

『保健医療社会学論集』 第14巻 2号 (2004年3月) 35~44頁 別刷

The Japanese Journal of Health and Medical Sociology
(off print)

Volume14 No.2 March 2004

[The Japanese Society of Health and Medical Sociology]

エスノメソドロジー・会話分析からみた医師と患者の会話
—患者の同意の共同的達成—

Informed consent as concerted interactional accomplishment
: An ethnomethodological study

榎 田 美 雄 (Yoshio, KASHIDA)

エスノメソドロジー・会話分析からみた医師と患者の会話 —— 患者の同意の共同的達成

梶田 美雄

徳島大学総合科学部人間社会学科

Informed consent as concerted interactional accomplishment: An ethnomethodological study

Yoshio KASHIDA

以下は2003年5月17日のシンポジウム¹⁾において口頭発表した際のレジュメを、『保健医療社会学論集』掲載用に、改訂したものである。発表時に会場で提示したデータについては、その一部のみを掲載し分析した。残った紙幅では会場において期待されていながら十分論じることができなかった理論的含意について、会場でおこなった以上に詳しく論じた。会場発表と組み合わせてご理解頂ければ幸いである。

キーワード：エスノメソドロジー、会話分析、インフォームド・コンセント、秩序、共同的達成

I はじめに：エスノメソドロジー・会話分析の概要および、医療研究との関係

エスノメソドロジー・会話分析（以下EMCAと略記）は、アメリカを中心に発展してきた社会学の一流派である。社会秩序を徹底的に社会的なものとして把握する立場を採用している。すなわち、事実的秩序を規範的秩序に還元する形で社会を記述するパーソンズ流の方針をとらず、抽象的な規範ですら、局域的に相互行為的に達成された事実的秩序のなかに埋め戻して理解することができることを主張し、その局域的な達成がなされているありようを詳細に記述する（再特定化）ことで、社会を描くという方針をとっている。²⁾

医療の領域は、EMCA創始以来の主要な研究対象領域のひとつであり、参与観察的手法を用いたD.サドナウの研究が有名である。現在は「会話分析」を用いたものが多い。EMCAは、方法論に関する議論がよく整っているので、“いわゆる質的研究”の有力な立脚基盤として期待されている（[好井・山田・西阪編、1999]¹⁾、[梶田、2001]²⁾などを参照せよ）。

II 理論的主張：質的なものを質的なままで研究する&状況情報の尊重

私は、今回のシンポジウムでは以下のような理論的主張とその例示を行いたい。すなわち、理論的には「質的なものを質的なまま（文脈情報を十全に残したまま）」研究することの重要性を主張しようと思う。我々が生きている世界は、大変精密にかつ深く「状況化」されており、それを無視してはならない。注目すべき属性（すなわち文脈）を研究者が一方的に決めつけた上での、数量化による分析では、複数の人々がつねにそれぞれの世界との関わりのなかで「状況」を作り出しながら、「状況」を生きているという、この現実の文脈的多様性がしばしば無視され、不適な主張がなされてしまうことになる[ここで私は数量化一般や抽象化一般を不適と非難している訳ではない。「行為」や「秩序」に関しては、「相互反映性」³⁾を理論的に取り込んだ研究が可能であり、そうすれば、「現実の文脈的豊かさ」をくみ取った研究が従来のものとは別様に可能になる、という主張をしているだ

けである]。たとえば、ビーチは、「ドクターのOK（評価、承諾、理解……）」の意味的多様性・特異性を認めつつも、だからといって医師の発話に関して患者が「（病気が）よい（＝病気が治る方向であると評価している）」のOKと、「（病状報告を）了解した（＝だから、先へすすめ）」のOK、を取り間違えるようなことはあまりないのだ、と主張する [Beach, 1995]⁹⁾。つまり諸「OK」は「状況」的に場面内的に、充分判別可能なのである。これはすなわち、どの発話とどの発話が「同じ」発話であるかどうか、あるいは“違う”発話であるかどうか、は基本的には状況内在的に理解されなければならない、ということである。

同様の主張は、医師－患者－患者家族関係において一般化していくことが可能な主張であろう。たとえば以下に挙げる事例の患者の妻は、16時26分において、手術後の癌患者である夫が「もう退屈して」と発話した後で「退屈：：、ようになった」と話している（トランスクリプト外発話）。復唱すること一般に関しての我々の知識、たとえば、復唱は相手への支持を表しているという我々の知識にもとづいて、この部分の相互行為を妻が夫を支持している、と解釈することもできるだろう。しかし、妻がここに持ち込んでいる文脈は、「病気の症状が重いときには、退屈などしている余裕はない」という我々の常識であるということも確かではないだろうか。そう考えると、ここでの夫と妻の会話において、夫が、入院生活忌避の根拠としてあげた「退屈」を、妻が、うまく換骨奪胎して、「症状改善の証拠」に切り替えて示している、そのような形で「入院」というものを肯定的なものとして、かつ、その肯定性を夫自身に関係するものとして、描いている、ということもいえるのではないだろうか。インターフェロン療法は副作用が強く、退屈な入院生活は、患者（夫）にとっては怨嗟の対象なのだが、その怨嗟の対象である「入院」こそは「入院」を耐え難く退屈なものにするほど（全身状態にとっては）有効なものだった、という文脈の呈示がここでは相互行為的に、夫にも関係しているものとして、半強制的になされているのである。十全な文脈データで事態を理解していく、ということは、たとえば、録音データに基づくこういう「相互行為的な」議論の可能性を切り開くものであるように思われる。このような分析を進めていくことで、たとえば、「（インフォームド・コンセントにおける）同意の家族的達成」ということが言えるのではないだろうか。以下、そういう可能性があるかどうかを、ある癌患者への病状説明場面から、ひとつだけ話題設定をして例示していってみよう。（なお、[樫田・寺嶋、2003]⁴⁾では、同様の主張を別の事例で行った。また、エスノメソロジーの立場からどのように医療が研究されているかという点に関しては、実例に関しては [Sudnow, 1967=1992]⁵⁾、[高山・行岡、1997]⁶⁾、[Ikeyaほか、in print]⁷⁾等を、理論的概要に関しては [高山、2002]⁸⁾、[藤守・寺嶋・玉置ほか、2004]⁹⁾、[Maynard, 2003=2004]¹⁰⁾等を参照せよ。）

Ⅲ 保健医療とエスノメソロジー・会話分析（例示編）

1 確認したい内容

ここでは、短いトランスクリプトを用いて、比較的簡単な確認（患者のインフォームド・コンセントが患者家族も含めた関係者間での総合的コミュニケーションによる共同的達成であるという確認）をしていきたい。

2 事例の概要

以下で紹介する「Yさん事例」は、2001年5月某日の午後4時5分からX大学の外科面談室で行われた、病状説明シーンのビデオ撮影データ(27分間)によるものである。患者であるYさんは60代前半の男性であり、病状説明に同席したのは、Yさんのほかは、担当医師のK、指導医のS、Yさんの妻、榎田の都合5名であった。DVカメラを2台利用した。Yさんは、C型肝炎ウイルス所持者であり、肝臓癌の外科的手術後、X大学外科において、つづけてインターフェロン療法を受けていたが、強い副作用(double vision等)が生じてきており、患者本人は治療の打ち切りを願い出ている状態であった。面談の主題は今後の治療であり、したがって現在の病状、これまでの治療の意味づけ、今後の病状予想などがポイントとなることになる。

3 考察(1)：予備的考察

下記の資料トランスクリプトはYさんの肝臓の写真を見ながらの関係者の会話である。なお、トランスクリプト(転写文)とは、相互行為を音声を中心として紙面上に文字化して定着させたものである。ただし、通常の文字起こしと違って、エスノメソドロジー・会話分析が理論的に注目する諸要素(発話の順番交替、長さ、音調等々)を紙面上に表示するために、いくつかの記号が特徴的に使われている(=、:、/等々)。具体的には論文末「付録」に例示のとおりであるが、このような記号をもちいて書き下されたトランスクリプトを用いると、相互行為上の特異な成分(沈黙、割りこみ、同時発話等々)がクローズアップされて見えてくることになる。すなわち、なまのデータ(ビデオテープ録画された動画、オーディオテープ録音された音声)との対比でいえば、相互行為に着目した分析的観点の織り交ぜられる形で呈示されている、というのがトランスクリプトの特色ということとなろう。もちろん、分析の基本はなまのデータを繰り返し見たり聞いたりすることであるが、エスノメソドロジー・会話分析のトランスクリプトは、その理論的基盤(話者交替システムの重視等々)とよく結びついた記述システムなので、研究者の思考を助け、論文を理解しやすいものとする効果がある。本稿においてもこのような価値を評価し、トランスクリプトに基づいた議論を進めることとする。

さて、上でのべたようにこの面談の目的は今後の治療をどうするか、ということであるが、その点を考えるためには、これまでの治療と今後の治療の関連づけが重要ポイントとなる。具体的には、インターフェロン療法にその苦痛(副作用)にみあった効果が予想できるかどうかのひとつのポイントになる。そういう観点から以下のトランスクリプトをみると、最終部分では、続けての治療が有意義である、という方向での意見の一致が見てとれる。すなわち、⑨、⑩、⑪をみると、「ほっとたら」(治療せずに放置したら)癌が大きくなる、という理解が共有されているようであり、それならば治療を継続しよう、という結論にほぼ至りつつあるようである。じっさい、この後の会話で、患者は治療の継続に同意することになるのだが、このような最終的な理解の共有は、「患者自身の手によって」、「問題なく」達成されたものと簡単にいえるわけではない。すくなくとも、「患者の妻」の重要な関わりの中で、「いくつかのあり得る文脈が相互行為的に整序されるなかで」、そのようなものとして達成されたものである。以下この二つのことを確認していこう。

4 考察(2)：「こちらの方」、「またできたんや」、「病気の元」の検討

肝臓癌において、外科手術後の再発は珍しいことではない。そもそも肝臓癌のおおくは肝炎ウイルスや飲酒に由来する肝炎に起因しており、肝炎の押さえ込みが完全にできない場合には、断続的な癌の再発はむしろ蓋然性の高い展開であるといえるであろう。したがって、インターフェロン療法が健康保険適用になってからは、外科手術後にさらにつづけてインターフェロン療法を行うこと、あるいは、そもそも外科手術をはじめから行わず、内科的治療(PEIT等)とインターフェロン療法の組み合わせという治療法を採用すること、これらのことはごく普通の選択肢の取り方として存在するようになってきているようである。とはいえ、我々の癌に関する治癒イメージは、まだまだ外科的治療による「病巣の完全除去」が「完治」である、というものであり、「外科手術」後に癌の部位が写真上確認された場合には、患者側には「病巣を取りきれていれば良かったのに、残っているということは、手術でとりきれなかったということ、すなわち、もはや手遅れということではないか？」という疑念が生じることになるだろう。じっさい、以下のデータ解釈を私はこのような疑念と関係づけて解釈しており、それなりに説得力がある主張になっているとおもう。

ところで、もちろん、上記のような「推論」が現実の当事者の推論であるかどうかは、データにもとづいて確認されていかなければならないことである。たとえありそうなことであっても、実際にそのようなことが起きているかどうかは、データのなかで確認されなければならないことがら、確認されないあいだは論証の根拠に据えることは避けなければならないことがらであるといえよう。そのような確認を試みても、今回取り扱う事例では、上記のような疑念は、すくなくとも明確な形では患者の振る舞いの中においては確認されないことを確認しておくことは重要である。すなわち、患者Y氏が、「手術による病巣取り残し問題」を意識していたということには、十分な証拠がない。それゆえ、「患者Y氏が「病巣取り残し問題」をことあげしつつ「治療継続」に異議申し立てをしようとしたのに対し、妻と医師がそのことあげを批判・防御し、クレーム申し立てに打ち勝って、治療継続の同意を夫から勝ち取った」、と簡単に議論を方向付ける訳にはいかないことになる。そういう議論をしてしまうなら、それはデータに基づかない議論ということになってしまうだろう。そんなことをするつもりはない。

けれども、上記のような疑念への理解とそれへの対応が「患者の妻」の側にはあった、とだけは、「データに基づいて」言えそうなのである。すなわち、上記のような疑念が、「患者本人」の意識の中に確実にあったという証拠はないけれども、そのようなものがあり得るといふことへの場面的理解と対応は、すくなくとも妻のおこなっている相互行為中に見て取ることができる、とは言えそうなのである。とすれば、結局のところ、[患者である夫と妻とはひとつの相互行為場面を形作っている]この「相互行為場面」では、上記の疑念はレリバント(有意味)なものになっていた、ということまでが言えるはずであり、この場面上有意味になっていた疑念をめぐる相互行為分析は、可能かつ有効であるといえるように思われるのである。

この点を実際のデータに依拠しながら、いますこし詳細に見ていくことにしよう。以下では、「対比」と「強調」のひとつづつに注目することになる。

トランスクリプトの①の部分で指導医Sは、「こちらの方は手術できれいにとれとる」

とのべている。ここで注目したいのは、Sが「こちら」という対比的な指示語を用いている点である。「こちら」は取れているが、「あちら」は取れていない、という「こちら対あちら」という対比的文脈が、このひとこと（「こちら」）から生じて来ることになる。その結果、その潜在的に言及された「あちら」の方をどうするのか、という問題が、場面の議論上の焦点として浮上してくることになる。私が言及していることは、まったくあたりまえのことでわざわざ言わなくても良いことに見えるかも知れない。けれども、場面内相互行為者の「こちら-あちら」理解は、じつは微妙にすれ違っているようなのである。指導医Sにとっては、「こちら-あちら」対比は、「すでに対処済み-今後対処予定」対比（A系列）として取り扱われているのに対し（④）、患者Y（夫）にとっては、「こちら-あちら」対比は、「きれいにとれた病巣-とることのできなかつた病巣」対比（B系列）として理解されているようなのである。A系列では、患者の治療継続は肯定されることになるだろう。B系列では、患者の治療継続は、それが手遅れでない限り、肯定されることになる。微妙に意味が違っているのである。なぜ、このような理解ができるのか。このような理解をすることにどのようなデータの裏付けがあるのか。さらに議論を進めるには、データ内に存在するひとつの「強調」に注目する必要があるだろう。その方向で議論を進めていきたい。

患者の妻は、⑦の箇所で、「またできたんや」と発話している。この発話の末尾の終助詞の「や」は言い切り、強調の「や」であろう。ということは、この発話には、少し強調しながら言い放つべき何かしら主張的な内容がある、ということである。では、どのような主張がここでなされているのだろうか。主張というものは、一般的に複数の選択肢があるときに、他のものではなくて、これだ、という形でなされることがあると思われる。とすると、ここで主張されている選択肢は何であり、ここで主張されていないものは何なのか問題となる。この⑦の発話を直前の患者本人の発話（「病気の元」）と重ね合わせると、⑦で患者の妻がしている主張は、写真に写っている腫瘍を「（新しく）できた」腫瘍と判断するか、「元からあった腫瘍」と判断するか、という選択肢選択問題にかかわって、「新しくできた腫瘍」と判断すべきだ、と主張しているように見える¹⁹⁾。このように考えなければ、「できたんや」という妻の主張が、だれのどのような認識に対する主張なのか、標的が見あたらなくなってしまうのである。もちろん、夫（患者）は、「病気の元」と発話しているのであって、「元の腫瘍」と発話しているのではない。けれども、腫瘍がたしかに小さいながらも2つ画面上で確認される以上、「できた」腫瘍に対比可能なのは、「元からあった腫瘍」なのであり、妻が「できた」ということを夫の発話の直後に主張している以上は、その主張は、夫に向けられた、したがって、夫の理解と対比的なものでなければならないのである。とすると、組み合わせ的にいえば、夫がすくなくとも可能性としては「元からあった腫瘍」という判断をしかねない（したがって、もはや手遅れと判断しかねない）、という状況認識が妻にはあった、ということになるのではないだろうか。

議論をまとめよう。患者である夫が、現存している腫瘍を「病気の元」とみなすことで何を言おうとしたのか、ということ（夫の発話を見る限りでは）分からない。けれども、その夫の発話に対して、妻は「その腫瘍は新しくできたものだ」と主張している。この妻の主張の内容のほうはかなり確かである。そして、議論の流れ上、「新しくできた」小さな腫瘍は、ほっておいてはいけない、でも治療すれば大丈夫、と評価され、治療の継続が

正当化されていくことになる(⑩、⑪)。ここで、⑦での妻の主張が「や」という終助詞によって明確化されていたことを思い出しておこう。この「できたんや」は、継続関係を考えれば、後の医師の主張「ほっておいたら[いけない]」(⑩)の先取りとしての意義を、妻の発話に与える明確化(ハイライティング)になっている。たしかに、腫瘍を病気の元とする夫の理解は、それ自身は「治療の継続」と矛盾するものではないが、すくなくとも妻の相互行為的振る舞いから見れば、「治療の継続」と敵対する理解につながっていく可能性があるものだったのであり、そのような危険な理解を矯正する振る舞いを、医師に頼ることなく(⑧で医師は、「病気の元」という発話を繰り返し、夫の理解を矯正する機会をとりのがしてしまっているように見える)、自分自身で行っているのである。最終的な治療継続の合意からさかのぼってみれば、患者の⑥での「病気の元」という発話は、むしろ「治療継続」を正当化する議論の資源のひとつとなしうが、そのような患者の合意の予定調和の様態をこの場面で可能にしたのは、妻の⑦での「またできたんや」発言なのだ、と分析することができるように、私には思われるのである。これは、最終場面での合意が不当であるとか、不正であるとか、夫の意志が等閑視されているとかということを主張しようとして言っていることではなく、そのようなものとして、複数人の相互行為による共同的達成として、インフォームド・コンセントがある、ということを目指しようとしての立論である。さらにいえば私は、妻が治療の継続に向かって議論を誘導したとすら、言いたくないわけではない。妻の発話があたかも誘導に見えるような形で、別様にも展開し得たかも知れない会話が「治療の継続」という方向での合意に進んでいった、という場面記述をなるべく詳細にしていきたい、ということがしたいことなのである。

IV 結論：文脈的情報を落とさないということはどういうことか

第I節でおこなった、文脈情報を落とさずに研究する、という主張は、文脈を確定しながら研究すべきだ、という主張ではない。そのような方向をめざすことはエスノメソドロジー・会話分析とはおそらく逆の方向である。それは、相互行為外の情報(歴史?、属性?)を議論に取り込むことを強く要請する議論につながっていつてしまうが、じつは、相互行為外の証拠をどんなに導入しても文脈は確定していかないということが発見されていくことだろう。

むしろ、私の主張したいことは以下のような路線の推奨であった。文脈としては確定していないけれども、文脈を想定し、文脈を作ろうとする人々の振るまい、その現れとしての片言隻句に注目しようという路線である。その片言隻句が場面のなかでどう取り扱われているかを分析することによって、可能性としての文脈空間をより豊かに記述することができるはずである。そのように不確定の文脈、けれどもひとびとが実際に言及しあってつくりあっている文脈というものを込みにして秩序現象を記述していくことなしには現実の豊かさを記述していくことはできないだろう、ということが言いたかったことなのである。文脈と個別行為の相互反映性を無視した相互行為論者ならば、現実には依拠して分析を丁寧にするというところが、リジッドな確定的な文脈理解を積み重ねながら理解を進める、という結果を生むと信じるだろうが、相互反映性を無視しないエスノメソドロジー・会話分析者は、そのような現実分析が不可能であることを知っている。いやむしろ文脈をリジッドに確定しなくても、ひとびとは多様な文脈の可能性を相互に呈示し合いながら十分

に濃密にコミュニケーションを行い、理解をすりあわせたり、ずらしたりしながらこの世を生き抜いているということは分析可能・記述可能なのである。そういう相互行為的秩序の様相をその複雑さのままに理解しよう、というのがエスノメソドロジー・会話分析の試みなのだと思う。

上記のような作業を積み重ねると、「抽象的規範」が、「事後的秩序」のなかで達成されていることが見て取れるようになると思う。たとえば、この論文で取り扱った事例で言えば、「治療に関する合意は、患者本人がなすべきもの」という「抽象的規範」は、以下のような枠組みの中におかれることによって「事後的秩序」として達成されたのだ、といえるのではないだろうか。すなわち、「抽象的規範」に沿った事態が社会的に起きたということを理解可能にするような条件が共同的に整備されるというようなことがなされているのであり、具体的には、本人が納得する理由（例：病気の元は大きくならないうちにたたけばよい）が社会的に供給され、さらに、それが本人自身に納得されたと、納得が本人に帰属されるような場面理解と結びついた文脈形成（例：「ひどかったら」、が、「ほっといたら」と同意味にされながら）がなされていていっているのである。このような文脈形成のされようを、個人心理還元的に理解することも可能ではあろう。しかしそれは、現実に行きわたっていることの記述としてかならずしも唯一の方法ではないはずだ、代わりの方法として、エスノメソドロジー・会話分析系の記述があり得る、ということの本論文では主張しようとしてきた。不十分な点は今後詰めていきたいと思っている。

資料（トランスクリプト）

【Y2001/05肝臓癌の患者本人と妻と担当医師Kと指導医Sと。ビデオ撮影の許諾に関する会話後】

夫：

妻：

S：あの一そしたらね 今日（ ）させてもらうのは あの一：いま

夫：

妻：

S：いままで治療をずっと続けてきてねあの一思った以上にちょっと副作用がやっぱ強

夫：

妻：

S：かったので で さあ さて これから どうしていこうか というところなんや

夫： ふうん

妻：

S：けどな うん で え：あの一 まず最初に何度もいうけどもこちらに

夫： うん

妻：

①S：あったももとの大きな腫瘍な： こちらのほうは手術できれいにとれとる

②夫： [ふう [ん

妻：

③S：ね [え [うん 取れとるんやけれども あの：：まあ： なかなかちょっと

<<この間、中略>>

⑤夫： います先生これ2つだけから

妻： ()

④S：まあそこのその部分だけをやっつける方法としてな

⑥夫： わかっとるわけ これが () 病気の元

妻：

S：ふん ふうん そういうこと ねえ

夫： ()

⑦妻： まできたんや

⑧S：病気の元

⑨ 夫：これが () ひどかったらまたもとのようになるわけ

妻：

⑩S： そうほっとたら

夫：

⑪妻： [ほっとたらそうなる

S： [おおきくなる

付記

この研究は、文部科学省科学研究費補助金基盤研究(B)(2)『医学教育のエスノメソドロジー（代表：榎田美雄、課題番号：15330100）』による研究成果の一部である。また、データの検討にあたっては、2002年12月23日に明治学院大学で開催された「日本語データセッション」での西阪仰氏らからの助言、および、日常的な共同研究の活動の中での岡田光弘氏、寺嶋吉保氏らからの助言がたいへん役にたった。記して感謝する。

補注

- (1) 本シンポジウムは、龍谷大学大宮学舎清和館3Fホールにおいて、第29回日本保健医療社会学学会大会のシンポジウムとして行われた。メインテーマは「保健医療社会学の可能性を問う」であり、平英美（滋賀医科大学）、佐藤哲彦（熊本大学）の両氏が共同司会だった。
- (2) 具体的研究例としては、[榎田・岡田・中村ら、2001]¹¹⁾を参照せよ（<http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/>に当該論文のPDFファイルがある）。また、このような特質に由来する、社会研究におけるエスノメソドロジーの有効性を指摘したものとしては[榎田、2004]¹²⁾がある。
- (3) 相互反映性は、reflexivityの訳。ことからの意味はたしかに文脈に依存しているが、じつはことから自身がその場の

文脈を生成・指示する力を持っているということを主張するエスノメソドロジーの理論的立場をあらわした用語。[樫田、1991]¹³⁾を参照せよ。

- (4) このように樫田が考えるのは、個別カテゴリーの発話には、カテゴリー集合を呼び出す力がある、ということがエスノメソドロジー・会話分析で一般的に知られているからである。たとえば、私達は、「生」という単語だけで {生、死} 集合の全体が呼び出されることになることを知っている。したがって、重病者の病室では、あまりに生き生きしたものを確認することも避けられることに(きっと)なるのである。

付録：トランスクリプトの記号について

エスノメソドロジーは、実際の相互行為での秩序現象を大事にするので、例示方法としては、トランスクリプト(音声転写文)の提示という方法を用いる。本論文では、実際の病状説明場面を録音・録画し、それを規定の方法にしたがって、文字表記した。

◎トランスクリプト記号の説明

以下に示すものは、この論文のトランスクリプトで用いられている記号である。

- [複数行の同じ列におかれた角括弧：参与者たちの言葉の重なりが始まる個所を示す。
 = 言葉と言葉の間、もしくは行末と行頭におかれた等号：途切れなく言葉がつながっていることを示す。
 () 丸括弧：何か言葉が発せられているが、聞き取り不可能であることを示す。また聞き取りが確定できない場合は、当該文字列が丸括弧で括られる。
 : コロンの列：直前の音が延ばされていることを示す。
 h h h h の列：呼気音を示す。しばしば笑と同意。

引用文献

- 1) 好井裕明・山田富秋・西阪仰(編)：『会話分析への招待』。世界思想社、1999。
- 2) 樫田美雄：「エスノメソドロジックのアプローチ」野々山久也・清水浩昭編『家族社会学の分析視角—社会学のアプローチの応用と課題—』ミネルヴァ書房、122-137、2001。
- 3) Beach, Wayne A.: "Preserving and Constraining Options: "Okays" and 'Official' Priorities in Medical Interviews," in G. H. Morris and Ronald J. Chenail(eds.) *The Talk of The Clinic: Explorations in the Analysis of Medical and Therapeutic Discourse*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 259-289, 1995.
- 4) 樫田美雄・寺嶋吉保：「インフォームド・コンセントに家族はどのように関わっているか—エスノメソドロジックの検討—」『社会学年誌』44、33-55、2003。
- 5) Sudnow, David: *Passing On: The Social Organization of Dying*, Prentice-Hall, 1967=岩田啓靖・志村哲郎・山田富秋(訳)『病院でつくられる死—「死」と「死につつあること」の社会学—』せりか書房、1992。
- 6) 高山啓子・行岡哲男：「道具と身体の空間的秩序—救急医療における身体参与の分析—」山崎敬一・西阪仰(編)『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、1997。
- 7) Ikeya, Nozomi, Mitsuhiro Okada and Yoshimitsu Fujimori: "Doctors' practical management of knowledge in the daily case conference," In D. Francis and S. Hester(eds.) *Orders of Ordinary Action: Respecifying Sociological Knowledge* (in print).
- 8) 高山啓子：「医療相互行為へのエスノメソドロジックのアプローチ—医師—患者関係の非対称性をめぐって—」『川村学園女子大学研究紀要』13(2)、2002。
- 9) 藤守義光・寺嶋吉保・玉置俊晃・森口博基・相野田紀子・樫田美雄：「医療のエスノメソドロジー研究の現状と課題—徳島大学大学院医学研究科特別講義(医療コミュニケーション研究セミナー)—」『徳島大学社会科学研究』17、207-

253、2004。

10) Maynard, Douglas: *Bad News, Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*, The University of Chicago Press, 2003. = 榎田美雄・岡田光弘(抄訳)『医療現場の会話分析—悪いニュースをどう伝えるか—』、勁草書房、2004。

11) 榎田美雄・岡田光弘・中村和生ほか:「解剖実習のエスノメソドロジー—社会的達成としての医学教育—」『年報筑波社会学』13、96-127、2001。

※WWWサイト<http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/index.html>から無料ダウンロード可(2004年3月現在)。

12) 榎田美雄:「調査実習としてのエスノメソドロジー」山崎敬一編『実践エスノメソドロジー入門』有斐閣、85-98、2004。

13) 榎田美雄:「アグネス論文における<非ゲーム的パッシング>の意味」『年報筑波社会学』3、74-98、1991。