

Title	専門職感情労働における対人関係の変容：医師を事例として
Sub Title	Transformation of interpersonal relations in emotional labor of profession : a case study of doctor
Author	塚田, 聡(Tsukada, Satoshi)
Publisher	三田哲學會
Publication year	2016
Jtitle	哲學 No.137 (2016. 3) ,p.37- 62
JaLC DOI	
Abstract	<p>The purpose of this paper is to clarify the situation of emotional labor by "status professions" like doctors and lawyers which has not been mentioned before, focusing on the relationship with the customers. I consider the possibility that new problems different from them has been presented before will occur/has occurred through clarifying the situation of emotional labor by status professions with different elements of the background from the non-professionals.</p> <p>From the interviews to doctors, paternalistic physician-patient relationship has been pointed out in the past is not observed. They judge the feelings of patients, deal to change them and manage their own emotions in the work. In the background, there are altruistic professional ethics which is a feature of status professions and they attempt to do self-reflection recursively. However, it also observed changes in the environment surrounding the doctor like the introduction of informed consent and the reduction of the information asymmetry between doctors and patients resulted in an increase in claims and medical litigation, informed consent is turn into a tool of self protection of the doctor's own and interaction with the patient tend to be simplified/formalized. In Hochschild's view, people have not the resources are recruited to the emotional labor by providing resources that own feelings. The results show the transformation which emotional labor different from the emotion management that has been done is currently required for status professions.</p>
Notes	投稿論文
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00150430-00000137-0037

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

専門職感情労働における対人関係の変容

——医師を事例として——

塚 田

聡*

Transformation of interpersonal relations in emotional labor of profession

—A case study of doctor—

Satoshi Tsukada

The purpose of this paper is to clarify the situation of emotional labor by “status professions” like doctors and lawyers which has not been mentioned before, focusing on the relationship with the customers. I consider the possibility that new problems different from them has been presented before will occur/has occurred through clarifying the situation of emotional labor by status professions with different elements of the background from the non-professionals.

From the interviews to doctors, paternalistic physician-patient relationship has been pointed out in the past is not observed. They judge the feelings of patients, deal to change them and manage their own emotions in the work. In the background, there are altruistic professional ethics which is a feature of status professions and they attempt to do self-reflection recursively. However, it also observed changes in the environment surrounding the doctor like the introduction of informed consent and the reduction of the information asymmetry between doctors and patients resulted in an increase in claims and medical litigation, informed consent is turn into a tool of self protection of the doctor's own and interaction with the patient tend to be simplified/formalized. In Hochschild's view, people have not the resources are recruited to the emotional labor by providing resources that own feelings. The results show the transformation which emotional labor different from the emotion management that has been done is currently required for status professions.

* 慶應義塾大学大学院社会学研究科社会学専攻後期博士課程

1. はじめに

サービス業が拡大・進展し、競争がますます激化するなかで、より顧客を重視する傾向が強まっている。特にサービス業のなかでも接客業といった人を相手にする仕事は、その業務特性から概して感情労働¹を求められるが、サービス化の進展とともに感情労働の重要性の程度は深化、その領域は拡大する一方である。医療・福祉や接客業の領域における感情労働については、これまでも多くの研究がなされてきたが、同じく人とのかわりが不可欠な医師や弁護士といった「身分的専門職 (status profession)」²についての議論は少ない。専門職を取り巻く環境が変化するなかで、顧客との関係性や職務の自律度合い、職業観、出身階層など、その他の職種とは背景の異なる要素を有する専門職感情労働の実態を明らかにすることで、従来感情労働に関して提示された問題とは異なる、新たな問題が生起する/している可能性を考察する。

2. 感情労働に関する先行研究—二分される専門職感情労働の評価

これまでの感情労働に関する議論では、ホックシールドが感情労働概念を提唱する際に、自己感情からの疎外、組織による感情の搾取を主題化したのに対し、感情労働を相互行為場面において積極的に評価しようとする批判がなされた (Wouters 1989a; Leidner 1999; Rafaeli and Sutton 1987; Rafaeli 1989)。これらの批判においては、感情労働が他律的に管理されていても、そのことを自覚し、自己を職務と切り離したり、職務から距離を置くことによって、労働者は顧客との相互行為を職務として遂行する際に感情労働を利用しているとされる。

また、「職業的専門職 (occupational professions)」³の1つである看護師については、多くの感情労働に関する議論で取り上げられてきた客室乗務員や販売職と違い、感情規則⁴が明示されたり、研修や管理体制を通じて

感情活動を管理されてはならず、感情労働が他律化されているわけではないという点で異なる特徴を有する。そうした看護師などの対人援助職は、自律的ではあるが、接客業とは量・質ともに異なる感情労働を要請され、そのコスト⁵もまた異なる。看護師に要請される感情労働の特徴に加え、看護師の職務特性により、武井が指摘するような「共感疲労」⁶という独特の心理的疲労が生じる危険性は相対的に高く、看護にとって緊急課題であると指摘される（武井 2001）。

看護師の感情労働研究では、看護師は常に笑顔で親切に振る舞うことが要求されるが、一方で代表的な身分的専門職である医師は、印象よく患者や家族と接することではなく的確な診断や治療によって信頼を得ることができ、治療や手術が成功すれば不満に思われないと指摘され（相馬 2011: 65-66）、また患者は病を得た怒りや不満を医療者に向けようとするが、その矛先は医師よりは看護師であり（武井 2001: 40）、看護師とは「対照的に医師は、看護師の陰に隠れて患者の感情に直接向き合うことを避けることがしばしばある」（石川 2005: 1）とされる。

しかし職業社会学における議論では、身分的専門職には、人を相手にし、その人の問題に纏わる不安や恐怖といった感情に対処することが求められ、中立性を保ち、他人の不幸に接しても動じない強靱な神経を持って超然としていることが、専門職が義務を履行するために必要だと指摘される（石村 1969: 82）。また、プロフェッション活動には自信と同時に、「たえず自己の活動に対し反省をおこなう」「謙虚さや誠実さも必要」（石村 1969: 85）と言及され、このことは専門職に高度な感情管理が求められることを示唆している。

感情労働に伴うコストを指摘される看護師などの対人援助職⁷に対して、背景の異なる要素を有する身分的専門職の感情労働の実態について、以降で検討したい。

3. 調査概要

専門職の感情労働の実態を把握するために、背景の異なる複数の専門職を調査対象とするよりは、特定の一専門職に限定した調査をすることで、議論を分散させずに、専門職感情労働の実態をより明確化することを目指し、比較的多くの研究が展開されてきた看護師の感情労働との対比や共通点の探索も可能となることから、専門職のうち本論では医師を対象とした調査を行うこととした。

まず最初に、専門職による感情労働に関して焦点化された問題設定を行うために、専門職を取り巻く環境、顧客との相互行為がどのように認識されているのかを把握することを目的としたプレ・インタビュー調査（対象者：Aさん、眼科、勤務医、42歳、男性）を実施した。プレ・インタビュー調査結果や関連する先行研究では、インフォームド・コンセント⁸といった患者権利の制度化をはじめとする患者中心の医療が叫ばれ、一方で医師の権威の低下、医師に対する信頼の失墜、そして患者の権利意識の高まりといった変容が指摘された（猪飼 2010; 鈴木 1992; 岡田 2004）。そうした変容の下、医師は自身の感情管理をいかに実践し、患者との関係性にどのように対処しているのか、といった点を明らかにすることを目的として、5名へのインタビュー調査を実施した⁹。

インタビュー調査は2012年11月から2013年1月にかけて、各々1時間から2時間半程度、半構造化インタビュー調査の形式で実施した。主な質問項目は、「患者に診断結果や治療方針をどのように説明していますか」、「インフォームド・コンセントによって、どのような影響がありましたか」、「患者に接する際にストレスを感じたときの経験とその対処方法をお話ください」、「この仕事をする前に、医師と患者の関係性について持っていたイメージは、どのように変わりましたか¹⁰」である。

分析は、オープン・コーディングを行った上で、医師による感情労働の実態、医師を取り巻く環境や患者との関係性とその変容の可能性、医師と

表 1. インタビュー調査対象者

対象者	診療科	勤務医 / 開業医	年齢	性別
B さん	歯科	開業医	40 歳	男性
C さん	消化器内科	勤務医 (元院長)	42 歳	女性
D さん	心臓血管外科	勤務医	40 歳	男性
E さん	消化器外科	勤務医	42 歳	男性
F さん	精神科	勤務医	42 歳	女性

患者の関係性が患者との相互行為に与える影響、というカテゴリー化をし、各々に関して解釈を行った。

4. 調査結果

4-1. 医師による感情労働の実態

従来指摘されていたような医師の権威を基盤としたパターナリスティックな医師—患者関係の様子は見られず、全ての調査対象者が、患者の感情を察し、その感情を変化させるよう対処し、その作業において自身の感情をコントロールしていることが明らかとなった。またそれらの行為は、身分的専門職の特徴とされる利他的職業倫理から行われていること、そして石村が指摘したような自己反省に努めており、高度な感情管理を行っている様子が確認された (石村 1969)。

例えば、患者との相互行為において、医師は職務と自身の感情との切り離しを行い、職務中はあまり感情的にならないようにしたり、ストレスを感じる患者に対して、その患者との相互行為を事前にシミュレーションするといった努力を行っている。

〈D さん〉

普段とやっぱり、白衣着ちやうとちょっと変わりますよね。自分というよりも、医師という、仕事上の人間というか。それはやっぱり、仕事とプライ

専門職感情労働における対人関係の変容

ベートを分けるように、やっぱりちょっとそこら辺は変わりますよね。だからあまり感情は、ありますけども、あまり感情的にはならないようには、自然となってると思うんですけどね。

[ストレスを感じるケースは] やっぱりこう、一目見て、信頼してないのかなという、以前に医療不信というのがあって、やっぱり医療に対する不安・不信感がある方というのは難しいですね、一回そうなってしまうと、本当にこれやって大丈夫なのか、これでもし何か合併症、死んでしまったらどうするのか、そんな感じで言われたりだとか、そういうのありますね。僕はそんなひどく言われたりというのはないですけども、中にはやっぱり人殺しだとか言う患者さんも、中にはいますよね。ですから患者さん見て、どういう人なのかなど、ある程度見たうえで、多少合わせたりはしますよね。とにかく話は聞いてあげるということですね。

〈Bさん〉

[厄介な患者さんに接する際に] 徹底的に自分でシミュレーションします。こういうふうな話をしたら、こういうふうに言われちゃうんだらうな、とか、こういうふうに言ったらどういうふうにするかな、とかいうのをずっと考えてますね。

さらに精神科のFさんの場合には、自身の感情を含め、患者にとっての自身の立ち位置について、「精神科の場合はそういうことを身体科、内科とかよりはより意識している」といい、患者の感情に対して、雰囲気や言葉などに気を遣いながら繊細に対応する。またその際、自身の感情については、「ニュートラル」にするという感覚、それは「感情を抑えるというより見せないようにする」というイメージであり、ただしそれは温かみのないものではなく、患者にとって安心感につながる「動じない部分」が

あるということであると説明、高度に管理する様子がかがえる。

〈Fさん〉

〔自分の感情を切り離す努力か〕そうですね、多分ね、切り離すというか、自分が治療者として、今この人にとってどういう立ち位置にいればいいかという自分のイメージがあるわけですよ、(中略)相手が感情的な反応をしないであいてくれるという安心感があるからどんなことでも話すということがあると思うんですよ、患者さんが、だから、どんなことを話しても少なくとも受け入れてくれるとか、否定しないで聞いてくれるとかというスタンスはやっぱり治療者として持つておかないと、そこをどうしていったらいいかというのが治療だとすれば、そこを話してくれない限りは治療にならないじゃないですか。だからなるべくそこをニュートラルにするという感覚ですかね。私の中では多分、キーワードは「ニュートラルにする」。揺れることが悪いわけではなくて、揺れても常にニュートラルでいるためにどういうバランスを取ったらいいかというのは多分常に考えていて、(中略)

〔感情を〕見せないように、多分してるんだと思います。お医者さんによっては、何を聞いても、うんうん、と聞く、ちょっと余裕を持って、ちょっとにこやかに、ふんふんと聞いているような、そういうイメージが本当は理想ですね。理想は理想、だけど、そこまでそんなに観音様みたいではなく、理想とはちょっと違うかな。要するに感情を動かさないようにするという意味では、精神科の治療者としてはそこまでいったら本当にすごいな、ということになるでしょうね。

ただ、精神科の医師に限らず、心臓血管外科であるDさんも、「あまり感情的にはならないようには、自然^{じぜん}となってると思う」(傍点著者強調)と述べる。そして、例えばクレームを受ける医師は「大体決まったよう

な」医師であり、そういう人は「個人の問題が大きいと思いますよね」との認識を示し、医師には「1人の人間としてのスタンス」が大事であると述べている。

〈Dさん〉

〔医師という仕事に対する考え方が、患者との接し方に影響を及ぼすというの〕そうですね。本当に、医師というより、1人の人間としてのスタンスというのは、やっぱり大事というか、その違いかもしれないですね。(中略)自分のコントロールができない人は、なかなか続けるのは難しいですね、あとはモチベーションを保ち続けるのは、たまにやっぱりくじけそうになったりする時ありますから。

さらに、精神科のFさんや心臓血管外科のDさんと異なり、身体の一部を診療の対象とする歯科のBさんもまた同様に、患者との相互行為場面において、自身の感情表現について特に意識をしておらず、患者とのコミュニケーションがうまく、トラブルを起こさないことを「自然とできる」(傍点著者強調)医師が名医であるという認識を示した。またその背景として、「全人格を本当に見られているような」状況で謙虚であることが必要であり、また医師はそうした態度を自然にできていなければいけないと指摘する。

〈Bさん〉

〔仕事をしている時は多少なりとも演技するようなことは〕それは演技ではなくて、(中略)職業倫理という点においては、やっぱり患者さんに対して治すことをしなくちゃいけないじゃないですか。治すためには、そうするために最大限のことをしなくちゃいけないですね。その結果、愛想が良くなっているんだったら、それでいいんじゃないみたいな。そうしないとうまくい

かないからそうしてる、と思ったことはないですね。[意図的ではなく、自然と出ているの] でしょうね。

Bさんによれば、医師は患者から全人格を見られているような状況で、職業倫理の点からも患者の治癒に最大限努める中で、医師にとって適切な感情は意図的な演技としてではなく「自然」に出てくるものであり、また少し異なる観点で、Eさんは医師の仕事を行ううえで必要な自身の感情管理を行う中で、「自然」と適切な感情表現が身につけていったという。そうした点は、Dさんのいう「人間としてのスタンス」が医師には重要であり、医療技術や対人関係スキルといった技術に包摂され得ない、人間性が医師には求められるといった認識が示された。

一方で、Cさんは少し異なるアプローチを採っている。患者との信頼関係を構築するためには、医師としての自信を示すことが必要であることを指摘したBさん同様、Cさんも患者との相互行為において、「自信がありますよというような態度」を取っているが、その方法は、自身の持つ医師のイメージをある意味演じていると認識しており、「自然」というイメージとは異なる。

〈Cさん〉

[普段患者に接する際、普段の自身と]全然違うと思います。患者さんと接する時には、嫌味になるほどではなく、自分は自信がありますよというような態度を取ってると思います。その病気に対してとか、私に知識はありませんとか、何か自分に、それに対して不安なことがある、勉強足りないところがある、みたいなところはないですよというのかな、とにかく、まず信頼してください、大丈夫ですよ、という態度を取ってますね。[具体的には]やっぱり言葉の発し方とかですかね。私はなるべく、いつもより声に元気を持たすというか、(中略)いつもより明るく話すということですかね。明るくって

専門職感情労働における対人関係の変容

いってもケラケラ笑ってというのとは違う、声のトーンを一段階上げているかもしれないですね。姿勢とかはもうこんなじゃないです [リラックスした感じではない]、やっぱり、きちんとしますね。でもそれは糖尿病の患者さんでも、癌の話をする時でも、それは同じです。診察室ではピンとしている感じがします。

[自信のあるような態度を取る理由は] やっぱり、確かに小さい頃の先生のイメージって、先生とか、偉い人っていうイメージ、確かにそれも多少あるんですよ。だから、そうでないといけないっていう風に思ってるかもしれないですね。[医師はこうであるべきだというイメージ] そうですね。私が患者さんであった時に、そういう先生のほうがいいです。自信がなさそうに話す先生は、自分は嫌なんです。[ある意味] 演じてると思います。

自信があるように「演じている」と話すCさんではあるが、癌の告知に際しては、患者のキャラクターを見ながら、慎重に言葉を選び、時間をかけて丁寧に説明することを心がけているという。患者によっては、患者本人のみならず、その家族を巻き込み、また家族の心情にも配慮しながら告知を行っている。その裏側では、患者に告知をすることに対する恐怖感と闘い、自身の感情をコントロールしている様子がうかがえる。

〈Cさん〉

そうでない場合 [完治する可能性が高くない場合] は、なかなかこれ「大丈夫ですよ」って言うのはうそになるので、そこはちょっと言えないですが、患者さんのキャラクターにもよるんですが、ちょっと不安がるような方とかであれば、ある程度お話はするんですが、“癌”という言葉を使わずに、(中略)「良性のものではなかった」と、いわゆる良い細胞だけではなく、ちょっと悪さをする悪い方の細胞も見つかった、ということと、(中略) 本当に最悪

の、キャラクター的に見てこれは心配だなというときは、家族に連絡を取って、家族の方に先に来てもらって、少しちょっとその人のキャラクターを教えていただいて、全く悪性とか癌という言葉を使わずに（中略）。

その頃〔研修医だった15年くらい前〕はまだ100%癌を告知するという時代ではなくて、（中略）いわゆる告知にも2〜3時間かけてお話していきましよう、という教室だったんですね。（中略）もう一つはやっぱり癌の告知が医者も慣れてない時だったので、癌の告知をされて、その日のうちに病棟から飛び降りちゃった人とか、やっぱり何人かいたりとか、何か怖さっていうのがあるんですね。患者さんが病名を聞いた時の苦しさとか辛さとか、そういうものに対してすごく過敏になるということを言われてきたので、（中略）今の状態でもそういう感じのことをやっているんだと思いますね。

告知についてはEさんも、理解度やキャラクター、受け止め方といった患者の反応を見ながら話を進めるという。Cさん同様、患者によっては“癌”という言葉を直接言うのが憚られるときもあるそうで、その場合には「問題のある腫瘍がありまして…手術をすれば大丈夫です…」と、最終的には癌であることを伝えていく。その際、あまり深刻な表情で伝えると、患者がもう駄目なのかと不安に感じてしまうため、あまり軽い感じでもなく深刻でもない感じで伝えるように意識しているという。Dさんも同様に、癌の告知に際して、患者の立場に立ち、伝え方を考えている。

このような癌の告知やその後の癌治療という、患者はもちろんのこと、医師にも非常にストレスのかかる局面において、医師は使命感により「乗り越えなければいけないこと」として捉え対処している。

〈Cさん〉

ストレスは感じますよね、確かに。（中略）いわゆる本当に癌治療をやって

専門職感情労働における対人関係の変容

いる時は、ストレスは自分では解消できていなかったと思うんですね。これが、ストレスを感じる仕事が仕事だと思ってます。これをやらなきゃいけない、これを乗り越えなきゃいけない。

〈Dさん〉

〔医療不信にある患者との相互行為は〕仕方ない、人の気持ちを変えることはできないので、ですから、自分は医師である以上は、やはり患者さんを幸せにしてあげるといふか、病気を治してあげることが大事ですから、ですからそこら辺は感情を抑えている部分で、出てこないと思いますね。本心からいうと、あまり話したくないと、もう早く打ち切りたいと、そう思う時はありますよね。〔それでも〕使命感といふか、これをクリアしなければいけないと。

一方精神科のFさんは、言葉がすごく攻撃的で、こちらを試しているような言葉を使ってくる患者に最もストレス感じるといふ、その場合には冷静さを保つのに精一杯であり、なるべく話さないようにして自身の焦りや不安を見せないようにしているという。また感情を表に出さないために、その状況から回避するような考え方や行動をとっている。歯科医のBさんも、患者との相互行為においてストレスを感じ、Fさんのように他の人に話すことでそのストレスに対応している。

〈Fさん〉

〔感情を出さないようにするために〕これが症状なんだと思うようにしているのが、まず1つ。あともう1つは、精神科に来てから思ったんですけど、少なくともこの人は何か困っていて、何か助けを求めている、で、ここへ来ているんだ、という風に思うようにしています。

あとは、他のことを考えてみたりとか。次にあの楽しい出来事が待ってるって考えてみたりとか、プライベートも含めて。あとは、他の人に話したりしますね、やっぱりね。嫌なことがあった時は、周りにちょっと伝えて、共有するというか、自分はそういう風に思ったということ、逆にそっちで出す、感情を。[周りの人とは] 仲間ですね。例えばその患者さんのことを知っているカウンセリングの心理士とか、特定の人じゃなくても同業の人でそういう話ができる人がいれば、こんなことがあってとか、ぼろっと、しますね。

〈Bさん〉

[ストレスへの対応] これは自分一人で考えていてもしょうがないので、こっちだったら衛生士さんもいるので、話し合いますよね。僕は特に治療に対して、チーム医療とまでは言わないですけども、一緒に診療していく者として、そこは受付の子と衛生士さんがいて、あと院長は一緒に診療することもありますけども、あとは僕なんです。この人に対して僕はこういうふうに行っている、こういうふうなことを言われてしまう、だから今後どうしたらいいかね、という感じで、そこで感情をよく出しますね。

4-2. 医師を取り巻く環境や患者との関係性とその変容の可能性

先行研究では、インフォームド・コンセントといった患者権利の制度化や、患者中心の医療が議論され（鈴木 1992; 奥山 1994）、一方で医師の権威の低下、医師に対する信頼の失墜、そして患者の権利意識の高まりといった変容が指摘されてきた（岡田 2004; 猪飼 2010）。そうした指摘に対して今回のインタビュー調査では、医師-患者関係への影響が指摘されるインフォームド・コンセントの評価については、調査対象者間で意見が分かれる結果となったが、患者との関係性に関して共通する点も言及された。医師のステータスは以前より低下しているものの、医師の権威や患者からの信頼は失われていないと認識されている。一方で医師と患者の情報

専門職感情労働における対人関係の変容

の非対称性の縮小，パターンリズムは解消傾向にあり，医師-患者関係は対等に，そしてその距離感は縮まっているようである。

医師-患者関係に変化はないという立場に立つのは，子どもの頃に医師に怪我を治療してもらったことをきっかけとして医師を目指したというCさんや，同じく青年期に出会った医師がきっかけで医師を目指したというDさんであり，その当時の医師のイメージと，現在自身が医師として患者に係わっている状況に変化はないという認識を示す。

〈Cさん〉

〔医師と患者の関係の変化は〕私個人はないです。私对患者さんっていうイメージは，医者になる前と今と，変わってないです。〔元々の医師のイメージは〕偉い人というか，助けてくれる。

〈Dさん〉

〔医師と患者の信頼関係は，自身が幼少時の頃と〕ほとんど似てますかね。僕は医者を信頼してましたから。（中略）ですからそういうような思想を自分にも当てはめて，信頼されるような，というところが根本的にはあるかもしれないですね。〔現在患者から信頼されていると〕自分では思いますね。

Eさんも患者の医師に寄せる信頼はあまり変わっていないという。頭から疑うような人はほとんどいないが，しかし人による面もあり，モンスター・ペイシエントと呼ばれるような人は確かにおり，若干ではあるが増えているかもしれない，と指摘する。その理由として，可能性の域は出ないが，患者の権利意識，インテリジェンスの低さ，情報量の増加を挙げている。また医師-患者関係は，都心と地方によっても違うといい，地方ではお年寄りにとって医師は今でも「お医者様」であるが，都心ではいろいろな病院にアクセスできるし，ネットで検索することも容易であり，特に

若い人ほどその傾向が強いという。

Fさんの場合は、医師-患者関係がまったく変わったという認識ではないものの、以前に比べれば患者が「ものを言える」時代になったと指摘、その背景にはEさんも挙げた、患者が「圧倒的に情報を得られる時代になった」からではないかと述べる。患者が多くの情報を収集できる結果、医師に対する見方やイメージが変わってきたのではないかという認識を示す。

〈Fさん〉

[医師-患者関係の変化について] 変わっているような、変わっていないような。[変わった点は] 患者がものを言える時代にはなっているといますよね。その時代に私が医者をやっていたわけではないですけど、多分昔の方がもっともっと、お医者さんがこうだと言えば、患者さんは何も[言わず]、全部、お医者様みたいなのが、もっともっと強かった。(中略)[医師にものを言える患者は増えつつは]あります。[変化のきっかけは] やっぱりこういうのも含めて社会的な流れというんですかね。何が、1つだけ、というわけではなく、何となくお医者さんの、そういうパターンリズムみたいなのが緩和されたという流れがいろんなところで出てきて、これ[インフォームド・コンセント]は大きかったと思いますけどね。

一方で別の医師からは、患者が多くの情報を収集できることやインフォームド・コンセントが導入されるという変化以降も、患者の立ち位置に変化はなく、従来同様、最後は医師に任せるという姿勢である、という認識が示された。

〈Cさん〉

今、特にインターネットでいろいろ調べたりとかできるんで、ただ基本的には患者さんのスタンスは変わってない気がするんですね。こんな危険性が

専門職感情労働における対人関係の変容

ありますよという話をしても、「はい、わかりました、お任せします」というスタンスの方が多いと思いますし、インフォームド・コンセントすることによって、逆に質問が多かったりとか、いろんなことでストレスを感じる、というものは少ない。

Dさんも、今後医療訴訟が増えることが予想されるが、そうした点でも最初の段階でのインフォームド・コンセントが重要であるとの認識を示す。その根底には、Fさんと同様、医師は患者の「お手伝い」という立場をとっていることがあると考えられる。

〈Dさん〉

[今後、医療訴訟は] 増えてくるんじゃないでしょうかね。インターネットで見れる、メディアでやってる、似たような症状ですぐ外来に来たりとか。(中略) 間違った知識とか大げさな知識で、そんなありえないこと、そういう患者さん多い、間違った認識で治療したりすると、そこで訴える、本当、出だしのインフォームド・コンセントが大事ですね。

4-3. 医師と患者の関係性が患者との相互行為に与える影響

調査対象者間で評価の分かれるインフォームド・コンセントの導入は、医師と患者の関係性に影響を及ぼす可能性のある制度であるが、肯定的に捉える対象者にとって、医療のコンシューマリズムという一面にもつながるインフォームド・コンセントの導入や医師と患者の情報の非対称性の縮小がその要因の一部と指摘される、医師へのクレームや医療訴訟の増加に対する自己保身の道具となっている側面を確認できる。

〈Cさん〉

[命に係わるような危険なことが] 起こった時に、やっぱり起こり得ること

があるので、起こった時の、そんなことは聞いていなかったとか、やっぱりそういうことって多いですよ、それは医療ミスなんじゃないかとか。そういうことに対する説明責任は果たしていましたよ、という意味では、気分的に楽。楽というか安心できるというか、私〔医師〕の立場からですね。

〈Dさん〉

〔承諾書を取るの〕結局は何かトラブルあった時のことですよ、言った言わないになってしまうので、確かに書面がないと証拠になるものがないので、ですから、何か問題、術後に亡くなられたとか、そういう場合にはやっぱりミスでそうなったんでしょと、そういうことも言われかねないので、そういう時に、(中略)守りじゃないですけど、信頼関係の1つではありますよね、〔医師の立場としては〕自分の身を守るという意味ではありがたいことですね。

一方で、インフォームド・コンセントが形だけのものになってしまう場合、医師の自己保身の道具以上のものにはならず、患者がより賢明になることが求められるという指摘や、インフォームド・コンセントは患者との関係性を拗らせるものであり、Fさんのいう患者が「ものを言える」という域を超え、モンスター・ペイシエントのような「文句は言えるんだっから言っとけ」といった患者の増加を招くのではないかという指摘もされた。

〈Fさん〉

〔インフォームド・コンセントの影響は〕ないとは言えない。(中略)デメリットとしては、インフォームド・コンセントという本質がちゃんとできているかという、やっぱり形だけになってしまう人もいますよね。

〔形だけの場合、医師にとって身を守る武器となることについて〕なっちゃいますね、そういう方が多いですよ、結局どんな形であっても、医療訴訟っ

専門職感情労働における対人関係の変容

てどうしてもお医者さんの方が強いじゃないですか、医療の方が。

〈Bさん〉

やっぱり患者さんにしてみれば、自分は納得いかない、自分は痛いことさ
れたくない、それについて不満があるというのは、いつまで経っても何も変
わらないんで、その事実というのは、それに対して主張していい権利みたい
なのが、あるんだっただけ言っとこうかみたいな、そういう人が一定の割合で
出てきてしまうんで、憂慮すべき問題ですね。モンスター・ペアレントじゃ
ないですけど、文句は言えるんだっただけ言っとけみたいなね。(中略) 過剰に、
いや過敏になっている気がします。

また、Cさん自身は癌告知を時間をかけて丁寧に行うことに努めている
が、自身が他の医師からされた父親の癌告知の場面には、インフォーム
ド・コンセントという概念が当初の目的から外れ、医師の自己保身の道具
化という側面を有しているという指摘と共通するような視点が表れてい
る。医師が多忙であるという要因もあるが、最近では患者がいろいろな情報
を知っていること、そして医師が患者に説明する内容や、患者が回答すべ
き内容がマニュアル化されていることで、患者の様子を見ながら、時間を
かけて、言葉を選びながら丁寧に行う「古典的」な告知の仕方が行われな
くなってきていることを指摘、患者への接し方が簡素化/形式化される傾
向にあることがうかがえる。

〈Cさん〉

[癌の告知は] もっと今の先生のほうがもっと割り切ってお話をされてるん
じゃないかな、というようには感じるんですよね。教室に入っていた時のや
り方のほうが古典的というか、昔のやり方なんじゃないかなと。患者さんの

癌の告知をするのに2,3時間かけたりとか、丁寧にとか、やるというのは古典的な気がします。

[今のほうが] もっとシンプルな感じがしますね。例えば父も、2年前に癌になって、消化器系の癌になって、亡くなったんですけど、ドクターは意外にシンプルですね。(中略) 肝臓の検査をしたら転移が見つかりました、その一言もけっこう普通に言っちゃって、言うんだなってびっくりしたんですね。直球だったですね。(中略) 無駄な感情はなかったような感じがしますね。淡々と伝えていたような。冷静でしたね。

[伝え方が変わってきているのは] (中略) 抗癌剤をやるうえでの副作用とかそういうものが、説明をしなきゃいけないものがもうマニュアル化されつつあるので、昔とは違って、(中略) 新しい抗癌剤の治療方法とかなんていうと、もうアンケートも全部決まってるし、患者さんに説明することも決まっているし、患者さんが答えなきゃいけないことも決まっているし、やらなければいけないことがちゃんとマニュアル化されてるという感じもあるし、あとは患者さんのほうがいろんな言葉を、例えば転移だけでなくも、いろんな言葉を知るようになったので、逆にストレートにシンプルに言っていたほうが分かりやすいということもあると思いますね。

そして、Bさんは、患者からの信頼を得るためには誠実であることが大切であり、マニュアル的で表面的な患者への接し方を否定的に捉え、そのような風潮のあることを批判する。

〈Bさん〉

結局医療を計る客観的なものはないですし、言ってしまうと、それこそ相性とか愛想、とりあえず笑ってくれる人、になってしまうというのは、自然

な感情として理解できるにしても、じゃあそれを最初から目的として、笑ったときゃいいや、というような風潮は、それはだめですね。

5. 考察

医師-患者関係に関する先行研究においては、医師は高度な感情管理が求められるが、従来それは医師-患者関係をパターンリスティックなものとし、患者の感情に晒されないようにするという方向性で機能していることが指摘されてきた（田中 1992）。しかし、今回行った医師へのインタビュー調査からは、患者の感情に深く係わり、そのために自身の感情をコントロールしたうえで、患者の感情に合わせた相互行為を行っている様子、またそうしたことを「自然に」行うことが医師という職業に求められているという認識が確認された。逆に、患者権利の制度化でもあるインフォームド・コンセントという概念は、専門職の脱身分化/職業化以降の技術志向化、そしてサービス化の一面も伴う状況の変化、それらがもたらす専門職の脱人間性、クライアントからの信頼の喪失や専門職の権威の失墜という傾向を反省し登場したはずが、必ずしも当初描いた医師-患者関係には向かっておらず、利他的職業倫理を基盤として、高度な感情管理に努める医師の前途を曇らすものであるのかもしれない¹¹。

崎山はボルトンが区別の必要性を主張した感情労働の「慈悲的 (philanthropic)」な側面について¹²、それを強調することには (1) ある意味で規範化されることに伴う困難、(2) それが破綻した際に反動として生じうる暴力性、を問題視する（崎山 2009）。今回のインタビューでは、後者の点について確認されるような語りは見られなかったが、インフォームド・コンセントという概念が前者に係る問題の契機を生じさせている可能性が確認された。ある医師は、インフォームド・コンセントといった患者権利の制度化により医師-患者関係が混乱したと感じているが、一方で別の医師は、インフォームド・コンセントは自身の気分を楽にし、自身の

身を守るものである、と考える。コンシューマリズムの影響による医師-患者関係の対等化がもたらす、インフォームド・コンセントといった患者権利の制度化と、その反面で進む、患者の権利意識から自己を保身するための医師によるその道具の利用や、患者中心の医療に向けた、患者との相互行為場面のマニュアル化と、それが進展すればするほど医師が非人間性を帯びる可能性も指摘できる。三井は、職業における関係依存的/状況依存的自己の重要性を主張するが（三井2006）、医師と患者の相互行為場面にマニュアル化された相互行為が浸透していくことで、医師が高度な感情管理を行い、患者に対して謙虚で誠実な相互行為を行う場面は必然的に縮減するであろう。

ホックシールドは、他に資源を有しない人が、自身の感情という資源を提供することによって感情労働に動員されるとしたが、今回のインタビュー調査からは、今や相対的に高い地位を有する身分の専門職にも、従来彼らが行ってきた感情管理とは異なる、より顧客の感情に寄り添う感情労働が求められるように変容している様子が確認できた。利他的職業倫理をベースとして自律的に感情労働を行っていた医師という職業への、簡素化/形式化された、道具としての他律的側面を有する感情労働の要請は、逆説的に医師を多様な患者の感情に配慮した高度な感情管理から遠ざけ、画一的/マニュアル的な感情労働を医師に要請することにつながりかねない。それはまた、職務の自律性の高さという専門職の職務特性をも変容させるだろう。患者の過剰な権利意識から、他律化された枠組みの中で自己保身を図ることを、医師自身が希求することが想定される。また社会的威信の高さを背景とした優位な顧客との関係性も変容していくだろう。医師と患者の情報の非対称性の縮小も影響し、画一的/マニュアル的な医師という職業に威信を感じる患者が減少することが予想される。その場合、専門職だからこそ信頼関係が築け、実践可能となる、患者との相互行為は、これまでとは異なるものとならざるを得ないのではないだろうか。

6. おわりに

最後に本論の限界ならびに今後の課題を述べる。

本論では専門職を取り巻く環境や顧客との関係性の実態を把握する上で、医師を対象としたインタビュー調査を実施したが、調査依頼上の制約があったため、インタビュー調査対象者の年齢はすべて40歳代であり、また都心に勤務する医師のみとなり、インタビュー調査対象者に偏りがある。また医師と患者の相互行為に着目した分析を中心とするも、調査上の制約があり、今回は医師側の視点のみでの分析となった。これらのことから、本論が日本の医師全般を一般化し得るものではない。また、背景の異なる複数の専門職を調査対象とするよりは、特定の一専門職に限定した調査をすることで、議論を分散させずに、専門職感情労働の実態をより明確化することを目指したため、医師以外の専門職全般の議論をすることには大きな限界があった。

こうした点につき、医師以外の専門職への展開、そして専門職を取り巻く顧客や他者の視点からの分析などは、今後の研究課題としたい。

註

- ¹ 感情労働 (emotional labor) とは、顧客に特定の感情を作り出すために、適切な表情や態度を示すことが職務として求められる仕事をいう。
- ² 中世の大学における医学、法学、神学の学術研究の始まりからその一部が進展した専門職が、現在「当初の (original)」身分の専門職であるとされる (Harris 2002: 558)。
- ³ ルネッサンスから産業革命の間に、技術の発展によりエンジニアや科学者、物理学者が、科学の進歩によりアクチュアリー、測量士、不動産仲介人、書記、弁理士といった職種が登場、新しい職種の発生と専門職化は今日まで持続的に進行し、20世紀にはソーシャル・ワーカーや看護師、初等普通教育の教師のプロフェッション化が進んでいる (石村 1969: 57-58)。
- ⁴ 「私を感じるべきこと」である感情規則 (feeling rule) と実際の感情 (「私を感じていること」) が異なる場合、そこに生じたギャップを埋めるために、「感情規則に即して自己の感情経験の表出・保持を操作すること」、つまり感情管

理が行われる。感情管理のための作業は感情作業と呼ばれ、「ボディランゲージや作り笑いや気取って肩をすくめるしぐさ、計算されたため息など、自分の外見を変えようとする演技」を表層演技 (surface acting)、「幸せそうに悲しそうに〈見えるように〉努力するのではなく、自己誘発した感情を自発的に表現する演技」を深層演技 (deep acting) と呼ぶ (Hochschild 1983)。

- 5 ホックシールドは感情労働に対して人間の支払うコストとして、自己と職務の過度な同一化による燃え尽き (burnout)、自己と職務を切り離し演技することを不正直だと自己非難すること、自己と演技を切り離し自己非難もせず、演技することが仕事であると皮肉的 (cynicism) になること、を挙げる (Hochschild 1983: 132-136, 187)。
- 6 看護師のバーンアウト研究の中で使われた言葉で、「患者に共感し、援助しようとしている人のなかに生じる独特の心理的疲労」をいい、「クライアントの恐怖、痛み、苦しみについての話を見たり聞いたりするうちに、援助者のほうにも同じような恐怖、痛み、苦しみがわいてくる」(武井 2001: 124) という。
- 7 看護師を含め、介護士やケースワーカーといった対人援助職に関する、感情労働のコストとしてのバーンアウトの研究は多い (武井 2001; 崎山 2005; 相馬 2011)。
- 8 日本におけるインフォームド・コンセントの導入は欧米諸国よりかなり遅れ、1971年に東京地方裁判所が同意原則 (医師の説明義務を含む) を確認、1981年に最高裁判所が「説明と同意」原則を確認し、日本の裁判に定着するようになった。また1990年に日本医師会の生命倫理想談会が「『説明と同意』についての報告」を提出、さらに1997年には医療法改正により医療者は「医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と規定された (鈴木 1992: 32-36)。今回のインタビュー調査対象者 (すべての対象者が40歳代前半) が「学生の頃、言われ始め」(Cさん)、「[患者に対して検査結果を]自分で説明するようになった時はもうインフォームド・コンセントはありました」(Dさん) という。
- 9 インタビュー調査対象者には、各々の医師が置かれた立場により患者との相互行為の状況に違いのあることが想定されたことから、診療科や勤務医/開業医、性別の異なる医師に対して、複数の知人の紹介を通じて依頼を行った。Cさんはインタビュー当時、愛知県在住であったが、2012年8月まで東京のクリニックに勤務しており、現在も週に1度は東京で職務を行っている。その他のインタビュー調査対象者は東京在住である。インタビュー調査は、対象者が話しやすい場所として喫茶店で実施した。また対象者の承諾を得た上で、ボイス・レコーダーに録音した。ただしEさんについては、ボイス・レコー

ダーの故障によりインタビュー・メモのみの記録である。なお、インタビュー調査対象者のプライバシーには十分な配慮を行っている。

- ¹⁰ 医師-患者関係の変化や、それに伴う医師による感情労働の変容の可能性を探るため、実際のインタビュー調査場面では、インタビュー調査対象者が医師という職業を認識し、患者の立場として接触した子どもの頃と、最も直近のインタビュー調査時点でのイメージで比較してもらった。
- ¹¹ 奥山も、「インフォームド・コンセントによっては、患者の自律的選択が偽装されるだけで、医師と患者との本質的な非対称性は何ら変わることなく維持され続ける」とし、インフォームド・コンセントが形だけ導入されるだけでは、旧来の医療問題が解決することにはつながらないと指摘する（奥山1994）。
- ¹² ボルトンは感情管理スキルが用いられる局面として、「金銭的（pecuniary）」、「規範的（prescriptive）」、「表象的（presentational）」、「慈悲的（philanthropic）」の4つに分類した（Bolton 2000: 160）。

参考文献

- Bolton, S. C., 2000, "Emotion here, emotion there, emotional organisations everywhere", *Perspectives on Accounting* 11, 155-171.
- Elliott, P., 1972, *The Sociology of Professions*, London: Macmillan.
- Freidson, E., 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, =1992, 『医療と専門家支配』, 新藤雄三/宝月誠訳, 恒星社厚生閣.
- 船津衛, 2006, 『感情社会学の展開』, 北樹出版.
- Harris, L. C., 2002, "The Emotional Labour of Barristers: an Exploration of Emotional Labour by Status Professionals", *Journal of Management Studies* 39:4: 553-584.
- Hochschild, A. R., 1979, "Emotion Work, Feeling Rules, and Social Structure", *American Journal of Sociology* Volume 85 Number 3: 551-575.
- Hochschild, A. R., 1983, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, =2000, 『管理される心～感情が商品になるとき』, 石川准/室伏亜希訳, 世界思想社.
- Hochschild, A. R., 1989a, "Reply to Cas Wouters's Review Essay on The Managed Heart", *Theory, Culture & Society* Vol. 6: 447-450.
- 猪飼周平, 2010, 『病院の世紀の理論』, 有斐閣.
- 石川准, 2000, 「感情管理社会の感情言説—作為的でも自然でもないもの」 『思想』 No. 907: 41-61.

- 石川准, 2005, 「ケアとアシスト」『北海道医療大学看護福祉学部学会誌』 第 1 巻 1 号: 1-10.
- 石村善助, 1969, 『現代のプロフェッション』, 至誠堂.
- Leidner, R., 1999, "Emotional Labor in Service Work", *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 561: 81-95.
- 森藤ちひろ, 2010, 「医療サービスにおける医師患者関係の分析—患者満足とサービス品質」『ビジネス & アカウンティングレビュー』 関西学院大学経営戦略研究科, 第 5 号: 189-204.
- 三橋弘次, 2008, 「感情労働で燃え尽きたのか?—感情労働とバーンアウトの連関を経験的に検証する」『社会学評論』 58(4): 576-592.
- 三井さよ, 2004, 『ケアの社会学—臨床現場との対話』, 勁草書房.
- 三井さよ, 2006, 「感情労働」, 船津衛編著, 『感情社会学の展開』, 北樹出版.
- 中野秀一郎, 1981, 『プロフェッションの社会学—医師, 大学教師を中心として』, 木鐸社.
- 西垣悦代/浅井篤/大西基喜/福井次矢, 2004, 「日本人の医療に対する信頼と不信の構造—医師患者関係を中心に」『対人社会心理学研究』 大阪大学大学院人間科学研究科対人社会心理学研究室, No. 4: 11-20.
- 岡田雅勝, 2004, 「パターンリズムの問題と医療の将来」, 坂井昭宏/松岡悦子編著, 『バイオエシックスの展望』, 東信堂.
- 岡原正幸, 1990, 「ポスト・モダンな感じ〜感情文化と社会変容」『哲学』 三田哲学会, 91: 463-484.
- 岡原正幸, 1998, 『ホモ・アフェクトス〜感情社会的に自己表現する』, 世界思想社.
- 岡原正幸, 2008, 「ホモアフェクトスの転回」『三田社会学』 第 13 号: 17-34.
- 岡原正幸, 2011a, 「文明化論と感情社会学」『哲学』 三田哲学会, 124: 109-138.
- 岡原正幸, 2011b, 「感情と文明化論—エリアス派感情社会学の礎石」『哲学』 三田哲学会, 127: 229-256.
- 岡原正幸, 2012, 「感情管理社会におけるセルフマネジメント」『哲学』 三田哲学会, 128: 1-49.
- 岡原正幸, 2013, 『感情資本主義に生まれて〜感情と身体の新たな地平を模索する』, 慶應義塾大学教養研究センター.
- 岡原正幸/山田昌弘/安川一/石川准, 1997, 『感情の社会学〜エモーション・コンシャスな時代』, 世界思想社.
- 奥山敏雄, 1994, 「医療システムの中核としての医師—患者関係—社会システム論的アプローチ」『社会学ジャーナル』 筑波大学社会学研究室, 19: 72-99.
- Parsons, T., 1951, *The Social System*, =1974, 『社会体系論』, 佐藤勉訥, 青木書店.

- Rafaeli, A., 1989a, "When cashiers meet customers: An analysis of the role of supermarket cashiers", *Academy of Management Journal*, 32: 245-273.
- Rafaeli, A. and Sutton, R., 1987, "Untangling the Relationship between Displayed Emotions and Organizational Sales: The Case of Convenience Stores", *Academy of Management Journal* 31-3: 461-487.
- 崎山治男, 2005, 『「心の時代」と自己～感情社会学の視座』, 勁草書房.
- 崎山治男, 2006, 「欲望喚起装置としての感情労働～感情労働の「再発見」にむけて」『大原社会問題研究所雑誌』 566: 1-14.
- 崎山治男, 2009, 「感情の用法: 感情による用法—感情労働概念の再構築に向けて」, 安部彰/有馬斉, 2009, 『ケアと感情労働—異なる学知の交流から考える』, 立命館大学生存学研究センター生存学研究センター報告: 146-163.
- Smith, P., 1992, *The Emotional Labour of Nursing*, =2000, 『感情労働としての看護』, 武井麻子/前田泰樹訳, ゆみる出版.
- 相馬幸恵, 2011, 「看護師の感情労働～患者—看護師のコミュニケーションにおいて」『経営論集』 北海学園大学, 8: 55-67.
- 鈴木和男, 1999, 「労働過程とジェンダー: 感情労働からのアプローチ」『人文社会論叢』 弘前大学, 1: 29-44.
- 鈴木恒夫, 1992, 「インフォームド・コンセント」, 今井道夫/香川知晶著, 『バイオエシックス入門』, 東信堂.
- 武井麻子, 2001, 『感情と看護』, 医学書院.
- 武井麻子, 2006, 『ひと相手の仕事はなぜ疲れるのか—感情労働の時代』, 大和書房.
- 竹内洋, 1971, 「専門職の社会学—専門職の概念」『ソシオロジ』 京都大学文学部社会学研究科, 第16巻第3号: 45-66.
- 田中伸司, 「患者—医療者関係」, 今井道夫/香川知晶著, 1992, 『バイオエシックス入門』, 東信堂.
- 田尾雅夫/久保真人, 1996, 『バーニアウトの理論と実際—心理学的アプローチ』, 誠信書房.
- Wouters, C., 1989a, "The Sociology of Emotions and Flight Attendants: Hochschild's Managed Heart", *Theory, Culture & Society* Vol. 6: 95-123.
- Wouters, C., 1989b, "Response to Hochschild's Reply", *Theory, Culture & Society* Vol. 6: 447-450.
- 山上実紀/宮田靖志, 2009, 「総合診療医が患者との関わりの中で抱く否定的感情に関する探索的研究」『家庭医療』 日本家庭医療学会, Vol. 15 No.1: 4-19.
- 山上実紀, 2012, 「認知度が低かった医師の「感情労働」」『精神看護』 医学書院, Vol. 15 No. 1: 72-77.