

# 研究 成 果 報 告 書

---

---

## 医学教育のエスノメソドロジー

－医療面接実習と OSCE の相互行為的基礎－

---

---

課題番号：15330100

平成15年度～平成17年度科学研究費補助金  
(基盤研究 (B)) 研究成果報告書

平成19年3月

研究代表者 檜田美雄

徳島大学 総合科学部 助教授

— 目 次 —

まえがき	樫田 美雄……………1
第一部	
・ D.メイナード講演記録	
(a) メイナード博士連続講演（全5回）の概要	樫田 美雄……………9
(b) 講演記録：悪いニュースと良いニュース： ニュースをどう伝えるか（2004年3/6）	南 保輔訳……………11
・ D.メイナード著『医療現場の会話分析』書評	
(a) 筑波大学 年報筑波社会学第16号より（転載）	五十嵐 素子……………37
(b) 明治学院大学社会学部附属研究所 研究所年報35号より（転載）	田中 剛太……………43
(c) 新規書き下ろし	相野田 紀子……………45
(d) 日本保健医療社会学会 保健医療社会学論集第15巻1号より（転載）	平 英美……………49
・ ジャミックジャーナル2004年7月号より（転載） 「医療現場の会話分析から」	樫田 美雄・仁科 典子……………51
第二部	
・ 週刊医学界新聞「マレーシア国際医学大学視察報告記」より（転載） 寺嶋 吉保……………55	
(a) 紙面版（前編・後編）	
(b) Web版（前編・後編）	
・ 立教大学社会学部研究紀要 応用社会学研究第47号より（転載） 「医学教育のための応用エスノメソドロロジー研究」	岡田 光弘……………65
・ 訪問看護師インタビュー	樫田 美雄・阿部 智恵子……………81
・ 119データトランスクリプト（X消防、一部）	制度的場面研究会……………113
・ 添付DVD収録データ一覧	志村 裕子……………115

## まえがき

榎田 美雄

(kashida.yoshio@nifty.ne.jp)

この報告書は、平成15年度～平成17年度科学研究費補助金（基盤研究（B））「医学教育のエスノメソドロロジー — 医療面接実習と OSCE の相互行為的基礎 —」（代表者：徳島大学総合科学部・榎田美雄）の研究成果をとりまとめたものである。以下、本科学研究費補助金の課題を確認しつつ、それと対応させる形で本書の編成を解説し、さらに、残りの紙幅で利用上の諸注意、謝辞、規定の諸情報等についても書いていくこととしよう。

### ＝研究課題の確認について＝

まず課題の確認から。本研究には3つの課題があったといえる。一つ目（課題1）は、日本の医療社会学を調査に基づく実証的なものにする、であった。二つ目（課題2）はその際に、エスノメソドロロジー・会話分析が有効な研究方法であることを確認すること、であった。そして、三つ目（課題3）は、医学教育という応用領域にフィールドを定めることで、学術研究の進展と応用領域における展開との間に連携関係（ポップな言い方をすれば「win-win」関係）が成り立つ可能性があることを例証すること、であった。これらの3つの課題に対して、本研究は研究協力者を加えた10名弱の陣容で取り組んだことになる。研究期間満了後ほぼ1年を経過した、平成19年3月の現段階で評価をすると、第一課題と第二課題の2つの課題に関しては、ほぼ満足できる達成があったといえると思う。その一方で、第三の課題に関しては、未だ十分に達成することができず、宿題として残されているように思われる。

上記のような経緯があって、平成18年度からは、続けての科研費研究課題に取り組んでいる（「高等教育改革のコミュニケーション分析」基盤研究（B）、平成18年～20年度、代表：榎田美雄、課題番号：18330105）。これは、研究領域を「医学教育」から（医学教育改革を含む）「高等教育改革」に広げたものであり、この新規の課題の終了年度である平成20年こそが、我々の研究テーマにとっての真の終了年度であるともいえよう。すなわち、本研究報告書は、一種の「中間報告」として読まれるべき性格をもっており、とりわけ、第三の課題に関してはそのように言うべきであると思っている（課題1や課題2がどのように達成されたかは、本報告書およびこのまえがき末尾掲載の関連業績一覧を参照して欲しい）。

### ＝本報告書の編成と内容解説、および利用上の注意について：DVD部＝

課題と研究との関係について述べることをここでひとまず終えて、残りの紙幅では、本報告書の編成と、簡単な内容紹介、および利用上の注意等について述べることにしよう。

本報告書は「付録DVD-R」付（データDVDなのでPC専用であることに注意して欲しい）となっているが、このDVD内の内容の方は、課題1（調査研究の促進）に対応した内容を中心として編成されている（2.3GB）。具体的には、エスノメソドロロジー・会話分析の立場からの調査の実例として、学史的にも意義深いと思われる「119データトランスクリプト」がPDF化された形で掲載されている（収録データA＝2.7MB）。これは、我々がX消防と呼んでいる、実在の消防本部通信司令室において、1994年春に録音されたデータのトランスクリプト化されたものである。録音テープはすでに返却・消去されているため、この文字化されたものが唯一の現存のデータとなっている。

緊急電話の実際の記録としては、日本国内では他に例のない量と質をもったデータであると自負している。

本データを用いた第1次トランスクリプト集は、共同研究者（秋葉昌樹、上田智子、岡田光弘、喜多加実代、高山啓子、森田聡之の各氏と檜田の総計7人で制度的場面研究会という団体名の研究組織をつくっていた）限りで1995年春に印刷発行されていた。今回は匿名性をさらに高める操作をした上で（★……★の部分が改訂版で特に気を付けてマスキングをした部分である）、改訂版を一般公開することとした（一般公開にあたっては、研究会メンバー全員の承諾を得るべく努力をしたが、上田智子氏とは連絡が取れなかったため、氏からの最終的な承諾は得ていない。しかし、将来公開を想定していることは研究会メンバーに対し主張済みであったことをここに注記しておく）。特に利用制限は設けていないので、自由に活用して欲しい（連絡不要）。

また、1990年代後半以降のエスノメソドロジー・会話分析における調査分析技法の発展を、経年的になぞるのに有用であると思われたので、檜田が編集してきた徳島大学の調査実習報告書およびゼミ論集のPDF版も、過去9年分をDVDに搭載している（収録データB=2.3GB、動画を58分21秒含む）。データの量が大きいのは、7-補aとして「調査実習報告会（模擬）」の動画ファイルが入っているからである。MPEG2という形式のファイルなので、マイクロソフト社の「Windows Media Player」等の動画再生ソフトを用いて閲覧して欲しい。さらに、変わった内容としては、12-補aとして、2006年度の調査実習（「鍼灸のエスノメソドロジー」）で録取されたMP3データ（音声データの一種、これも「Windows Media Player」等の音声ファイル再生ソフトで再生可能）が入っている。こちらも音声そのものの公開を許諾してもらったうえでインタビューをした成果なので、自由に活用して頂きたい（現在この録音ファイルを元としたトランスクリプトを作成中であり、できあがり次第我々のHPサイトである、<http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/>で公開する心づもりである）。

なお、DVD中の文書ファイルのほとんどは「PDF形式（表示にはAdobe社提供の無料ソフト等を利用）」となっているが、その多くはOCR（光学式文字読み取り装置）を通過させることによって、「透明テキストファイル埋め込み画像」となっている。つまり、文字情報が画像としての文字の裏側に埋め込まれた状態になっている。そのため、誰もが容易にアドビ社の「Adobe Reader」等によって、「文字列検索」をすることができる。DVD内データを教材として、研究素材として、活用する際にはこの機能を利用すると便利な場合もあるだろうと思っている（たとえば、7-補aとして掲載されている口頭発表の動画を見ながら、対応論文や対応レジュメの関連箇所を探す、などの使い方が可能となる）。

#### ＝本報告書の編成と内容解説、および利用上の注意について：本冊部＝

つぎに本冊（紙に印刷された部分）の方の解説に移ろう。本冊の方は主として課題2（EMCA研究の有効性の確認）に対応した内容となっている。課題2を達成するためにまず我々は、平成15年度にウイスコンシン大学教授でエスノメソドジストのD.メイナード博士を招聘し、諸学会の協力を得て、東京と京都で連続5回の講演会・セミナーを開催した（平成16年2月～3月、概要は徳島大学総合科学部の以下のサイトにある。<http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/Maynard/schedule.html>）。その記録として第3

回講演の翻訳を掲載したのが、本冊の第1部の前半である。全5回の日程表とともにみて欲しい。この翻訳は、2004年3月6日に『キャンパスプラザ京都』第3講義室で行われた「悪いニュースとよいニュース」という講演をもとにしたものであるが、一部2月に東京で行われた第1回講演の内容も参考としている。翻訳は類似した内容だった第1回および第3回の両方で通訳を務めて下さった南保輔氏にお願いした。来日にあわせて刊行された訳書『医療現場の会話分析』（勁草書房）のエッセンスが、日米の医療文化の違いと会話分析の意義を含めた形で深められており、「(ガン治療を含む)医療に関する会話分析」への優れたイントロダクションともなっている。メイナード博士はこの後も精力的に著編書を刊行し続けており、もっとわが国で知られ援用されてよい研究者だと思っている。本報告書でのこの新しい翻訳が、わが国における博士の考え方の理解・普及につながることを望んでいる。

第1部の後半には、訳書への書評4本と、訳書を元にしたインタビュー記事を掲載した。『医療現場の会話分析』に関しては2004年から2005年にかけて、檜田が確認できた限りでも4誌に書評が掲載された（ブログやHP内での読書日記における言及も多数あった）。本報告書には、掲載4誌のうちの3誌に掲載された書評と、相野田紀子氏の書き下ろし書評を、掲載した。なお、第四誌目の『Quality Nursing』誌=10巻6号=における中條雅美氏の書評は、掲載に檜田が気づくのが遅れ、転載許諾申請を断念した。また、メイナード氏の来日は、朝日新聞、週刊医学界新聞などで報じられたが、メイナード博士の帰米後しばらくしてから、医師向けの専門誌である『ジャミック・ジャーナル』誌から関連した内容でのインタビュー記事掲載の申し出を受けた。その記事の再掲版が第1部末尾の「医療現場の会話分析から」である。EMCAの立場からの医療現場研究に関する、一般向けの解説としては比較的読み易くできているのではないだろうか。

本冊の第2部は、その他の業績であるので、個別に（第1部以上に詳しく）前のほうから、掲載の意義と背景を説明していこう。

まずは、トップの「マレーシア国際医学大学視察報告記」から。執筆は分担研究者の寺嶋吉保氏である。氏は、科研費による調査活動の一環としてマレーシアを訪ねた。その報告は今でも『週刊 医学界新聞（webサイト版）』

（[http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2003dir/n2556dir/n2556\\_04.htm#00](http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2003dir/n2556dir/n2556_04.htm#00)）でみることができ、内容が重要であり、かつ、日本国内ではあまり知られていないものなので本報告書に再掲した。我が国では明治維新後西洋医学が根付き、自国の言語で医学教育ができるようになってきている。このことは、広く医学生を募集するに当たって有利な条件であり、医学教育上価値ある事柄であるといえるだろう。しかし、それがもし学生の国際的な研修の困難さや、教員の国際水準を意識した教育改善に関しての意欲の減退に結びついてしまっているのなら、桎梏でもあるといえよう。そのような観点からは、マレーシア国際医学大学において、英語での医学教育が国際的な研修先の開拓にしっかりと結びついていることや、海外の研修先に初期教育を終わった学生を送り出す体制が整っていることによって、半年ごとの新入生獲得という（忙しいけれども）効率的な教育体制が組み立てられていることは、注視すべき事実であるように思われた。日本のやり方だけが唯一のやり方ではないという当たり前のことを、この報告は我々に教えてくれている。

第2部の2番目の作品である、岡田光弘氏の論文「医学教育のための応用エスノメソド

ロジー研究」は、エスノメソドロジー・会話分析の立場にたった「医学教育研究」のための総括的論述となっている。これと、我々のHP上で公開している藤守義光ほかの「医療のエスノメソドロジー研究の現状と課題」

(<http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/kasida/pdf/hujimori040527.pdf>) をあわせ見ていただければ、我々がどのようなことをやろうとしているのか、やってきたのか、その概略を知っていただけたらと思う。

3番目の「訪問看護師インタビュー」は、我々が電気通信普及財団研究助成金「カウンセリング系電話相談におけるトラブル処理」(平成12・13年度、研究代表者：樫田美雄)を受けていた時に行った、公的組織に勤務している訪問看護師への補充インタビューの記録である。ここで補充インタビューであると表記するのは、メインの研究対象が別にあるからである。すなわち、本インタビューは、SP(模擬患者)を利用した「電話相談ロールプレイ」のあと、ロールプレイに参加していた当該の学生に、そのロールプレイ状況に関する感想を聞くことを中心的テーマとして設定されたものなのである。したがって、このインタビューを含む研究の全体は、そこにSPが使われているという点からも、場面全体が(医学的)助言能力の、熟練者による判定を伴った教育場面として編成されている点からも「医学教育場面の研究」といえるものであった。そういう面からいえば、本研究は、EMCAの立場からの医学教育研究の嚆矢であったともいえるだろう。SP利用教育の難しさ、共感表示の難しさなど、他の医学教育場面でも繰り返し指摘がなされていること、そして、その実際の態様の解明が我々の研究の課題であるような内容が、「本音」の色合いを帯びて語られており、掲載の価値があると思われた。もともとのロールプレイ場面は、その一部が前田泰樹氏等によって論文化されているが、まだまだ使われずに眠っているデータも多く存在している。利用希望の方がいれば、樫田までコンタクトしてみてもいい。

「119データトランスクリプト(X消防、一部)」は、岡田が〔岡田、1996:61f.〕で分析に用いているデータの元データ(Xの3-37)である。この事例は、子供が「ママ」と叫ぶ(12行目)ことによって、聞き手にとって一挙に事態が明白になる事例である。子供と母親がいっしょにいるとき、つうじょう、119番通報は「母親」がするものであると期待される。ところが、ここでは(母親がそばにいるにもかかわらず)子供が電話をしてきている。とするならば、「ママ」こそが当該の、通報の対象となっている傷病者なのだ、と、受信者によって、社会的に適切に、推断されるのである。このように岡田がかるやかに鮮やかに解説している事例は、29行目で大きく様相を転換させている。対話が子供、対、通信司令室員のものから、母親、対、通信司令室員のものに変わるのである。結果として〔岡田、1996〕では20行目までしか掲載されていなかったが故に十分には見えなかった、けれども重要なコミュニケーション上の特質がよく見えるようになる。たとえば、論文における岡田の論点(受け手へのデザイン)が、本事例には、徹底して当てはまるものであることがより良く理解できるようになる(9行目では、子供向けに「どうしたの?」と発話していた司令室員が、35行目では「どうしたんですか?」と、丁寧度の増した、別様の語りかけ方をしている)。このような「詳細な証拠による場面記述の厳密さ」こそ、我々が「医学教育研究」で目指したものであった。そういうポイントを再確認するためにも有用であると思われたので、本データを全面的に開示し、クリティーク

の素材として提供することとした。もちろん、元のデータを開示することによって、元の分析とは違った解釈が有力になる、ということも生じ得よう。しかし、そのような形で批評者・批判者にチャンスを与えることこそが重要である。本データトランスクリプトを元にした論文は、『年報社会学論集』等に多数掲載されている（データ源が X 消防である、とかかかれているものがそれである）。是非とも批判に非難に積極的に活用してもらいたい。

以上、本研究の課題が3つあったこと、そのうち2つはほぼ達成され、1つは不十分であること、研究が継続されていること、本報告書はこれらの状況の全体からみれば、中間報告の意味を持つものであること、掲載の諸作品にはそれぞれ多様な意義が存在すること等々、読者の便宜を図るべくいろいろなことを述べてきた。しかし、科研費の報告書の「まえがき」には、国家の経費を使って研究を行うことに関するもっと構えの大きな主張も期待されているのではないだろうか。さいごに、ここまで述べてきた事柄よりも大きな文脈としてどのようなことを我々が意識していたかを書いて、その期待に応えたい。

つまり、2つの変化とそれに対する2つの対応戦略を我々は意識して本研究プログラムを遂行してきた、といたいのである。変化の1は、学術世界における医学系領域の隆盛であり、変化の2は、調査環境の急速な悪化である。1に関しては、国立大学の学長の多くが医学部出身者であること、日本学術会議等の人事においても重要ポストのかなりを医療系の研究者が占めてきつつあることによって例証できよう。2に関しては、中川・平編『新版 構築主義の社会学』に書いた〔樫田、2006〕においても主張したが、「社会」というリアリティが失われつつあるなかで、被調査者にとって「調査される」ということが基本的に「人権侵害」類似の現象と見えるようになったことがあげられよう。この2つの変化に対して、社会学研究者（あるいはエスノメソドロジー・会話分析研究者）は、何ができるだろうか。我々は、自分たちにできることとして、以下の2つの方針を立てて実践してきた。すなわち、まず、対応戦略1として、医学系領域を意識的に研究フィールドとし、医学系領域に関する非医学的研究が可能であることを実践的に例証すること。ついで、対応戦略2として、調査の仕方を変えること。個人の秘密を暴くような、価値を奪ってしまうような路線の調査ではなく、調査の結果が新しい知識や感覚のもとになるような、豊かさを社会にもたらすような路線の調査をすること。そのために必要な調査技法を育てていく方向での調査をすること。この2方針である。当事者主観的にいえば、曲がりなりにはあっても、これらの方針にもとづいた3年間が過ぎ得ているのではないか、と思っているがどうだろうか。読者各位には本報告書をもってその検証をお願いしたい。

#### ＝お世話になった方々へ＝

以下では慣例にしたがって、この報告書作成にあたって協力して下さった方々の氏名等をあげて、謝意を表したい。

まず、報告書作成に協力して下さった各先生方。南保輔先生（成城学園大学）、五十嵐素子先生（光稜女子短期大学）、田中剛太先生（明治学院大学）、平英美先生（滋賀医科大学）。医師メンバーとして医学教育の実態を的確に教えて下さり続けている寺嶋吉保先生（徳島大学）。本報告書唯一の書き下ろし書評原稿を提供して下さった相野田紀子先生（金沢医科大学）。研究協力者として活発に活動して下さった岡田光弘先生（国際基督教大学）と阿部智恵子先生（石川県立看護大学）。熱意をもってインタビューをまとめてくれた仁科典子氏（ジャミックジャーナル）にも感謝したい。また、メイナード博士来日時

に講演会を共催して下さった日本エスノメソドロジー・会話分析研究会および日本保健医療社会学会関係者の方々。同様に、メイナード博士来日時に諸行事に協力して下さった司会・通訳・コメンテーターの各先生方。科研費研究の実施中およびその取りまとめ期間中に研究室の業務を補助して下さった長本敦子、久喜はるみ、瀬尾かおり、志村裕子の各氏。同様に現在も業務補助をしてきている久保早哉香、志水一平、高城幸大の三君（いずれも徳島大学総合科学部学生）。それから、匿名性保持のため、お名前を上げて感謝の意を表することは控えざるを得ないが、調査に協力して下さったほんとうに多くの方々。これら全ての方々に深く御礼申し上げる。

=文献=

岡田 光弘 1996 「119番通話の社会的な組織化：概念と相互行為のトークについて」『年報社会学論集』第9号：59-70。

榎田 美雄 2006 「フィールド研究の倫理とエスノメソドロジー」平 英美・中河 伸俊編『新版 構築主義の社会学』世界思想社：260-284。

### 1. 研究組織 (平成19年3月現在)

- 研究代表者： 榎田 美雄 (徳島大学総合科学部・助教授)  
 研究分担者： 玉置 俊晃 (徳島大学ヘルスバイオサイエンス研究部・教授)  
 研究分担者： 寺嶋 吉保 (徳島大学ヘルスバイオサイエンス研究部、  
 徳島大学統合医療教育開発センター・助教授)  
 研究分担者： 相野田 紀子 (金沢医科大学医学部医学教育学・助教授  
 金沢医科大学医学教育センター兼任)  
 研究協力者： 岡田 光弘 (国際基督教大学・非常勤講師)  
 研究協力者： 阿部 智恵子 (石川県立看護大学・助教授)

### 2. 交付決定額 (配分額)

	直接経費	間接経費	合計
平成15年度	7,400千円	0円	7,400千円
平成16年度	1,300千円	0円	1,300千円
平成17年度	1,100千円	0円	1,100千円
総計	9,800千円	0円	9,800千円

### 3. 研究発表

(1) 学会誌等 (発表者名、テーマ名、学会誌名、巻号、年月日)

- ①橋本 英樹・栗岡幹英・榎田美雄： "シンポジウム「病をめぐる意味・語り・会話」" 保健医療社会学論集 14 巻特別号:21-25、2003 年 5 月。
- ②藤守義光・寺嶋吉保・玉置俊晃・森口博樹・相野田紀子・榎田美雄「医療のエスノメソドロジー—研究の現状と課題—」『徳島大学 社会科学研究』17:207-253、2004 年 2 月。
- ③榎田 美雄、「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、2004 年 5 月。



- ④ 榎田美雄・仁科典子「医療現場の会話分析から」『JAMIC JOURNAL』24-7:16-18、2004年7月1日。
- ⑤ 榎田美雄・寺嶋吉保・相野田紀子 2005「医学教育のエスノメソドロジー-OSCE と PBL チュートリアルを題材として-」『医学教育』36 補冊:74、2005年7月。
- ⑥ 榎田美雄「「弱者の抵抗」の非個人能力主義的解釈」、『ソシオロジ』51 巻 1 号 :171 - 177、2006年6月。
- ⑦ Fujimori, Yoshimitsu・Kashida, Yoshio・Okada, Mitsuhiro・Terashima, Yoshiyasu 「Examining Examinations」 in 『徳島大学 社会科学研究』20号:57-73、2007年2月。
- (2) 口頭発表(発表者名、テーマ名、学会等名、年月日)
- ① 榎田美雄、「医療コミュニケーションの現状と課題」、医療コミュニケーション研究会、2004年6月6日(ホテルアソシア名古屋ターミナル)。
- ② 榎田美雄・寺嶋吉保・相野田紀子、「医学教育のエスノメソドロジー-OSCE と PBL チュートリアルを題材として-」、第37回日本医学教育学会、2005年7月29日(東京大学本郷キャンパス)。
- ③ 藤守義光・榎田美雄・岡田光弘・寺嶋吉保「Examining Examinations」 I I E M C A 第9回大会 (The 9th Conference of The International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis) 2005年8月8日 (Bentley College, Waltham, MA USA)。
- ④ 榎田美雄「日本での PBL チュートリアルの現状と課題」第23回大阪医科大学医学教育ワークショップ(第5回 PBL ワークショップ)、2005年12月10日(コスモスクエア国際交流センター)
- ⑤ 榎田美雄「インフォームド・コンセントの背景理念の批判的考察と、医療コミュニケーションの未来-権利・義務の再配分側面への注目から-」徳島県医師会職域横断研修会、2005年12月11日(徳島県医師会館4階ホール)
- ⑥ 榎田美雄、「徳島で『医療訴訟ゼロ』を目指す」、第43回徳島大学関係医療機関協議会総会シンポジウム、2007年1月26日(徳島クレメントホテル4階)
- ( [http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/2\\_anzenkanri/070126/070126.html](http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/2_anzenkanri/070126/070126.html) に、発表資料あり)
- (3) 出版物(著者名、書名、出版者名、年月日)
- ① D.メイナード著、榎田美雄・岡田光弘訳『医療現場の会話分析』勁草書房、2004年2月25日。
- ② 榎田美雄編『義肢・装具のエスノメソドロジー』徳島大学総合科学部社会学研究室、2005年2月14日。

## 第一部

## D.メイナード博士講演記録

### (a) メイナード博士連続講演 (全5回) の概要

榎田美雄 (徳島大学)

2004年2月28日から3月7日にかけて、本科研経費でダグラス・メイナード博士 (ウイコンシン大学) を招聘し、東京と京都で講演会を5回 (東大、東洋大、成城大、キャンパスプラザ京都=2回=) とセミナー (京大) を1回行った。

この招聘に関しては、日本保健医療社会学会および日本エスノメソドロジー・会話分析研究会から支援をうけた。また、各地での企画に当たっては、石川ひろの氏 (当時東京大学、現在帝京大学)、串田秀也氏 (大阪教育大学)、山田富秋氏 (当時京都精華大学、現在松山大学)、平英美氏 (滋賀医科大学) ほか関係していただいた諸先生からたいへん多くの支援を受けることができた。記して感謝する。以下、箇条書きで、この全5回の講演企画の概要を記すこととする。

#### ● 講師プロフィール　ダグラス W. メイナード (Douglas W. Maynard)、 Wisconsin大学Madison校教授

法廷・教育・医療という臨床の場における相互行為を研究対象とし、さらに近年は、サーベイインタビューによる社会調査の相互行為に焦点を合わせた研究を行っている。世界各地でその研究報告を行い、また講演活動などを通して、世界の医療現場の会話分析の第一人者とのネットワークの中で、幅広い活動を行っている。

- 主な著書 『Inside Plea Bargaining : The Language of Negotiation』 1984, Plenum Press  
『The Diversity of Ethnomethodology』 1991, Annual Review of Sociology(共著)  
『Standardization and Tacit Knowledge : Interaction and Practice in the Survey Interview』 2002, John Wiley (共著)  
『Bad News, Good News』 2003, The University of Chicago Press  
榎田美雄・岡田光弘訳『医療現場の会話分析—悪いニュースをいかに伝えるか』 2004勁草書房 (上記図書の抄訳)

#### ● 講演会の会場と講演タイトルの一覧

##### ■ 第1回 ■

2004年2月28日 (土) 13:30~16:30

東京大学・本郷キャンパス・山上会館

「悪いニュースと良いニュース」

司会者：石川ひろの (東京大学)

通訳：南 保輔 (成城大学)

指定討論者：橋本英樹 (帝京大学(医師))

川名典子 (聖路加国際病院 (看護師))



■ 第 2 回 ■

2004年2月29日（日）13:30～16:00

東洋大学白山5号館5B12教室

「エスノメソドロジー、会話分析、  
そして社会学的未来—自閉症からの教訓」  
(演題は改題されて上記に)

通訳： 藤守義光（工学院大学）



■ 第 3 回 ■

2004年3月 1日（月） 13:30～15:30

成城大学7号館733教室

「エスノメソドロジーから見た  
アメリカにおける電話サーヴェイ調査」

司会者： 南 保輔（成城大学）

通訳： 南 保輔（成城大学）



■ 第 4 回 ■（本報告書に掲載されている翻訳記録はこの回のものである）

2004年3月 6日（土）14:00～17:00

キャンパスプラザ京都第3講義室

「悪いニュースと良いニュース」

司会者： 林 千冬（神戸市看護大学）

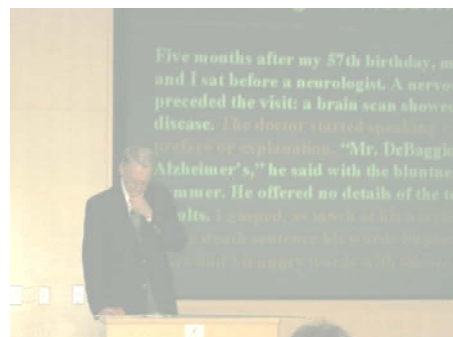
榎田美雄（徳島大学）

通訳： 南 保輔（成城大学）

指定討論者：

平 英美（滋賀医科大学医療社会学）

佐伯日登美（ヒューマンケア研究会）



■ 第 5 回 ■

2004年3月 7日（日）14:30～17:30

キャンパスプラザ京都第1講義室

「エスノメソドロジー、会話分析、  
そして社会学的未来—自閉症からの教訓」

司会者： 山田富秋（京都精華大学）

串田秀也（大阪教育大学）

指定討論者： 榎田美雄（徳島大学）

通訳： 藤守義光（工学院大学）



※ 2月28日と3月6日の講演はほぼ同一。

※ 2月29日と3月7日の講演もほぼ同一。

(b) 講演記録：悪いニュースと良いニュース：ニュースをどう伝えるか

講演者：ダグラス W. メイナード（ウイスコンシン大学）

翻訳：南保輔（成城大学）

悪いニュースと良いニュース：ニュースをどう伝えるか

ウイスコンシン大学社会科学部　ダグラス W. メイナード

2004年3月6日、キャンパスプラザ京都第3講義室

司会：榎田美雄（徳島大学総合科学部）

指定討論者：平 英美氏（滋賀医科大学）、

佐伯日登美氏（ヒューマンケア研究会）

通訳：南保輔氏（成城大学）

＝訳者まえがき＝

南は当日も「通訳」をした。その経験をもとに、内容を紹介するような短い文章をEMCA研究会のニュースレターに寄せた。このたび、録音と録画に目を通して訳した。段落の切れ目は、基本的に、メイナード先生が通訳にターンを渡したところになっている。

当日は、パワーポイントを提示しながらの講演だったが、この資料は南の手元にはない。榎田氏所蔵の記録はビデオ映像であり、それから解読できる部分もあるが、基本的には、音声として聞こえる部分を中心に訳文は作成されている。

＝講演部分＝

後ろは聞こえますでしょうか。

ここに來ることができてたいへん光榮です。まず、最初に、榎田美雄さんに感謝します。彼のおかげで、來日してこうやってお話することができるようになりました。また、私の本『Bad News, Good News』の翻訳もしてくれました。また、通訳の南さんにも感謝します。そして、コメンテーターの平氏と佐伯氏にもまえもって感謝いたします。

そして、ふたつほど予備的な事柄についてをお話ししておきます。まず、スライドの日付が2月になっていますが、先週このお話しをしたときは2月でした。今日が3月なのは知っています。パワーポイントを変更するのを忘れまして。

もうひとつの点です。わたしは、社会学者です。エスノメソドロジーと会話分析という領域で研究をしてきました。ですが、きょうのお話しは、臨床をしている方、現場の方に向けたものです。もし、聞いていらっしゃる方が社会学者、エスノメソドロジスト、会話分析家であるのなら、以下のように理解していただければと思います。それは、医療場面で研究をしている会話分析家が、臨床をしている方にたいしてするお話し、できるお話し

ということです。臨床をしている方、現場の方、医師と看護師両方の方と、わたしは合衆国でわたしの調査について話すことがあります。きょうのお話しはそういう機会に会話分析家としてすることができるお話しだと思います。臨床場面で相互行為を研究する者として、医師と患者の関係を研究する者として、現場の方にたいしてするお話しと理解していただくようお願いいたします。

わたしは、悪いニュースと良いニュースの伝達と受け取りについて、かなり長期にわたって研究してきました。そして、悪いニュースと良いニュース両方にとって基本的だとわたしが考えるのは、気づき・悟りの問題 (a problem of realization) [訳注 訳書では、「本当にそうだと感じられてゆく」と訳されています。良い訳だと思いますが、ここでは「気づき」あるいは「悟り」と訳してあります。] です。悪いニュースは、そのもの自体として、悪いもの、あるいは良いものだとはかぎりせん。ニュースが良いものであろうと悪いものであろうと、基本的な問題は、ニュースの受け手が、ある社会的世界から別の社会的世界への移行をすることができるかという点です。

そして、臨床をしている方と話しをするときにわたしが言いたいことのひとつは、ニュースがどのように伝えられるかに照準することが重要だ、ということです。なぜなら、問題となるのは、ただ受け手にニュースを伝えること、どう提示するかということではなく、受け手が実際には、巨大な移行、まあそれほど巨大な移行でないこともあります。移行をしつつあるということを理解することなのです。いずれにしても、ひとつの社会的世界から、新しい社会的世界への移行を、ニュースの受け手はすることになるのです。

ひとつの世界からもうひとつの世界への移行というこの考えと気づきの問題とは、わたしがデータから探し出してきたものというよりも、わたしが集めた語りデータに見られるパターンなのです。これから見ていただくのはその一例です。

ナレーション：ピーター・モーガン博士は、ニューヨーク州立大学病院のインターンでした。彼は、研修期間をちょうど終えて、ガンの化学療法の研究職を得たところでした。そのときに、右足の痛みが心配になったのです。

モーガン博士：ちょうどわたしは、研修が終わったところでした。それで、検査しておこうと思いました。そして、ガンと診断されたのです。1年前の10月のことです。わたしは余命が6ヶ月と言われたのです。1年後のいまでもわたしはこうして生きていますが、まったく新しい世界に生きています。もちろん、前の世界から継続しているものですが、根本的には、新しい世界なのです。[訳注 訳書p. 18-19の「医者か癌になる時」というテレビ番組かと思われる。]

わたしが集めた悪いニュースと良いニュースについての語りのなかで、ビデオの中の彼と同じように、ひとつとは以下のようなことを言うことがしばしばです。「わたしは新しい世界にいます。これは、わたしの古い世界からの続きのものですが、本質的には新しい世

界です。」この発言は、悪いニュースあるいは良いニュースが、ひとつの世界からもうひとつの世界への移行の表象であるというそのありようの意味・感覚（sense）を伝えてくれると思います。

以上の例を背景として、きょう、わたしは、ニュースをどのように伝えるかについて話ししたいと思います。悪いニュースと良いニュースの両方です。悪いニュースから始めます。話しの大半はこれについてのもとなると思います。ですが、まえもって言うておきたいのですが、良いニュースを伝えることも、すくなくとも、問題となりうるものです。問題となるというのは、悪いニュースがそうであるのと同じようにということです。まず、悪いニュースを伝えるという問題から始めましょう。

もう少し、背景的な議論があります。ニュースをどう伝えるかについて訓練の必要があるという点です。これに気づかせてくれたのひとつは、『健康と科学（Health and Science）』誌の論文でした。医学校の研修医1年生は、新米医師です。医学校で4年か5年教育を受けただけです。彼らは、平均で毎年、最後には死亡することになる患者14人を受け持ちます。そして、研修1年目にこのタスク、患者が死亡しましたというニュースを遺族に伝える課題を経験します。ジェローム・グループマンという医師がいます。彼は『ニューヨーカー』誌に寄稿しているのですが、悪いニュースを伝えることの訓練についてつぎのように書いています。「医学校の学生は、悪いニュースをどう伝えるかを、その師を注意深く観察することで学ぶとされてきました。深い腫瘍をどう切開するかを、医師を観察することで学び、そして自分でやるのと同じようにです。」つぎが、たいせつなところです。「しかし、多くの医師は患者とふたりきりで会うことを好みます。そして、この話題が教室で持ち出されることはけっしてなかったのです。」

この状況は合衆国で少しずつ変わりつつあります。日本での状況がどうなのかはわかりませんが、合衆国では、悪いニュースをどう伝えるかを医学教育に盛り込むべきだという議論はあります。

わたしの調査からわかったこととして、悪いニュースがどう提示されるかによって、その気づきが促進されたり、抑圧されたりするということがあります。これからお話しするのは、3つのニュースの伝え方です。引き延ばすこと、ぶっきらぼうに言うこと、前触れしてから言うことです。そして、わたしが指摘したいのは、引き延ばすこととぶっきらぼうに言うこととは、前触れしてから言うことに比べると、受け手がニュース内容に気づくという点で思い違いをするさまざまな可能性を高めるということです。一方、前触れしてから言うことは、気づきを促進します。

#### ●引き延ばすこと（stalling）

まず、引き延ばすこと（stalling）からお話ししましょう。2つほど例を提示します。そのひとつは、グロスをすること（glossing）です。これは、一般的な情報をあたえることと言えます。一般的な情報ですから、あまり情報価値がありません。もうひとつは、わ

たしが楽観的なトピック変更をすると呼んでいる例です。グロスの例は、医師が以下のよう  
に言うものです。

医師：あの、たぶん感づいていらっしゃるでしょうけど、胸になにかを見つけました。  
あつてはならないものです、うん、そうです。それで、顕微鏡で見たところ、  
ちょっと気に入りません。こう言わねばなりません... もっとすっきりし  
ててもいいはずです。(Taylor 1988: 124)

このように、一般化するような話し方です。これは、ニュースがどんなものであるかを十  
分に伝えるということをしていません。

この医師は、べつのやり方でも引き延ばしをします。患者は「ということは... 手術を  
しないといけないということでしょうか、ああ、神様、なんという...」と応答したのです  
が、これにたいして、医師は楽観的なトピック変更をしています。医師は「ええ、ちょっ  
ときれいにするだけです。そのいやらしいかたまりが悪さをしないようにですね。」と言っ  
て、患者の質問を確認するように応じます。患者は手術が必要です。そして続けるのです。  
「ところで、ちょうど今日、わたしのところにほんとにかわいらしい老婦人が来ました。  
彼女はちょうどあなたが座っている場所に座っていたのですが、わたしが手術したのです。  
たしか25年か30年まえです。年に一度の検診にやってきたのです。そして聞いてみた  
のですけど、これまでの年月をどう乗り切ってきたのですか。そんなにすばらしく元気で  
いられる秘訣はなんですか。」と。

引き延ばしの2つめのタイプは、ジャーゴン（専門用語）の使用です。ジャーゴンとい  
うのは、技術的用語ですから、医師にとってはその意味がわかりますが、患者にはなにも  
情報を伝えないようなものです。つぎの例は、医師と高齢男性の肺ガン患者との会話です。  
3サイクル目となる化学療法のまえの診断場面です (Fallowfield, Jenkins, and Beveri  
dge 2002: 300)。

医師：覚えていらっしゃるかと思いますが、最初化学療法を始めるときに、各サイク  
ルのまえに血液検査とレントゲン検査をすと言いました。それで、きょう検  
査結果を見たのですが、どうもものごとがプログレスしている (things are  
progressing) ようです。それで、もう化学療法はしないほうがいいと思うの  
です。

患者：ああ、それで、どうなりますか。

医師：そうですね、もし、呼吸の問題がさらに大きくなったら来てください。対症療  
法をしましょう。

患者：わかりました。どうもありがとうございました、先生。

ここでのポイントは、「病状が進行している (things are progressing)」という言い方  
です。つまり、ガンが悪化していると医師は言っているのです。この調査をした人間は、



この患者さんにこの診察後にインタビューしました。患者さんが言うのには、「そう、良いニュースでした。先生は、状態が改善していると思っています。それで、もう化学療法は必要なくて、もし呼吸に問題が出たら来なさいということでした。息切れするようになったら、ということです。」このように、患者は、医師が意図した内容とほぼ180度反対の理解をしています。患者は、状態は良くなっていると思っています。実際は、ガンが進行しているのです。

このように、引き延ばしすることの結果として、受け手、いや患者の気づきという点からは、状況を正常なものに見なすこと (normalizing)、そして、病気を否定することを奨励することになります。これは、悪いニュースのときにはいずれにしても見られる傾向なのですが、引き延ばしをしてニュースを伝えることで、患者、受け手が状況を正常なものに見なす可能性を増大させることになります。そのニュースがなんであろうと、それを否定する可能性を高めるのです。

ここで申し上げておくのがいいかもしれません。わたしは、400から500の語りを収集しました。医学論文、医学雑誌、新聞記事、ノンフィクションの文献、わたし自身が実施したインタビューなどからです。きょう、わたしはいくつかの事例をお見せしていますが、これらは、特別な事例だと見なされるべきではありません。このような種類の引き延ばし、そしてこれが、患者の側の正常視と否定とを促進するというメカニズムは、ほんとに頻繁に生じることなのです。わたしの収集した語りにはほんとに多く見られます。

#### ●ぶっきらぼうに言う (being blunt)

また申し上げておきたいのは、わたしの引用している文献が少し古いものだという点です。ですが、現在では状況は改善されているだろうと考えるべきではありません。たとえば、これから紹介する例は、1989年の医学雑誌からのものです。14、5年ほどまえのもので、同じようなことが今日でも生じている、まさにこの瞬間にも世界のどこかで生じていると断言できます。これは、ぶっきらぼうに言う (being blunt) という例です。これが2つめの伝え方戦略としてわたしが検討したいものです。これは、なんの前触れもなくニュースを受け手に投下するというものです。(Lind et al. 1989: 5; 原著 p. 50)

患者がつぎのように言っています：

わたしは（生体検査；メイナード注）のための麻酔から覚めたところでした。そして、ひどい風邪をひいていました。... 麻酔から覚めるときに呼吸が苦しくてたまりませんでした。それで、呼吸器セラピーを受けることになって、いろんな処置をされたのです。それで、テオフィリン注射をされて、ようやく呼吸するようになりました。そんなところに外科医がやってきて言ったのです、「ああ、ところで、検査結果は陽性でした。」つまり、もちろん、わたしは死ぬというわけです。

同じような事例はほかにもあります。回復室に外科医が入ってきて、ただ「陽性です」と告げて、部屋を出て行ったというものです。ほんとうにぶっきらぼうなやり方です。こういったことが、特別な事例ではないのです。

こういった事例を知って、医師を非難したくなるのは当然です。しかし、わたしはそれをしたわけではありません。わたしが考えるに、必要なのは、悪いニュースを伝えるのがいかにむずかしいかを理解することです。引き延ばすことやぶっきらぼうに言うことが、このむずかしさをただ示していると考えられることが往々にしてあります。医師は、先に指摘しましたように、特別のトレーニングを受けておりません。医師は、悪いニュースを患者に伝えるときの自身の感情 [ 的ストレス ] と対応する必要があります。ですから、ニュースをただ投下してそれで逃亡するというのは、理解できにくいのです。

ぶっきらぼうに言うことにもなう問題として、ニュースの伝え手を責めること (blaming the messenger) になる可能性を高めるということがあります。これは、悪いニュースが伝えられるときには、つねに可能性としてありうるものです。わたしの語りコレクションにある例を見ましょう。実際にフロリダであったことです。Ph.D. の審査に合格しなかったと告げた教授が、その学生に撃たれるということがありました。大学教員のみなさん、注意してくださいね。別の例です。銀行の融資係が顧客に、融資申し込みが認められなかったと告げました。顧客は立って出て行きかけました。途中で立ち止まり、カバンから銃を取り出して、融資係を射殺するということがありました。このように、繰り返しになりますが、ニュースの伝え手を責めるということは、つねに可能性としてありうるものです。そして、ぶっきらぼうに言うことは、ニュースの伝え手を責めることになる可能性を高めるのです。

つぎに、医療場面での事例を紹介しましょう。アルツハイマー病と診断された患者の手記です。

わたしの57歳の誕生日の5ヶ月後のことでした。妻のジョイスとわたしは、神経科医のまえに座っていました。この訪問のまえには、落ち着かない気分になっていました。脳スキャンに病気の証拠が見られたのです。医師は、前置きも説明もなく話し始めました。「デバaggioさん、あなたはアルツハイマー病ですね」と、金槌のようなぶっきらぼうさで言い放ちました。検査やその結果の詳細についてはなにも説明がありませんでした。わたしはショックで息をのみました。医師の拙速な診断が、あたかも死の宣告を意味しているかのようにです。涙をこらえて、怒りのことばを飲み込みました。(DeBaggio 2000 ; 原著 p. 50)

まず見てもらいたい点ですが、ぶっきらぼうさが患者の概念である点です。わたしがデータに押しつけているようなものではないのです。そして本題ですが、ニュースが伝えられたときに、医師がこれをどう伝えるかが、ニュースの内容と同じぐらいに問題となっているのです。これは、ある種、ニュースの伝え手を責めるものだと言えるでしょう。

### ●前触れをすること (forecasting)

そして、ぶっきらぼうに言うことと引き延ばしに代わるものとして、悪いニュースの前触れをすること (forecasting) があります。事例を提示するまえに、2つほどの定義をしておきます。まず第1の定義ですが、前触れをすることは、これからやってくるものの、前もってのほのめかしとして作動するということです。そして、第2の定義は、前もって推測する・計算するということです。このように、少し異なる2つの定義があります。そして、わたしのデータの語りは、医師、あるいは臨床家が、最初の種類の前触れをしているということを示しています。つまり、これからやってくるなにかを、前もってほのめかすことです。そして、患者は2つ目の前触れをすることがあります。つまり、まえもって、予測・計算するのです。そうして、2人はいっしょにこれをするのです。ひとりが開始して、もうひとりが応じることによってです。ですが、前触れをするということを、共同でおこなっているのです。そうしたときに強調しておきたいことですが、ニュースは、準備が整った社会心理的環境に到着することになるという点です。そして、上記の定義からおわかりいただけるように、社会心理的環境が準備され、ニュースがそのなかに到着すると、これは、悪いニュースがほんとうであるという気づきを促進するものとなるのです。

ニュースの伝え手による意図的、あるいは無意図的な戦略としての前触れには、実際にニュースを伝えるということからの、時間的、あるいは空間的な距離が含まれることがあります。どういうことかと申しますと、たとえば、ある患者の家族に、臨床家が電話をして、病院に来るようにと告げる場合があります。これは、悪いニュースの前触れとなることがあります。また、病院内でも、家族が患者を病室で見守っているときに、医師が入ってきて、廊下にちょっと出るようと言うようなことがあります。こういったことも、前触れとなることができます。前触れは、長い大きな出来事である必要はないのです。いろんな形態で生じるのです。そして付け加えておきますが、患者の家族は、心配しながらも熱心に見守っているのです。かれらは、医師のわずかな手がかりを見つけ出すことができます。つまり、悪いニュースを受け取ったときに自分が漏らす手がかりに自己意識的であって、悪いニュースがほんとうだと気づくということは、(以下、聞き取れず)

前触れのしかたとして2つのものをお話したいと思います。そのひとつは、先行アナウンスをすることです。

2週間まえに、妻はインフルエンザにかかったと思いました。夫は、妻に医者に行くように言いました。その夜、医師から電話がありました。「よくありません」と彼は言いました。(Wolkomir, April 1998)

これが、前触れ、先行アナウンスです。そして、ぞっとするような沈黙がありました。これは、前進しても良いというシグナルです。アナウンスを続けてよろしいというシグナルとして作動するものです。そして、ニュース本体が伝えられます。

「深刻な骨髄性白血病です。今晚すぐに、入院してください。」

これが前触れのひとつで、先行アナウンスを用いたものです。

この例では、前触れがほんとに極微なものと思われるかもしれませんが、しかし、実際のニュースそのものが、アナウンスする発話のいちばん最後で、予測可能とされている (pr onisticated) 位置に置かれていることに留意してください。

そういう意味で、さきに申し上げたように、ニュースは、準備がととのった社会心理的環境に到着するのです。そして、そういう点で、ニュースの気づきを促進するのです。

前触れのもうひとつのやり方は、**見解表示連鎖** (perspective-display sequence; P D S) です。これについては、わたしは多くの録音データを持っています。あとで、いくつかをお示ししますが、とりあえずは、語りの例です。ここでは、患者が自分の医師 (C 先生) について話しをしています。

C先生は、誉めても誉めたりません。先生はととてもいねいでやさしくて、せき立てるようなこともありません。とても混んでいて、待ち時間が長いにもかかわらずです。かれは、わたしが服を着るのを待って、そして座らせました。そして、わたしの手をにぎって、どこが悪いと思うかと聞いてくれました。わたしが、「がん」でしょうかと言うと、かれは「そのとおり」と言いました。ですが、しこりはとても小さいし、腕の下にはしこりがないのでそれほど心配することはないと言ってくれました。これは、良い兆候だそうです。(Fallowfield 1991: 44; 原著 p. 42)

医師が患者に、どこが悪いと思うかと聞いていますが、これが、わたしが見解表示連鎖と呼ぶものです。そして、医師は、患者の理解が正しいと確認してから、なぐさめと希望とを提供しています。

見解表示連鎖が先行アナウンスと違うのは、医師の患者にたいする質問によって始まるという点です。これを、わたしは見解質問 (perspective-query) と呼びます。そして、患者本人あるいは家族が、なにが進行していると思うかについての見解を示します。そこで、診断が伝えられるのです。このようなニュースの伝達には以下の特徴があります。これらは、気づきを促進するものです。社会的世界間の移行を促進するのです。なぜなら、a) 医師、あるいは臨床家が患者あるいは家族の見解を、それが正しいと確認する (confirm) ことができます。b) 患者たちの見解を、診断を断言する (affirm) かたちで使うことができます。c) これによって、受け手の見解を、診断のニュースに共含意 (co-implicate) できるのです。患者あるいは家族の見解を、診断のニュースへとブレンド・融合させるのです。

つまり、引き延ばしやぶつきらぼうに言うことと比較すると、前触れをすることは、ニ

ニュースが誤解されるのを回避するようなかたちで作動します。そして、ニュースの気づきを促進します。これは、2つのいずれかによってなされます。ひとつは、先行アナウンスというかたちで、極微なやり方です。もうひとつが、見解表示連鎖を通じて、つまり極大なやり方です。いずれの場合も気づきを助けるのですが、患者あるいはそのほかの受け手にたいして、新しい状態・新しい世界についての前もってのほのめかしをすることによって、そして、かれらが新しい状態を前もって計算できるようにすることによって、これを行っています。医師あるいは臨床家が、前者の意味で[つまり、ほのめかしによって]前触れしているということを理解していただけたと思います。そして、患者や家族は後者の意味で[つまり、前もって計算することで]前触れしているのです。こうして、ニュースが準備のととのった社会心理的環境に到着し、ニュースの気づきを促進するのです。

先行アナウンスの使用と見解表示連鎖の使用という2つのあいだでは、わたしは後者をお勧めします。より一般化して言うと、ニュースを伝えるまえに質問することをお勧めします。この点については、後にまたお話ししますが、ここで述べておきたいのは、見解表示連鎖が気づきを助けるのにうまく作動するのはなぜかということです。それは、ニュースが、準備のととのった社会心理的環境で伝えられるからですが、この環境は、都合のよいことに、患者あるいは家族自身の見解を基盤とするものなのです。

#### ●ガン告知について

以上が本日のお話しの第1部です。その結論は、悪いニュースを伝えるときにはなんらかの前触れをすること、とりわけ、ある種の質問戦略、わたしが見解表示連鎖と呼ぶものを使うことを推奨するというものでした。さて、つぎに、ほかの論点に移ります。とても興味深いものです。その第1は、そもそもニュースを伝えるべきか。伝えるとしたら、だれに伝えるべきかというものです。この論点は、とりわけガン告知において重要なものです。合衆国では、かつては、ガンの悪いニュースを家族にだけ告げていました。患者本人に知らせるということはとてもまれなことでした。これが変わりだしたのは1960年代です。1970年代の終わりまでには、つぎのようなサーヴェイ結果が出るようになりました。90%をゆうに越える医師が、患者に直接ニュースを伝えることを好むと回答しています。また、患者の側も、ニュースを告げられたいと言うようになっています。一方、日本、そしてそのほかのいくつかの国では、興味深いことに、つい最近まで以下のように考えられてきました。ガンの悪いニュースは患者に直接告げられるべきではなく、家族に告げられるべきだと。この状況は変化しつつあるようです。このお話しを東京でしたときに、オーディエンスとして抱井尚子さん（青山学院大学）がいらっしゃいました。彼女はこういった問題に関するサーヴェイに詳しい方です。彼女が、あるサーヴェイをわたしに紹介してくれました。それによると、20歳代の回答者の90%が、ガン診断を直接自分に知らせてほしいと回答しました。自分に知らせずに家族に告げる、あるいは、まったく家族にも知らされないという選択肢は、選ばれませんでした。そして、興味深いことですが、自分に直接知らせてほしいと回答した20歳代の回答者の40%は、ガン診断は、ほかのだれにも言わないでもらいたいと回答したのです。自分にだけ知らせてほしいというのです。

つまりパタンがあるのです。日本では以下のように信じられているようです。ガン告知は、高齢者や子どもにはなすべきではないということです。また、性差もあるようです。男性に告知すべきだが、女性に告知はすべきではないと。

そしてまた、合衆国や日本から目を転じて、エチオピアやイタリアを見てみましょう。状況はこれらの国でも変化しつつありますが、それでも、ガンであるという診断は患者に告げるべきではないと考えられているのです。本人ではなく家族に伝えるべきだという考えが圧倒的なのです。

わたしがとりわけ興味深いと感じつつも取り上げていない論点があります。それは、だれにニュースが告知されるべきなのかというものです。この論点は、ある程度は生命倫理やヘルスケアの道德性の問題です。これらは、興味深いのでディスカッションのときにできれば取り上げられればと思います。でも、ここでは、どのようにニュースを伝えるべきかという問題に立ち戻りたいと思います。これから、日本の病院でのビデオクリップをお見せします。この場面は、医師が女性患者がガンであることを、その夫に伝えるというものです。医師は、患者には潰瘍だと言っています。取り上げたい問題は、そのう、だれにニュースを告げるべきかをどのように決定するとしても、その人にどのように伝えるかという問題はつねに残るということです。それで、ニュースが患者本人に直接伝えられないときに、見解表示連鎖を使って、どのようにして告知を家族にするのかということについてお話ししたいと思います。

この医師がこれからガン告知をする医師です。このビデオクリップは、合衆国におけるヘルスケアについてのドキュメンタリーからとったものです。このドキュメンタリーはおそらく、10年から11年ぐらいまえのもので、もとのドキュメンタリーは、主としてアメリカのヘルスケアについてのものですが、なんらかの点で日本でどのようにヘルスケアがなされているのかとの比較をしようとしてこのクリップを入れたのだと思われます。そういうわけで、ビデオクリップはちょっと古いものですが、興味深い問題を提起してくれます。さて、ビデオを見て、これについて話すことにしましょう。

(医師と夫婦のやりとり)

[ちょっと雑音が多くて、聞き取りに自信がありません：訳者注]

医師：だから、そこをやっぱりとる。やっぱりせまくなっちゃうから。だんだんだんだんこれが大きくなってきてる。

妻：そうですか、胃をぜんぶ取っちゃうんですか。

医師：そーう、そうそうそうそう。

夫：なんか、胃一も、何分の一とか＝

医師：＝あー、これはね、(そうですね)

夫：x x x x

医師：手術はやっぱり、胃ぜんぶとったほうがいいみたいね。

妻：ぜんぶとっちゃうんですか。  
医師：うん、大丈夫だよ。  
夫：まあ、(しょうがない)  
妻：うーんー。  
医師：それは、まかしてもらからさあ。  
妻：きょうはいー、いー日だと思ってきたのが、(笑い)  
医師：うーん、でもね。ちゃんとするべきところはさあ、  
妻：うん、  
医師：したほうが、うん、いいから。まだ、ぜんぶ検査が終わってるわけじゃないわけですよ。  
夫：うん。  
妻：うん。  
医師：うん、そんなに待たせないけれども、  
妻：うん。  
医師：うん、まあ、きょうって明日ってゆうわけにはいかないけど、  
妻：うん。  
医師：1週間か、そこらぐらいは待っててもらっていう、ことになるとおもいます、はい。  
妻：こんな元気なら大丈夫だよって  
医師：そうそう。  
妻：言われてきたんだけど、(笑い)  
医師：元気だから、手術やらできるから大丈夫だよ。  
妻：そうだそうだ。  
医師：それは、それは、医者、おれひとりじゃできねえもんだから、うん  
妻：そうだそうだ。  
医師：だから、ほかのひとがもっとも手術はちゃんとやって。木村先生にたのまれてるから。木村先生は(このすかん)で、おれもこのすかんだよ。  
妻：ああ、そうですか。  
医師：うん。  
妻：うーん。

(英語のナレーション)

待っている患者がとても多いので、須田医師は急いで要点を伝える必要があります。

(やりとり)

医師：じゃあつきそいの、うちの人だけ、ちょっと残って。打ち合わせすつから。患者さん、ちょっと出てくれないか。  
看護師：じゃあおばあちゃんは、廊下のほうでお待ちください。  
妻：はい。失礼しまーす。  
看護師：ちょっとごめんなさいね。はい、ごめんなさい。

妻：はい、ありがとう。

看護師：はい。じゃあ、ちょっと廊下へかけて、お待ちになってくださいね。

医師：あのう、おばあちゃんには胃潰瘍があると、言いましたけれども、実際これ一、おおきな胃ガンなんですね。だから、やはり、ここは手術をする必要があるかなあと、思いますね。これは、どっかにうつってたとしても、

夫：うん。

医師：これを取らないといまは、だめだから。やることだけはやるといい。

夫：はい。

医師：入院してもらおうと、xxxxxxxしたほうがいいんじゃない。

夫：はい。

医師：おばあちゃんには、ガンだと言わないほうが、

夫：はい、それはわかってます。

医師：いいんじゃないですかという。ほんとにうちの人だけ。

夫：また、先生から

医師：あーあ、

夫：ま、いちおうようなそういうことだけ、

医師：うーん。

夫：xxxx

医師：ま、そうゆうようなことで。

夫：うん。

医師：うん。

夫：うん、わかりました。

医師：じゃあ入院、きょう入院手続きしてもらおうから。

夫：うん。

医師：xxxxxx

夫：はい、わかりました。はい。

[訳者注 この翻訳文は、ビデオテープに収録された、音声の聞き取りに基づいて行っている。それに対し、メイナード先生は英語字幕にもとづいて理解されていた。質疑に見られるように、この点が問題となった。]

ひとつ私が考えたいのは、この面談における重要な相互作用上の地点 (juncture) はどれかということです。ひとつ以上あるのは間違いありません。私が焦点を当てるのはひとつのものです。考えてもらいたいのは、みなさんが、相互作用上の意義ある地点と見るのはどこかです。あとで、私が重要だと考えるものに戻りたいと思います。

ここで、取り上げる場所を変えましょう。そして、発達障害クリニックにおけるひとつの状況を検討します。合衆国においては、発達障害 (developmental disability) とは、子どもが以下のような事由のために経験する困難のことです。精神遅滞や学習障害、自閉症、そのほかの種類の「発達上の疾患 (developmental disorder)」と呼ばれるものです。そして、状況は以下の点で先のものによく似ています。診断は子どもに伝えられることは



なく、家族へと伝えられます。これから見ていく事例では、子どもは4歳か5歳で、クリニックは数多くのテストをしています。そして、医師、小児科医、小児神経科医ですが、子どもの母親にニュースを伝えるところです。これからお見せするクリップは、見解を尋ねる質問から始まります。医師が、母親にたいして、子どもの問題はなんだと思うかと尋ねるところです。そして、質問の形を変更して回答を迫ります。そして、母親はここのところで、その見解を開示します。これが「見解表示」と私が呼ぶものです。

医師：どういう問題があると思いますか。

母親：(3秒)

医師：私が思うに、あなたのほうがわれわれ全員よりもよくご存じでしょう。そのう、お子さんといっしょにいるわけですから、なにが起こっているかをあなたはよくわかっていらっしゃるのではないのでしょうか。こういう診断をするのは、われわれだけでできるわけではありません。一種のチームでやることなのです。

母親：その、わたしにはありません。学習上の問題です、一般的に言うと。そして、話すことの問題、ことばの問題です。いわゆる精神遅滞ということなのではないでしょうか。

PDSのもうひとつの特徴は、診断の伝達がほかの戦略を組み込むことができるということです。この場合、医師は一種の理解のチェックをしています。母親がその見解をディスプレイしたところで医師が以下のように言います。

医師：ということは、つぎのようにお考えということでしょうか。お子さんに、お子さんにことばの問題があると、

母親：ええ、

医師：情緒に問題があると、

母親：はい、

医師：そして、ひよっとすると精神遅滞だと。

そして、医師は診断の伝達をはじめます。ビデオクリップをすべて見せるということはいたしません。ただ、前置き (preface)、診断を伝える前置きのところはお見せしようと思います。

医師：申し上げますが、とても興味深いことです。いいですか、あなたはかなり適切な理解をしていらっしゃいます。なにが問題なのか。テスト結果もあなたの理解を合致しています。あなたが挙げた点はたしかに問題です。

この部分で強調したいのは、小児科医がある意味で母親を祝福していることです。子どもについて持っている知識がすばらしいと。「私が思うに、あなたはなにが問題なのかについてかなりよく理解していらっしゃいます。」そして、ここのところで、母親との一致 (agreement) を定式化できるようになっています。ですから、診断が告げられるときに、母親が彼女に見解について述べたことと一致するようなかたちでそれをするのできる

のです。「私が思うに、われわれはあなたに全面的に同意します。」

さて、見解表示がどう作動するかという点に立ち返りましょう。これは、そしてまさにこの事例においては、医師による見解の探索から始まります。そして、表示、母親による彼女の見解表示があります。そして、診断の伝達がなされますが、これは母親の見解を確認するというかたちを取ることができます。医師はまた、母親の理解をチェックして、その知識を称賛するというのもしています。この見解は、診断をアフタームするようなかたちで使われています。医師は、母親が言ったこととクリニックが発見したこととのあいだに合意を定式化するようなやり方です。このようなやり方によって、母親の見解を診断のニュースへと共含意 (co-implicate) しているのです。

ここで言わせてください。もちろん、この事例では母親の見解がクリニックの診断とほんとに近いので、見解表示連鎖がうまくいったという指摘ができるかもしれません。これはほんとに容易な事例であると。もっと困難な事例、家族が同意しないときにはどうなんだという反論があると思われまます。時間がなくてお見せできませんが、時間があれば、家族の見解が幅広くさまざまなものであっても見解表示連鎖がうまく作動するということを示すことができます。ジョン・ヘリテッジとポール・ドルー編集の『Talk at work』(Heritage & Drew) という本をご存じの方が聴衆にもいらっしゃるでしょう。私は1章を寄稿しています。そこで検討されているケースのひとつは、これも発達障害クリニックのものですが、母親が、子どもには脳にどんな障害もないと信じているものです。母親はまた、問題は一時的なもので永久的なものではないと考えています。そして、クリニックは正反対の見方をしています。脳に損傷があり、永久的な障害だと考えています。それでも、見解表示連鎖が使用されています。その使用は、母親の視点とクリニックの視点との不一致を克服するようなかたちでなされています。もうひとつ別の例もあります。患者がガンがあると告げられます。見解表示が使用されますが、この患者は、自分がガンだということを極端なまでに否認します。これは、アメリカでの例です。患者は胃ガンです。彼はニュースを聞こうとしません。ガンだと考えたくもないのです。この例でも見解表示が使用されます。これがほんとに生じていることだという気づきを促進するようなやり方です。とても容易なものとするわけではありません。ガンだというニュースの伝達は、それでも困難なものです。ですが、気づきという問題に関しては、見解表示連鎖は、ニュースの受け手の見解と診断の見解とのあいだに広い不一致がある場合にも、気づきを促進するように作用するのです。

ここで通訳の南氏に感謝します。いま述べたところは、予稿として渡してあるものを書いてあるわけではありません。それに適切に対応していただきました。どうもありがとうございます。さて、さきほどの日本でのガン診断の例に戻りましょう。そして、私が重要な相互作用上の地点というものを見てみましょう。一部を再度流します。

(やりとり)

医師：おばあちゃんには、胃潰瘍があると言いましたけれども、実際これ、大きな胃ガン

なんですね。だから、やはりこれは手術する必要があると思いますね。

夫：それはどっかにうつってたとしてもこれをとらないといま

医師：だめだから、やるなら

私が指摘したい点は、ここで医師は日常会話とニュース伝達の鉄則のひとつをやぶっているということです。その鉄則とは、人がすでに知っていることをその人に言わないこと、というものです。ここで起こっていることは、夫が言っています。「はい、ほかの医師もおなじことをおっしゃいました。」夫はこの医師にたいして、「私はすでに、あなたの言うことは知っています」あるいは「私は、すくなくともあなたのおっしゃることの一面はすでに知っています」と言っています。繰り返しますが、医師による相互作用ルールの違反は、受け手にたいしてすでに知っていることを伝えているということです。

つまり、私の主張は、見解表示連鎖を使用するならば、この相互作用上の違反を回避することができたということです。夫だけに告げるべきか、そもそも妻に告げるべきではないかという問題はさておき、医師が夫に告げているという事実から、これが夫が適切なものと決定したものだと思います。もし、医師が夫にたいして、すでになにを知っているか、どんな信念を持っているか、妻についてどんなことを告げられているかを最初にたずねることによって、夫の見解を引き出すことができたはずです。そのうえで、夫が知っていることや信念に医師は付け加えることができたのです。そうすることで、夫の気づきを促進することができたのです。そして、二義的なものだととしても、妻の状況も改善できたのです。

繰り返しますが、臨床家を批判することに興味があるわけではありません。私が興味があるのは、悪いニュースを伝達するときに、どうしたら効果的な伝え手となることができるかということです。それも、患者や児童、家族、あるいはだれでも、悪いニュースを伝えねばならないひとの気づきを促進するようなやり方です。そのひとつが、見解表示連鎖の使用です。伝達することによってではなく、質問することで始めるということです。私はこれを、たずねることによって伝えること (telling by asking) と呼んでいます。

悪いニュース伝達についてのお話しの締めくくりとして、引用します。

悪いニュースを伝えることは、(実はメイナードとしては、良いニュースを伝えることも同じだと思うのですが)、われわれの専門家としてのスキルと能力の全体の試金石です。もし、これをうまくできなければ、患者も家族も、われわれをけって許さないでしょう。もし、これをうまくやれば、彼らは決してわれわれのことを忘れないでしょう。(Buckman 2002)

これが、悪いニュースについての結びです。

● 良いニュースについて

さて、ここで15時40分ですが、質疑へと移るのでしょうか。いや、続けるということですか、これは良いニュースです。良いニュースについての話しはずっと短いものです。すでに簡単に言及しましたが、合衆国の医学雑誌や社会学雑誌には数百の論文があります、悪いニュースを取り上げたものです。そして、医学雑誌のものは実践志向で、どう悪いニュースを伝えるかに志向しています。他方、良いニュースをどう伝えるかについては、実質調査は、論文は皆無です。私がここで示したいのは、良いニュースにも2つほどの問題的な側面があるということです。そして、これらの問題的な側面にもパターンがあるのです。つまり、個別的な問題ではないのです。

● 症状残滓 (symptom residue)

わたしは、2種類の問題を取り上げます。ひとつは、症状残滓 (symptom residue) です。これは、未決定性という問題に関係するものです。2つめの問題は、見解の葛藤から生じるものです。

みなさんが医者に行って病気だと訴えるときに、診断が欲しいわけです。生理医学がどうなっているかということ、病気の可能性をつぶしていくというやり方が中心です。これは、医療の実務家ならばよく知られていることです。もし患者であれば、あまり知らないことになります。そうなる問題は、臨床家の立場からは良いニュースでありうるものが、なぜなら重い病気である可能性を除外できるのですから、ですが、これは患者の立場からはそれほど良いニュースではないかもしれません。なぜなら、症状が残っているからです。

これは女性です。呼吸困難という問題があって、かなりの胸の痛み、背中中の痛みをかかえています。そして、検査に送られます。検査の結果では、心臓にはっきりした問題は認められませんでした。それで、医師がこのニュースを患者に伝えているところです。それで、言われたこと全体のトランスクリプトをここでお見せしているわけではありません。それで、トランスクリプトのまえのところから始めましょう。

T 医師：そうね、結果はとても良いものです。

患者R：良かったわ。

T 医師：そのう、あのうですね、2カ所検査しました。1カ所は、

患者R：ええ、

T 医師：[準備原稿より]

それで、ここに残っているのが症状残滓です。背中中の痛みはまだあるわけです。そして、医師も言及していることですが、検査中に疲労を感じて、胸の痛みもあったわけです。つまり、残余症状があります。これはどういうことかと言うと、この不確定性問題が頭をもたげると言うことです。起こっているのはどういうことかというのが、それまでのところで確定されていないのです。

それで、インタビューのあとのところで、この医師は症状残滓の問題に戻って、「あなたが胸を痛みがまだあるという事実は、実はちょっと困っているのです。検査結果は良好で、大きな問題はないみたいなのですがね。ひょっとすると、胸の痛みの原因がほかのところにあることがあります。そのう、筋肉の問題とか、たとえば。」不確定性の問題があるということは、医師がアドホック説明と呼ぶことができるものをしなければならないように追い込みます。私が思うに、「そのう、筋肉の問題とか、たとえば」というのがそれでしょうか。これが不確定性で、症状残滓を説明するのに医師がかかえる問題です。

これが、ひとつの種類の問題です。これには、ちょっとした解決策があります。見解表示連鎖と直接関係するものではありませんが、質問をして、私の同僚の医師が予期を形成すること (shaping expectations) と呼んでいるものをするのです。私はここで、ひとつ物語をみなさんと共有したいと思います。この医師は実は私の社会学の学生で、その後医学校に行った人間です。彼は卒業後、中西部の高次医療機関に就職しました。第三次ケアユニットと呼ばれるものです。

この事例では、患者は胃に40年間問題を抱えています。40年間問題を抱えながら生きてきて、この高次医療機関へと決定的な診断を求めてやってきたところでした。なにがうまくいっていないのか。不快な経験を生じさせているのはなんなのか。それで、患者は病院へとやってきて、いくつもの検査を受けました。そして、患者は家に帰っていきます。検査が完了して、結果が出ました。3日後、患者と妻が病院へと結果を聞きに来ました。検査のときは患者ひとりだったのですが、結果を聞くときには妻もついてきました。「私は、すべての検査に立ち会いました。そして、結果を患者と妻に説明しました。予期されたことですが、どこも意味ある異常は見つかりませんでした。患者本人が感じている不安以外に腹痛を説明するものはなにもありませんでした。私は、彼に言いました。良いニュースだと。われわれは、なにも悪いところは見つけることができませんでした。腹痛の原因として、深刻な問題はなにもないのですと。このニュースを伝えた直後、患者の妻は私を指さして言いました。『わたしたちはこんなはるばるドライブしてやってきているというのに、40年間夫が抱えている腹痛にはなにも原因が見つからないと言うのですか。』そして、医師は言いました。「私は大きなショックを受けました。」

これは、彼が医師になった初期に経験したものです。それで、現在彼は、質問をするようにしています。「この病院に、なにを期待してやってきているのですか。あなたは、われわれになにができると思いますか。」そして、患者に説明するのです。診断というものが、どういうふうに進むのかを。可能性をつぶしていくプロセスです。つまり、決定的な診断が必ずしも得られるわけではないということなのです。これは、予期を形成することと呼ぶことができます。

#### ●見解間の葛藤

以上が、良いニュースを伝達することに関係するひとつめの問題である症状残滓です。ふたつめの問題は、見解間の葛藤にかかわるものです。これからお見せしますが、以下の

ような状況です。患者は女性で、いまの仕事がいやでたまりません。そして、医療不適格の診断を求めています。これがあると、仕事をやめて、しかも障害給付 (disability payments) がもらえます。そのためには、ある医療上の条件があると診断される必要があります。それで、彼女はかかりつけの内科医にたいして、鬱があると訴えます。それで、精神科医の診断を受けるように紹介されます。これからお見せする場面は、患者が精神科医から戻ってきたところです。精神科医は診断結果を内科医に知らせています。これから、医師が、患者にその鬱についてニュースを伝えるところです。

患者：

医師：彼は、あなたの鬱はそれほど重要ではないと考えています。そうです。良いニュースです。そして、彼の診断はしっかりしています、病気を的確に見つけてくれます。

患者：わたしは、鬱になる期間があるのは明確です。

「Dr. Huntington」というのは精神科医のことです。内科医が言うには、精神科医の考えでは、現時点で鬱はあなたの病気の重要な部分ではありません。そのあとに、1. 5秒の沈黙があります。われわれ、会話分析家にとっては、このような1. 5秒のような沈黙は、抵抗が存在していること、彼女がそのような評定に不同意であることを示しています。それで、医師が言います。「これは、良いニュースです」と。また、沈黙があります。「というか、もし彼が正しいければですが」。さらに長い沈黙があります。x. 5秒の沈黙です。内科医は続けます。「もし、彼が正しいのなら、それは良いニュースです。そして、彼はこういったことの診断に非常に長けています、私の見るところ。」こうしてみますと、1つ、2つ、良いニュースの断言があります。これにたいして、患者はこの現状記述に強い抵抗を示しています。そして、ついに口を開いて言います。「そのう、私はこれまでっつ x」ここでは、彼女が良いニュースだという考えから距離を置いていることは明瞭です。

患者の視点からは、これは悪いニュースなのです。なぜなら、彼女は医療障害という証明を得られないからです。私が、視点の葛藤と呼ぶのはこの点です。そしてこの事例では、内科医は患者の視点を表示させるということから始めることができるものです。患者に、「ハンティントン医師の見立てはどうだったと思いますか」と聞くことで始めることができます。そして、患者は自身の感覚を報告し、そして、医師が結果を、患者の知識と信念と関係づけて説明することができました。実際には、患者が抵抗と距離置きとを見せたわけですが、そうではないやり方ができたのです。

さて結論です。どうニュースを伝えるのが良いのでしょうか。文脈によりますが、まずニュースの前触れをするような質問をすることです。いま、「文脈による」と申しあげましたが、その理由は、つねに医師がニュースの前触れをすることができるかということ、そうとはかぎりません。ですので、文脈がゆるせば、そしてそういうことは多いのですが、その場合には、前触れするような質問をすることで進行するのが良いのです。それによって、予期を形成するのです。「あなたは、可能性を除外していくという手続きがどう作動するのか、理解していますか」と。たずねることによって、「あなたは、診断についての議論に参

加したいと感じていますか」と。ところで、先ほど紹介した抱井さんが示唆していることは、日本では、ガン告知はそのときその場に応じて、臨機応変にやることのようなようです。事前に、「私は患者に告知しよう、あるいは、告知しないことにしよう。家族に言いましょう、あるいは、家族には言わないでおきましょう」と決めて臨むことではないのです。家族にもたずねることができるのです、「あなたの希望はなんですか」と。患者にも事前にたずねておくことができるのです。「検査をしますが、あなたは、結果をそのまま知りたいですか」と。つまり、このような種類の質問で始めることです：「診断についての議論に参加することを希望しますか。」そして、もし、議論に参加しているのが患者、あるいは家族の場合、「あなたは状況をどうごらんになっていますか」とたずねることで進めていくことができるのです。つまり、見解表示連鎖というわけです。

そして、Rob Buckmanに戻ります。「もし、ニュース伝達をうまくできなければ、患者あるいは家族は決して医師を許さないでしょう。もし、上手にできれば、患者たちは医師を決して忘れないでしょう。」

どうもありがとうございました。

#### ＝質疑応答＝

■平 英美（指定討論者：滋賀医科大学；医療社会学）からのコメント

平：メイナード先生、とてもすばらしい講義を聴かせていただきどうもありがとうございました。最初だけ英語で申し上げましたが、日本語で質問させていただきます。今日のお話しは会話分析に関連するものであったと思います。最初に大きな質問で恐縮ですが、包括的なこととして少しお聞きしたいことがあります。今日は、医療場面のbad news tellingでした。ご著書を邦訳で読ませていただきましたら、やはり、bad news tellingをわりとジェネラルなかんじでされていました。日常会話におけるbad news tellingと医療場面におけるbad news tellingが同一なのか、ちがうのか。先生のなかで、それをどのように区別しておられるのか。とくに、シークエンシャルなオーガニゼーションの点で、医療におけるbad news tellingになにか特色があるのか、あるいは、なくて、両者は同一のものとして扱っていいのか。この点をまず、出発点としてお聞きしておきたいのですが。

メイナード：まず、最初の違いは、日常会話のbad news tellingでは、さまざまな悪いニュースがあるということです。そのひとつは、第三者についてのニュース（third party news）と私が呼ぶものです。それは、会話の当事者ではない第三者についてのものです。つまり、日常会話では、話し手についてのニュースである第一者ニュース、そして、聞き手についてのものである第二者ニュース、そして、第三者ニュースがあります。そういうわけで、病院で見られるのは、第二者ニュースのみであるという違いがあります。そして、これにともなって、ニュース伝達に特徴が見られます。悪いニュースの場合、それがどう伝達されるか、受け止められるかです。とりわけ、日常会話の場合に、悪いニュースの伝達で見られる特徴は、悪いニュースの核心を導くための事実が告げられるということです。

私の本に挙げた例ですが、シラキューズまで車に乗せて行ってあげられなくなったというものがあります。女性がこの悪いニュースの受け手なのですが、その伝え手である彼は、行った先で泊まる予定だったところに泊まれなくなったと言います。つまり、電話をかけて「悪いニュースです。あなたをシラキューズまで乗せて行ってあげられなくなりました」と言うのではないのです。そうではなくて、「泊まる予定だったところがだめになりました」と言ったのです。そして、病院でも、悪いニュースを伝えるときに、診断でわかったことを引用するという点では同じです。「あなたはガンです」と言うわけではありません。「検査結果は、腫瘍の存在を示しています」と言うのです。私は「ある条件を断言すること (asserting a condition)」と「証拠を引用すること (citing the evidence)」という区別をしていますが、前者ではなく、後者をしているのです。

メイナード：付け加えますが、いただいた質問は良い質問だと思います。いろいろな複合性があります。もうひとつ申し上げておきますが、日常会話で使われる見解表示連鎖は、議論している人びとの意見であることが多いです。たとえば、ある映画を見たとします。そのときにたずねるのは、映画『x x x x』はどうだったという質問です。そして、相手の見解を聞いて、自分の見解を伝えるのです。この場合の連鎖は、意見の共有のために使われます。そして、医療場面では、医療上の条件についての意見が共有されるのです。

メイナード：最後の点ですが、私の本は全体として、会話における悪いニュースの伝達と医療場面での悪いニュース伝達との対比を中心に構成されています。そういう点で、このことについて答えることができるのは、(訳者である) 檜田さんです。

平：中心的な概念は perspective display sequence が特徴的でした。それが、医療においていかに有意義であるか、いかに利用されているかを詳しく勉強させていただきました。ある種の presequence といっているのでしょうか。会話のなかで、perspective display が presequence ということになるのではないのでしょうか。

メイナード：そのとおりです。また、悪いニュースのアナウンスそのものにたいする presequence となっています。それゆえ、見解表示は、ニュース伝達の連鎖にたいする presequence となっています。きょうのところは、お話しの構成上、見解表示連鎖に焦点をあてました。ですが、もっと大きなお話しをするときには、これが presequence であること、そして、ニュース伝達の連鎖が見解表示とどういう関係で進行するかについてお話しをすることになります。

平：PDS が医療にとって有意義であるというお話しでした。データのなかにメイナードさんが発見されたということですが、これは、自然発生的に医療のなかで生じてきたものなのでしょうか。あるいは、少しまえまでは、ぶっきらぼうに言ったり、引き延ばしたりということが多かったということでしょうか。

メイナード：そうですね、まず、私が PDS をどのように見ているかということをお話し上



げましょう。これは、相互作用上のコンピテンス（能力）だと私は考えています。そして、会話分析の研究者は、会話相互作用の実践や手続きを、参加者のコンピテンスと見なします。そういうわけで、私は病院で収集したデータを持っています。医療実務者がニュースを伝達しているところです。そして、実務者のある人たちはPDSを使用しており、そうしない人もいます。そうしている人たちがどうやって習得したかについては、私にはわかりません。私の理解するところ、こんにちでは、私の研究についてよく知っているところでは、PDSを活用しています。スクリーンにお見せしたロブ・バックマンの本は、PDSについて私の本を引用しています。ただ、彼は私とは若干異なる用語を使っています。それがなんだったか残念ながら思い出せません。彼は、トロント大学で教えています。ほかのところでも、PDSの使用を教えているところがあるのを知っています。

平：コミュニケーションの医療における改善ということはよく言われる。PDSを使用することで、患者の見解、医療者の見解が共有されるとおっしゃったのですが、文字通りに共有ということは可能なのでしょうか。

メイナード：見解表示において、伝達者と受け手とは、共有されているひとつの見解に到達する、ということではできると思います。もちろん、共有されている見解というのは、それが気づかれるのは、合意が展示されるのは、伝え手の見解です。たしかに、非対象が存在しています。どちらの見解が良い見解であるかを探し求めるという連鎖ではないのです。これが正しい見解であるということをお伝えはすでに知っているのです。これから、臨床上の権威や、制度上の行為者と素人の行為者との関係といったものに話題は広がっていきます。ですので、伝え手と受け手とがたしかに共有されている見解に到達すると私は信じています。ですが、そこには非対象があるのです。そういう意味では、「なにが起こっていると思いますか」と医師がたずねて、患者や家族が答えたことに、まったく合意するということがあるわけではありません。これは、臨床家の見解が正しいと確証するという目的のためのものです。

メイナード：いまの質問もじつに良い質問です。それで、ここで付け加えておきたいのですが、ひとりの会話分析家として、あるいは広く社会学者として、「共有された見解」というときに想定するのは、相互作用において共有された見解として表示されるものです。つねに、当事者のいずれかが、自分の表示していることを私的には (in private) 信じていないというものはあることです。表示されている合意と、私的に持たれている信念とのあいだにギャップがあるというものはありうることなのです。それゆえ、これは重要な区別です。表示されている合意が参加者の私的な見解や見方と同じものとは限らないということをおさえておくことは重要なことです。

#### ■佐伯 ひとみ（ヒューマンケア研究会；看護師）からのコメント

佐伯：メイナード先生、PDSについてすばらしいお話をありがとうございました。私のコメントでは2つの点について指摘させていただきます。日本の医師の例ですが、規則違反だとおっしゃいました。9ページをご覧ください。これについて、私はほかの解釈を

しました。いかに、医療者が、患者にとっていちばん良い結果となるかを、説明のなかですでに引っ張ってきている医療者の姿がそこにあると思いました。その点は、調査されているなかで、ことばを分析された以外、医療者の会話の進め方について、指摘される点がありましたでしょうか。そして、もう一点は、good news, bad newsというふうに表示されておられるのですが、日本人にとってのひとつの例ですが、bad newsを恐るべきものとして受け取らない例を紹介したいと思います。日本人には、文化的に、死を恐れたり告知を避けようと言う傾向が強いと紹介されていますが、それにもまして、患者自身が自分の不安よりも家族の混乱を避けたいあまりに、知らないふりを演じるという例が多く報告されています。そうした面を考えますと、bad newsが患者が楽になれるポイントだったりします。先生のご紹介いただいて、医療の実践の場面でぜひ活用して紹介していきたいと思うに加えて、そのあたりを、取り入れるときのもうひとつの考え方として、スキルとしてだけではなく、bad newsを伝えるのにたいへんだからどのように工夫しようかということだけではなく、assertiveな態度で、こう、そうして、あのう、bad newsを共有する立場を確立しながら伝えていくという役割をつくっていかねばならないのではないかと思います。そして、患者が望んでいることというのは、より思いやりにあふれた手法というだけでなく、それにくわえて、共有してくれる時間をそこに延長してくれることではないかというふうに、臨床にいた者としては感じる場合があります。その場を、また社会学的に集められたデータから、どのように共有する時間が役立っていくかを今後わたしたちに教えていただきたいと思います。

榎田：司会者ですが、ほぼ同じことを感じております。いま、コメントしていただいたそれぞれの点にほぼ同じ疑問を持っています。ひとつめは、ルール違反をしているということでしたが、ほんとにルール違反なのでしょうか、という質問だと思われま。佐伯さんは、医療者として、その場ですべき最前のことをしている。それが、ほかのお医者さんと同じことになっても、あの場面としての適切さは崩れていないのではないかという質問になっていたと思います。相互行為ですから、ここからあとはぼくの意見なのですが、話しを聞いていたおじいさんのほうもとくにへんな顔をしていなくて、「そうそう、ほかの先生もそうやってました」とこたえていたので、どういうことでしょうか。相互行為的になんかトラブルが起きているようには見えなかったというのがひとつめの質問です。ふたつめは、たぶん、グレイザーとストラウスの紹介が日本で非常に広くされているので、それを受けて、佐伯さんがおっしゃっているのだと思います。隠すというのは、患者本人にとってもたいへん苦勞なことで、家族にとっても苦勞なことで、bad newsを直接本人に伝える、あるいは家族に伝えるということが、患者が楽になる、あるいは家族が楽になる、むしろ、bad newsがgood newsになる、隠すという苦勞に比べればそれから離脱する、知らないふりを演じるという苦勞からすれば、ラクになるというポイントがあると思うが、そう受け取っていいのかという質問、になっていたのかなと思うのですが。

佐伯：質問というよりは、

榎田：そうやって受け入れていきたいということですね。それでは、通訳をお願いします。

メイナード：そうですね、私がお見せした日本のエピソードにおいては、医師が相互行為ルールに違反したと言いましたが、ルールが違反されたということを夫が示すような反応はたしかにありませんでした。私の見るところ、これは相互行為が通常どのように組織されているかということに基づいています。あのような違反が生じるということは、あのような違反は医師と患者とのコミュニケーションにおいて数多く生じていると思います。私自身も医師から、すでに知っていることを告げられたことがあります。その理由の一部は、われわれがあまりこれに異議を唱えないことにあるだと思います。そして、それが関係しているのではないのでしょうか。これは、pre-announcement連鎖です。「ニュースがあります。」「良いニュースがあります。」「悪いニュースがあります。」これらはすべて、もし、ニュースがすでに受け手によって知られているものであれば、ニュースの伝達をブロックするというルールがあるということと関係していると思われま。受け手は、「あら、私はもう知っているわ。聞いたわ」と言って、伝達は起こらないのです。なぜなら、既知のニュースを伝達するということは、違反だからです。それは、「ニュース」ではありません。しかしながら、臨床場面では、こうした相互行為ルールの違反が起こり、Garfinkelが大昔に「やりすごす (let it pass)」と名づけた実践をしています。

メイナード：付言したいことがあります。私は日本語がわかりません。ですので、あそこで起こっていることのニュアンスで私が見逃していることがあるだろうということはほぼ間違いありません。ですが、ドキュメンタリー番組の翻訳が正確である範囲において、夫は、「Yes, another doctor said the same thing.」と言っています。これは、いまの医師が言っていることの少なくとも一部はすでに聞いて知っているということです。そして、これについての見方のひとつは、ここでは臨牀的視点を取りますが、なぜなら、私の知っている臨床家はこの問題に非常に注意しているからです。それは、患者ひとりあたりどれだけの時間をかけられるかという問題です。日本の医療文脈についての私の理解では、医師ひとりあたりが担当する患者数は、とてつもなく多いと聞いています。合衆国よりもはるかに多いようです。ということは、合衆国よりも時間の制約が大きいということです。合衆国でも、すでに時間の制約が問題となっているのに、それ以上だということです。そうだとすると、ここで提起できる問題として、もし患者がすでに知っていることを患者に伝えて、どうして繰り返すことで時間を無駄に過ごすのでしょうか、ということがあります。さて、これが私の見解です。私は、あの医師がこの時点まででできる最善のことをしているという考えに興味があります。ですが、私ならば、どうして医師がこういう質問をするのかという疑問を投げかけたいと感。すでに患者が知っていることを繰り返して時間を無駄にするよりも、患者が知っていることに付け加えていくことができるというのにです。

メイナード：最後のコメントですが、日本の医療文脈においては伝統的に、患者や家族はアメリカの文脈ほどには自己主張しないということがあります。医師に、治療する権利などを委任するということです。ですので、先のビデオクリップで示されたのは、ある意味では家族が医師に示す敬意の表現だと言えるのでしょうか。そうだとすれば、ルール違反で

はないでしょう。なぜなら、そのような敬意の実体化だからです。そういう要因が作用しているということも理解できます。これは、重要で複雑な、分析上の問題点です。

メイナード：2つめのコメントについてです。コメント全体をきちんと私が理解しているかどうかは自信がありません。私が理解した部分は、秘密を保持することの困難さについてです。それは、たしかにありそうです。これからお話しすることも、日本の医療文脈についての議論を読んだ知識に基づくものです。そこで読んだ論文のひとつによりますと、患者が、潰瘍があると言われたとき、彼女はガンだと知るといことです。それでも、「ガンです」と言うことと「潰瘍です」と言うこととの区別が必要です。それは、重要なことです。ただ「潰瘍」と言うことがガンだと理解されることがあると知るとは重要です。そうすることによって、希望を持つことができたらそうするのですから。すべての医療情報が公式なレベルである必要はないのです。

フロアから（一人目）：たいへん興味深いお話しをありがとうございました。ひとつ質問をさせていただきます。問題の、9ページのさきほどの、関連するところで、ふたたび同じ質問になってしまうかもしれませんが、ご容赦ください。わたしは、患者の立場から言うと、気づきを信じたくないという気持ちがあると思う。そういう文脈に乗せると、「yes, another doctor said the same thing」という部分は、ほかのお医者さんからも言われて、あなたからも言われて、客観化できたと思う。ひとりの医者の言うことだけではなく、もうひとりから言われて信じることができたと思うのです。ここで患者は初めて、realizationが可能になったように思うのです。だとするならば、むしろこの場面では、メイナードさんがおっしゃっていることとはぎゃくで、realizationが促進されたのではないかというふうにわたしは見たのですが、このような解釈についてどう思われますでしょうか。これは、日本のみならず、先生のPDSにかかわる問題、PDSだからrealizationが促進されるとはかならずしも言えない、そういうことを言いたいのですが、どう思われますでしょうか。

メイナード：ええ、そういうことも大いに考えられることです。これがセカンドオピニオン状況ということも可能です。それでも、以下のことは言えると思うのです。もしこの医師がセカンドオピニオンをもたらしているのだとしても、家族の気づきを促進するのに、すでに知っていることを引き出してからそうすることがより効果的だと思うのです。そうすると、家族がすでに知っていることを医師は公式に、明確に確認することができるのです。その場合、夫が言うことを確認するという立場に医師が立つことができます。ですが、ビデオクリップでは、医師の言うことを、ほかの医師から聞いたことと照らしあわせて夫が確認しています。これは、セカンドオピニオンを得るやり方としては奇妙なものです。わたしは、夫がすでに知っていること、ほかの医師から聞いたことを引き出しながらやることで、これをもっと効果的に行うことができると思うのです。

フロアから（二人目）：このときに医者ガンである、転移しているかもしれない、でも手術する、と3つのことを言っているのです。ところが、どうも転移しているかもしれないというところに、このニュースのニュース性があるような話し方をしているように聞こえ

ました。ところが、ここでは「same thing」と言っているだけですよね。そうすると、ほんとうはこのことで、つまり、手術しても助からない、転移しているかもしれないという部分が伝わってないんじゃないかという気がするんです。それで、こういうかたちでdeliveryすると、ほんとうに伝えたいことが伝わっていないこともあるということで、メイナード先生のおっしゃることはひじょうに正しいのではないかと思うのだが、どうでしょうか。

メイナード：どうもありがとうございます。ご指摘のとおりではないかと思えます。

フロアから（3人目）：エスノグラフィーも会話分析もまったくわからないものです。9ページのシーンで、医師との会話が議論となっています。あれは、家族であって患者ではありません。どうして患者でないひとのbad news tellingが対象となりうるのか。分析の対象としてはわかるのですが、いまは患者にとってのgood news, bad news という話をしてるのであれば、いまは家族にたいしてのgood news, bad newsであるのではないかと思うのです。患者が登場してなくて、なぜそこに分析の対象があるのでしょうか。

檜田：それも含めて、good news, bad newsと呼ぶのでしょうかということでご理解いただけないでしょうか。時間が押していて恐縮ですが、さらに詳しいことは懇親会でお願いできればと思います。

フロアから（4人目）：2つ質問があります。ひとつめの質問です。合衆国の医学生は全員が、PDSのようなスキルを学習するのでしょうか。もし、そうだとするならば、その学習はどのようなものなのでしょうか。2つめです。わたしは、bad newsを伝達するときに紙に書くということをしています。これについては、どう思われるのでしょうか。

メイナード：最初の質問への回答は、たいへんに複雑なものです。まず、医学校はますます、医師－患者コミュニケーションについてさらに多くを伝えるようになってきています。それで、悪いニュースを伝えるということはこの医師－患者コミュニケーションの一部となりつつあります。ですが、合衆国全体で斉一的なものではありません。国土が広いものですから、大きなばらつきがあります。また州の規制にも医師会にも多様性があります。まとめますと、医師－患者コミュニケーションについてより多くのことが教えられています。ですが、医師－患者コミュニケーションが教えられるときに、患者に悪いニュースを伝えるということが教えられるときもありますが、つねにそうだとばかりではありません。そして、どれだけの頻度でいくつの医学校で悪いニュースについて教えているかの情報は持っていません。ですが、その数が増えているということはまちがいありません。また、見解表示連鎖についての教育がどれだけ広まっているかも知りません。わかっているのは、ある医療場面の個人が、その場面と個人、見解表示連鎖を教えているということは知っています。わたしのサンプルはx x xなので、一般的なおこたえをすることはできません。

2つめの質問についてですが、わたしは、あなたが書類を患者に見せていらっしゃるのだ

と理解しています。それを聞いてうれしく思います。それが、見解表示をするひとつのやり方だからです。カリフォルニア大学サンディエゴ校の医学校でトークをしたことがあります。そのときにひとりの医師があなたと同じことを言いました。患者に悪いニュースを伝えるときに、診断上の情報が書かれた書類を見せると言っていました。そうして、いっしょに見るのです。これは、彼自身の臨床経験を通じて開発したものだそうです。そして、いまではつねにこれをしているそうです。とても効果的ですから。そのときにわたしが指摘したことは、ならんで座るということです。書類をいっしょに見るときにならんで座ると、並んでながめるということになります。向かいあって座っているときとくらべて、関係のダイナミクスをこれによって変えることができます。もうひとつの点です。わたしが調査した病院のひとつにHIVの検査をする病院があります。これからお話することは、そのひとつのカウンセラーの実践です。顧客にHIVでポジティブだったという情報を伝えねばならないときに、x xとウェスタンblotの結果を持って行きます。それをテーブルの上において、患者に書類を読むように言います。そして、その結果がどういうことか考えるように言います。それも、並んで座って、書類に並んで視線を向けるのです。これは、重要で適切な臨床スキルです。

樫田：すいません、予定の時間がきました。通訳の南さん、コメンテーターの平さんと佐伯さん、そして、もちろん、講演いただいたメイナード先生い、最後に拍手をいただいて終わりにしようと思います。どうもありがとうございました。(拍手) ありがとうございます。山田富秋先生から、宴会のご案内があります。それから、明日、この同じ建物の第1講義室で、2時半から、タイトル変更になっています。「自閉症の知見から」というタイトルで、「エスノメソドロジー、会話分析、社会学的未来」というタイトル変更になっています。2回目のメイナード先生の京都講演があります。よければ、いらっしゃってください。子どもの能力の算定のしかたとゲシュタルトがセットになった発表です。

山田：これから、懇親会で、メイナード先生の歓迎会を開きます。リーガロイヤルホテルでやります。わからない方は、そこでおまちください。また、かなり余裕があります。これから参加されたい方は6500円です。3階です。

#### ＝文献リスト＝

- DeBaggio, T. 2000. Loss of memory, loss of hope. i, 25 June.
- Fallowfield, J. J., Jenkins, V. A., & Beveridge, H. A. 2002. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine* 16-4: 297-303.
- Lind, S. E., Good, M.-J. D., Seidel, S., Csordas, T., & Good, B. J. 1989. Telling the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology* 7: 583-589.
- Wolkomir 1998, April

編者注：

小見出し、表、文献等を補充し、より読みやすくしたものを、後日、HPサイト  
＝<http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/>＝に掲載する予定である。(樫田)

〈書評〉

D. メイナード 著, 檜田美雄・岡田光弘 訳  
『医療現場の会話分析——悪いニュースをいかに伝えるか』  
勁草書房, 2004年, 238頁, 3045円.

五十嵐 素子

本書は、エスノメソドロジー（以下 EM）・会話分析の方法を用いて医療コミュニケーションを考察してきた、Douglas W. Maynard 氏（Wisconsin 大学 Madison 校）による単著、*Bad News, Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Univ. of Chicago Press (2003) の抄訳である。EM・会話分析の方法によって行われた海外の諸研究は、これまで継続的に紹介されてきたとは言い難い。原著が出版されてから1年足らずで本書が翻訳されたという迅速さをまずは評価したい。

訳者である檜田・岡田両氏は、EM・会話分析の研究方法論を用いて保健医療と福祉の領域を研究フィールドにしてきた。翻訳の迅速さの背景には、こうした訳者の立場からの明確な意図がある。彼らは EM・会話分析の知見が、現在の医療・看護系の領域の要求に応えることを意図して、原著を翻訳したという。「いま対人サービス業化がすすみ、主としてその変化に対応するための、対人コミュニケーション能力を充実させるための教育改革が大規模になされつつある医療・看護系の領域に対しては、その応用価値がすこぶる高いと思われた」(p.185)。「今回は、医療現場をはじめとするニュース伝達の実践者・教育者の方に多く読んで頂きたいとおもって訳出部分を選択している」(p.187)。

本書は、こうした訳者の意図に沿ってその構成が大幅に編集されている。「紙幅の関係で、医療を中心とする臨床の場を扱った部分を中心に訳出し、2、3、5、6章の本文、および7、8章の全文が割愛されている」(p.181)と訳者が述べるように、原著の各章の内容は、臨床の場を扱ったコーダ（章末部）を残してだいぶ割愛され、それに応じて章題も原著とは変えてある。その代わりに、訳者解説と二つの付録によって内容理解が補われている。

原著と本書の題名とを比べてもわかるように、本書は、医療現場に関わる事例に力点を置いた構成になっているのである。

便宜の為に、以下に本書の章立てと原著訳出部分との対応を記す。

1章「悪い知らせ、良い知らせと日々の生活」(原著の1章：pp.1-33)

2章「ニュースの受け入れられ方」(原著の2章コーダ：pp.60-63)

- 3章「会話分析とエスノグラフィー」(原著の3章コーダ：pp. 79-87)  
4章「ニュースを伝えるシーケンス」(原著の4章：pp. 88-119)  
5章「悪い知らせとそれに伴う感情」(原著の5章コーダ：pp. 153-159)  
6章「悪い知らせが隠される訳、そしてその明かし方」(原著の6章コーダ：pp. 185-199)  
エピローグ「ニュースを告げる方法」(原著のエピローグ：pp. 247-253)

※なお、エピローグの後には、「訳者解説」(テキストの要点・原著者の略歴とネットワーク・主要業績の紹介およびその意義と受容可能性について)と、「訳者あとがき」(本訳書の読み方)に加え、付録1「トランスクリプトにする際の規約(原著 pp. 255-257)」、付録2「会話分析への手引き(原著 pp. 259-263)」が付されている。

本書は医療現場という文脈に配慮しつつも、その狙いはあくまで「ニュース」が、いかに伝えられ/受け取られ、それとして経験されるのか、ということをはっきりと示す点にある。この課題に際して EM の方針に則りながら、現象学的アプローチやエスノグラフィー、会話分析の手法が採用されているのである。

だが本書は、医療現場に関わる事例を中心に編集されているため、こうした本書の意図や各章の論点、各章のつながり、方法論的立場が見えにくいものとなっている。このため評者の理解の限りで割愛された部分に言及しながら各章の理解を促すことにしよう。

1章では、「ニュース」という経験が日常的な現象でありながら、参加者の世界を中断し崩壊させ、再配置するという特徴を持つことを指摘する。そして、こうした特徴を明らかにするにあたって、現象学的アプローチを採用する利点と限界、EM の利点について述べる。そして事例に則し現象学の概念を用いつつ「ニュース」が参加者に「意味構成上の危機」とその「解決」、「回顧的解釈」をもたらすことを説明し、さらに後続章で分析される「ニュース」の諸特徴についても簡単に紹介している。

2章では、パースペクティブ・ディスプレイ・シーケンス(PDS)の分析を踏まえた上で(詳しくは原著参照)、「悪いニュース」を受け入れてもらうために、医者は「前触れ」の手法を用いるよう推奨している。また、診断という「ニュース」を伝えることに関して、誰が伝え・受け取るべきなのか、という社会的権利をめぐる倫理的問題が存在する点に注意を喚起している。

3章は、著者の方法論的立場(会話分析と共にエスノグラフィーを採用する立場、詳しくは原著参照)からみて、エスノグラフィーや心理学による従来の「悪いニュース研究」がいくつかの課題を持つことを、診療場面の会話を例として指摘している。(評者からすると、本章で方法論の部分が割愛されているのは残念なことだ。Maynard氏が会話分析の何を補完するためにどのようにエスノグラフィーを採用しているのかについて知ることは、



同様の現象を分析する上でも、方法論に関する議論を深める点でも重要な部分である。) )

4章では、ある情報が、「ニュース」として産み出され、その位置価が決定されるのは、前触れ・ニュースを伝えるシークエンス (NDS) を通じた相互行為においてであることを事例に沿って分析している。コーダにおいては、診断における報告の「ニュース」としての価値が、物議をかもしている事例が取り上げられている。

5章では、人は「悪いニュース」の受け手となったとき、度を超して無反応になり、それから感情をあらわにすることを指摘している。これらの特徴は「悪いニュース」という状況を修復しようとする志向を相互行為上で示すものであり、伝え手による修復の手段としては「良いニュース」による脱出が用いられると分析する。

6章では、「良いニュース」と「悪いニュース」との間の非対称な扱われ方 (良いニュースは直裁に、悪いニュースは隠されて伝えられる。詳しくは原著参照) を指摘している。「悪いニュース」を直裁に伝えている逸脱例として、HIV カウンセリングの会話例がエスノグラフィックな情報と共に分析される。そして、悪いニュースが隠されるのは、受け手の感情的な反応を抑えることが社会関係を維持するのに良いとされているからであり、直裁に言うのは、感情を放つことが社会関係を促進すると見做されているからだという。

エピローグでは、いかに効率的にニュースを送り届けるか、という問題について著者がどう考えるかが示される。著者はニュースを送り届ける確実な方法は、状況や受け手の行為に依存する以上無いものとする。だが蓋然性を高めるためのやりかたとして、「常識」を適切に用いることを提案し、その「常識」としての手順・心覚えのリストを提示している。

こうした内容を持つ本書には、訳者の編集意図に沿って「医療現場の会話分析」という題名に「悪いニュースをいかに伝えるか」という副題が付されている。

だが本書は、医療現場にとどまらず、また先行研究である「悪いニュース研究」の延長でもなく、良いニュースをも含めた「ニュース」の授受をめぐるコミュニケーション一般について明らかにするものである。このため、題名から「医療現場」において「悪いニュース」を告知する際の「心構え」の指南を期待した読者にとっては、肩すかしかもしれない。しかし、本書を丁寧に読み進むうちに、こうした期待は良い意味で裏切られたのだ、ということが分かってくる。というのも、ニュースの授受全般を扱うことで、悪いニュースの告知に焦点化した従来の心理学的説明に限定が加えられ、相対化されていることが読み取れるからである。例えば、一見、悪いニュースにつきものであるように思われるが、「意味構成上の危機」という特徴は、実はニュースの授受全般の特徴である (1章)。また「ニュース」であること自体も、またその「悪い」「良い」という位置価も、医者や医療の論理によってあらかじめ決められるものではなく、相手とのやりとりの中である特徴の下にそのつど達成されるものである (4章)。そして、エピローグでは「伝えるものが『悪い』ニュースであるということを決めてかかっているといけない」と述べられているが、そ

れは「悪いニュース」を伝える際に、「処方箋」としてある「心構え」を持っていたとしても、その都度の実践上ではあまり意味を持たない、ということでもある。

また本書は、私たちが「ニュース」を取り扱う論理を辿る、という意味で、一貫してEMの方針が採用されている。ここではEMの方針に支えられた会話分析（ECA）がなされ、ナラティブ・データやエスノグラフィーで得た情報も適時使用されている。その意味で純粋な会話分析（pure CA）のように、シーケンスに焦点化した分析ではない。それゆえ、本書題名から「会話分析」を期待した読者にとって、一連の分析は方法論上の混乱として映るかもしれない。だがこうした方法は、PDSやNDSというニュース授受に関わるシーケンスがどのような業務の中で用いられているのかを説明するために採用されており（原著3章参照）、あるシーケンスがどのような社会関係の中で利用されているのかを説明する一方法として、示唆的である。

さて、評者は本書と方法論的に近い立場から教育現場、とりわけ知識の教授について考察を行ってきた。本書で明らかにされたニュースの授受とは、知識の教授と一見よく似ている。だが、評者の見解では、教授活動はその知識の正統性が教える側に存するような形で遂行されていき、そのことによって、「知識」なるものを協同的に産出することに焦点化した活動である。他方、本書によると、ニュースの授受とは、ニュースの伝え手と受け手の間においてそのニュースの位置価が決定される特徴をもち、教授活動と異なった焦点を持った活動のようである。もちろん教育現場においても、ニュースの授受は頻繁に見られる。では、それらはどのように使い分けられるものなのか。ニュースの授受とは、一体教育現場のどのような文脈の中に埋め込まれて利用されているのだろうか、と興味深い。

だが、こうした視点から翻ってみて、本書が医療現場の個々の実践に即し、ニュースの取り扱われ方を明らかにしているのか、と見てみると、残念ながら、そもそもの原著の意図から外れるゆえに、こうした視点が十分に展開されているとはいえない。本書は医療現場を分析しながらも、ニュースの扱われ方の一般的な論理を明らかにすることにとどまっている。このため、いくつかの問いが浮かんでくる。例えば、1章で述べられるように「意味構成上の危機」はニュース全般の特徴である。ならば、なぜ医療現場において「悪いニュース」を伝える仕方だけが問題となってきたのか。ひとつの理由は、5、6章で指摘されるように、「悪いニュースを受けた側」の感情表出の仕方が、医療現場における業務の展開の仕方に関わってくるからであろう。であるならば、もう一步考察を進めて、カウンセリングや診断、看護といったそれぞれの業務の流れにおいて、PDSやNDSシーケンスがどのように用いられているのか、あるいは、個々の業務では、どのように感情のとり扱いが異なってくるのか、という視点からも探求が可能ではないだろうか。

本書は、医療・看護系の領域における、対人コミュニケーション能力を充実させるため

の教育改革にとっての「応用」が意図されている。確かに、2章では「前触れ」という手法が薦められているし、またエピローグでは「心覚え」が提示されてもいる。だが、本書出版に際して行われた講演会で、メイナード氏が強調していたのは、どのように実践するのかということは専門家自身が決めることであり、本書は、専門家が問題に対処するとき用いている実践的知識を明らかにした、ということであった。問題への処方箋を期待する見方からすれば、これは社会学者の任務の放棄として捉えられるかもしれない。しかし現象を規範的に記述せず（EM 的無関心）、行為とその文脈の内的関係（相互反映性）を明らかにし、そこでの実践を理解可能なものにしていく「人々の方法の論理」を示す、という EM のプログラムからすれば、これは頷首できる立場である。であるならば、本書は、医療コミュニケーションの決定版として受止められ、そのまま「応用」されるような書ではないのだろう。むしろ医療・看護系領域の教育改革という、今この時機において、研究者と実践者、教育者と実践者、あるいは実践者と患者といった様々な立場の人が、自身が関わっている医療コミュニケーションのありかたについて考えを深め、対話する共通の土台を与える「応用可能性」を意図された書であると考えたほうが良いのではないだろうか。

幸い本書は、医療現場の具体的な事例のおかげで、現場の業務のありように思いを巡らせることができる内容となっている。だが、こうした「応用可能性」の視点から考えれば、なおさら医療現場の多様な業務に即した形で、ニュースの取り扱われ方の論理が、明らかにされる必要があると思われる。その意味で本書は、さらなる探求可能性を持った出発点であり、本書を足がかりにした今後の研究の展開が待たれるところである。

#### 〈参考文献〉

- ・「会話分析（エスノメソドロジー）は臨床にいかに関与するか D. Maynard 教授講演会から」、週刊医学界新聞 第2580号、2004年4月12日、医学書院  
<http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/n2004dir/n2580dir/n2580-06.htm#00>
- ・樫田美雄 2004 「医療現場の会話分析から」、ジャミックジャーナル7月号、pp. 16-18、日本医療情報センター
- ・皆川満寿美氏HPにおける本書への言及：<http://homepage3.nifty.com/mmasumi/emca.html>

（いがらし もとこ／一橋大学大学院）



D. メイナード著『医療現場の会話分析』書評

(b) 明治学院大学社会学部附属研究所

研究所年報 35 号より (転載)

田中 剛太……P. 43～44

医療者教育には暗黙知の意識を意識することが必要

相野田紀子

(金沢医科大学 医学教育・情報学)

医療者にとってエスノメソドロジーや会話分析などの領域は極めて馴染みが薄く、医療とは関連ない学問領域と思われるのが一般的である。しかし、医療実践者、医療教育者を意識して原著を再編した本訳書を読む読者は、この学問分野が決して医療と無関係の分野とは言えないことを実感するであろう。その内容が楽に読み進められるというわけではないが、この訳書が医療の実践や教育における学際的姿勢の重要性を喚起させるという役割を持つとしたら、その役割は果たされていると言える。

この書物の意義を考える際、まず医療パラダイムの変化という現象を把握しておくことが必要であろう。Engel が医療における人間性という概念と関連させて、医療の生物医学的 (biomedical) 視点から生物心理社会的 (bio-psycho-social) 視点への変換について言及したのは、今から 30 年以上前のことである。<sup>1)</sup> しかしながらこの概念が広く認識され始めたのは、米国が管理医療 (managed care) の時代に入り患者医師関係の重要性が認識されてからである。<sup>2)</sup> 最近では、臨床のみならず医療者教育および医学教育においても、生物心理社会的視点の重要性が広く認識されてきている。それはまた患者中心医療という概念に発展し、医療場面において医師の言うことを患者がどう受け取るかという患者側からの視点や、患者の受け取り方に与える医師の発話の影響などに対しても関心が向けられるようになった。このような状況の中で、医療現場における医師と患者の会話がどのように進められているのか、どのように構成されているのかなどについて関心が向けられるのは当然の流れであろう。原著が *Bad News, Good News: Conversational Orders in Everyday Talk and Clinical Settings* というタイトルで 2003 年に出版されたこと、さらに翌年にはいち早くこの抜粋訳書が医療者向けに出版されたことは、きわめて良いタイミングであると言える。

訳書について書く前に、2003 年 12 月の JAMA に掲載された原著に対する書評を紹介しておきたい。<sup>3)</sup> 社会学者が執筆したこの本が、医療界で十分に注目されていることを示しているからである。評者の Platt はまず本書を全体的に見て、その内容が医療者と医学生への明確なメッセージとなっていることを強調している。とくにニュースを構成する 4 段階シークエンスでは、何がインフォメーションをニュースにするのかという視点が有益であり、さらに良いニュースと悪いニュースを伝える時に使われるシークエンスの違いなど、臨床と密接な関連があり興味深いと指摘している。しかしながら、本書で使われている用語が専門的すぎるため最初から読むと難解なので、第 8 章 (訳書では第 6 章) をまず読み、ついで第 4 章 (訳書でも同様に第 4 章)、そして最初に戻る読みの方が適切だと述べられている。すなわち、第 8 章で医療者にとって衝撃的な HIV 感染者を対象とした記録を読み、そこから受ける衝撃はこのような社会学的分析が医療と深く関連していることを理解するには十分であり、次いで第 4 章に読み進むと、ここでは、この本の中核的概念である 4 段階シークエンスについて理解することができるというわけである。4 段階シークエンスでは、ニュースの “good” や “bad” の程度を決定するのは、ニュースの送り手と受け手であることが理解できると述べられている。さらに最初の部分に読み進んだ読者は、ここで医療者としての自分が、自身の会話を分析的に省察するヒントを得ることができるだろうと Platt は指摘している。しかしながら原著について、以下のような 4 つの疑問点も上げられている。

1) ニュースを伝えるマナーの方がニュースそのものより重要なのか? 2) 予期的共感 (anticipatory empathy) は患者の苦しみや恐れを本当に減らすのか? 3) 日常会話でよく使われる“OK”という言語表現は、ニュースの内容によっては患者医師関係を壊してしまうこともあるのではないのか? 4) 人々はみな良い世界観を持ち自分の人生も良いものだと感じ、その事が崩された時にニュースということが関連してくると著者が示唆しているとすれば、それは正しいのだろうか? いずれにせよ Platt は結論として、原著は読者に自分自身の言語行動をより深く気付かせてくれるという点で、十分に読む価値があると強調している。

さて、本書のあとがきに述べられているように、読者を日本の医療者に想定して書評を述べたい。著者が講演のために日本を訪れた際、筆者は著者に直接、本書の基本的テーマが「暗黙知を分析することによる医療者教育への貢献」であることを確かめた。この事は同著者によって 2001 年に出版された書物 *Standardization and Tacit Knowledge: Interaction and Practice in the Survey Interview* のタイトルからも推察できる。<sup>4)</sup> 暗黙知 (tacit knowledge) は形式知 (explicit knowledge) に対する用語で、組織論の中で使われる。言葉や数字で表現することができる形式知に対して、暗黙知は目にみえにくく表現しがたい暗黙的な知識の事を指し、たとえ言葉や数字で表わすことができたとしても、それは一部でしかないというのである。<sup>5)</sup> しかしながら暗黙知は形式知化されなければ、正確には伝わらないし共有されない。医療者教育、医学教育ではこの暗黙知をどう教えるかが重要な位置を占めると言えよう。以前のような「技を盗め」、「師の背中を見て覚えろ」式教育では消化しきれないほどの多くの新知識・新技術が地球を駆けめぐっている。さらに、教育する側が「教えた」と思っている内容を教育される側はそのとおりに「学んで」いるのか、医師が患者に「説明して解ってもらえた」と思っている事を果たして患者はそのとおりに理解しているのだろうかという問題とも関連する。この暗黙知を明らかにするという視点で、本書は医療の分野に一石を投じるものだと言える。

しかし、全体を見通した一般医療者向けの平易な解説 (医療者教育になぜ社会学的視点が重要なのか、日本の医療者教育は世界的に見てどのような位置にあるのか、など) が最初に述べられていると、この訳書への親密度がさらに高まると予想される。また原著の副タイトル *Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings* の副題を日本語のタイトルにも活かせるか、あるいは訳書の主タイトルと副タイトルを逆にするとどうかなど、一般医療者の興味をさらに引く工夫も可能ではないかを感じる。訳書としてレイアウトを見た場合は、以下の5点を要望として挙げたい。1) 馴染みにくい用語がかなりあるので、具体的な解説がほしい。例えば、“文脈”や“ニュース”などの用語についても、医療者を読者として幅広く取り込むことを期待するならば必要であろう。2) 訳者注は同じ頁に記載されている方が読みやすい。3) 会話実例のレイアウトは専門的すぎて、とっつきにくい感じを受ける。4) 訳書 91 頁の図は核となるものなので、かなり目立つように配置してほしい。5) 文中に使用されているトランスクリプトは、記号を中心に書かれている方が理解しやすい。

医療者・医学教育や研究は、種々の分野の専門家が関わる学際的な態勢で行われないと、社会のニーズには対応できない時代に突入している。このような時代に本書が持つ意義は大きい。

## 引用文献

- 1) Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196; 126-136, 1977.
- 2) Engel GL: From biomedical to biopsychosocial: being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38; 521-8, 1997.

- 3) Platt FE: Critique on Bad News, Good News by Maynard DW. JAMA, 290: 3256-7, 2003.
- 4) Douglas WM et al. : Standardization and Tacit Knowledge: Interaction and Practice in the Survey Interview. Wiley Interscience, 2001.
- 5) 野中郁次郎, 竹内弘高 : 知識創造企業. 東洋經濟新報社, 1996. pp. 8-9.





D.メイナード著『医療現場の会話分析—悪いニュースをどう伝えるか』  
(樫田美雄・岡田光弘訳 勁草書房 2004)

平英美  
滋賀医科大学

Hidemi TAIRA

本書は、2003年に上梓されたダグラス・メイナード (Douglas W. Maynard) の *Bad News, Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings* の抄訳である。原著の1, 4章はそのまま訳されているが、2, 3, 5, 6の各章は部分訳となっており、7, 8章は割愛されている。原著は、ニュースを伝えるという「出来事」を医療に限定して論じているわけではない。これに対して訳書は、部分訳の各章が医療の事例のみを抜粋しているため、書名通り、「医療現場」の会話分析に焦点を絞った著作に姿を変えている。「訳者解説」で明かされているように、原著者のメイナード氏と相談のうえこのような形に再編集されたとのことである。また、メイナード氏からは、訳書の編集意図に合わせた長文の日本語版序文が寄せられており、医療場面における日米の文化差が論じられている。訳者である樫田美雄氏と岡田光弘氏は、ともに医療現場を対象とする数多くの会話分析研究を積み重ねておられるが、以上のような経緯から、厳しい出版事情のなかで、できるだけ早くこのような良書をわが国に紹介したかったというお二人の熱意と配慮が読むものに伝わってくる。また、類書と異なり、会話断片が英文を併記することなく日本語として自然なやりとりになるように訳出されているのも本書を読みやすくしている。医療現場にはさまざまなコミュニケーションが溢れている。また、近年、それらの医療言説を対象にした研究も活発になっている。それゆえ、これから医療現場を対象とした会話分析に取り組んでみたい、あるいは会話分析の知見を臨床の現場に応用してみたいと願う多くの人々にとって、この領域の第一人者と評されるD.メイナードの著作を手軽に読むことができるようになった意義は何よりも大きい。

読了して印象に残ったのは、メイナードがサービス精神旺盛な人であるという点であった。まず第一に、メイナードは、方法論的に禁欲的であるよりも異種混交に寛容であることを好むタイプの人のように思える。近年、会話分析とエスノメソドロジーを別のものとする考え方もあるが、メイナードは両者を一体のものとして扱う。彼は、比較的初期のガーフィンケルをしばしば引用するのだが、厳格化してきたエスノメソドロジーに依拠して会話分析を批判することはない。さらに、彼は、エスノメソドロジーと近縁関係にある諸理論を一定評価しつつ葉籠に収め、エスノメソドロジーの視点からその限界を指摘するという議論の組み立てをいくつかの章で見せている。したがって、本書を読み終えると、会話分析が医療現場における言説分析に最も適していることがわかるだけでなく、なぜ現象学やナラティブやゴフマン〈のみ〉では駄目なのかが読者には巧まずして納得できる仕組みになっている。例えば、ニュースについて導入的な検討がなされる「1 悪い知らせ、よい知らせと日々の生活」では、シュッツ、フッサール、メルロー＝ポンティらの現象学に言及する。メイナードは、ニュースを聞くという体験についてのナラティブ・データを織り交ぜながら、ニュースという出来事は、良い知らせにせよ悪い知らせにせよ、「社会の

成員にエポケーという状態をもたらす」と主張する。そのエポケーは成員に「基盤喪失」という「意味構成上の危機」をも惹き起こす。エポケーはなにも哲学的思惟を進めるための特別な手続きとしてあるのではなく、人々の生きられた経験としてあるのだ。こうして現象学の検討からは、「日常のカテゴリーと対象を、それらを構成する諸活動に変容しなければならない」という教訓が引き出される。また、「3 会話分析とエスノグラフィー」で、メイナードは、「社会構造と結びつけることで発話の文脈を捉えようとする」類のエスノグラフィー的諸研究を批判する。俎上にのせられるのは相互作用論者のグレイザー&ストラウスや批判的談話分析のヴァン＝ダイクらである。彼らは、教育、階級、職業など社会的な抽象概念と伝達の様式とを相関させる。しかし、メイナードは、具体的な会話データに基づいて、そのような社会的カテゴリーもまた参加者が相互行為を組織化していく際に定式化されるものにすぎないことを論証していく。

もう一つサービス精神を感じることができるのは、会話分析の成果を実際の医療現場に応用することに、メイナードが積極的である点である。訳書では、「4 ニュースを伝えるシーケンス」が、もっとも会話分析の手法のよくわかる章である。ある出来事がニュースであるのかどうかは予め決まっているのではないし、そのニュースがどのような（良い悪いの）「位置価」を持つかも予め決まっているわけではないことは、何度も強調される。ガンの宣告だからといっていつも悪いニュースであるとは限らない。そうであるとすれば、あくまでも参加者たちが当該の会話において悪いニュースを伝えるシーケンスとして組織化しているからである。しかし、ニュースを伝える際に生じる特徴的な会話シーケンスを文字通りターン・バイ・ターンで分析すればするほど、いかにガン告知に臨めばよいのかについてより確実な処方箋を得ることができるかもしれないという誘惑は強くなる。メイナードは、そのような期待に応えるかのように、「エピローグ」において、「悪いニュースや良いニュースを送り届けるための手順」を7点に、「良いニュース、悪いニュースを伝える心覚え」を4点に要約して示している。医療者は、このような手順や心覚えに従うことで患者に上手くインフォームドできるかもしれないし、反対に、患者は今どのようなニュースがもたらされようとしているのかをいち早く察知できるかもしれない。しかも、「偶有性が時々そのようなプロトコルの不適切さを引き出すとしても、プロトコルが無効であるということにはならない」という彼の言葉どおりだとすれば、これらの教訓は個々の文脈を越えた「一般的で抽象的な」性質を帯びていると見なされやすい。ただし、読者は、エピローグに説かれている教訓を、近年大量に出版されている医療者のためのコミュニケーション改善を目的とするハウ・ツー本と内容的にさして変わらない凡庸な教えであると感じてしまうのではないだろうか。しかし、だからといって会話分析に見切りをつけるのは少し早計である。エピローグは会話分析をやんわりとであるが韜晦していると受け取るほうがよいからだ。言うまでもなく、実際の会話データを分析している点で本書とハウ・ツー本とは決定的に異なっている。本書のいたる処でメイナードが述べるように、会話分析の真骨頂は具体的な会話を子細に分析することにあるし、ガーフィンケルの用語を借りるならば出来事の「ユニークさ」を記述するためにこそ会話分析はなされなければならないのだ。その意味で、本書を読むうえで、改めて第4章で行われている細かな分析の跡を辿ることが会話分析を理解する最も早い道であることを付け加えておきたい。

# 医療現場の会話 分析から

徳島大学総合科学部人間社会学科 助教授

梶田 美雄氏

ウイスクロニン大学のメ

tional Order in

イナード先生の「Bad News

Everyday Talk and

Good News: Conversa-

Clinical Settings」



『医療現場の会話分析』

悪いニュースをどう伝えるか』を翻訳しました。日米で文化差はあるかもしれないけれど、共有している部分の大きさを忘れるべきではない、という立場を彼はとっています。エスノメソドロジーはしっかりと方法論を持っているので、どういふ条件を人々が認識しているときにどういふふるまい方を人々がしているのかということ、会話の中から読み取って細かく分析でき、頻度に感わされずに研究できる点の特徴です。

また、珍しく特殊な事例も軽視することなく取り扱うことができます。たとえば、がんの告知が珍しかった1990年代以前の日本でも告知するときには、珍しくなかつたアメリカと同じような工夫をしながらそれが行われていた、というのがメイナード先生の考えです。1ケースだけであつてもそこで人がどんなふうにいるまうかは、きちんと秩序化されていて、むしろ、数少ない事例においてこそ、分析すべき秩序だったふるまいがよく見えてくるというのが、エスノメソドロジー

の考え方なのです。会話分析における日米の違いは、この本で言及されているように、言語形式の違いに基づいて説明されるべきことであつて、頻度差の影響を受けるべきではないという主張になります。

典型的すぎますが、

がんの告知を避けられ続けている患者が、告知を受け、「ありがとう、どのお医者さんにかつても私に説明してくれる人はいなかつたのに、先生だけは初めて本当のことを言ってくれた、そのことがとてもうれしい」という例が出てきます。逆に、病名がわからないという告知を受けたときに人々が怒り出す事例もあります。あなたの未来を暗くするような病気が見つかりませんでした、という「良い」ニュースのはずなのに、伝えられた人は「こんなに背中がずつと痛くて、病院を探して名医だと聞いたからわざわざ遠くから来たのに、お前は俺の病名を結局あてることができないのか」と怒り出すのです。

患者の物語（II）ナラティヴを聴くことを重視しようというふうな議論があり

ますが、患者の物語として医師が想定するものが、しばしばいくつかのパターンしかなく、現実には「あなたの反応は私の気持ちにはそぐわない」と怒り出す患者がいます。世の中の物語はあらかじめ想定できるほど人々が普通になれ親しんでいるものなのでしょうか。そこで、人々の間で見出されていぬ物語を見出すのは、エスノメソドロジーで行っているような会話分析やビデオ分析なのではないか、ということを主張したいと思います。

人々の受けている衝撃や

困難を理解するときに、その人がどういふ社会的な認知世界に生きているのか、それがニュースを聞いてどう変化してしまうのか、ということを研究するのは役に立つでしょう。現象学的な看護・医療研究に関連させていえば、人がどう生きるべきなのかということとは関係なく、生きている世界を詳細に分析していくことのほうが有意義なのではないか、といたいのです。

ところで「患者主体でインフォームドコンセントした」という形になったとし

ても、そのような形をつくった人々はその間に集まっているみんな、ということがあります。逆に、医師が「インフォームドコンセントをとる」という事態が起きたとしても、それをつくったのは、「先生には専門知識があるのだから」と譲る患者や患者家族等の協働の結果、そういう文化があるからだともいえるのです。

たしかに、法律も倫理も

意味があるけれども、表向き患者が主体であるとか、かなり目に見える形で医師が主導権を掌握しているとか、といったことは、事態を詳細に分析してみなければ

なコミュニケーションですら、その場に居合わせる医師や看護職のみんなが共同でつくり上げた現実であり、そういう意味では同じことです。理念をパターナリズムから患者中心主義に切り替えればうまくいく、ということではありません。

かした、よしお◎社会福祉学(研究領域はエスノメソドロジー、医療社会学、福祉社会学)。1988年、東京大学大学院社会学研究科社会学専攻博士前期課程修了、筑波大学大学院社会学研究科社会学専攻講師(兼任)を経て、96年より現職。エスノメソドロジー、会話分析研究、日本保健医療社会学会(編集委員)、日本臨床心理学会(編集委員)、現代社会理論研究会などに所属。「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、ダグラス・W・メイナード著/櫻田義雄・岡田光弘訳)が意味ある結論にはならない、というのが私たちの主張です。医師が主導権をとっているような形にみんなが協力している。または、患者が自分の意志で決断をしたような形にみんなが協

## エスノメソドロジーとは

当たり前すぎて伝えられずにきた場面を伝達可能な形にする可能性のある手法

- ethno = 人々 method = 方法
- 「社会の成員がどのようなやり方でさまざまな活動を成し遂げるのか」を探求する
  - 実際に行われているけれども気づいていない活動の成り立ち方や秩序などを細部にわたって「記述」する
- 「why」ではなく「how」
- 既存の理論や概念を持ち込んだり、それを道具立てとして対象を分析したりしない
- 価値判断をしない

【徳島大学社会科学研究所】第17号より改変

## エスノメソドロジーの医療研究

- 医師と患者の相互行為研究
  - 会話分析、相互行為分析
    - \* 「その場面に携わる人や物のやりとり（音声・動きなど）の協同・協力のしあいがかどういふものか」を考える
    - \* 「医療関係者が日常的に行っているふるまいが、どのような手続きを経ているのか」を具体的に提示する
    - \* 「医療的制度がどういふ構造を持つのか」を実際の場面を使って明らかにする
  - エスノグラフィー研究
    - 参与観察：調査する場面に入り込んで記述する（現場の関係者との共同研究）
    - \* 人・道具・空間などが非常に複雑に絡み合っ成立する共働作業を示す
    - \* 相互行為における暗黙の了解とそれをもとにしたひとつの活動、相互交流

## 総括1 「インフォームドコンセント」といふことは

国立国語研究所「外来語一委員会では、平成15年4月25日にまとめた第1回「外来語」言い換え提案一分子にくい外来語を分かりやすくするための言葉遣いの工夫」の中で、「インフォームドコンセント」を取り上げている。ここで、このことばのわかりにくさは、「最も分子にくい外来語・公的な場面で用いることは避けられる方が望ましい」と考えられる語」に分類されている。日本語として言い換えられたことばは、「納得診療」「説明と同意」である。意味説明としては、患者のための医療という立場をとり、「十分な説明を受けた上での同意」としている。

医療を中心に、現代社会における重要概念として普及定着が望まれ、言い換えや説明付与などの必要性は高いものの、「インフォームドコンセントはいまだに「告知」「説明」というように誤用されがちです」（数野氏）。「説明はしても納得が返ってこなければ、インフォームドコンセントとはいえない

命令ですよね（岩城氏という指摘もあった。この場合、嵯峨崎氏は「インフォームドアセント」といっている。

「インフォームドコンセントの主語は患者であり、納得するのも患者です。インフォームド「コンセント」を「取る」という医療者の態度は本来あり得ないものです。患者と医師の双方が大人として歩み寄ることが必要でしょう。患者と医師の関係は、もういつまでも対

力している。どちらも、みんなが協力してそうなっている様子が重要なのであって、結果として表向きは患者本人が判断したように見えるとか、結果として実はそれを医師が勝手に誘導しているように見えるとかということは、それ自身はあまり重要ではない、とこらえています。

また、患者・家族・医師の会話において、誰と誰が味方なのか初めから決まっているわけではなく、分析していかないとわからないことです。建前として、患者が主体であるということが確認できたとしても、それ自身はたいした意味を持たない。それとは別の領域に大事なことがある、と

いう立場をとっています。実は意図が担える役割は、それほどありません。人の意図は、相手が自分の持っている意図にふさわしい反応をするということを前提にして組み込んで行動に現れるのですが、それは往々にしてすれてしまう。つまり、意図よりもむしろ人々が初めから持つイメージ、どんなときにどんなことが起きるのかという社会的な期待のほうが実は重要なのです。言い換えると、意図と違つて我々があたりまえに期待していることが大事だということになります。

患者・患者家族・医師がいた場合に、誰と誰が味方とも限らない、複雑なコミュニケーションがあるというところを知っていたかどうかでも意味があると思えます。人は、そういう複雑なコミュニケーションをしていく能力があるので、指針に合わせてふるまえばいいんだというふうに決めつけなくなければむしろ、もともと持っている能力を生かして、適切にふるまうだろうということなのです。（談）

「先生とはふつうに話ができるんです」といわれませんが、それだけ、ほかの医療機関ではふつうに話せないのだから、と感じています」（数野氏）

こうして、ふつうに話せる医師に、それまでため込んだ医療への不満を、患者は打ち明けていく。「患者は、ふつう・あたりまえの感覚で大事にされ、

## 総括2 基盤になるのは「ふつう」の人間関係

「長くつき合っている患者さんたちとは、信頼関係がありますので、お互いに軽口や冗談もいえます。初めて会う患者さんたちとは、

ちょっと話を聴いてほしいのです」（佐伯氏）

そして、

「どちらかの第一印象が今ひとつでもだんだんよくなる場合も多いのですが、その場合はよい関係になるのに

時間がかかりました。最初の印象がよければ、即座にいい関係になるのです。そういう意味では、救急の現場も恋愛と似ていますよね」(岩城氏)

「こう考えると、難しいなりに、関係の構築はたのしくなってくるのではないかと。その先にあるのは、協力関係である。」

「全責任を負う、と気負うのではなく、身内に対する

### 3 場面に応じてやりとりはかわる

「私は、聞こえなくなるまで、障害や障害者についてほとんど考えたことがありませんでした。多くの医師もそうではないかと思えます。神経科で、髄膜炎の患者さんを受け持ち、一命を取り留めたけれど聴力を失う結果になったことがありました。『命は救えたのだから、聞こえないのは仕方がない』とむしろ、誇らしい気持ちでした。そこで患者医師関係は終わります。ところが、その後、私自身が聞こえなくなり、そのことの重大性を、身をもって知りました。医師自身は治療

のと同じような優しさを目線を持ってほしい。『医師』『患者』と考えるから、『書類』『同意書』が連続されてしましますが、もっと身内のように考えてみてはいかがでしょうか。努力すべきというよりは、つらい人が来たときにどんな雰囲気がいいか、という発想だと思います。患者と医療者とはパートナーなのですから」(嵯峨崎氏)

がうまくいく、病状が少しでもよくなればいい、しかし、患者さんはその後の人生を引き受けていきます。結果的に、患者さんには、聞こえなくなってしまう人のほうが長いことがあるのです」(藤田氏)

患者にとってはあたりまえのことかもしれない。医師が、患者のことをあらかじめすべて理解できると思うことが、幻想なのである。

「場面には、いろいろなものが埋め込まれていて、それを初めから予期してふるまうことはできない、そこから派生して、絶対的な指

針はない、ということになります。指針には指針の価値もあるし、指針に応じてふるまう価値もあります。ただ、場面には場面のいろいろな特徴があってそれを大切にしないではいけない、適切なふるまい方は相手があつてのことだ、ということとです。相手とどう組み合わせるか、ということだけが、適切なふるまい方を可能にするのであって、自分が自分の頭の中で、患者のイメージを勝手に決めて、自分の信念に最も則った形でふるまうたとしても、適切だといえるかどうかは疑問になってくるのです」(樫田氏)

それでは、どう対応したらいいというのか。

「気持ちには、表情から読めることがあるのでくみ取ることもできます。考えていることは、見えてこないのでも、『聴か』なければわかりません。ただ、どちらも状況に応じてかわってきます。コミュニケーションは落ち穴だらけで、相手次第ということを理解することです。『口』『顔』とく

って価値観ととにも異なっています」(佐伯氏)

「いろいろな方法で、困っていないか、と気を使えることも必要になります。なるべく相手の立場に立つ。その時点で、治療的な効果につながります。つまり、受付から治療をはじめられるのです」(藤田氏)

人間関係にマニュアルはない。だから、押せば患者の気持ちを引き出せるというスイッチなどどこにもないのだ。相手あつてのことだし、相手のことは慮るこ

とほめても、主観的に「すべて」わかった」などと判断できないからである。がどういふことかわからなかった」(藤田氏)、「患児の家族本人でない真意はわからない」(栗原氏)、「患者さん自身は亡くなったので、ほんとうによかったのかはわからない」(岩城氏)、「わからない」という発言が多く聞かれた。その「わからない」は突き放すことばではなく、わからないからこそ寄り添って、「わかり

たい」というあたたかい思いに満ちている。

「良好な関係は、『いい加減』ではないでしょうか。湯加減と同じく、放っておけば冷めてしまう。いつもいい(よい)加減であるように、これからもいろいろ感じながら診療していかなければと思いい直しています」(岩城氏)

模範解答はない。しかしながら、よりよいコミュニケーションを探り続ける医療者・患者双方の姿に、きつと何かがあるのだろう。

## 第二部



連載 新医学教育学入門 番外編

—マレーシア国際医学大学視察報告記 前編—

寺嶋吉保 (徳島大学医学部・医学教育統合支援センター主任, 消化器外科)



●国際医学大学

で紹介された国際協力で構築中のIVIMEDSよりも早い完成を目指している) 7)有料貸し出し制の図書館。8)医学博物館 (Medical Museum):解剖実習の代わりに模型を充実。9)教官組織もユニーク (教授などの「肩書き」と責任や権限が分離しており、教授会はなく、教官会議で進級判定も行なわれる)。10)教育は、すべて英語で行なわれる。入試面接も英語。11)少ない教育で多数の学生を効率的に教育している。学生10名に教官1名以上というマレーシア教育認証協議会による基準ギリギリの割合。12)国から補助はまったくない。中高の公的義務教育はマレー語で行なわれるので、大学入学のために英語を意識して勉強する必要がある。講義やPBLでのディスカッション、医療面接も英語で行なわれるが、臨床分枝での患者やSPとの医療面接はマレー語になるため、最初は戸惑うことがあるようです。

カリキュラムの紹介

Phase 1 臨床前教育 (semester 1-5) 2年半 半期ごとに150名前後が入学、約800名弱が本校に在籍している。Phase 2 臨床実習 (semester 6-10) 2年半 IMU Clinical Schoolと提携している海外24校で実施。海外に移った学生の卒業認定は海外提携校で行なう。IMU Clinical Schoolは、本校から高速道路で1時間の距離にある800床の国立病院と保健センター (外来診療やデイケア)と提携して、国内臨床実習を実施、学生の2-3割が国内で卒業する。5年間の前半の2年半 (Phase 1, 臨床実習前教育)と後半の2年半 (Phase 2: 臨床実習)に分かれる。半期毎に入学してくるので、教官は同じカリキュラムを年2回こなす。2つのPhaseとも半年単位の5つのsemesterで構成される。semester 1: 医学入門1コース (17週), 進級試験1 semester 2: 選択コース1 (3週), 医学入門2コース (12週), 心血管系 (5週), 開業実習1 (1週) semester 3: 呼吸器 (4週), 血液 (4週), 消化器 (6週), 進級試験2 semester 4: 腎泌尿系 (4週), 生殖器 (5週), 内分泌 (4週), 選択コース2 (3週), 開業実習2 (1週) semester 5: 神経系 (6週), 地域保健 (3週), 筋骨格系 (4週), 選択, 進級試験3 (臓器系選択コースはPBLと講義とclinical skill, e-learning等で構成されます) Phase 2 (臨床分枝でのプログラムのsemester 6-10) や私が参加させていた本校のPBLやCSUのプログラム、図書館、医学博物館、VMU (Virtual Medical University) については次回にご報告します。

本誌連載「新医学教育学入門」を執筆中の大西弘高氏が在籍するマレーシアのクアラルンプールにある国際医学大学では、きわめて先進的でユニークな医学教育が行なわれているという。同大学を視察した寺嶋吉保氏に、連載の「番外編」として2回にわたり、その概要をレポートしていただく。(「週刊医学界新聞」編集室)

大西先生を頼って、日本の常識では考えられないようなユニークな医学教育を行なっている国際医学大学 (International Medical University; 以下IMU) を視察させていただいたので、2回に分けてご紹介します。

マレーシアという国

インドネシアの爆弾テロのイメージで尻込みしていた私も、以下の大西先生の話を読んで意を決した次第です。「マレーシアへは空路約7時間、時差マイナス1時間。ASEAN諸国の中では工業生産がしっかりしていて、経済的にもシンガポールに次いでGDPが高い比較的豊かな国です。98年にタイを皮切りにはじめたアジア経済危機の時はいろいろな問題が生じたようですが、今は景気も上向き、クアラルンプール近郊はかなり近代的な雰囲気の良い街が多いです。国内政治も安定しているので、治安も比較的良好です」「マレー系7割弱、中国系3割弱、インド系数パーセントという多文化の雰囲気は他のアジア諸国ではなかなか味わうことのできないものです。国教はイスラム教ですが、基本的にマレー系以外の国民がイスラムやマレー語といった特有の文化に属しないということで差別を受けている理由は、中華系の人々が経済力を握っていることにあるでしょう」「言語として英語が通じない人があまり

(3面よりつづく)

きたのですが、それは大きな間違いです。放っておくと心の傷になってしまっ、せっかく時間をかけて教育してきた人が職を離れてしまうということにもなりかねません。森脇 自殺が起きた時にあたふたしないためには、ある程度のマニュアルを作っておいたほうがよいでしょう。高橋 病院の中でと、どうしても皆が当事者になっていきますから、よほど十分な経験を持つ人がスタッフの中に入れてほしいのですが……。森脇 それは精神科の医師でしょうか。高橋 そうです。適任者がいない場合なら、外部から呼んでもいいのかなと思います。幅広い医療従事者に正しい知識を福山 自殺予防や実際に起こった後のマニュアルは一定の水準を保つのに必要ですが、その解釈と活用には学習を要しますね。日常の対応を超える場合を除いては、精神科でなければできないという考え方はな

いないということも、比較的われわれにとって受容しやすい雰囲気を作っている一因かもしれません。また、マハティール首相がルックイースト政策と言って、日本など東アジア諸国に学ぶ必要があると主張してきたため、日本企業の進出も多く、第二次世界大戦時に日本の統治下にあったにもかかわらず、そんなに悪い感情を持っていない人は多いように見えます」確かにタクシーで高速道路を走っていても工事現場が多発見られました。

病院もクリニックもない医学校

事前に大西先生からIMUの特色を以下のように説明されました。「半年ごとに学生が入学するスケジュールで、毎期150名ほどの学生数があります。高校を出てすぐに入学した学生たちは2年半をメインキャンパスで過ごす、その後はさらに2-3年を1時間ほど車で行ったところにある臨床分枝で学ぶか、あるいは英国、オーストラリア、カナダを中心とした海外提携校 (24校) に移籍します。よって、このキャンパスには大学病院やクリニックはありません。臨床教育については、毎期50人前後の臨床分枝で回覧見ることが可能です。臨床前教育はPBLが中心となり、学生中心のポリシーが前面に押し出されています。また、臓器系統別に進むカリキュラムのそれぞれに身体診察や医療面接のセッションが組み込まれており、学生たちはそれらに触れる機会が多くなっています」非常におもしろいのですが、実際の様子を想像もできなかったため、視察をお願いした訳です。

マレーシアの医療制度

私が理解した範囲での紹介です。マレーシアは以前英国の植民地であったため英国

それができないようなら帰宅させてはいいないです。危ないと思ったら、夜間でも診療可能な精神科はあるはずですから、紹介することも必要でしょう。省略しますが、そのほかにもいろいろな対処法があるはずですが、ともかく自殺企図患者をプライマリケア医が診療する時は、身体的治療以外に精神的な面できめ細かい配慮が必要だということに胆に凍る必要があると思います。高橋 最初の話を繰り返すことになりましたが、自殺予防はけっして精神科だけの問題ではありません。むしろ、精神科以外の医療スタッフが患者さんの自殺の危険に最初気づく、重要な役割を担っています。その意味で、幅広い医療関係者に自殺予防に関する正しい知識を備えておいていただきたいのです。さらに、自殺予防に全力を尽くすということは当然ですが、不幸にして自殺が起きてしまった時にも適切な対応をするというのもリスクマネジメントの一環になると考えています。——今回の座談会を通して、社会問題でもある自殺の予防に、医療職が主体的にかかわっていくヒントが得られたと思います。ありがとうございます。

の制度に準じ、医師養成は高校卒業後5年制医大に入学し、卒業資格で医師となり、国家試験はありません。マレーシアでは僻地の医師不足のため、国内で医師として働くためには国が指定する病院診療所での卒業3年間の勤務が義務付けられています。国立病院や診療所では外来受診1回RM1.3、病室入院1日RM3と、基本的な医療は国家が安価に提供しています。(RM:リンギットと発音します。RM1=約30円、昼食1回分+アルバイトの時給=約RM5) 私立の開業医を受診した場合はかなり高くなるようですが、詳細は不明です。

IMUの歴史

1992年にマレーシア初の私立医大として創立され、当初、カリキュラム後半の臨床教育はすべて海外の提携医学校で実施されてきました。1999年、薬学部と看護学部を併設してUniversityとなると共に、高速道路で1時間のSeremban国立病院と提携して国内での臨床教育も開始しました。また、今年9月にBatu Pahatに新たな臨床分枝が設立されたところ (Batu Pahatでは、まだ本格的な臨床教育は行なわれていないようです)。

IMUの教育の特徴として

- 1) 郊外の小さめのショッピングモールを買い取り、改装して校舎としている。2) 教育のための空間と人 (医師以外のスタッフ) が豊富。3) 本校/臨床分枝ともスキルラボ (CSU: Clinical Skill Unit) が充実している。4) 有償模擬患者 (身体診察+面接) の多用5) 1年目後半から臓器系統別に講義、PBL、医療面接を含む臨床技能教育、e-learningによる自己主導型学習を平行実施。6) 独自のVMU (Virtual Medical University) を来年完成を構築中 (佐賀の医学教育学会

■外科診療の標準化と質的向上を目指す EBM外科標準診療アルゴリズム&クリニカルパス 新刊! 編集 藤堂 省 北海道大学大学院教授 松下 透明 北海道大学医療技術短期大学部教授 著 北海道大学第一外科教室 医療情報の普及により患者が病院を選ぶ時代には、医療の質的向上が各施設の急務となる。このためのツールがアルゴリズムとクリニカルパスであり、医療水準の標準化と維持に不可欠となりつつある。藤堂教授のもたらしたアメリカ仕込みの効率的診療システムを、北海道大学第一外科教室が一丸となって日本流にアレンジ。外科診療の第一線に必携の書。

■これからEBMを学びたい医学生、医療関係者に好適の入門書 臨床のためのEBM入門 新刊! 決定版JAMAユーザーズガイド Users' Guides to the Medical Literature Essentials of Evidence-Based Medical Practice 編集 G. Guyatt 他 監訳 吉川 博亮 名古屋国立大学大学院教授 精神・認知行動科学 山崎 力 東京特許法律事務所 1993~2000年にかけてJAMAに連載されて大好評を博したUsers' Guides to the Medical Literatureシリーズを、シリーズ編者のGuyattが中心となって大幅加筆修正し、再構成したEBM入門書の翻訳。発展を続けているEBMの現在形をわかりやすく、コンパクトにまとめた。

連載

新医学教育学入門 番外編

—マレーシア国際医学大学視察報告記 後編—

寺嶋吉保 (徳島大学医学部・医学教育統合支援センター主任, 消化器外科)



●国際医学大学 CSU における実習

前編では5年制のマレーシア国際医学大学(IMU)の概要とPhase 1(臨床実習前教育)について紹介しました。今回は私が見学させていただいたPBLと平行して行なわれる臨床技能実習と図書館、医学博物館などの施設、後半のPhase 2(臨床実習)の紹介です。

臨床前教育での特色

IMUのPhase 1(臨床前教育)の特徴は、45週間にわたる臓器系統別コースでPBL, 講義, 模擬患者を使った臨床技能実習, 模型での解剖学実習, 病院実習, E-learning + オンライン評価の同時並行のカリキュラムにあります。

Semester (以下Semと表記)は半年のプログラム単位ですが, Sem 3の呼吸器コース(4週間)の週間予定表を見ると, 各週とも朝8時から60分講義が1-2コマ, 午前10時半からPBLが週1回90分のCSU実習(後述), 60分ずつのOLIS(Online Learning Interactive System), 解剖実習代替りの医学博物館での学習と指定文献を読むAIR(Assigned Independent Reading), 2週間に1回の臨床分校での実習(半日)があります。週末にはSILOS(Structured Independent Learning Online System)による評価が行われ, 4週目の金曜日に試験とポートフォリオの提出があります。朝8時から18時まで週50時間のカリキュラム枠がありますが, 学生が拘束されるのは週17時間程度で残りは自習時間です。他に毎週, Islamic Study, Moral Study, 金曜礼拝に各120分を割いておりイスラム教国であることを実感しました。

PBLはPhase 1を通して行なわれ, Sem 3の呼吸器コースとSem 5の神経コースに参加, 見学しました。1回90分, 週2回で1つのシナリオを終了する方式で, 1回目で学習課題を抽出して分担を決め, 2回目に各自の学習内容を発表して討論していました。チューター不足のために, 1グループ学生10-13名と過剰気味でした。シナリオはA4半分程度ですが, A4に1-2枚のtutor資料には10項目程度の学習課題リストが示され, 指導の目安になっていました。チューターは学生を評価していませんでしたが, 現在検討中だそうです。

CSU(Clinical Skill Unit) CSU(Clinical Skill Unit)は, IMUの特徴の1つであり, 本校と臨床分校それぞれにあります。本校CSUは有給模擬患者(SP)を数十名抱え, 臓器系統別の毎週1

回90分の実習で身体診察と医療面接を指導しています。まず約40名の学生に対してSPとともに30分ほど講義し, その後学生6-7名にSP1名, 教官1名につき小部屋で参加型実習します(写真)。SPの時給はRM15(450円)で普通のバイトの2-3倍なので, 非番の警官や留学前の先輩学生なども含まれます。年2回募集して4時間の講習を行ない補充して常に数十人を確保するそうです。CSUの管理運営やSPの養成や管理を行なうスタッフが数名配置され, 教官をサポートしていました。

臨床分校のCSUでは, 多くの小部屋に点滴, 縫合セット, 内診モデルと聴鏡, 直腸診察モデルと肛門鏡などが常時机に広げられており, 学生はいつでも練習ができる体制が整備されていました。ここにも看護師のスタッフが3人いて管理や指導を行なっていました。

今年度, 日本の国立大学医学部では, 1校あたり4000万円相当の医学教育機材が購入されました。しかし, 有給模擬患者, 管理指導専任のスタッフ, 十分な実習スペースを継続して確保することが次の課題となりそうです。

開業医実習

Sem 2とSem 4で, 近郊の開業医を1週間訪問し, 患者の問題点, 診療所の構造, 多様なスタッフに関して学ぶプログラムです。各自が別々の開業医を見学しているため, 実習の数週間後に3時間の振り返りセッションを行なっていました。

図書館

限られた蔵書を特定の学生が抱え込まないように有料貸出し制度をとり, 3時間以内, 2日以内, 5日以内の3つの借り方ができるシステムがおもしろいと思いました。

医学博物館

広い部屋の周囲はついでに仕切られ, 臓器系統別に多様な人体や組織模型とホルマリン標本のびんが多数陳列され, 最低毎週1時間はここで学ぶように時間割が組まれていました。現在, 顕微鏡は10台程度しかなく, パネル展示やコンピューターで学べるコンテンツを充実する方針と説明されました。人体解剖は全く組織実習もほとんど行なわれていません。

E-learning Lab

多数のコンピューターを並べたラボが数室あり, 毎週1時間の学習と週末にはオンライン評価を受けることになっています。

VMU(Virtual medical University)

E-learningの高度発展型で, IMUはこれ

に非常に大きな投資を行ない数十人規模のオフィスで来年4月完成をめざして構築中で, 担当責任者は来年の日本医学教育学会には売り込みに来る予定のようです。

臨床分校の様子

Phase 2(臨床実習)は学生の3分の2以上が海外の提携校で受けますが, ここではIMUの学校案内に沿ってSerembanの臨床分校でのプログラム(Sem 6-10)を紹介し, 800床の国立病院と外来診療センターに隣接して臨床分校があり, ここでは300名近くが臨床実習をしています。臨床分校の教官は国立病院で診療を提供しますが, 病院から給料を貰わない代わりに学生の実習費用も払わなくていいようです。日本の国立大学の法人化後の医学部と附属病院の関係の参考になるかと思いました。

臨床実習は, 徳島大学の新カリでは5年生で41週, 6年生で学外実習8週を選択しても合計49週に過ぎませんが, IMUでは合計108週もあります。臨床分校にもPBL室, CSU(Clinical Skill Unit), 図書館, 博物館, E-learning Labがあります。学生の当直待機のon-call roomもありました。以下, Phase IIカリキュラムの概要を示します。

Sem 6: オリエンテーションの後, 内科・外科・小児科・家庭医学を各6週間ローテート(合計24W)。Task-based learning, 外来センターや病棟の回診を含む。

Sem 7: 産科, 整形外科, 精神科を各6週間ローテート。終了時にはエビデンスに基づく症例提示が必要。最後にOSCEを含む専門進級試験。

Sem 8: 家庭医学4週間と眼科, 耳鼻咽喉科, 皮膚科, 臨床病理各2週間の後, 12週間の選択必修コース(3週間ずつ内科系と外科系の専門科を体験), 選択コース(自由な研究活動やカリキュラムでは体験できない実習, ボランティア, 小中学校での教育, 食品づくりなどさまざま)がある。

Sem 9: 婦人科, 外科, 内科, 小児科を各4週間, 麻酔科, 救急, 放射線科を各2週間。終了時にはOSCEを含む最終専門試験。

Sem 10: 卒業時にインターンとして病棟勤務するために必要なスキルと態度を獲得するため, 6つの診療科で「影のインターン」として働きながら学ぶ。指導医の下, 日本の研修医と同様の環境で働き, この間の成果をポートフォリオに記録する。評価は, ポートフォリオ内容を確認する形の口頭試験で行なわれる。

Community Family Case Study (CFCS)

2年間にわたり, 学生は2人組で田舎に住む慢性疾患患者か健康な新生児を継続的に受け持つ。患者の医学的側面以外の生活, 地域社会, 心理, 家族, 文化, 民間療法などの側面に関して学ぶ。

その他の情報

進路

海外協力校の卒業生の進路は多様です。英国では医師不足のため, 卒後研修を受けて医師としての勤務を続けられる可能性は高いようです。

進級判定

phase 1で3回, phase 2で2回の大きな試験があり, 約30%が再試験を受けて, 進級率は約90%。在籍できる期間はphase 1-2ともに上限3年半です。

学費

Phase 1はRM19600/semester, Phase 2の国内臨床実習では, RM30000/semesterです(RM1=約30円)。5年間の学費は日本円で約750万円程度です。国庫助成はないにもかかわらず, 日本の私立医大よりはかなり安く, 日本からの入学も歓迎すると言われていました。

学生は高校卒業して入学します。毎年数名の外国人がいる以外はマレーシア人で, 民族比は中国系が80%, マレー系10%, インド系10%位と多様です。学内は, 教材もPBLの討論もすべて英語です。教官も, 欧米人を含む多様な人種がおり, ほとんどが欧米人の留学経験を有します。

私は9月15日から19日の週にお邪魔しました。今後も日本の関係者が多数訪問することになると思われ, 簡単に交通の便など紹介します。クアラルンプールへの直行便は6-7時間で, 現在JALが成田から毎日1便, マレーシア航空は成田から毎日2便, 関空から週4便, 名古屋から週3便(福岡からは休中)です。IMU本校へは, 市内からタクシーで20分(600円前後), モノレールと電車で乗り継いで30分余りです。私は急な手配で航空運賃+宿泊6泊で14万円弱かかりましたが, もっと安くあげられる方法がありそうです。意外と手軽に訪問でき, 大西先生の配慮で大きな刺激と学びを得たと感謝しています。(なお, IMUの情報はhttp://www.imu.edu.my/もご参照ください)

臨床医による臨床医のための 内科臨床誌メティナーナ

medicina 11

医学書院

Vol.40 No.12 2003

今月の主題 水・電解質と輸液

輸液の原理・原則

- 体液量の把握と対応.....飯野彦彦・他
- 水・電解質異常へのアプローチ.....須藤 博
- 酸塩基平衡異常へのアプローチ.....宮崎正信・他
- 輸液療法の原理.....遠藤正之
- 脈脈栄養法の原則.....西 慎一・他
- ショック輸液の基本.....竹本文美
- 高齢者(後期高齢者)での水・電解質異常.....小川雄大・他
- 薬剤による水・電解質異常.....深津敦司・他
- 電解質異常の把握と対策
- 低ナトリウム血症への対応.....今井裕一・他
- 高カリウム血症をきたす疾患と対応.....斎間恵樹・他
- 低カリウム血症をきたす疾患と対応.....加藤哲夫
- 高カルシウム血症をきたす疾患と対応.....深川雅史
- Mg 異常, 微量元素異常をきたす疾患と対応.....大橋宏重・他

疾患・病態での治療法

- 脳血管障害における輸液療法.....大生定義・他
- 糖尿病性昏睡での輸液療法.....小林哲郎・他
- 乳酸アシドーシスの診断と治療.....鈴木洋通
- 尿細管性アシドーシスの発見と治療.....富田公夫

- 急性腎不全での輸液療法.....菱田 明・他
- 横紋筋融解・crash syndromeでの輸液療法.....石村栄治・他
- 急性肝不全での輸液療法-脳浮腫・肝性脳症への対応.....平方秀樹・他
- 急性下痢症での輸液.....小林健二
- ショック状態(出血, 敗血症性)への対応と輸液療法.....谷 徹
- 熱中症での輸液療法.....藤元昭一
- 熱傷での輸液療法.....青山 久
- 水・電解質異常をきたす特殊な病態の解説
- Bartter 症候群.....林 松彦
- Gitelman 症候群.....竹内和久
- Liddle 症候群.....佐々木 成
- Dent 病.....五十嵐 隆
- Cerebral salt wasting syndrome.....石川三衛
- 尿崩症.....山田正三・他

トピックス

- Nutritional support team (NST) について.....黒川 剛
- 【連載】
- 聖路加国際病院内科グランドカンファレンス(2)

- 多彩な症状で精査加療のため入院した62歳女性.....柴名林直彦・他
- 救急神経症候の鑑別とマネジメント(11) 低(無)酸素・虚血後脳症のneuro-critical care.....永山正雄
- カラーグラフ 手で診るリウマチ(11) ステロイド紫斑, 先端巨大症.....上野征夫
- 目でみるトレーニング.....本倉 徹・他
- 新薬情報(34) レフルノミド.....越前宏俊

2003年増刊号 <Vol.40, No.11> 特集 臨床研修コアスキル ●B5・予定頁600 予価7,350円(本体7,000円+税5%)

次号 12月号 <Vol.40, No.13> 今月の主題 肺炎

●B5 月刊 1部定価(本体2,300円+税) 年間予約購読料 定価35,330円(税込) (増刊号を含む13冊発行・配送料サービス)

第2556号 2003年10月20日

## 連載 新医学教育学入門 番外編

### —マレーシア国際医学大学視察報告記— 前編

寺嶋吉保 (徳島大学医学部・医学教育統合支援センター主任, 消化器外科)

(前回2555号)

本誌連載「新医学教育学入門」を執筆中の大西弘高氏が在籍するマレーシアのクアラ Lumpur にある国際医学大学では、きわめて先進的でユニークな医学教育が行なわれているという。同大学を視察した寺嶋吉保氏に、連載の「番外編」として2回にわたり、その概要をレポートしていただく。

(「週刊医学界新聞」編集室)

大西先生を頼って、日本の常識では考えられないようなユニークな医学教育を行なっている国際医学大学(International Medical University; 以下IMU)を視察させていただいたので、2回に分けてご紹介します。



国際医学大学

#### マレーシアという国

インドネシアの爆弾テロのイメージで尻込みしていた私も、以下の大西先生の話

聞いて意を決した次第です。

「マレーシアへは空路約7時間、時差マイナス1時間。ASEAN諸国の中では工業生産がしっかりしていて、経済的にもシンガポールに次いでGDPが高い比較的豊かな国です。98年にタイを皮切りにはじめたアジア経済危機の時はいろいろな問題が生じたようですが、今は景気も上向き、クアラルンプール近郊はかなり近代的な雰囲気のある街が多いです。国内政治も安定しているので、治安も比較的よいそうです」

「マレー系7割弱、中国系3割弱、インド系数パーセントという多文化の雰囲気は他のアジア諸国ではなかなか味わうことのできないものです。国教はイスラム教ですが、基本的にマレー系以外の国民がイスラムやマレー語といった特有の文化に属しないということで差別を受けない理由は、中華系の人々が経済力を握っていることにあるでしょう」

「言語として英語が通じない人があまりいないということも、比較的われわれにとって受容しやすい雰囲気を形作っている一因かもしれません。また、マハティール首相がルックイースト政策と言って、日本など東アジア諸国に学ぶ必要があると主張してきたため、日本企業の進出も多く、第二次世界大戦時に日本の統治下にあったにもかかわらず、そんなに悪い感情を持っている人はいないように見えます」

確かにタクシーで高速道路を走っていても工事中の現場が多数見られました。

### 病院もクリニックもない医学校

事前に大西先生からIMUの特色を以下のように説明されました。

「半年ごとに学生が入学するスケジュールで、每期150名ほどの学生数があります。高校を出てすぐに入学した学生たちは2年半をメインキャンパスで過ごす、その後はさらに2-3年を1時間ほど車で行ったところにある臨床分校で学ぶか、あるいは英国、オーストラリア、カナダを中心とした海外提携校(24校)に移籍します。よって、このキャンパスには大学病院やクリニックはありません。臨床教育については、每期50人前後の臨床分校で垣間見ることは可能です。臨床前教育はPBLが中心となり、学生中心のポリシーが前面に押し出されています。また、臓器系統別に進むカリキュラムのそれぞれに身体診察や医療面接のセッションが組み込まれており、学生たちはそれらに触れる機会が非常に多くなっています」

非常におもしろそうですが、実際の様子を想像もできなかったため、視察をお願いした訳です。

### マレーシアの医療制度

私が理解した範囲での紹介です。マレーシアは以前英国の植民地であったため英国の制度に準じ、医師養成は高校卒業後5年制医大に入学し、卒業資格で医師となり、国家試験はありません。マレーシアでは僻地の医師不足のため、国内で医師として働くためには国が指定する病院診療所での卒後3年間の勤務が義務付けられています。

国立病院や診療所では外来受診1回RM 1.3、病室入院1日RM3と、基本的な医療は国家が安価に提供しています。(RM:リンギットと発音します。RM1=約30円、昼食1回分≒アルバイトの時給≒約RM 5)私立の開業医を受診した場合はかなり高くなるようですが、詳細は不明です。

### IMUの歴史

1992年にマレーシア初の私立医大として創立され、当初、カリキュラム後半の臨床教育はすべて海外の提携医学校で実施されていました。1999年、薬学部と看護学部を併設してUniversityとなると共に、高速道路で1時間のSeremban国立病院と提携して国内での臨床教育も開始しました。また、今年9月にBatu Pahatに新たな臨床分校が設立されたところ( Batu Pahatでは、まだ本格的な臨床教育は行なわれていないようです)。

### IMUの教育の特徴として

- 1) 郊外の小さなショッピングモールを買い取り、改装して校舎としている。
- 2) 教育のための空間と人(医師以外のスタッフ)が豊富。
- 3) 本校/臨床分校ともスキルラボ(CSU: Clinical Skill Unit)が充実している。
- 4) 有償模擬患者(身体診察+面接)の多用
- 5) 1年目後半から臓器系統別に講義, PBL, 医療面接を含む臨床技能教育, e-learningによる自己主導型学習を平行実施。
- 6) 独自のVMU(Virtual Medical University)を来年完成を構築中(佐賀の医学教育学会で紹介された国際協力で構築中のIVIMEDSよりも早い完成を目指している)
- 7) 有料貸し出し制の図書館。
- 8) 医学博物館(Medical Museum): 解剖実習の代わりに模型を充実。
- 9) 教官組織もユニーク(教授などの「肩書き」と責任や権限が分離しており, 教授会はなく, 教官会議で進級判定も行なわれる)。
- 10) 教育は, すべて英語で行なわれる。入試面接も英語。
- 11) 少ない教官で多数の学生を効率的に教育している。学生10名に教官1名以上というマレーシア教育認証協議会による基準ギリギリの割合。
- 12) 国から補助はまったくない。

中高の公的教育はマレー語で行なわれるので, 大学入学のためには英語を意識して勉強する必要がある。講義やPBLでのディスカッション, 医療面接も英語で行なわれるが, 臨床分校での患者やSPとの医療面接はマレー語になるため, 最初は戸惑うことがあるようです。

## カリキュラムの紹介

### Phase 1臨床前教育(semester 1-5)2年半

半期ごとに150名前後が入学, 約800名弱が本校に在籍している。

### Phase 2臨床実習(semester 6-10)2年半

IMU Clinical Schoolと提携している海外24校で実施。海外に移った学生の卒業認定は海外提携校で行なう。

IMU Clinical Schoolは, 本校から高速道路で1時間の距離にある800床の国立病院と保健センター(外来診療やデイケア)と提携して, 国内臨床実習を実施, 学生の2-3割が国内で卒業する。

5年間の前半の2年半(Phase 1, 臨床実習前教育)と後半の2年半(Phase 2: 臨床実習)に分かれる。半期毎に入学してくるので, 教官は同じカリキュラムを年2回こなす。

2つのPhaseとも半年単位の5つのsemesterで構成される。

semester1: 医学入門1コース(17週), 進級試験1

semester2: 選択コース1(3週), 医学入門2コース(12週), 心血管系(5週), 開業医実習1(1週)

semester3: 呼吸器(4週), 血液(4週), 消化器(6週), 進級試験2

semester4: 腎泌尿器(4週), 生殖器(5週), 内分泌(4週), 選択コース2(3週), 開業医実習2(1週)

semester5: 神経系(6週), 地域保健(3週), 筋骨格系(4週), 選択, 進級試験3(臓器系統別コースはPBLと講義とclinical skill, e-learning等で構成されます)

PhaseII(臨床分校でのプログラムのsemester6-10)や私が参加させていただいた本校のPBLやCSUのプログラム, 図書館, 医学博物館, VMU(Virtual Medical University)については次回にご報告します。

(この項つづく)

このページへのお問い合わせ/ご意見は [shinbun@igaku-shoin.co.jp](mailto:shinbun@igaku-shoin.co.jp) までお寄せください。

HOME	書籍	雑誌	電子メディア	週刊医学界新聞	洋書	看護情報
ご利用案内	オンラインサービス	ダウンロードサービス	学会案内			
会社案内	English Page	金原一郎記念財団				

Copyright 1996-2003 Igaku-Shoin Ltd. All rights reserved.

第2558号 2003年11月3日

**連載 新医学教育学入門 番外編****—マレーシア国際医学大学視察報告記—  
後編**

寺嶋吉保 (徳島大学医学部・医学教育統合支援センター主任, 消化器外科)

(2556号よりつづく)

前編では5年制のマレーシア国際医学大学(IMU)の概要とPhase1(臨床実習前教育)について紹介しました。今週は私が見学させていただいたPBLと平行して行なわれる臨床技能実習と図書館、医学博物館などの施設、後半のPhase 2(臨床実習)の紹介です。

**臨床前教育での特色**

IMUのPhase 1(臨床前教育)の特徴は、45週間にわたる臓器系統別コースでPBL、講義、模擬患者を使った臨床技能実習、模型での解剖学実習、病院実習、E-learning+オンライン評価の同時並行のカリキュラムにあります。

Semester(以下Semと表記)は半年のプログラム単位ですが、Sem3の呼吸器コース(4週間)の週間予定表を見ると、各週とも朝8時から60分講義が1-2コマ、午前10時半からPBLか週1回90分のCSU実習(後述)、60分ずつのOLIS(Online Learning Interactive System)、解剖実習代わりに医学博物館での学習と指定文献を読むAIR(Assigned Independent Reading)、2週間に1回の臨床分校での実習(半日)があります。週末にはSILOS(Structured Independent Learning Online System)による評価が行なわれ、4週目の金曜日に試験とポートフォリオの提出があります。朝8時から18時まで週50時間のカリキュラム枠がありますが、学生が拘束されるのは週17時間程度で残りは自習時間です。他に毎週、Islamic Study, Moral Study, 金曜礼拝に各120分を割いておりイスラム教国であることを実感しました。

PBLはPhase1を通して行なわれ、Sem 3の呼吸器コースとSem5の神経コースに参加、見学しました。1回90分、週2回で1つのシナリオを終了する方式で、1回目で学習課題を抽出して分担を決め、2回目に各自の学習内容を発表して討論していました。チューター不足のために、1グループ学生10-13名と過剰気味でした。シナリオはA4半分程度ですが、A4に1-2枚のtutor資料には10項目程度の学習課題リストが示され、指導の目安になっていました。チューターは学生を評価していませんでしたが、現在検討中だそうです。

CSU(Clinical Skill Unit)

CSU(Clinical Skill Unit)は、IMUの特徴の1つであり、本校と臨床分校それぞれにあります。本校CSUは有給模擬患者(SP)を数十名抱え、臓器系統別の毎週1回90分の実習で身体診察と医療面接を指導しています。まず約40名の学生に対してSPとともに30分ほど講義し、その後学生6-7名にSP1名、教官1名がつき小部屋で参加型実習します(写真)。SPの時給はRM15(450円)で普通のバイトの2-3倍なので、非番の警官や留学前の先輩学生なども含まれます。年2回募集して4時間の講習を行ない補充して常に数十人を確保するそうです。CSUの管理運営やSPの養成や管理を行なうスタッフが数名配置され、教官をサポートしていました。

臨床分校のCSUでは、多くの小部屋に点滴、縫合セット、内診モデルと腔鏡、直腸診察モデルと肛門鏡などが常時机に広げられており、学生はいつでも練習ができる体制が整備されていました。ここにも元看護師のスタッフが3人いて管理や指導を行なっていました。

今年度、日本の国立大学医学部では、1校あたり4000万円相当の医学教育機材が購入されました。しかし、有給模擬患者、管理指導専任のスタッフ、十分な実習スペースを継続して確保することが次の課題となりそうです。

#### 開業医実習

Sem 2とSem4で、近郊の開業医を1週間訪問し、患者の問題点、診療所の構造、多様なスタッフに関して学ぶプログラムです。各自が別々の開業医を見学しているため、実習の数週間後に3時間の振り返りセッションを行なっていました。

#### 図書館

限られた蔵書を特定の学生が抱え込まないように有料貸し出し制度をとり、3時間以内、2日以内、5日以内の3つの借り方ができるシステムが面白いと思いました。

#### 医学博物館

広い部屋の周囲はついたてで仕切られ、臓器系統別に多様な人体や組織模型とホルマリン標本のびんが多数陳列され、最低毎週1時間はここで学ぶように時間割が組まれていました。現在、顕微鏡は10台程度しかなく、パネル展示やコンピューターで学べるコンテンツを充実する方針と説明されました。人体解剖はなく組織実習もほとんど行なわれていません。

#### E-learning Lab

多数のコンピューターを並べたラボが数室あり、毎週1時間の学習と週末にはオンライン評価を受けることになっています。

#### VMU(Virtual medical University)

E-learningの高度発展型で、IMUはこれに非常に大きな投資を行ない数十人規模のオフィスで来年4月完成をめざして構築中で、担当責任者は来年の日本医学教育学会には売り込みに来る予定のようです。



国際医学大学 CSU における実習

#### 臨床分校の様子

Phase2(臨床実習)は学生の3分の2以上が海外の提携校で受けますが、ここではIMUの学校案内に沿ってSerembanの臨床分校でのプログラム(Sem6-10)を紹介します。800床の国立病院と外来診療センターに隣接して臨床分校があり、ここで300名近くが臨床実習をしています。臨床分校の教官は国立病院で診療を提供します

が、病院から給料を貰わない代わりに学生の実習費用も払わなくていいようです。日本の国立大学の法人化後の医学部と附属病院の関係の参考になるかと思いました。

臨床実習は、徳島大学の新カリでは5年生で41週、6年生で学外実習8週を選択しても合計49週に過ぎませんが、IMUでは合計108週もあります。臨床分校にもPBL室、CSU(Clinical Skill Unit)、図書館、博物館、E-learning Labがあります。学生の当直待機のon-call roomもありました。

以下、Phase IIカリキュラムの概要を示します。

Sem6: オリエンテーションの後、内科・外科・小児科・家庭医学を各6週間ローテート(合計24W)。Task-based learning, 外来センターや病棟の回診を含む。

Sem7: 産科、整形外科、精神科を各6週間ローテート。終了時にはエビデンスに基づく症例提示が必要。最後にOSCEを含む専門進級試験。

Sem8: 家庭医学4週間と眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、臨床病理各2週間の後、12週間の選択必修コース(3週間ずつ内科系と外科系の専門科を体験)、選択コース(自由な研究活動やカリキュラムでは体験できない実習。ボランティア、小学校での教育、食品づくりなどさまざま)がある。

Sem9: 婦人科、外科、内科、小児科を各4週間、麻酔科、救急、放射線科を各2週間。終了時にはOSCEを含む最終専門試験。

Sem10: 卒業時にインターンとして病棟勤務するために必要なスキルと態度を獲得するため、6つの診療科で「影のインターン」として働きながら学ぶ。指導医の下、日本の研修医と同様の環境で働き、この間の成果をポートフォリオに記録する。評価は、ポートフォリオ内容を確認する形の口頭試問で行なわれる。

Community Family Case Study(CFCS)

2年間にわたり、学生は2人一組で田舎に住む慢性疾患患者か健康な新生児を継続的に受け持つ。患者の医学的側面以外の生活、地域社会、心理、家族、文化、民間療法などの側面に関して学ぶ。

## その他の情報

### 進路

海外協力校の卒業生の進路は多様です。英国では医師不足のため、卒後研修を受けて医師としての勤務を続けられる可能性は高いようです。

### 進級判定

phase1で3回、phase2で2回の大きな試験があり、約30%が再試験を受けて、進級率は約90%。在籍できる期間はphase1-2ともに上限3年半です。

### 学費

Phase1はRM19600/semester、Phase2の国内臨床実習では、RM30000/semesterです(RM1=約30円)。5年間の学費は日本円で約750万円程度ですので、国庫助成はないにもかかわらず、日本の私立医大よりはかなり安く、日本からの入学も歓迎すると言われていました。

学生は高校卒業して入学します。毎年数名の外国人がいる以外はマレーシア人で、民族比は中国系が80%、マレー系10%、インド系10%位と多彩です。学内は、教材もPBLの討論もすべて英語です。教官も、欧米人を含む多様な人種がおり、ほとんどが欧米への留学経験を有します。

私は9月15日から19日の週にお邪魔しました。今後も日本の関係者が多数訪問することになると思われ、簡単に交通の便など紹介します。クアラルンプールへの直行便は6-7時間で、現在JALが成田から毎日1便、マレーシア航空は成田から毎日2便、関空から週4便、名古屋から週3便(福岡からは運休中)です。IMU本校へは、市内からタクシーで20分(600円前後)、モノレールと電車で乗り継いでも30分余りです。私は急な手配で航空運賃+宿泊6泊で14万円弱かかりましたが、もっと安くあげる方法がありそうです。意外と手軽に訪問でき、大西先生の配慮で大きな刺激と学びを得たと感謝しています。

(なお、IMUの情報は<http://www.imu.edu.my/>もご参照ください)

(この項つづく)



---

このページへのお問い合わせ／ご意見は [shinbun@igaku-shoin.co.jp](mailto:shinbun@igaku-shoin.co.jp) までお寄せください。

HOME	書籍	雑誌	電子メディア	週刊医学界新聞	洋書	看護情報
ご利用案内	オンラインサービス	ダウンロードサービス	学会案内			
会社案内	English Page	金原一郎記念財団				

Copyright 1996-2003 Igaku-Shoin Ltd. All rights reserved.



立教大学社会学部研究紀要

応用社会学研究第 47 号より (転載)

「医学教育のための

応用エスノメソドロジー研究」

岡田 光弘……P.65～79



## 訪問看護師インタビュー

インタビュー：2001年3月26日

トランスクリプト化：～2007年3月

インタビュアー 徳島大学総合科学部 榎田美雄

トランスクリプト作成協力者

石川県立看護大学 阿部智恵子

東京医療技術向上センター（仮名） 会場にて。

20時15分～21時15分

### 【 山川氏（仮名）のプロフィール】

- ・ 訪問看護師
- ・ 年齢27歳。
- ・ 看護学校卒業後2年半、外科病棟で勤務その後2年半を内科病棟にて勤務。
- ・ 卒護6年目にして訪問看護の道を志す。1年前に訪問看護ステーション勤務。
- ・ この研修会は、同じ職場の後輩の薦めにより受講する。
- ・ インタビュー当日は、ロールプレイ（試験）の終了後、録音の許可を得てインタビューを行った。

山川：おねがいしま：：す。

榎田：お伺いしようと思った内容も、ずっと、考えては

山川：はい。

榎田：きたんですが、あの、別にランダムに、お話を

山川：あ、そうですね。

榎田：うかがえれば、いいんですけども。

山川：あ、いいです。ハ：：イ。

榎田：日本語、字がきたなくてあれですけども。

山川：いえ、とんでもない、大丈夫です。

榎田：お年から、伺わせていただいてよろしいでしょうか

山川：27ですね：：。

榎田：お若くていらっしゃる。録音は、この、お許しいただいたということで

山川：はい。

榎田：えっと、今、あの、三条（仮名）の方でお働きだっていたと

山川：そうですね。訪問看護ステーションという、訪問看護ですね：：。で、正看護婦  
ですね。

榎田：あの：：。訪問看護ステーションでですね：：。

山川：はい。

榎田：夜勤とかもありますよね：：。

山川：いえ、ないんですよ。

榎田：ないんですか

山川：それが。

檜田：あれは、昼間だけの。

山川：そうですね。一般の病院で働いている看護婦は、3交替だとか、2交替とかあるんですけども、訪問看護っていうのは、比較的あの、入院している患者さんが、ある程度状況がおち、状態が落ち着いた段階でおうちに帰りますよね。で、そのおうちに帰った状況で：：、え：：と、やっぱり、継続的な看護とか必要だっていう状況で、え：：と日中だけですね。平日、そうですね。私たちの事務所では、日曜日お休みっていうことで、ま、祝日も休みなんですけど、平日の9時から5時っていうことで、え：：と訪問をやっていますね。で、あの、その患者さんの状況に応じて、あの、ちょっと、あの、状態が変化しやすいだとか、その人の病状のレベルによって週に1回行く人も、いれば、週に3回行く人もいれば、この人は、安定しているから2週間に1回でいいわっていう

檜田：え：：。

山川：感じで、その人の状況を見ながら、訪問回数をあの、私たちの方でも、判断して、  
檜田：はい。

山川：ま：：、ドクターとも、ま：：、相談したりもするんですけども、そういう風にえ：：と訪問して一日う：：ん、そうですね、4、5件だったりとか、あの、いろいろなお宅へ（ ）自転車ですけれどもね。あの、訪問して、状況観察をしてそして、そこで異常があれば、そのかかりつけの先生に相談をしてお薬を処方していただいたりとか：：、もし、心配な場合は、見に来てくださっていう感じであの、往診の先生にゆったりとかして連携をとってその在宅での患者さんを看っていくという状況ですね：：。

檜田：その、ここが、あの、電話相談の研修だっていうので、お伺いするんですけど、

山川：はい。

檜田：電話相談との関係は、どうなるんでしょうか

山川：え：：とですね。あの：：、例えば、あの、日中でも、そうなんですけれども、あの例えば、患者さんがえ：：と、そうですね、いろんな症状っておきてきますよね。1人の患者さんに。で、例えば、吐いちゃったんですけども：って、あの、ゆった時に、例えば、その、電話口で相手が、見えない状況で、あの、どういう情報収集をしていくかっていうのがすごく大切なんです。

檜田：つまり、行かない時にも、電話は、常に、受け付けているわけですね。

山川：やっ、そうですね。日中も、事務所の方に、電話が来ますし、で、あの、夜間帯、休日、祝日にも

檜田：はい。

山川：あの、やっぱり、人間、いつ変化するかも、

檜田：そうですね。え：：。

山川：わからないので、あの、みんな、受けまわっ、担当性、ローテーションで、

檜田：はい。

山川：夜間緊急時のあの、携帯電話を持っているんですね。

檜田：はい。

山川：で、その、それはもう、夜中でも、明け方でも、かかってくるんですけども、

榎田：はい。

山川：その電話対応の時に、やっぱり、自分が（ ）、病状のことわかっていないですとか、そう言うことがあるとね、あの、落ち度があると：：

榎田：え：：。

山川：看護婦責任を問われるんですよね。そういうのも、怖いんですよ。ねっ。ひどい時には、裁判とかね。もし、あの、そういう緊急時の電話を持つのは、すごく緊張するっていうか。あのね。たいしたことないので、「様子みてください。」「様子みてください」ならばいいんですけれども。例えば、「様子をみてください」が、急死になっ、急死しちゃったとか

榎田：え：：、え：：、え：：。

山川：そういう場合とかあったら、本当に免許どうなるかというあの、責任感とかもあつたりするので。そういう意味で、そういう電話の中で、どのような対応をしていくとかどのような情報収集をしていくかというのを今回、ここで勉強させていただければ、すごく役に立つかな：：っていうところで。

榎田：実際には、

山川：はい。

榎田：その携帯電話を持つ担当は、一週間に何回位まわってくるんでしょうか

山川：え：：。うふふ。一週間にそう：：ですね：：。え：：と。わたしたちのところでは、3人で持ち回っているので、

榎田：はい。

山川：一ヶ月、10日間くらい。30日に。

榎田：はい。

山川：間に10日持つ位ですから、10日に3回くらい。、3日に1回位。

榎田：すごい頻度高いですね。

山川：そうですね：：。これを持っているとね。なかなか：。あのそうですね。あの、うふふ。飲みにも行けなかつたりとか。あはは。

榎田：それは、すごいですよ：：。う：：ん。気持ちの分のこうなんというか

山川：そ：：ですね。

榎田：落ち着かなさとか。

山川：そうですね。本当に、今、息をひきとりそうなんですっていう電話もあつたりとかしてですね。

榎田：そんなの、ここかけるんじゃないくて、別の。

山川：でも、ですね。やっぱり、訪問看護というところで、あの、そうなんです。在宅で、もう、おうちで看取っていくという人もいるわけですよ：：。

榎田：はい。

山川：で、それを望む人もいますので

榎田：はい。

山川：やっぱり、そういう人にとっては、も：、家で看取っていく精神的なフォローのために。

榎田：はい。

山川：電話相談をしたりとかね、あの、今後あの、肩で呼吸をしていくとか、脈が、弱くなっていくとか、あの、だんだんね、こう、呼んでも、ね、声に反応しなくなっていくような状態とか予測されることを少しずつお話をしていって、あの、家族がこう、その人の死を受容できるような。

檜田：はい。

山川：声かけだとか、説明っていうのをしていくとか、う：ん、結構いろんなケースがあって、電話でもね：、本当に、もお：、そんなことでかけてきてっていう人もいれば、本当にそういうような死にね、直面する 家族を支えていくっていう電話だったりだとか、後は、急変っていうのがあったり、いろんなケースがあるので：、いろんなケースを今回、勉強できたらなと思って。そ：：なんです。ね：：。実際 う：：ん。やっているのですね、そういうの。ちょっと、不安でやっているよりは：：、こういうところで、勉強して自信を持ってね。そういう対応が、できればいい な：：っていうのがあったので、今回はね：：。この、勉強会に来たんですけどね。 はい。

檜田：1ヶ月に10日もあるのに、ここに来るときは、それをはずさなければ、

山川：あっ、

檜田：いけないですよ。携帯。

山川：でも、持ってきてたりもしますね。

檜田：もってきたり、あはっ、ブルブルにして。

山川：そうですね。そんなときには、バイブにして、もし鳴れば、又、出ていかなきゃいけないんですが。そ：：ですね。でも、あの：：、慣れてくれば、あのそうですね。だんだん、あははは。

檜田：はい。

山川：あのね：：。新宿くらいは、飲みに行ったりなんかできますけどね。

檜田：あ。それは、そうですね。

山川：そ：：ですね。

檜田：つまり、本当に3分、5分なら、救急車を呼んでくれっていうことですよ。

山川：そ：：ですね。そ：：ですね。そこをどう判断、緊急なのか、よくあの、講義でも言ってるんですが、緊急なのか、緊急じゃないのかっていうところで判別できれば、あのね。自分たちが、こう、判断できないと。

檜田：え：：。

山川：やっぱり、見にいかない状態になったりするじゃないですか。相手の状況が、イメージ、情報収集できなくて「あ：：、わかんない。じゃ：：、とりあえず、行きますね。」って言って、

檜田：え：：、え：：。

山川：訪問するよりは、電話口でそれが、解決できればね。

檜田：え：：。

山川：あちらさんも楽ですし、こっちもね：：。あの仕事の内容としては、軽減されるので、そういう分では、その、ここの、ナースの知識がね：：。あはは。まだまだ足りないんですが。う：：：ん。あるとないとじゃ、全然、私たちの仕事内容も、変



わってくるので、そういう面ではね：：。あったほうがいいだろうと思います。はい。

榎田：これ、もう話の中身に入っているんで、

山川：はい。

榎田：つまり、この研修に参加した経緯っていうのは、いまのお話で

山川：う：：ん。そうですね。

榎田：ただ、えっと、この研修は、4年前から、やっているのですけれども、今年いらっしやるっていうのは、昨年知ったからっていうことなんですか

山川：そ：：ですね。

榎田：それとも、都合がつかなくて

山川：え：：と。去年、そうですね：：。受付が始まる頃に、あの、この医療技術向上センター（仮名）で

榎田：はい。

山川：あの、又、別の受講をしている

榎田：え：：。

山川：職場の後輩が

榎田：はい。

山川：あの：：、教えてくれたんですね。

榎田：はい。

山川：こういうのあるのですが、どうですか っていうことで。で、ちょうど、訪問看護、私1年前に訪問看護に入ったんですね。

榎田：はい。

山川：で、じゃあ：：：、ちょっと、訪問看護じゃ、そういう電話対応っていうのが、すごく 重要になるので

榎田：え：：。

山川：じゃ：：、是非、やってみたいということで、あのね。後輩に教えてもらって、参加しました。ね：：：。

榎田：2つ、伺ってもよろしいでしょうか

山川：はい。

榎田：1年前に訪問看護に入ったっていうことは、その前は、病棟どっかへご勤務で

山川：そうですね。病棟でもう、ずっと、3交替で。

榎田：こう、科目ってありますよね。何科、何科っていうと。

山川：あ：：そうですね。詳しく言った方がいいですよ。

榎田：あの、秘密で言えない

山川：秘密でもないです。入職して、最初が、外科で

榎田：はい。

山川：2年半勤めていて、

榎田：はい。

山川：え：と。その後に内科で2年半として丸5年たちましたよね、病棟で。で、そろそろ、ちょっと、あの、方向を変えようかということですね。もともと、やりたかつ

た訪問の方に6年目にして移動したっていうこと。

榎田：訪問は、希望すれば、だいたいなれるんですか

それとも、競争が、はげしいんでしょうか

山川：イヤ：：。そんな：。え：。でも：：競争は、激しくないですね。ははは。ね：：。

あははは。そんな：：、人が：：、募集が、いっぱい、いっぱいというようなところではないので。

榎田：でも、あの、夜勤がなくなって、やりがいがあつて：：。

山川：そうですね：：。そうですね：：。

榎田：で、キャリアアップと考えてもいいわけですよ。これからを考えれば。

山川：う：：ん。そうですね。いや：：、その時に考えたんですけれど

榎田：はい。

山川：やっぱり、大学病院と

か行ってもっと、もっと、いろん病気とか

榎田：（そっちもありますね）

山川：う：：ん。大きい病院に考えたんですけれどね：う：ん。やっぱり、自分のやりたい看護を、ね：。拡大するのではなく、磨きにはいつちやっただすよね：。あはは。やりたい看護を磨いていこうかなって。ちょっと、視野が、せまくなっちゃったかな：って、いろいろ、思ったりもしたんですけれど。でも、やっぱり、やりたい看護をやっていけたらいいな：って思っ。でも、訪問看護も、やっぱり、看護婦1年目とかじゃ、なかなかできないですね：：。

榎田：そうですね。病気のこと、わからないのに、ありとあらゆるケースがあつて。

山川：そうなんですよね。ね：。あのほんとにその病気だけじゃなくてね：。家族のこととか、生活背景とかいろんなことを考えながら。ね：。あの、在宅でみていくってことなので、多少、やっぱり、経験があつた方が、訪問看護っていうのは、いいんじゃないかなって。自信がないと

榎田：はい。

山川：なかなか、患者対応だとか、ね：：。できなくなっちゃいますからね：：：。

榎田：そのことなんですけれども。

山川：はい。

榎田：今、3方でお働きになって後輩がいらっしゃるっていうこと。

山川：あつ、う：：ん。後輩は、この病棟での後輩だったんですね。

榎田：いや：：、病棟での後輩、

山川：そ：：なんです。

榎田：いや、副所長さんなのかと、

山川：えっ。

榎田：所長さんなのかと。（つまり、3人で）

山川：いや：：、一番、ペーペーですよ。この若さでこの若さって。訪問看護では、若い方の年齢ですね。

榎田：さっきの経験が、必要だつていうようなことも、あるいは、そうか。若いうちは、夜勤もあつて、技術をたくさんっていう。

山川：そうですね。この5年間で、ちょっと、頑張っ、出てきたんですけどね。うふふ。

檜田：なんだ。じゃ：：。後輩の方とは、今、別の。

山川：そうですね。後輩は、この病院別で働いていて、又、別のえ：と、この医療技術向上センター（仮名）の講義を受けていますね：。電話対応ではないものですけど。

檜田：忙しくてあれなんです、

山川：はい。

檜田：研修の感想とロールプレイへの感想を伺ってはいかがと思うんですけど。

山川：あの：：、そうですね。

檜田：30回もあって大変なんです、

山川：えっ、あっ、研修が

檜田：（え：：、全部で、と）

山川：あっ、そうですね：：。研修の感想は、でも、あの、なかなかこういう研修とかに出っていくとやっぱり、今のなんていうんでしょうかね：：。新しい看護とか

檜田：はい。

山川：医療とかってというのが

檜田：はい。

山川：見えたので：：、例えば、例えば、あははは。

檜田：（え：：と、なんでもしますよ）

山川：なんていうんでしょうね。私たちが、普段やっているような、お小水に管を入れておかれる方、いるんですよ。で、そこを、こう、やっぱり、お小水の流れが、悪くなったりすると、ゴミ、ゴミみたいな浮遊物が、結構、管の中に出てきちゃったりしてつまったりもするんですけども。結局、その、管をこう、私たちは、きれいなお水で、こう、管から、お水を入れて膀胱内を洗って、それを、こう、又、注射器で引き出してってこういう、あの膀胱洗浄っていうんですけど

檜田：はい。

山川：はい、それを当たり前のようにやっているんですけど、今は、そんなのをやらない方向になっているっていうのを。

檜田：え：：。

山川：ここでは、あ：：そ：：なんだって。あはは。

檜田：それは、感染対策とかってことですか

山川：そうですね：：。結局、それは意味のないことであってってという話になったりするんですよ。

檜田：はい、はい、はい。

山川：結局、そのあの、接続部はずしたり、つけたり、注射器をあてたり、あてな かったりというところで、感染できちゃうとか、

檜田：え：：。

山川：結局、そのゴミが、出ちゃうのは、結局、尿量が、少なくて

檜田：はい。

山川：膀胱内が、え：、あれはね：、アルカリ性にかたむくだとか何とかっていうことで、結局、飲水を、お水をもっと、多くして

榎田：はい。

山川：膀胱の中に尿を停滞させないような、こう、きれいに、それで、流していけば、その、浮遊物が、減っていくとか

榎田：はい。

山川：例えば、お口から、経口的に

榎田：はい。

山川：何か、酸を、酸。

榎田：アルカリの酸ですね。

山川：え：、そうですね。酸を内服をさせて、膀胱の中を酸性に傾けて、浮遊物を減らしていくとか、なんかそういうところって、なかなかね、あのね：。気づかなかったところを気づかせてもらって、あの、すごく勉強にはなりましたね。

でも、実際、何を学んできたっていっちゃったら、あの、こ：：であ：：でこうでって、口ではなかなか説明できないくらい、なんか、あ：：いっぱい、いっぱい、こうふふふ身になってるのかな：：っていうところは、あるんですけども。う：：んでも、やってきたっていうなんかね、頑張ってきたという自分の

榎田：これは、すごい。

山川：満足感、ね：、自己満じゃいけないんですけども。なんかね：、その、そうですね。そのま：：、やってよかったということですね。

榎田：いや：、その：、聞こうと思ってたのはですね。もっと、ぼく、電話のなにか、こう、知識っていうのが、教えられるかと思ったら、去る6月くらいに2、3度来たんですけども、

山川：あ：：、そうなんですか。

榎田：今のお話のようにですね、電話のことじゃなくて、新しい、医療の常識とかそういうのをたくさん講義していますよね。

山川：あ：：、そうですね：：。あ：：。

榎田：だから、それちょっと、思惑が、違っているのかな：：って思ったんですけど。でも、その方が、かえってよかったのかという話。

山川：あつ、でも、それはあります。それは：。あの、私が、知識がなかったので、与えられたのが、よかったんですが、でも、その電話の中で、あの、もお：、でも、結構、話はされてましたね：、電話の、その電話相談の中で、まず、一番、大事なものは、緊急じゃない、緊急か緊急じゃないというところをいうところでしたっけかむっていうところは、どのような情報提供ををしていったらよいかとか

榎田：はい。

山川：電話の対応のしかたっていうのもありましたね：：。

榎田先生：ただ、その訓練っていうの、最後のロ：：：ルプレーだけですよね。、途中はないですよ。

山川：そうですね。

榎田：だから、ロールプレイで、突然あそこで前に出てやれって言われてできるのは、すごく日頃やってる人 だけかな：：と思って見てて、ちょっと、これ、きつい研修だな：：：と。

山川：あれは：そうですね：。普段やっていないとか。職場がね：、あの、ぜんぜん、そういう、電話相談していないような人にはきつと、きついかもしれませぬね：。

檜田：そういう方もいらっしゃるよな。だって、転職しようと思ったら、今やっていないわけですよ。例えば、訪問看護センタ：に転職しようと思って、今、病棟勤務の人だと、ほとんど電話とらないですよ。：

山川：そうですね：。でも、ま、病棟の中でしたらば、ある程度、病状がわかって、あの、患者対応、家族対応っていうのは、ある程度は、していると思うので。（ ）ある程度は、できるとは、思うんですけどね ：

檜田：はい。

山川：だから、今回、勉強になったのがね：。なんていうんでしょうね。相手が、何を言いたいのかを、こう、うまく間をおきながら、こう相手の言葉をこう反復しながら、え：、これが、こ：でこういうことですよ。って投げ返したりとかそういうことは、今まで、あまりしなかったんですよ。こういう講義を聴いてそうですね。相手が、

檜田：はい。

山川：いかに、やっぱり、不安でかけてくるっていう人が、多い。え：、今回、今回じゃなくても、不安でかけてくる人に対して、こう、かかわりかたっていうか、なんていうんでしょうね。問いかけ方っていうか、言葉の返し方 う：。ん。後はあの、迷っている人に対して、こう、相手にこう、決断させていくっていう導き方っていうか、

檜田：はい。

山川：相手に選択させていくって、今日も、先生おっしゃったけれど

檜田：え：。

山川：そういうようう：。ん、ところは、勉強になりましたね。

なんでも、なんでも看護婦さんって

檜田：え：。

山川：自分たちで「答えなきや」「答えなきや」

檜田：え：。

山川：と頑張っちゃうところがあると思うんですけども。ねっ、「こう思いますけれど、受診してみたらどうですか」って、う：ん、後は、相手に判断させるってことっていうのは、なかなか、意識してそういう会話をしていかないと、こうね。ドロドロした会話でね：。消化不良のまま、話が終わっちゃったりしちゃうケースも多いんじゃないかな：と思うと。ねっ、やっぱりいろいろ、対応の仕方は、勉強になりましたね：。結局、ロールプレイの中で、みんな、真剣にやるじゃないですか

檜田：う：。ん。真剣ですよ。頭、真っ白とか。え：。

山川：あははは。緊張して。ロールプレイ、う：ん。がやっぱり、一番勉強になるでしょうね。あはは。本当にう：ん、真剣に取り組んで、実施したことに対してみんなの意見が聞けてとか。う：。ん。一番、勉強になるのは、やっぱり、ロールプレイとみなさんゆっているように。

檜田：あの、他のお友達の方も、ロールプレイが、勉強になると。

山川：あの：、やっぱり、ここの方も、おっしゃってましたけれど、やっぱり去年受け

た方も、ロールプレイが、一番緊張はするけれども、あの、一番勉強、ためにはな  
ったとおっしゃっていたのは、そのとおりでしたね。やっぱり、講義っていうのは、  
こう、一方的にこう、先生がお話される。たまに、先生もね。こう、質問してきた  
りふったりするんですけれども、やっぱり、受け身であるので、流れちゃう分は、  
全然流れちゃうっていうところで。

榎田：それに、ここ、集まっていらっしゃるナースの方の専門の程度違うから、ちょっと、  
難しいですよ。ぼく、こんな難しいこと、みんなよくついていくな：と思って聞い  
ているんですけど。

山川：あ：：。

榎田：あれくらいは、当然なんですか その、ドクタ：：増田の説明とか。

山川：あははは。あ：：、でも。

榎田：（ ですよね：： ）

山川：あ：：、そうですね。ギャグも入ったりするんですけれどね。でも、

榎田：え：：。

山川：ね：：、ほんとに、そういう知識がないと、話には、ついていけないと思う。

榎田：ついていけない。

山川：私も、最初の頃はあのね。男性とかも来てたりして、この人は、どういう職種の人  
なんだろうと思ったんですけれど。やっぱり、その、医学用語とかね、こう、略語  
とか使う先生っていっぱいいるので。

榎田：え：：、え：：。

山川：そ：いうまったく、会社のどういう方が来ているか、私も、ちょっと、よく把握は、  
していないんですが。

榎田：え：。あの、訪問看護センターだけじゃなくて、後は、病棟の方と、あとね、職の  
ない方、転職を考えている方っていう。

山川：そう言う方には、きつ（と）あつ、でも、えつ、もともと、看護婦で：：。

榎田：もちろん、もちろん、看護婦です。看護婦の経歴があつて、

山川：それならば

榎田：今、ちょっとお仕事を休んでるっていう。

山川：大丈夫じゃないですかね。病棟、看護婦だったら、大体あれくらいの話について  
いけそうな気がしました。）

榎田：あつ、じゃあ、だから、無知なんですよ：：。

山川：あつ、いや：：、そんなこともないです。あれ：：、だって、い、医学部。

榎田：あの、僕自身は、あの社会学なんです。ソシオロジスト。社会学で、医療社会学な  
ので、その表面的な話は、わかりますけれども：：。

山川：うん、うん、うん、うん。

榎田：あの、切り分けていく、今日ね、上手に、おやりになった

山川：いや、いや、いや、いや、い（や）

榎田：作業とかは、やっぱり、特別な能力だと思いますね：：。

山川：う：：：ん。

榎田：あんまり、のろのろやってちゃいけないわけでもんね。

山川：そ：：ですね。

樫田：いくところまで、ぱつといかないと

山川：そ：：ですね。

樫田：何、言ってるのかわかんなくなりますから。

山川：あ：、でもね、わたし、そ：：ですね。やっぱり、もう、ちょっと、先生の説明は、もうちょっと、緊急性をもって、こうね。お話をしたほうが、よかったかなと思ったりもするんですけどね：：。ね：：、熱があがっているのは、炎症が起きているっていうことは、わかっていながらも、相手の気持ちと、こう共感しすぎちゃって。

樫田：はい、はい、はい。旅行、行きたいのにね：：。

山川：そ：：：なんですよね：：：。そういう。

樫田：箱根には、救急病院あるからいいのかなあ：：と最後、思っちゃったりしましたけれど。

山川：そうですね。行ってね。もし、何かあれば、そちらの方で、受診をっていうね、こうなんかこういうもうちょっと、考えがね。、広がれば良かったな：：と思いたけれどもね：：。

樫田：でも、食べれてないから無理ですよね：：。

山川：ま：：ね。そうなんですよね：：。あははは。

樫田：宴会、絶対あるし。

山川：そうなんですよ。絶対、発作はでてくるだろうとは、思っただけなんですけれど。やっぱり、言い方って、むづかしいですよ。あの、ここまでこう、ゆっちゃったら、相手が、こう、すごいびびっちゃうんじゃないかとか、あ：、逆に、ね：、シビアに言わないと、安易に考えられちゃうんじゃないかとか、その、言葉の使い方と、その、どこまでシビアに言うか言わないかっていうところでね：、すごく、ロールプレイやってね。勉強にはなりましたね：：。う：：ん。

樫田：いくつか、まだ、聞かなきゃいけないことあるんですけど、ちょっと、急いであれなんです、SPの方っていうのもですね。私、研究対象に

山川：えっ、SPって

樫田：してんですけど、ご感想を。あつ、シュミレイティッド・ペイシヤント。

樫田：あそこで電話の相手方をしてくれたボランティアの方なんです。

山川：はい、はい、はい、はい。に対してなんですか

樫田：に対しての上手だとか、その、一生懸命だとか。

山川：そうですね：。ま：、よく勉強されているんでしょうねって思いましたね。正直いって、怖かったですもの。なんていうんでしょう。私たち、看護婦っていても、広く浅くっていう部分があったりするわけですよ。あの、例えば、私は、違うんですけども、例えば私は循環器に10年間努めていたっていう看護婦さんがそういう電話相談をしたときに全然呼吸器科だとかあの

樫田：はい。

山川：神経内科だとか全然違う分野の話がきたら、すごい不安なわけであって。

樫田：え：：、え：：、え：：、

山川：そういう、ね。その、SPの人たちって、SPの人たちってある程度勉強してきて

あの：、相談するっていったって、も：、私、こっちがたじたじになったら、どうしようかっていうのが正直ありましたね：。ね。いや：、あとは、それも、不安だったのですが、あと、みなさん、こう、う：：：ん。うまいですね。やっぱり、みんな、話し方が、こう、なにかあれば、実体験に基づいてやっている：。

檜田：ケース自身は、石清水さん、あの、あそこでずっと、司会をやっている

山川：はい、はい、はい。

檜田：彼女がシナリオを全部書いて。

山川：そうですね：。

檜田：けれども、多くのボランティアの方は、医療に関して嫌なことがあったとか、うれしいことがあったとかがあって、やっているっていう風に聞いております。

山川：そ：：：なんですか。

檜田：あの、ケースが、彼女たちや彼らの実体験ではないはずですよ。シナリオです。

山川：なんか、こっちが質問しても、なんか、いかにも、こう、実体験のようなね：。返答が来て。

檜田：（ストレスとかってか）

山川：そうなんです。すごい、あっちが、つまんないようなことはあんまりなかったような気がして。こっちが、こう、つまっちゃう。看護婦の方がつまることがあったんですが、何か患者さんはこう、落ち着いてというかなんていうんでしょう。ぎこちなく、なく、あれっ、あはっ。スムーズにこう、会話をしてきたし、あとは、なんでしょうね。

檜田：え：：、え：：。

山川：スムーズに話されていたと思いますよ。SPの方は。

檜田：その、今、言った話の続きになるんですけどね。

山川：はい、はい。

檜田：その、ちょっと、こだわりのある人がいるんですよ。つまり：、

山川：う：：：ん。

檜田：医療ミスとかがあって、ここが、全部そうって言う訳じゃないんですけど、

山川：はい。

檜田：「医療が良くなって欲しい。」

山川：う：：：ん。

檜田：無料で、ボランティアをしたいっていう方が、SPの中には、時々いるんですけど。そんなのは、感じられましたか

山川：でもね：。みなさん、勉強されてね：。こう、ボランティア：でやっているっていうところはね：。普通の人じゃ：できないんだろうな：っていう感覚ではなかったけども。

檜田：（的に）それならそれでいいし、もう、サークル化しているみたいなので、特に。

山川：う：：：ん。でもね：。どういう人が、ボランティア：でこういう風にことをやっているんだろうと興味はありましたけど、あまり聞いてはいなくて。

檜田：あと、2つ聞いてもよろしいでしょうか



山川：どうぞ。はい。

樫田：すでにですね：。電話を受けることも、たくさんあるというお話なので

山川：あ：。

樫田：気をつけていらっしゃること、これは言わないようにしている、これは、いうようにしているっていうようなことをですね。

山川：う：：：ん。

樫田：どちらかっていうと、いわないように言うことに気をつけていらっしゃることを中心にもう1つ2つうかがって、その後に、最後に電話相談で困ったことや、おもしろかったことをきいて

山川：う：：：ん。

樫田：もお：、盛りだくさんでやっていこうと。

山川：そうですか：。アラ、ラララ。え：、電話相談で気をつけていること

樫田：はい。

山川：心がけていること う：ん。まず、第一声ですね。「あっもしもし」というところの、やっぱり、う：ん。第1声は、やっぱりなんていうんでしょうね：。「もしもし」ってつけんどんにならないように。

樫田：え：、あ：、は：。

山川：相手を受け入れるような声かけで：、まず、電話をとる事。日野原先生もね。夜中に電話が、なっても、絶対、寝ては電話を受けないって、こう、座ってね：。ちゃんと。やっぱりね：。人が、どんな風に話しをしているかっていうことが相手の方も、こっちの状況ってある程度、言葉でキャッチできちゃうことも、あると思うので。

樫田：はい。

山川：やっぱり。ね：。夜中かかってきても、「あっ大丈夫ですよ：」っていう風に声をかけて、

樫田：え：、え：。

山川：あっちもね。遠慮しながら、

樫田：はい。

山川：電話をしてくるわけですから、その辺は、くみ取って、「あっ起きてました」とかね。あははは。

樫田：あはは。うそでも。

山川：あはは。いいながら、あの、いいやすいような、あの、入り口を作ってあげるといいうのは、心がけていますね。で、その時、やっぱり、さっきも、言ったようにパニックになっているような状況でしたらば、あの、そうですね。そうですね。こっちも、あせっちゃうと、あっちもあせっちゃうので、こう、一つづつ、こう話を聞いていくっていうか一つづつ、そうですね：、解決していけるような

樫田：はい。

山川：なるべく話をしていこうとは、思っていますけどね。話し方は、やっぱり、う：：：ん。大切だと思いますね：。

樫田：はい。

山川：話し方、あの口調とか、トーンとか、後は、気をつけていること　そうですね：。  
後は曖昧になるべくしないように、わからないことは、「ちょっと、わからないので、それは、先生にお尋ねください」とか曖昧にしないことですね：。後、う：ん、相手が、不安にならないような、あんまり、こう、え：、不安にならないような、なんていうんでしょうかね：、あんまり、こう、専門的な言葉をつかわないとか：、その不安については、なんでしょうね。あんまりこう物事をね：、1つのことを、「それは、死にいたることもありますよ。」ってこう安易にこう、大きなよけいな不安を与えないようにしていくこととか、そんなことですかね：。電話相談で気をつけていることとは。

樫田：あの：：。

山川：あつ、

樫田：あの：：、あとどうぞ。

山川：後は、やっぱりね。看護婦っていう資格を持っているので：：、

樫田：はい。

山川：その電話対応で判断があまくなってね：：。あの、訴訟問題とか、

樫田：はい。

山川：なんかそういうのは、ちょっと、気になっちゃうんですね。

樫田：大事ですよね：：。

山川：ね：：、だから、怖いんですね。あの：、なんていうのでしょうか。その一本の電話で、う：ん。その人の、ね：、命がどう変わっていくかっていう緊急の場合の電話に対しては、あのやっぱり、安易なことは言えない。「様子みてください」ってこう、安易には言えいえないので、やはり、慎重になっちゃたりしますね：：。

樫田：保険って。お医者さんは入っていらっしゃいますよね。開業医の方たちは。

山川：はい、はい。

樫田：訪問看護センターは、これ、何立なんでしょうか

山川：えっ、なんですか　保険てなに　アハ

樫田：えっと、医療過誤保険、つまり、保険会社の民間保険に入っていらっしゃって、医療過誤で、訴えられたら、全部、保険にまわせれるはずなんです。

山川：あつ、そうなんですか。ちょっと、私そんなの、わかんないんですけど。ぜんぜん、あ：：、そうなんですか。

樫田：だから、もちろん、責任は、それとは、別に追わなければいけないけれど、お金の方は大丈夫なように、お医者さんは、しているはずなんですけれども。

山川：え：、看護婦は、どうなんでしょう。え：：。

樫田：ナースは、国公立でなら基本的に、区とか都がもってくれるはずなんですけれど、これは、何立なんでしょうか　ま：、秘密なのかもしれません。

山川：え：：、私ね：：、わかんないですね。そ：：いう。えっ、何立

樫田：あの、わたくしりつとか。

山川：あ：：：。

樫田：え：：と、看護連盟立とか。

山川：あ：：、

檉田：お勤めの。  
山川：お勤めの。  
檉田：はい。  
山川：え：：。  
檉田：設置している。  
山川：設置している。え： 都立でもなければ、（公立 ）でもなければえ：：、なんで  
しょう あれは。あははは。なんでしょう。あれは。  
檉田：医療法人立  
山川：医療法人かな：：：：：。  
檉田：福祉法人  
山川：いや：：：：。  
檉田：（医療法人 ）  
山川：いえ：：：。まってください：：い。え：：。私は、そういうのぜんぜん、わかって、  
檉田：はい。  
山川：え：：：： 医療法人ですか：：：：。  
檉田：普通は、ま：：。医療法人かと思えますけれど。  
山川：そうかもしれない。あははは。ね：、ちょっと、わかんないですね：：。かくすわ  
けでもなく。あはは。  
檉田：都立でも区立でもなければ。たぶん。  
山川：そ：ですか、医療法人 あ：、でも医療法人かな。言われてみれば。あははは。そ  
んな、レベルですね。え：：、わかんないですね：：。すみません。  
檉田：まとめて、保険に入っているのが、普通かな：：と思うんですけど。  
山川：あ：：。（ ）でも、そうかも。あ：：：：。  
檉田：いや、いいです。あの、自覚としては、あの、自分の責任として、全部引き受ける  
おつもりだっているのがよくわかりましたので。  
山川：あ：：、そうですね：：。  
檉田：保険は、たぶん、入っていると思う。あはは。  
山川：そ：：ですよ。  
檉田：入ってなかったら、入った方がいいんじゃない。  
山川：あははは。アドバイスをいただいて。はい。  
檉田：で、その、もう、おっしゃっていらっしゃるように、つまり、他の、医療機関の批  
判などが、出てくると思うんですが、そういうことは、気にしていらっしゃるでし  
ょうかというのが。  
山川：えっ。どういう意味ですか  
檉田：えっと。  
山川：他の。  
檉田：他のお医者さんに、この間、歯医者さんに、かかったら、  
山川：うん。うん。  
檉田：その、痛いのを直してくれなくて、けずるだけなんですよ：とか（毒ついてきます  
よね：：：）

山川：えっ。どういう意味ですか つまり、患者さんからの、  
檜田：患者さんから。  
山川：患者さんからの、はいはい。批判などが。  
檜田：もちろん、  
山川：う：：ん。  
檜田：あの、お勤めのところに対する批判ということもありうるかも、しれませんが、  
も。  
山川：う：：ん。  
檜田：ま、たいてい、直接には、言わなくて、別のおいしやさんの批判とかには、どうい  
う対応なさっていますか  
山川：あつ。対応ですか  
檜田：はい。それには、うなずかないようにしているとか。  
山川：あ：。う：ん。そうですね。え：とですね。あんまり、わたし、批判聞かないかも、  
しれないですね：。  
檜田：ホ：：、ホ：：、ホ：：、ホ：：。  
山川：え：：と。なんていうか。「あ：：そうなんですか」で  
檜田：え：：。  
山川：流しちやいますね：。あははは。  
檜田：なるほど、なるほど。  
山川：う：：ん。頭にありますね：。あの、どっかの大きな病院では、こうね。やっぱり、  
お金を払うのが当たり前で、どうで、こうでとかっていう話は、されたりしますね  
：。  
檜田：あ：：、つまり、医療費とは、別に。  
山川：うん、うん、うん、うん。でも、「あ：：、そうなんですか：」って。  
檜田：まっ。聞けばいいってことですね。うなづかなくても。  
山川：そ：ですね。なんとも、こちらは、コメントしがたいですからね。あの：。あはは。  
檜田：でも、入院とかすれば、差額ベッドという問題があるでしょうし。  
山川：う：：ん、うん、うん。  
檜田：ね。う：：：ん。いろいろ聞かされることありますよね：。  
山川：そ：ですね。でも、なんていうんでしょう。うちは、（それはすべて）、とって  
いない。うちっていうか、系列は、とってないんですけれどね：。あの、大変でし  
ょうってしか言えない。その病院の方針とかね。いろいろ、あるでしょうし。う：  
ん。「経済的に大変ですよね」っていうくらいで。なんとも言えないですよね：。  
こちらの立場としては。あははは。  
檜田：でも、もともと、すごく明るくていらっしゃるから、  
山川：いや：：。  
檜田：先様も、こう、話して、いるうちに、気が軽くなるんですよね：。  
山川：いやっ、あはっ、そ：：んなんでないんですけれど、ま：ね：。あの、「私たちが、  
ね：。こう、そんなのひどいわね：」とか「そ：いう病院ってどうなのかね：」つ  
て、言っても。ね：：。別に何とも。

檜田：うちにこないですか

山川：や：、それも言えないですね：。あの：：、何も、解決できることでもないのですね：。ね：。あまり、マイナスイメージを与えないようにっていうか。ね：：。いや、他のね。利用者さんも、そう言ってましたよ：。とか、あの、その人の話に便乗するっていうか話には、便乗しないようにしていますね。

檜田：でも、きっと、耳には、入ってきますよね：：。

山川：あっても、そうですね。あまり、言わないようにしていますけれどもね。それに対するコメントとかは、ないですね。ただ、もお、傾聴する。

檜田：傾聴する。

山川：それが、いちばんですよ。あはは。たぶん。

檜田：やっぱ、傾聴て言葉は、よく出まわっているんですか 最近、出回ってますけど。

山川：え：。そ：ですね。看護婦の中では、傾聴は、もお：、当たり前ですね。やっぱり。う：ん。なんかトラブルが、あって、なんていうんでしょうね：。まず、聞くことですね。もお：。あの：、最近も、経験しましたけど：、その、やっぱり、いろんな不満であるわけですよ：。（患者さん）にしたらね：。こちらがね、何とも、思っていないような事をすっごく大きく「あの人の話し方は、何」っていう風なね：：：。

檜田：え：：。

山川：電話口で、冷たい言い方をされたとかっていうね。いう不満が、あつたりとかして、なんていうんでしょうね。ね：：、それを、ま：、わたしは、第三者だったんですけども、「それはね。でも」こう、ま：、傾聴なんですよ：：。その人はね：：。そういう風な少し、弁護しながらも、まず、その人の言い分を全部聞いてあげて、すっきりさせるっていうのが、ある程度大切なんですよ：。傾聴はね：。もお：、もお：：片隅にいつも、ある言葉ですね：：。

檜田：それって、看護婦学校で、教えられた事ですか それとも、実務の中で、傾聴が大事だっていうふうに、見につけられた事なんですか

山川：う：：ん。学校でも、教わってはいたとは、思うんですが

檜田：え：：。

山川：でも、学校でも、教わりますね。でも、やっぱり、実践の中で、こう、自分が、失敗したときに、やっぱり、あ：も：ね：。どんな些細なことでも、聞き入れることが、大切なんだって。実体験でも、積み重なって来ているので、聞き上手には、なったかも、しれないですね：：。う：：ん。

檜田：やっぱり、失敗は、おありなんですか：：。

山川：ありますよ：：：。ね：：。

檜田：いや：：、明るくって。

山川：いや、いや、いや、でも、それもね：。あの、実践の中で、いろいろ、磨いてきたのかもしんないですけどね。う：：ん。ね。

檜田：予定の時間過ぎちゃったんですが。

山川：はい、はい。

檜田：最後にですね：。そのま：。とっておきの、これまでの、電話で、困った事や、面

白かったことを、ま：、今のお話でも、いいのですけれども。電話で、困ったこと失敗談ですとかね。

山川：え：：、ここでは、なくてですか

樫田：はい。ここではなくてって。この中で。

山川：あ：：、ここではなくてね。あ：：：、困った事

樫田：できれば、電話がらみでってということなんです。

山川：電話がらみで、困ったこと う：：：ん。

樫田：ま、傾聴がらみであれば、ぼくとしては、すごく助かるんですけど。つまり、電話でなくってもお話を聞くっていう態度は、一緒だと思うので：：。

山川：う：：ん。

樫田：どちらでも、失敗談でも、成功談でも。失敗したけど、うまくいったでも。

山川：え：、電話相談で、困ったこと 面白かった事 う：ん。あ：：、待ってください。

樫田：あと、電話でなくても。

山川：あつ。相談で。

樫田：はい。

山川：う：：、あ：：、え：、どういう意味ですか ちょっとまってくださいね。電話であつ、じゃない。あははは。

樫田：話の中で、勘違いして相手が、怒っちゃったとか。

山川：あ：：：。

樫田：よく聞いてくれたと、後で、感謝状が届いたとか。

山川：あ：：、な：：：るほどお：：。

樫田：家族から、お礼を言われたとか。ま：：、そう。

山川：え：つ、待ってください。私ね：：、こういうのはね。あまり、記憶にないっていうか、面白かった事って：：：

樫田：ま：：、うまくいったこととか。

山川：う：：ん。う：：：ん。

樫田：はい。

山川：うまくいった事 あ：：。ごめんなさいね。時間がなくなって。え：：と。

樫田：ごめんなさい。いえいえ。ぼくの方は、いいんですけどね：：。

山川：あつ、はい。

樫田：あの：：、★★★さん〔スタッフの名前〕が、みなさん、お仕事があつて、

山川：あ：：、そうですか。

樫田：もう、疲れ切つて、来てるのに、

山川：あ：：、そ：：ですか。

樫田：あなた方が、その、あまり、勝手なことをしちゃだめよって。

山川：あ：、そうですか。★★★さん。もお：、すてきなね：。看護婦さん。看護婦さんですよ。

樫田：看護婦さん。

山川：え：、本当に、すてきな人と思いますね：。う：ん。面白かった、うれしかったこと

山川：やっぱり、こう、自分で、例えば、電話相談で、「あの：、熱が、あがっちゃったんですけれども」ってゆったときに、いろんな熱が、考えられますよね：。  
で、それを、やっぱり、なんていうか、それを「様子を見てください」って、こう対応していく中で、やっぱり、その、判断があっていたって言うときは、自信にもなるし：、「あ：：、よかった」って思うところが。私も、電話、最近持ちはじめたんですよね：。

榎田：え：、え：。

山川：あの：、電話、持ちはじめてから、1、2まだ3ヶ月。12月だから、1、2まだ、3ヶ月ですかね：。そういう緊急時の電話を対応していく中で、だから、経験的には、まだ、少ないかもしれないんですけど、自分の判断が、あっていたことが大きいと。まあ：、一般論でごめんなさい。

榎田：いえいえ。

山川：うれしいことで、困ったことは、別にまだそんなにないですかね：。まだ、経験が、そんなにないので：。う：ん。

榎田：その、まあ：、長くなってあれなんですけど、2通りあると思うんですよ：。

山川：はい、はい。

榎田：つまりね：、その判断が、大事なときと、

山川：うん、うん。

榎田：さっきから、おっしゃる中で、時々出るように、まあ：、不安があって、なんとか、なだめてあげなきゃいけないときと：。

山川：うん、うん。

榎田：で、判断は、もう、こうビシバシ下せる

山川：いや：。

榎田：ご性格のようなんですけど。

山川：いや：、全然。そんな事ないんですよ：。優柔不断で有名なんで。あははは。

榎田：大変、きり分けがお上手で。

山川：そんなこともないんですよ：。

榎田：不安の方が、処理が、むつかしいのかな：と思うんですけど。

山川：そ：ですね。はっきりしたこう、答えっていうのが、出せない意見でやっぱり、多いんですよ：。でも、その中でどれだけその人の不安が、ね：、90%解決できたとか、50%解決できたとかっていうのは、う：ん。こっちの力量も、ね。大きいとは思って。ねっ、そういうまだ、困ったケースもあまり、まだないですね：。

榎田：その：、人によってはですね：。毎晩かけてくるとかですね：。

山川：あ：。

榎田：そういう人は、いないんでしょうか。やっぱ、不安になるといえるように思うんですけど。

山川：え：、ありますね。やっぱり。そうですね。在宅で、ターミナルの人たちなんかをあの：、もうね、予後何カ月っていうところで、おうちで、みていく人には、やっぱり、家族って、すごく不安なんですよね。あの：、今まで、十分に病院でっていう感覚が、やっぱり、最後、おうちで過ごしたいって言う人を家族は、こう、その、

死にゆく人を正面から、受け入れるわけであって、

榎田：はい。

山川：すごく家族の人も、不安で、不安でもお：、おうちでみるなんてとんでもないって  
いう状況の中で、もお：、何かひとつ、ささいなこと、まっ、こっちにしたら、そ  
んな大丈夫ですよ：っていうことでも、電話をね。頻繁にかけてくる方もいたんで  
ね：。あの、よく笑い話になったことも、あるんですが。あの：、う：ん。え：、  
なんでしょう。それは、それを当たり前として受け入れて、ゆっくり、話は、しち  
ゃっているんですが、う：ん。まあ、え：、なんていうか、それは、困ったこと、  
もお：、それは、その人の心理状況を考えたら、ねっ、頻回にかけてきて、こんな  
ことでかけてきてっていうのはね：。

榎田：例えば（ ）

山川：え：、例えば え：とね：。え：と。例えば あ：、私もね：。こういう記憶がね  
：。なかなかね：。

榎田：たくさん、あつてあれでしょうけれど。

山川：え：とね：。些細なことで ありますね：。なんだろう：な：。う：んと。些細な  
こと 些細なこと う：ん。なんていうんでしょうね。あはは、胃、たぶん、わか  
るかな：。あの、え：と、胃に穴があいている人がいるんですよ。あの知ってま  
すか

榎田：え：、え：。

山川：おくちから、お食事がとれない人は、胃に穴をあけて管を通して、そこから、直接、  
あの：、ボトルから、チューブを通して、

榎田：はい。

山川：胃の方に注入していくんですけれども、なんですかね。その滴下の

榎田：スピードを

山川：う：ん。スピードがこう、つまっちやった、落ちないんですってというような感じで  
ね：、電話があつて、

榎田：はい。

山川：それは、ちょっと「管をしごいてください」って言ったら「あっ、落ちました」 榎

田：え：。

山川：って本当に簡単、一言アドバイスで、解決しちゃうようなこととか、う：ん、なん  
でしょうね。あ：、ネタがないです。あははは。

榎田：え：、え：、え：。

山川：他にね：。いや：。この辺は、あんまり、ちょっと、わかんないですね：。あの：、  
思い出せないですね。いっぱい、あるんでしょうけど。

榎田：あの：、3ヶ月前からっていうのは、このセミナ：：を

山川：うん、うん、うん。

榎田：受けていらっしゃるから。あの持ってってってということですか

山川：いや：、違いますね：。あの：、この事務所の体制上というか方針というか

榎田：はい。

山川：今まで、一人で、受け持って、毎日24時間



檉田：（ を ）

山川：ず：っと持ってたんですけれど、やっぱり、その人にとって、負担大きいだろうし、

檉田：はい

山川：あの、まあ、みんなで分担していこうということで、まあ：、私もそ：ですね：。  
4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 8ヶ月、9ヶ月訪問看護を経験して、患者さんのことも、把握できたろうから、わたしも、加わわってということで、持ちだしたっていう。

檉田：患者さんは、ローテーションで、一応、その広くみるように。それとも、自分の担当って、一度、決めたら、ま：、お亡くなりになるまで。

山川：そ：ですね。私たちの事務所では、担当制なんですね。

檉田：はい。

山川：だから、自分が受け持っている何十人かの患者さんの状況は、わかるんですけども、他の人が、受け持っているような患者さんは、深くまでは、病名は、把握していないとか、あの、ど：いう家族の方がいて、ど：いう個性だっているのは、よくは把握はしていないんですけども、よく電話がかかってきやすい人たちに関しては、あの家族の対応にはこういう風に気をつけるようにだとか、こういうトラブルが、おきやすくて、よく電話がかかってくるだとか、こういうトラブルの時には、こういう対処の方法をいつもやっているとかが。

檉田：はい

山川：そういううち合わせは、してはいますけれどね：：。

檉田：うち合わせっていうのは、ミーティングですよ。申し送りのノートとかは、あるんでしょうか

山川：え：とですね。申し送りノートは、ないですね。

檉田：じゃ：、もお（ でしょうね： ）。

山川：そ：ですね。はい、はい、あの：、雑談ぐらいの感じで。でも：、あの：、利用者さんの

檉田：はい。

山川：あの、名簿、住所と

檉田：はい。

山川：電話番号と

檉田：はい。

山川：あの、いろんな病名ぐらい。

檉田：はい。

山川：書いたリストは、みんな、持つようにはしてはいますけれどね：：。

檉田：いや。本当は、あの、僕たち、その中国、四国のですね

山川：はい。

檉田：電話相談やっているとところに、全部郵送で調査票を送って置くって、どういう研修をしているとかも、調べているんですが

山川：あ：、そうなんですか

檜田：そういうことも、聞きたいのですが、あの：、ここまで。え：、

山川：いい：ですよ：。

檜田：え：と。電話相談の研修って。今まで、ここ以外は

山川：あ、ないです。知らなかったですね。こういう研修が、あるっていうのはね：。

檜田：じゃ：、今、すでにおやりの方は、研修なしでおやりになっているわけですね。

山川：えっ。

檜田：あの：、3人の内、はい。

山川：そお：だと思えますね：。

檜田：というか、もお、できるっていうことですね。

山川：もお：、みんな：、ね：。あの、ベテランの看護婦さんなのでね：。

檜田：はい。

山川：あの、もう、婦長さんだとか、もう、ずっと経験のある人たちなので、そういうところはもう、全然、わかっていらっしやるって。私はね：、ペ：ペ：なので。あはは。まだ、経験も少ないので、やっぱり、勉強はしておこうと思ったぐらいで。うん。でも、みなさんは、もお：、経験もあって、主婦で、そういう研修に参加するっていうのは、けっこう労力いるんですよ。その、毎週、金曜日っていうところで、家庭持っていると、家をあけるのが、まず、むつかしいと思うんですよ。だから、私の場合はね。まだ、独身っていうこともあって、あのね：、全然、いろんな研修に行きたいと思えば、全然、動けるし、

檜田：はい。

山川：経済的にもね、（ ）かかってくるので、家庭持ってる人は、なかなか「よし、やるっ」っていう強い気持ちがないと、こういう研修は。そうですね。私も、その後輩に教えてもらわなければ、参加しなかったの。

檜田：じゃ：、それは、宣伝が。

山川：もう、ちょっと、宣伝とかしていけば、広がっていくし、でも、すごく大切な分野だと思いますね：。

檜田：え：。

山川：なにか、あの：、やっぱり、この講義の中でも、お話されていたのですけれども、やっぱり、病院があって、あの：、おうちにすんでいる家族の人がいて：、なんていうんでしょう。やっぱり、受診をしてもその場では聞きとれなかったことって

檜田：はい。

山川：いっぱいありますよね：。

檜田：むしろ、必ずあるっていうことですよね：。

山川：そうですね。そういうのを、解消してあげられるね。そういう中間地点みたいなものって、すごく大切だと思うし、う：ん、なんかそう言われてみれば、電話相談って重要なウエイトを占めるのかなっていうのも、講義に来てわかったことですよ：。

山川：今、すごい外来がね。何十人待ちだとか。ま：ね。患者さん来なければ、困るんでしょうけれども。何か、ね：、あの、それを受診するかしないかというところって、電話でね、そういうふう判断してあげれば、なんていうんでしょう

ね。病院の方も、まあ：、スムーズについていうか、まあ：ね。経営状態は、わかんないんですけど。

檜田：えへへ、はい。

山川：ね：。一つ、ワンクッションが、あるっていうのは、すごく家族の人ね：、あの患者さんにしても、すごくね：、医療費もね：、そんなにね：、受診しなくても、いいようなものを、受診したらね：、検査だ、なんかんやといっぱいとられちゃったりだとか：。いいもんじゃな：とと思いますけれどね。

檜田：そ：ですか。日野原さんは、まあ：、そう言うけれど。

山川：えっ、誰ですか

檜田：ここの理事長。日野原さんは、そう言う風にあの、電話だけで

山川：あ：、ほんとに、そう思いますね：。

檜田：7割、判断できるっていう。

山川：簡単に、うん、うん、うん、それで、これは、こんなに普及していないのかな：と。あっ、来てみて、わかったことですけどね：。

檜田：まっ、それは、今まで、お医者さんが、とにかく来てみろっていただいただけだからですよ。

山川：そ：ですよね：。後は、う：ん。もお：、病棟の中で働いていたら、別に、そういう外来の先のね

檜田：え：。

山川：患者さんの心理状態っていうのは、あんまり、わかんないですからね：。

檜田：そ：ですよ。検査、一週間、二週間先って待つ間、大変ですしね：。

山川：そ：ですよ。だから、私も、そういうのを、必要とを感じるか、感じないかってその杓子にも、よりますよね。もお：、訪問看護とかに出ちゃえば、やっぱり、そういう実際ね、常時24時間その人をみているわけじゃないので、ね：、電話でどの程度対応できるかっていうのが、すごくポイントになってくるから、こういうのは、絶対必要だっていう風を感じるけど、病棟の中で働いていたら、私も、たぶん、受け手ないと思いますね：、あはは。今回の研修。あはは。う：：ん。

檜田：まあ：、活用の仕方が、違いますからね：。

山川：そ：ですね。分野が、違うですからね：。そういう働き場が増えてくれば、もっと、もっとこういうね：、あの：、研修とかも、ね。定員いっぱいになってくるでしょうね。

檜田：定員割れてるみたい。でも、まあ：、続けると思いますけれど。

山川：あ：、そうですね。アピールですね：。う：ん。でも、まあ：：：ね。お金もね、かかってきますけれど。でもね。講師料とか考えたらなんていうことないし、安いんじゃないかって言う人もいたりして。

檜田：ぜ、贅沢だって思いますよ。

山川：そ：ですね。

檜田：2人ずつ呼ぶし：。

山川：う：ん、そお：思います。

檜田：え：。

山川：その、う：ん。やっぱり、友達もね：、やっぱり、あはは、看護学校とかで、講師したりすると、いくら、もらうとか、あ：いう話いただいたりすると、9万で、一年間で：、聖路加の先生で：、日野原先生で：とかっていうと、安いんじゃない：って言う人もいたりするので。ね：、もう、ちょっと、こう、広まっていけば：、ね：、募集（受けていく）と思いますよ。うふふ。

榎田：あの：、全国には、需要は、あるんですけども、東京のここですっかりやってないんです。

山川：うん、うん、うん、うん。

榎田：そうすると、東京の人は、ね：、もう、4年目だから、行こうと思った人は、1年目、二年目、三年目で、来ちゃいますから：。

山川：そうですね。大阪とかあの辺でやったら

榎田：やったら、いいのにね：。

山川：ね：。行くんじゃないんですか：。あちらの方は、遊びも、勉強も好きでしょうし。

榎田：あ：、はいはい。

山川：積極的な感じもするので。う：ん。ね：、なかなかね、そうもいかないでしょうかね。いいと思います。すごく勉強になったので。う：ん。はい。

榎田：あのも：、これで、

山川：い：ですよ。

榎田：お話をこうとおもったことは終わりなんですけど、もし、まあ：、最後出た話ですけど、励ましのお言葉とかですね。あれば、石清水先生に伝えるようにします。

山川：あ：。

榎田：あの、ご不満とかもあれば匿名でお伝えするようにしますし、何人かにインタビュー：しているんで。

山川：え：と。あ：、そ：なんですか。私が、すごく一度だけ講義中に腹立たしいのがあったのが、なんていうんでしょう。

榎田：（■■■＝講師の名前＝）

山川：いいえ。ある日、先生が、あ：、先生の名前は、忘れちゃったんですけども、1回あの、2時間、6時から、7時、8時で

榎田：はい。

山川：2時間やってるんですけども、あの、先生から、いただいた資料を見ても、ど：も、進みが遅いな：っていうのがあって、

榎田：え：、え：、え：。

山川：なんていうんでしょう。余計な話をいっぱい、あはっ、余計、もお：、雑談っていうかこう、膨らましていくんはいいいんですけど、こう、まず、先生に2時間の中で、こうその先生は、結局、2時間というんじゃないで、3時間くらいでの枠があると勘違いされていたので。

榎田：あ：、あ：、あ：。

山川：前半部分が、全然、話が進まなくて、全然、資料も、進まなくてっていうケースが、一回あって、もお：、私、あそこで、手を挙げて「すみません。先生、あの、終わるんでしょうか」って

檜田：それで

山川：質問しようかと思ったぐらい。あの：、いらいらする講義が、あはは、あってですね。先生には、時間配分をあの、ね：、贅沢いっちゃいけないんですけども、理解していただいて、あははは。講義されたり。でも、それ、たった、一回っていうことなんですけどね。

檜田：でも、それは：。

山川：こっちが、お金払っている分で：、あの、その講義の内容が、半分も進まなかったとかって。半分。でも最後、ばたばたばたっと。あの：、2時間の間、1時間で、休憩に入るんですけどね。たぶん、★★★さんが、先生に「先生、あの：時間が、（ ） ございません。」って言って、勘違いがとけたんですけども。

檜田：え：。

山川：あの：、うふふ、最初からね、こう、時間は、きちんと、把握して、あはは。よかったのかなと。それが、ひとつ気になったくらいで。後は、ほんとに。う：ん。そ：：ですね。★★★さんも、すごい丁寧な対応の仕方です。みんなが安心して受講できて。う：ん。別にそれ以外は、気になることは、なかったですね。あとはね：、もおちよっと、そ：：ですね。いろんな人に、こういう勉強、う：ん。する機会が、広まっていけばいいなと思います：。また、経済的なことはね：。高い、安い、まあ：、いろんな価値観でね。思われるけれど。まあ：、全然、9万というのは、う：ん、一年間でね：。う：ん。まあ：、安いとは、言い難いんですけどね：。あの、妥当だっというか、う：ん、あの、金額に対して高かったという不満は（ ） ないですね：。

檜田：あの：、組織の者ではないんですが、何か、おつき合いしているので。

山川：うん、うん、あ：そうですか。

檜田：お匿名が、守れるような形で、あの、伝えるようにはします。

山川：あ：、そうですね。はい。まあ：、いろんな。あ、はい。あはは、完璧にね、いくなんていうことは、まずないと思いますね。

檜田：また、講義をすることがあるので気をつけようと。

山川：え：：そ：：ですか。そ：：なんですか。わかりました。

檜田：本当に、子供だましで恐縮なんですけど。

山川：あつ、いいえ：。

檜田：徳島から来ておまして

山川：あつ、はいはい。

檜田：徳島って、あの、和紙の産地なんですよ：。

山川：あ：、そうなんです：。

檜田：それで。折れてないかな。和紙のレターセットと

山川：あ：、すみません。

檜田：和紙のその、何にでも使える、まあ：、包装にも使ってくださいというセットなので、子供だましで。

山川：いえ。とんでもない。有り難うございます。はい。

檜田：そこまで、お見送りさせていただきます。

山川：あ：、とんでもないです。

樫田：でも、ゆっくり。

山川：後は、いいですかね：。何か、別に。

樫田：いえ。お友達と一緒に、いつも、お帰りになられるのが、こう一人になっちゃったりとか、

山川：いいえ。

樫田：そんな事おきてません

山川：あっ。大丈夫です。あの：。そ：なんですね。でも、あのね。今日、ご飯食べて帰ろうかっていう話だったんですけれど。いやっ、あはは。でも、いつでもいいっていうことなので。あはは。

樫田：それを確認しなくて。

山川：いいえ。あの：。

樫田：お約束が、ある方は悪いな：つと。いや：、前もってね。先週、言っとけば、よかったけれど、ほら、その日ある程度、自信持って出来た人でないと応じてくれないだろうから：。

山川：そ：かもしれない。そ：ですね。でも、そこらあたりが。でも、電話対応、リラックスしてするのが1番ですね。っていうか、これは、ロールプレイなので、みんな、緊張してね：。あの、ほんと、全然、自分の力のね。50%しか出せなかったって言う人が、いっぱいいると思うんで：。

樫田：出だし、失敗すると困りますよね：。

山川：う：ん。そこで、失敗すると、後、続かないし。言葉が出てこないし、浮かばないですね：。声かけていうのは。う：ん。ねっ。本当に、たまたまね。私も、ケースがああね。わかりやすいケースだったので。

樫田：いや：。あれが、わかりやすいのは。そうか、看護婦さんなら、あれが、わかりやすいケースなのか。なかなか最初っから、もお：見通しを持って。

山川：いや：。ね：。みぞおちのあたりが、ど：でこ：で、何だろうな：、胃の病気かな：、なんだろ：な心臓かな：、何だろうな。油っぽいものを食べて、痛み う：ん。胆石かなっていうっていうかね：。

樫田：なるほど。そこで。

山川：緊張していると、そ：いうつながりが、連携ができないんですよ。いかに、リラックスしてやるかが、ポイントになるかと思えますけれど。あはは。

樫田：いや：。コレステロール高いから、循環器かな：とかって思って聞いていたんで。

山川：あ：、そうなんですか。

樫田：でも、ぴったり、当てていらっしやっ。

山川：あれは：、でも、病棟でやっていた経験がね。生かされたっていうだけで。

樫田：外科と内科と両方おやりだから。

山川：そ：ですね。本当に、それは、（ ですね ）

う：ん。自信がないと電話対応って難しいですね。う：ん。看護婦、二、三年目、一年目だなんて、全然。「あ：わかっ、あっ、そうですか。あの、とりあえず、病院、行った方がいいと思います」っていうような対応になっちゃうんじゃないです

かね：。判断しきれないと。そう思いますよ。きっと。

檜田：ごめんなさいね。お食事。

山川：いえ、いいんです。いいんです。いつでも思っていたので。はい。

檜田：どうも、ありがとうございました。

山川：とんでもないです：。こちらこそ、（なんて、そうそう）あ：、いただきます。

檜田：いえ：、とんでもないです。本当に、ただの和紙です。

山川：いえ：、とんでもないです。ありがとうございました。終わったから、ほっとしました。

檜田：そ：ですね。

山川：う：ん。でも、そ：ですね。あの、結局、一週間毎ってゆって、終わって、すごく、予習、復習を、絶対やろうって思ってたけれど、一度も、やらずに終わりました。なんて。

檜田：あ：。今までの講義の方を。

山川：う：ん。そう、やっぱり、日常の仕事に追われて：、一度、目標たてたんですよ。あの、この講義が終わったその日は、復習の日って。で、アンド、次回の予習とかって思ったけど、う：ん。なんだかんだってできなかつたですね：。

檜田：予習用のテキストってあるんですか

山川：やっ、ないです。

檜田：ないから、自分で。その科目、心臓病なら。

山川：予習なんて。年間のありますよね。あっ途中で。予習は、やりようが、なかつたですね。

檜田：やりようが、ないですね。

山川：とりあえず、復習だけは、しようと思ったけれど、一度も、やらずに終わって終わっちゃって。流れちゃった知識は、もったいないなって、後悔は、ありますけれどね：。

檜田：でも、ポイントのいくつかは、ね。きっと頭に入るでしょうし、あれだけ、

山川：いや

檜田：強調して言ってくれと。

山川：う：ん。

檜田：そうでもなかつた

山川：ね：、たまたまね。わかりやすいケースだったんです。ありがとうございました。

檜田：いや：、明らかに、もお：、充分、理解した上で、後は、説得という感じになってたんで。

山川：いやいや、ね：。

檜田：SPの人もね：。説得されましたって言ってましたし。

山川：あはは。難しいですよ。説得って。ね：、押しつけにならないように：、

檜田：え：。

山川：あの：、でも、その人が、必要と思えるような：、ニュアンスっていうのは、やっぱり、これは、場数を踏むのが一番だよ：ね：、なんでしょうかね：、でも、ポイントがわかっているの。あの、勉強したじゃないですか。え：、こういうような

問いかけをするとか、相手に判断させようとか。

檜田：え：。

山川：そういうのを思い浮かべながら、今後もネ：、やっていきたいな：と思いますけど  
ね：。

檜田：相手に判断させるっていうのは、今日の先生だけじゃなくて、他の先生も、今まで。

山川：え：、でも、やっぱり、それは、ロールプレイの場では、何度も、あの、紅林先生  
とか

檜田：え：、え：。

山川：言っていましたね：。

檜田：え：、え：。

山川：あっちにね。こう、一方的に、こお：、なんででしょうか、あ：なんででしょうか。そ  
：なんでしょかってゆって、質問責めにされると、こっちが、こうなんか立場が、  
どんどんどんどん弱くなっちゃうっていうのを、あの：、そうするとあっちも、満  
足感ていうのがないじゃないですか。

檜田：え：。

山川：なので、こう、質問責めにあわないように、こっちから、質問を問いかけて、相手  
に判断をうながしていくっていうような声かけで、っていうのは、いろんなケース  
で結構ポイントになるんじゃないかと思えますけれどね：。

檜田：そ：ですよね。いや：、そうでないと。電話は、終わったけれども、結局満足感も  
ないし。

檜田：判断もつかない。

山川：そ：ですね。結局、あの、看護婦さんって、何なんだろ：ってね。そういう不快な  
気持ちで終わられるよりは、ね：。

檜田：何か押しつけてきたけれど聞いてやるもんかって。とかね：。

山川：うふふ。え：。まあ、これからね、あの、勉強したところを生かせればいいかなと  
は思いますね。

檜田：あの、今日は、来てませんけれど、私のところの大学院生に、やっぱり、徳島で、  
訪問看護をやっている者がおりまして、大変関心を持って、時々は、春、こっちへ  
来てたんですけれど、その、研究で、一緒に電話相談研究をやっているんで

山川：あ：、そうなんですか

檜田：だから、あの、これからは、訪問看護の世界は、電話は、ものすごく大事に。

山川：ね：。最終のケースでもね：。（搬入だとか）

檜田：病院まで30分。

山川：ね：。考えちゃいますね：。でも、あそこだったら、う：ん。やっぱり、説得させ  
るには、やっぱり、私が、考えていたのは、ごめんなさいね。余談になっちゃうん  
ですけれど。

檜田：いえいえ。

山川：あそこのケースでは。ね。私だったら、4、5日間、熱があつて、ね。微熱があつ  
て。こう、やっぱり、たぶん、栄養がね、どのくらい、食事が、とれているかとれ  
ているのかとか聞いて、もしね：、ずっと、食欲もなくて取れていないんだったら



ば、ね：、ずっと、熱も続いて、汗もかいてるって、それだけ  
檜田：体力消耗  
山川：体力消耗しているし：、で：、それで、今、38℃以上の熱が、出てきているって  
いうことは、こうね。まあ、脱水症状っていうか。  
檜田：つまり、若い人なら、40℃だと思っていいわけですよ：。  
山川：そうですね：。だから、う：ん。私だったら、結構、あのね：、まあ：。（ ）  
檜田：すぐに、救急車。  
山川：すぐに、救急車っていうのは、難しいと思うんですけど。  
檜田：言わなくても：、  
山川：え：、う：ん。その辺を情報収集して、う：ん。救急車でね：。行きたい、行きた  
いって言うかね：、あの：、随分、救急車じゃなくっていいんですかって言った  
ので。  
檜田：あれは、だから、奥さんが進めても、だんなが、「何で呼ぶんだ」って喧嘩になっ  
ちゃうわけですよね。  
山川：そ：ですよね。  
檜田：ただ、看護婦さんが、言ってくれたっていう  
山川：うん、うん、うん。  
檜田：ストーリーかなって。  
山川：ねっ、そりゃそうですよね。だから、話をしていると、なんとなくわかりますよね。  
あ：っ、この辺が、不消化かな：って。相談者の。あ：、じゃ：、この穴を埋めて  
あげなきゃなって思うと、そこの部分をこう、話をしようとか。  
檜田：はい。  
山川：う：ん。でも、話をして、私も、そんなに、うまくはないんですけども、こう、  
会話の中で「あっ、ここでちょっと、こころにつかえているな：」ってというのが、  
なんとなくわかってくると、その部分にウエイトをおいて、こう、話をこめるよう  
にしますかね：。するようになっていくんでしょうね：。（なんて ）  
檜田：時間がかかっても、かかんなくても、それが、  
山川：ポイントだと思いますね。  
檜田：できなければ、だめですね。  
山川：そうですね：。う：ん、さっきのケ：スだったら、救急車と、救急車でないと。  
でも、呼ぶんだったら、ど：だこ：だってその根拠っていうかね：。難しいとは、  
思んですけどね：。そういうポイントをつかんで話をしていこうと思いました。あ  
はは。  
檜田：むこうが、もう言っているから、もう、（搬入 ）の可能性はあるって言えば、い  
いのかな：っと。  
山川：こっちの話し方とか、押しの弱さで、相手は、ま：、なんていうんですか。逆に判  
断、迷っちゃったり、なんていうんでしょかね：、結局。  
檜田：次に頼るところ、なくなっちゃいますよね：。電話で、こう、好きにしたらって言  
われちゃったら。  
山川：そうですね：。それは、難しいですよね：。ある程度。（ ）とか言ってあ

げないといけないんでしょうね：。

榎田：僕、実は、ここの研究やる前には：、119番の研究っていうのをしている、

山川：へ：。

榎田：同じような電話かかってくるんですよ。119番にも。

山川：あつ、こわ：い。

榎田：ど：したらいいんでしょうて。えへへ

山川：緊急性ありますよね：。119番って。

榎田：判断して、出るしかないですよ。もう、119番かかって、断わったら、責任ですから。全部。

山川：こわ：い：。119番。でも、今回、もうちょっと、緊急度の高いケースが、  
もちょっと、出るのかな：と置いていたんですけど、比較的、ゆっくり、こう、  
相談して、不安解決していくようなケ：スが、結構、多かったのかな：。

榎田：電話相談自身は、あの、緊急度の、あまり、高くないすそ野が、いっぱい、あるんだってということだと思いますよ。

山川：まっ、そうですね。

榎田：ここでは、あまり、扱かっていないけれど、もっと、メンタルな問題とか、ここは、あの、普通の電話相談よりは、緊急度の比較的高いケースを多めに扱っている電話相談だと思います。講習自体。

山川：ですよ。結構、ポピュラ：な。ね：。あの、よくありそうな、ケースだったので。わかりやすかった。でも、精神科疾患の方からね。こう、うつつ、電話相談が、ね：、もし、そういうケースだったら、どお：しようかとかね：。

榎田：とか、いたずらとか。

山川：ね：。いろんなね：。

榎田：電話は、いっぱい、いろんな事、起きますから。

山川：それは、なかったのね：。よかったんですけどね：。ね：。打ち明ければ、私もね：。あの訪問看護しててね：。もお：、目の前で、みるみるこう、チアノーゼが出てきちゃったりとかして

榎田：え：、え：。

山川：はあ：。もお：。血の気が、引くようなケースを見たりしたりとかして。  
もお：救急車に、電話したりしましたけれどね。119番。もお：。あん：、あれ出る方も、かなりのストレスっていうか、プレッシャーあるでしょうねええ：。

榎田：道、一本間違えるだけで、死にますからね：。行く時の。

山川：本当ですよ。本当にあれは、もお：、119番電話対応している人、すばらしいって思いました。私。あはは。

榎田：ところがね、繰り返し。同じ事を聞くんですよ。つまり、だれが：、その、患者かって。やっぱり、取り違えたりするんですよ。言って、倒れてる人、複数人いたりして。

山川：う：ん。

榎田：とか、あの、違う人を収容してしまったりするんで、ちょっと、しつこいぐらい聞くんですよ。名前とか、その性別とか。それで、怒り出す人とか。

山川：そうですね。「もおお：、そんな場合じゃないっ」っていう  
檜田：「とにかく来いっ」って。「とにかく来いっていても行けないんだって」のを聞きますけど。  
山川：「もおお：、すぐ来てください：っ」って言いましたね：。もお：おおお。  
檜田：そう言われても、行けない。火事は年中そんなですけれど、「とにかく来たらわかる」とか言われて。  
山川：あ：、でも、そうですね。あの：、今日も、（所長）と話しをして、どうだこうだよりもね：。すぐ来て欲しいんですよ：。あの時は：。  
檜田：いや、いや、それは：。でも、今は、みんな、GBSっていうのを積んでいて、途中で、全部、ファックスを積んでるんですよ：。  
山川：あ：、そうなんですか。  
檜田：救急車が。だから、実は、ほんとは、出勤しながら、  
山川：なるほど。  
檜田：その途中で、あの、ファックスもらっていけるんですけども：。こんなところで、救急の話ができて嬉しかったです。  
山川：いいえ：。とんでもないです。いろんな分野があるんですね：。  
檜田：ずっと、119番と電話相談っていう感じで。そのうち、病棟の方も、もっとやってみようと思っていますが。  
山川：そ：ですね。いっぱい、課題はたくさんあるでしょうね：。みてみるとね：。なかなかね：。そういうものが、見えるなくなっちゃうんでしょ：ね。うふふ。  
檜田：どうも、すみませんでした。ごめんなさいね。せっかくのお食事。  
山川：い：え：。大丈夫です。  
檜田：（　　）  
山川：いいえ、とんでもないです。いえいえいえ。あの、この、やっぱり、こういう交流でね：。すこし。  
檜田：お友達だったんですか  
山川：そうです。そうです。あの、ここで、知り合って、いろいろね。もお、終わりだからね：。  
檜田：来週くらいかな：って思いますけどね：。来週、4人揃わなさそうですね：。みんな、恐ろしいから。  
山川：ね：。結構、これ緊張しますよ：。  
檜田：自分が、当たると思うと。  
山川：だって、出て来たくなくっ、私だって、あの、それは、あると思いますよ：。ね：こういう仕事をしている人でも、ま、あの：、今日、やあ：、やだなあ：、休んじゃおうかなって思っちゃったりするくらいですよ：。や：、自分の無知をさらけだ出す。  
檜田：とても、できそうにないと思うと。  
山川：やっぱり、参加できないと思いますよ：。勇気がなければ。  
檜田：（　　）ですものね。（　　）  
山川：減りましたよ：。きっと。だから、そういう理由も、あるんじゃないですか。

檜田：話は、ここまで聞いたから、ま、いいよと。

山川：勇気がなけりやできないですよ：。なかなか。すごく勉強になることは、わかっ  
ていても。（ ）

檜田：じゃ、クラス分けして少人数でやってあげたりしたら、最後、もうすこし出てくる  
んですかね：。

山川：あ：。クラス分けが、また、難しくなるかもしれませんね：。どういうふうに、  
自分を（ ）

檜田：ばれちゃう。

山川：あはは。そうですね。そういう配慮も、（あっても ）。

檜田：途中、1回も練習していないからね：。最後、差があるのは、当たり前だと思いま  
すけれどね：。

山川：最後は、出づらいですよ。うふふ。

檜田：もっとも。もっとも。

山川：いや、いや、（ ） じゃないんですけれどね ）一か八かという感じですよね：  
最後、減るのは、そのせいだと思います。

山川：今日ね：。あはは。ね：、工作中、今日遅れたら：、今日やらなくてすむのかな：  
って：思ったりとかして、迷ってたりしていたんですよ：。でも、ひとつ、あの、

檜田：（実質、あの、仕事が、あの、終わっちゃう ）

山川：仕事が、終わんなかったので。（今日すると、思わなかったですよ ）

檜田：最初にエントリ：しないと。

山川：最初に、こういうメンバ：に呼ばれて：。そ：ですよ。

檜田：じゃ：、今日も、あぶないところだったんですね。本当は、4名うまっていたら。

山川：うん。そ：ですよ。あ：、じゃ：、も：いいかっていう感じで来たんですけれど。  
それぐらい。

（以上）

《119データトランスクリプト（X消防、一部）》

= 2007年3月作成 =

制度的場面研究会

データ：

[3-37-P-U/F] 「子どもへの対応」

- 01 T:もしもし：  
02 C:×宮のっ  
03 T:はいっ  
04 C:N丁目の  
05 T:はい  
06 C:2★8★の  
07 T:2★8★はい  
08 C:の：1  
09 T:1 どうしたの？  
10 C:##の  
11 T:え：？  
12 C:ママ  
13 T:ん：  
14 C:ママが：  
15 T:ん：  
16 C:なか目が四つな：んか見える おにいちゃんの：薬のんじやったから  
17 T:え：  
18 C:だから 倒れちゃったの  
19 T:だれママが倒れてんの  
20 C:ん：  
21 T:×宮N丁目  
22 C:ん：  
23 T:2★8★の1  
24 C:ん：  
25 T:こりゃマンション？アパート？  
26 C:ん：？  
27 T:いえ名前なんて：の  
28 C:(いえってなんだ) いちまるいちのNNの (はいママいって)  
29 (10.0 母親にかわる)  
30 C:NNのNNNN  
31 T:はい？  
32 C:NNのNNNN  
33 T:ご：電話番号？ きゅうNNの？

- 34 C:NNNN  
35 T:NNNN どうしたんですか？  
36 C:なんかめまいしちゃっておきられない  
37 T:めまいがして？  
38 C:はい  
39 T:めまい 何才ですか？  
40 C:NN才  
41 T:NN才さい え急にですか？  
42 C:はい  
43 T:え：これマンションかなんかあるんですか？  
44 C:アシュ\*\*\* #宮  
45 T:セ\*\*\*？  
46 C:アシュ\*\*\*  
47 T:セ\*  
48 C:アシュ\*\*\*  
49 T:アシュ\*\*\* アシュ\*\*\*？  
50 C:#宮  
51 T:#宮  
52 C:ん  
53 T:(2.0)#宮 はいえ：おたくさんの名前は？  
54 C:★XXXYYY★  
55 T:★XXX★？  
56 C:★YYY★  
57 T:★XXX★  
58 C:★YYY★  
59 T:★YYY★さん？  
60 C:ん：  
61 T:どっか かかりつけの 病院かどっかありますか  
62 C:・・・病院  
63 T:・・・病院  
64 C:はい  
65 T:あそ：ですか・・・病院にどういのでかかってたんですかね  
66 C:まえはね：婦人科とか内科外科ぜんぶかかった  
67 T:あそ：ですか  
68 C:はい (ピーポー音)  
69 T:え：それじゃ救急車むかいますのでえ：えっとしばらくお待ちください  
70 C:すいませんけどね  
71 T:はい お待ちくださいね  
72 C:はい  
73 T:( ( ))



---

**医学教育のエスノメソドロジー —医療面接実習と OSCE の相互行為的基礎—**

(平成15年度～平成17年度科学研究費補助金(基盤研究(B))研究成果報告書)

課題番号: 15330100

発行日: 平成19年3月16日

編集発行: 榎田美雄

〒770-8502 徳島市南常三島町1丁目1番地

(088) 656-9308 E-mail: Kashida@ias.tokushima-u.ac.jp

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

---