

第35回「ことば」フォーラム

病院の言葉を分かりやすく

2009年3月7日（土）

国立国語研究所講堂（東京都立川市）

田中牧郎（国立国語研究所）

矢吹清人（矢吹クリニック院長）

三浦純一（公立岩瀬病院医局長）

和田ちひろ（いいなステーション代表）

後援：東京都医師会・東京都薬剤師会・東京都看護協会

独立行政法人 国立国語研究所

【あいさつ・趣旨説明】

司会（吉岡泰夫） お待たせしました。ただ今から、第 35 回「ことば」フォーラム「病院の言葉を分かりやすく」を開会いたします。＜ 配布資料の説明あり ＞ それでは、早速は行ってきたいと思います。最初に、国立国語研究所所長の杉戸清樹が御挨拶申し上げます。

杉戸 皆様，ようこそおいでくださいました。きのうの激しい雨も上がりまして，穏やかな日になりました。大勢の御参加をいただき，本当にありがとうございます。この「ことば」フォーラムという催しは，私ども国立国語研究所が最近では毎年 2 回ずつ開いてきています。今回で第 35 回になります。日本語，あるいは言葉そのものをめぐって，世の中の言葉のあり方や問題点，あるいは言葉の研究で分かったことなどを，その時々テーマにして開くものでございます。言葉の研究・教育の専門家の皆様だけでなく，いろいろな分野でお仕事をなさっている皆様にも御参加いただき，半日ぐらいの短い時間ではありますが，しばし言葉について立ち止まって一緒に考える，そんな時間を過ごしていただく機会を目指して開いてきているものであります。今日は，すでに御案内しておりますとおり，「病院の言葉を分かりやすく」というテーマで企画いたしました。のちほど担当者から詳しい説明をいたしますが，国語研究所では 2 年前から，このテーマと同じ名前の調査研究を進めてきました。医師や看護師，あるいは薬剤師，いろいろな分野の医療の専門家の皆さんが，素人である患者さん，あるいはその家族の皆さんを相手にして使う言葉，専門家が非専門家に対して使う言葉を扱ったものです。全国で行いました私どもの調査では，そういうときの言葉には分かりにくい言葉，あるいは誤解してしまう言葉が少なくない。そして，専門家でない一般の国民の皆さんは，医療の言葉にもっと工夫をしてほしいと，そういう期待を持っていらっしゃる事が分かりました。その調査結果をきっかけにしまして，病院の言葉を分かりやすくする工夫を提案しよう，それを考える仕事を始めました。患者さんや家族は，医療の言葉にどんな分かりにくさを感じていらっしゃるだろうか，どんな誤解をしがちなのだろうか。そして，そういう分かりにくさを減らすためには，言葉にどんな工夫が必要なのだろうか，分かりやすくする工夫をできるだけ具体的に提案しよう。そういう目標を設定しまして，調査や検討を 2 年間続けてきました。この調査や検討の内容は，昨年秋 10 月に中間発表いたしまして，新聞・テレビ・ラジオなどでも紹介してもらい，大勢の方から直接御意見を寄せていただきました。それを取

り入れまして、この春まで検討を続けました。おかげさまで、この3月までに最終発表をまとめることができました。町の本屋さんで買っていただけるかたちの本も公にすることができました。今日、本館のロビーでも御覧いただき、お求めいただくこともできます。準備期間も含めて2年間という、この問題の大きさ、あるいは深さ・複雑さからすれば、大変短い期間の仕事だったと思います。今日は、その御報告も兼ねて、この仕事でどんなことを検討して、どんな提案ができたかを御紹介してまいります。この仕事、国語研究所という言葉の研究所だけでは、歯が立たないものであります。医療という非常に専門性の高い分野のことですので、その分野の専門家の御参加・御協力がどうしても必要でありました。国語研究所では「病院の言葉」委員会を設けて進めまして25名の委員が参加してくださいましたが、その委員の多くは医療に関係するいろいろな方面の現役の専門家の皆さんです。それぞれにお忙しい中、積極的に参加してくださいました。同時に、医療・看護、あるいは薬剤の団体や協会、あるいは医療関係、あるいは医学教育の学会、さらには患者さんの側の患者さんを支援するNPO法人、こうしたたくさんの組織のお力添えもいただきました。本当にありがたいことであります。さらには、今日のこの催しについても、東京都の医師会・薬剤師会、あるいは看護協会から御後援もいただいております。そうしたたくさんの方のお力添えで今日を迎えております。この場をお借りして、関係の皆さんに心から御礼申し上げます。ありがとうございました。今日はこの後、「病院の言葉」委員会に委員として参加して下さったお三方、医師の矢吹先生、三浦先生、そして患者支援団体の和田さんに壇上に上がっていただきます。それぞれ診察や手術の毎日の先生方、あるいは患者さんへの支援活動でお忙しい中を、スケジュールをやり繰りして御協力いただいていると思います。ありがとうございます。どうぞよろしく願いいたします。会場には、今日は医療の専門家の皆さんも大勢お越しくださっていると聞いております。そういう医療の専門家の方も、逆にそうでない非専門家の皆さんも、それぞれのお立場で、今日のテーマである「病院の言葉」について、最初に申しましたように、今日半日しばし立ち止まって考える時間を過ごしていただきたい。日々のお仕事あるいは日々の暮らしに、この「病院の言葉」をめぐって何か実になるものを持ち帰っていただくことができれば、主催者として幸いに存じます。どうぞ、ゆったりとした気持ちで、しかし御意見あるいは御質問などは積極的にお出しください、御参加くださいますようお願いいたします。よろしく願いいたします。ありがとうございます

ました。(拍手)

司会 それでは早速、それぞれの発表に入りたいと思います。本日は「病院の言葉を分かりやすく」というテーマですが、この『病院の言葉』を分かりやすくする提案」を中心に推進してきました田中牧郎が発表いたします。なお、講師・司会者紹介は、配布資料の最初のページにありますので、そこを御覧ください。それから、田中の発表の資料は1ページからです。では、田中さん、よろしくお願いいたします。

『病院の言葉』を分かりやすくする提案」田中 牧郎

(配布資料 : p. 1 ~22)

田中 皆さん、こんにちは。田中と申します。私は、この『病院の言葉』を分かりやすくする提案」をやりました「病院の言葉」委員会で実務的な取りまとめを行ってまいりました。その立場から、この提案がどんなふうに行われたか、どんなことを提案したか、提案したあとどのような御意見が寄せられたか、そういったこととお話したいと思います。配布資料は、スライドではなく、私どもの最終報告書の抜粋のかたちで作っております。画面のスライドの右下のほうに何ページと出ますので、お手元の資料を時々参照いただきながら、スライドを御覧いただければと思います。お持ち帰りいただいたあとは、お手元の資料で報告書の抜粋をお読みいただければと願っております。委員会をつくって行っておりました。委員は、医療の専門家それから言葉の専門家 24 名、途中で1名交代していますので、延べ 25 名になります。医療に携わっている方が、患者さんに話す言葉の中に分かりにくいものがある、それをどうすれば分かりやすくなるのかを委員会で検討して、その結果を医療者の方に提案する。その提案を行うためには、なぜ伝わらないのか、なぜ分かりにくいのか、その原因を探ることがまず必要だと思いました。そこで、原因を分析しまして、その原因に応じた工夫の方法を類型にまとめました。そして、それぞれの類型を代表できる医療用語を取り上げて、ではどう説明したら伝わるのか、説明するときどんなことに注意していけばいいのか、そういったことを記すようにいたしました。これを国語研究所が始めたきっかけは、特に医療界のほうから求められたというわけではありません。私どもは言葉の問題を広く扱ってございまして、その中で伝わらない言葉というものが問題で、その伝わらない言葉を何とかしたい。その一つの例としてこの活動の前に、役所が使う分かりにくい外来語(カタカナ言葉)を言い換える『外来語』言い換え提案」をや

っておりました。その結果、自治体などで独自に役所の言葉を改善する取り組みがなされて効果はあったのですけれども、しかし我々がいろいろ苦勞しているわりにはあまり効果がないことも確かで、なぜかと考えますと、言葉を発信する当事者たち、つまりそれぞれの分野の専門家たちがその気にならないと実はあまり効果がない、ということも分かってまいりました。そこで、次にやるときは、その分野の専門家と一緒に私どもの言葉の立場からの意見と併せて検討して世の中に提案していけば、もっと効果が上がるのではないか。そういうことを考えまして、どこかの分野と一緒にやるということを考えておりました。そんなときにいろいろな分野のことを見ていったのですけれども、医療の分野については、やはり何か特別な事情があることも分かってまいりました。医療の分野では患者中心の医療ということがありまして、その考え方が広まってきております。医療者の方は、説明して患者の同意を得ないと医療ができない。逆に患者のほうは、説明を聞いて自分で決めなければいけない。医療者は説明をするようになって、患者は説明を受けるようになったけれども、実際のところ患者さんは本当に分かって納得して医療を受けているのかというところ、そうではない。患者が理解できない原因の一つに、やはり言葉の壁がある。でも、言葉そのもの、それからその使い方を改善することで医療の現場における問題が少しでもよくなるのではないかということで、医療者の方に少しずつ声を掛けていったところ、一緒にこの活動をやるという機運がだんだんと盛り上がっていったという経緯がございました。外来語の言い換えをやっていたときの調査結果の一つに、どの分野の外来語を言い換えてほしいかというものがあります。この調査結果のグラフに示してある分野はすべてカタカナ語が非常に多い分野です。言い換えてほしいという要望が高い分野は、「政治・経済」と「医療・福祉」、この二つが突出しております。コンピューターの領域はカタカナの言葉がいちばん多いのですけれども、それよりも「政治・経済」「医療・福祉」。つまり、生活に密着して理解できないと困る領域、この分野への要望が高い。そんなことも、医療の言葉を扱おうと決めた背景にございました。2007年4月に準備委員会をつくりまして、正式な委員会を設立する準備、あるいは調査を企画する準備に入りました。そして、半年後の10月に委員会を発足させ、1年かけて検討した結果、10月に中間発表をいたしました。そのあと1ヵ月間多方面から意見を伺いまして、その結果を踏まえて再検討した結果、本日最終発表をいたします。ここで報告しますことは、中間報告の内容とあまり大きくは変わっておりません。寄せられた意見につい

て、個々の言い換えについては部分的に変更しておりますけれども、基本的なところはほぼ賛同する御意見が多かったので、最終報告に関しては中間報告と大きく変わったところはありません。では、その最終報告について、具体的にどんな内容であるのか、簡単ですけれども、お話ししていきたいと思えます。私どもは調査研究機関ですので、まず調査をいくつか行いました。大きな調査としては四つございます。そのうち医師に対しての調査、それから非医療者（一般の人）に対しての調査、この二つを今日主に御紹介いたします。医師に対しては、先ほど申したなぜ言葉が伝わらないのかを考えるために、患者さんに言葉が伝わらなかった経験をさまざまに尋ねました。それから、非医療者（一般の人）に関しては、ここで選んだ 100 の言葉について、その言葉を見聞きしたり、本当に理解しているかどうか、誤解していないか、に関する調査を行いました。そのほかに、医師以外の看護師・薬剤師も含めた医療者に対して、100 の言葉を患者さんに実際使っているか、使うときにどんなふうに説明しているか、患者さんに伝えるのは難しいと思っているか、患者さんがそのことを理解するのは必要かどうか、こういった意識をさまざまに尋ねる調査を行いました。たくさんある医療用語から今回取り上げる言葉を絞り込むために、言語学の専門用語でコーパスというのですが、医療に関して書かれているさまざまな情報から言葉の頻度調査をしまして、2万語ぐらいから約 2000 語に絞り込んで、その 2000 語を基に委員会で一つ一つ見ていく調査をいたしました。この四つの調査を行ったのですが、今日は初めに申し上げた二つ、原因を類型化するために使った医師に対しての調査、それから類型の中に一つ一つの言葉を当てはめ分類していくために使った非医療者に対する調査、この二つについて御紹介します。医師に対しての調査の質問文ですが、伝わらなくて困った言葉を挙げてもらい、そのときどんな出来事だったのかを聞きました。そして、その出来事を踏まえて、自分はどんなふうに工夫しているかも聞きました。これを 451 人のドクターにお願いして、364 人から約 800 種類、1500 件の出来事が集まりました。正直これだけのものが集まると思っていなかったのですけれども、やはりこの患者に言葉が伝わらない問題は非常に大きく、そしてそれに対して多くのドクターが問題に感じていて、この調査に協力してくれたということです。書かれた例をいくつか御紹介しますと、「病理」という言葉を書いたドクターがおられました。「手術での摘出臓器を病理検査して詳しく調べる」、そのことを説明したときに、どうも病理という言葉は患者さんに分からなかったようだ。それ以後、分かりやすい説明をするようになっ

た。これは患者に言葉が知られていない場合です。それから、二つ目の例は「炎症」という言葉を書いた方です。「炎症が起こっている」という言葉は便利でよく使って、何となく分かった気にさせるけれども、本当に医学的に理解させることは大変難しい。この方は、戦いの^{ひゆ}比喻を用いて説明すると患者さんの理解を得られることが多く、当たり前前の言葉だけでも、本当の理解のための説明が難しくて工夫が必要だと書いています。三つ目の例として、「腫瘍^{しゅよう}」と書いたドクターがおられます。卵巣にある腫瘍の説明をしたときに、腫瘍＝がんと思い込まれて、患者さんが落ち込んでしまった。それを回避するために、腫瘍には良性と悪性があることを理解させ、そして十分な時間を使って説明する。そういう工夫をしていらっしゃいます。800種類、1500件の意見が集まって整理して分析するのは、本当に大変だったのですけれども、大きく分けてこの三つに類型を分けました。そして、これらの類型に属する言葉を、一般の方に一つ一つの言葉の理解度を聞く2番目の調査で確かめていくようにいたしました。100の言葉について、次のような調査をいたしました。たとえば「ウイルス」という言葉に関して、「ウイルス」という言葉を見たり聞いたりしたことがあるかないかを聞いて、「ある」と答えた人は全体の何パーセントなのか。それを言葉の「認知率」として数値化いたしました。それに「ある」と答えた人に「ウイルス」の意味を示して、「細菌より小さく、電子顕微鏡でないと見えない病原体」という意味であることを知っていたかどうかを尋ねて、これに「知っていた」と答えた人は全体の何パーセントなのか。これを「理解率」として数値化いたしました。さらに、調査によっていくつかの言葉について尋ねた誤解している可能性のある選択肢、たとえば「ウイルスには、抗生剤がよく効く」、こういう選択肢を立てて「あなたはそんな誤解をしていませんか」と聞いて、それを選んだ人の比率を「誤解率」。そういうかたちで言葉の数値化を図り分類いたしました。1番目の問いの認知率、つまり見聞きしたことがあると答えた人が少なかったもののいくつかを画面に示しました。非常に難しそうな言葉がある一方で、「QOL」とか「MRSA」とか、新聞などでよく見掛けそうな言葉もあります。しかし、それらは15.9%、あるいは33.3%。国民の3人に1人しか知らない認知率の非常に低い言葉です。これらは、患者が知らない可能性が高いので基本的に使わないほうがいい、使っても伝わらない、そういうタイプの言葉だと分類いたしました。そして、次に示すのは二つ目の先ほどの「炎症」のようなタイプですが、言葉はよく知られている。しかもすべて6割以上です。ところが、この理解率が意外と低くて、

その差が大きいもの。ここには、「ショック」「ステロイド」「ウイルス」。いろいろ馴染みのある言葉もありそうですけれども、いずれも正しい意味を示して、知っていたかどうかを聞くと、それを知らない人が多い。言葉は当たり前ですが、いかに意味が正しく理解されていないかが分かります。それから、ここに示しましたが、差はあまり大きくない、つまり理解率も 70%、80%とけっこう高いものですが、委員会で検討していきますと、理解しておくことが必要な水準まで患者さんの理解はいついていないのではないか。たとえば「動脈硬化」は 92.8%も理解率があり、調査では「血管が硬くなって狭くなることは知っている」と答えたわけですが、しかし医療の場で知っておくことが必要なのは、硬くて狭くなることだけではなく、その結果、血液が流れにくくなって、脳梗塞とか心筋梗塞とか、非常に怖い病気の元になる。ここまで知っておくことはやはり必要ではないか。こういったものは、数値的には差は大きくないのですが、理解が不十分なタイプになるのではないかと考えました。それから、「貧血」あるいは「ショック」のように、日常で使っている立ちくらみとかびっくりすることとか、そういう意味と誤解する比率の大きいもの。これは伝えたはずの意味と受け取った意味が違う。そういう意味で危険が非常に高いもので、別扱いをいたしました。そしてもう一つのタイプは、「腫瘍」について腫瘍＝がんと思い込んでしまわれたという、先ほどのドクターの調査結果に出てきたあのタイプです。これは今回の理解度の調査で数値化することはなかなか難しかったのですが、「腫瘍」や「悪性腫瘍」「腫瘍マーカー」といったがんにかかわる病気、あるいは「敗血症」のように重大な病気にかかわる言葉、それから「ステロイド」のように痛みや危険を伴う治療、こういう言葉の場合に患者さんの心理的な負担が起りがちであるということで、これも一つのグループを形成するのではないかと思います。駆け足で述べてきましたけれども、以上の調査結果はホームページに詳しくデータを載せております。ダウンロードして活用していただけるようになっておりますので、ぜひお使いいただければと思います。このような調査をして、類型化を三つはかりました。そして、その三つの類型について言葉を分類しました。以上のような原因の分析を調査結果を基に行った後、ではどんなふうな工夫をして、うまく伝えていくようにすればいいか。次はその工夫の類型化の話に進みたいと思います。画面に示しているこの図は、左側に先ほどの調査によって導き出した三つの原因の類型を示しております。この原因に応じてどんなふうに対応すればいいかを右側に示しました。まず、「病理」とか「イレウス」とか、患者に言

葉が知られていない認知率が低かったものについては、その言葉を患者が知っている日常の言葉で言い換える。その対応がいちばん効果的だと思います。これが類型Aです。次に、言葉は知られていても理解が不確かなものについては、その言葉を使いつつも、その意味を明確に説明する。類型Bです。この場合、理解率が低かったものについては正しい意味を伝える。それから、理解率は高いけれども、知識が不十分な場合（「動脈硬化」のような言葉）は、踏み込んだ意味を伝える。別の意味と混同する場合（「ショック」のような言葉）は、日常語の意味と混同しないように、混同を避けるような言葉遣いを行って明確に説明する。もう一つ、ここに類型Cというものを設けました。医療の進歩は非常に著しくて新しい言葉がどんどんできてきます。新しい言葉は知られていないのですが中には重要なものもある。そういう場合は、重要で新しい概念として、患者さんに説明する機会を使って積極的に普及させていく。こういうことも意識すべきではないか。そこでCというものも立てました。それから、心理的負担があるものについては、その負担を軽くする、和らげる言葉遣いが必要です。ところがこれについては、点線で示しておりますけれども、こうすれば心理的負担が軽くなりますというのはなかなか簡単には導き出せません。今回私どもが行ったように、一つ一つの言葉を例に、こうすれば改善できますというかたちでの提言はなかなかできにくくて、こういうタイプがあることは指摘しましたけれども、上のA、B、Cほど明確な類型化はまだできておりません。ここは今後の課題になるところだと思います。お手元の資料ですと、5の各類型の概要（8ページ）と6の具体的な工夫の例（11ページ）が別々になっておりますけれども、ここでは説明の都合でまとめて5と6と一緒に扱いたいと思います。まず、最初の類型Aの日常語で言い換えるタイプです。これは具体的にどんなふうにすればいいかという、知られていないので使わない、そして日常語を使って言い換えるとよいものです。たとえば「^{じゅうとく}重篤」という言葉、症状が非常に重いことと言えば「重篤」の意味は伝わる。ところが、実際調査をいたしますと、認知率は50.3%とかなり低いのですが、医療者は医師で65.7%の方がこの言葉を使っております。そして、この65.7%のうち半分の方は、説明も言い換えもしないで使っていると答えております。ですからこの場合は、「重篤」を使わずに「症状が非常に重いこと」と日常語で言い換えるべきだと提案いたしました。この検討を委員会でしたときに、今日あとでお話しいただく矢吹先生から非常に大事なことを教えていただきました。命の危険があるときに、「重篤」という言葉をドクターが使うのだ

そうです。非常に重要な意味で、ほかの「重い」とか「重症」とか「重体」とか、こういう言葉では伝えることはできません。ですから、それだけ重大な意味を持っている場合、命の危険があるときはきちんと言葉にして説明する。「重篤」と言うだけでは知らない人が半分いるので、大事なことは分かる言葉で説明していくことが重要であるということも、確認いたしました。提案ではただ言い換えを示すだけではなく、言葉遣いとして注意すべきポイント、それから、そのときにさらに留意しておくといったような注意点を書くようにいたしております。次に、言葉は知られていても理解が不十分なものについては、明確に説明するという類型Bを立てております。まず理解率が低いものの例として、「頓服^{とんぷく}」を説明したいと思います。これは、症状が出たときに薬を飲むこと、あるいは頓服薬の意味で「頓服」を使う場合は、症状が出たときに飲む薬の意味です。「こんな誤解がある」としまして、一般の人に聞いた誤解の調査で数値が高かったものを挙げるようにいたしました。痛み止めのことだ、解熱剤のことだ、など30%以上の誤解があります。これはおそらく、「頓服」として処方された薬がそのときに熱冷ましだった人は、熱冷ましのことを「頓服」と思い込んでしまうのだと思います。あるいは、粉薬だとか座薬だとか、本当にいろいろな誤解があります。それから、理解率は高いけれども医学的にやはり不十分な理解にとどまっているものに踏み込んだ説明をするタイプの例として「化学療法」を取り上げたいと思います。薬を使うがんの治療法だという、この意味で知っているかと聞いたところ、かなりの人が知っていると答えましたので、理解率は高くなっております。しかし、実際はがんの治療に関して「化学療法」のことを患者の立場で理解しているかという点、もう少し踏み込んだ理解がやはり必要だと思います。「まずこれだけは」「少し詳しく」「時間をかけてじっくりと」、このように今回の提案では説明の仕方を3段階に分けました。まず大ざっぱな意味を伝える、そして少し詳しく伝える場合は、「外科療法」や「放射線療法」、そして「化学療法」とがんの治療法には三つあって、その中で「化学療法」はどんな特徴を持っているかをまず理解してもらおう。さらに、「時間をかけてじっくりと」では、どんなときに「化学療法」は効果を持つのか。あるところのがんができて、それが全身に広がっていく。その全身病としてのがんの治療としては「化学療法」が非常に効果的だということまで説明して、理解してもらおう必要がある場合を想定しています。患者の理解度によって、大ざっぱな意味から踏み込んだ意味に段階的に説明を加えていく。あるいは、時間をかけられるときと時間があまりないとき、医療現場

はいろいろでしょうから、そういうときに応じて説明を使い分けられるように、そういう意味合いも込めまして、この3段階に分けて提案するようしております。この「化学療法」に限らず、多くの言葉について三つの段階の説明方法を用意いたしました。そして、「不安を和らげる」という項目がありますが、ここには、心理的負担を軽減するために注意すべき点なども入れております。これは、がん治療の前線で活動していらっしゃる、今日あとでお話しいただく三浦先生にいろいろ教えてもらいながら、まとめていったものです。そして、混同ある場合の工夫の例です。「ショック」と「貧血」は先ほど少し触れましたが、ここでは「合併症」という例を御紹介したいと思います。「合併症」は医療用語で二つの意味で使われます。一つは、糖尿病の「合併症」などというとき、ある病気が原因となって起こる別の病気のことをいいます。そしてもう一つは、手術や検査をしたことが原因で別の病気、あるいはもう一つまた別の問題がおこってしまう、そういうときにも「合併症」という言葉を使います。この言葉の場合、特に2番目の意味が手術や検査が原因になって病気になるので、患者側からすると、これは医療者のミスではないか、医療過誤ではないかと疑います。ミスや過誤と混同されることで、場合によっては医療訴訟にもつながった事例があるという、非常に重大な意味を持つ言葉です。そういった混同を避けるために、まず1番目と2番目の意味を分けることを検討しました。1番目の「合併症」の言葉の意味ですけれども、ただ「合併」というと、「企業が合併する」「別々のものが一つになる」というイメージにとられますので、なかなか原因と理由という考え方は普通の人にはできない。そこに注意してある病気が原因で別の病気になる、その病気であるということを説明する必要がある。そして2番目の意味は、「合併症」という言葉をやめて、「併発症」あるいは「手術併発症」「検査併発症」などのように、これと違う言葉を使うことを推奨して、混乱が少しでも少なくなるのではないかと提案いたしました。そうした言葉が持つ問題点について、「こんな誤解がある」「混同を避ける言葉遣いのポイント」で詳しく記しております。初めに御紹介したドクターに書いてもらった調査で、この「合併症」という言葉についての問題を書いた医師が四十何人もおりました。2番目に多かった言葉です。それぐらいこの言葉は問題に感じているドクターが多く、その多くが医療過誤と混同されて困っているという御意見でした。こういうものは、やはり言葉をうまく整理して、そこから問題解決につなげていくこともできるのではないかと思います。そして、類型Cは新しい言葉の場合です。新しい言葉すべてというわ

けではありませんけれども、新しい言葉の中で、特に患者さん、あるいは普通の人も知っておいたほうがいい、そういったタイプの言葉を特別扱いたものが類型Cです。たとえば「インフォームドコンセント」とか「セカンドオピニオン」は、最近普及しつつあります。しかし、私どもが認知率・理解率を調査すると、まだかなり低い段階にとどまっております。それから、「クリニカルパス」、「QOL (Quality Of Life)」、「PET (Positron Emission Tomography)」のあたりはごく最近出てきた言葉ですので、「インフォームドコンセント」「セカンドオピニオン」に比べると、認知率・理解率はまだまだ低い段階にとどまっております。その中の一つ、「QOL」を御紹介いたします。なぜ医療を受けるのか。今まで当たり前のように生活していたことができなくなる。そのときに医療が必要だ。それが医療を受ける動機である。そのことを患者側から見つめ直すことができる。それが「QOL」の概念なので、この言葉は医療者だけではなく、普通の人も知っておくべきだと。そのためには、「その人がこれでいいと思えるような生活の質」、たとえばこのように非常に端的で分かりやすい言い換え、あるいは言い添えをして、そのうえで「QOL」という言葉を普及させる。ですから、「QOL」という大事な言葉を使うだけではなく、誰にでも分かる、しかしその概念のいちばん大事なところをきちんと表現できる簡単な表現も言い添えて積極的に使っていく、それを目指すように提言いたしました。たとえば「ここに注意」のところに、患者が医師に「QOLが良い」「QOLが悪い」と言えるようになれば医療が非常にうまくいく、そういう意味で患者さんにぜひ覚えておいてもらいたい言葉であると示しました。こうして類型化を図りまして、その類型を代表できる言葉を厳選して、どのような説明をすればいいか、その説明をするときにどんなことに注意しておけばいいか、まとめて提案していきました。昨年10月に中間報告を発表し報道発表をしたときには、いろいろメディアに取り上げていただきました。そのおかげもありまして、900件ほどの御意見が寄せられました。それから、中間報告書はここに書いてあります全国の主だった医療機関にお送りしまして、その方々にも病院、学校、組織の中で多くの人に見ていただいて意見をくださいとお願いいたしました。その結果、900件のうち97%の医療者の方、それから非医療者の方も94%の方が参考になるという御意見で、その中の半分以上は非常に参考になるという御意見でした。やはり言葉が伝わらなくて困るという問題はかなり切実な問題であり、こういう問題提起に対して、事の重要さを感じていただけたのではないかと考えています。個別の方々からも

本当にたくさんの御意見を書いていただいたのですけれども、特に多かったのは、患者さんがこんなに言葉を分かっていないことに驚いたという医療者の御意見。それから、自分の診療、自分の病院でのインフォームドコンセントなどに使いたい、あるいは研修や教育の材料にしたい。それから、逆に患者さんをもっと知る意欲を持ってほしい。医療者ばかりに言うのではなくて、患者さん側への普及なども国語研究所でほしい、そういう御意見も数多く寄せられました。本日の最終報告では、多少部分的な補正はいたしました。基本的には中間報告のまま発表いたしました。この内容は、ホームページで全文を公開しております。一語一語見られるように、たとえばここは腫瘍マーカーのページですが、これを見られるようにしておりますし、印刷して160ページぐらいの報告書として読んでいただけるように、ダウンロードできるようになっております。それから、今日御紹介した調査結果も、そのままデータとして取り込めるようになっておりますので、どうぞ御活用ください。そして、今日できたのですけれども、本も作りました。書店に並ぶのは来週の金曜日になっておりますが、会場に少し持ってきて販売しておりますので、どうぞ御覧いただければと思います。提案の内容のほかに、この本だけに入っているものとしてコラム。中間報告をしたときに寄せられた意見で、言葉の分かりにくさを改善するのも大事だけれども、どうコミュニケーションをとるかということをもっと扱ってほしいという意見が非常に多かったです。たとえばそういったことに対応して、患者はどう呼ばれたがっているか、医師の説明<悪い例・良い例>、不安の克服と信頼関係の構築など、こういったコミュニケーションに関するコラムを特にたくさん用意いたしました。委員や委員会で執筆いたしました。それから、挿絵がないとやはり説明には使いにくいということもありましたので、この本にはたくさん挿絵を入れております。以上、私のお話、非常に駆け足になってしまいましたけれども、工夫の類型を設定し、そして事例を提案したことが、この活動の中心であります。あくまでも基本的な類型、枠組み、そして事例ですので、これを実際に現場で活用するには、これを基にした応用が必要です。応用するにはやはり、それぞれの現場で日々いろいろな経験をしていらっしゃる、いろいろな苦心をしていらっしゃる医療者の方々の工夫がさらに必要だと思います。あくまでも枠組み、類型ですので、この先は現場の方々の独自の工夫で使っていただいて、さらにもっといい工夫・方法を考えていただければと願っております。以上で私の話を終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。(拍手)

司会 ありがとうございます。田中も申し上げましたが、我々に対する御意見、提案、アドバイス、どうぞこの質問票にもお書きください。よろしく願いいたします。続きまして、「診察室のやさしい言葉」というタイトルで、矢吹クリニック院長の矢吹清人先生にお話しいただきます。矢吹先生の御紹介は、この配布資料の表紙をめくっていただいたところのいちばん上にあります。それから、発表資料は 23 ページからでございます。では、矢吹先生、よろしく願いいたします。

「診察室のやさしい言葉」矢吹 清人

(配布資料 : p. 23~34)

矢吹 皆さん、こんにちは。矢吹でございます。私は宇都宮市で開業しております、普通の町の開業医でございます。どういう特徴のあることをやっているのかと申しますと、クリニックを始めたときから「何でも診る」、総合的に診ると。私はもともと腹部外科医ですので、外科のほうが多いのですけれども、風邪でも、お腹が痛い人でも、あるいは子どもでも、高血圧の糖尿病でも、五十肩でも、ぎっくり腰でも、湿疹でも、膀胱炎ぼうこうえんでも、時には軽い腹痛の人でも、何でも診るということを 35 年間やってまいりました。そんな中でどれぐらい今まで患者を診たのだろうかあとと思って、ちょっと電卓を持って計算してみたら、100 万人ぐらいの人と接しているということで、数が多いからいいということでもないのしょうけれども、その中でいろいろと感じていることがございますので、そういうことを御披露して、少しでもお役に立てればと思ってお話しいたします。今日のお話の一つは、診察室の中の患者さんとのやり取り、そういうことをどういう具合にやっているか。それからもう一つは、患者さんへの説明は、「言葉だけではなく、ビジュアルな説明 — 患者さんが目で見ることができるような説明 —」も効果があるということで、これは私が入っている日本プライマリーケア (Primary care) 学会で発表した工夫ですけれど、それを御披露して、最後に「なっとく説明カード」という、私がもう 18 年ぐらい前から患者さんに手書きして渡している説明カード、この三つについてお話しさせていただきたいと思います。それでは、皆さん少しお疲れになったのではないかと思うので、なぞなぞを出します。これは非常に難しいですよ。(笑) 30 秒しか時間をあげませんから、分かった人は手を挙げてどうぞお答えになってください。「大きな病院には絶対なく、小さな病院 (診療所) には必ずあるもの」。「絶対」「必ず」というのがキーワードです。さあ、分かった人いますか。今まであまり当てた人いませんね。(笑) 勇気を持ってお答えになりませんか。はい、

どうぞ。

参加者1 ハートだと思います。

矢吹 心ね。大きな病院は心がないのですかね。(笑) 大きな病院も心がたくさんあると思うのですけれどね。それはちょっとブーですね。(笑) ほかにどなたかおられませんか。もう時間がないから、降参としますね。いいですか。100点満点の答えは「狭さ」。狭いこと。ねっ、これは絶対大きな病院にまねできないでしょ。大きな病院のほうが圧倒的に吹き抜けの天井とかそういうのがあって、素晴らしくいい医療をやっている感じがするけれども、広いところは物理的に広いだけで、足や腰の悪い人は非常に疲れるのですね。うちの病院は待合室もあまりないから、玄関からはってでも診察室に来れるのですね。ですから、狭いことは患者さんに優しい。それだけで小さな診療所は患者さんに優しい。もう一つは、狭さというのは近さですね。医師と患者さんの間が狭い、近い。そこで親密な関係を持つことができる。だから、いつ行っても同じ近さです。みんなこの誰なのか全部分かっている状況は、患者さんにすごく優しい。だから、常に診療所は大きな病院に比べて段違いに患者さんに優しい所なのです。ですから、僕ら町の開業医は、こんな小さな所でと^{いしやく}萎縮することなくて、堂々と胸を張って狭さを自慢したらいいのではないかなと思っております。では、次いきましょう。何ととっても、初めての患者さんに接するときには、その人を知ることから始まるわけです。どういう人か、なるべく早く察知しなければならない。それから、どういうふうなことで困っているのかということも、分からなくてはならない。頭が痛いと言う人がよくいるのですよ。だけれども、どうして頭が痛くてクリニックに来たのかという理由をよく聞き出さないと、間違ってしまう。たとえば、頭が痛いから、とにかく早く何とか痛みを止めてほしい人がいます。もう一つは、頭が痛いので脳動脈瘤^{りゅうどうみづ}があるのではないか、あるいは悪い病気があるのではないかということで、詳しく調べてもらいたい人もいます。そこを取り違えて医師が対応してしまうと大変なことになります。詳しく調べてもらいたい人に「頭痛薬をあげますから、これで帰ってください」と言ったら、患者さんはひどく不満に思いますし、とにかく痛みを止めてもらいたい人に「すぐMRIの検査をしましょう」と言ったら、よけいな検査をすることになってしまいます。ですから、患者さんがどうしてそういう訴えを持ってここに来たのかをよく聞き出すことが大事です。それから、笑顔も最初のうちは「作り笑い」ですが、だんだん年季が入ってくると本当の笑顔、心からの笑顔が出てきます。私は

今ちょっと緊張しているのであまり笑顔が出ないのですが、患者さんの前にいくと、これ以上ない笑顔が自然に出ています。綾小路きみまろさんではないけれど、特に私より年上の女性には非常に人気があります。(笑) 診察室のドアが開いたときから、患者さんを観察しているのです。ずーっと見ている。今の若い人は、電子カルテなので横を見ていて、入ってくるのを見ていない。それはあまりよくない、入り口からもう勝負。そのときにニコッと笑顔で対応するだけで患者さんは安心します。こっちもどういう患者さんか心配だけれど、向こうはもっとどういう医者か心配なのです。ですから、それを解消するのは笑顔だと思います。中には、診察室に入る前から、もう見当がつくことがあります。「田中さーん」と呼んだら、「はい」と声がした。でも、なかなか田中さんが入ってこない。普通は、患者さんは待っているから、「はいはいはいはい」とすぐに入ってくるのですけれど、なかなか来ない。実は田中さんは「ぎっくり腰」になっていて、すぐイスから立ち上がれなかったもので、入ってくるまで時間がかかったということで、もうすでに田中さんが入ってくるのが遅いということで、もしや「ぎっくり腰」ではないかなと想像することもできるわけです。今、待たせるというお話をしましたけれども、待たせた人ほどゆっくり対応しなければならない、決して患者さんの前では忙しそうにしないと気を付けております。もう一つ大事なことは、お話してみて、私は言葉に特に興味があるものですから、こう言っただけなんですけれども、その人の言葉の癖を使うのが自分では上手なほうではないかなと思います。吉岡さんとか田中さんのような言語学者も上手ですが、私もその人とお話しするとき、どれぐらいの言葉で話すとうまく伝わるかがわりとうまく見当がつきます。それから、なるべくゆっくり、はっきり話すことが大事です。しかも、相手の反応を見ながら話す。ちょっとげげんな顔をしたときは、分かっていないのです。ですから、そこも確かめて分かりやすい言葉に置き換えてしゃべるといって、同じ難しい言葉でもゆっくり、はっきり話すことで理解が深まると実感しておりますので、皆さんの中に医療者がおられましたら、なるべくゆっくり話すだけでもずいぶん違う。医者には悪い癖がありまして、何か珍しい病気が見つかったとか、がんを早期に発見したときはすごくうれしいです。特に若いドクターは、初めて内視鏡で組織を採って調べる検査をした結果、自分が診たとおり早期がんが見つかったとき、天にも昇るくらいうれしいのです。ところが、患者さんはそんなの見つかってもらいたくないのですよ。どんなに早く見つかっておめでたいと言われても、めでたいことなど

ありませんね。医者と患者には大きな深い溝があるのですけれど、その溝はそういうところにあるのではないかと思います。私ども診ていても、だいたいは異常なしのほうが圧倒的に多いです。そんなに異常ある人がたくさんいたら大変です。そこで、医療者の方がおられたら、また一つヒントを差し上げますと、「異常なし」は患者さんにとってとてもおめでたいことなのです。悪い病気かどうか心配していた人には、病院に来る前の晩は眠れなかったと言う人がけっこうたくさんいます。特に内視鏡をして肉を採って、組織の結果が出るまでだいたい普通は1週間から10日かかるのですけれども、その結果が告げられる日は、すごく心配で眠れなかったと言う人がたくさんいるのですね。私自身も内視鏡を毎年受けていますけれども、あるとき、「ちょっと怪しいところがあるから組織をとってみます」と先生に言われてすごく心配したことがあったので、「異常なし」はうれしかったです。ですから、「異常なし」のときは、本当によかったと患者さんと一緒に喜ぶ。ドクターからそう言われると、患者さんも喜んで、うれしさが倍増するのではないかと思います。次にいきます。続きまして、ビジュアルな説明も必要ということで、私は診察室の机の上のコップに割りばしを入れてあります。黒いマークが付いているほうは、ちょっとヒビの入っている割りばしです。真っ直ぐに見えますけれども、こうやると、折れてますよね。ただそれだけのことです。これを真っ直ぐに戻すと、どこが折れているか分からなくなる。ヒビは整形外科では亀裂骨折というのですけれども、それを説明するときこれがすごく重宝します。僕らは分かっても、患者さんには分からないようなヒビがレントゲン写真にあります。それをどうやって説明したらいいかということで、これを作りました。それで、これを取り上げて「あなたの骨にはヒビが入っている」と。患者さんはレントゲン写真を見ても分からないので、「実は、こういう具合に折れていても、こうすると見えなくなるでしょ？」と。そうすると、こういう見えないものはレントゲンでも写りにくいということも説明できるわけなので、これをビジュアルに説明すると患者さんは本当に納得します。指の先とか^{ろっこ}肋骨とか、そういうところのヒビは非常に写りにくいことがあるので、そういうこと自体がもうすでに患者さんとの医療トラブルを防ぐことになっています。もう一つは、「王様の椅子」が私のところの待合室に置いてあります。「一^{ひざ}膝や腰の悪い方に一畳の上に座ったり、コタツに入ったりの生活は、膝や腰に良くありません」と書いてあります。膝や腰が悪くない人は構わないのですけれども、特に膝の悪い人が堀ごたつに入ったり、畳の上に座ったりの生活は、膝に非常に悪いの

です。ですから、膝の治療をするときに、一緒に生活指導もしなければなりません。

ところが、おばさんはなかなか言うことを聞かないのです。腰かける生活がいい、肘^{ひじ}かけがいいと言うと、私はちゃんと堀ごたつに腰かけているから大丈夫、肘かけの座椅子に座っているから大丈夫と。いくら言っても分からないのですね。ですから、その家の人に「年配の老人の体に合うような肘かけ椅子を買ってきなさい」と言って、買ってもらう。それで分からない人は、ここに連れてきて、王様の椅子に座らせる。私はピータイルの床の上に座る。私が床の上から立つとき、何も支えがないところから立つのは大変なのです。それで、「じゃあ、あなたやってみてください」と言う、ここから立つとき「ああ楽だ」と初めて実感できるので、これも大変重宝しております。最後になりましたけれども、矢吹クリニックオリジナル「なっとく説明カード」。

これは日本で私が初めてだと思えます。「なっとく説明カード」と書いてありますけれど、実物はこういうふうになっている紙です。ハガキ大のものを三つつなげたものです。これはあとでまたそれぞれ御披露します。先ほどもお話がありましたように、病名は口で言ってもなかなか分からないのです。特に医学用語をスラスラスラと言われても、患者さんは分かりません。私が知っている講義に熱心な先生が、病院で10人の患者さんに簡単なアンケート調査をしました。その患者さんは診察室の中で医師から病名を告げられました。診察が終わって、診察室の外に出てきました。中にいる医師にその先生が患者に病名を告げたか確認したら、ちゃんと言ったと。それで、患者さんに「今あなたがドクターから聞いた病名を紙に書いてください」と言いました。その結果はどうなったと思えますか。9人が書くことができなかった。1人だけ書いてくれた人がいましたが、その人が書いたのは間違っていました。まるでイソップ童話みたいな感じでしょう。それぐらい口頭で言っても専門用語の病名は伝わらないのです。そういうことが分かったものですから、とにかく患者さんに病名を書こうと、私は決心したわけです。初診の患者さんには必ず病名を書きます。次にいきます。こういう「なっとく説明カード」ですね。これは決定的なものではありません。今日診察した印象を私が書いたわけです。だから、結果的にあとでそれを直すこともあります。いちばん上に、変形性膝関節症（へんけいせいひざかんせつしょう）と書きます。必ずフリガナを付けます。フリガナを付けて、初めてこれが出来上がります。病名を与えることは非常に大事です。どうしてかという、患者さんにとって病名は自分のものです。ある意味で患者さんは病名をもらいに病院に来ているわけなので、それを

もらって帰らないと、せっかく診察代を払ってもお返しが無い。(笑) 何となくドクターも膝が老化していますよとか、そういう説明はするのですけれども、病名はなかなか与えないですね。それを与えると、ほかの医者に行ったときに、こういう病名でかかっていますと。あるいは、もっと詳しく知りたい人は、インターネットで調べることができます。キーワードなのですね。ですから、病名を絶対与えます。どんな小さなものでも与えます。膝のすりむき傷も、擦過傷という立派な名前があります。小さなことをマメにやるのが町の医者の一ばんの売りだと思います。その下に今度は説明を書きます。「レントゲンで膝の軟骨が老化ですりへっています。ヒアルロン酸の注射週1回8本で治療します。太ももの筋トレ(ナース指導)」と書きます。これは先ほど言ったように、その人としゃべって「これくらいだったら、この人は分かるかなあ」と検討をつけて説明を書きます。ですから、これはマニュアルではなくて、その人その人のオーダーメイドの説明文です。目的は、その人が家に帰って夕食のときに、「今日クリニックに行って診てもらったら、私の病気は〇〇だ」と、自分でお話できる程度のことを書きます。ドクターが書くとあれもこれも全部書いてしまうから、カルテで3枚にもなってしまうのですね。なるべく易しく書くことがコツです。その下に、どれぐらいでよくなるか、治療法を書きます。それから食事。「3kg減量すると膝が喜ぶます」と書いたら、吉岡先生から非常にいい言い方だと褒められました。3kgぐらい減量すると、本当に膝が楽になります。2kgでは分からない、3kg減量すると本当に楽になります。それから、その下を見ると入浴、お風呂も必ず……ですね。歩いてもいいけれども、ウォーキングなどで挑戦するようなことはしないことと書きます。これは患者さんに大変好評です。一文にもならないのですけれどね。これは文書料とかそういうのはもらえないのですよ。だから、忙しいときに私がそれを書いていると、うちのナース諸君は非常にイライラします。(笑) だけれども、やはり書いてあげるといいですね。学校の先生とか保育園の先生たちはすごく喜ぶます。生徒とか園児がけがをしたときに、私がこれを書いてあげると、連絡帳ができるのですごく喜ぶます。あと、中学校・高校だとたいてい1人で来ますから、そのときに持たせると、お父さんやお母さんから喜ばれます。ということで、うちでは毎日初診の患者に使っております。このようにわりと硬い紙を使っています。丸めてポケットにくしゃくしゃにして入れられないことを狙っています。ペンもありまして、ゼブラのジェルインク0.7がいいです。そのインクがちょうどしみ込むような紙質を使っています。そろそ

る時間がきたようなので、これで私のお話を終わります。どうもありがとうございました。(拍手)

司会 矢吹先生、ありがとうございました。それでは続きまして、「患者を支える医師の言葉」というタイトルで、公立岩瀬病院医局長の三浦純一先生、お願いいたします。

「患者を支える医師の言葉」三浦 純一 (配布資料 : p. 35~43)

三浦 皆さん、こんにちは。三浦です。まず、お話に先立ちまして、私を外科医として育ててくれた方ではなくて、国語というものを通じて、今日の発表の機会を与えてくださいました杉戸所長さんと司会の吉岡先生に御礼を申し上げます。私は、東北の南玄関、福島県のほぼ真ん中にある須賀川市という人口8万人の町からやってまいりました。農業が主体の、それでも住みやすいグレードの高い町です。そこに病床が300床ぐらいの公立岩瀬病院がありまして、そこで1年間に500件ぐらいの外科の手術をやっています。その中で200人ぐらいは、がん(胃がんとか大腸がん)の患者さんです。あとは乳がんの患者さんの手術をしています。そういった病院で私たちがおつきあいしているがんの患者さんと私がどんな思いで日ごろ診療しているかという内容、それから私は矢吹先生のようにコミュニケーションの達人ではありませんので、何とかコミュニケーションをきちんとやれるようにということで、相手に配慮したコミュニケーション方略であるポライトネス・ストラテジー(Politeness Strategy)を用いて、患者さんの心の変化を感じ取りながら、それに対応した自分の言葉とか行動をするように今訓練中でございます。これは吉岡先生に教えていただいたことです。それと、こういった方略を用いて、患者さんの視点、それから医師・医療従事者の視点で、こんなことをコミュニケーションの中でやっていったらいいのではないかと考えていることがありますので、そんな提案を含めて、今日の私のお話を進めていきたいと思えます。まず最初に、私たち医師と患者さんの会話は、普通ではない緊張した場面での会話が多いと思います。たとえば問診といいます。いろいろなことを聞かれます。患者さんは積極的にお話をしたい内容と必ずしも答えたくない内容があります。よくあることですが、脱腸の患者さんが来ます。……鼠径部^{そけい}というところ、足の付け根に何かでき物ができた。「いつからできましたか?」と言うと、だいたいの方が1週間前とか10日前だと言います。「本当はいつから出ていましたか?」と聞くと、2年前と。(笑) 言いにくいのですね。しかも初対面でそういったことをなかなか言えないとい

うのがあります。ですから、一度1週間前と聞いて、触っているとこんなにでかい脱腸は10日では無理だろうなど、「本当はいつからですか？」といった会話をすることがあります。それから、私はがんの患者さん200名にがんの告知をしなくてはなりません。そのときには、患者さんには知る権利と知らなくてもいい権利があるので、「どちらにしましょうかね」と、そういったことをお話ししながら、もしも「自分の病気のことだから全部知りたいですよ」と患者さんが答えたときには、すべてお話しするようにしています。私は手術をする立場なので、手術の前にインフォームドコンセントといって、患者さんに現在の病状をお話しして、「この病状からすると、こんな手術、治療方法がありますよ」と、いくつかの提案をします。そこで、患者さんが病状を理解して、納得できる治療の選択をするチャンスを持ってもらっています。その際には、いろいろな情報があって、この話のときに患者さんがおどおどしているときがあります。そのときに、「もしかすると今のことを同じようにほかの病院でも診てもらって、セカンドオピニオンといってほかの先生方の診断もおおいでみましましょうかね」と、こちらから勧めるときもあります。それはもう患者さんの顔を見ているとある程度分かってくることなので、そういった勧めといたしますか、患者さんを追い詰めるよりは「いろんな選択肢がありますよ」と、その際に申し上げることにしています。そして、たとえば乳がんの手術が終わって5年経過して、初めてレントゲン写真を撮ったときに、肺に転移が見つかった。そういう場面があります。そのとき私は悩みます。本当にこれを伝えてもいいのだろうか。患者さんは、もう手術が終わって5年も経過しているので、治ったと思っています。しかも症状がないので元気です。そのときに患者さんに私が「肺に転移しています」と言うと、必ず患者さんはこう言います。「私はこれで死ぬんですか」。で、答えられるかということ、答えられないのですね。「そうですよ」とも言えないし、「医学にはいろんな方法があるので、これからは化学療法という、いわゆる抗がん剤の力を借りて、点滴をしながら、週に1回ぐらいずつ通って治すことにしましょうかね」といったお話をします。大事だと思っているのは、必ずそばにいたのだ、一緒にやっっていくのだと患者さんに示してあげることかなと、自分なりに思っています。患者さんが不安になったときに、そばに話し相手がいる。ご家族がいちばん近いのですけれども、医師もそばにきちんといることを患者さんに感じ取ってもらうのが大事かなと思って、私は外来とか入院患者さんに接するようにしています。いちばん最後に書いてある「ご臨終です」という言葉があります。これはおそらく医

師しか使わない言葉ではないかと思います。ほかの職業で「ご臨終です」という言葉を言う職業はたぶんないと思います。私は、多いときで週に3回ぐらいこういった言葉を発することがあります。私が手術して、5年間生きたけれども、途中で転移して、化学療法で一生懸命頑張ったけれども、亡くなってしまった。そのときには、「ご臨終です」と言いながら、手術の場面が私の頭にはよみがえってきます。手術は本当にかんとした手術だったのだろうか、リンパ節を取るときに、大きな動脈のそばにあったので、少し自分の手が縮んだのではないか、もう少しだけ自分の技術があつたり、少しだけの勇気があつたら、もうちょっとこの人は長生きしたのではないかと思いながら、「ご臨終です」という言葉を患者さんとその家族に伝えています。それが、私たち病院に勤めるがんの患者さんを扱っている医師たちが日ごろ行っていること、それから感じている内容です。患者さんは緊張する場面でいろいろな心の動きを示します。落胆します。誰も病気になりたいと思っている人はいません。それは回復するまでに少し時間がいります。それから、悲しみがあります。克服できないことも、乗り越えるのに時間がかかることもあります。一時的ですけれども、潜在意識の中には怒りが残っています。「何で私なんだ。何で私がこんな病気にならなくちゃいけないんだ。しかも目の前にいる何か訳の分からない外科医に切られるかもしれない」ということがあります。だけれども、どんな患者さんでも、心の中に少しだけの勇気を持っています。自分の病気を治したい。がんだと分かったら、これと闘いたいという勇気を持っているので、私たちは患者さんの勇気を引き出して、それを育てることを念頭に置いて接しています。そういったことを繰り返すことによって、最初は途方に暮れていた患者さんの心がしだいに病気と闘う方向に向かっていきます。そういった自立した患者さんを育てるためには、私たち医療の側の人間は、言葉を一つ一つ選んで正確に伝えることはもちろんですが、いつでも寄り添っていること、患者さんが自分の病気と闘うことを覚悟したときに、その覚悟を共有することが大切だと思っています。そして、患者さんの治療の経過中には必ず心の「揺れ」があります。その揺れを感じ取りながら、それに対応した言語行動をする。言葉で伝えること、態度で示すこと、いろいろあるのですが、それを今、吉岡先生と一緒に勉強しております。先生に教えていただきながら、心の動きを感じ取って、患者さんが自立して、その結果として自分の行動を起こす。自分の行動を起こすというのは、セカンドオピニオンを聞いたり、治療方法を選択したりすることです。そして、自分の心の満足感を持って治療を受ける。

その手助けを私たちができるように、ポライトネス・ストラテジーの応用を臨床の現場で今やっております。ポライトネス・ストラテジー、これは吉岡先生の日本語訳ですが、定義ですので大事なので、ゆっくりお話しします。調和のとれた人間関係を築き、維持するために行う、相手に配慮したコミュニケーション方略。ポライトネス・ストラテジーも、本当は病院の分かりにくい言葉に取り上げてでもいいくらい分かりにくいかもしれません。このあとの定義も少し難しいのですが、ここに書いてあるように、診療場面では患者さんのフェイス（欲求）— あとで説明しますが — に気を配って、察知して、それを満たすように働きかけるコミュニケーションの方法です。これを臨床の現場でやっていこうとしています。対人関係や対人コミュニケーションに関する人間の基本的欲求を、このストラテジーの中では二つに分けています。一方はポジティブ・フェイス（親近欲求）といいまして、ほかの人から理解され、共感され、賞賛されたいという欲求。他者との心理的距離を縮めたい、親しく接してほしいという欲求です。もう一方でネガティブ・フェイス（不可侵欲求）があるのですが、他者に立ち入ってほしくない、邪魔されたくないという欲求。他者との心理的距離を保ちたい、礼儀正しく接してほしいという欲求です。例を申し上げますと、乳がんの患者さんに告知する場面で医者が一生懸命説明します。「あなたは乳がんですよ。けれども、まだ小さいので乳房温存手術とかができて、おっぱいを全部取らなくてもいいですよ。そのほかにも化学的療法とか放射線治療があるので、心配しないでください」と言います。その説明をずーっとずーっとずーっとやっていて、医師も半分涙を流しながら 30 分ぐらいしゃべって、で、患者さんが何と言うかという、「先生の気持ちも分かりますが、私は今、非常にショックを受けているので、一人にしておいてほしいんです。先生が熱心なのは分かるんですけど、放っておいてください」。そういった例がネガティブ・フェイスの欲求です。ですから、相手に理解されたい、賞賛されたいと思っている人に対しては、相手のポジティブ・フェイスを満たすように働きかける。それをポジティブ・ポライトネス・ストラテジー（親近方略）といって、あとで説明します。それから、相手のネガティブ・フェイス（立ち入ってほしくないという欲求）を察知したら、それなりの方略を持って接することになると思います。患者のポジティブ・フェイスの例を挙げておきました。素直にすべてを話してほしい。チームとして共に対処してほしい。私を人間として、心理的・社会的側面も理解して、親身になって診てほしい。こういう親近欲求があります。それから、ネガティブ・フ

フェイスの例としては、私を人間として尊重し、敬意をはらってほしい。伝達効果に配慮し、表現を緩和した告知をしてほしい。悪い知らせ、言いにくいこと、聞きにくいことにかかわるコミュニケーションでは、特に患者さんのネガティブ・フェイスに配慮が必要になってきます。がんの告知の場面では、やはり少し改まった言い方になってしまいます。洋々という感じで、ニコニコ笑いながら伝える内容ではないです。そういうことを使い分けながら、患者さんの心の動きを察知しながら、いろいろな言葉を使っていくことにしています。これからお見せする何枚かのスライドはポジティブ・ポライトネス・ストラテジー、いわゆる親近方略の例が全部で 16 あるのですけれども、これは配布資料に載っていますので、ここではかいつまんでお話しすることにします。ここに禁酒の話があります。患者に対する興味・賛同・共感を強調する。「禁酒は並大抵のことではない」と褒めてあげたりします。糖尿病の患者さん、自分で一生懸命頑張って血糖値を下げてきました。「できました！」と褒めてほしいんですね。「本当によく頑張りましたね。心配していたんだけど、よく頑張りましたね」と褒めてあげたりします。それから、協力関係を提案したりします。「一緒に頑張りましょう」「共にゴールに向かって歩みましょう」と。これが、「いつでも医師がそばに寄り添っていますよ」と患者さんに示すのにいい言葉だと思っています。「一緒に頑張りましょう」とよく使います。それから、「私に頑張る機会を与えてください」というような言い方をすることもあります。これはかなり改まっています。ユーモアとかジョークを交えて話をすることがあります。このへんは矢吹先生のおはこなので、今お聞きになったとおりでいいと思います。楽観的に言うところには書いてあるのですけれども、これも矢吹先生のさっきの話ではないですが、早期のがんを発見すると、私たちちょっと喜んだりするのですよね。だけれども、告知のときには神妙に話しながら、「でも早期に発見できてよかったですね」と。あと、私がよく使うフレーズはこれです。「この病気では死ねませんよ」と言います。「あなたは胃がんなんだけれども、早期だから。もしかすると、がんという言葉聞いて、必要以上に怖がって死ぬんだと思いませんか。でも、そんなことはありません。この病気ではあなたは死ねません」と言っていると、使用前・使用后みたいな、ビフォー・アフターみたいな感じで、患者さんの顔が和んできます。これは実例がたくさんあります。もうその一言、患者さんのいちばん心配しているところにズバッと入って行って、それを和らげてあげることも必要かなと思っています。それから、何ととっても主役は患者さんなので、先ほど矢吹

先生が医者も役者であると言っておりましたが、その助役として我々は働こうと。主役は患者さん、私たちは助演男優賞でももらえればいいかなと思っています。「最善の治療を一緒に考えましょう」、何回も出てきますけれども、一緒にやるのだということ、を医師が示してあげることになっています。今度は不可侵方略といまして、ネガティブな心を持っている人、自分を放っておいてほしいというような患者さんには、やはり適切な敬語を使って、いろいろ和らげて言うことを考えています。あとはこれもあります。「どうしても言いにくいことは、言わなくてもいいですよ」。あとは、「聞く権利と聞かなくてもいい権利がありますよ」というようなこともお話しします。それから、「お疲れさまでした。お大事に」とか「大変でしたね」。それから、プライバシーにかかわることを尋ねるのが一般的なルールだと説明して、「この病気の原因を突き止めるためには、どうしてもこのことをお尋ねしなければなりません」。患者さんはいろいろ歴史を持っています。でも、病気を理解するうえで、必ず聞かなければいけないこともあるので、そんなときには患者さんにこのように説明しながら、お話を聞いていきます。余計なことはなるべく聞かないようにしています。たとえば 80 歳のおじいちゃんが胃がんで入院してきた。そのおじいちゃんが 3 歳のときにヘルニア（鼠径部の脱腸）で手術したことなど、あまり重要ではないですよ。そのことを一生懸命聞くよりは、サラッとそういうことは流して、今大事なことを聞くようにしています。これはシュヴァイツァー博士が言ったのですけれど、Every patient carries her or his own doctor inside. というのがあります。患者さんは自分の体の専門家だと思っています。我々は医療の専門家ですが、患者さんは自分の体の専門家なので、その専門家が今感じていることを引き出すことは、私たちも大事なコミュニケーションのスキルだと思っています。安全な医療を受けるために、患者さん・家族もチーム医療に参加しましょうと提案しています。私たちが提供するチーム医療の大きな枠の中では、医療スタッフは医療の専門家、それから患者さん・家族は自分の体の専門家ということで、同格に扱いたいと思っています。その中でのコミュニケーション、いわゆる同等の立場でチーム医療に参加していただきたい。そして、参加するためには、医師や看護師とうまくコミュニケーションがとれることが大切になってきます。積極的に医療に参加する（自分で最善の医療を選択することが患者さんには権利として与えられている）。自分の体の歴史をうまく説明できることも大事です。矢吹先生のところにかかっている患者さんは、「なっとく説明カード」を持っていれば、もしもほかの

病院に行ったときでも、自分のカルテを見せることができますよね。それから、家族との連携もうまくとっていただきたいと思います。自分が自分の体の専門家だということで、医療に参加していただければと思っています。そして、コミュニケーション能力を今のポライトネス・ストラテジーを応用してやっていただきたいのですが、患者さんと家族の視点から物を見ていますと、医療現場でのコミュニケーションの役割は医療従事者と良好な関係を築くこと。これはすごく大事です。嫌な人はやはり病室に行く回数が減ったりとかしかねません。分かりませんよ。でも、こんな人がいます。十分な説明を受け、自分の意志で最適な診療の選択をします。医師や看護師からの詳しい説明を引き出すのも、重要なスキルになってくると思います。もう一つ、医療従事者の視点からお話をしますと、医療現場でのコミュニケーションの役割は、もちろん患者さんとか家族と良好な関係を築くことは大切ですが、良好な関係に基づき、隠れた情報を引き出さなくてはいけない場面もあると認識してほしいと思います。チーム医療の中で情報を共有して、患者さんとの相互理解を深め、協同して最善の診療を行なうのが病院の務めだと思っています。今日、医療従事者の方がたくさん来ているかと思うのですが、「あなたの説明を患者さんが十分に理解していますか？それを、どのようにして確かめていますか？」。確認という作業が必ず必要だと思うのですが、でも、「それは自分たちの中で日常的に行われていることなのではないでしょうか」と。それから、会話中の言葉以外の配慮として、私は冷静な対応をいつも心掛けています。照明の明るさと光の方向、医師と患者が座る位置関係への配慮もしています。話の内容によって、照明を変えたり、座る位置を変えたりしています。もちろん首をかしげないとか、腕を組んでレントゲン写真を見ながら、私がうーんと言っただけでも、患者さんはそんなに悪いのかと思ってしまいます。言葉で何も言っていないのですけれど、ものすごく不安にさせてしまいます。だから、そういった動作は絶対にしない。それから、画像などの資料には診察前に目を通して、結果を把握しておくことが大切だと思っています。特に外来の診察のときに、私が座っていて、看護師が写真を持ってきて、ちょんちょんと付けてくれる。その画像をジューッと私が腕を組んで見ているのがたとえば1分だとしても、患者さんにとってはかなり苦痛なのです。昔はそのようにしておりました。患者さんの目の前できちんと見てあげる、しかも時間をとって見てあげるのが大事ななと思っていたのですが、CTの写真を見ている医者を待つ間の患者の心の苦しさを川柳に詠った患者さんがおまして、福島県の文学賞をもらいま

た。(笑)それを患者さんが喜んで私のところにその川柳を持ってきてくれたのですが、それ以来きっぱりとやめることにしました。(笑)それも患者さんのコミュニケーションのあり方だと思います。教えてくれたということで、本当にありがたい患者さん。でも、今は亡くなってしまいました。そういったことで、私たちが持っている医療が持つ優しさを、患者さんとその家族に感じてほしいなと思っています。それから、途方に暮れる患者さんの心の動きに配慮して、やがて自立した患者さんに育つための手助けを、ポライトネス・ストラテジーを用いながら実践していく。そういった人材を育てていきたいと思っています。一人でも多くの人が医療が持つ優しさを実感できる「場」を提供したいと思って、福島県の小さな病院で勉強を続けているところです。以上です。どうもありがとうございました。(拍手)

司会 三浦先生、ありがとうございました。ちょっとだけ補足させてください。今日、ここで先行発売しております『病院の言葉を分かりやすく一工夫の提案』は、コラムが非常に豊富ということも特徴として挙げられます。そのコラムに、今日三浦先生がお話になったことも、医療現場での実践編、不安の克服と信頼関係の構築というインタビュー記事で載せております。これは仮名になっていますけれど、医師は三浦先生、患者さんは三浦先生の患者さん、に対するインタビューを載せておりますので、続きはこちらで御覧ください。ありがとうございました。(拍手)それでは、休憩に入る前にちょっとお願いがございます。今日お渡しした資料の中に質問票が入っております。これには、質問も結構ですけれど、我々として特に期待したいのは、我々の「病院の言葉を分かりやすくする提案」を医療現場でどう活用していかれるか、あるいはどういうふうに応用するか、それからこの提案を医療現場にできるだけ普及させるために、我々はどういうことをやっていけばいいか、我々に対する意見・アドバイスもぜひお書きいただきたいと思います。これは、休憩に入りましてから 10 分以内に、後ろの受付、あるいは立っております係の者誰でもいいので、お渡ししてください。これから 15 分の休憩に入ります。前の時計で 55 分から後半を始めますので、どうぞよろしくお集まりください。お手洗い、喫煙所などは、表に出るといろいろ案内掲示板がありますので、それを御覧ください。

<休憩>

司会 後半を始めます。それでは、後半最初は「病院の言葉を分かりやすく 患者の視点からのコメント」ということで、和田ちひろさんをお願いいたします。よろしく。

「患者の視点からのコメント」和田 ちひろ

(配布資料 : p. 45~50)

和田 皆さん、初めまして。私、いいなステーションの代表を務めております和田ちひろと申します。いいなステーションと言いますのは、患者さんの「あったらいいな」という声を集めて発信するステーション（駅）の役割を営んでいるようなということで、現在 2003 年につくってから 6 年目を迎えようとしているところでございます。本日は、患者の視点から病院の言葉に対してお話をさせていただきたいと考えております。今、ちょうど私も言葉というものに大変興味を持っておりまして、と言いますのは、ちょうど 2 歳児の子どもを育てているときでして、一日一日子どもが言葉を習得しているプロセスを大変楽しく感じております。笑い話ですけれども、なぜか分からないのですが、言葉を習得していくプロセスの中で、彼は私のことをパパと認識するようになってしましまして、夫のことをママと呼んで、私のことをパパと呼んでいます。保育園に迎えに行くとパパと言って私のところに来たり、今日も実家の母に預けてきたのですが、駅で大きな声で「バイバイ、パパ」と言われるのがとても恥ずかしいなあと思いつつ、でも人が言葉を習得していくプロセスを学んでおります。そんなわが子ですけれども、あるとき熱を出しましてクリニックに連れていきましたら、「かわさきびょう（川崎病）」の疑いがあると言われました。私、川崎病って知らない病気だったのですが、でも川崎病って何となく聞いたこともあって、なぜ知っているかというところ、皆さんたぶんご存じだと思いますけれど、川崎市の工業地帯の公害病という川崎病がパッと頭に思い浮かびました。私、実は川崎市に住んでおりまして、「ああ、しまった。川崎市に住んでいるから公害病になってしまった。子どもに何て悪いことをしちゃったんだろう」という思いでいっぱいになって、結論としては川崎病は川崎市に住んでいるからではないことが分かって、良かった良かったと思えました。国語研の調査で見ますと、4 割以上の方が私と同じような間違いをしていたことが分かりました。医療者にとっては、病院は職場ですし、こういう専門用語も毎日使えば慣れてくるものなわけですが、私たち一般の人にとってみると、専門用語は病気にならなければ聞かない言葉ですし、病院も非日常的な空間ですから、ギャップが生じるのもしかたがないことではなかろうかと思えます。でも、そのギャップを埋めるために、この国立国語研究所が「病院の言葉」を分かりやすくするための調査と提言をまとめられたことは、大変意義深いことであると私感じております。国語研の委員として 2 年ほど協力させていただいたのですけれども、一点気になったことがありました。そ

れは、患者に伝えたけれども、なかなか分からなかった、通じなかった言葉をドクターに聞いている手法に対して、若干疑問を持ちました。患者さんが分からなかった言葉をドクターに聞く。なぜ患者に聞かないのだろうかというところが疑問になりました。田中さんにお伺いしましたら、事前に調査をやったら、患者さんに聞いても、なかなか分からなかった言葉が出てこなかったとおっしゃいました。私は、そんなのかなあという疑問と、そうかもしれないなあという思いが両方あったのですけれども、でも患者さんだって分からない言葉は分かっているのではないかなと期待して、患者さんに分からない言葉を聞く調査を行いました。今日は、その中から大きく四つ見えてきたことがありますので、皆様に御報告申し上げたいと思います。分からない言葉をどういうふうに調査したかと言いますと、日本には 1620 ぐらい患者団体があるのですが、その中からインターネットで連絡がつく患者団体 37 団体に協力を得て、約 3 ヶ月間、主にインターネットでの調査票を用いて調査を行いました。実は田中さんが集められた 1500 ワードぐらい集まるのではないかと推測していました。が開けてビックリだったのですけれども、153 ワードしか集まりませんでした。なぜかという、この調査から分かったことは四つあって、一つ目は、「分からない言葉は覚えていない」という、当たり前なのが分からなかったのは私の落ち度だったのです。何か人に言われて、その言葉が分からないときは、つまり覚えられるはずもないわけで、その覚えてもない分からなかった言葉を聞いたところで、誰もインターネット上に入力できるはずがないという過ちを犯してしまって、改めて分からない言葉を患者さんから聞くのは非常に難しいことなのだなあと分かった調査でした。でも、153 ワードの中から、新たに国語研の調査とは少し違った視点で見えてきたものもありました。二つ目以降が調査の結果ですけれども、耳で聞くだけでは分からない言葉、これは国語研の今回の調査とかなり似ている結果となりました。たとえば略語とか外来語、それから同音語、同音異義語、そういったものは耳で聞くだけではなかなか分からない。三つ目には、何を言っているか、その言葉自体は分かるけれども、その意味が理解できないものがありました。四つ目には、その言葉を日ごろ私たちが使っている、だから分からないわけではない。ですけれども、使っているからこそ、日常的に使っている言葉の意味とのギャップに戸惑ってしまうといったようなことがありました。具体的に事例を見ていきますが、二つ目はかなりダブっているところもあるかと思しますので、ちょっと早足でいきたいと思います。まず略語に関して。「なまきんしょく」と言われた。

骨髄抑制時の生もの禁止食のことを「なまきんしょく」と言われても、それは分からない。それから、「みんぜん（眠前）」、寝る前のこと。たとえばこれは、「眠前、採血です」と言われたけれども、「眠前」とあえて言わなくても、「就寝前」とか「寝る前」というふう言い換えられないものだろうかという意見もありました。それから、「ネブライザーするから」といきなり言われても分からないとか、「イレウス」を恐竜の名前のように感じた方もいらっしゃいました。それから、「メンス」、生理のことですけれども、これは英語で menstruation というのですかね。でも、「メンス」と言われても分からなかったという話も伺いました。これは皆さんどうでしょう。「ひふくぶ（腓腹部）」と言われて、どこのことか分かる方、手を挙げていただいていいですか。ですよね。足が痛いのに、何でお腹を見せなければいけないのかなと思ってお腹をめぐったら、「ふくらはぎのことですよ」と言われたそうです。脇の下のことは「えきか（腋下）」。「腋下で計ってください」と言われて体温計を渡されたけれども、何のことか分からなかった。これは国語研にもございましたが、「かんかい（寛解）」。「がんが寛解です」と言われて、完全に良くなった（完快）と思い込んだら、間違っていた。「はいけっしょう（敗血症）」に関しては、肺の病気だと思った方もいらっしゃいました。「こうげん病（膠原病）」を高原病、それから「せいちょうざい（整腸剤）」を成長剤。これはどうなのでしょう。どこが成長する薬なのだろうと思って、ちょっとウキウキしながら飲んだというコメントがあったのですけれども、本当かどうか。こんな事例もございました。これまでこのディスカッションの中でも、患者というふうなまとめて話をしてきましたけれども、この調査で見えてきたのは、先輩患者と新人患者では知識量が異なるために、分からない言葉に違いがあるということです。先輩患者さんはやはり自分の病気の知識量も多いですし、経験年数も豊富ですので、専門用語に慣れてきていると思いますが、新人患者さんは初めて出会う言葉ばかりということで、患者さん向けの何かを作るときは、新人患者さん向けということを念頭に置く必要があるのではないかと感じました。ある方は「悪性リンパ腫」と言われて、リンパ腫には良性リンパ腫と悪性リンパ腫があって、私は悪性リンパ腫なのだ。良性リンパ腫だったらよかったのにと感じたけれども、しばらく悪性リンパ腫を経験していたら、良性リンパ腫などないことが分かった。だったら、なぜ悪性リンパ腫と名前を付けるのだろうか。悪性乳がんとか、悪性胃がんとかはないのだから、リンパ腫でいいのではないか。そんなことをおっしゃる方もいらっしゃいました。それから、「病院の言葉」

と一言でまとめているのですけれども、病気によって用いられる「病院の言葉」は異なります。たとえば、「寛解」とか「浸潤」という言葉が先ほどから出ておりましたけれども、そういう言葉はがんの患者さんには使いますけれども、脳卒中の患者さんには使いません。脳卒中の患者さんには、たとえば「プラトー」とか「失語症」とか、そういう言葉を頻繁に使うと思いますけれども、そういう言葉は反対にがんの患者さんに使うことはほとんどありません。ですので、「病気別の手引書」を私たちは現実には求めているのではないかなと思います。風邪のような一般的な病気のとくに使う言葉、あとは病気別に使う言葉をテキストとして作っていただけたら、より使いやすいものになるのではなかろうかと感じております。これからはちょっとオリジナリティーの部分なので、ゆっくりいきたいと思います。やけどの深度が1と言われても、どの程度やけどをしているか、ランクがそもそも何段階あって、その中で1は重いのか軽いのかということも患者さんは分かりません。「やけどの深度は1です」と言われたら、「やけど」の言葉も分かる、「深度」も分かる、1という数字の意味も分かるけれども、それが何を意味しているかが結果的に分からないので、たとえば「深度がこういうふうになっていて、あなたは1度です」と言ってもらうと、「あっ、私は軽いんだ。良かった」と理解することができるのではないかと思います。がんに関しては、私も専門家ではないので詳しくは分からないのですが、細胞診を分類するためにはクラス分類があって、もう一つ、進行度を分類するためにはステージがあって、悪性度を分類するためにはグレードがあるのだそうです。それぞれ1～4とか数字がありますので、たとえば「これは4だね」とか「5だね」と言われて、「ああ、もうステージ4と5という末期がんなんだ」と落ち込んでしまったら、実は4、5は細胞診のクラス分類のことで、4、5は単にそれががんであることを意味しているだけだったので、落ち込むこともなかったと書いていらっしゃる方もいました。こういうことは、つまり知識がないことによって、日本語として言葉は分かるけれども、意味が分からないということになっているのだらうと思います。そういったことも全部説明すべきだという意見もありますが、皆さんが三浦先生や矢吹先生のように分かりやすく納得いくまで説明してくれるドクターばかりとも限りません。私はドクターにお願いするだけではやはり解決しないのではないかと感じていまして、患者さんが知らないことを全部医療者が教えるのではなくて、たとえば大学では、先生が講義してくれた内容が分からないときには、教科書を読んだり、図書館に行って調べたりするものだと思います。

すので、患者も、病気になったとき、また医師の話が分からないときには、自分で学習できる図書室のようなものを作ってもらわなければならないかと思っています。今、全国に100カ所くらい、院内に患者図書室を備えている病院がありますので、こうした情報室の設置を推進していくことも、私のような市民団体も含めての役割ではなかろうかと思っています。最後になりますけれども、四つ目の発見として、私たちが普段使っている言葉を病院で使う場合に、日常的な意味と異なる場合があるために、ギャップが生じているケースがありました。たとえば「安静にする」という言葉、私たち漠然と安静にすると言っていますが、看護師さんの中では安静度基準が5段階に分かれていて、どの安静度を患者さんに求めるかがきちんと頭の中にあるのだそうです。でも、ただ「安静にしてください」と言われると、私たちには安静の5段階とかはないので、漠然と安静にしていると、看護師さんから「あら、そんなことして駄目ですよ」と言われてしまうギャップがあろうかと思っています。また、「回復期」という言葉についても、医療者の方は、障害が回復しやすい時期、それは発症から半年位だと整理しているわけですが、私たち医療を受ける側からすると、障害が回復している、その回復しつつあるその間はずっと回復期なので、半年以上たっても、1年たっても、回復していると自分が思えば、それは回復している期間だから、回復期である。でも、医療者との解釈が異なるために、病院から追い出されてしまったとか、もう見放されてしまったとか、どうしてもそういった気持ちにならざるを得ないのではないかと思います。また、「縫合不全」という言葉に関しても、これを普通に読むと縫い合わせが不完全と見えてしまうので、先ほどの「合併症」ではないですが、医療ミスではないかということで、いいなステーションにも時々、「縫合不全という合併症によって亡くなったけれども、縫合不全は医療ミスではないんですか」というような問い合わせがくることがあります。最後に、今できることを二つ挙げたいと思うのですけれども、一つは、患者の視点で「病院の言葉」を医療者が改めて見直すことが大事なことではないかと思っています。どの程度の一般の方がどのような誤解をしているかを知ることによって、それを踏まえた説明ができるようになると思います。「川崎病」は、多くの人が川崎市の公害病だと思っているのだったら、「そうではないですよ」と否定したうえで、「川崎富作先生が見つけた病気です」と説明することができると思います。なので、そういった視点から見ても、今回の国立国語研究所の調査は非常に素晴らしい資料になっているのではないかと思います。もう一つ、これは医療機関にお願いし

たいことですが、医療者と患者さんとの間にはギャップがあって、解釈にも違いがあることはもう明確だと思います。なので、たとえば「合併症」「院内感染」「縫合不全」とか、医療訴訟に結び付きそうな、誤解を招くとあとで医療者・患者関係がややこしくなりそうな言葉に関しては、たとえば入院パンフレットに「この言葉はこういう意味です」とあらかじめ書いておくと、院内で患者さんの理解が進むと思います。私たちも、分からない言葉を誤解して理解してしまっていることによって、医療者と不必要なトラブルになるのはできるだけ避けたいわけですから、そういった医療者からの情報提供も行っていただくと大変ありがたいなあと思います。患者も勉強、お任せ医療から主体的に医療を受ける時代ということで、私の次の世代には確実になろうと思います。我が家の2歳児はパソコンのマウスを操作したり、私が新聞を読んでいると、新聞を一生懸命読んでみたりします。患者さんもますます自分で勉強する時代にこれからはなっていくのかなあと感じております。短い時間で駆け足でしたけれども、御清聴どうもありがとうございました。(拍手)

司会 和田さん、ありがとうございました。ちょっとここでお断りさせていただきたいのですが、このままいきますと、終わりの時間が当初予定の16時30分より20分ほど遅れそうで、16時50分ぐらいになりそうですが、終わりの時間をちょっと延ばすことをどうぞお許してください。それでは、これから全体討議に入ります。和田さんへの御質問・御意見は、私のところに持ってきてください。お願いいたします。では、これから全体討議に入りますので、ちょっと準備をいたします。発表者の方々はどうぞ前のほうにおいでください。

< 準備中 >

【全体討議】

司会 それでは、これから後半の全体討議に入っていきたいと思います。たくさん御意見・御提案をいただきまして、ありがとうございました。全体討議は、頂いた御提案・御意見の中で集約しまして、三つぐらいの柱で討議を進めていきたいと思っています。まず最初は、病院で図書館を運営していらっしゃる方からいただきました。我々の提案の活用ということで、「最近、患者さんのための図書室を設置する病院が少しずつですが増加してきました。この「『病院の言葉』を分かりやすくする提案」を図書館に配布するなども一手段かと思っています。こんなかたちで、医療者の方と患者さんが一緒

に、この『病院の言葉』を分かりやすくする提案」を活用していただくのがいいのではないか」という御提案をいただきました。それについて、医療現場の先生方からいくつか御意見をいただきたいと思います。ではまず最初に、三浦先生からお願いいたします。

三浦 はい。医療現場で今回の提案をどのように使うかは、やはり病院の中で一度話し合うのがいいのかなと思っています。提案そのものはもうインターネットでダウンロードできたり一般に公開されているので、一つには、図書館とか外来とか、患者さんの目の届く所に置いていくのが一つの手法だと思うのですが、もう一つ、医療提供者がそれを見ることによって、国語研究所でどのように一つ一つの言葉を解剖していったら、分かりやすく伝えようとしたかという、そのフレームワークとしてとらえることも重要ではないかと思うのですね。ですから、患者さんにこういったことで分かりやすい言葉がありますよと説明する、その一方で医療人としては、一応みんなで考えてみて、そのほかにもこんな言葉は自分たちはどうやって説明したらいいかというような、きっかけになる言葉の集まりとして取り上げてもらえればと思います。

司会 はい、ありがとうございます。矢吹先生、お願いいたします。

矢吹 病院のほかに、私のところはクリニックですから、待合室に置いて患者さんに見ていただくということが一つ。それから、私がいちばんこの本を読んでいただきたいと思うのは、医学生、看護学生、研修医、そういう人たちにコミュニケーションのヒントになる本であってほしいと。また、そういう人たちを指導する研修指導員の人たちにこれを求めていただいて、たとえば院内のカンファレンスなどの教材として使っていただくと。この本の中の「コミュニケーション」、医師の説明<悪い例・良い例>は実は私がシナリオを書いたのですけれども。最初、悪い例としてA医師がいて、次にとても優しくいろいろな患者の心理までつかんで説明した医師をB医師という具合に表現しています。この本を読むカンファレンスに出席して、いいドクターに変身したB君を描いたものなので、ぜひお読みになっていただきたいと思います。以上でございます。

司会 はい、ありがとうございます。今、矢吹先生がおっしゃった医学教育への活用ということですが、大学医学部4年生の方からこういう御意見をいただいています。この我々の提案を発表していくことによって、「医学生の教育において、医療従事者が初めから分かりやすい言葉で説明しようという姿勢がとても大切だと感じましたので、そ

のへんを最初から分かりやすい言葉で説明しようという姿勢を、医学生の方に身に付けていただくための参考書としても活用できるのではないかと思います」。ありがとうございました。続きまして、提案の活用ということで、製薬会社の薬相談室の方から頂いた御意見です。これは我々に対する御提案だと思えます。「これを医療現場で活用していただくために、『病院の言葉』を分かりやすくする提案」を行った国語研究所が講演活動・普及活動をするのが大切だと考えます」という御提案をいただきました。講演活動は分かりますけれど、具体的に我々が提案しましたこれが、医療現場に普及するような普及活動についてちょっとだけ。アイデアをお願いいたします。

参加者 2 まだ発売前の本が今日手に入りまして、まずこれを読んでから提案させていただきたいと思ったものですから、まだ十分準備ができていないのですけれども。中間報告のときから、新聞でも非常に話題になりました。先ほど来、会場で（開始前）ずっとNHKのニュースが流れておりましたが、私ども業界活動で講演会をやっておりますので、そういった場におきまして、ぜひとも経過とかそういうのを御紹介いただいたら、よりいいかなあとと思まして。

司会 ありがとうございます。ご用命いただければ、いつでも私たち宣伝します。

参加者 2 どうもありがとうございます。

司会 それでは続きまして、田中が先ほど発表しましたように、我々は提案にあたって調査をしましたという調査データがいっぱいありました。もちろんその調査データも一緒に医療者の方々に活用していただきたいのですが、その中で「調査3と調査4の内容について、どこで見ることができるか教えてください」という御質問がきています。これについて、田中さん。

田中 はい。調査3は、医師・看護師・薬剤師に100の言葉について、自分は患者に使うか、使うときに言い換え説明をしているか、患者にその言葉を伝えるのは難しいか、患者はその言葉を理解することが必要か、という……調査をして数値化したものです。今日の話ではあまり紹介できませんでしたが、提案の個々の言葉の記述にはその結果をかなりたくさん取り込んでおります。結果はすべてホームページからダウンロードできます。すべての質問に対しての回答の比率、それらを組み合わせた必要度・難解度など度合いにした数値なども出ておりますので、ホームページの調査のところを御覧ください。調査4のコーパスとは、言葉をたくさんコンピューターに入れておきまして、それで頻度を数えて、言葉の難解度とか重要度を算出する方法です。

その結果、2004 語の重要かつ難解な言葉がリストに載っていました。そのリストを計算しております。その 2004 語のリストを基に、全員で丸付けをして、今回の提案で取り上げる言葉を選んでおります。この基本的な考え方と結果の 2004 語のリストはホームページに掲載しておりますので、どうぞ御覧ください。

司会 はい。続きまして、また田中さんへの質問ですが、「用語の説明の難易度とレベルはどのように設定したか」という御質問がきています。

田中 はい、ありがとうございます。これは非常に難しい質問で、言い換えたあとの言葉がまだ分からないという問題がございます。それはなるべく平易な言葉を使うように心掛けましたけれども、それをきちんと数値化することは残念ながらできておりません。今回は、取り上げた 57 の言葉、それからその 57 を選ぶまでの 100 語、あるいは 100 の前の 2000 語、それについてはしかるべき報告でできるだけ客観的に難易度を測るようにはいたしましたけれども、説明に使う言葉すべてを行うところまで至っておりません。それは、特に言葉の専門家として入っていただいた報道機関（新聞社、放送局）の方々の御経験などもかなり生かしながら、委員会の議論で決めてきました。説明の難易度について調査研究としてきちんとしていくことは、今後の課題になります。

司会 はい。今、田中が言いました今後の課題について、我々にとって大変ありがたいエールをいただいています。「人間文化研究機構に移行したあとも、このような研究を続けてほしい」という御意見です。それと同時に、人間文化研究機構に移行したあとのことだと思えますけれども、「今後どのような分かりやすく伝えるという種類の言葉の研究に取り組んでいけますか」という質問を頂いています。田中さんからお願いいたします。

田中 ちょっと答えにくいところもあります。国語研究所としてとりあえずこのプロジェクトは2年で終わる予定でしたので、これで一応一区切りをつけます。医療に関しても、まだ本当にとぼ口という段階で、これからやらなければいけないと思えますし、難解な言葉に困っているのは医療に限らず日本社会のいろいろな分野にあると思えます。専門的な内容を一般の人が理解して自分で決めなければいけない、自己判断・自己責任が昔よりも言われるようになってきました。専門用語についても、言語問題は非常に大きくなっていくと思えます。ですから、そういう問題について研究者として今後もきちんと取り組んでいって、また自分でもこうしたプロジェクトを立ち上げていくつもりでおりますし、今回一緒にやった言語のほうの研究者たちともそういう話

をしております。

司会 それからも一つ、今後の課題につながるかと思いますが、一応、田中さんにお答えいただきたいと思います。「医療者が危ないと思った用語、過去に痛い目にあった経験がある用語、そのリスト、あるいは順位付けみたいなデータはありませんか」という質問を頂いています。

田中 はい。今日紹介した調査1、ドクターが書いた800語、約1500件のコメントには、今のような内容のものもあります。とりあえず生データを言葉別に公開しているだけで、分類結果は示しておりません。今回は類例を三つ示しましたが、実はその三つを示す前にもっとたくさん類例候補を挙げておりまして、その中では、今のリスクの高い言葉、そういうタイプの言葉とコメントの類別などもしようとしております。ですから、今のような観点でも類型化と言葉の分類もしていきたいと思いますが、今は生データを公開しております。その生データを今のような観点で分類できれば、成果を発表していきたいと思います。今日、皆様にアンケートの裏でお願いしているのは、実はそういう意図がありまして、ドクターにはいろいろ聞いたのですが、ドクター以外の方への調査がまだできておりません。今日のような会がありますと、私、アンケートでお願いして、そういうのを書いていただいているのですけれど、そういうものを集めてさらに広い観点から、言葉を伝えるときの問題の有り様、ただ単なる分かりにくさではない、もっといろいろな意味での言葉の問題を拾い上げていきたいと思っておりますので、御協力を御願いたします。

司会 はい。ぜひ、アンケート票の裏側、『病院の言葉』を分かりやすくする提案」への回答をよろしく御願いたします。ここで、御質問を寄せていただきました大学医学部4年の方、さきほどちょっとだけしか紹介できませんでしたので……。(*田中さんと相談) はい。では、これは飛ばします。次の柱にいきます。これは、やはり医療者で救急隊の方ですけれども、「救急の場面での短時間でのコミュニケーションということでアドバイスがほしい」ということです。消防署の方、いらっしゃいますか。はい。私が一応、書いてあることを読みますが、足りなかったらちょっと補足していただきたいと思います。「救急隊として勤務しております。本日の講演、大変勉強になりました。あすから即、実践させていただきます。患者さんのためになる言葉を我々も追求していきたいと思っております。救急度の高い救急現場においては、患者とのコミュニケーション、特にインフォームドコンセントに大変苦勞しております。短時間でのコミュ

ニケーションを図るうえで、ポイントを御教示いただきたくお願いいたします」という質問票を頂きました。ちょっと補足していただけますか。

参加者3 はい。私は消防署で救急隊に勤務しております。本日は、貴重な講演ありがとうございました。質問の内容は、我々救急現場で活動しております、患者さんの状態が比較的安定している場合は、十分時間をとって患者さんにいろいろなことを御説明できるのですが、命が非常に危険を帯びている場合、特にたとえば心臓が止まっていらっしゃる方、あるいは呼吸が止まっていらっしゃる方については、1秒、2秒を争ってすぐに処置を行いたいということがあります。今日は特に医療従事者の方がたぶん多いと思いますので、この言葉を使いますけれども、我々は現場に行つて心電図を見ます。「心室細動」であった場合、我々としてはすぐに除細動（電気ショック）をしたいのですが、それには必ず御家族、周りの方の了承が必要になります。その心室細動を家族に説明する場合、心室細動がどういうもので、なぜ電気ショックをしなくてはいけないのかを説明するのに非常に苦勞します。下手をすともう30秒、40秒時間をとられてしまいますし、御高齢の方でありますと、説明したあとに「で、何ですか」というような言葉も返ってきます。先ほど三浦先生のお話にありましたが、難しい言葉を解剖することを我々も努めてやっております。「心臓がブルブル震えている状態で、血液がうまく動き出しておりません。電気ショックをかけて元に戻します」と言っても、なかなか難しい。言葉を分解する以外に、何かもっと相手に伝えるためのポイントがきっとあるのではないかと考えております。現段階で私にはそれが思いつきませんので、今日素晴らしい講演をいただきましたので、それプラス、そういったポイントを教えていただければということで質問しました。よろしくお願いたします。

司会 ありがとうございます。これはやはり三浦先生ですね。お願いたします。

三浦 はい。実は、同じようなことを私たちの町の救急隊も話しております。緊急のときのコミュニケーションをどうやってとったらいいか。今の御質問の中でいちばん大きな、心臓が止まりそうだ、まあ止まっているときのインフォームドコンセントですが、除細動をする前に心臓が止まっている、もしくは止まる段階には、心室細動、PEA（Pulseless Electrical Activity：無脈性電気活動）、心停止という三つの段階があって、その段階の中では心室細動が最も心拍動を戻しやすいと説明しなければいけないですね。ですから、「このままだと心臓が本当に止まって亡くなってしまうかもしれ

ないけれども、今の段階だったら、電気ショックをやることによって生き返ることができますよ」という説明がいちばん大事ではないかと思っています。つまり、このまま放っておくと、どんなことが待っているかを理解してもらって、今すぐこれを行うことが大事だと逆に理解してもらうことが大事ではないかと思っています。それから、救急の現場では相手の意識がある場合とない場合があって、意識のない場合にはやはり家族への説明が大事になってくると思います。特に今どきですと、うちの救急隊が困っているのは搬送先が見つからない場合の説明ですね。「なぜ受け入れてもらえないんですか。なぜ何軒も回るんですか。私のお父さんは大丈夫なんですか」という問いに答えられないことがあって、それをどうするかは議論の最中で、まだ決まっておられません。でも、解決する手段としては、それぞれの場面を想定したいいわゆる問答集みたいなものを自分たちで考える必要があるのではないかと思っています。それで構造化された対応の仕方をして、みんなが同じことを答えられるように訓練することをちょっと考えています。

司会 はい、ありがとうございます。矢吹先生、お願いいたします。

矢吹 大変御苦労なさっているのが目に見えるようですけども。さっき 80 歳の方の対応に大変だったと。私考えますと、80 歳の方は心室細動も心停止という言葉も分からないので、私だったら 80 歳代の人には心臓麻痺と言うと思います。私だったら、付き添いの人には「このままだと心臓麻痺の状態だから」と言います。正確ではないけれども、その意味は伝わるのではないかと思っています。やはりその年代年代で使っている言葉が違っていることがあるのですよね。たとえば私は弘前大学出身ですが、津軽地方では脳卒中と言わない、「あたる」と言います。昔、脳卒中で倒れたことを「あたって」と言ったのです。そのときに、80 歳くらいのおじいさんに「脳卒中です」とか「脳梗塞です」と言っても分からなくて、「これはあたってんだ」と言うと初めて通じることがあるので、医療者はアンテナを伸ばして、コミュニケーションの言葉の使い方には方言も含めていろいろな言い方があるのだと、知っておかなければならないのではないかと思っています。

司会 はい、ありがとうございます。何か追加でお聞きになりたいことがあったら、この際どうぞ。

参加者 3 もう十分お話しいただきましたので、ありがとうございました。あしたからちようど勤務ですので、仕事に頑張ります。ありがとうございました。(笑)

司会 早速活用していただいて、ありがとうございます。それでは、次の話題に移りたいと思います。病院に勤務の方から頂いた質問票で「やはり言葉だけの問題ではなくて、コミュニケーションの問題だということを感じました」という御意見をいただきました。コミュニケーションに関して広げすぎるとだんだん難しくなりますので、ちょっと絞って、コミュニケーションの問題でほかにも御意見をいただいております。「患者の心の動きへの配慮ができるようになることが大事だ」とおっしゃっています。なので、ここでちょっとこれをいただきまして、医療者の側が患者の心の動きへの配慮ができるようになるにはどうしたらいいか、ということを経験にしていきたいと思います。この問題については、和田さんもちょっとお話しになりましたので、和田さんから御意見をお聞きしていきたいと思います。向こうから順番にいきますので、よろしくお願いたします。

和田 私の場合は立場的には患者として、今のテーマですと、患者として医師にだけ求めるのではなくて、患者も医療者のいろいろな意味での心の動きに配慮できるようになったらいいのではないかと考えています。と言いますのは、私の祖母の事例ですけれども、胃がんの末期でもうあといくばくもないときに、たとえば「いつ食事がとれるようになるんですか」「いつこの管が外れるようになるんですか」「いつ家に帰れるんですか」「亡くなるんだとすると、お葬式の準備もあるので、いつぐらいに亡くなるんでしょう」と、ドクターに聞きたいことはいっぱいあるのですが、でも医療者との信頼関係ができてくると、そういうことは分かれば教えてくれるのだから、今言わないということは何か理由があるのだろう、先生もエスパーではないのだから、分からないのかもしれないなあと思うようになりました。患者の側にももちろん心の機微はあるのですけれども、医療者の側にもそういったさまざまな心の動きがあると思います。お互いの弱さというのでしょうか、不確実性の共有みたいなものができるようになる、本当の意味で信頼関係ができるのではないかと、祖母の経験を通じて感じました。以上です。

司会 はい。やはりコミュニケーションは相互作用なのですよね。だから、お互いなのですよね。患者さんもそうだし、医療者側もそうだとすることで、お互いに心の動きへの配慮ができるようになる、これがいちばん理想ですよね。では三浦先生、お願いたします。

三浦 はい。医療者側として患者さんの心の動きに配慮するには、患者さんをよく見るこ

とと、患者さんの心と真正面から向き合うことが大事なのかなと思います。私が話した中にも入っていたのですが、患者さんは自分の体の専門家なので、専門家の動きとか考えを引き出すことが大事なのかなと。患者さんは患者さんのほうで、今の和田さんがおっしゃったように、医療の専門家から自分が疑問に思っていることを引き出す。お互いに専門家としてつきあえたらいいなあと思います。お話の間にも言いましたが、今、少し自分たち医師に足りないものは、患者さんが治療するにあたって手術をするぞと覚悟をしたら、その覚悟を共有してやるのがきちんとできていれば、コミュニケーションもおのずからできていくのかなと思っています。覚悟するというのは、最初に私のスライドでお示したように、最期まできちんと面倒を見て「ご臨終です」と言うまで何年かかるか分からないけれども、その間ずっと患者さんのそばにいて支えるのだという覚悟が必要になってくるので、患者さんが手術をする覚悟をした場合には、私たち医師も一緒に覚悟するのだと。その共有ができればと思っています。

司会 はい、ありがとうございます。それでは、矢吹先生、お願いいたします。

矢吹 これは医者の方が提供する側ですから、患者さんに対して、言葉だけではなくて、いつでもあなたのお役に立ちますよ、お世話をさせていただきますよという態度を常にとっていることは大事だと思います。だから、ノーと言わないことですね。私は、自分がやっている仕事の分野を — この本にもありますが — プライマリーケア（総合的に診る医療）やっているとと思っています。プライマリーケアの心は、決してノーと言わないのです。いつもイエスの態度。そんなことを言っても何でもできるはずではないかと言われたときには、自分ができなくてもいったん受け止めて、できるようなドクターに紹介する、あるいはそういう医者に聞いてみる、そういうこともできるわけなので、そうすると、先生はオープンでどんなことでも聞いてくれる、どんなことを聞いても笑われない、怒らないと。そういうことがいちばん大切ではないか。それが患者さんのほうに伝われば、医者と患者はダンスを踊るようなものですから、医者がちょっとだけリードするのもかもしれないけれども、互いに歩調を合わせることで病気の治療が進むのではないかと考えております。以上です。

司会 はい、ありがとうございます。言葉だけの問題ではなく、コミュニケーションの問題だということ、我々言葉の研究者も常に、コミュニケーションの問題も含めて、問題解決に貢献することを使命と考えていかなければならないと思います。非常にいいアドバイスをいただきまして、ありがとうございます。我々、これからも言葉の間

題・コミュニケーションの問題に取り組んで、医療現場の患者と医療者の方々のいいコミュニケーションが成り立つような支援をしていきたいと考えております。なお、矢吹先生から「なっとく説明カード」をこれだけ頂きました。先着 10 名様、どうぞおいでください。差し上げます。プレゼントします。アンケートもよろしく願いいたします。お帰りの際に受付にお出しいただきたいと思ひます。本日はどうもありがとうございました。(拍手)

<終了>