

The Journal of the Japanese Association of Health Communication
Vol. 6, No. 1, 2015

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌

第6巻 第1号

特集：地域文化とヘルスコミュニケーション

日本ヘルスコミュニケーション学会
Japanese Association of Health Communication

<http://HealthCommunication>

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 第6巻第1号

The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol.6, No.1.

第6巻第1号.....全文掲載【PDF】
目次.....目次【PDF】

学術集会報告

特別講演 地域文化とヘルスコミュニケーション
—家族の木を見ながら診察する家庭医の立場から—
松下 明.....pp.1-5【PDF】

シンポジウム 医療職と患者・家族それぞれの「背景」を考える
報告1 災害時にみる医療と地域の「問題」
岩城 裕之.....pp.6-9【PDF】
報告2 駐在保健婦の歴史と活動
木村 哲也.....pp.10-14【PDF】
報告3 「ずれ」と教育的コミュニケーション
矢野 博史.....pp.15-18【PDF】

学術論文

原著論文 重度頸髄損傷者の生活の再編成プロセスの分析
千葉 俊之・木内 貴弘.....pp.19-33【PDF】

原著論文 医師が患者会に関わることを患者はどのように感じているか？
—専門職に期待されるセルフヘルプグループへの関わり—
宝田 千夏・孫 大輔.....pp.34-43【PDF】

原著論文 医療面接時のメタファーの役割に関する認知言語学的分析
— 中華人民共和国における診察場面の二つの事例 —
森 博.....pp.44-52【PDF】

原著論文 診療コミュニケーションにおける擬音語・擬態語の使用傾向と効果
的運用について
植田 栄子.....pp.53-67【PDF】

実践研究 帝京大学医療系全学部の新入生におけるコミュニケーション教育
大野 直子・菱木 清・関 玲子・楯 直子・上野 公子.....pp.68-78【PDF】
林 弘美・井上 真智子・榊原 圭子・大胡 恵樹
槇村 浩一

研究ノート 模擬患者参加型教育セミナーの概要と評価
吉田 登志子・三好 智子・須野 学・芝 直基.....pp.79-82【PDF】
猪田 宏美・前田 純子・河野 隆幸・鈴木康司
谷本 光音

奥付.....p.83【PDF】

※一般口演発表とポスター発表については本学会ホームページ掲載の抄録をご覧ください。
URL: http://healthcommunication.jp/syouroku/shouroku2014_1.pdf

特別講演

地域文化とヘルスコミュニケーション

—家族の木を見ながら診療する家庭医の立場から—

社会医療法人清風会 岡山家庭医療センター 奈義ファミリークリニック
松下 明

抄録

米国での家庭医療研修を受ける際に、家族志向のケアの重要性に気づき、地域での家庭医療を実践するコアに家族志向のケアをおきながら奈義町での診療を13年間行ってきた。家庭医療後期研修を提供する側として、多くの若い後期研修医を抱えながら、電子カルテの家族図を駆使して、グループ診療での家族志向のケアを心がけている。訪問診療においても、人口6000人の町の診療は家族ぐるみのかかりつけ医としての機能を発揮することができ、介護者である家族もまた自分たちの患者である状況で、家族の木を見ながらケアを提供している。

訪問診療での醍醐味は家族が在宅チームの一員となり、困難な状況と一緒に向き合い、在宅療養を希望する患者の最期の時を一緒に過ごすことができる点である。家族自身もチームの一部になった看取りの瞬間はとても一体感のある経験となる。

老老介護、認認介護が増え、若年世帯では核家族で心理的サポートが少ない中での軽度発達障害児や不登校例の増加に対応が迫られている。そういった地域文化の変化において家庭医として行っているヘルスコミュニケーションについてお話した。

1 はじめに

無医村の医者を目指して山形大学に入学したがほどなく、それを目指す専門科がないことに愕然とした。インターネットなどない時代に、図書館である本と出合ったが(図1)、プライマリ・ケアと訳されたその本は米国の家庭医療の教科書(Rakel)だった。そこに示された何でも屋は私のイメージした無医村の医者であった。なんとその医者はプライマリ・ケアの専門医だという。ヨーロッパを中心に家庭医がプライマリ・ケアを専門的に担う医療システムの実情(図2)を知り、家庭医療の専門研修を求めて岡山県の川崎医大に移動した。

川崎医大総合診療部で初期後期研修を行った後で、米国ミシガン州にわたり、さらに3年間の米国家庭医療専門研修(レジデンシー)に挑

なぜ家庭医を目指したのか？

プライマリ・ケアと訳されたその本は米国の家庭医療の教科書(Rakel)だった。そこに示された何でも屋は私のイメージした無医村の医者であった。なんとその医者はプライマリ・ケアの専門医だという。



図1

んだ。8年半にわたる研修を経て、プライマリ・ケアを専門的に提供する家庭医の診療範囲はG.Engelの生物・心理・社会モデルで合わせると図3のようになると理解した。臓器別専門医は主に個人から臓器、組織、細胞レベルへのベクトルを伸ばす方向にあるが、家庭医は臓器の半分から地域の半分をカバーし、特に患者個人の心理的内面や家族や職場といった背景を理解しながら、地域全体の健康問題に関わるという点に特徴があるというものである。

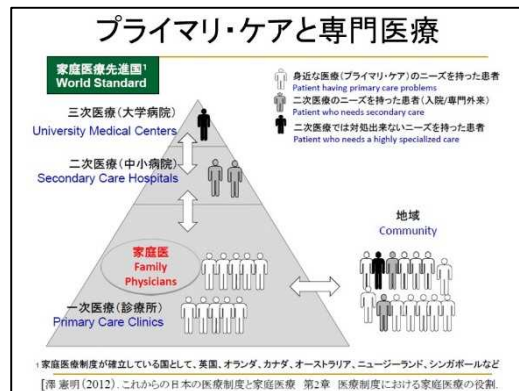


図 2

そういった視点をもって、岡山県北の人口6000人の奈義町で家庭医として診療を行いながら、家庭医療後期研修を提供することを13年間行ってきた。後期研修医として学んだ医師が今度は指導医として地域に残り、教育と地域医療の良い連鎖が生まれる中で、新しいプライマリ・ケアのシステム作りを進めることができた。平成26年度からは岡山大学との連携の下で、地域で働きながら学べるMPHコースの創設や岡山県全域で家庭医を育てる仕組みづくりにも着手している。

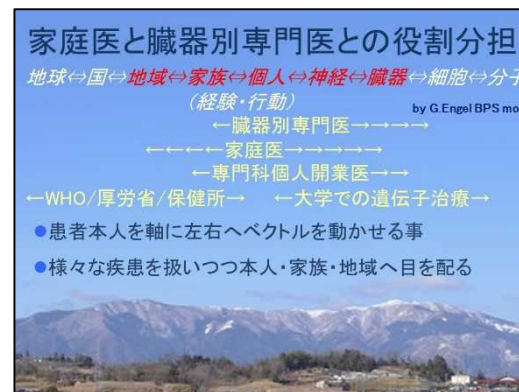


図 3

しかしながら、この13年間で地域の変化は徐々に進んでおり、いくつかの課題に向き合っていかなければいけない状況にある。核家族化が進み、多世代同居が減少し、共働き家族の増加がみられている（奈義町の総人口10%減し、特に年少人口は22%減る中で、総世帯数は2000と不変である）。地域では、認知症患者の増加と高齢独居・高齢夫婦世帯の増加がみられ、以前のようなやる気在宅だけでなく、入院日数の短縮にともなう「消極的在宅」も増加している。

	患者個人との 家族志向面談	居合わせた家族との 家族面談	呼んで行う 家族カンファレンス
疾患	急性疾患 自然軽快する問題	小児健診 慢性疾患	入院・終末期の病気 重大な家族問題・葛藤
頻度	60-75%	25-40%	2-5%
時間	10-15分	15-20分	30-40分

調査では、家族同伴の受診は患者の32%でみられ、小児では97%、高齢者では25%、成人では12%だった。

図 4

一方で軽度発達障害児の増加や不登校児の増加、核家族化による保護者の心理的余裕の減少がみられ、地域の経済状況の悪化から地域住民の「お互い様」という心理的余裕も減少している。

2 家族志向のケアの3つのタイプと5つのレベル

こういった中で我々医療者の側も変化を求められており、より深い家族への理解とサポートを引き出す方法論として家族志向のケアがあげられるが、これを医師だけでなく地域で働くさまざまな医療・介護・福祉スタッフが駆使していく必要がある。家族志向のケアには3つのタイプ（図4）があり、(1) 患者個人との家族志向面談、(2) 偶然居合わせた家

族との面談, (3) こちらから呼んで行う家族面談 の3つのパターンを上手に使い分ける必要がある。

(1)患者個人との家族志向面談については, 日常診療で家族図を用いて, その患者を取り巻く家族情報を整理して, 背景を診療に生かすことで家族の木と呼ばれるような, 患者の背景にある家族の木をイメージしながら診療を行う(図5)ことがポイントなる。その際には遠方にいるヘルス・エキスパートと呼ばれる, 一家に一人存在する健康の専門家(年配の女性もしくは家族内の医療職種)とのコミュニケーションが重要となる。ヘルス・エキスパートとの間接的な対話がかうまくいかないと, 間に挟まれた患者本人は苦悩することとなり, 診察室で立てた診療計画を実行に移すことが困難となる。梅干を食べることが重要と考えるヘルス・エキスパートに高血圧患者は減塩治療と梅干の摂取という2つの問題に直面してしまうのである。

(2) 偶然居合わせた家族との面談では図6に示すような家族志向のケアの5つのレベルを意識する必要がある。相互に情報の交換を行うレベル2と感情面への対応を行うレベル3を重点的に行うことでより質の高いコミュニケーションが図れる。医療者から患者・家族への情報発信はどうしても一方的になりがちで, こちらから「正解を押し付ける」形になりやすい。在宅療養においては実現可能で, 患者家族が納得して取り組むプランが重要となるため, 患者家族の「解釈モデル」を十分に引き出して, 相手を受け取りやすい形で情報の交換を行う必要がある。また, 介護者を含めた家族の感情は理性的な行動を妨げることがしばしばみられ, 家族面談で見られる患者家族の感情を上手に取り扱うことが求められる。その際には図7で示すような深い共感を示すポイントを意識して対応するとよい。相手の話をきちんと「聴き」, 映画を見ているようなレベルまでイメージを広げてから, ○○のような状況があつて△△といった

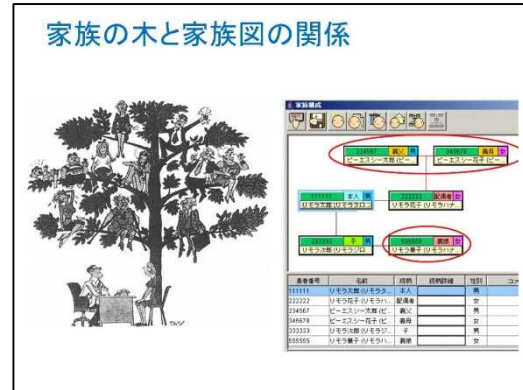


図5

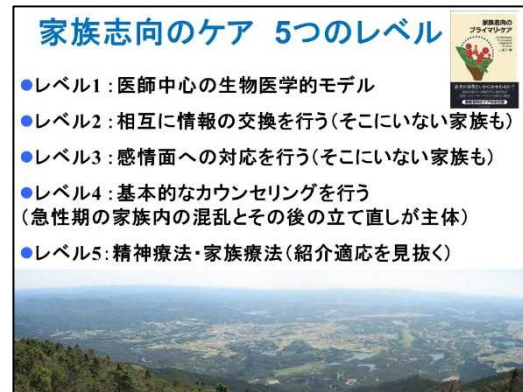


図6



図7

いつ家族に集ってもらうべきか

A群 常に行なうべき	B群 考慮すべき
1) 入院時	1) 慢性疾患の治療がうまくいかないとき
2) ターミナルケア	2) 医療機関の受診が多いとき
3) 重篤な病気の診断時	3) 身体化症状
4) 妊婦健診・乳幼児健診	4) うつ状態・不安状態・アルコール問題など(心理社会的問題)

図8

家族パワーの低下に向けた解決策

- 遠方にいる共働きの息子・娘夫婦と連携し、住み慣れた町でぎりぎりまで在宅療養を継続するには工夫が必要
- 日常診療に家族図を活用する
- ケアマネや訪問看護師からヘルスエキスパートを含めた家族情報を引き出す
- 地域包括支援センターの保健師との連携が鍵
地域住民の力も借りる(介護保険枠外の有償ボランティア)




図 9

家族パワーの低下に向けた解決策

- そこにいない家族の考え(解釈モデル)や感情を、そこにいる患者本人や家族から引き出す
- 電話でのコミュニケーションをためらうことなく行い、考え(解釈モデル)、感情面でのやり取りを行う
- 上記で不十分なケースではご家族とお会いする必要性を電話で十分話したうえで、家族構造や機能を家族図と上記の情報から理解し、仮説を立て、家族カンファレンスを行う




図 10

気持ちになられたんですね、と共感的コメントを渡してみる。相手から「そうなんですよ、分かってくれたんですね」という返事がくるまで繰り返すことで、共感的コミュニケーションが成り立つといわれ、家族面談でもこれを意識して行う必要がある。

(3) こちらから呼んで行う家族面談は図 8 のような状況で行われる。家族の心理的動揺への対応として上記のレベル 2・3 の対応がもちろん求められるが、それに加えて、一過性に起きる家族の混乱状態に対して、レベル 4(基本的なカウンセリング)の対応が求められる。したがって、こちらから呼んで行う家族面談の場合は事前に家族図を見直し、そこに登場する家族の状況を把握して、実際の面談場面で予想される流れについて仮説を立てておく必要がある。それによって、面談中に起きる問題に速やかに対処することが可能となり、参加している家族個々人の考えと気持ちに共感して、より理性的な対話に持ち込むことが可能となるのである。面談の開始時点では参加者それぞれと波長を合わせ、この医療者なら腹を割って話ができそうだという信頼感を短時間に得る必要がある。家族同士での言い争いが起きる場面も想定して、時には医療者自身が交通整理を行う必要もある。その場合はボディランゲージを活用して、割って入り、それぞれの意見の裏にある考えと感情は共感できるが、家族全体としてうまく機能するうえでもう少し考える必要があることを、誰か一人に肩入れすることなく行うことが必要となるのである。

3 家族志向のケアを生かしたヘルスコミュニケーションの提案

家族パワーが低下している現在の地域医療の現場での解決策を図 9 と図 10 にまとめた。さまざまな職種と連携しつつ、家族情報を家族図に蓄積して、必要な時にはためらわずに家族と電話や対面でコミュニケーションを行うことが重要である。その際には 3 つのパターンのどれを行っているのか、5 つのレベルのどこに焦点を当てているのかを意識しながら行くと、よりスムーズな対応が可能となる。レベル 5 の家族に対しては医療者 1 人で立ち向かうことは通常不可能で、メンタルヘルスの専門家(精神科医・臨床心理士)や地域包括センターの保健師・社会福祉士などの協力を要することが多い。こういった困難事例では出口が見えなくなり、関わるメンバーのストレスが大きくなるが、チーム内部での対話を繰り返し、患者・家族・地域住民(民生員・愛育員・区長など)もチームの一部となつて一緒に問題解決に関わることが重要である(図 11)。

4 今後の日本に求められる姿

2017年から「総合診療専門医」が19番目の専門領域として認められ、若い医師がこれからの地域を支える専門家として歩む道が整備されつつある。私たちは現在の家庭医療後期研修を今後の総合診療専門医研修につなげ、地域医療の現場で臓器から地域まで幅のある診療を行える若い医師を育成すると同時に、地域の多職種が家族志向のケアを駆使できるような教育システムを構築し、患者家族と地域住民（民生員・愛育員・区長など）がプライマリ・ケアチームの一員として一緒に支え合うシステム作りを行っていく必要がある。

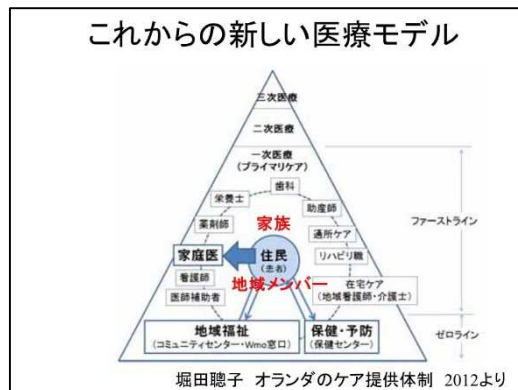


図 11

文献

- 1) マクダニエル SH, キャンベル TL. 家族志向のプライマリ・ケア (監訳 松下明). 丸善, 2006.
- 2) 松下明. 研修医イマイチ先生の成長日誌 行動科学で学ぶメディカルインタビュー. 医学界新聞. 医学書院 HP 2010-2011; 10 回連載
http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02874_07
- 3) 日本専門医機構. 「総合診療専門医に関する委員会」からの報告.
<http://www.japan-senmon-i.jp/>

略歴

平成 3 年山形大学医学部卒.
 川崎医科大学総合診療部 初期・後期研修
 平成 8 年米国ミシガン州立大学関連病院 (Genesys Regional Medical Center) にて家庭医療学レジデント (行動科学の選択ローテーションのみこの領域のメッカであるニューヨーク州ロチェスター大学で行い, 家族志向のケアを中心に学ぶ). 3 年間の研修終了時 STFM Resident Teacher Award を受賞.
 平成 11 年川崎医科大学総合臨床医学講師
 平成 13 年奈義ファミリークリニック所長
 米国家庭医療学専門医
 日本プライマリケア学会認定医および指導医・日本プライマリ・ケア連合学会理事
 岡山大学大学院客員教授・三重大学臨床准教授・川崎医大学非常勤講師
 第 5 回日本プライマリ・ケア連合学会 学術大会大会長 (H26.5.10-11)

報告 1

災害時にみる医療と地域の「問題」

—医療者と住民の円滑なコミュニケーションのために—

高知大学教育学部
岩城裕之

1 はじめに—災害時における医療コミュニケーションが教えてくれること

災害が起こると、それまで「小さな問題」だったことが先鋭化し、「大きな問題」として出現する。例えば、中越地震の被災地である旧山古志村では、震災前から高齢化と過疎化の問題を抱えていた。震災後これらの問題は加速し、人口は約半分、高齢化率も10%ほど増加したと、かつての村の職員は語っている。同様に、医療現場でのコミュニケーションの「問題」をとらえるとき、それが先鋭化して現れるのは災害時であると考えられる。非日常時には、それまで現場で医療行為に関わるすべての人々によって共有されていた「小さな問題」を解決するための知恵が機能しないからである。したがって、災害時の医療コミュニケーションの実態を捉えることが、平常時の医療コミュニケーションを考える上でのヒントを与えてくれると思われる。そこで、災害時の医療現場での「問題」を紹介し、そこから見えることを整理してみたい。

2 「方言がわからない」実態

まず、若い医療従事者にとって方言はどの程度わからないのかを調査したデータをあげる。

富山大学医学部看護学科の4年生（地域看護実習、老年介護実習、訪問看護実習を終えた65名）を対象に、2007年11月にアンケート調査を行った。「実習中、患者さんの話す方言でわからないものはありましたか？」という質問に対する回答を、富山県出身者と富山県以外出身者に分けて集計したところ、次のような結果となった。

	富山県出身者	富山県以外出身者
あった	7 (17.1%)	13 (56.5%)
なかった	34 (82.9%)	10 (43.5%)

富山方言は、富山県以外の出身者にとってわかりにくいということを読み取ることができる。約半数の看護学生が方言がわからない経験を持っている。

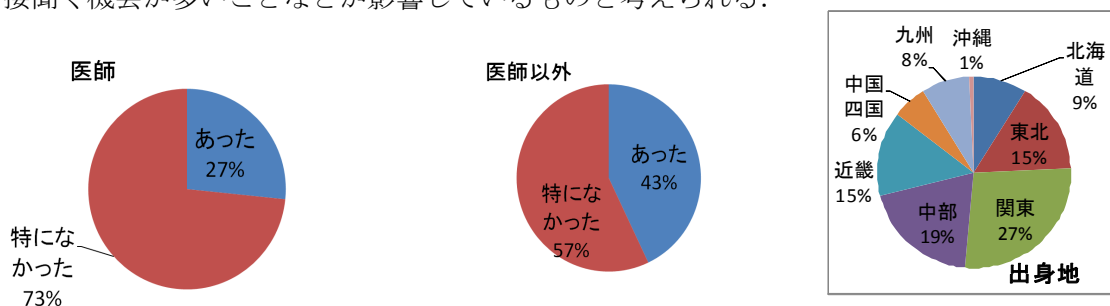
ただ実際の医療現場では、例えば本人が患者さんに聞き返したり、方言がわかるスタッフが通訳に入ったりすることで、大きな問題は回避できているケースが多いようである。

しかし、東日本大震災のような広域災害の場合、支援に入った医療チームに通訳の役割を果たすスタッフがいるとは限らず、それまで隠れていた「方言が通じにくい」という事態が顕在化する可能性が高いと考えられる。

次に示すのは、2013年2月にインターネット調査会社に委託して行ったアンケート調査

の結果である(科学研究費補助金 基盤研究 B「災害対応のための方言活用システムと方言ツールの開発」研究課題番号:24320084, 代表 今村かほる による)。ここでは, 2011年3月から2012年12月に被災地に派遣された医師124名, 医師以外184名のデータを取り上げる。

先の富山と同様に, 「被災者の話す言葉・方言がわからないことがありましたか」という問いに対する回答は以下の通りであった。医師以外の医療スタッフのほうが方言理解ができなかった経験を抱えているようである。先に示した富山の看護師のデータと比較すると, ほぼ似た傾向である。医師以外の医療スタッフのほとんどは看護師であるが, 患者の話を直接聞く機会が多いことなどが影響しているものと考えられる。



なお, アンケートに回答した医療スタッフの出身者を併せて示す。

このように, 広域災害時に医療従事者が何かをしようとするれば, 少なくともある程度の被災地の方言の理解は必要であると思われる。あるいは, 方言がコミュニケーションの壁になる可能性があることを最低限覚悟しておくことが重要であろう。

3 時短としての方言ツール —ポイントの存在—

このような状況を捉え, 筆者らの研究チームでは2006年から医療現場で方言が通じない(通じにくい)という問題を取り上げ, その解決のために方言ツールの開発を進めてきた。例えば, 方言データベースであり, コミュニケーション・スタイル理解のための方言問診ビデオであり, 災害時に向けた方言支援ツールなどの開発である。

ところで, 先の東日本大震災の支援に入った医師へのアンケート調査では, 被災者の方言がわからなかったという経験がある医師の割合は, 決して高くはなかった。この理由として, 震災発生時石巻赤十字病院に勤務していたある医師は「地域で診療をすれば, 方言は自然に身につけられる」と述べた。同時に「(方言の) 手引きがあると時間の節約になる」とも述べた。

地域で仕事をする上で困らないようにするためのポイント(勘所)が存在しており, それは時間をかければ身につくものであるということかもしれないが, あらかじめ準備をしておくことで時間の節約になるという面は見逃せないと考える。なお, そのポイントとしてあげられるのは, 問診場面で出てきがちな方言語彙(症状, 心情, 動作, 程度, 頻度, 身体部位)に加えて, 地名・人名, そして土地の人々のコミュニケーションの特徴(あまり話さない等の)などである。

4 地域を理解することの難しさ —福祉現場にみる地域文化理解の困難—

これまで方言の問題に絞って報告してきたが、方言を理解することはその裏にある地域の文化（地域人の考え方も含めて）を理解する入り口でもある。

中越地震を契機に設立された災害福祉広域支援ネットワーク・サンダーバードでは、災害時の支援を「ところてん方式」で行っている。被災地に近く、地域の文化をよく知った者が被災地に入り、手薄になった周辺施設にさらに近辺から人が入るという方法が現実的にうまくいく方法であると考えている。

このような支援の入り方は示唆的である。生活を丸ごと受け入れ、面倒をみるという福祉分野では、地域を知ることが必須であるということ、しかし一方で、短時間でそれを行うことが困難なことを示していると考えられるからである。

ある地域で当たり前の食材や料理などが、実はその地域独特のものであった、といったテレビ番組が数年前から放送されているが、こういったことへの理解は福祉場面には重要であろう。しかし、こういった「モノ」に現れることだけにとどまらず、地域の人々の考え方の好みを理解することも地域理解である。方言をコミュニケーション・スタイルのレベルまで広げて考えると、対人関係の好みを読み解くことができそうである。事実、東日本大震災の支援に入った人のインタビューからは、「関西に比べて、我慢強い人が多かった」「口数が少なく、あまり話したがらなかった」（奈良県の医療スタッフ）といった感想が聞かれた。ことばで伝える文化なのか、そうではないのか、という問題につながってくる。

現在、筆者は言語聴覚士（ST）と方言理解について調査を進めてきた（科学研究費補助金 基盤研究 C「言語聴覚士が利用できる標準失語症検査に対応した方言資料の作成」研究課題番号：24520519）。アンケートやインタビューからは、例えば沖縄では、本島の ST は琉球方言の敬語理解のニーズが高い一方、宮古島はそうではないなど地域差がみられた。それぞれの地域で、対人関係の場面で人々が何を重視しているのかは一様ではないことを示している。

医療従事者が地域を理解すれば、対人関係もスムーズであるし、患者の背景を理解しやすくなる。しかし、これらを理解することは時間もかかり、簡単なことでもない。

5 中越地震の避難所で起こったこと—地域をよく知る地域住民だからできたこと—

地域の事情を知っておくことは、様々な面で有利である。その一例を、中越地震の避難所の形成事例に求めてみたい。

中越地震によって旧山古志村は道路や斜面の崩落によって孤立し、全村避難を強いられることになった。元山古志村役場職員によると、当初ヘリコプターで避難した村民は、住んでいた集落とは関係なく避難所に入ることになった。そこでは様々なもめごとなどが生じた。しかし、一集落一避難所に再編した結果、これらが極端に減っていったという。地域で一つの避難所に入ることで人々が安心したということ、お互いの事情が見えゆずりあえるようになったことなどがその理由である。また、自主的な住民組織も円滑に立ち上がったという。

この事例は、地域を知っているのは、その地域の住民であるということを示し、地域住民の持てる情報をうまく使えば、危機の際も物事がスムーズに運ぶことを示している。だとすれば、医療従事者が地域を知るためには、住民を巻き込む（一緒に考える）ことが効果的で

はないだろうか。医療者と地域住民が交流できるようにすること、地域住民から学ぶ機会を作ることが、医療従事者が地域を知る最も正当で効果的な方法であると考える。

6 まとめ

災害時を通じて見えてきたことは、地域を完全に知ることの難しさである。一方で、「とりあえず」仕事上困らないようにするためのポイントも存在していることである。

また、地域の事情を最もよく知る地域住民と協働することも考える必要がある。

方言の手引きのようなツールから入り、例えばそこに地域住民に情報を付け足してもらい、といった仕掛けを作ることによって、医療従事者と地域は近くなると思われる。近くなれば、危機の際にも力を発揮することができる。

方言研究者がこのような仕掛けを作ることが、今後求められてよい。

文献

- [1]今村かほる, 岩城裕之, 武田拓, 友定賢治, 日高貢一郎. 東日本大震災災害医療関係者を中心とした方言コミュニケーションの問題と効用. 日本方言研究会第 97 回研究発表会発表原稿集 2013; 25-34.
- [2]岩城裕之, 今村かほる, 武田拓, 友定賢治, 日高貢一郎. 災害時・減災のための方言支援ツールの開発. 日本方言研究会第 97 回研究発表会発表原稿集 2013; 35-42.
- [3]今村かほる. 医療と方言. 日本語学 2011; 30(2); 30-40.
- [4]岩城裕之. 医療従事者のための方言の手引き. 日本語学 2012; 31(8); 36-45.
- [5]岩城裕之, 今村かほる, 工藤千賀子. 医療・看護・福祉と方言. 科学研究費研究成果報告書, 2012.

本論文で利用したデータは、本文中に示した複数の科研費を利用したものである。

報告 2

駐在保健婦の歴史と活動

—地域住民との関わりを中心として—

歴史学（日本近現代史）

木村哲也

主題

保健婦駐在制の歴史を通して、ヘルスコミュニケーションへのヒントを、ともに考えたい。

1 現代的背景

いま、医療・保健・介護をめぐる状況は大きな制度的活画期にある。

2013年4月には厚生省健康局長通知「地域における保健師の保健活動に関する指針」（健発0419第1号）が出され、従来の活動指針が大幅改正された。ここでは従来つづけられてきた細かい縦割りの業務分担の弊害を改善するためにも、保健師の地区分担が謳われている。

また、2014年6月には厚生省の主導で「医療・介護総合化推進法」が成立した。これによる関連法の改正はじつに19本に及ぶ大改正である（医療は2014年10月以降、介護では2015年4月以降順次施行されてゆく）。

これらの動きには、高齢化社会に対応するために、従来縦割りで行われてきた医療・保健・介護の諸制度を一大再編し包括的ケアに転換しようという意図があろう。しかし、大きな構図が示されただけで、個々の取り組みは今後に待たれるというのが現状であろう。

筆者は、歴史研究の分野から、保健婦駐在制について歴史的な研究に取り組んできた。また、同時に草分け世代の退職保健婦の方たちに、聞き書き調査も実施してきた。駐在制は、保健婦が地域分担し全業務を担当する形態をとってきたが、1997年の地域保健法により廃止され、以後、全国での保健師活動は業務分担が基調となり、母子、精神、老人…というように業務ごと専門保健師を置くことが一般的となった。しかしそれから20年近くが経過し、再び地域分担に焦点が当てられようとしている。いったんは過去のものとなった保健婦駐在制の歴史が、新たな制度改革の参考ともなるのではないか。筆者の研究成果をもとに、保健師と地域住民に焦点をあて、ヘルスコミュニケーションのヒントを得たいと考える。

なお、2002年に「保健師」と名称統一される以前については歴史的な呼称として、「保健婦」という用語を用いている。

2 高知県の保健婦駐在制の歴史（1942年～1997年）

ここで簡単に保健婦駐在制の歴史を振り返っておこう。保健婦駐在制とは、保健所保健婦（都道府県）が管内の市町村に分散して駐在し、日常的に住民の健康指導にあたる制度を指す。

長らく先行研究では、戦後になって開始された制度と考えられてきたが、じつはその源流は戦時の健民健兵政策にあることを筆者は突き止めた。1941年の保健婦規則を受けて、翌年には全国で県保健婦の市町村駐在が開始する。総力戦の深まりとともに地域における医師不足を解消するために、保健婦に地域の健康管理を担わせようとするものであった。しかしこの活動の中から、戦後の指導者となる人材が経験を蓄積していった。

敗戦により、いったんはこの制度は解消するが、高知県では全国で唯一1948年に県の単独事業として全市町村を対象にこの制度を継承する。アメリカ占領下の沖縄でも高知県と同じ指導者により1950年～同じ制度を採用する。1960年～1970年代、過疎化と無医地区の問題に悩む全国でも、保健婦の駐在制は個々に採用されている（筆者の調査では24都道府県で実施が判明）。高知県という一地域の実践が、全国に影響を与えたのである。1997年の地域保健法の全面実施の方針で駐在制が廃止されるまで、地域の実情に即した活動を展開してきた。

3 地域での活動の展開—退職駐在保健婦の聞き書きから

保健婦活動というのは、結核撲滅、乳幼児・妊産婦対策、受胎調節普及事業、ハンセン病隔離政策、精神衛生対策、生活習慣病対策、老人保健など、国家が次々と打ち出す政策を、上から地域に普及させる側面を確かに持っている。

しかし地域での活動に即して見ると、一方で、地域に埋もれていた保健衛生の問題を、保健婦自身が独自の判断で汲み取り、支援に結びつける事例があったこともわかる。以下、筆者がおこなってきた高知県の駐在保健婦経験者からの聞き書きの事例を紹介する。

・ケース①結核患者にすぐ強制的な入院措置をとらず、家計を考慮し季節労働が終るまで猶予を与えた事例。

「昭和30年代の話。学校でツベルクリンをやった。やったところが、兄弟三人が真っ赤になった。こりゃイカン。家族にたしかに結核患者がおると。ピンと来にヤイカナあ、保健婦は。何か家族に根拠がなけりゃならんと。それを追究していかにヤイカン。うつる病気じゃけん。お父さんが山で仕事しちようけん。山で木を切る。それでね、仕事をしよるところまで追いかけて行ったこともある。

山師のおんちゃんらが掛けた、かずらの橋をわたって。クスバカヅラで作った大きな綱よ。そら、踏み外したら何十丈もあるけん。立っては歩けるもんか。足つつこむもん。這うように渡って。衛生係が行くけん、自分も行ったがよ。今やったら絶対よう行かんねえ。

そしたら、山の奥に、仕事する間、材を寄せて家をこさえてね、働きよった。小屋を建てて野宿しよるがよ。『病院へ入って治療してください』と。子供のツベルクリンを見たがで、と。痰の検査するけんね、そしたら（感染源は）お父さんじゃって。『胸が悪いことないか』と聞いたら、『胸が悪いいうても、今この仕事をやめたら何十万円の損害。この仕事がすむまでなんともなりません』ゆうけん。『それならすまして、はよ治療しましようね』ゆうてもんて来た」。

・ケース②入院指導が中心だった精神障がい者を家族・地域ぐるみでケアしてゆく方針に指導を転換するなど、柔軟な対応とった事例。

「(昭和40年以降、精神が保健所業務となる。当初は座敷牢などにつながれて治療も受けられなかった患者を施設に入所させるのにも意味はあっただろうが)施設に入れることが必ずしもベターとは言えないですね。ある程度、家族も困ってるし、周囲からヤイヤイ言われるという場合はね、やっぱり施設に入れれば適切な治療も受けられる。けど当時は治療が受けられるというよりは、『入れておきさえすればいい』みたいな措置でした。そういうふうにして持っていけば、1人このケースは解決したよと。自分で自己満足するだけで、それがケースのためになったかどうかは別ですよ」。

「結局、精神は、家族が気がたったらダメやけんね。家族の協力があれば、必ず治るけんね。ただ病院にさえつめこめばいいというもんじゃないわけよ」。

・ケース③家庭訪問のなかから、育児に問題ある母親や家族によって隠されていた障害児やを発見し支援につなげた事例。

「お母さんがかなり年をとってから赤ちゃんが生まれて、家庭訪問に行つて」。

その家、5人の子ども育てるがに、経済的に大変なのよ。親父がじきに焼酎買って飲んで使ってしまう。お母さんも乳が出ないから、赤ちゃんも太ってないの。『何を飲みしゆうがですか?』言うて聞いたら、『麦の汁を飲みしゆう』言うて

見たら、口蓋裂(こうがいれつ)の子で。上あごが口の中から切れて。乳が吸えれんてしょ。何ヶ月もたってるのに3000g。泣き声も鼻に抜けたような声で。病院へ連れて行つたら、口蓋裂とわかって。高知へ連れて行つて、口蓋裂専門の病院で手術して

幡多事務所の福祉の係に連絡して生保(生活保護)受けるようにして。親父に『焼酎買うたらイカンぜ、ミルク買いなさいよ』と言いきかして」。

「赤ちゃんが生まれてるのにぜんぜん連絡もこないし、2ヶ月の検診にも来ないし、いうことで訪問したこともありますね。行つてみたら、赤ちゃんが弱い声で泣きしゆうがですよ。お母さんがお洗濯物干してましたけどね。『保健婦さん、今日はいいですから』と、拒否したわけですよ。けど、赤ちゃん泣きしゆうから、『赤ちゃん泣きしゆうよ。どらどら』言うて、結局、保健婦の特権で上がつて行つたんですよ」。

そしたら、ロウインの赤ちゃんで。狼咽と書きます。喉からこう裂けてね。結局、ご主人が『自分の党(家系)にはそういう人はいないんだ』ということで、奥さんをうんと責めるんですよ。で、奥さんはそういう子を連れてどこにもよう行かんと。死んでくれたらいいと思うて、ミルクもろくにやってなかったんですよ」。

ミルク飲んでても、こぼれるんですよ。喉が裂けてるから。ちゃんと飲みこむまで抱き上げて見てない。寝かしたままミルクビンだけを置いてね。そうして哺乳してるような状態で。それで奥さんに、それじゃイカンいうことを言ったんですけどね。結局奥さんは泣くばかりでね。また、夜行つたんですよ、ご主人がいるとき。『そういう赤ちゃんは誰のせいでもない』と言って聞かせて。それでやつと手術しました」。

・ケース④成人病対策が県の主要課題として認識されていない時期から、密造酒が盛んな地域のアル中・脳卒中予防のために地域ぐるみで禁酒運動を成功させた事例。

「その地区ではお酒. 芋焼酎. それは戦時中お酒もなかなか買えなかったでしょう. で, 海岸で芋があるわけです. それから麦をうんとつくるわけです. で, 麦で麴をつかって, 焼酎をつくるがです. それでぎっちり自分とこで焼酎をつかって闇で売ったり. 雨でも降ったら, つくった焼酎を取り出してきて, それでみんなが味見です. 奥さんが注いでは旦那が飲んで味見. それで人が来たら『まあ一杯』って, 必ずコップ出して. なんか酒(さか)ごとがあったらその後でじきに友達のうちで2次会に行くがです. 店でなく個人の家へ. そこでもまた焼酎を. と, というような地区だったがです.

で, アル中もおりました. 予備軍もどっさりおりました. そんな矢先に, 1人亡くなったがです. 37歳の人が. 肝硬変で. 医者からアルコールによる肝硬変だからと言われちゃったがです. ナンボ上手に奥さんが隠しても探しちゃあ飲むがですと. 漁に行く時なんかも磯なんかちょっとこ隠しとくがです. 医者が飲まれん言うても, どしたち飲みよう. それが急に, 突然死みたいないな死亡したがです.

昨日葬式やというときに, 行ったがです. そうするとあとで婦人会長になっていただいた方と道で会って. 亡くなった家にひとまず, いうがで行ったら, まだ祭壇がちゃんとあるわけですね. そしたらまたそこで, 飲みようがです(笑). じゃけん, そこでお線香上げしてもらって. そしたら部落の人なんか, こりゃ困った. 次はうちじゃないるか. 奥さんがたの話があつて.

で, そこで幹部みたいな人に集まってもらって, そこでわたしが『どうもこうなったら婦人の力でなんとかならんろうかね』ということ話をしたがです. なんとかせんとイカンけん, 奥さんがたの力でないとやっていけれんということで, 話し合いをして. やっぱりこういう時, 時間がたったらダメですね. 葬式の明るる日行ってるから, むこうの人もパツとこう, わかるでしょ.

その時から即, 全戸をまわったがです. 行ったところで, お酒飲みよった人が歩いてくるがですね. 酒を飲む習慣をなんとか変えるようにと話して. みんな, 奥さんがたはほぼ了解して. で, 昭和48年2月17日『アルコールに悩む婦人の会』結成.

その時は集会所もなにも無いわけですね. 会議なんかには区長さんの家を会場なんかに使わせてもらうて. 毎月わたしも行って. 婦人学級ということであれば講師も, ということでありましたので, 高知から精神科の先生に来てもらうて. その先生, ものすごいアル中の患者を見ておって. 話をしてくださいました.

酒屋さんにも協力してもらうて. 酒を売りよる人が, 区長さんの兄弟だったがです. で, 区長さんのお父さんに頼んで, 37歳の人が死ぬる前の年のアルコールを売ったデータを全部出してもらうたがです. それで1年後またデータをとってもらうたがです. ずーと4, 5年つづけてとってもらいましたけど. それで量がずっと減ったがです.

で, 会合を, 酒屋の2階でするように変わったがです. 当時, なんかの会合いたら酒屋の2階を使いよったがですね. お酒を飲むがに. そういうこともあつて. そうすと酒を飲まんよいう会を, 酒屋の2階で(笑). いろいろ夫婦喧嘩とかあつたらしいですけども. そこはみんなが部落のためにということで, みんなからの納得があつて. 協力をしてくれたんです. そのうちまた集会所ができて, 集会所でするようになりましてけど.

けんど, こうした活動も, 私の言うことに対して地区の人が全部協力してくれたけんできたがです. 私だけの力じゃないですよ, 地区住民の力です」.

・ケース⑤県で脳卒中の対策がとられる以前から保健婦独自に脳卒中患者予備軍の住民の存在に気づき、彼らを集めてリハビリ教室を開いた事例。

「成人病の時代になったがは昭和 40 年代の後半くらいからですかね。私が保健所管内では初めてやったと思うけど。保健婦の事務所にみなさんを集めて。

中風の人を集めて、手足を動かす運動ですよ。完全に脳卒中になった人は 4, 5 人やったけど、その予備軍みたいな人が 10 人ぐらいでした。それを週 1 回やって。けっこう頻繁にやった。県からも自転車とかを買ってきてね。腕をまわすもんとかも配備してもらって。訓練ばかりじゃなしに、卒中になってない人もいっしょに体操してね。

それが今でいうたら病院のデイサービスとか、やってるでしょ。その当時ぜんぜんそんなことしてなかったからねえ。その走りやなかったろうかと思うんですよ。その時に中村市なんか、機能訓練士っていうの、いなかった時代ですからねえ。それが昭和 47, 8 年。疾病構造が伝染病から成人病に転換してゆく時期ですよ。ねえ」。

4 まとめ

紹介した事例は、ほんの一例に過ぎない。駐在制における地域でのこうした実践は上からの衛生指導というよりはむしろ、地域に即して保健婦が課題を発見して支援につなげた事例といえるであろう。

保健婦が個人、家族、地域の生活の実情を無視しては失敗に終わる。保健婦が地域に常駐する利点を生かし、日常的に個人、家族、地域の特性の把握につとめ、生活に即した活動につなげる。地域のなかで成果を挙げるには、住民との日常的なコミュニケーションと生活（背景）への理解という裏打ちがあったことが浮かび上がるのである。

「医療・介護総合化推進法」をめぐる動きのなかで、ややもすると保健師の存在が無視されがちであるが、地域に焦点をあてたとき、保健師のマンパワーを無視して新たな地域包括ケアは考えられないのではないだろうか。保健師抜きの議論を筆者は危惧する。目下、新たな制度の構築に向けて、国から投げられたボールを地域で受け止めている段階だと思われるのだが、長らく地区分担の活動を築いてきた保健婦駐在制に学ぶべき点はいまなお大きいと思われる。

文献

- [1]木村哲也。駐在保健婦の時代。医学書院, 2012.
- [2]〈特集〉「地域における保健師の保健活動に関する指針」見直しのポイント。保健師ジャーナル 2013; 69(7).
- [3]〈特集〉地域医療構想—来たるべき大改革の特効薬たりえるか。病院 2015; 74(3).

報告 3

「ずれ」と教育的コミュニケーション

日本赤十字広島看護大学看護学部
矢野博史

はじめに

医療者が考える患者・家族の「背景」と実際に患者・家族が持っている「背景」には往々にして「ずれ」が存在しており、それが両者のコミュニケーションを妨げる場合がある。まさに背景に潜んでいたこの「ずれ」は、コミュニケーションが開始されることによって次第に顕在化し、コミュニケーションの障害となる。本稿では、この「ずれ」を潜在から顕在へと切り替える際のコミュニケーションの磁場とはどのようなものなのかという点への関心から教育関係論への言及が促されている。

考察のなかでは、教育学における教育関係に関する議論を援用しながら、「ずれ」を前提とした医療者と患者・家族のあいだの円滑なコミュニケーションの可能性について検討し、最後にその範例となり得るものの提示を試みることにしたい。

1 教育関係論の問題構制からみた医療者と患者・家族のコミュニケーションの問題点

「ずれ」が顕在化する場面としては、患者・家族にとって医療者の指示が十分に理解できない、あるいは内容は理解できてもその指示自体に納得がいかないという場面が想起される。こうした場面では、理解や納得が疎外された意思決定を生じさせかねない力が働いていると考えられる点に問題が所在している。

こうしたコミュニケーションの磁場は、「専門家」と「素人」という非対称的な関係のなかで発生したものであるといえる。この非対称的な関係のなかで患者は、専門家の知識によって病人という自分が所有されていると感じており、「従属的な立場からヘルス・コミュニケーションに参加している」[1]との意識を持っている。

以下本稿では、このような専門知の所有者と非-所有者とのあいだに生じる「ずれ」に問題点を集約して検討していくことにしたい。

その考察に際して教育関係論が援用される理由は以下の点にある。

まず、教育関係論における二項関係、すなわち教育者と被教育者との関係は、前者が知の所有者であり、後者は非-所有者であるという点において、上記した医療者と患者・家族の関係性と近似していることが理由としてあげられる。もちろん教育という関係性を、医療者と患者・家族の関係にダイレクトに置き換えることはできない。しかし、次の特徴においてさらに、教育関係論の問題構制とその射程はここでの考察における有効な手がかりとなり得るものであると考えられる。

知の所有をめぐる差異、しばしば医療者と患者・家族のあいだのコミュニケーションにおいて問題を発生させるこの差異は、教える—学ぶという関係のなかでは前提となるものではあっても、それ自体が障害なのではない。教育関係においては、「ずれ」の存在は自明視

されたコミュニケーションの起因だと捉えることができる。そしてこの「ずれ」の解消が教育というコミュニケーションの目標となるのである。このように知の所有における差異を前提とし、同時にその「ずれ」の解消を目指す関係性を教育関係は特徴としている。

しかし、ここには問題もある。コミュニケーションにおける発話状況の非対称性は権力的な関係を生じさせ、一方が他方の従属者になってしまう事態がしばしば生まれていることは否定できない。この教育者と被教育者の関係から透け出てくる「知る者—知らざる者」という関係性からは、どこかの教室の中で普遍的で特権的な知の専有者である（と自らを定義した）教師が、生徒たちを答えへと導いていこうとする様子を思い浮かべるのは容易である。

このように「ずれ」を関係性成立、あるいはコミュニケーション開始の要因としながら、その「ずれ」によって、関係性の崩壊、コミュニケーションの破綻が持たせられる危険性を有するのが教育関係におけるコミュニケーションの特徴である。教育関係論はこの問題構制のもとで、（もちろんこの点だけに教育関係論の課題が限定されるわけではないが）こうした教師に対する生徒の従属的な関係、教師主導の権力的な関係に対する位相転換を試みてきたものである。

こうしたことから、患者・家族の医療者に対する従属的な関係性の認識を回避するためのコミュニケーションについて検討するという課題に対し、教育関係論における議論は一定の有効な手がかりとなるであろう。それでは、その方策を以下に探っていくことにしたい。

2 教育関係論におけるコミュニケーション・モデル

教育実践に関する記述は、その中にある権威を取り上げ、許容不可能なものとして指摘するものがある一方で、心躍るような教師と生徒の関わりを描き出そうとしているものもある。教育実践は、安易にモデル化することはできない多様性を特徴としている。医療の実践においても同様であろうこの多様性は当然見逃されるべきではない。先に例示したどこかの教室の様子以外にもさまざまな関係性のバリエーションは存在している。

そこで以下では、教育的な関係性のあり様を複数のモデルによって描き出す加藤[2]に従いながら、そのなかの一つを医療者と患者・家族のコミュニケーション・モデルを考察する導きの糸として提案することにした。

加藤が提示する3つのモデルは、教育内容＝真理に対する教育者の認識によって特徴付けられている。その認識の在り方は次の通りである。

- ① ただ一つの普遍的な答えがある
- ② 答えが持つ正しさは相対的であるが、望ましさという点において一定の尺度がある
- ③ 正しい答えは誰にも知られていない

①の立場はパルメニデス、②の立場はプロタゴラス、そして③の立場はソクラテス、それぞれ古代ギリシャの哲学者に代表させて3つの教師像は論じられていく。

まず、教師パルメニデスは特権的な知の占有者として登場する。話し手としての教師は、まさに「聞き手に対して真理の高処から一方的に語りかけている」存在である。当然の帰結として、ここには従属を求める権威的な教育関係が生じることになる。

それに対し教師プロタゴラスは「一部の人間に特権的な知を与えるような普遍的な真理の存在を否定」する。代わりに真理の相対主義の立場に拠りながら個々人が個別に有する見解をいったん認め、「望ましくない見解を持つ状態から望ましい見解を持つ状態への移行を

生ぜせしめることに、教育の存在意義がある」と考える。教師からの語りかけは「話し手がいかにして自ら、あるいは（自らも含めた）社会の見解に同一化させるかという説得」という形をとって行われる。このプロタゴラスにおいては、始めから真理の普遍性が想定されていないが、望ましい見解への同一化という教育目的が設定されることによって、やはり真理の普遍性は形を変えて現れている。

普遍の側、知の権威の側から教育を行おうとする2人に対して、教師ソクラテスは真理に対する異なった立場を取ることによって際立ってユニークな教師像を提示してくれる。そのソクラテスの立場とは「絶対的真理の存在を措定しながらも自らの無知を自覚する」というものである。このことによって、教師においても相手と共に「真理を追求する」営みが求められることになる。対話を通じて行われるその試みにおいて、教師には自ら語るだけではなく、相手の語りを聞く態度がより重要となる。「相手の話に聞く耳を持ち、質問による適切な手助けをすることによって、（中略）対話の相手が自らの思想を生み出す過程に積極的に参与」することがここでは教育とされる。

このような教師ソクラテスの様子は、持つ者が持たざる者へ知の分配を行うというモデルに対するもっともラディカルなアンチテーゼとなっている。そして、双方向的なそこでのコミュニケーションは、少なくとも一方的な従属関係からは距離のあることは明らかである。次節ではこうしたソクラテスの立場に対し、もう少し踏み込んだ確認を行い、医療者と患者・家族の関係性を考察してみたい。

3 対話的コミュニケーション・モデルの検討

ソクラテスはすべての知や真理の所有を否定したわけではない。それどころか加藤によれば、ソクラテスは専門分野における「技術知の領域」では絶対的な権威を専門家に認めている。技術知は万人の容易な所有を許すようなものではなく、この点において「専門家」の意見は優先されるべきことがらとされるのである。

このソクラテスにとっての技術知については、それが「諸々の知をひたすら実践的な目標に従わせる点で、医学の分野でわけてもリアルに体现されていた」[3]との指摘もある。ソクラテスにとっても「専門家」としての医療者の言葉は権威を帯びたものと見なさざるをえない。しかし、すでに確認したように、ソクラテスにとっては、それは同時に専門家を絶対的な真理の所有者と見なすことを意味するのではなかった。パルメニデスやプロタゴラスとソクラテスを分けているのは何であろうか。

ソクラテスは知者といわれる多くの人との対話を重ねることによって、世の中の知者であっても、「徳」、あるいは「善」に関して知を所有している者はいないことに辿り着いた。それゆえに、いかなる人であっても「善さ」という「最も重大な事柄」に関しては自らとその「隔たり」を謙虚に自覚する（無知の知）ことが出発点でなくてはならないと考えるに至ったのである。

ここに教育者の見解を一方向的に押し付けることは否定され、代わりに対話という教育関係の契機が生じている。そして無知な両者の対話においては「善さ」をともに求める「相手の同意と異議が知の探求の不可欠な条件」とされることになる。

こうして導き出されたのは当事者のいるその場で／から開始される「善さ」の「共同探求的対話」というモデルである。専門知によって「十分に吟味された若干の確信」は、通常、

患者・家族との「ズレ」の要因となり得るものがあったが、このモデルにおいては、「善さ」を探求する対話を活性化するために有効こそあれ、障害となるものではないと見なされることになる。

おわりに

ここまで検討してきたことを基に次のような提案が可能であろう。

「対話者は、自らの考えを腹藏なく提示し、それを互いに吟味しあうことによって、問題になっている事柄に関する真理をともに追求する」モデルによって示されたのは、正しい答えを知る者がもう一方をその答えに導くのではなく、またどちらか一方に答えの追求が委ねられるのでもなく、両者の対話を通じて答えの探求が試みられるような関係性構築の重要性である。

このモデルを患者・家族と医療者との関係性に援用することによって、常に当事者にローカライズ（局所化）されていくコミュニケーションの必要性が導出されることになる。「善さ」は誰にとっても自明ではなく、正しい答えを探求の前に知る者はいない以上、その場＝臨床において「対話の相手の同意と異議」を条件としながら答えは生み出されていくしかない。いわば、絶えず「善さ」への対話を続ける生成のコミュニケーションこそが求められるものである。そこにしかない答え（その答えはいつも暫定的でけっして最終形ではないかもしれないが）にむけて常に変奏される探求を継続する態度、これが「ズレ」を少きものにするために求められるものではないだろうか。

文献

- [1]ノートハウス PG, ノートハウス LL. (信友, 萩原共訳). ヘルス・コミュニケーション これからの医療者の必携技術 第2版. 九州大学出版会, 2000.
- [2]加藤守道. パルメニデス・プロタゴラス・ソクラテスー古代ギリシャにおける三つの教師像. 教育哲学研究 1992; 65: 1-6.
- [3]イェーガー W. (村島訳). ソクラテス (その二). 立命館文学 2009; 610; 621-635.

原著論文

重度頸髄損傷者の生活の再編成プロセスの分析

千葉俊之, 木内貴弘

東京大学医学系研究科社会医学専攻医療コミュニケーション分野

抄録

本研究の目的は、重度の頸髄損傷者が受傷後いかにして地域社会で自立生活を始めているのだろうか、そのプロセスと契機を明らかにするものである。対象者 10 名に対して半構造面接を実施した。語りを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにより分析した。その結果 10 の概念と、概念群からなる 4 つのカテゴリーが生成された。地域社会から隔絶された施設での入所生活や、長期にわたる入院生活を送っていた頸髄損傷者達が、地域での自立生活を模索し始め、試行錯誤のうえでその生活を始め、継続してしていくプロセスにおける中核を成すコア概念として、受傷後かなりの年数を経過した頸髄損傷者が、自立生活の模索を契機として「価値観の転換」を認識していた。

キーワード：頸髄損傷，自立生活，価値観の転換

1 はじめに

頸髄損傷とは、中枢神経である脊髄がなんらかの外傷により損傷を受け、脊髄の機能が一時期にすべて麻痺し、慢性期になっても麻痺がのこると四肢麻痺となる。日本全国では年間約 5 千人の新規脊髄損傷者が発生し、その経済的損失は 3 千 115 億円といわれ、巨額の直接・間接の損失が推定されている[1]。

一般的に、頸髄 6 番損傷以上の頸髄損傷者が地域社会で自立生活を送るためには、日常生活における行為のほとんどを他人の介助に委ねなければならない。

安積らは重度の障害者が施設を出て地域でくらす自立生活について、1970 年代に起きた青い芝運動などの障害者の社会運動の内実を描き、彼らが獲得した地域社会での「自立生活」の様子を描いている[2]。

安積の研究を踏まえて田中は、10 名の重度障害者を対象に、彼らが地域でどのような生活をしているのか分析を行った。田中は障害者の自立生活を「構造的資源を用いて編成資源を構造化、再編する」と定義して、異なる障害種別を持つ 10 名の障害者の生活を捉えるにあたり、一定の尺度を用いて彼らの生活の様子を比較している[3]。

安積、田中の両研究対象には頸髄損傷者や脳性麻痺者が混在しており、さらに田中の研究協力者のほとんどは全国レベルで活動するメジャーな障害者団体の代表・幹部クラスであるため、地域社会で生活する「ふつうの」障害者の生活の様子を描いているかどうか疑問が残る。本研究における「ふつうの」障害者とは、障害者団体等に所属していないか、仮に所属しているとしても、

その団体の運動・行動において主導的な立場にない者を指す。

本研究の目的は、突然のアクシデントで重篤な障害を負った「ふつうの」頸髄損傷者が、入院、リハビリテーションを終えて再び地域社会での自立生活を始め、その生活を継続していくプロセスを明らかにすることである。本稿における「自立生活」の定義は「日常生活に介助が必要な重度の頸髄損傷者が、施設においてではなく自宅で、公的な介助労働力をメインの介助として、自らの意思で下した決定を介助者に実行させて日常生活を送ること」とする。

2 方法

2.1 対象

本研究の対象は、支援費制度施行前に受傷し、現在地域社会で自立生活を送っている頸髄損傷者とした。首都圏に居住する頸髄損傷者を中心に協力依頼を行い、了承を得た。その結果、首都圏 9 名、関西圏 1 名の計 10 名を対象にインタビューを実施した。協力者のうち 4 名は損傷部位が高位な頸髄損傷（以下：高位頸髄損傷）4th cervical(以下：C4)以上の高位頸髄損傷者である。

2.2 データ収集と調査内容

インタビューは半構造化面接により行った。同意の得られた 10 名に平均 50 分間の面談を実施した。協力者の概要を表 1 に示す。

面接期間は 2009 年 9 月から 2010 年 10 月に、場所は協力者の自宅で実施した。面接調査の内容は、まず調査票に年齢、性別、受傷時年齢、受傷原因、受傷レベル、介護労働力支給時間、同居人の有無などを記入

してもらったうえで、以下の 4 点を中心に質問をした。

(1) 受傷してから自立生活を始める前の生活の様子について。拠点が重度障害者施設や病院以外の場合は介助労働力を誰が担っていたのか。

(2) 自立生活を始めようと思ったきっかけ。どのように自立生活の準備を整えていったのか。苦勞したことはなかったか。

(3) 現在の生活について、どのように介助者や地域社会と関わっているのか。当事者団体とはどの程度のつながりを持っているのか。現在の生活の内容は自立生活以前と比べてどのような評価をしているか。

(4) 現在生活をしているなかで不安や不満に思っていることや将来の展望。

2.3 分析方法

協力者の同意を得て録音した音声データから逐語トランスクリプトを作成し、木下の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified-Grounded Theory Approach, 以下：M-GTA）を参考に、トランスクリプトを精読し、全体の内容を把握しながら概念を生成し、類似の概念をカテゴリー化した[4]。概念、カテゴリー生成、分析、結果図の作成、考察の各過程において、関連する分野の研究者にスーパーバイズを受け、分析結果の信頼性・妥当性の確保に努めた。

2.4 倫理的配慮

協力予定者に事前に調査依頼書を郵送して、研究内容について説明し、調査を開始する前に改めて調査の方法、結果の公開方法、情報の管理の方法、調査の拒否の権利

表 1 研究協力者の概要

対象者	年齢 (歳)	性別	受傷時 年齢 (歳)	受傷原因	受傷レ ベル	居住地	介助労働 力支給時 間 (一か 月)	同居家族
A	40	男	24	交通事故	C6	D 区	494	なし
B	30	男	6	放射線治療	C1-2	E 市	296	母・弟
C	27	男	20	交通事故	C4	A 市	266	なし
D	46	男	15	スポーツ	C4-5	C 区	620	なし
E	43	男	33	交通事故	C4-5	A 区	438	なし
F	65	男	19	交通事故	C7	C 市	240	なし
G	37	男	20	交通事故	C2	B 区	682	なし
H	62	男	14	スポーツ	C6	F 市	140	母
I	44	男	18	交通事故	C4	B 区	682	なし
J	39	男	34	交通事故	C1	G 市	352	父・母
平均	43.3		20.3				421	

について説明し、同意を得た上で面接を実施した。面接は同意の上で録音した。

3 結果

3.1 研究協力者の概要 (表 1)

まず分析ワークシートを作成し、逐語録からテーマに関連した語りを抽出してそれらに共通する意味を定義し、概念名・カテゴリーを生成した。その際には類似例だけでなく、対極例の有無も検討して、例外的な事例が排除されたり、解釈が恣意的に偏ってしまう可能性に注意した。次に生成した概念を性質別に分類したうえで時系列に沿って配列し、自立生活の達成までのプロセスを理解し、そのプロセスを概観することを可能とする結果図を作成した(図 1)。

3.2 受傷後に自立生活を始めて、継続するまでのプロセス

分析によって 10 個の概念が生成された。頸髄損傷者が受傷してから (以下: 受傷) 自立生活を始めて、その生活を継続していく過程を時系列として捉えると①突然の受

傷②単調で不安な生活③自立生活の可能性の認知と準備④自立生活の開始と試行錯誤⑤工夫しながら自立生活を継続⑥加齢に伴う今後の不安というプロセスで捉えることができる。本文中の「」は生データを、() 内は研究者が文意を補った箇所を、ゴシック体は概念を示す。

3.3 受傷

本研究の協力者 (以下: 協力者) の受傷原因としては「床運動で、前方宙返りをやっていた」「プールの飛び込み」などのスポーツ事故や、「バイク事故」「自動車にひき逃げされた」などの交通事故が挙げられた。入院生活は長期に及ぶことがあり、10 年以上に及んだ例があった (G・H 氏)。長期入院を余儀なくされた理由としては「俺は (親の) 家には帰ろうとは思っていなかったんで...その病院は半分老人病院のようところで、長く居させてくれた」(G 氏)「(退院後) 出るところ (生活の拠点) がなかった」(H 氏) と語っているところから、退院後の生活の拠点が定まらなかつ

表2 分析ワークシート（概念名：単調な日常生活）

概念名	単調な日常生活
定義	長期入院・長期施設入所を経験した例あり
具体例（ヴァリエーション）	僕の場合16で怪我してからずっと、20代はおとなしく老人のような生活をしていて、盆栽するように絵をかく（D氏）
	まず10年半くらいは入院生活でした、出るところがないというのが正しいのでしょうか、二つの病院で11年弱ですかね、14歳から26歳くらいまでですかね（G氏）
	20歳くらいの事故で、最初の5年間くらいは呼吸器をつけていたので、その後呼吸器を取るリハビリをして、（呼吸器からの離脱をしてから）本格的な運動的なリハビリを始めたので、約10年くらい病院にいましたね（G氏）
	あの頃（自立生活を実現する前）って施設にいたでしょ、だから人とのコミュニケーションがあまりないんですよ、一日で施設の職員としか話をしなかったりとか、たとえばお店に行ってお店の人と話をするとか、そういうのがほとんどない（I氏）

表3 分析ワークシート（概念名：自立生活を模索するきっかけ）

概念名	自立生活を模索するきっかけ
定義	自立生活を志す契機は、親からの自立、施設生活からの脱却、入院生活の長期化からの脱却など
具体例	2002年に親と大げんかして、その当時のショートステイで家出をしていたんですよ（B氏）
	介護事業所にお世話になって、手伝いながら、（自分の）生活スタイルをとということでそこから一人暮らししまして（C氏）
	自分が年を取ると同時にやっぱ、両親の老いの問題とか（D氏）

たことが挙げられる。

3.4 退院後の生活

協力者の自立生活を始めるまでの生活の拠点としては、(1) 親と同居し親による介助と公的な介助労働力の組み合わせによる生活、(2) 重度障害者施設への入所による生活、(3) 長期にわたる入院生活という3つのパターンに分類された。上記3パターンの生活の様子はいずれも「(家に) こもっちゃって、息抜きはビデオで映画を見て楽しんで。それを10年以上続けた」「20代はおとなしく老人のような生活をした」(D氏)「人とのコミュニケーションがほとんどない」(I氏)といった単調な日常生活の様子が伺えた(表2参照)。重度の肢体不自由者となり、重度障害者施設での生活や入

院生活、あるいは親の介護をメインとした単調な生活は、協力者たちにとっては、収容所に収監された精神状態にも似た不安や不満を募らせていったと考えられる。単調な生活を送る彼らと外の世界を繋いでいた細い糸は、障害者団体が発行する会報などであった。退院後重度障害者施設での生活を送っていたI氏は、大部屋での生活はプライバシーが確保できず、さらに一番の不満を「(ベッドから車椅子に移乗する)時間が決められてしまうし、どこかに外出するにせよ(施設は)山の中だから(公共交通機関の利用が困難で外出が)無理だった」と語り、自己決定による選択の幅が狭い施設での生活に不満が積み重なっていった。

表 4 分析ワークシート（概念名：介護支給量の獲得の方法はさまざま）

概念名	介護支給量の獲得の方法はさまざま
定義	介助人を確保する交渉の過程には、円滑なものもあれば交渉・政治家の介入などによって確保した場合あり
具体例（ヴァリエーション）	（個人での交渉がうまくいかずに）議員さんに頼んで、そうなるも役所の態度が全然変わって「じゃあちょっとこちらに」って別室に通されて、全然対応が違うなど（A氏）
	（措置制度時代は）一人のヘルパーをフルに使いながら、あとは親に介護してもらって、医療面は訪問介護でした（B氏）
	そんなに役所とやり合って...というのはなくて「それは大変でしょう」「（一日あたり）20時間は制度として使えますから」という感じですね(D氏)
	団体で交渉するほうがむしろ成果は小さい。コストパフォーマンスが悪いんだよ。一人で動いて失敗したところでたかが知れている（F氏）
	〇〇区には、支援費制度が始まる前から何度も足を運んで担当者顔見知りになっておいて「自分でヘルパーを確保するから事業所を通さないでやらせてくれ」と言ったけど「それはできない。支援費制度が始まったら事業所を始めたかどうか」と区役所からアドバイスをうけた「じゃあ事業所をやるか」と(I氏)

表 5 分析ワークシート（概念名：さまざまな生計の手段の獲得）

概念名	さまざまな生計の手段の獲得
定義	就労するか、各種手当を組み合わせるか、就労と手当をミックスするか、協力者によって異なる
具体例（ヴァリエーション）	一応（ヘルパー）派遣会社の代表をやっています（A氏）
	（収入・待遇は）低い。もともと作業所のポジショニングって養護学校の延長線上に近いんですよ。（B氏）
	ぼくのやっている仕事はただの事務なので、けっして高度な技術が必要な業務ではないですし、同世代の同じ学歴の奴らと給料を比べると天地の差があるわけです(C氏)
	商業画家です。口で筆をくわえて絵を描いています（D氏）
	（福祉工場の）勤務時間は午前9時から午後5時です。普通のフルタイムですが残業はかなりありました（H氏）

3.5 自立生活の準備

自立生活を模索するきっかけとしては、親の介護疲れや親の老いなどを契機として自立生活を模索し始めたという声が聞かれた(D氏, I氏) 頸髄損傷者のなかでもADLが低い場合にはほぼ全介助となるため、家族と同居している場合には親（母親のケースがほとんど）の介護負担が大きい。2003

年の支援費制度以後、親の負担は減少したものの、同居の親は介護労働力とみなされるために、親は子どもの介護負担から完全に自由にはならないのが現状である。このような現状の制度を踏まえて「親の介護負担」の軽減を図って自立生活を模索する例があった（表3参照）。

表 6 分析ワークシート（概念名：当事者本人の積極性）

概念名	当事者本人の積極性
定義	自立生活を実現した当事者に内在する要因
具体例（ヴァリエーション）	性格（による個人的な要因）もありますよね(A氏) 出てこれない人の現状というのは大事で、ああいうところ（当事者団体の懇親会）に出て来れるのはいろいろやっけて、元気な人ばかり（A氏）
	一歩踏み出すのは何の間違いだろうか。それは障害の重さではなくて、持って生まれた好奇心だとか「ちょっと冷やかしに行ってみるか」という根っこの部分ではないかと（D氏）
	情報は大事ですよ。しかも自分で取り入れていこうとすれば頸損連絡会でもなんでも有効な情報は（ある）。ただ待っているだけではいけない（H氏）

表 7 分析ワークシート（概念名：慢性期における合併症の発生）

概念名	慢性期における合併症の発生
定義	自立生活の継続をおびやかす因子としての褥瘡の経験はほとんどの参加者が経験しており、他には、骨折や脳出血があった。
具体例（ヴァリエーション）	（褥瘡ができたことは）ありますよ。受傷して18年間できなかった。訪問看護師に「なんか黒いよ」と言われて、在宅で治療を続けて、あるとき病院に見せにいったら「即入院してくれ」と言われて（B氏）
	コンサートに行ったときに小脳出血で倒れて、そのまま救急車で運ばれましたが、そのときに言語障害になって、口が回らなくて話にくかった（B氏）
	ベッドの上で、（座位で）背中を拭いてもらっていたら、足をねじったみたいになって骨折した（D氏）
	受傷して一年くらい、ほぼじゃないですが、夜眠れなくなって、痛みどめの注射を打っていました（G氏） ...扉に足をぶつけたまま（気付かずに）電動車椅子で真っすぐに進んでしまったので、右足が180度（骨折して曲がった）（G氏）
	2000年に仙骨に大きな褥瘡ができてしまったのです。丸一年〇〇病院に入院しました。（ところが）治りきれずに2002年に〇〇病院に再入院してやっと治りましたが、それを契機にいろいろな面で障害が重くなって、以前できていたことができなくなりました（H氏）
	当時は車の運転も出来たわけだし、今とはだいぶ（障害の程度は）違います（H氏）

3.6 自立生活の開始

重度の頸髄損傷者が自立生活を始めるために欠かせない資源が「介助労働力の確保」であるが、協力者は自立生活を始めた当初から十分な支給量を確保できたケースと、行政に対して何度かの交渉などを経て段階的に支給量を増やしていったケースに分かれる。介助労働力の支給量については、障

害の程度がほぼ同程度でも、大きな差があることがわかった（表1参照）。協力者たちの生活は、自立生活を始めた当初から安定していたわけではなく、自立生活に欠かすことのできない構造的資源である**介助支給量確保のために試行錯誤の過程**を踏んでいた（表4参照）。

自立生活の基盤となる生計手段の種類は

表 8 分析ワークシート（概念名：さまざまな医療的ケアを利用している）

概念名	さまざまな医療的ケアを利用している
定義	ほぼ全ての協力者が訪問看護を利用しており、排泄・褥瘡の有無のチェックなどを行っている。他の医療としては、往診・通院がある
具体例（ヴァリエーション）	カテーテルの交換で月に一度（通院している）。年に一度程度、国リハ（国立障害者リハビリテーションセンター）でレントゲンを撮ったりとか、その程度ですね（I氏）
	医者が週に一度来てくれています。往診です。訪問介護もあります（B氏）
	（通院は）月に一度程度です。訪問介護は週二回です。排便と膀胱洗浄です（G氏）
	（訪問介護は）週に6日です。排便や尿路管理などです（H氏） （褥瘡予防のために、勤務先では）一時間横になって、また（車椅子に）座っています（B氏）
	（起立性低血圧を防ぐために）腹帯を巻いて締め付けているんですよ。あと（電動車椅子の）チルトとリクライニングとかするから、褥瘡予防になる（E氏）
	自分が勉強することによって（主治医に）こういうことをしてほしいと言えて「熱っぽい」「おしっこの色が悪い」と言えば「じゃあ診てやる」ってなりますし（G氏）
	2006年に盲腸ポートの手術をしまして、それまで排便管理だけは何十年も悩みの種で、ものすごく失敗して、手術をやってから生活は一変しました（H氏）
	...失敗したときはもう仕方が無い。僕も人工肛門を考えていない訳ではないけれど、今はなんとか生活出来ているから今はもうちょっと様子を見るかな、と思うこともあるし、もうちょっと楽に管理したいなあ（と思うこともある）...冷たいビールとかガーっていくとお腹にきちゃうんですよ。怖いので生ものを食べなかったり、冷たいものを控えているんですよ。結局友達との飲み会とか食事会とかで思い切り食べられなかったり、それが一番不安（I氏）

「就労による給与収入と各種障害者手当の収入の組み合わせ」「障害年金と各種障害者手当の組み合わせ」「生活保護と各種障害者手当の組み合わせと」いった**さまざまな生計手段の獲得**によって生計を確保していた（表5参照）。自立生活を開始するきっかけとしては、当事者に受傷前から備わっていた資質、好奇心など本人に内在する要因もあったと考えられる（表6参照）。

3.7 自立生活の継続

自立生活の継続を脅かすものとして、受傷後の慢性期に発生する**合併症の発生**がある（表7参照）。

協力者は、週に2～6回程度の訪問看護、医師の往診、そして年に何度かの通院を利用し、褥瘡や尿路感染症などの合併症を予防するために**さまざまな医療的ケアを利用している**ことが確認された（表8参照）。褥瘡と尿路感染は二大合併症と呼ばれ、日常生活の維持が困難になるばかりではなく、重症化すると長期の入院を伴う治療が必要になることから、本人の残存機能の減退、精神的苦痛だけでなく、医療資源の抑制の観点からも合併症予防のために適切な医療的ケアおよびセルフケアの必要性が高い[5]。自立生活の継続においては、周囲との人間

表 9 分析ワークシート（概念名：周囲との関係作り）

概念名	周囲との関係作り
定義	当事者団体などの支援者との関係性のかかわり合いの程度は協力者それぞれ異なっているが、自立生活の実現や維持に当事者団体が及ぼす影響は大きい
具体例（ヴァリエーション）	（障害者団体の活動は）そっち（支援者）の立場とこっち（当事者）の立場を合わせていこうというのがない（A氏）
	障害者のヘルパー派遣（業務）はなれ合いになっちゃうとだめになる部分もあるから、線引きを、こちらがしっかりしていないとダメなんですよね（A氏）
	事業所の言いなり。迎合しなければならない。自己選択自己決定できない（C氏）
	制度設計としてあるといいなと思うのは、第三者機関による評価によって、事業所の評価を決めること、当事者の意見も聞きつつ（C氏）
	業界が狭いし、一回悪いわさが流れると「あいつ（客として）取らないほうがいいよ」みたいな（C氏）
	ぼくはそういうネットワーク自体が無いんですよ。障害者のネットワークが弱いんです（C氏）
	親の老いとかになったときに、身内がないわけですね。さっき言った友人であるとか、コミュニティであるとか、そういう人のつながりが強いなって（D氏）
	おなじような（障害をもつ）友達が近くにいるのは心強い。自分の弱いところも見せられる。（D氏）
	当事者をどうサポートしていくかという、当事者がそういうカウンセリング的な勉強をして仕事になればいいのになど。当事者にとっても心強いと思う（D氏）
	自分はもう社会とは違う場所で生きなければいけないけれども、（画家として）作品を作り続けていけばなにかそこで繋がれるのではないかと（D氏）
	情報は自らつかみ取らなければならない。そういった意味ではいまの当事者団体を含めて、傷をなめ合う組織と化していると思う（F氏）
	（自分が）こうなる（自立生活を実現する）までにかかなり連絡とか情報があったからここまでこれた。（G氏）

関係づくりも重要であることが示唆された。地域の小中学校に出向いて、障害者についての理解を促すために講演を行う例や、廃校の校舎を借りて社会貢献活動を行う例があり、穏健な社会活動によって、重度障害者の地域での自立生活の様子を地域社会へと発信していることが確認された（表 9 参照）。

協力者たちは、社会や当事者団体と何らかの交流を図ることによって、重度の障害を負った自分がいかにして生きることに価

値を見出すことができるか模索していた（表 10 参照）。

自立生活の継続において不安になる要素として、65 歳到達に伴う介護保険への移行に伴う心配があるが、協力者達の間では、65 歳に到達した当事者団体の会員が、行政との交渉を通じて引き続き障害者自立支援法をベースとしたサービスを受給することに成功した例とその交渉の過程が共有されていて、自分達が 65 歳に到達した場合にもそれらを参考にしてサービスの低下を防

表 10 分析ワークシート（概念名：自己実現の方法を見つける）

概念名	自己実現の方法を見つける
定義	本人が健常者であった時代の価値観とは異なるいきがいを見つける
具体例（ヴァリエーション）	自分の親が死んでも絵を描き続けなければならないのだから、そうしたら今から（親から）自立しておかないと、自分のためとか自己表現のためとか（D氏）
	いつかそういうもの（画家として描いた自分の作品）を皆んなに見てもらって、自分の存在みたいなものを知ってもらいたいとか（D氏）
	今後、地域の学校の子供たちと交流をもって、障害者の立場を理解してもらおうと思っている（E氏）
	人間の生き甲斐って何だと問い返してみると、達成感なんじゃないかな。仕事とか金とかにアプローチできない人は、やっぱりそこなんだよ。自分で勝ち取った、というのがどれほど楽しいことか。（自分が勝ち取った資源やノウハウを）社会化（情報として当事者に広めること）したら恩恵となる。社会で生きる存在価値があるわけだよな（F氏）

表 11 分析ワークシート（概念名：介護保険への移行）

概念名	将来の介護保険への移行問題の不安
定義	65歳到達による介護保険への移行によるサービスの質、量の低下を懸念
具体例（ヴァリエーション）	うちの会では大きな問題という認識で、今度（介護保険への移行問題を特集した）機関誌を2つ位出して、問題提起をしようと思っている（H氏）
	別に不安はもっているわけではありません。最近うちの会で65歳が始めて、交渉してサービス低下を最小限に出来た例があるから（H氏）
	Eさんみたいに、交渉の末でいまも（障害者自立）支援法だけで（サービスを）受けている場合もあるし（H氏）
	高齢者福祉は「家庭内自立」法と精神自体（自立支援法と）全く違う。64歳の最後の日と65歳の最初の日で私の生活は同じだよ（F氏）

ごうという意見が大半を占めた（表 11 参照）。

3.8 価値観の転換

自立生活を始める協力者達は、健常者の時代に持っていた**価値観の転換**を経験していることが確認された。協力者の場合には、段階理論で提唱される価値観の転換の時期である入院・リハビリテーションの期間ではなく、受傷から長期間経過した慢性期に経験していることが確認された（表 12 参照）。

多くの協力者において、自立生活の準備を始めた当初の試行錯誤の時期に価値観の転換が生じている。協力者たちの多くは、健常者の時に持っていた就労による経済的

自立という価値観から、就労以外に価値を見いだしていた。

二人の協力者が、受傷後に生じた自らの性格の変化を語った。協力者のなかでも障害の程度が最も重いJ氏（頸髄1番損傷。完全麻痺で人工呼吸器使用）は「受傷以前は、どちらかというと他人と付き合うのが苦手だったが、（頸髄損傷者になってから）性格が変わった。（その理由は）両手足が使えなくなり、残されたコミュニケーションの手段が「言葉」と「表情」の2つに限られたため、残された機能をうまく伝えなければならなくなった（から）」と語った。E氏（頸髄4～5番損傷。完全麻痺。電動車椅子使用）は「いま（インタビューを通じ

表 12 分析ワークシート（概念名：価値観の転換）

概念名	価値観の転換
定義	受傷以前に持っていた価値観を再構築することにより、自分の存在意義を再認識する
具体例	まあ一時的には本当に、死のうとかいろいろ考えたのですが、最終的に思ったのは、死ぬことはいつでもできると思った。生きる方が難しいなど。だったら難しい方にトライしたほうが価値はあるかと（思って）。自分自身を活かして社会貢献するためにどういうものがあるかと思ったときに、ふと気がついて、自分自身が武器だなと（B氏）。
	（自立生活に）次の自分の新しい人生が展開していくのではないかという期待ですね（自立生活をしている当事者を見て、自分は）今まで何をくすぶっていたんだと（D氏）
	ある意味自分自身の切り替えですね、こういう体で生きていかなきゃいけないんだってことで、もう割り切ったね（E氏）
	（若駒の家に）集まった人たちは「仕事がしたい」「就職がしたい」というわけですよ。「あなたがた本当にそう思っているの？」と毎日確かめる作業をしていくとどうやらそうでもないらしい。それで「違う生き方探そうよ」変化していく（F氏）

て) よく話す人だと思うかもしれないけども、昔は話さない仕事だったんですよ。昔は黙々と仕事をしていましたね... (受傷してから) 4年後に(自立生活を)始めているんですが、ある意味自分自身の切り替えでしたね。こういう体で生きていかなきゃいけないんだということ。もう割り切ったね」と語った。

3.9 類似する概念から生成したカテゴリと結果図とストーリーラインの生成

10個の概念相互の関係を検討した結果、複数の概念を含む4つのカテゴリが生成されるとともに、受傷から自立生活の継続に至るまでのストーリーラインが生成された。以下カテゴリ名を<>で表記する。

4つのカテゴリに関わるコア概念が「価値観の転換」である。上記のカテゴリをもとに時系列に沿って作成した結果図が図1である。

4 考察

4.1 自立生活を志す契機

小嶋は、受容過程における「努力」の段階に至るまでに大きな影響を与えていた障害者同士の関わりが、「努力」以降、障害受容過程の推移の要因としては挙げられていないとしているが、本研究の聞き取りにおいては、受傷後間もないころ、自立生活のための情報収集などを始めとした自立生活への「努力」の段階から、さまざまな試行錯誤を経て自立生活を実現・維持している段階に達しても、同じ障害を持つ頸髄損傷者同士の交流は濃厚で継続的であることが確認された。これは小嶋の主張とは異なる知見である。

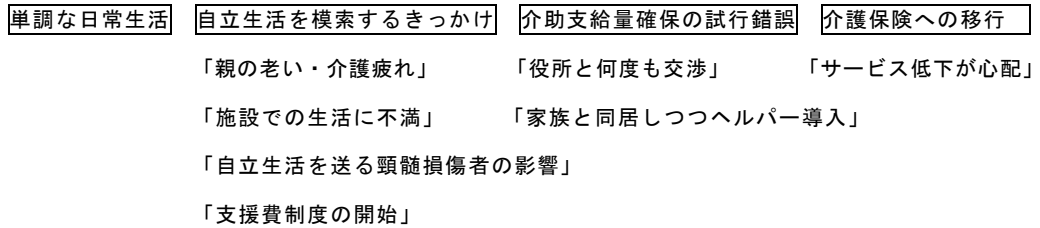
4.2 本研究が対象とした(1)「ふつうの」頸髄損傷者たちの自立生活へのプロセスと、(2)自立生活運動を自らの手で展開してきた「代表・幹部クラス」の脳性まひ者(の第一世代)たちの自立生活へのプロセスとの違い

時間軸

- ①突然の受傷 ②単調で不安な生活 ③自立生活の可能性の認知と準備 ④自立生活の開始と試行錯誤 ⑤工夫しながら自立生活を継続 ⑥加齢に伴う今後の不安



<生活構造の再編成>



さまざまな生計手段の獲得

<新たな社会参加>

周囲との関係づくり

「一般社会とのかかわり」

「障害者個人・団体とのかかわり」

自己実現の方法を見つける

<障害の受けとめ>

価値観の転換

当事者本人の積極性

「本人の「根っこ」にあるもの」「受傷してから性格が変わった」

<セルフマネジメント>

さまざまな医療ケアを利用している

慢性期合併症の発生

< >カテゴリー □コア概念 □概念 「 」協力者の語りの要約

図1 結果図「受傷から自立生活継続へのプロセス」

(1)と(2)の違いについては、彼らを受け入れる社会・共同体の同意に違いがあったと考える。

ニイリエは、知的障害者を取り巻く主体の同意について以下のように述べている「ノーマライゼーションの原理は、知的障害者にとって彼らを取り巻く地域社会の態度や環境や活動などの条件全体が満足できる程度に正常化することを意味する」

[6]. 本研究の対象である頸髄損傷者も、彼らを取り巻く環境において、障害福祉関連の立法が整備されるとともに、彼らを地域社会で生活することに対して一定のコンセンサスが得られているという条件下での自立生活へのプロセスであった。

南雲は、障害受容を「自己受容」と「社会受容」の相互作用であるとし、後者の定義を「他者から負わせられる苦しみ」であ

り「他者が障害者を心から受け入れることである」とした[7]。南雲の「社会受容」に照らして考えると、脳性まひ者の第一世代の活動が本格化した 1970 年代は高度経済成長のただ中で生産第一、効率優先の思想が社会を覆っていたこの時代にあって、脳性まひ者の第一世代の代表である「青い芝の会」は、障害者に対する社会の差別意識を取り除いていかない限り問題の本質的な解決はあり得ないと主張し運動を展開したが、彼らの四つの行動綱領のうちの 1 つ「われらは問題解決の路を選ばない」からわかるとおり、目的達成のためには過激な手法も辞さなかったため、社会の人々との常識とは鋭く対立せざるを得なかった[8]とあるように、社会が彼らを受け容れるのは困難な状況であったと考えられる。いっぽうで、2000 年前後に受傷した本研究の対象者達は、すでに公的な介助人派遣の制度が整備され、居住する自治体により介助者の派遣時間についても、彼らが地域社会で自立生活を継続できる量が支給されている。少なくとも本研究の対象者のなかには、過激な手法によって自立生活を実現しようとする対象者はいなかった。

自立生活を始める契機として、親からの自立を志向することが契機となったという語りも散見されたが、親の庇護のもとでの在宅生活の様子は、土屋や山本の言う「愛情」による「囲い込み」と一致する[9]。山本は、自身が米国の自立生活運動に触発されて自分自身も自立生活へのステップを踏んでいく途上において、一番の障壁として立ちはだかったのが自分の親だったと述べている[10]。自分の体力が続く限りは自らの手で子どもを庇護し、その後は施設へ入

所させようとする例は、我が国において脱施設がまだ徹底されていないことを説明する一つの要素である。

両親による「無条件の愛情」の注ぎ込みは、当初は本人にとって快適である。しかしながら、親は当事者よりも先に老いる。さらに一日 24 時間の愛情の注ぎ込み、つまり両親による全介助は、次第に両親の健康を蝕み、介護疲れが蓄積する。そのような状況の変化のなかで、当事者は、重度身体障害者施設への入所を漠然と考えるようになるが、そこでその他の選択肢について模索するようになる。そして「(地域社会で)ヘルパーを使ってやっている人が(自立生活を送っている人が)けっこういる」と知って「自分も役所に行ってヘルパーを派遣してもらおう」と考えるに至ったという。このことは岩隈の言う同じ障害をもつ者同士の横のつながりを持つことによって、健常者社会でのコミュニケーションのとり方を学び直すとともに、「障がい者」としての自己を引き受けるようになる(スティグマ・インコーポレーション)、中途障がい者としての自己を引き受ける現象と捉えることができる[11]。

4.3 自立生活におけるコア概念としての「価値観の転換」

協力者へのインタビューを分析した結果、自立生活の開始や模索の時期に合わせて、本人の価値観に転換が生じていることを確認した。協力者のなかには、受傷してから自立生活の開始まで長期間(10年以上)経過した時点でケースにおいても転換が生じているケースが確認された。本研究の協力者からの聴き取りから、受傷してから長期間が経過した障害者が、脱施設につながる

情報の入手や、実際に自立生活をしている障害者との出会いを契機として、価値観の転換が起きるとともに、生活の拠点、介助労働力の編成の変更などを達成しており、障害を負ってからの人生をより長い視点でとらえた新たな理論が必要になってくる[12]とした主張を支持する結果となった。

障害受容において「価値観の転換」を唱える Wright は転換を 4 つの側面に分類している[13]。

- 1) 価値の範囲の拡大 (enlarging the scope of values)
- 2) 障害の与える影響の制限 (containing disability effect)
- 3) 身体の外観を従属的なものとする (subordinating physique)
- 4) 比較価値から資産価値への転換 (transforming comparative values into asset values)

「価値観の転換」は「再適応への努力」あるいは「自己概念の再構築」と表現されることがある[14]。四ノ宮は、リハビリテーションの過程において、漠然とながらも目標指向的な行動をとるようになり、こうした過程のなかで「自己概念の再構築」が行われていくとした。中途障害のなかでも頸髄損傷の場合、予期せぬアクシデントにより突然に重い身体障害を負う。その際には重い障害のために、いままであたりまえに出来ていたことの多くを断念する局面が多くあるために、自分は生きる価値がないのではないかとあきらめの感情に支配されそうになる。本研究の協力者たちは、当事者団体のネットワークにより、自分のよう

な障害があっても地域社会で生きている人々の情報を得ることによって、自分も価値を持つ一人の人間として地域社会で生きていけるという尊厳を取り戻していた。本研究においては、前述した尊厳を取り戻す契機を「価値観の転換」とし、新たな価値観のもとで自分の人生における生きがいを模索する過程を「自己実現の方法を見つける」と定義した。中途障害者の適応の3段階めのステージであるスティグマ・インコーポレーション[15]を経て、突然の重度障害というイベントを乗り越え、自立生活を継続させている。

5 課題

本研究は首都圏に居住する協力者を対象としたため、自立生活の内容、主に介助労働力の支給量の差や、支援する側のサポートの量や質に関して地域間格差の有無を明らかにすることはできなかった。また、本研究の対象は男性のみであるが、男性と女性の相違についてはいくつかの研究結果が報告されており[16,17]、女性について言及できなかった点については本研究の限界である。

6 結語

頸髄損傷者は、受傷後長期間の施設入所や入院生活を経過してから「価値観の転換」を契機として自立生活を始めている。「価値観の転換」を中核として、受傷前とは異なる方法での自己実現の方法を見だし、介助者を使つての試行錯誤の生活を通じて「性格の変化」を認識して、周囲との良好な関係性を構築・維持している。

自立支援法の下での介助労働力の確保の

方法・量はさまざまであり、ほぼ同程度のADLでも一日あたりの介助労働力の利用時間は8時間程度から22時間程度と幅があった。

慢性期における合併症の管理については、褥瘡と排泄管理に苦労している。医療ケアの利用頻度、組み合わせは多様である。

従来の障害者の障害受容における段階理論と比べて、より長期的な視野に立った障害受容のあり方を主張する理論の構築が必要である。

付記

本研究は、平成22年度科学研究費補助金「障害者に対するケアマネジメントにおけるソーシャルキャピタル概念に関する実証的研究(基盤研究(B))」(研究代表者:小澤温筑波大学大学院教授)の一部として行われ、平成22年度一橋大学大学院社会学研究科修士論文に加筆・修正を加えたものである。

謝辞

本研究にご協力をいただいた皆様、ならびにご指導いただきました東京大学医学系研究科の石川ひろの先生、筑波大学大学院人間総合科学研究科の小澤温先生、一橋大学社会学研究科の高田一夫先生、猪飼周平先生に深く感謝申し上げます。

文献

- [1] 徳弘昭博ほか. 脊髄損傷の疫学. 千野直一ほか編. 脊髄損傷のリハビリテーション(リハビリテーションMOOK No.11) 東京: 金原出版. 2005; 1
- [2] 安積純子ほか. 生の技法—家と施設を出て暮らす障害者の社会学. 東京: 藤原書店. 2007;

57-74.

- [3] 田中恵美子. 障害者の「自立生活」と生活の資源. 東京: 生活書院. 2009; 98-367.
- [4] 木下康仁. ライブ講義 M-GTA-実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 東京: 弘文堂. 2010; 227-229.
- [5] 北川恒実ほか. 脊髄損傷リハビリテーションにおける合併症のおよぼす影響: 特に, 褥瘡および尿路感染症による身体的・医療経済的損失について. 日本医科大学医学会雑誌 69 (3) . 2002; 268-277.
- [6] ベンクト・ニイリエ. 河東田博ほか訳著. ノーマライゼーションの原理 [新訂版] — 普遍化と社会変革を求めて. 現代書館. 2004; 55
- [7] 南雲直二. 老いの受容と障害の受容—社会受容とは何か (特集 高齢者のこころのケア). 総合ケア. 13 (4) . 2003; 12-17.
- [8] 杉本章. 障害者はどう生きてきたか—戦前・戦後障害者運動史. 東京: 現代書館 2008; 79-82.
- [9] 土屋葉. 2006. 障害者自立生活運動と「脱家族」—「愛情」による「困り込み」を問う. 金井淑子編. ファミリー・トラブル—近代家族/ジェンダーのゆくえ. 東京: 明石書店. 2006; 253-265.
- [10] 山本明. リハビリテーション. 鉄道身障者協会. 1996; 386: 12-15.
- [11] 岩隈美穂. 見る立場から見られる立場へ: 人はいかにして「障がい者」になるのかについての考察 (特集 現代のリハビリテーション・アプローチを支える考え方) 文光堂. 2004; 10, 7, 629-633
- [12] 小嶋由香. 脊髄損傷者の障害受容過程. 受傷時の発達段階との関連から. 心理臨床学研究. 22 (4) . 2004; 241-248.
- [13] Wright. Physical Disability A Psycho-social Approach. Harper Collins. 1980; 163-

183

[14] 四ノ宮美恵子. 脊髄損傷者の心理. 初山恭弘ほか編. リハビリテーション医学講座. 1996; 第12巻 8: 127-135.

[15] Deloach C, Greer BG. Adjustment to severe physical disability. New York: McGrawhill: 1992

[16] Ariel Miller & Sara Dishon, Health-related quality of life in multiple sclerosis: The

impact of disability, gender and employment status. *Quality of life Reserch* 2006; 15: 259-271.

[17] Ralf Strobl et al. Men benefit more from midlife leisure-time physical activity than women regarding the development of late-life disability—results of the KORA-Age study. *Preventive Medicine*. 2014; 62: 8-13.

原著論文

医師が患者会に関わることを患者はどのように感じているか？ —専門職に期待されるセルフヘルプグループへの関わり—

宝田千夏¹⁾, 孫 大輔²⁾

昭和大学医学部医学科¹⁾

東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター²⁾

抄録

患者会を含むセルフヘルプグループに関わる医師に対して、患者会の患者はどのように感じているか、わが国での報告はない。今回、患者会会員に対するインタビューを通じて、患者会に関わる医師の役割や意義を探った。患者会会員4人(3団体)に対し半構造化面接法によるインタビューを実施し、逐語録からSCAT法により概念を抽出した。〈医師の関わり方への期待〉として【アドバイザーとしての支援的関わり】【患者目線での有益な情報の積極的な共有】【患者の主体性を損ねる過干渉の回避】などの概念が、また〈患者個人に対する有益性〉として【病気に対処するための論理的視点の提供】【自己肯定感の強化による情緒的サポート】などの概念が、また〈患者会に対する有益性〉として【患者会の社会的信頼性の向上】【難病・稀少疾患に関する患者会の発足の契機】などの概念が抽出された。本研究から、患者会に属する患者は医師に対して、患者個人に対する情動的・情緒的サポートや、患者会の社会的信頼性の向上などの有益性を感じており、医師の積極的な関わりや医師との交流を望んでいたが、医師による過干渉が患者会の主体性を損ねるのではないかという懸念も感じていた。

キーワード：患者会，セルフヘルプグループ，専門職，医師，SCAT法

1 緒言

今日、慢性疾患の増加などを背景として自らの健康問題に関心を持つ個人が増え、自律的な活動が高まっている。共通の問題や課題、悩みをかかえた当事者同士の集まりは、当事者グループ、自助グループ、患者会、家族会などさまざまな呼称があり、数十年の歴史を持つが、総じてセルフヘルプグループと呼ばれることが多い[1]。セルフヘルプグループの定義は多数あるが、大

木らは「生活上の共通課題に取り組むために自発的に集まり相互援助と目的達成を狙った小グループであり、個人ないし社会の変化を引き起こそうとする」と定義している[2]。

わが国では、1920年(大正9年)日本禁酒同盟の設立を始めとして、1947年(昭和22年)の全日本聾啞連盟、脳性麻痺協会の設立などが続き、その後続々と患者会や親の会が設立されるようになった[3]。セ

セルフヘルプグループに関する研究については、1970年代に入ると海外において多くの研究が発表されるようになり、患者本人による指針やセルフヘルプグループへの専門職の関わりが報告されるようになった[3]. わが国では1980年代後半から1990年代に入り、ようやくセルフヘルプグループに対し専門職の目が向けられるようになり、福祉学領域を中心に学術的な研究が報告されるようになった。しかしながら、わが国におけるセルフヘルプグループに関する学術的研究の歴史は非常に浅く、多くは福祉学領域でなされており、医学看護系での研究は非常に少ない[2]. その理由としては、定義、機能評価、有効性などが未確立であるだけでなく、セルフヘルプグループ自体が欧米で成立しやすい文化的素地を有していたことなどが挙げられている[2].

また、セルフヘルプグループと専門職との関わり方に関しては、専門職の介入が本来のセルフヘルプグループを崩壊させるという一般的意見も多い中、欧米では医療ソーシャルワーカーによる介入が有効であったという報告[4]や、看護職が介入することで家族のセルフケア機能が向上するとの報告[5]があり、両者の関係はその立ち位置を熟慮することで有効であるとも考えられる。わが国では、医師の立場から石井が、専門職によるセルフヘルプグループ支援の利点として、会員の紹介、医学情報の提供、運営に関するアドバイスなどを挙げており[6]、また看護師の高橋は、不妊自助グループに看護職がより対等な立場に関わることで双方がメリットを感じる関係性が作られ、良い協働のモデルとなることを示している[7]. しかしながら、わが国では医師とセル

フヘルプグループの関係性に関する研究がきわめて少なく、特に患者会側の立場から検討した研究は皆無である。

本研究では、医師が患者会に関わることに對して、患者会に属する患者はどのように感じているのか、医師が関わることの利点と欠点はどのようなものか、医師に期待する役割はどのようなものか、などについて、患者会会員に対するインタビューとその分析を通して探索した。

2 方法

2014年2月～3月にかけて、難病・慢性疾患の患者会の会員4人(3団体)を対象に、半構造化面接法によるインタビュー(個別インタビュー2人、フォーカスグループ2人)を実施した。対象者の選出は便宜的サンプリングにより、研究者の知人で元患者会所属の方に紹介してもらう形で複数の患者会代表や患者会会員にメールにてコンタクトを取り、同意を得られた方4名とした。本研究は理論構築を目指すものではなく、いまだ概念化されていない患者会に医師が関わる活動の意味を、患者との対話を通して探索的に探求するものであり、便宜的サンプリングによった。インタビュー項目は、「患者会に医師が関わることに對してどう思うか」「医師が患者会に関わることのメリットは何だと思うか」「医師が患者会に関わることで困ったことはあるか」「患者会に関わる医師に何を期待するか」などであった。インタビューの所要時間は約60分から90分であった。インタビューは主に医学生である筆頭著者(C.T.)が行い、医師である共著者(D.S.)はインタビュー方法の適切性を確認するため1人目の

対象者(表1の[1])のインタビュー時のみ同席した。

インタビューは同意を得てICレコーダーにより録音し、逐語録を作成した。逐語録より、SCAT (Steps for Coding and Theorization) 法を用いて質的分析を行った[8]。これは大谷により開発された、グラウンデッド・セオリーを基にした分析手法である。SCAT法はデータに記載されている内容をより一般的な表現へと変換する具体的な4ステップのコーディングと、積み重ねたコーディングから一般的な理論を導き出そうとする手続きとから構成される。この方法によって複数の概念を抽出し、概念をつなぐ形で各個人の語りの概要を簡潔に文章化した。その後、全体で概念を統合するため、概念とデータを継続的に比較しながら同様の概念を統合し、概念名を修正した。複数の類似概念からカテゴリーを生成し、概念を分類した。分析過程において当初の概念抽出は筆頭著者(C.T.)が行い、その後質的分析の経験がある共著者(D.S.)がレビューする形で、2名の研究者が協同して概念の統合と概念名の修正、およびカテゴリーの生成を行った。

倫理的配慮として、インタビューの対象者に対しては、ヘルシンキ宣言に則り、いつでも協力を拒否する権利があること、不快なことがあればインタビューを中断できることなどを伝えた上で参加を要請した。研究者が、本研究の趣旨と目的、データの公開方法、個人情報保護について十分に説明し、書面で同意を得た。

3 結果

インタビュー対象者の属性、所属する患

者会の特徴、患者会における役割などを表1にまとめた。インタビューテキストの分析により、3つのカテゴリーと12の概念が抽出された(表2)。以下、患者会患者の語りの分析結果を記述する。カテゴリーは〈〉、概念は【】で囲んで示し、テキストは斜体で示した。前後の文脈が読み取りにくい部分には()で注釈を付記した。[]は抽出したデータの話者(表1の記号に対応)を示す。以下に、カテゴリーごとにデータの分析結果を述べる。

(1) 医師の関わり方への期待

カテゴリー〈医師の関わり方への期待〉は、【アドバイザーとしての支援的関わり】【患者目線での有益な情報の積極的な共有】【患者会の主体性を損ねる過干渉の回避】【医師との継続的な対面交流】【医師と患者が協同した学習機会】【難病・稀少疾患患者会に対する研究医の参加】の6つの概念で構成されていた。

患者は、患者会に関わる医師に対して【アドバイザーとしての支援的関わり】や【患者目線での有益な情報の積極的な共有】を求めている。普段からその疾患と患者に携わっている医師だからこそできる有益な情報提供や、患者が抱える生活レベルでの問題に対する助言などを通して支援的に関わってもらいながらも、【患者会の主体性を損ねる過干渉】を懸念しており、患者会のあり方や運営にまで過度に干渉してほしくないという思いがあった。

【アドバイザーとしての支援的関わり】

患者会ではサポートイブであってほしいとか、できないことを受け入れてほしいとか、「できない」っていうのは…行動でも

結果でもという意味ですけれども、それも受け入れた上でアドバイスをくれたりする。[1]

例えば、患者会の運営まで気になされて、「今どんな状況？」で「こんなことやってます」、「じゃ、こうしたほうが良いよ」ってアドバイスをされる先生、これは本当にありがたいんですよ。でしゃばりはしないんですよ。[3]

【患者目線での有益な情報の積極的な共有】

先生方が持つてる情報で患者会が役に…患者会に役に立てそうであるんだったら、積極的にこっちに言ってほしいなっていうのはあります。[4]

多分アメリカにいらして…（アメリカでの治療法を）「これもいいですよ」っていうよりは、もっと危機感を持っていたと感じていて…そういう治療に、そういう患者の方に多く接していた先生たちは、なんとかしなきゃって…。[1]

【患者会の主体性を損ねる過干渉の回避】

医師主導だと患者は受け身になってしまって、結局その、患者が自分が、自分主体なんだっていう意見だったり、自分の人生なんだからっていう意欲だったり…受け身のままで終わる患者会はもったいないなと思って。[1]

医者がいてくれたらより専門的な知識とか増えるから。ただ、医者がいること言いつらくなることって多々あると思う…それまで否定されると患者会って活性化しないんじゃないかな。[2]

また、患者は短い時間であっても【医師との継続的な対面交流】を重視しており、

講演会などでは難しかった医師との意思疎通が、対面での交流によって容易となり、満足度も高まる。また患者会の勉強会に医師が参画する【医師と患者が協同した学習機会】を通して、患者の実践知に基づいた医学的情報の提供が可能となると感じていた。

【医師との継続的な対面交流】

でも会えばボロボロと出てくるんですよ…一時間であれだけだったので、結構一時間くらいでいいので会えるといいかな。[4]

懇親会とか二次会的なのに医者がかくるとか。そしたら、お酒も入って話しやすいし。[2]

【医師と患者が協同した学習機会】

患者会の総会をするときには医療講演会も一緒に設けて、そこで講演していただいて、治療薬の話とか、あの、副作用の話とか、テーマをこちらからお願いして、先生にお話ししてもらってということもしてもらっていますね。[4]

すごく慣れている先生がいらっちゃって、そういう先生が毎回来ていて、みんなすごくすがって話を聞く。でも…（患者で経験を話してくれる人が）一緒に必ずペアで入っていて…やっぱり励みになるし、医学的などところと、体験ベースの実践ベースの話と…やっぱり両方の柱で答えてもらっているってことは、すごくすごく大事だと思います。[1]

難病・稀少疾患の患者会の場合、治療法や治療薬が確立していないため、研究に対する大きな期待があり、【難病・稀少疾患患者会に対する研究医の参加】を重視する傾向にある。

【難病・稀少疾患患者会に対する研究医の参加】

治療法がない病気なんで、治療法ができるとか、治療薬ができるとか…やっぱり患者の願いもそこにあるので、それを実現しようと思ったときにやっぱり医師の関わりなくしては実現できない。[4]

(2) 患者個人に対する有益性

カテゴリー〈患者個人に対する有益性〉は、【医学的信頼性が高い助言の提供】【未承認薬を含む最新治療に関する情報の提供】【病気に対処するための論理的視点の提供】【自己肯定感の強化による情緒的サポート】の4つの概念で構成されていた。

患者会に関わる医師の、患者個人に対する有益性として、患者会活動に伴う偏った意見や非専門的意見の横行などに対して、それを是正するような【医学的信頼性が高い助言の提供】がある。また特に難病や稀少疾患の場合は、【未承認薬を含む最新治療に関する情報の提供】のニーズが高いにも関わらず、十分に情報が提供されていないと患者は感じていた。

【医学的信頼性が高い助言の提供】

自分の経験だったりに基づいて偏った意見を言ってしまうたり、治療法だったりに偏ったことを言ってしまうと、まだ、薬をもつかむ思いで来ている人たちって、鵜呑みにしてしまったり、変なサプリメントを飲んでしまったり、お茶を飲んじゃったり…そうならないように専門家の視点は必要ですね。[1]

専門的なことにもすぐ答えていただける先生なので…最近、私たちの質問にも答えていただいたり…非常に助かっている

んですよ。[3]

【未承認薬を含む最新治療に関する情報の提供】

新薬の情報とかは…医者とか知っているだろうし、お薬の情報は知りたいな…あとは友達とも言っていたけど、治験の情報…普通の治療でいける人はいいけど、末期の人は受けたがる。末期の人はほんまに、治験を探すぐらい。けど、治験のことを知っている医者がそんなに多くないから。[2]

長期間病気に苦しんでいる患者は根拠のない治療法を頼ったり、感情的な思考に振り回されたりしがちであるのに対し、患者会の医師によって【病気に対処するための論理的視点の提供】を受けることで、病気に対してコーピングできるようになると感じていた。また、普段主治医との関係性で悩みを抱える患者にとっては、患者会の医師に自己の努力を肯定してもらい励ましてもらうことで、【自己肯定感の強化による情緒的サポート】を受けていた。

【病気に対処するための論理的視点の提供】

論理が分かると、それなりに考えられるんですよ。それまで分からないから、理不尽な目に合っている…目に見えない力で自分をこう左右されているような…感情に溺れてしまっていたところから、ロジックを組み合わせて考えられる。[1]

やっぱり、治療を生活に落とし込めていなくて…しんどくなっている人が多くて…そういうところに原因があるんだったら、そこをなんとか、その理不尽さをロジックで攻めるっていうか。[1]

【自己肯定感の強化による情緒的サポー

ト】

できてないところばかりを言われて自信をなくしてしまっている人が、そういうオープンな場だったり、足を運ぶようなマインドを持った先生たちに出会って、「今までよく頑張ってきたね」って言ってもらって…医師からこう言ってもらえたっていうことが、彼女にとってはすごく大きくなって。 [1]

(3) 患者会に対する有益性

カテゴリー〈患者会に対する有益性〉は、【患者会の社会的信頼性の向上】【難病・稀少疾患に関する患者会の発足の契機】の2つの概念で構成されていた。

患者会に対する有益性として、患者は、医師が患者会に関わることで、対外的に【患者会の社会的信頼性の向上】が得られると感じていた。また、難病や稀少疾患の場合、全国に患者が点在していることも多く、その疾患の専門の医師が関わることで、【難病・稀少疾患に関する患者会の発足の契機】となるという有益性があることも語られていた。

【患者会の社会的信頼性の向上】

運営するにあたっては患者会だけではやっていけないので、「対外的に患者主体でやっていますが、アドバイザーとしてこの先生に来てもらっています。ミーティングに来てもらっています」とかを対外的にいうことで、信頼性が上がる。 [1]

医師がいるっていうのも、何がメリットあるかって言ったら、やっぱり患者会に対する信頼性とか…ちゃんと医師もいるんですよっていう。 [2]

【難病・稀少疾患に関する患者会の発足の

契機】

その病気自体を専門に診ている先生がいないとか全国に本当に少ないとかだと、「その先生と患者会したいです」とか、他に知っている患者さんいませんか?とか、他の患者さんに会いたいです!ってなるとつなげてもらって、「じゃ、今度集まりましょう」というところから、少しずつ参加する人が増えていく。 [1]

4 考察

本研究によって、患者会に属する患者は医師が患者会に関わることにに関して、患者個人に対する情動的・情緒的サポートや、患者会の社会的信頼性の向上など多くの有益性を感じており、医師の積極的な関わりや医師との交流を望んでいながらも、医師による過干渉が患者会の主体性を損ねるのではないかという懸念も感じていることが明らかになった。

専門職が患者会を含むセルフヘルプグループとどう関わっていくべきかという問題は以前から研究者の間で議論されており、阪下はセルフヘルプグループと専門職という両者の関係は、調整、相互補完、パートナーシップといった関係が望ましいが、過剰な干渉、パターンリズム、当事者支配などがその最適な関係を阻むと述べている[9]。セルフヘルプグループに対する保健師の認識を調査した谷本は、専門職による支援のあり方について「グループの立ち上げ時には支援が必要だが活動が軌道に乗れば当事者主体に任せるべきである」という意見と、「グループによっては専門職のリーダーシップや支援が継続的に必要である」という意見の2つに分かれたこ

とを報告している[10]. 蔭山は, セルフヘルプグループと専門職の代表的な関係モデルとしてコンサルテーションモデルとパートナーシップモデルを取り上げており, 前者はセルフヘルプグループの課題を自らの責任で自らが解決できるように専門職が導くというモデルであり, 後者はセルフヘルプグループと専門職が共通した目的を持ち, それを達成するためお互いの特性を活かした努力を継続し成長していくというモデルである[11]. 本研究の結果からも, セルフヘルプグループと専門職の関係について, 患者会側は医師の積極的な関わりを求めながらも医師による過干渉を回避したいという, パターナリズムではなくパートナーシップによる関係性を求める姿勢が伺える.

セルフヘルプグループに対する専門職の役割に関して, Toseland はソーシャルワーク専門職の観点から, 物質的サポートの提供, コンサルタントとしての役割, セルフヘルプグループを導き発展させる役割などを挙げている[12]. また井上は, セルフヘルプグループ代表者が医師や看護師を含む専門職に期待する役割に関して調査した結果, 会の維持活動への支援, 会員の紹介, 精神的支え, 療養上の情報提供, 立場を超えた人としての付き合い, などの役割が期待されていたと報告しており[13], 今回の研究結果である情動的・情緒的サポートや医師との継続的交流, 患者会維持への支援という役割と重なるところが多く認められた.

今回の結果で見られた, 主体性を損ねる医師による過干渉に対する懸念について, 同様のことが先行研究でもいくつか言及

されている. セルフヘルプグループの援助効果について文献検討した谷本は, その援助機能の本質はメンバーの力付け (empowerment) であり, セルフヘルプグループが援助機能を発揮するためにはグループの自律性が重要であるため, 専門職が関わる場合は介入しすぎないことが重要と述べている[1]. また Kurtz は, 専門職による「非干渉」も「過干渉」もセルフヘルプグループに否定的な影響を及ぼすものであり, 相互理解のもと「適度な干渉」こそが重要であると述べている[14]. セルフヘルプグループは本来「参加の自発性」と「本人(当事者)であること」が基本的要素であり, 専門職に依存して自律性をなくしたグループはその基本要件を満たさない. しかし, 実際にはセルフヘルプグループに専門職が関わっていることも多く, 専門的知識や情報を提供したりグループの運営を援助したりしているが, そのことによりセルフヘルプグループに専門職の価値観が持ち込まれることに警鐘を鳴らす者もいる[1]. 専門職は医学モデルや治療モデルにもとづく価値観を持っており, それは「疾患や問題は治すべきものであり, 取り除かれるべきものである」(問題化)であり, これこそがメンバーたちを生きづらくしている一因と考えることもできる[1]. すなわち, セルフヘルプグループの本来の援助機能であるメンバーへの力付け (empowerment) が可能になるためには, セルフヘルプグループの「主体性」が重要であり, 専門職は過剰に介入してその「主体性」を奪ってしまわないように慎重になるべきであろう.

先行研究では言及されていない新しい結

果として、主治医ではなく患者会に関わる医師から得られる【自己肯定感の強化による情緒的サポート】が挙げられる。本来は主治医が行うべきフォーマルな情緒的サポートが得られないまま主治医との関係性が固定化している場合、患者会に関わる第三者的な立場の医師から、より大きな情緒的サポートを得られる可能性を示している。乳がん患者の情報ニーズに関して文献検討した瀬戸山によると、患者はエビデンス情報だけではなく他者の体験談などナラティブ情報を必要としており、患者会やサポートグループ、オンラインコミュニティにおいても大きな情動的・情緒的サポートを得ていること、また短い診察時間の中で主治医から十分なサポートを得るのが困難な現状を考えると、そうしたインフォーマルサポートの充実が必要であることを述べている[15]。

また、比較的患者数が多い慢性疾患の患者会と難病・稀少疾患の患者会における違いも語られていた。特に後者では、【難病・稀少疾患患者会に対する研究医の参加】が切実に求められており、またそもそも【患者会の発足の契機】になることも多い。難病・稀少疾患の場合、全国に点在している患者の情報を持っているのがその疾患の研究医や専門医であるため、そもそも患者会の発足において医師の関わりが重要になる。また治療がほとんどない難病・稀少疾患の場合、研究医に参加してもらうことで最新治療について少しでも情報を得たいというニーズが非常に高く、医師の参加が不可欠に近いということが語られていた。

本研究の限界として、インタビュー対象

者が4名（3団体）と少ないこと、そのため患者会の類型も少ないことが挙げられる。患者会を含むセルフヘルプグループには、専門職との関係性においても多様な関係性のものが存在すると思われ、またどのような疾患の患者会か、患者会か家族会（親の会）かなどによって状況は大きく変化すると考えられる。

本研究の実践への示唆として、研究結果を広く発信することで、①医師に患者会側のニーズをより良く理解してもらうこと、②多くの医師に適切な関係性で患者会に関わってもらうこと、③難病・稀少疾患患者会の設立や組織化の促進に医師が貢献すること、などが期待できると考える。

5 結語

患者会を含むセルフヘルプグループに専門職がどうかかわるべきかはいまだに議論の多い問題であるが、患者会側も試行錯誤で模索している状態と言える。本研究から、患者会に属する患者は医師に対して、患者個人に対する情動的・情緒的サポートや、患者会の社会的信頼性の向上などの有益性を感じており、医師の積極的な関わりや医師との交流を望んでいたが、医師による過干渉が患者会の主体性を損ねるのではないかという懸念も感じていた。本研究によって、患者会を含むセルフヘルプグループに関わる医師の役割が再考され、患者会と専門職のより良い関係性における協働が進むことを期待したい。

表 1. インタビュー対象者の属性と所属する患者会の特徴

対象者	年齢	性別	患者会	会員数	患者会の主な活動	対象者の患者会での役割	医師参加の形態
1	30歳代	女性	慢性疾患患者会 A (単一疾患)	約 2600 人	ピアサポート	運営メンバー	年数回のイベント時に参加
2	20歳代	男性	慢性疾患患者会 B (複合疾患)	約 200 人	ピアサポート	運営メンバー / 会誌の編集	年 1 回の運営方針決定時に参加
3	50歳代	男性	難病患者会 C (単一疾患)	約 80 人	ピアサポート / 政策提言	団体代表	主に研究医が適宜助言・相談にのる
4	30歳代	女性	同上	同上	同上	支部代表	同上

表 2. 抽出された概念とカテゴリー

カテゴリー	概念
医師の関わり方への期待	アドバイザーとしての支援的関わり
	患者目線での有益な情報の積極的な共有
	患者会の主体性を損ねる過干渉の回避
	医師との継続的な対面交流
	医師と患者が協同した学習機会
	難病・稀少疾患患者会に対する研究医の参加
患者個人に対する有益性	医学的信頼性が高い助言の提供
	未承認薬を含む最新治療に関する情報の提供
	病気に対処するための論理的視点の提供
	自己肯定感の強化による情緒的サポート
患者会に対する有益性	患者会の社会的信頼性の向上
	難病・稀少疾患に関する患者会の発足の契機

文献

- [1] 谷本千恵. セルフヘルプ・グループ (SHG) の概念と援助効果に関する文献検討 - 看護職は SHG とどう関わるか-. 石川看護雑誌 2004; 1: 57-64.
- [2] 大木秀一, 谷本千恵. コミュニティにおけるセルフヘルプグループを基盤としたサポートネットワークシステム研究の今日的課題と展望. 石川看護雑誌 2010; 7: 1-12.
- [3] 井上玲子. 親の会に関する国内文献の検討. 日本小児看護学会誌 2008; 17: 59-65.
- [4] Carol M. Self-help groups as mutual support: What do carers value? Health and Social Care in the Community 2006; 15: 26-34.
- [5] Pickett SA., Heller T., Cook JA. Professional-led versus family-led support groups: Exploring the differences. Journal of Behavioral

- Health Services & Research 1998; 24: 437-452.
- [6] 石井拓磨. 家族会・親の会への支援. 小児看護 2006; 29: 207-212.
- [7] 高橋司寿子. 看護職と不妊自助グループの協働のあり方: 日米の不妊自助グループスタッフの面接調査から. 岩手県立大学看護学部紀要 2008; 10: 87-92.
- [8] 大谷尚. 4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案 - 着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き -. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要(教育科学) 2007; 54: 27-44.
- [9] 阪下紀子. セルフヘルプグループ生成の要件に関する研究. 佛教大学大学院紀要 2003; 31: 219-233
- [10] 谷本千恵. 当事者グループに対する保健師の認識と関わりの実態. 日本看護研究学会雑誌 2007; 5: 61-70.
- [11] 蔭山正子. セルフヘルプ・グループへの専門職の関わり. 保健の科学 2002; 44: 519-524.
- [12] Toseland RW., Hacker L. Self-help groups and professional involvement. Social Work 1982; 27: 341-347.
- [13] 井上玲子. 病院内小児がん親の会と専門職の関係と役割. 小児保健研究 2013; 72: 721-727.
- [14] Kurtz LF. The self-help movement: Review of the past decade of research. Social Work with Groups 1990; 13: 101-115.
- [15] 瀬戸山陽子, 中山和弘. 乳がん患者の情報ニーズと利用情報源, および情報利用に関する困難 - 文献レビューからの考察 -. 医療と社会 2011; 21: 325-336.

原著論文

医療面接時のメタファーの役割に関する認知言語学的分析 — 中華人民共和国における診察場面の二つの事例 —

森 博

東京大学総合文化研究科言語情報科学専攻

抄録

認知言語学の理論によると、コミュニケーションは認知主体たる話し手が事態を主観的に把握し、解釈主体たる聞き手に向けて自らの事態認知のありようを言語化することを通じて、共同的認識を達成するプロセスである。本稿では中華人民共和国の医療機関で収集した二つの医療面接におけるメタファー表現の役割を、認知言語学の観点に基づいて質的に分析する。メタファーはそれをを用いる人の認知方式を反映し、会話の参与者によって共同構築される。メタファーの使用は、相手に認知の共有化を求めることである。本稿では医療面接におけるこの一連のプロセスを観察した。医療コミュニケーションにおけるメタファーは、医療者と患者それぞれの認知図式を反映し、事態全体に対して主観的な認識を共有することを促すというのが本稿の主張である。異なる感覚体験と背景知識を持つ医療者と患者双方が伝えたいことを伝えるために、メタファー表現は一種の有効な道具だと思われる。

キーワード：メタファー，認知言語学，医療面接

1 はじめに

医療において、言葉によるコミュニケーションは医療従事者と患者が信頼関係を築き、治療をスムーズに進める基礎である。特に高齢化社会の進行に伴い、長期間にわたる治療を必要とする慢性的な病と向き合う際は、様々な心理的・社会的背景を持つ患者を理解することが不可欠である。医療コミュニケーションを科学的に分析する理論的パラダイムを確立するために、言語学の知見を取り入れる必要性が益々高まっている。現状では、言語学の立場から医療コミュニケーションを分析するアプローチは主に社会言語学に限られており (Collins et al., 2007)、メタファー研究の医療への応用は主に精神療法に

留まっている (Kopp, 1995)。逆に見れば、言語学のメタファー理論から試みられるべき切り口が相当数存在し、研究価値の高い分野である。そこで本稿では、医療面接におけるメタファー表現の役割を分析し、医療コミュニケーション研究に認知言語学のメタファー理論を取り入れることを試みる。

2 本研究の理論的枠組みと目的

2.1 本研究の理論的枠組み：認知言語学のメタファー理論

伝統的なレトリック研究では、メタファーは単なる文字通りの表現の言い換えであって、「言葉のあや」という特殊な言語現象に過ぎないと考えられていた (佐藤, 1978)。しか

し実際のところ、メタファーは我々の言語と思考のあらゆるレベルに存在している。「悲しみの淵」のような、詩作などにおいて創造される文学的な用法がある一方、「ウキウキする」「落ち込む」のような、誰もが気づかずに頻繁に使っている用法もある。文学的な表現から、日常的な表現まで、実はいずれも「楽しいは上、悲しいは下」という我々の認知方式の反映であり、言語・文化問わずよく見られる表現である。認知科学の用語で説明すると、これらの例において、「空間」は根源領域と呼ばれており、「気分」は目標領域と呼ばれている (Lakoff & Johnson, 1980)。根源領域となるのは、日常的経験の中に多く存在し、身体的な直接経験が伴う場合が多く、より具体的な構造を持つため、よく知られている領域である。一方、目標領域となるのは、触ったり見たりできないような現象や概念が多く、あるいはよく知られていないため、その構造を直接説明することが困難なものである。根源領域と目標領域の間にある種の類似性が存在しているゆえに、二つの領域の間に部分的なマッピングが起こる。目標領域の要素が、それに対応する根源領域の要素によって理解・伝達される。

このように、Lakoff & Johnson (1980) 以降のメタファー研究では、メタファーは単なる修辭的な表現だけではなく、意味理解の中核だと考えられている。知識獲得や問題解決のために、ある状況を別の状況に置き換えて理解するという役割を果たすメタファーは、人間の認知プロセスの根本的な方略の一つである (Gentner, 1988)。メタファーによる推論という人間が持っている一般的な認知能力があるからこそ、言語とコミュニケーションが成り立つと考えられる。

2.2 本研究の目的

本稿は二つの医療面接におけるメタファー表現の役割を、認知言語学の観点に基づいて質的に分析することによって、下記の一連のプロセスを説明する。コミュニケーションは認知主体たる話し手が事態を主観的に把握し、解釈主体たる聞き手に向けて自らの事態認知のありようを言語化することを通じて、なんらかの共同的認識を達成させるプロセスである。従って、会話におけるメタファーはそれを用いる人の認知方式を反映し、会話の参与者によって共同構築される。メタファーの使用は、相手に認知の共有化を求めることである。このような分析を通じて、医療者と患者が何気なく使用しているメタファー表現の積極的な効果を理論的に裏付ける。

3 医療コミュニケーションにおけるメタファーの事例分析

3.1 データの収集と書き起こし

本稿で使用する会話データは、2014年に中華人民共和国の二つの総合病院の入院病棟と外来診察室で収集されたものである。診察場面を録音あるいはビデオ撮影し（どちらにするかは、参加協力者の意向に従った）、その会話を文字データに書き起こした。研究倫理に関しては、東京大学総合文化研究科の「ヒトを対象とする研究」に対する倫理審査を受け、承諾を得た（倫理審査課題番号 345 - 2）。医療機関では、まず医療機関責任者に研究の目的と方法を書面および口頭で詳細に説明し、書面による承諾を得た。そして同様に医療者と患者に研究の目的と方法を書面および口頭で詳細に説明し、協力を頂ける方から書面による承諾を得た。参加者に提示する依頼書には、参加者のプライバシーを保護する

ために、ビデオと音声は公表せず、画像を使用する場合は顔部分に処理する等の配慮をし、書き起こした文字データは個人・団体が一切特定できないように固有名を変更するなど、個人情報保護方針を明記した。

本稿は今回収集した30件の面接の中から、メタファーが使用された二つの事例を取り上げる。二つの面接はどちらもビデオ撮影したものであるが、その画像および非言語行動は本稿の分析に直接関係しないため、載せないことにした。書き起こしに関しては、より詳細な記述が可能になると考えて会話分析(CA)のトランスクリプトを採用したが、内容の分析はあくまで認知言語学の考えに基づいたものであり、会話分析の方法に沿った分析ではない。中国語に関しては、病院のような場でも方言が一般的に使用されている地域であるため、中国語標準語と異なる表現がある¹。

3.2 症状説明・治療方法説明における理解困難の解消とメタファーの使用

回診の場面で得られた面接Aでは、何カ月も膝の痛みに悩まされている患者を、研修医と指導医が診察している。研修医は関節水腫が発症していると診断したが、まだ処置を行っていない。指導医は研修医と患者に向けて、なぜ関節穿刺が必要かを説明している。

【膝関節穿刺】

01 研修医： 有积液了。＝
02 指導医： 有积液那必须得抽了，不抽根本吸不下了。
不借助外 - 外来的这种 (.) 抽的办法，

它吸收很难。

03 研修医： [()]了。
04 指導医： [就和]我给你举个例子，就和脑出血了，是哇？头腔是密闭的。
05 研修医： 嗯，是了。
06 指導医： 你要是不 - 不给做开颅就没命了，对不对？
出血量达到五，六十毫升必须减压了哇。
07 患者： [嗯。]
08 指導医： [所以]这个道理也是一样的，必须得减压，抽了。

(日本語訳)

01 研修医： 関節液貯留があるの。＝
02 指導医： 液貯留があるなら抜かなきゃいけないよ，抜かないと吸収できない。穿刺という外 - 外部の (.) 抜くという方法を借りないと，その吸収が難しい。
03 研修医： [()] た。
04 指導医： [だから]例えば，脳出血と同じ，でしょう？頭蓋が密闭状態だから。
05 研修医： うん，そうね。
06 指導医： 開頭を行ってあげない - ないと命を落とすことだってあるでしょう，ね？
出血量が 50，60ml もあるなら圧を下げないと。
07 患者： [うん。]
08 指導医： [だから]この場合も同じで，圧を下げなきゃ，抜くことで。

¹日本語訳に敬語がないことに違和感を持つかもしれないが，これは中国語には日本語の敬語に相当する体系的な敬意表現そのものが存在しないためであり，医療者側も患者側もなれなれしかつたり，敬意に欠けていたりするわけではない。

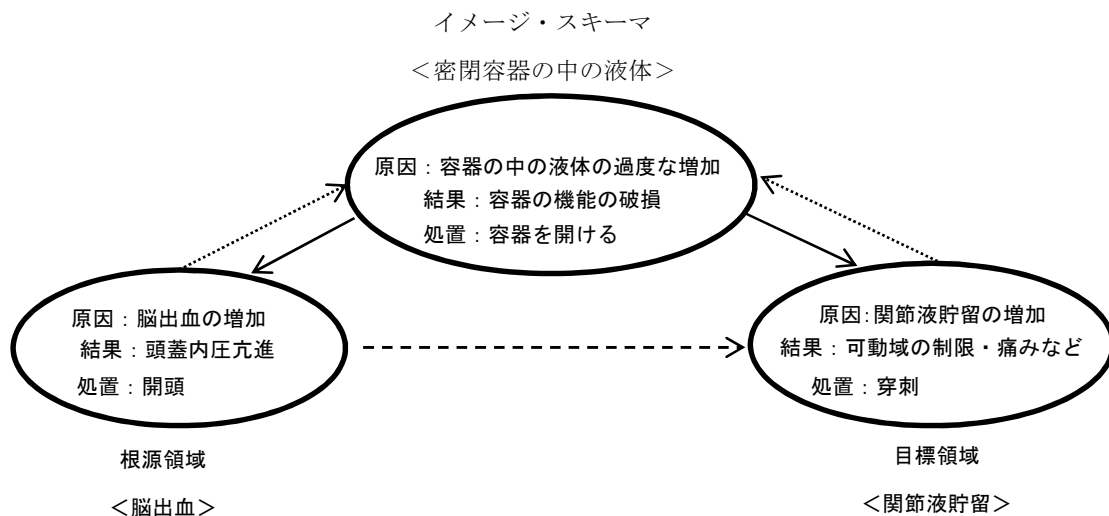


図1 イメージ・スキーマに基づくメタファー

この面接には、〈容器 (CONTAINER)〉のイメージ・スキーマに基づく構造のメタファーが関与していると考えられる。イメージ・スキーマとは、我々が身体を介して日々経験している様々なことの中に、繰り返し現れる比較的単純なパターンや規則性である。イメージ・スキーマの典型例としては、〈容器〉〈経路〉などが挙げられる(深田・仲本, 2008)。「脳」も「膝」も身体部位として複雑な構造を呈しているが、〈容器〉のイメージ・スキーマを介して、類推が行われる。〈容器〉のイメージ・スキーマは、空間への出入りに関わる具体的経験の中で繰り返し現れる一般的な構造である。〈容器〉のイメージ・スキーマには、以下のような特徴があると言われている。一つ目は容器の境界線によって、「内側」と「外側」という領域ができるという点であり、二つ目は容器の内側と外側の間に、内容物が入り出すという点である。この単純な構造は、様々な意味を持って現れる。例えば「脳」と「膝」の場合は、〈容器〉として密閉している。従って、内容物はその中に留まる。内容物の量が容器の容量を超えると、容器の機能

が損なわれる。この写像は、極めて体系的である。具体的には、図1で示している通りである。図1において、上向きの点線の矢印は「スキーマ化」を表し、下向きの実線の矢印は「具体事例化」を表し、根源領域から目標領域への破線の矢印は「拡張」を表している。イメージ・スキーマに基づく構造のメタファーは、単に類似した二つのものを拾い上げ、一方を他方で喩えるのではなく、「既知のもの」を通して「未知のもの」を理解するという機能を持つのである。研修医と患者は関節液貯留よりも、脳出血の方に関する既知の知識が多いと指導医が想定しているため、「膝に関節液が溜まっている場合は穿刺で抜く必要がある」ということを、「脳に出血が多い場合は開頭して圧を下げる必要がある」という状況に喩えて説明したと考えられる。「膝関節」と「頭蓋」はいずれも身体部位であり、ある処置を別の処置に喩えているが、二つの状況の間に対応しない部分も多い。それにもかかわらず、〈容器〉というイメージ・スキーマのゲシュタルト構造を介して、「脳出血」という既知の経験の構造が「関節液貯留」とい

う未知の事態に系統的に写像される。このメタファーを使用した説明を聞いているうちに、研修医は納得し (05)、ずっと沈黙している患者も思わず賛同の相槌を発した (07)。

このメタファーを使用することによって、穿刺を行う必要性と緊迫性が伝わり、研修医と患者双方に理解されたというプロセスが観察された。「関節液貯留」と「脳出血」という二つの事態がどれほど客観的に類似しているかということよりも、メタファーを用いて、相手にどのような新しい認知の共有化を求めているかという側面が重要である。

3.3 メタファーの使用が治療に関する意思決定に与える影響

面接 B は、歯科で装着する器具を選択する場面であり、医療者のメタファー使用が患者の意思決定に影響を及ぼす経過が観察された。

【歯の装具】

- 01 医師： 这就得你自己考虑了，镶死的，镶活的。
- 02 患者： (.) 那就镶成活[的哇?]
- 03 医師： [各有]利弊。活的呢，它不磨牙。＝
- 04 患者： ＝不磨牙，是了。削了以后就::
- 05 医師： 活的就是天天刷牙拿下，刷完牙再戴上，其实也很简单。
有的人觉得还不利索了，实际上就刷牙时一往下拿，刷完再戴上。
- 06 患者： >那咱自个儿能戴上了？直接就挂上了？<
- 07 医師： 就和我戴眼镜这么样。刚开始你可能有点不习惯，戴上两回就很简单。
- 08 患者： 嗯↓
- 09 医師： 活的是这么个，你再打打主意。

10 患者： 行哇，那就活的。

(日本語訳)

- 01 医師： これは自分が考えて決めなきゃいけないの、外せない方にするか、外せる方にするか。
- 02 患者： (.) じゃ外せる方に[しようかな?]
- 03 医師： [一長一短]。外せる方は、歯を削らなくてもいいから。＝
- 04 患者： ＝そうそう、歯を削らないよね。削っちゃったら::
- 05 医師： けど毎日歯を磨く時に外して、終わったらまた付ける、実は簡単だけど。面倒と思う人もいるけど、本当は歯を磨く時だけ外して、また付ければいい。
- 06 患者： >でも自分で付けられるの？直接掛ければいいの？<
- 07 医師： 私がメガネを掛けるのと同じようにさ。最初は慣れないかもしれないけど、何回かやればすごく簡単。
- 08 患者： うん↓
- 09 医師： 外せるのはこういう感じ、もう少し考えて決めて。
- 10 患者： いいよ、じゃあ外せる方に。

この面接は、歯科医師が歯に装着する二種類の器具に関して詳しく説明し、患者がそれを理解した上でどちらかを選択するという状況である。外せるタイプの装具を選ぶ場合は、歯を削るという痛みが伴う処置を行う必要がないため、患者は最初このタイプを選ぶ意思を示した (02)。しかし、このタイプは日々歯磨きをする際に、取り外してまた付け

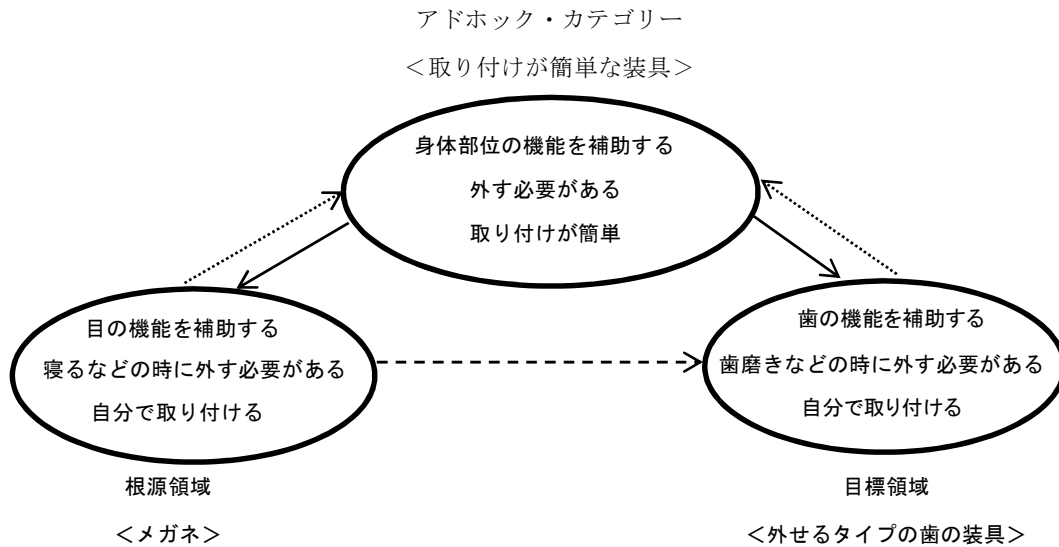


図2 属性付与カテゴリーに基づくメタファー

る手間がかかるというデメリットがあると聞いて、患者は自分で上手く装着できるかどうかと動揺したようだ。そこで医師が、「メガネをかけるように簡単」というメタファーを使用して、心配する必要がないと伝えたため、患者は外せるタイプを選ぶ決断を下した。この「外せるタイプの歯の装具」を「メガネ」に喩えるメタファーは、「属性付与カテゴリー」(Glucksberg, 2001)に基づいていると考えられる。つまり、A is B の形式をとるメタファーの場合、「A と B は同じ性質を持つカテゴリーに属している」と捉えられる。

メタファーにはいくつかのタイプがあり、「既知のもの」を通して「未知のもの」を理解する際に用いられるのは、必ずしもイメージ・スキーマとは限らない。この面接に見られるメタファーの理解には、事態 A と事態 B が同じ性質を持つカテゴリーに属しているという判断が関与している。カテゴリー化とは、何らかの基準に基づいて「似ている」と見なし分類するという知識の構造化である。Barsalou (1983) によると、カテゴリーは不

変で固定的なものではなく、その場で動的に編成される。このような暫定的なカテゴリーはアドホック・カテゴリー (ad-hoc categories) と呼ばれている。メタファー理解はカテゴリー化の問題に還元できると Glucksberg (2001) などが主張している。本稿は Glucksberg (2001) に部分的にしか賛成できないが (詳しい議論は割愛する)、「属性付与カテゴリー」と「根源領域から目標領域への写像」を融合した形でこの面接に見られるメタファーを説明する。具体的には、図2で示している通りである。図2において、上向きの点線の矢印は「カテゴリー化」を表し、下向きの実線の矢印は「具体事例化」を表し、根源領域から目標領域への破線の矢印は「拡張」を表す。

「外せるタイプの歯の装具」と「メガネ」の間に、機能的な類似性が存在するものの、この文脈でメタファーを使用する意図は、その客観的な類似性を比較するよりも、「取り付けが簡単」という医師の主観的評価の類似性を伝える機能を果たしている。

4 医療コミュニケーションにメタファーを取り入れる必要性

我々の思想と感覚は無限の様相を呈しており、それを有限の言葉を用いて表さなければならないため、レトリックは単に言葉を飾るためだけにあるのではなく、伝えたいことを伝えるためにこそ必要とされる（佐藤, 1978）。もちろん患者の状態を正確に捉えるために、メタファー表現が適していない場面も多くあるが、メタファーは決して言葉の飾りだけではなく、一般的なコミュニケーションにとっても、医療コミュニケーションにおいても、必要な存在である。異なる感覚体験と背景知識を持つ医療者と患者双方が伝えたいことを伝えるために、メタファー表現が有効な道具である理由は、主に以下の二点が挙げられる。

一つ目は、医療者と患者の間の感覚ギャップである。先行研究としてLanceley & Clark (2013) は看護師 - 癌患者の間の会話記録 (60件) を分析し、患者がメタファーを用いて強烈な感情を打ち明けることは普遍的である一方、それに対する看護師の対応に問題点を見出している。例えばある会話では、乳がん患者が化学療法の副作用に関する恐怖と不安を訴えて、看護師に意見を求めている。患者はがんの治療をラグビーのような競技に喩え、医療者と患者はチームであり、力強い医療者たちが共にいるから必ず勝つと一生懸命自分に言い聞かせるが、看護師はこのメタファーを十分に理解していないため、患者を不安にさせた。患者が用いるメタファーを読み取り、その背後に潜んでいる心理的状況を把握し、さらにメタファーの共同構築によって患者に寄り添うことが、医療者にとって重要な課題である。

二つ目は、医療者と患者の間の情報格差である。医療者はより多くの専門的知識を有しているため、患者が発信する情報から個人的なストーリーを排除して、科学的根拠に基づいた医療 (EBM) にとって有用な情報だけを切り取って、その結論を専門用語で説明する。しかし、患者の意思決定は必ずしも客観的な根拠に基づいて下されとは限らない。先行研究として Scherer et al. (2014) の実験では、大学生たちにインフルエンザに関する短い描写の文章を読ませてから、ワクチン接種を受ける意向を聞いた。「インフルエンザのウイルスが体に悪い影響を及ぼす」という字義通りの表現を読んだグループと比べ、「インフルエンザが野獣のように体を餌にする」あるいは「インフルエンザが体に起きる暴動」というメタファーを読んだグループの方が、ワクチン接種を受ける意向が 10%以上も高かった。メタファー表現を適切に取り入れることは、医療に関する認識と意思決定に大きな影響を与えると考えられる。

ただし、明確な意味を持つ字義通りの表現と比べ、メタファーの意味はそれを受け取る側次第であるため、慎重な使い分けが必要であり、メタファー表現の性質を把握した上でそれを適切に理解するリテラシー教育も不可欠である。

5 まとめ

本稿はメタファー表現を含む二つの医療面接事例を取り上げた。面接 A においては、メタファーの使用は症状説明・治療方法説明における理解困難の解消に繋がるのが観察された。面接 B においては、メタファーの使用は医療に関する意思決定に影響を与えることが示された。理解困難が解消すると、

必然的に医療に関する意思決定に影響を与えるため、これら二つは連続的な過程であり、どの面接にも見られる。

コミュニケーションは、参加者が同一の事態に対する認知状態を共有することをゴールとする。医療コミュニケーションにおけるメタファーの使用は、医療者と患者それぞれの認知方式を反映している。医療者と患者それぞれが認知主体として異なる背景知識を持つ中、メタファー表現は事態全体に対して主観的な認識を共有することを促す。メタファー表現を医療コミュニケーションに適切に取り入れることは、理解困難の解消に繋がり、従って医療に関する認識と意思決定に影響をもたらす場合がある。

本稿は限られた事例に基づいた分析であるため、そこから見出した医療コミュニケーションにおけるメタファーの役割は、さらなる検証が必要である。また、本稿は主にメタファーのコミュニケーションを促進するというメリットに注目したが、メタファーを使用すれば必ず良い効果をもたらすとは限らないことは言うまでもない。今後は、より多くの事例に基づき、メタファー使用のメリットとデメリットを分析し、メタファーを医療コミュニケーションに効果的に応用する手がかりを提供することを課題としたい。

謝辞

本稿の一部を2014年第6回日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会で報告した際に、有益なコメントを数多く頂いた。また、二名の査読者に丁寧に読んで頂き、貴重なご指摘と適確な助言をたくさん頂いた。記して感謝したい。全てを本稿に反映することはできなかったが、それらは今後の課題としたい。

文献

- Barsalou, W. (1983). Ad-hoc categories. *Memory & Cognition*, 11, 211-227.
- Collins, S., Britten, N., Ruusuvaori, J., & Thompson, A. (Eds.). (2007). *Patient Participation in Health Care Consultations: Qualitative Perspectives*. Maidenhead: Open University Press.
- 深田智・仲本康一郎(2008). 概念化と意味の世界. 研究社.
- Gentner, D. (1988). Metaphor as structure mapping: The relational shift. *Child Development*, 59, 47-59.
- Glucksberg, S. (2001). *Understanding Figurative Language: From Metaphors to Idioms*. New York: Oxford University Press.
- Kopp, R. (1995). *Metaphor Therapy: Using Client Generated Metaphors in Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors We Live By*. Chicago, IL: University of Chicago Press. h
- Lanceley, A. & Clark, J. (2013). Cancer in Other Words? The Role of Metaphor in Emotion Disclosure in Cancer Patients. *British Journal of Psychotherapy*, 29(2), 182-201.
- 佐藤信夫(1978). レトリック感覚. 講談社.
- Scherer, M., Scherer, D., & Fagerlin, A. (2014). Getting Ahead of Illness: Using Metaphors to Influence Medical Decision Making. *Medical Decision Making*. Published online 10 March 2014.

トランスクリプト（転写）の記号

(1) 重なり

複数の発話者の発する音声が重なり始めている時点は、角括弧 [] によって示す。重なるの終わりは、] によって示す。

(2) 密着

二つの発話が途切れなく密着していることは、 = で示す。

(3) 聞き取り困難

聞き取り不可能が箇所は、 () で示す。空白の大きさは音声の長さに対応する。

(4) 沈黙

0.2 秒以下の短い沈黙は (.) という記号によって示す。

(5) 音の強さ

強勢のおかれた場所は下線によって示す。

(6) 音調

語尾の音が十分に下がり、発話完了を表す音調はピリオド . で示す。

音が少し下がり、発話途中の区切りを表す音調はカンマ , で示す。

語尾の音が十分上がり、発話完了を表す音調は疑問符 ? で示す。

音調の上がり下がり、それぞれ上向き矢印↑と下向き矢印↓で示す。

(7) スピード

発話のスピードが目立って速くなる部分は、 >< で囲む。

(8) 音声の引きのばし

直前の音がのばされていることは、 :: で示す。

(9) 途切れ

言葉が不完全なまま途切れていることは、 - で示す。

原著論文

診療コミュニケーションにおける擬音語・擬態語の使用傾向と効果的運用について

植田栄子

青森公立大学経営経済学部

抄録

患者と医師の診療場面において、頭がガンガンする、咳がコンコン出るなどの擬音語・擬態語が頻繁に観察される。本研究は擬音語・擬態語に注目し患者および医師による使用傾向とその効果的運用の分析を行う。まず、日本語の擬音語・擬態語の特徴や定義について確認し、次に一般外来の医師と患者の診療談話データを分析対象に擬音語・擬態語の使用傾向について、1) 計量的分析による全体的特徴、2) 症状別(①咳・喘息症状, ②耳鳴, ③疼痛)の表現特徴、3) 相互行為的談話分析によるコミュニケーション・パターンを示した。以上の結果から、擬音語・擬態語を医師が先行発話することで、さらに患者から漠然とした身体感覚および心理状況を示す擬音語・擬態語による情報を引き出し、結果として患者の満足度および両者の信頼関係強化が期待できる。今回の診療場面に留まらず、広くヘルス・コミュニケーションの各場面における擬音語・擬態語の効果を医療者が意識し活用することは、ヘルス・コミュニケーション全体の質・量の双方の向上に貢献するものであり、最後に今後の研究課題を指摘した。

キーワード: 擬音語・擬態語, 患者-医師間コミュニケーション, 相互行為的談話分析, NBM

1. はじめに

日本語の診療場面における患者と医師との会話には、多種多様な擬音語・擬態語が観察される。たとえば、「いきなり『コンコン』出てー」、「頭が『ガンガン』する」などである。日本語は、欧米系言語と比べて擬音語・擬態語の種類が多く[1]、豊かな表現力をもつことが指摘されており[2]、最新の「日本語オノマトペ辞典」には4500語に上る擬音語・擬態語が収録されている。一方、英語では具体的説明表現が好まれ、オノマトペはせいぜい350ぐらいに留まっているとされる[1]。このような日本語の語彙的特徴が、診療場面の会話における擬音語・擬態語の多様で顕著な使用傾向を生み出しているともいえよう。

また、日本語の擬音語・擬態語の特徴として、単なる音や状態の客観的説明ではなく、“lively expression”[3]—すなわち生き生きとした質感を表現し、「生き生きとした“動き”がその本質的特徴」[2]であるといわれる。また、実体験の再現を促すイメージの喚起力“imaging it”[4]をもち、「音の風景をリアルに再現」させるとも指摘される[2]。

つまり日本語の擬音語・擬態語は、「感覚」に関する言葉であり、身体的リズムの表現あるいは感覚感性の言語[5]としての機能が想定される。「感覚の質感の主観体験」、いわゆる「クオリア」を伝達するものとして、ユニークな働きを持つと先行研究でも指摘されている[2]。これまで人間の意識に関する認知哲学の

分野では、一人称的（主観的）であるが故に科学的アプローチ（客観的・三人称的）が難しいとされてきたが、擬音語・擬態語はその「クオリア」の伝達を担っている点も注目される[2].

ヘルス・コミュニケーション研究で俯瞰してみると、医師と患者のコミュニケーションでは、恣意的で、曖昧、抽象的な言語・非言語シンボルによる意味の表出、共有の過程がいのちや健康といったかけがえのないものに大きく影響を与える。その過程で、専門家ではない患者が、明確な言語説明が困難な主観的な身体感覚や心理状態を、日常語の範疇である平易な擬音語・擬態語を用いて、どのような主訴の描写を行っているか、また医師の問診においてはどのような影響を与え得るのかここで問題提起したいと考える。

まず、擬音語と擬態語の定義は本研究で以下とする（cf. 日本語オノマトペ辞典[1]参照）。

- 1) 擬音語とは、音や音響や人の音声、動物の鳴き声などを表した語である。例として、コンコン、ゴホゴホ、ゼーゼーヒーヒー、ザー、ガンガン（叩く）など音を模している。
- 2) 擬態語とは、音そのものではなく、目に見えた動きや状態、さらにそれが転化した身体的・心的状態を音によって表現した語である。例として、フワフワ、フラフラ、グュー（と痛い）、ポー（とする）、ガンガン（痛い）などである。

これらの擬音語・擬態語の中に簡潔なクオリアが表現されていると推測される^①。

また、医師の用いる医学用語は漢語や外来語を用いた専門語彙群（＝専門語レジスター）であるが、擬音語・擬態語は主に和語を用いた平易な日常生活語彙群（＝日常語レジスター）の範疇として明確に区別される。これはMishlerが示す‘the voice of the medicine’

と‘the voice of lifeworld’ [6]との区別と、全く同じ関係性を示す。

診療室での会話に話を戻すと、医師と患者との間では、患者の主観的な身体感覚に関して、擬音語・擬態語という両者に共通する日常コードによる日常語レジスターを用いることにより、必要な情報交換や相互確認を行っているのである。

但し、平易な日常語とはいえ、擬音語・擬態語の持つ表現力や情報量は極めて豊かで、例えば咳のコンコンとゴホゴホ（軽くて乾いた咳と、重くて湿った咳）、疼痛表現のヒリヒリ（刺すような、表面的痛み）とピリピリ（神経的痛み）とビリビリ（電氣的痛み、酷い）など、音列パターンと音の微細な違いだけで、痛みの種類や質、場所や程度を瞬時に示すことができる。

診療場面での患者と医師のコミュニケーションにおいて、擬音語・擬態語が多く観察される理由としては、①患者がそもそも漢語・外来語の医学専門用語を知らない、または使い慣れていないことから、より簡単な日常語である擬音語・擬態語を選択する、②擬音語・擬態語は複数の感覚的表現の集合体であることから、患者にとってわずか一語で、もやもやした身体感覚や精神的症状を説明できる簡便な表現方法である、③医師は患者の理解がしやすい日常語の擬音語・擬態語を用いることで、患者の理解を促したり発話を引き出そうと、意識的または無意識のうちに発話している、などが想定される。

2. 先行研究

言語学領域では擬音語・擬態語（オノマトペ）に関する先行研究が数多く発表されているが、音韻、文法、コーパス、言語習得、方言

などの観点による分析であり、医療との関連性は低い[4]。本論文の後半で述べる診療場面における擬音語・擬態語の特徴的用法は、言語学の立場からする相互行為的談話分析によって見いだされた初めての指摘となる。

一方、医学領域において擬音語・擬態語の役割については、限定的に喘息、耳鳴、疼痛との関連で研究されてきた。喘息に関しては、小児がどのように疼痛表現を行っていくかという発達の研究があり[7][8]、耳鳴に関しては、耳鳴症患者による擬音語・擬態語の表現および医師による問診および聴覚検査との関連性研究が他の症状に比して盛んである[9][10][11][12][13]。疼痛に関しては代替医療での患者の擬音語・擬態語を用いた痛み表現と疼痛タイプとの関連性研究[14][15]や、疼痛の質的評価の尺度作成[16]、痛みの質的評価[17]の研究があげられる。

最近注目されるのは精神医療においては、不安障害の症状評価に積極的にオノマトペを取り入れて臨床効果が得られたケーススタディがあり、これは患者の擬音語・擬態語による表現を促し積極的にもやもやした不安感への注目と表現を行うことで認知療法を促進するという報告である[18]。そのほか、脳科学ではクオリアの表現媒体としての実証研究[19]や、人工知能領域では痛み評価のスケールリングが試行され辞書作成が進められている[20]。

しかしながら、実際の診療場面における患者-医師間の発話データをもとに言語学の観点から擬音語・擬態語を対象とした計量的・質的分析研究は見当たらない。その背景には、言語研究者にとって医療現場の会話データ収集がまず困難であり、よって医療談話における分析課題として意識され得なかったこと、さらにオノマトペ研究が言語学以外の領域と

学際的に連携されたのは近年であることが挙げられる。

3. 分析目的と対象データ

3.1 分析目的

ここでは患者-医師間の診療談話の111ケース^②を対象として、診療コミュニケーションにおける次の3点を分析目的とする。

- 1) 擬音語・擬態語の使用の全体的傾向と、性差、年齢差、地域差からの影響を分析する。
- 2) 擬音語・擬態語の疾患別(①咳・喘息, ②耳鳴, ③疼痛)の使用の特徴を分析する。
- 3) 相互行為的談話分析から見た擬音語・擬態語の使用の特徴と、効果的運用を考察する。

3.2 対象データと分析方法

分析データ(表1)は、東京・大阪・名古屋の各医療施設の一般内科外来通院患者と医師との診療談話111ケースである。対象データは、患者と医師の両者の承諾を得て録音した音声資料および文字化資料であり、医師は全員男性、患者の内訳は男性48名(43.2%)、女性63名(56.8%)、平均年齢60.2才、平均診療時間は5分弱(4分51秒)であった。111ケースの地域別内訳は、東京が44ケース(女性患者31ケース)、大阪が43ケース(女性患者23ケース)、名古屋が14ケース(女性患者9ケース)である。

分析手順として、まず全体的使用傾向を把握するため計量的分析を行い、次に、社会言語学の相互行為的談話分析の観点から質的分析を行った。

4. 結果

分析結果について、1. 全体的特徴と各属性との関係、2. 症状別特徴、3. 相互行為的談話分析の順で次に述べる^③。

表 1. 分析データ：東京/大阪/名古屋における患者の人数・性別・年齢・平均診療時間

(P=Patient：患者)

Variables			
P(患者) の特徴		N	%
Sex (in total) (東京/大阪/名古屋)	男性 (13/20/15)	48	43.2
	女性 (31/23/9)	63	56.8
Age (才)		平均 60.2 (+/-11.0)	
診療データ 合計		111 ケース	
診療の特徴; 一般内科外来			
平均時間		平均 4 分 51 秒	

表 2. 東京/大阪/名古屋の診療データ中の擬音語・擬態語を含む診療ケース数と割合

Location			
	各診療ケース数	擬音語・擬態語を含む診療ケース数	%
東京	44	16	36.4
大阪	43	21	48.8
名古屋	24	5	20.8
Total	111	42	37.8

4.1 全体的特徴

まず、全体的特徴として東京では 44 ケース中 16 で 3 割強、大阪では 43 ケース中 21 ケースで半数近くの診療会話にオノマトペが観察された一方、名古屋では 24 ケース中 5 ケースと 2 割程度の出現率に留まった (表 2 参照)。

診療談話全体としては、合計 111 ケースのうち 42 ケース (37.8%) の談話において、患者または医師による擬音語・擬態語の発話が

観察された。

次に、患者と医師による擬音語・擬態語の各発話数と割合を示し、患者と医師の発話数に関する相関係数を示す (表 3)。患者と医師による擬音語・擬態語の発話数の地域別での相関係数を求めたところ、表 3 が示すように、東京と大阪の診療ケースにおいては弱い正の相関関係がみられた ($r=0.534$, $r=0.535$)。それに対して名古屋の診療ケースは、ケース数も発話数も少数であったが、特に統計的に有

表 3. 患者と医師の各擬音語・擬態語の発話数および相関関係

Location				
	擬音語・擬態語 発話合計数	P (患者) の発話数 D (医師) の発話数	%	
東京	37	19 18	51.4 48.6	} $r=0.534$
大阪	57	28 29	49.1 50.9	
名古屋	12	9 3	75.0 25.0	n.s.
Total P (患者) D (医師)	106	56 50	52.9 47.1	

意な相関は認められなかった。なお 4.3 で後述するように、医師が最初に擬音語・擬態語を発話した医師先導型のケースが多かったことから、医師による擬音語・擬態語の発話が多いと、患者による擬音語・擬態語の発話も増加する傾向にあると推認される。

なお、その他の属性に関して、擬音語・擬態語の発話数と、患者の年齢、性別、地域差のいずれにおいても統計的有意差は認められなかった。

4.2 症状別特徴

擬音語・擬態語が患者と医師の双方ともに多く発話された疾患症状は、①咳・喘息、②耳鳴、③疼痛であった。この 3 つの疾患別にみた擬音語・擬態語の分布と具体的な表現を以下に列挙する。なお、参考として擬態語の下位分類として心情を表現する擬情語を設けて、さらに細分化を試みた^④。擬情語の定義を以下に追記する。

3) 擬情語とは、前述した擬態語の定義の後半部分、すなわち、音そのものではなく、目に見えない動きや状態を転化して、心的状態に

限定して音により表現した語である。

では、①咳・喘息 (表 4)、②耳鳴 (表 5)、③疼痛 (表 6) に関する発話を各表に示す。

なお、表 4 で、「シュッシュ」の分類解釈について、咳・喘息の症状に関する直接的言及ではないが、患者の症状に応じた薬およびその服薬行動を示すものであることから分類に含めている。「シュッシュってやって」の発話では、喘息の予防薬を口腔内に噴霧する際の「音」を描写しているため(「ガーってなって」との対比させていることから) 擬音語に分類した。一方、「シュッシュは」の発話は、「音」の描写が発話意図ではなく、それに伴う動作、すなわちここでは「薬を口腔内に向かって噴霧すること」(下線は筆者) に関する動作の具体的言及がなされていると解釈し擬態語とする。

表 5 は、患者本人しか自覚しない「耳鳴り」の音声描写を患者自身が行うことが主であることから、いずれも「擬音語」の分類となることは当然の帰結とはいえ具体的発話例により確認された。

表 4. 咳・喘息症状における擬音語・擬態語（擬情語）の文法的分布と表現

文法形式	擬音語	擬態語	擬情語
副詞 1 type (副詞+って, と)	ゴホンゴホン (って) シュッシュ (ってやって) ガー (ってなって)	N.A.	N.A.
副詞 0 type (副詞+φ)	コンコン (φ 出て)	N.A.	N.A.
動詞 type	N.A.	N.A.	N.A.
コピュラ type	N.A.	N.A.	N.A.
名詞 type		シュッシュ (は) ゼーゼー (も) ゼーゼーヒーヒー (あった?)	N.A.

表 5. 耳鳴症状における擬音語・擬態語（擬情語）の文法的分布と表現

文法形式	擬音語	擬態語	擬情語
副詞 1 type (副詞+って, と)	ザー (ってなる音) ザー (つと)	N.A.	N.A.
副詞 0 type (副詞+φ)	シャンシャン (φ 言いよる)	N.A.	N.A.
動詞 type	N.A.	N.A.	N.A.
コピュラ type	N.A.	N.A.	N.A.
名詞 type	N.A.	N.A.	N.A.

なお、第三者すなわち客観的には確認できない耳鳴の主観的表現と、聴覚検査で診断される難聴域との関連については、医療分野で既に焦点化して研究報告がなされていて興味深い。たとえば、高音域の難聴はある特定の擬音語との関連性が強い。しかしながら、低音域の難聴の場合は様々な擬音語を用いた患

者の表現が観察されることから、患者の主観的表現には音の様態だけでなくそれに伴う不快感や違和感も無意識のうちに統合していることが推測される。すなわち、擬音語としての発話から、擬態語（もしくは擬情語）への移行が進み、抽象度のより高い心的状態についての言語表現を行っているとも予想される。

表 6. 疼痛症状における擬音語・擬態語（擬情語）の文法的分布と表現

文法形式	擬音語	擬態語	擬情語
副詞 1 type (副詞+つて, と)	N.A.	N.A.	ムカムカ (つとする) (胃が) キュー(つとき たりする)
副詞 0 type (副詞+φ)	N.A.	N.A.	N.A.
動詞 type	N.A.	N.A.	チクチクし出した ウズウズ (する) ピリピリ (する?)
コピュラ type	N.A.	N.A.	N.A.
名詞 type	N.A.	N.A.	N.A.

表 6 が示すように、疼痛症状は身体内部の「痛み」を主訴とするが、いずれも「目に見えた動きや状態」から転化し、「心的状態に関して音により表現した語」であることから、擬態語の下位分類である擬情語に相当する。疼痛症状を擬情語（擬態語）で表現することは、患者の心的状態を具体的かつ詳細に伝える言語手段といえる。

以上、表 4 から表 6 で示したように、診療コミュニケーションにおいて患者 - 医師間の擬音語・擬態語の使用は多種多様であり、同じ擬音語・擬態語の形態を取っていても、必ずしも用法および意味が同一ではないことが改めて確認される。

さらに関連する計量的分析の結果を追記すると、医師主導型として医師のほうから擬音語・擬態語を先行発話したケースは、42 ケース中 26 ケースを示し、約 6 割と優位であった。患者よりむしろ医師の方が先に発話していることが示唆される。医師主導型が優勢で

ある結果と、4.1 で述べた患者と医師の相関係数が弱い正という結果を総合すると、医師が擬音語・擬態語を発話した場合、患者も同じく擬音語・擬態語を発話するという傾向が推測される。つまり、医師が擬音語・擬態語を先行発話することで、日常言語によるコミュニケーションの活性化や、患者へのコミュニケーションの促しがなされ、患者の提供する身体的・心的感覚(クオリア)に関する情報が質量ともに増加することが推認される。また、患者からの情報提供を質量共に増加させることを、医師が意図的に発話していることが窺える。

4.3 相互行為的ナラティブ分析

これまで擬音語・擬態語の計量的分析による発話傾向や特徴を観察してきたが、次にここまでの擬音語・擬態語の発話を断片とし平均化する手法ではなく、患者と医師による連続した相互行為の視点に基づくナラティブ分析を行う [21][22][23][24][25]。

会話例 1

① 医学専門用語である「漢語」との併用

ケース 885 P=患者(女性、34歳) 喘息症状で受診。喘息発作が出た際、前医が処方した予防薬であるステロイド薬を患者は誤って使用。D=医師(男性)、内科医。但し、前医は喘息の専門医であった。

(前略)

P(36) [前医からのステロイド薬] 9日、にもら-、あ、9日じゃないや。

D(37) もっとあと(###)。

P(38) 10日ですよ。

P(39) もらって、それこそ3日。は@使いました@しか使ってません。

D(40) 16日はその-、結局 **発作** になったの? **ゼーゼーヒーヒー** なって?

P(41) ええ-、ま、だから出かけて-、

D(42) うん。

P(43) 帰ってきたらいきなり **コンコン** 出て-。

D(44) うん、や、**咳**が**咳**が問題やね-。

→ 専門用語「漢語」 + 擬音語・擬態語

→ 擬音語・擬態語

→ + 専門用語「漢語」

医師の擬音語・擬態語に関するナラティブ分析において、特徴的な3つのコミュニケーション・パターン、すなわち、①医学専門用語である漢語との併用、②医学専門用語であるカタカナ語(外来語)との併用、③具体的説明である例示や比喻との併用について、以下に分析結果を示す。なお、会話例でDは話者がDoctor(医師)、PはPatient(患者)であることを記す。()内の数字は文字化資料中での行番号である。

4.3.1 医学専門用語である漢語との併用

医師は擬音語・擬態語の発話と共に、医学専門用語である「漢語」を併用している(会話例1)。医師は感覚的言語表現である擬音語・擬態語「ゼーゼーヒーヒー」(40行目)の発話の直前に、「発作になったの?」と「発作」という漢語を用いている。また、患者が「帰ってきたらいきなりコンコン出て-」(43行目)と擬音語・擬態語「コンコン」で表現した直後に、医師は「うん、や、咳が、咳が問題やね-」(44行目)と代替語であり明確な主訴の症状

を示す「咳」を繰り返し発話している。

会話例1で患者は34歳の女性で喘息症状により受診し、医師が喘息発作時のことを確認している。「16日はその-、結局発作になったの?ゼーゼーヒーヒーなって?」(40行目)と、「発作」という漢語を用いて質問した直後に、「ゼーゼーヒーヒーなって?」と再度、擬音語・擬態語で言い換えて患者の発話を確認している。その次も同様に、患者が「いきなりコンコン出て-」(43行目)と説明した直後に、医師は「うん、や、咳が、咳が問題やね-」(44行目)と、「コンコン」に対応する漢語の「咳」を繰り返している。医師は患者による擬音語・擬態語の発話をもとに、より正確な医学情報である「咳」に言い換えながらやはり患者の発話を確認する応答を行っている。

すなわち、医師は感覚的言語である擬音語・擬態語と客観的・論理的な漢語とを併用することにより、より正確な、患者が理解しやすいコミュニケーションを実現したプロセスが観察できる。さらに、これらをコード・スイッ

会話例 2

②医学専門用語である「カタカナ外来語」との併用

ケース 885 (会話例 1 の続き ; 中略)

D(169) どうしてこれが呼ぼうかっていうとね、ぜ、喘息っちゅうのは慢性的な喉の炎症なんですよ。けど炎症を抑える作用が非常にね。ステロイドは強いんで一、そのステロイドをね、
 予防的にやってあげるとこどーことで、炎症を抑えて、発作がでるのも防ぐ、ということです。 説明

P(170) ふーん。

D(171) だから、発作が出た時に、**シュッシュュって** やっ、**ステロイドした** って、

P(172) [#####] (@=笑い、#不明)

D(173) [今さら]、今さら**炎症抑えて** どないすんねん。

P(174) 気分的なもので、
→漢語 **擬音語・擬態語** **専門用語「カタカナ外来語」**

D(175) @#####

P(176) 思わず**シュッシュュって** やってしまった、って。

D(177) や、今度出すのはね。(###) **ペロテック、サルタノール、でメプテン** いこか。
 一番よくみんな使ってるのはどれですかね?(注:D が看護婦=N に聞いている)

N(178) うちは一。ペロテックとメプテン?

この観点で捉えると二種類に細分化される。前者の漢語を発話した後に、擬音語・擬態語を後発させて平易な説明で言い換えるケースは、いわば「下り」の説明用法であり、後者の擬音語・擬態語の感覚表現の後に、漢語で明確化・焦点化を図るのは「上り」の説明用法として両者を区別することができる。

4.3.2 医学専門用語である「カタカナ外来語」との併用

次に、医師は擬音語・擬態語の発話と共に、医学専門用語である「カタカナ外来語」を併用している。会話例 2 がそのケースである。会話例 2 は前述の会話例 1 の続きとなる。女性患者は、前回受診時の医師が処方した予防薬のステロイド噴霧薬を正しく理解せず、発作時に「シュッシュュと噴霧した」ということを今回の診察担当医が確認している。

まず、医師が患者に「喘息っちゅうのは慢性的な喉の炎症なんですよ」、「そのステロイドをね、予防的にやってあげると、炎症を抑

えて」(169 行目)と説明する。その直後、医師はさらに「だから、発作が出た時に、シュッシュュって やっ、ステロイドしたって」(171 行目)と説明を続けて「シュッシュュって」との擬音語・擬態語の直後に、「ステロイドしたって」と、「ステロイド」というカタカナ外来語の薬名を併用することで、正確な言い換えを瞬時に行っている。

すなわち、会話例 2 においても、医師は主観的・感覚的・曖昧である擬音語・擬態語と、客観的・論理的・具体的である医学専門用語のカタカナ外来語とを併用して、より正確で患者にとって理解しやすいコミュニケーションを成功させている。

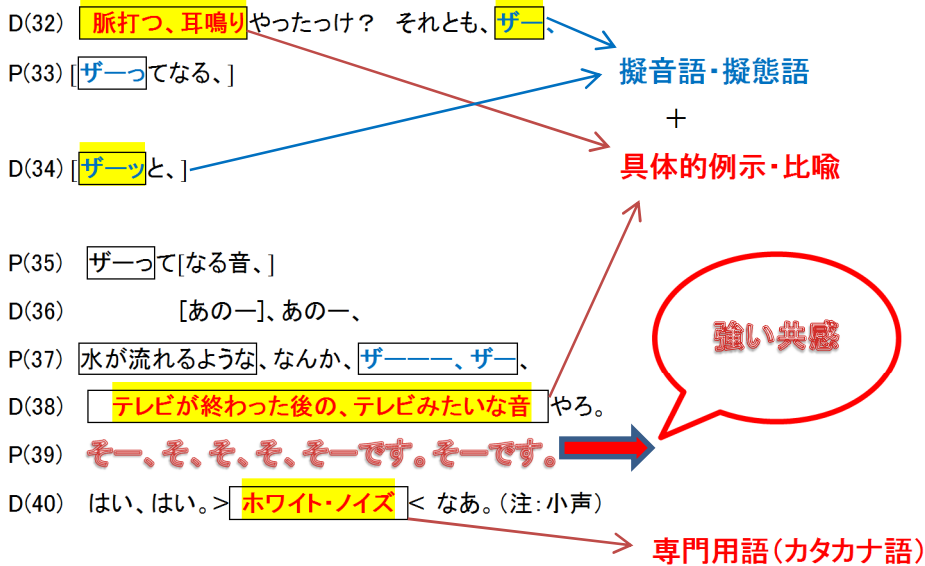
4.3.3 具体的説明(例示や比喩)との併用

会話例 3 は女性患者が耳鳴症状で受診したケースで、医師は患者の耳鳴の音を特定しようと質問を繰り返す。患者自身には耳鳴音が具体的に聞こえているがあくまでも主観的であるため、医師はその耳鳴症状をより客観的・

会話例 3

③ 具体的説明(例示・比喩) との併用

ケース 883 P=患者(女性, 63歳) 耳鳴症状で受診 D=医師(男性) 内科医
(中略)



具体的に確認しようとする。

会話例 3 で、医師が耳鳴りの音について「脈打つ、耳鳴りやったっけ? それとも、ザー、」(32 行目) と “A or B?” の選択質問文を用いて、まず、具体的例示である「脈打つような耳鳴り」(32 行目) か、または「ザー」(32 行目) という擬音語・擬態語とを併用して患者に確認している。

次に患者が「水が流れるような、なんか、ザー、ザー」(37 行目) と発話すると、即座に医師は「テレビが終わった後の、テレビみたいな音やる」(38 行目) と具体的例示(テレビが終わった後の) と比喩(テレビみたいな音) とを併用し、耳鳴音の種類を患者に迫っている。すると、患者は、「そー、そ、そ、そ、そーです。そーです」と肯定を繰り返して大きく同意し、医師の発話に対する共感が喚起された瞬間が明確に観察できる。

ここでも医師は、感覚的な擬音語・擬態語

と、客観的・具体的な例示と比喩の併用で患者が言葉にしにくい情報の特定(=耳鳴りの音の種類)に成功し、より正確で患者にとって理解しやすい情報確認を行っただけでなく、患者から強い共感を引き出し、医師に対する信頼関係を深めたコミュニケーションを達成した瞬間といえる。

いわば、医師が「疾病」“disease”としての耳鳴に関して、EBM に基づく患者の症状を特定するアプローチから、患者の住む日常生活の感覚で語るナラティブに基づく NBM を用いたアプローチに転じたのである。その結果、患者の耳鳴症状の診断が確定されると同時に、患者から強い同意と共感を引き出すことが出来たのは、医師が患者の「病い」“illness”の世界観から照射される擬音語・擬態語表現を用いて患者に歩み寄ったからこそではないだろうか [27][28]。

6. 考察

6.1 オノマトペの特徴と診療コミュニケーションへの効果的運用

以上、相互行為的ナラティブ分析の結果から、診療コミュニケーションにおけるオノマトペ（擬音語・擬態語・擬情語）の効果的運用として少なくとも次の3点が指摘できる。

まず、第一に擬音語・擬態語が内包する豊かな情報に注目し、擬音語・擬態語を医師が率先して使えば、患者からの情報が質量共に向上することが期待される。ただし、情報が凝縮されている反面、情感的主観的な曖昧言語であることへの配慮も同時に行う必要がある。客観的（漢語・カタカナ専門語）および具体的（例示や比喩）表現との併用が、その弱点を補う上で有効であることは既に前項のナラティブ分析で示したとおりである。

第二に、医師が日常語である擬音語・擬態語を率先して使えば、患者は日常語による発話がしやすいことから発話全体が促進され、特に患者のもやもやした「言葉に出来ない不安、心理状態、身体症状の言語化」が、擬音語・擬態語の「ひとこと」によって平易にかつ一気に表現できる可能性がある。また他方で、患者は日常言語で端的に症状説明を行った結果、自分自身のことばによる主訴説明を達成して満足度が上がり、診療時間の短縮だけでなく、患者の理解度が上がることから結果的に治療効果の向上も期待できると考えられる。今回取り上げた症状説明は、咳、耳鳴、疼痛の中のごく一部であったが、特に疼痛の主訴は多様な情報が含まれ、擬音語・擬態語はそれを集約して表現できる。また不明瞭な心身状態に関する擬音語・擬態語の活用も、各専門科でもっと注目したらよい。

第三に、ナラティブ分析で前述した3つの

客観的・具体的な表現——①漢語、②カタカナ外来語、③例示・比喩による説明と、④擬音語・擬態語とを併用することにより、より質の高いコミュニケーションの実現が期待される。具体的には、患者の情報理解度の向上、記憶の持続が増すことになるだろう。

さらに情感の言語表現である擬音語・擬態語および例示・比喩と、論理の言語表現である漢語・カタカナ語とを適宜、関連付けて運用することで、患者-医師間の円滑な同意や強い共感が生まれ、結果として相互の信頼度や患者満足度が向上する。また擬音語・擬態語の情報集積を他と連動させて最大限活用することで、診療時間が短縮されても、診療コミュニケーションにおける情報交換は量的のみならず質的にも向上することが考えられる。

6.2 擬音語・擬態語の効果的運用によるヘルス・コミュニケーション向上の可能性

最後に、擬音語・擬態語の効果的運用による、より普遍的なヘルス・コミュニケーション向上の可能性を指摘して本論の結論としたい。簡単に5項目に要約する。

- 1) 医療者は擬音語・擬態語の持つ潜在的可能性に注目し、ヘルス・コミュニケーションへの効果的運用を意識化することで、患者からより生き生きとした情報が引き出され、活発な会話の糸口となる。
- 2) 医療者は、擬音語・擬態語を主導的に用いることで、患者の発話促進が期待できる。
- 3) 医療者は、患者の擬音語・擬態語発話を意識的に注目して、量および質の高い情報収集に役立てることができる。
- 4) 医療者は、擬音語・擬態語の使用に際

し、同時に正確で具体的なことばや例示・比喩を併用して効果的運用を行うことにより、患者の理解の確認、記憶の持続、共感・信頼関係の構築、といったヘルス・コミュニケーションの質の向上が期待される。

5) 結果として、ヘルス・コミュニケーションにおける患者満足度および時間的効率化の上昇が考えられる。

以上、医療者からの観点で述べたが、患者にとってもより積極的な擬音語・擬態語の活用を促すことがヘルス・コミュニケーション全体のレベル・アップにつながると考える。

このように、一見「幼児的で」「頼りなく」みえる擬音語・擬態語というコミュニケーション・ツールは、欧米の言語では貧弱だからこそ注目も研究もされてこなかったが、日本語においては予想以上に潜在的な効果を発揮し得ると期待できるのではないだろうか。

7. 今後の課題

擬音語・擬態語は主観的・感覚的ということから意味領域は曖昧である。日常語レジスターは私的言語ともみなされ、また表現力が豊かであると同時に新たな語が造られ増殖する領域でもある^⑤。そのため、日本語話者だからといって果たして意味が共有されているのかという注意を常に払い、擬音語・擬態語の意味内容を確認する姿勢は必要不可欠である。

また、擬音語・擬態語がもつ幼児語的印象への配慮も忘れてはならない。わかりやすい反面、明らかに成人語彙ではなく幼児語彙として頻用されることから、成人患者にとって、医師が自分を子ども扱いしていると感じ

る場合もあり得る。これは、例えば方言使用、あるいは過剰な敬語や逆に過度なインフォーマル表現が、全ての患者にとって自尊心を満たすポジティブ・ポライトネスには「必ずしもならない」ことと同様に、医療者が十分考慮すべき注意点である。

それゆえ、主観性、新奇性、地域差、話者の年齢差、男女差、そして近年のグローバル化も考慮して共有情報の内容を確認する必要がある[28]。方言話者の自分の方言に対する意識の差が地域によってあるように、オノマトペの使用における地域差も検討課題である。また、医者性の性差による影響も十分予想され、今後更なるデータ収集が望まれる^⑥。

ヘルス・コミュニケーションとは、医療者と患者が常に「いま」「ここ」で対峙し、その「いま」「ここ」が組み込まれ続ける「相互行為としてのテキスト」[21]であり、相互行為としてのナラティブであることを常に問い直していくことで、その質が維持・向上される。

これまでの分析と考察をふまえて、なにげなく見過ごしていた日常語の擬音語・擬態語の持つ豊かな潜在力に改めて注目し、曖昧性や様々なレジスターの交点という弱点を補いつつ、意識的に活用することを提案したい。

付記

①近年の社会現象として擬音語・擬態語の増加が指摘されている[29]。例えば、NHK朝ドラの2013年ヒット作品「あまちゃん」の「じえじえじえ」も広義の擬態語とみなされ、世界的に人気の日本人女性歌手の名前である「きゃりーぱみゅぱみゅ」など、我々の日常生活に擬音語・擬態語が大増殖しているとNHK「クローズアップ現代」で特集された

[29]. この大増殖の理由は、擬音語・擬態語が「クオリア」すなわち、「言語化しにくいなにかもやもやした感じ」を臨場感豊かに表現できる特性をもつためであると番組では分析されている[29].

②本論文の分析データは、文部省科学研究費補助金（奨励研究 A）課題番号 10771335「慢性疾患患者の受療満足度と受療継続行動に関するプロスペクティブ研究 - 患者と医療従事者のコミュニケーション分析を交えて -」（代表者長谷川（今中）万希子）により 1998 年に録音された患者 - 医師間の診療談話資料を用いた。

③本論文は、“Mimetics and sound symbolism in medical discourse between patients and doctors”(The 9th International Symposium on Iconicity in Language and Literature at Rikkyo University, May.2013)および「診療コミュニケーションにおける擬音語・擬態語の使用傾向と効果的運用について」（第 5 回 日本ヘルス・コミュニケーション学会学術集会, 岐阜大学, 2013 年 8 月; 奨励賞拝受）の口頭発表を発展させて加筆修正したものある。

④「心情を表現する」擬情語については、最初から擬音語・擬態語と列記して三分法としたほうが言語学的に妥当である。しかしながら、本学会誌の大多数の読者は言語学領域ではないことを鑑み、一般に良く知られる擬音語・擬態語の二分類を元に論じた。擬情語は痛みや感覚表現に欠かせない言葉とみなされる。

⑤近年で新しく造られた擬態語の例として、「モフモフ」があげられる。

⑥当初分析データには女医が 1 人含まれていたが、2 ケースだけだったので分析対象からは除外している。2 ケースはいずれも診療時間が平均以上であり、擬音語・擬態語の発話回数も大きく平均を上回っていた。

謝辞

本論文に対して日本ヘルス・コミュニケーション学会でご指導頂いた先生方・査読者の先生方に深く感謝申し上げます。また言語学のご指導を頂いた山中桂一先生に御礼申し上げます。論述考察の不備不足は全て筆者に帰するものであり、更なる研究の深化によって先生方の学恩に報いたいと存じます。

文献

- [1]小野正弘. 日本語オノマトペ辞典. 小学館. 2007.
- [2]苧坂直行. ことばと感覚—擬音語・擬態語からみるクオリアの研究. 月刊言語. 大修館書店. 2001; 30: 70-77.
- [3]Kita S. Semantic schism and interpretive integration in Japanese sentences with a mimetic: Reply to Tsujimura. *Linguistics*. 2001; 39: 419-436.
- [4]篠原和子, 宇野良子 (編). オノマトペ研究の射程—近づく音と意味. ひつじ書房. 2013.
- [5]苧坂直行. 感性のことばを研究する—擬音語・擬態語に読む心のありか. 新曜社. 1999.
- [6]Mishler E. G. *The discourse of medicine*. Ablex Publishing Corp. 1984.
- [7]佐野良五郎, 八木孝彦. 小児の疼痛感覚表現の発達的研究. *小児科*. 1987; 28: 369-375.
- [8]宮崎素子, 清水ときよ, 河野照隆・他. 小児の疼痛感覚表現の発達的研究—診療場面における疼痛表現—. *小児科*. 1988; 29(8): 903-908.
- [9]大内利昭, 岡田行弘, 小川郁・他. 耳鳴の自覚的表現に関する再検討—自発的擬声語と耳鳴周波数及び純音・雑音性との関係—. *Audiology Japan*. 1990a; 33:48-55.
- [10]大内利昭, 國弘幸伸, 小川郁・他. 耳鳴の高さに関する自覚的評価とピッチ・マッチ検査成績との検討. *Audiology Japan*. 1990b; 33:759-766.

- [11]神崎仁. 耳鳴症の問診と検査. 日本医師会雑誌. 1992; 107(6): 972-975.
- [12]末田尚之, 白石君男, 加藤寿彦, 福興和正, 曾田豊二. 耳鳴の擬声語表現に影響を及ぼす要因について—数量化理論による解析—. *Audiology Japan*. 2001; 44: 193-199.
- [13]小田恂. 耳鳴検査. *Audiology Japan*. 2006; 49: 119-127.
- [14]金子朝彦. 疼痛表現. 医道の日本 (臨時増刊). 1998: 124-125.
- [15]川瀬真史, 山本昌明, 藤川尚美・他. 脊髄損傷者の痛みの言語的表現について. 北海道理学療法. 1997;14: 46-49.
- [16]長谷川守, 服部卓, 猿木信裕・他. 日本語版 McGill Pain Questionnaire の信頼性と妥当性の検討. 日本ペインクリニック学会誌. 1996; 3(2): 85-91.
- [17]住谷昌彦, 竹下克志, 原慶宏・他. 痛みを診る痛みの質的評価. *Practice of Pain Management*. 2011; 2(2): 2011-2016.
- [18]田中恒彦. 不安障害の症状評価にオノマトペを利用するオノマト的 SUDs の可能性. 人工知能学会全国大会. 2013; 27: 3N3-OS-01b-2.
- [19]Osaka N, Osaka M, Morishita M, et al. A word expressing affective pain.Activates the anterior cingulate cortex in the human brain fMRI study. *Behavioural Brain Research*. 2004; 153: 23-127.
- [20]坂本真樹, 小野正理, 清水祐一郎. 痛みをあらわすオノマトペを用いた問診支援システム. 人工知能学会全国大会. 2012; 26: 2N1-OS-8c-2.
- [21]小山亘. 記号の系譜—社会記号論系言語人類学の射程. 三元社. 2008.
- [22]Silverstein M. Metapragmatic discourse and metapragmatic functions. In: John A. Lucy (Ed.) *Reflexive Language: Reported Speech and Metapragmatics*. Cambridge University Press. 1993: 33-58.
- [23]クライマン, A. 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学. 江口重幸・他 (訳). 誠信書房. 1996.
- [24]波平恵美子. 医療人類学入門. 朝日新聞社. 1994.
- [25]野口裕二. 研究方法としてのナラティブ・アプローチ. 日本保険医療行動科学会年報. 2005; 20: 1-6.
- [26]Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ books. 1998.
- [27]植田栄子. 診療における医師と患者の疾病観に関する談話分析. *ことばと人間*. 2013; 9: 31-55.
- [28]野村直樹. フィールドワークすること. 無知であること—ナラティブへの遠回り?. 日本保健医療行動科学会年報. 2005; 20: 7-15.
- [29]NHK (総合). “ばみゅばみゅ”“じえじえじえ”～『オノマトペ』大増殖の謎～. クローズアップ現代. 2013年6月11日放送.
- [30]Wallence L. Chafe. *Discourse, Consciousness, and Time: The Flow and Displacement of Conscious Experience in Speaking and Writing*. Chicago: University of Chicago Press. 1994.
- [31]高原脩・林宅男・林礼子. プラグマティックスの展開. 勁草書房. 2002.

文字化の規則

談話音声資料の逐語録となるトランスクリプトを作成するにあたって、より正確な音声的特徴を転記するための規則と記号を以下の表に示す。

番号	規 則
1.	会話文の改行単位は、基本的にイントネーション・ユニット (intonation unit) 「息の切れ目となる句切れごと」に改行する。 [Chafe の「イントネーション・ユニット」 (intonation unit) に準拠する[30]。 Chafe によるイントネーション・ユニットは「話し手が (発話の前に) 意識の中に活性化させた情報の言語表現 (verbalization) であり、これには新たに活性化したもの他に、前から活性化しているものも含まれる[31]]」
2.	沈黙時間の表示は、(秒数) のみで表示。
3.	文末または句末のイントネーションは、次の 3 つで示す。 1) 。 : 発話終了と感じられるイントネーションの下降とその後にポーズあり。 2) 、 : 発話がまだ続いていると感じられる平坦な調子で、息継ぎがある (句末等)。 3) ? : イントネーションの上昇調 (質問文, 不確かな調子, 相手への確認発話など)。
4.	発話の重複部分は [] で囲む。
5.	重複ではないが、すぐ次の発話が始まった場合は で示す。
6.	特に強調していると聞こえる発話部分には、 <u>下線</u> を引く。
7.	特に小さい声と感じられる発話部分は、>xxxx< で囲む。
8.	笑いを含んだ発話部分は、@.....@で囲んで表記。笑いだけが独立している場合は、なるべくそれに近い音を表記し、(笑) と付記する。 例) P: それが、@このあいだね@、 P: そうですか、ははははは (笑)
9.	詰まったような音、途中で止めた発話の表記は、- で示す。 例) おか、痛風って
10.	発話された音声に忠実に記述する (特に関西弁など注意して音声表記する)。正書法で通常示される長音 (ねえ, こう等々) 以外で、伸長した母音は、- (横棒) で示す。

実践研究

帝京大学医療系全学部の初年次におけるコミュニケーション教育

大野直子¹⁾, 菱木清²⁾, 関玲子³⁾, 楯直子⁴⁾, 上野公子⁵⁾,
林弘美⁶⁾, 井上真智子⁷⁾, 榎原圭子⁸⁾, 大胡恵樹⁹⁾, 槇村浩一⁹⁾

順天堂大学国際教養学部¹⁾, 帝京大学医療技術学部診療放射線学科²⁾, 帝京大学医療技術学部臨床検査学科³⁾, 帝京大学薬学部⁴⁾, 帝京大学医療技術学部看護学科⁵⁾, 帝京大学医療技術学部視能矯正学科⁶⁾, 浜松医科大学地域家庭医療学講座⁷⁾, 東洋大学社会学部⁸⁾, 帝京大学医療共通教育研究センター⁹⁾

抄録

背景：我が国における医療現場では、現場で様々な多職種医療者と協働して問題解決にあたるヒューマンコミュニケーションスキルが求められている。本稿では、帝京大学医療系全学部生を対象として実施している授業実践例の提示とその評価結果から、初年次教育における今後のコミュニケーション教育の課題を提示する。

方法：平成26年4月に入学した1学年全員（内訳は、医学部135人、薬学部330人、医療技術学部609人）に対して各学部と全学混合の両方を織り交ぜた15コマの通年授業を実施し、レポート2回、授業中の行動・態度評価4回で、ルーブリックを用いて評価した。授業後に学生にアンケート調査を実施した。

結果と考察：授業後の医学部の前期レポートの全体の平均成績は満点83.0点（満点100点）であった。後期のレポートは63.0点であった。行動・態度評価は、前期2回の合計平均が69.5点、後期2回の合計平均が71.0点であった。アンケートの5段階評価で最高得点を得た項目は、「もっとコミュニケーションの力を身につけていきたい」であった。今後も授業の振り返り等を通じてさらなるプログラムの改善・充実が必要であることが示唆された。

キーワード：初年次教育，コミュニケーション教育，ヒューマンコミュニケーション，他職種連携

1 緒言

1.1 近年の医療とコミュニケーションの必要性

近年、我が国の医療は、少子高齢化に伴う医療者と患者間のコミュニケーション構造の変化、医療に対する国民の意識変化等、様々な問題に直面している。患者の大部分が

高齢者である日本の医療において、特定の年齢層の「病気、健康、医療に関して非常に異なる考えを持つ文化の人々」[1]との文化の差を埋めるコミュニケーションが必要である。このような状況下で、医療現場では、医療専門職が患者に医療を提供し、様々な多職種医療者と協働して問題解決にあたるためのコ

コミュニケーションスキルが求められている。医療の場におけるコミュニケーションに関しては、Thomas[2]が「医療における人種、民族、特定疾患、社会経済的な影響を少なくし」、「予防の効果を促進し、健康増進に貢献する」と主張しているように、様々な利点がある。このような利点をもつコミュニケーション能力を身に着けるために、現在様々な取り組みが実施されている。例えば文部科学省が医学教育に関して策定した医学教育モデル・コア・カリキュラム[3]では、医師として求められる基本的な資質の基本事項にコミュニケーションとチーム医療が含まれている。荒木ら[4]も「チーム医療によって患者中心の全人的医療を進めるためには、各専門職の協働と双方向のコミュニケーションが必要である」ことを主張しコミュニケーションスキル教育を展開している。

国内の医療系学部におけるコミュニケーションスキル教育は、2000年代後半から本格的に実施されるようになった。各大学の例[5]を挙げると、東京慈恵会医科大学では医学部1年次の「日本語表現法」という授業の中で医療コミュニケーション教育が行われている。また明治薬科大学では、薬学部3年から4年次にかけての1年間の必修として、「効果的な薬物療法」を目標に医療コミュニケーション学教育を実施している。また鳥取大学では、医学部1・2年でのヒューマンコミュニケーション授業で近隣保育園の子供との触れ合い、高齢者施設で認知症患者と1対1で接することを授業の一環として行っている。このように、医療系学部における医療コミュニケーション教育は各学部、大学院の目的に合わせて単独あるいは他科目との合同科目として実施されている。

1.2 初年次教育とコミュニケーションスキルの必要性

1970～1980年代米国で始まった初年次導入教育は、大学の新入生を対象に作られた総合的教育プログラムである。日本リメディアル教育学会[6]によれば、「近年、18歳人口の減少、大学入試の多様化などにより大学入学者選抜競争が緩和され、文系、理系を問わず大学生の基礎学力の低下が問題」になっており、「その結果、大学の授業の理解が十分でない学生が多数在籍する大学が増加」している。そのような状況下で、高校から大学への円滑な移行を図る必要が生じてきた。現在、ほとんどの大学が初年次導入教育を取り入れており、文部科学省が発表した「大学における教育内容等の改革状況等について(平成23年度)」[7]においても、平成23年度、651大学(約88%)が初年次教育を導入していると報告している。初年次教育の内容はレポート、論文の書き方や文献検索方法など多岐にわたるが、その中でも大学生活における受講態度・マナーや他者との関わりを創成し深めるソーシャルスキルを醸成するうえで、コミュニケーションスキルは欠かせない内容となっている。本学医療系学部の初年次学生は、将来医療人として身に着けるべきコミュニケーション(患者やその家族に対するコミュニケーション、同職種・他職種医療者とのコミュニケーション)と、大学生活を実り多いものにするためのコミュニケーション(友人を作り交流を深める、また教員や周囲の大人との交流を通じて人格を醸成するためのコミュニケーション)という、2重の意味でコミュニケーションスキルの必要に迫られている。

1.3 本学医療系学部におけるヒューマンコミュニケーション授業

帝京大学医療系学部・学科は附属病院に隣接した立地で、3学部（医・薬・医療技術）7学科（医・薬・看・臨検・放射・視能矯正・救急救命）が同じ校舎で学んでいることが特徴的である。1971年に医学部が設置され、医学部附属病院開院後、2004年に医療技術学部が設置され、2012年に薬学部も同キャンパスに移転となった。医療系学部が同じ場所で学べることは、多職種連携教育に理想的な環境であるといえる。本学医療系学部で2012年度から開始したヒューマンコミュニケーションの授業は、学部初年次の導入教育を兼ねたコミュニケーション教育で、学部横断 IPE の一環であるという点においても新しい試みである。学生のみならず、準備を担当する教員間の協働も IPE の一環となっており、2013年度は7学科全ての教員からなる50名の授業検討委員会在籍教員が、共に授業を作り上げている。

本稿の目的は、帝京大学医学系学部による初年次教育におけるヒューマンコミュニケーションの授業の実践例をもとにその評価結果から、医療系初年次における今後のコミュニケーション教育の課題を提示することである。

2 方法

2.1 授業実施方法

本学の「ヒューマンコミュニケーション」の授業は、初年次の共通教育科目である。今年度の対象は平成26年4月に入学（または留年、休学後復帰）した1学年全員であり、各学部（8コマ）と学部混合（7コマ）の両方の形式で実施されている。授業構成は各回90

分、全15回の通年授業である。3種類のクラス分けを行っており、学部・学科別のクラス分けが4コマ、（薬学部）・（医学部・医療技術学部看護学科・医療技術学部救急救命士コース）・（医療技術学部臨床検査学科・診療放射線学科・視能矯正学科）のブロック別クラス分けが7コマ、約1000人の学生を医療系全学部学科横断で9クラス（1クラス約120名）に分けたクラス分けが5コマである。教員は司会進行やディスカッションのサポート（ファシリテーター）として授業を円滑に進めている。

2.2 授業目標・評価項目

授業では、本学の他授業と同様に、授業目標として一般教育目標と個別行動目標の2種類を設定している。一般教育目標では、コミュニケーションに関する基本的知識と態度を身につけ、人と関わる体験を通して、コミュニケーションの意義と重要性を学ぶことを目的としており、個別行動目標では具体的に受講後に下記の行動を出来るようになることを目指している：A) コミュニケーションの意義と重要性を説明できる、B) コミュニケーションの方法と技能（言語的と非言語的）を説明できる、C) 相手に関心をもって人の話を聴くことができる、D) 話し手と聞き手の役割に基づいて適切なコミュニケーションスキルを活用できる、E) コミュニケーションを通じて良好な人間関係を築くことができる。授業の評価項目は、レポートの評価（2回）、行動評価（4回）で行っている（表1）。レポート、行動評価は共にルーブリックを用いて評価した。ルーブリックとは、複数の評価項目と、各到達度をあらわす記述と得点で構成された表で、「成功の度合いを示す数値的な尺度（scale）とそれぞれの尺度に見られる認

表 1 平成 26 年度ヒューマンコミュニケーションの授業評価項目

評価方法	行動目標	評価全体に占める割合	内容
レポート①	C	30%	[課題] 「1~7 コマ目のヒューマンコミュニケーションの授業で体験したことを振り返り、また、これまでの自分の人生経験とも照らし合わせて、『相手に関心をもって聴く』ことについて学んだこと、気づいたことを述べなさい。」
レポート②	A, B, D	30%	[課題] これまで一年間の授業全体を振り返り、自分が学んだ事を、その根拠となる資料を用いて、「学修ポートフォリオ」を作成して提出してください。本文では、下記について順に、根拠資料を添付しながら記述しなさい。 1 この授業から自分の経験として、何を学んだか考察しなさい。 2 この授業は、大学での学びや今後の人生にどうつながりがありますか。 3 授業をもう一度受けるとしたら、何か違った行動をとろうと思いますか。
授業中の行動・態度評価	E	40% (前期 20%, 後期 20%)	聴く態度、話し方、授業態度に関して 3 段階でルーブリックを用いて評価する。

識や行為の特徴を示した記述語から成る評価指標」[8]であり、高等教育における学習到達度評価に広く用いられている信頼性、妥当性について検討された方法である。評価者が評点をつけた観点の詳細について、表 2 に示した。また、15 回の授業が全て終了した時点で、受講した全学部全学生に対して、この 1 年間のヒューマンコミュニケーション授業

全体を振り返ってという大項目と 16 の小項目 (表 3) に分かれたアンケートを授業内に行い、その場で回収した。各設問は、とてもそう思う (5 点) から全くそう思わない (1 点) までの 5 段階評価とした。

本研究の倫理審査については、日本高等教育学会の倫理審査基準に準拠した。

表2 平成26年度ヒューマンコミュニケーションレポートのルーブリック評価

観点	よい	まあよい	もう少し	不十分
提出期限を守る	提出期限を守って提出した			提出期限に遅れた
体裁・書き方 ① 指定した体裁通りになっている ② 指定した分量を満たしている ③ 誤字脱字・用語間違いの程度	指定した体裁通りになっている 指定した分量を満たしている 誤字脱字、用語にほぼ間違いがない	_____ _____ 誤字、脱字がまねにみられる	_____ _____ 誤字、脱字が多くみられる、または平易な漢字の仮名書きがみられる	指定した体裁通りになっていない 指定した分量を満たしていない 誤字、脱字が非常に多い、あるいは平易な漢字の仮名書きを多用している
文章の論理性	文章のつながりに無理がなく、一貫性があり、論理的である	文章のつながりにやや無理があるものの、内容は論理的である	文章が冗長すぎる、簡潔すぎる、一貫性に欠ける、論理的でないなどの点に該当する。	文章の構成が体を為しておらず、全く論理的でない。
内容1 「相手に関心を持って聴く」ことについての検討	自分の視点から、事例を挙げて根拠を示しながら書かれている	自分の視点から書かれているが、事例や根拠についての説明がやや不足している	検討が表面的であり、事例や根拠についての説明がほとんどない	検討が非常に表面的であり、事例や根拠についての説明がない
内容2 体験（授業およびこれまでの人生）の振り返りによる学びや気づきについての考察	学びや気づきについての考察が、自分の体験にもとづいて、客観的に書かれている	学びや気づきについての考察が、主に自分の体験からではなく一般的なものからなされている	自分の体験が記述されているが、学びや気づきについての記載が不十分であり、考察が、全て自分の体験からではなく一般的なものからなされている	自分の体験が記述されておらず、学びや気づきについての記載が不十分であり、考察が論理的でない

表 3 平成 26 年度ヒューマンコミュニケーション アンケート

大項目	設問
この 1 年間のヒューマンコミュニケーション授業全体を振り返って	1) 授業に積極的に参加できた
	2) 初めての人と話すことに慣れた
	3) グループでの話し合いに慣れた
	4) コミュニケーションの楽しさを感じた
	5) コミュニケーションの難しさを感じた
	6) 他の職種をめざす学生の存在を意識できた
	7) 自分のめざす職業の意識が高まった
	8) チームでの活動に協力できた
	9) チームで自分の果たす役割について考えた
	10) チーム活動の楽しさを感じた
	11) チーム活動の難しさを感じた
	12) 自分のコミュニケーションを見直すことができた
	13) 日常生活でのコミュニケーションのあり方を意識できた
	14) コミュニケーションを通して、人とよい関係を築くことに自信がついた
	15) もっとコミュニケーションの力を身につけていきたい
	16) この授業は自分のコミュニケーションのために役に立った

3 結果

3.1 授業内容

2014 年度は、医療系学部 1074 人が、「ヒューマンコミュニケーション」授業を受講した。1074 人の内訳は、医 135 人、薬 330 人、医技術 609 人（うち視能矯正 139 人、看護 153 人、放射線 133 人、臨床検査 116 人、救急救命 68 人）である。平成 26 年度に実施した、本学医療系学部「ヒューマンコミュニケーション」授業の概容を、表 4 に示す。

1, 2 コマ目では外部講師による講義と演習（学科ごと）で、コミュニケーションの難しさを講義と体験を通じて学んだ。3 コマ目は一部（薬学部以外）学部横断授業で、約 300 名ずつコミュニケーションの基礎理論を学

び、異なる学科同士のペアや 3, 4 人組で話し合いを実施した。4~9 コマ目は学部学科ごとの授業（同テーマ）で、コミュニケーションの言語と非言語、人を大切にする聴く力を磨くこと、チーム全員で課題解決を図る（反転授業）ことを講義とワークショップ形式で学び、9 コマ目では前期授業の振り返りを行い、授業内容への理解を深めた。後期の前半（10~12 コマ）はチームビルディングをテーマとし、学部横断チームによるペーパータワー作成を通じてハイパフォーマンスチームになるためにはどのようにすればよいかを学んだ。後期授業の後半（13~15 コマ）では、前半と同じチームでの話し合い・創作・発表を実施した。苦悩する患者の例を提示し、患

表 4 平成 26 年度ヒューマンコミュニケーションの授業概要

コマ数	授業形態	授業のテーマ	講師 (敬称略)
1.2	各学部	気づきの体験学習	外部講師
3	学部混合 (一部)	コミュニケーションの意義と重要性	外部講師
4~9	各学部	コミュニケーションの言語と非言語 人を大切にする聴く力を磨く チーム全員で課題解決を図る (反転授業) 振り返り	各学部学科授業担当者 外部講師
10~12	7 学部合同	チームビルディング	7 学部合同教員チーム (主ファシリテーター (FT) 1, 副 FT3)
13~15	7 学部合同	チーム活動と発表	7 学部合同教員チーム (主ファシリテーター (FT) 1, 副 FT3)

者の悩みと行動の裏にある感情・背景を、スモールグループディスカッション、KJ 法、資料作成、グループ発表を通じて理解し、他者を尊重することを学んだ。授業の最後には、米 Cleveland Clinic 作成の動画『Empathy 共感, 思いやり』を鑑賞し、他者の立場でものを考えることの大切さを学んだ。

3.2 評価結果：医学部の例

2015 年 3 月現在の評価結果を、医学部を例に挙げて提示する。レポートは、前期 1 回、後期 1 回の提出を完了し、有効結果は 135 人分であった。前期レポートの全体平均成績は満点を 100.0 点とした場合に 83.0 点であった。評価項目のうち最も達成度が高かったのは「提出期限」、低かったのは「論理性」であった。後期 1 回のレポートの全体平均成績は 63.0 点であった。評価項目のうち最も達成度が高かったのは「提出期限」、低かったのは「内容」であった。授業中の行動・態度評価

の有効結果は 135 人分であった。行動評価の成績は、前期 2 回の合計平均が 69.5 点、後期 2 回の合計平均が 71.0 点であった。アンケートは後期最後の授業内に実施し、医学部の有効回答は 130 名であった。設問ごとの平均と標準偏差を表 5 に示す。4.3 以上の得点を得た項目は、上から 15) もっとコミュニケーションの力を身につけていきたい (4.4), 10) チーム活動の楽しさを感じた (4.3), 5) コミュニケーションの難しさを感じた (4.3), 6) 他の職種をめざす学生の存在を意識できた (4.3) であった。

4 考察

4.1 2014 年の授業内容

2015 年 3 月現在までの先行研究では、コミュニケーションの授業は単一学科内のものがほとんどである。本学の板橋キャンパスに集結する医療系学部は 3 学部 7 学科約 1000

表 5 平成 26 年度ヒューマンコミュニケーション アンケート結果

大項目	設問	平均(SD)
この 1 年間のヒューマンコミュニケーション授業全体を振り返って	1) 授業に積極的に参加できた	4.0 (0.8)
	2) 初めての人と話すことに慣れた	4.0 (0.8)
	3) グループでの話し合いに慣れた	4.0 (0.8)
	4) コミュニケーションの楽しさを感じた	4.0 (0.9)
	5) コミュニケーションの難しさを感じた	4.3 (0.7)
	6) 他の職種をめざす学生の存在を意識できた	4.3 (0.9)
	7) 自分のめざす職業の意識が高まった	4.0 (0.9)
	8) チームでの活動に協力できた	4.1 (0.7)
	9) チームで自分の果たす役割について考えた	4.0 (0.7)
	10) チーム活動の楽しさを感じた	4.3 (2.7)
	11) チーム活動の難しさを感じた	4.2 (0.7)
	12) 自分のコミュニケーションを見直すことができた	4.3 (0.7)
	13) 日常生活でのコミュニケーションのあり方を意識できた	4.0 (0.9)
	14) コミュニケーションを通して、人とよい関係を築くことに自信がついた	3.8 (2.8)
	15) もっとコミュニケーションの力を身につけていきたい	4.4 (0.7)
	16) この授業は自分のコミュニケーションのために役に立った	3.9 (0.9)

注：設問は 1（全くそう思わない）、2、3、4、5（とてもそう思う）の 5 段階のうち 1 つを選択する方式

人という大人数であり、全国の大学の中でこれほど多数の学生に 7 学科合同でコミュニケーション教育を実施したという実践例はこれまでに見られない。これまでの医療系初年次におけるコミュニケーション教育の例[5]と本授業との関連に関して考察すると、鳥取大学では医学部 1・2 年でのヒューマンコミュニケーション授業を実施しているが、本授業は 1 年次の実施である。本授業では 4 年次に「医療コミュニケーション」の授業があるが、2・3 年次は特にないため、本授業実施後の継続的教育は今後の課題である。また、鳥取大学の例のように近隣住民の方々との触れ合いなど、教室の外に出ていく授業方法も今後の授業発展における検討課題である。また授業評価に関しては、先行研究として授

業後の自由記述式アンケートや満足度の 5 段階評価は行われていたが、ルーブリックによるレポート評価の前期・後期比較を実施した例は見当たらなかった。

4.2 2014 年の授業評価

授業評価方法に関して、先行研究の中では、レポート、行動評価のほかに発表や筆記試験を課すもの[9]もあったが、1 年生で発表には不慣れであろうこと、知識よりも実践重視の授業であることから、発表は実施したが評価対象にはせず、発表準備への取り組みのプロセスを行動評価により評価した。本授業はレポートと行動評価を全てルーブリックで評価したという点が、これまでの研究と比較して新たな知見であると考えられる。実践より約 1000 人という大人数を評価する際の、数

値化できる一定の指標としてルーブリックは有用であると考えられるが、多人数の学生を複数の教員で評価をする際の評価揺れや、評価項目にない点で積極的であった学生の評価が難しいなどの課題もあるため、ルーブリックのみを評価指標とすることが妥当であるかに関しては、今後も検討する必要があると考える。

レポート①は全体成績が 83.0 点であったことから、学生が当授業で学んだことを理解し整理して文章に出来ていたといえる。最も達成度が高かったのは「提出期限」、低かったのは「論理性」というのは、入学間もない時期で学習意欲が高いことから提出時期を守ることができたことが考えられる。また、入学時は論理的な文章の書き方がまだ身につけていないことから「論理性」が低かったことが考えられる。後期レポート②で成績が 63.0 点と大きく落ち、「内容」に関する得点も低かったのは、レポートの提出時期と医学部の他の試験が重なったため、前期と比較して内容を吟味する時間が十分に取れなかったことが 1 つの原因であると考えられる。前期の行動評価で低かった原因の 1 つには評価実施時に扱ったテーマの違いが考えられる。前期は小児がんの事例に関する話し合いと、前期授業の振り返りがテーマであったことに対して、後期は学生と年の近い女性を想定してその女性の医療上の悩みについて議論した。身近な話題であったこと、議論することに慣れたことなどが前期より後期の点数がわずかに高かった原因であるとも考えられる。シラバスの個別目標とアンケート結果の上位項目との関連を考えると、アンケート結果より個別目標の A) コミュニケーションの意義と重要性を説明できる、 E) コミュニ

ケーションを通じて良好な人間関係を築くことができるという点は達成できたと考えられる。

4.3 本研究の限界と今後の課題

2014 年に実施した、ヒューマンコミュニケーション授業のコマ数、授業形態、授業のテーマ、講師に関しては、より効果的な方法を今後も追及していく必要がある。レポート評価結果で低かった「論理性」に対しては、レポート作成時の論理性を高めるために、レポートの書き方に関して具体的なインプットを授業内かレポート作成の注意に含むなど何らかの介入が必要であると思われる。小川ら[10]の広島大学歯科医学系のコミュニケーション学の授業のように、文章の表現力をテーマに 1 コマを使い、文章による情報伝達を学ぶことも具体的な方法として挙げられる。また導入教育としての位置づけを確立するためには、初年次ならではのテーマも考える必要がある。先の広島大学[10]では、「理想の医療者・これくらいの医療者にはなりたいなれるだろう」というテーマでワークショップを実施している。初年次の時点で自分の将来像について考えることは導入教育としてふさわしいため、このようなテーマでの授業を今後取り入れることも考えられる。

本授業の受講者数は 1000 名と多い。しかし一大学における検討であるため、受講者に偏りが存在する可能性があり、本授業の評価結果を全ての大学に対して一般化することには慎重を期す必要がある。また授業実施および評価を他大学で実施する際には、各大学の受講者の特性等を考慮する必要がある。同内容の授業実施が必ずしも同じ効果を表すとはいえない。

本学におけるコミュニケーション授業は、

前期にコミュニケーションに関する基礎知識と基本的なスキルを学んだうえで、後期にチームビルディングと課題解決型授業という実践に望むという独自の方法をとっている。知識から実践への発展という授業構成は、他の医療系大学でコミュニケーション授業を構築するうえでも応用できるものであると考える。

授業評価に関しては、現在授業評価の手段はレポートと行動評価（ルーブリック）のみであるが、全体を通じてルーブリックのみを評価の指標にすることの妥当性に関しても今後も検討をする必要がある。池田[11]も述べているように、「コミュニケーション教育では授業参加者が対話論理を経由して、その成果を途上の実践に結実させることが求められている」。そのために、学習者の「積極的な参加」[12]を促せるように教員が連携してチーム内・職種間コミュニケーションに関してさらなるプログラムの改善・充実を実施することも必要である[13]。さらに、これまでの授業の成果を教育研究に役立てるため、同様の授業の実践報告[14-15]を参考にしながら継続的に実施していく必要がある。

5 結語

本稿では、本学医療系学部の初年次におけるコミュニケーション教育について報告し、今後の課題を提起した。様々な医療系学部が同じ場所で学べる多職種連携教育に理想的な環境を生かして、今後も授業の振り返りや他大学の実践例から学ぶこと等を通じてさらなるプログラムの改善・充実が必要であると考えられる。

引用文献

- [1] Wright KB, Sparks L, O'Hair HD. Health Communication in the 21st Century (second edition). Wiley-Blackwell; 2013; 8-9.
- [2] Thomas RK. Health Communication. Springer; 2006; 99-100.
- [3] 医学教育モデル・コア・カリキュラム—教育内容ガイドライン—平成 22 年度改訂版（その 1）. http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2011/06/03/1304433_1.pdf（閲覧：2014 年 11 月 11 日）
- [4] 荒木登茂子, 大倉朱美子. 医療現場におけるチーム医療. 日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌 2010; 1: 38-43.
- [5] 日本ヘルスコミュニケーション研究会 日本ヘルスコミュニケーション研究会. 第 1 回 日本ヘルスコミュニケーション研究会 日本ヘルスコミュニケーション研究会抄録集 2009; 6-8.
- [6] 日本リメディアル教育学会設立要旨. <http://www.jade-web.org/jade/guidance/substance.html>（閲覧：2014 年 11 月 11 日）
- [7] 大学における教育内容等の改革状況等について（平成 23 年度）. http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/daigaku/04052801/1341433.htm（閲覧：2014 年 11 月 11 日）
- [8] 石井英真「ルーブリック」田中耕治編『よくわかる教育評価』2005; 47-48.
- [9] 杉本なおみ. 看護系学部におけるヘルスコミュニケーション教育. 日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌 2010; 1: 23-28.
- [10] 小川哲次, 田中良治, 小原勝他. 広島大学歯科医学系のコミュニケーション教育. 日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌 2010; 1: 53-61.
- [11] 池田光徳, 西村ユミ. 臨床コミュニケーション教育 PBL から対話論理へ, 対話論理から実践

- へ. 日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌 2010; 1: 48-52.
- [12] 小林静子, 江原吉博編著. 薬学性のためのヒューマニティ・コミュニケーション学習. 南江堂.2009.
- [13] 酒井郁子. 総合大学医療系 3 学部の専門職連携教育プログラムを開発した教職員の連携とコミュニケーション. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2013; 1: 26-30.
- [14] 木内貴弘, 石川ひろの. 東京大学大学院医学系研究科医療コミュニケーション教室のヘルスコミュニケーション学教育の概要. 日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌 2010; 1: 6-12.
- [15] 荒木登茂子, 萩原明人. 九州大学大学院における医療コミュニケーション学教育について. 日本ヘルスコミュニケーション研究会雑誌 2010; 1: 62-66.

研究ノート

模擬患者参加型教育セミナーの概要と評価

吉田登志子¹⁾, 三好智子¹⁾, 須野 学¹⁾, 芝 直基¹⁾, 猪田宏美²⁾,
前田純子³⁾, 河野隆幸⁴⁾, 鈴木康司⁴⁾, 谷本光音¹⁾

岡山大学医療教育統合開発センター¹⁾, 岡山大学病院薬剤部²⁾, 特定非営利活動法人響き
合いネットワーク・岡山 SP 研究会³⁾, 岡山大学病院総合歯科⁴⁾

抄録

模擬患者参加型教育は徐々に広がりを見せるものの、この教育をより充実させるためには教育者と模擬患者の育成が重要である。そこで教員ならびに模擬患者を対象とした教育セミナーを平成 22 年度から平成 25 年度の 4 年間、年に 1 回ずつ開催した。その概要を報告するとともに、参加者のアンケート結果および実習での話し合いの成果を分析し、以下の結論を得た。各回すべての回答者が本セミナーが「役に立った」あるいは「どちらかといえば役に立った」と回答していたことより、各セミナーが参加者に肯定的に受け入れられていることが判明した。また、セミナーにおいて実施されたフィードバックの実習で討論された内容より、参加者がフィードバックは個別性を有していることに気づいており、自分のフィードバックを振り返る有意義な機会となったことが示唆された。以上より、各セミナーは有意義であることが示された。

キーワード : 模擬患者参加型教育, 教育セミナー, フィードバック

1 緒言

より良い医療の実現には良好な患者-医療者関係が前提にあることは周知の事実である。そして良好な関係を樹立するためには医療者の対人コミュニケーション能力が重要な役割を担う。模擬患者（以後 SP と記す）参加型教育はコミュニケーション能力や医療面接技術の向上に有効であり[1-3]、学修者から高い評価を得ている[4, 5]。このような背景のもと、SP 参加型教育は徐々に広がりをみせている[6]。

SP 参加型教育においてはその場でフィードバックが得られるという大きな利点があり、特に SP からのフィードバックは学

修者の学習意欲を高め[7]、本物の患者と比較してより妥当性があることが報告されている[8]。それがゆえに教員や SP からのフィードバックの質が教育効果に影響を及ぼしかねない。従って、SP 参加型教育をより充実させるためには教員や SP のなお一層の育成が必要である。そこで本稿では SP 参加型教育の充実へ向けての活動として開催した SP 参加型教育セミナーの概要、参加者のアンケート結果および実習での討論された成果を報告する。

2 方法

2.1 各セミナーの概要

平成 22 年度から平成 25 年度の 4 年間、年に 1 回ずつ、教員ならびに SP を対象とした計 4 回のセミナーを実施した。第 1 回目である平成 22 年度のセミナーは医療分野での SP 参加型教育の現状の理解を深めることを目的として、医・歯・薬・看護領域、ならびに学生の立場からの SP 参加型教育を討論するパネルディスカッションを開催した。第 2 回目の平成 23 年度は中四国地方の SP のネットワーク作りを目的として、5 つの SP 研究会の活動報告を中心としたフォーラムを実施した。第 3 回目の平成 24 年度は SP の質の維持と向上を目的として、医科での手術の説明を受ける場面、歯科の初診時医療面接、そして薬局で処方箋の説明を受ける場面のシナリオを用いて SP の演技とフィードバックの実習を含めたセミナーを開催した。平成 25 年度の第 4 回目も引き続き SP の質の向上を目的として、看護・保健領域の入院患者との面談および保健指導のシナリオを使用し、演技とフィードバックスキルの実習を含めたセミナーを開催した。

第 3 回および第 4 回目に実施した実習は各グループ毎に代表 SP が医療者役とロールプレイを実施しているのを他の参加者が観察をするという形式で行った。ロールプレイ終了後、医療者役、代表 SP、およびファシリテータ役からフィードバックを実施し、観察していた参加者はその役の SP の視点に立って、それぞれフィードバックを記述した。第 3 回目の実習においては観察していた参加者が記述したフィードバックをグループ毎に読み合い、気がついたことを討論した。また、第 4 回目では観察していた参加者が記述したフィードバックを

グループ毎に読み合い、一番良いと思うフィードバックを作成し、発表した。各回それぞれ 4 時間～5 時間のセミナーであった。

2.2 アンケート

セミナー終了後、参加者に無記名のアンケートを実施した。参加者の職種などを問う質問の他に、「本セミナーは役に立ちましたか」という質問に「役に立った」から「役に立たなかった」までの 5 段階評価での回答を依頼した。

2.3 討論の成果

第 3 回目である平成 24 年度に実施した実習において、参加者が記述したフィードバックをグループ毎に読み合い、気がついたことを討論した内容を分析した。

2.4 倫理的配慮

セミナーでの成果物やアンケート結果の使用に関しては参加者に口頭で説明し、文書による同意を得た。

3 結果および考察

各回の参加者は平成 22 年度からそれぞれ 58 名、40 名、35 名、21 名であり、アンケート回収率は 72.4% (42 名)、65.0% (26 名)、68.6% (24 名)、81.0% (17 名) であった。各回のアンケート回答者のうち、59.5% (25/42)、19.2% (5/26)、20.9% (5/24)、29.4% (5/17) が医療従事者または教員であり、SP はそれぞれ 16.7% (7/42)、76.9% (20/26)、79.2% (19/24)、70.6% (12/17) であった。

各回すべての回答者が本セミナーが「役に立った」あるいは「どちらかといえば役に立った」と回答していた (表)。このことより、参加者は肯定的に各セミナーを評価していることが示唆された。

第 3 回目の実習において各参加者が記述したフィードバックを読み、感想を話し合った結果、「フィードバックには正解がない」、「同じ事実でも受け止める側で感情が反対になっている」、「同じ言葉でも個々の感じ方や解釈が異なる」、「自分の感じたことと反対のことを感じている」、「視点が違うと感じ方が違っていた」という意見が出され、同じ事柄に対するフィードバックが各人によって異なることが指摘されていた。また、「今まで自分のフィードバックで解釈の部分が抜けていた」や「感じ方の言葉の表現が参考になった」という意見より、他の視点からのフィードバックを知ることで自分のフィードバックの改善点を認識していることが示唆された。

以上より、参加者がフィードバックは個別性を有していることに気づき、自分のフィードバックを振り返る有意義な機会となったのではないかと考える。しかしながら、ディスカッションの時間が十分ではないという旨の意見が僅かながらみられたことから、今後は時間配分を見直し、本取組を継続してその評価を実施していく予定である。

4 結語

SP 参加型教育の充実へ向けて教員と SP の教育セミナーを実施した結果、セミナーは参加者に肯定的に受け入れられていることが示された。また、セミナーにおいて実施されたフィードバックの実習は SP のフィードバックスキルをブラッシュアップさせると考える。

参考文献

- [1] Vannatta JB., Smith KR., Crandall S., et al. Comparison of standardized patients and faculty in teaching medical interviewing. *Academic Medicine* 1996; 71: 1360-1362.
- [2] Wagner J., Arteaga S., D'Ambrosio J., et al. A patient-instructor program to promote dental students' communication skills with diverse patients. *Journal of Dental Education* 2007; 71: 1554-1560.
- [3] Yoshida T., Itadani C., Tsubouchi J., et al. Effects of training with simulated patient for dental school students in clinical interviewing. *Medical Education (Japan)* 2001; 32: 153-158.
- [4] Bokken L., Rethans JJ., van Heurn L., et al. Students' views on the use of real patients and simulated patients in undergraduate medical education. *Academic Medicine* 2009; 84: 958-963.
- [5] Kneebone R., Kidd J., Nestel D., et al. An innovative model for teaching and learning clinical procedures. *Medical Education* 2002; 36: 628-634.
- [6] May W., Park JH., Lee JP. A ten-year review of the literature on the use of standardized patients in teaching and learning: 1996-2005. *Medical Teacher* 2009; 31: 487-492.
- [7] 鈴木一吉, 山口正孝, 落合栄樹, 他. 市民ボランティアによる模擬患者参加型の初診時医療面接実習. *日本歯科医学教育学会雑誌* 2013; 29: 112-121.
- [8] Bokken L., Rethans JJ., Jöbsis Q., et al. Instructiveness of real patients and simulated patients in undergraduate medical education:

a randomized experiment. Academic Medicine

2010; 85: 148-154.

表 各年度のセミナーに対する評価

	役に立った	どちらかと言 えば役に立っ た	どちらでもな い	どちらかと言 えば役に立た なかった	役に立たなか った
H22年度 (n=42)	81.0% (n=34)	19.0% (n=8)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
H23年度 (n=26)	80.8% (n=21)	19.2% (n=5)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
H24年度 (n=24)	87.5% (n=21)	12.5% (n=3)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
H25年度 (n=17)	76.5% (n=13)	23.5% (n=4)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)
全体 (n=109)	81.7% (n=89)	18.3% (n=20)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)	0.0% (n=0)

* 「本セミナーは、役に立ちましたか」という質問に対する回答

正誤表

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌第6巻第1号掲載の論文「帝京大学医療系全学部の初年次におけるコミュニケーション教育」(pp.68-78)において、下記のように執筆者の所属を訂正しました。執筆者の大野直子氏と井上真智子氏の所属に「帝京大学医療共通教育研究センター」を追加し所属の記載順番を一部変更しました。(平成28年3月24日)
なお、発行年月日は「平成27年11月11日」のままとします。

(誤)

大野直子¹⁾、菱木清²⁾、関玲子³⁾、楯直子⁴⁾、上野公子⁵⁾、
林弘美⁶⁾、井上真智子⁷⁾、榎原圭子⁸⁾、大胡恵樹⁹⁾、槇村浩一⁹⁾

順天堂大学国際教養学部¹⁾、帝京大学医療技術学部診療放射線学科²⁾、帝京大学医療技術学部臨床検査学科³⁾、帝京大学薬学部⁴⁾、帝京大学医療技術学部看護学科⁵⁾、帝京大学医療技術学部視能矯正学科⁶⁾、浜松医科大学地域家庭医療学講座⁷⁾、東洋大学社会学部⁸⁾、帝京大学医療共通教育研究センター⁹⁾



(正)

大野直子¹⁾²⁾、菱木清³⁾、関玲子⁴⁾、楯直子⁵⁾、上野公子⁶⁾、
林弘美⁷⁾、井上真智子¹⁾⁸⁾、榎原圭子⁹⁾、大胡恵樹¹⁾、槇村浩一¹⁾

帝京大学医療共通教育研究センター¹⁾、順天堂大学国際教養学部²⁾、帝京大学医療技術学部診療放射線学科³⁾、帝京大学医療技術学部臨床検査学科⁴⁾、帝京大学薬学部⁵⁾、帝京大学医療技術学部看護学科⁶⁾、帝京大学医療技術学部視能矯正学科⁷⁾、浜松医科大学地域家庭医療学講座⁸⁾、東洋大学社会学部⁹⁾

日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 第6巻第1号

The Journal of the Japanese Association of Health Communication Vol. 6, No. 1, 2015

平成 27 年 11 月 11 日発行

編集

(代表) 小川 哲次 (広島大学)

高永 茂 (広島大学)

脇 忠幸 (福山大学)

発行者

日本ヘルスコミュニケーション学会

<http://healthcommunication.jp/>
