

医療的相互作用過程の質的分析について - 「病の軌跡」コントロール様式のディスコース分析 -

佐藤哲彦

熊本大学文学部

On the qualitative analysis of medical interaction processes
: a discourse analysis of control forms of 'illness trajectories'

Akihiko Sato

本稿は、医療的相互作用過程の質的分析に関する論争において示唆されたものの、具体的には展開されなかった分析方法を新たな観点から提案し、当の論争において公表された慢性病診察過程のデータを再分析することで、その有効性を検証することを目的としている。特に本稿は、ディスコース分析を用いることで、社会的相互作用論による相互作用過程の分析では明らかにされなかった、医師・患者による個々の発話の意味と文脈の協働的構築過程を明らかにするとともに、ローカルな診察の場で、どのようにして「病の軌跡」がコントロールされるのかを詳細に明らかにした。この作業を通して本稿は、具体的な分析方法を新たに提示するとともに、それが特定の医療的相互作用の特殊性を記述することができることを示した。

キーワード：医療的相互作用 医師 - 患者コミュニケーション 慢性病 病の軌跡 ディスコース分析

1. はじめに

1. 医療的相互作用過程分析をめぐる小さな論争

数年前、医療的相互作用過程、すなわち医師 - 患者コミュニケーションの質的分析について、社会的相互作用論(以下、SI)と会話分析(以下、CA)との間で小さな論争が交わされた。その論争でSIに立つ宝月は、CAに代表されるミクロ分析には二つのタイプ - 医療における社会関係の非対称性の研究と診療場面の会話の構成過程の研究 - があり、それらの問題点として、ミクロ状況の権力構造や支配戦略や会話の構成過程の分析であって医療を対象とする必要はなく、医療活動に固有の問題をあまり明らかにしていない上、CAのトランスクリプトが読みにくい、などを挙げた¹⁾。これに回答したのが好井である。好井はCAの立場から宝月の批判をある程度受け入れた上で、それらの批判はCAを狭く解釈した結果とし、今度は逆に宝月によるSI的分析の結果である、医師と患者の相互作用の三つの特徴 - パターナリスティック・パートナーシップ・顧客関係 - を、「常識的」で「陳腐」なものと批判した。そして、そのような相互作用がどのような実践であるかを分析するにはCAが有効であり、CAとSIを対立的なものとしてではなく、相補的なものとしてエスノグラフィに利用すべきであると提案した²⁾。一方宝月は、CA的分析を再び批判しながら、具体的な診療データを示しつつ、SIの観点からより洗練された分析を提出した³⁾。その後、宝月の新たな分析を踏まえた好井の反論はなく、また彼の先の提案は具体的な分析として展開されていない単なる示唆であるため、その是非が開かれたままになっている。

そこで本稿は、宝月が示したデータを、CAとはまた別のディスコース分析(以下、DA)を用いて分析することにより、SI的分析では十分には明らかにされなかった、診療過程における慢性病特有の「病の軌跡」のコントロール様式を明らかにしつつ、医療的相互作用過程分析におけるDAの有効性を示していきたい。

2. ディスコース分析について

ここでまず、DA とは何かということについて簡単に述べておかななくてはならないだろう。DA とはエスノメソドロジー、言語行為論、記号学などを基礎とし、トークやテキストを社会的実践として捉え、それ自体の権利において分析する方法、さらにはその実践におけるリソースを分析する方法である⁴⁾。伝統的な社会科学の言語観では、トークやテキストはその源にある何らかの世界を表象(代理)するものとして捉えられてきた。したがって、たとえば診察の会話は、その会話のトピックである患者の身体などの対象を表象(代理)しているものとして扱われ、その意味で会話自体は媒介に過ぎない。しかしながらDA においては、トークやテキストそれ自体がリアリティを構築しながら何らかの社会的実践を行なうものとして対象とされる。たとえば診察の会話は媒介などではなく、それ自体がその場で医療とその対象を構築しながら、その状況において何らかの社会的行為を行う実践的な過程であると捉えるのである。そしてその過程においては、利用可能なさまざまなリソースが用いられるため、そのリソースとして「解釈的レパトリー」などの記述も分析の目的の一つともなる⁵⁾。その意味でDA は構築主義パースペクティブのプログラムの一つとして理解されるべきものであり⁶⁾、会話の分析や新聞報道の分析においては、CA やレトリック分析を一部応用した分析スタイルをとることになるが、DA の利点はインタビュー・データやテキストなどにも用いることができ、汎用性が高いことであろう。

II. 「病の軌跡」と慢性病の診察

1. 「病の軌跡」とそのコントロール

宝月はその研究の中で、典型的なケースを挙げながら慢性病(ここではリウマチ性疾患)の診察過程についての段階的理解を促している。その段階とは、第一段階「病状の判定」、第二段階「治療効果・影響の確認」、第三段階「検査・治療の指示」、第四段階「今後の診察予定の決定」の四段階である。彼はこれらに沿って、「医師や患者がどのようなことを行い「病の軌跡」をコントロールしようとしているのか」について分析を行なっている。

この場合、「病の軌跡(illness trajectories)」とは、「病状の経過(course of illness)」が「患者の生理学的な病状変化の過程」であるのに対して、「生理学的病状経過だけでなく、その経過において医療専門家たちによって組織されるさまざまな活動の総体、さらにその活動やその組織化が関係者に与える影響」を捉えようとする概念である⁷⁾。そのような観点からすると診察場面でみかける医師と患者の協働活動は、長い「病の軌跡」のひとこまに過ぎないが、にもかかわらず「病の軌跡」をコントロールする際に重要な問題が二つ出てくる。一つは病状の変化や治療には程度の差こそあれ「不確実性」や「危険性」を伴うということであり、もう一つは診療場面において患者は日常生活と医療の制度的制約から生じる問題状況に直面するということである⁸⁾。換言すれば、前者は「現在認知される不確実性の管理」としての「現在のコントロール」、後者は「継続的治療の保証」としての「継続的コントロール」であろう。そしてこれら重要な問題のコントロールを医師と患者がどのように行っているのかを探るのが、ここでの慢性病の診察場面の研究の目的となる。

2. 二つのケース

宝月は「病の軌跡」のコントロールを分析するに際し、二つの再診ケースを対照させている。彼によれば、一方は、医師が検査結果を参照しながら専門用語を多用して一方的な説明を行い、現在病状は安定しているものの将来発症の可能性があるとされた再診ケース(ケース2、後述)であり、他方は、患者による積極的な説明に対して医師が触診や問診などで症状を確認し、病状が悪化しているものの通常の経過の範囲内とされた再診ケース(ケース3パート1、後述)である。そして彼は、前者において医師による専門用語の多用が患者に理解困難な状況を生み出して両者の協働活動を妨げているのに対し、後者が日常語を用いた対話形式であり、医師と患者の協働活動として行っている「病の軌跡」の「現在のコントロール」として望ましいもの、と位置づけている。また、後者の後半部(ケース3パート2)とさらには別のケース(ケース4)の第四段階を分析し、「継続的コントロール」を、医療保険制度による制約を医療現場で調整するもの、として位置づけている。

しかしながら、彼の分析の不十分な点は、まず第一に、診察における「病の軌跡」のコントロールが「常に」協働作業であることを見落としている点である。前者(ケース2)であっても、それが相互作用であるからには、医師は患者とともに協働でコントロールを行っており、さらにそれだけではなく、まさにそこにおいて継続的治療を正当化するリアリティを構築することで「継続的コントロール」を行っているのである。というのは、治療の継続性は日常生活と医療の制度的制約によってのみ左右されるのではなく、むしろそれ以前に、その継続性自体が正当化されなくてはならないからである。病状が安定していれば、尚更である。以下ではデータの再分析を行なって、これらを示していくことにする。

III. データの再分析

1. 医師が専門用語と検査結果を多用する診察

(ケース2、女性、19歳)³⁾

01 医師:「あなたの場合は、昔からみたらしいけど、お話を聞くと、だけども、こーいった免疫グロブ
02 リンとかガンマーグロブリンとか IGG とかいうのは人よりもほとんど倍くらいありますわ、い
03 つも」

04 患者:「はーい」

05 医師:「だから問題はこれなんですけどね。これね、抗核抗体というのが出てて、それがガンマー
06 グロブリンという慢性炎症ね、人間に慢性炎症があるという状態ね、いわゆる膠原病の状態と
07 いうのが多いんだけど、そういうもの、が、そういう病気が潜んでいるかもしれないとい
08 う状態のときにはこういうものがあるんすよ。IGG という免疫グロブリンが上がってくるので
09 すけれどもね。だけどもこれもみていただいたらわかるように一七〇〇ぐらいが上限なのが、
10 ねー、ちょっと倍くらいあるのがわかるね」

11 患者:「はーい」

12 医師:「これガンマーグロブリンというの、大体一九・四パーセント、大体二割くらいまで、全部蛋白
13 のなかにある一つの種類なんだけど、そのなかのだいたい二〇パーセントくらいがステロイ
14 ドなんだけど、そういうくらい、まーしかし、それくらいしか普通はないもんやけど、三割近
15 くあるということ、抗核抗体というものがまー出ているということ。抗核抗体というものは、
16 いわゆる細胞があって核というのが。自分の核に対して、自分の細胞に対して抗体ができ
17 る。あの一、普通抗体というのは外の細菌とかそういうものに対してできるんですけど、そう

- 18 いうもんじゃなくて、いわゆるそれが自分の細胞に対して、細胞の中の成分に対して、核にで
19 きたものが抗核抗体。[聞き取り不明]
- 20 患者:「はい」
- 21 医師:「うー、まーこういうのが出ているからといって、すぐ病気だとはいえない。けどまー、こ
22 ういった数値が出ているから、まあーしゃないでしょ。」[笑い]「そのために、あのーある意味で
23 はちょっとしばらくきていただいているというかたちなんですね」
- 24 患者:「はい」
- 25 医師:「[不明] ともかく、[不明]がおさまって、ほんでいまのところもうなにもなくなっているで
26 しょう」
- 27 患者:「はい」
- 28 医師:「だからおそらくもう何ヶ月に一遍か、来ていただくだけで、おそらくだいじょうぶだと思いま
29 す」
- 30 患者:「はい」
- 31 医師:「だから さんの場合には、こんど何時にしよう」[笑い]「もう一ヶ月に一遍来る必要はない
32 と思うよ」
- 33 患者:「はい」
- 34 医師:「だから三ヶ月か六ヶ月に一遍だけね、つつつと来てね。またその間なんかあったらね、例え
35 ば風邪ひいてまた関節が痛なったとか、風邪ひいてもなかなか熱が下がらんとか、そういう風
36 なことがあるなら連絡してもらって」
- 37 患者:「はい」
- 38 医師:「あんた元気ないから、こっちで遊んでもらっていても結構ですわ」[笑い]
- 39 患者:「はい」
- 40 医師:「どうしょーかな今度、何ヶ月後にしよう。いつでもいいですよ。 わりと今、月一遍くらい
41 来ていただいているんだけど、その必要もないと思うしー」
- 42 患者:「はい。来年くらいで」
- 43 医師:「来年でいいよ。じゃあ、来年のえー、一月の終わりくらいにしましょうか」
- 44 患者:「はい」
- 45 医師:「あんた学生さん?テストのない時でいいですよ」(以上、行番号と下線部は引用者による)

すでに触れたように、一見一方的なこの診察であっても、医師の発話がある種の提案として、後続する患者の発話(主に「はい」)で承認される、といったやり取りが繰り返されることで、相互作用過程が進行している。ここでまず注目したいのは、1~4行目である。1行目で医師は、それまでの患者の話を定式化(formulating)⁸⁾し、患者の現在の状態を「昔からみたいらしい」としているが、もしこれがそのまま患者に承認されるのであれば「現在のコントロール」も「継続的コントロール」も正当化されないだろう。「昔からあること」は「問題のない状態」として構築される可能性があるからである。したがってそうではなく、「問題のある状態」として診察それ自体を正当化するために、それに続く発話がデザインされている(1~3行目)。そこで用いられているのは逆接の接続詞(「けども」とともに、「極端な事例を用いた編成(Extreme Case Formation、以下ECF)」と呼ばれる独特のレトリックである(「いつも」)。ECFとは、会話の中でしばしば聞かれる、「みん

な」「いつも」「全然」「完全」「絶対」などの極端な修飾語を伴う事例の呈示によって、聞き手に対してある特定のバージョンのリアリティ構築を求めることで発話者の主張を正当化する言語編成である⁹⁾。そしてその医師の発話を患者が承認する(4行目)ことで、診察の正当性すなわち「病の軌跡」のコントロールを正当化する基礎が構築されたのであり、それゆえ、後続する医師の発話は「だから」(5行目)で始まることのできるのである。

このケースの場合、第一段階「病状の判定」は27行目までだと考えられるが、特に19行目までにおいては、医師が専門用語(「ガンマグロブリン」など)と検査結果(数値など)を多用している。しかし「病状の判定」を「病の軌跡」のコントロールの一段階として捉える限り、これが患者に理解困難かどうかはコントロールに直接関係するものではない。むしろ専門用語や検査結果の機能は、現在進行中の相互作用過程外において対象がすでに客体化されていると提案することを通して、病状解釈 - 医師による「病状の判定」の提案 - の正当化を求めることにある。つまりそれらは、それらが指示する対象が相互作用過程に左右されない「客観的実在」であることを示すことで、それらに基づいた病状解釈を正当化し、それが同時に不確実性の特定を提案する機能を有しているのである。その意味では、この段階において用いられている多くの指示代名詞も、指示対象を相互作用過程外で客体化することを求める同様の機能を有している。これらの機能は、後述ケース3の「患者による症状の説明」との対比においてより明確になるだろう。

そして慢性病特有のコントロールという観点から特に注目に値するのは21~24行目である。「こういうの」(21行目)の指示対象は、19行目までにおいてすでに客体化された抗核抗体である。ここで医師は、それを材料としても必ずしも診療の継続を正当化できないとしている。しかし、逆接の接続詞を用いて、さらに同じく19行目までにおいて客体化された検査結果を理由に、「じゃないでしょ」と発言し、さらに[笑い]が後続している。

「笑い(laughter)」には過程に応じてさまざまな機能があるが¹⁰⁾、ここでは特に発話はその状況において不適格なもの、あるいはクリティカルなものとして理解されないよう提案する機能をもつと考えられる¹¹⁾。というのは、21~22行目の一文は、実はそこで本来述べられるべき発話(「病気でなくても通院してもらっているのは」)があり、それを明示しながら分析すれば明らかのように、診察という状況においては不適格な発話として理解される可能性があるからである。そして[笑い]によって、そこでの本来の発話(「病気でなくても通院してもらっているのは、仕方がない」)を、不適格ではなく適格なものとして構築することを通して、この状況がまさに、そのような状況であることを、すなわち、「現在発症してはいないが将来の発症に備えて診察が必要である」という文脈的状况を構築しているのである。これが「継続的コントロール」の正当化であることは明らかだろう。そしてこのような言語編成自体が「病状の判定」であり、その意味で「病状の判定」はその病気特有の「現在のコントロール」を行いつつ、「継続的コントロール」を正当化するのである。それが達成され承認されてはじめて、後の段階に進めることになるわけである。

2. 患者が積極的に説明する診察

(ケース3、パート1 女性、50歳)³⁾

01 医師:「どうです」

02 患者:「あの一、ちょっと具合悪いです。朝、こことこがずーっと痛うなってね。ちょっとお茶碗も

- 03 ったり、お箸もったりすると感覚がね、おかしくなるのです」
- 04 医師：「ふん。どこらへんが」
- 05 患者：「ここが痛たーなって、これとこれが、関節が毎日痛いし、肘の関節がね。でね、まえからいっ
06 てるんですけど、紫色のー[聞き取り不明]、こういうのにかわったんですよ。赤いのがたまに
07 しかできなくて、ちっちゃいのが」
- 08 医師：「これしこりある？しこりじゃないね」
- 09 患者：「ないです」
- 10 医師：「色だけやね」
- 11 患者：「これがようけね、うごいてちょちょするやね、これ。[不明] ここにもこのあいだ、大きく
12 できてね。ここが先生、ずーっと痛うてね。ここが紫色になってね。なんか薄紫色みたいで、
13 肩がここなんかこう」
- 14 医師：「そこも痛いの？」
- 15 患者：「うん、ここも痛くてね。とれないのですよ、ここの痛いの」
- 16 医師：「痛いの」[患者割り込む]
- 17 患者：「痛いのは昔みたいに腫れるのかと思っていたんやけど、腫れはせいへんのやけどね。昔はちょ
18 っとこれね、最初のうちは腫れたけど。心配していたら、痛みだけで、まあ腫れてはきてない
19 んですけどね。今朝ちょっとなんか薄紫色みたいな変な色な、こうね、紅様のようなのができ
20 たみたい、へんな風になってきて。こういうとこ締め付けられるのです。肩のここがあれが
21 もう固くって、この前先生にツボ押ししてもらいましたよね、だるいいうて。あんなのがね、
22 あのー仕事しているときはどうもないんですけど。仕事終わってから [不明]なんかすごく
23 だるいし」
- 24 医師：「ふーん」
- 25 患者：「口内炎ようできるし、こことこちょっとね」
- 26 医師：「調子悪いな。いま白いやつで一つ？」
- 27 患者：「いや、こちょっと二、三日前までで、ぎりぎりなんですけど」
- 28 医師：「いまはちょっと」
- 29 患者：「はい。舌の感覚が、これあれの感覚がなんかおかしいです。ざらざらして、絶えず[不明]が苦
30 いです」
- 31[触診]
- 32 医師：「先月と同じようなもんやな」
- 33[問]
- 34 「また血の検査しとく、今日はやめとこか」
- 35 患者：「いや、どっちでも結構です。 [不明]」(以上、行番号と下線部は引用者による)

このケースで第一段階は1~32行目である。この間、医師の質問に続き、患者は具合の悪さ(「ちょっと具合悪い」2行目)をさまざまな形で正当化する提案を行っており、その提案が医師によってようやく承認されるのは26行目(「調子悪いな」)であるが、さらにそれを基に[触診]によって医師が病状の判定を提案するのが32行目である。一見したところ、医師は患者の提案を退け、[触診]によってのみ病状を判断しているようにも見えるが、そのような見え方は患者自身が感じていたものとして、33行目の[問]、すなわち患者の発

話の不在によって表示されており、さらには後に直接確認されるものでもある。そして医師は患者の提案が病状を示すものであるということをここで提案している(下記引用)

(ケース3、パート2の一部)³⁾

61 患者:「そして、先生、なんか症状が変わってきたんですよ」

62 医師:「やっぱりそれが、一つの病気やろね」(以上、行番号は引用者による)

つまりこのケースでは、患者はさまざまな正当化の方法を駆使して医師に自らの提案を承認するよう働きかけている。その際指示代名詞と、おそらくは身振りによる部位の指示を多用している。これらは、前ケースで医師が多用した専門用語と検査結果と機能的には等価に、相互作用過程外で指示対象の客体化を求めるものである。つまり、相互作用過程には左右されない「客観的実在」の地位を、その指示対象に対して要求しているのである。また、ECFを使用し(「ずーっと」2行目、12行目)さらには最初に提案した患部に加えて新たな患部(「ここにも」11行目「ここも」15行目)を同格として提案することで、元の患部を間接的に正当化することを求めている。ところが医師はその提案をすぐには承認しない(「どこらへんが」4行目、「ふーん」24行目)。しかもその提案の正当性を減殺するような発話(「色だけやね」)も行うが、これに対して患者はその減殺分を取り戻すような発話(「これがようけね」)すなわち質ではなく頻度を問題とし、さらには新しい患部についてのより詳しい情報と医師と共有している体験の提示による客体化の要求(17~23行目)などで、ある種のリアリティ分離状態¹²⁾を解決し、主張の正当性を訴えるのである。

したがってこのケースでも第一段階では客体化を求める言語編成の多用が確認できる。そして、まさにその客体化を求め承認されたもの、つまり、「具合が悪い」ことを正当化するために用いられたさまざまな言語編成そのものが、病状を構築するのである。

3. 「病状の判定」段階の客体化ディスコース

先のケース2の分析が示したのは、一見一方的に見える「病の軌跡」のコントロール過程が常に協働作業であり、その作業においては、医師による主張の正当化を求める言語編成それ自体が病状とされ、その過程で「現在のコントロール」を構築しているということである。その作業の過程では同時に、ある特定の病気 - ここでは慢性病 - の診察であるという文脈的状况自体を構築することで、「継続的コントロール」を正当化している。

一方、ケース3でも同様に、患者による主張の正当化を求める言語編成それ自体が病状とされ、「現在のコントロール」を構築している。そこで示されていることは、患者が自分自身による慢性病の病状解釈を診察で提案し、さらに医師もまたそこで病状解釈を提案しているということである。というのは、患者の提案を承認しない医師の発話は、それを病状と解釈しないという提案であり、患者によるさまざまな正当化要求を経た後で医師がそれを病状と解釈するのは、患者による正当化の達成であると同時に、医師による病状解釈の提案だと位置付けられるからである。その意味でこれは、医師が病状診断のルールを適用して病状を解釈するといった事態ではなく、患者が慢性病に関する知識をリソースとして自らを語る正当性の要求に基づく協働的構築作業にほかならないといえるのである。

つまり、第一段階は、検査結果にしる患者の訴えにしる、医師が眼前にある材料を利用

してただ単に病状を解釈する単純な過程ではなく、むしろ、客体化ディスコースによって組織化され、「病の軌跡」のコントロールを正当化し構築する過程だと位置づけられよう。

4. 病気による診察の組織化と発話の適格性

とはいえ、もう一つ重要な論点がある。この「病状の判定」は、上述のとおり、何も無いところから紡ぎ出されるものではない。ケース3の患者の発話が示しているように、そこではすでに獲得されている、ある特定の病気に関する知識がリソースとなっており、その意味では、その過程は「その病気自体によって組織化されている」といえるものである。

さらに診察それ自体が構築される。ケース3の1~2行目で示されているように、患者は「どうです」という医師の発話を適格に理解しこれに応答している。その理解が適格であったことは、医師がその応答の仕方を否定していないことで示されている。しかしながら、「どうです」という発話は本来いかようにもとれる発話であって、そこにはケース3での患者の応答以外の仕方でも語られる可能性がある。たとえば、患者自身の最近の身の回りの出来事などでも応答は可能なのである。ところが患者は、結果的に適格にその問いを理解して応答した。したがって患者の応答と、医師のそれを否定しないというここでのやりとりは、当初の問い、すなわち「どうです」自体が、この状況において埋め込まれるべき文脈的状况を構築していることになる。つまり、本来別の形でありうるかもしれない相互作用を、このような形で協働して一つの相互作用として構築することを通して、そして両者がこれを適格なものとして構築することを通して、この相互作用が埋め込まれるべき文脈的状况を構築するのである。そしてこの場合、その文脈的状况とは、患者の応答が示すように、慢性病の診察という状況であり、その診察における発話の適格性なのである。

このような観点からケース2を眺めた場合、特に38行目が示すことは、そのような文脈的状况を協働で構築していないとの訴えが、医師によって患者に対してなされていることである。ここでも[笑い]は、先の例と同じように、そこでの発話が不適格なもの、クリティカルなものとして受け取られることを避ける機能を果たしている。宝月はこの部分について、患者が「はい」ばかりを繰り返すといった「同じ反応に業を煮やした医師は、とうとう患者に冗談めかしながら「あんた元気ないから」と言っている」としているが³⁾、それはすなわちこの発話が医療的相互作用の外部にいる宝月にとっても冗談として理解可能な形で構築されているということである。つまりここでは、[笑い]に先行する医師の発話が、たとえば「非難」として意味づけられることを避ける機能を果たし、それによってこの発話が不適格やクリティカルなものではなく、適格なものとして構築されているのである。そしてこのような構築作業は、この場でそのような発話が適格であることを構築することを通して、この場の文脈的状况を表示し、構築している。その文脈的状况とは、ここでの相互作用がまさに診察であるということとともに、その診察において相手の「元気がない」ことを指摘すること自体は適格であるような状況である。すなわち、この診察においては、患者がもっと積極的な反応を示すこと、言い換えれば患者自らが進んで病気との関連において身体を語ることが適格であるような、そのような状況なのである。

このように分析すると、ケース2における医師の発話が検査結果や専門用語を多用している事態は、医師が患者にこの場で積極的に語ることを妨げているという解釈には結びつかない。1行目の定式化からも伺えるように、そもそも患者自身には語るべき事柄がほと

んどない。いわば自覚症状がない。そのような状態において、診察を正当化し維持するためには、医師が患者が語れない事態 - すなわち患者自身の身体の状態 - を、代弁する - すなわち検査結果を示して説明する - という形でしか、これを行うしかないと考えられる、あるいは少なくとも医師による発話が行っているのはそのような作業なのである。

したがって、医師による検査結果や専門用語の多用が問題になるとしたら、それは患者が理解可能かどうかといった観点からではなく、医師がそれらをリソースとして患者(の身体)を代弁する権利を有するのかどうか、という観点からであろう。ただしこれはそのような医師の活動を批判するものではない。そうではなく、慢性病という病気の特異性 - あるいはこれは患者に自覚症状のない癌の早期発見などの事態にも当てはまるだろうが - その特異性によって組織化される診療の場において、そのような問題がその都度課題として浮かび上がり、その場において何らかの形で対処されている、ということなのである。

5. 「診察予定の決定」における交渉

再分析の最後に第四段階「診察予定の決定」について簡単に付け加えておきたい。ケース2において、28行目以降は第四段階「診察予定の決定」になる。この段階は、第一段階において正当化された「継続的コントロール」を実践するために組織化された相互作用過程といえる。とはいえ、その継続必要性は第一段階において構築された病状との関係において構築される。特にこのケースの場合、それほど頻繁な診察が必要がなく、だからといって診察を止めるわけにはいかない、「微妙な期間調整」が病状判定に基づく課題となる。

しかしながらその期間調整は、医師が一方向的に進めているわけではない。「微妙な期間調整」を正当化するために、医師は短期間(「一ヶ月に一遍」31行目、「月一遍」40行目)は否定する一方で、あいまいな期間設定(「何ヶ月に一遍」28行目、「三ヶ月か六ヶ月に一遍」34行目、「何ヵ月後」40行目)を繰り返し提案している。そしてようやくその提案を承認した患者による期間の提案(「来年くらい」42行目)があったことで、医師は発話の順番を獲得しながら、その提案の上に期間を決定することができたのである。

したがって、「診察予定の決定」は、患者の日常生活と保険制度との関係においてのみなされるものではない。むしろ、常にそこには、病状によって正当化された「継続的コントロール」をどのように実践するのかという課題があり、その意味で常に問題なく決まったかのように見える決定でさえも、この課題に対処する医師と患者の協働的作業なのである。日常生活と保険制度との関係が課題として浮上するのは、診察それ自体とは別の文脈的状况を、患者あるいは医師が表示し、協働で構築した後だと予想されるだろう。

IV. 結論に代えて

以上、SI的分析においては十分には明らかにされてこなかった慢性病における「病の軌跡」のコントロール様式を、紙幅が許す限りでディスコース分析を用いて分析してきた。

この分析で示されたことは、まず、診察という医療的相互作用過程の文脈的状况それ自体が、まさにその相互作用において協働的に構築されるということである。さらに一般的なこととして、「病状の判定」段階においては客体化ディスコースを用いて協働で病状を構築していくということが挙げられる。また慢性病の診察に特有のこととして、「病状の判定」段階においては「現在のコントロール」を協働で行いつつ「継続的コントロール」の正当

性を保証していくということ、「診察予定の決定」段階は「病状の判定」で正当化された「継続的コントロール」を實踐する協働的構築過程であるということ、などが挙げられる。

さらに今後の研究の展開と関係するものとして、診察のトピックとなっている病気自体が相互作用過程を組織化しているということが挙げられる。ここで対象としたデータが再診であることから考えて、再診が「病気によって組織化される過程」であるのであれば、初診は「病気を組織化する過程」であることが予想されるであろう。

以上の本稿の意義は、相互作用過程を比較的詳細に明らかにしつつ、ある特定の病気特有の相互作用過程を記述できたということである。というのは、たとえばCAを用いた医療的相互作用過程あるいは医師-患者コミュニケーションは、冒頭紹介した宝月の批判が指摘するように¹³⁾、その非対称性などを主なテーマとして、より一般的に論じられる傾向がある¹³⁾¹⁴⁾。そのためにここでは、特定の病気特有の相互作用過程といった視点を欠落させがちではないだろうか。しかしながら医療的相互作用過程は、ここで分析したように、特定の病気そのものによって組織化される過程であり、そのような特有の過程を記述しながら質的に分析することこそが、医療研究としての意義を発揮すると考えられるだろう。

引用文献

- 1) 宝月誠: 医療の世界 - 診療場面の遂行過程を中心に -. 船津衛・宝月誠編, シンボリック相互作用論の世界, 225-35, 恒星社厚生閣, 東京, 1995
- 2) 好井裕明: 制度的状況の会話分析. 好井ほか編, 会話分析への招待, 36-70, 世界思想社, 京都, 1999
- 3) 宝月誠: 社会生活のコントロール, 恒星社厚生閣, 東京, 1998
- 4) Potter, J., Wetherell, M.: *Discourse and Social psychology*. Sage, London, 1987
- 5) Wetherell, M., Potter, J.: *Mapping the Language of Racism*. Columbia University Press, Chichester, 1992
- 6) Potter, J.: Discourse analysis and constructionist approaches: theoretical background. John T.E. Richardson ed., *Handbook of Qualitative Research Methods*, 125-140, BPS Books, Leicester, 1996
- 7) Strauss, A. et al.: *Social Organization of Medical Work*, University of Chicago Press, Chicago, 1985
- 8) Heritage, J.: Analyzing News Interviews. van Dijk T.A. ed., *Handbook of Discourse Analysis vol.3*, 95-117, Academic Press, London, 1985
- 9) Pomerantz, A.: Extreme Case Formations: A way of Legitimizing Claims, *Human Studies*, 9, 219-30, 1986
- 10) Jefferson, G.: An Exercise in the Transcription and Analysis of Laughter. van Dijk, T.A. ed., *Handbook of Discourse Analysis vol.3*, 25-34, Academic Press, London, 1985
- 11) Murakami, K.: Talk about Rice: A Discursive Approach to Studying Culture. *Forum: Qualitative Social Research*, 2, <http://www.qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.html>, Online Journal, 2001
- 12) Pollner, M.: The Very Coinage of Your Brain: The Anatomy of Reality Disjuncture, *The Philosophy of the Social Sciences*, 5, 411-430, 1975
- 13) ten Have, P.: Talk and Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction, Boden, D. Zimmerman, D. eds., *Talk and Social Structure*, 138-163, Polity Press, New York, 1991
- 14) ten Have, P., 1995, 'Medical ethnomethodology: An overview', *Human Studies*, 18, 245-261