

模擬医療面接における「修復」 歯学部でのトレーニング場面をデータとして

協 忠 幸

1. はじめに

医師 患者間の非対称性は、「パターナリズム」という言葉によって批判の対象とされてきた(進藤・黒田 1999)。患者の権利問題や医師の人間性に関する問題は、この非対称性を対等なものへと「是正」しようとする動きの中で起きたものである。実際、患者の多くは、治療に関する情報や決定の場の共有を求め(中川 2001、西垣 2005、和田・前田 2001)、『人間同士の』『兄弟のような』『先生と患者の関係を越えた』関係を求めている(西垣 2005)。

だが、医師がいかに患者の立場や感情を考慮しようとも、医師が「医師」であり、患者が「患者」である限り、「医師 患者」という非対称的な関係は変わらないと筆者は考えている¹⁾。こうした原理的な非対称性の中で、どのようにして患者とコミュニケーションを図るか、またそれをどのようにして教育し評価するかが医療コミュニケーションの大きな課題であろう。

この課題の克服に向けて、まず医師 患者関係の内実を詳細に分析し明らかにすることが必要だと考える。両者の関係がコミュニケーションを通して構築され、維持される過程を明らかにしなければならない。そこで、本稿では、模擬医療面接における「医師」役の学生(歯学部5年生)と模擬患者(Simulated Patient: 以下、SP)の会話データをもとに、「医師」が自らの発話に対して行う「修復」に注目し、分析と考察を試みる。

なお、模擬患者とは、「本物の患者にそっくりの演技ができるように訓練された者」(坂本 2003)のことであり、1990年代後半から医歯学教育の現場に登場し、現在では教育・訓練に欠かせない存在となっている(小川・田口ほか 2000、福本・村上 2004)。

2. 「修復」について

「修復」に関する研究は会話分析において先鞭が付けられ、現在でも盛んに論じられている(Schegloff 2007、鈴木 2008)。ここで言う「修復(repair)」とは、「会話中のトラブル(だと参加者が認識したこと)に対する処理」(Schegloff, Jefferson & Sacks 1977、Schegloff 2007)のことである。具体的には、自分や相手の発話を訂正したり、言い換えたり、より詳細に言い直したりする行為を指す。

ただし、注意しなければならないのは、修復されたからといって当該の発話が実際に問

違っているわけではないという点である。つまり、明らかな「間違い」「誤り」が修復されずに放っておかれることもある一方で、逆に何の問題も無さそうな発話が修復されたりもするのである。重要なのは、会話の参加者が、修復すべき発話だと見なして修復を行ったという事実にある。

修復は、修復の工程に入る契機である「修復の開始」(例：聞き直す)と、それを受けて行われる「修復の操作」(例：言い直す)という過程を経て達成される。また、トラブルだと見なされた、あるいはその可能性を持つ発話をめぐって、誰が修復を行うかで4つのパターンが存在する。

自己開始 自己修復：トラブルの源を含む発言をした人自身が修復を開始し、自分で修復の操作を行う。

- (例) A: 鈴木さんに会ったのは昨晚が初めて? あ、鈴木さんじゃないや佐藤さん。
B: うん、初めてだよ。
(例) A: 佐藤さ...T大の佐藤さんに会ったのは昨晚が初めて?
B: うん、初めてだよ。

自己開始 他者修復：トラブルの源を含む発言をした人自身が修復を開始し、他者が修復の操作を行う。

- (例) A: 佐藤さん...え~と佐藤何さんだっけ?
B: 佐藤一郎さん。

他者開始 自己修復：他者が修復を開始し、トラブルの源を含む発言をした人自身が修復の操作を行う。

- (例) A: 佐藤さんに会ったのは昨晚が初めて?
B: 誰に会ったのが?
A: 佐藤さん
B: うん、初めてだよ。

他者開始 他者修復：他者が修復を開始し、他者が修復の操作を行う。

- (例) A: 鈴木さんに会ったのは昨晚が初めて?
B: 鈴木さんじゃなくて佐藤さんでしょ。初めてだよ。

(前田・水川・岡田 2007、pp.141-144を一部改変)

の2つ目の例では、Aの「佐藤さ」という発話が、A自身によって「T大の佐藤さん」と修復されている。これは、「佐藤さん」だけでは誰を指しているのかがわかりにくいと

判断し、より具体的な説明を加えたものと考えられる。また、¹では、Aの最初の発話をBが聞き取れず²、「誰に会ったのが？」と修復を求めたため、Aが再度「佐藤さん」と発話している。このように、修復とは、発話に関するトラブルへの対処を指すのである。今回は、³から⁴の中でも、学生の発話に対する「自己開始 自己修復」と「他者開始 自己修復」に注目する。例えば次のようなものである（スクリプトで用いる記号については、3章を参照のこと）。

（例1：談話1、自己開始 - 自己修復）

167D：え：と：（.）あの歯科に（.）え：と：（.）歯医者さんに行った時に、

168SP：はい.

169D：麻酔とかされたことありますか.

（例2：談話2、他者開始 - 自己修復）

（0.8）

60D：はい（.）.h どういう：（.）なんか.

（0.4）

61D：たぶん虫歯だと思って来られたんですか？

（0.8）

62SP：あ（.）今日ですか？ =

63D：= 今日です（.）はい.

64SP：え：

（1.0）

今回、このような修復に注目して分析することで、会話の参与者（特に学生）が何をトラブルとして捉え、それらをどのように処理（解決）しているのか、ということを明らかにしたい。このことは、良好な関係を求められる医療コミュニケーションに対して重要な示唆を与えてくれるであろう。また、日常会話を対象として追究されている修復を、医療コミュニケーションに援用し分析することは、今後両者の特徴を明らかにすることにもつながるであろう。

議論の手順としては、まず、学生の発話に対する修復について概観し考察を加える。次に、学生が自分自身の発話に対して行う修復を分析することで、学生が何をトラブルと捉え、どのようにそれらを解決しているかを明らかにする。その過程には、学生が考える医師像や医師 患者関係が影響していると考えられる。つまり、学生は字義通り「医師」を演じるのであり、そこで遂行される修復には「医師らしさ」や「医師になる」過程との関連が指摘できるはずである。

3. データとトランスクリプション

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

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

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

談話資料に用いる記号については以下の通りである。これらの記号については、西阪（2001）や串田（2006）を参考にした。

トランスクリプションのための記号

D： 学生の発話

SP： SPの発話

[]/[[]] 複数の参加者の発話が重なっている部分を示す。

= 異なる話し手の2つの発話が途切れなく続いていることを示す。

(数字) 丸括弧の数値は、その位置にその秒数の間合いがあることを示す。0.2秒単位で示される。

(.) 0.2秒より短い間合いを示す。

: 直前の音が延ばされていることを示す。コロンの数は引き延ばしの相対的な長さに対応している。

. 直前部分が下降調の抑揚で発話されていることを示す。

? 直前部分が上昇調の抑揚で発話されていることを示す。

直後の部分で急激な抑揚の下降あるいは上昇があることを示す。

文字 下線部分が強調されて発話されている(例:音量が大きい、音が高い)ことを示す。

°文字° この記号で囲まれた部分が弱められている(例:音量が小さい、音が低い)ことを示す。

.hh ドットに先立たれたhは吸気音を示す。hの数はそれぞれの音の相対的な長さに対応している。この記号は「息継ぎ」「笑い」などいくつかの種類の異なるふるまいを示す。

(文字) 聞き取りに確信が持てない部分を示す。

文字 転記者による注釈や説明を示す。

/文字 分析において注目する行や箇所を示す。

4 . 分析と考察

4 . 1 . 修復例の概観

学生の発話に対する修復例を概観すると以下ようになる。なお、この場合の「自己」は学生を、「他者」はSPを指す。

「自己開始 自己修復」...66例	「他者開始 自己修復」...39例
「自己開始 他者修復」... 0 例	「他者開始 他者修復」... 0 例

今回の結果からは、「他者修復」すなわちSPによる修復の操作がなされていないことがわかる。もちろん、この結果をすぐに一般化することはできないが、発現数の偏りから考えられることを述べておく。

まず、結果自体はSchegloff, Jefferson & Sacks (1977) が指摘する「自己修復の優先性 (the preference for self-correction)」と一致する。つまり、修復という事象一般において指摘されていたことが、今回のデータにおいても確認されたということになる。

また、今回の結果には医療コミュニケーションの特性も影響していたと考えられる。それは、医師 - 患者関係における非対称性である。力関係 (power) において上位にある医師の発話を、患者が修復することは患者自身に大きな負担を課すことになる。Brown & Levinson (1987)³⁾によれば、私たちはある行為を行おうとする時、相手へのフェイス侵害度⁴⁾を非常に高く見積もると、当該行為を選択しないという。この侵害度の見積もり「力関係」(power) が要素として関わっていることを考えると、患者とはそもそも医師に対して比較的寡黙な存在だと推測できる。実際、患者は医師に対して発言しづらく、常に医師からの質問が先立つといわれる (ten Have 1991、藤江・山崎 2000、佐伯・日下 2000)。

このことは、「他者開始 自己修復」よりも「自己開始 自己修復」が多く観察されることから確認できるだろう。修復の開始は、相手の発話をトラブルだと捉えたことを示すものであり、患者が医師に修復を要請することは比較的難しいことだと考えられる。ましてや、患者が医師の発話をトラブルだと認定し、修復の操作までしてしまう「他者開始 - 他者修復」はかなり困難であろう。

一方で、医師の発話に対して修復の開始を抑制し、修復の操作を行わないという患者の振る舞いが、「患者」らしさをもたらし、「医師」「患者」関係の構築と維持に貢献しているという見方もできそうである (西阪 2001、串田 2006、前田・水川・岡田 2007)。

4 . 2 . 学生は何をトラブルだと思っているのか

次に、「自己開始 自己修復」の例を見ることで、学生がどんなことをトラブル(あるいはトラブルの源)だと考えているのかを考察したい。その背景には、学生の思い描く

「医師」像があり、会話に「医師」として参与することの重要な手がかりが隠されているはずである。前節で確認したように、学生は発話している途中で自分の発話にトラブルの可能性を見出したとき、自分自身の手で修復していた。すなわち、それが「自己開始 - 自己修復」の例である。

(例1：談話1、再掲)

167D : え：と：(.) あの歯科に(.) え：と：(.) 歯医者さんに行った時に、

168SP : はい .

169D : 麻酔とかされたことありますか .

(例3：談話1)

36D : その(.) 痛みの強さはどのくらいですか？ すごく(.) 痛い .

37SP : すごく痛 : いです .

例1では、「歯科」(167D)を「歯医者さん」(167D)に修復している。これは何を意味しているのだろうか。換言すれば、学生はこの修復という行為で一体何を「した」のか、ということになる。

改めて167Dに注目すると、学生は「え：と：」「あの」というフィラー⁵⁾を用いていることがわかる。定延・田窪(1995)によれば、「ええと」は、話し手が検索や計算などのための予備的な心的操作に入っていることを示すという。つまり、「心的操作のために聞き手のインターフェースを一時遮断する宣言」となる。一方、「あの(ー)」は、「名前の検索」(モノ自体はわかっているがモノの名前が思い出せない)と「適切な表現の検討」という心的操作を示すとされる。

167Dにおいて、学生はまず心的操作のスペースを確保するために「え：と：」と発話し、その後自分の言いたいことに対する適切な表現を検討(「あの」で表示)して、「歯科」を導き出したと考えられる。しかし、直後に再び「え：と：」という「一時遮断」状態を「宣言」し、「歯医者さん」と発話する。ここに「あの」は出てこないが、一旦選択した語句を類義の語句で修復したことから、学生が「歯科」よりも「歯医者さん」をより適切な表現だと判断したことは明らかであろう。

では、何に関して適切なのだろうか。それは相手にとっての「わかりやすさ」であろう。つまり、学生は「歯科」という語の使用に、理解に関するトラブルの可能性を感じたのである。木尾・大住ほか(2006)や吉岡・相澤・朝日(2007)のような歯学や医療に関する用語調査を見ても、「歯科」は調査対象となっておらず、さほどわかりにくいとは思えない。しかし、学生にとってトラブルの可能性を感じた語であったのであり、そういう語を修復し「わかりやすさ」を志向することこそが学生の考える「医師」の姿なのであろう。

同様のことは例3にも言える。例3では、「痛みの強さはどのくらいですか？」(36D)という質問の直後に、「すごく(.)痛い」(36D)と補足し修復している。この修復も、痛みの程度を聞くことが「患者」にとっては漠然としていてわかりにくいと判断したものであろう。

このように、学生は「わかりにくさ」をトラブルの源だと捉えていることがわかる。つまり、学生にとっては、「患者」に対してわかりやすい表現を用いることが「医師」としてのふさわしい振る舞いであり、「医師」らしさなのであろう。

この「医師」像の背景には、「患者が医療の主人公」(進藤・黒田 1999)という考え方や教育があるのだろう。患者に対してわかりやすく説明することは、社会的な要請の1つであり(吉岡・相澤・朝日 2007)今回対象としたトレーニングでの教員やSPによる評価項目でもあった。それらに答えようとする今回の学生の姿は、歯学教育の成果を表すものであり、パターンリズムとして批判された「医師」像の変化が垣間見える。

しかし、実際のところ、何を「わかりにくい」「専門用語」とするのは難しい問題でもあるし、「わかりやすさ」の基準と最終的な判断は学生に委ねられていると言ってよいだろう(脇 2009)。様々な調査で問題視された「専門用語」を箇条書きのようにマニュアル化して教えることも必要だが、相手の立場から自分の発話をモニタリングできる力の養成も重要であろう。

4.2. 学生はどのようにトラブルを処理しているか

次に、「他者開始 自己修復」の例を分析することで、発生したトラブルを学生がどのように処理しているのかを考察してみたい。

相手が修復の開始をするということは、自分の発話によってトラブルが引き起こされたということでもある。これは、模擬医療面接において、SPが学生の演じる「医師」に疑念を投げかけることであり、SPとの「医師」「患者」関係を揺るがしかねない状況を意味する。

(例4：談話4)

226D : °え : ° (.) 何かあの気になることとか (.) あったらなんでも言っていた
きたいんですけども。hhh (.) 何か (.) ありますか？

227SP : 例えばどん(な)。 =

228D : = 例えば

(0.2)

229D : その (.) ズキンズキンと

(0.2)

230D : 痛むけど (.) こ (.) こういったことがきつかなんか : .

いて「試行的提示」(北野 2005)⁶⁾を行ったり、並列助詞「とか」(232D、233D)を用いて「例えばどん(な)。(227SP)に伝えようとしていることがわかる。これらを用いることで、学生は自ら例示をしつつも決して断定的にならないよう配慮を示している。つまり、「あくまで今思いついた例えばの話ですが…」ということを示しているのである。そうすることで、相手から自発的な回答を引き出そうと試みている。「時間稼ぎ」と併せて考えると、相手の発話を引き出そうと待っていると云った方が適切かもしれない。

この試みは、学生の発話が「あられたら」(235D)という言いさしの形で終わっていることから確認できる。言いさしの表現は、省略された部分を相手に補わせようとするため、相手の発話を引き出すのに効果的に働くと考えられる(水谷 1993)。また、このように断定を避け、表現を曖昧にすることは、相手を配慮した対応の1つでもある(Brown & Levinson 1987)。つまり、学生は、相手に対してより配慮を示すことで、トラブルに対応しているのである。

例5でも同様の対処が確認できる。ここでは、過去の治療経験やその時のアレルギー反応の有無を聞き出そうとしているわけだが、「多い」(79D)という主観的な表現をめぐって修復の開始が行われている(80SP)。最終的に「よく歯医者さんには行かれます?」(84D)と修復することで質問を仕切り直しているが、その修復過程に学生の配慮が示されている。

まず、81Dに注目すると、学生は相手の発話に重なりながらも「よく。」と発話している。これは、修復の操作となる「よく歯医者さんには行かれます?」(84D)を、この時点で発話しようとしていたことを示している。つまり、84Dは改めて発話されたのである。

では、学生は81Dで何故発話を中断してしまったのだろうか。少なくとも直後の82Dで「よく歯医者さんには行かれます?」と発話することはできたはずである。しかし、学生は82Dで別の内容を発話している。それは、「あ：そうですね」(82D)という相手への同意を示す発話である。しかも、この発話は単なる相手への同意だけにはとどまらない効果を持ちうる。それは終助詞「よね」の機能によるものである。終助詞「よね」は、2つの終助詞「よ」と「ね」が複合したものだと考えられるが、その機能は単純な足し算というわけにはいかない(田窪・金水 1996)。

大浜(2004)は、終助詞「よね」に「擬似的な3者関係」を成立させる機能があると述べる。この「3者」とは、「話し手」「聞き手」「相対立する2つの意見(Pと-P)の一方」である。例5に引きつけてもう少し具体的に説明すれば、「学生」「SP」「『多い』」という表現が不適切だとする意見」という3者である。

つまり、「多い」が曖昧でわかりにくいというSPの意見を2人の間で共有すると同時に、発話時には適切な表現として「多い」が使われた79Dが否定されるのである。そうすることで、より強い共感を相手に示すことが可能となる(大浜 2004)。学生はわざわざ「あ：そうですね」(82D)を挟むことで、直前の自分の発話を否定し、相手に強い共感を示

すことを選択している。こうして相手への配慮を示すことで、修復の操作すなわちトラブルの処理を円滑に行おうとしていると考えられる。

そして、その配慮は修復の操作である84Dでも示されている。改めて例5を見ると、「よく歯医者さんには行かれます?」(84D)という発話の述部は、「行く」+尊敬の助動詞「れる」+丁寧さを表す助動詞「ます」という形をとっている。一方、修復の対象となった79Dは、「ある」+丁寧さを表す助動詞「ます」という形であり、修復の操作によって敬意が高まったことがわかる。

このように学生は、トラブルを処理する方法の1つとして、会話における様々な資源を利用しながら相手に配慮を示しているのである。

4.3. 修復と「医師」に「なる」こと

最後に、明らかにSPによる修復の開始だと考えられる発話に対して、学生が修復の操作を行わない例を取り上げる。ここでは、トラブルの処理をいわば「放棄」することで、事態を強引に收拾しようとする学生の姿に焦点をあててみたい。修復が遂行される過程だけでなく、修復を実行しない状況にも考察を加えることは、この事象を追究する上で重要であろう。なお、次に挙げる例6の最終行「(時間終了)」とは、7分の面接時間が終了したとのアナウンスにより会話が途絶えたことを意味している。

(例6: 談話14)

116D : 特に他に : (.) 何かご希望の点とかってないですかね :

117SP : え?

(2.2)

118SP : 例えばどういう (.) ことですかね

(39.8)

119D : え : っと (.) 短期間で (.) できるだけ短期間でされたいということなんですけども

120SP : はい

121D : え : (.) 家のほうは (.) こっから近いんですか?

(時間終了)

例6では、学生の質問(116D)に対して、「え?」(117SP)という発話で修復が開始される。学生の質問はいわゆる「開かれた質問(Open Questions)」であり、医療面接で頻繁に用いられる技法の1つである(斎藤2000、向原2006)。ただ、「例えばどういう(.) ことですかね」(118SP)からわかるように、結果的に「患者」からは漠然としてわかりにくい質問だと受け止められている。

「え？」(117SP)という修復の開始がなされた以上、修復の操作が行われることが優先的 (preferred)⁷⁾ であろう。しかし、学生は修復の操作を行おうとせず、ここで約2秒のポーズが生じてしまう。このためSPは、改めて「例えばどういう(.)ことですかね」(118SP)と自分の行為が修復の開始であることを明確に示すことになる。

この時点ではまだ修復の「放棄」だとは言えないだろう。なぜなら、118SPは117SPの修復と捉えることができ、そうすることで学生の約2秒のポーズはSPにとっての修復の開始となり得ているからである。つまり、118SPが発話されることで、117SP 約2秒のポーズ(117SPへの修復の開始) 118SP(修復の操作)という連鎖が遊動的に成り立ったのである。これによって改めてSPによる修復の開始が達成されたと言えるだろう。

だが、学生はなおも修復の操作を行わない。実に40秒近いポーズが続くことになる。通常、二者間の対面の会話において、質問に対して約40秒のポーズが続くことは考えにくい状況であろう。これは、「質問 応答」という構造化されたパターン(隣接ペア)からも、発話順番(ターン)に関するルール(Sacks, Schegloff & Jefferson 1974)からも、明らかに逸脱しており修復の「放棄」だと考えてよいだろう。模擬医療面接では、SPによる修復の開始に対して、学生は修復の「放棄」という選択も可能なのである⁸⁾。

学生が再び会話を始める際に「質問」という行為を用いている(121D)ことも注目したい。この背景には、医師 患者関係における優先構造(「質問 応答」連鎖)が大きく関わっていると考えられる(ten Have 1991)。学生にとって、「質問」「応答」の連鎖に身を置くことは「医師になる」と深く関わっているのである。このことから考えれば、修復の「放棄」は「医師」であることの「放棄」であり、再び「医師」として会話に参加するために「質問」という行為を選択したと捉えることもできる。

5. おわりに

本稿では、学生の行う修復を概観し考察を加えた。それによると、学生は「わかりにくさ」をトラブルの源と捉え、実際トラブルが発生した場合には相手への配慮をより示すことで事態の収拾にあっていた。一方で、「患者」の修復の開始に応えない、すなわち修復の操作を「放棄」という選択も可能であった。ただ、この選択は模擬医療面接の性質に起因すると考えられる。より詳細な分析が必要であろう。

また修復は、学生が「医師」に、SPが「患者」に、「なる」とことと関係していた。修復の操作という行為が「医師」として会話に参加する(同時に相手が「患者」として参与する)ことを支える1つの要因だと考えられる。

註

1) 筆者は決してパターンリズムを承認しているわけではない。しかし、仮に「疾患」(disease)の専門家である医師と、「病い」(illness)の専門家である患者が対等だと主張してみても、治療行為とい

- う圧倒的な特権が「医師」であることを支えている以上、医師 - 患者間の非対称性は完全に解消できない(すべきでない)と考える。
- 2) もちろん、聞こえていたのに聞き取れないフリをした、という可能性も否定できない。しかし、ここで重要なのは、Bは質問することで「聞き取れない」ことを示し、Aはそれに応答することで「Bは聞き取れなかった」という認識を示したことである。
- 3) Brown & Levinson (1987) のポライトネス理論については、その普遍性や有効性について様々な議論がなされてきた(宇佐美 2002・Watts 2003・滝浦 2005・井出 2006)。筆者の立場は滝浦(2005)と同じものであり、Brown & Levinson (1987) の枠組みは基本的に有効だと考える。
- 4) Brown & Levinson (1987) によると、私たちは誰しも2つの欲求を持つとされる。1つは、「他者に理解されたい、好かれたい、賞賛されたい、他人に近づきたいという欲求」であり、もう1つは「他者に邪魔されたり、立ち入られたくないという欲求」である。そして、この2つの欲求をそれぞれ「ポジティブ・フェイス (positive face)」、「ネガティブ・フェイス (negative face)」と呼ぶ。これはゴフマンの「フェイス (face)」を援用したものである。
- だが、時に私たちは互いに相手のフェイスを脅し、侵害してしまいそうになる。もし侵害行為 (FTA (Face Threatening Act)) が避けられない場合、私たちは侵害度が最小限になるよう行動(発話)するとされる。そして、その侵害度の測定には、「社会的距離 (social distance)」、「力関係 (power)」、「当該文化における負担度 (ranking of impositions in the particular culture)」の和が用いられるとされ、その侵害度の高低によって5つのストラテジーのどれかを選択するとされる。最も侵害度が高いと判断した場合、私たちはその行為を実行しないと考えられている。
- 5) フィラーとは「それ自身命題内容を持たず、かつ他の発話と狭義の応答関係・接続関係を持たない、発話の一部を埋める言葉」(山根 2002) のことであり、「あの」「その」などの言い淀みや「なんか」などの感動詞(あるいは間投詞)も含まれる。
- 6) ここでいう「試行的提示」とは、「発話に際して用いる表現の選択に躊躇があり、とりあえずある表現を選んで発話した (= 試行的に提示した)」と見なせるような現象のことである(北野 2005、p.92)。
- 7) 例えば「申し出」を受けた聞き手は、「承諾」という好ましい応答(「優先的応答 (preferred responses)») をすることが通常期待されている。しかし、時に聞き手は、「申し出」に対して「拒否」という好ましくない応答(「非優先的応答 (dispreferred responses)») をすることもある(レヴィンソン 1983)。
- 8) なぜこのようなことが可能なのかという問題も、その後の会話展開と併せて追究する必要があるだろう。「放棄」の後、学生は何事もなかったかのように次の質問へと話題を移してしまう(119D)。約40秒ものポーズがあっても、2人の関係は瓦解することなく維持されていたのである。SPが素直に反応している(120SP)というのも興味深い点であろう。この展開には、学生とSPによる模擬医療面接だったことや、参与の枠組みの変化、「儀礼的無関心 (civil inattention) 」(ゴフマン1963) などが関係していると考えられる。修復からはテーマが逸れるため、詳細な分析は別の機会に譲る。

参考文献

- Brown, P. & Levinson, S. (1987) *Politeness : Some universals in language usage*. Cambridge : Cambridge University Press.
- 藤江知郁子・山崎喜比古 (2000)「医療過誤訴訟にみる「説明」と医療者-患者関係」『保健医療社会学論集』11, pp.34-44.
- 福本陽平・村上不二夫 (2004)「医療面接場面における教員と模擬患者による学生評価について 山口大学医学部における3年間の検討」『医学教育』35-4, pp.229-234.
- ゴフマン, E.(1963)『集まりの構造-新しい日常行動論を求めて』丸木恵祐・本名信行訳 1980)誠信書房
- 井出祥子 (2006)『わかまへの語用論』大修館書店
- 木尾哲朗・大住伴子ほか (2006)「医療コミュニケーションのための患者の歯科用語理解度調査」『日本歯科医学教育学会雑誌』22-2, pp.138-144.
- 北野浩章 (2005)「自然談話に見られる逸脱的な文の構築」『活動としての文と発話』ひつじ書房, pp.91-121.
- 串田秀也 (2006)『相互行為秩序と会話分析 「話し手」と「共-成員性」をめぐる参加の組織化』世界思想社
- レヴィンソン, S.C. (1983)『英語語用論』(安井稔・奥田夏子訳1990) 研究社出版
- 前田泰樹・水川喜文・岡田光弘 (編) (2007)『エスノメソドロジー-人々の実践から学ぶ』世界思想社
- 水谷信子 (1993)「共話」から「対話」へ」『日本語学』12-4, pp.4-10.
- 向原圭 (2006)『医療面接根拠に基づいたアプローチ』文光堂
- 中川薫 (2001)「患者アウトカムとの関連からみた医師患者間のコミュニケーションに関する文献学的検討」『保健医療社会学論集』12, pp.32-46.
- 西垣悦代 (2005)「関係性の視点からみた日本の医師患者コミュニケーション」『日本保健医療行動科学会年報』20, pp.157-172.
- 西阪仰 (2001)『心と行為』岩波書店
- 「トランスクリプションのための記号」 <<http://www.meijigakuen.ac.jp/~aug/transsym.htm>> (最終アクセス日: 2007年4月28日)
- 小川哲次・田口則宏ほか (2000)「広島大学歯学部附属病院の卒後臨床研修報告-総合歯科医療研修」『広島大学歯学雑誌』32, pp.89-93.
- 大浜るい子 (2004)「終助詞「よ/ね」の機能再考」 文脈指定機能を中心に」『広島大学日本語教育研究』14, pp.1-7.
- Sacks, H., Schegloff, E.A. & Jefferson, G. (1974) A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language* 50-4, pp696-735
- 定延利之・田窪行則 (1995)「談話における心的操作モニター機構 心的操作標識「ええと」と「あの(ー)」」『言語研究』108, pp.74-92.

- 佐伯晴子・日下隼人(2000)『話せる医療者 シミュレイテッド・ペイシエントに聞く』医学書院
- 斉藤清二(2000)『はじめての医療面接コミュニケーション技法とその学び方』医学書院
- 坂本憲治(2003)『模擬患者を活用した教育技法の特長』『福岡大学大学院論集』35-2, pp.19-30.
- Schegloff, E.A. (2007) *Sequence Organization in Interaction : A Primer in Conversation Analysis* .
New York : Cambridge University Press.
- Schegloff, E.A., Jefferson, G. & Sacks, H. (1977) The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53-2, pp. 361-382.
- 進藤雄三・黒田浩一郎(編)(1999)『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社
- 鈴木佳奈(2008)『「なにかが欠けている発話」に対する他者開始修復 - 会話の事例から「文法項の省略」を再考する - 』『社会言語科学』10-2, pp.70-82.
- 滝浦真人(2005)『日本の敬語論 ポライトネス理論からの再検討』大修館書店
- 田窪行則・金水敏(1996)『複数の心的表現による談話管理』『認知科学』3-3, pp.59-74.
- ten Have, P. (1991) *Talk and Institution : A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction*. In Boden, D. & Zimmerman, D.H. (eds.), *Talk and Social Structure : Studies in Ethnomethodology and Conversational Analysis*. Cambridge : Polity Press, pp. 138-163.
- 和田仁孝・前田正一(2001)『医療紛争 メディカル・コンフリクト・マネジメント』医学書院
- 宇佐美まゆみ(2002)『ポライトネス理論の展開1~12』『言語』31-1~5, 31-7~13.
- 脇忠幸(2009)『医療コミュニケーションにおける専門用語 模擬医療面接場面を対象として』『ニダバ』38, pp.49-58.
- Watts, R. (2003) *Politeness*. Cambridge : Cambridge University Press.
- 山根智恵(2002)『日本語の談話におけるフィラー』くろしお出版
- 吉岡泰夫・相澤正夫・朝日祥之(2007)『医療コミュニケーション適切化のための医学・医療用語の課題 世論調査にみる国民の期待とそれに応える医師の工夫』『日本語科学』21, pp.23-41.

付 記

なお、本稿を公表するにあたってはトレーニングを実施した広島大学病院口腔総合診療科教員並びに参加者各位の了承を得ている。歯学部での調査を許可していただいた小川哲次先生に心より御礼申し上げます。

わき・ただゆき、広島大学大学院文学研究科博士課程後期在学