

## 看護師との協同作業に埋め込まれたポジションどり

—ALS 在宅療養場面におけるマルチモーダルな相互行為分析—

松浦 智恵美

立命館大学大学院先端総合学術研究科

chiemi.cat@nifty.com

# Use of Body Positions Embedded in Collaborative Work with Nurses: Multimodal Interaction Analysis in ALS Home Care Situations

MATSUURA, Chiemi

Ritsumeikan University

Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences

*Keywords: Collaborative Work, Body Position, Standby, Multimodal Interaction, Video Ethnography*

### 要旨

在宅にいる ALS 療養者<sup>1)</sup>への訪問看護師と在宅療養の主たる介護者によって行われる相互行為をビデオデータをもとに分析する。一見、在宅療養の標準的相互行為場面に見えるが実は複雑な相互行為が行われていることを発見した。その場で達成すべき目的に向かって2者間において主介護者が「ポジションどり」を巧みに使いながら場面が切り分けられていたのである。これまで在宅の場面では在宅療養者への医療的ケアとして訪問看護師と療養者家族（介護者）は「専門家－素人」というカテゴリーで扱われてきた。しかし、ビデオデータを繰り返し見ると療養者家族（介護者）は「訪問看護師（専門家）から指導され、指示される素人（主介護者）の振る舞い」とは違っていった。両者は同じ目的をもってケアを行っているのだが、その作業過程において多様な手順や方法を用いながら、その場その場で起こるトラブルも含めて乗り越えていた。その場面秩序は時間の制約があるという条件の下で身体と発語を巧みかつ端的に使いながらマルチモーダルな相互行為として達成していたのである。

## 1 はじめに

在宅療養中の家庭を訪問し、療養者と家族介護者たちがどのように療養生活をデザインし、どのような工夫をしているのかについて調査した。調査は訪問看護師と療養者および家族介護者との相互行為についてである。療養者はALSという神経難病患者であり人工呼吸器を装着しているため在宅療養には家族の介護が24時間体制である。そして、訪問看護は医療的ケアも含めて療養者および家族にとって重要な役割を果たしていると思われた。齋藤(2014)の研究では、人工呼吸器をつけていなくても長期にわたって在宅療養者を取り巻く環境は「医療の家庭化」が行われていることを指摘している。体位変換の記録代わりとしての壊れた時計の家族間活用や、胃ろうから注入される栄養注入時の器具(チューブ)にも環境に応じた変容が工夫されていた。それらは医療の専門職たちからの情報をヒントとしているように思われた。医療が家庭に引き継がれたとき、そのまま医療として使うのではなくその環境に応じてさまざまなイノベーションが生じているのである。これらのように療養者および家族と専門職は家庭内の医療的ケアという秩序をその相互行為のなかでどのように生み出しているのかを一般的な専門職としての役割という意味ではなく、療養者および家族と織りなされる相互行為に注目している。

本稿では、医療ケアを訪問看護師と主介護者が協働して行われる相互行為の秩序が、その場面において主介護者の〈ポジションどり〉を活用することにより切り分けられた相互行為がマルチモーダルに行われている。それは「専門家-素人」の構図ではなく、「専門家(専門職プロ)-専門家(在宅療養介護プロ)」が織りなすマルチモーダルな相互行為による新構図であると言えそうである。

## 2 先行研究と本稿の意義

介助を要する在宅療養者とその家族の療養生活に対して、神経難病患者の在宅療養者の長期化以後の継続を可能にする要因についての研究がある(深川・宮園 2024)。この研究で要因を3点にまとめており、その中の一つに訪問看護の役割が大きいことが述べられている。訪問看護の役割として、公共サービスや多職種との連携および介護疲労増強時のレスパイト入院への連携が介護者から求められているという。また、訪問看護師による在宅療養を安定化させるために介護者を主軸に置いた関係作りに着目した研究があり(古瀬 2005)、訪問看護からみた在宅療養者と介護者および介護者の介護力について述べられていた。その他、在宅看護場面における看護職の行動について保健婦との相互行為に焦点を当てた研究があり、そこでは「看護の基本的な知識・技術を各家庭の実情に合わせて変換、提供するとともに、多様な職種との連携・調整を図る」(鈴木他 2002)ことが看護問題の解決や回避への対処だと述べている。これらは質的研究ではあるが、医療的視点によるもので療養者および介護する家族との協同的行動については言及されていない。また、神経難病のように医療的ケアが必要であるがゆえに訪問看護が役割を果たしている事はあげられているが、具体的にどのように在宅療養者・介護者とともに在宅ならでの工夫をして

いるのかについては述べられていない。したがって、医療従事者視点による研究では在宅療養の理想はつかめても在宅療養生活の実態はみえないのである。つまり、現在現場で起きていることの追認はこれらの研究では難しいということになる。医療的視点による研究では療養者および介護者は指示・指導や援助、評価される対象となっているようだ。たしかに病院という環境の下にいる場合には医療的視点で考えることが適切かもしれない。しかし在宅療養では療養者側の視点で現状を追認することによって療養生活の実態（療養生活文化の創造）が明らかとなると考える。

一方、エスノメソドロジー・会話分析（以降、EMCA と略す）研究ではイノベーションとしての医療化が家族介護者たちによって豊かな展開が研究されている。家族介護者たちは自宅療養という場面で、医療を実践しなくてはいけなくなり、医師の指示通り、指定されたことだけをするわけではなく、「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」（齋藤 2014）のだ。齋藤（2014）の分析は医療化された家庭の問題は家族が解決しているとも読みかえることができる。そして、その解決に対して医療者は指示や指導ではなく、在宅医療を支える協働者として役割を發揮しているのではないだろうか。

その他に、気管切開をして在宅療養をしている人への音楽療法の場面を取り上げた研究がある（樫田 2019）。樫田は、音楽療法としてバイオリンによる楽曲をベッドサイドで奏でている場面に注目している。療養者が手拍子を打つのだがその手拍子が少しずれているようにも聞くことができたが、不自由な左手を使っての手拍子であることも考慮すると、音とずれていると聞くことも可能であった。しかし、繰り返し撮影したビデオを見てみるとメロディラインとしての手拍子を打っていることを発見した。声を出すことも両手で自由に手拍子を打つこともできない身体を使って「最終的には『メロディー対応型手拍子による競演』と呼べる水準のパフォーマンスをしていた」と分析している。そして、このような実践を「在宅療養者のブリコラージュ（器用仕事）の一例」として紹介している。

また、神経難病の在宅療養者の研究では、在宅で暮らす ALS 療養者の看護師による吸引場面で療養者本人と看護師の二者間で起こるコミュニケーショントラブルに注目して EMCA で分析したものがある（樫田 2021）。そこでは、人工呼吸サポートを受け、痰の吸引は看護師が行っている ALS 療養者と看護師との吸引場面を紹介している。吸引する場面で吸引のタイミングやマスクの脱着について ALS 療養者が「首振りと頷きで表示し、タイミングよく判断を指示し、主体性を發揮」して、看護師に指示している様子がうかがえる。通常の吸引行為という場面に伴っている医療者と患者という関係とは異なる関係性が相互行為のなかにみられたのである。「このような『医療機器』のマニュアル逸脱的な利用法の創造」や、続いて吸引場面でのコミュニケーションのトラブル場面における「欠損能力者の非欠損的コミュニケーション」が展開されている<sup>2)</sup>。樫田は全体の議論として、「医療機器や医療技術というものが、専門家が実施する医療実践という意味の閉域内においてのみ意味をもつものなのではない」と述べ、「療養者が生きている生活の中でのさまざまな現象

や状況に関連した生活実践としての意味をもつ」ものである。そしてこれらの結論として在宅療養現場において〈器用仕事の発見〉になるのだと主張している。

これら先行研究から、在宅療養においても指導や支援という「専門職—素人」枠組みで議論を進めるのではなく、在宅での「現場化された技術」＝「医療化された家庭における技術」があり、医療的ケアにおいても在宅では専門職と療養者本人や家族介護者が対等な関係性をもち、協働して療養場面の相互行為を構成しているのではないだろうか。しかしこれらの研究では在宅療養者と音楽療法士や訪問看護師の専門職と療養者本人との関係について述べられているが介護者と専門職との相互行為について述べているものではない。

本稿では在宅療養における訪問看護師と家族介護者の協同作業という相互行為により行為目的を達成するに至る相互行為を示すことにより在宅療養生活文化の創造の実態を明らかにしていきたいと考える。言い換えると、在宅療養において療養者本人・介護者と専門職によって医療的ケアが達成されていく場面を分析し、専門職という専門家と在宅療養介護の専門家による相互行為としての新たな視点で在宅療養生活の豊かさ（在宅療養の文化創造）を示していきたいと考えている。

### 3 研究方法

#### 3.1 ビデオ・エスノグラフィーとは

前述したように、在宅療養場面においては、特に医療的ケアをしている・していないにかかわらず、その場面において人びとが織りなす相互行為を詳細に見ていくことが必要である。その研究方法として本稿ではEMCAを分析方法とした。エスノメソドロジーとは人びとがその場面で創意工夫しながら秩序を作り上げている様を描き出すことができる研究分野である。そして、ビデオ・エスノグラフィーは人びとが行う連鎖的な相互行為を社会秩序として探求するため「EMCAである諸研究のうち、ビデオデータの精密性と現場知識の十全な活用を志向したものにつけられた、手法レベルの名称」（樫田 2021）なのである。社会学方法論の1つであり、EMCAの用語として本稿では用いる。ビデオ撮影することで相互行為がなされている場面を繰り返し何度も見ることができる。すなわち、何が起こっていたのかを回想的に振り返るのではなく何度も同じことを体験することで相互行為の中に見えているが気づいていない秩序（＝seen but unnoticed 見えているが気づいていない）が発見されるというエスノメソドロジー研究の基本的立場である。「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」（樫田・堀田・若林 2014）とも言われている。ビデオに撮って研究者複数人によって何度も再現することでビデオに写っている本人たちも気づいていない相互行為や秩序が発見され、その現場の達成すべき事柄を実践していることに気がつくのである。

### 3.2 ビデオ・エスノグラフィーによる在宅療養におけるマルチモーダルな相互行為の発見

病院において、看護師同士・介護福祉士と看護師によるケア時の協同作業は多くの場合、熟達した看護師が主導権をとってルールに基づいて作業する。これはケアの均質化と標準化を確保し、安全にケアが行われることの担保にもなっている。しかし、在宅における協同作業では専門職が2名ではなく、専門職が1名と家族介護者（主介護者）とケアにあたっていることが多い。もしくは、家族介護者を休ませるために専門職1名だけでケアに当たることもある。「専門職－素人」というカテゴリーで成員化された場面として相互行為をみるのでは在宅療養における創意工夫のありようは浮かび上がってこない。

一例として、がん患者とその家族の療養体験をとおして、在宅療養における訪問看護師と家族介護者の相互行為について研究している事例を挙げる（千崎 2018）。ここでは進行がん患者・家族と看護師とのパートナーシップの課程における相互行為に注目しエスノメソドロジー（EM）的相互行為として分析している。この研究では患者・家族との対話について看護師が提供する話題をとおして患者・家族が変容していった様子が述べられていた。その結果、患者は研究参加者として行為者役割をうまく活用できたこと、看護師も気が付かないうちに相互行為（対話の内容）が進んでいたことを理由に相互行為を成し遂げることができる家族介護者というのは、その社会的属性において日常的な相互行為ができる能力を持った人物だということである。しかし、これでは社会的属性における日常的な相互行為は能力を持った人物でないと相互行為はできないような誤解を生んでしまいかねない。

EMCAにおける研究対象としての日常では、相互行為（日常的な暮らしの中で誰もが行う相互行為として）の中で参加する人々によってその行為が秩序たてられているのである。つまり、日常的な相互行為は日常を営む人びとなら誰でも行っているのである。しかし普段、人びとはその相互行為を意識していない、いや気がついていないことが多い。「日常生活を営む人びとなら社会のあらゆる場面で誰でも使っているけど気づくことがない（seen-but-unnoticed）方法論的な知識」（水川 2007: 11）なのである。ガーフィンケルが提唱したエスノメソドロジーはここに端を発する。つまり、様々な場面において創意工夫を本人の自覚の有無に限らず秩序として社会を成り立たせているのはそこに参加する人々によってつくられているからである。そして加えて、さまざまな場面においてみられる人々の身振り手振りや手の位置・視線などの身体のふるまいを明らかにし、会話と結び付けることによって人々の協働的相互行為が明らかになるというマルチモーダルな研究が展開されていくのである。

## 4 場面の概要

調査は2020年1月に4人（筆者と研究協力調査員と学生2名）で伺い、2月には2人（筆者と1月と同じ研究協力調査員）で訪問し、計2回訪問調査を行った。療養室にはビデオカメラ2台を置き、家族へのインタビューは調査員の胸に入れたマイクで録音してい

た(家族には事前に調査内容と録音録画の許可と個人情報保護に基づいて報告されること、および研究協力へはいつでも拒否できることを説明し承諾を得ている)。

在宅療養者は70代後半の高齢女性で、難病ALSによる呼吸筋の低下によって人工呼吸器を装着し、ほぼ寝たきりの状態となって2年が経過している。意識ははっきりしており、目の動きや口もとの動きを使用して簡単なコミュニケーションを図ることができている。我々が訪問した時点は理学療法士が口唇の動きの読み取りによるコミュニケーションの確立の方法を探っている最中ということで家族もまだその方法を獲得はしていなかった(長女へのインタビュー記録より)。調査訪問時には視線を合わせて挨拶することができた。

訪問看護ステーションから訪問看護が週3回と週2回リハビリスタッフが訪問してくる以外に週1回はデイサービスを利用して入浴している。この訪問看護ステーションからの訪問看護師は担当制ではなく複数人が入れ替わり訪問している。

夫と子供2人との4人暮らしであり、子供たちは就労しているため日中や夜間の介護は高齢の夫が主となっている。療養場所は現在の身体状況になったときに一人きりにならずにいつも家族のそばにいる事ができ寂しくないようにと1階のリビングダイニングキッチン(LDK)の広い部屋の一角にベッドが置かれ、そこで療養している(図1)。家族が帰宅すると必ず通るLDKは家族のだんらん場所でもあり、療養者とのコミュニケーションの場所でもあるようだ。齋藤(2014)の研究対象者の家庭でも家族が最低1日1回は訪室する仏壇を置いてある部屋に療養者のベッドがあるように、本稿の調査対象者宅も家族と主に過ごす空間で療養している。日中は夫と同じテレビやラジオを見聴きして過ごしている。

人工呼吸器をつけたALS患者の介護者は就寝時も人工呼吸器のアラーム音(呼吸の異常を示す警告音)が鳴ると起きて対処しなければならない。夜中もトイレに起きた時やアラーム音が鳴ったときに吸引を行っている。過去に一度、夜中にアラーム音が鳴ったため起きると気管切開部に挿入していたチューブが外れていたことがあった。すぐに主治医に連絡し、対処方法を教えてもらい事なきを得たという事柄があった。その後、主治医を含めた訪問看護ステーションチーム(看護師・療法士)と家族により日常生活用品や100円均一グッズを組み合わせた工作をしている。療法士や看護師も100円均一ショップに立ち寄ったときには試行品としてのものを購入してくることもあると話していた(長女へのインタビュー記録より)。まさに気管切開部のチューブが抜けにくいことへの対策を協働して行っているエピソードの1つである。

このようにして医療的ケアを受け入れながら介護者は在宅療養を数年しているとかかなりの介護熟練者となっていく。特にALS療養者のように24時間365日体制で介護を要する場合には主介護者は在宅療養のプロとなっていくのである。

本稿で取り上げるのは、訪問看護師のケア・処置の一連の中で早い段階で行われる排痰補助装置を稼働させるための準備、としてパーカッションラップ(以降、ラップと略す)を巻いていく場面を取り扱う。人工呼吸器をつけている人は肺の中にある分泌物を自力で移動させることが困難なため、排痰補助装置という医療機器から胸部に振動を与えて分泌

物を移動させ、吸引によって外に排出する効果を期待して稼働させる機器である。機器を稼働させるために患者本人の胸部にマジックテープ付きの腹帯のような幅 20 cm程の帯(ラップ)を巻き着け、機器と接続して振動を伝えるのである。しかし、自分で身体を 1 mmも動かすことができない人の身体(ましてや人工呼吸器がついている状態)の胸部にラップを巻いていく行為は専門知識の他に技術や工夫が必要であることは想像に難くない。

他方、訪問看護師は制度上 1 回の訪問で概ね 1 時間 30 分の制約があるため、医療的ケアが多く必要な人への訪問時は手際よく行わなければならないという課題を看護師は常に持っている。そのことを訪問される側(療養者家族)もよく理解していることが多い。

## 5 トラブルを回避しながらすすむ相互行為にみられる身体のポジションどり

### 5.1 広角視野の立ち位置(スタンバイ A)

GM 宅に訪れた VN(訪問看護師)は訪問後すぐに GM(ALS 療養者)に日常一般的な挨拶(1 月 4 日であったため正月の挨拶や外の天候など)をした後、体温測定と経皮的血中酸素濃度測定・血圧測定を行う(バイタルサインの測定)。

訪問看護師からの挨拶に GM は視線を合わせて見つめている(理解している)。

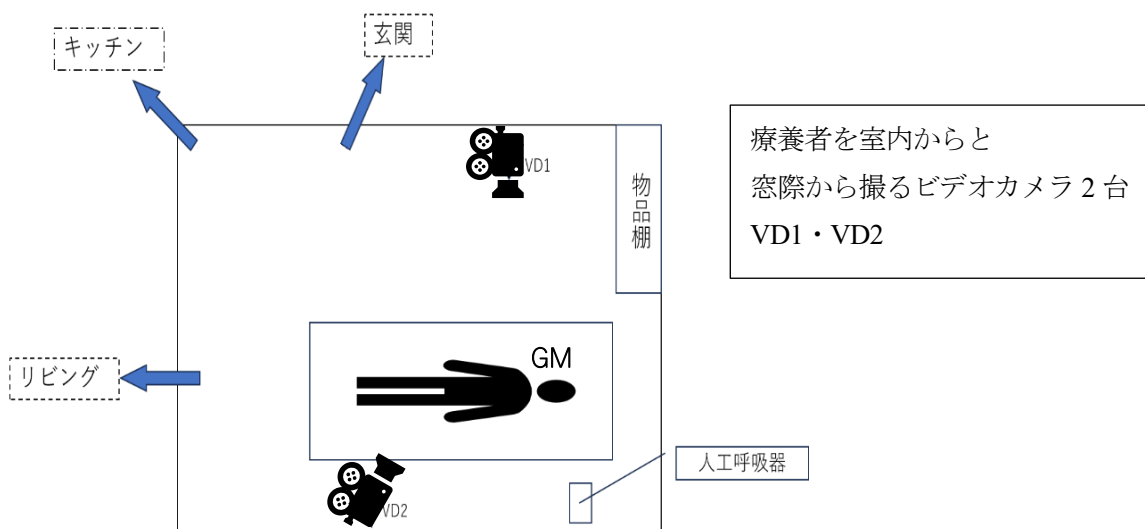


図 1 家の中での療養者の位置

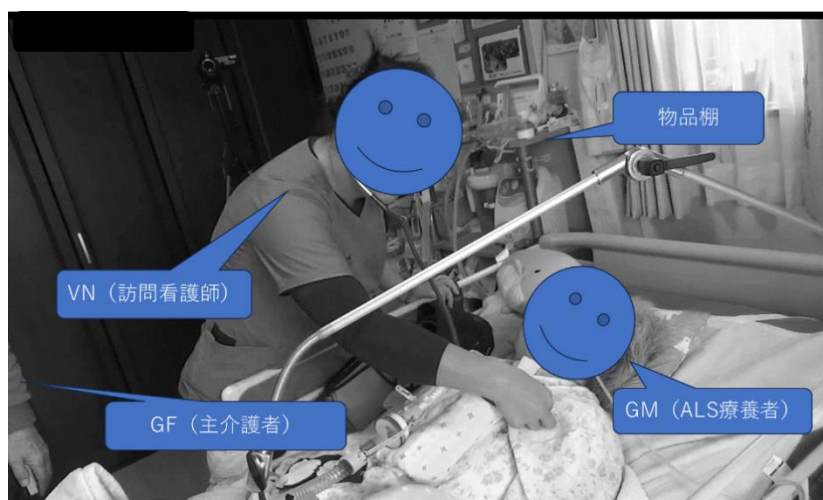


図2 GM・VN・GFの立ち位置と物品棚の配置

一通りの計測終了後、VNが入念に肺音を確認している場面ではGFの立ち位置で、VNとGMの両者が広角で見える斜め後ろの位置にいる。図3でGFはVNが聴診器でGMの肺音を聞き始めた時にはVNの右横の位置に立っている。そして、VNが入念にGMの両肺音を聴いていく70秒間の間に少しずつ移動しながら(図4)全体が見渡せる立ち位置(図5)まで44秒間で移動している。GFはVNの斜め後ろに立ち棚に視線を巡らせている。この位置からはVNはもちろん室内を広角で見ることができるところなのである。VNは肺音聴取を終え次の動作に移るまでGFはこの位置でスタンバイしている。つまり、VNが肺音を約70秒間の時間をかけて聴いている時にGFは静かに少しずつ移動し(図3・図4)、図5の立ち位置に立ったということである。ここでは、図5の立ち位置をスタンバイAとする。静かに音を立てずに移動することは肺音聴取という行為への配慮のようにも見える仕草である。斜め後ろというのはこの静かな狭い空間では前方にいる人にも察することができる位置である。もう少し詳細に言うと、肺音聴取を終え聴診器を耳から離れた時点でVNはGFがどこにいるのか理解できる位置にいるということである。GFからの視点でいうと、背後に立っていることに気づかせることのできる距離なのである。VNはあえて振り返りGFの顔を見て会話しなくても室中でこの位置距離では作業しながら独語のように発話するだけで相手に伝えることもできる。そして、後方にいるGFにとってはすぐに指示を受けることができる位置である。実際、図6にみられるように吸引チューブの未交換のVNによる発話を受けてGFは素早く作業を始めている。つまり、GFのこの立ち位置は広角視野であるがゆえに前方にいるものが次に何をしようとしているのか、また何を指し示しているのかを容易に理解することができるVNの観察と次の行為への手順の観察ができる位置なのである。





VN が左手をベッド柵に置き右手で聴診器を当て GM に視線を向けている時、GF は VN の右横少し離れたベッドサイドに立っている。

図3 VNの右横にいるGF



VN が GM の左胸から聴診器を外した時、GF はベッドサイドから離れてVNの斜め後ろに移動して立った。

図4 VNの斜め後ろに移動したGF



VN はさらに集中して聴診器を当て GM に視線を落として聴診している。GF は VN の斜め後ろに立ったまま柵の方を見ている。

図5 スタンバイA

## 5.2 トラブル発見とトラブルへの対応の相互行為



物品棚に貼られた吸引チューブの袋を指さし「今日変わってないな」という

図6 吸引チューブ未交換というトラブルを発見

VN は肺音聴取を終え、GM ベッド上に置いてあった血圧計を持ち上げ、物品が置いてある物品棚に姿勢を向けながら血圧計を袋の中に片づけていた。そして、「今日変わってないな」と物品棚に顔を向けたまま言い、物品棚に貼ってある吸引チューブの袋を指さした場面が図6である。

人工呼吸器をつけた患者の吸引チューブは、病院においては感染リスクの面から使用時ごとに単回使用のチューブを使うことが前提とされている。しかし、在宅では1日1回交換することが多い。感染のリスクをできるだけ少なくするために口腔用と気管内用の吸引チューブは別のものを使用している。GM の家では吸引チューブが入っている袋を棚の端にテープで貼り使用している。そして、前日に使用した気管内チューブを口腔用として当日に使用しようとしている。つまり、前日の気管内用吸引チューブを口腔用に貼り換え、そして新しい吸引チューブを気管内用に用意し、前日の口腔用チューブは捨てる、という作業を毎朝行っている。その交換ができていないことを発見した指さしである。

この場面の断片1の2行目にある「今日変わってないな」というVNの発話に対して3行目にみられるようにGFは返答より先に物品棚に身体の向きを変えている。そしてGFは動作を始めながら笑いながら発話(4行目)している。GFの身体の向きとVNの身体の向き(9行目)が棚の方向に向かっているが、二人は向き合うことなくVNは再び姿勢を戻して血圧計を袋に片づける続きをはじめ、GFは吸引チューブの交換を始めたのである。つまりGFは、図7の①の立ち位置から素早く②の位置に移動しながら発話し、VNは同じ位置にいたまま上半身のみ物品棚に向かう動作と発話の後GMに向かう姿勢に戻っている。このGFの動作はVNの発話が独り言ではなくGFに向けて発せられたものであるとGFが理解したゆえの動作である。もし吸引チューブの未交換(今日はまだ吸引チューブが

変わっていないので) をこの後自ら交換しようと考えた VN の独り言として理解されたなら GF の動作は起こらなかったであろう。また、GF の動きに躊躇がないことも特徴としてあげることができる。VN の発話に対して 3 行目の発話のあと動作が伴わなかった場合やどちらが交換をするのかを問う発話がある場合もあるだろう。しかし、「今日変わっていないな」といった略された言葉で理解されうる関係であると考えられるなら、この状況（訪問看護が来る前に吸引チューブが交換されていない状況）はいつも通りではないということだ。いつもであれば吸引チューブは訪問看護が来る前に交換されているのであれば、2 行目の VN の発話は当然のごとく GF に向けられたものとして受け止められ、動作が素早く行われているのがわかる。

断片 1 吸引チューブ未交換を発見した時のトランスクリプト

1	VN	棚の吸引チューブがあるところを指さす	動作
2	VN	: 今日変わってないな h h h h h h h h	発話
3	GF	棚の方に近寄る	動作
4	GF	: h h h h 変えとらん h h h h	発話
5	VN		動作
6	VN	: h h h h h h h h	発話
7	GF		動作
8	GF		発話
9	VN	上半身を棚にひねりながら右手で血圧計を袋に片づける	動作
10	VN	: h h h h h h h h	発話
11	GF	棚に近づく	動作
12	GF		発話

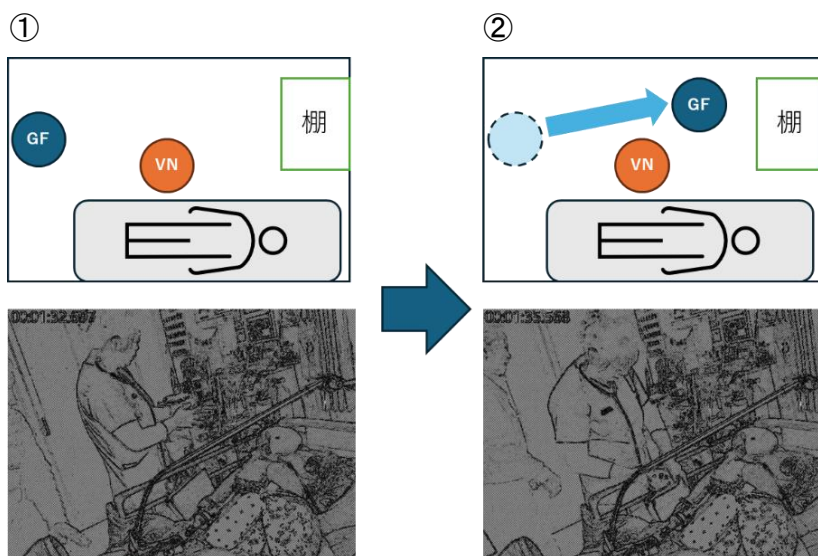


図7 チューブを交換するために移動する GF  
(VN は直前の作業に戻り、GF の交換作業に注視しない)

GF が物品棚に向かって移動を始めたことを VN は姿勢を戻す前に一瞬確認しているが、特にその姿勢に固定した動きは見られなかった。もしここで、VN が GF の行為に姿勢を止めて見続ける（じっと見る）、つまり待機の姿勢をとってしまったら、それは吸引チューブを交換していなかったことへの非難となってしまうだろう。VN はそれをせずに、トラブルを発見する直前に行っていた作業（血圧計を片付ける作業）に躊躇なく戻っていったのである。これは複数作業の同時進行によってケアの総作業時間が延長しない両者の工夫といえる。新しい吸引チューブの交換が、いつのタイミングで交換されてもいいわけなのだが今このタイミングで同時進行することについて2人が同意されたのである。このような態度はトラブルが大きな出来事とならないようにするための方法として優れていると考える。医療的ケアの協同作業が行われている途中で発見されたトラブルを大きな障壁とせず、ごく普通に同時作業として秩序内に取り入れ、また作業の続きも行っている場面である。まさに秩序が乱れていないともいえるこの場面はとてもクリエイティブなものとして場面を引き立たせているように思える。

また、「今日変わってないな」という短いフレーズであり、かつ、さまざまな言葉が略されている。あまり親しくない人同士の場合、略した言葉は何を示しているのか気が付かないことがある。この場面でも、訪問した看護師はいつも来る人ではなく、交代制で本日訪問している。しかし、VN が吸引チューブの貼り場所を指さすことで後ろにいた GF には状況が理解できたのである。簡略した言葉によって伝わるほど、VN の身体の動きと発話の志向が同じであることは、GF がその位置にいたからであろう。GF の動きが発話とほぼ同時に行われたということは、GF が立っていた場所が広角で全体をみることができるところであるということである。この位置にいないと VN の邪魔になる可能性も出てくる。また、離れすぎると VN から発話があるときに聞き取れず、すぐに行動に移せない。斜めすぐ後ろに立つということは立たれた側には気配で感じることができ、何か話しかけようとするときにすぐに反応してもらえると VN にも理解できているため振り返ることなく発話が始まっているのである。その日は朝からバタバタしていたため（我々調査員が来訪することでバタバタしていた様子）吸引チューブの交換ができていないことも GF から VN にこの場面で伝えられているが、お互いは顔を合わせることなく自分の仕事（VN は血圧計の片づけ、GF は吸引チューブの交換の準備）をしている。

## 5.3 VNが出すキューサインに反応し、スタンバイA'へ移動する

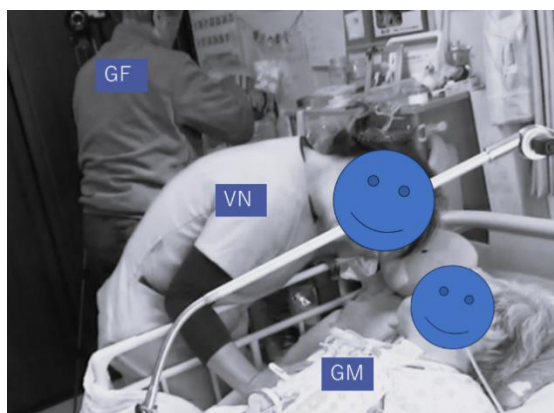


図8 VNが「ほなブルブルするよ : :」<sup>3)</sup>とGMに声をかけている

図8では、血圧計を片付け終わったVNがGMの右肩に手を置き、視線を合わすようにのぞき込み、はっきりと少し大きめの声で発話していることが特徴である。VNはGMに向かってこれからすることの説明しているのだ。この家において「ブルブルする」とは排痰補助装置を動かすときに発する機械の音を擬音語として使用している。つまり、「ブルブルする」とはこれからラップを胸に巻き、機械に接続して胸部を外部から刺激させる処置のことを指している。そして、この発話は準備を今から始めることの全員へのキューでありGMに対してだけではなく、隣で吸引チューブ交換をしているGFに向かってのキューにもなっている。雑談ともいえる話をする時とは明らかに違うトーンで発せられた「ブルブルするよ : :」は作業にあたるメンバー全員(GFとGM)に対してのGoサインである。

キューを出した後、VNはGMの枕元にあった小さなクッションを壁側に除きベッド上の片づけを始めた、その際にGFの様子を一瞬見た様子があり、GFの作業の確認とみることができ、吸引チューブの交換をしていることは分かっている、何をしているのかを確認しているのではなく作業工程の進捗状況を判断しているといえる。しかし、GFへの発話はなくVNの行為にも滞りはなくこれから行う作業に必要な環境を作るためにベッドの状態を電動ボタンで整える(頭部が上がっている状態をまっすぐに下し、ベッドの高さを高くする)。この時にもVNはGMに向かって「頭下げるよ : 」と準備のためにベッドの頭部を下げることを伝えている。この発話もGMだけに発しているのだろうか。「頭下げるよ : 」はキュー2としてVNの作業の進捗状況を伝える手段として利用されているのではないだろうか。キュー2が発せられた後、VNは物品棚からラップが入った袋を取り出し袋に入っていたラップと機器をつなぐチューブ等をGMの枕元のベッド上に出した。そして、すべての物品がベッド上に整う頃にGFはスタンバイAよりも少しだけVNに近い斜め後ろに立った。この立ち位置をA'(Aダッシュ)とする。しかし、GFは吸引チューブの取り換えが終了したことについて伝えるなどの発話はなかった。スタンバイA'もスタン

バイ A と同様に広角でみることのできる位置であるうえに VN に近い位置であった。

手順としての本来の流れは、トラブルを発見しなければ順調にこの作業に到達していた。しかし、全体の流れとして特に総作業時間が増えたわけではない。トラブルをトラブルとして時間をとって作業したのではなく、本流は流れていたのである。GF は、本流の流れを妨げることなくトラブルに対応し、再び本流に合流できることを身体の立ち位置によって VN に知らせているのである。

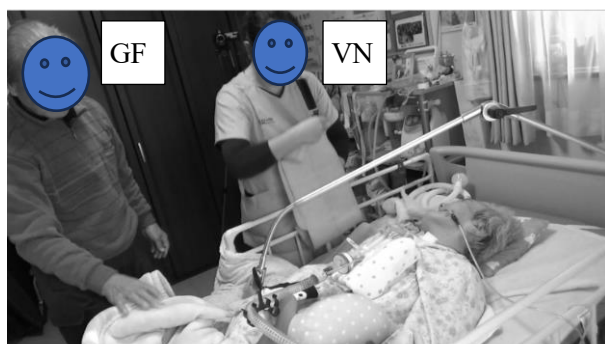


キュー2以降、VN が物品を準備していると GF は VN の斜め後ろに立った。

図9 スタンバイ A'

## 6 ラップを巻いていく協同作業における身体の位置（スタンバイ B）

VN がラップを手に取り、広げたラップをベッドサイドに立ったまま手元で丸めはじめた。この時点では GF は図 10 にみられるように VN のすぐ横に移動している。この位置をスタンバイ B とする。ラップを丸めているのは、療養者のおむつや衣服交換など、自ら動くことのできない体につけるための方法として、端を丸めて手前から患者の背部に滑り込ませる方法を採用した結果である。そうすることで何回も体の向きを変えず（体位変換）、できるだけ 1 回の体位変換で装着するための工夫なのだ。これの応用編としてラップを巻く時にも採用されている動作である。ここで注目するのは VN がラップの端を丸めて GM の身体の横に沿わせる動作の 1 秒前に GF が布団に手をかけていることである。まさにこれから巻き始める動作に移る寸前に GF によって環境の整備が先に行われているのである。GM の足元にかかった毛布を少し足元方向に下げることによって体の向きを変えるときに障壁になることへの回避である。毛布がかかっている状態でもできないことはないが、無い方がやりやすいのである。スタンバイ B はこのようにして VN の動作の先に動くための位置どり（ポジションどり）だったのである。これは VN を援助しているだけでなく、GM にとっても楽に体を動かすことができるようにするための準備である。それを GF は経験で知っているのであろう。



VNはラップを手に取り  
GFはVNの横に立ち、GMに  
かけていた掛布に手を伸ばす

図10 スタンバイB

ラップをGMの身体の下に押し込んだ状態で「ちょっとごめんよ(.)よっ」という発話のあとVNはGMの身体を左側臥位(左向き)にしようとするが、その寸前にGFは腰を落として中腰の力を入れやすい体勢をとった。VNの発話に対してGFからの返答はなく、自分の姿勢を中腰に落としVNの動作を見ている。GFの腕の支えによってGMの身体が左に少し傾いている状態であるためVNは両手でラップをGMの背部へ押し入れることができている。この時、GFが力が入る体勢でGMの腰の部分に傾けることができなければ、VNは片手でGMの身体を左に傾ける体制を維持したまま、もう一方の手でラップを背部に入れなければならない。GMの身体にとっても辛い体勢となるのである。1回の体位変換でラップを巻きつけることを可能にするためにはこのGFの行為はとても重要であり、VNが両手で作業できることを可能にしている状況である。今回も発話(返答)をする代わりに姿勢を変えている場面とみることもできる。つまり、GFはスタンバイB(VNの横に立つ図10)の位置からそのままの位置でGFの腰を落として重いものを支える体制のスタンバイCの図11となっていたのである。VNの行為援助のためにVNの動作より少し早めにこの姿勢をとり準備を始めているとみることができるのではないだろうか。



GFは少し腰を落としている  
GMの腰の下に手を伸ばし次の  
動作への準備をしている

図11 スタンバイC



さらにGFは足を開き腰を落としている  
GMの腰の下に手を入れる

図12 スタンバイD

次に背部にラップを押し込んだ後、体の向きを上に戻し今度は反対側の右側臥位（右方向へ体の向きを変える）にするためVNが両手をGMの左肩・腕・脇に手を伸ばす2秒前にGFは両手でGMの両腰に手を当てている。この時もGFはVNの動作より少し早くスタンバイCよりさらに腰を落としたスタンバイDの体勢でGMの身体を引き寄せる準備をしている（綱引きの時のように図10の姿勢より少し腰を落とし足を前後に開いている）。

そして、体の向きが変わると同時にGFは両手をGMの左腰に置きVNの作業を見ている。この一連の動作は、まるで餅つきの打ち手と返し手のような阿吽の呼吸である。長年一緒に動作をしてきたかのような行動であるが、いつも一緒に看護師が来る体制でないのは前述のとおりである。ここでみられたスタンバイC（図11）からD（図12）への移行はさらに安定した姿勢となることをあらわしている。大きな動きではないが、この使い分けができるということはこの作業がいかに頻回に行われ、そのたびにGFが協同しているかが理解可能になるのである。

このようにして、最終段階のGMの胸の上でラップの両端を合わせてとめつける作業に入り、ラップを巻き終えた時に「はい」というVNの発話があった。そして、その発話とラップ巻き最終工程であるマジックテープを合わせるという動作によってこの場面の終わりを告げたのである。

## 7 考察

### 7.1 カテゴリー化と場面的権力

本稿のように在宅療養者・介護者と専門職の相互行為の場面以外でも、さまざまな場面で介助行為を行う上で優先的な権利が関与しているといわれている。障害者と介助者という枠組みに対して、車いすを使用する障害者と介護者の購買場面を取り扱った研究がある（山崎他 1997）。そこでは店員が購入代金を本人の財布からもらおうとする場面で、障碍



者自身に意思決定する能力があり返答もしているにもかかわらず、介護者に対して「自分が〈介助行為〉を行ってよいかという〈許可の要請〉」を示していることについて分析している。そこでは、優先的關係がその場面を構成する枠組みとなっていることを指摘している。購買行為という行為ではあるが、店員が車いすに乗っている人を「障害者」という枠組みでとらえ、店員が行う行為を「介助」という形で解釈するのだというそういう枠組みを「我々の社会が持っているということ」である。そうであるから介助者に〈許可の要請〉を行ったことが解釈可能になると述べている。

また、障害者家族である「主介護者」の視点として、ALS 患者の家族として在宅療養で終末期を迎えたとき、主介護者は「もし症状が長引いたとしても、無理やり病院から追い出される恐れもない。ここは彼女の自宅なのだから、私たちは看護師に遠慮することもなく、好きなだけ母の身体に触れる」(川口 2009: 237) ことができると ALS 患者家族の思いが書かれている。終末期の在宅療養だけではなく本稿のような在宅療養者の場合でも同じことがいえるだろう。療養者・家族の自宅にいるということは誰に遠慮することもなく好きなだけ身体に触れることができるのである。医療的ケアの多い療養者の場合、好きなだけというより一日中頻回に身体に触れる行為を繰り返しているのである。朝顔を拭く・痰が詰まっているようなら吸引をする・汚れていればおむつを替える・身体の向きを時々に変える等々、身体に触れる機会があるのだ。そして、家族の中で主に介護をする人というのは家にいる時間の多い人となってくる。その主介護者の多くは配偶者や子供といった親族である。そうすると、週に複数回訪問してくる看護師など専門職は介護者である家族より療養者の身体に触れることのできる優先性は低いといえる。つまり、GF が VN より少し先に次の動作の準備を先に初めるために身体に触れることができるのは身体に触れることの優先性が高いからだともいえるのではないかと、ということである。しかし、GF と VN の相互行為は身体に触れる優先性というより、優先性による場面の支配を GF が行っていたと見ることはできないのではないかと、つまり [専門家－素人] の構図ではなく、[専門家 (専門職プロ)－専門家 (在宅療介護プロ)] という新しい構図によって作り出される秩序が医療的ケアを達成させているとみることができる。

## 7.2 ポジションどり活用によるマルチモーダルな相互行為

これまでみてきたように、GF は VN が一人で行う作業 (熱を測ったり肺音を聴取するなど) を行っている間は、VN の斜め 2 歩後ろにスタンバイしている (スタンバイ A)。スタンバイ A は前方の動きなどを広角で見ることのできる位置であることと、前方に立つ者にも気配でわからせることができる距離なのである。そうであるがゆえに VN が吸引チューブの未交換に気が付き、指さしと略した発話をするだけで何を意味しているのか、何をすることがこの場面で適切なのかを GF が認識した。そのため発話より先に動作が起こったのである。この場面の特徴は相互行為の秩序が会話と身体の動きのマルチモーダルな要素によって作り上げられているのである。加えて興味深いのは、そのトラブル対応の終了も

言葉ではなく身体の立ち位置によって知らせていることである（スタンバイ A'）。トラブルへの対応が終了した時点で終了したことを告げる発話ではなく身体の位置を元の位置に近く、より VN に近い位置であるスタンバイ A' に戻すことによって対応終了を告げたのである。

その後、VN のキューサイン（ほなブルブルするよ :）が発せられると GF は VN の横に位置へ移動する（スタンバイ B）。この位置はともに作業をするつもりであることの意味表示ととれるのである。発話を伴わない場面として、救急医療場面の研究で医療スタッフの協同作業についての研究がある（高山・行岡 1997）。その研究では、ほとんど会話と言われるものがないままスムーズに行為が行われていく際にその行為に必要な道具を持って「その作業が行われるべき位置に自分の身体を配置するだけで、その作業を自分が行うということを示す」ことができるのだと分析している。まさに GF が身体の配置場所を変える（スタンバイ A から A' へ、そしてスタンバイ B へ、またスタンバイ C からスタンバイ D へのポジショニングの移動）ことで次の作業に相応しい身体を提供していると言えるのではないだろうか。そうであるから、VN は自分のペースではなく GF のペースに乗ることができ、かつ、自律的に GF が手伝っているようにみえさせているのだろう。

本稿では GF の方が全体をモニターしていて、VN が一部に集中して GF の方をちらっとしか見ていないという、相互モニターの非対称性にフィットした相互行為として全体が組み合わされていた。組み合わされたものとして可能にする仕組みの要素として特徴的なものになっているポジションどりの移動は、対等な相互行為モニターでない形の 2 人の協同行為を容易にするパターン化されたシグナルとして特徴的である。自らの身体を使ってポジションの位置や姿勢を変えることが「トラブル解消終結宣言」であり、作業工程をよく理解した「準備 OK サイン」を意味していた。そして、簡潔で簡略した発話が素材となって組み合わせられ全体の秩序を構成していた。そう理解していくことが可能であれば、マルチモダリティ研究として本稿は有効なのではないだろうか。

### 7.3 「専門職—素人」から「専門家—専門家」への道しるべ

前述したが、この訪問看護ステーションからの訪問看護師は担当制ではなく、複数人が入れ替わり訪問している。長女へのインタビューによると、この日は正月休み明けの土曜日であり、日常的なシフト体制ではない。もちろん GM 宅への訪問経験はあるが、いつも来ている人というわけではない。長女の言う通りであれば、毎回訪問していないにもかかわらず、2 人の一見スムーズに見える協同作業は不自然にも思えた。なぜいつも来ている人ではないのに一見スムーズに見えたのだろうか。そのことに気がついたのは、二人に動作についての発話がないことからである。「ほなブルブルするよ : :」や「頭さげるよ」は VN から GM への発話である。同時に GF への合図となっているであろうことは GF の動作を見て理解できるが、発話対象者への視線や顔を見ることもなされていないのである。

これについて 2 通りの解釈がある。1 つは、身体に触れる権利が主介護者 (GF) にある。

VNは仕事で身体に触れてはいるが、いつも同じ看護師が来ているわけではないので、GFとしては何をするのかを観察しながら協同作業しなければいけない。本日やるべきことは特別に体調の変化があったとき以外はほぼ同じなのでVNとしては手際よく作業を進めようとするだけである。ここで紹介した場面ではVNは作業を見られている（観察されている）ため、次に何をするのかの発話なく進めることでGFとVNとの相互行為の秩序をその場その場で作り上げるしかなかったのであろう。

2つ目は、実は看護師の配慮によって自発的にGFが手伝っているように見えさせている。つまり、看護師は賃金の発生する仕事をしているのであり、家族介助を前提で仕事をしていない。また、疲れている家族に負担をかけることにもなるし、家族をタダで使うということになる。それは“おおっぴらに家族に手伝いさせてはいけない”という規範が働いているからかもしれない。看護師一人でもできない作業ではあるが、2人の方が効率が良いことは確かである。

しかし、2人であることを前提にするのであれば「こちらに向くよ：」などの作業についての声掛けをGMに向かって話しかけるのではないか。本稿の2人はお互いに次の手順を探り合って作業を進めている。では本当に探り合っているのだろうか。よく聞かれる[専門職－素人]というカテゴリーではなく、本稿では目的を達成する場面共有者として分析して見ることによって見えてきたことは医療的ケアを受け入れざる得ない在宅療養者の家族にとって、医療的ケアはブリコラージュの対象でもあり家庭を医療化するイノベーションの機会でもあるのだ。指導・指示される対象であるという枠組みではなく、さまざまな医療的ケアの秩序をその場その場で創意工夫しながらすすめているのである。そして、本稿の場面のように訪問看護師は、戸惑いや躊躇することなく流暢に人々の相互行為に自らの身体を組みこませて共に秩序の一員となっていたのである。この関係は「専門職－素人」という枠組みではなく[専門家(専門職プロ)－専門家(在宅療介護プロ)]としての新たな枠組みでとらえることができるのではないだろうか。

## 8 おわりに

本稿は、ラップを巻いて、排痰補助装置を稼働させるという短期目標のための協同作業における秩序が、その場面における主介護者の「ポジションどり」活用による相互行為をマルチモーダルに行われており、[専門家－素人]の構図ではなく、[専門家(専門職プロ)－専門家(在宅療介護プロ)]が織りなす秩序によって医療的ケアが達成されていることが発見された。また、療養者・主介護者と訪問看護師による相互行為によって在宅療養の文化創造がマルチモーダルに行われていることが発見されたことは今後の在宅療養場面分析において有意義であると考えられる。

本稿の相互行為にはもう一つ、専門職プロが在宅療養介護プロのルールに何食わぬ顔で乗ることができる熟達度(熟達した専門職)を持っていることが説明可能な行為であるとみることができそうである。

これらを今後の課題として EMCA 研究のビデオ・エスノグラフィーで明らかにしていこうと準備している。

注

- 1) ALS とは筋萎縮性側索硬化症という疾患で、難病指定されている。全身の筋力が無くなることで呼吸することも手や足を動かすこと・話すこと・笑うこと・食べること等々ができなくなっていく進行性の疾患であるが、皮膚の知覚（かゆい・痛い・熱い等）は正常である。意識は明瞭で意識障害はない。見た目は何もできない寝たきりの状態なので、意思そのものが十分に存在していないように初めて見る人は思うようだが、本人は意識が研ぎ澄まされているため誤解されやすいことがある。
- 2) ALS 療養者である AA さんは身体をほとんど動かすことができず、発話もおぼつかない。また、首を振るほかは唇の形で言いたい言葉をほとんど無音で表象させる程度のコミュニケーション能力しかもっていない（欠損能力者）が、大変複雑な場面の秩序を形成していくことに成功している。コミュニケーションは根源的に相互性をもつものである。そして、人間には答えや目的を共有していなくても他者に同調して行為を継続する能力がある。これらがあることで「非欠損的コミュニケーション」を生きていくことができていると、樫田（2021）は述べている。
- 3) このトランスクリプト（音声転写文）に使用している記号は串田・平本・林（[2017] 2021）を参照している。以下に本稿で使用されている記号を示す。

トランスクリプト記号一覧	
文字：：	直前の音が延びている：の数が多いほど長く延びている
(.)	ごく短い沈黙で、0.1秒程度
hh	息を吐きながら笑っている

参考文献

深川知栄・宮園真美, 2024, 「神経難病患者の在宅介護継続を可能にする要因に関する文献検討」, 『看護と口腔医療』 7(1): 39-45.

Goodwin, Charles, 2006, “Human sociality as mutual orientation in a rich interactive environment: multimodal utterances and pointing in aphasia,” Nick J. Enfield and Stephen C. Levinson eds., *Roots of human sociality*, London: Berg Press, 97-125.

Goodwin, Charles, 2013, *The co-operative, transformative organization of human action and knowledge* (=2017, 北村隆憲監訳「人間の知と行為の根本秩序—その協働的・変容的特性—」『人文学報』 513: 35-86. )

平本毅, 2015, 「会話分析の『トピック』としてのゴフマン社会学」『触発するゴフマン—やりとりの秩序の社会学』新曜社, 104-129.

- 細馬宏通, 2012, 「身体的解釈法」『社会言語科学』15(1): 102-119.
- 城綾実, 2018, 「相互行為における身体・物質・環境」『会話分析の広がり』ひつじ書房, 97-126.
- 檜田美雄・堀田裕子・若林英樹, 2014, 「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」『現象と秩序』1: 95-101.
- 檜田美雄, 2019, 「いかにして障害者の文化を研究するか——『生活者学的障害社会学』の構想」『現象と秩序』11: 21-32.
- 檜田美雄, 2019 「音楽療法のビデオ・エスノグラフィー——療養者のブリコラージュとしてのメロディー対応型手拍子」『現象と秩序』11: 57-72.
- 檜田美雄, 2021, 「在宅療養のビデオ・エスノグラフィー——在宅療養場面における欠損能力者の非欠損的コミュニケーション」『ビデオ・エスノグラフィーの可能性—医療・福祉・教育に関する新しい研究方法の提案』晃洋書房.
- 川口有美子, 2009, 『逝かない身体 ALS 的日常を生きる』医学書院.
- 古瀬みどり, 2005, 「訪問看護師がとらえた医療依存度の高い療養者の在宅療養安定化のプロセス」『家族看護学研究』10(3): 78-86.
- 串田秀也, 2010, 「サックスと会話分析の展望」『エスノメソドロジーを学ぶ人のために』世界思想社, 205-224.
- 串田秀也・平本毅・林誠, [2017] 2021, 『会話分析入門』勁草書房.
- 水川喜文, 2007, 「エスノメソドロジーのアイディア」前田泰樹・水川喜文・岡田光弘編『エスノメソドロジー——人びとの実践から学ぶ』新曜社, 3-34.
- 斎藤雅彦, 2014, 「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）」『現象と秩序』1: 5-93.
- 千崎美登子, 2018, 「進行膵がん患者とその家族の療養体験の変容——看護師とのパートナーシップの過程における相互行為に焦点を当てて」『日本がん看護学会誌』32: 159-169.
- 鈴木恵子・亀岡智美・定廣和香子・舟島なをみ, 2002, 「在宅看護場面における看護職の行動に関する研究——保健婦とクライアントの相互行為に焦点を当てて」『看護教育学研究』11(1): 12-25.
- 高山啓子・行岡哲夫, 1997, 「道具と身体の空間的秩序——救急医療における身体参与の分析」『語る身体・見る身体』ハーベスト社, 147-167.
- 山崎敬一・佐竹保宏・保坂幸正, 1997, 「相互行為場面におけるコミュニケーションと権力——〈車いす使用者〉のエスノメソドロジー的研究」『語る身体・見る身体』ハーベスト社, 59-79.



\*\*\*\*\*

【編集後記】『現象と秩序』第 21 号をお届けします。今回も多様な 6 論考です。

第 1 論文は、オンライン模擬裁判実験における尋問が法実践に及ぼす影響について、法廷でのリアルな尋問との比較のなかで探究しています。ハードの問題、手続の問題、法廷という場の意味を含む「複合問題」と称される問題群等の指摘は、決定的な意義をもちます。

第 2 論文では、高次脳機能障害者が抱える「雑談の困難」という問題に、アクティブ・インタビューが調査方法としてのみならず、その問題解決方法としても有用である点が見出されています。インタビューの共同構築性と心理学的療法の親和性を感じさせる論考です。

第 3 論文では、アロマセラピストである筆頭著者が、緩和ケア病棟で実施した施術場面のなかで患者にもたらされるその“効果”を探究しています。診療記録に基づく研究の難しさはありますが、全人的苦痛の除去にアロマセラピーが寄与する可能性が垣間見えます。

第 4 論文は、口話教育を受けてきたろう者のアイデンティティ構築過程に関する貴重なインタビュー記録です。言語的マジョリティ／マイノリティや日本手話／口話といった対立構図およびデフ・コミュニティとの関係性に翻弄されるろう者の人生が描かれています。

第 5 論文は、在宅で ALS 療養者を介護する訪問看護師と主介護者との相互行為場面のビデオ・エスノグラフィー研究です。主介護者によるもはやプロ並みのポジション取りとそのメッセージ性、そして、場面を支配しているかのように見える優先性は大きな発見です。

第 6 論文では、介護度認定調査員が認知症者の季節認識能力を調べる質問 - 応答場面が分析されています。調査員の「瞠目の表情」を読み取る認知症者の高度なコミュニケーション能力と、季節理解の共同作業という「認知症者の豊かさ」に関する説明は実に鮮やかです。

本誌掲載論文へのご意見・ご感想など、どうぞ本編集委員会までお寄せください。(Y.H.)

\*\*\*\*\*

『現象と秩序』編集委員会（2024 年度）

編集委員会委員長：堀田裕子（摂南大学）

編集委員：榎田美雄（摂南大学）、飯田奈美子（立命館大学）、加戸友佳子（摂南大学）

編集協力：村中淑子（桃山学院大学）

編集幹事：福永和也（京都産業大学）

『現象と秩序』第 21 号                      2024 年 10 月 31 日発行

発行所 〒572-8508 大阪府寝屋川市池田中町 17-8

摂南大学 現代社会学部 榎田研究室内 現象と秩序企画編集室

電話・FAX) 072-800-5389 (榎田研), e-mail: kashida.yoshio@nifty.ne.jp

PRINT ISSN                                      : 2188-9848

ONLINE ISSN                                     : 2188-9856

<https://gensho-kashidayoshio.sakuraweb.com/> (←今号から新サイトになりました)

\*\*\*\*\*