

平成29年度日本医学会分科会用語委員会

開催日時 平成29年12月22日（金）13：00～15：00

開催場所 日本医師会小講堂

出席者（以下敬称略）

門田 守人	日本医学会会長
飯野 正光	日本医学会副会長
岸 玲子	日本医学会副会長
脊山 洋右	特定非営利活動法人医学中央雑誌刊行会理事長 (医学用語管理委員会委員長)
大江 和彦	東京大学大学院医学系研究科教授・医療情報経済学 (医学用語管理委員会副委員長)
小野木 雄三	国際医療福祉大学三田病院教授・放射線診断センター
河原 和夫	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授・政策科学
坂井 建雄	順天堂大学大学院医学研究科教授・解剖学・生体構造学
清水 英佑	中央労働災害防止協会 労働衛生調査分析センター所長
田中 牧郎	明治大学国際日本学部教授
辻 省次	東京大学大学院医学系研究科脳神経医学専攻長・神経内科
森内 浩幸	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医学系教授・小児科学
山口 俊晴	癌研究会有明病院 病院長

協力会社

田代 朋子	有限会社ティ辞書企画 代表取締役
市村 慎一郎	株式会社杏林社 取締役企画部部长

日本医学会分科会 128学会中102学会出席 26学会欠席，オブザーバー4学会4名，全109名出席，厚生労働省3名（及川，大坪，新畑）

（会議資料  次第,  1-1,  1-2,  1-3）

日本医学会会長挨拶 門田会長

皆さん、こんにちは。6月から高久先生の後任として選任されました門田です。どうぞよろしくお願い致します。この12月、このタイミングになって用語委員会を開かせていただくということになりました。本当にお忙しいなか、ご参加いただきましてどうもありがとうございます。

私たちが、半年ほど、新しい執行部の体制のなかでいろいろなことを考えてきて、今、まだまだ会長、副会長のなかでいろいろなディスカッションをしているところで、徐々に理事会を通して皆さんのほうに連絡ができるような形に考えているところです。

考えてみますと、これは1902年ですよ。日本医学会としてスタートしてちょうど115年という今のタイミング。そういうタイミングになって、また、社会があまりにもいろいろと複雑なことが起きすぎているというようなことも事実だと思うのです。そういうなかであって医学会というのが一体本来の責務はどのように考えていくべきだろうということを、改めて1回、今のタイミングで会長、副会長のなかで合宿までしてディスカッションをしてきているというような状況です。まだ皆さんのところまで新しいいろいろな方向性が見えてきていないというように思うのですが、そのような形で準備させていただいて

いるというところでは。

そこで、基本的には各128の学会がありますが、そのなかで共通のものは何なのか、そしてその128の横の連携をうまくやっていくためには何をやらなければならないのかというような形で考えさせていただいています。そういった意味からいいますと、この用語の問題もそうですし、ほかに研究、倫理、あるいはミスコンダクトの話も重要な課題ですし、財政の問題もあります。研究費に絡む問題。われわれはただ世の中がこういう状況だという形でそれを漠然と受け止めているだけでいいのだろうかというようなことまでも考えていかざるをえないなということもある。そのように全体像としては本当に横口(?)をどのようにさせていくのかというようなことが最も重要ではないかと。まずわれわれの大きな責務としてそれを認識し、また各分科会の皆さんと共有していかなければならないと思います。

そういう意味から考えますと、この用語委員会は、まさに非常に重要なのです。今までではさりげなくあったかもしれませんが、どんどん世の中が変わってくることによって単語が新しい言葉が出てくる、あるいは古くなってきた、これは換えるべきであるというような話になったときに、各学会のなかでディスカッションされるからといってこれは通用しません。やはり医療界、医学会全体として、あるいは周りを見れば社会全体のなかで用語というものを考えていかなければならないと考えています。本当に重要な委員会だと思っています。

今、そういう流れのなかで皆さんと一緒に共有していただきたいことを発表していただくことになってはいると思いますが、ぜひよろしくお願ひしたいと思ひます。このわずかな時間ではありますけれども、ぜひよろしくお願ひ致します。ありがとうございました。

日本医学会医学用語管理委員会委員長 脊山洋右 (スライド1)

門田先生、ありがとうございます。今、お話にありましたように、日本医学会は115年という歴史を持っていますけれども、この用語の委員会というのも実は30年の歴史がありまして、日本医学会のなかではいちばん歴史の長い委員会かと思ひます。今から10年ぐらゐ前までは冊子体で医学用語辞典というのを出版して、そのうえでの用語、あるいは、分科会が現在128ありますけれども、その分科会相互間での用語の食い違いというのがかなりありました。それで主たる作業というのは分科会相互間での用語の統一ということで、数年前から、日本医学会の外の学会あるいは団体というところから用語の改変についての提案がいくつもありまして、後ほど話題になると思ひますけれども、こういう言葉はやめてほしいとか、作ってほしいという要望が寄せられるようになりました。

今まで医学用語というものに関して、私もこの日本医学会の医学用語辞典というもののうえで統一するということが1つの課題だったのですが、これは2007年に冊子体出版したのが最後となりました。その後2013年ですか。デジタル化することによって英和と和英の統合ということを行いました。日本語を入れても英語を入れても検索できるという、そういう意味での英和、和英の統一が行われまして、2014年にこれを一般公開して、現在では日本医学会医学用語辞典WEB版という形で展開されています。これについては使い方を後ほど小野木先生のほうから報告があるかと思ひます。

それで、今まで使っていた複数の用語をこういう用語にしたいとか、あるいはこの用語は困るから新しい用語に換えてほしいという要望が、分科会の中だけではなく、そのほかの学会、団体、その団体というのは患者団体ということもありますけれども、そういうところから要望が出てくるようになりました。なかには新聞報道とか何かで「この言葉にしました」と発表するような事例も今年には出てきて、医学会の中だけで納まる問題ではないということが現状として起こってきました。

それから皆さんが用語を換えたい、この用語にしたいと考えた時には、それが社会において広くそれに置き換わることを期待しての提案だと思ひます。ところが社会で通用する言葉として用語を置き換えるということは大変な作業でありまして、最も効果的なのは

教科書の中でその言葉に統一することなのですが、現在教科書等で使われる用語の基準というものについては、このスライドにあります文部科学省学術用語集医学編というのがあります。ところがこれは2003年に作られたものでして、その後14年にわたって改訂されていません。これは冊子体なので、その次が出るという計画もないようですので、そうすると一体どうやったら一般社会における用語を換えられるかということが最近のテーマになってきました。もちろんここで言う教科書というのは中学、高校までの教科書で、大学で使われる教科書は出版社の判断でできるのですけれども、やはりその場合でも基準というものがなくなかなか一つの用語には統一できないというような、そういう新しい課題も出てきます。

そこで、今日は5つのテーマを用意致しまして、それぞれの領域の先生からご報告いただきますけれども、いかにして用語の整合性を取って、新しい適切なる用語に置き換えていくかということを考えていただけたらと思っています。

それでは、これから2時間弱ではありますが、分科会の用語委員会というものを始めさせていただきます。

それでは、司会は私、管理委員会の委員長をしている脊山が務めさせていただきます。

最初のテーマというのは「世界と日本におけるICTの動向について」ということで、厚生労働省の森先生、よろしくお願い致します。

議事

1. 世界と日本におけるICDの動向について (スライド2)

森 桂 (厚生労働省国際分類情報管理室長)

○森 こんにちは。厚生労働省国際分類情報管理室の森です。今日はどうぞよろしくお願い致します。

「世界と日本におけるICDの動向」と題しまして、最近のICD、WHOの国際分類について最近の情報を提供できればと思います。

直近のデータを持ってきてはありますが、これは今年の9月に人口動態統計として発表した数字になります。平成28年の出生が976,978人。平成27年に比べて100万を割ったという数字です。そして死亡に関しましては1,307,748人。前年が129万というところで、初めて130万台に乗ったというようなデータとなっています。今、日本はこうして出生が100万を割って死亡が130万を超えるというような状況に面しているということです。

ご承知のとおり、人口自体も減少に転じていまして、2060年には総人口が9,000万人になると推測されています。高齢化率も40%と言われております。また人口構造も、少子高齢化ということで、2060年という推計ですけれども、1人の非高齢者が1.2人の高齢者を支えるという社会構造そのものが変わっていくというような状況です。

これは死亡者数の年次推移になりますけれども、大正時代では140万人を超えた死亡者がいましたが、昭和、平成にかけて100万人以下に減って、まただんだんと増えてきて、今は130万人。さらに増えていくと将来は160万人ぐらいまで増えるのではないかとされています。

死因に関しましては、ご承知のとおり、悪性新生物、心疾患、肺炎、脳血管疾患、老衰が上位を占め、背景として高齢化が反映されているかと思っております。

このような死亡の情報というのをどのように集めているかというところで、これは学生や臨床研修の先生方に教育していく中でお話をしているのですが、皆さんもご承知のとおり、死亡診断書を書いていただきましたら、火葬をしていただくために、まず市区町村にご家族の方が死亡届と死亡診断書を出されます。そこで各自治体、市区町村は死亡診断書から人口動態調査として情報を調査票に転記していただきます。その情報が厚生労働省に全国から集まりまして、厚生労働省のほうで一括して死因をICDコード化というのをし、原死因を選択して統計表を作成しているというような流れになっています。

この原死因といいますのは、WHOが定義を定めていまして、最も効果的な公衆衛生上

の目的として、一連の事象の起因となった原因を防止するため、原因に重きを置いた死因を特定するというような考え方になっています。

そういうことで、死亡診断書の書き方になりますけれども、直接の死因を書いていたくのはもちろんなのですが、その原因を遡って書いていただくというような様式になっています。

このように書いていただいた情報を国が読み解いていくわけですが、たとえば急性心筋梗塞で亡くなられた方の原死因は冠状動脈硬化症であったり肝不全で亡くなられたのだけでも、その原因を遡っていくとS上結腸癌といったようなところまで原死因を遡って死因の統計を作っております。

このような考え方を踏まえた死因の年次推移を踏まえ、cancerに対する政策や対応の検討が進んだり、heart diseaseに対してどうアプローチしていくかというような議論が進んだりします。このように、公衆衛生上の政策の基盤として、大変貴重なデータとなっています。

こうした中で、ICDという分類、コードというのを使っています。ご承知のとおり、WHOが作成している世界的に標準化された分類であり、どのような地域でも比較できるようにということで使われてきていました。

ICDというのは分類であって病名リストではないというのはご承知のところかと思いますが、そのような性質から、分類として網羅性や排他性が重視されています。

日本では古く、1900年、明治33年からICDを導入をしています。ICD-1の時代です。現行としてはICD-10を1990年にWHOが承認をしまして、日本は1995年から適用しています。WHOでは英語で出されますので、それをわれわれは日本語に訳してICDに準拠した「疾病、傷害及び死因の統計分類」として、統計法に基づいた統計基準に位置づけて使っています。先ほど申し上げています人口動態統計や患者調査、また社会医療診療行為別調査といった公的統計に使われるのはもちろんですが、研究や電子カルテ、DPCといったところでも活用されています。

WHOでは、何に基づいてICDによる情報を加盟国から報告させているかといいますと、世界保健機関憲章に位置づけられております。分類規則では、世界保健総会を採択する疾病や死因の統計を作成、報告しなければならないと明示されています。

ICDはWHOが開発している分類の1つになります。その他ほかに、国際生活機能分類、社会生活やfunctioningを分類しているICFや、後ほどご紹介したいと思いますけれども、医療行為、手術や検査といったものを分類しているICHIといったものがあります。また、それに関連して派生分類、関連分類といったものがありまして、がん登録ではよく使われているのではないかと思います。ICD-O-3といったような分類もあります。

国内では死因や疾病の分類として統計法に基づいた基本分類にICDが相当しますが、標準病名マスターにもICDを病名の用語の隣に列記していただいております。という状況です。

また、ICDはたしか公的統計の統計基準として告示している関係で、改正するにはひと手間、ふた手間かけています。厚生労働省の審議会にかけた上で、さらに総務省でも審議、諮問答申をしていただき、やっと告示をするというステップを踏むことになります。

現行では、ICD-10の2013年版について、2015年に総務省告示の改正をしたところであり、人口動態統計では、今年の1月からのデータについて2013年版のICDコードで集計を始めています。また、患者調査は、3年に1回の調査であり、今年度に調査を実施、現在調査票を回収しているところですが、このデータを集計する際は2013年版を適用していく予定です。DPC制度でもICDを活用しておりますが、事務局が2013年版にコーディングをし直したり、来年の平成30年改訂では病院でもコーディングをしていくというような動きもあるというように聞いています。

われわれがWHOの会議に参加するにあたり、協力センターというものに位置づけら

れていまして、世界には、現在18の協力センターがあります。日本では厚生労働省の他に、国立保健医療科学院や診療情報管理学会、国立がん研究センターなど、あわせて8つの構成組織で協力センターとなりまして、WHOの会議に参加しています。

また、日本の専門家の先生方、学会の先生方にも多大なご協力いただきましてWHOの会議に直接参加をしています。その中には、各委員会の議長を務めておられる先生もいらっしゃいます。国内においては、ICD専門委員会やICD部会、また、今日いらっしゃる関係学会の先生方、研究レベルでご協力をいただいている先生方と多くの方々にご支援いただいております、改めて御礼申し上げたいと思います。WHOの協力センターとして、国内と国外と連携しながら進めているというような体制です。

簡単にICD-11の最新の動向をご紹介します。

ICD-11は、ICD-10が1990年に承認されて30年近く経っていますので、最新の医学を導入することが大きな目的です。また、複数の使用目的として、疾病・死亡だけではなく、プライマリケア、臨床や研究にも使いやすいものを目指しています。また、新しい章としていくつかあるのですが、1つは伝統医学といった、日中韓間の漢方医学が導入されたというような新しい動きもあります。また、コーディングツールを開発するなど、電子的な環境整備をWHOで進めています。

ICD-11の改訂作業は10年ぐらい続けてきたのですが、そのなかで大きく、日本からも内科の先生方を中心に、整形や眼科、伝統医学をはじめ、さまざまな分野の先生方からご協力をいただきました。

現在、この組織自体は改変をされていまして、医学的な助言を行う委員会としましてMSAC（医学・科学諮問委員会）といったものが立ち上げられました。こちらの共同議長には、以前、内科TAG議長であられました田嶋尚子先生が共同議長でいらっしゃいます。また、MSACメンバーとして、他に3名の先生方にもご協力をいただいているところです。このような組織で、これからICD-11の最終化やその後のアップデート、維持管理が行われるとされています。

ICD-11自体は、章の構造を見ますとそれほど大きな変更はありませんが、新しいものとして免疫機構の疾患や睡眠覚醒障害、性保健健康関連の病態、そして第26章が伝統医学、その他に生活機能パターンに関する補助セクション、またエクステンション・コードといったような章が新しく追加されています。

また、コード体系はICD-10から見た目もだいぶ違ってきていまして、1桁目は数字、続いてアルファベットであったりと、英数字がミックスされたようなコード体系になっています。

ICD-11のオレンジ色のWEBページを見ていただくと、コードとタイトル、ショートディスクリプションと言って、短い説明が示されている、そのような画面を見ることができます。

また、コーディングツールというものがあって、文字やスペルを入れていただくとその候補となる用語、分類が出てくるといったようなサイトもあります。

どれぐらいICD-10と違うかという、分類によって様々ではありますが、たとえば肺炎、肺の癌の分類では、ICD-10では上葉、中葉、下葉といった解剖学的な視点が軸となり分類をしていました。ICD-11案では、病理組織として腺癌だったり、小細胞癌であったり、そのような軸で分類を見直して、より細かな分類であったり、軸を変えての分類といったようなところがあります。

また、今お見せしたのはステムコードというのですが、そのステムコードとは別に、修飾語的な、たとえば重症度であったり、病因、エチオロジであったり、解剖学的なものであったり、右とか左とか、そういったものは全部エクステンションといったところにまとめられていまして、これを組み合わせていくことで多様な病態を表現していこうというようなコンセプトがありまして、そのようなコードが一つにまとまったエクステンション・コードの章といったものがあります。

また、コードがつかなくても、WEB上でユニークIDというものが振られていまして、どのように運用していくかはまだ詳細は分からないのですけれども、コードはつかなくてもたとえばユニークIDがあるものについては、のちのちデータも追えるのではないかとというような使い方も想定されています。

改訂スケジュールですけれども、来年の公表を目指しているところです。2017年2月、加盟国のほうに意見募集がありましたので、各学会の先生方にご協力によりICD-11に対するご意見をいただき、大変ありがとうございました。厚生労働省でとりまとめたご意見をWHOに提出し、また並行して夏にかけてフィールドテストを行いました。WHOでは、これらについて反映するという作業を進めていまして、来年には公表すると聞いています。その後、各国が順次導入をしていくというような状況です。

意見募集では、様々なものが出てきましたけれども、コード体系がかなり変わるということで、使い方をもう少し分かりやすくしてほしいとか、また、ち分類によってはまだ個別に専門的な課題があるというのも散見されました。例えば認知症など、個別の専門的な意見については、WEBを通じて意見を提出いただくようにしています。また、スペシャリティ・リニアライゼーションやナショナル・モディフィケーション。WHOが決める分類だけでは十分ではないというものについては、専門分野で少しモディフィケーションしたらいいのではないとか、もう少し違う分類を作ってもいいのではないかとというようなご意見もいただきました。

このような事に関しては、今後継続して議論していくことになるのですけれども、この9月にWHOの担当官の方にも来ていただいてディスカッションしました。ナショナル・モディフィケーションについては、カナダやオーストラリアなど実際にやっている国もあります。ただ、やはり自前で改訂をしていく、運営をしていくためのコストがかなりかかるとか、複雑な作業になっていくということで、メリット、デメリットがあるというような意見も出されています。

スペシャリティ・リニアライゼーション。これは、例えば眼科分野や消化器分野、ある特定の分野で、そのニーズに応じた分類を作りたいというようなご意見もあるかと思えます。こちらについても、使い方をうまく周知できるようなガイダンスを充実してはどうか、メンテナンスをどうしていくのかというような課題も挙がってくるかと思えます。

いずれにしても、WHOがICDをアップデートしていくサイクルのなかで、日本の意見をどのように反映していくか。そして国内適用をどうしていくか。統計としての安定性やバランス、維持管理の体制をどうしていくかといったところを、われわれとしても論点として認識をして、これから議論をしていきたいと考えています。

国内導入に向けてなのですけれども、来年、WHOで公表されましたらすぐさま導入というわけではありません。まずは日本語に和訳をしていく必要があります。これまでのICD-10のいろいろな教訓を糧に、日本語としての整合性や日本医学会用語委員会での用語との整合性といったものもぜひご相談をしていきたいと考えています。その際には関係学会、団体にも妥当な和訳についてご相談をしていきたいと考えています。

和訳ができましたら、公的統計に適用するための告示改正になり、ICD部会、専門委員会といったところで審議をしていくこととなります。システムをどのように改修していくか、エクステンション・コードにつけるにはシステム上限界もあり、どこまで詳細な情報を取るのかが妥当なのか。また、電子的な環境。英語版ではWHOは公表していますが、これを日本語でどのように提供していくか。そういったものについていろいろと整備をしていきたいと考えています。

参考までに、WHOが1975年にICD-9は改訂をしましたが、その後、各国導入している時期を見ますと、これは死因統計に関してなのですけれども、そんなにすぐというわけではなく、たとえば4年後だったり5年後だったり10年後といったような状況です。

また、実際に日本で導入したあとどれぐらい使われるのかというのを ICD-1 から挙げたものですが、10年ぐらい使っています。ICD-10に関しては約30年になりますが、この間に小さなアップデートがありましたので、2013年版という10年ぐらい使っているような状況です。

ICD-11そのもののWHOにおけるメンテナンスはどうかというのをお聞きしたところ、意見提出は随時できると聞いています。ただ、それをどのように反映していくかについては、影響の少ないものであれば随時、毎年であったり、大きな影響のあるものについては3～5年、また大改訂となりますと、次の12を見据えてということなのでしょうけれども、10年以上かかると、そのようなところでメンテナンスが続きますので、日本の意見といったものをこのサイクルにどのように乗せていくかというのは、今後引き続き先生方ともご相談をしていければと思います。

日本においてICDの関わりを考えると、挙げてきた医療情報を、死亡統計や患者統計において一定のルールでコード化をしているということなのですが、まずは医療現場での用語、医学用語であったり標準病名であったり、さまざまな臨床で使われている用語といったところがまずは基本になってくるかと思います。継続して先生方ともコミュニケーションしながら、ICDの運用を進めていきたいなというように考えています。

最後に、少し長くなりましたが、ご紹介です。ICHIというものが今、WHOにおいて開発をしまして、International Classification of Health Intervention, 医療行為の分類といったものです。このinterventionの定義というのはかなり広く、外科の手術みたいなものを想像していただければ簡単なのですが、それ以外にも内科的、外科的行為、精神保健や看護、公衆衛生における介入といったものも含む大きな分類です。2007年から開発を進めており、α版の発表、そしてこの10月にβ版の発表がありました。来年に向けてプレファイナルバージョンを作成していきまして、2019年にWHOで公表していきたいと聞いています。

ICHIの構造というのは今、WEBで見られるようになっていまして、後ほど日本医学会を通じてぜひ皆様にもお知らせをしていきたいと考えていますけれども、大きく先生方が関わるところは1つ目の章のintervention on Body Systems and Functions, こういった体の部位への介入といったところが大きく関わるのかなと思います。そのほかの章としましては、社会参加とか、政策評価とか、そういったものへの分類もあります。7桁のコードで構成をしまして、たとえばターゲット、臓器がまず3桁で示して、次にアクション、全摘をするのかどうなのかとかそういったもののアクションの行動があつて、means, 開胸なのか、腹腔鏡なのか、そういったコードの組み合わせでできている分類です。

将来的にICD-11はICFやICHIなどの分類とも連携をしていきたいというようにWHOの構想として述べられていますので、先生方にもいろいろご相談しながら進めていきたいと思います。

長くなりましたが、今日は以上になります。どうもありがとうございました。

○脊山委員長 ありがとうございました。時間が迫っていますけれども、どうかフロアから何か質問がありましたらお聞かせ願いたいと思います。あるいは要望がありましたら、いかがでしょうか。

来年出るというのは、WHOで英語版が出るということですよ。9にしる、10にしる、それが出てから4、5年かかっていますよね。それは翻訳のために時間がかかるということなのですか。それとも内容の検討が4、5年かかるということなのでしょうか。それから11は、来年WHOが発表した場合に、日本ではいつごろから適用になるのでしょうか。

○森 まず適用の時期はまだ決まっていませんけれども、過去に4、5年かかっているのは、まず和訳するのに時間がかかります。それから、プロセスでいいますと、ICD部会などの審議会にかけて、諮問答申に時間をかけています。実際に公的統計の集計で適用さ

れるとなると、ICD10では5年ぐらいかかったというのが現状です。

○脊山委員長 では日本で実際に適用されるのは、来年ではなくて、その4、5年先というところでよろしいのでしょうか。

○森 その4、5年が6年になるか、7年になるか。

○脊山委員長 いや、逆に2年になるとか。

○森 そこはちょっと分からないところですけども、日本としては、これだけ日本の先生方にご協力いただいております、できるだけ早く導入はしていきたいと思うのですが、ルールの確認やシステム改修というところではやはり時間をいただくのかなと思っています。

○脊山委員長 それからもう1つは、WHOの本部と申しますか。これを実際に改訂しているところに日本からの代表というのは出ているのですか。

○森 WHOの統計局には日本からは出ていません。ただ、WHO全体には何名か厚生労働省から出向はしてまして、事務局長補のレベルで出したり、別の部署で出したりと。そういうところとはコミュニケーションしながら当局ともお話をしています。

○脊山委員長 分かりました。

そのほか、何かこの際に聞いておきたいこと、あるいは要望等ありましたら、どうぞご発言願いたいと思います。よろしいでしょうか。それでは、どうもありがとうございました。

それでは、次の議題は「用語の言い換えのプロセスについて」ということで、田中先生、お願いします。

2. 用語の言い換えのプロセスについて (スライド3)

田中 牧郎 (明治大学教授 / 日本医学会用語管理委員会委員)

田中と申します。私は医学用語管理委員会の委員ですけども、専門は日本語学、言語研究をしています。その立場から、最近医学のほうで言葉を換えるということが具体的に「奇形」とか「優性・劣性」などについて出ていますので、そのことにかかわって、用語を言い換えるということについて少しお話をさせていただきたいと思います。

用語といいましてもいろいろな意味で使われてまして、「医学用語」のように本当に学術的な専門用語もありますし、たとえば生命保険に入る人が「保険用語」を知らなければというように、特に学問的ではなく、そのある分野のことを知るための用語という意味で使うことや、それから例えば理科という教科のなかで体系的に整理されている学習用語というものもあります。

そのほかに、たとえば役人がよく使う役人言葉を「役人用語」と言ったり、あるいは医学用語でもいわゆる医者言葉、医者がよく使うという、つまり属人的な見方で「医者用語」と言われることがあります。それから「難解用語」ということがあるのですけれども、難しい用語は易しくしてほしいという要求は社会から多いのですけれども、こういうときも用語と言うのですね。あるいは「差別用語」。これもよく言います。「これは差別用語だ」と。これらの集団語、難解語、差別語・不快語というのは普通は言語学で用語とは言わないのですけれども、何となく言葉の使い方というので用語というように言われることがあります。

これらのどの部分の用語なのかによって、言い換えるときにどう言い換えたらいいかというところで変わってくると思うのです。私は明治大学の前に国立国語研究所というところにいまして、用語の言い換えを国語研究所の연구원としてやってきたのですけれども、最初にやらされた仕事としては外来語の言い換えということがありました。

たとえば「ユニバーサルデザイン」という言葉は「専門用語」であり「難解語」であるので、分かりやすくしてほしいという要望があるのです。これは学問的に非常にしっかりしたアメリカのデザイン学者のRonald Maceという人が提唱して、7つの要件がある。学問的に明確な定義があるのです。しかし、これは「ユニバーサルデザイン」という言葉では分からない。そして和訳もないのですね。そこで外来語に言い換えずに「万人向け設

計」。これがいちばん理念の中核にあるので、これで言い換えることを提案しました。そうしたところ、専門家から批判がきました。「これは不正確である」と。「万人向けというような陳腐なものではない。もっと高い理念があるから、そういった和訳にしてもらわないと困る」という批判がくるのです。これはこの語に限らず、言い換えを提案したほとんどの語についてその分野から批判がきます。つまり、正確に言い換えていくということは専門用語についてはなかなか難しい。

そこでもう1つ、単語を置き換えるのではなくて、要するに「ユニバーサルデザイン」というのは「だれにでも使いやすい設計である」というような、句や文のレベルに開いて言い換える。こうやって分かりやすくできる。これも広い意味では言い換えになると思いますね。単語が難しい、特に難解とか、あとで出てきます差別・不快といった部分のことを解消するには、単語そのものを入れ換えるだけではなくて、もう少し広く言い換えるということに対応していくことも考えられるのではないかと思います。これは言語的な観点から見た側面です。

次に、社会的なことなのですが、第一に言葉を変えるときにいちばんはっきりと変えられるのは法律で決めることです。法律に書けば、それは改訂することになります。しかしこのためには大変な手続きがいろいろあります。

第二に、学会など、あるいは職業団体ですね。たとえば日本医学会は学会、日本医師会は医師という職業団体だと思うのですが、こういった専門的な団体で決める。これもかなり強い力を持つと思います。しかし、それはその学問、医学をやっている人、あるいは医療界にいる方の間のことだと思うのです。その外側にいる人には適用できない。しかし、その専門分野の言葉を専門分野の人はまず積極的に使うことによってじわじわと広がっていくとは思っています。しかし、それは強制力は外に対してはないのだと思います。

それから第三に、自治体やマスコミが自主的に規制するということがあります。特にこの言葉は分かりにくいから、こういう分かりやすい言葉を使うというように、新聞記者は用語集を持っています。その範囲の言葉を使うようにしています。あるいは最近では自治体がそのようにして窓口や広報紙などに載せる言葉を決めています。これは自主的にやっていることです。

あとは会社とか個人とか、かなり小さい集団のなかで工夫するというところもあると思います。

さまざまところで言い換えを行うことによって言葉が引き起こす問題を解消していこうという動きがいろいろと起こっています。こういう動きは20～30年前まではあまり目立ちませんでした。あったとしてもそのこと自体が大きく話題になることはなかったのですけれども、近年、個人の権利という意識の高まり、あるいは専門的なこともその専門家に任せておくのではまずくて、やはり皆で考える。たとえば原子力について考えるには原子力専門家だけではいけないので皆で考えましょうとか、そういった機運が出てきていて、こういう専門的な言葉を換えることに非常に関心を持って目を注がれるようになってきていると思います。

ここまで申したことをもう少し整理します。スライド4番に専門用語の2種類と学習用語、集団語、難解語、差別語・不快語とこの6種類をそれぞれどのような団体が言い換えているかということをもとめました。二重丸が中心になって行っているところです。

学会は主に専門用語をやっていけばよかったですけれども、先ほど脊山先生のお話があったように、やはり教科書を変えていくには学習用語まで学会が責任を持つべきではないかと。後ほどお話ししますが、今そういう動きが出ています。それから、難しい言葉をマスコミや自治体に任せておくだけではなくて、やはりその学会自らが易しくしていこうという動きもあります。あるいは差別語・不快語については、これを使うと糾弾されるということもありますので、いろいろな団体が自主的にこれを言い換えることに努力するようになっていきます。マスコミは難解語・差別語・不快語に関しては数十年前から取

り組みを始めていまして、今もここが中心だと思うのですが、ご覧のようにかなり広い範囲にいろいろな団体に取り組むようになってきた。特に左側に行くほど専門性が高いのですが、そちらの団体が表のいちばん下まで取り上げていく。このように世の中が変わってきているというところがありますので、まさにそういう動きのなかで、きょうこの医学会のなかでこのような話題が議論されているのだらうと思います。

今、話題になっています「優性」「劣性」「奇形」についてはこのあと専門の先生方からお話があると思いますが、この医学の分野では「痴呆」という言葉を非常に大きな動きとして厚生労働省に専門チームを作って時間をかけて検討して「認知症」と言い換えました。これは大変うまくいった例だと思います。このような先行の事例があります。ただ、現在話題になっている「優性」「劣性」「奇形」が「痴呆」という言葉ほど大きな問題かということについてはいろいろ議論すべきところだと思うのですが、基本的な位置づけは同じようになるところになるかと思います。

それから、私が属している日本語学会ですが、これは2003年に「国語学会」から「日本語学会」に換わりました。これは本当に大変でした。賛否両論、評議員の投票で2/3をぎりぎりまで変えることになって、そして最終的に会員投票で過半数が取れたという、賛否両論、脱退者もたくさん出る動きになったのです。つまり、国語というと日本人だけでやっていた。しかし近年は外国の人が日本語を研究する。それから日本語を海外に普及する。こういう動きのなかで「国語学会」ではだめではないかという議論。それから、いや、やはり伝統的に日本の言語研究は国学から始まっているので、その国学からの伝統を生かすためには「国語学会」。あるいは、中学校、高校の国語の教科とも連関を断つ「日本語学会」ではだめだと。非常に激しい議論がありました。結果的にこのように「日本語学会」に変え、大学の講座は今ほとんど「日本語学」になっています。中学校、高校の教科名までは変えなかった。このように大きな動きがありまして、やはり用語そのものを変えていくということ大きなことで、議論したうえで決めていく必要があります。しかし、かなりきちんとやろうとしてもいろいろ問題が起こるということがあるのです。

学習用語ですが、これは今まさにやっているところで、近年、スライド6番のように歴史、それから生物のことが新聞で話題になっていると思います。特に歴史や生物は暗記科目になって、受験生が暗記すればいいと思っている。これはよくないので、用語を精選するということです。この問題は昨年答申された中教審に明記されて、その動きに伴ってそれぞれの生物あるいは歴史の専門家たちが、学会を中心に、あるいは学会会議を中心に今議論しているところです。私は国語のほうで今、学習指導要領の高校の改訂をちょっとお手伝いしているのですが、同じように生物、それから歴史のほうも今やっていますので、おそらく今度の3月にこの生物や歴史について新しい学習指導要領が示されると思います。そこで用語の議論の結果がある程度出てくるのではないかと思います。ここにはかなり多くの専門家が議論に関わっていると思います。この学習用語の議論に学会が関与していることはきわめて重要ではないかと思われます。

それから、先ほど役人言葉と言いましたけれども、集団語ですね。これはその狭い、いわゆる業界用語ですね。その業界のなかだけで通じる。それが通じるとして外に使うと分からない。これは比較的換えやすいかなと思うのですが、主に自治体がかなりやっています。杉並区が10年ほど前にやりまして話題になりました。その動きに伴って全国のかなり多くの自治体で取り組みを行って、その結果をホームページに出しています。分かりやすい言葉をどうすればいいのだらうと思うと、今はこういう自治体で作ったマニュアルを見るのがいちばん手取り早いのです。非常によくできたマニュアルがいろいろな自治体で整備されています。

それから難解語ですね。これはいわゆる難しいから分かりやすくするということです。

たとえば「宵のうち」というのは「宵」という言葉がちょっと古めかしいので、「夜の初めのころ」だということが分からないので、気象庁は10年ほど前に「宵のうち」という

言い方をやめて「夜の初めごろ」というように開いた言い方に換えました。

それから裁判員制度を始めると法律の素人が裁判をすることになるので、たとえば「未必の故意」というのは素人が聞くと「密室のなかで男女二人が恋をしている」というように聞いてしまうのですね。「未必」という単語が難しく、「故意」の説明も難しい。そこで「必ず殺してやろうと思ったわけではないが、まあ、死んでも仕方がないかと思って…した」という、かなり開いて、しかも殺人という具体的イメージを持ってこういう説明をするということを、これは日弁連がやって、弁護士に対してその裁判員に説明するにはこのように説明したらいいのではないのでしょうかという提案をしたものなのです。

それから、私が国語研究所にいるときに取り組んだものですが、「病院の言葉」を分かりやすくする提案は以前この会でお話しさせていただきましたけれども、たとえば「寛解」という言葉は重要な専門用語ですが一般の人は知らないで、これは「症状が落ち着いて安定した状態」というように開いて説明することで分かりやすくなるのではないかなどなど、こういったことを提案します。

以上、三つの例のうち、気象庁の例は気象庁自身が検討していて天気予報の用語を換えましたけれども、非専門家が分かるような説明をする。こういう意味での言い換えです。言葉そのものを換えるということの日弁連や国語研究所が提案したものはごく一部です。大半は開いて説明するということです。

一方、差別語・不快語ですね。これはなかなか難しく、そもそもそのこと自体を口にすることが憚られるようなもの、つまり当事者が傷つく、あるいは嫌悪感を抱く、あるいは非常に恐怖感を抱く、いろいろな意味で不快に思うということです。たとえば「外人墓地」は、「外人」という言葉がそういうニュアンスを持つので「外国人墓地」。それから「町医者」という言葉はやはり「開業医」と言いましょと。これは新聞記者が持っている記者ハンドブックに明記されています。こういうのがたくさん、記者ハンドブックには載っているわけです。

具体的に言うとスライド9のような性別、職業、身分、地位、境遇、信条、人種、民族、地域、心身の状態、病気、身体的な特徴云々です。こういったものがこのような不快感を与えて、そして差別になるものを言い換える。これをリスト化して新聞社、マスコミが使わないようにしている。代わりに使う言葉はすべて出しているわけです。

ただ、これはマスコミが自主規制しているということですから、禁止しているわけではありません。よく放送禁止用語と言われますけれども、別に禁止しているわけではなくて、自主規制しているわけです。ですから最近では学生に聞くと、昔よく聞きたいいわゆる差別用語を学生自身がもう知らない。ほとんど世の中で言われなくなっているのもうそういうことは本当に知られなくなっている。取り組みの始めから20年～30年ぐらい経って今かなりこのタイプの言葉は変わってきていることは確かです。

以上、ちょっと早くなりましたけれども、用語について申し上げてきたことを最後に少しまとめます(スライド10)。

まず何が問題かということ把握する。まさに今「奇形」とか「優性・劣性」で議論されていることは何が問題かということ把握する。この段階を学会の方々がなさっているのだらうと思います。これはきわめて重要です。調査をしたり、当事者に聞き取りをしたり、こういったことが重要かと思えます。もちろん学問的整合性、正しさは当然ですが、その従来の学問用語、学術用語は正確さということを最優先にしていましたけれども、それを最優先にしながらも、それだけではなく、別の側面である難解さとか差別・不快といったところを重視していくことが必要ではないかということなのです。

それから、先ほどの学習用語に関しては、多すぎるから減らすのです。足りない部分を補うだけではなくて、多すぎるのを減らすという動きも最近目立っています。それから混同するということも「優性・劣性」に関しては別な、性質の「性」ではなくて「生きる」を書く「優生」、優生思想の「優生」と混同されとか、あるいは昔は「優性」の「優」の字に優秀という意味はあまりなかったのですけれども、その「優」自体が「性質がいい」

という意味に変わってきたことも関わっているようです。いろいろな意味で、昔は問題のなかった言葉が混乱を招くようになったといったこともありますね。こういう問題の把握をすることがまず必要です。

次に専門分野での検討がきわめて重要かと思います。その範囲で意見公募などもして、専門家間の意見を一応調整したうえで世の中へ「これでどうだろうか」というように出すのがいいと思います。専門家のなかで割れるとなかなかちょっとどうしていいかが社会の人も困ると思いますので、専門家のなかできちんと議論したうえで、整理したうえで、学会の専門家の意見が分かれている場合、その分かれていることとその理由なども出して意見を聞くということが重要ではないかと思います。

そして、そういった手引きを専門家から非専門家に対して出す。ただ、言い換えリストだけではなくて、なぜそういう言葉を使うのか、あるいは使うときの注意点なども示す。それから先ほど脊山先生からお話があったように、この日本医学会は非常にきちんとした辞典を作っておられるのですが、こういう専門分野はほかにあまりないのですけれども、先ほどお話があった文部省の学術用語集は2003年から出ておらず、2003年の医学辞典が最後なのですね。つまり医学が出したらもういいということなのか、それ以後、ほかの分野は全く出なくなったのです。文部科学省のほうがちよっと方針をお変えになったということもあるのかもしれませんが。あるいはもう大体最初の整理が終わったので、そのあと起こった問題がいろいろ出てきて、次にどうしようかという話が最近出てきたということかもしれません。たしかに医学会以外でも学術用語集をどうしようかという話はときどき聞きますので、もしかしたらまた何かちゃんと作ろうという機運が出てくる可能性はあるかとは思っています。そして、その検討の結果をプレス発表なさるとのことですね。

そして、本当に重要なものは法令でということになると思います。「痴呆」を「認知症」にしたようなときは厚生労働省の専門のものを作って、医学者だけではなく、さまざまな立場の人を呼んで議論したうえでそれが反映されたわけですね。学習用語に関して言えば中教審ですね。いろいろそれぞれの役所に重要なことを決める部門がありますので、そういったところに持って行って、そして強制力があるものにしていく。本当に必要のあるものはそのような過程を取るのがいいのではないかと思います。

なかなか難しい問題ですけれども、このような取り組みを専門集団がなされるということは、私も言語を研究している者から見ると、大変すばらしいことだなというように思っています。

以上で私のお話を終わらせていただきます。どうもご清聴ありがとうございました。

○脊山委員長 どうもありがとうございました。用語の持つ問題点を整理していただいたのですが、今まで漠然と「この言葉を言い換えなくちゃ」なんて思っていたのですけれども、今、分類して教えていただきました。それから各自治体での努力がちゃんと実を結んでいるという事例もお示しいただいたので、ここにお集まりの方々の目的は、医学用語についての議論をすることだと思うのですけれども、新しく決まった用語を普及させていくにはどうしたらいいかということに関してこれからの課題としていろいろご示唆いただいたと思います。ありがとうございました。

それでは、時間が迫っていますので、次の議題に移らせていただきます。「医学用語辞典WEB版の使い方」ということで、小野木先生、お願いします。

3. 医学用語辞典WEB版の使い方 (スライド4)

小野木雄三 (国際医療福祉大学三田病院教授・放射線診断センター／
日本医学会医学用語管理委員会委員)

「医学用語辞典WEB版の使い方」というタイトルで、まさにそのままですが、皆さん、たぶん一度ぐらいはお使いになったことがあると思うのですけれども、説明が全くない画面でたぶん分かりにくいだろうなと思ひまして、昨年使い方を少しWEBページのなかで

簡単に見ることができるように追加しました。でも、考えてみるとまともな使い方のご説明というのは1回もしたことがなかったなということに気がつきまして、今年はこちらを發表致します。

日本医学会のホームページのなかで「医学用語管理」を開いていただきますと、医学用語辞典のWEB版というページに行きます。ここでログインというのをさせていただきますと辞書を使うことができます。ログインをするためには予めユーザー登録をしないといけないのですが、それは実際に非常に簡単ですので、メールアドレスからパスワードを登録することで、あと名前とかも入れないといけないのですが、使えるようになります。

実際にはログインするときにE-mailアドレスとパスワードを入れてログインする。これだけです。

これがWEB版の画面の半分というか、すべてというか、どちらでもいいのですが、いちばん左上のところに検索したい言葉を入れる。それで下にそのリストが出てきて、そのなかのどれかを選ぶとそれに対応する情報が右側に出る。そういう構造になっています。

ですから操作できるのは、今ここは「にんじん」と書いてあるのですが、赤矢印の部分に言葉を何か入れる。それから下のリストをどこかクリックする。それから右側に出てきて、真ん中の欄に日本語と英語のペアがいくつかあるのですが、そのなかの好きなものを選ぶと、その下のところにそれぞれの言葉の属性とか読み方などが出てきます。ですからいじれるところは入力する欄、それからクリックする欄の2か所、これだけです。

検索窓、いちばん左上の部分ですが、ここに入れることができるものは英語でも構わないですし、日本語でも構わないです。それから1つ、よく見落とされていることが、日本語の読みがなでも構わないです。読みがなは日本語でもカタカナでもどちらでも自動的に変換されますので、お好きなほうを入れて下さって結構です。英語も全角と半角の変換がなされますので、数字に関しても英語を検索したい場合には別に全角で入れていただいても結構です。それから文字数なのですが、英語は3文字以上入れないとはいけません。日本語は2文字以上入れないと検索されません。これはなぜかと申しますと、たとえば日本語1文字で検索されてしまうと、英語でもいいのですが、アルファベットで26文字、それが26回検索するだけで全部出てきてしまいます。中身が盗まれてしまうことをちょっと考慮して文字数を増やしているということです。それからAND検索というのがありまして、間にスペースを入れることでそのANDが検索されるというようになっています。

注意事項があります。「靱帯」の「靱」という字は2つあるのですが、刀の部分に刃が浅いものと深く入っているものと。これは今実際には深いほうしか登録されていないので、浅いほうを入力すると検索することができません。ですから、何かおかしいなと思われたら違うほうを入れるか、もしくはひらがなで読みがなを入れてしまうというのが正しい使い方になります。もちろんβとかウムラウトとかアクセント記号とかそういうのは全部対応していませんので、英語で入れる場合にはすべてアルファベットにして下さい。

例です。靱帯。深いほうの「靱帯」は丸ですね。そして浅いほうがバツであると。ひらがなでもカタカナでもOKです。ただし、靱帯の「じん」をひらがなにして「たい」の「帯」のほうだけを漢字にするというのは、読みがなではないですし、こういう「じん帯」という用語は登録されていませんので検索できません。

実際に漢字でちゃんと「靱帯」と入れますと、その下に出てくるリストのなかにはすべて「靱帯」という漢字を含んだ言葉が列挙されます。それから、ひらがなで検索しますと、「人体」までも検索できるというようになります。

次の例です。次はANDの検索例。「糖尿病」という言葉とインスリンの「インス」の部分までを、間にスペースを入れてAND検索をした例です。これは「インスリン依存性

糖尿病」とか3つほど出てきます。ところが糖尿病で漢字ではそのままに、英語でたぶん「insulin」と出てくるのではないかと思って「ins」と入れると、当然そういう用語がないので出てこないことになります。

以上が検索の窓の部分のご説明でした。次は検索結果リスト、その下の部分ですけれども、それはもちろん検索された候補が全部出てきますので、その部分をクリックすると右側にその詳細が出てくるということになります。

では問題はその右側の説明です。右側の欄というのは大きく4つに分かれています。いちばん上は日本語と英語が列挙されている部分。分かりやすく概念として、同義語としてどんなものがあるかを簡単に知ることができます。もし代表語があるものは星印がその後ろにつきます。ほとんどの場合、代表語というのはついていないと思いますけれども、ついているものは重要なものなので必ずつけてあります。ただ、これは列挙されているので、日本語と英語の正確な対応関係が全く分からないわけです。

それで2段目になります。今の場合は「朝鮮人参」で「オタネニンジン属」というのがあるのですが、それに対応する英語が何であるかというのが2段目で分かります。これをクリックしますと、たとえば「オタネニンジン属」というのをクリックするとその3段目の欄に日本語と英語、それからその属性が出てきます。属性のなかには日本語の読み、それからUMLSのなかでMeSH、それからMeSH以外のUMLSに登録されているものであるかどうかということが出てきます。MeSHの場合にはMeSHのカテゴリーナンバーまで出てきます。

それから4段目は用語または履歴になっていまして、この「朝鮮人参」に関して何か要望がある場合はその要望をクリックする。それから、今は履歴が表示されていますけれども、この言葉に関して今までどのような改訂がなされてきたかということがここに書かれています。

属性の説明は大体のところは先ほど申し上げましたけれども、詳しくはUMLSでsubject headingである場合には「M+」、それからentry tagである場合にはただの「M」、MeSHには入っていないけれどもUMLSのどこかにある場合には「U」がつきます。

「★」は代表語で、英語でも日本語でもあります。それから「旧」と「奨」は日本語についていまして、「奨」は推奨後である、それから「旧」はもう疲れていない廃語であるというのを記してあります。それからMeSHのカテゴリーの場合には「A01」。最初の3桁だけが表示されます。

要望の欄ですけれども、普通に要望をクリックしていただいてもほとんど何も書いていないと思いますが、この1年間で要望は全部で14件ありました。ですから、もしどなたかが要望されたものがあれば、その欄というのはこのように埋まっていることになるかと思えます。1年経ちますと全部クリアされてしまいますので、ちょうど先日、新しい版に変えましたので、要望はすべて今ゼロ、空白になっていると思います。何か要望がありましたら、そのいちばん右側にある「新規投稿」の部分をクリックしていただくと投稿できるようになっています。もし投稿されているものに関してまたさらにご意見がある場合というのは、それに追加して投稿していただくこともできます。いちばん最初にこの機能をつけようとしたときにはWikiの形式でだれでも追加できるようにというように思っていたのですが、それだとかえって使い方が難しいだろうということで、本当は議論していただきたいぐらいなのですが、今のところ議論にまで至った例はありません。でも1つだけでも投稿していただければ、それを基に管理委員会で協議をしたうえで対応しています。

履歴についてですけれども、全体の履歴を見たいという場合には、その全体のページのいちばん下に「変更された用語」というボタンがあります。これを押していただきますと……

こんな画面になりまして、いちばん左側のところに読みがな、日本語語彙、それから英

語の語彙なんていうように分類が入っています。バージョンというのが右上にあります。ここでは2008年3月12日のバージョンで日本語の語彙に関する変更点というのを見ています。このなかに、全部これは設定と書いてありますので、この第6版、2008年のときに付け加わった日本語というのが一覧で表示されているわけです。矢印でお示したところ、何とかマーカーというところが少し白く抜けているのですけれども、これは当時は設定されたのですが、その後削除されてしまったので灰色で表示されています。

実際にその何とかマーカーというのを見てみますと、履歴のところでは当初は設定されていたのですけれども、そのあとで削除されたということが出てきます。実際にはマーカーの後ろの長音記号を省いたものを正規採用したということのようです。

さて、以上で問題点としては、読みがなは1つしか登録できないので、たとえば頭蓋の「トウガイ」と「ズガイ」、「トウガイ」が正しいのですけれども、実際には「ズガイ」もよく使われていて、「ズガイ」という読みも登録したいのだけれどもという要望があった場合、それには対応できないということです。

それから英語欄にβとかそういう全角文字は使えない。これはMeSHに由来します。MeSHではすべてアルファベットになっているので、全角文字は入っていません。

表記の揺れが非常に問題で、先ほど「靱帯」の片方を検索に使うときに検索されないという、これはしばらく困っています。

それから履歴は分かるのですけれども、なぜ変更したのかという説明がどこにもないというのが問題点だなと思っています。

それから、ちょっとついでなのでお話し致しますけれども、ここからは使い方ではなくて、これの利用方法として、分科会の皆様方の用語集と比較する機能がありまして、それはエクセルの格好でその用語集を提出していただくと、この日本医学会の用語集と比較したものをお返しするというサービスをしています。その用語集を出していただくときにはエクセルで日本語と英語のペアをずっと列挙したものを提出していただければよろしいです。ただ、ちょっといろいろと制限がありまして、括弧による省略とか注釈があると、人間なら分かるのですけれども、コンピューターにはそういうのは分からないので、それはすべて展開していただきたいということ。それから英語欄の文字種は、英数字は半角であって、記号がごく一部しか許されていない。まずだめだと思っていたほうがよろしいと思います。全角文字についてはギリシャ文字とローマ数字だけは一応許容しています。日本語欄については、半角、全角いずれも使用できます。ただ、アルファベットと数字は半角にして下さい。そのほか、全角の空白とか全角ダブルクォートとかいろいろ禁止しているものもあります。

一応ここには不適切な例というのも列挙してあります。見ていただくと分かると思います。

問題はその比較をした結果ですけれども、ご覧になってお分かりのように、これは英語辞書でも日本語辞書でもなく、言ってみれば概念辞書なのですね。日本語の同義語と英語の同義語がこれとこれが組み合わせるというのを1つの概念ごとにまとめたような辞書になっていますので、単純に英語と日本語のどちらかが一致したか、両方一致したか、どちらも一致しなかったかだけではないのです。

だからそこが難しいのが「有」、それから「有1」「有2」の部分です。ただ、単純に英日ペアがどれぐらい一致したかというのを知りたいだけであれば「英」「日」「無」という部分だけを見ていただければ分かると思います。

問題が、たとえば「有1」というのが医学用語辞典の同じ概念に属するのだけれども日英ペアが異なる場合ですね。それから「有2」のほうは、医学用語辞典の異なる概念に属してしまった場合です。この概念の括りというのは非常に難しく、同義語としてどこまで捉えるか、その粒度の問題ですので、曖昧に捉えることもできるし、ここは専門で大事だからといって粒度を細かくしてすごくたくさんの概念に分けることもできるわけですが、そこで非常に曖昧なところが出てきます。ただ、その部分も含めて分科会の側

からこのように変えてほしいというような要望をどんどん出していただければ、それはまた協議してよりよいものに作っていくことができると思います。よろしくお願い致します。

例をお示します。今、これは英語が一致している例で、たとえばいちばん上、「acrocyanosis」という言葉がありまして、それが分科会では「末梢性チアノーゼ」、医学会では「肢端チアノーゼ」というように書いてある。こういう感じで比較が出てきます。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

○脊山委員長 ぜひ医学用語辞典WEB版を使っていただきたいと思います。特に独自の用語集をお持ちでこれから改訂しようと思われる分科会で使っていただきたい。また、8ページ以降にあったエクセルでの比較あるいは修正ということに応用していただくと、どこが問題で、どの分科会が使っているかというようなことを調べるためにも有用かと思えますので、ぜひこの資料を基にさせていただいて、こういうこともできるんだということを理解していただけたらと思います。

何かこの際、質問とか要望等がありますでしょうか。後ほど総合討論という時間を設けますので、そのときにまたよろしく申し上げます。それでは、どうもありがとうございました。

続きまして第4番目のテーマであります「遺伝学用語改訂に関するワーキンググループについて」ということで、辻先生、お願いします。

4. 遺伝学用語改定に関するワーキンググループについて (スライド5)

辻 省次 (東京大学大学院医学系研究科寄附口座 分子神経学講座特任教授 / 日本医学会医学用語管理委員会委員)

日本医学会の医学用語管理委員会委員の辻です。よろしく申し上げます。遺伝学用語改訂に関するワーキンググループについて、その最近の動きをご報告して先生方のご意見を伺いたいと思います。よろしくお願い致します。

今回のワーキンググループが立ち上がる発端になりましたのは、実は日本遺伝学会が『遺伝単』という遺伝学用語集を発行したのです。これにマスコミが強く関心を持って報道したということがきっかけになっています。

日本遺伝学会は実は日本医学会の分科会ではないのですが、あとでまたそのことについてもお話したいと思います。そこでたくさんの用語についての提案が出ているのですが、そのなかで主なものをここに書いていますけれども、「dominant」「recessive」という遺伝形式について使われる言葉について、日本では「優性」「劣性」という言葉を使っていましたけれども、これを「顕性」「潜性」というように置き換えるのがいいのではないかということが提案されました。それ以外にもここにありますようにたくさんの提案が出ているわけです。

この直後に、これは9月7日の朝日新聞とかそのほかのマスメディアの報道ですけれども、この「優性」「劣性」をやめろというのを取り上げられました。これは朝日の報道ですけれども、非常に強い関心を社会が持っているということがとてもよく分かります。

これは毎日新聞ですけれども、やはり遺伝子の「優性」「劣性」を廃止ということで、あと日経のほうからも報道されまして、メジャーなところが揃って報道したということで、社会の非常に関心の高い用語であるということが認識されました。

『遺伝単』のなかにも書かれていることをちょっとだけ引用しますけれども、たとえば「優性」を「顕性」、「劣性」を「潜性」に置き換えることに関しまして、優劣という価値観を含んだ語感があるということで、それが劣性遺伝と優性遺伝、特に劣性遺伝という場合に非常にマイナスのイメージを持つことが多いと。特にこの遺伝学会の方々は、学校の教育の場面で使うときにこの「劣性」という言葉がそういう優劣の価値観を持ったような言葉として捉えられがちであって、それが差別につながりかねないのではないかという懸念を強く持っていらっしゃるということで、この際、これを改めたほうが良いというよ

うな提案です。

これは遺伝学会のその『遺伝単』のなかに引用されているアンケートですけれども、学生に対して「優性」「劣性」の意味をどのように理解しているかということを知ると、正確に理解しているというのは半分にも満たないということで、どちらかという優劣という語感に捉われた意味で理解しているということ。そういう学生が多いということで、必ずしも劣性遺伝、優性遺伝という意味が十分に理解されていないということ。これは教育現場からの実態の報告ということだと思います。

これはちょっと余分な話なのですが、そのときにこの『遺伝単』の最初の出版のときに日本人類遺伝学会と共同でこの変更を提案するというように書かれていたのです。これが実は全くそういうすり合わせはなかったということで行き違いがだいぶありまして、それがここに報道されました。最初の『遺伝単』は日本人類遺伝学会と共同で提案したという形で書かれていたけれども、それは事実とは違って、連携がなくて日本遺伝学会のほうが単独で提案したということです。その点はちょっと混乱を招いて、いくつかのメディアでも、これはm3ですけれども、取り上げられて紹介されています。

ただし、日本人類遺伝学会自体も2009年に、この遺伝学用語は改訂する必要があるということで、ここにかかっている提案がされています。たとえば「mutation」という言葉は古来「突然変異」という言葉が使われていましたけれども、これはむしろ「変異」と表現したほうがいいのか、あるいは「variant」は「変異体」ではなくて「多様体」とすべきであるとか、いくつか学術用語としての修正を提案したという経緯があります。「優性」「劣性」に関してはこのときの日本人類遺伝学会の提案のなかには含まれていないということで、コンセンサスが必ずしも得られなかったということで含まれていません。

そういうことで、今年の10月11日に開催されました医学用語管理委員会でこの問題が取り上げられまして、マスメディアで広く報道されているということもあって、医学用語管理委員会の下にワーキンググループを立ち上げて早急に遺伝学用語について検討したほうが良いということになりまして、日本人類遺伝学会、日本小児遺伝学会、日本小児科学会、日本遺伝学会、日本神経学会、日本産婦人科学会など、遺伝学用語に関連の深い学会にお声掛けして参加いただくということと、それから、日本遺伝学会は日本医学会の分科会ではないのですが、ワーキンググループにぜひ参加をいただいて議論を深めたほうが良いということでお声掛けしまして、日本遺伝学会のほうも喜んで参加いただくということで、そのワーキンググループができあがることになりました。

その用語委員会のなかでの議論ですけれども、ワーキンググループは今年の12月7日に第1回の会合が開催されまして、そこで問題点に関する討議を開始致しました。

メンバーはここにあるようなメンバーになりまして、私はたまたま行きがかり上、その座長をやるということでそのお世話をすることになりましたけれども、こういったメンバーと、あと日本医学会の用語管理委員会、それからもちろん会長、副会長にもご参加いただいて議論をしましょうということで始まりました。

そのときに出された意見をこれは羅列としてどんなものがあったかということをやっと詳しくご紹介したいと思いますけれども、遺伝学会の委員の方からは、「顕性」「潜性」という言葉は実は当初から遺伝学用語としては併記されていたという歴史があるというご紹介がありました。ただし、時代を経るにつれて用いられなくなって、用語としては現在「優性」「劣性」という形になっているという紹介がありました。

「顕性」「潜性」については、感じが難しいと。場合によっては中学生でも習っていない段階でこういう言葉が出てくる可能性もあると。あるいは発音が似ていて、「顕性」と「潜性」は会話では間違えるかもしれない、混乱を招くかもしれないということで、少しネガティブな意見というのでも出ました。

それから、「優性」「劣性」は学術用語としては非常に定着してしまっていて、今これを変更することは混乱を招く恐れもあるということで、また分科会のなかには明確に変更に反

対するという意見もありました。

それから、言葉が差別的なニュアンス、差別的なことを引き起こすのではないかという事は教育の現場の方々から言われていることが多いと思うのですが、医療現場でいろいろな学会の方に聞いてみると、医療現場で「優性遺伝」「劣性遺伝」というのがご本人あるいは家族にとって差別的に何か聞こえるということはありませんか。差別につながるということはありませんかという意見もありました。

ただし、遺伝学の用語というのは医学における学術用語という意味だけではなくて、教育の場、あるいは社会における位置づけというものを考えなければいけないので、その視点で幅広く捉えて検討をする必要があるということで、だんだん難しくなるのですけれども、そういう議論になりました。

それから、「mutation」に関しましてはあとで資料を紹介しますが、日本では古来「突然変異」と翻訳されたことによって、その変異が突然に生じるという誤解を受けやすいということもあって、いろいろ議論があるのです。これは海外でもそうでした、Human Genome Variation Societyというヒトのゲノムの多様性を扱っている学会では、もう「mutation」は使用しないと。すべてを「variation」または「variant」というように表現したほうが良いということで、そのように宣言して、それでこの学会は『Human Mutation』というジャーナルも出していますので、遺伝医学の私たちの分野においては「mutation」という言葉を今後どうするかというのは大きな問題になってきます。

また、「polymorphism」というのもよく使われる言葉ではあるのですが、意味が実はいろいろあって、ニュートラルなそういう多様性を表す場面があれば、あるいはあるポピュレーションにおいて1%以上の頻度で存在するものにかぎって「polymorphism」を使うというような使い方もありますので、混乱があるということで、これも特別な場合を除けばやめたほうが良いというように提案が出されています。GVUSでよく使われるSNPがありますけれども、あれも「polymorphism」なのですね。だからこの言葉も考えていかなければいけないと。

あと「allyl」という言葉を日本語にどう当てはめるかというのはまた難しい議論になるのですが、発音をそのままカタカナ用語として用いるとしたら、古くはドイツ語読みのものが医学用語には多かったかもしれないのですが、今の国際情勢を考えると英語の発音に近い形であってがったほうが良いのではないかという意見があれば、あるいはやはり和語をちゃんと考えるべきだという意見もありまして、ここもなかなか収束していません。

それから「color blindness」に関しましては、これはやはり「色盲」という言葉は非常に差別的なニュアンスを含んでいるということで、日本遺伝学会からは「色覚多様性」という言葉で使うのが良いのではないかという提案があるのですが、実はこの色覚の多様性はいくつかのタイプがありますので、それぞれの個人、個人に対して当てはめるときに、多様性では全体を包含する言葉ではあるけれどもこのタイプは表現できないということもあって、ここも問題になりまして、眼科学会のほうにワーキンググループへの参加をお願いして、この点は眼科の先生を含めて議論しましょうということになりました。

それから、会長先生のほうからは、この遺伝学用語の改訂に際してはしっかりしたプロセスを取るよというご意見、すなわち分科会の意見を十分にお聞きする、あるいはパブリックコメントや社会の理解を深めるとか、そういった適切なプロセスを経てこの改訂について検討することを強くご指示をいただいています。

先ほど申し上げましたHuman Genome Variation Societyですけれども、そこではいくつかの言葉、特に「mutation」とか「polymorphism」に関してはむしろ使うのをやめようということが提案されています。

それから、これはアメリカのACMG、遺伝学会ですけれども、そちらのほうの非常によく読まれるstatementなのですから、そこでもこの下のほうにあるような形で「variant」という言葉を使ってそれを「pathogenic, likely pathogenic, uncertain significance, likely benign, benign」という修飾語をつけて、それに「variant」を持ってき

て使ったほうがいいのではないかということも言われています。国際的にも遺伝学用語についてはいろいろ議論のあるところということで、これを取りまとめていい結論を得るのは至難の業なのですけれども、ワーキンググループとしては頑張って検討したいというように考えています。

第1回の会合では、このワーキンググループで取り上げて検討する用語としては、ここに示しました「優性」「劣性」、それから「mutation」「mutant」「variation」「variant」「polymorphism」「allele」「genotype」「locus」「color blindness」といった言葉についてはしっかり検討しましょうというところで第1回が終わったところなのですが、分科会の先生方におかれましては、もしお気づきの点があったり、あるいはこのようにしたほうがいいという意見はぜひお寄せいただいて、またワーキンググループに関してもご参加は大歓迎致しますので、いろいろ情報提供、ご意見をいただけるとありがたいと思います。どうぞよろしくお願い致します。

○脊山委員長 辻先生、どうもありがとうございました。きちんとしたプロセスを踏んで用語を決めていこうとされております。今までは、最初の例にありましたように、いきなり新聞報道とか社会的に広報してしまっただけで引っ張っていかうとすることがありました。それが今までの考え方なのかもしれませんが、そうではなくて、関連する方々が集まって問題点を掘り下げたうえで決めていこうという、新しい試みが始まったところです。これからも、辻先生、そのワーキンググループを引っ張って、眼科の方々にも参加していただけて進めていただきたいと思います。ありがとうございました。

それでは5番目のテーマですけれども、「『奇形』を含む医学用語の置き換え提案」ということで、水野先生、お願いします。

5. 「奇形」を含む医学用語の置き換え提案 分科会アンケートのまとめ

( [スライド6](#),  [会議資料2](#))

水野誠司（愛知県心身障害者コロニー中央病院小児科部長）

よろしくお願い致します。日本小児科学会用語小委員会の水野と申します。

まず簡単に経緯をご紹介させていただきます。3年前の平成26年度の本委員会におきまして、小児科学会から「奇形」を含む医学用語の置き換えについて意見を発表させていただきました。その後、28年6月には日本医学会シンポジウム「医学用語を考える」におきまして、小児科学会の森内用語委員長が「子どもでもわかる説明、親も子どもも傷つかない表現を目指して」のタイトルで、やはり「奇形」を含む用語について提示させていただきました。昨年度は12月に「奇形」を含む医学用語の置き換え提案を日本医学会の分科会宛に送付させていただきました。そして提案に対するご意見及び今後の議論に参加するご予定等についてお伺い致しました。そのときの提案資料はお手元の配布資料8-2にあります。

今回、お寄せいただいたご意見をご紹介する形でご報告させていただきます。

この背景と致しましては、特に小児科の領域におきましては臨床の現場では「奇形」を含む医学用語が患者に精神的なダメージを与える、尊厳を損なう恐れがあるといったところから発しています。近年、患者が不快に感じる言葉を置き換える動きがあります。たとえば小児科の領域では「猿線」とか「兔唇」など動物名のついた医学用語におきましては現在では不適切用語として別の用語に置き換えられています。小児科学会用語集ではこれらに不適切の注釈をつけて掲載しています。

また、示しますように、現在、日本医学会用語集におきましては10の英語単語におきまして医学用語に対して「奇形」があてられているという現実があります。これらは必ずしも元の英語の意味を厳密に反映しているわけではない訳語です。このことも「奇形」という医学用語が比較的臨床の場で多用される原因の1つであると考えています。

これは昨年度に送付しました「奇形」を含む医学用語の置き換えの提案です。お手元の資料の8-2にあります。ここでは置き換えの原則として、たたき台として複数の提案をさせていただきました。これらに対して各分科会からお寄せいただいたご意見をご紹介します形で本日はご報告させていただきます。

まず総論としていただいたご意見をお示しします。メールでいただきました大多数のご意見は趣旨に賛同もしくは異論がないという短いご意見でしたけれども、長文で、添付文書でいただいた回答にさまざまなご意見を教示いただきました。「総論としては賛成なのだけれども、やはりこのなかでより患者さんへのダメージが強いと考えられる言葉を最優先して議論することが望ましい。分野によって患者さんへの影響が異なるなど、患者さんに影響する用語のみを抽出して検討すべき」という意見を複数いただきました。

また、「英語ではこのような議論が生じないのに対して日本語ではなぜこのような議論が生じるのか」というご意見を複数いただきました。また、「医学系の学会以外でも用いる用語があるために、配慮を必要とする」という意見。あと、ご意見に関しては資料にすべて掲載してありますので、ご参考にしていただければと思います。

総論として寄せられたご意見をまとめますとこのようになるかと思えます。併記を望むもの、より抽出して検討すべき、より検討が必要といった慎重なご意見を多くいただいています。

次に各個別の提案に対するご意見をご紹介します。提案1は「奇形」という日本語があてられていることが多い以下の用語について原則的に右側に示す日本語を当てるとするということで、「anomaly」「deformity」「malformation」に対していずれも「奇形」と訳語がついているわけですが、それに対して「先天異常、先天性〇〇異常」「変形」「形成異常」との提案です。これらに対しては比較的反対意見は少なく、むしろこのほうが原語に対して異なるのではないかということで賛同する意見をいくつかいただいています。

同じく提案1で、「奇形」の置き換えとして字数も音節数も同じである「違形」をあてるという置き換え案に対しては多くの意見をいただきました。「異なる形として『異形』と同じ発音である」「肉眼的形態異常を伴う先天異常という意味で『奇形』と同じであって、時間が経てば同様の問題を生ずるのではないか」「より議論が必要」という複数の意見をいただいています。

次にterato-を含む医学用語について、「奇形」を「テラトーマ」、「催奇形因子」を「胎児毒性因子」、「奇形学」を「先天異常学」とする提案に対してのご意見です。「これらは1対1の置き換えが可能のために、比較的置き換えが容易である」と賛同する意見も複数いただきました一方で、「これらは日本語にすべきである」という意見も複数いただきました。特に下の2つに関しては「患者さんに対する診断名ではないので、特に置き換えが必要ではないのではないか」という意見を複数いただいています。あと「『胎児毒性』では形態の異常の表現ができないとするもの」と、関連の学会から複数の意見をいただきました。

提案3は疾患名に「奇形」を含むものについてです。「心奇形」を「先天性心疾患」と置き換えるのが1つの例になりますけれども、「奇形」を右のように置き換える、それから「〇〇奇形」という疾患名を「〇〇病」と置き換えるという提案です。これらに対して、「機能異常と区別して形態の異常であることがイメージできない点で正確ではない」とする意見が複数ありました。また、いくつかの用語に関して、すでに分科会レベルではこれらの置き換えをなさっているというご意見もいただきました。これらの原則を当てはめられる疾患名とそうではない疾患名があるというように考えられました。

最後は、「dysmorphology」をカタカナの「ディスモルフォロジー」とすること、それから「teratogenesis」「teratogenicity」「major anomaly」「minor anomaly」等に関しての提案です。これらに対してもさまざまな意見をいただいています。やはり「これらの用語はいずれも患者さんに対して使われる言葉ではないものなので置き換えについては

いかなものか」という意見が大変多くありました。先天異常を対象とする学会からは、「大異常」「小異常」に関しては賛同の意見をいただいています。

以上、さまざまなご意見をご紹介させていただきました今回のご意見聴取はもとより賛否の集計をするものではありません。さまざまな意見をいただいで今後の進め方の参考とするものです。

全体としましては、患者・家族の心情に配慮して用語を置き換えるという趣旨には賛同いただけたものと思います。一方で、患者に影響する可能性のある用語のみに限定するというご意見、それからやはり一律に置き換えるのではなく個別に検討すべきだというご意見、カタカナ化は慎重にするというご意見と、あと非医学系の学会への配慮などのご意見をいただきました。小児科領域の医学用語におきましては、今回の「奇形」だけではなく、子どもや家族への視点で配慮が必要とされる言葉がいくつかあるかと思っています。今後、患者・家族の立場からの考慮すべき用語の置き換えについて、引き続き小児科学会から提案させていただきたいと思っています。

このたび、多くの先生方にご協力をいただきましたことを、ここで改めてお礼申し上げます。ありがとうございました。

○脊山委員長 ありがとうございました。「奇形」という1つの言葉でもこれだけの問題があって、それをどのようにまとめていくかという、大変な作業だと思います。これからもご検討をお願いします。この問題はどちらかという患者、あるいはその家族からの要望というのが先行していたと思うのですけれども、学問的に患者・家族に直接そういう差別を感じさせないような用語は「奇形」でもいいというような提案をされている学会もあると伺ったのですけれども、難しい問題がたくさんあるかと思っています。どうもありがとうございました。

それでは、きょうこちらで準備致しました議事等はこれで終了致しますけれども、あと10分ほど時間を取りまして、きょうお出でいただいた方々からのご質問あるいはご提案を承りたいと思います。どうかきょうの提案、講演に関連したこと、あるいは直接それに関係ないことであっても、年に1回の集まりですから、どうぞご発言いただきたいと思ひます。よろしくお祈ひします。

6. 質疑応答

○久具 都立墨東病院の産婦人科の久具と申します。

この「奇形」の問題につきましては私も日本産科婦人科学会の代表として、また、私の個人の意見も交えて、今年4月に意見の書面を出させていただきました。あまりにも長文だったのであまりこのなかには十分に取上げられていないように思いましたので、ちょっとかいつまんで趣旨だけ申し上げます。

「奇形」という言葉を換えなければいけないということのまず根本的な理由を考える必要があります。先ほど脊山先生の言葉のなかにもありましたように、「奇形」という言葉自体に何も悪い差別的なイメージは全くないわけです。たとえば「奇人」とかというようにときには使いますし、ところがその「奇形」という言葉を長年、もう何十年、100年ぐらいでしょうか。使っていくうちに、「奇形」という言葉を聞いたときに「正常とは異なる形をしている」というようにイメージが定まってしまっています。つまり「奇形」という言葉を聞いたときに正常とは異なるわけですが、そのときには必ずその正常がどうかということのその対極にイメージしているわけですね。それをイメージしながら正常とは異なる形というのを「奇形」という言葉が想起させるものですから、差別や偏見につながっていく。このようになっているのだと思います。ですから「奇形」という言葉を換えなければいけないというのはそういう一般の人が持つような差別、偏見があるからいけないのだと。そういうことになると、「奇形」を新たな言葉に換えるということになれば、一般の人がその新しい言葉を聞いたときに「正常とは異なる、違う」というイメージを持ってしまう言葉であってはほとんど換える意味がないのではないかと思います。そ

ういう意味で、提案されている「違形」「異形」、違う形にしても、異なる形にしても、これではほとんど換える意味がないのではないかというのが私の意見です。

そういう意味で、代案も少し出しておきました。そんなのはありかと思われるかもしれませんが、2つ出した代案のうちの1つは「錯形」です。「さく」は内臓錯位の「錯」です。錯覚の「錯」です。これは意味のうえでは違う、異なるという意味ですけれども、ほとんど使われることのない言葉ですから、「錯形」と聞いたときに「奇形」に結びつくことはないわけですね。先ほどの「違形」ですと「違形」「奇形」というように聞いた時にほとんど「K」がくっついているかどうかの違いだけで、「違形」と聞いてもすぐに「奇形」に結びついてしまうという意味で「奇形」と音が非常に近い。しかも「イケイ」という言葉は違う形（「違形」）と書いたとしても耳で聞いた時には異なる形につながっていきますから、そうなるとう一般には「異形（いぎょう）」になってしまうわけですね。「異形（いぎょう）」というのはまさに一般の言葉のなかでの「化け物」ですから、全くよくない。そういう意味で、1つは「錯形」を考えました。

もう1つは「希少たい」です。これは全く違う観点から珍しい形ということで「希少」、「たい」は「体」でもいいですけども態度の「態」でもいいかもしれないと思っています。そういう代案も一応この4月に出した紙に書いていました。

それともう1つ、「teratoma」をどうするかということですが、これも「teratoma」は「奇形腫」と言っていますけれども、先ほど申し上げましたように「奇形」という言葉がいけないのは、「奇形」を聞いたときに正常と異なるという、正常を対極にイメージして、それとは異なる形というようにイメージが飛ぶものですから差別や偏見につながるわけです。「奇形腫」の場合には正常のものというのは腫瘍にはありえないわけですから、この「teratoma」を「奇形腫」のまま残すのは一向に構わないのではないかと思います。

いずれにしても、「奇形」という言葉を換えるのであれば、私たちだけ、医療者だけで自己満足するのではなく、一般の人がその新しい言葉を聞いたときに、今までの「奇形」という言葉とは全く異なる、この「奇形」にすぐに考えが及ばないようなものにしないと、せっかく考えて換えてもあまり意味がないのではないかということを書いた意見書のなかに書いています。

どうも失礼しました。

○**脊山委員長** ありがとうございます。次の方どうぞ。

○**柏井** 日本眼科学会の柏井です。今、「異常」という言葉に関して、一般の人たちがそういう言葉から「正常」と対極にあるから避けようというお話がありましたが、私は反対です。

基本的に学術用語は一概念に一術語という原則のもとに明確な定義があります。きちんとした定義がなければ、私たちは科学的な考察、コミュニケーションができないので、明確な定義があるわけです。生物系の現象は、基本的に釣り鐘型の分布をしています。バラついていることが特徴で、端の方に何%かの人たちが必ずいるわけです。中心にいる人たちは100%ではなく、私たちはそういう広がりがあるわけです。だから専門用語を使用する場合、例えば、色覚の場合もそうなのですが、「色覚異常」という用語は、きちんとした定義に基づく科学的な用語で、差別を意図したものではありません。

では、どうしてそういう言葉が差別に関わるかということ、どういう「文脈」でそれが使われるかということにあります。学術用語そのものには差別は意図されていませんが、文脈で、つまり、使い方その用語が差別性を含んだりとかしてくるわけです。

そこで大切なことは、マスコミとか一般の人たちに言われたから「言葉」を言いかえるのではなく、私たちが社会生活をするうえで、「違いを知って共に生きる」という基本的な生き方の Principle の重要性をもっと一般の人たちに教育する必要があります。ある用語が「正常から異なる」ということを指すことが差別を生むものではありません。生物現象は基本的に統計学的な分布に従って「ばらつく」わけですから、「違い」が生じることはごく自然なことです。大切なことは、そうした違いがあることを知った上で、互いに尊重し共に協調して生きていくことです。厳密な定義によって決められた学術用語を言い換えて

も、用語の意味する本質は変わりません。

ただ、確かに、不適切な用語、例えば、私たちは「牛眼」を廃して発達緑内障にしましたが、検討を要する課題はあります。一つ一つ用語を考えていくうえで大事なことは、言葉を言い換えて先送りするのではなく、問題の本質をよく見極めて、言葉の使い方に問題がある場合、学会は「違いを知って共に生きる」ことの大切さを積極的に社会一般の人たちに啓発することも必要だと思います。

○脊山委員長 ありがとうございます。用語の置き換えというのがいかに難しいかということが分かったと思います。

そのほかに何かこの際、ご発言いただけますでしょうか。どうぞ。

○吉栖 日本循環器学会です。日本循環器学会ではこの内容に関して何度も議論しているので、自分の意見というより循環器学会の意見として申し上げますけれども、この6ページの下のほうにあります先天性心疾患に関してなのですけれども、「エプスタイン奇形」ですね。これに関して「エプスタイン病」というものでなぜいけないのかという意見が私たちの意見ということになります。

小児の循環器学会の先生、来られているのでしょうか。もし来られていたら、意見が違ふといけませんので、ちょっと追加、もしくは違ふよという意見があればおっしゃっていただければと思うのですが。

○岩本（日本小児循環器学会） 私たちは小児科学会のほうにもお伝えしたのですけれども、私たちのほうでは「エプスタイン病」ということでよろしいのではないかということでもとまりました。

○吉栖 ありがとうございます。一応意見として申し上げておきます。よろしくお願ひします。

○脊山委員長 ありがとうございます。そのほか、どうぞ。

○柚崎 今、出てきたような病名の話とはまた全然話が違ふのですけれども、医学用語辞典に載っているほとんどのものがこういうセンシティブな差別とかそういう問題ではなくて、普通に学術用語で使うものが学会とか使う人によってかなりバリエーションがありすぎるということが問題だと思います。

すみません。生理学会の柚崎です。何が言いたいかといいますと、バリエーションを認めて各学会で用語集を作るのはいいのですけれども、やはりある程度の統一性が必要ということもこの分科会の用語委員会の重要なミッションだと思うのです。

各学会での用語集と医学用語辞典との突き合わせのエクセル表で両方の用語集にともに「有」「有」で用語が違ふ場合というのはもちろん議論の対象になると思うのですけれども、医学用語辞典に「無」というものをぜひ新しく用語辞典に入れていただきたい。要するに医学用語辞典の項目がまだ未だ少なすぎていて、あまり増えていけないというような状況があって、突き合わせしたときに必ず医学用語辞典に「無」というのがたくさん出てくると思うので、それをむしろ積極的に挙げていただいたほうが、より使う人たちの人口が増えてくるのではないのかという意見です。

○脊山委員長 ありがとうございます。先ほどご説明したように、WEB版の医学用語辞典にはそういう提案をするコーナーもあります。ただ、そもそも問題の用語がないとなかなかそこに行きつけないというジレンマもあるかと思いますが。難病指定なんかになった病名なんかでも医学用語辞典に載っていない病名もあります。そういう場合はぜひ管理委員会のほうにご連絡いただいて、管理委員会で検討したうえで、現在7万いくつかの用語が載っていますけれども、それを増やしていくことは一向に構いませんので、今のご趣旨のことでこれからも医学用語辞典の充実というものを図っていきたいと思います。どうもありがとうございました。

○小崎 日本先天異常学会の用語委員長の小崎と申します。先ほどWEBページの説明があったときに、1文字だけを入れて全部が出てしまうと内容が一般に広く使われる懸念があるというような説明がありましたが、むしろ昨今のオープンサイエンスの概念から申しますと、このエクセル表自体は広く公開することも1つの考えではないかと思い、意

見を述べさせていただきます。

○脊山委員長 ありがとうございます。そういうことも含めまして検討させていただきます。どうぞ。

○一瀬 血液止血学会の一瀬です。

私は分子病態学講座の主宰を25年間やっています、教科書も25年間作っています。そのなかで学生に毎年、先天性疾患、遺伝性疾患の講義をしてきて、「優性」「劣性」の講義をしています。この9月7日の新聞を見てびっくりして、学会に頼んで29日に発刊されたこの『遺伝単』を即、手に取って見てみました。そうしますと、この編集委員の代表の方の謝辞のところにはたしかに日本人類遺伝学会の名前がありますが、これはあくまで遺伝学会の教育推進委員会の委員長に対する謝辞で、ほかの学会に聞いたらほとんど知らないというようなことでした。さらに、先ほどありました学生にアンケートを取ったということで、多くの学生がこう考えているかなと思ったのですが、少なくとも周りの学生たちは違います。きょう、辻先生の資料を見ますと、なんと、私立女子大の189名、それから看護大学28名、非常に限定された領域の数少ないアンケートの結果のことが前書きのなかで触れられているかと思えます。

やはり今回、ワーキンググループを即作っていただいて、日本人類遺伝学会の委員も含めて検討中ということですが、事態は非常に進行しています。私が今行っている大学の新しい教科書に、やはり「潜性」「顕性」と書き換えたテキストを使ってくれというのがたまたま送ってきたりします。ですから、なるべく早く問題を解決するということも重要ですが、少なくとも日本医学会あるいは用語委員会は検討中であるというメッセージを広く周知していただきたいと思えます。そうでないと事態はどんどん進行して、われわれの教科書も変更させられる、そういう事実がこれかた多く発生していくと思えます。よろしくをお願いします。

○脊山委員長 ありがとうございます。では、辻先生、よろしくをお願いします。

そのほか、何かこの際、ご発言はありますでしょうか。

それでは、予定の時間になりましたので、きょうの会合はこれまでにさせていただきます。それでは閉会の辞を。

7. 閉会の言葉 岸 玲子副会長

きょうは皆さん、大変ご苦勞様でした。私、社会部会から選出されています副会長の岸と申します。改めて用語委員会が非常に重要なことを考えさせられました。

5人の先生方、貴重なご発表をありがとうございます。また、分科会の先生方からいろいろなご指摘がありまして、非常に深いところでこれから私どもがいろいろ考えていかなければいけないことも改めて勉強致しました。いずれにしましても、各分科会の専門のご討議なども非常に重要と思えます。それを持ち寄りまして、最終的に社会が「なるほど。医学会の専門家たちがこのように考えたんだ」ということが納得できるようないい方向性が出るのではないかと思います。

きょうはありがとうございました。引き続き皆様方におかれましてはご協力のほど、よろしくお申し上げます。どうもありがとうございます。

○脊山委員長 それでは、これもちまして本会を閉会と致します。どうもありがとうございました。

——終了——