

# REVIEW ESSAY

三井さよ、2004

『ケアの社会学——臨床現場との対話——』

勁草書房



## キュアからケアへ

——医療現場における「ケア」の意義——

山根 純佳

### 1 はじめに

社会学と実践現場との対話。そこにどのような可能性があるのだろうか。これは、社会的知と言語を用いて現実社会を分析する社会学にとって普遍的なテーマである。

医療現場での濃密な聞き取り調査の成果である本書にも、「臨床現場との対話」という明確な役割が与えられている。社会学は臨床現場にいかに関与するのか。そして臨床現場にとって社会学とは何なのか。この点を明らかにすべく、冒頭で著者は両者の視点の相違をこう説明する。臨床現場と社会学は「WHAT」（問題はそもそも何か）と、「HOW」（現状改善のためにどうすればいいか）に対する志向性において異なっている（6）。目前の問題を解決しなくてはならない医療専門職は、問題を直接に解決できそうなHOWをまず考え、そこからWHATを導き出す傾向にある。他方、社会学者は直近のHOWにこだわらなくてもいい。その社会学

者の役目とは、「WHATそのものを再考すること」（11）によって、これまで論じられてこなかったHOWを発見することにある。このような作業によって、「目の現状改善だけでなく、遠くを見据えた改革の道筋を見出すことが可能になる」（12）、と。しかし、著者は急いで付け加える。現場の医療専門職はWHATとHOWを「わかっていない」わけではなく、誰よりもよく「わかっている」（13）。いうまでもなく社会学の発見は、現場の人々の聞き取り調査から浮かび上がってくるものなのだから。社会学者の仕事とは、それらを体系的・論理的にまとめることである（13）。

では現在、医療現場においてどのようなWHATとHOWの探究が必要とされているのだろうか。それが本書のタイトルである「ケア」をめぐる諸問題を解決することである。著者は本書で、医療現場において「ケア」を困難にしている根本的問題（WHAT）を明らかにし、少しでも「ケア」が持続しうるための方策（HOW）

を見つけることを自らの課題として引き受ける。では、「ケアの持続」(3)という観点からみたとき医療制度はどのような問題を抱えているのか。そしてそもそもなぜ医療において「ケア」が問われなければならないのか。本書ではこれらの論点に関して、説得力のある分析が展開されているだろうか。本稿では医療とケアの関係をめぐる本書の分析の意義とその問題点を明らかにしていきたい<sup>1</sup>。

## 2 本書の射程

まず本節では、本書の記述にそって著者の分析を確認してみたい<sup>2</sup>。

### 2-1 「仮説」としてのWHAT

読者はどのような視点で本書を読む(ことができる)のか。本書の構成から考えてみよう。上述したように、著者によれば社会学は「WHATを根本的に問い直し、そこからHOWを導き出す」という作業をおこなう。この主張に沿って著者は、第1章・第2章でWHATを提示したうえで、第3章・第4章の事例分析でHOWを探求する。つまり、WHATは事例分析の前に、あらかじめ設定される(WHAT→HOW)。

一方で、読者にとってあらかじめ設定されたWHATはあくまで「仮説」であり、事例分析をとおしてWHATの意義は検証される。著者も述べているように、現場からしかHOWもWHATも見えてこないのだから、本来WHATも事例分析をとおして事後的に明らかになるものなのだ。

これらのWHATとHOWの言語化は、現場にどのような意義をもたらすのか。臨床現場との対話を目指す本書にとって重要な検討課題である。しかし、その前に考えなければならない

のは、著者がとらえたWHATの妥当性である。著者が提示するHOWが有効だとすればそれはWHATが適切であるからだ。よって、読者は事例分析に入る前にまず著者がWHATをいかにとらえているのか、きちんと読みとる必要がある。まず著者のWHAT認識を読み解いていこう。

### 2-2 ケアをめぐる根本的問題

著者がとらえた根本的問題WHATは、終章で以下のようにまとめられている。

医療もケアの一部である以上、患者の「生」の固有性を軽視してはならない。特に近年のように医療化が進展する中、患者の「生」がより深く医療に関わるようになったため、患者の「生」の固有性を重視する必要性はますます高まっている。医療専門職のような対人専門職制度は、「生」の固有性の重視と、働きかけの持続という二つの要請に、一定程度応えた制度である。だが、医療専門職は医療専門職として社会化される過程で、自らのなすべきこと／できることについて限定された職業イメージ——本書ではそれを限定性と呼んだ——を形成している。それは患者の「生」の固有性に向き合おうとする際には「壁」となりうる。そうした中で、医療専門職が自らの限定性を乗り越え、患者の「生」の固有性に開かれること、これが今日求められていることである。(238-9) [下線引用者]

さて、このWHATは具体的にどのようなことを意味するのか。まず重要なのは、本書のWHATは、医療・看護だけに限定されない「ケア」一般の問題群であるとされていることだ。序章で著者は「ケア」を以下のように定義している。

本書ではケアを、他者の「生」を支えようとする働きかけの総称である、とまずは捉えておくことにしたい。身近な人々であれ、見知らぬ人々であれ、職業的に関わるクライアントであれ、自らの関わる他者の「生」を支えようとする働きかけをケアという。これはいわゆる動機による定義ではなく、志向性による定義である。働きかけの背景にあるのが自己陶醉や自己満足、利己心、金銭的報酬であったとしてもそれは問題とせず、ただ他者の「生」を支えることを志向する働きかけをもって、ケアと呼ぶことにしよう。(2)

本書の主題は、医療現場に限定されない、他者の「生」を支えようとする働きかけ＝「ケア」一般の問題群である。この主張に説得力を与えるべく、著者は第1章（「他者の「生」を支えようとすること」）で阪神大震災のボランティアの事例をとおして「ケア」をめぐる問題WHATを提示し、第2章（「キュアからケアへ」）でそのWHATを医療の文脈に位置づけるという作業をおこなう。

著者が震災ボランティアの事例で発見した「ケアの困難さ」とは、「持続性」と『生』の固有性」の二つであったという。そこから『生』の固有性」を軽視せず、かつ「持続可能なケア」の二つが「望ましいケア」のあり方であると著者は考える(24-30)。では『生』の固有性」とは何を意味しているのか。著者によればそれは第一に、ある人の「生」は「その人の身体的・経済的状況、生活のあり方、それへの意味づけの仕方などが渾然一体となって形成して」(26) いるものであり、「同じ経験であっても、そのもつ意味は人によって異なる」(24)

こと、第二に「『生』の固有性」はある特定の局面で浮かび上がり焦点化されるものであり、日常の仕事や買い物においては焦点化されえなくても、被災や病気などなど「生」に大きく影響する局面でこそ浮上してくることを意味している(26)。また「持続的なケア」は、「一人の人に対して行われるケアが単発的なだけでなく持続的であった方が望ましいことが多い」(29) ことや「ケアを必要とする人は複数いる」(29) ことから必要とされているという。

そして本書で争点となるのが、このような「ケア」の困難さに対応するべく制度化されてきた「対人専門職制度」に内在する限界である。対人専門職制度は、「生」の固有性と持続性という「ケア」をめぐる困難な課題に対して個別対応を専従的に行い、また対象者に必要なのは何かを規定する能力を有する(とされる)主体を制度的に再生産してきたが、著者によれば、この制度はケアの持続という問いに対して十分に答えられていない(32)。なぜなら、対人専門職は、専門職としての「ある職業イメージを身体化することによって、しばしば対象者と向き合う際に、自らのなすべきこと／できることを限定して」(34) しまうという「壁」に直面するからである。

著者によれば、対人専門職ゆえに直面する「限定性」の問題はケアの制度化によっては解決しない。「対人専門職が限界に直面することがなくなるわけではない」(40)のだから。よって「限界に直面したときに限定性を乗り越える契機」を生み出すことによって「少しでも多くの機会においてケアが行われる可能性を高め」、「ときに揺り戻しや停滞がありつつも、少しずつ一定の方向へ向けて進んでいく」という「ケアの持続」(40)の可能性を探究することこそ、有効

な試みであると著者は述べる。

以上が第1章で提示される議論の大枠である。『生』の固有性と持続性を保障する「ケア」。この二つを両立させるための制度である対人専門職制度は、専門職が職業イメージによって観点を限定してしまうという限界を乗り越えるものではない。これが著者の「ケア」をめぐるWHAT認識である。

第2章ではこのWHATは、医療における「キュアからケアへ」の転換という文脈に位置づけられる。著者によれば「キュアからケアへ」の転換とは、「近代医療制度のあり方がキュア（＝治療）中心になっていたのに対して、ケア（＝「生」を支えようとする働きかけ）へと医療を転換していこう」（45）とするものである。では医療専門職と患者の関係性で何を転換することが求められているのか。著者はこの点を1950年代から1970年代の医療化の進展に伴う慢性期患者と「病院死」の増大という文脈から説明する（48-50）。医療化の進展によって今日、医療専門職は患者の「生」の固有性に関わらざるをえなくなったが、そこで患者の「生」の固有性に比して医療専門職の観点が限定されているという事態が問題化されはじめた。著者によれば、医療の「キュアからケアへ」というテーゼが問題化してきたのもこの「限定性」という論点であった。そして従来の社会学の「医療専門職論」や臨床現場が探究してきた「ケア論」もこの「限定性」問題に取り組んできたが、これらは有効な解を示してこなかった。

では、医療専門職論にはどのような限界があったのか。著者はこう述べる。医療の不確実性ゆえに医療専門職が職務責任を限定することが必要だとしたタルコット・パーソンズの限界は、医療専門職と患者との間ではニーズについ

て一定の了解が成立しているはずだと考えていたことにあった（61）。医師が考えるニーズには含まれていないことでも、患者からすればニーズと思えることが多々あることを認識していなかったのだ。一方でこうした視点からパーソンズを批判したフリードソンは単に医療専門職を批判するという立場にとどまっていた。著者によればこれらの専門職論の限界を乗り越えるには、患者の「生」の固有性へと開かれるために何が必要になるかが探求されなければならない。そこで本書では、彼らのように医療専門職と患者との相互行為を制度を「再生産」するものと捉える認識から脱却し、相互行為が制度を変容させていく可能性に着目すると述べる（63）。

他方、臨床現場が提起してきたHOWとして「ケア技法論」や「ケア倫理論」の限界を著者はこう述べる。まず、拡大された様々な技法を全て身につければケアができるのであり、「技法が欠如していればケアにおいても『劣位』なはずだ」（68）とする「ケア技法論」は、専門職ゆえに観点が限定されているという事態を十分に認識していない。他方、ただ自らの観点を「無」くして他者を受け容れればいいとする「ケア倫理論」は、パーソンズが危惧した医療専門職が抱える心理的負担を理解しておらず、「ケア倫理論」が医療専門職への過剰な倫理的期待へと転化する危険性を認識していない（73-5）。さらにこれらの「ケア論」は、「あくまでも他者である患者との関わりの中で、一人の主体としての医療専門職が患者の『生』の固有性にどう向き合おうとするのか」（76-7）を探求する視点が欠けていた。すなわち「ケア技法論」は、「ケア」における相互行為過程を医療専門職の側の主体性に回収してしまったし、「ケア倫理

論」は他者としての患者を重視するあまり、それ自体独自の主体でもある医療専門職を軽視してしまった(76)。著者は、医療専門職と患者の「相互行為」に着目する本書の分析はこのような限界を乗り越えるものだと主張する。

さて、以上は医療専門職と患者の関係をめぐる議論であるが、「生」の固有性に開かれた「ケア」への転換のためには医療専門職間の関係の変化も求められている。本書ではこの問題についても検討される。現在病院内の分業の進行によってそれぞれの医療専門職が患者の「生」の異なる側面を認識しているが、看護職やコメディカルの問題提起は医師によって無視されてしまっているのが現状だ(79)。こうした状況を改善するためにこれまで医療専門職間に「平等な」関係を作ろうとする「平等モデル」が提示されてきたが、著者によればこのモデルは「各医療専門職の関係」が「あたかも常に平等でなければならないかのような」視点に立っている点で「感覚的」であるという(80)。そこで、著者は「平等モデル」に対する批判をおこなったフリードソンの「階層制論」に一定の意義を認める。これは、医療専門職間には医師が圧倒的に上位に位置するという法律上の階層制 hierarchy が存在する以上、各医療専門職が「平等」になることは不可能だという議論である(81)。しかし著者によれば、フリードソンの議論は、「法律上」の階層性と臨床現場の関係性を同一視している点に限界がある。そこで著者は、「平等モデル」を発展させたモデルとして「自律性」という観点から、医療専門職間の関係を変容させるような方向性を模索する<sup>3</sup>。それは、現状の「医師の支配的自律性 dominant autonomy」(85)が成立している状況から、看護職やコメディカルもが自律性を獲得できる

関係性の構築への移行である。注意したいのは、この際に著者は法律上の階層性には踏み込んでいないことである。著者は法律上の階層性が存在する以上、文字通りの「平等」は達成できないとする。しかしそれでも「医師の支配的自律性が崩される可能性があるとしたら、それはどのような意味においてであり、いかにしてなのか」(86)を明らかにするのが、著者の立場だとしている。

以上が著者のとらえる今日の医療現場が抱える問題 WHAT であり、そこからみた従来の医療専門職論やケア論の限界である。「限定性」問題は、従来の医療社会学やケア論においても注目されてきた問題である。しかし、これらの議論の WHAT 認識は不十分であったため、十分な解法 HOW を導きだすことができなかった。あらためて WHAT を問い直した上で、HOW を導き出すべきだ。第2章で著者は力強く主張する。

### 2-3 「生」の固有性に開かれたケアの可能性

では、WHAT に対応するあらたな HOW とはどのようなものか。これが明らかにされるのが、第3章(「その人らしさを生かすために——看護職による患者への働きかけ」と第4章(「ケアを支える医療専門職間関係」)の事例分析である。事例分析に対する詳しい検討は後にして、ここでは著者が発見した HOW の内容を簡潔にみておこう。

第3章で提示されるのが対患者関係において医療専門職個人に要求される「戦略的限定化」「ニーズの中間的理解」という HOW である。前者は医療専門職が「自らが何をなすべき／できるかを自ら決断し、『制度的に定められ

た限定性』ではなく、各医療専門職が主体的に問い直す」(240) こと。後者は「患者の問題群について、ニーズでありつつニーズでないかもしれないという、いわばある種の曖昧さを残すような」看護職の了解の仕方であるとされる(240)。

一方第4章では、各医療専門職の望ましい関係性として「相補的自律性 complementary autonomy」というHOWが提示される。これは、医療専門職が他の医療専門職との間で問題提起を行い合い、技法や観点を問い直す「相互依存」関係を築くことで、同時にそれぞれが自律性を獲得している状態をさす(212-3)。医師と看護職は常に「平等」である必要はないが、相補的自律性を獲得することで「看護職が捉えた患者のニーズを、看護職の職務と医師のそれとが重なる局面で医師に対して問題提起でき」「医師がそれを積極的に認めること」(241)ができる状態が望ましいと著者は述べる。

さて、以上が本書で提示されるWHATとHOWである。これらの分析からは、徹底的に「生」の固有性にこだわり、そこから「ケア」の可能性を切り開いていこうという著者のスタンスがよくわかる。医療における「キュアからケアへ」というテーゼの内実とは何かを問い直し、そこからみえてきたものが、患者の「生」の固有性に開かれる「ケア」の重要性であった。本稿では、このような著者の問題意識を共有したうえで、本書の分析の妥当性について検討していきたい<sup>4</sup>。著者の議論は、この「生」の固有性からみた「ケア」の問題群を適切にとらえ、それへの解法を適切に示しているだろうか。まず、3節・4節では、著者のWHAT認識における「ケア」と「限定性」概念について、概念の混乱を指摘し著者の分析の誤りを指摘する。5

節では、WHATの意義を後半のHOWをめぐる分析の内容との関連から問い直す。ここでは医療現場におけるWHATを「看護」という事例に持ち込むことの問題点を考えてみたい。

### 3. 「キュアからケアへ」における「ケア」

先にみたように著者は本書の試みを医療における「キュアからケアへ」の転換の一翼を担うものとして位置づけており、WHATも「ケア」を主題としたときに浮上するものである。

では、「キュアからケアへ」というテーゼで要求されている「ケア」とは何なのか。これを明らかにすることが、本書の重要な作業のひとつであろう。しかし以下でみるように本書の「ケア」の定義からはこのことが十分に読みとれない。著者が何をもち「ケア」と呼ぶのか、記述に揺れがありその基準が明確になっていないのである。

問題は序章の「ケア」の定義にある。著者はケアを「他者の『生』を支えようとする働きかけ」(2)として定義したうえで、「ケアの持続」を本書の目的として掲げる(2)(41)。では、「ケアの持続」とは何か。著者は「ケアの持続」とは、「ケアがなされる可能性を少しでも拡大する」(40)ことだと述べる。では、何をもち「ケアがなされる」と言えるのか。序章の定義に従えば、ケアとは「他者の『生』を支えようとする働き」であり、たとえ働きかけの背景にあるのが自己満足であっても、それは「ケア」とであるとされる(2)。

しかし本書が探求しているのは、このような「ケア」と「ケアの持続」なのだろうか。そうではない。『生』の固有性を軽視しない働きかけこそが著者のいう「ケア」なのであろう。

そして、「ケアの持続」とは、「生」の固有性に関わられていくために専門職が限定性を乗り越える可能性を継続的に担保することを意味している。このような「ケア」と「ケアの持続」が「キュアからケアへ」の転換において医療に要求されている。これが著者の認識ではないのか。

「他者の『生』を支えようとする働きかけ」と「『生』の固有性を軽視しない働きかけ」。両者は一見同じように見えるが、本書の意図に従えば、両者は区別されなければならないのではないだろうか。なぜなら、著者自身も述べているように、治療に焦点をあててきた医療も、「生」を支えることを原理としたものであり「医療は常にケア——他者の「生」を支えようとする働きかけ——の一部であった」（47）。すなわち、従来の医療も「他者の『生』を支えようとする働きかけ」であったのだ。では、なぜあえて「キュア」でなく「ケア」が要求されたのか。そしてなぜ「ケアの困難さ」が問われるようになったのか。この点に関して著者の説明は十分ではない。

評者なりに本書の含意を言語化してみよう。「キュアからケアへ」のテーゼにおいて求められているのは、医療専門職が「疾患の治療」以外に関心を拡大するという変化だけではなく、「『生』を支える働きかけ」の内実の変化である。医療専門職が「よい」とみなす働きかけが、必ずしも患者にとっては「よい」ものではない<sup>5</sup>。医療専門職の主観において「他者の『生』を支えよう」としているだけではなく、患者が「支えられている」と感じる働きかけが必要だ。あくまでも、自己陶醉や自己満足的な働きかけであってはならない。「ケア」概念が必要とされた背景には、こうした認識の転換があったのではなからうか。そして本書の目的も「患者にと

ってよいもの」であるべき「ケア」を可能にする HOW を発見することにある<sup>6</sup>。

もちろん「ケア」の用い方をめぐる混乱は、「ケア」という概念の複雑さに起因する。たとえば、「ケアする」という表現はケア提供者の志向性を表現しているが、「ケアされる」もしくは「ケアの困難さ」というときには、「受け手にとってよいもの」が意味されている。前者のケアが、受け手にとって「悪いケア」に転化する可能性を伴っているのに対し、後者の「ケア」は直接受け手にとって「望ましいケア」「よいケア」を指している。前者は「働きかけ」という記述的な意味、後者は規範的な意味と言い換えることができる<sup>7</sup>。つまり、著者の序章の「ケア」の定義は、前者のほうを指していたとも考えられる。

いずれにせよ、このような「ケア」概念の性格を明らかにしたうえで、本書の目指している「ケア」を定義しなければ、「生」の固有性に焦点をあてた本書の意義が半減されてしまう。本書が目指している「ケア」とは、決して医療専門職が独善的にとらえる「ケア」ではなく、患者が「『生』を支えられている」と感じるような「ケア」である。だからこそ著者は「ケアすること」の困難さを直視し、それへの解決策を模索しているのだ。

#### 4 「限定性」とは何か

次に本書の主要概念のひとつである「限定性」について考えてみたい。著者は WHAT でこう主張する。「『生』の固有性に関わられた」ケアのために、専門職の「限定性」の乗り越えが必要だ。専門職であるがゆえに「ケア」に失敗してしまう。こうした事態を直視し、それを乗り越

える可能性を模索するという本書の試みは非常に重要であろう。しかし本書では「限定性」の意味内容が一貫していない。これが如実に表れているのは、以下の一節である。著者は「限定性を無くしてはならない」が「乗り越えるべきだ」と述べる。

ただ観点の限定性を無くせばいいわけではない。無くすとは別のあり方——第一章ではそれを「乗り越え」と呼んだが——を求めなくてはならないのである。(59) [下線引用者]

この「限定性は乗り越えなければならないが、限定性を無くしてはならない」という主張は理解に苦しむ。実は、本書の「限定性」には異なる二つの意味がこめられており、これがこの混乱の原因だと考えられる。著者の「限定性」の定義をめぐる記述から考えてみよう。

最初に「限定性」が登場するのは、阪神大震災ボランティアに参加したP氏の事例である(16-23)。特別養護老人ホームの対人専門職であったP氏は、災害弱者を救うため要介護老人の二次避難所を開設したが、その際に対人専門職として身につけてきた観点に従って対象を要介護老人に限定した。しかし、この活動は「壁」にぶちあたった。独居老人は「遠くの施設はいやだ」という理由で、老人夫婦は「別れたくない」という理由で、避難所に行くことを断った。このことは、P氏が活動を見直していく契機となったという(21-2)。著者はこの事例を、以下のように分析する。

[P氏は] 特別養護老人ホームで働く中から身につけた「専門性」に従っていたのである。

だが、避難所や仮設住宅という場合は施設という場とは異なり、被災者はその「生」の固有性を顕わにした。そこでは、施設内での日常的な相互行為を通して形成した職業イメージが、「壁」として立ち現れてしまったのである…これを本書では限定性 specificity と呼ぶことにしよう。(33-4)

著者のこの分析は、以下のようなWHAT認識に結びついている。

医療専門職は医療専門職として社会化される過程で、自らのなすべきこと／できることについて限定された職業イメージ——本書ではそれを限定性と呼んだ——を形成している。(238-9)

ここで著者は「限定性」を「対人専門職を拘束する職業イメージ」(34) という意味で使っている。専門性に沿って職務内容を限定してしまうことで、「生」に開かれた「ケア」ができない。これは医療専門職と患者の関係においても同様であり、専門性に従って職務内容を限定することをやめなければならない。このような限定性の使われ方を $\alpha$ )「専門職の職務内容の限定性」と呼ぼう。この主張は非常に明確である。他方で「限定性」について、このような記述がある。

[限定性という概念は、パーソンズから示唆を受けたが] 本書が独自に定義するものである。パーソンズは「限定性」を「無限定性」との対比で定義していた。それに対して本書は、無限定性との対比で定義するのではなく、固有な「生」が持つありとあらゆる側面の全てを捉えられるわけではないという意味で限



定性という言葉を用いている。(44) [下線引用者]

ここで焦点化されているのは $\beta$ )『生』の固有性に比した限定性」であり、これはいわば「他者性」の概念に相当する。また著者はパーソンズの「限定性」と異なり、この意味での「限定性」は「無限定性」とは対比できない、と述べている。はたして $\alpha$ )と $\beta$ )は同じことを指しているのだろうか。著者が示唆を得たとするパーソンズの議論を手がかりに考えてみよう。パーソンズは医師の限定性について、こう述べている。

医師の役割定義は、この点で、かれの能力の限定性のみならず、またかれの正当な関心領域の限定性にたいしても関係している。能力の限定性は、主として、比較的処理しやすくし、「あまり薄く広げること」によって能力を破壊しないように、分野の境界を定める機能を有している。他方、関心領域の限定性は、患者との関係を明確にするという機能を有しており、その結果、その関係を一定の仕方規制することができ、破壊的になる可能性のある一定の定義の可能的代替物を排除し、または適切に制御できる。(Parsons 1951=1974: 450-1)

このようにパーソンズは、限定性を「患者に対する能力の限定性」と「関心領域の限定性」という意味で用いる。これは三井の言う「できること・なすべきこと」すなわち $\alpha$ )職務内容の限定性に当たる。そして職務内容の「限定性」の対概念は「無限定性」である。また、著者はこのパーソンズの議論に示唆をえて、専門職が関心領域を限定することに「戦略的限定化」と

いう概念を与え、「生」の固有性に開かれたケアのためのHOWであるとしている<sup>8</sup>。「職務内容の限定性」とは、医療専門職が関心を限定する「行為」といいかえられる。

一方パーソンズが焦点をあてていないのは、 $\beta$ )『生』の固有性に比して観点が限定的であること」である。これは、「関心領域の限定化」によっておこなわれた行為が、患者の「生」の固有性からみれば「限定的」であったという事態をさす。そして、この意味での「限定性」は「無限定性」と対比することはできない。なぜなら、そもそも観点とは限定的なことを指すのであり、「無限定な観点」とは語義矛盾だからである。

このように両者の性質を分ければ、 $\alpha$ )「職務内容の限定性」と $\beta$ )『生』の固有性に比した観点の限定性」が異なる概念であることは明白である。

パーソンズの「限定性」と著者の「限定性」には、患者の観点へのまなごしの違いがある。パーソンズの「限定性」は、医療専門職の行為への意味づけであり、患者の観点の存在を経由せず成立しうる。それに対し、患者の観点を經由したうえで医療専門職が反省的に認識するのが「観点の限定性」である。すなわち、医師が疾患の治療に関心を限定したときに、患者が疾患の治療以上のことを医師に求めていれば、そのとき医師の観点は「限定的」であり、逆に患者が疾患の治療しか望んでいなければ、その医師の観点は「限定的」ではない<sup>9</sup>。「観点の限定性」とは、自分とは異なる「患者の観点」の存在が専門職によって予期されなければ成立しない概念なのである。著者は患者の「生」の固有性に着目したがゆえに「観点の限定性」を問題として発見した。これは、パーソンズにはな

かった視点であり重要な発見である。ところが、同じ「限定性」という概念にひきずられ、パーソンズ流の「限定性」と本書の「限定性」が区別されないまま定義されていたのだ。

そして「関心領域の限定化」と、「視点の限定性」を区別すると、上述の「視点の限定性」を「無く」すのではなく「乗り越えなければならぬ」という主張の間違いも明らかになる。つまり、「無くしてはならない」のは、 $\alpha$ )「職務内容の限定化」であり、「乗り越えるべき」なのは、 $\beta$ )患者の「生」の固有性に比した視点の限定性である。前者は対人専門職として必要とされること、後者は「ケア」提供者として必要とされていること、ともいえる。

専門職である限り関心領域を限定しなければならぬが、その自分の「限定化」が患者の「生」からみて限定的であることを認知した場合、できる限りその限定的な観点を変えていくべきだ。本書の趣旨にもとづけば、WHATはこのように言い換えられるべきである。

## 5 「医療」「看護」と『生』の固有性

### 5-1 仮説 WHAT と事例の関係

以上、「ケア」概念と「限定性」概念の問題点を明らかにしながら、著者の WHAT を読み解く作業をおこなってきた。しかし、上述したようにこの WHAT は事例分析の前にあらかじめ設定された「仮説」である。読者は WHAT の意義を事例分析をとおして再確認する。しかしこの作業の過程で読者に困難をもたらすのは、WHAT が導かれた先行研究と、事例分析の対象の違いである。HOW が探求されるのは、「看護職」を対象とした分析である。著者はこの事例分析で医療専門職が「視点の限定性を乗り越

える過程を通じて……より『生』の固有性を重視した技法や観点(122)、すなわち「戦略的限定化」(107)や「ニーズの中間的理解」(119)という HOW を発見する。一方、WHAT の主語はあくまで「医療専門職」であった<sup>10</sup>。

医療専門職は医療専門職として社会化される過程で、自らのなすべきこと／できることについて限定された職業イメージ——本書ではそれを限定性と呼んだ——を形成している。それは患者の「生」の固有性に向き合おうとする「壁」となりうる。(238-9)

これは著者が震災ボランティアの事例やフリードソンのパーソンズ批判から受け入れた認識であろう<sup>11</sup>。しかし、パーソンズの対象は「医師」である。この WHAT 認識を「看護職」に当てはめることは適切なのだろうか。逆に、「看護」の現場において発見された HOW を「医師」に求めることは適切なのだろうか。ここでは、仮説 WHAT と事例分析のあいだの齟齬に着目し、著者の HOW 分析の限界を明らかにしてみたい。

### 5-2 看護と「ケア」

著者が WHAT と HOW の分析において、「医療専門職」の職種（「医師」「看護職」）の相違を問わないのは、著者が「生」の固有性への「壁」として問題視しているのは、専門職がどのような職務内容に関心領域を限定するのではなく、どのような職種であれ、職業イメージにもとづいて内容を限定してしまうという事態であるからだという（査読会議における著者発言）。しかし、「生」の固有性に開かれた「ケア」について考える際に、各医療専門職の「職務内容」や「関心領域」を問わないということは適切なのだら

うか。α) 限定化する職務の内容は職種によって異なり、それゆえにどのようなβ) 観点の限定性に直面するかも、職種によって異なってくるのではないだろうか。

事例では、看護職がいかにして「生」の固有性に開かれることができるのかを模索し、その技法を獲得する過程が鮮明に分析されている。一方、看護職の「観点の限定性」や「自明視していた職務」がいかなるものであったのかに関して、著者の説明は十分ではない。

著者によれば、看護職が「観点の限定性」を問い直す契機とは「医療専門職には全くもってよくわからない患者の行動、あるいは我が儘としか見えなかった患者の要望、患者の抱えるどうしようもない葛藤」(96)などに直面したときとされる。この「問題状況」に直面したとき看護職は「看護職としての自己、さらにはそれだけにとどまらない自己のあり方について、自明視していたもの」(102)を問い直すという。では看護職がそれ以前に「自明視していた」観点とはどのようなものなのか<sup>12</sup>。著者は「観点の限定性」は、「ケア倫理」や「ケア技法」にもとづく働きかけ(124)の限界と説明する。しかしそもそも、「ケア倫理」論や「ケア技法」論という形で表現されてきた看護職のα) 職務内容の定義とβ) 観点の限定性は、パーソンズが疾患の治療に限定した医師の観点と同じものだろうか。むしろ、「生」の固有性を重視した職務内容の定義を、看護「ケア」論こそが模索してきたのではないだろうか。

たとえば著者によれば、臨床現場で模索されてきた「ケア技法」論とは「患者の抱える『生』に関する問題群を全てニーズ化していこうとするもの」(66)であり、「ケア倫理」論とは「医療専門職の側が自らの観点を『無』く

し、ただ患者を受け入れることによって、患者の『生』の固有性に開かれようとするのであった」(70)。また、医療社会学者ダニエル・チャンプリスは「ナースはケアをし、医師は治療をする」(Chambliss 1996=200: 286)というスローガンを否定する看護職はほとんどおらず、「『ケア』とは看護におけるキーワードであり、ナースが何をもって自らの職務と考えるかを決定づけるもの」であると言い切る(Chambliss 1996=200: 85-6)。そして本書において記述されているのも、「ケア」の主体として自己を定義している看護職のあり方である。著者は「看護職は、実際に患者の『話を聞く』上でも、自らが『看護婦』だと意識することが必要だと考えている」(106)と分析する。

B病院の看護職は「患者さんの反応をケアするのが看護」と述べ、「反応を掴めなければ看護はできない」と述べる。こうした「看護」観に基づくがゆえに、「看護婦」としての意識化は「話を聞く」ことにつながる。(110)

著者はこれを「『看護婦』であることの意味内容の問い直し」(110)と呼び、「これは当該病棟／病院において『看護』がどのように位置づけられているかに大きく依拠」(111)しているが、同時に、「当該看護職が個人として主体的に定義し直す」(111)ものでもあると説明する。このように看護職が「看護」独特の職務内容を引き受けており、それが「生」の固有性に開かれるきっかけとなっている。こうした職務内容の定義が、「ケア倫理」論や「ケア技法」論として表現されている「ケア」観と切り離されているとは考えにくい。

著者のWHAT認識は、医師に向けられた専

門職批判としては適切であろう。しかし、看護職にあてはめることは適切ではないだろう。看護職は、「生」の固有性に「開かれる」働きかけを自らの職務として引き受けてきたのである。そしてこの事実は、本書の「戦略的限定化」という HOW の有効性にとっても大きな影響を与える。

著者は、看護職が「戦略的限定化」をとおして患者の「話を聞く」(108)ようになることで、患者の「生」の固有性に開かれることが可能になるという。ここで重要なのは、看護職が患者の「話を聞く」かどうかは、医療専門職としてどのような $\alpha$ 「職務内容」を選択するかに依存しているということだ。看護職は「医療」とは区別される「ケア」を自らの職務として引き受け、自分なりの「よいケア」のあり方を模索している。だからこそ、看護職の「戦略的限定化」は「話を聞くこと」につながる<sup>13</sup>。しかし医師の「戦略的限定化」が同じ行為選択を導くわけではない。「戦略的限定化」の職務の問い直しに、患者の拒否的態度の背景を探ることも含めないと決断した場合には、医療専門職は患者の「話を聞く」という選択はしない<sup>14</sup>。

このように医療専門職の $\alpha$ 「職務内容」の定義が、「生」の固有性に開かれるか否かを決定づけているのだとすれば、医師・看護職・コーメディカルがどのような専門職観をもっているかによって、「生」の固有性に開かれるための HOW がそれぞれ異なってくる。著者自身も、患者の「話を聞くこと」の重要性を発見するためには、病院内の「看護職」の役割期待とそれを看護職が内面化していることが条件だと分析している。看護職の事例で発見した HOW をそのまま「医師」に要求しても、それは医師の現場で発見した WHAT を乗り越えるものにはな

らない。

著者は WHAT を、ボランティアにおける対人専門職の事例、医師を対象とした医療専門職論から導いた<sup>15</sup>。他方、HOW を発見する事例分析においては看護職を対象とした。これらは確かに「対人専門職」という要素は共通している。しかし、専門職としての観点はそれぞれ異なる。もちろん、看護職の専門性にもとづく観点が「生」の固有性への「壁」になる事態もあるだろう。しかしそれぞれの専門職は、患者とどのような場面で接するのか、患者とどれだけの時間を過ごすのかなど、異なる職務内容と患者との関わり方を形成している。どの専門職のどのような専門性がどの場面において「生」の固有性への「壁」になるのかを慎重に区別し分析したうえで、それぞれの HOW 解法を探究する必要がある<sup>16</sup>。著者の発見はあくまで「看護職」にとっての有効な HOW なのであり、すべての「医療専門職」の「ケア」に有効な HOW ではない。

### 5-3 「看護」の専門性とケア

もちろん著者が「看護職」ではなく、「医療専門職」を本書の分析の主語にしたのは、重要な理由があると考えられる。著者によれば、「对患者関係からすればしばしば看護職やコーメディカルも医師と同様の性格を有する」(48)。これは、専門家である医師に対し、看護職やコーメディカルを半専門的だとみなす「半専門職 semi-profession」論に対する批判ともかかわってくる<sup>17</sup>。「ケア」の主体は看護職だけでない、医療専門職はすべて「ケア」の担い手であるべきだ。こうした規範的立場から著者は、「看護職」の「ケア」ではなく「医療専門職」にとっての「ケア」を本書の主題にするという戦略をとったの

であろう。

しかし、「ケア」から医師中心の医療システムを捉え直すという本書の意図からいって、HOWが看護の現場で発見されたことの意味は明確にされねばならないだろう。これは特に本書の第4章の存在意義に関わってくる。著者は、「医師だけでなく看護職やコーメディカルのニーズの捉え方が生かされることは、患者の『生』の固有性に開かれる上で、二次的ではあるかもしれないが、重要な意義を有している」(79)とし、第4章では、看護職やコーメディカルが従来「医師との関係では自らのニーズの捉え方が生かせなかったのに対して」(212)、クリニカル・パスの導入によって医師に対して自律性を獲得していく過程を明らかにしている。ここには、医師中心の従来の医療に対する明確な批判がこめられている。医師だけでなく看護職のニーズの捉え方が生かされることが重要なのだ、と。しかしこの主張が説得力を有するのは、第3章の分析をとおして、看護職の「ケア」に重要性が与えられているからである。患者の「生」の固有性に即した「ニーズ」を発見しているのが看護職であるからこそ、医師に対して看護職が発言力をもつことが、「生」の固有性に開かれた「ケア」につながると著者は主張しているのだ。

だとしたら、まず医学的知識中心の「キュア」や医師の専門性にもとづく働きかけとは、異なる「ケア」が看護の現場で発見されたことの意味を明確にするべきである。

そのうえで、これら看護職の「ケア」観・「看護」観は、看護職がおこなってきた看護と医療・医師との差別化、そして看護の専門性の確立への要求とどのように関係しているのか、など医療システムにおける看護職の立場と「ケア」が

醸成されてきた文脈にも光をあてるべきではないだろうか。

さらにその先に、「ケア」と看護の専門性の関係をめぐる論点が浮上してくる。「ケア」は看護の専門性を特徴づけるものなのか否か。これは重要な問題であるが、本書の記述からはこの論点に関して一貫した主張が導きにくい。事例分析だけみれば「ケア」は看護職だからこそできる、と読める。しかし、著者の「ケア」はあらゆる医療専門職に必要であるという主張からは、看護の専門性は「ケア」にはないという結論が導かれる<sup>18</sup>。

もちろん著者は、「ケア」と看護の専門性の関係は問わないという立場だとも考えられる。ではそのとき、医療制度において看護はどのような役割が与えられるべきなのか。「キュアからケアへ」というテーゼから派生してくるこれらの論点に対し踏み込んだ記述がないのも、医療制度における「看護」の位置という文脈に関する分析が、本書の考察から抜け落ちてしまっているからであろう。

#### 5-4 「ケア」のはらむ限界

さてWHATを事例分析に当てはめることの問題を指摘したが、著者の専門職をめぐるWHAT認識を一旦脇において事例分析を読むと、新たな「根本的問題」がみえてくる。事例に登場する看護職は、専門職の観点の限定性というより、ケアする／されるという関係に固有の「限定性」を乗り越えようとしているのではないだろうか。たとえば、著者は「ニーズの中間の了解」として、患者の「私はガンなんじゃないか」という問いかけに対し、看護職が「イエスカノーカ」直接答えるのではなく、患者が「思っているところ」を言う機会を設けるこ

とへと、ニーズを「翻訳」する過程に言及する(130)。そして、この例を「患者は直接答えることを望んでいる」という患者からみれば限定的な看護職の認識を、専門職に内在する限界として位置づける。しかし「ガンなんじゃないか」という問に対し「イエスカノーかで答えなくては」と思ってしまうのは、彼/女が看護職・医療専門職だからだろうか。家族や友人やボランティアなら同じ「ジレンマ」(132)には直面しないと見えるだろうか。固有な「生」のありとあらゆる側面を認識することが不可能になるという事態は、いわば「他者性」と呼ばれるもので、専門職だけでなく、どのようなケアする／される関係にも起きることである。

この問題は、本稿4節でみた $\alpha$ )専門職の職務内容の限定化と $\beta$ )「生」の固有性に比した観点の限定性の区分に関わってくる。先にみたように、すべての $\beta$ )観点の限定性が、 $\alpha$ )職務内容の限定化から生じるわけではない。そして、この事例で看護職が直面しているのも $\beta$ )の意味での限定性であり、専門性に起因するものではない。しかし著者はこの二つを明確に区別しなかったために、 $\beta$ )の限定性問題も、専門職に固有な問題として語ってしまったのだ。

そして、専門職は $\alpha$ )「職務内容を限定化」した自らの観点を乗り越えることはできても、固有な「生」に開かれることができないという意味での $\beta$ )観点の限定性は本質的に乗り越えることができない。事例の看護職の「葛藤」が物語っているのは、このような事態ではないのか。

もちろん、本書の対象は「医療専門職」であり、こうした論点は本書の射程を超えているという反論もあるかもしれない。しかし著者はあくまで本書の主題を「ケア」としているのだから、どこまでが専門職の「ケア」に生ずる問題なのか、どこからがあらゆる「ケア」に通底する問題なのかを明確に区別するべきであっただろう<sup>19</sup>。

## 6 おわりに

以上、本書の「ケア」「限定性」概念の混乱に起因するWHATの内在的問題点と(3節・4節)、「看護職」の事例をとおして「医療専門職」の「ケア」をめぐる根本問題「WHAT」への解法「HOW」を導き出すという手法が抱える問題点を考察してきた(5節)。「ケア」とは、単なる「他者を支えようとする働きかけ」ではなく、「『生』の固有性に開かれる働きかけ」であり、こうした「ケア」のために専門職は職務内容を限定するだけでなく、患者の「生」の固有性に比した観点の「限定性」を乗り越える努力をするべきだ。医療現場で「ケア」ではなく「ケア」が要求されるにいたった背景には、以上のような認識の転換があったといえよう。

また著者はWHATの主語を「医療専門職」としてしまうことで、分析において重要な意味をもつと思われる医療現場で看護職が置かれている文脈を無化してしまった。各医療専門職は、「限定性」の内容、「限定性」に直面する場面、病院内の役割期待も異なり、それぞれ異なるWHATを抱えている。そしてそれゆえ「限定性」をどのように乗り越えるのかその方途(HOW)も変わってくるはずだ。「『生』の固有性」問題における「医療」と「看護」それぞれのWHATを踏まえたとて、「望ましいケア」のあり方を「看護」の現場において発見したことの意義を明確にすることが、「ケアからケア」への転換の内実を探るといって本書の課題からいって

必要な手つづきだったのではないか。

本稿では以上の検討をとおして、「生」の固有性に開かれた「ケア」、「キュアからケアへ」の転換における「ケア」の可能性を探る、という本書の問題設定の意義をより明確にするための作業をおこなってきたつもりである。本書が、医療における「ケア」の意義、そして「生」の固有性と「ケア」をめぐる重要な問題提起をおこなっていることはいうまでもない。

もちろんあくまでも『生』の固有性に開かれた「ケア」の内実を定義したり、客観的に観察し同定することは難しい。完全な意味で患者の『生』の固有性に開かれた状態とは何かを定義することはできないし、そのような働きかけをおこなうことは事実上不可能である。だからこそ、「ケア」をおこなうためには、相手の「生」の固有性なるものを想像し、できる限りその固有性に向き合う努力することが必要だ。これが著者の切実な訴えなのであろう。

最後に「臨床現場との対話」という著者の企図にのっとなって、残された課題を二つ指摘しておきたい。著者は「戦略的限定化」や「ニーズの中間的理解」という HOW は、従来の「ケア技法」に還元されないという。では医療専門職がこうした HOW を獲得、実践できないとき、誰（何）に対し、どのような変化を要求すべきなのだろうか。医療専門職個人に対して何かを求めるのだろうか。もしそうだとすれば、それは従来の「ケア技法」とどこが違うのか。それとも医療専門職個人には何も要求せず、病院という制度の変化だけが要求されているのだろうか。そうだとしたら、それは「相補的自律性」の達成だけで十分なのか。

また「生」の固有性に開かれるこのような「ケア」はいかに評価されるべきなのかという問題

もでてくる。評価基準がない、「熟練／非熟練」という査定が不可能だとすれば、ケアの質（「よいケア」）を保証する根拠はどこに求められるべきなのか。患者（当事者）によって、質は評価されるべきなのだろうか。さらに、このような「ケア」は看護・医療の報酬に反映されるべきなのか。これらの問いのいくつかの答えはすでに用意されていると思われる。著者の今後の議論に期待したい。

## 注

<sup>1</sup> 本稿は、著者を招いておこなった書評の査読会議をへて執筆したもので、本稿の分析はその場での討論と著者の発言の内容ももとにしている。査読者の井口高志氏、星加良司氏、そして著者として参加していただいた三井さよ氏に感謝を申し上げたい。

<sup>2</sup> 2節は本書の内容説明にあたるので、本書に読んだ読者はとぼしていただいかまわない。

<sup>3</sup> ここでいう「自律性」は、対患者に対してではなく対・他医療専門職との関係においてのみ用いられている。さらに著者は「自律性」を、各医療専門職の職務が重なるときに浮上するものとして用いている（84）。

<sup>4</sup> もちろん、『生』の固有性」自体が曖昧な概念であるという批判もあるだろうし、この概念自体の有効性を検討する必要があるかもしれない。しかし、本稿ではそこには踏み込まない。誰にもその時、その人にしかわからない感覚や苦しみがある。著者が『生』の固有性」という概念を声高に叫ばなければならないのは、そんな当たり前のことが、医療の現場で見落とされてきたからであろう。ここで重要なのは、理論的な精密さより『生』の固有性」という概念でそのことが表現されることであるからである。

<sup>5</sup> 本書の事例分析においてもこうした問題が焦点化されている。著者によれば「看護職自身が『話を聞いて』いると思っても、患者からすればそうではないことも多々ありえる」(114)。

<sup>6</sup> もちろん、「患者が支えられていると感じるとケア」という表現にも限定が必要である。著者が述べているように「生」が完全な意味で支えられた状態を想定することは困難である(40)。

<sup>7</sup> 本稿では後者のケアをカギ括弧付きで「ケア」と呼ぶ。

<sup>8</sup> 著者が「限定化」というときには、「能力」ではなく「関心領域の限定性」を指している。

<sup>9</sup> 対象を要介護老人に限定する(限定化)P氏の観点は、避難所の高齢者からみれば「限定性」を有していたかもしれないが、施設内の高齢者からみれば、このような限定化が「限定性」を有しているとはいえないだろう。

<sup>10</sup> 本書の「医療専門職」とは、「医者・看護職・薬剤師・理学療法士・臨床検査技師等様々なコメディカルの総称」(48)を指すとされる。

<sup>11</sup> 著者はフリードソンのパーソンズ批判をこうまとめている。「フリードソンによれば…医療専門職は医療専門職として教育を受ける中で社会化されるため、医療専門職が具体的に自らの準拠集団とするのは医療専門職集団となり、その過程で価値体系として内面化するのも、個々の患者の『生』を支えることというより他医療専門職との間に共有される価値になる。それゆえ、患者の固有の『生』を支えるためには何が必要かという問いに開かれることは少なく、医療専門職に共有される価値としてのニーズこそが患者のニーズのはずだと考えられるようになるという」(60-1)。

<sup>12</sup> 著者は患者の「生」の固有性からみて限定的な観点だとされているものとして、患者の拒否的態度がもたらす問題状況に対し看護職がとる「業務的

をあげる(102)。これは「患者に対してしなくてはならない業務にしか関心を示さず、患者を「モノのように扱う」ことで、患者の拒否的態度を無視することであり、著者はこれを「自らの担うべき責任を組織上課せられる業務 task だけに限定」(102)し、「疾患以外の『生』に関わる問題群に対して関心を持っていないこと」(103)と分析する。確かに「業務的」態度は、「生」の固有性に比して限定的な観点であろうが、これは専門職として「自明視している」職務とはいえない。むしろ、当該の患者に対してだけ「意図的に」採用している態度である。<sup>13</sup> もちろんこれは一般論ではなく、この「事例」において言えることである。著者によれば、A病院やB病院の看護職は「患者の固有な『生』をニーズの中に組み入れることが重要だと繰り返し述べており、そのための環境作りも一定程度されている病院である(97)。

<sup>14</sup> さらに「問題状況」の成立にも、患者からみた看護職への役割期待が関わっている。問題状況を生み出すのは、看護職に「いいよ、ほっといてくれよ!」と怒鳴りつける患者や「ヒステリックにぶち当たる」「自分の殻に閉じこもる」患者の態度とされる(99)。しかしはたして、患者は医師にむかって同じように「怒ったり」「拒否したり」するのだろうか。また看護職が問題状況に対処できていれば、医師にとっては患者のよくわからない行動は、自らの職務の問い直しの契機ではなく、自己の「責任の外部」にすぎない。看護と医療の分業が成立している限り、看護職が「問題状況」とみなす事態を、同様に医師が「問題状況」とみなすわけではない。「問題状況」に直面しないのであれば、そこからの解決策を探求する可能性も閉ざされている。

<sup>15</sup> 著者は看護における「ケア」をめぐる問題について、「ケア技法論」や「ケア倫理論」を論じる際に



触れていたが、そこでの WHAT には反映されていない。

<sup>16</sup> たとえば、看護職よりも患者に接する時間が短い医師に「ニーズの中間的理解」をおこなうことは現実に可能なのだろうか。

<sup>17</sup> 第2章の註13では、著者はこのように述べている。「[半専門職論は] 看護職やコメディカルを職務内容や教育年数などによって本来的・実体的に医師より下位の専門職であるとみなす傾向にある。だが、医療がケア——他者の『生』を支えようとする働きかけ——であるという立場に立つなら、看護職やコメディカルが医師より本来的・実体的に下位とは言えないはずである」(93)。

<sup>18</sup> もちろん、看護の専門職化の動きには、医師にはできないことを自己の職務とすること「医師を反面教師とする」ものだけではなく、「医師をモデルと

する」もの（資格の一元化、専門教育を高等教育のレベルに引き上げること、独自の理論の体系とそれに基づく技術を開発すること、など）（黒田1999: 77）もある。しかし著者は「看護師資格の強化」や「制度化」には懸念を示していることから、後者にも否定的である。著者は、看護職の「専門職化」運動が「制度化された技法の高低によってケアにおける能力の高低が規定されるはずだ」(69)という誤認をうみがちだった、と批判している。

<sup>19</sup> 著者が以上の違いを明確にしなかった原因のひとつは、事例分析の前に WHAT をあらかじめ設定するという方法をとったことにある。WHAT は「対人専門職」の事例と医療専門職論から引き出した WHAT であったが、事例にはこの枠組みでは捉えきれない現象も潜んでいたのだ。

## 文献

- Chambliss, Daniel, 1996, *Beyond Caring—hospitals, nurses, and the social organization of ethics*, Chicago: University of Chicago Press. (= 2002, 浅野祐子訳『ケアの向こう側——看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾』日本看護協会出版会.)
- Parsons, Talcott, 1951, *The Social Systems*, Glencoe: The Free Press. (= 1974, 佐藤勉他訳『社会体系論』青木書店.)
- 黒田浩一郎, 1999, 「コメディカルおよび非正統医療」黒田浩一郎・進藤雄三編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社, 60-79.

\* 本稿は、文部科学省科学研究費補助金による研究成果の一部である。

(やまね すみか、東京大学大学院、sumikamm@nifty.com)