

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

西垣悦代*

Physician-Patient Communication in Japan from the Perspective of Relatedness

Etsuyo Nishigaki

Wakayama Medical University, School of Medicine
Kobe University, Graduate School of Cultural Studies and
Human Science

Various models of physician-patient relationship, as well as ideas of patients' rights and autonomy, have been introduced to Japan recently. These Western-born concepts, however, do not seem to have fitted well in Japanese clinical settings. The purpose of this paper is to explore the characteristics of Japanese human relationship, which is reflected in the Japanese physician-patient relationship, and how we can establish better physician-patient relationship based on mutual trust and understanding. First, we focused on patients' value of relatedness in clinical settings and tried to reveal its cultural background. Then we proposed a model of empathetic communication process. Physicians should be careful of not only what they talk but also how to talk to their patients. The importance of paralanguage as well as language should be especially emphasized in medical interview in Japanese.

キーワード

医師患者コミュニケーション physician-patient communication

信頼 trust

関係性 relatedness

医療面接 medical interview

文化差 cultural difference

* 和歌山県立医科大学医学部 神戸大学大学院総合人間科学研究科

序—最近の医師患者関係における信頼

医療の実践における患者と医療者間の信頼関係の大切さについては「医療は本来、患者と医療従事者の信頼関係、ひいては、医療に対する信頼の下で、患者の救命や健康回復を最優先としておこなわれるべきものである」（厚生労働省、2002）という言葉葉を待つまでもない。しかし近年実施されたある調査結果によると、医師に対して「誠意がない、信頼できない」と感じたことのある人は70%に上る（田村、2000）。ところが別の調査によると「医師を信頼していない」と答えた人の割合は30%で、5年前の調査と比較して特に増加の傾向は見られない（朝日新聞、2000）。一方、医師に対して不信を感じても、それを医師に伝えることができたと答えた人は5.3%に過ぎず、66.2%は何も言わずに我慢していた、という調査結果もある（田村、2000）。

心理学では「信頼」は対人関係の中心的概念であり、人が社会の中で生きていく上で不可欠であると考えられている。そして信頼は相手の「能力」に対する期待と、相手の「意図」すなわち自分に対して相手が悪意や攻撃する気持ちを持っていないことに対する期待、とに二分される（山岸、1998）。「患者の信頼」（patient trust）は、「医師が患者にとっての最善を尽くすだろうという患者の信念」（Thom & Champbell, 1997）と定義されるが、そこには最善を尽くすことのできる専門的な「能力」と、それを実行しようとする「意図」の両方が含まれることになる。医師がそのような能力と意図を持っているかどうか、客観的に測定する術を持たない患者は、何を根拠にこの信念を得ているのだろうか。

筆者らは先の研究において、患者が自分の受けている医療に対してどのように感じ望んでいるのかを患者の医療体験の語りから探り、何が医療への不信を引き起こし、信頼を形成するのかを明らかにするため、面接調査を実施した（西垣ほか、2004, Asai, et. al., 2004）。入院歴があるか現在通院している40代から70代の男女25名を対象に行った面接の分析結果から明らかになった信頼できる医師の要因は、①医師の医学的能力、②医師の態度・言動、③医師のコミュニケーション能力であった。この研究は患者から見た医師の信頼性の資質を実証しただけではなく、患者の信頼にとって医師の意図は能力と同等に重要であり、時には治療の結果よりも信頼や不信に対して、より大きな影響力を持つ場合があることを明らかにした。

しかし医師患者の信頼関係というときには医師側の要因や資質だけではなく、関係

のあり方そのものについても注目する必要があるだろう。本論文は患者と医師の関係性に焦点を当て、患者が医師との間にどのような関係を望んでいるかを明らかにし、信頼の確立に繋がるコミュニケーションのあり方について文献研究をもとに論ずることを目的とする。

I. 医師患者の関係性

先に行った患者の面接調査のデータを、医師患者の「関係」の観点からデータを見直したところ、医師患者関係に言及した発言には以下のようなものが見出された。

『医師と患者というより、普通の友達のような人間関係があったほうがいいと思います。八百屋のおっちゃんのような「おい最近どや」っていうこの手の、日常誰しもやるようなものがあつたらいいなという気がしますけどね。』(60代男性, 糖尿病)

『先生と患者というより、それを越えたようなお付き合いをさせていただいて…。先生と心やすくなるのは、幸せですね。』(60代女性, 胃潰瘍)

『たとえば兄弟に医者がおつてね、お前こうや、こうやって言ってもらえるような医者がおつたら一番いいと思うね。』(50代男性, 心筋梗塞・高血圧)

『お互い人間同士接するのが大事なんじゃないですかね。最低限病気のことはちゃんとするっていうのは大前提で、その上で人間同士のコミュニケーションっていうか。』(40代女性, 子宮筋腫・高血圧)

『大事なのは、お互い人間同士としての日常会話をして、コミュニケーションするのが一番いいと思うんですけどね。その中で、患者はどういう悩みがあるとか、どんな不満があるとか見えてくるし…。』(40代男性, 慢性肝炎)

『人間同士の』『兄弟のような』『先生と患者の関係を越えた』関係を志向する言葉に示されているのは、医師との間の気兼ねのない関係である。それは現状では患者は医師に遠慮して、自分の意見や質問を十分に発言できないでいることの表れでもあるだろう。『質問したらむっと不機嫌に』なったり、『流れ作業のような機械的な診療』をする医師に対して、患者はそれに対する不満はおろか自分の悩みや苦しみも打ち明けられない場合がある。しかしそのような状況の中でも『医療者も忙しいのでしかたがない』、『制度の問題であって、個人の責任ではない』、と理解を示しつつ、『信頼を

確立するには時間がかかる』、それでも『医師の人間性まで理解できるようなかわりをした』、と願う声が多く聞かれた。これは面接調査の対象となった40代以上の患者に限ったことではないようである。

26歳で睾丸の悪性腫瘍を発症した大手新聞社記者のがん闘病記には、「医者とは人間同士の関係を結びたかった。だが現実には長い時間がかかった。」という記述がある。記者はある時、治療上の必要から医師がベッドサイドに座り、様子を見守ることになったときに、「自然に会話が始まった。(中略) 会話をしながら僕はうれしくて仕方がなかった。悩みや迷いを話してくれたこと、趣味や仕事について自然に話せたことで、入院して初めて、対等の人間として医者と接点を持てたような気がした。」という。彼は症状や治療の話題だけでは、「人間同士の関係」は築けないと感じたと述べている(上野, 2002)。

このような患者の「人間同士の関係」への志向は、「とにかくまかせなさいといって安心させてほしい」、とか『薬や注射だけでなく「治療力」を与えてくれる医師に信頼を感じる』、と語る医師のパターナリズムを期待する患者にも、『今までだったら医師っていうだけで信じた。でも今はもうそういう気持ちはない』と、患者自身による健康の自己管理や自己責任について言及する自律的な患者にも共通して見られた。これは医師と患者の関係が、単なる医療サービスの提供者と受益者の関係以上のものであることへの期待の表れであろう。医療が単なる科学的な医療行為の実践に終始するのではなく、医師と患者の人間としての「関係性」(relatedness)の上になり立つものであることが示されていると見ることができよう。

II. 日本人の関係性重視に関する文化的背景

心理学における「関係性」(relatedness)の概念は、「自立」や「自律」あるいは「固体分離」を自我の発達に不可欠なものとして強調してきた西洋的な自我論が、あまりに男性中心的事であることへの批判や反省から出てきた(西垣, 2001)。個人の達成よりも他者との関係を重視することが、発達の劣ったものではないことを最初に明らかにしたのは、GilliganやJosselsonなど米国の女性心理学者である(Gilligan, 1982, 1990, Josselson, 1973, 1994)。また、Markus & Kitayama (1991)は日本人の自己(self)の特徴は「相互依存」(interdependent)であると指摘し、西洋人の特徴である「自立」(independent)と対比している。相互依存的な自己とは、自分の意見や

考えを持たずに他者の中に埋没することではなく、社会的文脈の中から切り離されることなく、他者とより強く結びつこうとする傾向を指す。本論文では「関係性」を「自己を世界との関係においてとらえ、他者と関係を持ち相互に依存しあうものとして自己を経験していること」（山岸、2000）と捉えるが、このような考えはもともと強固な自我を持たず、察しや思いやりを重視する文化の中で生きてきた日本人にはなじみやすいものだろう。

Triandis (1995) は異文化間心理学の観点から個人主義—集団主義 (individualism-collectivism) という概念を用い、集団主義を「親密に結びついた人々が織り成す社会的なパターン」と定義している。いずれの文化も個人主義的傾向と集団主義的傾向の両方を持ち、その組み合わせの程度が異なっているわけだが、日本文化は集団主義的傾向をより強く持つとされている。山岸 (1998) は「日本人は特定の相手との関係を維持し、その関係を利用することでその相手から特別の扱いを引き出す『内集団ひいき』の原理に基づく現実的効用が得られるという信念を強く持っている。」と述べているが、これは日本人の「集団主義」と無関係ではないと思われる。

これらの傾向は家族や友人などの間柄だけではなく、前章で述べた患者の言葉に示されるように、専門的な関わりである医師患者関係においても見られる。日本の患者が医師との間に「親しさ」や「人間同士の関係」などの心理的距離の近さを求める背景には、自己と医師を同じ内集団に属する者として認識したい願望があるのではないかと推察される。内集団に所属することによって患者は、山岸 (1998) の指摘するような現実的な利益だけではなく、安心感をも得ることができるのであろう。

医療に対する人々の価値観が多様化している現代日本では、患者が期待する態度や価値観に合わせ、医師がさまざまなスタンスを取ることを余儀なくされる場面が増えている (箕輪・佐藤、1999)。しかし日本の文化的な文脈の中では、患者の自律—依存のレベルに関わりなく、関係性を重視し、医師と心理的距離の近さを保つことは患者にとって安心して医療を受けるための重要な条件であると考えられる。

一方、医師の患者に対する距離感のスタンスは、必ずしもこのような患者の期待に十分応えるものではなく、中立的、客観的であろうとし、患者の感情に巻き込まれることへの警戒感や、一定の距離を保とうとする姿勢が強いように思われる。ある麻酔科医は「30数年前、我々が医学生だったころ、『医者には科学者たれ』と言われていた。科学者の目、すなわち冷静な目で患者さんの治療に臨むべく、教育を受けた。」と述べている。しかし「患者さんのQOLが問われている現在、科学者としてのみでなく、

ヒューマニストとしての側面も今まで以上に求められている。」(田上, 2004) ことを認めている。医師も日本の文化的文脈の影響下に置かれているはずであるが、医学教育の中で強調されてきた科学的態度が、患者との距離を遠ざけ、それが患者にとっては不満や不安を感じさせる一因になっているのかもしれない。

日本人の日常的な人間関係の中では成立している関係性を重視する内集团的親しさが、忙しい医療の場では成立しにくいこと、医師の側に専門家として科学的、客観的であろうとする傾向が強いことに加えて、患者の権利、自律性、インフォームド・コンセントなど英米から入ってきた概念が日本の文化的文脈の中で十分に消化しきれていないことが、昨今の医師患者関係をぎくしゃくさせている可能性もある。杉村(1999)は現代社会においては、人々が主体的に構築された他者との対等な関係性を築くことが必要であると指摘している。医療の場においても伝統的なパターンリズムからは脱しつつも、米国流の自律一辺倒ではない現代の日本人の感覚に適合した医師患者関係の築き方を模索すべきであろう。

Ⅲ. 関係性を重視する医師患者コミュニケーション

患者との関係性を重視するというのは、多忙な医師が患者と雑談に興じ世間話に時間を費やしたり、個人的に親密な関係になるべきということではない。むしろ患者が医師との間に壁や垣根を感じることなく、人間同士の関わりができていると実感できるようなコミュニケーションが成立していることではないだろうか。Murray (1988)は、感情と密接に結びついた問題や科学的な分析になじまない事柄を扱う場面では、「何を」(内容)を話しているかだけでなく、「どのように」(過程)話し合っているか、というコミュニケーションのプロセスに注意を払うことが重要であると指摘している。筆者はこの2つに加えて、方法としての「どのように」も重要であると考え。本章ではこの3点について、医師患者コミュニケーションの主たる場である医療面接 (medical interview) を中心に考察する。

1. 何をコミュニケーションするか

Cole & Bird (2000)によると医療面接の機能は、①医師患者関係の構築、②患者の健康問題を評価するための情報収集、③患者の教育、調整、動機づけである。またBillings & Stoeckle (1999)は、医療面接の課題として①患者との関係を築く、

②診断とマネジメントのための情報を引き出す, ③症例のアセスメントとプラン, ④患者に情報を与え, 助言する, などを挙げている。すなわち医療面接には, 医師患者間で症状や治療法に関する情報を交換する「課題志向的」(task oriented)側面と, 患者の不安や和らげ, 信頼を確立する「関係形成的」(relation building)側面があると言えるだろう。本節ではこの二側面を踏まえつつ, まず日本の医療面接において何が話されているかに注目する。

日本人同士の医療面接場面を客観的方法で分析した研究は極めて少ない。Ishikawa, et. al. (2002) は, 日本のがん患者150人の外来医療面接の分析を行っている。分析の枠組みはRIAS (Roter Interaction Analysis System) で, 開かれた質問, 閉ざされた質問, 指示, 情報提供, 感情表出, 社交的会話などに分類されている。最も多くの割合を占めたのは医師, 患者とも情報提供で34~35%あり, 感情表出と社交的会話の割合はいずれも3~4%であった。一方Ohtaki, et. al. (2003) は日米の計10名の医師による40例の医療面接の分析を行っている。総時間および医師からの質問の割合は日米で大差はなかった。日本人のデータでは, 病歴聴取が全体の26%, 診断と治療の詳述が31%を占め, 説明の52%, 質問の78%, 要請の95%は医師から発せられたものだった。

これらの結果より, 医療面接の時間の多くは課題志向的側面のために割かれていることが明らかになったが, Ishikawa, et. al. (2002) によると, 会話に占める患者の発話の割合, 生物医学的情報と心理社会的情報の比率, 患者中心的に面接が行われているかどうかの評価は, 患者の満足度とは無関係であった。つまり, 客観的カテゴリーの分析だけでは医療面接の関係形成的側面が成功しているかどうかを明確にはできないことが示唆された。

筆者は患者の視点から見た場合, ①医学的情報が患者に理解できる形で提供されているか, ②患者の求めている情報が医師から提供されているか, ③患者が医師に伝えたい情報が伝達されているか, などの内容がより重要であると考える。表1に示すように, 医師と患者の間には, 医学的知識を始めとする情報に大きな格差がある。医師から提供される情報は「情報のない受身の公衆を教え導き納得させる」(NRC, 1989) たぐいではなく, 患者自身が治療の意思決定に参加するためのものであるべきである。治療を受けるに当たりその医学的介入の有効性やリスク等についての十分な知識がない状態では, 患者は自分で意思決定を下すことができなかつたり, 本来意図していない方向の決定を行ってしまう可能性もある。医師は専門家の知識のレベル

表1 医師と患者の情報格差

	医学的知識	学的介入後の見通し	他の症例	事象に対する視点
患者	知識なし	見通しなし	知らない	主観的
医師	知識あり	見通しあり	多数見ている	客観的

や常識と、患者のそれには乖離があることを十分に認識した上でそのギャップを埋めるような説明を行い、患者が恐れ、不安、疑心、などの感情に流された決断ではなく、理性的に判断ができるような援助を心がける必要がある。

さらに、医師から患者に提供される情報は、単に生物医学的に正確で客観的であることだけでは十分ではない。Kleinman (1988) は患者が発する問いには、「障害の原因、なぜそのとき発症したのか、わたしの体にどんな影響を与えるのか、どんな経過をたどり、将来どんな経過をたどると予想されるのか、改善と悪化の原因は、どうしたら病いやその悪化、結果をコントロールできるのか、どんな治療を受けたいのか、治療に何を望むのか、治療のどんな作用を恐れるのか。」などがあると述べている。また、これらの問いは単に情報を得るためだけに発せられるのではなく、痛切な感情がともなっていることを指摘している (Kleinman, 1988)。このような患者の感情を伴った疑問や不安に対して与えられる情報は、患者の感情を受け止め、かつその感情に即した形で提供されなければならない。

一方、患者が医師に提供したい情報も、単に自分の身体の状態のことだけではない。自分の価値観や考え、悩みなど一患者ではなく、一人の人間としての存在を示せるような情報を伝えて医師にわかってほしいのである。それは医師にとって治療の上で有益な情報を得ることに繋がるはずである。特に何が患者にとっての最善の利益であるかが必ずしも自明ではない疾患や、治療方針のオプションが複数考えられるような疾患の場合には、患者自身の視点からみた病いの意味解釈や、社会一心理的状况についての説明は治療の過程で重要な意味を持つと考えられる。これらは斎藤ら (斎藤・岸本, 2003) によって日本に紹介されているNBM (Narrative Based Medicine) においては「患者の物語り」として特に重視されている点である (Greenhalgh & Hurwitz, 1998)。

2. コミュニケーションのプロセス

図1に示すのは、関係性を重視し、信頼を形成する双方向的な医師患者コミュニケーションプロセスのモデルである^{注1)}。前節で述べたように、まず患者の求める情報が理解できる形で提供され、また、患者からは医師にわかってほしいと感じている情報が伝えられる情報交換がなされることによって、互いの理解が成立する。これが医師患者相互の信頼の基礎となり、共に治療に向かう構えが形成される。その上で治療に関する意思決定や実践がなされる。この一連の過程におけるコミュニケーションが「共感的」なものであることは必須であり、医師患者間に心理的な「近さ」「親しさ」を実現するには、医師のコミュニケーションスキルが不可欠であると筆者は考える。

このコミュニケーションプロセスがうまく機能しない原因となりやすい問題について

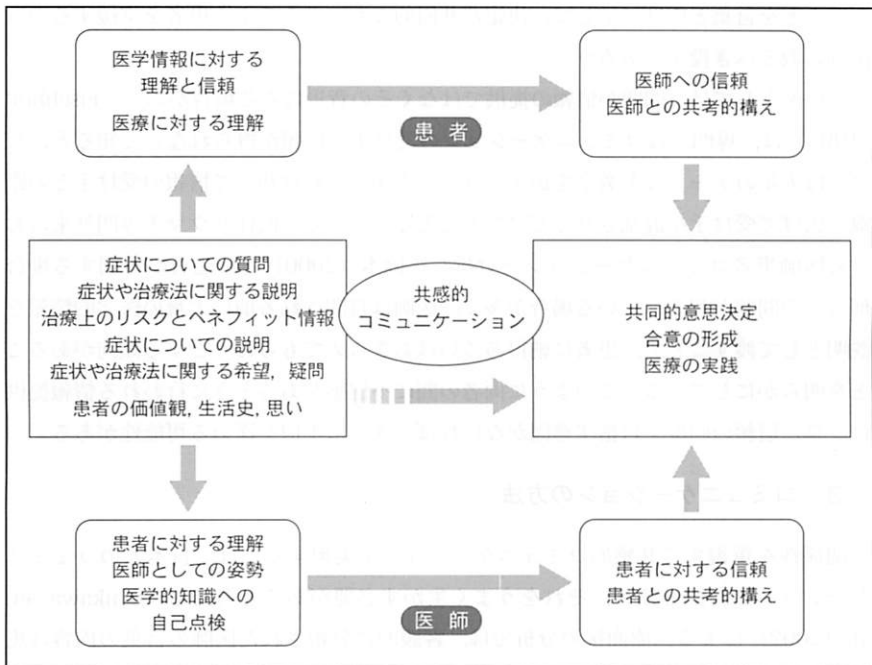


図1 医師患者の共感的コミュニケーションプロセスのモデル

注1) 本モデルの一部は木下(1997)のリスクコミュニケーションモデルに着想を得た。

て、①医師が患者に対して十分な情報を提供する意思がない場合と、②医師に情報を提供する意思はあるが、別の要因でコミュニケーションがうまくいかない場合に分けて説明したい。

まず①の場合、医師の理由としては、a. 患者を不安にさせないため情報を提供しない方がよい、b. 患者は医療に関する意思決定には参加したくない、c. 患者は医療に関わる専門的な説明を十分に理解できない、d. リスクの生じる可能性が極めて低いので、患者に説明する必要がない、などが考えられる。

しかし医師の責任は、単に情報を提供するだけでなく、患者の不安を受け止め情緒的なサポートを行うことも含まれている。「患者が不安になるから」というのは、情報を提供しない理由にはなり得ない。また、患者が意思決定への参加に躊躇を示しているなら、医師はその理由が何であるかを明らかにする必要がある。説明が理解できないのであれば、よりわかりやすい説明を、専門家への遠慮であれば、その必要のないことを言葉と態度で示して、決定が共同的なものとなるよう患者を支援するのも医師の取るべき役割であろう。

②の例としては、問題が情報の提供ではなくその背景にある場合がある。Fischhoff (1995) は、専門家はコミュニケーションの受け手の信頼が得られないと知ると、しばしば大量のデータなど数字を伝えようとするが、それは却って情報の受け手との距離を広げて受け手を混乱させるだけであると述べている。慢性リウマチ専門外来における医師患者コミュニケーションを分析した橋本 (2000) も、患者が質問する場合何らかの問題が起こっている場合が多く、医師は質問される前に大量の医学的情報を説明として渡すことで、患者に納得あるいはあきらめてもらおうとする傾向があることを明らかにしている。このように両者の間に不信感があるときに行われる情報提供は、真に信頼の回復を目指す意図がなければ、さらに不信を深める可能性がある。

3. コミュニケーションの方法

関係性を重視する共感的コミュニケーションを実現するには、日本人のコミュニケーションの特徴を知り、それをうまく生かす必要があると考える。Ishikawa, et. al. (2002) による医療面接の分析では、客観的に分類された医師の言葉の内容は患者の満足度と関係なく、Takayama, et. al. (2001) は、患者の診療に対する満足度や不安の低減に有意な効果があるのは、医師のコミュニケーションスタイルが受容的で患者中心であると判断する患者の主観であることを明らかにしている。つまりそ

のような印象を患者に与える医師のコミュニケーションスタイルは、言語以外の部分で判断されていると考えられる。非言語情報の重要性は英語で書かれた医療面接のテキストでも強調されているが (Cole & Bird, 2000, Billings & Stoeckle, 1999, Coulehan & Block, 1997), コミュニケーションにおけるそれらの意義や役割は、英語と日本語で異なる点があることを見落としてはならない。

コミュニケーションの機能には情報伝達と関係形成があるが、日本は欧米諸国と比べてコミュニケーションの関係形成機能がより重視されることが知られている (Scollon & Scollon, 1995)。Ishii & Kitayama (2002) は日本人とアメリカ人に対して、言語の意味と文脈のどちらを重視するかを明らかにするため、快のおよび不快な意味を持つ単語を快、中性、不快の3種の語調で読んだプライム刺激と、別の単語を中性的な語調で読んだターゲット刺激を用意し、被験者にターゲット刺激の持つ意味の快、不快をできるだけ早く判断し反応させる実験を行った。その結果アメリカ人は言語情報をすばやく取り込むが、日本人は語調による干渉効果が大きく、言語以外の文脈を重視していることが明らかになった。

また、日本語と英語の会話を比較分析したメイナード (1997) によると、会話のテーマの構造や変換のストラテジーは共通しているものの、PPU (Pause-bounded Phrasal Unit)^{注2)}の数や文末に聞き手に向けられた表現がつかに違いがあり、さらに日本語はあいづち (back channel) の頻度、うなずき、接続表現が2倍から9倍多く見られた。メイナード (1993) は話し手がこれらの表現をコンテキスト (文脈) 情報として取り入れ、それをもとに自分の表現を選んだり変更しているとして、これを「自己コンテキスト化」(self-contextualization) と呼んでいる。つまり日本語は英語と比べて、言語による情報よりもコンテキスト情報に対する依存度が高く、日本語の話者は互いに共通の感情を共有しようとする傾向があると言えるだろう。

Lebra (1976) は、日本人が他者と同調する意見を持ちたいという願望があることを指摘し、「思いやり文化」という語で表現している。日本人は相手の希望を重視し、相手が自分を十分に支持してくれるという確信を得て初めて自分の意思をはっきりと表明する。それは表面上だけでなく内面的な同意を求めているのであり、共感関係が十分に結ばれて相手が聞き入れる用意があること、相手と考えが一致していることを会話の中で確認するという。この同調性については斉藤ほか (1997) が行った日

注2) ポーズによって区切られる語句の単位。日本語では「ね」「よ」などの終助詞、英語では you know がその区切りを鮮明にする。

本人の談話の分析によって実証されている。複数人数がいる場面では日本人は自らイニシアティブを取ることはせず、優位者にその役をまかせ、しかも優位者から明確な意見がでるまで決定を保留し、その意見に従うという形で合意に達しようとする傾向があった。医師が患者やその家族よりも「優位者」の立場になりがちな医療面接の場面にも起こり得る事態であろう。

Ishikawa, et. al. (2002) は、RIASによる分析の限界として、日本人のデータに多く見られる、あいづち (back channel) や笑い (laugh) を分析できないことを指摘している。あいづちは医師患者双方に正確に数えることができないほど数多く、笑いも計数が困難な上に日本人の笑いに含まれる間接的な否定や、言葉を濁す、不安を隠すなどの意味を明らかにできなかった。Ohtaki, et. al. (2003) も、日本人の医療面接では米国人の4倍以上の沈黙 (silence) があり、あいづちと割り込み (interruption) が有意に多いことを明らかにしている。久保田 (1994) によると、あいづちには言語と非言語の表現形態があり、聞き手は半ば無意識に習慣化したコミュニケーション行為として、その両方を微妙に組み合わせて話者に信号を送っているという。日本人のコミュニケーションは、話者は多くを語らず聞き手が配慮と察して不明確な部分を確認するが、あいづちはその手がかりのひとつとして重要な機能を担っているのである。

このように文脈を重視する日本人のコミュニケーションにおいては、語調、沈黙、あいづち、うなずきなど、日本人のコミュニケーションスタイルを特徴づけるパラ言語^{注3)}や非言語に特に注意を払う必要があり、またそれらの持つ日本語独自の意味の分析も行われなければならない。これらの情報に注意を向け正しく解釈することによって、医師は患者の感情や表現されない願望を推察したり、患者の反応に合わせて発話を調整することが可能になる。また自らの語調や表情に気を配り、優位者に遠慮したり同調しやすい患者に配慮することによって、受容的で共感的な「関係性」を確立することが容易になると考えられる。患者と視線を合わすことなくカルテに向かっている、これらの情報を取り入れることができないのは言うまでもない。

注3) 声の調子、速さ、ポーズなど言語そのものではないが、言語行動に伴って生じる表現行為を指す。感情の表出に大きく関わる。

IV. 結び

本論文では、日本の医師患者関係における関係性に着目し、医師患者コミュニケーションにおいて関係形成機能が重視される文化的背景を考察した。そして信頼に基づく医師患者関係を確立するために必要な医療面接の内容、プロセス、コミュニケーション方法について検討した。中でもパラ言語の持つ重要性を指摘したが、これを医療場面で科学的に分析する手法はまだ確立されていない。中川（1996）は医学を人間の科学と呼び、「（患者の）苦痛を軽減させるために、もっとも適切な対処をすることこそが医学の存在理由であるとするれば、むしろ医学は患者とのコミュニケーションであるといってもよい。」と、早くから医師患者コミュニケーションの重要性を指摘していた。近年、医療の場に導入されつつある行動科学的な視点に立った医師患者関係やコミュニケーションに関するさまざまな技法を、欧米の直輸入ではなく日本の文化に適した形に適合させていくことは、医療に関わる実践者および研究者に課せられた課題と言えよう。

謝辞

本論文を執筆するきっかけと、コメントを頂きました宇津木成介先生に心より御礼申し上げます。

文献

- 1) Asai, A., Ohnishi, M., Nishigaki, E., Fukui, T. (2004) : The issue of trust in the doctor-patient relationship in Japan. Macer, D. R. J. (ed.), Challenges for Bioethics in Asia. Eubios Ethics Institute. 250-262.
- 2) Billing, J. A. & Stoeckle, J. D. (1999) : The Clinical Encounter : A guide to the medical interview and case presentation. Second edition. Mosby Inc. (日野原重明・福井次矢監訳 2001 臨床面接技法：患者との出会いの技. 医学書院)
- 3) Cole, S. A. & Bird, J. (2000) : The Medical Interview : The three function approach. Second edition. Mosby Inc. (飯島克巳・佐々木将人 訳 2003 メディカルインタビュー：三つの機能モデルによるアプローチ. 第2版. メディカル・サイエンス・インターナショナル)
- 4) Coulehan, J. L. & Block, M. R. (1997) The Medical Interview : Mastering

- skills for clinical practice. Third edition. F. A. Davis Company.
- 5) Fischhoff, B. (1995) : Risk perception and communication unplugged : Twenty years of process. *Risk Analysis*, 15, 137-145.
 - 6) Gilligan, C. (1982) : In a different voice : Psychological theory and women's development. Harvard University Press. (岩男寿美子 訳 1986 もうひとつの声. 川島書店)
 - 7) Gilligan, C. (1990) : Teaching Shakespeare's sister : Notes from the underground of female adolescents. In : Gilligan, C., Lyons, N., & Hanmet, T. (eds.) Making connections. Harvard University Press.
 - 8) Greenhalgh, T. & Hurwitz, B. (eds.) (1998) : Narrative Based Medicine : Dialogue and discourse in clinical practice. BMJ Books. (斎藤清二・山本和利・岸本寛史 監訳 2001 ナラティブ・ベイスト・メディスン:臨床における物語りと対話. 金剛出版)
 - 9) 橋本秀樹 (2000) : 患者・医師間コミュニケーションの分析法に関する批判的検討と新しい評価システム開発の試みについて. 日本保健医療行動科学会年報, 15, 180-198.
 - 10) Ishii, K., & Kitayama, S. (2002) : Processing of emotional utterances : Is vocal tone really more significant than verbal content in Japanese ? . *認知科学*, 9, 67-76.
 - 11) Ishikawa, H., Takayama, T., Yamazaki, Y., Seki, Y., Katsumata, N. (2002) : Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations. *Social Science and Medicine*, 55, 301-311.
 - 12) 医者不信, 体験を反映「身近な医療」世論調査 (2000) 朝日新聞, 10月25日朝刊, p.17.
 - 13) Josselson, R. L. (1973) : Psychodynamic aspects of identity formation in college women. *Journal of youth and adolescence*, 2, 3-52.
 - 14) Josselson, R. L. (1994) Identity and relatedness in the life cycle. In Bosma, H. A. et. al., (eds.) *Identity and development*. Sage. 81-102.
 - 15) Kleinman, A. (1988) : The illness narratives : suffering, healing, and the human condition. Basic Books. (江口重幸, 五木田紳, 上野豪志 訳 1996 病いの語り 慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房)

- 16) 久保田真由美 (1994) : コミュニケーションとしてのあいづち. 異文化間教育, 8, 59-76.
- 17) 厚生労働省 (2002) : 医療安全推進総合対策. 医療安全対策検討会議報告書.
- 18) 木下冨雄 (1997) : 科学技術と人間の共生. 有福孝岳 (編) 環境としての自然・社会・文化, 京都大学学術出版会, pp.145-191.
- 19) Lebra, T. S. (1977) : Japanese patterns of behavior. University of Hawaii Press.
- 20) Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991) : Culture and Self : Implications for cognition, emotion, and motivation. Psychological Review, 98, 224-253.
- 21) メイナード・泉子, K. (1993) : 会話分析. 日英語対象研究シリーズ2. くろしお出版.
- 22) メイナード・泉子, K. (1997) : 談話分析の可能性 : 理論・方法・日本語の表現性. くろしお出版.
- 23) 箕輪良行・佐藤純一 (1999) : 医療現場のコミュニケーション. 医学書院.
- 24) Murray (1988) : Where are the ethics in ethics committees?. Hastings Center Report, 18 (1), 12-13.
- 25) メンタルヘルス (2003) : 医療不信・不満に関する相談分析 (1月号)
<http://www.t-pec.co.jp/mental/2003-01.htm>
- 26) 中川米造 (1996) : 医学の不確実性. 日本評論社.
- 27) National Research Council (1989) Improving Risk Communication. National Academy Press. (林裕造, 関沢純 監訳 1997 リスクコミュニケーション : 前進への提言. 化学工業日報社)
- 28) 西垣悦代・浅井篤・大西基喜・福井次矢 (2004) : 日本人の医療に対する信頼と不信の構造. 対人社会心理学研究, 4, 11-20.
- 29) 西垣悦代 (2001) : 女性のライフサイクルとライフコース. 米谷淳・米澤好史 編 : 行動科学への招待. 福村出版. pp.118-132.
- 30) Ohtaki, S., Ohtaki, T., Fetters, M. D. (2003) : Doctor-patient communication : a comparison of the USA and Japan. Family Practice, 20 (3), 276-282.
- 31) 斉藤みちる・徐愛紅・多田美由紀・大浜るい子 (1997) : 談話分析から見た異文化間コミュニケーション—日本人の言語行動を中心に—. 広島大学日本語教育学科

紀要, 7, 185-193.

- 32) 斎藤清二・岸本寛史 (2003) : ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践, 金剛出版.
- 33) Scollon, R., & Scollon, S. W. (1995) : Intercultural communication : A discourse approach. Blackwell.
- 34) 杉村和美 (1999) : 現代女性の青年期から中年期までのアイデンティティ発達, 岡本祐子 (編) : 女性の生涯発達とアイデンティティ, 北大路書房, pp.55-86.
- 35) 田上恵 (2004) : カルテの余白, 朝日新聞, 9月27日朝刊, p.11.
- 36) Takayama, T., Yamazaki, Y., Katsumata, N. (2001) : Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting, *Social Science and Medicine*, 53, 1335-1350.
- 37) 田村康二 (2000) : 医学的面接のしかた : 聞き上手, 話し上手になる技術, 医歯薬出版株式会社.
- 38) Thom, D. H. & Campbell, B. (1997) : Patient-physician trust : an exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44, 169-253.
- 39) Triandis, H. C. (1995) : Individualism and Collectivism, Westview Press. (神山貫弥・藤原武弘 編訳 (2002) : 個人主義と集団主義, 北大路書房)
- 40) 上野創 (2002) : がんと向き合っ——記者の体験から——, *がんを生きる 講演と資料*, 朝日新聞大阪本社, pp.57-139.
- 41) 山岸明子 (2000) : ギリガン, 久世敏雄, 斎藤耕二 (監修) : 青年心理学事典, 福村出版, p.17.
- 42) 山岸俊男 (1998) : 信頼の構造, 東京大学出版会.