

現代医療における医師-患者関係の問題点とその克服

鮫島輝美（京都大学）¹

要 約

本研究は、現代医療の欠陥として、医師-患者関係における 2 つの問題点を指摘した上で、フィールドワークで接した医師と住民の姿を理論的に考察することを通じて、それら 2 つの問題点を克服する方途を提言しようとするものである。まず、第 1 節では、現代医療の 2 つの問題点として、①患者という人間ではなく、患者の「病気」だけが医療の対象とされる傾向があること、②病気の専門家である医師と患者の間に、「強者-弱者」の関係が形成される傾向があることを指摘する。さらに、それらの問題点を、フーコーの言う「生-権力」が閾値を超えて過度に強化された帰結であることを論じる。次に、第 2 節では、筆者のフィールドワークに基づき、2 つの問題点を克服する実践例を紹介する。第 3 節では、まず、「生-権力」概念を、大澤の規範理論に基づき再定位する。すなわち、「(a) 原初的な規範形成プロセス → (b) 規範の抽象化 → (c) 規範の過度の抽象化 → (d) 原初的な規範形成フェーズへの回帰」という一連の規範変容プロセスにおいて、「生-権力」の形成・強化は (b) の最終段階、「生-権力」の過度の強化は (c) に対応することを論じる。それに対して、上記の実践例は、(d) 原初的な規範形成フェーズ ((d) の段階) を具現化したものであり、したがって、過度に強化された「生-権力」を原因とする上記 2 つの問題を克服する方途を示唆するものと考察される。

キーワード：近代医療、現代医療、医師-患者関係、生-権力、規範理論

1. 近代医療の発展と「生-権力」

本節では、現代医療の問題点として、①患者という人間ではなく、患者の「病気」だけが医療の対象とされる傾向があること、②病気の専門家である医師と患者の間に、「強者-弱者」の関係が形成される傾向があることを指摘する（第 1 項）。その上で、それらの問題点がフーコーの言う「生-権力」が閾値を越えて強化された帰結であることを論じる（第 2 項）。本論文では、「近代医療」「現代医療」を以下のように定義し、区別して用いる。近代医療とは、「自然科学的方法に基づいた学問体系としての西洋近代医学」を基盤とする社会的システム（佐藤，1995）、「現代医療」とは、近代医療が明治に導入されて以来、社会制度や歴史的影響を受けながら発展してきた現代日本における社会的医療システムとする。

¹ 京都大学大学院人間・環境学研究科 terumi-sameshima@h05.mbox.media.kyoto-u.ac.jp

（１）現代医療の「２つの問題点」

私たちは、近代医療の進歩によって、さまざまな恩恵を受けている。日本人の平均寿命は、男 79 歳、女 85 歳と、世界最高のレベルにあるが、これが、わが国の現代医療に支えられていることは言うまでもない。また、その医療に対する費用も、国民総生産に対する総医療費が先進 5 カ国の中で最も低い。このように、日本の現代医療は、技術の面でも、またコストの面でも、世界的に見て高い水準にあると断言できよう。

しかし、わが国の現代医療を、医師と患者の関係という視点から見ると、大きな問題を抱えていることも事実である。その第 1 の問題は、患者という人間ではなく、患者の病気だけが医療の対象とされていることである。以下で、具体的な事例を紹介してみよう。

1999 年 6 月東北大学病院の前で一人の少女が交通事故に遭った。この少女は、目の前の大学病院には搬送されずに、別の病院へ搬送され、3 時間後に亡くなった。この事件を報道したテレビ番組では、「大学病院の医師たちの多くは、目の前で倒れた人を診ることができない。」と伝えた。その理由として、大学病院の患者の 70%以上が、他の医療機関からの紹介患者、つまり、すでに「診断がついている患者」であり、医師たちが自ら診断する機会が少ないこと、臓器別、疾患別に細分化した大学病院の医師たちは、専門分野を診ることは出来ても、全身を見て診断する能力が落ちていること、を挙げた。また、大学病院では研究対象となるような珍しい疾患が好まれるため、ありふれた病気は非効率的なため診たくないという医師もいた、と伝えられたのである。またある国立大学医学部の学生は、「大学病院が、患者さんを『ノッペラボウ』にしている現実を先生方は誰も認識していません。患者さんひとり、ひとりの顔を大切にしていない。病気しか診ようとしていない。」と語ったという（色平・山岡，2005）。

ここから読み取れることは、医師たちが対象としているものが患者という人間ではなく、患者の身体が「機械の集合」として表象され、原因となる部位を特定することが可能となったために、疾患別・臓器別の「病気」だけが医療の対象とされているという現実である。これが近代医学において支配的な方法論であり、「人間機械論」「特定病因論」と呼ばれているものである（佐藤，1995）。「人間機械論」とは、基本的に人間を「人体」と捉え、その人体を機械に見立てる。その視点に立つ臨床医は、「機械が故障している。〈どこが〉おかしいのか。」と考え、故障した部分を突きとめ、その部分の修理にあたるのである。この背景には、人体が「生理学」という機械運動としてシュミレーションされており、人体が臓器という機械的部分の集合により構成されていると見る「解剖学」、故障した部品（臓器・組織・細胞）がどのような形態に変化してみえるかという「病理学」、以上の 3 つによる学問的構造に支えられている現実がある。また「特定病因論」とは、病気が実体として存在していると考え、特定の因子をその病気の原因とみなす原因論で、他の医学からみれば、非常に特異的だと佐藤は指摘している。

わが国の医療における、「医師—患者」関係が抱える第 2 の問題は、両者の間に「強者—弱者」という上下関係が存在していることである。以下に、その具体例を紹介しよう。

大学病院である教授の外来についての医学生が、医師の患者に対する態度に疑問を投げかけている。精神科にうつ病で受診した患者が、医師の質問に答えられずうつむいて黙っていると「何で答えないんだ。答えなければさっさと帰れ。」という現実があるという（色平・山岡，2005）。また、ある医師は大学病院での研修の中で、非常に印象的な場面について

筆者に話してくれた。「首に湿疹ができた」と、一人の女子中学生が皮膚科を受診した。皮膚科医は、「他に（湿疹が）出てないか確認するから、そこで衣類を脱ぐように。」と指示し、若い男性の研修医が何人もいる前で、その女子中学生を下着一枚にさせたという。そして、「他には出ていないようだな。」と確認したという。このように理不尽に思われることでも、診察の場面では、患者は抵抗する術を持たない。「医師が話す」ということが、「力＝権力」として働いているのである。

（２）「生－権力」の生成と強化

前項で、現代医療における２つの問題点、すなわち、①患者という人間ではなく、患者の病気だけが医療の対象とされていること、②病気の専門家である医師と患者の間に「強者－弱者」という上下関係が存在していることを指摘した。本項では、近代医療が、フーコーの言う「生－権力」を背景として進歩してきたことを指摘した上で、上記の２つの傾向は、「生－権力」が閾値を超えて過度に強化された帰結であることを述べる。

まず始めに、フーコーの「生－権力」について簡単に紹介する。

フーコーは、近代社会における権力がフランス革命以前の古い権力と異なることを明らかにした。そして、フランス革命以降の市民社会に特徴的な権力を「生－権力」と名付けたのである。「古い権力」とは、権力の行使が残虐極まりない処刑の中に現れるもので、人々から生命を「奪い取る」ことを本質的な特徴としている。しかし、フーコーは、このようなタイプの権力は、近代化とともにその重要性を失い、それと入れ替わる形で新しいタイプの権力「生－権力」が、市民社会の隅々まで浸透していったと指摘した。新しい権力は、もはや人々から生命を「奪い取る」のではなく、逆に生命を「産出する」のである（市野川，2000）。この「生－権力」にとっての重要な課題とは、社会の構成員をよりよく「生かす」ことである。そのためこの権力は、“生命に対して積極的に働き掛ける権力、生命を経営・管理し、増大させ、増殖させ、生命に対して厳密な管理統制と全体的な調整とを及ぼそうと企てる権力”（Foucault, 1976 渡辺訳 1986, p.173）として機能するのである。

フーコーは、19世紀末にピークを迎えたとされるヨーロッパ近代の特徴を、「生－権力」概念で捉えようとした。わが国は、ヨーロッパに大きく遅れて、19世紀後半から近代化の第一歩を踏み出した。同じ近代化と言っても、近代化の先陣を切ったヨーロッパと、そのインパクトを受けながら近代化を歩んだ日本では、近代化の内実には違いがある。しかし、明治以降の国家権力が、国民の「生」を増進することをもって、その権力基盤としてきたことは確かである。その事例として、公衆衛生という概念の発達と医療保険制度の発達を挙げることができる。明治維新を境に、日本の医療は、その主軸を大きく漢方から西洋医学へ転換させたが、とりわけドイツ医学との結びつきが強く、細菌学だけでなく、「社会衛生学」も早くから紹介された。伝染病の流行、工業化による労働環境の悪化などにより、社会政策への取り組みが本格化した。また、第2次世界大戦後には、占領政策により米国流の公衆衛生学が医学校に導入され、同時に衛生行政にも英米流の公衆衛生活動が導入され、伝染病、労働災害や職業病、公害による健康被害対策として大きく発展した（鈴木，2000）。また、ドイツ流の医療保険制度も初期のうちに導入された。もちろん、制度自体は、社会主義弾圧の「アメとムチ」のアメとして導入されたものであったが、生命を生かす大きな方向付けがなされたことは事実である。そして、戦争などの紆余曲折を経て、1961

年にすべての国民が何らかの形で社会的な医療保険によって包摂される「国民皆保険制度」が達成され、1973年の高齢者医療無料化によってピークを迎えるのである（市野川，2004）。

「生－権力」とは、生命と非常に結び付いた権力であったため、近代医療の発展と密接に関係しながら強化されていった。その特徴として、3つあげることができる。第1に、徹底的に患者を管理することが可能となった「病院」というシステムが確立したことである。第2に、方法論や医療技術の発展によって、処置や治療が反復可能になり、疾病を個別化し医学的に解明することが可能になった。第3に、国民の「生」が国に富をもたらすものとして位置づけられ、人口増大が国家政策の目的の一つとなったことが、近代医療の発展の原動力として働いたことである。これら3つをまとめるならば、「生－権力」の強化は、人口増大という国家政策のもと、個別化された疾病を病院システムによって治療する営みとして進行していったと言えよう。

このような「生－権力」の強化は、当然、医療の現場における医師－患者関係にも反映される。

(a) 個別化された疾病を病院システムによって治療するには、医師は、個別化された疾病の専門家であらねばならない。患者も、そのような医師の専門性を見て、自らの疾病の治療をゆだねる医師を決める。

(b) また、そこには、疾病の専門家としての医師と、疾病に苦しみながらも医師に頼りしかない患者、という関係が形成される。医師は、金儲けに走ることなく、疾病の治療を最優先し、患者は、そのような医師の処方に素直に従う。

---- これが、理想の医師・患者関係と見なされる。

実際、(a)、(b)のような医師・患者関係によって、多くの疾病が治療され、国民の健康と長寿が実現されてきた。感染症などによる大量病死の危険から我々を救いだし、衛生的で安心な社会を作り出してきた。本稿の冒頭に記したように、わが国が世界最高レベルの平均寿命も、「生－権力」に支えられて実現したのである。

しかし、「生－権力」の強化が、いつまでも医療の充実と併行すると考えるのは、あまりにも単純である。「生－権力」の強化が進むということは、医師・患者関係の現場では、上記(a)、(b)の傾向が、一層強化されるということにほかならない。

前項で整理した現代医療の2つの問題、すなわち、①患者という人間を無視して、疾病のみを対象とする傾向、②医師と患者の間に強者－弱者の関係が形成される傾向は、「生－権力」が閾値を超えて過度なまでに強化された結果と考えられる。すなわち、「生－権力」の過度の強化により、①疾病の専門家としての医師は、一人の人間としての患者など眼中になくなり、患者の疾病にしか関心を持たなくなる。また、②頼られる医師と頼りしかない患者の関係は、患者に対して、生殺与奪の権利を握っているかのような思いこみをしている医師をも生み出している。また、近代医療が「生－権力」として強化され、閾値を超えた先に現れたのが現代医療における2つの問題点だともいえる。

では、この行き過ぎた「生－権力」から現代医療が脱するには、いかなる方途があるのだろうか。筆者はその解決方法の一つを、フィールドワークで出会った2人の医師の実践の中に見出した。

2. 事例研究 ---- 2人の医師の活動

本節では、現代医療の2つの問題を克服する方途を示唆すると思われる事例として、2人の医師の活動を紹介する。それは、早川一光氏（86歳）、根津幸彦氏（53歳）という2人の医師が、京都市上京区西陣地区を中心に展開してきた活動である。これから述べるように、2人の活動には、現代医療の問題として指摘した2つの問題、すなわち、①患者という人間ではなく、患者の「病気」だけが医療の対象とされる傾向、②病気の専門家である医師と患者の間に、「強者－弱者」の関係が形成される傾向、は微塵も見当たらない。その活動では、住民を一人の人間として見つめる姿勢、そして、医師と住民の間の対等な関係が貫徹されている。

（1）事例研究の経緯と方法

筆者は、看護師としての職歴を経て、医療のあり方を人間科学（楽学舎，2000）の立場から考究するために、現在所属する大学院に入学した。そのような筆者の問題意識を考慮して、指導教授が筆者に紹介したのが、早川医師と根津医師だった。指導教授は、終戦直後から早川医師を中心に西陣住民がつくりあげてきた「住民主体の地域医療」の変遷について現場研究を行っていた（杉万，2000）。

筆者は、大学院に入学した2005年以来、主として、根津医師を中心とする住民ネットワーク組織「ともに生きる・京都」の活動にスタッフの一人として携わりつつ、その活動を参加観察してきた。とくに、2005年10月からは、週1回の集まり（サロン）、月1回の食事会に参加し、2006年1月からは、月1回の世話人会にも参加し、行事の準備・運営にも積極的に関わった。

また、同ネットワークの支持者でもある早川医師が、80歳になったのを機に開始した「でこそその医療」（80歳でこそできる医療、という意味）にも間近に触れることができた。早川医師からは、彼の信条である「住民による住民のための住民の医療」に関して多くの話を聞くこともできた。

（2）西陣における地域医療の歴史

本事例研究で取り上げるのは、根津医師を中心とする「ともに生きる・京都」と早川医師の「でこそその医療」であるが、両者の歴史的背景を押さえておくために、終戦直後から西陣で始まった地域医療の歴史について簡単に述べておこう。その詳細は、杉万（2000）を参照されたい。

終戦直後、全国の他の地域と同様、西陣も貧困にあえいでいた。劣悪な衛生環境の中で伝染病が流行しても、医療保険もなく、住民は医者にかかることさえもままならなかった。そのような中で、1950年、住民たちは、なけなしの金を出しあい、机やベッド、往診用の自転車やカバンまで持ち寄って、西陣織工場の一隅に小さな診療所（白峯診療所）をつくった。そこに医師として参加したのが、学生運動のため大学を追放された早川医師だった。診療所創設は、共産党の党勢拡大のための活動（オルグ）として行われた一面もあったが、その後まもなく共産党との関係は途絶えることになる。

白峯診療所は、1958年、堀川病院となり、住民の医療ニーズに応えるために、診療科を増やしていったが、住民主体の哲学は一貫して堅持された。病院拡充の費用の多くの部分は、住民出資によって調達された。ある高齢の住民は、「先生、こんど病院づくりはるんやて」と、自らの葬式のために貯めてきたタンス預金を早川医師に渡したという。

また、病院経営の面でも、住民主体の哲学が貫かれた。病院の最高意思決定機関である理事会の構成メンバーは、住民代表8人、院内代表7人と、住民優位の構成が取られていた。住民は、学区（小学校の校区）単位で組織をつくり、自分たちの病院を支えていった。病院スタッフは、文字どおり、地域に足を運び、地域に分け入って、医療活動を行った。出来高払いの厳しい労働条件で西陣織を織る住民は、病気になっても仕事を休むことができなかった。そんな住民たちの中に医師や看護婦が飛び込んで行って治療した。また、病院の職員は、住民たちに、行政から医療扶助(医療券)を支給してもらおう手助けをした。職員の中には、どうしたら、住民に生活保護を受けさせられるかを知るために、自らが生活保護の受給者になったものまでいた。「長寿会」、「ガンをなくする会」「半歩でもの会」（脳梗塞患者が、半歩でも歩けることを目的とする会）など、患者自らが、「自分たちの体は自分たちで守る」住民グループを結成していった。

このような医療スタッフと住民の近い関係は、住民に忍び寄る新しい問題に、いち早く気づかせた。その問題こそ、高齢化という問題だった。往診に行くたびに顔を見ていたおじいさんを最近見なくなった。実は、奥の座敷に閉じこめられ、壁に糞便を塗りつけていた。こんな状況に、医療スタッフは遭遇するようになった。1972年、「老人問題研究会」を発足させ、1973年、全国の他の地域に先駆けて、間歇入院と訪問看護制度による高齢者医療への本格的取り組みが、堀川病院で開始された。

また、地域の住民たちもこの取り組みに応えた。それが、1979年に発足した「堀川福祉奉仕団」だ。そのころ、独居高齢者の退院後のケアが地域での大きな問題となっていた。住民たちが大切にしたのは、「地域で暮らせること」であり、「地域で起こっていることは地域住民の中で解消していく」、「住民同士が支え合って、それを自分のこととして捉えて活動していく」、という思いだった。まずは一人暮らしの高齢者を対象に、昼食会と健康講座、寝たきり老人に手縫いのオムツを送る運動を開始した。名称も一人同士がまた一緒に暮らしてもよいからと「独身クラブ」になった。この活動を支えるために結成されたボランティアグループが奉仕団である。翌年からは「ボランティアスクール」を開催し、それに参加した者が登録し、援助するという体制をとった。

しかし、1980年代に入ると、大きな転機が訪れた。白峯診療所創設以来の住民組織を支えてきた住民たちも高齢となり、往年のエネルギーを失った。また、院内では、病院経営を重視するグループが、それまでの住民重視を貫こうとするグループに対して優勢となり、早川医師をはじめ住民重視派の医師や職員は病院を追われることになった。そして1987年、早川医師も、自らが住民とともに創設した病院に辞表を提出した。

根津医師が、堀川病院に着任したのは、1991年、住民重視派が劣勢になりつつあった時期である。根津医師が、早川医師を中心とした堀川病院の住民運動について詳細に知ったのは、着任後だったという。しかし、学生時代に新聞部で活動していた彼には、その思いに共鳴するところが多々あった。

着任した4年後である1995年1月、阪神大震災が起こった。京都市内の病院で医療チ

ームが結成されたが、約 2 ヶ月後には「祭りは終わった」とチームは救援活動から撤退した。根津医師は違和感と怒りを覚え、これから何年も暮らしを立て直し、作っていかねばならない「被災者の生活」と「自分の京都での生活」を切り離して考えることができなかった（根津，2007a）。そこで、自らで捜し、神戸市中央区のある公園に仮設住宅を立てた住民のところに看護師とともに支援に入った。最初は毎週、落ち着いてからは月に 1～2 回、血圧を測り、ただただ話を聴いた。神戸からボランティアが撤退していく中、その後も 6 年間、医療相談は続けられた。また被災地では、地域のネットワークを寸断された高齢者や障害者が仮設住宅に集められ、生活基盤がないまま「孤独死」として発見されることに問題を感じ、堀川病院で、「阪神大震災被災者支援バザー実行委員会」をたちあげ、物資や資金を集め、具体的な住民支援を続けた。

時期を同じくして、1995 年 11 月から根津医師は二つの勉強会を始めた。一つは、「保健・医療・福祉を考える地域懇談会(以下、懇談会)」、もう一つは、「堀川病院で公的介護保険を考える(以下考える会)」である。「懇談会」は、介護保険への社会的関心が高まる中、「公的介護保険」を考える全国組織の京都版であり、勉強会や講演会を開いて、約 1 年にわたって議論を重ねた。その中で、参加者たちは「公的介護」の考え方が導入されたことを評価しながらも、制度としての様々な問題点が見えてきた。公的保険の立脚点は、「障害者・高齢者が単身であっても在宅で生活可能なシステムであること」や「地域との関係を重視し、地域の中で生活が続けることが可能になるシステムであること」としながらも、「制度」で実現することは難しいことも見えてきた。また、「考える会」では、院内の医師や看護師、職員が数十人集まって、議論を進めた。その中で、参加者たちは、特に退院から在宅にかかわる看護部門において、生活を支える視点での制度と援助の矛盾に気づいていった。在院日数の短縮化、患者会の形骸化、地域福祉への不連続性、などの問題の議論を重ねていく中で、参加者たちは「地域と病院とのつながりをもう一度見直そう」という思いを強くしていった。

2 つの勉強会の結論として、地域の担い手としての堀川病院の使命は、介護保険制度に求めることではなく、「公的介護」の内実を考えることだと捉え、参加者たちの意識は『「地域連帯と共生」を取り戻すためには、どのようにしたらいいのか」という問題意識へと収斂していった。京都を拠点として全国組織に発展した「呆け老人をかかえる家族の会(現：認知症の人と家族の会)」（高見，1990）の代表を講師に招いたり、マンパワー不足や資金不足に苦しんでいた「奉仕団」と共に勉強会を進めていく中で、「本来の堀川病院のあり方」を取り戻すべく、協同して具体的な行動を起こしていこうという思いを強くしていった。

1998 年 2 月、「考える会」は、会報「堀川病院で公的介護を考える」を発行した。参加者たちは、奉仕団の高齢者が自分の健康問題をかかえながらも他の住民を支援している姿に励まされ、職員のボランティア結成の呼びかけ、独居老人の地域地図を作成し訪問の計画を立てる、入浴介助に医師や看護師を巻き込む、など具体的な案がでてくるようになった。彼らが問題ととらえる「孤独死」とは、「死」を問題とするのではなく、「孤独死」に至る「生」そのものであり、地域社会の中、孤立無援の状態で放置されていることこそ問題と考える（根津，1998c）。また、「『孤独死』をなくそうの運動」とは、たとえ、死ぬ時が独りであっても、日常の地域での人間関係や、近所づきあいと、行政や医療・福祉サービスとの関係も含めて、縦横無尽のネットワークを作り上げていくことだという（根津，1998a）。そ

して「公的介護」とは、地域社会が連帯と共生のネットワークを結ぶことであり、向こう三軒両隣、隣近所が助け合い支え合い、ともに生きていくことだとしている(根津, 1998b)。

しかし、病院の経営方針は、このような会とは逆方向へと進んでいく。外部から入ってきた職員が執拗な方法で、今まで住民とのつながりを大切にしてきた職員を次々と異動させた。それに反発を覚えた会では、99年1月に、ある人事をきっかけに病院批判を会報(第12号)に掲載した。その会報を病院側は、「病院にとって都合の悪いことを載せた物を、病院に置く訳にはいかない」と、無断撤去した。同時に「地域と病院は車の両輪」と考える医療者や職員は経営側から排除されていき、病院と会の溝は深まり、勉強会への職員参加も減少していった。2002年、根津医師自身も堀川病院を退職し、現在の診療所へ転職することとなった。

そのため、「堀川病院で公的介護を考える」という勉強会は、2000年2月に名称を「孤独死をなくそうの会」に変更し、「堀川病院」の名前を消した。このことは、病院との決別と事務拠点を失ったことをも意味した。そこから、専用電話を準備するとともに、活動の拠点を持つ必要性が強く意識されるようになった。2001年8月念願の拠点(事務所)を堀川通りの東側寺ノ内に開設し、2002年2月から週2回のサロンの開催、春・秋の交流会が始まり、会員同士の交流が活発になっていき、現在の状態となっている。

(3)「ともに生きる・京都」の活動

「ともに生きる・京都」は、現在、「市民による福祉団体」として活動している。会員は、226名(2009年3月現在)、運営の経済的基盤は、会員の年会費(2000円)によって支えられている。最高議決機関は、年1回の会員総会であり、毎年6月に開催されている。組織としては、代表1名(根津医師)、副代表2名、理事1名、監事2名(うち1名が医師)の計6名の役員を置いている。運営機関は世話人会で、月1度の世話人会において、その月の活動の詳細を決めている。「世話人」とは、基本的にはその月の世話人会に出席した者を指し、やりたい人が月単位でいつでもできるオープンなシステムになっている。現在は役員も含めて7~8人の世話人が活動している。また、会報を毎月発行しており、部数は約5000部、西陣地域を中心に、世話人や会員などで手分けして戸別に配布している。地方に住んでいる会員には、会報を郵送している。

会の目的は、「住民運動の発祥の地で地域連携と共生のネットワークの再構築を図り、『孤独死をなくす』こと」であり、主な活動は3つ挙げられる—1)地域の交流の場を作りつながりを強める活動、2)ボランティアセンターとして支え合う運動、3)住民主導・住民主体の医療・福祉を目指す活動—。現在の活動の中心は1)であり、2)、3)は必要に応じて行っている。

それぞれの活動について、具体的に説明する。

1) 毎月、会報を発行し、例会(昼食会と講話)を開いている。昼食会の料理は、すべて手作りで、四季折々の食べ物を楽しんでもらえるように工夫している。時には、会員の持ち寄った料理がおかずの一品になることもある。その他に、春のお花見や秋の交流会、フリーマーケットなどの野外活動、週2回(水、金)14:00~16:00まで、事務所をサロンとして開放し、茶話会、講習会、手芸教室などさまざまな行事を催している。野外活動は、普段外出できない会員を送迎して外に連れ出し、他の会員との交流を

楽しんでもらう機会ともなる。手芸教室などは、会員が講師を務めることもある。

2) 制度やシステムにのらない、ボランティアセンターとしての機能を果たす。高齢者の自宅を訪問して話し相手になったり、車椅子の人の外出を手伝うことで、人と人のつながりを大切に、ボランティアの必要な人と何か役に立ちたいと思う人とを結びつける。会の特徴としては、会員同士が助けたり助けられたりするすることである。例えば、一人の会員が今日は自分が病院を受診するため、一人で行くことの難しい別の会員と一緒に受診するような光景が見られることである。

3) 要請に応じて、医師や看護師等が医療相談を受け、会員宅を訪問したり、必要な機関につないだりする。

(4) 「でこそその医療」

「でこそその医療」とは、早川医師が現在一人で行っている「80歳でこそ、できる医療」を指す(早川, 2007)。早川医師は、2002年6月から自宅で「わらじ医者：よろず診療所」開設し、医療制度を利用せず、保険医の資格も返上し、白衣を着ることもなく、薬や検査も使わず、聴診器と血圧計のみを使って診療を行っている。診察費は基本的に無料であり、電話相談を基本とし、往診した場合もお金は一切取らない。電話に出るのは、早川医師か早川夫人、往診も一人で行くか、夫人と行くかである。頼りになるのは、聴診器と血圧計、そして自らの体の中にある「60年の臨床経験・人生経験」のみである。まさにそれが「80歳でこそ、できる医療」であり、「誰にもできない能力」、ただひたすら相手の言うことを「聴く」ことに徹する医療である。現在は、ラジオ出演、講演活動などの傍ら、年間300件ほどの「診療」を行っている。電話は様々なところから、多種多様な相談がかかってくる。その多くは“心の悩み”と“医療に対する不安と不満”の相談であった。

早川医師の医師としての原点は、「戦後の生き残り」としての使命だという。命をつなげられ、生き残らされた自分が何をすべきかと考えた時、2つの面があったという。1つ目が、「あの戦争はなんだったのか」を問うこと、2つ目が「権力は信じてはいけない。脱権力、反権力」であった。彼には、誰のために医者になったのかという反省があり、住民から教わり、常に町衆が自分たちの指導者であり、大衆を守るための医学でありたい、という思いがあった。権力に対しては、常に疑いの目を持つべきだが、結局は知らないうちに権力に巻き込まれる。だからこそ、「医療の主体」は大衆にあるべき、そうさせないといけない、と感じたという。

戦後、早川医師は、大学の自治会で、授業料値上げの反対と、教授会の公開を要求した。その学生運動と、西陣の町衆による自立自衛の運動が共鳴したという。西陣地区で50年、京都府美山町で7年、医療続けて、気がついたら80歳になっていた。そして、半世紀以上の臨床経験を振り返ったときに、今までは「集団の医療」であったと気づく。チーム作り、制度作り、医療の総合化であった。80歳になって、これから人を集めて後継者を作ることはできない。だから一人でやろうと考えた。

しかも、これからどういう医療を行うかと考えた時、夫人に「白衣を脱いだら」と提案された。それは、早川医師が「白衣」＝「権力」であることに気付いた瞬間であった。たどり着いた結論は、「捨てる」医療であった。だからこそ「白衣」を捨て、医療制度を捨て、保険医を捨てて、検査、薬、何もかも捨てて、診療所をやろうと思えた。残ったのは聴診

器と血圧計だけであり、これで医療ができないかと考えた。

もう一つの結論は、「聴く」医療であった。相手は何を悩んで、何を苦しんでいるのか、相手の訴えをただ「聴き」、困ったときにすぐ電話できるような、そして医療費のかからない、そんな医療をしようと考えた。電話診療は、相手を直接診ることができない。ひたすら相手の訴えを「聴く」ことが必要である。しかし、聴くことによって、医師のいう「これでいいよ」という言葉の中に、臨床 60 年の経験が残っている。これが他の誰にもできないことであり、「80 でこそ」できる医療なのである。

(5) 2つの活動のエピソード

本項では、筆者が、「ともに生きる・京都」の活動と「でこそ医療」の活動に触れる中で聴取した発言や、直接観察した事例を、エピソードの形で報告する。それらのエピソードからは、第1節で指摘した現代医療の2つの問題現象とは180度異なる医師の姿、医師と患者（住民）の関係を見て取ることができる。以下、第1節で指摘した2つの問題と対応させるために、(a)一人の人間としての患者（住民）に相対していこうとする医師の姿勢、(b)医師と患者（住民）対等な関係、という2つの見出しのもとにエピソードを報告することにしよう。

(a) 一人の人間としての患者（住民）に相対していこうとする医師の姿勢

【エピソード1：町衆にどっぷりつかって】

すでに紹介したように、早川医師の医師としての人生は、住民とスクラムを組んで設立した白峯診療所とともに始まる。その後も、堀川病院を辞するまで、「住民とともに」という姿勢は、微動だにせず貫かれる。早川医師は、戦後からの人生を振り返って、次のように語った。

「この町衆にどっぷりつかって、私も泥んこになりながら、町衆に語り、訴え、わめき、ともに喜び、ともに泣いてきた。」

【エピソード2：白衣も捨てて】

「でこそ医療」は、「捨てる」医療でもある。白衣も、薬も、検査道具も捨てて、使うものは、自分の身体と聴診器と血圧計だけである。患者の体に触れる前にまず、顔色、息づかい、皮膚の乾き、唇の色と乾き、そして表情を見る。次に、体位変化による症状の変化を診る。そして、最後に脈をとる。このことで、はじめて人間の体に触れることになる。

早川医師は、診察について、次のように語った。

「僕の手が相手の体に触ることによって、驚くほど数多くの症状（情報）をつかむことができる。体温、脱水状態、乾燥度、栄養状態はもちろん、その人の職業、その人の生活、果ては、気力、迫力、生命力まで、うかがい知ることができる。時には、その人の病気の予後、寿命の長短まで知ることができる。」

「この歳になって、患者の枕頭に立って、全感性をあげて診ることが大切だと知った。」

「なにも道具なしで、人様の医療をあずかることになり、裸の身軽さと同時に、僕自身の全神経を総動員して、患者さんと裸で真剣勝負をしなくてはならない緊張感を、

しみじみと味わっている。」

【エピソード3：ともに苦悩する】

「でこそその医療」において、早川医師が大切にしていることは、「ただ、ひたすら（相手の訴えを）聴く」ということである。診療室は自宅にある「居間」兼「茶室」である。時には、夫人が一服のお茶をたてる。相手の話を聞くためには、普通の畳の部屋で、お茶を飲みながら語り合うことが大切であり、そのことによって、患者の本音を聞くことができるという。また、往診の際に、夫人に茶道具一式を持参してもらうこともあるという。

「“どこが悪いか”ではない。この人が、何に苦しみ、何に悩み、何をしたいのか（聴くことによって）わかってきた。そして、その人の苦しみや悩みを、ともに苦悩し、“してほしい”ことの一部でも解決できるように、努力することが治療なのだ」とわかった。」

【エピソード4：技術ではなく、病む人の心に】

早川医師は、医師の専門技術に対する姿勢を次のように語った。

「医療がだんだん機械化されて、僕らが手でしかわからなかったことが、胃の裏側までファイバーでわかる。そこまで来ると、手だけでは勝負がつかない。どうしても機械を使わないといけなくなる。そうすると、機械ばかりを研究している大学に学びにいかなくてはいけない。すると機械だけになってしまい、専門技術というのは機械を使った医療ができることになり、そういう医療技術が患者に対する最高の返しだとみるでしょ。でも僕は違うと言いたい。大事なものは、技術ではなくて、病んでる本人、患者さんの心のもとに帰っていくことだ。」

【エピソード5：専門分化・機械化しすぎて人間を見失う】

早川医師は、医療の専門分化・機械化により失うものについて、次のように語ってくれた。

「近代機械化医療というのが、だんだん分化していく。胃腸科といっても胃袋ばかり診る人と、肝臓だけを診る人。次から次へと細分化していく。だんだんとブッシュ（藪）の中に入っていくようなもの。富士山の樹海の中に踏み込んでいくようなもの。細分化されていくと、『わからなかったところがわかった』というすばらしさがあると同時に、『すぐ隣がわからなくなる』という落とし穴が出てくる。そうすると一番困るのは患者さんで、どこへ行ったらいいのかわからなくなる。どの科にかかったらいいのか、と。だからこそ、自分に電話をかけてくる人たちが出てくる。その人にかかりつけの親しい先生がいれば、その先生に、電話するなり子供を連れて行くなりできるはず。『先生ちょっと見て』という人間関係ができていれば、僕のところには来ない。それがいないから、電話してくる。僕は、身近な先生の代行をしているわけ。専門化されると機械化される。機械化が進んでいくと、受付を廃止し、コンピューターを入れる。カルテも電子カルテにして、患者さんにカードを持たせて、患者さんが自分で全部する。医者がカルテを書かずに、検査データも、レントゲンも、CTの影も電子カルテを見れば、一目で全部分かる。そうすると、『患者さんを見てない』。僕のところにきた患者さんには、聴診器当ててみる、触診して、さわって、触れて、目を見て、叩いて・・・。(機械化で)がんの初期のものも見つけられるけど、それで失うものは、患者と医者との人間関係。」

【エピソード6：業務ではなく】

根津医師とのインタビュー中に、筆者が看護師時代に出会った、ある患者について議論になった。その患者は、自宅に帰れなかった長期入院患者であった。その時、筆者の「地域で少しの支援があれば、その患者は帰れる気がしたが、制度では救えなかったし、私は手も出せなかったし、責任も持てなかった。」という発言を聞いて、根津医師は次のように語った。

「それは『業務』で（患者と）つきあっているから。業務でつきあっているだけではだめ。隣の人、近所の人、もちろん一緒に住んでいる人もいて、それは一緒のところで生きて、一緒のところで死んでいくんだという覚悟があれば、もっとつきあえるでしょ。自分は、そう決意したわけではないけど、当然のこととして意識の中にある。制度は、もっとつきあえることをつぶしていつている。近所の友だちを来られないようにしている。つぶしてしまったあとで、（病院に）収容して、帰せないようにしておいて、「この人（自宅に）帰せない。どうしよう」と言う。そういう犯罪的なことをしてしまっている。」

「医療はすべて患者のものであり、患者に返していくもの。しかし、現実には医者が取り込み、患者を対象として研究し、医者が病気で苦しんでいる人たちを題材にして自分の功名を上げていく。そんな体質が許せない。それを僕はどっかで発表する気なんて毛頭ない。見ている方向が違う。」

「僕は、患者（住民）とは業務でつきあうのではなく、家族や近所の人も含めて、一緒のところで生きていて、一緒のところで死んでいくという覚悟のもとにつきあいたい。」

【エピソード7：ホームレスの患者】

根津医師の堀川病院時代、ある患者のカルテに「受診に来たら拒否してください」という張り紙が貼ってあった。その患者、Y氏はホームレスで、心臓・肝臓に持病を抱えており、堀川病院を受診したことがあった。しかし、泥酔状態、救急車での受診であり、経済的な問題から支払いもままならない「問題患者」だった。病院にとってY氏は「招かざる客」であった。ある年の1月、吹雪の晩、根津医師が当直の日、Y氏は警察に捕まった後、そこで体調をくずし、救急車で運ばれてきた。根津医師は、Y氏が「帰る」と言って騒ぐ中、説得し入院させてとどまらせた。根津医師は、その日のことを次のように語った。

「僕が宿直しているところに（Y氏が）救急車で来たんや。僕が宿直の日は何でもOK っていうことを、警察・消防署・救急が全部知っているから、暗黙のうちに『堀川病院に行け！根津のところなら取ってくれるから』って来たように僕は思う。証拠があるわけじゃないけど、僕が宿直したら変なんばっかり来る。・・・僕が宿直の日じゃなかったら（Y氏は）僕の所には来なかっただろうし、来ても拒否されていたかもしれへん。結局は泥酔していただけやったらから。でも、吹雪の中やったからね。僕は『ほり出さへんからね』って言ってとどまらせた。どう言ったかはあまり覚えていないけど、引き止めることができた。吹雪じゃなくても入院を断ることはなかったけどね。」

他の医師たちから煙たがられながらも、根津医師は病院のケースワーカーを通じて、Y氏の住居を見つけ、生活保護を受けられるようになるまで関わった。しかし、彼が簡単に

普通の生活に戻る訳ではなかった。結局、Y氏は2度、根津医師のもとから逃げ出して、自殺未遂を起こしてはまた帰ってきた。それからは、生活保護を受けながら、週5回のヘルパー訪問を受け、根津医師の診療所へ毎日通院し、また「ともに生きる・京都」の会員で一人暮らしのS氏から家族のような支援を受けながら、単身生活を送った。日常の生活動作レベルが下がり、脳梗塞を併発したあとは、根津医師の往診を受けつつ、昨年亡くなった。Y氏は生前、筆者のインタビューに対し、「根津先生には、ほんまに感謝している。あんな人おらんで。」と語ってくれた。

【エピソード8：ケアに関わらせることによる治療】

エピソード7に出てくるS氏は、本人も自殺企図を繰り返す精神に問題を抱える患者であった。根津医師は、S氏の自殺企図を次のように診断した。

「一人で放っておくからやろうけど、こっちがケアにはいって、S氏に対して他の『奉仕しますよ』という人を入れても、何も解決しないなって感じた。確かに訪問に行っている10分間は死にたくなるやろうけど、11分後からはまた死にたくなる。それよりは、この人に誰かをケアしてもらって、それを僕が指示をして、誰かの面倒を見てもらった方が、この人は死ぬ気にはならないやろうなと思った。」

そこで、糖尿病、心臓病などの慢性疾患を抱える元ホームレスであったY氏のところに、きちんと決まった時間にご飯食べているか、薬が飲んでいるかを確認してもらうために、次のような具体的な指示を出した。

「お前どうせ晩飯食べるやろ、どうせ晩飯食べるなら、Y氏の分も二人分お弁当買って、そこで食べたら。」

「(Y氏の)薬の数が合わなかったから、ちゃんと飲んでるか見ておいてや。」

こうしてS氏は、Y氏のケアを家族のようにやり始めた。この指示を根津医師は、「治療」だという。

「僕は(Y氏のケアを)頼んでやってもらっているんじゃない。治療者として言えば2人を同時に治療できていると思っている。」

【エピソード9：思わず他者を助ける】

根津医師は、JR福知山線脱線事故について、診療所の会報に次のように書いた。

「列車事故直後、まず近所の人たちが事故現場に駆けつけた。・・・中でも、私の心を打ったのは、すぐ近所の工場が一時操業を止めて社員総出で大量のタオルと水と氷などを持ち出し、手分けをして事故に遭った人が人たちの救護に当たったことである。事故直後、警察や救急車の到着までのプライマリーケア²で救われた人は多い。そこには損得勘定は存在しない。計算も契約も存在しない。愛というわけでもない。人として当たり前のことをしてただけだという人もいるだろう。大事故という非常時だからそれができたんだという人もいるだろう。確かにそうかも知れない。しかし、非常時であれ、自発的に救護に走らせる心は、人間の本能のようなものかも知れない。もはや、非常時にしか顔を出さないこの本能、平時にも発揮できないものか(根津，2007b)。」

² 病気や傷に対する最初の処置治療のこと

(b) 医師と患者（住民）対等な関係

【エピソード 10：一緒に考える】

早川医師は、一人の不登校の中学生 A さんの母親からの相談を受けたのをきっかけとして、引きこもりならぬ「内こもり研究会」を始めることになった。それは、本人、A さんの母親、スーパーバイザーとして N 先生、A さんの担任教師、A さんの家庭教師、そして研究者を巻き込んだ研究会となった。そこでは、不登校の原因を探すことはやめ、メンバーが対等な立場で、意見を出し合い、不登校の問題解決のゴールがどこにあるのかを含め、話し合いがなされた（新明，2006）。早川医師には、母親の相談になんとか応えたいという思いはあったが、自分には経験がない。同時に自分の息子から「一人で抱え込まない方がいい」というアドバイスも受けた。そこで、息子の恩師の N 先生をはじめとし、担任教師、家庭教師、本人、本人の母親、研究者を巻き込んでいく。互いに学びつつ、変化しつつ研究会は運営されていく。

しかし、3ヶ月を過ぎたあたりから、ゴールはどこかと早川医師は悩むようになる。そして、メンバー全員に次のようなファックスを送った。

「どこに僕たちのゴールをおいたらいいのだろうか？①娘さんを学校に行かせたら大成功なのか、②学校に行くのが嫌なら行かなくていい、そのかわり、これだけはしなさいと学校に代わるものをつくったらいいのか、③娘さんの得意なもの、特徴を引き出して、その道に行かせたらいいのか、これからもみんなで取り組みながら考えていきましょう。」

最終的には、その3ヶ月後に、依頼者である母親の明確なニーズが見えず、ゴールも見えないまま研究会の開催は延期されることになった。

【エピソード 11：神格化の拒否】

早川医師は、「まじめに医療する人が陥りやすい医療がある」と言う。医師の中に、「自分が治してやる」、「治さなくてはならない」という姿勢が強くなると、医療集団が住民を組織してしまう。医療が政治になり、政治的に医師が患者を指導していくようになってしまうのである。

「僕ら医療者が指導するという観念を持ったら、住民主体の医療は続かない。管理するという責任を感じたら、住民の活力がなくなる。（医療者が）うまくやればやるほど、『お任せします』、上手にやればやるほど、『わしらがやらんと、任せたらいいのではないか』、どんな医療か中身も知らんと、『お任せします』となってしまう。そして、医療を神格化する。うまくいけば『神様仏様』、『神業』、『先生は仏さんみたいな人や』と言われる。失敗したら、『鬼みたい』と言われ、落差が大きい。」

根津医師も、患者側の医師への期待について次のように語る。

「患者の側からしたら、お医者様は偉い人であってほしいわけよ。万能の神であってほしい。でも実際そうでない部分も分かっている。だから、近づいたらそうでない部分がわかってしまう。僕はそうじゃないで、ただのお兄ちゃんやで。」

【エピソード 12：医師仲間との協力関係を紡ぐ】

ある朝、一人のおばあさんから早川医師に電話がかかってきた。中学生の孫のおしっこに蛋白が出て、近所の先生に診てもらったら「日赤病院に行け」と言われ、母親は仕事で手が離せず、大きい病院のどの科にかかったらよいかも全くわからないと言う。早川医師

は、「ウン、いいよ。日赤病院に行く前に、僕の家へ寄ってみて。」と言って電話を切った。そして、日赤病院の新患受付へ、手紙を書いて、おばあさんに手渡した。午後になって、そのおばあさんから電話が入った-----「先生、よかった。先生のお手紙見せたら、外来の先生がしみじみと『なつかしい。私、この先生にお世話になった。一緒に医療したことがある。』と、孫を見ないで、手紙ばかり見て・・・。」と言って笑ったという。その外来の医師は、絵を書いて丁寧に説明し、孫は部活動に行ってもよいと許可してくれた。そのかわりに、早朝の尿と食後2時間の尿をおばあさんが病院に届けば、検査をしてくれるという。おばあさんは、「もう、安心して、うれしくてうれしくて・・・。」と喜んだ。

60年にわたる京都での地道な医療活動によって、早川医師には、多くの人脈がある。早川医師の医療観を理解し、協力してくれる医師や看護師も少なくない。こういう人たちが、困っている患者さんの周りを取り囲むことができる。これが「でこそその医療」を始めたことによる、もう一つの波及効果だという。早川医師の周りには、彼が言う「僕の相談医」が数多くいる。患者から見れば、早川医師がセカンド・ドクターだから、彼は、「僕の相談医」を、患者にとってのサード・ドクターと呼んでいる。早川医師は、サード・ドクターの候補者を大切に増やしてきた。そこには、1人の病人を多数の医師がかかわって診るという考え方である。早川医師が患者を他の医師につなげる。その医師がまた仲間を紹介する。そのようにして、ネットワークが徐々に広がってきた。

【エピソード13：医者とは、その程度のもの】

根津医師は、患者向けの講演会「医者のお仕事」の中で次のように語った。

「病気になってすぐ医者に行けば、医者とは、出せるものは何でも出しておきます。たくさん出したらいい医者だと思ってもらえるから。でも、忙しくて医者に行けない人、普段ちゃんと食べてるから医者に行くのを面倒くさがる人もいます。では、その人達が風邪を引いて、治らないかといったら決してそうではない。放っておいても治る。医者がみんなからありがたがられているけども、実際には健康を守るという医者が果たしている役割はないのです。放っておいても治るのに薬を出して、症状をちょっととる、熱をちょっととる、おなかの痛みをちょっととる、その程度のものです。ほっといたら5日で治るものを4日で治す、たったそれだけのことなんです。医者は無力なんや。治るもんは放っておいても、治る。治らんもんは何しても治らない。その中で、ちょっとだけ痛みをとったり熱をとったりして、もうけてはる人は、がばがばもうけてはる。」

「皆さん一生懸命リハビリしてはりますよね。治るものは、(自分でリハビリさえすれば)勝手に治ってはる。僕ら医者何かしたからと違う。手足動かして、鏡見ながら、誰がしてるの？医者じゃなくて自分でしてる。僕らは、リハビリの場を作っているだけ。・・・医療は、医者の仕事は、すばらしいものでも立派なものでもなくて、医者は自然に治るものを自分が治したような顔をして、医療を受ける皆さん側も、自分で勝手に治ったのに医者にお礼を言うような構造になってるんです。」

「医者の仕事というのは、『安心』ですよ。『とりあえず診てもらってたら、安心や』『私が死ぬ時にこの人に診断書を書いてほしい』と思ってもらえるか、医者が皆さんに安心を与えられるか、毎日を生きるという活動をしていく上で、安心が買えるかどうかなんです。いつでも控えておりますから、いつでも病気してください。」

「(診療所では、24時間対応の電話を備えており、緊急時は他院に紹介もする)僕がすることは電話だけ。だけど、直接とは明らかに違う。紹介すれば、患者の情報があるから、相手側の医者も安心する。顔の見える医者に、自分の関係する患者さんはちゃんと診て欲しいから、結局電話だけで仕事が終わっても、すごく満足です。」

【エピソード 14：医者に従属するな】

根津医師は、堀川病院時代、広報に「医療への対し方を考え直そう」という題で、患者向けに次のような文章を載せている。

「受診するときの動機は、自分の健康状態が心配だから、健康状態がわかる人(つまり医者)に見てもらって、適切な処置をしてもらおう、という所だと思いますが、白衣の呪術師の前へ出たとたん、それまで1時間も2時間も待たされて、いい加減立腹していたのに、そのことをおくびにも出さず、やたら下手に出て、ていねいな言葉を使い、言われたことをハイハイと聴き、疑うこともせず、出された薬を受け取っていませんか。確かにそのような患者さんは、医師の側からは楽なのですが、自分のためにはなっていないでしょう。医療機関は、自分の健康状態を知り、より健康な状態に回復するために利用するものなのです。決して、おまかせに行くものではありません。自分の健康は自分のものなので、自分の健康は自分で守るという姿勢が必要です。言い換えれば医師との関係にも適度な緊張関係が必要です。場合によって、医師はあなたに、食事、飲酒、喫煙、生活一般に対して制限を言い渡してくるかもしれません。自分の生活の質にまで踏み込んでくるからには、何か理由があるのでしょうか、自分で納得がいかなければなかなか生活が変えられるものではありません。因みに私も煙草を吸います。ですから他人に、禁煙を要求することはありません。そのかわり、こう言います。『今まで吸ってきたんやから止められへんわな。まあ、吸うたらええやん。そのかわり、命がけやで、一本一本、命がけで吸うてや。』ぞっとして止めた人もいます。これからの新しい医療・医師患者関係を模索して行かなければなあと思っています。」(根津, 1992)。

【エピソード 15：人を切り捨てない】

現在、「ともに生きる」は世話人の固定化、世話人の高齢化、後継者不足という問題を抱えている。それは、世話人会の運営の仕方をオープンにした弊害でもある。新しい人が定着しないのである。それでもいいと根津医師は言う。

「一緒にやっている人、それぞれが、その中で自己実現してもらえりような組織じゃないと、何か動いたときに、多くの人々が去って行って、そのことで自己実現できるような媒体たりうるのか。人を切り捨てていくような団体がいくら「ともに生きよう」と名乗ったところで、ぜんぜん「ともに」生きていない。」

3. 現代医療が進むべき道 --- 理論的考察

本節では、前節で紹介した2人の医師の活動を理論的に考察し、彼らの活動が、第1節で述べた現代医療の2つの問題を克服するとともに、現代医療が今後進むべき方向をも示唆していることを論じる。第1節では、現代医療の2つの問題として、①患者という人間ではなく、患者の「病気」だけが医療の対象とされる傾向があること、②病気の専門家で

ある医師と患者の間に、「強者－弱者」の関係が形成される傾向があることを挙げた上で、これらの問題が、フーコーの言う「生－権力」が閾値を超えて過度に強化された帰結であると解釈した。

本節では、まず、大澤の規範理論に準拠し、「生－権力」の成立とその強化を、

- (a) 原初的な規範形成プロセス
- (b) 規範の抽象化
- (c) 規範の過度の抽象化
- (d) 原初的規範形成フェーズへの回帰

という一連の規範変容プロセスの中に位置づける（第1項）。具体的には、「生－権力」の成立は、高度に抽象化した規範（(b)の後半段階）のもとで生じる現象であること、さらに、上記2つの問題の原因たる「生－権力」の過度の強化は、過度に抽象化した規範（(c)の段階）のもとで生じる現象であることを指摘する。大澤によれば、過度に抽象化した規範は、妥当な行為を指示するという規範本来の機能を喪失するがゆえに、原初的規範形成フェーズへの回帰が生じるとされる。本節では、前節の2人の医師の活動は、まさに原初的規範形成フェーズ（(d)の段階）を具現化したものであり、したがって、過度に強化された「生－権力」（あるいは、過度に抽象化された規範）を原因とする上記2つの問題を克服し、新しい医療の方向を示唆していることを述べる（第2項）。

（1）大澤理論による「生－権力」概念の再定位

本項では、フーコーの「生－権力」概念を、より包括的な理論枠組み、すなわち、大澤の規範理論の一部に位置づけ、過度に強化された「生－権力」の行方を見定める。まず、大澤の規範理論について、本論考に直接関係する部分に限定して紹介する。

a. 大澤の規範理論

原初的な規範形成プロセス

大澤の規範理論については、杉万（2006）によるわかりやすい解説もあるが、以下では、さらに平易な言葉を用いて、かつ、本稿に直接関連する部分のみに限定して紹介する。紹介に先立って若干の注意を促しておくならば、大澤の規範理論は、われわれが持っている常識的人間像から見ればオカルトにも見える状態から説明をスタートする－その上で、いかにして、われわれが常識的人間像を持つに至ったかも説明される。そのオカルトにも見える状態こそ、身体（しんたい）の「溶け合い」である。身体が溶け合うとは、文字どおり、身体と身体の違いがなくなること、さらに言えば、ある身体Aが頻繁に別の身体Bになり、身体Bが頻繁に身体Aになる状態である。この身体の「溶け合い」は、大澤（1990）での用語では「間身体的連鎖」に当たる。

身体の溶け合いの前に、そもそも、ある身体が他の身体になるとは、一体どういうことなのだろうか。ここでは、その例を一つだけ紹介し、あとは、大澤（1990）、杉万（2006）に登場する多くの例に譲りたい。たとえば、演劇を見ているとしよう。役者が崖っぷちに追いつめられる。その迫真の演技は、まさに演劇を見ている自分が崖っぷちに追いつめられているかのように感じさせる。思わず手に汗がにじむ。絶体絶命。しかし、ふと、「我に帰る」。そして、自分が崖っぷちに追いつめられてはいないこと、観客席で演劇を見ている

だけあることに気がつき、ホッとする。しかし、ふと我に帰るまでは、自分は誰だったの
だろう。ふと我に帰るまで、自分は舞台の役者だったのだ。そして、ふと我に帰った瞬間、
観客席の自分に戻ったのだ。

「他の身体になる」ことが、複数の身体の間で相互にかつ濃密に生じる状態、これが身
体の溶け合いである。3つの身体の間で、身体Aは何度も何度も他の身体B、Cになる。
身体Bも、身体Cも同様。このような状態が、3つの身体の溶け合いである。

複数の身体の溶け合いは、身体（ポジション）による経験の違いよりも、経験の共通性
をクローズアップする。芳香を放つバラを囲む3つの身体、しかも、溶け合う3つの身体
には、各身体（ポジション）からのバラの見え姿の違いよりも、各身体（ポジション）に
共通する芳香こそがクローズアップする。この共通経験が規範を生成させる。

ここで、「規範」という用語をきちんと定義しておこう。規範とは、妥当な行為群（ある
いは、妥当な認識群）を指示する操作のことである。妥当な行為とは、そのような行為が
生じることが想定できる行為のことである。---- 正しい行為、欲している行為という意味で
はない。たとえば、診察中に、患者である子供が大声で泣き出したとしよう。この行為は、
泣いている患者にとっても、泣かれた医師にとっても、決して愉快的行為（欲している行
為）ではない。しかし、それが、いかに不愉快的行為であったとしても、「(子供の) 患者
が大声で泣く」という行為は、過去の長い経験を通じて、医師にとっても患者にとっても
想定できる行為となっている。したがって、それは妥当な行為である。

しかし、ある医師が、診察中に突然、カバンの中から弁当箱を取り出し、「お腹がすいた
から」と食事を始めたらどうだろう。患者は、怒るも何も、ただただ、「え、そんなのあり？」
と驚くのみであろう。つまり、そのよう行為など、想定もしていない行為なのだ。これが、
妥当ではない行為（非妥当な行為）である。

身体の溶け合いに話を戻そう。身体の溶け合いは共通経験をクローズアップし、この共
通経験から規範、すなわち、妥当な行為群が生成する。芳香を放つバラを囲んで互いに溶
け合う3つの身体に対しても、規範、すなわち、妥当な行為群が生成する。その妥当な行
為群には、「いい香りだね」という発言、思わず鼻をバラに近づける仕草、等々が含まれる。

規範の生成と「意味」の生成はパラレルである。上のような妥当な行為群が生成されれ
ば、目の前のバラは、もう単なるバラではない。それは、「いい香りを発するもの」として
のバラであり、「思わず鼻を近づけたくなるもの」としてのバラである。つまり、目の前の
バラは、「いい香りを発するもの」、「思わず鼻を近づけたくなるもの」という意味を獲得す
る。

大澤の規範理論の大きな特徴は、規範が帰属される身体、すなわち、「第三の身体」とい
う概念を軸に理論展開したところにある。この「第三の身体」とは、大澤（1990）の用語
では、「第三者の審及」に当たる。規範が、ある身体Xに帰属するとは、規範が、身体X
の「声」として発せられるかのようなことになることである。バラをめぐる規範（妥当な行為群）
も、何らかの身体に帰属される。「いい香りだね」という発言は、いかに特定の身体の口か
ら発せられようとも、それは、身体Xの声を代弁しているだけなのだ。また、いかに特定
の個人が思わず鼻をバラに近づけようとも、それは、身体Xの声に従っているだけなのだ。

この身体Xは、溶け合った3つの身体のいずれとも異なる、いわば4番目の身体である。
3つの身体（ポジション）からのバラの見え姿は、皆異なる。したがって、3つの身体の

共通経験のみから生成した規範の声を発する身体は、3つの身体のいずれとも異なる、「第三」の身体でなければならない。第三の身体は、3つの身体の共通経験を代表しながらも、3つの身体のいずれとも異なる身体である。

以上をまとめると、複数の身体の受け合いを通じて、それらの身体の共通経験がクローズアップされ、その共通経験によって規範（妥当な行為群）が生成される。しかも、それと同時に、規範の帰属先である第三の身体も生成される。これが、原初的な規範の形成プロセスである。

規範の発達

自らの受け合いによって規範（と第三の身体）を生成し、生成された第三の身体の声聞くようになった身体たちを、第三の身体的作用圏にあると言う。当初は、受け合いによって第三の身体を生成した身体だけが作用圏に属している。しかし、作用圏のすぐ外部には、作用圏には属さない身体、つまり、作用圏内部の妥当な行為群（想定内の行為群）が通用しない違和的な身体が存在する。

このような違和的身体との接触によって、規範は大きな岐路に立つ。一つの道は、違和的身体と作用圏内部の身体の間に受け合いが生じ、違和的身体が作用圏の中に繰り込まれるという道である（こうして、繰り込んだ側の規範が発達する）。もう一つの道は、想定外の行為を平気でとる違和的身体を前に、作用圏自体が崩壊するという道である。規範は、違和的身体と遭遇するたびに、発達か崩壊かという岐路に立つことになる。

違和的身体の接触よりもドラスティックな事態は、異なる作用圏との接触である。この場合も、規範は発達か崩壊かという大きな岐路に立つことになる。崩壊ケースを先に言えば、接触した作用圏のいずれか、あるいは両方が崩壊する可能性もある。

しかし、ここに、「規範の伝達」が生じた場合には、大きな発達が可能になる。規範の伝達は、身体、事物、言語を媒介にして生じる。すなわち、規範の中身を色濃く担った身体、事物、言語が、ある作用圏から他の作用圏に伝達されるとき、規範が伝達される。

作用圏 A から作用圏 B へと規範が伝達されたとしよう。このとき、いかなる変化が生じるのか。まず、作用圏 A は、それまでの作用圏 B をも一部とするまでに拡大する。それに伴い、作用圏 A の規範は、作用圏 B の身体たちにも通用する程度までに一般化する。それと同時に、作用圏 B は作用圏 A の下位システムとして、作用圏 A に繰り入れられる。かりに、作用圏 B の身体たちが、それまでと同じ行為をしていたとしても、その行為は、作用圏 A の規範によっても妥当とされるように、新しい意味を獲得する。

では、作用圏 A から作用圏 B へと伝達された規範が、さらに作用圏 C にも伝達されたらどうなるか。作用圏 C は、もはや作用圏 A の下位システムになった作用圏 B の、そのまた下位システムに繰り入れられる。ここに、さらに大きくなった作用圏 A の内部に作用圏 B があり、その作用圏 B の内部に作用圏 C があるという入れ子構造が形成される。

このような伝達の連鎖がさらに続けば、作用圏 A の規範は、より多くの身体たちを作用圏の内部に包含することになる。言うまでもなく、その規範は、多くの身体たちに通用する一般的な内容に改訂される。こうして、当初の小さな作用圏の内部でしか通用しなかった規範は、大きな作用圏をもち、一般性を有した規範へと発達していくのである。

また、このような規範の発達につれて、第三の身体は不可視の身体へと変じていく。前述のように、第三の身体は、受け合う身体のいずれとも異なる「第三」の身体であるがゆ

えに、そもそも具象的ではない。それは、基本的に、抽象的な身体である。しかし、原初的な規範の形成プロセスでは、第三の身体は、具象的な特定の身体とオーバーラップする --- その意味で、具象的と言える。たとえば、先のバラの例で、溶け合う 3 つの身体のうち、A は母親、B と C は小さな子どもだったとしよう。花に顔を近づけながら「いい香りだね」と言う母親に、バラなど初めて見たのに「イイカオリダネー」とオウム返しに応える子ども。そんな溶け合いから生まれる第三の身体は、多くの場合、母親の身体とオーバーラップする。これに限らず、母子の間では、さまざまな出来事をめぐって日常的に溶け合いが生じ、次から次に第三の身体（とそれに帰属される規範）が生成され、その多くが母親の身体にオーバーラップする -- だからこそ、子どもにとって、母親の身体は格別な身体になる。

以上に述べた規範の発達をまとめておこう。規範は、作用圏の外部にある違和的身体を繰り入れることによって、また、その規範が別の作用圏に伝達されることによって、作用圏を拡大し、より一般的な内容の規範へと発達する。それと併行して、規範が帰属される第三の身体は不可視の身体へと変化していく。これが、規範の発達プロセスである。

規範の発達の行方

われわれの常識的人間像、つまり、「人間とは、心（あるいは頭の世界）を内蔵した肉体である」という人間像が、なぜ形成されたのかという点に触れておこう。これは、規範が高度に発達し、広大な作用圏が形成されたことの「効果」である。作用圏が広大になれば、いつでも、どこでも、第三の身体の声が聞こえてくる。それは、あたかも、声の音源（第三の身体）を胸ポケットに入れて歩いているかのような効果を生む。胸ポケットから聞こえる声、それこそ心の声である。

では、規範の発達はどこまでいくのか。規範の一般化、作用圏の拡大、第三の身体の不可視化はどこまで行くのか。

「いい湯加減の原理」というのがある³。温度が 30 度の風呂はほとんど水風呂だ。夏ならともかく、冬場だと風邪をひくだけ。35 度。まだまだぬるい。37、38 度、ぬるめの湯が好きな人なら、いい湯（である。40 度、熱めの湯が好きな人には、いい湯）である。では、50 度では？これでは、火傷しそうで、入れたものではない。では、70 度では？もうほとんど釜ゆである。30 度から 40 度では、熱くするほど心地よくなる。しかし、いい湯加減を超えると、心地よい風呂が、殺人の道具へと、性質を一変させてしまう。

ある閾値（いい湯加減）を超えると性質が一変するという原理は、規範の発達にも当てはまる。閾値を超えて一般化し、広大な作用圏に当てはまる規範。たとえば、「よく生きよ」という規範は、非常に一般的であり、広範な人々に当てはまる。

しかし、そもそも規範とは何であったかを思い出していただきたい。すでに定義したように、規範とは、想定可能な妥当な行為群を指示する操作であった。そして、その妥当な行為群を指示してくるのが、第三の身体であった。

では、だれかがナイフをあなたに向けたとき、「よく生きよ」という規範の声が聞こえたとして、あなたはどうしたらよいのか。逃げるべきか、立ち向かうべきか、あるいは、刺されるにまかせるべきか。「よく生きよ」という過度に一般化された規範は、確かに作用

³ いい湯加減の原理は、弁証法における量質転化の原理のこと。

圏こそ広大かもしれないが、もはや、個別具体的な状況でとるべき行為を何も指示してくれない。つまり、閾値を超えて一般化した規範は、規範としての機能を失ってしまうのだ。

規範が閾値を超えて一般化し、その機能（妥当な行為群を指示するという機能）を失ってしまったら、どうなるのか。そこは、振り出しに戻るしかない。つまり、再び、身体の溶け合いを通じて原初的な規範を生成するフェーズに戻るしかない。こうして、話は、本項の冒頭へと回帰していく。

現在、交通・通信の発達によって、身体、事物、言語による規範の伝達は、ますます加速化されつつある。それは、さまざまな規範の作用圏が、他の作用圏を飲み込み、拡大していく過程でもある。また、社会の複雑化によって、今までは無縁に近かった規範同士（たとえば、経済をめぐる規範と宗教をめぐる規範）の間にも影響関係が生じ、そこでも規範の伝達が生じやすくなっている。そこには、規範の一般化、作用圏の拡大が閾値を超えて進行し、もはや規範が失効状態に入りつつあることを示す現象が多発しているのである。

b. 「生一権力」概念の再定位

前項で紹介した大澤の規範理論は、フーコーの「生一権力」概念を再定位するための、より包括的な理論枠組みとして用いることができる。大澤の規範理論は、規範の生成・変容プロセスを、「(a)原初的な規範形成プロセス → (b)規範の抽象化 → (c)規範の過度の抽象化 → (d)原初規範形成フェーズへの回帰」という一連のプロセスで把握している。以下、「生一権力」の成立・強化が、この一連のプロセスの中に、いかに位置づけられるかを見ていこう。

まず、「生一権力」の成立は、規範変容プロセスのどの段階に位置づけられるのだろうか。第1節に述べたとおり、「生一権力」のまなざしは、個体としての人間（個人）に注がれる…その上で、個人の生を維持することこそが、権力の存立基盤となる。個人とは、単なる個体としての肉体ではない。皮膚で画された肉体の内部に心を有し、その心で判断や思考をなすという人間像こそが、個人である。このような人間像が、規範の抽象化（規範の一般化、作用圏の拡大、第三の身体の不可視化）がもたらす効果、すなわち、「胸ポケットの第三の身体」効果とでも呼ぶべき効果であることは、前項に述べたとおりである。そうであれば、「生一権力」の個人へのまなざしは、規範の高度な抽象化と表裏一体の現象であると考えられるだろう。

「生一権力」の成立が、規範の高度な抽象化と表裏一体であることは、フーコーによって指摘された「生一権力」のもう一つの特徴が、「人口」概念の重視であったことによって、さらに確認される。ここで、「生一権力」の成立が、規範の抽象化、とりわけ作用圏の拡大によってもたらされたことを思い出さねばならない。広大な作用圏を有する規範は、広大な空間を視野に入れる第三の身体に帰属される。言うまでもなく、その広大な空間には多くの人間が生活しており、その一人一人において生が維持されているかどうかは、結果的に、空間の中で生を享受している個人の数、すなわち、人口に反映される。このように、「生一権力」の2面性、すなわち、個人へのまなざしと人口の重視は、ともに高度に抽象化した規範のなせるわざなのである。

以上のように、「生一権力」の成立を、規範の高度な抽象化のもとで生じる現象と捉えるならば、「生一権力」の「過度」の強化は、規範の「過度」の抽象化と平行であると

考えるのは、ごく自然な推論であろう。大澤の規範理論は、「生一権力」の過度の強化が、規範の過度の抽象化とパラレルであることを教えてくれるのみではない。規範の過度の抽象化が、規範の失効をもたらし、原初的な規範形成フェーズに回帰すること…大澤の規範理論は、それをも教えてくれる。

前項で述べたとおり、原初的な規範形成フェーズとは、身体の溶け合いを通じて、原初的な規範とそれが帰属される第三の身体が創出されるフェーズであった。前節で紹介した2人の医師の活動は、身体の溶け合い（間身体的連鎖）と原初的な規範の創出プロセスと見なすことができる。次項では、再び、前節で紹介した2人の活動に立ち戻り、身体の溶け合いと原初的な規範の創出プロセスという視点から考察してみよう。

（2）2人の医師の活動

第2節5項では、(a)一人の人間としての患者（住民）と相対していこうとする医師の姿勢、(b)医師と患者（住民）対等な関係、の2つに分けて、エピソードを紹介した。前者(a)のエピソードは、医師と住民・患者の間の身体の溶け合いを示すものであり、後者(b)のエピソードは、第三の身体としての医師の姿勢を示すものである。

a. 身体の溶け合い

一人の人間としての患者・住民と相対していこうとする医師の姿勢を描いたエピソード1-9は、いずれも医師と患者（住民）との身体の溶け合いを示すエピソードである。以下、身体の溶け合いという視点から、これらのエピソードを考察してみよう。

エピソード1、3、6、7、8は、医師と住民・患者の溶け合う関係を端的に示している。エピソード1（町衆にどっぷりつかって）における「この町衆にどっぷりつかって……」という早川医師の言葉は、彼の住民に対する一貫した姿勢を表すものであり、早川医師の人生そのものが、町衆と溶け合う関係の中で進行してきたことを示している。その姿勢は、エピソード3（ともに苦悩する）のように、80歳を期して開始された「でこそその医療」でも貫かれている。早川医師にとっては、「どこが悪いか」、つまり、患者の症状よりも、患者が「何に苦しみ、何に悩み、何をしたいのか」が重要であり、その患者の苦悩を患者に「なる」ことによって共感してきたのである。

早川医師と同様、住民や患者と溶け合う関係は、根津医師の医療活動や思考の中にも見て取ることができる。エピソード6（業務ではなくて）にあるように「・・・家族や近所の人も含めて、一緒のところで生きていて、一緒のところで死んでいくという覚悟のもとにつきあいたい」という言葉は、彼の住民に対する強い思いが示されている。その覚悟が、「ともに生きる」の活動となり、紆余曲折ありながらも10年以上にわたって継続させた原動力となっている。また、根津医師の視点は常に「今患者にとって必要なものは何か？」という点にある。エピソード7（ホームレスの患者）、8（ケアにかかわらせることによる治療）に出てくる患者たちは、「業務の対象」ととらえれば、到底関わりの持つことのできなかった患者たちである。既存の枠組みにとらわれず、相手に「なり」、必要なものを共感する中で考えたからこそ、生活レベルでの支援につながったといえよう。

以上、2人の医師と住民・患者の溶け合いを端的に示すエピソードを考察した。しかし、このような両者の溶け合う関係を実現するのは、必ずしも容易ではない。そこには、医師

が高度な専門職であるがゆえの障壁が横たわっている。エピソード 2、4、5、6 は、2 人の医師が、そのような障壁をいかに捉え、いかに乗り越えようとしているかを示している。

医師の権威は、医師と住民・患者の溶け合いを阻む最大の障壁であり、その権威は、医師が身につける白衣に象徴されている。エピソード 2（白衣も捨てる）にある「白衣も捨てる」という行為は、「権威を捨てる」という早川医師の覚悟を表している。「捨てる」ことは簡単なことではない。60 年の臨床経験があるからこそ、「捨てる」ことができ、同時に「なにも道具なしで人さまの医療をあずかる」ことができ、「裸で真剣勝負」ができるのである。早川医師は、最終的には、「医師免許」も返上したいと筆者に語ってくれた。

根津医師の権威に対する態度も徹底している。エピソード 6 にあるように、彼は、医療はすべて患者のもので、患者に返していくものであり、医療者はそれを預かっているだけであり、自らの権威を保つ道具ではないと考えている。研究対象として患者を研究し、それを題材にして業績とするような体質に対しても抗い、厳しい態度で臨んでいるのである。

また、高度化・専門分化が進む現代医療においては、高度な技術と専門性もまた、医師と住民・患者の溶け合いを困難にする傾向がある。エピソード 4（技術ではなく、病む人の心に）、5（専門分化・機械化しすぎて人間を見失う）にあるように、高度な医療技術を用いることで、また細分化し専門性を高めることで、今まで分からなかったような病気を見つけることは可能になった。しかし、そのことによって、医療者は患者自身を「今を生きる存在」としてみることを忘れ、「壊れた機械」としてしか対象化できなくなるのである。溶け合う関係において重要なのは、医師・患者間の身体としての関係であり、溶け合いによって「患者さんの心のもとに帰っていくこと」なのである。

もちろん、医師も職業であり、毎日の医療行為は業務として遂行される。医療者間の軋轢さえもある。しかし、住民・患者を医療業務の対象と考えたのでは、両者の溶け合う関係は実現しない。エピソード 6 にあるように、業務の対象としてではなく、ともに生きる仲間としてつきあうからこそ、溶け合いは生まれる。そしてエピソード 7、8 にあるように、溶け合いを通じて相手に「なり」、徹底的に相手に寄り添うことによって、Y 氏には、温かい食事と住居を、S 氏には、ケアを与えられる受身的の存在ではなく、他者を助けることができる能動的な存在であるという承認を与えることができたのである。このように既存の枠組みにとらわれず、医療者間の軋轢を乗り越えることによって、看護師やソーシャルワーカーなど、他職種を巻き込んだ患者支援を行うことが可能になった。

現代の医療に必要な態度とは、エピソード 9（思わず他者を助ける）で根津医師が指摘しているように、そういった権威や技術、業務などを超えて、人と人とが対峙した時に生まれるような「自発的に救護に走らせる心」といえるのではないだろうか。

以上 9 つのエピソードから、2 人の医師と住民・患者の間には、常に、身体の溶け合いが目指されていることが明らかになった。その溶け合いは、医師という専門職の権威、医療技術の偏重、業務としての医療行為、医療者間の軋轢といった障壁を克服して実現されていた。

b. 原初的な第三の身体

2 人の医師の活動に見られる特徴は、医師と住民との身体の溶け合いだけではない。すでに述べたように、溶け合いから創出される第三の身体は、それに帰属される規範の一般

化、作用圏の拡大と併行して、不可視の身体へと変じていく --- それで、さらなる規範の発達の必要条件である。では、そのような必要条件、すなわち、第三の身体の不可視化という道が閉ざされた場合には、いかなる現象が生起するのだろうか。

大澤（1996）は、第三の身体的位置を占める人物が不可視化を拒絶したときに生じる現象を、オウム真理教事件の中に見て取っている。オウム真理教の修行の目的は、空中浮揚、体外離脱等の理想に代表される「気体化した身体」であり、それは、すなわち溶け合いにある身体の状相であった（複数の固体は混じり合うことはないが、複数の気体は容易に混じり合う）。その溶け合いから生成された（原初的な）第三の身体、それこそ麻原の身体であった。しかし、麻原は、不可視の身体と化すことを拒否し、信者の前に君臨する（現前する）身体に固執した。つまり、第三の身体さらなる発達の道を閉ざしたのである。ここに、オウム真理教が凶悪な殺戮集団への道を突き進んだ原因がある。

「気体」化した身体は、原初的な第三の身体を創出するのみならず、その第三の身体を発達させる（不可視化させる）エネルギーでもある。しかし、その発達への道は麻原によって絶たれた。ここに、麻原を不可視化する「気体」エネルギーは行き場を失い、もはやエネルギーの増加は、麻原の崩壊、ひいては教団の崩壊をもたらす脅威となった。言い換えれば、「気体」化された身体は、信者の目標であると同時に、その追求が教団崩壊をもたらす脅威でもあるという両義性を抱えることになったのである。実際、信者の残した記録には、彼らの「気体」に対する強い恐怖、すなわち、サリン攻撃を受けることに対する強い恐怖が綴られている。他人を殺戮したいとき、自らが最も恐れる手段を用いるのは自然なことである。ここに、彼らがサリンを武器に選んだ理由がある。

オウム真理教の事例は、あまりにも特異な例かもしれないが、原初的な第三の身体が不可視化への道を拒絶したときには、規範が発達する道も同時に閉ざされることを鮮烈に示している。では、2人の医師に目を転じてみよう。2人の医師と住民たちとの活動、とりわけ、その活動の中で医師と住民たちとの間に形成された身体の溶け合いによって創出された第三の身体は、多くの場合、医師の身体にオーバーラップしたはずである。では、第三の身体をオーバーラップさせた医師の行為は、身体の不可視化という視点から見たとき、いかなる特徴をもっていたのだろうか。

2人の医師たちの特徴の第1は、自らのリーダーとしての地位にまったく固執することなく、むしろ「己をむなしゅうする」姿勢、すなわち、第三の身体としての自らが不可視化することを何らためらわない姿勢にある。また、第2の特徴は、第1の特徴の実践面での表れとして、自分単独のリーダーシップではなく、集団的・ネットワーク的リーダーシップを志向している点にある。前述のエピソード10~15には、これら2つの特徴がよく現れている。

2人の医師の特徴の第1は、自らのリーダーとしての地位に全く固執することなく、「己をむなしゅうする」姿勢、第三の身体として自らが不可視化することをためらわない姿勢である。エピソード11（神格化の拒否）、13（医者はその程度のもの）、14（医者に従属するな）に見られる姿勢は、医師という社会的地位に固執せず、医師という権威ある仕事を相対化し、神格化を拒否する姿が見られる。地位に固執すれば、住民（患者）を指導し、管理してしまう。医師が一人で積極的に学び、失敗なくやればやるほど、住民は「お任せします」と受け身になってしまう。だからこそ、早川医師も根津医師も一人の住民として、

「ただのお兄ちゃん」として他の住民に自らの弱さも露呈し、「聴衆にどっぷりつかって」、一緒に泣いて、一緒に笑う存在として生きようとしているのである。

また彼らは、医療技術に対しても、ある程度の距離を保っている。それは医療技術を否定しているのではない。住民（患者）とともにある臨床医として、医療技術を偏重するのではなく、本当に必要な時に使うという姿勢を保っている。エピソード 12（医師仲間との協力関係を紡ぐ）、13に見られるように、自分の技術の範囲で診られる人はきちんと診て、自分の範囲外のものは、自らが信用できる医師に委ねようとしているのである。

このような態度をもってしても、現実には、医師という専門職的権威が身体の不可視化を阻害する場合がある。だからこそエピソード 13、14 のように、常に不可視化するようなメッセージを発し続ける必要がある。同時に、自らの身体を使って、フラットな顔の見える関係を身体の溶け合いという実践によって、不可視化をためらわない姿勢を維持し続けているといえよう。

2人の医師の第2の特徴とは、第1の特徴の実践面での表れとして、自分単独のリーダーシップではなく、集団的・ネットワーク的リーダーシップを志向している点である。エピソード 10（一緒に考える）、12に見られるように、早川医師は、患者の苦しみや悩みを、ともに苦悩し、相手のしてほしいことの一つでも答えたいという視線がぶれることはない。そのために、自らが単独でリーダーとして君臨することよりも、患者を囲むようにしてコーディネート役に徹する姿が見られる。根津医師も同じである。「ともに生きる」の実践において、根津医師が独断で物事を決めることはない。たとえ、食事会の品、一つでも世話人会に諮り、皆で決めようとする。物事を決めるのに時間がかかるという弊害はある。しかし、エピソード 15（人を切り捨てない）にあるように、どんな人でも「切り捨てない」という思いをもって日々活動しているのである。

このようなリーダーシップのありようは、時に活動の目的を達成するということからぶれてしまうこともある。しかし、早川医師も根津医師もそれをよしとする姿が見られる。エピソード 10 や 15 に見られるように、何かを達成するために人を切り捨ててしまうことよりも、たとえ達成することが出来なくとも、「一緒に考える」という姿勢に徹し、人を切り捨てず寄り添う姿勢を貫いているのである。

このような特徴を持つ医師の姿勢から作り出される「場」は、オウムに見られるような社会から閉ざされた空間ではなく、「開かれた」空間ともなっている。「ともに生きる」は、システムそのものがオープンである。会員は会費さえ払えば誰でもなれる。彼らが低額にこだわったのには理由があった。会費は、「生活保護を受けている人でも払える金額」である必要があったからだ。運営状況は厳しい。しかし、年会費 2000 円という金額は死守されているのである。世話人も誰でもなれる。月毎に世話人を決めるのは、できる時は世話人をし、できない時は世話になればよいということでもある。もちろん、世話人が頻繁に入れ替わったり、固定したりという弊害はある。それでもエピソード 15 のように、開かれた活動でありたいと考えているのは、身体の溶け合いによる関係をつくることそのものを大切にしているからであり、集団的なリーダーシップを志向しているからなのである。同様に、誰でも早川医師の患者になれる。電話があり、電話料金さえ負担すれば、医療保険がなくても早川医師の診察は受けることが可能である。希望すれば、往診さえしてくれるのである。

そして、その「開かれた空間」は、住民（患者）にとっての「安心できる生活の場」となっている。早川医師も根津医師も、自分ではわからないこと、自分の手には負えないことがあれば、臆せずに他の医師に相談し、他の医師に紹介する。それがエピソード 12にあるように、早川医師は、何科にかかったらよいか分からない患者に手紙をもたせ、具体的な医師につなげる。その医師が思いを汲み、患者の状況に沿った医療を提供することが可能になる。また、エピソード 13にあるように、根津医師も 24 時間体制で患者の要請に自らを開いている。必要があれば、自ら出向き、入院の必要があると判断すれば、自ら他院へとつなげる。できることは電話 1 本であっても、それが患者のみならず、医療者にとっても「安心できる」ネットワークを作り出しているのである。このように紡がれたネットワークは、患者を中心とした人と人による「セーフティネット」とよべるのではないだろうか。

以上の 6 つのエピソードから、2 人の医師の実践は、常に第三の身体として自らが不可視化することをためらわず、集団的・ネットワーク的リーダーシップを志向していることが明らかになった。そのような実践は、常に自らの神格化を拒否する姿勢によって維持され、たとえ活動の目的が達成されなくとも、人を切り捨てない「開かれた空間」を維持し、たとえ病気になったとしても「安心できる場」を志向することによって実現されていた。

最後に、彼らの住民（患者）を前にしたときの「原動力」について言及しておく。堀川病院の住民運動、阪神大震災の救援活動、そして「ともに生きる・京都」の活動、すべて困っている住民（患者）を目の前にした時に「私は人としてどう行動するのか」、という問いから始まっている。そこには自分の社会的立場や、損得勘定を考える態度は感じられない。「顔の見える関係」によって相手との身体の溶け合いに遭遇した時に、自分の無力さを感じながらも「なんとかしたい」という思いから突き動かされた結果なのである。根津医師は、今の医療に必要なものをエピソード 9（思わず他者を助ける）として話していた。根津医師がこの「自発的に救護に走らせる心」を本能とよんだのには理由がある。それは、このような原動力はすべての人に備わっている「本能」のようなものであり、早川医師や根津医師が「赤ひげ」的な特別な存在なのではなく、誰にでも実行可能なものだと考えているからである。この本能こそが、前述した彼らの活動の原動力であり、今医療者に求められている態度だといえよう。そしてこれは、大澤（2002）が指摘しているように、現代の我々が感じている息苦しき＝閉そく感を打開する可能性を秘めた「もう一つの態度」なのである。

以上、2 人の医師の活動が、住民たちとの間に身体の溶け合いを形成し、そこから原初的な第三の身体を生成するプロセスとして考察できることを述べた。第 1 節で見たように、現代医療には①患者という人間ではなく、患者の「病気」だけが医療の対象とされる傾向、②病気の専門家である医師と患者の間に、「強者－弱者」の関係が形成される傾向が顕著であり、それらが多くの医療問題、社会問題を惹起している。本研究では、それらの傾向は、フーコー（1976）のいう「生－権力」が過度に強化されたこと、また、大澤（1990）の概念を使うならば、規範が過度に抽象化したことの帰結であると考察した。かりに、この考察が妥当ならば、大澤（1990）が指摘するとおり、原初的規範の形成フェーズへと移行する以外に、上記の傾向を克服する道はないことになる。その原初的規範の形成フェーズこ

そ、本研究が2人の医師の活動に見出した、身体の溶け合いと原初的な第三の身体の生成に他ならない。その意味で、2人の医師の活動は、現代医療の問題を克服するのみならず、今後の現代医療が進むべき方向を考える上での重要な事例とすることができるだろう。

謝辞 フィールド研究にあたり、長期にわたるフィールドワークを受け入れて、インタビューに協力して下さった早川一光医師・根津幸彦医師には、本当にたくさんの示唆を与えていただきました。また、「ともに生きる・京都」の世話人や会員の方々、関係者の方々にも多大なご協力賜りまして、心より感謝申し上げます。また、本論文には登場しませんが、大矢治世医師・色平哲郎医師・菊池智子元保健師にも貴重なお時間をいただき、多くの示唆を与えていただきました。この場をお借りして、心よりお礼申し上げます。

最後に、このような論文にまとめることができたのは、京都大学大学院杉万俊夫教授の厳しくも暖かく根気強いご指導によるものです。ここに感謝の意を表します。

引用文献

- Foucault, Michel (1976). *La volnte de savoir Volume 1 de Historire de l a secualite.*
(ミッシェル・フーコー 渡辺守章(訳) (1986). 性の歴史□ 知への意志 新潮社)
- 早川一光 (2007). 談話室 わらじ医者 よろず診療所日誌より *Animus* 春, 45-48.
- 市野川容孝 (2000). 思考のフロンティア 身体/生命 岩波書店.
- 市野川容孝 (2004). 社会的なものとの医療 現代思想, **32(14)**, 98-125.
- 色平哲郎・山岡淳一郎 (2005). 命に値段がつく日 中公新書.
- 根津幸彦 (1992). 医療への対し方を考え直そう 西陣健康会だより ほりかわ,
第 **309** 号, 1-2.
- 根津幸彦 (1998a). 堀川病院で公的介護を考える 会報, 4号, 2.
- 根津幸彦 (1998b). 堀川病院で公的介護を考える 会報, 5号, 1.
- 根津幸彦 (1998c). 堀川病院で公的介護を考える 会報, 11号, 1.
- 根津幸彦 (2007a). ゲマインシャフト Vol.1 震災のこと、12年目に想う
Vivre (びーぶる), **149**, (医) 永原診療会.
- 根津幸彦 (2007b). ゲマインシャフト Vol.4 尼崎列車事故のこと
Vivre (びーぶる), **152**, (医) 永原診療会.
- 大澤真幸 (1990). 身体の比較社会学 I 勁草書房.
- 大澤真幸 (1996). 虚構の時代の果て ちくま新書.
- 大澤真幸 (2002). 文明の内なる衝突 NHK ブックス.
- 楽学舎編 (2000). 看護のための人間科学を求めて ナカニシヤ出版.
- 佐藤純一 (1995). 医学 黒田浩一郎編 現代医療の社会学 日本の現状と課題 世界思想社 2-32.
- 新明優香 (2006). チームプレイによる不登校への取り組み～「内こもり研究会」の事例～
京都大学総合人間学部卒業論文(未公刊).
- 杉万俊夫 (2000). 住民による地域医療を目指して 杉万俊夫(編) よみがえるコミュニテ

- イ フィールドワーク人間科学 ミネルヴァ書房 149-182.
- 杉万俊夫 (2006). グループ・ダイナミックス 杉万俊夫 (編) コミュニティーのグループ・ダイナミックス 京都大学学術出版会 19-86.
- 鈴木庄亮(2000). 衛生・公衆衛生学序論 鈴木庄亮・久道茂編 シンプル衛生公衆衛生学 改訂第9版 南江堂 1-22.
- 高見国生 (1990). 「家族の会」に理解を 看護学雑誌, **54(8)**, 764-768.

—— 2009. 11. 11 受稿, 2010. 3. 1 受理 ——

Problems with the doctor-patient relationship in modern medicine

Terumi Sameshima (Kyoto University)

This study indicated deficiencies of modern medicine, focusing on two major problems in the relationship between a medical doctor and a patient. Possible solutions for the problems were proposed through theoretical consideration of specific instances of regional medicine that the author investigated by participative fieldwork.

In the first section of this paper, two problems were indicated: (1) only the disease of a patient tends to be focused on by a medical doctor without respecting the patient as an independent person, and (2) a relationship between the strong and the weak tends to be prevalent between a doctor who is a specialist of medicine and a patient who is not. Moreover, it was argued that the two problems were caused by biopower (Michel Foucault) that had been enhanced excessively beyond a threshold.

The second section described results of my fieldwork in which possible solutions of the two problems might have been suggested in a practice of two doctors and residents in a community.

In the third section, the concept of biopower was reexamined from the viewpoints of Masachi Osawa's theory of norms, and it was concluded that developmental process of norms consisted of four phases: (a) formation of primitive norms, (b) abstraction of norms, (c) excessive abstraction of norms, and (d) return to formation of primitive norms, and that the stage of formation and development of biopower and the stage of excessive enhancement of biopower corresponded to (b) and (c), respectively. In contrast, the practice of the two doctors the author observed in her fieldwork was interpreted as reflecting what would happen in the fourth phase above (d) and was, therefore, taken as suggesting a concrete way to resolve the two above problems of modern medicine.

Key words: modern medicine, doctor-patient relationship, biopower, theory of norms

Author: Terumi Sameshima

Graduate School of Human and Environmental Studies, Kyoto University, Kyoto,
Japan. Mail: terumi-sameshima@h05.mbox.media.kyoto-u.ac.jp