

随 想

話し方

宮田 伸樹

学生の講義や臨床実習で話す、会議で話す、患者に話す。話す時間は多いが、これは同時に人の話を聞く事が多い事になる。そこで話し方が気になる。

臨床実習（最近では BSL, Bed side learning と呼ぶ）では、学生との間で質問、回答が往来する。学生の話し方は、質問も回答もキチンとした文章になっていないことや、文章の末尾が不明瞭なことが多々ある。また、用語があいまいである。気になるから、話し方についての私の考えを言って注意する。

「話すと言うのは、自分の云いたい事を人に聞いてもらおうと云う事だ。だから、聞き手が分かるように話さなくちゃいけない」。この注意に学生は「ハイ」と答えはするが、一向にあらたまらない。それは当然であって、すぐにできる事ではない。いつも気にかけていて、思い出して注意していないと聞き手に理解できる、あるいは理解しやすい話し方にはならない。

会議での話し方は留意事項は簡単である。それは、話の中心がある共通の問題であること、大体似たような人が出席していること、などによる。私が考えている注意は、

1. 結論を最初に云う。
2. 次に、理由を云う。
3. 例は一つあげれば充分。
4. 短文で構成する。
5. 修飾語は被修飾語の直前におく。

などであるが、全部を実践すると、かなりブッキラボーな、ボキボキのしゃべり方になる。然し、発言の主旨はよく理解されると思っている。議員は、衆、参であれ、地方公共団体であれ、このような話し方を身につけている人が多い。

話し方としては、人をひきつけるものを持っている。

会議でイライラするのは、私にとっては

1. 同じことを2度以上話す。
2. 「あげ足とりをするな」と云う。
3. 訳の分からぬ副詞句、などだ。

1. は説明不要である。

2. は不見識な発言とと思っている。自分の発言のある点を指摘されて、「あげ足とりは不可」と反論するのは即ち、自分の発言は不正確であると表明しているのである。あげ足をとられる発言内容は悪いのだ。それに、キチンと聞いていなければあげ足はとれない。

3. は「…一寸、非常に…」などを指す。本気で聞けば、「あれは何を言っているのだ」だが、本気で聞いていないと聞きのがす。こういう人の発言は、きっと他の部分もあいまいなんだろうと感じてしまう。

患者と話す時は全く違う。一つの体系としての医学知識を医師は持っているが、これを患者が聞き入れられるように構成し直した上で話すことが必要である。医師の話を患者が聞き違えれば、医師が悪いと思う。その為には、個々の患者によって話し方を変える必要がある。

友人の父の胃透視をした。進行胃癌が最も疑われた。外科に相談して、もう一度胃の透視をした。全く無所見であった。びっくりして、種々と聞いてみた。「御飯を食べて来ないようにと云われたから、あの朝は酒を2合と塩コンブだけにしました」。30年程前の私の体験である。

以下はわたしの体験ではなく、聞いた話である。来週、透視をするから食べないでいらっしやいね、と云ったら、三日目に外来に来て、「先生、もうあかん。これ以上食べんと体がもたん」と云った患者。この薬は、嚙んだら効かんからそのまま服みなさいに、「こんなシャガシャガして服みにくい薬はいかんで、かえてちょう」。包装のまま内服していた患者。相手をみて話す事がどんなに大事か。自分と同等の医学的知識を患者も持っていると云う、医師の思い違い。あるコミュニティーは、「外部の者にはとうてい理解できない独特の取り決め、す

なわち言語外のルールを持っている」(森本哲朗、日本語 表と裏)。

坐薬と書いてあったからチャンと座ってのんだのに、この薬は効かんわ、は話し方以前の問題である。インフォームドコンセントは、説明と同意と和訳され、医師からの話し方が重要なのに、なんとむづかしいことか。

大体、人は聞きたいことしか聞かない、あるいは聞こえない。相手の云う事の全てを聞くのは大変な難事である。そういう患者に対して、聞きたくもない内容(怖い診断名、痛い検査、苦しい治療)を話さなくてはならない。会議での発言とは全く違う。

結論は最後の最後になる。同じ内容を二度三度云う。くどく云う。例はいくつも挙げる。話は元に戻ったり、同じ処に停滞したり。早口はよくない。耳が遠ければ、これを大声で行うんだ。あーあ、話すのはむづかしいなあ。

然し、後者でうんざりしておけば、会議での発言がよけい簡潔になると云うものさ。

(愛知医科大学教授放射線医学教室)