

デイケア作業療法における相互作用

— 精神医療の事例から —

林 田 康 子

1 序論

本論文は、精神医療のデイケア作業療法（以下、「デイケア」と略す）において、相互作用の実践が秩序づけられ、協働作業が生み出すリアリティの問題を検討する。そこで用いられた方法は参与観察にもとづいて得られた資料によるディスコース（会話）の分析手法による。

作業療法とは、特定の作業を介して疾患の回復に役立てようとする治療法とされている。同時に狭義の〈治療〉のみならず、急性期から慢性期までを通じて、機能障害の減少・防止や機能の回復・改善を図るリハビリテーションでもある。また、本論文で検討されるデイケアの現場は、作業療法士と患者との対話も重要視されており、一種のカウンセリングとしても機能している。我が国の作業療法士は国家試験による資格認定がなされ、療法も健康保険制度上の点数化がなされている。

さて、精神医療に関する社会学的研究は、反精神医学とラベリング論を背景に、1960年代から70年代にかけて多くの研究が行われてきた。そのなかで代表的なものがゴッフマンとシェフの研究である。

この領域におけるアーヴィング・ゴッフマンの主要な関心は、被収容者に対する社会統制と自己アイデンティティの解明にある（ゴッフマン 1984）。彼は1961年に公刊された『アサイラム』のなかで、精神病院を、大量の人々を官僚主義的に組織して、多くの人々の人間としての要求をまとめて処理する「全制的施設」(total institution) の1つであると特徴づけ、そのなかで生起する職員と患者の相互行為から、病院で行われていることは被収容者の社会統制であるとした。市民社会の成員としての資格を剥奪していく「無力化」の過程と、被収容者としての個人の編成に枠組を与える「特権体系」。これを管理上の単位と生活上の仕組みに反映したのが「病棟システム」であり、被収容者は「病棟システム」によって社会統制される。そして「社会統制の基本的手段の中心にある」イデオロギーを、被収容者の「自動的同定」(automatic identification)、つまり特定の社会集団のカテゴリー化の一種であるとする。ゴッフマンはまた、被収容者が与えられた役割から距離を置く手立てとしての「第二次的調整」にも着目し、抑圧的環境のなかで適応する被収容者の姿に、自己アイデンティティのありかを見出した。

トマス・J・シェフは、ラベリング論に基づいて、精神病の定義とそのメカニズムについて考察した（シェフ 1979）。シェフは精神病を「残基的ルール違反」という概念でとらえる。「残基的ルール」とは、集団の文化が規範として範疇化し命名した後に残るルールのことであり、あまりにも当然で雑多なルールのことである。シェフはレマートの理論に基づきながら、一般的に「残基的ルール違反」は一過性で、否定されるにすぎないものであるにもかかわらず、医師の診断などのラベリングが行われることと、マスメディアなどから提供される精神病者の社会的役割（ステレオタイプ）を違反者自

身が受容することによって、違反が精神病として固定化し、安定した症状を呈するようになるという。それゆえシェフは、社会的反作用と社会的役割の受容からもたらされた逸脱こそが「精神病」であると再考を促す。そして両者が共に強化され悪循環に陥る、受容と逸脱の相互関係を「逸脱増幅システム」と名付けた。

我が国の研究では、宗像恒次『精神医療の社会学』（1984）がその基礎的な資料を提供した。その研究は総花的で、精神医療体系や社会経済文化的背景、精神障害者の受療行動、病院の組織分析、長期在院化の問題、地域生活のためのケア資源の現況と課題など多岐にわたる。宗像の研究では地域のケア資源としてデイケアが取り上げられている。日米のデイケアを調査し、目標、プログラム内容、有効性、メンバー等の比較を行っている。

また近年では、高橋涼子（1999、2001）が患者の主体性に着眼し、その点から精神障害者の「権利擁護」（アドボカシー）の観点からの研究を行っている。高橋はアドボカシーの起源を反精神医学運動によって進展した当事者運動におき、社会的マイノリティの社会運動の1つとしてとらえている。この制度の確立によって、「患者の地位を医療サービスの消費者」に高め、「医療者側の権限を相対的に減少させることで」、より開放的な精神医療システムへの変革を目指すものであるという。日本における法制定の方向を探るため、既に制度を運用しているアメリカの実情を調査し、紹介している。

これらの研究が問題にしているのは、もっぱら社会統制や社会システムに関することであり、医療行為そのものの具体的分析には至っていない。精神医療は、隔離・収容・統制という枠組み—これは収容主義という用語で表現できる—から検討されてきたと言えよう。そして患者の主体性に関しては、「役割取得」に注目され議論された。この研究の主眼は社会システムの解明にあり、ラベリングや「病棟システム」によって統制され、「役割取得」をしていく被害者的、受動的な患者という面が強調されるきらいがある。高橋（2001）の主体性の取り上げ方もこの延長線上にあるといえよう。だが実際には、医療を患者自身が積極的に求めていく現実もあり、従来の抑圧と自由という対立にもとづいた議論だけではとらえきれない現象も数多くある。またカテゴリー化という概念は、ラベルを付与される側の立場を重視するが、総じてこの見解は固定化され、患者の実践にもとづく動態を読みとりにくくする。つまり医療者と患者の具体的な相互行為に焦点を当てる研究が要請されるのである。

相互行為の分析に関しては、医療場面に関連した成果がいくつか得られている。しかしながらこれまでの研究は、医師—患者の非対称性に主眼をおいたものが多い。他の医療スタッフ、ことに作業療法士と患者の関係や、スタッフ相互の連携に関しては、ほとんど取り上げられてこなかった⁴⁾。

精神疾患の治療に関するこれまでの収容主義の問題、医療費軽減のための施策、薬物療法の進歩と確立などにより、患者の平均在院日数は減少傾向にある。しかしながら他方で、精神疾患の病理概念においても、患者を取り囲む社会状況との関係においても、精神障害の加療期間は他の疾患に比べて比較的長期におよぶ。このことから、精神障害をひとつの慢性病概念でとらえておくことが必要となる。精神障害は、回復が困難であり、複数回の入院歴をもつ患者が多いこと、また、治療も薬物療法が主体で、発症後は服薬を欠かすことはできない⁵⁾。そこで、長期的に病状や薬の管理を行う必要が生じてくる点も同様である。

精神障害の加療と病気治癒のプロセスは慢性病のそれらといかなる点で共通し、いかなる点で相違しているのだろうか。慢性病の医療行為に関しては、これはアンセルム・L・ストラウスの「病の軌跡」（illness trajectories）、宝月誠の問題状況の「社会的コントロール」という理論研究があるため、

本研究における精神障害の分析においてもこれらを採用し、作業療法がおかれた場を「病の軌跡」に伴う問題状況の管理ととらえてみる(宝月 1998; ストラウス 1985)。

ストラウスによると「病の軌跡」とは「病状の経過」(course of illness)のことである。慢性病の「病状の経過」を検討する際に、彼は「クオリティ・ライフ」に着目する。問題は日常生活においてばかりではなく、病院内でも、医療行為を含む協働作業、つまりワークによって引き起こされるととらえる。このワークの主体には医療者ばかりでなく、患者や家族も含まれており、医療者と患者の相互行為を含んでいる。そして病状の経過を「患者の病状の生理学的展開」としてだけとらえるのではなく、病状の経過に伴う「ワークの全体的な組織化と、さらにワークとその組織化に関係する人々への影響」だと理解する。他方、宝月は、「社会的コントロール」概念を「行為や問題状況を特定の望ましいと考えられる方向に導く」ものととらえ、「病の軌跡」で発生する問題状況をコントロールすることが医療行為であるとして、診療過程における医師と患者の相互行為を分析している。後に詳しく紹介するように宝月は、「病状経過の不確実性」「薬や治療の危険性」「制度的制約」という3つの問題状況を医療の中心的なコントロールに据えている。

本研究では、このような理論的枠組みに依りながらも、得られた質的資料は社会学で使われるディスコース分析手法により分析される。ディスコース分析は、『「発話行為」理論とエスノメソドロジーの初期の伝統』から発達してきた分析方法である(Burr 1995=1997:176)。したがって言語を「記述的というより機能的なもの」としてとらえ、オースティンらのいう発話の遂行的側面を重視する。人々は相互行為における会話はもとより、手紙や本といったテキストにおいて言語を使用する。そこで会話やテキストがどのように説明を構築し、どのような社会的行為を遂行しているのかを考えていく。説明の構築を考える場合には、レトリックや「解釈のレパトリー」などの言語的装置が検討される。後者は「人々が自分自身の目的のために使う一種の、資源の道具一式」であり、人々はこれを用いて、「彼らの行動の弁明をしたり、その正当性を立証したり」する(Burr 1995=1997:179-180)。ディスコース分析は、方法論的には社会的構築主義とは異なったアプローチをとるが、その分析の理念においては共通する部分も多い。それは、真理や客観的実在は物事に本質的に備わっているのではなく、相互行為の過程で協働的に、言語を通じて、たえず構築されていくものであるという理解である。本研究では、このようなパースペクティブに従い、相互作用の過程で構築されていくデイケアの医療行為を分析する。

本論文の構成は以下のとおりである。2.では調査方法について概要を説明し、調査対象の病院における、作業療法全般についての概況、とくに病棟作業療法とデイケアとの違いなどを明らかにしておく。3.は、デイケアにおけるひとつのルーティン化されたプログラムの概略を示す。4.では、療法の最初のプログラムである「健康チェック」を取り上げて、問題状況の確認を巡って作業療法士と患者の相互行為が遂行されていく過程について述べる。5.では、相互行為の過程で制度的秩序の枠組みが時系列にそって構築、実践されていることを述べる。それにより病状管理の一連の過程が段階的に達成され、これらが医師と患者の診療過程に類似した過程であることについて指摘する。6.では、問題状況の評価および対応が協働を通して構築され、受診という選択が日常的に起こりうる状況について述べた。7.では、受診を前にして、作業療法士と患者の相互行為の協働過程で、デイケアが、診療過程の準備段階となっていることや、医療的患者を構築していることが述べられる。

2 作業療法と調査の概要

本論文で使用したデータは病院内における参与観察において収集したものである。2002（平成14）年4月15日から8月30日までのうち41日間、九州のある私立精神病院において、作業療法および入院病棟の参与観察を行った。作業療法の現場では、その都度録音の許諾を得て、ミニディスク録音機（MD）による会話の収録を行った。なお入院病棟では録音を行っていない。録音機は1台で、携帯するか、あるいはまた一定の場所に設置する方法をとった。その結果収集することのできたデータの種類および数量は、(1) デイケア（申し送り32回、〈健康チェック〉（プログラム・セッション名、以下同様）17回、〈最近の出来事〉18回、〈皆で作ろう〉7回、各専門職による活動19回、その他11回）、(2) 病棟作業療法（ACT午前11回、ミーティング9回、ACT午後（第一ターン）10回、ACT午後（第二ターン）11回）、(3) ケースカンファレンス22回、である。録音時間は合計で約200時間であった。

作業療法において主たる業務を担うのは、作業療法士（occupational therapist, registered., OTR）と作業療法助手（occupational therapist, assistant., OTA）である。両者の違いは、前者が国家試験による資格者という点にある。作業療法の領域は、身体障害者、精神障害者、小児の発達障害および老人の老年期障害という4つの対象に分けられている。基本的な作業は、その目的によって内容もさまざまであるが、例えば木工、裁縫、料理、農作業、園芸、動物飼育、陶芸、印刷、織物、手芸、室内ゲーム、スポーツ、散歩、遠足、旅行などと幅広い。

本研究の対象病院における精神障害者の作業療法は大きく2つに分けられる。当該病院に入院中の患者を対象とした病棟作業療法と、外来通院中の患者を対象としたデイケアである。デイケアは、施設によっては、外来患者のみならず広く地域から利用者を受け入れている施設もあるが、当該病院の場合は、当該病院の通院患者であることが参加資格となっている。病棟作業療法とデイケアは、それぞれ独立性を保っている。スタッフルームは同じであるが、別個の作業療法室を持ち、担当のスタッフも一応分かれている。

スタッフの配置は、デイケアが作業療法士（OTR）1名と看護師1名の2名体制、病棟作業療法が、OTR 4名、作業療法助手（OTA）4名の8名体制である。性別に関しては、男性がOTR 1名、残り9名すべてが女性であり、OTAは保育士および幼稚園教諭の有資格者ということで採用されている（2002年8月30日現在）。

また、患者に提供されるプログラムも、担当スタッフによって別個に企画、立案されており、活動中に双方の患者が相互交流し、活動が合同で行われるということはない。しかしながら、基本的な作業、つまり作業療法は、病棟作業療法、デイケアのどちらのプログラムにも組み込まれている。

病棟作業療法の場合、患者の参加時間は、1日1時間である。頻度は入院病棟によって異なり、6階から8階病棟は毎日で週5回、5階病棟は週4日、3・4階病棟は週2回である。2階の急性期病棟に対しては正式にスケジュールは組まれていないが、特別にわずかな患者だけが参加を処方されている。しかし作業療法への参加には、2階病棟の患者に限らず医師の処方が必要である¹⁾。処方患者数は、8階病棟37名、7階病棟29名、6階病棟29名、5階病棟18名、4階病棟18名、3階病棟22名である。作業中、作業療法室には施錠され、壁にかけられた人数確認のためのボードには、「出席者人数」「途中参加者」「途中帰棟者」「現在数」の記載欄があり、人数が記されている²⁾。

プログラムをスタッフの業務面からみると、毎日、午前1、2回、午後2回の計1日3、4回で組まれている。調査をおこなった2002年当時は8名のスタッフで対応していたが、6階から8階病棟は、

スケジュールによっては同じ時間枠に2病棟合同で行われるため、1人で8名以上に対応する場合も生じる。そのため特定の患者に付きっきりになることはできず、スタッフは患者を回り、一時的に付き添うことを通して複数の患者にアドバイスをを行っている。

一方、デイケアでは、月曜日から金曜日まで、9時30分から15時までが開催時間となる。参加患者は、総数で約3,40名であるが、基本的には週2、3回の参加頻度で、各曜日に振り分けられている。診断名はほとんどの患者が統合失調症である。

病棟作業療法では、基本的な作業を重視し、作業の遂行が治療を構成するという理念を忠実に踏襲しているように思われる。病棟作業療法は入院患者が対象であるため、1日1時間という作業療法の時間において、作業を介しての患者との関わり、対応が見られた。この病院では手工芸や木工などの創作活動がよく行われているが、患者が作品を完成するに至るまでの一連の過程が業務として実践されていた。すなわち、作業の材料を準備し、手順を指導する。患者が自分でできなかつたり間違ったりした場合や、作業に集中できない場合は、その原因を探り、患者の能力を評価し、患者に応じてヒントを与えたり、部分的に工程を代行する。そして完成後の達成感や自信を与える。また新しい作業を調べ、その手順を覚え、患者に紹介する。

私は参与観察する中で、デイケアでは、基本的な作業は副次的であり、どちらかといえば、あまり重要視されていないという印象をもった。作業に関する一連の過程はプログラムや業務の一部にすぎなかった。作業のほかに会話主体のプログラムが常態的に組み込まれ、その中で会話的相互行為の方が楽しまれ、また重要視されているかのようだった。創作活動は時間の都合で省略されることも多かったし、省略されなかった場合でも、作業療法士と患者が、この時間帯を利用して、臨時的な相互行為を達成していた。デイケア患者は、入院患者に比べると作業能力が高く、付きっきりで指導する必要はない。また手順の指導も患者同士に任せることができる。そこで作業療法士は自由な時間を確保することができるのである。臨時的な相互行為は特定の患者との間で、デイケア終了後に行われることもあった。

このように両方の作業療法では基本的な作業の用い方に違いが見られた。そこで、会話を重視する傾向があるデイケアを対象とし、スタッフと患者の間でどのような相互行為の過程が実践されているか、以下に具体的に見ていきたい。

3 デイケア・プログラム

この病院ではデイケアは6ヶ月で1クールとされ、1クールが参加単位となっている。参加は、医師の指示による場合と、患者の希望による場合があるが、医師の指示による場合が多い。しかしながらどちらの場合も医師の同意が必要であり、「デイケア指示箋」が医師によって作成される（これにより作業療法が治療行為を形成することがわかる）。その後、ケースワーカーおよび作業療法士によってデイケアの説明が比較的厳粛な雰囲気の中で行われ、患者とその家族は「デイケア申し込み・誓約同意書」に署名捺印する。これで手続きが完了し、患者は予定日から参加することができる。参加経路は入院からと通院からの双方があり、その点でデイケアは、病院と家庭の中間施設、社会復帰施設という位置づけであるとスタッフからは指摘される。

1クールが終了間際になると、主治医に相談して継続か終了かが決定される。また終了を待たずに、クール中に患者本人の希望によって中止することも可能である。

患者がデイケアに参加する意義や注意事項は、「デイケア指示箋」に記されている。「デイケア指示箋」には参加目標⁽⁵⁾、現在の状態、幻覚、妄想、(人との)接触性、理解度、情緒などのほか、禁忌事項、デイケア参加意欲、退院後の生活、家族希望、指示内容などの記載欄が並んでいる。参加目標は長期目標と短期目標に分かれており、前者は閉じこもり予防あるいは社会復帰のどちらかかの選択肢に、短期目標では生活のリズムをつくるが選択されていることが多い。

患者に提供されるプログラムは、次に示すとおり、時間によって構造化されている。

【デイケア・プログラム】

- 09：30 「健康チェック」(「血圧、脈、食事、飲み物、薬、診察」。他に、患者別で体重、体温)
- 10：00 ラジオ体操
- 10：10 活動(「最近の出来事」・「皆で作ろう」)
- 12：00 昼食・昼休み
- 13：30 活動(各専門職が担当するプログラム)
- 15：00 終了・解散

デイケアは月曜から金曜までの毎日、書類上は9時30分から15時30分まで、実際には15時まで、当該病院の外来患者を対象として行われている⁽⁶⁾。患者はデイケアの説明をうけるときに、あらかじめ9時半頃を目標に来院すればよいと告げられるが、だいたい9時頃から集まり始める。9時半頃に着けば病院の駐車場が空いていないので、患者は早めに来院する。しかしなかには日常的に8時頃から来る患者や、稀ではあるが6時半頃に病院に来る患者もいる。作業療法士の勤務時間は、臨時の業務が入らない限り、8時15分から17時までである。したがって8時頃に来た患者には、スタッフの誰かが、掃除をしながら話し相手になっている。早めにデイケア業務に入る場合もある。6時半頃に来る患者はスタッフの勤務時間まで病院のロビーや喫煙室で待っている。ロビーには血圧計が数台置かれているため、患者は自分で血圧を測ったり、あるいは眠ったりして時間を潰しているそうである。その一方で遅刻する患者、早退する患者もいる。患者は睡眠剤を服薬しているために、朝の眠気が強く、起きられない、目が覚めないといった問題を抱えている。そのためにデイケアには来たものの、すぐに帰りたいと訴える場合もある。

この最初のプログラムである「健康チェック」は、9時30分頃から、早いときには9時15分頃から、デイケア・ホールで行われる。チェック項目は血圧測定、脈拍数の測定のほか、当日が定期の診察日であるか否か、昼の薬を持参したか否かなどであり、一覧表が作成されている。血圧や脈拍の測定は、デイケアに関わらず、精神科外来患者にも一般的に行われている。診察前に、受付で事務職員か、あるいはそのために待機している看護師が測定している。したがって、本格的なプログラムの前に行われるルーティン化した儀式といえなくもないが、その意義も観察することができた。測定自体も蓄積されれば有意義な情報となる。「健康チェック」の一覧表は毎日ファイリングされていき、患者のデータが蓄積されている。その結果、患者の薬を忘れる頻度を含め、状態の経過を簡単に把握することが可能となっている。実際、普段より血圧測定値が低いことから、患者の服薬による自殺企図が明らかになったこともあった。

食事は、昼食の区分の確認のことである。弁当の持参は以前は認められていたが、昼食は入院患者

と同じ食事が提供されるため、後に認められなくなった。食事は基本的には普通食であるが、肥満症や糖尿病の合併症を持つ患者にはカロリーを抑えた「エネルギーコントロール食」が、牛乳アレルギーの患者には牛乳以外の飲料が提供される。薬は、服薬を回避する患者に対する予防策として一覽表に記載されるようになったが、薬を持参したかどうかを確認し、患者が薬を忘れてきた場合には、昼食に間に合うようにスタッフが1回分の薬を発注する。実際に薬の発注は度々行われている。その他に、糖尿病や肥満等で医師から体重管理の指示が出ている患者には体重測定が、熱のある患者等には検温が行われている。

10時ごろになるとラジオ体操が行われる。その後11時頃までが次のプログラムである「最近の出来事」である。「最近の出来事」は、前回のデイケアから当日までの間に起こった、あるいは経験した出来事について、患者が1名ずつスピーチを行っていくプログラムである。何をしたか、どこに行ったかなどが患者のトピックとなり、そこで作業療法士や他の患者との相互行為が形成されていく。

そして10分程度の休憩を挟み、手工芸・創作活動を中心とした作業療法（「皆で作ろう」）を12時まで行う。しかしながら創作活動は、金曜日にはほとんど行われていなかった。金曜日は参加患者が多く、スピーチが一巡するだけで2時間以上かかってしまう。それを何とか2時間で抑えている状況で、創作活動を行う時間的余裕がないように思われた。また午後のプログラムは前もって予定が組まれており、変更も利かないのである。しかしこれはスピーチやそれに伴う相互行為を重視していることを反映しているともいえる。

患者のデイケア参加資格は、当該病院の外来患者であった。そのため、参加患者には定期的に診察が組み込まれている。受診頻度は、基本的には2週間に1度である。その他に、症状によって、臨時の受診が行われ、症状が改善した場合は、1ヶ月に1度の受診でよいと見なされる場合もある。1ヶ月に1度だと、初診ではなく再診に該当し、受診の継続性を意味する。当日が診察日である患者は11時頃に、外来から呼び出しの連絡が入る。ごくまれには午後からの診察になることもあるが、何名かの受診の患者がプログラムを抜け、昼食までには戻ってくる。

12時から13時30分までが昼休み、13時30分から15時までが午後の活動時間となる。午後の活動は、作業療法士のほか、医師、看護師、ケースワーカー、心理士、栄養士、薬剤師などの各専門職が持ち回りで担当し、それぞれが独自に企画したプログラムを実施している。ただし、医師やケースワーカーなどは業務多忙のために担当できず、結局は直前になって作業療法士がその場を任される、ということも少なくない。内容としては、看護師による「私と家族」、栄養士による栄養（食事）指導、心理士によるゲームや訓練を観察することができた¹⁷⁾。

作業療法士が担当した場合は、「病気を理解するために」というテーマの精神障害についての学習、院外活動に関連した自己目標の設定や討論、スポーツ、散歩、カラオケなどの企画が実施されていた。時には患者の希望が受け入れられることもあった。したがって、全体として学習と遊びの要素を取り入れた活動や作業が行われていたといえる。

15時になるとデイケアは終了、解散する。各患者はスタッフから個人カードにデイケアへの参加サインをもらい、支払いのために受付に向かう。

以上は患者の視点に立ったデイケア・プログラムであるが、スタッフの業務の点からは、このほかに、9時から約10分間程度のデイケア申し送り、13時から約10分程度のケースカンファレンスがある。また医師の「医師記録」に該当する「個人治療経過記録」の記載が、デイケア解散後から勤務時間の

終了まで、毎日行われている。「個人治療経過記録」とは、患者がデイケアや病棟作業療法に参加したときの個人記録である。スタッフは必ずその日の患者の参加状況を患者ごとに記録しなければならず、記録後はカルテに挟んでいく。記載内容は、スタッフの視点から見た、つまり医療者の視点から見た、患者の症状を判断する上で重要と思われる出来事や患者の言動・表情などである。診療報酬の請求のためや、まれに自殺等など事故がおこるため、監査が入ることを考慮して、これらの記録付けが行われている。

また以上の業務のほかに、作業療法士は、時間を見つけて臨時的な業務を行っている。患者との個別的面談、患者家族への連絡と情報交換、他部門との情報交換などである。そのために「個人治療経過記録」の記載が勤務時間内で終わらない場合も多い。

次章において、デイケアのプログラムの「健康チェック」における相互行為をディスコース分析を用いて明らかにしてゆく。

4 「健康チェック」プログラムに見られる相互行為

プログラム「健康チェック」における「場」の特徴を概略的に示しておこう。まず第1には、「健康チェック」それ自体が、血圧や脈拍を測定するという点で、元々基礎的な身体状態を把握するためのプログラムである。第2には、血圧測定では測定者である作業療法士（OTR）と被測定者である患者（Pt）が身体接触を伴い、そのままその他の確認や応答が行われることから、そこには不完全ながらも、近接した、一対一の空間ができあがる（秋葉 1999）⁽⁴⁾。これが作業療法士と患者に、個人的な相互行為の機会を与えることになる。2人は周りにいる他の患者を意識しつつも、私的な会話の機会を持つことができる。第3に、デイケア・ホールは「裏局域」（ゴッフマン 1974）に属す。元々、デイケア・ホールは休憩、喫煙や食事、また音楽やテレビを楽しむための場所として使用されており、患者がリラックスできる気楽な場である。さらに「健康チェック」の時間は、他の患者はソファにかけたり、「日常生活活動訓練室（ADL室）」や「精神科作業療法室（Day Care）」に入って思い思いに過ごしており、プログラム「最近の出来事」のようにオーディエンスとはなっていない。患者たちは方々で雑談していたり、音楽をかけていたりする。私語は注意されることもなく、手洗いに行く際にも、スタッフにことわる必要はない⁽⁵⁾。その結果、「健康チェック」自体もインフォーマルなプログラムの性格を持ち、後続の「最近の出来事」と対比できる。

ではここで相互行為の方に話を進めていくが、「健康チェック」はデイケア・プログラムのなかでは、かなり重要なプログラムとして成立しているといえる。6項目の確認だけの、簡単で、形式的なプログラムにはとどまっておらず、むしろスタッフ、患者の双方から、非常に有意味に利用され、機能的に組織されたプログラムになっている。

作業療法士と患者は測定を通して、また測定以外でも相互行為を行っている。そのトピックは、髪を切ったとか、どこに遊びに行ったとか、音楽やゲームの話などの日常的あるいは趣味的な楽しいものが多く、冗談や笑い、雑音を伴った雰囲気の中で進められていく。しかしながら、身体的・精神的トラブルに志向した相互行為を数多く抽出することができた。トピックは測定値についてだけではない。

身体的・精神的トラブルに志向した相互行為とは、秋葉が指摘した保健室における相互行為の特徴と類似のものである。秋葉は、悩みごとを打ち明けるために保健室を訪れる生徒が多くなっていると

いう現象に着目し、保健室における養護教諭と生徒の相互行為の過程を分析している。そして生徒—養護教諭間における相互行為が生徒の身体的トラブルに志向した問診過程であることや、問診過程で養護教諭に蓄えられた知識が、次の問診過程で生徒が悩みごとを語るきっかけを与えていることを指摘している（秋葉 1999）。

では、「健康チェック」における身体的精神的問題状況に関する相互行為とは、どのようなものだろうか。多くの事例を観察することができたのであるが、以下のようなデータが集まっている。最初に掲げるデータは、患者の腰痛がトピックとなっており、患者が到着するや否や、作業療法士は、患者に腰の具合を尋ねている〔トランスクリプトに関する記号は、論文末の附表を参照のこと〕。

【データ1】「2002. 4. 26. Fri. 健康チェック」

- 01 P : おはようございま::す。
 02 R : おはようございま::す。
 03 他患: おはようございま::す。
 04 R : どうですか?腰は::↓
 05 P : 何とか::
 06 R : 何とか::あ::ん。
 07 P : 車には乗れるぐらいになりました。
 08 R : あ::よかったよかった::。

（発話者に関しては、R = 作業療法士、A = 作業療法助手、P = 患者、N = 看護師、D = 医師。複数の場合は番号を付す。以下同様）

これは腰痛という身体的な問題状況に関する確認である。この患者は、前回のデイケアを腰痛で欠席しており、そのために「健康チェック」で状態の確認をめぐる相互行為が実践されている。あいさつがすむと、作業療法士は「どうですか?腰は::↓」と文脈状況を変更し、患者もそれに応答していく。このような問題状況に志向した相互行為の過程で、問題状況の管理が達成される。

次のデータは、作業療法士が「健康チェック」のルーティン的な確認である、薬の持参についての質問で開始される。それに対して直ちに患者は応答し、しばらく持参忘れに関する相互行為が成立しているが、作業療法士がline 7で診察のトピックに入ると、患者はline 8で文脈を変更し、作業療法士の確認には応答していない。そしてline10で睡眠状況を指標として、問題状況の説明を開始している。

【データ2-1】「2002. 5. 13. Mon. 健康チェック」

- 01 R : P1さんお薬は?
 02 P1: 忘れました::。
 03 R : hhh 今なんかどき::っとしてましたよ。
 04 P1: hhh
 05 R : やっぱりっという hhh
 06 P1: hhhhh

- 07 R : 今日は診察でしたっけ？来週ですよ↓えっ、
 08 P 1 : あの::、
 09 R : 金曜日か::↓
 10 P 1 : 頓服を飲んでも眠れないし::、
 11 R : は::いはい。

患者は、「どうしたらいいのかな」というような質問の発話によって、問題状況に関する相互行為を開始する事例もあるのだが、そればかりでなく、このように説明の発話によってもそのきっかけを作っている。line10において行われた患者の症状説明に対し、作業療法士はline11で「は::いはい」と説明を受け止める発話を行い、さらに患者の発話を促している。これにより、患者の発話が適切なものであること、相談の相互行為に入ったことを物語っている。患者の説明は、後続する作業療法士の発話によって、容易に相談の相互行為に転換する。患者は、「どうしたらいいのかな」というような質問の発話によって相談を開始するばかりでなく、説明の発話によってもそのきっかけを作っている。そして作業療法士の受け止める発話によって、相談と確認の相互行為が成立している。そしてこのような患者からの発話に基づく相互行為の成立もまた、作業療法士および患者双方から、不適切な相互行為として認識されていない。患者の文脈変更に対する作業療法士の反応からは、この場の秩序が、質問と応答の相互行為であることが理解できるのである。

これまでの2つのデータから、患者の問題状況に志向した相互行為が、「健康チェック」において成立していることが、理解できる。相互行為を開始するのは、作業療法士からの場合もあれば、患者からの場合もある。

ではどのような身体的精神的な問題が構築されているだろうか。身体的精神的な問題といっても幅広いが、宝月（1998）の取り上げた3つの問題状況がまず挙げられる。例えば、体がムズムズする、週3回のデイケア参加がきつい、幻聴、妄想、頭がジーンとする、といった問題状況の事例がある。そのほかには、薬の副作用としての耳鳴り、便秘、「生理」（月経）がないなどもある。先述のケースでは腰痛、睡眠であった。また連休で休診になり、薬が足りなくなることもしり上げられていた。精神的症状や薬の副作用は身体的な症状として出現する場合もあって区別することはさほど有効とは思えない。しかし腰痛や頭がジーンとするなどの、精神的症状とは無関係と考えられる身体的症状も当該病院のデイケアではトピックとなる。その他には薬がないという管理能力をトピックとする相互行為の事例も存在する。

このように身体的精神的な問題状況に関する相互行為は、「健康チェック」では頻繁だが、実は「健康チェック」以外のプログラムにおいてもいくつも成立している。「最近の出来事」、午後のプログラムや、休み時間においても観察することができる。「最近の出来事」ではオーディエンスを前にしてだが、それ以外は別室や部屋の隅などの人気のないところで実践されている。

さらに、もう一人の担当者である看護師についてであるが、データは作業療法士に比べ、ごくわずかであるが、看護師も患者と問題状況に志向した相互行為を行っている⁽¹⁰⁾。したがって、身体的精神的問題に志向した相互行為は「健康チェック」だけでなく、デイケアで、適切なものとして達成されているといえよう。

5 相互行為の構造と特徴

問題状況に志向した相互行為の過程はさらに詳しく論じる必要がある。患者の身体症状の記述が、作業療法士と患者の相互行為のなかで検討されるからである。まずは患者の胸が痛いという説明のデータを分析していきたい。

【データ3-1】「2002. 4. 22. Mon. 健康チェック」

- 01 P 1 : R 先生 ?
 02 R : はいっ
 03 P 1 : 昨日もねえ::、(、) 胸がぐ::んと痛くなったんですよ::。
 04 R : は::い。(1.0) 胸がぐ::んと。
 05 P 1 : う::ん。で、息が苦しくなってえ、で、妹よんで::、水::もってきてもらっ
 06 て::、水飲んだら楽になったんですけど::、
 07 R : ん::

この相互行為以前には、別のトピックに基づく他の患者と作業療法士の相互行為が行われていたが、それが終了したところで、この患者との間に相互行為が始まっている。相互行為を開始したのは患者の方である。患者は作業療法士に呼びかけて注意を引いているが、その発話は「R先生?」と、作業療法士に「先生」という呼称を使用している。実は、作業療法士を「先生」と呼ぶ患者は多い。一方で、看護師を「先生」と呼ぶ患者はいない。また作業療法士は「はいっ」とそれを承認し、ここに「先生—患者」という制度的秩序が構築されていることがわかる。制度的秩序は、もともとそこに存在するものではなく、相互行為によって協働的に構築されていくものである。好井裕明は、「制度的状況」、つまり「何らかの組織や制度という【外形的な】影響のもとで営まれる会話的相互作用」において、「相互作用の【制度性】とは、当該の場面状況や物理的環境で決まるのではなく、【むしろ参加者の制度的あるいは専門的アイデンティティがどういふわけか、彼らの従事しているワークにレリパントになるかぎりにおいて、相互作用は制度的になる】」と述べている(好井 1999:36-37)。デイケアにおいて、患者の問題状況に志向した相互行為が適切なものであったことは、先のデータにおいても、同様の制度的秩序が構築されていたことを物語っている。

では当該データに戻るが、したがって、このデータでは、まず制度的秩序が明確に構築され、その後の相互行為が、この秩序の枠組みのなかで進められ、ある特定のリアリティを構築していつているといえる。患者は、line 3で自分の胸が痛くなったことをトピックとし、作業療法士に告げている。それに対し、患者の発話の一部を繰り返すことによって発話を受け止め、患者のさらなる説明を促している。それに続く患者の発話は、「で、・・・でえ、で、・・・で::」が続く。この発話は時間的経過に従って症状を積み重ねたもので、胸が痛くなったことの客観性を高める効果がある。ドロシー・スミスによればこの「単純に加えてゆく方式」は「段階的な積み重ね効果」を持ち、あることを客観的な事実として構成するときの手続きであるという(ドロシー・スミス1987:114)。作業療法士は「ん::」と発話し、ここでも患者の説明を受容するとともに、説明を促している。ではデータの続きを見てみよう。

【データ 3-2】「2002. 4. 22. Mon. 健康チェック」

- 15 R : ここが、きゅう::んてなるんでしょう？
- 16 P 1 : う::ん。
- 17 R : 何時ぐらいでしたあ::？
- 18 P 1 : えと::、夕がた。
- 19 R : 夕がた::。ごはんを食べ::る::
- 20 P 1 : ん::前::。
- 21 R : 前::。そっ、起きたばかりとかではなくて↓
- 22 P 1 : ん、なくて::。ん::。
- 23 R : (.) 何かしたあと::？
- 24 P 1 : 何も。ふ、ふ、風呂たきしかしてないんですけどね。
- 25 R : <風呂たきしかしてなくて>
- 26 P 1 : ん::
- 27 R : なんか思い出したとか？
- 28 P 1 : (2.0) 胸が、きゅう::んてくるの::hhh
- 29 N : [ahaha
- 30 R : [え::
- 31 R : [その、きゅう::んと、ぎゅう::んは、なんか、違うような感じもするけどね::hhh
- 32 P 1 : [hhhhhhhh
- 33 う::ん。()
- 34 R : そのあと何もなかったんでしょう？ =
- 35 P 1 : =ん::、な::んもなかった。
- 36 R : お水飲んだらおさまったんでしょう？ =
- 37 P 1 : =ん、水飲んだらおさまった。(NとP2の会話開始：薬持参に関して)
- 38 R : あ、だいじょぶだいじょぶ。
- 39 P 1 : ん::
- 40 R : それを気にしてたら、またきゅう::んと来るから。
- 41 P 1 : ん::
- 42 R : 1回だけなら大丈夫ですよ。またあったら教えてください。
- 43 P 1 : はい。(。) そんなときはまたね::、先生に診てもらって::((NとP2の会話終了))
- 44 R : う::ん。(。) 1回だけならだいじょぶだと思いますよ =
- 45 P 1 : =う::ん
- 46 R : うん

作業療法士は患者の説明が一通り終わった後、line15で「ここがきゅう::んとなるんでしょう？」と、初めて質問を行っている。他のデータでもそうだが、作業療法士は、患者の説明がすむまでは、相づちを打って発話を引き出している。それが終わると質問を開始するが、この場合の作業療法士の発話(line15)は、質問でありながら、先行する患者の説明を定式化しているといえる。

定式化とは、発話の機能の1つである。ジョン・ヘリテイジによれば (Heritage 1985)、制度化された状況、例えば法廷やニュース・インタビューにおける相互行為において見いだされるものである。ニュース・インタビューにおいてはインタビューする者とされる者の相互行為の過程で、質問者は、先行する被質問者の発話を受け、それをオーディエンスに理解しやすいように要約し、明確化する。しかしながら、先行する発話に対して、「他の要素を捨てる一方で、一定の要素だけ再呈示する点で、選択的である」。また、場合によっては短い言葉や別の表現に言い換え、不明瞭だった関係を「明確に関連づけて描写する」。したがって、定式化とは、「選択的」な「情報の顕在化」といえる。

このデータの場合、オーディエンスは患者ということになる。患者は「胸が」痛くなったことや、どのような痛みであったか、さらに痛くなったときの時間的経過を語ってはいるが、作業療法士は「ここが」と代名詞を用いて部位を客体化し、「きゅう::ん」として痛みの形容を変更し、患者の問題状況を変更している。この定式化は、患者が承認し、確証を与えているのであるが、それまでの患者の描写とは異なるものになっている。その後、line17、19、21で時間を、line23、25で行動との関連を取り上げ、胸が痛くなったときの状況について質問を行っている。患者の方は作業療法士から質問されるたびに、「夕がた」「前」「(起きたばかりとかでは)なくて」「風呂たきしかしてない」と、問題状況についての説明で応答を行っている。line15では作業療法士が患者の発話をゆっくりと繰り返しているが、これは問題状況を解釈している過程であろう。なぜなら line27では作業療法士は文脈を変更し、心理的要因を想定した発話を呈示しているからである。これに対し、患者は短い沈黙の後、line28で応答しているが、この発話は冗談として受け取られている。「きゅう::ん」という作業療法士と同じ痛みの描写を使っているが、「恋愛」を含意する。それによって本人は元より看護師、作業療法士に笑いをもたらしている。この笑いが、トピックを深刻なものから冗談に変える。では line28の発話はどのような機能を持っているのだろうか。発話は作業療法士の質問に直接答えておらず、想定された心理的要因を回避・否定するものとなっている。またさらには、自分の問題状況について、深刻ではないという自己評価を下したことにもなるだろう。このことはその後の相互行為に表現されている。line34-37の相互行為は速く、間をあげずに実践されている。まるで形式的な手続きをさっさとすませるようである。また作業療法士のline34、36の質問も、「何ともなかったんでしょう?」「おさまったんでしょう?」は、問題状況の深刻さを最初から否定した発話であり、それに対する患者の承認をはじめから期待した発話である。また line35、37の患者の応答もまた同様に簡単である。そしてその後、作業療法士はline38で「だいじょぶだいじょぶ」と伝え、患者もそれを承認している。ここに問題状況がどのようなものであるかの評価が協働的に構築されている。つまり深刻ではないと。しかしながら line40にうかがえるように、作業療法士は、まだ心理的要因を捨ててはいない。患者の冗談で深刻さは解消されたものの、それは今回のことに限定し、将来に対して気にしないようにと注意を与える。またline42では患者に「大丈夫」という評価を再度与えるが、「1回だけなら」という理由を医療的リソースとして利用しながら、ともに与えている。そしてまた起こった場合にどうすればよいかの指示も与えて、会話を終了しようとしている。患者はこれらの指示を了承する。しかしながら「先生に診てもらって::」と診察を視野に入れた発話を行っている。さらに作業療法士もそれに承認を与えているところから、ここに、受診するということが、問題状況が起こったときの選択肢として構築されている。しかし作業療法士は患者の心配を読み取り、再び協働で構築した評価に戻し、会話を終了しようとする。

この相互行為で注目すべき点は、その過程である。line27までは真剣な問題状況の確認が構築されているのに、line28の発話を機に、相互行為の文脈が転換する。その後は冗談・軽さが優先され、評価の構築に影響を与えている。したがってline28の発話は、問題状況の評価自体を軽目にするような機能をもっていたといえる。

第2点目は、評価が構築されるまでは、作業療法士と患者の発話が、作業療法士は質問の発話に、患者は説明の発話に、それぞれ分離していることだろう。作業療法士は患者の相談が一通り終了するまでは患者の発話を聞き、問題状況を理解しようとする。そしてその後、理解のために必要となる情報を獲得しようとする。患者は自己の問題状況を説明し、作業療法士の質問に答え、問題状況を明らかにしようとする。したがって作業療法士の発話は質問を繰り返し、患者は説明を繰り返すことになる。そしてこの相互行為は、評価が協働的に構築されるまで繰り返されているのである。これは確認の相互行為のパターンといえよう。

第3点目は、問題状況の相互行為の過程をもう少し、整理しておきたい。この過程は、時間の経過に従って段階的に構築されていっている。それは、それぞれ、「確認の相互行為—評価の相互行為—対応の相互行為」という過程である。そして3つの相互行為それぞれがまた、下位レベルで相互行為を形成している。

第4点目に、この相互行為が開始される時、まず、患者と作業療法士によって制度的秩序の枠組みを協働的に構築していることである。したがって、その後の相互行為は、制度的秩序の枠組みのなかで進行しており、質問と説明は、この枠組みのなかで生じた制度的な相互行為といえる。このデータの分析の冒頭で「先生—患者」というやや不明瞭な形でデイケアにおける秩序を示しておいたが、それは、その後の相互行為でどのようなリアリティが構築されていったのかを考え合わせると、「専門家（医療者）—患者」という秩序的枠組みであろう。ここでは、作業療法の専門家としてのリアリティは構築されていない。あくまでも、精神医学に限定しない医学的知識を有した専門家であり、胸の痛み知識があり、判断することができ、どうすればよいかのアドバイスも行いうることができる医療的専門家というものが構築されている。問題状況に志向した相互作用は、そこで適切なものとなり、そのような相互行為によってデイケアやデイケアによる病状管理が構築されているのである。

以上、制度的状況における問題状況に志向した相互行為の過程を見てきたが、次にその過程を整理し、相互行為の構造を呈示したい。相互行為の構造を示すことで、作業療法士と患者が協働的に何を構築しているのかが明確化されると思われる。

【デイケア作業療法における相互行為の構造】

確認・説明→解釈→理解→評価→対応

相互行為の構造とは、問題状況に志向した相互行為の過程を段階的に示したものである。相互行為の開始は、作業療法士の質問をきっかけにした場合と、患者の説明や呼びかけをきっかけにした場合がある。それを受けて進展していく相互行為は、問題状況の確認の段階に入る。これも両者の相づちや質問、説明と、その繰り返しのなかで達成される。次に解釈と記したが、これは確認の相互行為と並行して進んでいるといえる。次に両者の理解、さらに両者の評価が協働で達成される。それが終了すると、次の段階である対応が構築されていく。

この構造は、作業療法士と患者間だけでなく、スタッフ同士における問題状況に関する相互行為、つまり「ケースカンファレンス」等、あるいは患者家族および他専門職との情報交換で成立している相互行為にも適用できる構造であろう。

また、理解に関しては西阪の見解に従った。西阪はヴィトゲンシュタインやサックスを引用しながら、理解と解釈が異なることを示している。西阪によれば「『解釈すること』は、むしろ『理解できない』ときになされる」もので、理解はその場に適切な行為をすることによって示されるという（西阪、1997）。データを検証すると、「あっ」「あ:::そうか:::」といった発話が発話者の理解を示しており、理解と解釈は明らかに別の発話行為を示している。そのために、理解と解釈は異なるという見解を採用した。

この構造は、多くの場面で達成されているが、特に、作業療法士と患者の相互行為に限定した場合、診療過程における医師と患者の相互行為の過程に類似していないだろうか。宝月（1998）は、特に再診の場合の診療過程について分析し、診療過程は、「病状の判定—治療効果・影響の確認—検査・治療の指示—今後の診察予定の決定」の4段階を経ることが典型的な姿であると述べている。彼は、各段階で行われる医師の業務を具体的に挙げているので、下記に整理して示そう。

- 第1段階（「病状の判定」）：「患者の目下の病状の把握が主題」となり、検査結果の説明や触診、問診が行われ、患者との間で病状の共有化が試みられる段階。
- 第2段階（「治療効果・影響の確認」）：投薬が治療の中心である場合は、薬の効果の確認や副作用の防止、薬の継続の指示が行われる段階。
- 第3段階（「検査・治療の指示」）：新たな検査の指示（例えば採血や採尿）が行われ、新しい薬の使用や、薬の量の変更・中断などの治療方針についての説明や質問が行われる段階。病状が安定し順調な場合には省略される。
- 第4段階（「今後の診察予定の決定」）：次回の診療を取り決める段階。

宝月の分類は、3つの問題状況に関して行われる相互行為を、第1段階の「病状の判定」以降、時間の経過に従って配置したものである。したがって問題状況の分類を示すものであると同時に、それを時間的に配置し直したものである。このように診療過程では4種類の相互行為が段階的に生起するという。しかしながら、デイケアでは、3つの問題状況が同一の機会が生じるとは限らない。データからは、むしろ単発的に達成される傾向にある。

したがって、その点を考慮して、宝月の分類とは多少異なった呈示の仕方になっている。先の構造は、問題状況が1つ構築されるたびに成立する相互行為がどのような過程をたどるのか、という視点から、呈示されたものである。どのような問題状況であるかは問うていない。複数の問題状況の時間的経過も問うていない。相互行為の過程で、それが作業療法士と患者によって取り上げられ、確認され、理解され、評価され、対応されていく過程だけが示されている。しかしながら、このような一連の過程を経て、問題状況が対応へと結びついていく、つまり病状管理が構築されていくということこそが、診療過程に類似しているのだといえよう。

また、デイケアは、一般的には基本的な作業を介した治療法として認識されている。しかしながら相互行為の構造を見ていくと、それとは異なった、問題状況に基づいた病状管理を段階的に構築して

いることがわかる。

6 診療過程とデイケア作業療法

では作業療法士と患者で理解や評価を達成した後、どのような対応が構築されているのだろうか。上記のデータでは、受診は構築されていない。しかし、「またあったら教えて」ほしいという未来の指示が試みられている。

【データ 2 - 2】「2002. 5. 13. Mon. 健康チェック」

- 12 P 1 : 頓服を飲んでも昨日::、
 13 R : °OKOK、丁度いいぐらい° ((血圧測定の終わった P 3 に測定結果を伝える))
 14 P 1 : 前の日、頓服を飲んで眠って::、
 15 R : はい。
 16 P 1 : 4 時間しか眠れなくて::、
 17 R : はいはい。
 18 P 1 : 今日、あ昨日
 19 R : [頓服を飲んで:: 4 時間。
 20 P 1 : [頓服を飲んでも眠れなくて::、もう 1 錠飲んで::、12時から 2 時間しか眠れな
 21 : かったから::、2 時からずっと起きていますよ今日は::、(1.0) だから::/
 22 R : うん診察受けましょうね::。
 23 P 1 : 診察受けましたよ D 1 先生に::。

これは先に示した【データ 2 - 1】の続きである。line12ではまだ患者の説明が続いている。作業療法士は line13からわかるように、他の患者の血圧を測定している最中であるが、line13で声を小さくしているところから、当該患者の説明を聞き、促すのを優先していることがわかる。このケースのように、他の患者を測定しながら、複数の患者に薬の持参や診察の確認を行うことは、「健康チェック」ではよく見かけられる⁽¹⁴⁾。そして line19で「頓服を飲んで:: 4 時間」と声に出して確認し、line22では、先行する患者の発話に割り込む形で、受診することを明確に提案している。このケースでは、確認の相互行為をたいして経ておらず、患者の説明に相づちを打った程度で直ちに対応を提案する。それはなぜだろうか。ここには 2 つの医療的指標がリソースとして呈示されているからである。その指標は「頓服を飲んで」と「眠れない」である。眠れるか眠れないかは患者の精神状態を判断する基準として、医師からも用いられており、眠れなくなると、必ず症状が悪化するといわれている。デイケアにおけるほかのデータからも睡眠時間に関する確認の相互行為を数多く抽出することができる。その過程では睡眠時間や起床時間は何度もトピックとして取り上げられ、問題状況としては最も重要なものとして協働で構築されていく。また「頓服飲んで」も、確認の相互行為の過程でよく使用される表現である。たとえば上記の発話のほかに、「飲んで::↑落ち着く::↓」は作業療法士の定式化であるが、このように、頓服を飲んでの症状であるかどうかを協働で確認されていく。したがってこれら 2 つの表現は、医療的な指標ということができ、その 2 つの指標を用いた患者の説明は、それだけで十分意味をなす。患者の発話にはすべてこの指標がリソースとして用いられており、それにより、

自己の問題状況を客体化している。そして作業療法士による対応の提案である。line22は診察を勧めるといふよりは、断定的な指示に近いものであったが、患者は既に受診していることを表明した。この点でもこの患者はかなり医療化された患者であるといえよう。

以上データを見てきたが、臨時的な受診が、この場においては対応としては構築されなかったが、時間的なずれはありながらも実質的には協働で構築されていたといえる。したがって、診察に回して、医師に病状管理を委託することは、デイケアにおける対応の選択肢の一つであり、病状が悪化した場合の対応として構築されるものであるといえる。これに比べると、先の胸が痛いケースは、受診には至っていない。この病院は一般科の関連病院が隣接しており、かなりの診療科を網羅している。したがって身体的な問題も含めて受診は可能であるが、先のケースではそこまでの病状管理は必要ない程度のもので問題状況が構築されたと考えることができよう。

7 医療的患者の構築

最後に、患者が受診する場合はどのような相互行為が達成されているのかを見ていこう。次のケースは、当日が定期的な診察日にあたっていた患者のケースである。データは「健康チェック」の相互行為であり、診察の前に行われたものである。

【データ4】「2002. 4. 22. Mon. 健康チェック」

- 01 P 1: もう P 2 ちゃん測った? (2.0) 終わった?
- 02 P 2: 終わった。
- 03 R : 終わりました。
- 04 P 1: ふ::ん。
- 05 R : P 1 さんがもお::、だいぶ前から来られてるから::、hhP 1 さんを先に hh。
- 06 P 1: [hh すんませんねえ。
- 07 N : [P 1 さんは↑、 今日↑、診察だよな?
- 08 R : そうですねえ、P 1 さんは↓
- 09 P 1: 今日、診察 [です。
- 10 N [診察だね?
- 11 R : (1.0) どうですか? お薬が変わって (1.0) 2 週間 [()
- 12 P 1: [うん、たいして変わりな::いみ
- 13 たい。
- 14 R : 変わらないみたい?
- 15 P 1: でも、朝、楽 [ですよ↑ ん::
- 16 R : [朝楽? 朝::↑、楽になりました? あ::n よかった↑。
- 17 R : それをじゃあ、先生に::
- 18 P 1: あっ、言うん (で)
- 19 R : うん、言ってみないといけないですね::。
- 20 P 1: はあ
- 21 R : 変わって初めてでしょう? 診察は

- 22 P 1: はあ
 23 R : (3.0) リラックス。
 24 P 1: リラックス。
 25 R : P 1さんちょっと血圧が高いからリラックス。

line 7-10で当日が診察日であることについての確認の相互行為が終了すると、line11で作業療法士は薬のトピックに文脈を変更する。この発話から、この患者には前回の診察で薬の変更が行われていることがわかるが、その効果を確認する相互行為が成立している。患者はまず、line12、13で「たいして変わりな::いみたい」と効果を否定するのであるが、作業療法士の質問に、「朝、楽」と肯定する。作業療法士はその発話をまた質問し、患者の確証を獲得し、それに対して「よかった」という評価の付与を行っている。作業療法士はその後、line17でまた文脈を変更し、状態が改善したことを医師に伝えるようにという対応を提案し、患者の承認を獲得している。そしてline21ではその根拠も示し、患者の承認を獲得している。ここに受診する場合の対応が構築されているといえる。

患者は、line18の「あっ、言うん(で)」という発話により、驚きとともに、質問する。このことから、患者はそれまで、医師に薬の効果を伝えることには気づいていなかったということが理解できる。したがって、作業療法士の提案は、患者に、その情報を医師にフィードバックすることの必要性を提案するものとなる。このことから、診療過程に対するデイケアの位置づけ、あるいは医療組織におけるデイケアの位置づけが読みとれる。つまりデイケアでは、診療過程に先がけて、診療過程に対し、患者は何を認識し、何を行わなければならないかを、呈示し、その承認を得たということである。患者はそれまでは薬の効果を考えておらず、それを医師に伝えることの必要性も感じていなかった。病状管理の点からは、このような情報は医師に伝えた方が、より適切な管理を受けられるだろう。

したがって、このデータで明らかになったことは、医師との診療過程に備えて、それまでの患者の個人的な解釈を、医療的な解釈のなかに組み込み、診察を受けるにふさわしい患者を作り出していく過程である。この点において、デイケアは、医療組織において、診療過程への準備段階として機能し、医療的な患者を構築しているといえよう。

8 結論

本論文では、デイケアのなかから、会話を主体とするプログラムの1つである「健康チェック」を対象とし、そこで成立している相互行為の過程を分析した。それにより、ストラウスや宝月の「病の軌跡」における問題状況の管理（社会的コントロール）という視点に依拠することにより、デイケアにおける病状管理の性格と構成が次のような点で明らかになった。

まず第1に、デイケアにおいては、作業療法士と患者が、身体的精神的な問題状況に志向した相互行為を行っており、相互行為の過程では、問題状況への志向に基づいた確認・説明が適切なものとして受け止められ、実践されていた。この相互行為の実践は、「健康チェック」においてだけではなく、デイケアの他のプログラムでも見いだされており、問題状況に志向した相互行為が、つまり問題状況の管理の相互行為が、デイケア自体を構成しているといえる。

第2に、問題状況に志向した相互行為の過程が、制度的秩序の枠組みを構成し、それがさらに相互行為を適切なものとして協働的に成立させていたこと。相互行為の過程は「確認・説明—解釈—理解

「一評価—対応」という時系列的諸段階に構造化されており、各段階でも協働的に構成される。そしてこの一連の構造は、診療過程と類似した相互行為の過程であったこと。

第3に、問題状況の管理という観点から、受診という対応が選択肢の1つとして存在し、その達成もまた、作業療法士と患者によって協働的に構築されていたこと。

最後に、患者が受診する場合には、どのように受診すればよいのかの提案と承認の過程で、医療的な患者が構築されていた。患者は作業療法士の働きかけに応じ、その（治療的）助言に沿うかたちで発話遂行がおこなわれていた。その点で、デイケアは診療過程に対する準備段階としての機能をになっていることが明らかになった。

以上の4点であるが、これらはすべて問題状況の管理という観点で相互に関連している。精神障害を慢性病としてとらえ、「病の軌跡」で生じる問題状況の管理という医療行為の実践をとらえる視点を採用することによって、作業療法士と患者の相互行為の過程は、その段階ごとに、病状とその管理を構成していることを、理解することができる。デイケアとは、一般的には患者が作業を介して精神の安定を図ったり、作業能力を高めるものと認識されている。しかしながら、参与観察およびディスコースを分析することにより、実際には医療組織のなかで、特に診療過程と強く関連を持ちながら、病状管理の機能を果たすように構成されており、それは患者自身が協働することを通して疑うことのないリアリティをもたらしている。しかし、作業療法士は会話を通して、患者がどのように振る舞い、何を医師に告げるべきかを間接的に指示している。デイケア作業療法そのものが、患者の問題の医学的制御として構成される。このような能動的で協働的なリアリティは、これまで精神医療に指摘されてきた「収容主義」や「薬漬け」といった実態とはかけ離れた、通常の医療機関としての姿で見られる一般的な治療の現場を構成する。もちろん問題状況に対する対応も、診療過程と関連づけられるものばかりではない。デイケア独自の病状管理（対応）をはじめ、病棟作業療法、さらには医療組織のなかで、診療過程以外の他の専門部門、特にケースワーカーなどとの関連した対応の分析もまた重要であり、これはまた別の機会に行っていくつもりである⁽¹²⁾。

附表. トランスクリプトで使用された記号

- [] 複数行にまたがる角括弧：参与者たちの言葉が重なっていることを示す。重なり終わる箇所は示されないこともある。
- = 言葉と言葉の間、もしくは行末と行頭におかれた等号：途切れなく言葉もしくは発話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。
- (数字) 丸括弧で括られた数字：その数字の秒数だけ沈黙のあることを示す。また、ごく短い間合いは「(.)」という記号で示される。
- : : コロンの列：直前の音が延ばされていることを示す。
- ? 疑問符：語尾の音が上がっていることを示す。
- 「。」 句点：語尾の音が下がって区切りがついたことを示す。
- ↑ 上向き矢印：音調が極端に上がっていることを示す。
- ↓ 下向き矢印：音調が極端に下がっていることを示す。

- hhh hの列：呼気音を示す。
- ・ hhh 直前にピリオドを伴うhの列：吸気音を示す。
- _____ 下線：当該箇所之音が大きいことを示す。
- ° ° 上付きの丸：これで囲まれた箇所之音が小さいことを示す。
- < > 内開きのギョメ（アングルブラケット）：括られている箇所之速度が遅いことを示す。
- > < 外開きのギョメ：括られている箇所之速度が速いことを示す。
- (()) 二重丸括弧：そのつど必要な注記であることを示す。

註

- (1) この点に関しては、ゴッフマンが「集団内的役割分化 (intragroup role differentiation)」という視点で、上級職員と下級職員之業務や権限之配分について述べている。医師之役割もまた社会統制とみなしているのだが、看護師を、医師之社会統制之實質的な担い手として描いていたり、医師へ之報告之場面における看護師へ之権限委譲についても触れている。看護師之報告に関しては、「これら行動上之所見之多くは医師に報告されるが、多く之場合、医師は看護師之判断を支持するだけである」と之記載がある。「下級之職員之存在こそ、被收容者之憎悪が上級職員に向けられる之を防ぎ、被收容者之一員が（下級之職員之防壁を）突破して上級之職員之誰かと接触したときに、この上級職員が母方之叔父風之親切 avuncular kindness さらには様々之特別扱い dispensations さえ（その被收容者に）与えることができるようにするものである」という「道徳的分業」之指摘もある（ゴッフマン 1984）。
- (2) カルテを見ると、記録はしていないが、4回程度は普通であるという印象をもった。多い患者では、7、8回、なかには13回という患者もいる。
- (3) 帳票として「作業療法処方箋」がある。また作業療法之継続・中止など之連絡用に「作業療法指示・連絡箋」がある。
- (4) たとえば、「出席者人数」は「15/7」のように記載される。これは1回目之到着者が15名、2回目が7名ということを示している。ある病棟だけに限っても、エレベーターには参加者全員が乗り切れないため、2回に分けて搬送するが、1回目之到着者と2回目之到着者をそのまま忠実に記載する。
- (5) 参加目標は、長期目標では(1)閉じこもり予防、(2)社会復帰、(3)その他（自由記載）が、短期目標では(1)対人関係之改善、(2)作業能力之改善、(3)自信之回復、(4)生活之リズムをつくる、(5)社会適応性を養う、(6)生活技能之向上、(7)自己管理能力之改善が、選択肢として記載されている。
- (6) 診療報酬点数は患者一人あたり1日6時間を標準としているので、書類上はこう記される。
- (7) 看護師之プログラムは、自己之家族についてスタッフも含め全員が発表するというもので、かなり道徳的な内容であった。これには看護師自身がそのような発言をするため、後に続く患者やスタッフらがそうならざるを得ないといった印象がある。栄養士之プログラムは、「胃がんを防ぐ」等之テーマに設定されており、精神障害に限定したものではない。心理士之プログラムは、「よりよい生活のために」というテーマのもとに行われ、基本的にグループ活動である。「夏を連想するもの」を挙げさせる、なぞなぞを出題して答えを発表させる、また院外活動（バス・ハイク）を行うに当たり、患者による場所之選定や電話による必要事項之確認之訓練を行うプログラムなどがあった。したがって、訓練という学習的な側面もある一方で、気楽で娯楽的な雰囲気の中で行われていることも多い。ただし、それでも患者之能力は評価され、「個人治療経過記録」に記載されている。また、場所之選定では、患者主体之決定のように思われるが、決定過程之一部に参加するだけであり、實際之決定はス

- スタッフがやっている。これは作業療法上によるプログラムでも同様である。自己決定権のなさ、自己決定権付与へのためらいが、精神障害の特徴であると思われる。
- (8) 秋葉(1999)は一对一の相互行為が行われることを重視し、次のように述べている。「考えてみれば、生徒の個別の経験に即した教師と生徒の一对一のやりとりが日常的に行われている場所は保健室のほかにはないだろう…一般的には、個々の生徒は、構造的にクラス集団に埋め込まれた存在なのである」。
- (9) 薬の副作用として口渴があり、精神障害者は多量に水分を摂取する傾向にある。そのために頻繁にトイレに行くが、「最近の出来事」では、そのたびにスタッフにその旨、伝えなければならない。退席の際にスタッフの許可が必要であることは、デイケアを初めて参加する患者とその家族に渡されるプリントに記載されている。
- (10) 作業療法に配属された看護師は、看護部の認識と異なり、作業療法士の補助的な役割でもって自己を同定している。したがって業務において主導的な役割を果たしているのはいつも作業療法士であり、患者との相互行為も、作業療法士を相手としたものがほとんどとなる。
- (11) 複数の患者に対応しているからといって、作業療法士が患者の説明を聞いていないことにはならない。血圧測定を看護師と交代して、確認—説明の相互行為に入っていくこともある。
- (12) 【データ1】【データ3】および注7)を参照。また本稿では、佐藤哲彦が指摘するような「医療研究としての意義」につながるような「特定の病気特有の相互作用過程」(佐藤 2003:47)については、あまり明瞭な形で呈示していない。そのことについても改めて視野に入れて考えていく必要があるかも知れない。

文 献

- 秋葉昌樹、1999、「保健室のエスノメソドロジー」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。
- Burr, Vivien, 1995, *An Introduction to Social Constructionism*, London: Routledge (= 田中一彦訳, 1997, 『社会的構築主義への招待』川島書店。)
- Goffman, E., 1956, *The Presentation of Self in Everyday Life*, New York: Doubleday Anchor. (= 1974, 石黒毅訳『ゴッフマンの社会学1 行為と演技—日常生活における自己呈示』誠信書房。)
- , 1961, *Asylums: Essays on the Social Situations of Mental Patients and Other Inmates*, New York: Doubleday Anchor. (= 1984, 石黒毅訳『ゴッフマンの社会学3 アサイラム—施設被収容者の日常世界』誠信書房。)
- Heritage, J., 1985, "Analyzing News Interviews: Aspects of the Production of Talk for an Overhearing Audience," Teun A. Van Dijk ed., *Handbook of Discourse Analysis volume3: Discourse and Dialogue*, London: Academic Press. 95-117.
- 宝月誠, 1998, 『社会生活のコントロール』恒星社厚生閣。
- 宗像恒次, 1984, 『精神医療の社会学』弘文堂。
- 佐藤哲彦, 2003, 「医療的相互作用過程の質的分析について—『病の軌跡』コントロール様式のディスコース分析」日本保健医療社会学会論集, 第14巻1号。
- 西阪仰, 1997, 『認識と文化13 相互行為分析という視点—文化と心の社会学的記述』金子書房。
- シェフ, T. J. 著, 市川孝一・真田孝昭訳, 1979, 『狂気の烙印—精神病の社会学』誠信書房。
- スミス, D. 著, 山田富秋・好井裕明・山崎敬一編訳, 1987, 「Kは精神病だ—事実報告のアナトミー」『エスノメソドロジー—社会学的思考の解体』せりか書房, 112-116。
- Strauss, A.L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser, B. G., Maines, D., Suzcek, B. and Wiener, C. L., 1984,

Chronic Illness and The Quality of Life (Second edition), Saint Louis: The C. V. Mosby Company. (= 1987. 南裕子・木下康仁・野嶋佐由美訳. 『慢性疾患を生きる－ケアとクオリティ・ライフの接点』医学書院.)

Strauss, A. L., Fargerhaugh, S., Suczek, B. and Weiner, C., 1985, *Social Organization of Medical Work*, Chicago and London: University of Chicago Press.

高橋涼子, 1999, 「精神医療」進藤雄三・黒田浩一郎編『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社.

———, 2001, 「権利擁護 (アドボカシー) の課題と展望」第74回日本社会学会大会報告原稿.

好井裕明, 1999, 「制度的状況の会話分析」, 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, 36-37.

The Social Interaction in Day Care for Psychiatric Outpatients : A Case Study in Japan.

HAYASHIDA Yasuko

This article explores what the social interaction accomplishes membership reality in the day care of the occupational therapy for psychiatric outpatients. The day care is different from ordinary occupational therapy in hospital. By comparison with the occupational therapy for inmates, the one for outpatients is consisted of more conversational interactions. And the approach of discourse analysis contributes that the day care is constructed as practices to control of "illness trajectories", through the chronological interactive process between occupational therapists (OTs) and patients. The physical and mental problems that patients have, are constructed as a socially negotiated reality through the process. The patients realities that are embraced in the interactive process are constructed as collaboration between OTs and outpatients . But OTs indicate indirectly how the patients should behave and what the patients should inform the doctor. The conclusion is that the day care itself is constructed as the one having the medical control of patient's problems.