

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 27 年 6 月 26 日現在

機関番号：44417

研究種目：研究活動スタート支援

研究期間：2013～2014

課題番号：25885121

研究課題名(和文)医療現場と日常会話における問題解決：相互行為論的アプローチによる日米比較研究

研究課題名(英文) Interactional resources for solving problems in medical and ordinary situations:
conversational approach to Japan-America comparison study

研究代表者

川島 理恵 (Kawashima, Michie)

関西外国語大学短期大学部・英米語学科・講師

研究者番号：00706822

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,100,000円

研究成果の概要(和文)：本研究では、日常場面及び医療場面における問題解決方法を相互行為的なアプローチを用いて、日米両国について比較検討を行った。結果としては、以下の3点が明らかになった。まず問題解決の主なプロセスを明らかにした。おおまかには状況の共有、問題の確認、解決方法の交渉などが見られた。これらのプロセスは、日本とアメリカ両方の日常場面で確認された。上記の状況の共有の為に、相互行為的なナラティブが採用されていることが明らかになった。交渉のプロセスでは、協働構築された発話が日本のデータで多く確認された。

研究成果の概要(英文)：This study uses interactional approach to examine the problem solving processes in both medical and ordinary scenes in Japan and America. It attempts to broaden our method for the comparative studies by using conversation analysis. As a result, there are three main points. First, the problem solving processes often involves a. sharing a situation among participants, b. identifying a problem, c. negotiation over solution options. Second, the first process (sharing a situation) is done as a form of narrative. Third, the Japanese often use collaborative completion of an utterance which concerns the decision. It means that the Japanese participants often treat the decision as not one-sided option but as collaborative one.

研究分野：医療社会学 会話分析

キーワード：会話分析 ヘルスコミュニケーション 意思決定過程

1. 研究開始当初の背景

合意形成とは、社会の根幹をなす人と人との関わりを指す。Giddens を始め多くの社会学者や哲学者がその仕組みの解明に取り組んできた。我が国でも近年「安心・安全」が社会サービスの重要な要素として位置づけられる中、適正な情報共有と合意形成が求められている。特に医療場面では、インフォームド・コンセント(以下 IC)の導入以降、医師患者関係の変容が議論されてきた(中川 2010)。理論上は、医療現場に IC が導入されることでパターナリスティックな医師-患者関係から患者中心医療へと舵がきられることが期待されている。しかし実際にそうした変化が起こっているのかについて、実際の現場での IC の運用と医師-患者関係について明らかにした研究は、非常に数少ない。

また IC は、アメリカのようないわゆる「契約社会」において発展したものである。これに対して、我が国では人との関わりを契約関係として処理するわけではないので、IC についてもより日本の土壌に適した運用がなされるべきだといった見方もある。中川(2010)によると、日本医師会は、IC の重要性を情報共有という点では認めつつも、その厳格な運用にはそれほど積極的ではない。むしろ文化の多様性という点では比較的一枚岩的な日本の文化・社会においては、医師と患者間の信頼によって成り立ってきた従来の医療を踏まえて IC を運用すべきだという見解を保っている。つまり日本における IC では、患者の知る権利を重視するという立場は示されていても、患者の自己決定権という部分は強調されない傾向にある。

ただここで問題となるのは、アメリカは「契約社会」であり、日本はそうではないといった、日米を対立的にとらえる見方が自明のものとしてされている点である。グロー

バリゼーションの進む現代社会では、そうした画一的な見方であらゆる文化差を説明できるとは限らない。とくに、医療現場の文化差については実証的な研究が極めて少なく、具体的な現場での IC の運用に関して実際のデータに基づいた研究が求められている。

2. 研究の目的

本研究の目的は、日米両国の医療及び日常場面での問題解決に向けた合意形成のプロセスを、会話分析(Heritage 1984, Schegloff 2007)を用いて比較研究することにある。本研究では、特に日常場面の問題解決プロセスに関するデータ収集・分析を行い、その結果を基盤として、申請者がこれまで収集し、基礎解析を進めている日米両国医療場面での映像・音声データの分析との比較検討に使用する。

3. 研究の方法

本研究では、日米両国での問題解決プロセスを解明するために、これまで申請者が収集してきた医療場面の映像・録音データを基礎資料として、日常場面の映像・録音データの収集・分析を行う。まずすべての映像・録音データの書き起こしを作成する。次に、会話の全体的な構造の抽出を行う。その後、atlas.ti などの質的データソフトを使用して、会話構造および身体的相互行為に焦点をあてたデータの分類・整理を行う。さらに、会話構造および身体的相互行為に関して集積されたデータにおける相互行為上のパターンを明らかにし、そのパターンを日米間および日常-医療場面間で比較・分析する。

4. 研究成果

本研究では、日常場面及び医療場面における問題解決方法を相互行為的なアプローチを用いて、日米両国について比較検討を行った。結果としては、以下の3点が明らか

になった。まず問題解決の主なプロセスを明らかにした。おおまかには状況の共有、問題の確認、解決方法の交渉などが見られた。これらのプロセスは、日本とアメリカ両方の医療場面で確認された。上記の状況の共有の為に、相互行為的なナラティブが採用されていることが明らかになった。

交渉のプロセスでは、協働構築された発話が日本のデータで多く確認された。

次にそれぞれの点に関して詳しく解説する。

医療場面では、治療方針の決定に関して問題解決場面のプロセスでは、まず状況の確認もしくは共有が行われ、その後なにが問題なのか明示され、交渉(提案を含む会話連鎖)が見受けられた。こうした場面では、医師の権力が特徴的に現れる。アメリカのデータでは、これまで研究で深刻な診断を伝える、いわゆる告知の際に受け手に準備を促すための実践、PDS連鎖(perspective display sequence:PDS)の存在が指摘されている。具体的には、医師は、診断に関する結論を述べる前に、先行連鎖(pre-sequence)という形で、患者に対して今抱えている問題に関する見解(perspective)もしくは最初に問題に気付いた経緯に関して質問する。HIV感染や末期がん、発達障害などの重要な告知がまさにされようとする文脈において、患者個人の見解にどういった価値があるのか?メイナードが示すように、PDS連鎖を通じて患者や家族が問題の経緯や見解を医師と共有することは、患者が受けなければいけない難しい情報のための準備を促すだけでなく、患者の見解を受け入れながら告知を行うのに好ましい相互行為的な環境を作り出すことができる。結果として、診断の提示において患者の見解が織り込まれることになる。確かにPDF連鎖は、医師と患者の不均衡な関係を戦略的に操作することを意味する。しかし同時に、PDF連鎖によ

って、患者は告知される内容をより受け入れやすく、患者の理解や受容に有効な結果をもたらす(Maynard 1996)。

日本のデータに関しては、救急医療の分析においてPDFに極めて似た現象を示した。医師が患者家族に対して行う状況説明は、物語りとして構成され、この物語りの中で、悪いニュース、つまり患者の死の可能性が徐々に明らかになっていく(川島 2014)。会話分析では、会話上で行われる「物語り」(story telling)は、ある程度典型的な構造があるとしている(Sacks, 1974, 1978, 1986; Schegloff, 2000)。まず物語りの開始部が、過去の事柄を参照することから始まること、これによって過去から現在へと進む時系列的な流れが予測可能となる。また物語りは、大まかな内容から最終部へと進むにつれて詳細になっていくという特色がある(Schegloff 2000)。そして最後の部分では、クライマックス的な発話、punch lineが存在する。つまり、医師が患者の状況や治療の手順を物語り的に説明することで、家族が患者の死を予測できるようになっているのだ。そしてそれが、家族からの自発的に治療の断念を申し出ることさえも可能にしている。

会話分析では、会話上で行われる「物語り」(story telling)は、ある程度典型的な構造があるとしている(Sacks, 1974, 1978, 1986; Schegloff, 2000)。まず物語りの開始部が、過去の事柄を参照することから始まること、これによって過去から現在へと進む時系列的な流れが予測可能となる。また物語りは、大まかな内容から最終部へと進むにつれて詳細になっていくという特色がある(Schegloff 2000)。そして最後の部分では、クライマックス的な発話、punch lineが存在する。

日本の救急医療の例では、物語りの構造としては典型的ではないが、いくつかの特徴が

見受けられる。まず医師は「あの::えっと-え::突然にですね。ま意識なくなられたということで」(5 行目)と過去の出来事である発症時のことを伝聞形で話し始めることで、過去から現在への時系列的な出来事の流れが今から話されるということを、受け手に対して予測可能にしている。また開始部や前半では「心臓マッサージ等」(13 行目)と言い表している治療に関する表現が、最後の診察部分では「今は心臓マッサージをしながら、点滴を取って強心剤を打ったりとかですね。あと人工呼吸器をして。先ほど 一度電気ショックを使ったりとか」(17,18,21 行目)という詳細な記述になっている。また患者の状態の今後の予想「このまま心臓が戻る可能性に関してなかなか難しい」(39 行目)の発話が物語のクライマックス部となっている。この物語りを通じて、患者の死が徐々にそして確実に現実のものとして明らかになっている。またこの物語りは、「難しいかとは思いますが、」(39 行目)という部分によって、「もう少し頑張ってみたいと思いますので、」(40 行目)という医師からの治療継続に対する提案の前置きとしてまとめられている。

ここでは医師の物語りによって家族が患者の死を予測できるようになったために、家族からの自発的な意思表示が可能になっている。まず、医師からの物語りが全体として「なかなか難しい」という状況を示しているにもかかわらず、終結部が「お待ちください」という指示になっている。それに対して、家族の「あ、まああまり無理なさらずに、はい。(> ° 母のためにも ° <)と私も思っていますから。」(44,45 行目)という発言は、自己選択的に家族から開始されている。これにより「無理な」治療を行わないという決断は、医師から提案されたのではなく、家族から申し出られたという構造になっている。

つまり、難しい状況であるにもかかわらず治療が続けられているという逆接的な提案

のされ方によって、すでに十分に手が尽くされていると家族に聞こえるような医師の語りになっている。このような会話構造は、医師の判断を正当化するステップでもあり、家族の納得を促す手順とも言えるだろう。

問題解決の最も重要な局面として、提案という行為がある。この提案には、特に医療場面では大きく 2 つの特徴がある。まず、1 点目は前節でも少し述べたが、状況説明が示す方向性とは逆の方向をむく提案、つまり逆接的な提案が繰り返された後、最終的な話し合いがなされること。そして 2 点目は、その最終的な決定に関する提案発話が、家族の反応に非常に敏感に組み立てられていることである。特に 2 点目に関しては、日本語データにおいて顕著に、協働構築された発話が確認された。

次に示す例は、70 歳代男性の患者が、妻と共に外出先で心肺停止となって救急搬送されたケースである。病院での治療後一旦心臓の動きが回復し、医師から家族に対して一連の経緯や検査の内容などに関する説明と共に、「もう少しがんばりますので、お待ちください」という逆接的な提案が、待合室にてなされた。この例は、その後 ER 初療室に家族が入室し、医師から再度現状の説明を受けた直後になされた提案部分である。医師からの提案は、大きく分けて 2 つの局面で、家族からの反応に呼応して進められている。次にそれぞれの論点に関して詳しく述べる。

例 3 1109081829

- 1 医師：あの::まあいつちょっと心臓が止まるか分かんないんですね、実際にね。
- 2 家族：ええ
- 3 医師：うん、まあ止まったらね、ちょっとまた、その:::心臓を動かすかどうかってこと
になるんですけど、
(0.8)
- 6 医師：.hh あの:::今お話ししたようにね、(0.3)血圧をね、上げるためのお薬を使って
7 ようやく(.)今ね、その 87 の[60
な°]んですね°。
- 8 家族： [はい.]

9 医師： やっと保ってる状[況で、]今度ね、
心臓が止まった時っていうのは-
(.)

10 家族： [((うなづく))]

11 医師： こ- ここ来た時にはね、心臓マッサー
ージをしたり[ね、]あの:: それでな
んとか=

12 家族： [ん.]

13 医師： =戻ってますけど、(0.5)

14 家族： ((うなづく))

15 医師： 今この状態で止まって：また同じ
[ことしてもね、]

16 家族： [((うなづき))]

17 医師： おそらくも- あの:: また戻るって
いうのは[ね、]厳しいっていうの
と、

18 家族： [((うなづき))]

19 医師： >先ほど言ったように<頭がね、あ
の:: もう(0.2)脳が[ね、]戻らない]
っていうことを考えると、

20 家族： [((うなづき))]

21 医師： .hh 今度心臓止まったときに
ね、(.)[ちょ- どう]しようかなっ
てとこなんですよ。

22 家族： [(う::ん.)]

23 (5.5)((家族は視線を医師の顔か
ら患者へと向ける))

24 医師： ひとつはね、心臓マッサージって
いうかなりね 強く真剣にもうやる-
あの:: やる場合は

25 もちろんね、あの:: 肋骨が折れたり
とか、(0.3)>それでもね、<あの::
またし- 心臓戻って

26 元気になれば、やるんですけ
ど、(0.2)[その確率がね、]ちょっと
低いんですよ。 ((うなづき))]

27 家族： [() 低いん- う
ん ((うなづき))]

28 医師： もう、そういう状況だから、

29 家族： ええ、

30 医師： あの:::今度心臓止まったときは
[ね、]

31 家族： [はい.]

32 医師： もうあの:::[これ以上は、]ちょつと
ね、

33 家族： [(°特に/もう なにも
-°)]

34 家族： はい、わかりました。

35 (3.5)

36 家族： ほんとに、朝まで- ほんと今日一
日 まだなんでもなかった- <なん
でもっていうかね、

37 医師： う[ん::.]

38 家族： [まあちょ]っと足は痛いって言
ってたんで、行こうっていったん
[ですけど、]

39 医師： [うん:::]

40 家族： ちゃんと歩いてね?

41 (1.5)

42 医師： うん、

43 家族： 病院まえにして、そいでなんか、へ
なへななってなって- そこからもう-

44 医師： まあねえ、すごく我慢してたと思
うんですよ。

45 家族： あ、そうですか。

医師は、3行目で「まあ止まったらね、
ちょっとまた、その::: 心臓を動かすかどう
か」と述べ、治療の継続を検討する必要性が
あることを示している。そして次にくる6-19
行目で、現状の血圧をモニターで示しつつ医
師は、「なんとか戻っている」や「もう(0.2)
脳がね、戻らない」など、現状が極めて厳し
いことを反映させて説明を行っている。ここ
では、「先ほど言ったように」という表現が
繰り返され、この説明が初回ではないこと、
つまり何度も説明が重ねられていることが
強調されている。これに対して家族は、説明
の内容は理解していることを、医師の顔を注
視しつつ8行目の「はい」の発言やうなづき
で示している。ただ、21行目で医師が「今度
心臓止まったときにね、(.)[ちょ- どう]し
ようかなってとこなんですよ。」と最終的
な決断を迫る部分では、「(う::ん.)」と発言
を重ねるのみで、視線を医師から外し、患者
に目を向けたまま沈黙する。そのためにこの
医師からの提案は、極めて曖昧な形で終了し
ている。まず肝心の提案の内容が明言されて
いない。さらに「どうしようかな」と引用の
形式をとりつつも、その主語が述べられてい
ない。かつ「なんですよ」という報告発話
の形式をとることで、直接的に家族からの意
思提示を求めているわけではない。これは、
決断を迫るべき部分で家族からの反応が不
在であることに対応して、慎重に発話を構成
しているためである。

家族の沈黙、つまり反応の不在に対して
医師は、再度「ひとつはね、心臓マッサー
ジっていうかなりね 強く真剣にもうやる」(24
行目)というさらなる治療の方法と、それ
に対する「肋骨が折れたり」(25行目)といった
副作用があることについて説明を重ねる。ま
た「またし- 心臓戻って元気になれば、やる
んですけど、その確率がね、]ちょっと低いん
ですよ。」(25・26行目)と述べることで、救

命の確率が低いことを述べている。

ここで注目したいのは、これらの発話中の家族の反応である。まず「ひとつはね、」と医師が言った時点で、それまで患者を見つめていた家族は一旦医師の顔に視線を戻す。続く「真剣にもうやる」(24行目)という部分で、再度患者に視線を移す。さらに医師が「肋骨が折れたり」(25行目)と言った直後に、医師に視線を戻し、その顔を見続ける。そして「その確率がね、ちょっと低いんですよ。」と医師が述べる所では、それに同意するような形で「低いん- うん」と発話する。発話の内容自体は聞き取るのが難しいほどの小声でなされているが、協働して一つの発話を終了させるような場所で声を重ねている。そして「うん」と言うあたりでは、医師と家族が共にうなずいている。ここで初めて、両者が同じ状況理解に至ったことが示されていると考えられるだろう。

こうした家族の反応に対して、医師は治療の継続が難しいことを28行目から32行目にかけて示唆する。ただこの医師からの提案は、完全な形で終了していない。医師は「もうあの::[これ以上は、ちょ]っとね。」(32行目)と言った時点で、発話を継続せず、具体的に「治療をしない」と言及しているわけではない。ただ家族は、医師が「もうあの::」と言った時点で、「(°特に/もう なにも-°)」(33行目)と協働して発話を完成させようとし、かつ「はい、わかりました。」と医師の提案を受諾したことを示している。

ここでは、治療の断念が明確に示されておらず、したがってその決定がだれに帰属するのかといったことは明らかになっていない。また、家族からの抵抗とも呼べる沈黙が存在したため、徐々に決定の構築が協働して試みられ、結果として明確に言及されないながらも、決定として次に移ることが可能になっている。いずれも、発話の進行という極めてマイクロなレベルで、決定の調整がなされてい

ることを示している。このように両者のあいだで行われた意見を調整するような会話のデザインは、日本語の言語的な特徴が反映されている可能性も否定できない(Mori, 1999; 中村, 2011)。つまり、相互行為的なアカウントビリティが達成されるリソースとして、日本語の特徴的な側面が利用されていたのではないだろうか。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計2件)

川島理恵「救急医療における意思決定過程の会話分析：インフォームド・コンセント運用の1例として」社会学評論 256号 64巻4号 2014 査読あり

Matthew Burdelski, Michie Kawashima and Keiichi Yamazaki, Storytelling in Guided Tours: Practices, engagement and identity at a Japanese American museum, Narrative Inquiry, 24:2 p324-346 2014 査読あり

[学会発表](計2件)

Michie Kawashima, Story telling in medical decision making, International Conference of Conversation Analysis, June 28, 2014, Los Angeles

Michie Kawashima, Building medical authority by considering family member's reaction, National Communication Association, Nov. 21, 2014, Chicago

[図書](計1件)

川島理恵「会話分析からわかる医療現場」p.91-118 『岩波講座 コミュニケーションの認知科学 第5巻 自立と支援』安西 祐一郎, 今井 むつみ, 入来 篤史, 梅田 聡, 片山 容一, 亀田 達也, 開 一夫, 山岸 俊男編 岩波書店 2014

6. 研究組織

(1)研究代表者

川島理恵 (Kawashima, Michie)

関西外国語大学・短期大学部・講師

研究者番号：00706822