

会話の優先的な構造が参与者にもたらす影響 — 模擬医療面接場面における学生の「情報提供」に注目して —

協 忠 幸

1 はじめに

近年、医療現場において、コミュニケーションの重要性とコミュニケーション教育の必要性が説かれるようになってきた。この背景には、「患者が医療の主人公」（進藤・黒田 1999）という考え方がある。この考えの広がりや、「優れた人間性を持つ医師（医療者）」という社会的な要請を生み出し、医療現場や医療者の教育に大きな影響を与えている。

医歯学教育においても、OSCE（Objective Structured Clinical Examination；客観的臨床能力試験）の導入など、良好な医師－患者関係への意識は着実に高まっている。

しかし、医師に向けられた「優れた人間性」や『『人間同士の』『兄弟のような』『先生と患者の関係を越えた』関係』（西垣 2005）という期待に応えるためには、一体どのような点に留意すれば良いのだろうか。また、理論的側面からの考察をコミュニケーション教育へどのように反映させればよいのだろうか。

2 目的

医療コミュニケーションにおける医師－患者関係を考えた時、目指されるのは当然ながら良好な関係であろう。「良好な」医師－患者関係がどのような状態を指すのかについては、いくつかの考え方ができるだろうが、ここでは「患者の満足度の高さ」を「良好さ」の指標として捉えることとする。

では、医師－患者間のコミュニケーションにおいて、どのような要素が患者の満足度と関連しているのだろうか。中川（2001）によると、以下の表に挙げる要素がそれぞれ正負の影響をもたらすという。

なお、表は中川（2001）をもとに協が作成したものであり、その際、正負の影響が定まっていないとされるものは省いた。

今回は、この中でも「医師の情報提供量の多さ」と「医師が自発的に説明をすること」に注目し、どちらも医師の「情報提供」として広く捉えて考えてみたい。

表からも明らかのように、医師が患者に対して、治療方針や用いる薬などについて適切に説明し情報を提供することは「良好な」関係を築く上で重要な要素である。さらに、先

表 患者満足度に関するコミュニケーションの要素

	満足度を高める	満足度を低下させる
医師の対人関係的な態度	<ul style="list-style-type: none"> ○医師の温かな態度 ○患者の個人的な問題・関心事・心配事に対する医師の配慮 ○患者を一人の人間として医師が尊重すること ○医師の熱心な態度 ○医師の共感的な態度 ○医師の親しみやすい態度 ○医師が患者の不安や悩みなどの精神的苦痛を軽減すること ○人間的に好感をもてる医師であること ○非医学的な会話をする 	<ul style="list-style-type: none"> ×医師の脅威的態度 ×医師の支配的態度 ×医師の能動的態度 ×医師の権威的態度 ×診察中の医師と患者のネガティブな感情の表出 ×医師が医学用語を使用すること
医師の情報提供・情報収集	<ul style="list-style-type: none"> ○医師の情報提供量の多さ ○医師が自発的に説明をすること ○医師が予防的ケアについて話をする 	<ul style="list-style-type: none"> ×医学的な問題に関して患者に質問すること ×患者のカルテを見る（時間が長いこと）
その他	<ul style="list-style-type: none"> ○非言語的の手がかり（表情・視線・姿勢・声の調子など）を通して、自分の感情を表現したり、他人の感情を解読したりする能力が高い 	

行研究では、治療に関する情報や決定の場の共有を求める患者の姿が報告されており（中川 2001、西垣 2005、和田・前田 2001）、適切な説明を含めた「情報提供」は医師に望まれる行為だと言える。

また同時に、医師による「情報提供」の不足で、医師－患者関係が問題を抱えてしまう事例も報告されている（藤江・山崎 2000、和田・前田 2001）。

以上、先行研究が示すように、医師の「情報提供」は、その必要性にも拘らずまだ不足が見られる医療コミュニケーション上の課題の1つである。

そこで本論では、学生と模擬患者（Simulated Patient；以下、SP）による模擬医療面接場面を取り上げて、学生の「情報提供」不足を招く原初的な背景を考察する。学生の発言を分析対象とすることで、医療コミュニケーション教育への貢献も視野に入れることができるだろう。

なお、模擬患者とは、「本物の患者にそっくりの演技ができるように訓練された者」（坂本 2003）のことであり、1990年代後半から医歯学教育の現場に登場し、現在では教育・訓練に欠かせない存在となっている。SPを相手とする模擬医療面接は、学生はもちろん、現役の医療者に対しても活用されており、その教育的効果も高く評価されている（小川・田口ほか 2000、福本・村上 2004）。

3 資料と方法

使用するデータは、2005年5月に広島大学歯学部で行われた模擬医療面接（5年生医療コミュニケーショントレーニング）を文字化した談話1～15（面接7分、フィードバック2分、15人分；男子学生6人、女子学生9人）を用いた。

当日は、まず7分間の模擬医療面接が行われ、終了直後にその場でSPから学生へ感想や意見が伝えられた（フィードバック）。なお、筆者は面接の現場に立ち会い、非言語行動の記録やSPへの簡単なインタビューを行った。

また、このデータにおけるSPは女性で、SPとなるのはこの日が初めてということだった。彼女には、事前に「患者」の情報や設定が書かれた「シナリオ」が渡されており、当日それをもとに「演じる」ことが要求される。なお、学生とSPは、机を挟んで向かいあう形で椅子に座っていた。

談話資料に用いる記号については以下の通りである。

【談話資料において使用する記号について】

D 医師。この場合は学生。

SP 模擬患者。

1D/1SP それぞれの発話につけられた番号。一回の発話につき番号を付す。ただし、相手の1回の発話中に行ったあいづちは全て同じ番号として数える。

[] 2人のことばが重なっていることを示す。

： 延ばされた音を示す。

= 異なる話し手の2つの発話が途切れなく続いていることを示す。

() 何かことば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) そ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。

? 上昇調であることを示す。

(笑) 笑い混じりの発話。もしくは笑い声そのものを示す。

(※) 非言語行動など、筆者による補足。

4 分析と考察

4.1 学生の「情報提供」不足

今回のデータを「情報提供」という点から見ると、全ての学生に「情報提供」不足が見られた。特に、自らの発話の意図に関する説明が不足していた。つまり、SPに対し

て「自分は何が知りたいのか」「なぜこの質問をするのか」ということの説明がなされていないのである。

もちろん、そのような説明が皆無というわけではない。

(1)→123D: あ、はい、それですすねその検査をする方にあたりまして

124SP: はい

→125D: あの：お薬も、お渡し、することになると思いますので

126SP: はい

127D: お体の状態とかを聞かせていただきたいんですよ：

128SP: はい

(談話 5)

(2)→127D: あとは：、え：と：、あの歯科に、え：と：歯医者さんに行った時に

128SP: はい

(談話 1)

(1)では、学生が127D「お体の状態とかを聞かせていただきたい」と考えている理由を、123D、125Dで事前にしっかりと述べている。質問の意図がどこにあるのか、あるいはどんな治療が行われようとしているのかを説明しないことは、医師－患者関係に悪影響を及ぼしかねない(藤江・山崎 2000、和田・前田 2001)。

また、この発話の背景には、「お体の状態」という相手の私的領域に踏み込むことへの配慮も想定できよう。「お体の状態」を話題にする理由や自らの意図を表明することで、相手のネガティブ・フェイス(他者に邪魔されたり、立ち入られたくないという欲求)に対する配慮が示されうる(Brown & Levinson 1987)。ここでは、学生が、患者の私的領域に踏み込める医師の「特権」(パーソンズ 1951)ではなく、近年「医師」に要求される「優れた人間性」や「『人間同士の』『兄弟のような』『先生と患者の関係を越えた』関係」(西垣 2005)といった対人関係的な側面を意識していることがわかる。

(2)は、学生が、自身の127D「歯科」という発話を「歯医者さん」と「自己修復」(self-correction; Schegloff, Jefferson & Sacks 1977)している例である。「歯科」という用語が「患者」にとってわかりづらいと考えたのであろう。そこで「歯医者さん」という、相手にとってより日常的だと思われる表現にして、自分の発話にメタ的な説明(「自分が言いたかったのは『歯医者さん』のことです」)を加えたと考えられる。

この「歯科」という表現について、SPは談話10のフィードバックにおいて次のように述べている。

専門用語が多かったように感じた。「全身疾患」「臼歯部」というのはちょっとピンとこないし、「歯科」というの、私たちは「歯医者さん」と言うので、耳慣れない言葉が多か

ったように感じた。

このように、SPは「歯科」を「耳慣れない言葉」だとして、身近な表現である「歯医者さん」を挙げている。ここから談話1での学生の判断は適切であったことがわかる。

しかし同時に、全ての学生が、SPに質問されて初めて説明を加えたり、あるいは全く説明がないまま会話を進めたりする「情報提供」不足を犯している。「情報提供」不足が最も顕著な談話14を例に、その実態を確認する。

(3) 42D: あそれ：は、そのかぶせてある歯っていうのは

43SP: はい

44D: 以前治療されたんですよね：

(1.0)

45SP: です、ね：＝

46D: ＝それいつ、ごろ＝

47SP: ＝いや憶えてないんです＝

48D: ＝あ：

49SP: はい

50D: もう10年ぐらい前ですかね

51SP: ん：それもよく憶えてなくて、はい

(11.2)

52D: え：と：

(11.4)

→53D: え：今まで、歯の治療をされたことがあると思うんですけど：、その時に麻酔とかかってされたことありますか

54SP: う：ん、憶えてないですね：

55D: あ：、最終的に、歯の治療されたのって、憶えてないですかね：

(4)→55D: あ：、最終的に、歯の治療されたのって、憶えてないですかね：

56SP: 最終的

→57D: はい

58SP: 最〔 終的というと 〕

→59D: 〔 今日、ここに 〕、来る、前に、〔 来ら 〕れた時っていうのは

60SP: 〔 はい 〕

(5) (5.2)

98D: と

(2.2)

→99D: 保険、内保険外、があるんですけど:

(3.2) (※「あと2分ぐらいです」の声)

→100D: あの:ど、ちらがよろしいですかね

101SP: はあ

(2.4)

102SP: 治していただく:のにですか?

103D: はい

(3)では、過去の治療歴の話から、長い沈黙を挟んで突然麻酔についての質問53Dがされる。そして会話はそのまま過去の治療歴へと再び戻り、結局「何故麻酔について質問したのか」は説明されない。他の学生の談話を見てみると、麻酔に関する質問の意図は「麻酔へのアレルギーの有無」であることが推測できる。

(6)→115D: =その際にその、麻酔の注射を経験されたことはありますか?

116SP: (吸気音) ん:、よく憶えて [ないん:です] けど:

117D: [憶えてないですか]

→118D: はあ、その際に何かその:、ちょっと、んか、なんかすごく動悸がしたとかドキドキしたとか、 [そう] いったことで大変だったことはありますかね:

119SP: [ん:] (談話4)

(7)→85D: 以前、あの:歯医者で、あの多分麻酔うたれてると思うんですけど=

86SP: =ん:=

→87D: =あの:その時気分悪くなったりとかはして、ないですか

88SP: ん:、 [記憶にない] んで

89D: [憶えてない] (談話9)

だが、(3)のように、(6)の118D「なんかすごく動悸がしたとかドキドキしたとか」、(7)の87D「その時気分悪くなったりとか」を尋ねないままでは、単に「麻酔経験の有無」を尋ねたことにしかならない。もしかすると、SPが54SP「う:ん、憶えてないですね:」という曖昧な応答をしたことから、麻酔経験の記憶を明確にすることが麻酔へのアレルギーの有無を確定することにつながると考えたのかもしれない。

しかし、結局のところ、談話14では麻酔へのアレルギーの有無を聞き出すことはできて

いない。治療上必要な情報だと判断して質問したはずなのに、何故そのまま聞かずに済ますことができたのだろうか。その理由として、この学生が本当に必要だと思っていたのは、「麻酔へのアレルギーの有無」という具体的な情報よりも、むしろ「麻酔についての話」そのものだったということが考えられる。

このことは、当日の学生が何を目指し、そのために何を必要としていたのかを考えることでより明確になってくる。当日の学生たちにはいくつかの「行動目標」（詳細は後述）が設定されていた。その中には「口腔現病歴の聴取を実施する」「全身病歴の聴取をする」という項目もあり、それまでの指導もこれらの項目に沿ったものであった。

つまり、学生は、教員から期待されている「医師」像を認識していたのである。これは、学生が模擬医療面接当日の「正解」を認識していたとも言えるだろう。談話14においても、学生は「正解」である「医師」のふるまいを目指していたと考えられる。

であるならば、(3)で学生が必要としていたのは、「行動目標」の「口腔現病歴の聴取を実施する」「全身病歴の聴取をする」という項目の達成であろう。

学生はまず53D「麻酔とかかってされたことがありますか」と、「麻酔についての話」という「フレーム」(frame; Goffman 1974)注¹を提示し、その下での相互行為を通して「麻酔についての話」という「状況の定義」(definitions of a situation; Goffman 1974)注²を行っている。こうすることで、学生の「いま・ここ」という主観的な「現実」には「麻酔についての話」という状況が存在することになる。もちろん、それはSPの反応に依拠するものだが、ここでは54SP「う：ん、憶えてないですね：」と学生のフレームを脅かすような発話はされていない。

この一連の相互行為により、学生は「行動目標」の一部を達成したと考えたのであろう。そして、治療にとって必要な「麻酔へのアレルギーの有無」という情報は、学生にとって必要な「麻酔についての話」という状況の前では不要となり、「情報提供」の不足が起きたのだと考えられる。

このように、(3)の背景には、学生の自己満足にも近い理由が考えられる。だが、もし学生がSPの立場に立って会話をしていれば、唐突な展開や発話の意図の不明瞭さが自覚できたはずであり、会話内容は変わっていたであろう。相手の視点を取得できずに、自分の発話を客観視できていないことが「情報提供」不足の原因の1つであると考えられる。

次に(4)は、SPに促される形で説明を加えた事例である。学生が「最後に」という意味で「最終的に」という語を使っている。実は、観察者としてその場にいた筆者は学生の発話の意図がすぐに理解できなかった。56SP「最終的」、58SP「最終的という」とから、筆者同様SPもすぐに学生の意図を理解できなかったことがわかる。

しかし、当の学生は、57D「はい」でわかるように自分の発話の違和感に気づいていない。これは両者の間にフレームのずれが生じていると考えられる。学生は「最近の歯の治療経験について」というフレームに基づいて発話しているが、SPはフレームをうまく構

成できていない。SPは、56SP「最終的」と学生の発話の一部をくり返すことで「質問—応答」の隣接ペア^{注3}を完成させず、学生にずれの発生を示している。だが、学生は、くり返しによる「確認」という側面（牧野 1980）へと推論を働かせてしまい、57D「はい」と発話したのである。

このフレームのずれ、つまり「自分の発話の意図は伝わっている」という学生の思い込みが解消されるのは、58SP「最終的という」というSPの促しによってである。これも(3)と同様、相手の視点を取得することで自分の発話を客観視できていれば、少なくとも56SP「最終的」の時点で説明を加えられたはずである。

また、実際の診療では、患者がSPのように質問したり説明を求めたりするとは限らないであろう。患者は医師に対して質問しづらく、不十分な理解でも同意してしまう傾向にあると言われているからである（藤江・山崎 2000、佐伯・日下 2000）。医師には、患者側の負担にならぬよう適切な「情報提供」を行い、患者が質問しやすいように「開かれた質問」（Open ended Questions/Open Questions）を効果的に使用することが望まれる。

(5)は、「情報提供」不足の最も顕著な例である。98D「と」を挟んで沈黙が続いた後、99D「保険、内保険外、があるんですけど：」はあまりに突然であり、説明のないまま100D「あの：ど、ちらがよろしいですかね」と選択を迫られても、相手は判断ができるわけもない。101SP「はあ」という反応や、102SPまでの約2秒の間、102SP「治していただく：のにですか？」という質問から、SPの戸惑う様子が伺える。

しかし、学生本人は、(4)と同じようにSPから質問されるまで「自分の発話の意図は伝わっている」と思い込んでいるようだ。これも視点取得ができていないことでフレームのずれが発生していると考えられよう。

また、談話14におけるフィードバックでは、SPから『「保険内保険外」のところが単語を並べられているだけの印象で、それに関する説明がほしかった。他のところに関しても『ボンボンボンと聞かれる』という印象があって、『これは何の為に聞かれるんだろう』という思いが湧いてきた。もう少し説明が欲しい』という指摘がされている。これは、SPも学生の「情報提供」不足を感じていたということであり、同時にこのことが患者満足度や医師—患者関係に及ぼす悪影響を確認できる。

以上のように、学生が犯す説明不足の背景には、自己満足的な会話展開や「伝わっている」「わかるだろう」という思い込みがあり、それらは相手の視点取得ができていないことに起因すると考えられる。相手への配慮が見てとれる(1)や、自分の発話を客観視していた(2)が、「情報提供」を怠っていないこともこの考察を補強してくれるだろう。

また、これらは「今何について話をしているのか」「今はどういった状況なのか」という「状況の定義」を組織化するフレームのずれに関する問題でもある。

確かに、このずれはすぐに2人の関係（模擬としての「医師」と「患者」）を解体するわけではない。ずれが生じた瞬間もなお「模擬医療面接」というフレームは一致しており、

2人の「いま・ここ」という主観的な「現実」には「模擬医療面接」という状況が存在しているからである。もしこのフレームまでずれているなら、どちらかが「医師」あるいは「患者」であることを止めるはずである。

かといって、その時々フレームのずれを考慮せず自分の意図の解釈を相手に完全に委ねることは、医療コミュニケーションにおいて大きな問題になりかねない（藤江・山崎 2000、和田・前田 2001）。フレームのずれによる「情報提供」不足は、やはり課題の1つとして認識すべき事象であろう。

4.2 学生の「情報提供」不足の背景

4.1では、学生の「情報提供」不足の例を分析し、それが視点取得の未達成によるフレームのずれに起因するのではないかと考えた。ここでは、その背景について2つの観点からもう少し考察を深めてみたい。

4.2.1 フレームと会話の優先的な構造

Goffman (1974)によれば、フレームは相互行為を通して常に微調整され、変化し、時には破綻する。それはそのまま会話の参加者が行う「状況の定義」に影響を及ぼす。つまり、会話の参加者における「状況」や「現実」というのは、他の参加者との相互行為によって構成されるということである。

しかし、このことが日常生活において意識されることは少ない（山田・好井 1998）。ゆえに、自分の抱える「状況」や「現実」が他者と共同構成されるものだと気づかずに、他者の視点を無視しフレームにずれが生じることはある。だが、それは自分自身や他の参加者によって調整・修正されるよう秩序立っている（Goffman 1974、Schegloff, Jefferson & Sacks 1977）。

それにも拘らず、今回のデータでは、学生全員が談話14のようにフレームのずれに気づかず会話を続けてしまっている。このような「フレームのずれに気づきにくい」という参与の状態を可能にするものは一体何であろうか。

大瀧（2002）は、医師－患者間の会話構造の特徴として、基本的に「質問－応答」の連鎖によって構成されていることを指摘している。医療面接のテキストを見ても、医師－患者間の会話は基本的に医師の質問によって展開していることがわかる（斎藤2000、向原2006）。

今回のデータも、冒頭の挨拶以外は基本的にこの連鎖で構成されている。

(8) 01D: こんにちは

02SP: こんにちは

03D: え：本日担当させていただきます〇〇（※苗字）です、よろしく申し上げます

04SP: よろしくお願ひします

05D: タカハシマサコさん、でよろしいですよね＝

06SP: ＝はい、そうです

(1.0)

→07D: えっと今日は、いかがなさいましたか？

08SP: はい、え：と：にさん日（※右手で右頬を触る。以下54SPまで）前からなんですけど
(談話7)

(8のように、「挨拶」「名前確認」という流れの中で、07Dでの質問により「病状を聴く」という医療面接の核心部分へと展開していく。07Dの直前にわずかな間があることから、この「質問」という行為がそれまでのいわば「プロローグ」と「本編」を分ける標識になっていることがわかる。その背景には、「質問－応答」という連鎖に付与された、医師－患者間の会話「らしさ」が考えられる。

これらのことから、医療面接において、この連鎖が規範的で好ましい構造、すなわち優先的 (preferred)^{注4}な構造であると言えよう。それとは逆にこの連鎖から外れるということは、非優先的 (dispreferred)^{注4}な構造だと言える。

このことは学生にどのような影響を与えるであろうか。学生にとって、「質問－応答」の連鎖は模擬医療面接での規範そのものであり、SPや教員から期待される「医師」らしさも重なるであろう。

つまり、模擬医療面接という状況にいる学生には、この連鎖が「医師」を演じる上での重要な手続きの1つなのである。たとえその時々フレームにずれが生じても、「医療面接」らしさや「医師」らしさを担保するこの連鎖さえ続けていけば「模擬医療面接」という状況は保つことができる。事実、(3)(4)(5)のようなフレームのずれを抱えながらも、談話14の学生とSPは最後まで「医師」と「患者」を演じきっている。

ここで、実際に学生が「質問－応答」連鎖という優先的な構造に対してどのような意識を持っていたのかを確認しておきたい。その手がかりとして、フィードバック時の学生の発話に注目する。

フィードバックでの学生の発話を聞くと、口々に「緊張した」と述べている(15人中9人)。そんな緊張の中、学生たちは何を考えていたのだろうか。まずは少数意見から見ていこう。

- ・「ズギズギ痛むということで急いでやらなきゃいけないと思った」(談話4)
- ・「「若者ことば」で話してはいけないと思ったので言葉がうまく出てこなかった」(談話10)
- ・「うまく表現できず、もどかしかった」(談話12)

このように、相手の状況を気遣ったり（談話4）、自らの表現やスタイルに気を配っていたり（談話10・談話12）、という相手の立場に立った姿も垣間見える。しかし、他の多くの学生は次のように述べている。

- ・「次に言う言葉が思い浮かばなくて、緊張した」（談話1）
- ・「もっといろいろ聞こうと思ったが憶えてなかった」（談話2）
- ・「緊張して言葉が出なかった」（談話3）
- ・「何を聞けばいいのか分からなかった」（談話5）
- ・「あまり聞けなかった」（談話6）
- ・「「5W1H」などを聞こうということしか頭になくて、患者さんに対する導入部分ができなかった」（談話8）
- ・「何を聞いていいかわからなくなった」（談話9）
- ・「何を聞いていいのか出てこなかった」（談話13）
- ・「もう何を聞いていいのかわからない」（談話14）

このように、多くの学生たちは自らの「質問」という行為を意識して会話していたことがわかる。それは、前述したように「医療面接」というフレームの下では、「医師」である学生が「質問」しなければ会話が展開しないからであろう。しかも、それは「医師」らしさを担保するものでもある。同時に、とにかく質問して自分を「質問－応答」という優先的な構造に組み込んでしまえば「正解」に近づけるという意識にもつながりうるであろう。

こういった背景の中で、学生は「質問」という行為自体に意識を集中させていく。このとき、相手の視点を取得してフレームのずれを修正するよりも、「質問－応答」という連鎖が優先されるのであり、(3) (4) (5)のような「情報提供」不足が起こるのである。

4.2.2 教育による影響

フレームのずれに起因する「情報提供」不足のもう一つの背景として、講義など教育面の影響が考えられる。

4.1で少し触れたが、当日配布された資料によると、データで用いた模擬医療面接には「学習目標」が存在している。まず、「一般目標」として「将来の患者中心の包括的歯科医療の実践のために、初診患者への初診面接技法についての基本的な知識、態度、技能を修得する」とある。

さらに、具体的な「行動目標」として、以下の10項目が挙げられている。

1. 初診面接技法のプロセスを実施する。

2. 医療コミュニケーションを実施する。
3. 積極的傾聴をする。
4. 共感的理解の態度を伝える。
5. 開放、閉鎖質問を使い分ける。
6. 主訴の5W1Hを聴取する。
7. 口腔現病歴の聴取を実施する。
8. 全身病歴の聴取をする。
9. 背景の聴取をする。
10. 問題点を抽出する（診断をする）。

日常の講義などにおいては、これらに沿った教育・指導が行われている。当日の学生たちは、これらを目指すべき「医師」像として念頭に置き、模擬医療面接に望むことになろう。そこには、講義などで学んだことを習得・実践し、理想の「医師」に近づこうとする学生の思いが浮かび上がってくる。

しかし、前述したように、OSCEなどの試験を意識せざるを得ない学生にとって、この「医師」像には「正解」としての側面がつかまとう。この時、学生自身の中で「医師であること」が項目化（それはちょうどOSCEの評価シートのように）され、機械的に実行されている様子が窺える。

このことは、フィードバックにおける学生の発話から推測できる。

- ・「もっといろいろ聞こうと思ったが憶えてなかった」（談話2）
- ・「「5W1H」などを聞こうということしか頭になくて、患者さんに対する導入部分ができていなかった」（談話8）

「患者」の事情や痛みを配慮しつつ展開するはずの医療面接において、「憶えてなかった」（談話2）という発話は一見そぐわないように思える。しかし、これこそが医療コミュニケーションの過程における学生の内面を示している。「5W1Hなど」の項目化された「正解」を意識するあまり、それらのことしか「頭にな」い状態に陥っているのである。

(3)において、学生が「麻酔についての話」だけで「麻酔へのアレルギーの有無」を質問しなかった背景にもこの影響があるだろう。談話14の学生にとって「医師」であるには「麻酔についての話」をするだけで（もっと言えば質問をするだけで）十分だったのである。

もちろん、こういった状況は学習・習得の過程において不可抗力であろうし、今回のようなトレーニングの段階ではむしろ望ましい状態なのかもしれない。だが、「正解」を意識することでしか実現されない「医師」は、与えられた「行動目標」以外が「見えない」状態であることを意味し、結果として医師－患者関係に問題をもたらしかねない。

5 おわりに

今回、模擬医療面接における学生の「情報提供」不足に注目して分析し考察を加えた。結果をまとめると以下の通りである。

- ・学生の「情報提供」不足は、相手の視点を取得できていないことに起因するフレームのずれが原因だと考えられる。
- ・視点取得やフレームのずれの修正を妨げるものとして、「質問－応答」連鎖という優先的な構造の存在が考えられる。
- ・同様の阻害要素として、それまでの教育・指導内容が学生の中で項目化していることが考えられる。

この結果に対しては、模擬医療面接において学生が「正しい」「医師」であろうとすればするほど、自己満足の機械的なコミュニケーションに陥るという捉え方もできよう。

医療コミュニケーション教育を考えた時、確かにある程度マニュアル化も必要だが、そのままではかつてのパターナリズム（父権主義）に戻る危険もある。近年のEBM（Evidence Based Medicine；科学的根拠に基づく医療）とNBM（Narrative Based Medicine；物語と対話に基づく医療）の発展は、医歯学教育が抱えるジレンマを表しているのかもしれない。

今回の結果を医療コミュニケーション教育へどのように反映させるかについては今後の課題としたい。

注

注1 フレーム…「それ自体は意味をもたないむきだしの出来事の流れを、なんらかの組織だった意味のあるシーンとして経験させる、経験の組織化の前提、もしくはその「原理」（安川 1991, p10）。例えば、言い争いをしているように見える2人でも、お互いが「冗談」というフレームを用いていれば「冗談を言っている」という状況の定義が可能となり、関係は悪化しない。ただし、Tannen（1993）が言うように、フレームは「過去の経験に基づく期待の構造」（p53）であり個人間で差異が存在しうる。

注2 状況の定義…『社会学小辞典』（新版、有斐閣）には2つの説明がされている。①個人が自分自身の置かれた状況を知覚しその意味を解釈することを、行為者の状況の定義づけという。②社会的・文化的に共有され、社会化の過程で伝達され、行為者のパーソナリティに内在化されている状況の定義づけを、社会的あるいは文化的な状況の定義づけという。また、藤澤（2003）は、3つめとして「人が状況をリアルと規定するならば、その結果、状況はリアルとなる」という

「トマスの公理」を挙げている。

本論では、主に①の意味で用いるが、これらは別の用法というよりも、レベルの違いや個人と社会間の動的な過程を表していると考えられる。また、Goffman (1974) は、「状況の定義」(①の意味)を組み立てるものとして「フレーム」を挙げている。

注3 隣接ペア…「質問－応答」「挨拶－挨拶」「非難－承認/否認」のように対になった発話のこと。このとき、1番目の発話(例「質問」)は2番目の発話(例「応答」)を優先的に要求する。もし「質問－無視」のような非優先の行為がされると、最初の話し手はそこから推論を働かせ次の行為(例：もう一度言う)を行う。

注4 優先的・非優先的…例えば「申し出」を受けた聞き手は、「承諾」という好ましい応答(「優先的応答 (preferred responses)」)をすることが通常期待されている。しかし、時に聞き手は、「申し出」に対して「拒否」という好ましくない応答(「非優先的応答 (dispreferred responses)」)をすることがある(レヴィンソン 1983)。今回の2つの用語はここから援用している。

参考・引用文献

- Brown, P. and Levinson, S. (1987) *Politeness: Some universals in language usage*. Cambridge University Press
- 藤江知郁子・山崎喜比古 (2000) 「医療過誤訴訟にみる「説明」と医療者－患者関係」『保健医療社会学論集』11, p34-44
- 藤澤三佳 (2003) 「社会心理学」中野正太・宝月 誠編『シカゴ学派の社会学』世界思想社, p239-260
- 福本陽平・村上不二夫 (2004) 「医療面接場面における教員と模擬患者による学生評価について－山口大学医学部における3年間の検討－」『医学教育』35-4, p229-234
- Goffman, E. (1974) *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*. Harper & Row.
- レヴィンソン, S.C. (1983) 『英語語用論』(安井 稔・奥田夏子訳 1990) 研究社出版
- 牧野成一 (1980) 『くりかえしの文法 一日・英語比較対照 一』(第3版 1993) 大修館書店
- 向原 圭 (2006) 『医療面接 根拠に基づいたアプローチ』文光堂
- 中川 薫 (2001) 「患者アウトカムとの関連からみた医師患者間のコミュニケーションに関する文献学的検討」『保健医療社会学論集』12, p32-46
- 西垣悦代 (2005) 「関係性の視点からみた日本の医師患者コミュニケーション」『日本保健医療行動科学会年報』20, p157-172
- 小川哲次・田口則宏ほか (2000) 「広島大学歯学部附属病院の卒後臨床研修報告－総合歯科医療研修」『広島大学歯学雑誌』32, p89-93
- 大瀧敏夫 (2002) 「医師・患者間の会話分析日米比較－「人生相談」テキスト・スキーマとの比較において」『金沢大学文学部論叢 言語・文学篇』22, p1-21
- バーンズ, T (1951) 『社会体系論』(佐藤 勉訳 1974) 青木書店
- 佐伯晴子・日下隼人 (2000) 『話せる医療者－シミュレイテッド・ペイシエントに聞く』医学書院
- 佐治守夫・岡村達也・保坂 亨 (1996) 『カウンセリングを学ぶ－理論・体験・実習』東京大学出版会

- 斎藤清二 (2000) 『はじめての医療面接 コミュニケーション技法とその学び方』医学書院
- 坂本憲治 (2003) 「模擬患者を活用した教育技法の特長」『福岡大学大学院論集』35-2, p19-30
- Schegloff, E.A., Jefferson, G. & Sacks, H. 1977. The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language* 53-2, p361-382
- 進藤雄三・黒田浩一郎編 (1999) 『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社
- Tannen, D. 1993. What's in a Frame?: Surface Evidence for Underlying Expectations, In Tannen, D. (ed.), *Framing in Discourse*. Oxford University Press. p14-56
- 和田仁孝・前田正一 (2001) 『医療紛争 —メディカル・コンフリクト・マネジメント』医学書院
- 山田富秋・好井裕明編 (1998) 『エスノメソドロジーの想像力』せりか書房
- 安川 一 (1991) 「〈共在〉の解剖学」安川 一編『ゴフマン世界の再構成—共在の技法と秩序』世界思想社, p1-31

付 記

本稿は、広島大学歯学部医療コミュニケーション教育・研究セミナー（於広島大学応仁会館、2007年2月15日）で行った口頭発表を加筆修正したものである。席上、ご指導をいただきました諸先生方に御礼申し上げます。また、歯学部での調査を快く許可していただいた小川哲次先生に心より御礼申し上げます。

— わき・ただゆき、本学大学院文学研究科博士課程後期在学 —