

# 医師・患者コミュニケーションの諸相

―医療コミュニケーションを検討するためのメモ―

住 大 恭 康

## 目 次

- 一、はじめに
- 二、非言語的な情報
- 三、周辺言語的な情報
- 四、言語的な情報
- 四、一、語彙
- 四、二、文と発話
- 四、三、質問と談話
- 五、終わりに

## 一、はじめに

残念なことであるが、病院や診療所における診察、検査、治療等に関して不満を持っている患者は少なくないようである。国や地域レベルでの制度的な問題、個々の病院や診療所の物理的、経済的、慣習的な問題、あるいは、医療従事者の知識、能力、技術に関わる問題もあるだろうが、患者の多くは医療に携わる個人の人間性を問題視しているようである。医療従事者の人間性がコミュニケーションにおいて表出されるとすれば、コミュニケーションの取り方一つで患者の抱く印象は大きく変わるはずである。医療従事者がもたらす良い印象は患者の満足度に直結し、さらに、治療効果やコンプライアンスの向上にも繋がるものと考えられる。医療従事者の側からも、コミュニケーション能力を高める必要性が指摘されており、先輩の面接技術を観察して盗むという時代から、マニュアルを参考にしたり、病院、医局、あるいは、有志の集まりにおいて、それぞれの医療面接を観察して、当人、あるいは観察者の今後のために批判的な議論を行ったりする時代へと移っているようである。インフォームド・コンセントの重要性が指摘され、患者を社会的・心理的な事情を持つ存在ととらえる理論的な枠組みも日本に導入されてきている。学生から、医療現場のコミュニケーションについて学びたい、あるいは、コミュニケーション・スキルを身につけたいという要望が聞かれることもある。いくつかの大学では、医療コミュニケーションに関する授業をカリキュラムに組み込んでいるようだ。実際の採点基準はさておき、オスキーにおいては、模擬患者に対するコミュニケーションの取り方に関してもチェックされているものと思う。

しかし、コミュニケーション能力を身につけさせる教育、あるいは、その評価を行うことは、非常に困難である。

コミュニケーションの評価は主観的な印象に頼ることが多く、すべての人に、あるいは、同一人物であってもすべての状況で、好印象が持たれるコミュニケーションの取り方を規定することができないからである。本稿で提示するのは、よりよいコミュニケーションのために「何をすればよいか」というマニュアルではなく、そのために「何を考慮に入れる必要があるか」という留意点のメモである。医療現場のコミュニケーションに関わる教育の内容を検討するたとき台になれば、著者の目標は達成されたといえよう。「どうすればよいか」を問題にする方は、実際の医療現場、あるいは、模擬患者が参加した仮想の面接場面におけるやり取りを批判的に記したマニュアル的なものを参照されたい。

なお、「コミュニケーション」ということばに対してはこれまでに多くの定義が与えられているが、本稿では、複数の人間の記号を媒介とする相互作用という意味で使用している。特に、医師と患者の間の情報伝達や意思疎通の過程を問題とするが、意図的に伝達しようとしている内容だけでなく、伝える側が無意識であつても、伝えられる側に理解される内容もまた情報としてとらえている。仮に「何もしない」ということが可能だとしても、その際には「何もしない」という情報、さらに、その人は「何もしない人である」という情報が伝達されるであろう。

## 二、非言語的な情報

ことばによって伝えられるメッセージは、全体の約三五パーセントに過ぎず、残りの六五パーセントは、話しぶり、動作、ジェスチャー、相手との距離の取り方等、ことば以外の手段によって伝えられるといわれている。また、好意が伝わるのは、ことばによるのが七パーセント、声の調子によるのが三八パーセント、顔の表情によるのが五

五パーセントという指摘もある。ここで記されている数値を検証することは困難であるが、ことば以外で伝えられる情報の量やその重要性については、コミュニケーションの研究者に広く認められている。しかし、研究者を除いて、非言語的（ノン・バーバル）な情報の伝達はあまり意識されていないと思われる。そこで、以下、コミュニケーションにおける非言語的な手段の種類と、人間関係、あるいは、コミュニケーションに対する影響について検討する。

非言語コミュニケーションの研究においては、その細分として動作学、近接（空間）学、接触学等がある。動作学とは、身体の各部分の動きとその意味（影響）を明らかにするものであり、その動きは、手首を動かして呼ぶ、中指を立てる等の表象動作、方向を指差す、手を広げて大きさを表す等の例示子、顔の筋肉の緊張等で表現される感情表示、発話を中断させたり急がせたりする目の動きやうなずき等の発話調整子、照れて頭を掻いたり、あくびの際に口を隠したりする適応子に分類される。これらの動作の大きさや頻度によって、話し手が落ち着いている、あるいは話し手の感情が高ぶっているといったことが理解される。コミュニケーションの場面や相手に応じて動作を使い分けなければ、無関心、あるいは、自己中心的といった悪い印象が持たれる可能性がある。「顔色を伺う」のは、表情を見れば考えを読み取ることができるといふ仮定のもとに成立するが、特に顔の表情は感情と直結していることが多く、意識的に操作することが難しい。しかし、医師であれば、ある程度それをごまかす演技力が要求されることもあるだろう。なお、好意のある相手とコミュニケーションをとる際には、動作がシンクロすると指摘されており、逆に、故意に同じ動きをすれば相手に親近感を抱かせることができるかもしれない。

近接学では、コミュニケーションのパートナー同士の距離を問題とする。通常、その間合いは近い方から「親密（密接）距離」「私的（個体）距離」「社交的（社会的）距離」「公共的（公衆）距離」と四分されるが、その名付

け方からもわかるように、距離が近ければ私的で親密、距離が遠ければ公的で疎遠な関係であると感じられる。この距離感がパートナー間でしつくりこなければ、馴れ馴れしい、冷たい等の印象をもたらす可能性がある。医療面接のマニユアル等では、患者との間の机の有無と、それがあある場合の大きさ、また、相手に対して正面で向き合っているか、あるいは、身体の向きがお互いに九〇度となっているかといったことが患者の気分に影響すると指摘されている。これらも近接学に関わっているといえよう。接触学で扱われる文字通りの身体的接触は、医療コミュニケーションにおいて（診療のために）必要であり、かつ、（その程度によっては）危険でもある。特に、アメリカ等におけるマニユアルでは、握手以外の身体的な接触も患者との距離を縮めるものとして有効と考えられているようだが、日本においては一概に薦めることができないであろう。

非言語コミュニケーションの細分としては、さらに、時間学もあり、ここでは朝、昼といった公的時間、バスや電車の発着等の技術的時間、友達との待ち合わせといった非公式時間等に時間が分類される。医療面接では診察や治療の開始時間や終了時間が正確であるか否かによって、患者が医師（病院）に対して持つ印象が変わるであろう。診察室に置かれた机や椅子の素材、あるいは、壁紙の色やデザイン等も、その所有者である医師（病院）の印象に影響する。これらは、対物学が問題とする事柄であるが、医師の身体に関しても、体型、顔、化粧、髪、ひげ、身につけている小物、アクセサリ等が印象を左右する。白衣によって医師という職業が理解されるように、外貌から帰属意識（アイデンティティ）、地位、経済状態、さらに人柄さえも推測される。視覚以外でも、嗅覚によってとらえられる香水や汗の臭い等の有無によって印象が変わる。医師の個性を否定するわけではないが、患者やその家族等の近親者に対して否定的な印象を抱かせないように心がける必要があるであろう。

動作学に含まれる事項ともいえるが、コミュニケーションに大きな影響をもたらすものとして視線や目の動きが

ある。相手の目を見ているか、その場合、どのように見ているか、また、相手の目でなければ何を見ているか、また、それをどのように見ているかを問題とするのは視線接触学である。視線には、注意を喚起する機能、説得する機能、発話を調整する機能、感情を表出する機能、勢力を表示する機能、印象を操作する機能等、動作と類似した影響力がある。熱心に話している、気もそぞろである、聞いている内容を疑っている、納得しているといったことは、手足の動きや位置、姿勢、顔の表情等からも推測されるが、視線や目つきからも読み取られる。

非言語的な情報は、人の印象を確立、強化、修正する、相互関係を示す、内面的感情や情緒を表す等の役割を、意識的にも無意識的にも果たす。もちろん、非言語的な情報は複合的で、個々の事項が相互作用した結果が印象となる。さらに、音声言語によって情報が伝えられるほとんどの場合に、非言語的な情報が付随している。言語的な情報に焦点を当てれば、非言語的な情報は、ことばの代替、補足、強調、否定、調整等の機能を持っているといえる。なお、非言語的な情報の理解や印象は、特に異文化間コミュニケーションの研究で扱われており、実際、文化的に規定されている程度が高い。コンテキスト依存度が高いといわれる日本語話者のコミュニケーションでは、多様な非言語的な情報が敏感に感じ取られると考えられ、そのため、本人にとっては意味のない癖等にも注意する必要があるだろう。

### 三、周辺言語的な情報

非言語コミュニケーションの枠内で扱われる要素として、周辺言語（パラ・ランゲージ）がある。周辺言語的な情報は、発話が行われる際に使用されることばの発声の仕方によって現れる。例えば、「おはようございます」と

いう挨拶一つをとっても、その口調によって多様な情報が理解される。高く明るい声ではっきり言ったり、低くこもった声ではそぼそ言ったりすることで、その人の気分がいいのか、悪いのか、あるいは、相手に会いたかったのか、会いたくなかったのか等が理解される。さらに、その場での印象が、明るい人、暗い人等、その人物に関する一般的な評価となることも考えられる。

人の性格や感情は、七パーセントがことば、三八パーセントが周辺言語、五五パーセントが顔の表情に表れると指摘されている。先ほどの数値とは異なるが、印象に対して周辺言語が持つ影響力の強さがわかる。その周辺言語を扱う音調学では、音質、音量、速度、ピッチ、イントネーション、アクセント、間、発音、言いよどみ等が研究されており、音調からは、性別、性格、情緒、意図、態度、教育、出身地、年齢、容姿、人種等が推測されるといわれている。意味のないことばであっても、音調によって、怒りや不安、悲しみ等の感情が読み取られるという研究もある。医療コミュニケーションに関しても、アルコール依存症の患者と会話する医師の声について、「怒りと苛立ち」「同情と親切」「不安と心配」「実務的な冷静さと専門家意識」を評価したところ、怒り（苛立ち）の感じが強い時に説得が不首尾に終わり、心配している感じの時に説得に成功していると、コンプライアンスとの関連性が認められている。また、間の取り方（沈黙）も、その前後の発話や、間をとる際、あるいは、黙っている間の非言語的な情報によって、当惑することばを失っている、もったいぶっている、適切なことばを慎重に探している、圧力をかけている等と理解される可能性がある。使い方次第で効果的な間が、「あー」「えー」等といったつなぎのことば（フィラー）で埋められることもあるだろうが、意味のない発話をする、あるいは、しないということにもそれなりの効果がある。

音調学で扱われる要素も、場面に応じて適切に用いる必要がある。話す速度が速ければ、その人の専門性が高い

と理解され、その結果、聞き手が内容に賛成するという研究と、速度が遅い場合には、信頼できる、落ち着いていると判断され、そのため説得の効果が高いという研究があるように、音調がもたらす影響についての判断は一様でないが、その差異は、調査対象となる人々の文化的・社会的背景等によって説明できるかもしれない。逆に言えば、文化的・社会的背景に応じた音調の使い分けが必要ともいえるだろう。さらに、コミュニケーションのパートナー同士が互いに抱いている印象や、伝達される内容が持つそれぞれの人にとっての関連性によっても、音調がもたらす印象が異なると予想できる。例えば、不安を抱いている人に大声で早口に話したり、病識を持つ人にもったいぶってゆっくり話したりすれば、印象が悪くなるであろうが、話の内容が持つ関連性、あるいは、患者がすでに持っている医師についての印象次第では、音調によって医師の印象が強化されたり、相殺されたりするだろう。

患者には病名を隠しておくのがよいという時代ではなくなり、現在では、たとえ患者のことを考えた上での決断であっても、情報提示しなければ訴訟を起こされかねない。アメリカ等における潮流の影響を受けて、日本においても、がん等の難しい病気を本人に告知することが一般化してきているようである。病名を知ることによって患者や家族が受けるショックによって、(一時的に) 症状や治療効果が悪くなる可能性もあるが、いかなる診断であっても、それが告げられるまでは不安が続くという側面もある。しかし、患者や家族の心理を考えれば、すべてを伝えること、あるいは、それをありのままに伝えることが常によいとは限らない。ここで告知の是非を議論することはできないが、患者にことばで病名を伝えていなくても、患者がうすうす気づいていると感じられる現象に触れておきたい。患者が病名に気づく理由としては、患者の身体状態や治療に使用されている薬剤、あるいは、同じ病室の患者や文献、インターネットからの情報等が考えられるが、さらに、医療従事者や家族の言動も患者に情報を与えると思われる。つまり、周囲の人々のことばだけでなく、非言語的な情報、あるいは、周辺言語的な情報が感情等を露



呈してしまい、患者がその理由を推論して病名にたどり着くというわけである。患者は、与えられていない情報を知ったり、感じ取ったりするとき、自分に対して情報が隠されていた、または、嘘をつかれていたことを知る。その時、氣遣つてくれる周囲のやさしさを感じることもあろうが、おおかたは孤独や怒りを感じると思われる。なお「嘘」をつく人の特徴として、瞳孔が拡張する、肩をすくめる、自分の身体に触る、からだの動きが増えて落ち着きがなくなる、ジェスチャーが減る、声が高くなる、言いよどむ、いい誤りが起こる、余計なことを言うといったことが指摘されている。これは、視線を避ける、微笑が減る、余計なことを言う、話す速度が遅くなる、言い誤る、言いよどむ等の嘘を見破る手がかりとして指摘されている特徴と異なる部分もあるが、非言語的な情報、あるいは、周辺言語的な情報の威力はこのあたりにもうかがわれる。また、嘘をつかれていた場合だけでなく、核心に触れそうになると話題を変えられたり、あるいは、気休めを与えられたりすることで、患者が疎外感を味わうことも指摘されている。

#### 四、言語的な情報

##### 四、一、語彙

日本語には同音異義語が多く、それによって思わぬ誤解が生じることがある。例えば、患者に理解できない医学用語が日常語において同音異義語を持っている場合、意味が通らなければ理解不能となるが、意味が通れば誤解と

なる。同音異義語の存在のみに依存するわけではないが、医師と患者のコミュニケーションが円滑に進まない要因の一つとして、医師が使用する語彙の専門性がある。確かに、情報をより正確に伝えるために、明確に定義された曖昧でないことばを使用することは重要である。しかし、患者のほとんどは専門的に医学を学んでおらず、まさに、医学を学んでいないからこそ、医師に症状を訴えて、その診断を聞こうとするのだともいえる。特に、無意識で使用する専門用語や隠語等は、患者から見ればあえてわからないように話していると感じられることもあるため、極力避けるべきであろう。

医療従事者同士で簡潔、正確な伝達のために使用される専門用語の多くは患者に通じないため、語彙の説明や言い換えが必要になることがある。その説明において、ことばの意味を規定する際には、ことばの外延を用いる場合と、ことばの内包を用いる場合が考えられる。ことばの外延は、そのことばで表すことができるすべての対象（あるいは、それらの対象が占める領域）といえるが、外延の意味は、指示の意味といわれることもあるように、通常、そのことばによって指し示される特定の対象と理解される。例えば、胃にできた「ポリープ」を説明するために、患者の上腹部を指差した上で、「これ」と内視鏡のモニターに映ったポリープを指差せば、外延的な説明といえる。内包は、そのことばによって指示可能な対象が共通してもつ特徴の束といえるが、胃にできた「ポリープ」の内包による説明としては、「胃の噴門部内壁にできた腫瘤」等であろう。もちろん、このような内包的説明がすべての患者に理解されるとは限らない。場合によっては、「入り口（上の方）」「内側」「できもの」等、日常的な表現に置き換える必要がある。ただし、日常的な表現の多くは、例えば、「できもの」によってニキビからがんまでを表すことができるように、外延が広い（あるいは、内包が小さい）ため、曖昧になってしまう。そこで、曖昧さをなくすために、ことばを増やして意味を規定することが必要となる。

専門用語と日常語の間に限らず、一般に、あることばに対して、完全に同じ意味を表す別の一つのことば、つまり、同意語が存在することはほとんどない。そのため、言い換えにおいては、別の複数のことばを用いることが必要となる。通常は、内包の小さいことばに別のことばを加えて、内包を大きくすることによって限定するのがわかりやすいであろう。例えば、進行性胃がん、胃がん、がん、腫瘍、できもの、病気、異常といった順で、内包が小さく（あるいは、外延が広く、また別の言い方をすれば、表す概念が下位から上位に）なるが、「胃に悪いできものができている」といえば、おおかたの大人から子供までに理解されるであろう。しかし、「胃に悪いできものができていて」という表現が万能というわけではない。知識を持たない人に対して、あまりに専門的な表現を用いれば理解を求められないが、知識を持つ人に対して、あまりに噛み砕いた表現を使えばバカにされていると思われる可能性がある。そのため、患者が子供の場合、医学生の場合、一般の大人の場合等、相手によって使用する語彙の専門性や概念的な上位・下位を検討する必要がある。さらに、同一の相手であっても、コミュニケーションにおいて現れる非言語的な情報をうまく読み取りながら、専門用語を日常語で説明したり、日常語に対する専門用語を教えたりすることも必要となろう。

ある語彙が使用される場合に、辞書に記載されていないような意味が読み取られることもある。例えば、以前に本人、あるいは、家族ががんに罹っていたら、「できもの」といわれて即座に「悪性の腫瘍」と考えてショックを受けたら、頻繁に口内炎にかかっていたら「軽い炎症」と考えて気にしなくなったりするかもしれない。前者であれば、落ちこんで回復を諦めてしまったり、後者であれば、高をくくって通院をやめたりして、治療がうまく行かないこともありうるだろう。そこで、「できもの」に「よい」「悪い」等の修飾語を付加することが必要な場合もある。ただし、「悪いできもの」の意味として医師と患者が同じように「がん」を理解する場合であっても、「苦し

み続ける不治の病」と思う人もいれば、「切ってしまえば治る病気」と考える人もいる。もちろん、予測される経過について説明する必要があるであろうが、ことばによって十分な理解を求める際には、それぞれのことばの内包をより多く知っておく必要があるといえよう。なお、「ずきずき」「ちくちく」「じわーっ」等のオノマトペによって表される感覚は人によって違うことがあり、「焼けるような」「刺すような」「締めるような」といったメタファも、付与する意味に個人差があると考えられる。「ここ」「今」といったダイクシスも、その時空に含まれる範囲に曖昧性があることを理解しておく必要がある。「時々」「しょっちゅう」といった頻度を表す語彙や、「すぐ」「しばらく」といった期間を表す語彙、あるいは、「大きい」「小さい」「高い」「低い」等の程度を表す語彙が使用される場合にも、たとえ近似値であれ、数値で表さなければ共通の理解が得られないことがある。ことばの意味の一部は、そのことばの使用者によって異なるため、実際にことばを使用する際には、会話に参加するものの中でそのことばの意味を調整する必要がある。

相手の理解にに応じて、どのような語彙を用い、どのような説明を行うかを決める必要があるが、逆に、あえて明確に理解させないために語彙を選択することもありうる。例えば、患者が「進行性の胃がん」の場合に、「できもの」という上位語を用いるのは、(誠実でないとしても)、嘘ではなく、場合によっては、ショックを和らげられるというメリットがある。逆に、「漿膜への浸潤が見られるMKと言われるものです」と専門用語を用いて、特別な感情を抱かせないことが有効な場合も想定できなくはない。もっとも、理解できない、あるいは、明確な説明が欲しい患者は質問するだろうし、そうでなくても医師は説明する必要があるだろうが、唐突にショックを与えないですむという利点はあるかもしれない。もちろん、このようなテクニクは例外的に使用されるものであり、曖昧な表現や理解困難な表現は、より適確な表現を知らない場合の逃げ道としてあるわけではない。情報を伝える側とし

ては、表現される物事と、表現に使用されることばが持つ概念を明確にとらえておく必要がある。

ところで、反対語は、二つの語彙の外延が、それよりも内包の小さい一つの語彙の外延に含まれ、ある見地からみてその程度に関して逆である、わかりやすくいえば、同一尺度上の両端に置かれると規定することができようが、「よくない」等、反対語を否定することで元の意味を表すと、多少なりともやわらかい印象が生じる。つまり、「よくない」といえば、「悪い」よりも程度が低いと感ぜられる。それは、「よくない」が論理的に「悪くない」と両立するからだといえようが、このような否定が有効な表現法となることもある。また、後に述べる会話の公準の質の原則や量の原則によって説明されることであるが、「全部ではない」「いつもではない」といえば、「ほとんど全部」「ほとんどいつも」と理解されがちである。例えば、薬に関して「全部は飲んでいません」「毎回は飲んでいません」と言われれば、たまに忘れた程度と判断しそうである。ところが、こういった表現は、「いくつかは」「たまには」と両立し、さらには、「二つもない」「ぜんぜんない」とも矛盾しない。状況次第では、患者が医師の機嫌を伺って、あえて誤った推論を生じさせる表現を使用することもある。そういった場合には、数値による表現を求めた方がよいと考えられる。

#### 四、二、文と発話

通常の言語コミュニケーションにおいては、使用される文が完全に文法的な形で提示されないことがある。特に、話し言葉でのコミュニケーションにおいては、文内で先行する表現の記憶が薄れたり、途中で言いたい内容が変わったり、あるいは、相手からのフィードバックを考慮に入れたりすることで、格関係の表示や主語述語の関係が整

合的でなくなったり、文が途中で終わったりする。さらに、省略という現象も頻繁に起こる。省略は、通常、当該の部分がなくとも文法、文脈、さらに知識によって理解可能な場合に使用される。しかし、知識は個人によって異なり、医療従事者同士であれば補って理解できる表現も、患者にその意味が推測できるとは限らない。内容を理解してもらうには、語彙的なレベルでの略語の使用、文法的なレベルでの主語や述語の省略に注意する必要があるといえよう。また、「この薬を飲んでください」という表現で、「この薬」に強勢をおくか、「飲んで」に強勢をおくかによってニュアンスが異なるというように、周辺言語的な情報によって意味が変わることに注意したい。

述べようとする内容が事実であると確信できない場合には、文末に「らしい」「ようだ」「と思う」等の表現が加えられることが多い。これらの語彙は、命題態度、あるいは、モダリティを表しているといわれる。医療現場でのコミュニケーションを考えれば、明確な検査結果と診断基準がある場合には、断定的に話しやすく、はっきりした基準がない、あるいは、その基準に検査結果が百パーセントは当てはまらない場合には、モダリティを含む表現が使用されがちであると推測できる。そして、例えば、実際には風邪でない場合に「風邪です」といえば誤診になるのに対して、「風邪のようです」といえば訴訟を免れやすそうに思われる。それに対して、実際に風邪の場合には、どちらの言い方をして問題ないと思われ、その点で、モダリティを表しておいた方が無難と判断されるかもしれない。ところが、あまりにモダリティを表す表現を多用すると、医師の技術、知識、判断力が足りないと思われる可能性がある。逆に、いつもモダリティを表現せず、すべてを断定する口調で話せば、自信過剰で、他人に耳をかさない横柄な人物とみなされる可能性もある。通常、モダリティの使用は、話し手と述べられる事態との関係に依存していると考えられているが、それを使用する人の印象にも影響をあたえるのである。

モダリティの使用は、さらに、命題内容に対して聞き手が抱く印象にも作用すると考えられる。例えば、「風邪

です」と「風邪のようです」と比較した場合、いずれも、患者にとってさほど心理的な負担にはならないであろうが、「がんです」と「がんのようです」を比較すれば、後者を言われた方が、少なくとも一時的なショックが小さいと思われる。助動詞的な表現だけでなく、文副詞の「ひよつとすると」、「おそらく」といった表現も、クツションとして機能するだろう。命題内容に確信があっても、伝えられる人物やその内容次第でモダリティを表すのが有効な場合もあるといえよう。

内容を理解してもらうためには、相手の知識を推し量って語彙を使い分ける必要があることを指摘したが、適切な人間関係を構築するためにも語彙の選択は重要である。例えば、相手を表したり、相手に呼びかけたりする際に使用される表現は、その話し手が相手とどのようなスタンスを取ろうとしているのかを露呈する。相手が大人であれば、「Xさん」というのが無難で、さらに、名前の使用によって相手を同定していることが同時に示されるため有効と思われる。しかし、特定の社会的地位や職業についている人はそれを嫌がるかもしれないため注意が必要であろう。また、同じ内容を述べるのであっても、「薬飲まなきゃだめだよ」「薬をお飲みください」等、文体次第で話し手が相手とどのような関係にある（と思っている）かが読み取られる。特に文体的な表現の使い分けとして重要なものに、敬語がある。例えば、「ちよつと座っていて」といった親しげな表現や、「こちらでおかけになってお待ちいただきたいのですが」といった丁寧な表現は、相手との関係性によって選択されるが、その関係性の判断が適切でないと、相手に不愉快な思いをさせることになる。親しげ過ぎて横柄である、丁寧すぎて冷たいといった印象を相手に持たれたり、人間関係をうまくとらえることができないう人物であると思われることもあろう。適切な敬語の使用にはある程度の慣れが必要であらうが、敬語等の丁寧な表現と疎遠性、丁寧でない表現と親密性が結びつきやすいこと確認しておくといえよう。

一般に、より多くのことばを尽くして間接的な表現を用いたり、言いたいことを直接ことばにせず間接的な内容を述べたりすると、丁寧さが現れる。例えば、翌週の火曜日に診察することを頼まれた場合に、「来週は無理です」と言えば直接的過ぎて、ことばが足りないと感じられる。そのことばによって、患者が見捨てられたと感じる可能性も否定できない。そこで、「来週の火曜日は朝から研究室で仕事をしなければなりませんので」と述べることで、火曜日の診察は無理だと伝えることも考えられる。しかし、その場合、患者は研究室に来るように言われたと理解するかもしれない。そう理解されたことを認識した時点でも、「来週は無理です」とは言いにくいこともある。そこで、翌週の火曜日に診察できない理由を説明することも考えられるが、長々と言い訳がましく説明すれば、また別の推論を生み出す可能性もある。肉体的・精神的に病んでいる場合には、特に医師のことばについて何度も反芻して悲観的な推論が行いがちであると思われる。そのため、会話の公準として知られている、表現の仕方に関わる「様態の原則」、状況、文脈における適切性に関わる「関連性の原則」、必要十分な情報を提供するという「量の原則」、真実を述べるといふ「質の原則」に照らし合わせて、発話に用いる表現が適切であるか反省することも必要であろう。

方言もまた、場合によつては、大人になって初めて習得する必要が生じる表現スタイルのバリエーションである。医師が患者と同じ方言を使用することによつて、和やかな雰囲気や親しい関係が構築されることもあるだろう。また、方言を使う患者に対して、医師が「標準語」を使用すれば、権威的で冷たいと感じられる場合もあるだろう。さらに、患者によつては、特定の方言の表現を標準語に置き換えることができない場合も考えられ、そのような患者を理解するためには、ある程度は方言に慣れておく必要がある。ただし、慣れていない方言を下手に使うとバカにしていると思われるため注意が必要である。これは、社会階級、男女、年齢等に由来する、社会的な方言につい



でも通用するであろう。なお、標準語を使わない医師は、専門的に信頼できないという偏見を持つ患者も存在しうである。そのため、適切な標準語を使用する能力も必要と思われる。結局、地方で働く医師はある意味でバイリンガルであることが望まれる。そして、時と場合、相手次第で標準語と方言を使い分けることができればさらによいであろう。

言語行為論では、ことばを音声として相手に向ける「発話行為」が行われる場合に、発話によって何らかの行為を行う「発話内行為」、さらに、発話によって相手に行動を起こさせる「発話媒介行為」が付随するとされている。例えば、「来週もう一度来ることはできませんか」という文を使用した発話行為が行われる場合、字義的には、聞き手の能力、あるいは、可能性が尋ねられている。しかし、発話内行為としては、要請が行われていると考えられる。また、これに対して肯定的に答えられれば、それによって約束という行為が行われたと理解される。さらにいえば、「来週もう一度来ることはできませんか」という発話は、それによって聞き手に来るという行動を起こさせる発話媒介行為であるともいえよう。一般に、「意味がわからない」と言われる場合には、文の字義的な意味ではなく、発話によってどのような行為が行われているのかが不明であることが多い。日常的なコミュニケーションにおいては、客観的な情報提供が行われる場合が比較的少なく、発話によって行われる行為のほうが重要な場合が多いからであろう。そのため、内容を伝える語彙を適切に用いるだけでなく、その内容を伝える意図を適切に示す表現法が必要となる。

字義的な意味を持たないものとして、皮肉や婉曲な表現がある。一時間遅刻した人に対して「今日は早いですね」といえば、「遅い」という非難が伝達されるが、皮肉が皮肉として理解されるには、発話が行われる状況、発話に伴う周辺言語的な情報、さらに、非言語的な情報が欠かせないことが多い。皮肉だけでなく、婉曲な表現の場合に

も、字義通り理解されれば誤解が生まれることがある。特に、コミュニケーションの場面や先行する発話と関連のない内容は、言外の意味を推論させるきっかけとなることが多い。また、その場合に行われる推論が一つの答えに収束しない場合や、発話者の意図と対応しないこともある。談話の流れを適切に読み取って、音調を変えたり、目配せしたりする等、確実に推論できるキューが必要となることもある。精神的な状況によつては、患者が字義的な意味よりも、含意に強くこだわることもあるため、注意が必要である。

ことばを使用するものの、字義的な意味の伝達を目的としない場合もある。例えば、挨拶等は、それ自体伝達すべき内容を持たないといえる。しかし、挨拶は、円滑な人間関係を保つために欠くことができず、また、相手に対する好意の表れと理解されることもある。逆に、挨拶がない場合はもちろん、不機嫌そうな挨拶では、相手がないがしろにされていると感ずることもある。

なお、確実ではない見通しを伝える際には、確率が利用されることが多いようだが、その数値から何を読み取ればよいのかわかりにくいいため、一般には、頻度で表した方がよいといわれている。仮に、〇・五パーセントの確率の場合、「二百人いたら、そのうちの一人が…」等ということになるが、「文献で読んだことがあります、私の周りに経験したことのある人はいません」のように経験に基づいて述べられたら、さらにしつくり来るといふ人もあるだろう。もちろん、すでに述べたように数字を使わなければ情報が曖昧になるため、適切に使い分ける必要がある。

#### 四、二三、質問と談話

医療コミュニケーションでは患者もまた話し手となる。話し手となる患者には、質問に答える以外（あるいは、質問を受けても）口を開かない人物と、医師が制止しなければ（あるいは、医師が制止しても）話し続ける患者を両極端として、さまざまなタイプがあるだろう。タイプに応じて医師も聴き方を変えるべきであろう。

医療面接のマニユアルの多くは、患者が単に「はい」「いいえ」で答えられるように質問するのではなく、患者自身が自発的に情報を提供できるように、オープンな質問をすることを薦めている。「はい」「いいえ」で答えられる質問の場合には、主訴、既往歴、現病歴、家族の病歴といった情報が次々と集められて事情聴取のようになるため、患者が気持ちを表現することができないのに対して、オープンな質問であれば、患者が自分の意思で、心理的な内容を含めて話し、医師がそれに耳を傾けるといふ状況が生まれ、それによって信頼関係が生まれると指摘されている。現実的には、必要な情報の収集にかかる時間が問題となるが、慣れた医師であれば、「はい」「いいえ」で答える質問形式であっても、オープンな質問形式であっても、さほど変わらないといわれている。ただし、オープンな質問で十分な情報が得られるかどうかは、適切な情報を提供するように誘導する医師の能力だけでなく、適切な医療面接のスキーマ（フレーム）を利用して、話すべき内容とその順序を適切に選ぶ患者の能力にかかっている。つまり、話さない患者や、話しすぎる患者は、適切なスキーマを持っていない、あるいは、持っているも適切に使えないのだと考えられる。そのような患者には、限られた時間内で必要な情報を集めるために「はい」「いいえ」で答えられる質問形式も必要であろう。また、そのような質問を何度か経験すれば、患者の内部に、それ以降で利

用すべきスキーマが確立されると期待することもできよう。

患者の沈黙は、話すべきことがわからなかったり、話したい内容を表すことばを捜していたり、医師からのフィードバックを求めていたりする際に現れるが、そのような場合には、医師が、患者の気持ちを察してことばをかけたり、患者のことばを要約して理解したことを示したり、話そうとしていることを先取りしてことばにしたりすることがあろう。しかし、患者の語りを促すためには、うなずきや相槌によって内容に関する理解を示したり、間投詞を用いて感情的な同調を表したりした方が、内容を持つことばを話すより有効な場合がある。プレッシャーをかける程度に沈黙を保った方がよい場合もある。なお、ほとんどのマニュアルにおいて、精神的な苦痛がある患者に対しては、ロジャース流の共感を示すことばや態度を利用することが推奨されている。しかし、確かに、理解されているという安心感や親近感を抱かせることもあるが、人によって、あるいは、場合によって反感を買う場合もあると思われる。また、がんの告知等ショックな内容を伝えられた場合に、患者がぼうつとして何を言われたか覚えていないことがあるため、ことばを繰り返したり、聞き手に理解した内容を話してもらったりして確認を取る必要があると指摘するマニュアルもある。しかし、正確で十分な情報伝達は必要であるものの、無意識に理解を拒絶している状態の患者にとって、何度も念押しされたり、自らのことばで確認させられたりすることはつらいこともあるだろう。話を聞く集中力や、国語や医学の理解力が試されているような気になることも考えられる。

医師の側としては、特に慎重に伝えるべき話であれば、長期的な展望を持って戦略を練ることも必要であろう。患者の自発的な発話、あるいは、質問に対する答えの内容が、医師の望む情報と異なる場合には、患者の話を方向修正する必要があると感ぜられることもある。しかし、その際に唐突に話題を変えれば、患者は聞いてもらっていない、あるいは、理解されていないと思うであろう。特に、患者の行動や考え、あるいは感情を否定したり、希望や

要求を受け入れなかったりする場合には、医師のことばによって関係が悪くなる可能性がある。そのような場合、患者の話を繰り返して理解していることを示した上で、逆接の接続詞を用いて話を切り出す等のストラテジーが有効かもしれない。医師、患者の両者によって一つに統合された談話が構築されるように、結束性をもたらす表現を使用して、整合性が保たれるように関連付けを行いながら談話を展開すれば、患者との間に一体感を生みだすこともできるであろう。

ところで、内容に関わらず、医師が発話を急いで患者のことばに自分のことばをかぶせたりすれば、患者が無視されているという印象を持つことがある。相手のフィードバックを求める時や、会話における話し手の役割（ターン）をひき渡す時にはアイコンタクトをとることが多いため、そのタイミングを逃さないように待つか、あるいは、少なくとも息を継ぐ瞬間までは、自分が口を開くのを待った方がよいであろう。なお、ことばが途切れてもターンを渡したくない時には、ファイラーによってことばがつけられるが、そのファイラーにかぶせて発話することによって気をつける必要がある。精神的な問題がある場合には、話すこと自体によって生じるカタルシスで問題が解決される方向に向かうこともあるため、特に、聞き上手であることが重要であろう。

医療コミュニケーションは、一連の談話を構築するものとして行われるが、個々の発話には時間の流れに沿った順序がある。例えば、情報を提供するにあたっては、主文から説明、説明から主文のいずれの流れで展開させるかによって、心理的な印象が異なるものとなる。また、難しい病気を知らせる場合等では、ショックを和らげるために伏線を十分に引いておくことも必要であろう。インフォームド・コンセントを重視して、可能性のある選択肢をすべて提示した上で患者に選択させることが望まれるが、その選択肢の中の一つを医師として薦めたいこともある

と思われる。そのような場合に、患者を誘導したり、説得したりする必要が生じることもある。その説得の方略に関しては、(社会) 心理学的な研究が参考になる。例えば、患者の知識や社会的な地位を推測して、よい面ばかりを述べる一面提示と、悪い面を示した上でよい面を重視する両面提示を使い分けることが考えられる。よい情報を強調して納得させた上で、後でよい情報をキャンセルするテクニック等は避けるべきであろうが、医療においても、負担を徐々に上げていくフット・イン・ザ・ドアと言われるテクニックや、逆に、高い要求をした上でそれを引き下げ、負担の低い要求を行うドア・イン・ザ・フェイスといったテクニックを採用することが可能な場合もある。特に後者は、断って悪かったから埋め合わせをしなければ、あるいは、いいことをされたからお返ししなければという心理的な相互報酬性を利用していると考えられるが、それ以外にも、多数の人が認める常識として提案する、自分自身、あるいはそれ以外の権威を引き合いに出す、(危険を伴うが) 恐怖を喚起するといった説得の仕方もあろう。方向修正のためには、論理的にこだわりを除去したり、認知的不協和を生じさせる事柄を指摘してバランス感覚に訴えたりすることも考えられる。証拠に基づかない伏線も、スリーパー効果によって機能することがありうる。ただし、心理や感情は人によって異なり、同一人物においても時と場合によって変化する。そのため、下手なテクニックを駆使して心理的リアクタンスを生じさせてしまうこともある。医師が評価を下しそれを押し付ける支配的な態度もまた、リアクタンスを生じさせる可能性がある。場合によっては有効であると指摘されている「私なら…」という表現 (I-message) も、患者が親近感を持つことができる信頼された医師であれば意味を持つであろうが、そうでない場合には、医師の薦めに従わない理由ともなりうる。やはり、十分な情報を理解してもらった上で、患者に求められない限り選択肢に優劣を付けず、患者の主體的な決断を求めるといふ、インフォームド・コンセントに則った、実直、誠実というストラテジーが、治療の効果をあげるためにも、コンプライアンス

スを高めるためにも有効なのかもしれない。

## 五、終わりに

幼い子供であっても、一般的な医師・患者関係のスキーマを持っており、医師と対面する際に、患者という役割をまっとうする人物として振舞おうとすることがある。医師が患者の生命や生活を左右することは大なり小なり事実であるため、医師に気に入られるように従順な患者であろうとしたり、あるいは、どうせ医師には自分の気持ちが無視されると考えて「難しい患者」になったりすることもある。医師はパターンリスティックで権威主義的であるという認識は現在でも存続しており、「白い巨塔」等、小説やテレビドラマによってその認識が強化されている部分もある。患者の態度を規定するスキーマは現実離れた先入観に基づいて構築されていることもあるが、一般に、医師は、医学部、ひいては医師国家試験に通るほどの秀才で、社会的地位が高く、経済的に豊かであるというイメージが残っていると思われる。逆に、「Dr.コトー診療所」や「救命病棟24時」で見られるようなヒューマニスティックな医師を求めて病院を訪れる患者の（過剰な）期待から、医師に対する非難は生じているのかもしれない。

著者は、医師として患者を相手にしたことがなく、また、これまでに自分の病気を理由として医師と関わったことがほとんどない。さらに、医療コミュニケーションを体系的に研究しているわけでもない。本稿の議論には、文献の記述や例文、あるいは、個人的に医師や患者から得た情報に基づいた、あまりに一般的な側面があり、またそれに対するあまりに個人的な理解が混在しているため、患者、医療従事者のいずれの立場からも多くの不備が指摘

されるであろうと覚悟している。医療に関わることを志す学生に対する今後の教育ためにも、ご批判、ご教授いた  
だければ幸いである。