

## 模擬医療面接における共同発話

— 共感の表示を中心に —

脇 忠 幸

### 1. はじめに

おそらく多くの人々は、普段、お互いのことを理解していると思いながら、あるいは理解できることを前提としながら、会話をしている。だが、「私」と「あなた」が別存在である限り、誰かの意図や心情を全て理解することなど不可能であろう。つまり、会話は、理解不可能な他者に対する推測の連鎖という側面を持っている。

では、会話中に見られる「共同発話 (co-construction)」と呼ばれる行為をどう考えればよいのだろうか。「共同発話」とは、簡単に言うと、会話の参与者 A の発話を参与者 B が完成させるというものである。前述した理解不可能性を鑑みると、相手の発話を予測し、その発話を奪うように完成させてしまうのは、対人関係上かなりリスクの高い行為だと言えよう。会話の参与者たちは、そこまでして一体何を達成しようとしているのだろうか。本稿では、「模擬医療面接」をデータとして、医師役の学生が行う共同発話の記述と分析を試みたい。

### 2. 用語と概念の説明

#### 2. 1 「模擬医療面接」と「模擬患者 (SP)」について

本稿では、歯科における「模擬医療面接」を取り上げる。「医療面接」とは、医師—患者間で行われる問診や病状説明、および教育のことであり、その目的として、「良好な医師患者関係を作り出すこと」「患者から必要な情報を聞き出すこと」「患者に対して説明や教育を行うこと」の3つが挙げられる(斎藤 2000)。いずれもその後の治療にとって重要な要素であり、医療面接は医療コミュニケーションの中でも特に重視されている。

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

## 2. 2 「共同発話」とは

「共同発話」とは「2人以上の話者が作り上げる統語上の単位（句、節、文、複文）からなり、後の話者は前の話者の発話に付け足したり、その発話を完結させたり、先取りしたり、自分の発話に取り込んで言ったり、言い換えたりする発話」（ザトラウスキー2003）と定義される。具体的には以下のような発話を指す。

「行ってもいいんだけども、また行くのはめんどくさい」

58A 行ってもいい[んだけども、

59B [また行くのはめんどくさい？

「」＝共同で作る文 [＝発話の重なり

（ザトラウスキー2003 を一部改変）

つまり、共同発話とは、相手の立場や気持ちを推測し、相手の発話（第一発話：58A）に対して、自分の推測を言語化する（第二発話：59B）という行為である。極端な言い方をすると、一方（たとえば SP）の言おうとすることを、もう一方（たとえば学生）が半ば勝手に推測し、勝手に完成させるのである。会話を参与者によって協同構築されていくものだと考えると、共同発話は極めて「会話的」だと言えるだろう。また、共同発話は、共感を示すストラテジーの1つとしてもよく言及される（Ferrara1992、植田2004）。

一方で、共同発話は様々なリスクを伴う。相手の発話を勝手に完成させるため、相手の「私的領域」（鈴木1989）に踏み込んでしまうのである。また、相手の発話を遮ることにもなる。さらに、英語との比較において、日本語は発話末が予測しづらいため共同発話があまり出現しないと言われており（Ono&Yoshida1996、Hayashi2003）、この予測のしづらさは予測ミスによる発話の否定というリスクを生み出す。しかし同時に、共同発話とはそこまでのリスクを冒してでも遂行される行為だとも言えよう。

植田（2004）は、医療面接における共同発話の機能を以下の6つだとしており、「情報確認」と「情報補足」が主な機能として考えられている。

- ・「情報確認」…第一発話者のほうがその情報所有者の場合。
- ・「情報補足」…第二発話者のほうがその情報所有者の場合。
- ・「発話代行（発話負担軽減）」…第一発話者が「言いにくさ」（フィラーの多用、音節の長音化、ポーズ）を示した場合。
- ・「発話促進」…主に第一発話の一部を第二発話者がリピートすることによる。
- ・「共感的フレーム形成」…相手の気持ちに沿って重なるような同時発話。
- ・「発話修正」…前述した発話内容をスムーズに修正する。

今回注目したいのは、どれも共同発話以外の方法で実現可能だということである。<sup>1)</sup>なぜ、わざわざ共同発話を用いるのだろうか。上記の6機能の他に、より根本的で、より積極的な使用目的があるのではないだろうか。本稿の目的はこの点を追究することにある。

### 3. 分析対象と方法

使用するデータは、2005年5月に広島大学歯学部で行われた模擬医療面接(5年生医療コミュニケーショントレーニング)を文字化した談話1~15(面接7分、フィードバック2分、15人分;男子学生6人、女子学生9人)を用いた。当日は、まず7分間の模擬医療面接が行われ、終了直後にその場でSP(女性)から学生へ感想や意見が伝えられた(フィードバック)。発表者は面接に立ち会い、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、シナリオでは、「患者」の状態として急性疾患と慢性疾患という2つが用意されていたが、今回のデータは急性疾患の初診という設定になっている。なお、データ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与者各位の了承を得ている。

分析の手順としては、まず共同発話が学生とSPとのどちらに多く見られたかを取りあげ、その理由と共同発話の持つリスクについて考える。次に、視点と共感という観点から、共同発話を用いられる理由について考察を加える。なお、談話資料に用いる記号については以下の通りである。

#### 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。

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。

.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(h)字(h) 呼気音が言葉に重ねられていることを示す。「笑い」ながら発話をした場合などに用いられる。

(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。

→ 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 学生とSPの比較

今回のデータでは、全部で 35 例の共同発話が見つかった。そのうち、学生の共同発話は 30 例、SP の共同発話は 5 例であった。まずはこの差異について考察を加えることで、共同発話を持つリスクについて考えてみたい。

数多くの先行研究（たとえば ten Have1991）で指摘されてきたように、患者は医師の質問に応答する形で発言する機会が多く、発話自体制限される。医師が発言権（floor）を持つ医療面接では、このような「質問－応答」連鎖の中で非対称性が構築されると考えられている。今回の結果は、模擬医療面接でもこれらが当てはまるということを示している。

「患者」を演じようとする SP にとっては、いくら年下の学生でも「医師」である以上、勝手に発言することは難しいのである。ましてや、共同発話によって学生の発話を奪い遮ることはかなり難しいであろう。例数の差はこうした理由で生まれたと考えられる。もし、学生と SP が、模擬医療面接という状況を離れて会話をするなら、ここまでの差は見られないと思われる。

このように、共同発話とは、相手の発話を奪い遮るという大きなリスクを抱えた行為なのである。なお、SP による共同発話は以下のようなものである。

(例 1: 完成した語句「寝つきが悪い」、談話 2)

29D:もう寝る:

(1.0)

30D:まい(.)ま:(.)も(.)ないほど《右手で右頬を触る》ですか。(.)眠れないほど

=

31SP:=ん:

(1.0)

32SP:ねっ

(0.4)

33D:寝つけ[ない]

→34SP: [きな] (.) うんが悪いというか: =

35D:=それは: [大変] (h)で(h)し(h)た(h)ね(h)

36SP: [はい]

#### 4. 2 模擬医療面接における学生の共同発話

次は、学生が行った共同発話（30例）について、植田（2004）の分類に当てはめることで概観する。学生の共同発話は前述した6機能のうち「情報確認」がほとんどであった。

- ・「情報確認」: 29
- ・「情報補足」: 0
- ・「発話代行（発話負担軽減）」: 0
- ・「発話促進」: 1
- ・「共感的フレーム形成」: 0
- ・「発話修正」: 0

（例2：情報確認、完成された語句「特にはない」、談話6）

113D:と (.) 何か今まで大きな病気をされたことはありますか？

114SP:いえ (.) 特には

→115D:ないですか

116SP:はい

（例3：発話促進、完成された語句「それがちょっと思い出せない」、談話2）

50D:いつ：かぶせものをされましたか、 =

51SP:=ん：それがちょっと[思い出せないんです]よね：

→52D: [あ：(.) 思い出せない。]

53D:はあそうですか：.

(1.2)

この結果から、学生は共同発話を主に「情報確認」として使用していたことがわかる。その他の機能がほとんど出現しなかった理由は不明だが、用例数を増やす中で再検討されるべきであろう。

#### 4. 3 共感のストラテジーとしての共同発話

では、なぜ学生は「情報確認」をするために共同発話を選んだのであろうか。「情報確認」は、相手の発話の終了を待って「質問」することでも達成できたはずである。

共同発話について考えるうえで興味深いのは、学生（第二発話者）が発話する時点で、SP（第一発話者）の発話がどんな内容と形式を志向しているかは、確証を得られる状況に

ないということである。

(例 4: 完成した語句「市販の痛み止め」、談話 1)

48D:と:(.) 痛かった時:(.) 何か(. ) 薬を飲まれたりしましたか.

49SP:あ(. ) 飲みました:.

50D:と(. ) 何を(. ) 飲まれたんですか.

51SP:あ(. ) あの(. ) 市販の:.

→52D:痛み止めです[かね:.]

53SP: [はい(. ) そう]です:.=

51SP「市販の:」に続く発話は、「薬」かもしれないし、「痛み止め」かもしれないが、どれも決して推測の域を出ない。結局のところ、私たちはそれぞれの主観的な「現実」の中で生きており、自分の推測が正しいことなど証明しようがない(シュッツ 1954)。相手の承認(例 4 では 53SP「はい(. ) そうです:」)によって、確からしさが増す程度のことであり、後続の会話の中で違う意味づけをされる可能性はあり続ける。

言うなれば、学生は「賭け」(ゴフマン 1959)のように共同発話を行っているのである。学生が「賭け」によって得ようとしたものは、自らの推測への承認であり、推測の過程で患者の立場に立ったという「視点取得」表示への承認でもある。この点が、共同発話と他の「情報確認」行為(たとえば「質問」)の決定的な差異であろう。そして、相手の視点を取得したと表示することで、相手への共感を表示していると考えられる(久野 1978、デイヴィス 1994、滝浦 2005)。<sup>2)</sup> この共感の表示こそが共同発話の基本的機能であって、植田(2004)の 6 機能はその効果として位置づけられるものであろう。

今回の模擬医療面接において、冒頭のあいさつに共同発話がいられないのも、共同発話共感の表示として機能しているからだと考えられる。

(例 5: 談話 3 の冒頭)

01D:こんにちは

02SP:こんにちは

03D:と(. ) 今日担当させていただきます。(.) ○○《苗字》と申します。(.) よろしくお願  
い  
します。

04SP:よろしくお願ひ致します。=

05D:=あの(. ) 申し訳ありませんが(. ) [名前]の確認のため(. ) [[もう]]一度名前を教  
えていただけますか。

06SP: [はい] [[はい]]

07SP:はい

(0.4)

→08SP:タカハシマサコと申します.

→09D:はい.

(1.2)

例5のように、医療面接ではまずあいさつが交わされ、その後症状へと話題が移る。急性患者の場合、名前の確認を行うことがあり、今回の模擬医療面接でも05D~09Dで名前の確認が行われている。この時、医師役である学生の手元にはカルテがあり、患者の名前は記入されている。目の前に確認の高い情報があり、まさにそのことを「情報確認」する場面であるにも拘わらず、共同発話は使用されない。たしかに、初対面の相手との会話で、いきなり「あなたの立場にたって話を聞いています。」「よくわかります。」という表示をすることは考えにくい。<sup>3)</sup> これは、視点取得による相手の「私的領域」への侵害を避けるためであると思われる。

#### 4. 4 「医師」になるための共同発話

では、次のような例はどのように考えればよいのだろうか。過去の経験は、その経験者に語る権限があると言われる(Sacks1992)。患者の語る痛みや症状に関する話は、それを経験した本人にしか語りようがなく、医師役である学生は聞き入るほかにないように思われる。しかし、例6も例7も痛みや症状について共同発話を行っている。

(例6:完成された語句「どんな時っていうことなくずっと痛い」、談話1)

26D:どんな時に(.)痛みますか.

27SP:う:ん.

(1.4)

28SP:どんな時っていうことなく:.

→29D:うん(.)ずっと(.)痛[いって]ということですか?

30SP: [ま:..]

31SP:気がついたら[なんか](.)いつも(h)痛[いって]感じで[すか]ね: =

32D: [はい.] [あ:..]

(例7:完成された語句「寝つけない」、談話2)

29D:もう寝る:

(1.0)

30D:まい(.)ま:(.)も(.)ないほど《右手で右頬を触る》ですか.(.)眠れないほど

=

31SP:=ん :

(1.0)

32SP:ねっ

(0.4)

→33D:寝つけ[ない]

34SP: [きな] (.) うんが悪いというか : =

35D:=それは : [大変](h)で(h)し(h)た(h)ね(h)

36SP: [はい]

これらの例に見られるように、「ずっと痛い」「寝つけない」などという患者の経験を、学生が共同発話によって発話することもあった。これらは、28SP「どんな時っていうことなく : .」(例 6) や 32SP「ねっ」(例 7) を受けて推測されたと思われるが、初対面の相手の経験を代わりに発話することはどのようにして可能になるのであろうか。学生は、相手の「私的領域」を侵害する権限 (entitlement) をどのようにして手に入れたのであろうか。

この侵害を可能にするのは、患者の痛みや症状について共感を示さなければならない医師の「役割期待」<sup>4)</sup> であると考えられる。つまり、この侵害は、医師役である学生に期待される行動の 1 つなのであり、「医師らしさ」の源泉の 1 つとして捉えうる。もちろん、共感はいづちやねぎらいの表現でも示すことができる (例 8)。

(例 8 : 談話 6)

32D:夜 (.) も痛かったですか

33SP:そうですね

34D:眠られましたか?

35SP:寝付 (.) きにくいというか

→36D:う : ん (.) 大変でしたね

(5.0)

加えて、共同発話には予測の失敗という「医師らしさ」を揺るがしかねないリスクもある。しかし、それでも共同発話が用いられるのは、視点取得を明示することでより強く共感を示すことができるからだと考えられる。こうした「賭け」をしながら、学生は模擬医療面接の中で「医師」になっているのであろう。

## 5. おわりに

共同発話は、多用するには高いリスクが伴うが、承認を得ることができた時の効果 (共



感の表示)も高いのだと考えられる。また、視点取得の明示も可能にするため、学生が「医師らしさ」を身に纏うことにも寄与している。学生が模擬医療面接でわざわざ共同発話を用いるのは、これらのためだと考えられる。模擬医療面接のデータをどこまで一般化できるかという問題も残るが、従来とは異なった角度から記述することで共同発話に関する考察をより深めることができたと考えている。

## 註

1)共通して言えるのは、どれも相手の発話の終了を待ってからでも実現可能だということである。たとえば、「情報確認」は相手の発話の終了を待って「質問」することもできる。「情報補足」は「説明」すればよいし、「発話代行」は「言い換え」で実現可能である。「発話促進」は「あいづち」の機能と重なるし、「共感的フレーム作成」は「くり返し」で、「発話修正」は「自己修復」を行うことで同様の機能を果たせる。

2)久野(1978)は、視点の位置から「指示対象 x に対する話し手の自己同一視化」を導き出せるとし、それを「共感 (empathy)」と呼んだ。ここでいう「視点」とは、「言語行為において、話し手(書き手)がある出来事を描写しようとする時に話し手(書き手)自身が占めている空間的、時間的、心理的位置」(澤田 1993)と捉えられる。また、デイヴィス(1994)は、「共感」を「他人の経験についてある個人がいだく反応を扱う一組の構成概念」であり、「共感的関心」「個人的苦痛」「想像性」「視点取得」の4次元からなると包括的に定義している。

3)しかし、たとえば、次のような場合では会話の冒頭部での共同発話が可能だと思われる。

(作例) 実は共通の友人 C がいる場合。

01A:はじめまして。私、脇

→02B:忠幸さん?

03A:え?なんで知ってるんですか?

04B:やっぱりそうだったんだ。実は私、Cと知り合いなんですよ。

05A:あ、そうなんですか。

02B「忠幸さん?」を可能にするのは、共通の友人 C がいるという B の主観的な認識であり、近い間柄である可能性を表示することが、相手の「私的領域」にアクセスできる権限 (entitlement) を発生させていると考えられる。「私はあなたの私的な内容の発話を予測できるほど近い存在である」という表示なのである。

4)私たちは、相互行為場面において、一定の地位の占有者の果たすべき典型的な行動を様式化して、

これを順守するように期待する。これは、相互行為場面ひいては集団や社会に秩序をもたらさうる重要な要件である。(『社会学小辞典』(新版) 有斐閣)

## 参考文献

- デイヴィス, M.H. (1994) 『共感の社会心理学』(菊地章夫訳 1999) 川島書店
- Ferrara, K. (1992) The Interactive Achievement of a Sentence: Joint Productions in Therapeutic Discourse. *DISCOURSE PROCESSES* 15, pp.207-228
- ゴフマン, E. (1959) 『行為と演技—日常生活における自己呈示』(石黒毅訳 1974) 誠信書房
- (1967) 『儀礼としての相互行為』(広瀬英彦・安江孝司訳 1986) 法政大学出版局
- Hayashi, M. (2003) *Joint Utterance Construction in Japanese Conversation*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- 久野暉 (1978) 『談話の文法』大修館書店
- 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.
- Ono, T. & Yoshida, E. (1996) A Study of Co-Construction in Japanese: We Don't Finish Each Other's Sentences, In Akatsuka, N., Iwasaki, S. & Strauss, S (eds.), *Japanese/Korean Linguistics* 5, pp115-129
- Sacks, H. (1992) *Lectures on Conversation. vol.2*. Oxford: Basil Blackwell, pp.242-248
- 斎藤清二 (2000) 『はじめての医療面接 コミュニケーション技法とその学び方』医学書院
- 坂本憲治 (2003) 「模擬患者を活用した教育技法の特長」『福岡大学大学院論集』35-2, pp.19-30.
- 澤田治美 (1993) 『視点と主観性—日英語助動詞の分析—』ひつじ書房
- シュッツ, A. (1954) 「ドン・キホーテと現実の問題」『現象学的社会学の応用』(中野卓・桜井厚訳 1980) 御茶の水書房, pp.70-106.
- 鈴木睦 (1989) 「聞き手の私的領域と丁寧表現—日本語の丁寧さは如何にして成り立つか」『日本語学』8-2, pp.58-64
- ザトラウスキー, P. (1993) 『日本語の談話の構造分析—勧誘のストラテジーの考察—』くろしお出版
- (2003) 「共同発話から見た「人称制限」、「視点」をめぐる問題」『日本語文法』3-1, pp.49-66.
- 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
- 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.
- 植田榮子 (2004) 「医師と患者との診察場面会話における共同発話の機能」『言語情報科学』2, pp15-28.