

# 博 士 論 文

医療コミュニケーションにおけるメタファーの役割  
——認知の共同構築の観点から

森 博

# 目次

<b>第 1 章 イントロダクション</b> .....	1
1.1 問題提起 .....	1
1.2 論文の構成 .....	2
1.3 データ収集 .....	3
<b>第 2 章 先行研究と本稿の位置づけ</b> .....	5
2.1 医療コミュニケーションの先行研究 .....	5
2.1.1 制度的談話 .....	5
2.1.2 会話分析 .....	6
2.1.3 RIAS .....	6
2.1.4 医療人類学 .....	9
2.1.5 メタファーの実用的研究 .....	10
2.1.6 本研究の意義 .....	11
2.2 メタファーの理論的先行研究 .....	12
2.2.1 メタファー表現とメタファー思考 .....	13
2.2.2 メタファーと類似性 .....	14
2.2.3 メタファーと身体性 .....	16
2.2.4 メタファーとカテゴリー化 .....	19
2.2.5 メタファーとメンタル・スペースにおける概念融合 .....	22
2.3 本稿の解釈モデルと位置づけ .....	29
2.3.1 メタファー理解の 3 段階モデル仮説 .....	29
2.3.2 「共起」の場合 .....	30
2.3.3 「アナロジー」の場合 .....	31
2.3.4 メタファーの定義 .....	34
2.3.5 本稿の位置づけ .....	36

<b>第 3 章 医療者メタファーと患者メタファーのギャップ</b> .....	37
3.1 痛みのメタファーと<人体は機械> .....	37
3.1.1 <人体は機械>のメタファーに収まらない「痛み」 .....	37
3.1.2 「痛み」の患者メタファーの特徴 .....	42
3.1.3 「痛み」の医療者メタファーの特徴 .....	45
3.2 <治療は戦い>のメタファーにみる病気観 .....	47
3.3 医療におけるメタファーの適用範囲 .....	53
<b>第 4 章 医療面接におけるメタファーの役割</b> .....	54
4.1 メタファーと理解トラブルの解消 .....	55
4.1.1 容器のメタファー .....	55
4.1.2 植物のメタファー .....	61
4.1.3 建築のメタファー .....	76
4.2 メタファーと意志決定 .....	84
4.2.1 アドホック・カテゴリーに基づくメタファー .....	84
4.2.2 <進行は移動>のメタファー .....	89
4.2.3 <状態は場所>のメタファー .....	104
4.3 評価性に基づく擬人のメタファーとラポール構築 .....	110
4.3.1 マイナス評価の擬人メタファー .....	110
4.3.2 プラス評価の擬人メタファー .....	127
4.4 会話から見えてきたメタファーの特徴 .....	133
4.4.1 医療におけるメタファーの特徴 .....	133
4.4.2 中国語会話と日本語会話に見られた相違 .....	134
<b>第 5 章 メタファーと医療情報リテラシー</b> .....	136
5.1 メタファー発信と不特定多数の受信者 .....	136
5.2 「うつ」のメタファーのプライミング効果 .....	137
5.3 医療情報リテラシー .....	143

<b>第6章 総括</b> .....	144
6.1 医療におけるメタファー思考.....	144
6.2 会話における「生」のメタファー.....	145
<b>参考文献</b> .....	147

# 第1章 イントロダクション

## 1.1 問題提起

医療において、言葉によるコミュニケーションは医療者<sup>1</sup>と患者が信頼関係を築き、治療をスムーズに進める基礎である。様々な社会的・心理的背景を持つ患者と、専門的知識を持つ医療者の間に、コミュニケーションを阻害する要因が多く存在し、それが治療に与える影響がますます重要視されつつある。本稿は認知言語学の観点から、医療において「分かち合う」「共通認識に基づいて行動する」といった目的を達成するため、メタファー表現が果たす役割を分析する。メタファーの目的と機能を明らかにすることは、認知言語学にとって最も重要な課題の一つである。この課題を解くために、語、句、そして文章や会話など、さまざまなレベルの言語構造を研究対象にする必要がある。その中で、文章や会話といった特定の文脈におけるメタファーは、「相互行為」としての言語を解明することに適した手がかりの一つだと考えられる。

まず、言語表現はそれを用いる集団の認知様式の具現化という側面を持つため、メタファーはそれを用いる話し手および所属する集団の思考、物事の見方、世界観などを表出している。したがって、異なる集団が理解しあう際に、メタファーがとりわけ重要な意味を持つと考えられる。本稿の一つ目の着目点は、医療者メタファーと患者メタファーに潜むそれぞれの認知様式を観察することである。

そして、コミュニケーションは共通認識を構築していくプロセスであるため、会話において、メタファーは共通基盤化の手段の一種と思われる。本稿の二つ目の着目点は、実際の医療現場に交わされた会話を数多く収録し、会話の流れの中で、特定のメタファー表現が現れる原因、ひいてはメタファー表現が可能にする働きかけを、ダイナミックに観察することである。

また、社会における医療情報は、個人から出発して社会レベルの意思決定に影響することが想定されている。そのような医療情報の中に含まれているメタファー表現が、プライミング効果を引き起こし、人々の認識および決断に影響をもたらすことを、アンケートに組み込まれた実験という形で、実証的に検証することが、本稿の三つ目の着目点である。

メタファー研究としては、「会話における実際のメタファー」に焦点を当てる点が本稿の特長である。今迄のメタファー研究は、文レベルの研究が主流である。しかしながら、文構造より大きい単位のディスコースにも普遍性が存在する。メタファーが実際の社会でコミュニケーションの手段として、どのような機能を果たしているのかという機能分析を行

---

<sup>1</sup>本稿の「医療者」という表現は、医師、歯科医師、看護師、鍼灸整復師、検査技師、言語聴覚士といった、医学に関連する何らかの専門的知識が期待される専門職の人々を念頭においている。

う際に、文を上限とせず、文の集合体としての談話というより大きな単位での構造分析を行う必要性が生じてくる。このような、メタファーの実際のあり方が強く問われる場面から出発したい。すなわち、医療に関わる様々な人々が実際に向かい合うような場面において、メタファーを含む言葉をこのように使用する人がいるけれど、それはなぜなのだろうという質問に対して、談話の文脈を参照しながら、何らかの説明を加えようという試みが本稿の方向性である。

医療コミュニケーション研究として、言語学の分析手法を採用する点が本稿の特長である。今迄医療コミュニケーション研究は、科学的に分析する方法論、評価法、改善の戦略に関する理論的基盤が確立されておらず、特に言語学からのアプローチが限られている (Collins et al. 2007)。RIAS (Roter Interaction Analysis System) (Roter & Hall 2006) など医療面接における会話を分析し、コード化する独自の技法が開発されている。その有効性を十分に認めるべきであるが、理論的枠組みを充足させるために、言語学の知見を取り入れる必要性は益々高まっている。同時に、メタファー研究の医療への応用は精神療法に留まっている (Kopp 1995)。逆に見れば、言語学から試みられるべき切り口が相当数存在し、研究価値の高い分野である。

そこで本研究は、認知言語学の観点から、医療コミュニケーションと健康情報リテラシーにおけるメタファーの役割を明かにする試みである。医療現場で何気なく使用しているメタファー表現の背景と影響に関心を持ってもらい、さらには「メタファーとは何なのか、どのように相互行為と関わっているのか」という問題意識を喚起したく、言語学の概念メタファー理論を橋渡しにして、医療コミュニケーション研究に一石を投じる。また、認知言語学・認知心理学の概念メタファー研究が時に「生きている言語」から遠ざかっていく中、本研究は「医療」という重要な社会的意義を持つテーマを取り上げ、実際に使用されているメタファー表現を分析し、会話などにおいてメタファーがダイナミックに共同構築されるプロセスを記録し、概念メタファー研究の社会問題解決への応用を果たす。

## 1.2 論文の構成

本稿は6章から構成されている。

第2章では、メタファー研究と医療コミュニケーション研究の現状をまとめ、本稿の位置づけを述べる。医療コミュニケーション研究に関しては、会話分析、RIAS、医療人類学のアプローチを紹介し、本稿の理論的枠組みがそれを補完することを示す。メタファー研究を批判的に検討し、その上で本稿のメタファー理解モデルを構築していく。メンタル・スペース理論の基本的な枠組みに基づいて、本研究の主な主張を提示する。

第3章では、医療者と患者の認知方式の「すれ違い」を考察し、医療者メタファーと患者メタファーのギャップを分析する。「なぜ、ここで、このメタファーを使うのか」を深く追究していく。具体的には、二つのテーマを取り上げる。一つは、患者が「痛み」を「外

傷」に喩える行為と、医療者が持っている〈人体は機械〉という比喩的思考の関連性を検討する。もう一つは、〈治療は戦い〉の医療者メタファーと患者の病気観を検討する。

第4章では、医療者と患者の認知フレームの「すり合わせ」を考察し、概念メタファーの共同構築という視点を導入する。言語コミュニケーションは、参加者が同一の事態に対する認知状態を共有することをゴールとする。参加者それぞれが認知主体として異なる背景知識を持つ中、メタファーは事態全体に対して主観的な認識を共有することを促す役割を果たすことを質的に分析する。

第5章では、健康情報リテラシーを向上させるために、メタファーの部分的な写像という観点を取り入れる。構造的なアンケート調査を行い、「うつ」のメタファーがもたらすブライミング効果を示す。「うつは心が折れた状態」を最初に読んだグループAと、「うつは心の風邪」を読んだグループBと、「うつは脳の電池が切れた状態」を読んだグループCは、後続する「気軽に受診してみたい」「深刻な病気だと思ふ」という質問に対して、「非常にそう思う」「そう思う」「ややそう思う」と答える比率に有意差が生じた。三つのメタファーに関する自由記述には理解の個人差が観察された。

第6章は結論として包括的考察について記す。

### 1.3 データ収集

本稿の分析対象は、文字データ、会話データ、構造化したアンケート調査の3種類から構成される。

文字データは、医療者に書かれた専門書と患者に書かれた闘病記<sup>2</sup>、患者と医師の問答を収録した医療相談データベース「AskDoctors」、インターネット上の医療者と患者のブログという膨大な資源からメタファー表現を収集した。

会話データは、医療現場で実際交わされた会話を収集した。医療機関の倫理審査委員会の同意（設置されていない場合は責任者の同意）を得てから、研究協力者を募集した。2014年から2015年にかけて、①中華人民共和国の二つの総合病院の外来診察室と入院病棟にて、100件の診療場面を録音あるいは録画した。診療科目は主に整形外科と歯科であった。②日本の保険診療を行う鍼灸整骨院にて、30件の診療場面を録音した。研究倫理に関しては、東京大学総合文化研究科の「ヒトを対象とする研究」に対する倫理審査を受け、承諾を得た（倫理審査課題番号345-2）。医療機関では、まず医療機関責任者に研究の目的と方法を書面および口頭で詳細に説明し、書面による承諾を得た。そして同様に医療者と患者に研究の目的と方法を書面および口頭で詳細に説明し、協力を頂ける方から書面による承諾を得た。参加者に提示する依頼書には、参加者のプライバシーを保護するために、ビデオと

<sup>2</sup> 本稿における書籍文献引用は、一部ページ数を記載していないものがある。端末によってレイアウトが異なるKindle電子書籍であり、固定したページ数が無いためである。電子書籍の検索機能を使用すると、引用部分の検索は可能である。このような場合は、引用する際、ページ数の代わりに「Kindle版」と記載する。

音声は公表せず、画像を使用する場合は顔部分を処理する等の配慮をし、書き起こした文字データは個人・団体が一切特定できないように固有名を変更するなど、個人情報保護方針を明記した。

書き起こしの際は、簡略化した会話分析（CA）のトランスクリプトを採用したが、内容の分析はあくまで認知言語学の考えに基づいたものであり、会話分析の方法に沿った分析ではない。トランスクリプトの記号の意味は第 4 章に記載する。中国語に関しては、病院のような場でも方言が一般的に使用されている地域であったため、中国語標準語とは非常に異なる表現がある。日本語訳に敬語がないことは、中国語には日本語の敬語に相当する体系的な敬意表現そのものが存在しないためであり、医療者側も患者側もなれなれしかったり、敬意に欠けていたりするわけではない。

アンケート調査に関しては、**Smart Survey** という日本国内約 1300 万人のスマートフォンユーザーから回答を得られるウェブサイトを通して、300 人を被験者に、構造化されたアンケート調査を 3 回実施し、医療に関する理解や意志決定において、メタファーのプライミング効果の存在を検証した。



## 第2章 先行研究と本稿の位置づけ

本章で検討する先行研究は、2.1 節の「医療コミュニケーションの先行研究」と2.2 節の「メタファーの先行研究」に分ける。制度的状況の会話分析と RIAS といった医療コミュニケーションの先行研究は、多くの有益な示唆を提供しながらも、言語分析の方法論の面からみると、まだ不足していると言えよう。一方、認知言語学のメタファーに関する先行研究は、会話における実例の分析への応用が欠けている。

これらを踏まえて2.3 節では本稿の位置づけを述べ、より具体的な問題設定を提示する。先行研究の不足を補うべく、概念メタファーの観点から、医療に関する言説に潜んでいるメタファー的思考を考察し、実際の医療面接におけるメタファーの使用実態とその会話における働きの分析を試みる。

### 2.1 医療コミュニケーションの先行研究

#### 2.1.1 制度的談話

社会言語学における制度的談話とは、特定の制度的規範への志向によって特徴づけられる談話を指し、マスコミ、教育、司法、医療における談話がとりわけ数多く取り上げられている。その分析は、談話における社会的な力関係の形成や維持などに焦点を当てる。制度的状況の談話分析の視点に基づいて、医師患者間の相互行為のストラテジーを考察する先行研究として、West (1983, 1984)、Mishler (1985) は、情報を保持している医師によって談話に非対称性が生じ、患者が質問することは好まれない、または医師が主導して患者に質問する傾向があることを示した。

制度的談話の先行研究が本稿に与える示唆は、「コミュニケーションの非対称性」に言及していることである。「コミュニケーションの非対称性」とは、社会的権力、専門知識、情報において、談話の参加者に非対称性があることを指す。通常の日常会話は対称的で平等な相互行為と思われるのに対して、制度的談話の参加者はそれぞれ、コミュニケーションにおいて特定の社会機構を代表し、特定の役割を演じているため、それに対応する発話を行う権利と義務が与えられる。医療者は特定の医療行為を行うことが許可される知識と資格を持ち、診療を患者に提供することが前提となっている。同時に、患者の健康上の問題を解決することを目的とする。本稿では、この「コミュニケーションの非対称性」が医療におけるメタファーの特徴に与える影響が浮き彫りになった。

### 2.1.2 会話分析

会話分析 (CA) の主な傾向は、言語を社会的相互行為と見なし、その特徴をダイナミックに取り扱うことである。会話に流れがあり、その中に構成・組織を見つけ出すことが会話分析の主たる目的である。CA の主な分析対象として、語彙の選択、非言語的特徴 (笑い、ポーズ、声色、など)、順番のデザイン、Sequence の組織、全般的な構造の組織化などが挙げられる (Drew & Heritage 1992)。日本における先行研究として、西阪 (2008) が女性医療における言葉のやりとりを取り上げ、特定の表現もしくは概念と相互行為の展開は支えあっており、医師の発話が患者の微妙な反応もしくは反応の不在に応じて変化し、患者の沈黙あるいは「はい」などの最小限の応答が非同意を行う医療的決定への参加の在り方であるなど、医療における会話の組み立てを様々な角度から議論している。

会話を分析するために様々な概念が提案されており、その中で「発話の連鎖」が特に本稿に示唆を与えた (Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974、西阪, 1997)。「IRE 連鎖」と呼ばれる分析とは、一連の会話に隠された規則性を「発話者の開始 (Initiation)」—「相手の応答 (Reply)」—「発話者の評価 (Evaluation)」という連鎖構造をもとに読み解く手法である (Mehan 1979)。「拡張 IRE 連鎖」と呼ばれるパターンは、質問→応答の単純な連鎖ではなく、適切な応答が出てくるまで、やりとりが続いて連鎖が拡張する。相手の知識量に応じて、会話の情報量を変化させながら、自分で正解を見つけさせる会話パターンである (大辻 2006)。本稿では、会話において、医療者がメタファーを使用することによって説明の仕方を変え、患者側の確実な理解を引き出す流れが確認された。

### 2.1.3 RIAS

RIAS とは、Debra Roter によって開発された Roter method of Interaction Process Analysis System であり、社会的交換理論 (Social exchange theory) を参考にした医師—患者間の会話の計量的な分析方法である (Roter & Larson 2002)。医療者と患者による発話を 42 の機能カテゴリー (表 1) に分節、分類、集計する分析方法である。

RIAS における「発話」は、以下のように定義されている。「発話とは、カテゴリーに分類することが可能で、分割できる最小単位である。発話の長さは様々であり、一語のときもあれば長々と続く文のときもある。一文がどんなに長くても、それが一つの考えや事柄を伝えているときは一つの発話とみなす。逆に複文は、一文であっても、複数の考えや事柄を含んでいるときは複数の発話とみなす。その場合接続詞の箇所を文を分割する」(野呂・阿部・石川 2011)。

RIAS における「カテゴリー」は、大きく「業務的機能」と「社会情緒的機能」の二種類に分けられる。総発話数に占める各カテゴリーの比率を求め、特定の要因との相関を検討する。具体的には、次のような知見が得られている。①患者満足度に関して、Roter (1977) では、RIAS による分析結果に基づき、医師の質問と指示的発話が多いほど、患者の満足度

が低いという傾向を報告している。②Roter, Hall & Aoki (2002) では、ジェンダーと医療コミュニケーションの関連をテーマにした 26 件の研究をまとめ、男性医師より女性医師のほうが、パートナーシップ構築の発話や同意・励ましなどを表明する発話が多いことが示された。③国際比較研究として、Bensing et al. (2003) において、オランダとアメリカの一般外来診療の会話を対象とした比較研究が行われ、オランダの医師と比べ、アメリカの医師は医学的情報の授受が 48%であり、患者中心の発話カテゴリーの割合が少ない。④横断研究として、Bensing et al. (2006) は、オランダの高血圧患者の 1986 年と 2002 年の異時点データを比較し、2002 年では医師がコンピューター入力するため沈黙の時間が平均 2 分弱増え、パートナーシップ構築の発話も減少している。

社会情緒的カテゴリー	
Personal	個人的なコメント・社交的会話
Laughs	笑い・冗談
Approve	相手に対する直接的な承認・誉め
Comp	相手以外に対する承認・誉め
Disapprove	相手に対する直接的な非同意・批判
Crit	相手以外に対する非同意・批判
Agree	同意・理解
BC	あいづち
Remediation	謝罪・関係修復
Empathy	共感
Legit	正当性の承認
Concern	不安・心配
R/O	安心させる言葉・励まし・楽観的な姿勢 <sup>3</sup>
? Reassure	安心・励ましの要請 <sup>4</sup>
Partner	パートナーシップ (医師のみ)
Sdis	自己開示 (医師のみ)
業務的カテゴリー	
Orient	指示・方向づけ
Check	理解の確認・正確な伝達・明確化のための言い換え
?Understand	相手の理解の確認

<sup>3</sup> R/O は Reassure と Optimistic view

<sup>4</sup> ? は開かれた質問を意味する。質問の形で現れる要請・確認も含まれる。「開かれた質問」とは、「はい」「いいえ」で答えることが出来ず、自由にいろいろな答えが返ってくる質問のことである。例えば「どのような症状ですか」。「?」は閉じた質問を意味する。「閉じた質問」とは、「はい」「いいえ」や「限定された答え」が返ってくる質問のことである。例えば「熱はありますか」「年齢はおいくつですか」。

?Bid	繰り返しの要請
?Opinion	意見の要請 (医師のみ)
?Permission	許可の要請 (医師のみ)
Trans	接続語・移行の合図
?Service	サービスや薬の要求 (患者のみ)
医学的状態	
Gives-Med	医学的状態に関する情報提供
?Med	医学的状態に関する開かれた質問
[?]Med	医学的状態に関する閉じた質問
治療方法	
Gives-Thera	治療方法に関する情報提供
?Thera	治療方法に関する開かれた質問
[?]Thera	治療方法に関する閉じた質問
生活習慣	
Gives-L/S	生活習慣に関する情報提供 <sup>5</sup>
?L/S	生活習慣に関する開かれた質問
[?]L/S	生活習慣に関する閉じた質問
心理社会的なこと	
Gives-P/S	心理社会的なことに関する情報提供
?P/S	心理社会的なことに関する開かれた質問
[?]P/S	心理社会的なことに関する閉じた質問
その他のこと	
Gives-Other	その他のことに関する情報提供
?Other	その他のことに関する開かれた質問
[?]Other	その他のことに関する閉じた質問
助言・教育 (医師のみ)	
C-Med/Thera	医学的状況・治療方法に関する助言・教育
C-L/S-P/S	生活習慣・心理社会的なことに関する助言・教育

表1 RIASのカテゴリー

植田 (2014) は、日本語の実際の診療談話データを分析することを通じて、RIASの研究手法上の限界を再検討した。まず、RIASの根幹を成すカテゴリー化は、コミュニケーションの実態を捉えきれず、多重性・多義性・非明確性を持つ発話に適さないことを指摘する。

<sup>5</sup> L/SはLife Styleを意味する。  
P/SはPsychosocial Styleを意味する。

そして、コード化したものを集計するという方法論は、各発話を文脈から切り離している点が、大きな制約である。たとえば「共感」の発話率に関して、東京の医師より大阪の医師のほうが有意に高い結果が得られた。しかし、会話の流れを確認できないため、具体的にどのような展開の中で、どのような表現で共感が示されたか、明らかになる手がかりが捨象された。

筆者は2014年に名古屋で行われたRIAS講習を受け、RIASの正式コーダーに認定されている。RIASによる作業は、自然スピードの医療会話の録音を聞きながら、および録画を見ながら、一つの発話が終わったとたん、該当すると判断した発話カテゴリーから1つ選び出し、そのコード記号を入力する。文字化資料を作成せず、録音から直接コード化し、発話の機能に基づいて計量的に分析することが最大の特徴である。この方法は、植田(2014)の指摘するように、連続体としての会話の展開と前後の関係性を考慮に入れないという点、そして会話の参加者がどのように事態を理解しているのかという部分に目が向けられない。4章ではこれらの点について注目しつつ議論を進める。

#### 2.1.4 医療人類学

文化人類学の下位分野として、医療人類学のアプローチは、生物学的現象としての「病気」を社会・文化と関連している問題と捉える。病気観、身体観、死生観が、治療行動や解釈に反映されると考える。波平(1996)によると、「医療人類学は、病気とは何か、それはどのような状態を指し、また何が原因で病気になったのかについての人びとの考え方である疾病観念、病気になったと人びとが考えたとき病人や周囲の人びとがとる対処の方法、およびその知識、特定の治療者が治療行為をすることを認めたり新たな治療者を養成する制度、またその治療法を社会が承認したり伝承したりする制度、疾病観念や治療方法と直接結びつく身体観念など広範なものを研究の対象とする」。

医療人類学は、それ自体広い研究領域だが、本稿との関連では、次の点が特に重要である。現代医学は、人間の身体の共通性を基礎として発達してきた体系であり、病気を見て病人を見ないゆえに、人間が病むことの本質が見えてこない。医療人類学は、医療実践の中で生じる様々問題に対して、より良い解決策を見出そうとする。専門家である医療者と、当事者である患者が異なる視点をもってコミュニケーションに臨むため、医療者側からみた現実と患者側からみた現実の間にギャップがしばしば生じる。これに対して、NBM (Narrative based medicine) は、EBM (Evidence based medicine) と呼ばれる科学的証拠に基づく医療では対象とされない患者の語りを深く読み解き、患者が抱える問題を全人的に理解する枠組みを提供する。

本稿に影響を与えた医療人類学の視点は、医師と患者それぞれの背後に異なる認識体系が存在することである。この点を踏まえ、医師と患者それぞれが発するメタファー表現を解釈する。

## 2.1.5 メタファーの実用的研究

本節では、医療におけるメタファーに注目した研究を紹介しながら、本稿の異なる視点からこれらの問題を再検討する内容に触れる。

第一に、メタファーの根源領域の性質についての議論がある。Semino (2010) では、英語における痛みを描写するメタファーは、身体にダメージを与え得る原因という根源領域を多用すると指摘した。偏頭痛のような物理的外傷が伴わない痛みもこのような根源領域を通じて語られ、ある種の身体的シミュレーションを引き起こすと述べている。本稿は第3章で、痛みのメタファーにこの根源領域を多用する原因を、別の角度から捉える。Stolberg (2014) は、近代ヨーロッパ早期における癌に関するメタファーを概観したものである。病の概念と体験は特定の文化の産物であり、それがメタファーに反映されている。Hanahan (2014) では、癌に関する科学研究の進歩につれ、「抗癌戦争」というメタファーの含意を再定義する必要があると論じている。このようなメタファーに関する認識の更新は、より有効な治療に繋がる。本稿は第3章で、〈治療は戦い〉メタファーの過剰な拡大を検討する。

第二に、メタファーの使い分けについての議論がある。Reisfield & Wilson (2004) は、〈癌の治療は戦争〉と〈癌の治療は旅〉という二つのメタファーを使用するメリットとデメリットを指摘し、どのメタファーも本質的に有効あるいは有害ではなく、患者の個性に応じて使い分ける感性が必要であると主張する。本稿は第4章で、医療者が患者の背景に応じてメタファーを選択する現象を考察する。

第三に、メタファー使用の治療的効果についての議論がある。Kopp (1995) では、メタファーであれば防衛的にならず、医療者と患者の共感のツールになる重要な手段であると論じている。熊木徹夫 (2004) は、患者の比喩的な身体症状の訴えに沿って、患者の身体イメージを絵に書き出してゆくことによって、観察主体である治療者及び患者が、対象物である患者の身体を一方向的に認知するという方法を紹介している。成田善弘 (1989) は、比喩を使用するという行為は、「もとの言辞の絶対性をいったん括弧に入れて、相手の理解に資するため、近いと思われる感覚的表現を選択することである」ゆえに、思考に融通が利かない強迫神経症に揺さぶりをかけることができると論じている。本稿は4.3節で、評価性に基づく擬人のメタファーを通して、医療者と患者はある対象に対して、同じ目線と立場を共有し、ラポール構築を促す現象を考察する。

第四に、メタファーのプライミング効果についての議論がある。Delbaere & Smith (2014) は、処方薬の広告におけるメタファーを理解する際に、専門知識を有する人のほうはメタファーを字義的に捉え、その不適切性を指摘する傾向が強い一方、専門知識がない人のほうは、あまり根源領域と目標領域の実際の関連性に注目しない。Scherer, Scherer & Fagerlin (2014) は、インフルエンザ接種を受けるかどうかという意思決定がメタファー表現に影響されるという仮説を統計的に証明した。字義通りの文章と比べ、インフルエンザを *beast* や *riot* などに喩えた文章を読んだ後、ワクチン接種を受けたい傾向が高まる。

本稿は第 5 章で、「うつ」を異なるものに喩えた文章を予め読むと、「うつになったら気軽に受診するか否か」「うつは深刻な病気か否か」という認識に、三つの対照群に有意差が見られたプライミング効果実験をまとめる。

### 2.1.6 本研究の意義

社会の意識の変化に伴い、医療の在り方も変化している。診療方針の決定などを医師の判断に任せる医療から、患者参加型へのパラダイムシフトが起きている。そこで医学教育において、1975 年にイギリスで医療面接を含む臨床能力を客観的に評価する試験 OSCE (Objective Structured Clinical Examination) が提案され、2005 年から日本でも医学部・歯科学部で正式実施された。従来の「問診」という「病気の診断と治療に必要な情報を医療者から尋ねて収集する」一方通行の方式より、医療者と患者の間で双方向に行われるコミュニケーションが理想的とされるようになった。そのためのカリキュラム編成や模擬患者養成などが行われており(鈴木・阿部 2011)、医療面接に必要なコミュニケーションは習得可能なものであると主張されている。言語的コミュニケーションの方策として、たとえば情報収集のために、開かれた質問から始める。患者の語りを促進するために、相槌や繰り返しを用いたり、相手の話を簡単に要約したり、「話を聞いてもらえている」という印象を与えるなど、具体的な指導方法を探っている。

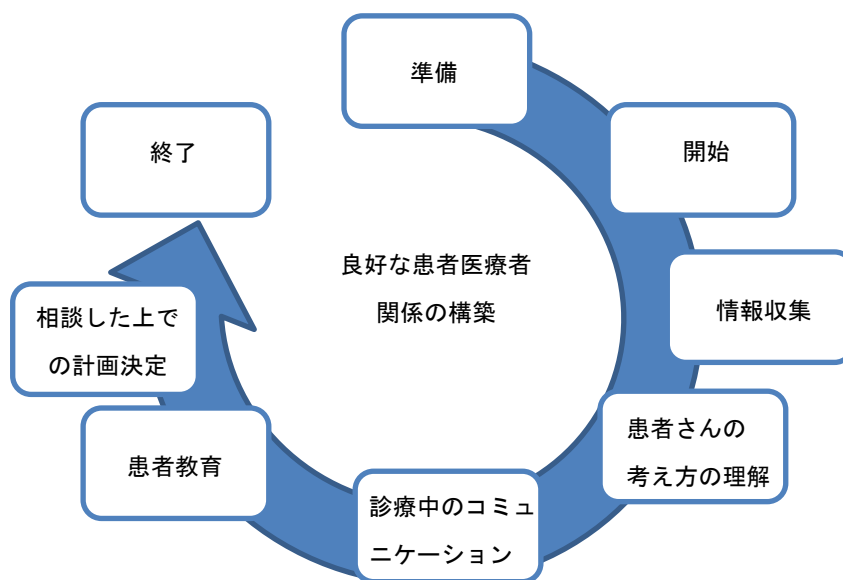


図 1 医療面接の構造 (鈴木・阿部 2011)

このように、医学教育においてコミュニケーションが重視されつつあるが、その一方で、言葉によるコミュニケーションそのものに対する基礎研究の不足が目立っている。(1) 医療者と患者が使用するメタファーの相違に注目していない。(2) 医療者と患者がメタファーを通じて相互行為を行うプロセスをダイナミックに観察していない。(3) メタファーが医療における意思決定に与える影響を十分に検討していない。本稿はメタファーに重点を置き、メタファーの会話の流れにおける役割を、言語学の枠組みから分析する。そのために、まず2.2節で、メタファーをめぐる問題を整理し、本稿のメタファー解釈モデルを説明する。

## 2.2.メタファーの理論的先行研究

本節ではメタファーに関する一般論、認知言語学の研究を述べてから、本稿のメタファー解釈モデルを説明する。

概念メタファーの最大の功績は、言語活動・思考・行動全般においてメタファーが普遍的に存在していることが強調された点である。メタファーの本質は、ある事柄を理解するのに、他の事柄を通して理解することであるため (The essence of metaphor is understanding and experiencing one kind of thing in terms of another. (Lakoff & Johnson, 1980:5)。以降のメタファー研究では、メタファーは単なる修辭的な表現だけではなく、知識獲得や問題解決のために、ある状況を別の状況に置き換えて理解するという役割を果たすということが認識された。すなわち、メタファーは、人間の認知プロセスの根本的な方略の一つである (Gentner, 1988)。メタファーが推論という人間が持っている一般的な認知能力と強く関係するからこそ、言語とコミュニケーションが成り立つと考えられる。医療に関しても、考えたり、行動したりするときに、基盤にする概念はメタファーであることが多い。

本稿が注目する点は、メタファーとは類似性に基づく意味の拡張であることがよく論じられるが、なぜ直接言わず、わざわざ類似する事柄を通さなければいけないのか。言語の経済性の観点から、単に「似ているから」だけでは、そのような使い方の存在の本質を見いだせていない。「似ている何かの性質に焦点を当てるために」、類似性の中身が大事である。二つの事物・概念に類似性が内在しているというよりも、メタファーを可能にする認知的基盤は「比較する」という人間の能力であり、人間が二つの対象の間に類似性を見出す。本章では、医療の例に照らし合わせながら、現存するメタファー理論研究のいくつかの論点を整理する。それに基づいて、本稿の理論的枠組みを説明する。



### 2.2.1 メタファー表現とメタファー思考

Lakoff & Johnson (1980) を起点とする概念メタファー理論は、メタファー研究の対象を広げ、メタファーは言語の「特別で周縁的な現象」から、意味理解の中核的な位置に置かれた。概念メタファー理論は、一見すると「字義どおり」だと思われる日常的表現の多くが、実際メタファー的意味拡張であることを気付かせた。例えば「治療は旅」というメタファーが存在する。

(1) 患者さんとともに歩む現場づくり

(『宗教と終末医療』 Kindle 版)

(2) 多くの辛い合併症を見事に乗り越えられた。

(『病気なんてやっつけろ!』 Kindle 版)

このように、「治療」を「旅」に喩えるさまざまな表現が難なく理解されて、体系性を示している。私たちは治療という分野のさまざまな状況を、より具体的な旅に関する経験と関連付けて理解していることが分かる。このことから、Lakoff & Johnson (1980) は、メタファーは「具体的で既知の根源領域」から「抽象的で未知の目標領域」への体系的な写像という結論に導いた。したがって、根源になれる領域は、具象的な対象に対する知覚的経験が一般であり、写像は一方向である。なお、この写像は、目標領域の構造と根源領域の構造の合致を条件とする。

メタファーの写像にかかる制約として、Lakoff (1990) は「メタファー的写像は根源領域の認知トポロジー (つまりイメージ・スキーマ構造) を維持する」という「不変性仮説」を提案した。後の Lakoff (1993) は、目標領域が本来備える構造の重要性に気づき、「目標領域制約 (target-domain override)」という条件を加え、「起点領域のイメージ・スキーマ構造を、目標領域の本来の構造と矛盾のないよう投射する」という「不変性原理」へ修正した。まとめると、抽象的な目標領域はそれ自身で概念化することができず、常にメタファーを通じて根源領域の概念を用いて意味形成するというような見方から、目標領域にも前もって独自の構造がなければならず、無条件に写像を受けるわけではないという観点に発展した。

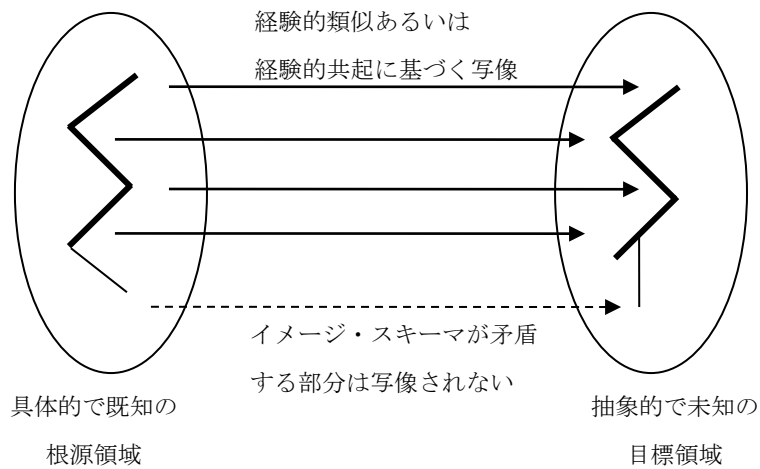


図2 根源領域から目標領域へのイメージ・スキーマ写像

概念メタファー理論の射程は、メタファーの研究にとどまらず、意味研究全体を大きく転換させた。概念メタファーの発見によって明らかになったことは、コミュニケーションの場において言葉の意味は客観的な真偽によって決まるのではなく、私たちの日常経験とそれに基づいた推論から生み出されるということである。

### 2.2.2 メタファーと類似性

メタファーの伝統的な定義は、類似性に基づくレトリックである。しかしこの「類似性」の中身を詳細に検討する必要がある。メタファーは「属性の類似性」と考える観点は現在でも根深く、例えば楠見（2002）は、特徴メタファーは主題と喩える概念の特性集合を照合し、共有特徴や示差特徴を発見する過程であると定義している。たとえば、「愛は炎だ」という比喩文であれば、主題「愛」と喩える概念「炎」の間の比較によって、共有属性（熱い、燃え上がる）を発見する過程として捉えることが出来る。属性類似を主張する心理学のメタファー理論の問題点は、「物事の属性のリスト」が語の意味に含まれているということ的前提にしているという点である。「燃え上がる」という性質は、客観的にあるいは直接的には「愛」の属性ではない。「感情は温度」という主観的体験を基盤にもってこそ、この表現が成り立つ。認知言語学では、語の意味は物事の客観的な属性の集合ではなく、フレームや ICM などの関連する膨大な知識を想起させる指示にほかにならない。物事 A を物事 B に喩える際に想起される類似点は、離散的で無関係なものではない。例えば次の例文では：

(3) (イレッサは) がん細胞だけを狙い撃ちする、副作用の少ない新薬。

(『なぜ、あなたの薬は効かないのか』 Kindle 版)

「狙い撃ち」を可能とする基盤は、この表現が想起させる「攻撃」フレーム全体である。「新薬」と「がん細胞」の関係が、「攻撃」フレームの中の二つの要素の関係に合致しているからこそ、メタファーが成立する。「攻撃する」という性質は、客観的にあるいは直接的に「新薬」の属性ではない。

Gentner (1988) などに代表される構造マッピング理論は、メタファーを成り立たせる類似性を整理した。Gentner らによって 1970 年代から現在にいたって盛んになされてきた類推理論によると、類推すなわちアナロジーとは、知識獲得や問題解決のために、ある状況を別の状況に置き換えて理解することである。類推を成立させる類似性は、3つのタイプに区別されている。それぞれを、以下の医療の例を用いて解説する。

類似のタイプ	例
属性の類似	a. リンゴ病
関係の類似	b. 医者 <small>の</small> 半熟卵 (研修医) <sup>6</sup>
構造の類似	c. 運動をすると筋肉はたくさんの酸素を要求し、血液をたくさん必要とする。こうした場合の調節でも、運動する筋肉の細胞と、血管の細胞との対話がなければなりたない。 <sup>7</sup>

表 2 類似のタイプ

最も容易なタイプは、子供の時期から認識できる「属性の類似性」である。属性の類似性とは、例えば a の「リンゴ病」という表現は、「頬が赤みを帯びる症状をもつ」という見た目の類似性に基づいている。このレベルに分類されたメタファーは視覚的な属性の類似が多い。次のタイプは「関係の類似性」であり、二つの事物を繋ぐ関係が同じの場合を指す。b の例を用いて説明すると、まず「医者の卵」(医学生) という慣用表現が定着している。そして、「卵—半熟卵」と「医学生—研修医」という関係の類似に基づいている。一番難易度が高いタイプは「構造の類似性」であり、より多くの要素の間に成り立つ複雑な関係である。例えば c の「対話」は、「2人もしくはそれ以上の主体が、主として言語の発声・手話・ジェスチャーなどによる意思表示によって共通の話題をやりとりする行為全般のこと」ことであり、「運動する筋肉の細胞と血管の細胞との対話」は「さまざまな物質の調節をする行為全般」のことであるため、関係を繋ぐ構造において似ている。「対話」という単語の意味拡張は、構造の類似性に基づくメタファーである。認知意味論のメタファー研究

<sup>6</sup> 『医者の半熟卵』 Kindle 版

<sup>7</sup> 『考える血管』 Kindle 版

において、異なる概念領域にまたがるという側面が重要視されている。「細胞と細胞の間の物質の調節」という目標領域に構造が無く、理解が難しいため、「人間の間の対話」という根源領域の構造をそのまま写像し、同じ単語を使用したというような考えもある。しかし、前節で説明したように、目標領域にも独自の構造があり、無条件に写像を受けるわけではない。

Gentner (1988) によると、幼い子供は共通する表層的な属性に基づいてメタファーを解釈する傾向がある。そして認知能力の発達につれて、大人は関係および構造の同一性に基づいてメタファーを解釈するようになる。その後の研究でも (e.g. Rottman, Gentner & Goldwater 2012)、類推における関係性、特に因果関係の重要性を強調し、大人は子供より関係および構造の類似に注目するということを実験で示した。だが、属性あるいは構造の類似性説明が付かないメタファーも存在する。例えば「真つ暗な気分」という表現は、どのような構造的類似性を含んでいるのか。「やる気」や「楽しい」などの感情を失うことと、光が足りないこととの間に、構造的類似を見出しにくい。このようなメタファーの理解を明らかにするために、「身体的経験の共起性」をメタファーの基盤の一種だと考える概念メタファーの登場を待たねばならない。その詳しい論旨と発展は、次の節で概説する。

### 2.2.3 メタファーと身体性

Lakoff & Johnson (1980) は、文化的要因の役割を強調し、全ての経験が「文化的」と指摘した<sup>8</sup>。ただし、より「身体的 (physical)」な経験とより「文化的 (cultural)」な経験の間の差異は、重要であると述べている。Grady (1997) において提案されたプライマリー・メタファー理論は、身体的基盤 (embodiment) を徹底的に追求した。

メタファーの基盤に関して、Lakoff & Johnson (1980) は我々の経験における「相関」(correlations within our experience) がメタファーを裏付けていて、「相関」には、「経験的共起性 (experiential co-occurrence)」と「経験的類似性 (experiential similarity)」という二種類があると述べている。「経験的共起性」とは、<MORE IS UP>のようなメタファーがあり、二つの事態が同時に起きるといふ経験に根ざし、ここに経験的類似性はまったくない。経験的類似性とは、例えば<人生はギャンブル>のようなメタファーは、人生の一連の出来事を、ギャンブルにおける勝ち負けに見なすといふ経験的類似性に由来する。このようなメタファーが一旦成立したら、人生とギャンブルの間に新たな類似性が作り出

---

<sup>8</sup> Lakoff & Johnson (1980: 57) : In other words, what we call “direct physical experience” is never merely a matter of having a body of a certain sort; rather, *every* experience takes place within a vast background of cultural presuppositions. It can be misleading, therefore, to speak of direct physical experience as though there were some core of immediate experience which we then “interpret” in terms of our conceptual system.

される<sup>9</sup>。一方、Grady (1997) は、＜理論は建物＞、＜考えは食物＞、＜人生は旅＞などの概念メタファーを、直接的な経験基盤を持つプライマリー・メタファーへと分解し、徹底した身体性に基づく説明を目指した。これらの概念メタファーを分解する根拠については、主に「写像のギャップ」と「経験的基盤の欠如」という二つの問題点が指摘されている。「旅」は「恋愛」や「人生」のみならず、目的を伴う他の活動にも写像されることを示す以下の例(4)も、＜目標は目的地＞というより根本的なメタファーが根底にあるという論点を支持する：

(4) 今使っている薬が心配なのであれば、漢方治療に乗り換えてみるのもいいかもしれません。

(Ask Doctors)

「写像のギャップ」とは、たとえば＜治療は旅＞に関して、下の文は適切ではない：

(5) \*今回の手術の見どころ

(作例)

例(5)は、医療関係者間の話なら意味を持たすことができる。例えば手術の得意な医師に見習う場合など、「手術の技が優れていて見る価値のあるところ」という意味になる。しかし、このような場面に限られると、もはや「治療」ではなく、「医療者教育」になってしまう。もし医療者が患者に向かって、「今回の手術の見どころ」と発言したら、患者はおそらく、自分が「実験台」「学習材料」にされていると感じ、医療者が「治療という旅」の同行者や伴走者とは思えなくなる。つまり、「見どころ」は「旅」の領域のごく普通な概念であるにも関わらず、それを「治療」に写像するのは難しい。このことから、旅のメタファーは＜目標は目的地 (PURPOSES ARE DESTINATIONS)＞など「経験的基盤」を有するプライマリー・メタファーによって合成されたと考えるべきである。プライマリー・メタファーは、繰り返し経験される原初的な場面 (primary scenes) において、我々の認識の中で形成された結合 (binding) である。例えば＜愛情は暖かさ＞というプライマリー・メタファーは、愛情を持って抱かれる時に暖かさを覚えるという経験に由来する。＜困難は重さ＞は、重いものを持ち上げて困難を感じるという経験に由来する。＜量が多いこと

---

<sup>9</sup> Lakoff & Johnson (1980: 155-156) : Our general position is that conceptual metaphors are grounded in *correlations* within our experience. These experiential correlations may be of two types: *experiential cooccurrence* and *experiential similarity*. An example of experiential co-occurrence would be the MORE IS UP metaphor. MORE IS UP is grounded in the cooccurrence of two types of experiences: adding more of a substance and seeing the level of the substance rise. Here there is no similarity at all. An example of experiential similarity is LIFE IS A GAMBLING GAME, where one experiences actions in life as gambles, and the possible consequences of those actions are perceived as winning or losing. Here the metaphor seems to be grounded in experiential similarity. When such a metaphor is extended, we may experience new similarities between life and gambling games.

は上である>は、量が増減する際に、積み重ねたものや液体が上昇したり下降したりする視覚経験に起因する。根源領域を務める概念は、「暖かさ、重さ、垂直的方向性」などの運動感覚的な経験であり、目標領域になるのはそれと共起している「愛情、困難、量の主観的判断」などの精神的経験である。原初的な場面はこのように、二つのサブ場面 (subscenes) によって構成されている。言い換えれば、「経験的共起性」に基づくタイプはそれ自体がプライマリー・メタファーであり、いわゆる「経験的類似性」に基づくタイプは、より一般的なプライマリー・メタファーによって合成される複合的メタファーだと Grady (1997) が論じた。

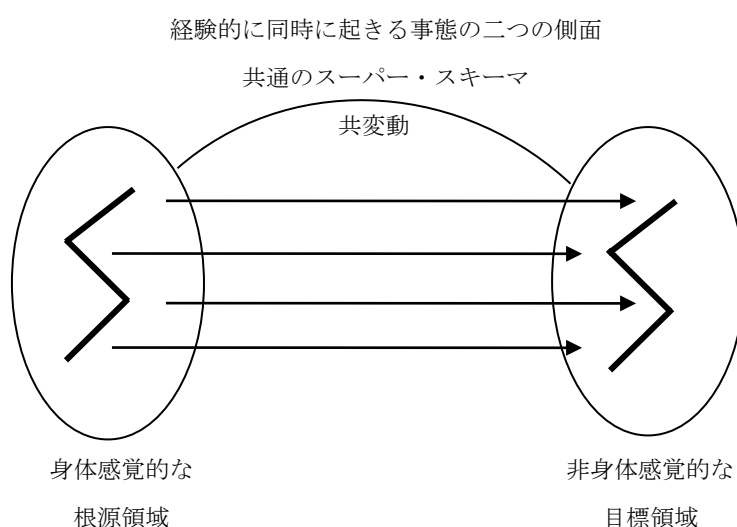


図3 プライマリー・メタファー

天候が晴れることによって体温が上昇し元気が出るという身体感覚的变化は、我々のごく基本的な体験である。新奇な表現から、「明るい気分」のような慣習的な形容詞メタファーや、「陽気」のような語彙まで、この共起性によって生み出されたと考えられよう。このように、一部のメタファーは、あらかじめ存在する経験的共起関係に基づく。

根源領域と目標領域の関係に関して、それ以前の概念メタファーは、根源領域の概念が我々にとってより基本的で馴染みがある概念であり、一方、目標領域の概念はより複雑でよく知らない概念であるため、メタファーは根源領域の概念を用いて目標概念に構造を与えると考える。ところが、プライマリー・メタファー理論は、根源領域と目標領域の概念はそもそも同時に起きる体験の異なる側面であるため、「喜び」、「類似」、「目的の実現」など写像の先となる概念は、「明るさ」、「物理的隣接」、「前方への移動」など元となる概念と同様に、我々にとって同じほど基本的な体験である。目標領域が複雑で未知ということはなく、運動感覚的か否か (sensory-nonsensory) という区別だけである。

## 2.2.4 メタファーとカテゴリー化

Glucksberg (1999, 2008) の一連の研究に代表され、類包含理論 (attributive categorization あるいは class inclusion theory と呼ばれている理論は、メタファー思考とメタファー表現を区別し、メタファー表現の理解は、「属性付与」を伴うカテゴリー化というプロセスで理解されると論じている。「A is B」の形式をとるメタファーの場合、Bはある属性の集合の代表だと捉えられ、Aはその集合のメンバーだと見なされているということである。例えば My lawyer is a shark という表現では、shark によって具現化されているのは「攻撃的な、残酷な」などといった「属性カテゴリー」であり、そのカテゴリーに my lawyer が包含されるというように想定している。この理論は、主題と喩辞の間に比較や豊かな構造マッピングが起きていることを否定し、場当たりのアドホックなカテゴリー (Barsalou 1983) が喚起されるという立場を取っている。慣習的なメタファー表現は、使い古されたカテゴリーとしてすでに長期記憶として蓄えられ、新奇なメタファーは、新たに生成されるアドホック・カテゴリーという解釈を与えている。

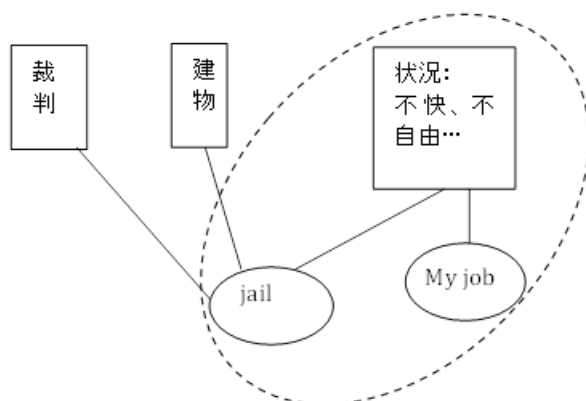


図 4 直接的なカテゴリー化による「My job is a jail」の解釈

この理論に則って分析してみよう。以下の例では、「喩辞」である「医療現場での予想できないこと」と「被喩辞」である「変化球」ともに明示されている。まず、「変化球」を典型事例とする「どの方向に進むか予想できない」というカテゴリーが生成される。そして、「医療現場での予想できない事態」がそのカテゴリーに属するものと見なされる。

- (6) 医療の現場では、予想もしないことがよく起こる。我々は、日常の現場で、変化球ばかり投げつけられているように思う。どんなに注意していても、専門の疾患を見逃してしまうこともあるのだ。

『病気なんてやっつけろ』 Kindle 版)

この説明は一見有効性が高いが、後続する「投げつけられる」のメタファーと合わせて考えると、カテゴリー化理論の限界は少なくとも以下の4点が挙げられる。第一、「AはB」という形に還元できるメタファーは、非常に限られている<sup>10</sup>ため、そればかりに基づいた分析は説得力に欠ける。第二、「A is B」の形を取る名詞メタファーでさえ、複数の属性が同時に想起されることが多く、単独の属性カテゴリーで対処することが困難であり、何の基準に基づいて特定の属性が「カテゴリー」として抽出されるかという疑問は、論じられていない。第三、動詞メタファーや共感覚メタファーの場合、共通の属性を抽出することの困難さが、浮き彫りになる。直接的なカテゴリー化説を唱える Torreano et al. (2005) は、主に名詞メタファーを対象に考案したモデルを、動詞メタファーの理解にも広げようとしたが、満足な説明を得られたとは言い難い。彼らによると、動詞の上位概念がカテゴリーとして喚起され、被喩辞がそのカテゴリーに属している事例だと理解されている。例えば、**The rumor flew through the office** という例において、**fly** が **move fast** というカテゴリーに置き換えられる。しかし、多くの動詞は、その上位概念を想起することが困難であり、複合動詞の場合を考えるとこの問題はより顕著になる。例えば「見落とす」における「落とす」の意味は、比喩的である。一つのシナリオを表す複合動詞の中に、一つの要素の理解が、場当たりの上位概念に抽象化されているとは想定しにくい。第四、複数のメタファーの間に広く見られる体系性を説明できない。例えば上記の「変化球」の名詞メタファーと「投げつける」の動詞メタファーは、それぞれ単独に二つのカテゴリー化のプロセスを経て理解されているという説明は、経済性に欠けている。

動詞の上位概念の抽出が困難という欠陥に対処する代案として、Utsumi & Sakamoto の一連の研究があり、メタファー理解は間接的なカテゴリー化だという提案をしている。間接的なカテゴリー化とは、動詞と比喩的カテゴリーの間に仲介要素が介在し、それには「抽象化された動作・状態」（例えば「高速の移動」）と「動詞が表す動作・状態の対象の事例集合」（例えば「飛ぶもの」）の二種類が考えられる。

---

<sup>10</sup> メタファー表現はどのような構文形式で現れるかについて、Sullivan (2007) がミニデータベースに基づいて統計分析を行っている。Sullivan (2007: 134) Table (5.1) **The constructions most commonly used in metaphor** によると、**Copula constructions** は僅か 3.7%に過ぎない。この意味で、「A is B」というコピュラ形のメタファーはどちらかというところ稀である。



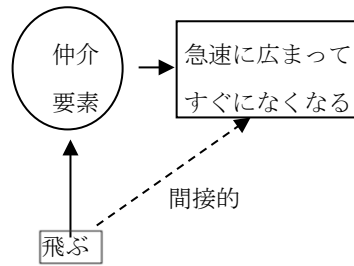


図5 間接的なカテゴリー化による「The rumor flew through the office」の解釈

動詞を抽象化しているという点において、この理論は構造アナロジー理論と共通していると言えよう。一方、動詞が字義通りの意味で使われる時の対象の「事例集合」が、メタファー理解の際に喚起され、メタファー理解の前提となるという点においては、構造アナロジー理論とは根本的な隔たりが出てくる。Gentner & Kurtz (2006) は、類似全体の理解は、関係の配列 (relational alignment) と対象物の一致 (object matches) 双方に基づくように見えるが、アナロジーの理解は、構造の合致によって生じると論じている。すなわち、動作の具体的な様態とその対象物よりも、動作と対象物間の抽象化された関係がカギとなる。また、アナロジーを解釈する際に、構造的合致の最大化 (maximum structural match) を実現するために、我々はソースにおける要素とターゲットにおける要素を、できるだけ一対一に関連付ける。このような関連付けを行うには、二つの要素自体が類似性を持つ必要はまったくなく、それぞれの要素が構造全体における役割によって決められる<sup>11</sup>。

こう述べたからと言って、本稿はメタファーとカテゴリー化の関連性を否定するものではない。メタファーはカテゴリー化であるという観点は、必ずしも認知言語学の概念メタファー理論と競合するものではなく<sup>12</sup>、統合の可能性が見られる。ただし、そのためには、「カテゴリー化」を再確認する必要がある。認知言語学で言う「カテゴリー」は、共通する「属性」に基づく括りではなく、プロトタイプ及び家族類似性に基づく柔軟なものである。我々は言語表現を、元の典型的な意味、すなわちプロトタイプ的な意味から拡張 (extension) して用いる。この拡張には、意味の抽象化 (schematization) が伴うことが多い。また、プロトタイプ的な意味と拡張した意味とは、共に、抽象化された意味の具体事例 (elaboration あるいは instantiation) である。本稿は、命名されないカテゴリーを抽出することが、メタファー理解の一段階だと考える。たが、このカテゴリーは、「A is B」の B が備えている属性を、そのまま抽出することによって構成されるわけではない。カテゴリー

<sup>11</sup> Gentner (1988: 48) : The corresponding objects in the base and target do not have to resemble each other at all; object correspondences are determined by roles in the matching relational structures.

<sup>12</sup> 谷口 (2003: 103-104)

一が構成される前に、複雑なメカニズムを経ている。本稿は、命名されないカテゴリーを抽出するためには、Gentner (1988) などが論じた「再表象」(re-representation) およびメンタル・スペース理論における「一般スペース」といった準備段階が必要だと主張する。次節では、本稿の分析手法の基礎となるメンタル・スペース理論を説明する。

## 2.2.5 メタファーとメンタル・スペースにおける概念融合

### 2.2.5.1 四つのスペースと主要関係

本節では、本稿が依拠する枠組みであるメンタル・スペース理論の基本的な考えを概観する。Fauconnier と Turner によって提唱されたメンタル・スペース理論は、これまで部分的に、個別的にしか説明できなかった言語現象を、概念統合 (conceptual integration) という動的なモデルで、包括的に捉えている。代名詞、指示、反事実文、メタファーを始めとする現象の意味を取り扱う際に起きる困難を解消するために、意味の理解とは言葉に含まれた真理条件を読み取るという考えを止め、言葉が操作指示という働きを果たし、さまざまな認知操作が介在するダイナミックなメンタル・スペースの中で意味が形成されると唱えた。

メンタル・スペース理論によるメタファー分析の特徴は、根源領域と目標領域のいずれにも含まれていない創発的な構造が現れ、二つの領域間の写像関係では捉えきれないことを指摘したことである。こういう事実を踏まえ、従来の根源領域と目標領域を二つの入力スペースと見なし、二つの入力スペースに共通する構造を表す一般スペース (generic space、総称スペース、共通スペースとも呼ばれる) と、二つの入力スペースを重ね合わせて創発的な構造を持つ混合スペース (blend) を加えた。本稿は一般スペースに重点を置き、どのような中間プロセスを経て、何が写像されるという問題を検討する。

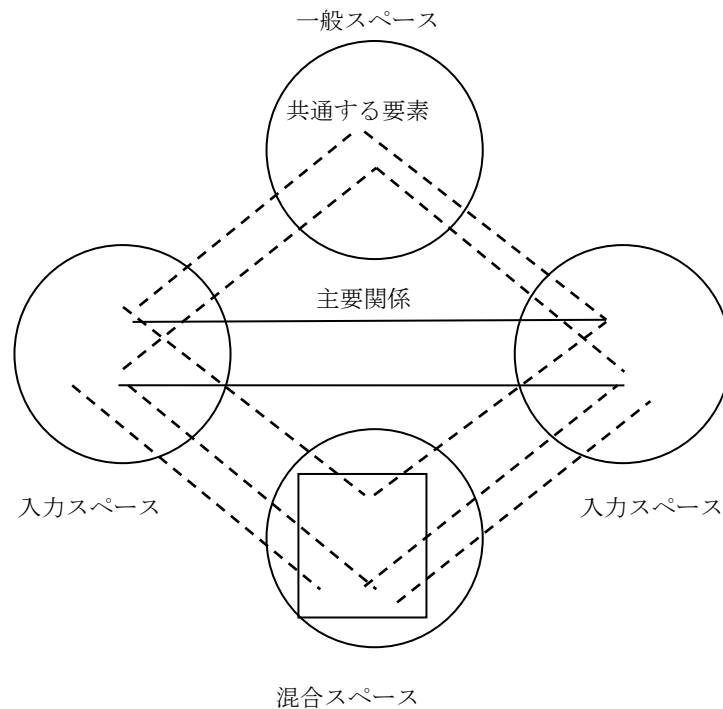


図6 四つのスペース

四つのスペースは、さまざまな主要関係 (vital relations) の圧縮によってリンクされている。主要関係には、変化 (change)、同定 (identity)、時間 (time)、空間 (space)、因果関係 (cause-effect)、表象 (representation)、役割 (role)、アナロジー (analogy)、非アナロジー (disanalogy)、属性 (property)、類似 (similarity)、カテゴリー (category)、意図性 (intentionality)、同一 (uniqueness) などがある。

一般スペースの働きは、2つの入力スペースに共通する構造 (入力スペースより抽象的な場合が多い) を持ち、入力スペース間の部分的な写像関係を定義する<sup>13</sup>。たとえば、Brandt (2005) はこのような例を挙げている。

(7) Lisa, qui est déprimée depuis plusieurs mois, sourit sur la photo.

(Lisa, who has been depressed for several months, is smiling on the photo)

Brandt (2005 : 1580)

<sup>13</sup> Fauconnier (2012年9月8日、日本認知言語学会での招待講演、質疑応答)によると、一般スペースはすべての概念融合にとって必要である。また、一般スペースは必ずしもフレームを含むとは限らない。例えば「Paul is the father of Sally」の場合、一つの入力スペースは「Paul」と「Sally」という二人の人間であり、もう一つの入力スペースは「父親と娘」というフレームを含む。この場合の一般スペースは、「二人の個人」を含むが、構造的な内容はあまりない。

話者の意図は、リサの現在の気分と写真の中でのリサの気分を比較することである。この二つの状態を理解するために、聞き手はこの文を聞いて、二つのメンタル・スペースを立ち上げる。一つは現実のスペースであり、もう一つは写真のスペースである。メンタル・スペース理論の長所は、指示レベルで異なるスペースに分割することである。しかし、異なるスペースの対応する要素の間の関連を維持しなければならない。マッピングはあるメンタル・スペースにおける要素を、別のスペースにおける要素に対応させる。たとえば、写真スペースにおけるリサの喜びと、現実スペースにおけるリサの落ち込みは、アナロジーという主要関係に基づくマッピングによって繋がっている。なぜこれがアナロジー関係かということ、一つのスペースにおける喜びと、もう一つのスペースにおける落ち込みは、概念構造において類似する役割を担っている。いずれも、一般スペースにおける「リサの感情状態」という要素に対応する。

メタファーも、二つの構造における〈役割—役割〉の一致というアナロジー関係を利用している。しかし、上述の例から明らかであることは、アナロジー関係であってもメタファーではない場合がたくさん見られる。そこで本稿が考えるアナロジー関係がメタファーになる条件は、フレームを共有しないことと、構造的に一致することである。フレームを共有しないこととは、われわれの日常的な知識・経験から判断すると、二つの入力スペースが同じフレームの要素ではないという制約である。例えば「細胞の対話」の場合、「細胞」と「対話」が共存するというような場面は、日常的な経験としてすぐ想起されることはまずない。構造的な一致とは、二つの入力スペースを統括する一般スペースの内容が高次的な構造を持ち、「二人の人間」や「リサの感情状態」のような離散的な要素ではないことを指す。

構造アナロジーに基づくマッピング理論と比べて、メンタル・スペースの優位性は、混合スペースを導入したことによって、創発的な構造、因果関係の逆転などを説明できることと、メタファーを他の多数の言語現象と同じメカニズムで説明できるである。アナロジー関係を利用しないプライマリー・メタファーの扱いに関しても、Fauconnier & Turner (2002 : 299-303) の〈怒りは熱〉に対する説明では、「怒り」と「熱さを感じるなどの身体的状態」の間に、「correlation」という繋がりがあると論じた。本稿は、メンタル・スペースを用いてメタファーを説明するために、今迄明らかにされなかった下記二つの問題を整理する。一つめは、アナロジーの定義である。二つめは、一般スペースの構成である。

### 2.2.5.2 アナロジーの再定義

メタファーを説明するために、メンタル・スペース理論における「アナロジー」を再定義する必要がある。Fauconnier & Turner (2002 : 98) では、「アナロジー」は「役割—値」関係に依存する主要関係と定義している。例えば、ネットワーク A の入力スペース 1 に「法王」という役割があり、入力スペース 2 の Giovanni Montini という人間がこの役割に値を

振り当てられ、混合スペースには「法王 Paul VI」という要素がある。同じように、ネットワーク B の入力スペース 1 「法王」という役割があり、今度入力スペース 1 の値が Albino Luciani という人間であり、混合スペースには「法王 Joul Paul」がある。「法王 Paul VI」と「法王 Joul Paul」は、同じ「役割—値」の関係を圧縮しているため、お互いにアナロジー—関係である。

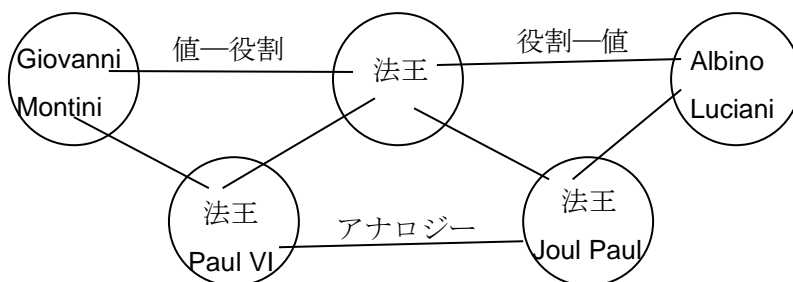


図7 「法王」のアナロジー

この定義に従うと、アナロジー—関係が成立するには、常に二つのネットワークが必要となる。しかし、試みに、次の会話を考えてみよう。

(8) 日本人話者 A : 「北京大学はどんな大学？」

中国人話者 B : 「北京大学は中国の東大だよ」 / ? 「北京大学は東大だよ」

話者 A は日本の東大を知っており、一方「北京大学」に関してはあまり知識がなく、話者 B は「北京大学が中国では一番有名な大学」という情報を伝えたいとする。もし話者 B が「北京大学は東大」だけを言えば、話者 A がその意図を正しく読み取れるなら、次のような意味合成が考えられる。

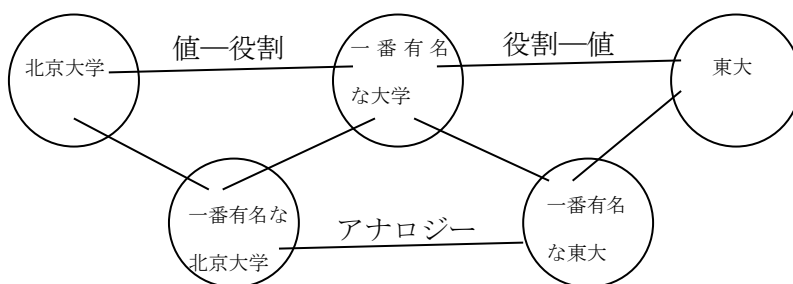


図8 「大学」のアナロジー

しかし実際、「北京大学は東大」から読み取れる意味は限りなく存在し、「その国の一番有名な大学」、または他の何かの属性に基づくアナロジー—関係という意味に限定しようとする

なら、「北京大学は中国の東大」のほうが自然である。だとすると、二つのネットワークを想定するより、一つのネットワークのほうがこの文の意味合成を明確に捉えられる。

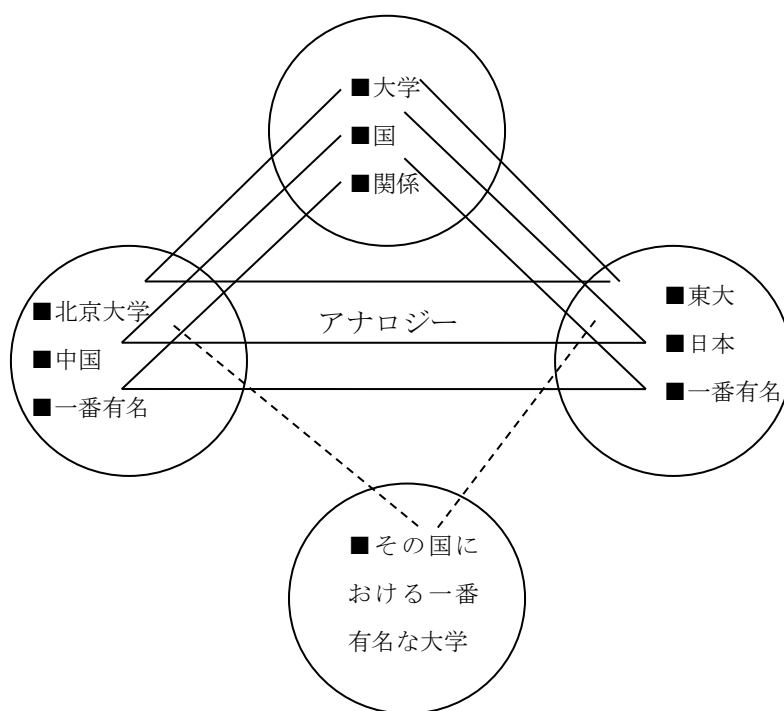


図9 「ある国の大学」のアナロジー

「北京大学は中国の東大」という表現を聞き、まず「北京大学は中国の大学」という前提知識に基づいて、「北京大学」と「中国」の二つの要素を含む入力スペース1を立ち上げる。次に、「東大は日本の大学」という前提知識に基づいて、「東大」という語によって喚起された入力スペースを補完する。さらに、「東大は日本では一番有名な大学」という「東大」に関する認識が、二つの要素を繋ぐ関係であるため、入力スペース2の内容として容易に想起できる。したがって、「北京大学」と「中国」を含む入力スペース1も、二つの要素の関係について語っていることが分かる。一般スペースでは、「大学」、「国」及びその関係に抽象化する。この段階で、入力スペース1と入力スペース2のアナロジー関係が成立する。つまり、二つの入力スペースの構造が対応し、「北京大学」と「東大」がそれぞれの構造に同じ役割を担う。混合スペースにおいて、このアナロジー関係は、「その国における一番有名な大学」というカテゴリーに圧縮される。

アナロジー関係は「役割—値」関係に基づくと定義されたものの、メンタル・スペースのメタファー研究では、「アナロジー」を上述の「役割—役割」間の対応という意味で使用している場合がほとんどである。例えば Fauconnier & Turner (2002 : 100) が「カテゴリー」という主要関係を定義する際、コンピューター・ウイルスの例を挙げている。生物学

のウイルスと望ましくなく破壊的なコンピューター・プログラムの中に、スペース間アナロジー (outer-space analogy) が存在し、このアナロジー関係は、混合スペースにおいてカテゴリー関係に圧縮され、コンピューター・プログラムがウイルスと呼ばれると述べている。本稿では、この意味で「アナロジー」を使用し、「二つの構造における〈役割—役割〉の一致」と定義する。

なお、Coulson (1996) では、analogic mapping と metaphoric mapping について論じている。Analogic mapping の伝統的な定義は、問題解決のために根源領域から目標領域に構造を提供する (carry-over analogy)。それに比べて、metaphoric mapping は、発話の目的に応じて、根源領域のある構造をハイライトすると述べている。ところで、現在のアナロジー理論も、単純に一方から他方に構造を提供するより、両方の内容に応じて関係的なスキーマを抽出することが重要であることを意識している。これを踏まえ、本稿では analogic mapping と metaphoric mapping を区別しない。いずれも根源領域から目標領域に構造を提供するのではなく、根源領域の無数の可能性から、発話の目的に合わせてある構造をハイライトして、領域を跨る対応を作ると考える。

### 2.2.5.3 一般スペースの構成

メンタル・スペース理論における一般スペースは、「再表象」という概念と整合性が高く、メタファー理解に関与しているプロセスの一部だと本稿は考える。Gentner & Kurtz (2006) は、二つの関係が同じだと理解するために、関係の意味を表象し直すことが必要であると論じている。例えば、

- (9) a. John bought the pamphlet.
- b. Alex took the pamphlet.

Gentner & Kurtz (2006 : 615)

という文ペアを提示すると、述部の動詞が同じではないけれどアナロジーだと認識できるのは、「パンフレットを手に入れる」という共通の概念関係を抽出できるためである。「買う」と「手に取る」の動作の仕方の違いは捨象され、「物を獲得する」ことだけが保持される。このような、動詞をより抽象的な意味に表象し直すプロセスを、Gentner は「再表象」<sup>14</sup>と呼んでいる。Gentner & Kurtz (2006) は、関係的合致 (relational matches) はアナロジーの核心であり、二つの関係が類似ではあるが同一ではない場合、再表象を経て、部分的な合致を探り出すプロセスが参与していると結論付けた。

---

<sup>14</sup> 細野 (2012) の訳語に従う。

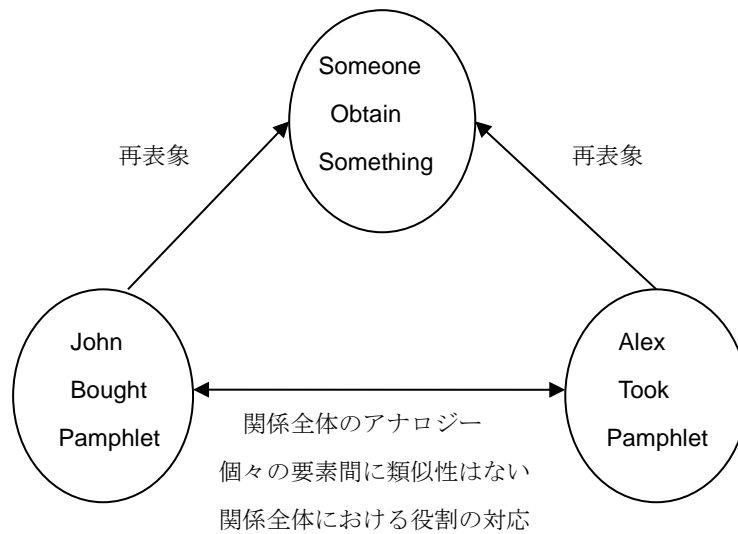


図 10 再表象を介するアナロジー

また、Grady (2005) は、プライマリー・メタファー自体が「共起関係」に基づく既成の混合スペースであり、メンタル・スペース理論における「主要関係」に「共起関係」を加えるべきと提案した。プライマリー・メタファーのブレンディングは、以下の図 11 で示される。

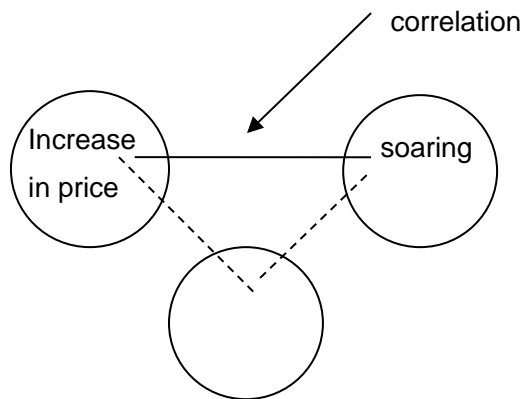


図 11 プライマリー・メタファーのブレンディング (Grady2005:1604)

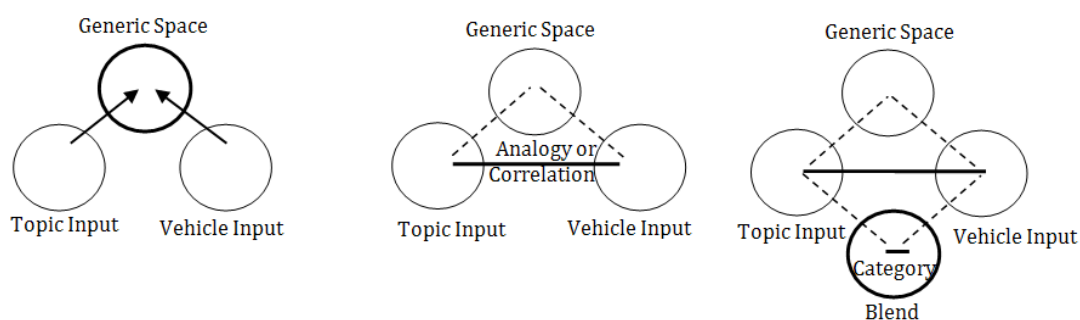
本稿はこの研究から受け継ぐ部分が多いが、この解釈では言及されなかった一般スペースの内容を検討する。「共起関係」に基づくメタファーの一般スペースは、どういう要素によって構成されているのかという問題を次節で説明する。



## 2.3 本稿の解釈モデルと位置づけ

### 2.3.1 メタファー理解の3段階モデル仮説

本稿は、以上で見てきたこれらのアプローチは完全に対立する理論ではなく、「対象とするメタファーの種類」あるいは「メタファー理解の段階」という二つの点において、相補的な関係にあることを主張する。この相補関係を一つの枠組みで整合的に説明するためには、(i) まず、「一般スペース」の存在で、構造マッピング理論における「再表象」とメンタル・スペース理論における一般スペースを統合する。(ii) そして、利用する主要関係の種類の違いによって、「類似性基盤」と「経験的共起性基盤」を統合する。メタファーの概念融合を行う際に、二つの入力スペース間の関係は、「アナロジー」と「共起」という二種類がある。これによって、いわゆる「構造的類似性」に基づくものと、「経験的共起性」に基づくものを、同じメカニズムで説明できる。(iii) それから、概念融合の段階によって、「写像」と「カテゴリー化」を統合する。構造の写像という段階が、カテゴリー化という段階の前提だと考える。この3点はそれぞれ、本稿が提案するメタファー理解の3段階にも当たる。その内容を、次の図で示す。



段階(i)「一般-個別 (Generic-Specific) 関係」に基づき、一般スペース (Generic space) で事象を捉える詳述度 (Specificity) を変え、関係・構造を再表象 (Re-representation) する。

段階(ii) アナロジー (Analogy) 関係あるいは共起 (Correlation) 関係に基づき、構造をマッピングし、要素を対応付け、概念融合を行う。

段階(iii) 創造的な混合スペース (Blend) を作り出し、アナロジー関係あるいは共起関係をカテゴリー (Category) 関係に圧縮する。

図12 メタファー理解の3段階

本稿が提案する3段階モデルは、今迄の複数のアプローチが相補関係にあることを示すだけでなく、次の二つのことを説明できる点が、大きなオリジナリティである。一つ目は、メタファーの成立に関して、段階(i)において一般スペースを形成できるか否かによって決まる。二つ目は、メタファーの部分的写像に関して、段階(i)で形成された一般ス

ペースの内容によって、段階（ii）において写像できる要素と写像できない要素が決まる。3段階を用いて、「共起」関係と「アナロジー」関係に基づく具体例を説明する。

### 2.3.2 「共起」の場合

二つの入力スペースの間関係が「共起」である場合、メタファーが成立する条件は、段階（i）において一般スペースを形成できることであると主張する。Grady（2005）によると、共起関係に基づくプライマリー・メタファーの場合、superschema principle あるいは categoriality principle と呼ぶべき制約が存在する。プライマリー・メタファーになるためには、二つの共起する概念が高度にスキーマ的な構造を共有（shared “superschematic” structure）していなければならない。そのスキーマ的な構造はスーパー・スキーマ構造と呼ばれている。例えば「直立する」と「機能する」は、いずれもある種の状態である。「明るさ」と「喜び」は、どちらもスケールで計れる性質（scalar property）である。「目標を実現する」と「目的地に到達する」は、両方ともある種の行動である。「見る」ことも「知る」こともイベントである。それに、有界性、アスペクトなどのパラメータも一致していなければならない。したがって、「困難さ」と「重さ」は両方ともスケールで測れる性質なので、メタファーのペアとして成り立つ。それに対して、「困難さ」という性質と「重い物を持ち上げる」という行為の間にはメタファーの写像が起こらない<sup>15</sup>。また、根源領域と目標領域は同時に起きている事態であるため、それぞれのシナリオの要素は連動して、共変動（covariation）しなければならない。たとえば、熱さが増加することは怒りが増加することを意味し、重さの程度は困難さの程度を意味する。

---

<sup>15</sup> Grady (2005: 1606) : The two correlated concepts must also be construable as having the same highly schematic structure. For instance, they must both be construable as states (viability-erect posture), as scalar properties (bright-happy), as atemporal relations (inside X-member of category X), or as actions (achieving a purpose-arriving at a destination), as events (failure-collapse; seeing-coming to know), as entities which can serve as landmarks, or as trajectors (state of affairs which is allowed to continue-physically supported object; fact-object which is seen), and so forth. They must also agree with respect to parameters such as boundedness (e.g., a fact and an object which is seen), aspect (e.g., both achieving a purpose and arriving at a destination are punctual events), and 'arity' (i.e., they are both relations involving the same number of participants). Given these constraints, it is clear that Difficulty and Heaviness are eligible for metaphoric pairing – they are both scalar properties – while Difficulty and “The Act of Supporting a Heavy Object” are not.

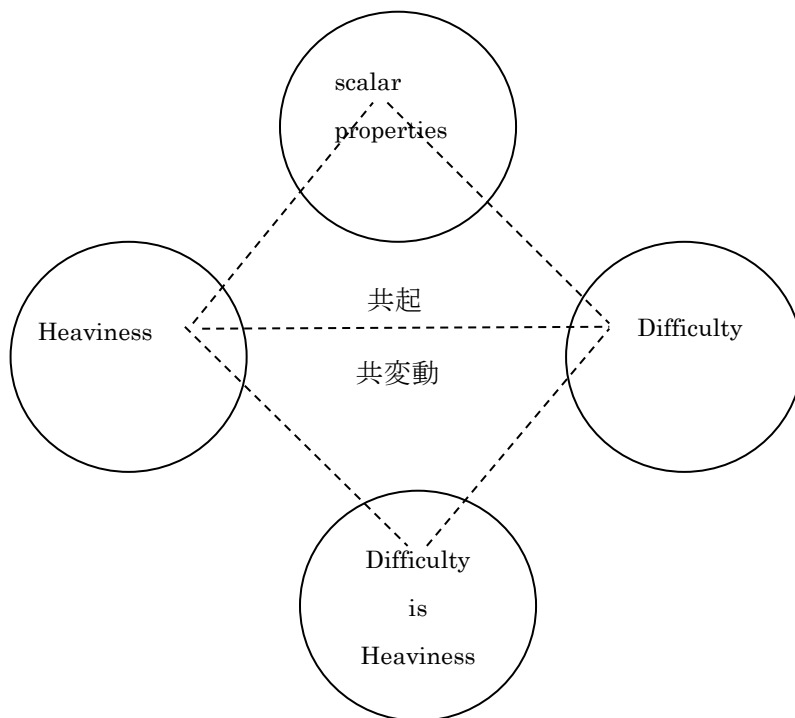


図 13 「共起」に基づくメタファーの一般スペース

### 2.3.3 「アナロジー」の場合

2.2.2 節で説明した通り、アナロジーつまり類似性は、①「属性の類似」、②「関係の類似」、③「構造の類似」に分けられる。本節では、段階（i）で形成された一般スペースの内容によって、段階（ii）において写像できる要素と写像できない要素が決まることを、三種類の類似性に基づく具体例で示す。

まず、①「属性の類似」の例として、「リンゴ病」を分析する。伝染性紅斑は、頬に出現する蝶翼状の紅斑を特徴とし、小児を中心にしてみられる流行性発疹性疾患である。両頬がリンゴのように赤くなることから、「リンゴ病」と呼ばれる。段階（i）で形成された一般スペースの内容は、丸くて赤いものである。したがって、段階（ii）において、このイメージと関係がない要素は写像されない。

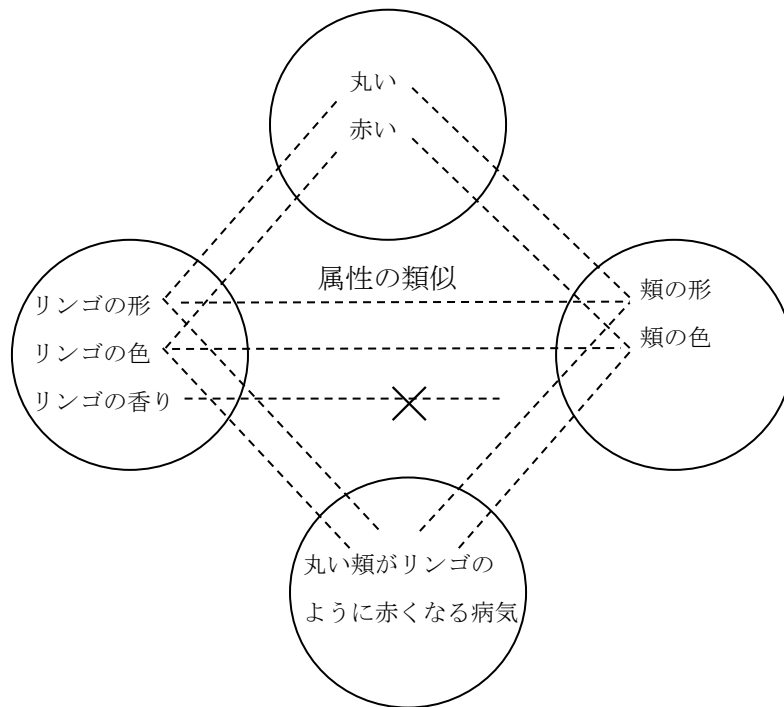


図 14 「属性の類似」に基づくメタファーの一般スペース

そして、②「関係の類似」の例として、「医者の半熟卵」を分析する。この例における「卵」は、まだ一人前にならない人、修業中の人を指す。まず「医者の卵」（医学生）という慣用表現が定着している。そして、「卵—半熟卵」と「医学生—研修医」という関係の類似に基づいている。このメタファーには、三つの入力スペースが関与している。「卵」の概念が、「生物」「料理」という二つの異なる入力スペースから混合されている。最も高次的な段階（i）で形成された一般スペースの内容は、「完成—半分完成」という関係性である。したがって、段階（ii）において、「料理」の入力スペースから、「味付け」など無関係な要素が写像されることはない。

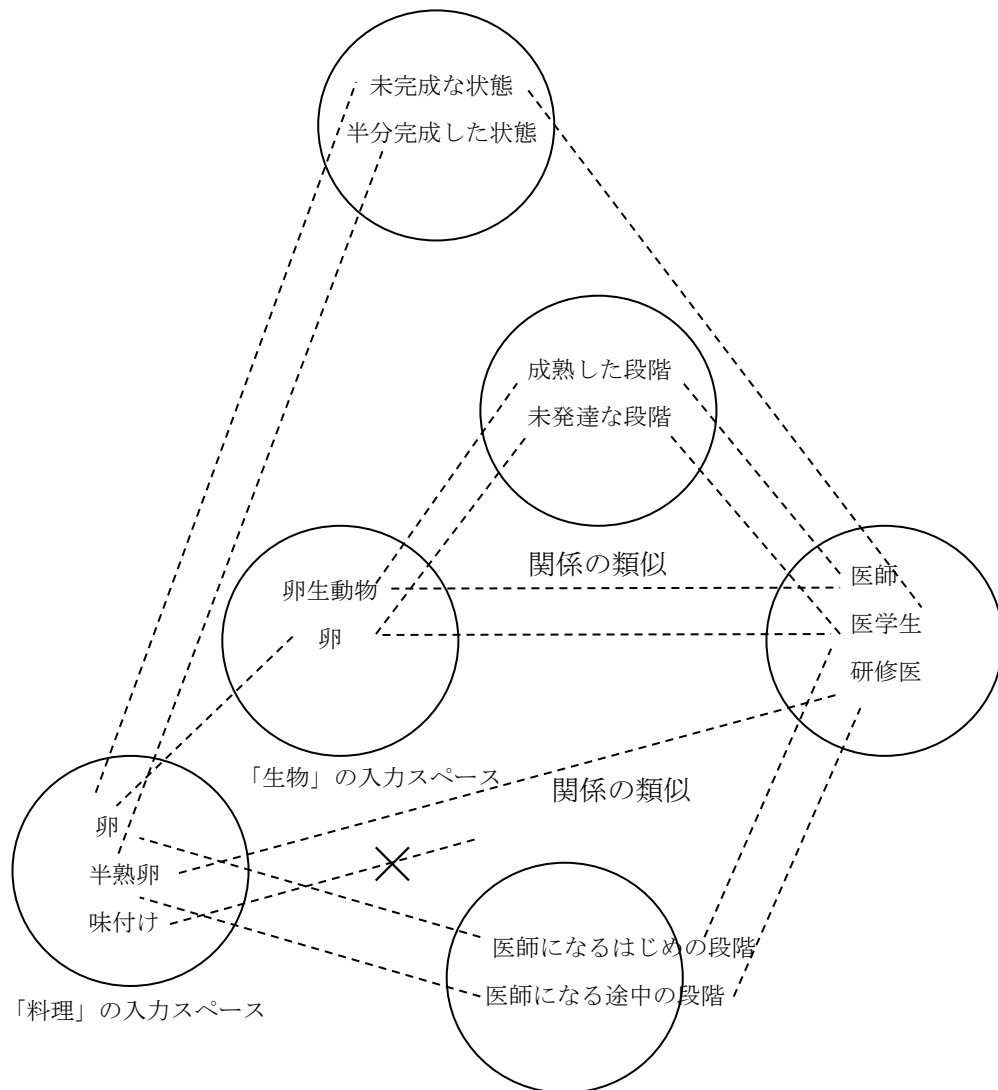


図 15 「関係の類似」に基づくメタファーの一般スペース

それから、「構造の類似」の例として、「細胞の対話」を分析する。対話とは 2 人もしくはそれ以上の主体が、主として言語の発声・手話・ジェスチャーなどによる意思表示によって共通の話題をやりとりする行為全般のこと」ことであり、「運動する筋肉の細胞と血管の細胞との対話」は「さまざまな物質の調節をする行為全般」のことであるため、関係を繋ぐ構造において似ている。段階 (i) で形成された一般スペースの内容は、「主体 A と主体 B の間のやりとり」という構造である。したがって、段階 (ii) において、人間 A と人間 B のお互いに対する「感情」のような無関係な要素は写像されない。

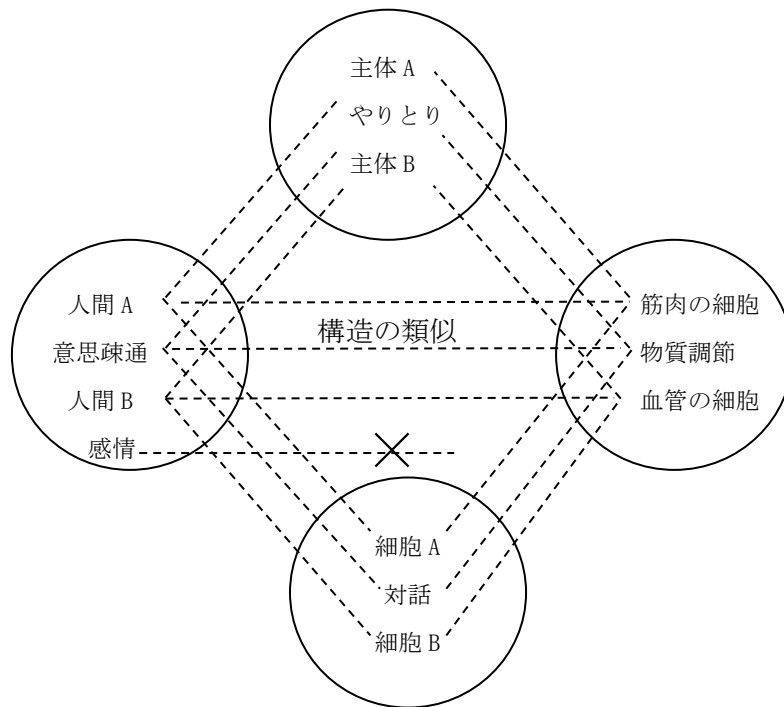


図 16 「構造の類似」に基づくメタファーの一般スペース

### 2.3.4 メタファーの定義

まず、シミリとメタファーに関して、「ような」「みたいな」「as」に代表される表現を含む文は従来シミリと呼ばれ、メタファーと区別されてきた。一方、メタファーとシミリは連続的な関係にあり、根底には同じ思考様式が存在していることを示唆する研究も多い。本稿もこの立場である。Goatly (1997) はシミリを示す表現をメタファー標識 (meraphorical markers) と呼んでいる。鍋島 (2016) では「メタファー明示表現」と呼んでいる。メタファーとシミリを区別しない根拠は、鍋島 (2011) が述べている通り、「認知と思考の観点から延べれば、上述の推論・イメージ性、基盤 (動機づけ)、文化性、仮想性、遊戯性、共同行為性のすべてがシミリにもあてはまる」。

そして、本稿はシミリを含むメタファー表現を次のように定義する：フレームを共有しない概念 A と概念 B を比較し、概念 B を用いて、概念 A そのもの、あるいは概念 A の性質を指示する。「フレームを共有しない」とは、われわれの日常的な知識・経験から判断すると、概念 A と概念 B は通常同じフレームの要素ではない。具体的には、次の表が示している通りである。

メタファー	概念 A	概念 B	メタファーが成立する理由
You are sunshine	You	sunshine	概念 B を用いて、概念 A そのものを指示している。しかし、概念 A つまり「you」である人間に関するフレーム的知識に、概念 B つまり「sunshine」が含まれない。
荒涼とした風に吹かれているような悲しみ	悲しみ	荒涼とした風に吹かれている	概念 B を用いて、概念 A の性質を指示している。しかし、概念 A つまり「悲しみ」に関するフレーム的知識に、「荒涼とした風に吹かれる」という状況が含まれない。
ウキウキしている	ポジティブな気持ち	ウキウキ	概念 B を用いて、概念 A そのものを指示している。概念 A つまり「ポジティブな気持ち」に関するフレーム的知識に、概念 B つまり物理的に上に向くことが含まれない。

表 3 フレームを共有しない二つの概念

概念 A と概念 B がフレームを共有すると、メタファーでなくなることを、次の表で示す。特に、「ような」「みたいな」が現れても、メタファーが成立しない場合は、フレームを共有しているからである。

文字通りの表現	概念 A	概念 B	メタファーが成立しない理由
You are Japanese	You	Japanese	概念 A つまり「you」である人間に関するフレーム的知識に、概念 B つまり「Japanese」であることが含まれる。
12 月なのに春のような暖かさ	暖かさ	春	概念 A と概念 B は、フレームを共有する。「暖かい」は元々、「春」に関するフレーム的知識に含まれる。

表 4 フレームを共有する二つの概念

### 2.3.5 本稿の位置づけ

本研究は医療コミュニケーションにおけるメタファーの役割を、認知言語学の観点に基づいて以下の三つの角度から考察する。(1) 同じ疾患の原因・影響・処置に関して、医療者と患者が用いるメタファー表現の相違に反映される認知のずれ。(2) 医療者と患者が共に同一のメタファーを構築していくことによって、意思決定に辿り着くプロセス。(3) 概念メタファーの適切な応用と健康情報リテラシー向上の関係。このようなアプローチは、「医療者—患者」間の対話を通じた認知の共同構築を重視する医療コミュニケーション研究と親和性が高く、その理論的基盤を言語学の立場から固めることが期待される。

認知言語学のメタファー理論	それに基づく考察	
(1) 概念メタファーはそれをを用いる人の認知方式を反映する。	(1) メタファーに反映される医療者と患者の認識論の相違を調査する。	第3章
(2) 概念メタファーは会話の関与者によって共同構築される。	(2) メタファーの共同構築が医療者と患者の意思決定に影響を与えることを検証する。	第4章
(3) 概念メタファーは部分的な写像である。	(3) メタファー理解と健康情報リテラシーの関係を検討する。	第5章

表 5 本稿の理論的基盤とそれに基づく考察

本稿の研究手法の特徴は、作例やコントロールされた実験手順ではなく、実際の医療現場で交わされた会話と医療に関する文字データを分析対象とし、それらにおけるメタファーの役割を認知言語学の理論に基づいて再認識する。認知言語学におけるデータの現実性を高めるための手法を提供する。



## 第3章 医療者メタファーと患者メタファーのギャップ

本章では、医療関連の書き言葉資料をもとに、メタファー表現の産出において、集団の文化的な背景知識とメタファーの特質がどのように絡み合うか、それは認知にどのような差異をもたらすかを考察する。多様な広がりをもった言語テキストの背後に共通して見られるメタファー理解のギャップの様相を見ることで、そこに共通して現れる問題を明らかにする。

具体的には、二つのテーマを取り上げる。3.1節では、患者が多分に主観性を含んだ「痛み」という感覚を目に見える「外傷」に喩える行為と、医療者が持っている〈人体は機械〉という比喩的思考の関連性を検討する。3.2節では、〈治療は戦い〉の医療者メタファーと患者の病気観を検討する。多くの具体例の分析を通じて「なぜ、ここで、このメタファーを使うのか」を深く追究していく。すなわち、何気なく使用されているメタファーが持つ巧みな意味合いに、話し手のどのような認識が埋め込まれており、聞き手に無意識的に何を伝えようとしているのかを検討する。

### 3.1 痛みのメタファーと〈人体は機械〉

痛みは病気が存在していることを示す重要な判断基準の一つにも関わらず、現在「痛み」を計測する方法がない。患者にとって、痛みを引き起こす病気よりも、痛み自体のほうが直観的な存在である。それに対して、医療者にとっては、外傷や検査数値のよう直接観察できない他人の痛みは、一番遠い存在である。したがって、患者がメタファーを用いて「痛み」を表現し、医療者がその訴えに応じるといった行為は、メタファーの重要な用法である。ある事柄を理解してもらうために、「類似」する事柄を通して表現し、主観的な「類似性」に注目してもらう。成功すれば、聞き手が同じ「類似性」に注目する結果に導く。失敗すれば、聞き手が「類似性」を認めないことになる。

#### 3.1.1 〈人体は機械〉のメタファーに収まらない「痛み」

現代医学において、診療の対象としての人体は、「機械」という概念によって理解されることが多い。人間の生命は物理的な因果律によって働く機械と捉える唯物論は近代科学の顕著な特徴である。医療者の診療は、「人体は機械」のメタファーに基づく。この「人体は機械」という概念メタファーが近代医学の思考の根幹を成し、言語的に様々な表現となって表れる。人体には血液などの循環があり、骨や筋肉などの部品から構成され、健康状態は正常に稼働する状態であり、疾患は故障である。「人体」と「機械」の間には、第2章で

論じた「構造の類似」が成り立つ。構造の類似に基づくメタファーは、体系性を呈する。

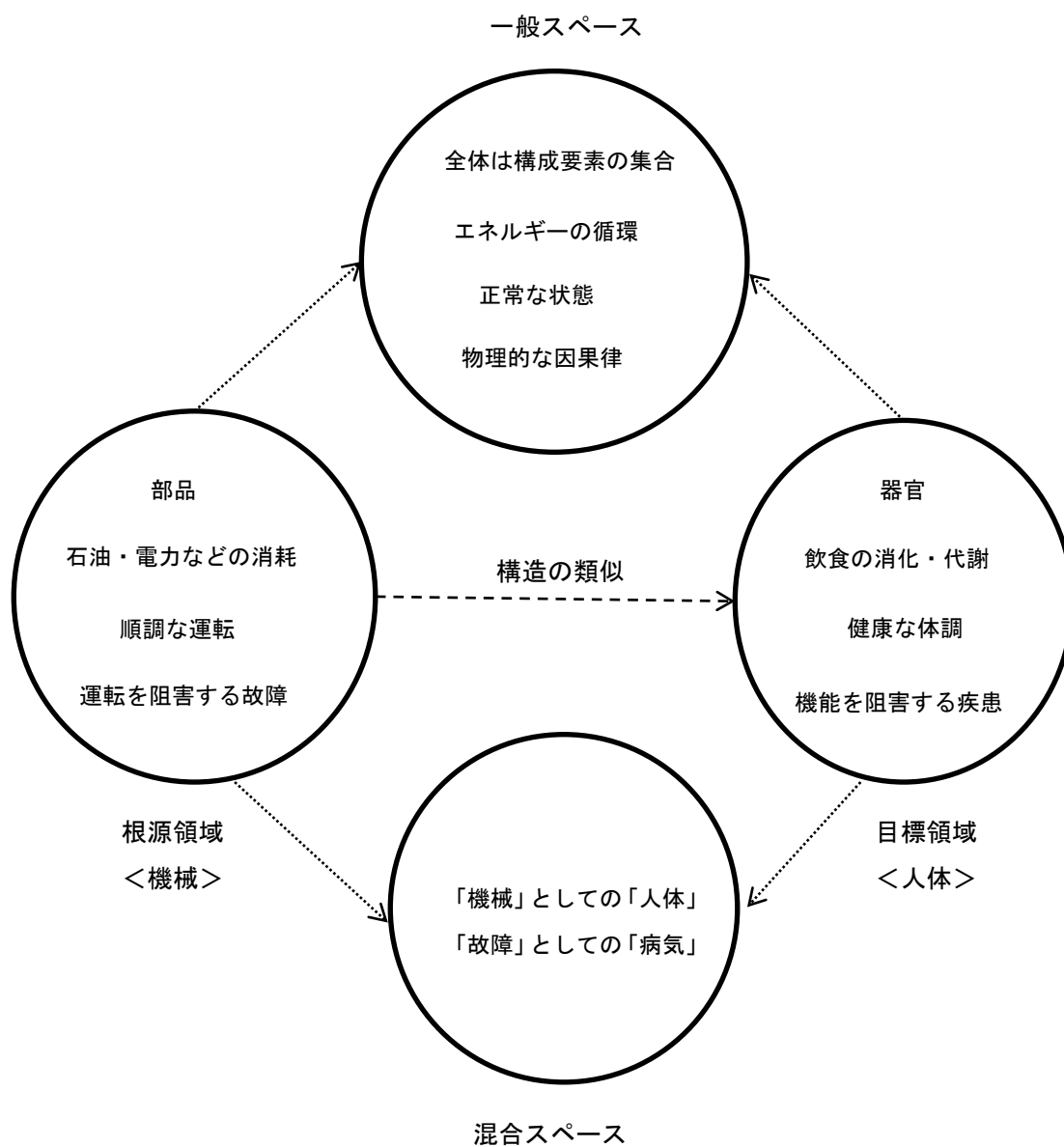


図 17 <人体は機械>に基づく病気説明スクリプト

時代によってどのような機械をモデルにするか、「人体は機械」のメタファーも変遷を遂げてきた。19世紀から現在にわたって、原動機をモデルにするメタファーは、例文(10)が示すように我々の考えの一部になっている。20世紀からは、コンピューターをモデルにするメタファーが急増し、例文(11)が示している通り人体に関する新しい発見を解釈する際に多用されている。

- (10) a. 心臓は洞房結節において電氣的刺激を発生し、房室結節→ヒス束→脚（右足・左脚→プルキンエ線維→心室筋へと刺激が伝わり、収縮や拡張を繰り返し全身へ血液を絶えず送るポンプ機能の役割を果たしている。その刺激伝導過程を体表面から波形に表したものが心電図である。

（『臨床医学概論：新編』 p13）

- b. 生物としての設計図である遺伝子だけが親から子。前世代から次世代に伝わるのではなく、親を始めとする周囲の人たちや社会の生活習慣や考え方も次世代へと伝わります。…我々は皆、遺伝子の中に元来、異常なものを五つか六つは含んでいるのです。しかし私たちは同じ遺伝子のコピーを二組持っているので、どちらかが壊れていてももう一組の遺伝子が正常であれば実際の我々の機能には全く異常がないことがほとんどなのです。

（『阪大医学生が書いたやさしい「がん」の教科書』 Kindle 版）

- (11) a. 脳にとっての CPU（コンピューターの中核部分に当たり、さまざまなプログラムを実行する）は、記憶力がいいといったハード面のことです。

（『脳を活かす伝え方、聞き方』 Kindle 版）

- b. iPS 細胞は ES 細胞とほぼ同等の分化能を持つと考えられており、神経、心筋、血液などの細胞に分化しうることが報告されている。しかしリプログラミング因子によってなされる細胞核初期化の程度は、クローンによって異なることが想像される。

（『iPS 細胞の産業的応用技術』 p106）

- c. As synthetic biology techniques become more powerful, researchers are anticipating a future in which the design of biological circuits will be similar to the design of integrated circuits in electronics. Nielsen et al. describe what is essentially a programming language to design computational circuits in living cells. The circuits generated on plasmids expressed in Escherichia coli required careful insulation from their genetic context, but primarily functioned as specified. The circuits could, for example, regulate cellular functions in response to multiple environmental signals. Such a strategy can facilitate the development of more complex circuits by genetic engineering.

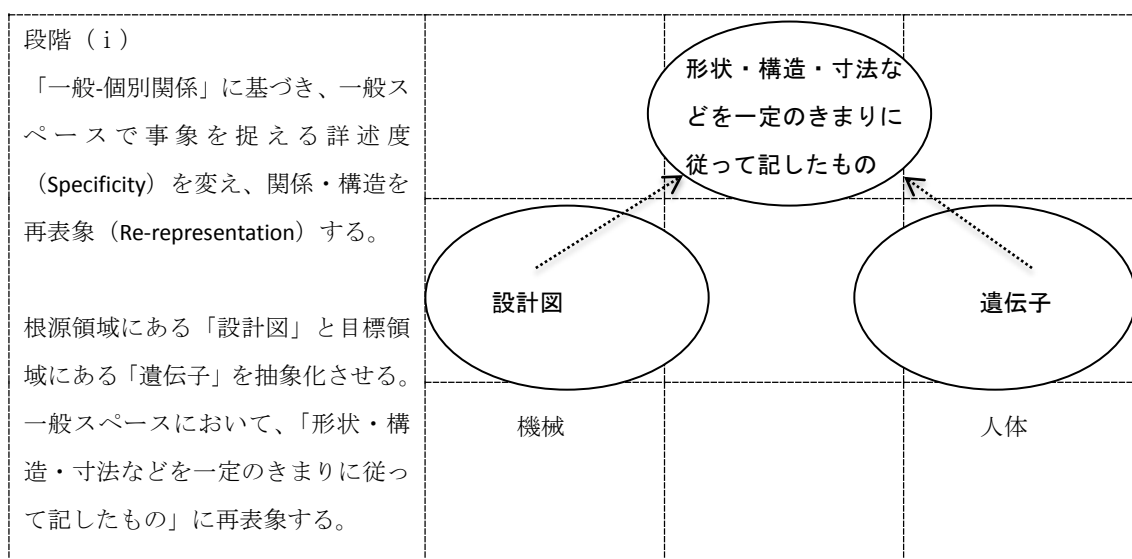
(<http://science.sciencemag.org/content/352/6281/aac7341>)

(11)では、三つの例とも、コンピューター分野の概念を用いて、人体について述べている。コンピューターという新しく創造された存在は、脳科学や細胞科学に関する新しい発見を説明するのに絶好である。それに、コンピューター分野の知識が、人体を理解する発想を広げたとも言える。11(b)のリプログラミング (reprogramming) は細胞工学で、すでに分化した細胞を未分化の状態に戻すことである。11(c)は実際人体をコンピューター言語で処理する発想が現実になっていることを示す。

「人体は機械」のブレンドは、病気に関する推論に基盤を与える一つの局所的認知領域である。(10)(11)で挙げたような言語表現は、そこに様々な対応関係を作り、根源領域の要素と目標領域の要素を結び付ける。図 17 では「故障としての病気」が混合スペースにあり、「病気」の部位・特徴によって、他の対応関係と結びつき、異なる「故障」に対応することが可能である。例えば 10(b)の「遺伝子は設計図」と「故障としての病気」が結びつく場合、第二章で説明したメタファーの3段階プロセスを経て、(12)のような精緻化したメタファーが生まれる。

(12) いくつかのステップを経て胎児の脳ができています。それはある時期に特定の脳内物質が働いて、次のステップに進み、また別の脳内物質が働いて、という順番に脳ができていきます。これらの脳内物質の手順の図が脳の発生に関する遺伝子です。もちろん、この手順の図に大きなミスがあれば、脳の形成はそこでストップして、脳の奇形ができてしまいます。設計図のミスがごく軽度であれば、それに関連した神経回路の機能が十分には働かないこととなります。

(『あなたと君のアスペルガー：普通の子になりたい』 p106)



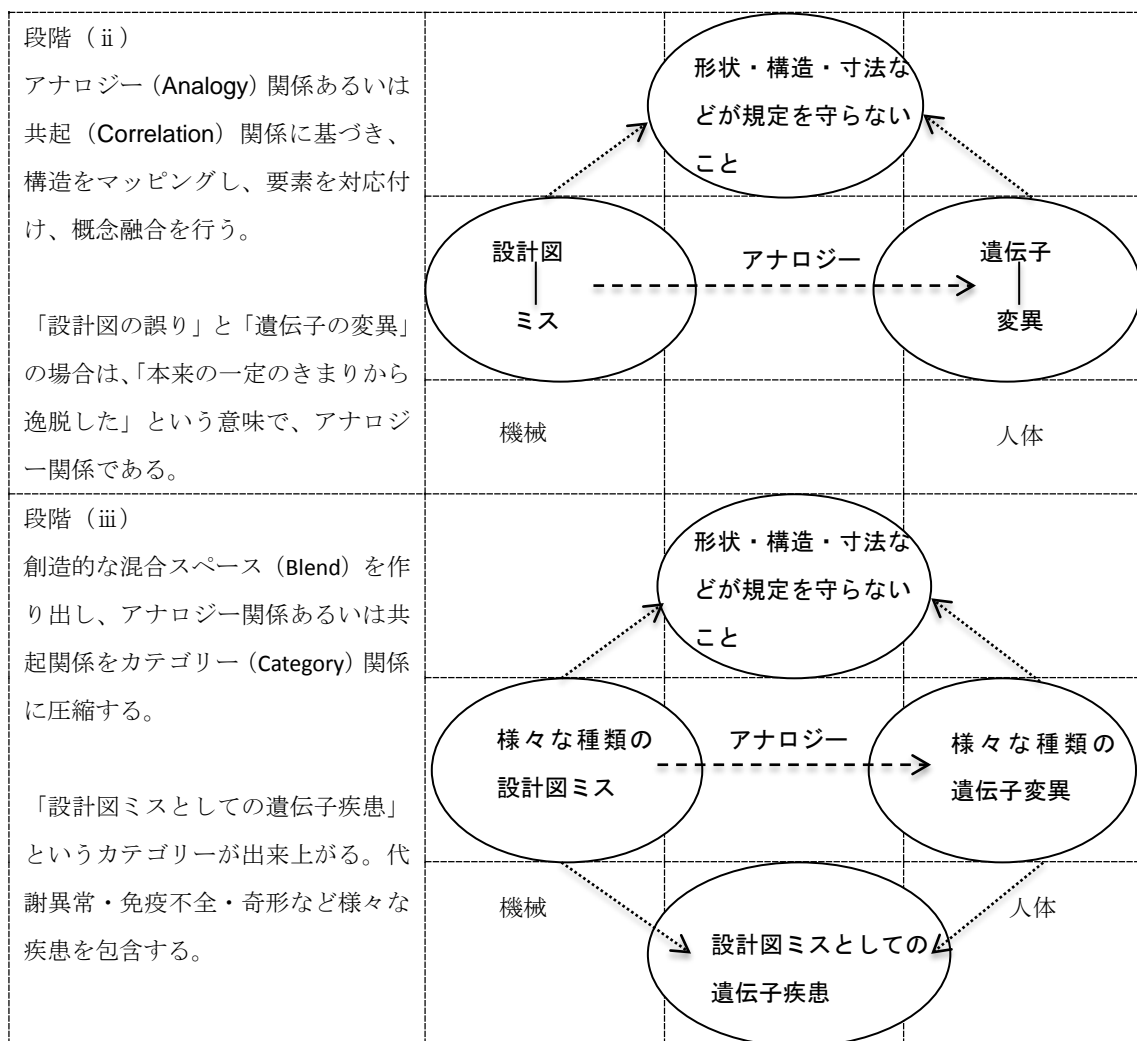


図 18 「遺伝子は設計図」のメタファー3段階

しかし、画像や数値で示せない「痛み」は、この局所的認知領域に収まらない。なぜなら、機械と人間の最大の区別は、機械に感覚・感情がないことである。以下では、メタファーの3段階を用いて、対応関係が成り立たない理由を具体的に説明する。

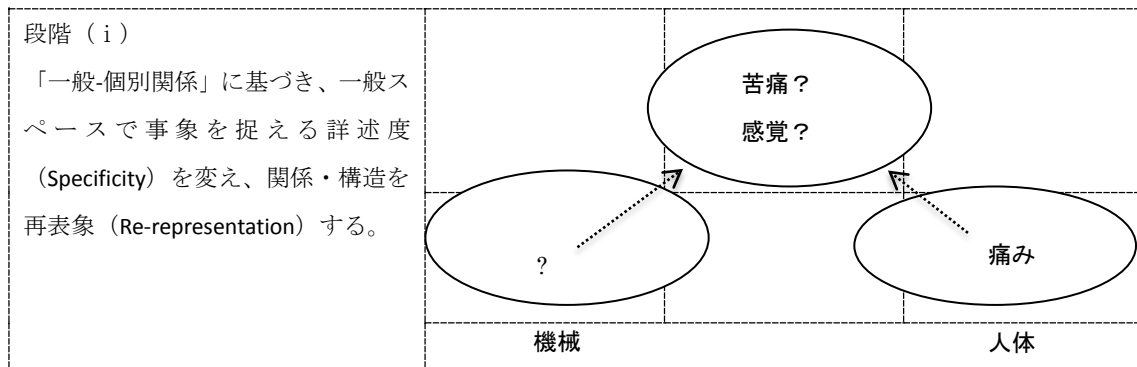


図 19 「痛み」に関する対応関係の不成立

「人体」スペースにある「痛み」を抽象化させると、「苦痛」「感覚」になるが、「機械」スペースには、抽象化させると同じ結果になる要素が存在しない。「機械」スペースに、「人体」スペースにある「痛み」に対応する要素が見つからないため、上記の図にある暫定的な一般スペースが成り立たず、段階（i）の抽象化が失敗している。したがって、段階（ii）の対応関係と段階（iii）のカテゴリー化も不可能になる。

### 3.1.2 「痛み」の患者メタファーの特徴

「人体は機械」の図式に収まらない「痛み」を、患者はどのように医療者に表現しているのかを、まず実例を挙げて観察してみる。

#### (13) 痛みの患者メタファーA

今朝から差し込むような胃の痛みと下痢 嘔吐がありました 病院へ行き見て頂き胃腸薬、痛みどめの薬を処方してもらい自宅で休んでいます、胃の差し込む痛みだけが断続的に続いています。薬ですぐに 痛みを止める事は出来ないのでしょうか。

Ask Doctors 質問者(50代/女性)

(<https://www.askdoctors.jp/topics/2274482>)

なぜ外傷が伴わない胃や腹の「痛み」を、「差す（＝刺す）」ことで表現することが必要であらうか。そのメタファーは、話し手の「痛み」という私的経験を、聞き手が熟知している概念で表現しているわけではない。なぜなら、話し手である患者が「刃物などに差し込まれる感覚」を体験したことがある可能性が低いから、それは「熟知している」感覚ではない。それに、聞き手である医療者は、「刃物などに差し込まれて」生じるケガおよびそれに付随する痛みに対処する経験がある可能性が高いが、その対処方法はケガに対するものであり、実際外傷が伴わない胃の痛みに応用できるわけではない。「外傷」に喩えることによって、患者が訴えることは、「医学的措置が必要な物理的な損傷が発生している」ことである。つまり、「痛み」を「ケガ」に置き換えている。そして、「差し込む」という表現は、共有できるイメージスキーマ、すなわち「狭い隙間に細く鋭いものをねじ込む」というイメージが伴う。

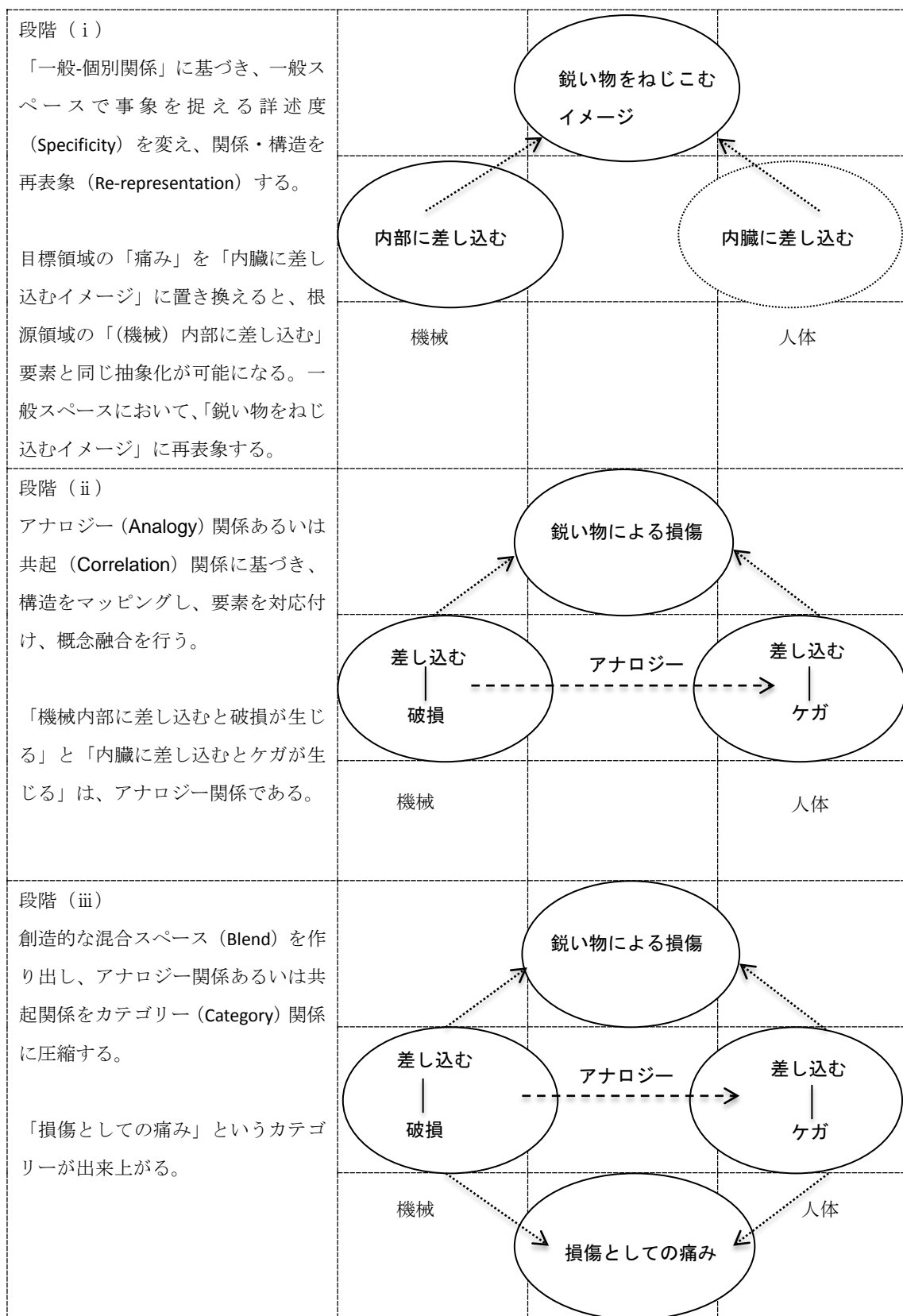


図 20 「痛み」に関する対応関係の成立

他人の「痛み」の実存を検証することができないため、それについて疑うこともできる。上記のメタファーは、患者の見えない痛みを、仮に「可視化」する手段である。「可視化」することによって、「痛み」に病気としての「市民権」を与え、ひとまず「損傷」が存在することを、医療者側に仮定してもらうためである。下記の(14)も、「痛み」を損傷に喩えている。

#### (14) 痛みの患者メタファーB

私は頭痛持ちだったが、ノーシンなんかを飲めば治る普通の頭痛だった。しかしこんなに気味悪い頭痛は初めてだった。脳ミソに細かい針を千本束にしてつっこまれ、ゆすぶられ続けているようなのだ。

『死ぬ気まんまん』 Kindle 版

しかし、最終的に医療者の判断基準は、所見と検査数値と画像などである。もしそれらの基準による結果に異常を見いだせなければ、医療者が「痛み」の実存を否定する行動もしばしば発生する。それが患者に「落ち込み」「理解されない」「自責」などの気持ちをもたらし、医療者と患者の関係を破壊する大きな要素の一つになりうる。

(15) 別に血を出して、骨が折れて内臓がとび出しているんでもないのだから、遺書に痛くて死にますと書いて、誰が理解するだろう。他人から見えるのは毒虫のような初老の女が、グチャグチャのパジャマの上にひもも結ばないガウンを着て、ころがっているだけである。私は血を吐いた夏目漱石がうらやましかった。号泣した正岡子規がうらやましかった。彼らは誰から見ても正しい病人なのだ。

『死ぬ気まんまん』 Kindle 版

「正しい病人」の背後にあるのは、医療者にとって「痛み」は「医療対象」カテゴリーの非典型的なメンバーという思考図式である。「医療対象」という概念は類似した物事カテゴリーの心の表象であり、知識の構成要素として捉えられている。古典的カテゴリー研究では、カテゴリー成員は定義的特徴リストで定義できることを仮定していたが、Rosch(1973)にはじまる自然カテゴリーの研究は、定義的な特徴リストによって成員であるかどうかを一義的に定義できないことを指摘している。同じカテゴリー成員でも中心的で典型的な成員から周辺的で非典型的な成員までの階層構造がある。「人体は機械」のブレンドに基づいて形成された「医療対象」のカテゴリーは、「損傷の所見がある」「検査数値が正常範囲ではない」といった観測可能な性質を持つような状態が、典型的なメンバーである。それに対して、患者側の主観的な「痛み」は、「医療対象」の非典型的なメンバーである。患者が



「痛み」を「損傷」に喩え、なんとか「医療対象」カテゴリーに入れようとしても、医療者に伝わらない場合はしばしばある。次節では、医療者がどのようなメタファーを通して、痛みを「医療対象」カテゴリーに収めるかを考察する。

### 3.1.3 「痛み」の医療者メタファーの特徴

「痛み」という観測不可能な状態の実存を承認する際に、医療者は自分の「痛み」体験を参照するよりも、自分の知識構造から「痛み」という概念に対する合理的な説明を見出さなければならない。そのため、医療者が患者の痛みの性質・特徴を理解する際に、説明スクリプトを付与する認知過程が見られる。例えば、近年注目を集めている「神経障害性の痛み」には、以前適切なスクリプトが無かったゆえに否定されがちだったが、最近「神経の異常動作」という比喩的なスクリプトが付与されている。

#### (16) 痛みの医療者メタファーA

It's almost **as if somebody came into your home and rewired your walls so that the next time you turned on the light switch, the toilet flushed three doors down, or your dishwasher went on, or your computer monitor turned off.** That's crazy, but that's, in fact, what happens with chronic pain. And that's why pain becomes its own disease. The nervous system has plasticity. It changes, and it morphs in response to stimuli.

(Elliot Krane: The mystery of chronic pain | TED Talk | TED.com)

#### (17) 痛みの医療者メタファーB

痛みと交感神経について列記してみます。...交感神経と知覚神経の**電気的な短絡**、現在では、知覚神経では認められるが、交感神経との間ではカテコールアミノと損傷神経アドレナジック受容体との化学伝達物質による**短絡**が重要である。

([https://www.jstage.jst.go.jp/article/jhas/4/1/4\\_1\\_10/\\_pdf](https://www.jstage.jst.go.jp/article/jhas/4/1/4_1_10/_pdf))

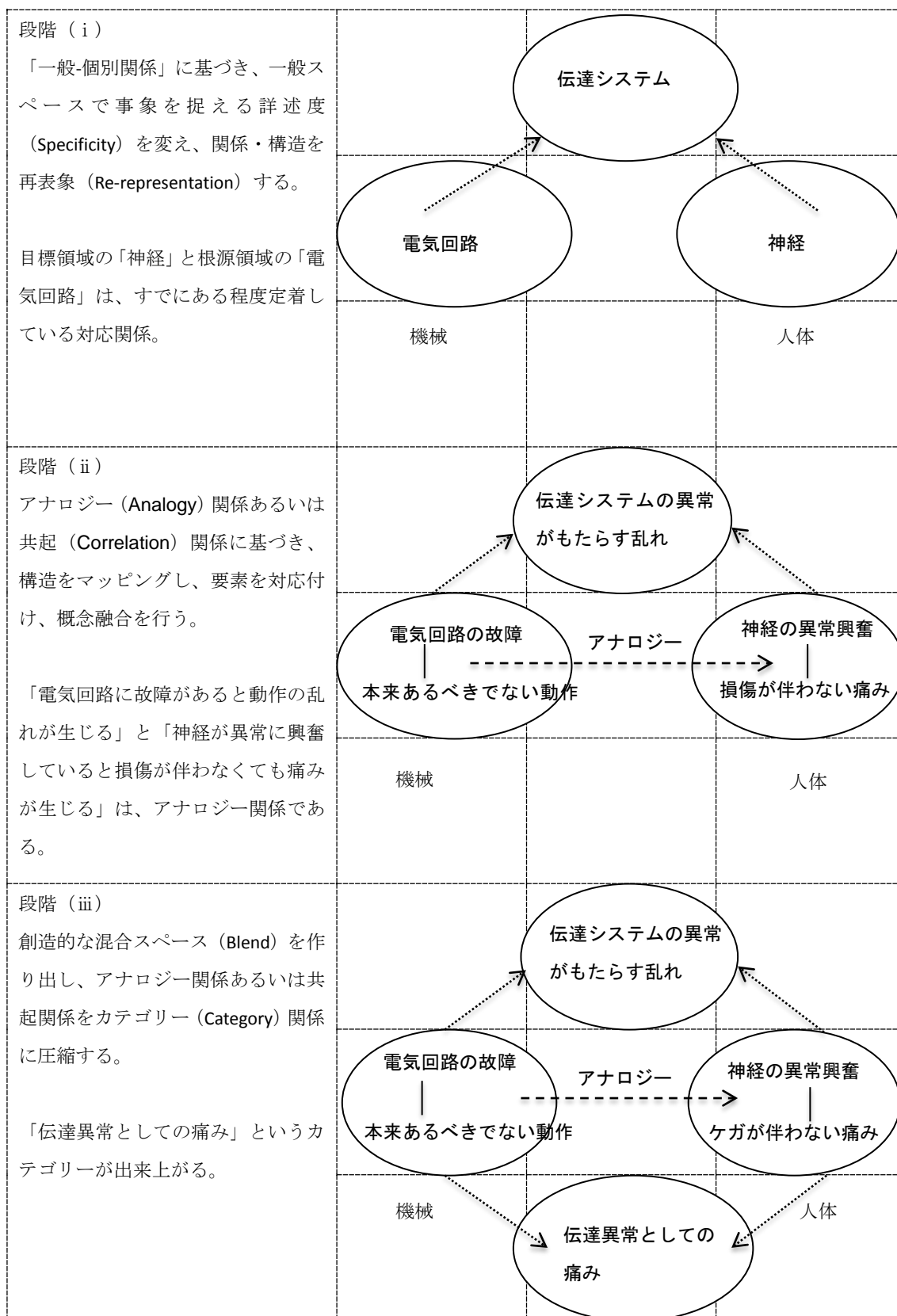


図 21 「損傷が伴わない痛み」の医療者理解スクリプト

上記の図から分かるように、「痛み」の医療者メタファーの特徴は、＜人体は機械＞のブレンドから新たな対応関係を見つけ出し、痛み発生の原因を説明できるシナリオを作り上げる。病気解釈の権威は、医療者側にある。前節で述べたように、患者は痛みを医療者に説明する際、「痛み」を「損傷」に喩え、＜人体は機械＞＜病気は故障＞の認知図式の中で成立するように試みているが、医療者側はその意図を受け止めたとは言い難い。

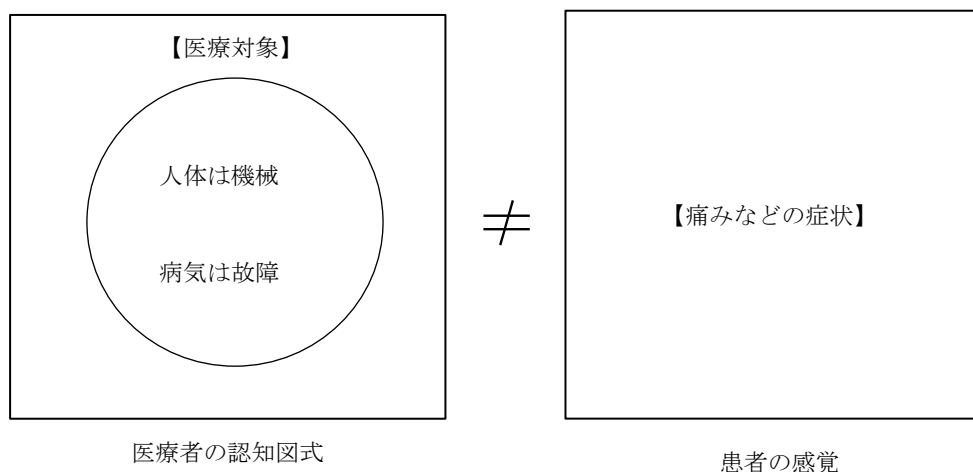


図 22 「痛み」に関する認知のずれの違い

「医療対象」の概念は、その集団の文化に根ざした信念、規範、倫理、宗教、世界観、人間関係などの影響を受けているため、集団ごとに異なる。それに基づいて、出来事を解釈したり、行動をコントロールしたりする仕組みとして働く側面を、比喩産出と行動に関するデータと対応づけて検討した。客観的な評価ができない「痛み」について、医療者と患者の間でうまく伝え合うにはどうしたらいいか。今後、言語学と医学の連携強化を進め、医療者・患者間の痛みの共通理解やコミュニケーションの向上を目指したい。

### 3.2 「治療は戦い」のメタファーから見る病気観

本節では、「健康」の対立面である「病気」に対する態度を、メタファーから考察する。＜病気は敵＞＜治療は戦い＞のメタファーは、近代医学の確立につれ一種の認知体系として成り立っている。この認知体系を指針に物事を考え、行動するのが医療者である。その一方、患者にとって、病気と治療は生活の一環であり、それに臨む態度は人それぞれである。

人類にとって健康は追求すべき価値であり、場合によっては「義務」にもなる。日本では、「健康増進法」という法律まで成立しており、国民の責務として、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚する

とともに、健康の増進に努めなければならない（第二条）」と定めている。「健康」状態が努めるべき方向であるならば、当然ながらその対立面である「病気」という概念も検討しなければならない。医療は、「健康」よりも、「病人」もしくは「病気」を相手にする。「病気とは何なのか」という問いに対する医学史上の回答は、大きく二つに分けられる。一つは、病気を実体的な存在物として捉える見解である。もう一つは、病気を生体の機能の故障と捉える見解である。以下は「病気は敵」のメタファーを通し、「実体的な存在物の病気観」を分析する。

病気は「出血」「腫物」「発熱」などさまざまな観察可能な症状を示すことが多い。これらの症状を引き起こす「実体」が存在する考えは、古代でも現代でも変わらない。古代医学は、「魔物」や「寒気」が人体の外から人体に侵入してくると考える。現代医学は、「細菌」などが人体の外から人体に侵入してくると考える。病気は、身体のノーマルな状態を妨害する存在である。例えば、風邪を引くと、発熱、悪寒、閉、くしゃみ、鼻水などの症状が現れる。これらの症状を引き起こす原因の9割はウイルスと言われる。外部から侵入したウイルスを駆除するために、生体は自らの体温を上げ、寒さを好むウイルスに不利な環境を整える。同様に、くしゃみ、鼻水、下痢なども、体内に入った異物を排出しようとする生体の防御反応である。防御反応を抑えつくと、かえって治癒を阻害する場合もある。これは生体の本来の力に頼る「見守る」医療といえる。一方、病原体が引き起こした有害無益な症状や、生体の欠陥に由来する症状は、積極的に解決すべきである。これは症状に対して「戦う」医療といえる。したがって、症状に対応する治療は、古くより見守る治療と介入する治療の二つがある。その使い分けの判断基準は、議論が分かれており、様々な見解が存在する。

その中で、がんの治療を記述するメタファーが特に典型的である。がんを敵に喩え、「戦い」のフレームから一連の概念を借用している。

(18) <治療は戦い>の医療者メタファー

(がん細胞が) 臓器に転移浸潤していき体力を奪っていきます。

(AskDoctors)

(19) <治療は戦い>の医療者メタファー

腫瘍が少し脳の下の方まで侵し、脳に飛んでいる可能性があります。

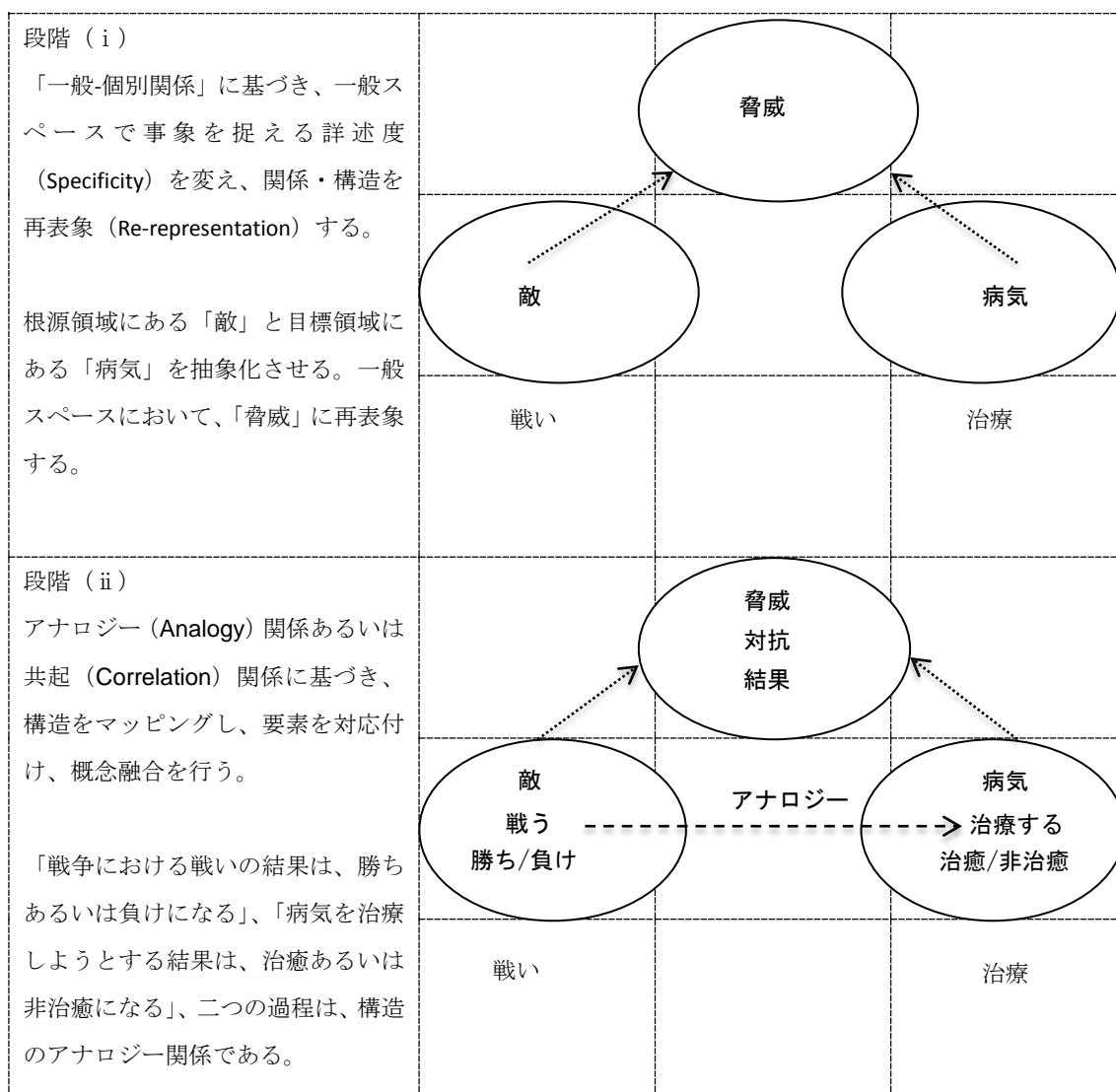
(AskDoctors)

(20) <治療は戦い>の医療者メタファー

がん細胞を兵糧攻め！「究極糖質制限」の威力

(東洋経済 ONLINE <http://toyokeizai.net/articles/-/144042>)

<病気は敵><治療は戦い>のメタファーを打ち立てて疾病にアプローチすることは、疾病の性質を捉えやすくするだけでなく、治療を行う合理性を提供する。戦争が技術の発展を促すように、「戦い」としての治療は多くの成果を上げてきた。それに伴い、資本主義化の進行が加わることにより、製薬や検査機械の製造業が巨大な商業的価値を生み出し、「戦争の規模」が過剰に拡大されることも懸念されつつある。近代医学が成長していく過程において、「敵」と見なす事象の範囲が拡大してきた。この流れの背後にあるのは、異常がない「平和状態」の仮設である。超音波やCTなど侵襲が少ない検査手段で身体内部を観察できるようになり、「平和状態」と相反する何らかの異常が見つければ、それに対抗する処置しなければならないという強迫観念が、知らず知らずに医療者と患者を束縛してしまう。どこまで誰のために治療をするのかという本質的な問題が落ち抜けてしまう恐れがある。



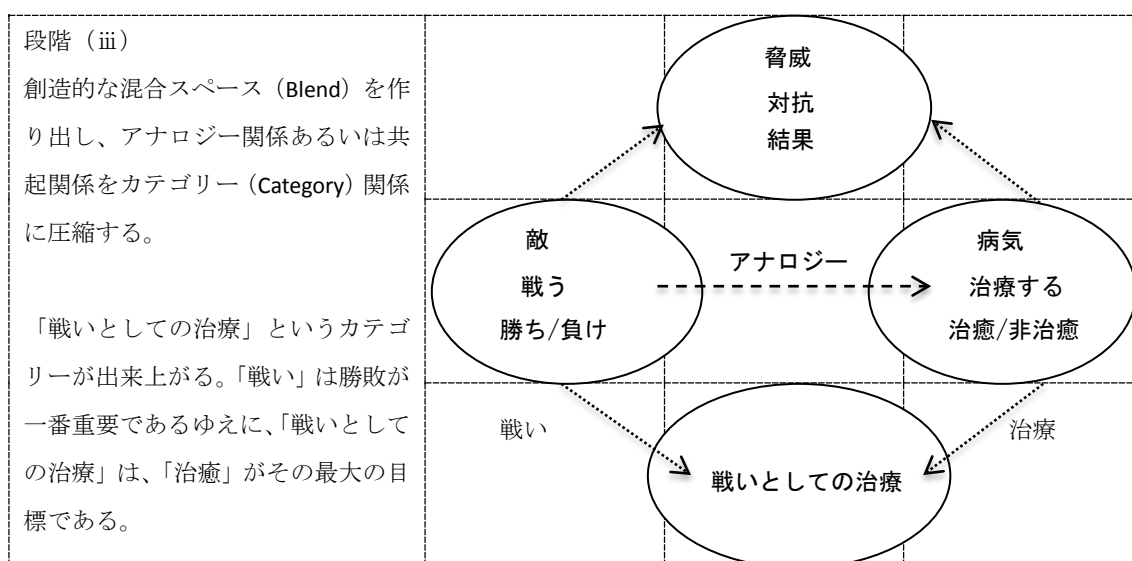


図 23 <治療は戦い>

上記の図から分かるように、「治療は戦い」の認知図式が成り立つ中心的要素は「病気」であり、「病む人」ではない。治療は、「病気に対する勝ち負け」に簡略化され、「病む人」が受ける影響は細かく考慮しない。しかし、患者には患者の理解の枠組みがある。病気になって困ることは、単に身体のことだけではない。病気の捉え方、これまでの医療体験、仕事、家族、収入、社会的地位、受けてきた教育、様々な要因で成り立っている。「戦い」のメタファーに対する態度は、患者によって全く異なったものになりうる。この態度をくみ取ることが、患者の病気に対する姿勢を尊重することにつながる。次の例を見てみよう。

(21) 「治療は戦い」の患者メタファーA

癌との「戦い」とか、「適地に侵入」とか、「レーダーに捕捉」とか、どうしても戦争アナロジーで語られる癌との「戦い」に疲れ果てた患者から、「癌と共生しようよ」という意見が出てくるのもわからなくはない。しかし、近藤誠言うところの「がんもどき」ならともかく、本物の癌とは共生などできないことを直視する姿勢も必要だと思う。「戦って死ぬ」か、恭順の意を表明して敵の軍門に下るか（それはつまり唯々諾々と死ぬことなのだが）、いずれを選ぶかは患者次第なわけである。私は戦って死ぬことを選んだ。

(<https://wan.or.jp/article/show/3667>)

(22) 「治療は戦い」の患者メタファーB

私は死ぬまで、どういふつもりで生きていけばいいのかわからない。

ただ、壮絶に戦うということだけは嫌だ。

死ぬまで舞台に立ちたいと言った新劇の役者が日々やせおとろえながら立って

いた舞台は、嫌だった。お客に失礼ではないか。私は痛くなったら、すぐ麻酔を打ってほしい。どんどん打ってほしい。

(『死ぬ気まんまん』 Kindle 版)

「戦い」に勝つことを目指さない代表的な医学的処置は、緩和ケアである。緩和ケアは、がんに限らず生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して提供されるケアであり、「終末期のケア」「緩和ケア」というと、匙を投げた「敗北」というイメージが未だに強い。しかし、その目標は積極的な治療と同じく、QOL (Quality of life) の維持と改善を目指すことである。「完全に治すことは勝利」「積極的な治療をやめることは降参」といったメタファーの浸透が、緩和ケアに対するマイナスなイメージにつながる。

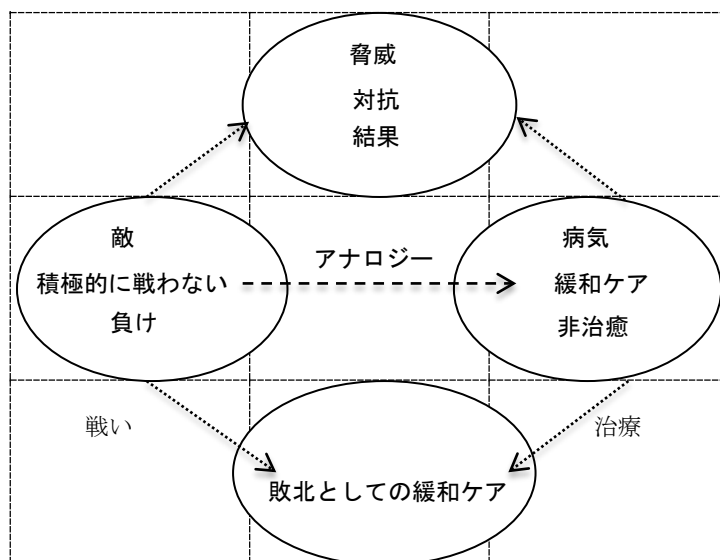


図 24 「戦いとしての治療」における「緩和ケア」の位置づけ

「戦いとしての治療」において、必ずしも「死」＝「負け」とは限らない。下記の例を通して、「病気に負ける」の意味を考えてみよう。「誰が」病気と戦うかによって、そして病気の性質によって、「負け」の定義が異なる。

(23) 病気に負けない身体作りをしよう！

(<https://doctors-me.com/doctor/collagan/9/column/4570>)

(24) それでも施設入院中の子供達は、喘息に負けない体力、精神力作り、喘息の克服を目標に毎日朝早くから体力作りに励み、学校で勉強をする生活をしていました。

(<http://jspca.kenkyuukai.jp/special/index.asp?id=24468>)

(23)の「病気に負けない身体作り」とは、食事・運動・睡眠などを整え、免疫力をアップさせることである。したがって、「病気に負けない身体」とは、免疫力が高く、身体に入ってきたウイルスや細菌に対して、すぐ排除して病気にかかりにくい身体である。それに対して、「病気に負ける身体」とは、免疫力が低下し、感染症を繰り返したり、病気にかかりやすい身体である。「攻撃してくる」ウイルスや細菌と「戦う」ことが免疫力の役割である。つまり、「病気」と戦う主体が「免疫力」である場合、対抗できずにすぐ病気になってしまうことが、「負け」と認識されている。(24)は、日本小児臨床アレルギー学会のホームページから引用した例であり、同ページに下記内容も掲載されている：「現在の喘息治療ガイドラインでの目標は、いかに上手に喘息をコントロールしていくかということです。そのためには、適切な薬剤を選択し、長期にわたり症状をコントロールしていく環境を整えていくことが最大の課題となっています。つまり患者さんの治療に対するモチベーションを高め、アドヒアランスを向上させるための患者教育、患者指導の重要性が高まりました」。この内容から考えると、「喘息に負ける」ことは、喘息を上手にコントロールできないことである。「アドヒアランス (adherence)」は、医療現場では「患者が治療方針の決定に賛同し積極的に治療を受ける」ことを意味する。喘息のような死に至らなくて生活の質を下げ、治癒することが難しい病気は、長期にわたり環境と心身状態を整えて、生活の質への影響を出来る限り小さくすることが「勝ち」である。

健康のありがたさは自明である。そして健康は歓迎すべき存在であるのに対して病気は駆除すべきものであることも当然である。しかし、医療者目線の＜病気は敵＞メタファーは、病気と健康を完全な対立関係に置いているため、必ずしも病気の治療に良い影響をもたらすとは限らない。

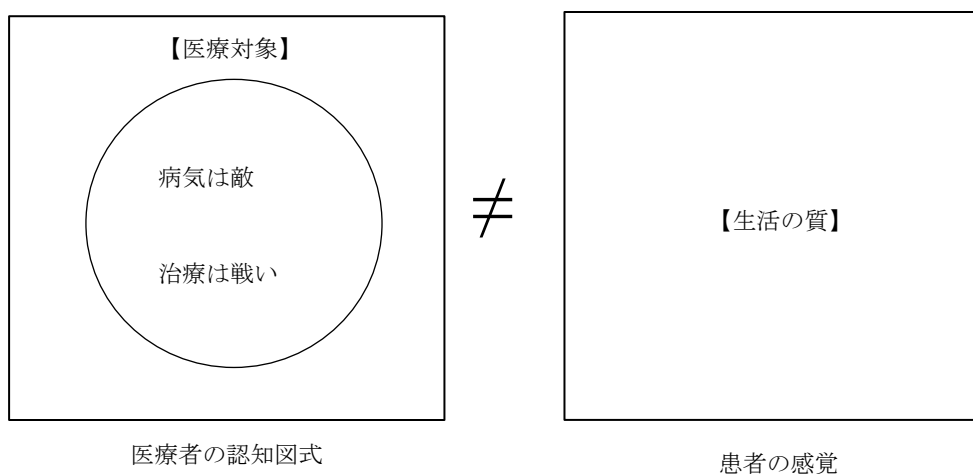


図 25 「治療」に関する認知のすれ違い

「健康」とは生体の完璧な状態というより、生活の質を保てる生体の状態である。漢方の「未病」のように、健康でもなく病気でもない状態にいる人間が多く、そして病気を抱え



ながらそれなりの質を維持できる状態もある。＜病気は敵＞というメタファーが特定の文脈から逸脱して過度に拡張すると、「病気」の駆除にばかり注目し、本当の目標から外れる恐れがある。

### 3.3 医療におけるメタファーの適用範囲

楠見（2013）によると、メタファーの使用と批判的な思考は密接な関係がある。批判的思考を持つことは、まず情報を明確化して、それに続く推論や意志決定を適切に行うことである。「明確化には、用語（キーワードや間違いやすい同義語や多義語、メタファーなど）を同定し解釈や定義する、書き手や話し手の主張を支えている隠れた前提を同定するなど含まれる。例えば、メタファーの理解においては、なぜそのメタファーを用いるのか、背後にどのような前提が隠されているのか、それはどのような効果を持っているのかを判断することである」<sup>16</sup>。

本章で取り上げた二つの例は、メタファーに基づく演繹的推論が、望ましくない判断を招きかねないことを示している。＜人体は機械＞と＜病気は戦い＞はどちらも、医療者側が治療を論理的に捉えるために必要不可欠なブレンドである。しかし、これらのブレンドを適用する際は、具体的な場面を考慮し、類似性と非類似性を十分確認することが重要である。

本章の二つの例を通して示したかったことの本質は、メタファー使用に、必ず特定の認知図式が反映されている。医療におけるメタファーを一つ一つの丁寧に記述し、どのような認知図式を反映しているのか、その認知図式はどこまで適用できるかを確認することが、医療者と患者のコミュニケーションを促し、信頼関係構築と医療満足度につながる。

---

<sup>16</sup> 楠見（2013: 37-38）

## 第4章 医療面接におけるメタファーの役割

医療コミュニケーションは、医療者に専門性が求められるがゆえの難しさや、病者一人ひとりの経験の重さゆえの難しさを含んでいる。それがどのようになされているのか、あるいは、どのようになされるべきなのか、強く問われることがある。そうした問いは、現場で進行中の診療や相談の実践においても生じうるであろうし、現場の実践のあり方を検討したり、教育したりする研究や教育の実践においても生じうるであろう。本稿では、そこで発せられた問いを受けて、メタファーを用いてなされる実践のあり方を、明らかにしていきたい。

医療者は、診断をしたり、治療をしたり、助言をしたりするために、患者がどのような状態にあって、何をどのように訴えているのか、理解しなければならない。そして自分の見立てと判断を、患者に納得してもらわなければならない。このことはごく当たり前になされている実践だが、患者が医療者に話すこと、医療者が患者に話すことはどの程度正確に伝わっているのだろうか。話し合いの中、同じ事態に対して、医療者・患者はそれぞれどのように理解し、受け止めているのだろうか。

コミュニケーションは認知主体たる話し手が事態を主観的に把握し、解釈主体たる聞き手に向けて自らの事態認知のありようを言語化することを通じて、共同的認識を達成するプロセスである。メタファーはそれを用いる人の認知方式を反映する。会話の参与者によって共同構築されるメタファーの使用は、相手に認知の共有化を求めることである。本章では医療現場で交わされ多様なメタファーを含む8つの会話データを取り上げ、認知の共有化を築き上げるプロセスを観察する。医療コミュニケーションにおけるメタファーは、医療者と患者それぞれの認知図式を反映し、事態全体に対して主観的な認識を共有することを促すというのが本稿の主張である。日本と中国両方のデータを取り上げる理由は、言語と文化を問わず、医療コミュニケーションにおけるメタファーの基本的な役割は同じであることを示すためである。

具体的には、次のようなメタファーとその効果が観察される。4.1節における会話1・2・3では、ある事態に対して、医療者は患者がよく知っている分野を根源領域とするメタファーを使用し、患者の理解を得る現象が観察された。さらに、会話3では、メタファーの共同構築も見られた。4.2節における会話4・5・6では、患者が決断できなかつたり、無意味な交渉をしたりする際、医療者はメタファーを用いて事態を捉え直し、患者に新たな見方を提供する現象が観察された。4.3節における会話7・8では、擬人化のメタファーがラポール構築に役立つ現象が見られた。

トランスクリプトの記号は、以下のように、一般的な会話分析・談話分析の転写記号より簡略化されたものを使用する。

(1) 音調

語尾の音が十分に下がり、発話完了を表す音調はピリオド、で示す。

音が少し下がり、発話途中の区切りを表す音調はカンマ、で示す。

語尾の音が十分上がり、発話完了を表す音調は疑問符 ? で示す。

音調の上がり下がり、それぞれ上向き矢印↑と下向き矢印↓で示す。

(2) 重なり

複数の発話者の発する音声が重なり始めている時点は、角括弧 [ ] によって示す。

重なりの終わりは、 ] によって示す。

(3) 聞き取り困難

聞き取り不可能箇所は、( ) で示す。空白の大きさは音声の長さに対応する。

(4) 沈黙

0.2 秒以下の短い沈黙は、(.) で示す。

(5) 笑い

呼吸音が伴う笑い声は、h で示す。

(6) 密着

二つの発話が途切れなく密着していることは、= で示す。

(7) 音声の引きのばし

直前の音がのばされていることは、:: で示す。

(8) 途切れ

言葉が不完全なまま途切れていることは、- で示す。

会話データの出し方については、まず先入観が生じないように会話全体を載せる。会話データが中国語の場合は、その日本語訳も載せる。そして逐行に、インタラクションに対する分析をプラスしていく。

## 4.1 メタファーと理解トラブルの解消

### 4.1.1 容器のメタファー

容器のメタファーは、認知意味論では広く論じられてきた。例えば「怒りは容器に入った液体である」といった比喩的思考が存在し、その具現化した例として、「怒りがこみ上げる」「怒りに満ちる」「怒りが沸く」「怒りが爆発する」などが日常言語でしばしば見られる。次の会話 1 は、整形外科入院病棟の回診の場面である。何カ月も膝の痛みで悩まされてい

る患者を、研修医と指導医が診察している。研修医は関節水腫が発症していると診断したが、まだ処置を行っていない。指導医は研修医と患者に向けて、なぜ関節穿刺が必要かを説明している。

### 【会話1—整形外科—膝関節液貯留は脳出血】

01	研修医	:	有积液了。＝
02	指導医	:	＝有积液那必须得抽了，不抽根本吸收不了。
03		:	不借助外 - 外来的这种 (.) 抽的办法，它吸收很难。
04	研修医	:	( ) [了.]
05	指導医	:	[就和 ]我給你举个例子，就和脑出血了，是哇？头腔是密闭的。
06	研修医	:	嗯，是了。
07	指導医	:	你要是不 - 不给做开颅就没命了，对不？
08		:	出血量达到五，六十毫升必须减压了哇。
09	患者	:	[嗯.]
10	指導医	:	[所以]这个道理也是一样的，必须得减压，抽了。

### 日本語訳

01	研修医	:	関節液貯留があるの。＝
02	指導医	:	＝液貯留があるなら抜かなきゃいけないよ，抜かないと吸収できない。
03		:	穿刺という外 - 外部の (.) 抜くという方法を借りないと，その吸収が難しい。
04	研修医	:	( ) [た.]
05	指導医	:	[それと同じ]例を挙げるなら，脳出血と同じ，でしょう？頭蓋が密闭状態だから。
06	研修医	:	うん，そうね。
07	指導医	:	開頭を行ってあげない - ないと命を落とすことだってあるでしょう，ね？
08		:	出血量が 50, 60ml もあるなら圧を下げないと。
09	患者	:	[うん.]
10	指導医	:	[だから]この場合も同じ理屈で，圧を下げなきゃ，抜くことで。

この会話には、〈容器 (CONTAINER)〉のイメージ・スキーマに基づく構造の類似が関与していると考えられる。イメージ・スキーマとは、我々が身体を介して日々経験している様々なことの中に、繰り返し現れる比較的単純なパターンや規則性である。イメージ・スキーマの典型例としては、〈容器〉〈経路〉などが挙げられる (深田・仲本, 2008)。「脳」も「膝」も身体部位として複雑な構造を呈しているが、〈容器〉のイメージ・スキーマを介

して、類推が行われる。〈容器〉のイメージ・スキーマは、空間への出入りに関わる具体的経験の中で繰り返し現れる一般的な構造である。〈容器〉のイメージ・スキーマには、以下のような特徴があると言われている。一つ目は容器の境界線によって、「内側」と「外側」という領域ができるという点であり。二つ目は容器の内側と外側の中に、内容物が出入りする点である。この単純な構造は、様々な意味を持って現れる。例えば「脳」と「膝」の場合は、〈容器〉として密閉している。従って、内容物はその中に留まる。内容物の量が容器の容量を超えると、容器の機能が損なわれる。〈容器〉のイメージ・スキーマが根底にあるからこそ、「容器が密閉している」→「容器が膨満する」→「容器を開けなければならない」といった推論が可能になる。もし〈容器〉のイメージ・スキーマに関する一般的な知識が無ければ、「膨満」という概念も理解できない。

この写像は、極めて体系的である。具体的には、以下の図 26 で示している通りである。

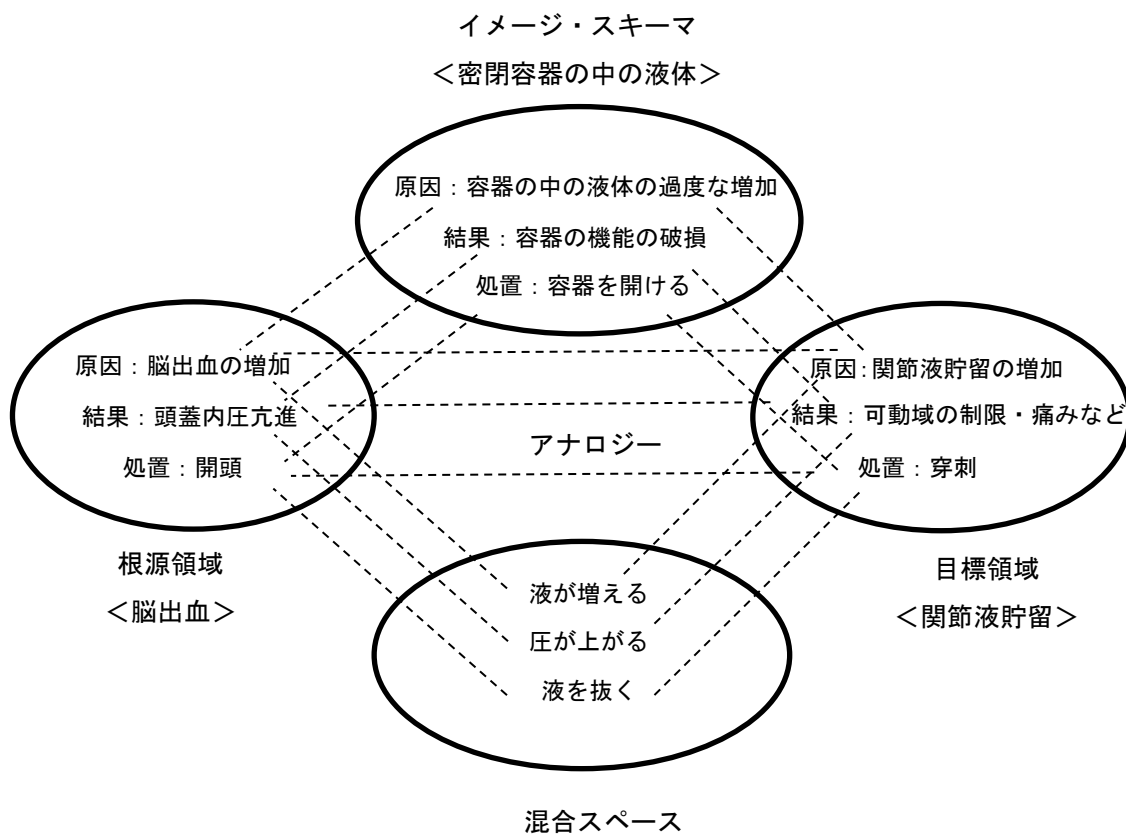


図 26 イメージ・スキーマに基づくメタファー

イメージ・スキーマに基づく構造のメタファーは、単に類似した二つのものを拾い上げ、一方を他方で喩えるのではなく、「既知のもの」を通して「未知のもの」を理解するという機能を持つのである。研修医と患者は関節液貯留よりも、脳出血の方に関する既知の知識が多いと指導医が想定しているため、「膝に関節液が溜まっている場合は穿刺で抜く必要が

ある」ということを、「脳に出血が多い場合は開頭して圧を下げる必要がある」という状況に喩えて説明したと考えられる。「膝関節」と「頭蓋」はいずれも身体部位であり、ある処置を別の処置に喩えているが、二つの状況の間に対応しない部分も多い。例えば開頭は多大なリスクが伴い、関節液穿刺よりはるかに複雑である。それにもかかわらず、〈容器〉というイメージ・スキーマのゲシュタルト構造を介して、「脳出血」という既知の経験の構造が「関節液貯留」という未知の事態に系統的に写像される。このメタファーを使用した説明を聞いているうちに、研修医は納得し (06)、ずっと沈黙している患者も思わず賛同の相槌を打った (09)。

### インタラクション分析

01	研修医	: 有积液了. = 関節液貯留があるの. =	研修医の診断。
02	指導医	: =有积液那必须得抽了, 不抽根本吸收不了. =液貯留があるなら抜かなきゃいけないよ, 抜かないと吸収できない.	01 の診断に対する意見。
03		: 不借助外 - 外来的这种 (.) 抽的办法, 它吸收很难. 穿刺という外 - 外部の (.) 抜くという方法を借りないと, その吸収が難しい.	02 の意見に対する説明。
04	研修医	: ( ) [了. ] ( ) [た. ]	聞き取れないが、 02・03 に対して異議・躊躇がある様子。
05	指導医	: [就和 ]我给你举个例子, 就和脑出血了, 是哇? 头腔是密闭的. [それと同じ]例を挙げるなら, 脳出血と同じ, でしょう? 頭蓋が密閉状態だから.	メタファーを用いて 02 と 03 を裏づける。
06	研修医	: 嗯, 是了. うん, そうね.	05 のメタファーに対する理解。
07	指導医	: 你要是不 - 不给做开颅就没命了, 对不? 開頭を行ってあげない - ないと命を落とすことだってあるでしょう, ね?	メタファー精緻化。
08		: 出血量达到五, 六十毫升必须减压了哇. 出血量が 50, 60ml もあるなら圧を下げないと.	

		メタファー精緻化。
09	患者	: [嗯. ] [うん. ] あいづち。納得。
10	指導医	: [所以]这个道理也是一样的，必须得减压，抽了。 [だから]この場合も同じ理屈で，圧を下げなきゃ，抜くことで。 総括。

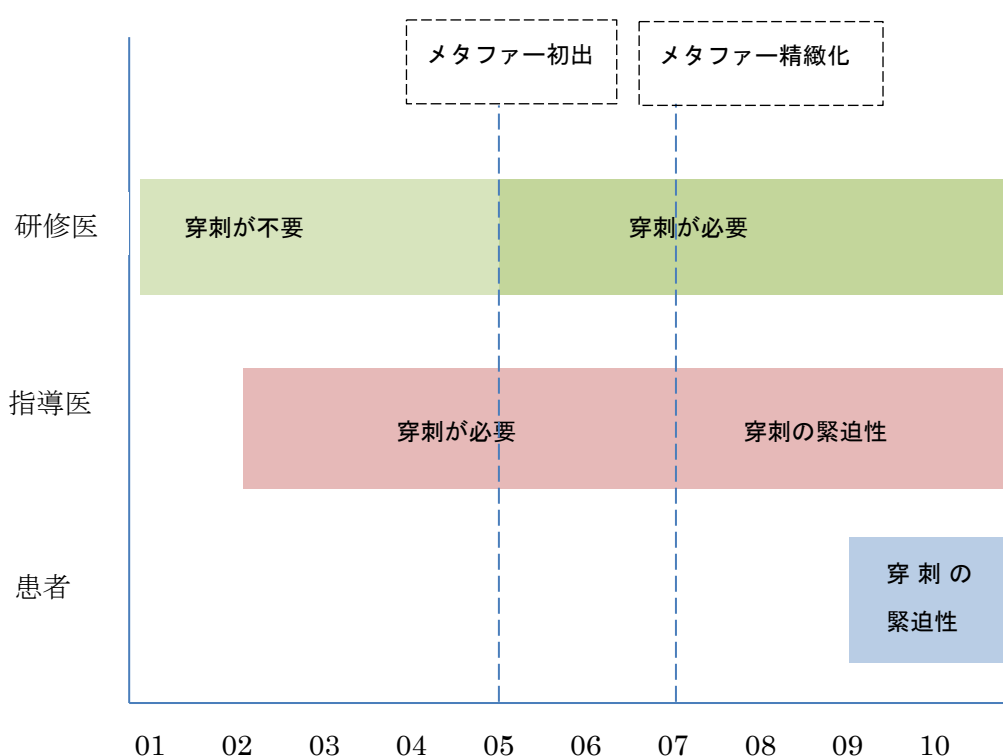


図 27 「穿刺」に対する認知の変化

研修医は、05の指導医のメタファーを聞く途中、および聞いた後、04のように反論することがなく、06の同意を示す発言のみであった。そして会話終了後は、「穿刺」という治療の行動に移った。05のメタファー初出と07のメタファー精緻化は、明らかに研修医の認識と行動に変化をもたらした。それに、最初から実質的に会話に参加していない患者が、08までの指導医の説明を受け、09によって同意<sup>17</sup>を表すために会話に加わってきた<sup>18</sup>。

<sup>17</sup> 「嗯（うん）」の意味は積極的と消極的、両方あり得るが、この発話の音調は、積極的である。

<sup>18</sup> 病室回診であるため、患者は最初から病床で指導医と研修医の会話を聞いている。

判断に必要な情報があれば、要するに「穿刺する必要性」「穿刺しない危険性」を理解さえすれば、研修医と患者はこの処置を納得できる。問題なのは、どのような伝達方法を取れば、この「必要性」と「危険性」が伝わるか。「抜かないと吸収できない」つまり「穿刺する必要性」は、既に 02・03 で伝えている。しかし、04 で研修医が反論し、患者は肯定も否定も示さなかった。これを受け、もし 05 でメタファーの代わりに、医師が「抜かないと危ない、治らない」と発言したら、どういうふうに危ないか、なぜ治らないか、全く伝わらない。情報伝達の手段の一種であるメタファーは、類似する事態を持ち出すことにより、目の前の事態をスムーズに理解することに繋がる。メタファーを使用せずに同じ情報を伝えるなら、膝関節や液貯留に関する冗長な専門知識の説明をしなければならない。

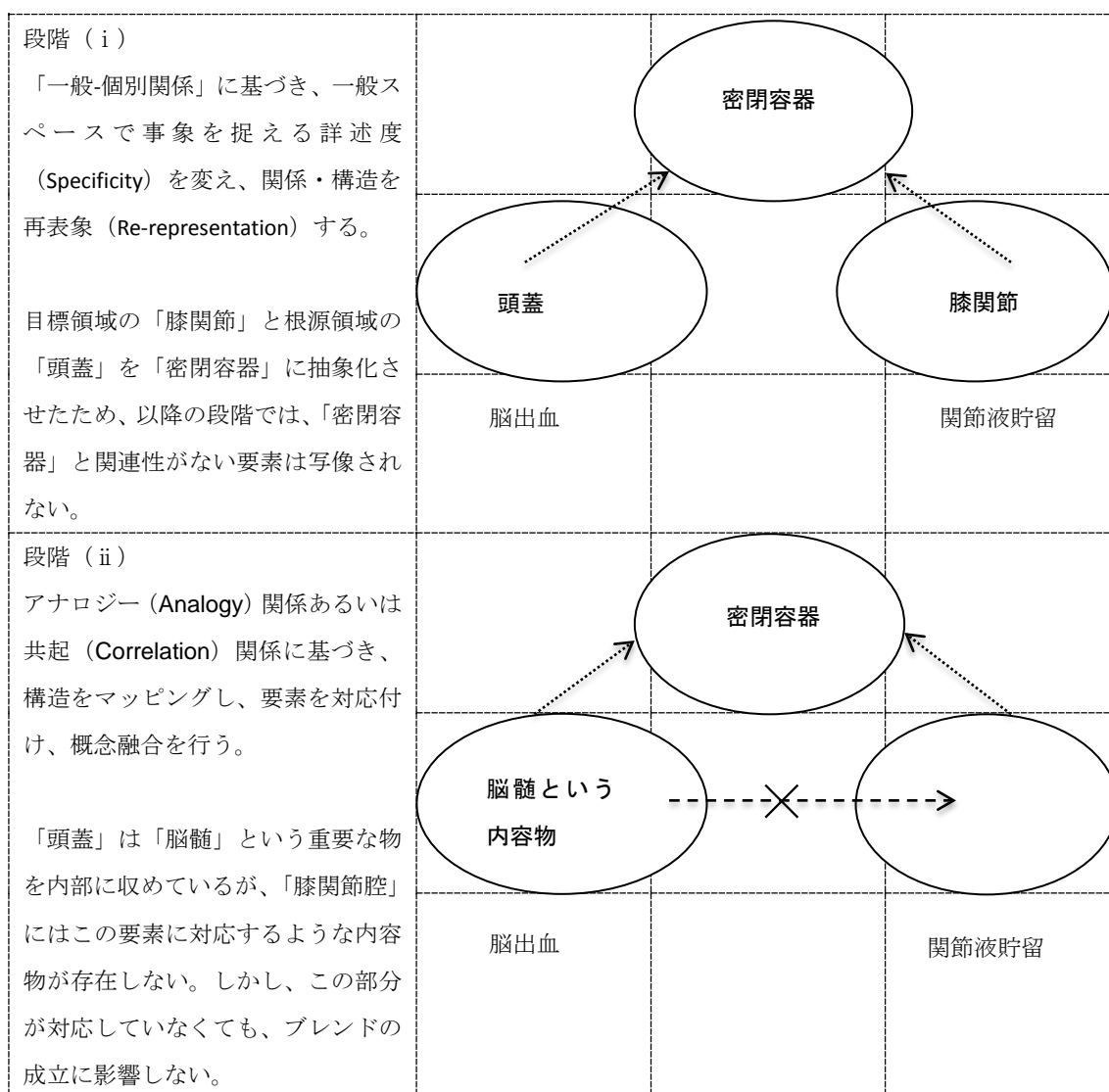


図 28 写像されない部分



上記の図が示している通り、「内容物」の部分に関して、二つの入力スペースは対応していない。関節液はもともと関節腔に存在する組織液の一種であり、その主な役目は、関節の運動が低摩擦で行われるための潤滑剤である。正常状態の関節液は量が極めて少なく、炎症などによって 60ml 以上までに増加した状態が液貯留と言う。脳出血の仕組みは関節液貯留と全く異なる。容器のイメージ・スキーマに基づくメタファーを使用することによって、内容物に関する具体的な要素が省かれ、「密閉容器を開ける」必要性だけが残る。穿刺を行う必要性と緊迫性が伝わり、研修医と患者双方に理解されたというプロセスが観察された。「関節液貯留」と「脳出血」という二つの事態がどれほど客観的に類似しているかということよりも、メタファーを用いて、相手にどのような新しい認知の共有化を求めているかという側面が重要である。

#### 4.1.2 植物のメタファー

##### 【会話 2—歯科—歯胚は種】

容器のメタファーは、イメージ・スキーマが前面に出たものだが、より具体的な概念に基づいたメタファーもまた医療の場では見られる。次の会話 2 は、歯科外来の場面である。受診者は、自分の歯を治療してもらうために来たわけではなく、「孫の乳歯が生えてこない」という医学的状況に関して、歯科医師に専門的な助言を求めている。

01	患者	:	正忙着呢?
02	医師	:	坐下等会儿啊.
03	患者	:	我我我不弄, 我就想问问你说我们外甥.
04			11 个月会走了, 就是不长牙.
05	医師	:	这个, 你只能是等待.
06	患者	:	是哇.
07	医師	:	嗯.
08	患者	:	我有点那个, 过来问问.
09	医師	:	这个也没什么措施可想.
10	患者	:	是哇.
11	医師	:	嗯.
12	患者	:	其他都可正常了, 走开了么到.
13	医師	:	这个说不上.
14	患者	:	是哇.
15	医師	:	有的娃门牙要晚一些.
16	患者	:	是哇, 就说是这种不需要检查呀什么的.

17	医师	:	检查只能是知道一下, 那就得做拍 X 光片.
18	患者	:	小娃娃那-
19	医师	:	就是说, 我就说你现在没必要, 等着吧.
20	患者	:	就耐心等着吧, 噢.
21	医师	:	有的就是我见过的小孩, 就是在过生日连一个牙也没有.
22	患者	:	这就连一个牙也没有, 11 个月了.
23	医师	:	生日过完以后刷一下八个牙一起长出来了.
24	患者	:	全长出来了 hh
25		:	行, 问了你我就放心了.
26	医师	:	这个也等, 还有一个办法就是你回去看,
27		:	如果没有牙的牙龈是薄薄的, 低低的, 有牙的牙龈是厚宽的.
28	患者	:	有呢, 看见还有牙的棱角.
29	医师	:	那是早晚的事情.
30		:	那你是作为家长心太急, 有的娃娃门牙迟.
31		:	他的牙胚, <u>牙胚就相当于咱们的种子, 它埋得深.</u>
32	患者	:	<u>对对对.</u>
33	医师	:	所以它出来得迟 hh
34	患者	:	hh 早就看见了一直不出来.
35	医师	:	有的娃娃 <u>萌</u> 的晚, 牙胚离这个顶太远.
36	患者	:	嗯.
37	医师	:	它长得肯定就慢了, 需要时间.
38	患者	:	hh 昨天说, 妈你问问李大夫, 看碍事不.
39	医师	:	只要有牙胚, 出来的迟早不是问题.
40	患者	:	不是-
41	医师	:	没牙胚的话, 那你就等在多会儿那也没有.
42	患者	:	说是缺什么的呢? 咱这:
43	医师	:	那个, 说明不了任何问题, 除非他是真的没有牙胚.
44	患者	:	她好像也是问人家, 说得做 X 光.
45		:	我说你可不能做, 要做也得回某某做.
46	医师	:	没有必要.
47	患者	:	嗯, 是呢.
48	医师	:	你要是说确实看见扁扁的没有-
49	患者	:	对.
50	医师	:	大夫也看见没有, 大夫说需要做, 你再做.
51	患者	:	有呢, 我还看见.

52	医師	:	自己都看见.
53	患者	:	那就没事, 噢?
54	医師	:	我们邻居那个娃娃就是.
55	患者	:	那就这样, 我走啦.
56	医師	:	要是你都能看见痕迹, 那就不着急.
57	患者	:	那就行, 那我就踏实放心了.
58	医師	:	这个, 长牙迟也有长牙迟的好处,
59		:	就是说生长潜力大, 个子长得要高一些.
60	患者	:	哈哈, 是呢, 你一说就明白了.
61	医師	:	哈哈.
62	患者	:	那我走了.

### 日本語訳

01	患者	:	お忙しいところ?
02	医師	:	おかけになってちょっと待っててね.
03	患者	:	私は大丈夫だよ, 孫のことを聞きたいだけ.
04		:	11ヶ月で歩けるようになったのに, なぜか歯が生えてこない.
05	医師	:	これは, 待つしかないね.
06	患者	:	そうか.
07	医師	:	はい.
08	患者	:	ちょっとあれだから, 聞きに来た.
09	医師	:	これは処置がないね.
10	患者	:	そうか.
11	医師	:	うん.
12	患者	:	それ以外はすごく正常なのに, 歩いているし.
13	医師	:	これはなんとも言えない.
14	患者	:	そうか.
15	医師	:	前歯が遅い子がいるから.
16	患者	:	そうか, つまりこういう場合に検査とかいらんか.
17	医師	:	検査は状況を知ることしかできない, X線写真を撮ることになる.
18	患者	:	でも赤ちゃんだと-
19	医師	:	だから, 今は必要ない, 待ったほうがいい.
20	患者	:	辛抱強く待つ, はい.
21	医師	:	私が診た赤ちゃんの中に, 初の誕生日の時に歯が一つもない子も居た.
22	患者	:	この子も歯が一つもない, もう11ヶ月.

23	医師	: 誕生日が過ぎたらいきなり八個の歯が全部生えてきた.
24	患者	: 全部生えてきた hh
25		: 分かった, 聞いて安心した.
26	医師	: この子も待つ, そしてもう一つの方法は家に帰ったらこれを見て,
27		: 歯がない歯茎は薄っぺらくて, 低くて, 歯がある歯茎は厚く広い.
28	患者	: あるよ, 歯の角も見える.
29	医師	: なら時間の問題.
30		: それは保護者として焦りすぎた, 前歯が遅い子がいるから.
31		: 歯胚が, <b>歯胚はつまり種, 深く埋もれている.</b>
32	患者	: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">そうそうそう.</span>
33	医師	: だから出るのが遅い hh
34	患者	: hh とっくに見えてるのに出てこない.
35	医師	: <b>芽生える</b> のが遅い子がいて, 歯胚が遠いから.
36	患者	: うん.
37	医師	: それで生えるのが必然的に遅い, 時間が必要.
38	患者	: hh お母さん, 先生に聞いて, 大丈夫か (と娘が言った).
39	医師	: 歯胚さえあれば, 出るのが遅かろうか早かろうか問題にならない.
40	患者	: ならない-
41	医師	: もし歯胚がなければ, いくら待ってもない.
42	患者	: 何か欠けてるかな? うちも:
43	医師	: それは, 何の問題にもならない, 歯胚がなかったら話は別だけど.
44	患者	: 娘も誰かに聞いたらしい, X 写真を撮らなきゃって言われた.
45		: 撮らないで, 撮るなら〇〇で撮るって言ってやった.
46	医師	: 必要ない.
47	患者	: うん, そうだね.
48	医師	: 確かにぺたんこで (歯胚が) ないように見えるなら-
49	患者	: はい.
50	医師	: 医者から見てもないと判断して, 撮る必要があると言われたら, 撮るもの.
51	患者	: ある, 私は見た.
52	医師	: 自分も見えたし.
53	患者	: それは大丈夫, だよな?
54	医師	: うちの隣の子もそうだった.
55	患者	: 分かった, ではこれで.
56	医師	: あなたにも見えるほどの痕跡があるなら, 焦らなくていい.
57	患者	: だったらいい, ほっと安心した.

58	医師	:	これは、遅いとメリットもあるのよ、
59		:	成長する潜在能力が強く、背が高くなるの。
60	患者	:	ハハ、そうだね、こう説明してもらえばすぐ分かった。
61	医師	:	ハハハ。
62	患者	:	ではこれで失礼。

最初から順に、二人の会話参加者が、相互行為を進めていくために、何を行っているのかを観察していく。全体の流れの中で、どのような状況の中にメタファーが登場し、メタファーの登場によって後続する会話にどのような変化が起きたのかを考える。会話内容の変化に基づき、4つのセクションに分けて分析する。

### セクション1

01	患者	:	正忙着呢？
			お忙しいところ？
			会話を開始する許可を求める。
02	医師	:	坐下等会儿啊。
			おかけになってちょっと待っててね。
			(医師は器具の消毒などの後処理を行っている) 指示。治療は後ほど開始可能なので、待つように。
03	患者	:	我我我不弄，我就想问问你说我们外甥。
			私は大丈夫だよ、孫のことを聞きたいだけ。
			医師が予測している会話のテーマを否定。 意図を説明。会話の真のテーマを提示。
04		:	11个月会走了，就是不长牙。
			11ヶ月で歩けるようになったのに、なぜか歯が生えてこない。
			医学的狀態に関する開かれた質問。
05	医師	:	这个，你只能是等待。
			これは、待つしかないね。
			治療方法に関する助言。
06	患者	:	是哇。
			そうか。
			あいづち。
07	医師	:	嗯。
			はい。

		<p>曖昧な返答。</p> <p>患者が 04 で提示した医学的状態に対して、問題視していない。</p> <p>さらなる情報提供を待っている。</p>
08	患者	<p>: 我有点那个，过来问问。</p> <p>ちょっとあれだから，聞きに来た。</p> <p>不安・心配の直接的な表出。</p> <p>06 のあいづちは同意・理解でないことの証明。</p>
09	医師	<p>: 这个也没什么措施可想。</p> <p>これは処置がないね。</p> <p>治療方法に関する情報提供。</p> <p>なぜ処置がないかを説明していない。</p> <p>実質的に 05 の言い換え。</p>
10	患者	<p>: 是哇。</p> <p>そうか。</p> <p>あいづち。</p>
11	医師	<p>: 嗯。</p> <p>うん。</p> <p>曖昧な返答。</p> <p>02 の時にしている作業は終わったかどうか不明。</p> <p>まだ患者の質問に答えることに集中できていない可能性がある。</p> <p>或は説明する方略を考えている。</p>
12	患者	<p>: 其他都可正常了，走开了么到。</p> <p>それ以外はすごく正常なのに，歩いているし。</p> <p>更なる医学的状態に関する情報提供。</p> <p>「それ以外はすごく正常」はつまり、</p> <p>「歯だけが異常」という不安・心配の間接的な表出。</p> <p>10 のあいづちは同意・理解でないことの証明。</p>
13	医師	<p>: 这个说不上。</p> <p>これはなんとも言えない。</p> <p>「歯だけが異常」という患者の考えに対する非同意。</p>
14	患者	<p>: 是哇。</p> <p>そうか。</p> <p>06、10、14 は全く同様のあいづち</p>
15	医師	<p>: 有的娃门牙要晚一些。</p> <p>前歯が遅い子がいるから。</p>

		13の非同意を裏付ける具体的な事例。
--	--	--------------------

このセクションでは、患者が「孫の歯が生えてこない」という医学的状態（「自分の心配」として）を述べ、医師の助言を求める。医師はそれを問題視していないが、具体的な根拠を説明していないため、患者は納得していない。「質問—曖昧な回答—曖昧な反応」が繰り返される。患者と医師のそれぞれの認識は、主に以下のようになっている。

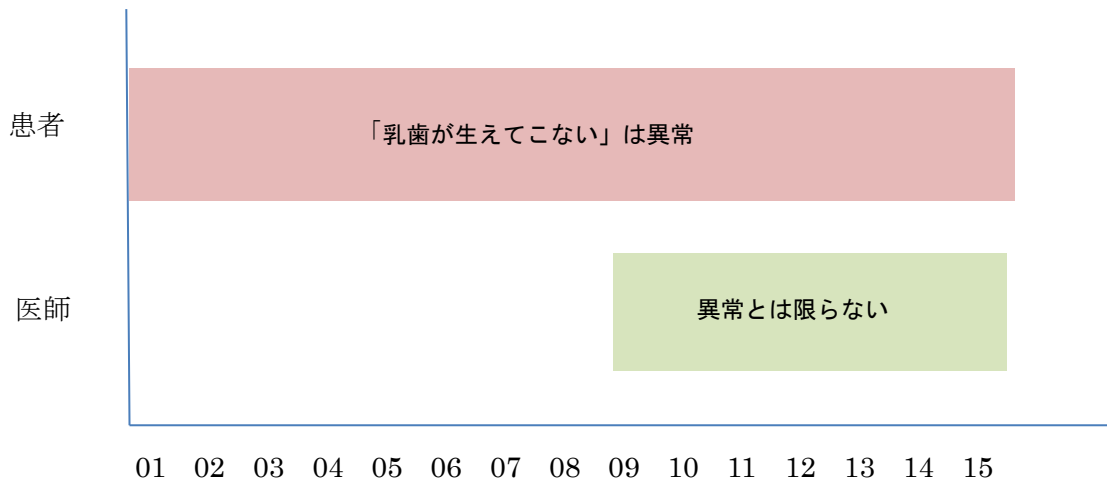


図 29 「乳歯が生えてこない」に対する認知の相違

セクション 2

16	患者	:	是哇，就是说这种不需要检查呀什么的。 そうか、つまりこういう場合に検査とかいらんないか。 また 06、10、14 同じあいづち。 そして治療方法に関する閉じた質問。
17	医師	:	検査只能是知道一下，那就得做拍 X 光片。 検査は状況を知ることしかできない，X 線写真を撮ることになる。 16 の閉じた質問に対する回答。
18	患者	:	小娃娃那- でも赤ちゃんだと- 17 で提示された検査方法に対する不安・心配。
19	医師	:	就是说，我就说你现在没必要，等着吧。 だから，今は必要ない，待ったほうがいい。

		<p>05、09 と 17 の関連性を説明。</p> <p>「だから」は因果関係の表現。</p> <p>原因①→17の「検査は状況を知ることしかできない」</p> <p>原因②→18の「赤ちゃんだと（X線写真を撮るのが難しい、悪影響があるなど）」</p> <p>結論→「待つ」</p>
20	患者	<p>就耐心等待吧，噢。</p> <p>辛抱強く待つ，はい。</p> <p>繰り返し。</p> <p>19 で説明された因果関係を理解。</p>
21	医師	<p>有的就是我见过的小孩，就是在过生日连一个牙也没有。</p> <p>私が診た赤ちゃんの中に，初の誕生日の時に歯が一つもない子も居た。</p> <p>医学的症例に関する情報提供。</p>
22	患者	<p>这就连一个牙也没有，11个月了。</p> <p>この子も歯が一つもない，もう11ヶ月。</p> <p>症例に類似していることを確認。</p>
23	医師	<p>生日过完以后刷一下八个牙一起长出来了。</p> <p>誕生日が過ぎたらいきなり八個の歯が全部生えてきた。</p> <p>21 の症例の説明の続き。</p> <p>類似症例の結末を提示することによって安心させる。</p>
24	患者	<p>全长出来了 hh</p> <p>全部生えてきた hh</p> <p>繰り返し。</p> <p>笑いは 23 で説明された結末による楽観的な見込み。</p>
25		<p>行，问了你我就放心了。</p> <p>分かった，聞いて安心した。</p> <p>理解そして安心の直接的な表出。</p>

「検査の必要性」という患者の質問に対して、医師は「必要ない」と判断した。しかしなぜ必要ないのか、判断基準を説明していない。17の「検査は状況を知るのみで解決につながらない」という説明を聞き、そして18と19の「赤ちゃんのX線写真撮影の困難性や悪影響」に関する検討を経て、患者は検査が不要であることを納得した。しかし、「乳歯が生えてこないのは、異常とは限らない」と判断する根拠は、まだ医師に提示されていない。21と23で提示された類似症例は間接的な裏付けになるが、やはりロジカルな説明にはなっていない。

Glenn (2003: 112-114) は会話における「笑い」を「laughing at」と「laughing with」に分類し、この二つを区別する一つの要因は後続する行為であると述べている。例えば、「繰



り返し」が伴う「笑い」は、直前の発話に対する理解・賛同だと捉えられる（(Whether laughter is at or with may depend on retroactive definition through subsequent activities. …Repetition of another speaker’s prior talk plus laugh tokens can be a way of appreciating something just said)。24 の患者の「繰り返し」+「笑い」も、医師が挙げた事例と自分の状況の類似性を理解し、「いずれ歯が生えてくるので焦る必要がない」という意見に対する賛同を表していると思われる。

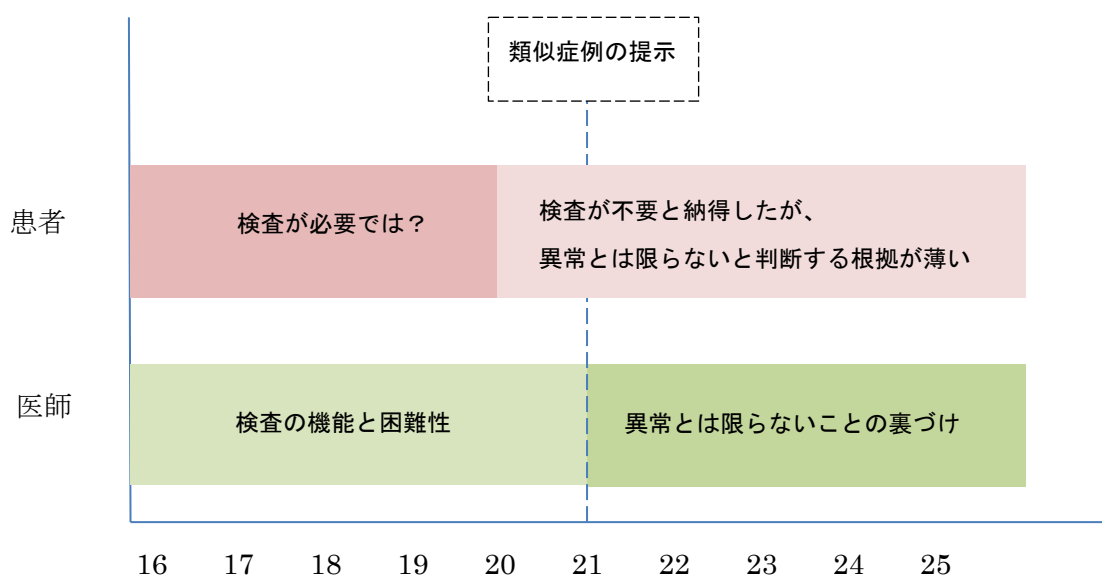


図 30 「検査の必要性」に対する認知の相違

### セクション 3

26	医師	:	这个也等，还有一个办法就是你回去看， この子も待つ，そしてもう一つの方法は家に帰ったらこれを見て， 判断方法に関する助言。
27		:	如果没有牙的牙龈是薄薄的，低低的，有牙的牙龈是厚宽的。 歯がない歯茎は薄っぺらくて，低くて，歯がある歯茎は厚く広い。 「歯茎」の概念の導入。 「歯茎から出ていない歯」は、一般に知られている概念でないため、 「歯胚」という正式な名称を使用していない。
28	患者	:	有呢，看见还有牙的棱角。 あるよ，歯の角も見える。

		「歯茎から出ていない歯」に関する情報提供。
29	医師	: 那是早晚的事情。 なら時間の問題。 28の情報に基づく判断。
30		: 那你是作为家长心太急，有的娃娃门牙迟。 それは保護者として焦りすぎた，前歯が遅い子がいるから。 安心させる直接的な表現。
31		: 他的牙胚， <u>牙胚就相当于咱们的种子，它埋得深。</u> 歯胚が， <u>歯胚はつまり種，深く埋もれている。</u> 27で説明したかった「歯胚」に正式な名称を与える。 それは患者にとって馴染みがない概念と知っているため、 すぐメタファーを通して説明する。
32	患者	: <u>対対対。</u> <u>そうそうそう。</u> 06、10、14、16とは明らかに異なるあいづち。 納得。
33	医師	: 所以它出来得迟 hh だから出るのが遅い hh 31の説明の続き。 笑いは患者が32で表した納得つまり共同認識の達成に対する安心。
34	患者	: hh 早就看见了一直不出来。 hh とっくに見えているのに出てこない。 28の言い換え。 「歯胚」に関する質問がないことは、メタファーを理解した証明。
35	医師	: 有的娃娃 <u>萌</u> 的晚，牙胚离这个顶太远。 <u>芽生える</u> のが遅い子がいって，歯胚が遠いから。 「種」のメタファーの精緻化。 34の発話に基づき、「歯胚＝種」の認知フレームの共有が成功したと判断し、 更なるマッピングを構築。
36	患者	: 嗯。 うん。 あいづち
37	医師	: 它长得肯定就慢了，需要时间。 それで生えるのが必然的に遅い，時間が必要。 35の説明の続き。

セッション 2 の最後に、患者が 25 で直接「安心」を表す言葉を述べたにもかかわらず、医師はこのセッション 3 で「もう一つの（確認）方法」を提示し、「歯茎」と「歯胚」の概念を導入した。この展開は、医師が患者の態度を察知し、セッション 2 の類似症例による裏付けは不十分と考えたため、一步進んだ説明を提供しようと思われる。27 から「歯茎」と「歯胚」の概念を援用する必要が生じたが、「歯茎」は一般的に知られている概念であるのに対し、「歯胚」は歯科の医学的専門知識である。27 から 30 の間に、医師は「歯胚」を説明する方略を立てていると考えられる。

一般的に、会話は Grice (1975) の「協調の原理 (cooperative principle)」に従い、「関連性」「質」「量」「様態」の四つの原理を最優先する。その中で、メタファーは「関連性」と「質」の二つの原理に違反している。「関連性」とは、話題と関連があることを話しているか。もし 31 の「種」を文字通りに捉えたら、「歯」という会話全体のテーマと関連がない。「質」とは、真実ではないとすぐにわかることを言っていないか。「歯胚は種」という言説は文字通りには、真実ではない。しかし、メタファーを使わずに、歯胚の概念を導入することは難しい。そのため、「協調の原理」を違反するリスクを冒してまで、31 はメタファーという有標な方略を採用した。

この方略の有効性は、32 のこれまでとは明らかに異なる「あいづち」で証明されている。患者はメタファーを理解し、「歯茎」と「歯胚」を直観的にイメージできている。これを受け、医師は 33 で自発的に笑いを発した。33 前後の内容は、「おかしい、面白い」という性質を持たないため、「面白がる笑い」とは思えない。「気まずい、回答したくない」という文脈でもないため、「誤魔化す笑い」とは思えない。したがって、この笑いは、「共同認識の達成」に対する安心感の無意識的な表出、という理解が一番適切であろう。

34 で患者も笑い、「(歯胚が) とっくに見えているのに (歯茎から) 出てこない」と話した。これは、「歯胚は種」という新しくできた認知フレームに基づき、事態を改めて捉えていると思われる。35 で医師は「芽生える」という動詞によって、メタファーの精緻化を行い、患者との共有に成功した「歯胚は種」という認知フレームの中で、対応関係を構築し、ロジカルな説明に成功した。

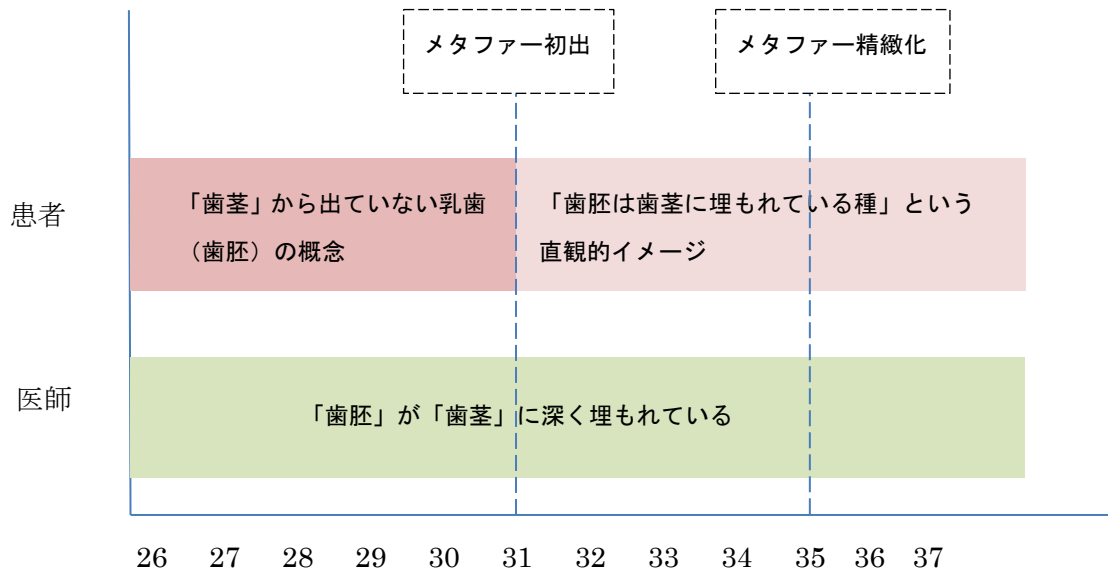
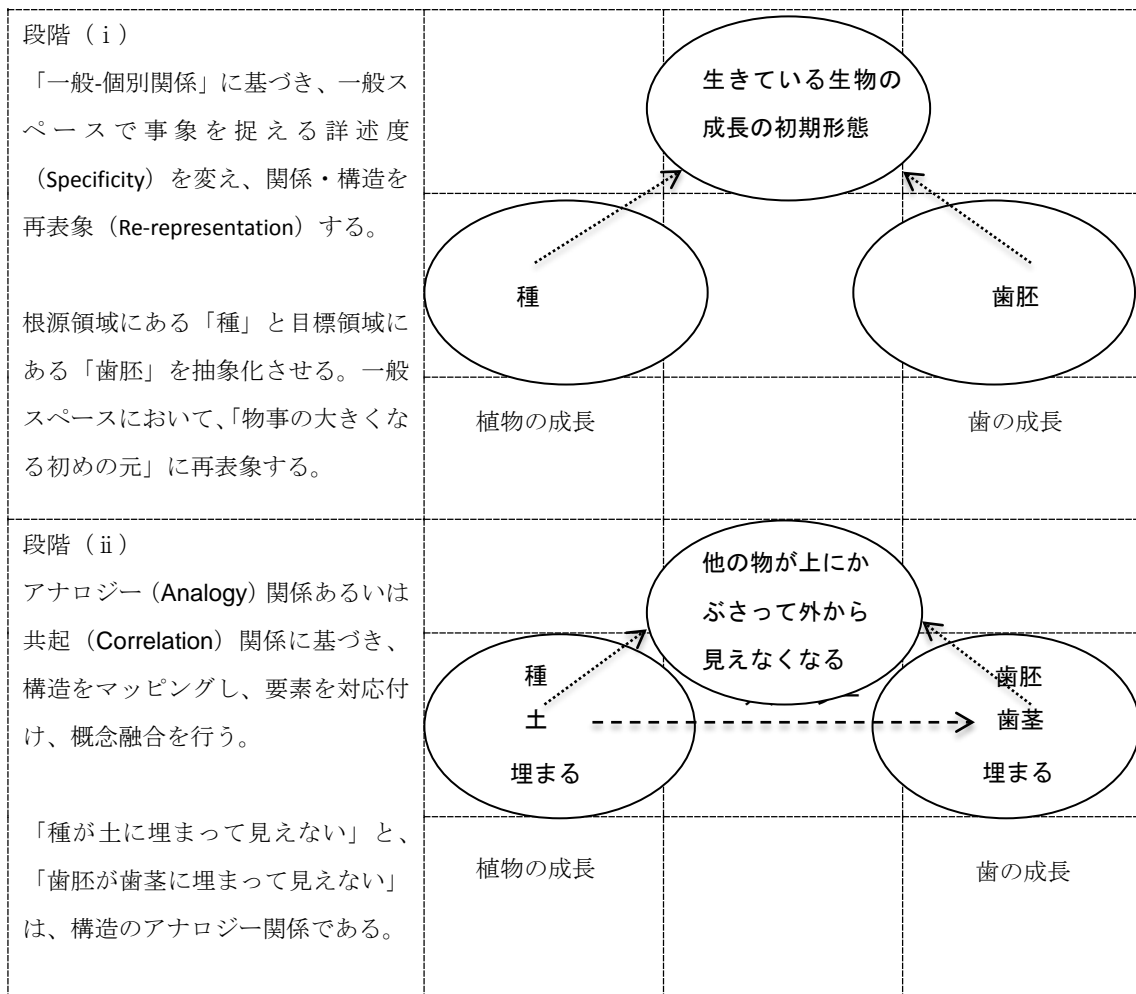


図 31 メタファーによる「歯胚」という医学的概念の導入



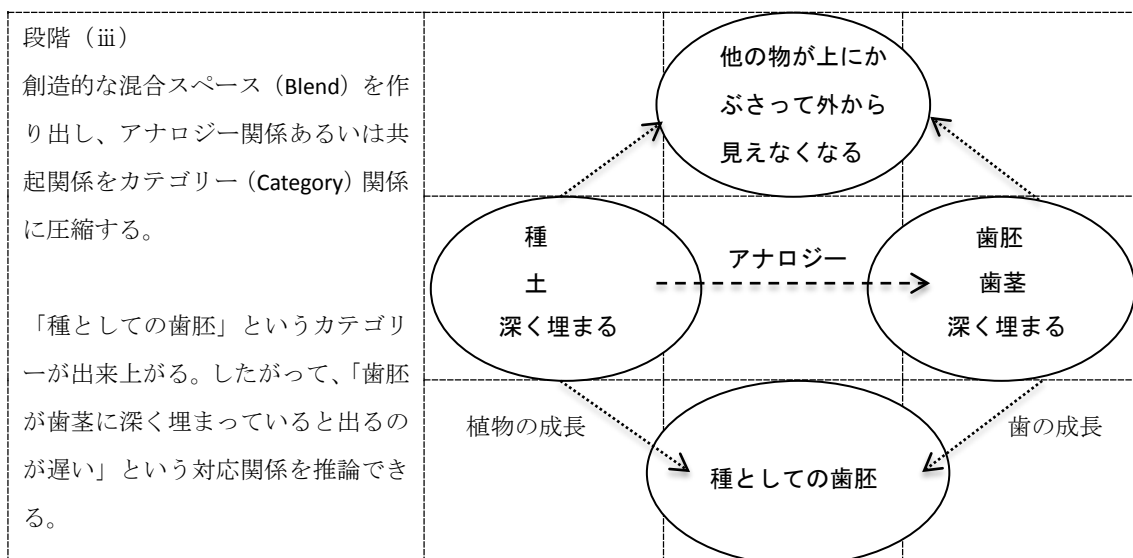


図 32 「歯胚は種」

#### セクション 4

38	患者	<p>: hh 昨天说, 妈你问问李大夫, 看碍事不.</p> <p>hh 昨日, お母さん, 先生に聞いて, 大丈夫か (と娘が言った).</p> <p>心理社会的なことに関する情報提供。</p> <p>「心配」の主体が転換。</p> <p>「自分の心配」が解消され、「娘の心配」を提示。</p> <p>「娘の心配」を解消する助言を要請。</p>
39	医師	<p>: 只要有牙胚, 出来的迟早不是问题.</p> <p>歯胚さえあれば, 出るのが遅かろうか早かろうか問題にならない.</p> <p>これまでの説明の簡潔な総括。</p> <p>「娘の心配」を解消するための説明方法の提供。</p>
40	患者	<p>: 不是—</p> <p>ならない—</p> <p>繰り返し。</p> <p>医師の発話と重なり、39 の発話内容に対する間接的な同意。</p>
41	医師	<p>: 没牙胚的话, 那你就等在多会儿那也没有.</p> <p>もし歯胚がなければ, いくら待ってもない.</p> <p>39 の総括の後半。</p>
42	患者	<p>: 说是缺什么的呢? 咱这:</p> <p>何か欠けているかな? うちも: (と娘が言った)</p> <p>38 の「娘の心配」の具体的な内容を説明。</p>

43	医師	<p>: 那个，说明不了任何问题，除非他是真的没有牙胚。 それは、何の問題にもならない、歯胚がなかったら話は別だけど。</p> <p>42の「娘の心配」に対する非同意。 「歯胚」の概念に基づく根拠づけ。</p>
44	患者	<p>: 她好像也是问人家，说得做X光。 娘も誰かに聞いたらしい、X写真を撮らなきゃって言われた。</p> <p>「娘の心配」の原因に関する説明。</p>
45		<p>: 我说你可不能做，要做也得回〇〇做。 撮らないで、撮るなら〇〇で撮るって言ってやった。</p> <p>自分の「娘の心配」に対する意見を述べる。 「〇〇」は医師が所属している病院。 医師に対する信頼の間接的な表出。</p>
46	医師	<p>: 没有必要。 必要ない。</p> <p>治療方法に関する助言。</p>
47	患者	<p>: 嗯，是呢。 うん、そうだね。</p> <p>同意。</p>
48	医師	<p>: 你要是说确实看见扁扁的没有- 確かにぺたんこで（歯胚が）ないように見えるなら-</p> <p>46の「必要ない」の判断理由の説明。</p>
49	患者	<p>: 对。 そう。</p> <p>あいづち。</p>
50	医師	<p>: 大夫也看见没有，大夫说需要做，你再做。 医者から見てもないと判断して、撮る必要があると言われたら、撮るもの。</p> <p>46の「必要ない」の判断理由の説明。</p>
51	患者	<p>: 有呢，我还看见。 ある，私は見た。</p> <p>48と50の判断基準に応じた情報提供。</p>
52	医師	<p>: 自己都看见。 自分も見えたし。</p> <p>51の情報提供に基づく判断。</p>
53	患者	<p>: 那就没事，噢？ それは大丈夫，だよな？</p>

		安心・励ましの要請。
54	医師	: 我们邻居那个娃娃就是。 うちの隣の子もそうだった。
		53 に対して、類似事例を提示することによって一層安心させる。
55	患者	: 那就这样，我走啦。 分かった，ではこれで。
		会話を終了する方向づけ。 完全な納得。
56	医師	: 要是你都能看见痕迹，那就不着急。 あなたにも見えるほどの痕跡があるなら，焦らなくていい。
		会話全体の結論を総括。 安心させる直接的な表現。
57	患者	: 那就行，那我就踏实放心了。 だったらいい，ほっと安心した。
		会話全体の感想を総括。
58	医師	: 这个，长牙迟也有长牙迟的好处， これは、遅いとメリットもあるのよ，
		57 を受けて、「心配」が解消されたことを確認し、 心配事項だった事態を他の角度から捉える。
59		: 就是说生长潜力大，个子长得要高一些。 成長する潜在能力が強く，背が高くなるの。
		「成長」の一般的な規則を提示。
60	患者	: 哈哈，是呢，你一说就明白了。 ハハ，そうだね，こう説明してもらえばすぐ分かった。
		笑いは楽観的な姿勢。 医師の説明の分かりやすさを褒める直接的な表現。
61	医師	: 哈哈。 ハハハ。
		笑いは 60 の褒めに対する反応。
62	患者	: 那我走了。 ではこれで失礼。
		会話終了の合図。

このセクションでは、患者のあいづちの変化に着目したい。セクション 1・2・3・4 における患者のあいづちは、下記のようにになっている。セクション 1 と 2 では、肯定でも否定でもない曖昧な「是哇。（そうか.）」が繰り返されていた。それに対し、メタファーが登場

したセクション3では、強く肯定する「对对对. (そうそうそう.)」が現れた。そして、メタファーに基づく説明を既に納得したセクション4では、「是呢. (そうだね.)」という積極的に理解を表すあいづちに変化した。

セクション1	06	是哇. (そうか.)
	10	是哇. (そうか.)
	14	是哇. (そうか.)
セクション2	16	是哇. (そうか.)
セクション3	32	对对对. (そうそうそう.)
	36	嗯. (うん.)
セクション4	47	嗯, 是呢. (うん, そうだね.)
	49	对. (そう.)
	60	哈哈, 是呢. (ハハ, そうだね.)

表6 あいづちの変化

#### 4.1.3 建築のメタファー

植物のメタファーと同じく、広く見られる概念メタファーとして、建築物を根源領域としたものがある。次の会話は、患者が歯科の治療椅子に乗ってから降りるまで、患者と医師が交わした会話である。治療の内容は、詰め物を取り付ける。セラミックのような詰め物は通常、型取りなど数回の通院が必要である。この治療は、少なくとも2回目以降の通院の際に行われたものである。そのため、患者は治療のプロセスなどに関する説明を既に受けていると思われる。一方、医師は、患者の医学的状態および心理社会的な状態をある程度把握していると思われる。この歯科医師は、会話2の医師と同一人物である。歯科医師Aと呼ぶことにする。

01から04までは、歯の詰め物を付ける治療を行う直前の会話である。01と02の患者の仕事に関する会話は、治療と全く関係ない雑談だが、治療後の説明に登場するメタファーの背景となっている。

#### 【会話3—歯科—詰め物はコンクリート】

01	医師	:	你们那个工程完了?
02	患者	:	还没呢.
03	医師	:	这两天是不晚上也痛开了?
04	患者	:	诶呀, 两三个月了.



05	医師	:	我安顿你一下,
06	患者	:	嗯.
07	医師	:	这个牙补完这个材料, 现在还没有完全凝固,
08	患者	:	嗯.
09	医師	:	<b>就跟</b> 你们工程上的水泥一样,
10	患者	:	嗯.
11	医師	:	凝固有个时间了, 到明天午饭才能使用了,
12		:	这个午饭前 24 小时以内它还不太硬, 所以
13	患者	:	嗯.
14	医師	:	24 小时以内千万不要去那儿咬东西.
15	患者	:	这边能?
16	医師	:	嗯, 反正你不要去那儿挨着.
17	患者	:	哦哦.
18	医師	:	这是第一个注意事项,
19		:	第二个就是因为这颗牙上有两个窟窿,
20		:	这颗牙又没有神经支配, 很脆弱了.
21		:	所以这颗牙将来也不能咬太硬的东西.
22	患者	:	是吧.
23	医師	:	咬太硬的东西材料掉不出来,
24		:	就你的牙怕哪天不走时气一下咬成两块儿了.
25	患者	:	咬成两半儿了.
26	医師	:	对.
27	患者	:	就是说它已经死了.
28	医師	:	对, 已经死了, 所以品对点儿用.
29		:	哎, 好叻.

## 日本語訳

01	医師	:	(お仕事の) 工事は終わった?
02	患者	:	まだだよ.
03	医師	:	この数日は夜も痛くなったじゃないかな?
04	患者	:	もう, 二、三ヶ月だよ.
05	医師	:	ちょっと注意すべきことを言うね,
06	患者	:	うん.

07	医師	:	この歯の詰め物は、まだ完全に固まってない、
08	患者	:	うん。
09	医師	:	それは工事現場のコンクリートと一緒、
10	患者	:	うん。
11	医師	:	固まるには時間が必要、明日の昼ご飯まで使わないで、
12		:	昼ご飯までの24時間以内はまだ硬くない、だから
13	患者	:	うん。
14	医師	:	24時間以内に絶対そこで噛まないで。
15	患者	:	こっちは？
16	医師	:	うん、そこに触らなければ。
17	患者	:	おお。
18	医師	:	これが一つ目の注意事項、
19		:	二つ目はこの歯に穴が二つあるから、
20		:	この歯を司る神経もなくなって、とても脆弱。
21		:	だからこの歯は将来も硬いものを噛んではいけない。
22	患者	:	そっか。
23	医師	:	硬いものを噛んで詰め物が取れることはないが、
24		:	恐れているのは運が悪ければ歯が真二つに割れてしまう。
25	患者	:	真二つに割れてしまう。
26	医師	:	そう。
27	患者	:	つまりもう死んでいる。
28	医師	:	はい、もう死んでいる、だから注意して使う。
29		:	はい、終わり。

### インタラクション分析

01	医師	:	你们那个工程完了？ (お仕事の) 工事は終わった？
			診療と関係ない雑談。 患者の緊張を和らげる手段。
02	患者	:	还没呢。 まだだよ。
			雑談。
03	医師	:	这两天是不晚上也痛开了？ この数日は夜も痛くなったじゃないかな？
			医学的状態に関する閉じた質問。

04	患者	：	<p>诶呀，两三个月了。 もう、二、三ヶ月だよ。</p> <p>03 に対する医学的状态の情报提供。 会話が数十秒中断。詰め物を付ける作業。</p>
05	医師	：	<p>我安顿你一下， ちょっと注意すべきことを言うね，</p> <p>医学的状态に関する助言。</p>
06	患者	：	<p>嗯。 うん。</p> <p>あいづち。</p>
07	医師	：	<p>这个牙补完这个材料，现在还没有完全凝固， この歯の詰め物は、まだ完全に固まってない，</p> <p>05 の助言の続き。</p>
08	患者	：	<p>嗯。 うん。</p> <p>あいづち。</p>
09	医師	：	<p><u>就跟</u>你们工程上的水泥一样， それは工事現場のコンクリート<u>と一緒</u>，</p> <p>メタファーの導入。 「詰め物はすぐに固まらない」と「コンクリートはすぐに固まらない」という類似性に焦点を当てたい。</p>
10	患者	：	<p>嗯。 うん。</p> <p>あいづち。 メタファーを問題なく理解していることのしるし。</p>
11	医師	：	<p>凝固有个时间了，到明天午饭才能使用了， 固まるには時間が必要，明日の昼ご飯まで使わないで，</p> <p>「固まるには時間が必要」という類似性を説明。</p>
12		：	<p>这个午饭前 24 小时以内它还不太硬，所以 昼ご飯までの 24 時間以内はまだ硬くない、だから</p> <p>「一定時間内は硬くない」という類似性を説明。</p>
13	患者	：	<p>嗯。 うん。</p> <p>あいづち。 医師の発話と一部重なっており、理解のしるし。</p>

14	医師	: 24 小时以内千万不要去哪儿咬东西. 24 時間以内に絶対そこで噛まないで.	助言の結論。
15	患者	: 这边能? こっちは?	言及されていない情報の提供を求める閉じた質問。
16	医師	: 嗯, 反正你不要去哪儿挨着. うん, そこに触らなければ.	15 の閉じた質問に対する回答。
17	患者	: 哦哦. おお.	16 に対する理解。
18	医師	: 这是第一个注意事项, これが一つ目の注意事項,	これまでのテーマが終了する合図。
19		: 第二个就是因为这颗牙上有两个窟窿, 二つ目はこの歯に穴が二つあるから,	新しいテーマに入る。 医学的状态に関する助言。
20		: 这颗牙又没有神经支配, 很脆弱了. この歯を司る神経もなくなって, とても脆弱.	20 の続き。 医学的状态の説明。 原因: ①「穴が二つある」②「神経がない」
21		: 所以这颗牙将来也不能咬太硬的东西. だからこの歯は将来も硬いものを噛んではいけない.	21 に基づく判断。 医学的助言: 将来も硬いものを噛んではいけない。
22	患者	: 是吧. そっか.	あいづち。
23	医師	: 咬太硬的东西材料掉不出来, 硬いものを噛んで詰め物が取れることはないが,	21 を違反した場合の結果を説明。
24		: 就你的牙怕哪天不走时气一下咬成两块儿了.	

			恐れているのは運が悪ければ歯が真二つに割れてしまう。
			21 を違反した場合の結果を説明。
25	患者	:	咬成两半儿了。 真二つに割れてしまう。
			繰り返し。
26	医師	:	对。 そう。
			確認。
27	患者	:	就是说它已经死了。 つまりもう死んでいる。
			19 から 26 までの医師の説明をメタファーで言い換える。 「この歯はもう生物的性質を持たず、コンクリートで補修された建築に近い」ということを確認したい。
28	医師	:	对，已经死了，所以品对点儿用。 はい，もう死んでいる，だから注意して使う。
			27 のメタファーの正確性を承認。
29		:	哎，好叻。 はい，終わり。
			会話終了の合図。

01 の雑談は、この患者は、建築関係の仕事に携わっていることを示す。05 以降の話題は歯の詰め物に関する注意事項であり、患者の仕事と無関係である。しかし、この社会的情報は医師が念頭に置き、後ほど「固まっていない詰め物」を説明する際に、メタファーの根源領域を選出する手がかりになっている。「コンクリート」のメタファーは、聞き手に配慮した共通基盤化の行為だと思われる。

この成功した根源領域の選出は、患者が 09 でメタファーを難なく理解することにつながった。10 と 13 の簡潔な返答は、「詰め物」と「コンクリート」の類似性をイメージできていることを示す。05 から 18 までの「一つ目の注意事項」に対して、患者は 15 の一回のみ質問した。その質問は、医師の説明に対する不明ではなく、医師の説明が触れていない面に対する情報要請である。対照的に、19 から 26 までの「二つ目の注意事項」は、医師が文字通りに「神経がない歯は脆弱」ということ説明をした後、患者は 27 で自ら「つまりもう死んでいる」というメタファーを用いて言い換え、医師の説明に対する自分の理解を確認している。19 から 26 までの医師の説明は、文字通りの表現だが、19 の「穴」と 24 の「割れる」はいずれも、コンクリートで補修している建築を連想させ、あまり歯を生物的に捉えていない。これを受け、患者は「歯に神経がない＝歯が死んでいる」というメタファーを発し、本来なら神経があり「建築」とは非常に異なる歯が、神経を失い「建築的」な性

質と機能しか持たないことを再確認した。

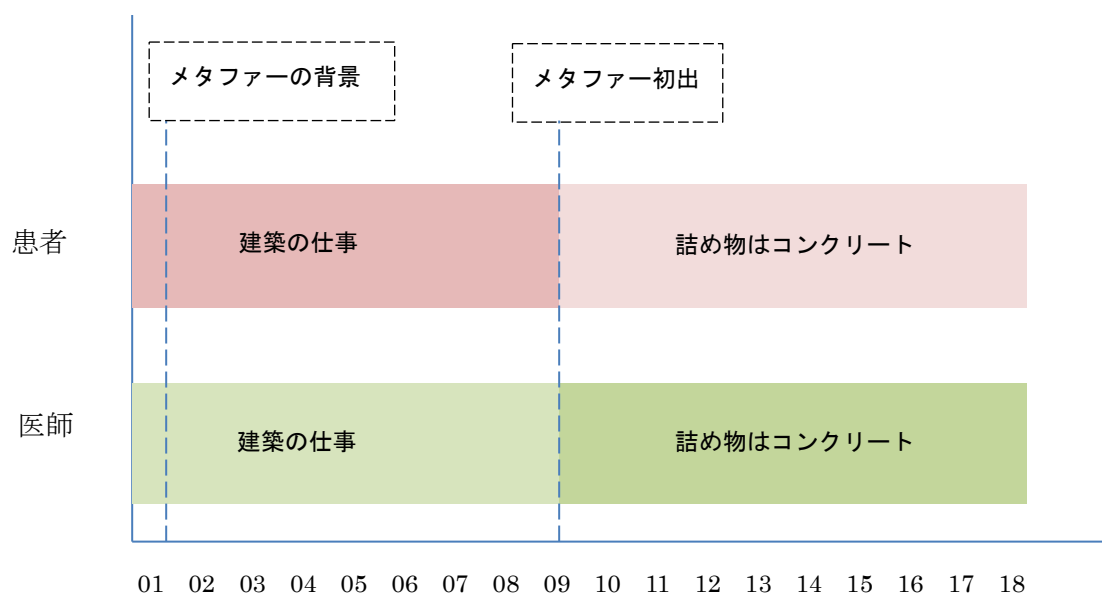


図 33 一つ目の注意事項

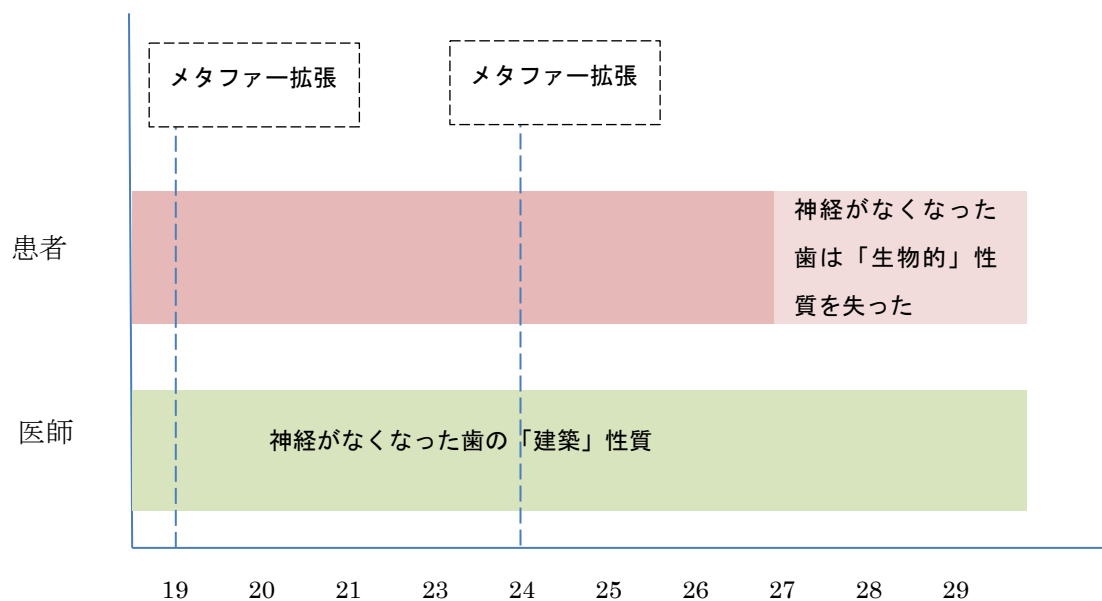


図 34 二つ目の注意事項

メタファーを選出する際は、誰が相手でも当てはまる一般的なものを選定するわけではない。下記の図が示している通り、段階（i）において、根源領域になりうるリソースが多く存在する。会話において、どのリソースを選択してメタファーを構築するかは、相手の知識構造などに左右される。

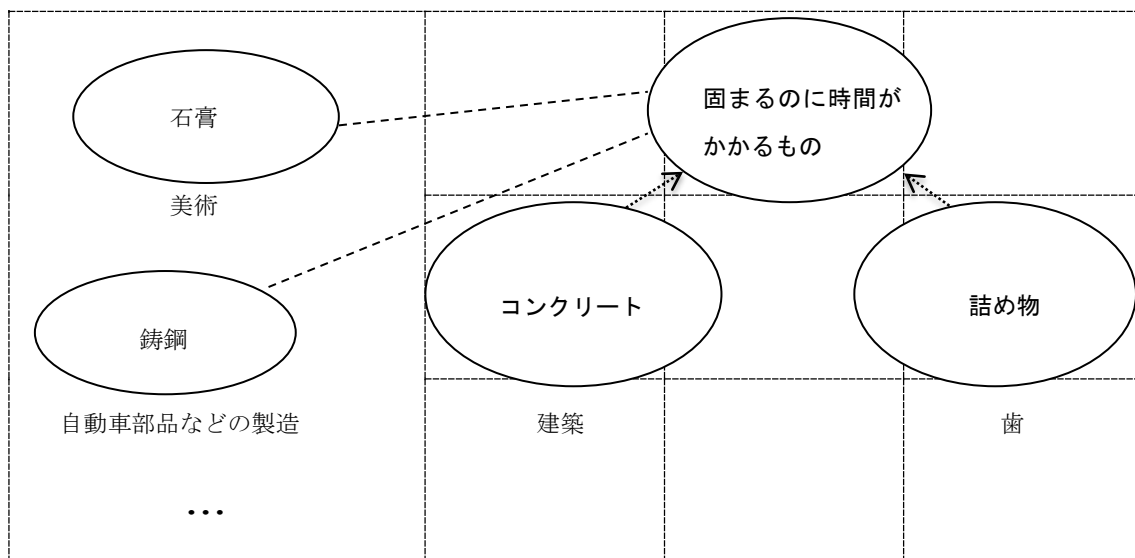


図 35 根源領域の選定

相手をはじめとする相互行為のコンテキストのあらゆる要素、そして共通基盤の蓄えを備えることにより、話者は相手に向けて発話をデザインすることになる。コミュニケーション上の意図を正確に認識してもらえる可能性を最適化しようとするのであれば、聞き手が正しく推論できるよう導くことを試みる際は必ず、当該の話し手—聞き手の間を規定する共通基盤を考慮に入れなければならない。

この会話において、最初の雑談が重要なコンテキストになっている。雑談は仕事と密接にかかわり、社会の潤滑油になること、そしてサービス提供者と消費者の関係において、雑談が客の個別化を行う手段になりうることは、Beinstein (1975) をはじめとする様々な先行研究に論じられている。平本毅・山内裕 (2016) によると、「現代社会における飲食サービスは、匿名化、均一化、効率化といった官僚制的諸特徴を有するが、そうした客が匿名かつ一般化されて扱われる状況下において、雑談は客に、店員と個人として向き合っている感触を与える」。医療面接に関しても同様に、均一化や効率化が要求されながらも、医療者は、雑談および雑談から得られた情報と関連づけた説明を通して、患者に個人として向き合っている感触を与える現象が本節の会話に見られた。「雑談から得られた情報」がメタファー選択の決定的な参照物になり、それに基づいたメタファー使用は、共通認識の達成を促した。

## 4.2 メタファーと意思決定

4.1 の三つの会話は、患者が医師の説明を理解することがゴールである。それに対し、本節で紹介する三つの会話は、医師の説明を理解した上で、患者が何らかの意思決定を下すことがゴールである。医師はあくまで比較基準を提供し、選択権は患者に委ねている。それでも、医師には個人的なバイアスがある。そこでは、医師のメタファー使用が、患者の意思決定に影響を及ぼすことが観察された。

### 4.2.1 アドホック・カテゴリーに基づくメタファー

次の会話は、歯科で装着する器具を選択する場面である。医師が「外せる装具」と「外せない装具」のメリットとデメリットを説明し、患者がそのどちらかを選択する。この歯科医師は、会話 2 および会話 3 とは別の人物である。歯科医師 B と呼ぶことにする。

#### 【会話 4—歯科—装具はメガネ】

01	医師	:	这就得你自己考虑了，镶死的，镶活的.
02	患者	:	(.) 那就镶成活[的哇?]
03	医師	:	[各有 ]利弊. 活的呢，它不磨牙. =
04	患者	:	=不磨牙，是了. 削了以后就::
05	医師	:	活的就是天天刷牙拿下，刷完牙再戴上，其实也很简单.
06		:	有的人觉得还不利索了，实际上就刷牙时一往下拿，刷完再戴上.
07	患者	:	那咱自个儿能戴上了? 直接就挂上了? <
08	医師	:	<u>就和</u> 我戴眼镜这么样. 刚开始你可能有点不习惯，戴上两回就很简单.
09	患者	:	嗯↓
10	医師	:	活的是这么个，你再打打主意.
11	患者	:	行哇，那就活的.

#### 日本語訳

01	医師	:	これは自分が考えて決めなきゃいけないの、外せない方にするか、外せる方にするか.
02	患者	:	(.) じゃ外せる方に[しようかな?]
03	医師	:	[一長一短 ]. 外せる方は、歯を削らなくてもいいから. =
04	患者	:	=そうそう，歯を削らないよね. 削っちゃったら::
05	医師	:	けど毎日歯を磨く時に外して，終わったらまた付ける，実は簡単だけど.
06		:	面倒と思う人もいるけど，実は歯を磨く時だけ外して，また付ければいい.



07	患者	:	でも自分で付けられるの？直接掛ければいいの？
08	医師	:	私がメガネを掛けるのと同じようにさ。最初は慣れないかもしれないけど、何回かやればすごく簡単。
09	患者	:	うん↓
10	医師	:	外せるのはこういう感じ，もう少し考えて決めて。
11	患者	:	いいよ，じゃあ外せる方に。

### インタラクション分析

01	医師	:	这就得你自己考虑了，镶死的，镶活的。 これは自分が考えて決めなきゃいけないの，外せない方にするか，外せる方にするか。 意思決定を要請。
02	患者	:	(.) 那就镶成活[的哇？] (.) じゃ外せる方に[しようかな？] 意思決定の傾向を示す。
03	医師	:	[各有 ]利弊。活的呢，它不磨牙。= [一長一短 ]。外せる方は，歯を削らなくてもいいから。= 「外せる方」のメリットを提示。
04	患者	:	=不磨牙，是了。削了以后就:: =そうそう，歯を削らないよね。削っちゃったら:: 「外せる方」を選ぶ理由を示す。
05	医師	:	活的就是天天刷牙拿下，刷完牙再戴上，其实也很简单。 けど毎日歯を磨く時に外して，終わったらまた付ける，実は簡単だけど。 「外せる方」のデメリットを提示。
06		:	有的人觉得还不利索了，实际上就刷牙时一往下拿，刷完再戴上。 面倒と思う人もいるけど，実は歯を磨く時だけ外して，また付ければいい。 デメリットに限定を加える。つまり「取り付けが少し面倒だけど簡単」。
07	患者	:	>那咱自个儿能戴上了？直接就挂上了？< >でも自分で付けられるの？直接掛ければいいの？< 05、06 で提示された「取り付けが簡単」の具体的な程度を要請。
08	医師	:	就和我戴眼镜这么样。刚开始你可能有点不习惯，戴上两回就很简单。 私がメガネを掛けるのと同じようにさ。最初は慣れないかもしれないけど、何回かやればすごく簡単。

			メタファーを使用して、 「取り付けが簡単」の具体的な程度を説明。
09	患者	:	嗯↓ うん↓ あいづち。
10	医師	:	活的是这么个，你再打打主意。 外せるのはこういう感じ，もう少し考えて決めて。 説明を行ったうえで、もう一度意思決定を要請。
11	患者	:	行哇，那就活的。 いいよ，じゃあ外せる方に。 意思決定を下す。

この面接は、歯科医師が歯に装着する二種類の器具に関して詳しく説明し、患者がそれを理解した上でどちらかを選択するという状況である。外せるタイプの装具を選ぶ場合は、歯を削るという痛みが伴う処置を行う必要がないため、患者は最初このタイプを選ぶ意思を示した(02)。しかし、このタイプは日々歯磨きをする際に、取り外してまた付ける手間がかかるというデメリットがあると聞いて、患者は自分で上手く装着できるかどうかと動揺したようだ。そこで医師が、「メガネをかけるように簡単」というメタファーを使用して、心配する必要がないと伝えたため、患者は外せるタイプを選ぶ決断を下した。この「外せるタイプの歯の装具」を「メガネ」に喩えるメタファーは、「AとBは同じ性質を持つカテゴリーに属している」と捉え、構造アナロジーに基づいたカテゴリー化と考えられる。

「既知のもの」を通して「未知のもの」を理解するために用いるのは、必ずしもイメージ・スキーマとは限らない。この面接に見られるメタファーの理解には、一連の構造的類似性によって、事態Aと事態Bが同じ性質を持つカテゴリーに属しているという判断が関与している。カテゴリー化とは、何らかの基準に基づいて「似ている」と見做し分類するという知識の構造化である。Barsalou(1983)によると、カテゴリーは不変で固定的なものではなく、その場で動的に編成される。このような暫定的なカテゴリーはアドホック・カテゴリー(ad-hoc categories)と呼ばれている。「メガネ」自体は、近視や老眼などを補助する器具を包括する既存カテゴリーだが、メガネと言って、「取り付けが簡単な物のカテゴリー」が想起することはまずない。第二章で検討したように、本稿は「属性付与カテゴリー」と「根源領域から目標領域への写像」を融合した形でこの面接に見られるメタファーを説明する。具体的には、以下の図で示している通りである。

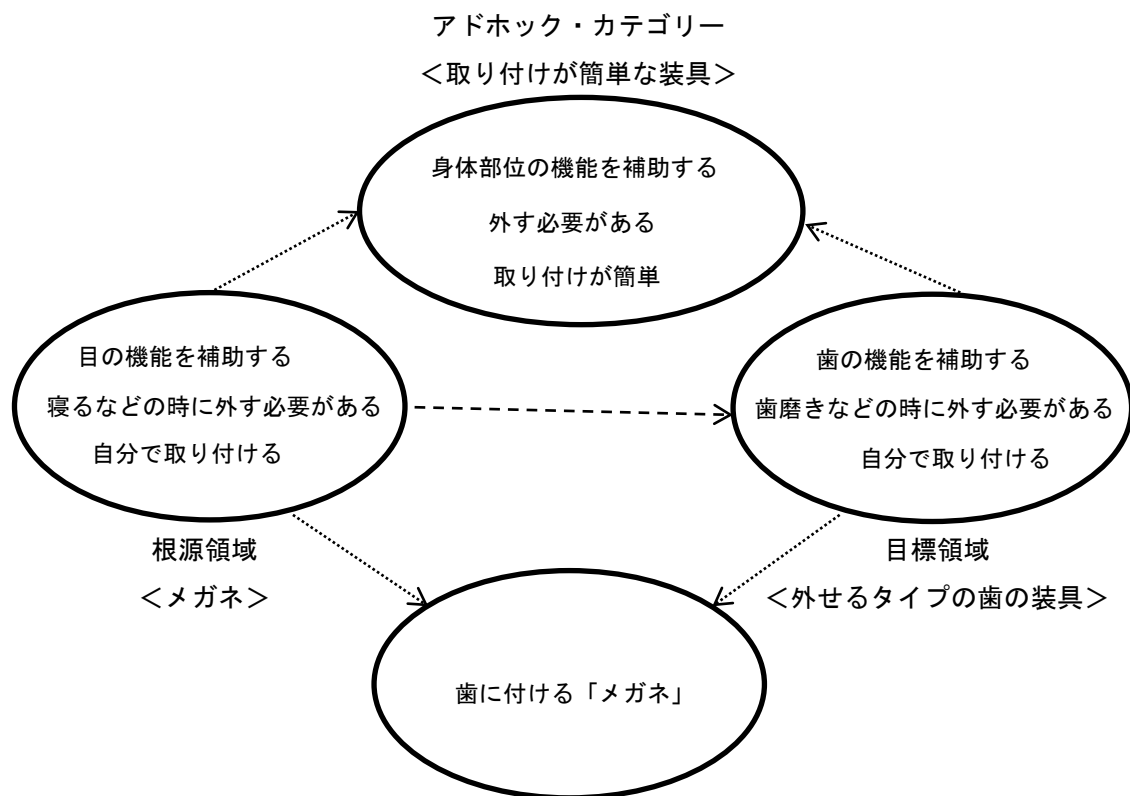


図 36 属性付与カテゴリーに基づくメタファー

このブレンドが成立するカギは、「取り付けが簡単」という属性付与である。4.1 節で取り上げた「容器」「植物」「建築」のメタファーはいずれも、根源領域の性質が一般的に広く熟知されている。それに対して、本節のアドホック・カテゴリーに基づくメタファーは、あくまで発信者である医療者の根源領域に対する個人的・主観的な認識、つまり「メガネは取り付けが簡単」という性質に基づく。一般的に広く熟知されている根源領域に基づくメタファーとアドホック・カテゴリーに基づくメタファーの区別を明確にするために、以下の二つの例文を比較してみる。

- (25) a. You are my sunshine.  
b. You are glasses.

(25a) は、「太陽」つまり自然界という根源領域に基づくメタファーである。地面に届く太陽光は、生物や自然の営みには欠かせない存在であることは、広く熟知されている知識である。したがって、このメタファーにおける「sunshine」を、「生きていく上で大切な存在」に抽象化できることは、具体的な文脈が無くても想起されやすい。一方、(25b) は文脈無しに理解し難い。この一文は実際、アメリカのテレビ・ドラマ『Grey's Anatomy』

(Senson5, Episode6) のセリフであり、以下の会話において使用されている。

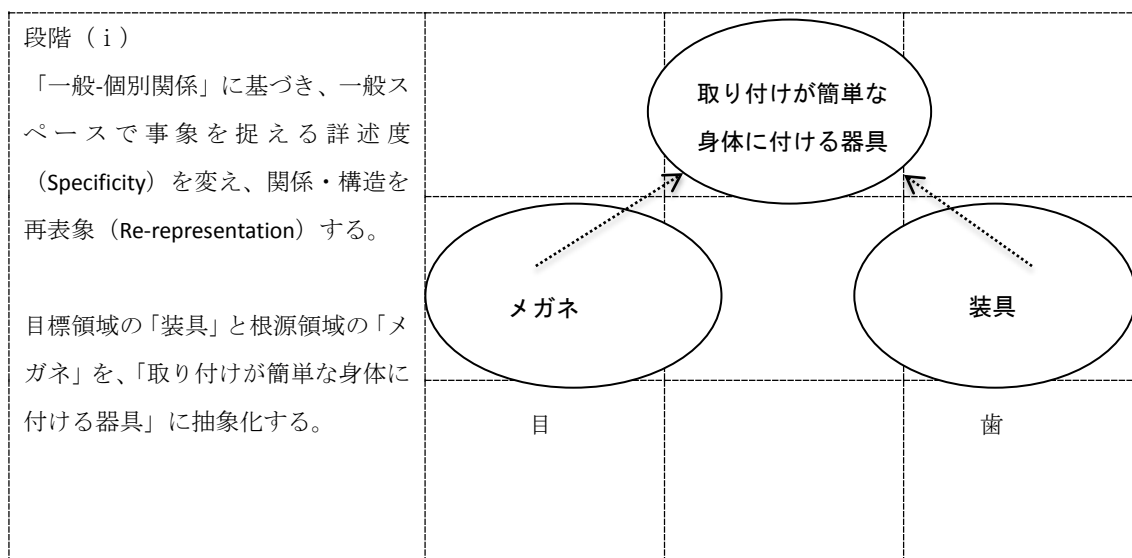
Erica: This is like needing glasses.

Callie: [laughs] I blinded you?

Erica: No. When I was a kid, I would get these headaches. And I went to the doctor and they said that I needed glasses. I didn't understand that. It didn't make sense to me because I could see fine. And then, I get the glasses and I put them on. And I'm in the car on the way home, and suddenly, I yell. Because the big green blobs that I've been staring at my whole life? They weren't big green blobs – they were leaves... on trees. I could see the leaves. And I didn't even know that I was missing the leaves. I didn't even know leaves existed. And then... leaves! You are glasses.

Erica にとって、「glasses」は今迄の生活に見えなかった風景を目に映した感動的な存在である。愛する「Callie」が彼女の人生に現れたことは、メガネをかけた瞬間の感動的な体験に似ている。この類似性はあくまで、発信者である Erica の個人的な経験に基づくアドホック・カテゴリーである。受信者である Callie も、この背景知識を得るまで、「glasses」のメタファーを理解できなかった。このように、アドホック・カテゴリーに基づくメタファーの主な機能は、主観的体験の類似性を伝えることだと考えられる。

本節で取り上げた会話において、医師は選択権を患者に委ねているが、やはり個人的なバイアスがある。「外せるタイプの歯の装具」と「メガネ」の間に、機能的な類似性が存在するものの、この文脈でメタファーを使用する意図は、その客観的な類似性を比較するよりも、「取り付けが簡単」という医師の主観的体験の類似性を伝える機能を果たしている。



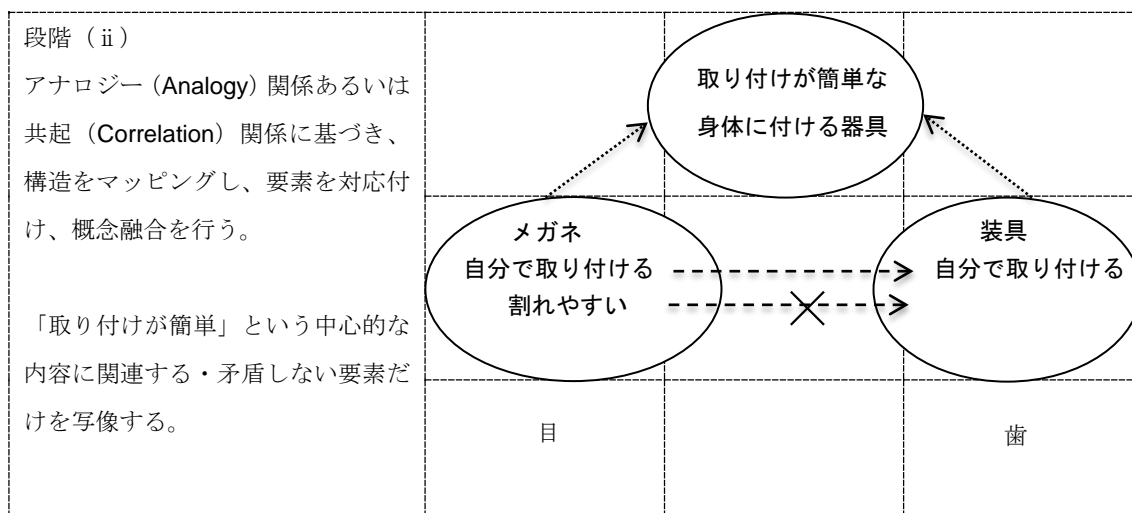


図 37 主観的体験の類似性

#### 4.2.2 <進行は移動>のメタファー

次の会話は、部分入れ歯を取り付けるために、歯を削らなければならない場面である。入れ歯を装着したい箇所の歯が抜けたまま 5、6 年も経ったゆえに、相対する上の歯が伸び過ぎて、その部分を削らなければ、部分入れ歯の装着は困難という状況である。

削る量について、患者と医師の間に意見の不一致が生じた。医師はまず、十分な幅を削らなければ、部分入れ歯を設置するスペースが足りないことを文字通りに説明したが、患者は歯を削る痛みばかりが気になり、少なめに削ることを望んでいる。そこで、医師がメタファーを用いてこの状況を、「十分な幅の道路を造らなければ、車は通れない」ことに喩えた。痛みを我慢して歯を削るかどうかについて、患者に意思決定を求めた。この医師は、会話 2・3・4 と異なる人物である。医師 C と呼ぶことにする。

#### 【会話 5—歯科—歯を削る幅は道路の幅】

01	医師	:	掉了多长时间?
02	患者	:	四五年, 五六年有了.
03	医師	:	哦.
04	患者	:	我就没醒的.
05	医師	:	我看它空间够不够.
06		:	你咬住牙我看看, (舌打ち) 不好做.
07		:	牙咬紧, 哦.
08		:	这样就需要多磨牙, 上上下下的牙就磨得多.
09	患者	:	磨的痛不?

10	医师	:	磨多了就痛呀.
11	患者	:	[我就这个 ]
12	医师	:	[咱们原本的牙]你听我说说.
13	患者	:	哎.
14	医师	:	原本咱么的牙这么齐齐长着了吧,
15		:	现在没有这颗牙, 这颗牙就尽着往长伸,
16		:	你看变成啥了, 变成这上下擦着, 擦这我这个地方要过卡子呢.
17		:	它擦着就占地方我就得往平削它, 往低磨它,
18		:	磨得一直要把我放卡子这个地方腾开,
19		:	所以一定得磨够这个才能镶, 要不然你假牙放不上去.
20	患者	:	痛啊?
21	医师	:	磨多了肯定痛啊 (ため息).
22	患者	:	那我该咋办?
23	医师	:	(苦笑) 你自己考虑看看.
24		:	这个牙整个伸得很长了.
25		:	反正不磨是无论如何上不去.
26	患者	:	那这痛起来-少磨点儿不行?
27	医师	:	少磨-这个不是商量的事情.
28		:	少磨那你假牙戴不上去, 到时候用不成只能扔了.
29	患者	:	不知道痛不, 不痛吧, 快安上一个.
30		:	要不这个难, 吃饭整个是.
31	医师	:	噢, 反正我, 你要不就考虑一下.
32	患者	:	少磨一点把这个牙,
33	医师	:	这个不是跟我商量的事情呀, 那个卡子就那么做的.
34	患者	:	那天早上过来问了一下说是, 说是不用磨.
35	医师	:	(笑) 镶牙哪有不磨的牙.
36		:	我得磨放卡子的地方呀, 没卡子你能戴住么.
37	患者	:	你们一般磨了痛不?
38	医师	:	我们一般磨不了那么多, 像你伸你这么长的很少见.
39		:	一般能伸这么长的人都不打算镶牙的, 要不能不管.
40	患者	:	醒也醒不得.
41	医师	:	那你考虑一下, 咋也得磨够我那个数字了, 磨不够数那假牙戴不上去.
42	患者	:	一般痛不?
43	医师	:	<u>就跟</u> 我这个车就这么宽, 你给我修这么窄的路.

44		:	你非让我过这个车，我这个车就过不去.
45		:	那肯定得修够我这个车的宽度，我这个车才能过去.
46		:	就这么个道理.
47	患者	:	一般那磨不多那也不痛，噢？
48	医師	:	些来许的肯定不痛，你那边不也磨过？
49	患者	:	这，没.
50	医師	:	肯定磨过牙，不磨牙能镶上，他磨得少吧.
51		:	磨得少你肯定没记忆啊.
52		:	稍微磨一下下把这个事就办完了.
53		:	(沉默两秒) 你看咋呀？
54		:	咋，磨吧？
55	患者	:	磨，不知道痛不(笑)
56	医師	:	没拿定主意就回去再想想.
57	患者	:	hh 再想我看越来，越来越长了，啊？
58	医師	:	它这个就是.
59	患者	:	是不是就掉出来了？
60	医師	:	掉倒未必，反正不停的往长长这呢.
61	患者	:	那磨吧，管它呢.
62	医師	:	磨哇？
63	患者	:	磨.

## 日本語訳

01	医師	:	抜けてどのくらい時間が経った？
02	患者	:	四五年，五六年は経った.
03	医師	:	お.
04	患者	:	(入れ歯を付けようと) 思いつかなかった.
05	医師	:	スペースが足りるかを見てみるね.
06		:	見るから嚙んで，(舌打ち) やるのが簡単じゃない.
07		:	しっかり嚙んで，お.
08		:	これじゃ歯を多めに削る必要がある，上も下も多めに削ってしまう.
09	患者	:	削るのは痛い？
10	医師	:	削る分が多いと痛い.
11	患者	:	[私はこの ]

12	医師	：	[本来の歯は]ちょっと聞いてね.
13	患者	：	はい.
14	医師	：	本来は歯並びがそろっていたが,
15		：	今はこの歯が欠けているから, この歯が伸び続ける,
16		：	ほらもう, 重なっている, 重なっている部分は留め金を通すから.
17		：	重なってスペースを取っているから平たく, 低く削らなくちゃ.
18		：	留め金を置くスペースが空くまで削る,
19		：	だから十分の量を削ってはじめて出来る, じゃないと入れ歯が入らない.
20	患者	：	痛いよね?
21	医師	：	削る分が多いと必然的に痛いよ (ため息).
22	患者	：	じゃどうすればいい?
23	医師	：	(苦笑い) 自分で考えてみて.
24		：	この歯全体がとても長く伸びているから.
25		：	どのみち削らなければどうしても付けられない.
26	患者	：	でも痛くなったら-少な目に削ることはできない?
27	医師	：	少な目に削る-これは交渉できることじゃない.
28		：	少な目に削って入れ歯を付けられないと, 使い物にならず捨てるしかない.
29	患者	：	痛いかな, 痛くなかったら, 早く付けたい.
30		：	じゃないと食事も, 難しい.
31	医師	：	お, どのみち私は (削らないとできない), 考えてみて.
32	患者	：	少な目に削ってこの歯を,
33	医師	：	これは私と交渉できることじゃないよ, 留め金はそのように出来ているから.
34	患者	：	この間の朝聞きに来たときは, 削らなくてもって言われた.
35	医師	：	(笑い) 入れ歯をするには削らないことはないよ.
36		：	削って留め金を置くスペースを作らなきゃ, 留め金がないと付かないでしょ.
37	患者	：	通常削ったら痛い?
38	医師	：	通常そんなに多く削らない, ここまで伸びている場合が少ない.
39		：	通常ここまで伸びている人は入れ歯をするつもりがない, じゃないと放置するわけがない.
40	患者	：	思いもよらなかった.
41	医師	：	では考えてみて, どうしても必要な量を削らないと, 入れ歯が入らない.
42	患者	：	通常痛いかな?
43	医師	：	車はこれほど広い幅なのに, こんなに狭い道路を造ることと同じ.



44		:	なんとか車を通せと言われても、どうしても通らない。
45		:	必ず車の幅の広さを造ってはじめて、車が通る。
46		:	こういう理屈。
47	患者	:	通常は多く削らないから痛くない、よね？
48	医師	:	ちょっとやそつとは痛くない、そっちも削ったことがあるじゃない？
49	患者	:	これ、ない。
50	医師	:	絶対削ったことあるよ、削らずに入れ歯することができない、削る分が少なかつただけ。
51		:	削る分が少なかつたから記憶に残ってない。
52		:	ちょっとだけで済んだ。
53		:	(0.2) どうする？
54		:	どう、削ろうか？
55	患者	:	削ろう、痛いかな (笑い)。
56	医師	:	まだ決めきれないなら帰ってもう少し考えて。
57	患者	:	hh これ以上考えたら、ますます伸びる、よね？
58	医師	:	確かにそういうこと。
59	患者	:	落ちてしまう？
60	医師	:	落ちることはないが、絶えずに伸びている。
61	患者	:	じゃ削ろう、もう知らない。
62	医師	:	削る？
63	患者	:	削る。

## インタラクション分析

この会話において医療者の目標は、「入れ歯をするために歯を一定量削らなければいけない」ことを患者に理解してもらい、その上で入れ歯をするか否かという決断を患者から引き出すことである。患者の決断を阻害する最大の要因は、歯を削ることに伴う痛みであるため、歯を削る量を何度も交渉してくる。これに対して医療者はどのように説明を変え続けているかに注目したい。具体的なインタラクションを、5つのセクションに分けて考察する。

### セクション1

01	医師	:	掉了多长时间？ 抜けてどのくらい時間が経った？
			医学的状态に関する閉じた質問。

02	患者	: 四五年, 五六年有了. 四五年, 五六年は経った.	01 に対する情報提供。
03	医師	: 哦. お.	あいづち。
04	患者	: 我就没醒的. (入れ歯を付けようと) 思いつかなかった.	02 の続き。 数年経っても入れ歯をしなかった理由を説明。
05	医師	: 我看它空间够不够. スペースが足りるかを見てみるね.	方向づけ。
06		: 你咬住牙我看看, (舌打ち) 不好做. 見るから嚙んで, (舌打ち) やるのが簡単じゃない.	指示。
07		: 牙咬紧, 哦. しっかり嚙んで, お.	指示。
08		: 这样就需要多磨牙, 上上下下的牙就磨得多. これじゃ歯を多めに削る必要がある, 上も下も多めに削ってしまう.	治療方法に関する情報提供。
09	患者	: 磨的痛不? 削るのは痛い?	08 の治療方法に関する閉じた質問。
10	医師	: 磨多了就痛呀. 削る分が多いと痛い.	09 に対する回答。
11	患者	: [我就这个 ] [私はこの]	08 の治療方法に対する異議。
12	医師	: [咱们原本的牙]你听我说说. [本来の歯は]ちょっと聞いてね.	08 の治療方法を取る必然性に対する説明。
13	患者	: 哎.	

		はい.
		あいづち。

このセクションにおいて、「入れ歯をするには、スペースを作り出すために、歯を削る必要がある」という治療の道筋が既に明確になっている。01 から 04 にわたり、明言されていないが医師が懸念していることは、「抜けた歯を長年放置したため、対応する歯が伸び過ぎて、入れ歯をするスペースが足りない」ことである。04 から 08 にわたり、医師はこの懸念を確認し、歯を削らなければいけない理由を初めて説明した。これを受け、患者は 09 で「削ることに伴う痛みの有無」に関して初めて質問した。この質問に対し、医師は 10 で「削る量が多いと痛い」と答えた。このやり取り以降、医師は「削る必然性」に焦点を当てているが、一方患者は「削ることに伴う痛み」に注意力を奪われている。この齟齬が意見の不一致を生み出した。12 から医師は、「痛み」から「治療方法」に話題を戻し、より詳しく説明することによって、齟齬を解消しようとしている。患者は 13 で、話題を戻すことに同意している。

## セクション2

14	医師	: 原本咱么的牙这么齐齐长着了吧, 本来は歯並びがそろっていたが, 本来の歯並び。
15		: 现在没有这颗牙, 这颗牙就尽着往长伸, 今はこの歯が欠けているから, この歯が伸び続ける, 現在の歯並び。
16		: 你看变成啥了, 变成这上下擦着, 擦这我这个地方要过卡子呢。 ほらもう, 重なっている, 重なっている部分は留め金を通すから。 入れ歯するには留め金を通すことが必要。
17		: 它擦着就占地方我就得往平削它, 往低磨它, 重なってスペースを取ってるから平たく, 低く削らなくちゃ, 留め金を通すために削ることが必要。
18		: 磨得一直要把我放卡子这个地方腾开, 留め金を置くスペースが空くまで削る, 削って十分なスペースを作る。
19		: 所以一定得磨够这个才能镶, 要不然你假牙放不上去。 だから十分の量を削ってはじめて出来る, じゃないと入れ歯が入らない。 削って十分なスペースを作らないとできない。
20	患者	: 痛啊?

		痛いよね？
		14-19の説明に対して、肯定も否定もせず、「痛み」の有無に関して質問する。
21	医師	: 磨多了肯定痛啊（叹气）. 削る分が多いと必然的に痛いよ（ため息）. 20に対する回答。
22	患者	: 那我该咋办？ じゃどうすればいい？ 意思決定に関してアドバイスを求める。
23	医師	: （苦笑）你自己考虑看看。 （苦笑い）自分で考えてみて。 決定権を患者に戻す1回目。
24		: 这个牙整个伸得很长了。 この歯全体がとても長く伸びてるから。 もう一度削る理由を説明。
25		: 反正不磨是无论如何上不去。 どのみち削らなければどうしても付けられない。 もう一度削る必然性を説明。
26	患者	: 那这痛起来-少磨点儿不行？ でも痛くなったら-少な目に削ることはできない？ 削る量の交渉1回目。

このセクションでは、14 から 19 にわたり、医師が自分の発言 08 を詳細に説明している。しかし、これを聞いた患者の発話 20 は、治療方法に対して理解したかどうか、賛同できるかどうか、全く示しておらず、再び話題を「痛み」に変え、「痛みの有無」を確認する質問をした。医師は 21 でこの質問を答え、そして 25 の「无论如何（どうしても）」という表現を使用して削る必要性を強調する。にもかかわらず、患者の 26 の発話は、これらの説明を全く理解していないように「削る量」を交渉する。

### セクション3

27	医師	: 少磨-这个不是商量的事情。 少な目に削る-これは交渉できることじゃない。 交渉の可能性を否定。
28		: 少磨那你假牙戴不上去，到时候用不成只能扔了。 少な目に削って入れ歯を付けられないと、使い物にならず捨てるしかない。

		十分削らない結果を説明。
29	患者	: 不知道痛不，不痛吧，快安上一个。 痛いかな，痛くなかったら，早く付けたい。
		交渉の理由を説明。 つまり、入れ歯をしたいが、痛みを懸念している。
30		: 要不这个难，吃饭整个是。 じゃないと食事も，難しい。
		医学的追加情報。
31	医師	: 噢，反正我，你要不就考虑一下。 お，どのみち私は（削らないとできない），考えてみて。
		決定権を患者に戻す2回目。
32	患者	: 少磨一点把这个牙- 少な目に削ってこの歯を-
		削る量の交渉2回目。
33	医師	: 这个不是跟我商量的事情呀，那个卡子就那么做的。 これは私と交渉できることじゃないよ，留め金はそのように出来てるから。
		交渉の可能性を否定。

このセクションにおいて、医師は 28 でまた説明の仕方を変えた。14-19 の治療方法の詳しい説明や、25 の強調表現とは異なり、28 は「歯を一定量を削らない」場合の好ましくない結果を仮想した。つまり、「少な目に削る—入れ歯を付けられない—全ての作業が無駄になる」という事態を患者に想定してもらいたい。しかし、患者は一向に理解を示さず、32 で削る量を交渉する。

#### セクション4

34	患者	: 那天早上过来问了一下说是，说是不用磨。 この間の朝聞きに来たときは，削らなくてもって言われた。
		以前「削らなくてもいい」という情報を得たことを提示し、 削る必然性を否定しようとしている。
35	医師	: （笑）镶牙哪有不磨的牙。 （笑い）入れ歯をするには削らないことはないよ。
		34 に対する反論。
36		: 我得磨放卡子的地方呀，没卡子你能戴住么。 削って留め金を置くスペースを作らなきゃ，留め金がないと付かないでしょ。
		35 の反論の根拠づけ。

37	患者	： 你们一般磨了痛不？ 通常削ったら痛い？ 削ることに伴う痛みに関する閉じた質問。
38	医師	： 我们一般磨不了那么多，像你伸你这么长的很少见。 通常そんなに多く削らない，ここまで伸びている場合が少ない。 37 に対する回答。
39		： 一般能伸这么长的人都不打算镶牙的，要不能不管。 通常ここまで伸びている人は入れ歯をするつもりがない，じゃないと放置するわけがない。 患者の状況の特殊性を説明。
40	患者	： 醒也醒不得。 思いもよらなかった。 放置した理由を説明。
41	医師	： 那你考虑一下，咋也得磨够我那个数字了，磨不够数那假牙戴不上去。 では考えてみて，どうしても必要な量を削らないと，入れ歯が入らない。 もう一度削る必要性を強調し、決定権を患者に戻す 3 回目。
42	患者	： 一般痛不？ 通常痛いかな？ 37 と完全に同様の質問。 「痛み」ばかりに関心を向け、38・39・41 の説明を聞き流した。

このセクションにおいて医師の説明は、「一般論」からこの患者に特化した説明に変えた。患者は 34 で、以前「削らなくてもいい」という説明を受けたことを根拠に、「多く削らなければいけない」という説明に反論した。しかしこれは恐らく他の医師が、患者の状態を確認せずに誤解を与えるような説明をした。35・36 および 38・39 で医師は、患者の特殊な状態を説明し、「通常は多く削らないが、ここまで伸びている場合はどうしても多く削らなければいけない」ことを理解してもらいたい。しかし患者は 42 で、理解を示さず、再度話題を「痛み」に戻す。後続する次のセクション 5 で、「痛みに関する質問の答え方」に注目したい。先取りになるが、以下の表にまとめる。

患者の質問		医師の回答		回答の性質
09	磨的痛不?	10	磨多了就痛呀.	正面から回答する。
	削るのは痛い?		削る分が多いと痛い.	
20	痛啊?	21	磨多了肯定痛啊 (叹气).	正面から回答する。
	痛いよね?		削る分が多いと必然的に痛いよ (ため息).	
37	你们一般磨了痛不?	38	我们一般磨不了那么多, 像你伸你这么长的很少见.	正面から回答する。
	通常削ったら痛い?		通常そんなに多く削らない, ここまで伸びている場合が少ない.	
42	一般痛不?	43	<u>就跟</u> 我这个车就这么宽, 你给我修这么窄的路,	正面から回答せず、事態をメタファーで捉え直す。
	通常痛いかな?		車はこれほど広い幅なのに, こんなに狭い道路を造ることと同じ,	

表7 回答方法の変化

セクション5

43	医師	<p>: <u>就跟</u>我这个车就这么宽, 你给我修这么窄的路, 車はこれほど広い幅なのに, こんなに狭い道路を造ることと同じ,</p> <p>42の「痛み」に関する質問を答えないことが興味深い。</p> <p>「痛み」があろうか無かろうか、歯を削る量は交渉できないことを、まず理解してもらいたいと思われる。ここまでの文字通りの説明に説得力が足りなかったため、メタファーを導入。</p>
44		<p>: 你非让我过这个车, 我这个车就过不去.</p> <p>なんとか車を通せと言われても, どうしても通らない.</p> <p>メタファーによる言い換え。</p>
45		<p>: 那肯定得修够我这个车的宽度, 我这个车才能过去.</p> <p>必ず車の幅の広さを造ってはじめて, 車が通る.</p> <p>メタファーによる言い換え。</p>
46		<p>: 就这么个道理.</p> <p>こういう理屈.</p>

		<p>「理屈」という表現が興味深い。</p> <p>「スペースを削りだして入れ歯を付ける」ことと、「道路を造って車を通す」ことは、まったく違う状況だけど、理屈は同じなので、メタファーが成立する。</p>
47	患者	<p>: 一般那磨不多那也不痛，噢？</p> <p>通常は多く削らないから痛くない，よね？</p> <p>メタファーを理解し、</p> <p>ようやく自分の状況の特殊性を認識。</p>
48	医師	<p>: 些来许的肯定不痛，你那边不也磨过？</p> <p>ちょっとやそつとは痛くない，そっちも削ったことがあるじゃない？</p> <p>47に対して通常の状況を説明。</p> <p>患者も過去には他の歯を削ったことを思い出させようとする。</p>
49	患者	<p>: 这，没。</p> <p>これ，ない。</p> <p>他の歯を削ったことを否定。</p>
50	医師	<p>: 肯定磨过牙，不磨牙能镶上，他磨得少吧。</p> <p>絶対削ったことあるよ，削らずに入れ歯することができない，削る分が少なかつただけ。</p> <p>49の患者の認識を否定。</p>
51		<p>: 磨得少你肯定没记忆啊。</p> <p>削る分が少なかつたから記憶に残ってない。</p> <p>49の認識が間違っている理由づけ。</p>
52		<p>: 稍微磨一下把这个事就办完了。</p> <p>ちょっとだけで済んだ。</p> <p>52の続き。</p>
53		<p>: (沉默两秒) 你看咋呀？</p> <p>(0.2) どうする？</p> <p>患者に決定権を戻す4回目。</p>
54		<p>: 咋，磨吧？</p> <p>どう，削ろうか？</p> <p>削る意思を確認。</p>
55	患者	<p>: 磨，不知道痛不（笑）</p> <p>削ろう，痛いかな（笑い）</p> <p>決意。</p>
56	医師	<p>: 没拿定主意就回去再想想。</p> <p>まだ決めきれないなら帰ってもう少し考えて。</p>



		考える時間的余裕を与える。
57	患者	: hh 再想我看越来，越来越长了，啊？ hh これ以上考えたら、ますます伸びる、よね？ これ以上時間が過ぎるとますます状況が難しくなると理解。
58	医師	: 它这个就是。 確かにそういうこと。 57 の理解を承認。
59	患者	: 是不是就掉出来了？ 落ちてしまう？ 状況が悪化する最終結果に関する閉じた質問。
60	医師	: 掉倒未必，反正不停的往长长这呢 落ちることはないが、絶えずに伸びている 59 に対する回答。
61	患者	: 那磨吧，管它呢。 じゃ削ろう、もう知らない 決意。
62	医師	: 磨哇？ 削る？ 61 の決意を再度確認。
63	患者	: 磨。 削る。 決意を繰り返す。

43-46 のメタファーは、「十分な幅の道路を造らなければ、車を通すことは不可能」という構造の類似であると同時に、＜進行は移動＞のプライマリー・メタファーが関わっていると思われる。ここで言う「進行」とは、活動・作業などを進めること、物事がはかどることを意味する。例えば「予定どおり式が進行する」「進行管理をする上でのポイント」といった用例がある。「変化」の一種であるため、＜変化は移動＞のプライマリー・メタファーの下位カテゴリーだと考える。プライマリー・メタファーの使用は、状況を捉えるスケールを大きく変える手段である。46 の発話にもあるように、「まったく違う状況だけど、理屈は同じなので」、状況が違うのに理解される。具体的に、どのような食い違いがあり、どのような共通点があるのかを、以下の図で示す。

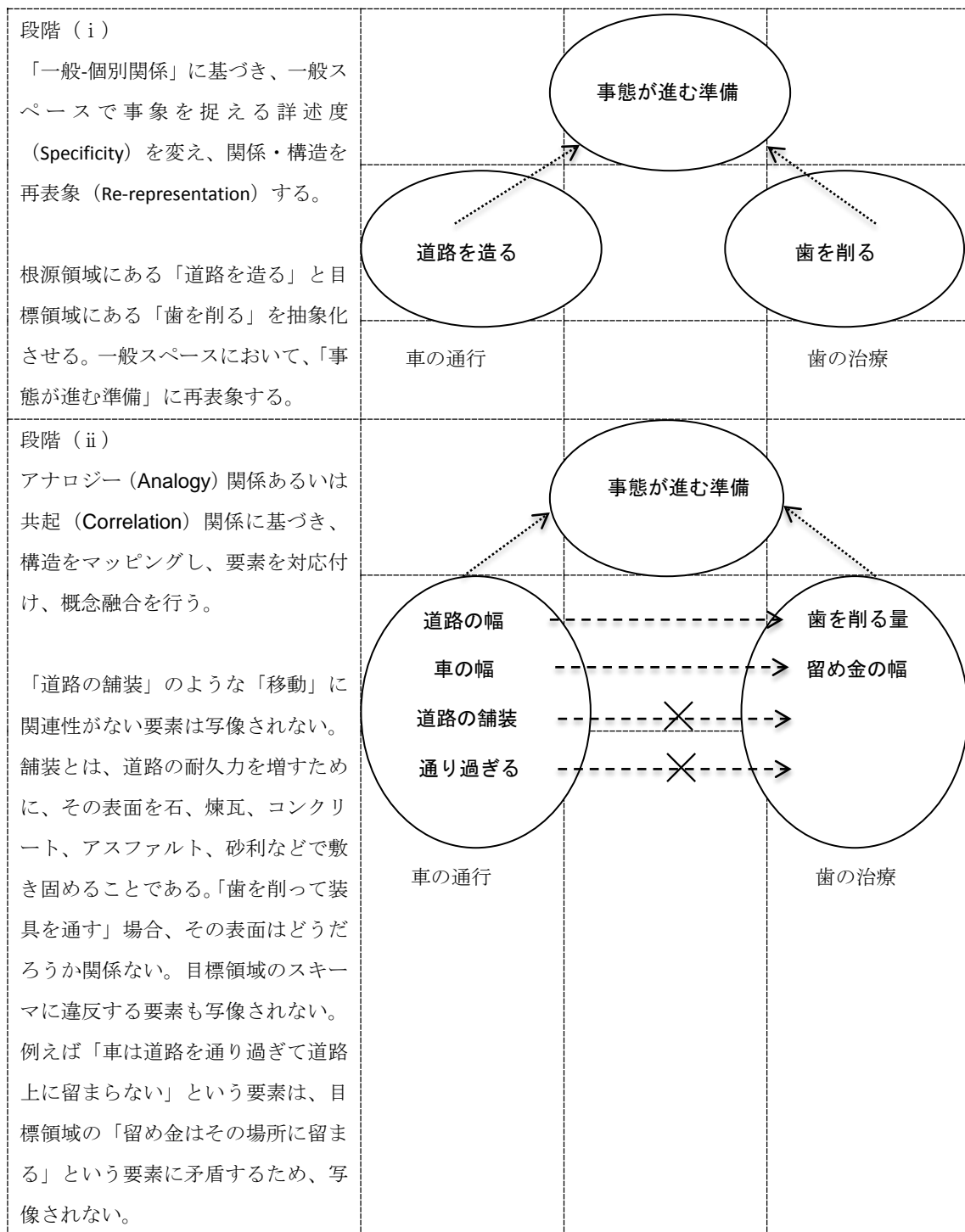


図 38 進行は移動

単に「構造の類似」、つまり「削る幅＝車が通る道路の幅」と捉えない理由は、この状況において、「歯を削る—スペースが出来る—留め金を設置する—入れ歯を付ける」とい作業ステップが想定され、「車を通す」ような移動は含まれていない。「車を通せない」に対応

している目標領域の要素は、「作業を進められない」ことである。「乗り物」を根源領域とするメタファーの多くが、「進行は移動」のプライマリー・メタファーの具現化であることを、以下の例にも裏づけられている。

- (26) a. **歴史の車輪**を前方に向って、即ち之まで転って来た方向に基づいて(必ずしも一直線ではないが)転がすことが進歩だというのである。

(『日本イデオロギー論』 Kindle 版)

- b. 風に逆らって**船を漕ぐ**ことはできるが、風に従って船を漕いだほうが効率がよい。自然に逆らって自分の気だけ張るのは、たとえてみれば北風の中を北に向かって船を漕ぐようなものといえる。

(『運が味方につく人つかない人』 Kindle 版)

「車を通す」メタファーの導入により、「分量を削らないと、作業を進められない」という共通認識に達し、患者は交渉を終了した。

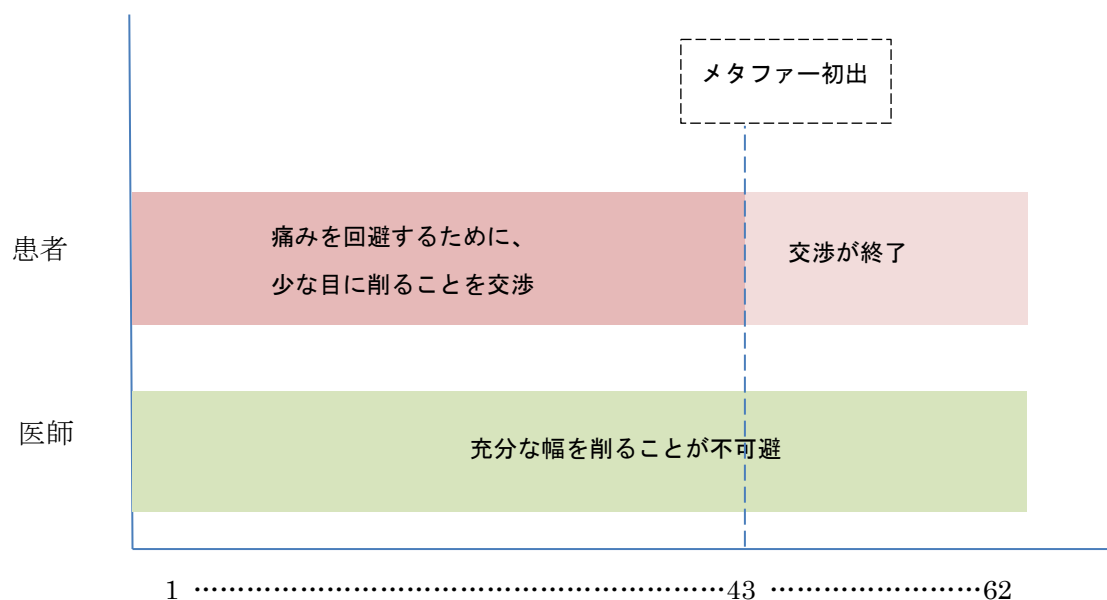


図 39 メタファーの導入と交渉の終了

### 4.2.3 <状態は場所>のメタファー

次の会話は、保険診療の整骨と鍼灸を行う最中の会話である。この患者さんは、一年前から腰痛を患い、時々通院している。我慢強い性格であるため、痛みが深刻になるまで、なかなか受診しに来ない。今回の受診は、腰痛がまたひどくなった後の二回目の受診である。一方、鍼灸師は、強い痛みを感じる前に、予め筋肉をほぐし、悪化を防止すべきだと考えている。31、32、33、35で、やんわりアドバイスしている。

この会話で特に注目したいのは、「まで」と「行く・来る」の使い方である。これまで見てきた五つの会話とは非常に異なり、話し手と聞き手本人にとって、これらの表現はメタファーとして意識されることはまずない。36の「(受診しに) 来るように」という意思決定は、35のメタファーの結果とは言えない。しかし、「冷やすまでは行かなかった」「ここまで来るまで」という場所に関わる表現は、言い換えれば、「痛みが深刻になる」という状態を指示している。「行く・来る」は状態の変動過程を指示している。「行く・来る」は<変化は移動>の事象構造メタファー、「まで」はそこから派生した<状態は場所>の事象構造メタファーだと考えられる。無意識にも関わらず、11以降の潜在的認識に影響を与えていることはあり得る。メタファー自体に対して反応してはいないが、メタファーの使用によって態度・認識が変わることが、患者の「繰り返し」発話から伺える。

#### 【会話 6—鍼灸—まで】

01	鍼灸師	:	どうでした？
02	患者	:	その後ですか？
03	鍼灸師	:	はい.
04	患者	:	その後は、先週よりは、いい.
05	鍼灸師	:	いい.
06	患者	:	悪くなった感じは、なった日は、ない.
07	鍼灸師	:	じんじんは、しなかったですか？
08	患者	:	ちょっとしたんですけども、
09	鍼灸師	:	ちょっと.
10	患者	:	でも湿布しなかったです.
11	鍼灸師	:	あーあ、冷やすまでは:
12	患者	:	冷やす <u>まで</u> はいかなかったです.
13	鍼灸師	:	えー、次の日も大丈夫？
14	患者	:	次の日も大丈夫でした.
15	鍼灸師	:	ちょっとだけは.
16	患者	:	その日の夜はちょっと痛かったです.
17	鍼灸師	:	ちょっと立って、こう.
18	患者	:	はい.

19	患者	: 固いですねやっぱり.
20	鍼灸師	: そうですねやっぱり, 骨盤近くが固いですね.
21		: ここらへんと, あとここが動かないと,
22		: まあ完全に治ったとは, むずかしい, 言えないですね.
23	患者	: 治らないですかね?
24	鍼灸師	: あーでもあれじゃないですか, 今回, 今回っていうか,
25		: 去年腰痛が出るまでは, そんなにどっか痛いとかなかったですね.
26	患者	: なかったです.
27	鍼灸師	: なかったですね.
28	患者	: [ ] ですけど.
29	鍼灸師	: はいはいはい.
30	患者	: [ ] なるくらい.
31	鍼灸師	: あーまあ、その前からずっと、悪かったと思いますけどね.
32		: あんまり、あれじゃないですか, 感じないけどっていうか.
33		: 体が丈夫だったじゃないですか hh
34	患者	: hhh
35	鍼灸師	: <u>ここまでくるまでに</u> , 普通, いらっしゃいますね.
36	患者	: hhhh 来るように.

### インタラクション分析

01	鍼灸師	: どうでした? 医学的状態に関する開かれた質問。
02	患者	: その後ですか? 01 の質問の時間的限定を確認。
03	鍼灸師	: はい. 02 に対する回答。
04	患者	: その後は, 先週よりは, いい. 01 に対する回答。 医学的状態に関する情報提供。
05	鍼灸師	: いい. 繰り返し。
06	患者	: 悪くなった感じは, なった日は, ない. 04 の続き。
07	鍼灸師	: じんじんは, しなかったですか?

		医学的状態に関する閉じた質問。
08	患者	: ちょっとしたんですけども, 07に対する回答。
09	鍼灸師	: ちょっと. 繰り返し。
10	患者	: でも湿布しなかったです。 08で述べた状態の程度を限定。
11	鍼灸師	: あーあ、冷やすまでは: 10の内容を明確化するために言い換え。 「まで」を通して、「状態」を「場所」に具現化する。
12	患者	: 冷やす <u>まで</u> はいかなかったです。 「行く」を通して、11のメタファーを精緻化。
13	鍼灸師	: えー、次の日も大丈夫? 医学的状態に関する閉じた質問。
14	患者	: 次の日も大丈夫でした。 13に対する回答。
15	鍼灸師	: ちょっとだけは。 14の「大丈夫」の具体的程度を確認。 つまり「ちょっとだけは(痛かった)」。
16	患者	: その日の夜はちょっと痛かったです。 15に「その日の夜は」という時間的限定を加える。
17	鍼灸師	: ちょっと立って、こう。 指示・方向付け。
18	患者	: はい。 あいづち。 (数秒の会話中断。姿勢や体の可動域を確認している。)
19	患者	: 固いですねやっぱり。 医学的状態に対する認識の承認を要請。
20	鍼灸師	: そうですねやっぱり、骨盤近くが固いですね。 19の認識を承認。
21		: こころへんと、あとここが動かないと、 現在の状態を説明。
22		: まあ完全に治ったとは、むずかし、言えないですね。 21の説明の続き。
23	患者	: 治らないですかね?

		21・22 で説明された現在の状態に関する閉じた質問。
24	鍼灸師	: あーでもあれじゃないですか、今回、今回っていうか、 23 の質問を直接回答せず、以前の状態を確認。
25		: 去年腰痛が出るまでは、そんなにどっか痛いとかなかったですね。 以前の状態を確認。
26	患者	: なかったです。 25 に対する承認。
27	鍼灸師	: なかったですね。 26 の繰り返し。
28	患者	: [ ] ですけど、 以前の状態を具体的に説明。
29	鍼灸師	: はいはいはい。 あいづち。
30	患者	: [ ] なるくらい。 28 の説明の続き。 以前は痛くなかったが、違和感などを覚えたことがある、と推測できる。
31	鍼灸師	: あーまあ、その前からずっと、悪かったと思いますけどね。 30 の状態を捉え直す。
32		: あんまり、あれじゃないですか、感じないけどっていうか。 患者さんは痛みや違和感などに鈍感なほうだと説明。
33		: 体が丈夫だったじゃないですか hh 24 で答えなかった 23 の質問に対して、 ポジティブな変化の可能性を示す。 つまり、24 の「あれ」の指示内容は、 「今回痛みが出る以前の、体が丈夫だった状態に戻る可能性はある」。
34	患者	: hhh 31・32・33 の指摘に対する同意。
35	鍼灸師	: <u>ここ</u> までくるまでに、普通、いらっしゃいますね。 「ここ」「まで」「くる」の三つで、「状態」を「場所」に喩える。 丈夫だった状態に戻すために、「ここ（深刻な痛みをもたらす不調）」という状態になる前に、来院して治療すべき、というニュアンス。
36	患者	: hhhh 来るように。 35 に対する同意。

メタファーが現れた場所と患者の「繰り返し」発話の関連性に注目したい。この会話において、医療者は05・09・27で患者の発言を繰り返している。これらの医療者の繰り返しは、相手をサポートしていることを示したり、思いやりを示したりする交感的言語使用として機能している。一方、患者が医療者の発言を繰り返したのは、12のみである。そして、36の「来る」も、35の「いらっしゃる」の言い換えだと捉えられる。これらの患者の繰り返しは、医療者の比喩的な認識方式に沿って、事態を捉え直していると考えられる。

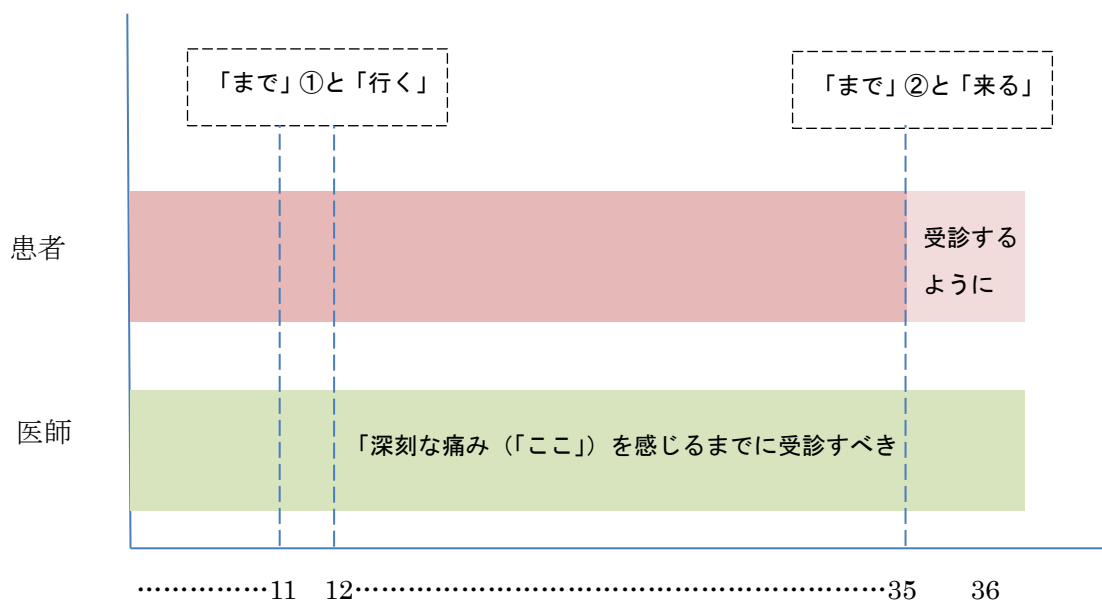


図 40 無意識な「状態は場所」メタファー

(27) 「まで」

- a. 海の向こうまでは いかない
- b. 冷やすまでは いかない
- c. ここまでするまでに、普通、(治療)にいらっしゃいますね

(28a) は空間の中での出来事を指し示す文であり、(28b) (28c) はどちらも状態を指し示す文である。指し示す物事が違っていても、同じような捉え方がされれば、同じ表現が使われることがある。

Reed (1996) が論じているように、言語によるコミュニケーションは、<人>と<人>の間をつなぐ関係ではなく、<人><人><物事>三者を繋ぐ関係である。本節の会話における<状態は場所>と<変化は移動>のメタファーは、「痛みの程度」という事態に対して、患者の見方を調整する働きを果たすと思われる。もしこのメタファーを使用していなければ、ニュアンスがどのように変わるかを考えてみたい。



- (28) a. あーあ、冷やすまでは (いかなかった) (発話 10)  
 b. あーあ、冷やさなくても (済んだ) (作例)
- (29) a. ここまでくるまでに、普通、いらっしやいますね。 (発話 35)  
 b. こうなる前に、普通、いらっしやいますね。 (作例)

「場所」表現を含む発話 10 と発話 35 を、(28b) と (29b) に変更すると、「痛みの程度の変動」に注意力を誘導していくニュアンスが弱くなる。「行く・来る」と「まで」に込められるニュアンスを明確にするために、次のような場面を想定してみよう。例えば、以前貧血で体調が悪かった人に向けて、「その後、どうになりました？入院してしまったんですか？」と質問したら、回答として下記の (30a) と (30b) が可能である。

- (30) a. 数値はかなり低くなったが、入院まではいかなかった。  
 b. 数値はかなり低くなったが、入院にはならなかった。

(30a) の「行く」には、「(ヘモグロビンなどの) 数値が一定値まで下がると入院になる」という意味が含まれている。数値が変動し、一定の程度を下回ると、状態が本質的に変わる。それに対して、(30b) 回答だと、この状態の変化を表せないため、「入院にはならなかった」理由は、必ずしも「数値の変動が入院のラインを下回らなかった」とは限らない。

我々が言葉で何かを伝えるときには、何をどう伝えるかに関して、いやおうなく「選択」がかかる。そして言葉を受け取った人は、まずその選択された側面に注目する。事象構造メタファーが無意識に使用される際は、事態のある側面に注意力を誘導する機能を果たすと考えられる。

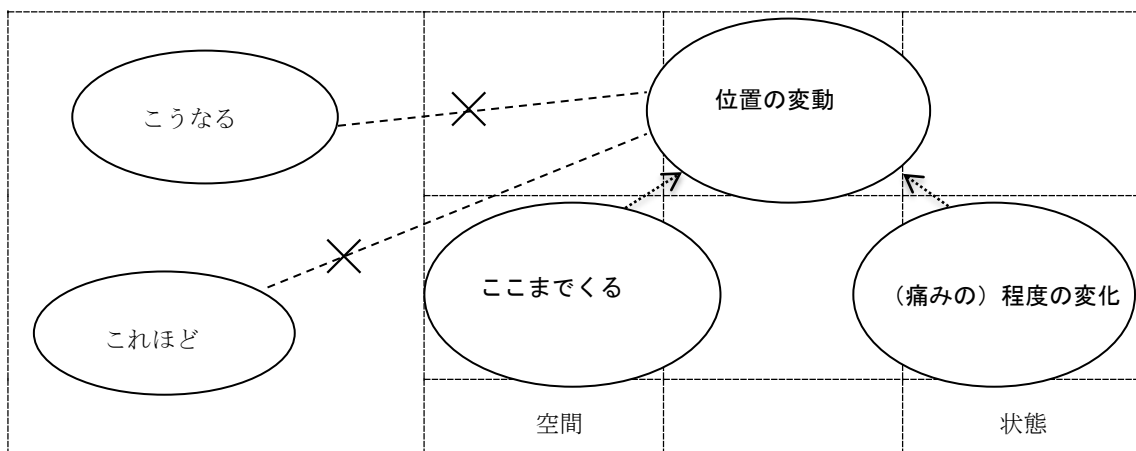


図 41 <状態は場所>メタファーの注意力誘導

### 4.3 評価性に基づく擬人のメタファーとラポール構築

ラポール構築は、分かりやすい言葉や思いやり、そして何より患者と同じ目線であることが重要である。本節では、自己意志を持たないものを生物と見立てるメタファーを考察し、評価性を基盤とするメタファーの存在を論じる。メタファーを通して医療者と患者が評価を共有し、目線を同じところに持っていく現象が見られた。

擬人メタファーの基盤は、①形状の類似性、②構造の類似性、③評価の類似性の三つが挙げられる。評価性基盤は、プラス評価とマイナス評価に分けられる。本節で取り上げる評価性に基づく擬人メタファーとは、通常人間を中心とした有情物に限定される表現が、プラスあるいはマイナスの感情を持っている非情物の描写に転用されることである。4.3.1節では、「周りの歯に悪影響をもたらす一つの歯」について、医療者がマイナス評価を持ち、そのマイナス評価を患者と共有するために、「它」という特別な感情を帯びることが可能な代名詞、そして「一人」という通常人間に限定される数量詞を用いる現象を考察する。4.3.2節では、患者が自分の体や脚など体の一部に「お疲れ」と声をかけ、医療者がその行動のプラス価値を認める。有情物としての「精神」と無情物としての「身体部位」をそれぞれ独立とした存在として捉え、「精神」の立場から、「身体」に対してあたかも「仲間」のように接する現象を考察する。

#### 4.3.1 マイナス評価の擬人メタファー

次の会話は、周りの歯に悪影響を与えているため、抜かなければならない親知らず 8 番に関する説明である。会話における医師は、前出の歯科医師 A である。この会話で特に注目したい点は、医師が親知らず 8 番を指示する際に、始終「它」という代名詞を頻繁に使用している。このマイナス評価を込めることが可能な代名詞を使用することによって、医師は親知らず 8 番を擬人化し、否定的な感情を患者と共有している。

現代中国語における三人称代名詞「它」は、人間以外の動物・植物・事柄を指示対象としており、英語における it に近い存在である。その基本的な用法は特にプラスやマイナスな評価を含まずニュートラルだが、指示対象によっては、話し手の腹立ち・怒り・喜びなど特別な感情的色彩を帯びることがある。西 (2003) が指摘している通り、「それは特に指示対象が具体的な事物である場合が顕著である。“它”という代名詞の使用は、話し手の指示対象に関する知識と密接な関わりを持つ。話し手が指示対象に関する知識を持たない場合には“它”を用いて指し示すことができず、他の形式を用いなくてはならない。つまり、“它”を使用することで、話し手は自分がその対象を知っているということを示すのである。この意味特徴を利用して話し手の否定的な態度を表したり、逆に聞き手に対する敬意等を表すことがあるなど、“它”は語用論的な面でも大きく活躍している」。

本節で取り上げる会話において、「它」のこの語用論的な機能が非常に顕著になっている。日本語にこのニュアンスを込められる代名詞がないため、下記の日本語訳文において、「こいつ」に訳した。非情物は能動的な働きかけをしないため、我々は通常、非情物よりも人間をはじめとする有情物に愛憎を持つ。「悪天候」など、客観的にみれば良し悪しを成しているわけではないが、我々にプラス或はマイナスな影響をもたらすため、あたかもそれが「悪人」「善人」「加害者」などのように描写されることが多い。

**【会話 7—歯科—<1人>の歯と周りの歯】**

01	医師	:	你照着镜子我跟你说一下.
02	患者	:	嗯.
03	医師	:	对, 稍微把这个光让开点, 对-能看得清楚些.
04	患者	:	嗯.
05	医師	:	最后这颗牙, 不像这颗牙是从下往上长得,
06		:	它这个方向, 它这个, 你看, 这个面儿,
07		:	它在这个缝里头长着.
08	患者	:	嗯.
09	医師	:	所以它的方向是后下向前上长,
10		:	它现在已经长得顶到, 它的前头的这颗牙上了.
11	患者	:	嗯, 嗯.
12	医師	:	这个智齿我们叫第8, 它已经挡在第7的这个根这儿了.
13	患者	:	嗯.
14	医師	:	所以你看它的生长方向是向这儿的,
15		:	所以说按着个方向来看得话它就一辈子也长不出来.
16	患者	:	顶在这个面儿上了.
17	医師	:	哎顶在前头这个 <u>身上</u> 已经顶死了.
18	患者	:	嗯.
19	医師	:	就没有长得空间了.
20		:	所以说第一个, 这颗牙需要拔.
21	患者	:	嗯.
22	医師	:	第二个就是说, 它已经顶到前面这个牙身上了,
23		:	顶的结果就是把人家这颗牙顶烂了,
24		:	就它顶住的这个地方.
25	患者	:	顶烂了.
26	医師	:	一个是它的生长方向, 顶住这个地方就慢慢吸收了.
27		:	再一个它顶住, 这两个不在一个平面上,

28		:	这个地方就有个缝，老是塞东西，
29		:	塞得塞得沔烂了，它也往烂沔，
30	患者	:	那要拔是不同时两颗牙都得拔了？
31	医师	:	前头这颗牙用不着拔，就把后头那颗牙拔掉。
32	患者	:	问题是那颗牙拔是不可费事了？
33	医师	:	对，那颗牙拔的难度大。
34		:	后面呢，你知道咱的这个骨头，前面是水平的，
35		:	走在这儿就朝上来了。
36	患者	:	立起了。
37	医师	:	哎-朝上来那么就前头有个壁。
38	患者	:	嗯。
39	医师	:	后头是壁，前头是前头的牙挡着，里外就是在夹缝中。
40	患者	:	嗯。
41	医师	:	所以空间很有限，拔的时候难度比较大。
42	患者	:	咱这儿能拔成不？
43	医师	:	拔是拔成了，但是可费事了。
44		:	在哪儿拔它也费事。
45	患者	:	当时是可疼了？
46	医师	:	疼倒疼不在哪儿，打上麻药拔。
47		:	这个拔之前还得拍片儿了。
48	患者	:	嗯，我说要不先来了。
49	医师	:	拍了片儿看看牙根情况是个什么样。
50		:	就有个初步估计，估计一下这个拔牙难度有多大。
51	患者	:	嗯，我今天来的意思就是说[先
52	医师	:	[先拍个片儿？
53	患者	:	嗯，不疼才能拔了？
54	医师	:	是了，完全不疼。
55	患者	:	今天还是有点。
56	医师	:	等不疼了再拔。
57	患者	:	你说是不是这个牙？
58	医师	:	现在按照你描述的这个，前头的可能性也有。
59		:	不管咋，拍片儿能看得出来。
60		:	因为这个片儿一看，前头这个牙烂与不烂，在片儿上就能看见了。
61	患者	:	就能看见了。
62	医师	:	嗯。

63	患者	:	我有时候还觉得上面疼，我也不知道，到底是.
64	医師	:	那个纵向，纵向疼是一个牙髓炎的症状.
65		:	牙髓炎就很有可能第7颗疼.
66	患者	:	那那个疼-
67	医師	:	拍个片儿，那就是治第7颗么.
68		:	它既然疼起来就得治呀.
69		:	拍片儿就看见了，咱先拍片儿吧.
70	患者	:	这个牙是迟早也得拔，是不？
71	医師	:	反正它就，现在就是那么个，祸患么.
72		:	它永远挡在哪儿.
73	患者	:	我那几年还不咋，就近一二年.
74		:	没有先兆的就疼开了.
75	医師	:	对，它最初长的它俩个距离还远吧.
76	患者	:	嗯.
77	医師	:	就算有症状也是 <u>它一个人</u> 有症状.
78	患者	:	嗯.
79	医師	:	逐渐长得越来越靠近过，越来越顶上.
80		:	那最后出现就会波及 <u>人家</u> 前面的牙.
81		:	那我先给你拍片子吧.
82	患者	:	噢.

## 日本語訳

01	医師	:	鏡を見ながら説明するね.
02	患者	:	うん.
03	医師	:	そう，ちょっと光を遮らないように，そう - よりはっきり見える.
04	患者	:	うん.
05	医師	:	最後のこの歯は，この歯と違って下から上に向かって生えるのではなく，
06		:	こいつのこの方向，こいつはこの，ほら，この面が，
07		:	こいつがこの隙間に生えている.
08	患者	:	うん.
09	医師	:	だからこいつの方向は後下から前上に向かって生えていて，
10		:	こいつは今もう，前のこの歯に突いている.
11	患者	:	うん，うん.

12	医師	:	この親知らずを私達は8番と呼び、こいつはもう7番の根のここに当たっている。
13	患者	:	うん。
14	医師	:	だからほら、こいつの成長方向はこっちに向かっている、
15		:	だからこの方向だとこいつは一生出られない。
16	患者	:	この面に当たっている。
17	医師	:	ええ前のこの歯の <b>体</b> に突っ張って動けなくなっている。
18	患者	:	うん。
19	医師	:	これでは成長するスペースがない。
20		:	なので第一、この歯は抜く必要がある。
21	患者	:	うん。
22	医師	:	第二は、こいつはもう前のこの歯の「身体」に突っ張っているので、
23		:	突いた結果は「人様」この歯がボロボロになった。
24		:	こいつが突いているところは。
25	患者	:	ボロボロになるまで突いた。
26	医師	:	一つはこいつの成長方向、突いているところはだんだん吸収した。
27		:	もう一つはこいつが突いて、二つの歯は同じ平面じゃないから、
28		:	ここに隙間ができて、いつもものが詰まって、
29		:	詰まって詰まって腐り、こいつも腐り、
30	患者	:	じゃ抜くなら同時に二本の歯も抜かなければならないかな？
31	医師	:	前のこの歯は抜かなくていい、後ろのあの歯は抜く。
32	患者	:	問題はあの歯を抜くのは大変？
33	医師	:	そう、あの歯を抜くのは難易度が高い。
34		:	後ろはね、ご存じの通りこの骨は、前は水平で、
35		:	ここに来ると上向きになる。
36	患者	:	立つ。
37	医師	:	そう-上に向かって手前に壁が出来ている。
38	患者	:	うん。
39	医師	:	後ろ側は壁、前側は前の歯が遮っている、どちみち隙間の中で。
40	患者	:	うん。
41	医師	:	なのでスペースが限られていて、抜く時に難易度が高い。
42	患者	:	ここで抜くことはできる？
43	医師	:	抜くことはできるけど、とても大変。
44		:	どこで抜こうかこいつは大変。
45	患者	:	その時はとても痛いかな？

46	医師	:	そんなに痛くはない，麻酔してから抜く．
47		:	抜くまえにレントゲンを撮らなきゃいけない．
48	患者	:	うん，まず来てみようかと思った．
49	医師	:	レントゲンを撮って歯の状況はどうなのかを見る．
50		:	それで初歩的な予想ができる，この抜歯の難易度はどれほどなのか．
51	患者	:	うん，今日来た意図は[まず
52	医師	:	[まずレントゲンを？
53	患者	:	うん，痛くなくなったら抜くことができるよね？
54	医師	:	はい，完全に痛くなくなったら．
55	患者	:	今日はまだ少し．
56	医師	:	痛くなくなってから抜く．
57	患者	:	(痛いのは) この歯だと思う？
58	医師	:	今あなたが言ったことから判断すると，前の可能性もある．
59		:	どっちにせよ，レントゲンを撮れば見て分かる．
60		:	なぜならレントゲンを見れば，上のこの歯はボロボロなのかどうか，レントゲンでは見える．
61	患者	:	見える．
62	医師	:	うん．
63	患者	:	時々上も痛いと感じるけど，いったいどっちなのか，分からない．
64	医師	:	その縦方向，縦方向の痛みは歯髄炎の症状．
65		:	歯髄炎だったら7番が痛い可能性がある．
66	患者	:	そ，その痛み-
67	医師	:	レントゲンを撮って，そうだったら7番を治療する．
68		:	こいつが痛いなら治療しなきゃ．
69		:	レントゲンを撮れば見えるので，まず取ろう．
70	患者	:	この歯も早かれ遅かれ抜くことになる，かな？
71	医師	:	いずれにせよこいつは，今はあれだから，禍根だし．
72		:	こいつは永遠にそこに遮られている．
73	患者	:	数年前までは大丈夫だったのに，この一，二年から．
74		:	予兆もなく痛みだした．
75	医師	:	そう，こいつは成長するからこの二人は最初距離が遠かった．
76	患者	:	うん．
77	医師	:	症状があるとしてもこいつ一人に症状がある．
78	患者	:	うん．
79	医師	:	だんだん近づいてくるように成長して，ますます突くようになった．

80		:	それで最終的に人様，前の歯に影響を及ぼすことになった.
81		:	ではまずレントゲンを撮ろう.
82	患者	:	お.

## インタラクション分析

### セクション1

01	医師	:	你照着镜子我跟你说一下. 鏡を見ながら説明するね. 指示・方向づけ。
02	患者	:	嗯. うん. あいづち。
03	医師	:	对，稍微把这个光让开点，对-能看得清楚些. そう，ちょっと光を遮らないように，そう-よりはっきり見える. 指示・方向づけ。
04	患者	:	嗯. うん. あいづち。
05	医師	:	最后这颗牙，不像这颗牙是从下往上长得， 最後のこの歯は，この歯と違って下から上に向かって生えるのではなく， 医学的状态に関する説明。
06		:	它这个方向，它这个，你看，这个面儿， こいつのこの方向，こいつはこの，ほら，この面が， 它1、它2
07		:	它在这个缝里头长着. こいつがこの隙間に生えている。 它3
08	患者	:	嗯. うん. あいづち。
09	医師	:	所以它的方向是后下向前上长， だからこいつの方向は後下から前上に向かって生えていて， 它4
10		:	它现在已经长得顶到，它的前头的这颗牙上了.



		こいつは今もう、前のこの歯に突いている。
		它 5、它 6
11	患者	: 嗯，嗯 うん、うん。
		あいづち。
12	医師	: 这个智齿我们叫第 8，它已经挡在第 7 的这个根这儿了。 この親知らずを私達は 8 番と呼び、こいつはもう 7 番の根のここに当たっている。
		它 7 「它」の正式名称を紹介、つまり「親知らず第 8」。
13	患者	: 嗯。 うん。
		あいづち。
14	医師	: 所以你看它的生长方向是向这儿的， だからほら、こいつの成長方向はこっちに向かっている、
		它 8 12 で正式名称を紹介したにも関わらず、引き続き「它」と呼ぶ。
15		: 所以说按着个方向来看得话它就一辈子也长不出来。 だからこの方向だとこいつは一生出られない。
		它 9
16	患者	: 顶在这个面儿上了。 この面に当たっている。
		これまでの説明を総括して、理解したことを示す。
17	医師	: 哎顶在前头这个 <b>身上</b> 已经顶死了。 ええ前のこの歯の <b>体</b> に突っ張って動けなくなっている。
		親知らず 7 番を擬人化。 10 で同じ内容を説明したが、ここではもう一度擬人化して、「它」が前の親知らず第 7 の「体」に当たり、マイナス影響を与えていることを説明。
18	患者	: 嗯。 うん。
		あいづち。
19	医師	: 就没有长得空间了。 これでは成長するスペースがない。
		続き。
20		: 所以说第一个，这颗牙需要拔。

		<p>なので第一、この歯は抜く必要がある。</p> <p>「它」(親知らず8番)の治療方法を提示。</p> <p>親知らず8番は出られず、全体に悪影響を与えており、抜くしかないという態度を、医師が最初から持っている。そのため06から「它」と呼び、マイナス評価を伝えようとしている。</p>
21	患者	<p>: 嗯.</p> <p>うん.</p> <p>あいづち</p>
22	医師	<p>: 第二个就是说, 它已经顶到前面这个牙身上了,</p> <p>第二は, こいつはもう前のこの歯の「身体」に突っ張っているので,</p> <p>它 10</p> <p>親知らず7番と親知らず8番の位置関係を擬人化。</p>
23		<p>: 顶的结果就是把人家这颗牙顶烂了.</p> <p>突いた結果は「人様」この歯がボロボロになった.</p> <p>「人家」で親知らず7番を擬人化。</p>
24		<p>: 就它顶住的这个地方.</p> <p>こいつが突いているところは.</p> <p>它 11</p>
25	患者	<p>: 顶烂了.</p> <p>ボロボロになるまで突いた.</p> <p>繰り返し。理解のしるし。</p>

中国語における「人家」という語彙の歴史的変遷は、最初は「人」と「家」を合わせた名詞であり、文字通りに「人が住む家(ところ)」である。その後、メトニミーに基づく意味拡張が起こり、「家(ところ)に住んでいる人、家庭」を指すようになった。さらに意味が文法化し、人称代名詞にもなり、日本語の「人様」より複雑な用法を担うようになってきた。

人称代名詞としての「人家」の意味は、文脈依存性が強い。また、中国語の代表的な人称代名詞「我(wo)」「你(ni)」「他/她(ta)」に比べ、話し手の感情を表すことができることが特徴である。先行研究を参考し、人称代名詞としての「人家」の意味を以下のようにまとめる。(31)から(34)の用例は、任(2016)から引用したものである。

- A. 話し手及び聞き手以外の人を広くかつ一般的に指す。「他人」に相当する。中国語学ではこの意味を、「旁称」と呼ぶ。

(31) 人家都不怕，就你怕。

他の人は誰も怖がらないのに、お前だけは怖がっている。

- B. 話し手及び聞き手以外の具体的な第三者を指す。その第三者は既に言及された人物である。「彼・彼女・彼ら」に相当し、単数も複数も可能である。話し手のなんらかの気持ちを表す。中国語学では、この用法を「他称」と呼ぶ。

(32) 我问过好几个大夫，人家都说这个病不要紧。

私は何人もの医者に聞いたが、彼らはみんなこの病気は大したことないと言った。

(33) 小高正在写工作小结呢，人家哪儿有时间陪你出去。

高さんはいま中間総括を書いているところだ、彼は君のおともをする暇なんてあるものか。

- C. 話し手自身のことを指す。ほぼ「私」に相当するが、甘えや不満などの気持ちが含まれる。中国語学では、この用法を「自称」と呼ぶ。

(34) 你让我给你借小说，人家借来了，你又不看。

君が小説を借りて来てくれって言うんで、人が借りて来てやったのに、君ったら読みもしない。

この会話では、「人家」で親知らず7番を指示しているため、Bの他称用法である。任(2016)は三つの中国語当代小説をデータに、「人家」の使用現状を考察した。分析した結果、三つの小説とも、他称用法の出現頻度が70%超えである。その原因は他称用法の特徴と関係があると考えられる。「人家」で特定の第三者を指示する文脈では、「彼／彼女／彼ら」に置き換えても、文法的に成立し、問題なく同じ対象を指すことができる。しかし、話し手が表現したい気持ちは抜け落ちてしまう。換言すると、「人家」で特定の第三者を指し示す際、必ず何らかの感情・評価的要因が伴っている。

「人家」に含まれる話し手の態度に関して、楊(1991: 40)は次のように説明している。「人称代名詞という枠組みの中で、第三人称の《他》と第一人称の《我》そして第二人称の《你》はそれぞれ役割分担があり、三者がいわば等距離に据え、対等に扱いそのどちらにも偏らない「立場」をとることが要求されるわけである。...ここでいう「立場」は、発話者が誰(聞き手かそれとも指示対象か)の立場にたって発話者自身の態度を表明するかという「モダリティ」の性格をもっている。この意味で《他》は「中立的立場」の人称代名詞といえる。従って、指示対象に対するプラス評価もマイナス評価も許容されるわけである。それに対して、《人家》は指示対象寄りの立場をとることが要求され、中立的立場

をとることができない人称代名詞である」。このように、親知らず 7 番を「人家」と呼ぶことには、医師の「親知らず 7 番に加担し味方をする」感情・態度が含まれている。親知らず 8 番を「加害者」、親知らず 7 番を「被害者」に喩え、悪影響を受けている親知らず 7 番に「同情」を表している。

## セクション 2

26	医師	<p>: 一个是它的生长方向，顶住这个地方就慢慢吸收了。 一つはこいつの成長方向，突いているところはだんだん吸収した。</p> <p>它 12 「ボロボロ」になる原因①</p>
27		<p>: 再一个它顶住，这两个不在一个平面上， もう一つはこいつが突いて、二つの歯は同じ平面じゃないから、</p> <p>它 13 「ボロボロ」になる原因②</p>
28		<p>: 这个地方就有个缝，老是塞东西 ここに隙間ができて、いつもものが詰まって</p> <p>「ボロボロ」になる原因②</p>
29		<p>: 塞得塞得沷烂了，它也往烂沷， 詰まって詰まって腐り，こいつも腐り，</p> <p>它 14 「ボロボロ」になる原因②</p>
30	患者	<p>: 那要拔是不同时两颗牙都得拔了？ じゃ抜くなら同時に二本の歯も抜かなければならないかな？</p> <p>これまでの説明をうけ、治療方法に関する質問。 患者はこの二つの代名詞を使用していない。</p>
31	医師	<p>: 前头这颗牙用不着拔，就把后头那颗牙拔掉。 前のこの歯は抜かなくていい，後ろのあの歯は抜く。</p> <p>30 に対して治療方法を提供。 前头这颗牙＝親知らず 7 番＝人家 后头那颗牙＝親知らず 8 番＝它</p>
32	患者	<p>: 问题是那颗牙拔是不可费事了？ 問題はあの歯を抜くのは大変？</p> <p>治療方法の難易度に関する閉じた質問。 那颗牙＝親知らず 8 番</p>
33	医師	<p>: 对，那颗牙拔的难度大。 そう，あの歯を抜くのは難易度が高い。</p>

		32 に対する情報提供。 患者と同じ指示語を使用。
34		: 后面呢, 你知道咱的这个骨头, 前面是水平的, 後ろはね, ご存じの通りこの骨は, 前は水平で, 33 の「難しい」の原因の説明。
35		: 走在这儿就朝上来了。 ここに来ると上向きになる。 34 の説明の続き。
36	患者	: 立起了。 立つ。 34・35 の説明を総括して、理解したことを示す。
37	医師	: 哎-朝上来那么就前头有个壁。 そう-上に向かって手前に壁が出来ている。 36 の理解に対する同意。
38	患者	: 嗯。 うん。 あいづち。
39	医師	: 后头是壁, 前头是前头的牙挡着, 里外就是在夹缝中。 後ろ側は壁、前側は前の歯が遮っている、どちみち隙間の中に。 35 の説明の続き。
40	患者	: 嗯。 うん。 あいづち。
41	医師	: 所以空间很有限, 拔的时候难度比较大。 なのでスペースが限られていて、抜く時に難易度が高い。 34・35・37・39 の説明をまとめる。
42	患者	: 咱这儿能拔成不? ここで抜くことはできる? 治療を受けられる場所に関する閉じた説明。
43	医師	: 拔是拔成了, 但是可费事了。 抜くことはできるけど、とても大変。 42 に対する回答。
44		: 在哪儿拔它也费事。 どこで抜こうかこいつは大変。 場所に関わらず難易度が高い。

		它 15
--	--	------

この会話で特に注目したいのは、「嗯。(うん.)」というあいづちである。医師は06から、「它」という擬人的な代名詞などの使用により、親知らず7番と親知らず8番に対する評価・感情を伝えた。会話の最初の段階から、患者の視点を自分と同じ立ち位置に持つことは、二つの意義がある。一つ目は、歯の痛みを耐えている患者に、親知らず8番という「加害者」を与え、それに対処する方法つまり抜くことを提示した。これにより、患者の痛みに対するマイナス感情は、具現化した標的を持つようになった。二つ目は、医師は、解決しなければならない問題を引き起こしている親知らず8番に対して、必然的にマイナス評価を持っている。このマイナス評価を患者と共有し、「抜く」という治療方法を受け入れてもらった。感情・評価の共有が早期に成立していることは、「嗯。(うん.)」の使用に現れている。会話3と会話5と比較すると、患者が発する「嗯。(うん.)」の理解・納得を表す機能が明確になる。最初から齟齬が存在していた会話5には、患者は一回も「嗯。(うん.)」を発していない。それに対し、本節の08・11・13・18・21・36・38・40の患者の発話は、全て「嗯。(うん.)」のみになっている。特に11の二回繰り返された「嗯, 嗯。(うん, うん.)」は、強調された理解・賛同だと考えられる。このメタファーに対するあいづちの打ち方は、以下で再掲する会話3の一部に似ている。

### 会話3再掲

07	医師	:	这个牙补完这个材料，现在还没有完全凝固， この歯の詰め物は、まだ完全に固まってない、 05の助言の続き。
08	患者	:	嗯。 うん。 あいづち。
09	医師	:	<u>就跟</u> 你们工程上的水泥一样， それは工事現場のコンクリートと一緒、 メタファーの導入。 「詰め物はすぐに固まらない」と「コンクリートはすぐに固まらない」という類似性に焦点を当てたい。
10	患者	:	嗯。 うん。 あいづち。 メタファーを問題なく理解していることのしるし。
11	医師	:	凝固有个时间了，到明天午饭才能使用了， 固まるには時間が必要，明日の昼ご飯まで使わないで， 「固まるには時間が必要」という類似性を説明。

12		:	这个午饭前 24 小时以内它还不太硬，所以 昼ご飯までの 24 時間以内はまだ硬くない，だから 「一定時間内は硬くない」という類似性を説明。
13	患者	:	嗯。 うん。 あいづち。 医師の発話と一部重なっており、理解のしるし。

あいづちは、談話分析の分野で盛んに取り上げられたテーマである。品詞を特定せず、誰によって使用され、談話のどのような位置に現れ、どのような働きをするかに基づいて、その機能を分析するものが多い。堀口（1997）によると、以下のような特徴を持つとされる。

- ①あいづちが出現する位置は、話し手の発話権の中である
- ②あいづちを行使するのは、聞き手である
- ③あいづちの機能は、聞いているということを伝える、分かったということを伝える、話の進行を助けるなどである。
- ④あいづちを表す言語形式は短い。

「嗯。（うん.）」はこれらの特徴を持つ典型的なあいづち表現である。その機能は、大きく以下の三つに分けられると本稿は主張する。A. 聞いている信号。B. 理解している信号。C. 同意の信号。会話 3 と本節の会話 7 における「嗯。（うん.）」は、この三つの機能を同時に果たしていると思われる。

### セクション 3

45	患者	:	当时是可疼了？ その時はとても痛いかな？ 治療に伴う苦痛に関する閉じた質問。
46	医師	:	疼倒疼不在哪儿，打上麻药拔。 そんなに痛くはない，麻醉してから抜く。 45 の質問に対する回答。
47		:	这个拔之前还得拍片儿了。 抜くまえにレントゲンを撮らなきゃいけない。 治療方法に関する追加情報。レントゲンを撮る必要がある。
48	患者	:	嗯，我说要不先来了。

		うん、まず来てみようかと思った。
		47に対する理解。
49	医師	: 拍了片儿看看牙根情况是个什么样。 レントゲンを撮って歯の状況はどうなのかを見る。
		レントゲンを取る必要性。
50		: 就有个初步估计，估计一下这个拔牙难度有多大。 それで初步的な予想ができる，この抜歯の難易度はどれほどなのか。
		レントゲンを取ることと抜歯の難易度の関連性。
51	患者	: 嗯，我今天来的意思就是说[先 うん，今日来た意図は[まず
		受診の意図を説明。
52	医師	: [先拍个片儿？ [まずレントゲンを？
		発話の重なり。51の意図を理解。
53	患者	: 嗯，不疼才能拔了？ うん，痛くなくなったら抜くことができるよね？
		治療のタイミングに関する閉じた質問。
54	医師	: 是了，完全不疼。 はい，完全に痛くなくなったら。
		53に対する回答。
55	患者	: 今天还是有点。 今日はまだ少し。
		医学的状況の提供。
56	医師	: 等不疼了再拔。 痛くなくなってから抜く。
		治療のタイミングに関する助言。
57	患者	: 你说是不是这个牙？ (痛いのは) この歯だと思う？
		診断結果に関する閉じた質問。
58	医師	: 现在按照你描述的这个，前头的可能性也有。 今あなたが言ったことから判断すると，前の可能性もある。
		57に対する回答。
59		: 不管咋，拍片儿能看得出来。 どっちにせよ，レントゲンを撮れば見て分かる。
		診断方法に関する助言。



60		<p>: 因为这个片儿一看，前头这个牙烂与不烂，在片儿上就能看见了。 なぜならレントゲンを見れば，上のこの歯はボロボロなのかどうか，レントゲンでは見える。</p> <p>診断方法に関する助言。</p>
61	患者	<p>: 就能看见了。 見える。</p> <p>繰り返し。理解のしるし。</p>
62	医師	<p>: 嗯。 うん。</p> <p>あいづち。</p>
63	患者	<p>: 我有时候还觉得上面疼，我也不知道，到底是。 時々上も痛いと感じるけど，いったいどっちなのか、分からない。</p> <p>診断のために追加情報を提供。</p>
64	医師	<p>: 那个纵向，纵向疼是一个牙髓炎的症狀。 その縦方向，縦方向の痛みは歯髓炎の症狀。</p> <p>63の追加情報に基づいて診断を修正。</p>
65		<p>: 牙髓炎就很有可能第7顆疼。 歯髓炎だったら7番が痛い可能性がある。</p> <p>63の追加情報に基づいて診断を修正。</p>
66	患者	<p>: 那那个疼— そ，その痛み—</p> <p>64・65の診断に対する質問。 質問の内容は「7番が痛いならどのような処置をする」と推測できる。</p>
67	医師	<p>: 拍个片儿，那就是治第7顆么。 レントゲンを撮って，そうだったら7番を治療する。</p> <p>66の質問内容を先取り、7番の治療方法を提案する。</p>
68		<p>: 它既然疼起来就得治呀。 こいつが痛いなら治療しなきゃ。</p> <p>它16。ただし指示対象は親知らず8番ではなく、親知らず7番である。 63までの診断の見立ては、今の痛みをもたらしている「悪者」は親知らず8番である。しかし63から67までの間、診断の見立てが変わり、今の痛みの直接的な原因は親知らず7番かもしれないと推測しているため、初めて「它」で親知らず7番を指し示し、マイナス評価を表す。</p>
69		<p>: 拍片儿就看见了，咱先拍片儿吧。 レントゲンを撮れば見えるので，まず取ろう。</p>

		指示・方向づけ。
70	患者	: 这个牙是迟早也得拔，是不？ この歯も早かろう遅かろう抜くことになる，かな？ 8番を抜く必要性に関する閉じた質問。
71	医師	: 反正它就，现在就是那么个，祸患么。 いずれにせよこいつは，今はあれだから，禍根だし。 70の質問に対する回答。 它17。指示対象は再び親知らず8番に戻る。 「禍根」である親知らず8番に対するマイナス評価。
72		: 它永远挡在哪儿。 こいつは永遠にそこに遮られている。 它18。
73	患者	: 我那几年还不咋，就近一二年。 数年前までは大丈夫だったのに，この一、二年から。 痛みの時期に関する追加情報を提供。
74		: 没有先兆的就疼开了。 予兆もなく痛みだした。 痛みの時期に関する追加情報を提供。
75	医師	: 对，它最初长的它俩个距离还远吧 そう，こいつは成長するからこの二人は最初距離が遠かった。 它19 73・74の追加情報に対する説明。
76	患者	: 嗯。 うん。 あいづち。
77	医師	: 就算有症状也是它一个人有症状。 症状があるとしてもこいつ一人に症状がある。 它20。 さらに「一人」という数量詞を使用し、擬人を明確化。
78	患者	: 嗯。 うん。 あいづち。
79	医師	: 逐渐长得越来越靠近过，越来越顶上。 だんだん近づいてくるように成長して，ますます突くようになった。 75・77の説明の続き。

80		：	那最后出现就会波及人家前面的牙。 それで最終的に人様，前の歯に影響を及ぼすことになった。 人家2。「被害者」としての親知らず7番。
81		：	那我先给你拍片子吧 ではまずレントゲンを撮ろう。 指示・方向づけ。
82	患者	：	噢。 お。 同意。

抜歯に対して、患者は懸念を示すも、最終的に抜歯の必然性に納得している。このような会話は、単なる情報授受ではなく、会話自体に治療的な意義が付与される。患者が身を持って理解することが、治療の効果と治療に対する満足度を左右することは、先行研究で報告されている。たとえば、Kaplan et al. (1989) によると、服薬の理由、効果、副作用などの情報に関して、医師の説明や患者の質問を促すことで、高血圧や糖尿病などの治療効果が高まっている。この会話においても、もし医師が親知らず8番を「悪者」扱いするような説明を行っていなければ、抜歯という処置に対して、患者が不満を持つ可能性が高まる。

#### 4.3.2 プラス評価の擬人メタファー

次の会話は、30分間の整体治療の中盤における会話である。30分間に、会話のテーマは数回変わった。この「体に声をかける」会話の前は、「定年退職後趣味を持たないと心がぼかんと空く」や「認知症」といった治療と関係ない雑談であった。この会話の冒頭から、右足のマッサージが始まったため、患者は「右脚がすごくなんか、最近お疲れなんですか?」と言い出し、身体および脚などその一部を仲間と見なし、労わるように声をかけることが、会話全体のテーマになっている。この会話における整体師は、会話6の鍼灸師と別人物である柔道整復師である。

##### 【会話8—整体—体に声をかける】

01	患者	：	右脚がすごくなんか、最近お疲れなんですか?
02	整体師	：	なんかかなり固まってますね。
03	患者	：	お疲れ様 (笑)
04	整体師	：	hhh お疲れ様 hhh
05	患者	：	脚を，立ち上がって，

06	整体師	:	はい.
07	患者	:	一歩出すのが大変だから,
08	整体師	:	はい.
09	患者	:	いいこと考えたの. 右脚を後ろに蹴るの, ぼんーと.
10	整体師	:	はい.
11	患者	:	それで一歩出すと痛くないです. なんてだろうと思ったんだけど.
12	整体師	:	はい, はい.
13	患者	:	分かる? 後ろにこう.
14	整体師	:	反動つけるっていうことですか?
15	患者	:	そうそう. そうすると前に出すときに,
16	整体師	:	はい.
17	患者	:	とても, 痛くないです. hh それ歩きながらやってるときは,
18	整体師	:	はははは
19	患者	:	ちょっとね, 傍から見たらおかしいよね.
20	整体師	:	まあ.
21	患者	:	それ本当に楽なのよ, 思い切り蹴るの, ぼんーと.
22		:	それで一歩出すと, しばらく歩けるんです.
23		:	ただ朝起きた時は辛いよね, やっぱね.
24	整体師	:	まあ, 朝は寒くなってきましたしね.
25	患者	:	そうそう. だから, <u>はい, 今日お疲れって, 自分に声かけるの.</u>
26	整体師	:	はい, <u>今日も一日頑張って, つって.</u>
27	患者	:	そう, <u>はい気を付けて</u> って言わないと.
28	整体師	:	はい.
29	患者	:	だって, あの, 黙ってるとき,
30	整体師	:	あーまあでもやっぱりその, 声出すってすごい大事なことで,
31		:	やっぱり, なんか, ぎっくり腰なんかもあるんじゃないですか.
32	患者	:	うん.
33	整体師	:	あれも, 声出しながらやると, 痛みづらくなるんですよ.
34	患者	:	へえー
35	整体師	:	まあ, やる人はいます.
36	患者	:	でもさあ, あのう, あれは, 例えば, 外にでないでいると,
37	整体師	:	はい.
38	患者	:	人と話すことがないじゃない.
39	整体師	:	はいはいはい.
40	患者	:	一人で, 家にいるとね, そうすると, 声も出さないとよくない, と, 思うわ

		け.
41	整体師	: はいはい.
42	患者	: そういうこと知ってるから,
43	整体師	: はい.
44	患者	: って、何すると思う？
45	整体師	: テレビに話しかけるんですか？hh
46	患者	: まさかhh
47	整体師	: hhh
48	患者	: もうそうなっちゃうと,
49	整体師	: ハハハハハハ
50	患者	: ちょっとテレビに話しかけるのは、少しおかしい。そうじゃなくて,
51	整体師	: はい.
52	患者	: 音読するの.
53	整体師	: あー（なるほどという感じの、上向きの音調）

### インタラクション分析

01	患者	: 右脚がすごくなんか、最近 <u>お疲れ</u> なんですか？ 自分の「右脚」に対して、「お疲れ」という敬語を使用し、擬人化する。 「頑張ってくれた体の一部」を労うというプラス評価性。
02	整体師	: なんかかなり固まっていますね。 「固まっています」と言い換える。 01で患者が発した「お疲れ」を理解している。
03	患者	: <u>お疲れ様</u> （笑） 自分の右脚を労う 「笑い」は、自分の発言の「面白さ」に対する自覚。
04	整体師	: hhh <u>お疲れ様</u> hhh 繰り返すと笑い。 03の「面白さ」に対する同意。
05	患者	: 脚を、立ち上がって、 医学的状況に関する情報提供。 05-23の説明は、患者が独自に実践している「痛くない歩き方」。 整体師は簡潔にあいづちし、ひたすら傾聴している。
06	整体師	: はい。 あいづち。
07	患者	: 一歩出すのが大変だから、

		05の続き。
08	整体師	: はい。 あいづち。
09	患者	: いいこと考えたの。右脚を後ろに蹴るの、ぼんーと。 07の続き。
10	整体師	: はい。 あいづち。
11	患者	: それで一步出すと痛くないです。なんでだろうと思ったんだけど。 09の続き。
12	整体師	: はい、はい。 あいづち。
13	患者	: 分かる？後ろにこう。 05・07・09・11に対する理解の確認。
14	整体師	: 反動つけるってということですか？ 05・07・09・11の内容をまとめて言い換える。
15	患者	: そうそう。そうすると前に出すときに、 説明の続き。
16	整体師	: はい。 あいづち。
17	患者	: とても、痛くないです。hh それ歩きながらやってるときは、 17の続き。
18	整体師	: はははは 17の言い切れてない部分は「(それ歩きながらやってるときは) おかしい」と理解して、笑いを発した。
19	患者	: ちょっとね、傍から見たらおかしいよね。 17の続き。
20	整体師	: まあ あいづち。
21	患者	: それ本当に楽なのよ、思い切り蹴るの、ぼんーと。 19の続き。
22		: それで一步出すと、しばらく歩けるんです。 脚に痛みや不自由がない人は、通常なにも意識せずに歩く。 歩くのが楽ではないため、「思い切り蹴る」などしてコントロールが必要。 したがって、「自分の意思」と「身体およびその一部」を別々に考える傾向がある。
23		: ただ朝起きた時は辛いよね、やっぱね。

		「痛み」の時間帯による変動を説明。
24	整体師	: まあ、朝は寒くなってきましたね。 23に「痛み」の季節的要因を付け加える。
25	患者	: そうそう。だから、 <u>はい、今日お疲れって、自分に声かけるの。</u> 「お疲れ」によって身体の擬人化に戻す。 「だから」によって、05-24とその直前の01-04を関連づける。 つまり、「痛みを持つ」「歩くのが大変」「季節の影響を受ける」のは「身体」。 それを自覚して労うのは「意識」。
26	整体師	: はい、 <u>今日も一日頑張って</u> 、つって。 メタファーの精緻化。「お疲れ」だけでなく、「頑張って」も可能。 自分に言い聞かせるなら通常「頑張る」。体を擬人化しているからこそ、「頑張って」と励ますことが可能。
27	患者	: そう、 <u>はい気を付けて</u> って言わないと。 賛同。 「気を付けて」によって、メタファーを更に精緻化。
28	整体師	: はい。 あいづち。
29	患者	: だって、あの、黙ってるとき、 身体に声をかけるメリットを説明しようとしている。 つまり、「黙っていると（いろいろデメリットがある）」。
30	整体師	: あーまあでもやっぱりその、声出すってすごい大事なことで、 「声出すってすごく大事」により、「声掛け」が身体にもたらすメリットを認める。
31		: やっぱり、なんか、ぎっくり腰なんかもあるんじゃないですか。 30を裏づける事例。
32	患者	: うん。 あいづち。
33	整体師	: あれも、声出しながらやると、痛みづらくなるんですよ。 31の事例の続き。 事例の場面は、擬人化とやや異なる。 声出しをするとバランスがとりやすく、ぎっくり腰になりづらい。
34	患者	: へえー 意外。初めて知る情報。
35	整体師	: まあ、やる人はいます。 「声出し」の正当化。 17・19の「おかしい」を和らげる。

36	患者	: でもさあ、あのう、あれは、例えば、外にでないでいると、 「でもさあ」と「あれは」は、医師が挙げた場面と自分が29で説明しようとした場面がやや異なるというしるし。「例えば」によって、自分が説明したい場面に戻す。
37	整体師	: はい。 あいづち
38	患者	: 人と話すことがないじゃない。 場面設定。つまり「外に出ないでいて、人と話すことがない」。
39	整体師	: はいはいはい。 あいづち。
40	患者	: 一人で、家にいるとね、そうすると、声も出さないとよくない、と、思うわけ。 「声出し」の理由を説明する。「痛みを緩和する」ためだけでなく、「一人でいる」状態に、何らかの働きかけをしている。この会話が開始する前の話題は、「認知症」であったことを考えると、発想の繋がりがあり、「声出し」や「体に声をかけること」は、脳の活性化の手段だと思われる。
41	整体師	: はいはい。 あいづち。
42	患者	: そういうこと知ってるから、 「そういうこと」はつまり、「ずっと一人でいて声も出さないとよくない」。
43	整体師	: はい。 あいづち。
44	患者	: って、何すると思う？ 設問。
45	整体師	: テレビに話しかけるんですか？hh 44に対する回答。 笑いは冗談のしるし。
46	患者	: まさか hh 冗談。
47	整体師	: hhh 冗談。
48	患者	: もうそうなっちゃうと、 冗談。 「そうなっちゃうと」はつまり、「テレビ」を擬人化することができないため、おかしい行動だと捉えている。
49	整体師	: ハハハハハハ



			冗談。
50	患者	:	ちょっとテレビに話しかけるのは、少しおかしい。そうじゃなくて、 冗談。
51	整体師	:	はい。 あいづち。
52	患者	:	音読するの。 44の正解。
53	整体師	:	あー（なるほどという感じの、上向きの音調） 理解。

この会話の興味深い点は、「身体に声をかける」ことに対して、患者と整体師とも違和感を持たずに、むしろそのメリットを承認している。一方、「テレビに話しかける」行動はおかしいと捉えている。「話しかける」対象、言い換えると「擬人化」する対象に、容認度の差がある。その理由は、何らかの「評価性」「感情」を持てるかどうかである。

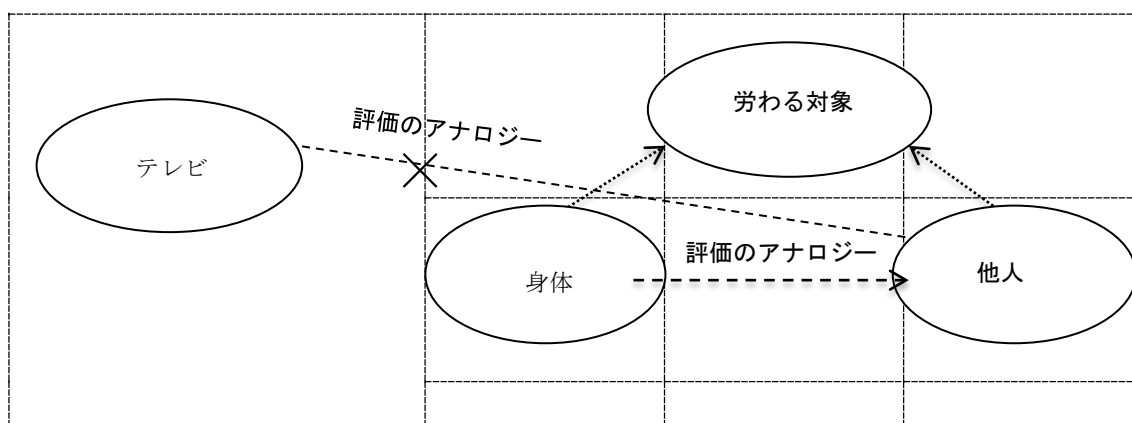


図 42 評価性の類似に基づくメタファー

#### 4.4 会話から見えてきたメタファーの特徴

##### 4.4.1 医療におけるメタファーの特徴

本章で取り上げた会話におけるメタファーに、二つの特徴が見られる。一つ目は、説明・説得の場面にメタファーが使用されることが多い。二つ目は、患者より医師がメタファーを使用することが多い。その原因は、医療者と患者の間の知識の非対称性だと考えられる。

診療場面において、医療者と患者の間に、知識の差による非対称性が顕著である。医療者は専門的な情報を提供することより医師の役割を果たす。一方患者も、自分の症状を説明し、治療方法に対する不安などを表明し、医師の提案に折り合いを付けながら、自らの抱える問題を解決することにより患者の役割を果たす。医療者も患者も適切に説明する義務がある。

しかし、患者が説明する内容つまり症状や不安などは、ひとりひとり異なりながらも、医師は大量のエビデンスに基づいた知識を持っている。例えば「息苦しさ」に関して、医師は発症の時間・程度・きっかけなどを把握すれば、どのような検査が必要なのか、どのような病気を想定できるか、大体見立てがつく。患者にとってメタファーを使用しなければ伝わらない情報は比較的少ない。それに対して、医師が説明する内容は高度な専門性を持ち、患者の知識構造を考慮して説明の仕方を調整しなければならない。したがって、医療者にとってメタファーが有効な情報伝達手段になる場合が比較的多い。

医療者は、患者の理解を得たい場合、患者がよく知っている分野を根源領域とするメタファーを使用する。患者の意思決定を促したい場合、アドホック・カテゴリやプライマリー・メタファーを使用し事態を捉え直す。ラポールを構築する際、治療対象を擬人化することによって、マイナス或はプライスの感情を共有する。

#### 4.4.2 中国語会話と日本語会話に見られた相違

本稿の会話データは、中国で100件、日本で30件である。一つの会話の長さに関しては、中国データは5分~20分程度である一方、日本データは15分~30分程度である。したがって、総発話数を考えると、中国データは日本データの2倍に及ばない。しかし、メタファーの出現頻度は、中国6件、日本2件であるため、総発話数に比例せず中国のほうが多い。その理由に関して、文化的相違が考えられる。

中国では、医療者のような専門家に質問や反論することは、失礼だと思われなため、患者が自分の疑問・心配などを伝えやすい環境があると言える。医師は患者が完全に納得するまで、説明あるいは説得の手段を変え続けなければならない。〈歯胚は種〉と〈歯を削る幅は道路の幅〉の会話で見えたように、最初は文字通りの説明が登場し、それだけでは患者を納得させることができないからこそ、メタファーという有標な情報伝達手段が用いられ、事態を捉え直し、患者の認識構造を変える現象が見られた。ただし、メタファーは必ずしも同じ情報を言い換える場合だけに使用されるとは限らない。〈詰め物はコンクリート〉と〈装具はメガネ〉の会話では、説明の最初からメタファーが登場した。これに関して、医師はメタファーが有効な伝達手段だと日常の経験から心得て、活用する習慣が身についていると考えられる。実際この二つの会話において、患者が早い段階で納得し、〈歯胚は種〉と〈歯を削る幅は道路の幅〉のように説明を繰り返すことが回避された。

一方、日本では、医療者のような権威者に質問・反論しづらい雰囲気があることが多くの研究に指摘されている。山内一信、真野俊樹、塚原康博、藤澤弘美子、野林晴彦、藤原尚也（2005）で行われた意識調査からみた患者満足度に関するアンケートによると、「医師は質問しやすい雰囲気を心がけている」と答えた患者は 26.4%であり、「悩みや相談に十分に対応している」と答えた患者は 22.6%に留まっている。そして、患者の年齢によるクロス集計によると、患者の年齢が高いほど、医療者との「対話」「インフォームド・コンセントの実施」など、患者中心の医療の実践度が高い。50代・60代と年齢が高くなると、医療者と対話しやすくなる理由は、医療に関わってきた年数が長く、自分自身の医療と健康に関する知識が多くなったからと述べられている。この結果に対する本稿の見解は、患者の年齢が高くなるにつれ、医療者の権威性に遠慮して質問・反論できないことがある程度軽減される。全体的に、医療者に質問・反論しない文化があるため、医師が患者を納得させなければならない場面自体が中国と比べて少ない。したがって、メタファーという伝達手段の活用も少ないと考えられる。

## 第5章 メタファーと医療情報リテラシー

本章では、メタファーのプライミング効果と医療情報リテラシーの関係を考察する。第4章では、個別の医療面接において、メタファーを使用することが理解を促進し、意思決定に影響を与える現象を観察した。これはメタファーのプライミング効果と捉えることができる。プライミング効果とは、先行する刺激（プライマー）の処理が後の刺激（ターゲット）の処理を促進または抑制する効果のことを指す。プライミング効果は無意識的な処理によって行われるのが特徴であり、知覚レベルや意味レベルで起こる。しかし、「影響を与える」ということは、必ずしも有益な影響とは限らない。本章では、メタファー使用がメンタルヘルスに関する情報に与える影響を検証する実験を行う。その結果に基づいて、メタファーを使用する際にはプライミング効果の存在を意識し、メタファーを理解する際には、メタファーの写像ギャップを意識する必要があると論じる。メタファーの適切な使用と理解が、医療情報リテラシーの向上につながると期待される。

### 5.1 メタファー発信と不特定多数の受信者

メタファーの影響をコントロールできなくなる典型的な場面は、メディアなどが医療情報を発信する際にメタファーを使用する場面である。個別の医療面接なら、医療者は一人一人の患者と向き合い、その状況を具体的に把握している。フィードバックを得られ、追加情報を尋ねることができる。患者のメタファーに対する理解が正しいかどうかは、その場で、患者の言葉を始めとする様々な反応を見て確認できる。もし医療者の意図と患者の理解の間にずれが生じていれば、その場で、調整することができる。一方、メディアの場合は不特定多数に向けて情報発信し、情報を受信した側の知識構造・理解水準・置かれている状況は極めて多様である。したがって、メタファーの受け止め方は、完全に受診者次第であり、メディアはそれを確認したり調整したりすることができない。そのため、メタファーに基づいた不適切な推論が起り得ることは念頭に置かなければならない。

Scherer, Scherer & Fagerlin (2014) は、インフルエンザ接種を受けるかどうかという意思決定を下す際、字義通りの文章を読んだグループと比べ、インフルエンザをbeastやriotなどに喩えた文章を読んだグループのほうが、ワクチン接種を受けたい傾向が高まることを証明した。本節も同様に、「うつ」に関するメタファー表現のプライミング効果を統計的に証明する。「うつ」を異なるものに喩えた文章を予め読むと、「うつになったら気軽に受診するか否か」「うつは深刻な病気か否か」という認識に、三つの対照群に有意差が見られた。近年では「うつ」についての情報が様々メディアを通じて発信されるようになり、

「うつは心の風邪」という製薬会社のキャッチコピーが高い頻度で人々の目に触れる。このメタファーは、「気のせい」や「精神異常」という偏見を払拭し、うつを身体的な病気に近いイメージで捉え直し、早期受診を促す効果をもたらした（適切な写像）。その反面、うつという複雑な要素に起因し、長期的な治療が必要な病気を安易に考え、「風邪のように軽いなら、なぜ時間が経っても治らない」など落胆と失望が入り混じった気持ちを引き起こす（メアファーの写像ギャップ）。実際、このキャッチコピーは抗うつ剤の売り上げ急増に繋がり、必ずしも公衆健康に利益をもたらしたとは限らない。本節の研究によって、今まで実証されていない相関が明らかになる。

## 5.2「うつ」のメタファーのプライミング効果

### 被験者

Smart Survey というサイトのユーザー300人を対象にアンケート調査を行った。Smart Survey は日本国内最大級、約1300万のスマートフォンユーザーから回答を得られる。実施時期は2014年10月である。

### 手順

アンケートの題名	言語表現と医療に関する意思決定 A、B、C
アンケートの説明	言葉が医療に関する決断を与える影響を調べます。
アンケートの開始	2014-10-22 人数分の応答が集まった時
アンケートの終了	2014-10-22
アンケート対象	性別全体 年齢全体 未既婚 職業全体 地域全体
パネル数	300名
設問数	9問
デバイス(OS)	iOS + Android

300人の被験者はグループ A、B、Cに分けられる。グループ A は順に、以下の9つの質問に答える。まず、質問1の「うつは心が折れた状態」という刺激文の意味を自由記述してもらう。そして、うつに関する8つの評価式の質問に答えてもらう。グループ B とグループ C が回答したアンケートは、質問1と質問7の「うつは〇〇」の部分だけが異なる。グループ B が読んだ刺激文は、「うつは心の風邪」である。グループ C が読んだ刺激文は、「うつは脳の電池が切れた状態」である。

グループ A

質問 1	<b>【記述式】 「うつは心が折れた状態」の意味を考えてください</b>
質問 2	<b>【評価式】 うつは身体の病気です</b>
表示 1	非常にそう思う
表示 2	そう思う
表示 3	ややそう思う
表示 4	どちらともいえない
表示 5	あまりそう思わない
表示 6	そう思わない
表示 7	全くそう思わない
質問 3	<b>【評価式】 うつは休養が必要です</b>
表示 1	非常にそう思う
表示 2	そう思う
表示 3	ややそう思う
表示 4	どちらともいえない
表示 5	あまりそう思わない
表示 6	そう思わない
表示 7	全くそう思わない
質問 4	<b>【評価式】 うつは薬さえ飲めば簡単に治ります</b>
表示 1	非常にそう思う
表示 2	そう思う
表示 3	ややそう思う
表示 4	どちらともいえない
表示 5	あまりそう思わない
表示 6	そう思わない
表示 7	全くそう思わない
質問 5	<b>【評価式】 うつは誰でもなり得る病気です</b>
表示 1	非常にそう思う
表示 2	そう思う
表示 3	ややそう思う
表示 4	どちらともいえない
表示 5	あまりそう思わない
表示 6	そう思わない
表示 7	全くそう思わない

質問 6	<b>【評価式】</b> もしあなたが、気分がずっと沈む、何に対しても興味を持てず楽しめない、気力が湧かないなど、「うつ」っぽい感じになりましたら、気楽に受診してみたいと思いますか？
表示 1	非常にそう思う
表示 2	そう思う
表示 3	ややそう思う
表示 4	どちらともいえない
表示 5	あまりそう思わない
表示 6	そう思わない
表示 7	全くそう思わない
質問 7	<b>【評価式】</b> もし受診して、医師に「うつは心が折れた状態だよ」と言われたら、あなたは「うつ」が深刻な病気だと思いますか？
表示 1	非常にそう思う
表示 2	そう思う
表示 3	ややそう思う
表示 4	どちらともいえない
表示 5	あまりそう思わない
表示 6	そう思わない
表示 7	全くそう思わない
質問 8	<b>【評価式】</b> もしこの状態に対する薬を出されて、その薬は症状を改善する可能性があります、効かない可能性もあります。そして眠気、集中力低下、肝臓に負担かかるなどの副作用がでる場合もあります。あなたは飲んでみたいと思いますか？
表示 1	非常にそう思う
表示 2	そう思う
表示 3	ややそう思う
表示 4	どちらともいえない
表示 5	あまりそう思わない
表示 6	そう思わない
表示 7	全くそう思わない
質問 9	<b>【評価式】</b> もしその薬が効かなかったら、あなたはがっかりと感じますが？
表示 1	非常にそう思う
表示 2	そう思う
表示 3	ややそう思う
表示 4	どちらともいえない

表示 5	あまりそう思わない
表示 6	そう思わない
表示 7	全くそう思わない

表 8 グループ A が回答したアンケート

実際のスマートフォン画面は以下のようにになっている。

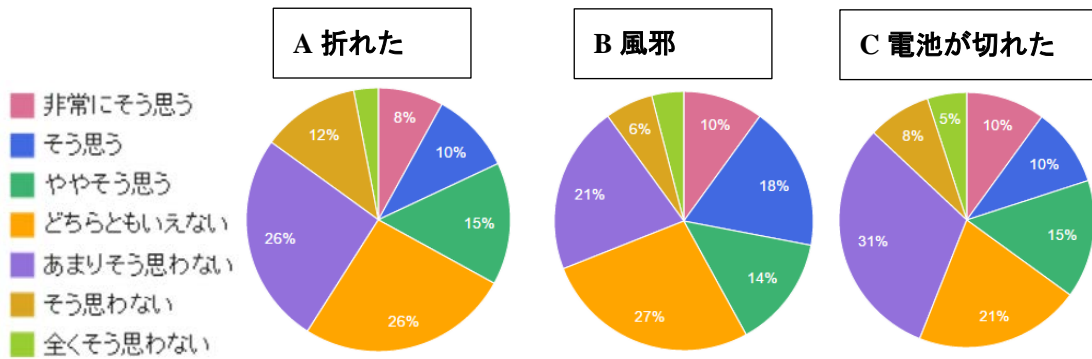


図 43 アンケートのスマートフォン画面

## 結果

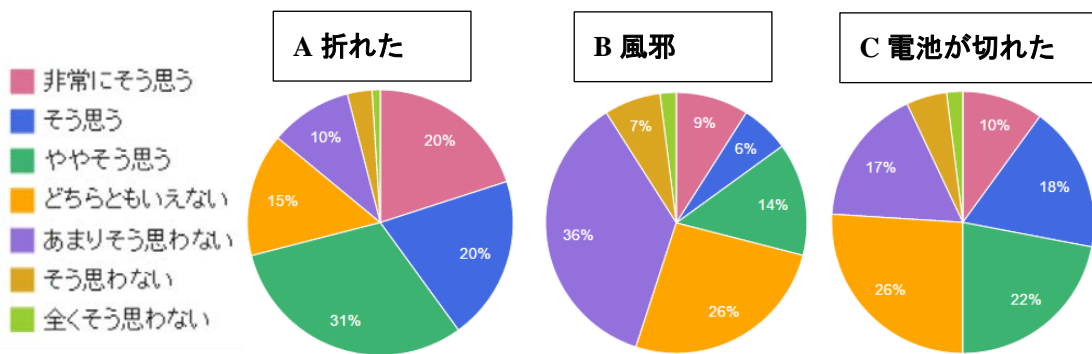
質問 6 と質問 7 に対して、三つのグループの間に有意差が見られた。その割合を以下の図 44 と図 45 で示す。それ以外の質問に対する回答の割合に、有意差は無かった。





【非常にそう思う】+【そう思う】+【ややそう思う】の比率、グループBが他の二群と比べて有意に高い (p<0.05)

図 44 「気軽に受診してみたい」の度合い



【非常にそう思う】+【そう思う】+【ややそう思う】の比率、グループBが他の二群と比べて有意に低い (p<0.05)

図 45 「深刻な病気だと思う」の度合い

図 44 と図 45 が示している通り、「うつは心の風邪」を最初に読んだグループは、風邪を引いた時と同じように、気軽に受診したり、深刻な病気だと思わなかったりして、「うつ」を軽く捉える傾向がある。

質問 1 の自由記述の一部は、以下の表 9 が示している通りである。A の「うつは心が折れた状態」に関しては、「足が折れたら立ち上がれないのと同じく」「立ち直れない」「俯いたまま」など、物理的に「折れた」ことを指し示す表現が多用された。「張っていた気持ちの糸が切れてしまった」「花の茎が折れるのと同じ」「心の芯が折れて」など、「折れる」を含む他のメタファーに置き換えて解釈する現象も見られた。B の「うつは心の風邪」に関しては、「一時的」「治る」「誰がなってもおかしくない」「身近」「寒い」など、「風邪」のドメインから様々な要素が写像されている。「周りにうつる」「季節の変わり目に起きやすい」

など、本来の意図から少しかけ離れた理解も見られた。Cの「うつは脳の電池が切れた状態」に関しては、「動力」「エネルギー」「パワー」など、「電池」のエネルギー源という性質に注目した写像が多く観察された。「電池を取り換えるように、考えを入れ替えれば、また普通の生活が送れる」など、「交換可能」という性質に注目した解釈も見られた。

#### A うつは心が折れた状態

(1) 足が折れたら立ち上がれないのと同じく、心が折れると自制心や自立心が働かなくなる こと。
(2) 何かが原因で精神的に立ち直れない状態のこと
(3) ところが前向きに成らず俯いたままの状態
(4) 常に落ち込んでいる状態
(5) そのままやん
(6) 傷ついて相談もできずどうしようもない状態
(7) 大事なものが壊れたりなくなったりした状態
(8) 張っていた気持ちの糸が切れてしまった感じ
(9) 花の茎が折れるのと同じ
(10) 心の芯が折れて、やる気が出ない

#### B うつは心の風邪

(1) 一時的で、いつかは治癒する
(2) 治るって意味
(3) 必ず治る病気です
(4) 誰がなってもおかしくない
(5) 風邪ということは、周りでうつの人がいればうつる。
(6) 風邪のように身近な病気
(7) 薬や医療の対象となる
(8) 鬱は風邪みたいに軽いものからひどいものまで。でもいつかは必ず治る病気。風邪と同じで治すのには休養と時間が少し必要。
(9) 季節の変わり目に起きやすい
(10) 心が寒い

#### C うつは脳の電池が切れた状態

(1) 脳が死んだ訳ではなく、電池を変えたらまた動き出すということ
(2) 脳は司令塔なのに、エネルギーがなくて、色々な事に指令が出せない、考えられないという 意味

(3)やる気がなくなる事
(4)自分ではどうにもならない。なぜなら動力がないから
(5)休養を取ってエネルギーを供給すれば治るという意味
(6)思考停止してる状態
(7)何かをするパワーが無い
(8)がんばろうとおもってもできない
(9)体はやる気があっても、頭で頑張ろうと思えない状態
(10)取り替えれば(考えを変えたり入れ替えたりして)また普通の生活が送れる

表9「うっは〇〇」の様々な解釈

### 5.3 医療情報リテラシー

第4章の個別の場面におけるメタファー使用とは異なり、本章はメタファーの発信者、受信者および使用目的が不特定である場合の効果を実証した。楠見（2013）では、政治分野におけるメタファーが部分情報に基づいて、過剰に一般化していないかはリテラシーの重要な要素であると述べた。例えば「テロとの戦い」といったメタファーは、国民の一体感を高めるスローガンとしてメディアに頻出し、イラク攻撃を正当化する方向に世論が誘導された。「こうしたメタファーは、誰が、誰に対して、何の目的と効果を持つかを検討することが必要である。もし、同時多発テロを、「国際犯罪」と捉えていれば、犯罪組織の摘発が目標となり、他国の操作機関と協力して、犯人の電話履歴、銀行の資金移動などを操作することが中心になる。こうした他のメタファーを使った場合には、別の帰結があり得たのではないかということ批判的に問い直すことも重要である」。医療情報リテラシーも同様に、まずメタファーが使用され、我々の認知方式に影響していることを自覚する必要がある。そして、メタファーの写像にはギャップが存在し、対応している部分と対応していない部分を分別する批判的思考の態度が求められる。

様々な医療情報が溢れる社会において、「言語表現」一つでも、特に「メタファー」のような曖昧な性質を持つ言葉は、一般の人々に大きな影響を与える。明確な意味を持つ文字通りの表現に比べ、メタファーの意味は、それを受け取る人々次第であるため、慎重な使用と理解が必要である。

## 第6章 総括

### 6.1 医療におけるメタファー思考

本稿は、医療の様々な場面に見られ、その内容と特徴が多岐に渡る概念メタファーを取り上げた。

第3章では、「人体は機械」と「治療は戦い」という医療者の比喩的思考様式が、医療対象をロジカルに捉え、治療方法をロジカルに見立てるために必要なブレンドであるが、患者とのコミュニケーションを阻害しかねないということを指摘した。ある特定の比喩的思考様式を適用する際に、その適用範囲つまり類似性と非類似性を十分確認する必要がある。

第4章では、医療現場で実際交わされた会話に現れたメタファーを分析し、その効果と特徴を詳しく分析した。各会話と各節の結論を、以下の表にまとめる。メタファーの効果を「理解トラブル解消」と「意思決定を促す」に分けているが、もともと連続的な機能である。ただ会話の目的によって、際立つ部分が異なる。会話の目的が「説明」である場合、前者の機能が際立つ。それに対して、会話の目的が「説得」である場合、後者の機能が際立つ。医療コミュニケーションにおけるメタファーは、医療者と患者それぞれの認知図式を反映し、事態全体に対して主観的な認識を共有することを促す。

会話	メタファーの内容	メタファー使用の効果	メタファー使用の特徴
1	容器のメタファー	イメージ・スキーマを利用することによって、二つの医学的事態の間に存在する区別を省略し、類似点だけに注目させる。	医療者は患者の理解を得たい場合、患者がよく知っている
2	植物のメタファー	患者が熟知している植物の概念を利用することによって、説明し難い医学的概念を具体的にイメージさせる。	る分野を根源領域とするメタファーを使用する。
3	建築のメタファー	患者の仕事である建築分野の概念を利用することによって、理解を促す。	(4.1節)
4	歯の装具はメガネ	「取り付け」が簡単という医療者の主観的体験に基づくアドホック・カテゴリを成立させ、患者の決定に判断材料を与える。	医療者は患者の意思決定を促したい場合、アドホック・カ

5	進行は移動	「ある処置を十分行わないと治療を進められない」ことを「道路を十分造らないと車を通せない」ことに喩え、患者との交渉を終了させる。	テゴリやプライマリー・メタファーを使用し、事態をより大きなスケールで捉え直す。 (4.2 節)
6	状態は場所	不調の深刻度を場所に喩えることによって、患者の早めの受診を促す。	
7	マイナス評価の擬人	医療者が、「加害者」へのマイナス感情を込める代名詞で「治療対象」を指示し、マイナス感情を患者と共有する。	医療者と患者がラポールを構築する際、治療対象を擬人化することによって、マイナス或はプライスの感情を共有する。 (4.3 節)
8	プラス評価の擬人	患者が、他人を労わるような表現を自分の身体に使用し、プラス感情を医療者と共有する。	

表 10 第 4 章の会話におけるメタファー

第五章では、メタファーの発信者、受信者および使用目的が不特定である場合、人々の理解に影響を与えるプライミング効果を実証した。医療情報リテラシーを向上させるために、誰が何のために、誰に対してメタファーを使用するか、十分意識する必要がある。

メタファー表現の深層を解釈することは、コミュニケーション方略を立てる手がかりとなり、医療者と患者のより円滑な関係および医療情報リテラシーの向上に貢献する。本稿は口火を切り、医療におけるメタファー思考に関する議論を活発化させたい。

## 6.2 会話における「生」のメタファー

本稿は、今迄の理論的なメタファー研究で検討されてきたが、実際の会話におけるメタファーに基づいて検討されたことが極めて少ない問題に着目した。会話 1 ではイメージ・スキーマに基づくメタファーの部分的な写像、会話 2 では構造のアナロジーに基づくメタファーの部分的な写像、会話 3 ではメタファーの根源領域の選定、会話 4 ではアドホック・カテゴリーに基づくメタファーの主観的体験の類似性を伝える機能、会話 5 では事象構造メタファーの部分的な写像、会話 6 では事象構造メタファーの注意力を誘導する潜在的な

影響、会話 7 ではマイナス評価に基づく擬人メタファーの効果、会話 8 ではプラス評価に基づく擬人メタファーの部分的写像を考察した。「生」のメタファーのデータを観察することにより、今迄理論上でしか論じられてこなかった問題を、会話の進行に沿って考察したことが本稿の最大の貢献である。

## 参考文献

- Barcelona, A. (Ed.) (2003). *Metaphor and Metonymy at the Crossroads: A Cognitive Perspective*. Berlin: Mouton De Gruyter.
- Barsalou, L. (1983). Ad hoc categories. *Memory & Cognition* 11, 211–227.
- Benczes, R. (2006). *Creative Compounding in English—The Semantics of Metaphorical and Metonymical Noun-Noun Combinations*. Amsterdam: John Benjamins.
- Beinstein, J. (1975). Small talk as social gesture. *Journal of Communication* 25, 147–154.
- Bensing, J.M., Roter, D. L & Hulsman, R. L. (2003). Communication patterns of physicians in the United States and the Netherlands. *General Internal Medicine*, 18 (5), 35-342.
- Bensing, J. M., Tromp, F., van Dulmen, S., Brink-Muinen, A., Verheul, W., & Schellevis, F. G. (2006). Shifts in doctor-patients communication between 1986 and 2002: A study of videotaped general practice consultation with hypertension patients. *BMC FamPract*, 7, 62.
- Brandt, P.A. (2005). Mental spaces and cognitive semantics: a critical comment. *Journal of Pragmatics* 37, 1578–1594.
- Bowdle, B. & Gentner, D. (2005). The career of metaphor. *Psychological Review* 112(1), 193–216.
- Collins, S., Britten, N., Ruusuvoori, J., & Thompson, A. (Eds.) (2007). *Patient Participation in Health Care Consultations: Qualitative Perspectives*. Maidenhead : Open University Press.
- Coulson, S. (1996). The Menendez Brothers virus: analogical mapping in blended spaces. In: Goldberg, A. (Ed.) *Conceptual Structure, Discourse, and Language*. Palo Alto, CA: CSLI, 67-81.
- Coulson, S. & Oakley, T. (2000). Blending basics. *Cognitive Linguistics* 11(3–4), 175–196.
- Coulson, S. & Oakley, T. (2005). Blending and coded meaning: Literal and figurative meanings in cognitive semantics. *Journal of Pragmatics* 37, 1510-1536.
- Delbaere, D. & Smith, MC. (2014). Literally experts: expertise and the processing of analogical metaphors in pharmaceutical advertising. *Health Mark Q*. 2014;31(2), 115-135.
- Deignan. A. (2005). *Metaphor and Corpus Linguistics*. Amsterdam: John Benjamins. (渡辺秀樹・大森文子・加野まきみ・小塚良孝 訳 (2010). 『コーパスを活用した認知言語学』. 大修館書店. )

- Dirven, R. & Pörings, R. (Eds.) (2003). *Metaphor and Metonymy in Comparison and Contrast*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Drew, P. & Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work: an introduction. In : Drew, P. & Heritage, J. (Eds.) *Talk at work* (pp. 3-65). Cambridge: Cambridge University Press.
- 遠藤雄三・黒田浩一 編 (1999). 『医療社会学を学ぶ人のために』. 世界思想社.
- Fauconnier, G. (1985). *Mental Spaces: Aspects of Meaning Construction in Natural Language*. Cambridge: Cambridge University Press. (坂原茂・田窪行則・水光雅則,・三藤博 訳 (1996). 『メンタル・スペース—自然言語理解の認知インターフェイス』. 白水社.)
- Fauconnier, G. (1997). *Mapping in Thought and Language*. Cambridge: Cambridge University Press. (坂原茂・三藤博・田窪行則 訳 (2000) 『思考と言語におけるマッピング』. 岩波書店.)
- Fauconnier, G. & Turner, M. (2002). *The Way We Think: Conceptual Blending and the Mind's Hidden Complexities*. New York: Basic Books.
- 深田智・仲本康一郎 (2008). 『概念化と意味の世界—認知意味論のアプローチ—』. 研究社.
- Gentner, D. (1988). Metaphor as structure mapping: The relational shift. *Child Development* 59, 47-59.
- Gentner, D. (1989). The mechanisms of analogical learning. In: Vosniadou, S. & Ortony, A. (Eds), *Similarity and Analogical Reasoning* (pp.199-241). London: Cambridge University Press.
- Gentner, D. & Markman, A. B. (1997). Structure mapping in analogy and similarity. *American Psychologist* 52, 45-56.
- Gentner, D. & Markman, A. B. (2006). Defining structural similarity. *The Journal of Cognitive Science*, 6, 1-20.
- Gentner, D. & Kurtz, K. (2006). Relations, objects, and the composition of analogies. *Cognitive Science* 30, 609-642.
- Gentner, D. & Bowdle, B. (2008). Metaphor as structure-mapping. In: Gibbs, R. W. (Ed.), *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought* (pp.109–128). Cambridge: Cambridge University Press.
- Glenn, P. (2003). *Laughter in Interaction*. Cambridge University Press.
- Glucksberg, S. (2001). *Understanding figurative language: From metaphors to idioms*. Oxford: Oxford University Press.
- Glucksberg, S. (2008). How metaphors create categories –quickly. In: Gibbs, R. W. (Ed.) *The*



- Cambridge Handbook of Metaphor and Thought* (pp.67-83). Cambridge: Cambridge University Press.
- Glucksberg, S. & Keyser, B. (1990). Understanding metaphorical comparisons: Beyond similarity. *Psychological Review* 97, 3-18.
- Glucksberg, S & McGlone, M. (1999) . When love is not a journey: What metaphors mean. *Journal of Pragmatics* 31, 1541-1558.
- Goatly, A. (1997). *The Language of Metaphor*. Routledge. New York.
- Grady, J. (1997). *Foundations of Meaning: Primary Metaphors and Primary Scenes*. Ph.D. dissertation. University of California at Berkeley.
- Grady, J. (2005). Primary metaphors as inputs to conceptual integration. *Journal of Pragmatics* 37, 1595–1614.
- Grady, J., Coulson, S., Oakley, T. (1999). Blending and metaphor. In: Steen, G. & Gibbs, R.W. (Eds.) *Metaphor in Cognitive Linguistics* (pp.101-124) . Philadelphia: John Benjamins.
- Grice, H. P. (1975). Logic and conversation. In: Cole, P. & Morgan, J. (Eds.) *Syntax and Semantics Vol. 3, Speech Acts* (pp 41–58). New York: Academic Press.
- Group μ. (1970). *Rhétorique générale*. Paris: Larousse. (佐々木健一・樋口桂子 訳 (1981) 『一般修辞学』 . 大修館書店.)
- Hanahan, D. (2014). Rethinking the war on cancer. *Lancet* 383, 558–63.
- 波平恵美子 (1996). 『いのちの文化人類学』 . 新潮社.
- 早瀬尚子・堀田優子 (2005). 『認知文法の新展開—カテゴリー化と用法基盤モデル—』 . 研究社.
- 平知宏・楠見孝 (2009). 「比喩文の適切性評価に関わる主題と喩辞の認知」. 『日本認知言語学会論文集 2009』 (pp. 465-471). 日本認知言語学会.
- 平本毅・山内裕 (2016) . 「鮭屋のサービス文化と雑談」 . 村田和代・井出里咲子 編『雑談の美学 言語研究からの再考』 (pp. 73–95). ひつじ書房.
- 東真須美 (2014). 『比喩の理解』 . ひつじ書房.
- 武藤彩加 (2015). 『日本語の共感覚的比喩』 . くろしお出版.
- 堀口純子 (1997). 『日本語教育と会話分析』 . くろしお出版.
- 本多啓 (2013). 『知覚と行為の認知言語学 「私」 は自分の外にある』 . 開拓社.
- 細野美幸 (2012) . 『子どもの推論能力の発達—知覚的類似性から関係類似性への移行』 . 風間書房.

- 今井むつみ (2010). 『ことばと思考』. 岩波書店.
- 石井正彦 (2007). 『現代日本語の複合語形成論』. ひつじ書房.
- 影山太郎 (1993). 『文法と語形成』. ひつじ書房.
- 楠見孝 (2007). 「メタファーへの認知的アプローチ」. 楠見孝 編『メタファー研究の最前線』 (pp. 3-29). ひつじ書房.
- 楠見孝 (2013). 「21 世紀市民のための高次リテラシーと批判的思考力」. 『人工知能学会研究会資料. 言語・音声理解と対話処理研究会 (第 69 回)』. 2013 年 12 月 22 日～23 日. 岩手県立大学.
- Kaplan, SH., Greenfield, S., Ware, JE, Jr. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*, 1989 Mar, 110-127.
- Kövecses, Z. (1990). *Emotion Concepts*. New York: Springer-Verlag.
- Kövecses, Z. (2000). *Metaphor and Emotion*. New York: Cambridge University Press.
- Kopp, R. (1995). *Metaphor Therapy: Using Client Generated Metaphors in Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- 熊木徹夫 (2004). 『精神科医になる—患者を“わかる”ということ』. 中央公論新社.
- Johnson, M. (1987). *The Body in the Mind: The Bodily Basis of Meaning, Imagination, and Reason*. University of Chicago Press. (菅野盾樹・中村雅之 訳 (2001) 『心のなかの身体—想像力へのパラダイム変換』. 紀伊國屋書店.)
- Lakoff, G. (1987). *Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind*. University of Chicago Press. (池上嘉彦・河上誓作 訳 (1993) 『認知意味論—言語から見た人間の心』. 紀伊國屋書店.)
- Lakoff, G. (1990). The invariance hypothesis: Is abstract reason based on image-schemas? *Cognitive Linguistics 1*, 39-74. (杉本孝司 訳 (2000). 坂原茂 編『認知言語学の発展』(pp. 1-59). ひつじ書房. )
- Lakoff, G. (1993). The Contemporary Theory of Metaphor. In: Ortony, A. (Ed.) *Metaphor and Thought* (second edition) (pp.202-251). Cambridge University Press.
- Lakoff, G. (2008). The Neural Theory of Metaphor. In: Gibbs, R. W. (Ed.) *The Cambridge handbook of metaphor and thought* (pp.17-38). Cambridge: Cambridge University Press.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1980). *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press. (渡部昇一・楠瀬淳三・下谷和幸 訳 (1986) 『レトリックと人生』. 大修館書店.)
- Lakoff, G. & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the Flesh: The embodied Mind and Its Challenge to Western Thought*. New York: Basic Books. (計見一雄 訳 (2000). 『肉中の哲学—肉体

- を有したマインドが西洋の思考に挑戦する』. 哲学書房.)
- Langacker, R. (1987). *Foundations of Cognitive Grammar: Volume I*. Stanford: Stanford University Press.
- Langacker, R. (1990). *Concept, Image, and Symbol*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Langacker, R. (1991). *Foundations of Cognitive Grammar: Volume II*. Stanford: Stanford University Press.
- Langacker, R. (1999). *Grammar and Conceptualization*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Langacker, R. (2008). *Cognitive Grammar: A basic introduction*. Oxford: Oxford University Press.  
(山梨正明 監訳 (2011) 『認知文法論序説』. 研究社.)
- Lanceley, A. & Clark, J. (2013). Cancer in Other Words? The Role of Metaphor in Emotion Disclosure in Cancer Patients. *British Journal of Psychotherapy*, 29(2), 182–201.
- 松本曜 (1998). 「日本語の語彙的複合動詞における動詞の組み合わせ」. 『言語研究』 114, 37-83.
- 松本曜 編 (1998). 『認知意味論』 (シリーズ認知言語学入門 第3巻). 大修館書店.
- Mehan, H. (1979). *Learning Lessons: Social Organization in the Classroom*. Harvard University Press.
- 三宅和子 (2011). 『日本語の対人関係把握と配慮言語行動』. ひつじ書房.
- Mishler, G. (1985). *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, NJ: Ablex.
- 梶山洋介 (1998). 「換喩 (メトニミー) と提喩 (シネクドキー) —諸説の整理・検討—」. 『名古屋大学日本語・日本文化論集 6』 (pp.59-81). 名古屋大学留学生センター.
- 梶山洋介 (2001). 「多義語の複数の意味を統括するモデルと比喩」. 山梨正明他編『認知言語学論考 No.1』 (pp.29-58). ひつじ書房.
- 森雄一 (2002). 「明示的提喩・換喩形式をめぐって」. 『認知言語学論考 No.2』 (pp.1-24). ひつじ書房.
- 鍋島弘治朗 (2002). 「Generic is specific はメタファーか：慣用句の理解モデルによる検証」. 『日本言語学会論文集 2002』 (pp.182-191). 日本言語学会
- 鍋島弘治朗 (2011). 『日本語のメタファー』. くろしお出版.
- 鍋島弘治朗 (2016). 『メタファーと身体性』. ひつじ書房.
- 鍋島弘治朗・中野阿佐子 (2017). 「シミリとメタファーの境界：シミリを導入する表現の分類に関する一考察」. *Kansai Linguistic Society: Proceedings of the Annual Meeting of the Kansai Linguistic Society: KLS*, 37, 121-132.

- 中右実・西村義樹 (1998). 『構文と事象構造』. 研究社.
- 成田善弘 (1989). 『精神療法の実際』. 新興医学出版社.
- Nishimura, Y. (1993). Agentivity in cognitive grammar. In: Geiger, R.A. & Rudzka-Ostyn, B. (Eds.) *Conceptualizations and Mental Processing in Language* (pp.487-530). Berlin: Mouton de Gruyter.
- 西香織 (2003). 『中国語の三人称代名詞"它"に関する研究』. 大阪大学博士論文.
- 西村義樹 (2000). 「対照研究への認知言語学的アプローチ」. 坂原茂 編『認知言語学の発展』 (pp.145-166). ひつじ書房.
- 西村義樹 (2000). 「換喩と文法現象」. 西村義樹 編『認知言語学Ⅰ：事象構造』(pp.285-312). 東京大学出版会.
- 西阪仰 (1997). 『相互行為分析という視点—文化と心の社会学的記述—』. 金子書房.
- 西阪仰・早野薫・須永将史・黒嶋智美・岩田夏穂 (2013). 『共感の技法: 福島県における足湯ボランティアの会話分析』. 勁草書房.
- 西阪仰・川島理恵・高木智世 (2008). 『女性医療の会話分析』. 文化書房博文社.
- 任曉雪 (2016). 「現代中国語「人家」の使用現状」. 『地球社会統合科学研究』 5号, 41-46.
- 野呂幾久子・阿部恵子・石川ひろの (2011). 『医療コミュニケーション分析の方法 (第2版) —The Roter Method of Interaction Process Analysis System (RIAS)』. 三恵社.
- 野呂幾久子・阿部恵子・伴信太郎 (2010). 「客観的臨床能力試験 (OSCE) 医療面接におけるジェンダーとコミュニケーション・スタイルの関係」. 『医学教育』2010: 41(1), 1-6.
- 野村益寛 (2002) 「<液体>としての言葉—日本語におけるコミュニケーションのメタファー化をめぐる」. 大堀壽夫 (編) 『認知言語学Ⅱ：カテゴリー化』 (pp.37-58). 東京大学出版会.
- 大辻秀樹 (2006). 「Type M: 『学ぶことに夢中になる経験の構造』に関する会話分析からのアプローチ」. 『教育社会学研究』第78集, 147-168.
- Omori, A. (2008). Emotion as a huge mass of moving water. *Metaphor and Symbol* 23:2, 130-146.
- 大堀壽夫 (2002). 『認知言語学』. 東京大学出版会.
- Reed, S. (1996). *Encountering the World: Toward an Ecological Psychology*. Oxford University Press, Oxford. (細田直哉 訳(2000). 『アフォーダンスの心理学——生態心理学への道』. 新曜社.)
- Reisfield, M. & Wilson, R. (2004). Use of metaphor in the discourse on cancer. *J Clin Oncol*. 2004 Oct 1;22(19), 4024-7.

- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. In: Rosch, E. & Lloyd, B.B. (Eds.) *Cognition and Categorization* (pp27-48). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rosch, E., Mervis, C., Gray, W., Johnson, D., Braem, P. (1976). Basic objects in natural categories. *Cognitive Psychology* 8:3, 382-439.
- Rottman, B.M., Gentner, D. & Goldwater, B.M. (2012). Causal systems categories: differences in novice and expert categorization of causal phenomena. *Cognitive Science* 36 : 5, 919-932.
- Roter, D. L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction: The effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction, and compliance. *Health Education Monographs*, 5, 281-315.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2004). Physician gender and patient-centered communication: A critical review of empirical research. *Annual Review of Public Health*, 25, 497-519.
- Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport, CT: Praeger.
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: A meta-analytic review. *Journal of the American Medical Association*, 288, 756-764.
- Roter, D.L., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS): Utility and flexibility for analysis of medical interaction. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251.
- Roter, D. L., Lipkin Jr., M., & Korsgaard, A. (1991). Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care*, 29, 1083-1093.
- 佐藤信夫 (1978). 『レトリック感覚』(講談社学術文庫 1992). 講談社.
- 佐藤信夫 (1985). 『レトリックの記号論』(講談社学術文庫 1993). 講談社.
- 瀬戸賢一 (1995). 『メタファー思考』. 講談社.
- 瀬戸賢一 (1997). 『認識のレトリック』. 海鳴社.
- Sacks, H., Schegloff, E., & Jefferson, G. (1974). A Simplest Systematics for the Organization of Turn Taking in Conversation. *Language*, 50, 696-735.
- Semino, E. (2010). Description of Pain, Metaphor, and Embodied Simulation. *Metaphor and Symbol*, 25:4, 205-226.
- Scherer, M., Scherer, D., & Fagerlin, A. (2014). Getting Ahead of Illness: Using Metaphors to Influence Medical Decision Making. *Medical Decision Making*. Published online 10 March 2014.
- Shen, Y. (1992). Metaphors and categories. *Poetics Today*, 13 : 4, 771-794.

- Stolberg, M. (2004). Metaphors and Images of Cancer in Early Modern Europe. *Bulletin of the History of Medicine, Volume 88, Number 1, Spring 2014*, 48-74.
- Sullivan, K. (2007). *Grammar in Metaphor: A Construction Grammar Account of Metaphoric Language*. Ph.D. dissertation. University of California at Berkeley.
- Sullivan, K. & Sweetser, E. (2009). Is "Generic is Specific" a metaphor? In: Parril, F., Tobin, I., V., Turner, M. (Eds.) *Meaning, Form and Body*. (Selected papers from the 2008 CSDL meeting). Stanford, CA: CSLI Publications.
- 鈴木孝夫 (1990). 『日本語と外国語』. 岩波書店.
- 鈴木富雄・阿部恵子 (2011). 『よくわかる医療面接と模擬患者』. 名古屋大学出版会.
- 谷口一美 (2003). 『認知意味論の新展開-メタファーとメトニミー』. 研究社.
- Taira, T. & Kusumi, T. (2012). Relevant/Irrelevant meanings of topic and vehicle in metaphor comprehension. *Metaphor and Symbol 27* : 3, 243-257
- Talmy, L. (1985). Force dynamics in language and thought. *Papers from the Twenty-First Regional Meeting of Chicago Linguistics Society* (pp.293-337).
- Taylor, J. (1995). *Linguistic Categorization: Prototypes in Linguistic Theory*. 2nd Ed. Oxford: Clarendon Press. (辻幸夫 訳 (1996) 『認知言語学のための14章』. 紀伊国屋書店.)
- 坪井栄治郎 (2003). 「受影性と受身」. 西村義樹 編『認知言語学 I: 事象構造』(pp.63-86). 東京大学出版会.
- Torreano, L.A., Cacciari, C., Glucksberg, S. (2005). When dogs can fly: Level of abstraction as a cue to metaphorical use of verbs. *Metaphor and Symbol 20*: 2, 59-274.
- 植田栄子 (2014). 『診療場面における患者と医師のコミュニケーション分析』. ひつじ書房.
- Utsumi, A. & Sakamoto, M. (2011). Indirect categorization as a process of predicative metaphor comprehension. *Metaphor and Symbol 26*:4, 299-313.
- 内海彰 (2008). 「グループ  $\mu$  の「隠喩の二重提喩論」再考— (二段階) カテゴリー化理論との関係—」. 日本認知科学会「文学と認知・コンピュータ研究分科会 II」第15回定例研究会資料, G15-03 / 人工知能学会第29回ことば工学会資料, 51-62.
- West, C. (1983). "Ask Me No Questions" An Analysis of Queries and Replies in Physician-Patient Dialogues. In S. Fisher and A.D. Todd (Eds.) *The Social Organization of Doctor-Patient Communication* (pp.75-106). Ablex Pub.
- West, C. (1984). *Routine complications: troubles in talk between doctors and patients*. Indiana University Press.

- 楊凱榮 (1991). 「現代中国語における人称代名詞《人家》について—三人称代名詞《他》との比較を通して」. 筑波大学つくば言語文化フォーラム編『対照研究 指示語について』No.1, 34-50.
- 楊 凱榮 (2009). 「中日受益表現と所有構造の対照研究」. 『日中言語研究と日本語教育』第2号(pp.1-12). 好文出版.
- 山内一信・真野俊樹・塚原康博・藤澤弘美子・野林晴彦・藤原尚也 (2005). 「医療消費者と医師とのコミュニケーション—意識調査からみた患者満足度に関する分析—」. 『医薬産業政策研究所 リサーチペーパーNo.17』.

### 用例資料（引用順）

- 林茂一郎・藤腹明子・田中雅博 (2009). 『宗教と終末医療』. 佼成出版社.
- 内科専門医 K (2014). 『病気なんてやっつける！ 血液内科専門医の格闘の日々』. Amazon Services International, Inc.
- 山中伸一 (2009). 『iPS 細胞の産業的応用技術』. シーエムシー.
- 深井良祐 (2014). 『なぜ、あなたの薬は効かないのか？ 薬剤師しか知らない薬の真実』. 光文社.
- 米山公啓 (1996). 『医者半熟卵』. 光文社.
- 児玉龍彦・浜窪隆雄 (1997). 『考える血管—細胞の相互作用から見た新しい血管像』. 講談社.
- 金森勇雄・井戸靖司・幅浩嗣・安田鋭介・渡部 洋一 (2004). 『臨床医学概論: 新編』. 医療科学社.
- 久住武 (2008). 「身体的アプローチ 体性痛と内臓痛」. 『心身健康科学』4巻1号.
- 駒沢伸泰 (著)・松沢佑次 (監修) (2002). 『阪大医学生が書いたやさしい「がん」の教科書—みんなに伝えたい正しい知識、大切なこと』. PHP 研究所.
- 茂木健一郎 (2013). 『脳を活かす伝え方、聞き方』. PHP 研究所.
- 中根晃 (2011). 『あなたと君のアスペルガー: 普通の子になりたい』. 秀和システム.
- 佐野洋子 (2013). 『死ぬ気まんまん』. 光文社.
- 戸坂潤 (1977). 『日本イデオロギー論』. 岩波書店.
- 幸田露伴 (著)・渡部 昇一(編集) (2001). 『運が味方につく人つかない人』. 三笠書房.