

診療場面における「間主観性」

— 会話分析の視点から —

企画責任者：串田秀也(大阪教育大学)

話題提供者：阿部哲也(関西医科大学) 大石直子(関西医科大学) 川島理恵(京都産業大学)

串田秀也(大阪教育大学) 佐久間博子(関西医科大学)

1. はじめに

今日、医療のさまざまな領域において「患者中心の医療」が主導的理念として強調されている。この理念には、まず、医師が患者のニーズ・価値観・好み・個人的経験などを踏まえて、患者の抱える問題を共感的に理解する関係を構築することが含まれる。また、共同での意思決定 (shared decision-making), すなわち医師と患者の両者が情報を共有し、両者が合意形成のために対策を講じ、両者の同意に基づいて意思決定を成し遂げること(Charles et al. 1997)も含まれる。だが、これらの理念と実際の臨床との距離は依然として大きく、理念がどのようにして実現されるのかについては模索が続いている状態である。たとえば、共同での意思決定という理念は日常的診療ではほとんど実現されていないことが指摘されている (Stevenson et al. 2000 など)。すべての患者が意思決定に積極的に参加することを求めているわけではないこともつとに指摘されている (Des la Cuevas & Penate 2014 など)。また、患者参加を促進させるはずの手続きは、実際には医師主導で診療を進めるための手段として機能する場合があることも報告されている (Landmark et al. 2016 など)。こうした複雑さを踏まえたとき、理念に基づいてトップダウンに介入プログラムを考えることに加えて、会話分析のようなアプローチから実際の診療で生じていることを記述し、その中から理念に近づくための手がかりを見出すことも重要であると思われる。

実際の診療で生じていることを記述する研究は、1970年代後半から80年代にかけて、録音・録画されたデータを使用することによって開始された。これら初期の研究は、医師による主導権の独占や医師から患者への情報の非開示などの相互行為の非対称性を見出した。Mishler (1984) が、そうした非対称性を「医療の声による生活世界の声の抑圧」と論じたことは有名である。これに対し、90年代以降に大きく進展した会話分析研究は、そうした非対称性の存在を再確認しつつも、よりきめの細かい知見を積み重ねてきた。その中で、医師が患者のパースペクティブに敏感な形で診療を進める手続も記述されてきた。たとえば、医師は身体診察中に観察したことを声に出して述べることで、患者の心配事を正当化したり医師の推論が向かう方向性を患者に開示したりする (Heritage & Stivers 1999)。医師が患者に診断名を伝えるとき、その診断を患者が受け入れにくいと思われる文脈がある場合には、医師は診断の根拠を丁寧に説明して、診断を受け入れやすくする (Peräkylä 1998)。また、ガン告知などの悪いニュースを伝えるとき、医師はあらかじめ患者が事態をどう捉えているかを聞き出して、患者の視点を取り込んだ形でニュースを伝える工夫をする (Maynard 1992)。これらの研究は、日常的診療の多くがおおむね医師主導で進行するとはいえ、そのなかにも一定程度、患者との共感や相互理解や合意形成を促進する可能性が含まれていることを明らかにしている。

以上のような背景を踏まえ、本ワークショップは、日本の診療場面において医師が用いている手続の中に患者との共感・相互理解・合意形成などを促進するどんな契機が存在しているのかを探索的に記述し、それに基づいて医師と患者とのパートナーシップが促進される可能性をボトムアップに考えてみたい。表題にある「間主観性」という言葉は、いささか牽強附会であるが、こうしたわれわれの関心をカヴァーする見出しとして便宜的に用いている。すなわち、本ワークショップで取り扱うのは、医学の専門家である医師と病气経験の当事者である患者とのあいだで、共感・相互理解・合意形成などの「間主観性」を促進すると思われる (あるいは促進することをめざして用いられる) 相互行為手続やプロセスである。

企画責任者と話題提供者は現在、以上のような問題意識を緩やかに共有しつつ、共同研究を進めている。本ワークショップは、その予備的研究成果を提示し、参加者との討論を通じて研究のより一層の進展を期す

るものである。この共同研究は、会話分析を専門とする社会学者（串田、川島）と会話分析に関心を寄せる医師（阿部）、看護師（佐久間）、臨床心理士（大石）からなる学際的チームが、診療場面のビデオ録画データを共有する形で実施している。現有データは、A 大学附属病院の総合診療科外来で現在までにビデオ録画された 271 診療場面（うち初診 98 場面、患者数 98、医師数 30）である。総合診療科とは「特定の臓器に偏った治療ではなく、プライマリ・ケア、全人的医療を実践するとともに、そのような能力を備えた医師の養成を目的とする」（福井 2002）病院の一部門である。2017 年時点で全国の大学病院の約 85% に設置されており、半数以上は外来診療のみを行う（武岡他 2017）。A 大学附属病院においても、総合診療科は原則として外来診療のみを行っており、患者の訴える問題に初期診断をつけて、病院内の適切な診療科や地域の病院・診療所へと患者を紹介するのが主な仕事である。なお、われわれのデータ収集は A 大学附属病院倫理委員会の承諾を得て行い、診療にかかわるすべての人から文書で同意を得た。

ワークショップでは、このデータに基づいて 5 つの話題提供を行う。当日の進行は以下の予定である。

- 1) 企画の趣旨説明（串田秀也） 5 分
- 2) 医師による定型的共感表現が果たす診療場面での機能の検討（阿部哲也） 25 分
- 3) 症状描写の協働的産出（串田秀也） 25 分
- 4) 検査の勧め方（大石直子） 25 分
- 5) 異常のない検査結果の伝え方（佐久間博子） 25 分
- 6) 総合診療科における gatekeeping work（川島理恵・串田秀也） 25 分
- 7) 全体討論 20 分

2. 医師による定型的共感表現が果たす診療場面での機能の検討（阿部哲也）

診察場面における医療面接の目的は、1.効果的な医療者・患者関係の確立、2.患者からの適切な情報収集、3.患者教育の 3 つであり、後二者の質の高さには前者の有無が関与すると考えられている。効果的な医療者・患者関係は、患者から医療者が信頼に足る人物であると認識されることによって構築されるものである。これには、診察室で患者が医療者と出会った瞬間の印象から数ヶ月の期間で繰り返される相互交流、医療面接以外でも的確な診断を伝えることから手術での執刀など、様々なレベルでの関与が考えられる。

医療者による共感がこの関係性の構築に関与することも、以前から指摘されている（Rogers 1975）。また、共感的態度は患者の精神的苦痛の軽減（Olson 1995）や満足度向上（Kim et al. 2004）にも関連することが報告されている。しかし、共感が実際にどのようにこれらの望ましい変化に作用するのかは解明されていない。そのために医学教育場面の教員にとってはその指導が困難であり、医学生にとっては学習への意欲が高まりにくい状況が存在する。

われわれは、診療中に医療者が共感的態度を示す場面での相互行為や医療者の実践を具体的に明らかにして、医療面接教育での共感の評価・指導方法を確立することを目指している。医学教育では、患者が苦悩を表現する場面で「それは大変でしたね」のような定型的な共感発言を用いることが指導されており、今回そのような発言がなされている 20 場面を抽出して分析した。これにより共感発言が、その使用場面や医師が併用する非言語的コミュニケーションとの組み合わせによって、たんなる「共感」とは異なる、その前後の文脈に密接に関与した 4 種類の機能を持つことを明らかにしたので、これを報告する。

第一は主に、患者が主訴を自発的に語り始める場面での共感実践であり、新たな語りを誘い出す機能を有するものである。医師は、診察前に患者が記述した問診票を確認しているため、前もってある程度の症状把握が可能な状況にある。通常は患者が示す苦悩への理解を医師が伝えることを共感としてイメージするが、この場面では患者が十分に語る前に、医師が定型的な共感表現を用いることがある。医師は、問診票の内容を言語的・非言語的に共有しながら、かつ患者の目を見ながら話しており、これに対して患者は、はい/いいえの回答とは異なる語りを始めることが多い。一般的に患者は、問診票に記載した内容を再説明する必要性の判断に苦慮し、医師からの問いかけに対してそれをもう一度語ることが多い。しかし、このような共感表現で患者の苦悩への理解が先に示されることで、患者は同じことを語る必要がなくなり、それに類縁する新たな語りの機会を与えられることになる。

第二は、診療早期での患者による自発的な語りや医師による情報収集がなされる場面において、患者の受

診の正当性を承認する役割を示すものである。概して患者にとって、その日の受診の正当性が医師に容認されるかどうかは大きな懸案事項の1つである。そのため患者は主訴を提示する際、しばしば症状の重篤度や自己対処の十分さを伝えて受診の正当性を示そうとする。こうした患者の発話の後に医師が定型的な共感表現を用いる時、医師は必ずしも患者に目を向けているとは限らず、その後には患者の応答を要求せずに情報収集のための質問を展開させることも多い。そしてその問診は、緊急性や来院理由の把握目的からより診断目的へと変化することが多い。つまり患者の語りは続くものの、その質が変化するわけである。このタイミングでの共感表現は、医師が受診を妥当だと判断したことを反映しており、患者の懸念を解消する役割を果たしている。これによって患者は、安心して症状の語りを続けることができるようになる。

第三には、患者の語りの方向性を医師が変える際に生じる抵抗を緩和する機能がある。医師が主訴の情報収集を進める中で、患者はときに生活世界上の内容など、医師には脱線に見える発話を行うことがある。そのような場面で医師が定型的な共感表現を用いる時、第二のパターンと同様に患者を見ていることもいないこともあるが、その直後にはそれまでと異なる話題が医師によって開始される。患者の語りを当人の意に反して終結に持ち込むことに対して患者は不快感を、医師はためらいを通常感じるものであり、このような共感表現が主訴から離れた話題への理解を一時的に示すことで、その次の話題への展開をスムーズにさせる機能を担っていると考えられる。

第四は、患者から提供される情報に前もって重み付けを与えることで、その後の治療方針の共有を円滑にする機能である。患者の語りには、医師にとっては重要な内容であっても患者にその自覚がないものもある。そのような語りに視線を向けて共感表現を示すことで、まずその話題への医師の関心の高さが伝わり、それに関する患者の語りが生み出されやすくなる。さらに診療の後半で診断・治療のためにその情報を医師が活用する際に、共感を示して患者に印象付けておいたことが伏線となって治療方針の共有が進みやすくなる。

このように、医師による定型的共感表現から4つのタイプが抽出された。共感という間主観的行為は、治療関係という曖昧なものとの関わりで理解されているが、ほとんど具体化されていない。共感表現を用いることによる医師の実践は、主に患者への関心と了解の2つを示すことであるが、それが使用される状況によって異なる役割を果たすことが明らかになった。本知見の医学教育への応用によって、文脈に呼応して共感表現を意図的に活用するバリエーションが増え、医療面接の質を向上させることができると考える。

3. 症状描写の協働的産出 (串田秀也)

問診 (history-taking) とは、患者が問題を提示したあと、症状の詳細、他の症状の有無、病歴・治療歴、生活習慣などについて医師が追加情報を収集する活動である。問診に関する初期の研究は、医師が質問によって相互行為の進行を主導し、患者のふるまいは質問が要請する短い応答を返すことのみで切り詰められ、医師が応答から何を受理したのかは患者に開示されないなどの非対称性を見出し、それを医師と患者のあいだの権力関係の産物だと論じた (Fisher 1984; Frankel 1984; Mishler 1984)。だが、より近年の研究では、非対称性が医師と患者の役割の自動的な帰結ではなく相互行為における交渉の産物であることが明らかにされ、患者が医師の質問デザインや医師の追求する情報収集の方向性に抵抗する場合もあることが例証されてきた (ten Have 1991; Stivers & Heritage 2001; Stivers 2007)。

本報告は、この近年の研究動向を発展させ、問診で患者の症状に関する描写が確定されていく過程に見られる1つのタイプの交渉を記述する。医師はしばしば「どんなX?」型の質問を用いて、患者に症状の身体感覚の描写を求める。この活動には、1つのジレンマが伴う。一方で、身体感覚は患者の認識的テリトリー (Heritage 2012) に独占的に属すると見なされる事象なので、医師は患者がそれを自分の言葉で表現するのを尊重する必要がある。他方で、身体感覚を言語的に表現するのは難しい作業なので、医師は医学的に意味のある情報が得られるよう患者を方向づける必要もある。医師と患者は、患者の身体感覚に対する言語的描写を確定していくに当たって、この2つの要請のバランスをとることに指向しながら、互いの出方を交渉している。事例(1)はその一例である。

(1)

01 医師: どん::な頭痛ですか <ズキズキジンジンピリピリ>とかなんかそういう(.)

02 あ:::んそれそれ痛みって.hh=

03 患者: = [う:::ん]
 04 医師: = [ヒリヒリも] 痛みやし [°(どうゆ-) どうですか [])°]
 05 患者: [う:::ん] [.hhhh] (.) ど:::う
 06 患者: ゆったら°>ええんやろ<° <締め付けられる>よう-なんかこう且::とかももう
 07 .hh なんやろ>こう<(0.8) 飛び出るん>ちゃうか-< ど:::うゆったら >いんですかね
 08 こうやっぱ< 締め付けられる感じ::?
 09 (0.2)
 10 医師: ふ::: [:ん]
 11 患者: [で] すかね::ん- ん:::ん =
 ((6 行省略))
 18 医師: 例**え**ば:あの::: (0.3) <ズキズキズキ>つてゆうような::,
 19 患者: う:::ん.
 20 医師: え:::と::: (.) 脈を打つような,
 21 患者: あ[それはない.]
 22 医師: [そういう] 痛みではな[く,
 23 患者: [う:::ん. ((nod))
 24 医師: ずっ-ギユ::: [: (とかつて)] どっちかっていうと [鈍痛] みたいなのが [がずっと] 続くってこと_
 25 患者: [う:::ん.] ((3 nods)) [う:ん.] ((nod)) [う:ん.] ((nod))
 26 (.) ((患者 nod))
 27 医師: °あ:::あ°

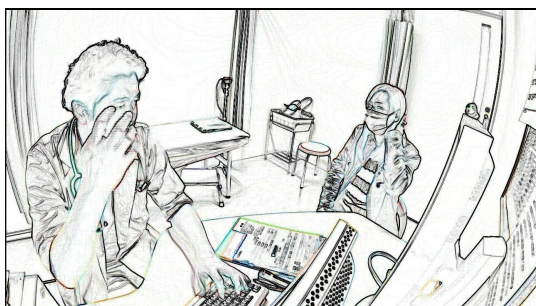


図1 「ズキズキズキ」(18行目)



図2 「ギユ:::」(24行目)

医師は、WH 質問によって患者が応答の仕方を選択する余地を与えつつ、応答の「ターム」を例示することで応答を方向づける工夫もする(01-02, 04 行目). この工夫は応答の「候補」を提示することに比べてより控えめであり、患者がまだ応答を開始していないこの位置では、医師は控えめな方法を用いている. これに対し、患者は自分の言葉で頭痛の身体感覚を描写しつつも、応答の困難さや描写の不確かさを示すことで、医師がより積極的な方法で身体感覚の描写を援助する余地を作り出している(05-08, 11 行目). こうして、医師の援助の適切性が保証されると、医師は「Y じゃなくて Z?」形式の応答候補を提示し、確認を求める(18, 20, 22, 24 行目). 医師は、患者の身体感覚への代替的描写を提案する(24 行目)とともに、それと識別可能な別の身体感覚との対比を通じて(18, 20, 22 行目)、描写をより医学的に明確な意味を持つものへと変形する. 医師はまたこのとき、「ズキズキズキ」と言いながら緩く握った右手を 3 回自分の頭部に近づけ、「ギユ:::」と言いながら前方の空気を押すように右手を動かす(図1, 図2 参照. 左側が医師). 医師はこうして 2 種類の身体感覚の相違を身ぶりでも例示し、患者がそれを参照して自分の身体感覚を再分析することを促している. 患者が医師の身ぶりをモニターし、医師の応答候補に確認を与える(25-26 行目)ことで、両者は医学的にレリヴァントな症状描写を協働で産出している.

別の事例では、両者の出方がうまく噛み合わない場合も観察される. そこでは、患者が自分の症状の身体感覚を身ぶりでも実演しつつ描写しようとする時、医師の方も医学的に識別すべき身体感覚を身ぶりによって

例示する形で応答候補を提示しようとし、両者のあいだで参加の枠組みをめぐる競合が生じる。そして、患者は医師の応答候補に対して自分自身の描写を繰り返すことで、医師による描写の変形作業に抵抗を示している。このように両者の出方が噛み合わない事例を合わせて考察することで、患者の身体感覚に関する言語的描写を確定するという作業が、両者の参加の調整をめぐるデリケートな交渉から成り立っていることがわかる。

4. 検査の勧め方 (大石直子)

急性疾患の診療場面では、1.患者が問題を訴え、2.医師が必要な情報収集を行い、3.医師が診断を下し、4.治療方法を決める、という一連の活動が原則としてこの順になされる (Robinson 2003) とされる。

医師にとって「検査」とは上記 2.のステップに該当する。患者の訴える症状を医学的診断、ひいてはその治療法と結び付けるために、問診や身体診察に加えてより詳しい情報収集を行うという目的で行われる。しかし、医師と患者の相互行為としては、医師が検査を勧めて患者の同意を得るという意味決定を伴うので、上記 4. の治療方法を決める活動に似た面もある。過去の研究では、問診 (Boyd & Heritage 2006) や身体診察 (Heath 2006)、診断の伝達 (Peräkylä 2006)、手術や投薬といった処置に関する意思決定を扱ったもの (Stivers 2006) は多くみられるが、医師が検査をどのように勧めるかについての研究は管見の限りほとんどない。しかしわれわれのデータにおいては医師が検査を勧める場面が非常に多くみられる。

そこで本報告では、医師が検査を勧めるさいにどのように発話を組み立てているかに注目したい。初回診察データの中で、医師が検査を勧めている 19 ケースを選び、検査を勧める発話の組み立てを分析した。その結果、検査を勧める発話はシンプルな構造を持つ場合もあれば、より複雑な構造を持つ場合もあることが分かった。本報告ではその中から 2 つの事例に焦点を当て、検査を勧める発話の構造の違いが、患者の受診理由やニーズの違いを反映していることを示す。

(1)は、検査を勧める発話がシンプルな構造を持つ事例である。患者の主訴は腹痛であり、診療の最初に患部を見せながら今も痛いと訴える。だが、症状を提示するだけで検査や処置についての希望は述べていない。医師は身体診察で痛い部位を突き止めたあと、胆嚢や腸の問題が考えられるという所見を述べ、それから検査を勧めている。

検査を勧める発話は、2つの要素からなるシンプルな構造を見せている。第一の要素は、大まかにどんな検査をするかを提示することである。第二の要素は、具体的な検査項目の提示である。

- (1)
- 01 医師: =だからちょっとそういう可能性は考えんといかんので[え::, >え<とにかくその今日できる::u=-
02 患者: [は:い.]
03 医師: =じょう(k/きょ)-あの今日できる検査で::, 今からざっと:できる-ことは:, ((患者を見る))=
04 患者: =はい.=
05 医師: =しところと思うの. ((患者を見る))
06 患者: はい. ((医師と視線合わせ頷く))

((8 行省略))

- 15 医師: とにかくちょっと検査は:えっと:[してほしい.]
16 患者: [はい,はい.]
17 医師: .hh で, して欲しいのは:血の検査. ((指折り数える))
18 患者: はい.

((19-26 行目: 医師が指折り数えながら検査 4 項目を提示. 患者はそのつど頷く))

- 27 医師: ちょっとその辺取らせていただきます[の:で:, ((視線はモニターの方))
28 患者: [はい]
29 (.)
30 医師: ちょっと今から順番に行っていただ[きますね?]

- 31 患者: [はいはい.] ((医師と視線合わせ頷く))
 32 医師: [よろしいですか?]
 33 患者: [はい。] ((頷きながら))

医師は01-05行目で、「今日できる検査」という表現によって、検査の内容を明確に特定せずに検査することを勧め、患者の同意を得ている(06行目)。また、17-28行目では、具体的に検査内容をリストアップしたうえで、患者の同意を取り付けている。医師は、検査をすぐに行う必要があることを示す勧め方をすることで、今現在お腹が痛いと言った患者のニーズを理解していることを示している。

これに対して事例(2)は医師の発話構造がより複雑な事例である。主訴はふらつきで、約1年前より時折自覚症状がみられていた。患者には本症状の原因に対する解釈(低血圧)と対処の希望(昇圧剤の処方)があり、問診内でこれを医師に伝えている。しかしその希望に対し医師は「原因を特定するためしっかり診察したい」と返答し身体診察に入っている。診察内では安静時の血圧には異常がなく、血圧の変動に異常がみられることがわかった。

- (2)
 01 医師: で:通常であれば((患者を見る)) (0.4) あの:(0.9)
 02 そ-ここまで大きく↑下らない。
 03 (0.8) ((遅れて患者頷く))

((12行省略))

- 16 医師: こんだけ血圧が下がるってことは

((6行省略))

- 24 医師: 何:らかの原因があると思われるんで:?あのそれら(0.6)
 25 血の検査であったりとか[心臓]の検査であったりとかっていうのをこれから=
 26 妻: [う:ん]
 27 医師: =進めて行こうと[思います.]
 28 患者: [(頷く)]
 29 妻: [(頷く)]

((12行省略))

- 42 医師: .hh で:(.) さっき血圧の:↑上げたらいい:

((3行省略))

- 46 医師: 上げたらいいと言われてたんですけど:

((6行省略))

- 53 医師: 恐らく血圧を上げるようなお薬なんか使っていると(.)寝てる時に?160とか70とか(0.3)
 54 余計あの:ものすごく高くなって:しすぎ::↑ちやうともあるんで?
 55 .hhh ちょっとそのお薬今日導入するのは:見送らせてください危ないんで。
 ((56-88行目:医師が検査6項目を提示。患者と妻はそれぞれの提示に共に頷く))

医師は、安静時の血圧ではなく血圧の変動に問題があること、この原因を探る必要があることを説明(01-03, 16, 24行目)した上で検査を提案し(24-25, 27行目)患者たちの同意を得ている(28-29行目)。その後医師は患者の希望する対処は不適切であることを説明し、希望を却下する(42, 46, 53-55行目)。医師のこの工夫は、患者に提案する検査の必要性を伝わりやすく、また患者の希望の却下を受け入れやすくしている。

検査提案の場面では、医師は患者の受診理由や検査の必要性などの事情に応じて提案の構造を工夫していた。患者の持つ不安や希望が明確な場合は、医師はそれに沿った形で検査提案の発話を組み立てている。

5. 異常のない検査結果の伝え方（佐久間博子）

この報告では、医師が検査結果をどのように伝えるかを、特に、検査結果に異常がない場合の伝え方に注目して記述を試みる。異常がないことは、重大な病気の可能性が除外されたという意味では、良いニュースである。しかし、症状があるにもかかわらず異常がないという検査結果がでることは、患者にとって不確実さを残し不安を喚起する（Fitzpatric & Hopkins 1981）。医師が良いニュースとして結果を伝えても、患者はそれに抵抗し、それならばなぜ症状が続くのかと質問することがある（Maynard & Frankel 2006）。したがって異常のない検査結果の説明は、たんに検査の結果を患者に分かりやすく伝えるだけではなく患者の心情への配慮や抵抗への対処といった医師の工夫と、それに対する患者の反応によって形作られる側面がある。

この報告において「検査結果に異常がない場合」とは、客観的データ内に患者の主訴に関する兆候を見いだせない状態を指す。検査結果に異常はなかったが新たに検査を追加することなく終診や様子観察となった13ケースを分析対象として整理したところ、異常のない検査結果の説明は①良いニュースとしてのheadline、②良い評価の根拠となる検査結果の説明、③主訴と関係ない軽微な異常の説明、④主訴の原因に対する仮説の提示、が基本構造となっていることが見出された。(1)はこの基本構造があらわれている1事例である。

「胸の苦しさ」を主訴に夫同伴で受診した患者の初回診察で、医師は検査の意図を説明することなく心電図と血液検査をオーダーしている。以下に示すデータは一連の検査後に行われた相互行為であり、この相互行為は初回診療と同日に行われている。

(1)

01 医師:①→ あの:いろいろ検査してきていただいて:

02 夫: はい

03 患者: はい

04 医師:①→ あの:今の時点では特におお-あの心配はないということはわかりました(.)はい

05 (0.4)

06 医師:②→ あの:::一番ね(0.4)あの:ウ:::こういった症状で心配なのが心筋梗塞という[状態なんですけれ]ども

07 夫: [はいはいはい]

08 患者: ((頷く))

09 医師:②→ あの:(.)心臓の動きも調べてもらったら(0.3)あの壁の動き問題がないし(0.3).hあ:の:::(0.3)

10 → まいろんな(.)膜がね(.)あの(0.8)え:心臓の中弁膜というものがあるんですけれどもその:(.)

11 → あの:::(0.7)動きも:(.)問題がなくて

12 夫: うんうん.

13 医師:②→ 今の時点での心臓の動きには(0.4)問題がないですね

((12行省略))

26 医師:②→ [ですから]ね心臓に何かあったと思われるんですけれ[も:]

27 夫: [うん]

28 医師:②→ あの筋肉が壊れるところまではいってないことが[わかりました]

29 夫: [うんうん]

((8行省略))

38 医師:③→ ただねちょっとね[あの]

39 夫: [うん]

40 (1.4)

41 医師:③→ 肝臓のね酵素が少し上がってるんですよ.

42 患者: ((頷く))

((55 行省略))

97 医師:④→ あのと:症状はね狭心症と呼ばれるような:もの(0.5)だと思われま[すね]

①で良いニュースとしての headline が産出される。04 行目の「心配はないということはわかりました」という自己修復された発話において、客観的データが患者にとって心配のない内容であることを断言しており、検査結果は患者にとって良いニュースとして提示されている。しかし患者から反応はなく(05 行目)患者にとって headline の内容は受け入れがたいことが暗に示される。医師には患者の受け入れ難さに対する対処の必要性が生じ、②において良い評価の根拠となる検査結果の説明を始める。具体的には、一番の懸念事項が心筋梗塞であることに言及したうえで(06 行目)、部位ごとに「問題がない」ことを示し(09-11 行目)、心筋梗塞の可能性を否定している(13 行目)。さらに 28 行目で「筋肉が壊れるところまではいっていないことがわかりました」と心筋梗塞が否定できた検査のプラス面を強調している。このように検査の意義を示すことで患者の受け入れ難さに対処している。そして 38 行目より③主訴と関係ない軽微な異常の説明が始まる。偶然軽微な異常が見つかることは患者にとって検査を行ったメリットといえ、これを伝えることは検査が十分に精密に行われたアピールになる。④で主訴の原因に対する仮説の提示がされる。先行研究では、診断に不確実性が伴うときは単刀直入な発話以外のデザインが使われると指摘されている(Peräkylä 1998)。事例においても 97 行目は直接的でないデザインで発話されている。

(1)とはタイプの異なる事例を分析したところ、以上の基本構造が柔軟に適応されているのが見出された。1 つの事例では、患者は半月前に同じ検査を受けて異常はなかったが、医師は念のために検査を行った。検査をすることがオプションに近いこの事例では、基本構造の②「良い評価の根拠となる検査結果の説明」は省略されていた。もう 1 つの事例では、患者は長年にわたって原因不明の多彩な症状を抱え、それらの原因を検査で究明することへの強い期待を表明していた。検査の結果に異常が見つからないことは、この患者には特に受け入れがたいことが予想される状況だった。この事例では、医師は①「良いニュースとしての headline」を用いず、③「良い評価の根拠となる検査結果の説明」の中に④主訴の原因に対する仮説の提示を組み込む形で検査結果を説明していた。

これら複数の事例の比較から、医師は患者の状況に合わせて、異常のない検査結果を説明するときの発話の組み立てを調整し、患者の不安に対処した形で説明を行っていることが分かった。

6. 総合診療科における gatekeeping work (川島理恵・串田秀也)

日本の医療システムの特徴として高い柔軟性が挙げられ、その最たるものがオープンアクセスと言える(OECD 2014)。患者は自由にどの診療科にかかるのかを選択でき、脳外科といったかなり専門的な診療科でさえ自身の決定によってかかることが可能である。しかし、こうした医療システムにおいて十分な自由を享受しているように見える患者は、同時に最適な選択を行う責任を負うことになる。またこのシステムの特長上、大病院に患者が集中するのを避けることはできない。そのため大学病院の外来では、軽症患者の病院へのアクセスを制限するための gatekeeping が必要となる。

本発表では、総合診療科において医師が担う gatekeeping work に着目する。医師が「様子見」や「かかりつけ医の受診」など、今後継続して大学病院では治療を行わないことを勧める際、患者の抵抗をどのように扱い、治療方針の話し合いを行なっているのかを分析した。対象としたデータは、医師が患者に今後の治療方針として「様子を見る」や「かかりつけ医の受診」、または「紹介医への差し戻し」などを提案した 31 ケースである。

これまで会話分析の研究では、意思決定過程のやり取りにおいて医師が患者の反応に極めて敏感に提案を組み立てていることが明らかにされている(Koenig 2011; Stivers 2006)。たとえば、患者の抵抗が何らかの形で示された場合、治療をしないことをわざと肯定的なデザインで述べる(Stivers 2006)などである。そうした相互行為上の工夫を通じて、医師は患者が受け入れやすい形に提案を組み立てている。本発表で対象とする医師からの提案は、基本的には大学病院での治療を終えることがその中心にある。患者の病気の原因がまだ解明されていなかったり、症状がまだ継続していたりする場合、これは患者にとって受け入れづらい提

案である。本発表では、患者の抵抗が予見されるこのような提案がなされるとき、用いられる主要な相互行為的リソース3つの記述を試みる。

第一は、継続的な関わりを保証する提案のデザインである。医師は、提案を複合的に構成していた。たとえば、中心的な提案が様子見である場合、そこに補助的な提案として、「もちろんまた心配ならきてもらえれば」といった継続的な関わりを保証を付け加えていた。第二は、制度の仕組みや使い方についての教示である。医師は、治療方針の提案理由について説明する際、医学的な説明だけではなく、医療システムを参照しつつ、その仕組みを患者に教示することがしばしば見受けられた。たとえば、「ここは大学病院なのでふだん風邪とかでは」と大学病院の役割を説明し、その上で「今後近くで内科さんとか探してもらった方がええと思います」と提案を行う。その際、患者にこのシステムをどう使うべきかかなり具体的かつ詳細な教示が行われていた。第三は、より深刻な事態への言及である。患者が医師の提案に抵抗し、大学病院内の他の診療科に紹介してもらうことを希望する場合もある。その際、医師はその診療科で扱うにふさわしいより深刻な症状やその治療に言及する。そうすると、患者のほうからその必要性を否定し、抵抗が取り下げられることがあった。

日本特有のオープンアクセスにおける大学付属病院の総合診療では、診療の最初に大学病院を選んだことを患者が正当化しつつ問題を提示する。同じように医師も、患者に治療方針としてかかりつけ医での受診や様子見を勧める場合は、その提案を正当化する必要が生じてくる。その際、医師は医学的な理由の説明だけでなく、医療システムの説明、すなわち、大病院とかかりつけ医の役割分担や、各診療科の守備範囲の違いや、他の医療機関を利用するための具体的手順などの説明を付加していた。今回の分析から、そうした制度的な局面が参照されることが、治療方針の話し合いを進める上で有効なリソースとなっていることが明らかになった。

参考文献

- Boyd, E. & Heritage, J. (2006) Taking the history: questioning during comprehensive history-taking. In Heritage, J. & Maynard, D. W. (eds.) *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients* (pp. 151-184). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 44(5): 681-692.
- De las Cuevas, C. & Peñate, W. (2014) Preferences for participation in shared decision making of psychiatric outpatients with affective disorders. *Open Journal of Psychiatry* 4: 16-23.
- Fisher, S. (1984) Institutional authority and the structure of discourse. *Discourse Processes* 7: 201-224.
- Fitzpatrick, R. & Hopkins, A. (1981) Patients' satisfaction with communication in neurological outpatient clinics. *Journal of Psychosomatic Research* 25(5): 323-478.
- Frankel, R. M. (1984) From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis. *Discourse Processes* 7: 135-170.
- 福井次矢 (2002) 特集: 内科—100年のあゆみ (内科横断領域) I. 内科横断領域の100年 1. 総合診療科. 『日本内科学会雑誌』 91(11): 16-20.
- Heath, C. (2006) Body work: the collaborative production of the clinical object. In Heritage, J. & Maynard, D. W. (eds.) *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients* (pp. 185-213). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Heritage, J. (2012) Epistemics in action: Action formation and territories of knowledge. *Research on Language and Social Interaction* 45: 1-29.
- Heritage, J. & Stivers, T. (1999) Online commentary in acute medical visits: A method of shaping patient expectations. *Social Science & Medicine* 49: 1501-1517.
- Kim, S. S., Kaplowitz, S. & Johnston, M. V. (2004) The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions* 27(3): 237-51.
- Koenig, C. J. (2011). Patient resistance as agency in treatment decisions. *Social Science and Medicine* 72: 1105-1114. doi:10.1016/j.socscimed.2011.02.010

- Landmark, A. M. D., Svennevig, J. & Gulbrandsen, P. (2016) Negotiating treatment preferences: Physicians' formulations of patients' stance. *Social Science & Medicine* 149: 26-36.
- Maynard, D. W. (1992) On clinicians co-implicating recipients' perspective in the delivery of diagnostic news. In Drew, Paul & Heritage, John (eds.) *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 331-358.
- Maynard, D. W. & Frankel, R. M. (2006) On diagnostic rationality: Bad news, good news, and the symptom residue. In Heritage, J. & Maynard, D. W. (eds.) *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients* (pp. 248–278). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Mishler, E. G. (1984) *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex.
- OECD. OECD reviews of health care quality: Japan raising standards assessment and recommendations. 2014. https://www.oecd.org/els/healthsystems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf
- Olson, J. K. (1995) Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. *Journal of Nursing Scholarship* 27(4): 317-22.
- Peräkylä, A. (1998) Authority and accountability: the delivery of diagnosis in primary health care. *Social Psychology Quarterly* 61(4): 301-320.
- Peräkylä, A. (2006) Communicating and responding to diagnosis. In Heritage, J. & Maynard, D. W. (eds.) *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients* (pp. 214–247). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Robinson, J. (2003) An interactional structure of medical activities during acute visits and its implications for patients' participation. *Health Communication* 15(1): 27-59.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 5(2): 2-10.
- Stevenson, F. A., Barry, C. A., Britten, N., Barber, N., & Bradley, C. P. (2000) Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine* 50, 829-840.
- Stivers, T. (2006). Treatment decisions: Negotiations between doctors and patients in acute care encounters. In Heritage, J. & Maynard, D. W. (eds.) *Communication in Medical Care: Interactions between Primary Care Physicians and Patients* (pp. 279–312). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Stivers, T. (2007) *Prescribing under Pressure: Parent-Physician Conversations and Antibiotics*. New York: Oxford University Press.
- Stivers, T. & Heritage, J. (2001) Breaking the sequential mold: answering 'more than the question' during comprehensive history taking. *Text* 21(1/2): 151-185.
- 武岡宏明・堀端謙・増井信太・鯨坂和彦・鍋島茂樹 (2017) ウェブサイトから調査した大学病院総合診療部門の現状. 『福岡大学医学部紀要』 44(2): 81-86.
- ten Have, P. (1991) Talk and institution: a reconsideration of the “asymmetry” of doctor-patient interaction. In Boden, Deidre & Zimmerman, Don H. (eds.) *Talk and Social Structure: Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis* (pp. 138-163). Cambridge: Polity Press.