

診察室での二つのまなざし

藤崎 和彦*

Two Perspectives in a Consulting Room

—Communication, Discommunication, Negotiation—

Kazuhiko Fujisaki Nara Medical University, Department of Hygiene

Studies on the Illness-Disease Dichotomy have pointed out that there are gaps between a doctor's reality and a patient's reality. We can see these gaps in the difference of the recognized problem and goal, body image, and the meaning of the illness between the doctor and the patient.

Accordingly, the communication between the doctor and the patient inevitably has an aspect of "the Clash of Perspectives", or "the Reality Negotiation".

In the light of this sociological framework, this paper reports the processes and results of an attempt of the "Discourse Analysis" on Doctor-Patient Communication.

This analysis shows,

1. doctors occupy most of the conversation by talking much and asking many questions of patients, which shows doctors' purpose of controlling the course of the conversation under perspectives.
2. as patients talk as much and ask as many questions as doctors, patients' perspectives begin to have the influence on the course of the conversation.

キー・ワード

コミュニケーション Communication, 医師-患者関係 Doctor-Patient Relationship, 会話分析 Discourse Analysis, 期待の衝突 Clash of Perspectives, リアリティ交渉 Reality Negotiation

* 奈良県立医科大学衛生学教室

はじめに

「患者は病気 (illness) を苦しみ、医師は疾病 (disease) を診断し治療する」という文章は有名な L.Eisenberg による illness/disease の定義の一部分である¹⁾。ここでいわれるように「病気／疾病の二分法」²⁾によって患者と医師とがそれぞれに、「病気」と「疾病」という二つの別々の社会的リアリティ (social reality)³⁾をもち合わせているならば、果たしてその両者のリアリティの間にはどんな関係が存在するのであろうか。また、その間でどのようなコミュニケーションが成立し、あるいは成立していないのであろうか。

本稿では、この患者のみ「病気」と医者のみ「疾病」という「二つのまなざし」という分析枠組みを通して、実際にその二つのまなざしが出会い、交じわりあう場所である診察室でいったいどんなことが起こっているのかを、会話分析の事例などもまじえて考えてみたい。

I 二つのまなざし

患者にとっての病気とは苦しみや不安、痛みの経験であり、それは「私の○が△△だ」といった主語を伴った形で表現されうる個人的な経験である。一方、医師にとっての疾病は、□□病なり、□□疾候群といった無味乾燥な診断名で表現される普遍性をもった概念である。患者にとっては、苦しみや不安、痛みの経験の緩和こそが癒しとなり、医師にとっては診断名に従った医学的介入 (medical intervention) が治療、あるいは治癒となる。つまりは、病気と疾病、癒しと治療は基本的には立場の異なる異質の経験、あるいは概念であり、両者の間に相互に対応関係は存在するものの、必ずしも両者を同一視して扱っているものではない。

そして、これらの両者の間の不一致が顕在化するのには、いわゆる「不定愁訴症候群」として片づけられるような、病気は存在すれども疾病が見当たらない場合であったり、逆に、検診などで疾病の存在が指摘されているにもかかわらず

ず、病気の不在、すなわちいわゆる病識が本人に欠けているといわれるような場合である。これと同様な不一致は、当然のことながら癒しと治療の間にも出現する。

このように、診療あるいは受診という行為の出発点となるものが患者と医師の間で異なり、さらにそのゴールとなるものも異なるといった、まるっきり別々の二つの物差しが互いに存在しているにもかかわらず、それが診察室の中で共存するのはある意味で非常に不思議なことである。そのうえ、それがたまたま同時に満たされているのであれば、それはまったく何かの偶発事以外の何ものでもないようにさえ思えてしまう。果たして、そこにコミュニケーションは、いかにかかわっているのであろうか。

さらには、コミュニケーションの基礎となる、用語や概念自体が患者と医師

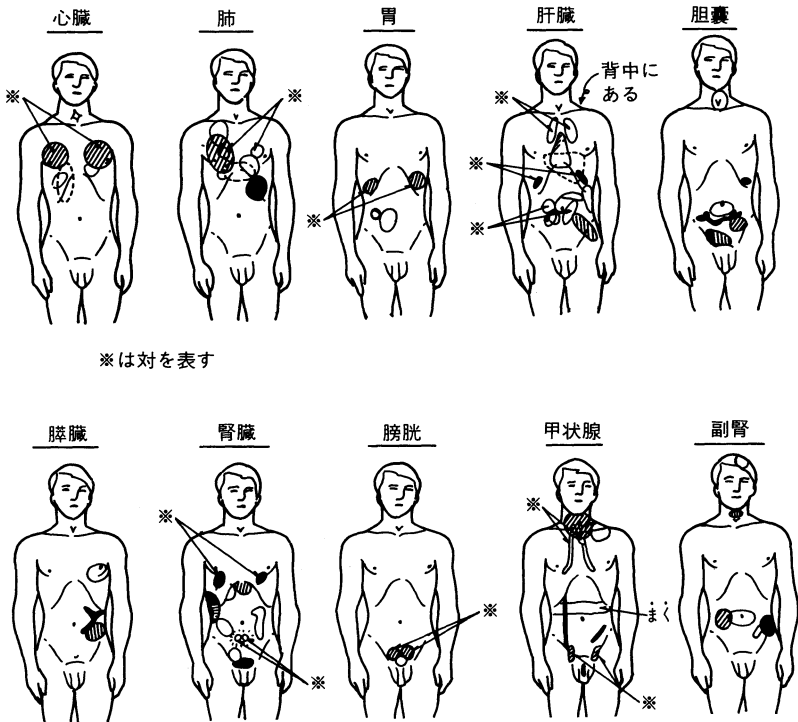


図1 非医療者のもつ身体像

診察室での二つのまなざし

との間で必ずしも共有されているわけではない。たとえば、筆者によって行われた非医療者のもつ身体像についての調査によると図1のように、身体各臓器の位置や形態についての理解に関してだけでもかなり多様なバリエーションがあることがわかる⁴⁾。特に、肝臓や胆嚢、膵臓といった機能が直接的にイメージしにくい臓器については理解の混乱や多様性が高く、また比較的ポピュラーな心臓や胃についても、それらが二つ対になって存在するというような理解をしている例も認められている。さらには、甲状腺に対して「腺」と「線」の類似性からか、紐や線状の臓器として理解しているものが非常に多く認められている。このように、コミュニケーションの基礎となる用語や概念自体にかなりのバリエーションがある中で、「肝臓が炎症を起こしている」とか「気管支が痙攣して空気の通りが悪くなる」などという説明がたとえなされたとしても、

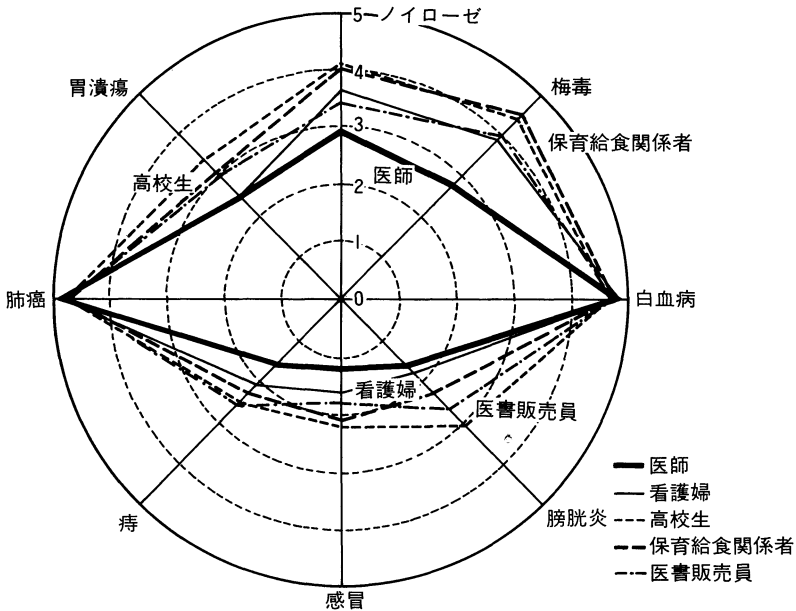


図2 病名のもつイメージ (重症度のイメージ)

それが必ずしも患者と医師との間に共通の理解を生みだすとは限らないということも、忘れてはいけないだろう。

また、病名についても同様に患者と医療者の間に認識のギャップが横たわっている。病名が、単なる医学的なカテゴリーを示すだけでなく、様々な象徴性や意味をもっていることは、S.Sontag も示しているところだが⁵⁾、筆者によるもう一つの調査の結果からもそのことがうかがえる。図2は医療者（医師、看護婦）と非医療者（高校生、保育給食関係者、医療書籍販売会社員）を対象に、様々な病名のもつ重症感（重症度）や自覚症度（しんどさ感）等を尋ねた調査のうち、重症度のイメージについての調査結果である。病気の重症度を重い（5点）～軽い（1点）までの5段階でスコア化してみると、肺癌や白血病といった重い病気では、両者ともに同じような重症感を感じているが、それ以外の病気では医療者（特に医師）と非医療者の間で重症感にかなりのギャップがあることがわかる。一般に医師は病気を死ぬか死なないかで評価して、死なない病気や薬物で治療できる病気は重症なものにとらえていない傾向があるのに、非医療者のほうはその病気のもつ社会的意味やしんどさ、辛さを含めて重症度を評価しているようである⁶⁾

以上のように、診察室で向き合う医師と患者の二つのまなざしは、様々な意味でのギャップを内包した関係を構成しているのである。

II 診察室を訪れる理由

医師と患者の関係がこのようなズレを内包しているからには、医師の行った問題の解決が、必ずしも患者にとっての問題の解決を意味しないことも十分に考えられ、そういう意味では患者にとって、診察室を訪れることはある種の「賭け」のようなものであるともいえよう。しかしそれにもかかわらず、多くの患者は今まで医師の診察室の扉を叩いてきた。果たしてなぜ、今までこのズレを内包した医師と患者の関係が、それほど大きな矛盾も表面に現れずに成立してきたのであろうか。

ここではその理由として次の三点をあげておきたい。まず第一には、従来の感染症を中心とした急性疾患型の疾病構造の中では、両者の間にズレが内包されていても、短期間に治療が完結するために、そのズレはそのままにしたままでも治療関係を成立させることが可能だったという点である。そして第二には、従来は医師の権威が非常に高かったために、医師へかかるというその行為自体が象徴的な治療力みたいなものを保持しており、その象徴性が治療関係の成立を支えていただろうという点である。さらに第三点としては、医療にかかることが社会制度的に求められてきたという点がある。たとえば薬をもらうにしても、売薬以外には医師の処方が法的に必要とされている。また、患者自身が注射を打ってほしいと思った場合も、わが国では医師のもとに行く以外にそれを実現する方法はない。さらには、からだの具合が悪くて学校や職場を休もうと希望する際にも、医師の診断書が必要とされる場合が多い。このように、医療にかかるとは社会制度的な統制機能として位置づけられているために、患者にとっては医師を受診することが是非必要とされることになるのである。したがって患者は、医師と患者の関係の間にあるズレに自覚的であろうとなかろうと、とにかく医師のもとに行かざるを得ないことになる。実際、患者が医師の判断を超越して、自らの希望する注射や投薬を要求することはしばしば見られることである⁷⁾。

上記の第三点については、社会制度的にはあまり変化がみられていないが、第一点については、すでに疾病構造が成人病や癌といった慢性疾患型に変化してきており、従来のように両者の関係のズレが顕在化することなしに長期に治療関係を継続していくことは難しくなっている。また第二点についても、シンボルとしての医師の権威が減衰して久しい昨今では、従来のように医師に診てもらえただけでありがたいというような状況は非常に少なくなっている。このような状況の中で、現代における医師と患者のコミュニケーションは、どうなっているのだろうか。また、どうあるべきなのだろうか。

III まなざしの相剋

会話分析に入る前に、本稿の分析枠組みをもう少し明確にするためにも医師—患者関係論の系譜をここで少しみてみよう。

医師—患者関係論において古典的なモデルは、T.Parsons によって提供されている⁸⁾。彼の古典的な機能論モデルでは、医師—患者関係は治療という共通の目的を共有できる調和的な関係として描かれている。社会が病気の治療に対してもつ関心が社会化の過程を通じて、医師と患者にそれぞれふさわしい役割モデルとして内在化されていくというのである。したがって、両者の関係は、親子・師弟関係がそうであるように、互いに対等な関係ではないにもかかわらず、共に進んで治癒に向かって努力するという点で、まことに協力的・調和的である。

しかし、Parsons が言うように医師と患者の関係は、模範医師と模範患者とが共に努力しあって、うまくいって当たり前といったようなものなのだろうか。果たしてこの予定調和的なモデルで現実における医師—患者関係を表現できるのだろうか。そういった疑問を投げかけたのが E.Freidson である⁹⁾。彼は、医師—患者関係を Parsons とまったく逆に、医師、患者双方の期待が衝突しあう構造としてとらえ、そこには必然的に葛藤が生じるものと考えた。彼は患者の保健行動の分析から、素人である患者は素人仲間間の参照システムのほうを重視しており、患者にとっては医師も特別な存在ではなくて、多様な相談相手の一人にすぎないことを明らかにしたのである。そうになると、医師はこの双方の期待が衝突しあう葛藤を何とか乗り切る必要が生じ、そこに政治的力学が導入されることとなる。

H.Waitzkin と J.D.Stoeckle は、このような医師—患者間の力学関係をミクロ・ポリティカル・システムとしてとらえ、会話分析等の調査を行った。そしてその中でも特に、患者に対する権威の維持と患者の服従のために医師が行う、患者に対する情報操作について注目している¹⁰⁾。

このように考えていくと、診察室の中で演じられているのは、患者と医師という二つのまなざしのぶつかりあいやすれちがいであり、二つの文脈からの主導権の奪い合い、自らの期待実現のための駆け引きの数々ではないのだろうか。

以下、本稿ではこの関係の一端を明らかにすべく試行した会話分析の事例を紹介しよう。

IV 会話分析

会話分析は1988年2月に大阪在住の複数の開業医師の協力のもとに、診察室における患者との会話21ケースをテープ・レコーダーにて録音したものを素材として実施した。分析は、各医師および患者の発語時間の記録と、テープ起こした会話内容の分析の二方向から行った。会話内容の分析は、医師および患者の発言を内容別に、Q：質問、A：返答、NA：答えになっていない返答、D：診療上の直接的指示、E：治療・通院上の教育的指示、S：その他の意見、主張、感想などの表明、の6種類に分類を行った。

まず、発語時間の分析から行う。一般に会話において、話される文脈内容を発話者が支配するための戦略としては、相手にあまり話させずに一方的に長時間話すことで会話全体を支配する、質問を多く投げかけることで次の相手の発話内容を自己の文脈の枠組みの中に囲い込む、等の方法があるといわれている^{11), 12)}。したがって、ここでは以上の点から、①全体の発語時間と、②発話内容のうち質問の占める割合の二点について分析してみた。

①録音された会話を1事例ごとに平均して、医師および患者の発語時間をみると、医師が116.4秒、患者が32.9秒、看護婦が13.3秒であった。平均して医師が患者の約4倍発語していることがわかる。②発話内容別の分類は、医師・看護婦がQ：90回、A：10回、NA：7回、D：25回、E：26回、S：27回であり、患者がQ：19回、A：84回、NA：7回、D：0回、E：0回、S：14回であった。大半の会話は医師の質問とそれに対する患者の返答からなっていることがわかる。また、患者側の質問に対しても、医師が質問された相手側の枠

組みで答えなくて、うやむやな返事をしたり、答えずに逆に質問し返したりしていることが、AとNAの割合からもうかがえる。

全体として発語時間の分析からみれば、診察室における会話の大半は医師の支配する文脈のもとに行われているといえるだろう。

次に会話内容の分析を行う。〈事例1〉および〈事例2〉は、どちらも医師の一方的な会話の文脈支配が行われている典型的な事例である。発語時間も〈事例1〉は、医師が86秒、患者が20秒、看護婦が3秒と圧倒的に医師が長く、発話内容の分類でも、医師の側からのみの質問が11回認められている。〈事例2〉でも同様に、医師が71秒、患者が18秒で、質問も医師が9回、患者が1回であった。〈事例3〉は、医師が鼻炎を、患者は鼻出血をそれぞれ心配しており、両者の当面するプロブレムが相違している事例である。しかし文脈支配に関しては、読んでのとおり医療者側からの説得という形で終始しており、患者は文脈支配に少しチャレンジしただけですぐ退却してしまっている。〈事例4〉は、患者の質問が最初にきており、会話が患者の文脈から開始された事例である。しかし、最初の患者からの問いかけの後に、医師の質問が連発されており、最終的には医師の側からの問題設定のやり直しによって文脈が奪還されたような形になった事例である。この事例では文脈支配のバランスが少し患者側に傾いたこともあって、発語時間も医師が35秒、患者が21秒と患者側の発語時間が大分増加してきている。最後の〈事例5〉は、両者の文脈支配をめぐる闘いががっぷり四つともいえるような事例であり、後半は医師のほうがタジタジというような感じになってしまっている。ここでは質問の数も医師9回、患者6回とほぼ並んでおり、発語時間も医師が43秒、患者が46秒と患者も対等に発言をしている。

V 良好なコミュニケーションの可能性に向けて

本稿では、医師—患者間におけるコミュニケーションを、患者のみ「病気」と医者のみ「疾病」という「二つのまなざし」の間での期待の衝突といった

対立的な分析枠組みのもとに、会話分析などの事例を通しての検討を行ってみた。「和」を尊ぶ日本文化の文脈からは、医師—患者関係を対立的な戦略関係とみなすことには幾分抵抗があったかもしれない。しかし現代におけるコミュニケーションの問題は、Parsons 的な「本来うまくいくもの」という分析枠組みではなく、「そもそもなかなかうまくいかないもの」としてみていったほうが、様々な問題点を明らかにしうるものではないかというのが近年筆者の考えているところである。

また、本稿ではわが国では珍しい会話分析といった手法をまだ試行段階ではあるが試みてみた。往々にして医療におけるコミュニケーションの問題を論じる場合、抽象論や心構え論として議論されることが多いのであるが、ここではあえて「現実にはどうなっているのか」ということから議論を出発させることにこだわってみたのである。しかし今回の調査だけでは例数も少なく、まだ一般化して論じるにはかなりの距離があることも事実である。さらには、分析が言語的なコミュニケーションに限定されており、身振り手振りなどのいわゆる非言語的コミュニケーションについてはまったく検討されていない。言語的なコミュニケーションについても、会話内容だけではなくて声のトーン等の語調などについての分析も必要であろう。J.A.Hall 等によると不安な感じが少なく共感的な語調に、患者はより満足するとの調査結果が報告されている¹³⁾。

今回の会話分析の結果より示唆されるのは、医師のほうがより多く話し、より多く質問を投げかけることで、会話全体が医師中心の文脈で進行しているということである。M.Coulthard 等による報告でも、会話が医師の強いコントロール下で行われること、会話を始めるのはいつも医師であることなどが指摘されている¹⁴⁾。また C.West は、「何か質問がありますか」と言って会話が締めくくられるにもかかわらず、医師が患者から投げかけられる質問を嫌う傾向があることを示している¹⁵⁾。わが国でもインフォームド・コンセントという言葉が一般化し、日本医師会生命倫理懇談会によって「説明と同意」という訳語が与えられたことの影響かどうか、医師が熱心に説明することがインフォームド・コンセントであるかのような理解が一部に広がっているようにも見受けられ

る。しかし、問題なのは話せばいいということではなく、医師がいかに患者の
もっている不安や疑問に耳を傾けるかということなのではないだろうか。

事例 1

D：岡本さん。どうしたんですって。
N：5時半頃から体がふわあ、
P：ふわっとして、
D：ふわっとして？
P：はあ、体がこう浮いたようになるんです。
D：体が浮いたような感じで？
P：はあ、ええ。めまいはしませんでしたけども。
D：むかつきも？
P：ちょっとむかつかしました。
D：むかついた？
P：はい。
D：耳鳴りはなし？
P：いえ、なし。
D：なし？
P：ありません。
D：血圧はどうでしたかいね？
P：血圧はあの計ってもうとらしいんです、あの畑さんでね。
D：いつ計ってもらいましたか？
P：3日ぐらいになりますか。
D：3日前？
P：はあ、普通でした。
D：夕べは十分お休みになりましたか？
P：はい、寝ました。
D：はいそのままずっと右の遠くのほうを見てちょうだい。
　　今度左の遠く。
　　はい、右の遠くぼんやりと。
　　はい、頭ずっとこっち倒して。
　　はい、右の遠く。
　　はい、左の遠く。
　　はい、ずっとこっち倒して、はい、右の遠く。
　　左の遠く。
　　うつ向いてちょうだい。
　　はい、右、左、ずっと今度上向いて、右、左。

はい、一応血圧計ってください。
はい、次呼んでください。

事例 2

D：どうしたんですか。
P：あの、鼻がつまって、
D：はい。
P：で、頭が痛くって。
D：頭が痛い。熱はあるんですか。
P：37度。
D：37度ですか。
P：はい。
D：いつからですか。
P：1週間前から。
D：鼻がつまるのが。
P：そう。
D：はい。今日熱出たんですね。
P：あ、はい。
D：頭いたも。
P：はい。
D：はい。はい、ちょっと見せてください。これちょっとめくってあげてください。はい。これどうもないですね。
P：はい。
D：ちょっと胸見せてくれますか。
P：はい。
D：はい、向こう向いて。はい、こっちいらしてください。何ともないですね。
P：はい。
D：ちょっと体重を計ってくれますか。(58キロ)はい。ほな、お薬つくります。
P：これ、
D：は？
P：よろしいですか。
D：はい。ほな向こうで待ってください。
P：はい。

事例 3

N：〇〇君長いこと来てないので飲み薬ないそうですがなぜ飲まない
けませんかって。今日少し鼻出血したそうです。

D：まだ飲まないとかんわ。

N：本当、まだ飲まなあかんって、薬ね。

D：あんたね、青い鼻いっぱいでてたからもうちちょっと来んと、まだ
2月の1日に来て今日2月の18日でしょ？ それでは様子がわから
ないわ。

P：鼻血が、

D：ふん。

P：止まっとってそんでまた、

N：鼻血止まっとってもね、鼻の青いのが出てるから、

D：鼻の鼻血よりもね、鼻血よりもあの、出てる青鼻のほうが大事
なの。

P：はい。

D：あれが止まらんことにはあかんの。だからなるべく洗いに来てち
ようだい。

N：来れる時にできるだけおいで、そうでないと、な。

D：ねえ。

N：わかった？

D：皆、血を気にするけどね、鼻のほうが大事よ。あの青い鼻のほう
が。あれ急性の蓄膿やからね、あれが慢性になったら困るよ。

N：慢性になったら手術せなあかん、ね。

D：鼻血はもう…。

事例 4

P：先生この子、鼻しょっちゅういじっているんですけど鼻が悪いん
ですか？

D：鼻をいじるんですか？

P：はあ、もうひっきりなしに。

D：いつから？

P：もう前からなんですけども。

D：前からってどれくらい前から？

N：だいたい何日くらい前から？

P：いやあもうここ気がついたらもう…。

N：じゃあもう去年から？

P：ええ最近またちょっともうひどいんですよ。

D：だからいつからどんなんですいつからひどくなったの？
P：2，3週間くらい前からだいたいひどくなってる，前もここが赤くなるくらい。
D：ずーっと来てはるけどひとつもそんなこと言うてはらへんよ，あんた。
P：ええ。あんまし赤くなってきて，
D：えっ？
P：あんまし赤くなってるから…。
D：全然おっしやいませんでしたよ，そういうことを。あーと口開いて，向こうで頭下げる検査をします。はい，行って。

事例 5

D：声はどうですか。
P：そうですね，だいたいよく…。
D：だいたいまじやね。
P：はい。
D：あなた声使うの？
P：？
D：え？…きれいな声で発声してください。
P：アー。
D：はい，続けて。
P：アー。
D：はい，これかんで，これを取らんと口で吸っというて。はい。…
P：先生鼻どうですか。
D：えっ？
P：鼻どうですか。
D：鼻ももちろん流れていますけれども，
P：肺が悪いんかしら。
D：肺が？
P：肺。
D：ははは。
P：肺癌とちゃう？
D：肺癌？
P：肺癌。
D：えらいこっちゃな。
P：ふふ，痰がよくからんでくる肺癌と違うかしら？
D：それやったらもうもっと咳がでるわ，咳が。
P：もっと咳こみます？

D：肺癌違うかな思っ楽しんでにはんのとちゃう？
P：ううん。
D：えっ？
P：期待してます。
D：ははは。肺癌やったらどないします？
P：私，覚悟決めます。
D：えっ？
P：覚悟決めます。
D：覚悟，覚悟決めて切腹するの？
P：いえ。
D：ははは。
P：いえ，主人のためにも言いたいことちゃんと言って。
D：言いたいこと言うてしたいことして？
P：はい。
D：ははは。

参考文献

- 1) Eisenberg,L. : Disease and illness;distinctions between professional and popular ideas of sickness, Culture,Medicine,and Psychiatry,1(1):9-23,1977.
- 2) 医療人類学研究会編：文化現象としての医療，メディカ出版，1992.
- 3) Kleinman,A. : Patients and Healers in the Context of Culture,Univ. of California Press,1980. 大橋英寿他訳，臨床人類学—文化のなかの病者と治療者，第2章，弘文堂，1992.
- 4) 藤崎和彦：非医療者の病気イメージ，第4回日本保健医療行動科学会大会行動科学演題発表，1989.
- 5) Sontag,S. : Illness as Metaphor, New York, Farrar, Straus and Giroux, 1978. 富山太佳夫訳，隠喩としての病い，みすず書房，1982.
- 6) 藤崎和彦：非医療者の病気イメージ，第4回日本保健医療行動科学会大会行動科学演題発表，1989.
- 7) 村岡潔：東大阪・A病院の夜間利用者達—夜間診療の〈かけひき〉と戦略としての〈投薬要求〉，波平恵美子編，人類学と医療，第6章，弘文堂，1992.
- 8) Parsons,T. : The Social System, New York, Free Press, 1951. 佐藤勉訳，社会体系論，青木書店，1974.
- 9) Freidson,E. : Patient Views of Medical Practice, New York, Russell Sage

Foundation, 1961.

- 10) Waitzkin,H.,Stoeckle,J.D. : Information Control and the Micropolitics of Health Care, Social Science and Medicine, Vol.10, p.p.263-276,1976.
 - 11) Stubbs,M. : Discourse Analysis; The Sociolinguistic Analysis of Natural language, Blackwell, 1983. 南出康世他訳, 談話分析, 研究社, 1989.
 - 12) Bolinger,D. : Language-The Loaded Weapon ; The Use and Abuse of Language Today, Longman, 1980. 小野塚裕視他訳, 凶器としてのことば, こびあん書房, 1989.
 - 13) Hall,J.A.,Roter,D.L. & Rand,C.S. : Communication of Affect between Patient and Physician, Journal of Health and Social Behavior, Vol.22,p.p.18-30,1981.
 - 14) Coulthard,M.,Ashby,M. : Talking with the Doctor 1, Journal of Communication, Vol.25,p.p140-147,1975.
 - 15) West,C. : Ask Me No Questions! ; An Analysis of Queries and Replies in Physician-Patient Dialogues, in Fisher,S.,Todd,A.D.eds : The Social Organization of Doctor-Patient Communication, Washington,D.C.,Center for Applied Linguistics,1983.
-