこで婦長や、数人のスタッフの紹介を受け、林先生のあと四、五人の若いドクターが山形に来ることになっている旨を説明された。それは誠に結構なことであるが、そうだとしたら、もっとちゃんとした受け入れ体制を考えないといかんなあー、と少し気が重くなった。

午後は講演である。五人が二会場に分かれて行うことになり、私は広井教授と一緒に、1時間づつの予定である。聴衆は20数名で、大半は産婦人科関係のドクターであったので全く拍子抜けであった。切角張り切って用意してきたのに、私の話がわかる筈がない人が大部分とは。多少気を悪くしたが、脊椎管拡大術の講演を構わず1時間行うことにした。はじめは、転移性脊椎腫瘍の治療の話をしようかと用意したのだが、来形した王教授や林副教授の話では、メタであれば手術しないということだったし、今の中国の事情では、Quality of lifeを云々する余裕はないのだと了解し、脊髄症の治療に急拠変更したのであった。しかしこの講演会も私にとっては広井教授の話を聞く機会ともなり、有意義であった。広井教授は、子宝に恵まれない女性を何とかして妊娠させようという業績で、今や日本では最もよい成績を挙げているのであるが、額面通り受け取れば、これは中国の国策に反するもの、当の広井教授は、いや、子供一人だけは保証してやるというんだからいいんだという。私は、それより性の生み分けを中国で広めれば国策に沿う結果が来るのではないかと聞いてみた。これができれば、男児を希望する傾向の強い中国で、女兒が少な

くなる。そうすればまちがいなく人口が増えなくなると私は考えたからである。しかし、何10年かすると嫁不足という社会問題が起こることになり、結局は男女同数に落ち着くことになると思われるが。この説には広井教授の明確な回答はなかった。

その夜は日本側の招待で、晩餐会のお返しを錦江飯店で行うことにした。日本料理を御馳走をしようという結論になりそのように予約された筈であった。会場の卓は中国式丸テーブルである。前菜が出てきた。私も張り切って今度はお返しだから私が給仕しようと大きな声をたてながら皿に取ってやりつつ、何か変だなと感じてきた。他の四名も同じ思いであった。中国では日本料理は少しは中国風なのかと思っていたが、次の料理を見るに及びこれは完全に中国料理だと悟った。ごめんなさい、予約の不徹底と一同詫びることになった。五人でワリカンすると1人2万円、計10万円也、中国にしては安くない。外国人が予約すると高くなるようである。これにはおまけがついた。払ったお金が少し足りないといって、ホテルまであとで集金がきた。国营店でこんな間違いがあるなんて一同首をか上げた。

食事のあとは、上海雑技団 (acrobat) 見物である。これは随分古い伝統をもつ有名なサーカスで、上海を訪れる外国人が必ずいくところのようである。これは以前来日したときの日本のTVで見たことがあった。しかしここでは愉快でないことが二つも起こった。私は今回の旅行ではまさに報道班を兼ね、大きなカメラと8mmビデオをいつも持ち運んで大忙し。このときは珍しくビデオだけ用意していたら、入口でビデオを荒々しく取り上げられてしまい、その上保管料まで取られてしまう始末。あとで凄い中国美人が登場したとき、あっ残念。もう一つは、正面の一番良い席に案内され、さすが公式招待のVIPだからなのかと思っていたところ、10分位したら数人の男女の職員がやってきて、そこを立ち去れという荒々しい声とジェスチャー。中国語は私にはどうもきつく聞こえてしまうのかも知れない。結局脇の方へ押しやられ、代わりにその一等席へは、ヨーロッパかアメリカからの一行がドヤドヤと案内されてきた。こういう間違いは嫌なものである。しかし私も友好使節団の分別ある団員、気分がよくなるよういい聞かせ、まもなくそうなることができたのである。

翌朝、10月27日は6時48分の上海発の列車に乗り込んだ。早朝にも拘わらず李院長も見送りにきてくれていた。上海駅は大きくて誠に、不釣り合いな程綺麗であった。早朝で人が多く居なかったせいか、グリーン車 (軟座) 用の待合室だったためか。

杭州は浙江省の首都で、上海から189km 南方にある。この列車の旅の3～4時間は楽しかった。今回の旅行は何となく急に決まったもので、何をみてもといった特別の目的も持たなかったのであるが、サーカスや名所旧跡よりも実際の現在の中国の人々の暮らしぶりの方がずっと興味深く思われていたので、列車の中はその一つの絶好の機会であったからである。我々の座席は軟座で、5分通りの混み具合であった。車輛は日本の寝台車 (2段) のつくりで、広軌であるので少し広めといったところ。一つの部屋に6人掛けで、残りの一席には30歳過ぎの黄国輝という、神戸に本社を有する三和貿易なる合弁会社の社員が乗っていた。

彼は半分日本人で、兄弟は大阪に住んでいるとのことで、これから杭州に買いつけに行くところであった。日本語が少しできたが、混み入ったことは漢字による筆談の方が意志

が通じた。彼は身なりも立派で、収入も一般中国人と較べればかなり多いらしい。彼は我々にこの列車で出されるものは不衛生だから、決して飲み食いしない方がよいと忠告してくれた。お茶のサービスがあり、私は構わずにいただいた。翌日のことになるが広井教授に悪寒、発熱があり、ひどい下痢になってしまった。しかし、ケフラルールと止瀉剤を服用し帰国する頃には殆ど治ってしまったのであるが、広井教授は列車の中のお茶、または同夜抗州で食べた魚(草魚の一種)が少し生だったためだと信じて疑わない風であった。さて、列車の中でじっとしていることは私にとってはとてもできない相談であった。早速ビデオを構えつつ列車の中の探検に出掛けた。硬座(普通車)の方は文字通り椅子が硬くて、こちらは結構混んでいた。汚い列車である。とくにトイレはひどいものだ。後部の食堂車では料理するところがよく見え、昼食の用意をしているところであった。半完成品を持ち込むのではなく、肉を切ったり、玉葱の皮をむいたり忙しそうであった。食堂車にまだ客はなく、丁度車掌が通りかかったので掴まえて筆談にかかった。中国旅行では紙とペンをすぐ出せるようにしておく必要がある。私はこう書いた。「我来日本國山形県阿信郷里」。これはそれまでに何回か試みてみて、全てきっかけの導入に成功している言葉であった。これをみせると暫くして皆にっこりしてくれるのである。おじさんが若い女の子に近づくときでもO・Kである。おしんが中国では国民的英雄である。という話は、誰かの結婚式のとき、療育訓練センター診療部長の国際人太田吉雄先生がスピーチするところで仕入れた知識であった。あの物語は、若いときの苦勞に対する共感とその後耐え忍びながら努力すると幸せになれるという誠に発展途上国の国策に合致した結構な内容でもあるからである。中国のTV(電台)局では、ゴールデンタイムに放映したらしい。世界各地での反日感情は「おしん」によって一挙に払拭されたと聞く。筆談がこれ程威力があるものならば高校時代に漢文の勉強にせいを出しておくのだったと悔やまれた。おしんのことも正しくは「私從日本國山形県阿信郷里來」と書くものであったらしい。しかし多少間違っても充分通用する。

以下少し私のめちゃくちゃな文を紹介する。これでちゃんと通じるのである。「我、深友誼、為日本医学紹介」「私骨科医師、山形医科大学副教授、私訪浙江医科大学」、「我々祖先借中国漢字」、「私骨科医師、脊椎、脊髓手術名人、腰痛、神経痛治癒」、書きながら噴き出してしまふ。中々面白いので途中で仲間を呼びに戻った。好奇心が少なくとも私と同じ位強い(?) 広井教授が来られた。広井教授は、よい業績を挙げる為には好奇心が強くなければだめであるといわれる。たしかにこれは必要条件。そんな訳で広井教授と一緒に行動することが多くなった。私は勇敢、広井教授は綿密、用意周到、よい組み合わせである。広井教授は私より数本皺が多いせいか漢学の素養があり、筆談は飛躍的に発展してきた。別れるとき私がそれまで使っていた三色のボールペンを記念として贈ろうとしたら一方的には受けとれないと迂闊にも一本とられてしまった。堂々とした美事な字を書く。礼儀正しい方であった。

車窓からみえる中国の田園風景は、家の形が少し違うだけで、昔の蒲原平野とそっくりである。11時頃抗州駅に到着した。上海に比べれば人はずっと少ないのであるが、駅前には人で埋まっていた。駅は長野駅に似て伝統的な中国式の建物になっているがずっとカラフルである。出迎いの小さなワゴン車で抗州の宿である浙江賓館に着いた。有名な西湖の辺

りにある鬱蒼とした森の中に点在するゲストハウスの最も立派な建物であった。ここには来年日本棋院の藤沢秀行氏が泊まることになっているとのことである。また、ここは以前四人組の根拠地になっていて、恐ろしくて近寄れなかったところであったとも聞いた。杭州市での案内は日本語が非常に上手な陳一心氏がつきつきりで行ってくれた。彼は浙江医科大学の外事処の職員である。この大学には年間500名の外国からの訪問者があり、また外国への留学生もかなりを数えることもあって、大学内に外務を専門に行うセクションを置いている。英、仏、日が主で、それぞれ2～3名づつ職員が配置されているとのことである。彼は山形へも何回か来ており、いろいろなことを知っている。英語を聞きとろうと神経を研ぎ澄ましている必要もないし、面倒な筆談も不要ということでリラックスできた。

西湖は周囲が15km、水深1.8mの静かな美しい湖で、杭州湾の一部が堆積物で分離されてできた淡水湖である。昔から多くの詩に詠まれ、唐代の白楽天や北宋代の蘇東波の名は日本でもよく知られているところである。この日の午後は西湖の観光視察のみであった。西湖と名のつく湖は中国全土で約30カ所余りあるがこの西湖が最も有名で、地上の天国と讃えられているものとのことである。湖には島がいくつか点在しており、我々一行は手漕ぎ舟をチャーターして三潭印月という、島の中にまた大きな池を有する島へ渡った。船頭は若い娘で、自由営業船とのことである。外事処の職員である陳一心氏は体格のよい比較的若い男で、彼は舟にどっかり構えて、痩せ気味の娘船頭に遠慮なく注文をつけている。大の男6人がふんぞりかえるのも何となく気がひけないかと聞くと、彼は、我々は今日初めての、やっとありついた客なのだから構わないという。小生、本当はあの權を操ってみたかったのが半分であった。

陸に上がり、白楽天が築いた白堤、蘇東波の築いた蘇堤を散策。湖畔の小高い孤山の中腹にある西冷印社という篆刻の本場に立ち寄った。見事な達筆が生き生きと石に刻みこまれているのであるが、漢学の素養のない小生には猫に小判。広井教授は目を輝かせていた。小山に登らねばならないのであるが、いつも観光ではぐずぐずせず、さっと観てトップを走る小池団長がなかなか来ない。やっと展望台へ着いた団長は玉の汗。心なしか顔色がすぐれないようにみえる。もし倒れられたら、こんな重い人を担ぐ力はとてもないし、と少し反省。

浙江賓館の隣りに農家らしきものが一軒あった。早朝鶏が鳴いた。渡会助教授は早く目覚めて困ったとこぼす。私は農(山)林育ちだし、近頃まで、祭で娘が買った雄鶏を飼っていたこともあり、鶏の鳴き声は、かえって鎮静剤となる条件反射が組み込まれているのでこれは歓迎。

10月28日(金)は浙江医科大学の訪問である。外事処の通訳の陳氏は、何回か、浙江医科大学は省立であり、上海市立の第二医科大学より規模が大きいのだという。杭州は古い歴史を備えた都市、上海は近世に発展した新興商工業都市、杭州の人は、上海は、たしかによい商品が多いが、ゴミゴミ、コセコセして、油断がならない人が多く、好きでないという。京都から大阪をみたようなものか？ 浙江医科大学は1912年に浙江医薬専科学校として設立され、1960年に現在のように改称されたもので、医学部、薬学部、歯口腔学部、及び臨床医工学と医營養学のSpeciality、更に52の教育研究sectionから成るものである。

横文字はガイドブックをどう訳したらよいか、実態が十分わからないためそのままとした。ここは一学年500名のundergraduatesと95名の修士又は博士課程の学生を擁する。確かに大規模の大学らしい。しかし、医学生はこのうち何人なのかは聞きもらってしまった。この他、postgraduatesのcontinuing education centerも附設されている由。そしてこの大浙江省の四つのkey universityの一つである。大学は第1病院、第2病院、産婦人科病院、小児病院の四つの関連病院を有し、これらのベット数は1859床とのことである。また、最近の開放政策以来先進国と姉妹校協定を積極的に取り入れ、遅れを取り戻そうと懸命である。それらの姉妹校はガイドブックによればUSAのStanford Univ, Mssouri Kansas CityのUniv., ベルギーのMons Univ., 西ドイツのKiel Univ., Lubeck Univ., Wurzburg Univ. そして日本は岐阜薬科大学、岐阜大学、及び本学と本年の別冊ガイド紙片に書かれている。2～3年前に来たと思われる本格的な小冊子にはStanford Univ., 岐阜薬科大、Mons Univi.の三校しかない。ヨーロッパの上記大学のことは知らないが、そして日本では岐阜大学医学部は岐阜薬科大学の隣りで便利だから理解できるのであるが、最近近くにできた予算も少ない新設医学部を選んだ理由は何なのか、ふと疑問に感じる。今次の視察団員として私が加わった発端は、当科高柳医局長が行ってみませんか？というので、じゃあ行こうかという具合であった。中国へ着いてからの滞在費は今回は上海第二医科大学が負担（浙江医科大学と交代で負担しているとのこと）、飛行機代は各科の委任経理金から、大学に対する公式のみやげの他多分委員会から出され、私は仲間のみやげだけ買ってくればよいということであった。即ち純粹の飛行機代の10何万円かは医局から出ていることになり、従って私は整形外科医局の代表でもある訳だ。出発前に、この10年間、医局にも少しは尽くしたし、この際、世話になることにするよ、といったものの、少しはお返しをする為に、全2時間にまとめた訪中記のVTRテープをまとめた後、少しサービスをして長めになりつつあるこの報告記に取り組んでいるのである。山形大学の日中交流委員会については、私も今尚よく知らないなので、今回本学教室誌に紹介していただく為に二内石川誠教授に寄稿をお願いしたところである。この委員会は石川教授が努力して作り上げられたものと聞かすが、事務上は、大学の機関に入るのかどうかよくわからない。委員会の運営には特別な基金が作られて運営しているようだから、医学部の正式組織ではなく、ちょうど山形医学会とか医師会の山形大学支部のようなものか、とも思われる。このようなことを触れたのは、果たして、先進国といわれる日本の大学が、発展途上国の中国、換言すれば、第二次大戦中の侵略国日本の大学が他のアジア諸国と異なり賠償権を一方的に全て放棄してくれて国交を結んだのだが、その後の国内の不幸なできごとによって大中に近代化が遅れてしまった中国の大学に、何かしてあげられる、ということ少し思い上がりになるかも知れないのだが、実際何から何まで不足しており、いわゆる先進国から少しでも援を受けたり中国の医科大学の姉妹校に対して恥ずかしくないだけのことをする体制が本学にあるのかが少し心配に感じたからである。この辺の事情に関しては、パイオニアとなられた石川誠教授の紹介で明らかになるものと思われるが、団員の一人となった私としても、その志を継ぎ、必要とあらば国際的にも恥ずかしくないしっかりした留学生などの受け入れ体制を整備すべく努力しなければと考えているところである。

さて、また横道が長くなってしまったが、最初に浙江医科大学副校長の姚竹秀組織胚胎

学教授 (embriology?) に会見後、学内の主だったところを午前中いっぱい見学した。ここの建物は仁済病院と異なり、きちんとしていたが、中に実に大きなモダンな高層ビルを建造中であった。印象的であったことは、教育に対しては格別な熱意が感じられたことであった。大量のスタッフの欧米への留学、医学生への英語による講義 (300時間位あるとのこと)、実に丹念に作り上げられた歴大な解剖標本等々である。何年か後には素晴らしい人材が育つに違いないと思われた。

図書館には少なからずの図表があったが、外国雑誌は全て中国製複写版である。ひよっとしたら高価なので中国のどこかでまず複製が作られ全国に送られるのかも。外国雑誌は6ヵ月遅れでないと手に入らないと骨科の王教授がこぼしていたのが思い浮かんだ。

構内は広く1/3の学生と多くの職員の寮やアパートがあり、中にお巡りさんの派出所まである。スポーツ施設も少なくない。女子寮の窓々の物干し場を色どる満鑑飾には健康な開放的な異文化を感じた。

午後は三つの関連病院に分かれて記念講演を行う仕事である。四つの関連病院はそれぞれ専門が異なり、第1病院へは放射線科の渡会助教授、神経学の片桐助教授、第二病院はENTの小池団長と私、広井教授は産婦人科専門病院である。第二病院へ着くとすぐ団長とは別の会場で、即ち今回はじめてorthopedic surgeryを専攻する医師だけの集まりで講演できたのである。聴衆は仁済病院と異なり約30名、近くの病院からも集まって (駆り出されて?) きたとのことであった。ここで、この12月から3ヵ月間来形することになっている骨科の夏教授にお会いすることができた。会場には英→中、日→中の通訳の医師が待機しており、切角苦勞して上海の二夜を費やして作った英語の膨大な原稿があるのでどうしようかとも思ったが、恰好がつく程の英文でもないことを思い出し、日本語で講演することにした。通訳は九大の循環器内科へ二年留学したことのある比較的若いドクターで、通訳し始める時間、し終わる時間からみて、かなり上手にやってくれたように感じられた。従って日本語で、循環器のドクターにもわかる程度の内容即ち、学生に話すと同じレベルから進めることに配慮した。頸部脊髄症の治療は最近始めたところで、それ程数が多くなく、それも前方除圧固定か、椎弓切除とのことであった。講演のテーマとしては誠に時宜を得たものであった。頸部脊髄症の発症因子としてそれに対応する保存的、手術的治療の数々をあげ、最後に桐田式椎弓切除から、服部、平村、黒川、その他のmodificationを紹介し、私の方法を、日本ではあまり知られていない無数の私の工夫を話したところ、ぜひこれをやってみたいという。そして、それは大変な謙遜だともいう。そういう訳でもないが、この話は実際に役立つものとなったようである。講演の最初と最後の山形の自然、蔵王などを紹介する美しいカラースライドを沢山ちりばめ、これも好評であった。実際おしんの話はどこでも、年齢を問わず大受けである。

2時間程講演をしたら院内見学の時間がなくなってしまい大いに残念。病室をみるのが、行われている整形外科のレベル、疾患の頻度、考え方などが最もよくわかるのだが。

附属第二病院の院長は外科の呉金氏副教授である。副教授は日本では助教授のようなものである。日本では助教授とか助手とか、どうも助ける職種が多い。Associate Professorのassociateとは、仲間になるという意味で、語源的にはsubではない。やはり副教授、また10余年前に廃止されてしまった副手の方が耳に優しく感じられる。10余年程

前、日本の大学でも病院長は別に教授ではなくてはいけない決まりはなく、マネジメントは場合によっては助教授からということ聞いたことがあった。しかし、現在はおそらく、文部省の指導かそれぞれの学内規定で、その道は閉ざされていることと思われるが。ともかく発展途上国中国では、上海第二医科大学々長も、この第二病院々長も、若い。能力主義による抜擢登用である。しかし一方それがどのように決まるのか、投票で決まるという以外にはよく聞き出すことができなかった。上海でもそうであったが、大学や病院のリーダー達の方針が不安定なのでこれからどうなるか、少し心配であるなどと話していた

夜は花港飯店での晚餐会に招待された。やはり日本の中華料理の方が口あたりがよい。これで杭州での公式行事は終了。浙江賓館へ戻った。

この夜は、私にとっては大きな楽しみがあった。今回の旅行で小池教授といっしょになるので、一度位碁を打つ機会がないものかと期待していたのであるが、通訳の陳氏と碁(中国では囲碁という)の話をしていたところ、彼は、我々の用いた車の運転手はかなり強いらしいという。それでは夜、小池教授とお手合わせさせられないかと、陳氏と画筆。小池教授には内証にして話をすすめた。そうしたら今朝、もっと強い人が来ることになったとのこと。それは中国棋院副院長、薫銀奎氏である。棋院は西湖のほとりの、かなり立派な建物にあり、杭州だけでも囲碁人口は何と10万人と、日本とは桁違いに多い。中国からは強い碁打ちが出る筈である。中国の碁盤は日本のそれより少し大型で、石は平ですわりがよい。ルールは少しちがう点もあるが、細かい勝負にこだわらなければ、そのままうてる。

夕食後、浙江賓館にて、対局がはじまった。小池教授と薫銀奎氏、私と運転手氏とである。薫氏は労働者(何の仕事か聞きもらした)で、実力は中国のプロ棋士の2~3段で、以前ナショナルチームのメンバーに入っていたことがあるという強者。運転手氏とは3子で打っているとのこと。私は以前一回だけ小池教授に4子で打ってもらい、何と負けてしまったことがある。小池教授は院生の修業をしたことのある方で、若い頃学生チャンピオンに輝き、現在でも山形県ではNo.1である。従って、小池教授と薫氏が同じ強さであれば、私は運転手氏に2~3子置かなければならない。しかし今回は友好第一である。私が黒を持ちハンディキャップなしということではじめた。

小池教授の打ち方は速い。しかも会話つきである。一局目は、最初に、相手が定石をまちがえたぞと知っているうちに、自分の方が次にまちがえ、しばらく打って投了。二局目は10数目程度勝たれ、一勝一敗と親善を果たした。終局時に薫氏は相手のあげはまをどんどん自分の“こけ”に入れてしまう。

小池教授は「何だ何だ！ オメエサン何するんだ」とわめく。ルールの違いである。しかし勝負は大差で問題なし。さて私の方だが、私は初対面の人には大てい負ける。それは、きれいに打とうと思っているうちに、勝負どころなくそのまま終わってしまうパターンである。例にもれずはじめのうち、少し劣勢になってきてしまった。そこで局面の打開を計り、あちこちで戦いを行い、複雑にして我慢をしていたところ、運転手氏の石があちこち少しづつおかしくなり、とうとうmultiple necrosisに陥り、私は圧勝ということになった。発祥の地で碁が打てたことは非常にラッキーであった。

碁が終わり、毎夜のことだが山形へcollect call。父親の容態が少しもち治したとのことだったが、前夜convulsionをおこして、今日も意識が殆どなくなったままとのこと。杭州

からの電話は上海と違って声が小さく、恰も遠いところから電話しているように聞こえる。

さて、当初の予定では10月29日に列車で上海へ戻ることになっていたのであるが、この日は土曜、即ち中国では休日を迎えての大都市上海への出入りで最も混み合う日ということで、軟車の切符の確保が不可能となってしまった。ということで帰り飛行機ということになった。中国の列車も恐いが、国内便は絶対に乗るなど家内から出発前に念をおさっていた。帰りの列車の中で中国の一般人に会えることを楽しみにしていたのだが、仕方ない。少し身体をこわされた広井教授のためには飛行機の方がいいし。

杭州空港へは姚副校長が見送りに来てくれた。ここで、大いに世話になった陳一心通訳と別れ、来年2月の山形での再会を約束した。明年は浙江医科大学から、2月19日から21日まで学長、第1及び2病院々長、外事処の陳氏の四名が本学を訪れることになった。日本へは2月15日に着き、岐阜を訪ね、山形のあとは東北大、及び東京のガンセンターなどを訪問し、23日に帰国することになっている。3名の方々いずれも消化器の専門家である。上海でもそうであったが、消化器の病気に対する比重が非常に高く感じられた。まだ、他の慢性疾患にまで手が届かないためか、又は石川教授の関係で消化器関係の方が多いいのか、はっきりはわからないのであるが、2時45分に杭州空港を離陸し、4時に上海空港へ、無事到着した。

上海では、同じ上海大廈に宿泊、早速預けてあったバックを取り出し、翌日の帰国のためのパッキング。

10月30日（日）中国での最後の、そして何の公式行事もない半日である。自由に歩いてみたかった。外国人向けの観光ではなく、素顔の中国がとにかく見たい。朝早く起きてひとりで出掛けた。外へ出るときはいつも8 mm Video CameraとNikonAF望遠ズームつきを携行。どちらも同じ位重い、しかしそこは日頃鍛えているから、苦にならない。VTRカメラは団長が一台持ってきたが、自分では撮らず片桐助教授に預けっぱなし。彼も日頃撮っていないので、全くあてにならない。1週間の旅行で6時間集録できた。帰国後これを2時間に編集し図書館及び当医局へ寄贈した。眼鏡こそかけていないが、こんな大きなカメラを2台ぶらさげて歩き回る人間は日本人とすぐ判るようだ。運河の近くの公園で早朝人民服の中高年者が太極拳をやっているのを録画していたら、若い男が日本語で話かけてきた。彼は孫子亭といい、30歳前後の技術者である。仕事は食品加工機械の設計であるが、現在の仕事はつまらないので日本語を勉強して通訳かガイドになりたいという。彼の給料は大学出で月65元とのこと。因に医学部の教授の給料が月1万円位、即ち280元ちょっとである。妻の給料が同じ位だから1ヵ月130元となるが、さにあらず。帰国後林畜先生に聞くと、その他に奨金という諸手当がつき、その合計は少なくとも1ヵ月の給料と同じか、務め先の成績がよいと数倍以上になるという。例えば林先生の娘さんは、月給50元だが奨金が300元とかなりよいとのこと。これはかなり高い方に入るようだ。林先生によれば1ヵ月の3人家族の平均生活費は200~300元。そんな話をしているうちに、さて、果たして中国の人の暮らしむきは如何程なのだろうかということを考えてみた。円高というと政府は日本が豊かになったのだという。中国の人々も、日本は金持だとすぐいう。後者については、ある程度肯定してもよいと思うのだが、だからあなたも金持だと

いわれると何か腹立たしくなる。しかし、何とも答えようもないので、仕方ないから、30年前は今の中国と全く同じだったのだと答えるのだが、本当にそうかこれまた怪しいものだ。USAを旅行しても同じようなことがいえるようだ。中国程ではないが、平均的な日本のサラリーマンの給料で、むこうのサラリーマンがなかなか買えないようなものを買う時、自分は金持ちなのかと少し不思議な気がしてくる。車や高額の電気製品の値段だけでなく、食料や衣類、住宅、土地などの生活必需品の値段、教育費や医療費は？ 社会保障、高齢者への保護は？ 労働時間や休暇は？ 保育所やスポーツ娯楽施設は、等々の全ての要素を比較する必要は少なくともある。しかし、そうしても誰もが納得する比較評価法は多分無理だろうと思う。たしかに中国で生活したいとは思わないが、治安のよいオーストラリアやニュージーランドなら暮らすのも悪くない。孫氏は日本語で話す機会を持てるだけ嬉しいのでガイドをしてやるという。仕事は大丈夫かと聞くと、ノルマになっている仕事は二日前に終わらせてしまったので会社に行く必要はないという。あとは2～3日仕事がないという。それならどうぞ、といったのだが、中国の低迷の原因の一端を実際に接し複雑な思いがした。そもそも各人の収入というものは、たてまえとしては体制の如何を問わず、仕事の量と質によって決定されるべきで、即ち働かざるもの食うべからずである。但し障害者は障害のハンディキャップ分は社会的に埋めて保障する必要がある。実際の問題としてはその労働の量と質をどのように評価するかが非常に難しい。まじめに働いても働かなくても大差がないのでは社会主義のたてまえが泣くというもの。天は人の上に人を作らずと諭吉翁は言った。靴屋の息子でも国民による投票によってその国の元首、大統領になれる国のたてまえは立派。個人崇拜は社会主義国につきもののよう思われてきた。しかしそれ以外にもけっこうある。今尚日本でも天皇、天皇と大繁盛である。文化的な遅れといってすまされない恐ろしい現象である。孫氏はいう。ほんの数年前迄は市民が外国人と二人で話しをしているだけで逮捕されたが、現在は問題ないので心配しなくていいという。最初からこちらは何も心配していないのに。やはり恐怖時代の後遺症か、私はせっかちな日本人。兎小屋に住む働き蜂である。勤勉であるといわれれば胸を張りたい。しかし長時間労働はいただけない。山形には日本一が沢山ある。日本の最高温度はいいにしても、一人あたりの保険医療費の最低、一人あたりの労働時間の最高は、返上したいものだ。仕事をするときは集中して行って休暇はたっぷりとりたいもの。買物をするのに延々と行列を作って待つことは耐え難い。やる気のない非能率的な仕事ぶりはみるもおぞましい。

朝食後は自由市場を案内してもらった。しかしあまり時間がなく、十分に堪能する訳にはいかなかった。また来よう。沖縄へ医局旅行に行くより、中国の方が安くつくのだから、次回の医局旅行は中国ということで医局の連中に提案してみよう。

買物は友好商誼 (friendship store) という外人専用商店で殆どすませた。ここは、一般中国人には買えないようなよい品物が多く、即ち兌換券がないと買えないのである。これは中国の外貨獲得策であり、従って中国の一般の店より値段が高い。小池教授は、何人かの秘書から、three sizeを記入したメモを持たされ、チャイナドレスの前でいったり来たり。これは若い団員としては手伝う必要ありと考え、片桐助教授と共に選んであげることにした。小生も、忘年会のとき、秘書にチャイナドレスを着させて眺めるのも悪くないなと考えたのであるが、無難な人形にした。小生の欲しかった筆もいろいろ種類があり、

購入。帰国は上海発JAL792便、午後2時20分に離陸した。帰りは生化学の助手に採用された、任先生と一緒に。成田からは広井教授と共に夜中に新幹線で仙台へ着き、迎えに出ていた広井教授のお嬢さんの車で山形着。渡会先生は翌日山形へ、その夜は任先生を伴い、独り住まいの父君の待つ東京の実家で一泊。片桐助教授は、成田から静岡の学会→新潟の学会と更に一週間旅を続けた由。小池団長は？ 何日か後に山形で姿をみかけたので、大丈夫無事御帰還されました。

1988年

山形スポーツ医科学研究所

－発足とその後の活動状況－

大 島 義 彦

現代社会において、スポーツは不可欠のものとして広く国民に理解され、実践されるに及び、多くの問題が生じてきた。即ち、それは単に経験主義的に行われるべきではなく、科学的に、合理的に実践されない場合、その効果が発揮されないばかりでなく、逆に様々の不幸を持たらすことが明らかになってきている。このような状況の中で、我々整形外科医が果たすべき役割は、スポーツ医学の振興であるとの認識の下に、1986年5月17日、山形県スポーツ医学研究会が結成された。この会の会長は渡辺教授が務め、副会長が友友県立中央病院々長、安井第一内科教授、山形市医師会副会長で、顧問として、県体育保健課長、県体協副会長、県医師会長が就任し、山形県のスポーツ医学にかかわる殆ど全ての医師を網羅したものとなった。

しかしこれは研究会に過ぎないため、施設、設備を有し、日常的に研究活動が行われる研究所の設立が強く望まれてきていた。

そこで我々は、スポーツ医科学研究所設立準備委員会を結成し、1987年9月29日に山形市長に対し、蔵王温泉診療所の貸与の要望書を提出した。幸い山形市は、我々の掲げた目的に賛同し、新しく我々が結成する法人に貸与する方針を決め、それは11月10日に議会に提案された。1987年12月22日、グランドホテルにおいて、山形スポーツ医学研究所（仮称）設立祝賀会が行われた。山形県知事、山形市長、山形大学長以下各界の来賓の下に会は盛大に取り行われた。また財政的にも広報的にも山形新聞社の服部社長の大きなバックアップを受け設立は大きく前進した。

法人の設立に関しては県医薬務課と再三にわたる協議を行った結果、本来は本研究所は財団法人として設立されるべきであるが、最低7000万円の設立基金がないため、取りあえず、医療法人蔵王診療所の付属機関として設立することになった。法人の設立は3月末日審議会を經由して県の認可が下り、法人登記を完了した。

1988年4月1日診療所の開所式と共に法人による診療が開始された。診療所は社団医療法人であり、社員の出資により運営されるのものである。発足は当教室員20名の1人あたり1口10万円の出資と山形整形外科学術研究振興会からの出資で計500万円によって行われた。その後5月7月の社員総会で、理事の増員と共に出資金増額の定款変更がなされ、

山形市から30口、蔵王温泉観光株式会社（地元）から20口が出資金に加えられ、総額1000万円となった。

研究所の活動は3月4日に第1回研究所運営会議がもたれ、当面の予定が審議された。その主なものとしては、前年から引き続く、YBC今日のニュースの中のスポーツ医学シリーズの出演、2月23日から山形新聞の「みんなのスポーツ」シリーズへの寄稿、スポーツ大会開催時の役員派遣、講演会への講師派遣などを精力的に行っている。5月31日に、山形市保健体育課、体協の役員の方々とスポーツ医科学懇談会を持ち、山形市におけるスポーツ医科学的課題につき意見交換を行った。

7月28日～29日の二日間、名古屋のスポーツ医科学研究所への視察団を派遣した。一行は渡辺教授、浜崎理事長以下10名で、都合がつかず不参加となった役員は第二次視察団を組むこととした。この視察では今後の研究所の運営について多くの示唆を得ることができた。

8月23日の第3回理事会では、研究所の規定、それに基づく評議員が認められた。また、懸案であったトレーニング機器の購入も決定され、10月10日体育の日を期して、診療所の四階に搬入された。機器の総額は定価で約1000万円弱である。

また8月23日に第1回研究所評議員会がその後に開かれ、研究所の役割分担、活動計画が話し合われた。8月31日には、山形県、体育保健課、県体協の役員の方々と、スポーツ医科学懇談会が開かれ、国体開催を控えた山形県のスポーツ医科学的課題につき協議がなされた。

研究所は診療所から独立した会計方針をとり、その基金は、山形新聞グループから寄贈された500万円と8月に山形県出身で東京在住の會田正氏（菊池常務理事の友人）による300万円の寄贈によって運営を開始した。

11月4日に第2回研究所評議員会が開かれた。トレーニング室の運営計画が立てられ、11月8日の第3回蔵王診療所運営委員会で、地元、市、県の助言を得て、教育学部の学生アルバイト、それを指導し、トレーニングの処方にあたるスポーツ科学の専門家の整備と共にトレーニング室の運営方法が取り決められた。

11月21日、山形県医師会の主催で多元化してきたスポーツドクター制度に関する懇談会が持たれ、今後の県内のスポーツ医学の在り方について協議がなされた。

12月13日山形テクノポリス財団の役員の方々と、スポーツ及びスポーツ医科学についての懇談会が持たれ、当方からは、渡辺、丹羽、山本、大貫、大島が出席した。テクノポリス指定地域の地元産業の活性化と住みよい地域作りのためにスポーツ医科学の新興をはかりたいということであった。

12月15日から診療所の入院体制が開始された。

初年度の研究所の活動は殆ど体制作りに追われてしまっているが、次年度からは、もう少しまとまった業績が上がってくるものと思われる。

1989年

娘ができた君へ

大島義彦

教室の若い人達に、次々と2世が誕生しており、誠に喜ばしいことである。女ばかり続いたり、その逆や、また上手に産み分けるカップルなど様々であるが、全体としてはバランスがとれているのだからうまくできているものである。

マスコミの報道によれば、最近の若者は、女の子を望む者が多いという。これは少し意外なことである。その原因は何なのか。高齢化社会到来の危機キャンペーンに反応して自分の老後の頼りに娘を確保しなければと考えたのか、めまぐるしい生存競争が繰り上げられる現代社会では男はつらいよと考えているのか、結局よくわからない。

もう一度生まれてくることができるとしたら次は男女のいずれがよいかと問えば、昔は尚更のこと、現在でも、大部分の男はもう一度男にと答えるし、女性の少なからぬ部分は男に生まれたいという。それなのに、自分の子供は女の子がいいというのは何たる矛盾か。これは人間のエゴイズムなのか、誰かに答を聞きたいものである。

現在の日本では依然として男性優位の社会であることを否定する者は誰も居まい。欧米諸国でも、そして変貌しつつある社会主義国でも日本程でないにせよ決して男女平等社会ではないのではないのか。しかしまた、「平等」というのがえらく難しい。その各論となると小生も手に余ることが少なくない。平等とは、基本的人権が不公平なく誰にも等しく保障されることといった主張もあるかも知れないが、これには男女の区別を超えた問題が多い。一時代前にウーマンリヴという言葉がはやったことがあった。女性が抑圧されている現実を一応認識している筆者ではあるが、あまりにも多くの問題を男女の不平等だけに帰しているという印象を抱いたことを思い出す。しかし、何かを訴えるときは、多少の誇張は止むを得ないのかも知れない。

1年前、山形市の主催で、「88やまがた女性のつどい」なるイベントが開催された。その中の“トークの広場”「男女が共に参加する社会を目指して」—考え、話し合い、そして行動しよう—性別による固定的な役割分担意識をなくすために、というシンポジウムにひっぱり出されたことがある。筆者に与えられたテーマは、「男性の自立と高齢化社会」即ち、私流に解釈すれば男は高齢になると身のまわりのことが何もできないので、粗大ゴミになり、もっと長生きをする妻や、社会進出する嫁に迷惑をかけるから、今のうちから自立しなさいといわんばかりの過激なテーマであった。11人のリポーターのうち4人だけが男性で、何名かの女性リポーターからは、男というものは、下着や靴下のありかもわからず、放っておいたらひとりでは生きていけない、困った存在である旨の発言があった。筆者の場合は悲しいかなもう少し厳しい躰がなされてしまっているのであるが、多少はニヤリとする部分もあり、筆者の番になったとき、男性を代表して御礼を述べることにした。身のまわりのことが苦手の男でも、腹がへれば餓死する前に自分で食べるだろうと思うが、しかしそこまで世話をさせていただけることは、何ともありがたいこと、これからもよろしく、と頼んでおいた。そして、それに続くリポートの中で、うっかりと不用意な発言をしてしまったのである。

女性の社会参加は、男女平等の考えからだけでなく、社会的資源の点でも望ましい事、当然なされるべきことであるが、その際、おさえるべきポイントを三つ挙げてみた。その中で、「妊娠、出産、幼児期、特に新生児期の育児といった、一つの見方では“女性のハンディキャップ”という事柄は、それぞれの職場、企業単位では解決しきれない問題で、これは、社長の身になってみればすぐわかること、そして、これは身障者のハンディキャップのカバーと同じこと、社会全体の行政的解決策が必要で……」とやったところ、オーストラリアから来ている、ソーシャルワーカーをやっていたという主婦から、講演後、ひどく噛みつかれてしまったのである。彼女は妊娠や出産などは、女性のハンディキャップではないというのである。確かにいわれるとおりであり、それは男に欠ける女性の能力であるのだから。筆者のいいたかったことは、一つの企業なり、組織の目的だけからみれば、休まれてしまうことは損失となるということなのだが、それが女性にとって不利であるといった点が不用意であった。これについて、憤慨した彼女は、早口のオーストラリア英語でまくしたてるので十分理解できないし、筆者のたどたどしい英語では、結局理解してもらえなかったのである。

たしかにこの問題は曖昧にしておくことのできないもので、こういった思考は我々の周辺の随所にみられるのである。労働組合の反合理化闘争でも合理化が誰かにもたらすデメリットは企業の論理からは救済されないのである。また、地球の温暖化の原因として森林の破壊が槍玉に挙がっている。製紙会社の論理からいけば、国内の使用済の紙のリサイクルより、開発途上国から木材を輸入した方がずっと安くつくのである。空缶公害もまた同じである。それぞれの企業や組織の目的だけの論理で考えると、とんでもない誤りをおかすことになる。この点計画経済を建前とする社会主義国では、うまく解決される筈であるのに、実体は放射能汚染や水銀のたれ流しなど、かなりひどいものである。

女性のハンディキャップではなくて、女性の能力問題？ も、より高次元で考えないとおかしいことになるのであった。

しかし、筆者の本稿における本論はこれからである。即ち、ありがたいことに、日本ではまだ当分男性優位社会が続くのである。しかし、可愛い娘には幸せになって貰いたい。この矛盾をどう切り抜けるかについて述べたかったのである。

目の中に入れても痛くない自分の娘には、そこそこの旦那と、子供のために、うまい味噌汁を作らせる人生を歩ませるか、仕事をもって社会参加をさせる道を与えるか、どちらにするのか、まず考えてみる必要がある。筆者は、女の幸せは男次第というのは、危険が多すぎると感じるのである。申し分のない男と結婚して、幸せな一生を送ることもできるかも知れないし、そうなればけっこうなこと。しかし、ポッキリ行ってしまうかも。心変わりがするかも。自分が男だったらよくわかる筈。男の子は、社会で優遇されるから、まあ、いい加減に育ててもいいのではないか。筆者のところではそうなっている。従来、この子は女の子だから短大でよい、といった思考がある。しかし現実には、女の子には厳しい社会が待っているのである。従って、安全に考えれば、女の子こそ、より多くの教育を与え、能力を開発し、資格をとらせておくべきだと考えた方がよいのではないか。

筆者は、娘に、まず、社会的、経済的自立を目指しなさいといっています。そうしてか

ら、欲しかったら男を探しなさい。そうしてからでも恰好いい男は結構みつかるとよ。誰が合うかはよくわからないから、各種試してみて、駄目だったらどんどん取り替えて、これはと思うのがみつかったら、そのとき欲しければ子供を作ればよい。そのあとでも気に入らなかつたらまた下取りに出せばよい。といった話しをしている。

父親の立場から考えるとこうなるのだが、如何なものだろうか。

さて、筆者の娘の母親は何というだろうか。

娘の母親の立場から

人との別れ、就中、夫との別れは、何時どういう形で現れるか分らないものです。夫・大島義彦のように、思いもかけずに若くしてポックリ逝ってしまう場合もあるでしょう。

最低限度、男性に依存しなくても、生きてゆけるだけの社会的、経済的自立ができる資質・資格を娘も持ってほしいと同感です。

しかしそれだけでは娘は、というより次代を背負う人々は幸せにはなれないと思います。

男性主導型の社会はそう簡単には変わるものとは思えませんが、女性が男性と同様に働き続けようとする場合、男性の理解と協力がないと、子供を産める保障がないのです。

社会的に、娘達が仕事を持ちながらも安心して子供を産み育てられる環境、代替要員の確保、支援システム等の基盤整備がなされないと、日本は沈没してしまうことでしょう。

男女雇用機会均等法や育児介護休業法ができ、大変便利にはなりましたが、少子化傾向に歯止めがかかりません。男性も女性も甘えてはられません。共に努力し、共に協力し合う意識改革が必要ではないでしょうか。本当の幸せをもたらしてくれる子宝を得る為に。

それにしても、夫・大島義彦は、多面的に良く協力してくれました。四人の子供を授けて下さったことに深謝しています。

2005年8月

大 島 扶 美

1990年

庭

大 島 義 彦

庭のある家。これは私の長年にわたる夢であった。これがとうとう山形へ来て実現した。向かいの地主さんの好意で、格安で広い土地をお借りできたので、家の南側に100坪程度の庭が確保された。十分な広さとはいえない迄も、これまでの生活環境からみれば、何もいうことはない。

庭は人を表わすとか。人が変れば庭も変化する。家が建って間もなく、知人がプレゼントしたいという。自分の山の青森トド松を運んできて植えてあげるというものであった。山の上ではないので樹水はできないだろうが、大きな木が聳え立つ光景も悪くはない。当時小学生であった娘の趣味は木登りであった。そして犬を飼いたがっていた。芝生の上でじゃれる小犬と子供、これも悪くない。しかし、木はうっそうとしてくる程だと明るさが維持できなくなるし、花も実もある木だと尚ほこうである。青森トド松はお断りすることにした。家内は日本的庭園に憧れていた。そうなると両立は難しい。しかしこれは問題とはならなかった。そんな庭を作る金がなかったからである。しかし家内は全く諦めてはいなかった。或日曜日の午後、庭石を売る業者が訪れた。新築の家を、トラックに石を積み込んで売り歩いているのである。群馬県の業者で三波石(?)という名の通った石とのことである。家内が生まれ育ったところは同じく上州である。ノスタルジアをくすぐられ、「あちこち回って、これから群馬へ帰るところ。持ち帰っても仕方ないから、そして、同郷の人だから格安にしておく。」とでもいわれたのであろう。私が家に帰ると、薄緑色の石が大小あわせて6個、点々と据えつけられていた。また、コロッと騙されたなと思いつつ家内の得意気な説明は黙って聞くことにした。

長野県の南、伊那谷の農村育ちの私は、農繁期には学校が休みになったものであったが、そのとき隣家の農家の手伝いで培った心得がある。庭の隅々には実のなる木々を植えた。桃、サクランボ、カリン、プラム、リンゴ、ブルーベリー、柿、キウイフルーツ、イチジク……。100坪といってもこれでは密植すぎる。はじめは、これらの苗木の間を一面に畝にしてみた。庭の中央には、近くの農家から譲っていただいたビニールハウスを組み立てた。一面雪に覆われる山形の冬でも、この中に、春を作り出すことができる。最近では野菜の品種も増え、ハウス内の暖房をしなくても1月に菜の花をつけるものもある。晴れの日が続くと、2月頃、モンシロチョウが羽化してしまうこともある。

栽培してみたかった野菜には不思議とナス科のものや、アメリカ大陸原産のものが多い。トマト、ナス、ピーマンの類、トウモロコシ等である。隣の韓国のトウガラシ食文化は大航海時代にコロンブスが持ち帰り、ヨーロッパ、アジアを經由して日本に入り、それが朝鮮半島にわたって花開いたものと聞き、不思議な感じがする。この世にアメリカ大陸がなかったら、我々の食生活も何と味気ないものだろう。ヨーロッパの飢饉を救ったのは、コロンブスによるジャガイモと聞く。

素人農業の大敵は、連作障害と害虫である。はじめの頃はトマトをはじめ、何でも実によく育ったのだが、年々病気になったりして必ずしもうまくいなくなってきた。それにアブラムシ、青虫、夜盗虫をはじめとする害虫の大群である。アブラムシは殆どあらゆる野菜や果樹につき、多くの病気を媒介する。はじめの頃は殺虫剤を霧霧したものであったが、耐性ができているのか、説明表の規定量の倍まで濃度を上げて、さっぱり効かないのである。白菜などは、消毒しなければ、レースの葉になり、中心部が虫のフンだらけ、とても食べられたものではない。八百屋に出ているものを作る為には、葉なくしてはとても不可能である。となると、我々は知らず知らず日常、実に多くの葉を取り込んでしまっている可能性があり、そう思うと、ぞっとしたものであった。しかしまもなく慣れと諦めで、やはり少しは薬を使うようになってしまった。悪戦苦闘しながら、一通り栽培してみ

たが、プロと競争してみても仕方ないし、飽きてもきたし、ということで、毎年芝生の面積が増えてきて、今ではビニールハウスの存在も怪しくなっている。飽きっぽいのは私の欠点でもあるが、これがなかったら大変である。今でも毎年次々と趣味が増えており、それぞれ打ち込んでいたら死んでしまう。

庭に欲しいものは、緑と日光ともう一つは水である。池も欲しかったものの一つであった。或夏の日に小さな池を庭の片隅に作ることにした。掘り続けるうちに、どんどん深く、大きくなっていった。池の上部を飾る石が必要だった。蔵王山系の石は風化が進んでいて使いものにならない。石は朝日村の川の上流から、みかげ石を車一ぱい運んできた。コンクリートを流し込む型枠を組み立て、鉄材を骨格として入れた、いよいよ手配していたコンクリートミキサー車が到着したのであるが道路からどうしても届かないことがわかった。そこで、あつかましくも、隣家の庭にコンクリートミキサー車を入れ、トタン板のへいを一部はずしてもらって、コンクリートを流し込むことにした。池を作るときに大切なことは、姿、形もであるが、とにかく、水漏れを防ぐことだ位にしか思っていなかった。しかし魚を飼った場合には、水は浄化システムをどうするか、池を掃除することを、考えて池の構造が如何に大切であるかと思知らされたのである。ともかく、素人がはじめて作ったにしては、まずまずの、畳三枚程の広さの池ができ上がった。この池の住人となったものは、はじめはメダカ、フナ、ハヤ、ドジョウ、タニシと続き、現在は錦鯉が悠然と浮かんでいる。来春、錦鯉の稚魚を沢山育て、近くの川に放流したいものと考えている。鯉は水温が18℃になると卵を産むらしい。今年の夏は暑かったが、この池はとくに水温が上がってしまった。それは、池の端に大きく育ったサクランボの木を切り倒してしまったからである。サクランボは、なるにはなるのであるが、熟した実を収穫するのは人間だけではない。スズメやムクドリの方が早起きなのである。また、池を綺麗に保つためには、葉が沢山落ちる落葉樹は池の端に或ることが望ましくないこともある。鬱蒼としていた木が払われ、池の日当たりがよくなると前年までに比べて藻の発育が格段に盛んになった。藻は日光を浴びると、その表面に点々と無数の水泡ができ、ぷくぷくと水中に浮び上がるようになる。水中の酸素含量が増し、魚には大いに結構なのだが、これが繁茂し過ぎるとまた池の汚れとなってしまう。藻の制御のためにタニシを入れてあるのだが、全ての藻を喰わせるには相当タニシの数を増やさなければならない。

初夏の或日。藻の間を円盤状をした小さな虫が盛んに泳ぎ回っているのを発見した。この虫はかなりのスピードで泳ぐ。そんな推進力がどこについているのか、どうやら円盤みtainな形を作っている小さな繊毛のようであるが、とにかく愛らしい形をしている。以前、子供の雑誌の附録についてきた、生きた化石、カブトエビにも似ているのだが、これには兜がない。まもなく、由々しき事態になっていることに気づいた。これは魚の寄生虫だった。錦鯉の魚体が何となく汚くなっていると思ったら、この虫がビッシリとついていただけだった。魚の身体からこの虫を剥がそうとしてもピツタリと吸いついてなかなか剥れない。早速文献を調べてみたところ、これは魚じらみで、水温が上がる初夏に大量発生するものらしい。顕微鏡で覗いてみると、しらみというだけあって、節足動物のゴツイ足や、大きな吸盤が異様にみえ、マクロで見るときの可愛らしさとは大違いである。本にも書いてある通りの薬の使用で、一応魚じらみは退治された。しかし二週間後に錦鯉の一匹

が元気がないのに気づき、調べてみると、魚体には眼に辛うじて見える程度の、以前よりはずっと小さな魚じらみが、以前より多くビッシリとついていることがわかった。前に用いた薬は、既に産みつけられていた虫の卵には効果がなかったようだ。何回か断続的に薬を入れた末、やっと魚じらみ騒動は収拾した。しかし、弱った魚には身体の表面にカビが生えてきて、メチレンブルーなどを塗ったのだが、結局死んでしまった。顕微鏡で調べる過程で、もう一種類の寄生虫が見つかった。サイクロキータという、肉眼では見えない程度の大きさで、魚じらみ程の害はないが、退治は更に厄介である。自然の営みは不思議なものである。寄生虫の被害は錦鯉や金魚には甚大であったが、野生のフナは殆ど何ともなかった。野生のものには、寄生虫に対する何らかの抵抗力が備わっているものらしい。これらの顛末は小学五年の息子の夏休みの自由研究の材料となり、今年も賞を貰ってきた。

わが庭のもう一つの特徴は、キウイフルーツである。キウイフルーツは、中国の浙江省の少し奥地の原産で、マタタビの仲間である。これがヨーロッパに渡り、更にオーストラリア、ニュージーランドを経て日本に入ってきたもので、まだ十分飼い慣らされていない為か、病虫害が殆どないため、消毒は今のところ不要である。また、発育は頗る旺盛で、根が十分張ると、地上部分を全部切っても、一年で何mも伸びてしまうので樹型を整えることが容易である。この植物雌雄あり、これは花をつける迄わからない。メスだけでも実を結ぶが、受粉しないと小さいものになってしまう。キウイフルーツはブドウのように蔓性なので、これを作るには柵を要する。しかし柵を作るのは大変である。そこで家のまわりにあちこち植えまわり、建物に這わせることにした。既にその数10本に達している。私は家が緑で被われている光景が好きなのであるが、家内をはじめ、息子や娘の評判は著しく悪い。家内とのもめごとの一つの原因である。子供の頃読んだ、「一房のぶどう」の光景が忘れられず、ブドウも作ってみたことがあるが、ブドウは一週間に一度の頻度で消毒しないと、ロクな実は結ばない。キウイは、剪定と枝の誘導、実の間引きだけで立派な実をつける。キウイは挿し木でも、根取りでも簡単に増やせるし、また継木も容易である。庭の隅に50本位苗木を作っており、知人に分けてあげたり、ときには無理矢理知人の庭に植えてきたりしている。しかし、苗木を作る過程で雌と雄が混じってしまい、雄ばかりであったりして、失敗もしている。苗木を植えてから、根が張り実をつけるようになる迄には3～4年が必要である。3～4年丹精こめて育てた結果、雄ばかりだったとなつては大いに恨まれることになる。実は1～2ヵ所その可能性があり、来年は雌の穂木を継いでまわらなければならないかも知れない。渡辺教授の家にもキウイの木があり、何年にもなるがさっぱり実がならないと聞く。来年は庭師になって乗り込むことにしている。

1991年

The combined meeting of spinal & paediatric section of W. P. O. A報告記

大 島 義 彦

1991年5月18日（土）……日本手の外科学会（山形）教育研究会

8:00 山形出発。車で新潟まで。木戸病院に寄り、院長、所沢医長に表敬挨拶。タクシーにて新潟空港へ。

2:00PM KOREAN AIR KE771便にて一路KIMPO AIR PORTへ、台風一過快晴。
→SEOUL市by taxi. Hotel New Seoul. City Hallのそばにあり、-not the best hotel-

6:00PM 歩いてホテルから20~30分程度の距離の小高い丘の上にあるHilton Hotelの会場にて、Resistlation, Opening Ceremony, Memorial Lecture, Welcome Partyあり。

Memorial Lectureは竹光教授による。

5月19日（日）3会場 Room A・・・Paediatrics B・・・Spine-1 C・・・Spine-2

8:30AM 東北震災の倍程度の参加人数か？ 2時間の中に数台のInstructional Lecturesがあり、その後Free Paper Sessionが続く。午後は2時間のSymposiumのあとにまたFree Paper Sessionが入る。午前中太田Dr.のみPaediatricに参加。他はSpine。

12:30AM Lunch Break会場で配布される弁当。これが全く日本食。

4:20PM 太田吉雄Dr.の“Postoperative Lumbar Spinal Instability after Facetec-tomy and Its Restabilization”の発表あり。これに対し、2、3の質問が寄せられ、流石我々の中では最もEnglishに強い太田Dr.からはよどみなく質問に要した時間以上にわたって回答がなされた。

5月20日（月）

8:30AM A、B Room 2会場で前日同様にまずInstrucional Lecturesがあり、続いてFree Paper Sessionに移る。

11:45AM 林Dr.が“Operation for Metastatic Tumuor-Report of 153Cases”発表。4~5の質問あり。回答は首尾よく行われ、都築先生から冷やかされていたようだ。Surgiral Indicationについての日本人の質問については、少し答えてから、“This problem is very complicated, so, I'd like to talk about at another place”は見事という他ない。

12:30AM Lunch Break内容たっぷりのhigh calory western lunch.

4:27PM “Experimental and Clinical Study of Modified Luque Segmental Spinal Instrument”の題で大島が発表。内容はともかく“おしん”のライドには殆ど反応なし。Koreaのassociate Prof. から、質問あるもその趣旨がはっきりしないうちに座長が整理して終わる。

その他期間中、Scientific Poster Presentationと医療器械展示が行われた。

7～9：00PM Banquet&Farewell Party.

この昼の休み時間に竹光教授がTreasureを担当したJIN MAN WANG Prof. を伴って、私のところへ来て、Postoperative Lumbar Spinal Instabilityを発表した太田Dr.は卒後何年かと、Banquetに出るかどうかを聞きたいということを伝えにこられた。その理由を尋ねるとAwardの候補になっているとのことであった。そこで多少の期待を抱きつつBanquetに望んだ。2、3の挨拶後、Awardの発表があった。今回の学会ではSpineとPaediatric Sectionのそれぞれ1名の最優秀発表に会長賞を与えられることになっているようであった。84のSpine部門の発表中、太田Dr.は名誉あるPrizeを獲得したのであった。猛烈な拍手とCongratulation!のかけ声の中で壇上に上がり、表彰状と大枚100\$を手にした。受賞の様子は用意したVTRに収録したが、太田Dr.はスポットライトを浴びて、大いに輝き、少し逆行になってしまったようである。日本からはSICOT会長予定の山室教授の他、竹光、山本、岩崎、都築、福田教授らが出席しており、口々にCongratulationを受けた。

その後各国からの代表のspeechがあり、素晴らしく生き生きして力強く美しい民族舞踊が披露された。

5月21日(火)

全ての学会事業は昨日までで終わり、今日はたった1日市内観光と思ったら、韓国では祝祭日に当たってしまっていた。何と仏の誕生日だからとのこと。同じ仏教国でも違うものだ。午前中観光バスに乗り、午後は買物。小生今までの外国旅行には皆official tourでいつも現地のGuideと一緒にいてくれたので気付かなかったが、今回はFree tour、買物するにも何とも非効率である。

昼は韓国式うどん、夜は韓定食という一応フルコースの韓国Dinnerとした。定食といってもこの国のそれは日本の定食の意味とは全くちがうもの。若い連中は最後の夜は何やらどこかへ出掛けていった。

5月22日(火)

7：45ホテル出発→一路日本へ帰国。新潟空港から木戸病院の駐車場につっこんであったLegendに乗り、午後山形へ到着。

以上が主な流れであるが、以下、気付いた点を二、三点掲げる。

(学会について)

Western Pacific Orthopaedic Associationは1962年に設立され、3年に1回総会、学術集会があり、その間に今回のような部分的なsectionがもたれるとのことである。

今回の参加費は事前登録で300ドル、その後は350ドルで参加者は、事前登録をしたものだけで約200名、この内訳は韓国120、日本60、香港4、シンガポール3、フィリピン3、台湾、タイが2、USA、オーストラリア、マレーシアが各1名である。中国からは日手会の王先生と同様、引締めが強くなったためか参加者はなかった。

発表演題の中で目についたのがSpinal Instrumentであり、日本と同様、これだけやって、こうでしたというのが大部分を占め、我々の3題のようなoriginalityのあるものが少なかった。発展途上国の経済的貧しさの中で、どうしてあの必ずしもやらなくてよいよ

うな西欧で作られた高価なInstrumentを用いるのか、そしてそれを最先端の学術成果として発表するのか大いに疑問を持ち、また哀しさを覚えた。しかし一方、韓国の追いつき追い越せの“やる気”は大いに感じられた。我々の発表したGrooved Rodはユニークな発想として注目を浴びた。早速3カ所へサンプルを送ることになった。これは最も値段も安く、優秀な固定力を持つといったことから、発展途上国でも大いに用いられる可能性が高いものと考えられる。

〈太田Dr. の表彰について〉

今回の学会発表の材料に関して、私が山形へ来る前から、佐本Dr.をはじめ、県立中央Hp.をまわるDr.に何とかこれをまとめるように勧めてきた。おそらくどこを探してもfacetomizeされたlumbar disc herniaの例はこれほど多くはないので、この予後についてまとめることは非常に大きな価値があると、しばしば指示してきた。これが最も早くから行われてくれば、更に素晴らしいものになったものと思われるが、ともあれ太田Dr.が上手にまとめてくれ、そしてそれが今回このような形で認められたことは意義深い。前にも指摘したがSpinal Instrumentation Surgeryのcrazyともいふべき程の過熱ぶりであり、警告を発するような形での今回の受賞は主催者の高い見識を発揮したものとみえる。どんな疾患でも、そのNatural Courseを知ることは基本的に重要であり、そのためには地道なStudyが必要である。今後必要なことはLaminectomy後Restabilizeされる期間までの、またその後の状況の分析である。現在、Spinal Instrumentationは症状の詳細な分析なく行われがちであり、Pathologyによっては固定を要しないものもかなりある筈である。ひょっとしたらGillのopeのように原因となる病巣を除去してもよいものかも知れない。いつでもそうであるが仕事を進める際の十分なDiscussionが必要である。

〈雲助タクシー〉

KIMPO空港に降りたら、我々一行五名は、Resistationまであまり時間はないが、とりあえず予約してあったホテルに行くことにした。空港タクシー乗場にはSeoul中心部まで6000~7000ウォンといったタクシー料金の一覧表が大きな看板に大書されている。5人一度に乗れる大型タクシーを探したがみつからず、キョロキョロしているうちに、我々の番になり眼前に一台のHyundai社のコロナクラスの車が止まった。空港タクシー乗車の整理係が後押しして一台に五人がむりやり乗り込んでしまった。後部席に4人乗ったのだが辛い。人間は小型~中型で肩をどちらかに捻れば何とかは入れるものである。前の座席では林Dr.が地図を片手に陣どり日本語が数字しか理解できないと思われた運転手に行き先を示したがそのうちに2万ウォンとわめきはじめた。驚いたことにメーターを倒そうとしないのである。ジェスチャーからデモ行進のため遠回りをしなければならないというらしい。林Dr.は英語と日本語の中間のようなヤツで交渉するがラチがあかない。少し静かになったところで一計を案じてゆっくりと日本語で話しかけるとなんとまっとうな返事があった。国際空港の運転手君はやはり、かなりの日本語はわかるのである。しかしわからない方が便利なきもある。車はかなりのスピードを出す。片側数車線の広い道路をどんどん車線を変える。乗車人数制限とスピード制限はないのかも知れない。ホテルについても、まだ2万ウォンとわめいている。2台分ということで1万5000ウォンを手にしたら運転手君は満足気に走り去った。

翌朝、学会会場Hilltonホテルまでということで、我がホテルニューソウルの前にたむろしていたタクシーも全くメーターは使わない。いつも通常の3～4倍の値段をふっかけてくる。ホテルのボーイに聞くと彼らはどうやら医療でいえば保健診療と自由診療を適当に両方組み合わせさせてやっているらしい。契約なのだからどう結んでも文句はいえない。こんなときは言葉の理解度は数字だけに限る。翌日のタクシーはもっとひどかった。夕食に出て、韓国料理のフルコースの店まで行ったのだが、運転手君は夕食中はずっと待っていてホテルに帰ったとき、距離にすれば日本の基本料金程度のところなのであるが、待ち料を含み4万ウォンを主張してきた。これには我々一行の幹事君もいささか頭にきて1～2時間ホテルのロビーでやりとりしていたようだ。結局根負けして3万ウォンで手をうったようだ。平本Dr.の話では成田空港にもこの手のタクシーが結構あり、不案内な外国人とみると法外な料金をふっかけるのだそうだ。どこにもあることとはいえ、興ざめすること著しい。

〈観 光〉

三題の演題をもつての学会参加、そのあと1日くらいは、せっかく外国へ行ったのだから観光をと考えていたのであるが、ガイドを頼める地元の友人も今回はいなかったし、翌日はおしゃかさまの誕生日とて、国民祝日、結局おみやげを買うための外出程度で終わり、勉強ざんまいの旅でした。

そんなことなどで、一同のなかには、もう一度是非、行きたいという人は誰もいなかったようである。

1991年

フィードバック機構あれこれ

大 島 義 彦

近年、マスコミに超集積回路などがよく登場する。門外漢の小生にとっては、充分に理解できる訳ではないが、何とも恐ろしく精妙なものを作る技術の進歩に感嘆するばかりである。これらを用いた人工頭脳も知らないうちに長足の進歩を遂げ、SFの世界がいつの間にか現実に眼前に現れたりするようになった。近代テクノロジーの進歩のスピードはまさに幾何級数的である。しかしこれらの技術の発想の少なからざる部分は、生体のしくみに学んだところであるという。自然か神か仏が作り出した生体の妙は、つっこめばつっこむ程、SFなどととは較べものにならない程のものであると思えてくる。あの小さな卵とおたまじゃくしの脳味噌が合わさったときの最初の一撃が、次々に作用を及ぼし、凡そ100年間も働かせることができる機械を作るのだから凄いものだ。しかもその機械は自らversion upし、故障を治す能力を備えているばかりか、自らの複製を作り出すこともできることを考えると、そんな素晴らしいものが自分の仕事の対象であることに、ほんのりと喜びを感じる。

この素晴らしい生体のしくみの中で、ここで取り上げたいものはFeed Back Mechanismである。我々は生体に設計されているフィードバックメカニズムのほんの一

部しか理解してないものと思われるが、その仕組みにはやはりただ感嘆するばかりである。例えば食事の動作一つとってみても、一体何通りのフィードバックを作れば、そのような動作を制御できるのか、おそらく大変な数であろう。それでも、最近の産業用ロボットの動きは、以前に較べれば、かなり動きがよくなっているが、生体の体系の妙に較べれば桁が大部ちがうように思われる。生体の内部環境を維持するフィードバックは更に一層複雑と思われる。内分泌系も、小生が医者になるころの教科書は、比較的単純に理解されていた。あれから25年、四半世紀の医学の進歩も相当なもの、若い連中に笑われないようにと、他領域の文献もなるべく読むようにしているが、その成果は如何なものか？

さて、生体のフィードバックメカニズムの意義については、誰もがその役割の重要性を認めるし、産業用ロボットの製作においても、これが最重要部分であることには論を待たない。しかし社会のシステムとなるとどうであろうか？ 病院の運営はどうか、医局の運営はどうか？

この1～2年に、今世紀最大の世界情勢の変化がおこった。即ち御存知、東ヨーロッパ社会主義体制の崩壊である。この変化については当然いろいろな見方があるのであるが、小生が最も興味深く感じたことは、独裁体制の崩壊である。

小生は大方の日本人と同じく宗教には縁がないのであるが、小生の神ともいうべき、いくつかの確かな信条のなかに、このフィードバック機構がある。独裁は、部分的にみれば、場合によってはすこぶる効率がよい面があることは否定できない。しかしそれはほんの一時的で局部的で、ちょっとしたことですぐ病気になる、フィードバック機構のない組織は、どんどん機能が低下してしまい、最後には死んでしまう。改めて考えてみれば当然のことではある。社会主義国の内情はよくわからず、ただ、個人崇拜傾向には何ともなじめないといった印象をもってしたが、retrospectiveにみれば、当然、遅かれ早かれ、こうなることになっていた訳である。

我々は、従って一つの組織なり、制度を作るとき、それが作動するに従い、それ自身が自動的に止揚されていくフィードバック機構を主体とするシステムを組み込む必要がある。例えば医学教育制度も然り。フィードバック機構は学生の出席、講義中の学生の反応、試験の成績だけでいいのだろうか。小生自身の教え方はどのようにして評価されるべきなのだろうか。未だ、そのようなシステムはない。自分自身、どのように教えればよいのか、毎日毎日迷いを重ねている。

医局の運営はこれでよいのか、他の医局に較べればかなりの健全化システムが組み込まれてはいるが、十分とはいえないだろう。

活力のある企業や組織には、それなりのシステムが組み込まれているように思う。

どんなに立派と思われる制度や組織を作っても、環境の変化に対応して、自動的に対策がとられ、止揚されていくメカニズムが組み込まれない場合、間もなく実効があがらなくなってしまう例は、そのような眼で考えると、我々の周囲に山とある。

生体から学ぶフィードバック機構を我々の周囲の社会制度に、意識的にあてはめて考えてみることの重要性を感じる今日この頃である。

1992年

WPOAジャカルタ報告

大島義彦

地球は随分小さくなった。昔、小さな和船で何カ月間もかかって、命がけの航海の末、ルソン島まで辿り着いた頃の地球は大きかった。ジェット機で数時間、めっきり冷え込んだ山形から、犬が死んだように大地にへばり着いたままあえいでいるジャカルタまであつというまに来てしまうのだから。

さて、この度のtourは昨年のKoreaで開かれた、WPOAのspineとpediatric orthopedicsのcombined meetingに参加したときに決定された。即ち、一人一題ずつ用意して、ビーチサイドのやしの葉越しに、南十字星を眺めながらビールジョッキを傾かせるのも悪くない、という話がまとまっていたのである。

WPOAは、今回で第10回を迎え、よくわからないのであるが20年程前(?)に津山直一先生らが中心となって、Asiaの発展途上国のレベル向上のために(といったかどうか?)作られたもののようである。今回の学会のスケジュールは別表の如きであるが、我々一行、林、平本、伊藤、武井、そして筆者の5名は、日曜日の夜遅く、ジャカルタのスカルノハッタ空港へ降り立った。尚、成田-ジャカルタ直行便は、偶然であったが、何と、この日から就航したのであった。機内では、何か記念の品が配られたが、それはそれとして機内食のシイラのマズイこと、往復運賃11万円とるのだからもう少し何とかならないものか。今回のtourをセットした伊藤Dr.のplanは綿密であり、そしてまた随分安く組まれていた。後日、closingのofficial banquetで同席した東北大桜井教授の話ではJTBに任せたらひどい目であった、とのことであった。

さて、ジャカルタに着き、機外の空気に触れるとさすがトロピカル、ムツとするような、高温多湿の大気を感じることができ、改めてインドネシアを実感した次第。インドネシアには独特の香りがある。一口でいえば、あの皆さんに買って来たインドネシアタバコの香りである。“ちょうじ”の香りという説がある。筆者は香辛料にはうといので判別がつかないのであるが、甘い香りである。あのタバコを嗅ぐと、ジャカルタやバリ島が、あの独特の音楽と踊りと共に思い出される、強烈な条件反射が形成されてしまった。

日曜の夜は、五ツ星の(一泊1万2,000円程度)Le Meridien Hotelで夕食をとった。このホテルは今年の春openしたばかりで、とても綺麗である。すぐ隣の同じ五ツ星のHotel Sahid JAYA(JAYAは場所の意)が会場であり、その隣に陣取ったのは、同じホテルだと何かと窮屈なのでないかという伊藤旅行社の配慮であったとのことであるが、どうやら正解であったようだ。Hotelのレストランに面するプールサイドで日本語で鳴いている蛙が沢山居るのには驚かされた。スコールがあがったばかりの庭をピョンピョン駆け回っているのである。

翌日は第1日目、日中は敬愛する田島達也教授のHand lectureだけが全く格別に長時間にわたって組まれており、インドネシアでまとまったお話を聞けるのもありがたいことと考えていたのであるが、トロピカルの風物がまぶしく、我々一行は、我々の意志に反して、まるで催眠術をかけられたように、ふらふらと、気づいてみたら、タマンミニパークへ連

れ出されていたのであった。夕方が近づくとつれ、ハッと眼がさめ、ホテルへ戻り、シャワーを浴び、きちんと正装してopening ceremonyの会場へ乗り込んだ。津山先生の八方破れのスピーチは、南国の夜にふさわしいものであった。

我々の発表は、水曜日に4人続けて、金曜日の午後に林Dr.のものが組まれていた。日頃の研究成果の発表のため、わざわざ、遠い異国に行ったのであるから、ここに、それが嘘でない証拠に、我々の演題の一覧表を掲げることにする。

五人とも、胸を張って日頃の成果を発表し、寄せられた数多くの質問にも、多少的がはずれていたとしても、それは南国の甘美なる妖気のせいと、ともかく全員、首尾よく、武井Dr.は座長からCongratulationsの声がかりで終了したのであった。特筆すべきは林Dr.のEnglishの上達ぶりであった。金曜日にポツンと残された林君を置いて、インドネシア学の研究に旅立とうとする計画もあったが、武井Dr.が友人の結婚式に出席するため、発表が終わるとすぐ帰国しなければならないという不運に遭遇したこともあり、わが脊椎班のチーフの発表を皆で聞くことにしたのであった。

Opening ceremonyではインドネシア大学の合唱部による、オルトペディの歌が披露された。このために作曲されたのか、もともとあるのか知らないが、なかなかの名曲であった。これは、民族舞踊と共に筆者のビデオにおさまっているので、興味のある方は、みてください。

WPOAのこの大会には、日本から約200名参加した。しかしとてもそんなに居る風にはみえなかった。

以上でオフィシャルの報告は終りであるが、non official articleが、同行メンバーによって別に紹介されるので、御覧ありたい。

発 表 演 題

大島 : Cervical alignment following expansive open-door laminoplasty with reattachment of muscle pedicled spinous processes

伊藤 : Arthrodesis of the cervical spine in rheumatoid arthritis

武井 : Expansive open-door laminoplasty with reattachment of muscle pedicle spinous process for cervical and upper thoracic spinal cord tumor

平本 : Operative treatment of incomplete cervical cord injury with narrow canal without fracture dislocation

林 : Modified Luque Instrument (G-ROD) for spinal fractures and dislocations

1992年

インドネシア余話

大島義彦

「ウミハヒロイナ、オオキイナ。イッテミタイナヨソノクニ」の一節は、兄貴の国民小学校の教科書の一節だが、筆者が新制小学校へ入学したときには「みんなよいこ。おはなをかざる。みんなよいこ」に変わってしまっていた。前者はGHQが海外侵略の歌だということで禁止してしまったのかも知れない。よい子が花を飾るより、行ってみたいな、広い海のむこうにある他国の方が100倍以上、ロマンがあり、子供の心をひきつける。インドネシアはサイを撃つ話、人食い土人の話、等々、子供の頃親父がよく読んでくれた冒険物語に出てくる島々のある国である。第10回WPOAがこの国で開催されるということで、筆者の幼年時代の憧れの地を訪れることができたのである。

ジャワ島はインドネシアの政治は、経済的にも中心になる島で、島といっても日本の本州程の大きさだと思うが、高校の地理で、たしか、世界で最も人口が稠密な島と習ったように思う。確かにジャカルタには人が多かったが、上海程には感じられない。ガイドや現地知り合った人から仕入れた、インドネシアに関する切れ切れの情報を挙げてみれば、
○宗教：ジャカルタでは85%イスラム、5%カトリック、5.5%プロテスタント、3.5%仏教、0.8%ヒンドゥ、とのこと。但しバリ島でヒンドゥが圧倒的に多く、イスラム勢力が攻めてきたときこの島へヒンドゥが逃れたことによるらしい。

○教育：学制は日本とほぼ同じ、但し義務教育は小学校まで。言語は360を数え、共通語がインドネシア語であるため、小学校3年までは地方語で教育し、4年からインドネシア語ではじまる。中学から英語がはじまり、高校では2ヵ国語の選択となる。その人気はトップが英仏、二位が英独、そして3位が英日である。ジャカルタでは中学に進学は80%、高校までは60%、大学までは何と45%という。何かの誤りではないかと思っていたが、学会後回ったバリ島ではタクシーの運転手が大学出、息子も地元の大学へいつている等の話を聞くとまんざら嘘ではないらしい。地方で大学進学率は8-10%とのことである。

○所得と物価：金の単位はRp. (ルピア)、1,000Rp.が約60円である。ジャカルタに住む人の60%の平均月収が175ドル、即ち21,000円。ジャワ原人の複製が展示してある博物館で知り合った大学4年のMiss Sari, Miss Jtaに、卒業後給料は月どの位欲しいかという質問したところ、1,000,000Rp. (6万円)という答があった。更に彼等の話では新車の値段はダイハツのミニバス(ワゴン車)で160,000,000Rp. (96万円)、セダンは150万円という。ガイド氏によれば、車はエンジンのみ輸入して、他は現地生産とのことであるが、庶民の所得からみると随分高い。公務員の給料は民間よりずっと安いという。軍人の平均給与は月、96,000Rp. (5,760円)という。エッ!? といったらそれ以外に米と砂糖(塩ではない)の現物支給がある他、健康保険がつく由。大学の教授の給与は時給2-4万Rp.で通常あちこちかけもちしているとのこと。月200時間教えると200~400万Rp. (12~24万円)ということになる。農民の60%が耕す土地を持ち、一人の農民の所有する土地には限度が設けられているということである。

インドネシアの航空は、国営Garruda Indonesiaである。何しろインドネシアは1万数

千の島からなり（このうち名前のついている島が約4,000とか）この島々を結ぶには船か飛行機によることになる。ジャカルタ市内の鳥のsaphariでGarrudaにおめにかかった。Sea Eagleの一種で白い4~50cm程の体長をした、如何にも強そうな猛禽である。また、Garrudaの音の響きも力強く、そのせいか、国内便でGarrudaに乗ってみたが、何となく頼もしく感じる。飛行機はやはり恐ろしい。あんな重いのがどうして飛ぶのか？。ライト兄弟が仰天する立派なものとなったが鳥に較べれば如何にも心もとない。いつになったら鳥程度になるか、まだ今のところ見当もつかないものと思われる。

柔道家武井Dr.は一応ライセンスを有するレッキとしたDiverである。柔道と水泳の組み合わせは本邦でもrare caseではないか？ 彼は学会発表と同じぐらいTropical Seaの研究に期待感を持っていたようであった。しかし気の毒なことに友人の結婚式のために発表が終わるとすぐ日本へ帰らなければならないことになってしまっていた。そこで、ジャカルタから行けるポイントということで、ジャカルタ沖の島へ出掛けることにしていた。一人で行かせるのは危険なので筆者も同行することにした。ジャカルタには、立派な道路がある。広いところは片側4~5車線のところもあり、宿泊したLe Meredine Hotelの部屋からみる風景は、ロスと見間違ふ程である。たゞし、走っている車をみると違いがすぐわかるのであるが。しかし渋滞もかなりなもので、ラッシュアワーには街の中の移動は殆ど不可能に近くなる。そんなとき最も便利な乗物は、殆ど走りながらとび乗り、とび降りる乗合バスであるが、地名がわからないと、とても降りられない。バスが超過密なのである。ともかく、道路は何とか作ったが、下水道はとても遅れている。裏小路に入ると水路の汚れが何ともひどい。空からみるジャカルタの港一面は褐色に濁り、エメラルドグリーンはるか沖合である。これはラテライトに染まる川の水の色によるだけではなさそうである。ホテルの案内表にある、最も沖合の島、Sepaに行くことになった。10数人乗りのヤマハボートが白波をけたてること1時間半。海は風で、エンジンの振動が何とも心地よい。船のスピードは何ノット（1,852m/h）かわからないが、時間からしてちょうど飛島あたりまで出たのではないかと思われる。目的の島に辿り着く間いくつもの島々をやり過ぎた。途中、海に突き出たヤグラのようなものがあちこちにある。多分カニ漁か何かのためのものか？

Welcome to Sepa! 気のきいた船のGateと棧橋がある。島は直径100m程の小さなもので、まわりには島影はない。浜辺の白い砂は、細い珊瑚のかけらである。棧橋の生け簀には海亀、甲羅イカ、とブダイのような魚が悠然と泳いでいた。太陽は頭の真上、足もとに影を落とし、エメラルドグリーンの海はキラキラと眩しく、長年憧れてきた南の果ての、ヤシの木が繁る孤島がそこにあった。胸一杯に、新鮮な、ちょっとだけオゾンの香りがする空気を吸い込んでから、まず島を一周してみようということになった。持参したホテルのルームスリッパが役に立った。倒れた木々を乗り越えたり、浅瀬に膝までつかりながら進んでいくうちに、武井Dr.が歓喜の声をあげた。トカゲであった。ジャカルタの植物園の近くで一瞬みかけたものより二まわり程小さいがゆっくり観察できた。少しずつ海の方へ追いつめてみた。このトカゲ、水泳の達人でもある。餌は多分カニではないか？ 武井プロの話でも、珊瑚礁には貝は非常に少ない。十分楽しんでからトカゲと別れ、島の一周を終えた。スキューバダイビングにはライセンスが必要であり、必ず複数で行動すること

がinternationalの掟である。筆者は、やっと泳げる程度でとても自分の身長以上に深くもぐる自信はない。武井Dr.には気の毒だがsnorkelingをenjoyすることになる。

琉球大学との交流会のとき琉球の本島のprivate beachでsnorkelingをしたことがあるが、Sepaの海は素晴らしく比較にはならない。武井Dr.は前夜、同行の林、平本Dr.に議論を吹きかけられ、酒の肴とは知りつつ、真正面から一步も譲らずに受けとめるあたりは流石武人であるが、この日の午前中はひどい脱水に見舞われ、isotonic waterの大ビンにときどき浜にあがってはしがみついていたのは多少気の毒。何とも残念なことは、魚の餌を用意してこなかったこと。死んだ珊瑚のかげらをひっくり返して貝を探しても滅多にみつからない。小さな巻貝を見つけたが、これは硬くて珊瑚の片では割ることができない。珊瑚の片を持ち上げると砂がサッと舞い上げる。そこで餌でも居るのか、まわりの魚達がサッと突っ込んでくる。もう一つ残念なことはVTR（海に入れられるケースも）、カメラも持ってこなかったこと。しかしその分ゆっくと堪能することができたのではあったが。ジャカルタ↔Sepa、昼食つきでたった55ドルであった。

不案内の外国へ行って探訪したいときは、現地のよいガイドを見つけることが肝要。この、「よい」というのが難題である。その一つのコツは街へ出かけて、これは、と思う人間に話しかけてみる。話がよく通じ、まじめそうだったら、いい加減なところで手を打つしかないのであるが、こんな風にして、ジャカルタではまず一人の若い男をつかまえた。US（うす）という。同行の諸氏は気味悪がってはじめのうち敬遠しがちであり、筆者が悪い現地人に騙されたのだとヒソヒソやっていたのだったという。貧しい発展途上国の人々は大部分善良な人、日本人の我々の方がずっと悪なのではないか？。君子を自認する筆者はよく虎の穴に入るを好む傾向がある。彼のお陰である殺人的乗合バスにも乗れたし、いろいろな所へ比較的要領良く行くこともできたのだと若い連中に強調してみたのだが、返ってきたのは生返事。

前述の博物館で知り合った女子大学生にもあちこち案内してもらったし、ミゼットを思わせる三輪タクシーチャバにも乗ることもできた。若い同行の連中がいるとうるさいので、このときは単独行動。インドネシアの若いインテリ（？）集団の生態の視察はまた興味深いもの。やはり年頃の女の子、Sariは日本ではどういう意味かと尋ねる。①インドの服→ガッカリの表情、②TVのアニメのヒロイン、魔法使いの女の子→ニコリ、③筆者の家のメス犬の名前→ヒドイ！ といったようだったが、さて英語でなんと言ったっけ？ インドネシアでは犬の社会的地位が著しく低いとは別のガイド氏から聞いていたのを思い出して、ひとり苦笑い。あとで目にしたのであるが、西イリアン（パプア島）についてのパンフレットに、コモド大トカゲの紹介があり、何とトカゲの餌として木に吊るされていたのは犬であった。

インドネシアの味は、筆者にとってはむしろ中国より合うのかも知れない。中国では広東風がbestであり、北の料理はいささかであった。インドネシアではジャワカレーというからきつと何にでもカレー粉が入っているのではと思っていたが、カレー味は非常に稀であった。料理はむしろ唐辛子が基調となり、それもKorea程強烈ではない。様々なTropical spiceが混ざってむしろ南国の甘ったるいような味にさえ思えた。筆者は食べるスピードが遅く、いつも最後まで食べている。同行の若者達は一気に食する。筆者のこと

をよく食べるというのだが、時間をかけているだけである。一流ホテルの食事もいいが、市場の一般の人々が食べる食堂や屋台の味もまたよし。旅行ガイドでは、やたらなところで生物を食べるべからずとよく書いてあるのだが、そんなところでも人間が一応健康で生活しているのだから、大して恐れるには足りないというもの。むしろ、腹をこわすのは、ひよっとしたらという恐れによる精神性の下痢が多いのではないか。それに筆者は過酸症傾向があるので、全ては塩酸が消毒してくれるから心強い。同行の若者は殆どやはり旅の中頃調子を悪くしていたが、年輪というか、現在のインドネシアのを幼少期にクリアーしている強みのためか、すこぶる快調であった。

熱帯の果物については期待するところが多かったのであるが、果物は何ととってもこの山形が世界一、日本の中の順位ではいつも30~40番にランクされる山形であるが、果物と水は世界一といってよい。ドリアンはひどい香りであるが味は格別と、子供の頃から聞いていたのでどうしてもtryしたかった。そこで、バリの街で一個求め、バリの最終日、食べてみたのだが、香りは仕方ないとしても、味も全くいいところなし。子供の頃、日本の果物は、現在程、うまくなかった。次々と品種が改良され、現在の味は全く素晴らしい。熱帯では昔のまゝなのだろうと思う。

インドネシアはフィリピンなどと異なり、反日感情はなく、むしろオランダから独立させてくれた恩人と受けとられているという話を聞いた。WPOAの宴会の席で日本からの某氏は、日本は第二次大戦ちっとも悪いことはしなかったのだと力説していたが、それ程でなくても、前者のような受けとめ方が、日本では一般的らしい。フィリピンとの比較では或いはそうかも知れないが、日本軍がインドネシアで悪いことをしなかったなど、とても信じられるものではない。バリ島でチャーターしたタクシードライバーが説明しない街の交差点附近に飾られている、軍人や一般人かと思われる銅像があるのに気づき、質問してみた。運転手君は言い難そうに、日本軍と戦った英雄の像だという。日本が悪いとかアメリカが、ソ連（ロシア）が、とかいうことはあるが、大部分の人々は善良であることを忘れてはならない。日本の兵隊だって、大部分は無理矢理徴用された農民であり、人殺しはしたくなかった筈。どんなときにも原点に立ち戻り、ひとりひとりの英智を傾け、自分の頭で考えることを訴え、二度と不幸な誤ちは繰り返したくないもの。

学会が終わってからバリ島へ寄ることになった。今年のKoreaの学会では全くのトンボ帰り。今日は、少しは許されてよいとも感じ、折角だからとenjoyすることにした。いちいち断わらなければならないのも、考えてみればいまいましい性ではあるが。筆者は、いつものことであるが、講演原稿は前夜のホテルで一応完成させる。今回とて例外ではない。従って、今回のポスト学会については何も考えてはみななかったし、準備もなし。旅行のガイドブックは帰りの交通機関の中か、家に帰ってから読み終えることも、いつものことになりつつある。バリ島は世界的に有名であるとインドネシアで耳にした。さて、何で有名か？ バリ島と聞けばたゞひとつ、隣のロンバック島との間にWollenberg lineに似たような、生物相の断区があったこと、たしか高校の生物の授業で習った。あとで調べたらウォレス線とのこと。しかしそんなことはそれ程有名になる種ではなさそうだ。そのうちにMusical Movie“南太平洋”の舞台になった島、と聞かされ、合点がいった。小生が学生時代（？）に観た数少ない映画の中でWestside Storyに次ぐ2本目のMusicalであっ

た。筆者の青春の一頁を飾る懐かしい映画である。別に大した映画ではなく、南ののどかな海に浮かぶ常夏の楽園がバリハイの音楽によって条件づけられ、懐かしく思い出されるのである。同行達に観たかと聞いてもyesは平本Dr.のみ、改めて齢の違いを実感させられてしまう。

映画とはいさゝか異なるが、やはり素晴らしく美しく魅力的な島である。島といっても佐渡ガ島のような小さな島でなく、四国の半分位はあるのではなかろうか？ 宿は伊藤旅行社は行き届いた手配により、バリ島のインド洋に突き出た半島のつけ根のオーストラリアの方に面したSanurのBest Hotel、Bal Beach。これはまた素晴らしく快適なHotelで、広大な庭園には三つのプールと貸切りcottage群がありおおげさにいえば小さな一つの村の感。庭には南国の花々がみごとに咲き誇り、手入れもよく行き届いていた。VTRのバッテリーの残りを気にしながらこの庭の全ての種類の花をワンカット 8秒で収め尽くしたので、希望者にはお観せしましょう。若き同行者たちは大分お疲れのようだったので、バリでは一人でタクシーをチャーターしておいて気の向くまゝにあちこち見てまわった。タクシー料金は1日50ドルで十分。この半分くらいでもOK、即ち二人なら半分という話も聞いたが、50ドルの契約にしたら、厭な顔一つせず、よく案内してくれた。

バリ島の北部にKINTAMANI高原があり、活火山と火口湖がある。車で約2時間、途中どんどん気候や植物相が変わるからおもしろい。海辺のSanurではかんかん照り、山の方へ登っていくと熱帯雨林となる。登りきると爽やかな冷気さえ感ずる、広々とした高原に出る何年前、新しい噴火があり山の一部がふっ飛んで外輪山との間を噴出物が黒く埋めつくしていた、その反対側には大きな湖があり、実に雄大である。金持ちはこちら方向に別荘を構えるのだという。バリ島は大部分ヒンドゥーであり、ジャカルタとはまた違った光景がみられた。ぼんやりみていると仏教と大して変わらないようにも見える。ヒンドゥーの神の使いはカエルが多い。インドネシア全体についていえるのだが、どうも両棲類とか爬虫類とかいった動物が哺乳類よりも巾をきかせているように思える。人形の顔は、とても恐ろしい顔をしている。日本や中国の人形の顔立ちは実に美しく、顔が命である。インドネシアの人形は爬虫類を想わせるものばかりで、これをみやげに買っていても家のカミサンはきっとすぐゴミ箱へ放り込んでしまうだろうと思うものばかり。

バリ島では残念ながら海へもぐる機会がなかった。そのうちに武井プロにどこかの海へ連れていってもらえるようなめぐり合わせになるよう謀ろうと、バリ島最後の日ホテルの部屋で考えた。

1992年

今、何故インフォームド・コンセント？

大 島 義 彦

Informed Consentという言葉がこの二、三年来大流行してきている。教室の諸兄は何如に受け止めておられるか、筆者にはいささか、気になるところあり、そのように感じる向きはヘソ曲がりの筆者だけではないのではないのか。この3、4年来、日本医師会雑誌に

は、たびたびこれに関する論文や対談が載っているのですが、まずこれをいくつかみてみたい。

平成元年2月15日Vol. 101 No. 4に「説明と同意について」と題した特別寄稿がある。著者は星野一正京大解剖学教授である。氏は若い頃ニューヨークでレジデントの体験がある。氏によれば「informed consentの基本理念は個人の自主性 (autonomy) をもった選択権の行使を基本的価値とする自己決定権 (the right of selfdetermination)、不可侵権 (the right to inviolability)、およびプライバシー権 (the right to privacy) を守ることによって患者を保護することである」という。更に、この「理念からすれば健全な精神活動のある成人の場合には、患者として、あるいはbiomedical researchの被検者として、これから受ける医療行為についての詳しい説明やその利点と欠点、更に危険性や予後についての資料や情報を、自分が理解し納得できるまで医師に聞き正す権利 (真実を知る権利) をもつ。また、得られた情報を基にして自分がこれから受ける医療行為を、だれの影響も受けることもなく、自己の判断を意志により選択し、その範囲内での医療行為を医師が行うことを承認する必要がある。これがinformed consentの本質的な姿である。」以上のよう

に定義している。

日本医師会雑誌平成2年2月25日号 (Vol. 103 No. 4) には、日医会長の諮問委員会による、「説明と同意」についての報告が掲載されている。以下この中から、何ヵ所か抜粋してみる。

「医療における『説明と同意』とは厳密に言うと、『医療と一連の行為の中で、考えられる複数の処置について、医師がその義務として患者に十分に情報を与えた上で、それについて何を選ぶかを決定するシステム』ということである。つまり、医師が医療について複数の情報を患者に示し、患者がそれらの中からどれを選択するかという意思を答える分業から成るシステムのことである。その根本にある考え方は、一般の医療行為そのものの場合とは別として、最終的には患者ひとりひとりが自分の『生命の質』をどのように選ぶかについて、自己が選択し、決定する権利を持っているということである。」

またInformed consentが問題とされるようになった背景にある要素として以下の四項目が挙げられている。

1. 患者の人権意識の高揚
2. 患者の病気・治療法に対する理解と同意が治療上役に立つことを医師が認識するようになったこと。
3. 医療事故処理上の必要であるという認識が広まったこと。
4. 医療技術の高度化に伴い、一つの病気に対する治療法が複数化したこと。
5. 患者の医学知識水準が向上したこと。

この中の4には、筆者は賛意を表しかねるところがある。即ち、医療技術が未熟の時代であっても、様々な治療法は存在したし、むしろ、中には医学の進歩により、決め手になる治療法の出現により治療法の数が増えたものさえあるのでないか。

Informed Consent (説明と同意) の問題はアメリカで生れ、育ったのである。機械的一律的であったアメリカにおける医療に対する批判がアメリカンデモクラシーに培われた権利意識の中で医療訴訟という形で提起されて来た。Informed Consentはこれに対して医療側のとった対策に用いられ、まさに法律的な対応であったと考える。

このようにInformed Consentは医療側の防衛策として誕生したものであるが、「医師が医療について複数の情報を患者に示し、患者がそれらの中からどれを選択するかというシステム」をとるべきという考えに到達する道筋はこれだけではない。むしろ、アメリカならではの生い立ちではなかろうか。筆者は学生時代から、西欧医学の教科書に書かれているそれぞれの疾患の「治療適応」なるものにも抵抗を感じてきた。医者が機械的に一律にそんなことを決められるのだろうかという疑問である。少し気のきいた教科書には「社会的適応」という言葉がでてくる。これは非常に曖昧な言葉であると感じるが、これは純医学的適応の例外として用いられてきたように思える。

例えば、腰下肢痛を伴う腰椎々間板ヘルニアを例にとろう。そして、これはtension signと軽い運動、知覚麻痺があり、膀胱直腸障害はないという最も多くみられるcaseとしよう。

さて、この治療適応、手術適応はというとき、昔から実に多くの治療法があるとは承知の如くである。筆者は本誌No.5 (1986) に「治療法のメニュー」なる小文を載せているがこんなとき如何に多くの正確な治療法のメニューを用意できるかが、名医の必要条件の一つである旨を書いた。それぞれの治療法にはそれぞれの特徴、即ち、治療成績、治療期間、治療費、合併症、長期予後、臨床期間、等々があり、どれがbestか決められる場合の方がむしろ例外的である。筆者は医療とは、サービス業であり、その手段として、医学があるのだと考えている。サービス業だから当然患者の願いをかなえるお手伝いをするのである。従って、基本的には当然のこととして、治療法の選択は、患者が行うこととなる。むずかしい議論は不要である。1973年（S48年）アメリカ病院協会で「患者の権利章典に関する宣言」の中で、説明と同意について言及されている。筆者のpriorityを主張する訳ではないが、こんなことはあたり前のことで、筆者はそれ以前から主張し、やってきたことである。

しかし、本邦における低医療技術費構造の中では、短時間に多くの患者を診療せざるを得ず、従って、これがいつでも十分行い得る訳でないことが現実的な問題である。医療はサービス業であるとするれば、患者の身になって考えて考えてみることになり、Informed Consentはあたりまえのこととなる。近年の、この言葉の流行が、いささか気になると冒頭で述べたのは、今さら何を！ アメリカで問題になると大発見をしたかの如く、直輸入して講釈する向きに対しては苦言を表したかったからである。

日本医師会雑誌平成4年7月15日号（Vol.108）の対談で、行天良雄氏は明解に述べています。「インフォームド・コンセントだとかいろいろむずかしいことを言う必要は、私に言わせれば全くないので、第一段階として、とにかく口をきくお医者さんであってほしい。」「インフォームド・コンセントという大論文を書いて大論陣を張る以前に、きわめて当たり前、初めて会って、たとえばこういうスタジオに来たら『どうぞそこにおかけください。とか、これから私が伺いますよ』と先生が言ってくださったような、そういう会話を普通の医療の場でやっていく。本当の意味において論じられるべきインフォームド・コンセントというのは、もっと後の問題だと思います」

まさに同感である。しかし論じられるべきインフォームド・コンセント、特に、例えば精薄者のQOLといった、無能力者患者に関するそれなどは、人類に課せられた課題とし

て緊急に検討されなければならないと考える。

末尾に参考として、医の倫理に関する資料を掲げる。 資料省略

1993年

医療はサービス業か？

—再びインフォームド・コンセントに就いて—

大 島 義 彦

先日、静岡県整形外科医会集談会に招かれ「脊椎、脊髄疾患の合併症」の教育研修講演を行なった。講演の終わりに小生の持論である「治療法のメニュー」の話を加えた。懇親会後に浜松地区の後輩のドクター達と過ごした二次会の席は、この話で盛りあがった。彼等は小生の医療はサービス業であり、云々の話には納得できないということであった。通りいっぺんのつき合いであれば、「何を馬鹿なことをいってやあがる」と心の中で呟くだけですませるのだろうが、さすが、わが懐かしき後輩達は、真正面から受け止めてくれたのではあったのだが、さて山形では、どうであったか？ このことについては山形整形外科研究会で正式に、少し張り切ってこの件につき一般演題として御披露したが、全く反応がないように思えた。この原因は二つ考えられる。一つは、「また例の人がうるさいことをいっている」と殆ど相手にされなかった。二つめは、この逆で、あたりまえのことを、異論なし、と受けとめてくれたから。できれば後者であって欲しいものである。しかし、それ以外にもあるかもしれない。反論はあるが先輩だからと遠慮して何もいわない、そして何をいっているかよくわからなかった等である。

近頃感じることであるが、若い人に何かをぶつけても、それは真正面で受け止められず、何かいいようにいなされてしまっているような気がしてならない。しかし、これはひがみかもしれない。若い頃何かにつけても情熱のほとぼしるまゝぶつかっていった習性は、残念ながら、嬉しいことにか、未だあまり変化ない。残念ながらというのは、ものごとに直情的に対処すると少なくとも本邦では得にならないからである。いい加減にもっと賢くというか、ずるくなるというか、そうしないと切角いいことをいっても真意が伝わらず誤解されてしまうからである。また、嬉しいことには、とはそれは若さが失われていないと思うからである。

さて協道にそれてしまったがここで述べたことはInformed Consentについてであり、まだ筆者の意が十分には伝わっていないのではないかと危惧するからである。

まず冒頭で触れた、医療はサービス業であるということに抵抗を感じる医師は必ずしも少なくないのではなからうか、サービス業というと車のディーラーや飲み屋を思い浮かべ、医療はそんなものではない、もっと崇高な職業で、まさに仁術なのだという人もいる。また、確かにサービス業ではあるだろうが、少なくとも客に媚を売ったり、機嫌を取らなければならない職業ではないと胸を張るむきもあるだろう。車のディーラーや飲み屋のママが、媚を売らなければならないのか、或いはそうする方が繁昌するのには疑問を感じるが、煎じ詰めれば、医療は患者の命を預る仕事であり、高い専門性と深い教養を要する

ので、普通のサービス業と一緒にされてはたまらないということだろうと思う。

昨年の本誌で筆者は「今、何故インフォームド・コンセント？」の小文をご披露させてもらったが、本邦におけるインフォームド・コンセントに関する考え方は、そこにも書いたように、実にまちまちである。そして、医療がサービスであり、医療はサービス業であるかないかの認識も、これと深くかゝわってくるものと考えているのである。

筆者の若かりし頃、医師は慈しみの心を持ち、患者の立場に立ち、自分が患者だったらどのような治療を受けたいと思うか、考えて治療をせよ、そして己の欲せざるところを他に行うなかれ！ と教えられ、そして筆者も、そうしなければと努力もし、更に後輩に対してもその受け売りを行なってきた。医学研究の実績をあげるために、いわゆるワンセット検査を行うむきや、コントロールスタディーのため、機械的に治療法別に患者を二群に分けて治療するなどがはやりの御時勢の中で、これらを実践することは並大抵のことではないのである。それが著しく困難だからこそ、臨床医学教育の一つの目標に据えられることになるのだが。しかしその頃からいつも疑問に思っていたことは、治療適応についてであった。通常適応といえば純医学的(?)に決められるもので、患者の事情は、社会的適応と呼ばれ、場合によっては採用されるが、多くの場合は考慮されなかった。そんな機械的な決め方にはいつもかなりの抵抗を感じていた。そして、山形に赴任してきて、何年かするうちに、筆者の思うことは患者の立場に立って治療すべしということでは十分表現されないのだということ、徐々に感じてきたようである。ようであるというのは、この数年来、治療法の多様なメニューを呈示しなければよい医者ではないというようなことを学生教育でも少しずつ話してきたことが思い出されるからである。そして、この3-4年来 Informed Consentなる外来語が入ってきて、他科の臨床講義などにも取りあげられるようになった。ゆえに筆者の考えてきたことを、更に明確にする必要が生じたのである。

さて、筆者が若い頃受けた上述のような臨床規範は、現在も当然生きており、それどころかやはりそれが主流である。殊に著明な臨床の大家の多くが記念講演などで繰り返し強調するところである。

筆者の、多様な治療法(なにもしなかった場合の予後、即ち自然経過の説明も含む)のメニューを呈示し、患者から自分自身の治療法を選んでいただくという基本方式をある程度明確に意識しはじめたのは、国鉄の車掌の検札態度が全国的に紳士的になり、感じよく思われはじめた時期、そしてその頃、市役所などの応待サービスが、いわゆるお上の代表という姿勢から、市民の僕という具合に、ほゞ一斉に変わった頃であった。よく覚えていないが昭和50年頃ではなかったか？ それをみて筆者は眼から一枚ウロコが落ちたような気がしたのを覚えている。そして、大学病院も、もっとサービスをよくしなくてはと考えたが、マンモスに蟻が一匹、一匹かどうかわからないが、そのアリはあきらめのよい種類だったようだ。そしてその頃筆者は開腹手術を受けた。そして世の中で最も住みにくいところ、ひょっとしたら最も人権が蹂躪されるところは、実は刑務所でなく、病院なのではないかと感じたりした。当時新潟大学附属病院は、確か午後4時半に夕食が配られたように覚えている。開腹手術後、はじめは腹がもたれて食欲はないが、そのうちに猛烈に空腹になりはじめる。夜は消燈時間という奴がある。空きつ腹のまま真つ暗闇で過ごす夜はつらい。刑務所には刑期があり、それは冤罪でもない限り身から出た錆、仕方ないことであ

るが、病院にはない！ 医者が縦に首を振らない限り出られない。むりやり出れば永久追放となり、そんなことにもなれば家族や親類のこともあり、後難を恐れて医者にタテツク訳にもいかない。少しオーバーに言えば以上ようになる。外泊の許可、院内の飲酒についても、病院はこわいところである。医師も個人的な感情で決める訳ではない。当然、高度の専門的立場から純医学的、科学的に導き出された結論に従って行動するのだから仕方ない。例えば外泊によって多少状態が悪化するかも知れないデメリットがある。これは医師としてはわかり易く説明しなければならぬ。しかし、患者には、それを上回る外泊のメリットがあるかも知れない。ひょっとしたら、それで離婚が防げるかも知れない。また、大したメリットはないのかも知れない。患者に判断能力があると考えられる場合は、それは患者自身によって決められることである。もともと患者の生活や命の質（QOL）を医師が決めてやるなどとてもできる筈がない。それは個々の患者の特有のものである。

最近もっと過激に表現することがある。過激というのは、意が伝わりにくいときに用いる強調法であるが、「病院とは患者のわがまを聞き、叶えてやる所とってよいのではないか」ともちかけたりする。するとある後輩は怪訝な顔で筆者を見る。そこで少し和らげて、「無論、反社会的なことや、周囲にあまり迷惑がかかることは駄目だけど、わがまを叶えて解り難ければ、患者ひとりひとりの願いと言い換えよう。どうだろうか」と畳みかける。しかし明確な同意は得られなかった。

多くの真じめな医師は、患者に治療法を選べと云って、患者に医学のことがわかる筈がない、形式的に選ばせるだけではないかと反論するに違いない。たしかにそのような結果に終ることも少なくない。本邦の医療制度はいわゆる低診療報酬制度で、一人の医師が診療する患者は欧米と較べてかなり多いという。上記の結果に終わる大きな要因の一つは、十分な時間がとれないことである。しかし筆者が問題にするのは、基本的な心構え、姿勢である。わかり易くする為、大工さんや建築会社に家を建ててもらったときを想定しよう。家を建てるときの工法、建築資材のあれこれについては、ふつうの依頼人は所詮素人であるので、その道のプロの域にはなかなか達することはできない。だからとって建築業者はユーザーにおしつけるようなことはしない。少しでも快適で、安く、よい家を建ててもらうために、あれこれ質問したり研究したりするのであるが、最終的には現実的な時間の制約で、あるところで手を打つことになるのである。よい家を建てるため、よい買物をするためには、ユーザーは勉強しなくてはならない。同様にそれぞれの患者にとってよりよい治療を受けるためには、患者も勉強する必要があるのである。そうはいっても、まだ反論が出るにちがいない。いくら勉強してもプロの域には達することができないのだから、結局は信用のおける業者に一任するしかなく、そのためには業者の善し悪しを見分ける能力が大切なのではないか、というだろう。誠にごもつともである。しかし、これは筆者の云い分とはちつとも矛盾しないのである。

サービス業で最も大切なことは、客に満足してもらうことである。治療法のメニューだけでなく、話し方、表情、服装だって重要である。笑顔の練習だってした方がよい。客に媚ることではない。卑屈になって患者に迎合しろというのではない。そんな態度は、かえって客の不評を買うだけである。飲み屋でも気のきいた女将であれば、そんなことはしない。より、多くの治療法のメニューを用意することは、何と云っても最も骨が折れる仕

事である。それぞれの病気のタイプ別の自然経過を数字で把握する必要もある。それぞれの治療法の成績は、先進国の相場その他、自分たちの施設における成績、自分自身の成績も用意したい。そして起こりうるcomplicationの種類、発生頻度、治療にかかわる精神的、肉体的な負担、経済的なコスト等々、あげればきりが無いし、これを全て揃え尽くすことは、行いようがない。目標として努力することである。それで、この7月に出版された本（信頼できる腰痛の先生／勁文社文庫）に、よい医者程豊富な治療法のメニューを用意していますと書き加えたのである。

さて、治療法の決定に際して最も問題になるのは、患者に判断能力がない場合、それがはっきりしない場合である。それには今のところ、筆者には答がない。結局は社会的コンセンサスという奴に委ねることになる訳であるが、それも混沌としている。そして今のところは、患者になり代わって考えるしか妙案は浮かばないのである。

さて、原稿の締切りに合わせるため、書きおろし第一稿ではあるが、ほど言い尽したように感じるが、これに関連した、筆者としても関心の深い、問題がある。それは、正しい病名、予後患者に教えない場合があることである。教えない理由は、患者のためであるから、簡単なことではない。即ち悪性腫瘍の告知である。ここでも医師は、患者はきっとこう思っているにちがいない、教えたらこうなるにまちがいないと、不遜にも大真じめに考えているのである。筆者は一般の人々に対して行う講演会などの折に、進行癌の告知の是非について、最近アンケートをとることにしている。進行癌でも最近60~70%の人は告知を希望しているのである。しかし、おもしろいことに、「では、あなたの家族がそうであった場合、その人に教えてもいいですか？」と尋ねると、話が逆になる。多くの人は教えないで欲しいという。それで合点がいくのである。通常、まず、家族の中で最も患者の味方になる頼り甲斐のある人を呼んで最初に相談することが多い訳であるが、そうすれば結果は、多くの場合、告知しないことになってしまうのである。そこで、固定観念から抜け出して、もう一度考えなおしてみる必要があるのではなからうか？ それは、まず第一に真実を伝えることは、基本的には正しいことであること。第二に、教えないことが無難なこと、教えるからにはその責任をとらなければならないという考えは全く見当ちがいであること。個人の最大のプライバシーを他人にもらしてよいのか否か？ 第三に、教えてほしくない人もいるのである。そんな人に教えるなどもってのほか、とんでもないマイナスのサービスである。これについては既に本誌でも提案したように、全患者に対して行う問診表にそのことに関する個々人の意向を聞いておくことであろう。

それにつけても、患者はこう思うにちがいないと患者の代わりに考えてしまうことは、場合によっては恐ろしいことでもある。

1994年

E t w a s N e u e s

大 島 義 彦

世の中には様々な「価値あるもの」がある。また、その価値自体の内容もまた様々である。それでは、研究と名のつく領域での価値はどのようなものか。若い頃、先輩諸氏から Etwas Neuesという言葉が教えられた。いやしくも研究発表の中には何らかのEtwas Neuesがなければならないと。

何か新しいもの。しかし、「新しい」のか「既に誰かが発表してしまっている」のか、これを判別することは若い輩にはとても困難である。昔は、経験が豊かな古老に判断を仰ぐのが一番早道であった。現在では古老といえども、もはや手に余り、個々人の記憶がどんなに優れていても、山のように手作業の文献カードを積み上げてみても、この天文学的な情報の量には勝てず、コンピューターに頼るしかなくなった。

新しさにも様々なレベルがある。「今迄の常識を飛び越えた」新しいものから、かなり似通っていて一部だけ異なるものまで、これまた様々である。我々が日常的に取り扱う個々の症例も、厳密な意味でいえばそれぞれ何らかの意味で新しさを持っているともいえる。我々は日常の臨床の場にあつては、それぞれの例が教科書に書かれている典型、即ち平均的な記載とどのような点で異なっているのかをよく考えるべきであり、それをしないと、教科書に書かれている定石の真の運用もままならないことになる。

研究を行う場合、過去の文献をあたることになるのであるが、文献の読み方が大切である。全てを疑い、批判的に読む必要がある。迫力のある論文に接した場合、非常に素直な人だとただ圧倒され、恐れ入るのみ、もはや何もすることができなくなってしまうかも知れない。そうでなくとも翻弄され、初めに抱いていたアイデアはバラバラになって吹っ飛んでしまうかも知れない。医局の抄読会の際、内容の紹介の他に批判的コメントをつけ加えていただきたい。そもそも研究を行う場合は文献を読み過ぎない(?)方が良いのかも知れない。いくら文献を読んでも追試の類のアイデアしか浮かばないのである。しかし実際には、前述したように、読み方にも問題があるのではあるが。

文献の中にはNeuesはない。基礎的研究であれば実験室のテーブルの上にしか新しい発見はない。臨床研究のテーマは臨床の中にある。従って、我々が日常取り扱う個々の症例の検討会をまあまあで済ませてしまうのは最も悪い。もっとよい治療はないか、理解に苦しむ現象を説明するもっと理にかなった考えはないか、それぞれの場面で浮かんだアイデアはとことん追求するべきである。職階の上も下もない、一步前進のための議論には妥協があつてはならない。個々の臨床例の治療法の決定に関しては、実際にはむしろ妥協の連続とならざるを得ない。この二つを取り違えてはならない。そんな風に考えると、日頃の検討会がいささか物足りなく感じられるのである。古い人は頭も古くなっているから、もはや仕方ないのかも知れないが、若い人からの斬新なアイデアがあまり出ないのが淋しい。物言えぬ空気が支配しているということであろうか。それとも考えないからもの言えぬということであろうか。どうも後者のように思えて仕方がない。ものをよく覚え、一定の様式で吐き出す能力が高い、困難なテストを何回も首尾良くパスしてきた「優秀な」若

者の頭は抜本的に切り替えられる必要がある。或るケースを診療した、そして教科書にあるような良い成果を得た、するとそこで満足してしまう。そこで筆者はときどき、もう一度同じケースを担当したとしたら全く同じようにするか、何か付け加えることはないかと問う。また、或例においてはトラブルが生じた。一応、トラブルの原因の分析は紹介されるのであるが、つっこみが足りない。一つの失敗は単一の原因で起こることは少ない。また、たまたま偶然に生じたトラブルであってもそれには様々な原因がある。安全性の科学の追求がなされなければならない、何重もの安全機構が必要である。名人の手術は普遍的科学技術としては何の意味もない。或程度のトレーニングした人がやれば安全に、いつでも良い結果が出る方法こそ評価されるべきである。筆者は、「手術が上手だ」「メスが切れる」と誉められることを嫌う。そういう人に接したときこの人は何も分かってはいないのだと感じる。

アイデアが湧いたらどんどん進めると良い。発表にさいしては、そうは言っても十分な文献的考察をしないと、恥ずかしい思いをすることになる。これは誉められたことではないのであるが、これをあまり恐れることはないと言いたい。大切なのは率直さ、潔さである。間違っていたらそれを率直に認め、訂正することである。世の中には強情な人もいる。先行する業績の発表論文を届けても、それを無視して恰も自分が最初に考案したかのように発表する有名な人もいる。筆者には耐えられないことである。

文献を読むにあたっては批判的ということの他に、何故そこで研究がストップしたのかを考えてみる必要がある。そこにおける一工夫、新しいアイデアが新天地を切り開くのである。

臨床のテーマは臨床の場にあることを強調したい。臨床を経験しないと研究のテーマも浮かびようがない。しかし、卒後すぐに臨床系大学へ入る人がいる。何を研究しようと考えているのか。学部教育では足りないので「更に勉強するためのコース」を選ぶのか。たしかに、医系では本邦における学部教育だけでは即戦力としては「全くのゼロ」であるので卒後教育が必須である。そこで、全員が何らかの形でこれを受けることになり、現在過半数はこれが大学関連で行われている。一方、大学院は卒後臨床教育の場ではなく、研究者の養成機関である。しかし、医系大学院は他の領域の大学院とは相当異なっており実体がないともいえる。大学院の教育、研究予算はある筈だが、もともと各講座の予算が研究どころか、学生教育を行うにも極めて不十分な額であるので院生の教育迄は手が回らない。それでも基礎系大学院は臨床系大学院に比べれば多少の実体があるのかも知れない。

臨床家が臨床医学と基礎医学的研究を行う意義は極めて高い。その成果自体の価値のみでなく、そのような経験が臨床家の能力を高める面もある。臨床家としてやっていくのなら臨床のトレーニングを行うことが最も大切である。大学で行う臨床のトレーニングは極めて不十分である。また、大学付属病院の整形外科病床数が30ちよっとしかないからとか、大学病院は症例の片寄りがあるからとかいうことだけではなく、様々な形の医療の実態などを知る必要があるからでもある。臨床科の責任者になる為には十分な臨床経験を積みまなければならない。基礎的研究と臨床医学研修とは別ものである。基礎的研究の業績を積み上げた人その領域で評価されるべきである。臨床の科の責任者としては不適格であるが、実際にはそのようになっていない。本邦の臨床医学教育が変革されない一因にはこの

ような事情もある。

さて、卒後すぐ臨床系大学院へ行く若者の考えは何か。多くは「研究」をしたいからであろう。筆者は研究の為の研究は好かないが、これは個人的好みのレベルの問題であるのでどうでも良い。しかし、臨床を全く経験していない者に臨床研究は無理ではないか。せめて、臨床系大学院は、何年か臨床をやってからいって欲しいものであると考えてきた。

本学では奇妙な内規があると聞く。臨床系大学院は、専門別に特定の基礎医学教室での勉強、研究を義務付けている。奇妙なことではあるが、筆者にはよく理解できるようになった。無理矢理そのように誘導しようというのである。基礎医学をやる人を育てたいから、または、一時的でも研究を支えるマンパワーが欲しいからである。臨床サイドからいえば、ひょっとしたら、研究の指導をしなくても研究がまとまるからでもある。楽である。無論、全ての教授がそう考えている訳ではない。少なくとも創始者の過半数が大凡そのように考えたからであろう。基礎医学を志す人が益々少なくなっている昨今である。何と言っても努力の割に報われないからである。大体、報われようとする人は基礎医学には進まない。それに、何と言っても研究予算雀の涙。賢明なる諸兄よ、日本が「文化的先進国」などと夢にも思ふなかれ。それを思うと全く腹立たしくなると同時に、そんな中で黙々と基礎的研究に専念する基礎医学者の姿に最大級の尊敬の念がこみ上げてくる。無理矢理でもいいから基礎医学方面へ誘導する施策は、決して個人的な利益から発するものだけではないのである。多少協調性が無い人間でも基礎医学ならあまり問題にはならない。サービス精神のかけらもない臨床医を沢山作るより国民の利益になるかもしれない。そしてまた、とにかく大学院の定員をいっぱい埋めていかないと大学院が取り消されてしまうのである。大学院がない大学の予算レベルに落とされれば、教育だっておぼつかなくなってしまうからである。考えてみれば、もっともこの施策を押し進めなければならないのかも知れないのである。

筆者は大学院指導教官ではあるが、その仕事の大部分は主任教授がやってくれているので、雑用がなく大助かりである。しかし、大学院生の研究にタッチしない代わりに、恰好つけていけば、国民の生命、QOLを支える臨床医の育成、大学院生以外のスタッフの研修、研究にはかなり努力を払ってきているので、税金泥棒とのそしりを受ける心配もない。

このような事情と、また、筆者が若かりし頃、一つの戦術としてではあったのであるが、全国規模で展開された大学院、学位のボイコット運動を経験し、それを未だにきちんと総括できないでいることなどから、今まで大学院生には比較的冷淡だったかも知れない。しかし、これらは考え直さねばなおさねばならないだろう。とにかく、大学院生は論文が通らないと卒業できない。4年間授業料を満額納めてみても中退としかならない。中退なら1年で中退の方が安上がりである。どうせ実体のない大学院なのだから。とにかく早く論文を作る。そのために、ありがたいことに研究をしなければならないのである。筆者は、今までなんと馬鹿だったのだろう。気が付いたのが遅すぎたが、まだ時間が全く無いわけではない。今までいろいろやってみたいと思ったテーマも、時間が無くてできなかったではないか。お蔵入りになっているテーマをやらせればよかったのだ。そのためには、大学院へ行くことをもっと奨励しなければならないのである。臨床などをぐずぐずやって

いるうちにいろいろの誘惑に負け、研究心がなくなってしまうから、その前にやらせなくては！

1995年

山大整形、医局長制度発足、教室誌の 発刊の経緯、余話

自薦の初代？ 医局長、初代医局誌編集長 大島 義彦

昭和53年（1978年）の暮れ頃だったかもしれない。当時、筆者は軽率にも十二指腸潰瘍で、三回目の大出血に遭遇。軽率にもというのは、たかをくくって油断していたためと言うことである。十二指腸潰瘍はコントロール可能な疾患、重曹を飲んで中和をするだけで予防も治療もできる何ともユーモラスな病気である。後に述べるが、筆者が受けた選択的迷走神経切断術の近隔、遠隔成績共に極めて不良、合併症として、ダンピング症候群が今でも遣っている結果であったが、潰瘍の方は重曹の用い方が上手になって今はOKである。胃・十二指腸潰瘍でお困りの方は相談されたし。

さて、当時の新潟大学整形外科教授の田島達也氏は、「身体に環境を合わせるより、環境に身体を合わせた方が良いのでは？」などとひどい？ ことを言うのであった。更に、同僚やら同級生やらうるさい連中が押し掛け、「手術を受けないとは弱虫だ」などとは言わなかったのであるがそんな風に見られている様にも思われた。そこで、そのように思われるのも癪なので、「いいようにしてくれ」などと言ってしまった。そんな訳だから、術式も全面的に消化器外科の教授に一任し、「手術を受けりゃいいんだろう！ と深く考えてもみなかった。将に、「詰め腹を切らされた」のである。筆者の潰瘍は大出血の割にはすぐ治り、十二指腸の変形や狭窄は全くみられないどころか出血部位も殆ど不明に近かった。手術時には痛みも全くなっていたので、「痛くもない腹を探られ」たことになる。手術を見学した家内の話では、「筆者の腹の中は極めて綺麗。少しも黒くなかった」とのことであるので、このことだけは諸兄に強調しておきたい。

術後まだふらふらしていた頃であった。山形大学医学部整形外科教授、渡辺好博先輩から手紙が届いた。要点は、当時の山形大学医学部整形外科での相談の末、「全員一致で筆者に助教授で赴任して欲しい」ということになったがどうか？ というものであった。まもなく渡辺教授が山形から出てこられ、例のソフトムードで、「来ていただけると有り難いのだけれど、どうですか？」と迫ってこられた。筆者は「全員一致」と言うのに弱い。すぐ感激してしまう。結局、山形大学医学部整形外科教室が育つまでと考えて、お引けすることになった。

しかし、山形へ来る話は初めてではなかった。この話の約2年前、第三内科の佐々木教授から、家内に「神経内科担当の講師で山形へ行かないか？」というお誘いを頂いたことがあった。家内はまんざらでもなかったようであったが、筆者は即座に、にべもなく「俺は行かないよ」と言ってのけた。佐々木先生は家内が新潟大学第一内科を回ったときの

オーベンでもあり、眼をかけて頂いたのであるが、結局片桐先生が来られることになった。そんなことがあったので、家内に何と言ったらよいものやら……、そこで、「なにしろ、全員一致だからな！」と話した。

さて、本論に入る。当時の山形大学医学部整形外科教室の運営は、医局員が若くて相談しても仕方がないということもあってか、教授と助教授だけでやっていた、創生期は忙しくて、若い医局長を作っても足手まどいになるだけと考えられたのか、余裕がなくてそこまで考えつかなかったからであろう。早速、教室運営の要となる医局長を作ること、結束の拠り所となる教室の雑誌を作ることを考え、渡辺教授に相談したところ快諾が得られた。

医局長というものは医局の構成メンバーの年齢分布中で、およそ上1/3の年齢の人にやらせるのが最も良い。すべての医局員を把握する上で最も好都合であるし、医局運営のノウハウを経代培養する上でもやりやすい。医局長制度は、しかし大部分の医局員にとっては初めてのことであるので、渡辺教授とも相談し、先ず筆者が初めにやってみせることにした。押しつけ医局長ではあるが、初代は誰かといえば、矢張り筆者と言うことになる。昭和54年（1979年）10月1日筆者は医局長に就任した。指折り数えてみると、何と、16年前のことである。そのとき筆者は38歳で、現在の医局長とほぼ同年代であった。しかし、初代医局長は3カ月で佐本敏秋医局長に交代したのであった。

医局長としての業績？ は医局システム作りであったが、これらは佐本、浜崎君一緒にやったので、分離して挙げられない。両氏共当時は若く、ういういしく、筆者は兄貴分として相談に乗ってきたが今やいずれも巨人となり、筆者を超え逆転し、こちらが弟分であることも多くなった。また、その下に多くの俊英も育ち、全く嬉しい限り、矢張り山形へ来て良かったと考える今日この頃である。

教室誌は、筆者が編集した第2号が実際は創刊号に当たる。この発刊の経緯については第2号の編集後記を参照されたい。

1995年

教室を去るにあたり

— 日常診療における治療法の決め方 —

大 島 義 彦

思い起こせば、昭和54年7月に当教室にトレードを受け、赴任した。本年で何と16年になる。単に長かったではなく、余りにも長かった。そうしようと考えた訳でなく、気がついてみたらそうになっていた。筆者は「…ねばならない」を排除して、自然体に考えれば「海あり、山ありの地の診療所勤務」を選ぶことになる。この業界の悪しき（そう思う）風習、いわゆる業績を挙げるための研究活動には背を向け、業界でのよりよいポストを得るための学会活動にも馴染まず、といった変わり者でいたかった筆者、そんな筆者がこのように長く在籍してしまったことは、ある意味では教室員諸兄には申し訳なく思う。別な見方からすれば「よかった」とも云えるが、諸兄の大部分は多分そのようには思わないで

あろう。これは反省の振りをした居直りである。人々のためになる研究、この自然界の法則を少しでも解き明かすための研究、良き医師を育成するための教育活動、山形県における最終医療機関？ としての最高の医療活動などは筆者としても目標とするものではあったが、十分尽くしたとは云えず、この点では反省が残る。

さて本誌は、本教室で育った俊英同様、可愛い「わが子」である。考えてみれば本稿が筆者の山形大学医学部整形外科教室生活での最後の投稿になる。それであれば集大成の長編とも考えたが、既に締め切りを遥かに超え、時間がない。そそくさとキーをうちなぐり、第一稿を届けるしかない。そこで、言い残したい幾つかのことの中で、「日常診療における治療法の決め方」について述べることにする。

医師と患者の関わり合いについては、過去の本誌で何回か取り上げてきた。これから述べようとするのは、筆者の青年時代の考えでなく、臨床遍歴の末たどり着いたところである。ところで、「青年時代」と書いて思い出すことがある。医師になった頃、青年医師連合などと称する組織を作って、高き理想を掲げて全国規模で様々な活動をしていたことが思い出される。言い訳がましく申し添えるが、志は現在も当時と全く同じであり、その意味では筆者は今も青年医師である。前北海道知事の横路氏も同じ仲間であったが、彼は青年医師をやっているかどうか？ 些か脇道にそれてしまったが、筆者が名実ともに青年医師であった頃の日常診療規範のひとつは「我が身を病める者の身に置き換え、おのれが患者でありせば如何なる治療を選ぶか、汝、そを行うべし」であった。現在はこれは大いなる誤りであったと反省するものである。

我々は何のために医療活動を行うか？ 医師としての良心のため、即ち正義のために医療を行うのか？ 医師の良心、正義は患者の願い、この世の正義なのか？ これが異なった見解の出発点であろう。「医学、医療は特別崇高な使命を有する天職である。病める人々を理解し、治療するためには教養を深めなければならない。」などと言われて育てられてきた我々には、何とも心地よく響く言葉である。多くの人々も良い医者への供給を願う気持ちから、逆に言えば良い医者が少ないからか、上記の表現には一様に賛同するものである。もっとも、そういう有力な医学教育者の多くは、教養部を拡充でなく、廃止することに賛同しているのであるが。さて、いやしくも医学を行う者は他よりも一層高い倫理観を備えなければならないのか？ 人の心を育てる教育者よりも高くなければならないのか？ 人々の死活を直接左右する政治家よりもか？ とんでもない。

医学の心得のない無知な一般大衆に替わって、治療法を決めてやる方式は誤りである。新潟大学整形外科の高橋教授から、先日東北整形外科学会の主題討論の司会を仰せつかった。そこで東北地区の脊椎外科研究会幹事20名余のアンケートでは、少なくとも2/3の回答は上記の考えであった。最有力のメンバーの2名は何と起こりうる合併症の説明もしないとのことであった。

教室員諸兄よ！ QOLはそれぞれの人々固有のものである。当教室誌Vol. 11、95-105頁をよく読んで臨床に臨んで頂きたいと願う。この点、何と云ってもUSAは立派である。

1996年

過ぎし20年の総括と、新たな 門出を迎えた教室への期待

地域看護学講座 大島 義彦

山形大学医学部整形外科学教室は荻野利彦教授を迎え、新たな旅についた。教室のOBとして、教室の益々の飛躍的な発展を心から願うところである。

この節目に、これまでの教室創りに纏わるさまざまなことがらを振り返りつつ、その意図したことなどを思いつくままに述べ、病める多くの人々の期待に応え、山形大学医学部整形外科学教室の一層の発展に邁進せんとする、荻野教授率いる若き教室にエールを贈りたいと思う。

1976年に教室が開設され今年で20年を数え、この間に教室の土台が作られた。土台づくりにも、その後の飛躍にも新たな創造を要する。特に新しく「作る」場合は全て「創る」の連続であったとも言えるが、真の創造は模倣ではなくこれまでの固定観念を破るものであり、教科書には書かれていない。常識を超えることを要する。従って、新しい工夫や、アイデアは必ずしも良い結果を生むとは限らず、場合によっては馬鹿馬鹿しいものでありうる。むしろ後者の方がずっと多いものと思われる。若者は失敗を恐れない。誤りは率直にそれを認め潔く訂正すればよい。これは生き方の問題である。教室の土台づくりを推進してきたスタッフは敢えて火中の栗を拾いつつ創造する生き方を採った。暦の、細胞の若さはほぼ如何ともし難く、それはそれなりの意義があるが、未知なるものに対する好奇心、創造性こそを我々は最大に重視すべきであろうと考えてきた。

医科大学がなかった山形県は医療過疎地であり、山形大学医学部に寄せる国民の期待は良い医師の供給であった。医療の質と量の向上は焦眉の急を要する課題であった。これらを我々は真っ向から受けとめた。山形大学医学部の大部分の臨床科はこれと逆の道を歩んだ。論文の製造が教室の主目標とされ、極端な臨床科では「私の科は臨床医の養成はやりません、大学は研究するところですから」と主任教授は公言して止まなかった。良い臨床は研究的であることを要す。臨床の場で発生した課題を探求することが臨床家の研究であり、研究のための研究とは異なる。

後者のよい例があるので、暫しこれについて触れてみたい。それは骨粗鬆症の研究である。現在トピックスになっている骨粗鬆症はいわば「作られた病気」ともいえる。これまでの研究の多くは、「加齢に伴う骨の脆弱化によって高齢者が蒙るマイナスは何か」を知らない「研究者」によって進められてきた。彼等は口を揃えて、高齢者の腰・背痛の原因、背中や腰曲がりの原因は骨粗鬆症だという。高齢者の骨折の発生頻度は骨密度の高い欧米人の方が本邦の高齢者より格段に多いが、この意味を深く考えようとはしない。骨密度値を相変わらず体重補正しようとしめない。体重が軽い人が不必要に重い骨を備える必要はないのに。彼等はまた、臨床的な明らかな効果が認められない薬物療法の後押しを続け、膨大な医療費の浪費によって国民に大損害を与えていること、知ってか知らずか、今尚容認し続け、発言しない。怪しげな診断基準のもとに、多くの高齢者の腸管からのカルシウ

ムの吸収を多くした場合、これが軟部組織へ行かないのか？ 動脈硬化は大丈夫か？ 100歩譲って骨を強くする事ができたとしても、全身にわたる骨だけを強くした場合に害はないのか？ 骨粗鬆症による病的骨折よりずっと高頻度の高齢者の脊椎疾患にはどのような影響を与えるのか？ 彼等には何と多くの骨代謝を専門とする整形外科医が含まれており、我慢の限界に達した東大の黒川教授の上記などの問題提起の大キャンペーンには喝采したのであるが、今尚、なかなか軌道は修正されない。NHKの解説委員の行天氏が行った、10年ほど前の日本整形外科学会の講演での「今後の日本の医療の動向を考えれば、整形外科と精神科（筆者注：ストレス病の意と考える）が大きなシェアを持ち、患者が少なくなった、産婦人科、内科、外科などからの整形領域への侵出が始まる」という予言を思い出す。臨床研究のテーマも連動するようである。研究者は自分の研究発表に責任を持たなければならない。これらの動きの中で、日本の整形外科の「多くの骨代謝の専門家」の罪は重い。この世にいわゆる「頭がいい」人はたくさんいるが、「全ての状況を考えて頭を使える人」は少ないものである。このような骨粗鬆症研究の動向を憂える、筆者の最も尊敬する兄弟子でもある、新潟大学整形外科の高橋栄明教授（日本骨代謝学会前理事長）は骨粗鬆症の臨床的診断基準の研究では骨折発生状況が対応するものでなくてはならないと繰り返し強調されておられるが、臨床科の研究は臨床のなかにテーマがあることを繰り返したい。

さて、本教室の創世記には先にも述べたように様々な創造がなされた。最重点課題とした「良い医師を速やかに、かつ大量に養成すること」のためにも多くの工夫が行われた。新入局者に対し、特別な勉強会を組むなどはどこでもやっていることであるが、我々は普通の方法に加え、メスを早期からとらせることにした。所見をとること、治療戦略を立てることなどは一朝一夕には上達しないが、単なる技術の伝達は容易であるからである。それは一気にではなく、安全に出来るところまでを辛抱強くやらせることである。見学や、助手を務めさせるときは常時、次は自分がやるのだという緊張を喚起した。ところが、一人の術者が同じ手術を何十回、ときには何百回もやる人がいる。たしかに臨床成績を検討するときには便利である。しかし、これを臨床教育を行う場で、いつまでも術者に若い人をたてない教育者をこれまでに見聞きし、よく飽きないもの、何を考えているのだろうかなどと感じてきた。手術というものは自分でやる方が数倍楽である。教えるために助手を務めつつ、自分がやった場合と同じ手術結果を得ることは何倍も疲れることは諸氏においても経験済みのことと思う。

新人の教育に関してはまず、燕労災病院副院長の松原先生には大変お世話になった。当時医局員も若く、新人の初期研修をお願いできる病院は非常に少なく、松原先生は常時複数のスタッフの教育を引き受けて下さった。研修期間中に必ず臨床研究の指導を行い学会発表だけでなく論文を書かせるまできちんとご指導いただいた。発足間もない山形整形外科研究会には殆ど毎日遠路をおして参加して下さい、様々なご指導を頂いたものであった。県立中央病院も指導医が居る研修病院であった。副院長の小嶋伊三郎先生にも大変お世話になった。小嶋伊三郎先生は田島達也先生に次いで第2回目のフルブライト奨学生として米国留学をされた、山形においても文字どおり近代整形外科学のパイオニアであり、我々の非常に心強い相談役をも務めて頂き、大きなサポートを寄せて下さった。

臨床医学の教育には多彩な症例が必要であるが、山形大学医学部附属病院の整形外科病床数は何と33床、そこで日本の大学全部を調べてみた。最低は他の新設の国立大学の40床であった。この少ないベッド数に関しては、大学創設者の特別の意思が働いたとしか考えようがない。33床といっても個室が少ないので実際運用できるベッドは30床であった。臨床科にとってのベッドは基礎医学講座の実験器具に相当するもの、従って病床を他に求めるしかなく、これは我々が地域の関連病院の整備に精力を注ぐことになった理由でもある。

ともあれ、全くの医師主導型で県内の半ば破産している多くの病院を地域中核病院に育てていったのである。これには何も特別な秘訣があるわけではない。医師は、一流のレベルのよい医療、よいサービスに朝から晩まで没頭するだけでよいのである。一度来院した患者がまた来たくなるような、同病者に推薦していただけるような医療サービスを行えば病院は繁盛するのである。その結果当科は学内でダントツに多い関連病院を有し、7名の病院長を輩出するに至った。中には我々に対し、「先生は経営の才能があるから」と言う人もいる。褒められたのだから素直に喜ばばいいのだが、そうもいかない。やっかみ半分、後の半分は侮蔑の意味が表情にありありと浮かんでいる。研究者、教育者は経営などにはうといのが当然で、経営がうまいなどは逆に学問に打ち込んでいない証拠といわんばかりである。真の臨床家、または科学者であればこの程度のことが出ない筈がない。要は誠意の問題であり、やる気がないだけのことである。そんな人に限って退官すると我々に就職の斡旋を依頼してくるものでもある。

さて、よい医師とは何か、よい医療とは何か？ これに関して筆者は教室誌でこれまで何回か触れており、ポリクリの小冊子にも明記してきた。まず「医療はサービスであり、医療を提供する職業はサービス業である」という、筆者にとっては極めて当然と思われることが実はそうでないらしい。これを認めたがらない人は医師にも一般の人にも少なくない。では何かと聞けば、「医療は人の命を預かるから特別なのだ」、とか「仁術である」とか、ピンとこない答えが多い。果たして医療は特別なのか？ ある大学の外科の教授が「およそ外科医はメスを持つものだから、常に冷静沉着でなくていいのか？」と言ったそうだ。また、「いやしくも人の命を預かる医師は深い教養を身につけなくてはならない」とも言われる。では、人の心を育てる教育者は医師よりも教養が浅くていいのか？ 泥仕合である。互いに素直に聞けば別にめくじらを立てる必要もないのだが、一面だけを強調すると変なことになる。このような特別なエリート意識が医療をサービス業と認知させることを邪魔している可能性が大きい。

サービス業を行う際の基本はサービスを受ける側のニーズ、医業では患者の願いの把握であろう。ニーズを知らなくしてサービスはできない。消費者（患者）のニーズは多様である。100人の人には100様の行き方、価値観がある。QOLは個々人に固有のものである。先日電通PRセンター・PR業務局のベテランスタッフが訪問リハビリテーション研究の取材に来られた。業界誌の編集スタッフで、筆者と同年代と見受けた。そこでこの種の人は豊かな情報を持ち、それこそ深い教養も備えているだろうと考えて、「疾病の治療法は誰が決めるべきか」を質問してみた。すぐに答えは戻ってこなかった。戸惑った表情であった。そこで「矢張り医師が決めるべきでしょうか、無論正常な判断能力を備えた患者の場合で

すが」とつけ加えた。詰まるところ、日頃このような問題を考えたことがなかったようであった。そのときは多少暇があったので、早速筆者の考えるところを披露させていただき下りとなったのであるが、非常に興味があるので後日このテーマを是非取材したいということになった…というのは余談である。「良い医師は豊富な治療メニューを呈示する」は筆者の持論である。呈示とはそれぞれの治療法の詳細な説明であるが、その中には短期、長期成績、出来れば自分自身の臨床成績も、そして合併症の内容と発生頻度、疾病発生以前の状態に戻るまでの期間、そのプロセスと物質的、心理的コスト等々が含まれる。呈示した治療メニューは自分自身で提供できるに越したことはないが、それなりの専門家を紹介する事が出来ればよいのである。昨今は誤った業績主義が蔓延り、論文が、論文数が臨床医または医育機関の教育者の価値を決めると考える傾向がある。きちんとしたレフリーで審査が行われる一流科学雑誌に載る論文数がその領域での研究者としての価値を表すことに異論を唱える積もりはない。臨床医を志す若き医師が専門領域を極めて狭く設定し、その領域で評価されると途端に良い臨床医であると勘違いする向きを如何に是正していったら良いものか？ 狭い臨床領域しかこなせない医師は主治医を務めさせるべきではない。彼等は建物を建てる際の、その進行過程で必要となる、左官や電気工事技術者、配管工といった専門技術者と考えなければならない。彼等に建物全体を考える能力はないことを患者の幸せのために銘記すべきである。しかし良い技術、知識を備えた専門家も必要であることを否定するものではない。

迷える患者を前にいろいろな治療法を並べて、選択を迫るのは無責任だという主張は少なくない。この様な考えの人には、「どちらが無責任かよく考えてみて下さい」と言うことにしている。患者から、お勧め品を尋ねられれば、当然それなりにお勧めメニューを示すが、自身が患者であっても迷うことは少なくないので、その場合にはその旨を説明する事に留まらざるを得ない。また、一任されれば苦渋に満ちた選択を代行することになる。

卒前臨床教育には我々が育成した関連病院が大いに役立った。我々のやることには10年早いために周囲からひんしゆくを買うことも少なくなかった。学生の学外臨床教育は文部省から予算が付く10年前から開始した。臨床教育はman to manが望ましい。比較的近隣に位置する関連病院とそこで活躍する大医局制度下の医局員諸氏の献身的協力により、好ましい臨床教育が可能となった。そんなこともあって当科への入局者は他科に比べ著しく多く、これに対する他科のやっかみもあり、有力教授から整形外科が無許可で学外研修を組むとは怪しからんなどと言っているなどが伝わったので、一時これをやめにせざるを得ない時期もあった。これは簡単に出来ることではない。恐らく他のどの臨床家でも不可能と思われる。これを行うにはこれに協力してもらえる関連病院とそこで余分な仕事を厭わず指導してくれる多くの先輩医師の存在を要するからである。

新設医大が置かれた条件は厳しい。例えば講座に属する技官の数は帝大ではない、新潟大学でさえ4人居た。一人ではどうしようもない。それまでの研究資料の蓄積もない。並の方法では順調な教室作りは出来ないと考えた。大医局制度、ユニークな教室内規、外郭団体の発足、他の学部との連携などの発想はこんな中で生まれた。医局の語源については不勉強であるが、場所を指す場合と団体を指す場合がある。大医局とは関連病院に勤務する当科出身？ の医師を含む団体である。これは大学からの出張なのか赴任なのか区別を

付けなかった結果でもある。よい医療を人々に提供するという共通項での一枚岩の団結を追求する際の自然な成り行きでも合った。一般社会からみれば誠に奇異であるのであるが、大学医学部の臨床教授が関連病院の人事まで支配するという文化が嘗ては広く存在した。

これは筆者が入局3年目の頃、全国的に展開されたのである。山形大の教授方は中堅医局員としてその洗礼を受け、新しい近代的医局への脱皮を誓った筈であったと考えられるのであるが、どうしたものか教授になった瞬間から権力の美酒の誘惑に負けてしまったものと思われる。当科では学外人事は教授に決定権がないが、これに対しては少なからざる臨床教授が反感を持たれたらしく、これが伝染されては困ると考えたためか、時には公然と我々を非難したこともある。当科では医局長は選挙で選ぶことにしている。しかしこれは他大学では殆どの医局で実施されており、珍しいことではないのであるが、本学では稀と聞く。ここでお断りしておくが、筆者は他科の教授方をどうこういう訳ではない。ただ、このような方法が組織の活力の源になることに気づかないのだと思うだけである。専制独裁は一時的には有効に見えるが大きな目で見れば結局衰退していき、これは歴史の示すところである。医局長の選挙は大医局のメンバーによって行ってきた。これは大学外の人事を考える場合にも有効であった。

山形整形外科学術研究振興会の発足もユニークな発想であった。これはしかし我々のオリジナルではなく、初代助教授、茨木現琉球大学医学部学部長からご指南頂いたものである。これについては既に何回も本誌に登場しているので割愛するが、経営に携わっていただいた三友堂病院の仁科院長、小屋先生、諸橋先生をはじめ、多くの医局外の先生方に非常にお世話になったことを忘れてはならない。諸橋先生からは大した蔵書も揃えられない新設医大の医局図書室に多くの貴重な本を寄付して頂いた。医局の発展にはこの様なサポーターが今後も不可欠である。

我々はまた、地域との交流、地域への貢献に、その意義を意識して取り組んできた。蔵王スポーツセミナー、蔵王診療所の運営、発展途上国からの留学生援助、講演会の開催等々数多く実施してきた。このたびこれら公益事業は社団法人に移管する予定で、その設立作業が進んでいる。

さて、我々の大医局制は2年前から見直しが始まり、1年前には同窓会の結成、赴任可否かの本人の意思確認が行われた。これからは普通の小医局制になるがそれに伴う組織や業務の分離、分担を終える必要がある。14号まで続いた「教室誌」は15号同窓会誌に衣替えする事になるであろう。学外研修人事は関連病院医長会議で検討されることになる。

山形大学医学部整形外科の大医局は「整形軍団」とも呼ばれてきた。命名者は前医学部長のようであるが、何を意味したかったのか実際にはよく判らない。しかしその響きを持つ力強い行動力は頂き、発展し、分離された各組織のこれまで以上の結束に裏付けられた全体の飛躍的発展を目指し邁進したい。

新任の荻野教授は手の実験奇形の世界的権威である。これまで、ともすれば後回しにされたり、他教室での場所を借りたり、ご指導していただきがちであった基礎的研究が荻野教授の赴任により格段の充実が期待され、心強い限りである。と同時にこれまでも増し

て、卒前臨床教育には力を入れ、創意工夫を凝らし、入局者を増やして頂きたい。年に10人以上であれば合格点。需給関係から見れば当然の数字。入局者に対しては我々の組織の総力をあげて充実した卒後教育を提供し、よい臨床家の育成に励みたい。

最後に、我々が今日このようにあるのも、明治開国の頃、戦後の大混乱のとき先進国は日本に対して様々なサポートを寄せて戴いたことによることを忘れてはならない。少しは豊かになったとき、もはや自己の利益ばかり追求する姿勢は改めなければならない。公益法人の設立もその一環であり、これが直接整形外科の役に立たなければという一部の意見は如何なものか。全体が良くなることによって我々も真の幸せを得ることができるのである。我が医局員であった、Mohamed Ekulasur Rahman M. D. を中核とする、山形ダッカ友好病院は個人、自治体、団体、企業を含めた我々の友人の暖かい、支援により着々と準備がおこなわれており、現在のところ明年3月バングラデシュのハシーナ首相の出席のもとに開院式がとりおこなわれる予定である。出口の見あたらない国にみんなで蒔いた一粒の種は今や芽を吹かんとしている。これがバングラデシュ全土に根を巡らし、最貧国からの脱出を遂げる日迄、更に諸氏の協力を期待する。

山形大学医学部整形外科学教室における 「卒前教育」の足跡

学生教育担当 大島 義彦

大学医学部の役割は何かといえば、研究、教育、診療といわれている。では、敢えてその順序はどうなるのかという問に対しては明確な答えを先輩方から頂いた記憶がない。今まで言い伝えられてきたこの三つの言葉を何回か呟いてみてもどうもこの順序が言いやすい。ということはどうやら、この順序に重要と一般には考えられているのかも知れない。

「そんなことはどうでもいいじゃないか、三つともそれぞれ人々からの期待を担う重要な役割なのだ。」と言われるかも知れない。しかし、筆者がこれにこだわりを持つ理由がある。筆者は助教授として、明確にこれを意識して山形大学医学部整形外科学教室で教室作りに従事してきたからであった。医学部のない県にできた新設医学部の最重要の役割は教育でなければならないと些かも迷うことなく考えた。

しかし、この考え方は一般的ではない。筆者が赴任して間もなくの頃、本学の某科の教授が、「うちの科では、臨床医を育てるなどと考えるはいません。大学は研究し、論文を書くところなのですから」と話すのを聞いて唖然としつつも、さもありなんと思ったことがあった。

本邦の大学医学部で行われる教育には卒前教育と卒後教育がある。本来は後者は副次的であり、日本の医学教育の歴史の所産である。当科ではそのどちらにも格別というか、少なくとも本学の臨床科の中では最も力を入れてきたと考えている。しかし、教育というものは不思議なものである。難解な専門知識を分かり易くかみ砕いて与えればよいというものではない。このことは言葉では分かっているとしてもそれではどうすればよいのかと考えると妙案が思いつかず、結局ややもすれば前者に落ちついてしまいがちである。教育を受ける側もそれを期待してくる。各科の臨床実習でおしなべて学生に好評なメニューはSGTである。SGTといってもそのやり方次第では単なる専門知識の伝授になるとはいえないのであるが、真面目な学生は専門知識を分かり易く整理して与えてくれるのを待っているのである。それ自身が悪いということではないが、それだけに終わったとすれば問題となる。

教育では「将来に亘って伸びる人材の育成」を狙うわけであるが、そのためにはどうしたらよいか、どうしたら良い臨床医を育てられるかについて、当科のスタッフ一同、これまでの常識に囚われず、さまざまな工夫を重ねてきたといえる。教育とは、リハと同様、まず「動機づけ」が最も重要で、次には「良い材料を与えること」と考えた。「良い材料」とは何か？ それは患者、およびその検査所見などの「教育マテリアル」だけでなく、「より良き臨床が行われている臨床の場」でもある。大学病院は100名の医学生の臨床教育にはベッドが少なすぎる。当科に至っては公称33床、実際にはたったの30床である。筆者が赴任して先ず第一にこれにはびっくりした。さっそく全国の医学部付属病院のベッドの割り振りを調査してみたところ、整形外科病床数の最低は新設医大で40床であった。本学の開設に当たった責任者が、全国相場を無視して、敢えて整形外科病床を最低にしたことが判

明した。ベッド数というものは、植民地の分割と同様、後発組がそれを獲得するためには血を流すしかない。そういうわけにもいかないのに、学生教育には外の病院を利用するしかないと考えた。

まず、肢体不自由施設と特別老人ホーム実習を組むことにした。何もこれを整形外科だけの時間で行うこともないのであるが、他科で行うことも考えられなかったし、自分の科に割り当てられた時間に行うしかなかった為である。しかし、特別養護老人ホーム実習はこの2～3年来公衆衛生実習で組み込まれたが、これは当科の先見性を示したこととなった。

臨床教育ではグループ指導は理想的ではない。man to manが最良である。そこで、大学のスタッフが関連病院に出張に出るとき一人づつ連れていくことにした。学生には頗る好評であった。2週間の臨床実習の最後に受け持ち患者のレポートの他に、実習全体にわたる感想文を書かせた。筆者はレポートよりこれを重視し、現在も筆者の本棚に宝物として大切に保存してある。これをコピーして大学のスタッフ、関連病院の学生指導に当たってくれた指導医に読ませることにした。教育の学生からの逆評価として大いに役立った。この経緯については山形大学医学部整形外科学教室「教室誌」第4号77～78ページに筆者が書き、他の整形外科教室にも伝わったようであった。

しかし、これらについては一時学内から、「整形外科だけ無許可で勝手に学生を学外に連れ出しているとは怪しからん」という声があり、一時中断せざるを得なかったが、その後全国的にそのような方式が採られてきたことも判り、再開した。

本稿を書くに当たり、卒後整形外科に進んだ本学の卒業生がどれだけいるかを本学同窓会誌などで調べて頂いた。それによると第1期生から第17期生までで、178人が整形外科を専攻しており、このうち95人が当科へ入局した。

この数字は当科における卒前教育の成果の一端を物語るものであり、筆者としても大いに満足している。一緒に燃えてくれた医局員諸氏に深謝するところである。

変わる医療、病院から地域へ ー増大するコ・メディカルの役割ー

地域看護学講座 大 島 義 彦

この度、縁あって山形大学医学部看護学科の地域看護学講座の教授に就任しました。「縁あって」というのは常套文句ですが、むしろ偶然というべきか。想起こそば私が医師になったのも、脊椎・脊髄外科に頭を突っ込んだのも、いつ迄も大学にいるのも、全て偶然。高邁なるヒューマニズムに目覚めたからでなく、私の親父のように失業の憂き目に会いたくなかったからであり、自分の周囲に面倒な神経・脊髄疾患が放置されていたからであり、これまで大学以外の場に行かなければならない理由がなかったからといった具合です。私には日頃の言動とは裏腹に、不本意なのですが、自然の流れに身を任せてしまう傾向があるように思います。偶然とはその時点では解き明かせない必然であり、存在するものには全て、それなりの理由があります。私は2年前に「内定」を受け、これまで看護学科の講義を担当してきました。しかし、そんな話が持ち上がる1年前から、脊椎臨床の傍ら、地域で高齢者の運動器疾患、ADLに関する大きな野外調査を始めていました。恩師河野左宙先生の腰椎分離症という疾患に対する姿勢は、ずっと私の心の一部を占めていました。河野先生は身を持って、疾患の診断や治療技術の向上に留まらず、その原因を突き止め、予防法の確立まで追及するという真の臨床家の姿勢を教えてくださいました。また、疾病の治療法を選択する上で最も重要な情報は、その疾病の治療しなかった場合の自然経過であり、それは医療機関を訪れる患者の分析では十分には把握出来ないことに気付いたからでもありました。臨床家の素人コホート研究でしたが、ドロップアウトをゼロにすべく徹底。この仕事の中で、障害者の、就中、増え続ける高齢者の障害の最も高頻度の原因は運動器の故障であること、現代医療では「人間は動くことによって健康が保たれること」の認識がなお極めて希薄であること、そして今後は病院を中心に行われてきた医療の少なからざる部分が地域へ移り、また、コ・メディカルの役割は飛躍的に増大するであろうことなどを強く感じました。それ以来、寝たきり高齢者の介入研究なども始め、すっかりこの方面にものめり込んでしまっています。

さて、看護学研究という業界、看護教育の最先端に接し、随分勉強になりました。まず、私の周囲の看護系スタッフと言葉がなかなか通じません。自分の頭で考え、自分の言葉で話そうとする人が少ないのです。「欧米に追いつけ」と丸ごと輸入に大忙しの様です。面食らうことばかりで、恐らくDr.であれば大部分、大反発を感じるのではないかと思います。また、理を尽くして話しても大部分の看護系スタッフは殆ど聞く耳を持ちません。しかし加齢と共に少しは気長になった私はあまり心配はしていません。医師は看護業務の意義についてユーザーの立場から考える必要があります。サービス業である医療において、医学は一体どれほどに患者の願いを叶えることができるのか、今後DNA解析により、これまでとは比較にならないようなよい治療法が考案されたとしても、課題は次々に無限に生じ、看護の役割は更に一層重要さを増すものと思われます。病める人にとって、医師とは比べものにならない長時間接してくれる看護サービスがどれほどありがたいことであるか、医

師は自分が入院してみて分かること。看護、看護婦らが絶えず、医療？、医師に従事してきた長い歴史の末、看護はその向上をめざして独立を迎える日がやってきました。多少の背伸びやツッパリは独立の必要経費？ 看護は、医師からの独立だけでなく、PT、OT、STなどや介護福祉士、ヘルパーとの住み分けを迫られ、独自性の確立は大変辛いことと思われます。

来年から私はリハビリテーション療法士の教育に従事する予定になりました。臨床家の私にとっては脊椎疾患の治療も看護学も、リハビリテーションでも大差ありません。同じようにやればいいのです。病める人々という対象に違いはないのですから。それにしても、医師もコ・メディカルも病める人々のために、それぞれの独自性を発揮、確立し、向上し続けて貰わなければなりません。

高齢化社会と整形外科医

山形大学医学部地域看護講座 教授 大島 義彦

高齢化社会に対応する臨床領域といえば、従来は内科と精神科で、大腿骨頸部骨折もあるから整形外科も必要かといったところで、整形外科をトップに挙げる人は殆どいません。私は敢えて整形外科を一位に挙げます。しかし、整形外科と言ってもどちらかといえば、いわゆる整形内科、即ち運動器官、支持器官の臨床領域です。本日はその理由について述べます。

まず、(第一には、)高齢者はどのような疾患に罹患し、それらの頻度はどうであるかを把握する必要があります。高齢者には運動器官、支持器官の疾病が最も多いのです。これは医療機関を受診する患者の統計を取って罹患率をみても明らかにではありません。病気は医師が造るという側面があり、医療機関からのデータは医師の数とその専門領域を見ていることにもなります。私達は数年来、様々な地域疫学調査研究を行ってきました。その中のひとつですが、人口約5万人の地方都市の代表的地区を3カ所抽出し、そこに住む65歳以上の全住民630人中623人の検診を行いました。調査率は99.8%でした。この種の調査ではドロップアウトする例にむしろ意味があるので、調査率を上げることは、とても困難ではありますが、特に重要です。

1カ月以上の治療を受けたことのある既往症は全体の85.3%に認められ、その内訳は整形外科疾患29.2、高(低)血圧症18.6、胃腸疾患14.0、心疾患6.7、呼吸器疾患6.5、肝・胆・膵疾患5.1、婦人科疾患4.3%でした。この整形外科疾患の内訳は、腰痛26.0、膝痛24.7、下肢の骨折17.0%となり、腰と膝を合わせると約50%でした。

調査の時点で何らかの身体症状を自覚する人は61.5%あり、その内容は、上下肢関節痛18.5%、腰痛17.1%でこの二つを合わせると35.6%、何と3人に一人の割合で見られました。第3位は目の霞み4.9%で、以下、肩こり4.6%、めまい4.4%、動悸3.9%、手足のしびれ3.3%、咳2.6%、頭痛2.5%、発熱2.1%であった。

また、過去1カ月間に全体の41.1%が腰・下肢痛を、33.5%が膝痛を、17.9%が肩痛を経験し、それぞれ40.6、47.4、26.9%がこのために何らかの治療を受けていました。

これらのいずれの調査でも高齢者の罹患する疾病は運動器官、支持器官の疾病が最も多い結果となりました。

第二番目に、高齢者では加齢に伴う痴呆が問題となります。徘徊や不潔行為を伴う場合、介護する家族の苦労は極限に達します。痴呆は精神科、精神内科の領域といわれていますが、現在の医学では治療法を持ちません。加齢に伴う痴呆の半分を占める脳動脈型の痴呆に対しては多少の治療効果は見られますが、全体としては現状では痴呆は未だお世話の対象、即ち看護介護で対応するしかないのです。一方、運動器の障害は既に述べましたように高頻度にみられるだけでなく、これらは内臓の障害に比べ、治療効果が格段に大きいのです。

私達は昨年9月から既に述べた都市地域で、いわゆる寝たきり高齢者に対する訪問リハビリテーションの効果に関する介入的コホート研究を行ってきています。まず、昨年7月

に、福祉事務所に登録している厚生省の寝たきり高齢者自立度のランクC以上の高齢者全員、255人に対して医師、理学療法士、作業療法士がグループを作り、疾病罹患の状態、基本動作、日常生活動作、介護状況、意識調査等につき戸別訪問による直接検診を行いました。この調査結果を基に、リハビリテーション効果がより多く期待できるランクB、C1を中心とする寝たきり高齢者を66人選び、これを2群に分け、両群が年齢、性、罹患疾病、障害度、罹病期間、訪問リハの希望度などにおいて同様の条件になるように調整しました。この一方の群に、週1回正味1時間の訪問リハビリテーションを施行しました。他方の群はコントロールとしました。訪問リハビリテーションの内容は機能訓練を主体とし、その意義、動機付けの他、必要に応じ生活環境の整備助言も施行します。訪問リハビリテーションを行わない日には、介護者に予め毎日1時間の同様の運動療法のやり方を教えておき、それを出来るだけ実践させました。月に1回は整形外科医による往診をしました。また、理学療法士または作業療法士により毎月1回、基本動作、日常生活動作などを評価しました。

訪問リハ開始後6カ月までの評価では、訪問リハ群33人は平均してみると、訪問リハ開始後1～2カ月で急速に日常生活動作機能の改善しましたが、その後の改善は頭打ちとなる傾向がみられました。平成8年3月上旬の時点で、訪問リハ群のリハ効果は何らかの改善を見たもの8例、訪問リハ開始時の機能を維持しているもの14例、悪化したもの1例、死亡3例、中止せざるを得なかったもの6例でした。なお、中止例は改善または不変例で、家族が継続を希望しなかったことによります。また、訪問リハビリテーションを始めてから6カ月間の死亡者は、訪問リハ群で3人であったのに対し、対照群では11名と4倍弱と、両群に格段の差が見られました。平成8年3月中旬に対照群の個別訪問による中間検診を予定しており、この研究は平成8年8月いっぱい続けられ、両群の心身機能の程度の比較検討がなされます。

この様に、整形外科医、理学療法士、作業療法士の共同作業は寝たきり高齢者の療養を行う場合極めて効果的な医療サービスを提供する事が可能なのです。しかし、問題は少なくありません。訪問リハビリテーションを中止せざるを得なかった例には、家族が続行を拒否するものも少なからず見られました。寝たきりであった高齢者が少し歩行できるようになったのをみた家族が、転んで骨折でもされたら大変だと考えたからでした。在宅寝たきり高齢者の治療サービスでは週1回1時間では余りにも少なく、家族の不安は当然のことと思います。訪問看護、ヘルパー制度との組み合わせ、老人保健施設や医療機関のデイケア等の活用が必要です。

第3に整形外科における治療は多様な治療手段を有し、これらを駆使し、組み合わせるところが特徴です。これによって高齢者に対し良い医療サービスを提供し得ることです。良いサービスの提供を行う場合、サービスを受ける側の希望をかなえるために多くのサービスメニューを準備しなければなりません。お勧め品はあっても、押し売りではいけません。それぞれのユーザーにはそれぞれの価値観、生き様があり一律ではありません。医療サービスも同様です。QOLは個々人に固有のものであります。ところがこれまで、本邦の名医は自分を患者の身に置き換え、医療の専門知識のない、または乏しい患者に代わって医師が判断し、決定してきました。これは良いサービスとは言えません。「畳の上で死にたい」等

の本が売れるのはその辺の事情によるものかも知れません。例を挙げれば、脳卒中による片麻痺と両側の高度の変形性膝関節症があり、寝たきりになりつつあるケースに対しては、人工関節手術、薬物投与、関節内注射、膝の内反装具、大腿四頭筋強化訓練、温熱療法、歩行訓練、これらの任意の組み合わせが考えられます。整形外科医はこの様に豊富な治療メニューを持っています。

整形外科は他科に比べて一般に、疾病の治療目標を、病院生活に留まらず、家庭や職場で生活できるか否かに置く伝統がありました。従って、在宅医療には他科の医師より入り易いのではないかと考えます。しかし、全国的に見れば、診療所に老人デイケアを開設したり、老人保健施設を運営したりする整形外科医は、これまで述べました適正から見ても極めて少ないのではないかと思います。高齢者の療養は無論整形外科医だけでは出来ません。しかし、整形外科医は最もその主体を担う資格があり、相性がいいのだと言うことを強調いたし、本日のお話を終わらせて頂きます。

「きれる」「ぷつつん」の市民権

山形県立保健医療短期大学理学療法学科長 大島 義彦

先日、たしか？ 広辞苑であったかと思うが新語の登録？ に関する報道があった。その中で「きれる」だったか「ぷつつん」かどちらかが取り上げられたとかそうでなかったとか、どうも忘れっぽくなって、不確かなことを書くことになって恐縮であるが、要はこれらが一応の市民権を得た現代であるということを書いてみたいのである。

生来筆者は、流行には乗りたくない、はやり文化はむしろ眉をひそめつつ受け止めることが多いのであるが、結局何年かして、いつの間にか完全にそれに浸かってしまっている自分に気づき、忌々しくも苦笑せざるを得ない。そんなことを繰り返しているのである。考えてみれば、現在ある大部分の言葉はそれぞれの時代の若者が創出し続けてきた数々の新語の中で、生き残った傑作の集積であるのではなかろうか。言葉はまた文化であり、それを担っている人間の存在が必須である。筆者は現代の若者と異なり、そのような文化もないし、そして単に頑迷な、保守的な人間であるというだけのことかも知れない。

「きれる」「ぷつつん」は「堪忍袋の緒が切れる」と旧来の長ったらしい表現では伝えられない概念なのであろう。堪忍袋の緒が切れるとは余程の我慢ならない事情があるときに起こる現象である。ぷつつんしたり、切れたりすることと言葉の上では同じことのものである。ようであるというのは、この言葉は、筆者には届いたばかりであるのでその概念についてはただいま吟味中、自信がないからである。ただ、「きれる」「ぷつつん」は以前の「堪忍袋の緒が切れる」よりは、たやすく起こり、より容認された現象であるように感じられる。かっとなって冷静さを失うことは少なくとも美德ではなかった。むしろ恥ずべき悪徳であり、その人間の幼児性、未熟性を示すものと考えられてきたと思うのであるが如何なものか？

ぷつつんしたり、切れたりすることにはどうやら「仕方がないこと」、「無理もないこと」といった周囲の同僚の多少暖かい？ 理解が裏打ちされているに思える。確かに現代の我々の周辺には我慢ならないことが年々増加しつつあるとは感じるが、無理もないという理解は果たしてそのためであろうか？ いつの時代にもそれなりの事情はあり、堪忍袋の緒が切れることはある。それをどう受け止め、対処するかというその時代の人々の感性や行動様式の問題でもあるので、そんな理由では説明できない。

筆者は現代の若者の「我慢水準」が低下したためではないかと考えている。戦後の耐乏生活から、一変して物があふれる時代に移行した本邦。欲しい物は簡単に親に与えられてしまった年代の子供たち、無自覚に手を加えすぎてしまって、幼年時代までのいじめ合いを体験しなかった年代の我慢水準である。いじめ合いは必ずしも悪ではない。幼児期に大きい、力のある子供がそうでない子を押しつけることはあたりまえのこと。大いにいじめ合って、社会生活の基礎を学ぶ必要がある。昔がすべて良かったという訳ではない。昔育った現在の大人にいじめがないわけではない。それどころか、ずっと手の込んだ陰湿ないじめが至るところにある。従って、昔よりもよいいじめ合いをさせる必要があるのではなかろうか？ 弱者を思いやる心の育成にも幼年時代のいじめ合いは必須である。困難に

遭った場合に簡単にねをあげて「ぷつつん」するのでなく、我慢して冷静に対処法を考える資質の涵養上も必須であるのでなかろうか。また、欲しがる物を簡単に与えることの罪を我々は自覚しなければならない。

上述したように筆者は保守的で新語、その文化にはなかなかなじめないが、その傾向は年齢だけによるものでもなさそうである。最近筆者の周辺で面白いことがあった。ある、フォーマルの会議でしかるべき方が、「それ以上聞くな、それ以上質問するときれるぞッ！」と公式に述べられた。無論議事録には載せられない。しかるべき方は筆者よりも一回り余高齢の紳士である。もっとも、これに限らず切れっぱなしのパーソナリティというか切れることが決して恥ずかしくないといった御仁ではあるが、「きれる」が出てきてびっくりした次第である。

筆者は現在教育者。欲しがる物を簡単に与えないようにしなければと思うのであるが、これを自覚して行うのは筆者には最大の困難事。そして、単純に切れて発散するのではなく、じっと我慢して、その状況判断、その是非、解決に向けた対策などを冷静に思考できる人材を養成すべきということであるが、二十歳を迎える歳になってはもはや手遅れでしょうな！ それに、長年月かかって確立されて文化を一人で修正しようなんておこがましい。結局、苦々しくも受け入れざるを得ないという、これまた筆者の繰り返し。

教育に失敗する世代

山形県立保健医療短期大学理学療法学科長 大島 義彦

親は身勝手、自分の子供には過大な要求をし、親の思う通りにしたがるもの。作った覚えがあるものだから自分の持ち物とさえ考えてしまう。その理由の半分は、子供の幸せを願う親心がなせるわざでもあるとしても、子供にはいい迷惑であるに違いない。

親と教師は子供に対して確かに何か役立つことを教えるとしても、しばしば同時に子供の能力の芽を摘み取る共犯者になってしまっている。テストが出来ないと頭が悪いのだと評価する。漫画の本など、子供が興味あることに関しては斜めに読んでも一度に覚えらるのに。親や教師がそういうものだから子供もそう思い込んでしまう。勉強しなかったから出来なかつただけなのに。

子供の心身の発達速度は実に多様である。何かが出来るようになるために要する時間は一定ではない。時間をかけなければ出来ない子供は少なくなく、子供のときに、出来上がるまでの時間にこだわるとその子の能力を摘み取ってしまうことになりかねない。大人になればスピード差は可成り少なくなる。

もうひとつ、性急で多分自己中心的な人間（筆者のこと？）に共通する傾向かと思われるが、過大な要求をし過ぎること。殊にこれはと思う、見込みの大きいにあると考える若者に対して求めてしまう。その場合、一足飛びに、ステップを無視して要求してしまい、期待した結果が出ないと大いに失望し、しばしばその若者の芽を摘み取ってしまう。

子供たちは成長する段階で今も昔も様々な経験をするが、その内容は近年急変してしまったものとする。今と昔とどちらがいいか単純には比較できないが、最近の子供たちは心身の健全な（？）発達、成長を遂げる上で最も必要な体験が不十分であるように思われる。少なくとも今の子供たちの体験はTVをはじめとするコミュニケーションの発達などにより、昔よりずっと画一的であるに違いない。多様性のぶつつかりあいの中で子供たちは多くのものを学ぶのではなからうか？

人間の発達、成長には、直感的によくいわれることではあるが、いわゆる人工的な、無機的な環境より、土、日光、水、風、動植物などの豊かな環境の方がやはりいいのではないかと筆者は考える。残念ながら、今の子供たちにはこの点では実に不十分である。

我々の親は辛かったに違いない。子供にひもじい思いをさせることは最も辛いことであろう。大部分の親は、否応なくその辛さを味わわされた。必要は発明の母。生き残った子供は当然鍛えられた。親が鍛えたのではなく、戦争が、敗戦が鍛えたのであって、衣食足りたとしたら、多分筆者の世代と同じ過ちを犯したのではなからうか。

スポーツトレーニングは分かり易い。過酷な負荷を与え、超回復を狙うものである。負荷の量と質によっては壊してしまい、元も子もない。負荷をかけなければふやけるだけである。

一応衣食足りた時代の親は、また、辛い思いをするのである。

さて、教育職の筆者は如何に教育を進めたらいいのか？

筆者は試行錯誤の末、「教育は動機付け、あとはいい材料を提供すること」と考えている。

昔と違って今はいい教科書が沢山あるので、教壇でいちいち講義をする必要はないし、ひょっとしたら講義しない方がいいかも。その分実習に時間をかければいい。ただし実習のやり方にはまた別の問題があるのではあるが。やってやり過ぎがどんなに若者を駄目にしているか筆者自身大いに反省を要する。

学校の成績とは実社会での仕事ぶりが一致しないといわれる。それは学校の評価が一面的であるに過ぎない。成績を暗記を中心とするテスト方式で評価してしまう。あとで伸びる子（今も伸びれば更によし）を養成すべきなのであるが。「今すぐには出来ないが、時間をかければ出来る、そして繰り返せばだんだん速くなる」と考えて育てれば、後で伸びる子を駄目にしないですむ。速くできる子、遅い子。それまでの蓄積や、もって生まれた性質があり、一生を考えれば時間はあまり気にすべきではない。

先日、おこがましくも市内の高校の1年生とその父兄に、「自信は能力」なる講演をさせて貰ったのであるが、上述の「芽を摘み取るとは、自信を奪うこと」、筆者自身の懺悔を披露することとなった。

さて、自信を持たせるにはどうするか。自信過剰は日本では良く思われませんが、自信はもっとも大きな能力であることは筆者の確信するところ。そして、確固たる自信は体験で養成されるもの。前述のように、体験不足の学生には体験を積む時間をかけなければならない。筆者のごとき性急な教官はもっと長くじっと我慢しなければならない。

更に重要なことは、長所を認めてやること。自身の体験では、叱られて伸びた記憶はなく、自分で少しは良くやったと思っていることを素直に評価されたことで更に良い展開があったことのみである。しかし、叱られたり、ひどい目にあった経験は意味がないわけではなく、今に見ている、仕返ししてやるといった反面教師の役割を果たしてくれる。しかしこれが多すぎると実に暗い暗い人間が出来上がるのではないかと。まさに「いじめ」体質を作る基本構造である。人間の素晴らしさが分からず、マイナス面しか見えない意地悪な、歪んだ人がいるが、子供時代が、精神的な意味でひどい不幸であったに違いない。

以上、これからはこのように行動しようとするが、さて、出来るだろうか？

お わ り に

夫、大島義彦は、60年安保の時代に大学生となり、身近なインターン制度の問題に直面し、時代の大きな改革のうねりの中で、ひたむきに、青年医師として問題を捕らえ、分析し、試行錯誤しながら取り組んできました。その後も、あるべき、医師像・医学教育・医療体制等々（野菜づくりまで）、ひたすら求め続け、自ら、理想に燃えて走り続けてきました。

その足跡を綴った、この遺稿集には、1960年以後、今日まで、理想と現実の狭間の中で、勇気を持って、真摯に歩み続けてきた医師の歴史が、見事に表現されていると思います。この時代に生きた多くの医師が、心の中で「斯くありたい」と思うような生き方をしたのではないのでしょうか。

先見の明を持った文章の数々。理想を追い求めるが故の失敗の話。読み返すと、又、驚きと感動が甦ります。

他にもまだ、たくさんの文章が、山と積まれている資料の中に埋もれています。

これから、私には、この楽しい発掘作業が待っています。

2006年10月

大 島 扶 美