

相互行為による「達成」 (Interactional Achievement)としての医療実践：

——メディカル・カンファレンスを一例として¹⁾——

藤 守 義 光²⁾

Medical Practice as Interactional Achievement

FUJIMORI Yoshimitsu

1. はじめに

Harvey Sacksという、類い希な社会学者によって60年代に始められた会話分析は、社会的相互行為の分析に新たな地平を切り開いた。Harold Garfinkelを創始者とするエスノメソドロジーという社会学の一潮流から生まれ出たこの会話分析は、実際に行われている行為をテープレコーダーやビデオといった技術で記録し、それをもとに詳細なトランスクリプトを作成することによって、社会の成員が実際に様々な活動を行う際に、何が、どのように行われているのかを端的に示し、分析することを可能にした。これまでのアプローチとは異なり、エスノメソドロジーは社会やその成員について、新たな説明や理論をうち立てようとするものではない。また、何か所与の理論から概念やカテゴリーを取り出してきて、それを扱っている現象に当てはめていく、という方法をも拒否する。むしろエスノメソドロジーが（そして会話分析が）目指していることは、様々なデータをもとに実際におこなわれてる成員の活動を詳細に観察し、それらとできうる限り照らし合わせるかたちで、概念やカテゴリーを生成していくということに他ならない。端的に言えば、フィールドの外部から概念枠組みをいっさい持ち込まない、というポリシーを貫くのだ。「エスノメソドロジーは経験的な探求だ」、というのはGarfinkelの有名なせりふだが、われわれはひたすら「メンバー（成員）が経験している現象を」理解し、解明し（elucidate）、記述したいと考えてきた。成員がどのような前提に立ってある現象を理解し、その理解に基づいてどのような活動を遂行するのか、を「内側から」理解することがわれわれの主眼である。

会話分析は当初から、社会の成員が「日常的な会話」を成し遂げるために用いている手続

き、装置、方法、リソースあるいは能力といったものを同定し、描き出そうとしてきた。その分析において焦点が当てられたのは、「日常的会話」がシークエンスな秩序 (sequential order) を持っているという事実であり、そのような秩序が、会話そのものの流れの中で参与者たちによってどのように達成されていくのかという点にあった。会話とは相手を自分とうまくコーディネートさせながらすすめられる相互行為であり、サックスはこのような会話というものが実践的に秩序だったものとして組織化されていなければならないという事実を観察した。しかしながらここで注意すべき重要な事柄は、会話分析の主眼はが「会話そのもの」にあるのではない、という一見矛盾して聞こえる点にある。Sacksらがもくろんでいたのは、むしろ会話というフィールドを分析することで、われわれの活動がいかに精密に組織化されているかが可視化されるということにあった。³⁾

会話分析による研究は、当初いわゆる「日常会話」を中心に進められてきたのだが、近年のそのスコープを大きく広げ、いわゆる制度における会話 (institutional talk) の分析が大きく進展している。これは特定の領域 (例えば、医療、教育、法律など) における、固有の場面のやりとり (たとえば、診療室、教室、裁判所など) がどのような特性を持っているかに焦点を当てた研究である。このなかでとくにわれわれの注目を引くものは、会話分析をフィールドワークの一つの手法として用いながら「組織のエスノグラフィー」を目指すWes Sharrockらを中心とした、マンチェスター学派の業績である。会話分析は言語学などに社会学以外の分野でも一つのスタンダードな地位を確立したといっても過言ではないが、一方でそのような会話分析が、会話や相互行為の緻密なメカニックスのみに注意を払う一種の「技術論」に成り下がってしまった感のある今日、Sharrockらは、われわれの実践が持つ論理的な性質 (logical property) を解明 (explicate) するための一つ的手段として、会話分析をもちいるという、まさにSacksが意図していたことを「まっとうに」継承しているといっても過言ではないと思う。

そのようなマンチェスター学派の一連の作業に触発されながら、われわれはここ何年かの間、救急医療のフィールドワークに取り組んできた。この小論の目的はわれわれがフィールドワークを行ったメディカル・カンファレンスの幾つの特徴を会話分析を一つ的手段として用いたエスノグラフィーによって描き出すことにある。そこでわたしたちが意図していることは、簡単にいってしまえば、カンファレンスという場で「実際に」、「何が」、「どのように」、「行われているか」ということである。このカンファレンスとはチームに別れた医師たちが自分たちが担当している患者についてその状態や自分たちが行った処療について上級医である教授ないしは助教授に毎朝報告し、承認を得るという会合である。しかしながら、データを分析することによって、このカンファレンスでは単なる報告会という性格を越えた活動がなされていることが明らかとなる。ここではその中から1) 管理 (administrative), 2) 医療の質のコントロール (Quality Control), そして3) トレーニングという3点に焦点を当て、フィールドワークで入手した映像、会話、観察データをもとにその概要を記述していきたいと思う。われわれが提示し

たいのは、それぞれの参加者が自己をこのカンファレンスの場面で意味ある存在として提示しあうことで、一つの相互作用による「共働」としてカンファレンスという場を「達成」させているという事実である。そしてその際に、参加者たちはどのようなリソースを用い、どのような論理立て(reasoning)を使用しているのかを示すことにある。

2. セッティング

2-1

我々がフィールドワークを行っている場は医療施設として、幾つかの際だった特徴を持っている。まず第1にこの施設は厚生労働大臣によって認定された「高度救命救急センター」と呼ばれるものの一つである。このような施設は全国に現在11カ所だけ存在し、従来の救命救急センターの診療に加えて、広範囲熱傷、指肢切断、急性薬物中毒などの特殊疾患を専門的に治療することが24時間可能な施設である。

第2の特徴は、このセンターが大学の医学部付属病院に付属しているという点にある。センターは医学部の救急医学医局によって運営されており、救急医学講座の主任教授がこの高度救命救急センターの責任者を兼任している。従ってここは単に高度な医療を提供する施設というだけでなく、高度な医療研究を行う施設でもある。

第3の特徴は、2点目と関連している。医学部付属病院に付属しているということは同時にこの施設が医師を養成し、訓練する教育施設(teaching hospital)であることをも意味する。ここでは学部生の教育はもちろんのこと、各診療科を回って研修する新卒医師(通称「ローテーター」)の教育訓練も行う。加えて、このセンターは日本救急医学会の指導医指定施設に認定されており、専門の救急医を養成する機関としての役割も担っている。さらに東京消防庁からは現場で実際に救急車に乗っている救命救急士が研修生として常時2名派遣されており、派遣された救命救急士は2年間にわたって、救急医療のトレーニングを受けることとなる。

2-2

救急センターの医師たちは、重篤あるいは緊急の対応を要する3次救急の患者のみを扱う。救命対応で搬送されてきた患者は、1階の初療室で処置を受け、それらが一通り終了し、様態が安定したところで、2階の集中治療室(ICU)に移される。そこでさらに様態が改善したところで、a)退院、b)同じ大学病院内の一般病棟への転床、c)他の病院へ転院という動きとなる。

2-3

医師はA、B、Cの3チームに分かれてシフトを組み24時間体制で診療に当たる。各チームには「チームリーダー」と呼ばれる経験豊かな医師(救急で9年以上の経験を持ち、日本救急医学会の指導医師の資格を有する者)を筆頭に、研修中の「ローテーター」までが振り

当てられる。一つにチームには、原則的に同じぐらいの経験年数を持つ医師が均等に割り当てられるようなチーム編成がなされている。チームはチームリーダーの指揮の下、患者の治療に当たる。自分たちが担当の時に受け入れた患者は、その患者が救急センターを出るまでそのチームが責任を持って治療を行う。なお教授、助教授は診療には加わらない。

2-4

本論が対象とするのは「上申」「カンファレンス」などと呼ばれている場面である。(本論では便宜上カンファレンスと呼ぶことにする)これは週日の毎朝行われる症例報告である。カンファレンスでは、救急医学の各チームと、3次対応の患者を扱った他科の医師が、センターの責任者である救急医学の教授(ないしは助教授)⁴⁾に対して、自分たち扱った(あるいは現在ICUで扱っている)患者について報告する。前日の朝から明るく朝のカンファレンスまでの24時間の間に搬送された患者については、その患者がどのような経過で運ばれ、どのような診断を下し、どのような対応をしたのかについて報告される。前日以前に来院し、現在ICUにいる患者については、経過が報告される。

2-5

ケースの報告ははだまかにいって次のような経過をたどる。まずチーム(ないしは科)の代表者がそれぞれのケースについて報告する。カンファレンスルームには「シャーカステン」というレントゲンやCTのフィルムを見るための照明器具が備えられており、必要な写真等を掲げる。教授は画像やカルテに記載されている検査データ等を参照しながら報告を聞き、不明な点等があれば質問をする。診断、処療に問題がないと判断されれば、その報告は承認され、次のケースへと移行する。問題があると判断された場合は、問題を指摘し、議論し、方策を考え、あるいはアドバイスを与えるといったことが行われる。詳細については以下データを分析する過程で提示する。

3. 「管理」(Administrative) の場としてのカンファレンス

3-1

センターを統括する救急医学の教授、助教授、あるいはチームリーダーとのインタビューを通して、まず明らかにされることは、カンファレンスにおいてまず患者の「出入り」が「管理」されているということである。とりわけICUのベッド管理が(誰がICUに入って、誰を出すか、誰が出るか)カンファレンスの重要な機能であることが強調される。管理者である教授は3次救急に運ばれたすべての患者のケースを把握する責任を負うとともに、ICUのベッド管理をも行う。救急医療という性格上ICUへの入院の可否は当直チームの判断に任されるが、制度上においても教授の承認なしに患者がICUを出ることはない。

3-2 artifactとしての「入院台帳」「入院伝票」

このようなベッド管理あるいは患者の出入りを管理するために重要な役割を果たしているのが、カンファレンスにおいて教授が閲覧・記入する二つの書類、「入院台帳」「入院伝票」と、それらを巡る活動である。このカンファレンスはICUに隣接するカンファレンスルームで行われるのだが、カンファレンスが始まる前に、センターの事務員がやってきて「入院台帳」と患者の入退院の承認に必要な「入院伝票」を教授の机の上に準備する。「入院台帳」には患者がセンターに来院した日から、センターを出る日まで、毎日の経過が報告を聞く教授によって簡単に記載される。カンファレンスにおいて報告を受けるのは教授と助教授が交代で行うので、これを見ることによって前日報告を受けていなくても、それまでの経過が一目で理解可能となる。「入院伝票」はセンターへの患者の入院、並びにセンターからの退院（生死を問わず）を事務的に処理するために必要な書類で、教授がサインすることによって「正式」に入退院が承認されることとなる。

3-2 報告の始まり

このことは、報告が始まるに当たって、報告される患者の書類(入院伝票、入院台帳等)を、報告を受ける側の教授がきちんと確認し、用意するまで、報告が始まらないという事実から明らかとなる。2つの会話データを見てみよう。

データ1「報告の始まり1」(P:教授, J:報告者)

- 1 J: えー、山田花子さん、62さいー
- 2 P: =ちょっとまってね (2.0) [伝票を探す]
- 3 J: [伝票を一つ取り上げて] えーと、これです
- 4 P: あ、はい

データ2「報告の始まり2」(P:教授, J:報告者)

- 1 P: [台帳, カルテ, 伝票を見, //伝票を一つ取り上げる]
- 2 J: //それでは、まいります。昨日×××で入院され//た
- 3 P: //ん[Jを
- 4 見上げる] =
- 5 J: =山田太郎さんー、92歳、男性ですけど、

これらのデータは2つとも報告が始まる場面を示している。データ1では、報告者の医師Jが報告を始めるが、報告を受ける教授Pがその患者の入院伝票を見つけられないために、報告を中断するようにうながす(2行目、「ちょっとまってね」)。それに対して、報告者が伝票を探し当てて、教授に提示する。4行目の「あ、はい」は、報告者が差し出した伝票が「適

切な」ものであることを示すと同時に、中断された報告を再開するよう促す発話となっている。

データ2は他で詳細な分析を試みたので⁵⁾、ここでは簡単に触れるにとどめるが、1行目においてPは、Jのカルテを見て報告されるべき患者の名前を割り出し、さらに入院台帳にその患者を見だし、並べられた伝票の中からその患者の伝票を見つけてとりだし、台帳と平行して並べることで、作業可能な状況を物理的に作り上げている。さらにそのような作業をすることを通して、Jに自分がまた報告を受ける準備を整えつつあるのだという提示している。JはPが報告しようとする患者の入院伝票を取り上げたのを見届けると同時に報告を開始しようと試みる。

このようにこの2つの書類は、カンファレンスを行うのに不可欠なartifactなのだが、それは2つの意味において「管理する」という側面を充足しているといえる。まず、それらの書類は（ことに入院伝票は）端的に病院内での事務的手続き上、患者を「処理」するために存在している。そしてそれらの書類はカンファレンスを経ることなくしては、（教授が実際に処療した医師の報告を聞くことなしには）プロセスされることはない。患者と書類が同定されるまで、報告が始まらないことがこのことを如実に語っている。従って、これらの書類が記載されていくということは、報告が進行していく、あるいはカンファレンスの成立と同時進行の事柄だということができる。次のデータを見てみよう。

データ3「転床」(P:教授, J:報告者)

- 1 J: えー胸部外科です。えーと、山田太郎さん、えーと、オルデン***の狭心症でっ7月
- 2 23日にCABGの*** (5.0) 全身状態良好で術後1日目で抜管で、昨日ドレーン抜去、
- 3 今日あの一、一般病棟に転床ということで (2.0) 状態は一安定して//います
- 4 P: //病棟どこ?
- 5 J: えっ、3の4Bです
- 6 P: えーと、今日は10年7月にじゅうー（報告者の方を見上げながら）＝
- 7 J: ＝にじゅうーなな、です
- 8 P: にじゅうなな (1.5) ん、ん?
- 9 J: はい?
- 10 P: 病棟どこ?
- 11 J: 3の4Bです
- 12 P: 3の4のBね＝
- 13 J: ＝はい
- 14 P: (うなずく)

4行目でJの報告が完全に終わらないうちに教授はすでに転床先について尋ね始め(「病棟どこ?」)、すぐに手元にある書類に記入を始めている⁶⁾。そしてこの報告の間、Pは患者の

状態に関していっさいふれていない。このことから「病棟どこ？」という発話は、Jの報告が特に問題なく受け入れられていることを示すと同時に、転床（すなわち救命センターのケアからはずれること）が承認されていることをも明示している。さらにいえば、今日の日時と、転床先の病棟をさらに確認しながら書類を記入することによって、転床という事実が公に（単に報告者と教授の間だけでなく）共有されているといっても過言ではない。

さてもう一つの「管理」という側面とは、一方で、報告を受ける教授にとっては、入院伝票の存在が、まず新しく搬送されてきた患者がいることを（そしてその人数をも）直ちに可視化するものとなっているという点にある。同時にこれらの患者は今日から新たに入院台帳に経過をメモすべき患者だ、ということを示し、また現在30床あるICUのベッドが現在どのくらい埋まっているのかを理解するのを助ける。入院台帳は前に記したようにICUに入院中の患者の動向を一望できると同時に、その一連の経過を元にして退院（あるいは転院・転床）できそうな患者を予測するのにも役立つ。入院台帳は毎日報告を受ける教授によってupdateされるので、報告を受けるものが交代しても管理の一貫性に支障が生じることはないのだ。

3-3 共働 (collaboration) としての「管理」

最後に簡単に触れておきたい重要なことは、この「管理」は管理責任者である教授が一方的に行っているものではない、という点にある。たとえばデータ1においては、入院伝票を同定できない教授が報告の中断を求めたのに応じて、報告者が入院伝票を判別するのを助け、探し当てた伝票を教授に提示しているし、データ2においては、他で詳細を述べたように、教授と報告者がお互いをモニターしあい、相手の準備が整っているかどうかを逐次判断しながら報告が勧められている⁷⁾。従って前出の3つのデータを見れば明らかなように、カンファレンスにおける「管理」は報告するものと報告を受ける者との共働 (collaboration) によって成り立っている。

4. 質のコントロール (Quality Control) の場としてのカンファレンス

4-1 quality control と知識の非対称性 (asymmetry)

次に重要なカンファレンスの側面は、センターにおける医療の質のコントロールである。責任者として、教授はチームの診療・診断が、妥当なものかどうか最終的に判断を下さなければならない。従って報告を受けて、チームの判断について、質問をなし、もし不適当と認めることがあれば、その点について議論し、必要があれば、その診療方針にアドバイスを加えることになる。しかしながら、ここで一つの興味深い事実に遭遇する。それは「知識の非対称性」とでも呼べる現象だ。つまり、報告を受ける教授・助教授は救急医学でもベテランの医師であり、医師としての現場での経験はもとより、医学的知識にも秀でている。しかし

ながら、彼らは個々の患者の処療を実際に担当していないために、それぞれのケース・患者については知識がない。一方、報告する側の医師は経験や医学的知識の面では当然教授より劣るが、何より実際の患者を処療している。従って「教科書的知識」あるいは「経験的知識」に関していえば、教授の方が優れているが、個々の患者に関する「ローカルな知識」に関しては報告する医師の方がより多く知識を有していることになる。

4-2 質のコントロールの手段としての「質問」あるいは「問いかけ」

したがってカンファレンスでは報告を聞く教授がその患者に関し全く何も知識を持っていない、(つまりその教授に対して初めて報告されるケース)ということがしばしば起こりうる。その際に教授は、自分の持つ医学的知識と経験を元に、また報告によって提示されたデータや状態を元に、チームの診断や処療がはたして妥当なものかどうかを判断する。教授が報告に疑問を感じたり、詳細を確かめたいと感じる場合には、しばしば報告者に何らかの形で質問をする。これはいわゆる文法的に「質問」の形態をとっていることもあれば、「問いかけ」とでもいうべき形態をとることもある。これらの発話の特徴は、相手に元々の発言の再検討や再吟味を迫り、応答を要求するような論理的力を持っていることである。次のデータを見てみよう。

データ4「尿崩症1」(P:教授, J:報告者)

- 1 J: えと, Kさん。60歳の男性ですう。(中略)で, 尿崩症ですけれども, ピトレシンで,
- 2 ええと, ピトレシン皮下注で著明に改善するということで, 中枢性尿崩症ということ
- 3 で, フォローアップしております。で現在デズモプレシン点鼻で治療を開始している
- 4 んですが, 中枢性尿崩症の原因としましては, ええと, 頭部の器質的な疾患, 特発性
- 5 の尿崩症とうを考えてますが, (中略) =
- 6 P: =す す, そやけどな
- 7 J: はい
- 8 P: 心因性尿崩症も, ピトレシンやれば浸透圧は, 尿の浸透圧はあがるで

ここでの焦点は尿崩症という症状の原因をどのように判断するか, という点にある。尿崩症は希釈された尿が大量に出る症状であり, 主に心因性(何らかの心理的理由から水分を大量に摂取することが原因)と中枢性(脳の欠陥により尿の放出を抑えるホルモンが出ないことが原因)に分けられる。報告者Jは抗利尿ホルモン剤(ピトレシン)を投与したら尿量が落ち着いたことをもって, 中枢性尿崩症と診断している。しかしそれに対して教授は, 心因性でも抗利尿ホルモン剤を投与すれば, 同様に尿量は落ちるのではないかと問いかけている。つまり, 原因がなんであろうと, 抗利尿ホルモン剤を投与すれば, 尿量は落ちるので, 「抗利尿ホルモン剤投与 — >尿量減」という事実だけをもって中枢性尿崩症と判断するのはお

かしくはないか?という問いかけである。この発話は報告者の診断に矛盾があることを反対のケースを併置することで端的に示している。しかしながら管理責任者である教授から矛盾を指摘されたことによって、報告者は診断のとらえ直しを迫られることになる。

4-3 「指示」と「リスクマネージメント」

端的に質のコントロールを実践する一つの手段は、何らかの措置を直接指示することである。

データ5「尿崩症2」

164 P: んでコロイドお製剤でしっかりい あの、ええとECF, 細胞外液やなくて、プラズマ
165 ボリウム, ちょっとふやして 安定化, さして, で本格的に探査に入ってたらしい
166 んちゃうかな。意識がよくて, 栄養状態よかったやろ であ肺炎はともかくとして,
167 とりあえずは, まあ, 落ち着いてきてるから, (略)

このデータは先ほどと同じ尿崩症のデータであるが、ここでは心因性か中枢性かを判断するために「探査」をすることが指示されている(165行目)。ここで重要なことは単に探査を指示しているだけでなく、どういう状態の時に探査が可能となるのか、その判断の基本条件が提示されていることにある(意識がよくて、栄養状態がよい、落ち着いている)。同様のデータの少し前の部分では、この条件を満たさないで探査を行った場合にどのような事態が生じるかが、さらに詳しく提示されている。そしてここではそのようなリスクを回避するためにさらに具体的になすべき事柄(プラズマボリウムを増やして循環動態を安定化)が指示されている。カンファレンスにおける質のコントロールとは単に報告の矛盾点を指摘するだけにとどまらず、その問題を解決する方法が示され、さらにその方法を施行するに当たってのリスクマネージメントについても言及される。

4-4 公開の場としてのカンファレンス

カンファレンスにおいて、教授はそれぞれのチームからのそれぞれの患者についての報告を受ける。この報告は直接的には(そして制度上は)報告を受ける教授に向けられているが、それは同時にカンファレンスという公開の場でそれぞれのケースが議論されることを意味する。それはすなわちカンファレンスの参与者全員によってチームの診療がモニターされていることを意味する。さらには難しいケースの場合にはカンファレンスのフロアーを開いて、より多くの人間が議論に加わって検討することも可能となり、そのような意味でカンファレンスが公開の場であるということは、これもまた質のコントロールの一つの形態と考えることができる。

5. トレーニングの場としてのカンファレンス

5-1 大学病院というセッティング

まず、大学病院というセッティングはあらゆる場面において医療教育訓練の場であることが想定されている。このカンファレンスも例外ではない。とりわけ「ローテーター」や経験の浅い救急医の場合、様々な症例がリアルタイムで議論されるカンファレンスはすべてがトレーニングとなる可能性を持っていることは否定できないであろう。ここでは参与観察と会話のデータを使いながら2つのトレーニングの側面に焦点を当ててみたい。

5-2 報告というトレーニング

カンファレンスがトレーニングとして機能する端的な例は、報告者の選定である。このセンターの場合、通常「ローテーター」が新人の救急医が報告者としてたてられる。初療室に救急の患者が運ばれてきた場合、一番の手足となって様々な処療を行うのがこのローテーターや新人たちである。彼らはリーダーの指示に従って、様々な手技（例：気管内挿管、末梢ラインの確保、心マッサージ、縫合等々）をどんどんこなさなければならない。これは実技を学ぶという側面においては非常に優れた訓練の場となっている。しかしながら、彼らは単に上級医の指示に従って指示された手技を行うことに精一杯で、しばしば、患者の全体像あるいは症例の全体像を見渡せなくなる。自分たちが実際に行ったそれぞれの処置がどのように相互に関連しているのか、チームが下した診断とどのような関わりを持っているのかを理解することが難しくなる。しかしながらカンファレンスの報告においては、そういった様々な細かい情報をとりまとめ、論理的に首尾一貫した一つの「症例」として提示しなければならない。「ローテーター」が報告した例の一つを見てみよう。

データ5 「ローテーター」(P:教授, J:報告者)

- 1 J: エーと、後、加藤吾一さんです。(4.0) えー (3.0) 低ナトリウム血症と肺炎(咳払い)
- 2 い) xxx (咳払い) 慢性呼吸不全の患者さんです。(3.0) おそらく肺炎による呼吸不
- 3 全かと思われますが、CRPは7.7、白血球は12,200、白血球は上昇してきております
- 4 が、CRPは以前に、はい、あまり変わっておりません。
- 5 P: えっ、25日ゆうたら、土曜日?
- 6 J?: 土曜日です、はい
- 7 P: えー、なにできたの? なにできたのというか
- 8 J: エーと、呼吸不全です。

この報告の問題点は、単に診断名とデータが羅列されているだけで、それぞれの間の相関関係が全くわからないことにある。さらに重要な情報が全く抜け落ちている。5行目と7行

目の教授の発話はまずそのことを指摘している。救急医療においては非常に重要な来院時間が述べられていないし(5行目),「主訴」(元々何が主たる原因で救急に搬送されてきたのか,すなわち来院時にまずすぐに対応すべき症状)が重要なのだが,上げられた診断名のうちどれが主訴と関連があるのかもわからない(7行目)。とりあえず日時に関しては教授の質問に沿う形で確認されている(5,6行目)。主訴に関してはこのセグメントの後でチームリーダーの介入を経ながらも「吐血」であることが確認される。さらに報告者はこの主訴に対して内視鏡を施行し,その結果,治りかけの潰瘍が発見されたが出血はなかった旨の報告がなされる。

次に同じこのデータに出てくる,2人のチームリーダーがこのローテーターの報告をもう一度フォーマットし直している部分を検討し,ローテーターの最初の報告と比較してみよう。

データ6「チームリーダー1」(P:教授, L:チームリーダー)

- 28 L:ももとは,あのアルコール依存症とあの,慢性アルコール中毒があって
29 P:はあ
30 L:他院に入院歴があって,でー,一人暮らしでえ,そのー,(2.0){少し笑いながら}吐
31 血してというかですね,あの一,ベットに,お布団に横になったところをー,そ
32 のー,近所の人が発見してということですので

データ7「チームリーダー2」(P:教授, L:チームリーダー)

- 82 L:もともと吐けつー=
83 P:＝うん
84 L:意識障害で来られたんですけれどー,あの来られたとき,あの吐血の方はあまり出血
85 ないということで=
86 P:＝ふうん=
87 L:＝あとは呼吸不全の方で,えーと,もと,来られたときには,ガスが,PaO₂が,あ
88 の来られたときで45とか50とかそれぐらいだったんですが,でその段階,すぐ挿管
89 しまして,で呼吸状態改善して,で抜管したんですけれども,もともと慢性呼吸,肺
90 気腫のような[感じですね
91 P: [うーん
92

データ6は前述した内視鏡の報告に続くセグメントである。ここでチームリーダーは患者がセンター来院前どのような状態にあって(28,30行目),どのような問題が生じて来院したのか[主訴](30-32,82,84行目)について説明している。これは明らかに報告者の元々の

報告から欠如している。しかし救急現場での処療を考えたとき、どのような経過で救急センターに来るに至ったかは、対応する上で非常に重要な情報である。たとえば嘔吐している、といった場合、来院前に何か食べていたのか(食中毒等)、めまいや頭痛があったのか(脳外科的問題)といったことによってその患者への対応は大きく変わってくる。それがはっきりしたところで、来院時の状況そしてセンターではその問題に対してどのような対応(処置や検査等)をなし(84-88行目)、それに患者はどのように反応したのか(89-90行目)といった情報も大きく意味を持ってくるのだ。さらには現在患者の状態と今後考えられる措置と予想される変化。それらが時系列にしたがって、論理立てて提示されなければならない。ここでは示したデータでは、不十分な、あるいは不明確な報告に「やり直し」のチャンスが与えられている。しかも単なるやり直しではなく、どのような情報がどのように不足しているのか(5, 7行目)が具体的に質問の形で報告者に提示されている。それでもこのケースのように報告者自身によってうまく「修正」がなされない場合には、データ6, 7が示すようにチームリーダーが、「手本を示す」形で報告を「やり直す」ことになる。しかしながらここでも管理における共働と同様に教授からの一方的な修正や指導ではなく、教授が欠けている部分を質問し答えを引き出すという、いわば産婆法のような形でステップをふんだ相互行為のうちに修正がなされていく。新人の報告者たちはそのようなステップを繰り返しふむことによってケースを報告するということを学習していくのである。⁸⁾

5-3 「問題」を通して学ぶ

4-2で取り上げたデータ4は、質のコントロールであると同時に、トレーニングの側面を兼ね備えている。以下はデータ4に続く後半の部分を見てみよう。

データ8「トレーニング」(P:教授, J:報告者)

- 49 P:中枢性の尿崩症, 心因性の尿崩症であっても, ピトレスシンかデス, よするにADHを
50 外から加えれば, 尿は, 浸透圧, あがるからな。それはもう, だから, ADHを与え
51 たことによって, 尿の浸透圧があがったということをもって
52 J:はい
53 P:ええ, 中枢性か心因性かは判別できないはずやからな, で心因性を判別するために
54 は, 水を飲まさないように, 水制限をすれば
55 J:はい
56 P:ああちがう, (.) ふつうはナトリウムがあがってるわけや
57 J:はい
58 P:なあ, そやからあ, 心因性の場合は, 尿が異常に大量に出てきて, 低張尿が大量に
59 出て, かつあれや, 血清浸透圧が, 低下して, 血清のナトリウムが低くて, ADH
60 が抑えられている状態やろ。ほんとの場合は, 尿の浸透圧が低くて, ナトリウムが

61 高くて、ADHが出てないということやろ、心因性と中枢性の違いは。んでえ、
 62 むしろこの人おは、きたときの、あ、あれってうのは尿の浸透圧が180なんぼ低く
 63 て、大量に出てて、でええナトリウムが低いというのは、心因性を疑わせる、症状
 64 だよねえ。(略)

まず、49行目以下では中枢性尿崩症という先ほどの診断がなぜ十分な根拠を持っていないのかが教授によって説明される。(抗利尿剤を使えば、心因性であれ、中枢性であれ、尿が出なくなる)。その上で、どちらか断定する手がかりとして両者を分ける指標を3つ掲げ、それを教科書的に整理してみせている。

	心 因 性	中 枢 性
尿浸透圧	低い	低い
ナトリウム値	低い	高い
ADH	出ている	出ていない

次に、この教科書的図式が実際のこの患者のデータと並列(juxtapose)される(「むしろこの人おは」, 62行目以下)。すると、実際にこの患者のデータをこの図表に照らし合わせた場合、ナトリウム値が低いことから、かえって心因性の可能性が高いことが提示される。ここで興味深い点は間違いを指摘するに当たって、誤りを指摘し、それに対して「正解」を直接提示するのではなく、むしろ一度報告者の論理に立ち、そこから生じる論理矛盾をまず指摘した上で、図式のはっきりした一度教科書の知識へと「逆戻り」し、今度はそれと実際の患者のケースを併置することで、適切な診断を導き出していくという点にある。とりわけ教科書の知識から注目すべき重要なポイントが簡潔に3点選ばれ、それが実際のケースと比較されることは、経験の少ない医師たちに見るべきポイントが非常に明確化され、自分たちの元々の診断の誤りを筋道を立てて理解することの有益な道具となっている。

6. おわりに

この小論ではエスノメソドロロジーによるエスノグラフィーによって、メディカル・カンファレンスという場面においてどのような実践が行われているのかを概観しようとしてきた。ここではその中から1)管理(administrative)、2)医療の質のコントロール、そして3)トレーニングという3点に焦点を当て、フィールドワークで入手した映像、会話、観察データから幾つかをピックアップし、それぞれローカルな場で上記の3点がどのように達成されているのかについて分析した。カンファレンスにおいて観察可能な実践はこの3点だけではない。今後はこの3点について詳細な分析が求められるとともに、たとえば「医療研究が立ち上げられる場」としてのカンファレンスといった側面にも調査の手を広げていきたいと願っている。

付記：本研究のもとになっているフィールドワークに協力していただいている都内私立大学病院の関係者各位に心から感謝する。

註

- 1) この研究は、文部科学省科学研究費「奨励研究A」(代表研究者：池谷のぞみ)、電気通信普及財団研究調査助成(代表研究者：池谷のぞみ)の研究助成を受けている。記して感謝したい。
- 2) 本稿は形式上単著のかたちを取っているが、上記助成をもとに、著者と池谷のぞみ(東洋大学社会学部)、岡田光弘(国際基督教大学教養学部)の三者によって行われている共同調査研究の成果の一部であり、ここでの議論は、そのような調査をもとに幾度も共同討議した結果生まれた三者による共著である。
- 3) 藤守(2001) 参照
- 4) 制度上、センターの責任者は救急医学講座の主任教授であるが、このセンターの場合実質的には教授と助教授がほぼその役割を分担している。これ以降カンファレンスの記述で「教授」と記述されている場合は「教授」と「助教授」両方を意味する。
- 5) 池谷他(2000) 参照
- 6) 教授がここで、入院伝票に記入しているのか入院台帳に記入しているのかはデータから明らかではない。
- 7) 池谷他(2000) 参照
- 8) 「ケースを的確に報告する」ということは患者を一つの「症例としてみる」ということと密接に関わっており、さらにそれは救急医としての「資質(competency)」と強く関連がある。この点についてはまた別の機会に譲りたいと思う。

参考文献

- 1) Anderson, R.J. and Sharrock, W.W. (1981) Aspect of the distribution of work tasks in medical encounter. *Analytic Sociology* 2(4):1-21.
- 2) Atkinson, P. (1995). *Medical talk and medical work*. London: Sage.
- 3) Button, G. and Sharrock, W.W. (2000). Design by problem-solving in Luff, Hindmarsh, and Heath (eds.) *Workplace studies*. Cambridge: CUP.
- 4) 藤守義光(2001) 特論9「会話分析」, 今田高俊編『社会学研究法: リアリティの捉え方』有斐閣. pp.147-148.
- 5) Fujimori, Y., Ikeya, N., Okada, M. (forthcoming) *Medical conference as educational setting*. (paper presented at the International Conference on Medical Interaction, Denmark 2000)
- 6) Fujimori, Y., Ikeya, N., Okada, M. (forthcoming) *Utilization of Q-A sequence in Medical conference*.
- 7) Garfinkel, H. (1967) *Studies in ethnomethodology*. New York, U.S.A. and Cambridge, U. K.: Polity Press
- 8) 池谷のぞみ(2000)「救急医療ホットラインにおける情報伝達と組織対応に関する研究」平成11年度電気通信普及財団調査報告書
- 9) 池谷のぞみ, 岡田光弘, 藤守義光(2000)「ヴィジュアル・オリエンテーションの実践的マネジメント: 「見ること」の組織化の多様性」日本認知科学会「教育環境のデザイン」研究分科会研究報告 Vol. 6. No. 1.
- 10) Ikeya, N., Fujimori, Y., , Okada, M. (forthcoming) *Doctors' practical management of knowledge in the daily case conference*. (paper presented at IIMECA at Manchester, 2001)
- 11) Pomerantz, A., Ende, J., Erickson, F. (1995). Precepting conversations in a general medical clinic. In Morris and Chenail (eds.) *The talk of the clinic: explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse*.

(本学非常勤講師)