

# 臨床から生まれる「開かれた専門性」:

## オーディット文化の向こう側

浮ヶ谷 幸代

### はじめに——問題提起

1970年代に起こった専門職批判以降、専門職領域ではおおそ二つの方向性をたどっている。一つはフリードソンの専門職支配批判的となった医学は、今日に至って医学教育や医療システム、医学的専門知の再考が迫られている。それに対して、看護学をはじめとしてパラメディカルの領域では、批判の対象とされた専門家システムとしての医学を後追いするかのように、科学性を色濃く纏うような方向性を模索している。医学の独占支配や強固な自律性を崩す方策として、フリードソン(1970=1992)によって打ち出された自由競争の原理や外部監査システムの導入は、皮肉にも、今日のネオリベリズムやオーディット文化に帰結しているかのように見える。専門職や専門家システムに対する批判が近代の科学的思考や近代システムの枠組みの中での議論に回収されることで、近代以降の制度的専門職の専門性(=近代の専門性)として見落とされているものは何かというのが、本稿の第一の問いである。

そこで、近代の専門性を相対化するために、近代以前からローカルな場で一定の支持を得ている民間職能者の専門性について参照する。ここでいう専門性とは、民間職能者の実践を視野に入れた広義の意味で、「人が生きていくうえで遭遇する困難や苦悩、災いに対処するためのプロセスにおいて、そこで実践される何らかの特殊の術に見出せる人間の営みのあり方」とする。これまで専門職批判研究の対象となってきた近代の科学的な側

面とは異なる、もう一つ別の専門性が浮き彫りにされると考える。

本稿では、近代の専門性を専門家システムや専門知の問題としてではなく、専門職者と患者との直接的な対面関係から生まれる臨床の専門性に限定する。臨床から生まれる専門性とはいかなるものかというのが、第二の問いである。そこで、関係の質(関係性)の違い(関係の種類ではない)に着目する。①臨床の場に現れるのは専門職役割関係(代替可能な関係性)とは異なるもう一つの関係、「顔の見える関係」(代替不可能な関係性)(後述)という視点に着目する。また、②「顔の見える関係」の中で患者と対面する際に、患者の行為主体性を重視する側面と専門職者の力で介入する側面という専門職者の2つの態度に焦点をあてる。そして、③①の2つの関係に加えてもう一つの関係が、いかに均質な医療空間を容容しているかについて検討する。

本稿の流れとして、(1)近代の専門性の科学的な側面として、看護の領域に援用されているPOSの概念についてテキスト分析をする。(2) (1)の専門性とは異なる側面に着目するために、民間職能者の専門性について参照する。そして(3)北海道浦河赤十字病院精神科病棟から生まれる看護の専門性について3点まとめ、(4)臨床から生まれる「開かれた専門性」について検討する。最後に、(5)第三の問いとして、「開かれた専門性」という指摘が、これまで研究対象となってきた近代の専門性にどのようなインパクトを与えるのかについて考えてみたい。

## 1 制度的専門職の科学的専門性

### (1) 「問題志向型システム POS」から見えてくる専門性

ここでは、近代以降の制度的専門職がもつ専門性の一端を表す例として、看護教育や臨床の場で採用されている「問題志向型システム Problem Oriented System (以後 POS)」についてとりあげる。

近年、専門職批判<sup>1)</sup>を受けて、なかでも医学教育では従来の生物医学の知識の伝達方法やその体系化・分類化された知識の分断のされ方を乗り越えるために、それまでの知識偏重教育に代わって、問題中心型学習 Problem Based Learning (PBL) というプログラムが登場する。この時期とほぼ重なるように、アメリカでは1969年に医師によって発表された診療記録 Medical Record のための POS が登場する (Weed 1969; Hurst and Walker eds. 1972)。この新たな概念は、日本では看護の質の底上げと他職種との情報の共有を目指して、医学ではなく看護の現場に導入されるに至る (日野原 1973; 日野原・岩井・片田・林・李羽倭 1980)。

POS の構造は、第 I 段階の問題志向型診療記録 (POMR)、第 II 段階の POMR の監査 (Audit)、第 III 段階の記録の修正という 3 つの段階によって構成されている。第 I 段階の POMR は「一貫した論理的構成」をもち、「客観的に批判」され、「監査されるのに都合のよいシステム」であるとされ、そこでは患者の「問題リスト」に基づいた「経過記録 (SOAP)」が重要な軸となる。さらに、POMR は第 II 段階で監査を受け、発見された欠陥は第 III 段階で絶えず修正されることが「プロフェSSIONナリズムのエッセンス」であるとも述べられている (日野原 1973: 9-14)。

したがって、POS は「患者の問題を明確にとらえ、その問題解決を論理的に進めていく一つの体系 (system)」 (日野原・岩井・片田・林・李羽倭 1980: 1) とされ、このシステムによって医

療専門家は「患者の関わる臨床の問題点 (problems) の一つ一つに焦点を合わせ、問題の所在を追及し (problem oriented)、その意味づけをし、一つ一つの問題点を患者の全体像の中に把握し解決する計画を立てて、これを実行に移す」 (日野原 1973: 2) のだという。この概念を基盤にして看護記録のフォーマット SOAP<sup>2)</sup> が形成されたのである。

また、POS には「患者の問題解決のため医師とナースが一体化し、記録も内容的には一体化する」 (日野原・岩井・片田・林・李羽倭 1980: 4) とあるように、医療スタッフ間の協働作業の円滑化という目的が含まれている。さらに 2001 年になると、患者・家族と医療スタッフとの協働を前提とした「情報の共有」という「患者中心の医療」が主張され、さらには看護倫理、そして医療事故や医療訴訟の対策として要請されることになる (岩井郁子 2001: 5)。

患者の権利や医療倫理への配慮を前面に出しながら、POS に依拠した看護記録に要請されるのは、「患者の完全な科学的診療記録」、「一貫した論理的構成をもつ」、医療者相互による「客観的に批判され、監査される」に適したシステムである (日野原 1973: 9-11)。さらに、POS には治療のための客観的な基準として「科学的根拠に基づいた医療 EBM」の概念が導入され、看護の文脈では「科学的根拠に基づいた看護 EBN」として援用されることで、看護の標準化とスリム化が目指されることになる (岩井郁子 2001: 5-7)。

### (2) 専門家システムとオーディット文化

POS から見えてくる看護の「専門性」とは、ギデンズが指摘したように、論理的一貫性、客観性、標準化、合理性といった「科学性」を基盤とした「抽象的システム」<sup>3)</sup> が生み出す近代の「専門家システム」<sup>4)</sup> への志向が色濃く現れている (Giddens 1990=1993; 1991=2005; Beck, Giddens and Lash 1994=1997: 159)。専門家システムとは、相互行為を場所や時間から切り離すとい

う脱埋め込み化のメカニズムによって、相互行為の文脈から独立して有効性をもつ技術的知識様式を用いるシステムのことである。そこでは「患者の個別性の尊重」は目指されているが、相互行為に埋め込まれた看護の固有性という視点は不在である。また、「だれでもどこでもできる」という標準化と合理化を目指す看護実践の代替可能性への志向が見て取れる。

さらに、監査による「記録の修正」こそが「プロフェッショナルのエッセンス」であるという指摘は、常に自己監視し、修正することを迫る「オーディット文化」の特性を見事に現している。文化人類学者のマリリン・ストラザーンによれば、今日の大学などの高等教育や研究機関では、「説明責任 accountability」という名の下に「オーディット文化」が普遍的に浸透し、助成金や資格の獲得の際には大きな影響を与えているという(Strathern 2000)。「オーディット(会計監査の意)」とは、専門的な品質管理、認定、保証、報告、評価など、形式化された説明責任の様式を広範に指示するもので、オーディットの発達は「自分の問題を自分で見つけて反省し、目標を設定して努力し、評価し説明するというテクノロジーを要求する」というメカニズムを内在する。ポスト近代社会では「問題一解決型」の思考が遍在し、これを強化するのが市場化と自己規律化の運動であると指摘されている(春日 2007)。

SOAPを導入している病院には看護監査委員会が設置され、「患者中心の個別的な看護計画を立案し、実践可能なものであるかどうかの調査」が行われ、看護記録上の表現の検討などが監査の対象となる。POSの第Ⅱ段階POMRの監査と第Ⅲ段階の記録の修正が病院全体で機能することにより、看護記録は常に監査され修正され、結果的に看護記録は「だれでもどこでもわかる」という標準化された記録へと一般化されていく。こうしたプロセスの中で、看護実践の固有性や看護記録の個人的な表現方法は常に監査・審査の対象となり、「あるべき看護記録」から修正されていくこ

とになる。いいかえれば、看護師はSOAP方式による「問題一解決型」思考を獲得していくと同時に、患者の固有性に応答する看護師の固有な体験は「だれでもどこでもできる」看護へと均されていくといえる。

医療の刷新を目指す新たな概念(POS)に内在する特性が、かつての生物医療への批判の対象となった科学性であるという事実は、「専門性とは何か」という問いを求めても常に科学性に立ち戻るといふ、近代以降の科学的な専門性のもつ自己回帰のメカニズムを現している。

## 2 専門性のもう一つの側面

看護の領域では、看護学や看護教育が目指す「あるべき看護」の専門性(例えばPOSやEBN)と、臨床から生まれる「ある看護」の専門性との間の乖離(溝)が常に問題視されている。現実の「ある看護」を「あるべき看護」に近づけようと、看護の専門性が模索されている。ところが、臨床から生まれた「ある看護」は、往々にして専門職役割関係には収まりきれない関係から生み出される看護であり、この後者の看護こそ、科学的な専門性からは零れ落ちるものである。

先に述べたように、「あるべき看護」が志向する専門性は、看護の質の向上と雑多な業務の合理化の中で、基本的に「だれでもどこでもできる」という普遍的な看護である。また、POSに内在する監査システムは、システム内部での問題発見とその解決、評価を通して「専門知」の修正を可能にするという近代特有のオーディット文化を現している。

そこで、専門家システムやオーディット文化に埋め込まれた近代の専門性を相対化するために、ここでは非制度的な位置にある民間職能者の例として、沖縄のユタの専門性の特徴のうち3点について参照してみたい<sup>5)</sup>。一点目、ユタの知はカミから教わるのであり、他のユタから学ぶものとは見なされていない。「そのとき／その人への／そ

の場限りの対処法」であるというように、「だれでもどこでもできる」ものとは異なる固有の知である。二点目、「医者半分、ユタ半分」というように、異なる「知」の様式である制度的専門職の知識を受け入れている。また、守護者である「カミ」やクライアントの「体験知」に対して、常に「対話」を通して開かれている。3点目、クライアントが持ち込んだ問題に対処するために、ユタはクライアントとともに拝みの場所を数ヶ所巡るといった実践が伴っている。ローカルな空間から離脱したまま実践することは困難であり、特定の地域や場所と密接に結びついている。こうした特徴は、一般化や普遍化を目指す近代の設計主義的な専門性には見られない顕著な違いとなっている。

ところが、制度的専門職者であっても、患者と直接向き合う臨床の場では民間職能者に見られる上記の特徴に類似した実践が行われている。そこで次に、臨床における専門職者の実践に着目し、専門職者と患者との固有な関係性、患者の体験世界に開かれた実践、そしてこれらの実践が生まれるローカルな文脈や特定の空間について検討していく。

### 3 臨床から生まれる専門性——浦河赤十字病院精神科病棟の看護実践の場から

#### (1) 「顔の見える関係」——二つの関係性の中で

浦河赤十字病院精神科病棟（通称7病棟）<sup>6)</sup>では、計画的に承認を受けた看護教育や監査を要請される看護業務の遂行という設計主義的な看護の専門性を基盤として、看護記録にSOAPフォーマットを導入し、POSの概念にそった看護業務が行なわれている。他方で、師長をはじめ一部の看護師からSOAPにそった記述への限界、POSという問題志向型看護への疑義など、看護教育や看護現場で一般的とされている業務やその前提となる科学的合理性に対する問題が提起されている。こうした問いが声となる7病棟では、どのような看護の専門性が生まれているのだろうか。

7病棟では看護業務としての役割遂行やルーティン化された看護実践とともに、それとは異なるもう一つの看護の専門性を見ることができる。それは、近代の科学的な専門性の特徴である「だれでもどこでもできる」という代替可能な看護を一方で保持しながら、他方で「〇〇さんだからこそできる」という看護の固有性が発揮される「顔の見える看護」（浮ヶ谷2009）の出現である。ここでいう「顔」が意味する関係の代替可能性について、社会人類学者の小田亮の議論をみておきたい。

「〈顔〉のある関係性」というときの〈顔〉について、説明しておこう。〈顔〉とは、代替可能で比較可能な特殊性でも、まったく代替不可能で比較不可能な単独性 singularity でもない、「関係性のなかの特異性 singularity」を指しており、〈顔〉のある関係性とは、なんらかの類似性を自分たちのなかに互いにみだしながらも、究極的には隣接性のみによって保持される、比較不可能な個としての他者との直接的なつながりを指している。実際に顔と顔をあわせている関係であっても、〈顔〉のない関係であることもある。たとえば互いに顔を知っている教員と学生とが顔をあわせて話していても、教員は相手を「学生」というカテゴリーに押し込めて了解し、学生も相手を「教員」というカテゴリーによって了解しているのなら、そこには〈顔〉のある関係性はない…。いわば目は顔に向けられていても〈顔〉をみないで話しているのである。〈顔〉は、対話のなかで、そのようにカテゴライズされた役割関係を否定し壊すような過剰性として、つまり「学生」というカテゴリーに完全には押し込めることができない過剰なものとして現われる。いいかえれば、〈顔〉とは、分割されたカテゴリーや役割によって計量することのできない過剰な「なにか」のことである（小田2006）。

小田によれば、「教師」と「学生」との関係性には、カテゴライズされた役割関係としての計量可能な関係性と、カテゴリーには押し込めることのできない「〈顔〉のある関係性」があるというのである。この二つの関係性に基づいて看護師と患者との関係に当てはめれば、そこには代替可能性を前提とする社会的役割関係と、その関係には回収できない「顔の見える関係」(=「〈顔〉のある関係性」に基づく関係)が出現するといえる。

例えば、7病棟では准看護師の伊東祐さん(精神科看護歴35年)がベッドに引きこもっている男性患者に対して、コミュニケーションをとるためにその患者の布団にもぐって一緒に寝るといったことがあった。詳細は(浮ヶ谷2009)参照。患者と同じ空間をともにする祐さんのやり方を目にした看護師の中村さん(精神科看護歴3年)は「祐さんには祐さんのやり方」、「僕には僕のやり方」があると指摘する。このことばが意味するのは、「だれでもどこでもできる」という一般化された看護ではなく、「AさんにはAさんのやり方、BさんにはBさんのやり方」という看護師の固有性を活かした看護があることを示している。

祐さんの個人技のように見える看護は、POSやEBNという枠組みでは言語化、一般化、再現化が困難な実践として、いいかえれば「非」論理的、「非」客観的、「非」普遍的な看護として片付けられてしまうだろう。そうした一元的な志向性は、患者の代替不可能な病むことの経験だけでなく、患者と看護師との代替不可能な関係性を看過してしまうことになる。

また、7病棟では、2007年2月、病棟行事である節分の豆まきの際にAチーム全員で即興ドラマ「アカオニ退治」を演じたことがある。舞台は詰所(ナースステーション)である。アカオニのサタリ(幻聴世界)に悩まされている男性患者のために、看護スタッフがドラマを企画した。衣装や材料の調達など準備段階から患者も看護スタッフも含めて、アカオニ役、アカオニに襲われる役、アカオニを退治する役(患者)、それを応援する

役、ドラマの観客(Bチームスタッフ)として参加する。それぞれに見合った役割分担をし、患者を主人公にして大芝居を打った。以後、その患者はアカオニについて口にしなくなったという。詳細は(浮ヶ谷2009)参照。

患者の固有の幻聴世界を共有する7病棟スタッフによって演じられたドラマは、患者の幻聴世界を否定したり、精神医学の枠組みで解釈する専門職内部に閉じた専門性ではなく、普段から患者にかかわりをもつ看護師の固有性を活かした、患者の経験世界に向けて開かれた専門性から生まれている。それは「だれでもどこでもできる」実践ではなく、「〇〇さんだからこそできる」という看護師の固有性が発揮された実践であり、それが実現したのは7病棟というローカルな文脈で生まれたチームとしての看護力に他ならない。

「アカオニ退治」のような実践は、POSの枠組みで解釈してしまうと、それが生まれる多義的な文脈を普遍的な(一般化された)文脈へと一元化してしまうことになる。ただし、SOAPそれ自体が不要であるということではない。それは1人の患者をめぐる起きたできごとをその場に居なかった看護スタッフに伝える情報源として有効であると、アカオニ役を演じた中村さんは指摘する。詳細は(浮ヶ谷2009)参照。

専門性研究の対象を社会的役割関係に限定したものとして捉えるならば、関係の質の異なる「顔の見える関係」(代替不可能な関係性)を見出すことはできない。ここで指摘したいのは、社会的役割関係だけでなく、「顔の見える関係」をも視野に入れることで、患者の個性あふれる幻聴世界と対話し共有するという、開かれた看護の専門性が見えてくるということなのである。

## (2) 「差し控え」と「介入」のバランス

7病棟では「顔の見える関係」を大事にする看護師の構えとして、「差し控え」の態度と「介入」の態度という二つの側面を見出すことができる。

7病棟では、当事者としての体験を活かすピア

サポーターを中心に使われている「応援している」<sup>7)</sup>ということばをあちこちで耳にする。このことばを看護の文脈に置くと、「患者が〇〇する」のを「看護師がサポートする」という意味となり、「〇〇する」ことの行為主体は患者自身であるという意味を込めて「応援している」と表現するのである。このことばには、例えば「クスリを飲ませる」という看護役割に基づいた能動的な役割から、患者が「クスリを飲む」のを「看護師が応援する」という受動的な役割への変換と、「クスリを飲む」という行為における主体のずらしが含意されている。

「応援している」ということばは、それが使われる文脈、またかかわる行為主体によって、「助ける」、「配慮する」、「見守る」、「もてなす」、「場を演出する」といった多義的な意味を含んでいる。ピアサポーターとのかかわりについて「見守る」「もてなす」ということばで表現した看護師の鈴木さん（精神科看護歴1年）のことばを次に紹介したい。

ただ、実際に僕たちが前面に出て活動してしまっただけは、せつかくのピアサポートシステムが活かされないのではないかと思いますので、K男さん（ピアサポーターの1人）との話し合いをとるようにしています。特にK男さんは頻繁に病棟へ来てくれるため、K男さんを通じて当事者の病棟外での状況を詳しく理解できます。そしてそこで調整が必要であると判断した場合は、K男さんにその調整を頼み、様子を見守っている、といった状態であると思います。（中略）「応援する」というのは、やはり上にも書きましたが、この場合は見守ることかと思えます。特に個人的に気にかけているのは、K男さんの調子です。退院に臨む当事者以上にそのプレッシャーは大きいと考え、K男さんが病棟に顔を出したときはできるだけ相談に乗り、もてなすようにしています。もっともこれは、（看護師の）伊東健先輩の行動を見ていて感じ

たことなんですけど…。当事者のためにも、ピアサポーターのK男さんのためにも、けっこう大事なことかなと思います。（メール）傍点と括弧内は筆者。

「見守る」ということばは、一見何もしていないように見える振る舞いの態度であるが、他者を見放したり無視したりすることなく、見続けること、そして積極的に手を差し伸べるのではなく、必要なときに手を差し伸べるという「わきまえ」を前提とした構えのことである。あくまでも当事者に行為主体を置くという専門職者のかかわり方として、受け身の態度もしくは役割に自ら制限を加えるという「差し控え」<sup>8)</sup>の態度のことである。

また、「もてなす」とは、「歓迎する／歓待する」ということを意味するホスピタリティにかかわることばであり、それは差異ある他者との「出会い」のあり方の一つを現すものである。それは相手を自分に同化させることではない。むしろ、自分とは異なる他者を自分の中に迎え入れるという自己の同一性を切り開いていく行為であり、自分自身へのこだわりを棄てるどころに成立するものである（鷺田1999）。いいかえれば、看護師という専門職役割をいったん手放した状況、つまり他者を役割関係とは別の関係の中で迎え入れる態度のことである。「もてなす」ということばには、自らの専門性をいったん切り崩しながら他者に向けて開いていく構えがある。

ところが、精神科病棟では、「差し控え」という受動的な態度だけでは成り立たない現実があり、そこではもう一つ異なる態度が現れる。詰所でスタッフが打ち合わせをしていたとき、長期間入浴していない男性患者が現れた。それを見た看護師の伊東健さん（精神科看護歴4年）は「〇〇さん、フロ入れよ。今、行くぞ。」といいながら立ち上がり、半ば強引に腕を抱えて風呂場へと直行した。7病棟では、患者との良好な関係が作れないまま看護師が強制的な態度をとれば、患者から拒否、無視、ときには暴言や暴力という明示的な応答が

ある。このとき、患者からの拒絶やそこに居合わせた他の看護師からそれを押しとどめる声はなかった。

入浴を強行した伊東健さんの態度は、一見、患者の意向を無視した態度、いわばバナーナリストイックな「介入」として解釈されるかもしれない。実際、7病棟では患者の意思や患者の主体性を優先するための手続きを踏まずに、その時その場の判断によって行われる、半ば強引とも映る看護実践を目にすることがある。外出を拒否し続ける患者を病院の外へ連れ出そうとあの手この手で説得したり、ベッドの回りに山積みされた荷物を片付けるために、一方的に患者の世界に踏み込むということもある。

患者の主体性の確立や自己決定権の獲得は、1970年代以降専門職批判の一つとして、医療専門職に対するそれまでのバナーナリズム批判の先に成し遂げられたものである。したがって、強引とも見える「介入」という行為は、今日の「患者中心の医療」や看護倫理を基盤とする「あるべき看護」の志向のもと、改善されるべき態度として捉えられるかもしれない。ところが、先の「介入」を患者が拒絶しなかったのは、伊東健さんが患者との日々のかかわりにおいて役割関係だけでなく、そこに回収しきれない「顔の見える関係」を保持していたからに他ならない。

以上のように、7病棟では「応援している」ということばを使うとき、看護師は患者に対して能動的にケアを提供するのではなく、あくまでも行為主体は患者であるという受動的な「差し控え」の態度を示している。他方で、「顔の見える関係」を保持した上での「介入」は、たとえ患者の意思に反した強引とも見える態度であっても、時と場合によって必要な行為であると認識されている。ここで見出せる7病棟看護の専門性とは、「顔の見える関係」を保持した上で、「差し控え」と「介入」という二つの相反する態度を、患者の状況に応じて柔軟に使い分ける力であるといえる。

### (3) 空間変容する力

7病棟には、医療制度や病院組織システムによって規定される、均質で一義的な医療空間を多義的な空間に変容する力がある。

7病棟の詰所は、看護スタッフの申し送りの時、施錠によって患者を排除する「聖域」のような空間となる（長くても約1時間）。ところが、申し送り以外の日常では、もくもくと看護記録紙に書き込む看護師、服薬の準備をする看護師、患者に対して生活面での相談を行っている看護師、患者のタバコの要求に応える看護師、その周りを意味もなく歩き回るとみえる患者、記録する看護師の隣でひとしきり黙して佇む患者、スタッフと深刻そうに話し込む患者、スタッフとのじゃれ合いを楽しむ患者等々で構成される空間となる。さらに、出入りする売店の店員、他科から所用で訪れるスタッフ、ときどき顔を出すソーシャルワーカーや作業療法士、見学者など、多種多様な人々がそれぞれ異なる目的で（目的のないことも含めて）参加しているというように、詰所は目的や参加の仕方が自由である多義的な空間（場）となっている。

ここで、空間変容について検討するために、「身体化された空間 embodied spaces」という概念についてふれておきたい。「身体化された空間」とは、身体を生物学的、社会的な存在としてだけでなく、また場所を単なる地理的空間、物理的空間としてではなく、感覚的、情動的な経験を伴いながら、話したり活動するという、身体が世界に働きかける「場」として捉える概念である（Low and Lawrence-Zúñiga 2003; Csordas ed. 1994）。この視座によれば、人々が参集する場は、先に空間があつて形成されるのではなく、その身体的行為、身体的活動に伴って創造される空間であるということである。さらに、そこに参加する人によって、ときに一時的に、また持続しつつ伸縮していくというように、あるできごとにかかわる参加者の関係性とともには場は生まれるということである。本稿では、「身体化された空間」という概念に加えて、その場を構成する異なる関係性に着目した

い。

7病棟詰所は、専門家の権威や医療の権力によって緊張や抑圧を与える医療空間とは異なり、その雑多性ゆえにそこに滞在する者に「居心地よさ」を提供する。そこではスタッフ間の単なるおしゃべりが即興カンファレンスへと容易に移行したり、患者の幻聴世界を再現するドラマが即興的に演じられることで、詰所という空間は劇場空間へと変容する。しかも、こうした空間変容が可能となるのは、先に述べたように、看護師個人の力ではなく「顔の見える関係」を重視するチームの力によってである。

他方で、詰所ではルーティン業務（申し送り、看護記録を書く、服薬準備、入浴介助の準備、他科へ患者と同行するなど）が遂行されている。こうした業務を要領よく遂行するためには、一定の質を維持した効率の良さを優先する看護が必要とされる。いいかえれば「だれでもどこでもできる」という社会的役割関係が重要となる。「無駄のないきばきとした行動で積極的によく働いている」と患者がいうように、看護師たちの機敏な動きは、過剰でない限りにおいて病棟での生活に活力を与えている。

また、詰所では雑多な人が出入りすることで、その場に居る人が注目されず、そこに居る理由がだれからも問われないという状況も生み出されている。「だれであるか」を問われない関係、いいかえればその場での固有の「顔」が希薄化された匿名的な関係によっても、その空間は構成されている。その場にいる人の存在が顕在化せず、むしろ「ただそこにいるだけでいい人」として、その場に埋没していることが「居心地よさ」を醸成するのである。詰所という空間の構成員の1人として参加している私にとって、白衣の看護師や寝巻きの患者の中で「私」の存在が主張されない空間は居心地いいものである。調査者としての「顔」が消去されないまでも「ぼんやり」と曖昧化された場に、「そこにいてもいい」という暗黙のメッセージを感じとることができる。

こうして詰所という空間は、「顔の見える関係」だけでなく社会的役割関係、そして場に「私」が埋没する匿名的な関係という、異なる関係性が交叉する多義的な空間であるがゆえに、総じて「居心地よさ」が生まれるのであろう。

精神科の保護室という空間は「隔離、鉄格子、薬漬け、狂乱する患者、怖い看護師」など、かつて精神科の象徴としてマイナスに意味づけられた空間であり、今もなお一部の医療機関では「懲罰室」、「反省室」という監視・管理のための医療空間として位置づけられている。ところが、7病棟スタッフは、保護室を自傷他害の恐れのある「患者を守るための場所」「患者が休息をとる場所」と意味づけ、さらには患者によっては保護室を利用するのが「うまい人」「下手な人」というように、空間利用の主体は管理する側の専門家ではなく患者にあるとさえ捉えている。

とはいえ、保護室という空間は「患者に懲罰を与える場所」に容易に転換しうる危うさを常に抱えている。この空間が患者にとって「管理される場所」になるか「守られる場所」になるかは、現実には鍵を持つ「管理する側」の看護師のかかわり方によるといえる。看護師と患者との関係が「鍵を持つ者」と「鍵を持たざる者」という不均衡な関係にあるため、病棟空間はたった1人の看護スタッフが病棟管理や患者の管理を志向する看護を持ち込むだけで、「居心地よい空間」を管理優先の空間へと容易に変容してしまうことになる。また、病棟の管理者である師長の力は大きく、詰所の雰囲気や看護師個人の裁量、患者の態度に影響を及ぼしている。さらに、診断・治療に大幅な権限を有する精神科医の存在は大きい。現在、7病棟では病棟師長と川村精神科医によって多義的な空間が保障されているが、今後、師長や精神科医が入れ替わったとき、どのように変容していくのだろうか。7病棟であっても、病院という医療組織による規制から免れ得ず、今後、詰所の「居心地よさ」が継承されていくという保証があるわけでもない。



医療組織や管理システムによって規定されている医療空間は、特に精神科病棟という治療空間は、フーコーを持ち出すまでもなく、近代以降、規律一訓練化された従順なる身体が再生産される場所として、また生一権力が遍く行使される場所として、一義的に均された管理空間とされている。そうした監視・管理の空間が、専門家によっていかに一義的で均質な空間から多義的な空間へと変容されていくか、そこに専門家としての空間変容の力が試されているのである。

#### 4 「開かれた専門性」に向けて

これまで見てきた臨床から生まれた専門性は、制度的な医療専門職のうちの看護職の、さらには精神科看護職の専門性であり、しかも浦河日赤というローカルな文脈に生まれている専門性についてであった。確かに、特定の社会背景や特定の地理的空間という限定されたローカルな文脈に生まれているという意味では、それを他の地域や他の医療機関での専門性へと一般化することには慎重でなければならない。けれども、ここで議論してきた専門性を浦河日赤精神科に限定した専門性として片付けてしまうと、冒頭で掲げた第一の問いに答えることにはならない。

これまで7病棟の看護実践から見出された専門性として、近代の科学的な専門性という側面ともう一つ別の側面の双方について取り上げてきた。ここでは、特に、後者に焦点をあてて、冒頭の問い「近代以降の制度的な専門職の専門性として見落とされているもの」について再び指摘し、そうした専門性のあり方を制度的な専門職一般の専門性とどのようにつながっていくのかを考えてみたい。

本稿では、専門職（批判）研究的となってきた専門家システムや専門職役割関係といった近代の科学的な専門性とオーディット文化からは導くことができないものとして、3点指摘してきた。1点目、制度的な役割関係に求められる代替可能

な実践には回収できない代替不可能な関係性としての「顔の見える関係」についてである。2点目は、専門職役割関係において患者とのせめぎあいの中でいかに専門職者は振舞うかという、専門職者の「差し控え」と「介入」という二つの異なる態度のバランスについて指摘した。3点目は、質の異なる関係性が保持されることで発揮される空間変容の力である。

最初に、「顔の見える関係」について論じるために、「顔」に関する二つの視点を参照する。一つは、精神科臨床において、人はケア提供者による分析や解釈をはねのけ、「観察者」や「対象者」という単純な位置づけを突き崩し、ケア提供者自身にゆさぶりをかけるような力をもって迫ってくる顔をもつという指摘である（西川 2007）。二つ目は、ハンセン病療養所における看護ケアにおいて、看護師が遭遇する入所者の「顔」についての指摘がある。ケアの場には入所者の生活の論理が偏在し、その向こうには生活の歴史性に裏打ちされる複数の「顔」がある。患者の生活の論理や複数の「顔」、そして生活者のまなざしとの遭遇によって、看護職にとって新たな振る舞い方が要請されているという（本多 2006）。

ケア提供者に迫ってくる顔や、当事者のもつ生活の歴史性や生活の論理に裏打ちされた複数の「顔」に回答するために、「顔の見える関係」という視点を導入することは、専門職実践における役割関係には回収され得ない関係性に着目することの意義を示している。本稿でも指摘したように、当然ながら「顔の見える関係」だけで専門職実践が遂行されているわけではない。しかし、この視座はこれまでの近代の専門職批判やそれに応えるために議論されてきた社会的役割関係（医療者一患者関係）モデルにおいて、見落とされていた部分である。

さらに、「顔の見える関係」をコミュニケーションの一形態として位置づけるために、哲学者のアルフォンソ・リングスの視点を参照してみたい。リングスによれば、コミュニケーションを始める

入り口には二通りあり、一つは共通の合理的な言語によって内容を伝達するというあり方であり、もう一つはそれとは異なる別のコミュニケーションのあり方である (Lingis 1994=2006: 151-152)。

この視点で看護実践を例えてみる。共通の合理的な言語によって伝達されるものは、例えば、体温、血圧、睡眠時間、摂食の可否など医学的情報を含む客観的な情報であり、それを伝達するのは看護師 A さんでも B さんでもかまわない、看護師であればだれでもいいという代替可能なコミュニケーションのあり方である。それに対して、もう一つ別のコミュニケーションのあり方とは、合理的な言語では表現できない「何か」を語らなければならない状況で、代替不可能な特定の「だれか」が語ること、それ自体に意味があるというものである。そこでの語り手は、看護師 A さんでも B さんでもない、看護師 C さんでなければならないという、語り手の固有性が現れるコミュニケーションのことである。それは「何を」語るかよりも「だれが」語るかという語り手の固有性が重要であるというコミュニケーションのあり方である。

コミュニケーションには合理的な言語によるものと語り手の固有性が現れるものがあるという指摘は、「顔の見える関係」を臨床でのコミュニケーションの一形態として捉えることの妥当性を示唆するものであり、精神看護や一般的な看護における関係には留まらず、臨床で直面する患者と専門職者との関係性について再考を促すものである。

2点目として指摘したのは、専門職者の「差し控え」と「介入」という二つの異なる態度についてであった。ここでは前者の「差し控え」の態度について考えてみる。先の西川は、看護の臨床ケアのあり方についての議論で、POSに倣った看護の能動性への着目は、患者との一方的な関係に陥る危険性があり、よって看護者は「苦しむ人と共にあること」、呼びかけに応えるというその受動性に目を向けることが重要であると指摘する

(西川 2007)。また、精神福祉学の尾崎新は対人援助の場では援助者にとって「『ゆらぐ』ことのできる力」が重要であると主張する。専門職者が「ゆらぎ」を確保するには、「ゆらぎ」と向き合うゆとりと多面的な視点の確保、そして「ゆらぎ」を言語化するために他者との対話が必要である。対人援助においては援助対象者に対する過剰な思い入れや関係性への埋没が援助の混乱や破綻を導くことから、専門職に内在する他者性への自覚が必要であると述べている (尾崎 1999)。

受動性にケアの本質をみる視点や専門職に内在する他者性への自覚という視点には、専門職者としての同一性を切り開く態度と専門職者の「わきまえ」に対する自覚が含まれている。患者の幻聴世界に自ら入り込み、その世界を共有する看護や「応援している」ということばが指し示す看護とは、医学や看護学が目指す科学的な専門性に固執せずに、自分とは異なる論理や他者の世界と向き合う姿勢、いいかえれば専門職者としての同一性を他者に向けて切り開いていくという、開かれた専門性に裏づけられている。

他者との対話を前提とし、科学的思考を基盤とした専門職者としての同一性を切り開いていく態度とは、自己の内部に科学的合理性では説明できない未知なる部分が存在することを自覚し、不完全である自己を前提にして、その未完成のままの自分を他者に委ね、かつ他者に向けて自己を開いていくという構えのことである。ただし、「介入」というもう一つの態度とのバランスが重要であるのは既に指摘した。

3点目は、一義的な意味空間を多義的な空間に変容するという空間変容というテーマに関してである。既に、私は糖尿病患者会の活動の「場」についての分析から、空間変容について示唆してきた。上位の患者会組織や医療専門職者が目指す目的によって規定される場を「他者の場」とし、同じ空間でありながら調理実習やウォークラリーに参加する会員によって生起する〈いまここ〉の場を「生きられる場」と位置づけ、「他者の場」

と「生きられる場」とは、同一空間でありながら、その時その場によって参加者の実践や関係性のあり方によって変容しうる関係にあると指摘した(浮ヶ谷 2007: 175)。

同様の指摘をした社会学者の阿部俊彦によれば、阪神淡路大震災遺児のために「こころのケア」のために用意されたグループタイムの空間が、援助者が規定する「吐き出し」という一元的な意味空間から、当事者の参加によって多元的な空間へと変化しているという。施設の目的やその管理者が前提とする目的によって規定される場が、その場を利用する当事者の参加の仕方によって「当事者性を獲得する場」へと変容したのだと指摘されている。このとき、グループタイムはそれぞれがユニークな経験を持った一人の人間であることを相互承認し、補完する空間となり、この空間は震災遺児の当事者性を獲得する場となっていると指摘する(阿部 2007: 172-173)。

阿部は、グループタイムで生じられた空間は専門職者にとっては意図せざる結果であったが、利用者にとっては「当事者性の獲得」を意味していることを強調している。ところが、糖尿病患者会の活動の場や7病棟詰所という空間は、当事者性を尊重する専門職者と当事者である患者、さらには外部からの参加者等による多様な関係性によって形成されている。そうした相違はあるものの、空間変容をもたらす力は、制度的な機関や施設における専門職者と患者(利用者)との関係において、「管理する側」と「管理される側」という一義的で不均衡な関係に揺さぶりをかけることを可能にするものである。

空間変容の力を専門性の一側面として捉えるために、制度的規範や病院組織が規定する空間(物理的環境や組織内ヒラルヒー)と時間(日間、週間、月間、年間スケジュールや活動プログラム)に対して、患者や当事者がもつ空間(病室やベッド、休憩室、持ち物を含めた病院内生活空間、居場所)と時間(固有の生活リズムや季節感、行事や記念日)についての観念が、その空間(場)に

よっていかに競合し、対立しているのか、そしていかに交渉し、調停しているのかという、その場を構成する人たちの実践と関係性について考察する視座が重要となる。

以上見てきたように、専門職役割関係とは質の異なる「顔の見える関係」、専門職の自己同一性を切り開いていく「差し控え」という態度、多義的な関係を保持した空間を変容する力という専門性の諸側面は、これまでの専門職(批判)研究では、見落とされてきた専門性の側面であり、他者との対話、他者との多様な関係性によって近代の専門性を切り開いていくという意味で「開かれた専門性」といえるのではないだろうか。

## おわりに

現在、医療専門職の領域において、一部再考の動きがあるものの、科学的実証性や普遍性、合理性に価値を置く専門性への志向は、近代の専門家システムの自己回帰のメカニズムからみれば避けられない事実である。特に、医学に倣い看護の質を高めるという看護学内部の論理から、POSに依拠した問題志向型看護は、今後、オーディット文化のもと看護教育や実践の場でもよりいっそう推進されていくに違いない。しかし、他方で7病棟のように、臨床の場からは専門家システムやオーディット文化にはそぐわない代替不可能な実践や専門職としての限定性、空間変容の力といった「開かれた専門性」が志向されているのも事実である。7病棟に限らず、患者との直接的なかかわりが現実を構成する臨床の場には、「顔の見える関係」や「差し控え」の態度、医療空間の変容を生み出すような「開かれた専門性」が生まれていると思われる。

本稿での「開かれた専門性」という視点は、これまでの専門職研究における「サイエンス」と「アート」の議論、例えば内科医であるエリック・キャッセルが臨床における「科学-技術的思考様式」と「人道主義的思考様式」との比較から、

前者が後者を駆逐していく様相について述べているが、こうした議論に連なるものである (Cassell 1976 = 1981)。この二つの様式に関する議論は、多くの分野でなされてきたが、今日でも決して色褪せてはいない。近年、アメリカの臨床医学の内部で、再び専門職主義と人道主義との狭間に生じる葛藤に焦点をあてた新たな専門性のあり方が議論されている (Whitcomb 2007)。

本稿では、「アート」か「サイエンス」か、という二者択一的な発想ではなく、臨床の場では両者は時と場合によって要請されることを前提として、そのうえで臨床というローカルな文脈に生起する専門職実践には「サイエンス」では捉えきれない専門性が見出せると指摘したのである。既に、臨床の医学実践には合理的、明示的、量的、形式的な判断が要請されるという臨床領域への科学的合理性の浸透が指摘され、臨床知や実践知の再考が試みられている (Gordon 1988)。また近年、臨床から生まれる暗黙知や実践知が医療制度や専門家システムによる統制とオーディット文化によって、いかに侵食され消滅の危機に瀕しているかが指摘されている (Nettleton, Burrows and Watt 2008)。暗黙知や実践知については今後取り組まなければならない課題であるが、本稿では専門職者と患者との関係の質を改めて問うことで、オーディット文化には回収され得ない代替不可能な関係性やそれを前提とする専門職者の構え、そして臨床実践が生まれるローカルな空間について考察したのである。

臨床から生まれる「開かれた専門性」として、代替可能な専門職役割関係だけに固執せず代替不可能な関係性の出現や、専門職の自己同一性を切り開き患者の経験世界に開かれているという態度、また医療機関という一義的な管理空間を多義的な空間へと変容していく力を見出すことは、これまでの専門職批判研究から見落とされてきた、もう一つの専門性を捉える視座を示すことになりうるのではないだろうか。それだけでなく、専門性研究を、自由競争や市場原理に基づくネオリベラリ

ズムや自己規律化のテクノロジーを要請するオーディット文化の企ての中に位置づけることで、専門性をめぐるさまざまな議論——専門家支配と患者の専門家依存、素人の専門家への志向性、医療化に関する議論、近代の専門家システムの議論等——に再考を迫ることになるのではないだろうか。

## 注

- 1) 専門職批判研究として代表的なのは、医師の専門職役割を権力支配の問題として捉えたフリードソンによる研究である。そこでは、医師の専門職支配を支えているのは、とりわけ高度の「自律性」と医療の「不確実性」とであると指摘される (Freidson 1970 = 1992)。また、専門職研究の対象となったのは、医師をモデルとして、制度的な専門教育、クライアントや市場の独占と職業の占有、他の職種排除のための国家の認定、クライアントからの自律性の確保などである (Turner 1987)。その後、医師の国家官僚への従属化や脱専門職化、専門職内部の分化、脱スキル化 (単純労働化)、市場経済との結びつき、女性の従属化という問題が研究されてきた (Turner 1987; Rogers and Pilgrim 2005)。さらに、権力の遍在性や言説空間の変容性、権力への抵抗の可能性等に着目し、専門的知識の社会構築性を問う視座へと移行する (Rogers and Pilgrim 2005)。こうした専門職 (批判) 研究の矛先は、総じて専門家システム (注4参照) や医療の市場化、科学的な専門性、役割関係モデルに向かっていると思われる。
- 2) SOAPとは、S (subjective data) は主観的データ (患者の訴え)、O (objective data) は客観的なデータ (所見・医師やナースがとり出したデータ) であり、視診、聴診、触診、検査データを含む。A (assessment) は「評価 (判断)」であり、SとOから吟味、評価したもの (診断や治療経過に関する結論) とされる。そして、P (plan) は「計画 (立案)」であり、SOAを受けて問題の原因や誘因に応じた問題解決のために看護計画P (観察、ケア、教育の行動計画) を立てることとされる (日

野原・岩井・片田・林・李羽・倭 1980: 22-26)。

- 3) 社会学者のアンソニー・ギデンズによれば、「モダニティのダイナミズム」として、①「脱埋め込みメカニズム」：相互行為を場所の特殊性から切り離す、②時間と空間を括弧にいれる、③「モダニティの再帰性」とが指摘されている。①の「脱埋め込み」の例として「抽象的システム（象徴的通標、専門家システム）」があり、「専門家システム」の特徴として「システムの実行者およびクライアントとは独立に有効性をもつ技術的知識様式を用いる」とされている。また、③の制度的再帰性については、「社会活動および自然との物質的関係の大半の側面が、新たな情報や知識に照らして継続的に修正を受けやすいことを意味する」としている (Giddens 1990=1993; 1991=2005)。
- 4) 「専門家システム」で再生産される専門知の特徴として、①非人格的原理に基づいているゆえに特定地域を超えて普遍的に通用しかつ分権化していること、②定式的真理ではなく、知識の修正可能性に対する確信（方法的懐疑心に依拠する確信）と結びついていること、③必然的に専門分化という内在的過程を伴うこと、④抽象的システムに対する信頼を「秘伝の知恵」では生み出せないこと、⑤制度的再帰性と相互に影響しあうため、日常の技能や知識の喪失と再占有という過程が働くと指摘されている (Beck, Giddens and Lash 1994 = 1997: 159)。
- 5) 参照した3点については、日本文化人類学会第42回研究大会（2008年5月31日、京都大学）、分科会（「専門性」とは何か？ 代表者：浮ヶ谷幸代）での個別報告、『「ユタの知」の地平から：沖縄の宗教的職能者による相談の場を事例として』（村松彰子）の中で、指摘されたものである。
- 6) 本稿で使用しているデータは、千葉大学21世紀COEプログラム「日本文化型看護学の創出・国際発信拠点—実践知に基づく看護学の確立と展開—」の助成のもと、2006年8月から9月にかけて浦河赤十字病院精神科病棟（通称7病棟）を中心に行った調査とその後のフォローアップ調査、一部の

看護師とのメールでのやりとりから得たものである。看護師たちは実名で登場するが、こうした記載形式になった経緯については（浮ヶ谷2009）を参照。7病棟では、病床数60に対して看護師20人（准看2人を含む）、看護助手7人が配置されている。2交代勤務が導入されており、日勤帯11人、夜勤帯3人、そして早出、遅出のスタッフによって構成されている。看護師スタッフは、男性患者担当のAチーム（11人【准看2人を含む】）と女性患者担当のBチーム（9人）に分かれており、チームナーシングを基本とした看護体制をとっている。詳細は（浮ヶ谷2009）

- 7) ピアサポート事業は、全国規模の精神病患者の退院促進事業の一環であり、浦河保健所も精神障害をもつ当事者が他の当事者の退院や地域生活を支援するというこの制度を採用している。この活動を担う人はピアサポート・ワーカー（通称ピアサポーター）と呼ばれ、社会生活能力が比較的高いとされる当事者である。主な活動は、退院を控えたメンバーのための活動として、外出・買い物に付き合ったり、試験外泊の時に共同住居と一緒に泊まったりすることである。7病棟看護師の「応援している」という態度は、こうしたピアサポート事業をめぐる現れるものであり、〈べてるの家〉の「当事者性を尊重し、それを応援する」という取り組みや、専門職者の「わきまえ」に精神医療の本質を見出す川村医師の構えに大きな影響を受けている。詳細は（浮ヶ谷2009）。
- 8) 「差し控え」ということばは、政治学者の大川正彦が「慈善」について論じている箇所が使われている（大川2000）。ここで大川が説明する意味と私が使用する際に意図するものとのズレを指摘しておく。大川は、慈善モデルにおける能動的介入と受動的な介入との比較の中で、「受動的な差し控え」という態度とは、慈善という行為の受け手となる側の行為主体を前面に出したものとして説明している。慈善を受ける側の行為主体性に力点を置くという意味では同じであるが、大川の議論では、「慈善」を与える側と受ける側の位置関係はあ

くまでも一方的に固定されている。それに対して、私は「慈善」であってもケアであっても、そうした授受関係を基本的に相互行為として位置づけている。さらに、そうした相互行為の文脈では行為主体は転換し得ることや、その相互行為が二者関係に留まらず、二者以外の関係へと広がりをもつというその動態性に着目している（浮ヶ谷 2009）。

### 参考文献

- 阿部俊彦, 2007, 「阪神淡路大震災遺児と心のケア」, 樽川典子編, 『喪失と生存の社会学: 大震災のライフ・ヒストリー』, 有信堂.
- Beck, U., Giddens, A. and Lash, S., 1994, *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, Polity Press. = 1997, (松尾精文・小幡正敏・叶堂隆三訳) 『再帰的近代化: 近現代における政治, 伝統, 美的原理』, 而立書房.
- Cassell, E. J., 1976, *The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship*, New York: Penguin. = 1981, (土居健郎, 大橋秀夫訳) 『癒し人のわざ: 医療の新しいあり方を求めて』 新曜社.
- Csordas, T. J. ed., 1994, *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self*, Cambridge University Press.
- Freidson, E., 1970, *Profession Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, Inc. = 1992, (進藤雄三・宝月 誠訳) 『医療と専門家支配』, 恒星社厚生閣.
- Giddens, A., 1990, *The Consequences of Modernity*, Polity Press. = 1993, (松尾精文・小幡正敏訳) 『近代とはいかなる時代か: モダニティの帰結』, 而立書房.
- 1991, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Blackwell Publishing. = 2005 (秋吉美都・安藤太郎・筒井淳也訳) 『モダニティと自己アイデンティティ: 後期近代における自己と社会』, ハーベスト社.
- Gordon, D. R., 1988, *Clinical Science and Clinical Expertise: Changing Boundaries Between Art and Science in Medicine*, in Lock, M. and Gordon D. R. eds., *Biomedicine Examined*, Kluwer Academic Publishers.
- 日野原重明, 1973, 『POS: 医療と医学教育の革新のための新しいシステム』, 医学書院.
- 日野原重明・岩井郁子・片田範子・林茂・李羽倭文子, 1980, 『POS: POSの基礎と実践 看護記録の刷新をめざして』, 医学書院.
- 本多康生, 2006, 「ハンセン病療養所における看護ケア: 生活者のまなざしを巡って」, 『年報社会学論集』, 第19号, pp.153-164.
- Hurst, W. J. and Walker, H. K., eds., 1972, *The Problem Oriented System*, New York: Medicom Press, .
- 岩井郁子, 2001, 「これからの看護記録・新しく変転する POS—診療情報開示とリスクマネジメントを視野にいれて—」, ライフプランニングセンター.  
<http://nippon.zaidan.info/seikabutsu/2001/00584/contents/00002.htm> (2007/01/12access)
- 春日直樹, 2007, 『〈遅れ〉の思考: ポスト近代を生きる』, 東京大学出版会.
- Lingis, A., 1994, *The Community of Those Who Have Nothing in Common*, Indiana University Press. = 2006, (野谷啓二訳) 『何も共有していない者たちの共同体』, 洛北出版.
- Low, S. M. and Lawrence-Zúñiga, D. eds., 2003, "Locating Culture", in Low, S. M. and Lawrence-Zuniga, D. eds., *The Anthropology of Space and Place: Locating Culture*, Blackwell publishing.
- Nettleton, S., Burrows, R. and Watt, I., 2008, *Regulating Medical Bodies? The conse-*

quences of the 'modernisation' of the NHS and the disembodiment of clinical knowledge, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 30, No. 3, pp. 333-348.

西川 勝, 2007, 『ためらいの看護：臨床日誌から』, 岩波書店.

小田 亮, 2006, 「序章〈顔〉のあるつながり」, 『日常的抵抗論 Web 版』, <http://www2.ttcn.ne.jp/~oda.makoto/page005.html>, (2008/01/20access)

大川正彦, 2000, 「所有の政治学：所有的個人主義批判」, 大庭 健・鷺田清一編, 『所有のエチカ』, ナカニシヤ出版.

尾崎 新, 1999, 『「ゆらぐ」ことのできる力：ゆらぎと社会福祉実践』, 誠信書房.

Rogers, A. and Pilgrim, D., 2005, The Mental health Profession, in *A Sociology of Mental Health and Illness: The Third edition*, Open University Press. pp.120-139.

Strathern, M., 2000, Introduction: New Accountabilities, in Strathern, M. ed., *Audit Culture: Anthropological studies in accountability, ethics and the academy*, Routledge.

Turner, B.S., 1987, *Medical Power and Social Knowledge*, Sage Publish.

浮ヶ谷幸代, 2007, 「他者の場に集う人たち：糖尿病患者会〈Yの会〉を例に」, 浮ヶ谷幸代・井口高志編, 『病いと〈つながり〉の場の民族誌』, 明石書店.

— 2009 刊行予定, 『ケアと共同性の人類学：北海道浦河赤十字病院精神科から地域へ』, 生活書院.

鷺田清一, 1999, 『「聴く」ことのできる力：臨床哲学試論』, TBS プリタニカ.

Weed, L.L. 1969, *Medical Records, Medical Education and Patient Care*, Cleveland, The Press of Case Western Reserve University.

Whitcomb, M.E., 2007, Special Issue: Professionalism in Medicine, *Academic Medicine*,

Vol-182, No.11.

(追記) 本稿は、日本文化人類学会第 42 回研究大会 (2008 年 5 月 31 日、京都大学) で開催した分科会、「『専門性』とは何か？」(代表者：浮ヶ谷幸代) での趣旨説明と個別報告「『問題志向型看護』からはみだすドラマ『アカオニ退治』：北海道浦河赤十字病院精神科病棟の看護実践の事例から」をもとに加筆修正したものである。