

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

在宅医療のエスノメソドロジー

目次

執筆者一覧

第 部 本文を読む前に

まえがき	樫田 美雄	1
トランスクリプト記号一覧	A 班	3

第 部 在宅医療の現場から

第 1 章 食事介助の相互行為分析

在宅パーキンソン病患者の場合	A 班	5
	(豊崎 玲子)	
	(藤田 千晶)	
	(渡邊 ひかる)	

第 2 章 生活の手触り、構造、良質さ

在宅療養のエスノメソドロジー	B 班	25
	(宅和 真弓)	
	(中井 知美)	
	(山木 ありさ)	

第 3 章 歌う在宅療養者

脊椎損傷者の在宅生活	C 班	49
	(小笠原 都子)	
	(八木 大斗)	

第 部 在宅医療のワークショップから

第 4 章 専門家として扱うことと扱われることの

エスノメソドロジーおよび訂正の問題	A 班	73
-------------------	-----	----

第 5 章 在宅医療ワークショップのエスノメソドロジー

在宅医療における専門家と素人	B 班	81
----------------	-----	----

第 6 章 ワークショップにおけるエスノメソドロジー

	C 班	93
--	-----	----

第 部 インタビュー記録

(1)K 氏編	103
(2)O 氏編	109
(3)各班感想	121

第 部 ゼミ論報告 試着のエスノメソドロジー

中井 知美	123
-------	-----

執筆者一覧

総合科学部社会創生学科3年(地域創生コース)

豊崎 玲子(とよざき れいこ)

中井 知美(なかい ともみ)

山木 ありさ(やまき ありさ)

渡邊 ひかる(わたなべ ひかる)

総合科学部社会創生学科2年(地域創生コース)

小笠原 都子(おがさわら ひろこ)

宅和 真弓(たくわ まゆみ)

藤田 千晶(ふじた ちあき)

八木 大斗(やぎ ひろと)

指導教官

榎田 美雄(かしだ よしお)

[kashida.yoshio@nifty.ne.jp]

第 部 本文を読む前に

まえがき

徳島大学大学院ソシオ・アーツ・アンド・サイエンス (S A S) 研究部所属

総合科学部併任 (地域創生コース社会学研究室)

准教授 榎田美雄 (kashida.yoshio@nifty.com)

WWW サイト (本冊子の PDF ファイル公開予定)

<http://web.ias.tokushima-u.ac.jp/social/>

この報告書の前半 (第 部 ~ 第 部) は、地域調査論・地域調査演習という学部の授業の一環として、作成されたものである。第 部「本文を読む前に」では、「まえがき」と「トランスクリプト記号一覧」を掲載した。第 部「在宅医療の現場から」では、A、B、C の 3 つの班がそれぞれ訪問調査した諸現場 (背景となる疾病や障害は、パーキンソン病、脳血管障害、小児麻痺、ALS、交通事故による脊椎損傷) での相互行為分析の結果がまとめられている。第 部「在宅医療のワークショップから」では、2011 年 11 月 12 日午後に徳島大学常三島キャンパス 5 号館 302・303 教室で行われた、学部学生を主体とするワークショップのビデオ分析の結果が、まとめられている。具体的には、在宅医療というものが、ファシリテーターとなっている専門家 (看護師やメディカル・ソーシャルワーカー) と学生の間で、どのように非対称的に語られているか、が検討されている。第 部「インタビュー記録」では、2011 年 5 月 20 日と 27 日に行われた、二人の訪問看護ステーションのリーダー (所長と管理者) へのインタビュー結果が、「一人称一人語り方式」でまとめられており、そのそれぞれについて、各班の感想が添えられている。最後の第 部「ゼミ論報告」では、2011 年度の榎田ゼミ所属生 2 名のうち、4 年次所属の大上梨奈君を除くもう一名、すなわち、中井知美君の論文「試着のエスノメソドロジー」が掲載されている (なお、4 年次所属の大上梨奈君は、その卒論の一部を、榎田と共著で論文化し、『徳島大学総合科学部地域科学研究』創刊号に「中途診断というカテゴリー変化の中で生きる - 発達障害者の中途診断経験と自己探求の社会学 - 」というタイトルで掲載している。2012 年 2 月中には、WEB 上で閲覧が可能になる見込みである)。

本冊子の総タイトル『在宅医療のエスノメソドロジー』は、慣例から前半の内容に基づいて付けられたものであって、副題 (『地域調査演習報告書 & 榎田ゼミナール ゼミ論集』) の方が正確に内容を表すものになっている。学生および TA の中恵真理子氏に加え、応援の小川拓也君 = 総合科学部 4 年 = の労力奉仕によって 120 部が作成された。以下、簡単に各部分の内容紹介を行い、さらに、慣例にしたがって、謝辞を記していくこととする。

それではまず、掲載内容の紹介からはじめることにしよう。

本報告書の第 部の「トランスクリプト記号一覧」は、A 班が作成したものである。もっと詳しい解説を添えたかったが、そこまで手が回らなかった。なお、今年は動画用の記号が加えられ、その分例年より拡張されたジェファーソンモデルになっている。

第 部には、「在宅医療のエスノメソドロジー」の本体部分として、3 つの班がそれぞれ執筆した研究論文 3 本が掲載されている。いずれの論文も驚くべき精緻さで、調査分析

をすることができている。第1章「食事介助の相互行為分析 - 在宅パーキンソン病患者の場合 - 」では、食事介助場面が、まさしく相互行為の実践場面として構成されていることが、明確に分析されている。パーキンソン病者でかつ腰椎骨折者であるクライアントは、手を使うことができない。したがって、食事は、口元まで介助者がスプーンで食事を運ぶことによって達成されるのだが、飲食達成の最終場面、すなわち、口を開く/開かないの部分および飲み込むか否かの部分は、クライアント自身の判断に基づかざるを得ない。掲載の諸表を見て頂ければ、食事の進行につれて、次第次第に口を開かなくなる/飲み込まなくなるクライアントの様子が手に取るようにわかるだろう。しかし、クライアントは、ただ、(食事を)いやがっているのではない。むしろ、「いやがっている」と受け取られることがないように、つけっぱなしのテレビに視線を向けたり、ときどきはスプーンを欲しているかのような態度を示したりしている。

石黒広昭(立教大学)は、2003年執筆の「乳児の食事介助場面の相互行為分析」論文(in『北海道大学大学院教育学研究科紀要』91号:25 - 46頁)の中において、幼児が手で食べる生活から、スプーンで食べる生活に変わる際には、「できたことができないことに変わる」変化をしていること、そこに、新しい道具や他者との社会的協調関係の創生がある、ことを主張している。この石黒の議論を受けて考えるのなら、このパーキンソン病者の食事場面もまた、一種の「社会的協調関係」の創出として、つまりは、「発達」として、あるいは、一種の「社交」として、みていくことができるのではないだろうか。スプーンを口に当てられる促しに、応じるか応じないか、というだけが、被介護者の選択ではない。応じる時に応じるなりの状況づくりをし、応じない時に応じないなりの状況づくり(例:テレビを見ているからスプーンに反応しないんですよ)をすることは、場面的適切性のコントロールであり、つまりは、一種の社交だ。被介護者は、介護を受けるなかで社交を行っているのである。このような1章関連の調査で出てきた視点は、我々の共同研究を貫くものになっていった。2章「生活の手触り、構造、良質さ」においても、被介護者は、みな社交の実践者として扱われる。「お客さん」としての看護師を、積極的リハビリ意欲を示すことで「もてなす」在宅小児麻痺者。リハビリの歩行のなかに、随行看護師との適度な会話を織り交ぜることで、それを散歩化する脳血管障害当事者。みな、新しい社交のきっかけとして、自らの被介護状況を活用しているようだった。もし、病院医療よりも、在宅医療が、なにかしら、より心地よいものとして、楽しそうなものとして、生き甲斐を療養者に供給する力があるものとして、イメージできるのだとするならば、その根拠の幾分かは、この「社交的要素」の埋め込みが在宅生活においては、病院での入院生活より容易だ、という理由から来ているものなのではないだろうか。そのように思わせるだけの根拠が我々のビデオには映っていたように思われた。そして、そのような我々の見方をさらに決定的なものにしてくれたのが、第3章「歌う在宅療養者」の主人公 F・T さんである。F・T さんは、27歳の時の交通事故で、下半身麻痺となり、その後約40年間、療養生活を送

っている。現在は、要介護度5で、ほぼ24時間の介護・見守りが必要な状況だ。にもかかわらず、F・Tさんは、歌う。F・Tさんは、カラオケボックスのママを実践する。着替え、電動車椅子にのり、『デンモク(電子目次)』で、お客さんのオーダーに合わせて曲を入力し、歌と曲のトーンが合わなければ、やをひとつづつつけたり外したりして音合わせをする。その実践の全体が、「社交」になっている。要介護度がどんなに高くても、このようにして生活のクオリティを上げて暮らしていくことができるんだ、と我々の目を開かせてくれたのがF・Tさんであった。第3章ではそのF・Tさんの暮らしのほんの一部分しか分析できなかったが、他の章を読む時間がなくても、この第3章だけは、是非ともお目通し頂きたい。我々の研究が出会った奇跡がここにある。

なお、本報告書の諸論考は、少なくとも日本においては、エスノメソドロロジーの立場からの最初の在宅医療の本格的な研究としての質を持つものであるといえよう。あるいは、その立場呈示の部分を、社会学の立場からの、と言い換えるのは、少し言い過ぎだろうか。けれども、各班の論考は、医療的視角とは異なる社会学的視角のもとで、その対象とした現場の様相を相互行為的達成として、着実に紙に定着させることに成功していると思われる。一部、先行研究の参照等に未熟な部分も見て取れるけれども、パイオニア的研究としての価値は維持されていると授業担当者としては思っている。この成功を、来年度以降のゼミ活動等に生かしていきたい。

第 部は、ワークショップの分析、第 部はインタビュー記録である。紙幅の関係から、ここでは詳しい紹介をすることができないが、いずれも、それなりの知的達成を果たしている。なお、インタビューは、簡単なヒアリング項目一覧を事前に作成する「半構造化面接」の手法で各90分程度行われ、結果は、「一人称一人語り方式」でまとめられた。

第 部は、ゼミ論集部分である。中井論文は、徳島市内のセレクトショップでの購買場面の研究となっている。鏡を用いた相互行為に関しては、榎田美雄 2004「調査実習としてのエスノメソドロロジー」(in 山崎敬一編『実践エスノメソドロロジー入門』有斐閣:85-98頁)内に、美容院での相互行為分析が紹介されているが、本論文は、その続編に位置するものとも言えよう。美容院と違って、洋品店には、たくさんの利用可能な鏡がある。試着室の中の鏡だけでなく、売り場のあちらこちらにいくつもの鏡があって、それらがすべて違った仕方で活用されている。詳しくは、本編を読んでもらうしかないが、購買意欲があまり高まっていない状態の客にも、その状態に適切に商品を勧めるためのレイアウトが鏡をポイントにしてみると、店内にはりめぐらされていることが、今回調査をしてみて、よくわかった。店に入ることは、この仕組みにはまってしまうことなのである。また、鏡の前の売り子は、どのような場合に振り返るのだろうか。売り子は、どのような場合に後ろから声をかけ、どのような場合に前から声を掛けるのだろうか。今回は、複数台のビデオカメラ

にワイヤレスマイクを装着することで、声と動作の微妙な相互行為的構造をある程度はとらえることができた。その部分の解明も是非本論文を読みながら楽しんで頂きたい。

以下、慣例に従い、謝辞を述べる。

まず、調査に応じて下さった多数の方々へ。皆様のおかげで、報告書を書くことができました。匿名性保持のためお名前を記すことはできませんが、ほんとうにありがとうございました。ついで、研究の中間段階でビデオセッションにおつきあい頂いた多数の研究者の先生方へ。皆さんに頂いたコメントに基づいて、なんとか研究の形を作ることができました。ありがとうございました。さらに、研究の構想段階から相談にのって下さった実践家の香西かをる氏（訪問看護ステーション とわ）と大川由紀氏（徳島市医師会訪問看護ステーション）には、特別の感謝を捧げたく思います。お二人の助力がなければまったく調査を進めることができなかつたと思います。本当にありがとうございました。

さいごに、ビデオ撮影機器の整備等、研究室の業務を日々、手伝って下さっている宮本有美氏と片島由加里君へ。管理しているパソコンやビデオカメラが各20台ほどで、さらに、ICレコーダーやポータブルハードディスクがやはり十数個ずつあるなかで、それらの貸し出しのスケジュールリングや調査後のデータ整理をいつも完璧にサポートして下さいありがとうございます。片島君は、この年度末で卒業なので、残り日数で、後身（大谷しずか君）の指導をどうぞよろしくお願いします。

なお、本報告書掲載の調査および研究の一部は、文部科学省科学研究費補助金（基盤B）「臨床教育のビデオエスノグラフィー」および、同じく文部科学省科学研究費補助金（挑戦的萌芽研究）「在宅医療のビデオエスノグラフィー」によって可能になったものです。諸機関からの人的・財政的サポートに感謝します。

《付録》

トランスクリプトで使用している記号一覧

- 、 下降調イントネーションで、連続的であることを示す。
- 。 下降調のイントネーションで、発言の区切りを示す。
- (.) わずかな沈黙を示す。
- (秒数) 沈黙の秒数を示す。
- = 行為や発話が続いていることを示す。
- (()) 筆者の判断で意味を補った部分を示す。
- () 聞き取りが不可能または不確実な発言などは空白として括弧で囲まれる。長さに応じて空白が大きくなる。
- [発話の重なりを示す。
- °° 音が小さいことは、当該箇所が°で囲まれることにより示される。
音調の極端な上がりが見られる。
- > < 発話のスピードが目立って速くなる部分は、> <で囲まれる。
- : 直前の音の引きのばしを示す。
- h 呼気音はhで示される。hの数はそれぞれの音の相対的な長さに対応している。
- 言(音) 笑いながら発話が生じられるとき、呼気を伴う音の後に(h)を挟むことで示される。
- ? 語尾の音が上がっていることは疑問符で示される。

第 部 在宅医療の現場から

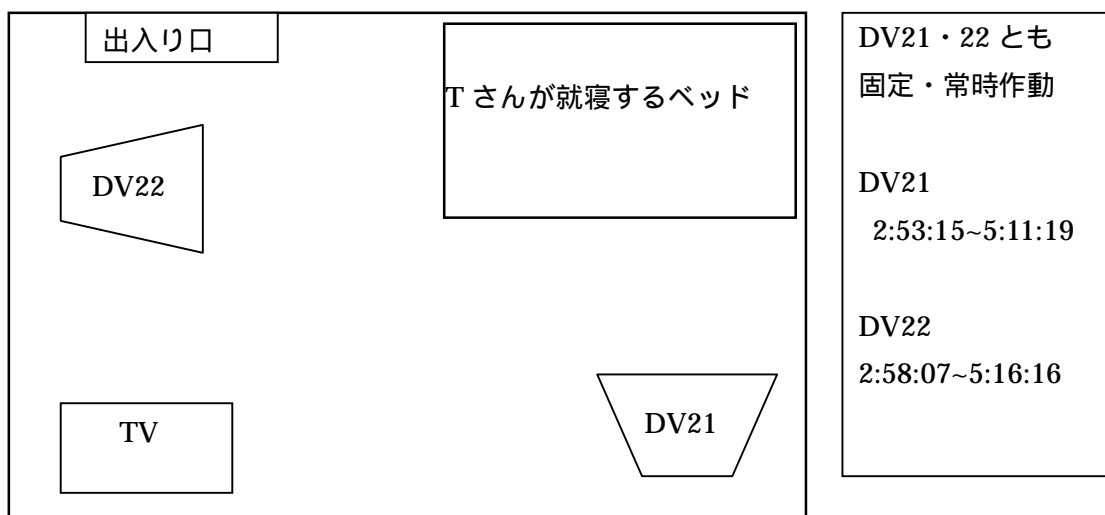
第1章 食事介助の相互行為分析 在宅パーキンソン病患者の場合

豊崎玲子(A班)
藤田千晶(A班)
渡邊ひかる(A班)

1. 調査概要

本章では、ヘルパーによる食事介助場面を、エスノメソドロジー・会話分析の立場から分析する。まず、調査の概要を以下にまとめる。

[日時] 2011年6月29日
[機材] HDDカメラ2台、ICレコーダー1台
[被撮影者] T(療養者)、ヘルパー1名
[撮影場面] ヘルパーが食事・歯磨きの介助をしている場面



[図1：カメラ等の配置図]

[Tさんの特徴]

療養者(被医療提供者)であるTさんの年齢は67歳。Tさんには73歳の夫と息子(別居)・娘(同居)が1人ずついる。Tさん宅でのTさんへの介護・看護は基本的に夫の役目であり、療養室は1階のキッチン脇の部屋となっている。人が言っていることはおそらく理解しているが、会話でのコミュニケーションはできない。

約30年ほど前に歩き方がおかしいとの指摘から、Tさんのパーキンソン病が発見される。手術後は歩いていたため、ちょこちょこ歩いたり家事の手伝いをしていたが、6・7年ほど前に腰を複雑骨折してからは歩けなくなってしまい、ベッド生活を送っている。

[Tさんの介護・看護生活]

- ・週4回(月・火・水・金)はヘルパーが来る
- ・週2回(木・土)はデイサービスに行く
食事・入浴・口内そうじ
- ・毎日の朝食・木曜の晩ご飯・日曜の3食は夫
食事は具を小さくくだいて食べさせる(歯がきちんとそろっていないため)
- ・ベッドはエアマットを使用
- ・介護等級5級
- ・障害者等級1級

[在宅介護日誌 H]

- ・介護記録ノートで市役所が渡している。
- ・Tさん宅ではこのノートに、昼食・夕食の献立、体温・血圧・脈拍、ケアの内容などを、看護師、ヘルパーの方が記録している。
- ・Tさん宅には、ヘルパーや看護師などが携わっているが、特別なひきつぎ事項は書かれていない。

2. 分析方法と視点

この調査は、エスノメソドロジー（EM）研究に沿って分析を行っている。エスノメソドロジー研究について岡田は、「それぞれの場面に可視性を与える(人や物、言葉や道具といった)リソースとその実際の利用法を、実践に即して、丹念に記述していく社会学として誕生した。」(岡田 2007:58)と述べている。また、「振る舞いの秩序を、それが埋め込まれている場面と一緒に、ひとかたまりのものとして特定化していく(その詳細をつまびらかにする)EMの手順は『再・特定化』(respecification)」(Garfinkel 2002)(岡田,2007:65)と言われる。

私たちA班が分析を行うのは、約30年ほど前にパーキンソン病を患い、現在在宅で寝たきりの生活を送っているTさんに、ヘルパーのAさんが食事介助を行う場面である。本稿では、AさんとTさんによる「ごはんを食べる(Tさん) - 食べさせる(Aさん)」という課題を軸に、どのような秩序があるのかということに注目して分析を行った。一言で食事介助場面と言っても、ここでは、Tさんは小食且つ一口を食べる(飲み込む)ことに通常の場合より時間を要する、Tさんは発話によるコミュニケーションをすることが困難である、Aさんにはヘルパーとしての時間的制約がある、等の条件が存在している。岡田は、「秩序があるということは、それぞれの状況において、場面が組織されていて、お互いの振る舞いが安定し、協調しているということです。」(岡田 2007:58)と述べている。さらに岡田は、「人や物の配置や言葉や道具の使われかたが組織されることによって、その場面にいる人びとに

物事の見通しが与えられるということが秩序を可能にしています。」(岡田 2007:58)と言及している。

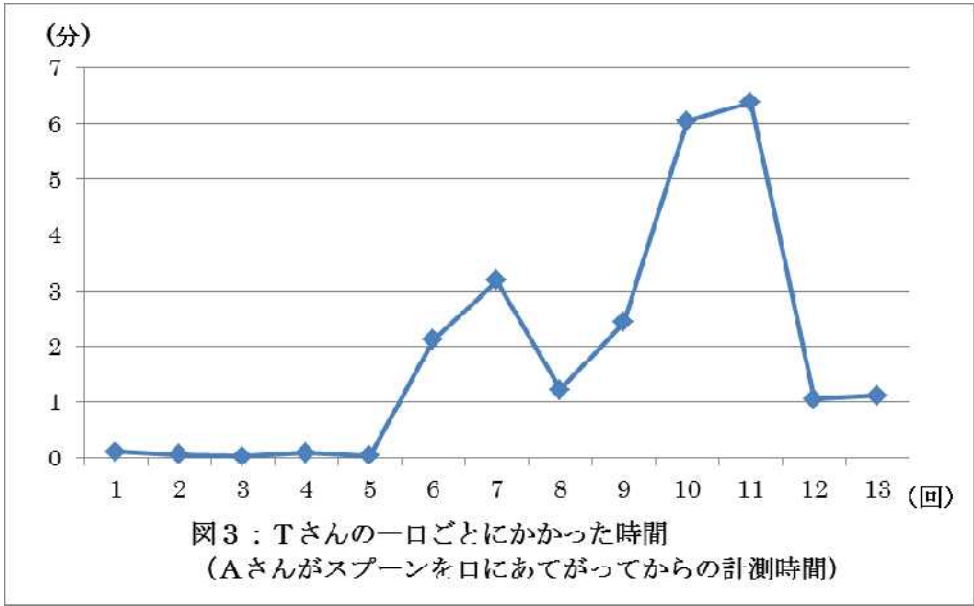
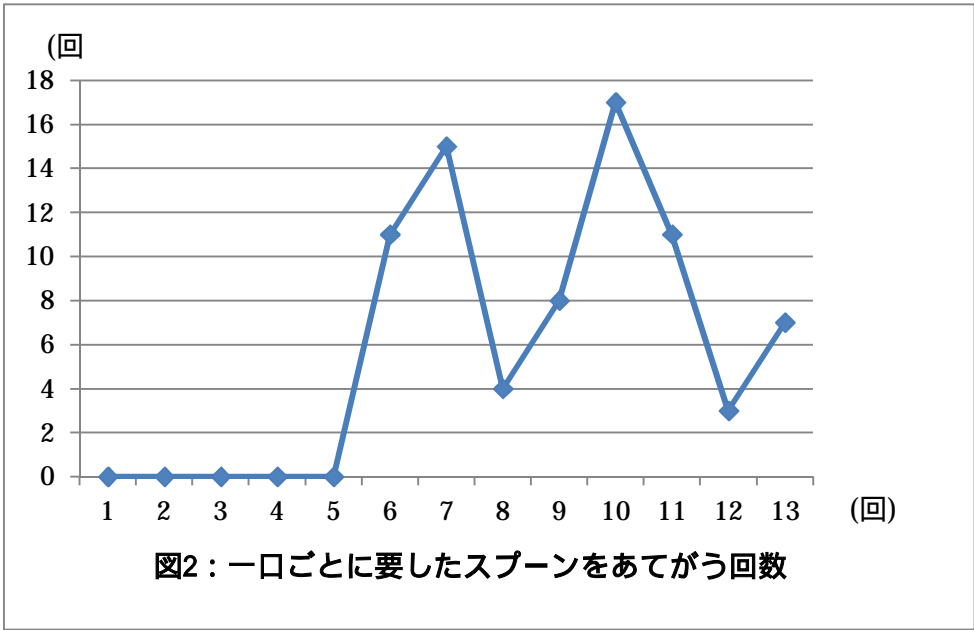
TさんとAさんが持つそれぞれの志向性を考察し、秩序として捉えられるようにするのがこの調査の目的である。

3. 食事場面の概要

食事介助はどのように遂行されているか。

「Tさんにごはんを食べさせる」ということは、ヘルパーのAさんにとって「成し遂げなければならない業務」となっている。つまり、Aさんにとっての「課題」である。では、この「ごはんを食べさせる」という「課題」はどのように遂行されていったのか。ここでは、この点に注目して分析を進めていきたい。

食事場面(薬に移るまで)は、16:01:38~16:41:12の間である。この間、Aさんがごはんを食べさせようとTさんの口にスプーンを運んだ回数が83回、それに対してTさんが食事を口に運んだ回数は13回とかなりの差がある。スプーンを口に運んだ回数と食べた回数の合致率はそれぞれ5回目までは100%で行われている。ばらつきが見られ始めたのは、16:07:19の6回目のスプーンを口に運んだ時からで、これ以降、明らかにTさんの食べる速度は遅くなり、よそ見をすることも多くなってきた。また、Aさんの食べさせ方にも変化が見られるようになる。それは、16:17:45の40回目にスプーンを口に運んだ時で、それまではTさんが食べる気配がなければすぐに口からスプーンを離していたのが、この時は16:18:08までの23秒間もの間スプーンをTさんの口にあげたままの状況を維持していたのだ。これ以降、Aさんは声かけをしながらスプーンを口にしばらくあげていたり、短い間にスプーンをあてがう・離すを繰り返したりと、序盤よりもかなり積極的にAさんに食事を促すようになってきた。



3 1. 促し

食事の後半になるにつれて T さんの食べるペースは明らかに遅くなっている。この課題に対して、A さんはどのような対処をしているのだろうか。ここでは、A さんが行う、T さんへの食事の促し方について分析していく。

[食事場面 1：T さん食べない場合]

事場面 2 : 4 行目) というように、T さんが食べないことを前提とするような言い方を使用している。

Boyd らは自身の著書において、喫煙者に喫煙しているということを確認するためには、「あなたはタバコを吸いませんね?」と聞くよりも、「あなたはタバコを吸いますか?」と聞く方が効果的であるということを述べている。(Boyd and Heritage 2006) これは、相手にとって言いにくいであろう内容を聞き出すことにつながる。ここで、会話における優先性について触れておきたい。

「『質問』が『はい/いいえ』で答えられる質問であれば、『答え』の仕方には『はい』と『いいえ』のふたつの選択肢があることになるでしょう。同様に『依頼』や『誘い』という行為に対しては、『受諾』『拒否』というふたつの選択肢があります。そして、こうした複数の選択肢のあいだには非対称性がある、つまりいずれかの選択肢に優先性があるのです。多くの行為について、相手の行為に対して肯定的に応じることのほうが、否定的に応じることよりも優先的であることが知られています。(Pomerantz 1984) (Sacks 1987) (小宮 2007:149)

さらに小宮は、「一見目的を果たすためにはどちらでもいいようなことでも、私たちはある選択肢を他の選択肢より優先しながら行為することを行っている」(小宮 2007:148)と述べている。つまり、ここで言えることは、質問をする以上、相手から肯定的な答えを得ることが出来るように、優先的な質問をすることが戦略として発話者に求められる、ということだ。

以上のことを踏まえて会話の優先性についてまとめたものが表 1 である。まず「食べますか?」という質問に対しては「はい、食べます」が肯定的に応じているため、優先的だと言える。次に、「食べませんか?」という否定疑問文の形式での質問になると、食べないことが前提となっているため、「はい、食べません」と答えるのが肯定的なのだが、そうすると「食べるという行為」に対して否定的になってしまうため矛盾が生じてしまう。この場合、T さんに食べてもらうための質問であるから、「いいえ、食べます」が優先的であると考えられる。

[表 1 : 質問と答え]

↓肯定的に応じているため、優先性がある。

	食べる場合	食べない場合
食べますか?	はい、食べます	いいえ、食べません
食べませんか?(否定疑問文)	いいえ、食べます	はい、食べません

また、ここで A さんのこのような言い方から推測されることは、T さんに対する「配慮」である。A さんはこれまでの経験や在宅介護日誌 H の情報などから、T さんの食事の量やペースをよく理解している。食べないことが前提→食べられないことが前提とされた言い方だとすると、「食べたくないのはわかっている。だけど食べてくれませんか?」という A さんからの T さんへの配慮が見い出せる。つまり、「食べませんか?」と聞く方が丁寧で強制の程度が薄い促しということになるのだ。

さらに、食べられないことを前提としていると仮定すると、「食べませんか?」と聞いた時、表 1 より、[食べない場合]には「はい、食べません」という応答が予測される。これは拒否を表しているが、先ほど述べたように、食べられないことが前提だとすると、A さんにはあらかじめこのような応答が予測可能である。実際に A さんがこのような反応を予測していたとすると、「はい、食べません」(食べない場合)となるのは許容範囲だということになる。同じ[食べない場合]でも、「食べますか?」という言い方だと、食べることを前提としているため、「いいえ、食べません」という応答は、A さんにとって期待はずれという結果になってしまう。A さんによる T さんへの配慮の背景には、食べない反応をされて A さん自身が落胆してしまうこと、T さんがそれにより自分を責めてしまうことを防ぐ、といった何重もの配慮がなされているのではないかと考えられる。まさに、ヘルパーとしての A さんの技が活かされているのではないだろうか。

ケアワーカーによる自立支援/介助を始める発話について秋谷は、

「ケアワーカーは高齢者の動きを観察し、積極的に声かけを行うということが日常的な介護サービスのひとつとされているように、ケアワーカーは自立支援/介助を始めるにあたって、高齢者のニーズを予測し、先回りするかたちで自立支援/介助の申し出を行ったり、あるいは高齢者のニーズを自ら聞きだしたうえで、その申し出を行ったりする。」(秋谷 2008:58)

と述べている。このことから、A さんはヘルパーとして T さんの状況を把握し、場面に沿った配慮ある言い方を実践しているのと同時に、ヘルパーとしての A さん 介護される側としての T さんという相互関係を円滑なものにしていくための技が活かされていると考えられる。

3 2. エンゲージメント(相互関与)

T さんがもぐもぐしなくなると、A さんは T さんの頬を触って頑張っって口を動かすように促す場面が見られた。頬を触るといのは、全体でもこの 2 回だけである。

[食事場面 3]

DV21vol.21 16:35:54~16:36:13

DV22vol.19 16:39:26~16:39:45



16:35:56 01 A:(頑張って)頑張って[動かしましょね、ね

02 A: [(Tの頬を触る))

36:01 03 T((もぐもぐする))

考察

頬を触るという行為は、Aさんによる、「Tさんの口の中にはまだ食べ物が入っているのをわかっているよ」という示しであると考えられ、ただ言葉で促すよりも 関与度合が強くなった表れである。

[食事場面 4]

DV21vol.21 16:38:09~16:39:34

DV22vol.22 16:41:43~16:43:06



- 16:38:09 01 A:食べません;か?
 38:12 02 A:へい((スプーンを口に持っていく))
 38:20 03 A:あ::んて口開けてくれたらはいるよ T さん。あ::
 38:24 04 A:あっ、[あ、そう、あ::ん
 38:25 05 T: [(口に含む))
 06 T:((もぐもぐする))
 39:25 07 A:((少し前傾して T の様子を伺う))
 39:33 08 A:頑張って[口動かしてね:
 09 A: [(T の口元を触る))

考察

食事場面 3 と同様に、頬を触るのは「T さんの口の中にはまだ食べ物が入っているのをわかっているよ」という示しであると考えられ、ただ言葉で促すよりも関与度合いが強くなった表れである。

さらにこの食事場面 4 では、「あ::んて口開けてくれたらはいるよ T さん。あ::」(3 行目)、「あっ、[あ、そう、あ::ん」(4 行目)であるように、A さんは食べさせる時、T さんに口を開けてほしいがために「あ::ん」という発話を用いている。この「あ::ん」は A さんと T さんが一緒に出来る行為であり、食事介助を共同作業という形で捉えることが出来る。これにより、促しの程度は高くなり、強制の程度は低くなるという効果が表れることになる。

4. 相互関与

4-1. 空間内での相互関与



写真 1
食事の場面 1
Tさんを覗き込みながら
スプーンを差し出す。



写真 2
食事の場面 2



写真 3
Kさんとの会話シーン



写真 4
服薬シーン

Tさん、Aさんにおいて、ここでの課題は単に食べる・食べさせることではない。

DV21 vol15 16:08:52~16:08:59

DV22 vol14 16:12:25~16:12:32 (写真1参照)

16:08:52 01 T: 下,,

16:08:53 02 A: はい

03 A: ((スプーンをTの口元に持っていく))

16:08:54 04 T: 皿,,,,, TV,,

05 T: ((口をもぐもぐ動かす))

[食事の終了から薬に移る場面]

DV21 vol22 16:40:35~16:42:45

DV22 vol20 16:44:08~16:46:18 (写真2・3・4参照)

16:40:36 01 A:もう無理::?h

40:48 02 A:()入らんかな::?

41:13 03 A:時間が[きたので(.)ちょっと(0.2)お薬いきます hh

04 K: [はい(ちょっと)ごめんなさいお邪魔してるかなっていう反省も

41:19 05 A:えっ?いえいえいえ

06 K:ちょっとお腹いっぱい[かなと

07 A: [あはは

41:35 08 K:夏は食欲落ちるなんてこともあるんですかね?そういうことはないんです

09 A: [う::んあの

10 K:かね?

11 A: 多分ね朝割と食べてるからかもしれませんね::

41:44 12 K:そういう食生活に。

13 A:う::ん=

41:47 14 K:=健康的なんですよ。朝しっかり食べた方が(hh)

41:50 15 A:う::んねえ普段あの朝お父さんが結構食べ()うん()てあげてたら朝

16 A:あんまり食べないみたいですよ朝と夕ね()う::ん

42:07 17 A: お父さんの話やと朝はたくさん食べるとおっしゃられてますけど()やっ

18 A:ぱり時間がね夕方は短いんでねお昼から::

42:17 19 K:そうですね[間があまり空いてないし。しかも途中飲んじゃうし。

20 A: [ねえ()

21 A:hhh それだからほぼ食べる日もあるしね::う::ん hhh その日の気分にも

22 A:よるんかな T さんなあ
42:43 23 A:お薬で…す
42:48 24A:()やね、まだ::
42:56 25A:はい、お薬、お薬よ::

ある個人の注意や関心の大部分を奪うものが主要関与であり、それは明らかにその時点で行為者のもっとも重要な決定因となるものである。副次的関与とは、主要関与を維持しながら、それを混乱させたりすることなく、それと並行してさり気なく続けることのできる行為である。(Goffman 1963=1980:48)

関与は、いくつかに区別することができる。

- ・ 主要関与：ある個人の注意や感心の大部分を奪うもの
- ・ 副次的関与：主要関与を維持しながら、並行してさりげなく続けることのできる行為
(例) 仕事をしながらの鼻歌、耳を傾けながらの編み物など
- ・ 支配的関与：個人に対して義務として課されるもの
- ・ 従属的関与：注意を支配的関与にそれほどはらわなくてよい場合にある程度まで、
かかわることのできる行為
時に義務的関与もあり。一般的に、主要関与は支配的関与であり、
副次的関与は従属的関与であるが、これは決して不変ではない。(Goffman 1963)

この場面での関与について以下のようにあてはまる。

T さん

主要関与：食事

副次的関与：TV を見る

A さん

主要関与：T さんへの食事介助

副次的関与・支配的関与：在宅介護日誌 H への記入

ここで、エンゲージメントとして、薬のスプーンの差し出し方・声掛けをする時の動作が、T さんの身体に合わせて A さんも同時に動くなど、T さんと並行して A さんが行っていることから、A さんに食事や服薬(ヨーグルト)を強制的に促しているのではなく、様子をうかがいながら食べさせていることがわかる。ミュージャルマネジメントのサブソースとして、「お薬で…す」([食事の終了から薬に移る場面]:23 行目)という言葉を用いて、T さんの習慣的意識(服薬することでパーキンソン病の進行を遅めているという理解)を高めることで、互いのエンゲージメントの度合いを高めているのではないだろうか。(2012.01.13 における発表会にて川島氏・西田氏の助言をまとめたもの)

また、食事中的 T さんは視線が定まらず、食事に集中していない。ここでは、TV を関与シールドとして、食事に関心がないことを示しているのとも取れる。しかし、一生懸命食べようとして、食べられなかったらそれを失敗だと捉えてしまうとすると、失敗のレベルを副次的関与(T さんは食事をしてでも食べられないから TV を見てみる。)によって軽減できるのではないか? という意思が働いている可能性も考えられる。一方、T さんが、自分でその状況をコントロールしようとしているようにも考えられる。エスノメソドロジーの「待たせる 待たされる」³ 行為の中で、立場の上下を意識しているのではないだろうか。そして、「身体の捻り」(Schegloff 1998)⁴ と関連させると、T さんの視線が A さんから TV や壁に変更していることから、食べさせられる受け身の状況を少なくとも自分でコントロールしたいという意志の表示ではないだろうか考える。

この空間内で、TV の音は全員同じ内容で同じ音量で聞こえるのに、A さんの支配的関与は非常に強く、TV を見ようとしな。在宅介護士日誌 H に記入、この時、外出している夫への伝言は、副次的関与だけれども、業務遂行のために義務化しているので支配的関与にもなっている。

注 3：施設内の人間関係的秩序を定める方式として「待たせる 待たされる」関係がつかわれる。患者（被収容者）は、施設の者に自らの要求を懇願し、許可されるまで待たなければならない。その過程で患者（被収容者）は「事故の無力化」を実感させられ、立場の上下を思い知らされるというのである。
(『エスノメソドロジーを学ぶ人のために』第 8 章「施設で暮らす」より)

注 4：上体が捻られるとき、その捻りによって志向がどう配分されているかが分かる。そして、胸が捻られているときと、そのような捻りがないときでは、相互行為の展開が異なる。後者のほうが、やりとりが様々に拡張されがちである。
(『身体の捻り』(Schegloff 1998) より)

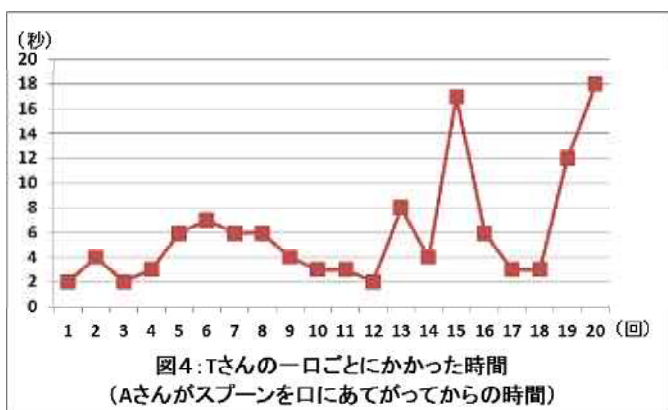
4-2. 構造化された食事

A さんは「もう無理...?h」「()入らんかな...?」と T さんに確認し、本来ならば当事者である T さんのなんらかの反応を得るべきだが、T さんは発話が困難であるためそのやり取りが行われることは見込めない。よって、A さんは「時間が[きたので(0.1)ちょっと(0.2)お薬いきます hh」([食事の終了から薬に移る場面]:3 行目)と、時間的制約により食事をストップして薬を飲むことへ移っている。ここでの薬とは、T さんが飲みやすいようにヨーグルトに混ぜられたもので、食事の時よりは摂取しやすそうな様子である。しかし、ヨーグルトは食事の始めからお盆に出されているが、薬が混ぜられているために食事とは見なされて

いない。順序が決定されているのである。ヨーグルトを食べるということは、食事の終了を表して、ヨーグルトを食べると、もう食事には戻れないというように、構造化されている。

時間的制約と述べたのは、パーキンソン病の場合、服薬のタイミングが決まっており、もし、この順序と時間を逸脱した場合、患者本人の症状が悪化するからである。ここには、担当医師からの指示が介入する。

4-3. 食事と服薬の違い



計測時間

AV06292011_145315.-vol-22

16:42:43 ~

AV06292011_145315.-vol-23

16:48:43

備考：10回目と11回目の間で
薬を足している。

(AV06292011_145315.-vol-23

16:45:38 ~ 49)

「3. 食事場面の概要の図3」での食事にかかる時間と割合を比較すると、明らかに服薬の方が食べるペースが速く、食事場面より協力的である。薬が混ぜられたヨーグルトは、スプーンを口もとに持っていった20回中、16回食べた。この事実から、やはりここでTさんは「服薬」を意識しているのではないだろうか。食事場面でのスプーンを口に運ぶ回数と、次の一口にかかる時間を比較しても、スムーズさがわかる。ヨーグルトのスプーンを差し出した1回目は、「お薬で…す」([食事の終了から薬に移る場面]: 23行目)と、Aさんによる声掛けが途中より開始された。この時、服薬は失敗で、2回目は「はい、お薬、お薬よ…」([食事の終了から薬に移る場面]: 25行目)と言いながらの行動をとっており、成功した。薬という言葉の道具によって、服薬における動機づけを促進させられる。

5. 在宅ならではの道具利用と場面の共有

次に、食事・薬を飲む場面以外での、TさんとAさんの相互行為を分析していく。

この場面は、ベッドで横になっている状態から、食事をするために、AさんがTさんの体を起こす場面である。枕を使い、腰の曲がったTさんの身体のバランスを取っている。

[食事のために体勢を起こす場面]

DV21vol.21 15:59:24~16:01:18

DV22vol.22 16:02:58~16:05:04



- 15:59:59 01 A:T さん、枕ここ置くけんね
 16:00:03 02 A:[((枕を T の腕の下に入れ込む))
 03 A:[hhh
 04 ((A と T ほほえみあう))
 00:07 05 A:緊張するな::
 00:11 06 A:T さんはもう慣れっこやな::hhh
 07 T:((ほほえんでいる))

考察 1

曲がった背中への負担を軽減するため、枕を 3 つ用いている。そのうちの 1 つは、つかまりやすいようにバナナ型のものを使用している。枕は通常、横になったときに頭を置く道具として使われるが、T さんにとっては体勢を維持するための道具となっている。

考察 2

T さんは会話でのコミュニケーションは出来ない。この場合は笑いという複数人が同時に行うことの出来る相互行為により、A さんと T さんは場面を共有していると考えられる。

6. 促しの失敗

この場面は、食事・薬を飲み終えた後、歯磨きをする場面である。A さんが T さんの歯を磨いた後、洗面器を T さんの口元にあててうがい用の水を含ませるが、T さんはうがいの水を吐き出さずに、そのまま飲み込んでしまう。

[食後の歯磨き時のうがいの場面]

DV21vol.25 16:56:33~16:58:15

DV22vol.23 17:00:07~17:01:45



- 16:56:39 01 A:T さん飲んじゃうから::頑張って出して
 02 A:((水を口に含ませる))
 56:43 03 A:ぺ:あれっ、え(hh)
 56:48 04 A:ぺ:ぺ:ですよぺ、はい
 56:50 05 A:出してよ:
 56:54 06 A:あ、飲んじゃうやっぱり(h)
 57:19 07 A:((Tの態勢を整える))
 57:20 08 A:よいしょ
 57:42 09 A:(顔)あげましょか:
 57:47 10 A:((水を口に含ませる))
 57:58 11 A:((Tの顔を覗き込む))
 58:00 12 A:あ、飲んじゃったね
 58:03 13 A:飲んでしまってます。うん、さんっ、3回?5回(0.3)()

考察

1行目に、「Tさん飲んじゃうから::頑張って出して」とあるように、Aさんは、Tさんがうがい用の水を飲みこんでしまうことを分かっているが、洗面器を口元にあてて、ちゃん

と水を吐き出すように声かけをしている。Aさんが声かけをしているにも関わらず、なぜTさんは毎回水を飲みこんでしまっているのだろうか。うがい用の水を口に含むと、Tさんは首を左に向けている。口をあける様子もなく、水を口に含んだらすぐに飲みこんでしまっているように見える。水を吐き出そうとすれば、口から少しでも水がでてくるようにも思うが、ビデオを見る限り、水が口から垂れていることもないので、Tさんは水を吐き出す気はなく、最初から水を吐き出すことをあきらめているようにもみえる。腰の曲がったTさんの体勢では水を吐き出しにくかったり、そもそもTさんは口の中に水をとどめておくことができないのではないかと考えられる。また人は、自分の口の中のものということもあり、うがいの水を飲み込んでしまっても害はないと考え、うがいの水を吐き出さずにそのまま飲み込んでしまう人も多いということ⁵も、Tさんがうがいの水を吐き出さない理由として考えられる。

Aさんは、Tさんに「頑張って出して」(1行目)「出してよ:」(5行目)という声かけの他に、「ペ:ペ:ですよペ、はい」(4行目)という声かけをしている。このような促しがあるにも関わらず、Tさんはうがいの水を飲み込んでしまっているため、Aさんの発話による促しは失敗してしまっているが、「あ、飲んじゃうやっぱり(h)」(6行目)と、うがいの水を飲み込んでしまうことを大きな問題と捉えていないようだ。5

注5: 2012年1月13日に行われたデータセッションの場で、当該のデータを見た西田厚子先生(京都橘大学)が口頭で述べた部分を、まとめた部分である。

7. 最後に

ここまで、在宅医療における食事介助の場面を中心に分析してきた。一見、ヘルパーのAさんの課題は、「Tさんにごはんを食べさせること」であると考えられた。しかしAさんには食事場面において、無理矢理Tさんに食べさせるような行動は見られなかった。「食べませんか?」という、Tさんが食べられないことを前提とした、強制の程度が低い発話がなされたり、「あーん」というAさん自身も一緒にできる行為で食事を促したりと、丁寧な発話での食事介助が実際には行われていた。発話よりも強制の程度が高い身体接触、つまりAさんがTさんの頬をさわって口を動かすように言う場面が時には見られたが、食べることを強要するような不自然な様子もなく、口を動かすことが自然と要求されていた。Aさんはいろいろなパターンの促しを繰り返すことにより、Tさんにごはんを食べさせようとしていた。またAさんは、Tさんの身体の動きに合わせて自分自身の身体をゆらゆらさせたり、のぞきこみながらスプーンを差し出したりと、常にTさんの様子を見ながら食事介助を行っていたことが見てとれた。Aさんは、「Tさんにごはんを食べさせること」という課題を遂行するために、「どうしたら食べさせられるか」ということだけでなく、「どうしたら相互に、(Tさんと)同じことに関与できるか」ということを考え、達成しようとしているようだ。Aさんの、Tさんへの食事介助は、単に「ごはんを食べさせる」といった

ことだけではなく、Tさんへの配慮が見られ、もっと洗練されたものであると考えられる。

Tさんも、介護を受ける側、というように、常に受け身の姿勢という訳ではなかったように考えられる。Tさんは食事の際に壁の方を向いたり、TVを見たりと、食事に集中しているとは言い難い。よってTVを関与シールドとすることで、「食事介助をしてくれるAさんの好意を嫌だと言っている訳ではない」というような、Aさんへの配慮を表しつつも、自分で受け身の状況をコントロールしようとしているようにみえた。

さらに、Aさんの、Tさんへの食事介助は、食事を終えたら薬を飲む、薬を飲んだらもう食事へは戻れない、というようにまずは、時間的に構造化されていた。そして、この時間的構造化は、部分的に空間的構造化を伴っていた。薬を混ぜることになるヨーグルトは、食事のお皿と一緒に、最初からお盆にのせられている。けれども、他の副食のように、主食と交互に口に運ばれることはない。そういう形で空間的に構造化されていた。食事よりも、ヨーグルトの方が一口ごとにかかった時間もかなり短く、食事に比べるとスムーズに食べていたが、だからといって、口休めにヨーグルトが提供される、ということではなかった。食後に服用することが義務づけられている薬が、中に混ざっているために、ごはんよりも先にヨーグルトを食べることは、許されない行為とされているようであった。ここでは、何か(A)をしたら何か(B)ができなくなるというような、相互行為秩序が表れていた。食事行為という誰もが行う行為でも、エスノメソドロジー的な視点から分析を行うと相互行為の重なりによって場面が作られているということがわかる。

謝辞

日本学術振興会・埼玉大学 川島理恵様、中京大学 堀田裕子様、京都橘大学 西田厚子様、京都橘大学 家根明子様、ご助言ありがとうございました。そして、被写体の患者様、ご家族、スタッフの方々、徳島市医師会訪問看護ステーション 大川由紀様、お忙しいなか、私たちの調査にご協力くださり、まことにありがとうございました。

参考文献

秋谷直矩, 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」, 『保険医療社会学論集』, 19(2):56-67.

Boyd, Elizabeth and John “Taking the history: questioning during comprehensive history-taking,” John Heritage and Douglas W. Maynard, *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, New York, Cambridge University Press, 151-184.

Goffman, Erving, 1963, *Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings*, The Free Press(=1980,丸木恵祐・本名信行訳 『集まりの構造—新しい日

常行動論を求めて』,誠信書房.)

Sacks, Harvey Emanuel A. Schegloff and Gail Jefferson, 1974, "A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation," *Language*,50(4):696-735(=2010, 西阪仰訳 『会話分析基本論文 順番交代と修復の組織』,世界思想社.

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.

小宮友根、2007、「6章」前田泰樹・水川喜文・岡田光弘 『エスノメソドロジー 人びとの実践から学ぶ』新曜社、124-154

前田泰樹・水川喜文・岡田光弘, 2007, 『エスノメソドロジー 人びとの実践から学ぶ』新曜社.

Pomerantz, A. M., 1984, "Agreeing and Disagreeing with Assessments: Some Features of Preferred/Dispreferred Turn Shapes," Aktkinson, J. M. and J.C. Heritage (eds.), *Structures of Action: Studies in Conversation Analysis*, Cambridge: Cambridge University Press, 57-101,.

Sacks, H., 1987, "On the Preferences for Agreement and Contiguity in Sequences in Conversation," G. Button and J. R. E. Lee (eds.), *Talk and Social Organisation*, Clevedon, UK Multilingual Matters,34-69.

Schegloff, E.A. 1998 "Body Torque,"*Social Research* 65(5): 535-596.

Schegloff,Emanuel & Harvey Sacks , 1972 , Opening up Closings , *Semiotica* , 7 : 289 – 327 (= 1989,北澤裕・西阪仰訳「会話はどのように終了されるか」G.サーサス・H.ガーフィンケル・H.サックス・E. シェグロフ著 北澤裕・西阪仰訳 『日常性の解剖学 知と会話』,マルジュ社 175-241.)

第2章 生活の手触り、構造、良質さ 在宅療養のエスノメソドロジー

中井知美(B 班)
山木ありさ(B 班)
宅和真弓(B 班)

0. 調査の概要

はじめに、私たちが行った調査内容、目的等について説明する。

私たちは平成23年度徳島大学総合科学部社会調査演習における調査で得られたデータを用い、在宅療養のエスノメソドロジーと称して在宅療養の実情を分析した。調査は2日間実地しており、1回目の調査は2011年8月2日の9時から一時間に渡り1件の家庭で事前に許可を得た上で撮影及び録音を行い、2回目の調査は2011年8月4日午前から午後にかけて2件の家庭で、同じく撮影及び録音の調査を行った。いずれの調査においても、実際の在宅療養の現場でどのようなことが起こっているのかについて映像や音声で可能な限り詳細に記録し、後に会話・場面分析を行うことを目的とした。なお、名前はすべてプライバシーを考慮して仮名で表記した。

1. H氏の場合

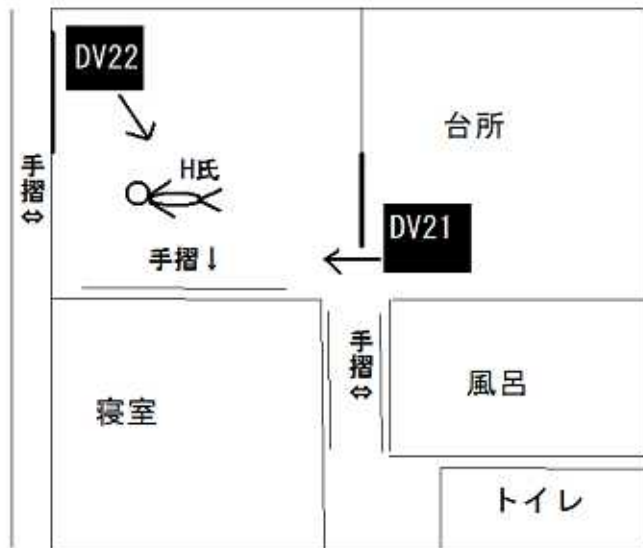
1.1. H氏宅調査概要

日時：2011年8月2日(火) 9:00~10:00

機材：ワイヤレスマイク1台

マイク付ビデオカメラ2台

撮影者：中井知美、山木ありさ、宅和真弓



【図1 H氏宅略図】

1 2. 被撮影者：H氏概要

H氏は先天性小児麻痺(四肢麻痺)、高血圧、糖尿病を持つ一人暮らしの女性である(ただし、近くにご家族が住んでいる)。手は動くが指先は動かさずらく、基本的に車いすで生活している。一週間に2件の訪問看護と1件のヘルパーサービスを利用している。今回同行させていただいた訪問看護 T(組織名)の K氏は H氏宅を週に2回(午前9時～10時)訪問しており、目的は生活援助、入浴、筋力維持のためのリハビリである。

(1)K氏がH氏の目の届かないところへ行った際に、声だけで指示をする場面

AV08022011_085622.-vol-03 01:56(DV22) 途中から

AV08022011_090432.-vol-04 01:55(DV21)



- 01 K：手の運動しとってよ、私が手洗ってくるまでにな
 ((K キッチンへ移動))
 ((H 腕を動かし始める))
- 02 H：これ()横の()
- 03 K：横いったで？
- 04 H：まだ横、今度横で(::::)な？
- 05 K：うん横、今度横、い(::::)ち、に(::::)い、さ(::::)ん、し(::::)、ご(::::)、ろく、しち、
 はち、きゅう、じゅう、はい、ひじ折ってよー。いち、に、さん、し
 ((K 氏戻ってくる))
- 06 K：ご、ろく、しち、はち、もうちょっとちゃんとせなんたら、はい
 ((笑いながら K 氏、笑う H の腕をたたく))
 ぐっとな、いち

この場面においてリハビリ目的のストレッチにもかかわらず、看護師である K 氏は台所に手を洗いに行っており、声で指示は出しているものの H 氏のストレッチの様子は全く見ていない。その後、戻ってきてからちゃんとストレッチの出来ていない H 氏に対しても、「もうちょっとちゃんとせなんたら(もうちょっとちゃんとしなさいよ、の方言形*以下同じ)」と口ではいるものの、もう一度やらせようとする様子は見られない。ゆえにストレッチに対しあまり重点を置いていないことが見て取れるが、(在宅ケアを考え

る診療所・市民全国ネットワーク,2011)より、自宅介護による「“孤立化”に関しては、定期的に誰かが訪問すること自体、大きな意味を持つ」ことであり、また「“通所ケア”など他の人たちと交流の場に出られるように、心理的・身体機能的準備を行う」ことが訪問リハビリテーションの目的として挙げられている。このことからそもそも訪問看護は病院とは“通所ケア”という点で大きく異なり、頻繁にお互いが笑いあい、コミュニケーションをとっている様子が窺えることから、家に引きこもった状態の患者を訪問すること自体に意味があるのではないだろうか。つまり、病院のように、リハビリによって体の機能を回復させることだけが在宅でのリハビリの目的ではない、という面が影響しているのかも知れない。訪問看護にはそれ以上悪くならないようにするための現状維持のためのリハビリがあるのだろう。

(2) H氏が自発的に手の指のストレッチを始める場面

AV08022011_085622.-vol-03 02:57(DV22)



07 H：あら

((H 指折り失敗))

08 K：いち

((H をちらっと見て視線外す))

に、さん、し、ご、ろく、しち、はち、きゅう、じゅう、はい指折って(::::),

- 09 H: またこれが
- 10 K: はい、いち
 ((Hを見るがすぐに視線外す))、
 に、さん、し、ご
 ((Hついてこれていない。))
- 11 H: Hehehe
- 12 K: ろく、しち、はち、きゅう、じゅう、できた？
 ((K:Hを見る))
- 13 H: でけん
 hehehe
- 14 K: hehehe はい頑張ってしてよ
 ((Hの右腿を二回叩く))
- 15 K: ほなつぎ足[(1) に、
- 16 H: [いち、に、

この場面はH氏が指のストレッチを行ったあと、足のストレッチに移ろうとしたK氏よりも先にH氏がもう一度指のストレッチを始めた場面である。

H氏の指のストレッチの際にK氏はその様子を見ておらず、K氏がH氏に対し「できた？」と聞いている。ビデオの様子からもはっきりと指が動かしておらず、その返答としてH氏は「でけん(できない)」と言っている。そこでK氏とH氏がお互いに笑いあい、「はい次頑張ってよ、ほな次足」と言ってK氏がH氏の足に触れる間にH氏はもう一度指のストレッチを始め出している。つまり、K氏は指のストレッチができていないことを承知の上で足のストレッチに移ろうとしたが、K氏に言われたわけでもなく、H氏が自発的に指のストレッチをもう一度やり始めたのである。

ここから、支援される身でありながらも、積極的にリハビリに参加する被介護者の姿が見られる。しかしながら、ビデオで見る限りのH氏の様子・状況からは、リハビリに対し熱意を持っているとは考えがたい。なぜこうも積極的にストレッチを行ったのであろうか。以下ではそれについて考えていく。

(3)09:30:45～09:31:16 まで 31 秒の沈黙の場面

(K氏が『訪問看護記録』『自己管理ノート』を記入している間Hは待たされている)
 AV08022011_085622.-vol-03 03 : 38(DV22)



- 17 K:さん、し、ご、ろく、しち、[しち
 18 H: [しち、はち、きゅう
 19 K:ゆっくりでええから
 20 H:じゅう
 21 K:出来たらもっかいもっかい、3回くらいせな
 ((K: ノート書き始める)) 9:30:22
 22 H:いち、に、さん、し、ご、ろく、・・・きゅう、じゅう、hehe、疲れた、
 ほなけど終わった、
 ((H: キョロキョロしながら K氏を見る))
 23 K:では脚いくけんな
 24 H:(ほな次こっちからいれてったら) 9:30:41
 ((H,K: 沈黙))
 25 K:待ってよ 9:31:17
 ((K: ノートを畳む)) 09:31:20
 26 K:おっけ(::::)、
 ((H氏の左腿を叩く))
 27 K:えー、はい、こっちは上がらん方やな
 28 H:うん
 29 K:いくよ、いち、に、さん、し、ご、ろく、しち、はち、きゅう、じゅ、(6)ろく、
 しち、はち、きゅう、じゅ

- 30 K:はい(まげようか)、いち、に、さん、し、(3)しち、[はち、きゅう、じゅ
 31 H: [はち、きゅう、じゅ
 32 K:さあこっちは頑張ろうよ、はい、いち、に、(つないで)[し、ご、ろく、しち、
 ((Hの右すねを二回叩く))
 はち、きゅう、じゅ
 33 H: [し、ご、ろく、しち、
 はち、きゅう、じゅ

この場面は、H氏のストレッチの最中でK氏がH氏の自己管理ノートを書き始めてしまったことにより、H氏が約31秒間待たされているという場面である。

H氏がストレッチをしている最中にノートを書き出したK氏は、「終わった」というH氏の報告に対して「では次脚いくけん(からね)」と返し、「ほな次こっちからいれてったら(していけば)」というH氏の提案に答えていない。その後、何度か指を動かそうとする素振りは見せるが、K氏へ視線をキョロキョロさせてH氏は結局動かなくなる(約10秒間)。頭を掻いたり、手を口に持っていったりと、また動き出してきたところで、「待ってよ」というK氏の言葉が入り、ノートをたたんでストレッチに戻っている。

K氏がノートを書き込んでいる間、H氏はK氏の様子をうかがい、次のストレッチに対し、積極性をみせながらも自らストレッチを始めることはなかった。ゆえに、リハビリに対して意欲的であるとは言い難い。では(2)で見せた積極性はなんだったのか。ここでH氏にとって重要なのは、K氏の関心の先だったのではないだろうか。(1)~(3)を振り返ってみてみよう。

(1)において、K氏はH氏のストレッチの様子をみてはいなかったものの、声で指示は出しておりその関心の先は自分に向いているとH氏は感じているだろう。(2)においてもストレッチのできていないH氏に対し「ほな次頑張ってよ」と声をかけており、その声やK氏の体の方向からもH氏に関心が向いていることは明らかである。だが、(3)においてK氏はノートをひたすら書き込んでおり、H氏の提案にも答えていない。このときのK氏の関心事はノートだったのである。ゆえにH氏も自らストレッチを行わなかったとすれば、H氏にとって重要なのはK氏の関心といえよう。

以上のことからH氏の在宅介護においてみえてくることは、リハビリの積極性・自主性において重要なことは被介護者の性格、介護者のリハビリへの支援度、病気の状態などではなく、介護者・被介護者の関係性そのものなのである。被介護者(この場合H氏)にとって介護者(この場合K氏)は数少ない自分への訪問者であり、いわばお客様である。けれども、健常者が行うようなお茶を入れる形でもてなすことはできない。それでもせっかく自分の家に来てくれたのだからなにかもてなしをしたいという、その「在宅的態度」「もてなそうという態度」の表れが、この不思議に積極的なリハビリ、現象にあらわ

れているのではないだろうか。そういう在宅的要素がこのリハビリへの積極性へと繋がっているのではないかと考えられた。

このような「もてなし」と結び付いた「リハビリ」の形があることを考えると、在宅医療が、単に病院の病院外化だけではないことが見えてくる。そこは、医療を提供する場であるだけでなく、在宅だからこそ、積極的なリハビリ意志の表明の場となっていたのである。

2. K1 氏の場合

2 1. K1 氏宅調査概要

日時：2011 年 8 月 4 日（火）

機材：ワイヤレスマイク 1 台

マイク付ビデオカメラ 2 台

撮影者：中井知美、山木ありさ、宅和真弓

2-2. 被撮影者：K1 氏概要

K1 氏は脳血管障害の後遺症による右半身麻痺を持つ、要介護度 4 の男性である。動くことは出来るが実際に日常生活において一人で何かを行うことは難しく、週 4 日訪問介護等の援助を受けている。食事は柔らかいものを中心として基本的に何でも自分で食べることが出来るが、口も多少麻痺しているため食事中に食べ物が口からこぼれてしまうことがある。腰を使って歩くことが可能で、歩行の際には「足がいろんな方向を向いてしまう」のを防ぐため、病院で作ってもらったプラスチックの装具を装着している。ただし、夜の歩行は危険であるため夜間はポータブルトイレを利用し、歩行を伴う行為は控えるようにしている。基本的に二階で生活しており、階下に下りる際には以前骨折したことをきっかけに設置した椅子式階段昇降機を使用している。日常的な入浴、食事といった介護は同居している K1 氏の息子が受け持っており、非常時にはベッドサイドに設けたボタンによってすぐに呼び出せるようになっている。また、訪問看護において K1 氏が行うリハビリの目的は筋力維持である。

(1)K1 氏が歩行訓練する際の空間の構造化

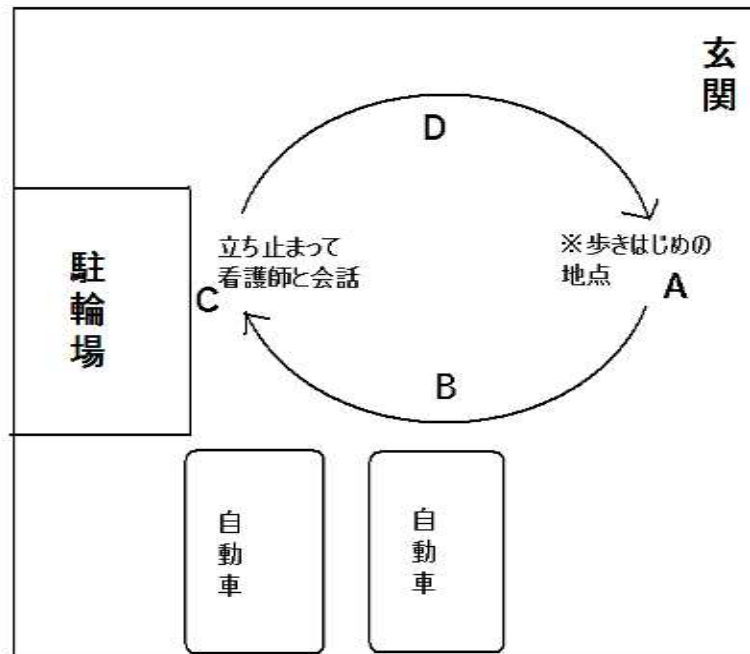
K1 氏は自宅 1 階の駐車場で看護師の付き添いのもと、歩行訓練を行う。以下はその場面である。



(DV21) AV08042011_093012.-vol-11 (10:28:16AM) 01 : 35

(DV22) AV08042011_090744.-vol-16 (10:28:47AM) 00 : 53

K氏は玄関から出て右回りに3周歩く歩行訓練を行った(図1参照)。ちなみに、図1は10メートル四方程度である。



【図1 歩行練習場の相互行為構造図】

この場面において特徴的であったのが、玄関と反対側にある駐輪場前で立ち止まって(あるいは立ち止まらずとも)看護師と短い会話を交わし、また歩きはじめるところである。各時間はおおよそ以下ようになっており、二週目移行の会話の内容についても以下に記した。

【表1 歩行データ】

【1週目 歩く時間】(単位は秒)	【1週目 歩数】(単位は歩)
・駐輪場まで歩く(A~C)時間:25	・駐輪場まで歩く(A~C)歩数:22
・立ち止まって話す時間:0	・駐輪場から玄関前周辺まで歩く(C~A)歩数:20
・駐輪場から玄関前周辺まで歩く(C~A)時間:21	

<p>【2週目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・駐輪場まで歩く(A~C)時間：18 ・立ち止まって話す時間：4 (立ち止まって会話) ・駐輪場から玄関前周辺まで歩く(C~A) 時間：25 	<p>【2週目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・駐輪場まで歩く(A~C)歩数：15 (ここで立ち止まって会話) ・駐輪場から玄関前周辺まで歩く(C~A) 歩数：20
<p>【3週目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・駐輪場まで歩く(A~C)時間：23 ・立ち止まって話す時間：0 (立ち止まらずに会話。会話自体は18秒。 場所は2週目立ち止まった場所とほぼ同じ。) ・駐輪場から玄関前周辺まで歩く(C~A) 時間：19 	<p>【3週目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・駐輪場まで歩く(A~C)歩数：20 ・駐輪場から玄関前周辺まで歩く(C~A) 歩数：16

< 歩行訓練中の会話(2週目以降) >

【2週目 CからDにかけて行われた会話】

- 01 看護師：° 休憩したかったら休憩しいよ° hh (DV21 vol.11 02:49)
- 02 K1：h え？
- 03 看護師：休憩し° い° よ
- 04 看護師：一気に歩かんでもええで
- 05 K1：そろそろ歩かな
- 06 看護師：うん()だろ
- 07 看護師：休憩してよ
- 08 K1：まだ1回か
- 09 看護師：あと1回あるで
- 10 K1：3回ずつ
- 11 看護師：そうそう3回(0.3)短いけん(DV21 vol.11 03:11)

【3週目 CからAにかけて行われた会話】

- 01 K1：歩けんや言うたってとおらん(しょうぼうしっし)(DV21 vol.11 03:35)
- 02 看護師：(登られれん)からやる今日えらいなんか早いhh、いつももうちょっと遅い
- 03 K1：()かけとんじゃ
- 04 看護師：ほうやろ
- 05 看護師：今日立つんもなかなかすごい
- 06 看護師：あがって

- 07 K1：え？
- 08 K1：もう1回だ
- 09 看護師：もう3周したで
- 10 K1：3回したんや
- 11 看護師：4回いくで
- 12 看護師：4回いってもええで hh (DV21 vol.11 04:11)

これらのデータから、2週目と3週目に会話が行われた地点がほぼ同じ場所であるということが明らかとなり、K1氏によって玄関の反対側に位置する駐輪場前が「半周」として認識されている可能性が考えられた。つまり、K1氏の中で空間の構造化が起こっている可能性が考えられるのである。ここにおいては1階の「駐車場」が「リハビリを行うためのスペース」と化しているほか、更にその中でスタート地点である玄関から反対側に位置する駐輪場までがK1氏と看護師の間で半周と認識されているようである。2週目、看護師がK1氏に声をかける場所と3週目K1氏が発話する場所が同じであるという点は非常に興味深い。

空間の構造化については、駐輪場手前のカーブを曲がった後K1氏が視線を足元と前方に行き来させる様子が特に頻繁に伺えるため、右半身麻痺によるカーブの困難とそれに伴う「半周」という目標設定がなされているのではないかと考えられる(カーブがK1氏にとって困難な箇所であるという点については、後にも記すが看護師の行動から窺い知ることが可能である)。そうしたK1氏の状態を確認しつつ看護師が歩行のペース配分に気を配って発言をしているのではなかろうか。以下ではそうした点について、K1氏と看護師の歩行訓練中の位置取りに着目して空間の構造化と2人の参与フレームについて詳しく分析を行う。

下に示したのはK1氏の歩行のスピード、看護師の立ち位置、その場における看護師のK1氏に対する社会的関係について、歩行練習場の相互行為構造図のA、B、C、Dごとにまとめたものである。

【表2 歩行練習場の相互行為構造表】

<1週目>

	A	B	C	D
歩くスピード	はやい(会話)	はやい(途中で会話)	はやい	はやい
看護師の立ち位置	K1氏の斜め後ろ	K1氏の斜め後ろ	K1氏の斜め後ろ	K1氏の斜め後ろ
社会関係	サポーター	サポーター	サポーター	サポーター

< 2 週目 >

	A	B	C	D
歩くスピード	若干遅くなる	遅くなる	遅くなり、一時止まる（会話）	はやい（会話を続けながら）
看護師の立ち位置	K1 氏のほぼ隣	K1 氏の斜め後ろ	K1 氏の隣	K1 氏の斜め後ろ
社会関係	サポーター	サポーター	共同散歩者	共同散歩者

< 3 週目 >

	A	B	C	D
歩くスピード	はやい	はやいが徐々に遅くなる	遅い（会話）	遅い（会話を続けながら）
看護師の立ち位置	K1 氏の隣	K1 氏の斜め後ろ	K1 氏の隣	K1 氏の斜め後ろから段々 K1 氏の前に出る
社会関係	サポーター	サポーター	共同散歩者	共同散歩者からサポーター（終了を指示する者）への移行

K1 氏の歩行訓練は 10:28:21 で看護師が K1 氏に杖を渡した後、10:28:22 秒から始まる。その直後、K1 氏が反対側に位置する駐輪場の方に視線を向け、それに続き看護師も同じようにそちらへ視線を向ける。その直後の 10:28:27 から 2 人はこれから行う（既に歩き始めている状態ではあるが）歩行訓練について、三周回って歩くことを口頭で確認しあい、それに伴って看護師は歩くルートを示すように腕を動かす。



歩行の最中、看護師は K1 氏の右後ろに半歩から一歩ほど下がって付き添い、視線の指向野はほとんど常に K1 氏の足元に向けられていることから、K1 氏の歩行のサポーターとして共に歩いているということが分かる。そうしたサポーターとしての存在を表わすように、10:29:04 では K1 氏が D から A へ差しかかるカーブを曲がる際、一瞬左手を K1 氏の方へ差し出そうとしている。



結局左手は K1 氏に触れる前に引っ込められることになるが、ここからは看護師のサポ

ーターとしての参与以外に、K1 氏の歩行において最も注意すべき所がカーブを曲がる瞬間であるということも分かる。



10:29:25 あたりから、それまでほぼ斜め後ろに位置し続けてきた看護師の立ち位置が K1 氏の真横になっていく。そしてそれまで K1 氏の足元に向けられ続けていた看護師の視線の指向野は K1 氏の顔に向けられるようになり、K1 氏の表情の様子を伺うように K1 氏の顔を覗き込み、10:29:29 には看護師からこの日の K1 氏の歩行のペースが普段より随分と速いため、もう少しゆっくり歩くようにしてもいいといった旨の発話がされることとなる。以上の流れから、ここでの看護師の発話は K1 氏の歩行の調子や表情からペース配分を行うためのものであると考えられる。

そこから 2 人は並んで歩きながら話を続け、会話が途切れた 10:29:53 から後は再び看護師が K1 氏の斜め後ろに付き添って歩く位置取りへと戻る。そして再び駐輪場前のカーブに差し掛かったとき、看護師の歩く位置が K1 の真横になり、そのタイミング (10:30:16) で K1 氏は看護師に発話を行う。

そしてそこからまた 2 人は並んで会話しながら歩くが、ゴールの玄関前付近になるとわずかに看護師の方が前に出るようになってくる。そして玄関前に到着したときには、看護師が歩行訓練の終わりを告げる役割を果たし、K1 氏が玄関に入るよう促すような腕の動きを見せる。



1 週目、2 週目、3 週目のまとめ表を見ると一目瞭然であるが、看護師と K1 氏が横に並んで歩くのは玄関前の A と駐輪場前の C である。ここで 2 人が横に並ぶことによって発話の契機が生まれ、看護師はサポーターという役割を担いながらも笑いを交えた会話を共にすることで共同散歩者としての役割も果たしているのだ。看護師はサポーターとしての役割を、斜め後ろという転倒リスクに配慮した（しかも常に K1 氏が杖をついていない側の）位置に立つことで果たす場合と、横に並んで K1 氏の表情を見ながら会話を行う共同散歩者としての役割を果たす場合という 2 つの状況を付き添って歩く位置取りによって自然と変化させているのである。そしてその位置取りの転換は玄関前と駐輪場を中心として構造化された空間と密接に絡み合っているのだ。

(2)K1 氏の室内のリハビリ 腕の上下運動

(DV21) AV08042011_093012.-vol-07 (10 : 08 : 35AM) 03 : 55 ~

(DV21) AV08042011_093012.-vol-08 (10 : 10 : 49AM)



K1 氏のリハビリからは、 K1 氏が自分で動かせる方 (左半身) のリハビリでは、動かせない方 (右半身) に比べて看護師の声かけの声の大きさが大きいことが観察され、また、麻痺がある方と無い方では K1 氏のなかで身体の左右が持つ意味が違うのではないかと、という点が推察された。

の看護師の声掛けの大きさについては、他の調査対象者である H 氏宅の脚のリハビリでも同様に “ 麻痺側のリハビリでは看護師の声掛けの大きさが小さく、患者が自分で動かせる側のリハビリでは声掛けの大きさが大きい ” という光景が見られた。H 氏宅では看護師による 「 さあこっち (非麻痺側) は頑張ろうよ 」 という発言が見られ、その後声掛けの大きさが大きくなることから、K1 氏、H 氏の二者に共通して見られるこの 「 看護師の声掛けの大きさが麻痺側・非麻痺側で異なる 」 現象の原因として、看護師と K1 氏の 『 参与フレームワーク 』、あるいは 『 エンカウターの構造 』 が半身ずつのリハビリにおいて異なっているのではないかと考えることができる。更に K1 氏は看護師が足のリハビリを行っている間にも非麻痺側 (左半身) の手の運動を自主的に行う様子が見られるなど、非麻痺側においてはリハビリに非常に意欲的な行動が見受けられる。つまり、麻痺側のリハビリにおける 「 看護師 患者 」 のエンカウターの構造は 「 操作者 被操作者 」 であり、言い換えればあくまで支援者 患者であるが、非麻痺側のエンカウターの構造は 「 操作応援者 操作者 」 であるために、患者本人が看護師の声掛けに合わせて自らの力で運動できるよう、

看護師の声掛けの大きさが大きくなっているといえるのである。

H 氏宅で見られた「さあこっち（非麻痺側）は頑張ろうよ」という看護師の発言から、このエンカウターの構造（あるいは参与フレームワーク）の転換、半身ずつの違いは患者のみならず、看護師にとっても認識されているものであると考えられるだろう。

また、「声の小ささ」に着目すると、麻痺側のリハビリの際に声掛けの声の大きさが非麻痺側に比べて明らかに小さいのは、声の大きさには人を巻き込む／巻き込まないという差異を表出させる効果があるというウォルター・J. オングの『声の文化と文字の文化』で示された論理が適応できる。つまり、声の大きさは人を巻き込む すなわちここでは患者をリハビリに参加させる 効果があるが、麻痺側でその効果が高い「大きな声」での声掛けを行うと、麻痺により自らの力で動かすのが困難な腕を活発に動かすことを強要するような状況が生まれかねないため、看護師は麻痺側では呟くような小さな声で声掛けを行っていると考えられるのである。

3.K2 氏の場合

3-1.K2 氏宅調査

日時：2011 年 8 月 4 日（火）

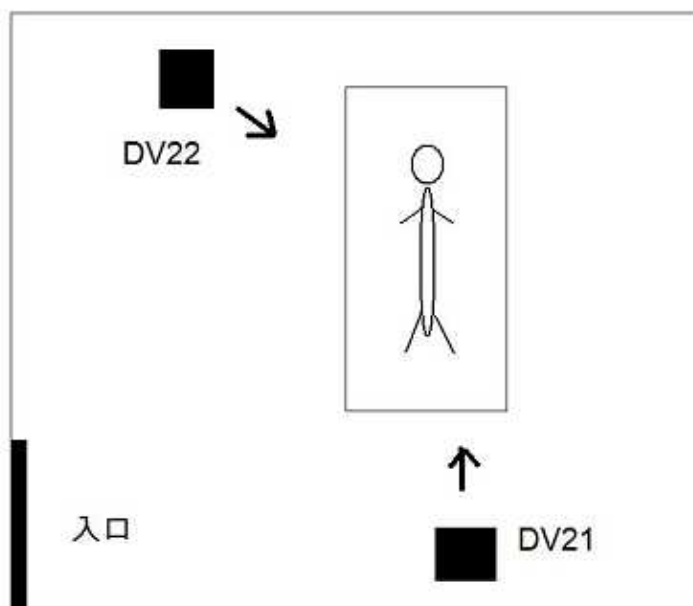
機材：ワイヤレスマイク 1 台

マイク付ビデオカメラ 2 台

撮影者：中井知美、山木ありさ、宅和真弓

3-2. 被撮影者：K2 氏概要

ALS を患う女性。24 時間観察が必要。医療保険に入っており、ヘルプステーション 4 件、訪問看護 2 件に入ってもらっている。家政婦も 2 人雇っている。首から下が全身麻痺。胃瘻は 1 日 3 食。耳は聞こえるが自分の意思を伝えるときは文字盤を使用している、人工呼吸器は平成 15 年くらいから使用。要求は主に吸引と体の位置の変更、また、買い物に行きたいということや掃除をしてほしいなどもある。ファッション・買い物が好きで、週 3 回はでかける。出かける際には家政婦と外来の人と 2 人つきそいがいる。



[図 1. カメラ位置]

(1)K2 氏の QOL

【DV22 vol28 4:45 ~vol29 00:48】

(以下 A:家政婦 B:調査員 C:訪問看護師)



A:だから…趣味が…?()あの(.)ファッションとかね()

A:お買い物とか(.)好きなんですよ

B:なるほど(.)本当に外出は必要ですよ?

A:そうですだからパジャマを着ないで:()その

A:SOGO で買ったお洋服を着たりとかそういう美に対する意識は

A:誰よりもすばらしいです()だからカットも自分からいくし()

A: こっちから行きますねはい

B:カットも当然こっちから行くわけですよ (うなずき)こっちから

A:前は来て[もらってたんですけどとにかくあ[の::動いて::?普通に動いてって

A: [生きるっていうこう [意味じゃないけど

C:生きがっていうとおかしいけど()動けてるっていう意味があるんです

この場面は K2 氏を囲って家政婦 A,調査者 B,看護師 C が K2 氏について会話している場

面である。K2氏の趣味はファッション。美に対する意識が非常に高く、普段もパジャマではなく近隣の百貨店などで購入した服を着用。ネイルアートもエステも行っている。体にかかっているタオルケットはキャラクターのものを使っている。通常病院に入院していれば、その病院から支給される患者共通の病院服を着用することになる。またベッドの布団なども一般的には共通したものが使われる。K2氏のこれらのオシャレなどは病院に入院してはできない在宅ならではのものであるといえる。家族は寝たきりでもなるべく以前と変わらないような生活を送ることを望んでいる。また取材を行った日は夏で、外はセミの鳴き声で騒々しく、暑いのに、K2氏宅は涼しく、足下までのガラス貼りのサッシのおかげで外の様子は、日差しの強い感じまで含めてよく見えるのに、その外の騒音は全くといっていいほどさえぎられていて、聞こえない環境が確保されていた。これらよりK2氏宅でのK2氏の暮らしの豊かさ（経済的な豊かさというよりは、生活の平穏さ、選択性つまり外の環境は見えるが外の暑さやうるささからは解放されている＝暮らしの雰囲気の良い）が窺い知れた。そのようなものこそは、「病院内個室」ですらなかなか獲得できないけれども、在宅では、かなりの確率で確保できる「豊かさ」なのではないか、と思われた。

(2)関与分配

【DV21 vol26 04:54 ~】



この場面も会話の場面である。看護師は調査メンバーや家政婦との会話を楽しみつつ、患者の肩をさすったり、患者に視線をむけたりと患者の様子をうかがっていることを時折みせる。Goffman(1963)によれば、関与には、「主要関与」と「副次的関与」があるという。看護師はこの時間勤務中ではあるが、直接声を出して会話をしているこのシーンの場合、「主要関与」は、看護ではなく、会話の方に割り振られていると言えるだろう。つまり、ここでの調査メンバーらとの会話が「ある個人の注意や関心の大部分を奪うもの」とされる主要関与であるといつてよい。けれども、そのときにまったく「看護」的存在でなくなっているとこの看護師をいうことはできない。じつは、会話の最中に会話に障害を及ぼさない程度の集中度ではあるが、患者を気にする様子を看護師Cは示しているからである。しかも、その注意の示し方は、あたかも、「個人に対して義務として課される」、ゴフマンのいう「支配的関与」とも言えそうな示し方なのであった。在宅医療において、他の患者に関与を分散させられないことがない看護師は、だからといって、つねに目の前の療養者に100%の関心を払っているわけではない。けれども、その一方で、5%や10%程度の関心の払い方かも知れないが、ときどき肩にふれたり、腕に触れたりする形で関与を続けている看護師という人的環境の存在は、前節の住環境の存在同様、療養者にとって、あ

る豊かさを提供してくれているのではないだろうか。続けての研究を行っていきいたい。

謝辞

調査ご協力くださった H 氏、K1 氏、K2 氏、ご家族の皆様、スタッフの皆様
日本学術会議・埼玉大学 川島理恵様、中京大学 堀田裕子様、京都橘大学 西田厚子様、
京都橘大学 家根明子様御助言ありがとうございました。訪問看護ステーション とわ
香西かをる様他関係者様各位、ありがとうございました。

参考文献

- Goffman, Erving 1963, 『*Behavior in Public Places: Notes on the Social organization of Gathering*』, The Free Press of Glencoe
- 服部 武, 1982, 『リハビリテーション看護 理論と実際』, 医歯薬出版
- 石田 肇, 1978, 『痛み リハビリテーションにおけるアプローチ』, 医学書院
- 伊藤 利之, 1995, 『地域リハビリテーションマニュアル』, 三輪書店
- 西阪 仰, 2008, 『分散する身体 エスノメソドロジ的相互行為分析の展開』, 勁草書房
- 落合 芙美子, 2001, 『ナーシング・アプローチ リハビリ看護』, 桐書房
- 大塚 哲也, 1967, 『写真で見るリハビリテーションの実際 第2』, 医学書院
- 上田 敏, 1994, 『目でみるリハビリテーション医学』, 東京大学出版会
- 植木 純, 千住 秀明, 2009, 『チームのための実践呼吸リハビリテーション』, 中山書店
- 内木慧, 梅園静一, 1979, 『あなたのためのリハビリテーション入門 障害にうちかって強く生きるために』本の泉社
- 山崎敬一他, 1993, 「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的研究」社会学評論 44(1), 30-45
- 山崎敬一, 西阪仰編, 1997, 『語る身体・見る身体 附論 ビデオデータの分析法』, ハーベスト社
- 在宅ケアを考える診療所・市民全国ネットワーク(編) 『在宅医療実践マニュアル 21st Century 地域ケアを目指す仲間たちへ』2011, 医歯薬出版

第3章 歌う在宅療養者 脊椎損傷者の在宅生活

八木 大斗 (C班)

小笠原 都子(C班)

1. 調査概要

われわれは、在宅療養におけるエスノメソドロジーの調査を目的に、1回のインタビューと2回のビデオ撮影を行った。本章では2011年6月23日と8月5日のビデオデータを中心に分析を行う。

2. 調査対象の概要

今回調査させていただいた対象者(以下 F・T さん)は、70歳で要介護度5の女性である。27歳のときにバイクの後部座席に乗っていて事故に遭い、頸椎損傷から下半身不随となる。数年の入院の後、31歳のときに在宅療養を始めた。同時に自宅を改築し、フローリング化と外出用のリフトを取り付けた。F・Tさん宅は2階建てで現在は2階で飼い猫とともに生活をしており、1階はカラオケ用の部屋(二重窓の防音仕様)となっている。この1階の部屋では2年前までカラオケ喫茶の営業を行っていた。営業を終えた今でも友達を呼んで週末にはカラオケを楽しんでいる。基本的に、終日ベッド上の生活だが、移動するときには電動車椅子を使用している。車椅子には3時間ほど続けて乗ることができ、遠出の場合はバッテリーを所持していく。通院以外にもよく散歩や買い物等の外出をしており、そのときはリフト付きの自動車を利用している。

脊椎損傷のため、体温調整に困難がある。したがって暑さや寒さに弱く、体調管理に配慮が必要である。元は1階で生活していたが暑さなどの理由で風通しのよい2階に移った。手首が動かしづらい。特に左手がそうである。膀胱カテーテルをつけており、ベッド上では寝返り時に管が引っかかってつぶれてしまって、排尿困難にならないように、ラップの筒に管を通してある。2階の部屋には、このような小さな工夫がたくさん存在していた。F・Tさんは、下記の表1のような形で、訪問看護とヘルパーを利用している。またそれらとは別に固定された家政婦さんを2人(以下 Tさん、Iさん)長期間(21年間と7年間)雇っている。

表1 . F・Tさんが利用するサービス

		曜日	時間帯	内容
訪問看護		火・水・土	9:00～10:00	褥瘡ケア、散歩、シャンプーなど
ヘルパー		月・火・水・金	8:30～12:00、 16:00～19:30 1	掃除、炊事など日常生活面を主にサポート
家政婦	Tさん	月・火・木・土・日	時間帯不明	日常生活面を主にサポート 2
	Iさん	水・木・金・土・日		

1：本来は9:00からだが、早めに来てくれている

2：柔軟に多様なサービスを提供しているようであり、詳しくは確認できなかった。

- ・朝食・昼食はヘルパーがつくる。夜はヘルパーが作っていたり、配達弁当を頼んだりしている。結構遅くまで起きている。
- ・2011年に要介護度5に上がった。障害者手帳1級を持っている。

図1 . F・Tさん宅2階図

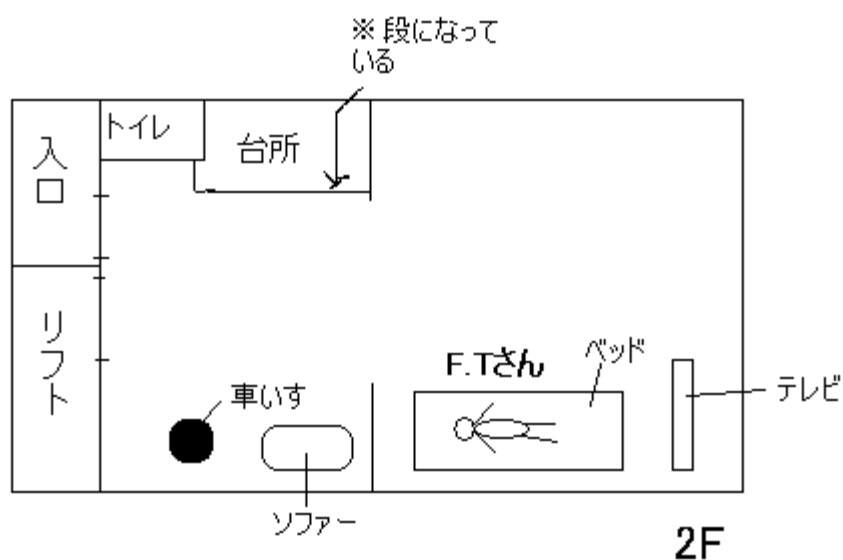
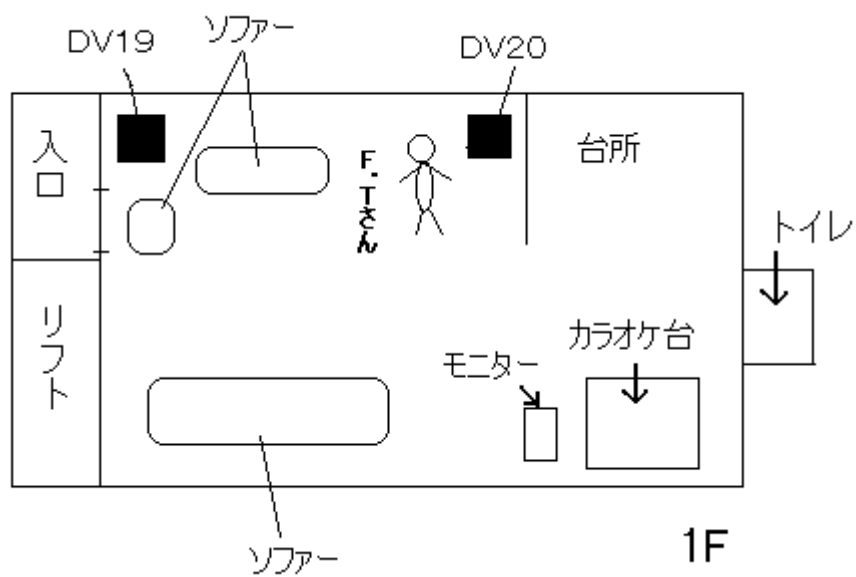


図2 . 8月5日調査カメラ位置



3.調査の分析と考察

3 - 1 . 6月23日調査からの分析

日時：2011年6月23日(木) 14:53~

機材：ワイヤレスマイク1台

マイク付きビデオカメラ2台

撮影者：八木、小笠原

被撮影者：F・Tさん、Iさん、Tさん

<断片 1 : リフトを利用しベッドから車椅子に移乗する場面>

写真 1 は、F・T さんが、車椅子に移乗するために、後方のリフトのサポートパッドにかかっていた体重を前方の家政婦 I さんの左手に移し替えている F・T さんとそれに合わせて F・T さんの背中のリフトのサポートパッドを I さんが右手で抜き取ろうとしている場面である。

DV21 Vol 1 2:56:03~2:56:13

DV22 Vol 1 2:57:18~2:57:28



(写真 1 : 車椅子への移乗 DV21 2:56:12)

- 01 2:56:03 ((I さんがリフトのベルトをはずす))
- 02 2:56:09 ((I さんが F・T さんの前に左手を差し出す))
- 03 2:56:11 ((F・T さんが I さんの左腕付け根あたりに自分の左手を自ら動かして上体を車椅子から浮かす))
- 04 2:56:13 ((I さんが右手で F・T さんの背中にあるモノをとる))
- 05 2:56:15 I よいっしょ

3 - 1 - 1. 考察

この場面を見て特徴的なことは、リフトから車椅子に移動するときに関して、乗り移る当人(F・Tさん)とそれを支援する家政婦Iさん2人の行っている動作(Iさんの左手をつかむ動作など)が、ほとんど発話の助けを借りずに、あたかも、一人の行っている動作であるかのようなスムーズさで、滞りなく行われていることである。これは、サポートに入っているIさんのみでなく、当該の動作にかかわる、F・Tさんを含んだ2人ともが、この移乗作業を、同じ道具、同じ場所でもって習慣的に行い、それに慣れているからだと考えられる。とりわけ注目に値するのは、2:56:15(5行目)の、Iさんの「よいしょ」という発声である(この発話は、われわれにはIさんが行っているように見えたが確実ではない)。Iさんのこの発話は、リフトから車椅子への移乗を完遂するためには、必須のものであるようにみえる。というのも、この発話に、車椅子に最終的に着座するF・Tさんの動作が対応していたからである。興味深いのは、これ以前の動作には、発話が伴っていないにもかかわらず、この動作には発話が伴っていることである。この「よいしょ」という発話はF・Tさんへの体重移動の合図であると同時に、Iさんが力を抜く合図である、という二面性をもっているのではないかと考えられるが、なぜここだけ発話がされているのか。仮説的可能性は2つほど考えられる。まず、他の関連動作に比べてF・Tさんの動作とIさんの操作の動機をとる必要度が特別に高い可能性、ついで、この共同動作が、ひとまとまりの移乗動作の終着点をなしている可能性である。さらに興味深いのは、われわれが聞き取ったとおり、この発話「よいしょ」が、Iさんによってなれているのなら、それは、力を入れる動作の掛け声であるにもかかわらず、その当事者でないものによって発声されていることである。F・Tさんが力を入れる場面で、Iさんが「よいしょ」と発話するような形の連携がここで見られることは、リフトから車椅子への移乗動作が、たいへん高度な共同的行为として遂行されている証拠であると言える。実に興味深いシーンであった。

なおIさんがF・Tさんの上体を動かす動作は(写真1)、F・Tさんの背中のサポートパッドを抜き取る動作(写真1:2時56分11秒)から2~3秒で、終了しており、その間の動作の流れはとてなめらかである。このなめらかさ、スムーズさについて、以下少し考察しておきたい。たしかに、この間の一連の流れにはボディメカニクスのものが関わっていると考えられる。

ボディメカニクスとは、人間工学が発達したなかで、動作をどのようにすればエネルギーを無駄にせず、疲労を避けて効率よく作業できるかを表す語としてできたものである。(富澤 1997 109p)

つまり、ボディメカニクスとは看護場面や介護場面で出てくる考え方で、人間の身体の骨格系・筋肉系および器官の力学的相互関係をあらわし、被介護者の世話をするとき介護者にとって最小の動作で最大の効果をあげるようにするための考え方である(例:ベッド

から被介護者を起こす際に、臀部を支点にする起こし方をすることや、被介護者の両手をたたんで、体を小さくまとめるようなやり方)。写真1では、F・Tさんの背中部分にあるサポートパッド器具を取るためにF・TさんにIさんは体を寄せ、さらに左手をだし、その上で右手でサポートパッドを取っている。たしかにこういう動作をすることで、介護者としてのIさんは比較的腕力を使わずにF・Tさんに対する介護をすることに成功している。その一方で、そこでの連携動作は、単純に、介護者であるIさん自身テクニックとして構成されているわけではない。この連携動作は、Iさんの左手に体を遅滞なく預けるF・Tさんの振る舞いまで含めた共同的業務処理の体系があって成立しているものである。

ボディメカニクスは介護者の個人的工夫・テクニックとして記述されることが多いが、ここで我々が観察した共同的業務処理の連鎖的行為は、単純に個人的な工夫の連鎖ではなく、介護者と被介護者の高度の調整された連携的動作として構成されていた。そういう意味では、ボディメカニクスとは別物である、ということもできよう。

<断片 2 : 車椅子に乗った後の場面>

DV21 Vol 1 2:56:21~2:56:27



(写真 2 : F・Tさんの服を整える場面 DV21 2:56:27)

DV22 Vol 1 2:57:34~2:57:40



(写真 3 : 服装を整える場面 DV22 2:57:34)

- 01 2:56:21 ((リフトに関する全部の作業が終わる))
- 02 2:56:27 ((すわり心地が悪いのか、自らの意志により両手で車椅子のタイヤを押し
て上体を整える(服を直す)))

3 - 1 - 2 . 考察

写真2、写真3ではIさんが行うすべての動作が終わったときに、F・Tさんが服の違和感を訴え、IさんがF・Tさんの服を直している。この時、F・Tさんは服が直しやすいように両手を車椅子のホイールにあてて体を持ち上げ、状態を垂直にし、服を肩から重力にしたがって下向きにおろした状態にしている。その状態を前提に、Iさんは乱れた服を引っ張って整えている。

写真2、3では介護者の動きにあわせたものではなく、被介護者の動きにあわせた動作が、介護者によってなされているように見える。これはキネステティクスという考え方にあてはまっていると評価することもできるだろう。「介護する側」に焦点を当てているボディメカニクスとは対照的に、キネステティクスは「介護される側」に焦点を置いている。つまり被介護者自身の動きにあわせた動作を介護者が行うということである。

けれども、ここで、おきていることは、やはり、ボディメカニクスという言い方も、キネステティクスという言い方もいずれもぴったりではない。やはり、F・TさんとIさんの共同的業務処理という言い方がぴったりする行為だといえよう。F・TさんとIさんの両方が、共同的業務処理として、F・Tさんの服を直すという動作をしているのだ、という表現が一番適切のように思われるのである。ボディメカニクスやキネステティクスというような、結局は介護者からみた介護関係であるような諸用語は、被介護者の相互行為への参与をやはり限定的にとらえているように思われる。そのような用語が一見当てはまりそうな場所であっても、そこで起きている相互行為を詳細に見ることで、違った場面の成り立ちが見えてくるように思われた。

写真1～3を通してみると、F・TさんとIさんの一連の動作は介護者から被介護者に一方的に行われるような介護ではなく、介護者と被介護者が双方向的に共同作業を行っているといえるような介護になっているのではないだろうか。

<断片3：リフトに乗りこむ場面>

DV21 Vol1 2:58:00~

DV22 Vol1 2:59:06~



(写真4：リモコンを取り出す場面)

01 2:58:02 ((Iさんが車椅子の後ろにあるポケットからリモコンを探す))

02 2:58:11 ((リモコンを使ってシャッターを開ける))

03 2:58:16 ((リモコンを戻そうとする))

04 2:58:17 ((F・Tさんリフトに乗り込もうとする))

3 - 1 - 3 . 考察

写真4は、Iさんが車椅子の後ろの布製のポケットから、リフトのシャッターのリモコンを取り出す場面である。その後、リモコンを車椅子の後ろのポケットに仕舞おうとするのだが、F・Tさんが先にリフトに乗り込もう前方に移動としてしまい、Iさんが追いかける形になってしまっていた(3行目)。

これは対関係カテゴリー（専門家 - 素人，母 - 娘など）における議論と関連させて考えるならば、家政婦さんと被介護者という「介護者 - 被介護者」という対関係カテゴリーだけがレリバントな場面になっているのではなく、「雇用者(F・Tさん) - 被雇用者(Iさん)」という対関係カテゴリーもレリバントになっている場面だとも考えることができよう。なぜそのように考えられるのか。「介護者 被介護者」カテゴリー対だけが有意味(レリバント)なものと考えた場合、そのカテゴリー対が結び付いている活動としては、「電動車椅子による移動」が考えられるが、その活動だけでは、「車椅子の後を追いかけて、リモコンを背面のポケットに入れる」という活動が適切になるようには思われぬからだ。

別の観点から考えてみる。この「車椅子の後を追いかけて、リモコンを背面のポケットに入れる」という活動は在宅で固有にみられる状況なのではないかとも考えられる。そもそも病院では、電動車椅子を利用している場面はあまり見られない。療養者が自主的に移動活動をすることが想定されてないのだろうか。とはいえ、電動車椅子の病院への持ち込みが、一般的に許されているかどうかに関しては患者の状況によっても思われるので、今後の調査に期待したい。

3 - 2 : 2011 年 8 月 5 日調査からの分析

日時 : 2011 年 8 月 5 日(金) 12 : 50 ~

機材 : ワイヤレスマイク 2 台

マイク付きビデオカメラ 2 台

撮影者 : 八木、小笠原(後に固定、 8 月 5 日調査カメラ位置 を参照)

被撮影者 : F・T さん、I さん、T さん、榎田実習メンバー 9 人

<断片 4 : F・T さんが机を動かす場面>

DV19,vol4,1:13:04~DV19,vol4,1:13:20



(写真 5 : F・T さんが机を動かす場面)

01 F : () ちょっと前えよれん

02 I : ここまでよってきとったらどうにもならん

03 I : ° こんぐらいにしとき °

((I さんが机を前にだす))

04 I : こんぐらいでいける ?

05 I : > () にぐらいにしとこかな < 待ってよ

3 - 2 - 1 . 考察

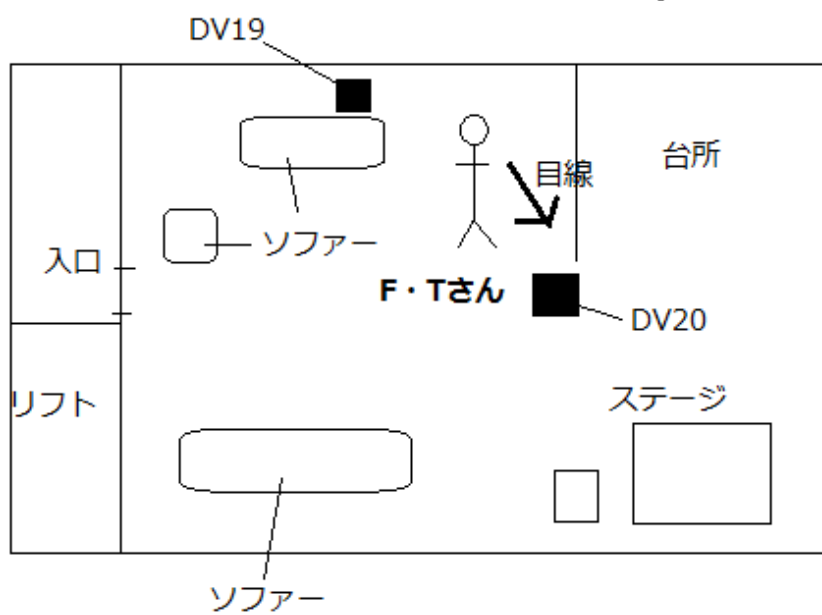
このF・Tさんが、机を前に動かすといった活動(3行目から4行目)は最初の一曲の歌唱が終わってから行われている活動である。この活動は、どのような状況と結びついているのだろうか。関連がありそうな事柄を検討するにあたって、F・Tさんとほぼ同じ目線で撮られたDV19の1:09:32の映像が役に立つ。その画像をチェックしてみると、F・Tさんから、カラオケをしている人が見え難い状況となっていることが分かる。

F・Tさんの行っている活動は、『電モク』(電子目次の略、転じて通信カラオケの操作盤のこと)の操作等であるが、その内容を考えたとき、モニター画面を見ているだけでは遂行しがたい活動であるといえる。つまり、歌の終了時の拍手だけならば室内各所のモニター画面を見ているだけで可能なのだが、『電モク』を用いてカラオケの音程の高さをコントロールする作業をしようとする、その作業を歌手が要求しているのかどうか、少し音程を操作した段階で、その操作が十分だったか判断して、さらに音程を変える必要があるかどうか、などを判断しなければならず、ステージの歌手の様子を直に見る必要があるように思われるのである。このような状況と結びついた活動として、このときの電動車椅子の前方への移動があったように思えた。



(写真6 : F・Tさんの視線がステージの歌手を見ることができているかどうか)

図3 . カメラ位置





(写真7：F・Tさんが電動車椅子を前方に移動させようとしている場面)

<断片5：電動車椅子を移動させている場面>

01: 1:33:18 ((F・Tさんが右手で車椅子のストッパーを外す))

02: 1:33:22 ((左手で左のストッパーを外す))

03: 1:33:25 ((両手で車椅子を操り、後方へ下がる))

04: 1:33:33 ((両手で机を自分の近くへ引き寄せる))



(写真 8 : カラオケ中に F・T さんが車椅子を動かす場面)

<断片 6 : F・T さんが机と電動車椅子を動かす場面>

01:1:36:59((F・T さんが右手で車いすの右側のストッパーを外す))

02:1:37:02((左手で左側のストッパーを外す))

03:1:37:04((両手を使い、車いすを前方に動かす))

04:1:37:07((右手で右側のストッパーを止める))

05:1:37:10((F・T さんの前方にある机をやや前に動かす))

06:1:37:13((右手で左側のストッパーを止める))

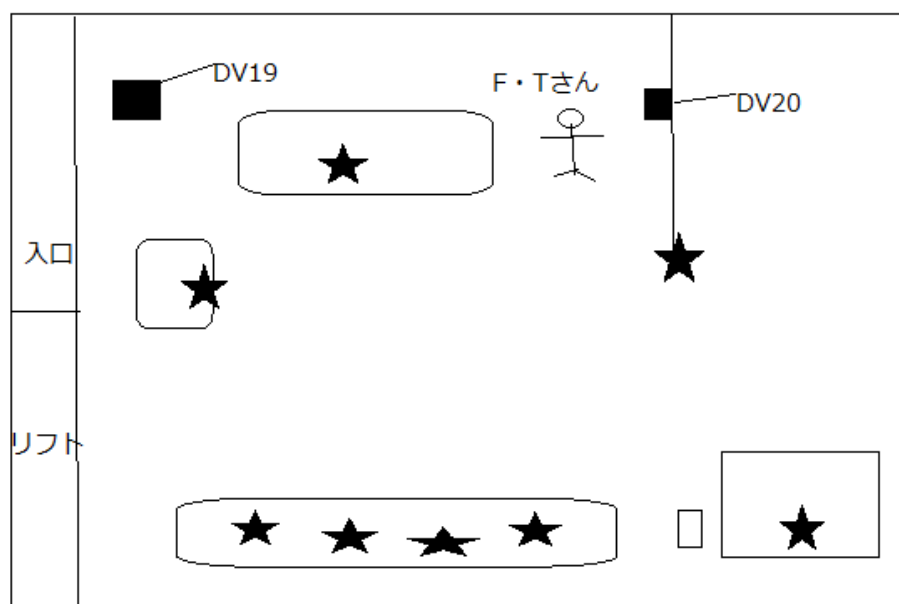
07:1:37:15((机を元の位置に戻す))

3 - 2 - 2 . 考察

1:33:18(断片5の1行目)や1:36:59(断片6の1行目)のように車いすを動かす場面がいくつか見られる。これはどのような状況と結びついた活動なのだろうか。我々は、後方に移動した断片5については、自分の机前のスペースを空けることによって、他のカラオケ参加者のステージと客席の間の移動が容易になるように意図された活動なのではないか、あるいは、左脇後ろの台上の通信カラオケ装置の液晶表示を見やすくすることで、次の曲が入っていることを確認しやくしたのではないか、などいろいろな可能性を考えたが、十分な相互行為的裏付けを得るには至らなかった。また、前方に移動した断片6に関しても、自分の机前のスペースが通路になる可能性が低いと承知したうえでの活動なのではないか、等の内容を検討したが、十分な確信には至らなかった。その上で感じたのは、目的はどうか、ここで比較的頻繁な車椅子の前後位置調節がF・Tさん本人自身の自発によって成し遂げられていることに注目すべきではないか、ということであった。すなわち、使い慣れている1階の部屋であっても、その場その場の微妙な状況の差異に合わせて自らの座る位置を細かく調節しつつ、その場における自分の最適な場所を探しているのではないかということである。少なくともこの場面ではF・Tさんにとって場所決めが大きな課題となっていること、その課題に合わせて自らの部屋内位置を細かく調節する活動を能動的にF・Tさん自身が行っていること、このことがカラオケルームの秩序現象として、記述されるべきであるように思われた。

<図4：1：33：15時点でのF・Tさん、学生7名、教授1名の場所見取図>

注記： ★は学生7名&教授1名の位置を表す。



そして、このように細かく場所取り調節を行うことによって、F・Tさんはこのカラオケ場面の適切な参加者になっていた。

なお、2011年9月11日および、2011年1月13日のデータセッションにおいて、参加者から指摘があったことを上記とは別様の可能性として、追記しておきたい。すなわち、F・Tさんが、車椅子を動かしているこれらの場面でなされていることに関して、以下のようにも考えられるのである。

第一に、車椅子に関する操作の全体が褥瘡予防として、体圧分散の習慣化された振る舞いの表れとして考えることもできるのではないかと、という意見が出された。脊椎損傷者は、臀部の痛覚を失っているため、同じ姿勢で座り続けることはなるべく避けなければならない（そもそもベッドで寝ている姿勢に比べて車椅子に座っている姿勢は、体重が分散されていないため、褥瘡リスクが高い）。それを防ぐためには、痛みの感覚に依存せずに、ことあるごとに体の位置を変えるなどして体にかかっている圧を再配置させなければいけない。このような要請が習慣化している表れとして、車椅子の頻繁な操作やその上でのF・Tさんの頻繁な体位変更を理解できるのではないかと、という意見がだされていた。一考に値する意見であると言うべきだろう。

もうひとつの可能性は、“マイクロフロー”の可能性である。もしかしたら、上で見たような車椅子の前後移動には、特段の環境適応的な意味などないかもしれない。細かく体を動かすことそのものに、自己刺激としての意味、自己の楽しみとしての意味がある可能性がある。すなわち、『楽しみの社会学』（著：M・チクセントミハイ，訳：今村浩明）（Csikszentmihalyi1975=2001）の中に記載がある、“マイクロフロー”という考え方が当てはまる事態なのではないかと、という指摘があった。つまり、車椅子に乗っているF・Tさんは車椅子に乗っていない人（たとえば貧乏ゆすりや、ペン回しをしている人）とは違う形（ここでは車いすを前後に動かすなど）でマイクロフロー活動を行っており、くつろぎを保っている可能性がある、と、指摘されたのである。傾聴に値する意見であるように思われた。



(写真9：F・Tさんが自分のマイクを取るシーン)

<断片7：F・Tさんがマイクを取るシーン>

01 3:08:58 ((車椅子を後方に下げてマイクの取れる位置まで下がる))

02 3:09:08((右手で自分の使うマイクを棚から取り出す))

03 3:09:15 ((もとの位置に車いすを戻す))

3 - 2 - 3 . 考察

この場面では、みんなに気づかれないようにマイクをとっている。これは、カラオケ会全体の雰囲気をもたないよう気をつけてとった行動だと考えられる。さらに、自分の歌う曲を入れる前にとった行動なので、自分の出番が近づいていることを自覚した行動ではないだろうか。



(写真10 : F・Tさんが曲を入れる場面 (F・Tさんのおしゃれな服にも注目))

<断片8 : F・Tさんが自分の曲を入れるシーン>

01 3:13:10 ((拍手が起こる))

02 3:13:20 ((家政婦さんの歌がかかるとペンを持ちデジモクにタッチする))

03 3:13:53 ((次にカラオケ上に流すべき自分の曲を検索入力し、自分に合わせたキーに設定する))

04 3:14:14 ((曲を入れ終わると前を向き、そのときに実際に流れている曲を口ずさむ))

3 - 2 - 4 . 考察

ここでは、家政婦さんが歌う曲の紹介と同時に拍手が起こるが、F・Tさんは拍手をしていない。そのあとすぐにペンを持って電モクをタッチしている。この場面以外では周りに合わせてF・Tさんも拍手しているので、ここでは曲を入れる準備のために拍手をしなかったのではないかと考えられる。

さらに、3:14:14(4行目)の動作は興味深い。次に歌う予定の自分の曲を、通信カラオケに入れ終わると前を向き曲を口ずさみ、それを周囲も異様な様子として扱わずに容認している、という緒行動の連鎖には、F・Tさんのこの場面への理解と周囲の他の観客のこの場面への理解の両方が埋め込まれているといえよう。ゴッフマンは『集まりの構造』の中で、

場面の中であるひとつの主要関与が指定されるかされないかは別として、社会的集まり 少なくともミドル・クラスの集まり 中にいる者は、その集まりから全面的に遊離している自己の姿を見せまいとして、少なくともある最少限の主要関与を維持しようとする。(Goffman, 1963=1980:56-57)

と述べているが、例えばそこで使われている「主要関与」という概念を利用するならば、このカラオケの「集まり」においては、「歌われている歌に関心を割り振る」という「主要関与」は一般的観客においてだけでなく、『電モク』を用いて入力するという管理側メンバーに所属すると思われるF・Tさんにおいても、かなりの程度「義務的関与」として理解されているようなのである。そのように参加者が等しく義務を共有するものとして、この場の参加の構造ができていたようなのである。

4. まとめ

この章全体の分析をとおして、どのようなことがわかったと言えるのだろうか。以下、箇条書きでまとめてみよう。

まず、リフトから車椅子への乗り移り場面の分析からわかることをまとめて置こう。この前半の分析からわかることは、第一に、要介護度5の身体障害者であっても、ルーティン化された生活場面においては、介護者と被介護者の共同的業務遂行が緻密に組み立てられたものとして実施されていることである。要介護度5であっても、一方的に介護者が、被介護者の身体を操作している訳ではない。そのことが確認できたことは、大きな発見だったと言えよう。また、その協調行動の際に、たとえば、被介護者の体重移動のかけ声(「よいしょ」)が、介護者によって発声されているというような、慣習化された振る舞いも観察されたが、このことは、二人の業務遂行がまさしく一体的なものとして遂行されていることを象徴的に表しているように思われた。

第二に、電動車椅子というものがもつ「自由さ」が露わに観察できたことも特筆すべきだろう。2階から1階におけるリフトのシャッターが上がってすぐに、そこに入っていくことは、リフトで降りるという活動が、介護者と被介護者の共同的業務処理であることを前提にすれば、被介護者の「勝手な振る舞い」というよりは、むしろ、被介護者から介護者への「率先して協力的な行動」ということができるだろうが、それが、介護者を置いてきぼりにするように見える状況を生み出して実践されていることを目の当たりみて、調査者としては、「あー、電動車椅子は被介護者を自由にするんだなあ」と思われた。自由に活動する中で、「率先して、介護者に協調する」という活動も、被介護者に選択可能になっているのである。このような、ときどきの、先行のし合いがあつてこそ、より高度な、つぎの協調行動が生み出されていくだろう、とも思われ、感慨深く思われた。すなわち、介護者が、決して置いてきぼりにされないような環境では決して組み立てられることのないような協働が、この在宅療養の現場では、実践されているように思われたのである。

ついで、1階でのカラオケシーンの分析からわかることをまとめて置こう。この後半の分析からわかることは、たとえ、要介護度5であっても、すくなくとも、それは、カラオケに参加するという状況においては、要介護者の、暮らしの中での対他者協調活動のレベルを自動的に引き下げるものではない、ということだ。場面のなかで、どのような場所を占めるか、は参与の枠組みを決める決定的に重要な要素であるけれども、たとえ、自分の2本の足で場所決めができない人間だったとしても、状況を理解しながら車椅子を前後に動かすことで、そのときの自分にとって適切な場所にみずから置くことが、被介護者にもできていた。また、(手のひらをぶつけ合うことが困難なので)実際には音のほとんどしない拍手であっても、F・Tさんは、適切な場面への関与の表示として、適切なタイミングで実施することができたし、そのような歌い手の活動への承認の合間合間には、つぎの曲の入力を、音程合わせという技術を伴わせながら実施していた。

我々は、在宅療養の現場はたしかに研究しているが、それと対比すれば興味深い結果が得られたかもしれない病院入院場面・施設入所場面の研究は行い得ていない。しかし、上記のような知見を位置づけるのに、仮説的に、他の場面（病院入院場面や施設入所場面）を想定することも、あながち無意味という訳ではないだろう。結局、在宅療養の現場では何が起きているのだろうか。猫を飼うことができること、「おしゃれ」してカラオケを楽しむことができること、これらのことが重要ではないとは言わない。在宅でなければ、それはできないことだ。けれども、我々の研究によって発見されたことは、そのようなことだけではない。自分が雇用主となって、同じ家政婦を21年間や7年間雇い続けること、必要な時には、2人同時に勤務してもらって、カラオケルームでのお茶だし等の接待をしてもらえること、そのような特別の長期的関係を結んだ家政婦と、高度に調整された連携的業務を遂行して、リフトから電動車椅子に移ったり、自動車に乗って買い物に行ったりすること。これらのこともまた、在宅でなければできなさそうなことであると言えよう。我田引水的にいえば、これらのことがらのうち、Seen but unnoticed(見えているが気づかれていない)ことがらが、ビデオエスノグラフィーの方法によって見いだされたのだと思う。そして、これは、インタビューのような他の質的方法ではなかなか見いだされにくい在宅療養の現場の特徴なのではないだろうか。この仮説的な結論をよりはっきりと確かめていくために、研究の継続を期待したい。

謝辞

被撮影者として撮影にご協力いただいたF・Tさん並びに家政婦のIさん、Tさんに深くお礼申し上げます。

その他、川島理恵さん（日本学術振興会・埼玉大学）、堀田裕子さん（中京大学）、西田厚子さん（京都橘大学）、家根明子さん（京都橘大学）、本調査報告書にむけてご助言ありがとうございました。

《参考文献》

Csikszentmihalyi, Mihaly , 1975 Beyond Boredom and Anxiety: Experiencing Flow in Work and Play」, SanFransisco, Jossey-Bass = 2001 今村浩明訳, 『楽しみの社会学』新思
索社

Goffman , Erving 1963 Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of
Gatherings, NY, Free Press = :丸木恵祐、本名信行訳『集まりの構造 新しい日常行動論を
求めて (ゴッフマンの社会学 4)』 誠信書房

富澤美幸「体位変換を通してボディメカニクスを考える 学生の実習レポートを分析して
」、1997/3、足利大学研究紀要第 17 号

(山崎敬一・佐竹保宏・保坂幸正 1993)「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的研究」『社会学評論』44(1)：30-45

第 部 在宅医療のワークショップから

第4章 専門家として扱うことと扱われることのエスノメソドロジー 及び訂正の問題

豊崎玲子(A班)
藤田千晶(A班)
渡邊ひかる(A班)

1. はじめに

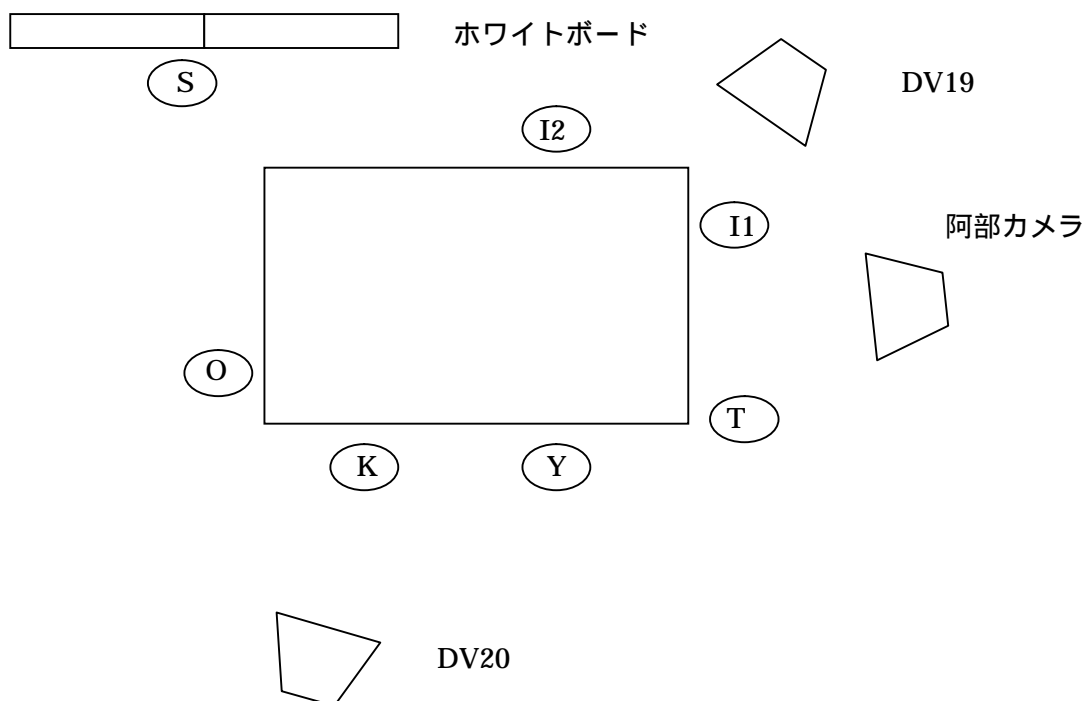
1-1. 撮影

[日時] 2011年11月12日 14:11:00~16:08:11

[撮影場所] 徳島大学5号館302-303教室

[機材] カメラ3台、三脚、ICレコーダー1台

[被撮影者] 『総合科学特別講義』履修の学生5名(A班)、ファシリテーター2名



《図：ワークショップ中の被撮影者の位置とカメラの位置》

1-2. 調査概要

この調査は、『総合科学特別講義』を履修している学生がワークショップをしている場面を、私たちが撮影したものである。第1ワークショップが4題、第2ワークショップでは1

題の、在宅医療に関する設問が与えられていて、それについて班ごとに議論するものであった。授業の最後に、議論の結果を発表し、さらに質疑応答の時間も設けられていた。

被撮影者である A 班は、O さんが司会を務め、Y さんが書記、そして S さんが板書、というように役割分担がなされていた。よって、司会者の O さんが中心となり、ワークショップが進められた。ファシリテーターである I2 さんは看護師(現在は病院勤務ではなく教育関係勤務)であり、K さんは病院でソーシャルワーカーとして働いている。両者とも、医療の専門家であると言える。

2. ワークショップ

ここからワークショップ中に見られた相互行為の特徴的な場面について考察をしていく。

2-1. [場面 1 : 発話権の割り振り]

DV19vol13 2:20:32 ~ 2:21:22



この場面は、「療養の場所としての在宅には期待が高いのに、看取りの場所としては期待が低い。この食い違いを解消する必要はあるか。あるなら、どうすべきか。」という問題について議論している場面である。

- 2:20:32 01 O : () 自宅で看取るにしてもどうしてもその : 家族の方の負担が(.)大きく
02 なるわけですし(.)そんならもういっそのこと かい介護がある程度の介
03 護は自宅でやってその : みと看取るっていうか最期の場 : は病院で(.)い
04 っそ割り切った方がその患者としても家族としても負担が少ないのでは
05 ないかなとは思いますが
- 2:20:56 06 Y : ん : えっと患者本人が(1.0)家で(.)最期迎えたいっていうふうにならずと言
07 っている例え家族が(2.0)その自宅で看取る覚悟がないっていう場合

- 08 は(0.4)そのどっちの意見を尊重すべきなのでしょう。
- 2:21:18 09 K : ((Oの方へと一瞬視線を送る))
- 2:21:19 10 K : それは(先生)どうですかねhh
- 2:21:22 11 I2 : (なんでそんな)意見を尊重するというよりそれはやっぱりあの : ご家族
12 の対応にもよると思います。

ここでは、司会者である O さんが自分自身の意見を発言し、Y さんは、O さんの意見に肯定も否定もせず、専門家である K さんに視線をむけながら発言し、K さんに質問をしている。Y さんは、在宅医療の複雑さは、専門家に聞くべきだと考えているために、医療の専門家である K さんに話をふっていると考えられる。さらに Y さんは、自分の意見を述べずに、前の人の意見をまとめ、それを質問の形にして他の人へと投げかけているため、この場面では、Y さんが O さんよりも司会者らしい役割を果たしているようにみえる。

Y さんから質問を受けた K さんは、O さんの方へと一瞬視線を送った後、同じ専門家である I2 さんへと話をふった(9 行目・10 行目)。なぜ K さんは、発話する前に O さんの方を見たのだろうか。裁判では通常、裁判長が発話者の割りふりを行う。裁判長は、発話権の割りふりにおいて、強い権限を持っている。このワークショップの場面では、割りふりの権限は、司会者である O さんが持っている。司会者がいるときに、勝手に次の発話者の指名は、してはならない行為である。小宮は、「会話のなかで『行為をすること』はこうして、今どういう場面なのか、相手の行為が何であるのか、自分がどんな行為をすべきなのかといった会話参加者たちの理解をその上に表示しながら発言をつなげていきます。(小宮 2006:138)」と述べている。K さんは、I2 さんを次の発話者として指名する前に O さんの方に視線を送る行為によって、「発話者の割りふりの権限は司会者であるあなた(O さん)にあることは分かっていますよ。」ということを示しているのではないだろうか。発話の割りふりのルールを、破ってしまっていることを分かっているながら逸脱することは、許される行為であると考えられる。そして K さんは、Y さんからの質問は、専門家にむけての質問だと考えたために、学生を指名することなく、同じ医療の専門家である I2 さんに発話権を割りふっている。

さらにこの場面では、I2 さんにも専門家ならではの部分が見られた。「それは(先生)どうですかねhh」(10 行目)と K さんに言われたとき、I2 さんは「(なんでそんな)」(11 行目)と、「なんでそんな先生なんて呼び方をするのですか」と解釈できるような、謙遜した態度をみせる。しかし、すぐに学生への質問の回答となるような発言をし始め、専門家としての I2 さんへと切り替わっている。また、O さんや Y さんは家族のことを「家族」と発言しているのに対し I2 さんは、「ご家族」というように、丁寧な表現をしている。言葉の選び方が、医療に関する専門家と素人とでは違っていることが分かる。

2-2. [場面2：専門家をどのタイミングで参加させるのか]

DV19vol13 2:24:16~2:26:19



O が I2 に意見を求めるシーン

DV19vol13 14:26:05

- 2:24:16 01 O：じゃあそろそろあの時間も時間時間 [(近くな) ってますので (少し) 結
02 K： [そうですね
03 O：論に入っていかなければならないのですが。
04 K：はい。
- 2:24:18~2:26:02 学生 O、Y、T、I1 が順番に意見を述べる。
- 2:26:03 05 O：I2 さん ((名字を呼び間違えた)) あっすいませんすいません I2 さん
06 は。
2:26:07 07 I2：いやいい()私は h h h 皆さんがたですからね、私達は少しまあヒント
08 だけですから。
2:26:14 09 O：° はい° なんかすいません。(2.0)ではえ：とじゃあ問題2に入っとう
10 と思います。

この場面は問題1の結論に入っていく場面である。司会者Oさんが、自分の意見を発言した後に、Yさん、Tさん、I1さんへと意見を促した。そして最後にI2さんへ割り振った。Oさんは学生全員が発言した後に、I2さんにも発言を求めたが、「いやいい()私は h h h 皆さんがたですからね、私達は少しまあヒントだけですから。」(7行目・8行目)と、結論となるような発言はしなかった。I2さんは議論の途中では助言し、専門家として、学生のヒントとなるようなことは発言するが、この場面のように議論の最終場面では結論を述べるようなことはしない、ということが、自分のファシリテーターとしての役割であると認識していると考えられる。

ここで最後にI2さんに割り振ることは、適切ではあるけれども、不適切である。というのも、在宅医療の専門家と素人という隣接対において、ポジティブな意見・ネガティブな意見を統合して総合的に結論を出すことができるのはI2さんのような専門家の方が得意である。しかし、ファシリテーターとして参加しているというI2さんの自覚から、学生が

WSでの議論を統合して、学生独自の見解を見出してほしいというのが、「いやいい()私はhhh皆さんがたですからね、私達は少しまあヒントだけですから。」(7行目・8行目)ということから推測される。だが、Oさんとしては結論を導き出したかったため、「°はい°なんかすいません。」と、とまどいが見られた。この後、自身でYさん、Tさん、I1さんの意見をまとめず、問題2に展開したのは、Oさんは進行をスムーズにすませる役割としての行動からではないかと考えられる。

2-3. [場面3：自己修復]

DV19vol19 2:54:25~2:55:08



OがI2に意見を求めるシーン

DV19vol13 14:26:05

- 2:54:25 01 O：はい(1.4)じゃあそういうことでいったん
 02 I2： はい はい
 03 O：どうしましょうこれ(い、いま)ですねえ(2.4)じゃあえ：15時5分ぐらい
 04 からスタートということで、いったん休憩に入らせていただきます。お
 05 疲れさまでした。
 06 I2：に25分でもうあの30分から発表というところでありますけど
 07 O：えっまじで？
 08 I2：だからまとめたりするところの時間配分オッケーですか？
 09 O：そういうことに関しては[あの書記と板書の方にお任せし]ております。
 10 I2： [hhhh
 11 K： [hhhh
 12 I2：グループじゃないですか
 13 K： hhhhh
 14 O：そうですねじゃあじゃあまあ(2.0)じゃあ5分から開始するけど
 15 Y：10分も休憩していいんですか？
 16 O：じゅっただだって今中途半端じゃないのだって

- 17 Y: だって3時から始めたらいいじゃん
18 O: ((自分の腕時計と、教室の時計とを見比べる))
19 O: えっえっあれ(1.0)ちょっと若干早いかしら俺の時計
20 K: あっそうかも(.)しれませんね ((Oの腕時計を覗きこみながら))
21 O: あっちょっと早いじゃああの: じゃああの3時3時
22 K: はい
23 I2: はい
24 O: スタートということで
25 I2: はい
26 O: お疲れさまでした

この場面は、いったん休憩をはさもうとしている場面である。

上の[場面2]では、I2さんは、自分たち専門家の役割は、学生に専門的な知識を助言することだ、と認識しているようであった。ここは、特に専門家の知識が必要な場面ではないが、I2さんが積極的に会話に参入しているところに、[場面2]との違いが見られる。

I2さんから助言を受けたにも関わらず、Oさんは休憩時間の変更を行わなかったため、「10分も休憩していいんですか?」(15行目)とYさんからも指摘を受けた。この場面から読み取れることは、Oさんが提示した休憩時間が適切でなかったため、それを気付かせるために、I2さんとYさんがOさんに対する自己訂正の促しを行っているということである。通常、自己訂正の促しはかなり丁寧に行われる。I2さんとYさんの反論を軸に、それに対するOさんの反応を検証していこう。

反論1:[状況確認]

I2さんによる「に25分でもうあの30分から発表というところでありますけど」(6行目)という発話は[状況確認]を意味する。Oさんの提示通り15時5分まで休憩したとすると、15時30分から発表の予定なので、残り時間が25分ということになる。それではまずいということで発せられた発話であり、この段階でOさんが自己訂正をしたならば、7行目では「じゃあ15時からスタートしましょう」というようなニュアンスの発話が予想される。しかし、Oさんからの返答は「えっまじで?」(7行目)という明らかに状況を把握していないものだったのだ。

反論2:[理由]

これに対してI2さんは、さらに「だからまとめたりするところの時間配分オッケーですか?」(8行目)と、今度は反論の[理由]となる発話で返している。これに対してOさんは「そういうことに関しては[あの書記と板書の方にお任せし[ております。]](9行目)という、発表に関しては自分は関与しないから大丈夫、というような態度をみせている。この発話に

対して、ファシリテーターである I2 さんと K さんは笑いによって対応しているが、学生の 3 人は苦笑いや戸惑いの表情を見せており、9 行目の O さんの発話を受け入れ難いものとして捉えているようだ。

反論 3:[YES NO クエスチョン]

「そうそうですねじゃあじゃあまあ(2.0)じゃあ 5 分から開始するけど 」(14 行目)という O さんの発話に対して Y さんは「10 分も休憩していいんですか？」(15 行目)とかなりきつい反論をしている。この 15 行目の発話は、非難の外形はとっていない。一応疑問の形をとっていて、O さんに自己修復のチャンスを与えている。けれども、その疑問の形は、オープンクエスチョンではなく、「はい」/「いいえ」で答えることの出来る[YES NO クエスチョン]の形式を取っており、つまりは、問い詰める形になっている。したがって、観察者からみて、かなりきつさを感じるしつもんになっているのである。

反論 4:[意見・主張]

Y さんによる「10 分も休憩していいんですか？」(15 行目)に対して O さんは「じゅっただだって今中途半端じゃないのだから」(16 行目)と、まだ休憩を 15 時 5 分までとるという姿勢を崩していない。そこでついに「だって 3 時から始めたらいいじゃん」(17 行目)という[意見・主張]の発話がなされることになるのだ。

このように、自己訂正の促しは、隣接対を繰り返しながら慎重且つ丁寧に行われるということがわかる。

ここからは 16 行目から 20 行目の会話に注目してほしい。O さんが、休憩を 15 時 5 分までとることにこだわったのは、O さんの腕時計が進んでいたためだと、O さんの発話から分かる。腕時計が進んでいることは、I2 さんと Y さんによる自己訂正の促しが行われたことによって、改めて休憩時間を設定しようとする過程で気付いたようだ。O さんの腕時計が教室の時計より進んでいたことが、この場面で O さんが他の人たちとの食い違いのトラブルが起こった原因である。司会には時間管理の仕事があり、この場面で休憩時間の提示を行っている O さんは、自分がどう振る舞わなければならないかを理解して行動している。同様に、トラブルを作りだしたきっかけが自分にあるのなら、人にはそのことを理解してトラブルの「修復」行動を行うことが求められる。

小宮は、私たちの会話には「トラブルを『修復』するための特別の実践がある」とし、さらに「修復においては『自己修復』、つまりトラブルの源を含む発言をした人自身によって修復の操作がなされることが優先されます。」(小宮 2007:146)と述べている。O さんは、自分の発話がトラブルをまねいたことに気づき、最終的に自分自身によって、「あっちょっと早いじゃああの：じゃああの 3 時 3 時」(21 行目)「スタートということで」(24 行目)と修復を行っている。小宮はさらに、「修復を行うことは、それが『間違い』であるか否かに

かわらず、その会話のなかでは修復されるべきものであるという理解を示すことになるのです。」(小宮 2007:141)とも述べている。Oさんの腕時計が進んでいたことは、KさんがOさんの腕時計を覗きこんでいたことからもおそらく事実であるが、「じゅっただだって今中途半端じゃないのだから」(16行目)「えっえっあれ(1.0)ちょっと若干早いかしら俺の時計」(19行目)という発話の過程をふみながら、すなわち、「不可抗力」による「不適切発言だった」という帰責の構造を呈示することで、責任逃れをしながら、最終的に自己修復に成功している。

3. まとめ

今回のWSのOさんと専門家を含める周りの相互行為を在宅医療場面に当てはめると、人々が持っている場面における役割が、時間の構造に大きく影響されていると考えられる。

例えば、A班が調査したTさん宅では(食事介助の相互行為分析 在宅パーキンソン病患者の場合 参照)、介護者であるAさんが患者Tさんに施すサービスを決定し、制限された時間内で業務をこなしている。場面場面でのAさんの振る舞いがどう次の動作に連動するのかに注目したとき、Tさんのわずかな動作に着目し、配慮を繰り返している。Oさんは司会で、時間内に物事を遂行させることを義務化されていながら、場面3でよくみられたI2さんによる自己修復を促すYES NO クエスチョンなどの影響によって進行していた。場面1で見られたようにYさんがOさんの様子を伺いながら専門家に話を伺う場面からもわかるように、全体的な進行権利はOさんが持っていたと考えられるが、だからといって、どのようにも振る舞えるわけではない。振る舞いの可能性は、その時点その場面の他者との協調可能性によって制限/拡張されている。そういう形で、この時のOさんと介護者Aさんは、相互行為のクリエイターとしてあるので、あり、そういう意味で、場面がちがっても、かれらは、共通に「相互行為者」であるのだ、と考えられた。

謝辞

日本学術振興会・埼玉大学 川島理恵様、中京大学 堀田裕子様、ご助言ありがとうございました。徳島大学病院 桑内敬子様、四国大学 石井俊行様、石川県立看護大学 阿部智恵子様、ワークショップでのご助言・撮影協力ありがとうございました。

参考文献

小宮友根、2007、「6章」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、124-154。

在宅医療ワークショップのエスノメソドロジー 在宅医療における専門家と素人

中井 知美(B 班)
山木 ありさ(B 班)
宅和 真弓(B 班)

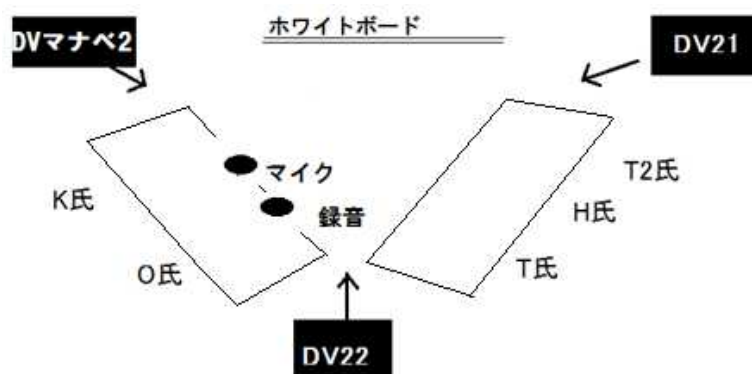


図1 ワークショップの席順と各 AV 機器の配置

(1) 自己紹介の場面

断片 1: ワークショップの開始場面

【DV22Vol.1 00:09(2: 14:00pm)】





【断片 1：トランスクリプト】

- 01 T:あ：僕はこの：B 班の班長をやらせて：：もらっている：え：：：(2)T といいますよろしくをお願いします。(.)((T 頭下げる))
- 02 T:3 年生ですお願いします：：：す
- 03 ((5 秒の沈黙))
- 04 ((T が下を向く))
- 05 ((ペンを持つ))
- 07 ((H が T に視線を向ける))
- 08 ((H が T に頷き、T も H に頷き返す))
- 09 H:え：：と(.)
- 10 H:社会創生学科の 3 年生の H と申します書記:やらせていただきますよろしくお願ひします
- 11 T2:人間文化学科 2 回生の T2 といいますえ：板書を担当しますよろしくお願ひします
- 12 ((5 秒の沈黙の開始))((O 氏は下を向いて手元で何か作業している)) (2:14:35PM)
- 13 ((K 氏が O 氏を見る))
- 14 ((K 氏が視線を落とす))((同時に H 氏と T2 氏が O 氏を見る))
- 15 ((H 氏が一瞬 T 氏を見る))((同時に K 氏が再び O 氏を見る))((O 氏が顔を上げる))
- 16 O:あっ(1) (2:14:40PM)
- 17 ((H 氏大きく頷く))
- 18 はい私は(.)
- 19 ((T 氏顔を上げて O 氏を見る))
- 20 徳島大学に：

21 ((T 氏大きく 2 回頷く))

22 一年前去年の 4 月から入学して(.)大学院生の博士課程の今(.)2 年生です O と申します(2)
よろしくお願いいたします

23 K:っはもうさっき紹介していただい() K ですよろしくお願ひします

ここはワークショップを始めようとそれぞれ自己紹介を行う場面である。最初に T 氏が自分の自己紹介を終えた後、視線を自分の手元に移し次の発話者の指定をしなかったために無言の時間が発生し、T 氏の隣に座る H 氏が T 氏に視線を向け、T 氏が H 氏に視線を合わせたときに両者は無言で頷きを交わし、ようやく H 氏の自己紹介となる。

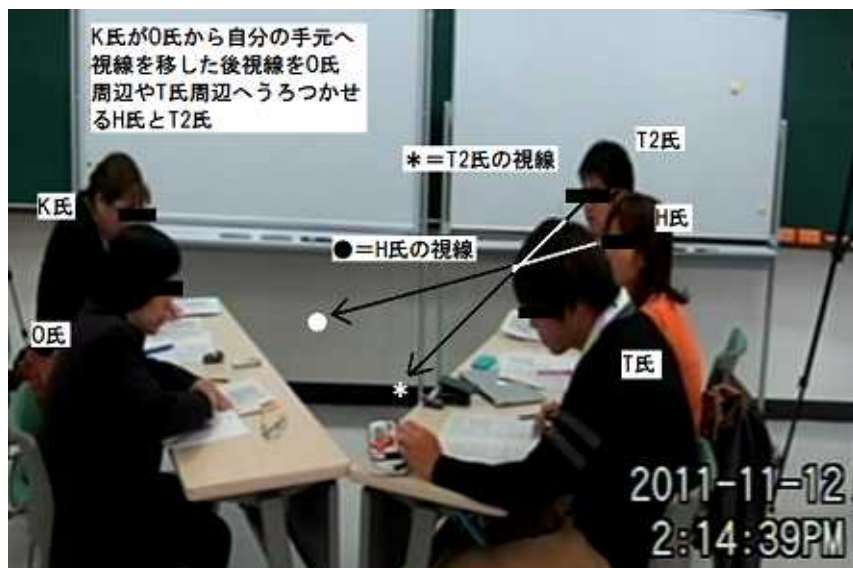
次の発話者の指定がされず無言となってしまった場面で、席順として・学生として順当にいけば次の発話者になるであろう H 氏が、先行発話者かつ司会であるために次の発話者の決定権を持つ T 氏に視線を向け、様子をうかがっていること、そして、H 氏と T 氏の間で「発話しても良いか」「どうぞ」のような無言のやりとり(打診と回答)がなされたことが H 氏の発話の前の両者の「頷き」から読み取れる。こうしたところから、この場面では「会話の順番取りシステム」が見られるのではないかと考えられる。

この場面で見られる会話の順番取りシステムでは、1 人目(最初の発話者)の自己紹介の仕方が慣例となって 2 人目以降の人々の自己紹介の形式が決まるという要素が見られる。また、T 氏と H 氏の自己紹介の順番交代が円滑に行われなかった理由の 1 つに、【断片 1: トランスクリプト】の 01 行目で T が「あ: 僕はこの: B 班の班長をやらせて: : もらっている: え: : : (2) T といいますよろしくお願ひします(.)」と言って頭を下げるという発話の終わりを見せながら、その直後に 02 行目で「3 年生ですお願ひしま: : : す」と付け足しの発話を行っていることから、T 氏の自己紹介の終了がどこであるか H 氏が判断しかねたという理由があるのではないか。

その他の要因として、この場面が『ワークショップ』という各人が意見を活発に出し合って議論を行い、グループとしての意見を建設的に打ち立てていくべき場であるということが作用しているとも考えられる。T 氏は次の発話者を決定する権利を持つが、ここが『ワークショップ』という自主性を尊重すべき場面であるがゆえに、敢えて H 氏を指名せず、H 氏の発話を H 氏自身の自主性に委ねようとしたのではないか。ワークショップという場面で望ましいのは指名されずとも各自が自らの意見を積極的に言える状況である。T 氏はこの場面に参加しているのはそうした認識をきちんと持った自主性のある人々であり、だからこそ指名せずとも会話の交代が円滑に行われるということを強調しようとしたのではないだろうか。

ちなみに、T 氏の自己紹介から H 氏の自己紹介までの「5 秒間の沈黙」というこのトラブルはトランスクリプト 03 行目の H 氏の「え: : と(.)」の発話で解決していることが分かる。ここにおいて、H 氏の「え: : と(.)」は「今話すことはないけれど、私が発話権を持っている」ということ的主張であると考えられ、無事 T 氏から H 氏へ発話権の移行が完了したと捉えて良いだろう。

沈黙の時間の発生というトラブルは自己紹介の場面でもう一度見られる。トランスクリプトの 11 行目で行われた T2 氏の自己紹介終了後から O 氏の自己紹介が開始する 16 行目までに、このグループは再び 5 秒間の沈黙の場面を迎える。この 5 秒間は全員が無言であるものの、参加者たちは休み無く活発に視線を行き交わしている。以下の写真は T2 氏の自己紹介終了後から O 氏の自己紹介が始まるまでの間に観察された参加者の視線の投げかけを示した写真である。





T2氏が淀み無く「よろしく申し上げます」と発話の終了のシグナルを示しているにも関わらず、この5秒間の沈黙が発生したのは何故なのか。まず、T2氏は席順から考えてO氏とK氏どちらにも発話を移行させることが可能である。しかし、次の発話者がO氏とされたのは、このワークショップの前に行われた講演で既にK氏は紹介を済ませており、この場面で改めて自己紹介をする必要性が低いことが要因として考えられる。これは、トランスクリプト23行目で行われるK氏の自己紹介が非常に簡易なものであることから伺い知ることができる。また、K氏自身がまだ自己紹介を行っていないO氏の紹介が優先されるべきであり、O氏に比べると自らの自己紹介の必要性は低いと考えていることもT2氏の自己紹介後、K氏が一番最初にO氏に視線を送っている(トランスクリプト13行目)ことから分かるだろう。この「自己紹介をしていない=未知の人から自己紹介を行うべきだ」という認識はH氏とT2氏にも共通しているようで、K氏がO氏から視線を外した直後に、今度はH氏とT2氏がO氏に視線を投げかけるようになっている。その後、手元で何か作業をしていたO氏が発話の移行が行われていない不自然な5秒間の沈黙とH氏、K氏、T2氏の3人からの視線に気づき、自己紹介を始めるに至る。

この間の参加者の動向を分析すると、H氏に関してはトランスクリプト16行目(2:14:40PM)にO氏が小さく「あっ」と言い、「はい私はー」と自己紹介を始める瞬間に大きく頷いているのがはっきりと確認できる。H氏はその直前に自分の手元に視線を落とし続けるT氏の様子を一瞬うかがっており、T氏が発話者の決定権を持っていることを強く意識しているのだと考えられる。また、司会であることから発話者の決定権を持つT氏は沈黙の間自らの手元に視線を落とし続けているが、何か作業をしていることからこのワークショップ全体の進行を確認している可能性があり、自分の与えられた役割を意識していないわけではないだろうということが推測される。

(2) K氏からO氏への発話権の移行場面

断片2: 専門家としてのK氏の表明

【DV22Vol.3 03:07(2: 29:56pm)】



01 K:病院の方に()しまったという面もあるので(.)だから

02 K:n : :ま : 解消するべき

03 ((O氏を見る))

04 なのかどうかというのはちょっと(.)

05 ((T2氏が板書しようとして一瞬立ち上がるがまた席に着く))

06 私はその場でその場で(.)こう(.)

07 K:臨機応変にする(.)方が(.)

08 ((O氏を見る))

09 ((T2氏が立ち上がって板書))

10 いいのかなあと思います(0.2)

11 ((O氏を一瞬見る))

12 ((一回生徒側を見るがすぐまたO氏へ視線を向ける))

13 ど(.)どう思われますか

14 ((右手をO氏の方へ向けながら覗き込むようにO氏を見る))

15 ((O氏深く頷いて大きく息を吸う)) 発話しかけている

16 K:なんか自分ですごく自分の経験としてたくさん(.)

17 ((O氏を見る))

18 ((O氏大きく深く一回頷く))

19 そうというのが

20 K:ぱぱぱっとみとりのこともあったし

- 21 ((O 氏大きく頷く))
- 22 りょう-長期療養
- 23 ((O 氏大きく頷く))
- 24 のひひ
- 25 ((O 氏大きく頷く))
- 26 未だに(.)元気で(.)
- 27 ((一瞬 O 氏を見る))
- 28 K:おじいちゃんは(.)
- 29 ((O 氏大きく頷く))
- 30 ってますからね
- 31 ((O 氏大きく頷く))

これはK氏の個人の体験に基づく「看取りをするのは在宅療養とはまた違って来るから、臨機応変にしていくべきでは」という趣旨の長めの話をしている場面である。話の終了に近づくにつれてK氏はO氏のほうを頻繁に見るようになる。そして実際に話がひと段落した際にはO氏に「どう思われますか」と話を振っている。(ただし、その後もK氏が話を続けている。その代わりに、O氏が頷く大きさ・回数が大きく・多くなったように思われる。)ここでも断片1で見られたような会話の順番取りシステムが確認されるのではないかと考えられる。K氏は自分の次に発話する人をO氏と考えていることを示すためにも、会話が終了に近づくにつれてO氏に頻繁に視線を送るようになり、また「どう思われますか」とO氏に発話権の譲渡を行った後にK氏は自分が再び話を続けるが、それから後のO氏の頷きの大きさ・回数が大きく・多くなったのは次に発話することができるのが自分であるとO氏が確信を持ったからではないだろうか。

また、K氏の話し方に注目してこの場面を分析すると、K氏の「なんか自分ですごく自分の経験として」という発言から、あくまでも現在語っている内容が自分の経験に基づく限定的な意見である点を強調していることが分かる。K氏からO氏への頻繁な視線の投げかけからも、他の専門家へ発話する際に非常に慎重になっている様子が伺える。K氏は「己の未熟さは十分承知しておりこれはあくまで個人的な意見であるため、他の専門家からのあらゆる意見も受け入れるつもりである」という姿勢を専門家であるがゆえに保っているのだと考えられる。こうした意思の表明はO氏に発話権を譲るところからも見てとれるのではなからうか。つまり、K氏のこうした姿勢は一見自信のなさそうな態度に見えるが、これこそが自分は専門家であるという自負の表れだといえるのである。

それに対し、O氏には発話中同じ専門家であるK氏の様子を伺う素振りが見られず、素人であるT氏に対し切々と自信を持って話しかけている様子が伺える。つまり、同じ専門家であっても、そのふるまいには話す相手が専門家か素人かによって異なる現れ方をして

いるのだと考えることができる。しかしその実、このまったく異なる振る舞いに見える 2 つの態度は本質的には同じものが状況によって変化して現れているのである。

(3) O氏の発話の際に特に頷き・相槌・視線を合わせるといった反応が大きくなるT氏

断片3:話し続けるO氏の場面

【DV22Vol.4 00:54(2:34:28pm)】

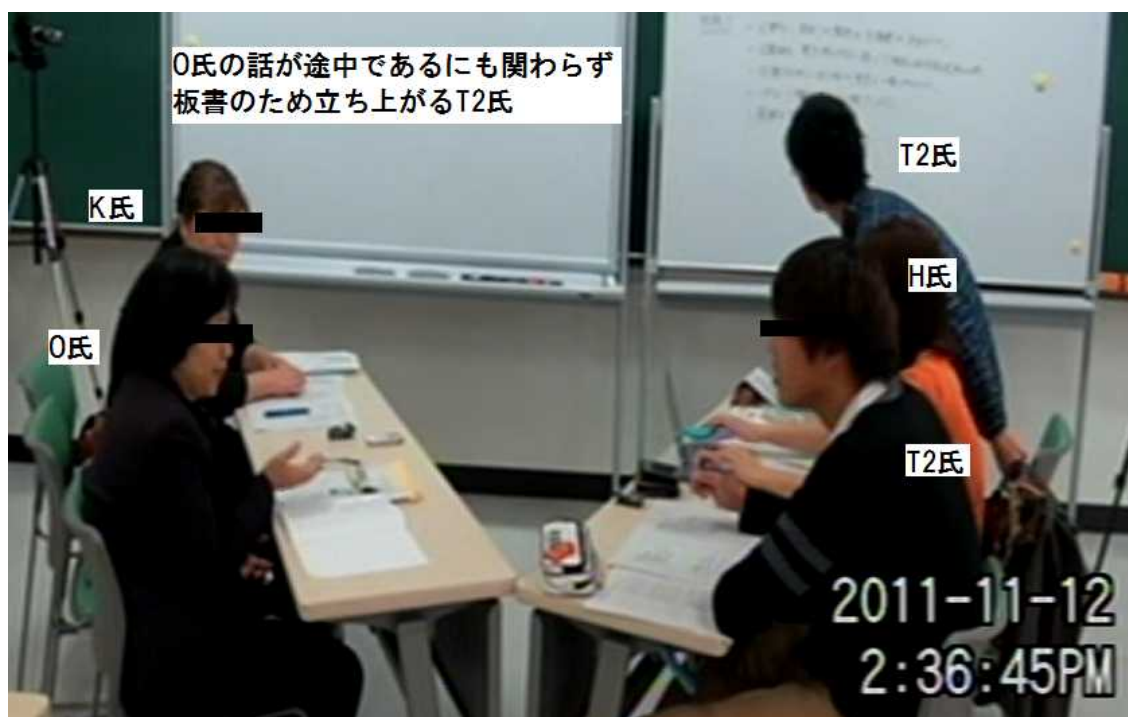


- 01 O:それが土曜日日曜日ボランティアで家庭訪問しててで
02 O:あの：高校生にお母さんの髪の洗い方とかあの教えてあげて
03 O:そして
04 ((T氏書き物を終えて顔を上げる))
05 あの病院に入院した時にも(.)
06 ((T氏ここからずっとO氏の話に頷き続ける))
07 お部屋を：婦長さんに交渉して
08 O:あの：個室に入れてもらって家族が泊まれるように(.)
09 ((T2氏頷く))
10 段取りつけてで
11 O:最後は家族(.)が(.)病院に入院して十日ぐらいで亡くなっちゃったんですけど
12 ((K氏2回頷く))
13 O:だからそういったこと考えるとさっきの意見ですけども
14 O:だからケースバイケースかなと[思いますね
15 T: [なるほどなるほど(.).なるほど
16 ((T氏前かがみだった体勢を後ろに反って変え、視線を手元の紙へ移す))
(略：この間もO氏の話は続く)

【DV22Vol.4 02:32(02:36:08PM)】

- 17 O:でも家族が(受け止め)きれないときってというのは:
18 T:はいなるほどほんとに[介護力がちょっと不足して:
19 O: [ほんとに そうそうそう
20 O:それと周囲のね
21 T:なるほど
22 O:サポートとか
23 T:サポートがちょっと
24 O:いなくて
25 T:はい
26 O:サポート体制
27 T:はい
28 O:町と
29 T:はい
30 O:田舎はねあの:システムが違うそれと(2)
31 T:はい
32 O:介護保険法ができて
33 T:はい
34 O:介護保険法と違う枠組みで(プラスサイトファー)のシステムがあるんだけど町の方
ではねそれが大きい市町村あるけれども
35 T:はい
36 O:小さい(2)ところでは
37 ((T2 がホワイトボードを見る))
38 制度がない[場合もあるから
39 T: [なるほどなるほど
40 O:さっき K 先生がおっしゃったように
41 ((T2 が板書のために立ち上がる))
42 介護力 (.)も不足してるとそういっためんだい-問題がたくさんあるかなあと
思います
ね
43 T:都会と田舎で
44 O:そう
45 T:それぞれで考えていかないと
46 O:[そう
47 T:[そういうことですかわかりましたありがとうございます
48 ((板書している T2 氏に視線を向けて一瞬確認する))
49 O:私福岡でしてるときはすごくね(.)あちこちと連携とって

- 50 T:はい
- 51 O:してたりして千葉県松戸でやってた訪問看護
- 52 T:はい
- 53 O:の他に訪問歯科診療それもやってたんです
- 54 T:はあはあはあはあ(.)たくさんやられて
- 55 O:歯医者さんとか一緒に連れて訪問行ったり
- 56 T:なるほど
- 57 ((T2 が板書を終えて着席する))
- 58 O:それは昭和の時代ですけどね だから地域差がすごく大きい感じてます
- 59 T:はい
- 60 O:実際にうちの母だったらあの入院したんですけど2 4時間(.)付き添いがいったんですよ
- 61 T:ふんふんふんふん



○氏の発話において一番大きく反応を示しているのはT氏である。T氏はK氏の発話の際にも他の学生メンバーと同じように反応を示していたが、○氏の発話では他のメンバーに比べても一際大きく反応を示していることが分かる。○氏の発話中にはT氏の顔がずっと見られるが、対してほかのメンバーは所々で頷いてはいるが相槌などは無く、視線も○氏に常に向けられているというわけではない。また、T氏は筆記を行う際にもK氏の発話のときより顔を上げる頻度が多いようにも感じられる。こうした理由には、T氏が○氏の一番近くに座っていること、○氏の声がK氏に比べて小さいこと、○氏の話が多少脇道へ逸れがちであること、などが原因となっているかと考えられる。以上の点に関連して、“○氏がT氏に語りかけている”ように、“T氏自身が感じている”可能性がある。

特に、「○氏の話の内容が多少脇道へ逸れがちである」ことが大きな要因となり、司会のT氏が○氏の話をごまめにまとめ直し、書記のT2氏がそれを聞いて板書を行うという風に、T氏とT2氏が協働して○氏の発話の内容をまとめようとする動き（定式化）が確認された。トランスクリプト37行目では既にT2氏は○氏の話が途中であるにも関わらず話し合いの内容をまとめるホワイトボードを確認するようになり、41行目では席を立てて板書を始める。また、板書の書き終わりについても○氏の話の終了とは無関係に行われており、T2氏は定式化を行いながら板書していることが分かる。

また、○氏の話に常に反応を示しているT氏に関しても、トランスクリプト17行目から18行目（「○:でも家族が(受け止め)きれないときってというのは:」「T:はいなるほどほんとに[介護力がちょっと不足して:]」)に見られるように○氏の話の先をまとめようという発話の確認され、積極的に定式化を行っているといえることができる。

以上の観点から考えると、T氏の顔は「同意という理解の提示」という単純な相槌ではなく、次の話への「内容の催促」「話の終了の催促」の意味を持つものであると考えられる。これは、先述した○氏の話の先を先読みしてまとめようとする点や47行目で「T:[そういうことですかわかりましたありがとうございます]」と○氏の話に終了のシグナルを示した点からも見て取ることが可能である。

第6章 ワークショップにおけるエスノメソドロジー

八木 大斗 (C班)

小笠原 都子 (C班)

1. 調査方法

ワークショップでの相互行為の調査を目的に、2011年11月12日に徳島大学内で行われた「在宅医療の現状と課題」のワークショップのビデオ撮影を行った。

2. 調査概要

2011年11月12日に行われた講演とワークショップの2部構成で行われ、学生7名がワークショップに参加した。ワークショップではA班4名とB班3名に分かれ、本調査ではB班を中心に分析を行っている。B班は、学生3人と外部から参加している方2名(以下Kさん、Oさん)となっており、学生はそれぞれ司会、書記、板書と役割を決めていた。

司会が進行を務め、司会 板書 書記の順で与えられた在宅医療の問題に対してだされた課題(4問)への意見を述べていた。その後にKさん、Oさんが質問や意見を述べて、最終的に司会が意見をまとめるという形になっていた。Kさん、Oさんがたくさん話すことがあり、学生とKさん・Oさんとの対話が少なかった。

機材：ワイヤレスマイク付きビデオカメラ3台(DV21、DV22、真鍋カメラ)

デジタルカメラ一台

ICレコーダー1台

被撮影者：学生3名、Kさん、Oさん

表1 . 2011年11月12日(土)ワークショップの進行内容

時間	内容
12:50~	Kさんによる講演
14:14~	A・B班に分かれてワークショップ(在宅医療の現状と課題について)
15:43~	A班発表
15:52~	B班発表
16:10	ワークショップ終了

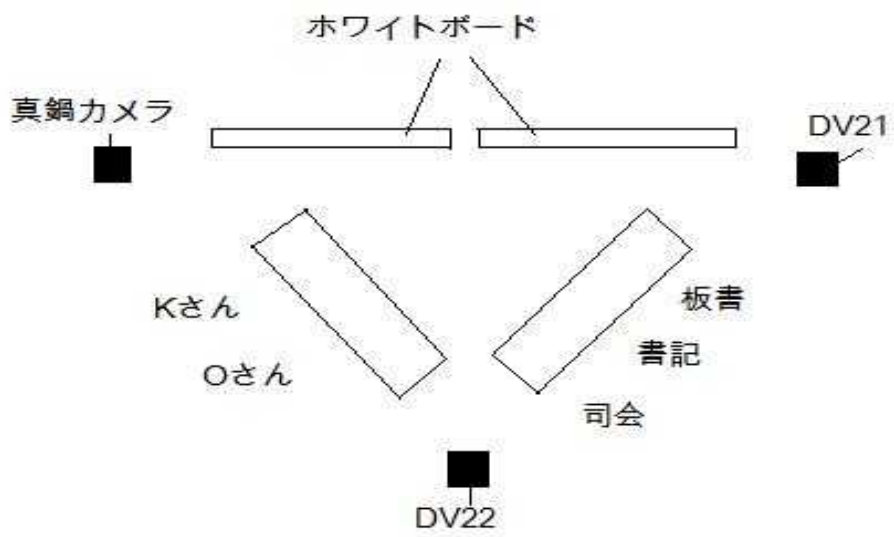


図1 . 11/12 カメラ位置

3. データと分析

ワークショップ中に行われる板書に注目し、分析を行った。

3 - 1 . <断片 1 : 板書の場面 2 : 29 : 35 ~ 230 : 14 のトランスクリプト>

DV21 vol.4 2:30:08

DV22 vol.3 2:30:08

真鍋カメラ vol.4 2:30:08



写真 1 : 座席配置 DV22 2:30:10)

- 01 : Kさん : あんなんで家(.)はようみないって私は家でみたかったそこであの : (.)同じ=
02 : : = あの:なんていうんですか私が一所懸命やって色々知識があるもんでも =
03 : : = いざとなったら(.)病院の方に () しまったという面もあるのでだか=
04 : : = ら解消するべきなのかどうかというのはちょっと(.)
05 : 板書 : ((立ち上がろうとする))
06 : Kさん : 私はその場でその場で(.)臨機応変ですの方が(.)いいのかなあとと思います(0.2)
07 : 板書 : ((立ち上がる))
08 : Kさん : どう思われますか

3 - 1 - 1 . 考察

板書の方はKさんの話が終ろうとするときに立ち上がり、板書を開始している。この前に、板書の方はペンを持ってホワイトボードを見ており、この時から、板書する内容を考えていて、Kさんの話の切れ目、トランスクリプトで言う「臨機応変です方が(.)」のわずかな会話の隙間に立ち上がり板書を開始している。この「臨機応変です方が(.)」の部分はKさんの話の結論を意味する言葉であり、この結論を聞いた後、板書方は板書に行っていることから、話の切れ目＝話の結論として板書は判断しているのだと考えられる。



写真 2 . 板書がペンを持ってホワイトボードに向かっている場面 : DV21 2:30:06

しかし、板書の内容を参照してみたところ、Kさんが発したまとめのような記述はみつからなかったため、確かであるとは言えない。

第一ワークショップ

- 問題1
- ・ 必ずしも、看取りの場所は介護者が決めるべき。
 - ・ 必要ある。緊急時の対応に関し介護者の対応程度覚悟が必要。
 - ・ 介護士に押し付けられる側は意見が一致させるべき。
 - ・ いざという時には病院に頼ってしまう。
 - ・ 周囲の環境次第。都会と田舎でシステムが違う。



結論 関係者本人の意思を尊重しつつも、
介護の環境 症状等を考慮して 選択
すべき。

写真 3. 板書内容 デジタルカメラ 14 : 45

3 - 2 . <断片 2 : 板書が書記のパソコンを見る場面>

DV21 vol.6 2:40:45~

DV22 vol.5 2:40:45~

真鍋カメラ vol.6 2:40:45~



写真 4 . 書記のパソコンを見つつ板書を行う場面 : DV21 2:41:16

3 - 2 - 1 . 考察

まとめを板書する場面。隣にいる書記と確認しており、書記がまとめた内容を見ながら板書の内容を板書している。その間は司会がまとめの意見を述べている。

司会のまとめを聞いてから板書するのではなく同時に板書しているので、板書担当者自身でまとめの内容を考えているのがわかる。あと見えやすいように工夫して板書している。

《パソコンの内容(2011/11/12 14:53)での板書に使われたところ》(写真 4)

結論：関係者本人とちの意見を尊敬したうえで、介護力、病気、周囲の環境によって、

《板書の内容》(写真 5)

結論：関係者本人の意思を尊重したうえで介護力・環境・症状等を考慮して選択すべき。

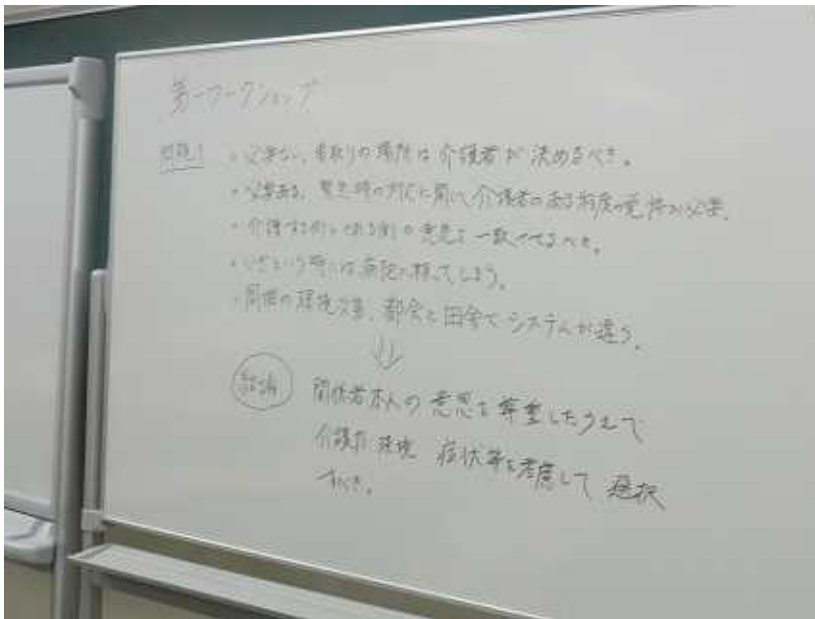


写真 5. デジタルカメラ 14 : 45

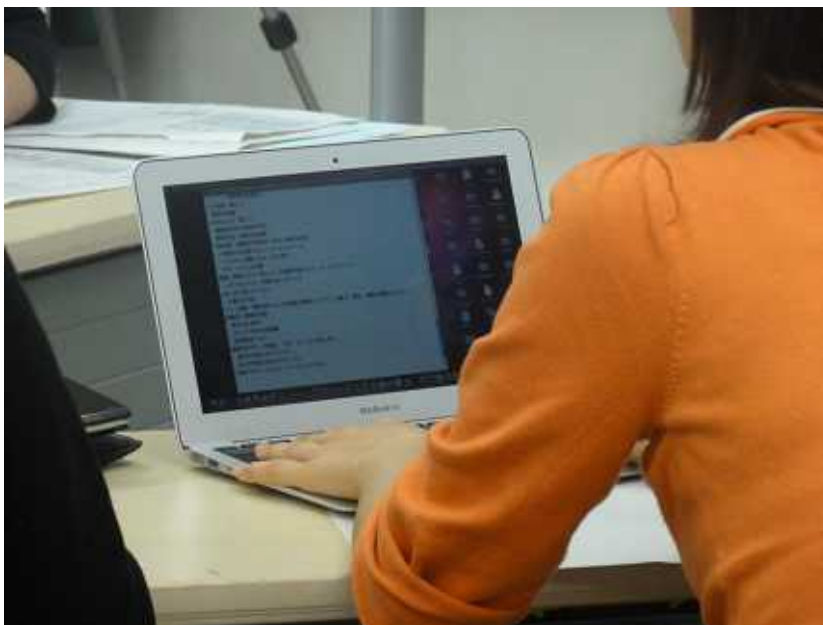


写真 6. デジタルカメラ 14 : 53

3 - 3 - 1 . 考察

Kさんの意見に大きく頷いたあと、板書へと行動を移した。これはKさんの意見を板書担当者が理解したためだと考える。

また、この“うなずき”という行動は立ち上がるための理由の表示とも考えられる。うなずくことによって、会話に何かの区切りを生み出し、板書するという行動に移っているのではないだろうか。

この考えは『会話分析への招待』(山田 1999:27p)の中で山田富秋が述べている下記内容すなわち

そしてトピックや物語の終わりの場所(スロット)において、聞き手は今の物語について、さらに説明を求めたり、物語のオチに対する理解を示し、物語の内容に同意したり反対したりする。

に見られるように、板書の大きく頷く動作はKさんの物語に対する理解であり、同時に、Kさんの物語を終了させる意味も持っているのではないか。

そして、Kさんの発話が終了すると、板書係は板書するタイミングを獲得しホワイトボードへ向かったのではないだろうか。

4.まとめ

板書に書く内容に関して、それぞれの意見や結論を端的にわかりやすく板書していた。板書内容を確認する手段として、書記の方のパソコンを見て板書するシーンも見られた。他の人に促されることなく、司会がまとめ始めたりそれぞれの意見の切れ目ぐらいに担当者自身のタイミングで板書を始めていた。

中でもKさんの話に大きく頷いて理解を示し、自らが板書するタイミングを作りだしたシーンも見られた。

謝辞

まず、被撮影者として撮影にご協力いただいた徳島大学の学生の皆様と K 氏(訪問看護ステーション T)、小俵ミエ子氏(徳島大学大学院)に深くお礼申し上げます。その他、本調査報告書作成にあたってご助言をいただいた、川島理恵氏(日本学術振興会・埼玉大学)、堀田裕子氏(中京大学)、西田厚子氏(京都橘大学)、家根明子氏(京都橘大学)に感謝の意を申し上げます。

《参考文献》

山田富秋 1999 「会話分析を始めよう」好井裕明・山田富秋・西阪仰『会話分析への招待』世界思想社：1 33

第 部 インタビュー記録

在宅医療のリアル ～（１）K氏編～

(2011.5.20 17:30～18:45)

訪問看護ステーション¹Tを開設した理由

看護師って時間に追われて患者さんと少ししかお話出来ないし、接することが少なく、病院に勤務していた頃は患者さんに対して満足なことが出来なかったんですね。在宅看護の講座を受講している中で在宅の方が1、2時間みっちり自分が提供できる看護(神経難病患者専門の看護)を施せると言っていたのを思いだして、病院附設の訪問看護ステーションMに勤めたんです。これがうまく土台にのったので、今度は自分で開いてみようと思って、今のステーションTを開きました。今、スタッフは常勤2名パート2名事務1名です。数少ないスタッフの中、18人の利用者の方へのサポートを行っていますよ。呼吸器をつけている利用者さんの元へはほぼ毎日出向いていて月に200件近く、午前午後合わせて多い時は一人で五件を受けてるかな。難病の方は1時間から3時間訪問という長期の看護が必要なんですね。普通は、朝2軒昼2軒が理想です。うちは難病を持つ利用者が多いので医療保険では適用されず、利用者さんの実費でサービスを受けてもらうこともありますねえ。

注1：訪問看護：病気・けがなどにより家族で療養する方々に対し、かかりつけ医の指導の下看護師が利用者の自宅に訪問し、病状観察や看護・医療処置、看護相談や指導などを、一人一人の状態に合わせた「看護」として提供し、住み慣れた自宅で快適な療養生活を送れるように、医療従事者の連携によって利用者のセルフケア能力が高まるように支援すること。

在宅医療の姿

ところで、在宅医療ってどんなものかわかります？平たく言えば、病院の病室がぼこっと自宅にかえるようなものですかね。機械をいっぱいつけていてね、病室でさえも注意しなければいけない人でも安心して看護を家で受けられるくらい設備は整っているし、しっかりサポートできるようになりましたし。ここでは、重症の方に看護師さん・介護士さん・ヘルパーさんなどいろんな人がサポートしていて、中には、理学療法士や歯科医師さんなどもいます。いろんな先生がタッグを組んでてね。利用者の対象者はオールマイティで現在は、最低年齢が15歳、最年長は98歳のおばあちゃんまで診ています。今このおばあちゃんは100歳を目指しているんですよ！利用者の方の中には健康チェックだけの人もありますし、本人さんより家族の相談を小1時間聞くような事もありましたねえ。もちろんカテーテル・点滴などもしていて、今日もインタビューが終わった後に一人、点滴が必要な方がいらっしゃるんですよ。

自分が現場で働くからこそわかること

在宅看護は、ご家族の協力が不可欠であり、ご家族の受け入れがあってこそ可能になるものなんですよ。ターミナルケア²のサービスも行って、死の看取り方など、家族への教育も私たちはしています。これらのサービスを提供し続けられるのは、医師とご家族の在宅医療に対する理解が深まってきたからでしょうね。少し苦労話をすると、朝 6 時から 88 歳のお母さんから電話がかかってきたり、些細なこと、例えば、「昨日ご飯をあんまり食べなかったけど大丈夫かなあ。」など、つい 5 分前まで訪問に行っていたところから相談があったりする時は、スタッフが少ない分、対応しきれない所があります。しかし、50 歳を越えて今でもこの仕事を続けられているのは、叱られることもありますが、やっぱり利用者ご家族の笑顔、「ありがとう」「また来てください」の言葉があるからですね。新規の利用者さんとは、信頼関係を結ぶ為に、私が必ず出向いたりしてるんですよ。しんどいですけど、このような努力をしないと小さい施設は長続きしませんからねえ。

注 2：ターミナルケアとは、自宅で安心して最期を迎えたいという方々のお手伝いを訪問看護スタッフが行うこと。

利用者との関係(トラブルがない理由)

利用者さんがね、無茶振りしたって対応するようにしてますよ。ニーズに添えていけば、利用者さんの家族との間に問題なんて起こりませんからね。そうね、例えば 17 歳の癲癇発作の子がいるんだけど、その母親から時間の変更要求がよくあります。無理なときは断るんだけど、なるべくあわせるようにしてるわね。やっぱり個人経営ならではの対応よね。実は訪問看護は自宅で実施することが基本だから、通学援助なんかも本来なら禁止されているんだけど、「散歩」ってこじつけて学校の授業も共に受けたりなんかしてね。その子の母親は今ヘルパーとして働いているから夜勤があるのよ。そんなときは自宅に電話をかけて安否なんかのね、確認も取るようお願いされています。他のステーションではどうするか知らないけど、ほら、うちは小規模なステーションだから、そうやって利用者さんとの信頼関係も築いているんです。ここまで家族的にしているから利用者さんとのトラブルはありませんねえ。

逆にうちのスタッフのほうが慣れて親しくなりすぎちゃって。私はないんだけど、「この時間に行ってもいいか」なんてスタッフ側から言うこともあるらしくて、謝罪することもありますよ。利用者さんからすればね、スタッフが代わる代わるするよりも 1 人の人が入ってくれるほうがいいのかもしれないけど、やっぱりそうなお互い、ほら、慣れちゃってねえ。こういう事態も起こっちゃうのよ。まあ、私も経営者である前に看護師ですからね、多少の無茶ぶりは受け入れるし、T では交通費も取らないようにしています。この仕事はもう趣味でやっちゃっているんですよ。だからトラブルはありませんね。

ステーションのスタッフ

スタッフが揃うことが一番だから、スタッフが働きやすいようにしています。ステーション T(以下 T)では訪問さえ行ってくれば、事務所で事務仕事しろなどとは言わないです。普通なら何時から何時までは訪問が無くても「事務所で仕事しろ」、などがありますが、Tは規模も小さくスタッフに長続きもしてほしいし働きやすくもしたいので、予定は必ずきっちり、訪問の人数は一ヶ月何人と決めて、「空いている時間は自分の時間に当ててください」と言っています。スタッフも子供が小さかったりするから突然休むこともあります、そういうときに「出て来い」とは言いません。その代わりに自分が入るようにしているから、自分が入れるように余裕を持った時間を組んでいます。それから、苦情はすべて自分で処理しています。そして、利用者のニーズに沿ったことをするようにしています。

うちのスタッフはお子さんがいるから日祝休み・勤務時間は 5 時までとしていますし、面接にきた方に条件を言われたらそれをのむようにもしています。ステーションは開設するにあたり、一施設につき看護師 2.5 人が要ります。2.5 人いないと訪問看護ステーションは開けないんですよ。とりあえず T は 2.5 人いるんですけど、今厚生省のほうで一施設につき 1 人いれば訪問看護ステーションを開けるように申請していて、まだ通っていないけれど、それが通ればすごく楽だと思うんですよ。いつ通るかは分からないけれど、結構一人で訪問介護にまわっているところっていうのは多いんです。名前だけ借りて、書類に看護師がいると書けば、実際に働いていなくても来てくれていたら良いので。

2.5 人という枠は働いている人にはすごくきつい枠です。「訪問看護師になりましょうか」という人はいないし、卒業したばかりの人に「訪問看護師になれ」といっても絶対無理だから、いろいろ経験をしてくださった 30 後半くらいの人が訪問看護師になるのが適当ですよ。病院でいろんな訓練をしてもらってからで。一人で利用者のお宅に入って一人で看護しなければならぬし、何が起るかわからないからね。命を預かっていますからね。1 時間でも 2 時間でも入ったら、そのときご家族の方はいないですから。ヘルパーの方も一緒だと思います。

利用者さんに関しては、信頼関係を結ぶために自分が先に入っていくということです。また、事務は息子にさせているので、あれしてこれしてと言えるから楽です。給料計算では税理士さんに入ってもらうこともあるんですけど、他人さんではできないところもあるからあまり入ってもらわなくてもいいように税もすべて息子に任せているんですよ。税理士さんに入ってもらうと事務は事務でこっちのレセプトの仕事、といったような形になるかと思いますが、身内だから収支が分かって別にも構わないところもありますからね。私の言う「スタッフ」とは実際に現場に出ているスタッフの話です。

今後のステーションの規模

今後のステーションの方針としては、スタッフの一人化を行っても良いですし、特にス

テーションの規模を大きくしようとはあまり思っていないので、小規模で自分一人でも提供できるような形で、利用者に対して綿密に看護が提供できたらいいなと思っています。訪問看護を始めて8年ほどになりますが、スタッフが揃わないという現実が目の当たりにあるから、それだったら無理して大きくする必要もないかなあという感じですね。横のつながりがあって、同じようにステーションを開いている方ともよくお話するんですが、やはり「スタッフが集まらない。私一人でもいけるのになあ。でも、それほど大きくはできない。」という感じらしいです。

あと、自分がやりたい専門性っていうものがありますよね。今はいろんな人を受け入れているんだけど、私もI病院で看護師をしていたことがあるから、それで神経性難病が入ってくるんだと思います。自分の専門性を伸ばしていくっていうのも良いんじゃないでしょうか。あっちもそっちもとマルチにしなくても、重症なら重症っていうところでスーッと入っていきますしね。だから看護協会の管理者さんなんかはターミナルが専門でやりたいって言われてますし、いろいろみんなそここの専門性を活かしていったらいいんじゃないでしょうか。

この18人のなかでALS^(注)の方というのは4名ですね。鳴門であったり石井であったり市内であったりと距離が遠いから、片道30分くらいかかっていたら実質3時間くらいは1人の人にかかってしまうことになるので、近場で10分以内でまわれるのなら何人でもこなされるんだけどねえ。そういうことはないから。

だから私は今のところは(ステーションは)大きくはしないで、自分で小ぢんまりと綿密にやっていきたいなと思っています。

【注釈】

注) 筋萎縮性側索硬化症 Amyotrophic Lateral Sclerosis(ALS)

在宅看護者の悩み

たとえば、ある患者家族の娘さんは93歳のおばあちゃんを看護しています。そして将来お母さんが亡くなったらどうしようとか、自分の方が燃え尽きてしまったらどうしようとか、それに加えて自分がもし病気で倒れてしまった後、自分を誰が面倒見てくれるんだろうかという相談を結構してきます。本人じゃなく、介護してる人が病気になった時どうしたらいいんだろうという相談が多いくらいです。今、93歳の人を看てるこの娘さんなんかすごく神経質なので、看護に行った際、娘さんの方の血圧を測ってあげたりして、最初のほうはすごく血圧が高くて訪問の度に血圧を測ってあげてました。よく「どっちの介護に来てるんだろう」と思うことがあります。なので、私がモットーにしているのは、介護者さんが楽になれるような訪問看護にしていきたいということです。

訪問看護ステーションを開くきっかけ

実は訪問看護ステーションを開くということに関しては、自分の家族も訪問対象にしようと思って開いたということがあります。私はサポートに入れたいんですけど、うちのステーションとしては義父と義母の介護にあたっています。今義父は84歳なんですけど、68歳の時に脳梗塞で倒れて、それから半年くらいは病院にいたんです。10何年か前なんで介護保険とかも無い時代なんですけど、家に帰ってくるってなって…。さあどうしよう、ということになりました。寝たきりのままではいかんということで、いろんなところにリハビリに連れて行ってました。だけど義父自身「もういつ死んでもかまん」という具合だったのでなかなかリハビリにならず、私はその時 A 病院に勤めていたので、そこに入院してもらいました。そこで本人に「家に帰りたいんだったらリハビリしよう。杖で歩けるようになったら家に連れて帰ってあげる。」と言って、なんとかリハビリを促しました。今、杖で歩くことは出来ないんですけど、立てるようになったので病院から連れて帰りました。しかし、これからどうする、ということになり、これはもう訪問看護に来て頂かないといけないということになりました。家でリハビリを持続しないといけないということですが、訪問看護も充実していなかったですし、リハビリの仕方が理学療法士さんしか分らなかったのどうやって回復させればいいのか相談したんです。そこでなんとか理学療法士の A 先生に来ていただいて、メニューを作ってもらって、それをみんなでやっていき、やっと杖歩行ができるようになりました。未だに、そのリハビリメニューにいくらか付け加えたりしながらリハビリをしています。今12年目なんですけど、家の中では杖で歩けるようになっています。その後、義母が肺炎にかかってしまい、在宅酸素が必要になってきたので今は『病状観察と健康チェック』ということで義母についても訪問介護を頼んでいます。

家で看取るということ

今年、私の実母が肺炎で亡くなったんですよ。私は家で看取りたかったんですけど、主人は「家でなくてよかったな」と言うんです。やっぱり私は医療に携わってるんで分ってるからいいんですけど、主人とかは素人なので家で看取るのは不安だということなんです。うちの母は家で看取れなかったの今度はこの2人(義父、義母)は家で看取りたいと言ったら「嫌じゃ!」と言われて今そのことでもめています。でもがんばってこの2人は家で看取りたいと考えています。

今まで在宅で看取った人数ですか?3人くらいです。末期で高齢の方はご家族の方が分かっているのでもいいですけど、一番難しいケースとして1人暮らしの方が1人いたんです。呼吸器もつけなくて、家で亡くなりたと言われてて、最後亡くなる2カ月くらい前ですか、同意書を書いて頂いたんです。もし、亡くなって救急車を呼んだら“検死”

ってことになるので、そういうのにならないように「私は病院に運ばれても延命はせず、最低限度の治療でいいです」というのを証明する同意書を作って、印鑑を押してもらい、それを持ってもらってたんです。2週間に1回はみんなと家族で意思確認をしていました。ところが、いざそういう時になったときには、いつも往診に来てくれていた先生が不在で、その先生が勤めている病院に連絡して看取ってもらいました。その日の朝に亡くなられたんですけど、医者がいなかったのだから家では看取れなかったというのがちょっと悔しいです。でも最期は「ありがとう」って言ってたよと付き添いの方から言われたら、「あーよかったな」と思いました。亡くなったあとでも、こういう風に言われるので、本当にやりがいがあります。

これまでの経歴

私はX県出身で、その看護学校を出てA病院に勤めていたときに主人と会って今のY県に来ました。その後B病院で2年働いて、耳鼻科、次が今のC病院で最後だと思えます。A病院にいた時に外来の方にまわされて、たまたまそこで救急などを経験させてもらいました。あとは学生のころ、夜間の病院なんかにも勤められているんな経験が来ました。そしてその現場に入ることによって、たくさんの知識なんか身に付きました。

資格

資格ですか？50過ぎてから、訪問看護の専門ナースの資格があるので、受けたいなと思っておったんですけど、機会がなかったんです。だけど、この間同じくらいの年齢の人が受けに行くということになったんですけど、どうやら年齢制限があるようです…。年齢の上限は無いんですけど…あるようです。本当は何かあったほうがいいかなあと思って主人に相談したんですけど、半年間東京に研修期間と行かないといけないこともあり、「仕事しながら父や母の面倒は見れない」と反対されました。本当は専門ナースになりたかったんですけどね。結構歳のいった方はいけないみたいな暗黙の了解があるようです。ケアマネの資格と産業カウンセラーの資格は持ってます。訪問看護をしててケアマネをするということではできないので、ペーパーケアマネですね。でも、やっぱり必要になってくるので、勉強はしてます。

社会福祉士にもなりたかったんですけど、大学を出ないとなれないと知ったのであきらめました。現在、専門ナースは県内1人だけです。40代ぐらいの人が行って育てるのが重視されているようです。

在宅医療のリアル ~ (2) O氏編 ~

(2011.5.27 15:00~)

訪問看護の現状

訪問看護ってというのは、言わば病院でいうと看護師ですよ。それが患者さんを迎えるんじゃないでこちらから出向いていくかたちのものです。そうですね、全体的に厚労省、国の主導で在宅医療が推進されてます。だから病院の患者さんを、精神科も小児も癌末期もすべての領域において疾病をお持ちの方を在宅に流していこうというような流れがあります。ですからこの何カ年の計画の中でも訪問在宅医療はかなり推進されております。ですからその中で医療をサポートする立場である看護師ってというのはこれからもっと需要が高まるって言うことが言われてますので、そこに対する公衆単価ってものを全体的に評価して上げています。というかニーズが増えてくるんだったらそれに対する評価も上げなくちゃいけない、人を増やさなくちゃいけないっていう風なかたちで全体的に流れています。けれども現実的には地域格差が発生しますので、どうしても都心なんかではそういったサービスが多いけれども山間部だとか田舎のほうにいくとサービスが整わないですよ。そういったものをどうやって埋めていくかっていうのが大きな課題ではあります。推進事業とされている割にはなかなか推進していかない状況って言うのがあります。また在宅だけではなく病院でも医師不足・看護師不足って言われてますよね。この影響が在宅の中にもあるんです。

T 医師会での在宅看護の特徴

私どもは医師会立っていう立場がありますので、どうしても利用者を紹介して下さる先ってというのはドクターが多いんですね。開業医の先生もそうですけど機関病院もそうですし。ですからどうしても医療措置が多い方が多いです。機器類が付いている方ってというのはそれだけ緊急事態だとかそういった対処を必要とされる方が多いですので、医師会の訪問看護は医療措置とかそういったものにまあ長けているというか、その専門性を高く持っているということと、緊急時対応っていう医療面に対して重点を置いています。

勤務体系と訪問件数

スタッフは管理者の私を含めて16名ほどいます。で、大体月平均800...まあばらつきがあるんですけどね、850前後あります。ただ勤務形態として常勤職の9時~17時のフルタイムのかたちが5名と非常勤が11名です。非常勤ってというのはパートタイマーだとかいろいろなかたちがあるのかもしれませんが、比較的拘束がなくてある程度自己都合でシフト組んでますので件数の平均って言うのはかなりばらつきがあります。ですから、フルタイムで働いている者でしたら、大体平均的に70件くらい月にまわります。体調とか子育てとかに合わせて勤務している方に関しては50件前後くらいです。1日だとフルタイム

の方は午前 2 件、午後 2 件というかたちです。でも 1 件にかかる時間帯がみなさん違います。30 分で終わるケースもあれば、医療保険の方だったら 120 分かかるケースがあるので、ある程度余裕をもっていける、まあ移動距離もありますので 4 件くらいがマックスかなと思ってます。

日曜日や夜間時の対応

日曜日に入るときは、緊急の点滴だったりとか医療処置が必要になった方、それと人工呼吸器などの高度な医療機器管理が必要だったり介護者の状況で医療職が入ったほうがいいと思われるケース、大体この 2 つですね。

夜間のほうは 24 時間対応をしております。管理者ともう 1 人スタッフが携帯電話を 1 週間ごとに持ってます。電話が鳴ったら基本的には電話に出た者もしくは患者の家の近くの者に連絡を取って訪問させるというかたちですね。現実には緊急電話を受け取ってそれが深夜帯とかでしたらね、寝ているスタッフを起こすよりかはそのまま自分で、つまり電話を取った者が対応することが多いです。幸いにも携帯電話は飲酒しないものが持ってます。あといろんな制度上で准看護師は対応の電話が持てないとかの諸事情があって、ある程度限定しています。ローテーションでスタッフ全員が緊急の電話を持つ事業所もありますけどなかなかそこまで行ってないです。

移動範囲について

基本的には市内と、開設当初には佐那河内が手薄な地域だったので、そこを担うということで徳島市内と佐那河内だけだったんですけど、現在では割と T 医師会に加入されている先生が対応している利用者の方だったら、鳴門だろうが板野だろうが行くケースが増えています。ただそれはすごくパーセントでは少ないです。ただ基本は T 医師会の先生方の場合は遠隔地でも対応しているという状況です。本来ならば集中したマッピングで移動距離とかそういったもののコストとかストレスとかも考えるとある程度徳島市内に集中したいところではあります。けどもそれが許さない状況です。T 医師会員の先生方っていう条件もありますし、利用者を受けてくれるステーションが近くに見つからなかったとか。基本的には一番近いのに打診していく方向であるんですけど。というのは緊急時の対応を踏まえてますから、遠隔地で緊急時の体制を維持できるかっていうとその部分ができないものがあるんです。

ステーション同士の交流

各都道府県に訪問看護ステーション連絡協議会っていう協議会があるのがほとんどです。徳島にもあります。そこに加入しているステーションに関しては、定期的に研修会であったり、今年の 5 月には連絡協議会の総会・理事会というものがあつたりします。そういっ

た会を通じて連携を取っていきます。徳島県の場合も西は半田から、南は海部のほうまでと地域が広いですから、連絡協議会でも会議はしますけど、地域性を重視して西部地区・東部地区・南部地区というようなかたちでそれぞれ勉強会だとか連携強化のための勉強会みたいなことはやっています。

管理者として困ること

困っていることといえば、その、スタッフの管理というか、職場環境を整えるっていうのが一番難しいです。女性の職場なのでどうしても子供さんが発熱で休んだとか、車で移動する形態をしておりますので案外追突されたりして事故が発生したりとかすることがあります。このたびも事故があったりしたんですけど、事故の要因ってたくさんありますよね。相手方が100%悪いのもありますけど、私たちも集中力欠くようなすごく過密なスケジュールをこなしてたりだとか、体調が思わしくないのに勤務を組まざるを得ないだとか。そういう環境を整えていくっていうのが厳しいですかね。どうしても緊急に利用者が来たりとかしますから、余裕を持ったスケジュールを組んでいるようでも、さらに働いてもらわなくちゃいけないというようなかたちがあります。決まった人数で決まった人数以上の訪問先を対応しなくちゃいけないことがあるので。なにが一番大事かってスタッフが一番大事ですから、それが安全とかそういったことを確保していくのが現状では難しいことですね。

またこういう医療職っていうのは緊急事態がつきものなんですよ。来週のスケジュールを組んでいくんですが最初に組んだスケジュール通りには大体終わってみたいんですよね。すべて変わってしまいます。今日もみなさんが来る前にお昼から緊急に点滴をしてくださいっていう指示を頂いて、昼からのスケジュールも全部完全にスタッフの行き先が決まっているんだけど、そこに新しい人や追加できる人を緊急にいれていきます。そんな風に緊急事態っていうのは当然ありえます。まあそれに対応できる経験と知識のある看護師がいるのでその部分に対しては困りませんけども。

訪問看護でのやりがい

この仕事がやっぱり好きで、病院に勤務してからこちらにきました。だから病院以上にやりがいを感じます。それはやっぱり、病院だと看護師って何対何っていうかたちですよ。1対1で患者さんと接する時間ってすごく少ないんですよ。けど訪問に行くとそこのお宅にいったのやり取りですね。だから自分のしたことに対する反応が良いも悪いもすごくダイレクトにいただける、評価をそのままいただける。だからそういう意味においてはすごくダイレクトに評価されるっていう部分で、勉強していかないといけませんよね。見えないことのほうがやっぱり不安ですからね。きちっと評価いただけるっていうのは、この仕事のやりがいに通じるものではないかと。

ホワイトボードについて

上から順番に月曜日からの日付ですね。それが午前中と午後に分かれています。カラーのやつは、スタッフ個人の部分になります。16名いるので16色あって利用者の名前の中にスタッフをいれていきます。つまり利用者を中心にスタッフをおいていくというかたちです。あと利用者を保険別で分けていて、黒いのが医療保険、青いのが介護保険、赤いのは緊急であま急遽医療保険を使うにいったかたちで3色あります。それと、緊急連絡という追加のこと、たとえばこれを持っていってくださみたいなことはもちろんメールなんかでやりとりはするんですけど、持っていったか持っていったくないかを書くためにも書いてます。で、持っていったら消すっていうような。つまりスケジュールだけじゃなくて項目リストとしても使っています。横に書いてある数字は利用者の数ですね。件数はかなり変動します。

平成5年の開設以来このやりかたでやっています。ちなみに管理者4人から開始したと聞いています。だから開始時の状況からは変化しているので、これは本当に見にくいので、もっと見やすいようにしたいんですが、管理者が変わっても修正してないっていうような状況です。開設時から在籍してた古いスタッフも残っているんですよ。そういった流れの中でタイミングを逃してきたっていうのが現状かなと。本当はスタッフの中に利用者を埋めていくっていうほうが落ちが少ないです。訪問するのはスタッフですよ。だから利用者を落とさないってことにもつながるかと思うんですよ。見間違いだとかヒューマンエラーというやつをなくすには自分はこの人ですっていうものが提示されているほうが人の勤務だとかを探さなくてすみますよね。自分の名前があるところだけをみればいい。基本的に行く人の名前を落としさえしなければ問題はないかと思います。実際そういうところのほうが多いです。上にヘルパーステーションがあるんですけど、そこではスタッフの名前の中に利用者の名前を入れています。他のステーションでもそういうところのほうが見学させてもらった場合は多かったんで、そのやり方のほうが妥当性を持っているかなと思います。

24時間対応について

24時間対応で実際の業務時間以外での対応はだいたい平均的に月に20件くらいが多いですけども。その月に抱えている利用者の疾病の種類にもよりますね。例えば、これはかなり波がありますけれども、例えば、先月がんの末期の方が10人近くいるような月の場合は緊急の出動が増えますね。それと医療機器管理が必要な状況で退院してきた方。新たに増えたりした場合は操作が家族の方が不十分だとかそういったことで緊急の出動が増えますね。あらかじめ緊急の事態が発生するだろうということは予測がつかます。必ずしもではないんですけども。定期的に訪問しているわけですからその時にこれが起こりうるというようなことで、ある程度の準備はしているんですよ。

よくある要望

要望ってかなり個別で重複してこの要望が多いとかっていうのではなくて、満遍なく多いんですけど、割といわれるのはフルスタッフを固定してほしいとか担当制にしてほしいとか。それと極端な話で、日替わりで来てほしいとかです。おんなじ人が来たら飽きるからじゃないですけど、やっぱりいろんな話を求めたりするんですよ。自分たちは外に出ていけなかったりするから。だから、おんなじ人が続けてくるよりも、新しい人とか交代でいろいろ来てくれるほうがいろんな話を楽しめる。割とこういう話はずっとありますね。もしくはその方によって声が小さい人の方がいいとか大きい人の方がいいとか。体が大きい人の方が安心できるだとか。それはもう本当に人の数ほどあります。これっていうのはよく私たち感じるんですけども私たちも病院で勤務していましたからね。そういうときには聞かなかったことですね。あくまで病院では自分たちはされるほうなのでそういった要望ってあまり出しにくい。けどおうちに帰ってきたら自分の家に帰ってきたんだから言わせていただくっていうのが多いですね。希望がある場合にはよほど精神的なものとか病気によるものに関しては人を減らしていきますけども、基本的に緊急時とか日中力入れてますから緊急事態の時に必要な人員をそこに向かわせるためにはある程度の人数は準備しておかないといけないんですよ。スタッフの方も休みますし、トラブルがあるわけですから、1人2人のスタッフだけではなくこれだけ交代交代に入れさせてもらってないと緊急時にお宅に訪問できないかもしれないですけど、それでもいいですかということまでできます。それは困るから仕方がないから5人までとかね。そんな話をします。

現在の制度について

あの、私たち医療職からしても利用者からしても、ちょうどっていうのはやっぱり難しいですね。というのもやっぱり、以前と違って費用負担...どうしてもこれは必要な医療処置なんだけれどもお金が、経済的なものがあって利用できないとかそういうのでまますね。これはでも病院受診をね、医療費の高騰で控えるというのと一緒に、本当だったらニーズに即して十分なものをうけられるというのが望ましいのかなと思うんですけど、現実にはある程度の費用負担が利用を制限しているっていう現状がありますので、そういったものをどうにかこう、改善できたらなという意識はありますね。

利用者、利用者家族との距離感

ある程度の一線を引くようにという指導はしているんです。というのは、それは家の中まで上がりこんでいきますし、気安くなりやすい環境ではありますね。そうになると、いろいろ業務、看護師として提供するサービス以上のものを要望されたりする。これどっかに届けてきてほしいとか、自分たちは出ていけないからこうしてくれないとか、それだ

けじゃなくてやっぱり病院でもありますけど、セクハラとかありますし、他はパワーハラ
メントだとかいろいろあります。そういうものをやっぱり発生させる土壌をなるべく
少なくするというのを病院以上に気を遣います。というのも、扉、玄関入って扉閉め
たら、まったく利用者と私たち、もしくは介護者がいる中でなんですよね。で、何かあ
った時に避難ができるかっていう避難経路っていうのはねえ、あの、ま、一軒家でしたらあ
の、はきだしから逃げるかもしれないんですけど、マンションとかだったら玄関しか行け
ないですね。玄関に立ちまだかられたら逃げる場所がないですね。で、こういうこと
で度々あります。あの皆さん方の大学の方の研究なんかで、セクハラ、訪問看護なんか
におけるそんなもの研究していただいた方もいらっしゃるんですけども、やっぱりそれをど
っか片隅で持っていないと私たちが被害をこうむるだけでなく、それを加害者になっ
てしまう方、ひいては加害者のもとに庇護されている利用者の方、全体的にそのものが壊れ
てしまうんですよね。なるだけ刑事事件とかそういったものに発展しないように、意識を
もっておくと。一線をひくと。

セクハラの実態

実際にセクハラ、ありますよ。病院なんかでもありますよね。本当に簡単な所から。だ
けどそれをどんなふうに対処していくかっていうのはやっぱり、まあ、何人も訪問看護師
が入ってるって言うのはそこにメリットがあるんですよ。あの人、どっかそういう風な
気配があるとか、全然感じないスタッフもいれば、ちょっとこうそういう異変というか、
空気を感じやすい人もいます。じゃあ気をつけていきましょうって絶対背後に立たれない
位置に立つだとか、ケアするときに背中を向けないとか、そういう些細なことですがね。
例えば私こういうパンツルックですけれども、もうひとつ夏場にキュロットみたいなもの
もあるんですよ。そこの訪問先にはキュロットははかないだとか、半そでだけれども、
肌は出さなくて割烹着を着ていくだとか、そういうものってやっぱり準備するべきものが
あります。相手をそういう気持ちにさせないっていうんではないんですけど...それは向こ
うの勝手な感情ですから。だけどもある程度セーブさせていくっていう配慮はいると思いま
す。だからそれはやっていますね、みなさん。

スタッフの構成等について

ここのスタッフの若手は、若手と言っても皆さんからしたらあれですけど、だいたい平
均40代ぐらいですね。上は56から下は28までいますけど、だいたい多い年齢層が30代
後半、40代くらいというところですね。だけどもうね、これはね、セクハラっていわれる
ようなものは年齢とか見た目だけじゃないんですよ。お互いにそういう要素を持って
いるっていう言い方も語弊があるんですけども、遭う人と遭わない人っていうのが現実的
にあるんです。だから、そういうふうなことに遭いやすい人はそういう訪問先は外すよう
にしています。それが一番安全ですからね。安心して訪問できるので。ま、男性に聞くのも

あれですけどね。隙があるっていうんでも、そういうとスタッフを責めるような形になってしまうんですけど、やっぱりそういうのってあるんですよね。つけられやすいとか。私より大分上の者でも、そういう被害に遭う人はいます。

セクハラへの対応

セクハラに対する研修は特別にしているって訳じゃないんですけど、OJT みたいな感じで色々そういうのを経験しながら、「こういうことが起こったときにこういう対処したから、このお宅に対してこれからどうしていこうか」といったことを、週に 3 回カンファレンスしています。その中で話しあったりしますので、対セクハラ研修会っていうのは大々的にはしないんですよね。ですから、訪問先で自分たちがされたこととか事例を通して、話し合っていくっていう形が多いですよ。それから、そういう問題が起こったところへは私が乗り込んでいって、「二度と体に触るようだったら訪問はやめますよ」と言って釘を刺したりもします。それでだいたい向こうが謝るケースが多いですね。しつこくしてくるところは本当にお断りしますから。私たちはケアするのが目的であって、それに伴うセクハラだとかいろんな周辺環境のために訪問しているわけではないですから、その部分は私のほうで別付けで利用者に申し入れしていったりだとか時間をとったりとか、そういうふうにして、最終的に私がスーパーバイズしていく体制を取っていますね。で、訪問に私も同行することもあるんです。事実確認とかいうことも含めて。ですから最終的にはその、調整はこちらでしますね。

ステーションのスタッフの育成

ここのステーションでは、基本的には「総合的にすべて対応できるスタッフ」というのを頭においています。神経難病、人工呼吸器等という専門性が強くても、無理なんですよ。例えば、小児科の経験がないから小児科にいけませんっていうのでは困りますので。それをここにきて勉強してもらうために、経験のある者と一緒に同行して小児科にも連れていきます。そして習熟度にあわせて何度でも同行させます。病棟でしたら、それぞれの専門の方がいらして容易に可能ですよね。ですが、そういうニーズが来るっていうのが前提にありますので、必ずそういう勉強をする機会を持たせています。だから精神疾患の方から小児の患者さんまで受けいれられるんです。

もちろん、何度も同行させることはコストの問題もありますが、次そういう利用者が来たときに、2、3人のスタッフで対応できないのであれば、今度逆にステーションの運営自体、スケジュール自体が動かないんですよ。だから 1 人でも対応を広くできるスタッフを増やすというのが必要と感じています。というのも、今スタッフは 16 名いるんですけど、なかなか募集かけても新規のスタッフっていうのは雇用につながっていないんですよ。ということは今いる人員で維持できるだけの体力というか知識経験というのを積み上げていかないと、いずれ退職者もでてくるわけですからね。そこら辺はすごく気を遣うところ

です。

新規スタッフの獲得の困難さ

なぜ募集をかけても新しい人が入ってこないか、ですか？そうですね、それに関してはいろいろ聞きます。医師会は平成 5 年から開業しておりますので割と訪問看護に対して厳しい体制で整えられているし、難しいといわれているものもあります。全体的に看護師不足がありますから、かなりの施設でも給与面だとか待遇面ですね、福利厚生とかもかなり充実したものを提供しているんですよね。それに比べて、小中規模の訪問看護ではそれに見合うだけの対応をしようという良い環境が準備できませんよね。だからその待遇面のために新規のスタッフが入らないというのがあります。

あとですね、訪問看護自体が体力的に、肉体的に厳しい職場な上に、1人で判断しないでいけないという環境があります。訪問看護自体が厳しいというのは言われているんです。それはうちの医師会が厳しいという所もあるかもしれないですけど、一般的な所では業務自体が難しいんですよ。病院等でしたらサポートしてくれるスタッフが 1日の勤務の中に 20人以上いますが、訪問看護ではそうはいきませんからね。

在宅医療とは

「在宅医療とは病室がそのまま家に来るようなもの」というのはまさしくその通りです。地域が病棟になっているって言い方は、そのままナースコールを押したら誰かが来てくれる環境ですね。一番皆さんが心配するのはそうですね、緊急時。結局そういったものに対応できるだけの訪問看護ステーションにしたいが、なかなか体制はとれてないですね。そういう、こう、シームレスなものを提供して初めて在宅は推進されるのかなと思います。それを公に言えるような環境があれば、利用者の方は在宅に戻ってこられるんだなという認識を持って頂けるとと思います。それだったらご家族が病気になったときに、安心して帰れると思いませんか？目指すところではありますが、なかなかそこまでいけていません。

信頼関係を作るために必要なこと

信頼関係には、いろいろコミュニケーションとかあると思いますけど、私たちは看護師として行きますから、看護師としての技術がなにより確立されてないと信頼が得られないと思います。そこから出発すると思いますね。ですから、あの人性格が悪いし声もきついし嫌やけど、ちゃんとすることしてくれるからまあいいかっていうこともあります。その逆もあります。個人的な感情っていうのは、どうすることもできないですよ。好き嫌いだとか。だけどその、好き嫌いはどうすることもできないけれども、きちっとした技術に関しては私たちが絶対もっておらなければいけないものなので。それをまずしておくことですよ。

スタッフの教育

よく言うのは、看護師としてよりもまず人としての礼儀だとか、常識的なことをまず確認しますね。だから人の家に上がったときにインターホン鳴らすだとか声をかけて名前を名乗って入るだとか、玄関上がったら靴をちゃんとそろえるだとか。そのまま脱いであがっていくようなことをうちのスタッフはしないと思います。個人の生育歴なんかは、私たちは把握 100% しているわけではないです。だけど人として、礼儀として、その部分はまず言いますね。同行で教育していくときに、そこは必ずおさえときます。

訪問看護の将来

多岐に渡る選択肢を、みなさん持っています。治療に関しても、最新の癌治療を受けたいと思って世界中とび回って治療法を探してくる人もいるし、いいや自分はもう延命処置や手術なんか一切しません、っていうことを言われる人もおりますし、そういう書籍も出てますよね。その方が、在宅ではすごく大変な医療処置とかあるけれども、病院じゃなくて家で亡くなりたいって言ったら、全力でその環境を整えるための努力をしていきたい。しかし在宅医療が推進されたかといって、家で死にたい人ばかりじゃないですよ。家族に迷惑かけたくないから、最期は病院で亡くなりたいっていう方もいらっしゃる。それに対応しうるものを、訪問看護がどう変わっていくかっていうより、そういうそれぞれのニーズに応えられるだけの、経験とか技術を、備えていきたいと思っています。

私たちが連絡協議会だとか、いろんな会があります。そこで言われてるのは、自分たち(療養者および療養者家族)が主体的に選択をする。病気になったときに、先生がこうやって言われたから、抗ガン剤治療して、こんなふうになると思わなかったっていう最期をする方って多いんですよ。もう病院にいったらまな板の鯉だっという言い方を。だから、医療者主体じゃなくって、医療を受ける側がね、きちっと選択できるだけの啓発活動というか、そういったものを、私たちはしていくべきなのかなあって。いろんな会でそういった話をしています。だから、たくさんの選択肢や情報を与えられたうえで、ちゃんとその人がその人らしく選択できる、そういった準備を私たちは支援していくべきではないかな。

Iの将来構想

Iの将来構想ですか。数字的なところで言いましたら、スケールメリットが働くひとつの指標として、常勤 7 人だとかがあります。本来はそれを目指したいところです。ニーズはありますのでね、利用者をどんどん増やしていくとか、営業して増やしていくっていうことは可能なんですけどもね、スタッフの数だとか考えましたら、ある程度今の状態を維持しなくちゃいけないっていう現状ではありますけどね。

うちもスタッフが 20 人近くいて、入所数も今よりもちょっと多かった時期とかもありますけど、スタッフがやめたりだとかで、今のかたちになっています。私たちがみたいな、

まあ比較的大規模って言われてるステーションでも、やっぱり毎日の緊急訪問とかで疲弊してってます。だけど、疲れても次がいる、交代ができるっていうような、安定した需要体制ですね。利用者の方ももちろん大事ですが、やっぱりスタッフが大事なので、安心して働ける環境。だけどそれはすごくて、今は絵空事のように、かなり遠い目標になってます。

1 と他の訪問看護ステーションとの比較

私たちと同じ規模ぐらいでしたら、X法人。ただ、X法人さんっていうと、自分ところの患者さんは自分のところに回せますので、そういったかたちではちょっと偏りがあるかもしれないけど。一般的に、誰でも広く受け入れるような、まあある種独立性の高い訪問看護ステーションとしてはうちが大きい方かなあっていうくらいです。

他県に行くと、サテライトをいくつも持っているステーションっていうのもあります。よく訪問看護ステーションのアンケートをしているところでの具体的な数字でいきましたら、だいたい職員 10 人未満の所を小規模っていうんですね。20 人以上いるスタッフの所を大規模。スタッフの数だけじゃなくて、利用者数でいうところが多いですけど。やっぱり利用者が 150 を超えるようなところは大規模になります。徳島にはそういうステーションはないですけど。

0 氏が訪問看護を選んだ由来

看護って、小児科を希望する人、手術室、救急、精神、整形外科とかいろいろありますよね。私は訪問看護は特別なものじゃなくて、その中の一つだと思ってます。ですからジェネラルなものを求められる。

もともといた病棟が、脳神経外科に所属しておりまして、必ず、後遺症を持ったまま退院される。まあ退院できたらいいんですけど、だいたい転院される。すごく遠隔地に転院せざるを得ない方とかいらっしたんですね。命がけっていうほどたいそうではないけど、ほんとにその方を救命すべく、手術とかそういったことをいろいろ関わってきたわけで、その後の報告をお手紙なり頂いたこともありますけど、その後が見えないんですね。そこにすごく気がかりな部分をずっと抱えたまま、どんどんどんどん新しい患者さんは来ますしね。その部分がすごくて、人として気になったっていうのがあって、その部分を見たい。訪問看護は比較的最終な部分ではないけれども、ある程度安定して、最終の、私の目指したやりがいの部分であるかと思っています。

訪問看護自体は制度ができたのが平成 5 年って言われてますけど、もう 70 年代からやる人はやってたんですね。制度として整ったのは最近だけれども、制度が整う前から、基盤を作っていたってことは間違いなくあるんですね。私が学生のときにはもう在宅看護論っていう、総論の部分ですけどありましたしね。ですから、決して訪問看護が新しい考

え方っていうのではなくって、選択肢としてやはりありました。やっぱりある程度自分がベースとしたところで仕事をこなせるようになったら、深く追求していく部分っていうのが出てくるのかなあって。

病院勤務時代

わりと柔軟な病院だったので、5年勤めた脳神経外科では自分の担当の患者の手術に同席したいと言えば手術も見せてもらえましたし、転院するとかいったらその転院先まで同行するってこともあって。

さらに、看護力っていうことをすごく重要視する病院だったんですね。だから患者をよくするのも悪くするのも、術後の管理。これは看護師としてどうするかが大事。その人の生命予後とかを判断する。だからいかに看護的な視点で、その方の生活全般をみるか。だからその術後っていうピンポイントじゃなくって、全人的な関わり。この人が退院するにあたって、どこまで目的を達成していればシュームレスに出ていけるかとか、そういう看護の視点をすごくポイントとする病院でした。

ドクターも含め、すべての職種は比較的对等な職場だった。A県だったら、というか田舎にいくほどドクターとでこう、ありますよね。けどその部分では、検査技師も、その、助産師も、看護師も、保険師も、ドクターも、専門職としての連携をとるので、どこが一番トップっていうような考え方はなかったです。だから県外で仕事してたので、A県で仕事してギャップはありました。ドクターに対して上申っていう言葉も、私初めて聞きましたので。上申って書けます？上に申すって書くんですよ。看護師としてドクターなりなんなりに報告する中で、普通にしゃべってしまうのでね。先生に横柄な口、とかってよく怒られました。

注

i> 訪問看護一件における値段のこと

(3) インタビュー各班感想

A 班感想

KさんとOさんにインタビューをさせて頂いたのは昨年5月。私たちが在宅医療というテーマに取り組み始めてまだ間もない頃であった。正直なところ、当時は在宅医療についての基本的な知識もろくに把握出来ていない状態であったのだが、調査も終盤に差し掛かった今このインタビュー記録を読み返すことで、改めて在宅という現場で実際に働かれているお二人のリアルな声というものの価値に気付かされる。インタビューをさせて頂いて印象に残ったのは、お二人の患者さんへの配慮と在宅医療への思い入れである。「在宅医療とはどういうものか」という問いに対して、Kさんは「病院の病室がぼこっと自宅にかえるようなもの」、Oさんは「ナースコールを押したら誰かが来てくれる環境」とそれぞれ話してくれた。在宅での療養を希望される患者さんやその家族の方々の意思を尊重すると同時に、病院水準の看護の質も要求されるこの仕事。お二人以外にもこの調査で出会った看護師やヘルパーといったすべての方々にも共通して在宅医療に関わる方は患者さんと病院の架け橋となる存在なのだということを感じた。先日、厚生労働省は2012年度を「『新生在宅医療・介護元年』として立ち上げる」と発表し、「在宅医療・介護推進プロジェクト」として、在宅チーム医療を担う人材の育成 実施拠点となる基盤の整備 個別の疾患などに対応したサービスの充実・支援を3本柱に、在宅での医療・介護サービス体制の整備を図るとした(<http://headlines.yahoo.co.jp/hl?a=20120120-00000007-cbn-soci>)。在宅医療には人手不足や資金不足といった課題がまだまだあるが、このような政策の導入を積極的に行い、今後、在宅医療が少しずつでも前進していけばいいなと考える。

B 班感想

<K氏インタビュー感想>

まだ在宅医療というものをよく知らなかった私たちがK氏に教えていただく話は全てが新鮮だった。K氏の「病室がぼこっと家にかえるようなもの」という表現がとても印象的だった。息子さんが事務をされているということで、家族ぐるみで経営をされているというのも非常に興味深く感じた。K氏にはこの調査を通して深く関わっていただき、また、在宅介護・在宅看護の世界について教えていただきとてもうれしかった。

<O氏インタビュー感想>

医師会の看護ステーションの看護師の様子を聞かせていただいて、印象に残っているのはやはりセクハラについてである。インタビューを通して一番O氏の熱が入った部分で、そこに関しての私たちからの質問に対しても非常に丁寧に語っていただいた。また、事務室に設置されていたホワイトボードも非常に機能的にできており、一際目を引くアイテム

であった。これが多忙な仕事をまわしていく中で必要不可欠であるということも、私たちにとっては初めて知ることであり興味深かった。

C 班感想

<K 氏インタビュー感想>

今回インタビューをさせていただいてまず感じたことは、病院と在宅の違いを強調していたことだ。やはり K 氏が在宅看護に携わっているので、在宅のほうを推しているという印象を受けた。訪問看護ステーション T は K 氏個人が開いたものなので、ステーションの運営内容を詳しく話してくださった。スタッフのことを考えた運営をするようにしているということが印象的だった。個人運営になるとスタッフとの距離や利用者との距離が近くなる分、スタッフや利用者の要求などをどこまで受け入れるかでスムーズにことが進むかどうかは決まるのかなと感じた。

また、「家で看取る」ということも K 氏は強調していたかと思う。これが K 氏の考える在宅の利点であり在宅看護をやっているときのやりがいなのだと感じた。また K 氏のいままでの経験がこのような考えをもたらしているということが伺える。

<O 氏インタビュー感想>

インタビューをさせていただいて印象に残ったことは、個人運営とは雰囲気が違うなということだった。病院内にあるので、さまざまな症状の利用者を受け持つことができたり、可能なかぎり市内以外の場所でも利用者を取るということから、大きい施設の強みは利用者の範囲が広がるということだと感じた。また、施設内のホワイトボードなどステーション内の工夫もあっておもしろかった。また O 氏が女性であるのもあって利用者のセクハラの問題を強くお話していたのも印象的だった。

大きい施設なのでスタッフの人数は個人運営よりかは格段に多いが、やはり K 氏のインタビューでもあったようにスタッフの数がまだまだ足りないということが感じられた。

第 部 ゼミ報告

試着のエスノメソドロジー

中井知美

0. はじめに

榎田ゼミに所属し学んでいく中で私は「エスノメソドロジー」という分析方法に興味を持った。今回はそのエスノメソドロジーという手法を用いて、セレクトショップにおける鏡を介した試着場面という普段当たり前に行われる相互行為がどのような意味を持つのか調査していく。

1. 調査方法

平成23年徳島大学総合科学部榎田研究室における調査で得られたデータを用いた。その中でも9月12、28、29日に撮影された、セレクトショップにおける買い物の現場のビデオを分析した。

2. 入店から購入までの購買行動の構造化

2-1. 購入までの流れ

セレクトショップの店内は以下のようにになっている。

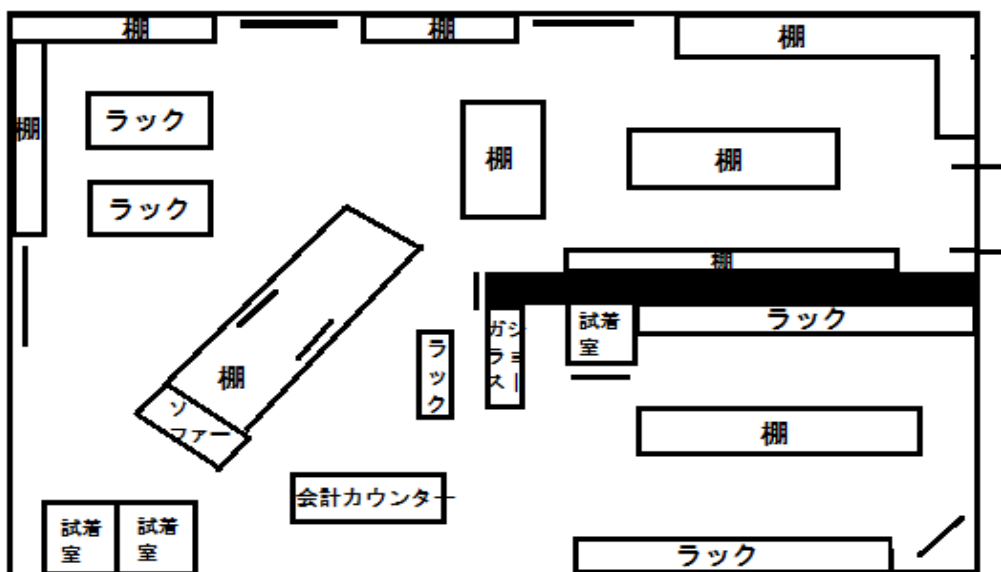


図1：セレクトショップM(店名)略図

以下は入店してから購入に至るまでの流れを図に表したものである。

服を見て回る	店員と話す	試着	店員と話す	試着	店員と話す
--------	-------	----	-------	----	-------

図2：9/28 N氏の場合

服を見て回る	試着	服を見て回る	店員と話す	服を見て回る	店員と話す	友達の試着を見る	友達と話す	試着	試着
--------	----	--------	-------	--------	-------	----------	-------	----	----

図3：9/12 N氏の場合

服を見て回る	店員と話す	服を見て回る	店員と話す	試着	服を見て回る	店員と話す	試着
--------	-------	--------	-------	----	--------	-------	----

図4：9/29 O氏の場合

2-2. 考察

お店の配置を見るとあちこちに鏡が配置されており、またお客の購入までの流れの中で定期的に鏡が使われていることが分かる。これはお客が「この服が良い」と感じた際にすぐに鏡で服を合わせて確認できる構造となっていると考えられる。

また、試着室は入口付近ではなく会計のカウンター近くに配置されており、お客の行動から試着から購入への流れになりやすいことを考えると、これは試着行動がより購入に結

び付きやすく試着が終わった際に滞りなく購入カウンターまで誘導しやすい作りとなっていると考えられる。

つまり、セレクトショップの配置はお客様の行動パターンに合わせて配置されており、購買行動の促進につながっていると推察される。

3. N氏の鏡を介しての試着場面

3-1. 調査概要

以下のように行った。

日時	2011年9月28日(水)
機材	ワイヤレスマイク1台、マイク付ビデオカメラ3台
撮影者	樫田美雄、阿部知恵子、大上梨奈、中井知美

ビデオは固定せず撮影者が手動で撮影した。プライバシーを厳守することを伝えたくうえで、許可を得て被撮影者にマイクを装着してもらったうえで購買行動を行ってもらった。

* 店内の配置は図1参照。

3-2. N氏に対し店員がスカーフを進める場面

(DV21) AV09282011_142716.-vol-03 00:52



01 店員：()とかこういうスカーフ今年こういうのも()

- 02 N : はい
- 03 店員 : 今みたいな無地の感じに
- 04 N : はい
- 05 店員 : ごめんなさい、巻かせてください
- 06 N : あ、は : い
- 07 店員 : こうやって :
はい、巻いていただくと[雰囲気がまた
- 08 N : [あれー、可愛い
- 09 店員 : ごめんなさい、変わります
- 10 N : へえ : 、すごい、えなんか巻き方これあるんですか
- 11 店員 : あんねえ、ここを三角に出すんですよ、片方を三角に[だしてしまっ[て
- 12 N : [はい [はい
- 13 店員 : んでね : 、ごめんなさいね
これ一周して
- 14 N : はい
- 15 店員 : で下から(.)上いって()出す
- 16 N : へえ : 可愛い
- 17 店員 : 可愛いでしょ、雰囲気変わるでしょ
- 18 N : 違います違います
- 19 店員 : 普通のシャツとかにやってもらっただけで()シャツが雰囲気変わるので()
まあマフラーよりもちょっとまだ
- 20 N : そうですね、まだマフラーちょっと早い
- 21 店員 : ちょっと前に使えるかなあと思って
- 22 N : へ : : : すご : い
可愛い
- 23 店員 : 上を無地にしてもらって下にこうチェックのスカートでもいいし :
- 24 N : ふ : : ん
- 25 店員 : あと何でも合いますね :
で今日ちょうどオレンジの靴で(.)黄色[が(.)ねえ合ってるので
- 26 N : [あっ
ふ : ん A h h
- 27 店員 : h h h おもしろいでしょ
- 28 N : これも これもいいですね
- 29 店員 : はい
これも優しい値段です
- 30 N : あ : () 千円(.)2着う : ん

- 31 店員：迷いますねえ
32 N：A h h h h h
((店員がスカーフを棚に戻す))
((15 秒沈黙))
33 N：()
34 店員：()
35 N：h h h スカーフだったらこれ
36 店員：そうですねえこう薄手の
で大人っぽくいくんだったらこういうレオパード柄といって
これ大人っぽくなります、すごい
37 N：そうですね あんまり使ったことないですね
38 店員： うん
こっちのほうが可愛い感じですね
39 N：う：
40 店員：() 可愛い感じの()
((8 秒沈黙))
41 N：う：ん、あでも今回こっち
42 店員：こちらで
43 N：はい
44 店員：はい、分かりました、ありがとうございます
45 N：ありがとうございます

3-3. 考察点

16 行目の客であるN氏の「可愛い」という言葉に対し、店員は「可愛いでしょ、雰囲気変わるでしょ」と返している。これは店員がお客様に服を勧める際に、お客様に似合う・似合わない、可愛い・かっこいいなどというその人の雰囲気に合わせるのではなく、新しい提案をしている場面である。これは次のN氏の「(雰囲気が) 違います違います」という肯定の言葉からもすんなり受け入れられていることが分かる。

つまり、服を選び購入するという行為は、その人に似合う・似合わないということよりもその人の表現の幅、雰囲気の違う自分の可能性を追求するような自己拡張型の行為であることが考えられるのではないだろうか。

また、36 行目の「大人っぽくいくんだったらこういうレオパード柄といって、これ大人っぽくなります」というそれまで勧めていたスカーフとは違うスカーフを勧める店員の提案に対し、N氏が「あまり使ったことがない」という否定の言葉を放った。すると店員は「こっちのほうが可愛い感じですね」と前に勧めていたスカーフの評価をしている。

ここから、一般的には[大人っぽい]の反対は[子供っぽい]、[可愛い]の反対は[不細工]と考えられがちに思われるが、試着場面においては[大人っぽい]と[可愛い]が対になっていることが考えられるのではないだろうか。

4. O氏の二度にわたる試着場面

4-1. 調査概要

日時	2011年9月29日(木)
機材	ワイヤレスマイク1台、マイク付ビデオカメラ2台
撮影者	榎田美雄、大上梨奈、中井知美

ビデオは固定せず撮影者が手動で撮影した。プライバシーを厳守することを伝えただけで、許可を得て被撮影者にマイクを装着してもらったうえで購買行動を行ってもらった。
* 店内の配置については図1参照。

4-2. 二度試着をしたうえで最初に試着した服を買う場面

(DV22) AV09292011_105947.-vol-05 00:43



01 店員：お疲れ様です

02 O：は：い、あ：っと

もうちょっと悩んでいいですか、すみません

03 店員： [はいどうぞどうぞ、いろいろご覧になってください
04 O：は：い
05 店員：フェイスカバーもお預かります
06 O：あ、ありがとうございます、[すみません
07 店員： [はい、ごゆっくりどうぞ
08 O：う：ん
((服を見て回る))
09 店員：それがわりとスキニータイプなってるんですよ、それもすごく綺麗ですね
10 O：ああ
11 店員：カーゴパンツでちょっとすごいスキニーな感じで
12 O：へ：
13 店員：このブランドの定番なんですけど
14 O：あそうなんですか、ふんふんふん
15 店員：()
で今回秋冬用で()とかも出たんですけど
16 O：あ：：：：
17 店員：もう一年中こちらでしたら[()]ですし：
18 O： [ですよね：
19 店員：さっきのトレーナーみたいなのも可愛いですね
20 O：ちょっとこれ穿いてみますサイズ
21 店員：サイズが25があるんです
22 O：私なんだから：
23 店員：どんぐらいですかね、いっつも
25か、25か6どちらかで大丈夫だと思うので
24 O：はい、はい
25 店員：()両方お持ちします
26 O：はい、すみません
27 店員：はい、どうぞ
((Oが試着室へ移動))
28 O：どっちが
29 店員：上の方がちっさいサイズなんです
でこちらが大きいサイズになりますので
30 O：はい、ありがとうございます
((Oが試着室へ入る))
31 店員：いかがですか、パンツの方
32 O：あー(.)はい(.)だい(.)え：っと(.)着まし(.)たよいしょっと

((Oが試着室から出てくる))

33 店員：お疲れ様です

34 O：はい

35 店員：はい

けっこうピタっとするでしょ

36 O：はい

37 店員：ピタっとするんですけどあの形がカーゴやからあんまりこのあたりとかも

38 O：あ：：：

39 店員：()

((店員が前試着した服持ってくる))

40 店員：それでさっき[のこういう服に合わせてもらってもいい]

41 O： [あ：： [あ、いいですね

42 店員：うん、で()

43 O：あ：それは可愛いかも

あ、こんな感じだとま[た 違います[ね

44 店員： [そうですね、 [違いますよね

45 O：お、じゃあ

46 店員：はい

47 O：着替えます

((Oが試着室へ入る))

(DV21) AV09292011_105649.-vol-05 01:58



- 48 O : あつ
あ、すみません
- 49 店員 : お疲れ様です
- 50 O : やっぱこれにします
- 51 店員 : こちら
- 52 O : はい
- 53 店員 : はい、ありがとうございます ()
- 54 O : これでじゃあ
- 55 店員 : よろしいですか
- 56 O : はい

4 - 3 . 考察点

試着を終え試着室を出たO氏は試着した服を購入するのではなく、36行目「もうちょっと悩んでいいですか」と提案し、店員は「はいどうぞどうぞ、いろいろご覧になってください」と承諾した後、O氏が服をみて回っているところを店員はその後ろについて回り、43行目「それがわりとスキニ タイプなってるんですよ、それもすごく綺麗ですね」とO氏が持っていた服に関連付けて話しかけている場面は興味深い。

試着までしたものの購入まで至らなかったO氏に対して、後をついてまわりタイミングを見計らって再度服を勧め始めることから、いかに服の購入まで持っていくかという店員の工夫が現れているのではないだろうか。

また、店員が服を勧める際に53行目「さっきのトレーナーみたいなのでも可愛いですね」と、それ以前に試着したものの購入まで至らなかった商品を勧めている場面が興味深い。

一般的には試着をし購入まで至らなければ、その商品に対する興味はお客から消え去ったと推察される。しかし、再度その商品を勧めていることから、その商品が試着だけではお客の満足度を満たすことはできなかったものの、新たな商品との組み合わせ次第で挽回の余地があると店員が判断したのだと考えられる。つまり、店員にはお客がその商品から完全に興味を失ったかどうかを判断することができるということではないだろうか。この点についてより深い観察が求められる。

5 . N 氏の友達を介する試着場面

5 - 1 . 調査概要

日時	2011 年 9 月 12 日 (月)
機材	ワイヤレスマイク 2 台、マイク付ビデオカメラ 3 台
撮影者	榎田美雄、堀田裕子、阿部知恵子、大上梨奈、中井知美 高校生 1、高校生 2、高校生 3、高校生 4、高校生 5

ビデオは固定せず撮影者が手動で撮影した。プライバシーを厳守することを伝えたくて、許可を得て被撮影者にマイクを装着してもらったうえで購買行動を行ってもらった。

* 店内の配置については図 1 参照

5 - 2 . 友達が横で見ている中で試着をする N 氏

(DV20) AV09122011_110851.-vol-08 02:40



01 店員：いかがですか

02 N：はあ：い：

((店員がズボンのリボンを結びなおす))

03 店員：これもあの：[ベルトがあので取り外しできますの[で

04 N： [はい [はい

05 店員：あの：上に羽織るもので

あの：もしもいらなければ取り、取っていただいて全然いいので

35 N：すみません

36 店員：どうぞあちらも

37 N：はい、ありがとうございます

5 - 3 . 考察

21 行目「髪にこう巻いていただいてもすごく」という店員の発話に対し、試着者本人であるN氏が「へえ：：：：：」と理解を示している横で、O氏が「スカートと合わせて」と同時に発話している場面が興味深い。

それまで会話の参加者ではなかったにも関わらず、「スカートと合わせて」と店員の言葉を補うかたちで発話していることから急きょ会話の参加者となったのである。しかもN氏の髪を指指すことから割り込みではなく、強い共感を示していることが推察される。

【参考文献】

山崎敬一(編)『実践エスノメソロジー入門』2004, 有斐閣

串田秀也、好井裕明(編)『エスノメソロジーを学ぶ人のために』2010, 世界思想社

西坂仰『分散する身体 エスノメソロジー的相互行為分析の展開』2008, 勁草書房

徳島大学総合科学部社会学研究室報告 既刊（国立国会図書館等所蔵）

1	エスノメソドロジーとその周辺 - 平成9年度徳島大学総合科学部榎田ゼミナール ゼミ論集 -	1998年3月発行
2	ラジオスタジオの相互行為分析(第二版)	1998年10月発行
3	エスノメソドロジーと福祉・医療・性 - 平成10年度徳島大学総合科学部榎田ゼミナール ゼミ論集 -	1999年2月発行
4	障害者スポーツにおける相互行為分析 - 平成11年度徳島大学総合科学部社会調査実習報告書 -	2000年2月発行
5	日常生活の諸相 - 平成11年度徳島大学総合科学部榎田ゼミナール ゼミ論集 -	2000年2月発行
6	現代社会の探究 - 平成12年度徳島大学総合科学部榎田ゼミナール ゼミ論集 -	2001年2月発行
7	インタビューと対話の相互行為分析 気配りと配慮の社会学 平成14年度徳島大学総合科学部社会調査実習報告書（第一版）	2003年2月発行
8	インタビューと対話の相互行為分析（第二版）	2003年9月発行
9	社会学の窓 - ドラマティックな日常生活 - - 平成15年度徳島大学総合科学部榎田ゼミナール ゼミ論集 -	2004年2月発行
10	義肢・装具のエスノメソドロジー - 平成16年度徳島大学総合科学部地域調査実習報告書 -	2005年2月発行
11	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 -	2006年2月発行
12	鍼灸のエスノメソドロジー - 平成 18 年度地域調査実習報告書 & 大学院人間・自然環境研究科地域社会論 ・社会組織論レポート集 -	2007年2月発行
13	社会学とともに （水曜読書会 100 回記念誌 & 2007 年度徳島大学榎田ゼミ論集）	2008 年 9 月発行
14	現場でおきていること - エスノメソドロジーの立場から - （平成 20 年度徳島大学総合科学部榎田ゼミナール ゼミ論集）	2009 年 2 月発行
15	認知症のエスノメソドロジー （平成 21 年度徳島大学総合科学部地域調査実習報告書 & 榎田ゼミ ゼミ論集）	2010 年 2 月発行

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 & 榎田ゼミナール ゼミ論集 - ）

発行日 2012 年 2 月 16 日

編集 榎田美雄 〒770-8502 徳島県徳島市南常三島町 1 丁目 1 番地

（ 0 8 8 ） 6 5 6 - 9 5 1 2 E-mail: kashida@ias.tokushima-u.ac.jp

<http://web.ias.tokushima-u.ac.jp/social/index.html>

発行 徳島大学総合科学部社会学研究室

印刷・製本 平成 23 年度徳島大学総合科学部地域調査演習報告書発刊プロジェクト
