



| | |
|------------------|---|
| Title | 医療面接と形式語用論 : 医師-患者関係とラポールの構築 |
| Author(s) | 田中, 剛 |
| Citation | 独語独文学研究年報, 31, 176-191 |
| Issue Date | 2004-12 |
| Doc URL | http://hdl.handle.net/2115/26167 |
| Type | bulletin (article) |
| File Information | 31_P176-191.pdf |



[Instructions for use](#)

医療面接と形式語用論

医師-患者関係とラポールの構築

田中 剛

【目次】

1. 本論の趣旨
2. 医師と患者の出会い
 - 2.1 通念としての「相互理解」という言葉について
 - 2.2 医師が患者を「理解する」ということはいかにして可能か。
3. 実践的理解に至る発話行為
 - 3.1 発話行為理論の基礎概念について
 - 3.2 患者から求められる「理解」を読み取るスキルとは？
4. 発語内的行為と発語媒介的行為
 - 4.1 発語内的目標の達成としてのコミュニケーション的行為？
 - 4.2 医療面接と発語媒介的行為はいかなる関連にあるか。
5. 了解思考的発話行為の実践上の課題
 - 5.1 「理解」・「同意」・「了解」— 伝達され、「理解」される情報は中立的か？
 - 5.2 発話による妥当要求と受容可能性の問題点について
6. 結語

1. 本論の趣旨

患者中心型(patient-centered)の医療が主流となりつつある現代、出会いの端緒から治療の継続あるいは終了に至るまでの経過の中で、医師と患者が旧来のパターナリズム(paternalism)に偏重することなく、共通の課題(agenda)の解決のために協力し合う際に要請されるのは、医師のすぐれたコミュニケーション・スキル(communication skills)であることは否定できない。リ「スキル」とはしかし単なる「技法」ではない。それは医師と患者関係を効果的に構築し、維持し、患者の健康問題を評価し、さらに患者を動機づけて治療への協力関係を確立するためになくはならない相互理解の導管なのである。医療面接(medical interview/consultation)はこの導管によって支えられていると言っても過言ではない。患者は医師の質問に対してただひたすら返答する役割を強いられるのではなく、そこでは自らの認知的、感情的、行動的表現を自由に展開する可能性を与えられるということが患者中心型の医療の出発点になる。他方、医師はこれらの各領域に現れる患者固有の世界の成り立ちについて、さ

らに言うならばその中でいかなる対処機制(coping mechanisms) が働いているのか、などを読み取らねばならない。医師は、患者の語る病い(illness)の歴史を客観的に評価する観点と、疾患(disease)をつきとめようとする生態病理学的観点との間を行き来しつつ、患者の利益のための診断を目指すコミュニケーション的行為に参加する。²⁾ 本論においては、医療面接における了解過程を話し手と受け手との間の「情報」の単なる伝送過程として捉えるのではなく、医師と患者の双方がもつ言語能力と行為能力に基づき、主体同士がその時々同意を媒介にして行う相互行為として捉える。³⁾ 以下の論述において、J. ハーバーマスの形式語用論の諸概念が用いられるが、筆者の意図には彼の批判理論の要ともなっている「コミュニケーション的行為」概念をそのまま医療現場の実際にも適用できるという先入見は全く含まれていない。しかし、その適用可能性そのものを反証するのも困難ではないか。すべての環境条件をプリセットされたコンテキストでしか成り立たないようなコミュニケーション的行為の断片でさえ、一定の「社会的」制約のもとにある。筆者の本論における試みもそのような断片の一つ二つを取りあげているにすぎないが、ハーバーマスの言う「了解合理性」の視座から発する一筋の光をたどろうとするものである。

2. 医師と患者の出会い

2.1 通念としての「相互理解」という言葉について

前述したコミュニケーション的行為を通常の医師と患者の関係から見れば、医師は患者にかかわる医学的情報を選択し、それをなんらかの伝達方法で患者にもたらし、「理解」させることが肝要な目的の一つであると言えよう。患者は自分自身の身体の変化について、こちらも固有の「語り」の手段を使って医師に伝達し、「理解」を得ようとする。この筋道から言えば、なんらかの方法で伝達すべき情報が双方にあり、それは一方において医師が得た医学的情報、他方において患者のもつ身体的・生理的情報であり、医師は説明し、患者は語り、ついには双方の「了解」あるいは「合意」に到るとするならば、一見何の議論の余地もない事柄のように思われる。しかし、医療面接はすでに述べたように、このような無機的な情報やその伝達(伝送)そのものから成り立っているのではない。何らかの相互理解に依拠しない医師/患者関係は見出し難い時代が到来している。そしてこのような双方の「理解」の過程に対処するためには、理想としては、「患者のもつ痛み」、換言するならば、なぜ「私のもつ痛み」と「彼のもつ痛み」が同一であるのか、なぜ他者の痛みが理解しうるのかについての洞察に至ることが必要となろう。⁴⁾ このことは様々な医療行為の段階で現実の困難に出会うかもしれない。しかし、少なくとも、相互理解は単に医師と患者のそれぞれの自己準拠的—閉鎖的意識システムがよりよく接合されることに還元されるものではないことは意味しているはずである。

医療面接において患者が医師に求める「理解」は、以上のような対人関係論的枠組みにつきまとう根本的な困難を含んではいるものの、まずはより日常的な間主観的相互

理解を実践の場面で現実化しようとする双方の努力から生じる。本論では以上のような文脈で、医療面接に課せられた最も重要な「理解」の範疇である「納得に基づく順守」(compliance/concordance/adherence)が成立する諸条件についても手がかりが得られるか検討したい。服従(obedience)にも、追従(conformity)にも属さないこの概念は医療面接のいわば理念として多方面で受け入れられ始めている。⁵⁾

2.2 医師が患者を「理解する」ということはいかにして可能か。

さて、まず一般に見過ごされやすい事実からであるが、医師の指示に従うことを期待されている患者は、しばしばその指示を医師の意図と異なる論理構造や世界理解に基づいて現実化するとしよう。⁶⁾ この「現実化」の手段は医師に対する、また医師に向けた様々な言語的・非言語的な情報提供の過程で察知しうるものである。にもかかわらず、単なる説明の射程を超えて、あるいはその論理的な根拠の前提よりさらに深い次元で不一致が生じるのはなぜか。医療過誤の問題が減少するどころかむしろ増え続ける原因の一つに、医師と患者の相互理解の不十分さが指摘され続けている。この問題は単に技術的・戦略的な次元への議論の焦点化のみでは解決されえないように思われる。つまりそこにはこうした外部からの働きかけだけでは誘発されない、医師と患者関係にかかわる「妥当要求」の諸次元が存在するはずである。⁷⁾ 不思議なことに、技術が優先するとはいえ医療現場でこれらのより根本的な問題に立ち返る議論は稀であった。しかし、例えば医療面接における諸次元、端的にいうならば医師と患者とのラポール(rapport、私はあなたとともにあること、2人の人間のあいだの非言語的同調)構築の側面が、欧米での進展に比べて本邦では十分に意識されず、また教育されてもこなかったことが近年特に強調されてきた。⁸⁾ 上述したような服薬順守、医師による健康問題の評価およびマネジメントについて、医師の指示が望まれた水準に達しないことなどが直接的な契機であった。これをいかにして解決するかが議論され始めた。患者の意図が患者自身の信念や価値観によって、あるいは無意識の層によって支えられていることはよく知られている。しかし、医師の任務がその意図の内容を現実の医療現場という環境の中で言語哲学的、深層心理学的に分析することにあるのはでないことは肯ける。だとすれば、それはどこにあるべきなのであろうか。確認しておきたいことは、医療面接の「対話」とは医師と患者とのコミュニケーション過程への相互参加から生まれるのであり、それはまたある種の「了解志向的態度」を実現する過程における相互理解を目指す行為であらうということである。⁹⁾ 医師は多様な対話技法を学ぶ。しかし、それは患者の発話から自己の論理に合った訴えを聴き出すためではない。むしろ、患者に語らしめ、語られたことを基に字句の理解ではなく、患者そのものを理解するためにある。つまり、「発話」は「語り」として理解される。実際の「語り」を整除するために以下にまず「発話行為理論」の主要概要に少しく言及し、この理論が有する医療面接、医療現場における有効性を吟味したい。微かでも重要なヒントが隠されて

いるかもしれないからである。その後医療面接におけるある患者の実際の発話を置くことにする。

3. 実践的理解に至る発話行為

3.1 発話行為理論の基礎概念について

J.L.Austin はその暫定的性格を認めたくえで、発話行為の遂行レベルを「発語行為 (locutionary act)」、「発語内的行為 (illocutionary act)」、そして「発語媒介的行為 (perlocutionary act)」とした。発語行為とは「何かを語るという行為 (an act of saying something)」、発語内的行為とは「何かを語ることに於いて遂行される行為 (an act in saying something)」、そして発語媒介的行為とは「何かを語ることによって遂行する行為 (an act by saying something)」であると説明した。発語行為はさらに三分類されて、音声を発する行為 (音声行為 phonetic act)、文法的文を発する行為 (用語行為 phatic act)、有意味な語を発する行為 (rhetic act) と下位区分される。また、発語内的行為は遂行動詞を手がかりとして整序され、判定宣告型 *verdictives* (評価・判決など)、権限行使型 *exercitives* (命令・警告など)、行為拘束型 (約束・保証など)、態度表明型 *behabitives* (感謝・祝福など)、言明解説型 *expositives* (主張・解説など) などと下位区分された。¹⁰⁾ 一部で批判されるように、この分類が判明性 (*Distinktheit*) と截然性 (*Disjunktivität*) に欠けるとしても (彼の唱える「適切性条件」はその一例)、多くの議論の土台になった意義は否定できない。ただ、これらの多様な下位区分には、後に触れる Searle にも言えることだが (彼の「真理意味論」の限界性はその一例)、われわれの直観を照らし出せるほどの光度が不足していることは否めない。というのも、言語現象、あるいはより限定してわれわれの日常のコミュニケーション過程においては、発話の特徴のそれぞれが孤立的に現れることはほとんどないのであって、いわば分析的観点を容易には受けつけないほどの統一体 (ハーバーマスの言う 3 つの意味光線の統一体) として実現されるからである。次節でこのことを医療面接のある場面を提示することによって明らかにしたい。患者の生 (なま) の声を再現できるように参考資料より原文で引用する。¹¹⁾

3.2 患者から求められる「理解」を読み取るスキルとは？

先行する Text A) は、実際の録音である Text B) をできるだけ医師の立場から見ての、真理性にかかわる論理的一貫性 (*coherence*) をもつように組み直したものである。ただし、これら 2 タイプは単なる類型ではない。ここでは独白的語りの構造と対話的語りのそれとの親縁性が示されている。網掛けは本論筆者による。引用が多少長くなるが、両テキストを比較されたい。

TEXT A) Yes, Ma'am. What can I do for you?

(Sigh) Since late last spring—I lost fifty pounds last spring—I've got another twenty-five to go. ^A)Something changed in my metabolism, though. Um, I'm not able to absolutely control my eating; I find that I can't drink very much. Um, but I'm going hot and cold all the time. ^B)Um, I checked with my mother. But I—I checked with her about, ah, what, when, and how she went through menopause. Um, I have regular periods, every four weeks. Um, I've been—I've been to, you know—I get, I get my check-ups. I haven't been to an internist or general practitioner in—I can't remember how many years. When the kids are sick, we go and see Ted Kramer. When we have emergencies, we go to various specialists. ^C)Um, I think the last time I went was about four months ago.—I thought they routinely took an estrogen level thing. My mother has had—gone through a ne—nervous breakdown in her thirties. You know, I can't—I'm forty-five. ^D)Um, I have separated from my husband and have been for about three years—

Mm-hm.

—and ^E)I've got four kids to raise, three—three are now at Chaffe School. I'm an only child. Um, my father was in on Wall Street and there was—you know, etcetera, etcetera.

Mm-hm.

My father died when I was twelve. Um...I have tried Valium. ^F)I think I have to go to therapy, um, probably...and I'm trying—I have mixed feelings about it. Um, but I'd like to sort out, if I POSSIBLY can, um, how much of it is physical.

TEXT B) *Yes Ma'am. What can I do for you?*

Uh, ^D)^E)^F)I want to try and sort—I think I have to—I am separated from my husband and have been for about three years and I've got four kids to raise, three—three are now at Chaffe School. Adrienne Clausen likes you, um, and recommended you. I haven't been to an internist or a general practitioner in I can't remember how many years. When the kids are sick, I go and see Ted Kolmer. When we have emergencies, we go to various specialists. Uh, ^B)^C)^F)I think I have to go into therapy. Um, probably...I have mixed feelings about it. Um, but I'd like to sort out, if I possibly can, um, how much of it is physical. Um, I checked with my mother, for instance, you know, the kid—I'm forty five. Um, my mother

has had—gone through a ne—nervous breakdown in her thirties. My father was in on Wall Street and there was—you know, etcetera, etcetera.

Mm-hm

Um, I'm an only child, um...my father died when I was twelve, um...^{B)C)}But, I—I checked with her about, uh, what, when and how she went through menopause. I've been—I've been through, you know. I got—I got my check-ups. I think the last time I went was about four months ago. I thought they routinely took an estrogen level thing. Um, I had regular periods, every four weeks. Um, but I've been going for the las—since late last spring. I lost fifty pounds last spring; I've got another twenty-five to go. ^{A)}Something changed in my metabolism though. Uh, I'm not able to absolutely control my eating; I find that I can't drink very much. Um, I have tried Valium but I'm going hot and cold all the time.

TEXT B) はおよそDEF—BCF—BC—Aというセミ・ラティスの発話構造をもち、したがって反復も含む形で患者の体験文として語られる。A~Fを「主要な筋」と言ったが、それぞれがこのストーリーにおいて特定の位置価値を有する出来事(events)の連鎖である。また、ここに見られる冗長性はストーリーを構成するいくつかの結節点のマーカである。さて、この女性の主訴は何か。前提として、一方には体重の減少、体調の変化、更年期障害の可能性への言及があり、他方には母親の精神疾患、離婚後4人の子供を育てたことに由来するストレス、父親の早世が語られる。結論として最後にこの女性はカウンセリングを受けることへの決心がついておらず、ともかくも医師の口から、心身の不調の原因がどこにあるのか、特にどんな身体的・生理的疾患がありうるのかを聞きたい(これが患者の医師に対する、また表面上は明瞭に見える真理性への志向を持つ要請である)と考えていることがわかる。しかし、医師はこれらの印象データのみによって彼女の要請を満たすべく即座に動くであろうか。医師はまず一方において、彼女の「語り」(Erzählen)の真理性への志向の信憑性を「語り」そのものによって基礎づけようとするのはもちろんである。つまり、彼女は何を目的に語るのか、語りのなかで言及される人物はどういう意味をもつのか、語られた行為や出来事との関連はどんなものか、これらと語られるはずの行為や出来事と現在語られつつある対象とはその都度どんな関係があるのか、彼女はどんな受けとめ方に基づいてある行為や出来事について特定の価値判断をするのか、などの問いを処理しようとする。一本稿ではいわゆる Handlungsformen der Erzählung の問題にはこれ以上立ち入らない—、しかし他方、病歴を聴取しつつ観察したもの、すなわち医療面接の最初の局面に現れる非言語的・パラ言語的データの記録にも着目するであろう。それには医

師が知覚する患者の外貌・動作に関するデータはもちろんのこと、特に語りの中での話のスピード(speech rate)、声の高低(pitch)、間の置き方(pausing)、言葉の選択(word choice)などが含まれる。これらすべてが「語り」の一部である前提の提示(presentation of premises、医師の側では antecedents)と結論(conclusion、医師の側では consequences)と照合されるのである。忘れてはならないのは、患者がこの場面において自らの「語り」をどの程度の自由度(これは常に協力的であるとは限らない)で展開できるかは、医師が患者の側からの上述のデータを収集する熱心さだけではなく、自らの側でも患者の抱える問題に対する関心を表現する技能をどの程度身につけているか、また暖かみを伝えるベーシックな表現法や適切な姿勢、からだの動き、表情、声の調子、話のスピード、身体接触、患者との空間距離、アイ・コンタクトなどの非言語的・パラ言語的メッセージの伝達法についてどの程度知っているかに依存する。¹²⁾しかし、彼女の「語り」の全体的な特徴からして複合的判断、すなわち心身相関的諸問題(身体因性、心因性複合の心身困難状態)に基づく所見が必要とされると思われる場合、たとえ医師が彼女にその願いどおりに個々の身体的・生理的データのみを与えたとしても、おそらく彼女の「主訴」は「理解」されたことにはならないであろう。つまり、医師は彼女が敢えて詳述しない心の問題(これが彼女の主訴でありうる)についての手がかりを同時に観察しなければならない。ここで、もしも患者の側からのメッセージがその話の論理的構成、つまり前提と結論に関して医学的に有標であるならば、医師に必要なのはまず収集した知覚データ/観察結果とそれについての解釈とを分離すること、次に「語り」の錯綜した前提を論理的に可能な限り再構成し、患者によって導出された結論のもつ真意を察知するための軸を打ち立てることである。しかし、再構成のみではこの真意を直接導き出すにはまだ不十分である。ここで患者の「要請」を「理解」するとはどんなことがさらに検討されねばならない。では、双方が語られたことについての合理的に動機づけられた同意に至るためには、どんな条件が必要なのであろうか。

4. 発語内的行為と発語媒介的行為

4.1 発語内的目標の達成としてのコミュニケーション的行為？

さて、J.R.Searle は Austin の分類に基づき、「発語行為」や「発語媒介的行為」に関してよりは、多くの議論を「発語内行為」に関して展開し、この行為によって生成される「意味」に着目している。つまり、Searle がこの行為の特徴的な性格を捉え、発語内的意図を指針として行為の 5 分類(事実確認型、行為拘束型、指令型、宣言型、表自型)を提示したことはよく知られている。だが、彼はこの分類によってそれぞれの命題的態度の意味を存在論的に追求したのであり、対人関係論的ないしコミュニケーション論的に追求したのではないことを指摘するのは正当である。そのことは例えば「聞き手の側における『効果』」は信念や反応の形成ではなく、単に聞き手の中において話し手の発話が理解

されたということを本質とする」とか、「意味するという行為に特徴的な効果は、理解 (understanding) である」という発言に現れている (傍点筆者)。¹³⁾ この関連で、彼は P.Grice の「発語媒介行為」の(話し手の志向を非慣習的な意味へ還元する)分析に対して批判を行っている。しかし、医療面接の実際場面から見れば、基本的に「聞き手」における行為としての「意味」の選択権とその解釈を「話し手」の発語内的目標から全面的に導き出すことができるか否かの問題が重要である。すなわち、「発語内的行為」を表示する遂行動詞は、「話し手」が発話行為においてどのような意味をどのような意図で告げるかの選択にかかわるばかりではなく、むしろ「聞き手」がその行為をどのように解釈するか、つまり「受容可能性」にかかわることが強調されねばならない。逆に言えば、「話し手」が自らの発話に一定の意味を与えるためにどの遂行動詞を当てるのが妥当かを判断する基準は自らの価値観や信念だけに存するのではなく、少なくともコミュニケーション過程が問題になっている限り(フィードバックが非言語的・パラ言語的手段でも常に発動している)、「聞き手」の手の内にもあるのである。例えば、五つに分類されたそれぞれの型のうち、事実確認型の意図をもって発話されたメッセージが「聞き手」には警告の意味をもつかもしいのである。このことは例えば、医師が患者の検査結果を単に事実として'Evidence based Medicine'の立場から述べるに際しても起こりうる。医療面接においては医師と患者との対話の論理の明証性がいずれかの、単独のメッセージに存するということは望ましくない。そもそも「話し手」、この場合は患者がただ一つの文を使って、自らの発語内行為から生まれる一定の発語内的効力を「聞き手」、つまり医者に認知させるということはまれである。もしそのようなことがあるとすれば、それは極めて具体的な状況設定の下で、しかも患者が明らかに何らかの発語媒介的行為を初めから意図して誘導的に行動するときである。¹⁴⁾ しかし、発語内的効力の意味論的論理の明証性は双方の均衡においてのみコミュニケーション的行為を促すのである。

4.2 医療面接と発語媒介行為はいかなる関連にあるか。

引用した面接場面においては、患者の物語の筋(narrative thread) が、それ自体の論理の流れ(logical stream of speaker)に含まれる諸前提を顕在化しているように見えるし、このような語り方を特に非日常的であると論難する理由もない。しかし、医師の下す論理的な帰結(consequences)と患者の最後の結論(conclusion)、すなわち「自分の問題がどの程度身体的・生理的なものかを知りたい」とは同値ではない。後者はそのいわば「加工された帰結」である。それに対して命題としての真偽の基準だけをあてはめることはできない。患者が、一つの要請、すなわち <'d like to sort out> の意図に沿ってこの表現がいかなる意味で妥当であるかについて縷々語り続ける意味は、医師を何らかの発語媒介的目標に組み入れることにあるのではなく、発語内的理解と受容を得るがためにある。患者はいわば妥当要求に対する認証行為を自らの語りの中で開

示しようと努めるのである。このことを医師が知っていれば、患者の「論理」を逆に辿って、その発語内的効力を顕在化する本来の前提にたどり着くことができよう。医師が患者の「論理」に従った対処をしたとしても、それによって患者を安心させる(reassure)ことはできない理由の一端がここにある。問題はむしろ「聞き手」と「話して」とが相互理解に至る「了解合理性」であるのだから。

Searle はまたこうも述べている。

1) 「多くの場合、実際の言語の使用状況においては、その脈絡が発話のもつ発語内の力を明瞭なものとしているので、適当な顕在的な発語内的力表示部分を持ち出す必要はなくなっている」。また、同じ箇所、2) 「発語内的力表示方策には少なくとも、語順、強勢、抑揚の変化、句読点、動詞の法、遂行動詞が含まれる。これらはその発話がいかなる発語内の力をもつべきかを指示する」。¹⁵⁾ そして、3) 「私には、何事かを述べつつそれを意味しながらも、なお実際には相関する効果を生じさせることを意図していないということが許される。たとえば、ある陳述を行うとき、聴衆がその陳述を信ずるか否かということはまったく顧慮することなく、ただ単にその陳述が自分の責務であると感ずるからにすぎないということは可能である」。¹⁶⁾ (下線部筆者)

1) は発話の「意味」の決定可能性、発話の受容可能性の問題にかかわる。そして2) と3) は、発話行為によって表現される信念・意図・願望等がいかなる社会関係の中に定位されるかという問題にかかわる。これらの発言は、表面上は言語の意味作用(signification)によって発語内的行為の諸条件が満たされる限り、話し手の発語媒介的な意向の可能性を捨象できると考えることにつながる、と解釈される可能性がある。しかし、現実の発話行為においては上述した非言語的・パラ言語的因子が個々の発話そのもののなかに侵入し、発話の意味を多様に変化させることに気づかずにはいられない。とすれば、すでに示唆したように、医療面接においては患者の発話の論理的な乱れからも読み取れる兆候を、それが純粹類型にそぐわないから(つまり、意味しつつ意図しないというのではないから)といって、つまり発語内的目標を故意に隠蔽したり、歪めたりしているからといって単に無視するわけにはいかない。真理性のみに志向した「凝集性」(coherence)を適用するだけでは足りない。医師はむしろ患者をこのように動機づけるものが何なのかをさらに追求しなければならないのである。¹⁷⁾

5. 了解思考的発話行為の実践上の課題

5.1 「理解」・「同意」・「了解」— 伝達され、「理解」される情報は中立的か？

提示した患者の発話が医師に対してある要請をしていることを指摘したが、このような複雑な構造をもつ患者の「語り」から暫し離れて、上記の真理性以外に何が必要とされるかを もっと単純な言明文を例にとって考えてみる。すなわち、問題となるのは発語内的目標の充足条件についてである。

例えば、ある看護師がある医師に対して、「患者が痛みを訴えています」と伝える場面

を想定する。それを発語内的意味のいくつかにパラフレーズする前に、聞き手における「理解」、「同意」そして「了解」へのプロセスがどのようなものかを簡略に述べておく。ただし、以下の議論は「了解」を装った目的論的行為としての非公然の発語媒介的行為の可能性をいったん排除した上で進められる。

- 1) 私はあなたが私に伝える「患者が痛みを訴えている」という言明が規制的発話行為なのか、それとも表自的発話行為、あるいは事実確認的発話行為なのかの判断を迫られる。規制的発話行為の場合には、私はこの言明が私をあなたの意向に添った何らかの態度へと動機づける可能性を理解している。
- 2) 私が上記の理解に立脚してあなたの意向に添った何らかの態度を決定するためには、要請・指示・当為のいずれの行為義務を同意の条件にするかの相互の理解が必要である。
- 3) そして、この条件が満たされる保証があれば、私は自らの態度を決定し、了解したことを態度で示すことが出来る。¹⁸⁾

以上のことから、「了解(基礎づけられた理解)」に至るためには、同じ「理解」という言葉で表現される事態の意味内容は、発語内的目標についての「話し手の理解」、「聞き手の理解」、「相互の理解」というそれぞれ重心の異なった「理解」と関連づけられる必要がある。「理解」はまず第一義的には「何を」という事実、すなわち相互行為の参加者が了解過程へと持ち込むべき現実的課題(real agenda)がどのように双方によって捉えられているか、を前提とする。もし上記の看護師の発話が主張として、かつ真なるものとして医師によって受け取られるならば、看護師はこの段階ですでに発語内的成果をあげたことになる。看護師はそれ以上のことを望んではないからである。したがって、例えばこの発話を医師が即座に何らかの処置を緊急に講じるべきであるという警告として用いることはできない。しかし、看護師が医師に対して何らかの行為期待を抱くことを2)のレベルで予期していた場合はどうなるであろうか。聞き手としての医師はここにおいて、看護師の発語媒介的行為への示唆を、あくまでも自らの理解している同意条件によってではあるが、現実の行為義務への示唆であると解釈できないであろうか。¹⁹⁾上記の発話は、いわゆる「間接言語行為」(indirect speech act)が「協調の原理」(co-operative principle)によっても支えられて、3)のレベルの「了解」にまで至る可能性を示していると考えられるのである。²⁰⁾

医療面接においては、このような間接言語行為の理解が医師と患者のラポールを築くうえで重要である。というのも、実際の患者は基本的に自らの身体症状について、いわばこの間接言語行為の遂行によってしか「叙述」できないからである。引用したテキストにおける女性患者は更年期障害が原因と彼女が考える症状について「述定」していた。

Searleの言葉をわれわれの論理に引き入れるならば、「述定という行為は単独には生

起しえない行為であり、常に何らかの発語内的行為の部分としてのみ生起しうる」となる。²¹⁾ 彼女が訴える症状はどれも医師によって取り除かれるべき「何か」(the ‘it’)についての述定であって、質問、主張、約束などの発語内的効果をもつ遂行表現の一部と考えられる。したがって、これは「発話行為の顕在的内容からは明らかにならない発語媒介的行為」²²⁾ と同一ではない。

5.2 発話による妥当要求と受容可能性の問題点について

テキスト A) は現病歴、家族歴、社会歴などについて医師の立場から整序したものであり、テキスト B) は生(なま)のレコーディングに基づいていることはすでに述べた。患者はテキスト B) において再現された「語り」から見て、表面上は特別な発語媒介的効果を期待しているように見受けられない。彼女は過去と現時点の事実そして心境を語っているに過ぎないが、そのことによって発語内的目標への到達が弱められたり、遮断されたりはしない。さらに、「協調の原理(量の原則、質の原則、関連性の原則、様式の原則)の観点からすれば明らかな違反も犯しているにもかかわらず、医師はこれらの原則の厳密な適用可能性について固執しない。実は、患者の発話のこうした取り留めのなさや乱れ(=患者の発話の論理)と見えるものこそが、むしろ医師における「現実の医療行為義務」への自覚を強く促す方向に働くのである。

以上のように述べたうえで、上記の看護師の発話に戻る。例えば、われわれは医師がこの発話を単なる事実確認型発話行為として捉えるのではなく、「話し手」の個人的な意志表明としての命令(要請の間接的表明を含む)と受け取りうる場合もあるということ排除できない。「話し手」が「聞き手」に対して何らかのサンクションの可能性を示唆しているとき、また聞き手がそれを知っている場合である。もし、「話し手」が「聞き手」に実際の行動をとるように同意を求めたいという意志があるときには、1) のレベルでの発語内的効力だけでは足りない。何らかのサンクションによって補完されなければならないのであるが、しかし、サンクションは発話行為そのものの発語内的意味の内には存在しえないものである。²³⁾ それは規範的コンテクストに聞き手がどのようにかかわっているかにより発動されることもあれば、そうならない場合もある。

また、上記の 1)、2)、3)のそれぞれのレベルで前提されている「義務」といっても、「理解」義務はさておき、発話内的効果に伴う行為義務、つまり発語内的目標を達成するための慣習(convention)を守る義務と、他方そのコンヴェンションが適用された何らかの妥当要求を承認する義務とを区別しなければならない。前者ではすでに見たようにサンクションのための権限はいまだ話者に帰属しうるが、後者においてそれは話者の個人的意思決定の範囲内にはもはやない。このことが判別されなければ、上記の基礎付けられた了解に至る過程の包摂関係が光度を失い、2)のレベルの「同意」が「人為的な義務」という矛盾に吸収されてしまう可能性が生じる。3)の「保証」は、一般的な妥当性の提示—妥当要求—妥当要求の認証に対応する。したがって、個人的表明

においてはこの過程をいわば模倣するわけだが、いずれの場合も、「命令」がこのレベルに至る事態というのはある種の憂慮すべき権力要求がかかげられているとき、妥当要求への定位という前提が停止したときであろう。

さて、要約すると 上記の発話「患者が痛みを訴えています」は、まずはある特定の状況下で医師と看護師との間に交わされる単なる報告、すなわち事実確認型発話行為そのものに見える。この観点に立つ限り、ここから医師に特別な行為義務が自ずと生ずるというのではない。なぜなら、「話し手と聞き手が、真として受け入れられている言明に矛盾しない状況解釈を自分たちの行為の拠り所とするよう互いに義務づけ合っている」²⁴⁾ からである。つまり、1) のレベルにおける理解を拘束力のあるものとして分かち合っているにすぎないからである。しかし、このレベルにおいてもすでに医師は、命題の提出の妥当性、つまりその基礎づけよりは規範の正当化を選択し、看護師の発話行為が自分に対しての「特別な」行為義務を動機づけるためになされたということに気づくのである。すなわち、医師は「私は、あなたに患者の苦痛を緩和するよう、要請する」という遂行文としてそれを理解する。

また、医師は看護師の発話が表自的発話行為そのものである可能性について言うならば、緊急を要する状況下での話者の志向的体験に対するその誠実性要求が、時宜に適切でないことにも考えが及ぶはずである。というのも、医師は「話し手」の今後の行為の一貫性を吟味することの価値よりも、むしろ「話し手」の発語内的行為の内的形式に重点を置くからである。この場合、内的形式とは基本的話法を意味するが、さらに、例えば「話し手」の看護師が医師に対して、次のような話法によって命令的な力を失った意図文の、弱いがしかし規範的拘束を帯びたものに変えた発語内的効果を医師に及ぼしているかもしれない。ただし、この規範的拘束から何らかの妥当要求が生じたとしても行為義務を相対的に強めに意識させるのは 2) のみである。<p> は「何らかの処置のための行動を起こさせる」ことを表す。

- 1) 私はあなたに私が<p> の意図をもっていることを知らせます (inform)。
- 2) 私はあなたに私が<p> の意図をもっていることを表明します (proclaim)。
- 3) 私はあなたに私が<p> の意図をもっていることを告白します (confess)。

他方、意思表示として要請する発話が用いられるならば、次の 1.1)、1.2)、1.3)には例のサンクション発動の潜在的可能性が含まれる、すなわち 2) のレベルの同意条件がサンクション条件によって「補完」されねばならない。ここでは聞き手に対して命題内容の理解だけではなく、妥当要求の相互主観的承認から生じる行為義務への注意が喚起されている。基本話法は次のようになる。

- 1.1) 私はあなたには何らかの処置のための行動を起こしてほしい、と主張

しています。

1.2) 私はあなたに何らかの処置のための行動があなたによって実現されるべきだと指図しています。

1.3) 私はあなたに何らかの処置のための行動が惹き起こされるべきだという趣旨で理解を求めています。

これらの発語内的意味が医師の単なる「理解」、そして「受容」にとどまり、現実の行動につながらない可能性が常にある。その場合、看護師にはより規範的な権威をもった要請、つまり次のような「指令」へと基本的話法を切り換える必要が生じるかもしれない。

2.1) 私は(これをもって) あなたに、何らかの処置のための行動を起こすように指示する。

看護師は事態が緊急を要し、従って生命にかかわるような事態に医師が速やかに対処すべきことを最も強い妥当要求をかかげることによって求める。「指示」という言葉は看護師の発話行為が何らかの承認された規範、あるいは制度的準拠にに基づいていることを示している。これらによって個人的意思表示には必要であったサンクション条件は回収される。こうした法律的・倫理的妥当要求は、2.1) の発話行為そのものの発語内的意味から導き出される。つまり、相互主観的承認に基づき、「同意」から生まれたある特定の行為(従うこと)を義務化する根拠が、上記の 3) のレベルの「妥当要求の認証」という形で話し手に握られていることを聞き手が知っている場合である。

医師が看護師の発話に何らかの反応をするためには、医師はそれを意図と要請の妥当要求として受け取り、その正当性(相互人格的な、所与の規範的脈絡に沿っていること)に対して理解ができること、また看護師の発話を主観的体験表出の妥当要求として受け取る場合は、その誠実性(告白、感情、希望の発言の仕方)に対して同意(共感)できること、さらには看護師の発話を言明の妥当要求として受け取る際には、その真理性(聞き手が共有可能な新なる言明をなすこと)について了解できることが前提である。当然、医師は看護師の側にも、これらの了解志向的発話行為の妥当性に関する言語能力を想定しているわけである。

「理解」、「同意」、「了解」のプロセスはまずは発語媒介的ではなく、発語内的目標と密接に結びついていることは確かである。聞き手は語られたことを、ある同意条件に基づき理解し、かつ発話行為の申し出を受け入れることに結びついた義務を引き受けるのである。²⁵⁾

いくつかのあり得る状況に当てはめてみよう。上記の看護師の発話に対して医師が「わかった、すぐに何らかの処置を講じよう」と言う場合、医師はこの発話の受容可能性をどこに見いだしたのであろうか。医師はそのとき「私はそのような義務がある者としてご報告するのですが」という看護師の言語化されなかった脈絡をすでに理解していたはずである。そうでなければ、「君からそういう報告を受けるのは理解できない」(前

提されている規範の正当性の観点での不当として)であるかもしれない。また、他の場合、すなわち看護師が声を潜めて周りを気にしつつ上記の発話を行ったとすればどうであろう。医師は看護師の小声の理由をすでに知っている場合にのみ、看護師の感情表出に同意するか否かの対応ができるであろう。そうでない場合、「なぜ小声で言うのですか？」(話し手の志向という観点での不誠実として)でありうる。さらに、看護師の発話がこれまでの患者の治療の経過から考えて十分に根拠のあるものと考えられる場合にのみ発話そのものを了解するか否かの態度を選択するであろう。逆にほとんど、あるいはまったくありそうもない場合、つまりその発話の信憑性(真偽)に疑問を感じる場合には、まず直接体験からのものか伝聞なのかを尋ね、「まさか！そんなことあろうはずがない、君は何を言っているのだ？」と当惑するかもしれない。そうであれば、医師は「速やかな処置」への行動を了解しないであろう(言明内容の存在前提そのものへの非真として)。

6. 結語

さて、以上のような議論から、医師が冒頭で言及された医療面接の3機能を実現していく中で、いかにして患者から「同意」され、「理解」されうるのかの一端が見えると思う。すなわち、目標である納得に基づく順守(compliance/concordance)を患者から期待できるためには、医師は真の「理解」の条件(双方の真理性・正当性・誠実性)を知ることがどのような相互理解への道を拓くのかを知っていなければならないだろう。しかし、知るだけではなく、日々の実践の中でそのためのコミュニケーション・スキルを常に磨いていかなければならないことも確かである。それによって、単に投薬法(medication)についての約束ごとの順守を求める場合にとどまらず、患者の感情(feelings)、思考(thoughts)、さらには生活スタイル(life style)や、場合によっては信念(beliefs)にすら影響を与える医療面接の実際を、患者中心医療へと転換する契機が生まれるのではないだろうか。²⁶⁾

注釈

- 1) Tate, Peter (2003). *The Doctor's Communication Handbook*, Abington:Radcliffe Medical Press,9-55.
- 2) Kleinman, Arthur (2003). 「病いの語り-慢性の病いをめぐる臨床人類学」(原題: *The Illness Narratives*'), 誠信書房、4頁～37頁。
- 3) Habermas, Jürgen (1995). 「コミュニケーション的行為の理論(中)」、未来社、23頁。原著(1987): *Theorie des kommunikativen Handelns*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S.386/412
- 4) 大澤真幸(1995). 「意味と他者性」、勁草書房、53頁～73頁。

- 5) Pendleton, David (et al)(2003). *The New Consultation*, Oxford:UP,6-35.
- 6) Cassel, Eric. *Talking with Patients* :vol.1, Cambridge: The Mitt Press,55-65
- 7) Habermas. 上掲書-原著: S.409～410。邦訳: 45 頁。
- 8) Alaszewski, Andy(et al)(2003). *How can doctors communicate information about risk more effectively*,BMJ2003;327:728-31(27 September).
- 9) Habermas. 上掲書-原著: S.427-439。邦訳:63 頁～74 頁。
- 10) Austin, J.L.(1973).*How to Do Things with Words*, Harvard:UP,148-164.
- 11) Cassel. 上掲書:66-67/88-89。紙幅の関係で多くの具体例を掲げられない。ただ、患者は決して中立的な伝達者ではなく、その心の不安や秘密は様々な間接的表現手段により医師に開示されうることを指摘するにとどめる。
The Medical Interview, St. Louis: Mosby,225-238.
- 13) Searle, John(1989). *Speech Acts*,New York:Cambridge UP, 47.
- 14) Searle. 上掲書: 46-47.
- 15) Searle. 上掲書: 30.
上掲書:45-46.
- 17) Cassel. 上掲書:11-13.
- 18) Habermas. 上掲書:原著: S.412。邦訳:48 頁～49 頁。
- 19) Habermas. 上掲書:原著: S.409。邦訳:45 頁～46 頁。本論における筆者の立場は、サール、またハーバーマスにおける「発語媒介的行為」の理解から距離がある。両者とも「受容可能性」について異なった意味においてではあるが、図式的すぎると筆者は考えている。本論は、後者の「コミュニケーション病理は成果志向型行為と了解志向型行為との混合の結果である」という「応用形式語用論」的な発言からも触発されている。上掲書:445-446。
- 20) Searle. 上掲書:43-44.
Habermas、原著: S.412。邦訳:75 頁。
- 21) Searle. 上掲書:124.
- 22) Habermas. 上掲書: 原著: S.390。邦訳:27 頁。
- 23) Habermas. 上掲書: 原著: S.402-405。邦訳:38～40 頁。
- 24) Habermas. 上掲書: 原著: S.408。邦訳:44 頁。
- 25) Habermas. 上掲書: 原著: S.412。邦訳:48 頁。
- 26) Cole. 上掲書:192-203.

【参考文献】

- ・医療現場のコミュニケーション(1999).箕輪良行/佐藤純一、医学書院
- ・医療コミュニケーション・スキル(2002).山内豊明(監訳)西村書店
(原題: Communication Skills for Medicine, written by M.Lloyd/R.Bor)

- ・メデカル・インタビュー・マニュアル(2002).福井次矢、インター・メディカ
- ・生命倫理学を学ぶ人のために.(2002)、加藤尚武/加茂直樹、世界思想社
- ・生命倫理とは何か.(2002)、市野川容孝(編)、平凡社
- ・Principles of Biomedical Ethics (2001).Tom L. Beauchamp/Childress, Oxford: UP
- ・コミュニケーションと社会システム(1997)、佐藤勉(編)、恒星社厚生閣
- ・チョムスキーと現代哲学(1976).井口省吾(編訳)、大修館書店
- ・Language and Reason(1997). M. Cooke, Cambridge: The MIT Press
- ・The Habermas Reader(1996). Edited by W.Outhwaite, Oxford:Polity Press
- ・Zur Logik der Sozialwissenschaften(1982). J. Habermas, Frankfurt a.M.:Suhrkamp
- ・Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns(1989).

- ・Handlung und Kritik(1997). Martim Ferrer, Konstanz: Hartung-Forre Verlag
- ・差違ふたたび:デリダへの反論. J. サール、現代思想臨時増刊総特集「デリダ」所収、青土社、72頁～83頁
- ・言語行為の現象学(1996).野家啓一、勁草書房
- ・Phenomenology of Communication(1988). R.L. Lanigan,Pittsburgh: Duquesne
- ・認知療法入門(2002).遊佐安一郎(監訳)、星和書店(原題: The Practice of Cognitive Therapy, written by Arthur Freeman)
- ・Kohärenz. Grundfragen der linguistischen Kommunikationsanalyse (1982).Gerd Fritz, Tübingen: Gunter Narr Verlag

(旭川医科大学助教授・医療コミュニケーション論/医療のドイツ語/比較知覚文化論)