

看護師育成におけるコミュニケーション学習の現代的課題

— 会話分析的探究 —

舞弓京子 (久留米大学医学部看護学科) ※

樫田美雄 (神戸市看護大学看護学部)

(※¹ mayumi27@med.kurume-u.ac.jp)

The Tasks of Communication Learning in Nurse Training :

Conversation Analytical Study

MAYUMI Kyoko¹⁾

KASHIDA Yoshio²⁾

1) Kurume University, School of Nursing

2) Kobe City College of Nursing

Key words: Nursing Student, Communication, Simulated Patient, Conversation Analysis

1. はじめに

平成 29 年 10 月新たな看護学教育モデル・コア・カリキュラムが策定された。そこには、看護系人材に求められる基本的な資質・能力の 1 つとして、コミュニケーション能力が挙げられ、「人々の相互関係を成立・発展させるために、人間性が豊かで温かく、人間に対する深い畏敬の念を持ち、お互いの言動の意味と考えを認知・共感し、多様な人々の生活・文化を尊重するための知識・技術・態度で支援に当たることを学ぶ」(大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 2017:15)と明記された。これまで看護学教育において、コミュニケーション教育は「基礎看護学」、「看護技術」、「精神看護学」などの科目の中で、部分的に取り上げられ、そのトレーニングとしてプロセスレコードの活用や、ロールプレイによる演習が行われてきたが、独立した系統的教育プログラムとして構築されていないように感じる。また、臨地実習においても、実際に患者とコミュニケーションをとる実践の場であるにも関わらず、看護過程(看護計画を含む)や看護技術の実践に重点がおかれ、コミュニケーションについての振り返りをする機会が少なかった。したがって、今回の看護学教育モデル・コア・カリキュラム策定によりコミュニケーション教育の教育内容の見直しが求められることになる。

しかし、コミュニケーション教育は、大変難しい。この難しさを「教員側要因の分析」

と「学生側要因の分析」に分けて述べよう。

前半の、教員側から見たコミュニケーション教育の困難さの要因としては、以下のものがある。まず、第一に、コミュニケーション教育においては、コミュニケーションの状況を見逃した粗雑な技術教育は、むしろ、長期的には修復が困難なトラブルの原因となるので、望ましくない。つまりコミュニケーション教育は、その短期的成果と長期的成果を分けて考える必要があるものであり、そこに他の教育分野とは異質性があるのである。この困難への対応は、つねに長期的成果を志向することによってなされることとなる。つまり、コミュニケーション教育においては、対象の多様性と状況の変化可能性への十分な理解を基盤とした対応ができるようになることが重要なのであり、したがって、対象理解の（短期的）正しさのみに志向した状況把握を学生に促すのではなく、患者との持続的で環境変化に即応できるコミュニケーション状況を作り上げていくことが必要なのである。たとえば、技法としての「オウム返し」や「要約」を身につけたあとで、そのレベルのコミュニケーションスタイルが、形式的すぎるという批判を受けるようになったとしても、その批判に対応して自己革新を遂げていくことができるような、そういう発展的な志向性をもった学生を育てていかなければならないのである。つまり、最終的には、相互にモニターしあう関係を患者との間で構築することこそが重要なのである。

ついで、第二に、看護のコミュニケーション教育においては、背景となる教育理念がばらばらな諸技法がランダムに移入されている、という問題もある。たとえば、カウンセリングや、アサーション、コーチングなど他分野の専門性の高い教育内容が導入されても、看護学の中での位置づけについて十分に議論がなされないと、トレーニングはしたが活用できないという結果に終わる。実際、看護師のコミュニケーション技術尺度開発に、カウンセリング技術を内包した研究（上野, 2004:1-11）があるが、十分な位置付けは得られていない。また、教育する側が習熟したスキルを修得していないことがある点も問題である。これらの事が、看護におけるコミュニケーション教育を難しくしている。

後半では、学生側の要因について述べよう。まず、コミュニケーションの課題を学生がよく理解していない、という根本的な問題がある。

看護師に対し、「優しい」、「笑顔」といったイメージを抱き、入学してくる学生が多い。そのようなイメージを守ることに汲々とし、患者を傷つけてしまうのではないかと、という課題にだけ敏感になり、短絡的に、とりあえず“共感”したり、一線を引いたり、自分が納得できるよう解釈するといった行動（舞弓, 2012:5-6）をとるようになる展開が散見されるが、これは、専門的なコミュニケーションの課題を学生が理解していないがゆえに起きる短絡なのである。患者側の主体性を確保するという課題を意識すれば、上述のような短絡的なコミュニケーションスタイルが、看護師のイメージを守るだけのものであって、課題に応えるものではない、ということはわかるはずである。

また、現代の学生はスマホ世代であり、SNS や LINE を介した非対面のコミュニケーションが日常化している。そのようなスマホ世代の一部には、「対面コミュニケーションからの撤退」路線を、みずからの日常的なコミュニケーション戦略としてとっているものもかなりいるようだ。その結果、臨地実習で患者を受け持つと患者の表情を見ても、どのように答えたらよいかわからない、と主張する学生が出てくることになる。

このような中、看護教育において、今必要とされているコミュニケーション教育の自身とは、第一に、対象理解力を高め、第二に、その対象理解に基づいて、患者の主体性を向上させる環境をさまざまな状況に合わせて提供できるよう、多様性対応力を身につけさせることだろう。ただし、我々はここで「多様性の多様性」ということについても考えておかなければならない。たとえば、一つ目としては、多様性対応力を身に付けるべき看護学生側にも多様性があることを踏まえなければならないということである。多様性対応力に関する教育は、従来は、スタッフ側の健全さや標準性を確保することで、イレギュラーなクライアント（患者）側への（標準的な）対応力を増大させようとするものであったが、多様性というものが、そのように予期できる選択肢群の範囲に収まるとは限らないと分かる程度に、クライアント（患者）側の多様性があがってくると、そのような事前に訓練できる程度の多様性とは違う多様性への対応が志向されることになる。そういう「多様性の多様性（多様性のなかには、選択肢の形で事前に把握されている多様性と、そのように事前に把握されていない多様性があるということ）」状況に対応するためには、そもそも、スタッフの側にも、事前にコントロールされているレベルにとどまらない水準の多様性が必要だ、という展開になってきているのである。

また、二つ目としては、対応力というものが、現在を志向する場合と、未来を志向する場合とでは、少しく異なってくるということがある。「考える」「対応する」という活動を医療職がする場合に、比較的短時間的な、もっといえば、即時的な対応のみが志向されていることが多く、その結果、いくつもの展開の機会（チャンス）を失っていることがあるのではないかと我々は考え始めている。いまは解決策がすぐには出てこないけれども、未来の違った対応に可能性を残しておく、というような「長い時間」を視野に収めた「対応力」というものが、これからの看護においてはもっと考えられて良いだろう。そういう観点から、即時的ではない対応が準備されたり、研究されたり、場合によっては、患者側との相互行為のなかで開発されていったりする可能性も、検討されるべきだろう。けれども、とりあえずは、看護学生のコミュニケーション教育において、二つの課題がある、という確認はできる。そこに一回立ち戻って議論をすすめよう。

上述の2つの目標を看護師教育において達成するための一つの方策は、1対1の関係の中で、相手の話を、自分という道具（感情や経験などを持った生身の人間であることを意識することは、自らを道具として使うことであるといえよう²⁾）を使って正確に聞くことに、学生を習熟させることであろう。あるいは、そのような「1対1関係の充実」が、患者側からの、初期値的な、標準的期待であると考えれば、この「1対1関

係の充実」を模倣するようなコミュニケーションスタイルを場面のなかで達成する技術を、看護師教育一般の課題とすることが、まずは志向されてよいだろう。

このことは、構図主義的には、「相手の話に関心を向け、想像力を働かせながら、一緒に話のプロセスを辿っていくこと」の「達成」に基づいて、「必要な対象理解」を「確保」し、「医療現場に必要な信頼関係」を「構築」していく、という記述になるだろう³。宮本（宮本，2003:21）は、他者との相互作用における「しっくりこない」感じを異和感とし、「異和感の解消をはかりながら、自分自身や相手の心理、そして両者の相互作用の特徴について解き明かすために異和感の対自化をする」ことを推奨している。つまり異和感が生じた時、問いかけを実施して、異和感の原因となったズレを埋める作業を行うことが、他者理解そのものの増進につながるというメカニズムがひとつの標準的なものとして存在する、と考えているのであるが、我々は、この宮本の卓見に強く同意するものである⁴。

これまでに、看護学分野でコミュニケーションについて、さまざまな研究が行われてきた。岩脇ら（岩脇・滝下，2007:1-11）は臨床場面における看護師のコミュニケーション技術の特徴を明らかにするために、ビデオカメラで撮影し、RIAS(Roter's Interaction Analysis System)を用いて会話内容を分類し、言語的・非言語的コミュニケーションの関連を明らかにした。中谷ら（中谷・森，2018:171-183）は、看護師の看護実践におけるコミュニケーションスキルを高めると、専門職的自律性を介して結果的にセルフエフィカシーの向上へとつながることを、質問紙調査によって明らかにしている。このように専門職として培われるべきコミュニケーションスキルの構造や他の能力への影響性に焦点を当てる研究が行われている。一方、看護学教育においては、学生が実習中に困惑した場面をロールプレイ演習で再現し、その学びのレポートを分析した研究（丹治・風間，2015:67-70）などがある。このように看護学教育分野でのコミュニケーション研究は、会話後に想起されたデータに基づいたものが多く、「事後想起」に基づく問題を抱えている。つまり、その「事実性」に疑義が存在するのである。

そこで今回、コミュニケーション能力を育む教育内容を考えるために、ビデオ撮影した学生の対話場面そのものをデータとして、分析にはビデオ・エスノグラフィーを用いた。岡田（岡田，2018:48）はビデオによるデータ群は、参加者を突き動かしながら、自覚されることのない、細やかな出来事としての「事実」や会話の構造を明らかにし、相互行為の記述を、より「事実」に近づけるという意味で記述に厚みを加えることになると説明する。この方法で、学生の会話で生じている「事実」を分析し、どのようなコミュニケーション能力を育むことが必要であり、かつ有意味であるか、について考察していくことにしよう。

2. 看護学科所属の学生の会話分析⁵

患者との会話で生じる学生の課題を明らかにする目的で、ビデオ・エスノグラフィー

を行った（写真1）。患者役は、医学教育の「客観的臨床能力試験（OSCE： Objective Structured Clinical Examination）」のトレーニングを受けた模擬患者（SP： Simulated Patient）である。実習中の看護師役学生は臨地実習を全て終了した4年生である。学生とSPには研究の目的、方法、倫理的配慮について説明し、承諾を得た。また、学生が所属する大学の倫理委員会での承認を得て撮影は行われている。

事例の設定は、朝のウォーキング中に胸痛発作があり、精密検査目的で入院となった入院2日目の患者である。受け持ちになった学生は、朝の申し送りで、患者の氏名、年齢、性別、入院までの経過（すなわち、「ウォーキング中に胸痛発作があったため、検査目的での入院となった」という情報）をもらい、初めて患者と対面する場面である。患者は、ベッド上安静でトイレなど移動する場合はナースコールを押すように医師より生活指示がでている。食事は減塩食が開始されている。学生は患者に自己紹介をし、ベッドサイドの椅子に腰かけて、約10分間会話する。

分析に入る前に、会話場面のトランスクリプトを作成した。トランスクリプト（本稿での利用部分）は断片1と2に示したとおりである。看護学生はNS、模擬患者はSPとする。断片1は、冒頭の学生のあいさつ後（トランスクリプトでは省略されている）、学生が入院までの経過を尋ねる場面である。断片2は、入院で困ったことを尋ねる場面である。トランスクリプトで用いている記号については本稿末尾の付録に示す。



（写真1）看護学生とSPとのコミュニケーション・トレーニング風景

(断片1) 患者役 SP と看護師役学生との会話

- 10NS : まず：田中さ：ん 今回<どのような入院：>って話を聞いていますか？
- 11SP : あ：〇ちょっと私〇胸の痛みが [あつて：＝
- 12NS : [あ：：
- 13SP : =来たんです [けど：＝
- 14NS : [はい
- 15SP : =検査のため [に：＝
- 16NS : [あ：：
- 17SP : =入院してくださいってことで：昨日病院に来てもういきなり入院[だったので：＝
- 18NS : [あ：：
- 19SP : =自分の方[が：ちょっとびっく[りしてるくらいな[んですけど：
- 20NS : [あ： [あ： [あ：：
- 21NS : 胸の痛みは：いつなったんですか？
- 22SP : あの：大体お天気がいい時[は：＝
- 23NS : [はい
- 24SP : =ウォーキングにでるんですけ[ど：＝
- 25NS : [〇はい〇
- 26SP : =昨日もウォーキングに出て：しばらくしたら(.) ちょっとおかしくなってます[ね＝
- 27NS : [は：
- 28SP : =そいでもう<ちょっとうずくまって>しまっ[たんですよ。
- 29NS : [ふ：ん
- 30SP : それから：10分くらいだったか[な？：：と思うんですけど：：＝
- 31NS : [は：
- 32SP : =おさまったので[：＝
- 33NS : [はい
- 34SP : =家に帰って[：＝
- 35NS : [はい
- 36SP : =〇そして〇私夫が<一緒[に：>いつもウォーキングやるので：
- 37NS : [あ：
- 38SP : =〇もう〇おかしいよって言われてで[すね：＝
- 39NS : [〇うんうん〇
- 40SP : =それです[ぐ こちらの病院に伺ったんです[けど：。
- 41NS : [あ：： [あ：：
- 42NS : 〇そうだったんですね：〇
- 43SP : は：い
- 44NS : >じゃあちょっとびっくり<されたでしょう？

45SP: 自分が一番びっくりしてます。 (hhh)

46NS: そうですよね : (hh)

1) 入院までの経過を尋ねる場面 (断片 1)

(1) 患者の認識を確認

冒頭の挨拶の交換の後 (この部分は断片 1 のトランスクリプトでは省略されている), 「今回<どのような入院:>って話を聞いていますか?」 (10 行目) という学生の発話から, 具体的な内容に関する会話が始まっている. 学生のこの発話の仕方は, その発話の意味内容を, ビデオ・エスノグラフィーを用いずに, 単にトランスクリプトにしたがって文字通りに受け取ってしまうのなら, 「あまりよくない発話」であるという評価をされるような発話であるとみなされよう.

しかし, 丁寧に発話の仕方をビデオ・エスノグラフィー的に跡づけるのなら, かならずしも, そうとは言えない. すなわち, 十分に洗練された, 比較的優秀な看護学生らしい発話である, という評価も可能な会話であることが見えてくるだろう. 以下, 対比的にこの議論を確認していきたい.

まず, 学生のコミュニケーション的態度に関して否定的に評価をする立場からの読みを根拠づけてみよう. この, 発話を否定的に読む場合には, 「知識を質問するものは, 知識を持っていないから質問するのだ」という「常識」が援用されて, 推論が組み立てられることとなる. すなわち, この学生は, 入院の状況に関して, 患者に質問をしているので, 知識を持っていないがゆえにその行為をするのだろう, と推論することができ, そのような推論をしていくとき, この発話は問題発話である, ということになる. つまり, 当該学生が, 行うべき事前活動を怠っているという議論になるのである. つまり, 何も情報を得ないままベッドサイドに来てしまっていると患者側に受け取られ, 患者から, 準備不足なままベッドサイドに来る学生だ, と見られるリスク, すなわち, 不信感を持たれるリスクもある発話になっていると言う議論になるのである.

しかし, そのように推論することは, 果たして妥当だろうか. 会話分析にはたくさんの知見があるが, そのひとつに, プロフェッショナルの「専門家的慎重さ」に関わるものがある⁶. その事実を知っているものからすれば, すなわち, 「専門職-素人」会話に習熟しているものの目からみれば, また別様の解釈も可能なのではないだろうか. ではそれはどのような解釈だろうか.

病院等の「制度的場面」での「専門職-素人」会話においては「専門家的慎重さ/丁寧さ」が見て取れる, という議論が存在している. そういう目で見ると, この「断片 1」の冒頭の発話は, もっとも重要な部分である, 「<どのような入院:>」の部分, ゆっくりと発話している (<と>で挟まれた部分はゆっくりと発話されている. 『付録』を参照のこと). このゆっくりさを「専門家的慎重さ」の現れであると解釈するのならば,

当該学生は、入院患者に関する知識が欠けているのではなくて、その知識どおりの理解を患者がしているかどうかを確かめるために、この10行目の発話をしている、と解釈することもできるのではないだろうか。あるいは、さらにうがった見方をすれば、実際には、当該学生は、患者の入院理由を知らなかったとしても、その理由を、このように、ゆっくりと丁寧に聞くのならば、あたかも「専門家的慎重さ」を行使しているかのように、患者側にその質問発話を聞かせることができるのであって、そのような展開可能性を予想しながら発話しているのだとすれば、それは結果として、「患者側からの不信感の払拭」に繋がる行為の仕方であるということができるようにも思われる。つまり、この「ゆっくり丁寧に聞く聴き方のモードの採用」は、それが、医療場面における専門職側のモードとしてふさわしいようにデザインされたコミュニケーションモードであると解釈される可能性があるので、実際に当該学生が、当該知識を持っているか否かにかかわらず、場面にふさわしい、適切な振る舞いとしての質を持った行為である、ともいえるように思われるのである。

ここまでの議論をまとめよう。「断片1」の10行目の発話は、その文字通りの内容だけから解釈するのならば、いささか奇異な、あるいは、無防備な発話である。しかし、その発話の様態が「丁寧さ」を帯びていることにしっかりと注目するのならば、「医師や看護師からの説明を患者がどのように理解しているか」の「確認」のためになされた、十分に専門的で適切な発話である、と理解することも可能になるような発話として「デザイン」されていたのである。簡単に、常識的な解釈をして、終わりにしてしまうのではなく、ビデオを用いて繰り返し現場の状況を確認することで、あり得た多様なコミュニケーションの可能性を丁寧に追求することが、ビデオ・エスノグラフィーの達成なのである、とここをまとめることもできよう。

もちろん、別の意図を、ここでの「看護学生」の発話に読み込むこともできるだろう。患者の入院に関しての状況的知識を事前の活動によって入手していなくても、患者から聞くことで補うことができるし、かつ、その患者から状況を聞く活動自身が、屋上屋とはならない仕組みを持っていて、そのことを「不審に思った患者」に事後的にであっても説明できるのなら、それでよい、という理解が「看護学生側」にあったと考えることも可能であろう。たとえば、「入院時に医師から、どのように説明を聞いたのか」を患者自身の言葉で再確認することにより、患者がどのように理解しているかを確認していき、そこから、その情報からだけで、必要な助言をするというような組み立てのなかに、この最初の10行目の質問が入るのなら、それはそれで、理解可能なコミュニケーションスタイルである、ということもできるだろう。実際、そういう状況の下で、医療者側の説明が不足している、または患者が誤った認識をしているとわかる場合も多く、そういう場合には、多くの実践現場の看護師は、患者に対して補足説明や修正的な説明を実行するのだが、そのような展開をすることはよくあることなのである。

上述のような「問題関心」を持っていると想定して、ここでの看護師役と患者役との

やりとりを追跡すると、(看護師役学生から患者役 SP に) 助言をするべき事態が発生していることが見て取れる。

たとえば、この「断片 1」においては、「=検査のため[に:]」(15 行目)という目的しか患者には伝わっていない。「検査」という目的だけでは、入院中の生活制限に根拠が与えられない、という問題が発生することは、容易に想像できるだろう。実際に「いきなりの入院」(17 行目)という患者側の発話や、「=自分の方[が:]ちょっとびっくり」(19 行目)という患者側の発話からは、「状況(おきていること)」をうまく受け入れることができていない、言ってみれば、患者が動揺している、とも言える様子が理解できる。とするのならば、患者が現在持っている以上の情報を看護師役学生側がたとえ持っていなかったとしても、患者役側の不安な気持ちを受け取り、それに対して、労いの言葉をかけるといような対応は、十分に可能であるように思われた。

入院時の状況に関する質問のモードに関する分析からは、上述のような議論が、ビデオ・エスノグラフィ的には可能になるのである。

もし、学生と指導者が、このビデオを見ながら、上述のようなコミュニケーションの解釈可能性について議論をすることができるのならば、少ない定型的コミュニケーションモードを機械的に採用する学生から、多様なコミュニケーションモードの中から、その場にもっともフィットしたコミュニケーションモードを上手に選べる学生に、学生を教育的に誘導するきっかけに、当該の議論を活用することができるのではないだろうか。

(2) オーバーラップする相槌

「断片 1」の看護師役学生は、患者役 SP の話を聴きながら、「あ:::」、「は:い」「ふ:ん」「うんうん」などの相槌を、頻繁に入れながら会話を進めている。しかし、この頻繁な相槌は、当該学生が期待している通りの効果/価値を持ち得ているだろうか。

たとえば、「相槌がコミュニケーション上、有用なことがある」という知識を得た学生は、頻繁に相槌をうち、そういうやり方で患者に、患者の気持ちに共感したことを伝えようとすることがある。しかし、それは「とりあえず“共感”する」(舞弓, 2012:5) ことに過ぎないと見破られていることもあるのではないだろうか。

もし、共感を Rogers (Rogers, 1980:122) が述べるとおり、相手の内面的枠組みをあたかもその個人であるかのように、情緒的要素や意味を正確に知覚することであると考えるのならば、「共感をする」と「共感を表示すること」は違うことになる。人間には、ウソをつく能力があるので、「共感」をしていない時にも、「共感を表示すること」はできてしまうからである。

とすると、重要なのは、ただ「共感を表示すること」ではなく、中身ある形で「共感の表示になる理解の表示をすること」ということになる⁷。

たとえば、異和感は初期体験での出現が多く、宮本(宮本, 2003:21)は、話の中で異和感を感じた時、そのことを相手に問う投げ返しを練習することで、対象理解へと進む

と述べているが、そのようなメカニズムがあることが、もし共有されている場面ならば、適切な異和感の表示は、むしろ、単純な共感の表示よりは、理解をしていることの表示として有意味だ、ということになるだろう。

そういう観点から見ると、この「断片1」の場合、学生は相槌を打つだけになってしまっていて、特に、文脈理解の水準が問われるような形での問いや確認などを投げ返すことには成功していない。こういうシンプルな相槌は、続けての患者の発話を促進する効果は持つかもしれないが、患者側に対して、自らの理解を医療者側が正確に知覚している証拠とは受け取られないだろうと思われた。

つまり、シンプルな相槌は、とりあえずのコミュニケーションの進行には、支持的ではあるが、共感理解の共有にとっては、よくいって中立的、悪く言えば、共感への疑義を同時に惹起する効果をも持っているものなので、「断片1」のような学生の相槌は、情報を通り一遍の形で収集するには役に立つ一方、患者との対面コミュニケーションを、かけがえのないものとして、作り上げるのには、あまり機能していないようにも見えるのである。そういう理解を学生と指導者が確認しあう教材としても、この「断片1」は使えるように思われた。

(3) 心理・社会的側面への関心と身体的側面への関心の配分問題

看護学生は、一般に患者の身体的側面、つまり病気の症状や現在の身体的な状態について確認することよりも、感情や家族などの心理・社会的側面に関心を寄せ、情報を得るべくコミュニケーションをしようとする傾向にある。けれども、医療専門職である看護師は、まずは、生命に係わる身体的側面の問題に関心を向け、身体に脅威を及ぼす要因を明確にし、対応することが重要である。そのように考えると、この面接のシチュエーションが、入院二日目の朝である、ということが重要となってくる。

上述の「断片1」において、看護学生役学生は身体的な症状に関しては、「胸の痛みは：いつなったんですか？」(21行目)と一回聞くのみで、その後の身体的な情報収集は患者の自発的な発話からの入手に委ねられている。これは、「心理・社会的側面への関心」と「身体的側面への関心」の両方が看護師のコミュニケーションの基盤であるとするのならば、シチュエーション的に不適切なコミュニケーション配分であるといえよう。

すなわち、この「断片1」のシチュエーションが、病態の急変リスクの高いタイミングでなされていることに鑑みれば、痛みの性状、持続時間、以前の胸痛に関する質問、入院後の胸痛の有無などの身体的情報を得て、現在は症状が落ち着いていることをアセスメントしたうえで、その他の情報を得ていくという形の、コミュニケーションの形の方が、適切であったということができよう。コミュニケーション教育の形として、まずは、そのような緊急性に配慮したコミュニケーションスタイルの選択が、入院二日目の朝のシチュエーションにそったものである、ということを教育する機会として、この模擬面接が使われてもよかっただろうと思われた。

(4) SP 研修の課題

看護学生のコミュニケーション教育において、SP との対話は、学生同士のロールプレイの場合とは違って、よりリアルな実践的なトレーニングの機会として、今より一層多く取り入れられるべき教育スタイルであるといえることができるだろう。しかし、教育者側が一方向的に評価をすることは難しい。会話について正解を示すことはできないからである。

そこで、今回のようにビデオを用いたビデオ・エスノグラフィーは、学習者である学生のみならず、SP にとっても相互行為についての理解を深めるための機会として価値があると考えられる。樫田 (2018:23) は、エスノメソドロジー・会話分析的探究の価値は、「定型的で一般的な助言（提言）があてはまらない場合」があるときに、そのことについて「説明不能事態」として放置するのではなく、また、単に、直観に基づいて「例外的なこともある」と主張するのではなく、場面の状況の構造を丁寧に説明しながら、納得できる理由付きで会話の詳細を解説できるようになることであると述べている。つまり、ビデオ・エスノグラフィーを実践することは、患者役 SP にとっても、一見不自然であったり、不適切であったりするように見えるコミュニケーション場面の、実践的な適切さや重要性を確認する機会にもつながると思われるのである。

今回の場合、看護師役学生が「胸の痛みは:いつなったんですか?」(21 行目)と質問(隣接対の第一成分)した後の隣接対の第二成分の位置には、すぐに「回答」という第二成分本体がくるのではなく、「あの:大体お天気がいい時[は:=」(22 行目)、「=ウォーキングにでるんですけ[ど:=」(24 行目)といった生活習慣の話が、前置きの挿入されている。これは、会話場面の映像でみても、自然な会話に見えており、特に問題ではないと評価した場面であるが、一方で、会話分析の知見によるならば、「質問」のあとには「回答」が来ることが標準的な隣接対の形であって、そこから、「逸脱」している、とも分析出来そうな場面となっている。とするのならば、この「逸脱」を、分析時には、「気づきにくいけれども、不適切なコミュニケーションが存在している」と取り扱うべきだろうか。

我々の方針は、むしろ、逆である。この 21 行目から数行の間になされているコミュニケーションは、むしろ、高度なコミュニケーションというべきものなのであって、SP を活用した模擬面接を、リアリティのある、有意義なものにするコミュニケーションである、と扱っていきたい。

そうすると、この部分の分析的探求の方針は、この 21 行目からのコミュニケーションを、当たり前で自然なものに見せる「文脈」がここにはあるはずだが、それを発見していこう、ということになる。そういう観点で分析をすすめると、26 行目に目が行く。26 行目をみれば「=昨日もウォーキングに出て:しばらくしたら(.)ちよっとおかしく

なっています[ね=]と、まさしく、「回答」がなされているのである。このことから、22行目から25行目までの挿入されたやりとりは、一方で、胸の痛みは安静時におきたものではないこと（胸痛発生場面の非日常性）、その一方では、とはいえ、いつもどおりのウォーキングの途上で起きたものであること（胸痛発生時の非日常性）、この両方をバランスよく伝えるものになっていることがわかるのである。つまり、この22行目からの挿入された部分こそは、胸痛発生場面には安静時ではない、という非日常性があるが、ウォーキングは、日常的におこなっていることであって、そういう意味では、胸痛は特別なこととして、身体の尋常ならざる状況を示すものとして扱われなければならない、ということ、この両方をもっともコンパクトな形で、表現している部分なのである。この少し入り組んだコミュニケーションスタイルがごくごく自然に取られていることに我々は注目した。つまり、患者役SPを十分リラックスした環境において活動させるのならば、この程度の複雑なコミュニケーションスタイルは、容易に取ってくれる存在として、患者役SPを扱うことができるのである。つまりは、それは、我々人間が会話を適切に行う能力というものが、そもそも、基本的な能力として人間に備わっているということであろう。

なお、この部分における我々の発見は、SP教育にも活かしうる発見であろう。すなわち、このSPの能力の高さは、意図されざる能力の高さであり、かつ、模擬面接をリアリティあるものとするためには、欠かすことができない能力の高さである。とするのなら、ときにはSP研修においても、ビデオ・エスノグラフィーを用いたふり返りがなされるべきであり、リラックスした環境で自然にふるまうことが、いかに重要か、ということもSP実践者に理解してもらうことも重要になるだろうと思われたのであった。

2) 入院生活で困ったことを尋ねる場面（断片2）

(1) 入院生活で困ったことを尋ねる場面

次に、入院生活で困っている事について学生が尋ねている場面である。減塩食となった食事について話している部分を抜粋する。

（断片2）患者役SPと看護師役学生との会話

90NS : (1)他に何かありますか？(.)<ごはん>とか

91SP : ◦あ：ごはんね：◦ごはんはやっぱり(.)おいしくないです[よ。(hhhh)

92NS : [あ：：

93NS : <減塩食>ですもんね：。

94SP : そうですね[ね：＝

95NS : [あ：

96SP : =味がね：わからない[(hhh)。

97NS : [あ：：

98NS : ◯ですよね : > ◯今までお家で食べて [た ◯ < ご飯と : ◯ =
 99SP : [そうですね : :
 100NS : = 違いますよね :
 101SP : だから あ : かなり私の味は濃いのかし [らって =
 102NS : [あ :
 103SP : = ちょっと思いましたね :
 104NS : ◯あ : : ◯
 105NS : (2) ごはんは ◯ ちょっと入院している間だけは : ◯
 106SP : そうですね.
 107NS : は : い
 108NS : 頑張って ◯ 食べてもらって ◯
 109SP : は : い

(2) 生活についての緩やかな会話は情報収集力は小さいが関係形成力は大きい

入院について困っていることは無いかと学生から切り出し、食事について尋ねている。隣接対ごとにみていくと、「(1)他に何かありますか?(.)<ごはん>とか」(90行目)に対し、「◯あ:ごはんね:◯ごはんはやっぱり(.)おいしくありません[よ」(91行目)は「質問一応答」となっている。その後は、「<減塩食>ですもんね:」(93行目)に対し「そうですね[ね:=」(94行目)や、「=味がね:わからない」(96行目)に対し「◯ですよね:>◯今までお家で食べて[た◯<ご飯と:◯=」(98行目)と「評価一同意」が繰り返されていた。これは、入院生活での支援の方向性を探る会話になっているとともに、自宅における食生活の状況についての情報を探る会話ともなっている。初対面であるがゆえに、学生は穏やかに、SPの語尾に合わせるように相槌を打ち、特に意見や教育的介入を挟むことなく、「◯ですよね:>◯」(98行目)、「違いますよね:」(100行目)と、時に患者の気持ちを推論的に同調的に表現することによって、「だから あ:かなり私の味は濃いのかしらって=」(101行目)、「=ちょっと思いましたね」(103行目)とSPの(的確な)内省を引き出すことに成功している。

これらの情報収集に成功した後で、看護師役学生は、「(2)ごはんは◯ちょっと入院している間だけは:」(105行目)、「頑張って◯食べてもらって◯」(108行目)と、食事に対して不満をもつ患者に看護師としてのメッセージを伝えることに成功している。

この場面での看護師役学生の発話は、情報収集の手段としてよりも、関係形成の手段として有意義に働いているといえよう。つまり、初対面で患者役SPがどのようなことを体験し、思っているかを丁寧に聞くことに成功している。また、その相互行為を成功させることで、担当看護師としての関係性を、患者役SPとの間に作り出すことにも成功している。

3. 看護学生のコミュニケーション教育の課題と学習支援

今回、ビデオ・エスノグラフィーを用いて、「事実性」に基づいた分析を行うことで、新たな知見を得ることができた。一見、不適切に思われた看護師役学生の発話の様態に、「専門家的慎重さ」が埋め込まれている可能性があることに気づかされた。その一方で、看護師役学生が示している「同調性/共感性」が、「表現としてのみ存在する同調性/共感性」であると疑われる様式になってしまっているのではないかという疑義や、看護師に期待されている程度の「身体的情報への関心の高さ」を示し損なっている可能性が示唆された。さらには、患者役 SP が無意識的に呈示している、状況の複雑性への留保もまた、ビデオ・エスノグラフィーによって発見できることが確認された。

看護学教育におけるコミュニケーション教育の目標は壮大である。その壮大さを細やかに達成する方法としてのビデオ・エスノグラフィーの可能性を本稿は示し得ただろうか。少なくとも、ふり返りを実質化する手段としてのビデオ・エスノグラフィーの価値については、示し得たのではないか、と思っている。

1 ※印は、コレスポンドット・オーサー。

2 著者のひとりである榎田は、その編著『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー』（榎田ほか編、2018）の中で、社会性の困難を抱えた「非定型発達者である医療系学生」であっても、患者コミュニケーションを実務水準で実践していくことが可能である、という立場を主張した。しかし、そうであるからといって、「定型発達者」が、自らの、对患者コミュニケーションにおいて、その「社会性（患者に共感する能力等）」を活かすことを不適切である、と主張するわけではない。榎田ほか編（2018）が主張するのは、医療者側の資質の多様性に見合った教育目標の設定と、教育方法の模索がなされるべきである、ということなのであって、つまりは、ダイバーシティ（多様性）を活用した教育にかえることの必要性なのであって、「わかりあいの拒否」ではない。「たとえ、わかりあわなくても、必要な業務が遂行できるように教育する、教育の多様化」こそが、主張されたのである。

3 ここで、「構図主義的には」という留保をつけているのは、学生の多様性に留意するのなら、この“理想的”コミュニケーション図式に当てはめてかたどっていくことが困難な学生も多くいることが予想されるからである。来るべき新しい「医療コミュニケーション文化」においては、患者のコミュニケーションの多様性に対応した医療者の対応の柔軟性が組み込まれるべきであるし、さらには、医療者のコミュニケーションの多様性に対応した、コミュニケーションに関する状況作りの多様性が、医療現場で許容されるようになるべきだろう。けれども、そのような、新時代の「医療コミュニケーション文化」が未成立の状況であったとして、さまざまな工夫で、患者の多様性や医療者の多様性が、活かされなければならない。そういう課題を考えた場合、ここであげた“理想的”コミュニケーション図式を、とりあえずの、仮想のものとする考え方が重要になる。つまり、ここであげた“理想的”コミュニケーション図式をとりあえず、シミュレートはするものの、しっかりと実践しないコミュニケーションスタイルをも容認する、医療現場と医療者教育でなければならない。その方向性を示す言い回しとして、ここでの「構図主義的には」を理解して頂きたい。

4 「異和感」に基づく対象把握力に着目した研究としては、著者のうちの一人である榎田による「ビデオの説明力過剰性を克服する仕組みとしての『異物化』」（榎田、2017）がある。ただし、この榎田の論考では、「異和感」を鍛えることを、「常識的に分かってしまう

という“畏”からの離脱法」として活用することを勧めている。上述の注3, 注4と関連させて述べるのならば、「異和感活用法」を「非定型発達者」に適用し難いことをもって、「非定型発達者」のコミュニケーション可能性を低く見てはならない。なぜなら、「異和感活用法」は、「常識に汚染されたコミュニケーションを行っている程度が高い」人間にこそ必要な方法なのであって、その程度が低い「非定型発達者」に、同じ枠組を当てはめるべきではないからだ。

⁵ 本稿は、会話分析を方法として用いる。利用する「トランスクリプト記号」は付録記載の通りである。

⁶ Drew and Heritage (1992:45f.) によれば、「社会的なエピステモロジーと社会的諸関係 (social epistemology and social relations)」というものは、制度的場面の相互行為における「専門家的慎重さ(Professional Cautiousness)」と「相互行為上の非対称性 (Interactional Asymmetries)」において現れるものである。つまり、場面が、制度的場面的であるということは、その場面内で「専門家 - 素人」カテゴリー対のうちの専門家側が、慎重に振る舞っていることによって見て取ることができるし、専門家というものは、日常場面ではとらないような、奇妙に慎重な態度を取る、ということである。たとえば、親は子どもが咳をすれば「風邪だろ」とすぐに言うかも知れないが、クリニックの医師は、そのような軽はずみな発話はあまりしない、ということである(たとえ、高い確率で風邪であったとみなされるような証拠が多く集まっていたとしても)。つまり、この「断片1」の出だしの場面であれば、看護学生役の学生は、「専門家的慎重さ」を丁寧に示すことで、自らが、特別な場面においてコミュニケーションしていることを丁寧に示している、ともいうことができそうなのである。

⁷ この部分、「真の共感をするべきだ」という主張ではないことに注意せよ。患者役に、共感を疑う能力はあるということではできるが、真の共感であるのか、そうでないのかを判別する能力があるということではできない。したがって、「共感すること」と「共感を表現すること」の差異に対応した、患者役の受け取り方が存在することに対応する、看護師役学生の戦略は「共感の表現をより適切なものにする」となるのである。このように、相互行為の分析において、相互行為の外側に最終判定者を置かない覚悟をもった研究スタイルをビデオ・エスノグラフィーは開発してきているのである。

文献

大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会, 2017, 『看護学教育モデル・コア・カリキュラム—「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標』, p8-15, 文部科学省

(http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/_icsFiles/fieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf)

Drew, Paul and Heritage, John, 1992, Analyzing talk at work: an introduction, in *Talk at Work: Interaction in institutional settings*, Cambridge University Press : 3-65.

岩脇陽子・滝下幸栄, 2007, 「臨床場面における看護師のコミュニケーションの技術の特徴—行動コーディングシステムを用いた分析」『日本看護学教育学会誌』16(3): 1-11.

樫田美雄, 2018, 「コミュニケーショントラブルの合理的背景—医療面接のビデオ・エス

- ノグラフィー, 樫田美雄・岡田光弘・中塚朋子編, 藤崎和彦監修『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー—若い学生・スタッフのコミュニケーション能力を育む』, 晃洋書房. 京都 : 19-42.
- 樫田美雄, 2017, 「ビデオの説明力過剰性を克服する仕組みとしての『異物化』」, 『新社会学研究』 2 : 198-202.
- 舞弓京子, 2012, 「精神看護学実習における看護学生の感情の活用と援助関係形成」『お茶の水医学雑誌』 60: 65-81.
- 宮本真巳, 1995, 『「異和感」と援助者アイデンティティ』 日本看護協会出版会.
- 宮本真巳, 2003, 『援助技法としてのプロセスレコード』 精神看護出版 : 21.
- 中谷章子・森千鶴, 2018, 「看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー, 専門職的自律性との関連」『日本看護研究学会雑誌』 41(2):171-183.
- 中塚朋子, 2018, 「医療面接教育における『医学的情報』と『心理・社会的情報』—「病い (illness)」と「疾患 (disease)」の接する場として」 樫田美雄・岡田光弘・中塚朋子編, 藤崎和彦監修, 『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー—若い学生・スタッフのコミュニケーション能力を育む』 晃洋書房:59-88.
- 岡田光弘, 2018, 「医療面接のコミュニケーション分析」 樫田美雄・岡田光弘・中塚朋子編, 藤崎和彦監修, 『医療者教育のビデオ・エスノグラフィー—若い学生・スタッフのコミュニケーション能力を育む』 晃洋書房 : 43-58.
- Rogers, C. R. 1980, *A Way of Being*, Boston: Houghton Mifflin. (= 畠瀬尚子訳, 1984 : 人間尊重の心理学. pp122. 創元社. 東京.)
- 丹治真紀・風間眞理, 2015, 「精神看護学実習中の困惑場面を用いたロールプレイからの学生の学び」『第 45 回日本看護学会論文集 精神看護』 : 67-70.
- 上野玲子, 2004, 「コミュニケーション技術評価スケールの開発とその信頼性・妥当性の検討」『日本看護学教育学会誌』 14(1) : 1-12.

付録 : 【トランスクリプト記号一覧】

- ① = 言葉と言葉の間, もしくは行末と行頭におかれた等号 :
途切れなく言葉がつながっていることを示す
- ② () 丸括弧 : 何か言葉が発せられているが聞き取り不可能であることを示す.
また聞き取りが確定できない場合は, 当該文字列が丸括弧で括られる.
- ③ (数字) 丸括弧で括られた数字 : その数字の秒数だけ沈黙のあることを示す.
またごく短い間合は「ピリオド」のみで示される.
- ④ :: コロンの列 : 直前の音が延ばされていることを示す.
- ⑤ — ハイフン : 直前の言葉が不完全なまま途切れていることを示す.
- ⑥ ? 疑問符 : 語尾の音が上がっていることを示す.

- ⑦ . 句点：語尾の音が下がって区切りがついていることを示す.
- ⑧ ○ ○ 上付きの丸：これで囲まれた個所の音が小さいことを示す
- ⑨ [角括弧：発する音声为重なり始めた時点を示す.
- ⑩ × 左開き括弧と右開き括弧：発話のスピードが目立って速くなる部分を囲んでいる.
- ⑪ 下線：強勢された音を示す.

【編集後記】

『現象と秩序』第9号をお届けします。巻頭の特集「社会福祉専門職と社会学」は、第4号と第8号に掲載してきた2つの特集の発展企画であり、3つの特集は全体として、社会学とは何か、現代社会とは何か、という、経験的知識社会学研究の成果であるともいえるでしょう。中根論文は、相対的に自立の程度を高めている社会福祉学と社会学との関係を再考する助けになる論文です。異論文は親支援職の課題とその課題への社会学の貢献可能性が見える論文になっています。ご堪能ください。菅野論文は、出生前検査を精密に論じており、舞弓・樫田論文は、看護学生とSP（模擬患者）との間のコミュニケーションをビデオ映像をもとに詳細に扱っています。いずれも『現象と秩序』誌らしい、経験的研究ということが出来るでしょう。最後の高橋・樫田論文は、吃音の特殊さ（どもりに対する対策が、つぎのどもりの特徴を生み出してしまうような連続性がある、という特殊さ）に関する社会学的探求が、単なる、吃音という個別領域にあてはまるメカニズムの探求にとどまらずに、「障害一般」「人間コミュニケーション一般」に関する、総合的な社会学的考察の契機にもなり得るはずだ、という主張をしています。つまり、社会学は、主体の意味創造性をこれまで称揚してきましたが、造り上げようとする意味が、当事者（障害者）に見えているとは限らないということ、意味が造り上げられる過程には、他者の反応が組み込まれるため、期待どおりの意味が造り上げられるとは限らないこと、この2つの点において、楽観的過ぎたのではないのでしょうか。高橋・樫田論文では、吃音者のセルフヘルプ・グループの「コンシャスネス・レイジング活動（吃音者としての誇りをもって生きるための、意識覚醒をめざす集団活動）」には、思い通りの吃音者像を十分に社会化できない、という困難があり、その困難には、一般性がある、という主張をしています（と読めると思います）が、これは従来の社会学の楽観性に対する問題提起であるともいえるでしょう。本当にそういえるのかご批判を頂ければ幸いです。 (Y.K.)

『現象と秩序』編集委員会（2018年度）

編集委員：樫田美雄(神戸市看護大学)、中塚朋子(就実大学)、堀田裕子(愛知学泉大学)

編集幹事：平田菜津子、尾崎友祐、松田侑子(神戸市外国語大学)

編集協力・印刷協力：村中淑子(桃山学院大学)

『現象と秩序』第9号 2018年 10月31日発行

発行所 〒651-2103 神戸市西区学園西町 3-4

神戸市看護大学 樫田研究室内 現象と秩序企画編集室

電話・FAX) 078-794-8074 (樫田研), e-mail: kashida.yoshio@nifty.ne.jp

PRINT ISSN : 2188-9848

ONLINE ISSN : 2188-9856

<http://kashida-yoshio.com/gensho/gensho.html>