

多言語社会における仲介

[論文]

医療通訳における正確性の相互行為的達成の一考察

三者間医療会話にみる CEFR 〈仲介〉実践

森田直美

もりた・なおみ

1. はじめに

日本の在留外国人数は増加傾向にある。2025 年末には過去最高の 412 万 5,395 人となり、国籍別では中国、ベトナム、韓国、フィリピン、ネパールの順で多い（出入国在留管理庁 2026）。訪日外国人数も 4,268 万人と過去最多を記録している（観光庁 2025）。こうした状況のもと、日本語で十分に意思疎通することが難しい外国人と日本語話者とのコミュニケーションを支える方法として、翻訳 ICT¹⁾ ツール、電話・タブレット通訳や医療通訳など複数の対応手段が検討されてきた（厚生労働省 2019）。しかし医療現場では、症状の聴取、診断の説明、検査、治療方針の決定や処方・服薬指導など内容が専門的であり、かつ患者の理解や意思決定に関わる情報がやり取りされるため（Heritage et al. 2006）、言語の異なる患者との診療において、専門職通訳は重要な役割を果たすと考えられる（Karliner et al. 2007）。一方で、日本には医療通訳に関連する法令はなく、医療の場で通訳する者への専門的な訓練は必須ではない。

このような中、2013 年度に「医療通訳育成カリキュラム」が作成され、その後、2017 年 9 月には「医療通訳育成カリキュラム基準」として改訂された（厚生労働省 2017）。また、同基準に準拠したテキスト『医療通訳』および指導要項も整備され、厚生労働省のウェブサイト上で公開されている（厚生労働省

2021)。資料には、医療通訳の定義、研修で扱うべき項目、倫理、コミュニケーション、通訳実技などが示されており、医療通訳者の行動規範や役割の明確化が進んだ。こうした研修基準の整備は、医療通訳が知識・技能・倫理を要する専門的実践として位置づけられてきたことを示しているだろう。

2. 先行研究

2.1. 医療コミュニケーションにおける理解形成

医療・介護場面におけることばの問題は、情報保障、多言語性、専門職性の観点からも検討されてきた。たとえば『ことばと社会』22 号では、「〈からだ〉のことを伝える〈ことば〉」を特集し、知的障害者へのわかりやすい医療情報提供、医療通訳の専門職性、医療人類学におけるヘルスコミュニケーション、多言語医療研究などの課題が多角的に論じられている（打浪 2020; 糸魚川 2020; 久保 2020; 渡邊 2020）。

医療コミュニケーション研究では、診療場面における医療者と患者の相互行為が、情報提供、患者の理解、意思決定、医師－患者関係に関わる重要な実践として検討されてきた。たとえば、植田（2014）は医師患者コミュニケーションを計量的・質的に分析し、西垣（2005）は関係性の観点から論じている。さらに、石川（2021）は、患者中心の医療では、医師側の行動だけでなく、その実現のための「患者との協働が重要」と述べている。

これらの先行研究は、医療場面におけることばの問題が、制度的な情報保障や多言語対応というマクロな課題であると同時に、診療場面における関係構築につながる発話の組み立てや対話スキルといったミクロな相互行為の問題でもあることを示している。医師－患者間の会話は、医療者が情報を一方的に伝達する場ではなく、患者の応答や理解の表示を受けて、説明、質問、確認、治療方針の提示が連鎖的に組織される相互行為の場である（Heritage et al. 2006）。したがって、医療コミュニケーションの質は、情報の正確な提示だけでなく、その情報が相手にどのように受け取られ、相互行為の中で理解可能なものとして共有されるかにも関わっている。

2.2. 医療通訳研究における正確性

医療通訳における正確性は、従来、原発話の内容を過不足なく別の言語で再現することとして捉えられてきた。国内外の倫理規範でも、医療者と患者の発話を忠実かつ正確に伝えることが、医療通訳者の基本的責務として位置づけられている (NCIHC 2005; IMIA 2007; 西村 2011; 厚生労働省 2021)。

医療通訳研究においても、正確性は主として原発話と訳出との対応関係から評価されてきた。従来の研究には、原発話と訳出を対照し、省略 (omission)、誤った流暢さ (false fluency)²⁾、付加 (addition)、置換 (substitution)、編集 (editorialization) などの差異を分類してその頻度を集計するとともに、それらが診療に及ぼし得る潜在的な臨床的重要性を評価してきたものもある (Flores et al. 2003; Pham et al. 2008; Jackson et al. 2011; Flores et al. 2012; Nápoles et al. 2015)。

Flores et al. (2003) は、小児診療における通訳上の誤りを分析し、全誤りの63%は、患者の診療に悪影響を及ぼす可能性のあるものとした。国内では、濱井ら (2017) が、外国人患者との言葉の問題によるインシデントとして、死亡例を含む17事例を報告している。これらの研究は、臨床における発話内容の正確な伝達が、医療安全を支える専門的責務であることを示している。

一方、原発話と訳出との差異が、直ちに通訳上の誤りを意味するとは限らない。Jackson et al. (2011) は、訓練を受けた医療通訳者が介在する外来診療を分析し、Flores とは異なる分類方法で調査したところ全発話単位の31%に省略、付加、意味の変更、編集のいずれかが認められたと報告している。そのうち、臨床的に重要な変更は5%であり、その内訳は、診療に否定的な影響を及ぼしうるものが4%、肯定的な影響を及ぼしうるものが1%であった。したがって、原発話からの変更の有無のみをもって正確性を捉えるのではなく、その変更が発話内容の保持と聞き手の理解可能性にどのように関わるのかを、会話の文脈および後続する相互行為に即して検討する必要がある。

ただし、これは通訳者が自由に情報を変更または補足してよいことを意味しない。Bancroft et al. (2015) は、通訳者による介入を、コミュニケーション上の問題が生じた場合に、その必要性を見極めたうえで行う戦略的な行為として整理している。介入する場合にも、通訳者自身の発話であることとその目的を明示し、聞き返し、確認、説明の要請、限定的な補足など、問題の解決に必

要な最小限の行為にとどめることが求められる、としている。

一方、通訳を相互行為として捉える研究では、通訳者による発話の再構成、聞き返しや説明の付加、発話順番 (ターン) の配分などが、会話の進行や参与者間の相互理解の形成・維持にどのように関与するのかが検討されてきた (Wadensjö 1998; Bolden 2000; Davidson 2000; Gavioli et al. 2011; Raymond 2014)。この視点では、理解は、訳出が産出されたことによって直ちに成立するのではなく、聞き手の応答や後続行為を通して相互行為の中で示される。したがって、聞き返し、確認、言い換え、説明の付加などは、会話の中で明らかになった理解上の問題に対処し、訳出された内容を聞き手が理解できるものにする実践として捉えることができる。これらの研究は、通訳者が原発話を別の言語に置き換えるだけでなく、参与者間の発話のやり取りを組織し、相互理解の成立を支えていることを明らかにしている。

以上を踏まえると、医療通訳における正確性には、二つの側面があると考えられる。第一は、原発話の意味や重要な情報を損なうことなく伝える「発話内容の再現」であり、医療安全を支える基本原則である。第二は、訳出された内容を聞き手が理解可能なものとして受け取れるようにする「理解可能性の確保」である。

しかし、従来の研究では、通訳者による発話の再構成や聞き返し、説明等の行為が、原発話の内容を保持しながら、聞き手の理解を支えるうえでどのように機能しているのかは、必ずしも明示的に検討されてこなかった。とりわけ、具体的な会話連鎖の中でどのように実現されているのかは十分に明らかにされていない。本稿では、医療通訳者が「発話内容の再現」と「理解可能性の確保」を、具体的な会話連鎖の中でどのように実現し、正確性を相互行為的に達成しているのかを明らかにする。

3. 概念枠組みと分析の視点

3.1. CEFR〈仲介〉概念

前節で述べたように、医療通訳における正確性を検討するには、原発話の

内容が保持されているかだけでなく、訳出が聞き手にとって理解可能なものとなっているかにも着目する必要がある。医療通訳者の役割は、歴史的には発話内容を付加・省略せず正確に伝える導管モデルを基礎として捉えられてきた (Dysart-Gale 2005)。しかし実践においては、発話内容の正確性と完全性を維持しながら、参与者間の理解とコミュニケーションを促進することも通訳者の役割として論じられてきた (NCIHC 2001)。そこで本稿では、聞き手の理解や参与者間の意味共有を支える言語活動として捉えるための概念的資源として、CEFR (Council of Europe 2001) で提示され、その補遺版である CEFR Companion Volume (以下、CEFR-CV) (Council of Europe 2020) において具体化された仲介 (mediation) 概念を導入する。

CEFR は、言語の学習、教育および評価のために作成された参照枠である。その特徴の一つは、言語使用者および学習者を一定の条件や社会的文脈の中で課題を遂行する「社会的存在 (social agents)」として捉える点にある。さらに CEFR-CV では、こうした行動中心主義的な見方が発展し、他者との協働や意味の共同構築が重視されている。また、コミュニケーションを、受容、産出、相互行為、仲介という四つの様式から構成し、言語使用を、他者との関係の中で意味を理解し、共有する活動として位置づけている。

CEFR-CV における仲介は、言語間の翻訳や通訳を含むが、それらに限定されない。仲介者は、異なる言語、知識、経験、文化的背景をもつ人々のあいだに立ち、意味へのアクセスや相互理解を支援する。仲介は、「テキストの仲介」「概念の仲介」「コミュニケーションの仲介」に区分され、要約、言い換え、説明、情報の再構成、協働的な意味構築、コミュニケーション上の問題の調整などを含む。さらに、聞き手が理解に困難を抱く可能性をあらかじめ見越す「予見」や、意味共有に必要な情報を補う「隙間の補填」も、仲介を支える重要な側面である。

本稿では、医療通訳者による聞き返し、言い換え、説明などの行為を、原発話との違いだけから捉えるのではなく、それらが会話の中でどのように生じ、参与者がその後どのように応答しているのかを検討する。まず、通訳者の行為とその後の会話の展開を、会話分析によって記述する。その上で、それらの行為が参与者の理解をどのように支えているのかを考察するために、CEFR-CV の仲介概念を用いる。ただし、通訳者による聞き返しや言い換えなどを、あら

かじめ仲介実践として位置づけるものではない。原発話の重要な内容が保持されているか、また、その行為が聞き手の理解にどのように関わっているかを、個々の会話の展開に即して検討する。

3.2. 会話分析と修復

会話分析 (conversation analysis) は、実際の相互行為において、発話がどのような順序で組織され、参与者が先行発話をどのように理解したかを、その後の発話や反応に示していく過程を記述する方法である (Heritage 1984; Schegloff 2007)。発話者の意図を外部から推測するのではなく、こうした参与者自身の理解に着目する。これにより、通訳者による聞き返しや言い換えが、どのような問題に応じて行われ、会話の進行や相互理解にどのように関与したのかを明らかにすることができる。

会話分析における修復 (repair) とは、発話の産出、聞き取り、理解に関わる問題に、参与者が相互行為の中で対応する実践を指す。修復連鎖には、聞き返しや確認などによる修復の開始と、言い直しや言い換えなどによる修復の実行が含まれる (Schegloff et al. 1977)。本稿では、患者が専門用語に対して聞き返しを行い、それを受けて通訳者が自身の先行する訳出をより平易な表現に言い換える場面を、患者によって修復が開始され、問題となった訳出の産出者である通訳者が修復を行う「他者開始・自己修復 (other-initiated self-repair)」として扱う (Schegloff et al. 1977)。このような発話の連鎖を検討することで、理解上の問題がどのように提示され、通訳者との参与者により問題がどのように解決されるのかを示すことができると考える。

4. データと方法

本研究の対象データは、医師・模擬患者・医療通訳者による模擬医療会話 (合計 268 分) である。本稿では、そのうち通訳者による正確性に関する相互行為的実践が顕著に観察される事例を抽出し、分析対象とした。さらに、通訳者の判断や意図を補足的に把握するため、参加者に実施した振り返りインタ

ビューも参考にした。

機縁法により選定した参加者は、通訳者（日本語が母語）8名、医師4名、模擬患者（英語が母語、日本語は理解しない）4名である。8つのグループに分けて模擬医療面談を実施した。本稿では、医療通訳研修の受講経験がある、実務経験3年以上の人を「プロ通訳者」と定義した。面談方法は、遠隔が7件、対面が1件であった。

模擬医療面談には、オープン・ロールプレイを用いた。面談の開始状況、参与者の役割、面談の目的を共有しつつ、詳細情報は参与者に個別に提供し、実際の医療面談に近づける工夫をした。この形式は、あらかじめ詳細な発話内容や結末が規定されていないため、相互行為がその場で交渉されるという特徴があり、分析可能な会話データの収集に有効である（Kasper et al. 1991）。

本データは、研究目的に応じて設定された模擬医療会話であり、実際の医療現場における通訳行為を一般化することを目的としない。一方で、診療場面、参与者の役割、話題を一定程度統制したうえで、通訳者による聞き返し、言い換え、語彙説明、情報の再構成、参与構造の調整といった相互行為的实践を詳細に観察する資料として位置づけられる。

シナリオは、2型糖尿病が疑われる患者に対する問診および治療方針の説明場面とし、日常生活に関するやり取りを中心に設計した。シナリオ作成にあたっては、OSCE（Objective Structured Clinical Examination）シナリオ集（大西ら2006）を参考とし、医学的妥当性については専門家の助言を得た。

本稿で用いるのは、筆者の博士学位研究の一環として実施した研究で収集したデータであり、収集に先立ち、東京大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得た（承認番号：2021300NI-(1)）。

5. 分析

以下では、前節までに示した会話分析的視点に基づき、医療通訳者の発話が会話の中で、どのように組織され、聞き手の理解可能性の確保にどのように寄与しているのかを検討する。分析にあたっては、発話の順序的組織、修復、参与者志向に着目し、通訳者の行為を外在的な規範から評価するのではなく、参

与者が会話の中でそれをどのように理解し、応答しているかについて記述する。

5.1. 発話内容の再現と理解可能性のずれ

抜粋1では、医師が患者に糖尿病の検査結果を説明し、血糖値およびHbA1c³⁾が高いことを指摘している。通訳者は、血糖値の数値、正常範囲およびその評価を伝える一方、HbA1cに関する情報を省略し、日本語の病名に関する説明や訳出を導入するための発話を加えている。したがって、本事例は、原発話の主要な情報が一定程度再現される一方で、情報の選択や発話の再構成も行われている事例として位置づけられる。CEFR〈仲介〉の観点からは、原発話の情報を別の言語で伝えることと、受け手にとって理解可能な形で提示することが、どのように両立し、あるいは両立しないのかを検討するための出発点となる。

なお抜粋の転写は、Jefferson（2004）を基盤とし、串田ら（2017）、前田（2008）を参照して作成した⁴⁾（記号の説明は注4参照）。

抜粋1. 結果の説明

- 01 医師：え::先ほどの結果 あつと (0.6) ね (0.5) え 聞いてください
02 たんですけど (0.2)
03 え:: HbA1cが高い (0.3) っていうと そして血糖値, グルコー
04 スというのは (0.3)
05 あの::血糖値あるいは え::つと:血液中の (0.4) 糖分を意味す
06 るんですね。
07 え:これが高いというのが糖尿病という、あの言葉の意味にな
08 りますけれども、日本語ですけれどもね.hhh
09 え:これも あの通常ですと、ま、110以下なんですが、216で
10 すので非常に高い°ということになります° ((頷く)) (1.0)
11 通訳：ありがとうございます (0.4)
12 Now ah Robert-san, doc (0.3) tor (0.3) ah started to explain
13 about glucose. (1.0)
14 Okay? (0.3) Um: the glucose level (0.3) ah it is (0.3) ah

- 15 we also say blood sugar level (0.6)
 16 um that (0.3) means that your (0.4) blood sugar (0.3)
 17 um (0.3) um (0.1) the sugar level in your blood (0.8)
 18 and in Japanese it is called (0.3) TO-NYO-BYO (0.2)
 19 .hhh (0.2) it's sugar urine disease (0.5)
 20 So, and in your body (0.3) the ::um (0.3) glucose level is
 21 (0.4) 216. The normal range is (0.2) 110 or lower (0.5)
 22 so it's a higher than the normal range, as well. ((頷く))
 23 患者：(2.0) ((頷く)) Okay, thank you, I understand.

抜粋1では、医師が示した血糖値216という数値、正常範囲が110以下であること、および患者の血糖値が正常範囲より高いという評価が訳出されている。この点では、血糖値に関する医師の説明の主要な命題内容が保持されている。

一方、原発話に含まれる「HbA1cが高い」という情報は訳出されていない。原発話と訳出との対応関係からみれば、これは情報の省略として記述できる。また、医師が「糖尿病」という日本語の意味について説明した07行から08行に対し、通訳者は“TO-NYO-BYO”と日本語名称を発音したうえで、“sugar urine disease”という字義的な説明を加えている(19行目)。これは、日本語の病名を英語話者に理解可能な形で説明しようとした再構成とみることができる。ただし、“diabetes”という一般的な英語の病名は提示されておらず、そのため、病名と医学的説明との関係を明確に伝えるという点では、理解可能性が十分に確保されていない可能性がある。この部分は、「発話内容の再現」と「理解可能性の確保」とが必ずしも一致しないことを示している。

さらに、11行目の医師に対する「ありがとうございます」、12行目の患者への呼びかけ“Robert-san (仮名) ”、訳出の開始を示す“doctor started to explain about glucose”、および14行目の“Okay?”は、医師の原発話には含まれていない。通訳者はこれらの発話によって、医師の説明が終了したことを受け止め、患者を次の発話の受け手として選択し、訳出を開始したことを示している。また、“Okay?”によって、患者が説明を受け取る態勢にあることを確認しながら訳出を進めている。これらの行為は、通訳者が原発話を別言語で伝えるだけでなく、発話の受け渡しを組織し、三者間会話の進行にも関与してい

ることを示している。

23行目で、患者は頷いた後に“Okay, thank you, I understand”と述べ、理解を表明している。ただし、この応答は患者がその時点で理解したことを示すものであり、HbA1cや病名を含む医師の説明全体が正確に理解されたことまでを保証するものではない。したがって、本事例では、血糖値に関する主要情報が伝達され、患者による理解の表明が得られている一方、情報の省略と病名説明の再構成も確認される。次節では、患者が専門用語に対する理解上の問題を提示し、それを契機として通訳者が言い換えと修復を行う事例を分析する。

5.2. 専門用語の言い換えによる理解上の問題の修復

抜粋2は、糖尿病や高コレステロール血症、高血圧が血管に与える影響について医師が説明している場面である。通訳者は、高コレステロール血症を“hyperlipidemia”⁵⁾と訳出したが、患者が聞き返しによって修復を開始した。

抜粋2. 病気の説明

- 01 医師：°あ°のですね あの糖尿病にかかわる (.)uu ま糖尿病だけでな
 02 く高コレステロール血症ですとか (0.3) あるいは あの°えっ°
 03 高血圧などもそうなんですけど.hh
 04 こういった病気:の あの 進行によって血管がだんだん悪くなっ
 05 ていきます.hhhで血管というのはもう全身にありますので(.)
 06 特にあの命に関わるのは心臓ですね (0.4)
 07 心臓と脳の血管ですね.hhあの こういった あの、血管がつま
 08 りますと本当に命に関わったり.hhあの :体の半身が自由に利
 09 なくなったり
 10 そういったことが起こってくるんですね ((頷く))
 11 (2.4)
 12 通訳：Not only diabetes: but um (0.6) hyperlipidemia or high
 13 blood pressure .hh um (0.3) if (0.2) you have this um (0.3)
 14 problems (0.5) your blood vessels would be damaged (0.6)
 15 um (0.5) .hh and especially the blood vessels (0.1) to your

- 16 brain or heart .hh is very important .hh if they are blocked .hh
17 it is life-threatening or .hh your half-body would be paralyzed.
18 (1.3)
19 患者：Ah, Matsuda-san (0.2) sorry you've mentioned one (0.5)
20 one word I couldn't catch it (0.4) a "hyper :":
21 通訳：あ (0.2)
22 患者：somethin [g?
23 通訳： [Hyper (0.3) lipidemia
24 (1.2)
25 患者：Hyper-lipi-demi [a
26 通訳： [Yes, or high-cholesterol disease.
27 患者：((頷く)) Okay (0.5) °okay° (0.5) and was there another
28 (0.3) ahh (0.7) disease
29 you have men [tioned?
30 通訳： [High-ah (0.5) high blood pressure
31 患者：Ah, okay °okay° ((正面を向き)) Okay thank you.
32 (1.1)
33 通訳：はい °あ° (1.1) °あ° はい 先生お続けくだ [さい
34 医師： [はい、分かりま
35 した

〈振り返りインタビューで語られた通訳者の認識 (1)〉

あの患者さんからあの分りにくかったっていう、あの、ということ、確認があったところがあって。[……] あの hyperlipidemia が分からなくて、ええ確認をして来たということが起きて。で、ええ 本当は通訳者は言われたことを全部あの通訳をして自分が答えちゃいけないという場面だったんですけども、それは明らかに私の訳し方に対する質問だったので、先生に訳さないで通訳者の立場で答えてしまって。「これって間違っただけかもしれない」と ちょっと罪悪感を感じつつ、でもその前に「糖尿病以外のほかの病気でもね」というのも、もっと、もうちょっとわかりやすく、あの、「ほかの病

気の名前も上げますけれども」という枕詞をつけた上で、ええ、high cholesterol と high blood pressure と言う分かりやすい言い方を。これは「私がしなくては本来いけなかったなあ」というので、あの身もだえをしました。(下線は著者による。)

通訳者は当初、12行目で“hyperlipidemia”という専門用語を用いて訳出している。これに対して患者は、19行目で通訳者を“Matsuda-san (仮名)”と名指しし、19行目から22行目にかけて、“hyper-”で始まる語を“I couldn't catch it”と述べ、その再提示を求めている。通訳者は23行目で“hyperlipidemia”を再提示しており、患者の発話を聞き取り上の問題を示すものとして扱っている。1.2秒の間の後、患者が“hyperlipidemia” (25行目) と繰り返すと、通訳者はその発話に重ねて“Yes”と確認し、続けて“or high-cholesterol disease”というより平易な表現を付加している。この言い換えの付加から、通訳者が問題を単なる聞き取りに限らず、語の理解にも関わるものとして扱ったことが示される。この一連のやり取りは、患者による聞き返しを契機として、通訳者が自身の先行発話を修正する他者開始・自己修復の連鎖として捉えられる。

患者はこの言い換えに対して、27行目で頷きながら“Okay”を繰り返し、続いて医師が挙げたもう一つの疾患名について確認を求めている。通訳者が30行目で“high blood pressure”と答えると、患者は31行目で“Ah, okay, okay. Okay, thank you.”と応答している。通訳者は33行目で医師に説明の再開を求め、34行目で医師が応答した。

したがって、19行目から31行目までのやり取りでは、患者によって示された聞き取りもしくは理解上の問題に対して、通訳者が専門用語を再提示した後、説明的な表現を付加し、患者が頷きと“Okay”によって理解を示すことで、当該問題に関する修復連鎖が終結している。ここで通訳者は、患者の聞き返しが自身の訳出に起因する問題と捉え、患者の理解達成に向けて発話を拡張する形で応答している。この修復は単なる語の言い直しにとどまらず、問題を局所的に解消し、医師による説明への復帰を可能にする相互行為的資源として機能しているといえる。

以上は、実際の発話の連なりと参与者の反応から観察される会話連鎖の分析である。次に、通訳者によるこれらの行為と振り返りインタビューで語られた

認識を、CEFRおよびCEFR-CVの仲介概念から捉える。CEFR-CVでは、専門的な用語や複雑な内容を、受け手の知識や理解に応じて言い換える方略を「言語の適正化 (adapting language)」として示している (欧州評議会 2020)。本事例において、患者が25行目で“hyperlipidemia”と繰り返したあと、通訳者が“high-cholesterol disease”という平易な表現を付加していることで、患者がその意味に到達できるように表現を言い換える仲介行為として再記述することができる。

一方、振り返りインタビューにおいて通訳者は、19行目から31行目までの患者とのやり取りについて、「本来は医師に訳すべきだったかもしれない」と述べ、自身の行為が通訳者による説明の付加に当たり、倫理規範に照らして問題となり得ることを認識していた。その一方で、質問が自分の訳出に向けられていたため、患者の理解を助けるために自ら説明したとも述べている。この語りは、会話連鎖から直接観察される事実ではなく、通訳者が事後的に自身の行為をどのように評価していたかを示すものである。

さらに通訳者は、訳出に際して疾患名を単に列挙するのではなく、「糖尿病以外のほかの病気でも」「これからほかの病気の名前も挙げます」といった表現を先に置くべきだったと振り返っている。このような前置きは、後続する発話の内容と、それによって生じ得る理解上の困難をあらかじめ見越す「予見」として捉えられる。通訳者は、専門的な疾患名が続くことを事前に示すことによって、患者が後続する情報を受け取るための準備を可能にする必要があったと認識していたのである。

また、「これからほかの病気の名前も挙げます」という表現を加えることは、医師の説明における話題の展開と、患者がその展開を理解するために必要な手掛かりとの間にある「隙間」を補う行為として説明できる。ここで補われるのは新たな医学的情報ではなく、これから複数の疾患名が示されるという談話構造上の手掛かりである。この意味で、通訳者が必要だったと振り返る前置きは、CEFRにおける「隙間の補填」という仲介の働きに関連づけて捉えることができる。

ただし、このような前置きは実際の会話において遂行されたものではない。したがって、本事例では、CEFR-CVにおける「言語の適正化」は実際の会話に現れた仲介行為として捉えられるのに対し、「予見」および「隙間の補填」

は、通訳者が振り返りにおいて必要性を認識した仲介方略として区別して扱う必要がある。

患者が通訳者の言い換えに対して頷きと“Okay”によって応答し、その後に会話が進行したことは、少なくとも当該連鎖において、言い換えが理解上の問題の解消に寄与したことを示している。ただし、このことは、通訳者による説明の付加が常に倫理的・専門的に妥当であることを意味するものではない。本事例が示すのは、原発話からの変更を一律に「逸脱」と評価するのではなく、その変更がどのような理解上の問題に応答し、後続する相互行為においてどのように扱われたのかを検討する必要性である。

以上より、抜粋2は、医療通訳における「正確性」が語彙の一对一の対応だけによって達成されるものではなく、理解上の問題が顕在化した際に、専門用語を言い換え、参与者間の理解を回復する過程を含む相互行為の中で達成されることを示している。また、振り返りインタビューからは、通訳者が、理解上の困難が生じた後に対応だけでなく、その困難を予見し、理解に必要な隙間をあらかじめ補う必要性を認識していたことが示された。

5.3. 一般的な医学的リスクと個別的な受診勧奨の明示

本項では、医師による一般的な医学的説明と患者個人への受診勧奨が、通訳者の訳出においてどのように構成されているのかを検討する。特に、主語と指示対象の選択、および情報の提示順序に着目し、その実践をCEFR〈仲介〉の観点から再解釈する。

抜粋3. 治療開始に向けての説明

- 01 医師：はい、.hh え.hh あのとひょっとしたらですね、
 02 もう何かの病気が起こっている可能性があって
 03 特にあのと：私たちが治療を始める時に：注意しているのが
 04 め（目を指す）目のことなんですね.hh あのと：視力がもし落
 05 ちていなくても目の奥のもう網膜という血管が悪くなってい
 06 て：あのと：ある時突然そこから出血して
 07 (0.4) 目が見えなくなると.hh

- 08 そういったことが起こることもないわけではないんで↑す：
 09 (1.1)
 10 ですので (.) 一度眼科でね (0.3) あの:みてもらう方がいい
 11 です (よ) まあ,
 12 1ヶ月以内に眼科にかかることを強くお勧めします。
 13 (3.0)
 14 通訳: Now, um I would like you to (0.3) um I would like you to
 15 .hhh I recommend you that (.) you (0.2) see the (0.3) ah
 16 eye specialist. Because .hh um the patients of diabetes .hhh ah
 17 might have (0.2) eye problem (0.2) even though they don't
 18 have (0.4) their .hhh ah eyesight problem. hh their (0.4) ah::
 19 (1.6) their r, r, um retina, the part called retina, .hh might be
 20 ah (0.4) affected.
 21 So, and ah it um (0.6) the it might be ah bleeding (2.1) in
 22 the very back of your eye (0.6) So, .hh I want you to be
 23 checked it
 24 (1.5)
 25 患者: °Okay° (0.4)
 26 通訳: [I think] ah: I want you to >I'm sorry< in ah within a month,
 27 in a month.
 28 患者: [Oh:I see] I see. So I should get an eye exam within a month
 29 (1.0) Is that right?

〈振り返りインタビューで語られた通訳者の認識 (2)〉

一般的な「これこれは一般的な話」で「ここはあの特にあなたのことを言ってますよ」っていうのは、そうですね。たぶん気をつけているかと思います。はい。

抜粋3において、通訳者は、医師の発話に含まれる主要な内容のうち、糖尿病患者では自覚的な視力低下がなくても網膜に異常が生じ出血する可能性があること、および一ヶ月以内の眼科受診が勧められることを英語で伝えている。

この点で、通訳者は医師が提示した医学的リスクの主要部分と受診勧奨を患者に伝達している。

一方、通訳者は、医師の発話の形式や提示順序をそのまま維持しているわけではない。医師は、眼の合併症に関するリスクを説明した後、その帰結として眼科受診を勧めている。これに対し、通訳者は冒頭で“I recommend you that you see the eye specialist” (15-16行目) と受診勧奨を提示し、その後に“Because”を用いて医学的リスクを勧奨の理由として説明している。さらに、22-23行目で“I want you to be checked it”と受診勧奨を再提示し、患者が“Okay”と応答した後、26行目で“within a month”と受診期限を明示している。すなわち、医師の発話における「リスク説明—受診勧奨」という順序を、「受診勧奨—理由説明—受診勧奨—期限の明示」へと組み替え、患者に求められる行為を前景化している。

また、通訳者は、糖尿病患者一般を指す“the patients of diabetes”および“they”と、当該患者を指す“you”とを使い分けている。これにより、日本語の原発話では主語や指示対象が形式上明示されていなかったリスク説明を糖尿病患者一般に関するものとして示す一方、受診勧奨は当該患者に向けられたものとして明確にしている。振り返りインタビューにおいても、通訳者は「一般的な話」と「特にあなたのこと」とを区別するよう注意していると述べており、一般論と個別的助言との区別を意識して訳出していたことがうかがえる。

以上から、本事例では、発話内容の再現と理解可能性の確保に向けた実践が、相互に排他的な行為としてではなく、一つの訳出の中で同時に行われていると考えられる。通訳者は、医師が提示した医学的リスクと受診勧奨を維持しながら、主語と指示対象を明示し、情報の提示順序を組み替えることによって、一般的なリスクと患者個人に求められる行為との関係を理解可能な形に整えるよう訳出を組み立てている。

CEFR〈仲介〉の観点からは、この実践は、医師の発話を患者がアクセスできる言語に置き換えるだけでなく、医学的説明を患者が具体的な行為指針として利用できるように再構成する実践として捉えられる。すなわち、通訳者は、発話内容の主要部分を言語間で伝達するとともに、一般的な合併症のリスクと「一ヶ月以内に眼科にかかる」という個別的な行為とのつながりを明示することによって、理解可能性の確保を図っている。この点で、本事例は、発話内容

の主要部分を維持しながら、受け手に応じて情報間の関係を整えるCEFR〈仲介〉の実践として再解釈できる。

患者は25行目で“Okay”と応答し、通訳者が受診期限を追加した後、28-29行目で“So I should get an eye exam within a month. Is that right?”と述べている。これは、患者が「一ヶ月以内に眼科検査を受ける」という行為指針を自ら言い換えて提示し、その理解が正しいか確認を求めていることを示す。したがって、少なくとも受診行為と期限については、患者の理解が後続発話に示されている。ただし、網膜の異常や出血の可能性に関する医学的説明まで理解されたかどうかは、この応答のみからは判断できない。

6. 考察

本研究では、医療通訳における正確性を、「発話内容の再現」と「理解可能性の確保」という二つの側面から検討した。三事例からは、発話内容の再現と理解可能性の確保は、常に一致するものでも、相互に排他的なものでもないことが分かる。原発話の主要な内容が一定程度再現されていても、情報の省略や不明確な説明によって理解可能性が十分に確保されない場合がある。一方、専門用語の言い換え、主語や指示対象の明示、情報提示順序の再構成など、原発話の形式を変更する行為が、情報間の関係を明確にし、理解上の問題への対応に寄与する場合もある。

したがって、医療通訳における正確性は、原発話と訳出との語彙的・形式的な対応だけで判断できるものではない。重要な情報が保持されているかに加え、訳出がどのような理解上または相互行為上の問題に応じて行われ、後続する参加者の応答においてどのように扱われたかを検討する必要がある。特に抜粋2では、患者の聞き返しに応じた通訳者の言い換えと、その後の患者の応答を通して、理解上の問題が局所的に解消されていた。抜粋3では、通訳者が一般的な医学的リスクと患者個人への受診勧奨との関係を明確にした後、患者は「一ヶ月以内に眼科検査を受ける」と自ら行為指針を言い換え、その理解が正しいか確認を求めている。この応答から、少なくとも受診行為と期限に関する患者の理解が示されている。ただし、医学的リスクの説明まで理解されたか

どうか、また患者が示した理解が通訳者または医師によって承認されたかどうかは、この抜粋のみからは判断できない。これらの事例は、通訳者による原発話の変更、変更が存在するという理由だけで、正確性からの逸脱として一律に捉えることができないことを示している。ただし、言い換えや説明の付加が常に妥当であるということでもない。原発話の重要な内容が保持されているか、その行為がどのような問題に応じて行われたか、さらに参加者がそれをどのように受け止めたかを、個々の会話連鎖に即して検討する必要がある。

本稿では、このような実践を捉え直すための概念的資源として、CEFR-CVの仲介概念を用いた。これは、通訳者による変更を正当化するための評価基準ではなく、会話分析によって記述された専門用語の言い換えや情報間の関係の明示を、異なる言語や知識をもつ参加者の意味へのアクセスを支える実践として再解釈するための枠組みである。抜粋2にみられた平易な表現への言い換えは「言語の適正化」として捉えられる。また、抜粋3にみられた一般的な医学的リスクと個別的な受診勧奨との関係の明示は、患者が医学的説明を具体的な行為指針として理解することを支える実践として捉えられる。さらに、振り返りインタビューで通訳者が必要性を指摘した前置きは、「予見」や「隙間の補填」に関わる方略として説明できる。ただし、後者は実際の会話で遂行された行為ではないため、会話に現れた仲介実践とは区別して扱う必要がある。

以上より、医療通訳における正確性は、完成した訳出の静的な性質ではなく、発話内容を保持しながら、参加者の応答や理解上の問題に応じて理解可能性を追求する相互行為的な達成として捉えられる。会話分析はその過程を記述する分析的基盤となり、CEFR-CVの仲介概念は、そこで観察された行為を医療通訳者の専門的実践として再解釈するための概念的資源となる。

6.1. 通訳者養成への示唆

本稿の知見は、通訳者養成において、正確な訳出だけでなく、相互行為の中で理解可能性を確保する実践を扱う必要性を示している。発話内容を正確に再現することは基本であり、初学者には逐次通訳、専門用語、倫理規範に関する基礎的訓練が不可欠である。一方、実務者教育においては、CEFR〈仲介〉概念を用いることで、介入や逸脱と捉えられ得る行為を、通訳者が会話の参加者

として理解可能性を支える行為として説明することが可能になる。これは、倫理規範が定める通訳者の役割と、現場で必要となる相互行為上の対応との間に生じ得るジレンマを理解する上でも有用である。

ただし、発話内容の再現と理解可能性の確保を通訳者だけに委ねることには限界がある。Gileの努力モデルによれば、通訳における聞き取り・分析、記憶、産出などの処理は、限られた認知的資源を共有するため、言い換えや説明、発話構成の変更が必要となる状況では、通訳者の処理負荷が高まる可能性がある(Gile 2009, 2021)。したがって、正確性は通訳者個人の能力だけによって確保されるのではなく、医師、患者、通訳者が相互行為の中で協力して追求するものと捉える必要がある。Wadensjö (1998) が通訳を「三者によるコミュニケーションのダンス (communicative pas de trois)」と表現したように、医療者をはじめとする通訳利用者にも、発話を適切な長さに区切る、指示対象を明確にする、訳出が終わるまで次の発話を待つなど、通訳者の負荷を軽減し、正確な通訳を支える発話方法を学ぶことが求められる。今後は、より多くの事例を収集して体系化するとともに、通訳者だけでなく通訳利用者も対象とした事例分析やロールプレイによる研修方法を検討する必要がある。

6.2. 研究の限界

本研究には、いくつかの限界がある。第一に、日本語を母語とする日英通訳者を対象としており、他の言語ペアや文化的背景をもつ通訳者の実践は扱っていない。第二に、分析対象は模擬医療面接であり、慎重に設計された場面であっても、実際の診療とは参加者の緊張や利害、発話の偶発性などが異なる可能性がある。第三に、本研究は限られた事例の詳細な分析を目的とするものであり、観察された実践の頻度や典型性を示すものではない。今後は、より多様な言語ペアおよび実際の医療場面のデータを用いた検討が必要である。

7. 結論

本稿では、医療通訳における正確性を「発話内容の再現」と「理解可能性の

確保」という二つの側面から捉え、医療通訳者が三者間相互行為の中で、その達成にどのように取り組んでいるのかを検討した。分析の結果、通訳者は、原発話の内容を別の言語で伝えるだけでなく、聞き返し、言い換え、語彙の説明、発話の宛先や指示対象の明示などを通じて、理解上または相互行為上の問題に対応していた。これらの事例は、医療通訳における正確性が、原発話と訳出との対応関係のみによって決まるものではなく、通訳者の実践と参加者の応答、修復の展開を通じて、その都度追求されるものであることを示している。CEFR〈仲介〉概念は、このような通訳者の実践を、発話内容を伝えるとともに、参加者間の理解可能性を支える行為として捉え直すための概念的資源となる。

注

- 1) ICT: Information and Communication Technologiesの略。
- 2) False fluency: 通訳者が、誤った単語・句、または当該言語には存在しない単語・句を使用すること (Flores et al. 2003)。
- 3) HbA1c: ヘモグロビン・エイワンシー。過去1〜2か月の血糖値の平均を表し、糖尿病の診断にも使用される数値 (日本糖尿病学会 2013)。
- 4) 転写記号例
この一覧はJefferson (2004) によって始められた会話分析の標準的な転写記号法をもとに、日本語の書き起こしに使用した串田ら (2017)、前田 (2008) を参照して作成した。
[発話が重なり始めた位置
= 前後の発話が切れ目なく続いている
文字::: 直前の音が延ばされている
文字- 直前のことばが途切れている
文字? 語尾の音が上がっている
↑文字 直後の音調が上がっている
(文字) 発せられていることばが確定できない部分
() 発せられている音声聞き取れない部分
>発話< 速い発話
(.) 短い0.1秒程度の沈黙
(数字) 沈黙の秒数

hhh 息を吐く音
 .hhh 息を吸う音
 °発話° 小さい声での発話
 発話 強調されている発話
 ((文字)) 転写する人のコメント
 ¥ ¥ 笑い顔での発話

- 5) 日本では、2007年に日本動脈硬化学会が、高脂血症および高コレステロール血症を含む概念として「脂質異常症 (dyslipidemia)」という包括的な用語を導入した。しかし臨床現場では、従来の呼称も併用されている。なお高コレステロール血症 (hypercholesterolemia) は脂質異常症の一類型であり、両者は包含関係にある (日本動脈硬化学会 2007)。

参考文献

- 石川ひろの (2021) 「患者－医師間コミュニケーション研究に見る『患者中心の医療』という概念の進化」、『医療と社会』30 (4)、447-458頁。
- 糸川美樹 (2020) 「医療通訳とは何をする職業なのか——専門職としての医療通訳の課題」、『ことばと社会』編集委員会 (編)『ことばと社会』22、三元社、34-57頁。
- 植田栄子 (2014) 『診療場における患者と医師のコミュニケーション分析』ひつじ書房。
- 打浪文子 (2020) 「知的障害者向けの『わかりやすい情報提供』の現状と課題——医療に関する情報保障に焦点を当てて」、『ことばと社会』編集委員会 (編)『ことばと社会』22、三元社、10-33頁。
- 欧州評議会 (2020) 『言語の学習、教授、評価のためのヨーロッパ共通参照枠：随伴版』ゲーテ・インスティトゥート東京日本語版、240頁。
- 大西弘高・黒岩かをる (2006) 『医療コミュニケーション実践マニュアル』ぜんにち出版。
- 観光庁 (2025) 「訪日外国人旅行者数・出国日本人数」観光庁。https://www.mlit.go.jp/kankoch/tokei_hakusyo/shutsunokushasu.html
- 串田秀也・平本毅・林誠 (2017) 『会話分析入門』勁草書房。
- 久保裕子 (2020) 「医療人類学においてヘルスコミュニケーションをどう論じるか——フィリピン・メトロマニラの多言語状況における“Abortion”の『誤用』と齟齬の考察を手掛かりに」、『ことばと社会』編集委員会 (編)『ことばと社会』22、三元社、85-110頁。
- 厚生労働省 (2017) 「医療通訳育成カリキュラム基準 (平成29年9月版)」厚生労働省。https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001381274.pdf
- 厚生労働省 (2019) 「平成30年度『訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会』における主な議論の整理」厚生労働省。https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496632.pdf
- 厚生労働省 (2021) 「医療通訳に関する資料 一覧」厚生労働省。https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000056944.html

- 出入国在留管理庁 (2026) 「令和7年末現在における在留外国人数について」出入国在留管理庁。https://www.moj.go.jp/isa/publications/press/13_00062.html
- 西垣悦代 (2005) 「関係性の視点からみた日本の医師患者コミュニケーション」、『日本保健医療行動科学会年報』20、157-172頁。
- 西村明夫 (2011) 「医療通訳共通基準の策定経緯と内容」、『自治体国際化フォーラム』258号、16-18頁。
- 日本糖尿病学会 (2013) 「HbA1cの新目標値と施行について」https://www.jds.or.jp/modules/important/index.php?content_id=41
- 日本動脈硬化学会 (2007) 『動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007年版』日本動脈硬化学会。
- 濱井妙子・上原里程・李節子 (2017) 「全国自治体病院対象の医療通訳者ニーズ調査」、『日本公衆衛生雑誌』64 (11)、672-683頁。
- 前田泰樹 (2008) 『心の文法——医療実践の社会学』新曜社。
- 渡邊日日 (2020) 「医療における多言語研究の試みについて」、『ことばと社会』編集委員会 (編)『ことばと社会』22、三元社、142-188頁。
- Bancroft, Marjory A., Sofia García-Beyaert, Katharine Allen, Giovanna Carriero-Contreras and Denis Socarrás-Estrada (2015) *The Community Interpreter: An International Textbook*, Culture & Language Press.
- Bolden, Galina B. (2000) “Toward understanding practices of medical interpreting: Interpreters’ involvement in history taking”, *Discourse Studies* 2(4), pp.387-419.
- Council of Europe (2001) *Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment*, Cambridge University Press.
- Council of Europe (2020) *Common European Framework of Reference for Languages: Learning, Teaching, Assessment—Companion Volume*, Council of Europe Publishing, pp.106-110.
- Davidson, Brad (2000) “The interpreter as institutional gatekeeper: The social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse”, *Journal of Sociolinguistics* 4 (3), pp.379-405.
- Dysart-Gale, Deborah (2005) “Communication models, professionalization, and the work of medical interpreters”, *Health Communication* 17 (1), pp.91-103.
- Flores, Glenn, M. Barton Laws, Sandra J. Mayo, Barry Zuckerman, Milagros Abreu, Leonardo Medina and Eric J. Hardt (2003) “Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters”, *Pediatrics* 111 (1), pp.6-14.
- Flores, Glenn, Milagros Abreu, Cara Pizzo Barone, Richard Bachur and Hua Lin (2012) “Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences:

- A comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters”, *Annals of Emergency Medicine* 60 (5), pp.545-553.
- Gavioli, Laura and Claudio Baraldi (2011) “Interpreter-mediated interaction in healthcare and legal settings: Talk organization, context and the achievement of intercultural communication”, *Interpreting* 13 (2), pp.205-233.
- Gile, Daniel (2009) *Basic Concepts and Models for Interpreter and Translator Training*, Revised edition, John Benjamins.
- Gile, Daniel (2021) “The Effort Models of Interpreting as a Didactic Construct”, Ricardo Muñoz Martín, Sanjun Sun and Defeng Li (eds.) *Advances in Cognitive Translation Studies*, Singapore: Springer, pp.139-160.
- Heritage, John (1984) *Garfinkel and Ethnomethodology*, Polity Press.
- Heritage, John and Douglas W. Maynard (eds.) (2006) *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*, Cambridge University Press.
- International Medical Interpreters Association and Education Development Center, Inc. (2007) *Medical Interpreting Standards of Practice*, International Medical Interpreters Association and Education Development Center, Inc.
- Jackson, Jean C., Duong Nguyen, Natalie Hu, Rita Harris and Gayle S. Terasaki (2011) “Alterations in medical interpretation during routine primary care”, *Journal of General Internal Medicine* 26 (3), pp.259-264.
- Jefferson, Gail (2004) “Glossary of transcript symbols with an introduction”, Gene H. Lerner (ed.) *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*, John Benjamins Publishing Company, pp.13-31.
- Karliner, Leah S., Elizabeth A. Jacobs, Alice H. Chen and Sunita Mutha (2007) “Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature”, *Health Services Research* 42 (2), pp.727-754.
- Kasper, Gabriele and Merete Dahl (1991) “Research methods in interlanguage pragmatics”, *Studies in Second Language Acquisition* 13 (2), pp.215-247.
- Nápoles, Anna M., Jasmine Santoyo-Olsson, Leah S. Karliner, Steven E. Gregorich and Eliseo J. Pérez-Stable (2015) “Inaccurate language interpretation and its clinical significance in the medical encounters of Spanish-speaking Latinos”, *Medical Care* 53 (11), pp.940-947.
- National Council on Interpreting in Health Care (2001) *The Role of the Health Care Interpreter: An Evolving Dialogue*.
- National Council on Interpreting in Health Care (2005) *National Standards of Practice for Interpreters in Health Care*, National Council on Interpreting in Health Care.
- Pham, Kiemanh, J. Daryl Thornton, Ruth A. Engelberg, J. Carey Jackson and J. Randall Curtis (2008) “Alterations during medical interpretation of ICU family conferences that interfere with or enhance communication”, *Chest* 134 (1), pp.109-116.
- Raymond, Chase Wesley (2014) “Epistemic brokering in the interpreter-mediated medical visit: Negotiating ‘patient’s side’ and ‘doctor’s side’ knowledge”, *Research on Language and Social Interaction* 47 (4), pp.426-446.
- Schegloff, Emanuel A., Gail Jefferson and Harvey Sacks (1977) “The preference for self-correction in the organization of repair in conversation”, *Language* 53 (2), pp.361-382.
- Schegloff, Emanuel A. (2007) *Sequence Organization in Interaction: Volume 1: A Primer in Conversation Analysis*, Cambridge University Press.
- Wadensjö, Cecilia (1998) *Interpreting as Interaction*, Longman.