

臨床における「医療用語の説明」についての一考察  
— 関連性理論の観点から —  
Supporting Patients  
— Is paraphrasing medical language to everyday language effective? —

◎ 神田 千春  
Chiharu KANDA

群馬大学大学院 社会情報学研究科  
Graduate School of Social and Information Studies, Gunma University  
上武大学看護学部 Faculty of Nursing, Jobu University

**Abstract** In hospital, patients are often spoken in a different language by providers. Laypeople including patients use everyday language for thinking, while providers use medical language for the description of disease. Since we (patients) are not familiar with the medical language, we have insufficient understanding of medical information from it. This paper focuses on medical language, and attempts to clarify the effects of the description of medical information by providers who would understand the relevance theory, developed by Sperber and Wilson.

キーワード 医療用語・説明・言い換え・関連性理論・医療コミュニケーション

## 1. はじめに

本稿の目的は、近年の医療において主流となった「患者中心の医療」への取り組みの中でも、医療用語に着目し、専門性の高い医療用語からなる医療情報を、患者がどのように理解していくのかについて探ることにある。Gerteis and Daley, et al (1993) が指摘しているように、医療者は医療用語を用いて発話するのに対し、患者は日常用語でそれを解釈しようとする。そのギャップにより、多くの患者や家族が現状を十分に理解することができないまま、治療の過程に進んでいることが推察される。

このような状況は、国立国語研究所が平成16年に実施した調査での「8割を超える国民が、医師が患者に対して行う説明の言葉の中に、分かりやすく言い換えたり説明を加えたりして欲しい言葉がある」という結果に表れている。これを受けて刊行された『病院の言葉を分かりやすく』では、「病院の言葉」を分かりやすく伝える責任は医療者にあるとしている。筆者も看護学生時代に受講した講義で「患者の分かる言葉で説明する」という説明を受けたが、何を基準に「分かる」とするのかと困惑した覚えがある。そして、その疑問は、現在まで殆どそのまま残されている。

本稿では、患者と医療者の会話例で使用された医療用語について、関連性理論の観点から分析を試みる。そして、医療者が医療用語を日常用語に言い換えながら説明する際に必要となる、医療コミュニケーション技術の理論的根拠について検討する。

## 2. 医療用語に関する調査と『病院の言葉を分かりやすく』

現代はどのような情報にもアクセスすることが可能となっている情報社会である。しかし、松重 (2010) が言及しているように、臨床の場では患者は「素人」として「専門家」である医療者から、医学的知識を情報として伝達してもらって受動的な立場となり、上下関係の下位に位置する構図が多い。その要因の1つに医療用語の分かりにくさがある。『病院の言葉を分かりやすく』では、①言葉そのものに馴染みがない、②言葉の表す意味や内容が専門的で難解な事、③病気やけがで受診する患者は不安定な心理状態にある、という3点を分かりにくさの原因として挙げている。その対処方法として、①日常用語で言い換える、②明確に説明する、③重要で新しい概念を普及させる、④(心理的負担がある場合には) 個々の言葉ごとに考えるのではなく別の視点や方法による検討が不可欠としている。

しかし、筆者は看護師としての臨床経験から、何故そのように言い換えるのかという理論的な理解がないと、臨機応変な活用ができなかったり、誤った情報伝達となる可能性が高くなると考える。そして、臨床の場では患者には心理的負担(以下、心的負荷)が在るのが常態であると考えている。そのため、a. 医療用語の馴染みの無さ、b. 1つの医療用語の持つ医学的情報量の多さ、c. 医療者側の医学的知識の発信・伝達能力の個人差と、患者側の受診能力の環境や心的負荷による変化を、発話解釈の理論である語用論的観点から捉え、医療コミュニケーションの理論的根拠としていくことが必要であると考えている。

## 3. 語用論・関連性理論とは

語用論は、発話された言葉以外の意味を聞き手が受け取るプロセスの解明を目的としている。文の意味

(解読的意味) と話し手の意図した意味の間にはギャップが存在する。そのギャップを埋めるために、聞き手はコンテキスト(文脈)を選択して言外の意味を読み取っている。この読み取るという作業が、コンテキストなどの証拠から意味を判断する推論であり、私達は無意識のうちに瞬時にこの作業を行っているのである。コンテキストとは情報を解釈する際に用いるその場その場で構築される想定集合のことで、正しいものや誤ったもの、曖昧なものも含まれ、その想定集合の強さの度合いも人や時によって違ってくる。そして、発話によって話し手が改変しようとしているのは、聞き手の認知環境(その個人にとって顕在的な想定集合)と思考の可能性である。このことを病院で行われる患者に対する説明に当てはめると、医療者は患者の認知環境を改変して、患者自身の思考による意思決定を促すことを意図していると言えるだろう。

Sperber and Wilson (1995) が提案した関連性理論は、発話を解釈する際にどのような過程を経て、聞き手が話し手の意図した意味を突き止めるのか、その解釈の解明を目指した理論である。関連性理論では、発話をコンテキストにおいて処理する際に、認知効果が得られる場合に「関連性がある」とされる。認知効果とは、ある人が持つ想定を、ある発話が ①強化する、②放棄させる、③新たな結論(コンテキスト的含意)を導くという3つの作用を指す。そして、「他の条件が同じであれば、認知効果が高ければ高いほど関連性は増す」と規定される。また、私達は発話を解釈する際に処理コストと呼ばれる心的労力を要する。心的労力には、頻繁に使われるかどうか・論理的に複雑かどうかなどが影響する。そして、「他の条件が同じであれば、処理コストが低ければ低いほど関連性は増す」と規定される。そして、発話から聞き手が期待できるものとして(1)を挙げている。

#### (1) 最適の関連性の当然視

- a. その発話は、聞き手が少なくとも処理するに値するだけの関連性を持っている。
- b. その発話は、話し手の能力と選択が許す範囲内において最も高い関連性を持つ。(今井 2009: 79)

発話には、話し手の持つ会話力や知識の多寡、洞察力などの個人的な資質や、社会的立場などが影響すると言えるだろう。そして、話し手はその能力と選択に反しない限り、最も関連性のある発話をするよう努めているのである。このため、聞き手の側は発話として伝達された情報は、処理コストに見合う認知効果がある(最適の関連性がある)と考えるのである。これらの概念が組み込まれて定義されたものが(2)である。

#### (2) 伝達の関連性の原理

すべての発話(またはほかの顕示的刺激)は、それ自身が最適の関連性を持つことを当然視している旨を伝達している。(Ibid.: 80)

この原理を基に、聞き手は(3)の解釈の手順に沿っ

て必要なコンテキストを呼び起こし、話し手の意図した明示的意味(明意)や非明示的意味(暗意)を、推論によって復元(理解)するのである。

#### (3) 関連性理論による解釈の手順

処理コストが最少になるような道をたどりながら、認知効果を計算する。

- a. 解釈(指示対象付与や一義化、コンテキストの選択など)を、接近可能な順序で吟味し、
- b. 予測された関連性のレベルまで達したら(または達しなかったら)解釈を打ちきる。(Ibid.: 80)

これは発話解釈の具体的な手順であり、話し手が発話によって聞き手に伝えようとする明意と暗意の解釈に適用される。明意とは、発話の解読的意味を推論によって発展拡充したもので、意味論的解読と語用論的推論の組み合わせによって引き出される。この語用論的推論には、コンテキストに応じて、一義化(曖昧な表現が持つ複数の意味から意図された意味を選択する)、飽和(指示対象付与など言語形式の「空所」を補う)、自由拡充(関連性の得られる解釈まで、言語形式にとられない要素を補う)、アドホック概念構築(語レベルでの推論)が含まれる。そういった「推論する部分が多ければ多いほど明意は弱い」とされる。

一方、暗意とは、発話によって伝達された明意以外の想定である。暗意にも強い暗意と弱い暗意があり、前者はその発話にとって伝達上の主要性を持ち、これが聞き手に把握されなければ関連性に辿りつけなくなるような唯一の暗意のことである。後者は、発話の中で複数の想定が派生するが、そのうちの幾つかが把握されなくても話し手の意図を理解できるようなものを指す。その場合は確定的な結論を生み出さないので、暗意が弱いほど、聞き手が補う必要のある前提(暗意された前提)と結論(暗意された結論)が増えることになる。こういった弱い暗意の併存は、情報を正確に伝える必要がある臨床の場では、不確かな解釈を導く可能性があり注意を要する。

## 4. 関連性理論に基づいた分析方法

患者として体験する一連の流れは、検査・診断(治療選択)・入院(治療開始)・退院後の方針選択の4つの時期に分けられる。そのいずれの時期においても、患者は医療者から知識(医療情報)を与えられて認知効果を得ることを求められる。これらのどの時期でも、患者の心的状況は基本的欲求である安全が脅かされているので、平常心とは言えないだろう。

そして、患者の心理的側面を検討するために、患者の認知環境を、想定と想定に影響する心的状況を基に、大まかに[(ほぼ)平常心・不安・強い不安・パニック]に分類して考察を進める。患者の抱えている想定が正しいか誤っているかは個人により異なる。そのため、医療者は早い段階で患者の想定を把握する必要がある。想定集合の強弱については、その想定が正しい場合には問題にならないが、誤っている場合にはそれを破棄させ、正しい想定を認知環境に加えさせるといった

段階的な解釈支援が必要となる。そして、パニック状態に近づくにつれて、通常ならコストをかけずに引き出せるような想定を思い浮かべることが困難になり、それにつれて処理コストが増加していくと考えられる。

通常、私達は心的負荷を和らげようと様々な対処行動を示す。平静であろうとする人もいれば、最悪の想定を現実的な結果だと思いつくことで心理的な動揺を避けようとする人もいる。これらがコンテキストの想定に影響し、解釈を変化させると考えられる。

以上の要因を考慮して、医療用語を含む発話について、関連性理論の観点から (4) のような説明や言い換えを用いた情報伝達が効果的であると仮定する。

#### (4) 関連性理論に基づく医療情報伝達の仮定

- a. 患者の想定と心的状況を考慮して、認知環境を把握し、それに対応した言い換えを選択しながら伝達する。
- b. 百科事典的知識（聞き手の世界に対する一般常識的な記憶や想定）に必要な新たな情報を供給して、それを患者や家族が次のコンテキストとして引き出せるように伝達する。
- c. 百科事典的知識に正しい意味や概念を組み込めるように、できるだけ簡潔に伝達する。
- d. 不確かな理解につながる弱い暗意を派生させないように、明意と暗意のバランスを考慮しながら、できるだけ強い明意として伝達する。
- e. (交感的な発話や沈黙などを活用して) 心的負荷を軽減させ、余計な処理コストの増加を抑える。

### 5. 4つの時期に使用される医療用語の関連性理論に基づいた分析

#### 5.1 検査の段階：腫瘍マーカー

(認知率 64.3%、理解率 43.5%)<sup>1</sup>

次の例は、「腫瘍マーカー」という用語を適切に説明している、良い例とされる会話例である。

- (5) a. Dr: 血液の検査で、この腫瘍マーカーの値が1つだけ高くなっています。
- b. Pt: しゅようがあるんですか。
- c. Dr: 腫瘍マーカーは、もしかしたら腫瘍があるかどうかの見当をつけるだけのもので、それで腫瘍があると診断はつきません。腫瘍がなくても高くなることもありますから。
- d. Pt: 詳しい検査をした方がいいんでしょうか。

(国立国語研究所 2009:16)

認知率と理解率に20%以上の差がある「腫瘍マーカー」という医療用語は、聞き覚えはあってもそれがどういう意味なのか正しい理解がされていない用語として分類できる。

医師は (5a) のように、検査結果から説明を開始することで (4c) で示したように簡潔に事実を伝達している。患者はこの発話を受けて「何か悪い病気かも知れない」という弱い誤った想定ではなく、「がんかもしれない」という弱い正しい想定を得ることができる。それによって、(4b) で示したように次のコンテキストを引き出して話し手の意図した解釈に辿りつき、(5d) の「検査をした方がいいんでしょうか」という質問につながったと考えられる。このように、コンテキストが設定された早い段階で誤った想定を修正すると、その後の会話ではそれを強化すれば良いだけとなるので、(4e) で仮定したように、患者の処理コストを抑える効果があると考えられる。

新しい概念を導入する医療用語の説明が理解できないと、患者はその用語が含まれる発話自体の解釈を中止してしまう可能性が高いと思われる。解釈を中止しない場合でも、用語理解の不十分さから、誤った明意や暗意を推論してしまうことも考えられる。そして誤った解釈がされた場合、それを修正するための処理コストが必要となるので、医療者には強い明意として情報を伝達することが求められると言えるだろう。

疾患が疑われるこの時期にある患者には、受診行動が必要となった時点で心的負荷がかかっており、その想定は多様であると思われる。患者の認知環境は、想定**の強弱**と心的状況の可能性という観点から、(6a-d) のように大まかに分類できるだろう。これらの患者の心理的側面に着目して、(4) の仮定を検討してみよう。

	【想定】	【強弱】	【心的状況】
(6) a.	がんかどうか分からない。	↑ ↓	弱い (ほぼ) 平常心
b.	がんかもしれない。		不安
c.	たぶん、がんなんだ。		強い不安
d.	がんなんだ。		強い パニック

患者は (6a-d) のように多様な想定を持っている可能性があるため、その想定**の強弱**と心的状況に合わせた説明を受けることで、話し手の意図した解釈に辿りつく可能性が高くなると考えられる。そのため医療者には (4a) に示したように、患者の認知環境を観察しながらそれに対応した説明をすることで、患者が余計な処理コストを消費せずに認知効果を得られるような、正しいコンテキストを引出せる情報伝達が必要である。

「がんとは決まっていない。腫瘍マーカーが高くなっている原因を調べるために、検査をする必要がある」というのが (5) での医師の意図した解釈である。このような検査の段階では、診断前なので確定されていないことを医師は言うことができない。そこで医師は、(5a) で1つの証拠 (エビデンス) となるデータを伝達している。そして、(5c) で患者が理解する必要のある「診断がつかない理由」を、(4c) に示したように、簡潔に「腫瘍がなくても高くなることがあります」と明示的に伝達して患者の理解を促している。そして、「もしかしたら」「見当をつけるだけ」といった言葉を添えて、(4e) で示した心的負荷を軽減する意図の発話をしているのである。このように、患者

<sup>1</sup> 認知率とは、全員を母数としてその言葉を見たり聞いたりしたことが「ある」と回答した人の比率。理解率とは、全員を母数として「意味を知っていた」人の比率。

の心的状況に対応して、医療用語の意味を日常用語に言い換えて明示的に説明することは、処理コストを抑えて患者の理解を促す効果があると考えられる。

これらは、(4b) で示した医療情報を患者の百科事典的知識に供給することが目的の発話である。これから得た知識により、患者は新たなコンテキストを引き出して、医師が意図した解釈に辿りつけるのである。さらに (5d) での発話から、患者が医師の意図したコンテキストを引き出し、解釈の手順に従って正しく明意を復元していることが理解できる。それによって患者は話し手の意図した解釈である「がんとは決まっていない」という暗意された前提を復元し、「はっきりさせるために検査をする必要がある」という暗意された結論に辿りつき、認知効果を得るのである。

このような疾患が疑われる状況では、明意として必要な情報を簡潔に伝達する発話が求められていると言える。さらに、患者が弱い暗意を派生させて不確実な解釈をするのを防ぐために、医療者にはできるだけ強い明意としての発話が求められると言えるだろう。そのためには (4d) で示したように、明意と暗意のバランスを考慮して発話することが必要となる。

以上のことから医療者には、患者が話し手である医療者の意図した解釈に辿りつけるように、(6) のようなパターンの患者の想定と心的状態を把握しながら、その認知環境に対応した医療用語の言い換えを用いた説明が求められていることが理解できるだろう。

## 5.2 診断・治療選択の段階：2 度目の化学療法についての説明を受ける場合

次に、症状の進行とともに、話し手である医師の意図した解釈が、患者にとって望ましくない内容に変化する言葉について見ていきたい。(7) は再発したがんの治療選択の場面である。

- (7) a. Dr: 抗がん剤の治療をする上での目標なのですが、残念ながらこの病気を完全に治してしまうことが難しい状況にありますので、治療の目標としては“がんの進行をうまく食い止める”とか、“がんと上手に付き合っていく”ということになります。
- b. Pt: ということは、化学療法をしてもすぐに効かなくなっていずれは死んじゃうということですか？ 化学療法しか手段はないのですか？
- c. Dr: ご自分がどうにかなくなってしまいうことが不安なのですね。
- d. Pt: …… (内富・藤森 2007:55-56)

(7a) で医師は、(4a, e) に示したように、患者の想定と心的状況を考慮して「治らない」ではなく「難しい」という言い方を選択したり、「うまく」「上手に」といったポジティブな捉え方につながる言葉を用いた発話をしている。患者は (7a) の暗意である「完治しない」を解釈した上で (7b) の発話をしているため、医師は (7c) のように患者の心的状況を落ち着か

せ、処理コストの増加を抑えることを目的とした発話をしていることが理解できるだろう。

(7) のように、がんの再発を告知されて 2 度目の化学療法を受ける患者は、1 度目の化学療法の経験から (8) のような強く正しい想定を抱いていると思われる。

- (8) (i) 化学療法は、抗がん剤を使うがん細胞を死滅させるための治療法。(ii) 吐き気や抜け毛などのつらい副作用がある治療だが、がん細胞を殺す強い薬だから副作用も強い。

患者は 1 度目の化学療法から、(8) の (i) の正しい知識を得ていたと考えられる。また、(8) の (ii) の副作用の部分は、患者自身の体験から得たものなので、非常に強い想定である。しかし、患者にとっては強い正しい想定が、(7a) の 2 度目の化学療法の説明を受けた時点で、強い誤った想定に変化してしまったことになり、それらを破棄するにはかなりの困難が伴うだろう。疾患の進行とともに抗がん剤の使用目的だけでなく、患者にとってのコンテキストも変化したため、「化学療法」という語を含む発話から得られる暗意も「がんの進行を遅らせながら、苦痛を緩和して QOL (生活の質) を高めるための治療を行う」という意味に変化したということである。この段階で、化学療法という言葉が内包する意味の中から、(8) とは異なる「がんが進行して (化学療法も効かず) 治らない」という想定が前面に出てくる。こういった事例から、医療用語の中には、疾患の進行と共に意味が変化するものもあるということが理解できる。このように、百科事典的知識やコンテキストが経時的に変化する言葉があるということも、医療用語が難解とされる要因の 1 つに挙げられるだろう。

(7, 8) で示したような、かつて正しかった想定 of 放棄と新たな想定 of 獲得を同時に行う事態に直面した心的負荷の高い患者に対しては、心的状況を落ち着かせることが最初に求められる。しかし、医師の意図した解釈である「がんは完治しない」は、患者にとって直ぐに受容する事が困難なためパニックに近づいていることが (7b) の発話から判断できる。そこで、(4b, c) で示したように、患者の百科事典的知識に用語の正しい意味を供給して、次のコンテキストとして引き出せるように導く会話構成になるように、医師は交感的な発話を用いて患者の心的負荷を軽減しようとしている。(4a) で示したように、現状をその患者の認知環境がどこまで受容できるかを判断し、医療用語の持つ情報の中から、患者に伝える意味や概念を選択し、(4c) で示したように、簡潔に説明して正しい百科事典的知識とする必要があるからである。

そのためには、どう言い換えた説明をすれば、患者が話し手の意図する解釈に辿りつくことが容易になるのかを推し量る必要がある。その際、患者にとって聞きなれた言葉は、(4e) に示したように心的負荷を軽減させる効果があると考えられる。日常用語に言い換えた発話には、意味を理解しやすくするだけでなく、消費コストを抑える効果もあると言えるだろう。

このような瞬時の判断が、次々と為されていることが (7c) の発話から理解できる。言い換えれば、情報伝達を効果的に行うためには、臨機応変に患者の認知環境に対応した言い換えを駆使した会話構成が求められるということである。

以上のことから、診断に伴う想定の変化が見込まれるこの時期には、医療者は患者の認知環境を把握して、医療用語を日常用語にどのように言い換えるかを判断しながら発話を重ねて、患者が認知効果を得られるように支援する必要があることが理解できるだろう。

### 5.3 入院・治療開始の段階：糖尿病

(認知率 99.5%、理解率 87.5%)

次に、慢性疾患を持つ人物が周囲に存在することで、その病態を見聞きした経験が百科事典的知識となり、患者の想定に影響を与える言葉について見ていこう。

#### (9) 【糖尿病の教育入院時における患者の発話】

- a. Pt:なぜ入院しなければならないのか分からない。  
【教育入院の最終段階】
- b. Dr:教育コースはどうでしたか?
- c. Pt:あのね、血糖（自己）測定が面白かった。自分がやったことで変わるでしょ。食べたもので変わるし、運動すれば下がるし。(略)
- d. Pt:(その時、糖尿病であることがストンと腑に落ちた) (石井 2010: 156)

「糖尿病」は、認知率と理解率の差が示すように、人それぞれに機序や成り行きに対しての思い込みが多様な言葉であり、その想定を放棄させるためには、治療開始の段階で (4c) に挙げた正しい知識を与えて正しい百科事典的想定を持たせることが必要となる。その場合、医療者には医療用語を言い換えるだけではなく、難解であっても医療用語そのものの意味を、患者が正しく百科事典的知識にできるように、段階的に説明すること求められる。そのため、処理コストが高くなり (4e) が適用されない場合もあると考えられる。しかし、患者が正しい医学的知識を増やすことで疾患の成り行きを理解すると、(4b) で示したように次のコンテキストで「正しい血糖コントロールをしないと重い合併症が出る」という医師の意図した解釈を引き出して自己管理の必要性を理解できると考えられるため、高くなった処理コストを十分に補うことになるだろう。

心的状況はほぼ平常であっても、思い込みによる誤った強い想定を持った患者は、入院目的が説明されていても、(9a) のような解釈を引き出す可能性が高い。このような教育的な情報伝達の場合、(4d) で示したように、幾つかの不確かな暗意を派生させないように、強い明意として伝達することが必要である。なぜならば、この段階で患者に「糖分を取り過ぎなければ合併症にならない」「運動すれば大丈夫」といった不確かな弱い暗意を派生させてしまうと、時間の経過とともに「1杯くらいのビールなら大丈夫」「毎日働いているから運動しているのと同じだ」というような想定を派生させてしまうことが考えられるからである。この

ようなことは、何年間も自己管理を継続してきた自中心のある人間にも起り得る。ある瞬間に生じる心理的な倦怠感、一生涯続く慢性疾患の自己管理を緩めてしまう要因の1つだと言える。糖尿病のような慢性疾患には、強い明意として情報を伝達し、弱い暗意の派生を抑制する必要があるのはその為である。

### 5.4 退院後の方針選択の段階：緩和ケア(治療)

(認知率 54.7%、理解率 49.1%)

最後に、暗意が関連する医療用語について見ていこう。(10) は、がんの再発を告知された直後の場面である。患者はそれまで持っていた「再発しているかもしれない」という弱い想定を「再発していた」と強化したか、あるいは「再発していないだろう」という弱い想定を放棄したばかりである。

#### (10) がんの末期の患者に対して、今後の方針について説明する場面

- a. Dr:抗がん剤治療と並行していく治療として、または、単独でやっていくこともあります。が、“緩和治療(ケア)”をしっかりとやっていくことが大切です。
- b. Pt:“緩和治療(ケア)”って末期医療とか、ホスピス治療のことですか？私はそんなに悪いのでしょうか？
- c. Dr:(略)最近では緩和治療(ケア)に対する考え方が変わってきて、進行が早い段階から、手術や放射線、抗癌剤の治療を行っている段階から並行して行っていくようになってきています。
- d. Pt:“緩和治療(ケア)”が必要なことは理解できますが、まだこんなに元気なのに“緩和治療(ケア)”が必要かどうかよくわかりません。(内富・藤森 2007: 55-56)

(10b, d) からも分かるように「緩和ケア」は、用語の内包する意味が厳しく、受け入れるには大変な負荷がかかる内容である。心的状況は (6a-d) を行ったり来たりしながらパニック状態になっている可能性が高いと考えられる。そのため、(10c) で医師は (4a) に沿った「最近では」「早い段階から」といった心的状況に配慮したショックを和らげる言葉を添えて、(4e) にある処理コストを抑えることに配慮して、厳しい内容を明意として伝達している。この発話から患者は「完治せず終末期に至る」という厳しい内容の暗意を推論しているのである。

関連性理論の観点から見ると、「緩和ケア」という言葉から受けた衝撃の強さが心的状況にも影響し、現実逃避の手段としてコンテキストを取捨選択して関連性が無いと判断する、あるいは自分に都合の良いように解釈する可能性があると考えられる。そのため、医師の意図した解釈を代りに理解してくれる家族などのキーパーソンとなる人物の同席が望まれるのである。

「緩和ケア」のような望ましくない情報、特に生死に関わる意味を内包する場合、日本の文化的な特性を

考慮しなければならないと考える。私達日本人は「暗黙の了解」という言葉を持つことから分かるように、明意としてよりも、暗意として伝達することを善とする文化を持つからである。そのため、このような生死に関わる内容の場合は、(4d) で示した仮定と異なり、明意を最小限に止め、暗意として伝達するほうが自然な場面が多くなる。その上で「根治目的ではなく対症療法としての抗がん剤治療」という暗意された前提と、「終末期である」という暗意された結論に辿りつけるような伝達が求められていると言えるだろう。このように、厳しい内容の今後の方針決定の時期には、明意と暗意のバランスを考慮した発話が求められていることが理解できるだろう。

同時に、このような厳しい情報を提供する場合には、(患者や) 家族に対して予後に関する経時的な成り行きを、百科事典的想定に組み込めるように説明する必要もあると考える。なぜならば、その知識が近い将来のコンテクストになり、それによっては、残された時間の QOL (生活の質) に違いが出てくると考えられるからである。タイミングを逸して、患者や家族の想定が状況の後追いになってしまうと、心身共に過負荷となる可能性が高くなる。それを予防するために医療者には、明意と暗意のバランスを (4a) から把握する認知環境と対応させて (4b, e) に沿った発話による情報伝達が求められると言えるだろう。

## 6. おわりに

本稿では、患者が医療者から知識 (医療情報) を伝達されて認知効果を得ることが求められる、検査・診断 (治療選択)・入院 (治療開始)・退院後の方針選択、という 4 つの時期に使用された医療用語について、関連性理論の観点から分析を行ってきた。

関連性理論に基づいた (4) の仮定は、どの時期においても、患者や家族が認知効果を得て話し手である医療者の意図した解釈に辿りつくための、一定の効果があることを示すことができたと考える。

その中で、医療用語の意味が経時的に変化したり、認知環境に対応した段階的な発話が必要な場合があること、患者が正しい百科事典知識を得ることで行動変容が見込まれるならば、高くなった処理コストを補う効果が期待できることなど、臨床における医療用語の特殊性についても言及できたのではないかと考える。

医療用語を含んだ情報伝達の場合、患者の想定と心的状況を把握した上で、その時の認知環境に適した言い換えを行う必要がある。その場面では、言い換えた情報が患者の百科事典的知識に組み込まれ、医療者の意図した次のコンテクストとなるように、会話を構成することが求められることにも言及してきた。

また、情報が正しい百科事典的知識となるように、できるだけ強い明意として伝達する必要があることについても言及できた。さらに、その場面ではどこまで明意として伝達するかを患者の認知環境から判断し、明意と暗意のバランスを考慮しながら、不確かな解釈につながる弱い暗意の派生を抑制する発話が求められることについても、言及できたのではないかと考える。

医療用語の日常用語への言い換えについては、患者の認知環境に対応して、医療用語の持つ情報をどう言い換えて伝達するかを判断した発話が、意味を理解しやすくするだけでなく、消費コストを抑えながら、正しいコンテクストを引き出せる情報提供になることについても言及できたと考える。

さらに、死生観に関わる情報伝達の場合、日本の文化的特性として明意より暗意での伝達が求められること、その上で必要な情報をできるだけ明示的に伝達する必要性についても言及してきた。この明意と暗意のバランスについては、世代ごとの想定の特徴なども視野に入れて、今後さらなる検討が必要になると考える。

臨床で実感することの 1 つは、説明の伝達量は会話を構成する人物の「言語力」によって、大きな差が出るということである。この差をできるだけ少なくするためには、発話によるコミュニケーションについての理論的根拠を理解した言語力が必要であると考えられる。だが、このような言語力は医学的知識を持つだけでは身につかない。医療情報として患者が理解し思考する日常用語で説明する能力が求められるのである。その能力の基となる医療コミュニケーションの理論として、関連性理論が有効であると示すことができたと考える。

関連性理論は、発話解釈に影響を与える認知的な観点をその理論の視野に入れている。このことから関連性理論は、患者という立場に置かれた聞き手が、医療用語を含む説明をどう解釈するかについての理解を深め、その心理的变化に対応した医療コミュニケーションのための理論的根拠となると考える。本稿の仮説をさらに検討して、教育や臨床の場での実践に活用できるものにしていくことを今後の課題としたい。

## 参考文献

- 1) 石井均 (2010) 『糖尿病診療 よろず相談』 東京: メジカルビュー社.
- 2) 一戸真子 (2012) 『ヘルスサービスの質とマネジメント』 東京: 評論社.
- 3) 今井邦彦 (編) 井門・他 (訳) (2009) 『最新語用論入門 12 章』 東京: 大修館書店.
- 4) 今井邦彦 (監) 井門・他 (訳) (2014) 『語用論キータム事典』 東京: 開拓社.
- 5) 内富庸介・藤森麻衣子 (2007) 『がん医療におけるコミュニケーション・スキル』 東京: 医学書院.
- 6) 国立国語研究所「病院の言葉を分かりやすく」委員会 (2009) 『病院の言葉を分かりやすく - 工夫の提案 -』 東京: 勁草書房.
- 7) 松重卓也 (2010) 『「患者中心の医療」という言説 - 患者の「知」の社会学』 東京: 立教大学出版会.
- 8) Carston, R. (2002) *Thoughts and Utterances: The Pragmatics of Explicit Communication*. Oxford: Blackwell.
- 9) Gerteis, M. and Daley, M., et al (1993) *Through the Patient Eyes: Understanding and Promoting Patient - Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. (信友浩一 (監) (2001) 『ペイシエント・アイズ』 東京: 日経 BP 社.)
- 10) Sperber, D. and Wilson, D. (1995) *Relevance: Communication and Cognition*. Oxford Blackwell.