

医学部留学生の医療面接にみる日本語の変化

—臨床実習前と3年後の臨床実習後の比較から—

品川なぎさ(防衛大学校) 稲田朋晃(十文字学園女子大学) 三枝令子(無所属)

1. はじめに

筆者らは医学部留学生及び外国人医師の日本語コミュニケーション支援を目的として、留学生の医療面接の日本語について調査を行っている。医療面接とは、医師が主訴、現病歴、既往歴、家族歴などを患者に尋ねて医療情報を得る面接行為であり、診断をつけるための情報収集のみならず、良好な患者・医師関係の構築によって治療への動機づけをも目指す一連の面接行為とされている。近年の医学教育では、こうした患者との良好な関係性の構築のために、教育期間中に高いコミュニケーション能力を獲得することを目標のひとつとして掲げており、医療プロフェッショナルリズムや医療面接実習などコミュニケーションカリキュラムが各教育機関で実践されている。

医療面接の能力を評価するために、客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination ;OSCE) と呼ばれる公的な試験 (共用試験) が各教育機関で実施されている。OSCEは臨床実習開始前 (Pre-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination ;Pre-CC OSCE) と、実習後 (Post-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination ;Post-CC OSCE) があり、これらの試験に合格することが進級や卒業の必須要件となっている。

本研究は、医学部留学生を対象に、臨床実習前と実習後の医療面接の日本語を比較し、その変化を明らかにすることを目的としている。Pre-CC OSCE と Post-CC OSCE における医療面接試験での留学生の発話を比較し、教育期間内の実習を経て改善されない日本語面の問題があるのか、あるのならばそれがどのような問題なのかについて考察する。

2. 方法

2.1 対象データ

対象データはA大学医学部に在籍する留学生10(男7,女3)名による下記の2回の試験の医療面接である。

① 3年次(2019年度)の臨床実習開始前(Pre-CC OSCE)の医療面接

② 6年次(2022年度)の臨床実習後(Post-CC OSCE)の医療面接

試験での医療面接の制限時間は、①10分間、②12分間である。②のPost-CC OSCEでは、医療面接後に行われる「指導医への症例報告」が試験に含まれる。そのため、②では医療面接と身体診察までが患者との面接時間と設定されており、学生は一連の医療面接を行ったのち診断につなげるための身体診察をその場で行う。面接によっては医療面接と身体診察の境目が明らかでない面接もあったことから、本研究では②は身体診察までを含めた12分間を対象データとした。

留学生の国籍は、ベトナム(5名)、モンゴル(2名)、インドネシア(1名)、ミャンマー(1名)、カンボジア(1名)である。いずれも医学部入学の3~6カ月前に来日して日本語を学びはじめ、医学部入学後も日本語を学びながら日本人学生と共に医学を学んだ学生である。

2.2 分析方法

①②の医療面接における留学生の発話について、誤用分析の手法を用いて「1.発音の誤用」「2.文法の誤用」「3.語彙の誤用」「4.談話レベルの誤用」「5.場にふさわしくない表現(以下「表現」と略す)」の5つの項目に分類し、集計する。同時に、誤用の中身を比較検討し、具体的な変化を観察する。この5つの項目については2.3で詳述する。

分類の手順は下記の通りである。

1) ①②の医療面接の録画データから医師役の留学生と模擬患者の発話をすべて文字化する。

2) 1)の文字化資料と録画データを視聴しながら3名の日本語教員(日本語教育歴20年以上)各人で5つの項目に該当する発話を抽出する。

3) 2)について3名で協議し、3名の意見が一致したものを誤用と確定する。

2.3 各項目の定義と例

以下に5つの項目の定義と例を述べる。これらの分類基準は日本語教育における誤用分類に加え、医療面接場面においては不適切となる使用を誤用として加えている。

1. 発音の誤用

例えば「何かおくつり（お薬）飲んでいらっしゃいますか」などの単音、「同居（どうきょ：頭高アクセント）されている方はいますか」などのアクセントの誤用である。また、「他に***（聞き取り不能）や質問したいことはありますか」など、不明瞭な発音のために聞き取りが不可能であった発話も発音の誤用とした。

2. 文法の誤用

例えば「こちらで（正：に）おかけになってください」などの助詞の誤り、「2年前もある（正：あった）ということですね」などのテンスの誤りの他に、「場所はみぞおちあたりの上で（正：みぞおちの上あたり）」のような語順の誤りや、「あんまり効果はなかったですね（正：なかったんですね）」のような「んです」が適切に使えていない例なども文法の誤用とした。

3. 語彙の誤用

例えば「何かアレルギーを持っていますか」は一般的には「アレルギーはありますか」であり、これを動詞選択の誤りとした。また「胸やけの頻度があつて（＝よく胸やけがして）」、「食欲に変化はありますか（＝食欲は変わらないですか）」などは「頻度」や「変化」の名詞語彙の使用が不適切だとして語彙の誤りに含めた。

4. 談話レベルの誤用

例えば「そして、手術を受けたことありますか」といった不要な接続詞の付与や、「どうしたら痛みがよくなりますか」「自分の指で痛む場所を指すことはできますか」など翻訳調の表現を談話レベルの誤用とした。また、「患者：便も普通です」「学生：便も普通ですね（正：普通ですか/そうですか）」などのように、終助詞の不適切な使用についても談話レベルの誤用とした。

5. 場にふさわしくない表現

例えば「まずはちょっと心音（正：心臓の音）の方から聞きたいと思うので」「他にはなんも（正：なにも）飲んでいないですかね」のような専門用語の使用やカジュアルな表現など、医師としてその場にふさわしくない語や表現の使用とした。また、不適切な相槌や患者の返答を最後まで聞かずにかぶせた応答なども医師として傾聴ができていないとしてこれに含めた。

2.4 倫理的配慮

本研究は国際医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施している（承認番号 8-Im-021-3）。留学生と模擬患者にはそれぞれ口頭および書面にて同意を得て実施している。

3. 結果

それぞれの医療面接における誤用の出現総数は、①実習前は529、②実習後は554であった。医療面接の制限時間が①実習前の面接は10分間、②実習後の面接は12分間と異なっていたため、1分当たりの誤用の出現数を算出し①②を比較した。その結果を表1に示す。

表1 項目ごとの1分当たりの出現数（のべ/異なり）

	1. 発音	2. 文法	3. 語彙	4. 談話	5. 表現	合計
①実習前	1.9/1.7	19.3/18.7	7.1/6.9	15.0/13.7	9.6/6.5	52.9/47.5
②実習後	2.4/2.3	11.4/11.4	6.4/6.3	14.7/13.6	11.3/8.5	46.2/42.1

実習前と実習後の比較の結果、実習後に誤用の数が減ったのは「2. 文法」で、「3. 語彙」と「4. 談話」は変化がほとんどなかった。そして、「1. 発音」と「5. 表現」は実習後の方が多という結果であった。

次に、項目ごとの詳細の結果を示す。項目ごとの下位分類を便宜上【】で示す。

実習前後で誤用の数が減った「2. 文法」を見ると、実習後に大幅に減ったのは、【助詞】【テンス】【敬語】【時間表現】であった。一方で、実習前後であまり変化がなかったのは【アスペクト】で、実習後の誤用例として最も多かった。

次に、実習前後で誤用の数に変化がほとんどなかった「3. 語彙」と「4. 談話」の結果を示す。

「3. 語彙」の中で実習前に多かったのは、【不適切な動詞の使用】と【不適切な名詞の使用】であった。そのうち【不適切な名詞の使用】は実習後に減ったが、【不適切な動詞の使用】は実習後にわずかながら増えていた。実習前から実習後に増えたのは【不適切な形容詞の使用】であった。

「4. 談話」の中で実習前に最も多かったのは【不適切な終助詞の使用】であった。実習後に多かったのは【不適切な終助詞の使用】と【翻訳調】であった。実習前より実習後に多かったのは、【ぼかし表現の不足】と、【相槌応答なし】であった。一方、実習後に減ったのは、接続詞や副詞、指示詞の不適切な使用の他、医療面接における開始表現の不自然さであった。次に、実習後の方が多かった「1. 発音」と「5. 表現」の結果を示す。

「1. 発音」の5つの分類項目のうち、【アクセント】以外は実習前後で数の変化がほとんどなかった。【アクセント】も実習前は【単音】とほぼ同じ数であったが、実習後に増えた。

「5. 表現」では、実習前に多かったのは【カジュアルな表現】で、次いで【配慮不足】、【答えられない質問表現】であった。実習後に多かったのは【答えられない質問表現】であり、次いで【配慮不足】と【専門用語】であった。これらはいずれも実習前より実習後に増えていた。

4. 考察

まず、実習前後で誤用が減ったものについて考察する。

医療面接では、患者確認から始まり、アレルギーの有無や喫煙飲酒の経歴など、聴取すべき項目や内容が面接の流れとともに決められている。そのため定型化された表現が多い。「2. 文法」が少なくなったことはこれらの定型表現の習得によるものと考えられる。例えば、実習後に大きく減っていた【助詞】や【テンス】を見ると、例えば「(これまでに) ○○はありましたか」などの病歴聴取において用いられる表現で、実習前には「○○がありますか」と助詞もテンスも共に誤用の例が観察されるが、実習後にはこのような例は見られない。また【敬語】についても、例えば医療面接の冒頭で患者を招き入れて「どうぞおかけください」と椅子を勧める場面で、実習前は「どうぞおかけしてください」などの誤用例が見られたが、実習後にはそのような例は見られない。このように、定型化された表現を正しく使えるようになったことで誤用の数が減ったと考えられる。

また「4. 談話」は項目としては実習前後を通して大きな変化はなかったものの、実習前に観察された【応答呼応ミス】(例: 「患者: 父は70の時に亡くなっています」「学生: 失礼しました」)などの共感場面における不適切な応答呼応表現の使用は実習後には観察されない。同様に、「5. 表現」は項目としては実習後に数が増えたが、【痛みのスケールの不使用】と【患者確認不足】については実習後に数が減っている。「痛みのスケール」とは、痛みの程度を0から10のスケールを用いて聴取する方法である。患者の主訴がなんらかの「痛み」であった場合にのみ用いられ、例えば「0から10の段階で10がこれまで経験した最も痛い痛みだとすると、今の痛みはどのくらいですか」などの表現で用いられる。これらのことから医療面接において必須の表現については、実習での学びによって誤用や不適切な表現が改善されたと考えられる。また、定型表現の習得によるものと同時に、日本人学生と共に実習を受ける中で全体的な日本語力が向上したためとも考えられる。

次に、実習前後で誤用が減らなかったものについて考察する。

定型化された表現であるにも関わらず、実習前後で同じ表現の誤用が多数観察されているものもある。例えば「3. 語彙」では【不適切な形容詞の使用】(例: 誤「痛みが悪くなることはありますか」→正「痛みがひどく/強くなる」)、「4. 談話」では【翻訳調】(例: 誤「どうしたら痛みがよくなることとありますか」→正「どんな時に痛みがよくなりますか」)などである。これらは項目全体では変化が見られなかったが、下位分類では実習後に誤用数が増えている。

また同様に「2. 文法」で実習後に誤用が増えていた【アスペクト】についても、具体例をみると実習前後で同じ表現の誤用が多数みられる。(例: 誤「たばこを吸ったことがありますか」→正「たばこを吸っていたこと」)。このことから、これらの文法には何らかの習得の難しさが窺われる。

医療面接では定型化された表現が多いが、実習が進むにつれて聴取すべき項目や内容が多様化し複雑化していくことで、定型化された表現がさらに増える。「1. 発音」と「5. 表現」の誤用が実習後に多かったのは、①のPre-CC OSCEと②のPost-CC OSCEとではタスクが異なることから、学生が聴取しなければならない内容に関する語彙や表現の幅が広がったためだと考えられる。

「1. 発音」では【アクセント】の誤用が増えていた。具体例を見ると「肺(はい: 高低アクセント)の音を聞かせて頂きます」といった身体診察での発話や、「痰(たん: 高低アクセント)は出ますか」といった呼吸器系の疾患を想定した質問であった。これらはいずれも実習前の面接では使用されていない語であった。Chur-Hansen(1997)は、外国人医師の医療コミュニケーションを阻害する問題の一つに標準語以外の訛りを挙げている。発音は母語の影響を受けやすいことから、適切に習得し運用することが難しいと考えられる。アクセントの誤用の場合、短音節は長音節に比べて意味の推測が難しい。医療現場で使用される「肺」「痰」「足」「血」といった短音節の語彙はより正確なアクセントの習得の必要があるだろう。

「5. 表現」では【答えられない質問表現】が実習後に増えていた。その具体例をみると、実習前にはみられない次のよう

な表現が観察された。「食事の成分を教えてくださいませんか」（「食事の成分」の意味が不明）、「えーと、えーと、熱はありましたか」（いつの「熱」について聞いているのか不明）、「他に何かありますか、えーと」（何を聞きたいのか不明）。

実習後の Post-CC OSCE の医療面接では、症例報告が試験範囲であることから実践に近い医療面接となる。つまり、疾患を想定しながら次の質問を考え、さらに患者からの情報に耳を傾けなければならない。このようなタスクの多さが【答えられない質問表現】となり、相槌の少なさや傾聴の少なさなど【配慮不足】を招いた結果となった可能性が考えられる。患者の立場に立って、何を意図した質問なのか、何を問われているのかがすぐわかる分かりやすい質問をすることを意識し、表現を習得する必要がある。

また、「5. 表現」においては実習後に【専門用語】の多用が観察された。この理由については専門用語への慣れが考えられる。これは日本人医学生においてもみられる傾向であることが報告されている(小田他, 2004)。しかし一方で外国人医師らが医学用語と一般用語の使い分けに困難を感じている実態が報告されており(Skjeggstad, 2017)、海外では外国人医学生は医学用語には習熟していても一般語には習熟していない、または習得が遅れているという報告もある(Hall, et al., 2004; Dahm, 2011)。これらのことから、本データにおいても留学生はその専門用語に対する一般用語を知らない、または言い換え方が分からないために結果的に専門用語を多用したという可能性は否定できない。

さらに、「5. 表現」は実習前後を通してのべと異なりの差が大きい項目であった。これは、同一学生が不要な挨拶など同じ表現を繰り返していることによるものである。同一学生による表現の具体例をみると、実習後には不要な挨拶は減ったものの、患者の話にかぶせた発話が増える、相槌がないなど、患者への配慮を欠いた表現が増えていた。これらは面接において話の運び方に関わる部分での繰り返しであることから、日本語力の向上や実習の慣れによって「2. 文法」の誤用が減りながらも、「5. 表現」が増えた理由とも考えられる。

本研究の限界としては、留学生の母語、日本語能力、医学英語能力などの要因について考慮されていない点が挙げられる。

5. 結語

本研究では、臨床実習前と3年後の実習後の医療面接における留学生の日本語の比較を行い、教育期間内の実習を経ても改善されない日本語面の問題があるのか、あるのならばそれがどのような問題なのかについて考察を行った。留学生の発話を誤用分析の観点から分類整理した結果、文法の誤用は実習前よりも実習後の方が少なくなっていたが、語彙の誤用と談話レベルの誤用においては量的には変化がほとんど見られず、発音の誤用と医師としてふさわしくない表現の使用においては言うべき表現の幅が広がる実習後に増えていた。このことから、非母語話者にとっては日本人医学生と同様の実習のみでは、正確かつ適切な医療面接における日本語の習得は難しいと考えられる。

医療面接という場面で用いられる語や表現の選択に加え、それらを的確に運用するスキルが彼らには医師として最終的に求められる。外国人医学生にとっての日本語の難しさを理解し、場面ごとにふさわしい語や表現の使用例を提示する、定型化された表現は正確に使用できるように練習を重ねるなど、医学部留学生や外国人医師らへの教材やトレーニングプログラムの必要性が示唆される。

参考文献

- Chur-Hansen, Anna., Vernon-Roberts, Jane., & Clark, Sheila. (1997). Language background, English language proficiency and medical communication skills of medical students. *Medical Education*. 31(4), 259-263.
- Dahm, Maria R. (2011). Exploring perception and use of everyday language and medical terminology among international medical graduates in a medical ESP course in Australia. *English for Specific Purposes*. 30(3), 186-197.
- Hall, Pippa., Keely Erin., Dojeiji Suzan., Byszewski, Anna., & Narcks, Meridith. (2004). Communication skills, cultural challenges and individual support: challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Medical Teacher*. 26(2), 120-125.
- 小田康友・大西弘高・江村正・山田雅彦・山城清二・小泉俊三 (2004). 外来患者満足度による卒前コミュニケーションカリキュラムの評価 医学教育, 35(2), 89-94.
- Skjeggstad, Erik., Gerwing, Jennifer., & Gulbrandsen, Pål. (2017). Language barriers and professional identity: A qualitative interview study of newly employed international medical doctors and Norwegian colleagues. *Patient Education and Counseling*. 100, 1466-1472.