

医療相互行為へのエスノメソドロジ的アプローチ  
——医師—患者関係の非対称性をめぐって——

高山啓子\*

Ethnomethodological Approach to Asymmetry  
of Doctor-Patient Interaction

Keiko TAKAYAMA

**Abstract**

The purpose of this paper is to show the ethnomethodological approach to medical field, particular doctor-patient relationship. Some studies of medical sociology have suggested that doctor-patient relationship is asymmetry. Medical ethnomethodology explicates how this asymmetry between doctor and patient is organized and achieved by participants' interaction in medical consultation.

First, I overview historical development of medical ethnomethodology. Second, I examine how asymmetry of doctor-patient relationship is treated by Talcott Parsons who first theorized this problem. Finally, I show that Christian Heath's studies of doctor-patient interaction demonstrate the asymmetry of doctor-patient relationship.

Key words: medical sociology, medical ethnomethodology, doctor-patient relationship, DPI

はじめに

医療を対象とした社会学の研究では一般に、具体的な医療に関する問題を扱っていたり、実際の医療に関するフィールド調査に基づいたものであっても、最終的にはさまざまな医療に関するトピックを理解するために何らかの理論枠組みによるモデルづくりを目指しているように思われる。こうした研究法とは異なった仕方で、エスノメソドロジは医療というフィールド

---

\*専任講師 社会学

にアプローチしてきた。

本稿では、エスノメソドロジーが医療を研究対象としてどのように扱ってきたのかを明らかにし、具体的な医療場面の実践的相互行為を研究する方法が、医療社会学の一つのあり方として可能であること、また従来の医療社会学においてあまり扱われていない一局面を扱うことを示していきたい。

近年、医療社会学においても医療を研究対象とするエスノメソドロジーにおいても医師－患者関係にとどまらない研究の必要性が主張されているが、あえて本稿ではエスノメソドロジーの医師－患者相互行為研究に注目しようと思う。というのはそうした研究では、T. パーソンズ以来の医療社会学で考察され、理論化されてきた医療のいくつかの側面が、具体的場面において相互行為者自身によってどのように組織されているかが検討されているからである。従来の医療社会学で検討されてきた医療のいくつかの側面のうち、ここでは医師－患者関係の非対称性、特に専門的能力の差異と患者の身体の扱いに関して生じる特殊なふるまいに限定して考察していく。

## 1. 医療エスノメソドロジーの展開と医師－患者相互行為研究

まず本節では、医療に対してエスノメソドロジーがどのようにアプローチしてきたか、その歴史的展開を述べていきたい。またその展開の中で、医師－患者関係に関する研究がどのような位置にあるかを明らかにしていく。この際P. テン・ハーブにならって、医療場면을扱っているエスノメソドロジー研究を医療エスノメソドロジーと呼ぶことにする。テン・ハーブが医療エスノメソドロジーということばで指すものの基準は、(社会の)メンバーによって理解されている「健康と病気」に関係するあらゆるものと、医師やナースといった医療従事者の作業＝働き (work) に関係するあらゆるものにおかれている (ten Have 1995, p. 246)。

### (1) ガーフィンケルとサドナウ、および医療周辺領域の研究

エスノメソドロジーは、その初期的研究から医療とその周辺領域 (カウンセリング、グループセラピーセッション、自殺防止センターなど) での出来事を研究データとして用いてきた。特にエスノメソドロジー自体の端緒である H. ガーフィンケルの最初の著書 *Studies in Ethnomethodology* (Garfinkel 1967) は、全8章のうちの4章までが医療 (特に精神医学の) 場面に関する議論となっている<sup>(1)</sup>。

またガーフィンケルの *Studies...* (Garfinkel 1967) と同じ年に出版された D. サドナウの

*Passing On* (Sudnow 1967) は、病院のフィールドワークの研究成果であり、病院において用いられる「死」「死につつあること」「生命」「病」「患者」といった諸カテゴリーが病院職員の実践によって構成される仕方を明らかにしている。

ガーフィンケルの研究は、「医療」の研究としてというよりはエスノメソドロジック研究の一例として医療に関連する領域を取り扱っているものであり、またサドナウの研究は病院という組織をフィールドとした研究であるが、それがエスノメソドロジック研究であると強く主張されているわけではない<sup>(2)</sup>。とはいえ、サドナウがこの著書において考察しているカテゴリーの組織化の問題はエスノメソドロジック、特に H. サックスによって創始された会話分析の主要な焦点のひとつであり、サドナウの研究は病院というフィールドの会話分析だとさえ言ってもよいと思われる<sup>(3)</sup>。

サックス自身は初期の会話分析において、その分析対象としている会話を自殺防止センターやグループセラピーセッションといった医療周辺領域から集めている (Sacks 1992)。しかしそのように医療周辺領域から会話を集めているといっても、彼の関心は「医療的なもの」にあったというよりは、会話の組織化がどのようになされるのかという一般的なものにあったと思われる。むしろ初期エスノメソドロジックにおいて医療周辺領域へ直接の関心が向けられているのは、ガーフィンケルやサドナウの研究とは時期がずれるが、D. スミスによる素人（専門家ではなく）による「精神病」の構成の研究である (Smith 1978)。

## (2) 医師－患者相互行為への焦点

1980年代になると、エスノメソドロジックの会話分析を用いて診療場面における「医師－患者相互行為 (doctor-patient interaction = DPI)」研究が行われるようになった。この DPI 研究は、一般的な診療の場面での医師と患者の会話の組織化を分析するものが中心となっている (ten Have 1991)。初めの頃の DPI 研究では、医師と患者が診察室で面談するときのやりとりに、また近年のものでは、診察が行われた後、医師が患者に診断を提示するときのやりとりに焦点が合わせられている (ten Have 1995, p. 254)。

これまで多くの DPI 研究が行われてきたのはアメリカ合衆国においてであるが、そこでの重要なテーマは医師と患者の非対称性、あるいは権力関係であり、そこには医師や医療体制一般に対する批判という視点が含まれている (ten Have 1995)。そこで論じられている非対称性や「権力」は、医療的な話の仕方としらうとの話の仕方の違いに関連して生じているものと見なされている。つまり、患者の話に医師が割り込んだり、説明がなされないままに医師が患者に質問して答えを求めたり、医療に関する情報へのアクセスが患者は制限されているといった

ことが、医師と患者の会話の中に見出せるということである。そしてもちろん、これらのことを立場を逆にしてはできない。医師の話に患者が割り込むことは困難であるし、患者が医師に対して自由に質問をしていいわけではない。こうした会話上の非対称性が生じる原因を医師と患者という社会的地位の関係上のギャップに求め、さらにはこうしたふるまいを患者に対する医師の権力行使と見なしているのである。こうした研究では抑圧された被害者としての患者という見方をもって、医師－患者相互行為、具体的にはその会話が分析されているのである。

一方、こうした会話の分析とは別の仕方での会話分析的研究もなされている。C.ヒースの研究では、医師と患者のやり取りを録画したビデオを分析に用いることで、その場の参加者の視線や身体動作などが診療場面を組織していく仕方にも注目がなされている（Heath 1986 など）。

### (3) 医師－患者相互行為以外への注目

医療エスノメソドロジーは、医師－患者相互行為にのみ注目しているわけではない。素人としての患者、というよりは「病人」の世界への着目は、医師－患者相互行為の批判的研究から導き出されている。そうした研究では、人がどのように「病」に直面し、それを受容して医師に助けを求めようとするかを具体的に捉えようとしている（ten Have 1995, p. 254）。

一方で専門家としての医療（スタッフ）側の世界にも関心が向けられている（ten Have 1995, p. 255）。そうした研究においては、DPI研究が医療の専門的実践という側面を考慮してこなかったことが指摘されている。個々の診療とそこでのやりとりは、より広い医療という作業＝働き（work）の配置の中に埋め込まれているといえる。個々のやりとりのみ単独で取り出して分析することはできず、そうした配置の中でこそ、個々のやりとりは意味をなすのである。そもそもの医療エスノメソドロジーの発端とも言えるガーフィンケルやサドナウの研究は、医師－患者相互行為に関するものではなく、専門家としての医師や医療スタッフの仕事がより大きな医療のセッティングに埋め込まれていることを示しているものであった。

さらには、医師－患者の会話を中心にして行われない診療の形態に対しても、医療エスノメソドロジー、あるいは会話分析という観点からの研究が可能であるということも、DPI研究とは異なる見方が求められている理由の一つである。個人経営の開業医による診療だけでなく、「病院」という大きな組織の中でのさまざまな医療スタッフによる（医師だけによらない）チーム診療に関しても、エスノメソドロジー、あるいは会話分析という研究方法を取ることが可能である。また実際に、患者が言葉を発さない、発せないという状態で診療が行われる場面は医療実践の中で数多く見られるが（患者に意識がない手術や救急医療の場面など）、そうした

場面のエスノメソドロジック的研究もまた可能なのである（高山，行岡 1997）。

## 2. 医師－患者関係の非対称性

前節で述べたように医療エスノメソドロジックは、会話分析を用いることによって診察における医師－患者相互行為（特に両者の会話）の研究を中心に展開してきた。そしてその焦点となっていたのは、医師と患者の非対称性、もっと言ってしまえば患者に対する医師の権力的ふるまいであった。この焦点は、権力的医療批判という文脈において生じているものであるが、その文脈をはずしたとしても、医師－患者関係の非対称性はT. パーソンズ以来の医療社会学の重要なテーマである。本節ではパーソンズが医師－患者関係の非対称性をどのようなものと捉えていたかを明らかにしていきたい。

医師と患者の関係が「非対称的」という見方は、医師と患者それぞれの役割や医師－患者相互行為を考察する上で、ほぼ前提にされているとあってよいだろう。実際、研究者にとってのみならず、患者となりうる私たち自身にとっても、この医師と患者の関係が「非対称的」という前提は一般的に流通しているものと考えられる。

T. パーソンズによって示唆された医師－患者関係の非対称性は、主に医師と患者の専門的能力の差異から導き出されるものである。パーソンズは、病人がおかれている状況から導き出される帰結として次のように述べている。

「自分ではどうすることもできないこと、専門的能力の欠如、および情緒的不安とが結び合  
って、彼はとくに搾取されやすい客体となる」(Parsons 1951 = 1974, p. 441)

患者は医学的な専門知識や技術といった能力を持っていないので、自らの抱える問題（病気）を解決するためには、そうした能力を備えており使用することのできる医師に頼らざるをえない。医師と患者はその専門的能力の差異ゆえに、その関係が非対称的となり、患者に対する医師の権力行使を引き起こす可能性を抱えているのである。

パーソンズの想定する医師－患者関係は個人経営の開業医における診療をモデルとしており、近年の病院でのチーム診療には適用できないという批判もなされている（進藤 1990, p. 94）。また患者の人権意識の高まりもあって、医師に依存する患者像からクライアント、消費者としての患者像への変化も見られる（中野 1992, pp. 120-121）。しかし医師－患者関係の非対称性を専門的能力の差異に由来するものと捉えるなら、患者側に医学的知識が情報としていかに伝

わりやすくなっているとしても医療の専門化がさらに進んでいるということもあり、また「医師－患者」というカテゴリー化をする限り「専門家－素人」という関係は形成され、両者の非対称的關係は保持されるものと思われる。

さらにパーソンズの示唆する医師－患者關係の非対称性は、専門的能力の差異に関してだけでなく、「身体の不可侵性」に対して医師が持つ特権という形でも現れている。パーソンズは次のように述べる。

「身体の露出とか身体の接触の量やそれらの機会は、すべての社会で注意深く規制されており、われわれの社会では、はなはだしく規制されている。通常、裸でいるのが正常ではない文脈で裸の人を見ることや、人びとの身体にさわったり、それを触診したりすることは、以上述べた事柄にかんがみて説明を要する『特権』である」(Parsons 1951 = 1974, p. 446)

医師は患者の身体に対して特権を行使できる地位にあり、医師と患者のあいだでは通常の間人間關係で行われえないような行為がなされるのである。この特権は医師が医師であるからこそ行使できるものであり、これも医師と患者との非対称的な關係を形成しているといえる。

以上のように医師－患者關係の非対称性は、医師と患者の専門的能力の差異と、患者の身体に接触することができる特権の問題として生じていると考えられる。パーソンズはここから非対称的、権力的關係である医師－患者關係を統制するための規範的な医師役割の議論を展開する。医師役割として、専門的能力に関してはその業績性が期待され、身体に関する特権に関しては感情中立性が期待されているのである (Parsons 1951 = 1974 p. 429)。

こうした医師－患者關係の非対称性に対して医療エスノメソドロジーはどのようなアプローチをとることができるのだろうか。P. テン・ハーブは次のように述べている。

「医師－患者相互行為の非対称性は、伝統的には制度的構造や規則や資源の効果と考えられてきたが、エスノメソドロジーの展開によって、他の仕方を考えることが、つまり非対称性が医者と患者の状況づけられた相互行為の詳細において/詳細をとおしていかに生み出されるかを見るのが可能となっている」(ten Have 1991 p. 139)

つまりエスノメソドロジーの立場をとることによって、医師－患者關係の非対称性という見方を保持しながら、そうした關係性を相互行為によって生み出されていくものとして捉えることができるのである。次節では、パーソンズの指摘する医師－患者關係の非対称性が関わって

る二つの側面、専門的能力の差異と患者の身体に対する医師の特権という側面にエスノメソドロジー的アプローチをとる研究を例にあげ、医療エスノメソドロジーが具体的にどのようなものであるかを示していきたい。

### 3. 医療エスノメソドロジー研究のアプローチ

医師－患者相互行為の非対称性の会話分析研究は、前述したような医療に対する批判的観点からなされているものに限らない。医師－患者相互行為の非対称性を医療（診療）という制度的場面の特徴として扱い、その非対称性が具体的な場面における具体的な医師と患者の会話の連鎖によってどのように生み出されているか、つまりどのように非対称性が組織化されているかを注意深く詳細に検討しているものもある（ten Have 1991, Heath 1992）。本節では医療エスノメソドロジー、特にDPI研究が医師－患者関係の非対称性をどのように扱っているかを検討したい。

#### (1) 制度的場面の特徴としての非対称性

ある種のDPI研究または医療場面の会話分析は、制度的場面の会話分析研究の一つとして位置づけることができる。こうした研究において医療の他に制度的場面として扱われているのは、例えば学校の教室、法廷、ニュースインタビューといったものである。そしてそこで前提になっているのは、そうした場面での会話が普通の（例えば友人同士の）会話の基本的形式からはずれているという観点である（Heritage 1985）。

例えば会話の順番取り（Sacks, Schegloff & Jefferson 1974）に関しては、通常の会話の順番が局所的に割り当てられていくのに対して、制度的場面ではあらかじめ割り当てられていると論じられる。何らかの制度的場面（診療、授業、裁判、インタビューなど）において、そこで特定の役割の担い手（医師、教師、弁護士、インタビュアーなど）は質問をし、（適切なところで）次の話し手を選ぶが、その場面を構成しているもう一方の役割の担い手（患者、生徒、証人、インタビューされる人など）は彼らに応答するよう制限されているということである。そしてそれぞれの制度的役割が、そうした会話の形式を取ることによって作り出され、維持されているということになる。そうした会話の順番取りの形式の特徴こそが、それぞれの制度的場面的特徴、ひいてはその制度を他の制度から区別する特徴になっているというのである。

例えばP. テン・ハーブの研究において見出されている医師－患者相互行為の非対称性は、順番取りの形式以外には、①トピックの非対称性、②課題の非対称性に関するものである

(ten Have 1991, p. 140)。トピックの非対称性は、診療の場面において医師ではなく患者の健康状態のみが検討されるということに現れている。また課題の非対称性は、医師と患者がその場で行うべき課題の差異に現れている。患者の課題は、症状を報告すること、医師の質問に答えること、医師の決定を受け入れることなどであり、医師の課題は、患者の訴えを聞くこと、診断と治療について決定することなどである。こうした非対称性の諸局面が、具体的な医師と患者の会話に見出されている。

医師と患者の会話における順番取りの非対称性は、診察場面の主導権の問題としても考えられている (ten Have 1991, p. 142)。その医師、あるいはその医療機関を訪れるかどうかは患者に決定権があるが、診察の場面に入っていくにしたがって、患者はその主導権を失っていくというのである。まず患者がいつ診察室に入るかは、患者が決定することはできない。さらに診察室に入ったからといってすぐにその場が診察の場になるわけではない。典型的には医師による「どうしました？」という発話、つまり患者が診察に訪れた理由を問うことによって、診察が開始されるのである。そこからはほとんど常に医師が患者に質問をし、患者がそれに答えるという連鎖が繰り返される。しかしここで注意しておきたいのは、医師の質問から診察が開始される、また医師が常に質問をするからといって、医師のみがそこでの相互行為をコントロールしていると考えべきではないということである。またそうしたやりとりのあり方が、医療の制度的特質から自動的に生み出されているのではないということである。

C. ヒースによる診療場面のビデオ分析の一部は、診察の開始部分に焦点が合わせられているが、そこで観察されているのは患者が診察室に入ってから医師が「どうしました？」と言うまでの間に起こっている出来事である (Heath 1986)。通常会話において参加者は、相手に視線を向けるなどして発話の受け手であることを示すのだが、ヒースによれば受け手であることを示すことは、積極的に相手の発話を促すことになる。診察室に入った患者は医師の前に座り、医師のほうに身体と視線を向けたり、患部を提示するなどの身振りによって診察の開始を促すことがある。この観察から明らかになるのは、診察が開始されなければどちらもそれぞれ「医師」「患者」というカテゴリーの担い手とはなり得ず、したがって「医師」「患者」というカテゴリー自体もそこでの相互行為（診察を開始しようとする）によって達成されるということである。

しかしながら、そのように相互行為的に達成される非対称性も、特に「医療」の場面と関連して生じていると言うことは難しい。テン・ハーブの述べているようなトピックの非対称性にしても課題の非対称性にしても、医療の場面にしか起こりえないというものではない。例えばインタビューのやりとりを考えれば、トピックは常にインタビューされる人に関連のあること



(その人自身のことでもその人の専門分野に関するものでも)である場合が多い。またインタビュアーの課題はインタビューをすることであるのに対し、インタビューされる人の課題はそれに答えることであり、その課題が入れ替わることはない。つまりトピックや課題の非対称性ということならば、医療の場面だけでなくインタビューの場面にも同様に見出されるのである。では医療場面が「医療」の場であるからこそその非対称性は、どのようなところに見出せるのであろうか。

## (2) 医師－患者関係の非対称性へのエスノメソドロジック的アプローチ

本節では、単なる制度的場面の特徴としての参加者の非対称性ではなく、医療場面の「医師」と「患者」の非対称性が見出されている C.ヒースの研究を参照していこう。先に言ってしまうと、その非対称性は医師と患者の専門的能力の差異と患者の身体に対する扱いに関して生じている。そしてこれは、前述のパーソンズによって示唆された医師－患者関係の二つの側面でもある。つまりヒースの研究は、パーソンズが理論化した医師－患者関係の特質を参加者自身がその場の相互行為によって産出している仕方を明らかにしているものと言えるのである。

### 1) 専門的能力に関する非対称性

C.ヒースの研究においては、診察の相互行為の中で医師によってなされる「診断」を軸にして医師と患者の非対称的なやりとりがどのように行われているのかが詳細に検討されている(Heath 1992)。ヒースによれば、まず「診断」とは「医師に帰属する資格や権限だけでなく、その連鎖上の位置、つまり健康状態に関する言語的身体的診察に並置された位置から引き出される」(Heath 1992, p. 238)ものである。資格を持った「医師」のみが「診断」を行うことができるのだが、医師の述べることで必ず診断となるわけではなく、診察の相互行為の中で特定の位置に置かれて初めて、ある発話は「診断」と理解することができるのである。

ヒースによれば、医師が診断を提示する際、その発話に対して多くの患者は常にそれに答えるのを差し控えていることが観察され、そこに医師と患者の会話の非対称性が見出される。例えばヒースは次のような事例をあげている(Heath 1992, pp. 239–240)。

### (3) (Examination followed by questions)

Dr: → 'hhh You know (0.2) I'm wondering if you've got a small:: ulcer:  
(0.8)

Dr: And I'm wonderin if we ought to just have this looked into an:::,

(0.2)

Dr: (thoroughly) examined an:: ↑ (.) if this confirmed  
give you some special tablets that will help:.

(診察の後に質問が続けられる)

医師：ええと (0.2) 小さい潰瘍ができていないかと思うんですが

(0.8)

医師：これを調べなければいけないんじゃないかと思うんですが

(0.2)

医師：(徹底的に) 検査して (.) 確認できればそれを治療する特殊な錠剤を出します

この事例では、医師の最初の発話が診断の提示となっているが、その後0.8秒の間があり、次の発話を行うことが可能であるにもかかわらず患者はその診断提示の発話に回答をしていない<sup>(4)</sup>。

医師と患者による診断をめぐるやりとりは、ヒースのまとめによれば次のような順番で行われる (Heath 1992, p. 241)。

(身体の診察)

医師 診断や医療的評価

患者 応答しない、または下降イントネーションの短い応答 (yeh など)

医師 処置、治療などのすすめ

通常の会話で何らかのニュース価値のある情報を提示されると、「Oh (へえ)」や「本当に？」といった応答が返されるものなのだが、診断や医療的評価に対してはこうした応答がなされることはほとんどない。患者にとって医師の診断とは、自らが病気であるという主張、そして自らの病人役割 (権利・義務) を正当化するものであり、自分が診察に訪れたことを正当化する。それゆえに、診断に対する応答という自らの行為の正当な理由を脅かす可能性のある行為はめったになされないということなのである。

むしろ患者が診断に回答するのは、自らが訴える不調と医師による診断が食い違うときである (Heath 1992, p. 255)。

(18) (Physical examination)

Dr: → Well yer chest is:: (.) absolutely clear: today::,  
(1.0)

Dr: which is helpful: ↑ (0.4) and your pulse is: (0.7) only eighty  
'thhh (.) whici is er::: (1.2) not so bad.  
(1.2)

P: → (Right it's::) there:: night time (uh) (.) it's:::ts not clear there, I've got er:::  
(以下略)

(身体の診察)

医師：ええと、胸の調子は (.) 今日は全く問題ないですね  
(1.0)

医師：治療が効いていて (0.4) 心拍数は (0.7) 80で (.) ええ (1.2) そんなに悪くない  
ですよ  
(1.2)

患者：(はい) 夜には (.) 調子がよくないんです  
(以下略)

ここで患者は「今日は」問題がないという医師の診断に対して「夜には」調子がよくないと主張することで、医師の診断に自分の理解している症状を何とかして一致させようとしている。患者が医師の診断に疑問を提示したり、否定したりすることは起こりにくいのである。

ヒースのこの研究において明らかにされている医師と患者の非対称性とは、患者の意見が素人のものであり、医師の診断が専門家の客観的、科学的判断という見方である。そしてこの見方自体、患者の応答を差し控えるというふるまいによって達成されているといえるのである。

2) 「身体」の焦点化における非対称性

医療は患者の健康状態に関して行われるものであり、多くは患者の身体的な健康状態が問題となっている。身体的な健康状態が問題になる場合、診療は患者の身体を軸にして行われる。その際医師は、患者の身体を直接、見たり触ったりすることになる。この医師が患者を診療する上で当たり前のように行っている、他人の身体を見たり触ったりするという行為は、通常の人間関係においては（相当の親しい間柄でない限り）認められにくい。資格を持っているがゆ

えにそれが許されているとしても、そうした行為は私的領域への侵害であり得、だからこそ医師の患者に対するふるまいは価値や規範によって注意深くコントロールされていると言われている (Parsons 1964 = 1973 → 1985, p. 434)。こうしたことに関しても、医療エスノメソドロジー、DPI 研究は独自の仕方アプローチしている。

DPI 研究のひとつであるヒースによる診療場面のビデオ分析 (Heath 1986) は、ビデオの使用によって相互行為の視覚的側面に焦点を合わせており、診療の場面において患者の身体が参与者たちによってどのように扱われているかに注目している。ヒースによれば、患者は自分の身体が診察されるときに、自らの身体を物体であるかのように提示する。患者が自分の身体をモノのように提示するために用いる手段の一つが、視線を宙に向けるという動作である (Heath 1986, p. 107)。これは、自分の身体になされていることに無関心であるという表示であり、この動作によって、身体に診察が行われているということが焦点化されずにすむのである。

また特に、医師は患者が衣服を脱ぎ着するところを見ないように努力しており、一方患者も自分が衣服を脱ぎ着するときに医師を見ないように努力していることが観察されている (Heath 1986, p. 126)。衣服の着脱は、人間としての患者の身体とモノとしての患者の身体の間境であると言える。モノであるはずの身体を人間の身体として扱ったり、人間の身体をモノのように扱うことこそが問題であり、当惑を引き起こすことになる。衣服の着脱は患者の身体の地位が曖昧になる機会であり、当惑を引き起こす可能性を減少させるために衣服の着脱に無関心であることを装うものと考えられる。こうした医師と患者の具体的な相互行為によって、患者の身体への侵害が巧みに避けられているということが明らかになるのである<sup>(5)</sup>。

## おわりに

医療エスノメソドロジーが従来の医療社会学を補う可能性の一つとして考えられるのは、医療に関わる場面における具体的な相互行為を直接扱えるということである。「医療」は具体的な身体をともなった「患者」に対して行われる、具体的な身体をともなった「医療従事者」による具体的な行為実践であり、両者の相互行為が実際の医療場面を作り上げているのである。

注意しておかなければならないのは、医療エスノメソドロジーは、単に医療に関わる場面でのやり取りを扱えると言っているのではないということである。むしろ重要なのは、医療を「場面」として扱うという主張にある。本稿で検討してきたように、医師－患者関係は従来、非対称的な特徴をもつものと捉えられてきたが、医療エスノメソドロジーによってその非対称

的特徴が具体的な医療の診察場面の参与者である医師と患者自身によって保持され、達成されているという見方が可能になっている。具体的なフィールドにおける実際の出来事を理論的説明に還元することなく研究可能にしていること、これが医療エスノメソドロジックの最大の意義であろう。

## 注

- (0) 本稿は第71回日本社会学会大会（1998年11月，関西学院大学）報告要旨に加筆修正したものである。また本稿は，平成10年度文部省科学研究費補助金（特別研究員奨励費）による研究成果の一部である。
- (1) ガーフィנקルが *Studies in Ethnomethodology* (Garfinkel 1967) において医療に関する場面を扱っているのは以下の4章である。第3章 “Common sense knowledge of social structures: the documentary method of interpretation in lay and professional fact finding”，第5章 “Passing and the managed achievement of sex status in an intersexed person”，第6章 “‘Good organizational reasons for “bad” clinic records’”，第7章 “Methodological adequacy in the quantitative study of selection criteria and selection practices in psychiatric outpatient clinics”。
- (2) サドナウはこの著書の序文において，次のようにエスノメソドロジックに言及している。「私は本研究が『エスノメソドロジック』的社会学の代表作だなどとは主張しない。でも，もしそうであったらどんなに嬉しいのだが」（Sudnow 1967 = 1992, p. 4）。
- (3) もちろんこれは，通常「会話分析」といってイメージされがちな順番取りなどの会話の組織化の原理の研究（例えば，Sacks, Schegloff & Jefferson 1974）とは異なっている。
- (4) 発話交替システムにおいては文，節，句，単語といった単位のそれぞれの終了可能な点が発話を交替するのに適切な場所となる（Sacks, Schegloff & Jefferson 1974, p. 702–703）。
- (5) パーソンズは医師と患者が互いに異性である場合，身体への接触が性的関係を連想させるため医師の中立的態度が求められることを指摘しているが（Parsons 1964 = 1973 → 1985, p. 434），このことについてもヒースは具体的な事例を用いて検討している（Heath 1988）。

## 参考文献

- Freidson, E. 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Atherton Press. = 1992, 進藤雄三, 宝月誠訳『医療と専門家支配』恒星社厚生閣。
- Garfinkel, H. 1967, *Studies in Ethnomethodology*. Polity Press. = 1987, 山田富秋・好井裕明・山崎敬一編訳『エスノメソドロジック—社会学的思考の解体—』せりか書房。
- Glaser, B. and A. Strauss 1965, *Awareness of Dying*. Aldine Publishing Company. = 1988, 木下康仁訳『死のケア—ウエアネス理論と看護—死の認識と終末期ケア—』医学書院。
- ten Have, P. 1991, “Talk and Institution: A Reconsideration of the ‘Asymmetry’ of Doctor—Patient Interaction,” in D. Boden, and D. H. Zimmerman (eds.) *Talk and Social Structure*. Polity Press.
- ten Have, P. 1995, “Medical ethnomethodology: An Overview,” *Human Studies* 18, pp. 245–261.

- Heath, C. 1986, *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge University Press.
- Heath, C. 1988, "Embarrassment and interactional organization", in P. Drew and A. Wootton (eds.) Erving Goffman: *Exploring the Interaction Order*. Polity Press.
- Heath, C. 1992, "The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation", in P. Drew and J. Heritage (eds.) *Talk at Work: Interaction in Institutional Settings*. Cambridge University Press.
- Heritage, J. 1985, "Recent Development in Conversation Analysis", *Sociolinguistics* 15 (1), pp. 1-19.
- 黒田浩一郎 1992, 「施設・専門職・科学—近代医療の基本構造およびその成立過程—」園田恭一編『社会学と医療』弘文堂。
- 黒田浩一郎編 1995, 『現代医療の社会学—日本の現状と課題—』世界思想社。
- 中野秀一郎 1992, 「権力としての医療—医師—患者関係を中心として—」園田恭一編『社会学と医療』弘文堂。
- Parsons, T. 1951, *The Social System*. The Free Press. = 1974, 佐藤勉訳『社会体系論』青木書店。
- Parsons, T. 1964, *Social Structure and Personality*. The Free Press. = 1973 → 1985, 武田良三監訳『社会構造とパーソナリティ』新泉社。
- Sacks, H. 1992, *Lectures on Conversation*. (G. Jefferson ed.) Basil Blackwell.
- Sacks, H., Schegloff, E. & Jefferson, G. 1974, "A Simplest System for the Organization of Turn-Taking for Conversation," *Language* 50, pp. 696-735.
- Schegloff, E. & Sacks, H. 1973, "Opening up Closing," *Semiotica* 7, pp. 289-327. = 1989, 北澤 裕・西阪仰訳「会話はどのように終了されるのか」『日常性の解剖学—知と会話—』マルジュ社。
- Smith, D. 1978, "K is mentally ill: The Anatomy of a Factual Account," *Sociology* 12, pp. 23-53. = 1987, 山田富秋・好井裕明・山崎敬一訳「Kは精神病だ—事実報告のアナトミー—」『エスノメソドロジー—社会学的思考の解体—』せりか書房。
- Sudnow, D. 1967, *Passing on: The Social Organization of Dying*. Prentice-Hall. = 1992, 岩田啓靖・志村哲郎・山田富秋訳『病院でつくられる死—「死」と「死につつあること」の社会学—』せりか書房。
- 進藤雄三 1990, 『医療の社会学』世界思想社。
- 園田恭一 1983, 「保健医療社会学の対象と方法」園田恭一・米林喜男編『保健医療の社会学—健康生活の社会的条件—』有斐閣。
- 高山啓子 1992, 「『箱庭療法』の相互行為的組織化—制度的地位と参与地位の配置のリフレキシビティー—」『年報社会学論集』6号, pp. 83-94。
- 高山啓子 1996, 「緊急事態の確定作業—119番通報における要請と訴えの組織化—」『現代社会理論研究』6号, pp. 149-163。
- 高山啓子 1997, 「協同作業場面の身体配置—通信指令室における社会空間の構成—」『年報社会学論集』10号, pp. 157-168。
- 高山啓子・行岡哲男 1997, 「道具と身体の空間的秩序—救急医療における身体参与の分析—」山崎敬一・西阪仰編『語る身体・見る身体』ハーベスト社。