

# 医師と患者の診察場面での「オープニングの挨拶」に関する 質的および計量的分析

了徳寺大学教養教育センター 植田栄子

【キーワード】 医療面接、オープニングの挨拶、笑い、医師と患者の非対称性、受容

## 1. はじめに

診察室に足を踏み入れる直前の患者の気持ちは、少なくとも楽しく心躍らせるものではない。慢性疾患の患者は容態が比較的安定しているケースが多いとはいえ、何らかの身体的トラブルを抱え、病院という非日常空間の中で不安や緊張が交錯している。

長時間待たされればさらに疲労感が加わり、緊張感や不安感も増加していくだろう。ようやく自分の名前が点呼されると、今度は安堵する間もなく新たな緊張感に包まれる。そして診察室で医師と対峙するときは、退屈しながら待っていた待合室での患者の精神状態から転じて、緊張と不安を抑えながらドアを開けて診察室に入室するのである。そこで、医師と交わす最初の言葉はオープニングの挨拶と想定される。

木戸（1983: 41）によれば、「とりわけ、医師や看護者に対して『診察を受ける』立場にある患者は、医師や看護者だけでなくそれ以外の職員に対しても対人的にワン・ダウン（社会的地位の上下とは必ずしも関係なく、その場の対人関係で主導性をもつワン・アップの人に対して従う立場）の関係をとることになるから、自分をどのように認めてくれるかにきわめて敏感になっていて、一言の挨拶のよしあしに、過大と思えるほどの反応をしがちである」、と指摘している。

診察室において医師と患者の相互関係を最初にスタートさせるのが、開始部での挨拶行動、いわゆる「オープニングの挨拶」と予想される。患者は、医師との診察室での関係が今から良好に始まることを意図せずとも暗黙のうちに願いながら診察室のドアを開ける。いつもの定期的な診察や単なる血圧測定であったとしても、患者は自分の担当医である医師に対して多少の緊張を伴って入室するだろう。一方、医師はどのようにして患者を迎えているのであろうか。

特に昨今の医師のコミュニケーション教育では、最初に医師が患者に挨拶を行い自己紹介する（飯島 1995: 16, 斉藤 2000: 36）とされている。

では、実際の診察室ではどのようなオープニングの会話が交わされているのか本稿で検討していきたいと思う。

挨拶というのは、通常隣接ペアで交わされる言語表現である。「おはよう」と言えば「おはよう」と返すことで良好な人間関係が保たれる。だが、この日常生活における一般的な挨拶の対称性は、医師と患者とに内在する非対称性の影響を受けているの

だろうか。また地域差や患者の男女差がどのような影響を与えているのか。以上、医療面接における「オープニングの挨拶」に関する言語的特徴を詳細に検討していく。

## 2. 「挨拶」に関する先行研究

まず、「挨拶」と我々が考える対人行動には、どのような特性があるだろうか。R. Jakobson の言語機能論 (Jakobson 1960) によると、挨拶は “phatic communion” (Malinowski: 315) あるいは “phatic function”<sup>1)</sup>、すなわち「談話的機能」(鈴木 1975: 73) あるいは「交話機能」(山中 1989: 151) に属するものとされる。Jakobson に関する文献を参照すると、「言語事象は基本的に、「送り手」(addresser) が「受け手」(addressee) に向けて「メッセージ」(message) を送るという構図をとっている。このメッセージが用を果たすためには、言及される「場面」(context) が伴っていないてはならない。(中略) 言語による伝達を可能にする不可欠な因子として、さらに、送り手と受け手にある程度まで共通した「コード」(code) と、両者を物理的、心理的につなぐ「接触」(contact) との二つが考えられる。(中略) これら六つの因子が、それぞれ、言語の帯びる各種の機能を決定する。」(山中 1989: 144-145) として、「個々の機能の同定が、伝達場に参与する種々の因子との一対一の対応関係にもとづいて」(山中 1989: 144) いるという明解な分類を行っている。

表 1 R. Jakobson による言語の 6 つの因子と機能

	CONTEXT (referential)	
ADDRESSER (emotive)	MESSAGE (poetic)	ADDRESSEE (conative)
-----		
	CONTACT (phatic)	
	CODE (metalingual)	

そして、「伝達場に参与する六つの因子に対応して、上図に見るような六つの機能が同定されたことになる。」(山中 1989:153) と紹介している。

「挨拶」とは、この “contact” の因子に対応する “phatic function” 「交話機能」に該当するわけである。

つまり、“phatic function” (「接触機能」) が発揮されるのは、たとえば出会った人

間が「接触」により、発話の場を生み出すために社交的な言葉を交換するときなどである。

一般的にいつて生物は、同種の間でも相互に接近すると、必ず一種の緊張状態が生じる。そこでそれぞれの種に固有な方法により、敵はいうまでもなくたとえ同一種であっても相互の確認を行うことが動物生態学などの研究でも知られている。結局は生物である人間も、相互接触から個体を感じる本能的・心理的不安などを抑えて、協力的行為を円滑に進めるには、たえず、いわば相手を同定し身元を確認する必要がある。

このような事実から、話し手と聞き手の両方が、相互に伝達可能な状態に入り、そこに留まるための物理的・心理的な結びつきを作り出す機能としての“phatic function”（「接触機能」）がうみ出されたと思われる。

その他、Ferguson (1976) は“politeness formulas”（敬意表現形式）として、挨拶について、感謝や詫言表現など社会関係の潤滑油的な働きをする定型表現の一つとして論じている。Goffman (1971) は、出会いと別れの挨拶を、人間が社会関係維持のために行う“supportive rituals”（補助的儀礼）の一環として扱い、対話の開始部と終結部におきる儀礼の交換を“access ceremony”<sup>ii</sup>と呼んだ。

一方、日本における挨拶行動の研究は、主に方言学の分野から出発している。

まず、日本全国にわたる多様な挨拶表現について論じたのは、先駆的に柳田（1946）があげられ、その後、方言研究をふまえた徳川（1978）や藤原（1992）によるものが同様の研究として続く。

その後の新しい研究成果として、対象は一部の場面に限定されているが、全国的な分布図を記述した研究として、真田（1981、1985）、江端（1997）がある。また、買い物における挨拶言葉に限定されるが、上記の柳田（1946）、藤原（1992）のほかに、加藤（1973）が扱っている。さらに地域差を対象とする研究は、杉戸（1997）が行っている。

世代差をテーマとした研究はあまり多くないが、国立国語研究所による3世代の調査（国立国語研究所 1984）がある。さらに地域差と世代差の2つの観点から注目される研究として篠崎・小林（1997）があげられるが、買い物場面に限定された挨拶行動調査である。

### 3. 「オープニングの挨拶」の分析目的

医療面接における挨拶の重要性は、医学や薬学のコミュニケーション教育のテキストにおいても指摘されている（斉藤 2000:34）。

たとえば、斉藤（2000:34）は「医療面接の開始にあたって、最初に行われるべきことは、この患者、医師双方が感じている不安、緊張をできる限り取り除き、リラックスした雰囲気を作り出すことである。」として、そのためには原則として導入の4

項目、①あいさつ、②患者の名前の確認、③自己紹介、④これから何が行われるかの説明、を挙げている。

今回の分析データは後述するように初診ではなく再診患者と医師との会話であるため、上記の①あいさつ以外は出現しないと予想される。

さらに、「3時間待って3分診療」(片山 1993: 48)といわれるように、一般的に外来で長時間待たされた上、実際の診察時間が短くなってしまうケースがあることを考えると、一種の形式的な儀礼は省略されがちではないかということも想像できる。診察室で、医師の方がドアを開けて患者を迎え入れたり、立ち上がってお辞儀をしたという記憶はまず通常はない。

オープニングの挨拶の非対称性で連想されるのは、ファーストフードやコンビニなどの店員と客とのやりとりである。但しこれは、日常生活における人間関係を伴わない事例である。売り手と客という非対称性において生じたいわば不特定多数とのやりとりとして診察室での会話とは性格を異にする。

一方、本研究の診察室での会話データは、慢性疾患患者でありすべて再診であるから、医師と患者の双方は、既に知り合いである。

このような医師と患者という非対称性を内在させかつ相手を相互に認識している二者間における、最初の接触での「オープニングの挨拶」に関する言語的分析を目的とする。

「オープニングの挨拶」の定義は、「診察室に入室後、相手に対して発せられた挨拶表現」とする。

開始部の挨拶としては認めない発話は、たとえば患者の症状について聞く病歴部の医師の質問で、「どうですか?」という“open-ended question”<sup>iii</sup>や、「調子いいですか?」という“closed question”<sup>iv</sup>で始まったケースとする。これは、「オープニングの挨拶」を省略して、直接病歴部の聞き取りに入ったとみなす。

さらに詳しい分析観点としては、オープニングでの医師と患者の相互作用という観点から、1) 医師と患者の「オープニングの挨拶」における特徴は何か、2) 医師と患者の「オープニングの挨拶」に関して何らかの地域差があるか、3) 患者側の「オープニングの挨拶」において男女差が見られるのか、という以上3点について検討する。

#### 4. 「オープニングの挨拶」の分析データ

分析対象とした診察会話データ<sup>1</sup>は、東京（診療所1施設）と大阪（診療所および一般病院の各1施設ずつ）の計3ヶ所の医療施設における内科慢性疾患の通院患者と

<sup>1</sup> 本研究における分析データは、文部省科学研究費補助金（奨励研究A）課題番号10771335「慢性疾患患者の受療満足度と受療継続行動に関するプロスペクティブ研究—患者と医療従事者のコミュニケーション分析を交えて—」（代表者長谷川（今中）万希子）の研究プロジェクトにより1998年に東京と大阪で録音採取した会話データである。

医師との間で交わされた診察室での会話を録音し、それを文字化したトランスクリプト資料である。

診察の開始前に患者に録音を依頼し小型録音機の携帯を依頼した。両者の録音承諾を得て採取した録音テープからの転記トランスクリプト資料は、東京の診察会話 45 ケース、大阪の診察会話 49 ケースで、全体では合計 94 ケースの診察会話データが得られた。

対象者の属性は、男性医師が 91 ケース（東京 44 ケース、大阪 47 ケース）、女性医師が 3 ケース（東京 2 ケース、大阪 1 ケース）合計 94 ケースであった。

一方、患者については、男性患者が 36 名（東京：男性患者 14 名、大阪：男性患者 22 名）、女性患者が 58 名（東京：女性患者 31 名、大阪：女性患者 27 名）であった。患者の平均年齢は、東京が平均 65.9 歳（男性平均：63.2 歳、女性平均：67.1 歳）、大阪が平均 61.6 歳（男性平均：61.7 歳、女性平均 61.6 歳）となり、患者全体の平均年齢は 63.8 歳であった。

## 5. 「オープニングの挨拶」の分析結果

オープニング部分の録音状態の不良から聴取不可能のケースが東京 45 ケースのうち 2 ケース、大阪 49 ケースのうち 2 ケース生じたため、オープニングの分析対象データは、録音状態の良い東京 43 ケース及び大阪 47 ケースの合計 90 ケースとなった。その中で、医師からの発話となる「オープニングの挨拶」が認められたのは、東京 43 ケース中 9 ケース（20.9%）、大阪 47 ケース中 17 ケース（36.2%）、全体では 90 ケース中 26 ケース（28.9%）となり、医師からのオープニングの挨拶は 3 割弱に留まった。一方、患者から「オープニングの挨拶」が発話されたものは、東京 43 ケース中 33 ケース（76.7%）、大阪 47 ケース中 30 ケース（63.8%）、全体では 90 ケース中 63 ケース（70.0%）の 7 割となり明らかに患者からの挨拶が医師より上回る。

東京でも大阪でも傾向は同じで、患者の方が医師より積極的にオープニングの挨拶を行っている様子が伺えた。

また、患者を男女別で見ると、患者がオープニングの挨拶を行った全 63 ケース中、男性患者から挨拶をしたのは 23 ケース（36.5%）、女性患者から挨拶をしたのは 40 ケース（63.5%）と、2 倍近く女性患者の方が男性患者に比べて積極的に医師へのオープニングの挨拶を行っている。

次節 5. 1 において詳しく「オープニングの挨拶」の表現の種類などに関する質的分析を行い、さらに 5. 2 において有意差検定を用いた計量的分析を試みる。

### 5. 1 「オープニングの挨拶」に関する質的分析

医師も患者も、オープニング挨拶として観察された表現は、まず一般的な挨拶表現

にあたる「おはようございます」「こんにちは」であった。表1では、それ以外の診察室でのオープニング（開始部）挨拶で、特徴的と思われる表現を医師と患者の発話者別で列記したものである。

まず、医師の挨拶で有標とみなされる表現は、「1. 遅くなったことへの謝罪・気遣い」で始めるケースである。発話例として、「はいすみませんお待たせしました。」「お待たせ。」「はいごめんなさい、遅くなりました。」などで、診察を待っていた患者に対する配慮を謝罪表現で冒頭に示している。

東京も大阪も同じように医師が待たせたことへの謝罪や気遣いをみせているが、大阪の医師の発話にある「お待たせ！」というインフォーマルな表現や、「@お待たせ@」と笑いを含んだ挨拶は、より患者との距離感を縮めている表現である。

このように患者を待たせたことへの詫びや気遣いを明確にオープニングにおいて言語化したケースは、東京で43ケース中8ケース（18.6%）、大阪で47ケース中14ケース（29.8%）とやや大阪のほうが上回っているとも思われるが、有意差については次節で検討する。

なぜ医師が「1. 遅くなったことへの謝罪・気遣い」の表現をオープニングの挨拶として述べるのか。当然、患者が病院の待合室で長時間待たされるというのはよくある状況である。いつものことであるといっても、診察室に入った時にひとこと医師の方から、「お待たせ」「すみません、お待たせしました」という言葉がオープニングの挨拶として発話されれば、患者の苛立ちや疲労感は多少緩和されるだろう。

実際にどのぐらいの割合で「遅くなったことへの謝罪・気遣い」が医師側から発話されたのかについての計量的な分析結果については後述する。

さらに患者に対するより積極的な「ねぎらい表現」も医師から発話されているケースがあった。東京では「お疲れ様です」、大阪では「どうも、ご苦労さんです」とそれぞれ1ケースずつであったが、いずれも患者が受診に訪れ診察室で待ったことに対するねぎらいの気持ちを明確に言語化していた。

しかしながら、「お疲れ様です」や「ご苦労さんです」といった表現は、従来の言語使用が、目上の者から目下の者への「ねぎらい表現」であったことを考えると、高齢者ないし社会的地位の高い（またはかつて高かった）患者にとっては違和感を覚える場合もあることも予想される。若者にとっては日常的な挨拶言葉になっているが、高齢者の患者に対してこれらの「ねぎらい表現」をどのように使用するかについて慎重な検討が必要であろう。

次に、一般的な謝罪表現は、医師・患者共に挨拶表現として共通にみられる。医師の「はいすみません」は、やはり患者を待たせたことへの軽い謝罪を含んでおり、一方患者の「失礼します」、「すみません」は、診察室へ入室するために挨拶を行うという状況が反映されている。

依頼表現については、医師が述べた大阪の1ケースが例外的であり、あとは圧倒的に患者側から発せられている。患者が、オープニングの挨拶として「おはようございます」や「こんにちは」に続けて、「よろしくお願いします」と述べる表現形式が、診察室における患者からのオープニングの典型的挨拶パターンであるとみてよいだろう。

表1 医師と患者におけるそれぞれのオープニング挨拶の発話表現

医師のオープニング挨拶	具体的な発話例
1. 遅くなったことへの謝罪・気遣い	*東京：「はいすみませんお待たせしました。」 「お待たせしました。」 「あーどうもお疲れ様です。」 *大阪：「お待たせ?」「あ、はいおまたせごめん、」 「はいごめんなさい、遅くなりました」 「@お待たせ@」「ごめん!お待たせ!」 「お待たせ。」「お待たせしてごめんね」 「はい、お待たせしましたー。」 「どうも、ご苦労さんです。」
2. 一般的な謝罪	*東京：「はいすみません」 *大阪：「はいごめんなさい」「ごめん!」 「@ごめん。(お待たせ@)」
3. 省略の挨拶	*東京：(該当なし) *大阪：「はい、どうもー、」
4. 依頼表現	*東京：(該当なし) *大阪：「よろしくお願いします」
5. 親近感を加えた挨拶表現 (下線部筆者)	*東京：「こんにちは <u>っす</u> 」 *大阪：「おはよう <u>さん</u> 」
(6. 病歴部とみなされる質問)	*東京：「どうですか?」「おっ、どう?今日は」 「えーっと。あどう?」「どう?」

患者のオープニング挨拶	具体的な表現
1. 一般的な謝罪	*東京：「失礼します。」「失礼しまーす。」「すいません。」「すみませーん。」 *大阪：「「すいません。」「すいませーん、失礼しまーす」「えらいすんません」「@すみません、失礼しまーす。」

2. 依頼表現	<p>*東京：「お願いします」「お願い致します。」 「よろしくお願いします。」 「@すみません、よろしくお願いします@。」 「お願いしまーす。」</p> <p>*大阪：「すみません、お願いしまーす。」 「すみませーん、お願い致します。」 「はい、お願いしまーす。」</p>
3. 省略の挨拶	<p>*東京：「どうも。」「あ、これはどうも。」</p> <p>*大阪：「はい、どうもー、」</p>
4. 親近感を加えた挨拶表現	<p>*東京および大阪： 語尾の長音化：「すみませーん」「お願いしまーす」 笑いを含む：「こんばんはー。はっはは（笑い）」</p>

特に発話のスタイルとして特徴的な点は、患者の方が医師より顕著に「失礼しまーす」や「すいませーん」といった長音化を「オープニングの挨拶」に用いていることである。この文末の長音化には、明るさ、元気の良さ、親しみやすさ、ユーモアを付加する効果があるといつてよいだろう。

東京のデータにおいて医師も「はいすみませーん」といった語尾の音節の長音化だけでなく、「はいこんにちはっす」「こんにちはーっす」といった親しい関係で男性話者が使用するインフォーマルな文末表現（下線部）を加えている。大阪のデータでも医師が、「はいおはようございまーす」と長音化で親しみやすい感じを表現し、さらに「おはようさん」「お待たせ」といったさらに親近感を示す表現（下線部）をとっているケースもある。

患者は東京と大阪の両データにおいて、語尾の長音化「すみませーん、お願い致します。」「すみません、お願いしまーす」が頻繁に示されているが、さらに患者に顕著なのが、「オープニングの挨拶」に「笑い」を含んだものである。

一方、患者とは対照的に医師が「笑い」を含んだ「オープニングの挨拶」を行なっているケースは、東京および大阪のいずれのデータにも含まれなかった。ただし、今回の会話データは音声資料のみに限定されるので、表情では笑顔や微笑といった「笑い」を医師が示していたという可能性もある。

例1では、患者から発話された「笑い」を含む「オープニングの挨拶」の会話例を示す。@と@に挟まれた部分が「笑い」を含んだ発話箇所である。東京と大阪のそれぞれの後に記された番号が、診察会話ケースの通し番号を示す。

## 例 1

- 東京 953 : P: @すみません、よろしくお願ひします。@  
東京 961 : P: へへへへへへ、はは (笑)。@こんにちは、どうも@  
東京 998 : D: こんにちはー。 P: @こんにちは@  
大阪 745 : P: @すみません。こんにちは。@  
大阪 755 : P: @こんにちは。@  
大阪 885 : P: こんばんはー。はっはは (笑) えへん (咳払い)

次に、例 2 および例 3 では、「オープニングの挨拶」での医師と患者の非対称性が明確に言語的特徴で示されている。すなわち、例 2 の<東京 945 >でも<東京 901 >のいずれのケースにおいても、患者の「オープニングの挨拶」(下線部)に対して、医師は短くひとこと「はい」と応答するだけである。→<医師の応答>

さらに例 3 に至っては、患者の挨拶(下線部)に対応する医師の発話がない。例 3 の<東京 961 >、<大阪 885 >いずれの場合でも、医師は患者からの挨拶(下線部)には答えず、患者の病歴に関する質問をすぐ始めている。

## 例 2

- 東京 945: P: おはようございます、  
D: はい。 →医師の応答  
P: お願いします。(5 sec.)

- 東京 901: P: 失礼します。  
D: はいはいはいはい。 →医師の応答

## 例 3

- 東京 961: P: へへへへへへ、はは@。@こんにちは、どうも@ →患者の挨拶  
D: どう? 足の方は。 →医師の質問  
P: ええ。すっかりおかげさまで。

- 大阪 885: P: (こん) ばんはー。はっはは (笑)、えへん (咳)。 →患者の挨拶  
D: えっとー。9 日の日、 →医師の質問  
P: うん。  
D: 来たんですねで 16 日のー、(後略)

例 3 で示した以外にも、オープニングの挨拶なしで、「どうですか?」と医師が患

者にすぐに問いかけて診察を開始するケースが見受けられた。この「どうですか?」は病歴部に含まれる“open-ended question”（開かれた質問）として、本研究での「オープニングの挨拶」の定義から除いた事例である。

では、具体的に最初からオープニングの挨拶が省かれた診察会話ケースはどのくらいあったのか、次に計量的な分析を行って検討していく。

## 5. 2 「オープニングの挨拶」に関する計量的分析

ここでは、「オープニング」の挨拶に関して、(1) 医師と患者、(2) 男性患者と女性患者の性差、(3) 東京と大阪の地域差、という3つの観点から計量的分析を行なって主に有意差検定を行なっていく。

まず、医師と患者を比べてどちらが積極的にオープニングの挨拶を行っているであろうか。ケース数で比較すると、患者のほうがオープニングの挨拶をより多く行っていることが伺える。

下記の表2は、医師と患者の「挨拶あり」と「挨拶なし」を比較してカイ二乗検定を行った結果を示したものであるが、1%有意で著しい違いが認められた。(p<0.0000001)。

表2. 医師と患者の「オープニングの挨拶」の比較（ケース数）

	医師	患者	合計		
挨拶あり	26	63	89		
挨拶なし	64	27	91	カイ二乗	27.86
合計	90	90	180	p 値	0.0000001

さらに東京と大阪のケースに分けてそれぞれを比較したが、表3と表4で示したように、いずれにおいても1%の有意差が認められた。(東京：p<2.25E-07, 大阪：p<0.007)

すなわち、東京においても大阪においても、有意に患者のほうが医師よりも「オープニングの挨拶」を発話している結果が示された。

表3. 東京における医師と患者のオープニング挨拶の比較（ケース数）

	医師	患者	合計		
挨拶あり	9	33	42		
挨拶なし	34	10	44	カイ二乗	26.81
合計	43	43	86	p 値	2.25E-07

表4. 大阪における医師と患者のオープニング挨拶の比較（ケース数）

	医師	患者	合計		
挨拶あり	17	30	47		
挨拶なし	30	17	47	カイ二乗	7.19
合計	47	47	94	p 値	0.007

以上の統計的検証から、医師と患者のそれぞれの「オープニングの挨拶」の有無には有意な違いがあり、東京と大阪とのいずれの診察ケースにおいても、患者の方が医師よりも先んじて「オープニングの挨拶」を行っている結果となった。今回のデータのケース数で述べると、94 ケース中 63 ケース（67.02%）において、患者が医師よりも先に「オープニングの挨拶」を行っている。

では、東京と大阪のデータにおける相違点はあったらうか。この点に関しては、「東京と大阪の両地域において、医師は患者よりオープニングの挨拶をしない」と同一傾向を示したことから、医師側の「オープニングの挨拶」における言語行動の特徴は両地域において共通とみなされる。医師と患者の「オープニングの挨拶」行動における非対称性は、東京と大阪のいずれにおいても今回の分析結果から明らかである。では、患者に関して、東京と大阪の地域性や男女の性差は何らかの違いをもたらしているだろうか。

表5は、東京と大阪のそれぞれの患者の「オープニングの挨拶」行動の有無について、カイ二乗検定によりその有意差を求めたものである。この結果によると、両者に有意な相違は認められなかった。

表5. 東京と大阪の患者のオープニング挨拶の有無（ケース数）

	東京の患者	大阪の患者	合計		
挨拶あり	33	30	63		
挨拶なし	10	17	27	カイ二乗	1.783
合計	43	47	90	p 値	0.18

次に、表6・表7では東京・大阪の2地域での男女差をカイ二乗を用いて検証したが、同様にいずれも有意な結果は認められなかった。

表6. 東京における男性患者と女性患者によるオープニング挨拶の有無（ケース数）

東京	男性患者	女性患者	合計		
挨拶あり	9	24	33	カイ二乗	1.81
挨拶なし	5	5	10	p 値	0.179

\* 2名不明いずれも女性患者

表7. 大阪における男性患者と女性患者によるオープニング挨拶の有無（ケース数）

大阪	男性患者	女性患者	合計		
挨拶あり	14	16	30	カイ二乗	0.57
挨拶なし	6	11	17	p 値	0.449

\* 2名不明いづれも男性患者

以上の結果（表5、表6、表7）から、患者のオープニング挨拶の有無に関して、東京と大阪との地域差、および男女による有意な相違は統計的に認められないという分析結果となった。

そして、地域や男女の違いではなく、「患者」という立場にある者が、医師とのインターアクションの最初の接触場面において、オープニングの挨拶を医師より率先して積極的に述べているという診察開始部分での状況が明確に示された。

また医師からの特徴的な表現として先述した「1. 遅くなったことへの謝罪・気遣い」の発話はどのぐらいの割合だったのだろうか。

「お待たせしました」、「お待たせ」、「お疲れ様です」、「ご苦労さんです」という表現が医師からなされたケースを数えると、東京43ケース中8ケース（18.6%）、大阪47ケース中14ケース（29.8%）と、おおよそ東京は2割、大阪は3割の割合である。やや大阪の医師の方が患者に対する気遣いを言語化しているように感じられるが、計量的には、表8で示すように、「ねぎらい表現・気遣い表現」を医師が発している頻度に関する東京と大阪のケース間の有意差は認められなかった。

表8. 医師の患者への気遣い発言の有無（ケース数）

	東京	大阪	合計		
医師から気遣いあり	8	14	21		
医師から気遣いなし	35	33	69	カイ二乗	1.52
合計	43	47	90	p 値	0.2175572

特徴的な事例として大阪のデータにおいて、医師が「ねぎらい表現・気遣い表現」を2回繰り返している事例が3ケースみられた。

下記の例4は、医師が重ねて患者への気遣い（下線部）を見せている会話例である。

#### 例4

大阪 878:

D: おまたせ。

→医師による「気遣い表現」1回目

P: あ、せんせえ、どうも。

D: ごめんね、遅くなって、すみませんね。→医師による「気遣い表現」2回目

統計的な有意差は認められなかった。しかし、会話全体の印象として、東京より大阪の診察データにおける医師のほうが、患者に対して待たせたことや遅刻したことに対して繰り返し謝罪を行うように感じられた。

では、最後に、診察の開始時における「オープニングの挨拶」自体が、そもそも発話されていたのか計量的検討を行なうこととする。診察会話において「オープニングの挨拶」が成立しているか否か、という前提に関わる検証である。

表9は、実際にオープニングの挨拶と定義される相互作用があったケース数と、その部分が省略され直接、病歴部の質問に入ったケース数とを比較したものである。

すると、表9で示されたように、東京と大阪のそれぞれの診察ケースにおいて、1%で有意差が認められる結果となった。(p<0.002)

表9. オープニングの挨拶部分の有無について (ケース数)

	東京	大阪	合計		
DP 共に挨拶なし	8	0	8		
いずれか挨拶あり	35	47	82	カイ二乗	9.60
合計	43	47	90	p 値	0.002

すなわち、オープニングの挨拶という相互作用そのものが、東京と大阪とではその分布が著しく異なっているのである。東京の診察データ 43 ケースにおいて、医師も患者側もどちらも全くオープニングの挨拶を交わさないという医療面接が8 ケースあったわけだが、これは大阪の診察データと比べて 1%の有意差を示したため、有標と認められる。

では、実際に「オープニングの挨拶」を省略してどのように医師は診察を開始するのだろうか。下記の例5は、東京での診察会話のケースから示したものである。

#### 例5

東京 907 D: 「どうですか、9月は。」

東京 918 D: 「あ、こないだやった検査いいですね」

東京 919 D: 「おっ、どう？今日は。」

例5のように、医師は直接病歴部のインタビューにはいって、すぐ“open-ended question”や、前回の検査結果の報告を述べて、診察が開始することが多かった。

一方、それに比べて大阪のケースからは、何らかのオープニングの挨拶発話が医師または患者から出されており、「挨拶なし」で開始した診察会話のケースはゼロであった。

ケース数の不足から有意差検定は行なえなかったが、今回のデータから示唆されるのは、大阪より東京の医師の診察ケースの方が「オープニングの挨拶」を省略して、直接問診や検査結果の報告に入っていく傾向にあることが予想される。

すなわち今回の分析結果において、先に前提としていた「オープニングの挨拶」そのものに関し、東京と大阪において地域差があるという傾向が示唆されたのは重要である。東京の診察では挨拶なしで始まることがあり、大阪においては挨拶なしでの診察は皆無という傾向が有標で固有のものであるのかさらに検討が必要である。

少なくとも本データからわかることは、東京の診療においてオープニングの挨拶という患者との相互作用を省略して、医師が直接病歴部の問診に入るケースがあるということである。

## 6. 「オープニングの挨拶」に関する考察

これまでの結果をまとめると以下のようなになる。

### 1. 患者の方が医師よりも先にオープニングの挨拶を行う。

94 ケース中 63 ケース (67.02%) において、患者が医師よりも先にオープニングの挨拶を行っていたことが観察された。

2. 医師の挨拶行動に東京と大阪の地域差はなく、いずれの地域においても医師は患者よりオープニングの挨拶を行わない。

3. 男性患者と女性患者のオープニングの挨拶の頻度は地域差（東京と大阪）によっても、男女差によっても変わらない。

4. 東京では、大阪に比べてオープニング挨拶が医師からも患者からも行われず、直接診察が開始されるケースが多かった。

オープニングの挨拶行動に関して、患者側のより積極的な行動が伺える。一方、医師からの挨拶の発話は少なく、医療コミュニケーション教育で挨拶が大切と指摘されながらも、実際の診察場面では必ずしもそうではないことを示す結果となった。

次に、医師側の東京と大阪の地域差は認められなかったが、それは医師からのオープニングの挨拶が両地域において、患者よりも有意に少ないという結果を示したのである。

一方、患者については、東京と大阪の地域差だけでなく、男女の違いも有意と認められなかったことから、「患者」という立場が、オープニングの挨拶を積極的に行わせていることを示唆する結果となった。

丁寧な挨拶は、『「医師と患者は平等です』という関係を即座に作り出す』、と齊藤(2000: 38) は述べているが、実際には患者の方からオープニングの挨拶発話を率先し

で行っている臨床現場の実状が示されている。しかも聴覚的に判断できる「笑い」を伴った挨拶は、患者からの挨拶のみであった。表情によって笑みが示されたのかもしれないが、医師における挨拶行動の改善の余地があることを示しているのではないだろうか。

医師よりも患者のほうが進んでオープニングの挨拶を行い、しかも患者の多くは「笑い」を伴って挨拶を発話しているという相互行為の不均衡な状況は、医師と患者の関係性における上下関係の内在を示しているのではないだろうか。

社会言語学的観点から、鈴木（1975: 80）は、「人間同士のあいさつでも、社会的に弱い方が、さきに口を切ってあいさつし、強者はこれに答えるのが通例であり、また弱者の方があれやこれやと口数多くしゃべりかけるものである。つまり進んで積極的に害意のないことを示すわけである。」と指摘している。

これを医師と患者の診察室の会話に当てはめれば、少なくとも「オープニングの挨拶」の分析結果から考察されることは、診察室において依然として患者は弱者であり、医師は強者であるという関係性である。オープニングの挨拶行動という相互関係が生まれる最初の段階で、明らかな非対称が示されたのである。

診察室に入っていき患者が、より積極的に明るくオープニング挨拶を行っている心情を想像してみよう。もちろん入室する患者が、医師の領域と暗黙のうちに了解されている診察室に足を踏み入れるためには、まず自ら声を発し笑い声も交えた挨拶をしていくことは、予め約束された社会規範的、儀礼的言語行動でもあるだろう。なぜなら患者は自分の名前が呼び出されるのを確認して、初めて診察室への入室が許されたのである。患者が、これから始まる診察会話での不安や緊張を自ら解こうと笑い声と共に明るくオープニングの挨拶行動を取ることは、医師に好印象を与え、良好な関係性を形成もしくは維持しようと思っている患者の意識を明確に表している。

そうであればこそ、診察室という非日常的な空間である医師の領域に足を踏み入れようとする患者に対して、医師はもっと積極的に患者を迎え入れるという意識を持ちその「受容」を言語化することをもっと強く認識すべきではないだろうか。相互関係構築の最初のカギであるオープニングの挨拶におけるその影響力と効果を、医師はもっと意識化し、積極的に実践する必要があると思われる。いずれにしても「なにげないことば」（植田 1999 年）が患者に与える影響は大である。

Shuy（1983: 28）もオープニングに関して同様の指摘を行っている。Shuy の研究は 3 つの診察ケースを比較したものだが、2 ケースはシンプルに “How are you today?” というどの状況でも適切となる挨拶で始められていたが、3 番目のケースは “How are you feeling? Pretty good?” と質問文によるオープニングであったと報告している。そして、前者のインタビューに比べ、後者は冷ややかで患者を驚かせかねないと次のように指摘している（Shuy 1983: 28）：

“The medical interview can be cold and frightening to a patient. If the goal of the physician is to make the patient comfortable, a bit of personal but interested and relevant chitchat, whatever the cost in precious time, is advisable. The patients are familiar with normal conversation openings that stress such chitchat. The medical interview would do well to try to move closer to a conversational framework”.

Shuy (1983) が指摘するとおり、人間的な普通のおしゃべりで始まる「会話」のフレームに診察会話が歩み寄っていけば、それで多少なりとも余分な時間が費やされたとしても、患者の緊張をほぐし居心地良く精神的な安心感を得ることで、結果的に治療効果の向上につながるともいえよう。それは、英語においても日本語においても共通する人間の普遍的な対人心理であると思われる。

また、「オープニングの挨拶」として「お待たせしました」などのそれまでの患者の状況を十分思いやった上での一言が冒頭に出されれば、より患者にとって入室の際のいらだちや不安な思いが最初の一言で緩和されるのはいうまでもない。医師への批判的な思いや病院に対する不満が解消されて、良好な信頼関係に回帰しての診察開始が可能となるのではないだろうか。

さらに、東京ではオープニングの挨拶そのものが、大阪と比較して医師・患者共に有意に少ない結果が明らかになった。当初オープニングの挨拶が「ある」という前提で分析を開始したが、そもそも東京の診療ケースには、医師・患者共にオープニングの挨拶がないものが43ケース中8ケース(18.6%)と2割近くあり、挨拶自体が医師と患者のどちらにも見られないというケースが全くゼロだった大阪と比較して、有意に異なる結果を示した。

大阪の場合は、医師であれ患者であれどちらかが必ずオープニングの挨拶に相当する発話を行っている。東京と大阪では挨拶および挨拶行動に関する認識の相違が生じたためかもしれない。また診療施設のタイプとしては、東京の診察は診療所のものであり、大阪は病院と夜間診療が主となる診療所の2ヶ所からのデータである。大阪のほうが、より診察時間が限定され患者も急いでいると思われる夜間診療のデータが含まれている。しかし、かえって大阪のほうが挨拶がよくされていたことから因果関係は認められない。なお、東京および大阪の医師について出身地や生育歴といった属性が詳細ではないので、オープニングの医師の挨拶に関する地域差の議論は、東京での診察ケースのほうが、大阪のそれに比べて有意に発話が少なかったと述べるに留めたい。

参考として、篠崎ら(1997: 82)が、挨拶行動に関する今後の研究課題としてあげた「挨拶の有無」に関する地域差の存在を示唆するものである。篠崎らの問題提起は、「挨拶言葉の形式を問題にするのみでなく、言語行動論の立場から、挨拶をとらえていき

たい。そのためには、形式以前の段階として、挨拶自体の有無にも注目すべきであり、また、場面の展開に則し、一連の行動の中で挨拶を把握する視点が必要である」という指摘であった（1997: 82）。

一方、なぜ東京では、医師も患者もオープニングの挨拶を行わないという診察ケースがあったのか、その背景理由に関して考察しよう。

挨拶という言語の相互作用がなかったのは、医師にとって、限られた診察時間内で必要な情報のやりとりを早く開始して診療を進めたいという効率主義と、挨拶を重視せず既にお互いを認知し良く知っているから、儀礼は省略して本題に入るという実質主義がその背景にあると思われる。また患者側も、挨拶行動を重要視しない傾向があるということも考えられる。患者自らが挨拶を行うことよりも、名前の呼び出しに従って黙って入室し早く診察に入り、速やかに終えて帰りたいという気持ちが最初から働いていたのかもしれない。

しかし、仮に患者が挨拶の必要性を意識していなかったとしても、医師がまず自らオープニングの挨拶の口火を切り、診察を待っていたであろう患者への配慮を言語化することは、より良い医師患者関係を構築する上で有効である。

患者は医師に親近感を覚え、診察の雰囲気も緊張からリラックスしたものへと自然と移行し、また医師と患者の良好な信頼関係の形成につながっていくと思われる。

さらに、前述したように医師が「お待たせしました」という患者の状態に配慮する気遣いの発話が成されたら、患者は穏やかで平静な気分となり医師に対する好感度も同時に増して、診察全体の満足度が開始時点から高くなることは想像されよう。飯島（1995: 21）は、『「お待たせしました」』という言葉は、患者さんの苦痛を配慮した言葉です。実際には患者さんが待たれなかったとしても、この言葉によって医師からの患者さんへの思いやりが伝わります。したがって、たいていの場面で使用できる効果的な言葉です」と述べていることに強く共感するものである。

ところが、例3で示した患者からの挨拶に医師が応答しないという診察会話ケースはどうであろうか。

「こんにちは」「おはよう」といったオープニングの挨拶に対して、それを同等に返さないというのは、通常の世界常識・人間関係では非礼なことである。非対称性が不自然でないとみなされる事例は、たとえばコンビニやファーストフードの店員と客の最初のやりとりである。「こんにちは」という店員の挨拶に対して無言のままやり過ごすことは現代日本のサービス産業における日常風景としては極めて普通である。同様に学校の入り口にいるガードマンが学生に「こんにちは」と声をかけていてもそれに言葉で応答する学生は、果たして何人いるだろうか。もちろん会釈という非言語的挨拶で応答の代用している者もいるだろう。

しかしながら、いずれにしてもそのような非対称性を示す事例は、＜サービスを与

える者＝挨拶する者＞ vs. ＜サービスを受ける者＝挨拶をされるがそれを返さなくてもよい者＞ という構図が見えてくる。これを医師と患者のオープニングの挨拶の非対称にあてはめると、医師が患者に対して医療サービスを提供する立場という認識が明確であれば、挨拶をもっと積極的に行っていく言語行動がみられるはずである。しかし、それが逆転しているということは、オープニング挨拶の段階で、既に医師と患者は対等ではなく、ましてや医師がサービスをする側としての意識を持たずして患者に接していることを示しているのではないだろうか。医師は、患者に治療を「与える者」として、上下関係ないしは少なくとも対等ではない関係性の内在が、オープニングの挨拶から示唆される。

次の例6の大阪のケースは、医師が積極的にオープニングの挨拶に笑いを交え、ねぎらいと謝罪表現を繰り返している。円滑に診察を開始している事例といえるだろう。

#### 例6 大阪 824

- 1 D: お待たせ?
- 2 P: こんばんは。
- 3 D: @ごめんなさい?@
- 4 @遅くなってすみません@?
- 5 P: ほんまに、
- 6 D: @すんません@。###
- 7 [(笑い)]
- 8 P: [(笑い)]
- 9 D: @調子は@?
- 10 P: @いいですよ@ (後略)

例6で、医師は最初に「お待たせ?」と患者に対する詫びをオープニングの挨拶とし、さらに謝罪を重ねたところを、患者は「ほんまに、」(5行目)とそれを否定せず率直な気持ちを医師に伝えられたということで不満な思いはほぼ解消されたと考えて良いだろう。この率直な本音の表明が患者にとって可能だったのは、これまでに培われている医師に対する親近感と対等な関係性、さらに信頼関係に基づいて安心して発話している様子が観察できる。そして、その患者の本音をより言いやすくしたのが、医師が最初に気遣った発言の繰り返しである:「@ごめんなさい?@」(3行目)、「@遅くなってすみません@」(4行目)。

医師の権威性や優位性を感じさせない謝罪のことばがきっかけとなって、患者は言いにくいことであっても、心にあった不満な思いのつぶやきを早い段階で「ほんまに、」(5行目)と明確に発散させることができ、その後の診療は笑いに包まれてスムーズ

なのである。

このようなケースで、挨拶もなくまた患者への気遣いの言葉もなく突然医師からの質問による病歴問診が始まったら患者の心情はどうであろうか。心の中の不満なつぶやきそのまま飲み込まれてしまい行き場を失う。それは、医師の人間性に触れて、親近感や信頼感を深めるきっかけをも同時に逸してしまうことになる。

改めて、診察室において医師から発するオープニングの挨拶が持っている重要性を強調したい。積極的なオープニング挨拶の働きかけが、患者に対して気遣う言語表現は言うまでもなく、笑い声や笑顔といった非言語的要素と共に成されて患者を診察室に迎え入れることができれば、早い段階でより協調的な医師－患者関係が築けるのではないだろうか。

#### 【註】

- i 「英国のすぐれた人類学者マリノフスキーによって、はじめて取り上げられ、命名された、人間のことばの基本的な機能である。phatic とはギリシャ語の premi (言う、しゃべる) から出た形容詞 phatos (しゃべられた、語られた) の英語形あり、はじめは phatic communication すなわち「言葉による共感」、あるいは「話すことによる一体化」という述語で把握されたものである。」(鈴木 1975: 73)
- ii Goffman (1971) は、対人関係で重要な意味を持つのは相手との接触度であり、出会いの挨拶は増大する接触に向け、別れの挨拶は減少する接触に向けて、それぞれの接触度の変化に対応する調整行動であるという観点から、これを”access ceremony”と呼んだのである。
- iii “open-ended question” = 「はい」、「いいえ」ではなく答えることができる質問のこと。
- iv “closed question” = 「はい」「いいえ」で答える質問のこと。

#### 【参考文献】

- Ferguson, Charles A. (1976). The study and use of politeness formulas, *Language in Society*. 5.
- Jakobson, R. (1960). Linguistics and poetics. *Style in Language*. T.A. Sebeok, MIT Press.
- Malinowski, Bronislaw. (1923) The problem of meaning in primitive languages. In C.K. Ogden and I.A. Richards (Eds.), *The Meaning of Meaning: A study of The Influence of Language upon Thought and of The Science of Symbolism*, 298-336. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Shuy, Roger W. (1983). Three types of interference to an effective exchange of information in the medical interview. In Sue Fisher and Alexandra D. Todd (Eds.), *Social Organization of Doctor-Patient Communication*, 189-202. Washington, DC: Center for Applied Linguistics.
- 飯島克己、佐々木将人監訳。(2003)。「メディカルインタビュー：三つの機能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)(Cohen-Cole, Steven A.

2000. *The Medical Interview: The three-function approach*. Second edition. Mosby-Year book, Inc.)

- 植田榮子 (1999). 「なにげない『ことば』が患者にもたらすもの—一言語学の視点から」『看護学雑誌』63(11), 1050-1057. 医学書院
- 片山蘭子 (2002) 「病にかかるということ—患者・家族にとって—」『医療の人間学1 医療のなかの人間関係』 編集 篠田知璋
- 加藤正信 (1973). 「全国方言の敬語概観」『敬語講座6 現代の敬語』明治書院
- 木戸幸聖 (1983). 『臨床におけるコミュニケーション』創元社
- 国立国語研究所 (1984). 『国立国語研究所報告 80 言語行動における日独比較』三省堂
- 斉藤清二 (2000). 『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
- 真田信治 (1981). 「あいさつ言葉の地域差」『ことばシリーズ 14 あいさつと言葉』文化庁
- 真田信治 (1985). 「あいさつ言葉と方言—地域差と場面差—」『日本語学』4-8.
- 篠崎晃一・小林隆 (1997). 「買い物における挨拶行動の地域差と世代差」『日本語科学』2, 81-101.
- 新藤雄三 (1990). 『医療の社会学』世界思想社
- 鈴木孝夫 (1975). 「あいさつ論 あいさつの言語社会学的考察」『ことばと社会』67-86. 中央公論社
- 徳川宗賢 (1978). 「オーキニからオシズカニまで—あいさつことばの地域差—」『日本人の方言』筑摩書房
- 藤原与一 (1992). 『あいさつことばの世界』武蔵野書院
- 柳田国男 (1964). 『毎日の言葉』角川文庫 角川書店
- 山中桂一 (1989). 『ヤコブソンの言語科学 1: 詩とことば』勁草書房

## Qualitative and Quantitative Analyses on “Greetings” Exchanged by Japanese Doctors and Patients in Medical Interviews.

### 【Abstract】

The study aims to analyze the interactional verbal and non-verbal behaviors between doctors and patients in medical interviews, focusing on the exchange of “greetings” at the opening of each interview.

The conversational data of medical interviews were recorded in Tokyo and Osaka, consisting of 91 interviews by male doctors and 3 interviews by female doctors. There were 36 male patients (14 in Tokyo and 22 in Osaka) and 58 female patients (31 in Tokyo and 27 in Osaka). The average age of the patients was 63.8. All of the patients had repeatedly consulted their doctors prior to recording.

The results show as follows; 1) it is significant that at the opening of the interview, the patients utter more “greetings” with tones of “gentle laughter” in their voices comparing to the doctors, 2) no significant regional difference is found in terms of “greetings” made by the doctors in Tokyo and Osaka, 3) no significant gender-based difference is found in terms of “greetings” made by male and female patients, 4) it seems marked that the doctors in Tokyo start their interviews abruptly without exchanging “greetings”.

Several useful tips are considered for the realization of a more humanistic and reliable doctor-patient relationship.