

## 患者と柔道整復師の対人特性が患者の参加、満足度に与える影響<sup>1</sup>

橋本 泰央<sup>1,2)</sup> (HASHIMOTO Yasuhiro)

小塩 真司<sup>3)</sup> (OSHIO Atsushi)

1) 早稲田大学大学院文学研究科

2) 帝京短期大学

3) 早稲田大学文学学術院

**要約**：本研究では患者の対人特性と柔道整復師の対人特性に対する患者の認知が患者の参加と満足度に与える影響を検討するため、Street (2001) の言語モデルに基づく4つの仮説を検証した。78名の患者(男性21名、女性57名、平均年齢56.7歳)が対人特性を測定するためのIPIP-IPC-J(橋本・小塩、2016)や参加の程度を測定するためのPRCB(Bylund et al., 2010)に回答した。患者の親密性と柔道整復師の親密性に対する患者の認知は患者の参加を媒介して患者の満足度に影響を与えていた。柔道整復師の親密性と支配性に対する患者の認知は患者の満足度に直接影響を及ぼしていた。

**キーワード**：患者の参加、患者コミュニケーション、対人特性、柔道整復師

### はじめに

柔道整復師は外傷の治療を担う国家試験職種である。骨折や脱臼の施術に際しては医師の同意が必要であるが、捻挫、打撲は医師の同意なしに施術可能である。柔道整復師養成施設の数は1998年度には全国で14施設(定員約1,100人)であったが、2015年度には109施設(定員約8,600人)に増加し、2007年以降毎年4,500人以上の柔道整復師が誕生している<sup>1)</sup>。柔道整復の施術所数は2014年度現在で全国に45,572あり、整形外科の数(2014年度現在で全国に4,943)を大きく上回っている<sup>2)</sup>。一方で柔道整復師の診療報酬に当たる「療養費」を不正受給したとして接骨院関係者が逮捕される事件も発生している<sup>3)</sup>。こうした柔道整復師を取り巻く環境の変化に伴い、コンプライアンスや患者との接し方などの職業倫理教育によって柔道整復師の質を高めることが急務と言われている<sup>4)</sup>。

さて、診療場面における患者との接し方では、患者の発言や治療への参加を促す医師の働きかけが重要だとされている<sup>5)</sup>。例えば患者は発言を通して自らの診察過程に関与し、質問を通して自らの病気について情報を集め、不明な点を明らかにすることができる。一方医師は質問を受けることで患者に説明すべき点を把握することができる<sup>6,7)</sup>。つまり患者の発言は患者と医師双方にとって重要な意味を持つ。そのため診察過程における患者の発言(本論では患者の参加と捉え、以下患者の参加と表記する)を促す要因を探る研究が盛んに行われている<sup>8,9)</sup>。

<sup>1</sup> 本論文は第1著者が平成27年度に早稲田大学文学研究科へ提出した修士論文の一部を加筆・修正したものである。

患者の参加を促す医師側の要因は親密性と支配性の観点で捉えることが可能である<sup>10)</sup>。親密性と支配性は対人特性といい、対人場面での人の行動を捉える枠組みとして精神診断学や二者間の相互作用研究、心理言語学などの分野で普遍的に見出されてきた概念である<sup>11)</sup>。医師の微笑みやうなずき、患者とのアイコンタクトや適切な距離感は医師の親密性の表れとして患者には認知される<sup>12)</sup>。患者の話途中で遮ったり、質問を次々と重ねる医師の態度は支配性の高さとして認知される<sup>13)</sup>。患者中心医療は医師が患者に対して支配性が低く親密性が高い言語的・非言語的態度をとることだと言える<sup>12)</sup>。

しかし Boerebach et al. のレビュー<sup>8)</sup>では医師のパーソナリティや診療中の態度が治療の質を上げるという明確な証拠はないと報告されている。そしてその原因として、従来の医療コミュニケーション研究が患者の背景、医療に対する好み、パーソナリティなどの患者側の要因に注意を払ってこなかったことや、医師が患者ごとに態度を変えている可能性が指摘されている。患者の参加と関連する患者側の要因や患者—医師間の相互作用を探る研究は今後の医療コミュニケーション研究の課題である。

上記を踏まえ、本研究では柔道整復師の質の向上を目指す職業倫理教育に資することを目的に、接骨院に来院する患者と柔道整復師間のコミュニケーションを取り上げる。そして柔道整復師とコミュニケーションをとる患者の対人特性および柔道整復師の対人特性に対する患者の認知に着目し、両者が患者の参加、治療の質に与える影響を検討する<sup>2)</sup>。

本研究では分析の枠組みとして言語モデル<sup>5)</sup>を用いる。言語モデルは診療過程における患者の参加が治療の質（患者が得た情報の量や患者の満足度など）を媒介して治療の成果と関連すると仮定したモデルである。患者の参加を促進する要因としては、患者が治療に主体的に参加することに対する患者自身の信念、患者の開放性や外向性、医師の親密な態度などが挙げられている。言語モデルで考えれば、患者の対人特性と医師の対人特性に対する患者の認知は患者の参加を媒介して治療の質に影響を与えると考えることが可能である。

治療の質の指標としては患者の満足度を取り上げる。患者の満足度は治療の質を測る指標の1つとして数多く用いられているからである<sup>10,14)</sup>。医師の親密な態度は患者の満足度にポジティブな、支配的な態度は患者の満足度にネガティブな影響を与えるとされている<sup>10)</sup>。

以上のことから本研究では、患者の対人特性と柔道整復師の対人特性に対する患者の認知が患者の参加と満足度に与える影響を検討する。言語モデルからは以下の4つの仮説が考えられる。まず患者の親密性と支配性は患者の参加を促すと考えられる（仮説1）。患者の参加と関連すると報告されている外向性は親密性・支配性と正の相関を持つと言われているからである<sup>15)</sup>。次いで患者が認知した柔道整復師の親密性は患者の参加を促し、支配性は患者の参加を阻害すると考えられる（仮説2）。そして患者の参加は患者の満足度を上昇させると考えられる（仮説3）。さらに患者の満足度についての先行研究から、患者が認知した柔道整復師の親密性は患者の満足度を上昇させ、支配性は患者の満足度を低下させると考えられる（仮説4）。

## 方 法

### 調査方法・調査対象者

調査対象者はA県の2つの接骨院に通院する患者である。適格基準は（1）本研究計画について十

<sup>2)</sup> 接骨院や柔道整復師を対象としたコミュニケーション研究は他の医療職と比べて極端に少ない(CiNii および J-STAGE にて検索。検索日は2017年3月3日)。その理由として海老田(2011)は柔道整復師が日本固有の資格であること、柔道整復師養成校のほとんどが専門学校であることの2点を挙げている<sup>25)</sup>。

分に理解し、本人による同意が可能なこと、(2) 患者自身で質問紙に記入することが可能なこと、(3) 20歳以上であることの3点とした。除外基準は(1) 心身の苦痛が著しく、本研究計画についての説明を聞くに耐えられないと考えられること、(2) 対象者として適当でないと考えられる状態や事情があることの2点とした。患者への研究の説明は接骨院スタッフが行った。いずれの接骨院も待合室が狭く、研究者が待合室で患者に研究依頼を行うと接骨院業務に支障が出ると判断したためであった。同意が得られた患者には接骨院外での回答を依頼し、質問紙は郵送にて回収した。調査は2015年8月から9月までの期間で行われた。

### 倫理的配慮

患者には研究の目的と方法、および調査内容を説明した。また調査への参加が任意である旨を伝えた。さらに研究への不参加による不利益は一切ないこと、回答内容による今後の治療への影響もないこと、そして治療を担当する柔道整復師が回答内容を知ることには決してないことを説明した。そして調査が始まった後でも参加の同意を撤回する自由があること、プライバシーが保護されること、調査結果が公開される可能性があることを説明した。上記の説明はすべて文書を示しながら口頭で行われた。また本研究は調査者所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した。

### 調査内容

調査対象者に高齢者が含まれる可能性を考慮し、質問紙の項目数を可能な限り減らすことを考えて調査内容を決定した。

**フェイスシート** 年齢、性別、通院頻度、ケガの種類について回答を求めた。

**患者の対人特性** 患者の対人特性を測定する尺度として日本語版 International Personality Item Pool—Interpersonal Circumplex (以下 IPIP-IPC-J と表記)<sup>16)</sup>を使用した。IPIP-IPC-J は親密性と支配性を軸とする平面上に8つの下位尺度が円環状に配置された、32項目からなる尺度である。回答は「全くあてはまらない」(1点)から「非常にあてはまる」(5点)までの5件法で求められた。親密性と支配性の得点は先行研究<sup>17)</sup>をもとに下記の公式を用いて算出した。

$$\text{親密性} = (.3) \sum_{i=1}^8 Z_i \cos \theta_i \quad (1)$$

$$\text{支配性} = (.3) \sum_{i=1}^8 Z_i \sin \theta_i \quad (2)$$

$Z_i$  は  $i$  番目の下位尺度得点の標準化得点を示す。下位尺度得点は下位尺度ごとの合計得点をその尺度に属する項目の数で除した値が用いられた。信頼性の算出には Nunnally & Bernstein<sup>18)</sup>の公式 (7-17)<sup>3)</sup>を用いた。本調査における親密性と支配性の信頼性はそれぞれ .86、.92 であり、IPIP-IPC-J の原版<sup>19)</sup>で報告されている信頼性と同程度の信頼性が確認された。

**柔道整復師の対人特性に対する患者の認知** 治療を担当する柔道整復師の対人特性に対する患者の認知を測定するために IPIP-IPC-J の各下位尺度から、先行研究<sup>16)</sup>で因子負荷が最も高かった1項目ずつを選んで使用した。回答は患者の対人特性と同様の5件法で求められた。親密性と支配性の得点は公式 (1) (2) を用いて算出した。

**患者の参加** 診療過程での患者の参加の度合いを測定する尺度として、Patient Report of

<sup>3)</sup> 重み付けられた複数の変数から成る合成変数の信頼性は以下の公式で算出される。

$$r_{yy} = 1 - \frac{\sum b_i^2 \sigma_i^2 - \sum b_i^2 \sigma_i^2 r_{ii}}{\sigma_y^2} \quad (7.17)$$

$b_i$  は変数  $Z_i$  の重み付け変数、 $r_{ii}$  は変数  $Z_i$  の信頼性、 $\sigma_i$  は変数  $Z_i$  の分散を示す。

Communication Behavior<sup>20)</sup>を著者の許可を得て翻訳して使用した。患者の参加を5つの観点（主治医への質問、情報提供、情報検証、不安表現、希望表明）から測定する10項目（各2項目）と全体評価を測定する1項目の合計11項目で構成されている。回答は「全くあてはまらない」（1点）から「非常にあてはまる」（5点）までの5件法で求められた。

**満足度** 先行研究<sup>21)</sup>で用いられた質問項目の文言を柔道整復師用に変更して「接骨院の先生の治療に満足していますか。」と尋ねた。回答は「全く満足していない」（1点）から「非常に満足している」（5点）の5件法で求められた。

なお分析には統計解析ソフトR(3.2.0)を用いた。

## 結 果

### 分析対象者

質問紙は100名に配布し、91名から回収した。そのうち分析対象となったのは、適格基準を満たし、対人特性項目に2か所以上の欠損値がなかった78名（男性21名、女性57名）、平均年齢56.7（ $SD = 17.8$ ）歳、最高齢は91歳であった。通院頻度は月平均13.9（ $SD = 7.2$ ）回であった。通院理由となったケガの種類は骨折・捻挫・打撲の急性外傷が38名（48.7%）、亜急性外傷と思われる患者が42名（53.8%）、未記入が1名であった。

### 患者の参加

患者の参加の度合いを測定する11項目の因子構造を確認した。原版通りの5因子構造が成り立つか確認的因子分析（最尤法）で確認したところ、共通性が1を超える不適解を得た（ $\chi^2(5) = 4.69$ 、 $p < .45$ 、 $RMSEA = .023$  [0.000-.153]）。そこで改めて探索的因子分析（最尤法）を行い、MAPテストおよび解釈可能性から1因子構造として分析を進めることとした。因子負荷が0.3に満たなかった1項目を削除し、改めて因子分析（最尤法）を行ったところ、データに対する適合度は許容範囲と考えられた（ $\chi^2(35) = 35.37$ 、 $p < .45$ 、 $RMSEA = .032$  [0.000-.083]）。因子負荷量をTable 1に示す。項目内容から因子は「診療過程への患者の参加」（ $\alpha = .91$ ）と解釈された。そこで10項目の合計得点を「患

Table 1 診療過程への患者の参加の因子分析結果

項目	F1	$h^2$
1 先生に伝えたいことは最初に伝えることができる	.62	.39
3 希望する治療法がある場合は先生に伝えることができる	.70	.50
4 症状について不安に思っていることを先生に伝えることができる	.63	.40
5 先生から受けた説明を理解したときは、その説明を復唱するようにしている	.34	.12
6 情報をもっと欲しい場合は先生にそう伝えることができる	.84	.71
7 自分が不安に思っているということを重視してもらおう、先生に伝えることができる	.84	.71
8 説明を繰り返すように、あるいはもっと分かりやすく説明するように先生にお願いすることができる	.78	.61
9 自分の症状の程度をはっきりと先生に伝えることができる	.73	.54
10 聞きたいと思っていることは全て先生に聞くことができる	.85	.72
11 接骨院に通う際には、予め思っていたことは達成できる	.79	.63
固有値	5.32	



者の参加得点」とした。

### 患者の満足度

接骨院の先生の治療に対する患者の満足度は平均 4.18 ( $SD=0.76$ ) であった。

### 対人特性と患者の参加、満足度の関係

分析に先立ち、患者の対人特性、柔道整復師の対人特性に対する患者の認知、患者の参加、患者の満足度それぞれについて患者の年代や性別、通院頻度の多寡ごとの級内相関を算出したところ、患者の年代による柔道整復師の親密性と支配性に対する患者の認知がそれぞれ有意であった ( $F(7, 68) = 3.639, p < .01; F(7, 66) = 2.701, p < .05$ )。Holm 法による多重比較の結果、柔道整復師の親密性に対する患者の認知は 50 代が 70 代よりも、また柔道整復師の支配性に対する患者の認知は 30 代が 90 代よりも有意に高かった。しかし別々の集団として分析するには人数が少ないため、78 人を一つの集団として分析を進めることとした<sup>4</sup>。

患者の対人特性と柔道整復師の対人特性に対する患者の認知、患者の参加と満足度の相関を Table 2 に記した。仮説 1, 2 の検証のために患者の対人特性と柔道整復師の対人特性に対する患者の認知を説明変数、患者の参加を従属変数とした重回帰分析(強制投入法)を行った。次いで仮説 3, 4 の検証のために説明変数に患者の参加を加え、患者の満足度を従属変数とした重回帰分析(強制投入法)を行った (Table 3)。患者の参加に対しては患者の親密性と柔道整復師の親密性に対する患者

Table 2 各変数間の相関

	M	SD	1	2	3	4	5	6
1 満足度	4.25	0.75	1.00					
2 患者の参加	37.38	5.90	.52**	1.00				
患者								
3 親密性	0.00	0.88	.21 <sup>+</sup>	.42**	1.00			
4 支配性	0.00	0.99	-.06	.07	.05	1.00		
柔道整復師								
5 親密性	0.00	1.04	.41**	.49**	.28*	-.10	1.00	
6 支配性	0.01	0.76	-.18	.01	.05	-.02	.26*	1.00

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$ , + $p < .10$

注. 「5 柔道整復師 親密性」「6 柔道整復師 支配性」はそれぞれ柔道整復師の親密性・支配性に対する患者の認知を表す。

Table 3 患者の参加、満足度を従属変数とした重回帰分析結果

説明変数	患者の参加			患者の満足度		
	B	SE B	$\beta$	B	SE B	$\beta$
患者の親密性	2.49	0.92	.30**	0.01	0.09	.02
患者の支配性	0.42	0.79	.06	-0.07	0.08	-.09
柔道整復師の親密性	3.26	0.80	.46**	0.19	0.09	.26*
柔道整復師の支配性	-1.75	1.17	-.16	-0.31	0.12	-.29*
患者の参加				0.04	0.01	.40**
R <sup>2</sup>			.36**			.38**

\*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

注. 「柔道整復師の親密性」「柔道整復師の支配性」はそれぞれ柔道整復師の親密性・支配性に対する患者の認知を表す。

<sup>4</sup> ケガの種類で急性外傷患者群と亜急性外傷患者群とに分けて分析を行っても結果はほぼ同様であったため、本論文では 78 名を対象に分析した結果を示した。

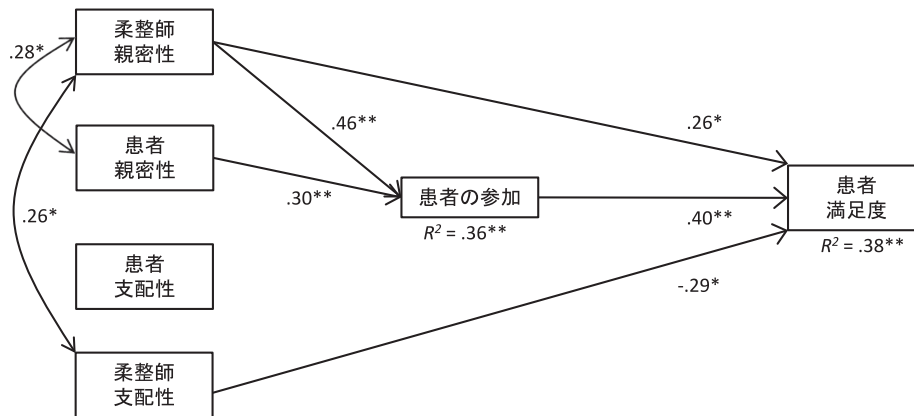


Figure 1 患者の参加、満足度を従属変数とした重回帰分析結果 (\*\* $p < .01$ 、\* $p < .05$ )。数値は標準化推定値。柔整師親密性（支配性）は柔道整復師の親密性（支配性）に対する患者の認知を表す。

の認知の標準偏回帰係数が有意であった。患者の満足度に対しては柔道整復師の親密性・支配性に対する患者の認知と患者の参加の標準偏回帰係数が有意であった。以上の重回帰分析の標準偏回帰係数をパス係数としたパス図を Figure 1 に示した。

## 考 察

本研究では患者の対人特性と柔道整復師の対人特性に対する患者の認知が、患者の参加と満足度に与える影響を検討するため、4つの仮説を検証した。

仮説1, 2の通り、患者の親密性と柔道整復師の親密性に対する患者の認知は患者の参加を促進していた。対人特性における親密性は友好的なふるまいや相手へのいたわり、相手との協力につながる。親密性の高い患者が柔道整復師に対してとったと考えられる友好的で協力的な態度が患者の参加得点に反映されたと考えられた。また親密性が高いと患者が認知した柔道整復師は患者に対して友好的にふるまい、患者へのいたわりを見せたと考えられた。そのような柔道整復師の態度が患者の参加を促したと推測された。

一方で患者の支配性と柔道整復師の支配性に対する患者の認知はともに患者の参加とは関連しなかった。患者の支配性が患者参加と関連しなかった理由としては、診察過程に参加することに対する患者自身の考え（信念）の違いが考えられた。患者の中には治療方針の意思決定過程に積極的に口を出すことを医師の権威に対する挑戦と捉える患者もあり、その傾向は高齢者ほど強かったという報告がある<sup>22)</sup>。今回の調査では60歳以上の患者が対象者の51%（78名中40名）を占めていたため、患者自らの支配性とは関係なしに診療中に積極的に発言することにためらいを感じる患者が多かった可能性が考えられた。柔道整復師の支配性に対する患者の認知が患者の参加と関連しなかった理由としては患者の好み（支配的な柔道整復師を好むかどうか）の違いが考えられた<sup>10)</sup>。柔道整復師の親密性と支配性に対する患者の認知が示した正の相関は、患者から親密性が高いと認知された柔道整復師は支配性も高いと認知される傾向があることを示している。このことは柔道整復師の支配性を好ましくとらえる（例えばリーダーシップ、頼もしさ）患者の存在を示唆していると言えよう。

仮説3の通り患者の参加は患者の満足度を上昇させた。さらに仮説4の通り、柔道整復師の親密性・支配性に対する患者の認知も患者の満足度を直接上昇または低下させた。患者の満足は言語モデルで

は患者の参加との関連で、従来の医療コミュニケーション研究では医療者のパーソナリティとの関連で捉えられることが多い。しかし患者の満足を捉える際には両方の視点が必要であることを本研究の結果は示している。

本研究の1つ目の意義は接骨院で交わされる柔道整復師と患者のコミュニケーションが、医師と患者のコミュニケーションを想定して構成された言語モデルで分析可能なことを示したことである。従来の医療コミュニケーション研究で用いられてきたモデルや得られた知見を活かした、接骨院を対象としたコミュニケーション研究の発展が期待される。今後研究が蓄積されれば柔道整復師の質の向上を目指す職業倫理教育、および接骨院における治療の質の向上につながり、国民の健康に寄与し得ると期待される。

2つ目の意義は患者側の要因(対人特性)が患者の参加や満足度と関連することを明らかにしたことである。患者の参加を促す医療者側の要因、および患者の参加と治療効果との関連を明らかにするには患者側の要因を統制する必要があると考えられる<sup>8)</sup>。それゆえ患者の対人特性を研究デザインの中に組み込むことで新たな知見が得られる可能性があると考えられる。

3つ目の意義は患者の参加に影響を与える患者側の要因を、治療者側と同じ枠組み(親密性・支配性)で捉えたことである。治療者と患者双方の態度を同じ枠組みで捉えることは両者の相互作用研究につながるであろう。相互作用研究で用いられる相補性の考えによれば、相互作用する一方の親密性は他者の親密性を引き出すと考えられている<sup>23)</sup>。今回患者の親密性と柔道整復師の親密性に対する患者の認知が示した有意な相関は相補性の現れである可能性がある。患者—柔道整復師間の相補性が高い(一方が親密な態度をあらわした場合に他者も親密な態度をあらわす)場合に患者の参加が促され、患者の満足度につながったと考えることが可能である。このような患者—治療者間の関係を相補性の観点から捉える研究は今後の課題の1つである。また両者の相互作用と治療の質や治療効果の関係を明らかにする分析手法として両者の対人特性を利用した Actor-partner interdependence model<sup>24)</sup>の利用も考えられる。

最後に本研究の限界を述べる。第1にサンプルが少なく、柔道整復師と良好な関係を築いている患者に偏った可能性があることである。協力を依頼した接骨院スタッフを通して患者への研究参加依頼を行ったため調査への応諾率は不明であるが、回収率の高さや満足度の高さはサンプルの偏りを疑わせる。今後は患者への研究参加依頼を第3者が行うことや Web 調査の活用などによってサンプルが偏る可能性を減らし、今回の結果の再現性を検討する必要がある。

第2に柔道整復師のどのような態度を患者が親密的・支配的と認知したか分からないことである。質問紙に頼った量的データの検討だけでなく、診療場面の画像記録や音声データ、患者へのインタビューなど質的なデータの検討が今後必要である。

第3に対人特性と患者の参加、満足度との関連を検討するにとどまったことである。日常生活動作や機能回復の度合いなど、治療の効果を含めた研究が接骨院における治療の向上に不可欠と考えられる。

第4に柔道整復師の対人特性に対する患者の認知と患者の参加を測定するために使用した尺度の信頼性と妥当性の問題が挙げられる。別の尺度や指標を用いても結果が再現されるかどうか検討すべきであろう。また接骨院における患者の参加の内容も今後の検討課題である。

## 謝 辞

本研究に参加してくださいました患者の皆様にご心より感謝いたします。またご協力いただきました上平大野接骨院の大野均先生、駅前接骨院の甲斐範光先生、および両接骨院のスタッフの皆様にご厚く御礼申し上げます。

利益相反自己申告：申告すべきものなし

## 引用文献

- 1) 厚生労働省 (2015). 柔道整復師学校養成施設カリキュラム等改善検討会 (第1回) 資料 参考資料 5. 柔道整復師学校・養成施設数等 Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000106911.pdf> (2017年9月21日)
- 2) 厚生労働省 (2015). 平成26年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概要 就業あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師・柔道整復師及び施術所 Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/dl/gaikyo.pdf> (2016年4月17日)
- 3) 毎日新聞 (2015). 療養費不正受給一組長ら、1億2000万円詐取か 警視庁、十数人逮捕へ 東京夕刊 11月6日, 15.
- 4) 厚生労働省 (2017). 柔道整復療養費検討専門委員会における施術管理者の要件について Retrieved from [http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000157967.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000157967.pdf) (2017年9月22日)
- 5) Street, R.L.J. (2001). Active patients as powerful communicators. In W.P. Robinson & H. Giles (Eds.), *The new handbook of language and social psychology*, 541-560. New York: Wiley.
- 6) Beisecker, A.E., & Beisecker, T.D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical care*, 28, 19-28.
- 7) Street, R.L. (1991). Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science and Medicine*, 32, 541-548.
- 8) Boerebach, B.C.M., Scheepers, R. a., van der Leeuw, R.M., Heineman, M.J., Arah, O. a., & Lombarts, K.M.J.M.H. (2014). The impact of clinicians' personality and their interpersonal behaviors on the quality of patient care: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 26, 426-481.
- 9) Deledda, G., Moretti, F., Rimondini, M., & Zimmermann, C. (2013). How patients want their doctor to communicate. A literature review on primary care patients' perspective. *Patient Education and Counseling*, 90, 297-306.
- 10) Kiesler, D.J., & Auerbach, S.M. (2003). Integrating measurement of control and affiliation in studies of physician-patient interaction: the interpersonal circumplex. *Social Science & Medicine*, 57, 1707-1722.
- 11) Wiggins, J.S. (2003). *Paradigms of personality assessment*. Guilford Press.
- 12) Cousin, G., & Mast, M.S. (2013). Agreeable patient meets affiliative physician: How physician behavior affects patient outcomes depends on patient personality. *Patient Education and Counseling*, 90, 399-404.



- 13) Buller, M.K., & Buller, D.B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of health and social Behavior*, 375-388.
- 14) Beck, R.S., Daughtridge, R., & Sloane, P.D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
- 15) McCrae, R.R., & Costa, P.T. (1989). The structure of interpersonal traits: Wiggins's circumplex and the five-factor model. *Journal of personality and social psychology*, 56, 586-595.
- 16) 橋本泰央・小塩真司 (2016). 対人円環モデルに基づいた IPIP-IPC-J の作成. *心理学研究*, 87, 395-404.
- 17) Wiggins, J.S., Phillips, N., & Trapnell, P. (1989). Circular reasoning about interpersonal behavior: Evidence concerning some untested assumptions underlying diagnostic classification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 296-305.
- 18) Nunnally, J.C., & Bernstein, I.H. (1978). *Psychometric theory* (2d ed.). New York: McGraw Hill.
- 19) Markey, P.M., & Markey, C.N. (2009). A brief assessment of the interpersonal circumplex: The IPIP-IPC. *Assessment*, 16, 352-361.
- 20) Bylund, C.L., D'Agostino, T.A., Ho, E.Y., & Chewning, B.A. (2010). Improving Clinical Communication and Promoting Health through Concordance-Based Patient Education. *Communication Education*, 59, 294-311.
- 21) 塚原康博 (2009). 医師・患者関係における理想と現実のギャップが患者満足度に与える効果—医療消費者を対象とした共分散構造分析—. *日本社会情報学会学会誌*, 20, 31-41.
- 22) Beisecker, A.E. (1988). Aging and the desire for information and input in medical decisions: Patient consumerism in medical encounters. *The Gerontologist*, 28, 330-335.
- 23) Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: a functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- 24) Kenny, D.A., Kashy, D.A., & Cook, W.L. (2006). *Dyadic data analysis*. Guilford Press.
- 25) 海老田大五郎 (2011). 触診における柔道整復師と患者の相互行為分析. *保健医療社会学論集*, 22, 82-94.