

## 医療従事者と患者関係の心理と文化

宗 像 恒 次\*

### はじめに

最初に、医療従事者と患者関係に関するアングロサクソン文化圏にみられた先行研究の紹介をしてみようと思う。そこでの治療関係の役割モデルは、アングロサクソン文化を背景として考えると、最もよく理解できるものであるが、日本人の、現在あるいはこれからの治療関係を考えるうえで、検討するに値するものがある。その次に、日本人の治療関係をとりあげ、日本の社会文化性と関連させて検討し、現在さらにはこれからの医療において、ライフスタイル変容や家族関係などの変容を伴う治療関係モデルを考えてみようと思う。本稿に続いて、中西睦子は、上、下と親、疎との軸を用いて、看護婦 - 患者関係の文化論的な考察を深めようとし、また、斉藤学は、アルコール中毒患者の、ライフスタイル変容や家族関係の変容を伴う治療関係を通じて、医師を含めた医療従事者と患者関係を問い直そうとしている。

### I 治療関係の役割モデル

---

\* 国立精神・神経センター精神保健研究所社会文化研究室室長 連絡先：(〒272) 市川市国府台1  
-7-3

## 1. パーソンの役割モデル

私達は、特定の立場に立ったとき、それにふさわしい行動様式として社会的に期待される「役割」に従って行動することが多い。そうした行動をとらず逸脱した行動をとると、「変わっている、おかしい、不快だ、不当だ」などという反応が予期され、「無視されたり、疎外されたり、攻撃されたり、場合によっては、逮捕されること」もあるからである。医師や患者という立場（position）も同様である。お互い立場に期待された役割に従って行動している限り、人間関係が悪化したり、ひどい治療を受けることはないと予期される。T・パーソンズ<sup>1,2)</sup> (1951年) は、こうした社会学的な考え方によって、現代の産業社会にみられる、医師や患者という立場に社会的に期待されている役割を表1のように類型化した<sup>3)</sup>。この類型については、反証を含めて様々な論議や実証研究がみられたが、今では医師や患者の役割概念の原型となっている。

## 2. サスとホレンダーの役割モデル

パーソンズの役割類型は、きわめて一般的なものであったため、サスとホレンダー<sup>4)</sup>は1956年に表2のように患者の疾病状態に従ってもう少し突っ込んで

表1 パーソンズの医師と患者の役割モデル

患者の病者役割(sick role)としての責任と権限	医師の専門職役割(professional role)としての責任と権限
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 可能な限り早く病気を回復しようとしなければならない。</li> <li>2. 医学的助言を得て、医師に協力しようとしなければならない。</li> <li>3. 仕事や家事などの通常の活動や責任の履行を免除される。</li> <li>4. 自分自身の決意と意志によっては病気回復ができないで、ケアされることが必要だとみなされる。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医学に関する高度に専門的な能力とそれに基づいた技術を習得し、駆使し、病気回復に可能なあらゆる努力をしなければならない。</li> <li>2. 自分自身の興味や所得や業績追求ではなく、患者や社会の福祉のために行動しなければならない。</li> <li>3. 個人的な価値感によって患者の行動を理解せず、客観的に判断する。また、患者への共感があっても感情移入しすぎてまきこまれてはならない。</li> <li>4. 専門職としての行動規範に基づいて行動しなければならない。</li> <li>5. 治療に必要な限り、患者を身体的に検査したり、患者の個人的生活について尋ねることが許される。</li> <li>6. 専門職としての自律性が許される。</li> <li>7. 患者との関係において権威ある立場をとることが許される。</li> </ol>

表2 サスとホルンダーの医師と患者の3つの役割関係モデル

役割関係モデル	適用される疾患状態	役割関係の原型
働きかける者と受ける者の関係 (Activity-passivity)	麻酔状態, 昏睡状態, 急性期外傷	親と幼児の子供
指導する者と協力する者の関係 (Guidance-cooperation)	急性期感染疾患	親と青少年の子供
相互に治療責任をもつ者同士の関係 (mutual participation)	慢性疾患	大人と大人

分類しようとした。パーソンズの役割類型のように、医師は最大限の治療努力をし、患者はそれに協力しなければならないとしても、どのような協力と治療努力をするかについては疾病状態によって異なるというわけである。今日のように、慢性疾患を中心にした疾病構造の中では、慢性疾患患者に合った医師と患者の役割関係が必要である。慢性疾患患者の場合は、昏睡状態や急性期疾患患者の場合のように医師が「働きかける」者や「指導する」者となり、患者が専ら「治療を受ける」者、「協力する」者という関係では望ましい治療効果を得ることができない。医師の処方した薬の指示に対して、患者の60%以上が誤って理解しているという調査報告<sup>5)</sup>がある。また、糖尿病や高血圧症などのように自己管理が一生涯にわたる慢性疾患患者のノンコンプライアンス（指示通りしない行動）のケースは治療の初期段階で既に50%<sup>6)</sup>にもものぼる。これでは、いかに良い治療法であったとしても慢性疾患患者の態度によっては、治療効果はまったく無に帰してしまうことになる。

それゆえ、サスとホルンダーのいうように、相互に治療責任をもって慢性疾患の治療をすすめる役割モデルが望ましい。この役割モデルでは、お互い治療責任をもつ対等の関係に立つため、患者の体面や尊厳がそこなわれることなく、不必要な患者の抵抗感を避けることができ、患者の自己責任感が高まる面がある。しかし、患者はこの役割モデル通り実行できるような、いわば医師に近い程度の知識や判断能力をもっていることはまれである。

また、E・フライドソンの<sup>7)</sup>がパースペクティブの衝突 (clash of perspectives) というように、元来、医師と患者の利害関心や価値観（行動の優先順位）には相違や対立がある。患者になるとしても、T・パーソンズの役割類型どおり病気の回復を望むという動機からのみ患者になるのではない。「日常の不快な現

実から逃避する口実を得る」ために患者になる場合、「不満、葛藤を抱え、孤独で、誰にも理解してもらえない、たまらない状態から自分の話を聞いてもらい、自分の存在を認めてもらう」ために患者になる場合、また「自分の健康状態を点検する」ために患者になる場合などがある。また、医師のほうも、「患者の病気回復」のための治療者という役割のほかに、「自分の生きる喜びを得る」ための治療者であったり、「自営業者として収入を得たり、評判を得る」ための治療者であったり、「研究者としての知的好奇心を充足する」ための治療者であったりなど、様々な利害関心をもっている。患者と医師はこうした多様な動機をもって日々出合っているのである。

また、医学的知識や技術は、数年で大きく変化することが多い。ある時代では正しいと言われていたことも、それが誤りであったということもしばしばあり、不確実の要素があることを認めなければならない。そうした不確実なことは、医師にとっては、その時代の医学として仕方がなかったことであっても、患者の1回しかない人生からみると、とりかえしがつかないことになることがある。現場の医療では、最近の血圧降下剤による代謝異常が問題にされているように、慢性疾患に対して長期に使うと副作用がどうなるか必ずしもわからない

表3 ストーンの医師と患者の交流モデルの3段階

段 階	交 流 に 必 要 な 条 件
1. 患者が問題を持ちこみ、医師が医学的に捉える。	<p>身体に関する情報を聞き出すだけでなく、患者のライフスタイル、保健信念、対処行動様式、家族・職場などのサポートネットワーク、心の健康状態などの情報を捉えることが必要である。</p> <p>医師は、治療法やその効果や副作用、治療期間、行動制限の内容、治療費用など知っている。が、診断されることや治療の実施に伴って予期される患者の仕事や家庭生活への影響、経済的負担、身体的な苦痛などに対して患者がどのように不安に思っているか、どのような不都合が具体的に生じるかについては、患者から教えてもらうしかない。そして医師は治療法のその理想的な形での実施を望みがちであるが、患者は様々な生活とのバランスの中で考えようとするパースペクティブの違いがある。こうした相異性を前提としたうえで治療方針を決める必要がある。もし、患者側のこのパースペクティブを無視すると、コンプライアンスが悪くなり、治療は失敗に終わる。</p>
2. 診断を行い治療方針を決める。	
3. 治療を行う。	<p>治療実施がうまくいかないと、医師は患者の治療協力の意欲のなさや能力のなさを問題にし、患者は医師の指示、あるいは、その説明の不適切さや不親切を問題とする結果、お互いの不信の中で治療が失敗することが多い。抱えている問題に対して、相手の責任を問うのではなく、どうしたらそれを克服できるかを協力して解明し、解決していくという姿勢が必要である。</p>

い状態で薬を使っている。癌の治療薬も試行段階であるし、精神科で向精神薬を使うのもいいが、最終的に遅発性ジスキネジアをつくってしまいやすい。診断技術が高度になっても、治療技術におそまつな部分があることを、医療者側は謙虚に認めたくえて治療する関係をつくる必要がある。

### 3. ストーンの保健医療交流モデル

そこで、このような医師と患者の利害関心や価値観のズレ、不十分な意志疎通、医学・医療の不確実性などの条件を前提として、医師と患者との役割関係モデルがつけられる必要がある。

G. ストーン<sup>8)</sup>は、これらの条件を充たす医師と患者の保健医療交流モデル (the health transactions model) を提唱している。それは表3にまとめて整理したが、この役割関係モデルは医師と患者の利害関心や価値観のズレやお互いもつ不確実性があることは当然として認めたくえて、そのズレや不確実さを相手の責任に転嫁することなく、協同しあって解明し、解決していこうとする役割関係が、治療効果を考えたとき、最も望ましいとするものである。勿論この役割関係モデルは、医師と患者との関係だけではなく、治療を目的としたかわりを行う医師を含む、すべての保健医療従事者と患者の関係に適用して考えることができるだろう。

## II 日本人の治療関係<sup>9)</sup>

### 1. 日本人の対人関係と「おまかせ」医療

サスやホレンダーは米国人の治療関係を考察して役割モデルを類型化した。それは日本人の場合についても該当するところがある。つまり、日本でも概して医師は専ら「働きかける」者であり、患者を「指導する」者で、患者のほうはただ「治療を受けたり、医師に協力する」者という関係になっていることが多い。しかし、日本人のその治療関係は、指導や協力などといっても、

アングロサクソン系の白人を中心としてみられる治療関係とはかなり様相が異なる。医師や患者の役割関係も、それぞれの国や地域の社会文化を反映した関係である。それらの立場にふさわしいと社会的に期待される役割は、その国や地域によって異なるものである。

日本社会の場合、一般に、欧米社会の多くの国々にみられるように個人としていかに「独立」して自由に生きるかという関心よりも、生活の場の中の人との「相互依存」の中でどのようにうまくつき合っているかということに関心がみられる。それは好みの問題というよりは、そうしないとその社会にうまく適応できなくなるからである。したがって、日本人は相互依存の関係をつくるために、自己主張を抑え、情緒的にうちとけ、親しくなることを何よりも重んじることになる。たとえば、日本人は欧米人と異なって、お互い相手の申し出に対して正面きって“No”と言うことは困難になりがちで、たとえ言おうとしても悪いと思う気持が起り、親しい人ほどなかなか断れないものである。力の弱い立場にある人は、こうした情緒的な相互依存関係を用いて、より力の強い立場にある者から、手段的に、情緒的に、様々な援助を得ようとする。もし、後者がこのような援助を与えないと、前者は「すねたり、恨んだり」するが、援助を与えられると「恩」を感じ、一生その人を上の立場の人として立てようとするのが常である。

医師と患者の関係は、伝統的にこのような力の弱い立場の者としての患者と、力の強い立場の者としての医師との関係としてみることができ。患者はたとえ無知や無力を装おうと、医師に依存しようとする。無知や無力は、依存しうる口実となりうるからである。医師のほうもそうしてもらえないと信頼してもらえていないのではないかと思うところがある。アングロサクソン系の白人は、日本人のように医師に依存しようとせず「自覚症状が〇〇〇である。×××という病気ではないかと思うが、どのような治療をしてもらえるか」という態度をとるところがある。日本人の場合、もし患者が医師にこうした態度をとると、生意気だと感じてしまい、「そんなに自分で問題がわかっているなら、自分で治療しなさい」と言う医師が少なくない。こうした関係があるた

め、たとえ自分が医師や看護婦の資格をもち、一般的な医学的知識がある患者の場合でも、それを明らかにしないで、「ああそうでしたか」と無知を装うところがある。このように、日本人の患者は医師に依存し、自分自身を医師に「おまかせ」し、医師のほうは「まかせてもらえる」ところに医師としての自覚や自尊心を満たしうる根拠を見出している。

日本人の患者と医師との関係は、こうしてまかされた主治医は、理想的にはあたかも家族のような立場から患者の治療やケアの全体に責任を負うことが期待される。そこで、たとえば患者の臨死、大きな手術、転院などに際して、主治医はいわば家族の長のように全体の責任や決定権をとろうとする。また、患者の終末期、主治医は患者の心身の状態と付き添う家族の気持や疲労を察しながら、臨終の時期を秘かに決定し、患者の生命を維持する最後の手段としてのカテーテルを抜くケースがみられる。

また、患者の生命を決定するような大手術も、家族は自分達の患者の生死さえ主治医に「おまかせ」し、主治医は家族の身になって努力をしようとする。主治医は、家族に手術の内容を説明はするが、米国によくみられるように患者や家族にその内容を正しく理解させ、治療法（手術の方法、薬物の種類など）の選択を彼らに適切に自己決定させるというのではない。むしろ、主治医は手術の必要性を説得し、結局は自分に「まかせるよう」説明していることが多いように見える。

一方、患者や家族のほうは、詳しく説明されてもよくわからないので、おまかせできる信頼しうる医師か否かを判断することに熱心である。もちろん、彼らは治療の内容にも関心を払うが、それ以上に主治医が患者や家族の身になって努力をしてくれる人か否かが重要なことになる。したがって、主治医が親しい人の知り合いであるとか、あるいはその紹介者であるとか、患者やその家族と何らかの個人的なつながりをもっていることは、患者や家族が主治医にすべてをまかせるか否かを決める最も重要な条件となりうる。

欧米人の患者は主治医との合理的な契約に信頼感を置くのに対し、日本人の患者は主治医との情緒的結びつきや縁の強さにより信頼感を置いているようで

ある。

## 2. 無知，無力を装う患者の知恵

このように考えると、日本人の「おまかせ」の関係といっても、それは単なる依存関係ではないことがわかるだろう。それは医学的な知識や判断能力や治療手段をもたない者が、医師との情緒的な結びつきの強さを利用して、最もよりよい結果を得ようとする知恵の所産なのである。「おまかせ」は無知，無力を装い、医師の責任感を引き出させ、その責任を全うしないことに罪意識を感じさせようとする、いわば心理学的操縦ともいえ、日本人の中に培われてきた伝統的な知恵のある生き方である。そこには、患者のほうが、強大な医師を実質的にコントロールしようとする動きがある。

同じことは看護者に対してもみられる。看護婦や付添いという患者の身のまわりの世話や介助をする者に対しても、「おまかせ」、「甘える」という状態が見られる。

看護は伝統的に女性の社会的役割と深く関連してきているといわれる。英語で nurse という言葉は子に対する母親の関係を意味するそうである。また、シャルマン<sup>10)</sup>が、「欧米社会の看護者の初期の頃のイメージは代理母 (mother surrogate) であった」と言うように、看護者と患者との関係の中には、母と子という関係が現れやすい。日本人の場合は、日本人としての典型的な母と子の関係が役割モデルにされる。日本人の子が母親に「甘える」ように、患者は「テレビのスイッチをつけて」「窓を開けて」「毛布をかけて」と、自分でできることでも訴え、甘えられる関係を引き出そうとする。また、世話する者も「○○ちゃん」と子供に対するような呼称を大人や老人にさえつけ、母親的な役割をとり、「甘やかす」ところがみられる。

実は、こうした看護関係も、患者からみると、弱者となった患者が、看護者に対して、自分への関心や十分な世話を引き出そうとする操作になっている。これには力の弱い患者が、依存しながらも看護者の行動をコントロールし、自らの主体性を取り戻そうとする動きがあり、日本人なりに治療への自己責任性



をもとうとしていることがわかる。

### 3. 「察しあう」医療の起源

こうした「おまかせ」医療の中で、重視されてきたコミュニケーション法は「察しあい」である。最近でこそ、欧米流の治療やケアの方法の導入に影響されて、従事者が患者や家族に治療法を説明し、その選択をめぐる理解し合うコミュニケーションが強調されてきているが、伝統的に、また慣習的に根強く行われているコミュニケーションの方法は、従事者と患者・家族との察し合いである。日本人の多くは、言い表さなければ自分の欲しいものが伝わらない関係を寂しく冷たいものと感じる感性をもっている。したがって、従事者に対しても「かゆいところに手が届く」ような心配りの行き届いたケアを期待する。

最近では、米国でのケアにおいても、顔や眼や声の表情やジェスチャーなどの非言語的コミュニケーションの方法が重視され、訓練されようとしている。日本人の場合は、従事者として非言語的コミュニケーション法を訓練されているが、また適切なものであろうとなかろうと、それを生来的に身につけ、ふだんから行っている面がある。欧米人は日本人のこうした能力がどのようにして身につけられたか不思議に思う人が多いが、欧米と日本との母と子のコミュニケーションの差をみれば、その疑問は自ずと解けてくる。たとえば、欧米人の母親からみると、日本人の母親が子供のちょっとした挙動をみて、子供の欲しいものがわかってしまうことを、とても不思議に思うようである。欧米の子供にとって、自分たちの欲しいものは、言い表すにせよ、泣くにせよ、自己主張してはじめて母親がそれを認め、欲求充足させてくれるところがある。

白人の母親は、「あなたの心の中まで読めません。あなたが何を欲しいのか、あなたが言わない限りわからないのよ。はっきり言いなさい」と子供をしつける。

一方、日本人は子供のときから、母親の察しによって欲求が充足され、またそのような母親の行動を見て、それを模倣するとともに、「言わなくともこの

くらしいことは察しなさい」としつけられてきているのである。

このように、日本人が非言語的、感覚的なコミュニケーション媒体を重視しているのは、日本人が伝統的に「もちつもたれつ」とか「思いやり」を大切にするように、生活の場の相互依存関係を重視することと関連が深いように思える。こうした相互依存関係は、論理で理解してつくられるものではなく、きわめて情緒的、直感的につくられるものである。非言語的な身振り、音声などを手がかりに、相手の欲する気持を直感的に理解、すなわち察し合いながらつくられるものである。

他方、言葉や習慣や信仰などまったく異なる多民族社会を生きてきて、お互いの異質性を知っている白人は、そうした相互依存性に期待するよりも、個人としての独立した生存能力に身を賭けている。多民族社会の異質な人々をお互い信じて結びつけられるものは、うつろいやすい感情ではない。お互いの利益を約束する合理性に基づく、お互いの理解でしかない。その合理性は、非言語的な感覚では理解できない。したがって、何らかの言葉という媒介を用い、自らを表現し、共通の利害を約束することによってしか、お互いが生存できないのであろう。こうした伝統的な生活の仕方の相違が、医師や患者関係の相違にも現れ、欧米社会の「理解しあう」医療と、日本社会の「察しあう」医療を形づくっているように思われる。

#### 4. 擬装診断の効用

欧米とは異って、日本では胃癌患者に胃潰瘍と告げたり、膵臓癌に慢性膵炎、膵仮性膿疱と告げたりする擬装診断の活用が通常で、一般的な現象となっている。医師がこうした擬装診断を使うのは、大きく2つの背景が考えられる。1つは、主治医が患者に癌宣告を行うことは、「おまかせ」医療の中では、患者との治療関係上、余りにも大きな心の重荷をもつことになり、それを避けたり、罪意識をもつことを何とか防ぎたいという潜在的な気持があるのではなかろうか。また、他方では、癌の宣告が、死の切迫や治療不可能であるというメッセージを患者に伝えることになり、その結果、生きる希望を奪うような絶

望的なショックを患者に与えることになることを知っているからでもある。すなわち、患者による深刻なストレスが患者を襲い、抑うつ状態から不眠、食欲不振などを生じ、あたかも自殺するかのように急速に衰弱し、死亡することを防ぎたいからでもある。

ところが、筆者の調べた限りでは、擬装診断が一般に使われ、「癌ではないかもしれない」可能性というあいまいさをもちながらも、実は自らが癌であることをそのかなりの患者が察している節がある。患者は、家族や医師への気持の配慮から、また、癌であることをはっきりさせられるのも怖いということからか、決して自分からは言い出さないものだが、最終的には自らの死が近いことを察している場合が少なくない。

悪性メラノーマの患者についてのL・トモショックの研究<sup>11)</sup>によれば、悲しみや怒りの感情を強く表出する患者は、癌細胞の細胞分裂が抑制され、免疫力のほうは強まることが報告されている。自分が癌だと宣告されても、文化的に感情表出が許されるアングロサクソン文化圏では、こうしたストレス対処法も有効かもしれない。しかし、日本社会では相互依存関係を基本とし、自己主張や感情表出は抑えられることが通常とされるため、表出が抑制される行動特性をもった人々が多い。たとえ癌をもったとしてもまわりのことを考え、偶然で突発的な表出はあるかもしれないが、通常は悲しみや怒りの感情表出は最小限にすることが期待されており、本人もそうしないと悪いと感じてしまうところがある。こうした点を考えると、治癒可能な癌の場合や、感情表出が安易でうまく対処できる人々を除くと、一般に深刻なショックを与えるストレス源となりうる癌告知をせず、本人に自らが癌患者であるという認知をあえて避けさせることは、感情表現が安易でない日本人にとっては必要なことかもしれない。

## 5. 「おまかせ」医療の限界

ところで、産業化の中で医療技術革新がすすみ、また、都市化され、相互に異質な人間の関係が優勢になるにつれて、最近では「おまかせ」医療はその有益さよりも、有害さが目立つようになってきている。

これまでの「おまかせ」医療の中では、富士見産科病院事件の営利的な子宮摘出手術などのように余程のひどい状態がない限り、教えられることがなかった。薬や検査などによる医源病が生じたり、死を招くことがあっても、「先生も懸命に努力してくれたんだ」と考えて、自らに言い聞かせ、訴訟を起こすことは少なかった。しかし、最近の医術の発展の中で、心臓カテーテル造影法などにみるように、たかが検査とはいっておられず、その検査によって、片麻痺などの取り返しのつかない事態を招きかねない。そうした検査が、西洋流のインフォームド・コンセントも不十分なまま、「おまかせ」医療の中で安易に実施されている危険性はあまりにも大きい。

また、今日の主要疾患である慢性疾患の多くは、一生自己管理をしなければならぬ治療法が用いられる。「おまかせ」医療では、こうした慢性疾患の治療に必要なライフスタイルや家族関係の変容までも行う自己責任感を育てることは困難で、その結果、食事制限や必要な運動などの自己管理に失敗している場合が少なくない。「おまかせ」の関係は、本当の信頼関係ではない。駆け引きの関係が含まれている。したがって、患者のライフスタイル変容などの治療への自己責任感までは高まらない、単なる「おまかせ」の医療では、結局は治療上必要な信頼関係の形成に失敗しやすい。そうした結果、治療行為は、たとえ運良く医源病をつくらなかったとしても、単なる慰めか、金儲けでしかないことになってしまい、従事者に対する患者の不信感が高まりやすくなる。

こうした「おまかせ」医療の問題に加えて、高学歴社会の登場に伴って、人人の医学への学習意識が高まり、誤った理解があることを含めてかなり多くの知識が身につけられてきている。したがって、必ずしも無知や無力を装う必要もなくなりつつあるのである。そうした人々が治療への自己責任感を高め、ライフスタイル変容や家族関係の変容などを含めて、治療に必要なすべての課題を医療従事者の助けをかりて自ら明らかにし、それらを解決しうる無理のない、効果的な方法を見出せるよう、新しい治療関係が必要とされている。前述の保健医療交流モデルのような行動科学的な考え方に基づいて、しかも日本人に合う治療関係をつくり出していくことが緊要といえよう。

参考文献

- 1) Parsons, T. : The social system : Glencoe III. : Free Press, 1951.
  - 2) Parsons, T. : The sick role and role of the physician reconsidered, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 53 : 257—278, 1975.
  - 3) Patrick, D. L. and Scambler, G. (eds.) : Sociology as applied to medicine : 58, Baillière Tindall, 1982.
  - 4) Szasz, T. S. & Hollender, M. H. : A contribution to the philosophy of medicine : the basic models of the doctor-patient relationship, *Archs. intern. Med.*, 97 : 585~592, 1956.
  - 5) Boyd, J. R., Convington, T. R., Stanaszek, W. F., and Coussons, R. T. : Drug-defaulting, II, Analysis of noncompliance patterns, *American Journal of Hospital Pharmacy*, 31 : 485~491, 1974.
  - 6) Sackett, D. L. and Snow, J. C. : The magnitude and measurement of compliance, In R. B. Haynes, P. W. Taylor and D. L. Sackett (eds.), *Compliance in health care*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1979.
  - 7) Friedson, E. : Dilemmas in the doctor-patient relationship, In C. Cox & A. Mead (eds.), *A Sociology of medical practice*, London, Collier Macmillan, 1970.
  - 8) Stone, G. C. : Patient compliance and the role of the expert, *Journal of Social Issues*, 35(1) : 34~59, 1979.
  - 9) 南裕子編集企画 : 看護とコミュニケーション〈看護 MOOK, No. 17〉, (宗像恒次 : 医療の場のコミュニケーションと文化), 金原出版, 1986.
  - 10) Schulman, S. : Mother surrogate-after a decade, In IE. Jaco (ed.), *Patients, physicians and illness*, p. 233~239, New York, Free Press, 1972.
  - 11) Temoshok, L. : Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma- psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology and tumor-hostresponse, *Social Science and Medicine*, 20(8) : 833~840, 1985.
-