

医師-患者間のコミュニケーションに関する
研究の動向と課題
—医師の「情緒的行動」に関する文献的検討—

中川 薫*

Physician-patient communication — physician affective behavior — :
a review of the literature

Nakagawa Kaoru, Ph.D., Tokyo Metropolitan University of Health Sciences

Abstract

The purpose of this paper is to review researches about physician-patient communication, especially about physician affective behavior. In reviewing, the following 3 topics are addressed: 1) instrumental vs. affective behavior of physicians; 2) non verbal communication; 3) physicians' sensitivity to patients' emotions. Finally, future directions are discussed.

キーワード

医師-患者間のコミュニケーション	physician-patient communication
医師の情緒的行動	physician affective behavior
ノンバーバルコミュニケーション	nonverbal communication
患者の感情に対する医師の感受性	sensitivity of physicians to patients' emotions

I はじめに

昨今、医師と患者のコミュニケーションの重要性についての社会的認識が、特に高まってきた。医師の言葉に傷ついたという患者の医療体験や、医療事故やその後の医療者の対応、インフォームドコンセントなど、マスコミにも頻繁に取り上げられ、人々の関心を集めている。

一方、2001年の医師国家試験から、コミュニケーション能力が重視されるようになることもあり、医学教育においても、コミュニケーション技法や行動科学等に関する教育を行う大学が増加してきている。そのなかで、医師-患者間のコミュニケーションに関する既存の知見を整理する必要があるが出てきている。

医師と患者のかかわりにおいては、「心のケア」「癒し」などの言葉に表現されるように、患者の精神面、情緒的な面へのかかわりや配慮が、最近、特に注目されている。そこで本論文では、医師と患者のコミュニケーション、なかでも情緒的側面に焦点を合わせて、国内外の既存の研究報告を整理する。

しかし、現状としては、国内の研究が非常に少なく、結果として、紹介する研究報告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た。

II 医師の「情緒的行動」と「手段的行動」

1. 医師の「情緒的行動」と「手段的行動」の区別

医師-患者間のコミュニケーション研究において、医師の行動は次の2つが区別される場合がある(Ong et al., 1995)。1つは「情緒的行動(affective behavior)」または「社会-情緒的行動(socio-emotional behavior)」(care志向)で、もう1つは「手段的行動(instrumental behavior)」または「課題焦点型行動

(task focused behavior)」（cure 志向）である。

「情緒的行動」とは「患者をケースとしてでなく、人間としてみるような行動」（Ben-Sira, 1980）、あるいは「医師と患者の間に、よい関係を築き、維持することを目的とした行動」（Buller & Buller, 1987）である。たとえば「励ましたり、リラックスした態度、親しみをもった態度、オープンで誠実な態度をとること」（Buller & Buller, 1987）、「関心を示したり、安心させたり、認めたり、共感すること」（Roter, 1991）、「患者に自己紹介すること、患者をファーストネームで呼ぶこと、言葉でサポートすること、患者に触れること、無駄話をする事」（Blanchard et al., 1986）などである。

それに対して「手段的行動」とは、医師が問題を解決するとき用いる専門的な技術からなる行動で、医師の専門性の基盤となる。具体的には「手術、薬の処方、あるいは情報を提供したり、質問をしたり、助言をしたり、指示を出したりすること」（Roter, 1991）、または「必要な治療や検査を決めたり、検査や治療の副作用を患者に話したり、検査の結果を伝えたりすること」（Blanchard et al., 1986）などである。

本稿で取り上げるのは、上記のうち、一つ目の医師の「情緒的行動」である。

2. 医師の「情緒的行動」と患者アウトカムとの関連

さて、医師の「情緒的行動」や態度は、患者に対してどのような影響を与えるだろうか。ここでは、医師の「情緒的行動」や態度と、「患者アウトカム」との関連について、既存の研究結果を整理する。「患者アウトカム」としては、代表的な次の3つを取り上げる。すなわち「患者満足度（patient satisfaction）」「コンプライアンス（compliance）」「健康状態」である。

1) 患者満足度との関連

医師の「情緒的行動」や態度と、患者満足度の関連を示す研究は数多い。

患者満足度とポジティブな関連を示すのは、医師の温かな態度（Korsch et al., 1968; Davis, 1968; Freemon et al., 1971; Korsch & Negrete, 1972; Kasteler et al., 1976; Ben-Sira, 1980; Korsch & Negrete, 1981）、患者の個

人的な問題・関心事・心配事に対する医師の配慮 (Korsch et al., 1971; Liptak et al., 1977; Ben-Sira, 1980; Korsch & Negrete, 1981), 患者を一人の人間として医師が尊重すること (DiMatteo et al., 1979; Ben-Sira, 1980), 医師の熱心な態度 (Street & Wiemann, 1987), 医師の共感的な態度 (Davis, 1968; Korsch et al., 1968; Korsch & Negrete, 1972; Kasteler et al., 1976; Ben-Sira, 1980; Korsch & Negrete, 1981; Wasserman, 1984; Williams & Calnan, 1991), 医師の親しみやすい態度 (Korsch et al., 1968; Freemon et al., 1971; Korsch & Negrete, 1981), 医師が患者の不安や悩みなどの精神的苦痛を軽減すること (長谷川・杉田, 1993), 医師が人間的に好感がもてること (Williams & Calnan, 1991), 非医学的な会話をする事 (Freemon et al., 1971; Pantell et al., 1982; Bertakis et al., 1991; Roter et al., 1997) であり, これらは患者満足度を高める方向に作用していた。

一方, 患者満足度とネガティブな関連を示すのは, 医師の脅威的態度 (Lane, 1983), 医師の支配的態度 (Buller & Buller, 1987; Bertakis et al., 1991), 医師の能動的態度 (Buller & Buller, 1987), 医師の権威的態度 (Korsch & Negrete, 1972), 診察中の医師と患者のネガティブな感情の表出 (Freemon et al., 1971) であり, これらは患者満足度を低下させる方向に作用していた。

2) コンプライアンス

コンプライアンスを高める「医師の情緒的行動」や態度としては, 温かな態度 (Davis, 1968; Korsch et al., 1968; Freemon et al., 1971; Korsch & Negrete, 1972; Kasteler et al., 1976; Ben-Sira, 1980; Korsch & Negrete, 1981; Sherbourne et al., 1992), 共感的態度 (Davis, 1968; Korsch et al., 1968; Freemon et al., 1971; Korsch & Negrete, 1972; Kasteler et al., 1976; Ben-Sira, 1980; Korsch & Negrete, 1981), 親しみやすい態度 (Svarstad, 1976), 励まし (Mayerson, 1976), 冗談を言って笑うなどの緊張を発散するような態度 (Davis, 1968), 権威的であっても, 温かく, 患者の考えを考慮すること (Svarstad, 1976), 非医学的な会話をする事 (Freemon et al., 1971) が明らかになっている。

反対にコンプライアンスを低下させるものは、ネガティブな情緒と堅苦しさ (Davis, 1968), 怒りっぽく、イライラした態度 (Sherbourne et al., 1992) などがある。医師や患者がネガティブな感情を表出することも、コンプライアンスを低めていた (Freemon et al., 1971)。

3) 健康状態

「健康状態」を示す指標としては、血糖値や血圧等の生理学的指標、症状の改善度、精神健康状態、コーピングや気分等の心理状態が用いられる。

健康状態との関連をみた研究では、医師が患者の心配事に注意を払うと、患者は問題へうまく適応できるようになるという報告がある (Liptak et al., 1977)。これに関しては、患者は、理解された、十分情報を与えられたと感じると、容易に問題へ対処 (coping) できるようになると考察されている。また、医師と患者の情緒的な表出度 (特にネガティブな感情) が高い場合も、患者の健康状態 (生理学的側面・行動的側面・主観的側面) がよいことが示されたが (Kaplan et al., 1989), これは2) のコンプライアンスの結果とは矛盾した結果であった。

3. 「情緒的行動」と「手段的行動」の患者に対する影響力の比較

前項2.では、医師の情緒的な行動や態度が患者に与える影響を整理した。

ここで問題とするのは、医師の「手段的行動」と「情緒的行動」のどちらが、患者に対して、より大きな影響力をもつかという点であるが、実は、この点については十分なコンセンサスが得られていない。

「情緒的行動」のほうが患者に与える影響力が大きいとする研究がある (Cobb, 1958; Mechanic, 1964; Davis, 1968; Korsch et al., 1968; Freemon et al., 1971; Korsch & Negrete, 1972; Ben-Sira, 1976; Kasteler et al., 1976; DiMatteo et al., 1979; Ben-Sira, 1980; Friedman et al., 1980; Segall & Burnett, 1980; Buller & Buller, 1987)。たとえば、イスラエルの都市住民を対象に行われた面接調査 (Ben-Sira, 1976; Ben-Sira, 1980) で、患者の悩みに対して医師が十分な時間をかけてかかわり、医師が患者の個人的な問題に関

心に向け、患者から呈示された問題に献身的にかかわるといった「情緒的行動」のほうが、医師の技術的な能力や情報伝達といった「手段的行動」や、あるいは、待ち時間、職員の親切さ等の他の要因よりも、患者満足度との関連が強いことが示された。特に患者の社会的階層が低いほど、医師の情緒的行動の重要性は大きかった。

また Mechanic (1964) の研究では、患者が医師を替えようと決意するのは、その医師の医学的能力というより、医師が自分に対して関心や配慮、動機づけをもっていないことに関して不満を感じているからであるということが示された。

では、なぜ患者にとって医師の情緒的行動が意味をもつのか。この点に関して Ben-Sira (1980) は次のような考察をしている。①患者は、病気と病気のもつ「不確かさ (uncertainty)」に困惑しているため、情緒的なサポートを求めている、②医師の診療技術を判断する知識がない状況では、医師の行動の「内容 (content)」すなわち手段の要素ではなく、「様式 (mode)」すなわち情緒的要素が患者満足度を左右する。

なお②については次のような報告がある。患者は、医師の医療技術のレベルを判断する専門的知識をもたないために、その医師の患者に対する情緒的態度から医師の専門的能力を判断するというものである。いくつかの研究結果からは、温かく、自信ありげで、親しみやすい医師は、専門能力が高いと判断され、また反対に、冷たく、よそよそしい医師は専門能力が低いと判断されるという結果が示されている (Ware et al., 1975; DiMatteo et al., 1979; DiMatteo & DiNicola, 1981; Buller & Buller, 1987)。

なお興味深いことに、患者だけでなく、医師が他の医師を評価する際にも、コミュニケーションスキルのよい医師に対して専門技術が高いと評価する、という結果も報告されている (DiMatteo & DiNicola, 1981)。

以上のように、医師の「情緒的行動」が「手段的行動」より影響力をもつという報告がある一方で、反対に「手段的行動」のほうが影響力が大きいことを示すもの (Hall et al., 1987; Roter et al., 1987; Hall et al., 1988) もあり、決

着はついていない。

この点に関して、Roter (1989) は、メタ・アナリシスした結果、患者アウトカムとして「患者満足度」のように社会情緒的な指標を用いた場合と、「コンプライアンス」や「記憶」のような課題型の指標を用いた場合では、結果の出方が異なることを考察している。

また Roter ら (1987) は、既存研究における「手段的行動」「情緒的行動」のカテゴリ分類の混乱を指摘している。たとえば、情報伝達などの「手段的行動」であっても、その伝達のされ方（声の調子など）や、受け手に与える印象など、情緒的な要素が付随するわけで、そもそも医師の行動を2分類することの妥当性を問題とした。

III 非言語的コミュニケーション

前述のとおり、医師の情緒的な行動や態度が患者にとっていかに重要であるか既存の研究で示されてきたが、それを伝達する手段として注目されるのが非言語的コミュニケーションである。

非言語的コミュニケーションは、言語ではなく、顔の表情・視線・姿勢、声の調子、対人距離のとり方など、非言語的なチャンネルを通したコミュニケーションである。そして、2人が会話する場合、コミュニケーション行動の65%以上は非言語的なものであり、言葉の占める割合は35%以下にすぎないという報告 (Birdwhistell, 1970)、あるいは7%でしかないという報告 (Mehrabian, 1968) もある。

医師と患者の間でも、日常生活の場面以上に非言語的コミュニケーションが展開されている。医師は患者の状態を、顔色や表情その他の様々な非言語的手がかりを通して把握するし、患者のほうも医師の非言語的行動に敏感になっている。

患者が医師の非言語的行動に敏感になる理由について、Friedman と DiMatteo (1989) は、それまでの指摘を次のように整理している。①病は、不

安と情緒的不確かさを引き起こす。それを軽減するために、あるいは、そのような状況のなかで自分が何を感じ、どう反応すればよいかの微妙な手がかりを周囲の人間（医療者）に求めるために（Schachter, 1959; Ellsworth et al., 1978）医療者の非言語的行動に敏感になっている。②患者は病気について真実を知りたいが、医師は情報を隠したり、嘘をついたりするので、非言語的な手がかりを通して真実を知ろうとする。③劣位にある患者は、自分の行動に対して、優位にある医師がどんな反応を示すかを確かめるために、その非言語的行動を観察する（Henley, 1977）。患者は医師の恩恵にあずからんがために医師のご機嫌をとろうとするが、自分より優位にあり、かつ、忙しい専門家に詳しい質問をすることはできないので、言葉にならないメッセージを読みとろうとする。④通常の言語的コミュニケーションができない、たとえば口に体温計が入っている場合、等である。

非言語的コミュニケーションの研究としては、以下のようなものがある。

1. タッチ

「タッチ」は、非言語的コミュニケーションのなかでも特に医療になじみの深いもので、“royal touch”または“king's touch”などとして、癒しの力をもっていたヨーロッパ中世期から、治療の一形態として、今なお、息づいている（Bloch, 1973）。

Whitcher と Fisher (1979) は、看護婦のタッチが、患者に与える変化を観察した。手術前のインストラクションを受ける際、看護婦に腕をタッチされる患者と、されぬ患者を比較した。すると、タッチされた患者は、されなかつた患者より、その後のいくつかの測度に対してポジティブな反応を示した。しかしこの効果は、女性の患者にのみ起きた。この研究からタッチの有効性が示されたが、同時に、交絡要因の存在も示唆された。

また患者満足度との関連では、患者へのタッチが患者満足度を低下させる（Larsen & Smith, 1981）、患者満足度を高める（Scarpaci, 1988）という両方の結果があり、文化的要因等の関与も推測される。

2. 声の調子

「声の調子」の例として「赤ちゃん言葉」があげられる。親が小さな子どもに話をする時、よく赤ちゃん言葉を使うが、ケア提供者も患者に対して使うことがある。たとえば、施設に入所している高齢者に赤ちゃん言葉が向けられた時、それはケアの受け手である高齢者は依存的で、従属的で、受動的であるということの意味する。そしてまた、赤ちゃん言葉を向けることで、相手の依存性・従属性・受動性を奨励していることになる (Caporael, 1981; Culbertson & Caporael, 1983)。

また Hall ら (1981) の研究からは、診察中の医師と患者の会話を録音して分析した結果、医師がネガティブな声の調子 (怒っている, 不安げ) で、ポジティブな内容の話をする時に、患者満足度が高まっていた。この結果に対して Hall らは、医師のネガティブな声の調子が患者満足度を高めたのは、医師が熱心に自分に対して関心を向けていると患者に解釈されたためと考察している。

3. 医師の非言語的コミュニケーション能力

医師の非言語的なコミュニケーション能力、すなわち表情・視線・姿勢、声の調子などの非言語的な手がかりを通して、自分の感情を表現したり、他人の感情を解読する能力が高い医師は、患者からの好感度も高く、患者満足度も高いという研究結果がある (DiMatteo et al., 1979; DiMatteo et al., 1980)。

たとえば、内科医の非言語的コミュニケーション能力と患者満足度との関連をみた研究 (DiMatteo et al., 1979; DiMatteo et al., 1980) では、医師の非言語的なサインの解読力を測定するために、医師にフィルムを見せ、人が呈する顔の表情、体の動き、声の調子からその人の感情の状態を推測してもらった。また、医師の非言語的な表現力を測定するために、幸福・悲しみ・怒り・驚きの4つを言葉を使わずに表現してもらい、その的確さを評定した。その結果、それら2種類の非言語的コミュニケーション能力が高い医師ほど、担当患者の患者満足度が高いことが示された。

IV 患者の感情に対する医師の感受性

1. 診療場面での医師と患者の情緒的かかわり

現実の診療場面に目を転じてみると、医師と患者の情緒的かかわりは非常に限られているといわざるをえない。

たとえば、ロサンゼルスの子ども病院の救急診療を受診した800人の子どもとその母親を対象に行われた調査では、次のようなことが示された。診療場面のテープ録音と、追跡面接を分析した結果、診療場面において医師は母親より多くしゃべっているが、母親に対して温かさや親しみやすさを伝える言葉は医師の言葉全体の6%に満たなかった。母親が一番頻繁に抱く不満とは、母親が子どもに対して不安を感じているのに、そのことに対して医師がほとんど関心を示さなかったことであった。一方、医師の技術的な能力に対して疑問をもった母親は7%足らずであった (Korsch et al., 1968; Freemon et al., 1971; Korsch & Negrete, 1972)。この研究が行われたのは、米国においてインフォームドコンセントが普及する前であり、普及後に同じ観察を行えば、また違った医師-患者間の様相が表現されると考えられるが、1960年代、70年代の米国の医療現場において交わされる医師-患者間のやりとりを示すうえで重要な資料であり、医師-患者間のコミュニケーション研究の古典的存在となっている。

特に、「医師支配 (doctor-dominated)」あるいは「医師中心 (doctor-centered)」的な診察スタイルをとる医師は、患者の情緒的信号に対する感受性が乏しいという結果が示されている (Golden & Johnston, 1970; Byrne & Long, 1976)。

「医師支配」、「医師中心」的なかかわりとは、診療における医師-患者関係のパターンについて、「患者支配」、「患者中心」などと対比的に用いられる表現である。たとえば、Byrne と Long (1976) は、イギリスの開業医の2500の診察を「医師中心」から「患者中心」まで7段階に分類している。「患者中心」スタイ

ルは、医師が患者の話を傾聴するというスタイルで、「医師中心」スタイルは、医師が患者に対して一方的に分析的尋問をして情報を収集するというものである。Byrneらの分析からは「医師中心」スタイルの診察をする医師は、患者の感情に対する感受性が乏しくなることが示された。

患者との情緒的なかわりを重視する医師について、わが国で行われた研究がある。箕輪ら（1991）は、ヒューマニスティックな態度、言語的・非言語的コミュニケーション、共感、転移・逆転移、自己洞察に関する項目からなる「医師患者関係」尺度を開発し、358人の医師を対象に調査を行った。結果からは「医師患者関係スコア」が高い、つまり上記を重視する医師は、そうでない医師より、診療への満足感が高く、燃えつき感も低かった。

2. 医師の感受性と医学教育

このような医師の情緒的態度の形成と、医学教育のあり方との関連の可能性が指摘されることがある。

医学教育とは、直接的には、専門知識や技術の習得を目的とした教育であるが、同時に、医師社会に独特な価値観や態度も獲得される。それは、公式の学習過程に組み込まれているわけではなく、暗黙のうちに含まれていて、医学生感情や思考様式を方向づけていく。この意味で、医学教育は医師の「社会化過程」ととらえられる。

医学生感情性については、LiefとFox（1963）の研究がある。それによると、医学教育1年次には、潜在的な脅威にさらされるときに感じる無力感や傷つきやすさに対処する方法として、「感情の切り離し」が奨励される。無力感や傷つきやすさとは、たとえば、死体解剖、剖検、初めての臨床面接、患者に対する医学的検査に伴うものである。しかし、医学教育後半になると、今度は、「患者に対する責任」への関心を高めるように奨励される。この結果、学生は「感情の切り離された関心」と呼ばれる組み合わせを発達させていく。LiefとFoxは、これこそ医師にとって必要なものとしているが、医学生のなかには、1年次の種々の緊張が後半の臨床期の幻滅や落胆と結びついて、「過度の切り離し」

に陥る者がいる。LiefとFoxによれば、「過度の切り離し」を起こした学生は、患者を人間としてみることに失敗するにとどまらない。最も協力的な患者は、無抵抗、無感覚、あるいは死者である、という幻想を抱くところまで進んでいくという。

また医学教育において「客観性」が強調される事実を観察した研究のいくつかには、医学生が、患者への「共感」と「客観性」の間で体験するジレンマについて述べられている（たとえば、Zabarenko & Zabarenko, 1978）。

わが国の卒後研修について、藤崎ら（1991）の研究がある。1年目研修医148人を1年間追跡し、研修医の意識の変化について調査した結果、理想とする医師像で選択率が増加した項目は、「確実性がある」「見逃しが無い」「どんな事態にも対処できる」等であり、反対に減少したものは、「道徳的に優れている」「患者を治す」「社会のことをよく知っている」「人間的温かみがある」等であった。そこからは医師の人間性に対する意識の変化がうかがわれる。

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全般にわたって、次のような課題が指摘される。

まず最大の課題は、従来の知見を組織化し、統合的な理解を可能にする体系的な理論やモデルの構築である（Pendleton, 1983；Inui & Carter, 1985；Ong, et al., 1995）。

また、患者の疾病やその他の人口学的要因がバラバラであること、分析システムの多様性等が、研究結果にまとまりを欠如させる一因となっており、検討が必要である。

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ための、患者アウトカム指標の検討がなされる必要がある。現在、特に問題となっているのは、患者満足度の概念の不明確さと指標の検討、患者の全体的な健康をとらえる指標の検討である（中川, 2000）。

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。本研究の既存研究の整理は、通文化的、通時代的であるという問題点があり、これらをそのまま現代日本の実情に適用することは当然ながらできない。今、わが国固有の医師-患者関係やコミュニケーションの諸相を明らかにしていくことが求められており、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。

また、チーム医療の時代においては、医師対患者の二者関係ではなく、看護婦その他の医療職を含めた医療者、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だろう。

引用文献

- 1) Ben-Sira, Z. (1976), The function of the professional's affective behavior in client satisfaction: A revised approach to social interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 17 : 3-11.
- 2) Ben-Sira, Z. (1980), Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimension of interaction theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 : 170-180.
- 3) Bertakis, K.D., Roter, D., Putnam, S.M. (1991), The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*, 32 : 175-181.
- 4) Birdwhistell, R.L. (1970), *Kinesics and context*, University of Pennsylvania Press.
- 5) Blanchard, C.G., Ruckdeschel, J.C., Fletcher, B.A., Blanchard, E.B. (1986), The impact of oncologists' behaviors on patient satisfaction with morning rounds. *Cancer*, 58 : 387-393.
- 6) Bloch, M. (1973), *The royal touch*. Routledge & Kegan Paul.
- 7) Buller, M.K.& Buller, D.B. (1987), Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 28 : 375-388.
- 8) Byrne, P.S., Long, B.E. (1976), *Doctors Talking to Patients*, London, Her Majesty's Stationary Office.
- 9) Caporael, L.R. (1981), The paralinguistic of caring. *Journal of Personality*

and *Social Psychology*, 40 : 876-884.

- 10) Cobb, B.(1958), Why do people detour to quacks? In Jaco, E.G.(ed), *Patients, physicians, and illness*, The Free Press.
- 11) Culbertson, G.H. & Caporael, L.R. (1983), Baby talk speech to the elderly. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9 : 305-312.
- 12) 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.
- 13) DiMatteo, M.R., DiNicola, D.D. (1981), Sources of assessment of physician performance : A study of comparative reliability and patterns of intercorrelation. *Medical Care*, 19 : 829-839.
- 14) DiMatteo, M.R., Friedman, H.S., Taranta, A. (1979), Sensitivity to bodily nonverbal communication as a factor in practitioner-patient rapport. *Journal of Nonverbal Behavior*, 4 : 18-26.
- 15) DiMatteo, M.R., Taranta, A., Friedman, H.S., Prince, L.M. (1980), Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Medical Care*, 28 : 376-387.
- 16) Ellsworth, P., Friedman, H., Perlick, D., Hoyt, M. (1978), Some effects of gaze on subjects motivated to seek or to avoid social comparison. *Journal of Experimental Social Psychology*, 14 : 69-87.
- 17) Freeman, B., Negrete, V.F., Davis, M., Korsch, B.M. (1971), Gaps in doctor - patient communication : doctor - patient interaction analysis. *Pediatric Research*, 5 : 298-311.
- 18) Friedman, H.S. & DiMatteo, M.R. (1989), *Communication with patients*, In Friedman, H.S. & DiMatteo, M.R., *Health Psychology*, Prentice-Hall.
- 19) Friedman, H.S., DiMatteo, M.R., Taranta, A. (1980), A study of the relationship between individual differences in nonverbal expressiveness and factors of personality and social interaction. *Journal of Research in Personality*, 14 : 351-364.
- 20) 藤崎和彦・宮地尚子・森本兼良・山下節義 (1991), 1年目研修医のストレスについて (第4報). *日本公衆衛生雑誌*, 38 (10) 特別付録II : 723.
- 21) Golden, J.S., Johnston, G.D. (1970), Problems of distortion in doctor-patient communications. *Psychiatry in Medicine*, 1 : 127-149.

- 22) Hall, J.A., Roter, D.L., Katz, N.R. (1987), Task versus socioemotional behaviors in physicians. *Medical Care*, 25 : 399-412.
- 23) Hall, J.A., Roter, D.L., Katz, N.R. (1988), Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26 : 657-675.
- 24) Hall, J.A., Roter, D.L., Rand, C.S. (1981), Communication of affect between patient and physician. *Journal of Health and Social Behavior*, 22 : 18-30.
- 25) 長谷川万希子・杉田聡 (1993), 患者満足度による医療の評価—大学病院外来における調査から—。 *病院管理*, 30 : 231-140.
- 26) Henley, N.M. (1977), *Body politics : Power, sex, and nonverbal communication*. Prentice Hall.
- 27) Inui, T.S. & Carter, W.B. (1985), Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Medical Care*, 23 : 521-538.
- 28) Kaplan, S.H., Greenfield, S., Ware, J.E.Jr. (1989), Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27 : S110-S127.
- 29) Kasteler, J., Kane, R.L., Olson, D.M., Thetford, C. (1976), Issues underlying prevalence of doctor-shopping behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 17 : 328-339.
- 30) Korsch, B.M., Freeman, B., Negrete, V.F. (1971), Practical implications of doctor-patient interaction and analysis for pediatric practice. *American Journal of Diseases of the Child*, 121 : 110-114.
- 31) Korsch, B.M., Gozzi, E.K., Francis, V. (1968), Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics*, 42 : 855-871.
- 32) Korsch, B.M. & Negrete, V.F. (1972), Doctor-patient communication. *Scientific American*, 227 : 66-74.
- 33) Korsch, B.M. & Negrete, V.F. (1981), Doctor-patient communication. In Henderson, G. (ed.) *Physician-patient communication, Readings and recommendations*. Thomas.
- 34) Lane, S.D. (1983), Compliance, Satisfaction, and physician-patient communication. *Communication Yearbook*, 7 : 772-799, Sage.
- 35) Larsen, K.M., Smith, C.K. (1981), Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *Journal of Family Practice*, 12 : 481-488.
- 36) Lief, H.I., & Fox, R.C. (1963), Training for 'detached concern' in medical

- students. In Lief, H.I. (ed.) *The psychological basis of medical practice*. Haper & Row.
- 37) Liptak, G.S., Hulka, B.S., Cassel, J.C. (1977), Effectiveness of well child care during infancy. *Pediatrics*, 60 : 186-192.
- 38) Mayerson, E.W. (1976), *Putting the ill at ease*. Harper & Row.
- 39) Mechanic, D. (1964), The influence of mothers and their children's health attitudes and behavior. *Pediatrics*, 33 : 444-453.
- 40) Mehrabian, A. (1968), *Communications without words*. *Psychology Today*, 2 : 55-62.
- 41) 箕輪良行・三宅由子・玉田太朗 (1991), 診療所勤務医の医師患者関係：入力一出力モデルによる研究. *Japanese Journal of Primary Care*, 14 (2) : 164-172.
- 42) 中川薫(2000), アウトカム指標との関連からみた医師患者間のコミュニケーション・パターンに関する文献的検討. 第59回日本公衆衛生学会総会抄録集, 446.
- 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) Pantell, R.H., Stewart, T.J., Dias, J.K., Wells, P., Ross, A.W. (1982), Physician communication with children and parents. *Pediatrics*, 70 : 396-402.
- 45) Pendleton, D. (1983), Doctor-patient communication : A review. Pendleton, D. & Hasler, J. (eds.) *Doctor-patient communication*, 5-53, Academic Press.
- 46) Roter, D.L. (1989), Which facets of communication have strong effects on outcome-A meta-analysis, In Stewart, M., Roter, D.L. (eds.), *Communicating with medical patients*, 183-196, Sage.
- 47) Roter, D.L. (1991), *The Roter Method of Interaction Process Analysis (RIAS Manual)*.
- 48) Roter, D.L., Hall, J.A., Katz, N.R. (1987), Relations between physicians and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical Care*, 25 : 437-451.
- 49) Roter, D.L., Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin, M.Jr., Stiles, W., Inui, T.S. (1997), Communication patterns of primary care physicians, *Journal of the American Medical Association*, 277 : 350-356.
- 50) Scarpaci, J.L. (1988), Help-seeking behavior, use, and satisfaction among primary care users in Santiago de Chile. *Journal of Health and Social Behavior*,

29 : 199.

- 51) Schachter, S. (1959), The psychology of affiliation : The experiential studies of the sources of gregariousness. Stanford Univ. Press.
 - 52) Segall, A.& Burnett, M. (1980), Patient evaluation of physician role performance. *Social Science and Medicine*, 14A (4) : 269-278.
 - 53) Sherbourne, C.D., Hays, R.D., Ordway, L., DiMatteo, M.R., Kravitz, R.L. (1992), Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the medical outcomes study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15 : 447-468.
 - 54) Street, R.L., Wiemann, J.M.. (1987), Patients' satisfaction with physicians' interpersonal involvement, expressiveness, and dominance. *Communication Yearbook*, 10 : 591-612, Sage.
 - 55) Svarstad, B.(1976), Physician-patient communication and patient conformity with medical advice. In Mechanic, D. (ed.), *The growth of bureaucratic medicine*, John Wiley and Sons.
 - 56) Ware, J.E., Wright, W.R., Snyder, M.K., Chu, G.C. (1975), Consumer perceptions of health care services : Implications for academic medicine. *Journal of Medical Education*, 50 : 839-848.
 - 57) Wasserman, R.C. (1984), Pediatric clinicians' support for parents makes a difference : An outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Journal of Pediatrics*, 74 : 1047.
 - 58) Witcher, S., & Fisher, J. (1979), Multidimensional reaction to therapeutic touch in a hospital setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37 : 87-96.
 - 59) 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.
 - 60) Zabarenko, R.N. & Zabarenko, L.M.(1978), *The Doctor Tree*. Pittsburgh Univ. Press.
-