

## 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

### 0. はじめに

Medicineという英語の訳語として医療という言葉と医学という言葉がある。この二つの言葉について、おおまかには、それが自然科学的な学問の体系として指示される場合には医学、現場で患者と向き合う具体的な実践として指示される場合には医療という使い分けがされているようである。ほぼ同じ人々が行なっている実践について二つの言葉が存在していることは、医師や看護師といった医療従事者が日々行なっていることに、少なくとも二つの側面があることの反映であるといえるかもしれない。すなわち、医師や看護師が、いっぽうにおいて自然科学に代表される「知識」を磨き、またもういっぽうにおいて現場でしか得られない多様な「経験」を積み上げていることを反映しているということである。医学における「知識」は基礎-応用という段階的な体系性を持ち、医学部や看護学部などでのカリキュラムに基づくフォーマルな教育場面で伝えられ、学会や学会誌で発表される。たほう医療の場での知識は、現場での徒弟制に基づいて、その場その場での具体的な「経験」に裏付けられながら、インフォーマルな教育によって伝えられていくものなのだろう。

医学、そして医療という営みには、他のあらゆる領域と同様に、もともと、「教える-学ぶ」という活動が埋め込まれている。さらにこの活動は、たとえば本稿で以下に扱うような「確認する」「教えてもらう」「アドヴァイスをする」といったさまざまな活動の組み合わせによって「知

識」や「経験」を伝え合うということとなり立つ。また、これとは異なった区分けになるが、フォーマルな医学教育の構成要素として「実習」「研修」あるいは「試験」といった場がある。そうした場もそれをなり立たせている場の「論理文法」(=「活動の論理」)に寄り添った気づかいやデザインに基づいている。

本稿では、「教える-学ぶ」という経験の基礎にあるいくつかの活動、そして医学教育を構成するさまざまな場の論理に照準して考察を進める。通常の研究で扱われるような、教師が知識を伝え、その知識が学生によって理解されるといった教室場面は扱わない。模擬患者を用いた研修の現場、実際の人体を用いた実習の場、実際の生身の患者が関わる医療の場といったように、医学部でのフォーマルな教育だけでなく、現場での徒弟制に基づくインフォーマルな教育に埋め込まれている「活動の論理」を扱う。本稿に通底する眼目は、フォーマルなテキストと実際の現場での経験がどのように結びつけられるかということである。知識の伝達が「教える」という活動として成立するためには、学習者が、たとえばテキストに載っている知識内容を知ること以上に、そうした知識を使うことができるようになることが求められるだろう。学習者が実際にそれを使えるようになることが目的であるという点では、教えられるものが自然科学的な知識である場合と対人的な技術に繋がる知識である場合とで違いはない。

## 1. 方法論上の前置き

### 1-1. 応用エスノメソドロロジー研究による会話分析

エスノメソドロロジー研究においては、具体的な事例を扱っていくなか、その多くで、エスノメソドロロジー研究によるエスノグラフィー、あるいはエスノメソドロロジー研究による会話分析と呼ばれる手法が採用されている。そのそれぞれは、実際におこっているさまざまな場面を観察し、聞き取りを行い、またそれを録音・録画したデータを繰り返し検討するという点で共通している。

まずエスノメソドロロジー研究によるエスノグラフィーと呼ばれる手法は、その言葉どおり、広義のエスノグラフィーに属する(池谷 2004)。だが、重要な点で通常のエスノグラフィーとは違っている。それは録音や録画を積極的に採用するという点だけでなく、そこでおこっている活動についての詳細な記述と、そういった「活動の論理」を記述していくための装置である「理論」の精緻化とを分離せずに発展させてきた点である。エスノメソドロロジー研究では、その場で生じていることのメカニズム、あるいは装置とその使用法についての記述が「理論」という形を取る。通常のエスノグラフィーが一般理論の構築や特定の理論の検証として行なわれることを考えると、そこには大きな隔りがある。この手法による研究には、会話データが含まれる場合もあるし、そうでないこともある。現場での「活動の論理」(=「論理文法」)の探求に重点が置かれ、研究領域としては、おもに労働や組織の場を研究する、いわゆる、「ワークの研究」(Garfinkel 2003、池谷 2004、水川・池谷 2004)や「制度場面の会話分析」(Maynard 2003=2004、岡田 2004)といったものと重なり合う。

エスノメソドロロジー研究による会話分析という手法は、話しと語りについて、会話分析が明らかにした知見とその研究手法を最大限に利用している(Maynard 2003=2004)。この手法においても参与観察や聞き取りが用いられることがあり、エ

スノメソドロロジー研究によるエスノグラフィーと排他的な関係に立つわけではない。もともと会話分析による調査研究のおもな注目点は、実際の時間経過において会話が組織化されていくメカニズムであった(岡田 2004、2005)。たとえば、実際の具体的な場面では、個々の発話は、それがそれ以前のどの発話に接続するのか、それがどのように引き取られていくのかといった、行為が進行していくまさにその内側での位置どりから理解されているのである。エスノメソドロロジー研究による会話分析は会話データの理解を助ける参与観察や聞き取りの重要性を否定しない。おもに会話データの詳細を展開していくことで、制度的な場面において日常会話にも用いられているさまざまな装置がどのように用いられているのかを展開し解析していくのである。

本稿は、現象に埋め込まれており、それを支えている「活動の論理」の解析を特定の研究目的に結びつけた応用指向の研究である。エスノメソドロロジー研究のはじまりから、すべてのエスノメソドロロジー研究は、実際の現場からその具体的な知見のすべてを得ている。その点ですべてのエスノメソドロロジー研究は、臨床的であり、応用的である。さはさりながら、エスノメソドロロジー研究者や社会学者以外の人々を読者として想定して行なわれる研究を、特に、「応用エスノメソドロロジー研究」と呼ぶことがある(Heap 1990)。これは、エスノメソドロロジー研究を、そこで採用している手法によってエスノメソドロロジー研究によるエスノグラフィーと会話分析というかたちで区別するのは別の基準による呼称である。そして、本稿では、次節以降、順を追って進めていく解析を「応用エスノメソドロロジー研究による会話分析」と呼んでおきたい。次節ではまず、実際の活動についての知見を紹介して、「応用エスノメソドロロジー研究による会話分析」の特徴の一端を明らかにしていきたい。

## 1-2. 「活動の論理」についての例示

実際の会話という活動の場を詳細にみていくことで、会話をなり立たせ、会話に通有的な「論理文法」を明らかにすることができる。これは、話しと語りをとまなうさまざまな活動に応用することのできる基礎的な知見である。一言で書いてしまうなら、それは「話し手は聞き手を必要とする」といったものである。

どこでも生じる可能性のあることなのだが、発話の始めの部分で言いよどみがあった場合、そこで話し手が受け手の視線を確認し、それを獲得した時に、同じ発話をまた始めるといったことが生じる。これをその場でのやり取りに話し手の言いよどみと聞き手の視線が埋め込まれている例としてみることができるだろう。この例のように、受け手の視線が有る／無いという区別は、そこにいる人が話し手に関心を向け、話の内容を認識しているかどうかという個々人の認知的な行為とだけ関わっているものではない。聞き手の視線は、話し聞くといった、対面的な相互行為という社会的な諸活動を構成するような仕方で作動しているのである。また、言いよどみのすぐ後では、受け手が言いよどんだ話し手を注目し始めるということがよく起きる。この場合、話し手の言いよどみは、その人が視線を求めていることの表示として扱われている。このように、受け手による視線の動きがそれへの応えであるとき、言いよどみは、その現場で呼び掛けとして働いているといえるだろう。呼び掛け-応えという活動からなるやり取りは、そこにいる人たちを会話に参入させるだけでなく、特定の活動が進行する内側で、その人たちがお互いに関係をさらに維持していくさまざまな活動の前触れとしても働くのである。

では、明示的な呼び掛けをすることと休止や言いよどみを用いることとは何が同じで何が違うのだろうか。具体例で考えてみよう。もし教師が「はい、こちらを見て」といった明示的な呼び掛けで、生徒の視線を求めたなら、生徒の注目が獲得されるまでは、もともと聞いて欲しかった話し

や語りになされないまま放っておかれることになるだろう。それ以上に、そうした呼び掛けを「注意された」と聞くと、生徒は防衛的になったり反発したりするかもしれない。それによって、ももとの話しや語りの内容が変質したり、拡散した「注意」や「お説教」のやり取りが生み出されることもありえるだろう。これに引き換え、言いよどみでは、その場に受け手の視線が欠けていることが明示的には扱われていない。この点で、そこにいる人たちの関心は、話し手の話しや語りに向けられたままである。言いよどみは、すべての発話において使うことができ、聞き手は、それが生じたことを、それが生じたその特定の発話内容と独立して認識することができるのである。このように考えると、表面的には無秩序にみえる言いよどみは、秩序だったものなのである。受け手の注意を引き付ける理になかったやり方になっているということが言えそうである。

以上は会話という活動において視線と言いよどみに埋め込まれている「活動の論理」の解析なのだが、このように実際の場を詳細に探究することで、そうしなければ考えの及ばないような多くのことが明らかになる。以下では医学教育と関わる、さまざまな場の「論理文法」を探ろうと思う。先に述べたように「応用エスノメソドロギー研究による会話分析」という立場である。では、いくつかの「研修」、「実習」、「カンファレンス」などについて、実際に「何が」「どのようにして」行なわれているのかを、この手法を生かしながら解析していこう。

## 2. 事例1と2 模擬患者との医療面接

本章では看護師と医学生による模擬患者との医療面接を扱う。実際の事例に基づいて、「研修」と「実習」の場に埋め込まれている「論理文法」を展開し解析していく。

まず対面的あるいは電話での面接や問診の「研修」や「実習」において教育・評価されるものと

して、その性質上、医師・看護師に欠けていると、それがあるべき能力の欠如として焦点化される種類の情報があるだろう。それは、当然のことながら、診療科目についての医学的な知識である。実習や研修として面接が行なわれる場合は、これに加えて、医学的な知識を有効に活用するためのコミュニケーションのスキルといったものが教育内容になっている。

本章では、模擬患者（Simulated Patients:以下、SPと略称する）との医療面接を題材にして、「聞き取り」がその場での発話のデザインによる達成物であること、そして「テスト」といったものが、いくつかの装置によって可能になっている活動であることを示す。

## 2-1. 医学生的事例

本節での事例のフィールドは、某国立大学（調査当時）の医学部である。以下は医療面接の中で家族についての「聞き取り」の場面である。まず分かるのは、面接において家族が何人で本人とどういう関係にあるかという一見単純な事柄を聞くということにさえ、混乱や居心地の悪さを生じさせる種が潜んでいるということである。

### 2-1-1. 家族とは

実際に話を進めるやり方には、「聞き取り」という活動をスムーズに推し進めていくための用語法の選択といったものが含まれる。この部分の結論を先取りして言うなら、以下に示すのは、「聞き取り」という活動に関わる問題の種を考えに入れた上で、質問のさいにどういった用語を用いるかといった問いのデザインである。

ある人にとって「家族とは誰か」。その認知はさまざまでありえる。次節に示す三つの例は、実際の医学生による模擬面接での出来事である。すでにテキストなどで医療面接のあり方について概略を学んでいる医学生には、こうした面接で、もし時間が許すようなら患者の家族について聞くことが求められているという認識があるようであ

る。

このさいに、概括的に述べるなら、面接において想定されている家族は、1) 社会・心理的な家族、2) 遺伝的な家族のいずれか、あるいは3) その両方である。個々の面接でどちらの家族について聞きたいかは、患者の訴えから予想される疾病の種類など、その面接の目的や経過によってさまざまである。

概括的な話になるが、たとえば、面接をしていた学生に「ご家族は？」と問えば、多くの場合、自分の親と（もしいるとして）兄弟や祖父母を挙げるだろう。またこれがたとえば、模擬患者として面接を受けている、既婚の45歳の女性なら、まず頭に思い浮かぶ家族は、自分の夫と（もしいるとして）子ども、そして同居している夫の親ということになるかもしれない。いずれの場合も、家族として、まず、「一緒に住んでいる人」が思い浮かぶかもしれない。未婚の学生の場合は、同居者としての家族と血縁上の家族とが一致している。だが、45歳で既婚の女性の場合、同居者で血縁関係にあるのは、（もしいるとして）その子どもだけである。もちろんそれ以外の家族の形態もあるが、夫の親と同居している女性の既婚者の場合、1) 社会・心理的には家族なのだが、2) 遺伝上の家族ではない人を「親」と呼び、まず家族として挙げる可能性がある。こうしたことが、「聞き取り」で混乱や居心地の悪さを生じさせる種になるのである。

### 2-1-2. 「お子さんはおいでになりますか？」

家族構成についての「聞き取り」では「社会調査的な聞き取り」と呼べるような聞き方が可能である。この聞き方は、相手がどのように答えるかについて誘導ないし予想をしないというものである。このタイプの聞き取りでは、どのように聞くかに左右されない、事実としての「家族構成」が知りたいのである。以下の例では、そうした立場から構成員の候補を枚挙する聞き取り方をしているようにみえる。

【断片1：2-1-2-1】

- 1 D: ご家族構成について伺います。
- 2 家族構成を教えてくださいませんか?
- 3 Sさんと
- 4 P: 母と私です ((やや早口で))
- 5 D: はは お母さん? 旦那さんとか
- 6 お子様とかご兄弟はいらっしゃいますか?
- 7 P: いえ 母と私です ((ぶっきらぼうに))
- 8 D: すいません

このSPは、35歳という設定であり、面接の冒頭で自らそう答えている。先に述べた場合と同様に、最初の「母」は、実母である可能性と嫁いだ先の夫の母である可能性がある。5、6行目でDは「旦那さん」「お子様」「ご兄弟」と親以外の同居者のほほすべての可能性を枚挙的に言及することで、この点を明確化しようとしているようである。Pは、7行目で「いえ 母と私です」と4行目と同じ内容をぶっきらぼうに繰り返している。このことは、Pからすれば5、6行目は1~3行目と同じことを聞いており、それについてすでに自分は4行目で十分な情報を提供していると思っていることを表示しているように見える。そして、8行目での「すいません」は、同じことを二度聞いたというP(による理解の表示)をDが理解し、それに対して謝罪している発話であるように見える。

「家族構成について」という切り出し方以外にも、さまざまな切り出し方がある。以下の例では、家族のことを聞くという前置きをした後、言わば唐突に「子ども」について聞いている。

【断片2：2-1-2-2】

- 1 D: あとご家族のことをききたいんですけど
- 2 えっと お子さんは
- 3 P: ((首を横に))
- 4 D: あの=
- 5 P: =結婚してないです
- 6 D: あそですか  
[=は発話がつながっていることを示す。]

まず2行目での「お子さんは」という問いは、Pには子どもがいるだろうという想定に基づいてなされているように見える。Pは、そうした想定に敏感に反応して、「子どもはいない」とは言わずに、その前提ともいえる「結婚」を否定しているようにみえる。

ここで、Pの答えから「子どもがない」さらに「夫もない」という事実は明らかになった。だが、他の家族についての情報を得るということに関して言うなら、振り出しに戻ってしまっている。もしこの事態が失敗とみえるなら、それは、私たちが、どのように答えてもデータになるという「社会調査的な聞き取り」の論理とは別の論理の存在を重ねてこのやりとりをみるからであろう。私たちはここから、もっとも穏便で安全な前提に基づいて聞くデザインというものについて考えることができるだろう。以下の断片を見てもらいたい。

【断片3：2-1-2-3】

- 1 D: ご家族のことおききたいんですけども
- 2 ええとSさん
- 3 ご兄弟は何人でいらっしゃいますか?
- 4 P: 私は一人
- 5 D: そうですか
- 6 P: いまお父さんとお母さんは
- 7 ご健在でいらっしゃいますか
- 8 D: ええと母と二人です
- 9 P: お父さんとはいま一緒に暮らして=
- 10 D: =父は亡くなりになりました
- 11 P: んはい

ここでは7行目で、学生は患者の父親と母親が「ご健在」なのかどうかを尋ねている。社会的な事実として、患者の父親と母親はそれぞれ「生きている」か「死んでいる」かである。もしこれがたんなる情報収集であるのなら、そのどちらの形で聞いてもよいはずである。ここでも学生は「お亡くなりですか」と尋ねることも「ご健在です

か」と尋ねることもできたはずである。さて、ここで、本人の意図を問うこととは別に、それぞれの問いのデザインについて展開し解析していきたい。

まず、問いのなかには、それまで聞き取ったことについての「理解の表示」という側面が埋め込まれている。もしすでに明確にあるいは暗黙に配偶者の有無や生死について情報を得ていたなら、それを前提にして問いを組み立てるか、もしそれを尋ねるのなら「確認なのですが」といった前置きによって、それを知っているが念のために尋ねていると表示することが必要になるだろう。

もし子どもがいるということが分かれば、そこからその人は結婚しており、配偶者がいるという推断が可能である。これは、結婚しているか、配偶者がいるか、子どもがいるか、というように順を追って尋ねていくのよりも効率的だということになる。それゆえ、数をかぞえるという基準からだけなら、「お子さんは」という聞き方にも理があることになる。だが、こうした用語法は社会的に妥当でないように思われる。それは、子どもがいる可能性よりもいない可能性が大きいからではない。そこには、よりありそうな可能性に備えるというとは別のデザインの方針があるということである。ここではそれを「社会通念」と呼んでおこう。

ここから分かるのは、聞き取りには「知識の表示」「効率性」「社会通念」など複数の基準が共存しているということである。この断片だけから言えることではないのだが、学生は、小さな失敗や気づきを通じて、コミュニケーションのデザインとその背後にある方針について学ぶことができる。実際のコミュニケーションはそれが研修や模擬であっても学ぶ気のある有能な学習者にとって、とても情報提供的なのである。

## 2-2. 看護師の事例

本節では、模擬患者との医療面接について、さらに若干の考察をおこなう。そのフィールドは、

看護師の資格を持つ受講者に対して電話相談についての研修を行なう某教育機関である。

### 2-2-1. 即時的に生み出される情報

模擬面接で使われている情報には、事前にもっている情報とそれ以外にその場で得られる情報があるだろう。本項では、この区分に基づいて模擬面接で用いられている情報について考察してみよう。

電話相談をする看護師が実際の場面で事前にもっているべき情報としては、1) 訴えに応じた診療科目についての医学・自然科学的な知識、2) それ以外のさまざまに「社会的な」情報の二種類があるだろう。まず模擬面接という場面のなりたちを考えると、その場は、コミュニケーションのスキルとともに、医学的な知識が十分にあり、それを使いこなすことができるのかがテストされる場であった。もし看護師に医学的に十分な知識がないならば、低い評価が与えられてしかるべきである。すなわち、この部分について測定し、評価することは、この模擬面接の目標のひとつであった。ここで2)として挙げるのは、たとえば、どこにどういった病院があり、その病院の専門はなにかといった医療分野の情報であり、また相談の相手が社会的にどういった人なのかという情報である。

通常、もし、社会的な情報が欠けている場合には、そのいくつかを直接、相手に尋ねることによって入手することができる。たとえば、それは「掛かりつけの病院はありますか?」「お近くに専門病院はありますか?」などと尋ねることである。だがまた、相談者が持っている想定することのできる情報であっても、患者に尋ねることが奇妙なものもある。それはたとえば、「心臓の専門病院はどこにありますか?」、「今何時ですか?」といったものである。基本的にこれは、模擬面接においても同様である。

次に、問診を行なう、あるいは通話を受けることで即時的に得る情報というものがあるだろう。

それは、1) 問診・通話時の時間など、2) 問診ならその服装、顔色や声などからの、通話時ならその声からの情報である。以下、それぞれについて述べよう。

1) たとえば、電話なら、それが掛かってきた時間から、看護師は、そのときに掛け手が使える社会的な資源について推断することができる。疾病のもつ特徴、救急医療の制度などについての知識とあいまって、これは「アドバイス」のリソースとなることができる。通常の問診なら、来院の時間や形式（付き添いの有無など）は、それ自体が疾病について何らかの情報を与える場合がある。

2) については、さまざまな情報をここから得ることができる。たとえば、電話でも声の質、話し方、そして語彙などから、相談者の性別、緊急度、興奮状態、もしかすると職業などについても、そこから推断することができるかもしれない。

こういった電話相談という通話をなり立たせているリソースについて、専門家さえも、その存在を充分には自覚してはいない可能性がある。以下、さらに、そのいくつかについて展開し解析して行こう。

### 2-2-2. 模擬面接という場の特徴

模擬面接には、そう言ってよければ、ある種の「禁じ手」があるようである。たとえば、模擬患者との電話相談においては、「すぐ病院へ行って下さい」というアドバイスによる解決策は、それ以外のアドバイスが可能でない、すなわち、最も緊急性がある場合以外は使うべきではないとされている。なぜなら、冒頭でこれを用いると、その面接がその時点で、終わってしまうからである。それが「試験」であるなら尚更である。実際の医療面接や電話相談は、組織としての対応の一部であり、通話が終わっても、そこで何かの活動が終わるということはない。だが、「試験」ならそこでその「試験」という活動が終わってしまう。このように考えるなら、「試験」を受けてい

る人は、設定された試験時間から、「その与えられた時間が必要かつ十分であるように時間の配分をせよ」という暗黙のインストラクションを受けているといえるだろう。それゆえ、この解決策は、「試験」という場にそぐわないものとして「禁じ手」となるのである。

同様に、問診においては「他に何かありますか」という問いによる進行は、それを不用意に用いることが禁じられている。この問いは、いつでも使える強すぎる手段であり、それを機が熟していない段階で用いることは、本来この問いが「最適な時」にもっている効果を薄めるからである。

こうした強すぎる手段は、教育評価という文脈と相互に構成的な仕方では「禁じ手」とされているように思われる。可能なことが禁じられるという「禁じ手」は、その場がかならず答えがある場だということの裏返しだともいえるだろう。すなわち正解の種類が「試験」という場の性質によって制限を受けているということである。「試験」の場であるから、可能なある手段を用いることは「正解」でありえないということが分かる。このように、「禁じ手」の存在と、それが正解を探る助けになるということは、それがSPとの面接であることと関わっている。

掛け手であるSPのがわは答えを持っており、看護師がその答えに至る道筋に気づかず戸惑っている、あるいは、想定していたシナリオから離れてしまいそうだと感じた場合、ヒントを出してしまうこともある。以下の例を見てみよう。ここでSPであるCは、いまが夕食後一時間経った時間であるということを示している。

#### 【断片4：2-2-2-1】

- 01 C: あの○(.)先ほどからあの夕食後  
 02 (.)しばらくして  
 03 N: はい  
 04 C: んん胸がドキドキして  
 05 N: (.) はい  
 06 C: [もういらいらして

- 07 N: はい  
 08 C: 落ち着かなくて  
 09 N: はい  
 10 C: あのお不安でどうしようもない状態が  
 11 もう一時間も続いているんですけど  
 [(.) は間を、[は同時発話を示す。]

この断片での「夕食後」や「一時間続いている」という発話は通話の設定を「訴え」に埋め込んで定式化しているものである。だが、それぞれに含まれる情報は、「いつそれが起こったのか」「それはどのくらい続いているのか」ということを示す、相談者の「訴え」の背後にあるものを特定する上で価値のある情報である。

この後しばらくして起こった次の断片では以前の「夕食後」「一時間」が「八時を過ぎている」という時間の確認という形で定式化されている。

#### 【断片5：2-2-2-2】

- 01 N: どうしたんでしょうね=  
 02 C: =なんか気持ちが落ち着かなくて  
 03 もうどうしたらいいかと思えますし  
 04 N: はい  
 05 C: もう いまも八時すぎているので  
 06 N: あっ  
 07 C: 先生も病院の先生のうちにも相談できないし

この看護師Nは、これ以前に医療機関へのアクセスの有無を確かめてはいなかった。だが、Cは、自分から、「八時」だから連絡できないということで、アクセスの不在を了解可能にしている。Cの5行目の発話は、なぜ直接にどこかの病院に行かず、ここに電話を掛けたのかについての理由説明となっている。6行目での「あっ」は、そのときNが何かに気づいたことを表示している。「八時」というのはまさに今のはずであり、それに気がつくというのは奇妙なことである。すると、ここでNは、これがこの「訴え」の答えを暗示している「ヒント」であると気づいたとは言えないだ

ろうか。すなわち、「相談ができない」ということが掛け手の「訴え」の重要な部分を構成しているということである。

もしここで行われていたのがそうしたことだとするならば、それは、実際の相談の電話と違って、模擬面接においてはSP(模擬患者)の代わりに「答え」が設定されているということが関わって起こったことのように思われる。

「研修」や「試験」を含めて、社会的な活動の基礎には「論理文法」が埋め込まれ、働いている。ここで述べたように、さまざまな場において、そうした場に埋め込まれて働いている「論理文法」が異なれば、たとえそれぞれにおいて同じ言葉を用いたとしても、実際の場で「聞き取り」をすることと「試験」や「研修」で「聞き取り」をすることのもつ意味が決定的に異なる場合があるのである。

### 3. 小括：相談の「論理文法」

#### 3-1. 「相談」について

私たちが普段使っている言葉である「相談」というものについてあまり知られていない点があるだろう。以下では、これについていくつかの角度から解析していく。

まず「相談」には、それが進行していく軌道というものがある。こうしたものは、近似的に言えば、「相談」というゲームを首尾よく進行させていくためのルールや定石にたとえることができるだろう。

先の断片4、5での看護師NとSPとのやり取りは、このまま、Nの「問い」に「答え」、SPの「訴え」が続く形で終わってしまう。SPの「訴え」が続いたまま終わってしまうこのやり取りが「相談」の失敗と聞こえるならば、それは何故なのだろうか。また、断片1、2、3での医学生生の「聞き取り」は、「相談」ではなく「聞き取り」と聞こえる。それは何故だろうか。以下、こうした問いに答えるために、活動としての「相談」を会話上の



アイデンティティ、活動上のアイデンティティとそのやり取りの軌道に焦点を合わせて展開し解析していく。

「相談」という言葉には、事前に相談内容という実体があり、それについてのアドバイスを専門家に求めるというイメージがある。実際、電話相談の模擬面接には詳細なシナリオが用意されており、こうしたモデルでなりたっているようである。模擬面接のシナリオは、この機関に実際に掛かってきた相談内容をもとにつくられているという。SPは、自分たちで相談し合ったり、その設定をつくった担当者に直接、尋ねたりすることで、事前にある程度、シナリオの医学的な背景を理解し、それを咀嚼して面接に備えている。

「相談」において、共通するのは、それが問題を可視化していく過程であるということである。ここで、相談者が来院したり電話を掛けてきたりするような状態を「トラブル＝問題の種」と呼ぶなら、実際の間診や電話相談において、相談とは、「問題の種」を具体的な「問題」にしていく過程である。いいかえれば、通話の中で、「問題の種」が具体的な「問題」として確認され、意味付けられていくということになる。とするなら、もともと相談内容という「問題」があって、それを「相談」の場に持ってきて、看護師がそれに解決策を示すというモデルは、この実際の過程について過度の理念化や単純化に基づいたものであるということになる。

ここで用いられている「問題の種」「問題」という術語に、少し説明を加えておきたい。通常、相談の元になっている「問題の種」には、具体的に行動が可能な解決策がないはずである。というのも、もし具体的な解決策があるなら、そうした事柄を専門家に相談する必要がないからである。そして、専門家にとっては、「問題」というものは、それについての専門的な「解決策」と対になって存在している。相談において、専門家は「問題の種」を「問題の種」のままにしておくことはできない。専門家であるということは、専門

的な知見を用いることで、「トラブル＝問題の種」を「問題」として社会構造の中に位置づけたり、その原因を探したり、さらには特定の理論に基づいて導出された「解決策」を提示したりする能力があり、公的にそういった資格をもっているということである。すなわち、「問題の種」を具体的な「問題」とその専門的な「解決策」として提示することこそ専門職に求められている仕事なのである。

このように、「相談」という活動は、相談者と協力して、専門家が、「問題」とその「解決策」を提示する活動なのである。では、以下で、看護師の発話を具体的に相談にしていく過程について解析していこう。

### 3-2. 「相談」に関わる活動の類型化

「問題の種」や「問題」について語っているとされる、さまざまな語りや話しについて、おおまかに「専門サービスでの語りや話し」、「セラピーでの語りや話し」、そして「トラブルについての語りや話し」という類型が見いだせるだろう。以下に、それぞれを構成する活動の特性を示しておこう。

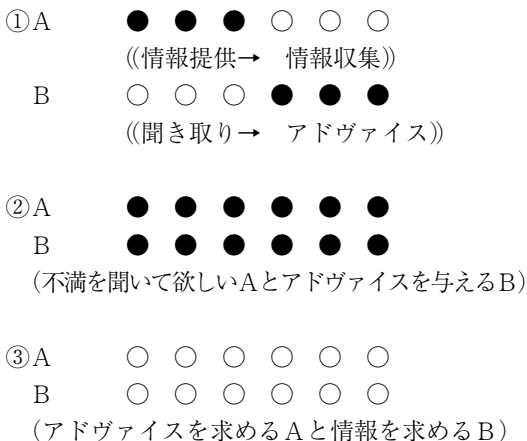
まず、「専門サービスでの語りや話し」には、相談者の「訴え」を聞き取り、医師や看護師といった専門職が「問題」を特定し、アドバイスするという特徴がある（この活動の軌道は、図1の①によって図示されている）。

「セラピーでの語りや話し」において、セラピスト、医師、看護師などの被相談者は、相談者の語りを聞き、相談者が「問題」を見つけ明確化する手助けをする。①とは違って、被相談者による明示的なアドバイスがない場合もでてくる。最終的に相談者が「問題」を定式化すること、ないしは被相談者によるヒントの提示が相談の終了を刻印する。

「トラブルについての語りや話し」において、相談者は相手に訴えを共感的に聞いてもらうことを求めている。相談者が「問題」を定式化すると

か相手によるヒントの提示は必要条件ではない。話の取っ掛かりとして「相談がある」と誘ったり、そうした言葉で始まることもあるにしろ、そこで話されることは「愚痴」「告げ口」「告白」といったことである。そうした場合、これも①とは違って、実際には、相談者は相手からアドバイスを求めることを求めている。いずれの場合も、それが活動としてなり立っている時には、聞き手と話し手という会話上のアイデンティティのあいだには相補的な関係が保たれている。

図1



[○と●はそれぞれ、聞き手、話し手という会話上のアイデンティティを示している。(( ))の中はそこでの活動、( )の中は活動上のアイデンティティを示す。]

ここで、会話という活動に埋め込まれており、その活動を支えている「論理文法」を思い出しておこう。1章の2節で確認したように、それは「話し手は聞き手を必要とする」というものだった。ここでその「論理文法」をさらに展開して示すなら、話すということは、単に音を発するという「行動」ではなく、聞き手が、それを聴いているということが伴ってなり立つ「行為」だということである。聞き手は、「行動」として話しをしな

いということだけでない。「行為」として、話しができるのに話をしないということを行なっているのである。物理的に話すことができるのにそれをしないという行為は、視線を送ったり、相槌を打ったりということによって達成され、そう表示される。また適切な機会に笑ったり、驚きの声をあげたり、また顔をしかめて立ち去ったりするといったことでさえ、すくなくともそれまでは話を聞いていたということについての表示となりえるだろう。

もし相談者が「不満を聞いて欲しい人」であり、医師や看護師が「アドバイスを与える人」であり続けるならば、図1の②で示したように、両者は、「話し手」であろうとして競い合うことになるだろう。しかし、自分が話すため、そして話しつづけるためには、相手にはそのときには「聞き手」でいてもらう必要がある。このアイデンティティの組み合わせは、どちらも自分が発言権をとろうとして相談としてのスムーズな進行を妨げるものである。同じように、相談者がアドバイスを求める人であり続け、看護師が情報を求める人でありつづける③の場合においては、互いに自らを「聞き手」にして相手に話をさせようと水を向け合うということになるだろう。

①に代表されるような活動には「聞き取り」「アドバイス」と社会制度上の名前がついている。そこで共通しているのは、話し手と聞き手という会話上のアイデンティティが相補的であるということである。たほう、話者や活動のアイデンティティが相補的ではない②や③は、「問題の種類＝トラブル」であったり、それ自体が「問題」そのものになったりする。こうした状態は、「言い合う」、「言い争う」、「黙り込む」といったように、会話上の名前はある。だがそうした状態には、社会制度上の名前はない。

結果として、看護師のNは、アドバイスの供与に失敗しており、相手の話を聞くことに終始する。それが「相談」でなく「聞き取り」として聞こえるのは、そこには①と違って、アドバイスを

が欠けており、以下のような軌道を取っているからではないだろうか。

- ④A ● ● ● ● ● ●  
 B ○ ○ ○ ○ ○ ○  
 (質問に答えるAと情報を求めるB)

この節での議論は、静的な類型化を越えるものではない。だが、活動の軌道や活動上のアイデンティティというものは、今後、経験的に検証されるべき論点ではあるように思われる。

#### 4. 事例3 解剖実習

本章での事例のフィールドは、某国立大学(調査当時)の医学部である。解剖実習は、医学生が初めて実際の人体にメスを入れる貴重な機会である。以下ではそうした実習の一場面について展開して行こう。

解剖実習を一言で言えば、医学生が人体について経験的に知る最初の機会だということになるだろう。だがその知り方には、強い限定が掛かっている。すなわち、テキストにある自然科学的な知識に厳密に沿うように導かれているということである。実際に、テキストに厳密に沿うということは、どのような手順で成し遂げられているのだろうか。それは、アトラス(図解書)といったテキストにあるものを目の前にある人体のなかに見て、実際に、その手で感じるということであろう。

アトラスには、写真や模式図によって見るべき対象が明確に指し示されている。実習において常にアトラス(図解書)を始めとするテキスト群は広げられたまま置かれ、参照されていた。医学生は一見するとまさに混沌としてしか見えないものを、自らの手で触れ、切り取っていくことで、アトラスと照らし合わせ、それぞれを「臓器」や「器官」として確認していくことを求められている。この点で、解剖実習というのは、目前にある

「臓器」や「器官」と思しきものをアトラスのなかに特定の学術的な名前をもつそれとして同定する作業であると言えることができるだろう。

同定や照らし合わせの過程であるがゆえに、自分が人体のうえに実際に目にしているものが、アトラスの中に発見できないということも頻繁に起きる。こうしたトラブルの解決法はさまざまであり、後に解決を図ることを期して、その場はやり過ごされることもある。解決がその場で図られる場合、周りにいる他の班員に尋ねたり、他の班の様子を参考にしたり、巡回してくる教官に尋ねたりということが生じる。

#### 【断片6: [DIS011115SIM 153536]】

- 1 F1: 胸管ってh 副腎にもいくんやっただけ?  
 ((それまで下を向いていたのが直立姿勢になって))
  - 2 M1: (\*\*\*\*\*)
  - 3 F1: 副腎にいつてしまったのかもしれない
  - 4 F2: やhh 胸管って副腎にいくのお?  
 ((それまで下を向いていた顔を上げて))
  - 5 あそうなんだ=
  - 6 F1: =副腎にもいくよね いかんけ?  
 ((再び下を向いていたのが直立姿勢になって))
  - 7 M2: (2.0)わからへん
  - 8 ((F1のほうに顔を向けて))
- [( ) 内の数字は無告の秒数を\*は聞き取れない音を示す。]

F1の発話を検討してみよう。1行目の「いくんやっただけ?」という発話はテキスト上の知識を確認する「問い」である。3行目での発話は「いつてしまった」と表現するしかない、目の前に自分が作り出した事実を描写しているものになっている。さらに6行目の「いくよね いかんけ」は、「いく」ということが正しい知識であると確認する「問いかけ」になっている。この6行目の発話には、付加疑問という形式によって、F2以外の周りの誰かが「いく」と言うことへの期待が表示されている。「確認の要求」となっている。

これはF2による4行目での「いくのお?」と5行目での「あそうなんだ」からなる「疑問の提示」と「確認の要求」という構造を逆立ちさせて対応したものになっている。

1行目と6行目でのそれぞれの発話のさいにF1は、下を向いて作業していた手を休め、正面を向いた直立姿勢をとっている。周りにいる班員は、とても近くにいるので、作業をしながらでも彼女のこの姿勢の変化に気づくはずであり、実際に4、5行目でのF2と7行目でのM1は、それぞれが作業の手を休め、顔を上げF1に顔を向けている。

ここで彼女は自分が見ているものとテキスト上の知識との対応関係を確認することはできなかった。だが、当然のことながら、彼女の「実習」がそこで立ち止まってしまうことはなかった。課題を行なうということには、ひとつの課題が終わったら、次の課題に移るということが含まれる。また「実習」には、個々の課題を課題全体の中で位置づけたり、それぞれに重みづけをしたりすることも含まれるだろう。そのためには、とにもかくにも、それぞれの課題を終えるということが必要なのである。ここでは、F2とM1の発話によって、彼女の知識の正しさは確認されていない。むしろ、彼女の知識主張は棄却されているように見える。それにもかかわらず、この一連の確認作業によって、ひとつの課題はたしかに終わられているのである。「教えてもらう」ことによって、彼女は、これを後に何らかの形で解決されるべき積み残しの課題として処理して、次の課題に移ることができる。

ここでは、「実習」というものが、他人から「教えてもらう」さまざまなやり方を使いながら、テキストに厳密に寄り添い、実際の経験にテキスト上の意味を重ね合わせていく作業であるということが確認された。そしてこの場では、たんにいくつかの「質問」によって知識の確認がなされているだけでなく、他人による承認の手を借りて、テキストにある知識と目の前にある実際の「器官」や「臓器」との対応が試みられている。もし

そこに不協和があれば、「(「テキストの記述が分かりにくい」や「アトラスの図が見にくい」という文句を言うことがあるにしろ)最終的にはテキストの知識が正しいとして回収される。

そうした試みの成功と失敗、そして何をまた誰をどのように参照するかといったことを含めて、そこから学ばれることの総体こそが「実習」であるとはいえないだろうか。

## 5. 事例4 現場でのカンファレンス

本章での事例のフィールドは、某私立大学医学部の附属病院である。そこは医学部の学生の教育を行い、さらに各診療科をまわって研修する新人の医師(ローテーター)を養成し訓練する教育施設でもある。本章で扱っているカンファレンスとは、新人を交え、チームに分かれた医師たちが自分たちの担当している患者について、その症状や状態、そして自分たちの施した治療行為について報告し、その場の責任者である教授(ないしは助教授)から指導、助言、あるいは承認を得るという場である。すでにこうしたカンファレンスのもつ特性として、1) 管理、2) 医療の質のコントロール、そして3) トレーニングを挙げ、それぞれについて検討を加えた(池谷・岡田・藤守 2004)。本稿では特に、医学教育のためにという視点から、ふたたびカンファレンスという場で生じている現象の記述を試みる。

### 【断片7:「トレーニング」】

- 1 S: 中枢性の尿崩症 心因性の尿崩症であっても
- 2 ピトレシンかデス ようするにADHを
- 3 そとからくわえれば 尿は 浸透圧
- 4 あがるからな それはもう だから
- 5 ADHをくわえたことによって
- 6 尿の浸透圧があがったということをもって
- 7 J: はい
- 8 S: ええ 中枢性か心因性かは
- 9 判別できないはずやからな

- 10 で心因性を判別するためには  
 11 水を飲まないように 水制限をすれば  
 12 J: はい  
 13 S: ああちがう  
 14 (.)ふつうはナトリウムがあがってるわけや  
 15 J: はい  
 16 S: なあ そやから 心因性の場合  
 17 尿がいじょうに大量にでてきて  
 18 低張尿が大量にでて かつあれや  
 19 血清浸透圧が低下して  
 20 血清のナトリウムが低くて  
 21 ADHが抑えられている状態やろ  
 22 ほんとうの場合は 尿の浸透圧が低くて  
 23 ナトリウムが高くてADHがでてない  
 24 ということやろ 心因性と中枢性の違いは  
 25 んでえ むしろこのひとあは きたときの  
 26 あ あれってというのは尿の浸透圧が  
 27 180なんぼ低くて 大量にでて  
 28 でええナトリウムが低いというのは  
 29 心因性をうたがわせる症状だよねえ  
 30 J: はあ

ここでS医師によって行なわれているのは、たんに知識を与えるということとも、過ちを訂正するというということとも質が違う活動であるように見える。その両方であるようにもみえる。あるいは、ここで行なわれているのは、「アドヴァイス」であり、そのようにして知識を与えているのだとも言えるかもしれない。

ここには載せていないが、新人であるJ医師による報告の冒頭でまず言われたのは「この尿崩症は、ピトレスリンを皮下注射することで改善したため、中枢性の尿崩症ということでフォローアップしている」ということであった。ここでいう尿崩症というのは、薄まった尿が多量に出る症状のことである。この症状の原因は（心理的な理由で水分を多量に摂取することが原因である）心因性の尿崩症と（頭部の疾患などによって尿の放出を押さえるホルモンが分泌されないことが原因であ

る）中枢性のものに分けられる。その報告の冒頭で、まずJ医師は（ピトレスリンという）抗利尿ホルモンを与えたところ、それによって尿量が改善したので中枢性の尿崩症であるとする判断を報告しているのである。

これに対する上級医であるS医師の言葉の論旨は、「心因性でなくとも、抗利尿ホルモンを投与すれば尿量は落ちるので、J医師による判断は正しいとは言い切れない」というものである。S医師によって、そのあと、心因性と中枢性について、「尿の浸透圧」「ナトリウム値」「(抗利尿作用を持つホルモンである)ADH」という三点をメルクマールにして、それぞれの関係が簡潔に定式化されている。またさらにこの断片のあとでは、心因性か中枢性かを安全に判断する仕方が指導される。

この「ADHをくわえたことによって、尿の浸透圧があがったということをもって、中枢性か心因性かは判別できないはず」という言い方から明らかのように、S医師は中枢性というJ医師の判断が「間違っている」という直接的な「訂正」は行なっていない。心因性という判断と同様、中枢性という判断もなり立つと示すことで、別の解釈の可能性を提示しているのである。そのあとでどちらが正しいのか確かめる方法を付けくわえることが、J医師に自らの責任による自律した判断を求めることになっており、これがさらに「アドヴァイス」という形式を強化している。このように、自分がその論理を理解し、その時々状況を考えに入れながら、必要なか不必要なのかを判断し、必要と感じたならそれを行なうように促すこと、そしてその具体的な検査の方法を定式化すること、さらにそれを安全に留意して行なうように示すことが、ここでのS医師の活動を「アドヴァイス」にしているのである。この「アドヴァイス」は相手がそれを正しく理解するということを前提にして「訂正」として受けとられることになるのである。

こうしたやり方が可能であること背景には、

①そうした検査を行なうなら心因性か中枢性かを確定できるはずであること、②実際の患者の症状はそうした検査の実施の如何によらず変化するものであること、この二点がある。このそれぞれは自然科学としての医学の視角であり、実際の現場での現象を扱う医療の視角なのである。このように医学の教育には、医学的な側面と医療的な側面とが切り離せない形で絡み合っている存在しているのである。

## 6. おわりに

医学部生と模擬患者、そして看護師資格を持つ人々と模擬患者との医療面接、また医学部での解剖実習、さらには実際の現場でのカンファレンスにおける新人の医師と上級医とのやりとりを題材にして、医学教育において応用していくことが可能であると思われる基礎的な活動の論理について考えてきた。それを医学と呼ぶにしろ医療と呼ぶにしろ、またそこが主題的に教育の場として設定されているにしろ、いないにしろ、そこは「学ぶ」機会となりえる。その場にいる人々がそこを、たんに情報を「伝える」のではなく「教える」場として、あるいは「知る」のではなく「学ぶ」場として作り上げている様子が見てとれた。「教える」という活動は、正しい知識内容を伝えることだけからなり立っているのではないし、「学ぶ」ということは新たな知識内容を知ることだけではない。「教える」そして「学ぶ」ということがたんなる知識の伝達を越えるという「論理文法」に関わる事実は、それぞれの知識を、どのような機会を捉えてどのように「学び」「教える」のかということにも関わっているのである。

本稿では、観察や聞き取りに基づき、さらに具体的な会話データを参照する「応用エスノメソドロジー研究による会話分析」という手法で、医学教育の構成要素である「実習」「研修」あるいは「試験」といった場における気づきやデザイン、

さらには「学ぶ-教える」に関わる「教えてもらう」「アドバイスをもらう」といった形式の活動の論理について考察した。冒頭で述べたように、医師や看護師は、いっぽうにおいて自然科学に代表される「知識」を磨き、またもういっぽうにおいて現場でしか得られない多様な「経験」を積み上げている。「実習」「研修」あるいは「試験」といった場で行なわれていることは、「知識」を「経験」に埋め込んで「学ぶ」機会なのであろう。もともと個々の「知識」はそうした具体的な場であって「経験」を下支えするものであったはずなのである。そして本稿は、「知識」が受肉化される、その姿を、それがどのように実際の理論で組織化されているのかを展開し解析するという手法によって明らかにしたものである。

## 参考文献

- 藤守義光、2001「会話分析」in 今田高俊編『社会学研究法』有斐閣、pp.147-148.
- Garfinkel, Harold 2003, *Ethnomethodology's Program*. Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Heap, James. 1990 "Applied Ethnomethodology." *Human Studies*, 13:39-72.
- 池谷のぞみ、2004「エスノメソドロジーとフィールドワーク」in 山崎敬一編『実践エスノメソドロジー入門』有斐閣、pp. 52-59.
- 池谷のぞみ・岡田光弘・藤守義光、2004「病院組織のフィールドワーク」in 山崎敬一編『実践エスノメソドロジー入門』有斐閣、pp. 192-210.
- 榎田美雄・岡田光弘・中村和生・坂田ひろみ・澤田和彦・福井義浩、2001「解剖実習のエスノメソドロジー—社会的達成としての医学教育—」年報筑波社会学、13: 96-127.
- Maynard, Douglas. 2003 "Bad News, Good News." *The University of Chicago Press*. =2004『医療現場の会話分析』榎田美雄・岡田光弘訳、勁草書房
- 水川喜文・池谷のぞみ、2004「エスノメソドロ

ジーの方法(2)] in 山崎敬一編『実践エスノメソドロジー入門』有斐閣、pp. 36-49.

岡田光弘、2004「制度と会話—エスノメソドロジー研究による会話分析—」in 山崎敬一編『実践エスノメソドロジー入門』有斐閣、pp. 100-112.

岡田光弘、2005「会話分析」in 小林修一・久保田滋・西野理子・西澤晃彦編著『テキスト社会調査』粹出版社、pp. 199-201.

岡田光弘・山崎敬一・行岡哲夫、1997「救急医療の社会的な組織化」in 山崎敬一・西阪仰編『語る身体・見る身体』ハーベスト社、pp.168-185.

山崎敬一編、2004『実践エスノメソドロジー入門』有斐閣

山崎敬一・西阪仰編、1997『語る身体・見る身体』ハーベスト社

本稿は以下の研究助成による研究の成果である。

文部科学省科学研究費「奨励研究A」(代表研究者: 池谷のぞみ)

平成12、13年度、電気通信普及財団研究助成金(代表研究者: 樫田美雄)

平成13、14年度、電気通信普及財団研究助成金(代表研究者: 池谷のぞみ)