

## 悪いニュースと良いニュース：ニュースをどう伝えるか －メイナード博士講演記録(2004)－

講演者：ダグラス W. メイナード(ウィスコンシン大学)

翻訳：南保輔(成城大学)

以下の約30頁の記録は、2004年2月から3月にかけて来日した、D. Maynard博士の東京と京都での講演の記録であり、そのほとんどは、南保輔氏によって訳された3月6日の講演「悪いニュースと良いニュース：ニュースをどう伝えるか」の訳文である。この訳文は、2007年に以下の科研費報告書に掲載されたものであるが、以下の2つの理由から、本誌に再掲することにした（誤植等の訂正は実施）。

理由のその1は、今回、本誌（『現象と秩序』3号）に、博士の共編著『診療場面のコミュニケーション（原著題名は、Communication in Medical Care）』（勁草書房、2015年9月刊）の邦訳に関連した、保健医療社会学会大会でのラウンド・テーマ・セッション（2015年5月）における報告を元にした石川ひろの氏の論文が掲載されたことである。

理由のその2は、博士の今年（2015）の来日と講演（『日本救急医学会大会』および『日本EMCA研究会』）が好評を持って迎えられたことである。

つまりは、エスノメソドロジーの立場からの、医療コミュニケーション研究における博士の研究の意義は大きく、本誌に再掲されることが望ましいと思われたのである。

内容的には、メイナード著『医療現場の会話分析』（勁草書房、2004年刊）及び前掲訳書と重なる部分もあるが、相互に参照のうえ、医療コミュニケーションの理解のために活用して頂ければ、幸いである。なお、以下の記述での各研究者の所属等は、2004年または2007年時点のものであることを予めお断りしておきたい（樫田記）

※以下の記載内容は、次に記す科研報告書からの再掲である。（誤植訂正は実施）  
『医学教育のエスノメソドロジー－医療面接実習とOSCEの相互行為的基礎－』  
（平成15年度～平成17年度科学研究費補助金（基盤研究（B））研究成果報告書）  
課題番号：15330100，発行日：平成19年3月16日，編集発行：樫田美雄

### （a）メイナード博士連続講演（2004年，全5回）の概要

樫田美雄（徳島大学）

2004年2月28日から3月7日にかけて、本科研経費でダグラス・メイナード博士（ウィスコンシン大学）を招聘し、東京と京都で講演会を5回（東大、東洋大、成城大、キャンパスプラザ京都＝2回＝）とセミナー（京大）を1回行った。

この招聘に関しては、日本保健医療社会学会および日本エスノメソドロジー・会話分析

研究会から支援をうけた。また、各地での企画に当たっては、石川ひろの氏（当時東京大学、現在帝京大学）、串田秀也氏（大阪教育大学）、山田富秋氏（当時京都精華大学、現在松山大学）、平英美氏（滋賀医科大学）ほか関係していただいた諸先生からたいへん多くの支援を受けることができた。記して感謝する。以下、箇条書きで、この全5回の講演企画の概要を記すこととする。

● 講師プロフィール   ダグラス W. メイナード（Douglas W. Maynard）、  
Wisconsin大学Madison校教授

法廷・教育・医療という臨床の場における相互行為を研究対象とし、さらに近年は、サーベイインタビューによる社会調査の相互行為に焦点を合わせた研究を行っている。世界各地でその研究報告を行い、また講演活動などを通して、世界の医療現場の会話分析の第一人者とのネットワークの中で、幅広い活動を行っている。

- 主な著書 『Inside Plea Bargaining : The Language of Negotiation』 1984, Plenum Press  
「The Diversity of Ethnomethodology」 1991, Annual Review of Sociology (共著)  
『Standardization and Tacit Knowledge : Interaction and Practice in the Survey Interview』 2002, John Wiley (共著)  
『Bad News, Good News』 2003, The University of Chicago Press  
樫田美雄・岡田光弘訳『医療現場の会話分析－悪いニュースをどう伝えるか』 2004, 勁草書房（上記図書の抄訳）

● 講演会の会場と講演タイトルの一覧

■ 第1回 ■

2004年2月28日（土）13:30～16:30  
東京大学・本郷キャンパス・山上会館  
「悪いニュースと良いニュース」  
司会者：石川ひろの（東京大学）  
通訳：南 保輔（成城大学）  
指定討論者：橋本英樹（帝京大学(医師)）  
川名典子（聖路加国際病院（看護師））



■ 第2回 ■

2004年2月29日（日）13:30～16:00  
東洋大学白山5号館5B12教室  
「エスノメソドロジー、会話分析、  
そして社会学的未来－自閉症からの教訓」  
（演題は改題されて上記に）  
通訳：藤守義光（工学院大学）



■第3回■

2004年3月 1日 (月) 13:30~15:30

成城大学7号館733教室

「エスノメソドロジーから見た  
アメリカにおける電話サーヴェイ調査」

司会者：南 保輔 (成城大学)

通訳：南 保輔 (成城大学)



■第4回■ (本報告書に掲載されている翻訳記録はこの回のものである)

2004年3月 6日 (土) 14:00~17:00

キャンパスプラザ京都第3講義室

「悪いニュースと良いニュース」

司会者：林 千冬 (神戸市看護大学)

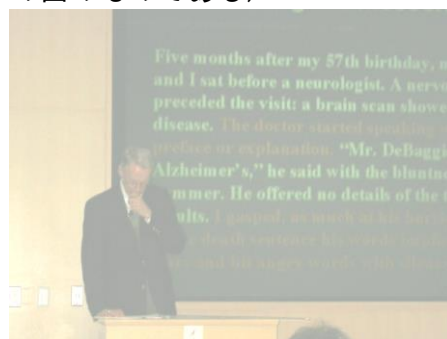
榎田美雄 (徳島大学)

通訳：南 保輔 (成城大学)

指定討論者：

平 英美 (滋賀医科大学医療社会学)

佐伯日登美 (ヒューマンケア研究会)



■第5回■

2004年3月 7日 (日) 14:30~17:30

キャンパスプラザ京都第1講義室

「エスノメソドロジー、会話分析、  
そして社会学的未来ー自閉症からの教訓」

司会者：山田富秋 (京都精華大学)

串田秀也 (大阪教育大学)

指定討論者：榎田美雄 (徳島大学)

通訳：藤守義光 (工学院大学)



※2月28日と3月6日の講演はほぼ同一内容であった。

※2月29日と3月7日の講演もほぼ同一内容であった。

**(b) 講演記録****悪いニュースと良いニュース：ニュースをどう伝えるか**

講演者：ダグラス W. メイナード(ウィスコンシン大学)

翻訳：南保輔(成城大学)

## 悪いニュースと良いニュース：ニュースをどう伝えるか

ウィスコンシン大学社会科学部　ダグラス W. メイナード

2004年3月6日、キャンパスプラザ京都第3講義室

司会：榎田美雄(徳島大学総合科学部)

指定討論者：平 英美氏(滋賀医科大学)、

佐伯日登美氏(ヒューマンケア研究会)

通訳：南保輔氏(成城大学)

## ＝訳者まえがき＝

南は当日も「通訳」をした。その経験をもとに、内容を紹介するような短い文章をEMCA研究会のニュースレターに寄せた。このたび、録音と録画に目を通して訳した。段落の切れ目は、基本的に、メイナード先生が通訳にターンを渡したところになっている。

当日は、パワーポイントを提示しながらの講演だったが、この資料は南の手元にはない。榎田氏所蔵の記録はビデオ映像であり、それから解読できる部分もあるが、基本的には、音声として聞こえる部分を中心に訳文は作成されている。(ここまでは、2007年の記述)

今回、再掲するに当たって上記言及のビデオ映像を見なおし、若干の修正を施したが、やはり、「トランスクリプトデータ」が手元にないために、「見解間の葛藤」節でのやりとりに関しては、うまく再現できていない。結局、聞こえた音声に基づいてメイナード先生が発言した部分は起こしている、その点ご理解いただきたい(この最後の5行は、2015年の再掲に当たっての付記)。

## ＝講演部分＝

後ろは聞こえますでしょうか。

ここに来ることができてたいへん光栄です。まず、最初に、榎田美雄さんに感謝します。彼のおかげで、来日してこうやってお話しすることができるようになりました。また、私の本『Bad News, Good News』の翻訳もしてくれました。また、通訳の南さんにも感謝します。そして、コメンテーターの平氏と佐伯氏にもまえもって感謝いたします。

そして、ふたつほど予備的な事柄についてをお話ししておきます。まず、スライドの日付が2月になっていますが、先週このお話しをしたときは2月でした。今日が3月なのは知っています。パワーポイントを変更するのを忘れました。

もうひとつの点です。わたしは、社会学者です。エスノメソドロジーと会話分析という領域で研究をしてきました。ですが、きょうのお話しは、臨床をしている方、現場の方に向けたものです。もし、聞いていらっしゃる方が社会学者、エスノメソドロジスト、会話分析家であるのなら、以下のように理解していただければと思います。それは、医療場面で研究をしている会話分析家が、臨床をしている方にたいしてするお話し、できるお話しということです。臨床をしている方、現場の方、医師と看護師両方の方と、わたしは合衆国でわたしの調査について話すことがあります。きょうのお話しはそういう機会に会話分析家としてすることができるお話しだと思います。臨床場面で相互行為を研究する者として、医師と患者の関係を研究する者として、現場の方にたいしてするお話しと理解していただくようお願いいたします。

わたしは、悪いニュースと良いニュースの伝達と受け取りについて、かなり長期にわたって研究してきました。そして、悪いニュースと良いニュース両方にとって基本的だとわたしが考えるのは、気づき・悟りの問題 (a problem of realization) [訳注 訳書では、「本当にそうだと感じられてゆく」と訳されています。良い訳だと思いますが、ここでは「気づき」あるいは「悟り」と訳してあります。] です。悪いニュースは、そのもの自体として、悪いもの、あるいは良いものどとはかぎりせん。ニュースが良いものであると悪いものであると、基本的な問題は、ニュースの受け手が、ある社会的世界から別の社会的世界への移行をすることができるかという点です。

そして、臨床をしている方と話しをするときにわたしが言いたいことのひとつは、ニュースがどのように伝えられるかに照準することが重要だ、ということです。なぜなら、問題となるのは、ただ受け手にニュースを伝えること、どう提示するかということではなく、受け手が実際には、巨大な移行、まあそれほど巨大な移行でないこともあります。移行をしつつあるということを理解することなのです。いずれにしても、ひとつの社会的世界から、新しい社会的世界への移行を、ニュースの受け手はすることになるのです。

ひとつの世界からもうひとつの世界への移行というこの考えと気づきの問題とは、わたしがデータから探し出してきたものというよりも、わたしが集めた語りデータに見られるパターンなのです。これから見ていただくのはその一例です。

ナレーション：ピーター・モーガン博士は、ニューヨーク州立大学病院のインターンでした。彼は、研修期間をちょうど終えて、ガンの化学療法の研究職を得たところでした。そのときに、右足の痛みが心配になったのです。

モーガン博士：ちょうどわたしは、研修が終わったところでした。それで、検査しておこうと思いました。そして、ガンと診断されたのです。1年前の10月の



ことです。わたしは余命が6ヶ月と言われたのです。1年後のいまでもわたしはこうして生きていますが、まったく新しい世界に生きています。もちろん、前の世界から継続しているものですが、根本的には、新しい世界なのです。[訳注 訳書p. 18-19の「医者が癌になる時」というテレビ番組かと思われる。]

わたしが集めた悪いニュースと良いニュースについての語りのなかで、ビデオの中の彼と同じように、ひとびとは以下のようなことを言うことがしばしばです。「わたしは新しい世界にいます。これは、わたしの古い世界からの続きのものですが、本質的には新しい世界です。」この発言は、悪いニュースあるいは良いニュースが、ひとつの世界からもうひとつの世界への移行の表象であるというそのありようの意味・感覚(sense)を伝えてくれると思います。

以上の例を背景として、きょう、わたしは、ニュースをどのように伝えるかについてお話ししたいと思います。悪いニュースと良いニュースの両方です。悪いニュースから始めます。話しの大半はこれについてのものであると思います。ですが、まえもって言うておきたいのですが、良いニュースを伝えることも、すくなくとも、問題となりうるものです。問題となるというのは、悪いニュースがそうであるのと同じようにということです。まず、悪いニュースを伝えるという問題から始めましょう。

もう少し、背景的な議論があります。ニュースをどう伝えるかについて訓練の必要があるという点です。これに気づかせてくれたひとつは、『健康と科学(Health and Science)』誌の論文でした。医学校の研修医1年生は、新米医師です。医学校で4年か5年教育を受けただけです。彼らは、平均で毎年、最後には死亡することになる患者14人を受け持ちます。そして、研修1年目にこのタスク、患者が死亡しましたというニュースを遺族に伝える課題を経験します。ジェローム・グループマンという医師がいます。彼は『ニューヨーカー』誌に寄稿しているのですが、悪いニュースを伝えることの訓練についてつぎのように書いています。「医学校の学生は、悪いニュースをどう伝えるかを、その師を注意深く観察することで学ぶとされていました。深い腫瘍をどう切開するかを、医師を観察することで学び、そして自分でやるのと同じようにです。」つぎが、たいせつなところです。「しかし、多くの医師は患者とふたりきりで会うことを好みます。そして、この話題が教室で持ち出されることは決してなかったのです。」

この状況は合衆国で少しずつ変わりつつあります。日本での状況がどうなのかはわかりませんが、合衆国では、悪いニュースをどう伝えるかを医学教育に盛り込むべきだという議論はあります。

わたしの調査からわかったこととして、悪いニュースがどう提示されるかによって、その気づきが促進されたり、抑圧されたりするということがあります。これからお話しするのは、3つのニュースの伝え方です。引き延ばすこと、ぶっきらぼうに言うこと、前触れ

してから言うことです。そして、わたしが指摘したいのは、引き延ばすこととぶっきらぼうに言うこととは、前触れしてから言うことに比べると、受け手がニュース内容に気づくという点で思い違いをするさまざまな可能性を高めるということです。一方、前触れしてから言うことは、気づきを促進します。

### ●引き延ばすこと (stalling)

まず、引き延ばすこと (stalling) からお話ししましょう。2つほど例を提示します。そのひとつは、グロスをすること (glossing) です。これは、一般的な情報をあたえることと言えます。一般的な情報ですから、あまり情報価値がありません。もうひとつは、わたしが楽観的なトピック変更をと呼んでいる例です。グロスの例は、医師が以下のよう言うものです。

医師： ああ、たぶん気づいていらっしゃるでしょうけど、胸になにかを見つけました。あつてはならないものです、うん、そうです。それで、顕微鏡で見たところ、ちょっと気に入りません。こう言わねばなりません。．．． もっとすっきりしていてもいいはずです。(Taylor 1988: 124)

このように、一般化するような話し方です。これは、ニュースがどんなものであるかを十全に伝えるということをしていません。

この医師は、べつのやり方でも引き延ばしをします。患者は「ということは．．．手術をしないといけないということでしょうか、ああ、神様、なんという．．．」と応答したのですが、これにたいして、医師は楽観的なトピック変更をしています。医師は「ええ、ちょっときれいにするだけです。そのいやらしいかたまりが悪さをしないようにですね。」と言って、患者の質問を追認するように応じます。患者は手術が必要です。そして続けるのです。「ところで、ちょうど今日、わたしのところにほんとかわいらしい老婦人が来ました。彼女はちょうどあなたが座っている場所に座っていたのですが、わたしが手術したのです。たしか25年か30年まえです。年に一度の検診にやってきたのです。そして聞いてみたのですが、これまでの年月をどう乗り切ってきたのですか。そんなにすばらしく元気でいられる秘訣はなんですか。」と。

引き延ばしの2つめのタイプは、ジャーゴン (専門用語) の使用です。ジャーゴンというのは、技術的用語ですから、医師にとってはその意味がわかりますが、患者にはなにも情報を伝えないようなものです。つぎの例は、医師と高齢男性の肺ガン患者との会話です。3サイクル目となる化学療法のまえの診断場面です (Fallowfield, Jenkins, and Beveridge 2002: 300)。

医師：覚えていらっしゃるかと思いますが、最初化学療法を始めるときに、各サイクルのまえに血液検査とレントゲン検査をすと言いました。それで、きょう検査結果を見たのですが、どうもものごとがプログレスしている (things

are progressing) ようです。それで、もう化学療法はしないほうがいいと思うのです。

患者：ああ、それで、どうなりますか。

医師：そうですね、もし、呼吸の問題がさらに大きくなったら来てください。対症療法をしましょう。

患者：わかりました。どうもありがとうございました、先生。

ここでのポイントは、「病状が進行している (things are progressing)」という言い方です。つまり、ガンが悪化していると医師は言っているのです。この調査をした人間は、この患者さんにこの診察後にインタビューしました。患者さんが言うのには、「そう、良いニュースでした。先生は、状態が改善していると思っています。それで、もう化学療法は必要なくて、もし呼吸に問題が出たら来なさいということでした。息切れするようになったら、ということです。」このように、患者は、医師が意図した内容とほぼ180度反対の理解をしています。患者は、状態は良くなっていると思っています。実際は、ガンが進行しているのです。

このように、引き延ばしすることの結果として、受け手、いや患者の気づきという点からは、状況を正常なものに見なすこと (normalizing)、そして、病気を否定することを奨励することになります。これは、悪いニュースのときにはいずれにしても見られる傾向なのですが、引き延ばしをしてニュースを伝えることで、患者、受け手が状況を正常なものに見なす可能性を増大させることになります。そのニュースがなんであろうと、それを否定する可能性を高めるのです。

ここで申し上げておくのがいいかもしれません。わたしは、400から500の語りを収集しました。医学論文、医学雑誌、新聞記事、ノンフィクションの文献、わたし自身が実施したインタビューなどからです。きょう、わたしはいくつかの事例をお見せしていますが、これらは、特別な事例だと見なされるべきではありません。このような種類の引き延ばし、そしてこれが、患者の側の正常視と否定とを促進するというメカニズムは、ほんとに頻繁に生じることなのです。わたしの収集した語りにはほんとに多く見られます。

### ●ぶっきらぼうに言うこと (being blunt)

また申し上げておきたいのは、わたしの引用している文献が少し古いものだという点です。ですが、現在では状況は改善されているだろうと考えるべきではありません。たとえば、これから紹介する例は、1989年の医学雑誌からのものです。14、5年ほどまえのものです。ですが、同じようなことが今日でも生じている、まさにこの瞬間にも世界のどこかで生じていると断言できます。これは、ぶっきらぼうに言う (being blunt) という例です。これが2つめの伝え方戦略としてわたしが検討したいものです。これは、なんの前触れもなくニュースを受け手に投下するというものです (Lind et al. 1989: 5; 原著 p. 50)。



患者がつぎのように言っています：

わたしは（生体検査；メイナード注）のための麻酔から覚めたところでした。そして、ひどい風邪をひいていました。．．．麻酔から覚めるときに呼吸が苦しくてたまりませんでした。それで、呼吸器セラピーを受けることになって、いろんな処置をされたのです。それで、テオフィリン注射をされて、ようやく呼吸するようになりました。そんなところに外科医がやってきて言ったのです、「ああ、ところで、検査結果は陽性でした。」つまり、もちろん、わたしは死ぬというわけです。

同じような事例はほかにもあります。回復室に外科医が入ってきて、ただ「陽性です」と告げて、部屋を出て行ったというものです。ほんとうにぶっきらぼうなやり方です。こういったことが、特別な事例ではないのです。

こういった事例を知って、医師を非難したくなるのは当然です。しかし、わたしはそれをしたいわけではありません。わたしが考えるに、必要なのは、悪いニュースを伝えるのがいかにむずかしいかを理解することです。引き延ばすことやぶっきらぼうに言うことが、このむずかしさをただ示していると考えられることが往々にしてあります。医師は、先に指摘しましたように、特別のトレーニングを受けておりません。医師は、悪いニュースを患者に伝えるときの自身の感情〔的ストレス〕と対応する必要があります。ですから、ニュースをただ投下してそれで逃亡するというのは、理解できにくいのです。

ぶっきらぼうに言うことにもなう問題として、ニュースの伝え手を責めること (blaming the messenger) になる可能性を高めるということがあります。これは、悪いニュースが伝えられるときには、つねに可能性としてありうるものです。わたしの語りコレクションにある例を見ましょう。実際にフロリダであったことです。Ph.D.の審査に合格しなかったと告げた教授が、その学生に撃たれるということがありました。大学教員のみなさん、注意してくださいね。別の例です。銀行の融資係が顧客に、融資申し込みが認められなかったと告げました。顧客は立って出て行きかけました。途中で立ち止まり、カバンから銃を取り出して、融資係を射殺するということがありました。このように、繰り返しになりますが、ニュースの伝え手を責めるということは、つねに可能性としてありうるものです。そして、ぶっきらぼうに言うことは、ニュースの伝え手を責めることになる可能性を高めるのです。

つぎに、医療場面での事例を紹介しましょう。アルツハイマー病と診断された患者の手記です。

わたしの57歳の誕生日の5ヶ月後のことでした。妻のジョイスとわたしは、神経科医のまえに座っていました。この訪問のまえには、落ち着かない気分になっていました。脳スキャンに病気の証拠が見られたのです。医師は、前置きも説明もなく話し始めました。「デバッジョさん、あなたはアルツハイマー病ですね」と、金槌のよ

うなぶつきらぼうさで言い放ちました。検査やその結果の詳細についてはなにも説明がありませんでした。わたしはショックで息をのみました。医師の拙速な診断が、あたかも死の宣告を意味しているかのようにです。涙をこらえて、怒りのことばを飲み込みました。(DeBaggio 2000 ; 原著 p. 50)

まず見てもらいたい点ですが、ぶつきらぼうさが患者の概念である点です。わたしがデータに押しつけているようなものではないのです。そして本題ですが、ニュースが伝えられたときに、医師がこれをどう伝えるかが、ニュースの内容と同じぐらいに問題となっているのです。これは、ある種、ニュースの伝え手を責めるものだと言えるでしょう。

### ●前触れをすること (forecasting)

そして、ぶつきらぼうに言うことと引き延ばしに代わるものとして、悪いニュースの前触れをすること (forecasting) があります。事例を提示するまえに、2つほどの定義をしておきます。まず第1の定義ですが、前触れをすることは、これからやってくるものの、前もってのほのめかしとして作動するということです。そして、第2の定義は、前もって推測する・計算するということです。このように、少し異なる2つの定義があります。そして、わたしのデータの語りは、医師、あるいは臨床家が、最初の種類の前触れをしているということを示しています。つまり、これからやってくるなにかを、前もってほのめかすことです。そして、患者は2つ目の前触れをすることがあります。つまり、まえもって、予測・計算するのです。そうして、2人はいっしょにこれをするのです。ひとりが開始して、もうひとりが応じることによってです。ですが、前触れをするということを、共同でおこなっているのです。そうしたときに強調しておきたいことですが、ニュースは、準備が整った社会心理的環境に到着することになるという点です。そして、上記の定義からおわかりいただけるように、社会心理的環境が準備され、ニュースがそのなかに到着すると、これは、悪いニュースがほんとうであるという気づきを促進するものとなるのです。

ニュースの伝え手による意図的、あるいは無意図的な戦略としての前触れには、実際にニュースを伝えるということからの、時間的、あるいは空間的な距離が含まれることがあります。どういうことかと申しますと、たとえば、ある患者の家族に、臨床家が電話をして、病院に来るようにと告げる場合があります。これは、悪いニュースの前触れとなることがあります。また、病院内でも、家族が患者を病室で見守っているときに、医師が入ってきて、廊下にちょっと出るようと言うようなことがあります。こういったことも、前触れとなることができます。前触れは、長い大きな出来事である必要はないのです。いろいろな形態で生じうるのです。そして付け加えておきますが、患者の家族は、心配しながらも熱心に見守っているのです。かれらは、医師のわずかな手がかりを見つけ出すことができます。つまり、悪いニュースを受け取ったときに自分が漏らす手がかりに自己意識的であって、悪いニュースがほんとうだと気づくということは、(以下、聞き取れず)

前触れのしかたとして2つのものをお話ししたいと思います。そのひとつは、先行アナウンスをすることです。

2週間まえに、妻はインフルエンザにかかったと思いました。夫は、妻に医者に行くように言いました。その夜、医師から電話がありました。「よくありません」と彼は言いました。(Wolkomir, April 1998)

これが、前触れ、先行アナウンスです。そして、ぞっとするような沈黙がありました。これは、前進しても良いというシグナルです。アナウンスを続けてよろしいというシグナルとして作動するものです。そして、ニュース本体が伝えられます。

「深刻な骨髄性白血病です。今晚すぐに、入院してください。」

これが前触れのひとつで、先行アナウンスを用いたものです。

この例では、前触れがほんとに極微なものと思われるかもしれませんが、しかし、実際のニュースそのものが、アナウンスする発話のいちばん最後で、予知された (prognosticated) 位置に置かれていることに留意してください。

そういう意味で、さきに申し上げたように、ニュースは、準備がととのった社会心理的環境に到着するのです。そして、そういう点で、ニュースの気づきを促進するのです。

前触れのもうひとつのやり方は、**見解表示連鎖** (perspective-display sequence; PDS) です。これについては、わたしは多くの録音データを持っています。あとで、いくつかをお示ししますが、とりあえずは、語りの例です。ここでは、患者が自分の医師 (C先生) について話しをしています。

C先生は、誉めても誉めたりません。先生はととてもいねいでやさしくて、せき立てるようなこともありません。とても混んでいて、待ち時間が長いにもかかわらずです。かれは、わたしが服を着るのを待って、そして座らせました。そして、わたしの手をにぎって、どこが悪いと思うかと聞いてくれました。わたしが、「がん」でしょうかと言うと、かれは「そのとおり」と言いました。ですが、しこりはとても小さいし、腕の下にはしこりがないのでそれほど心配することはないと言ってくれました。これは、良い兆候だそうです。(Fallowfield 1991: 44; 原著 p. 42)

医師が患者に、どこが悪いと思うかと聞いていますが、これが、わたしが見解表示連鎖と呼ぶものです。そして、医師は、患者の理解が正しいと追認してから、なぐさめと希望を提供しています。

見解表示連鎖が先行アナウンスと違うのは、医師の患者にたいする質問によって始まるという点です。これを、わたしは見解質問 (perspective-query) と呼びます。そして、患者本人あるいは家族が、なにが進行していると思うかについての見解を示します。そこ

で、診断が伝えられるのです。このようなニュースの伝達には以下の特徴があります。これらは、気づきを促進するものです。社会的世界間の移行を促進するのです。なぜなら、a) 医師、あるいは臨床家が患者あるいは家族の見解を、それが正しいと追認する (confirm) ことができます。b) 患者たちの見解を、診断が本当であると認める (affirm) かたちで使うことができます。c) これによって、受け手の見解を、診断のニュースに共含意 (co-implicate) できるのです。患者あるいは家族の見解を、診断のニュースへとブレンド・融合させるのです。

つまり、引き延ばしやぶつきらぼうに言うことと比較すると、前触れをすることは、ニュースが誤解されるのを回避するようなかたちで作動します。そして、ニュースの気づきを促進します。これは、2つのいずれかによってなされます。ひとつは、先行アナウンスというかたちで、極微なやり方です。もうひとつが、見解表示連鎖を通じて、つまり極大なやり方です。いずれの場合も気づきを助けるのですが、患者あるいはそのほかの受け手にたいして、新しい状態・新しい世界についての前もってのほのめかしをすることによって、そして、かれらが新しい状態を前もって計算できるようにすることによって、これを行っています。医師あるいは臨床家が、前者の意味で [つまり、ほのめかしによって] 前触れしているということを理解していただけたと思います。そして、患者や家族は後者の意味で [つまり、前もって計算することで] 前触れしているのです。こうして、ニュースが準備のととのった社会心理的環境に到着し、ニュースの気づきを促進するのです。

先行アナウンスの使用と見解表示連鎖の使用という2つのあいだでは、わたしは後者をお勧めします。より一般化して言うと、ニュースを伝えるまえに質問することをお勧めします。この点については、後にまたお話ししますが、ここで述べておきたいのは、見解表示連鎖が気づきを助けるのにうまく作動するのはなぜかということです。それは、ニュースが、準備のととのった社会心理的環境で伝えられるからですが、この環境は、都合のよいことに、患者あるいは家族自身の見解を基盤とするものなのです。

## ●ガン告知について

以上が本日のお話しの第1部です。その結論は、悪いニュースを伝えるときにはなんらかの前触れをすること、とりわけ、ある種の質問戦略、わたしが見解表示連鎖と呼ぶものを使うことを推奨するというものでした。さて、つぎに、ほかの論点に移ります。とても興味深いものです。その第1は、そもそもニュースを伝えるべきか。伝えるとしたら、だれに伝えるべきかということです。この論点は、とりわけガン告知において重要なものです。合衆国では、かつては、ガンの悪いニュースを家族にだけ告げていました。患者本人に知らせるということはとてもまれなことでした。これが変わりだしたのは1960年代です。1970年代の終わりまでには、つぎのようなサーヴェイ結果が出るようになりました。90%をゆうに越える医師が、患者に直接ニュースを伝えることを好むと回答しています。また、患者の側も、ニュースを告げられたいと言うようになっていきます。一方、日本、そしてそのほかのいくつかの国では、興味深いことに、つい最近まで以下のように考えられてきました。ガンの悪いニュースは患者に直接告げられるべきではなく、家族に告げられるべき

だと。この状況は変化しつつあるようです。このお話しを東京でしたときに、オーディエンスとして抱井尚子さん（青山学院大学）がいらっしゃいました。彼女はこういった問題に関するサーヴェイに詳しい方です。彼女が、あるサーヴェイをわたしに紹介してくれました。それによると、20歳代の回答者の90%が、ガン診断を直接自分に知らせてほしいと回答しました。自分に知らせずに家族に告げる、あるいは、まったく家族にも知らされないという選択肢は、選ばれませんでした。そして、興味深いことですが、自分に直接知らせてほしいと回答した20歳代の回答者の40%は、ガン診断は、ほかのだれにも言わないでもらいたいと回答したのです。自分にだけ知らせてほしいというのです。

つまりパターンがあるのです。日本では以下のように信じられているようです。ガン告知は、高齢者や子どもにはなすべきではないということです。また、性差もあるようです。男性に告知すべきだが、女性に告知はすべきではないと。

そしてまた、合衆国や日本から目を転じて、エチオピアやイタリアを見てみましょう。状況はこれらの国でも変化しつつありますが、それでも、ガンであるという診断は患者に告げるべきではないと考えられているのです。本人ではなく家族に伝えるべきだという考えが圧倒的なのです。

わたしがとりわけ興味深いと感じつつも取り上げていない論点があります。それは、だれにニュースが告知されるべきなのかというものです。この論点は、ある程度は生命倫理やヘルスケアの道德性の問題です。これらは、興味深いのでディスカッションのときにできれば取り上げられればと思います。でも、ここでは、どのようにニュースを伝えるべきかという問題に立ち戻りたいと思います。これから、日本の病院でのビデオクリップをお見せします。この場面は、医師が女性患者がガンであることを、その夫に伝えるというものです。医師は、患者には潰瘍だと言っています。取り上げたい問題は、そのう、だれにニュースを告げるべきかをどのように決定するとしても、その人にどのように伝えるかという問題はつねに残るということです。それで、ニュースが患者本人に直接伝えられないときに、見解表示連鎖を使って、どのようにして告知を家族にするのかということについてお話ししたいと思います。

この医師がこれからガン告知をする医師です。このビデオクリップは、合衆国におけるヘルスケアについてのドキュメンタリーからとったものです。このドキュメンタリーはおそらく、10年から11年ぐらいまえのもので、もとのドキュメンタリーは、主としてアメリカのヘルスケアについてのものですが、なんらかの点で日本でどのようにヘルスケアがなされているのかとの比較をしようとしてこのクリップを入れたのだと思われます。そういうわけで、ビデオクリップはちょっと古いものですが、興味深い問題を提起してくれます。さて、ビデオを見て、これについて話すことにしましょう。

(医師と夫婦のやりとり)



[ちょっと雑音が多くて、聞き取りに自信がありません：訳者注]

医師：潰瘍があるんですね。

妻：潰瘍（なんですか。）

医師：うん、うん。だから、そこをやっぱりとろうっていう話はほら、やらなきゃ。だんだんだんこれが大きくなって来るんですよ。

妻：そうですか、胃をぜんぶ取っちゃうんですか。

医師：そーう、そうそうそうそう。

夫：なんか、胃一も、何分の一とか＝

医師：＝あー、これはね、（そうですね）

夫：x x x x

医師：手術はやっぱり、胃ぜんぶとったほうがいいみたいね。

妻：ぜんぶとっちゃうんですか。

医師：うん、大丈夫だよ。

夫：まあ、（しょうがない）

妻：うーんー。

医師：それは、まかしてもらからさあ。

妻：きょうはいー結果、いー日になると思ってきたのがさ。（笑い）

医師：うーん、でもね。ちゃんとすべきところはさあ、

妻：うん、

医師：したほうが、うん、いいから。まだ、ぜんぶ検査が終わってるわけじゃないわけですよ。

夫：うん。

妻：うん。

医師：うん、そんなに待たせないけれども、

妻：うん。

医師：うん、まあ、きょうって明日ってゆうわけにはいかないけど、

妻：うん。

医師：1週間か、そこらぐらいは待ってもらっていう、ことになるとおもいます、はい。

妻：こんな元気なら大丈夫だよって

医師：そうそう。

妻：言われてきたんだけど、（笑い）

医師：元気だから、手術やらできるから大丈夫だよ。

妻：そうだそうだ。

医師：それは、それは、医者、おれひとりじゃできねえもんだから、うん

妻：そうだそうだ。

医師：だから、ほかのひとがもっともちゃんと手術はいっしょにやって。木村先生にたのまれてるから。木村先生は（こうのすかん）で、おれもこうのすかんだよ。[訳者注：「こうのすかん」は地名か学校の名称と思われる。]

妻：ああ、そうですか。

医師：うん。

妻：うーん。

(英語のナレーション)

待っている患者がとても多いので、須田医師は急いで要点を伝える必要があります。

(やりとり)

医師：じゃあつきそいの、うちの人だけ、ちょっと残って。打ち合わせすっから。患者さん、ちょっと出てくれないか。

看護師：じゃあおばあちゃんは、廊下のほうでお待ちください。

妻：はい。失礼しまーす。

看護師：ちょっとごめんなさいね。はい、ごめんなさい。

妻：はい、ありがとう。

看護師：はい。じゃあ、ちょっと廊下へかけて、お待ちになっててくださいね。

医師：あのう、おばあちゃんには胃潰瘍があると、言いましたけれども、実際これ一、おおきな胃ガンなんですね。だから、やはり、ここは手術をする必要があるかなあと、思いますね。これは、どっかにうつってたとしても、

夫：うん。

医師：これを取らないといまは、だめだから。やることだけはやるといい。

夫：はい。

医師：入院してもらおうと、x x x x x x x xしたほうがいいんじゃない。

夫：はい。

医師：おばあちゃんには、ガンだと言わないほうが、

夫：はい、それはわかっています。

医師：いいんじゃないですかという。ほんとにうちの人だけ。

夫：(木俣)先生から

医師：あーあ、

夫：ま、いちおうようなそういうことは

医師：うーん。

夫：x x x x

医師：うーん。じゃ、そうゆうようなことで。な。

夫：うん。

医師：うん。

夫：うん、わかりました。

医師：じゃあ入院、きょう入院手続きしてもらおうから。

夫：うん。

医師：x x x x x x

夫：はい、わかりました。はい。

[訳者注 この翻訳文は、ビデオテープに収録された、音声の聞き取りに基づいて行っている。それに対し、メイナード先生は英語字幕にもとづいて理解されていた。質疑に見ら

れるように、この点が問題となった。]

ひとつ私が考えたいのは、この面談における重要な相互作用上の地点（junction）はどれかということです。ひとつ以上あるのは間違いありません。私が焦点を当てるのはひとつのものです。考えてもらいたいのは、みなさんが、相互作用上の意義ある地点と見るのはどこかです。あとで、私が重要だと考えるものに戻りたいと思います。

ここで、取り上げる場所を変えましょう。そして、発達障害クリニックにおけるひとつの状況を検討します。合衆国においては、発達障害（developmental disability）とは、子どもが以下のような事由のために経験する困難のことです。精神遅滞や学習障害、自閉症、そのほかの種類「発達上の疾患（developmental disorder）」と呼ばれるものです。そして、状況は以下の点で先のものによく似ています。診断は子どもに伝えられることはなく、家族へと伝えられます。これから見ていく事例では、子どもは4歳か5歳で、クリニックは数多くのテストをしています。そして、医師、小児科医、小児神経科医ですが、子どもの母親にニュースを伝えるところです。これからお見せするクリップは、見解を尋ねる質問から始まります。医師が、母親にたいして、子どもの問題はなんだと思うかと尋ねるところです。そして、質問の形を変更して回答を迫ります。そして、母親はこのところで、その見解を開示します。これが「見解表示」と私が呼ぶものです。

医師：どういう問題があると思いますか。

母親：（3秒）

医師：私が思うに、あなたのほうがわれわれ全員よりもよくご存じでしょう。そのう、お子さんといっしょにいるわけですから、なにが起こっているかをあなたはよくわかっていらっしゃるのではないのでしょうか。こういう診断をするのは、われわれだけでできるわけではありません。一種のチームでやることなのです。

母親：その、わたしにはありません。学習上の問題です、一般的に言うと。そして、話すことの問題、ことばの問題です。いわゆる精神遅滞ということなのでしょう。

PDSのもうひとつの特徴は、診断の伝達がほかの戦略を組み込むことができるということです。この場合、医師は一種の理解のチェックをしています。母親がその見解をディスプレイしたところで医師が以下のように言います。

医師：ということは、つぎのようにお考えということでしょうか。お子さんに、お子さんにことばの問題があると、

母親：ええ、

医師：情緒に問題があると、

母親：はい、

医師：そして、ひよっとすると精神遅滞だと。

そして、医師は診断の伝達をはじめます。ビデオクリップをすべて見せるということは

いたしません。ただ、前置き (preface)、診断を伝える前置きのところはお見せしようと思います。

医師：申し上げますが、とても興味深いことです。いいですか、あなたはかなり適切な理解をしていらっしゃる。なにが問題なのか。テスト結果もあなたの理解を合致しています。あなたが挙げた点はたしかに問題です。

この部分で強調したいのは、小児科医がある意味で母親を祝福していることです。子どもについて持っている知識がすばらしいと。「私が思うに、あなたはなにが問題なのかについてかなりよく理解していらっしゃいます。」そして、このところで、母親との一致 (agreement) を定式化できるようになっています。ですから、診断が告げられるときに、母親が彼女に見解について述べたことと一致するようなかたちでそれをすることができるのです。「私が思うに、われわれはあなたに全面的に同意します。」

さて、見解表示がどう作動するかという点に立ち返りましょう。これは、そしてまさにこの事例においては、医師による見解の探索から始まります。そして、表示、母親による彼女の見解表示があります。そして、診断の伝達がなされますが、これは母親の見解を追認するというかたちを取ることができます。医師はまた、母親の理解をチェックして、その知識を称賛するというのもしています。この見解は、診断が本当であると認めるようなかたちで使われています。医師は、母親が言ったこととクリニックが発見したこととのあいだに合意を定式化するようなやり方です。このようなやり方によって、母親の見解を診断のニュースへと共含意 (co-implicate) しているのです。

ここで言わせてください。もちろん、この事例では母親の見解がクリニックの診断とほんとに近いので、見解表示連鎖がうまくいったという指摘ができるかもしれません。これはほんとに容易な事例であると。もっと困難な事例、家族が同意しないときにはどうなんだという反論があると思われまます。時間がなくてお見せできませんが、時間があれば、家族の見解が幅広くさまざまなものであっても見解表示連鎖がうまく作動するというを示すことができます。ジョン・ヘリテッジとポール・ドゥルー編集の『Talk at work』

(Heritage & Drew) という本をご存じの方が聴衆にもいらっしゃるでしょう。私は1章を寄稿しています。そこで検討されているケースのひとつは、これも発達障害クリニックのもですが、母親が、子どもには脳にどんな障害もないと信じているものです。母親はまた、問題は一時的なもので永久的なものではないと考えています。そして、クリニックは正反対の見方をしています。脳に損傷があり、永久的な障害だと考えています。それでも、見解表示連鎖が使用されています。その使用は、母親の視点とクリニックの視点との不一致を克服するようなかたちでなされています。もうひとつ別の例もあります。患者がガンがあると告げられます。見解表示が使用されますが、この患者は、自分がガンだということを極端なまでに否認します。これは、アメリカでの例です。患者は胃ガンです。彼はニュースを聞こうとしません。ガンだと考えたくもないのです。この例でも見解表示が使用されます。これがほんとに生じていることだという気づきを促進するようやり方

です。とても容易なものとするわけではありません。ガンだというニュースの伝達は、それでも困難なものです。ですが、気づきという問題に関しては、見解表示連鎖は、ニュースの受け手の見解と診断の見解とのあいだに広い不一致がある場合にも、気づきを促進するように作用するのです。

ここで通訳の南氏に感謝します。いま述べたところは、予稿として渡してあるものを書いてあるわけではありません。それに適切に対応していただきました。どうもありがとうございます。さて、さきほどの日本でのガン診断の例に戻りましょう。そして、私が重要な相互作用上の地点というものを見てみましょう。一部を再度流します。

(やりとり)

医師：おばあちゃんには、胃潰瘍があると言いましたけれども、実際これ、大きな胃ガンなんですね。だから、やはりこれは手術する必要があると思いますね。

夫：それはどっかにうつってたとしてもこれをとらないといま

【↑この部分の話者表記は英語字幕に従っている。41頁の話者表記とは異なっている】

医師：だめだから、やるなら

私が指摘したい点は、ここで医師は日常会話とニュース伝達の鉄則のひとつをやぶっているということです。その鉄則とは、人がすでに知っていることをその人に言わないこと、というものです。ここで起こっていることは、夫が言っています。「はい、ほかの医師もおなじことをおっしゃいました。」夫はこの医師にたいして、「私はすでに、あなたの言うことは知っています」あるいは「私は、すくなくともあなたのおっしゃることの一面はすでに知っています」と言っています。繰り返しますが、医師による相互作用ルールの違反は、受け手にたいしてすでに知っていることを伝えているということです。

つまり、私の主張は、見解表示連鎖を使用するならば、この相互作用上の違反を回避することができたということです。夫だけに告げるべきか、そもそも妻に告げるべきではないかという問題はさておき、医師が夫に告げているという事実から、これが夫に適切なものと決定したものだと思います。もし、医師が夫にたいして、すでになにを知っているか、どんな信念を持っているか、妻についてどんなことを告げられているかを最初にたずねたならば、そのことによって、夫の見解を引き出すことができたはずです。そのうえで、夫が知っていることや信念に医師は付け加えることができたのです。そうすることで、夫の気づきを促進することができたのです。そして、二義的なものだとしても、妻の状況も改善できたのです。

繰り返しますが、臨床家を批判することに興味があるわけではありません。私が興味があるのは、悪いニュースを伝達するときに、どうしたら効果的な伝え手となることができるかということです。それも、患者や児童、家族、あるいはだれでも、悪いニュースを伝えねばならないひとの気づきを促進するようなやり方です。そのひとつが、見解表示連鎖の使用です。伝達することによってではなく、質問することによって始めるということです。



私はこれを、たずねることによって伝えること (telling by asking) と呼んでいます。

悪いニュース伝達についてのお話しの締めくくりとして、引用します。

悪いニュースを伝えることは、(実はメイナードとしては、良いニュースを伝えることも同じだと思うのですが)、われわれの専門家としてのスキルと能力の全体の試金石です。もし、これをうまくできなければ、患者も家族も、われわれをけっして許さないでしょう。もし、これをうまくやれば、彼らは決してわれわれのことを忘れないでしょう。(Buckman 2002)

これが、悪いニュースについての結びです。

### ●良いニュースについて

さて、ここで15時40分ですが、質疑へと移るのでしょうか。いや、続けるということですか、これは良いニュースです。良いニュースについての話しはずっと短いものです。すでに簡単に言及しましたが、合衆国の医学雑誌や社会学雑誌には数百の論文があります、悪いニュースを取り上げたものです。そして、医学雑誌のものは実践志向で、どう悪いニュースを伝えるかに志向しています。他方、良いニュースをどう伝えるかについては、実質調査は、論文は皆無です。私がここで示したいのは、良いニュースにも2つほどの問題側面があるということです。そして、これらの問題側面にもパターンがあるのです。つまり、個別的な問題ではないのです。

### ●症状残滓 (symptom residue)

わたしは、2種類の問題を取り上げます。ひとつは、症状残滓 (symptom residue) です。これは、未決定性という問題に関係するものです。2つめの問題は、見解の葛藤から生じるものです。

みなさんが医者に行って病気だと訴えるときに、診断が欲しいわけです。生理医学がどうなっているかということ、病気の可能性をつぶしていくというやり方が中心です。これは、医療の実務家ならばよく知られていることです。もし患者であれば、あまり知らないことになります。そうなる問題は、臨床家の立場からは良いニュースでありうるものが、なぜなら重い病気である可能性を除外できるのですから、ですが、これは患者の立場からはそれほど良いニュースではないかもしれません。なぜなら、症状が残っているからです。

これは女性です。呼吸困難という問題があって、かなりの胸の痛み、背中への痛みをかかえています。そして、検査に送られます。検査の結果では、心臓にはっきりした問題は認められませんでした。それで、医師がこのニュースを患者に伝えているところです。それで、言われたこと全体のトランスクリプトをここでお見せしているわけではありません。それで、トランスクリプトのまえのところから始めましょう。

T医師：そうね、結果はとても良いものです。

患者R：良かったわ。

T医師：そのう、あのうですね、2カ所検査しました。1カ所は、

患者R：ええ、

T医師：〔準備原稿より〕

それで、ここに残っているのが症状残滓です。背中痛みはまだあるわけです。そして、医師も言及していることですが、検査中に疲労を感じて、胸の痛みもあったわけです。つまり、残余症状があります。これはどういうことかと言うと、この不確定性問題が頭をもたげるといえることです。起こっているのはどういうことかというのが、それまでのところで確定されていないのです。

それで、インタビューのあとのところで、この医師は症状残滓の問題に戻って、「あなたが胸の痛みがまだあるという事実は、実はちょっと困っているのです。検査結果は良好で、大きな問題はないみたいなのですがね。ひょっとすると、胸の痛みの原因がほかのところにあることがあります。そのう、筋肉の問題とか、たとえば。」不確定性の問題があるということは、医師がアドホック説明と呼ぶことができるものをしなければならないように追い込みます。私が思うに、「そのう、筋肉の問題とか、たとえば」というのがそれでしょうか。これが不確定性で、症状残滓を説明するのに医師がかかえる問題です。

これが、ひとつの種類の問題です。これには、ちょっとした解決策があります。見解表示連鎖と直接関係するものではありませんが、質問をして、私の同僚の医師が予期を形成すること (shaping expectations) と呼んでいるものをするのです。私はここで、ひとつ物語をみなさんと共有したいと思います。この医師は実は私の社会学の学生で、その後医学校に行った人間です。彼は卒業後、中西部の高次医療機関に就職しました。第三次ケアユニットと呼ばれるものです。

この事例では、患者は胃に40年間問題を抱えています。40年間問題を抱えながら生きてきて、この高次医療機関へと決定的な診断を求めてやってきたところです。なにがうまくいっていないのか。不快な経験を生じさせているのはなんなのか。それで、患者は病院へとやってきて、いくつもの検査を受けました。そして、患者は家に帰っていきます。検査が完了して、結果が出ました。3日後、患者と妻が病院へと結果を聞きに来ました。検査のときは患者ひとりだったのですが、結果を聞くときには妻もついてきました。「私は、すべての検査に立ち会いました。そして、結果を患者と妻に説明しました。予期されたことですが、どこも意味ある異常は見つかりませんでした。患者本人が感じている不安以外に腹痛を説明するものはなにもありませんでした。私は、彼に言いました。良いニュースだと。われわれは、なにも悪いところは見つけることができませんでした。腹痛の原因として、深刻な問題はなにもないのですと。このニュースを伝えた直後、患者の妻は私を指さして言いました。『わたしたちはこんなはるばるドライブしてやってきているというの

に、40年間夫が抱えている腹痛にはなにも原因が見つからないと言うのですか。』」そして、医師は言いました。「私は大きなショックを受けました。」

これは、彼が医師になった初期に経験したものです。それで、現在彼は、質問をするようにしています。「この病院に、なにを期待してやってきているのですか。あなたは、われわれになにができると思いますか。」そして、患者に説明するのです。診断というものが、どういうふうに進むのかを。可能性をつぶしていくプロセスです。つまり、決定的な診断が必ずしも得られるわけではないということなのです。これは、予期を形成することと呼ぶことができます。

### ●見解間の葛藤

以上が、良いニュースを伝達することに関係するひとつめの問題である症状残滓です。ふたつめの問題は、見解間の葛藤にかかわるものです。これからお見せしますが、以下のような状況です。患者は女性で、いまの仕事がいやでたまりません。そして、医療不適格の診断を求めています。これがあると、仕事をやめて、しかも障害給付（disability payments）がもらえます。そのためには、ある医療上の条件があると診断される必要があります。それで、彼女はかかりつけの内科医にたいして、鬱があると訴えます。それで、精神科医の診断を受けるように紹介されます。これからお見せする場面は、患者が精神科医から戻ってきたところです。精神科医は診断結果を内科医に知らせています。これから、医師が、患者にその鬱についてニュースを伝えるところです。

患者：x x x

医師：彼は、あなたの鬱はそれほど重要ではないと考えています。そうです。良いニュースです。そして、彼の診断はしっかりしています、病気を的確に見つけてくれます。

患者：わたしは、鬱になる期間があるのは明確です。

「Dr. Huntington」というのは精神科医のことです。内科医が言うには、精神科医の考えでは、現時点で鬱はあなたの病気の重要な部分ではありません。そのあとに、1.5秒の沈黙があります。われわれ、会話分析家にとっては、このような1.5秒のような沈黙は、抵抗が存在していること、彼女がそのような評定に不同意であることを示しています。それで、医師が言います。「これは、良いニュースです」と。また、沈黙があります。「というか、もし彼が正しいければですが」。さらに長い沈黙があります。2.5秒の沈黙です。内科医は続けます。「もし、彼が正しいのなら、それは良いニュースです。そして、彼はこういったことの診断に非常に長けています、私の見るところ。」こうしてみますと、1つ、2つ、良いニュースの断言があります。これにたいして、患者はこの現状記述に強い抵抗を示しています。そして、ついに口を開いて言います。「そのう、私はこれまでっつ x」ここでは、彼女が良いニュースだという考えから距離を置いていることは明瞭です。

患者の視点からは、これは悪いニュースなのです。なぜなら、彼女は医療障害という証明を得られないからです。私が、視点の葛藤と呼ぶのはこの点です。そしてこの事例では、

内科医は患者の視点を表示させるということから始めることができます。患者に、「ハンティントン医師の見立てはどうだったと思いますか」と聞くことで始めることができます。そして、患者は自身の感覚を報告し、そして、医師が結果を、患者の知識と信念と関係づけて説明することができました。実際には、患者が抵抗と距離置きとを見せたわけですが、そうではないやり方ができたのです。

さて結論です。どうニュースを伝えるのが良いのでしょうか。文脈によりますが、まずニュースの前触れをするような質問をすることです。いま、「文脈による」と申し上げましたが、その理由は、つねに医師がニュースの前触れをすることができるかということ、そうとはかぎりません。ですので、文脈がゆるせば、そしてそういうことは多いのですが、その場合には、前触れするような質問をすることで進行するのが良いのです。それによって、予期を形成するのです。「あなたは、可能性を除外していくという手続きがどう作動するのか、理解していますか」と。たずねることによって、「あなたは、診断についての議論に参加したいと感じていますか」と。ところで、先ほど紹介した抱井さんが示唆していることは、日本では、ガン告知はそのときその場に応じて、臨機応変にやることのようにです。事前に、「私は患者に告知しよう、あるいは、告知しないことにしよう。家族に言いましょ、あるいは、家族には言わないでおきましょう」と決めて臨むことではないのです。家族にもたずねることができるのです、「あなたの希望はなんですか」と。患者にも事前にたずねておくことができるのです。「検査をしますが、あなたは、結果をそのまま知りたいですか」と。つまり、このような種類の質問で始めることです：「診断についての議論に参加することを希望しますか。」そして、もし、議論に参加しているのが患者、あるいは家族の場合、「あなたは状況をどうごらんになっていますか」とたずねることで進めていくことができるのです。つまり、見解表示連鎖というわけです。

そして、Rob Buckmanに戻ります。「もし、ニュース伝達をうまくできなければ、患者あるいは家族は決して医師を許さないでしょう。もし、上手にできれば、患者たちは医師を決して忘れないでしょう。」

どうもありがとうございました。

## ＝質疑応答＝

■平 英美（指定討論者：滋賀医科大学：医療社会学）からのコメント

平：メイナード先生、とてもすばらしい講義を聴かせていただきどうもありがとうございました。最初だけ英語で申し上げましたが、日本語で質問させていただきます。今日のお話は会話分析に関連するものであったと思います。最初に大きな質問で恐縮ですが、包括的なこととして少しお聞きしたいことがあります。今日は、医療場面のbad news tellingでした。ご著書を邦訳で読ませていただきましたら、やはり、bad news tellingをわりとジェネラルなかんじでされていました。日常会話におけるbad news tellingと医療場面におけるbad news tellingが同一なのか、ちがうのか。先生のなかで、それをどの

ように区別しておられるのか。とくに、シークエンシャルなオーガニゼーションの点で、医療におけるbad news tellingになにか特色があるのか、あるいは、なくて、両者は同一のものとして扱っていいのか。この点をまず、出発点としてお聞きしておきたいのですが。

メイナード：まず、最初の違いは、日常会話のbad news tellingでは、さまざまな悪いニュースがあるということです。そのひとつは、第三者についてのニュース（third party news）と私が呼ぶものです。それは、会話の当事者ではない第三者についてのものです。つまり、日常会話では、話し手についてのニュースである第一者ニュース、そして、聞き手についてのものである第二者ニュース、そして、第三者ニュースがあります。そういうわけで、病院で見られるのは、第二者ニュースのみであるという違いがあります。そして、これにともなって、ニュース伝達に特徴が見られます。悪いニュースの場合、それがどう伝達されるか、受け止められるかです。とりわけ、日常会話の場合に、悪いニュースの伝達で見られる特徴は、悪いニュースの核心を導くための事実が告げられるということです。私の本に挙げた例ですが、シラキュースまで車に乗せて行ってあげられなくなったということがあります。女性がこの悪いニュースの受け手なのですが、その伝え手である彼は、行った先で泊まる予定だったところに泊まれなくなったと言います。つまり、電話をかけて「悪いニュースです。あなたをシラキュースまで乗せて行ってあげられなくなりました」と言うのではないのです。そうではなくて、「泊まる予定だったところがだめになりました」と言ったのです。そして、病院でも、悪いニュースを伝えるときに、診断でわかったことを引用するという点では同じです。「あなたはガンです」と言うわけではありません。「検査結果は、腫瘍の存在を示しています」と言うのです。私は「ある条件を断言すること（asserting a condition）」と「証拠を引用すること（citing the evidence）」という区別をしていますが、前者ではなく、後者をしているのです。

メイナード：付け加えますが、いただいた質問は良い質問だと思います。いろいろな複合性があります。もうひとつ申し上げておきますが、日常会話で使われる見解表示連鎖は、議論している人びとの意見であることが多いです。たとえば、ある映画を見たときです。そのときにたずねるのは、映画『x x x x』はどうだったという質問です。そして、相手の見解を聞いて、自分の見解を伝えるのです。この場合の連鎖は、意見の共有のために使われます。そして、医療場面では、医療上の条件についての意見が共有されるのです。

メイナード：最後の点ですが、私の本は全体として、会話における悪いニュースの伝達と医療場面での悪いニュース伝達との対比を中心に構成されています。そういう点で、このことについて答えることができるのは、（訳者である）樫田さんです。

平：中心的な概念は perspective display sequenceが特徴的でした。それが、医療においていかに有意義であるか、いかに利用されているかを詳しく勉強させていただきました。ある種のpresequenceとっていいのでしょうか。会話のなかで、perspective displayがpresequenceということになるのではないのでしょうか。



メイナード：そのとおりです。また、悪いニュースのアナウンスそのものにたいする presequence となっています。それゆえ、見解表示は、ニュース伝達の連鎖にたいする presequence となっています。きょうのところは、お話し構成上、見解表示連鎖に焦点をあてました。ですが、もっと大きなお話しをするときには、これが presequence であること、そして、ニュース伝達の連鎖が見解表示とどういう関係で進行するかについてお話しをすることになります。

平：PDS が医療にとって有意義であるというお話しでした。データのなかにメイナードさんが発見されたということですが、これは、自然発生的に医療のなかで生じてきたものなんでしょうか。あるいは、少しまえまでは、ぶっきらぼうに言ったり、引き延ばしたりということが多かったということでしょうか。

メイナード：そうですね、まず、私が PDS をどのように見ているかということをお話し上げましょう。これは、相互作用上のコンピテンス（能力）だと私は考えています。そして、会話分析の研究者は、会話相互作用の実践や手続きを、参加者のコンピテンスと見なします。そういうわけで、私は病院で収集したデータを持っています。医療実務者がニュースを伝達しているところです。そして、実務者のある人たちは PDS を使用しており、そうしない人もいます。そうしている人たちがどうやって習得したかについては、私にはわかりません。私の理解するところ、こんにちでは、私の研究についてよく知っているところでは、PDS を活用しています。スクリーンにお見せしたロブ・バックマンの本は、PDS について私の本を引用しています。ただ、彼は私とは若干異なる用語を使っています。それがなんだったか残念ながらも思い出せません。彼は、トロント大学で教えています。ほかのところでも、PDS の使用を教えているところがあるのを知っています。

平：コミュニケーションの医療における改善ということがよく言われる。PDS を使用することで、患者の見解、医療者の見解が共有されるとおっしゃったのですが、文字通りに共有ということは可能なんでしょうか。

メイナード：見解表示において、伝達者と受け手とは、共有されているひとつの見解に到達する、ということにはできると思います。もちろん、共有されている見解というのは、それが気づかれるのは、合意が展示されるのは、伝え手の見解です。たしかに、非対称が存在しています。どちらの見解が良い見解であるかを探し求めるという連鎖ではないのです。これが正しい見解であるということを伝え手はすでに知っているのです。これから、臨床上の権威や、制度上の行為者と素人の行為者との関係といったものに話題は広がっていきます。ですので、伝え手と受け手がたしかに共有されている見解に到達すると私は信じています。ですが、そこには非対称があるのです。そういう意味では、「なにが起こっていると思いますか」と医師がたずねて、患者や家族が答えたことに、まったく合意するということがあるわけではありません。これは、臨床家の見解が正しいと確証するという目的のためのものです。

メイナード：いまの質問もじつに良い質問です。それで、ここで付け加えておきたいのですが、ひとりの会話分析家として、あるいは広く社会学者として、「共有された見解」というときに想定するのは、相互作用において共有された見解として表示されるものです。つねに、当事者のいずれかが、自分の表示していることを私的には (in private) 信じていないというのがあることです。表示されている合意と、私的に持たれている信念とのあいだにギャップがあるというのがあります。それゆえ、これは重要な区別です。表示されている合意が参加者の私的な見解や見方と同じものとは限らないということをおさえておくことは重要なことです。

■佐伯 日登美（ヒューマンケア研究会：看護師）からのコメント

佐伯：メイナード先生、PDSについてすばらしいお話をありがとうございました。私のコメントでは2つの点について指摘させていただきます。日本の医師の例ですが、規則違反だとおっしゃいました。9ページをご覧ください。これについて、私はほかの解釈をしました。いかに、医療者が、患者にとっていちばん良い結果となるかを、説明のなかですでに引っ張ってきている医療者の姿がそこにあると思いました。その点は、調査されているなかで、ことばを分析された以外、医療者の会話の進め方について、指摘される点がありましたでしょうか。そして、もう一点は、good news, bad newsというふうに表現されておられるのですが、日本人にとってのひとつの例ですが、bad newsを恐るべきものとして受け取らない例を紹介したいと思います。日本人には、文化的に、死を恐れたり告知を避けようという傾向が強いと紹介されていますが、それにもまして、患者自身が自分の不安よりも家族の混乱を避けたいあまりに、知らないふりを演じるという例が多く報告されています。そうした面を考えますと、bad newsが患者が楽になれるポイントだったりします。先生のご紹介いただいて、医療の実践の場面でぜひ活用して紹介していきたいと思うのに加えて、そのあたりを、取り入れるときのもうひとつの考え方として、スキルとしてだけではなく、bad newsを伝えるのにたいへんだからどのように工夫しようかということだけではなく、assertive な態度で、こう、そうして、あのう、bad newsを共有する立場を確立しながら伝えていくという役割をつくっていかなければならないのではないかと思います。そして、患者が望んでいることというのは、より思いやりにあふれた手法というだけでなく、それにくわえて、共有してくれる時間をそこに延長してくれることではないかというふうに、臨床にいた者としては感じる場合があります。その場を、また社会的に集められたデータから、どのように共有する時間が役立っていくかを今後わたしたちに教えていただきたいと思います。

檜田：司会者ですが、ほぼ同じことを感じております。いま、コメントしていただいたそれぞれの点にほぼ同じ疑問を持っています。ひとつめは、ルール違反をしているということでしたが、ほんとにルール違反なのでしょうか、という質問だと思われま。佐伯さんは、医療者として、その場ですべき最善のことをしている。それが、ほかのお医者さんと同じことになっても、あの場面としての適切さは崩れていないのではないかという質問になっていたと思います。相互行為ですから、ここからあとはぼくの意見なのですが、話を聞いていたおじいさんのほうもとくにへんな顔をしていなくて、「そうそう、ほかの先

生もそうってました」とこたえていたので、どういうことでしょうか。相互行為的になんかトラブルが起きているようには見えなかったというのがひとつめの質問です。ふたつめは、たぶん、 그레이ザーとストラウスの紹介が日本で非常に広くされているので、それを受けて、佐伯さんがおっしゃっているのだと思います。隠すというのは、患者本人にとってもたいへん苦勞なことで、家族にとっても苦勞なことで、bad newsを直接本人に伝える、あるいは家族に伝えるということが、患者が楽になる、あるいは家族が楽になる、むしろ、bad newsがgood newsになる、隠すという苦勞に比べればそれから離脱する、知らないふりを演じるという苦勞からすれば、ラクになるというポイントがあると思うが、そう受け取っていいのかという質問、になっていたのかなと思うのですが。

佐伯：質問というよりは、

檜田：そうやって受け入れていきたいということですね。それでは、通訳をお願いします。

メイナード：そうですね、私がお見せした日本のエピソードにおいては、医師が相互行為ルールに違反したと言いましたが、ルールが違反されたということを夫が示すような反応はたしかにありませんでした。私の見るところ、これは相互行為が通常どのように組織されているかということに基づいています。あのような違反が生じるということは、あのような違反は医師と患者とのコミュニケーションにおいて数多く生じていると思います。私自身も医師から、すでに知っていることを告げられたことがあります。その理由の一部は、われわれがあまりこれに異議を唱えないことにあると思います。そして、それが関係しているのではないのでしょうか。これは、pre-announcement連鎖です。「ニュースがあります。」「良いニュースがあります。」「悪いニュースがあります。」これらはすべて、もし、ニュースがすでに受け手によって知られているものであれば、ニュースの伝達をブロックするというルールがあるということと関係していると思われま。受け手は、「あら、私はもう知っているわ。聞いたわ」と言って、伝達は起こらないのです。なぜなら、既知のニュースを伝達するということは、違反だからです。それは、「ニュース」ではありません。しかしながら、臨床場面では、こうした相互行為ルールの違反が起り、Garfinkelが大昔に「やりすごす (let it pass)」と名づけた実践をしています。

メイナード：付言したいことがあります。私は日本語がわかりません。ですので、あそこで起こっていることのニュアンスで私が見逃していることがあるだろうということはほぼ間違いありません。ですが、ドキュメンタリー番組の翻訳が正確である範囲において、夫は、「Yes, another doctor said the same thing.」と言っています。これは、いまの医師が言っていることの少なくとも一部はすでに聞いて知っているということです。そして、これについての見方のひとつは、ここでは臨床的視点を取りますが、なぜなら、私の知っている臨床家はこの問題に非常に注意しているからです。それは、患者ひとりあたりどれだけの時間をかけられるかという問題です。日本の医療文脈についての私の理解では、医師ひとりあたりが担当する患者数は、とてつもなく多いと聞いています。合衆国よりもはるかに多いようです。ということは、合衆国よりも時間の制約が大きいということです。

合衆国でも、すでに時間の制約が問題となっているのに、それ以上だということです。そうだとすると、ここで提起できる問題として、もし患者がすでに知っていることを患者に伝えて、どうして繰り返すことで時間を無駄に過ごすのでしょうか、ということがあります。さて、これが私の見解です。私は、あの医師がこの時点まででできる最善のことをしているという考えに興味があります。ですが、私ならば、どうして医師がこういう質問をするのかという疑問を投げかけたいと感じます。すでに患者が知っていることを繰り返して時間を無駄にするよりも、患者が知っていることに付け加えていくということができるというのにです。

メイナード：最後のコメントですが、日本の医療文脈においては伝統的に、患者や家族はアメリカの文脈ほどには自己主張しないということがあります。医師に、治療する権利などを委任するという事です。ですので、先のビデオクリップで示されたのは、ある意味では家族が医師に示す敬意の表現だと言えるのでしょうか。そうだとすれば、ルール違反ではないでしょう。なぜなら、そのような敬意の実体化だからです。そういう要因が作用しているということも理解できます。これは、重要で複雑な、分析上の問題点です。

メイナード：2つめのコメントについてです。コメント全体をきちんと私が理解しているかどうかは自信がありません。私が理解した部分は、秘密を保持することの困難さについてです。それは、たしかにありそうです。これからお話しすることも、日本の医療文脈についての議論を読んだ知識に基づくものです。そこで読んだ論文のひとつによりますと、患者が、潰瘍があると言われたとき、彼女はガンだと知るということです。それでも、「ガンです」と言うことと「潰瘍です」と言うこととの区別が必要です。それは、重要なことです。ただ「潰瘍」と言うことがガンだと理解されることがあると知ることは重要です。そうすることによって、希望を持つことができたならそうするのですから。すべての医療情報が公式なレベルである必要はないのです。

フロアから（1人目）：たいへん興味深いお話をありがとうございました。ひとつ質問をさせてください。問題の、9ページのさきほどの、関連するところで、ふたたび同じ質問になってしまうかもしれませんが、ご容赦ください。わたしは、患者の立場から言うと、気づきを信じたくないという気持ちがあると思う。そういう文脈に乗せると、「yes, another doctor said the same thing」という部分は、ほかのお医者さんからも言われて、あなたからも言われて、客観化できたと思う。ひとりの医者言うことだけではなく、もうひとりから言われて信じるのができたと思うのです。ここで患者は初めて、realizationが可能になったように思うのです。だとするならば、むしろこの場面では、メイナードさんがおっしゃっていることとはぎゃくで、realizationが促進されたのではないかというふうにはわたしは見たのですが、このような解釈についてどう思われますでしょうか。これは、日本のみならず、先生のPDSにかかわる問題、PDSだからrealizationが促進されるとはかならずしも言えない、そういうことを言いたいのですが、どう思われますでしょうか。

メイナード：ええ、そういうことも大いに考えられることです。これがセカンドオピニオン状況ということも可能です。それでも、以下のことは言えると思うのです。もしこの医師がセカンドオピニオンをもたらしているのだとしても、家族の気づきを促進するのに、すでに知っていることを引き出してからそうすることがより効果的だと思うのです。そうすると、家族がすでに知っていることを医師は公式に、明確に追認することができるのです。その場合、夫が言うことを追認するという立場に医師が立つことができます。ですが、ビデオクリップでは、医師の言うことを、ほかの医師から聞いたことと照らしあわせて夫が確認しています。これは、セカンドオピニオンを得るやり方としては奇妙なものです。わたしは、夫がすでに知っていること、ほかの医師から聞いたことを引き出しながらやることで、これをもっと効果的に行うことができると思うのです。

フロアから（2人目）：このときに医者はガンである、転移しているかもしれない、でも手術する、と3つのことを言っているのです。ところが、どうも転移しているかもしれないというところに、このニュースのニュース性があるような話し方をしているように聞こえました。ところが、ここでは「same thing」と言っているだけですよね。そうすると、ほんとうはこのことで、つまり、手術しても助からない、転移しているかもしれないという部分が伝わってないんじゃないかという気がするんです。それで、こういうかたちで deliveryすると、ほんとうに伝えたいことが伝わっていないこともあるということで、メイナード先生のおっしゃることはひじょうに正しいのではないかと思うのだが、どうでしょうか。

メイナード：どうもありがとうございます。ご指摘のとおりではないかと思えます。

フロアから（3人目）：エスノグラフィーも会話分析もまったくわからないものです。9ページのシーンで、医師との会話が議論となっています。あれは、家族であって患者ではありません。どうして患者でないひとの bad news telling が対象となりうるのか。分析の対象としてはわかるのですが、いまは患者にとっての good news, bad news という話をしているのであれば、いまは家族にたいしての good news, bad news であるのではないかと思うのです。患者が登場してなくて、なぜそこに分析の対象があるのでしょうか。

檜田：それも含めて、good news, bad news と呼ぶのでしょうかということでご理解いただけないでしょうか。時間が押していて恐縮ですが、さらに詳しいことは懇親会でお願いできればと思います。

フロアから（4人目）：2つ質問があります。ひとつめの質問です。合衆国の医学生は全員が、PDSのようなスキルを学習するのでしょうか。もし、そうだとするならば、その学習はどのようなものなのでしょうか。2つめです。わたしは、bad news を伝達するときに紙に書くということをしています。これについては、どう思われるのでしょうか。

メイナード：最初の質問への回答は、たいへんに複雑なものです。まず、医学校はますます



す、医師－患者コミュニケーションについてさらに多くを伝えるようになってきています。それで、悪いニュースを伝えるということはこの医師－患者コミュニケーションの一部となりつつあります。ですが、合衆国全体で斉一的なものではありません。国土が広いものですから、大きなばらつきがあります。また州の規制にも医師会にも多様性があります。まとめますと、医師－患者コミュニケーションについてより多くのことが教えられています。ですが、医師－患者コミュニケーションが教えられるときに、患者に悪いニュースを伝えるということが教えられるときもありますが、つねにそうだとはかぎりません。そして、どれだけの頻度でいくつの医学校で悪いニュースについて教えているかの情報は持っていません。ですが、その数が増えているということはまちがいありません。また、見解表示連鎖についての教育がどれだけ広まっているかも知りません。わかっているのは、ある医療場面の個人が、その場面と個人、見解表示連鎖を教えているということは知っています。わたしのサンプルはとても限定的なものなので、一般的なおこたえをすることはできません。

2つめの質問についてですが、わたしは、あなたが書類を患者に見せていらっしゃるのだと理解しています。それを聞いてうれしく思います。それが、見解表示をするひとつのやり方だからです。カリフォルニア大学サンディエゴ校の医学校でトークをしたことがあります。そのときにひとりの医師があなたと同じことを言いました。患者に悪いニュースを伝えるときに、診断上の情報が書かれた書類を見せると言っていました。そうして、いっしょに見るのです。これは、彼自身の臨床経験を通じて開発したものだそうです。そして、いまではつねにこれをしているそうです。とても効果的ですから。そのときにわたしが指摘したことは、ならんで座るということです。書類をいっしょに見るときにならんで座ると、並んでながめるということになります。向かいあって座っているときとくらべて、関係のダイナミクスをこれによって変えることができます。もうひとつの点です。わたしが調査した病院のひとつにHIVの検査をする病院があります。これからお話することは、そのひとつのカウンセラーの実践です。顧客にHIVでポジティブだったという情報を伝えねばならないときに、ウェスタンブロット法テストを考案してその結果を持って行きます。それをテーブルの上において、患者に書類を読むように言います。そして、その結果がどういうことか考えるように言います。それも、並んで座って、書類に並んで視線を向けるのです。これは、重要で適切な臨床スキルです。

檜田：すいません、予定の時間がきました。通訳の南さん、コメンテーターの平さんと佐伯さん、そして、もちろん、講演いただいたメイナード先生に、最後に拍手をいただいて終わりにしようと思います。どうもありがとうございました。（拍手）ありがとうございます。山田富秋先生から、宴会のご案内があります。それから、明日、この同じ建物の第1講義室で、2時半から、タイトル変更になっています。「自閉症の知見から」というタイトルで、「エスノメソドロジー、会話分析、社会学的未来」というタイトル変更になっています。2回目のメイナード先生の京都講演があります。よければ、いらっしゃってください。子どもの能力の算定のしかたとゲシュタルトがセットになった発表です。

山田：これから、懇親会で、メイナード先生の歓迎会を開きます。リーガロイヤルホテルでやります。わからない方は、そこでおまちください。また、かなり余裕があります。これから参加されたい方は6500円です。3階です。

＝文献リスト＝

DeBaggio, T. 2000. Loss of memory, loss of hope. i, 25 June.

Fallowfield, J. J., Jenkins, V. A., & Beveridge, H. A. 2002. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. *Palliative Medicine* 16-4: 297-303.

Lind, S. E., Good, M.-J. D., Seidel, S., Csordas, T., & Good, B. J. 1989. Telling the diagnosis of cancer. *Journal of Clinical Oncology* 7: 583-589. Wolkomir 1998, April

編者注：

小見出し、表、文献等を補充し、より読みやすくしたものを、後日、HPサイト

＝<http://www.ias.tokushima-u.ac.jp/social/>＝に掲載する予定である。（樫田）

2015年秋の注記：徳島大学のサイトアドレスにあったファイルは、樫田の神戸市看護大学への転出にともなって2013年春に削除された。かわりに、科研報告書に掲載された講演記録ファイルは現在以下のアドレスにおいて公開されている。

＝[http://kashida.world.coocan.jp/kasida/kaken\\_houkokusyo/](http://kashida.world.coocan.jp/kasida/kaken_houkokusyo/)

（2015年10月追記 樫田）

\*\*\*\*\*

【編集後記】

『現象と秩序』第3号をお届けします。今回も、どうぞご堪能下さい。

なお、本号に掲載された2つの論考（石川論文とメイナード講演＝南保輔訳＝）に関連して、ヘリテッジ&メイナード編『診療場面のコミュニケーション』（勁草書房）が、9月末に刊行されています。あわせてお読み頂ければ幸いです。

次号は、2016年3月発行となります。慶應義塾大学の池谷のぞみ氏の神戸での講演記録（樫田の作業遅延により、掲載号が1号先送りになりました）のほか、日本社会学会大会のテーマセッション『専門職教育の社会学』（2015年9月20日午前開催。於早稲田大学）の記録も掲載の予定です。どうぞ続けてよろしくお願ひします。

付記：『現象と秩序』は、国立国会図書館雑誌記事索引の対象誌に選定されました。CiNii等でも「論文単位」「論文著者単位」で検索が可能となっております。（Y.K.）

\*\*\*\*\*

『現象と秩序』編集委員会（2015年度）

編集委員

樫田美雄（神戸市看護大学）

中塚朋子（就実大学）

堀田裕子（愛知学泉大学）

編集幹事

松下晶季（神戸市外国語大学）

坂根杏奈（神戸市外国語大学）

編集協力

村中淑子（桃山学院大学）

『現象と秩序』第3号

2015年 10月30日発行

発行所 〒651-2103

神戸市西区学園西町 3-4

神戸市看護大学 樫田研究室内 現象と秩序企画編集室

電話・FAX) 078-794-8074（ダイヤルイン）

e-mail: kashida.yoshio@nifty.ne.jp

PRINT ISSN : 2188-9848

ONLINE ISSN : 2188-9856

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