

医療現場における 患者の方言使用問題を問う： 「共創空間」開発技法(CCHD モデル)からの アプローチ¹⁾

CCHD Model as an Effective Tool for
Cross-Cultural Communication—A Case of Facing with
the Regional Dialect Speakers in Medical Fields

内田 加奈美 大場 裕之
Kanami Uchida Hiroyuki Oba

Abstract *This paper examines the question, “Are We Really Facing with Patients speaking Dialects in Medical Fields?” by CCHD Model (Co-Creative Human Development Model; Oba, 2007). The question was raised in a workshop where people of different backgrounds gathered. By this CCHD approach, participants enjoyed freedom to speak up their own opinions toward the given question and eventually reached to some points where they saw possible new issues having started from the original question. To get to this point, each participant was eager to activate his or her consciousness toward the given question, and so, actively shared ideas to each other. The participants often showed sympathy toward different positions of people than theirs; such as doctors or patients. This shows the fact that everyone lived together in this given space and time as human beings not only as one, real selves from their own daily lives. As a result, the CCHD Model played a very important role to serve creating a shared environment among participants. With this regard, the CCHD Model can be found to be a useful common platform for people’s communication beyond cultures.*

キーワード：コミュニケーション、共創空間、医療現場
学際領域：異文化コミュニケーション論、共創空間開発論

1) 小論は、平成23年に、異文化コミュニケーション学会年次大会で実践された「共創空間」によるワークショップの報告である。この時採用された「『共創空間』開発技法(CCHDモデル)」は、麗澤大学の 大場裕之教授によって2007年に開発された。この「『共創空間』開発技法(CCHDモデル)」は、開発以来、国内の数多くの教育現場や企業に於いて、また法人や省庁などでも実践されてきたものである。共創空間を実践したことがあるという人の数は、いまや国内はもとより海外にも増え続けている。今回、異文化コミュニケーション学会年次大会に於いて共創空間を実践出来た背景には、モデルを開発した大場裕之教授及びライフスタイル研究会のメンバーからの多大なるご協力があった。

はじめに

肉体的または精神的に苦痛を抱える者にとっては、医療を受けることで健やかさを取り戻せたり心の安寧を得られたりすることは大きな助けになる。患者と医師が、互いに納得できるようなコミュニケーションを通して病に向き合うことが出来れば、患者の心の中の不安も、少しずつ安心で満たされていくのではないか。医師と患者は多くの場合言葉で情報交換をするが、両者が必ずしも言葉の意味をすべて共有しているとは限らない。例えばある専門用語が医師にとっては、その時の患者の様態を表現する最も適切な言葉だとしても、患者側はそれを同じように理解出来ないかもしれないし、またしたくないかもしれない。それ以前に、もし患者と医師が互いに異なる方言等を話していたら、患者側の専門用語に対する理解が不完全な状態に加えて、医師の側からも患者の側からも「聞いたことのない」、「意味不明な」言葉でのやりとりが続けられる可能性もある。やりとりが続けばむしろ良いが、医師か患者が途中で意思疎通を諦めた場合、言葉は消えてコミュニケーションが停滞する可能性は高い。それぞれの病に最善の対処法を模索する為にも患者と医師がその病と互いに向き合い、向き合っていく中で、発生しうるミス・コミュニケーションを意識的に減らしていけるよう努力することが望ましいのではないだろうか。医療現場とは言い換えると、患者と医師という立場の異なる者同士が会おう場所であり、構成員の一人ひとりがそれぞれに異なる言葉・背景を持ってやり取りを行うところから、まさに「異文化コミュニケーションの現場の一つ」と言える。

医療現場で起こり得るミス・コミュニケーションについて向き合い考えを深めることは、医師などの医療従事者にとって有意義なだけでなく、たとえ医療に携わっていない者（例えば患者や患者の家族・友人・介護士など、または現在は病気ではないが将来的に病院に行く必要が出てくる人）にとっても重要な試みとなる。これまでは、医療する側にしても患者の側にしても、それぞれの立場・役割の中での議論は盛んに行われてきた。そのような意義ある議論を、それぞれ別個に独立させたままではなく、これからはそのすべての立場を繋げ、参加者全員で問題に対する思考を深めていく取り組みが重要になるのではないだろうか。その実現の為には、あらゆる立場の人々が参加し意見交換出来るような、共通のプラットフォームが必要となってくる。それぞれの立場の人たちがその社会的立場の見解を踏まえながら同時に、人間として、問題に向き合えるような共通のプラットフォームである。

そこで小論では、共通のプラットフォームを提供する「共創空間」開発論のCCHDモデル（Co-Creative Human Development Model; 大場、2007）を採用し、特に、医療現場における「方言」を持つ患者と向き合う空間を創出し参加者全員で共創した成果を紹介する。まず第1節では、医療現場におけるミス・コミュニケーションの先行研究について考察し、問題を明らかにする。第2節では、提起された問題を吟味する「共創空間」開発技法（CCHDモデル）を紹介する。第3節ではCCHDモデルを実際に採用したワークショップの実践報告を行う。第4節では、ワークショップで実現された「共創」から見えてきたものについて明らかにしてい

く。

1. 医療現場におけるミス・コミュニケーションの先行研究

(1) 専門用語の使用問題

患者と医療従事者の間に起こり得る言葉一般を基にしたミス・コミュニケーションの可能性については、国立国語研究所が委員会を設けて調査を実施している(2007～2008)。この調査の結果は、『病院の言葉』を分かりやすくする提案』としてまとめられた(2009)。調査ではまず、①医療者(医師・看護師・薬剤師)が日頃問題に感じている言葉、②患者に対して理解してもらうことが難しいと感じた場面での出来事、③患者の理解を得るために行っている工夫など、について尋ねている。問題の言葉はインターネットや新聞、医療用語集などの医療媒体においてひろく使用されているところから集められ、医療者のそれらの使用実態や使用意識が調査された(「医師に対する問題語記述調査」・「医療者に対する用語意識調査」)。また集められたこれらの言葉については、患者の側(現在の患者といずれ患者になる非医療者全般)にも、その理解度や認知度を確かめた(「非医療者に対する理解度等の調査」)。調査によると、「一般人にとって難解で重要な医療用語」の集約は、はじめ2万語にも上ったという。最終的に問題の言葉は57語に絞られるが、その途中のいくつかの調査で医療者と非医療者に尋ねられた質問事項の例と、それら質問事項に対する回答の例をそれぞれ以下に提示する。

例1: 「医師に対する問題語記述調査」より

問1 あなたが患者やその家族とコミュニケーションする際に、理解してもらうことが難しいと感じたことがある言葉を、3つまでお答え下さい。

(※この質問に対する上位3つの回答は、「予後」・「合併症」・「炎症」であった)

問2 問1で回答した言葉について、あなたが、何か注意していること、工夫していることがあったら、自由にお書き下さい。また、その理由についてもお書き下さい。

(※回答例: 「予後」という言葉の使用について、「死ぬという言葉は現場では非常に使いにくいので予後などを使用するが、回りくどくなっていることは否めない」)

例2: 「医療者に対する用語意識調査」より

Q1 あなたは、以下の言葉を日常の仕事の中で、患者やその家族に対して使っていますか。以下の言葉それぞれに対して該当する項目をお選びください。

- (1) そのまま使い、言い換えたり説明を付けたりはしない
- (2) そのまま使うが、言い換えたり説明を付けたりしている
- (3) そのままでは使わないで、別の言葉で内容や概念は説明している
- (4) 自分の仕事に関係はあるが、使う機会がない

(5) 自分の仕事に関係ないので、使っていない
 (※回答例：「(2) そのまま使うが、言い換えたり説明を付けたりしている」で最高値だった言葉は、医師が「腎不全 (69.9%)」、看護師・薬剤師が「ステロイド (55.8%)」で、「(3) そのままでは使わないで、別の言葉で内容や概念は説明している」で最高値だったものは、医師が「コンプライアンス (67.3%)」、看護師・薬剤師が「既往歴 (55.8%)」)

[Q1 で (1) (2) (3) と回答した人に]

Q2 あなたの仕事の中で、その言葉を、患者やその家族に理解してもらうことは必要ですか。次の4段階でご回答ください。

- (1) 全く必要ではない (2) あまり必要ではない
 (3) やや必要である (4) 大いに必要である

(※回答例：「(4) 大いに必要である」で最高値だった言葉は、医師が「合併症 (78.6%)」、看護師・薬剤師が「副作用 (73.9%)」で、「(3) やや必要である」で最高値だったものは、医師が「慢性腎不全 (53.7%)」、看護師・薬剤師が「免疫 (51.6%)」)

[Q1 で (1) (2) (3) と回答した人に]

Q3 あなたの仕事の中で、その言葉を、患者やその家族に理解してもらうことが困難だと感じる場合がありますか。次の4段階でご回答ください。

- (1) 全くない (2) たまにある (3) 時々ある (4) しばしばある

(※回答例：「(4) しばしばある」で最高値を示した言葉が、医師で「EBM (34.4%)」、看護師・薬剤師で「DIC (26.7%)」)

例3：「非医療者に対する理解度等の調査」より

Q1 あなたは、「インスリン」という言葉を見たり聞いたりしたことがありますか。

- a ある b ない

(Q で、a と回答した人に)

SQ1-1

あなたは、病院で使われる「インスリン」という言葉が、「膵臓で作られ、血糖値を低下させるホルモンで、薬として糖尿病の治療に用いられるもの」という意味であることを、知っていましたか。

- a 知っていた b 知らなかった

(※回答例：Q1 を「認知率」、SQ1-1 を「理解率」とし、両者の間に大きな開きがある言葉として挙げられたのは、「合併症 (特に、手術や検査などに引き続いて起こる病気、という意味で使われる場合のもの)」であった。この意味での「合併症」の認知率は 97.6%、理解率は 18.5%)

SQ1-2

次にあげるのは、「インスリン」についての、ありがちな誤解や偏見、不正確な理解です。これらのうち、あなたがそのように理解していたものすべてを選んでください。(今はそのように理解していなくても、過去にそのよ

うに理解していたことがあれば、すべて選んでください)

- a インスリンを打つようになったら糖尿病は重症で、先が短い
- b インスリン注射を始めると一生続けなければならない
- c インスリンは注射だけでなく、飲み薬もある

(※回答例：SQ1-2を基に、「誤解率」が算出され、最もその率が高かった言葉としては、「脳死（『植物状態』と同じことである）」が挙げられている)

以上が質問事項と回答の例である。先に述べた通り、最終的に57語が問題となる言葉として絞られたが、注目すべきは、これらの言葉を検討するプロセスにおいて同委員会を構成するメンバーの中で認識の差が見られたという報告がなされていることである。特に医療を専門とする委員たちは、医学における重要語や患者に正しく理解しておいてほしい言葉を重要視したのに対し、言葉を専門とする委員たちは難解語や患者の誤解がありそうな言葉を、提案すべき言葉として選んだという。この結果は、医療者と一般の人たちの医療に対する価値観、または医療に対する意識の差をあぶり出している。医療者が現場で抱えている問題点が改めて明確になったばかりでなく、非医療者側から見た医療現場に対する期待というものについても明らかにされたのではない。

(2) 方言使用の問題

医療現場で使用される言葉については、特定地域の方言をデータベース化し、コンピュータ上で検索出来るようにした研究者たちもいる（「医療・福祉と方言プロジェクト」；呉高専・岩城研究室、2006～2009）。このデータベースには、主に広島（安芸）・富山・飛騨・青森（津軽）で使われている方言が集約されており、それぞれの言葉の意味はもとより、その言葉が使われるとしたらどのような口語表現になるかといったような文の例も、言葉によっては共に参照することが出来るようになっている。例えば、津軽地方の「ヤム」という言葉の検索を行うと、意味として出てくるのは「痛い・内側からの痛み・外傷ではなく、内部からくる痛み・鈍痛・自発痛」であり、また文例では「腹がやめくなった」と出てくる。「やめくなった」の箇所には下線が引いてあり、この部分をマウスでクリックすると、「やめなくなった」という音声流れる。もうひとつ別の例を挙げると、「はい、もしくは、はえる」という言葉については次の通りである。意味は「腫れる」で、文例としては、「はいでまった（腫れてしまった）」。もちろん音声も付けられている。その他、文例と音声は付けられていないが、「うじゃめぐ（または、ざらざらってす）」という言葉も、「悪寒がする」という意味として載せられている。

このデータベースを作成した研究者の内の一人である今村によると（2011）、津軽方言を使用したある患者が、「ボンノゴガラ ヘナガ イデ（頭の後ろ下方のくぼんだ所から背中が痛い）」と訴えた際、この患者に対応していた医師が、「お盆の頃から背中が痛い」と誤って認識したという。この医師は津軽地方の出身者ではな

かった。また別の若い医師は、「のだばって（うつ伏せに寝て）ください」と患者に指示を出すつもりが、「くたばってください」と言ってしまった事例が見られたという。方言を話す人と標準語（もしくは共通語）を話す人がやり取りする場合、このような行き違いが起こる可能性は、言葉を共有している人同士が話す場合に比べて高くなるのではないか。得てしてわれわれは、「知らないことばを自分の知っていることばに近づけて理解しようとし、置き換えてしまうことがある」と今村は指摘し、これが医療現場においては事実誤認によるミスにつながるのではないかと警鐘を鳴らしている。

われわれが日常で何気なく使う言葉には、意識的にも無意識的にも「自分」が投影されており、特に方言には、その個人が生まれ育った土地の文化が色濃く反映されていることから、「言葉は私たち自身」と言うことができる。医療現場で患者が、不安を抱えながら自分の体調についての微妙なニュアンスを医師に伝えようとする時、自身が最も慣れ親しんだ言葉で話そうとするであろうことは容易に予測出来ることであろう。

2. 方言使用問題でなぜ CCHD モデルを活用するのか

(1) 医療現場には「異なる文化」を持つ人々が集まっている

これまで見てきたように医療現場では、医師が使用する専門用語の意味理解が患者にとって難解な場合があることに加え、医者側にも、患者に正しく医療知識を伝えていくことが困難な場合があるということが明らかにされてきた。互いのやり取りを困難にする要因としては、専門用語使用の問題に加え、患者の方言使用に関して光が当てられ、特定の地域ではあるが、方言のデータベース化も実現されて高い実用性を示すこととなっている。どちらの研究にも、研究者たちの情熱が注がれており、医者と患者とのそれぞれの立場をより深く理解する手段とされている。しかし同時に、医療者側と患者側の立場をこのように明白にしたことにより、両者の間に横たわる溝の存在を際立たせることにも作用しており、その為、医療現場に発生しうる問題点がそれぞれ個別の状態で一直線上に存在している印象も受ける。この意味で、医療現場はまさに「異文化」を持つ者同士が集まっている現場と言えるであろう。ではその現場に起こる問題に対して、その構成員たち（医者や患者、薬剤師や看護師、患者の家族や友人なども含む）はどのように対処していけば良いのだろうか。現場で起こる問題は同一であるにもかかわらず、医者側か患者側かという立場の違いによって、それぞれが異なる見解を掲げて議論し、解決策を模索している。この状態では、たとえ問題があっても、それらに全員で向き合う空間が存在していないことと同じだ。医師と患者、また患者の家族や友人たちに必要なことは、それぞれの立ち位置で議論を続けることではない。すべての立場からどの人々も問題に向き合い、考えを自由に分かち合えるような空間が必要なのである。そうすることによって初めて、その問題に対するさまざまな見方が許容され、その問題は関係者全員にとって「自分事」となってくる。その実現の為には、全員に共通す

る人間の思考フレームの存在が不可欠であり、そのフレーム上では、参加者がこの現実世界でそれぞれに担っている立場や役割というものを越えて、人として、思考を深め発言をしていける仕組みが望まれるのである。

(2) 「異なる文化」を繋ぐ CCHD モデル

(Co-Creative Human Development Model ; 大場、2007)

異なる立場の人々をつなぐことが出来る共通のプラットフォームとして、CCHD モデルによる共創的アプローチが挙げられる。CCHD モデルは、十字の形（通称“マトリックス”）を介して、自分自身（のライフスタイル）に向き合う実践手法のことで、人間が本来有する理性や感性を活性化させるための空間を実現するべく提唱されたものである（大場、2007）。理性とは私たちの考える力を指し、感性は外からの情報・刺激に対して五感を通して感ずるもの、と定義される。通常は、複数人数が参加する場において、参加者が関心を寄せるテーマ群からクエスチョン（「問い」）を発見し、互いに意見を共有することで、最初に立てられていたクエスチョンから本質的な問題に気づき向き合うということが可能となる（大場、ライフスタイル研究会；2012）。意見を共有する際には参加者全員の自由意思が何よりも尊重されるため、通常のディベートに見られるような点と点との相違（意見の相違による対立）が特に重要視されたり、「賛成か反対か」の二者択一的な思考に強く支配されることはない。この共創空間における意見の共有化は、十字（＝マトリックス）の平面上に現わされるが、この平面には縦軸と横軸が創り出す奥行きがあり、従って、参加者によって提示された全ての意見はこの深みの底で何らかの関係性を持って繋がっているとみなされる。「問い」に対する答えは、従って一つだけではない。一本の縦軸を概念的に仮に“1”とし、同じく横軸を“1”とする時、両者が交われば「 $1 + 1 = 2$ 」の公式が頭に浮かぶ。しかし CCHD モデルによる共創的アプローチにおいてはこの公式に“?”が付随する。「 $1 + 1 = 2?$ 」となり、この概念こそが、共創空間における複数の答えの同時的な存在を奨励するのである。CCHD モデルを活用しない多くの他の意見交換の場面では、複数の意見が最後まで互いに独立して存在し、むしろそのことで意見交換が活発化される事がある。しかし CCHD モデルを活用する意義は、そういった問題と私たちがどのように向き合っていくのか、という私たち自身のライフスタイル・生き方自体を「問う」ことにあり、提示されたさまざまな意見が有機的に繋がられていくところにある。CCHD モデルは、テーマに関心を持つ者全てを受け入れ、その自由意思を尊重する。個人から発信された意見は、時に、「誰しものが持ち得る意見」として聞き入れられることがある。このようなプロセスを通して、一人ひとりの参加者は自己内での対話を活発化させることが可能となり、同時に、他者との意見交換も生産性を伴って活性化されていくのである。

(3) CCHD モデルで使用する道具

CCHD モデル（「共創空間」開発技法、通称“マトリックス”）では、いくつかの

道具を用意する。①ボード、②マグネット、そして③ボールの3種類である。

1. ボード

マトリックス（十字形）を創出するためのもの。縦軸と横軸を交差させると、4つのゾーン（A、B、C、D）が生まれる。これらはそれぞれ、感性と理性が交差して生まれた価値意識平面である。また、上記の「CCHDモデルの概要」でも述べた通り、それぞれの軸の両極にはテーマに関する文言を立てる。

2. マグネット

参加者は一人ひとり種類の異なるマグネットを持ち、マトリックス上に置く。マグネットを置く位置はその意見交換の時点における自身の見解を表す位置にすぎない。自分の意見として任意の位置におかれたマグネットは、そうされることで個人の手を離れて、視覚的にも公のものとなる。参加者にとっては、自分のマグネットの位置を客観的に眺めることが必要なだけでなく、その位置が他者のマグネットとどのような関係をもっているかに注意を払うことも大切な作業となる。意見交換の時間を通じて、最初に置かれた地点から、どのマグネットもいつでも別の場所に移動させてよい。時に、そうして自らもとの考えを変えることの方が難しいことに気づく。

3. ボール

マトリックス上に置かれた全てのマグネットの持ち主から、順番にその見解を訊いていくためのツールである。好ましいボールとしては、放り投げることで色が変化するプラスチック製のもの（スイッチピッチ）などがある。このボールを使うと、テーマに関して立てた問いに対する答えは必ずしも一つではなく、さまざまな答え（色）が存在することに気づくことが出来る。ボールを持っている間は、その人に発言権があるとする。このボールを使って共創空間にいる者同士が互いにコミュニケーションをやりとりする。約束事として、ドッジボールのやり取りは禁止である。あくまでもキャッチボール（＝対話）の手段としてこのボールを活用していく。

3. 共創空間で方言を持つ患者と向き合う

(1) ワークショップへの参加者

2011年10月、兵庫県立大学に於いて「異文化コミュニケーション学会年次大会」が開催された。テーマは、「医療・看護・介護における異文化コミュニケーション」である。この会場で、CCHDモデルを活用し、共創空間を実践する機会を得た。タイトルを、「医療現場における方言を介したコミュニケーションの意義——『共創空間（マトリックス）』開発学からのアプローチ——」と設定し、このタイトルに興味を持つ参加者が自由に集まれるワークショップ形式を取った。このワークショップに集まった参加者は、総勢9名であった。その内2名は、共創クルーと呼んでいるファシリテーター役としてワークショップに参加した。共創クルーの一人は、CCHDモデルを開発しその意義やモデルの活用方法について参加者に説明した

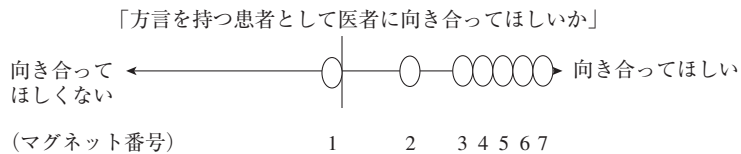
大場で、医療現場における方言の使用について問題提起をしたのは内田であった。7名の参加者は互いに年代や性別、また社会的な立場や経験も異なっており、医療者と非医療者の両方が含まれていた。

(2) マトリックス

まず始めに、「私たちは方言を持つ患者に向き合っていますか」という問いからスタートした。マトリックス上に軸は2本存在するので、横軸にはまずは方言を持つ患者側としての目線を置き、縦軸には方言を持つ患者を看る側の目線を置くこととした。この2つの軸には、「目線」という言葉で共通点があったが、患者と患者を看る側という立場の違いをそれぞれの軸上で出した為、結論を急がず、まずは横軸のみで意見交換を開始することとした。

会場前方にあるボードに、マトリックスの横軸部分だけを提示した(図1)。軸の最も左端には、「方言を持つ患者として医師に向き合ってほしくない」という文言を置き、反対に、最も右端には、「方言を持つ患者として医師に向き合ってほしい」という文言を置いた。これに対し参加者は、用意されていたマグネットを思い思いに手に取り、ボードまでやってきて、自分の位置に置いていった。参加者の中には、迷いなくマグネットの位置を決めて素早く席に戻る人もいれば、ボードの横に立つ共創クルー(大場)に相談しながらじっくり自分のマグネットの位置を決める参加者もいた。図1にあるように、このマトリックスでは、参加者のほとんどが、「自分が方言を持つ患者であったら医師に向き合って欲しい」という意見を持っていることが見えてきた。

図1 方言を持つ患者の目線のマトリックス



以下に、参加者たちから出された意見を、できるだけ発表された時の言葉のまま提示していく。ただし、発言全体の意味を損なうことのないように配慮しながら、「えー」や「あー」などの間投詞や、同じ言葉を繰り返している部分などについては割愛している。また、小論に於いては、マグネットの位置とマトリックスの関係性をより分かりやすく視覚化する目的で、本来は付いていない数字をマグネットに当てはめている。実際に展開された共創空間では、この番号の通りに発言が進んだ訳ではない。

マグネット1： 自分が標準語を話せるので、そこまで方言にこだわらないです。

マグネット2： 患者としては向き合ってほしいというのがあったんですけ

ど、「向き合う」という定義に悩みまして、方言を喋ってほしいのか、方言を理解してほしいのか、また方言を喋っていなくてもコミュニケーションスタイルを患者に合わせてくれるのか、でちょっと意味合いが変わってくるのかなと思ひまして。例えば方言の単語、完璧な京都弁であるとか関西弁とか九州弁とかで流暢に喋ることが出来なくても、例えばさきほどおっしゃったように東北弁で「イデ」とか「ヤム」とかあの単語を、ボキャブラリーを理解するというのはすごく重要ですよ。せめてそれは分かる、そして患者のコミュニケーションスタイルに合わせた話し方・対話をちゃんとしてくれるっていう意味であれば、向き合ってほしい、というので一番こちら（右側）になります。

ただ、さきほどのコメントでもあったんですけども、母親が行っている病院で、片方は完璧な関西弁のお医者さんで、もう片方は標準語なんですけども非常になんかやっぱり冷たい感じがするっていうか。お医者さんが説明をされて患者が聞く方、っていう態度があるので。そういった意味で「向き合ってほしい・向き合ってほしくない」にその「方言を」っていうのを付けてしまうと「向き合ってほしい」。お医者様はお医者様であって患者は聞く方、ちゃんと聞いてるかどうかインストラクションを理解してるかどうか分かればOK、というその態度がすごく表れてるんですね。それが関西弁であればひよっとしたらそこまで感じないかもしれないですね。

マグネット3： 私がお訪ねした徳島の（ある施設の）ことを思いながら。その患者さんは、阿波弁しか喋らない。阿波弁が日常語で、「標準語しゃべってほしい」って多分言ったら、ダメだろう、話せないだろうと思うから。そういう、もう口をついて出る言葉は方言、という人にとってはもう、それを、「私の阿波弁分かって下さい」という以外はないだろう、という感じがしますよね。それでここにいらっしゃる方が「私」と言った時は、おそらく、自分の方言は喋れるし標準語も喋れるし、というそういう方たちですよ。しかし（この施設）に入っている80歳、90歳の方言で生活してる人に、「はい、標準語喋って下さい」言われたってもうほとんど無理という感じですから。そう、そういう人になり代わった時にはやっぱり阿波弁分かってなければ、「少し阿波弁学んでね」、「私の言うこと分かってね」っていう以外はないと思うんですよ。

マグネット4： もし例えば高齢者だったら、今私は、福岡にいる患者といますが高齢者の方のことを考えてるんですけど、おそらく普段

は博多弁でしか話してないんじゃないかと思うんですね。それでその時に、よそよそしさであったり、普段の自分とかいうふうなところがひょっとしたら私よりも多くあるんじゃないかなと感じました。従って私は、向き合ってほしいのじゃないかな、と。遠慮とかそういったものを取っ払えそうな気がしますね。

マグネット5: 「向き合う」という定義は、「方言を理解するかどうか」ということだと思います。冒頭に出てきた事例で、平等に話が伝わらない、そういう問題が発生してはいけないと思うので、「向き合ってほしい」という意見です。

マグネット6: 北九州で今仕事をしているんですが、北九州ではあんまり、九州なんですけどそんなにコテコテの九州弁ではしゃべらないので、自身もあまり方言を使ってるという感覚は無いです。よそに行っても別に九州弁でしゃべろうという感覚も多分無いと思うんですけど、まあ人から言われると「いや、九州弁だよ」って言われてるかもしれないんですけど。まあ、そこでさっきから言っている「向き合ってほしい」という定義なんですけど、やっぱり患者の立場という形だと、自分の病状・苦しみ・痛みを分かってほしい、でそのためには微妙なニュアンスを含む方言を少なくとも理解してほしい。しゃべってほしいとは思わないけれど、理解してほしい。さっきお話にもあったんですけど、本人が分からなければ、通訳者が横にいてくれるといいですね。例えば……、青森、津軽弁をしゃべれる、医療知識を持った看護師さんが横にいて通訳してくれるといいかな、とは思いますが。少なくとも自分を治療してもらうためには、自分の本意というか、思いなり、痛み、症状、どうしてほしいっていう細かいところはやっぱり方言じゃないと喋れないかもしれません。その人の年齢にもよって違うでしょうし。ああ、この人は言ってる自分の方言は分かってきてないけどなんか理解してくれようとしてるなというのはひょっとしたら伝わるかもしれないなというのはあります。

マグネット7: 実はちょっとまだこっち（右端）に余裕があるという感じなんです。どっちかって言うと向き合ってほしいんですけど、最高に向き合ってほしい、という訳ではないというところでお話しさせていただきたいんですけども。正直、「方言を持つ患者に向き合う」とはやはりどういうことなのかっていうのは心の中でも定義付けがちょっと難しいなと思ったんですけども。一番、一瞬で分かる、というのは例えば方言で話したら、その先生も同じ場所じゃないかも知れないですけども、例え

ば私は新潟（出身）なんですけど、新潟弁で話したらその先生も一緒の新潟弁で話す、それによってこうなんとなく絆じゃないですけど、なんとなく繋がりが、感じられるとか。うーん、そうですね、凄く単純なんですけれどもそういうことなのかな、と思いながら。

方言を持つ持たないに関係なく、やはりお医者さんに向き合ってほしいですが、ただもし方言が無かったら、私逆に一番向き合ってほしいにしてたんですね。方言ていうのが付かなかつたら。お医者さんに私が新潟弁で話したら同じように新潟弁で話して親しみを感じるようにしてもらいたいかって言った時に、でもどうだろう……、ちょっとこう新潟弁がお医者さんから出るぐらいだったらいいですけども、あまりにもコテコテのものが出されるとちょっと、馴れ馴れしいと言う訳ではないんですが、非常に逆に距離がものすごく近づいてしまって戸惑いますね。医者には“プロフェッショナル”でいて欲しいという思いがあります。

以上、横軸で患者としての立場を考えた際に交換された意見群からは、もともと立てていた、参加者が医者の方言使用を欲するか否かという論点に加え、新たな意見がさまざま発信された。患者側からは、医者や医療現場に対して歩み寄って欲しいと期待する点などが挙げられ、医者の立場からはその土地の方言を理解できて医療の知識も兼ね備えた通訳者を配置することを提案する声などが挙がった。マトリックスでは与えられた問いの本質的な問題を参加者全員で探っていくので、今回の様に、問題点に対する具体的な解決策が提案されることも珍しくない。この意味で、マトリックスを用いる CCHD モデルは人が集う場所ならどこでも活用が期待される。大切なのは、参加者たちが共創空間でいかに自由を獲得し、互いの考えを豊かにしていけるのか、という点だ。

横軸については全員が意見の発表と交換を終えたので、ここで医者からの目線を示す縦軸を加え、再び同じ参加者にマトリックス上にマグネットを置いてもらった(図2)。軸の上方には、「患者を見る立場として方言を持つ患者に向き合いたい」を、下方には、「患者を見る立場として方言を持つ患者に向き合いたくない」という文言を置いた。こうして、2本の軸が交差することによりマトリックス上には4つのゾーンが創出された。右上をAゾーン、右下をBゾーン、左上をCゾーン、そして左下をDゾーンとしている。

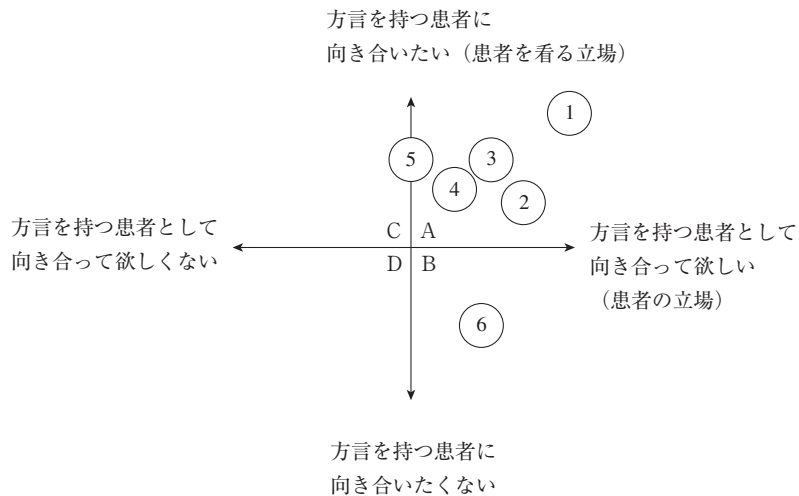
結果は、Aゾーンの意見が最も多かった。Aゾーンは、「患者を見る側としては方言を持つ患者に向き合いたいし、自分が方言を持つ患者であれば見る側にも向き合って欲しい」という位置である。また、AゾーンとCゾーンの線上に一名(「見る側としては方言を持つ患者に向き合いたい、自分が方言を持つ患者であれば見る側には向き合っても欲しいし向き合っても欲しくない」と、Bゾーンに一

名（「自分が方言を持つ患者であれば見る側に向き合って欲しいが、自分が見る側であれば方言を持つ患者に向き合いたくない」）の意見もあった。

以下にAゾーンから順に、AとCの間（縦軸上）、Bゾーンへと、それぞれの位置で発表された参加者の見解を提示する。ここでも結果を視覚的により分かりやすくする為、マグネットに数字を付けて順番に出された意見を紹介していくこととする。この時のマグネット番号は、図1で表示されている番号とは別のものである。またこの時点で、参加者の内の一人が所用で退室せざるを得なかった為、共創クルーを除き、全参加者は6名となった。

図2 「私たちは方言を持つ患者に向き合っているか」

<方言を持つ患者を見る側の目線を加えたマトリックス>



(Aゾーンの意見)

マグネット1： 看護・見る側としても、正面に向き合いたい。さっきの言い方をすると、同じ方向を向いて歩きたい。患者さんもそうなのかなと思ったので一番上にした。

マグネット2： さっきもう少し右にあったんですが、あえて斜めの方に移動させました。というのも、どうしても頭から離れないのは、先程どなたかからのコメントの中にもありましたが、(医者と患者が)話している間にひょっとしたら変わってくるかもしれないというような事ですね。あの、“accommodateする”ということですね。もちろんその前の段階で過程と言いますか、権威とか言ったそういったところを度外視したことなのかもしれませんが、それがどうしても頭から離れなかったものですから、折衷案と言いますか、まっすぐ上じゃなくて少し中央に近いところに持ってきました。

マグネット3：（阿波弁以外を）話せない方に向き合った時には、こちらが阿波弁習う以外に手がないですね。少しでもコミュニケーション取ろうと思うとね。分からない言葉を、私の知ってる方はメモ取って後でその意味は、阿波弁を分かってる人に訊いて一つずつ阿波弁を勉強してて。3年かするとちょっと自分も阿波弁を喋るようになってるみたいな、そういうケースもありましたのでね。本当に、「標準語喋って」と言っても、喋れない人はやっぱりいますよね。そうした時には、看護側は習わざるを得ないんじゃないですか。少しでもコミュニケーション取ろうと思うと。

この参加者の発言を受けて、一人の共創クルー（大場）からAOTS²⁾についての言及があった。この共創クルーとこの参加者の間でさらなる意見交換が進められ、論じられた点があった。それは、AOTSの訓練では標準語を、海外から来日した看護師候補者や介護福祉士候補者に教えている現状があるが、その候補者たちが方言のある地方に派遣された場合、現地の人たちとコミュニケーションを取ることが不可能になるということである。また、1番の位置にマグネットを置いた参加者が以下の内容でこの議論に発言を加えている。実際に発言されたのは共創空間の終わりの頃であったが、内容の関連性を重視し、小論ではここに提示することにする。

マグネット1：（地方の）人とのコミュニケーションをどう理解したらいいのか。当然、医療側（見る側）が理解して相手と同じレベルでしゃべれるようになるっていうのがベストだと思うんですけど、赴任してすぐの先生にそれを求めるのは無理な話。逆に言うとその為にか月間か阿波弁の講義を受けてから来い、という訳にもいかないでしょうから、現実的な問題としては、さっき言った阿波弁を分かって、細かいニュアンスまで分かって、医療的な知識のあるスタッフ、ドクターでもいいですしナースでもいいですけど、そういう方をちょっと間にワンクッションとして挟むとより向き合えるんじゃないかな、と。それこそ、今村先生のプロジェクトでもやっている、方言をデータベース化してどういう意味を持って、どういうニュアンスなのかとかをですね、そういう辞書的なものが、各方言・各地方でできれば一番いいのかな、とは思うんですけど。あとは、新人の、初めてその地域に来たドクターに、代表的な、例えばさっきの「痛い」ということはいろいろバリエーションがあってど

2) AOTS: The Association for Overseas Technical Scholarship (財団法人海外技術者研修協会)のこと。「人づくりで世界をむすぶ」を合言葉に、主として開発途上国の技術者・管理者を育成し、日本の技術協力を推進する経済産業省所管の研修専門機関である。経済連携人材育成支援研修事業に基づき、インドネシアやフィリピンから来日した、看護師候補者や介護福祉士候補者に日本語研修等を実施している。2012年3月に海外貿易開発協会(JODC; Japan Overseas Development Corporation)と合併し、現在はHIDA(The Overseas Human Resources and Industry Development Association; 財団法人海外産業人材育成協会)となった。

ういう痛みなのか、というのを表にして医局に貼っとくなどですね、そういうのがあると良いのかな、と思うんですね。

次はマグネット4の発言者の記録である。

マグネット4： 見る側としても気持ちとしては、「向き合いたい」とは思うんですけども、あまりにもコテコテすぎるのをしゃべられたらちょっと困るなと思って。もしかして真ん中（原点）の方かも知れないんですけども。気持ちは向き合いたいけれども、通じるように。こちらが関西人、向こうがもし全然違う例えば東北の人だったとしたら、とりあえず通じる言葉しゃべってほしいな、とは思います。まったく分からない言葉だったらその場で「それはどういう意味ですか」って訊くかもしれないですけど、同じ言葉で違うような意味を持つんだったらそれちょっと困りますね。

共創クルー（大場）： その場合、なんかサポーターとかいないとダメですよね。そういうの分かる方が一緒にスタッフとしてね。

次は、AゾーンとCゾーンの間の線上の意見である。

（AゾーンとCゾーンの間：縦軸上）

マグネット5： 向き合っていたい、という方を選んでます。さっきと一緒に、病状とかを理解する上では、向き合うことが必須と思うので上にしてあります。患者さんから見た時の、「向き合ってほしい、向き合ってほしくない」は、距離感のことが問題だと思うので必ずしも「向き合う」というだけではないと、バランスがやっぱ大事だと思うので、真ん中にしている、ということです。見る側が最低限理解をしようと、方言を。地元で就職したいという願望が多いと思いますけど、例えば、離島とか地方の方に行った時に、おそらく違う地方出身のお医者さんや医療関係の人が来るということはあると思うので、そういう時に弊害があるのかなと思いました。

上記の発言を受けて、2番のマグネットを置いた参加者から次の様なコメントが出された。

マグネット2： 今のお話を伺って、どういうケースがあるかなと考えてみたら、例えばもう、ふるさとから離れて例えば子どもが働いてると。それでもう親も一人になったから家で看よう、とか介護とか、まあ介護まででなくても、（親を）呼ぼうとする場合ってというのは、その土地の言葉を子どもの所に持ってきた場合などは、そういう問題出てくるかもしれませんね。例えば、東京に、九州から（親を）呼んだと、そしたらそこで病院に行く

時にはその高齢者は聞いたことの無い、医者や看護師にとっては聞いたことの無いお互い言葉なので、慣れていくか……。

そして次に、Bゾーンに置かれた意見を提示する。

(Bゾーンの意見)

マグネット6： 縦線上で言うと、「向き合いたい」という方の、上の場合かなと思ったんですけど、それを患者の「向き合ってほしい」と合わせるとちょっとBぐらいに落ちちゃうんじゃないかなと両方のそのインタラクションで落ちちゃうんじゃないかなと思ったので、それがひとつ目、B（面）としたっていうのと、あとちょっとアメリカの大学で、医者をトレーニングする機関がある所を観察させてもらう機会がありまして、そこは非常に医者・医療関係者が力を入れている所だったんですけども医療従事者側の理由としての、7分間に一人を見ていかないといけないとかっていうそういう事情とかもあるみたいです。お医者さんもプレッシャーのもとで、向き合いたくない、ではなくて「向き合えない」事情がいろいろあるんじゃないかと思ったので。

以上が、縦軸と横軸を交差させた時の共創空間の記録である。この共創空間の実践は、当日にビデオカメラで撮影され、発言者の発言内容もそこからほぼ忠実に転記した。改めてそれぞれの発言内容を振り返ると、話し言葉であるため、必ずしも理路整然としない部分も多いことに気付く。しかしながら、映像からは発言者たちの熱心な態度が確認された。ある特定の価値意識平面をなぜ選び、その同じ面の中でも特に限定された箇所に自分のマグネットを置いたのか。発言者たちは、コミュニケーションにおける非言語的な側面（表情、身振り手振り、声の抑揚や緩急）を豊かに用いて話していた。折に触れ、参加者自身の体験談も引用されていたが、このことが他の参加者の疑似体験にも繋がったと言えるであろう。自分以外の参加者の「声」を聴けたことは、多くの参加者本人の自己内対話を促すことに繋がったのではないか。

4. 「共創空間（マトリックス）」で向き合うことによって見えてきたもの

「方言を持つ患者と向き合っているか」という問いから出発したワークショップであった。この問いを文言どおりに受け取るとすれば、これは主に医療者側からの目線であり、患者からの目線は含まれていない。そこで、マトリックス上には、患者の視点を加えた。これで実際に、医療の現場に携わっていない者であってもこの問いを自分のものにしなが、他のメンバーとの共創を体験できることになった。その結果、共創を体験したことはつまり、マグネットによって自分を表現すると同

時にその自分と距離を持つ自由を体験したことである。そのことは意識を変えてみたということであり、豊かさに触れたことと言い換えることが出来る。まさに、「異文化の現場」として捉えた医療現場での数々の問題点に対して、異文化を背負った参加者たちが、実際のコミュニケーションを通して向き合ったのだということが出来る。マトリックスを活用したことの意義とは、リアルタイムで異なる立場の人々が共生・共感・共有する価値を実現できたという点にあり、以下の3点に集約できる。

(1) 方言使用問題の根底にある患者とのコミュニケーションの質

もし自分が方言を喋る患者であったら肉体的・精神的な苦しみを理解してもらう為に、医者にも方言を使って欲しいという意見が出された。方言の使用には、「医者 VS 患者」の構図を壊すような緩衝材の役割もあると言える。しかし、方言の使用だけで患者は満足しないことも分かった。不慣れな地方の言葉を医者が不自然に取り入れることはむしろ敬遠され、反対に、医者が患者の言葉を理解しようとするその態度こそが患者の心に近づく。そのことで、患者は医者が自分に向き合ってくれているという安心感を抱く。つまり、方言使用問題というよりはむしろ、患者と医療者との間のやり取り（＝コミュニケーション）の質の良さが求められていると言える。

(2) 標準語が通じない医療現場の課題

それでは、標準語の使用が患者、もしくは医療者にとって全く無理な場合はどうだろうか。この点に関しては、阿波弁で暮らす人々の例が印象的であった。そういった現場に医療者が入っていく場合には、医療者側に言葉に関するサポート体制が必要であるという提案がなされた。現地の言葉と、いわゆる標準語の両方を使うことが出来る人間を、翻訳者・通訳者として現場に置くと言う意見だ。これは現在HIDAを通じて日本にやってくる研修生たち（インドネシア人やフィリピン人など）にとっても大きな助けとなるはずだ。研修生たちは母国で高度な医療技術を習得してきたにもかかわらず、言葉のせいで日本ではなかなか国家試験に受からないし、病院や施設でも何が起きているのか十分に把握できないケースも多い。

(3) 向き合いたくても向き合えないことが問題の本質か

マトリックス上のAゾーンは、マグネットを置いた参加者が最も多かったゾーンである。このゾーンは、「自分が方言を持つ患者であったら、医者に向き合っていて欲しいし、自分が医者ならば方言を持つ患者に向き合いたい」という、非常に前向きな意識を表しているゾーンである。しかしながら、Aゾーンで患者と医療者が向き合えればそれで終わり、という簡単な図式は生まれない。同じAゾーンの中にあっても時間に制約を受ける例を取れば、医療現場に必要なこと全てが実現されないと言える。加えてBゾーンに置かれた1つのマグネットから、「向き合いたいが向き合えない」という意見も出された。最初に立てた問いから、問題点の本質を探

ろうとすれば、今回の共創では未だ十分とは言えないであろう。AゾーンとBゾーンの間にあることは何か。更に、Aゾーンの対極にあるDゾーンとAゾーンの関係はどうか。互いのゾーンの関連性にも「共創」を深める必要性及び研究性は高い。

参考文献

- 今村かほる (2011) 『方言をめぐる医療コミュニケーションの在り方』 医学書院 / 週間医学界新聞 (第 2926 号) www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02926_03 より
- 大場裕之+大場ゼミナール (2007) 『学問力のすすめ：“生きた”学問を楽しむために』 麗澤大学出版会
- 大場裕之 (2009) 「第 6 章 貧困をみる眼と自由の選択：価値実現論からのアプローチ」 下村恭民 + 小林誉明 (編著) 『貧困問題とは何であるか：「開発学」への新しい道』 勁草書房
- 大場裕之+ライフスタイル研究会 (2012) 『共創空間手法によるライフスタイル開発 2010 年～2012 年実践集』
- 呉高専・岩城研究室 (2012) 『医療・福祉と方言プロジェクト』 ホームページ <http://www4.tiki.ne.jp/~rockcat/hoken/index.html> より
- 国立国語研究所「病院の言葉」委員会 (編著) (2010) 『病院の言葉を分かりやすく—工夫の提案—』
- 国立国語研究所「病院の言葉」委員会 (2009) 『「病院の言葉」を分かりやすくする提案』 <http://www.ninjal.ac.jp/byoin/> より
- コンドン, J. C. (著)・近藤千恵 (訳) (1980) 『カルチャー・ギャップの理解—異文化間コミュニケーション』 サイマル出版会
- 財団法人海外技術者研修協会ホームページ <http://www.hidajapan.or.jp/> より
- ハウエル, W. S.・久米昭元 (1994) 『感性のコミュニケーション—対人融和のダイナミズムを探る—』 大修館書店
- 八代京子・町恵理子・小池浩子・吉田友子 (2010) 『異文化トレーニング—ボーダレス社会を生きる—』 三修社
- ヴァール, F. d. (著)・柴田裕之 (訳)・西田利貞 (解説) (2010) 『共感の時代へ—動物行動学が教えてくれること—』 紀伊國屋書店
- Oba, H. (2011). Does J-style “Kaizen” management create the joy of service? — Exploring the Co-creative Human Development Model —. *Manager Journal*, Faculty of Business and Administration, University of Bucharest, Romania, pp. 76–84.

執筆者紹介

内田加奈美 サンフランシスコ州立大学大学院修士課程修了。麗澤大学非常勤講師。ラボ言語教育総合研究所研究員。

大場裕之 ジャワハラル・ネルー国立大学院大学博士課程修了。Ph.D (経済学)。麗澤大学経済学部教授。経済学の枠を越え、人間の意識や行動にかかわる問題を広く研究テーマとしている。著書に『学問力のすすめ』など多数。