

# 臨床におけるインタビュー

富山大学保健管理センター 齋藤 清二

Seiji Saito

キーワード

医療面接、インタビュー、ナラティブ

## 1. はじめに

筆者は、医学生への医療面接の教育をおよそ20年にわたって続けている。2000年には、これまでの経験をもとにして、「はじめての医療面接—コミュニケーション技法とその学び方」という著書を執筆・出版し、医療面接教育の教科書として用いている。しかし、この本を書いた時点では、「医療面接」とはなんであるのか、ひいては「臨床におけるインタビュー」とはなんであるのかについての明確な理解を筆者は持っていなかった。本稿は、臨床的なインタビューにおける何らかの結論提示や説明を目的とするものではなく、本稿を一つの話題提供あるいは問題の提示とすることで、さらなる議論と創発の契機となることを期待する試みである。そこで、最初に「インタビュー」とはそもそも何であって、「臨床」とは何であるのかという暫定的な定義から考えていきたい。とりあえず本論の出発点として、この二つの前提をできる限り明示化するところから議論を始めたい。

## 2. インタビューとは何か

本稿では、「インタビュー」と「面接」という言葉は互換可能であると定義しておく。したがって本稿では、「臨床におけるインタビュー」と「臨床面接」ということばを互換的に用いる。イ

ンタビューは、最低二人以上の人間を必要とする実践である。インタビューの基本は、1人のインタビュアー（聞き手）と、1人のインタビューイ（語り手）という、二人の人間の間で行われる交流のプロセスであることを前提にして論を進めたい。

この二人の人間は、互いに個性を持ち、個々の歴史的背景や個別の感情を持つ「主体」であることから、両者は本質的に平等である。その意味で、この両者の関係は intersubjective（間主観的）な関係である。しかし同時に、この両者の関係は、聞き手と語り手という、互いに異なる役割をもった非対称的な関係であり、それを役割関係と呼ぶことができる。したがって、インタビューという実践は、間主観関係と役割関係という二つの関係によって二重に規定された二人の間で行われるプロセスであると考えられるだろう。

それではこのプロセスの特徴は何であろうか。インタビューというプロセスの大きな特徴の一つは、手段あるいは道具（ツール）として、言語（ことば）が用いられるということである。ここでいう言語とは、「語られることばそのもの」と、「ことばに付随してやりとりされる、広い意味での非言語的情報」の双方を含むものである。

インタビューは何らかの目的（意図）をもった

プロセスであることは間違いないだろう。その目的の第一は、語り手から情報を聴取することだと一般には考えられている。それでは何のために、聞き手は語り手から情報を得たいのだろうか。このインタビューの二次的な目的（最終目的といってもよい）が何であるかは、調査面接と臨床面接では異なっていると考えるのが妥当だろう。そうすると、臨床とは何か、臨床の目的とは何かという問題を先に考察しなくてはならない。

### 3. 臨床面接とは何か

臨床とは、文字通り、床（ベッド）に臨むということであり、このベッドは空っぽのベッドではない。そのベッドには苦しむ人が横たわっている。典型的な場合、この苦しむ人は病気、あるいは怪我のために死に逝く人である。苦しむ人のそばに居て（臨んで）、その人の苦しみを少しでもやわらげたいと願う人が、臨床家である。したがって、臨床とは、「苦しむ人」と「苦しむ人の役に立ちたい（援助したい）と願う人」の、二者関係を基本とする一つの動的構造であると考えられる。苦しむ人は人類の歴史の最初から存在したに違なく、臨床の歴史は、おそらく人類の歴史と同じくらい古い。しかし原初の時代においては、この「援助する人」は、家族や隣人などの、ふつうの人（非専門家）であったろう。歴史の進展とともに、この「援助する人＝ケアラー」は、次第に専門分化して、現代の医療者や、心理治療者などになったと考えられる。

さて、臨床というものが、苦しむ人（現代では多くの場合、患者とかクライアントとか呼ばれる）への援助をその目的とするならば、臨床面接とは、その目的を達成するために行われるインタビューということになる。苦しむ人が何を苦しんでいるのか、また苦しむ人はどんな人なのかを知らなければ、援助を行うことはできない。したがって臨床面接は、まずなによりも苦しむ人の苦しみを理解し、また苦しむ人そのものを理解するための情報を収集するような面接であるということになる。しかしここで一つの問題がある。その人を理解し、

その人の苦しみを理解しようとする行為と、苦しみを和らげる行為は別のものなのだろうか？

近代の医療は、この両者を別のものと考え、苦しみを和らげる行為を「治療」と命名し、治療は主として生物科学的な理論と技術に基づいて行われるべきであると考えて来た。そして、医療現場における面接は、治療方針を決定するための情報収集であって、治療そのものではないとの考えが支配的だった。さらに医療面接のもう一つの目的は、対象化された苦しむ人（患者）へ、治療方針を説明したり、教育をしたりするため、医療者から患者に情報を与えることで、それは、俗語ではムンテラ：（Mundtherapie(独)：口による治療）と呼ばれてきた。正式の医学が認めていないにも関わらず、患者に説明を行うことが実は治療（Therapie）の側面を持っていることが、医学の俗流表現においては示唆されていることが興味深い。

医療・医学領域における面接（医療面接）についての考え方は、過去約20年の間に急速に変化した。これは医療・医学教育が、カウンセリング/心理臨床の考え方を積極的に取り入れるようになったためである。現代の標準的な医療面接の教科書<sup>1,2)</sup>は、医療面接の目的を以下の3つであると定義している。

- 1) 良好な医療者—患者関係を構築すること
- 2) 患者から必要な情報を聴取すること
- 3) 患者に対して適切な説明や教育を行うこと

ここにおいて、医療面接の最大の目的は、単なる患者からの情報聴取ではなくて、なによりも医療者と患者（これはインタビュアーとインタビュイーとの関係と読み替えても成立する）の「関係」を構築することであるとされたのである。

ここで臨床におけるインタビューの目的とは何かという議論に戻りたい。それはあくまでも、臨床家が目の前に対峙している「苦しむ人」の苦しみに対して援助することであり、そのために最も重要とされるのは、「情報を聴取したり、説明や教育を行う」といった行為を通じて、良好な関係を構築・維持すること」である。ここで、良好な関

係とは、伝統的に「ラポール」とか「信頼関係」と呼ばれてきたものとはほぼ同義である。

臨床面接とは何かという問題にもどろう。以下のように暫定的に定義できるのではないだろうか。

臨床面接とは、苦しむ人の役に立ちたいと願う者と苦しむ者が、聞き手と語り手という役割を担いながら、苦しみを少しでも和らげることが目標に、情報聴取や説明・教育などを通じて、良好な関係を構築・維持・展開することを目指すような、主として言語を用いた相互交流のプロセスである

ここで、聞き手と語り手との交流を「相互交流」と表現したのには、異なる次元の二つの理由がある。第一に、臨床面接のプロセスにおいては、「苦しむ人」と「苦しむ人を援助することを願う者」の役割は多くの場合、入れ替えのできない非対称的な関係である。しかし、面接における聞き手と語り手の役割は、そのプロセスの中では交代しうる。特に面接の初期の情報聴取のフェーズと面接の後半の説明・教育のフェーズでは、聞き手と語り手の役割は交代することが多い。そういう意味で、医療面接全体のプロセスにおいて、役割関係は相互的であり固定されたものではない。第二に、役割の交代というマクロなレベルではなく、ミクロレベルの話題のやり取りにおいても、聞き手と語り手は一方通行の交流を行っているのではなく、文字通りの意味で相互交流的である。医療者（あるいはカウンセラー）が、患者（またはクライアント）が話すことばを、うなずきながら単に聞いているだけのように見える場合でさえも、聞き手は語り手に対して、言語的・非言語的なメッセージを送りながら聞いているのであり、聞き手がどのように語り手に応答するかによって、語られる内容は変化し、同じ語りが二度と語られることはない。つまり、聞き手は語り手の中にある物語をただ聞き取っているのではなく、聞き手も語り手の物語の共同執筆者なのである。このようなより根本的なレベルでの共同構成性が意識される

ようになってきたのは、医療面接においては最近のことではあるが、医療における物語についての注目が急速に高まるにもなって、全ての面接は相互交流であり対話であるとする考えは急速に常識化しつつある<sup>3, 4, 5)</sup>。

しかし一方で、この「相互交流」の過度の強調は、臨床面接における「苦しみの援助者」の役割と責任をあいまいにしてしまう危険性がある。面接の中で深い共感が生じてくると、苦しむ者とその援助者の境界は非常にあいまいになり、双方がともに苦しむような状況が生じてくる。このような状況は「共苦 compassion」とよばれ、むしろこの共苦こそが苦しみを癒す最も重要な要因となる。しかしこの場合においても、援助者が、援助者の立場とその責任を放棄してしまうとすれば、せっかくの癒しの構造は瓦解してしまい、臨床の目的を達成することはできなくなってしまふ。このことは臨床における中核的な問題である。ここで再び、聞き手と語り手の関係が、間主観的關係であると同時に役割関係でもあるという二重性が十分に見抜かれていることが必要になる。

このように考えてくると、臨床面接とは、目的志向的に定義される概念であることが明らかになる。臨床面接と調査面接の相違は何かといえば、臨床面接は「苦しみの緩和」という目的が根底にあるということである。もちろん調査面接が、苦しみを和らげることがないという意味ではないし、それを全く目指していないというわけでもない。しかし、「苦痛を和らげること」は調査面接の唯一の目的ではないし、主たる目的でもないことは明らかであろう。

しかし臨床面接といえども、必ずしも語り手の苦痛を和らげるとは限らないし、時には面接によってむしろ苦痛を増すこともあるではないかという反論は可能である。心理療法やカウンセリングにおいては、面接によってクライアントがそれまで直面してこなかった問題に直面させられる状況が生じ、一時的には来談前よりも苦しみが増したり、病状が悪化したりすることもある。このようなプロセスが許容されるのは、カウンセリングや心理

療法が、例えクライアントの苦痛を一時的に増したとしても、その苦しいプロセスを通り抜けることによって、自己理解の増進や人間的な成長などを通じて、より高次の意味での「苦痛の緩和」が達成されることを見通しているからだと言明される。もちろん、カウンセリングや心理療法の目的が、目の前の苦痛（具体的な症状など）を取り除くことをゴールにするか、それとも、「苦しみを通じて歓喜（あるいは救済）にいたる」といった、実存的な苦悩の解消や、人間的成長や、魂の救済といった宗教的レベルまでを視野に入れたゴールを目指すかは、学派の相違やクライアントの状況などによってさまざまである。しかし臨床面接の目標はやはり、最も広い意味での「苦痛の緩和」に向けられているということは共通しているのではないだろうか。

#### 4. 臨床面接の構造と「関係」

臨床面接の目的が、「苦痛の緩和」であるとして、そのことと、臨床面接が「良好な関係の構築を最も重要で直接的な目標として設定する」ということとはどうつながるのだろうか？ ここでは医療者－患者関係を例にとり、この「関係性」の問題について考察を続けてみたい。

「ラポール」とか「信頼関係」とか「良好な医療者－患者関係」とかいう言葉はよく耳にする。いやそれどころか、これらは面接とかコミュニケーションとかいうことを論じる時の最重要概念であると言ってもよい。調査面接においてもラポールは重要な概念である。一方で、ラポールという概念に対する批判も目にする。例えば、土屋は以下のように書いている<sup>9)</sup>。「しかしこれらの〔ラポールについての〕議論は、データの正確さや真実性は、調査者と被調査者の信頼関係の成立に依拠しているという前提のもとになりたっている。ここには二つの問題が孕まれている。ひとつは、調査者と被調査者の関係に関することである。両者の関係が支配－従属関係にあり、決して対等ではないことはフェミニスト・エスノグラフィなどにより指摘されている。この認識にたてば「信頼関係」

の構築はすぐに矛盾にさらされることになる・・・(略)」。

上記の指摘は臨床場面においてはさらに重大な意味を持ってくる。常識的に考えて、臨床場面において、インタビュアーである医療者や心理療法家と、インタビューである患者やクライアントの間に、「支配－従属といった権力関係が全くない」などということは考えにくい。それでは、臨床面接の最も重要な目的とされる「良好な関係の構築」などということは、自らの権力性に無知な専門家が勝手に唱えているひとりよがりのお題目に過ぎないのだろうか。

おそらくそうではないと筆者は思う。その理由の一つは本稿において繰り返し述べてきたように、臨床における関係とは、間主観関係と役割関係という二つの側面をもっており、後者の役割関係の少なくとも一部は、権力関係という側面を持つことが避けられないからである。しかしだからといって、「信頼関係の構築を目指す努力」に意味がないなどということはない。臨床面接における関係が「権力関係」なのか「信頼関係」なのかという議論は、その議論そのものが拠って立つ基盤が妥当なものであるかどうか吟味されなければならない。

臨床面接という動的構造は、インタビュアー（医療者や心理療法家）とインタビュー（患者やクライアント）の二人の人間をその構成要素とする。この両者は、それぞれユニークな考えや感情を持った主体としての人間であるという意味で、対等な関係にある。また聞き手と語り手として、その役割を交換することも可能であり、そういう意味では両者（二つの要素）は、少なくとも部分的には互換可能である。しかし同時に、この両者には明確な役割の違いがあり、それは「苦しむ者」と「苦しむ者の役に立ちたいと願う者」として非対照的な関係にあり、後者は前者の苦しみに対する応答責任を自発的に引き受けている者であり、後者は前者に対して倫理的義務を担うことを選択している者である。このように、二つの構成要素は関係によって結ばれているが、その関係は一義

的に決定されるものではない。

構造は、「『複数の要素』と、『要素間の関係』との総体」として定義される。一般に、要素は入れ替え可能であるが、要素と要素の関係は不変であるとされているが、これを動的な構造として見た場合、要素と要素の「関係」は複雑であり、矛盾を含んでおり、かつ刻々と変化する。構造の理解において重要なことは、『要素』と『要素間の関係』は論理階型が異なっているので、単純に足し合わせることはできず、また同じように扱うことはできないということである。したがって、どのようなスキーマで描き表しても、スキーマによって動的構造を完全に明示することはできない。

同じように、臨床面接の構造を、ある言述として表現する場合、要素とは異なるレベルの論理階型をもつ「関係」は、一義的に言語化することはできない。それ（関係）は、その関係においてとりかわされる明示化された情報（ここでは会話のテキスト）の意味を規定するが、関係それ自体は一義的なテキストとして明示できない。この現象は、医療面接の現場では常に起こっていることであり、決して特別なことでもなければ、珍しいことでもない。

例えば以下のような会話がなされたとする。

### 例1

患者：先生、このお薬って副作用はないのでしょうか？

医師：副作用ですか。この薬は世界中で使われている安全な薬です。心配ありません。

患者：そうですか。先生がそうおっしゃるのならそうなのでしょうね。

### 例2

患者：先生、このお薬って副作用はないのでしょうか？

医師：副作用ですか。この薬は世界中で使われている安全な薬です。心配ありません。

患者：でも、本当に大丈夫なのですか？

医師：もし心配なら、お薬を飲まなくてもよい

のですよ。結局はあなたの命なのでですから。

患者：（不満げに）分かりました。薬は飲みます。私だって命はおいしいですからね。

最初の例では、医師と患者の間に見かけ上の信頼関係がある程度あると推定することもできるが、それを支配—服従の関係としてみることもできる。2番目の例では、患者は明らかに不満を押し殺して医師に従っているが、反抗の意志を半ば明示的に表現しているので、ここにある関係は信頼関係ではなく、支配者に対する反抗という関係が推定される。それでは次の例はどうか

### 例3

患者：先生、このお薬って副作用はないのでしょうか？

医師：この薬に副作用がないか心配なのですね。

患者：そうなんです。近所に私と同じ薬を飲んでいる人がいるのですが、最近薬の副作用で肝臓の具合が悪くなって入院したらしいのです。

医師：そうだったのですか、そんなことがあったなら、誰だって心配になりますよね。

患者：そうなんです。薬は飲まなければいけないということは分かっているのですが、私にも同じことがおこるのではないかと怖いんです。

医師：（微笑んで）それは無理もないですね。それでは、この薬の安全性について説明致します・・・

例3においては、おそらく例1とも例2とも異なる関係が、医師—患者者間に構築され始めていると思われる。しかし、私達はどうやってそれを知るのだろうか。いやそれよりも、この医師と患者にとって、医師—患者関係とはいったい何を意味するのだろうか？

神田橋は、「治療者と患者の間に信頼関係が存在している時、関係そのものが話題にされること

はない。信頼関係とは空気のようなものである。関係そのものが言及される時は、信頼関係が破綻している時である」と述べている<sup>7)</sup>。ここにはパラドックスがある。例3において、医師が「この薬には副作用はない」と防衛的な保証を行うかわりに、患者の「心配」に焦点をあてて「この薬に副作用がないか心配なのですね」という言葉を返した時、そこに信頼関係の萌芽が生成する。この医師が実践している面接は技法的にマニュアル化されたものかもしれないが、二度にわたってくりかえされる「そうなんです」という患者の言葉が、二人の関係の進展を推定させる。

「信頼関係」とか「権力関係」といった「ことば」は、あくまでも事後的に構成された概念に過ぎない。「関係」はことばそのものの背後にあって、ことばの意味を規定するが、それ自体は言語化されない。言語化されない限り、「関係」はその場を支配し、ことばを含むあらゆる交流に意味を与え、面接それ自体の効果（あるいは逆効果）として顕現する。それは、その場の「今ここ」において刻々と生成されるものであり、決して静止したものではない。それに「信頼関係」とか「権力関係」とかいう名前をつけたとたんに、それはピンで標本箱に止められた蝶のように死んでしまう。それは名づけられたとたんに、現在の面接のプロセスが生起する以前から存在していたかのように実体化されてしまう。しかし実は、その「信頼関係」というテキスト化された架空の実体は、新たにそれを意味づける、見えないもの（コンテキスト）の支配下に入るのである。

ここで言えることは、言葉によって概念的に明示化された「関係」はもはや、生きて活動する関係ではなく、死んでしまったテキストに過ぎないということである。それでは、臨床の現場の今ここで、「信頼関係」や「ラポール」と呼ばれるべきものは、どのようにして当事者によって知られるのか？ もしそれを知ることができなければ、それを構築しようと努力することさえできないではないか。理論的にはその「知り方」には二通りあるように思われる。その一つは、「推定」であ

り、もう一つは「直感」である。しかし、推定は多くの場合、事後的になされる。医療面接が一つの実践であり行為である以上、その行為が後から振り返られた時、初めてそれは「推定」され、その推定が言語化された時、それは固定される。しかし、このように「行為の後に反省する」ということも、決して意味のないことではない。それは訓練になるし、自分自身が他者やその場の関係に与えている影響を省みる態度を身につけておくことは、おそらくもっと高度な実践のコツを身につけることに役に立つ。しかし、この「事後的に推定する努力」の到達点は、行為と省察の間の時間的な差がほとんどゼロになった状態、「行為の中での省察 (reflection in action)」ということになるのだろう。

もう一つの「関係」への到達法は「直感」であり、これは、自身に沸き起こってくる感情、身体感覚の微細な変化、あるいは雰囲気とよばれるものへの感受性を通じて養われると思われる。感情が関係の意味と密接な関係を持っていることは、経験的にはよく知られているが、それがどのようなメカニズムによるのかは、未だよく分かっていない。直感の機能は、主として感情機能を分化させ、精緻化することによって得られると思われる。推定が専ら思考機能の訓練によって行為の中での省察にいたるのとは異なったルートではあるが、おそらく到達点は一緒になるのではないかと思われる。

いずれにせよ、インタビュー実践という動的な構造において、インタビューイの苦痛を緩和するという目的は、「良い関係の構築を目指す」という行動目標と密接に結びついている。科学的に証明されているわけではないが、人間は「関係の意味」を、快・不快として把握するという生物学的特性があるように思われる<sup>8)</sup>。したがって、「良い関係の構築」と「苦痛の緩和」は同じことの裏表である。この両者の関係は線形因果論で扱うことはできず、どちらかがどちらかの原因であるというわけではない。ここまで述べてきたように、「関係」を言語によって一義的に意味づけること

はできないが、それは言語によって全く意味づけられないわけでもない。このような複雑で自己矛盾的な関係を「腑に落ちる」まで体得することが、臨床面接の実践者には要求されると思われる。

## 5. 臨床における物語面接再考

臨床面接の特徴を規定するものはその目的であり、その目的は最も本質的な意味における「苦しみの緩和」であるとして、ここまで論を進めてきた。さらにこの「苦しみの緩和」という目的と「関係の構築」は、複雑で自己矛盾的な関係によって密接に結びついていることについて述べてきた。しかしそれでは、こういった臨床面接の最重要目的と、面接が「言語」を主たる媒体として行われるということは、どのように関係しているのだろうか。もっと素朴に言うならば、なぜ、「ことばのやりとりをすること」が、苦しみの緩和に結びつくのだろうか。ここでは、「物語＝ナラティブ」という概念を導入しつつ、上記の問題について考察してみたい。

インタビューの最も基本的なプロセスは、聞き手が語り手の「語り」を聴くということであるが、この「語り」は、通常「物語＝ナラティブ」の形式をとる。言葉を変えれば、臨床面接においては、語り手（クライアントや患者）の語ることを「物語として」聴き取る努力が重要とされる。それでは、なぜ語り手のことばを「物語として」聴き取ることが、「苦しみの緩和」につながるのだろうか。

もちろん臨床面接のプロセスの全てが、狭義の物語面接からだけなりたっているわけではないが、議論を単純化するために、臨床面接（特に医療面接）における典型的な物語面接に例をとって論を進めてみたい。医療における典型的な物語面接は、医療者が患者に「何が起こったのか話して下さい」と促し、患者の体験を物語の最後まで、遮ることなく語ってもらうということに尽きる。

以下に、日常臨床でしばしば経験されるような、あまり複雑でない問題を抱えた患者（複数の体験から合成された架空の事例である）を例にとって、

医療における物語面接について説明する。文中で「」は患者の発言、〈〉は医療者の発言である。

物語面説の目的は、患者の病いの体験の物語をまるごと聴き取ることである。患者の語りを促進するために、いくつかの質問をすることになるが、これらの質問は情報の聴取のためというよりは、患者の語りを引き出すための質問である。面接の初期には、語りの主導権を患者に譲り、医療者は、患者の語りに付き従って聴いていく（傾聴）の姿勢を堅持することが原則である。

最初の質問は、答えを限定しない、ぼんやりとした開かれた質問から開始されるのが一般的である。

〈今日はどうされましたか？〉

「胸が苦しくて辛いんです」

最初の開かれた質問に対して、何が語られるかは、話されてみなければ分からない。最初の質問に対して、直ちに長い物語が語り出される場合もある。その場合は、そのままさえずらずに、傾聴していく。しかし、最初の質問に対して、患者が短い言葉でしか返事しない場合、その次の言葉をどう発するかによって、話の流れが変わる。そこで、次のような質問をすることが考えられる。

〈胸が苦しいのですね。今現在はどんな感じですか？〉

このような質問は、「今、ここ」に焦点を当てている。このような聞き方をすると、私とあなたが今いるところの「ここ」という「場所」が、二人にとって実感されることになる。この「今、ここで、対話をしている二人」を包む「場所」のイメージこそが、対話を成立させる基盤である。上記の質問に対して、「今現在も苦しいのです」という答えが返ってくるならば、〈それについて、具体的に教えてください。どんな具合なのですか？〉というような質問で、イメージを具体的にし、そのまま話を聞き続けることになる。しかし、

「いいえ、今は何ともないのです」という答えが返ってきたら、次のような質問で、語りをさらに引き出すことになるだろう。

〈そうですね。それでは、最初に具合が悪くなった時の様子から詳しく教えていただけますか？〉

この質問は、患者の「病いの物語」を語ってもらうための誘導である。物語には、時間の経過があり、始まりがあり、次々と起こる出来事の連鎖が続いて、終結へと至る。この面接における終結とは現在（今、ここ）へと話題が戻ってくることである。まず、物語の始まりの時点へ誘導することにより、医療者は患者と一緒に、物語を時間経過に添って、想像上の旅路をたどろうとするわけである。上記のような質問に対して、患者が以下のように語り始めたとしよう。

「そうですね。最初に起こったのは、3日前の朝なのです」

〈ほう〉

「前の晩は特に変わりなく布団に入りました。ところが、朝方、胸苦しくて目が覚めたのです」

〈なるほど〉

「苦しくて、寝ていられませんでした。それで、布団の上に起きあがって、うずくまっていました」

〈そうですね〉

患者が続けて話してくれているうちは、特に新しい質問をする必要はない。うなずき、あいづちなどを返しながらか聞いていけば良い。下手な質問をすると、むしろ患者の語りの流れを妨げてしまう。

「咳も出るし、息をするとぜいぜい音が出るようで、本当に辛かったです」

〈うーん。それはたいへんでしたね。で、そのあと、どうになりましたか？〉

「これじゃあ、とても会社へはいけそうもないなあと思っていたのですが、不思議なことに、窓の

外が明るくなってくるころになったら、少し楽になってきたのです」

〈ほう〉

「それで、何とか電車に間に合って、会社へ行くことができました」

〈それは良かったですねえ。会社ではどうでしたか？〉

「それが、不思議なことに、会社へ出てみると、何ともないのです。あれだけ苦しかったのがうそのようで、その日は普通に仕事をしました」

〈へえ。それで？〉

「その日は夜まで、すっかり何ともなかったのですが、もう治ったのかな、と思っていました。ところが翌日の朝も全く同じことが起こったのです」

〈えーっ、そうなんですか。やっぱり翌朝も苦しくなったんですね〉

「そうですね。やっぱり、朝方まだ暗いうちに、息苦しくて目が覚めました。でもしばらく同じように我慢をしていたら、やっぱり出勤の頃にはだいぶ楽になって、その日も会社に行きました」

〈なるほど、で、それからどうになりました？〉

ここまで用いられている技法は、「あいづち」、「くりかえし」、「うながし」などで、こちらから話題を変えるような質問は極力避けられている。ある程度経験を積んだ医療者であれば、患者の話の聞いているうちに、鑑別診断のために重要な情報について質問したいという欲求に駆られる。しかし、ここではあえて、そのような診断に必要な情報を集めることをもっと後の段階に回す。

「結局昨日の昼間も普通に仕事したのですが、今朝もまた同じようなことが起こったのです。やはり、2時間くらいでおさまったのですが、さすがに、これはたまらんと思いました」

〈無理もないですね〉

「ええ。アパートで一人暮らしなので、苦しい時は、このまま死んでしまうのではないかと思うくらい不安になります」

〈一人暮らしなのですか。それじゃあ、そんな気



持ちになるというのも当然ですね>

「そうなのです。3日も続いたので、このままだと自然に治ることはないだろうと思いました。今日こそ医者へ行こうと思い、幸い今日は午前中仕事のアポイントが入っていなかったので、午前中会社を休んで、こちらへうかがったというわけです」

<なるほど、そういうわけですか>

こうして、ようやく患者の語りは、現在の時点へと到着した。このように、始まりから時間経過に添って色々な出来事が語られ、現在まで至ると、一つの物語が語られたという区切りに至る。イメージの上では、物語の始まりから今この現在まで、患者と医療者とは、一緒に旅をして、最終到着点である「今、ここ」へたどり着いたという感覚になる。このようにして、医療者と患者は、「同行二人」の、想像上の体験をしたことになる。しかし、医療における物語面接は、これだけでは終わらない。

ここまで、患者が体験した病いの物語を、主として時間経過に沿ってたどってきた。かなり丁寧に患者の物語は傾聴されている。患者が今までに話してきた病いの物語、それを医療者は聴き取り、理解したと思っているかも知れない。しかし、もしかすると患者が話したことを、医療者は正確には理解していないかも知れない。いや、そもそも医療者が、患者の物語を完全に正確に聴き取ることなど、実は不可能なのだ。厳密に言うならば、医療者は、医療者が聴き取ったと思っている患者の物語を、自分で作り上げて来たのである。物語とは、すでにできあがったものを、患者が診察室に運んできて、医療者に手渡すのではない。聴き手である医療者も患者の物語の共同執筆者なのだ。それでは、共同執筆は具体的にはどのようにして明確なものになるのか。それは、聴き取った物語を、今度は医療者の言葉でもう一度語り直すことによってなされる。これは、技法的には、「要約と確認」の技法である。しかし、物語面接の視点から言うならば、これは、医療者による、患者の

物語の語り直しである。

<今までのお話を整理させてください>

「はい」

<今回の症状は3日前の朝、突然始まったのですね>

「そのとおりです」

<前の晩は普通に就寝んだのに、明け方に胸が苦しくて目がさめたのですね>

「はい」

<その時は、苦しくて、寝てられないほどで、布団の上でうずくまって我慢していたのですね>

「ええ」

<ほんとに死んでしまうんじゃないかというくらいひどかったけど、でも朝になったら、少し楽になってきたので仕事に行っただけです>

「そうです」

<ところが、昼間は何ともないのに、昨日も、今朝も同じように苦しくなって、これはたまらん、なんとかしてほしいと思って、こちらにこられたと、だいたいそんなところですか？>

「そうです。そのとおりです」

<何か、言い残しとか、追加することとかありますか？>

「いいえ。特にありません」

ここで大切なことは、医療者はこの段階では、自分の物語を語っているのではなく、患者の物語についての医療者の理解を語っているということである。それを患者が聴いて、確認する。この作業は、患者の物語を二人で紡ぎ上げていく共同作業の確認である。患者の返す言葉が、「そうそう」「そのとおりです」といった、肯定の言葉が多ければ多いほど、その作業はうまく行っている。

このような、患者の物語についての物語を医療者と患者が共有することの意味は、どこにあるのだろうか？ 共有された物語は、患者が医療機関へ訪れる前の物語と厳密には同一ではない。しかし、互いに語り合いながら、ひとつの物語を紡ぎ上げる作業がなされたとき、患者も医療者もとも

に、「私達は共同作業をしている」という実感を得ることができる。この実感こそが、ここからの共同作業を継続するための基盤となるのである。

ここまで、非常にありふれた医療面接を例示してきた。このような面接の内容とプロセスは、医療における古典的な病歴聴取と大きな違いはないように見えるだろう。元来、病歴聴取とはその人の history(歴史)を聴き取ることなのである。近代の医療におけるコミュニケーションの問題は古典的な病歴聴取を行ってきたことにあるのではなく、むしろそれが適切に行われてこなかったことにある。病歴聴取という行為をていねいに物語の視点から再考する時、それはまさに物語面接の特徴を備えているのである。

このような面接がなぜ、「苦しみを緩和すること」を目的とする医療面接として機能するのだろうか。考えられる一つの答えは、このような「物語の共有」のプロセスにおいて構築される(と推定される)「同行二人の関係=信頼関係」が、医療者と患者の面接においてやりとりされる言語的なテキストだけでなく、非言語的に遂行される医療行為をも、刻々と意味づける働きをするプロット(あるいはコンテキスト)として機能するという可能性である。医療者と患者との間の信頼関係は、「私を信頼してください」とか「私達には信頼関係があります」といった、明示的なメッセージによっては決して構築されない。むしろそのようなテキストは、信頼関係の欠如の指標であり、さらなる信頼関係の低下をもたらす。そうではなくて、私達は、物語面接というプロセスの中で、想像上の行為を共に体験することによって、明示的な医療行為の内容(それはテキストであったり行為そのものであったりする)を刻々と意味づける「生きた信頼関係というコンテキスト」を獲得し、その関係が生成する意味こそが、「苦痛の緩和」や時には「共にある喜び」さえももたらすのだと考えられる。

#### 【文献】

- 1) 斎藤清二：はじめての医療面接—コミュニケーション技法とその学び方。医学書院，2000)
- 2) Cohen-cole SA: The Medical Interview-The three function approach. Mosby Year Book. 1991. (飯島克己、佐々木将人監訳，メディカルインタビュー：三つの役割軸モデルによるアプローチ。メディカル・サイエンス・インターナショナル，1994)
- 3) Launer J: Narrative Based Primary Care; A Practical Guide. Radcliffe Medical Press, 2002. (山本和利監訳：ナラティブ・ベイスト・プライマリケア実践ガイド。診断と治療社，2005)
- 4) Greenhalgh T: What Seems to be the Trouble - Stories in Illness and Healthcare. Radcliffe Medical Press, 2006. (斎藤清二訳：グリーンハル教授の物語医療学講座。三輪書店，2008)
- 5) Charon R: Narrative Medicine-Honoring the Stories of Illness. Oxford University Press. 2006.
- 6) 土屋葉：ラポール。桜井厚、小林多寿子編，ライフストーリーインタビュー—質的研究入門。せりか書房、東京，2005，p83-84.
- 7) 神田橋條治：治療のこころ。巻1-8。花クリニック神田橋研究会，1991-1998.
- 8) Lazarus R: Stress and emotion: A new synthesis, New York: Springer Pub. Co, 1999, (本明寛監訳。ストレスと情動の心理学：ナラティブ研究の視点から。実務教育出版，2004)
- 1) 斎藤清二：はじめての医療面接—コミュニケー