

【エッセイ】

Verkehr*

村上雅昭

本学に入職に至る経緯を振り返ってみたい。学部を卒業するときに当然の事ながら診療科目を選ぶ時期が来る。周囲にいたものは私が外科に行くとはばかり考えていたと後で知ることになった。自分でも“切った貼った”の世界はいかにも医者っぽくて当然の如く選択肢に入っていた。内科は全く考えていなかった。そこで、事件が起こる。

6年生の実習の一環だったと思うが、学部1年生の“人体解剖実習”で組んだ1班6名で犬の盲腸を手術するという実習があった。一頭の犬を6人の仲間と全身麻酔をして開腹、盲腸を切除、縫合し麻酔から醒めるのを待つという実習内容だ。お互いに交代しながら“ああだこうだ”と手順を議論しつつ、実際に交代で執刀している学生に外野から指示を出しながら実習は進んだ。執刀役は順次変わった。開腹したものの盲腸の場所が直ぐには見つからなかった。盲腸と思われる部位を切除した後の縫合も綺麗にいったとは言えず誰もが自信が持てなかった。後日談だが、ベテランの外科医は血まみれになった腹腔を観て瞬時に動脈・静脈・神経の見分けが付くという。

経過を見守っていると中々麻酔から醒めない。周囲を見渡すと続々と既に麻酔から覚醒中には解剖実習室を歩き回る犬もで始めていた。結局、我々の班の犬は回復することなく亡くなった。術中死。合掌。解剖実習もそうであったが己の不器用さを痛感した。人体解剖の際も周囲の班の学生たちが血管や神経を周囲の組織から綺麗に剥がして取り出しているのに血管や神経が直ぐに切れ

* 社会学科 原田勝弘名誉教授の許可を得て原田ゼミ交流誌の題名を拝借した。

てしまい、取り囲んだ同級生から痛い視線を浴びたのを思い出した。一緒の班には後に初の日本人女性宇宙飛行士になるN女史もいた。卒業して心臓外科医になる。その進路選択に一同吃驚した。彼女の性格からして精神医学的には分かりやすい選択ではあったが、決して実験が得意には見えなかったと言ったら失礼だろうか…。

往時は現在の様に全科をローテーションしてから科を選ぶと言う事はなく、いきなり各科の入局説明会を聞いて選択する方式であった。精神科の入局説明会に行った覚えは実はない。しかし、結局、当時は慶應義塾大学医学部にはO先生と言う精神分析の大家が精神神経科学教室で活躍していた。J.Freudの日本への本格的な紹介者と言って良い。O先生の本は高校時代に読んで少なからず興味は持っていたのでその影響と実習の外科系実習の外傷体験?もあり、入局は精神科とあっさり決めた。過去数年の入局者は2-3人と聞いていた。しかし、蓋を開けると入局者は9人と過去数年に比べても大人数であった。精神神経科は“minor”な科と言われ、皮膚科、耳鼻科、整形外科、産婦人科学教室がその範疇に入った。しかし、整形外科、産婦人科学教室の入局者はminorな科でも人気が当時から有り、それなりに入局者は多かった。因みにmajorと言われるのは内科、外科学教室である。1977年度卒は珍しく全員が慶應大学の出身者であった。入局してO先生(通称オコさん)は我々に週1回、通年でFreudの講義をしていただいた。この講義の内容を記したノートは未だ大事に残してある。これは、Freudと精神分析の全貌が見えて大変役に立った。James Strachey版英文のFreud全集も購入し、精神分析を志した記念?として今も研究室の最上段の棚に鎮座している。しかし、いざ臨床現場の実践に出てみると精神分析が如何に無力であるかを悟るのである。当時はローテーションでoben(指導医)の先生の初診の外來のbeshribe(速記)をする。この時に、O先生の初診に同席したが、フレッシュマン(初年医)でも診断可能な明白な躁状態の患者にcercine 5 mgを処方されたのには正直驚いた。また、研究会に顔を出

して症例検討等を何回か見学させていただいた。O先生を囲んで他大学の若い心理学部系(と、察せられた)の女性軍が羨望の眼差しで見ている。症例の内容も当然の事ながら“解釈”であり、一番興味があった“精神分裂病”(2002年に“統合失調症”に病名変更)に対しては果たして有効なのかと疑問を抱き、科学的根拠があるものをまずは身に付けたいと思うに至って、電気生理研究班の門を叩いた。しかし、一年を通して週1回～月2回は精神分析の大御所から直接通年で精神分析の話を聴けた体験は大きかった。これも、異例の同期が9人も同時に入局したためだと思っている。その後、同学年で精神分析を専門に選んだ者はいなかった…。

第1章 何でも診てやろう

大学の精神科医局での1年の研修を終えると出張病院選びになる。殆ど知識がなく、近場で通えるところで“統合失調症”が見られれば良い位に考えていた。そこで決まったのがO病院である。同僚のY先生と一緒に赴任した。

院長である故・Y院長には大変お世話になった。男子、閉鎖病棟の担当になり、毎日が忙しくも充実した日々を過ごした。

週に4.5日以上を務めて常勤扱い。半日は当時の国立埼玉病院で神経内科外来を担当するのが決まりだった。何か相談事があれば永らく神経内科の医長をしているI先生に聞けと言われた。慶應義塾大学の精神科の正式名称は精神神経科学教室なのである。病院では週1回の当直。月1回の土曜日ないし日曜日当直が回って来た。

その後、国立小児病院のレジデントもする事になった。この機会に脳波室での実践が生きた。小児病院では脳波検査の結果を書くのが仕事の一つであったためである。Gibbonsの脳波の本を参照しながら小児脳波のレポート書きに勤しんでいた。小児の脳波は成人と違い年齢を考慮にいれないと正しい判定は出

来ない。判断に迷う脳波は再検をお願いしたり、持ち帰って経験のある先生の意見を聴いたりしていた。

しかし、国立小児病院の外来の役割は正直、戸惑いの連続であった。当時の小児精神医療は黎明期と言ってよく、当時の医長のK先生が厚生省で自閉症の診断基準を定める班会議に出席していた。まだ、診断をどのように確定するのかハッキリとした基準がなかったのである。単なる知的障害かそれとも自閉症なのか…小児はもちろん発達する。そうなると、病理と思われた状態像を呈する患児が正常発達に戻ったように診えたり正常の偏奇を考えていた感じが経過と共に病理に移行する患児もいた。中にはその境を出たり入ったりと微妙に揺らいでいるように診える児童も存在した。いわば地図のない航海をしている印象であった。

初めて児童虐待と思しき症例に出くわしたのも当時の国立小児病院であった。1980年の話である。整形外科からの依頼で“不自然な骨折”なので親の話しを聞いて欲しいという。両親共に教員で面接の印象は極めて普通。全く病理性は感じさせず、淡々と質問に答える。暴行に関しては勿論否認。何も虐待に繋がる言辞は掴めずに面接は終わった。それなりに訓練は受けているので病理の“臭い”は感じ取るものなのであるが…仮に本当にあの事例が“児童虐待”だったと仮定すると、面接では常識的と感じさせ、尚且つ教育程度も高い親が実際には実行したと想像すると背筋が寒くなる思いであった。精神病と言う病理とは違う人間の心の“闇”を感じた。あれから、40年は経過したか。これ程にも児童虐待が日常的になる現象とは想像だにできなかった。

この臨床体験があったためか埼玉県の子童相談所の非常勤相談員としても数年通った。当時、流行っていた小田実の“何でもみてやろう”の精神である。お声が掛ければ何処にでも行って臨床体験を積む覚悟でいた。

その後、大学で指導して頂いたobenのS先生が国立療養所久里浜病院(以下久里浜病院)の医長として移ることになった。“一度はアルコール依存を診に来

い”と誘いが掛かった。Obenの誘いは断りづらい。やはり，“何でもみてやろう、行ってやろう”の精神に則り、アルコール依存症の方が航海の“地図”があるように観えたので転勤を決意した。

久里浜病院では当時はアルコール依存に限らず、覚醒剤依存の患者も診た。その方々から色々現場の実情や隠語を教わった。覚醒剤依存を疑われる患者にはそれらの隠語を散りばめて問診すると警戒感が取れてか直ぐに核心に触れる面接に入れた。使用開始時期、使用頻度、最終使用時期等の使用歴全体を聞き出すのは治療計画にも関わる必須事項であった。ユキネタ→混じりけのない上質な覚醒剤、ガセネタ→質が良くない覚醒剤、ガンコロ→覚醒剤の結晶等を意味する。因みにガセネタには結晶の具合が似ているので“味の素”が混入してあると言っていた。しかし、実際に使ってみるとガセネタは“使用感”が全く違うので直ぐに判るとの事であった。

当時の所謂、ブルーカラーの人達の現実も教わることになった。その患者はダムの建築現場で働いていた経験があるという。その現場はまともな人事管理なぞ存在せず、お互いの本名も何も知らない。高い日当を目当てに全国から人が集まると言っていた。危険な高所作業で“今日は誰それが落ちた”と話題になり、飯場に帰って安酒を呷るのが日常との事であった。“明日のことや他人様のことなど、考えてられねよ〜”が本音のようであった。高度成長の背景にもなったであろうダム建設の労働現場は斯様にして支えられていたのか…。

久里浜病院の肝臓専門の内科医である5年先輩のS先生が何時も忙しそうに東京都の自宅と三浦半島に位置する久里浜病院を当時は未だ珍しいAudiを駆って行ったり来たりしていた。当時はまだ国立と私立の病院のアルバイトを兼務する事には鷹揚であった。肩には大きな弁当箱様の物を提げていた。見たこともない不思議な代物なので何だか聞いてみた。“何だ、知らないのか！”と言って教えてくれた代物が初めて見る携帯電話であった。その先生が、ある給料日に医局で“やってられね〜!!”と給料袋を医局のテーブルに投げつけて

いた。話を聞くと、病棟で諸々の雑用を担当してくれていた高齢の女性よりも給料が低いと怒っていたのである。これは、ある程度、仕方ない。当時は、全員が国家公務員であり、どのような号俸等級であれ職階であれ、長く務めた方がポツと出の若い医者よりは給料が高いのである。心身を削って携帯電話を担いで深夜の緊急の時でも東京からAudiを駆って緊急時の呼び出しに馳せ参じてもである。時間外労働は医者にはない。小生も幸か不幸か一度も時間管理をされて打刻したこともない代わりに時間外手当を貰ったこともない。これは、教員も共通しているかもしれない。“働き方改革”が永遠に及ばない現場であろう。

久里浜病院に医者が赴任すると断酒するか酒量が増えると言われていた。S先生も小生も後者。S先生は自身の社宅にBar Sと称してお酒を集めて官舎内の医者たちを集めて飲み会を開いてくれた。時には横須賀のどぶ板通りに飲みに行くとか、三崎まで鮎を食べに行った。

この勤務中に忘れられない出来事がある。午前の勤務を終えて都内のO病院に戻る京浜急行の中で隣に足を組んで座ったダボシャツ、ステテコ姿の男性が雪駄の裏をズボンに押し付けてきた。何気なく表情を観ると完全に眼が飛んでいた。“シャブ中”だと直感した。これは、文句を言っても勝てない。危険だ。注意をしようものなら反撃されると直感し、次の停車駅迄、相手を刺激しない様に微動だにせず同じ姿勢で我慢した。扉が開き乗客が数人おりて発車のアナウンスと合図を聞いた瞬間に飛び出して下車した。背中でドアが閉まったのを感じた。2台電車を乗り過ごしただろうか…乗車位置も大幅に変えて乗車した。その、数週間後、東京のO病院の医局に到着するなり医局がザワツイていた。全員がTVに釘付けになっている。何が起こったのかと自分も観てみた。何と数週間前に雪駄を押し付けてきた男が大写しになっているではないか！世に言う“深川通り魔事件”。貴い4名の命が一瞬にして奪われている。あの時点で、“雪駄の押し付け”に抗議していたら当時腹巻に“呑んでいたドス(出刃包丁)”で確実にやられたと思う。日頃の精神科医として覚醒剤依存の患者を診ていた経験

が生きたと思った。さもなければ翌朝の新聞には“精神科医，車中で刺殺される”の見出しが躍っていたはずである。

この久里浜病院には東6病棟，通称“トウロク”と呼ばれるアルコール病棟がある。設立したのは堀内秀先生で世間的には“なだいなだ”の方が通りが良い。フランス給付留学中にFederico del Sagrado Corazón de Jesús García Lorca(詩人，劇作家)に傾倒してSpain語を学び，ペンネームはNada y nada→“何もなくてなにもない”を意味するSpain語をペンネームにしたものだ。奥様はFrance人である。十数年後に同じ国立療養所久里浜病院のアルコール病棟の医長として日本精神神経学会の“先達に聞く”の企画で指名されて対談する機会を得たのが貴重な体験であり懐かしい。堀内先生は陸軍幼年学校の出身と聞いた。その影響であろう，東六には“行軍”という行事が月に1回あった。酒漬けだった日常から解放して健康な汗をかいてもらおうという趣旨の行事である。前日から昼食は病院の食堂スタッフが握り飯と漬物，軽食を用意してくれた。“行軍”出発時の早朝は全スタッフ，全病棟の患者を前に今日の日程の確認と“訓示”?の様なものを一段上から話す(当時，学校にあった朝礼台の低い版)。スタッフ患者を含め，自分が最年少であった。この行軍のお陰で三浦半島の地理には詳しくなった。朝出発して夕食に戻る徒歩圏内の行き先は全て行き尽くした。往復で徒歩圏内では行けない場合は目的地まで病院バスで送って貰い，病棟目指して“行軍”した。

振り返ると最年少であったことが病棟運営には利したかもしれない。“若造だ何がとなく一生懸命やってるから協力してやろう”的な雰囲気醸成されたと思う。それに甘えて“治療的空間”の運営が順調に運ぶ程，簡単ではなかったが。

忘れられない症例がある。中堅の建築会社の社長で堀内先生が作ったアルコール病棟(東六^{トウロク})の一期生であると言う。その後，断酒に成功して会社も順調に発展したという。5年以上も経た会社の熱海での忘年会で魔が差したのか，お猪口一杯の酒を口にしたらたちまち“連続飲酒”が始まり，結局家族に東六^{トウロク}

に連れてこられた。その話を聞いて“薬物依存”の恐ろしさを改めて実感した。脳は確実に薬物を記憶している。消去はできないのである。昨今の芸能人の薬物問題を観てもあまりに甘くみている。強烈な精神依存を有する薬物は手を出したらそれでおしまいである。学会で海外の精神科医が東京を見学すると薬物依存形成可能物質であるアルコール飲料が自動販売機で売られていることに驚愕する。一時は24時間売っている自販機があったと思う。いまや、コンビニで購入可能なので無くなったとは思いますが。今風に言うと、“薬物リテラシー”が是非、必要である。

世界のアルコールに対する構えは様々である。30歳を超えてUCLAに短期留学した時にビールをホテルの近所の店に買いに行った。カウンターで身分証の提示を求められた。“見りゃ分かるだろ～この頭の薄さと風体で～”と言っても決して納得せず、止む無くホテルまでパスポートを取りに帰った記憶がある。また、Optimal Treatment Project(後述)の関連の集まりでIstanbulに滞在した折は、仲間と食事をするのが常なのだが偶々一人になってしまった。レストランで一人で食べるのも味気ないのでテイクアウトとビールで部屋に持参して夕食を取ろうとの作戦を取った。テイクアウトは直ぐに見つかった。しかし、冷えたビールが手に入らない。Istanbulは世俗的であると言われているがIslamの国である。表向きはアルコールは飲まない。Taksim広場で右往左往しながら、英語を理解できそうな人物に“ビールを販売している店はないか”と質問をしながら時にはIstanbulを縦横に走る、路面電車で危うくぶつかりそうになりながら探し回った。細い道を曲がった日本でいえばタバコ屋の雰囲気ので売っているという。漸く辿り着いて2-3本は買っただろうか。立派な“薬物探索行動”である。これは薬物に対する“精神依存”の形成と見做される。ホテルの部屋に戻ってぬるま湯のビールとTurkish料理を合わせて食してみると美味しかった。ご存じ、Turkish料理は中華料理、France料理と並んで世界3大料理である。ビールがより冷えていたらと思うと同時に“この国はアルコール関

連疾患による医療費は少ないのだろうな…”と頭によぎった。

K病院のアルコール病棟の話に戻るが、新年のご来光を拝みに行くのが恒例であった。病棟を早い時間に出発して三浦半島で一番高いと言っても241mでしかない大楠山を目指して“行軍”する。行軍前の“挨拶”で深夜まで同僚と官舎で飲酒していたので患者から“酒臭い〜”と声が掛った事もある。

アルコールに関わる、精神鑑定にも携わった。事件の概要は、自宅の軒先で人が亡くなっているがその家主はその事を“全く覚えていない、知らない”と言う。しかし、酒を酌み交わしているのを前日に近所の複数の人間に目撃されている。状況からすると本人が殺したことになる。しかし、本人は相手の素性も知らないし飲んだことも記憶にないという。飲酒テストを実施することになった。病的酩酊か否かを判断するためである。典型的な病的酩酊は文献によれば1合にも満たない5-6勺(1合の十分の一)を飲用するとうなり声を挙げて人格が変化し、粗暴になるという。その後、飲酒中の記憶は残さない。病的酩酊と鑑定されれば裁判長の判断で心神喪失で刑事責任が免責になる可能性がある。所謂、心神喪失状態である。飲酒テストは当時の“保護室”ではあまりに手狭なので“脳波室”で実施したように思う。指導医のS先生の下、可能な限り当時の状況を再現した。飲酒状況を可能な限り詳細に聞き出した。菊正宗の1級を飲んでいたという。1級酒か…当時、学生時代にはあまり手が出なかったように思う。唯一、存在した裏手の雑貨店に買いに走った。S先生が出来るだけ酔ってもらうのだから手酌よりも看護師に酌を頼もうと言う事になり頼みに行ったがあっさり断られた。“仕事ではありません”と。それはそうだ…自ら酌をしながら様子を克明に記載しつつ、30分ごとに採血をしてアルコールの血中濃度もモニターした。

主鑑定文はS先生が書いた。“複雑酩酊”が結論であった(病的酩酊、複雑酩酊の精神医学的な差の論議は省く)。

余談ではあるが、在職中に第1回目の三浦市民マラソンが実施された。実際

はハーフマラソンである。三浦半島を海岸線から走り始めて城ヶ島往復する高低差が激しいコースである。当時、脚には自信があったので大した準備もなしに応募して走った。ゴールすると妻に“パンツが……”と指さされるとパンツが血で染まっていた。Marching hematuria(行軍血尿)と思ったが真相はサポーターをしていなかったため、glansがすれただけの事であった。名付けて“jogging glans”。既に、“jogging nipple”は有名でその対策で乳首にはバンドエイドは貼ったもののやはり、“経験に勝るものはない”と実感した次第である。

また、地の利を生かして週末に葉山迄何回か通って拓殖大学の石渡フリートでウィンドサーフィングも体験した。最初で最後の体験となった。

在任中に予後調査をしようという話になった。入院治療は3か月が1クールで1年後の断酒率を見ようという計画であった。詳しいことは記憶にないが回収率が半分もいかず回収されたアンケートを見ると退院の3か月後に断酒継続しているものが3分の1程度だったと記憶している。ネガティブデータである。学会発表も見送られた。現在のように飲酒欲求抑制剤もないシアナマイドとノックピンの2種類のアルコール代謝阻害剤の時代である。急性の二日酔い状態を作る。場合によってはサブショックになる。毎朝、服用してもらい“今日は飲めない身体”と確認してもらおう。それでも、飲む患者は飲む。何度か京急急行の駅員から“先生の患者だと言う人が倒れている”という連絡も受けた。日常的な身体管理や集団精神療法、また病棟内飲酒の発覚、離院等の緊急時には夜間にも起きて病棟に自転車で駆け付けて緊急ミーティングを開催したり之苦労を以てしても“この予後か”と酷く落胆した記憶がある。途端に、アルコール臨床を継続する気力がなくなり、S先生に相談した。結果は“後任を探してくれば東京に戻ってよし”であった。偶然にも翌年に慶應に入局したH先生が興味を示してくれて赴任が決まり、交代で無事、帰京することになった。そのまま、そのH先生は所長(現在は総長)になられた。お互いに良い選択をしたと思う。数々の行軍、刺殺未遂? 事件、三浦市民マラソン参加、ウィンドサー

フィングの体験と思い出深い濃い1年と数か月ではあった。

覚醒剤依存症を含めた薬物依存の臨床を体験した後に回帰したのが統合失調症の臨床現場である。統合失調症はそれなりの歴史もあり、適応の薬物も既に市場に出回っていたので対応には小児ほどの重荷はなかった。統合失調症の薬物が市販に出てきたのが1952年のChlorpromazineと言われている。それ以前の治療は持続睡眠療法、電気痙攣療法が主体であった。病院の先輩もこれで“統合失調症も完全に治る病気になった”と思ったと言う。しかし、当時の薬物は現時点で市場に出回っている薬剤とは比較にならないほどに副作用があった。椎体外路症状が容易に出現するので抗Parkinson剤を同時に処方するのが常であった。“「副作用」がきつくてとても飲めません”と言う患者には“「副作用」もあるが症状を軽くする「主作用」もあるので服用してくれ”と、説得するのが常であった。当時は処方した薬が著効するのは3分の1程度、3分の1は効果は期待が出来たが、残りの3分の1は治療抵抗性と言われていた。

O病院のK理事長も何時も昼近くに来て何をしているか分からないが直ぐに午後の早い時間に姿を消していた。ある時、当時は給料が未だ現金払いだったので封筒に入れて支給されていた。理事長室のドアが開いておりたまたま見た給料袋は立って口が開いていたのである。若い医局員の薄っぺらな封筒と違ったのには愕然とした覚えがある。表立って姿を見せるのは忘年会でカラオケを歌う時であった。

東京のO病院に戻ると、ある日の夜に医局の助教授から“Peruに行ってくれないか”と言う話が突然入ってきた。行っていないところに行くのは嫌いではないので内容も余り聞かないで引き受けた。Japanese International Cooperation Agency(JICA)の仕事で政府Official Development Assistance(ODA)の一環で首都Limaに精神医学研究所を作ると言う。仕事は“精神科視覚教育専門家”との事だった。当時はそのような人材はいない。そこで、“専門家”としての研修を受けさせてくれと願い出た。SONYの機材を使用するとの事で

当時五反田にあった第何号ビルだか記憶に定かではないがまずは何度も通った。次に、UCLAに精神科視聴覚教育を専門としている部門があると知って長々と“ミッション成功には是非必要だ”と英語の申請書を書いて提出し、3週間だったろうか短期留学を勝ち取った。

マジックミラーが付いた部屋で医師－患者との会話を録画したり、子供を種々の遊び道具や検査器具を扱われて録画したりしていた。それを教材にして授業に使用するのである。Limaに去る日はスタッフがハンバーグの絵柄のTシャツを贈ってくれた。何しろ、毎日食べていたのだ。参考書も手当たり次第購入し、何とか専門家？としての、自信と技量をそれなりに身につけてLima国際空港に降り立った。この場合、パスポートの色が灰色で外交官と同じ色になる。それでも、万が一税関に引っかかると面倒なので100ドル紙幣をパスポートの中に折り畳んでおけと言う指示があったと記憶している。

現地ではNHKから派遣されたY氏と協力して日本のODAで建設された精神衛生研究所，“Insituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideo Noguchi”の宣伝ビデオを当地の公共放送に制作するのが任務であった。当時のJICA風と言うと小生の“技術移転”，相手は空軍の医官でスペイン留学もされたと言う10歳位、年上のCastro Morales先生だった。空軍在籍と聞いて当時流行っていた、Apocalypse Nowのシーンを思い出し、海岸から市内にヘリコプターを飛ばしてワンパンで研究所をアップしようと思い立ち、市内の空軍事務所に向かった。アポをしても1－2時間は待ったと思う。会えば事前にMorales先生の根回しもあり、無事にヘリコプターを借りることが出来た。ヘリコプターは離着陸の時が非常に危険で特に電線を巻き込んだ事故が多いと言う話をMorales先生から聞いた後でもあったので、同乗することはせずに地上で見守った。この経験から映画やTVの映り具合には何処からどのように撮っているのが分かるようになった。いまや、高性能ドローンのお蔭で今までに見たことが無いアングルから新鮮な画が低予算で撮れている。

短いLima体験から戻り、O病院に戻って数年過ぎるとY院長が“大学に帰って仕事をまとめなさい”としきりに勧める。要するに博士論文を書きなさいと言う事である。大学インターン闘争を間近に見た先輩の話なども聞いていた。“医局のコマになるのか！”等々素直には了解できない提案で合った。ある日、当時の脳波の権威でもあった医局長のI先生は“Titel(Ph.D.—博士号)は足の裏の米粒だからね、それは取っても喰えないが取らないと気になるからね”と独特の茨城弁で強調された。そのような日々の中、ある日、同期のY先生が“出来た”と言って分厚い原稿を医局の机に置いた。“何それ？”。“Titel”。それを聞いて大学に帰る決心がついたように思う。因みにO病院から大学に戻るとストレスで心臓を悪くする(不整脈等)か禿るかであるとされていた。小生は、遺伝もあってももちろん後者になったが…。

通常は2年で元に居た病院に戻るか、その後医局の命を受けて何処かの病院の一人医長になるかが概ねのコースである。しかし、1年余計に掛った。

大学に戻って右往左往して自分の机も無い中、取り敢えず“何々研究班”と付かない、一番奥にある手洗所の一つ手前の小さな部屋に荷物は置くことになった。臨床業務を忙しくしている中、K先生が声を掛けてくれた。その部屋は、神経病理、神経心理、精神病理が属する狭い部屋であった(それぞれの学問分野の説明は長くなるので省かせていただく)。奇しくも大学時代に桜ヶ丘記念病院で実習をした際に指導して頂いたK先生も属していた。神経病理の先生である。研究室では専ら脳の切片を切り出して顕微鏡で観察されていた。日本で初のCreutzfeld Jakob Diseaseの報告者と後々先輩から聞いた気がする。後に、明治学院大学に転出され、小生が定年後に襲う事になる。これも奇遇であった。

精神科臨床

初診は“病院の場所・時間帯・相手の風体”を把握することで大凡の診断が

付く。一例を挙げると、5 - 6年間歌舞伎町の裏に立地する社会保険庁管轄の総合病院の精神科外来担当をしていた時の事だ。看護婦が“この二人が朝の6時位から外来に入り込んで待っている”と。男性は上下の背広から靴まで真白のいで立ち。付き添う女性も今風に言えば“夜の街”関連。男性は落ち着かない。問診を始めるまでもなく、覚醒剤精神病であった。

こうした、一人医長の経験の傍ら、常勤病院では難しい症例を何度も担当して大いに勉強させられた。O病院は都の指定病院なので行政の措置鑑定を受けて入っていた。当時は下谷、梅が丘、松沢、府中で鑑定室があった。行政鑑定も院長の“勉強になるのでやりなさい”の一言で月1回の鑑定業務は長く続けた。強制措置入院で入院した症例を苦勞の末社会復帰に成功して外来に通院して良いところで1年か。それは臨床医としての技量不足と言われればそれまでだが、いずれは糸の切れた凧になってその後、数年で別の病院に再入院したとの話や、自死や事故で亡くなったとの便りに接することがままあった。やはり、精神科医療は“地域性”を無視しては成立しない。下町で問題を起こして“措置要件”が解除になっても通院を東の端までしろと言うのも所詮、無理があった。移動に数時間？外来で待つこと数十分？そして、交通費は?!この体験が後述の地域精神医療を重んじるOptimal Treatment Project(OTP)に参加する伏線にもなった。

自分の意志で入院していない措置入院患者と長く治療関係を続けるのは至難である。精神病院からの転職を決意したもう一つの理由はOTPに参加した事である。同じ研究室の後輩であるM先生がItalia留学中に“精神科病院を廃止したItaliaに見学しに来ませんか”と誘ってくれた。義兄がAmmanに駐在中であったこともあり、一度はJerusalemを観たいと思っていたので二つ返事でOKした。南回りでItalia入りを目指した。Ammanで義兄と面会した後、本命のIsraelに入国するためにAllenby Bridgeを渡ってJordan川西岸、所謂、West Bankに至った。この時の検問は日本のセキュリティの甘さと言うか彼の地の

セキュリティの厳格さには戸惑った。金属探知機の感度がまるで違うのである。金属探知機を潜ると警報音がバンバン鳴り響く。荷物は勿論手放済み。小銭入れ、ベルトもしていない。しかし、何度も金属探知機を通り抜けても同じ大音響が鳴り響く。これには先方も困惑。これは、素っ裸になるしかないと覚悟を決めた所、相手方は“まずは靴を脱げ”との指示。逆らう理由もなく靴を脱いで通ると大音響もなく無事に通関できた。靴の金属鉾？が反応したとしか考えられなかった。

その後は案内役の義兄の知り合いのZachariaさんと名乗るPalestine人が案内してくれた。著名なジャーナリストで義兄によれば地元Jerusalemでは名門の出自との事であった。“あそこの山でキリストが悪魔の囁きを聞きながら彷徨った”，“このNebo山でMosesが約束の地Canaanを目指した”と言って、Canaanの方面を指さす。Jerusalemにはvia Dolorosaがあり、実際に大きな十字架を背負った大勢の国籍不明の人々が追体験していた。Jerusalem市にある聖墳墓協会もBethlehemの生誕教会も訪ねた。あの時ほど、キリストの存在を身近に感じたことはなかった。その他はお決まりの死海に行って、浮かびながら読書も体験し“死海文書”が発見されたと言う洞窟も遠目で観ることができた。Henry KissingerもJerusalem訪問の際は食事したと言うRestaurant Philadelphiaで会食することになり、Palestine人が置かれている困難な状況も涙ながらに説明してくれた。まず、駐車するときに小さな豆絨毯をダッシュボードに置きその上にQuranを置いた。“こうしないとE. Jerusalemのナンバープレートはユダヤ人と思われて直ぐに爆破される”と物騒なことを仰る。帰り道でも前後左右が何もない大通りの中でいきなりハザードランプを付ける。その意図を聴くと“周囲が難民キャンプなので自分がPalestine人だと知らせる”のが目的だと言う。しかし、故郷のPalestineに未来はなく、Scotlandに近々移住予定だと語った。実家にも招かれ、嘆きの壁から直ぐ傍であった。市内は軽機関銃を持つ兵士だらけだった。岩のドームを見学する際も自動小銃を抱え

たIsrael兵に見学時間が過ぎて閉まっていると遮られるも猛烈に抗議して、“このアジア人はイスラム教徒でこの日のためにわざわざ地球の裏側から来たんだ!!”とまくし立てた。名前を問われて咄嗟にムシャッドと答えた記憶が有り。Mohammedに近い名前を適当に言った記憶が残っている。結局、パスポートの提示を命令されて提示後に“神殿の丘”へ入る事ができた。普段は観光客でゴった返しているのが想像されたが広々とした空間に二人だけで見学した。Mohammedが一日でMecca迄、飛んで帰ったと言う岩のドームの下も訪ねた。しかし、Palestine人が日常的に置かれている緊張の中で生活するのは容易ではないと想像できた。市内から車で10分も出ると、山々の上には入植地と称して立派なユダヤ人の住居が要塞を兼ねて建てられていた。

Italia入り

Jerusalemから空路、Veneziaに入り、M先生が出迎えてくれた。Venezia近郊のTreviso在住であった。当時流行っていたBenettonの本社近くのレストランで食事をした。やはり、中近東の豆類主体の食餌よりは格段に美味かった。ワインも然り。

その後、生ハムの2大産地の一つSan Daniele(もう一つはParma)の保健所でPianni先生という人物が面白い試みをしているということでアポを取って会いに行った。時間通りには来ない。南米ならぬItalia時間か。双方ともにLatin系である。その間に、机に置いてあった本が目にとまった。これがIan Falloonの“Integrated Mental Health”であった。この、著書は“施設収用”型精神医療から“地域精神医療”を唱えている。Italiaでは1978年180号法、通称Basaglia法を制定し、全土で精神科病院を廃止したと言う。閉鎖病棟の責任者としては考えられない事であった。“病院を閉鎖して地域に患者さんを戻し、この本を参考に地域精神医療を展開している”という。帰国して早々に翻訳権を取得に

動いた。既に当時の国立精神医学研究所の社会保健部長の丸山晋先生が翻訳権をお持ちだと言う。そこで、M先生と二人で市川まで出向いて“共訳させてほしい”と頼み込み、快く承諾して頂いた。

その後、精神科病院の管理職手当を貰いながら“地域精神医療への移行”を声高に主張するのは矛盾を感じていた矢先に明治学院大学の公募を知って応募して今日に至る次第である。

明治学院大学 “入学”

明治学院大学に赴任して最初に戸惑ったのは“ゼミ”である。職業学校の最たる医学部にはゼミは存在しない。“国家試験”に合格する事が全てであった。また、同じ“先生”と呼ばれる職業ではあるが内容は極めて異なる。医師は病理が専門であり、“治す”一方、教員は生理であり“より良く育む”という発想である。初診の診察は相手にその時に初めて面接して、ある意味出た所勝負。一切の事前情報は無い。それまでの知見・経験と日頃の勉強が物を言う。授業は教壇に立ったら1.5時間は話さないといけない。出た所勝負というより事前準備が全てと言える。授業はそれまでに埼玉県立の看護学校や社会事業大学の非常勤講師をしていたので特に問題はなかった。準備を万端にしておけばそれは財産となり、繰り返し使用が可能であり、工夫して熟成が可能であった。ゼミは一年目の学生さんたちに助けられながら無事に卒論を仕上げる事ができた。

ゼミという体験を通して“卒論”を書き上げるというある種の共同作業を体験すると絆は自ずと深まる。医学部の学生時代は実際に本当の勉強は免許取得後から始まるとobenから何度も言われた。そこで、浮かんだのが卒業生研究会である。医者も最初の赴任先によっては指導者に恵まれた場合は問題ないが、恵まれなかったりするとその後結構、大変である。その意味ではPSWも医師

と同じ。卒業後に仲間づくりをして情報交換もし、勉強するのが良いと考えてそれなりに続けていた。最後の2018年のsabbatical year後は余り開催しなくなったが…還暦を迎えた時にゼミ卒業一期生が還暦の会を開催してくれたのには明治学院大学に赴任して医師と教員とに差を痛感し、また感激もした事柄であった。

この文系の大学に常勤となるのに慣れるまで手助けして頂いたのは内心、社会学科の原田勝弘先生であると勝手に感じている。加計呂麻島、与那国島、波照間島の“離島調査”に誘って頂いた。高校のWander Vogelの“山”を“海”に変えて夏場の調査を心待ちにしつつ日々の授業等の生活にも順化したといっても良い。

また、転職の動機にもなったOTPの実践を本格的にする事にした。大学の最初の研究費はこのOTPに当て、大学の許可を得て、附属研究所に拠点を置いて活動することになった。それが、趣旨に賛同し頂ける方々からカンパを募り、最初は港区の“みなとNPOハウス”を借りたり等活動を続けて2003年には精神神経学会の奨励賞を受賞するに至った。発展して現在では当時のメンバーは殆どが教員になり、活動は休止状態であるのが現状である。

赴任した当時は“夏休み・春休みはあるだろう”を想像していたが、Sabbatical yearの制度が存在し、最初の年はOTPが一番、実践的に展開している北Italiaと2回目はOTPの創始者Ian Falloonの生まれ故郷であるNew Zealandを3か月かけて見聞することが可能となった。

北Italia OTPの参加メンバーでもあるAntonio Mastroeni先生にお世話になった。北Italiaのagriturismo(英語のagricultureとtourismの造語、地方の民宿に2食付きで最低1週間単位で滞在する)を北の5つの異なる州で彼が直々に下調べして選んでくれた。何れの場所も地方性溢れる抜群の立地であった。そこを拠点に車で主だった歴史的な街を訪ねるのである。Italiaの統一を1861

年とすると日本も1868年とすれば似たような時期になる。それだけ、近代まで地方性が保たれていた証でもある。その5週後は彼はMilano在住だがセコンドハウスと彼が言うFirenze Centro Historicoのフラットを無料で貸してくれて、2か月間Fiorentinaをする得難い体験をした。

New Zealand行きはIanの直々の勧めであった。当初は歴史も無く、美味しい物もない印象で二の足を踏んでいたが実際はMaori族の文化やワインと新鮮な羊肉に出会って良い体験をしたと思っている。帰国してMaori族の精神衛生の考え方はそれなりにまとめる事ができた。

3度目のサバティカル年は交流もあり、尊敬していたアジアアフリカ研究所にも関り、一時期、早稲田大学教授をしておられた西江雅之先生(最初の日本語-Swahili語の辞典の制作者でもある)を見倣ってBali島で唯一の精神医学研究所に赴いて文化人類学的な調査を実施する予定だったが折悪く、Agung山が爆発し、Denpasar空港が閉鎖となったのでSingaporeで途中下車して帰国した。Sabbaticalがsurvivalになっても洒落にならないので…。

何れの体験も精神科病院の役職では叶わなかった事なので感謝している。

最後に

Identityはやはり、医師である。最初に志した動機は強く残るものである。同じ呼称の“先生”でも、対象が“病理か生理か”、“治すと育てる”と大きな違いがあるのは前述した。何よりも今回のように一文を寄せてくれて卒業生との“Verkehr”が可能なのが教員の醍醐味であると感じた。

退職後は再度、臨床一筋に戻る予定である。幸い、在任中も臨床現場を確保

できていたお陰で20年以上、経過を診ている方が何人もいる。“一緒に歳を重ねよう”と以前から互いに励ましあっている。20年以上も外来通院が長く続いていると文字通り人生を並走しているように昨今は感じる。体調不良の時は患者さんからまず、見抜かれてしまう。昨今は流石にないが二日酔いの時も然りであった。どちらが“診て”いるのか“診られて”いるのか戸惑うこともある位である。最後までどのような形になるか不明なもの自分なりの臨床医としての責任を果たしたいと思っている。