

[医療コミュニケーション研究セミナー]

医療のエスノメソドロジー研究の現状と課題

———徳島大学大学院医学研究科特別講義———

藤 守 義 光
寺 嶋 吉 保
玉 置 俊 晃
森 口 博 基
相 野 田 紀 子
檜 田 美 雄

《特別講義の諸データ》

日 時……………2003 年 8 月 1 日（金）午後 6 時半～8 時
会 場……………徳島大学青藍会館・大会議室
司 会 者……………檜田美雄（徳島大学総合科学部）
講 演 講 師……………藤守義光（工学院大学）
コメンテーター講師……………寺嶋吉保（徳島大学医学部）
主 催……………『医学教育のエスノメソドロジー』（学際組織）
後 援……………『徳島大学医療教育統合支援センター』
『徳島県医師会』
『徳島大学ボランティア・市民活動支援室』

【序文:掲載に至るいきさつと当日の様子】

ここに掲載するのは、平成15年8月1日に、文科省科学研究費補助金⁽¹⁾によって組織された学際組織「医学教育のエスノメソドロロジー」によって主催され、上記の諸団体によって後援されたセミナーの全記録（質疑応答を含む）である。本セミナーは、徳島大学大学院医学研究科の特別講義に指定され、大学院生を含む20名強の聴衆を会場に迎えて行われた。日本ではそもそも医療社会学従事者が少なく、かつ、医療のエスノメソドロロジー研究従事者は、より少ないため（全国で10人弱か？）、医療のエスノメソドロロジー研究が紹介される機会はまれである。この貴重な機会を広く活用するために、今回のセミナーは企画当初から、以下の3つの手段によって公開されるべく準備された。第一に、本稿によって、活字化される形で各研究機関向けに公開される。第二に、科学研究費報告書に掲載されることによって、関連した分野の個人研究者に頒布される（頒布予定日未定）。第三に、WWWサイト上で、動画像として公開されることによって、このテーマに関心をもつ一般の全てのひとに公開される（サイトアドレスは、

<http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/> である。公開日は未定。なお、動画像には、文字テロップを付帯させる予定であり、聴覚障害のある方にも容易にアクセスできるデータになると思われる。)⁽²⁾

本稿の作成は、この3つの公開方法のうちの最初の方法として実践されている。なお、4台のビデオカメラ（内2台はデジタルビデオカメラ2台、残り2台はHI8ビデオカメラ）による撮影は、西寄亜希、西下文恵、師橋奈

(1)正確には以下のとおり。平成15年度～17年度。基盤研究(B) (2)、研究課題名: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—、課題番号:15330100-00、研究代表者:樫田美雄（徳島大学総合科学部）。

(2)文字テロップづくりには、ダイキン工業社製の文字起こし支援ソフト

「mospy」を用いた。現在我々はこのソフトを用いての作業・研究ノウハウを蓄積しつつあり、近日中に公開する予定で準備を進めている。

見、四宮亜紀（以上、徳島大学総合科学部学部学生）および、長本敦子（本科学研究費プロジェクト事務スタッフ）の各氏によってなされた。また、撮影データを見ながらの文字起こし作業は、そのすべてが長本敦子氏によって実施された。会場の整備等に関しては、阿部智恵子氏（国際医療福祉大学）、久喜はるみ氏（神戸大学）の助力を得た。記して感謝する。

セミナーの準備は、2003年5月からなされ、3ヶ月間の準備期間の間に、企画打ち合わせ、チラシ作り等を行った。企画の目的は、①医療のエスノメソドロジーに関する基礎知識を得ることと、②医療のエスノメソドロジーによる実際のデータの分析を呈示し、フロアと討論すること、の2つであったが、少なくとも前者に関しては、達成したといえるのではないだろうか。

文中の「小見出し」は、講演部分は、講演者の藤守氏が単独でつけたものであり、質疑応答・討論部分は、藤守氏と樫田が協力して、付加したものである。

また、掲載されている画像の選択・加工は、樫田がおこなった。文字起こしは基本的には、当日の発話にしたがっているが、意味が通りにくい部分に関しては、発言内容を一部変更している（[]で括っている場合もない場合もある）。WWW サイト掲載のビデオとはその点で異同があるので注意してほしい。

目次】

1. セミナーの趣旨説明と講師の紹介	
1-1 セミナーの趣旨説明	5
1-2 講師の紹介	5
2. 講演：「医療のエスノメソドロジー研究の現状と課題」	
2-1 エスノメソドロジーとは何か	6
2-2 「なぜ (why) 」ではなく「どのように (how) 」	8
2-3 外から概念を持ち込まない	8
2-4 価値判断をしない	9
2-5 日常的な活動を可能たらしめるもの	10
2-6 エスノメソドロジーの医療研究：	
DPI 研究とエスノグラフィー	12
2-7 DPI 研究	14
2-8 リチャード・フランケル『患者が質問するとき』	16
2-9 ダグ・メイナード『パースペクティブ ・デスプレイ・シリーズ』	17
2-10 医療現場のエスノグラフィ	19
2-11 相互行為による「成」としての救急医療	20
2-12 トレーニングとしてのカンファレンス	23
2-13 医学教育への貢献の可能性	25
3. コメントとその応答：医学教育従事者の立場からの	
コメントを受けて	29
〔エスノメソドロジーとマニュアル〕	31
4. 質疑応答：フロアーからの意見を受けて	35
〔パターンを発見すること、評価〕	35
参考文献	46
講演者・コメンテーター・発言者・司会者の所属	47

【講演部分】

1. セミナーの趣旨説明と講師の紹介

1-1 セミナーの趣旨説明

樫田：お手元に配布されたチラシに書いてあります通り、「徳島大学大学院医学研究科特別講義医療コミュニケーション研究セミナー」をはじめさせていただきます。本日の講演題目は、既に液晶プロジェクターで写っています通り、「医療のエスノメソドロジー研究の現状と課題」です。

講師は、工学院大学藤守義光先生です。時間は講演で45分を予定しております。その後、質疑応答にはいるのですが、質疑応答の冒頭、コメンテーターとして、徳島大学の寺嶋吉保先生にコメントをいただいて、立ち上げの部分をやっていきたいと思います。

すでに大学院の方はご存じのように、大学院医学研究科特別講義としては終了時に玉置先生のサインをいただいてお帰りになっていただければ、単位につながるということです。お忘れないようにお願いします。

1-2 講師の紹介

講師の紹介をいたします。藤守先生は、社会学、とりわけその中でも医療に関するエスノメソドロジーの領域を専門に研究していらっしゃいます。文献は、チラシの裏を見ていただきますと、最近の研究がいくつか載っておりまして、日本語のものが、ビジュアルオリエンテーションの実践的マネジメント、その他諸々のものがあるということで、必要でしたら、私の方に言っていただけたら、研究室にあるものはコピーして提供させていただきます。そういう研究テーマで、今回専門のご発表を頂くわけですが、今回徳島大学のスタッフを中心として、文科省科学研究費を頂いて「医学教育のエスノメソドロジー」というのがプロジェクトとして動いておりまして、その医学教育のエスノメソドロジーの研究会のメンバーとして来て頂いております。

科研企画に関して、エスノメソドロジーと医学教育のつながりを、概要

説明していただくという必要に対応して頂く意味がありますので、藤守先生自身のご研究のご発表というよりは、エスノメソドロジーが医療や医学教育に関してどのような研究をしてきたか。それについて、評価も含めて、藤守先生のご見解を發表いただくという企画になっております。そういうことですので、社会学のご専門でない方、エスノメソドロジーがご専門でない方にも分かるように發表してくださいとお願いをしていますから、あの、わからないというようなことがありましたら、手をあげていただければ質問の時間で応えて頂こうと思っております。私が長く説明するより藤守先生にしゃべっていただいた方が良いと思いますので、よろしくお願いします。

2. 講演：「医療のエスノメソドロジー研究の現状と課題」

2-1 エスノメソドロジーとは何か

藤守：こんばんは。このような形でお招き頂きましたことを心からお礼申し上げます。檜田先生を始め寺嶋先生、ありがとうございました。どこまでできるかわかりませんが、一応、檜田先生からご依頼があったときには、こういう風な題にしてみたのですが、社会学に関してあまりご存じない方に、エスノメソドロジーの話をするのは非常に難題で、それが私たちに求められるひとつの課題でもあるわけですが、どこまで出来るかわかりません。それでなるべく、皆さんにわかりやすい例を用いて、しかも煩雑にならないような形で、お話が出来れば良いなと思います。あまりたくさん例を引くことは時間の都合上出来ませんので、3つ4つ、エスノメソドロジーと呼ばれるアプローチが行っている医療研究の例を示した上で、具体的にどのような研究が行われているのか、そして問題点は何か、と言うことを皆さんに把握していただけたらいいのではないかなというふうに思っております。

まず、エスノメソドロジーがなんぞやという話をしたいと思うんですが。エスノメソドロジーというのは、基本的には、エスノ：人々の、メソッド：方法、というような意味です。エスノメソドロジーは、社会の成員、成員というのはつまり社会の中に存在する私たち一人一人ということですが、成員

がどのようなやり方で、さまざまな活動をなし遂げるのかを探求する。もうちょっと簡単に説明しますと、私たちが日常的に、あるいは特定の制度や組織の中で、例えば、学生として、夫として、親として、教師として、振る舞う、いろいろな活動をするわけです。それらの活動が、具体的に「どのように」遂行されているのか、という点に関心があるわけです。ですから、たとえば、教師が教師としての仕事を果たしていくこと、母親が母親であるということ、あるいは、もっと卑近で日常的な例を挙げれば、私たちが、歩行者として道を歩くということ。あるいは、店にいて、お客として買い物をするということ。そういうことを私たちは何気なく、ごく自然にやっています。ところが、わたしたちのそのような日常的な活動は、実は非常に緻密に組織化され、ある秩序をもった活動なのだ、ということをエスノメソドロジーは「発見」したのです。いま「発見」したと申し上げましたが、それはエスノメソドロジーが見つけたわけではなくて、後でまたお話ししますが、私たちは実際に自分たちの行っている様々な活動の緻密さ、秩序だった様子に気づいていない、あるいは「関心がない」わけです。そのように私たちが実際に行っているけれども、気づいていない我々の活動の成り立ち方のようなものを、エスノメソドロジーは細部にわたって「記述」しようとするわけです。

例えば、会話分析という手法で分析された研究の中で、電話の切り方、人が電話を切るときに、どのようなやり方で切るか、つまり電話での会話を終了させるか、という点に焦点を当てたというものがあります。皆さんも実際にご自分で電話をかけているときのことを考えていただければいいんですけども、用件が済んでいきなりガチャッと切ると、もう二度と話をしてもらえないですね。（笑）ですから、通常電話での会話のおしまいの方では、これから切りますよ、お話しを終わりにしますよ、っていうことを、電話で話している二人の人が、いわば協力して、終わりへとお互いを導いていくわけです。そのいわば「手続き」がどういうふうになっているかっていう点に注目したわけです。

2-2 「なぜ(why)」ではなく「どのように(how)」

その時大事なことは、「なぜ(why)」人はそのようにやるのかではなくて、「どのように(how)」やるのか、という問いです。procedural explanation という風に呼んだりいたしますけれども、私たちが注目するのは、人々の踏む手続きなんです。どういうふうな手順をふんでやるのか。そしてさらに、その手順というのは、一人の人がやるのでは無くって、複数の人が、ひとつの共同作業としてなし遂げる。その際にどのような知識が共有されているのか、そのような知識をもとのどのような判断がなされるのか、などという事柄を、細かく観察し記述しようとしています。

エスノメソドロジーとは？

- ethno=人々 method=方法
- 社会の成員がどのようなやり方で、様々な活動を成し遂げるのかを探求する
- WhyではなくHow
- 既存の理論や概念を持ち込み、それを道具立てとして対象を分析しない
- 価値判断をしない

Harold Garfinkel

“Ethnomethodological studies analyze everyday activities as members’ methods for making those same activities visibly-rational-and-reportable-for-all-practical-purposes, i.e., “accountable,” as organizations of common place everyday activities.” (Garfinkel 1967)

〈スライドの提示：エスノメソドロジーの概要・ガーフィンの理論〉

2-3 外から概念を持ち込まない

もう一点エスノメソドロジーにとって重要なことは、既存の理論や概念を持ち込んで、それを分析の道具立てとしないということです。さまざまな社会学的、心理学的な理論的概念、そういうものをフィールドに持ち込んで、そのような理論的概念を持って、現象を「料理する」ことをしません。またあらかじめ作業仮説のようなものをたてておいて、現場に行くこともありません。私たちがむしろ目指しているのは、その場において実際に行われ、作業し、活動している人たちが、どのような知識を持ち、どのように現実を

把握し、そしてそのような事柄をもとに実際になすべきことを遂行していくのか、という点に興味があります。社会学者が持っている概念ではなくて、実際に現場にいる人たちが持っている知識や、活動する際に用いている実践的な概念とは、あるいは活動を可能たらしめる知識や概念とはどのようなものかを明らかにしたい、と考えるわけです。非常に簡単に言い切ってしまうと、その活動や作業をしている人たちがどのようにものを見ているのか、どのように考えて、あるいは考えずに無意識のうちに、一つの活動を成し遂げるのかを、その参加者の視点から再構成しようと試みています。

2-4 価値判断をしない

最後にエスノメソドロジーにとって一番大事なことは、価値判断をしないということです。社会学者は時として非常に現実に批判的になります。ソーシャルポリシー、社会政策論という社会科学の一分野がありますけれども、特定の政策、たとえば医療政策について、いいとか悪いとか、価値判断するということしますけれども、私たちは、端的に価値判断をしません。私たちがしたいのは実際に起こっている、日常生活のただ中で起こっている事柄が、どうやって起きているのか。それを成し遂げるためにどういう資源（リソース）を人々が持っているのか、どういう手続きを持っているのか。どういう筋道を立てて人々は考えてそれをやっているのか、勿論筋道を立てていくときに、私たちは考えながらそれをやっているのではなくて、無意識のうちに自然にやり遂げる。普通私たちはそういうことを考えないで生活しています。しかしながら、エスノメソドロジストたちが気づいていることは、そういう考えないでやっているということが、実に、複雑に、しかも系統立って、論理だっている。論理だっているというのは、筋道が立っている、つじつまが合っている、という点にあります。

2-5 日常的な活動を可能たらしめるもの³

成員が、成員というのは私たち1人ひとりのことですが、成員が持っている方法というところに注目するときに大事なことは、私たち1人ひとりが、どのようにして活動を行うのか。繰り返して言います。その場その場で、どういう風な論理立て、筋道を持ってやっているのか。そして日常的な現象が、日常的に起こるということはどういうことなのか、あるいは日常的なことが、日常的に起こらないということはどういうことなのか、そういう点があるがままに、細かい細部まで逃さずに観察し記述する、再構成する、というのがエスノメソドロロジーの立場です。

例えば、エスノメソドロロジー研究者が学生によく宿題としてやらせる実験に、次のようなものがあります。友達に電話をかけます。電話をかけて、ある時点で、突然黙るわけです、相手の話にいっさい反応するのをやめる。どれだけ黙っているか、黙っていると相手が気づくか、相手がどういう反応をするか、つまり、会話を電話で交わしている時、私たちが会話にくすぶっているものを、日常的な一つの価値、一つの機会として考えているんですが、それがだめだったときにどういうことが起こるのか、ということを観察させます。またこれはガーフィンケルというエスノメソドロロジーを始めたUCLAの研究者が実際に学生にやらせたことなのですが、学生にこう指示を出すわけです。「家に帰って、あなたは下宿人のように振る舞いなさい。」そうすると例えば、家に帰って自分の母親や父親に、「今日は皆さん、ご機嫌いかがですか、今日一日ご機嫌いかがでしたか？冷蔵庫にジュースがあるみたいですが、これをいただいてもよろしいでしょうか。」というようなことを学生が親に向かって言うのです。そしたら、皆さん、何が起こるか、想像できますよね。たいていの場合、最初は子供がふざけてると思っていますが、しまいには怒り出してしまいます。「母さんにそういう口をきくやつは出て行

³ ハロルド・ガーフィンケル「日常活動の基盤」西阪、北澤訳『日常性の解剖学』マルジュ社を参照。

け！」みたいな感じで。そういうことで日常生活というのが、突然破られることによって私たちのルーティンというものが、いかにスムーズに動いているか、また、日常の生活の中で私たちがやりとりをするときに、どのような期待や「約束事」が存在しているかということに、身をもって気づかされることになります。私たちの日常生活における様々な事柄が、どれだけ秩序だっているか、そしてそれをめぐるさまざまなリソース（資源）を、どれだけ利用してそういうスムーズな日常生活を「問題なく」送っているか、そういうことが明らかになります。これまでの社会学にとって、大事なことは、様々な作業などがなされる様子を、その作業の実質を観察することではありませんでした。しかし私たちは、医療の研究をやるときに医療政策だとか、医者 of 社会的地位の変遷だとかそういうものを研究するわけではなくって、実際に診療室に入っていく、実際に病棟に入っていく、実際に医局に入っていく、お医者さんたちが、看護師さんたちが、あるいは様々な医療関係者たちが、実際にどのように医療を、診療、治療を、しているのか、ということを中心に観察したいと思っています。そこで大事なことは私たちが、起こっていることを説明するのでは無くって、なにが起こっているかということ、彼らに、つまりやっている人たちのロジック、論理、論理立てというものをを使って解明していく、ということですね。英語で表すと、explanationではなく、explication、ちょっとうまい日本語がないんですが、解析っていうことじゃないかなって思うんですが、そのときに大事なことは、さっきちょっと申しましたけれども、見られているけれど気づかれていないこと、実際にはルーティーンになって、無意識のうちに進められる活動を、細かく見ていこうというわけです。例えばお医者さんが診療室にはいって患者を診る、日常的な診療の場面、それは、ルーティンなわけですね。朝病院にいったり着替えて、座って患者さんが来るのを待って、毎日患者さんを見ている。そういうルーティンがどのような形で行われているのか、見ていくわけです。そしてそれが、能力のあるメンバーならば誰でも可能である、医学領域の話をしなければならないので誰でも、というのは語弊があるかもしれませんが、基本的にお医者さんであれば誰でも毎日日常的に自分の職場に行って医師と

としての勤め、看護師としてのその勤めを果たさないといけない。果たすことが出来るわけです。果たすことが出来なければ仕事を辞めなければならないですね。そしてそこにはそのコミュニティ、職場、あるいはフィールドの中で、施行されている秩序、規則っていう、ここで私たちがいう、秩序とか規則というのは、社会での秩序、社会での規則ではなくって、むしろ私たちが、ルーティンとして毎日やっている事柄に関わる手続きと考えて頂いていいと思います。それを明らかにしたい、解明したいと考えているわけです。

(3)

2-6 エスノメソドロジーの医療研究：DPI 研究とエスノグラフィー

さて、それではエスノメソドロジーの医療研究というのがどういうものかということについてお話ししたいと思います。エスノメソドロジーのなかでは、大まかに2つの流れがあります。初期のころから行われていて、今も盛んなのが、患者と医者、あるいは医者と患者の相互行為研究、これをDPI (Doctor-Patient Interaction) 研究といっています。これは、会話分析、つまり実際に患者さんを医師が診察している場面をビデオやオーディオ・テ

ープにとって、そのやりとりを、トランスクリプトといいますけれども、トランスクリプトに書き起こして、それをもとに実際どういうことが起こっているのかっていうのを、研究します。最近、ビデオが簡単に取れるようになりましたので、ビデオを使って、音声だけではなくて身体の動き、視線の動き、あるいは、もっと言えば、お医者さんや看護師さんたちが使っているさまざまな医療器具みたいなものがありますよね。あるいは、医療器具だけでなく、書くもの、ノートパソコンでもいいですし、コンピュータでもいいし、そういうものを、医療従事者の方たちはどう使っているのか、人と人、人と物がどのようにかわりあってひとつの診療をしているのかを観察します。ここで力点になっているのは「相互行為」ということです。つまり、それはひとりの人、お医者さんなら医者、患者なら患者さんだけがやっているわけではなく、その医療診療というものが、医者と患者が相互に協力しあって、助け合って、その診療場面を行っているっていうこと。その協力のしあいかた、協同のしあいかたはどういうものなのかっていうことを考えます。

もうひとつは、先程出てきたことですが、エスノグラフィー研究と呼ばれるものです。エスノグラフィーという言葉が聞かれたことがある方も多いのではないかと思いますし、最近そういうタイトルを付けたいろいろな社会学関係の本が増えてますが、参与観察と呼ばれる方法です。何かというと、わたしたち社会学者が、病院や病棟や医局のなかに入っていきまして、お医者さんを、患者さんを、看護師さんを、観察する。私たちが関わっておられる調査先の病院の先生は、私たちをスタッフの医師や看護師の方に紹介して下さる際に、「君たちは猿山のサルと同じで、この先生たちがキミらを観察するんや」と話をしてくださるんですが、ほんとに言葉は悪いですが、一口で言ってしまえばそういうことなんです。ただそこで生じるひとつの問題は、私たちは、医者ではありませんから、そこではおのずと、限界が生じます。わからない専門的なことがたくさん出て参ります。ですからエスノグラフィー研究にとって、非常に大切なことは、私たちがその現場で働いている医療関係者の人たちと、共同で研究をしていかなければいけないことなんですね。ですから僕らがそこに行って、協力をお願いします、というようなこと

を、繰り返し申し上げます。

2-7 DPI 研究

では最初に Doctor-Patient Interaction、患者と医者 of 相互行為研究の話をしていきたいと思います。これは、ビデオや音声データを用いて、実際に診療の場面を分析するわけです。その際に会話分析という手法を用いて分析します。先ほど申しましたように、会話分析、あるいはエスノメソドロジーというのは初期のときに、日常的な会話の構造というもの、あるいはそれをめぐる論理構造、というようなことを研究しておりました。それがひと段落したときに、日常的ではない会話、通常私たちは「制度的場面」と呼んでおりますけれども、例えば、教室とか、診療室とか、そういう様々な場面で起こっていることが、日常的な会話や行為とどういうふうに違うんだろうか、という疑問を持ち始めたんですね。そうことがもとに始まったわけですね。つねに初期の研究から今まで、制度的な場面、つまりここで言いますと、医療というもののの中で起こっている相互行為と、私たちが日常的にしているものに、どういう違いがあるのか、どういう共通点があるんだろうか、という基本的な興味から始まったんです。そこでどういうふうな資源が働いて、その中でその活動を可能にしているのか、というような話です。そういう研究の中で、2つのことが注目されました。一つは「非対称性」、短絡的に申し上げれば、「権力構造」みたいなものです。医療の現場を考えて頂ければわかるように、持たざるものと持つものとが存在します。つまり、医療的な場面で圧倒的に医療に関する知識を持っているのは医療従事者です。つまり患者というのは、自分の身体の不具合、自分の身体の問題をもって医者の方に行くわけですが、残念なことに、自分の身体に対する知識を持ちえておりません。勿論どこか痛いとか、出血したとか、吐血したとか、切ったとかそういうことはいえますけれど、それが何を意味するのかということを知らないケースが多いわけですね。ところが医者っていうのは、知識を、医療的な知識を持っているんですね。したがって多くの研究家は、この、医師と患者が持っている、非対称性、非対称性っていうのは、ええ、難しいですね、

知識の偏在とでもいいでしょうか、あるいはこれにもっと付け加えるならば、ここに生じてくる権力、権力っていう言葉は非常に使い方が難しいんですけども、権力という問題に注目したわけです。

先にエスノメソドロジストは価値判断をしないと申し上げましたけれども、エスノメソドロジーのなかにもそういうポリシーを持たない人たちが、つまりここで医者を持つ、つまり医療知識というものを根拠とした権力を持つ医者が、患者というものをその診療の場面でコントロールしているというような批判的議論をするわけです。しかしながら大事なことは、そういう研究もありますけれど、むしろそういう研究が明らかにしたことは、診療というものがそういうふうな、一方的な医者から患者への質問、医者が質問して、患者が答える、あるいは医者が診断を下して患者が受け取る、っていうような一方的なことではなくて、たとえそういう基本構造があるにせよ、そこに一方通行ではなくて、医者が患者との相互行為の中で、そういうことが、生じているというわけです。で、それはしばしば医師主導のコミュニケーション、あるいは、これは主導と書いていますが、initiation、英語で言いますと doctor initiated communication/interaction といいますが、そういうことがひとつの医療、診療という制度画面のなかで起きてるわけです。たとえば、医師によって会話が中断される、患者の話が制限される、情報をコントロールしている、というようなことが言われます。日常的な相互行為の中ではそういうことは起こりません。これは会話分析が明らかにした事柄ですが、2人の人間が話しているときに、会話の順番が尊重される。例えば一人の人が話し終わったら次の人が話す、あるいは、他の人の順番の時に割って入らない、そういうようないくつかの規則的なものがありますけれども、そういうふうなミーチュアルといいましょうか、双方向的なもの、あるいは対照的な関係というものは存在しないわけです。しかしそれはなぜかというと、医療という特殊な環境。つまり、そこで医者は何らかの形で患者の問題を発見して、そこで診断を下し診療をなさなければならないわけですよね。そういういわば特殊な状況の中で相互行為が行われているという点に注目してきたわけです。

2-8 リチャード・フランケル『患者が質問するとき』⁴

ここで私は2つの会話分析の例をあげたいと思います。一つはリチャード・フランケルという、いま、アメリカのロチェスター大学で医学教育の分野にいる人で、もともと、私たちと似たような領域でやってました。この方が1990年に、『患者が質問する時』という論文を書いています。そこで彼が主張していることは、診療の場面では、通常の会話のとか順番取りシステムといったものが、モデルとなり得ない。診療の場面は私たちの日常の会話場面と違うわけですよ。通常皆さん考えていただければわかると思いますが、患者が医者への質問に答える。「どうしたんですか」「お腹が痛いんです」「いつからですか」「おとといからです」「どの辺がいたいんですか」「みぞおちのあたりです」そういうような感じですよ。それが、先程言ったように「特殊」な場面で起こるということなんです。そこでもう一つ、彼が発見したことは、患者主導の会話や発言が好まれない。この「好まれない」という、上手い表現が浮かばないんですが、dispreferred という言い方をしています。どちらかというとお医者さんが主導権を握る。フランケルは、医療を医師主導の患者のコントロールみたいな形で、批判的に描いています。ただ、ここで、彼らが、『患者が質問する時』という論文の中で気づいた、非常に面白いことは、医療の場面は、私たちの通常のやりとりと違うんということです。しかも患者主導の質問とか会話が、どちらかというとお医者さんが好まれない。いろんな質問のされ方を、4つに彼は分類していて、どういう時に患者が質問できるのか。細かいところは、時間の都合上申し上げられません。どれもすべて患者が質問する前に、お医者さんが何らかの行為をした後で初めて患者が質問をするっていうようなパターンを、彼は豊富なデータの中から提示しています。

⁴ Richard Frankel (1989) Talking in interviews: A dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. In G. Psathas ed. *Interaction competence* (pp. 231-262) New York: Irvington.

2-9 ダグ・メイナード『パースペクティブ・ディスプレイ・シリーズ』⁵

もうひとつは、メイナードっていう人の研究で、どのような形で、診断を伝えるのか、という話です。ここで彼は、「パースペクティブ・ディスプレイ・シリーズ」という言い方をしているんですが、ちょっとくちはばったいんですが、診断をするときに、ここで彼が使っているデータは、精神発達障害のお子さんとか、自閉症のお子さんの診断をするクリニックで、医師や心理学者が、どういうふうな形で、親に診断結果を伝えるのか。その時に彼が「パースペクティブ・ディスプレイ・シリーズ」と名付けた、そういうふうなやり方を使って、患者さんに結果を伝えていますよ、というようなことを言っている。どういうことなのかというと、診断を伝達する前に、相手の意見を述べる。つまりいきなり、あなたのこのお子さんは、障害がありますよ、と、ずばっと切りださない。それはなぜかというと、診断が1つの、お医者さんと家族と共有された一つの達成、達成という言葉を使いますが、共有されたものとならないからです。それは一方的に医師が相手に物を申し込んでいるのではなくて、お互いの、合意のもとにそういうことにたどり着きましたよ、ということをパースペクティブ・ディスプレイ・シリーズ、なかなかいい日本語訳がないんで、パースペクティブ、っていうのはものの見方っていうことですよ。物の見方を、提示するから、つまり、診断を伝えるときにどういうふうなやり方で、診断を伝えるか。パースペクティブ・ディスプレイには3つの段階があるとメイナードがいつてるんですよ。一つはパースペクティブ・ディスプレイをするように相手に、つまり親や家族が意見を言う。それに対して、医者は応答するわけですね。それに対してさらに患者さんの家族の方がなにか応答するわけですね。で、それに対して医者が、診断を下す。その3つの段階があります。そういうことをやることによって、

⁵ Douglas W. Maynard (2003) *Bad news, good news: conversational order in everyday talk and clinical settings*. Chicago: University of Chicago Press. の42頁をみよ。なお、本書は榎田美雄・岡田光弘による抄訳『医療現場の会話分析』が2004年春に勁草書房より刊行された。

ということがわかるのかということ、ということがその子の問題になっているのかということが明確化される。つまり、医者が一方的話しをするのではなく、相手に、お宅のお子さん、問題があるというんですが、日常的にどういう問題があるんですかって、いうふうに話しをさせるわけです。実はこれこれこういうことがあるんです。あ、そうですね、それは私どもも見させて頂いて同じような結果が出ていまして、それは実はこういった傷害がありますよ、というような診断ですね。なにが問題になっていくかっていうことを、お互いが共有する。そこでまず、親に言わせるんです。その次にそれをするので、どうですか、と聞いて、親がそれにこれこれこういう問題があるんです、そうでしょ、そうなんですよね、っていうことで、3つ目の「こうなんですよね」という診断が、親にとってより適切になってくるわけですね。それによってその問題が、親御さんが日常的に、子供の日常的な問題として抱えている事柄が医療の問題、つまり、医学的な問題として理解し直すことができます。そうすることによって、医者じゃ、これはこういう医学的な問題だから、じゃあ、こういう治療が必要ですよ、というふうに論理的に言うことが可能ですよね。あるいはその問題にはそういう、ごめんなさい先取りしてしまいましたが、問題に対する専門的知識が、そういう問題があるんですか、実はお子さんにこういう傷害があるんですが、日常的に例えば、話しかけてもこっちを見ないっていうことが生じるんですよ、っていうことも言えるんです。あるいは過去にさかのぼって、問題を提示する。おたくのお子さんこういうふうなんです、こういうような問題を過去に抱えていたんですが、実はそれはこれこれこういう問題があったから、過去にさかのぼっていうんですよ。時として、親御さんが、全然子供の問題を問題としてとらえていない、っていうことがあります。そういう場合には、親と医者とは、異なる意見を収斂させることができるわけです。一方的に診断を下してしまったら、それに対する反発が起こる可能性があります。メイナードがひとつやっているケースは、いきなり発達障害だという診断を下してしまって、お母さんがパニックになってしまって、「うちの子は、うちの子は、頭なんかおかしくないんだ！」と、感情的に叫びだしてしまう例を示していま

したけれど、そういうような面を避けられるんですね。相手に問題を提示させることによって。

エスノメソドロジー研究の指し示していることは何かというと、ひとつには医者が、最後にもう一度繰り返しますけれど、私が申し上げるこういう問題っていうのはほとんど、お医者さんから看護師さんあるいは医療関係者にとって何ら新しいことではないということです。つまりこれは皆さんが日常的にやっておられることです。どのような手続きを経てやっているのかということ具体的に提示した、具体的な場面、実際の場面を使って具体的に提示したものはありません。こういう研究がそれを初めて提示したのです。ですから、これは後で、申し上げますけれども、ひとつの教育的効果を持っているかもしれません。

もうひとつは、その医療的な制度というものが、どういうふうな構造を持っているのか、ということ、実際の場面を使って、明らかにしたというのが、ひとつの大きな、貢献ではないのかと思います。今日は2つ例を提示できませんでしたが、**「視線」**というものがどういうふうに診療で使われているのか、つまり、視線というものはひとつのリソース、資源となって診療の始まり、あるいは患者さんがお医者さんに話しかける、タイミングみたいなものをはかる一つの大きな資源（リソース）となっている、というふうなことを示しているものもあります。

2-10 医療現場のエスノグラフィー

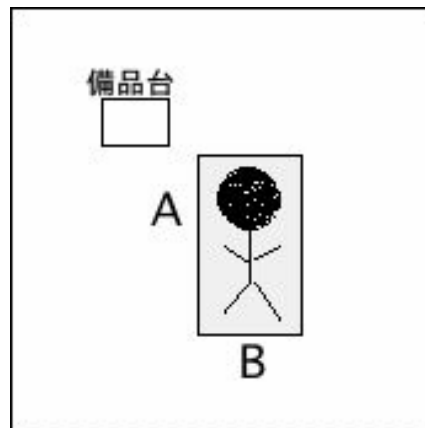
次にエスノグラフィー研究に話を移したいと思います。医療の場面とかいうものは、実在そこにいらっしゃる皆さんはよくご存じだと思いますが、人、道具、空間等が非常に複雑に絡み合って成立する、共働作業です。共に働くという意味の共働です。これはひとりでなされる作業ではありません。人間だけでなされる作業でもありません。そこにはさまざまな道具、空間的配置、そしてそれを支える知識が暗黙の了解の元にあります。一番いい例は、皆さんテレビのERという番組を、ご存じだと思いますけれども、あのERにはメディカルアドバイザーという方がいらっしゃいます。数年前にそのインタ

ビューがあったんですが、その人が何をするかというと、例えば、手術場面で医者になっている役者さんたちが、どういうふうに動いていったらいいかとかを書くわけです。ちょっと具体的な数字を忘れてしまったんですか、確か1分間の場面、1分間の身体の動きを説明するために、何か10ページくらいのスクリプトを書かなければならない。より本物らしく見せるために、一挙手一投足を細かく指示します。この人はこういうふうにしたときにこの人はこういうふうに手を差し出す。さらにやっかいなのは、一人じゃないので複数の人がそういう複雑な動きを、いわば行為の網の目をつくってやっていくわけです。皆さんが実際に手術室で、診療室でやっていることというのは、それだけ複雑で難しいことなんです。そういう空間構成の複雑さ、行為の複雑さのようなものは、エスノグラフィー研究ではなくって、そういうふうな具体的ドラマの制作過程をみたいなものでも示すこともできるわけです。

2-1-1 相互行為による「達成」としての救急医療⁶

もう一つエスノグラフィー研究が貢献していることは、単に、DPI、つまり医者と患者の場面というのは、基本的に会話に焦点を当てていましたけれども、もう少し、エコロジカルに、ここでエコロジカルという意味は、もうちょっと包括的に、つまり複数の人間と、道具、空間というようなものを考慮に入れるということです。しかも人と言っても医者だけではありません。医者、看護師、私たちは救急医療でフィードバックしてますけれども、救急隊の方たち、ご家族の方たち、事務の方たち、そういう多様な方たちがどういう形で現場を形成しているのか、ということを考察することが大事なわけです。その例として、まず、97年に高山さんという社会学の方と、行岡さん、行岡さんはお医者さんです。この2人が書かれた論文を紹介したいと思います。これは救急病棟の診療室の場面の分析です。先ほど紹介したDPI研究と

⁶高山啓子、行岡哲男：「道具と身体の空間的秩序—救急医療における身体参与の分析—」1997年山崎敬一、西阪仰編『語る身体・見る身体—（附論）ビデオデータの分析法』ハーベスト社。



〈スライドの提示：備品台と医者配置図〉

いうのはお医者さんと患者さんだけでしたけれども、これは医療従事者同士がどのような形で共同作業を行っているのかという話です。これは緊急の診療室です。備品台があって、患者さんがいて、上の四角が入り口です。ですから、ここから患者さんが入るわけですね。ここに酸素ボンベがありまして、

救急隊員が駆け込んできて、ここに患者さんが運ばれる訳です。この分析の中で注目してほしいのは、Aさんというお医者さんとBさんというお医者さんです。この備品台のところには、ライン確保するための道具が上がっていて、その上に清潔のサージカルグラブの袋が上がっています。なにが起きているかという、まず、最初にAさんが診察台のところで手袋をはめるのに滅菌消毒になっている2重のパッケージはがすわけですね。Bさんというお医者さんは、ここではさみを持っています。で、ハサミを持っているB医師に、A医師は、このときもう清潔の手袋をはめてるんですが、手を出して「はさみをくれ」というような動作をします。手をこういうふうに出すわけですね。ところが、Bさんはハサミを渡さずに、持ったまま移動してAさんの隣に行って、患者さんの着衣を切りはじめます。そしてそうするとAさんは、後ろを向いてパッケージをあけて、ライン確保の道具をあけて、ラインを入れる作業に取り組むわけですね。

この分析の中から何が言えるかってことですよね。ここにはAさんとBさんが持っている、暗黙の了解、その暗黙の了解をもとにしたひとつの活動というものがあります。つまりAさんは患者さんの頭のところにいます。これ

はラインをとる役割の人間が立つ場所です。さらにAさんが、パッケージを開けて手袋をした段階で、その行為は彼がライン確保をする人間であるということを目に提示してるわけです。それはだれが目から見ても明らかですよ。その人が手を差し出してハサミに触れる、手を差し出す。で、そこにもしBさんがハサミを渡してしまうとどういふことが起きますか。Aさんは清潔でなくなってしまうですよ。そうするともう1度新しい手袋をはめ直さなければいけません。Bさんは、ぐるっと回っていくわけですよ。それは一見ハサミを渡すというふうに見えますけれども、その時Aさんはすでに後ろを向いてライン用のパッケージを開け始めるわけです。つまりそれは、Bさんがはさみを直接手渡さずに、歩いて来ることでそれは暗黙のうちに、Aさんが清潔で、そしてライン確保をする人間だということを理解して自分が患者の着衣を切り始めるんだって言うことを提示している、ということが見て取れます。実際Aさんはそういうこと始めるわけですね。ここには、この場で患者さんが運ばれてきて、しなければいけないこと、そのしなければいけないことを巡ってどういふふうな道具立てが必要か、その道具立てをしたときにどういふ作業がなされなければいけないのかということ、この二人は何の会話も交わさず、無言でおこなっているんです。そういうことをすることによって、この2人はある意味で自分たちが、全然話をしないで行っているんですよ。自分たちが、医師として「能力がある」という事実を、この能力というのは優秀ということとは違いますけれども、医師としてきちんとした作業を、認識し、かつ遂行することができる、医師であるってことを、お互いに提示しあい、認識しあっているってことを私たちは見て取ることができるのです。その背後に彼らが持つてくる知識と、彼らの医師としての能力、能力というのはその当該する作業を遂行できるっていうことです。ですからここで私たちが考えてみたいことは、私たちメンバーは1つの活動を達成させるために必要とされていることがら、どういふ作業が必要とされているか、どういふ道具立てが必要で、それはどういふふうな順番立てで行われなければいけないのか、というふうなこと、あるいは空間の配置でそれがどういふふうな時に可能になるのかということ、この例のように瞬時に

理解して言葉を交わしあわずに出来るようにすることができるわけですね。そのような理解、お互いの理解、今、2人が交わしたような相互理解は、作業を始める前にどこか外側にあるのではなくて、この2人が作業して実際に1人がラインを確保して、もうひとりが患者さんの着衣を切るということをして成し遂げることによって、私たちの側に理解が可能になり、そういうものの存在というものも承認することができるのです。そういう形で参与者、つまり、ここにいるお医者さんたちは、お互いをモニターしつつ、次に何がなされなければならないかということを考えて、行っている。しかもそれは、いわゆる「考えて」やっていないわけです。特に救急の医療の場合、考えられると困るんですね。ですから、ナイキのコマーシャルじゃないんですけど、考えず、just do it、やるってことをお医者さんはとりあえずトレーニングされるわけです、こういう状況で。そういう事柄が実は、暗黙のうちに、言葉を交わし合わなくても済むってことが、パースペクティブ・デスプレイではないかと思います。

2-12 トレーニングとしてのカンファレンス⁷

時間がなくなってきましたので、2つめは簡単に説明したいと思いますけれども、私たちは、カンファレンス、つまり毎朝行われている病棟でのカンファレンスというものをめぐって、その中でお医者さんたちが、どういう形でそのカンファレンスの中でトレーニングしているのか、つまり上級の医師

⁷ Nozomi Ikeya, Yoshimitsu Fujimori, and Mitsuhiro Okada (2000) *Medical conference as educational setting*. Paper presented at International Conference on Medical Interaction. University of Southern Denmark, Odensee, Denmark.

Nozomi Ikeya, Yoshimitsu Fujimori, and Mitsuhiro Okada Doctors' practical management of knowledge in the daily case conference. (with Nozomi Ikeya and Mitsuhiro Okada) D. Francis and S. Hester eds.

Orders of ordinary action: Respecifying sociological knowledge (In print) UK: Ashgate.

「ヴィジュアル・オリエンテーションの実践的マネジメント：「みること」の組織化の多様性」（池谷のぞみ、岡田光弘との共著）『テクノサイエンス研究の現在』日本認知科学会「教育環境のデザイン」研究分科会 2000年3月。

たちが若いお医者さんたちをトレーニングするのか、っていうことを考察しました。ここで大事なことは、症例を報告するということ。つまり、ケースを報告するということもひとつのトレーニングなんです。そしてそういうふうな問題を通して、学ばせるんですね。つまり、何かプレゼンテーションをして、問題があがった場合に、この問題を通して学ばせるということをしているということです。

たとえば、こういう話です。尿崩症の患者さんがやってきて、その話をしているんですが、お医者さんは、中枢性尿崩症か心因性なのかという判断をするわけですが、ここの医局では基本的に経験のない若い医者、特にローテーターの人が報告します。ですから、全然救急医療の経験がないわけです、このかたは皮膚科からきたお医者さんですね。救急に来たばかりです。それでピトレシンを投与したら尿浸透圧が上がったので、中枢性尿崩症だという診断をするんですね。それに対して、報告を受けている指導する立場にある先生は、それは違うというふうにあたまから言わない。で、何をするかというと、心因性でもピトレシンをやれば浸透圧が上がるわけですね。だいたい、ピトレシンを打ったら上がる、それはどうなのという質問するわけです、つまり、いきなり、おまえの言ってることはおかしいよ、という提示ではなくて、あなたが言ってるのと逆のケースでも同じことが起こりますよ、それはどう考えますか、というような提示の仕方をしているんですね。

もう一つはですね、報告のフォーマットを巡る問題です。これは同じ尿崩症の患者さんだと思いますけれども、報告が終わったあとに報告を受け得ている上級医の先生がいきなり「25 日ゆうたら土曜日？」という質問をします。さらに「なにできたの？」と質問しています。つまりここでは、いつ来院して、主訴が何だったのかという、救急にとって大事な情報が抜けている、という指摘です。これは単にフォーマットに関する問題ではなく、筋道の通った報告ができるっていうことは、その人が、そのお医者さんがつまり、患者さんをひとつの症例として見ることができる能力があることと、非常に深く関わっているってことを、ここで見て取ることができるんじゃないかと思います。だからつまり、ここで救急医としての competence、能力っていうもの

は、ある意味でいえば、きちっとした報告がなされる、患者さんの状態というものをひとつの時系列をもったパースペクティブの中につなげて、その患者さんの個人的な知識を持っていない上級医の先生にわかる形で提示することができるっていうのが、救急医能力と深くかかわっているということが見て取れるわけです。いつ頃、どういう主訴で来院した患者に対して、どのような処置を施し、それがどのような経過をたどって、今後どのような治療を考えているのか、ということを、一つの時系列を伴ったストーリーとして語り得る、ということが医師としての経験や能力と深く関わってくるということが、わかってきます。往々にして、経験のない、若い先生ほど、何をやるかということ、何でもいいから自分の持っていた検査の結果を、ずらずらっと並べるわけです。それで何が起こるかということ、先生に「お前何を言ってるかわからない」という話になってしまいますね。つまり、あるデータ、自分の手元にあるデータを提示していくのです、でもそのデータを使って、ひとりの患者の、症例という、像を、組み立てることができない。これは後ほどの見るということとかかわってくるんですが、ひとつの患者さんのさまざまなデータを使って、その患者さんを症例として見るということに、つながっていくだけですね。その見るということの具体的なことなんですが、その話は時間がないので割愛させていただきます。

トレーニングの話も出てまいりますけど、時間の都合上簡単にしますが、ここで何が起こってるかということ、先程の尿崩症の話ですが、どうしてあなたのケースが、つじつまがあわないのかっていうことを、教授がその先生に説得しようとしてるわけですね。そのときに彼が何を言ってるかということ、まず最初に、教科書的知識を提示するわけです。つまり、心因性のものと中枢性のものとは尿崩症がどういうふうに違うのか。ということをまず教科書的に提示した上で、それに併置する形でこの患者さんの実際のケースを併置してみせるわけです。心因性の場合は、尿が異常に大量に出て、低張尿が大量にでてきてかつあれや、血清浸透圧が低下してと、こういうふうになりますよね。むしろこのひとはっていうふうになる、じゃあ、二人で確認をするわけです。教科書的知識はこうだよね、が、ここんところを見てみましょ

う。どうですか、あなたの言ったことと矛盾しませんか。そういうふうなひとつのトレーニングのやり方というのが、出てくるかなと思うんです。

2-13 医学教育への貢献の可能性

最後に、ごく簡単に医学教育への応用が可能かということで話をしたいと思います。エスノメソドロジーの研究が、示せることは何なのかというと、フィールドによる、フィールドっていうのはつまり、診療場面、病棟、医局、医者あるいは医者でなくてもかまわないんです、医療従事者がそのフィールドにおいて、能力がある、つまり医師が普通に一人前の医師をすることっていうのはどういうことなのか、っていうことを、様々な診療場面とかを細かに観察することによって提示することができます。それは、何か道徳的な要求や、あるべき理想の医師の姿ではなく、現実の診療場面、現実の報告の場面、現実の手術の場면을、提示することによって、経験ある医師が、あるいは、優れていると言われている医師が、実際にどのように患者に接し、判断を下し、あるいは診療をするのか、ということを具体的なケースにそって、細かくそのやりとり、作業、論理の展開をおっていくわけです。

そしてそれは、ある診療が、問題ある診療と見なされるのか、優れた診療とみなされるのか、を提示するときには有用ですね。あるいは経験のない医師のやり方の何が問題なのか、医師が医師として仕事をする、ということが、実際にはどういうことなのかということを、具体的なケース、頭で考えられる教科書的なケースではなく、具体的なケースを提示することによって示すことが出来るのではないかと思います。医者のコミュニティーの中で、医療従事者のコミュニティの中で、医師であること、看護師であること、医療従事者であるということがどういうことなのかという暗黙の共有理解があると思うんですね。その中にどういうものをお互いが、暗黙のうちに共有しているのか、していなければいけないのかっていうことが、誰にでも見てとることができるわけです。行っているが気づかれていないことを思い起こさせる。先ほども申しましたように、私たちが提示することのできる研究というのは、ほとんどお医者さんや医療従事者の人たちにとっては、何ら新しいこ

とではないのです。ただそれは繰り返しますように、むしろ皆さんが普段気づいていない手続き的なもの、その背景的な知識、あるいはコーディネーション、体や知識やお互いの作業のコーディネーションというものもあると思います。なにがその場面で求められているのか。どのような資源を、どのような知識を、どのようなお互いの共通理解をもってすればそういう作業が可能になるかっていうことが明らかになります。そして繰り返しになりますが、それは皆さんがごく無意識に、自然に、毎日のルーティーンとしてやっておられることなのです。

最後に申し上げたいことは、エスノメソドロジーの研究がある程度示していたことは何かというと、日常の論理と、医療の世界というのは私たちの日常の世界と全くかけ離れた、世界ではないということです。これは医療だけでなく科学に関する研究も同じようなことを指摘していますけれども、つまり私たちは科学者の行う研究を考えると、私たちの日常生活とは全然かけ離れた隔絶された、科学的世界のようなものを考えがちですけれども、実際彼らが実験室で、研究室でやっていること観察するときに、私たちと同じような推論、論理的組み立て、あるいは期待というようなものを持っている、ということが当然わかるわけですね。同じことがERについても言えるんです。もちろん先程のフランケルの研究が示すように、医療に特化した、あるいは医療の制度にしか起こり得ないような状況はありますし、そういうふうな事柄もあります。しかしながら根本的に、医療も当然、私たちの日常的な論理立て、日常的な推論を共有しているわけですね。そういうものを差し示し得たんではないかといいます。ですから、私たちがエスノメソドロジー研究を用いることによって、ある程度もし医療研究になにか貢献することがあるとするならば、そういうふうな形でわたしたちの日常というものがどういうふうに医療とつながっているのか、ということをもう1度、若い医学生達に考えていただくときのヒントを与えることが可能かと思います。

時として私たちは、マニュアルライズされたものに、頼りがちです。しかしマニュアルが示すことは、何かをすることだけですね。この時にこうする、このときにはこうする。ただし、私たちが現実の場面に出合うときには、こ

うすることによって何か反応が返ってきます。つまり、コミュニケーション、相互交流が大事なんですよね。ですからそういうマニュアルに頼るときに、私たちは立ち止まってしまわなければならないという現状に、しばしばぶつかるのです。エスノメソドロジーの様々な、特にエスノグラフィーを使った研究で、実際の例を解析して提示することによって、私たちが気づくことは、そういうような細部に、私たちの目を向けることができるということです。そして実際に皆さんが、やっていることがら、やっているんだけど気づいていない事柄の手続きというものを明らかにすること、が出来るんじゃないかと思います。それはたとえば、もっと踏み込んで、優れたというふうに言われているお医者さんも、診療や、治療や、様々の指示というものが、どういうふうな形で成り立っているのか。そして非常に下手でまずいといわれている医学生の実行というものがどういうふうな形でやっているのか。どうして「まずい」のか。それは例えばベテランの医師の実行とどう違うのか、それを比較するという事も可能かと思います。

私たちが見たある場面で、こういうのがあります。看護師さんたちの朝の引き継ぎの場面です。深夜勤務の看護師さんが、日勤の看護師さんに引き継ぎをしています。そうすると1年生の看護師さんは、本当に読めないような字で1字1句引き継ぎの内容を全部ノートに書き留めています。ところがベテランの主任級の看護師さんたちはほとんど何も書き留めません。書き取っても、1人の患者さんについて、2つか3つです。つまりそれだけ彼女たちは何を見ればいいのかということ、自分達の作業にとって何が重要で何を見ればよいかということを知ってるわけです。でも、それをある意味で伝えることができない。そういうギャップをもしかして私たちは埋めることができるかもしれない。あるいは、なかなか先ほど申し上げましたように、1つの患者のケースを、症例として見れないという場合、どこに目を配ればいいのかということを、ベテランのお医者さんの診療の場面、あるいは患者さんとのやりとりの場面、さまざまな場面を見ることで、もしかすると提示することが出来るかもしれないというようなことがあると思います。時間を超過してしまいましたので、この辺でひとまず終わりにしたいと思います。

3. コメントとその応答：

医学教育従事者の立場からのコメントを受けて

檜田：ありがとうございました。最後に医学教育の話をしてくださったので、討論をなるべくそちらの話に進めていきたいのですが、何より、言っていた言葉がわからないということがあると、うまく進みませんので、始め、寺嶋先生にコメントを頂く前に、よくわからなかった言葉などを言っていただいて、それについて藤守先生に解説してもらおうと全体としてうまくまとまるかと思うのですが。どなたでも結構です。マイクがありますのでお使い下さい。いらっしゃいませんか。じゃあ、その時間はあとで必ずとりますので、さきに寺嶋先生から、コメントを頂きます。

(4)

寺嶋：僕はまだ、文字を見ながらでないとうまく発音出来ないんですけど、エスノメソドロジーというのが、どういう意味があるのかっていうのが最初よくわからないまま、檜田先生らと共同研究というか、単に僕らはフィールドを提供しただけわけです。

そういった中で、今私が多少期待しているのは、最後に藤守先生が提示したように、我々が暗黙の了解の中でやっている事が、例えば研修医を指導するときに、普通の研修医であればそんなにいちいち指示しなくても、その場のなかで必要なことを察知して動けるようになります。しかし、動けるようになっていかない人もいて、その人たちに、何を伝えたら良いのかが、僕らがわからないわけです。どうやってホームランを打っていいのか、教えてもらっていないのにホームランが打てる野球選手、まあ、長嶋みたいなひとがいます。かなり難易度が高い手技も当たり前です。簡単にできる医師がいます。たとえば、難なく前胸部(鎖骨下)から心臓の手前までに管を入れる中心静注ライン留置ができる医師もいる訳です。20年以上前の僕の研修医時代の話ですが、僕は中心静注ラインの手技は最初なかなか飲み込めなかったもので、針を刺しても刺しても血管に当たりませんでした。肺に当たると怖いから、ぶすっと深く刺せなかったのです。最初の20回ぐらいは、肺も刺さなかったが、血管にも当たらなかったと思います。先輩に替わってもらって、漸く点滴が入るということを繰り返す中で、自分ができるようになっていく過程を、かなり意識して観てきました。そういう意味では若い人に、こういうポイントがあるよと、自分で気がついた何点かは伝えられるのです。当時、上手な先輩を見つけると、わざわざ「先生入れる時に是非見させてください」と頼んでおいて、手技を見学に行きました。ある先輩は何が上手なので簡単に入るのか、こっちは違いがわからないし、向こうも何故ボクができないのかアドバイスできないんです。そういうタイプの医師と、アドバイスができる医師がいるんです。

つまり、医学教育に関していうと、われわれ医師が暗黙のうちに、当たり前すぎて伝えられない場面、そういうことをひょっとしたら、エスノメソドロジーの手法で解明していただいて、そのキーポイントを、伝達可能な形にしていただける可能性があるのではと期待をしています。

われわれは教育のプロではないので、「なぜこいつ、できんのや」と言っても、「ここをこうしたができるから、もう1回やってみなさい。」ということはなかなか言えないのです。最近はその自分に気がついて少しずつ言えるようになりつつあるかと思うのですが、そういうようなことが、もう少し出来やすくなるような、ノウハウを提供していただけるのかなと、期待しています。

樫田：もし今のことに對してお答えがあればと思うのですけど。

藤守：私たちが、エスノグラフィーをやっている時出来ることというのは、実際にさきほどから申しますように、現場に行つて皆さんがやってらっしゃることを觀察して、その手続きを解明するということなんですね。寺嶋先生がおっしゃったように、それはもしかすると、そういう形で、1つの手続き、手技、診断、診療というものをなすのは、こういうふうなことなのかということ解明するということは、可能じゃないかなと思うし、あるいは先程、教育の専門家でないとおっしゃいましたけれど、そういう意味では私たちが提供できることは、皆さんがどういうことをやっているかということ、もう一度思い起こしていただく材料なわけですよ。もしエスノグラフィーを使って出てきた分析などというものが、教育的に効果がある、とするならば、それぞれがマニュアルとして機能するというのではなくて、それが教える側にとってはひとつの reminder（気づかせてくれるもの）、私たちにとって、データというのは、ひとつの何かが行われているという証拠ではなくて、私たちが実はこういうふうに物事をやっているんだということを気づかせてくれる道具なわけですよ。そういうものを提供できるのかもしれないと思います。

〔エスノメソドロジーとマニュアル〕

樫田：リマインダーになって、マニュアルにはならないっていう、その落差がどうなのかってことを解説していただけるかなってところが気になるんですけど。リマインダーになればマニュアルにもなりそうな気がするんですけど。

藤守：マニュアルになる可能性はあると思います。確かにマニュアルになると思いますよ。ただ、マニュアルになる可能性はあるんですが、それはなんでしょうかね。私がお答え出来るのは、マニュアルになる可能性はあるかもしれませんが、マニュアルというのは、このケースに存在する細部を捨象

して、一般化された手続、スタティック（静的）なものですよね。しかしながらエスノグラフィーのここのケースにとって重要なのは、細部、ここのケースにまつわる細かな部分なわけです。ルールと実践という話がありますが、それと関係があるかもしれません。野球をやるということは、ルールを知らなければ野球は出来ないわけですから、みんなルールに従って野球をやっているわけです。ルールはひとつの野球をやるためのリソースなんです。マニュアルじゃなくて。この間行った学会発表で、チェスの研究をした人がいるんですが、ご存じの通りチェスはルールがあるわけですね。ルール通り駒を動かすというのがあるんですけども、ルール通りやるチェスというのはおもしろくないわけです。ちょっと上手く言えないんですが、ルールっていうのはあくまでも私たちが、ゲームをやるのを可能にしてくれるものであって、いちいちルールブックを開いてみるものじゃないです。

樫田：続けて聞いていいですか、いま普遍的な話がでたんですよ。マニュアルは読んでいるわけです。ここに刺すべきものがあって、針がそこまできけば刺さる、っていうのがわかっていて、でもそれが刺せない時に刺さるように教えてくれる先生がいなかった、というわけですよ。今の藤守さんのお話だと、出来るようになるということと、マニュアルでそれを教えることができるということは、別のことだという話ですよ。

藤守：マニュアルを使えばできるようになるということは、マニュアルといえることとは別の話なんですよ。マイク・リンチというエスノメソドロジー研究者が、DNA 鑑定の話をしているんですが、初期の DNA の鑑定をやるときに、鑑定セットを作った会社ですね、そのサンプルの DNA と、マニュアルと、生体の分析結果をパッケージにして配るわけですよ。何が起こったかという、同封されたサンプルの分析結果通りに結果が出てこないんです、マニュアル通りにやっても。そうしたらどうしたかという、とりあえず始めと終わり、サンプルと結果を見ておいて、この見本通りに結果が出るためには、どういうふうにとったら同じものが出るかどうかということ、マニ

マニュアルをいろいろいじりながら試行錯誤してやってみたわけです。その状況の中で、マニュアルをどう実践するか、いじくるか、ということをみんな心掛けています。皆さん、お年を召した方は、順法闘争っていうのをご存じでいらっしゃいますか。

樫田：私でも知っているからきっと知ってると思いますよ。

藤守：イギリスでは郵便局がやって、国会で禁止になったのですが、何をやるかという、業務マニュアル通り仕事をするわけです。ひとつひとつ。すると何が起きるかという、著しい仕事の遅れが起きるわけです。それがストライキと同じ効果を生み出すわけですね。人はマニュアルでひとつの作業を可能にするわけですが、いったんそれが出来上がるとマニュアル通りにはいかないのです。それは、地図を参照して、目的地に見ながら行くことと、地図なしで行くこと、いけるようになることというのは、ほとんど似ていると思いますけれど、これで答えになるのでしょうか。

樫田：出来るようになることと、マニュアルに従うということはまた違うことなんでしょうか。

藤守：マニュアルと実践というのは違うということです。マニュアルを巡る実践というのは、ひとつの取り口としておもしろいことだと思いますけれど、人が実践するということは、マニュアルに従うということとは違う実践なんだと言うことが、エスノメソドロジーのひとつの「発見」なのかもしれません。

寺嶋：たぶんそうだと思います。僕らが学生に末梢の点滴を入れるということを教える時に、マニュアル的に教えるのは非常にまどろっこしいですね。以前にその説明文を書こうと思い立ち書き始めた事があります。しかし、最初の部分をA4一枚分書いて、そこでもう止めました。マニュアルをこと細かに書いて説明するよりも、こうやって入れるんだよと実技を示してやって、じゃあ現場でやってこいといって肩を押して出すほうが早いのです。われわれの現場で行っていることはこういうことだと思うのです。誰かにそれをちゃんと書いてもらったものもあれば、それは教える人や学ぶ人にとっては役に立つとは思いますが、われわれがそれを書こうと試みても良いものがないので、是非この作業をやっていただきたいと、期待をしています。

樫田：似た感想を持っているんですけど、卒論マニュアルで作るとですね、作れば作るほど学生さんにもっと詳しいマニュアルを出さなければいけないという気持ちになってですねえ、厚くなって誰も読まなくなる。日ごろ実践しているんで、寺嶋先生はそれでも、マニュアルみたいなものを作る助けが、ビデオ分析から得られるじゃないかとおっしゃっている、そうなる可能性もあるんじゃないかと、[寺嶋先生がいついていらっしゃるのは]たぶん藤守さん[の貢献]は読まなくなる[かもしれないけれど]マニュアル作りにつながるっていうことですよ。

藤守：マニュアルとして使える対象と、そうじゃない対象があるんじゃないかなっていうふうに思ったりするんですけど。今、おっしゃってたように、

おそらく例えば、マニュアルを作った。でも、先生がおっしゃるように、作る先生も大変だし、読む学生さんもそれをいちいち読んでやるというのが大変だとおもいます。ただは例えば、我々がよく医療従事者の方たちから聞く、あるいは、その抱えている共通の問題っていうのは、学生が動けない、インターンであれ研修医であれ、駆け出しの看護師さんであれ、どうして奴らは実際に動かないのかわからない、どう教えていいのかわからない。ですから、経験の足りない彼ら、彼女たちは実際にどのようなものを見ているのか、そして、ベテランの人たちもの見方とどのように違うのか、その辺はもしかすると何か協力できることがあるかなって思います。

4. 質疑応答：フロアからの意見を受けて

樫田：先程、予告したようにフロアの方々のご質問を受けるようにしたいと思います。今話題になっていることは別に医学教育でなくても、看護学教育でも、同じようなことですし、人々がマニュアルに従ってすることと、実際にすることとで違った何か実践を生きているということに関しては、臨床心理の方々もいらっしゃいますので[言及するのですが]、臨床の方々にも関心のあるものかと思います。ご発言を、どなたからでもいただけたら、藤守さんがさらに展開を図ってくれると思いますけれども、いらっしゃらないでしょうか。

〔パターンを発見すること、評価〕

玉置：私も、樫田先生に誘われてこのメンバーになったのですが、何も知りません。それで今、藤守先生の話聞いていて、少し気になったところから質問させていただきます。エスノメソドロジーの医療面接の話のなかで、医師と患者の相互交流の研究とか、エスノグラフィーの研究とかで、医療に関するいろいろな処置にしても、技術にしても、いろいろパターン化できる、そして研究を通じて何らかの提案が出来るかというお話かと思います。その時に気になる点があります。もともと私自身が外科的なことをやっていたし

て、あるところで行う手術は5時間ぐらいかかって、片や同じ手術が1時間ぐらいで終わる。いろいろな医者がいるわけですね。このような状況下にて、5時間かかる手術を解析して意味あることでしょうか？その手術が本当に良い手術かどうかの、評価が必要です。その手術がホントにいいものか、取り敢えず手術ができたらいいという事とは少し意味合いが違うと思うんです。そのあたりに問題が含まれているように感じます。ひとつのところで二つのところで行われている手術を、だいたいパターン化できても、その後に評価がないと、その分析したものが役に立つものなのか、立たないのか、不明である、という面があると思いますが？徳島大学で行っている手術を評価する。私たちはいいと思っているけれども、本当にいいものかどうかということは、評価がないと、それはなかなか普遍的なものにならないような気がするんですけど、そのあたりどういうふうにお考えなんですか。

藤守：いくつか重要な問題があると思うんですが、ひとつは、何かのパターンを見つけ出そうとすることが、主要な目的としてあるわけではありません。むしろ私たちの主眼は、そういう個々の、その場その場で行われている手術なり診療なり、そういう治療なりというものが、どういうふうな構造を持っているか、っていうことに興味がある訳です。どういうふうな手続きを持ったものなのか、そこにどういうふうなものがからんでいるのか、もしかしたらそれはパターン化できるかもしれません。それはパターン化できないこともあります。それはパターン化できないと意味がないのかというと、決してそうではなくて、その中に、例えば手術という一連のものを巡って、共通の何か、リソース、資源とか、やり方、考え方みたいなものを見つけることは可能かもしれない、ということのひとつ申し上げたいと思います。

もうひとつは評価ということなんですが、我々は評価と言うことから足を洗いたいと思っているのですが、つまり評価するっていうことは、特定の目的があってどういうことを達成したから評価されたりされないってことですよね。それは、個々のスケールをどうきるかということで変わってくるかと思いますが、それがどういう目的でなされる活動なのかということによ

っても変わってきます。だからそれは一概に、一方では標準化できないものであるかって思います。ただ、誰が見てもこの手術のやり方はまずい、とか、こういう診療の仕方はまずいとか、こういうものの言い方はまずい、あるいはいいというものはあると思うんです。そういうものは、もしかしたら見いだすことはできるかもしれない。そして何よりも、もし評価すると言うことがあれば、その評価の基準は部外者である我々が、我々の価値観を持ち込んで行うことではなくて、評価はそのフィールドにいらっしゃるか多々たち、つまり医療従事者の方たちが、すでにもっていらっしゃるものなわけですよ。ですから、皆さんいい診療、いい医者、いい看護師みたいなものは何らかの価値基準を持ち、つねに判断されているわけです。ですから、ぶっちゃけたを言ってしまうえば、私たちにとって、評価とか、価値判断とかは、先ほども申しましたように、副産物なわけですよ。皆さんの価値基準、判断、評価を可視化する。ということになるかと思います。しかもそれは、評価というものが、私たちが出した分析とかいうものを元に可能にするのであれば、皆さんとの共同関係がなければ、一切できないと思います。私たちは評価するために、医療の研究をしているわけではなく、実際の場面がどういうふうになっているのだとか、現実の場面を解析することに、私たちの第一の主眼があるわけです。たださきほど最後の部分で申し上げたのは、それをするることによって、その結果を皆さんと話し合うことによって、それがなんらかの形で評価というものを巡る、あるいは、ひとつのスタンダードみたいなものを作り上げる手助けにはなるかもしれない、というちょっと消極的なお話しなんですけれど。

玉置：私もよくわからないんですけど、私たち医療人というのは常に評価にさらされるわけなんですよ。私たちが希望しなくても、患者さんや周りの人々から評価されるんですよ。より良いものを目指そうとした時に、パターン化した良いものがあるのか？他の医療施設や他の医師はどの様に行っているのか、いつも自分で気になりながら医療を行っていると思います。いま私は薬理学を7年ほどやっておりますけれども、薬も全く同じことで、同じ

薬を使ってもこの人は治る、この人は治らない、場合によっては副作用が出てかえって悪くなることもあります。そのあたりが何故だろうかということが常に求められることです。ヒトに使う場合はだいたい9割～9割9分くらいは、治らなくてはいけないんです。そういう結果があって初めて薬として使えるわけで、一人に有効で、あと10人は死んでしまうのでは薬として使用できません。まあ、一人治ったからいいって訳にはいかない。他の医療も同じことで、皆さんいいと思ってやっているんですよね。このような現状で先生方が、僕らの現場の医療行為を解析してうまく表現していただけたらいいなあって、先ほどの発言をしました。それが先生方の興味と違う次元なのかもわからないんですけれども。何か、役立っていればという気がしたんです。

藤守：そうは言いつつも、そういう価値判断の基準というものは、皆さんの規律の中にあるわけですね、すでに。

寺嶋：説明出来ないけれども、あいつはいい医者だとか、なにがどうだからということを書きにして彼の全体像を語れないんだけど、あいつはいい医者だ、みたいな。僕らが何をもいいと言っているのかが、わからない

い。

玉置：それともうひとつはその価値観というのが、社会的な状況や考え方により、かなり変わってくるんですよね。だから今行っている事が本当にいいのかと考えることがあります。いま、日本の医療のなかで批判されている事ののひとつは、何でもいいから長生きをさせようとの姿勢です。意識がなく寝たきりでもずっと生かしていこうという姿勢、それがいいかということはかなり批判を浴びるわけですよね。第二次世界大戦直後の人生 50 年しかなかったときと比べて、医療の発達で 80 年以上の人生になったという事実があります。これはたぶんいいことだろうなと思ながら、だけれども意識もなく寝たきりの人を 10 年生かすことがいいことなのか、との疑問も持つわけです。時代が変わり価値観も変化します。このあたりも踏まえて、私たちの行動なり医療活動を、社会学的な立場で解析していただいて、最後はその評価にいかなければいけないのかなと思いながら聞いていました。だいた、感覚が違うのかなあ、よくわからないんですけれど。

寺嶋：評価をしなくても、差を見つけてくれたらいいという気がします。

藤守：あるいはその皆さんの中にある価値判断の基準というのが、どういうものがひとつの価値判断の基準として使われるのか、その価値判断の基準をめぐる、カテゴリーとか範疇とかいうものは何なのかっていうことは提示できますよね。それが難しいのは決して医療関係者だけのフィールドじゃないわけで、例えば私が患者とか、普通の人間としてかかわっていく、たとえばさっきおっしゃったように、高齢化社会での医療がどのように展開するかという、問題でもあるわけですよね。それはケースバイケースで見ていかなければいけないし、むしろそういう時にこそ、一般的なところに価値判断を求めるのではなくて、ここのケースバイケースで、それぞれのお医者さんが、家族が、患者が、どういうふうな判断を下していくのか、どういうふうな合意が得られるのか、合意が得られないのか、ということを見ていくことの方

いかと思います。われわれに与えられていることは目の前にある現象を、残り隠さず分析すること、ということになってしまいます。

相野田：今まで少しですが、樫田先生からいただいたペーパーなどを読んでみて、どうしてもまだわからないことがあるのですが。今日藤守先生の最初のスライドで、**why**ではなく**how**でいくんだということがありましたよね。あれで、私は今まで**why**で探ってきたんだと気づきました。**w h y**を解決しようと思うアプローチになってしまうんですね。で、まだ**how**ということがピンとこないので、私は今日1日勉強させていただいて、私自身のパラダイムの大変革をしないとわからないんだろうな、と思っているんですが。その**how**という時に、先生方がフィールドと呼ばれる枠の中で見る時に、そこで得られた知見というのは、そのフィールドに**specific**[特定]のものですよね。そうすると、私たちが**w h y**で始まった時に**specific**なところで得られた知見を、**specificity**にとどまらせておくままでいいんですか。共通性を追求して考察しなくてもいいんでしょうか。

藤守：とても難しい質問なので、簡単に答えられるかどうか分かりませんが、ひとは・・・

相野田：例えば非常に単純に、specific な場面で得られた知見なのに、なぜ発表するのか、その基準はなにか、ということなんですか。

藤守：今日掲げたいいくつかの発表とか論文の話をしてきましたけれど、それで、これは私は1度も聞いたことも、見たこともないというようなものはありましたでしょうか。

相野田：いいえ。

藤守：無いですよ。つまりそれは、そこに何らかのひとつの共有性があるということですよ。つまり私たちがその場面を分析できるということは、そこに、それがでて分かるということの中には、それを見るために、私たちが持っている共有の知識というのがあるわけですよ。だから、局所的な作業の達成というものが、決して局所的な達成ではない。もちろん局所的な達成ということもありえますけれど、殆どの場合はそこに何らかの共通性があり、それは私が最後に申し上げたように、それは私たちの持っている日常的な場面と医療の場面との共通性があると思います。決して私たちは、ある種のハンプティ・ダンプティの世界にいるわけではないわけです。ひとは共通した基盤だということです。その中で、少なくとも私たちがこういうことを見てお医者さんと話して分析することが可能であるという事実は、それは何らかの医療としての普遍性を持っていることじゃないかと思うんです。もしそれが医療行為として普遍性を持っていないとしても、それが現実に行っているということは、私たちの社会の中で非常な大きな意味を持っていることなんです。たとえそれが百万分の1の例外であったとしても。つまり私たちはそれを1つの例外として考えられることが出来るわけです。そのため

に必要なことは、勿論 why とすることは可能なのですが、おそらくそれは、先生が医療の中にいらっしゃるからだと思います。私たちにとっては全然知らない場面なので、最初に私たちがしなければいけないのは、how なんですよ。お医者さん、患者を見る時どうやって接するのだろうか。

相野田：howの次に why という思考過程はあるんですか。

藤守：あるかもしれません。

森口：初めて聞いたので難しかったのですが、なにか視線の話をされていたかと思うんですけど、相手の理解ですね、われわれ、インターネットを使って情報を得て、それを元に考えたりするんですけど、対人間的関係における「視線の効果」というのは理解を強めると、当時 NTT の石井さんが言われていました。それで、ハーフミラーを使った「Clear board」という対話の為の道具を開発された。なぜ視線が重要視されるのでしょうか。

藤守：私が知っている研究では、例えば診療の場面で、視線というものがどういうふうな形で、診療を可能にらしめているのか。例えば、ヒースがやった研究で、イギリスの GP[一般診療医・家庭医]の人たちが患者さんを見る時に、なんとかさんどうぞ、という診療室に入ってくるんですよ。先生がぱっと見て、その間、患者さんは座って上をみているのですが、お医者さんが体を患者さんの方に向けて視線を向けるという時に、患者さんも自分の視線をお医者さんに向けて、そこから診療が始まるわけですね。つまりお医者さんが身体位置をかえて視線を向けたということは、患者さんにとっても認知可能な事柄であって、さらに他のところを見ていた患者さんが、お医者さんの方に視線を向けたということは、ひとつ認知可能なんです。わたしたちは人が人に見られているということを理解する。例えばホームで向かいにいる人をじっとみると気づきますね。それくらい視線というものが自分のオリエンテーション、思考というものを指示する非常に重要な、ひとつの大

きな資源なんです。そういうものが、複雑に、織り込まれて診療というものを可能たらしめているということなんです。そういうことがひとつ視点の効果なんではないかと思います。

もう一つ、私たちがやった研究は、視線をいうということはメカニカルに見えますね。先に私たちが分析した、カンファレンスの1番最初の場面で、報告を聞くお医者さんと発表するローテーター[卒後研修中の医師、教育を受ける対象]のお医者さんと、視線を交わす場面があるんです。視線を交わし合ってカンファレンスが始まるんですが、その時に大事なことは、どこに視線が向けられているかということなんですよね。ローテーターの先生は、一生懸命教授がめくっているその紙を見ているんです。その紙が何かというと入院台帳という紙と入院伝票という紙なんです。入院伝票をとというのは、新しい患者さんが入ったということを提示しているんです。入院台帳というのは、そのICUに入院している患者さんのリストなんですよね。ローテーターから見ている場面で、教授が一生懸命そのローテーターのもっているカルテの名前を見て自分の入院台帳を見て、さらに、入院伝票を見て、その当該患者の入院伝票を台帳に引き寄せて持ってきて見ているんですよ。つまりそれはそれがないと始まらない。つまりそこに置かれているものですよね、入院台帳というもの、カルテというもの、入院伝票という3つのもの、それが的確に配置されて、お互いが配置されているという認知がされないとカンファレンスがカンファレンスとして機能しはじめないわけです。それらに発表される患者が記録されるということが、カンファレンスにおいて、患者を「管理」という重要な仕事のひとつなわけです。むしろそれが何もないままにカンファレンスが始まってしまうと報告されてもそれを記録する場所がなくなってしまうわけですよね。視線というものはそういうものを可能たらしめているものなのだと思います。

森口：[視線は]ひとつのリソースであると理解してもよろしいのですね。ありがとうございます。

[]

Bibliography[]

[]

高山啓子 2002 年「医療相互行為へのエスノメソドロジー的アプローチ—医師—患者関係の非対称性をめぐって」『川村学園女子大学研究紀要』13 巻 2 号。

高山啓子, 行岡哲男 1997 年「道具と身体の空間的秩序—救急医療における身体参与の分析—」山崎敬一、西阪仰編『語る身体・見る身体—〈附論〉ビデオデータの分析法』ハーベスト社。

好井裕明、山田富秋、西阪仰編 1999 年『会話分析への招待』世界思想社。

西阪仰 1997 年『相互行為分析という視点』認識と文化 13、金子書房。

ハロルド・ガーフィンケル他、山田富秋、好井裕明、山崎敬一編訳 1987 年『エスノメソドロジー—社会学的思考の解体—』せりか書房。

デビッド・サドナウ著、岩田啓靖、志村哲郎、山田富秋共訳 1992 年『病院でつくられる死—「死」と「死につつあること」の社会学』せりか書房。

池谷のぞみ、岡田光弘、藤守義光 2000 年「ヴィジュアル・オリエンテーションの実践的マネージメント」『テクノサイエンス研究の現在』日本認知科学会「教育環境のデザイン」研究分科会。

Nozomi Ikeya, Mitsuhiro Okada and Yoshimitsu Fujimori (in print)

“Doctors’ practical management of knowledge in the daily case conference” . In D.Francis and S.Hester (eds.) *Orders of ordinary action: Respecifying sociological knowledge*

Harold Garfinkel 1964 “Studies of the Routine Grounds of Everyday Activities” *Social Problems* Vol.11.No.3:pp.225-250。= 西阪、北澤訳『日常性の解剖学』マルジュ社。

Richard Frankel 1989 Talking in interviews: A dispreference for patient-initiated questions in physician-patient encounters. In G. Psathas ed. *Interaction competence*:pp. 231-262 New York: Irvington.

Douglas W. Maynard 2003 *Bad news, good news: conversational order in everyday talk and clinical settings*. Chicago: University of Chicago Press.= 檜田美雄・岡田光弘抄訳 2004 (2 月 25 日刊行予定)『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。

Nozomi Ikeya, Yoshimitsu Fujimori, and Mitsuhiro Okada 2000 *Medical conference as educational setting*. Paper presented at *International Conference on Medical Interaction*. University of Southern Denmark, Odensee, Denmark.

＝講演者・コメンテーター・発言者・司会者の所属＝

藤守義光：工学院大学非常勤講師

(メールアドレス:fujimori@zab.att.ne.jp)

寺嶋吉保：徳島大学医学部、徳島大学医療教育統合支援センター教員

(メールアドレス:terasima@clin.med.tokushima-u.ac.jp)

玉置俊晃：徳島大学医学部教員

(メールアドレス :tamaki@basic.med.tokuushima-u.ac.jp)

森口博基：徳島大学医学部教員

(メールアドレス:h_moriguchi@ap6.mopera.ne.jp)

相野田紀子：金沢医科大学医学部教員

(メールアドレス:nainoda@kanazawa-med.ac.jp)

檜田美雄：徳島大学総合科学部教員

(メールアドレス:kashida.yoshio@nifty.ne.jp)

ホームページ <http://www.ias.tokushia-u.ac.jp/social/>)