

リスクと機会のはざま

—— 新しい組織論による医療分野の事例分析 ——

小田 章, 小高加奈子

はじめに

和歌山県立医科大学（以下、「和医大」という。）整形外科学教室¹⁾ 第5代教授として2003（平成15）年6月に着任した吉田宗人氏は、1984（昭和59）年、国立療養所村山病院²⁾に国内留学し、大谷清博士らとともに頸椎後方支持組織温存脊柱管拡大術を考案した。この術式は現在もなお、同大学整形外科における頸椎手術の主要な方法の一つになっている。

吉田教授は、1998（平成10）年、米国ベイラー医科大学の脊椎外科に留学した際に目にした脊椎後方内視鏡手術法³⁾を導入し、医療機器メーカーの協力を得て手技と使用機器について独自の改良を重ね、国内他施設に先がけて臨床応用した。その後も脊椎・脊髄外科における低侵襲手術⁴⁾の先駆者・改革者として、以前には髄核摘出術に限定されていた脊椎後方内視鏡手術を腰部脊柱管狭窄症や頸椎症に応用するとともに、脊椎内視鏡手術の技術認定制度の設置や専門医教育システムの導入に尽力している。また、2014（平成26）年から、同大学附属病院長⁵⁾を兼任している。

小高の家族が最近同附属病院で診療を受けた際に、吉田教授と診療以外の話題についてもさまざまな会話をさせていただく機会に恵まれた。小高が組織的な情報創造を研究テーマとしていることをご説明したところ、教授も経営学や組織論には強い関心を持たれていることが窺われた。

そこで不躰ながら、教授のこれまでの職務経験や組織運営、その背景となる生い立ちやキャリアなどについて研究対象とさせて頂き、論文としてとりまとめた旨をお願いしてみたところ、退官の節目を近く迎える時期であったこともあってかご快諾頂き、ご本人を始め関係者へのインタビューや参考資料の収集にご協力頂いた。我々が医療という分野には患者としてのわ

-
- 1) 同教室のホームページ (<http://www.wakayama-med-ortho.jp/>) を参照されたい。
 - 2) 現在の独立医療法人 国立病院機構 村山医療センター。同センターのホームページ (<http://www.murayama-hosp.jp/>) を参照されたい。
 - 3) 脊椎内視鏡手術の概要については同教室ホームページにおける解説を参照されたい (http://www.wakayama-med-ortho.jp/p_med/html)。
 - 4) 同上。
 - 5) 同附属病院のホームページ (<http://www.wakayama-med.ac.jp/hospital/>) を参照されたい。

ずかな経験しかない素人であることを踏まえ、専門的な内容については日常的な言葉遣いによる極力平易な説明をお願いしたことから、結果としてインタビューの中身は全般に非常に親しみやすく、分かりやすいものとなった。

本稿は、和歌山が誇るべき世界レベルの整形外科の権威である吉田宗人教授の功績と実践について記録した上で、経営学及び組織論の観点から若干の考察を加えることを意図するものである。

1. 組織的な情報創造の理論と手法としての 「場のマネジメント論」と本稿の問題意識

我々は、経営学の古典である「経営者の役割⁶⁾」を著した実務家のC.I.バーナードの組織概念と組織内のプロセスに焦点を当てた伊丹敬之の「場のマネジメント論⁷⁾」に基づく組織現象の分析を試みている。

バーナードが提示した「組織」の概念は、世間一般のイメージを超えた広がりとおもっている。バーナードは、組織を「意識的に調整された人間の活動や諸力の体系」と定義した⁸⁾。そして組織を構成する要素として、コミュニケーション、協働意志及び共通目的を挙げた。これら3要素のうちの共通目的の有無によってまず「公式組織」と「非公式組織」に分類される。公式組織は、さらに結合の形態と論理によって、垂直的な「階層組織」と水平的な「側生組織」に分類される。共通目的のない個人相互間の接触や相互作用、集団形成であっても、「一定の態度、理解、慣習、習慣、制度を確立する」「公式組織の発生条件を創造する」などの結果をもたらすことが重視され、「非公式組織」の定義が与えられて考察の対象とされている。

他方、我々は組織における情報創造のメカニズムに関心を持っており、伊丹が提唱する場のマネジメント論とレヴィンの心理学的力の場の理論⁹⁾を相互補完的に援用することがその解明の手掛かりになるのではないかと考えている¹⁰⁾。伊丹は、組織構造や管理システムなどの手段そのものでなく、それらが人びとに働きかけて生じる情報創造のプロセスに注目する経営の新たなパラダイムとして、場の概念に基づくマネジメントの理論を提起した。伊丹のいう場とは、人びとの情動的相互作用の容れもののことをいう。人びとが参加し、意識・無意識のうちに相互に理解し、相互に働きかけ合い、共通の体験をする枠組みであり、その基本要素は、①アジェンダ（情報は何に関するものか）、②解釈コード（情報はどう解釈すべきか）、③情報

6) バーナード (1938=1968)

7) 伊丹 (1999) 及び伊丹 (2005)

8) バーナード (1938=1968) 75 ページ

9) Lewin (1951=1956)

10) 小高 (2005)

のキャリアー（情報を伝えている媒体）、そして④連帯欲求の4要素である。これらの要素の共有が進むことで、周囲の共感者と相互作用を通じ、絶えず全体のなかで自分を位置づけながら行動を決めていくようなマイクロマクロループが働いて、共通理解と心理的共振が同時に達成される。レヴィンは、人間の行動は生活空間の認知構造から生じる、さまざまな心理学的な力が合成された結果として生起するという考え方を打ち出し、そのような力の配置を力の場と呼んだ。伊丹のいう場のダイナミズムの源泉をレヴィンの心理学的力の場の状態や変化により生み出されるものと認識することにより、場のマネジメント論は組織的な情報創造の説明原理として一層有効なものになる。

今回、吉田教授と関係者へのインタビューを重ねる中で、教授がリーダーとして同僚や部下を導き、励まし、そして潜在能力を発揮させる、また学外の専門家や協力者と活発に交流し、自らその成果を享受するとともに、和医大の組織の内外を問わず提案や要望があれば惜しみなくそれらを共有して前進するという独特な組織現象があることに気づいた。

我々が組織的な情報創造を解明するための仮説として「場のマネジメント論」に注目し、それを補完する理論としてバーナードの組織概念とレヴィンの心理学的力の場の理論を重視しているのは、多種多様な分野におけるさまざまな形態の人びとの協働の過程と背景、論理を明らかにできる奥行きが広く、柔軟な枠組みを持っている点で共通しているからに他ならない。

吉田教授が中心になって進めてきた整形外科分野における医療行為の日々の実践と将来の前進のための取り組みには、組織の壁を超えて多数の人びとが関わっている。学界の場や研修派遣・受入などの取り組みによる国内外の専門家との相互の交流と研鑽が日常的に行われていた。治療や手術の手法や機器の改善・開発についての企業との共同作業も出てくる。これらは今回の調査を進めていく中で確認できた事実である。

特に印象的であったのは、医師と患者との関係性であった。やはり当初は、潜在的な患者の立場から高度な医療行為に携わる知識と技量を持つ専門家としての医師像を思い描いていた。同様な経験がある方々は実感しているところであると思うが、万一の時に信頼のおける医師を求め、その診療を受けることは容易ではない、そのような医師の下に何とか辿り着いた時、患者にとってその医師は絶対的な存在であろう。

しかしながら、吉田教授が率いる組織のメンバーは、医師と患者の間関係性をそのような一方的なものとは考えていない。患者と医師の間関係はあくまで対等な当事者間の十分な対話の結果として形成された信頼と合意に基づくものであるという考え方の下で、効果が期待できる一方でリスクも伴う治療や手術を行っていた。また、医師の側でも実務を遂行できるレベルの知識やスキルを身に付けるには、医科大学の所定の教育プログラムを修了するだけでは十分ではない。調査や研究を積み重ねた上で患者に真摯に接し、その信頼と合意を得た上で診療を行うという経験が不可欠である。

今回の調査によって実感したのは、医療行為はビジネスの世界と同様にリスクとリターンの

見極めの領域であるということである。その選択の結果が手術後に即時に判明するという点では一層厳しい領域であるのかもしれない。ビジネスの世界であれば、当然、投資家の信頼を得ることを目指す。医療の世界では、多数の患者のさまざまな懸念に信頼と合意を丹念に得ていく地道な努力が必要である。そのような過程を経ることで、医師は成長していくのであろう。

これらの関係性に鑑みれば、医療という行為は医師と患者、そしてさまざまな関係者と協力者がそれぞれ求める成果を得るための一種の「協働」と見るべきではないか、と考えている。そこに参加するメンバーの間の役割や関係はまさに多種多様である。バーナードの組織概念を踏まえて素描するならば、まず医療機関の内部には医師と薬剤師、看護師の間に上司・部下、先輩・後輩といった「階層的」な指揮命令や指導・監督の関係があり、他の医療機関や関連企業のメンバーとの間には「側生的」な協力関係がある。そして患者は、医師と医療機関に対して、「階層的」な上下感覚や「側生的」な契約意識を持ちながらも、心の底では「非公式的」な信頼関係まで踏みこんで診療を受けることを願って集ってくる。

いわゆる「組織」のレベルでの輪郭や動きが明確でない、このような形態の協働を理解するためにはその内部における「関係性」に焦点を当てていくことが必要であろう。また、こうした捩りどころのはっきりしない複雑な構造を持った協働においてはリーダーの役割や判断・行動の影響力が極めて大きくなるものと考えられる。

以下、和医大整形外科教室の中心的存在として時々の立場でリーダーシップを発揮してきた吉田教授の回想を素材として、場のマネジメントの観点から分析・考察することにより、医療機関における組織現象の一端を垣間見ることとしたい。

2. 整形外科医への道

リーダーたちが組織的な情報創造を促す「場」を動かす手段にはさまざまなものが考えられるが、その中で最も強力なものは彼らがその言動によって周囲に対して発信する価値観と信念であると我々は考えている。

価値観と信念は、「場」の基本要素である「アジェンダ」と「連帯欲求」に深く関わっている。関係者が共有できる共通の目標は、納得できる価値観や信念に基づくものでなければならない。各人の価値観や信念と完全に合致してはいないにしても、それらに近いほど納得感や共感の度合いは大きく、提示された共通目標に対する信認やそれを示したリーダーへの信頼と協働意欲は強いものになるであろう。

吉田教授は、日本における整形外科医療の権威の一人であり、とりわけ脊椎内視鏡手術の先駆者・改革者として著名である。また、和歌山の地に根を下ろして地元の将来を見据えながら、そこで求められる医療のあるべき姿について周囲の人びとに対して問いかけ、医師として、研究者として、そして病院長として自ら実践しておられる。これらの活動は全て和医大整形外科

学教室のリーダーとしての自覚の下で、自己研鑽を基本としながらも、究極的には教室全体としての組織的な医療行為の充実を視野に入れて取り組まれたものである。現実には、教授による手技や機器の開発は教室の資産として活用され、多数の患者の支持を集めている。

そこでまず、吉田教授が場のマネジメントの力によって周囲を動かす原動力となった、医師としての価値観と信念が形成された過程を確認する作業を行うことから始めたい。

(1) 医師を志す

医師になるためには、まずどこかの大学の医学部に進学するのが第一歩であろう。その進路を最終的に選ぶのは高校時代、大学受験の準備段階であろうが、その選択にそれ以前の実体験や社会環境、家庭環境などが影響していることも考えられる。そしてその背景が医師としての基本姿勢や価値観、方法論の形成に関わっている可能性がある。そこで吉田教授の場合に、どのようなきっかけがあったのかということからお話を伺った。

吉田：きっかけ？ う～ん、うちの母がね、医学部行ってたんですよ、ね。で、僕は知らなかったんですよ、それあんまり。

小高：お医者さまではなかったわけですか？

吉田：途中で辞めたんですよ。弟が大学に行ったんでね。当時はほら、戦後すぐぐらいですよ。昔だから、ね。お袋は国立だったんだけど、弟は私立の大学へ行ったんですよ。うちがそんなにね～、貧しいわけじゃないけども、そんなに大金あるわけではないんで。昔は男社会でしょ。で、うちの母がその弟を大学卒業させるのに自分は辞めて、うちの親父に嫁いだの。だから医者にしたかったんだよね、僕を。

小高：その期待にお応えになられたのですね？

吉田：いや、期待に応えたんじゃないかって、僕はそんなに医者になりたいとは思ってなかったのね。奥手の方なんで、子供の頃ってのんびり田舎で育ったのね、海辺で。非常に。鮑獲りしたりとか魚釣りしたりとかね、ほんとに自然児だったね。だからあの～、うちは漁師じゃないけど、鮑を獲ってね、漁師に交じって鮑を売ってね、250のバイクを買って高校に通ったとかね。高校ではサッカー部だったんですよ。

小高：鮑を獲るって、

吉田：10メートルぐらい潜るんです、素潜りで。鮑獲ったり伊勢海老突いたり。で、魚釣りしたりね。見ながら魚釣るんですよ、見ながらこうね。ほんとに面白いんですよ、むっちゃくちゃ(笑)。考えられないですよ。ほんとに自然と共に大きくなりましたね。多分、他の人との違いは自然と接した時間がおっきいから、どっちかっていうと心の部分が意外とおおらかっていかね、あんまり細かいことを気にしないんだよね、だから、結構、海を見ながら、太平洋を見ながら育ったので、うん。いつもよく夕

目を眺めてたし、あの水平線どこまで行ってるんだらうってみたいだね、うん。だからそんな学生時代。中学校の頃なんてね、ほんとにのんびりしてましたよ、僕。大学なんてどこに行こうとかね、全く無頓着だったな。当時も医学部は難しかったけど、医学部へ行こうなんて、親が言ったって、そんなん何？ みたいな感じだったからね、うん。そんな子供でしたよ。高校の時はサッカーに夢中で、朝からバイクに乗ってね、早くから行って早朝練習ですよ。

小高：医学部に行こうと思われたのは？

吉田：3年になってからかな～。

小高：お母さまの影響が大きいですか？

吉田：いやいや、それがね～、医学部へ行こうと思ったのは、実はあの～、クラブを一生懸命やってたんだけど、成績落ちるばかりじゃない、やっぱり、ウハハハ（笑）。それです、親が心配したわけですね。ところがその時にね～、ちょっと悪いやつと2人でね、別にほんとに悪いわけじゃないんだけど、あの～、生徒指導のね、指導を受けたんですよ。親は呼び出しで。で、それで、「何を親は呼び出されるんだ」って言って、「けしからん、お前は勉強はせんわ、クラブばかりしてるわ、生徒指導を受けるわ」って。「クラブ辞めろ」って言われたん。で、辞めたんですよ。そしたら運動を毎朝早朝でやっていたから、スポーツ心臓になっていたの、体はそんな格好になってるよね～。スポーツやってるからスポーツ心臓でほんとに徐脈でトーントーンって感じでやってたから。今でも体ごついのはね、その当時の結構、足腰なんだけど。で、辞めたら風邪ひいたんですよ。で、体調崩したんですよ。

小高：バランスが崩れたのでしょうか。

吉田：崩れたんですよ。それでなんか、体がしんどくてね～。で、町医者へ行っただですよ。3年の時かな～。そしたら「先天性の心臓病」って言われたん。で、「手術しなくちゃいけない」って。当時、宮崎さんってね、札幌医大で和田教授が心臓移植の手術をしてたんですよ。

小高：有名なのですか？

吉田：有名。日本第一号、心臓移植。札幌医大ね。非常に有名だったんですよ。その当方で、「お前もあの病気で心臓移植せなアカン」と。「先天性の心肥大や」と。ヤブ医者ですよ。要するにスポーツ心臓で大きくなってただけなのに、ね、「お前は先天性の心肥大や」と（笑）。「すぐせなんだら死ぬ」と。ハハハ（笑）、ショックですよ、そりゃあ。

小高：そうですね。

吉田：で、このヤブ医者め！ って思ったのが医者になろうと思ったきっかけ。それなら自分で確かめるって。

小高：それで医学部へ行かれて。でも、

吉田：でも心臓外科医にならなかったのは、まあ、それでとにかく心臓1回検査したら何も無かったから。勉強しているうちに、やっぱりそれ忘れますよね（笑）。

（2016年9月13日インタビュー記録より抜粋）

(2) 整形外科を選ぶ

医師は大きく内科医と外科医に分かれ、それぞれの分野で細分化・専門化が進んでいる。また、職務内容も、大学や研究機関における最先端医療の探求・実践から、各地の病院や医療機関での日常的な診療行為まで、多岐にわたっている。医師の育成の過程は他の職業より長期間で綿密なカリキュラムに基づくものであり、自らの進路を考える時間が十分に与えられているのかもしれない。しかしながら見方を変えれば、思い悩む時間がそれだけ長く続くということであり、冷徹な自己評価・自己分析に基づく決断を求められるということであろう。こうした観点から、さまざまな選択肢の中から吉田教授が整形外科の分野を選ぶに至った経緯について尋ねた。

吉田：整形外科医になろうと思ったのは、これはね、学生の臨床実習、2週間ずつ臨床の場に出るわけね。整形外科とか脳外科とか回るわけですよ。その時、整形外科に来た時に、脊髄の腫瘍の人がおったんです。35歳の女性で出産後に足が麻痺になっちゃったのね。当時、MRIとか無い時代なので、脊髄に造影剤入れてね、検査したの。そしたら腫瘍が見つかったんだよね。で、足は麻痺してて車椅子だったのが、その手術をして歩けるようになったのね。これは非常にすごいなって思って、ね。それが脊椎の勉強をしたいなと思ったきっかけですね。これはすごい、麻痺になっていたのが治った!! って。それが整形外科を選んだきっかけ。医者になったきっかけも単純だけど（笑）。

小高：医師という仕事に就いてもいいなと、いいなっていうのはおかしいですけど、お仕事として嫌悪感を持っておられなかったわけですね？ 誤診をされていても。

吉田：当時の病院ってね～、なんかクレゾールとか消毒液の匂いがあって、なんか陰気な感じでね、嫌いだった。病院の暗いイメージが大嫌いで、あんなのにはなりたくないと思ってた。当時は「青春とは何だ」っていう、多分分らないでしょうけど、あの、青春ものが流行ってたんですよ、ドラマとかね。竜雷太って今はお爺さん役やってる人が、ちょうど高校の先生でね。夏木陽介とか知らないでしょ？

小高：渋い方でしょ？ お髭の。

吉田：もう亡くなったんじゃないのかな。青春ものの学校の体育の先生だったのね。その当時、体育の先生って格好良かった。で、高校サッカーの青春物語、僕ちょうどサッ

カー部でしょ。全く青春時代なんだよ。で、扇ヶ浜って、田辺の浜を走るんですよ。もう青春ドラマそのもの。

小高：太陽に向かって走るみたいなことですか？

吉田：そう、太陽に。もうそのもの。全く一緒なのよ。それで女子高生がさ～、ちょっと後ろの方から見てるとかね。全くそういう雰囲気だった。よ～し、俺は体育の先生になろう、みたいなね。サッカーをやって、みたいな(笑)。医学部っていうよりは、俺は体育の教師になろうかな～ってね。あるいは、なんかちょっと芸術みたいなのもいいかな～って。医者は大嫌い！ みたい感じでね、最初はね。なんだよ、このヤブ医者め！ みたいな(笑)。医学部へ行って、こんなだったら自分の目で確認しなくっちゃってというのが、最後のきっかけですよ。でもまあ、良かったな～、医者になって、今思えば。多分、1番向いてんのかもしんないから、うん。

小高：多くの患者さんをお救いになっていますものね。

吉田：まあ、人間は何がきっかけか分からないよね。人の役に立とうなんてさらさら無くって、とりあえず自分の体は自分で確かめないといけないってというのがあったですね。まあ、体に異常が無いのが分かってから、ね、自分の興味が出て来たけど。

小高：では、高校3年生になってからお勉強を始めるわけですか？

吉田：真剣に勉強を始めたのは、多分あれですよ、国家試験ぐらいからですよ。中学校、高校、大学通じての学生時代っていうのは、自由奔放だったもんね。医者になってからは真面目ですよ。それだけ休んでたから。逆に医者になって卒業してからは、多分、他の人に負けないくらい真面目に勉強したと思うけど、それまではずいぶん天真爛漫だったと思います。卒業してからは実に真面目に勉強しましたよね。だから、まあ今はこんな格好になってるんだと思うけど。

(2016年9月13日インタビュー記録より抜粋)

(3) 「前向き」な姿勢と「場のマネジメント」

研究関心が経営学と組織論であることをお伝えしたところ、吉田教授ご本人だけでなく、複数の関係者をご紹介いただき、聞き取り調査を行うことができた。関係者の皆さんが共通に指摘していたのが、教授の常に「前向き」な姿勢であった。

「前向き」な姿勢は「場」のマネジメントにどのような影響を及ぼすのか。まず、関係者に「前向き」と感じさせるには、はっきりした方向性を示す必要があるだろう。それは場の「アジェンダ」を示唆することに繋がる。また、「前向き」と感じるということは示された考えを肯定的に評価するということであり、その行為に自ら参加したいという「連帯欲求」を促すであろう。いずれにしても、「場」の活性化を促す効果がある。

吉田教授の場合、医師を志した背景には二つの事実があったことがわかる。一つ目は、医学

部に進学したものの弟の進学を優先して自ら医師となる道は結局断念した母親からの期待を意識しておられたことである。二つ目は、ご自身が患者として複数の医師と接し、彼らの診療結果に大きなばらつきがあったことを認識した実体験である。前者からは困難であるが、やりがいのある医師という職業に対して強い関心が生じ、後者からは医療の世界には医師という専門家にとっても未知の領域が多く残されているという現状認識が得られたのではないかと。

勝手な想像であるが、医師の道を選ぶ理由や背景としては、家業が病院であることか、近親者が重病により命を落とすなど個人的な体験によることが多いのであろうと思いついていた。しかし、吉田教授の場合にはこうした先入観は当てはまらなかった。母親の期待や自らの疾患に向き合ったことで、却って客観的に医療行為の本質と対峙する契機となったのかもしれない。

医学部入学後の臨床実習において脊椎腫瘍で足が麻痺していた患者が手術により劇的に回復したのを目の当たりにし、心を動かされて、整形外科医への道を歩み始めた。後ほどその断片に触れるように、吉田教授のリーダーシップと言動には常に「前向き」な姿勢が顕れている。同僚、部下、学外の協力者、そして患者といった周囲の人びとは、教授のそのような姿勢に惹かれて集まり、「安心」「希望」「勇気」「自信」といった感情を共有しながら、直面する困難な課題や状況に向き合っている。

教授の「前向き」な姿勢は、おそらく教授自身にとっては、幼少時や学生時代からの自由奔放さと天真爛漫さが今でも自然に滲み出ているだけということなのだろう。それでも我々には、こうしたパーソナリティは医療の現場において最も求められる資質であるように思われてならない。場のマネジメントの視点から考察すると、吉田教授を中心とする和医大関連の組織や集団において、教授のリーダーシップと言動が「場」の「アジェンダ」の提示と「連帯欲求」の刺激を生じさせている状況があることが見てとれる。

3. 整形外科医としての研鑽と脊髄内視鏡手術法の開拓

吉田教授は、整形外科の臨床と研究の両面で幅広く活躍する第一人者であると同時に、日本に脊髄内視鏡手術を定着させた先駆者・改革者であり、現在でも第一線でこの分野の発展を牽引している。その基礎は、和医大をベースに臨床と研究の前進に日々取り組むとともに、他大学系列の医療機関での勤務や米国有力医科大学への留学などの一流の専門家との交流や新術式への接触の機会を最大限に活かし、成果を残していく中で築かれた。

今回の吉田教授と関係者へのインタビューの結果徐々に明らかになったのは、医療に関わる情報や知識の創造と蓄積、そしてその活用には組織的な取り組みが極めて有効であるという事実である。教授の医師としてのキャリアを辿っていくと、整形外科分野の一流の専門家との出会いを生かし、彼らのスタッフや協力者として協働の一端を担う中で重要な情報や知識に触れ、吸収していることが分かる。

一流の専門家の周囲には、おそらく情報創造の「場」の機会が溢れているのであろう。ただし、その機会を捉えることができるかどうか、そしてそこから果実を得ることができるかどうかを左右するのは、機会が現実の可能性として訪れた瞬間にそこに飛び込むことができる準備であり、勇気である。吉田教授は、和医大整形外科学教室の持つ知的資産を継承しつつ、学外における機会も視野に入れて着実に経験と実績を積み重ねた。こうした努力の結果、実現したのが、国立療養所村山病院（当時）への国内留学と、米国ベイラー医科大学¹¹⁾の脊椎外科への留学であった。

(1) 整形外科医としての研鑽

吉田教授は、助手の時期に3年間、脊椎・脊髄の専門医療で実績のあった国立療養所村山病院（当時）に国内留学して経験を積んだ。その約10年後、講師に昇格していた教授は、米国ベイラー医科大学の脊椎外科に visiting professor として1年間留学した。

シンクロニシティの現象の中でどういう出会いや機会があったか、「ほんまか？ それ」ってというようなことが出てきますけど、みな真実です。

最初にこれは間違いのないと思ったことからいきます。俺は脊椎外科学会のお優秀論文賞である大正 Award¹²⁾ 取るぞ!! って、勝手に思い込んだんです。で、1週間夜な夜な頭の中で何かテーマがあるやろうと、絶対に取るんだから何かあるだろうと、でもその時は何も思い浮かばないので、何にも。ただ、取るぞ、取るぞという、取るということだけを頭に考え続けたんです。

すると不思議なことが起きたんです。何やこれは？ っていう患者さんが現れた。なんか首（頸椎）の後ろの方で腫瘍かなんかあって麻痺が起こってる、これどういう病気や？ と意識し始めました。その後半年の間に、世の中に滅多にないような症例が6例続いたんです。お一人がお気の毒にお亡くなりになったんですけど、病理解剖で組織検査も詳細になされて、病気の原因の裏付けもできて。こんな不思議なことは起こるわけないんです。僕が発表した後、10年ぐらいの間に、日本で12例、和医大ではたった3例しか出会わないですよ。そんな希少な症例が半年でこれだけ（6件）あったんですよ。意識して大正 Award を取ろうと思ってから。こんなことが起こるとは思わないでしょ。でも、起こるんです、起こったんです。で、結局この賞が取れたんです。

不埒な考えですけど僕は、卒業して4年目、大学に居った時ですね、ちょっと勉強をし

11) 同大学のホームページ (<https://www.bcm.edu/>) を参照されたい。

12) 一般社団法人日本脊椎脊髄病学会が会員の年間最優秀論文に対して贈ってきた「大正 Award」を指す。吉田教授は1994（平成6）年に同賞を受賞した。

に外へ出てみたいと、まず大阪へ行ってから次に東京だと。そして大阪へ行った時には、既に、東京の村山病院で活躍されていた脊椎外科医として日本で有名だった大谷先生のところに行こうと思ってたんです。大阪での先輩格であった阪大の先生が防衛医大へ行かれていて、新名先生という慶應の先生の下でおられたんですね。そこで「僕、将来、ちょっと東京の村山病院へ行きたい」、「なんや〜、大谷先生と新名先生と友達やから、俺が紹介したるわ」っていう会話になったんです。それからしばらく経ってから、大谷先生から電話がかかってきたんですよ。「吉田君ですか？」って。僕はビックリしましてね〜。「先生のもとで脊椎の勉強をさせてください」って言って、留学が決まったんです。

大谷先生は『脊椎手術の実際』ってこの本を書かれたんです。僕、これに憧れましてね〜。いつかこんな本を書けるようになりたいって、ずっと思ってたんです。非常にコンパクトに術式が書かれてる本なんですよ。いつか僕がこんな本を書けるようになりたいなと思ってたんです。

そうこうしながら、無事にめでたく和歌山に帰って来るようになりまして、その時に玉置先生を教授として迎えましてね、昭和62年です。玉置先生は知的で洗練されたアカデミックな方で、世界的な議論や指導をされて、発展に非常に貢献されたと思う。

僕は今に至って、後で内視鏡なり脊椎の手術の技術の基本を（玉置教授の）千葉の流れと（大谷教授の）慶應の流れの両先生に教えてもらって、内視鏡っていうのは際物に見えますけど、脊椎の手術の基本が無かったら絶対にできない手術なんです。そういうのを学んだのが、結局今に至ってるかな〜と思います。

玉置先生の講師になった時には、とにかく県費留学をするんだと決めてたんです。だから、講師になるのを待ってたんです。たまたま国際学会へ行っていてですね〜、講師にその時になったんでそろそろ申し込んでみよう。留学したいと思ってたのは、結局、大谷先生に学び、玉置先生に学び、自分の中では整形外科医としてのしっかりとした基礎を築いていた実感があった一方で、この当時、日本では脊椎病の1つの停滞期だったんですね。新しいものが無かった。アメリカは当時、胸腔鏡、腹腔鏡の時代が始まってたんです。しかし、僕はなんかもうちょっと違う内視鏡のあり方があるに違いないと思ってたんです。次のヒントになるようなものをアメリカで是非見つけてみたいなと心の中で決めてたのも1つの理由。また、教授選の5年前だったんで、まあ、どうしようかなと。一回ひとりになって考えてもいいかなと思って、留学をさしてもらったんです。

ベイラーカレッジも上手いこと入れていただけて決まりました。ベイラーへ行ってですね、この時すでにガチッと内視鏡との良い出会いがあったんです。とにかく何かあるやろうと自分の中では臆気に考えてたんですよ。そうしたらですね、医療機器会社メドトロニック¹³⁾のメーカーの人がたまたま尋ねて来た、僕のところに。「日本からここに来てるって聞いたんですけど、実はこんな手術があるんで一回、これ、日本で広まるか見てくれませ

んか?」って。

それ、面白そうやなって思いました。それでまず、テネシー大学のスミスっていう先生の手術を見に行ったんです。当時はものすごい見にくい内視鏡で、僕が見たのはこの1例だけでしたけれども可能性を感じました。また、内視鏡を開発したメドトロニックという会社へ行って、この内視鏡の手術の器機を触ってみてね、実際に。ほんとにもう、ウソのように、あっ、これが留学する前に僕が何かヒントが掴めたらっていう、これがそのものだっていうことを、稲妻っていうか、ピカッと光ったっていうか、これや! と思ったんですね。10年後は間違いなくこれは日本の中で脊椎のかなりの部分を占めることになる。これを広めたら俺のものだと。ほんとに10年先まで閃いたんです。

(2016年11月12日、和医大整形外科学教室同門会の講演記録より抜粋)

(2) 脊椎内視鏡手術の日本への導入と活用

吉田教授は米国留学時に目にした脊椎内視鏡手術手法を日本に持ち込み、手技及び機器に独自の工夫を加えて信頼性を格段に向上させ、多数の手術を成功させた。教授が開発成果を惜しみなく公開した結果、それがこの分野のスタンダードとなっていった。

以下のエピソードにおいて、整形外科分野の革新を生み出す情報と知識の創造に、組織的な取り組みが必要であったことが示されている。脊椎内視鏡手術の実用化のためには、手技の洗練と機器の開発を並行して行う必要があった。前者は医師たち自身の工夫と努力によって取り組むことができることであるが、後者については機器メーカーの協力が必須であった。

吉田教授が脊椎内視鏡手術に接触した契機も、米国留学時に機器メーカーがもたらしたものである。我々はこれは単なる偶然ではないと考える。教授が日本で和医大と村山病院で研鑽を積み、整形外科医として実績を上げるとともに論文発表をはじめ研究意欲を発信していたことが、関係者と協力者を強く惹きつける「場」の発生をもたらしたのであろう。自らの「アジェンダ」と「協働意欲」を周囲の人びとの前に明らかにし、さまざまな人びととの対話の機会を大切に生かしてこられたことが実を結んだものと理解する。

小高：日本に戻って来て、内視鏡の開発に取り組まれますよね？ その時のご苦労話を教えてください。

吉田：うん、だから苦労話っていうのは、1番は最初は1回見たきりだから、この～、ね、1回見たきりでしょ。だから、豚で、2頭とか3頭買ってきて練習したの。豚を麻酔して練習したんですね。あとはね、それまでは学生の解剖実習用の解剖死体があるのね。そういう献体の方の、あれは手術の時も時々、まあ、なんていうのかな、

✓ 13) 同社についてはホームページ (<http://www.medtronic.com/>) を参照されたい。

新しい手術、難しい手術をやったりするんだけどね、ご献体も多少使わせていただく許可も得てるのよね。そういうこともやらしてもらって、それからですよ。で、アメリカのまだ完成品でもない途上のような器械だから、それで30例やったんですね。これだとできるんだけど広まらない、と。なにせ難しい見にくいから。で、もう、すぐにアメリカの会社と交渉して、「高性能の内視鏡を作ってくれ。そうしないとこんな絶対に広まらない」って。「長さに合わせて作ってくれ」って言って、2年かかったのか1年かかったのかちょっと忘れたけど、できたんですね。それから段々段々より良く。最初の1年ぐらいはほんとに試行錯誤ですよ、うん。で、それで、まあ、みんなこう、学会で僕らも発表したり、「こんな手術がいいよ」ってことで。それから1年か2年ぐらいついて日本も少し広まり始めた頃に慈恵医大の青戸事件っていうのがあったのね。

小高：事件？

吉田：あれは内視鏡で前立腺がんの手術をやって、出血して死亡した事件があった。腹腔鏡とか難しい手術やって問題になるケースがあるじゃない。内視鏡の手術っていうのは非常にあの～、技術の難しさがやっぱり普通のよりもあるんだよね。慣れてマスターすればいいんだけど、ラーニングカーブって学習曲線ってあって、覚えてできるようになるまで時間がかかるんですよ。だからあの～、最初の部分でどうしても合併症、手術上手くいかなかったりとか出てしまうよね。技術が未熟だから。そのためにはトレーニングシステムをきちっとせなアカンと。だからそういう黎明期の時に僕は内視鏡をやり始めた。国内でも他にも何人かがね、いろいろとやっていって、そういう仲間の中でこのままでは絶対ダメだからつつうんで、やっぱり豚を使った手術の手技の教育講習会を毎年やるようになってるんですよ。毎年ね、年2回とか。学会の時にみんな集めて講習会をするとか。だから、技術を上手く広めましょうっていうので、ずいぶん苦労しましたよ。だから、その～、慈恵医大の青戸事件があって、内視鏡の手術は安全に広めなければいけないということで、整形外科学会が主導して手術の講習会と技術の認定制度を始めてから、かれこれ15年ぐらいになるのかな～、むづかしい手術をむやみにやったらいかんとかさ。最近では群馬大学なんかもね、あったでしょ。要するに手柄を逸って、難しい手術をやって結果として患者さんがいっぱい亡くなると。ほんとは良い手術なんだけれども、技術が未熟な人間がやるととんでもないことになっちゃうね。で、そういう技術を上手く広めましょうということのトレーニングの1つは、我々自身がやっぱり医療機器を開発して改良をして、良いものを作っていくといけないうのがありますよね。良い医療機器を作りましょうと。だから、自分でアイデア出して器械の開発をしたり。で、内視鏡をより良いものを改良してアメリカの会社と担当の

責任者、副社長を呼んで、日本の学会に来た時に交渉して「これを広めるにはこういうサイズでアジア用にこんな形にしてくれ」と。今までのような見にくいやつからもうちょっと日本人用のサイズに変えて、逆に内視鏡そのものをより見やすいようにちょっと太くして、3mmだったのを4mm径にして、で、アジア用にサイズをちょっと短くしてね、で、短い方が内視鏡届きやすいから、器械も挿入しやすいからやりやすいですよ。それを思い切って全部変えたんですよ。

小高：吉田先生だからこそ分かることですね？

吉田：全部そういうことをやってきたから、日本の中で1番草分けですね。だからこそその技術も、いわば僕らのやることが1番スタンダードになってるわけです、日本で。それは1つ何でかっていうと、今までに日本中から200人を超える人が手術を学びに和歌山に来た、今年で7回目になった『和歌の浦低侵襲脊椎外科セミナー』という手術セミナーだって、もう450人もの大勢の人が参加してるし、そういう人達がここで手術に付いて見学して、こんな風な手術手技をするんだよっていうのを見て、で、同じ器械を使って帰って向こうでやってるから、僕らがやってることと同じ手術法になってる。だから、ここでやってる手術はスタンダードで結構広まってるといって、そういう意味なんだよね。だから日本でリーダーシップ執ってやってるといってということなんだけど、その内視鏡そのものね。手術の技術もそうだし、器械の開発もそうだし。だから、今もまだ開発は続けていて、段々バージョンアップっていうか、コンピューターの改良改良と同じように。技術の改良もそうだし、器械も改良してるっていうこと。ということはずっとやってきてるっていうこと。

(2016年10月5日インタビュー記録より抜粋)

小高：先生の外来の時に、外国の方がよくご見学されていらっしやいましたよね？

吉田：ああ。アジアの国々の人達も結構いますね、30名くらいは香港、台湾、中国、タイ、インドネシアなどから来てるね。

小高：角谷整形外科病院¹⁴⁾の方にも来られますか？ 見学に。

吉田：一緒一緒、僕行ったら大体一緒に来る。手術件数はあそこ多いんで。大学は難しい色んな手術やってるから、大学は全部で400件ぐらいなんですよ。大体どこの大学も100件とか200件なんですよ。まあ、100件やったら多い方なのよね、脊椎の手術っていうのは。整形っていうのは、6つも7つも細かく分野が分かれてるから、関節とか手の外科とか腫瘍とかなんとか。で、うちは脊椎400件って大学では1番多い方です。その中で200件が脊柱変形とか脊椎腫瘍とか難しい手術。それ以外の

14) 同病院のホームページ (<http://www.sumiya.or.jp/ortho/guide/>) を参照されたい。

200 例が内視鏡ね。角谷は 600 件ぐらいが全部内視鏡。だから、角谷の方が内視鏡手術件数が多い。で、そもそも角谷で僕は日本で最初に内視鏡手術をやり始めたんだよね。

小高：先生はどれくらい手術をされますか？

吉田：最近は病院長で忙しいからあれだけど、年間で 250 くらいやってたね、1 人でね。

(2016 年 10 月 5 日インタビュー記録より抜粋)

幸いなことにリハビリの助教授になりながら、医局員の皆さん、整形の医局のみんなからほんとに助けられて、患者さんは整形の医局で持ってもらって、僕はリハビリの助教授をやりながら脊椎の内視鏡の手術や脊椎の手術をしながらですね、幸い教授に就任したのが 2003 年です。で、徹底的な方針を決めました。和歌山が日本の中で目立つようにするにはどんなにしたらいいのかと。みんなと同じことをしたら勝てるわけじゃないですよ。だから低侵襲を徹底的に特化してやろうと。せっかくですからやっぱり継承というのも大事で、玉置先生がされた電気生理学の分に関しては活かしていきたい。疫学研究、自然経過、要するに都会の大学ではできないことをやるしかないわけです。僕は基礎研究で病理組織の研究をやりましたけど、やっぱりともかく確実にできるものが 1 番いいなど。あとは内視鏡を徹底的にともかく他で真似できんことを開発しましょう、器械も臨床成績も出そうと。

内視鏡でピンポイントに手術ができるという流れの中に、玉置先生の電気生理も活かしてる。今は非常な精度でもって、診断が難しい椎間孔狭窄の診断部分に活かしてる。内視鏡技術もどんどん開発をしていきました。狭窄症の手術にも適用をし、首にも応用してですね。和歌山に今まで外から勉強に来てくれた先生を調べてもらうと 230 人。最長 2 年の人がおりますよね。1 年の人もおるし 3ヶ月の人も。海外からも 30 人来てる。これをアジアに広め、アメリカに広めたいなと思ってたんですけど、やっとアメリカから来た先生に持って帰ってもらって、そこから再見直しされる可能性はあるかもしれない。彼は和歌山の器械を買いたいと言ってきてるみたいなので。今までやってきた結果として、大谷先生のようなあんな手術書を書きたいなと思ってたんで、真似して、『脊椎内視鏡下手術の実際』にしたんです。これ文光堂からですね、依頼があつて。今、教室あげて医学書院からですね、和歌山だけの内視鏡の本にしてくれて。要するに和歌山の技術の粋を全部書いてくれと。みんなで担当して、ともかく和歌山だけの内視鏡の本を今作ってるんです。

(2016 年 11 月 12 日、和医大整形外科学教室同門会の講演記録より抜粋)

(3) 今後の課題と展望

吉田教授の業績についてできる限り客観的な評価を残したいと考え、不躰ながらあえて国内・

海外の競争相手や今後の課題と展望についてお伺いした。その中で特に印象に残ったのは、教授が開発成果を和医大整形外科科学教室において発展させるだけでなく、学外の希望者に対しても積極的に公開している姿であった。その背景にはご自身の業績や成果も外部の専門家との交流によって大きく助けられたという基本認識があるのであろう。教授が外部に対して開かれた「場」の力を確信し、それを実践したことで多数の協力者を集め、組織的な情報創造が進んでいく基盤が生まれたものである。

小高：国内・海外の競争相手というのは？

吉田：海外はアメリカはもうダメなの。というのは、アメリカは医療経済学的に技術を売るようなものはダメなんだよね。ディスポーザブルで器械を売って儲けないと彼らは医療経済上成り立たないんです。開発されたアメリカでは今は広まってないのですが、ところがなんか段々この、我々が頑張って日本独自に広まってます。そういう技術を駆使した良い手術ができてるんで。また、フランスやドイツの一部でも同じような技術の器械が作られてて、これも結構やられているんですよ。もう1つ、ちょっと種類の違う内視鏡手術があるんです。これは椎間板ヘルニア取るだけっていうような手術なんですけど。そういう手技がアメリカではどっちかって言うと、アジア系のアメリカ人とかに広まっててね。それが韓国とか今はドイツとかで広まってます。僕らやってる手術ではなくて、ほんとに局所麻酔でできるような内視鏡手術。ヘルニアを取るのに有用な手術なんです。僕らがやっているのは狭窄症であったりとか神経の圧迫とかなんでもできる手技なんで、ホントはこれの方が広がるべきなんだけれども、今はまだアジアに広まる途上なんです。日本ではこれが主流でもうずいぶん広まっていますけど。日本って特殊な広がりをするんですよ、技術は。これは医療経済的には安上がりだもんね。金属を使って脊椎を固定する手術に比べたら。それに患者さんに優しいし。一旦アメリカではできたけどポシャってね。それは何故かって言うと、技術が難しかったり、そんなディスポーザブルの全然良くない医療機器で売らないといけなかったり、でもそのわりには合併症作ったりしたからね。でも、アメリカでは金属のスクリュー入れたりとかそういうモノを売らないとダメなんです。医療っていうのは。日本はそうじゃなくて、技術できちっと治したらそれでいいんで、それは認められた保険でカバーできるので、だから、医療やってもちゃんとやっただけのことは返ってきますよって。今は1.5倍で付加価値ついてるもんね、内視鏡でやると。そのうちどこまでそれが認められるか分からないけど。段々、経済上圧縮されるのは無きにしも非ずだね。医療経済上、そんな金属云々よりも安くて治りが良いでしょ。だから結構興味持ってみんながこう。昨日もあの～、中国の医師が一人、僕が教えて中国で教授に

なってるんだけど、月曜から6日までまた勉強で見に来て、休み取って1週間ね、昨日、角谷病院で僕が手術やった時に見学に来てました。今日は今、大学で見てると思う。彼が主催して500人ぐらいの脊椎のセミナーの会を中国で7月に開かれて、僕が1番のメインの講師で呼ばれてちょっと話してきたんだけど、ええ。

小高：内視鏡の開発で将来的な目標は？

吉田：近い将来の目標はアジアへ広めることです。アジアに広めて、最終的にはアメリカに再上陸っていうかね、うん。というのが1番の目標ね。アジアを制したら、世界はその手術は広まったってことになるんで、多分アメリカも変わると思う。

小高：カメラの技術的なことは？

吉田：カメラも今、開発してる。新たに開発してる。全くまた別の今までに無いようなのをちょっと日本のメーカーと今開発中なんです。モノの素材もあるんで。できる可能性は2~3年のうちにできる。今使っている内視鏡はドイツ製なんです。大体、日本であ~ゆう内視鏡はね、技術者はないですね。で、今、ドイツの内視鏡を持って来て、改良を加えて一応新しいやつを作ってるんですよ。その次に全く今までの素材と別の内視鏡を日本の下町ロケットみたいな会社とね、作ってるんですよ。

小高：それが日本でできれば、

吉田：そう。今度、全く別の素材があるんですよ。これができると画期的なことができるんだけど、まあ、今はまだこれから、うん。今はやりつつあるのは、耳鏡とかね、吸痰の口腔鏡とかやってる。それはめちゃくちゃよくは見えなくても、結構簡単に見ればいいので、で、ここに内視鏡を付けて、iPhoneをこうやってつけて見るわけ。

小高：先生の患者さんの半分くらいは県外の方だとお伺いしましたが、

吉田：半分より多いかもしれないね、県外の方は。県内の方は、僕の予約がいっぱいと分かってるから、医局員の講師達に紹介する。僕には紹介しない。というのは混んでるから。彼らが診た方が早いでしょ。で、僕は皆に言ってんだから、「僕に紹介せずに、もう教え子がみんな上手だから、最後は僕が全部チェックしてるんだから、みんなそんな風にしなさい」って。

小高：「自分の考えの大半は吉田先生から教わった」と仰る先生がいらっしやいました。

吉田：ああ。だってずっと教えたんだもん、ハハハ(笑)。だって、うちの医局の幹部たちは学生を卒業してからずーっとだよ、今まで。卒業してから医者になってずーっと。

小高：皆さん、変わりましたか？

吉田：変わったと思うよ。みんな今は、結構、重厚で温和で真面目でずいぶん成長したんじゃないかな。「化けるんだ！」って言ってたんだよ、僕。人間つつうのは絶対化ける

んだから、「お前、自分が思ってる自分じゃなくって、自分を化かせてみろ」って言ったんだ。良い意味でね。要するに「成長させて、別の自分を作るんだよ」って。「自分が思い描いて、今思ってる自分じゃない自分になれるんだ。人間ってというのはそういう能力があるんだからね、自分を自分で化かすんだ」って。「俺の仕事はお前らを化かすことや。お前らも自分を化かしてみろ」って。

小高：先生に鼓舞され、皆さんがそれぞれ努力して変わられたのでしょうかね。

吉田：化けたんだと思う。成長したんだよ。だから、大体みんなにそう言ってるんだよ。「自分の思ってる自分じゃない、自分を化かせろ」って。彼らにはずっと言っていましたよ。僕の仕事ってというのは、どれだけ人を、若い人を化かせるかですよ。世の中に通じるよう、世界に通じるようという風に。みんな、若い子は分からないじゃない。とても世界に通じると思わないでしょ。それを「通じるようになるんだよ」って。「もっと胸を張って、世界で戦えるようになるんだよ」という風に。結局、どう化かすかだよ。俺はできるんだー!! みたいなね。ってというのが、いつもよく言ってる話。

小高：先生方は「吉田先生にいろいろ学んだ」と仰っていました。

吉田：ウハハハ (笑)。

(2016年10月5日インタビュー記録より抜粋)

4. 医師として、指導者として、管理者として

吉田教授は、自ら執刀し治療する医師としての顔、和医大整形外科学教室の指導者としての顔、そして附属病院長としての管理者の顔を持っている。教授の周囲の関係者の方々へのインタビューや調査を進めているが、教授が非常に大きな存在であることが窺われる。

我々は「場」という関係性に基づく情報創造の効率や創造性に注目している。ある程度安定したメンバーシップの下で「アジェンダ」「共通目的」と「連帯欲求」「協働欲求」が共有されることで情報創造が生まれるという仮説である。

組織的な情報創造の観点から見ると、教授の周囲にはさまざまな「アジェンダ」「共通目的」を軸とした無数の「場」が発生していることが見てとれる。大学医学部や附属病院といった規模が大きく複雑な構造やミッションを持った組織の運営においては、組織全体としての効率や創造性が問われる。

我々はこのような組織のパフォーマンスを左右するのは結局その組織が抱える諸課題に即した「場」の形成と促進をどう実現するかにかかっていると考えている。こうした視点から見たとき、吉田教授の大らかなリーダーシップと相手の目線でのコミュニケーションのスタイルは非常に適切なものであったと評価できるところである。以下のインタビュー記録は、その根底にあるのは何なのかを辿ろうと試みたものである。

(1) 華岡青洲への思い

吉田教授が所属する和医大¹⁵⁾は、「医の心」のルーツを、紀州が生んだ医聖華岡青洲に求め、学章には、青洲が世界初の全身麻酔に用いたとされる曼陀羅華を図案にしている。吉田教授が青洲のことをどのように意識されているのか、興味があった。我々から見ると、医療分野における新分野の先駆者・開拓者としての功績には本質的には違いが無いように思えた。しかしながら、教授の認識は謙虚かつ現実的なものであった。青洲に対し偉大な先達として憧憬を抱き、その理想や思いを引き継ぎながら、現実の課題に取り組もうとされていた。

小高：華岡青洲さんについては、どうお考えですか？

吉田：華岡青洲ですか？ そりゃあまあ、世界で1番初めに通仙散で全身麻酔やって、ね～。何にもない時代にあれだけのことをした人なんだから、それはまあ、もう僕らはとてもとても考えの及ばないすごい人だと思いますよ。当時、何千人という門弟がいたらしい、ね～。で、この交通の不便な和歌山に全国から来たわけでしょ。そりゃあ、まあ、あの努力といい、全身麻酔を最初にやったっていうのは、もう画期的ですよ～。すごい人だと思いますよ、医療にかける情熱なんていうのはね～。だって、奥さん、失明させてますでしょ。

小高：そうでしたね、お母さんより奥さんに強い方を。

吉田：強い方をやって失明したんやね～。そういうことはできないよね～、あんなすごいことが。だからすごい人だと思いますよ。とんでもない、まあ、当時のあのところでできたっていうのは。活物窮理でしょ。内外合一活物窮理って、ね～、そういうことを説けるっていうね、人にね。だからまあ、なんて言うのかな～、僕らから見たら、まあ、医療の聖人というべきか、神に近いような人なんじゃないのかな。とても身近に思わないね～、凄すぎて。

小高：吉田先生でさえもですか？

吉田：いえいえ、とんでもない。僕なんか、そりゃあ、そういう人に比べれば、ほんとにあの～、ちっさな脊椎のフィールドの話じゃないかと思うもん。

小高：和医大のマークって、

吉田：ああ、チョウセンアサガオね。それはだから、和歌山が生んだ聖人に対してちょっとでもそういうね、気概とかね、あるいはそういう教えをちょっとでも学んで、そういうのに根差した医療であり医師のね、少しでもそういうものを学ぼうというかな、そういう部分を含めてたぶん華岡青洲のまんだらげを大学の記章にしてるんだと思う。僕は学会で2014年かな、脊椎・脊髄病学会を主催した時に、自分の学会

15) 同大学のホームページ (<http://www.wakayama-med.ac.jp/>) を参照されたい。

の1番のテーマは一応、活物窮理にしたんです。おっきなテーマはね。サブのテーマとしては、僕はやっぱりその〜、固定観念の打破みたいな。要するに決まり決まった考えは変えていかんといかん。医療っていうのはこういうもんだ、今まではこういう風にやりましたとかね、過去に前例がありませんとかね、そういうことが僕は嫌いなんですよね。例えば病院の中でもそういうのが嫌いなんですよ。固定観念っていうのは、要するにこういうもんであるっていうことはものすごい嫌いなんだよね。そうでないことがあるはずやろうっていうのが基本的にあるんですよね。

小高：なるほど。

吉田：もう1つは脊椎の学会の時に固定観念の打破っていうのは、言葉を掛けたのよね。脊椎の固定手術っていうのは、要するに今、内視鏡なんていうのは、動きを残しながら悪いとこだけ取る手術なんだけど、脊椎の椎間板が痛むと脊椎の不安定性が生じてグラグラしてるじゃない。あれを固定してしまえと、そうすると動かなくなるからそれで治ると、そういう固定観念みたいなね、動いてたら止めるんだよと。それを固定術って言うんだけど、そういう考え方の固定と掛けて固定観念の打破っていう風にしたんです、テーマをね。ディベート形式にしてね、固定派と非固定派というのでよくやったんです。だから、その対談形式が今でも継承されてて、結構ディベートがその後から学会では続いている。面白かった、大ウケしたの。で、活物窮理っていうのは、患者さんをしっかり観察してね、観察した中から真理を導き出そうみたいな、分かりやすく言うたらそういう言葉でしょ。しっかり患者さんを観察した中から見えてくるもの、それをきちっと見つけて医療を進化させていこうっていうか、治療の原点を見つめ直そうみたいなね。

小高：青洲の医療の理念であり、人生の哲学だったのでしょね。

吉田：だから、研究やるにしても何にしても、そういうのが基本で、患者さんのことから学んでそれを治療に活かそうって。低侵襲の内視鏡をやったのは、人間の体っていうのは必ずなんていうのかな、壊れるだけではなく治る力があるんだから、最低限我々がそういう悪いところだけを助けてあげれば、自然の

小高：自己治癒力ですね？

吉田：治る力の中で、治っていく部分が多いと。どうしてもダメな場合は、それは助けて固定したり補強したりしなくちゃいけないけど、まあ、9割近くは固定せずに治ると。1割ぐらいは固定せなアカンと。というのが、大体今までの僕の考え方とそのデータだね。だからあの〜、自然経過でどんな風に脊椎っていうのは変化するのとかね、病気っていうのはどんな風な形で変化していくのかっていうのを、ずーっと教室のテーマとして疫学研究とかをやってるんですよ。だからそれは結構世界に誇れる研究なんです。フィールドワークで千何百人ぐらいを対象にして、今、データ

取ってずーっと患者さんではない一般の人を調べてデータを出して、それを今度3年、5年、7年、10年って縦断的に続けてやっていくつもりです。これは世界の教科書になります。内視鏡の、それもだから、やる1つの論理的裏付けになるのね。どんな風に脊椎が経年的に変化していくんだっていうのが分かれば、それを越えた部分だけきちっと治してあげれば、固定してガガガーって、要するに20歳の背骨に戻さなくても、人はそれぞれその年の中でちょっとはみ出た部分だけ矯正したりちょっと治してあげれば治るよと。低侵襲の手術は患者さんに優しくって痛みの少ない手術で、且つ論理的なそれが裏付けになって、多くの人はずっといける。でも100%ではないけど、何でもね。でも、9割近くが内視鏡治療でいけるよっていうのが、今までやってきた研究であったり僕が目指してる道筋なのね。低侵襲の手法として内視鏡を使う。そういう内視鏡でどれだけの人が治るんだっていう裏付けのために、そういう疫学的な研究もやってるよと。で、内視鏡をさらに発展させるために手術手技も開発して、新しい内視鏡も作って、内視鏡に合わせて医療の器具もどんどん作ってるよ。

(2016年10月5日インタビュー記録より抜粋)

(2) スタッフの育成

吉田教授は、一人でも多くの患者に対して、可能な限り良質な医療サービスを提供することを目指している。そのためには自分だけの個人プレーでは限界がある。それではどうすれば良いのか。その答えは自分に代わって多くの患者に対応できる人びとを育てることである。教授は、同僚や部下だけでなく、学外の有志の医師に対しても、ご自身の持っている技術やノウハウを伝えようとしている。それでもやはり、教授の志と技術・ノウハウを忠実に伝承できるのは、教授の教室のスタッフたちである。教授は彼らを自分の「分身」として育ててきた。

小高：先生にとっての「献身」とは何ですか？

吉田：献身、ああ、献身……。う～ん、献身ね～、なかなかダイレクトな質問ですね～、ハハ(笑)。身を捧げるってことね。それはやっぱり、患者さんに対してどれだけ自分がね、医療を続けていくかってことですよ。自分の持っている技術を高めながら、その高めた技術を患者さんに提供し続けていくよということじゃないかと思うけど。なによりだから研鑽して、ね、より技術を磨いて、より器械を開発して、いかに患者さんに1人でも2人でもそれを届けられるかということだと思うけど。命ある限り1人でも2人でもそれを多くできるっていうのが大事かな～って思ってるけど。1人でも多く。まあ、カッコ良くなるよっていうことだと思う。そのためには分身も育て、人を育てないといけない。1人ではできないけど、10人なら10倍で

きるしってことだと思うんだよね。自分のそういうまあ、分身って言うたらおかし
いんだけど、考えを共有して、で、より技術を開発しながら、それが1番の核心かな。
1人でも多く人の役に立つのが、多分僕に課せられた使命かな〜って思ってるけど。

小高：医師は天職ですか？

吉田：天職かな〜。天職っていわれたら天職ってなるけど、今、振り返ればこれが生まれ
てきた使命なのかな〜って思うよね。天職っていうほど、自分に才能があるかどう
かは分からないけど、まあ、少なくともそれをすることによって自分は生かされて
いるのかもしれないけど、うん。

小高：先生は落ち込むことはあるのですか？

吉田：落ち込むの？ ありますよ。ああ、落ち込むね〜。

小高：皆さんのお話をお伺いしていると、「先生からは元気をいただく」と。

吉田：なんかそうみたいだよ。みんなほとんど僕に会うと元気になるんだって。

小高：「先生ほどのポジティブな人はいらっしやらない」って。

吉田：みんな言うよね。

小高：今、落ち込む時があるって仰いましたよね。どういう時ですか？

吉田：それはやっぱり人間ってあの〜、壁があったりさ〜、ね〜、自信持ってたら頭叩か
れたりとか、ね、色んなことが、絶対100%が前に進む良いことばかりじゃないじゃ
ないですか。これで良かれと思ったって間違ってるかもしれないし。良かれと思っ
たことが結果として良くならなかったこともあるかも分かんないし。時々、人間だ
から躓いて転ぶこともあるじゃない。すべてがすべて100%思った通りにならない
じゃない。良かれと思ったことが逆に良くなかったこともあるし。100人やったっ
て、100人共100%じゃないのよ。やっぱり90人なりはOKかもしんないけど、残
りの3人なり5人は良くない人もあるのよね。そういう人は再手術せなアカン場合
もあるんだわ。あるいは合併症起こったり、残念だけどなんか上手くいかなかった
り感染したりすることもあんだよね。医療って100%じゃない、どうしても。そう
いう時って患者さんのこと考えると、ね、申し訳ないな〜とかさ。で、自惚れると
ダメなんだよ、人間っていうのは。

(2016年10月5日インタビュー記録より抜粋)

(3) 患者への対応

吉田教授は、病院長となった今でも、多くの患者からの切実な依頼に応えて自ら診療や手術
を行っている。その後も数年間は患者の状態の変化に細心の注意を払う。そのような姿勢は当
然患者が感じ取るところであり、強い信頼を寄せている。自分を頼る患者と常に真摯かつ慎重、
謙虚に向き合う姿勢を貫くことで、リスクと機会のはざままで最善を尽くす医療の道を手を携え

て共に歩む職場の同志、同僚、後輩やさまざまな協力者、支援者たちの心構えや行動に強い影響を与えている。

小高：教授、院長先生としてというよりも、人として心がけていることは？

吉田：それは患者さんに対しては真摯に向き合うことですよ、根本。ごまかさなないこと。患者さんが、ああ、来て良かったな～、この人に診てもらえて良かったと思うことが原則ですよ、大原則。まあ、医療の原則はそこですよ。今日は来て良かったと思ってもらえる医療をすることですよ。それはもうずーっとそういう格好で指導してますよ。ごまかしたらダメ。待たせた時は必ず、ね、待っただけのことがあったということをやるのが大事ですよ。なんだ、こんなに待ったのに、この人の対応は悪いんじゃないかって、待たされたけども来た甲斐があったと、うん。それは患者さんに対しての基本で、それだから我々日頃努力せなアカンわけですよ。良いことしないといけないんだから。

小高：患者さんに対する努力というのは？

吉田：良い医療を提供することです。で、患者さんの気持ちを察することです、やっぱり。医者が勝手にやらないことです。やっぱり患者さんは色々考えて来るんだからね。過度に心配したりね。その思いを汲み取ってあげないと。できるだけその人に我々が先端的に1番良い医療を見つけ、探し、開発し、やっていかないと。その維持をせんといかんとしますよ、基本の考えっていうのは。まあ、カッコよく言うけど、そういう気持ちでやってますよ。

小高：患者さんというのはどうしても主治医であつたり執刀医に対して、神と同一視してしまうようなところがありませんか？

吉田：あ、そう？

小高：そう感じたことは無いですか？

吉田：いや～、

小高：頼るといふか、依存するといふか。

吉田：うん、まあ、神というほどではないけど、依存はあるかもね。

小高：自分ではどうしようもできないことを委ねるわけですよ？

吉田：委ねるといふ部分はあるでしょうね。ただ、神どうのこうのって、それは大げさかもしれないけど、委ねるのはあるよね。あるいは、そこに対して助けを求めるのは当然ありますね。

小高：そういった患者さんに対して、どのように考えるかということであつたりとか、

吉田：うんうん。

小高：やっぱりその分野で自分より優れている方に対しては、自分ではどうすることもできない部分があると、依存するとか信頼を置きますよね～？

吉田：まあ、そうだね。

小高：そういうところもどのように感じているのかをお伺いしたかったのですが。

吉田：分かりました。それはだから、患者さんをやっぱり受け入れる、ね、どういう考え方をされているのかっていうことで、それはもう、ある面では人と人との、会話が成立しないとダメですよ。

小高：信頼関係ですね？

吉田：そうそう。さっき言ったように、思いやりの気持ちは要ります。この人はどう考えているんだらうって、どういう恐怖心っていうか、恐がったり、あるいは会社がどうか将来どうなるとかね、そういうどう思っているんだらうなに対する、できるだけ分かりやすい答えは要るよね、うん。絶えずそういう部分の配慮は要ると思うよ。

小高：気を遣っていることは？

吉田：うん、この人はどんな人だらうなっていう部分がありますよね。人によって全部変わります、だから言い方は。個人は個人で人は当然自尊心があり自立心があり、患者であるけれどもその前に一個人であるからね、基本的に。だから、そりゃあ、やれることはやる、やろうとするために努力するっていうのは当然だと思うけど。

小高：それは尊重をするということですか？

吉田：そうですね、人をね。1番大事なことは、その人をその人としてきちっと認識して、やっぱりそういう面で、

小高：対峙するということですね？

吉田：お話をする、そうそう、それが基本だと思いますよ。医者であるから患者さんというこのあれじゃなくって、個人と個人の、やっぱり基本的にその人と僕との間の話の仕方っていうか対峙の仕方が大事だと思うけど、基本は、うん。あんまり、付かず離れずだね。あんまり近づきすぎて内面まで細かいところまで入りすぎると、感情がね、やっぱり難しいじゃない。でも、どう考えているんだらうなっていう部分での察しが必要じゃないですか、やっぱり。

小高：濃密な繋がりが強いとは限りませんものね。細い繋がりが意外に長く繋がっていたりするので、もしかしたらそういう意味では強いと言えるのかもしれないですよ。

吉田：そうね、うん、まあ、どっかできちっと繋がっていればね。

小高：そういった面でお医者さんが患者さんと繋がる時ということはどういったことなのか。

吉田：そうね、今度、患者さんに聞いてもらったら分かるけど、やっぱりずーっと20年来、30年来診てる人も結構あるんで。

小高：なぜ、20年30年診なければならぬのですか？ 治らないのですか？

吉田：経過を見ないといけない。

小高：経過観察？

吉田：経過観察。やっぱり不安なんだよ、患者っていうのは、どうなるのかって。変化するからね。

小高：年齢と共に変わるといことですか？

吉田：悪くなってくるかもしれないし。そういう面での半年に1回とか1年に1回とか。そうするとやっぱり不安な部分はここで解消されるからね。「半年保つよ、1年保つよ、大丈夫だよ」って言われたらね。

小高：全然違うと思います。

吉田：全然違う、元気になる。それまで不安を抱えてきてもね。

(2016年9月13日インタビュー記録より抜粋)

(4) 信念と戦略により道を拓く

これまで見てきたように、吉田教授は脊椎内視鏡手術分野のフロンティアを切り拓き、多数の患者の手術や治療を行うとともに、その手技や機器の改善や普及を精力的に進め、和医大をこの分野におけるトップランナーの地位に押し上げた。それと同時に、和医大の教授職、理事職及び附属病院長を歴任され、大学経営の合理化と地域医療の充実に努めてこられた。教授の功績は「医師」としての高度な専門知識やノウハウの背景に経営者感覚や洞察、識見、人格があって実現したものなのであろう。

吉田：うちのお袋は医学部を途中で辞めて、呉服なり薬剤師の免許取ったりしながらやってきたんで、結構商売やってたのね。で、僕はあの～、大阪の卸問屋とか呉服屋とかいっぱい連れて行かれたのよ、小学校の時。結構だからね、お袋に言われながら教えられたのね、流通はこんなんだって。モノはこういう値段で卸はこうだけど、売った時にはこうなるよって。品物の陳列はどうのこうの、こんな風にやったらって、ね。呉服の値段とかね、全国の展示会とかもお袋よくやってて、色んなところでやってましたよ。なんで俺を連れて行ったのか分からないけど、長男なので勉強させたかったのかな～、よく分からないけど。

小高：経営の目を？

吉田：そこに基本的な部分があるわ。だから、流通はどうだってすぐ分かるの。いくらぐらいで値段が化けるって。僕ね、病院の医薬材料品を買う時ものすごくうるさいの。もう、すぐ分かっちゃうからね。元値でこうやったら、どれぐらいの値段ではじくならもっとまけられるだろうって。だから、結構、院長になって向いてんのかな。

ものすごい厳しいんだ、俺。自然に分かっちゃうんだ、そんなことは。

小高：病院にとってはいいことですね。

吉田：棚卸っていうのはね、しょっちゅうちは呉服屋で毎年やっていたから、ぜ～んぶチェックしてたの、年末に一度。で、在庫がどんだけあるか、どれぐらいかって当たり前の話なの、そんなの。でも、ここではやってないの、それまでは。僕ね、結局、それ、そういうのができたのは、多分、子供の時の教育だな。

小高：院長になると経営を考えていかないと、

吉田：成り立たないですよ。経営とか物流、色んな人の流れとかね。患者さんもね。

小高：患者さんはサービスだと、

吉田：今回もちょっと変えてやろうと思ったのよ、患者さんの待ち時間とか。

小高：患者さん待ちを？

吉田：もっと短くしようと。待ち時間を分かるようにしようと。だって分からないでしょ？ いつ呼ばれるか、ずっと待ってるじゃない。だから、その順番分かるようにとか、今、改革しようとしてるんです。

小高：ああ、そうなんですね。それは患者にとってはありがたいことではないでしょうか。ストレスが1つ減りますよね。

吉田：もっと患者さんの視点になったらね、色んな部分、要するにサービスの面から考えたら足りないことばかりですよ。看護部長連れて病棟廻ったら、なんだこれはってことばかり。その度に施設管理の担当を呼んでやるとうるさいと思われるだろうけど、でも目立つんですよ。この補修とかね、改善とか全部やらせてるん。で、僕ね、先を見ちゃうの、10年15年この病院がどうなるかって見たら、色んなことしないといけないわけですよ。

パイプ、管ね、それとか部屋の壁とか床とかの汚れとか色んな部分って、建ったのが2000年だからもう16年でしょ。だから、補修せなアカンのですよ。大規模補修せなアカンわけですよ。そうしないとこれから先15年持たないでしょ。あとは大きな病院戦略ね。大学病院がどのような形で戦略持ちながら患者さんを、だって70万人になるんだからね、和歌山は、全体が。20～30年経ったら、和歌山の人口が70万になるんですよ。

小高：あ、そうですか……。

吉田：うん。和歌山市だって30万になるんだよ。じゃあ、その時に大学病院とか病院はどうあるべきか、ね、意欲持ちながらどう仕事していくんだ、医者はどう育てるんだ、どうというような戦略をもって絶対要るわけですよ、今。ついね、僕、そんなこと考えちゃうんだ。内視鏡の先端も一緒だけど。一緒に考えるのね、先々。先ばかり考えちゃうんだよな。

小高：それが大事ですよ、先見性。

吉田：絶対こうなるよって思うわけ、読めるわけ。そうなるよと今何をすべきかが見えてくるわけ。医療だって絶対にこうなるよって、だから内視鏡だってこうなるんですよ、僕が考えてるように。一生懸命に僕は決めた目標に向かってやってきた。だから先ばっかり考えてるんだよね。どうしても過去はね、結果なんだよ。だからね、病院だって何だってつい考えちゃうんだよね、大学の先とか病院の先とか和歌山県がどうなるかって。だから、そのためには戦略が要るでしょうに。ね、ここだけじゃダメでしょうに。県外からも患者呼びこんだり、海外から呼び込んだり。

(2016年10月26日インタビュー記録より抜粋)

小高：先生は人生の節目節目で賭けに出て、それをチャンスにしてモノにしてきたっていう、

吉田：まあ、ね～、賭けに出てチャンスをモノにしてきたね～、うん。

小高：賭けに出るその見極めも、どれも合っていたわけでしょう？ 見極めることができないとか、保身に走ってしまう、諦めてしまう人が多い中で。

吉田：ああ、今までの中でね、うん。まあ、賭けね～、うん、見方によっては賭けだよね～。でも、保身は無いんだよね。これしかないという、一か八かじゃなくてこれしかないっていう。これしかないと思うんだよね。保身は考えたことが無い。保身だったらね、僕はしませんよ、色々話したことは、ね。保身じゃないんだ、これはもう、止むに止まれずっていうか、これ、許せないんだ、性格上。そういう性格なのよ、ともかく。決めたら、こんなの許せないっていう。どちらかという。リスクは恐れないことは無いよ。でも、あるだろうけど覚悟しますよ。だから、努力はするよ。自分を理論武装しないとイケないし、強化しないとイケないし。そこらが単純にはそうじゃなくって、結構、攻めるためには勝つための努力はするよ、準備もするよ。使えるものは使いますよ。そういう面では戦略は立てますよ。単純に正義感だけじゃなくて。だから、勝ちにいけますよ。ピュアな部分と戦略的な部分と色んなものが入ってるでしょ。でも、戦略的な部分は後天的ですね。多分、お袋に連れて行かれた中に商売の色んな部分の駆け引きなりがちよっと入ってんのかもしないけどね、うん。でも、天然の部分のところベースにあるから、多分色んなことが上手くいやすいんかもしれないと思うな。単なる戦略練るだけじゃきついな。それが、

小高：それが見えると、皆さん、ちょっと、

吉田：見えないでしょ？ 1番奥の底にはあるけど。そうしないとね、物事って絶対上手くいれない。単なるピュアな心だけじゃ上手くいれない。

小高：ピュアなだけではダメですか？

吉田：ピュアだけじゃ絶対上手くいれないよ。ピュアなことは大事だけど。だって勝たな

いといけない。そこらがちょっと複雑な部分があるけど。結構ね、僕ね、純粋な部分と混在してると思いますよ、自分は。戦略を練る部分と。これと決めたことに対する執念は強いわ。やり遂げるっていう。それは、多分、あの～、

小高：決めたことっていうのは、決めた時点で正しいわけですね？ 常に。

吉田：自分にとってはね。だって、ケンカしようが何しようが僕にとっては正義なんだ、それが。でも、客観的に見てもそれは正義であるはずなんだよね。でも、反対からしてみたら、このくそ生意気ななって思うかもしれないけど、僕と立場を共有する人達にとっては絶対それは正しい。そういうような生き方をしてきましたよ。だから、生き様からすると天然の部分とそれがあるやろうね、僕らしさっていうのは。決めたことはものすごくしつこいです、僕。絶対にネバーギブアップなのよ、ね。物事は叶うまでやる。だから叶うのよ。諦めた瞬間から終わるわけですよ。人間、必ずやり続ければ、必ずどこかで成功する。

小高：その姿勢を皆さんに見せているわけですね？

吉田：うん。日頃は人間性のそういう柔らかい部分もあるやろうけど、この人は言ってることややってることは確実にやり遂げるんじゃないかと、みんなは思ってるんじゃないのかな。だから、医局員が付いてくるんじゃないのかな。この人に従っていたら、間違いなく良い方へ行くって。負けないうて。あとは運が良いと思っとるん、ハハハ（笑）。

小高：運が良いですよ？

吉田：現実にね。

小高：でも、単に運が良いっていうより、

吉田：運は引き込むんだと思うわ。

小高：そうでしょ？ そうそう。お話をお聞きしているとそうだと思うんです。なので、やっぱりツキもあたりなのだと思います。

吉田：うん、そうね。だから、何かやろうとしたことと自然の中の動きがたまたまシンクロするだけの話だ。まあ、僕が言ってるようにシンクロニシティっていうのは、やっぱりそういう色んな想いとかが共時して、1つの意味合いを持って現れることだからね。

小高：思い続けないとダメですね？

吉田：思い続けないとダメだよ。思わないと分からないし。だから、内的な心の思いと外的な動きがシンクロナイズして、意味ある現象として出るのがシンクロニシティ。だから、思っていないとシンクロも何も無いんですよ。思いがあって意味ある現象が起こるからこそシンクロニシティなの。

(2016年11月9日インタビュー記録より抜粋)

おわりに

和医大が誇る全国的に知られた名医の一人である吉田教授は、正直なところ、ある意味で「遠い」存在であった。地元の有力大学やその附属病院の医師は、自分や家族が不測の事故や傷病の際に頼ることができる最も信頼できる専門家である。なかでも教授ともなれば担当分野で大学を代表するスペシャリストであり、常に多くの患者から診療を求められて超多忙な日々を過ごしておられ、望んでも容易にはお会いできない、文字通り「雲の上の存在」なのであろうという一種の思い込みがあった。

小高の家族の受けた診療から吉田教授との会話が始まり、本稿が生まれることになった。想像していた以上の多数の患者に頼られる日常を過ごされていた教授との対話は、持っていた先入観を覆すものであった。教授を頂点とする固い階層構造に基づく診療体制をイメージしていたが、実際には、教授自らが患者たちと接し、彼らの悩みに耳を傾けることを大切にしつつ、可能な限り多くの期待に応えられるように、自分の代わりになって患者と向き合える同僚や後輩を育てておられた。

本稿に記した吉田教授の医師としての経歴と背景から、現在の教授の周囲の体制や関係がなぜそのような状態にあるのかの理解が各段に進んだ。自らの心身の状態を正確に知りたいと考えて医師を目指したこと、患者の悩みを目に見える形で改善できる整形外科を選んだこと、新手法の開発の普及のためにノウハウを公開したこと、そして、自分を頼ってくる無数の患者に可能な限り対応するために自分に代わって対処できる人材の育成に努めたこと、これらは教授が節目節目で自ら高い目標を掲げ、それを着実に実現してきたことで大きな果実として実っていった。

今回の調査は医療という分野における個人と組織のあり方に関する認識を改める機会となった。患者として医師に接する時には一対一の関係が前面に現れるため、医師の仕事は基本的に個人プレーであり、属人的なスキルが結局ものをいう世界であると思いがちである。ところが、少なくとも吉田教授のチームにおいては、いわば教授が自らの「分身」を育て、彼らの仕事ぶりを見つめながら可能な限り多くの患者の悩みに応えようとしていることが分かった。

我々は、経営学の古典である「経営者の役割¹⁶⁾」を著した実務家のC.I.バーナードの組織概念と組織内のプロセスに焦点を当てた伊丹敬之の「場のマネジメント論¹⁷⁾」に基づく組織現象の分析を試みている。

バーナードと伊丹は、いずれも組織の基本要素である「協働目的」、「協働意欲」そして「情報伝達」に注目しているという点では共通項があるが、バーナードは組織の構造やそれを構成

16) バーナード (1938=1968)

17) 伊丹 (1999) 及び伊丹 (2005)

する制度の設計について、伊丹はリーダーたちが組織内のプロセスのかじ取りをどのように行うべきかについて、それぞれ焦点を当てている。組織の機能向上というテーマに取り組むための基本的な視座・視点として、バーナードは「仕組み」に重点を置き、伊丹は「仕掛け」に重点を置いた。

吉田教授とのインタビューから実感したのは、「仕掛け」を工夫することによって、自らが所属する組織のあり方を変え、一人でも多くの患者の苦痛を軽減しようとする強い意志であり、その実践であった。

医療サービスの基本型は診療という医師と患者の間の一対一の相互行為である。医師は患者と真摯に向き合い、じっくりと対話し、その悩みを解決すべく最適な処置を行おうとする。一人の医師がある特定の時点で向き合える患者は常に一人である。医師がいかに優秀であっても、その技量を直接活かせるのは、その瞬間に向き合っている一人の患者に対してでしかない。

いかに優れた手技や機器を開発しても、それを患者の治療に実際に活用しなければ医師の自己満足に留まってしまう。一対一という医療行為の特性から、多くの患者に対してその恩恵をゆきわたらせようとするには自分だけの個人プレーでは限界がある。吉田教授はそれを意識していた。自らが持つ知見やノウハウを、志を同じくする同僚、後輩、更に学外の医師たちと共有することにより、診療の現場でそれらを実践できる「協力者」を育成・支援することでこれを解決しようとした。

吉田教授による整形外科分野における新手技の開発と普及についての取り組みと成果は、先見性と包容性に溢れたりリーダーが掲げた高い「目標」と大胆な「仕掛け」、そして繊細な「気配り」が周囲の人びとを巻き込んで驚くほど効果的に機能し、見事に結実した「場のマネジメント」の典型であったように思われる。

教授と周囲の関係者・協力者の間では、「自ら向き合っている患者の治療と回復」という明確な「アジェンダ」が共有されていた。自らの行為の結果が他者の生死に関わる職業である医療という分野では、この部分のコンセンサスが比較的に形成されやすいのかもしれない。とりわけ教授の場合は、内視鏡手術法という新規分野を明確に志向されておられたので、その「アジェンダ」に惹かれて集まる医師が多かったのであろう。

医療の現場は過酷である。その実態を知って飛び込み、続けようとする人びとは、強い動機を持っている。患者を助けたいという思いが共有されているのが医療の現場であるが、患者の期待にどれだけ応えられるのか、その悩みが大きい職場であろう。吉田教授はこうした職場環境を十分に認識して、周囲の人びとと同じ目線に立ち、頻繁に声をかけあいながら共に歩んできた。こうした日々の言動が困難な道を共に歩んでいきたいという「連帯欲求」を育てていったものと推察する。

吉田教授は「シンクロニシティ¹⁸⁾」という概念を頻繁に口にされる。スイスの精神医学者 C.G. ユングが提起した概念で「共時性」と訳されている。因果律では説明できないが、現実

に生じていて偶然とは考えられず、何らかの意味があるとしか思えない同時的な行動や事態の発生のことを指している。耳慣れない概念であったが、教授のお話を伺って納得できたのは、こうした行動や事態があることは実感できることであり、それを自らの信念や努力が招いた機会として捉えることによって大きな成果につなげることができるのだという信念である。

単なる偶然の一致として、その場限りの僥倖とみなしてしまえば、その機会の中に飛び込むことができず、そこから得られる成果も限られたものになってしまう。教授には医師としてのキャリアの中で、また日々の診療の中で、こうした機会に頻繁に遭遇し、それらを活かして無数の難局を乗り越えてきたという実感があるのではないか。確かに医療の現場にはリスクと機会が凝縮されている。

吉田教授は、「シンクロシティ」という言葉を用いて、周囲の人びとに対して、自らにとって意味のあると感じられる機会を見逃さず、最大限に活かすことの大切さを伝えようと言われているものと思われる。これは、我々が検討している「場のマネジメント論」の視点から解釈すれば、「共通理解」と「心理的共振」が同時に実現している状態でもある。医療という困難な目標を共に志す人びとに対して教授が示唆する道標であり、エールなのであろう。

【文献】

- 伊丹敬之, 1999, 『場のマネジメント』NTT 出版。
 伊丹敬之, 2005, 『場の論理とマネジメント』東洋経済新報社。
 医療法人スミヤ 角谷整形外科病院, 2016, 同病院ホームページ, (2016年11月18日取得, <http://www.sumiya.or.jp/ortho/guide/>)。
 小田章・小高加奈子, 2014, 「島精機における組織の成長に関する一考察：バーナードの組織概念と伊丹の場のマネジメント論を用いて」『和歌山大学経済理論』第377号, 19-41。
 小高加奈子, 2005, 「場の理論に基づく組織的情報創造の研究」『奈良女子大学大学院人間文化研究科年報』第20号, 189-200。
 独立医療法人 国立病院機構 村山医療センター, 2016, 同センターホームページ, (2016年11月18日取得, <http://www.murayama-hosp.jp/>)。
 和歌山県立医科大学, 2016, 同大学ホームページ, (2016年11月18日取得, <http://www.wakayama-med.ac.jp/>)。
 和歌山県立医科大学整形外科学教室, 2016, 同教室ホームページ, (2016年11月18日取得, <http://www.wakayama-med-ortho.jp/>)。
 和歌山県立医科大学附属病院, 2016, 同病院ホームページ, (2016年11月18日取得, <http://www.wakayama-med.ac.jp/hospital/>)。
 Barnard, Chester I., 1938, *The Functions of the Executive*: Cambridge, Mass., Harvard University Press. (1968, 山本安次郎他訳『新訳 経営者の役割』ダイヤモンド社)。
 Barnard, Chester I., 1948, *Organization and Management*: Cambridge, Mass., Harvard University Press. (1972, 遠藤篤美・関口和雄訳『組織と管理』慶應通信)

- Jung, C. G. Pauli W., 1955, *The Interpretation of Nature and the Psyche*, Bollingen Foundation Inc. (1976, 河合隼雄・村上陽一郎訳『自然現象と心の構造』海鳴社).
- Lewin, Kurt, 1951, *Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers* New York: Harper Bros. (1956, 猪股佐登留訳『社会科学における場の理論』, 誠信書房).
- Peat, F. David, 1987, *Synchronicity - The bridge between Matter and Mind*, Bantam Books Inc. (1989, 菅啓次郎訳『シンクロシティ』朝日出版社).

Between Risks and Opportunities: Analysis of Actual Cases in the Field of Medical Care with a New Organizational Theory

Akira ODA, Kanako KOTAKA

Abstract

Wakayama Medical University is a local public medical institution in Japan, but its orthopedic surgery department now attracts many patients and even doctors from every corner of Japan and even from many other parts of the world. This is because of the great contributions and advances achieved by Dr. Munehito Yoshida, professor of Wakayama Medical University and president of its affiliated hospital. This article attempts to describe and record how he introduced, developed, and disseminated new operation methods and devices in the field of spinal endoscopic operations, while also teaching, guiding, and encouraging his staff members, assistants, and various other collaborators and supporters.