

第2章 医療化する家庭・家庭化する医療—在宅医療のエスノメソドロジー

齋藤雅彦

- 1 節 問題意識
- 2 節 予備的考察①
 - 2-1. 方法論—エスノメソドロジーとビデオ・エスノグラフィー
 - 2-2. 概念規定—医療と介護
 - 2-3. 研究目的—医療化する家庭と家庭化する医療
- 3 節 ビデオ・エスノグラフィーとしての調査概要
 - 3-1. 曾祖母 A の特徴
 - 3-2. A 家の在宅医療のあり方
 - 3-3. A 家特有の取り組み
 - 3-4. 全体構想—医療化する家庭から家庭化する医療へ
 - 3-5. まとめ
- 4 節 分析
 - 4-1. 分析方法
 - 4-2. 分析視点—在宅医療でのリスクマネジメント場面
 - 4-3. 予備的考察②—理想的リスクマネジメントと在宅医療的リスクマネジメント
 - 4-4. 場面紹介分析
 - 誰が何をしたのか・誰が何をすべきかトラブル
 - i) 応じることと志向すること
 - ii) トラブルに伴うリスクを呈示する祖母
 - iii) 父の問題追及テクニック
 - iv) 祖母の問題回避テクニック
 - 4-5. 考察—在宅医療におけるアフオーダンス
- 5 節 まとめ
- 6 節 卒業論文完成に向けて—これからの分析視点
 - 主要参考文献
 - 資料—トランスクリプト

1 節 問題意識

在宅医療は、家族を家庭内で医療を施す介護者、医療を受ける被医療者へと分ける出来事である。家族であった者が被医療者として家で暮らすこと、それ自体はなんとも否定的に捉えられがちだ。「あんなに明るかった人が」なんて言う話もよくある話だろう。

例えば、天田は在宅介護ⁱⁱの中で「どのようにして家族介護者が『痴呆性老人』を介護することへと不可避に巻き込まれ、いわば“拒否権”さえ剥奪された状況の中で苦悩・葛藤し、自らが『介護すること』＝『呆けを看とること』を意味付け・解釈してゆくのかを明らかに」（天田,2003:238）するために、「『痴呆性老人』と家族介護者の相互作用過程を、家族介護者のケア・ストーリーの視点から明らかにし、家族介護者が、身近な他者が『痴呆になること』と自分自身が『介護すること』に対してどのように定義し、意味付与していくのかを抽出」（天田,2003:258）している。

また、同様に井口は「家族介護者の困難として表明されている、家族介護を生きる経験のリアリティに迫る」（井口,2007b:145）ことを分析している。

しかし、それでも在宅の中での医療は日常の業務として行われなくてはならないし、実際、行われている。つまり、医療者がどんな心情であれ、在宅医療という日常の業務は、ほぼ滞りなく行われている。そこで、私は在宅医療というものが、どのように綿密な形でその場面に参与する人びとによってデザインされているかということに興味を持った。

今回は、在宅医療という場面である点や、その場面に参与する参与者—〈家族〉、〈医療者／被医療者〉、〈福祉従事者〉—に焦点を当て、そこでの医療の様子をエスノメソドロジ－的視点で分析していく。つまり、在宅医療のビデオ・エスノグラフィーやワークプレイス研究、および在宅介護の会話分析、論理文法分析を通じた相互行為分析を行うことで在宅医療を作り出している家庭のリアリティに迫っていく。

2 節 予備的考察①

2-1. 研究視点—エスノメソドロジ－とビデオ・エスノグラフィー

今研究の視点はエスノメソドロジ－的方法論をとる。なかでも、ビデオデータを用いたビデオ・エスノグラフィーという新たな研究手法により、より当事者性に密着した（≒エスノメソドロジ－的態度に密着した）ワークプレイス研究を行う。

まずは、以下でエスノメソドロジ－の説明をする。

エスノメソドロジ－の『エスノ』は特定の民族や集団をあらわすのではなく、『人びと』あるいは『メンバー（成員）』という意味（水川,2007:4~5）である。また、「メソドロジ－」は「方法論」を意味し、「人びとの方法論」と言われている。

そして、エスノメソドロジ－の創始者 H.Garfinkel は、エスノメソドロジ－について、以下のように述べる。

Ethnomethodological studies analyze everyday activities as members' methods for making those same activities visibly-rational-and-reportable-for-all-practical-purposes, i.e., "accountable," as organizations of commonplace everyday activities. エスノメソドロジー研究はメンバー（社会の成員）の方法論を目に見えて合理的で、実際には報告可能なメンバーの方法論として日常の活動を分析する。すなわち、ありふれた日常の活動の組織として説明可能である。（H.Garfinkel,1967:7）

つまり、エスノメソドロジーはどのようなメンバー（社会の成員）であれ、彼らが行っている活動を社会学として分析可能であるし、さらにはメンバーにおいても、その分析は理解可能であるという研究である。その場に参与する専門家ⁱⁱⁱの活動を社会学として分析すると言い換えることもできよう。つまり、今研究では在宅医療を行う参加者をその場の専門家として扱い、その専門家が行う行為を社会学的見地から考察していく。

以上が、簡略であるが、エスノメソドロジーの説明^{iv}とする。

次にワークプレイス研究とは、「あらゆる社会的な実践に対して、つねに『具現化された実践』として関心をもつという点」（水川・池谷,2007:48）から仕事の場面（＝ワークプレイス）の社会的実践に社会学的考察をする研究である。つまり、「ワーク研究とは、現象を社会的に組織化されたものとしてとらえ、その組織化がどのようになされ、その際の方法がどのようなものなのかを解明することをめざして」（水川・池谷,2007:45）おり、今研究も在宅医療での実践をつぶさに考察していこうとする立ち位置は同じである。しかし、ワークプレイス研究の中でも、私はビデオ・エスノグラフィー的なワークプレイス研究を行いたい。ビデオ・エスノグラフィーとは、「当事者的知識を十分に摂取しながら行うビデオ分析」（檜田,2008:1）である。もう少し説明をするために岡田の言葉を借りるならば、ビデオ・エスノグラフィーは「聞き取りや参与観察によるフィールドワークによって現場の進行について大まかに理解し、また現場に詳しい人々とともにビデオを詳細に検討することで、さまざまに起こる出来事を社会的に組織され、一貫した活動として解明していく研究手法である。」（岡田,2008:163）つまり、ビデオ・エスノグラフィーは、従来のワークプレイス研究より、エスノメソドロジー的態度に対し、より真摯であり、当事者性にも溢れた研究手法である。私は、この研究手法で在宅医療のエスノメソドロジー、ワークプレイス研究にあたる。また、私がエスノメソドロジー的無関心^vを持って、今研究を進めることもここで表明しておく。

2-2. 概念規定—医療と介護

今回、在宅医療^{vi}のエスノメソドロロジーと銘打っているが、家族の行う行為に対し、どこまでが医療で、どこからが介護であるかという疑問を持つ人は少なくないだろう。もちろん、医療社会学の相互行為分析をしている立場としては医療と介護（在宅医療と在宅介護、医療行為^{vii}と介護行為）の区別をきちんとすべきである。しかし、それらの区別はかなり難しく、現在もその判断基準は不明瞭だ。そのため、今章では、医師法や厚生労働省の通知を元に、医療と介護における流れを紹介し、それから今論文における医療と介護の区別をさせてもらう。

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

今研究では家族が為す行為を全て医療行為として扱う。家族においては、医師から説明を受けたほぼ全ての行為が許されているのであるし、医療行為と介護行為の区別はそこまで緻密にしたところで、私の主張が変化するものではない。しかし、訪問介護士の行為については繊細な注意を払う。

2-3. 研究目的—医療化する家庭と家庭化する医療

前述の通り、在宅医療は家族を医療者と被医療者に二分する出来事である。つまり、〈家庭〉という組織かつ、〈家族〉というカテゴリーで生活してきた人びとに対し、新たに〈医療者／被医療者〉カテゴリーをラベリングする事象だ。それでは、家庭に医療が侵出してくる事象に対し、家庭はどのように変容するのであろうか。もちろん、家庭生活における医療の進出が家庭を医療化させていること—医療化する家庭—は想像するにたやすい。しかし、それだけではなく、在宅医療にしかみることのできない医療らしさ、すなわち、医師、看護師が活躍する医療現場では決して見ることのできない在宅医療の医療現場が発見できる—家庭化する医療—のではないだろうか。

私は、この点に強く興味を持ち、以下の分析で、明らかにしていきたいと考えている。まとめると、私の興味は①在宅医療はどのように家庭を医療化させているのかということ、そして②在宅医療はどのように医療を家庭化させているのかということの2つである。

3節 ビデオ・エスノグラフィーとしての調査概要

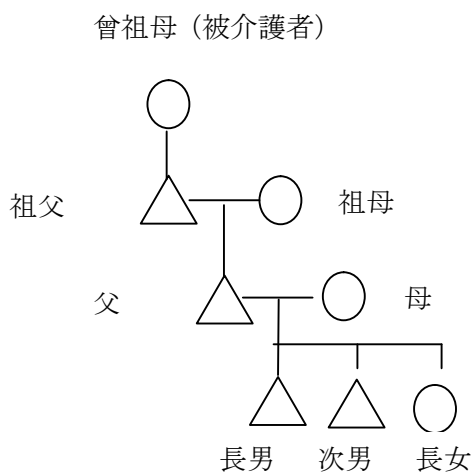
【日時】 2009年6月25日11:00~26日11:00

【機材】 HDDカメラ3台

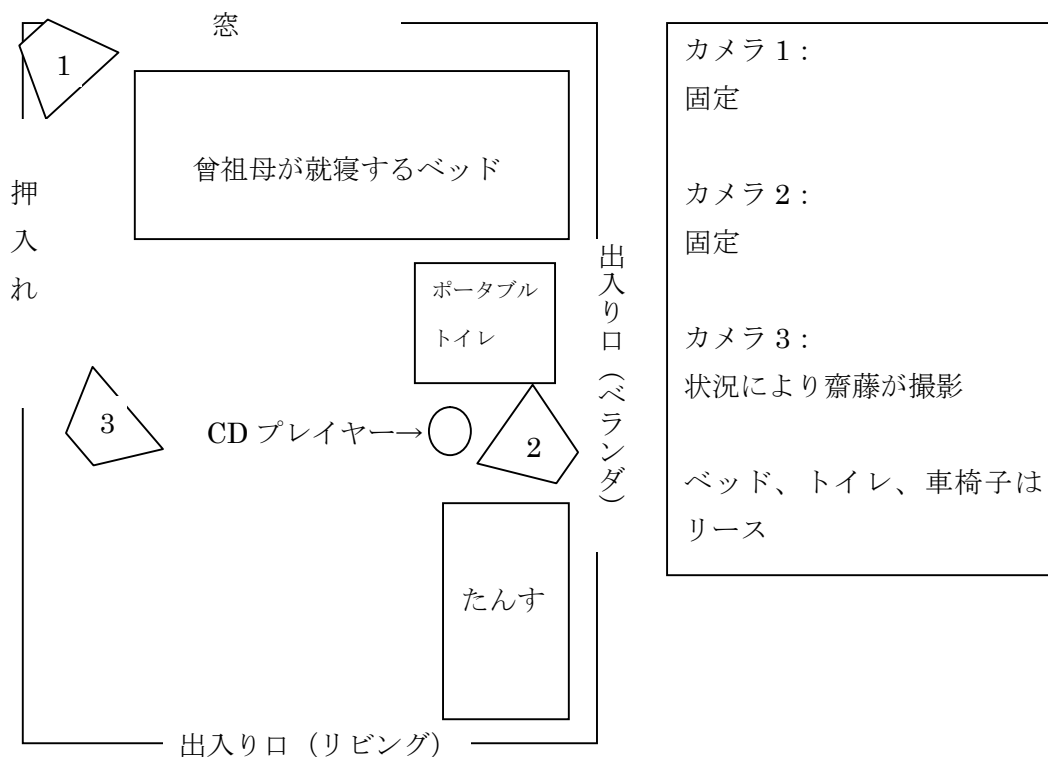
【撮影者】 榎田美雄、齋藤雅彦

【被撮影者】 A家（曾祖母 {被介護者}、祖父、祖母、父、母、長男、次男、長女）
入浴時のみ医療従事者達4人

【家族構成】 撮影時A宅に居住している人のみ



【配置図】



3-1. 曾祖母（以下 A とする）の特徴

A は 97 歳と高齢である。脳出血、脳梗塞を経て、入退院をし、現在はほぼ寝たきり状態となっている。今回は在宅介護の現場を取り扱うが、A は退院後、数日後しか経っていない。つまりは、家族も在宅医療を慣れておらず、その意味合いで現場はトラブルが多発している。また、A は 嚥下障害^{viii}により 胃瘻^{ix}が施されている。さらに、視力、聴力はあるが、自分からは意思を持った言葉を発言することができず、失語状態である。しかし、周囲の呼びかけに対する応答を A が行える場合もあり、その際には、首ふり（縦振り、横振り）、脚ふり、手ふり、口を動かす、言葉ではない音を発する、目をぱっちり開けるなどの行為がなされる。しかし、反応がない場合も多く、A の心情を読み取ることは困難である。また、右半身麻痺もあるが、普段から足を振ることは多い。

表 1 調査対象者 A の概要

性別	女性
年齢	97 歳
撮影時の状況	・脳梗塞を経て退院 ・失語状態、寝たきり状態 ・嚥下障害により胃瘻が施されている
身体の状況	・右半身麻痺 ・身振り（手、足、首）は行える

3-2. A 家での在宅医療のあり方

A 家での在宅医療を主に担っているのは祖父、祖母の 2 人である。A 家では、祖父、祖母は共に農業をしており、農業と介護を共に二人で分担している。そのため、どちらが何をしたかわからなくなるというトラブルが起きやすい。また、母も仕事から帰宅後に介護をする場面が多く見られる。

まず、1 日の日課としては、1 日 4 回のオムツ交換がある。これは朝、昼、夕方、夜に行われる。また、1 日 3 回の食事も胃瘻から行われ、1 回の食事に約 4 時間かかる。さらに、褥瘡^x防止のため 2 時間ごとに 体位変換^{xi}が行われる。体の傾きを変えるために A の身体とベッドとの間に座布団を差し入れ、傾きを作る。その傾きの向きは、時間に応じて、適度に変えられる。他にも、血圧低下のために食後に薬を飲ませる。また、不定期であるが、目ヤニが溜まれば目薬を差し、口の中に異物が溜まれば、口掃除も行う。さらに、朝の日課として体温測定と血圧測定を行っている。朝の日課は医者^{xii}の指示ではなく、祖父の判断であるようだ。

そして、訪問看護であるが、週 2 回入浴介助と月 2 回往診が A 家では行われている。今調査では入浴介助のシーン撮影に成功した。

3-3. A家特有の取り組み

ここでは、一般では考えられない—特に医療に携わる人にとっては驚きかもしれない—A家特有の医療の取り組みの実際を紹介する。

まず、「体位変換をした時間を刻むための時計」がある。これは農業と介護の兼用作業を行わなければならない夫婦が相談なしで介護できるようにつくられた祖父が考案したシステムである。体位変換させた際には、動かない時計の針を体位変換させた時間に印すことで記録をつけている。この作業によって、何時に体位変換をしたのかを独力で判断できるようになり、介護がスムーズになる。

また、「2本つなぎ合わせていた胃瘻につなぐチューブ」がある。これはベッドと栄養剤の位置関係を克服するためにチューブの長さを2倍にしている。被介護者を受け入れる場面に対応するためにA家の人びとによってデザインされたシステムだ。

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

さらに、A家では体位変換を特別に「転体」と名づけている。新たな言葉を創出しているというこの行為は、まず、その言葉自体が特異である。また、言葉数も少ないため、介護者間の会話もスムーズになる。さらには、この言葉はA家の人びとにとって、お互いに理解可能な形でデザインされていることを見逃してはならない。つまり、「転体」という言葉はA家の介護をさまざまな意味で円滑にするための役割を果たす。どのような専門的な場面でも専門用語と呼ばれるものは存在するが、この「転体」は在宅医療という専門的場面で体位変換という医療用語に対応したA家だけの専門用語である。

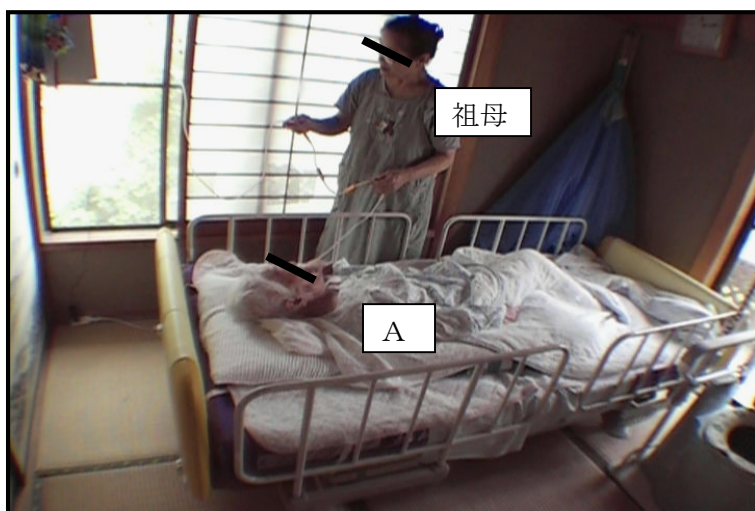


写真1 チューブを2本つないでいるA家
栄養剤は画面左上にあり、長くするためにチューブをつなぎ合わせている

3-4. 全体構想—医療化する家庭から家庭化する医療へ

3節では調査概要をビデオ・エスノグラフィー研究、ワークプレイス研究としてまとめた。3-1ではAの特徴を断片的にとらえ、3-2においても、A家での在宅医療のあり方を至極簡単にまとめた。しかし、ここでは家庭生活＋在宅医療という日常業務の増大から、単純に家庭に医療が侵食してくる様子をくみ取っていただけだと思う。

そして、3-3では、A家以外ではなかなか見られないであろう行為^{xiii}を特筆することで家庭の医療化を浮き彫りにした。今までの家庭生活に新たな医療の侵食は今までの家庭生活から新たな家庭生活＋医療へと家族が柔軟に対応していかざるを得ないことが求められる。つまり、家庭が医療に柔軟に対応するさまは家庭に医療が侵食してきたからこそである。言い換えると、医療化する家庭そのものである。

しかし、ここで、ある種のパラダイム転換が起こる。確かに、新たな専門用語の創出は在宅医療というものを生み出した医師たちの医療行為の指針があったからこそである。しかし、その医療行為の指針を実行している家族は、医師の指示通りのことをするわけでは決していない。例えば、体位変換をした時間を刻む時計は病院のような組織では考えられない。それは、単に存在しないというだけではなく、病院には病院のシステム構築がなされており、今ケースのように誰がいつ体位変換を行ったかわからなくなるというミスが起こりうる状況には、まずならないのだ。さらに、胃瘻につなぐチューブを2本にする行為は病院では決して許されない行為である。しかし、A家においてはチューブを2本につなぎ合わせる必然性があった。つまり、A家特有の在宅医療への取り組みは、A家にとって便利なようにデザインされている。つまり、医療というものをA家の人びとは使いこなしているのだ。このことは、単なる医療ではなく、A家が在宅医療としての専門家であることを意味する。もちろん、A家のみならず、全ての家庭が在宅医療の専門家であることは言うまでもない。つまりは、医療というものは、それ自体が医師や看護師に与えられたものではない。とくに、在宅医療というケースにおいては、医療は家庭化しているものであると言えるのではないだろうか。

3-5. まとめ

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

4節 分析

4-1. 分析方法

今回はデータを分析するにあたり、会話分析、論理文法分析という手法をとることでデータを緻密にみていく。とりわけ会話を一行一行分析することの繊細さを感じ取っていただけたらありがたい。

まず、檜田によれば、「会話分析がしているのは、記述、批判、侮辱、不満、助言、記述、要請、謝罪、冗談、挨拶といった数多くの日常的な諸活動を記述し分析しようとする試み」（檜田、2004：194）であり、西阪によれば、「言語そのものの研究ではなくて、あくまでも、会話をフィールドとした、社会的行為の組織にかんする研究」（西阪、1997：3）である。つまり、社会学者がする会話分析とは、言葉や文法ひとつひとつが問題なのではなく、発話ひとつひとつが何を志向し、その場面の参加者によってどうデザインされているかが研究対象である。

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

4-2. 分析視点—在宅医療でのリスクマネジメント場面

今回の報告で取り上げる場面は祖母がAの食事の世話を終了する場面である。もう少し詳しく言うと、Aの胃瘻から注射器を用いて白湯を注入するために、注射器の準備を祖母がしている場面である。前述したように、この家庭では複数人の医療者がいるため、誰が何をしたのかというトラブルが起きやすい。今回の事例でもそれが起きていて、チューブに入った液体が白湯なのかミルトン（消毒液）なのかわからないと祖母が困惑している場面である。白湯と消毒液を間違えて、Aに注入することは、もちろん医療ミスに相当し、Aには死の危険があるかもしれない。つまり、誰が何をしたのか・誰が何をすべきかというリスクマネジメントを図る場面であり、そのトラブルとしてのリスクを如何に解決していくかという場面である。つまり、この場面は在宅医療をすることになった家庭であり、家庭の中で医療のリスクマネジメントを図られる場面だとも言える。ここでは、祖母の実息子に当たる父が発話の相手となり、家族構成上は「祖母—父」ではあるが、わかりやすい関係対 (Relational Pair) ^{xiii}で表現すると「母—子」であり、「家族—家族」である。

今分析では、参加者のトラブルが解決に至るまでの過程を一つの相談場面として解釈し、分析に当たる。そこでは、「家族—家族」が「質問—応答」を互いに繰り返しながら、トラブル解決を図る場面があった。つまり、今研究が取り扱う場面ではサックスのいう「質問

一応答^{xiv}」連鎖という隣接対^{xv}を為しており、その連鎖構造を緻密に見ていくことで、場面に何が起きているのかを明瞭にしたい。「隣接対は、参加者が互いの協同の理解を構成する場」(山崎,2004:32)であり、それゆえに、何を理解し、何を疑問に思い、何を了解したのかを表明している様子がとてもわかりやすい。そのため、この隣接対関係を分析することで場面を構造化していく。

4-3. 予備的考察②—理想的リスクマネジメントと在宅医療的リスクマネジメント

ここでは、先行研究としてリスクマネジメントをまとめる。まず、用語の確認であるが、リスクマネジメントは「危険因子を早期に発見して除去または回避することで、事件・事故の発生を未然に防ぐことを目的とする」(瀧野,2006:163)ことであり、「通常、事故対応と考えられがちであるが、基本的には介護事故(利用者個人が引き起こしたものではなく、介護者の介護行為に伴って引き起される障害を意味する)を予防する働き」(橋本,2004:78)とも言われている。また、ケアに寄り添った書かれ方^{xvi}をしているが、丸山は「単に事故への対策というのではなく、現場をシステムの、予防的に管理することでリスクに対処し、利用者が人間らしく生きること、生活に質の向上を支えるものであり、ケアの質の向上によって支えられるものである」とらえる。また、組織活動に及ぼすリスクを最小にするための管理」(丸山,2005:28)と定義づけている。さらに、2002年3月に厚生労働省が公示した「福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針」^{xvii}においても、「昨今、福祉サービスの分野で議論されているリスクマネジメントは、『福祉サービスを提供する過程における事故の未然防止や、万が一にも発生した場合の対応(特に損害賠償等、法人・施設の責任問題を含む)』にその中心がおかれています。」と定義づけられている。つまり、リスクマネジメントとは、組織活動に起こりうる危険因子を未然に防止するためにシステムを構築すること、さらには、事故が発生した場合の対応処置方法を構築することと言い換えられよう。

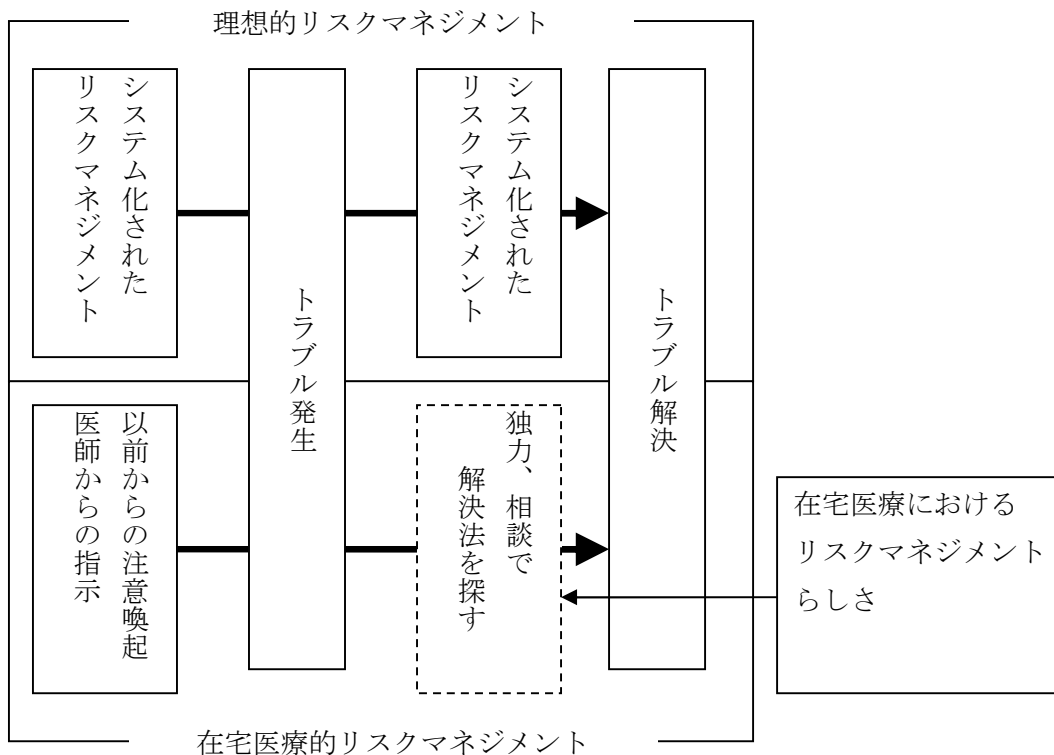
それでは、どのようなリスクマネジメントが実際には考えられているのであろうか。例えば、川上によれば、「介護事故予防への取り組みとしては、①まず、現場でどのような事例が生じているか把握し、再発防止策を立てること。②事故対応を適切にする。③事故予防の意識づけを日々の業務の中で実践し、事故を起こさないようにする。という3点が重要になる。」(川上,2007:9)とされており、三田寺(2005:87~90)はリスクマネジメントプロセスを(1)リスクの発見・確認—リスクの洗い出し—(2)リスクの評価・分析(3)リスクの処理(4)結果の検証とまとめている。他にも、橋本(2005:102~103)は、「品質(介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

しかし、上記のリスクマネジメントの定義、および方法は理想的なリスクマネジメントである。よって、上記したように、事故につながりそうになった事例^{xviii}を参照し、起こり

うるリスク、もしくは起こってしまったリスクを構築、解決する方法を理想的リスクマネジメントと定義付ける。

しかし、いくら未然に防いでも防ぎきることはできないのがアクシデントであり、事故である。とりわけ、在宅医療の場面では、理想的リスクマネジメントに基づき、リスク管理を行なっているとは考えにくい。実際の医療場面のように^{xix}システム化されているリスクマネジメントであるのなら—理想的リスクマネジメントに基づいた医療なら—ごくまれにしか起こりえないトラブルが、在宅医療の現場ではシステム化されていないがゆえに頻発する起こるトラブルもあるはずだ。例えば、今ケースでは複数人の家族が医療に携わる為に、誰が何をしたのかわからなくなるトラブルが頻発している。つまり、在宅医療の場面では気がついた人が、手が空いたときにするシステムになっているからだ。しかし、このようなことは実際の医療現場で起こることは、まずない。それは、徹底的に管理されたリスクのもと、誰が何をしたのかについては決まっていることであるからだ。つまり、実際の医療現場では見ることはまずできないが、在宅医療の現場では頻発しているリスクももちろんあると考えることができ、もちろん、そのリスクがいかに在宅医療の現場にいる家族の力で解決されているかも考察することができる。よって、この在宅医療現場におけるリスクマネジメントを在宅医療的リスクマネジメントと定義付ける。すなわち、今分析では、在宅医療的リスクマネジメントを考察することで、在宅医療の現場らしさを提示できればと考える。

表1 理想的リスクマネジメントと在宅医療的リスクマネジメント



4-4. 場面紹介分析—誰が何をしたのか・誰が何をすべきかトラブル

ここでは、実際に会話分析を行う。一連の会話の流れを細かく場面を分けて紹介することで、会話の流れを追いながら分析をしていきたい。

i) 応じることと志向すること

〈断片1〉

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

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

1行目の父「いけるんか。ちゃんと。」という発話は祖母に志向しており、この会話から場面は始まる。注射器の中身をよく確認しろという物言いである。2～3行目の発話で祖母は、まず、「いける：。」と父に同意を示す。しかし、この「いける：。」は同じ部屋にいないがゆえ（＝互いに対面していないがゆえ）の『私は大丈夫』という相槌的なものであるため、後に6行目で父から「いけるんか。」という同じ質問が為される。さらに、2～3行目では、私ではない「パパが」注射器に液体を入れたことを述べており、その上で注射器の中の液体が「白湯だろな？消毒ではないだろな？」と疑う。この発話も父に向けられたものというよりも、自己確認としての発話であると考えられる。そして、今までは相槌という応答を返していた祖母が5行目で父が何かを発話しているということに志向した発話（「え？」）をすることで（＝父への志向が向いている私を父に呈示している祖母）、この場面を完結する。



【写真2】祖母が注射器の中を確認しながら、Aの部屋に入るシーン

ii) トラブルに伴うリスクを呈示する祖母

〈断片2〉

06 父 いけるんか。消毒ではないんか。

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

08 父 [何を。水入れるん。

09 祖母 水入れる、白湯入れるん。

6行目では前述したように1行目のリフレインが為される。(父「いけるんか。」)そして、7行目で、祖母は消毒では「ない。」と明示はしたが、「**自分が入れてない**」ために「気持ち悪い」から「一応抜く?」と液体を変えることを提案している。ただ、祖母の強調された発話からも感じ取れるように、ここは相手に返事を求める『一応抜いてみようか?』ではない。「抜く」ことに理由づけを行ったうえでの「抜く」という発話であるため、ここは提案であると考えられる。さらに、前小項で祖母は「パパが」注射器に液体を入れたことを明示しているために、なおさら、この「自分が」という発話は際立ったものとなっている。言うなれば、介護行為を行った主体の不在により、新たに介護行為を行うべくして立ち上がった主体の表明である。「自分が入れてない」ために「気持ち悪い」から、「一応抜く」いて、私が入れなおすという役割交代を父に呈示しているのだ。つまり、祖母は医療行為におけるリスク—この場面では医療行為をした祖父の不在により、液体の確認がとれないことゆえに起こりうる液体の認識ミスというリスク、つまりAに消毒液を注入するリスク—を十二分に理解しており、それゆえに他者への表明を示したうえで、役割交代を図っている。そして、8行目で父は「何を」入れるのかと祖母に質問する。この会話は7行目祖母の「一応抜く?」に対応した発話である。そして、9行目「水((を))入れる」と祖母が答えることでこの場面は解決する。



【写真3】祖母が父のいるキッチンにまで戻るシーン

iii) 父の問題追及テクニック^{xxi}

〈断片3〉

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

10 行目で父は「ほら：、人のなんか信用したらあかん。」と発言する。「ほら：」は前小項であったようにリスクマネジメントをしている祖母の行為を了解していることに志向しており、それゆえに『他人がしたことなんか』信用するなという祖母への教訓語りがある。11～13 行目では、10 行目の父の発話を受けて、「自分で作業をすること」が話題の焦点となっている。つまり、10～13 行目は「自分で作業することの大事さ」を、作業をしている祖母に伝えているのだ。

そして、自分で作業をすることの大事さを祖母に説いた父は、14 行目で作業をしたのが『祖父であるから』という家族であり、身近な存在である者への非難に変わる。（「ほら、おとうはんのことやけんほんなもん。」）ここでは、非難を受けているのは作業をしていた祖父である。つまり、この数行の間に父は祖母／祖父、作業をしている／作業をしていた、者への物言いをしていることになるのだ。この父の表明はリスクを招いた両者への注意勧告であると言えるだろう。そして、15～19 行目まではこの祖父の話が焦点化し、祖母もしばらくは父に同意している。



【写真4】祖母と父が話をしているシーン

iv) 祖母の問題回避テクニック

〈断片4〉

- 20 祖母 <まあ、なんだったらミルトンだったら匂うけどな。
21 父 ほな匂てみ。
22 祖母 ほなけど、やっぱり気持ちが悪い、自分でせな。(0.5) 白湯じゃ。
23 ((注射器を高く持ちあげて、注射器を見る))
24 父 うん。

父の非難で盛り上がっていた祖母と父であるが、祖母は20行目で「まあ、なんだったらミルトンなら匂うけどな。」と『たとえ、祖父が間違っただけをしても、私が匂えば理解可能だ』と、祖父の非難話から私という主体が解決可能だという語りに切り替える。ここでは、祖父への配慮も見られる。すると、21行目で父は『それならば、自分で匂ったらいい』と祖母に促す。22行目「ほなけど、やっぱり気持ちが悪い、自分でせな。」と祖母は匂うことで判断することは可能だけれど、確実性がない。「自分で」注射器の液体を入れなければと、今度は私という主体が介護をするために必要な行為(=注射器の中に白湯を入れる)をするという提示を父にすることで、次の24行目で父の同意を得ることができ、この場面のトラブルは解決する。



【写真5】祖母が注射器の中身を確認するシーン

4-3. 考察—在宅医療におけるアフォーダンス

今分析は在宅医療におけるリスクマネジメントについて考察してきた。発見されたリスクは注射器の液体を変えることで、起こりうるトラブルを回避できたと言えよう。しかし、注目すべきはトラブルを回避したこと、そのものではない。表面化したリスクに対し、祖母や父がいかに関心を持ってリスクを丁重に扱っていたかである。7行目の時点で祖母は注射器の液体を抜くことをすでに提案している。そして、実際には抜くことに共同理解を得るためには、24行目までかかった。その間には、父の祖母、祖父への注意喚起としての物言いや祖母の問題を解決へと導くテクニックが見られた。これらのことはつまり、人の判断というものがどのような風に創られているかをあらわしていると言える。定まったリスク管理だけではなく、誰も知っている常識的知識の活用やその場にある情報、資源をいかに有意義にしているかという在宅医療の専門家の姿がそこにはあるのではない。それは、在宅医療の「アフォーダンス」^{xxii}である。つまり、在宅医療という環境が私たちに「価値」を与えている、と同時に、私たちはその「価値」を使いこなしている。言い換えると、このことこそが、在宅医療化されたリスクマネジメントなのだ。

5節 まとめ

今研究は在宅介護により、家庭がどのように医療化するかという視点から考察してきた。2節では、チューブや注射器などの医療器具が家庭に浸食してくること、医療という新たなカテゴリーに対する新たなメカニズム創出、「家族」である被医療者を看ることなど、医療が家庭をどう変えるのかという視点から在宅医療の在り方を考えてもらったのではないと思う。

3節ではリスクマネジメントにおける相談場面を会話分析した。そこでは、「被医療者」に対するリスクを徹底的に管理している祖母と父（「家族」）の姿があった。確かに、在宅医療はリスクコントロールを図ることを強いられてしまう側面があるのかもしれない。私も負担が増えるという意味合いでは否定をすることはできない。しかし、リスクコントロールを解決しなければならない家庭が導いた解決策は私たちにも分析可能で理解可能なものだった。つまり、医療は特別な出来事であり、医療は家庭を浸食するもの—医療化する家庭—ではない。医療は家庭に生きる人びとに柔軟に取り込まれていくもの—家庭化する医療—でもあったのだ。

しかし、今まで読まれた方にはお気づきの方もいるかもしれないが、この話はマッチポンプでありながら、ローカライズでもある。在宅医療的リスクマネジメントは従来の病院や実際の医療場面においても十二分にありうる出来事である。しかし、このことにより、私の主張が揺らぐものでは決して無い。本当に求めてやまないのは、在宅医療的リスクマネジメントの重要性を在宅医療に携わる人だけでなく、実際の医療関係者にも重要だと思われること、そのことである。

6節 卒業論文完成に向けて—これからの分析視点

卒業論文の完成に向けて、これからの分析視点を以下で述べる。

まず、在宅医療において最も顕著な医療化の例は特殊な器具がどのように扱われているかがある。今回のケースでは、胃瘻(いろう)のために被医療者につながれているチューブや、褥瘡(じょくそう)防止のために被医療者と寝具の間に挟まれた座布団がそれに相当する。その器具が焦点化される時場面の参加者はどのように行為しているのだろうか。西阪によれば、「私たちは、その時々々の活動に適切なやり方で、自分の身体と、身体に接続される道具を同時に構造化している。」(西阪、2008:120)と言う。その場面において、焦点化された器具に関する発話や身振りがどのような相互行為を成しているのか、その構造を明らかにすることで在宅医療の一側面を提示したい。

さらに、Aが失語症であることも見逃してはならないポイントである。Aの失語症はかなり重く、A自身が周りの参加者に何らかの意思をもった発話をする事は不可能である。つまり、自らの思いを表明できないAは周りの参加者にどのように扱われているのかということも重要な視点だ。発話困難な失語症というラベリングにより、理解することができない(ように思える)参加者がAを無碍に扱っているかもしれないという危惧は誰でも持つだろう。今まで失語症者における会話分析においては「『語る主体』である失語症者自身にとって言葉を語るということがどういうことなのかを研究対象」(川上、2003:256)とされてきたものが多い。しかし、私は失語症者と医療者の相互行為場面を分析することで失語症研究の一側面も提示したい。

謝辞

最後に、今回のゼミ論執筆にあたり、貴重なお時間を割いて私どもの調査事例の検証に参加しご協力をくださった、信州大学医学部井口高志氏と京都大学大学院文学研究科行動文化学専攻木下衆氏、また調査協力の依頼に応じてくださったご家族の方々、特に被医療者であるAさんには厚く御礼を申し上げます。

参考文献

- 秋谷直炬(2008)「高齢者介護施設にみる会話構造—日常生活支援における自/他の会話分析—」、『保健医療社会学論集』19(2)、日本保健医療社会学会
- 秋谷直炬・川島理恵・山崎敬一(2009)「ケア場面における参与地位の配分—話し手になることと受け手になること—」、『認知科学』16(1)
- 天田城介(2003)『〈古い衰えゆくこと〉の社会学』、多賀出版
- 井口高志(2007a)『病いと〈つながり〉の場の民族誌』、明石書店
- 井口高志(2007b)『認知症家族介護を生きる—新しい認知症ケア時代の臨床社会学』、東信堂
- Douglas W. Maynard、2003、*BAD MEWS, GOOD NEWS*、The University of Chicago、(= 檜田美雄、岡田光弘訳、『医療現場の会話分析—悪いニュースをどう伝えるか』、勁草書房)
- 橋本久子(2004)「介護福祉におけるリスクマネジメントの研究(第1報): 介護老人保健施設の実態調査をもとに」、第一福祉大学紀要1、福岡医療福祉大学
- 橋本久子(2005)「介護福祉におけるリスクマネジメントに関する研究(第2報): ISO9001規格の認証資格で管理運営するケアセンターの調査」、第一福祉大学紀要2、福岡医療福祉大学
- 浜日出夫(2004)『実践エスノメソドロジー入門』、有斐閣
- 林佑香(2006)「施設内コミュニケーションの相互行為分析—身体の意義に注目して」、『生活の中の相互行為—平成17年度徳島大学総合科学部檜田ゼミナールゼミ論集』、徳島大学総合科学部社会学研究室
- H. Garfinkel(1967) *Studies in Ethnomethodology*、Polity Press
- 伊藤幸子(2009)「訪問介護におけるリスクマネジメントに関する研究—訪問介護に対するリスクマネジメントに関する調査から」、研究紀要16、奈良佐保短期大学
- J. Coulter(1979) *The social construction of mind.*、Palgrave Macmillan、(=(1998)西阪仰訳、『心の社会的構成—ヴィトゲンシュタイン派エスノメソドロジーの視点』、新曜社)
- 檜田美雄(2004)「エスノメソドロジー・会話分析からみた医師と患者の会話—患者の同意の共同的達成—」、『保健医療社会学論集』14(2)、日本保健医療社会学会
- 檜田美雄・岡田光弘・五十嵐素子・宮崎彩子・出口寛文・真鍋陸太郎・藤崎和彦・北村隆憲・高山智子・太田能・玉置俊晃・阿部智恵子・島田昭仁・小泉秀樹(2008)「高等教育改革の相互行為分析: ビデオ・エスノグラフィー研究の狙いと工学部都市工学演習の実際」大学教育研究ジャーナル5、徳島大学
- 河上燁子(2004)「或る失語症者における言葉と身体的所作—メルロー=ポンティの言語論と身体論を手がかりとして」、『東京大学大学院教育学研究科紀要』43
- 川上道子(2007)「介護職と医療行為に関する研究(I): 訪問介護員の調査から見えるもの」、中国学園紀要6、中国学園大学
- Lucy A. Suchman、*PLANS AND SITUATED ACTIONS*、Cambridge University Press (=

- (1999)佐伯胖・上野水樹・水川善文・鈴木栄幸訳、『プランと状況的行為—人間—機械
コミュニケーションの可能性』、産業図書
- 前田泰樹・水川善文・岡田光弘編(2007)『エスノメソドロジー—人びとの実践から学ぶ』、新
曜社
- 丸山優(2005)「高齢者デイケアにおけるリスクマネジメントの視点の検討」、埼玉県立大学
紀要 7、埼玉県立大学
- 三田寺裕治(2005)「高齢者福祉施設におけるリスクマネジメント：介護老人福祉施設にお
ける介護事故の状況及び関連要因の検討」、淑徳短期大学研究紀要 44、淑徳短期大学
- 西阪仰(2008)『分散する身体—エスノメソドロジー的相互行為分析の展開』、勁草書房
- 岡田光弘(2005)「医学教育のための応用エスノメソドロジー」、『研究応用社会学研究』47、
立教大学
- 岡田光弘(2008)「ビデオ・エスノグラフィー—医学教育の中の身体と視線—」、応用社会学
研究 50、立教大学
- 岡本里香・西田厚子・玉水里美(2008)「地域看護論演習におけるロールプレイの評価— 家
庭訪問場面の会話分析から」、『人間看護学研究』6、滋賀県立大学
- 小澤勲(2003)『痴呆を生きるということ』、岩波書店
- 小澤勲(2005)『認知症とは何か』、岩波書店
- 齋藤静(2009)「認知症高齢者の社会的役割と適応に関する研究」、『現代社会文化研究』44
- 佐々木正人(1994)『アフォーダンス—新しい認知の理論』、岩波書店
- 島田智織・小松美穂子・服部満生子(2006)「病院組織におけるコーディネーションの実際：
指示出し・指示受けの会話分析から」、『茨城県立医療大学紀要』11
- 副田義也(2008)『福祉社会学宣言』、岩波書店
- 高山啓子(1995)「C.Heath とその共同研究者の研究」、『現代社会理論研究』5、人間の 科
学社
- 瀧野揚三(2006)「学校危機への対応：予防と介入」、教育心理学年報 45、日本教育心理学
会
- 田中妙子(1998)「会話における<先取り>について」、『早稲田大学日本語研究教育センター
紀要』10、早稲田大学
- 薄井明(2007)「「隣接ペア」再考」、『北海道医療大学看護福祉学部紀要』14
- 梅本仁美(2008)「高齢者のコミュニケーションに関する一考察」、『大阪大学言語文化学』17、
大阪大学言語文化学会
- 山崎敬一・西阪仰編(1997)『語る身体・見る身体』、ハーベスト社
- 山崎敬一編(2004)『実践エスノメソドロジー入門』、有斐閣

資料一トランスクリプト

【祖母と父が注射器の中身をめぐり話し合う場面】

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

【トランスクリプト記号】

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

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

ii 医療と介護については極めて繊細な差異がある。詳しいことは後述の2章を参照のこと。また、在宅医療に違和を感じる人も少なくないであろうが、在宅介護とほぼ同義であると捉えてもらってもよい。

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

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

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

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

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

vii 医療行為は厚生労働省の用いる医行為と同義である。医療行為のほうが一般認知も高く、理解もされやすいため、医療行為を主に使用する。

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

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

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

xi

xii A家以外ではなかなかみられないとあるが、それは事例として珍しさとしての意味である。私が考察している「家庭の医療化」についてはA家特有のものでは決してない。つまり、他の在宅介護の事例からも一他の在宅介護宅特有の事例からも一導きうる結論である。

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

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

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

xvi リスクマネジメントはケア場面、医療場面でのみ行われている訳ではない。

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

xviii 事故につながりそうになった事例をヒヤリ・ハット事例とも言う。

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

xx ここで言うパパ、おとうはんは上述した家族構成上の祖父に相当する。

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

xxii 佐々木によれば、「アフォーダンスとは、環境が動物に提供する『価値』のことである。」(佐々木、1994: 60) とある。