

## 慢性疾患患者とのかかわりに関する臨床医の語りの一研究

— 臨床医による医療実践の物語的構成 —

宮崎 朋子

### I 問題・目的

近年、医療は注目度の高いトピックであり、マスメディアで医療に関する様々な報道、議論、批判を目にする。こうした中、患者－医師関係（patient-physician relationships）のあり方については、医療の根幹を成すものであるだけに関心は大きい。そして、医療実践における医師の影響力の大きさから、医師の変革のみを求めた議論もよく見うけられる。これに対し、医師養成のカリキュラム改善、医師国家試験への患者とのコミュニケーション能力を見る実技導入など、患者－医師関係の改善への医師側からの取り組みもあるが、その試みはまだその端緒にすぎたばかりであり、今後の展開が期待される。本研究は、医療実践の現場で中心的立場にいることが期待される医師が、自らの患者との関係について、何を問題とし、それをどのように語るのかについて分析することで、将来の実証的な研究へ向けた仮説生成のために、問題発見的アプローチをとる。そのため、比較的、患者－医師関係が焦点化されると考えられる慢性疾患患者にかかわる臨床医を対象として、患者と医師の関係性について医師自身がどのような意味づけをし、それを語ることを通じて、医療実践にいかなる形で参加しているのかを、インタビュー（以下、面接）での医師自身の語りをもとに検討する。

医師と患者との関係については、エスノメソドロジー研究において、診察場面などの医師と患者との相互作用をデータとした研究があり、その関係性についての様々な知見の蓄積がある。中でも、医療場面に医師と患者の非対称な関係があることは多く指摘されている（例えば Frankel, 1984; Have, 1991; Heath, 1989; 好井, 1998）。この指摘で注目すべき点は、医師と患者の非対称性を、強引さといった医師の一方的な権力に帰属するのではなく、患者との相互行為によって協働的に達成され続けていくものとする点である。また、医療人類学の分野では、クライマン（1996）が、慢性疾患患者が病气という未知の体験をいかに意味づけているかに注目し、それを患者の固有の生活史のなかに位置付けて理解しようとした。そして、そうした理解が医師にとっても役立つものであることを示している。Cobb & Hamera（1986）は、現在なお不治の難病である筋萎縮性側索硬化症（ALS）の患者にとっての病いの意味を明らかに

している。そこでは、生物医学的にみれば、悪化の一途をたどるのみのこの疾患が、患者によって多様に意味づけられていることが記述されている。こうした知見は、医師の語りや、医師が実際に行なっていることを分析する上で、それを相対化してみていくための重要な視座をあたえるものである。

本研究では、慢性疾患患者にかかわる臨床医が、自らの医療行為や、そのなかでの患者との関係性について語った面接の語りを対象として、エスノメソドロジー、医療人類学などの異領域の研究を援用しつつ、事例分析的な検討を行なう。これにより、患者－医師関係についての医師自身の意味づけを検討し、患者と医師の関係を記述することで、今後の患者、医師の関係をみていくための研究の基礎となるような、問題発見的記述をすることを目的とする。分析にあたっては、医師の語り単なる情報を聞き手に与えるという機能にとどまらず、それを語ることを通じてインタビュアーとの間である種の現実を作り出すものとして捉えることとする。

### II 方法

1999年8月下旬から10月中旬にかけて、慢性疾患の患者を診ている臨床医を対象に、面接調査を行なった。対象者は、中部・近畿地区の4病院（中部地区の国立療養所2ヶ所、中部地区の地方都市にある地域密着型の病院、近畿地区の都市部の私立総合病院）に勤務する臨床医14名（男性10名、女性4名）で、30－71歳（*Mean*＝41.0, *SD*＝10.3）、臨床経験3.5－47.5年（*Mean*＝14.88, *SD*＝10.83）であった。診療科目は内科、神経内科および整形外科であった。対象者が扱っている慢性疾患は、高血圧、糖尿病、結核、脳血管障害、パーキンソン病、ALS、筋ジストロフィーなど多岐に渡った。

面接は、「慢性疾患の患者と医師の関係、特にコミュニケーションについて聞く」と導入し、普段の診察の詳細やそのポイント、治療関係の変化について、「患者が“よくなる”」ことの意味について、患者との関係を築く上で役立っている医師自身の個人的体験などの質問を中心に、半構造化形式で行われた。面接は1人につき1回で、所要時間は平均で50分前後であった。なお対象者により、診察や回診の見学後に面接をした者、見学が面接の後の者、見学はせず面接だけの者があった。多くの

対象者は面接時初対面であった。面接内容は許可を得てテープ録音された。

分析は、ナラティブ分析（松木，1996）あるいはディスコース分析（メイナード，1998）と呼ばれる解釈学的方法を用いた。録音テープから逐語化されたトランスクリプトがデータとして分析対象とされた。このため、対象者の申し出に従い録音をしなかったもの1名、および録音に不備があったもの3名を分析から除いた。分析対象者は、中部地区の3病院に勤務する臨床医10名（男性7名，女性3名），30-50歳（ $Mean=39.3$ ， $SD=6.46$ ），臨床経験3年6ヶ月-23年5ヶ月（ $Mean=12.95$ ， $SD=6.23$ ）であった。

### Ⅲ 結果と考察

#### 1. 医師の持つ病気の治癒観の分析

医者と患者とのかかわりを媒介する「病気」というものが、医師によっていかなるものと意味づけられているのかを明らかにするため、「患者が“よくなる”とはどういうことか」という治癒観を問う質問に関する回答を分析し、事例分析的に検討した。

ほとんどの医師は、「治る」という表現を用いて語り、また「よくなる」という表現と共に用いていた。また、両者の区別はほとんどの場合明示されていなかった。「治る」という表現は、急性疾患と慢性疾患との対比において用いられ、前者は「治る」が後者は「治らない」とされていることから、これが生物医学的な状態にもとづいた「疾病（disease）」概念に対応するものであることは明らかであった。そして、多くの医師から、慢性疾患において「治る」という状態がないことが語られ、症状の安定や、生活の向上、社会生活への復帰が治療目標として挙げられていた。

#### 2. 医療実践を構成する成員との関係-呼び方の分析-

医師が、医療実践に参加している他の成員とのあいだにいかなる関係を作るのかを明らかにするため、Sacks（1972）の「成員カテゴリー化装置（membership categorization device）」概念を下敷きにしなが、患者や医師、家族など、医療実践を構成する成員が面接中で登場した際、いかに呼ばれるかを数量的、事例分析的に検討した。

医療実践はおもに医師と患者のカテゴリーを中心として語られており、家族やその他の医療スタッフの登場は少なかった。また、医師は自らを「僕」「私」といった一人称で語るのと同時に、医師集団の一人としても語ることが多く、これは患者が「慢性の患者さん」といった、病名や病状によって限定されたかたちで語られていることが多かったのと対照的であった。また、医師と患者と

のあいだには、患者や家族を「向こう」、医師や医療スタッフを「こちら」と表現するなど、明確に境界が形成されていた。事例分析では、医師が「医師の一人」として語る際、医学的な知識に基づく一種の原則を提示していた。そして、「私」と一人称で語ることの多い医師たちも、原則に違反した場合、自らのおかれた状況の難しさを強調したり、原則の存在を知っていることを示すことで正当な「医師」であることを確認していた。また、患者を限定的に呼ぶことによって医師であることを表示する医師もいた。この患者の限定のされ方は、病名や病状など医学的知識に関わるものがほとんどであったが、他にも患者の性格的な傾向などで限定されることもあった。

#### 3. 医師と患者の関係性についての語りの分析

患者と医師の関係を焦点化させると思われるエピソードについて語られた箇所を、それぞれ事例分析的に検討することで、医師によって語られた患者-医師の関係性について検討した。エピソードは、面接のなかで特徴的と思われた(1)診察についての語り、(2)医師と患者との病気をめぐる言語コミュニケーション、(3)患者の治療への参加の条件、(4)治療関係が続かない、治療関係を続けることが困難な患者への対応の4つを取り上げた。

(1)診察における医師の役割は、概して、多くの情報から役立つ情報をひきだすものとして語られていた。症状に直接結び付かない情報も診察に利用するが、それは、あくまで症状の特定、および治療を円滑に遂行するために重要な情報をうまく解釈するための情報であり、患者自身の病いの体験といったものを聞くものではなかった。(2)患者と医師とのコミュニケーションに注目した分析では、患者が医師に訴えを起こすことが少ないことや、医師は検査結果や病名といった「疾病」に関する情報を患者には語らないことが多く語られた。医者と患者は「疾病」というものを境界として、相互に各々の「病気」についての知識を有していることがうかがわれた。(3)患者が治療に参加することを促すものとして、患者自身が自分の症状を身をもって自覚することがあげられた。自覚するにあたっては、身体感覚的な気づきのほうが、知的な理解よりもよいことも語られていた。なかには、医師の働きかけとは直接に関係しない、治療を拒もうとする患者側の要因が関与しているとする語りもみられた。しかし、患者の治療への参加は、概して、患者の主體的な判断に任されることであることが強調されていた。(4)治療関係の形成や維持の問題について、医師は、医師としてやらなければならないことはあると語ることが多かったが、医師と患者の関係が「縁」の様なものであると語る医師もいた。両者の語りは、相互に潜在的な葛藤を引き起こす

と考えられるが、患者自身の利害をもちだすことで、こうした葛藤を回避する語りをした例もみられた。

#### 4. まとめ

全体の分析を通じて、医師と患者は生物医学的な指標に基づく「疾病 (disease)」を境界として相互に明確に隔てられていることが浮き彫りとなった。これは医師の

個人的な心がけの問題というよりも、医師は、生物医学的指標に基づいた「疾病」を拠り所として自らの医師の専門性を成立させており、それに基づいて医師であろうとすれば、患者の「病い (illness)」の体験も含めた人間のかかわりを患者と持つことが疎外されるという状況が生み出されていることによるものと考えられた。