

ISSN(製本版) : 2188-9848

ISSN(オンラインジャーナル) : 2188-9856

現象と秩序

第1号 (2014.10)

創刊の辞.....	1
論 説	
医療化する家庭と家庭化する医療	
—在宅医療のビデオ・エスノグラフィー (卒論版) —.....	5
齋藤 雅彦	
在宅医療文化のビデオエスノグラフィー	
—生活と医療の相互浸透関係の探求—.....	95
樫田 美雄 堀田 裕子 若林 英樹	
研究倫理の討議的達成の相互行為分析	
—福島原発事故・甲状腺検査評価部会のケーススタディー—.....	103
樫田 美雄	
大阪と奈良北部の方言に関する調査報告	
—待遇の助動詞ハル・ヨル・ヤルおよび「〇〇弁」意識—.....	127
村中 淑子	
編集後記.....	142

『現象と秩序』 創刊の辞

『現象と秩序』編集委員会

新雑誌として、『現象と秩序』を創刊します。

本誌の概要と特徴は、下記の6点です。

- ① WEB上のオンラインジャーナルであると同時に、紙版の通常の雑誌でもあるハイブリッド雑誌です。
- ② 速報性と易読性と高品質さの3つの性質を満たすべく工夫をします。すなわち、新着論文は、審査が終わったあと、まずWEB版で頁未定で公開されます（速報性）。次いで、年に1～2回の紙版の発行時に、頁が付けられ製本されて、図書館等に送られます（易読性）。最後に、紙版と同じ頁が付けられたPDFファイルが、論文ごとに整理された形でインターネット上に公開されます。この最終版では、カラーの図や写真は、そのままカラーで掲載されますので、「高品質さ」が担保されます。
- ③ 査読論文と非査読論文の両方を掲載します。
- ④ 4万字程度の長いものも、5千字程度の短いものも載せます。
- ⑤ 研究者の執筆作品も、学部学生等の非研究者の執筆作品も両方載せます。
- ⑥ フィールドワークを基盤とした学際的作品を積極的に掲載します。

本誌の目的は、日本の人文科学・社会科学の振興ですが、とりわけ、フィールドワークを基盤とした学際的作品を積極的に掲載していく方針です。フィールドワークを基盤とした作品には、長大になってしまうものと、ぎゃくに、かなり短く断章的になってしまうものの両方がありますが、その両方を、形式の枠に押し込まずに、掲載していきたく思っております。

日本国内に人文科学・社会科学の学会機関誌や同人誌はたくさんありますが、上記の本誌の特徴の全てを兼ね備えた雑誌は珍しいと思われまふ。したがって、本誌には本誌だけが達成できるシナジー効果（相乗効果）があると信じています。その効果を出すべく、毎号工夫をして、さまざまな種類の原稿を合わせて載せていくことができればよいと思っております。

実際、創刊号の第一論文は、徳島大学総合科学部の学生の卒業論文であり、第二論文は、科研費に基づく共著論文です。また第三論文と第四論文は、ともに調査を元にしたオリジナル論文（但し、第三論文は、既発表論文の改訂版）です。すでに本号から多様性は十分に発揮できているように思われます。

投稿規定・執筆要領は次頁以下に記載の通りです。投稿希望のある方は、原稿ファイルを添えて、電子メールで編集委員会にご連絡下さい。あまりお待たせしない形で、本誌の編集方針からみて掲載の可能性があるかどうかを判断させて頂き、可能性のある場合には、掲載余地のある号の号番号と刊行予定時期をお伝えできると思ひます。お気軽にお問ひ合わせ下さい。

『現象と秩序』 投稿規定・執筆要領

『現象と秩序』編集委員会

2014年9月22日制定

1. 投稿資格

『現象と秩序』編集委員会委員本人およびその紹介者は、『現象と秩序』に投稿することができる。

2. 原稿の種類

1) 投稿する原稿の種類は、人文・社会科学及びそれらに関わる学際領域の原著論文、ショート・ペーパー、論文、解説・総説、研究ノート、調査報告、実践報告、インタビュー記録、シンポジウム記録、書評、その他編集委員会が適当と認めたものとする。

2) 区分の指定は編集委員会が行うものとする。

3. 査読

1) 原著論文及びショート・ペーパーは査読制とする。査読を希望する原稿については、投稿申込時にどちらの区分を希望するか明記すること。査読を経た論文については、雑誌表紙のタイトルおよび論文の最初のページに「査読論文」と明記する。

2) 査読は編集委員会が行う。

(1) 編集委員会委員による査読が望ましくない場合/困難な場合は、委員会委員以外に査読を依頼することがある。

(2) 投稿から査読結果を通知するまでの期間は最大1ヶ月とする。

(3) 本誌は紙版発行とWEB上掲載の両方の手段で学術的見解の公表をするWEB誌であり、したがって、随時投稿が可能である。投稿者は、査読結果が「要修正」となった場合には、必要な修正を行ったうえで2ヶ月以内に再投稿する。再投稿された原稿については、編集委員会が採否を決定し、投稿者に連絡がなされる。採用された場合は、執筆要領にしたがって電子ファイルによる完

全原稿を作成し、編集委員会（当面は、〒651-2103 神戸市西区学園西町3-4 神戸市看護大学内榎田研究室, Kashida.yoshio@nifty.com）宛に、提出しなければならない。

4. 発行

冊子での発行は年1回、10月の発行を原則とする。編集委員会が形式要件を確認した日をもって原稿受理年月日とする。電子媒体による完全原稿は随時受け付け、受理されたものについては、随時ホームページ上で公開する。投稿者は投稿論文等がWEB上で公開されることを予め承認すること。

5. 執筆要領

1)原稿は邦文、欧文のいずれでもよい（いずれも、横書きのみ）。

2)電子ファイルによる完全原稿は以下の様式に従って作成する。

3)原稿はMicrosoft Wordで作成すること。

4)原稿はA4サイズとする。余白は横組みの場合は、上35mm、下30mm、左右それぞれ30mmとすること。

5)図表および写真はできるだけ論文の本文中に挿入する。

6)字体、字の大きさ、段落は以下に従って作成すること。

（英語論文の場合）

タイトル：英語のタイトルはTimes系フォント、16ポイント、太字。

サブタイトル：タイトルに準じるが字数によっては、フォントを12ポイント程度にまで小さくしてもよい。

著者名：Times系フォント、12ポイント、太字。

所属：Times系フォント、11ポイント。また、Corresponding authorが分かるようにしたうえで、メールアドレスも付記すること。

Abstract : Times 系フォント, 11 ポイント.

Key Words : Times 系フォントでサイズ 11 ポイント, イタリック.

本文, 引用文献 : 1 段組み. Times 系フォント, 11 ポイント. 1 頁の行数は 36 行程度.

(日本語論文の場合)

表題 : 日本語のタイトルはゴシック体フォント, 16 ポイント.

副題 : 表題に準じるが, 字数によっては, 12 ポイント程度にまで字を小さくすることができる.

著者名 : ゴシック体フォント, 12 ポイント. 所属 : 明朝体フォント, 11 ポイント. 責任著者が分かるようにしたうえで, メールアドレスも付記すること.

英語によるタイトル, 著者名, 所属, Key Words : 所属の次に英語によるタイトル, 著者名, 所属, Key Words を入れる. 体裁は上記英語論文と同じ.

本文, 参考文献, 註 : 1 段組み. 小見出しはゴシック体, 10.5 ポイント. 本文は, 明朝体フォント, 10.5 ポイント. 1 頁の行数は 36 行程度. 字数は 40 字程度.

6. 経費

当面は発行者が負担する. PC からのプリンター出力可能な完全原稿を提出しない者は, 版下作成にかかる経費の負担をお願いする場合がある. 抜き刷りの提供はないが, 執筆部分の PDF ファイルが提供される.

医療化する家庭と家庭化する医療

—在宅医療のビデオ・エスノグラフィー（卒論版）—

齋藤 雅彦

＝おぼえがき＝

本誌創刊号の巻頭論文は、榎田が指導教員であった齋藤雅彦氏の卒業論文である。この論文は、徳島大学総合科学部人間社会学科地域システムコースの2010年度の卒業論文として提出されたものを、そのまま、載せたものである。

じつは、同論文は、その分析の一部をハイライトする形で短くリライトされ、同じメインタイトルとちょっと違ったサブタイトルで、すなわち、「医療化する家庭と家庭化する医療—在宅医療のエスノメソドロジー—」という題名で、『徳島大学 社会科学研究』という雑誌の24号（13頁～45頁）に、2011年に掲載されている。

この短縮改訂版の書誌事項は、C I N I Iによって検索が可能であり (<http://ci.nii.ac.jp/naid/110008092495>)、本体は、徳島大学の機関リポジトリ上にPDFファイルの形で (<http://www.lib.tokushima-u.ac.jp/repository/metadata/75582>) 掲載されており、紙版もWEB版もアクセスが容易であることから、在宅医療の社会学研究の領域では、言及されることも、引用されることも比較的多い論文となっていた。けれども、本誌掲載の卒論本体には、この短縮改訂版に載っていない素材・分析・議論も多く存在しており、それらの部分の学問的意義を確定していくためにも、学術雑誌中においてこの卒論版の方を公開していくべきであると思われた。

齋藤氏のこの卒論にまとまる調査のいくらかの部分については、榎田は齋藤氏に同行し一緒に調査を行っている。遅ればせながら、現在、榎田は単独でその調査内容をまとめつつあるが、その榎田の準備中の報告のベースとしても、この齋藤氏の卒論版論文を使っていきたいと考えている。そのような観点からも、今回この卒論版論文が公開されることは、まことに喜ばしいことである。

(榎田美雄・神戸市看護大学)

「医療化する家庭と家庭化する医療—在宅医療のビデオ・エスノグラフィー（卒論版）—」

齋藤雅彦

論文内目次

1章 問題意識	7
2章 予備的考察	9
2-1 研究視点—エスノメソドロジーとビデオ・エスノグラフィーの特有性	9
2-2 先行研究—医療化と医療社会学	11
2-3 概念規定—医療と介護に着目して	12
2-4 エスノメソドロジーの適用妥当性	13
2-5 研究テーマ—医療化する家庭と家庭化する医療	14
3章 調査概要	15
3-1 A宅の概要	17
3-2 曾祖母Aの概要	19
3-3 A宅における在宅医療の概要	20
3-4 まとめ	22
4章 医療化する家庭と家庭化する医療—エスノメソドロジー的視点による在宅医療場面	
4-1 家庭の医療化—家庭に侵出する在宅医療	23
4-2 医療の家庭化—イノベーションとしての在宅医療	33
4-3 全体構想—医療化する家庭研究から家庭化する医療研究へ	36
4-4 まとめ	37
5章 分析	38
5-1 分析方法—会話分析を基軸として	38
5-2 分析視点①—理想的リスクマネジメントと在宅医療的リスクマネジメント	39
5-3 場面紹介①—在宅医療でのリスクマネジメント場面	41
5-4 分析①—在宅医療におけるリスクマネジメントのあり方	42
5-5 分析視点②—道具と身体の接続性～西阪の議論を参照して	47
5-6 場面紹介②—イノベーション化された医療器具のトラブル解決・教示場面	49
5-7 分析②—在宅医療における道具の参照	50
5-8 まとめ—在宅医療のアフォーダンス	71
6章 まとめと考察	72
7章 残された課題	72
注	73
参考文献	76
資料1—作業関与詳細	82
資料2—トランスクリプト	86
資料3—文献解題	91

1章 問題意識

「高齢者保健福祉推進 10 年戦略」、通称「ゴールドプラン」制定（1989 年）¹によって、押し寄せる高齢化社会の波とともに在宅ケア²の推進が進んだ。しかし、予想を遥かに超えるニーズにより、さらなるサービスの充実が必要とされ、続いて「高齢者保健福祉 5 年計画」、通称「新ゴールドプラン」が制定（1994 年）となる。このプランはさらなる在宅ケアの充実を視野に掲げられた。そして、通称「ゴールドプラン 21」（1999 年）では、I 活力ある高齢者像の構築、II 高齢者の尊厳の確保と自立支援、III 支え合う地域社会の形成、IV 利用者から信頼される介護サービスの確立等のプラン目標より、さらに地域に根差した在宅福祉のニーズが国策として高まったものとされている。

上述のような気運の中、制度としての在宅福祉の波は家庭生活に一気に押し寄せた。つまり、岡本が指摘するように「高齢者への施設と在宅での援助という、生活援助＝福祉の充実を重視する」（岡本、1996：92）ようになったことにより、高齢者＝病院で寝たきりという構図では無くなったと言える。もちろん、ある種の QOL（クオリティ・オブ・ライフ）が高まったことはまず間違いない。

しかし、在宅ケア化が勧められた中、見過ごされていることがあるのではないだろうか、ということが本稿の初めの議題となる。それは、高齢者のより一層のケア充足でもなければ、医師やケアマネジャー等の専門家と高齢者家族の関係や指導手順をより円滑にすることでもない。私が主張したいことは、在宅ケアを受け入れた家族の生活のあり方、それ自身である。例えば、在宅での医療行為・介護行為を受け入れた家族は生活に何らかの変化が訪れ、その変化に対し柔軟に適応してきたことは明白である。また、そういった視点で在宅に焦点をあてた際、初めて見えてくる課題もあるだろう。私は、その適応の様を社会学の見地からエスノメソドロジー³的視点をを用いることで明らかにしたいと考えている。在宅における医療行為・介護行為の実際を社会学として学術的に扱うことで、より一般的で、かつ構造化された研究を提示したい。

前述の通り、本稿の目的は在宅医療⁴という刺激を受けた家庭生活の変化・適応の様を描き出すことである。その中でも在宅医療が、どのように綿密な形でその場面に参与する人びとによってデザインされているかということに興味を持っている。説明すると、在宅医療の導入の際には医師や看護師等、専門家の知識が在宅医療に携わる家族に教授される。つまり、在宅医療は専門職としての専門家の指導に基づいて行われるというのが一般的な考えである。しかし、在宅医療に携わる家族が専門家の指示をすべて全うできるわけでもない、ということも一般的に理解できることであろう。もちろん、トラブルやミスは起こりうるだろうし、家族が医療を行う際に自らの判断で環境を改善することもあるはずである。そのような家族の適応の様を見ることで在宅医療のリアリティを見ていくことができると考える。

また、他の社会学との立ち位置の差も提示することで、エスノメソドロジエ的視点での社会学が持つ特有性を示していきたい。例えば、天田⁵⁾は在宅介護の中で「どのようにして家族介護者が『痴呆性老人』を介護することへと不可避に巻き込まれ、いわば“拒否権”さえ剥奪された状況の中で苦悩・葛藤し、自らが『介護すること』＝『呆けを看とること』を意味付け・解釈してゆくのかを明らかに」（天田,2003:238）するために、『痴呆性老人』と家族介護者の相互作用過程を、家族介護者のケア・ストーリーの視点から明らかにし、家族介護者が、身近な他者が『痴呆になること』と自分自身が『介護すること』に対してどのように定義し、意味付与していくのかを抽出」（天田,2003:258）している。また、同様に井口は「家族介護者の困難として表明されている、家族介護を生きる経験のリアリティに迫る」（井口,2007b:145）ことを分析している。しかし、本研究は天田のように在宅医療者のケア・ストーリーには着眼しないし、井口のように家族介護者の困難に焦点を当てるわけでもない。エスノメソドロジエ研究で重要とする「見られているが気づかれていない（seen but unnoticed）」振る舞いを考察することで、エスノメソドロジエ研究にしかわからない在宅医療者のリアリティもあるはずである。少し理解しづらいエスノメソドロジエ研究ではあるが、本研究は他の方法論では分析不可能なエスノメソドロジエにしかない特有性を提示している研究にしたい。もちろん、エスノメソドロジエ研究では理解することが出来ない在宅医療の側面もある。本研究が提示できることは在宅医療という側面を家族間の振る舞い・相互行為から導き出すことである。

本稿は、在宅医療という場面である点や場面に参与する参与者—〈家族〉、〈医療者／被医療者〉、〈福祉従事者〉—に焦点を当てる。そして、実際の在宅医療の様子をエスノメソドロジエ的視点で分析していく。つまり、在宅介護の会話分析、論理文法分析を通じた相互行為分析を行うことで在宅医療場面を作り出している家庭のリアリティに迫っていく。

本稿の構成

本研究は上記の課題に対して、次のような章立てを行う。最初に、本稿における問題意識を提示する（第1章）。次に、本研究に関係する社会学や在宅医療に関する議論を紹介したい（第2章）。そして、実際に訪問したA宅における在宅医療の概要を示す（第3章）。さらには、本研究の研究構想を提示し（第4章）、提示した構想のもと会話分析、相互行為分析を行う（第5章）。

2章 予備的考察

2章では、本研究の研究視点であるエスノメソドロジーやエスノメソドロジーに関連した論議をまとめるとともに、医療というキーワードに関連した論議も取りまとめる。また、本章でエスノメソドロジー研究の適用妥当性や特有性を示しておきたい。

2-1. 研究視点—エスノメソドロジーとビデオ・エスノグラフィーの特有性

本研究はエスノメソドロジー的方法論をとる。なかでも、ビデオデータを用いたビデオ・エスノグラフィーという新たな研究手法により、より当事者性に密着⁶した研究を行う。まずは、エスノメソドロジーの議論の概要を以下で説明する。

エスノメソドロジーの『『エスノ』』は特定の民族や集団をあらわすのではなく、『人びと』あるいは『メンバー（成員）』』（水川,2007:4~5）を表している。また、後半の「メソドロジー」は「方法論」を意味し、「人びとの方法論」と言われている。それでは、「人びとの方法論」とはどういったことを指し示すのであろうか。エスノメソドロジーの創始者 H.Garfinkel は、エスノメソドロジーについて、以下のように述べる。

＝英文＝

Ethnomethodological studies analyze everyday activities as members' methods for making those same activities visibly-rational-and-reportable-for-all-practical-purposes, i.e., "accountable," as organizations of commonplace everyday activities.

＝邦訳＝

エスノメソドロジー研究は、メンバー（社会の成員）の方法論を目に見えて合理的で、実際には報告可能なメンバーの方法論として日常の活動を分析する。すなわち、ありふれた日常の活動の組織として説明可能である。（H.Garfinkel,1967:7）

つまり、エスノメソドロジーはどのようなメンバー（社会の成員）であれ、彼らが行っている活動を社会学として分析可能であるし、さらにはメンバーにおいても、その分析は理解可能であるという研究である。その場に参与する専門家⁷の活動を社会学として分析すると言い換えることもできよう。また、エスノメソドロジー研究は場面で起きている出来事を「説明可能な（アカウンタブルな）」ものとしていることも特筆すべきことである。これについての有名な論議はリソースからトピックへの転換がある。水川によれば、

行為者による理解や記述は、従来のフィールドワーク研究のように研究の「リソース」という位置付けではなく、それがいかに説明可能に（アカウンタブルに）なっているかという意味において、エスノメソドロジー研究の「トピック」となる（水川、2007:15）

つまり、研究者が人びとの行為を「リソース」(資源)として、そこかが論議を構築するのではない。エスノメソドロジー研究者は人びとの行為を「トピック」(論題)として扱うのである。そして、そのことこそが、「説明可能(アカウンタブル)」であるとしているわけだ。これは、エスノメソドロジーの持つ特有性の一つである。よって、本研究では在宅医療を行う参加者とその場の専門家として扱い、その専門家が行う行為を社会学的見地から考察していく。以上が、簡略であるが、エスノメソドロジーの説明⁸とする。

また、エスノメソドロジーはガーフィンケルにおける陪審員制度研究やサックスの自殺防止センターの電話制度研究など、「制度的場面研究」として優れた功績を残している。ここでは、その場面を生きる人びとの諸活動の日常性を描きだしてきた。つまり、本研究も「在宅医療の制度的場面研究」に相当する。一見、家庭生活を行う家族であり、医療場面では単なる素人ではあるが、私からすると、在宅医療者は在宅医療における専門家である。よって、在宅医療場面における専門家の振る舞いが、その場に参与する専門家にとって、いかように協同的な達成を営んでいるのかを分析するのが本論文である。このこともエスノメソドロジーの持つ特有性であるだろう。

次にワークプレイス研究とは、「あらゆる社会的な実践に対して、つねに『具現化された実践』として関心をもつという点」(水川・池谷,2007:48)から仕事の場面(=ワークプレイス)の社会的実践に社会学的考察をする研究である。つまり、「ワーク研究とは、現象を社会的に組織化されたものとしてとらえ、その組織化がどのようになされ、その際の方法がどのようなものなのかを解明することをめざして」(水川・池谷,2007:45)おり、本研究も在宅医療での実践をつぶさに考察していこうとする立ち位置は同じである。

さらに、ビデオ・エスノグラフィーとは、「当事者的知識を十分に摂取しながら行うビデオ分析」(榎田,2008:1)である。もう少し説明をするために岡田の言葉を借りるならば、ビデオ・エスノグラフィーは「聞き取りや参与観察によるフィールドワークによって現場の進行について大まかに理解し、また現場に詳しい人々とともにビデオを詳細に検討することで、さまざまに起こる出来事を社会的に組織され、一貫した活動として解明していく研究手法である。」(岡田,2008:163)研究においてビデオを用いることはいささか面倒ではあるが、会話・動作・文字を多面的に記録することができる優れた機材である。ワークプレイス研究として会話分析・相互行為分析を行う際には必須であると私は考える。つまり、ビデオ・エスノグラフィーは、従来のワークプレイス研究より、エスノメソドロジー的態度に対し、より真摯であり、当事者性にも溢れた研究手法である。私は、この研究手法で在宅医療場面のエスノメソドロジー、ワークプレイス研究にあたる。また、私がエスノメソドロジー的無関心⁹を持って、本研究を進めることもここで表明しておく。

2-2. 先行研究—医療化と医療社会学

社会学にとって医療という分野は非常に興味ある対象であるが、その中に「医療化」と呼ばれる論点が存在する。医療化とは「近代医療がその対象を拡大していくこと」（福祉社会辞典より引用）とされており、出産や在宅医療、死などの人生上の出来事や精神疾患が医療化に相当する。さまざまな事象が医療化という名の通り、医療という新たな側面にカテゴライズされる現象は社会変化を捉えようとする社会学者にとって、興味を持つ事象の一つである。本題にある通り、本研究は在宅医療場면을医療化場面として捉えている。よって、医療化についての論議をまとめ、医療化に対する私の見解を示す。

医療化を取り扱った文献は多岐にわたるが、今回は Zola, Irving Kenneth の 1978 "*Healthism and Disabling Medicalization*," (= 尾崎浩訳(1984)「健康主義と人の能力を奪う医療化」) を紹介する。Zola は医療化について下記のように触れる。

私のとりあげたいテーマは、医療が、もっと多くの伝統的な宗教、法律の諸制度をもとりこみながら、社会コントロールの主要な制度になりつつあるという点である。(中略) しかも、こうした事態は、(中略) 日常生活の大部分を`医療化`することによって、(中略) 達成されている。(尾崎訳、1984 : 55)

彼は著作の中で医療化批判を行うことで、社会における医療の在り方を問い直した。しかし、本研究は医者等の専門家による医療独占という社会における医療侵犯を批判するわけでもないし、Zola のように医療化する社会構造に疑問を呈するわけでもない。また、エスノメソドロジエ的視点から医療化について考察すると、人びとの行為により秩序は作られる。在宅医療場面らしさのもとより、医療化のようなより大きな社会現象も人びとの行為の結果、生み出されている秩序にすぎない。そして、規範はその都度その都度状況に合わせて利用されているものである。人びとの取捨選択場面を超えて支配力を持つ規範があることはない。それは、一見、無秩序な状態であるかのように思うかもしれない。しかし、人びとは実に秩序だった仕方でも意味ある行為を働いている。人びとが秩序だった行為を働いているからこそ、そこに何らかの規範があると思えるのだ。そのことを見逃してはいけない。よって、本稿で明らかにしたいことはエスノメソドロジエ的方法論に則りながら、医療化場面の社会構造を解明することである。つまり、本研究は医療化論を扱いながら、非医療化研究に相当する。

また、医療社会学においては黒田が「医療が人びとの生活に与える影響を明らかにするのも、医療社会学の課題」（黒田、2001 : 44）と述べており、本研究と親和性は高い。本研究は、在宅医療という新しい環境の変化が生じた結果、家庭生活がどのように変化しているのか、そしてどのように家族が柔軟な活動を行っているのかをエスノメソドロジエ的視点で考察していく。本研究＝医療社会学と結びつけることはいささか性急であるし、いささか不本意なことでもあるが、医療という現象に対して生じた人びとの生活に着眼し、

そのあり様を導きたいという思いは同じであると考え。よって、本研究は医療社会学に相当することになるだろう。

2-3. 概念規定—医療と介護に着目して

今回、在宅医療¹⁰のエスノメソドロロジーと銘打っているが、家族の行う行為に対し、「医療」であるのかと疑問を持つ人もいるだろう。さらには、どこまでが医療で、どこからが介護であるかという疑問を持つ人も少なくないだろう。もちろん、医療社会学の研究をしている立場としてはこれらを精査し、医療と介護（在宅医療と在宅介護、医療行為¹¹と介護行為）の区分けはきちんとすべきことかもしれない。しかし、それらの区分けはかなり困難で、現在もその判断基準は不明瞭である。この問題は、介護専門職等においても争点となっており、「介護専門職がする行為がどこまで許されるのか」という問題は介護専門職に就く者にとって、常に注意を払ってきたことである。そのため、本章では、医師法や厚生労働省の通知を元に、医療と介護における流れを紹介し、それから本論文における医療と介護における定義付けをさせてもらう。

従来、医療というものは医師、看護師の業務独占であるとされてきた。医師法第 17 条においても、「医師でなければ、医業をなしてはならない」と明文化されている。しかし、医療行為が何であるかについてまでは明文化されてはなく、何が医療で、何が介護であるかの判断に明確な基準はなかった。そのために、施設において介護が必要とされている被介護者が医療を必要とする場面での対応には常に注意がはらわれてきた。そのため、厚生労働省は平成 17 年 7 月 26 日に「医師法第 17 条、歯科技師法第 17 条、及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（通知）」を公示¹²した。しかし、そこでの解釈においても、被介護者が要求している医療行為に相当するかもしれないニーズを介護士がどこまで関与できるかという点においては、いまだ問題が残るものとなっている。しかし、在宅場面においては、被医療者本人とその家族には医療行為はある種、認められている。それは、被医療者とその家族が被医療者の医療行為に対し「医（療行為）」を「（職）業」とすることはないため理由の一つとしては挙げられる。しかし、訪問介護師については上述の通りであり、とった行為が「医（療行為）」に相当し、「（職）業」として扱われる危険を孕んでいるのである。

本研究では家族が為す行為を全て医療行為として扱う。家族においては、医師から説明を受けたほぼ全ての行為が許されているのであるし、高齢者をケアするといった漠然とした今までの介護のイメージではなく、より専門的な場面を生きる者として捉え、その行為のリアリティを捉えていきたいという私の思いもある。また、医療行為と介護行為の区分けはそこまで緻密にしたところで、私の主張が変化するものではない。むしろ、分類が難しい概念を研究者が提示することで、在宅で行われている行為を掬い落とす可能性もある。しかし、訪問介護士の行為については繊細な注意を払う。

2-4. エスノメソドロジーの適用妥当性

ここでは、本稿におけるエスノメソドロジーの適用妥当性について考える。適用妥当性に関しては、二点指摘できる。まずは、①在宅医療に関してエスノメソドロジー研究が必要であるかということ、そして②エスノメソドロジー研究が在宅医療を研究するのに適しているかということである。そこで、本稿では本稿におけるエスノメソドロジー研究が従来の在宅医療研究を補う研究に足ること、またエスノメソドロジー研究の特有性、つまり、エスノメソドロジーの持つ性格ゆえに、その適用妥当性がより適切に在宅医療にフィットすることを述べる。

まずは前章で取り上げた天田の行った研究をもとに①在宅医療に関してエスノメソドロジー研究が必要であることに関する適用妥当性というものを考えたい。前述したように、天田の行った研究は「家族介護者の”ケア・ストーリー”を解読するという社会的な主題」（天田、2003：303）を基にした研究である。しかし、天田は以下を述べる。

方法論上の限界として、本調査は「回顧的質問」を中心とした半構造的面接法によって収集されたデータであるため、家族介護者は調査時点からそれまでの介護過程を振り返り、遡及的な意味定義をしつつ語るという形式におけるデータであるという点が挙げられる。（天田、2003：303）

つまり、天田の行った研究は、方法論の性格上、不足せざるを得ない点があると言っている。そして、天田の指摘する不足点の一部を補うことが出来るのがエスノメソドロジー的方法論に則った本研究であると考えている。端的に指摘すると、天田の行っている研究はインタビューデータを用いて、介護過程を遡及的に「現在」から「過去」や「現在」を一言及しているが、本稿はビデオデータを用いて、在宅医療場面を限定的に「現在」映っているものから一人びとの行為によって作り出された場面として記述することを試みている。ここで考えたいのが、②エスノメソドロジー研究が在宅医療を研究するのに適しているかということに関する適用妥当性である。これについては、先述したエスノメソドロジー研究は制度的場面研究として発展してきた点で説明可能である。もちろん、これはエスノメソドロジーが持つ特有性である。よって、在宅医療場面を分析する方法としてエスノメソドロジーは有益であるし、本稿の問題意識とも合致すると考えている。しかし、エスノメソドロジー研究も万能ではない。天田は在宅介護を研究するうえで、「理想的には、本調査のように相互作用過程に照準する場合には複数の調査時点でデータ収集を実施する縦断的調査が望まれるのであろう」（天田、2003：303）と述べているが、特に縦断的という部分においてはエスノメソドロジーも不得手である。もちろん、本研究で提示したいことは制度的場面研究、つまりビデオデータで起こっていることがいかにその場の参与者にとってデザインされているかである。

本節では既存の研究から「見落とされているもの (missing whatless)」を指摘し、さらにエスノメソドロジーの持つ特有性—とりわけ制度的場面研究として発展してきた点—から、本稿におけるエスノメソドロジー研究の適用妥当性について論じてきた。よって、本節をもって本稿の研究視点への言及は終える。

2-5. 研究テーマ—医療化する家庭と家庭化する医療

本節では、在宅医療という場면을考察するにふさわしい研究テーマを発表したい。まずは、在宅医療について少し考えてみよう。在宅医療という現象は家族の誰かを在宅で看病しなければならなくなったとき、家庭生活の中に突如発生する現象である。それは、家族成員にとって新しいカテゴリー対、すなわち、〈医療提供者／被医療提供者〉あるいは、〈療養者家族／療養者〉がレリバントになる事態でもある。

被医療提供者がいる家庭は病院と同様に医療が提供されるにふさわしい場所となるだろう。しかし、家族が生活をする場としての家庭という構図も変わることはない。だからこそ、在宅医療前から変容した家庭となることが考えられる。この側面を、「医療化する家庭」として研究していくことが可能だろう。

しかし、それだけではなく、在宅医療にしかみることのできない医療らしさ、すなわち、医師、看護師が活躍する医療現場では決して見ることのできない在宅医療の医療現場が発見できるのではないだろうか。そこでは「家庭化する医療」という研究視点が可能となるだろう。

「医療化する家庭」と「家庭化する医療」、この両者の視点を併せて、本稿の研究テーマは「医療化する家庭と家庭化する医療」に定めた。いわゆる専門職とされる医者や看護師が提供する医療とは異なり、家族が家庭生活のなかで、家庭生活により沿った形で行う医療が「在宅医療」である。この在宅医療の様相を当事者同士の会話・動作等のコミュニケーションを軸に解明していきたい。

よって、以下の考察で明らかにしていきたいと考えていることは 2 つある。それは①在宅医療はどのように家庭を医療化させているのかということ、そして②在宅医療はどのように医療を家庭化させているのかということの 2 つであり、本論文では順を追って考察する。しかしながら、本論文の分析において、最終的には両視点の組み合わせが必要となることだろう。

3章 調査概要

【日 時】 2009年6月25日午前11:00~2009年6月26日午前11:00

【機 材】 HDDカメラ3台

【撮 影 者】 榎田美雄、齋藤雅彦

【被撮影者】 A宅8名（曾祖母 {被医療者}、祖父、祖母、父、母、長男、次男、長女）
訪問看護介護関係者4名（介護支援専門員、訪問看護師、各1名を含む）

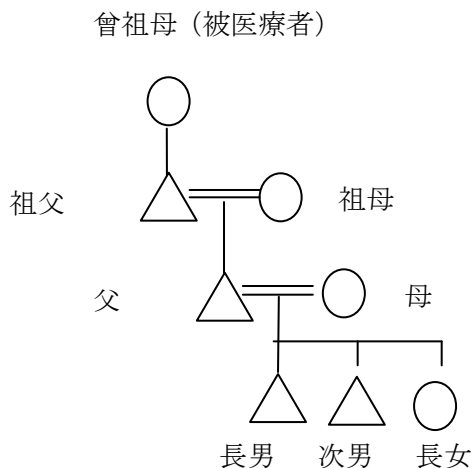


図1【A宅の居住者の家族関係】（兄弟姉妹中A宅に同居している家族成員のみ図示）

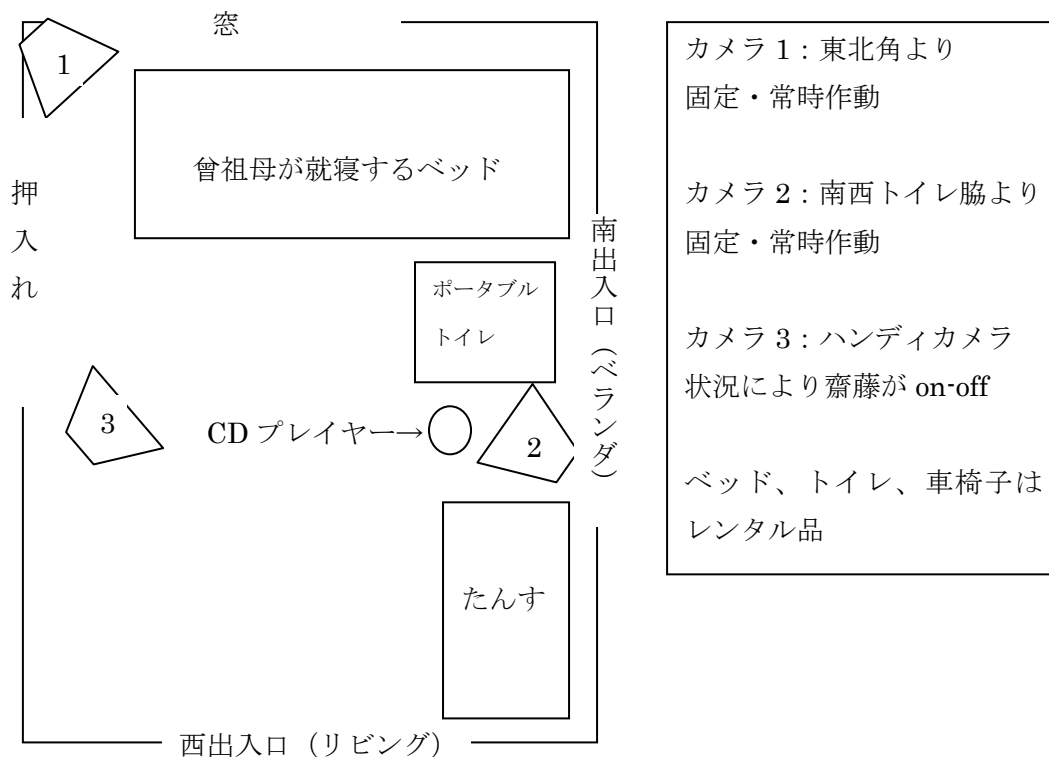


図2【カメラ等配置図】

*西出入口はリビング・ダイニングキッチンに接続



【写真 1】

カメラ 1 の構図



【写真 2】

カメラ 2 の構図

*カメラ 3 は齋藤が適宜撮影を行った

3-1. A 宅の概要

A 宅は曾祖母（以下 A と表記）のほかに A の息子夫婦と孫夫婦¹³とさらにはその子どもからなる 4 世代家族である。世帯人数は 8 人である。自宅は持ち家（2 階建て）であり、部屋数も多い。また、A 宅の敷地内には家屋が 2 軒あり、A と A の息子夫婦が居住する家屋と孫夫婦と子供が居住する家屋の 2 つの家屋が存在している。しかし、食事は A が居住する家屋のダイニングキッチンでとる。A の療養室は 1 階のリビング・ダイニングキッチン脇にあり、家族成員が常時様子を伺うのに便利な場所である。これらの条件から、A とその他の家族は非常に近接な関係を保つことが可能となっている。このことは A 宅の在宅での介護や医療を A 宅の従来の生活と切り離すことなく共存することを可能にさせている。

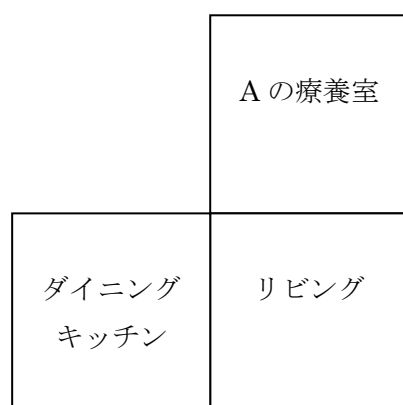


図 3 【A 宅の簡易居住見取り図（本研究に関する部屋のみ）】



【写真 3】

A の療養室（備品詳細については図 2 を参照）
写真手前にリビングが存在



【写真 4】

A の療養室（写真手前に存在）に隣接するリビング
写真右手にはダイニングキッチンが存在



【写真 5】

A の療養室に近接するダイニングキッチン
写真の手前にリビングが存在

3-2. 曾祖母 A の概要

療養者である A は 97 歳と高齢である。脳出血、脳梗塞を発症し数か月の入院後、在宅生活に復帰し、在宅医療へと移行した。歩行は困難（右半身麻痺）で認知症の症状もある。退院は調査の 4 日前である。入院前の A は、自力で食事をとることができ、発語による十分な意思疎通も可能だったということだが（調査者は未確認）、現在はいずれも十分には行うことができない。また、A は嚥下障害¹⁴により胃瘻¹⁵（写真 6）が施されている。さらに、視力、聴力はあるが、自分からは意思を持った言葉を発言することができず、失語状態である。

コミュニケーションに関する状況をより詳しく記述すると、周囲の呼びかけに対する応答は以下の身体動作等でなされていた。具体的には、首ふり（縦振り、横振りの区別がある）、脚ふり、手ふり、口を動かす、言葉ではない音をタイミングよく発する、目をぱっちり開けるなどの行為がコミュニケーション上の応答とみなされていた。しかし、このような反応は常時安定的に返ってくるわけではなく、しばしば、家族や訪問した専門家は A の心情・意志を読み取ることに苦労していた。療養者の意志と思われることを家族や訪問した専門家が大声で話し、それに対する反応を確認する形でコミュニケーションが行われていることも多かった。

表 1 被医療者 A の概要

性別	女性
年齢	97 歳
撮影時状況	<ul style="list-style-type: none"> ・脳梗塞脳出血による入院を経て退院後 4 日 ・失語状態、寝たきり状態 ・嚥下障害により胃瘻が施されている
身体状況	<ul style="list-style-type: none"> ・右半身麻痺 ・認知症 ・身体動作（手、足、首）による意思表示



【写真 6】

胃瘻が施されている A

A の腹部からチューブのようなものが出ているのがわかる

3-3. A 宅における在宅医療の概要

日課としては、1日4回のオムツ交換がある。これは朝、昼、夕方、夜に行われる。また、1日3回の食事も胃瘻（市販の流動栄養剤を利用）から行われ、1回の食事に約4時間かかる。これは、逆流しないようにスピード調節が慎重に行われているためである。さらに、^{じよくそう}褥瘡¹⁶防止のため2時間ごとに体位変換¹⁷が行われる。それはAの身体とベッドとの間に座布団を差し入れ、傾きを作る形で行われていた。その傾きの向きは時間に応じて適度に変えられる。また、不定期であるが、目ヤニが溜まれば点眼薬を差し(写真7)、口の中に異物が溜まれば、口腔掃除も行う等の措置を施している。(写真8)さらに、朝の日課として体温測定と血圧測定を行っている。(写真9、10)朝の日課は医者¹⁸の指示ではなく、祖父の判断であるようだ。(聞き取り結果)そして、訪問看護は週2回の入浴介助、医師訪問は月2回と設定されていた。なお、撮影に成功した今回の入浴介助には、訪問介護チームの2名だけでなく、ケアマネジャーと訪問看護師も状況把握のために同行していた。



【写真7 mov15】
点眼薬点眼を行う祖母



【写真8 mov15】
口腔掃除を行う母



【写真 9 mov14】

体温測定を行う祖父
祖父の左手には体温計



【写真 10 mov14】

血圧測定を行う祖父
Aの右手を用い計測している

3-4. まとめ

3-1でA宅の家屋や部屋に関する概要を記載し、3-2では療養者である曾祖母Aの病歴や身体的状況、コミュニケーション能力等を記載した。3-3ではA宅で実践されている在宅医療の概要についてまとめた。3章で調査概要をまとめることで、在宅医療の様子を少し理解してもらえたのではないかと。そして、次章では本研究の構想をとりまとめた。

4章 医療化する家庭と家庭化する医療—エスノメソドロジー的視点による在宅医療場面

4-1. 家庭の医療化—家庭に侵出する在宅医療

ここでは、A 宅の在宅医療のあり方から「家庭の医療化」の側面をみていきたい。本節ではA 宅の生活から在宅医療に見られる医療化のリアリティを導き出すことが目的である。前述のとおり、本研究は医療化について論じるつもりはない。家庭が在宅医療を受け入れることで起きた端的な（≒誰の目にも見える）変化を「医療化」と称しているに過ぎない。すなわち、調査概要を詳細に提示していくことになる。

ここで私が考察するのは以下の3つ。

- 1) 住環境の変化
- 2) 専門職の関与
- 3) 時間・体力・精神の負担

1) 住環境の変化

まずは住環境の変化から考えたい。A の療養室に注目（写真 11）すると、そこには、胃瘻栄養用のつり下げ金具がセットされ、ポータブルトイレや電動ベッドがセットされていた（図 1 参照）。押し入れには紙おむつ等の介護関係の物品がたくさんストックされ、通常の生活用資材のスペースとは区画分けされてはいるが混在しているようだった。また、同じ部屋に、祖先の写真や仏壇も同居している。在宅医療前からあった A の暮らしと在宅医療後の A の暮らしが混然となって在宅医療特有の生活感をデザインしている。これらの事象は「医療化する家庭」の特徴として理解することがまずは可能だろう。



【写真 11 vol.17. 00:10 2009 年 6 月 25 日】

A 宅 A の療養室

家庭生活と医療器具が混在する

同様に A 宅のキッチンにも、カテーテル等の A に対する医療用器具が処置されているのが分かる。(写真 12) 療養室の近くに水周りが存在している A 宅では、キッチンで医療準備をしている家族と療養室で医療準備をしている家族が対面ではない、部屋ごしで会話をしている場面が多く観察された。



【写真 12 vol.13. 14:35 2009年6月25日】

A 宅のキッチン近景

家庭生活と医療器具が混在する

2) 専門職の関与

さらに、医療化について欠かせないのは専門職についての話題である。A 宅においても訪問介護という形で専門職の指導は見られた。重ねてとなるが、本研究は専門家支配についての論議をすることもしないし、専門家／素人構造に区分け、つまり地位一役割概念をもとにして論議することもしない。もちろん私が興味を持っているのは、場面の参加者が在宅医療という場面を作り上げていく様であるし、その中においてカテゴリーというものが参加者の中でどう利用されているのかという、そのやり方に興味を持っている。よって、本項では、専門職と称される人びとが行っている作業の紹介に留める。

今回の事例では、入浴介助を主目的として訪問している。(写真 13) しかし、オムツ交換や点眼薬点眼¹⁸等も行っている。これらは、専門職が療養者である A に直接的に介護を施すシーンである。また、家族が専門家に知識を伺うシーンも観察された。具体的には、A の状況に応じて使用する薬(皮膚への軟膏の塗布)を教授してもらうシーンや(写真 14)、胃ろう部分に施す綿の切り方を教授してもらうシーン(写真 15)であった。



【写真 13 vol1】入浴介助の様子



【写真 14 vol1】皮膚への軟膏の塗布を教授してもらうシーン



【写真 15 vol1】綿の切り方を教授してもらうシーン

3) 時間・体力・精神の負担

次に考えるのは時間・体力・精神の負担である。まず、時間負担であるが、表2を参照してほしい。この表は作業ごとの医療参加者を一覧している。つまり、療養者Aに医療参加者が接触した回数を表している。本調査は6月25日午前11:00～2009年6月26日正午12:00を対象としている。そのため、ほぼ1日である25時間中に療養者に接触した回数は21回である。まずは、その接触回数が時間負担の一抹を表していると言えよう。もちろん、接触回数だけではない。作業に要する時間はもちろんのこと、栄養剤流入のペース把握や療養者Aの体調把握等の監視を含めると、時間負担は膨大なものとなる。

また表2に関連して、参加者についてはA宅で在宅医療を主に担っているのは祖父、祖母の2人である。祖父、祖母は共に農業をされており、農業と介護を共に二人で分担している。また、母はフルタイム勤務をされており、夕方以降、家事と医療従事を兼用している。表2でも祖父が夜間を担当し、祖母が朝方、日中を担当、母は夕方を担当しているのがわかる。祖父・祖母・母の分業スタイルがA宅の在宅医療に関する時間負担を軽減させているのと同時に、在宅医療前のA宅の生活スタイルを崩さずに生活できていることは間違いない。

表2 作業別医療参加者一覧

作業	月日	開始時刻	必要時間	参加者			
				祖父	祖母	母	専門
1	6/25	11:49	39:46	○	○		○
2		12:18	28:45	○	○		○
3		13:27	0:33	○		○	
4		13:59	0:32	○			
5		14:56	29:16		○		
6		16:04	5:13	○		○	
7		16:50	0:21			○	
8		17:56	1:04			○	
9		18:06	2:17			○	
10		19:30	10:30		○	○	
11		20:25	2:28	○			
12		22:16	13:05	○	○		
13	6/26	2:12	1:55	○			
14		3:53	2:19	○			
15		5:03	20:43	○	○		
16		5:10	6:23	○			
17		7:12	1:02		○		
18		7:15	0:40		○		
19		7:47	4:14		○		
20		8:55	19:04	○	○		
21		11:21	7:41	○	○		

体力面や精神面についても考えてみよう。表3は作業ごとに行った作業内容を示している。2時間ごとに行われている褥瘡^{じよくそう}防止のための体位変換に要する時間は単純に1分程度（写真16～19を参照）であるが、定期的な作業であるがゆえに、睡眠時間が小刻みになることや注意喚起をしなければならないことがあげられる。ここには体力負担や精神力負担の一抹が表れている。また、表4はA宅の在宅医療の1日のタイムスケジュールの一例をまとめたものである。時間ごとの接触回数や胃ろう栄養に要する時間の長さは特筆すべき事項であろう。

表3 作業別作業内容一覧

作業 関与	月日	開始 時刻	必要 時間	内容				
				胃ろう栄養	オムツ交換	体位変換	その他	会話等
1	6/25	11:49	39:46		○		○	
2		12:18	28:45	始		○		
3		13:27	0:33					○
4		13:59	0:32			○		
5		14:56	29:16					○
6		16:04	5:13	終		○		
7		16:50	0:21					○
8		17:56	1:04				○	
9		18:06	2:17	始		○		
10		19:30	10:30		○	○		
11		20:25	2:28				○	
12		22:16	13:05	終	○	○		
13	6/26	2:12	1:55			○		
14		3:53	2:19			○		
15		5:03	20:43	始	○	○		
16		5:10	6:23				○	
17		7:12	1:02				○	
18		7:15	0:40					○
19		7:47	4:14	終		○		
20		8:55	19:04		○	○	○	
21		11:21	7:41	始				

*表3 その他について

- 作業関与1 一専門家による入浴介助
- 作業関与8 一母による口腔掃除
- 作業関与11 一祖父が療養室の室温を気にかける
- 作業関与16 一祖父による体温測定、血圧測定
- 作業関与17 一祖母による点眼薬点眼
- 作業関与20 一祖父と祖母によるトイレ介助

なお、より詳細なデータは付録1を参照

表4 A宅における在宅医療タイムスケジュール

時間	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00
接触	●	●	● ●	●		● ●	●
胃ろう栄養		→					

時間	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00
接触	●	●	●		●	
胃ろう栄養	→					

時間	0:00	1:00	2:00	3:00	4:00	5:00
接触			●	●		● ●
胃ろう栄養						→

時間	6:00	7:00	8:00	9:00	10:00	11:00
接触		● ●	●			●
胃ろう栄養	→					→



【写真16 vol12. 03:25 体位変換作業】

Aの体位は左側臥位であり、ここからおむつ交換を経て、右側臥位へと体位変換する



【写真 17 vol12. 11:10】

体位変換を行う祖父と祖母 1
まずは座布団を体の下に敷く



【写真 18 vol12. 11:27】

体位変換を行う祖父と祖母 2
次に座布団を重ねて体の下に敷く



【写真 19 vol12. 12:00】

体位変換を行う祖父と祖母 3

体位変換作業の開始から作業完遂まで、 所要時間は約 1 分

また、体力・精神面に関して介護・医療行為の行為そのものにも目を向けてみよう。介護・医療行為の際に体力・精神面に負担が大きいと考えられるものの一つはオムツ交換ではないだろうか。(写真 20～22 参照) オムツ交換という行為の中には、さらに非常に多くの行為によって構成されているのは言うまでもない。療養者の身体を支え、身体を清潔にし、オムツを交換する。オムツを着けるという行為も複数の行為からなる。療養者の身体を丁寧に扱いながら、療養者の身体の下にオムツを左右から敷き込まなければならない。もちろん、古いオムツは捨てなければいけない。さらに、オムツの位置が都合悪く、やり直しを要求されることもある。さらに服の着脱も忘れてはいけない。また、介護・医療行為のみに終始しなければならないというわけではないのが在宅介護・在宅医療の特徴である。今回の事例では、オムツ交換の際に祖母と母が療養者の汗に気づく事例があった。(表 2、3 の作業関与 10、写真 23 参照) もちろん、上下の衣服の交換が行われたが、その際に療養者が着ている衣服にまで言及がなされている。汗を吸い取りやすい衣服の素材や着脱のしやすい衣服のサイズ、素材等だ。その後は、今後の衣服購入の相談を行っていた。つまり、オムツ交換という介護行為に連動し、さまざまな課題が発見されているのである。その課題はオムツ交換という介護行為そのものをどうすべきかという課題だけではない。今事例のような療養者の衣服に対する課題は今後の介護行為を円滑にするためになされた話題でもあるが、療養者に適した衣服購入という家族らしさが垣間見える話題でもあり、ある種の在宅介護らしが見られた。もちろん、その課題解決を支えているのは A 宅に住まう家族である。場面参加者の振る舞いに基づく詳細な分析は後述することになるが、在宅医療場面で家族が自分たちの常識的な判断を用いて、いかに在宅医療というものをデザインしているかということが理解できる事例の一つである。



【写真 20 mov12】

オムツ交換事例 1

祖父が A の体を支え、祖母がオムツを敷きこむ



【写真 21 mov12】

オムツ交換事例 2

1 とは逆に祖母が A の身体を支え、祖父は敷き込んだオムツを取り出す



【写真 22 mov12】

オムツ交換事例 3

オムツの位置を整え、留めることで完成



普通のこういう生地。
こういう生地。

あ：はいはい。

【写真 23 mov10 08:15】

療養者に適した衣服の相談をする母と祖母

母が祖母の服を持ち、療養者に適した衣服について説明している場面

本節では A 宅の在宅医療の「医療化」側面について観察してきた。A 宅というある種特定された個人宅の医療場面・介護場面を見ることで医療が家庭を変化させる「家庭の医療化」について、リアリティを持って考察することができた。

けれども、A 宅は一方的に「医療化」していたわけではなかった。次節では「家庭化する医療」と見える部分に注目して、併せて「在宅医療」の全体像を示していく。

4-2. 医療の家庭化—イノベーションとしての在宅医療

本節では家庭化する医療という側面から A 宅の在宅医療を見ていきたい。言い替えると A 宅の特徴的な医療実践から医療の「家庭化」分析への断片を導き出したい。

ここで私が考察するのは以下の 3 つである。

- (1) 体位変換時間記録・表示システム
- (2) 胃瘻栄養カテーテルの 2 本連結
- (3) 「転体」という新用語の開発

(1) 体位変換時間記録・表示システム

まず、「体位変換をした時間を明示するための時計」を紹介したい。(写真 24) これは祖父が考案した「体位変換時間記録・表示システム」である。A 宅では体位変換をさせる担当者を決めていない。体位変換をした際には、壊れて自らは動かなくなった時計の針を、指でうごかして、それによって体位変換した時間を表す方法がとられていた。この作業によって、その場にきた療養者家族は、誰だかはわからないが、別の療養者家族が、何時に体位変換をしたのかというだけは入手でき、その時刻と現在時刻を比較することで、現在体位変換が必要かどうかをその場で独力で判断できるようになっていた。専門家が分担する体位転換システム(写真 23 を参照)が病院ではとられているが、在宅医療では、そのようなシステムはとりづらい。逆に、担当者がいなくても、当該の療養室に家族成員が出入りをしている。とりわけ A 宅の事例では複数人が医療に関わっており、さらには仕事も在宅時間も様々である。その家庭環境を利用し、かつデメリットを克服した優れたシステムが構築されていた。これは、壊れた時計の再利用ともいえるが、必要な道具を創意工夫で創出した行為とも考えることができる。とすれば、在宅医療のイノベーションということもできよう。我々は、このように療養者家族によるさまざまなイノベーションの蓄積として、それらによる達成として、「医療の家庭化」をとらえることができるだろう。

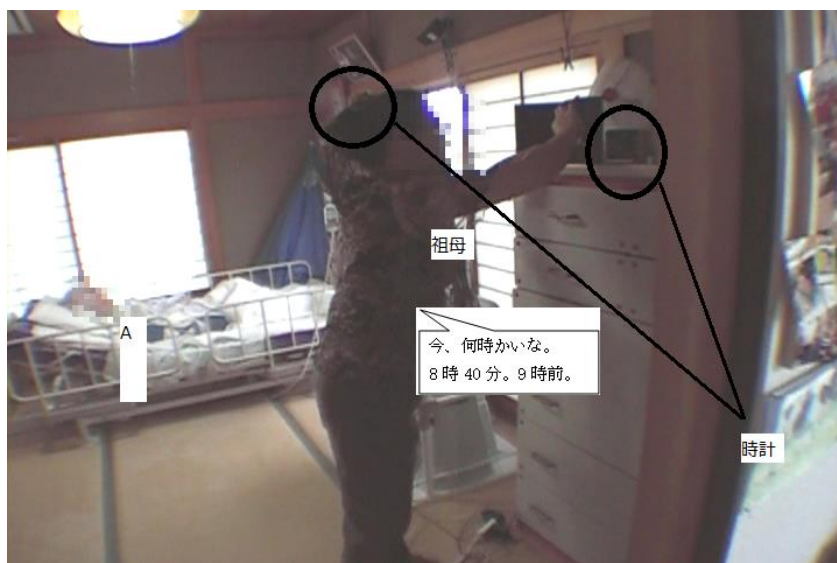
体位変換表		
3:00	仰臥位	ヘルパー
6:00	右側	NS・ヘルパー
9:00	左側	ヘルパー
11:30	仰臥位	NS・ヘルパー
13:00	左側	NS・ヘルパー
15:00	右側	ヘルパー
17:00	仰臥位	NS・ヘルパー
20:00	右側	ヘルパー
23:00	左側	NS・ヘルパー

※担当、業務内容、業務実施時間がシステムとして組み込まれている。

【写真 23：病院内の体位変換表】(O 病院、2009 年 12 月 30 日)

出典 檜田 2010 (転載許諾済)

また、療養室内には時計が存在し、その時計を確認したのちに、記録をつけるという行為が見られた。(写真 24)



【写真 24 vol20 03:05】

体位変換を行った際に記録をつけている祖母

動かない時計に記録をつけることで複数人の医療者がいる環境の中、独力かつ目視で医療行為に当たることができる

(2) 胃瘻栄養チューブの2本連結

また、「胃瘻栄養チューブの2本連結」という現象も発見された。これはベッドと栄養剤の位置関係を克服するためにチューブを二つつなぎ合わせている。これは、療養者を受け入れる場面に対応するためにA宅の人びとによってデザインされたシステムだ。鴨居脇(写真 25 参照)の胃瘻栄養バッグつり下げ金具から、ベッドまで距離があり、通常の胃瘻栄養チューブでは長さが足りなかったのに対し、そのチューブを2本つないで対応していた。療養者専用に設計された病室ではあり得ないことだが、在宅ではこのような必要も、このように処置されていたのだった。これも、家庭に医療の必要な療養者を受け入れるために、A宅の人びとがなした「イノベーション」であるということができよう。

設計や用具に不備がない病室に対し、在宅での医療には多くの困難が伴う。ある種、力技ではあるが、その困難を乗り越えたイノベーションである。この事例は在宅医療用設備システムと捉えなおすことができ、「医療の家庭化」の一事例である。

これらの注目すべきA家特有のシステムは、A家が在宅介護をしやすいするために創出したメカニズムである。しかし、これらのシステムが不備を起し、新たなトラブルを招く事例が起こる場合も多い。例えば、時計の針の回し忘れやチューブの付け間違いなどがある。



【写真 25 vol21 00:40 胃瘻栄養カテーテルの 2 本連結】
カテーテルを 2 本つないでいる A 家
栄養剤は画面左上にあり、長くするためにカテーテルをつなぎ合わせている

（3）「転体」という新用語の開発

さらに、A 家では体位変換を特別に「転体」と名づけている。新たな言葉を創出しているというこの行為は、まず、その言葉自体が特異である。また、「体位変換」という 4 文字を「転体」という 2 文字化しており、言葉数が少ないため、介護者間の会話もスムーズになる。さらには、この言葉は A 家の人びとにとって、お互いに理解可能な形かつ必要十分なものとしてデザインされていることを見逃してはならない。つまり、「転体」という言葉は A 家の介護をさまざまな意味で円滑にするための役割を果たす。

また、この新用語の開発はカテゴリー化について論じているサックスの『ホットロッダー』(Sacks1979=1987) の論議と通じている。サックスはある若者が「ティーンエイジャー」というカテゴリーでありながら、「ホットロッダー」というカテゴリーであることを発見する。前者は若者を指すカテゴリーであり、後者は改造した車を乗りこなす若者を称する言葉であり、車を乗りこなす大人たちが使用する。つまり、前者は大人が管理するカテゴリー、つまり他者執行的カテゴリーであり、後者は自己執行的カテゴリーであるとした。よって、在宅医療場面で考えると「体位変換」は他者執行カテゴリーであるし、「転体」は自己執行カテゴリーに相当する。どのような専門的な場面でも専門用語と呼ばれるものは存在するが、この「転体」は在宅医療という専門的な場面で体位変換という医療用語に対応した A 家だけの専門用語であり、ここにも、在宅医療のイノベーション、イノベーションとしての在宅医療がみてとれるということができよう。

本節ではA宅の在宅医療の「家庭化」側面について考察してきた。考察してきた3事例を一般化すると以下のように言い替えることが出来る。

- (1) 体位変換時間記録・表示システム
 - (2) 胃瘻栄養カテーテルの2本連結
 - (3) 「転体」という新用語の開発
-
- (i) 在宅医療従事者が開発した被医療者マネジメントシステム
 - (ii) 在宅医療従事者が開発した在宅医療用設備システム
 - (iii) 在宅医療従事者が開発した専門用語

この一般化により、全ての在宅医療事例において特殊な「家庭化」事例が導き出されるだろう。また、(i) 在宅医療従事者が開発した被医療者マネジメントシステムは「家庭に存在していた物品」を、(ii) 在宅医療従事者が開発した在宅医療用設備システムは「医療用器具」を、(iii) 在宅医療従事者が開発した専門用語は「言葉」をそれぞれ資源としていたことも興味深い。

4-3. 全体構想—医療化する家庭研究から家庭化する医療研究へ

4章では調査事例からビデオ・エスノグラフィー研究としてまとめてきた。4-1においては、「家庭の医療化」側面に着目し、A宅の在宅医療のあり方を考察してきた。ここでは家庭生活+在宅医療という日常業務の増大から、単純に家庭に医療が侵食してくることも見える様子を確認した。また、この時点でA宅の在宅医療の様子についてイメージを持っていただけるとありがたい。そして、4-2では、A宅以外ではなかなか見られないであろう行為¹⁹を特筆することで「医療の家庭化」—イノベーションとしての在宅医療—を浮き彫りにした。今までの家庭生活に新たな要素として医療が入ってくることは、一方的に家庭を変えるだけではない。それは、医療の方をも、イノベーションとしての在宅医療の力で変えるきっかけになっているのではないだろうか。

しかし、ここで、ある種のパラダイム転換が起こる。確かに、「転体」というような新たな専門用語の創出は在宅医療というものを要請し、適切な医療が在宅で行われるように指示した専門家たちからの要望に由来する。従来では、この現象を「医療化」と総称してきた。けれども、その医療行為への要望を実行している家族は、医師の指示通り、指定されたことだけをするわけでは決していない。家庭に生活する在宅医療者はその環境に応じた

問題を解決するためにイノベティブな実践をしていかなければならないのである。

例えば、体位変換をした時間を刻む時計は病院のような組織では考えられない。それは、単に存在しないというだけではなく、病院には病院のシステム構築がなされており、今ケースのように誰がいつ体位変換を行ったかわからなくなるというミスが起こりうる状況には、まずならないのだ。さらに、胃瘻につなぐカテーテルを2本にする行為はリスクを最小限にとどめなくてはならない病院では決して許されない行為である。閉塞リスクや感染リスクを考慮すると他人様を扱う医療機関では当然のことである。しかし、A宅においてはカテーテルを2本につなぎ合わせる必要性と適切さがあった。つまり、A宅特有の在宅医療への取り組みは、A宅にとって「適切さ（レリバンス）」をもってデザインされている。つまり、医療というものをA家の人びとは使いこなしているのだ。このことは、単なる医療ではなく、A宅が在宅医療としての専門家であることを意味する。もちろん、A宅のみならず、全ての在宅医療を行っている家庭の療養者家族がそれなりに在宅医療の専門家・熟練者である可能性がある。

つまりは、医師や看護師が思いつかないような在宅医療固有のイノベーションを、適切に評価するような研究枠組みが必要なのではないだろうか。そして、エスノメソドロジー的視点から今までの考察をもって、「医療の家庭化」という新たな視点を手に入れたのではないか。

4-4. まとめ

〈家庭は医療化するもの〉だと思われがちな在宅医療場面を、ビデオ・エスノグラフィーの視点を持って、調査概要を捉えなおすことで〈医療は家庭化するもの〉かもしれないというパラダイム転換をすることができた。次章からは、在宅医療場面の会話分析をすることで〈家庭化する医療〉場面について深く考察していきたい。

5章 分析

本章では、前章で考察した〈医療の家庭化〉事例をもとに、分析を行う。在宅医療固有のイノベーションが人びとの振る舞いによって、使用、相談、解決等される様を吟味していきたい。医療の家庭化事例分析を終えたとき、在宅医療場面研究はより深みを増すであろう。

5-1. 分析方法—会話分析を基軸として

今回はデータを分析するにあたり、サックスが生み出した会話分析、クルターが生み出した論理文法分析という手法をとることでデータを緻密にみていく。とりわけ会話を一行一行分析することの繊細さを感じ取っていただけたらありがたい。会話分析とは、西阪によれば、「言語そのものの研究ではなくて、あくまでも、会話をフィールドとした、社会的行為の組織にかんする研究」（西阪、1997：3）である。つまり、社会学者がする会話分析とは、言葉や文法ひとつひとつが問題なのではなく、発話ひとつひとつが何を志向し、その場面の参加者によってどうデザインされているかが研究対象である。これにかんしては西阪を参考にしたい。西阪によれば、「会話における発話のデザインは、(a)そのつど局所的に、(b)会話への参加者自身によって、(c)相互行為的に成し遂げられていく。」（西阪、1997：6）とされており、このことは「日常会話の順番取りシステム（the turn-taking system for conversation）」（Sacks, 1964-1972/1992）と呼ばれている。会話分析には多くの定式化されたルールはあるが、非常に多岐にわたるため、ここでは詳しい紹介は省く。

また、論理文法分析とは、「私的で個人の『内面』にあるとされる『心』『意図』『考え』などが、言葉や概念の使い方（言語使用）を見ることによって、誰でもやりとりの中で示しあっている公的なものであることを明らかにした。」（水川・池谷、2004:36）とされており、会話分析と論理文法分析を基本とした相互行為分析を取り扱うことで、在宅医療の現場に接する当事者性に密着した研究が出来ると考える。

本分析では、参加者間のトラブルが当面の解決に至るまでの過程を一つの相談場面として解釈し、分析に当たる。そこでは、「家族—家族」が「質問—応答」を互いに繰り返しながら、トラブル解決を図る場面となっていた。つまり、本研究が取り扱う場面はサックスのいう「質問—応答²⁰」連鎖という隣接対²¹がくりかえされている構造を為しているが、じつは、どちらがどちらに質問し、どちらがどちらに応答しているのか、良くわからない会話にもなっている。この不思議な連鎖の構造を緻密に見ていくことで、場面で何がレリバンスになっているのかを明らかにしていきたい。「隣接対は、参加者が互いの協同の理解を構成する場」（山崎、2004:32）であり、それゆえに、何を前提に何を理解し、何を前提に何を疑問に思うかを探求すれば、そこでのレリバンスの構造を見通すことができるのである。

また、分析1は参加者間の発話に特に注目した分析を、分析2は発話だけでなく、参加者間の動き、視線などの振る舞いにも着目した分析を行う。

5-2. 分析視点①—理想的リスクマネジメントと在宅医療的リスクマネジメント

本研究が対象としている行為連鎖の全体が「リスクマネジメント」を志向しているものであるため、ここでは、リスクマネジメントに関する議論を概略的にまとめておくことにしよう。

まず、用語の確認であるが、リスクマネジメントは「危険因子を早期に発見して除去または回避することで、事件・事故の発生を未然に防ぐことを目的とする」（瀧野,2006:163）のものであり、「通常、事故対応と考えられがちであるが、基本的には介護事故（利用者個人が引き起こしたのではなく、介護者の介護行為に伴って引き起される障害を意味する）を予防する働き」（橋本,2004:78）である、と事故予防に志向したものが、医療介護の世界では教育的に志向されていることが語られている。また、ケアに寄り添った書かれ方²²をしているが、丸山は「単に事故への対策というのではなく、現場をシステムの、予防的に管理することでリスクに対処し、利用者が人間らしく生きること、生活に質の向上を支えるものであり、ケアの質の向上によって支えられるものである」（丸山,2005:28）と定義づけている。さらに、2002年3月に厚生労働省が公示した「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメント）に関する取り組み指針」²³においても、「昨今、福祉サービスの分野で議論されているリスクマネジメントは、『福祉サービスを提供する過程における事故の未然防止や、万が一にも発生した場合の対応（特に損害賠償等、法人・施設の責任問題を含む）』にその中心がおかれています。」と、予防側に十分な配慮をしている。

つまり、リスクマネジメントとは、組織活動に起こりうる危険を未然に防止するためにシステムを構築すること、さらには、事故が発生した場合の対応処置方法を構築することと言い換えられよう。

それでは、どのようなリスクマネジメントが実際には考えられているのであろうか。例えば、川上によれば、「介護事故予防への取り組みとしては、①まず、現場でどのような事例が生じているか把握し、再発防止策を立てること。②事故対応を適切にする。③事故予防の意識づけを日々の業務の中で実践し、事故を起こさないようにする。という3点が重要になる。」（川上,2007:9）とされており、三田寺（2005:87～90）はリスクマネジメントプロセスを（1）リスクの発見・確認—リスクの洗い出し—（2）リスクの評価・分析（3）リスクの処理（4）結果の検証とまとめている。他にも、橋本（2005:102～103）は、「品質（介護サービスの質）に関わるマネジメントシステムの継続的な改善と維持を行うISO9001規格の手法をもとに、Plan—リスクの認識、リスクの分析、Do—対策の実施、Check—対策の評価、Action—必要に応じた取り組みの改善というPDCAサイクル」とまとめている。

しかし、上記のリスクマネジメントの定義、および方法は理想的なリスクマネジメントである。よって、上記のように、事故につながりそうになった事例²⁴を参照し、起こりうるリスク、もしくは起こってしまったリスクを構築、解決する方法を理想的リスクマネジメントと名付けよう。

しかし、いくら未然に防ごうとしても防ぎきることができないのがアクシデントであり、

インシデントである。とりわけ、在宅医療の場面では、理想的リスクマネジメントに基づき、リスク管理を行なうことは困難である。臨機応変の対応では、予期はその場限りの様相を帯びる。実際の医療場面のよう²⁵専門家の分業によってシステム化されている場面なら、理想的リスクマネジメントのプロセス構造に基づいた対処が適切であろう。しかし、在宅医療の現場では、医療そのものが、そのようにはシステム化されていないのだ。それゆえに対応策の形（相互行為プロセス）も違ったものが適切になるのではないだろうか。それが発見されれば、これもまた「家庭化する医療」の実例ということになるようにおもわれるのである。

例えば、今ケースでは複数人の家族が、専門家的分業システムを構築せずに、フラットな形で医療に携わっている。その為に、誰が何をしたのかわからなくなるトラブルが起きるともいえるが、そのフラットさや、関与者の幅広さ、関与の程度のフレキシビリティが、在宅医療の可能性でもあるように思われる。このフラットさやフレキシビリティが、守られるような形でリスクマネジメントが行われているのかどうか、が当面の我々の探求仮題となろう。在宅医療的リスクがいかに在宅医療の現場にいる家族の力で、在宅医療的に解決されているのだとすれば、そこに我々は一つのイノベーションを発見できるのではないだろうか。我々は、この発見されるかもしれない、在宅医療現場におけるリスクマネジメントを「在宅医療的リスクマネジメント」と名付けることにしよう。すなわち、本分析では、在宅医療的リスクマネジメントを探索することで、在宅医療の在宅医療らしさ、現場らしさを提示できればよいと考えている。

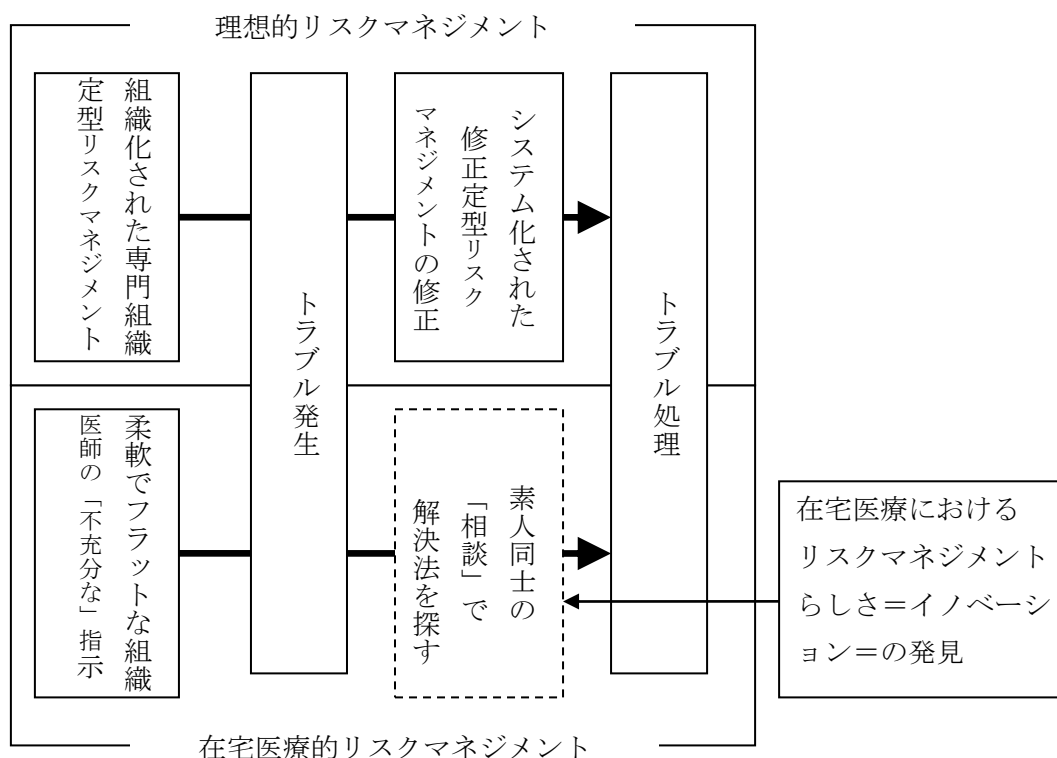


図4 理想的リスクマネジメントと在宅医療的リスクマネジメント

5-3. 場面紹介①—在宅医療でのリスクマネジメント場面

今回の報告で取り上げる場面は祖母がAの「食事」の世話を終了する場面である。もう少し詳しく言うと、Aに対する朝の胃瘻栄養の終了場面である。A宅では、胃瘻カテーテルの詰まりと最近汚染を防止するために、胃瘻栄養の終了場面では、カテーテルに注射器を用いて白湯（さゆ）を注入している。一種の白湯による洗浄作業である。この作業をするために、注射器の準備を祖母がしている場面が、以下の場面である。前述したように、この家庭では複数人の医療者がいるため、誰が何をしたのかという点で問題が生じる可能性が構造的にある。今回の事例ではこの点にかかわって、以前の処置時に祖父が何かの操作をした際の注射器が残されていることが問題となっている。すなわち、注射器に入っている液体が白湯なのかミルトン（消毒液）なのかわからないと祖母が困惑し、それに父（祖母の息子）が対応している場面である。

注射器内容物がもし消毒液だったならば、それをAに注入することは、もちろん危険なことだ。場合によっては、Aには死の危険が及ぶかもしれない。もちろんAの状態に影響のあるなしに関わらず、普段と違う液体をAに処遇してしまうことは大問題である。祖父は、早朝の胃瘻栄養担当として、胃瘻栄養バッグのつり下げと注入速度の確認までは確実に操作し終えていることが状況証拠からわかる。けれども、祖父が残っていた注射器内容物が、その後の作業にすぐに使えるもの（白湯）なのか、あるいは、その一歩前のもの（ミルトン）なのかは、状況から即座には判断できない。

この不完全情報問題が、ここでのリスクマネジメントのマネジメント対象である。祖父の性格、対象物の状況などが、精査される。その手続きに我々はまず注目したい。祖母と父の掛け合いは、在宅医療としての特質を帯びているようなのである。つまり、どちらかが、専門家として、非専門家知識提供したり、指示をしたりするのは違う問題処理の仕方が実践されているようなのである。さらに、その問題処理が、祖父をどのように位置付けているか、が次の我々の探求対象となる。結論を先取りするというならば、在宅医療のイノベーションの重要なアクターである祖父の振る舞いを、そのイノベティブな側面を温存する方向で問題が検討されているようなのである。これらのことを、以下、データを用いて確認していきたい。

なお、ここでは、「祖母」の実子に当たる「父」が発話の相手となっている。本稿での表記は「祖母—父」ではあるが、会話を交わしている両当事者間でレリバントなものとしては、関係対 (Relational Pair)²⁶で表現すると「母—子」関係や「家族—家族」である可能性がある。「祖母—父」は便宜的な表記である。念のため、あらかじめこのことを断っておこう。

5-4. 分析①—在宅医療におけるリスクマネジメントのあり方

ここでは、実際に会話分析を行う。45秒程度の短い会話の流れを細かく場面を分けて紹介することで、会話の流れを追いながら分析をしていきたい。

i) 応じることと志向すること

〈断片1〉0:00～

- 01 父 いけるんか。ちゃんと。
 02 祖母 いける：。あ：。ちゃんと入れてあるわ。パパが。注射が白湯だろな？（(注射器
 03 を見ながら)) 消毒ではないだろな？
 04 父 ちゃんと（見とけよ。）
 05 祖母 え？（(Aの寝室からキッチンへと引き返す)）

まず、分析するのは1～5行目の場面である。この時点では祖母と父は互いにAの療養室とキッチンにいるため、会話は声かけ的なものとなっている。

1行目の父「いけるんか。ちゃんと。」という発話は祖母に志向しており、この会話から場面は始まる。注射器の中身をよく確認しろという物言いだと推測できる。2～3行目の発話で祖母は、まず、「いける：。」と父に同意を示す。しかし、祖母は注射器の中の液体には半信半疑である。（写真26）目視はするが、目視だけでは液体を判別することができないのである。さらに、2～3行目では、私ではない「パパ²⁷が」注射器に液体を入れたことを述べており、その上で注射器の中の液体が「白湯だろな？消毒ではないだろな？」と疑う。この発話は父に向けられたものというよりも、自己確認としての発話であると考えられる。つまり、現時点で判明していることは「祖父が何らかの液体を注射器に入れた」ということになる。そして、今までは相槌という応答を返していた祖母が5行目で父の発話したことに志向した発話（「え？」）をすることで（＝父への志向が向いている私を父に呈示している祖母だと考えられる）、この場面は完結する。



【写真 26 vol17 00:07】

祖母が注射器の中身を確認しながら、Aの療養室に入るシーン

ii) 役割交代を表明する祖母

〈断片 2〉 00:10～

06 父 いけるんか。消毒ではないんか。

07 祖母 ない。ほなけど、一応 (0.5) 抜く? 気持ち悪いけん、[自分が入れてないけん。

08 父 [何を。水入れるん。

09 祖母 水入れる、白湯入れるん。

6行目では前述したように1行目のリフレインが為される。(父「いけるんか。」)そして、7行目で、祖母は消毒では「ない。」と明示(写真 27)はしたが(理由は不明である)、「自分が入れてない」ために「気持ち悪い」から「一応抜く?」と液体を変えることを志向している。ただ、祖母の強調された発話からも感じ取れるように、ここは相手に YES、NO の返事を求める質問ではない。「自分が(液体を)入れていない」がゆえに「抜く」ことに理由づけを行ったうえでの発話であるため、ここは提案であると考えられる。さらに、前項で祖母は「パパが」注射器に液体を入れたことを明示しているために、なおさら、この「自分が」という発話は際立ったものとなっている。言うなれば、医療行為を行った主体の不在により、新たに医療行為や判断を行うべくして立ち上がった主体の表明である。「自分が入れてない」ために「気持ち悪い」から、「一応抜く」いて、私が入れなおすという役割交代を父に呈示しているのだ。つまるところ、祖母は医療行為におけるリスク—この場面では医療行為をした祖父の不在により、液体の確認がとれないことゆえに起こりうる液体の認識ミスというリスク、つまりAに消毒液を注入するリスク—を十二分に理解しており、それゆえに他者への表明を示したうえで、役割交代を図っている。そして、8行目で父は

「何を」入れるのかと祖母に質問する。この会話は7行目祖母の「一応抜く？」に対応した発話である。そして、9行目「水（を）入れる」と祖母が答えることでこの場面は解決する。



【写真 27 vol19 00:13】

祖母が父のいるキッチンにまで引き返すシーン

iii) 父の問題追及テクニック²⁸

〈断片3〉00:19～

- 10 父 ほな、ほら：、ほんなん人のなんか信用したらあかん。
- 11 祖母 <信用したらあかんな。
- 12 父 ほらずっと、洗ろうたらええんで。洗わな。
- 13 祖母 <うん。(1.0) 白湯入れて、なんか気持ち悪いわ。
- 14 父 ほら、おとうはんのことやけん [ほんなもん。
- 15 祖母 [うん。(わかっとん) でないか。わしがしとつ
た
- 16 んじゃわ。っていうやろ。
- 17 父 いや、ほら、逆もあるわだ。

18 祖母 うん。

19 父 なんでも逆になるわ。

10 行目で父は「ほら：、ほんなん人のなんか信用したらあかん。」と発言する。「ほら：」は「だから」とほぼ同義であり、ここではリスクマネジメントをしている祖母の行為を了解していることに志向した上で、それゆえに他人がしたことなんか信用するなという祖母への教訓語りがある。ここから 13 行目までは、祖母は父の物言いに相槌を返す発話をしており、10 行目の父の発話を受けて、「自分で作業をすること」が話題の焦点となっている。

つまり、父の物言いに對し、同意の相槌を打っていることから、祖母は父の物言いを受け入れる志向になっている。（聞き手性の表示）そして、父は、14 行目で作業をしたのが『祖父であるから』という家族であり、身近な存在である者への非難に変わる。（「ほら、おとうはんのことやけんほんなもん。」）ここでは、非難を受けているのは内容不明の液体を入れて、放置していた祖父である。つまり、この数行の間に父は祖母／祖父、作業をしている／作業をしていた、者への物言いをしていることになる。この父の物言いはリスクを招いた両者への注意勧告であると言える。そして、15～19 行目まではこの祖父の話が焦点化し、祖母もしばらくは父に同意している。



【写真 28 vol19 00:28】祖母と父が話をしているシーン
祖母は作業を行っている。父は写真左外に存在。背中越しで会話を行っている。

iv) 祖母の在宅医療的リスクマネジメント

〈断片 4〉 00:37～

20 祖母 <まあ、なんだったらミルトンだったら匂うけどな。

21 父 ほな匂てみ。

22 祖母 ほなけど、やっぱり気持ちが悪い、自分でせな。(0.5) 白湯じゃ。

23 ((注射器を持ちあげて、注射器を見る))

24 父 うん。

父の非難で盛り上がっていた祖母と父であるが、祖母は 20 行目で「まあ、なんだったらミルトンなら匂うけどな。」と『たとえ、祖父が間違っただけでも、私が匂えば理解可能だ』と、祖父の非難話から私という主体が解決可能だという語りに切り替える。この語りは断片 2 でも見られ、医療従事者でもあり、家族であるがゆえの祖父への非難を回避するために志向を戻した母のテクニックであるだろう。つまり、祖父への配慮も見られる。すると、21 行目で父は『それならば、自分で匂ったらいい』と祖母に促す。22 行目「ほなけど(≒だけど)、やっぱり気持ちが悪い、自分でせな(≒しなければ)。」と祖母は匂うことで判断することは可能だけれど、確実性がない。自分で注射器の液体を入れなければならない、つまり、私という主体が介護をするために必要な行為(=注射器の中に白湯を入れる)をするというリスクマネジメントを父に再度表示することで、次の 24 行目で父の同意を得ることができ、この場面のトラブルは解決する。

また、20 行目「ミルトンだったら匂う」という祖母の発話は在宅医療でのリスクマネジメントを極めて精緻なかたちで表現している。匂う事で液体が判明するのであれば、液体を入れなおすことは必要ないであろう。もちろん、今までの発話すらも不必要である。もしかすると、断片 1 の時点で祖母がミルトンではないことを発話していたのは、このことに起因するのかもしれない。だが、匂いで判別可能なことにも関わらず、あえて液体を入れなおすという選択を取った祖母の行為はやはり際立ったものである。つまり、単にリスクを管理する(とりあえず液体を捨てればいい、匂わないから使用する等)のではなく、考えられるリスクはすべて排除するという志向がこの祖母の振る舞いからは伺えるのである。同様に、22 行目にも非常に際立った表現が見受けられる。祖母自身でリスクを回避したにも関わらず、正しく白湯を入れた注射器に視線を向け、「白湯じゃ」と発話確認を行うのである。この振る舞いについては 2 点言及可能だ。それは、①注射器に白湯を入れるという行為に対する自己確認と②その場にいる父に向けた他者確認の要請である。この振る舞いも在宅医療においても際立ったリスクマネジメントがとられているとわかる事例である。



【写真 29 vol19 00:44】祖母が注射器の中身を確認するシーン。
目視だけでなく発話確認をきちんとしている点が興味深い。

5-5. 分析視点②—道具と身体との接続性～西阪の議論を参照して

在宅医療において顕著な医療化の例の一つとして特殊な医療的用途で使用される道具が挙げられる。今回のケースでは、胃瘻栄養のために療養者につながれているチューブがそれに相当する。その道具が焦点化される時（道具を実際に使う、道具について話す…）場面の参加者はどのように身体と道具を同時に構造化しつつ行為しているのだろうか。西阪は、「私たちは、その時々々の活動に適切なやり方で、自分の身体と、身体に接続される道具を同時に構造化している。」（西阪、2008：120）と述べており、その場面において、焦点化された器具に関する発話や身振りがどのような相互行為を成しているのか、その構造を明らかにすることで在宅医療の一側面を提示したい。ここでは、優れた相互行為分析を行う研究者の一人である西阪の知恵を拝借して、分析を勧めていく。

まず、西阪によれば、「道具は、特定の目的のために創造された人工物である。だから、道具は、その目的に適った形で、必ず構造化されている。」（西阪、2010：37）という。今回の事例で考えてみると、医療用チューブはチューブ内に何らかの液体を通すために設計されている。その目的のために適するために具現化されたものがチューブという道具に他ならない。また、西阪は道具の構造を「複合感覚的構造」（西阪、2010：37）とも呼んでいる。つまり、「道具は、使うものである以上、特定の部分が人間の特定の身体部位と接続されるように構造化されている」（西阪、2010：37）のであり、要するに道具を使用する際には、道具を使う私たちの視線や道具への接触等の志向、振る舞いが接続しているのである。

さらに、西阪は「道具の構造は、すべて規範的な構造である」（西阪、2010:38）とも言っ

ている。つまり、道具を使用する際、その特定の目的のみにしたがって使うわけではないのである。医療用チューブを在宅で使用するときにも、もちろん前述した目的だけではない。例えば、何かトラブルが起きたときだと、チューブは本来の目的を達成するために、修復という志向が参与者間で試みられる。これは、従来の目的とは異なっているのだ。「身体は、志向の表現という点で構造化されている。が、この構造も、あくまでも客観的である点に注意しよう。」(西阪、2010:41)と述べられており、もちろん身体も同様であると言える。以上をまとめると、道具はそれ自身目的が定まっている物質では決してない。私たちが何を志向し、何を振舞っているか、それにおいてのみ、道具の利用目的が定まる。そして、その振る舞いは発話、道具への接触、そして自らの身体さえも資源としてなされるのだ。

これまでは、道具への志向、それによる人びとの振る舞いに着眼してきた。そのような中、私たちは複数人の中で相互行為を営んでいる。とりわけ、今回の分析事例では、祖父と祖母の相互行為が営まれている。相互行為を営む際には、お互いの志向をお互いに理解可能な形でデザインされることが必須となる。(もちろん、そのデザインは *seen but unnoticed* なものである) このことを西阪は「参加の組織」(西阪、2010:47)と呼んだ。参加の組織は言うなれば空間的なデザインであると考えている。つまり、参加の組織がある空間の中において、志向を互いに示しあう配列があるというのが西阪の指摘である。これを西阪は「参加フレーム」(西阪、2010:48)と呼んでいる。

つまり、上記を演繹的に捉えなおすと、「参加フレーム」(西阪、2010:48)という「場」は「参加の組織」(西阪、2010:47)で構成されている。そして、「参加の組織」(西阪、2010:47)は、参与者間の志向によって構成されており、その志向は参与者の振る舞いによってデザインされているのだ。もちろん、参与者の振る舞いによって、「場」は切り替わる。道具がその目的を変えるのと同じように。もちろん、「場」が積み重なって「場面」となる。それは、会話分析・相互行為分析が得意とするデータ内の時間の自然な流れ、シーケンスが教えてくれる。つまり、この西阪の議論は相互行為分析を用いた制度的場面研究を行う上で非常に有益であると考えている。

また、蛇足となるが相互行為分析を行ううえで有益なもう一つの視点が参与者間の志向の示し合いである。志向というのは、話し手のみが示しているものではない。話し手には聞き手が必ず存在しており、聞き手は聞くことの志向を示している。このことは「聞き手性」と呼ばれており、C. グッドウィンの研究 (Goodwin, C., 1981) が有名である。

本節では西阪の議論を参考に道具と身体との接続性、またその接続性に伴う相互行為場面における志向の配分において考察してきた。西阪の議論は相互行為分析を進める上で、非常に構造化され、かつその人びとに振る舞いに密着した視点を与えてくれる。次節では、本分析の場面紹介を行い、本節との関連性を示していく。

5-6. 場面紹介②—イノベーション化された医療器具のトラブル解決・教示場面

今回、分析で取り扱う場面も祖母が A に胃ろう栄養を施すシーン²⁹である。しかし、今回は A に対する昼の胃ろう栄養の開始場面となる。胃ろう栄養は栄養剤と胃ろう部分カテーテルをチューブで連結させて、栄養を処方している。とりわけ、この家庭ではチューブを 2 本つなぎ合わせるイノベーションを駆使していることは前章でも述べたとおりである。

今回の事例では、このイノベーションが原因でトラブルが生じたことを報告したい。詳しく言うと、2 本つないだチューブを誰かが取り外してしまった³⁰ために、祖母は接合を間違ってしまったのである。間違った結果、いつもと同じ手順で胃ろう栄養をしようとする際、あるトラブルが併発する。そのトラブルによって違和を感じた祖母は、チューブの付け間違いに気づくという流れになっている。このイノベーションは祖父が開発したために、祖母は明快な解決法がわからない。詳しく述べるならば、胃ろう栄養の作業手順は理解しているが、医療器具本来の機能やイノベーション化された医療器具の機能までは理解していない。そのような場面の中で、当初祖母は 1 人で胃ろう栄養作業にあたっていた。そして、祖父が場面に参与し、お互いで解決を図るという場面へと展開する。

今回の報告では、複数人がいる場面でのトラブルがいかに関与している人たちが解決がなされているかを吟味していきたい。さらに、医療器具の扱いに不慣れた祖母に対し、祖父が使用法を教授する場面も見られた。「教示する」という場面においても、紹介したいと考えている。

道具と身体との接続性、志向の配分、それは先述の通り、ビデオデータを用いた会話分析、相互行為分析で分析可能である。私たちが道具を使用する際、何に志向しているのか。そして、その志向のもと、いかに道具をその場に適した道具として成り立たせているのか。つまり、どのような相互行為のもとで私たちが場面というものを作り上げているのかを稠密に吟味していきたい。医療器具という道具を「イノベーション化」し、それによって生じたトラブルを解決する様子を分析したとき、在宅医療場面らしさが見えてくるはずだ。

5-7. 分析②—在宅医療における道具の参照

ここでは、実際に相互行為分析を行う。分析したい場面のみを切り出して分析しているため、場面全体の把握をしたい方は資料2をはじめに参照していただきたい。道具のトラブルが参与者間にどう認識され、志向し合っているのか、その詳細を丁寧に記述したい。

i) エラー発覚・認識・修正

〈断片5〉 祖母が胃ろう栄養をAに処置するシーン 0:00～

001 祖母 お食事ですよ。お：ひ：るのしよ：く：じ。なあ、食事や言うても、おいしくな
002 いわな：。え：と、あららら。((チューブをつける)) よいしょ。よいしょ。
003 んで、あれ？あれ？こっちをつけたけん、こっちをつけなあかんの？え：：：、
004 どうしよう。逆をつけたけど、いけんなあ。ぼたぼたとなって、しめといたら。
005 逆つけた：。しめといたら。逆つけた：じゃ。逆にせな。よいしょ。((チューブ
006 を外す)) え、どうなっとるんかな。おうとんで。あ：、パパがドッキングした
007 んが、ま：ま：、こっちが() になって、え、これをここに付な

この場面では祖母がチューブの付け間違いに気づくシーンである。この断片においてエラー発覚、認識、修正の流れを祖母が一人で行っていることがわかる場面だ。

まず、3行目「あれ？」でエラーが発覚し、同じく3行目「こっちをつけたけん、こっちをつけなあかんの？」、4行目「逆をつけた」でエラーの認識を行っている。そして、7行目「これをここに付な。」でエラー修正の確認が行われていると大まかにみることが出来る。

まずは、非常に煩雑なこの場面で起きたチューブのエラーを先に紹介したい。簡略化した図を用いて説明する。本来ならば図5のようにチューブiは栄養剤と接合し、チューブ2とチューブ3が接合、そしてチューブ4は胃ろうカテーテルと接合すべきであった。また、クレンメAは栄養剤の近くに位置し、クレンメBは胃ろう付近に位置すべき³¹である。つまり、従来ならば栄養剤—チューブi—チューブii—胃ろうカテーテルという順序であった。

しかし、今回の間違った事例はどうであろうか。今回の場合はクレンメ同士が1本化されたチューブの中心部付近に固まっており、クレンメを用いることが困難³²であった。簡略に示すと、栄養剤—チューブii—チューブi—胃ろうカテーテルとなっており、その事実がこの場面に起きたエラーとして、祖母に認識されているのである。

断っておくが、本場面は祖母1人であるので、相互行為分析ではない。後の分析へと続く情報提示という意味合いと祖母の振る舞いの緻密さをここでは汲み取ってもらいたい。

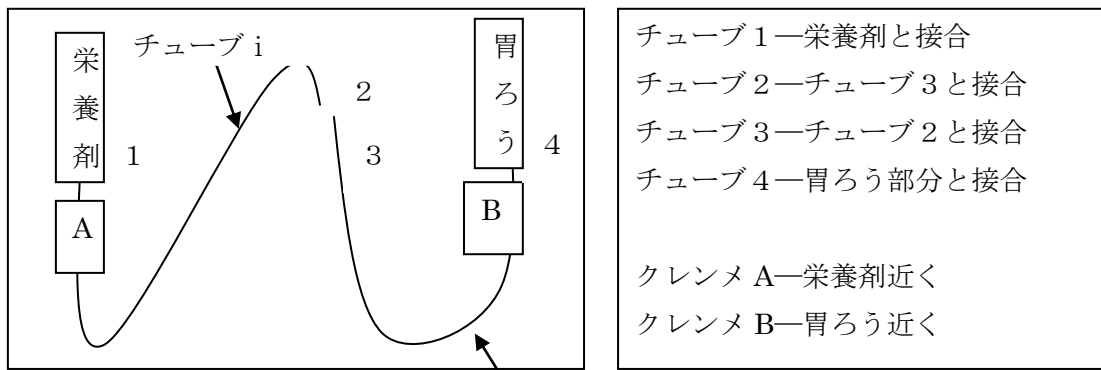


図5 A宅の正しいチューブ接合 チューブ ii

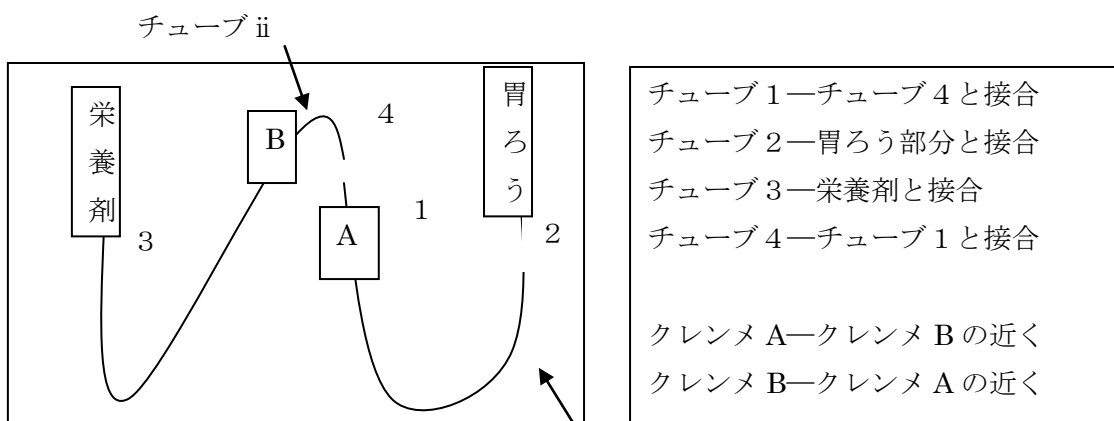


図6 断片5で発見された間違いのケース チューブ i

*以下の分析において、チューブやクレンメの記述があった場合、

断片13まで図6を参照せよ。

しかし、断片14からは図5を参照せよ。



【写真30】

クレンメ写真

それでは、場面をより詳細に見ていきたい。ここでは、便宜的にエラー発覚→エラー認

識→エラー修正の順を追って紹介していく。

〈断片 6〉 エラー発覚 00 : 40～

003 祖母 んで、あれ？あれ？

視線 ↑↓↑↓↓↓↓↓↑

まず、祖母はチューブのエラーに気付く。気付く理由は、今後の手順としてクレンメの操作が必要になるのであるが、そのクレンメが無いためだと推測される。視線の上下移動が激しく、この視線移動はクレンメの位置確認であると推測できる。その理由は後に、視線を下げながら、チューブを下にたどっていくためである。



【写真 31 vol.19 00 : 41】視線上
クレンメがあると想定される場を見る祖母



【写真 32 vol.19 00 : 43】視線下
クレンメを捜すため、チューブをたどる祖母

〈断片 7〉 エラー認識 00 : 48~

- 003 祖母 こっちをつけたけん、こっちをつけなあかんの？え：：：、
004 どうしよう。逆をつけたけど、いけんなあ。ぼたぼたとなって、しめといたら。
005 逆つけた：。しめといたら。逆つけた：

この断片は祖母がエラーを認識する場面である。まずは、3 行目「こっちをつけなあかんの？」でどのチューブを付け直すかを特定しているのが分かる。（写真 33）この振る舞いは手の志向と視線の志向が別であることが興味深い。手の志向と発話から推測すると、付け直すべきものはチューブ ii である。（あるいは、もっと細かいチューブ接合部分まで特定していたのかもしれないが、この振る舞いからは推測することは困難である。）このことは、4 行目「逆つけた」という祖母の発話からも推測出来る。つまり、現時点で祖母はチューブを逆につけたことは認識している。また、視線はクレンメが本来あるべき位置（前述と同様に、もっと細かいチューブ接合部分まで特定していたのかもしれないが、振る舞いからは推測困難）を見ており、祖母の志向はエラーを修正しようと試みている段階であり、さらにそれをどうすべきか認識しようとしていると考えられる。



【写真 33 vol.19 00 : 54 】

チューブを逆につけたことに気づくシーン

〈断片 8〉 エラー修正 1:19～

005 祖母 逆つけた：。しめといたら。逆つけた：じゃ。逆にせな。よいしょ。((チューブ 006 を外す))

この場面は祖母がエラーの修正を試みる場面である。このことは、5 行目で胃ろうカテーテルとチューブ 2 の接合を外していることから明らかである。また、「逆にせな」という発話からチューブを外すという志向を経て、チューブを逆に接合することを志向していることがわかる。(写真 34) もちろん、この時点ではどのチューブを逆にするのかを伺うことはできない。



【写真 34 vol.19 01:30】

チューブと胃ろうカテーテルを外すシーン

〈断片 9〉 エラー再認識・再修正 1:35～

006 え、どうなっとるんかな。おうとんで。あ： パパがドッキングした

007 んが ま：ま：、こっちが（ ）になって え、これをここに付な

この場面で祖母がこのエラーの真実に気づく。チューブを接合し直そうと志向し、チューブ 2 を持ち、栄養剤付近に近づけた祖母であるが、6 行目「おうとんで。」の発話から、今までの志向に何か不具合があったことに祖母は気付く。(写真 35) 視線はチューブ 2 にあることから、この推測は適切であると考えられる。そして、チューブ同士を接合した部分(図 6 チューブ 4 とチューブ 1)を手繰り寄せ、7 行目「これをここに付な」とエラー再修正が図られる。(写真 36) もちろん、現時点で祖母がチューブ 4 とチューブ 1 のどちらを接合しようとしていたかを推測することは困難ではあるが、チューブ同士の接合部分を志向していることは確実なため、チューブ同士の接合部分のどこかをどこかに接合し

直そうと祖母が志向していることは明白である。



【写真 35 vol.19 1:38】

エラーの再認識をする祖母



【写真 36 vol.19 1:45】

エラーの真実を知る祖母

ii) エラー報告・解決—指示代名詞による焦点化

<断片 10> チューブの付け直しをするシーン 2 : 20~

- 021 祖父 ついとんで、ほんでええでえ
 022 祖母 ちゃうで：、これが調節機械がこっちのほうが近いほうにつけなあかん
 023 祖父 あ：。
 024 祖母 ほどこか。
 025 祖父 これこうせなんたら
 026 祖母 むこういこか。こっちじゃ。こっちじゃ。こっちじゃ。
 027 祖父 さき、これとこれ結ばなあかんのに間違ごうとる。
 028 祖母 とりあえず、これとこれ
 029 祖父 違う。先、これを
 030 祖母 もう、ややこしい。
 031 祖父 あれ？
 032 祖母 これがここにいかなあかん
 033 祖父 これがこっち。これが
 034 祖母 うそ：？
 035 祖父 これとこれ結べ。ここ。
 036 祖母 ほれがほなけん、ここって言いよんで、おうとんで。なんでよ：、

この場面は、帰宅した祖父の存在に気付いた祖母が、祖父を部屋に招き入れることから始まっている。そして、祖母が祖父にエラー報告を行った後（22 行目）、祖母と祖父でチューブの付け直し作業、つまりエラーの解決を図る場面へと移行する。ここでは、祖父と祖母の共同での作業が行われるため、二本のチューブをどうつなぎ直すかというトラブルが生じている。エラーを解決するためには、チューブをつなぎ直さなければならない。さらに、エラー解決を図る者が複数人となったため、発話や行為を伴い、共同理解を図りながら、エラーを解決することがこの場面では課題となっている。そのため、本断片からは、分析視点でもある道具への志向とそれによる振る舞いが分析の中心となる。つまり、話し手の道具への志向や聞き手の理解の表示等がキーワードとなることが本場面の第 1 のキーワードとなる。また、この場面では「ここ」「これ」「こっち」等の指示代名詞が多用されている。この単語が指し示すものにも注目していくこともが第 2 のキーワードとなる。これら 2 つのキーワードをもとに場面を分析していく。

〈断片 11〉 指示代名詞への志向 2 : 18～

021 祖父 ついとんで、ほんでええでえ

↑Aの療養室に入室

022 祖母 ちゃうで：、これが調節機械³³がこっちのほうが近いほうにつけなあかん

↑クレンメ1を指す

023 祖父 あ：。

↑栄養剤を持つ

それでは、ラインバイラインで会話を追っていくことにしよう。21行目「ついとんで、ほんでええでえ」という祖父の発話と同時に祖父は療養室へと足を踏み入れる。この時点では祖父は祖母のチューブの付け間違いには気付いてはいない。そのため、22行目で祖母は「これが調節機械がこっちのほうが近いほうにつけなあかん」とエラーを報告する（写真37）。それでは、この祖母による報告は何を志向しているのだろうか。それは、発話で「調節機械」（＝正式名称はクレンメ）と述べられており、祖母はクレンメ1を左手で触っていることが指摘できる。そのため、クレンメ1が近いほうにつけなければいけないということを報告するという祖母の志向が伺える。しかし、クレンメ1をどこに付け直すかまでは言及はなされていない。そして、祖父は「あ：。」と祖母の発話に一定の理解を示し、栄養剤を持つという動作をとる。

ちなみに、本断片で祖母が発話した「調節機械」も自己執行的カテゴリーである。（4章で言及した「転体」と同じ）調節機械という言葉には液体のスピードを調節する機械という意味があるのだろうが、その道具の目的に沿った形で家族に使用されているこの単語もいかにも在宅らしい単語である。



【写真 37 vol.19 2 : 24～】

発話と動作を用いて、道具の志向を祖父に提示する祖母

〈断片 12〉 志向のズレ 2 : 25～

024 祖母 ほどこか。

↑祖母 チューブ 4 とチューブ 1 に志向

↑祖父 栄養剤に志向

025 祖父 これこうせなんだら

↑祖母 祖父の行為に視線を向ける

↑祖父 栄養剤を鴨居から外す

026 祖母 むこういこか。こっちじゃ。こっちじゃ。こっちじゃ。

↑祖母 チューブ 4 とチューブ 1 を外しチューブ 1 を渡す

↑祖父 栄養剤部分とチューブ 3 に志向

24 行目で祖母はチューブ 4 とチューブ 1 を外そうと試みる。(写真 38) しかし、25 行目の祖父の発話前に祖父が栄養剤を鴨居から外すことに気付く。(写真 39) よって、26 行目の「むこう行こか。」は栄養剤を外し、祖父が部屋を移動しようとしていると祖母は推測した上での発話であると推測される。つまり、この時点まで祖母は祖父の振る舞いを部屋移動の提案であると考えていると推測できる。しかし、祖母はすかさず自らが志向していたチューブ 4 とチューブ 1 の連結部分を外し、チューブ 1 部分を祖父に手渡している。それはなぜだろうか。実はこの時点で祖父は栄養剤部分とチューブ 3 の連結部分に志向しており、(写真 40) そのことを祖母は認知した上での振る舞いであると推察できる。つまり、祖母は道具のどの部分を志向しているかというズレに気付いたのだ。

つまり、本断片では 2 つのズレが指摘できる。それは、①祖父の振る舞いは部屋移動ではなく、チューブ接合であるという祖母の認識のズレ、②それに伴う、チューブ接合の祖父、祖母の志向部位のズレの二つである。

これは、参加フレームの転換場面である。つまり、祖父の志向が栄養剤を鴨居から外すことではなく、チューブ連結場面であると認識されたときである。(①に相当) 言い換えると、道具に対する互いの志向の認識が祖母の中で構築され、そのことで新たな参加フレームが再構築されたのだ。

断片 12 では 2 つの志向のズレを分析した結果、参加フレームも再構築されたことを確認した。このことは、チューブの接続部位に対する志向は違っているが、祖父と祖母の「チューブをいかに接続するか」という志向がお互いに共有されたと言ってもよい。そういった意味合いで参加フレームは転換したのである。



【写真 38 vol.19 2 : 26～】

24 行目相当部分 祖母の視線は自らの手に志向



【写真 39 vol.19 2 : 26～】

25 行目発話前 祖母の視線は栄養剤を志向



【写真 40 vol.19 2 : 32～】

26 行目 祖父と祖母がチューブ接合場所の志向にズレがあるシーン

〈断片 13〉 指示代名詞による焦点化 2:36～

- 027 祖父 さき、これとこれ結ばなあかんに間違ごうとる。
 ↑祖父 右手でチューブ3を持ち、チューブ2に近づける
 ↑祖母 チューブ2を左手で持っている
- 028 祖母 とりあえず、これとこれ
 ↑祖母 右手のチューブ1を栄養剤に近づける
- 029 祖父 違う。先、これを
- 030 祖母 もう、ややこしい。
- 031 祖父 あれ？
- 032 祖母 これがここにいかなあかん
 ↑祖父 チューブ1を栄養剤に近づける
- 033 祖父 これがこっち。これが
 ↑祖父 チューブ3とチューブ2を接合する
- 034 祖母 うそ：？
- 035 祖父 これとこれ結べ。ここ。
 ↑祖父 チューブ1と栄養剤
- 036 祖母 ほれがほなけん、ここって言いよんで、おうとんで。なんでよ：、

前述の志向のズレが共有された結果、チューブを接合しなおす場面へとシーンは展開する。27行目で祖父は「これとこれ結ばなあかん」とチューブ接合に関する志向をしているが、「これ」と「これ」は「チューブ3部分」と「チューブ2部分」を志向していることが動作から指摘できる。(写真41) また、28行目の祖母が発話した「これ」と「これ」は「チューブ1」と「栄養剤」を志向しているのも動作から指摘できる。(写真42) 31行目で祖父は「あれ？」と混乱を示す発話をするが、何がわからなくなったのかをみてとることはデータからはできない。この後は、祖母と祖父がお互いに指示代名詞と道具への動作による志向を示しあうことで、エラーは解決へと至る。

本場面では「ここ」「これ」等の指示代名詞が非常に多かった。指示代名詞は定型的な言葉で表現できないことに使用されるというイメージが大きい。チューブの全体をさしてチューブと呼ぶことはできるが、チューブの接続部位名称までは定まっていないことが、本場面のトラブルとなっているのは間違いないのである。しかし、ここではもう少し分析に基づく考察を行いたい。指示代名詞はそれ自身では意味を為さないというの私たちにとって共通の理解と言えるだろう。「ここ」が「どこ」なのかは「ここ」という文字からうかがい知ることは不可能である。私たちが「ここ」を「どこ」であるか知ることができるのは、発話者の志向(動作や視線などのふるまい)があってこそであるし、何を指し示しているのかを提示し、その提示に理解を示すことができるからこそである。このことは本分析から伺うことができたはずだ。つまり、指示代名詞は何かを志向していることが場面の参与者

間で共通の理解が図られることで初めて意味をなす。以上により、指示代名詞の多用については、複数人での道具使用法に関するトラブル解決場面であったという場面性が指摘でき、そのことを分析から提示できることができたと考える。

今回のような予想外のトラブルが発生した際、道具の目的は変わってくる。本来の道具の目的ではなく、他の目的道具を使用する際に新たな焦点化の方法として指示代名詞の多用が図られたのである。また指示代名詞の多さはチューブ接合に関するトラブル解決の志向が祖母と祖父で異なっていたことも単純に挙げられる。エラーに対応しようとした参加者が生んだトラブルによって、この指示代名詞の多用という場面は作り上げられたのだ。



【写真 41 vol.19 2 : 37~】 27 行目
祖父が指示代名詞による発話と動作を用いて、道具の部位を焦点化



【写真 42 vol.19 2 : 39~】 28 行目
祖母が指示代名詞による発話と動作を用いて、道具の部位を焦点化

iii) イノベーション・ティーチング—焦点化される振る舞い

<断片 14> チューブの取り外しかたを教授するシーン 6 : 15~

101 祖母 あんたがもつとるのに、なんでひっぱれる。とん、とん、とん、とん。ちょっと

102 早いけど、そのくらいかな。うん、それでええわ。今、ちょうどいい。ちょっと

103 早いけど、

104 祖父 ほなけん、これを、この

105 祖母 あんたこれでしとる。私違うのに

106 祖父 あ：。見たのに、見たのになあ。見えなんだ。

107 祖母 ミルトンはいってなかったんだろ。

108 祖父 いれ、いれへんなんだもん。これ、これを近くのほうをはずすん。近くに近くに

109 あるほうをはずす。

110 祖母 何をはずすん。

111 祖父 これ、これが

112 祖母 合体したときで

113 祖父 お、おう、はずすん。

114 祖母 あろて、あろて。あ：あ、なかなかじゃ。なかなかじゃ：。はあ。やれやれでござ

115 います。ご飯が入りよるで、おかあさん。ねとん？ご：ご：言ってねとる。

チューブの接合エラーも解決し、場面は収束しつつあるが、ここで祖父は祖母にチューブのイノベーションに関するティーチングを行う。この教示場面を見ていきたい。まずは、場面の展開を簡略に話したい。104 行目で祖父は「ほなけん、これを、この」とクレンメ二つを指で指し示しながら発話する。つまり、「これ」はクレンメを指し示している。しかし、ここでは祖母の視線の獲得は不成立に終わる。次に、祖父がクレンメへの視線の獲得を試みるのは 108 行目である。「これ、これを近くのほうをはずすん。」と「これ」と栄養剤付近にあるクレンメのみに焦点を集中することで、まずは祖母の視線の獲得に成功する。さらに、108 行目で「近くに近くにあるほうをはずす。」と発話し、もう一つのクレンメを志向した発話を行い、祖母への教示を終えるという展開にはなっている。それでは、順を追って分析していこう。

〈断片 15〉 参与フレーム 1—道具本来の使用による志向の一致 6:15~

- 101 祖母 あんたがもつとるのに、なんでひっぱれる。とん、とん、とん、とん。ちょっと
祖父 ↑栄養剤のスピードの調節をする
- 102 早いけど、そのくらいかな。うん、それでええわ。今、ちょうどいい。ちょっと
- 103 早いけど、
祖母 ↑前かがみになる

より精密に場面を分析しよう。101 行目で祖父は栄養剤流入のスピードをクレンメを用い、調節している。また、この時点で、祖母の視線を獲得できており（写真 43）、さらに、102 行目「今、ちょうどいい。」というスピードを確認する発話も見られるため、この場面は問題なく進行している。また、101 行目「とん、とん、とん、とん。」という擬音語もこの場面では際立った表現である。なぜならば、祖母の発する擬音語は祖父が調節する栄養剤のスピードを表していることに他ならない。「とん」は栄養剤が滴下する音を表し、「とん」と「とん」の間に「間」を持たせることで、液の滴下速度を非常に端的に示している。言い換えると、祖母は祖父の振る舞いに応じた振る舞いをしていることから、祖母の聞き手性の表示も見受けられる。つまり、この擬音語は祖父の振る舞いによる道具への志向に応じた志向を祖母が呈示しているのである。よって、この場面ではクレンメを使ったスピード調節場面という参与フレームが形成されている。つまり、道具本来の使用目的に応じた参与者間の志向一致と言える。しかし、祖母が姿勢を前かがみにすることで、別の参加フレームへと移行する。（写真 44）



とん、とん、とん、とん。
ちょっと早いけど、そのくらいかな。

【写真 43 vol.19 6 : 28】101 行目
祖父の道具への志向に対し、祖母も同じ志向を示すシーン



【写真 44 vol.19 6 : 28】101 行目
祖母が前かがみになり、別の志向を示すことで参加フレームは変わっていく



あんた、これでしとる。

【写真 46 vol.19 6 : 44】 105、106 行目
注射器に志向が集中



これ。

【写真 47 vol.19 6 : 53】 108 行目
祖父がもう一度クレンメに指差し。このときは両手ではなく、左手のみ。

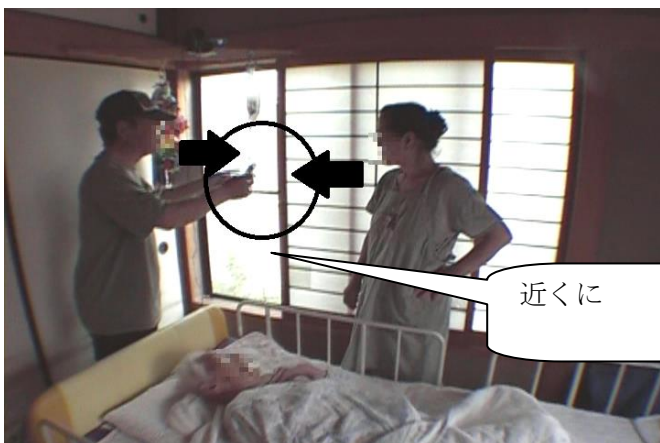
〈断片 17〉 参与フレーム 3—祖父の教示 6 : 51～

- 108 祖父 いれ、いれへんなんだもん。これ、これを近くのをはずすん。
↑ クレンメ A をつかみ左手を小刻みに震わせる
- 109 近くに近くにあるのをはずす。
↑ 写真参照
- 110 祖母 何をはずすん。
- 111 祖父 これ、これが
↑ クレンメ A を何回もつかむ
- 112 祖母 <合体したときで
↑ 両手の握りこぶしを合わせる
- 113 祖父 お、おう、はずすん。
- 114 祖母 あろて、あろて。あ：あ、なかなかじゃ。なかなかじゃ：。はあ。やれやれで
ごさいます。ご飯が入りよるで、おかあさん。ねとん？ご：ご：言ってねとる。

108 行目において、祖父はクレンメ A を指した左手を小刻みに震わせる。そのことにより、祖母は視線をクレンメ A へと向ける。(写真 48) つまりは、断片 10 では伝えることが出来なかった祖父の道具志向を表明するまたとない機会である。祖母の視線の獲得に成功した祖父は、続けて 109 行目、右手でクレンメ A を指す。(写真 49) そして、祖父の右手はクレンメ A を離れ、クレンメ B を指さず (写真 50) また、その動作中に「近くに近くにあるのをはずす。」と発話しており、クレンメを外すことを伝えている。つまり、この場面はイノベーション化されたチューブトラブルの解決法を祖父が祖母に教示している場面であると言える。この場面でのチューブという道具は取り外し方法に焦点を定められており、そのことを場面の参与者に共通の理解として参照されているのである。(写真 51) また、「道具の使用法を教示されていること」を理解している祖母は 110 行目で非常に有能な生徒となり、「何をはずすん。」と道具のどの部位を外すのかを質問する。111 行目で祖父はクレンメ A を何回も握り、「これ、これが」と発話するが、(写真 52) 112 行目で祖母はさらに有能な振る舞いを行う。それは、112 行目「合体したときで」と発話し、両手の握りこぶしを合わせる行動をとるのである。(写真 53) 発話と動作から祖母の振る舞いは栄養剤部分とチューブの合体を意味していると推測できる。本来ならば、祖父の答えが的確ならば、祖母は了承する発話をすればよかった。しかし、祖父の行為は不適であったため、祖母は祖父の表現では表現しきれない道具の取り外し部位を自らの身体を代理させることで、生徒役としての自らの振る舞いを教師役である祖父に理解可能な形で提示したのである。祖母そして、祖父の同意として 113 行目があり、場面は収束する。時間にして 7 分 30 秒ほどのことだ。



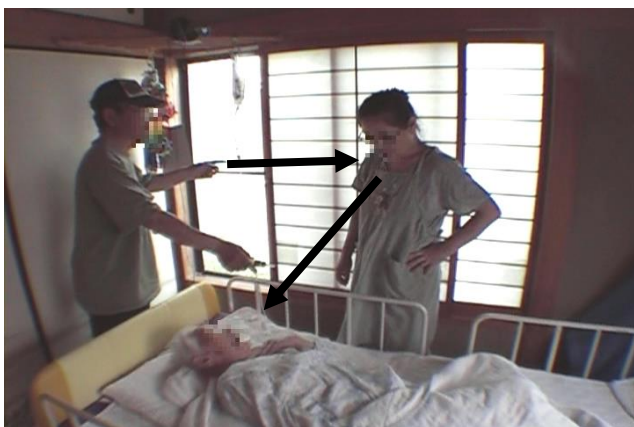
【写真 48 vol.19 6 : 53】108 行目
祖父が左手でクレンメ A に指差し。さらに小刻みに震える。



【写真 49 vol.19 6 : 55】109 行目
祖父が右手でもクレンメ A を指す



【写真 50 vol.19 6 : 55】109 行目 写真 49 と連続
祖父の右手はクレンメ A を離れ、もうひとつのクレンメに向かって動く



【写真 51 vol.19 6 : 55】 109 行目 写真 50 と連続
祖母の視線は祖父の右手。祖父の視線は教示場面であるため祖母に。



【写真 52 vol.19 6 : 58】 111 行目
祖父の振る舞いは祖母の了承を得られるものではなかった



【写真 53 vol.19 6 : 58】 112 行目 写真 52 と連続
祖父の振る舞いを代理する形で両者の納得を得る

これからは推測になるが 1 回目の指示 (104 行目) と 2 回目の指示 (108 行目以降) はある種、決定的な違いがある。それは、焦点化しているものである。1 回目の指示では指示代名詞の多用により、「これ」と「この」の違いはわからない。また、祖父の 2 つの調節機械を指し示した指も焦点がばらけてしまっている。つまり、焦点が散漫となってしまうのだ。(しかし、この場面においては、祖母が他に志向しているから他ならない) しかし、2 回目の指示は非常に際立った振る舞いをしていたことに気づく。まず、祖父は栄養剤付近の「これ」=「クレンメ A」を指し示すこと、つまりクレンメ A のみを焦点化し、祖母の視線の獲得に成功する。「これを近くの方を外す」は「クレンメを(栄養剤が)近い方を外す」ことである。ついで、「近くに近くにあるほうをはずす」でまず、一つ目の「近く」で栄養剤「付近の」クレンメ A を志向し、次いで、二つ目の「近く」で胃ろう付近の「近く」を志向する。この焦点の分散により、祖父のティーチングは解決したのである。

分析 2 では複数人が参与する道具の使用法に関するトラブル場面における解決・教示場面について分析してきた。この分析においては、道具の目的が参与者にとって、その都度変容しているあり様やその目的を志向していることを表明する人の振る舞い、そしてその振る舞いに対し理解を表す受け手性の表示を細かく見てきた。特に、指示代名詞が焦点化することを細かく見ていくことで、人びとがいかに関言葉だけではなく、さまざまな動作を用いて、自らの理解可能性を示し合っているかについて吟味してきた。この分析においても、人びとの常識的判断の下作られたイノベーション化された道具におけるトラブルが、いかに常識的な形で一しかし、極めて調密な形で一デザインされているかを示した。

5-8. まとめ—在宅医療のアフォーダンス

分析1では、「在宅医療におけるリスクマネジメント」について考察してきた。発見された「消毒液を胃に流し込んでしまう」リスクは、注射器の液体を「何か不明のもの」から「確実な白湯」に変えることで、解消されたと言えよう。しかし、注目すべきはトラブルを回避したこと、そのものではない。表面化したリスクに対し、祖母や父がいかにかこのリスクを丁重に扱っていたかである。7行目の時点で祖母は注射器の液体を抜くことをすでに提案している。そして、実際には抜くことに共同理解を得るためには、24行目までかかった。その間には、父の祖母、祖父への注意喚起としての物言いや祖母の問題を解決へと導くテクニックが見られた。

分析2では、「在宅医療イノベーションされた道具のトラブル解決」について考察してきた。在宅医療イノベーションされた道具の使用法を間違っただけの道具の新たな焦点化が必要とされ、参加者は指示代名詞の多用とそれに伴う視線、動作の振る舞い、また聞き手性を表示し、参加フレームを構築していた。

これらのことはつまり、複数人の共同判断というものがどのような風に創られているかをあらわしていると言える。定型的なリスク管理のやりかたを専門知識を利用してなぞるのではなく、誰しもが知っている常識的知識の活用やその場にある情報、資源を、その場の文脈で精密に解釈する方法がとられている。ここでレリバントになっているものこそ、在宅医療の資源なのではないか。在宅医療の専門家・熟練者の姿がそこにはあるのではないか。つまり、病院等と状況が同じでも、在宅医療は在宅医療の振る舞いがあるのではないか。それこそが、在宅医療のアフォーダンス³⁵ではないだろうか。つまり、ここにこそ、在宅医療化されたリスクマネジメントがあるようなのだ。（あるいは、在宅医療のイノベティブな側面ともいうことができるかも知れないが、この点については、稿を改めて述べることにしたい）。

6章 まとめと考察

本研究は在宅医療により、家庭がどのように医療化するのかという視点から考察をしてきた。4章では、カテーテルチューブや注射器などの医療器具が家庭に侵食してくること、医療という新たなカテゴリーに対する新たなメカニズム創出、「家族」である被医療者を看るということなど、医療が家庭をどう変えるのかという視点から在宅医療の在り方を考えた。

5章ではリスクマネジメントにおける相談場面、および医療器具トラブル場面を会話分析・相互行為分析した。分析1では、「療養者」に対するリスクを徹底的に管理している祖母と父（「家族」）の姿があった。分析2では、道具の参照法を「調節機械」等の当事者カテゴリーや道具の焦点化を用い、トラブルを解決していた。確かに、在宅医療はリスクコントロールを図ることを強いられてしまう労働強化の側面があるのかもしれない。しかし、リスクコントロール分の負担増を解決しなければならない家族が導いた解決策は私たちにも分析可能で理解可能なものだった。つまり、医療は特別な出来事であり、医療は家庭を侵食するもの—医療化する家庭—ではない。医療は家庭に生きる人びとに柔軟に取り込まれていくもの—家庭化する医療—でもあったのだ。

在宅医療的リスクマネジメントは複数人の共同参画に向いているようである。とすると、それは、従来の病院や実際の医療場面においても十二分にありうる出来事であるのではないだろうか。在宅医療的リスクマネジメントの発見の重要性はこの応用可能性にもあるのである。

7章 残された課題

本論文に残された課題を以下短く述べておこう。

まず、分析はもっと緻密に行うことができるというのが私の見立てである。今回は本題のとおり、在宅医療場面の場面性に注目しているため、場面を追う形での分析となったが、より精細な分析を行うことで場面の場面性ではなく、相互行為レベルでの場面性が見えてくることは確実にあるだろう。

さらに、Aが失語症であることも次の機会にはもっと中心的なテーマとして扱いたい。「失語症者自身にとって言葉を語るといえることがどういうことなのか」（川上、2003：256）こそはエスノメソドロジー会話分析がGOODWIN以来取り扱ってきたテーマだからだ。その在宅版の研究が可能だろう。Aと医療提供者である家族との関係は失語症であっても、私たちが相互行為をなす以上、存在する。会話分析では、Aが明確な意味をもった言葉を発せないことすら分析対象となる。今回の事例で言うならば、Aの応答の「不在」であったり、Aの「不明瞭な」応答であったり、Aの身体の「反応」であるに対し、医療従事者がどのように振る舞いをみせているかは十分研究に値するのではないか。

注

¹ 介護制度に関する叙は下記の URL を参照した。より詳しい介護制度に関しては以下の URL を参照せよ。厚生白書（平成 7 年版）2011.1.30 参照

<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199501/>

今後 5 か年間の高齢者保健福祉施策の方向～ゴールドプラン 2 1～2011.1.30 参照

http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1112/h1221-2_17.html

² 在宅ケアには、在宅介護の他にも、本研究の主題である在宅医療も含む。また、医療と介護については極めて繊細な差異がある。詳しいことは後述の 2 章を参照のこと。また、在宅医療に違和を覚える人も少なくないであろうが、在宅介護とほぼ同義であると捉えてもらってもよい。

³ エスノメソドロジーに関しては後述を参照せよ。

⁴ これより在宅医療という単語を主に使用する。

⁵ 天田の研究に対抗しているのでは全くない。天田の研究とは別に見逃してはならないポイントがあるのではないかという立ち位置である。また、後述する井口に対しても同様である。

⁶ よりエスノメソドロジー的態度に密着したと言いかえることができるだろう

⁷ その場に参与する専門家とは特別な職をさして専門家とするのではない。その場にいる人すべてが専門家である。会議で話を聞く人、遊具で遊ぶ人、学校で授業を受ける人など、その場において何かをしている人は、すべてその場の専門家なのだ。

⁸ エスノメソドロジーの説明をもう少し述べるならば、「相互反映性」と「文脈依存性」が挙げられる。両者については浜が以下のようにまとめている。

ある社会秩序について記述している記録が、それ自体、それが記述しているところの社会秩序の一部分であるという、記録と社会秩序の間のこの循環的な関係を、ガーフィンケルは「相互反映性 (reflexivity)」と呼ぶ。また、それゆえに同じ記録であっても、記録が行われる状況やそれが利用される状況に応じて、その意味が変化することを、「文脈依存性 (indexicality)」と呼んだ。（浜、2004：11）

⁹ 水川、池谷によれば、エスノメソドロジーの無関心とは、「分析者は研究対象について、その活動が正しいのか正しくないのか、申請のものなのか、そうでないのか、などについて判断することには、関心を持たない点である。」（水川、池谷：2004：48）とされており、私もこの態度にのっとなって、今研究を進める。

¹⁰ 在宅医療と医療は別用語である。在宅医療は家庭での医療行為を指し、医療は医師、看護師が行う医行為を指すものと定義する。

¹¹ 医療行為は一般的に使用されている用語であり、厚生労働省の用いる医行為は専門的な用語であると区別する。ここでは医療行為のほうが一般認知も高く、理解もされやすいため、医療行為を主に使用する。

¹² 通知に関しては、以下の頁を参照せよ。

厚生労働省法令等データベースサービスより平成 17 年 7 月 26 日分「医師法第 17 条、歯科技師法第 17 条、及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について（通知）」2011.1.30 参照

（<http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/171108-e.pdf>）

¹³ 図 1 家族関係で説明すると、A の息子夫婦は祖父・祖母に相当し、孫夫婦は父・母に相

当する。また、以下は図1の家族関係図の表記に則り説明を行う。

14 嚥下とは「のみくだすこと。口腔内の食塊を胃に送り込む過程をいう」であり、つまり嚥下障害とは、何らかの原因により、嚥下の機能に問題がみられる状態をいう。広辞苑より。

15 胃瘻とは「主に経口摂取困難な患者に対し、人為的に皮膚と胃に瘻孔作成し、チューブを留置し水分・栄養を流入させるための処置」のことである。広辞苑より。

16 褥瘡とは「重症患者が長期間病床にある場合に、衣類・寝具によって圧迫を受ける部位に生ずる。とこずれ。」のことである。広辞苑より。

17 褥瘡を防ぐために身体の位置を変える行為。

18 厚生労働省：医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について。

平成17年7月26日 厚生労働省医政局長通知

(http://www.hourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe2.cgi?MODE=tsuchi&DMODE=SEARCH&SMODE=NORMAL&KEYWORD=%88%e3%8e%74%96%40%91%e6%82%50%82%56%8f%f0&EFSNO=1135&FILE=FIRST&POS=0&HITSU=10)において、点眼薬の点眼は認められている。また、後述する皮膚への軟膏の塗布も同様である。2011.1.30 参照

19 A家以外ではなかなかみられないとあるが、それは事例として珍しさとしての意味である。私が考察している「家庭の医療化」についてはA家特有のものでは決してない。つまり、他の在宅介護の事例からも—他の在宅介護宅特有の事例からも—導きうる結論である。

20 応答は明確な答えを聞き手に示しているわけではない。話し手が新たな問題を創出することも多く、そういった隣接対の連鎖構造が相談場面のトラブルには見てとれる。

21 「隣接対とは、2つの発話が、「挨拶—挨拶」「呼びかけ—応答」「要請—受諾」などのように対（ペア）として類型化されたものである。」(Schegloff&Sacks, 1973=1995)

22 リスクマネジメントはケア場面、医療場面でのみ行われている訳ではない。

23 厚生労働省より <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/04/h0422-2.html> を参照とのこと
2011.1.30 参照

24 事故につながりそうになった事例をヒヤリ・ハット事例とも言う。

25 実際の医療のリスクマネジメントが完璧だと言っているのではない。在宅医療的リスクマネジメントと比べ幾分、システム化されているという点に注目していただきたい。

26 関係対とは「2つずつ対関係をなすカテゴリーの集合であり、その集合全体をさす総称である」(山崎、2004:18)。

27 ここで言うパパ、おとうはんは上述した家族構成上の祖父に相当する。

28 テクニックとは特別な人が持つ固有のテクニクという意味合いではない。もちろん、どの人も普遍的に持ちうるテクニクである。さらに、テクニクがあるからトラブルが解決しているのでもない。もちろんトラブルは場面の参加者との相互行為により解決されるという私の研究上の立ち位置は変わらない。テクニクとはあくまでも、表現を際立たせる私のテクニクである。

29 本場面は資料3の作業関与21に相当する。

30 いつ誰が取り外したかまでは不明ではあるが、祖母がAへの医療行為を始める際には

参考文献

- 秋谷 直炬(2008)「高齢者介護施設にみる会話構造—日常生活支援における自/他の会話分析—」『保健医療社会学論集』19 (2)、56~67.
- 秋谷 直炬・川島 理恵・山崎 敬一(2009)「ケア場面における参与地位の配分—話し手になることと受け手になること—」『認知科学』16 (1)、78~90.
- 天田 城介(2003)『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』、多賀出版.
- 安食 正夫 (1970)『医療社会学』医学書院.
- Coulter、J. (1979)*The social construction of mind*、Palgrave Macmillian、(=1998)西阪仰訳、『心の社会的構成—ヴィトゲンシュタイン派エスノメソドロジーの視点』、新曜社) .
- Friedson、Eliot (1970) *Professional Dominance : The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press (=1992 進藤雄三・宝月誠訳、『医療と専門家支配』、恒星社厚生閣) .
- Giddens, Anthony(1976) *A. new rules of sociological method*, Hutchinson (=松尾 精文、藤井 達也、木幡 正敏訳 (1987)『社会学の新しい方法基準—理解社会学の共感的批判』而立書房) .
- Garfinkel, Harold. (1984)*Studies in Ethnomethodology*, printice Hall.
- 橋本 久子(2004)「介護福祉におけるリスクマネジメントの研究(第1報): 介護老人保健施設の実態調査をもとに」『第一福祉大学紀要1』、75~85.
- 橋本 久子(2005)「介護福祉におけるリスクマネジメントに関する研究 (第2報): ISO9001規格の認証資格で管理運営するケアセンターの調査」『第一福祉大学紀要2』、101~111.
- 林 佑香(2006)「施設内コミュニケーションの相互行為分析—身体の意義に注目して」、『生活の中の相互行為—平成 17 年度徳島大学総合科学部榎田ゼミナールゼミ論集』、3~22.
- (<http://web.ias.tokushima-u.ac.jp/social/kasida/jisshuu/2005/2005.html> にて入手可)
- 2011.1.30 参照
- HEATH,C.&P.ATKINSON (eds.) (1981) *MEDICAL WORK*,Ashgate Pub.
- Heritage, John. 2005. Revisiting authority in physician-patient interaction. In M. Maxwell, D. Kovarsky & J. Duncan (eds.) *Diagnosis as Cultural Practice*. New York: Mouton de Gruyter. 83-102.
- Heritage, John, Anna Lindström (1998) 'Motherhood, medicine and morality: scenes from a medical encounter', *Research on Language and Social Interaction* 31: 397-438.
- Heritage, John, Jeffrey Robinson (2006) 'Accounting for the visit: giving reasons for seeking medical care'. In: John Heritage, Douglas W. Maynard, eds. *Communication in Medical Care: Interaction Between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge: Cambridge University Press: 48-85.

- Heritage, John & Robinson, Jeffery D. (2006) The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. *Health Communication* 19(2): 89-102.
- Heritage, John, Jeffrey D. Robinson, Marc N. Elliott, Megan Beckett, Michael Wilkes (2007) 'Reducing patients' unmet concerns in primary care: The difference one word can make', *Journal of General Internal Medicine* 22(10): 1429-33.
- Heritage, John, Sue Sefi (1992) 'Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between Health Visitors and first-time mothers'. In: Drew, P., J. Heritage, eds. *Talk at work: interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press: 359-417.
- Heritage, John, Tanya Stivers (1999) 'Online Commentary in Acute Medical Visits: A Method of Shaping Patient Expectations', *Social Science and Medicine* 49(11): 1501-17.
- 土方 透 (2005) 「リスク社会における医療--社会学から見た医療リスク (特集 1 医療と安全)」『安全医学』 2(1), 24-31.
- 保健・医療社会学研究会編 (1988) 『保健・医療社会学の潮流』 垣内出版.
- 細田 満和子 (2002) 「医療者と家族との出会い--医療社会学の立場から」『ネオネイタルケア』 15(9), 780-783.
- 井部俊子、開原成允、京極高宣、前沢成次編 (2009) 『在宅医療辞典』 中央法規.
- 井口 高志(2007a)「第3章介護者家族会における〈つながり〉」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、99~126.
- 井口 高志(2007b)『認知症家族介護を生きる—新しい認知症ケア時代の臨床社会学』、東信堂.
- Illich, Ivan (1976) *Limits to Medicine Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, CR: I.I. (= 金子嗣郎訳(1979)『脱病院化社会—医療の限界』 晶文社) .
- 今田 拓, 千野 直一編 (1989) 『リハビリテーション医療社会学：ソーシャルワークとそのシステム』 医歯薬出版.
- 伊藤 幸子(2009)「訪問介護におけるリスクマネジメントに関する研究 -訪問介護に対するリスクマネジメントに関する調査から」、研究紀要 16、1~10.
- Jones, Charlotte M. (2001) *Missing assessments: lay and professional orientations in medical interviews. Text* 21(1/2): 113-150.
- 檜田 美雄(2004)「エスノメソドロジー・会話分析からみた医師と患者の会話—患者の同意の共同的達成—」、『保健医療社会学論集』 14 (2)、35~44.
- 檜田 美雄 (2010)「周辺への/周辺からの社会学—社会学の新しい基盤としての市民教育ニーズと専門職教育ニーズ—」『社会学評論』 61(3)235-256.
- 檜田 美雄・岡田 光弘・五十嵐 素子・宮崎 彩子・出口 寛文・真鍋 陸太郎・藤崎 和彦・北村 隆憲・高山 智子・太田 能・玉置 俊晃・阿部 智恵子・島田 昭仁・小泉 秀樹

- (2008)「高等教育改革の相互行為分析:ビデオ・エスノグラフィー研究の狙いと工学部都市工学演習の実際」『大学教育研究ジャーナル』5、93~104,2011.1.30 参照
 (<http://web.ias.tokushima-u.ac.jp/social/kasida/ronbun/ronbun.html>にて入手可)
- 樫田 美雄 (2010)「施設で暮らす」串田 秀也・好井 裕明編『エスノメソドロジーを学ぶ人のために』世界思想社、154~170.
- 河上 燦子(2004)「或る失語症者における言葉と身体的所作—メルロー=ポンティの言語論と身体論を手がかりとして」、『東京大学大学院教育学研究科紀要』43、255~264.
- 川上 道子(2007)「介護職と医療行為に関する研究(I): 訪問介護員の調査から見えるもの」『中国学園紀要』6、7~16.
- 小島 操子・川越 博美編集 (2000)『老人看護・在宅看護』中山書店.
- 黒田 浩一郎編 (2001)『医療社会学のフロンティア—現代医療と社会—』世界思想社.
- 丸山 優(2005)「高齢者デイケアにおけるリスクマネジメントの視点の検討」、『埼玉県立大学紀要』7、27~33.
- Maynard, Douglas W., 2003, *BAD MEWS, GOOD NEWS*, The University of Chicago,
 (= (2004)樫田美雄、岡田光弘訳、『医療現場の会話分析—悪いニュースをどう伝えるか』、勁草書房) .
- 三田寺 裕治(2005)「高齢者福祉施設におけるリスクマネジメント: 介護老人福祉施設における介護事故の状況及び関連要因の検討」『淑徳短期大学研究紀要』44、85~100 .
- 水川 善文 (2007)「第1章 エスノメソドロジーのアイデア」『エスノメソドロジー—人びとの実践から学ぶ』新曜社、3-34.
- 都 直人 (1995)「今日の在宅医療 アメリカの在宅医療運営システム(一般)」『Medical Pharmacy』29巻3号 86-90.
- 宮崎 和加子編著 (2002)『在宅ケアにおけるリスクマネジメントマニュアル』日本看護協会出版会.
- 村中 知恵 (1996)「在宅医療 ソーシャルワーカーの立場から 「自宅で療養する」ことを求めて」『Biomedical Perspectives』5巻1号 95-99.
- 大山 直美・鈴木 みずえ・山田 紀代美 (2001)「家族介護者の主観的介護負担における関連要因の分析」『老年看護学』6巻1号 58-66.
- 長尾 真里 (2009)「現代医療と「家族」の役割--終末期における「在宅医療」を中心として」『慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要』(68), 75-93.
- 新村 拓 (2001)『在宅死の時代: 近代日本のターミナルケア』法政大学出版局.
- 西阪 仰 (1997)「第1章 語る身体・見る身体」『語る身体・見る身体』ハーベスト社、3-29.
- 西阪 仰(2008)『分散する身体—エスノメソドロジー的相互行為分析の展開』勁草書房.
- 新田 國夫編 (2007)『家で死ぬための医療とケア: 在宅看取り学の実践』医歯薬出版.
- 新田 雅子 (2002)「在宅医療における患者・家族・開業医の相互関係分析--医療の日常化

- と自己組織性の視点から」『保健医療社会学論集』 13(1), 12-22 .
- 野村 拓, 藤崎 和彦 (1997) 『わかりやすい医療社会学』 看護の科学社 .
- 岡田 光弘(2005)「医学教育のための応用エスノメソドロジー」、『研究応用社会学研究』47、113~127 .
- 岡田 光弘(2008)「ビデオ・エスノグラフィー—医学教育の中の身体と視線—」、『応用社会学研究』 50、155~164. (<http://www.rikkyo.ac.jp/shakai/memorys.html>にて入手可)
2011.1.30 参照
- 岡田 光弘、樫田 美雄、平 英美 (2009)「第3節 会話分析から見た医療コミュニケーション」、『医療コミュニケーション—実証研究への多面的アプローチ』篠原出版新社、83~100.
- 岡本 里香・西田 厚子・玉水 里美(2008)「地域看護論演習におけるロールプレイの評価—家庭訪問場面の会話分析から」、『人間看護学研究』 6、103~108.
- 大野 道邦、油井 清光・竹中 克久編 (2005) 『身体社会学：フロンティアと応用』世界思想社.
- 大島 伸一 (2008)「高齢者の在宅医療と医療連携」『Medical Science Digest』 34 巻 6 号 Page266-268.
- 大谷 實 (1980) 『医療行為と法』弘文堂.
- 大和田 潔 (2006) 「在宅医療の体験例と現状 医療情報伝達(medical information transporter:MIT)と医療生活計画(medical life planner:MLP)を切り口に」 『難病と在宅ケア』 12 巻 9 号 7-11.
- 小澤 勲(2003) 『痴呆を生きるということ』、岩波書店.
- 小澤 勲(2005) 『認知症とは何か』、岩波書店.
- Sacks,H.(1964-1972/1992)Lectures on Conversation.2 vols. Oxford:basil Blackwell.
- Sacks, H. (1979) "Hotrodder: A Revolutionary Category," in G. Psathas (ed.) (=山田 富秋、好井 裕明、山崎 敬一編訳 (1987)「2 ホットロッダー—革命的カテゴリー」『エスノメソドロジー—社会学的思考の解体』せりか書房、19~37) .
- 齋藤 静(2009)「認知症高齢者の社会的役割と適応に関する研究」、『現代社会文化研究』44、19~35.
- 坂上 正道・佐藤 智編 (1996) 『在宅ケアとリビング・ウィル』日本評論社.
- 佐々木 正人(1994) 『アフォーダンス—新しい認知の理論』岩波書店.
- 佐藤 純一・黒田 浩一郎編 (1998) 『医療神話の社会学』世界思想社.
- 佐藤 智 (1983) 『在宅老人に学ぶ：新しい医療の姿を求めて』ミネルヴァ書房.
- 佐藤 智編 (1994) 『在宅ケアを考える：在宅ケアの真髓を求めて』日本評論社.
- Scambler, Graham (1987) *Sociological theory and medical sociology* .Tavistock Publications .
- Silverman, David (1987) *Communication and Medical Practice*,SAGE publications.

- 島田 智織・小松 美穂子・服部 満生子(2006)「病院組織におけるコーディネーションの実際：指示出し・指示受けの会話分析から」、『茨城県立医療大学紀要』11、1~11.
- 進藤 雄三・黒田 浩一郎編 (1999)『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社.
- 進藤 雄三 (2002)「医療社会学からみた人間と家族 (特集 21世紀の社会と家族の変化 パート3 家族の変化と人間)」『家族社会学研究』13(2), 31-39.
- 進藤 雄三 (2006)『近代性論再考：パーソンズ理論の射程』世界思想社.
- 進藤 雄三(2006)「第1章 医療化のポリティクス」森田 洋司・進藤 雄三 編『医療化のポリティクス—近代医療の地平を問う』学文社、29~46.
- 副田 義也(2008)『福祉社会学宣言』岩波書店.
- 園田 恭一編集責任 (1992)『社会学と医療』弘文堂.
- Suchman、Lucy A.、*PLANS AND SITUATED ACTIONS*、Cambridge University Press
(=佐伯胖・上野水樹・水川善文・鈴木栄幸訳(1999)『プランと状況的行為—人間—機械コミュニケーションの可能性』、産業図書.
- 高田 利廣 (2002)「介護職員、看護助手等医業無資格者の医療行為」『Medical Digest』51 巻 2号 Page65-68.
- 高山 啓子(1995)「C.Heath とその共同研究者の研究」、『現代社会理論研究』5、108~110.
- 高山 啓子(2002)「医療相互行為へのエスノメソドロジック的アプローチ：医師—患者関係の非対称性をめぐって」、『川村学園女子大学紀要』13(2)、53~66.
- 瀧野 揚三(2006)「学校危機への対応：予防と介入」、『教育心理学年報』45、162~175.
- 高城 和義 (2002)『パーソンズ：医療社会学の構想』岩波書店.
- 田中 妙子(1998)「会話における<先取り>について」、『早稲田大学日本語研究教育センター紀要』10、17~40.
- 田城 孝雄編著、坪井 栄孝監修 (2001)『在宅医療ハンドブック：入院医療から在宅医療へ』中外医学社 .
- 田中 恒男 (1968)『医療社会学』学文社.
- 手島 陸久編集代表、退院計画研究会編 (1997)『退院計画：病院と地域を結ぶ新しいシステム 第2版』中央法規出版.
- Todd&Fisher (1993) *THE SOCIAL ORGANIZATION OF Doctor-Patient Communication*、ABLEX.
- 東京大学医学部保健社会学教室編 (1992)『保健・医療・看護調査ハンドブック』東京大学出版会.
- 津田 司編 (1995)『在宅医療 Q&A』医薬ジャーナル社.
- 植木 清直編著 (1998)『在宅医療のマネジメントと実践ノウハウ』日本医学中央会.
- 薄井 明(2007)「「隣接ペア」再考」、『北海道医療大学看護福祉学部紀要』14、75~82.
- 梅本 仁美(2008)「高齢者のコミュニケーションに関する一考察」、『大阪大学言語文化学』17、197~212.

山崎 敬一編(2004)『実践エスノメソドロジー入門』有斐閣.

詫間 晋平・大久保 貞義編著 (1968)『単調労働と医療社会学』帝国地方行政学会.

在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク編著 (1997)『在宅医療実践マニュアル 21st century : 地域ケアをめざす仲間たちへ』医歯薬出版.

好井 裕明 (2006)「第 2 章 エスノメソドロジー」『新しい社会学のあゆみ』有斐閣アルマ 71~96.

Zola, Irving Kenneth 1978 "*Healthism and Disabling Medicalization*," I. Illich, et al., *Disabling Professions*, Boston: Marion Boyers. (= 尾崎浩訳(1984)「健康主義と人の能力を奪う医療化」『専門家時代の幻想』新評論) .

資料1 作業関与詳細 (表 2,3,4 関連)

作業関与1

- 【日 時】 6月25日 11:49
 【要時間】 39分46秒
 【参与者】 A、専門家3名
 【内 容】 入浴介助・おむつ交換



作業関与2

- 【日 時】 6月25日 12:18
 【要時間】 28分45秒
 【参与者】 A、祖父、祖母、専門家3名
 【内 容】 胃ろう栄養・体位変換



作業関与3

- 【日 時】 6月25日 13:27
 【要時間】 33秒
 【参与者】 A、祖父、母、長男、長女
 【内 容】 母がAに話しかける



作業関与4

- 【日 時】 6月25日 13:59
 【要時間】 32秒
 【参与者】 B、祖父
 【内 容】 体位変換



作業関与5

- 【日 時】 6月25日 14:56
 【要時間】 29分16秒
 【参与者】 A、祖母
 【内 容】 祖母がAのために音楽を流し、歌う



作業関与 6

- 【日 時】 6月25日 16:04
- 【要時間】 5分13秒
- 【参与者】 A、母、祖父
- 【内 容】 胃ろう栄養・体位変換



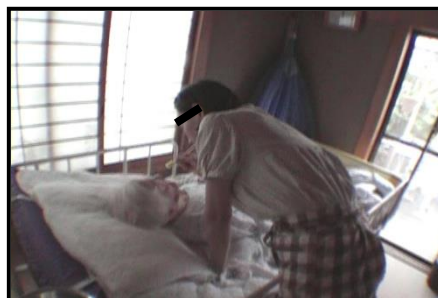
作業関与 7

- 【日 時】 6月25日 16:50
- 【要時間】 21秒
- 【参与者】 A、母、長女
- 【内 容】 母がAに話しかける



作業関与 8

- 【日 時】 6月25日 17:56
- 【要時間】 1分4秒
- 【参与者】 A、母
- 【内 容】 口腔掃除



作業関与 9

- 【日 時】 6月25日 18:06
- 【要時間】 2分17秒
- 【参与者】 B、母
- 【内 容】 母がBの食事の世話をする、転体させる



作業関与 10

- 【日 時】 6月26日 19:28
- 【要時間】 10分30秒
- 【参与者】 A、祖母、母、長女
- 【内 容】 胃ろう栄養・オムツ交換・着替え



作業関与 1 1

- 【日 時】 6月25日 20:25
- 【要時間】 2分28秒
- 【参与者】 A、祖父
- 【内 容】 療養室の室温を気にかける



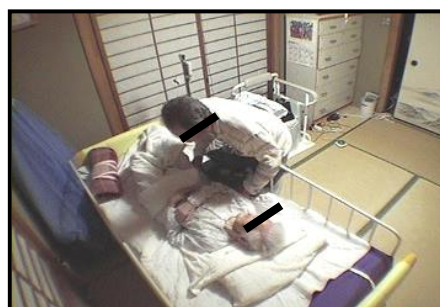
作業関与 1 2

- 【日 時】 6月25日 22:16
- 【要時間】 13分5秒
- 【参与者】 A、祖父、祖母
- 【内 容】 胃ろう栄養・オムツ交換・体位変換



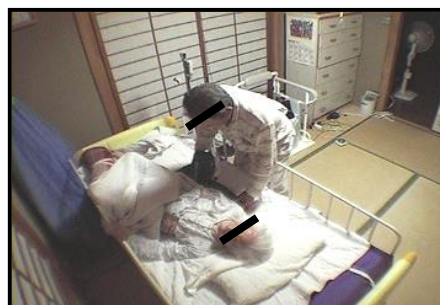
作業関与 1 3

- 【日 時】 6月26日 2:12
- 【要時間】 1分55秒
- 【参与者】 A、祖父
- 【内 容】 体位変換



作業関与 1 4

- 【日 時】 6月26日 3:53
- 【要時間】 2分19秒
- 【参与者】 A、祖父
- 【内 容】 体位変換



作業関与 1 5

- 【日 時】 6月26日 5:03
- 【要時間】 20分43秒
- 【参与者】 B、祖父、祖母
- 【内 容】 胃ろう栄養・オムツ交換・体位変換



作業関与16

【日時】 6月26日 5:10
【要時間】 6分23秒
【参与者】 A、祖父
【内容】 体温測定・血圧測定



作業関与17

【日時】 6月26日 7:12
【要時間】 1分2秒
【参与者】 A、祖母
【内容】 点眼薬点眼



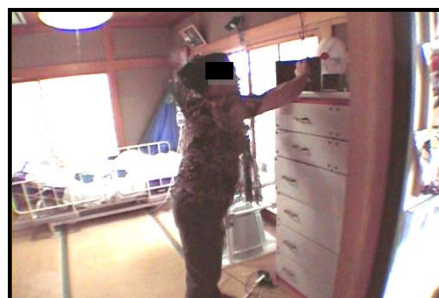
作業関与18

【日時】 6月26日 7:15
【要時間】 40秒
【参与者】 A、祖母、猫
【内容】 祖母がAに話しかける
(飼い猫を覚えている?という質問)



作業関与19

【日時】 6月26日 7:47
【要時間】 4分14秒
【参与者】 A、祖母、父
【内容】 胃ろう栄養・体位変換



作業関与20

【日時】 6月26日
【要時間】 19分4秒
【参与者】 B、祖父、祖母
【内容】 オムツ交換・トイレ介助・体位変換



作業関与 2 1

【日 時】 6月26日 11:21

【要時間】 7分41秒

【参与者】 A、祖父、祖母

【様 子】 胃ろう栄養



資料2 トランスクリプト

分析1

【祖母と父が注射器の中身をめぐり話し合う場面 8:00 ごろ】

- 01 父 いけるんか。ちゃんと。
- 02 祖母 いける：。あ：。ちゃんと入れてあるわ。パパが。注射が白湯だろな？（（注射器
03 を見ながら）消毒ではないだろな？
- 04 父 ちゃんと（見とけよ。）
- 05 祖母 え？（（Aの寝室からキッチンへと引き返す））
- 06 父 いけるんか。消毒ではないんか。
- 07 祖母 ない。ほなけど、一応（0.5）抜く？気持ち悪いけん、[自分が入れてないけん。
08 父 [何を。水入れるん。
- 09 祖母 水入れる、白湯入れるん。
- 10 父 ほな、ほら：、ほんなん人のなんか信用したらあかん。
- 11 祖母 <信用したらあかんな。
- 12 父 ほらずっと、洗ろうたらええんで。洗わな。
- 13 祖母 うん。白湯入れて、なんか気持ち悪いわ。
- 14 父 ほら、おとうはんのことやけん [ほんなもん。
- 15 祖母 [うん。（わかつとん）でないか。わしがしとった
16 んじゃわ。っていうやろ。
- 17 父 いや、ほら、逆もあるわだ。
- 18 祖母 うん。
- 19 父 なんでも逆になるわ。
- 20 祖母 <まあ、なんだったらミルトンだったら匂うけどな。
- 21 父 ほな匂てみ。
- 22 祖母 ほなけど、やっぱり気持ちが悪い、自分でせな。（0.5）白湯じゃ。
23 （（注射器を高く持ちあげて、注射器を見る））
- 24 父 うん。

分析 2

- 001 祖母 お食事ですよ。お：ひ：るのしよ：く：じ。なあ、食事や言うても、おいしくな
002 いわな：。え：と、あらららら。((チューブをつける)) よいしょ。よいしょ。
003 んで、あれ？こっちをつけたけん、こっちをつけなあかんの？え：：：、どうし
004 よう。逆をつけたけど、いけんなあ。ぼたぼたとなって、しめといたら。逆つけ
005 た：。しめといたら。逆つけた：じゃ。逆にせな。よいしょ。((チューブを外す))
006 え、どうなっとるんかな。おうとんで。あ：、パパがドッキングしたんが、ま：
007 ま：、こっちが（ ）になって、え、これをここに付な
008 祖母 まちごうた。hahaha ((祖父に向かって大きな声で))
009 祖父 何をまちごうたん。
010 祖母 こっからここに付なあかんのに
011 祖父 こぼせへなんだん。
012 祖母 こぼせへん。これでもあかん？
013 祖父 ん？
014 祖母 これ、これをこっち付なあかん。
015 祖父 何を言いよん。
016 祖母 ,洗うときに、まあ入ってきてみてだ。これをここに付なあかんのに、下の方
017 祖父 開けるほうまちごうたんだろが：。
018 祖母 そうそうそう。
019 祖父 お：？
020 祖母 これをここに付なあかんのに
021 祖父 ついとんで、ほんでええでえ ((祖父が部屋に入る))
022 祖母 ちゃうで：、これが調節機械がこっちのほうが近いほうにつけなあかん
023 祖父 あ：。
024 祖母 ほどこか。
025 祖父 これこうせなんたら
026 祖母 むこういこか。こっちじゃ。こっちじゃ。こっちじゃ。
027 祖父 さき、これとこれ結ばなあかんのに間違ごうとる。
028 祖母 とりあえず、これとこれ
029 祖父 違う。先、これとこれ
030 祖母 もう、ややこしい。
031 祖父 あれ？
032 祖母 これがここにいかなあかん
033 祖父 これがこっち。これが
034 祖母 うそ：？
035 祖父 これとこれ結べ。ここ。

- 036 祖母 ほれがほなけん、ここって言いよんで、おうとんで。なんでよ：、
037 これこっちじゃって。
038 祖父 こっちに空気入ってないで：。ほなけん。見えんで：。
039 祖母 え：？
040 祖父 どうしてくれる
041 祖母 何が見えんの。
042 祖父 空気がないでえ。
043 祖母 ほなけん、入れんでもええでえ。こっちはいったけん。
044 祖父 こっちでみなあかんで。
045 祖母 い、入れるわよ。
046 祖父 だろ：。空気が見れんけん、入らんのよ。ここに空気いれなんたら。
047 ここの空気あげて、ここの空気あげて。上へ。"
048 祖母 ほなけん、下に。
049 祖父 でも、あがらんわ。
050 祖父 ちょ、ちょっと持って、注射器持ってくるけん、こぼすなよ。
051 ((機材を祖母に渡して、退出))
052 祖母 これがようひっついとうほうを上になあかんのじゃ。
053 祖父 ほなけん、言うたで：。
054 祖母 ええ調子で、ええ調子で洗うて、洗うてして。あんたミルトンで消毒しとったん
055 やな。いつの間にやら。
056 祖父 しとった、しとった。ほなけん必ず洗えよ。
057 祖母 洗って、洗ってしたよ。
058 祖父 おお？ ((祖父が入室))
059 祖母 注射で () と。
060 祖父 ちょっとさあ、空気入れなんたら、入ってこんなあ。空気入れな。あかんわ、真
061 空にならんわ。ちょっとこっち持ってこい。"
062 祖母 こっち送らす
063 祖父 でる、でる、こっち
064 祖母 送らしたら、こっち
065 祖父 ほなもう変えるわ
066 祖母 え？
067 祖父 お前の言うように変える
068 祖母 何を
069 祖父 こっちを変えるわ
070 祖母 こっちを変えて。二本つないどうけん、ややこしいん。
071 祖父 ほんなん言ったって、ほんなん言ったって

- 072 祖母 ややこしいん。やっどこまでできて、やれやれと思たわ。200ccとれて、
073 ここまで入れて、調子ようパチンパチンとめて"
074 祖父 位置が違うけどな
075 祖母 しるしいれといたらええな。
076 祖父 いれてあるでえ、いれてあるのに、お前が間違えたんで
077 祖母 マジック、テープかなんぞで貼っといたらええ。
078 祖父 ()
079 祖母 もうええん
080 祖父 ()
081 祖母 あんたが今さわったんで。
082 祖父 まちごとらん。
083 祖母 はい、ばあさん、ごはんでございまちゅ：じゃ。((チューブを装着))
084 祖父 おい、しめとけよ。
085 祖母 え、何しめるん。
086 祖父 まだ、しめとけよ。
087 祖母 どこを。まだここで：。あ、そうやって調節が効くんで。
088 祖父 うん。
089 祖母 どないしたら動くん。
090 祖父 全部あけたら動くんよ。全部あけたら
091 祖母 あら、これす：っと動くんえ。
092 祖父 全部あけたら
093 祖母 開けよか
094 祖父 あいとるで
095 祖母 あいとる
096 祖父 それを下にひっぱってみろ
097 祖母 え？
098 祖父 ここの()を引っ張って
099 祖母 何を。あんたがもつとるけん、ひっぱれん
100 祖父 え。
101 祖母 あんたがもつとるのに、なんでひっぱれる。とん、とん、とん、とん。ちょっと
102 早いけど、そのくらいかな。うん、それでええわ。今、ちょうどいい。ちょっと
103 早いけど、
104 祖父 ほなけん、これを、この
105 祖母 あんたこれでしとる。私違うのに
106 祖父 あ：。見たのに、見たのになあ。見えなんだ。
107 祖母 ミルトンはいってなかったんだろ。

- 108 祖父 いれ、いれへんなんだもん。これ、これを近くのほうをはずすん。近くに近くに
 109 あるほうをはずす。
 110 祖母 何をはずすん。
 111 祖父 これ、これが
 112 祖母 合体したときで
 113 祖父 お、おう、はずすん。
 114 祖母 あろて、あろて。あ：あ、なかなかじゃ。なかなかじゃ：。はあ。やれやれで
 115 ございます。ご飯が入りよるで、おかあさん。ねとん？ご：ご：言ってねとる。

【トランスクリプト記号】

- ？ 語尾の音が上がっていることを示す
 ： 直前の音が延ばされていることを示す
 < 急いで発話が始まっている状態を示す
 [参加者の発話の重なりが始まる箇所を示す
 = 言葉と言葉、発話と発話が途切れなく繋がっている箇所を示す
下線 比較的大きな音、または強調されている部分を示す
 () 何か言葉が話されているが、はっきりと聞き取れないことを示す
 (数字) 数字の秒数だけ沈黙があることを示す
 (()) そのつど必要な注記であることを示す

資料3 文献解題

秋谷 直炬(2008)「高齢者介護施設にみる会話構造—日常生活支援における自/他の会話分析—」『保健医療社会学論集』19 (2)、56~67

ケア場面におけるジレンマを扱った著作。高齢者介護施設におけるケアワーカーと高齢者の申し出や依頼に関連した場面の会話分析をすることで、会話の制度的特徴を検討している。

天田 城介(2003)『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』、多賀出版

施設で認知症を抱える高齢者や在宅で認知症者を介護する家族にフィーチャーし、事例紹介を交えながら、バイオグラフィカルに考察された著作。〈古い衰える〉ということに対し、実直かつ網羅的に書きつづられている。

井口 高志(2007a)「第3章 介護者家族会における〈つながり〉」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、99~126

認知症等を患う家族を持つ介護者の家族会の中における関係性（＝〈つながり〉）を考察した著作。家族会という場面において、介護者たちが集い、家族であるお互いの被介護者のことを共有し合うという特殊なコミュニケーションから、当人である介護者がそれぞれの被介護者にどのような意味付与を為すのかについて描かれている。

Illich, Ivan (1976) *Limits to Medicine Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, CR: I.I. (= 金子嗣郎訳(1979)『脱病院化社会—医療の限界』晶文社)

医療が患者をつくる病理を医原病とし、社会の病院化、医療化について批判的に考察された著作。医療について否定的かつ、いささか一方的ではあるが、その切り口は鋭い。医療化論の根底にある著作のひとつ。

樫田 美雄 (2010)「第8章 施設で暮らす」串田 秀也・好井 裕明編『エスノメソドロジーを学ぶ人のために』世界思想社、154~170

身体障害者療護施設内の様子をエスノメソドロジーの観点から会話分析を行った著作。ゴッフマンを扱いつつも、ゴッフマンを超えた議論を挑戦している。つまり、ゴッフマンが唱えた議論の枠組みにとどまるのではなく、いかに稠密な社会を私たちが育んでいるのかを研究している。エスノメソドロジーの可能性を探る。

前田 泰樹・水川 善文・岡田 光弘編(2007)『エスノメソドロジー—人びとの実践から学ぶ』、新曜社

エスノメソドロジーや会話分析を勉強するために有益だけでなく、社会学を勉強するのにも有益な著作。私のような学生が論文を書くためだけに、即座に役に立つ著作では決

してない。しかし、社会学におけるエスノメソドロロジーという位置づけを深く認識できる。

西阪 仰(2008)『分散する身体—エスノメソドロロジー的相互行為分析の展開』, 勁草書房

エスノメソドロロジーや相互行為分析を研究するものにとって必読の著作。きわめて精緻で構造的な相互行為分析や議論展開は現代のエスノメソドロロジーの到達点の一つでないかと考える。

岡田 光弘、樫田 美雄、平 英美 (2009)「第3節 会話分析から見た医療コミュニケーション」、藤崎 和彦・橋本 英樹編『医療コミュニケーション—実証研究への多面的アプローチ』篠原出版新社、83~100

医療場面に即した会話分析の基礎がわかりやすくまとめられている。コミュニケーションをより精緻に知ることができる会話分析は会話分析研究者だけでなく、医療に携わる人にとっても有益な著作。

島田 智織・小松 美穂子・服部 満生子(2006)「病院組織におけるコーディネーションの実際：指示出し・指示受けの会話分析から」、『茨城県立医療大学紀要』11、1~11

病院という制度的場面において、医師による指示出し、看護師による指示受けについての会話分析を行った論文。専門家支配をキーワードに医師と看護師の相互行為がどのようにデザインされているかを考察している。

進藤 雄三(2006)「第1章 医療化のポリティクス」森田 洋司・進藤 雄三 編『医療化のポリティクス—近代医療の地平を問う』学文社、29~46

医療化論について再検討を試み、現代における医療化論の有効性についてまで踏み込んでいる。医療化における学術的展開がまとめられており、勉強するには必読であると言える。

山崎 敬一編(2004)『実践エスノメソドロロジー入門』有斐閣

エスノメソドロロジーの入門書としては最良の著作であり、非常に実践的。もし、社会学と絡めた勉強やさらに踏み込んだ勉強がしたいのであれば、上述したエスノメソドロロジー関係の著作がいいだろうと考える。

Zola, Irving Kenneth 1978 "Healthism and Disabling Medicalization," I. Illich, et al., *Disabling Professions*, Boston: Marion Boyers. (= 尾崎浩訳(1984)「健康主義と人の能力を奪う医療化」『専門家時代の幻想』新評論)

健康主義（ヘルシズム）や医療化と私たちの日常生活における医療侵犯について深く切り込んだ著作。上述したイリイチのものと併せて、医療化論において有名な著作の一つ。

謝辞

最後に、今回の卒業論文執筆にあたり、貴重なお時間を割いて私どもの調査事例の検証に参加しご協力をくださった、信州大学医学部井口高志氏と京都大学大学院文学研究科行動文化学専攻木下衆氏、とりわけ調査協力の依頼に応じてくださったご家族の方々、特にご療養中でありながら被調査者である A 様には厚く御礼を申し上げます。

在宅医療文化のビデオエスノグラフィー

—生活と医療の相互浸透関係の探求—

櫻田 美雄（神戸市看護大学）

堀田 裕子（愛知学泉大学）

若林 英樹（三重大学）

要旨：以下の2点が、在宅療養者の生活文化を支えていた。

- (1) 人間性に関する表現行為(その資源としての在宅医療)：ALS患者。患者は、介護者Aを利用して、介護者B向けの音楽をながして、みずからの「おもてなしの気持ち」を表現していた。自分に対する医療を他者に対するおもてなしに顴骨脱胎して生活文化を維持していた。
- (2) 演劇的現場としての在宅医療：末期大腸がん患者。患者は、次男の付き添いを受けるにあたって、親孝行の養老伝説（岐阜）を活用していた。世話を受ける状況の全体を、あたかも演劇上映であるかのように変更することで、気詰まり感を緩和していた。

キーワード：在宅医療 ALS患者 病の語り がん患者 ビデオエスノグラフィー
エスノメソトロジー 会話分析 QOL

1. 研究開始当初の背景

本研究は、在宅医療現場が主として医学的観点からのみ研究されていることにもなう問題点を意識することを最初の動機付けとして、開始された。在宅は、病院の延長として、病院の出来損ないとして評価されてはならない。在宅医療文化がはぐくまれる場所として評価されるべきだと思われたのである。

けれども、単に、理念的に「非医学的観点からの在宅医療研究も必要である」ということを主張したのでは説得力がないことはわかっていたので、ちょうど方法論的に開発中だった、ビデオエスノグラフィーの手法（豊富なエスノグラフィー的知識をさまざまな方法で得たうえで、さらにビデオ画像を用いてシークエンシャルな秩序形成がなされている相互行為的な機微にも目配りをしたエスノメソドロジー）を用いて、上記の主張に裏付けを与えることとした。

また、そのためには、フィールドの確保が決定的に重要であったが、医学教育学会で同じ委員会に所属して懇意であった若林英樹医師の紹介でフィールドの確保の見込みもたち、

かつ、若林医師の人文科学的・社会科学的研究能力との相乗効果も期待できる見込みがあったため、科研費申請を行った。なお、フィールドワークの途上において、より身体論的観点からの分析の精度向上が必要であると思われたため、堀田裕子氏（社会学・博士）にも、中途より研究分担者になってもらった。

2. 研究の目的

当初は、「在宅医療は、在宅療養者の生活に対して侵襲的であるはずなので、在宅療養者および家族は、その侵襲から生活をまもるためのたくさんの工夫をしているはずだ。その医療的な側面と生活文化的な側面の対抗関係を詳細に発見していこう」という研究計画であったが、フィールドワークを継続しているうちに、この当初の研究目的が不適であることが判明した。

なんと在宅療養者は、在宅医療の実践をそのまま、みずからの療養生活の資源として活用していたのである。したがって、研究の途中から、研究目的は変更され、以下のようなものとなった。すなわち、「本研究は、在宅療養における療養生活文化の全体を把握することを目的とする。そのさい、療養生活の医療的側面は、忌避されることもあれば、受容されることも、顛骨脱胎されることもある。また、場面ごとに違った扱いをされることもある。このような在宅療養生活文化の全体を、実践の詳細さのなかにしっかりと埋め込んだ形で再特定化していこう」ということになった（再特定化は、エスノメソドロジーの専門用語。一見当たり前にみえる人間活動を、その人間活動に関連している諸活動とどうじに把握し、特別に社会的で秩序だったものとして扱うこと）。

3. 研究の方法

ビデオエスノグラフィーの手法（豊富なエスノグラフィー的知識をさまざまな方法で得たうえで、さらにビデオ画像を用いてシーケンシャルな秩序形成がなされている相互行為的な機微にも目配りをしたエスノメソドロジー）を用いた。しかし、代表研究者は圧倒的に医療知識を欠いていたため、ビデオの活用よりは、場面的知識の獲得に重点を置くべく努力した。すなわち、まずは、ビデオカメラを持たずに、在宅診療に同行することを重ね（約1年間）、さらに、患者および患者家族への短時間・長時間インタビューも繰り返し行った。また、在宅診療専門クリニックの朝のカンファレンスに20回以上参加し、日々の活動がどのような専門職種間の連携によってなりたっているかを把握するようにした。研究期間の後半では、ビデオデータの撮影と活用を進めたが、分析時に医療知識が必要だったため、看護師・保健師・医師の同席を仰ぎつつ、合計10回以上の「ビデオセッション」を行った。しかしながら、動画採録した在宅療養現場は多種にわたるため、いまだ知識不足で分析の十分進まないデータが存在している。当面は、3日連続で長時間撮影を許諾さ

れて実施することができた ALS 患者と、患者家族への長時間インタビューで現場状況の把握に自信がもてる終末期大腸がん患者に焦点をあてて、研究の成果発表（2014 年 11 月の日本社会学会神戸大学大会での発表およびその発表内容の論文等）に進んでいきたい。

4. 研究成果

（1）研究成果の総論

研究成果の概要は、以下の 3 点にまとめることができよう。①医療・福祉資源の社交資源への流用、②過去の療養の痕跡の家族歴史化、③演劇化されることで馴化される介護負担、等。これらの特徴が詳細な形で発見され、療養文化の異種混雑性が確認された。

けれども、これらの発見を詳細にここで述べることは困難である。第一にそれらは、動画データの解析に依存するので、動画トランスクリプトが必要であるが、紙幅の制限等から、困難である。

したがって、以下では、まず、発見を少しく詳細化したものを載せて、今後への手引きとしたい。（各発表・各論文をこれまで、日本社会学会等で発表してきた。また、今後も順次、関西社会福祉学研究誌等に発表の予定）。そのあとで、単純なインタビューデータからの紹介であるが、在宅療養論に大きな意味を持つと思われた、患者家族のインタビューデータ「告知によって発生する困難」（2013 年 10 月実施）を提示し、その含意を明らかにしたい。

（2）ビデオエスノグラフィー的研究成果の紹介

ビデオエスノグラフィー的研究成果 3 つを、少しく詳しく紹介すると下記のようなになる。

① 在宅療養には、病院とは違った社会関係文化があり、医療・福祉資源は社交資源に流用されていた。

（例：ALS 患者のおもてなしや、ケアレシーバー熟練者としてのこだわりの発揮場面）→
日本社会学会榎田 2013 等)

具体的には、ALS 患者である患者は、介護者 A を利用して、介護者 B 向きの音楽をながして、みずからの「おもてなしの気持ち」を表現していた。自分に対する医療を他者に対するおもてなしに顴骨脱胎して生活文化を維持していた。



図1 訪問診療を受ける ALS 患者

病院とは違った病状変化の意義づけがあり、過去の療養の痕跡は家族内歴史化されていた。

(例:神経難病患者のベッドまわりには、療養当初使っていたリモコンが地層化していた)

(堀田・檜田 2012 を参照せよ)

② そして、病院とは違った状況管理方式があり、負担の重いケアがハッピーエンドの物語にされて、状況の深刻さを緩和するように働いていた。

(例1：末期がん患者の「伝統」の活用、例2：素人的危機管理方式)

具体的には、末期大腸がん患者である患者は、次男の付き添いを受けるにあたって、親孝行の養老伝説(岐阜)を活用していた。世話を与えー受ける状況の全体を、あたかも演劇上演であるかのように変更することで、両者の気詰まり感を緩和していた。



図2 末期がん患者の養老の滝のひょうたん型の呼び鈴(茶色部分)とその呼び鈴についた紫色ガラス製瓢箪(このガラス製瓢箪の内部はからくりガラスになっており、先頭から覗くと養老の滝伝説=瓢箪に入れた水が酒に変わった=の登場人物である、親孝行息子の像が見えるようになっている)

(3) インタビューデータに基づく研究成果の紹介：告知の当事者的意味

まず、インタビューデータを紹介します。

上で紹介した、末期がん患者（大腸がん）は、実子の介護を受けていたが、我々は、その息子に長時間インタビューを行い、退院時の告知が、介護にどのような影響を与えたかを聴いた。その際の会話が以下である。

【断片1】告知によって発生する困難（H1インタビュー29頁17行目～）

患者家族：んー、僕の中では、告知したもんで、僕のほうも、逆に気を使って、あの一、対応するっていう部分がありますんで。

聞き手1：あ、告知することで、気を遣うようになっちゃった。

患者家族：はい。それまでは、普通の生活環境の中で、あの一、冗談を言ったりとか、けんかしたりとか、そういうこともあったんですけど。今は、気い使って。

聞き手1：そうか、あー、かえって気を使っちゃうんですね。

患者家族：そうです。うーん、これは、しょ、正直に言いますけど。うん。

聞き手1：あー、そうなんですか。告知したから気を使わないでしゃべれるっていう人もいますよね、だまさなくていいって。

患者家族：あー、それは、うちの姉のほうかな、うん、性格的に。

聞き手1：あー、うん。告知したほうが、気を使っちゃうんですね。例えば、「告知しちゃったから、こんなことが言えなくなっちゃった」とか、「こんなことができなくなっちゃった」とか、ありますか？

★01:15:05

患者家族：そうですね、けんかができなくなりましたね。うん。

聞き手1：はー、けんかができなくなった。

患者家族：ええ。

聞き手1：あー。例えば、どんなことでけんかしていらっしやったんですか。

患者家族：本当にね、ささいなことで、たまにけんかしたりとかしてね。結構、結構長引くんですよ、それが。だいたい1週間ぐらい続くかな。

聞き手1：お母さんがすねちゃうんですか。どういうふうが続くんんですか？

患者家族：2人ともすねちゃって。

聞き手1：あ、口聞かなくなったりする。はあ、はあ、あー。

患者家族：本当。でも、何かのきっかけで、また仲良くなって。今は、もうそれがないですね。うん。

聞き手1：それ、したかったですか、でも。

患者家族：そうですね。あの、面白かったというかね、それがあったもんで、逆に幸せだったかなと思って。

聞き手1：その日常っていうのが、けんかもするっていう日常だったのが、けんかができな

なくなっちゃった。

患者家族:うん、そうですね。

[下線は、いずれも、著者によるもの]

注目して頂きたいのは、下線部である。「けんかができなくなった」ことを、この患者家族は、悲しんでいる。けんかが「あったもんで、逆に幸せだったかな」という主張がこれに伴っている。

つまり、日常が失われてしまうこと、そのものの中に、「告知」の困難がある、という主張に、このインタビューでの患者家族の主張はなっているとといえるだろう。「日常の喪失」は、「なごやかな日常の喪失」だけではなく、「けんかの喪失」でもあるのである。それこそが、人柄の手触りであり、人間関係の手触りであり、生きていることの実感なのである、というような実感がここには込められているのであろう。そのようなものが失われる「非日常」の宣言として「告知」があることの、なかなか気づかれない問題性を、この介護家族の証言は明らかにしているのではないだろうか。

このような、日常性そのものの価値を失わせるものとしての「告知」の発見は、どうじに、「日常性」の発見でもある。このような「日常性」の特質は、ふつうには、疾病そのものの将来展望とは関係がないことだし、患者が抱く感慨でもない。けれども、環境として在宅療養の現場を考えれば、その雰囲気や意味を大きく規定しているものなのではないだろうか。このような、気づかれにくいけれども重要な特質が、見いだされたことは、このインタビューが、非医療者によってなされた（聞き手1は、非医療者である）ことの成果であるとも、いってよいように思われた。このように、非医療者が医療現場に入ることのメリットというものもあるように思われる。さらに、研究をすすめていきたい。

【文献表】

- 堀田裕子, 2012a, 生活環境データをいかにして論文へ定着させるかービデオエスノグラフィーの経験とエスノメソドロジーの困難を中心に, 質的心理学フォーラム(4), 75-79.
- 堀田裕子, 2012b, 「社交」としての在宅療養場面ービデオエスノグラフィーに基づく相互行為分析ー, コロキウム(7), 166-187.
- 堀田裕子, 2014, 声の回路と手の回路ー意思疎通困難者をめぐる相互行為分析, 愛知学泉大学現代マネジメント学部紀要(2), 53-67.
- 堀田裕子・榎田美雄, 2012, 在宅療養者と介護者の相互行為分析ーある脊椎損傷者の着替え場面に注目して, 徳島大学地域科学研究(2), 1-16.
- 榎田美雄, 2012, 総括の試み, 質的心理学フォーラム(4), 93-95.
- 榎田美雄, 2013a, 障害スポーツの可能性, 現代スポーツ評論(29), 2-15.
- 榎田美雄, 2013b, 学知のフラット化は研究世界に何をもたらしつつあるのか, 質的心理学フォーラム(5), 110-113.

榎田美雄編, 2013c, 徳島大学総合科学部社会学研究室, 在宅医療のエスノメソドロジー
(平成 23 年度徳島大学総合科学部地域調査演習報告書&榎田ゼミゼミ論集).

榎田美雄, 2013, 「社会」と「文脈」を重視する理論, やまだようこ, 麻生武, サトウタツヤ,
能智正博, 秋田喜代美, 矢守克也編, 質的心理学ハンドブック, 新曜社, 171-186.

香留美菜・松浦智恵美・榎田美雄, 2013, インターネットにおけるがん療養関連情報の新たな
評価への試み - 生活における有意義さに注目した医療情報社会学的試論, 徳島大学
地域科学研究 (3), 19-31.

須田木綿子・鎮目真人・西野理子・榎田美雄編, 2013, 研究道-学的探求の道案内-, 東信堂.

[その他]

科研関連 Web サイト

<http://kashida.world.coocan.jp/kasida/2011houga/2011houga-top.html>

=付記=

本稿は、榎田が代表を務めた、科学研究費補助金・挑戦的萌芽研究（2011 年度～2013
年度）「在宅医療文化のビデオエスノグラフィー—生活と医療の相互浸透関係の探求—」の
研究成果報告書をリライトしたものである。なお、2014 年 7 月より、研究分担者の若林英
樹は、三重大学大学院医学研究科 地域医療学講座の講師に職を変えていたため、論文のク
レジットにおいては、若林の所属を三重大学とした。

(榎田美雄・神戸市看護大学)

研究倫理の討議的達成の相互行為分析

—福島原発事故・甲状腺検査評価部会のケーススタディー—

For Interaction Analysis of the Discussional Achievement of the Ethics of Clinical Research: A case study of the evaluation meetings of thyroidal screening tests in the Fukushima Public Health Care Investigation guarding against the Fukushima Nuclear Plant Accident

神戸市看護大学・樫田美雄 (kashida.yoshio@nifty.ne.jp)

キーワード: 早期発見・早期治療, 過剰検査・過剰治療, 臨床の知と疫学の知, 統計を經由した認識, 研究倫理の討議的達成

Key words: early detection & early treatment, excessive inspection & overtreatment, clinical intellect & epidemiologic intellect, the recognition by way of statistics, the discussional achievement of the ethics of clinical research

1. 研究倫理の討議的達成の意義の確認と討議に関する相互行為分析の可能性

(1) 研究倫理の討議的達成

研究倫理には、「討議的達成」という側面がある。なぜなら、どのような配慮が倫理的配慮として適切なのかどうかを、あらかじめ研究者個人が十全には知ることができない場合があり、かつ、そのような場合に討議が有効な場合があるからだ。

たとえば、私が加入している『日本家族社会学会』には「倫理綱領」^{*1}があり、(研究の対象者が)「被りうる不利益への十二分な配慮」を要求している。

けれども、どのようにすれば「被りうる不利益への十二分な配慮」をしたことになるのだろうか。表現を変えれば、十二分なリスク^{*2}対策をしたことになるのだろうか。

考えてみれば、研究の対象者が被りうる「不利益(リスク)」には多様な可能性がある。例えば、死亡、傷害、出費、名誉や利便性の喪失等々。それらのなかには、対処可能性が高いものもあるだろうし、低いものもあるだろう。一つの対策でどうじにリスクを減らすことができるものもあるだろうし、不利益(リスク)項目同士が、トレードオフ関係となっているものもあるだろう。金銭換算できるものも、できないものもあるだろう。そのために、諸不利益間での取捨選択や、重み付けをした上での計量をどのようなモデルのもとで実施するのか、というメタ

的な判断が必要になってくる。

ここに、討議が価値を持ってくる基盤がある、といえるだろう。

(2) 討議に関する相互行為分析の可能性

とはいえ、議事が一般公開されている研究倫理審査委員会は現在知られていない^{*3}。一方、どのような討議が、研究倫理審査委員会においてなされているのか、ということを知ることは、大変に重要なことである。とりわけ、葛藤的なケース（複数のリスク項目が、対立して存在しているような場合）において、人々は、未だ十分に言語化されていない要求（不利益解消要求）を、懸命に言語化しようとしていると思われるが、その様相を探ることができれば、社会に新しいバランスや選択肢を示すことが可能となるかもしれない。また、そのような研究こそは、討議に関する相互行為分析として、つまりは、研究倫理に関する質的心理学として、本学会が目指す研究の一類型となる、ともいえよう。

次節以降では、福島第一原発の事故を受けて設置された「福島県民健康管理調査」における“諸関係者の「葛藤」”を、倫理委における討議のシミュレーションとして、“研究倫理上の「葛藤」”の側面を持つものと見なして、分析を行っていく^{*4}。

まずは、新聞資料をもとに、議論の構図を「3つのリスクの3すくみ構造」として明確化する。その後、実際の「検査評価部会」での議論を解析しながら、(1)「死亡リスクの低下」という配慮要請項目に拮抗する配慮要請項目として、「不正義の是正」という配慮要請項目と、「リスクの対処可能性の確認」という配慮要請項目が存在しているらしいこと、(2) これらの配慮要請項目のそれぞれに配慮の必要性があって、そのバランスの中で、(おそらくは) 福島県民健康管理調査の実際が決まっているということ、この2点を主張する。

最後に、これらの分析の結果見えてくることとして、研究倫理の討議において、現代社会の諸特徴（たとえば、統計を経由した認識の意味の増大、医学研究と実践の構造的変化、リスク社会化、包摂と排除が同時に進行する社会になってきていること等々）が関係している状況を確認する。

2. 福島原発事故・県民健康管理調査の現在

(1) 葛藤としての研究倫理の現場 1・・・新聞記事から

(1-1) 福島県民健康管理調査の概要

「このような研究倫理上の疑義がある実践がなぜなされているのだろうか^{*5}」
 これが、私が下の記事を読んだ際の、私の最初の感想だった。

『朝日新聞』の2014年3月8日付け朝刊には、特集記事が載っており、それは、「子の甲状腺 募る不安」という大見出しが付けられた1頁大の紙面であった（朝日新聞,2014）。この記事は、東日本大震災3周年の特集記事であり、福島県が3.11の原発事故を受けて、2011年から行っている子どもへの甲状腺検査（事故当時18歳以下の子ども37万人のほか胎児1万5千人が対象）の現況と将来展望をまとめた記事であった。

議論のポイントは、現在のやり方でよいのか、ということだった。すなわち、福島県内だけを対象にした調査でよいのか。被災当時18歳までの子どもの甲状腺の状況を超音波検査で確かめて、嚢胞の有無・大きさ及び、結節の有無・大きさを4類型に分け、そのうち下位の2類型（がん化リスクが高い2つの類型）を2次検査に回して、異常があれば、手術を勧め、上位の2類型については、次回の検診（2～5年後に実施予定）まで特別の対応をしない、というやり方でよいのか（図1参照）。もし問題があって修正するのなら、どのような方向で修正するのがよいのか、ということも問題になっていた。しかし、なぜ、そのままのやり方ではいけないのだろうか？

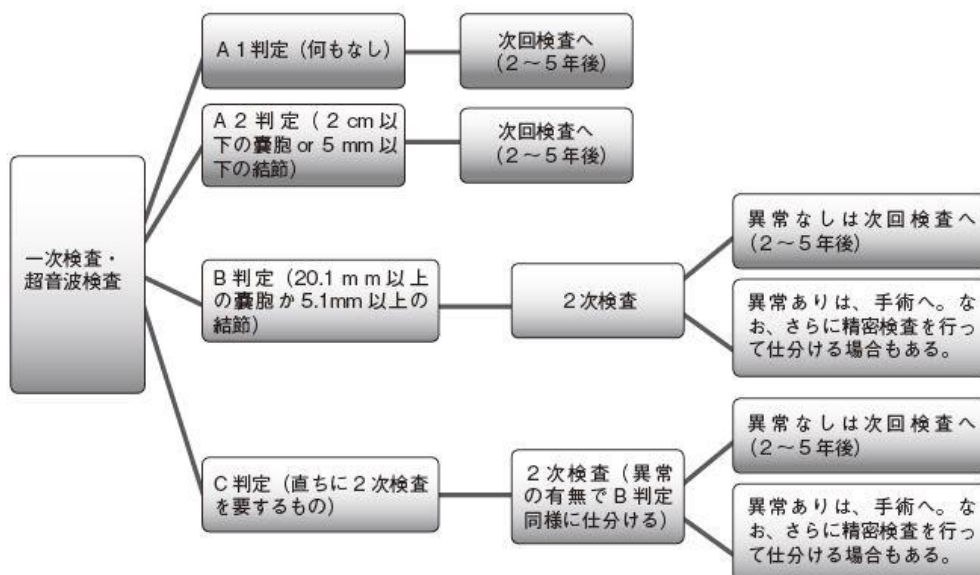


図1 福島県の子どもの甲状腺検査の概要

(1-2) 健康管理調査の何がどのように問題なのか：3つの葛藤するリスク

健康管理調査の進め方が特集記事になるのは、それが、2011年の事業開始以来、連続して**トラブル**（批判）に見舞われていたからである。トラブルの中には、検査結果の転記ミスのような事務的なトラブルもあったが、重要なのは、調査の企画設計に関して疑義が出ていることであった。調査の企画設計に関するひとつ目の疑義は、以下の疑義である。

すなわち、下位の3類型（嚢胞か結節があるもの）に入るものが、これまでの検査結果の出現比率を大幅に上回って出てきたこと、および、2次検査を経てがんとされたものの数も、検査開始時の県当局者の説明を大幅に上回った

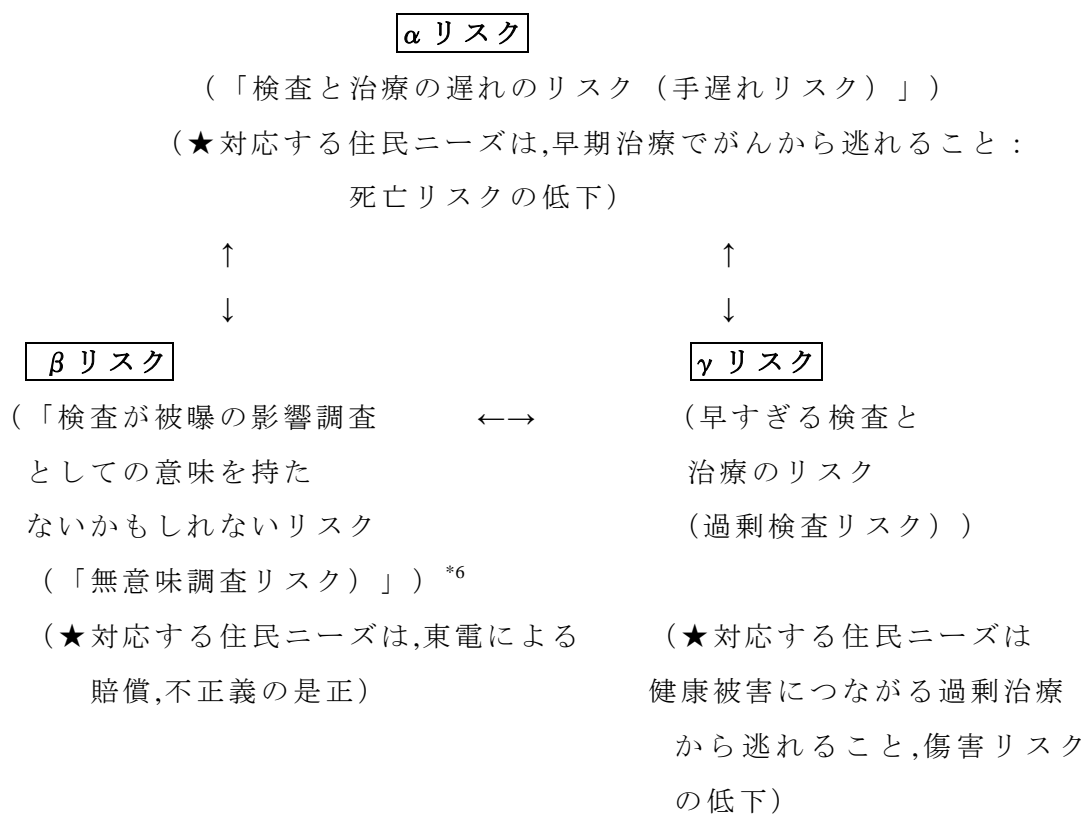


図2 福島県民健康管理調査における3つのリスクの3すくみ関係図

ことが、まず大きく報道され、「被曝の影響は数年後にしか出てこないはずだ」という委員会の前提的認識が疑われたのである。この疑義からは、数年先のがんの増加を前提とした現行の「早期発見・早期治療システム」ではなく、より短い時間的スパンでのがんの増加を前提とした「新・早期発見・早期治療システム」の確立が要求された。あるいは、そのようなシステムの構築が難しい場合には、

通常の医療提供体制とシームレスに繋がる形での検査体制を構築することが要求された（たとえば、県民健康管理調査の検査結果データを本人が照会した場合には即時に提供し、本人の医療機関受診をサポートする体制の構築などが、県に対して要求され順次認められていった）。

つまり、被曝の影響の有無を将来的に判別するための基礎資料を得るための「検査」を悠長に実施しているのではなく、予防原則的に、たとえ被曝によるがん発生率の上昇が確実でなくても、そのような原発事故による健康被害の可能性があることを前提に、検査だけでなく治療にまで繋がるような体制を組織することが要請された。具体的には、「現在の県による検査－健康保険による治療－未来の賠償可能性の検討」という「治療に進むことに及び腰なシステム」を、被曝者の自律的判断による医療機関受診（再検査）を組み込み得るシステムにすること、すなわち「現在の県による検査－そのデータを活用した再検査－健康保険による治療－未来の賠償可能性の検討」という「治療志向的システム」に強化することが要求された。これらによって、多層的に被曝者を救済できるような新体制づくりが必要なのではないか、という意見が強まってきていたのである。

さらに、調査結果に関する情報は、たとえば甲状腺がんと認定された県民の居住地情報などは、情報公開されるべきだ、という主張もなされるようになった^{*7}。この批判の立場は、原発事故の重大さを隠蔽したい国や東京電力に県も荷担して情報操作しているのではないか、という解釈文脈にもフィットする形で、マスコミ等に採用され、社会的な認識として広まった。このような経緯もあり、県民健康管理調査は、情報管理から情報公開の方向に変化した。

ここまでの内容をまとめると、トラブルとしては、予想以上に甲状腺がん及び甲状腺の異常かもしれない状態が発見された。そして、当初に県が作った、治療に志向している程度が低い「検査－治療システム」の有意味さが疑われ、結局「手遅れリスク」（ α リスク）に対処できていないものとされ、代わりに「検査-再検査-治療システム」の整備が求められ、一部実現されていった、ということが、いえそうである。

しかし、県民健康管理調査に関しては、上の図2のように、さらに2番目と3番目の批判（トラブル）が語られるようになり、問題の構図は、より複雑で、解決困難なものであることが、露わになっていったのである。

それでは、ついで、2番目のトラブルを確認しよう。このような調査をするこ

とが、『「県民健康管理調査」検討委員会設置要綱』（福島県,2011:1）に掲げる目標である、「県民の健康状態を把握すること」を達成することに、本当になるのか、という問題（ β リスク：「検査が被曝の影響調査としての意味をもたないかもしれないリスク（無意味調査リスク）」^{*8}）が、主張された。すなわち、事故直後の内部被曝量の調査が出来ておらず、かつ、明確な比較対照群（非被曝サンプル）が設定されていない今回の調査設計では、多数の診察をしても、被曝との因果関係については、仮説の検証が出来ないのではないかと、という問題が指摘された^{*9}。つまり、たとえ、この検査で高確率で「甲状腺がん患者」が発見されたとしても、それは、高感度のエコー装置で精密に検査したという手法の新規性に由来する現象かも知れず、被曝との関連性を結論できないのではないかと、という反論が出てきたのである。そして、もし、被曝の影響としての立論ができないのなら、東京電力や国に対して、健康被害の補償を損害賠償として要求できないことになる。したがってこの問題は、かなり重要な問題であった。

ところで、この「検査が被曝の影響調査としての意味をもたないかもしれないリスク＝比較対照群不在という調査設計問題」だけならば、解決の構図を描くことは可能なように思われた。すなわち、この2番目の問題に関しては、さらなる国費の投入を要請して、遠方の他県在住の子ども達を対象とした「比較対照群」を設定のうえ、それを対象とした調査をすればよい、という解決案の提示が可能なのだ。

しかし、その解決案の実施は、財政的に困難だけでなく、倫理的に困難であることがもう一つの、3番目の対立意見の立場（ γ リスクを主張する立場）から主張され、すべてのトラブルを同時に解消するような形での、諸問題の解決は困難であることが明らかになった。

では、3番目のトラブル（批判）はどのような問題なのだろうか。福島県健康管理調査における子どもの甲状腺調査に対する3番目の問題は、「過剰検査リスク無視問題」と命名可能な問題である。

すなわち、マスキング検査の結果、福島の子どもたちの甲状腺に高い比率で嚢胞が発見されていることを、「早期発見・早期治療の必要性の根拠」と考えるのではなく、「発見の必要のない徴候が発見されてしまっている状況」として扱うのが適切だ、という議論が出てきたのである。すなわち、疾病に関して、新規のスクリーニング調査をした際には、一般的に「過剰検査・過剰診療」となる恐れがあるが、甲状腺がんに関しては、世界的に、その恐れが現実化してきてい

る,という主張があり,その立場から,検査態勢の組み替え要求あるいは中止要求が出てきたのである(our planet TV,2013:開始後 54 分ほか)(福島県,2013:25,29 他)。

このポイントに関して,別の事例を参考に挙げておこう。検診が健康に結びつかない,という過剰検査のイメージをつかむことは,なかなか大変なことだからだ。

たとえば,日本では,「神経芽細胞腫」という小児がんの早期発見・早期治療を目指したマススクリーニング事業が,1985 年から国家事業として行われていた。しかし,その延命効果が確認できず,健康被害の発生も無視出来なくなって,2004 年には,国の事業としては中止された,という歴史的事実がある^{*10}。すなわち,「神経芽細胞腫マススクリーニング」においては,放置しておいても健康に被害を及ぼさない,自然退縮するような「がん」まで発見して,無駄に手術してしまい,健康被害を生むというようなことが起きたと強く疑われる事態になったのである。そして,この神経芽細胞腫と同じようなことが,すでに,甲状腺がんに関して韓国で起き始めている,ということが,甲状腺検査評価部会で報告された(福島県,2013:23)。すなわち,韓国では,近年は国民の 4 分の 1 が甲状腺の超音波検査を受け,その 2%ほどが,がんという診断を受け,手術が大量に実施されている。しかし,国家レベルで統計を取ってみると,甲状腺がんによる死亡率は低下をしていない,という乖離状況が報告されていたのである。つまり,過剰診断^{*11},過剰治療が強く疑われる状況が韓国で生じていた,ということである。

このように甲状腺がんにおけるマススクリーニングが過剰検査・過剰治療に結びつく可能性(リスク)があることを踏まえると,福島県以外の県の子どもに「比較対照群」を設定するという振る舞いの意味はどういうことになるのだろうか。過剰診療の問題は,費用がかかるということだけではない。健康被害が発生する,ということの方が,より大きな問題となる。たしかに,マススクリーニング検査のプロセスの中だけで考えれば,それが直接もたらす健康被害は限定的なものである。たかだか採血や細胞診による身体侵襲および心理的不安の増大だけだということになる。しかし,検診結果における異常の発見は,とうぜん手術を招き寄せる。そして,甲状腺腫瘍の除去手術は,かなりのリスクを伴うものであることが知られている。すなわち,甲状腺を部分切除するだけでも発声に関わる神経を傷つける恐れがあるし,甲状腺を全摘すれば,生涯,甲状腺ホルモンの補充(服用)が必要となるのである。そのような健康被害が,代わりに得ら

れる「延命」というようなベネフィットもなしに発生することが予想される「検査」を、なぜ国家事業（あるいは、他県の協力事業）として実施しなければならないのか。公的な事業として構想することはほぼ無理であるように思われた。ここまでの議論をまとめよう。

すなわち、2014年3月8日の時点で、健康管理調査の実施当局である福島県が心配しなければならないリスクは、「検査と治療の遅れのリスク（手遅れリスク）」（ α ）だけでなく「検査が被曝の影響調査としての意味を持たないかもしれないリスク（無意味調査リスク）」（ β ）や「早すぎる検査と治療のリスク（過剰検査リスク）」（ γ ）、という、合計3種だった。そしてこの3つのリスクは、調和的に解決することが困難なリスクであった。 α のリスクは γ のリスクと本質的に対立している（ α リスク対策を重視して、検査から治療への展開をスムーズにしようとするれば、 γ リスクは増大する）。 β のリスクと γ のリスクは、今回のケースでは、同時解決しない（ γ リスクを無視して比較対照群の設定をしなければ、 β リスクは解消されない^{*12}）。そして、じつは、ここまでは述べてこなかったが、 α のリスクと β のリスクも実践的には対立している。というのは、福島県内において、民間の医療機関における私的な再受診・再検査が「早期発見・早期治療」（ α リスク対策）への煽りの中で、大量に行われてしまえば、たとえ他県で十分な量の被験者が確保されても、その「比較対照群」との比較が統計的な意味を喪失することが予想されるからである。すなわち、 α リスクと β リスクと γ リスクは、すべての対関係において非調和的関係にあるといえよう。このように、葛藤する3つのリスクという難問に、福島県の県民健康管理調査は直面していたのである。そのことが、新聞記事の分析から見て取れたのである。

（1-3）記者は、どのように、この3つの葛藤するリスクを扱ったのか？

本項では、朝日新聞の特集記事の記者は、どのように、この3つの対立するリスクを扱ったのか、ということを検討しよう。

まず、議論展開の構図をモデル的に予想してみよう。上記のように3つのリスクがあるといっても、過剰治療という γ リスクについては、社会的認知の程度が低いと思われたので、これを無視した2要素対立構図（図2内の左と上の対立）が採用されているのではないかと、思われた。つまり γ を考慮しなければ、あとは、 α 対 β になり、しかも、この2つのリスクは、それぞれの単独での存在は理解されていたとしても、その対立的側面に関しては、当時、あまり顕在化していなか

ったので、以下の2つの対策を組み合わせる方針がとられると予想された。すなわち、チェルノブイリ原発事故では、4年後からしか子どもの甲状腺がんの増大は起きなかったという言説があるが、それを強調することで、福島県においても、「検査」モードから「治療」モードへの移行を遅らせことが可能となる（つまり、 α リスクを重視しすぎてしまうことによって、 β リスクへの対応選択肢が減少してしまうことを阻止することができる）、かつ、 β リスクに関しては、福島県内での地域別の被曝量の多寡をもとに、被爆と発がんとの因果関係を明らかにできる可能性があるという主張をすることで、対応する手がありそうだった。それでは、現実には、この2要素対立構図は採用されていたのだろうか。

じっさいには、この2要素対立構図の採用ではなく、3リスクともが紙面上で言及されていた。例をあげれば、まず、 α リスク（手遅れリスク）に関しては、「子どもたちの被曝のことを考えると、不安が尽きない」という女性住民の談話が載せられ、さらに彼女の子どもが、県民健康管理調査では「A1」判定だったものの、自主的な追加検診では「A2」判定になったことを報道していた。

ついで、 β リスク（無意味調査リスク）に関しては、渋谷健司東大教授の発言がひかれ「がんが増えても被曝の影響だと結論づけられないのでは」と書かれていた。

その上で、 γ リスク（過剰検査リスク）に関しては、鈴木真一福島県立医科大学教授のコメントとして「甲状腺がんは『早期発見・早期治療』が患者のメリットになるとは限らない」と明示されていた。この3つのリスクを並置したままで、どのように県民健康管理調査の未来を論じることが可能となるのだろうか。かなり難しいだろうことが予想された。

結果は、思いも掛けないものだった。すなわち、記事の最終的主張は、この γ リスクを実質的に無視して、「比較のため県外検査検討を」という「見だし」になっていたのである^{*13}。すなわち、「検査と治療の遅れのリスク」（ α リスク）を、記事冒頭で強調したうえで、中央部で、 γ リスク（過剰検査リスク）に言及するものの、結論部では、以下のように β リスク（「検査が被曝調査としての意味を持たないかもしれないリスク」）への対処の必要性を強調していたのである。

「福島の子どもたちが将来にわたって、被曝の影響があるのかわからないままにしてしまうのは適切でない。県や環境省は、県外での検査も検討すべきだ。」

（朝日新聞,2014）。

なぜ、こんな議論の展開が可能となったのだろうか。いったい、どのような社会

的・相互行為的実践がこの主張（ γ リスクに言及しながら, γ リスクを無視する主張）を支えているのだろうか。

これはいったいどういう「対話と葛藤」の結果なのだろうか。3つの相矛盾するリスクのうち一つ（ γ リスク）が、数値化されて計量されたうえで、数値的な小ささに基づいて配慮外に置かれるのならまだしも、そんな手続きもなく、 γ リスクは放置されてしまっているのだが、そのようなことはどうして可能なのだろうか。じつは、この新聞論調の方向（3リスクの認識はあるものの、あたかも2リスク対立構図の調整こそが課題であるかのような処理方向）に行政もその後動いていく^{*14}。とするならば、この特別な「リスクコミュニケーション^{*15}」プロセスを追跡することには価値があるといえよう。しかし、諸リスクの統合的処理状況を探求するには、素材を新聞記事のみにしておくことは不適である。実際のシークエンシャルな情報を大量に含み込んだデータが、すなわち、討議において、何がどのように強調され、何がどのように、無視されたかがわかるデータが必要であった。

そう思ってこの記事周辺の資料を探索していたところ、似た結論にむかって議論がなされている別の資料に出会うことができた。それは、「県民健康管理調査」検討委員会の内部に設置された、「甲状腺検査評価部会」での議論の動画（OurPlanetTV(2013)）である。次節では、各報道機関によって、多数の動画がインターネット上に公開されている、この甲状腺検査評価部会のビデオデータを利用し、どのような会話の連鎖が、諸リスクの錯綜と葛藤を「乗り越える」「対話」を構成しているのかを明らかにする。現場に出向けている訳ではないので、エスノメソドロジー・会話分析的研究（社会学研究の一種）としての精度には自信がないが、相互行為分析の可能性の提示をする程度には有用な分析を行っていきたい。

（2）葛藤としての研究倫理の現場2・・・甲状腺検査評価部会ビデオから

（2-1）ビデオの中での討議で注目すべきポイント（その1）

動画を用いた分析に入るまえに、筆者の立場を明示しておきたい。著者は、福島県民健康管理調査のうち、少なくとも甲状腺検査部分は、健康衛生関連施策としては、実施の効果が不明なため、事業ではなく研究として、規模を限定し、精度管理をしっかりと行った上で行われるべきであったと考えている^{*16}。したがって県内在住の年少者に対する悉皆調査を目標として行われている現状は、研究倫

理的に不適な企画になっていると判断している^{*17}。

この前提のもとで、以下のように考えている。すなわち、この検診事業には、国・県・実践主体としての専門家グループ・市民団体等と多層の参加者があり、そのそれぞれの参加者がどのような論理でこの「不適な事業」を追認したり、追認しなかったりしているのか、を解明することができるのならば、一種の「失敗学」としての価値を、本研究はもつことができるだろうと思われたのである^{*18}。

以下、分析に移ろう。上記のような立場で、動画を見てみたとき、以下の2カ所の討議（断片1と断片2）が興味深かった。

我々が題材としている「甲状腺検査評価部会」は、初回が2013年11月27日、2回目が2014年3月2日に開催されている^{*19}。会合は2回とも2時間ほどであり、委員は、総数が9名である。その中に、2名の疫学者が参加していた^{*20}。津金昌一郎（国立がんセンターがん予防・検診研究センター長）と渋谷健司（東京大学大学院 医学系研究科 国際保健政策学教授）である。また、事務方のほか、福島県立医科大学から、鈴木眞一（福島県立医科大学器官制御外科学講座教授。乳腺内分泌甲状腺外科）ほかの調査実施担当者も参加していた。

注目するのは、第2回（3月2日）の部会の動画の後半の質疑応答部である。この場面の対立の基本構図は、「疫学者 対 実施主体（清水一雄日本甲状腺外科学会前理事長ほか臨床医が中心）」といえよう。疫学者は、 β リスクと γ リスクを主張し、臨床医は、 α リスクを主張していた^{*21}。それぞれが自らの専門性を盾にしていたが、興味深いのは、相手の立論をどのように扱うか、という態度の違いであった。この討議の構図の中に、対立的リスク間の葛藤がどのように処理されていくのかの一つのひな形が読み取れるのではないだろうか。そういう仮説をもってデータを見ていくことにしたい。

まず、疫学者と臨床医たちは、どのような言い合いをしていたのだろうか。

断片1 疫学者の主張はどのように扱われたか

※波線は樫田。波線末尾の丸囲み数字も樫田。（ ）は聞き取りにくい所。

○数字は、著者の挿入記号。[や]が複数行で並んでいるのは同時発話。

01 鈴木教授 （前略）甲状腺の検診を行うとえーとアウトカムとして生存率を向上させるという意味であれば、やるべきでない①ということは知られていること（中略）今回は子どもの、福島県の子どもの放射線の

影響の、不安を解消するために、長きに渡って見守る②ということ、これは生存率を向上させるとかそういうことではないということが1つと（中略）我々は何でも手術をしている訳ではなくて③、一定の基準を持って、そういう弊害を防ぐために経過を見ている（中略）清水先生もご理解していただいていると思いますが、日本の専門家は同じ基準で合併症のきわめて少ない方法でやっています。やる必要のないものは（やっております）（後略）

- 02 渋谷教授 2つ、先生のご発言で2つお伺いしたいのですが1つ目は要するに過剰診療は予想されていたとそれから死亡率の低下云々に関するのではなくてとにかく子どもたちの超音波検査をしなければいけないという（中略）それは逆ではないですか検診の目的ははっきりしないので、なんでその検診の目的というのは死亡率を下げることですよね④

[それは-]

- 03 鈴木教授 [いやそ]こは大きな（ま）違いだと思います 福島医大の健診は検査の検を使っています 健康診断の健です

- 04 渋谷教授 言葉あそびはどうでもいいんですけどただ いまのいまのじゃ（それでは）今の今の超音波検査の目的は何ですか もう一回聞きますが

- 05 鈴木教授 （前略）これから会津地方の会津地方のデータはまったく取得していない考慮していない中で（中略）会津地方は極めて線量が低いという中でどれ位の頻度があるかということ（中略）診断率にどのくらいの差があるか⑤（後略）

この第2回甲状腺検査評価部会では、2時間の会議の終わりの30分程度が質疑応答になっていた。その最も激しく討議が交わされた部分を書き抜くと「断片1」のようになる。波線①は、検査の実施当事者の鈴木教授が、自らはリスクを認知していた、と主張する部分である。あらかじめ認知していたのだから、リスクにニュース性はない、つまり行動を変える必要は生じない、という形の立論になっている。波線②は、それならば何のために検査をしているのか、という問いへの答としてデザインされている。つまり、検査と治療が、対象者の生存率の向上に繋がらないものであったとしても、子どもの不安を解消するために

はなっている、つまり、超音波検査の実施は医療者による見守りとして働き、それが子ども（放射線の影響を受けているかもしれないかわいそうな、配慮すべき子ども）に対しては「不安の解消」という配慮になっており、そういう価値をもったものとして検査は実施されている、という主張になっている。この主張は、 α リスクの主張に対する対応という意味も持っているだろう^{*22}。さらに、 γ リスクを言い立てることへの控えめな異議申し立てを、波線③で行う。これに対し、疫学者である渋谷教授は、鈴木教授の発話を繰り返しながら（定式化）、その中で「見守ること」と「子どもたちが超音波検査を受けること」を等値させずに、結局、波線④で「検診の目的ははっきりしていない」ことを認めさせようとする。そして、「死亡率を下げるための検診」という枠組でもし、検診を実施しているのなら、その前提が崩れていることを認めさせようとする。これに対する3行目の鈴木教授の弁明は面白い。①および②と同様の主張を「検診」と「健診」を対比させることで、行おうとしているのだろう。つまり、検の字が暗示する、悪いところを見つけ出すというようなことが目的なのではなく、健の字が暗示するように、健康であることの見守りが目的である、という主張をしようとしているらしい^{*23}。しかし、渋谷教授は、4行目で波線④と同じ戦略の質問を繰り返してくる。このたたみかけに対しては、鈴木教授は5行目で、 β リスクへの対応という価値を持ちだして応答する。他県に比較対照群を求めなくても、県内の中でも被曝線量が低いと思われる会津地方の子どもとの対比ができるようになれば、県民調査の中で比較対照群を作り出すことができる、という主張をしている。

ここまでの読解をまとめておこう。疫学者側が、 β リスクと γ リスクに対応するよう迫るのに対し、調査実行者側は、 β リスクや γ リスクにはそれなりに対応していると答え、さらに、 α リスクの存在をにおわせることで、現行の調査のやり方を擁護している。その際、調査実行者側が、 β リスクや γ リスクに対して、疫学者側の立論そのものを否定するような反論を試みていないことが興味ぶかい。おそらくは、 β リスクも γ リスクも疫学者の判断が、臨床医の判断よりも優位性をもって認められる類のリスクであると捉えられているからだろう。

(2-2) ビデオの中での討議で注目すべきポイント (その2)

検査の実施担当者側が、疫学者側の主張を、主張の中核は認めつつ、やんわりと修正を試みていたことを、上では見てきた。これに対し、疫学者側は、検査の実施担当者側の主張をどのように扱っていたのだろうか。以下の断片を元に考えて

行きたい。

断片2 調査実施者側の主張はどのように扱われたか

- 01 清水部会長 私は司会の立場ですが、司会から離れて私の意見を言わせて
 いただきたいと思えます。チェルノブイリの健診に行って
 (中略) こういう患者さんを診ました① (中略) 5歳か6歳
 ぐらいの女の子で大きな傷があって、真ん中に気管切開の穴
 が空いています。(中略) これは、もっと早く見つけていれ
ばそういうことは無いんです② (後略)
- 02 津金センター長 まあ臨床の先生がそうおっしゃる気持ちは非常によくわかって③まったく
 あの正論だとも思うんですが、もう少し冷静に考えると もしその人が診
 断されなかったら 見つからなかったらどうなっていたかというそういう
 シナリオをもう1つ描かないと (後略) 早く見つかったらみんな早く小さ
 いがんの手術でQOLが高まったまま治りますけれどもそうじゃないシナ
 リオもあるということが やはりランダム化比較試験といって 検診をす
るグループとそうではないグループをきちっと科学的に設定した上で 今
 まで数多く、20歳未満の甲状腺がんの知見はありませんが、そうではない検
診に関しては今まで世界中でそういうセッティングされた結果、明らかに
過剰診断があるということは、もう、科学的に明らかになっている③ので、そ
ういう議論は必ずしも通じない④と思えます。
- 03 清水部会長 ただ、がんと診断がついた限りは⑤、頻繁な検査でなくても
 1年、2年に1度は診てあげてどういうふうになっていく
 かを見るということは悪いことではないかなと思えますけれども。

結論からいえば、調査実施者側の主張は、疫学者側からは、かなり厳しく扱われ
 ていた。すなわち、リスクに否定的な調査実施者側の主張は、それに一定の根
 拠はあると評価されるものの、最終的には「臨床の先生の視角」に拘束された(非
 科学的)意見として扱われ(③)、疫学者側が主張する科学的知識によって反論
 されてしまうもの(④)として扱われていた。ここには、現代の医療が、「リス
 ク医療化」していて、かなり疫学者側が依拠しているような立場に近づいている
 ことの反映が見て取れよう。たとえば、現代では、EBM(証拠に基づいた医療)

の隆盛からもわかるように、目の前の患者や患部だけを診ても、医師には何をすべきかはわからず、何をすべきかの方針に関する知識は、統計に基づいて策定されたガイドライン等から得られるようになってきている。そもそも、医療の実践的活動が、目の前の病気の治療から、予防的なものになってしまっている以上、これは仕方の無いことである。そのような医学・保健学・介護学等の身体サービスにかかわる諸領域で進行しつつある展開と同様の展開が、倫理的討議においても起きていると、上記の断片2で生じている事態から言うことが出来るだろう。

同様に興味深いのは、臨床医側が「希有な経験の優位性」(①)を主張しても、疫学者側に取り合ってもらえていないことだ。同様に、「もっと早く見つけていれば(つまり早期発見・早期治療を行っていれば)」重い後遺症を免れることができるのだ(②)という、臨床家としての経験知からの主張も、「ランダム化比較試験」という科学知によって、価値剥奪されてしまっている。すなわち、そもそもがんがあっても、手術をせずに生活にさほどの困難なく暮らして行ける可能性という、臨床医の選択肢構造の外側の可能性を考えれば、臨床医の経験の中で正しいと考えられたことが相対化されるのは当然だ、という議論になっているのである。

とはいえ、疫学者の③の主張は自らの主張の弱みにも自覚的である。すなわち、「20歳未満の甲状腺がんの知見はありませんが」と津金が断っているように、疫学者の統計結果からの推論は、それが目の前の事例から得られた統計ではない以上、「状況の違いに関して脆弱」である。すなわち、目の前の事例への適用可能性に関しては、万全ではない。じつは、断片1の③の主張(我々の手術の侵襲性は、統計の平均的なものより低いはずだ)は、この点を突いている(臨床医のこの部分の主張は、甲状腺がんスクリーニングテストは、世界の他の国では、過剰検査・過剰診断・過剰治療的なものかもしれないが、外科医の技術が高く、侵襲に抑制的な日本では、違う、という主張になっている)。

(2-3) 意見の対立はどのように調停されたか(3すくみ構造との関係)

部会メンバーには、疫学者でも臨床医でもないメンバーが存在していた。たとえば、春日文子日本学術会議副会長(食品衛生学、獣医師)は、自らのその中間的ポジションを利用しながら、分裂気味の議論の仲裁に入っていく。

春日曰く、「臨床の先生と疫学の先生の意見の対立がありましたけれども、甲

甲状腺がんそのものの過剰診療のことは津金先生のご説明のとおりだと思います。ただ、私たちは今、福島にいるんですね①。事故があったという現実を踏まえて②（中略）今後、甲状腺への影響がどのくらいであるかが、十分には予測できない下では、やはり対象の県民、特に子ども達に対して検査をしていかなければいけないということは、県民の気持ちのうえからも、また科学的な判断のうえからも妥当だと思います（後略）」

ポイントは、波線部①と②だろう。福島にいること、のハイライティング（注目、強調）が①ではなされている。その上で、原発事故によるハイリスクさ、あるいは、県民の不安感の大きさ、という現実を踏まえるべきだ、という主張がなされている（②）。もちろん、これは、同じ土俵の上で、なされている調停ではない。疫学者は、死亡率の高低という同じ土俵の上で、臨床医との合意を得ようとしていた。その疫学者の立論を受け入れたのならば、当然に、疫学者の結論（甲状腺検査の中止）も受け入れるべきだろう。けれども、仲裁者は、逆の結論（甲状腺検査の続行）を「妥当」とするのである。とするならば、これは、死亡率の高低という土俵とは別の土俵が導入されている、というべきだろう。では、どのような土俵が設定されているのだろうか。考え方の道筋として、3種類を考えることが出来るだろう。

まず、第一の解釈は、「リスクの可視化と対処可能性の確保」という配慮要請項目が訴求力を強く持つものとして浮上してきたというものである。我々は、現代というリスク社会において、リスクをコントロール可能なものとした上で個々人の創意工夫によって、適切に対処するように圧力をかけられている。原発事故が、甲状腺がんのリスクを高めている可能性があるのならば、検診を受けて、そのリスクがどの程度現実味のあるもので、どのように対処できるものなのかを確認しておきたい、できるものなら、対処までも済ませておきたい、という要求が高まってもおかしくはなく、また、そういう県民の欲望に県が配慮するということがあって良いことだろう。これは、最終的に生存率が向上するかどうかとは独立の欲望であって、リスク対処能力に裏付けられた自尊心獲得願望とでも呼べるものだろうが、現実的には、 α リスクとタイアップした欲望となっていたといえよう。

ついで、第二の解釈は、「不正義の是正」という配慮要請項目が有効性を強く持つものとして浮上してきたというものである。なぜ福島原発のそばの住民だけが、被曝による健康被害リスクを多く持たなければならないのか。震災に伴う

リスクは、国民が等しく分かち持つべきだ、という立場からは、他県在住者が過剰検査リスクを負うことも肯定される、という議論も可能となつてこよう。すなわち、この解釈は、 β リスク（比較対照群不在リスク）への対策である側面も持った行為であるといえよう。

第三の解釈は、福島「例外化」がなされたと考えるものである。波線部①の上の行で「甲状腺がんそのものの過剰診療」という言い回しがなされていることに注目しよう。ここでの「甲状腺がんそのもの」の意味は、「一般的な甲状腺がん」と置き換えることが可能と思われるが、春日文子の主張の全体は、「福島」での甲状腺がんは、「一般的な甲状腺がん」ではないという主張になっているのではないだろうか。つまり、原発被災地は特別にハイリスクなので、一般的な過剰検査の議論は当てはまらない、という主張のようなのである。そうだとすれば、それは、検討枠組みからの γ リスクの除外戦略という形での、 γ リスクへの対処行為だということになる^{*24}。

（3）まとめ：研究倫理における討議の価値と相互行為分析の意義

本稿では、第1節において、研究倫理における討議の価値を素描し、かつ、討議の豊かさを確保するために、言語化していない人々のリスク感覚や公正感覚に言語を与える実践の一部として、研究倫理にかかわる討議に対しての相互行為分析が有効だろうと示唆した。

既存の倫理原則を当てはめ的に適用する態度は、現代的には倫理的ではない。社会変動の激しい現代において倫理的であるということは、その場その場の状況に合わせて新しい社会を構想することと新しい専門職倫理を構想することとを同時に行っていくことであろう。とするのなら、それは永遠に続く未完のプロジェクトであると同時に、いろいろな形で実践していくことができるフレキシブルな課題であるとも言えよう。

このフレキシビリティに注目しつつ、本稿における分析から、少しく教訓的な項目をいくつか引き出すのなら、まずは以下の2つとすることになるだろうか。

第一に、善意との関係に関して。善意は善行を保証しないので、研究倫理は討議的でなければならない、という主張として本稿を読むことができるだろう。第2節で扱った事例でいえば、臨床医の行う検査や治療は、それが意図としては、対象者の生存率を高めるべくなされた場合であっても、統計的に結果的に、そのような展開にならない場合があることへの思慮が必要であった。同様の事態は、

医療関連ではない、様々な研究領域で生じる可能性がある。とするならば、研究倫理において、善意の確認にあまり比重を置くことは控えられるべきだ、という結論になるようにも思われた。本稿での疫学者と臨床医との対立からは、善意に依拠することで、なすべきことが統一されるわけではない、という教訓も得られるといえよう。

第二に、「社会の包摂と排除論」との関連性に関して。現代の差別は、差別対象者を社会から完全に排除する粗野な形で実行されるのではなく、社会に包摂しながら、社会との関係性を残しながら、不公正な扱いを自発的に受け入れさせていくという洗練された形を取ることがあるといわれている。福島原発事故健康管理調査の事例を十全に理解するには、この「包摂と排除論」の視点が欠かせないであろう。つまり、調査・研究対象者が、検査に自発的に出向くことは、包摂かもしれないが、それでどの程度健康被害が救済されるか、賠償されるかに関しては、個人のまじめさや誠実さはほとんど効果を持たず、施策の全体設計やその運用に依存して結果がでるのである。そして、このような大規模な社会的「調査・研究」においては、調査・研究参加者もまた、その調査対象者が包摂されるとともに排除されていたのと同様、包摂されるとともに排除されている、と言えるのではないだろうか。臨床医として誠実であることだけでは不十分であり、疫学者として誠実であることだけでも不十分かもしれない。そのような倫理問題が、もし本稿において発見され得たのなら、つねに社会システム全体を見直すことに繋がっていくような新しい研究倫理の体制作りが、今後の課題となるだろう。^{*25}

付記

本稿は、質的心理学会発行の機関誌『質的心理学フォーラム』第6号の「特集：対話と葛藤としての研究倫理」に掲載した拙稿「研究倫理に関する〈合意形成〉の相互行為分析－福島県民健康管理調査の事例研究－」（41頁～49頁）（2014年9月末日刊行）の改題・改訂版である。改訂版であると同時に、長文版でもあるので、議論の道筋に大きな違いはないが、図2が付加され、かつ、図2に対応して、リスクの3すくみ図式が強調され、文献表記載の文献が補充されている。合わせて読んで頂ければ幸いである。

文献

- 朝日新聞 (2014) 子の甲状腺 募る不安, (2014年3月8日,朝刊, 34面) .
- 福島県(2011)「県民健康管理調査」検討委員会設置要綱
- 福島県(2013)「県民健康管理調査」検討委員会第2回「甲状腺検査部会」議事録 (<http://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/50318.pdf> 2013年5月4日確認)
- 日野行介 (2013) 福島原発事故 県民健康管理調査の闇,岩波書店.
- 廣野善幸 (2013) サイエンティフィック・リテラシー—科学技術リスクを考える, 丸善出版.
- 広瀬幸雄編 (2014) リスクガヴァナンスの社会心理学,ナカニシヤ出版.
- 檜田美雄 (2006) フィールド研究の倫理とエスノメソドロジー, 平英美・中河伸俊編,新版 構築主義の社会学, 世界思想社,260-284.
- 檜田美雄 (2011) 医療の社会学, 藤村正之編, いのちとライフコースの社会学, 弘文堂, 12-27.
- 檜田美雄 (2012) 災害と災害復興の内政史, 副田義也編,戦後日本における内政体制の研究 (科学研究費補助金 (基盤研究 (A) 研究成果報告書) ,144-150.
- 檜田美雄 (2013) 学知のフラット化は研究世界に何をもたらしつつあるのか , 質的心理学フォーラム,5, 110-112.
- 北村隆憲 (2013) 法の相互行為分析と法実践,質的心理学フォーラム,5,86-88.
- 近藤 勇 (2012) がん放置療法のすすめ, 文芸春秋社.
- 厚生労働省 (2003) 「神経芽細胞腫マススクリーニング検査のあり方に関する検討会報告書」について,
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/08/s0814-2.html>) .
- 串田秀也・好井裕明編 (2010) エスノメソドロジーを学ぶ人のために, 世界思想社.
- 前田泰樹・水川喜文・岡田光弘編 (2007) エスノメソドロジー, 新曜社.
- 美馬達哉 (2012) リスク化される身体, 青土社.
- 日本疫学会監修 (2002/2010) はじめて学ぶやさしい疫学 (改訂第2版) 南江堂.
- OurPlanetTV (2013) 「甲状腺検査は過剰診療か」がん増加で激論～福島健康調査 (2014年3月2日の第2回甲状腺検査評価部会の128分のライブ動画データの記事) ,(U s t r e a mでは,<http://www.ourplanet-tv.org/?q=node/1735>)

(ユーチューブでは,<https://www.youtube.com/watch?v=UQdJZp9TFP0>)

西阪仰 (1997) 相互行為分析という視点, 金子書房.

斎藤博 (2009) がん検診は誤解だらけ, 日本放送出版協会.

菅谷昭 (2013) 原発事故と甲状腺がん, 幻冬舎ルネッサンス.

鈴木美香・佐藤恵子 (2010) 研究倫理審査委員会の現状と改善策の提案, 臨床薬理, 41(3) :113-124.

田代志門 (2011) 研究倫理とは何か-臨床医学研究と生命倫理-, 勁草書房.

徳田安春編 (2014) あなたの医療,ほんとはやり過ぎ?, 尾島医学教育研究所発行, カイ書林発売.

トゥロースル, ジェームズ A. (2012) 疫学と人類学 (木原正博・木原雅子訳), 株式会社メディカル・サイエンス・インターナショナル.

*1「日本家族社会学会倫理綱領」は,2009年に制定されたものであり,学会のHP上に,公開されている。本文で扱っている部分は〔策定の趣旨と目的〕と題された部分である。

*2本稿では、リスクを、人為によって対処可能な不利益として、ルーマン的意味において扱う。現代社会はリスク社会であり、リスクの配分が重要な社会問題となっているような社会である。また、ひとびとは、自らが対処可能なリスクを放置すると道徳的に批難されるので、実際の被害の発生以前にリスクの存在認知に関する意欲をもっている。

*3日本で最初の倫理委員会として有名な「徳島大学医学部倫理委員会」は設置当初はテレビ放映されたが,それは「ヒト対外受精子宮内移植法」という新しい生殖技術を社会的に承認してもらうための,特別な状況下での実践だった(櫻田,2006:280)。そのような「啓蒙」の必要性が薄れた現在,テレビ放映されている医学部倫理委員会はない。メンバーや議事録の公開はなされており (<http://rinri.mhlw.go.jp/PublicPage/publictoppage.aspx>,厚生労働省・臨床研究倫理審査委員会報告システム), 参与観察の結果の報告などもいくつかあるが(例えば,鈴木・佐藤,2010), 審議の相互行為分析に使えるレベルの,生のデータの情報公開はない。

*4本稿がデータ源とするのは、福島県民健康調査の甲状腺検査評価部会であって、倫理審査委員会ではない。けれども、研究倫理というものが、事前の委員会審査に尽きるものではないということを考えたとき、この部会で議論されている事柄の中身に注目して、これを一種の倫理審査委員会と見なすことも、シミュレーションとして許されるだろうと考えた。なお、相互行為分析的なシミュレーション科学の先行研究としては、(北村, 2013)を挙げておこう。

*5ここでの主張のベースとなる推論は以下の通りである。第1節で見たように,研究調査においては,調査対象者が被る恐れのある不利益には十二分な配慮をしなければならない。に

も係わらず、福島県民健康管理調査においては、対象者に対し、検査を受けることがそもそも過剰検査・過剰治療に繋がる強い恐れがあることが、事前告知されていなかった。したがって、一般的な研究倫理の規程に違反したイベントであるといえよう。もちろん、これが、研究調査ではなく、健康維持活動である場合には、適用される倫理規程が違ってくるが、過剰検査・過剰治療の恐れが強い企画を健康維持活動と言い張ることは出来ないだろう。

*6このβリスクもまた、当事者（県内在住の子どもたち）にとってのリスクであることに注意せよ。自らの健康上の問題が、原発事故に被災したと因果関係で結ばれるか否かは、健康そのものに関係するわけではないが、健康状態の予測や賠償、そして、心理的安定や被災者による連帯組織作りの可能性に大きく関係する。また、リスク配分の政治に関して言えば、福島県民が不当に重いリスクを背負わされていることを明らかにすることは、不正義の是正活動であるともいえるだろう。

*7情報公開の仕方等にかんして事前相談する秘密会議の存在を暴露した、日野公介の一連の新聞報道と書籍（日野，2013）はこの立場側からのまとまった主張であるといえよう。

*8なぜ比較対照群が設定されていない調査設計が無効なのかというと、この調査で明らかにしようとしている「健康状態」が「統計を介してはじめてしることができる健康状態」だからだ。つまり、通常は臨床医が見いだす身体の状態の「異常」は、臨床医の知識と経験の内部だけで、「異常」と判別できるのだが、今回の福島県民健康管理調査においては、2重の意味でそうはならないからである。第一に、放射線被曝との関連性は、適切な比較対照群調査に基づく統計を経由した把握でしか知ることにはできない。第二に、そもそも目の前の甲状腺の「異常」が治療するのが適切な「病気」なのかどうかの判断が、やはり「統計を経由した把握」を経てしかできないのである。ここには、現代的な医学の変容が背景として影響している。臨床医単独では患者の身体の状態を判断できない形の医療へ、つまりは、リスク医療へと現代の医療は変質をしているのである（樫田,2011:第3節,参照）。

*9(OurPlanetTV,2013)は、2014年3月2日に開催された第2回甲状腺検査評価部会をまるごと録画したものであるが、そのデータの89分目すぎあたりで、東京大学の渋谷健司教授が発言している内容がよく問題を示している。

*10時間的経緯の概要については、厚生労働省（2003）がコンパクトでよい。

*11過剰診断の典型は、その人の寿命前に症状をもたらさない病気を診断してしまうこと。過剰診断が治療に展開する場合、当然に過剰治療ということになる。過剰診断を問題視する立場から（近藤,2012）を、逆に、早期診断・早期治療の立場から、（菅谷,2013）を挙げておこう。

*12この部分については、別種の議論も可能である。甲状腺検査評価部会において、東京大学の渋谷教授は、比較対照群を新規の研究として確保するのではなく、がんに関する網

羅的な報告制度を活用して確保すれば、 γ リスクから逃れられる形で、 β リスクに対処できると主張していた。

*13慎重に考えるのなら、朝日新聞の記者が、 Γ リスクを無視していない可能性もある。たとえば、被災地の子供たちが、被災したことの不利益に加えて、 Γ リスクに晒されているのなら、日本の他の地域の子供たちにも、「リスク配分の公平性」の観点から、同様のリスクに晒されてよい、と記者が考えていた可能性は残る。

*14諸報道によれば、 α リスクに関していえば、検査頻度のアップは見送られつつあるものの検査そのものは持続され、かつ、 β リスク対策として、他県での子ども調査が企画されている。

*15（広瀬,2014）や（日野,2013）の議論にしたがうのなら、リスクコミュニケーションという用語には、専門家が素人を屈服させるトーンがあるので、そのようなトーンを減らした『リスクガバナンス』という用語をここでは用いた方がよいのかもしれない。

*16ここでの判断に際しては、（斎藤,2009）を参照した。具体的には、「推奨されない検診の位置づけは、……中略……あくまで研究目的の検診として行うべき」（112頁）、および「検診規模を大きくしていくと……中略……利益がある検診でさえも、どこかで不利益が上回ってしまう」（151頁）に準拠した。検診が健康被害をもたらすことを直接に立証することは困難であるが、予防的・治療的価値がないことを、あるかのように誤認させてはならないという斎藤の主張は、そうであるのなら、なおさら重要であるといえよう。

*17但し、この倫理的不適切さを産み出している社会的背景というものはあることは無視できず、かつ、その倫理的不適切さが可能にしている社会的価値というものすらあるかもしれない。すなわち、この事業がなされていること全体の社会的評価は、健康衛生施策としての不適さとは別に検討しうるものだろう。

*18誤解がないよう念のため述べておくが、行政当局としての福島県を非難する意図は、本稿にはない。健康衛生事業として不適なことは、全国の自治体で大量に行われている。たとえば、「全国の市町村のなんと60%以上で、国が推奨していない検診、つまり有効性が認められていない検診が行われて」（斎藤,2009: 129f.）いるのである。本稿で福島原発事故の甲状腺検査をケースとして取り上げているのは、この検査には社会的関心が高く、動画資料等の入手が容易だったからであって、他意はない。

*19甲状腺検査評価部会の名簿等、関連資料は、以下のサイトで公開されている（<http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045b/kenkocoyosa-kentoiinkai.html>）。

*20部会員の櫻田尚樹（国立保健医療科学院生活環境研究部長）も、疫学者と考えれば、部会員には3名の疫学者がいることになるが、櫻田は、放射線専門家として発言しているとも思われたので、本稿では疫学者にカウントしなかった。

*21ここで、「疫学者－実施主体（臨床医が中心）」とカテゴリー対偶的に書いたからといって、すべての疫学者が、ここでの津金や渋谷と同じ立場の主張をすると筆者が考えているわけではない。後述のとおり、議論を「疫学者-臨床医」と対比的にまとめたのは、部会メンバーの春日文字子（日本学術会議副会長）であり、この「疫学者-臨床医」対は、当事者カテゴリーに基づいた対カテゴリーなのである。

*22この発話では、中略部分に、過剰検査を避ける配慮をしているという主張があつて、統計を経由した認識への尊重的態度が見て取れる。

*23この部分について、検診と健診（健康診断の略語）の一般的な意味の違いだけが解説されていると取る向きもあるかも知れないが、その理解には無理があるだろう。なぜなら、スクリーニングには、検診の字をあてるときも、健診の字を当てるときもあるからだ。ここでは、過剰検査ではないという主張を、健診の字を使っていると根拠を述べることでおこなっていると解釈すべきだろう。

*24この項での議論は、リスクを「生命に対するリスク」のみに集約していくことの問題性を述べた（廣野，2013：第2章）に示唆を得ている。リスク論に関しては、（美馬，2012）を参照した。

*25本稿は、エスノメソドロジーの研究プログラムを部分的に流用する形で構想されている点で、「フィールド研究の倫理とエスノメソドロジー」（樫田，2006）の続編である。なお、エスノメソドロジーの主張に関しては、（前田・水川・岡田編，2007）および（串田・好井編，2010）を参照せよ。

また、本稿は、リスク間の葛藤を扱っているという点では、（樫田，2012）の続編であるとも言える。さらに、現代社会論と研究倫理を結びつけて論じた点では、（樫田，2013）の続きとなっている。ご参照頂ければ幸いである。

なお、研究倫理の基本問題に、医学研究と治療実践の統計依存が深まる中で、「研究と診療の分離」（田代，2011:173）をどのように扱っていくか、という問題がある。田代は、この問題をパーソンズの専門職複合体論を援用して、再調和を目指す方向で打開しようとしているが、本稿が過剰検査に関する議論において明らかにしたように、いまや目の前の個人の患者の利益（例：過剰検査でないという確認）すら、統計を経由した認識（比較調査）によって計られざるを得なくなっている。とするのならば、「研究を志向した診療」と「診療を志向した研究」の当事者の主体化を伴った統合は、田代の主張を待つまでもなく喫緊の課題であるようにも思われた。本稿が、臨床倫理の議論にも貢献するものであれば喜ばしい。

大阪と奈良北部の方言に関する調査報告

—待遇の助動詞ハル・ヨル・ヤルおよび「〇〇弁」意識—

村中淑子

桃山学院大学

tmuranaka@andrew.ac.jp

A Report on the Osaka and Northern Nara Dialect : Auxiliary Verbs for Treatment Expression and an Attitude to Dialect

MURANAKA Toshiko

St. Andrew's University

*Key Words: Regional Difference inside Osaka, Generation Difference, Linguistic Identity,
Connection with the TE-form, Polite Style*

1 はじめに

大阪と奈良北部の話者に対して小規模な方言調査を行った。扱った項目は、否定表現、待遇表現、方言意識である。このうち否定表現に関しては別稿でまとめているので(村中 2014)、本稿では待遇表現と方言意識について報告する。なお、この調査で用いた調査票の全ページを本稿末尾に掲載した。

今回、待遇表現として調査したのは、待遇の助動詞ハル・ヨル・ヤルの3つであり、いずれも大阪方言として知られているものである¹。ハルは軽い敬語、ヨルは軽い罵り、ヤルは親しみを込めた表現、になるもので、「おじいさんが起きハル」「弟が起きヨル」「あの子が起きヤル」のように使える。テ形との接続、および常体・敬体の区別に注目したうえで、ハルを含む例文 13 本、ヨルを含む例文 7 本、ヤルを含む例文 8 本を作成し、それぞれを使用するかどうか尋ねた。

方言意識については、「自分のことばをどこの方言であるかとらえているか」などを尋ねた。

2 調査の概要

調査時期：2011年7月～9月。

調査対象：若年層 44 名と中高年層 18 名、計 62 名。内訳は、表 1 の通り。

調査方法：筆者の授業の受講生、すなわち桃山学院大学の学生(2・3・4年生)に対して、調査票を配布し、調査を実施した。回答記入中に同席し質問等を受け付けた。その後、3・4年生の演習受講生に依頼して調査票を持ち帰ってもらい、その家族に記入してもらった。

調査内容：否定表現、待遇表現、方言意識およびフェイス項目。

【表1】回答者の年代・性別と言語形成期在住地域

言語形成期在住地域	若年層			中高年層			総計
	女	男	計	女	男	計	
摂津（大阪市）	10	4	14	3	2	5	19
北・中河内（寝屋川市、東大阪市、八尾市）	2	4	6	3	1	4	10
南河内（柏原市、松原市、南河内郡）	2	1	3	0	1	1	4
泉北（堺市、高石市、泉大津市）	6	4	10	2	1	3	13
泉南（岸和田市、貝塚市）	3	1	4	0	0	0	4
奈良北部（天理市、生駒市、生駒郡斑鳩町、奈良市、香芝市、大和高田市、宇陀市）	6	1	7	3	2	5	12
総計	29	15	44	11	7	18	62

表1の「言語形成期在住地域」は、大阪については、山本(1962)に従った地域区分である²。カッコ内に回答者の在住地の市あるいは郡を記した³。奈良の回答者は、奈良北部方言として1グループにまとめた。

若年層はほとんどが調査当時19～23歳の大学生（1988～1992年生まれ）だが、1984年生まれ女性と1980年生まれ男性を1名ずつ含む。中高年層は1949～1966年生まれ（調査当時45～62歳）。言語形成期については、小学校・中学校在籍時を言語形成期と見なし、調査票のフェイス項目の記入内容に従った。転居歴を記入した回答者については、小・中学校時に長く住んでいた場所の話者として扱った。ただし本調査において、転居歴のある話者はごく少なかった。

3 ハル・ヨル・ヤルの使用

待遇の助動詞ハル・ヨル・ヤルについて、それぞれの使用状況を概観したのち、個別の例文について詳しくみていく。例文は、テ形との接続および常体・敬体の区別に注目して、ハル例文13本、ヨル例文7本、ヤル例文8本を作成し調査した。

3-1 3つの助動詞の使用状況概観

待遇の助動詞ハル・ヨル・ヤルをそれぞれ「自分自身が使うかどうか」を示したものが表2である。「使う」という回答が3割に満たない部分に網掛けを付した。若年層は表1と同様、地域ごとに6グループに分けたが、中高年層は大阪・奈良の2グループにまとめた。

表2では、「使用する」という回答のごく少なかった例文を除いて集計している⁴。すなわち、ハルは13例文のうち9つ（「食べてはった」「食べてはる」「食べはりますか」「食べはる」「食べてはりました」「いてはる」「いてはります」「いはる」「いはりました」）、ヨルは7例文中の3つ（「食べよった」「食べよる」「食べてしまいよった」）、ヤルは8例文中の4つ（「食べてやる」「食べてやった」「食べやった」「食べやる」）を集計した⁵。ここで集計に含めなかったハル例文

4つ・ヨル例文4つ・ヤル例文4つ（「食べはってる」「食べはってた」「いはってる」「いはってた」「食べよりました」「食べてよる」「食べてよった」「食べてよりました」「食べやるんです」「食べてやるんです」「食べやりました」「食べてやりました」）のデータは、3-2において示す。

【表2】ハル・ヨル・ヤルを含む例文を「使う」割合

地域×世代	ハル例文 9本分	ヨル例文 3本分	ヤル例文 4本分	「使う」が3割を超えるもの
大阪／中高年層（13名）	60.7%	53.8%	40.4%	ハル・ヨル・ヤル
奈良北部／中高年層（5名）	66.7%	46.7%	60.0%	ハル・ヨル・ヤル
大阪市内／若年層（14名）	38.1%	40.5%	16.1%	ハル・ヨル
北・中河内／若年層（6名）	18.5%	44.4%	20.8%	ヨル
南河内／若年層（3名）	66.7%	66.7%	58.3%	ハル・ヨル・ヤル
泉北／若年層（10名）	17.8%	63.3%	10.0%	ヨル
泉南／若年層（4名）	25.0%	8.3%	0.0%	なし
奈良北部／若年層（7名）	69.8%	47.6%	67.9%	ハル・ヨル・ヤル
平均（62名）	44.1%	47.8%	31.0%	ハル・ヨル

結果を助動詞ごとにみると、ハルについては、中高年層は、大阪・奈良北部ともに6割以上が「使用」となっているが、若年層は、地域差が目立ち、南河内と奈良北部で6割を超えるほかは半数を割っている。特に北・中河内と泉北・泉南の使用が少ない。

ヨルについては、泉南の若年層が少ないのが目につくが、それ以外の地域では、中高年・若年層とも、半数内外の使用がある。ヨルは、大阪（泉南以外）・奈良北部では世代に関わらず比較的良好に使われる助動詞であるといえそうである。

ヤルは、地域差が著しい。若年層は、南河内と奈良北部では約6割の使用があるが、それ以外の地域ではあまり使っていない。中高年層では、奈良に比べて大阪が少ないが、それでも4割使用となっている。ヤルは、限定的な狭い地域でよく使われている形式のようである。

以上の結果を世代と地域からみると、おおよそ次のようにまとめられる。

中高年層

- ・大阪 ハル6割、ヨル5割、ヤル4割の使用
- ・奈良北部 ハル・ヤルが6割、ヨルが約5割の使用

若年層

- ・南河内と奈良北部 →ハル・ヨル・ヤルの3語形とも半数あるいは6割以上使用
- ・大阪市内 →ハル・ヨルの2語形を3割ないし4割使用
- ・北・中河内と泉北 →ヨルのみ半分弱の使用
- ・泉南 →3語形ともあまり使用せず

あくまでも本調査の限られた範囲内のことであるが、「大阪府内で、待遇の助動詞は、ヨル>ハル>ヤルの順でよく使われる」「中高年層に比べて若年層は待遇の助動詞を使わない傾向がある」「奈良北部は世代差が少ない」といえそうである。

3-2 3つの助動詞の各例文についての使用状況

以下、3つの助動詞の個別の例文についてみていく。表3～表6では、3-1の表2で省いたもの（表3～表6で*をつけて示した）も含めて、調査した例文すべての結果を示す。

まず、ハルについて。表3は動詞「いる」、表4は動詞「食べる」、に接続する例文について、「使う」という回答の人数を示した。左から合計数の多かった順に並べた。

【表3】「いる」＋「ハル」の例文に関する「使う」の人数

	いてはる	いてはります	いはる	いはりました	いはってた*	いはってる*	計
大阪市	9	9	2	3	0	0	23
北・中河内	5	4	1	1	0	0	11
南河内	3	3	2	3	0	0	11
泉北	7	6	4	3	1	0	21
泉南	2	1	0	0	0	0	3
奈良北部	8	9	8	7	1	1	34
計 (62人中の%)	34 (55%)	32 (52%)	17 (27%)	17 (27%)	2 (3%)	1 (2%)	103

【表4】「食べる」＋「ハル」の例文に関する「使う」の人数

	食べてはった	食べてはる	食べはりますか	食べはる	食べてはりました	食べはってた*	食べはってる*	計
大阪市	9	10	11	5	4	2	0	41
北・中河内	6	5	4	4	3	1	0	23
南河内	3	4	3	3	3	0	0	16
泉北	5	5	3	4	4	0	0	21
泉南	2	2	1	1	0	0	0	6
奈良北部	10	9	9	8	6	1	1	44
計 (62人中の%)	35 (56%)	35 (56%)	31 (50%)	25 (40%)	20 (32%)	4 (6%)	1 (2%)	151

表3を見ると、「いる」については常体・敬体問わず、テを介してハルに接続する形（イテハル、イテハリマス）が、テを介さずに直接ハルがつく形（イハル、イハリマシタ）の約2倍となっている。じつは「いる」の場合、テを介しても介さなくても、意味的にはほとんど差がない。「いる」は動作ではなく状態を表す動詞であり、テを介することによって状態化の意味を表す、という必要が無い（イテルを標準語形にあえて直訳すると「いている」になるが、標準語にはそのような形は存在しない）。しかし大阪方言および奈良北部方言においては、「いる」に、意味的には必要の無いテを介してハルを接続させる形のほうが、慣習的に標準となっているようである。

表4を見ると、「食べる」については、テを介した形が多いが、テを介さずに直接ハルがつく形も多い。「食べる」の場合は、「いる」の場合と異なり、テがつくことによって動作性に状態性が加わり、意味的に異なってくるので、使い分けがあるのだろうと考えられる。

奈良北部については、テを介する／介さない、常体／敬体にかかわらず、ハル使用が多い。

「いはってた」「いはってる」「食べはってた」「食べはってる」の少なさから、ハッテル（ハル+テイル）の形はほぼ非文法的であると言えそうである⁷。

次に、ヨルについて。表5は動詞「食べる」に接続する例文について、「使う」という回答の人数を示した。左から合計数の多かった順に並べた。

【表5】「食べる」+「ヨル」の例文に関する「使う」の人数

	食べ よった	食べ よる	食べて しまい よった	食べより ました*	食べて よる*	食べて よった *	食べてよ りました *	計
大阪市	16	10	1	1	1	0	0	29
北・中河内	6	5	2	1	1	0	0	15
南河内	3	3	3	1	0	0	0	10
泉北	10	8	4	0	1	0	0	23
泉南	1	0	0	0	0	0	0	1
奈良北部	7	6	4	1	0	0	0	18
計 (62人中の%)	43 (69%)	32 (52%)	14 (23%)	4 (6%)	3 (5%)	0	0	96

「食べよりました」「食べてよりました」の少なさから、敬体においてはヨルが使われにくいのではないかと推測される。ヨルはハルと同様、素材待遇語であり、常体・敬体ともに使われるはずのものである。また、ヨルは、ハルとは異なり、第三者待遇専用の形式であり、対者待遇であると誤解される可能性が無いので、下向き待遇ではあるが敬体の中で使っても差し支えないはずのものである。しかしこの結果を見ると、ヨルの待遇の低さが、対者待遇の高い場面での使われにくさにつながっている可能性が考えられる。

「食べてよる」「食べてよった」「食べてよりました」の少なさから、テヨルの形がほとんど使われていないということが言えそうである。テ+ヨルは文法的にはあり得る形であるが⁸、近年の大阪では、テヨルでなくトルの形に変化していて、テヨルが使われていないのであろうか。

最後に、ヤルについて。表6は動詞「食べる」に接続する例文について、「使う」という回答の人数を示した。左から合計数の多かった順に並べた。

【表6】「食べる」+「ヤル」の例文に関する「使う」の人数

	食べて やる	食べて やった	食べ やった	食べ やる	食べや るんで す*	食べて やりま した*	食べて やるん です*	食べや りまし た*	計
大阪市	6	5	1	3	2	0	0	0	17
北・中河内	5	4	4	3	1	0	0	0	17
南河内	4	2	2	3	2	0	1	0	14
泉北	1	0	3	0	0	0	0	0	4
泉南	0	0	0	0	0	0	0	0	0
奈良北部	8	8	8	7	2	1	0	0	34
計 (62人中の%)	24 (39%)	19 (31%)	18 (29%)	16 (26%)	7 (11%)	1 (2%)	1 (2%)	0	86

ヤルは親愛語とも位置づけられ(岸江 1998)、ヨルほどには低い待遇性を表すものではないが、上向きには使われないものである。

表6をみると、ヤルについては、ヨルの結果と同様、デス・マスのつく形を「使う」という回答が著しく少なく、敬体における使われにくさが伺える。ヤルは、ハル・ヨルと同様、素材待遇語であり、常体・敬体ともに使えるはずのものである。また、ヤルは、ヨルと同様、第三者待遇専用語であり、対者待遇と誤解される可能性はない。それにもかかわらず、このような結果が出たことから、ヤルもヨルと同じく、対者待遇の高い場面では使われにくいという可能性が考えられる(村中 2010 では「話し手が思わず感情を表してしまうほど話し相手と親しい」ときにヤルを用いる、という仮説を提示しているが、「ヤルは敬体において使われにくい」という今回の結果と関係づけられそうにおもわれる)。

ヤルは、テを介さない形もあるが、テを介したテヤルの形のほうがやや多く使われる傾向があるようである。状態性とのなじみややすさがあるようだ⁹。

以上の、ハル・ヨル・ヤルについての結果をまとめると、次の通りである。

- (1) ハルは、敬体でも常体でも使われる。
- (2) ヨル・ヤルは、敬体(デス・マスと共起した形)で使うと答えた回答者がごく少ない。「食べやるんです」が11%であったほかは、0~6%にすぎない。

- (3) テにハル・ヨルが後接した形 (テハル・テヤル) は、よく使われる。
- (4) テにヨルが後接した形 (テヨル) は、使う人がごく少ない (0～5%)。
- (5) ハルにテルが後接した形 (ハッテル、ハッテタ) は、使う人がごく少ない (2～6%)。

4 方言意識

「あなたのことばは、「なに弁」ですか (何か呼び方がありますか)。」という質問への回答を示す。表7では自由記述式の回答をそのままの形・回答順で示し、表8は延べ数でまとめた。

【表7】 あなたのことばは「なに弁」ですか (異なり)

「なに弁」か	言語形成期在在地						計
	大阪市	北・中河内	南河内	泉北	泉南	奈良北部	
大阪弁	14	2	2	5			23
関西弁	5	3	1	3	1	9	22
泉州弁				2	1		3
河内弁		2	1				3
大和弁						2	2
岸和田弁					1		1
関西弁、大阪弁		2					2
大阪弁、関西弁				1			1
関西弁、泉州弁					1		1
大阪弁、泉州弁				1			1
堺弁、大阪弁				1			1
特に無い						1	1
奈良弁(42～61 生駒市)		1					1
計	19	10	4	13	4	12	62

表7・表8とも、「大阪弁」あるいは「関西弁」という回答が多い。全体的にこの2つは拮抗しているが、奈良の話者を除いて大阪府の話者だけを見ると、「大阪弁」という回答の方が多い。

旧国名が入った「～弁」が少数ながら見られる。泉州弁・河内弁・大和弁である。

現在の市名が入った「～弁」はそれよりさらに少ない。岸和田弁・堺弁である。

また、泉州弁・河内弁はあるが、泉北弁・泉南弁・南河内弁・北河内弁といった回答は無かった。泉州弁と答えた話者は、泉北・泉南の両方におり、河内弁と答えた話者は北中河内・南河内の両方にいた。実際には、表2からも分かるように、泉州あるいは河内の内部におけることばの地域差はあるようなのだが、旧国名に東西南北をつけた形での「なになに弁」で明瞭に区別する意識は、話者の中には無いようである。

大阪市内の話者の回答には旧国名の入った回答（摂津弁、北摂弁など）は無かった。

言語形成期在住地域と「〇〇弁」の地域とが異なる話者は1名だけいた。0～37歳に東大阪市、37～40歳に吹田市、40～42歳に東大阪市、42～61歳に奈良県生駒市に在住、という男性話者である。「北・中河内」の話者として集計したが、話者自身は奈良弁を使うと答えた。

【表8】 あなたのことばは「なに弁」ですか（延べ）

「なに弁」か	言語形成期在住地						計
	大阪市	北・中河内	南河内	泉北	泉南	奈良北部	
大阪弁	14	4	2	8			28
関西弁	5	5	1	4	2	9	26
泉州弁				3	2		5
河内弁		2	1				3
大和弁						2	2
岸和田弁					1		1
堺弁				1			1
特に無い						1	1
奈良弁(42～61 生駒市)		1					1
計	19	12	4	16	5	12	68

5 おわりに

大阪と奈良北部の話者に対して方言調査をおこない、待遇の助動詞の使用と、自己方言の意識について、結果を報告した。待遇の助動詞については、奈良北部においては世代差が少なく、大阪府内においては世代差および府内の地域差がかなり見られた。

待遇の助動詞ハル・ヨル・ヤルがそれぞれ、「動詞に接続する際にテを介するか介さないか」「例文が常体か敬体か」によって使用率が異なるという結果が出た。自己方言意識については、大阪弁・関西弁といった広くくりでとらえている話者が多いことが確認された。

今回の調査はごく小規模なものであった。今後さらに調査・考察を進めていきたい。

注

1 ハルとヨルは、大阪以外の近畿中央部でも用いられる。奈良盆地では、従来使われていなかった「大阪のヤル」を既に受容している（中井(1992)）。京都では、ヤルは用いられない。ハル・ヨル・ヤルはいずれも素材待遇の働きを持つ助動詞であるが、次の表に示した通り、動作主体として取りうる人称が異なる。

	ハル	ヨル	ヤル
1人称	△ (わたしが) ~ハル	×	×
2人称	○ (あなたが) ~ハル	×	×
3人称	○ (彼/彼女が) ~ハル	○ (彼/彼女が) ~ヨル	○ (彼/彼女が) ~ヤル

ハルの1人称については、中井(1997)に京都の老年層の使用例が挙げられている。限定的な文脈で許容されるようなので△をつけた。

² 山本(1962)では、大阪府の方言を能勢方言、三島方言、摂津方言、北・中河内方言、南河内方言、泉北方言、泉南方言に分類している。

³ 本調査では「摂津」の話者は大阪市内のみなので表2以降は「摂津」でなく「大阪市」と記す。

⁴ 使用のごく少ない例文は、その助動詞が使われないのではなく、その例文が非文法的であることを示唆する可能性が高いと考え、「使用状況」を概観する際には除外してもよいと考えた。

⁵ たとえば、大阪の中年層13人分の、ハル9項目の回答を見渡すと、「○(使用する)」の数は71であった。この場合の計算は、 $71 \div (13 \times 9) \times 100 = 60.68376 \dots$ となり、表の中には60.7%が入る。

⁶ 表3以降の表では、中高年層と若年層を区別せず、地域ごとの集計のみを行う。

⁷ 高橋(1974)に、京都方言における文法的性質として、「よんだはる などとなって、よまはってる などにはならない」(下線は筆者)という記述がある。

⁸ テヨルの形は、前田(1965)に記載がある。

⁹ 調査票におけるヤルの例文すべてに「おいしそうに」をつけたために、状態性の意味が想起しやすくなり、テを介したテヤルの形の「使用」のほうが多かったという可能性も考えられる。

参考文献

- 岸江信介(1998)「京阪方言における親愛表現構造の枠組み」『日本語科学』3
- 郡史郎(1997)「大阪方言の特色」『大阪府のことば』明治書院
- 高橋太郎(1974)「標準語の動詞と京都弁の動詞」『言語生活』270
- 中井精一(1992)「関西共通語化の現状：大阪型待遇表現形式の伝播をめぐって」『阪大日本語研究』4
- 中井精一(2003)「奈良県方言の特色」『奈良県のことば』明治書院
- 中井幸比古(1997)「京都市方言」『京都府のことば』明治書院
- 前田勇(1965)『上方語源辞典』東京堂出版
- 村中淑子(2010)「大阪方言の助動詞「ヤル」の使用条件について」『国際文化論集』42 (桃山学院大学総合研究所)
- 村中淑子(2014)「大阪・奈良の方言における否定辞について -世代差を中心に-」『人間文化研究』1 (桃山学院大学総合研究所)
- 山本俊治(1962)「大阪府方言」『近畿方言の総合的研究』三省堂

謝辞

調査に快くご協力下さった皆様に感謝いたします。

関西方言／調査票

調査日時 2011年__月__日

桃山学院大学 国際教養学部の村中淑子と申します。

関西方言の中の地域差や個人差について調べています。

この調査でお尋ねした内容は、研究のためにのみ、使わせていただきます。許可なく個人情報を漏らすことはありません。

ご面倒をおかけしますが、ご協力いただければ幸いです。

まず、ことばを調べる関係で個人的なことを伺います。★は特に重要ですが、他の項目も差し支えのない範囲でお教えてください。

お名前★					
ご住所	府／県		市 郡	町 村	
メールアドレス					
生年月と性別★	年	月	生まれ	男性／女性	
お仕事					
在住歴★	歳～	歳	府／県	市 郡	町 村
	歳～	歳	府／県	市 郡	町 村
	歳～	歳	府／県	市 郡	町 村
	歳～	歳	府／県	市 郡	町 村
お父様の ご出身地は？	府／県		市／郡	町／村	
お母様の ご出身地は？	府／県		市／郡	町／村	
配偶者の方の ご出身地は？	府／県		市／郡	町／村	

開始時間 午前・午後_____時_____分

ふだん、家族や友達などの最も心おきなく話せる相手と話すときのことばについて教えて下さい。当てはまる選択肢に丸をつけるか、「その他」のカッコの中にお書き込み下さい。(使いそうなものが2つ以上ある場合は全てに丸をつけて、一番よく使いそうなものに二重丸をつけて下さると有り難いです。)

1 否定表現

(1)「今日は仕事に行くか」と聞かれて、「行かないよ」と答える場合、「行かない」の部分をどのように言いますか。

- a イカン b イカヘン c イケヘン d その他 ()

(2)「今日、仕事に行くことができるか」と聞かれて、「行くことができないよ」と答える場合、「行くことができない」の部分をどのように言いますか。

- a イケン b イケヘン c イケーヘン d イケレン
e イカレヘン f イケレヘン g イケヤン
h その他 ()

(3)「昨日は仕事に行ったか」と聞かれて、「行かなかったよ」と言うとき、「行かなかった」の部分をどのように言いますか。

- a イカナンダ b イカンカッタ c イカヘンダ
d イカヘンカッタ e イケヘンカッタ f イカヘナンダ
g その他 ()

(4)「昨日は都合が悪くて、仕事に行くことができなかったよ」と言うとき、「行くことができなかった」の部分をどのように言いますか。

- a イケナンダ b イケンカッタ c イケヘンカッタ
d イカレヘンカッタ e イケレンカッタ f イケレヘンカッタ
g イケヤンカッタ h その他 ()

(5) 「今日、この服、着るか？」と聞かれて「いや、着ないよ」と答えるとき、「着ない」の部分をどのように言いますか。

- a キン b キーヘン c キーヒン d キエヘン
e キヤヘン f キヤン g その他 ()

(6) 「暑いから上着を着なくてもいいだろう」と言うとき、「着なくても」の部分をどのように言いますか。

- a キンデモ b キヤンデモ c キヤヘンデモ d キンカテ
e キーヘンデモ f その他 ()

(7) 「この服、古くてだいぶいたんできたから、もう着ないでおこう」と言うとき、「着ないでおこう」の部分をどのように言いますか。

- a キントコ b キヤントコ c キヤヘントコ
d その他 ()

(8) 「この服、小さくなってしまったからもう着ることができないよ」と言うとき、「着ることができない」の部分をどのように言いますか。

- a キラレヘン b キラレン c キレヘン d キレーヘン
e キラレヤン f キレヤン g キレン h その他 ()

(9) 「明日はこのスーツを着なければならない」と言うとき、「着なければならない」の部分を何と言いますか。

- a キナアカン b キヤナアカン c キンナアカン
d キンナラン e その他 ()

2 待遇表現

次の表現の下線部分について、

自分自身が使うものに○、

自分は使わないが他の人が使うのを聞いたことのあるものには△、

使わないし聞いたこともないものには×、 をカッコ内に書き込んで下さい。

(文の最後に「～わ」や「～で」をつけたほうが自然な場合は、つけて考えてみて下さい。つけなくても結構です。)

- ・ 先生がスイカ食べてはった (or 食べたはった) わ/で ()
- ・ 先生がスイカ食べてはる (or 食べたはる) わ/で ()
- ・ 先生、よう食べはる (or 食べやはる) わ/で ()
- ・ 先生がスイカを食べはってる (or 食べやはってる) わ/で ()
- ・ 先生がスイカを食べはってた (or 食べやはってた) わ/で ()
- ・ 先生がスイカを食べてはりました (or 食べたはりました) ()
- ・ 先生、スイカ、食べはりますか (or 食べやはりますか)。 ()

- ・ あそこに先生がいはる (or いやはる) わ/で ()
- ・ あそこに先生がいてはる (or いたはる) わ/で ()
- ・ あそこに先生がいはってる (or いやはってる) わ/で ()
- ・ あそこに先生がいはってた (or いやはってた) わ/で ()
- ・ 先生、あそこにいはりました (or いやはりました) わ/で ()
- ・ 先生、あそこにいてはります (or いたはります) わ ()

- ・ あんなたくさん食べてしまいよった わ/で ()
- ・ いっぺんに食べよった わ/で ()
- ・ すごい勢いで食べよる (食べよん) ねん ()
- ・ すごい勢いで食べてよる わ/で ()
- ・ すごい勢いで食べてよった わ/で ()
- ・ いっぺんに食べよりました わ/で ()
- ・ いっぺんに食べてよりました わ/で ()

- ・ あの子、豚まんをおいしそうに食べやる わ／で ()
- ・ あの子、豚まんをおいしそうに食べてやる わ／で ()
- ・ あの子、豚まんをおいしそうに食べやった わ／で ()
- ・ あの子、豚まんをおいしそうに食べてやった わ／で ()
- ・ あの子、豚まんをおいしそうに食べやりました わ／で ()
- ・ あの子、豚まんをおいしそうに食べてやりました わ／で ()
- ・ あの子、豚まんをおいしそうに食べやるんです ()
- ・ あの子、豚まんをおいしそうに食べてやるんです ()

3 言語意識

- (1) あなたのことばは、「なに弁」ですか（何か呼び方がありますか）。

- (2) ふだん、家族と話すとき、どんなことばを使いますか。

- (3) 家族と話すときと、友達と話すときで、ことばが違いますか。

- (4) 仕事先（アルバイト先も含む）で、どんなことばを使いますか。

- (5) この調査について何かご意見がありましたら、お書きください。

★これで終わりです。ご協力くださり、どうもありがとうございました。

終了時間 午前・午後_____時_____分 所要時間 _____分

【編集後記】

『現象と秩序』創刊号をお届けします。

本誌は、2012年にWEB雑誌として構想され、本年になって環境が整い創刊に至ったものです。

発行形態としては、WEB雑誌としてだけでは、まだ十分読まれないだろうという判断から、同一のものを紙版とオンラインジャーナルの両方でしばらく発行していくことになりました。

ご愛読いただければ、さいわいです。

次号からは、連載企画も始める予定です。ご意見・ご要望は、下記発行所メールアドレスで承っております。どうぞなんなりとお寄せ下さい。

(Y. K.)

『現象と秩序』編集委員会（2014年度）

編集委員

檜田美雄（神戸市看護大学）

中塚朋子（就実大学）

堀田裕子（愛知学泉大学）

編集幹事

城野真衣（神戸市外国語大学）

『現象と秩序』第1号

2014年 10月31日発行

発行所 〒651-2103

神戸市西区学園西町 3-4

神戸市看護大学 檜田研究室内 現象と秩序企画編集室

電話・FAX) 078-794-8074 (ダイヤルイン)

e-mail: kashida.yoshio@nifty.ne.jp

ISSN（製本版） : 2188-9848

ISSN(オンラインジャーナル): 2188-9856 *現在のWEB版は20141208誤植訂正版

*製本版と頁水準の異同はありません。

<http://kashida-yoshio.com/gensho/gensho.html>