

医師と患者のコミュニケーションに関する文献学的検討 ——「情報のやりとり」という側面について——

中川 薫*

Doctor-patient communication—exchange of information—: A review of the literature

Kaoru Nakagawa, Tokyo Metropolitan University of Health Sciences

Abstract

The purpose of this paper is to review the research about doctor-patient communication, especially about exchange of information between them. In reviewing, the following 3 topics are addressed: 1) patients' information-seeking behavior; 2) doctors' information-giving behavior; 3) influence of communicative behavior on patient outcomes. Finally, future directions are discussed.

キーワード

医師と患者のコミュニケーション doctor-patient communication

情報のやりとり information exchange

患者の情報入手行動 patients' information-seeking behavior

医師の情報提供行動 doctors' information-giving behavior

患者への影響 patient outcomes

*東京都立保健科学大学

I はじめに

医師－患者間のコミュニケーション、あるいは医師－患者関係に対して、最近、大きな関心が寄せられている。医学教育のなかにもコミュニケーション技法をとり入れる大学が増えつつあり、それらに関する既存の知見を整理する必要が出てきている。

そこで本稿では、医師－患者間のコミュニケーション、なかでも特に「情報のやりとり」に焦点を合わせて、先行研究を概観する。医師－患者間の「情報のやりとり」は、「インフォームドコンセント」の考え方方が社会的に普及したこともあり、関心が非常に高まってきている。また研究面においても、医師の情報提供のあり方が患者に与える影響は、他の要素と比べて大きいことが報告され (Roter et al., 1987), 注目度の高いトピックである。

しかしながら、わが国においては独自の研究が非常に少なく、結果として、本稿で紹介する研究の大半が欧米のものである。保健医療システム、社会文化状況の違いもあり、欧米の研究成果をわが国にそのまま当てはめることはできないが、この点を考慮しても十分な示唆が得られると考え、報告する。

II 患者の情報入手行動—医師への質問—

1. 患者の情報希求

患者にどの程度の情報を伝えたらよいか。それは医療にとって古くて新しい問題であり、議論が積み重ねられてきた。しかし患者の立場からすれば、この問題には明快な回答を出せそうである。患者はできるかぎり多くの情報を求めていて (Faden et al., 1981; Waitzkin, 1984), もし情報が得られない場合は不安や恐怖に陥ること (Reynolds, 1978), 特に致命的疾患やがん患者は情報を求める気持ちが強いことが示されている (Reynolds et al., 1981; Molleman et al.,

1984; Newall et al., 1987; Blanchard et al., 1988; Sutherland et al., 1989; Chaitchik et al., 1992).

たとえば、Blanchard ら (1988) の研究では、入院中の439人の成人がん患者を対象に、自分の病気についてどの程度の情報がほしいかを質問した。その結果、「最低限の情報でよい」と回答したのが3%, 「良いニュースに限ってほしい」が6%, 残り92%は「内容の善し悪しにかかわらず自分の病気についてはすべての情報がほしい」と回答した。

Chaitchik ら (1992) の研究では、医師－患者間に情報に関する認識のギャップが認められた。医師は、疾患のタイプやステージ、治療法などの医学的情報を客観的な観点から患者に伝えるが、患者の求めているのは一般的な情報ではなく、「自分は」完全に治るのだろうか？ 「自分は」どのくらい痛むのだろうか？ などの個人的な情報である。その結果、医師は正確に要領よく情報を伝えたと感じる一方で、患者のほうは何も特別なことは聞かなかつたと感じることになり、患者の四分の一はそのフラストレーションを怒りで表現していた。

2. 医師の過小評価

しかし、医師のほうは、患者の情報を求める気持ちを過小評価する傾向がみられる。

たとえば Waitzkin (1984) は、患者の情報を求める気持ちを医師に推測してもらった結果、過小評価した例が65%，過大評価が6%，正確に評価したのは29%と報告している。

また、医師は患者の情報理解度についても過小評価することが示されている (Pratt et al., 1957; McKinlay, 1975)。たとえば Pratt ら (1957) は、患者に対して、一般的によく知られている病気の原因、症状、治療を質問し、一方、医師に対しては、患者がどの程度回答できたか推測してもらった。その結果、81%の医師が患者の理解能力を過小評価していた。

3. 患者は質問を躊躇している

「1. 患者の情報希求」で示唆されたような、患者の情報を求める気持ちは、診療場面では現実の行動となって現れるわけではなく、むしろ情報を求めて医師に質問をするのを躊躇する傾向が認められる (Korsch et al., 1968; Roter, 1977; Beisecker & Beisecker, 1990; 戸木クレイグヒル・他, 1999など)。

たとえば Korsch ら (1968) は、ロサンゼルスの子ども病院救急部を受診した 800人の子どもの診察を録音し、また診察後に、子どもの母親と診察した医師にインタビューした。その結果、インタビューでは、大部分の医師は母親に質問の機会を十分提供したと回答していたが、診察時の会話を分析すると、10%の母親は質問せず、27%の母親は1つか2つの質問にとどまっており、また、193人の母親は医師にもう少し質問をしたかったとインタビューで語った。また診察時の会話分析からは、医師は母親の質問を無視したり、曖昧に答えたり、話題をそらしたりしていることも示された。

Roter (1977) の研究では、患者が診察を受ける前に、健康教育家が10分のセッションを設け、患者の質問を明確にしたり、患者に質問を促す等の予行練習を行った。すると、そのようなセッションを受けた群の患者は、そうでない群に比べて、診察中の質問数が増加した。しかし注目すべきは、セッションを受けた群が診察後に不安や怒り等の感情をより強く表現していたことで、この結果に対して Roter は、従来の受動的な患者役割からはみ出した行動をとったために、ネガティブな感情が生じたと考察している。

戸木クレイグヒルら (1999) は、わが国において、小児がん専門医と子どもの両親の 6 つの面談事例を分析した結果、面談は医師の医療情報の提供がほとんどで、両親側からの発言や質問は出にくい状況ができあがっていることを明らかにした。また、両親が医師に質問できるかどうかは、両親の知識量、医師の説明の長さや詳しさ、説明スタイル、医師が伝えたいことと両親が知りたいこととのズレの度合、医療語の使用、医師が考えを強く押し出すかに大きく影響を受けることを示した。

他に、患者の質問行動については、女性は男性より医師に質問をより多くし、かつ情報をより多く得ていること (Waitzkin, 1984; Pendleton & Bochner, 1980), 労働者階層は質問をより躊躇すること (Cartwright, 1964), あるいは、患者が情報を求める態度が診療場面で現実の行動となるには、ある程度の診察時間（最低19分間）が必要であること (Beisecker & Beisecker, 1990) などが報告されている。

4. なぜ患者は質問を躊躇するのか

患者が質問を躊躇するのは、医師が患者の質問を歓迎しないということを、様々な手がかりを通して感じとっているからである。

たとえば、患者の質問に対する医師の反応として、患者に注意を払わずに話し続ける、センシティブなトピックスを避ける、専門用語や婉曲的な表現をする、質問に答えずに去る、診察時間を早く切り上げる、特にベッド上の患者に対しては会話が不可能な距離をあける (Quint, 1965) などがあり、これらの様々なサインを通じて、患者は医師の気持ちを微妙に感じとっている。あるいは「医師に質問するのは、患者である自分が、医師を信用していないことをほのめかすようなもの」 (Coe, 1970), 「良い患者は、忙しくて高い地位にある医師に質問すべきでない」 (Taylor, 1979) という患者の認識もとりあげられている。

III 医師の情報提供行動

1. 患者の特性との関連

フェミニズム的立場からは、医師の女性患者に対する情報提供量は男性患者より少ないという報告 (Todd, 1989) があるが、それとは反対に、女性患者に対するほうが情報提供量が多いという結果も示されている (Waitzkin, 1985 ; Hooper et al., 1982)。

また医師は、患者が高い社会階層、高い教育歴をもつとき、情報提供量が増

医師と患者のコミュニケーションに関する文献学的検討える傾向にある (Bain, 1976; Waitzkin, 1985)。社会階層と情報提供量の関連については、コミュニケーション・スタイルから説明した報告があり (Bernstein, 1964a; 1964b; Boulton et al., 1986)，医師と患者の社会階層が同等，つまり患者の社会階層が高い場合は，両者のコミュニケーション・スタイルが同じなので，意思伝達が円滑に運ぶことが観察されている。

2. 医師の特性との関連

Waitzkin (1985) の研究からは，出身階層（父親の職業）が上層である医師は，下層の医師より情報提供量が多かった。このように，患者，医師にかかわらず，労働者，下層の社会階層の人々の言語的行動は抑制される傾向があることから，Waitzkin は言語的行動が社会階層と深い関連をもつことを考察している。

3. 医学用語

医師が，患者との対話において「医学用語」を使用する場合，患者はそれを理解し，医師とのコミュニケーションはスムーズに運ぶのだろうか。

戈木クレイグヒルら (1999) は，医師は明らかに専門用語と思うものには解説を加えているが，医師が日常的に使う用語や医療における独特の言い回しについては特に配慮せずに使用し，それに対して患者側は意味もわからずに説明を聞き続ける例を示している。

1) 患者の「医学用語」理解度

藤崎 (1992) は，日本で非医療者がもつ身体像について調査したところ，身体の各臓器の位置や形態についての理解にかなり多様なバリエーションがあることがわかった。特に，肝臓や胆嚢，脾臓といった，機能が直接的にイメージしにくい臓器については，理解の混乱や多様性が高く，また比較的ポピュラーな心臓や胃についても，それらが2つ対になって存在するというような理解をしている例も認められた。

McKinlay (1975) は，産婦人科の患者に13個の医学用語を呈示したところ，

低社会階層の女性患者の平均理解率は39%であった。一方、医師に対して、患者の医学用語の理解度を推測してもらったところ、実際よりも低く推測していた。そして医師は、患者が医学用語を理解できないだろうと推測しながらも頻繁に使用していた。

2) 医師が医学用語を使うのはなぜか

この点に関して、Friedman と DiMatteo (1989) は次のように整理している。①患者が医学的な問題を理解できないことを、患者とのコミュニケーションに割かれる時間とトラブルを回避するための口実にするために、医学用語を使う (Pratt et al., 1957; McKinlay, 1975), ②医学用語を使うことで患者とのコミュニケーションが制限されると、患者の感情的な反応に出くわさずにする (Thompson, 1971), ③ミスや見過ごしを患者に発見されないようにする, ④専門家自身の情緒的反応に直面しないですむ, ⑤情報をコントロールすることで患者に対してパワーを行使する (Davis, 1960; Waitzkin & Stoeckle, 1972; Freidson, 1970a など), ⑥医学用語は医師にとって日常的な言葉であるので、患者が理解できないことに気がつかない。なお⑥に関連して、Bourhis ら (1989) の次のような報告がある。カナダの医師、看護婦(看護学生)、患者を対象に調査を行った結果、医師は患者と話すときは「日常生活言葉」に切り替えているつもりでいるのに、そのことを患者や看護婦は認識していなかった。また、患者は医師と話をするときに「日常生活言葉」から「医学用語」に切り替えているのを、看護婦は認識しているが、医師は認識していなかった。この結果からは、医師には「医学用語」と「日常生活言葉」の区別がつきにくいことがうかがわれる。

3) 医師のパワーと情報コントロール

「病いの体験」には様々な「不確かさ」がつきものであり、患者は医師から情報を得てそれを軽減したいと考えるが、医師からはっきりとした情報をもらえない場合がある。

Waitzkin (1985) は、このような医師の情報コントロールに関して次のように論じる。患者に対して情報をコントロールし、病気の経過、治療の効果、医

医師と患者のコミュニケーションに関する文献学的検討
師の将来の行動などについて患者が抱く「不確かさ」を保つことによって、医師のパワーを維持する。Waitzkinはこれを実証しようとしたが、クリアな結果を得るには至らなかった。

またFreidson(1970b)は、専門家の情報コントロールの意味するものは、専門家が素人に情報を提供して、自分がその行為をとる理由を説明しなければならなくなると、専門家ののみが知っている秘密の論拠に立つことができなくなる、すなわち、専門家の権威の秘儀的基盤を保持できなくなることであると述べている。

IV 情報提供のあり方が患者にもたらす影響

患者に対する情報提供のあり方によって、患者にはどんな影響がもたらされるのであろうか。本稿では、患者への影響を示す指標として、短期的指標では「患者満足度」(patient satisfaction), 中期的指標として「コンプライアンス」(compliance), 長期的指標として「健康状態, 精神健康, クオリティ・オブ・ライフ」をとりあげる。

1. 患者満足度

これまでの多くの研究より、患者に十分な情報を提供すると、「患者満足度」すなわち受けた医療への患者の満足度が高くなること(Korsch et al., 1968; Smith et al., 1981; Carter et al., 1982; 川上・他, 1986; Roter et al., 1987; Hall & Dornan, 1988; Williams & Calnan, 1991; 中島・他, 1997など)が報告してきた。

たとえば、イギリス南西部でWilliamsとCalnan(1991)が行った調査では、患者満足度と最も強い関連を示していたのは医師の情報提供量に対する評価であった。

またわが国では、川上ら(1986)が総合病院精神科の外来患者225人を対象に、治療からの脱落に関する調査を行った。その結果、初診時に診断や治療の

見通しについて患者にどのように伝えたかが、治療からの脱落に強く影響することを示した。

さらに中島ら（1997）は、一般大学生を対象に仮想場面を設定した研究デザインを組み、医師の情報提供量が多いと、患者の受診意欲、診療に対する満足度、病気に対する不安・悩みからの解放度が高まることを示した。また同時に、情報提供量が多いと、意思決定に際して、医師への「お任せ」的な態度を示しやすくなる傾向も明らかにしている。

2. コンプライアンス

患者に十分な情報を提供すると、「コンプライアンス」が高くなること(Davis, 1968; Francis et al., 1969; Hulka et al., 1976; Svarstad, 1976など)が、多くの研究より示されている。

たとえばSvarstad (1976) の研究によれば、正確な情報をもつ患者の60%が医師の指示を守るのに対し、正確な情報をもたない患者の場合は17%しか指示を守らなかった。さらにSvarstadは、医師の説明が不十分で、いくつかの薬についてまったく説明がなく、服用期間についての説明もほとんどない、また紙に書いて説明することも少なかったと指摘している。

情報の内容については、病気や治療の重要な側面についての情報(Boyd et al., 1974), 指示を守ることの重要性についての情報(Cole & Emmanuel, 1971), 薬の副作用についての情報(Blackwell, 1973; Komaroff, 1976)を伝えないと、コンプライアンスが高まることが示された。

さらに、患者への指示方法との関連では、複雑な指示、思い出せない指示、理解できない指示であるとコンプライアンスは下がり(Schmidt, 1977; Ley et al., 1976), 指示を繰り返すこと(Prickman et al., 1958)はコンプライアンスを高めていた。

3. 健康状態、精神健康、クオリティ・オブ・ライフ

長期的指標は、使用されることの最も少ない指標であるが、次のような報告

がある。

Kaplan ら (1989) は、医師と患者のコミュニケーションと、患者の健康、すなわち生理学的側面(血圧や血糖値)、行動的側面(生活機能)、主観的側面(主観的健康)の3側面からみた健康状態との関連を調べた。その結果、患者の求めに応じて医師がより多くの情報を提供すると、上記の3側面の健康状態はよりよくなった。この結果に対して、Kaplan らは、医師と患者の関係がソーシャルサポートとしての機能を発揮し、患者の自信や動機づけを高め、あるいは自分の健康状態をポジティブに考えられるようになり、結果的に患者の健康状態によい影響を与えたのではないかと考察している。

また、医学的な情報を十分提供されないと、不確かさ・不安・抑うつ、問題のある対処(coping)といった、心理的問題がより多く生じることはいくつかの研究から示されている (Molleman et al., 1984; Rainey, 1985; Cuisinier et al., 1986; Fallowfield et al., 1986; Maguire & Faulkner, 1988; Knobf, 1990; Fallowfield et al., 1990)。たとえば、不適切な情報を与えられたと感じている乳がん患者は、そうでない患者と比べて、手術の12か月後、抑うつ、不安といった精神科的有病率が2倍になることが報告されている (Fallowfield et al., 1990)。

また、手術前の情報提供のあり方が、手術後の痛みや経過などに影響を与えることも示されている (Egbert et al., 1964; Janis, 1969)。

たとえば Egbert ら (1964) は、外科手術を受ける患者を実験群とコントロール群に分け、コントロール群には手術について型どおりの説明を、実験群にはこれに加えて、手術後の痛みや痛みのとり方、痛み止めの薬をもらえることなどの情報を与えた。その結果、手術後5日目には、実験群の患者はコントロール群の患者の半分しか鎮痛薬を要求せず、平均2.7日早く退院することができた。

Janis (1969) は、手術前の恐怖の強さによって、手術後の患者の行動や経過に差が出ることを観察している。手術に対して中程度に恐怖を抱き、病院のスタッフに情報を求めた患者は、極度に強く恐怖を抱いた患者や、あるいはまつ

たく恐怖を示さなかった患者より、手術後の処置に際してスタッフに協力的であり、経過も良好であった。このような観察から、手術に関する現実的な情報を患者に提供し、患者が現実に即した心配をすることが、危険が現実化したときにうまく対処できるようになることを示し、これを「心配の作業」(work of worrying)と名づけた。

V 今後の研究課題

医師－患者間のコミュニケーション研究で一般的に指摘される問題は、まず、体系的な理論、モデルの欠如である(Pendleton, 1983; Inui & Carter, 1985; Ong et al., 1995)。患者の疾病やその他の要因、あるいは分析システムも多種多様で、研究が散在しているのが現状であるが、研究を組織化し、統合的な理解を可能にするためのモデルが必要である。

また、医師と患者の相互作用のダイナミックスが十分とらえられているとはいはず、そのためにも相互作用分析システムの検討がなされる必要がある(Pendleton, 1983; Inui & Carter, 1985)。

さらに、コミュニケーションの患者に対する影響を測定する指標として、短期的指標が多く用いられてきたが、健康状態やクオリティ・オブ・ライフなどの長期的指標でとらえることも必要である(Inui & Carter, 1985; Ong et al., 1995)。

わが国においては、まずは研究量を増やすことが課題となろう。わが国特有の医師患者関係、コミュニケーションの構造を明らかにする必要があり、そのためには量的研究のみならず質的研究も有効であると考えられる。

また、今やチーム医療の時代であり、医師対患者の二者関係ではなく、看護職その他の医療スタッフを含めた医療者、あるいは患者だけでなく家族にまで範囲を拡大する必要がある。特にわが国の場合、患者本人に代わって家族に病名の告知がなされたり、意思決定をゆだねられる等の状況があり、家族の存在は重要である。

引用文献

- 1) Bain, D. J. (1976), Doctor-patient communication in general practice consultations. *Medical Education*, 10 : 125-131.
- 2) Beisecker, A.E. & Beisecker, T. D. (1990), Patient Information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*, 28 : 19-28.
- 3) Bernstein, B. (1964a), Elaborated and restricted codes: Their social origins and some consequences. *American Anthropology*, 66 : 55-69.
- 4) Bernstein, B. (1964b), Social class, speech systems and psychotherapy. *British Journal of Sociology*, 15 : 54-64.
- 5) Blackwell, B. (1973) : Drug therapy: patient compliance. *New England Journal of Medicine*, 289 : 249-252.
- 6) Blanchard, C. G., Labreccue, M. S., Ruckdeschel, J. C. & Blanchard, E. B. (1988), Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social Science and Medicine*, 27 : 1139-1145.
- 7) Boulton, M., Tuckett, D., Olson, C. & Williams, A. (1986), Social class and the general practice consultation. *Sociology of Health and Illness*, 8 : 325-350.
- 8) Bourhis, R. Y., Roth, S. & MacQueen, G. (1989), Communication in the hospital setting: A survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. *Social Science and Medicine*, 28 : 339-346.
- 9) Boyd, J. R., Convington, T. R., Stanaszek, W. F. & Coussons, T. (1974), Drug defaulting part II: analysis of noncompliance patterns. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 485-491.
- 10) Cartwright, A. (1964), *Human Relations and Hospital Care*. Routledge & Kegan Paul.
- 11) Carter, W. B., Inui, T. S., Kukull, W. A. & Haigh, V. H. (1982), Outcome-based doctor-patient interaction analysis, II. Identifying effective provider and patient behavior. *Medical Care*, 20 : 550-566.
- 12) Chaitchik, S., Kreitler, S., Shaked, S., Schwartz, I. & Rosin, R. (1992), Doctor-patient communication in a cancer ward. *Journal of Cancer Education*, 7 : 41-54.
- 13) Coe, R. (1970), *Sociology of medicine*. McGraw-Hill.
- 14) Cole, P. & Emmanuel, S. (1971), Drug consultation: Its significance to the discharged hospital patient and its relevance as a role for the pharmacist.

- American Journal of Hospital Pharmacy, 28 : 951-960.
- 15) Cuisinier, M. C. J., van Eijk J. Th. M., Jonkers, R. & Dokter, H. J. (1986) : Psychosocial care and education of the cancer patient: strengthening the physician's role. Patient Education and Counseling, 8 : 5-16.
- 16) Davis, F. (1960), Uncertainty in medical progress: Clinical and functional. American Journal of Sociology, 66 : 41-47.
- 17) Davis, M. S. (1968), Variations in patients' compliance with doctors' advice: An empirical analysis of patterns of communication. American Journal of Public Health, 58 : 274-288.
- 18) Egbert, L., Batti, G., Welch, C. & Bartlett, M. (1964), Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. New England Journal of Medicine, 270 : 825-827.
- 19) Faden, Ruth. R., Becker, C., Lewis, C., Freeman, J., Faden, A. I. (1981), Disclosure of information to patients in medical care. Medical Care, 19 : 718-733.
- 20) Fallowfield, L. J., Baum, M. & Maguire, G. P. (1986), Effects of breast conversation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. British Medical Journal, 293 : 1331-1334.
- 21) Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, G. P. & Baum, M. (1990), Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. British Medical Journal, 301 : 575-580.
- 22) Francis, V., Korsch, B. M. & Morris, M. J. (1969), Gaps in doctor-patient communication: patients' responses to medical advice. New England Journal of Medicine, 280(10) : 535-540.
- 23) Freidson, E. (1970a), Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Univ. Chicago Press.
- 24) Freidson, E. (1970b), Professional dominance: the social structure of medical care. Aldine Pub. Co.
- 25) Friedman, H. S. & DiMatteo, M. R. (1989), Communication with patients. In Friedman, H. S. & DiMatteo, M. R. (eds.) Health Psychology. Prentice-Hall.
- 26) 藤崎和彦(1992), 診察室での二つのまなざし. 日本保健医療行動科学会年報, 7 : 104-119.
- 27) Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988), What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature.

- Social Science and Medicine, 27(9) : 935-939.
- 28) Hooper, E. M., Comstock, L. M., Goodwin, J. S. (1982), Patient characteristics that influence physician behavior. *Medical Care*, 20 : 630-638.
- 29) Hulka, B. S., Cassel, J. C., Kupper, L. L. & Burdette, J. A. (1976), Communication, compliance, and concordance between physicians and patients with prescribed medications. *American Journal of Public Health*, 66(9) : 847-853.
- 30) Inui, T. S. & Carter, W. B. (1985), Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Medical Care*, 23 : 521-538.
- 31) Janis, I. L. (1969), Stress and frustration. Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- 32) Kaplan, S. H., Greenfield, S. & Ware, J. E. (1989), Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27 : S110-S127.
- 33) 川上憲人・竹村道夫・斎藤高雅・利田周太・高沢紀子・柏田勉(1986), 初診時の医師-患者関係と治療からの脱落-総合病院精神科外来における治療からの脱落(第2報)-. *臨床精神医学*, 15 : 1689-1698.
- 34) Knobf, M. T. (1990), Symptoms and rehabilitation needs of patients with early stage breast cancer during primary therapy. *Cancer*, 66(6Suppl.) : 1392-1401.
- 35) Komaroff, A. L. (1976), The practitioner and the compliant patient. *American Journal of Public Health*, 66(9) : 833-835.
- 36) Korsch, B. M., Gozzi, E. K. & Francis, V. (1968), Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics*, 42 : 855-871.
- 37) Ley, P., Bradshaw, P. W., Kinsey, J. A. & Atherton, S. T. (1976), Increasing patients' satisfaction with communication. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15 : 403-413.
- 38) Maguire, P. & Faulkner, A. (1988), How to do it. Communicate with cancer patients: 1. handling bad news and difficult questions. *British Medical Journal*, 297 : 907-909.
- 39) McKinlay, J. B. (1975), Who is really ignorant - physician or patient ? *Journal of Health and Social Behavior*, 16(1) : 3-11.
- 40) Molleman, E., Krabbendam, P., Annyas, A., et al(1984), The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Social Science and Medicine*, 18 : 475-480.
- 41) 中島一憲・大芦治・山崎久美子(1997), 治療関係としてのインフォームドコンセ

ントー医療情報の提供のあり方に関する一検討－. 日本保健医療行動科学会年報, 12 : 113-131.

- 42) Newall, D. J., Gadd, E. M. & Priestman, T. D. (1987), Presentation of information to cancer patients: a comparison of two centers in the UK and USA. *British Journal of Medical Psychology*, 60 : 127-131.
- 43) Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M. & Lammes, F. B. (1995), Doctor-Patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40 : 903-918.
- 44) Pendleton, D. (1983), Doctor-patient communication: A review. In Pendleton, D. & Hasler, J. (eds.), *Doctor-patient communication*, p.5-53, Academic Press.
- 45) Pendleton, D. & Bochner, S. (1980), The communication of information in general practice consultations as a function of patients' social class. *Social Science and Medicine*, 14A : 669-673.
- 46) Pratt, L., Seligman, A. & Reader, G. (1957), Physicians' views on the level of medical information among patients. *American Journal of Public Health*, 47 : 1277-1283.
- 47) Prickman, L. E., Koelsche, G. A., Berkman, J. M., Carryer, H. W., Peters, G. A. & Henderson, L. L. (1958), Does the executive health program meet its objective? *Journal of the American Medical Association*, 167(12) : 1451-1455.
- 48) Quint, J. C. (1965), Institutionalized practices of information control. *Psychiatry*, 28 : 119-132.
- 49) Rainey, L. (1985), Effects of preparatory patient education for radiation oncology patients. *Cancer*, 56 : 1056-1061.
- 50) Reynolds, M. (1978), No news is bad news: patients' views about communication in hospital. *British Medical Journal*, (24th June) : 1673-1676.
- 51) Reynolds, P. M., Sanson-Fisher, R. W., Poole, A. D., Harker, J. & Byrne, M. J. (1981), Cancer and communication: information-giving in an oncology clinic. *British Medical Journal Clinical Research ed.*, 282 : 1449-1451.
- 52) Roter, D. L. (1977), Patient participation in the patient-provider interactions: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Ed. Monogr*, 5(4) : 281-315.
- 53) Roter, D. L., Hall, J. A. & Katz, N. R. (1987), Relations between physicians' behavior and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical*

- Care, 25 : 437-451.
- 54) 戸木クレイグヒル滋子・児玉千代子・田中千代・熊谷たまき・井上浩(1999), 未知の世界への導入:新たに小児がんと診断された子どもの両親と医師の面談の場でのやりとり. 日本保健医療行動科学会年報, 14 : 109-128.
- 55) Schmidt, D. D. (1977), Patient compliance : The effect of the doctor as a therapeutic agent. *Journal of Family Practice*, 35(1) : 60-81.
- 56) Smith, C. K., Polis, E. & Hadac, R. R. (1981), Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *Journal of Family Practice*, 12 : 283-288.
- 57) Sutherland, H. J., Llewellyn-Thomas, H. A., Lockwood, G. A., et al. (1989), Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 82 : 260-263.
- 58) Svarstad, B. L. (1976), Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In Mechanic, D. (ed.), *The growth of bureaucratic medicine*. John Wiley and Sons.
- 59) Taylor, S. E. (1979), Hospital patient behaviour: reactance, helplessness or control. *Journal of Social Issues*, 35 : 156-184.
- 60) Thompson, T. (1971), *Hearts: Of surgeons and transplants, miracles and disasters along the cardiac frontier*. Academic Press.
- 61) Todd, A. D. (1989), *Intimate Adversaries: cultural conflict between doctors and women patients*. University of Pennsylvania Press.
- 62) Waitzkin, H. (1984), Doctor-patient communication. *Journal of the American Medical Association*, 252 : 2441-2446.
- 63) Waitzkin, H. (1985), Information Giving in Medical Care. *Journal of Health and Social Behavior*, 26 : 81-101.
- 64) Waitzkin, H. & Stoeckle, J. D. (1972), The communication of information about illness: clinical, sociological, and methodological considerations. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 8 : 180-215.
- 65) Williams, S. & Calnan, M. (1991), Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science and Medicine*, 33 : 707-716.