

医療における有効な告知の臨床的姿勢

——サイコセラピーにおけるジョイニングと対話的会話の視点から——

吉 川 悟

1, 目的 —告知—

「がん告知」を筆頭に、死に直面する可能性があるとしてされている疾患告知については、ここ数十年の間に患者や家族などの QOL 向上を前提とした議論が続けられている。過去には、告知による患者の精神的動揺を掌握しきれないことなどの理由から、告知の是非が議論された時期があった（杉本 1996, 平岩^{(1),(2)} 1997）。この段階を経て、近年の医療技術の進歩に対応するためには、疾患告知による医療的ケアの選択主導権を患者に帰する必要から、医療者にとって「告知が必須」との必要論一辺倒の見解に流れが変わっている（鈴木 2002⁽³⁾）。しかし、一方で疾患告知のためには、医療者の側のインフォームドコンセントについてのスキル向上や、説明技能の向上が不可欠であることは言うまでもない。加えて、告知のための手続き・方法論の是非や、医療者のコミュニケーション・スキル向上についても、様々な視点からの議論がなされている（保坂 2002⁽⁴⁾）。

このような医師の臨床教育については、医学教育学会などを中心に多様な議論が繰り返され、より有効な臨床教育についての提言が「第13 期日本医学教育学会卒前教育委員会」によって提唱されている（第13期日本医学教育学会卒前教育委員会 2004⁽⁵⁾）。それは、「診療参加型臨床実習における望ましい教育体制のあり方」という題目で、その3）に「指導医、診療チーム、病棟職員などの教育能力の向上」を取り上げ、「診療に参加することに対する学生の自覚を促すとともに、指導医、診療チーム、病棟職員などの理解を促し教育能力を向上させる」としている。そして、その詳細は以下の通りである。

3）患者への説明と理解の促進

診療参加型臨床実習は患者の理解と協力なしには成り立たないことは言

うまでもない。しかし、このことは教育を管理する立場の人々からは重視されにくく、組織的に取り扱われないことが懸念される。説明の機会としては、一般的な協力依頼とインフォームドコンセント取得の際に行う詳しい説明とがある。前者は、入院の手引きや病院のホームページなどに掲載し、受診した患者やその関係者のすべてを対象に知らせるものであり、診療参加型臨床実習に対する国民的な理解を得る機会となると同時に、急に実習への協力を依頼される事態に対する患者側の心理的な準備にもなる。教務委員会などが病院管理者と協議の上実施することが望ましい。後者は、患者へ実習への協力を依頼する説明である。詳しい説明事項としては、表2のような内容が考えられる。教務委員会などは統一された説明が円滑に行われるように、説明文書と説明方法を企画する。

表2 患者へ説明・依頼し、同意を求める事項

- ①学生が診療チームに配属されていること
- ②診療参加型臨床教育の目的とその意義
- ③診療チームにおける学生の役割
- ④学生の診療能力と、学生に許容されている医行為の範囲
- ⑤学生が医行為を実施する場合に考えられる危険性とその防止策
- ⑥指導医師による指導、監督、監視の態勢
- ⑦教育への協力依頼
- ⑧患者は同意を無条件に拒否できること
- ⑨患者は同意を拒否したことを理由に受療上の不利益な扱いを受けないこと
- ⑩患者は同意後もいつでも無条件に、学生による医行為の実施を拒否できること
- ⑪不明な点はいつでも指導医にたずねることができること

このようなガイドラインは、医学部における臨床教育の基礎でさえ議論がなされ、⑧から⑩などのインフォームドコンセントの求め方についても、文面によって生じる多様性を無視しているかのような基本姿勢が示されている。つまり、患者－医療者の関係における医療サービス、医療的コミュニケーションについて考慮すべきことについて、医療者にとっての必要性を議論の中心に据え、経験則そのものを向上させることが臨床教育として普遍的な手続きとしている。加えて、その医療者側の前提に即した行為が患者にどのような影響性があるか

について考慮することの重要性については、詳しく触れられていない。

このような現状の普遍的な医療者側の視点に留まった議論は、医学の前提である実証主義的立場の視点から生じている。したがって、この視点から脱却することはできず、告知という対人的なコミュニケーションの最も重要な場面についても同様である。実質的には、医療者が必要と考える範囲の「マニュアル対応」による告知が行われることによって、二次的な問題を引き起こしていることも少なくはない。そして、そうした問題への対策として示される方法論は、より一層の詳細なマニュアル化や、告知対象者への人格的アセスメントの必要性についての議論、いわば「適切な情報伝達のための詳細のガイドラインの提供」に留まっている（⁽⁶⁾ 榎田 2004）。

本論では、現代の医学的処置の多様性を前提とし、その選択基準の詳細を患者が把握することが有益であるという、医療現場にとって「告知が不可欠」という前提に立った視点から論を進める。そして、医療者側にとって必要不可欠な行為として「告知」を位置づける前提で、告知の場面对人コミュニケーションによる情報伝達に留まらない新たな「人間的接点のあり方が必要な場面」として位置づけ、「告知される側にとって有益な告知のあり方」について、サイコセラピーの場面で見られる効果的なコミュニケーションとの類似性を取り上げ、考察することを目的とする。

なお、本稿は「患者への援助」という文脈において同様であっても、医学と臨床心理学の専門性の違いをあえて強調した視点を持ち込み、その上で相互の専門性を享受できる可能性について検討をするための試論である。医学が身体的同一性を基礎とした実証科学的視点を基礎とし、臨床心理学が人間学的差違を常に重視する社会科学的視点を基礎としているため、その前提の違いを考慮した論理性が必要であると考ええる。したがって、本稿では、医学と臨床心理学のそれぞれの専門性について、あくまで告知やインフォームドコンセントに関わる範囲での考察であることを示しておきたい。

2、医療における「告知」の考慮事項

最近の医学教育の中、特に基礎医学である内科学では、悪性新生物に関する臨床は避けて通れない領域である。腫瘍医学の専門家でなくとも、臨床医学に関わる限り、患者や家族に対する疾患告知の手続きや方法論についての訓練を受けることが基本となる。しかし、こうした告知という対人コミュニケーションを基本とした場面では、医学教育の前提である実証主義や生物化学の認識論

だけでは通用せず、社会科学というあいまいなガイドラインに準じた対応が求められることとなる。それは、医学教育によって得た認識論に立脚する限り、⁽⁷⁾受け入れ難い変化である (Holland 1990)。

医学教育の前提は、人の同一性を絶対的なものとし、実証科学の再現性を基本とした立場を獲得することからはじまる。そして、その視点を身につけ、医学臨床の実践を行い、がんという悪性新生物そのものに対する検査結果を発見する。しかしその発見は、必然的に告知という対人コミュニケーションという社会科学の曖昧模糊とした相互作用の世界に突入することを否応なく求められることになる。この転身は、世界の前提が変わるほど大きなものであり、医師としての職能教育にとって、これまでにない多様性を思い知らされることにつながる。

ただ、「悪性新生物の発見」という行為は、生物化学の視点によるものである。そして、对患者・家族への告知というインフォメーションを「こなす」ことは、必須事項であるとともに、医師にとっては「周縁的な職能」である。そのため、医師としての認識論そのものを放棄することや、異なる視点を導入する必要性にはつながらない場合がほとんどである。それを最も特徴づけているのは、医学者や医療関係者の告知に関する論調が「告知の対象である相手の特性に準じて」という文脈に依拠していることから明らかである。「告知の対象である相手の特性に準じて」という文脈は、実は「特性を把握できなければ効果がない」という意味としてではなく、適切な対応をしたとしても「受け取れない患者がいる」という意味として理解されることとなる。いわば、適切な対応をしさえすれば、その効果や波及的影響が予知できないなどの事態が生じるのは、すべて患者の側の把握しきれない多様性に基づくものであるという考え方に準じているからである。

一方、がん告知をされた患者に多様な反応が生まれることについて、Sontag S. は疾患としての「がん」の言説が、過去における文化的背景の影響から、特別な意味を持つ疾患として語られることを述べている (Sontag 1978)⁽⁸⁾。まず、Sontag は、Menninger K. の『『癌』の一語が (そう簡単には) 病気に屈すまいと思われていた患者の命取りになることもあるようだ」「苦痛、苦悩能力障碍のゆえにわれわれに相談に来る人々が、おぞましい病名をペタペタ貼りつけられるのに憤慨するのは当然だ」を引用し、「癌」という病名が持つ言説についての切り口を提供している (p. 9)。そして、がん患者が「どうして、自分が」「なぜ、自分だけが」と自問することを取り上げ、他の重篤で

致死性の身体疾患との言説の違いがあることに言及している。そして、その言説が過去のがん医療において「痛より怖い癌治療」という風説を医療者でさえ持っていたこと、そして、がんの記述の中心的な特徴として、戦争用語から借用されていることを取り上げている。その具体例として、「がん細胞が増殖する」のではなく「がん細胞に侵され、侵略される」と表記され、化学療法によって「がん細胞を殺す」と表記される。このような言説の混同は、がんに罹患し、治療を受ける過程だけでなく、日常的にもがんについて事実の歪曲を生み出すことになり、必要以上の恐怖がその言説に付与され、恐怖をおおっていると述べている。

告知について考えた場合、患者となりうる立場であれば、このような日常的に用いられている言葉の影響性は大きい。特に他の致死性の身体疾患（例えば、脳幹部の動脈瘤や劇症肝炎など）の告知とがん告知では、患者側が受け取る印象が大きく異なっている（Becker 2006⁽⁹⁾）。いずれの疾患も、その病変部の進行状態によっては医学的な対処困難な疾患で、その闘病過程についても、苦痛や苦悩は計り知れないものがある。しかし、それでもがんについての言説だけは、日常的に過去の戦争用語に彩られている。

加えて、統計学的情報の誤用も、がんについての言説に神話を作り出している。2007年の調査における人の死因は、29%が悪性新生物で、次いで16%の心疾患、11%の脳血管疾患、10%の肺炎、3%の不慮の事故と自殺などである（厚生労働省大臣官房統計情報部 2008⁽¹⁰⁾）。この死因として突出した結果であることが、がんに対する恐怖を強くする要因である。しかし、実態の別の側面としては、がんの生存者数は、1999年と2005年を比較すると、「5年未満生存者」が115万人から224万人に、「長期生存者」が161万人から307万人に、その総計である「生存者総数」では276万人から532万人に増加している。このように生存率が二倍以上に増加していることが明らかである。それにもにもかかわらず、死因として最上位に挙げられることで、生存率の変化についての言説には波及していないことがわかる。加えて、佐伯はこうしたがんに対する恐怖について、患者・家族が医師に求める「余命告知」を例に示し、多くの医師が患者や家族の求めに応じて行っている「余命期間」は、厳密な意味で科学的に算出できるものではなく、その医師の勘か思い込みであると述べている（佐伯 2004⁽¹¹⁾）。

こうしたがんに対する特殊で偏見的な言説や情報の偏りが存在するため、医療において正しい知識を提供するという意味を含めて、インフォームドコンセントが叫ばれるようになった。その歴史的経緯は、人体実験の規制や法廷戦術

として用いられた概念で、1983年のアメリカ大統領委員会による「生命倫理総括レポート」によって国家指針として位置づけられるようになった経緯がある。こうした動向が、医療における告知を後押しすることにも繋がっている注1。インフォームドコンセントの前提条件には、患者には「知る権利」があり、医師には「説明する義務」があるとされている。しかし、このことは、患者には「知る権利を放棄する権利」もあり、「知らされないでいる権利」や「そっとしておいてほしい権利」も含まれている。いわば、「告知すること」そのものが、常に適切であるとは限らないという前提に基づくものである。その意味を含め、インフォームドコンセントとは、告知そのものを拒否することから、正しい病名、治療法やその副作用について、医師や他の医療関係者から十分に納得のいくまで説明を受けることまでを含み、その上で患者や家族が主導でその治療について選択・同意をするという契約過程を示す用語である。

このようなインフォームドコンセントは、がん告知を含む医師—患者関係のあり方を示すガイドラインであるが、日本における問題として指摘されているのは、患者が医師に「先生にお任せします」という否認を示す傾向が高いこと、家族の「かわいそうだから知らせたくない」という家族のエゴ、そして医療者の「告知は患者の希死念慮を強くする」という思い込みである（保坂 2002）。この患者の態度は、日本の医療におけるこれまでの医師—患者関係における医学的知識の不平等や、専門性の権力構造から生じたものである。家族のエゴについても、「自分ならば告知してほしいが、家族であれば患者に知らせないでほしい」という意識のズレがあることが統計的に示されている（佐伯 2004）。そして、医師の危惧は、医学的知見から考慮した場合、事実誤認であると考えられる。それは、がん告知というショックに対しての誤解であり、告知をしない場合の方が、告知した場合よりも精神的に不安定になる人の割合が、同様が多いというのが事実だからである（保坂 2002）。

まず、がん患者が告知後に陥るとされている精神医学的問題については、最も正当な調査として位置づけられている Derogatis I. R.らの1983年の調査で、215名の無作為抽出した患者に対しての DSM—IVを用いた分類を行い、正常者が53%で、47%が何らかの精神医学的診断基準に当てはまるとしている（Derogatis et al. 1983）。その詳細は、適応障害が32%、うつ病が6%、せん妄が4%、その他が5%であるとしている。そして、これらの精神医学的診断基準が当てはまるとされた患者に対しては、がん患者に対する精神療法が必要であり、それは、「心理社会的教育」「問題解決技法」「支持的精神療法」で

あるとされている。その中でもがん患者に対する特有の「心理社会的教育」とは、がんとストレスの関係や、情緒の変化とがんの進行との関係、情緒の変化と免疫機能の関係などについて、医学・心理学的事実に基づいた説明を行うこととされている。

日本における調査研究においても、岡村は、不安が「はっきりしないものに対する恐怖」、抑うつが「はっきりとした対象の喪失に引き続いて経験される反応」であることを明示している。そして、インフォームドコンセントを前提としたがん医療において、悪い知らせであっても適切な情報が提供された時、一旦は希望を失って抑うつが生じるが、徐々に回復していく。しかし、情報が提供されない場合、不安が軽減・消失することなく持続し、やがて適応障害を引き起こすことを述べている（岡村 2002）。伊藤らは、告知時の患者の心理状態について、告知時の聞き取り調査や参加観察法を元に肺がんの患者20名を分析し、『強烈な不安によってパニックや混乱を示す』が7名、『無関心や現実逃避や否認などの退行を示す』は4名、『現実を見つめて再度不安や混乱や苦悶を示す』は4名、『現実を見つめて新しい価値観や自己イメージの確立を示す』は5名であった⁽¹⁴⁾と述べている（伊藤ら2002）。また、佐藤らは、男女5名のガンに罹患した事例で、患者の告知の受け止め方が違う事について、「外来でがん告知、入院・手術の必要性を告げられたとき、患者は心の準備状態によってその受け止め方が大きく異なっていた。対象に合わせた告知、入院・手術の必要性の告げ方を検討することはもちろんのこと、そのときの反応に合わせた看護援助が必要である⁽¹⁵⁾」と述べている（佐藤ら2003）。鈴木らは、告知された患者の援助方法について検討し、壮年期がん患者13名を調査し、「告知前は患者が過去にどのようながんの体験をして告知に臨んでいるかを把握し、告知後はがんになったことをどのように捉えているのかを語る場をつくり、自分の病気について適切な認知を促す援助が必要であることが示唆された⁽¹⁶⁾」と述べている（鈴木ら2002）⁽¹⁷⁾。

告知に関わる心理的な視点については、「五段階説」を提唱した Kübler-Ross⁽¹⁸⁾の報告が最も著名なものであろう（Kübler-Ross 1969）。しかし、Kübler-Rossであっても、自らの死期の直前においては「自分は何もわかっていなかった」と語ったとされており、心理的研究の複雑さを物語るものだとされている。岸本は、がん罹患者の過敏さについて中井の兆候空間優位性の指摘を取り上げ、『「異界」の感覚』と述べている。そして、がん患者の持つ特殊なコミュニケーション能力を前提として対応する必要があることについて述べてい

る（岸本⁽¹⁹⁾ 1999）。くわえて、心理的問題の複雑さについて、精神的に不安定な中では痛みを訴えず、精神的安定を取り戻す度に痛みを訴えた患者への関わりから、「痛みを取り除こうとする姿勢だけでは不十分であることも強く感じてきた」と述べている（岸本⁽²⁰⁾ 2005）。そして岸本は、「心理士の職能の可能性」についても付記している（岸本⁽²¹⁾ 2008）。齊藤も Narrative Based Medicine ナラティブ・ベースド・メディスンの実践の中で、がん患者のそれぞれにとってのナラティブをどのように聞き取るかによって、罹患した要因や、告知の過程についての語りが多様に変化することを述べている（斎藤⁽²²⁾ 2003）。

このように、告知を巡っての実証科学、社会科学の視点のそれぞれからの研究を概観すると、ある程度の傾向としての告知の場面で生じる患者の反応などは把握できるものの、総じて個々の患者ごとの個別対応の必要性という医療教育で述べられてきた前提に立ち戻らざるを得ないようである。しかし、再度告知の場で起こっている出来事について臨床心理学におけるこれまでにない視点を導入して再考することとする。

3、告知の場で起こっていること — 「抵抗」という現象と新たな視点

まず、告知という場面を考慮した場合、それがどのような場面設定でなされるかによって、その場が患者に与える影響は大きく異なるものになると考えられる。それは、告知を行う場面をいくつかの状況設定に分類した場合、終末期医療や緩和ケアなどにおける告知と、各種内科を中心とした通常診療の中での告知、検診を中心とした予防医学領域での告知では、その目的性や患者の事前の状態が大きく異なるため、状況ごとの特性を加味して考える必要がある。

終末期医療や緩和ケアの患者は、すでに患者が自らの状態に対するある程度の予知的感覚を持っており、自分の状態が「ふつうではないこと」を熟知している。したがって、告知に対して患者側がある程度ではあるが、心理的なレディネスがある状態である。しかし、各種内科などの患者は、身体的不調という事実を受け止めるためのレディネスはあるものの、それが「重大疾患である」という前提に対するレディネスではないため、心理的衝撃は、相当なものとなる。加えて、予防医学領域での告知が積極的に行われているわけではないが、患者にとっては全くレディネスが無いに等しいため、心理的衝撃は計り知れない。

このような視点で対応を考えても、医学教育で定義されていたような画一化された「マニュアル対応」による告知では、患者の心理的負荷に対応できるも

のではないことが分かる。くわえて、告知という行為が医師—患者関係という医療の場における権威構造の中でなされることを考慮した場合、結果的にその権威に守られた形での「医療者にとって必要なことを伝えること」に留まってしまう可能性が多くに見られる。これは、医師が患者にある種の情報提供を行おうとすることそのものが、患者にとって何らかの重要な意味を持つ行為として受け取られるからである。告知であろうが単純な検査結果の報告であろうが、その伝えられるものがなんであるかを知らないこと、いわば医療情報の独占化が、医療という場面に権力構造を生み出す文脈となっている。そのため、意識の有無にかかわらず、患者は構えた姿勢を取らざるをえなくなっていることになる。これは、Foucault M. が述べる「医療における権威構造」の一部で、多くの患者が持つ医師—患者関係における暗黙の前提である (Foucault 1963)⁽²³⁾。

コミュニケーションが一定の関係で交わされる場合、そのコミュニケーションの意味が内容レベルでの情報交換にとどまらず、拡大したコミュニケーションとして成立する。いわば、発信者が意図しない意味が受信者に「意味あること」として受け取られてしまうことになる。そして、受信者が「その意味あること」として受け取ったことを含めて、発信者は「コミュニケーションの効果」として評価することになるため、ここにコミュニケーション効果についての大きな誤解が生まれるのである (池上 1984)⁽²⁴⁾。

また、対人的なコミュニケーションは、多様な過程を経るため、必ずしもある目的性を達成できるような形式のコミュニケーションは存在しないとされている。インフォームドコンセントの場面を会話分析によって解釈した榎田らは、「いったい誰が誰に (同意) を求め、誰が誰にどのように応じたり応じなかったりしているのか。このことを探求してみると、単純に患者が、医師の提案に (同意) しているわけではないこと、(中略) さまざまなカテゴリー的編成のもとで<患者側>というものが相互行為的に成立させられることによって、同意の主体としては<患者家族>は最終的に目立たないようにされている場合があること」などの分析報告をし、「医療者が患者・家族から直接『同意』を調達していた」との結論を示している (榎田ら2003)⁽²⁵⁾。

このような詳細な研究でなくとも、患者や家族が医療者のインフォメーションを受け入れないことや、治療者が提示している現実を受け止めずに否認することなどは、サイコセラピーにおいて重視された現象である。前述の榎田らの報告のような現象を臨床心理学的に解釈するならば、治療に対する「患者の抵抗」という現象に酷似している。抵抗とは、援助者からの適切な指示や解釈に

対して、患者がそれを否認したり、回避しようとしたり、拒否しようとする治療でみられる行為を示している。この語源は、フロイトが提唱した「精神分析療法」の理論の中で生まれ、その後多様な理論の説明を経ている概念である。フロイトは、精神分析療法の治療過程で生じる抵抗を「抑圧抵抗」「転移抵抗」「疾病利得抵抗」「反復強迫抵抗」「超自我抵抗」の5つを提唱している。これらを総括したもっとも簡便な説明であれば、西園が Rangell L. の引用を用いた「抵抗とは、洞察に対する防衛である」という意味になる（西園 1993）⁽²⁶⁾。

この概念は、精神分析学においてだけでなく、精神医学における精神療法や、臨床心理学でも重要な概念である。そして、臨床的な対応の場における治療者－患者関係では、この「抵抗」という概念が盛んに活用されている。特に前述した西園の示すように「洞察に対する防衛」を抵抗としつつも、狭義の意味だけでなく、治療者が患者に対して治療的な対応を意図して行おうとする行為に対して、患者がその意に反するような行為全体をいつしか「抵抗」として扱おうとする広義の考え方も医学全体の中では定着しつつある。いわば、治療的な知識を前提とした対応を考慮していると考えられる医師の指示は、絶対的なものであり、それ以上の判断を差し挟む余地がないのであるとの視点を推し進めているのである。

しかし、この抵抗という概念については、新たな視点を提供する研究が近年再度注目されるようになった。1950年代に特殊な催眠誘導法を提唱し、現在のアメリカ臨床催眠学会の発起人となった Erickson M. H. は、自らの催眠誘導の過程において患者の抵抗を utilization することによって、誘導を促進させることができることを示している（Erickson 1954）⁽²⁷⁾。Erickson の催眠誘導の過程を詳細に分析した O'Hanlon W. は、患者が Erickson の指示に逆らおう（抵抗）としている場面で、Erickson は患者が起こそうとしている抵抗をあえて奨励し、かつその行為をあえて指示するような対応を示していることを取り上げている（O'Hanlon 1987）⁽²⁸⁾。この Erickson の指示は、resistance prescription と称される方法である。エリクソンによると、人には「抵抗」という現象が存在するのではなく、治療者が患者に指示に従うことを期待している場面で、患者が治療者の指示以外の行為をすることを、治療者が「抵抗」とし、名付けただけであるとしている（Zeig 1980）⁽²⁹⁾。

また、Haley J. も、精神分析療法についての文章において、抵抗という概念が治療的な関わりによって生じる二次的な産物であることを示している（Haley 1969）⁽³⁰⁾。Haley は、基本的な対人関係の中では、一方が他方に対して

与える指示や解釈に対し、他方がそれを適切に受け入れず、拒否・否認・回避するなど、コミュニケーションの応答性が喪失した状況が生まれることを指摘している。これは、精神分析的な解釈や、心理学的な解釈だけでなく、言語学や対人行動学においても、人間関係の中で生じている不適切なコミュニケーションの特徴として様々な研究対象となっているような特徴的コミュニケーションの一形態である。そして、科学的妥当性を高めるために物理学的なメタファを多用して実証主義的説明用語を活用したフロイトの精神分析を社会的に普及するための戦略の一環として、「抵抗」という物理学的メタファが用いられているだけであることを示している。

そして、最も著名な視点を提示したのは、de Shazar S. である。de Shazar は、Family process 誌に The Death of Resistance. 「治療抵抗の死」という論文を1984年に著し、「患者との協同的な姿勢による治療を目指すならば、『抵抗』という現象は生じないのだ」と述べ、「抵抗」は治療者が作り出した産物であることを示している (de Shazar 1984)⁽³¹⁾。ディレクティブなアプローチである家族療法という文脈において、治療者が権威的な立場に立ち、改善のための適切な指針を創造し、それに準じて「正しいこと」を患者に示ささえすれば、変化が生じるはずである、という考え方は、まさに一方的な主張である。加えて、その時代の家族療法の説明概念の基本には、Family Homeostasis という概念があった (Jackson 1968)⁽³²⁾。それは、治療者が家族に対して適切な指示を与えていることに対して、家族がその現状のあり方を維持するために「抵抗している」ことを説明しており、これはまさに精神分析療法で述べるところの「抵抗」と同様の意味であると考えられる。これに対して de Shazar は、患者が示している治療者に対する期待に、治療者がその要請を適切に読み解き、対応することができるならば、いわば、要請に添った対応に準ずる対応ができるならば、「抵抗は生じないはずである」としているのである。

このように、「抵抗」という概念については、精神分析的な理論を背景とした議論の中では、治療者の解釈や対応に対する反動的行動を「抵抗」とすることが定着しているが、一方では治療者—患者という治療関係における特殊な点や権力構造を背景として、「抵抗」という概念よりも、患者の望むような適切な対応を治療者がすべきであるという視点も散見しはじめている。これは、医療という場の特殊な歴史的経緯と社会的職業役割として付与された権力構造との議論の中で、「誰が医療的判断の決定者であるべきか」という医学を含めた近代科学の根本的な問題を再構成するものの一つであると考えられる。

4, サイコセラピーからの提言

さて、医学とは異なる人間観を背景に持つ臨床心理学の領域において、その援助方法である心理療法やカウンセリングには、多様な理論や方法論がある。しかし、それらが援助の目的性の違いに繋がるものであるということは、あまり知られていないので、ここでそれを概観することとする。

「カウンセリング」と称される方法論は、一般的にロジャースの非指示的アプローチや人間学的心理療法を指すことが多い。非指示的アプローチは、人間学に基づいた方法論であり、あえて言えば、人間的成長を变化の目標とし、人間的成長によって直面する問題を解決しようとする立場である。そして、方法論的には、被援助者や患者が自らの心情を語ることに對して、話を聞くとともにその内容や気持ちを受容・共感することによって、心理的困窮に寄り添い、彼らが自らの力で問題を解決する心理的支援をすることである。

一方、カウンセリングと類似する心理療法として位置づけられているのが「サイコセラピー」で、カウンセリングとは異なる援助理論の体系にある。サイコセラピーは、対人援助場面において援助者が被援助者や患者が来談目的としている問題の解決という要請に直接的に応じ、日常的な問題解決を優先的に变化の対象とする。そのために、具体的に提示された問題に応じた指示を与え、具体的な困窮の改善のために有効となるような考え方や行動などの対処方法を指示することにある。そこには、特別な人間観が存在しているのではなく、むしろ個々の被援助者や患者の特性や日常性を積極的に活用した対処方法を示そうとする。

本論で取り上げる視点は、「サイコセラピー」を行うために「治療者が積極的に治療関係を作ろうとする行為」にみられる視点で、その象徴となっているのがサイコセラピーの一流派であり、家族療法から発展した「システムズアプローチ」という立場である(吉川 1993)⁽³³⁾。システムズアプローチでは、治療者自身を含めた治療に関与する人間関係を視野に入れ、問題が生じているコンテキストに変化を与えようとする方法である。そのためには、患者に関与する人間関係全体との良好な関係を作ることが不可であり、そのような治療関係を積極的に構築する方法が「joining ジョイニング」⁽³⁴⁾という技法である(吉川 2001)。

ジョイニングという用語は、Minuchin S.がStructural Family Therapyにおいて、家族との治療関係を構築するためのガイドラインとして理論化したことがはじまりである⁽³⁵⁾(Minuchin 1974)。家族という複数の人間関係の全体と

良好な関係を作るためには、個々人との接点をいくら良好にしても、家族全体の人間関係において対立的な関係が存在しているならば、それぞれとの関係を良好にすることは困難となる。そこで用いられるジョイニングは、治療者が対象となる集団の日常的な特性、指向性などの力動関係によって成立している相互作用の特性に合わせた対応をすることとして紹介されている。

また、思春期や青年期の治療者に対してのコンプライアンスの悪い患者に対して、Marshall R. J. がジョイニングの重要性を強調している (Marshall⁽³⁶⁾ 1982)。Marshall は、"'Joining techniques' in the treatment of resistant children and adolescents." において、抵抗を示しやすい事例に対する治療関係の構築の新たな試論として paradoxical approach を含めた joining technique を取り上げている。ここで Marshall は「ジョイニング技法によって生じた人間関係では、患者が自らの抵抗する姿勢そのものについて、客観的視点に立って治療者に説明する」と、その特徴について述べている。

また、Berg I. K. は、治療における抵抗の扱い方について13項目のガイドラインを示している。それらの多くは、日常的に治療者が犯しがちな治療者が自分の意図通りに患者の意向や立場を無視し、治療の主導権を主張することである。このような治療者が僅かでも強引に「治療者の思い通りに反応してくれること、従ってくれること」を期待することで、治療における不要な抵抗を生み出されていることを示している (Berg⁽³⁷⁾ 1994)。

日本においても、東はジョイニングについて『セラピストが治療に来た人たちにうまく溶け込む、あるいは仲間入りすること』であり、特に初回面接で重要とされている。そしてその中身は、来談者がすでに持っている価値観や行動や言動の特徴、コミュニケーションの取り方、役割、能力、症状などにセラピストが波長を合わせることと述べている (東⁽³⁸⁾ 1993)。そして、治療者が作為的であったとしても、対象となる患者や関係者の要請や特性、力動関係に合わせることを主張している。加えて東が指摘しているのは、治療者が患者に「合わせた」つもりになっていてもジョイニングの効果はなく、ジョイニングの効果は、治療者が評価すべきでなく、来談者の評価が全てであるという視点である (東⁽³⁹⁾ 2002)。つまり、ジョイニングの効果は、治療者との相互作用の中で生じるコミュニケーションについて、来談者のみが評価するものであるとしていることである。

このようにジョイニングは、指示的なアプローチを行うために、治療者が積極的に良好な治療関係を構築し、治療におけるコミュニケーションを円滑に行

えるようにするための対応の総称であると考えられる。通常のサイコセラピーにおいても、治療関係が良好でなければ、治療者が提示した指示に対して患者は従ってくれない。そのため、治療者は治療者が指示・指摘することを適切に患者が受け取ってくれるようにするため、患者との関係において様々な工夫を行う。しかし、そうした治療者の積極的な治療関係を構築しようとする対応は、必ずしも有効なものとはならないことが多い。それは、面前の患者の来談動機となっている問題が同一であったとしても、患者自身の対人コミュニケーションの表れ方・とらえ方が常に同一の価値観や信念体系、コミュニケーション特性などに準じているものではないからである。加えて、心理査定や診断学的な類型化を多くのサイコセラピーの立場では考えるが、患者の示す特性ごとにタイプ分類ができるような具体的なガイドラインがないからである。

しかし、ジョイニングという対応によって生み出される治療関係は、join+ing というその語が示すように、治療者が被援助集団や患者のあるべき日常的なコミュニケーション形式に適合し、価値観や信念体系に沿った言動をすることを行うことであり、その姿勢を示し続けることである。そのため、治療関係の構築が容易であり、治療者の指示・示唆・指摘などについても、非援助集団や患者の立場から見てもっとも理解しやすく、受け入れやすいもの、またはそれに近いものを提示しようとするため、いわゆる治療における「抵抗」が起こりづらいのである。

5、考察 一 告知を対話的会話にするために

「告知」という場面で起こっていることを考えた場合、純粋に「情報提供」という意味だけではないことは、多くの先行研究で述べられているとおりである。また、告知される側の患者は、告知によって衝撃を受け、ある程度精神的なショック状態に陥ることも通常の反応であると考えられる。しかし、それでも告知の場における医療者のコミュニケーション・スキルに、本論で述べたジョイニングによる対応を持ち込み、告知場面で患者の抵抗を起こらないようにするための対応は不可欠であり、それによって不要な否定的反応は低下すると考えられるからである。

小澤らは、検診機関を中心とした医師や保健師による援助について調査し、「医師によるサポートと疾病の受け止めとの間に有意な正の相関が認められた(小澤ら2004)⁽⁴⁰⁾。また、保健師によるサポートと告知直後の精神的ショックの程度および立ち直りの時期との間に有意な正の相関が認められた」と述べており、

医師の説明理解や、医師への質問、保健師の告知当日から2週間までの支援が、疾病の受け止めや立ち直りの時期と関連していることを示している。これは、医療スタッフが患者・家族の価値観に適合した有効なコミュニケーションによって告知を行うならば、患者にとっての告知の場そのものから受ける否定的影響を回避、又は早期に改善できる可能性が高いことを示しているのである。

告知という場面における「がんの罹患」という否定的文脈そのものから受けるショックは、どのようにしても根本的な改善が可能なものではない「悪い知らせ」を伝えざるを得ない場面である。このような「悪い知らせ」を伝えるという場面では、情報内容によって受ける否定的情報と共に、その否定的情報をできる限り援助的に扱うという矛盾する側面があると考えられる。告知の場面での医療者は、この立場の二重性を自ら理解しておくことが必要であり、その上で告知の場で生じがちな不要な抵抗を生み出さないようにすることが、ジョイニングによって可能となると考える。

Buckman は、告知を含む否定的な真実を伝える場面について、重要な提言を投げかけている (Buckman 1992⁽⁴¹⁾)。その最も重要な指摘は、「悪い知らせ」を定義しようとしても、「悪い知らせによる衝撃の大きさは、患者が期待している願望や計画と医学的現状との隔たりの大きさに比例する。この定義は患者がすでに知っていることと期待していることを知るまでは、悪い知らせによる衝撃の大きさを判断することができないことを意味している」と述べている。これは、医療現場を前提とした場合、告知という「悪い知らせ」を伝える場面そのものが、ある面でたいへん困難な事態に陥ることを示している。それは、医学の前提である身体的同一性に基づく実証主義的立場から、個々人の意図する評価を前提とした個別的事例性を基本とした人間科学的な世界を前提とすべきことを示しているからである。

本論で提案した臨床心理学におけるサイコセラピーという領域でも、この問題は常に取り上げられている問題である。議論の基本となるのは、ある面で「普遍的で類型化された疾患分類ごとの対応に基づくべき」という立場と、「多様で個別な事情を前提とした事例ごとの対応に基づくべきである」という立場の矛盾である。しかし、サイコセラピーでは、この矛盾を常に孕みながら日々の実践が行われているのであり、そこには、この矛盾を結び合わせる指標が存在している。その一つがジョイニングであり、もう一つの視点がジョイニングの視点を拡大解釈し、面接全体での態度や姿勢をより強調した Anderson H. と Goolishian H. が提案した「dialogical conversation 対話的会話」

である (Anderson 1997)⁽⁴²⁾。

Goolishian H. と Anderson H. は、対話的会話について「可能性を含む会話、特にセラピーの会話を理解するためには会話を区別してみたい。つまり新たな意味が出現する会話とそうでないのを分け、それらの会話を対話的 dialogical に対して、独白的 monological としてみる」と述べ、治療者が患者の立場を理解したいと望む姿勢の重要性を示している (Goolishian ら1992)⁽⁴³⁾。これは、これまでのような「相手の情報をアセスメントする」という目的性に基づくものではなく、患者ではない存在の人が患者である自分の語る内容に対して純粋な興味・関心のみを示すことによって、患者の中に隠されていた「yet-unsaid narrative 未だ語られていない物語」を引き出す可能性があることを示している。そして、この新たな語りは、患者にとってこれまで扱ってこなかった行為や選択などの可能性を広げることに繋がるとしている。これらの議論は Goolishian が提唱した「Not-knowing 無知の姿勢」から波及したものであり、そこには治療者—患者関係におけるこれまでの懸案事項であった権力についての問題をも根本的に問い直す可能性が含まれている。これを吉川は『ここ (Goolishian の考え) から得たものは、アセスメントのレベルの違いを超え、対応をよりクライアントのためを考えるということが重要なのではなく、まさに「ローカルな知恵」に対して治療者は、「無知の姿勢」で対応する以外にはないことを、身を以て伝えているように思われる』と述べている (吉川 2007)⁽⁴⁴⁾。加えて、このような無知の姿勢に基づく対話的会話を実践することは、患者の中にある体験をことばとして織りなすことに合わせることに繋がる (吉川 2009)⁽⁴⁵⁾。そして、こうした対話的会話を促進するためには、患者でさえもこれまで表現したことがない「unpack suitcase language アンパック・スーツケース・ランゲージ^{注2}」を考慮し、治療者が患者の反応を会話の断片として見なすような繊細な配慮をすべきである。

翻って告知の場という特殊な緊張を伴う場面であっても、医療者が専門家として無自覚に権力を有する立場に立ち、無教養で適切な判断力がない患者に対するのではなく、患者から「教えてもらう」という姿勢が重要であると考える。それは、医療者が告知という「本質」から外れることを防ぎ、患者が自らの治療の専門家として「何をなされることを歓迎するのか」という自らの内にある「新たな本質」を引き出すスペースを作り出すことが重要である。そのために医療者ができることは、自ら権力的な専門家としての位置から降りると共に、患者の前では単純な「outsider-witness 目撃者の立場^{注3}」として自らを位置づ

け、ジョイニングや何気ない患者の反応という対話の要素を見逃さず、できる限り対話的会話を行う中で「告知」を行うべきであると考えている。これによって患者にとって必然的に生じる「告知によるショック反応」を軽減できる可能性を広げると共に、二次的疾患としてこれまでに多くの評価してきた付随的な精神疾患への罹患という問題を回避できると考える。

このようなジョイニングや対話的会話を前提とした姿勢によって「告知」を行う場合、告知の場面そのものの意味は、大きく異なるものになる可能性がある。それは、「がんに罹患した」という新たな事実を自らの物語の一部分として受け入れる場に、医療者が寄り添うことになるからである。それは、生物学的な「がんという疾患に罹患する」ということの持つ科学的意味と共に、社会的・人間学的な意味で「がんという疾患に罹患した」という経験を通じた物語の創造に関与するものになる。そして、「告知」という場面が対話的会話を前提とした対応がなされることによって「がんという疾患に罹患し、それを克服するための新たな物語を創造する」という場に関与することにも繋がっていくと考える。いわば、死の病の「告知」ではなく、それを乗り越える最初の物語の始まりとして「告知」の可能性を生み出すことに繋がる。

しかし、医療者が医学の前提である実証主義的立場を維持する限り、対話的会話が成立する可能性は低いとされている。それは、やはり医療者が自らの立場を容易に変えられないことによる弊害というよりも、医学の持つ実証主義や再現性という科学性を放棄し、対話的会話によって生まれる多様な患者の物語の影響力が僅かしか実証されていないためである（比留間 2002）。⁽⁴⁶⁾加えて、その影響力の大きさそのものの効果研究がまだ普及しておらず、再現性に欠けるという否定的な神話の中にあるからである。ただ、近年の医療者に対する患者側の視点からの調査研究では、医療者の取るべき姿勢について参照となる視点が提供されているので、それを新たな議論の切り口として、本論を終えることとしたい。それは、多くの医療場面における治療者－患者関係における医療者の患者への配慮に関わるような行為についての評価基準である（前田ら2003）。⁽⁴⁷⁾そこには、医療者が行う行動の多くが、「やらなくても、患者の評価は悪くはならない。しかし、気づいていなければ、明らかに患者の評価は悪くなる。そして、あえてやるならば、患者の評価は肯定的なものとなる」という患者からの医療者への評価についての新たな視点である。これは、従来の視点と共に、より重要な示唆が含まれていると考える。それは、医療者が自らの立場に責任を負うことの前提であることを最低限望むと共に、その責任を超えた対応をす

ることが患者にとっての期待以上の満足を生み出す可能性が強いことを示している。

ジョイニングや対話的会話という実証科学的ではない姿勢を医療者が示すことの効果は、「告知」という多くの人にとって最もストレスフルでショッキングな場面において、より大きな患者の満足を生み出すことが示されている。加えて、対話的会話そのものが生み出す効果を加味するならば、これまで述べられてきたような「告知」が一方的で患者の二次的精神疾患の発生を生み出すような要因としてではなく、「告知」という場面が生物学的疾患であるがんに対抗する物語を創造する契機となる可能性があると考ええる。

註

- (1) 杉本正子：癌の告知をめぐる患者－医療者間コミュニケーション－闘病記からとらえた患者からのメッセージ 東京都立医療技術短期大学紀要 Vol.8, pp. 149-158. 1995
- (2) 平岩正樹：がんは100パーセント告知してこそ、理想的ながん治療が可能、日本の論点／文芸春秋編, pp. 450-453. 1997
- (3) 鈴木久美, 小松浩子：初めて病名告知を受けて治療に臨む壮年期がん患者の認知評価とその変化, 日本がん看護学会誌 Vol.16, No.1. pp. 17-27. 2002
- (4) 保坂隆：がんの告知と療チーム, 現代のエスプリ No. 426, pp. 39-46. 2002
- (5) 第13期日本医学教育学会卒前教育委員会：診療参加型臨床実習における望ましい教育体制のあり方, 医学教育35-1, pp. 3-7. 2004
- (6) 樫田美雄：エスノメソドロジー・会話分析からみた医師と患者の会話－患者の同意の共同的達成, 保健医療社会学論集14巻 2号, pp. 35-44. 2004
- (7) Holland J. C.: Historical overview. Handbook of psychooncology. Oxford University Press, pp. 3-12, 1990. 河野博臣, 脳沼信夫, 神代尚芳訳, サイコオンコロジー 1, メディサイエンス社, pp. 1-11, 1993
- (8) Sontag S.: Illness as Metaphor. Straus and Giroux, New York, 1978 富山太佳夫訳, 隠喩としての病い, みすず書房, 1992
- (9) Becker C.: 死に至る病のリスクに備える, 京都大学大学院人間／環境学研究科, 人環フォーラム19巻 pp.32-37, 2006
- (10) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成18年 人口動態統計（確定数）の概況, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei06/index.html>, 2008
- (11) 佐伯俊成：がん患者と家族に対する心理社会的介入, 心身医学 Vol. 44-7, pp. 495-501. 2004
- (12) 保坂隆：がんの告知と医療チーム, 現代のエスプリ No. 426, pp.39-46. 2002
- (13) Derogatis I. R., Morrow G. R. and Fetting J. et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA. Vol. 249, pp. 751-757,

1983

- (14) 岡村仁：がん患者にみられる精神症状，現代のエスプリ No. 426, pp. 18-28. 2002
- (15) 伊藤美由紀，浅沼良子，鈴木美奈子，瀧島美紀：肺がんで告知を受けた患者の心理的反応と告知までの受診行動の分析，東北大学医療技術短期大学部紀要 Vol.11. No.1. pp. 65-75. 2002
- (16) 佐藤正美，松宮枝利子，曾我智恵子，田中恵美子：外来でのがん告知から手術目的入院当日までの思いとコーピング，看護技術 Vol. 49, No.7 pp. 47-51. 2003
- (17) 鈴木久美，小松浩子：初めて病名告知を受けて治療に臨む壮年期がん患者の認知評価とその変化，日本がん看護学会誌：Vol.16 No.1 pp. 17-27. 2002
- (18) Kübler-Ross E.: On Death and Dying. Simon & Shuster, Inc. 1969 鈴木晶訳，死ぬ瞬間—死とその過程について，中央公論社，2001
- (19) 岸本寛史：癌と心理療法，誠心書房，1999
- (20) 岸本寛史：痛みとは何か，臨床心理学 Vol. 5-4，金剛出版，pp. 443-449，2005
- (21) 岸本寛史：癌と心理援助，臨床心理学 Vol. 8-5，金剛出版，pp. 779-783，2008
- (22) 斎藤清二：ナラティブ・ベイスト・メディスンとは何か，斎藤清二，岸本寛史，ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践，金剛出版，pp. 13-36，2003
- (23) Foucault M.: Naissance de la Clinique. Universitaires de France. 1963. 神谷美恵子訳，臨床医学の誕生，みすず書房，1969
- (24) 池上嘉彦：記号論への招待，岩波新書，1984
- (25) 樫田美雄，寺嶋吉保：インフォーム・コンセントに家族はどのように関わっているか—エスノメソドロジ的検討 社会学年報／早稲田大学社会学会 Vol.44. pp. 33-55. 2003
- (26) 西園昌久：抵抗，加藤正明，保崎秀夫，笠原嘉，宮本忠夫，小此木啓吾編，新版精神医学事典，弘文堂，p.559. 1992
- (27) Erickson M. H.: Pseudo-orientation in time as a hypnotic procedure. Journal of Clinical and Experiment Hypnosis. Vol.2. pp. 261-283. 1954
- (28) O'Hanlon W.: Taproots, Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis. W. W. Norton. 1987 森俊夫，菊池安希子訳，ミルトン・エリクソン入門，金剛出版，1995
- (29) Zeig J. K.: Teaching Seminar with Milton H. Erickson. 1980成瀬悟策監訳，ミルトン・エリクソンの心理療法セミナー，星和書店，1984
- (30) Haley J.: The Power Tactics of Jesus Christ and Other Essays. New York. Avon Books, 1969
- (31) de Shazer S.: The Death of Resistance. Family Process Vol.23, pp. 11-17, 1984
- (32) Jackson D. D.: Family Interaction, Family Homeostasis and some implications for Conjoint Family Psychotherapy. Palo Alto Science and Behav-

ior Books. 1968

- (33) 吉川悟：家族療法—システムズアプローチの『ものの見方』，ミネルヴァ書房，1993
- (34) 吉川悟：誰にとってどう困難なのか—臨床サービスを提供するという矛盾に直面することの困難，吉川悟，村上雅彦編，システム論から見た思春期・青年期の困難事例，金剛出版，pp. 11-43, 2001
- (35) Minuchin S.: Family and Family Therapy. Harvard University Press. Massachusetts. 1974. 山根常男訳，家族と家族療法，誠信書房，1984
- (36) Maeshall R. J.: Resistant interaction, - child, family and psychotherapist. Human Sciences Press, inc. 1982 一丸藤太郎，重安文男，熊谷郁夫，玉浦章平訳，心理療法における抵抗—ジョイニング技法の実際，創元社，1997
- (37) Berg I. K.: Family based services, -A solution-focused approach. W. W. Norton. 1994. 磯貝希久子監訳，家族支援ハンドブック—ソリューション・フォーカスト・アプローチ，金剛出版，1997
- (38) 東豊：支持としてのジョイニング，こころの科学 Vol.63, pp. 82-88. 1993
- (39) 東豊：心理療法と私の癖，こころの科学 Vol. 101, pp. 83-90. 2002
- (40) 小澤元美，福井小紀子：検診機関における消化器がん患者のがん告知後の精神的状況の変化およびそれらと医師および保健師によるサポートとの関連の検討，東京保健科学学会誌 Vol. 6, No.4, pp. 268-274. 2004
- (41) Buckman R., Yvonne K.: How to break bad news, -A guide for health care professionals. Baltimore. Johns Hopkins University Press, 1992. 恒藤暁監訳，真実を伝える—コミュニケーション技術と精神的援助の指針，診断と治療社，2000
- (42) Anderson H: Communication, language and possibilities, -A postmodern approach to therapy. BasicBooks.1997. 野村直樹，青木義子，吉川悟訳，会話・言語・そして可能性—コラボレイティブとは？セラピーとは？，金剛出版，2001.
- (43) Goolishian H., Anderson H.: The Client is the expert, a Not-knowing Approach to Therapy. McNamee S., Gergen K. J.: The therapy as Social construction. Sage publication. 1992. 野村直樹訳，クライアントこそ専門家である—セラピーにおける無知のアプローチ，野口裕二，野村直樹訳，ナラティブ・セラピー，金剛出版，pp. 29-88. 1997
- (44) 吉川悟：臨床がうまくなるための研究法とは？家族療法研究 Vol.24, No.3, 金剛出版，pp. 208-214. 2007
- (45) 吉川悟：私の家族療法にナラティブ・セラピーが与えた影響—ナラティブを取り入れた新たな家族療法の臨床実践，野口裕二編，ナラティブ・アプローチ，勁草書房，pp. 123-151. 2009
- (47) 比留間太白：よい説明とは何か—認知主義の説明研究から社会的構成主義を経て，関西大学出版部，2002
- (47) 前田泉，徳田茂二：患者満足度—コミュニケーションと受療行動のダイナミズ

ム，日本評論社，2003

注1：インフォームドコンセントは，研究領域における考え方と，日常診療における考え方があり，それは大きな違いがあるもので，ここでは日常診療における定義に準じて論を進める。

注2：unpack suitcase language アンパック・スーツケース・ランゲージ：未だ語られていない出来事は，日常の体験が整理されないまま断片として記憶されており，その集まりを「整理されていないスーツケースのようなもの」として比喩的に示した用語。言語化するなどがなされていない記憶の断片で，まだストーリーとして組み込まれていないが，つなぎ合わせることによって新たなストーリーを作り出せる可能性を持つもの。

注3：outsider-witness 目撃者の立場：患者が体験してきたことをたまたま目撃した者としての関係を示す。専門的な立場からの観察，指示，操作ではなく，目撃者という立場で関わることを示す用語。

キーワード 医療者，インフォームドコンセント，告知，ジョイニング，対話的会話