

医療者における専門性の差異が説得内容の理解度に及ぼす影響

村瀬 英子*・斎藤 和志

The influence of the medical worker's specialty
on client's understanding of persuasion.

Eiko Murase and Kazushi Saito

要旨

医療従事者と患者の円滑なコミュニケーションが重要視されている。医療従事者から患者へ行う説明は、患者が説明内容を理解し、納得したうえで態度を変化させることを目的としていることから、説得的コミュニケーションと位置づけて考えることができる。また、患者は様々な医療従事者に対して異なる理解度を示していると考えられる。本研究では、説得後の態度変化のみを検討するだけでなく、説得後の理解度を測定し、医療従事者における専門性の差異が説得内容の理解度に及ぼす影響を検討した。予備調査において「医師」「看護師」「薬剤師」「保健室の先生」「母親」のイメージを質問紙調査で検討した。本実験では予備調査で得られた専門性の差がみられた医師と看護師を説得者とし、2種類のワクチン接種について映像呈示を行い、説得後に再生課題、再認課題を行い理解度を測定をした。その結果、専門性によるワクチン接種に対する理解度に有意な差はみられなかった。イメージレベルでは専門性において医師と看護師に差はみられたが、具体的な説得場面では説得者自体の影響が強く、専門性の効果を弱めたと考察される。

キー・ワード：説得，専門性，理解度，医療

問題と目的

近年、医療現場でも「説明責任」が求められ、医療従事者と患者の円滑なコミュニケーションが重要視されている。医療におけるインフォームド Consent (informed consent) の導入により、患者は「生活の質の向上」(QOL: Quality of life) を重要視した治療を望むようになってきている。インフォームド Consent は一般的に「説明と同意」と訳され、「患者から自発的に同意をしていただく」という意味が含まれている。また、医療法第1条の4は、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、第1条の2に規定する理念に基づき、医療を受ける者に対し、良

質かつ適切な医療を行うよう努めなければならない。医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得よう努めなければならない。」としている(星野, 2002: 日本看護協会, 2007)。インフォームド Consent を行うことは、医療従事者には患者の理解度を促進することが求められ、患者は治療方針が納得できる病院の選択を求められることから、医療従事者と患者間で行われる医療コミュニケーションが注目されることになったと考えられる。しかしながらインフォームド Consent は医師 患者間だけで行われることがあり、医療チームとして参加する他の医療従事者が同席することは未だ徹底されていない。医師以外の医療従事者の同席が徹底されることは、医療従事者から治療に対する説

* 心理学研究科 研究生

明内容の統一が得られ、患者の混乱を軽減させる手助けになるのではないかと考えられる。川村(2011)のクリティカルケア領域におけるインフォームドコンセントへのかかわり調査では、看護師は患者、家族へのインフォームドコンセントに85%以上がかかわっているが、かかわりについて「とても満足している」者はおらず、60%以上が「満足していない」と回答した。また今後患者、家族へのインフォームドコンセントに95%以上の看護師が「かかわりたい」と希望していたという結果であった。また、井上・神谷・立花・山崎・安宅・河原(2000)のインフォームドコンセントにおける看護師の役割を検討した知見では、説明直後の患者で「理解した」と回答したのは13.3%~96.7%と幅がみられ、看護師の参加が「手助けになった」との回答が86.7%あり、看護師は患者のケアと教育、情報収集およびコーディネーターとして重要な役割を期待されていることが示唆されている。しかしながら、臨床場面では医師からの説明に患者は治療・検査などについて理解し同意を示すが、理解できていない部分の補足説明を医師以外の医療従事者に求めることが多くみられている。医療場面での説明は専門用語が多く、医療従事者の説明を十分理解できないまま一旦は同意をしている患者が多いためと考えられる。近年、患者は治療を選択できる状況にあるため、医療従事者には患者が治療に対して納得できるように、分かりやすい説明が求められていると考えられる。田近(1984)によると、説明文とは「あるもの、ことに関する知識・情報を、まちががなく(正確に)、しかもわかりやすく人に伝え、知らせようとする文章」としている。しかし、説明者が「正確」に伝えようとしたにもかかわらず、「不正確」に伝わってしまうことがある。その理由として、説明が「分からない」「分かりにくい」からだと言われている(比留間, 2007)。より良い説明とは誰にでもわかりやすい説明と考えられるが単純にわかりやすい説明マニュアルを作成することが理解度促進になるとは考えにくい。説得内容が同じでも、説得者の信憑性によって説得における影響がみられることは日常生活からも考えられる。説得的コミュニケーション研究でも信憑性と説得につ

いて検討しているものは多く、Hovland(1960 辻・今井訳 1970)によると、(1)伝え手が正しい主張の源泉(彼の「専門度」)であると知覚される程度と、(2)最も正しいと考えている主張を伝達しようとする伝え手の「信憑性」であるとしている。信憑性についてはスリーパー効果に関する研究、無関連恐怖喚起条件下での説得に関する研究、ディスクレパンシーに関する研究、精査可能性モデルや、ヒューリスティック・システムティック・モデルなどの研究で検討されている。山口(1984)によると、源泉の信憑性が高いほど受け手の意見変化が大きいこと、信憑性の効果が説得的コミュニケーションに対する認知反応に結びついていることを指摘している。これらのモデルの中で、中心的ルートやシステムティック処理は、説得内容を理解し、精査することを通して説得がなされるという考えである。中村他(1990)によると、説得後の態度形成過程の時間が少ない条件では説得者が専門的であると教示された方が説得内容に妥当性があると判断されたという結果が見出された。このように、多くの研究では信憑性が高い条件で説得効果がみられているが、信憑性の低い源泉からの説得効果が高く見出されたものもある。伊藤(1999)はヒューリスティック・システムティックモデル(Heuristic-Systematic Model: 以下HSMと略記)の枠組みと信憑性を検討している。HSMは被説得者による説得的メッセージの処理を、高い認知的努力を要する組織的情報処理(systematic processing)と低い認知的な努力による簡便即断処理(heuristic processing)の2つの処理系統に分類したものである。被説得者が説得内容に関与が高く、説得者の信憑性が低い場合は、強い論拠の説得メッセージによって大きな態度変化を示している。関与が高く、信憑性が高い場合は論拠の強弱で差が認められなかったことから、信憑性によって論拠の質の効果が変わるの、説得的メッセージに対して組織的情報処理を行う被説得者が信憑性という簡便即断処理の影響を受けていることを示唆している。確かに、信憑性の高い医師に治療について説明されることで態度変化がみられることを簡便即断処理と考えると、説明内容について理解できな

かった患者が医師に再度説明を求めず、他の医療従事者に説明を求めている場面は、組織的情報処理を求めているためと考えられる。信憑性の高さが患者の理解度促進を促すならば、直接医師に聞いた方が効果的と考えられる。しかしながら、現実的には医師に説明を求めるには時間的制約が伴うという物理的問題がある。医療従事者は様々な専門職がチームとして患者を取り巻いているため、近くにいる医療従事者を選択することもあるのではないだろうか。患者は専門性のある職業の中にある専門性の差を求め、自己の理解度促進のために説明してくれる医療従事者を選択していると考えられる。本研究では、医療場面という限定される状況を考慮するために、これまでの研究のように専門、信頼の両方が備わった信憑性の高い専門職とそうでないものを検討するのではなく、情報源としての専門性の高い者の説得による理解度促進を目的とした説得的コミュニケーションの検討を行う必要があると考える。また、健康な人が医療従事者から説得されても違和感のないように説得内容をワクチン接種の理解度促進を目的とし、専門職間での説得的コミュニケーションについて検討を行うこととする。

社会心理学領域における説得の定義は、送り手が、おもに言語コミュニケーションを用いて非強制的なコンテキストの中で、納得させながら受け手の態度や行動を意図する方向に変化させようとする社会的影響行為あるいは社会的影響過程である。そして、説得に使用されるコミュニケーションが説得コミュニケーションであり、説得コミュニケーションには受け手を納得させるための論拠が含まれる（深田，2004）。このことから、医療場面で行われているインフォームドコンセントのように、医療従事者から患者に行う説明とは、説明内容に患者が理解、納得した上で態度変化することを目的としているため、社会心理学領域における社説得的コミュニケーションと位置づけて考えることができる。今までの説得的コミュニケーション研究では、どのような入力要因が態度変化を起こすのかというものが多くを占めている。McGuire（1985）は説得コミュニケーションを、コミュニケーション・説得マトリックス

（communication/persuasion matrix）とよばれる入力／出力マトリックス・モデルという概念でまとめている。説得コミュニケーションが長期的効果を持つためには、受け手による連続的な反応段階である12段階の出力段階それぞれにおいて十分な効果が出現する必要があるとしている。しかしながら、出力段階としての説得内容の理解度に焦点をあてた研究は少ない。説得効果と理解度の関係に着目することで、医療場面での患者の理解度促進に及ぼす要因を見出すことができ、その影響を明らかにすることができるのではないだろうか。理解度を扱った先行研究では、原（1995）の説得メッセージの再生成績を指標とした理解度の検討がある。説得力の強いメッセージの方が再生されやすく、関与が低く説得力の弱いメッセージの再認成績は悪いという結果であった。また、児玉（2004）では、説得メッセージの理解度を測定するために、説得メッセージの内容について再認課題（真偽法）を行い、メッセージ理解から有意なパスがいずれもみられなかった結果となっている。他の先行研究のように、説得後の態度変化のみを検討するだけでは、説得の定義にある納得させながら受け手の態度や行動を意図する方向に変化できているかは測定できてはいないと考えられる。本研究では医療場面での説明を説得的コミュニケーションと捉え、説得者の専門性が患者の理解に及ぼす影響を検討するために、原（1985）や児玉（2004）で使用された理解度測定の方法を利用して検討を行うこととする。

予備調査

目的

説得時に使用する職業イメージに専門性差がみられているのかを検討する。

方法

質問紙調査目的 「医師」「看護師」「薬剤師」「保健室の先生」「母親」の5つの職業によるイメージの違いを検討し、説得者に適した職業を選択するための質問紙調査を行った。

質問紙調査協力者 愛知淑徳大学生198名（男性29名、女性169名）。年齢は、18歳から20歳（M

=18.33, $SD=0.49$) を対象にし、「大学生の健康意識調査」という名目で講義時間内に集団で実施した。所要時間は20分程度であった。

質問紙の構成 ①印象評定尺度：町・樋口・深田(2006)により話し手に対する印象を測定する目的で構成されたものを使用した。町他(2006)は、16項目に対して因子分析を行い、「人柄のよい」「知性」「社交的」の3因子を抽出した。人柄のよさは、「素直なー素直でない」「正直なー不正直な」「温かいー冷たい」などの5項目。知性は「知的なー知的でない」「礼儀正しいー礼儀正しくない」「教養のあるー教養のない」などの5項目。社交的は「明るいー暗い」「社交的なー非社交的な」「積極的なー消極的な」の3項目。その他3項目で印象を尋ねる形容詞対を配置し5段階で評定を求める16項目から構成されていた。この「人柄のよさ」「知性」「社交的」の因子に.30以上の負荷を示した項目9項目を選択した。職業の印象が異なるかを測定する目的もあったため、「信頼できるー信頼できない」「魅力的なー魅力的でない」「専門的なー専門的でない」を追加した12項目の形容詞対を配置し、「医師」「看護師」「薬剤師」「保健室の先生」「母親」についてのイメージを5段階(1～5点)で評定を求めた。

②健康意識尺度：折原(2006)により大学生の健康生活習慣知識・健康意識に対する態度変化を測定する目的で構成されたものを使用した。折原は、39項目の因子分析を行い、「健康将来展望因子」「健康楽観因子」「生活習慣不安因子」「健康情報希求因子」の4因子を抽出した。健康に対する関与度を測定するのが目的のため、「健康楽観因子」「生活習慣不安因子」「健康情報希求因子」である16項目を5段階で評定を求めた(1～5点)。

③フィルター項目：健康に関する2択の問題11項目。

④性別・年齢を尋ねた。

結果

印象評定尺度 職業に対する印象評定尺度の12項目について主因子法により因子分析し、その結果をプロマックス回転した。固有値の減衰状況(3.67, 2.08, 1.14, 0.88, 0.77…)と因子の解釈可能性から3因子を抽出した。因子負荷量が.45以上であり、複数因子に渡って因子負荷量が高く

なっていないことを基準とし、基準に満たなかった2項目を削除した(表1)。第1因子は、「社交的な」「積極的な」「明るい」など5項目に高い負荷がみられたので「人柄因子」と解釈した。第2因子は「正直な」「信頼できる」「素直な」の3項目に高い負荷がみられたので「信頼因子」と解釈した。第3因子は「専門的な」「知的な」の2項目に高い負荷がみられたので「専門因子」と解釈した。各因子の信頼性係数を産出したところ、「人柄因子」で $\alpha=.77$ 、「信頼因子」で $\alpha=.71$ 、「専門因子」で $\alpha=.71$ であった。各尺度項目数が異なるため項目平均値を下位尺度得点とした。

表1 職業の印象評定の因子分析結果

質問項目	因子		
	I	II	III
社交的な	.79	-.14	.08
積極的な	.67	-.07	.02
明るい	.58	.06	-.32
魅力的な	.53	.05	.19
温かい	.46	.26	-.25
正直な	-.17	.86	-.03
信頼できる	.01	.69	.15
素直な	.25	.45	.00
専門的な	-.10	.01	.73
知的な	.00	.06	.67
教養のある	.39	-.04	.41
礼儀正しい	.25	.20	.35
因子間相関(α)	I (.77)	.63	-.14
	II	(.71)	.02
	III		(.71)

下位尺度得点 印象評定尺度から得られた下位尺度を使用して、各職業の「人柄因子得点」「信頼因子得点」「専門因子得点」を算出した結果を表2に示す。人柄因子得点の高い順では、看護師と保健室の先生が同得点でその次に、母親、医師、薬剤師の順であった。信頼因子得点の高い順では、母親、保健室の先生、薬剤師、看護師、医師の順であった。専門因子得点の高い順では、医師、薬剤師、看護師、保健室の先生、母親であった。

職業の選択 職業イメージ調査から「医師」「看護師」「保健室の先生」の3つを職業の候補として、職業を独立変数、職業の印象評定の下位尺度である「人柄因子」「信頼因子」「専門因子」得点を従属変数とした1要因分散分析を行った。「人柄因子」「信頼因子」「専門因子」とともに有意な群間差がみられた(人柄因子： $F(2, 589)=$

表2 職業間の印象評定尺度における下位尺度得点

	医師	看護師	薬剤師	保健室の先生	母親
人柄因子	3.08 (0.54)	3.89 (0.61)	2.99 (0.52)	3.89 (0.64)	3.80 (0.72)
信頼因子	3.45 (0.65)	3.70 (0.69)	3.75 (0.57)	3.88 (0.69)	3.96 (0.79)
専門因子	4.67 (0.60)	4.00 (0.82)	4.60 (0.64)	3.67 (0.79)	2.89 (0.77)

() 内はSD

119.75, 信頼因子： $F(2, 588)=19.84$, 専門因子： $F(2, 590)=92.33$, ともに ($ps < .001$)。TukeyのHSD法（5%水準）による多重比較を行ったところ、「人柄因子」については保健室の先生、看護師、医師の順で人柄因子得点が高く、「信頼因子」については保健室の先生、看護師、医師の順で信頼因子得点が高く、「専門因子」については医師、看護師、保健室の先生の順で専門因子得点が高い結果が得られた。これらの結果から、本実験で使用する説得者の職業を「医師」「看護師」とした。

本実験

目的

本実験では、事前調査で職業イメージの専門性において差異が示された医師と看護師を利用し、説得内容の理解度に及ぼす影響を検討する。説得の様々な特性がステレオタイプ的に推測され、説得的コミュニケーションの効果に影響を与えている。例えば、権力-非権力スタイルを用いた説得研究では権力スタイルを用いた方が地位や能力、力動性が高く評価されている (Bradac & Mulac, 1984)。また、日常生活の中で何か不明なことがある時は、問題解決の内容によって相談相手を決定し、問題解決の理解度を深めることをしている。特性概念やその特性と結びついたカテゴリー知識を活性化させることで、その特性を示す行動が生じやすくなる傾向についてDijksterhuis & Knippenberg (1998) が示している。説得的コミュニケーション研究では、説得を紙面で行う事が多く、実験的に検討を行っている研究は数少ない。本研究では映像を使用した説得を行うため、説得映像を呈示する前に医師と看護師について、イメージの印象測定を求めることで、その職業に対するイメージの特性概念をより喚起させる手続

きをとる。そうすることによって、それぞれの職業に対する態度の活性化がみられ、より専門性の効果が強調されると考えられる。

実験参加者を女性対象者にすることを考慮し、健康な人が医療従事者から説得されても違和感のない説得内容にするために、インフルエンザワクチン (Influenza vaccine: 以下Ifvと略す) 接種と子宮頸癌ワクチン (Cervical cancer vaccine: 以下Ccvと略す) 接種の理解度促進を目的とした説得内容とする。Ccv説得文は、小田 (2010) の『自分で守ろう。自分のからだ。今日からはじめる「子宮頸癌」対策資料をもとに作成し、Ifv説得文は、海老原・岡部・倉田・児玉・中沢・廣津 (2007) の厚生労働省のインフルエンザの予防基礎知識普及啓発資料をもとに作成した。

方法

実験参加者 愛知淑徳大学生女性51名であったが、子宮頸癌ワクチンは規定回数以上摂取することができないため、Ccvをすでに摂取したものと質問紙評定に不備のあったものを分析から削除した。分析対象としたのは39名 ($M=18.79$ 歳, $SD=1.38$) であった。全ての実験参加者は説得者と初対面であった。

要因計画 専門性 (医師, 看護師) の2条件。

手続き (a)職業イメージとワクチン接種状況に関する質問紙：大学生の健康意識調査として、医師、看護師についてのイメージ、事前調査で使用した健康意識尺度、CcvとIfvの接種希望、接種の必要性についての態度測定を行った。(b)質問紙内容と実験が別の目的であると認識してもらうために、質問紙調査後に実験とは無関係な認知的処理を要する映像を約1分間呈示した。(c)1つ目のワクチンに関する説得：映像内容は啓発ビデオとなっており、説得者は普段医師もしくは看護師として就労していることを教示した。(d)説得内容の理解度測定：映像内容についての再生課題

(自由記述), 再認課題 (穴埋め問題, 正誤問題) に解答, 説得者の印象評定に回答。(e) 2つ目のワクチンに関する説得: 1つ目の説得と同様の指示をした。(f)説得内容の理解度測定: 再生課題, 再認課題に解答。説得者の印象評定に回答。(g) 各ワクチン接種の態度変化測定: 映像呈示後に「今後Ccvを接種しますか」「Ccvを接種する必要性を理解できましたか」「今後Ifvを接種しますか」「Ifvを接種する必要性を理解できましたか」について5段階評定に回答。(h)実験参加者自身の年齢, 性別を問うものに回答を求めた。ワクチンはCcvとIfvを使用したため, 説得内容の順序効果によって理解度測定で使った課題成績の影響を考慮し, 映像呈示順序として, Ccv→Ifv, Ifv→Ccvの2条件を設定し, 実験参加者の半数でワクチンの順番を変えた。

結果

順序効果の確認 各従属変数について, 順序効果の影響を確認するために, 専門性(2)×説得順序(2)の分散分析を行った。その結果, 専門性の主効果はみられなかったが, 説得順序の主効果はCcvの穴埋め課題, Ifv再生課題において1%水準で有意であり (Ccv穴埋め課題: $F(1, 35)=8.83, p < .01$, Ifv再生課題: $F(1, 35)=11.13, p < .01$)。Ccvの正誤課題においても10%水準で傾向がみられた ($F(1, 35)=3.20, p < .10$)。また,

態度変化ではCcv接種希望に10%水準で傾向がみられた ($F(1, 35)=3.00, p < .10$)。課題成績と態度変化に順序の主効果がみられていたところがあるため, 説得の順序によって課題成績結果に影響を与えていることが考えられる。説得の順序Ccv→Ifv, Ifv→Ccvを分別して検討を行うこととした。

理解度測定 説得者の専門性を独立変数とし, 説得後の再生課題, 再認課題を従属変数とした t 検定を行った。表3は説得者の専門性と再生, 再認課題の平均値と標準偏差を示している。その結果Ccv→Ifv, Ifv→Ccvの順序ともに専門性の有意な差はみられなかった。

態度変化測定 また, 説得者の専門性を独立変数とし, 説得後の態度変化を従属変数とした t 検定を行った。Ccv→Ifvにおける説得後のIfv接種の必要性が医師に説得された方が看護師に説得された場合よりも有意に唱導方向への態度変化を示していた ($t(17)=2.57, p < .05$)。他の態度変化には有意な差はみられなかった。表3に各従属変数の平均値と標準偏差を示した。

説得者の印象評定 説得者の専門性を独立変数とし, 説得者の印象を印象評定尺度の下位尺度である人柄因子, 信頼因子, 専門因子を従属変数とした t 検定を行った。その結果, 人柄因子, 信頼因子, 専門因子全てに専門性の有意な差はみられ

表3 説得者の専門性と再生・再認課題, 説得後の態度変化の平均値と標準偏差

説得順序	Ccv→Ifv		Ifv→Ccv	
	医師 (n=10)	看護師 (n=9)	医師 (n=10)	看護師 (n=10)
Ccv再生課題	6.20 (2.39)	4.33 (2.87)	5.70 (3.53)	6.70 (2.98)
Ccv穴埋め課題	6.70 (2.83)	6.11 (1.62)	8.20 (1.48)	8.20 (1.14)
Ccv正誤課題	11.40 (4.43)	12.33 (1.87)	13.60 (1.35)	13.20 (1.81)
Ifv再生課題	9.90 (3.54)	8.22 (3.87)	5.00 (2.49)	5.80 (3.68)
Ifv穴埋め課題	8.00 (2.21)	6.78 (1.39)	6.50 (2.37)	7.20 (1.14)
Ifv正誤課題	13.50 (0.97)	13.44 (1.42)	13.10 (1.20)	13.20 (1.14)
説得後Ccv接種希望	3.60 (0.97)	3.89 (0.93)	4.30 (0.67)	4.20 (1.03)
説得後Ccv必要性理解	3.80 (1.03)	4.11 (0.33)	4.50 (0.71)	4.40 (1.26)
説得後Ifv接種希望	3.90 (1.10)	3.56 (1.33)	3.90 (0.88)	3.30 (1.34)
説得後Ifv必要性理解	4.50 (0.53)	3.67 (0.87)	4.10 (0.88)	4.00 (1.25)

() 内はSD

表4 説得者の印象評定下位尺度得点の平均値と標準偏差

	子宮頸癌ワクチン		インフルエンザワクチン	
	医師 (n=20)	看護師 (n=19)	医師 (n=20)	看護師 (n=19)
人柄因子	2.78 (0.66)	2.86 (0.51)	2.69 (0.57)	2.83 (0.53)
信頼因子	3.40 (0.93)	3.40 (0.61)	3.75 (0.59)	3.47 (0.46)
専門因子	4.10 (0.75)	4.11 (0.74)	4.00 (0.58)	3.61 (0.95)

() 内はSD

なかった。表4に平均値と標準偏差を示した。

考 察

本研究は映像を用いて実験的に、説得後の理解度促進に影響する要因を専門性の差異から検討してきたが、専門性によるワクチン接種に対する理解度に差はみられなかった。実験で用いた映像は一方的呈示の説得を行っているが、日常生活の説得場面では受け手は説得内容に対し疑問を示し、説得者と疑問を解決しながら説得が進められる。すなわち、映像の一方呈示だけでは、説得内容に対する疑問を解決する場が設けられていない。また、説得前にワクチンに対する知識量を統制していないため、再生課題や再認課題で理解度が向上したと判断することができない。再認課題では天井効果はみられていないが、天井効果近い値を示しているところもみられていた。また、今回は説得後の自己評価で説得内容を理解できたかを判断したが、説得前後の知識量を考慮した理解度測定が行えるように改善する必要があると考えられる。予備調査では、専門因子に医師と看護師間に差はみられたが、説得後の説得者の印象評定尺度からは専門性に差が見られなかった。これは、実験では説得者は普段医師または看護師として就労していると教示で示しただけであり、受け手は説得者そのものの影響を強く受け、専門性に差が見られなかった可能性が考えられる。今回の結果からは、職業についてのイメージを質問紙調査で回答を求めることで医師と看護師間の専門性の差はみられていた。インフォームドコンセントの場において、看護師が医師の説明の補助的な説明を行うことで、説明後の理解度に改善がみられ、医師以外の介入が患者にとっても手助けになったとの知見がみられている(井上, 2000) ことから今後、医療従事者における専門性の差異の詳細な要因検討の必要があると考えられる。

引用文献

- Bradac, J. J., & Mulac, A. (1984). Attributional consequences of powerful and powerless speech styles in a crisis-intervention context. *Journal of Language and Social Psychology*, 3, 1-19.
- Dijksterhuis, A., & van Knippenberg, A. (1998). The relation between perception and behavior, or how to win a game of trivial pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 865-877.
- 海老原格・岡部信彦・倉田雅子・児玉孝・中沢明紀・廣津信夫 (2007). 新型インフルエンザ関連資料 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/inful_pamphlet.html> (2011年6月17日)
- 深田博巳 (2004). 説得心理学ハンドブックー説得コミュニケーション研究の最前線ー北大路書房
- 原奈津子 (1995). 説得の情報処理における不快感情と関与の影響 心理学研究, 65, 487-493
- 日野原重明・井村裕夫 (2002). 看護のための最新医学講座35医療と社会 古川俊治・星野一正 (編) 患者中心の医療と倫理 中山書店 pp395-453.
- 比留間太白・山本博樹 (2007). 説明の心理学 説明社会への理論・実践的アプローチ ナカニシヤ出版
- Hovland, C.I., Janis, I.L. & Kelly, H. H. (1953). Communication and persuasion. Yale University Press. (ホブランド, C.L. 辻正三・今井省吾 (訳) (1960). コミュニケーションと説得 誠信書房)
- 井上裕美子・神谷詠子・立花泉・山崎悦子・安宅信二・河原正明 (2000). 肺癌臨床試験でのインフォームドコンセントにおけるナースの役割に関する検討 肺癌, 40, 719-723.
- 伊藤君男 (1999). 説得事態における信憑性と期待の効果ーヒューリスティック手掛かりの組織的情報処理に対する影響ー 実験社会心理学研究, 39, 53-61.
- 川村未樹 (2011). クリティカルケア領域におけるインフォームドコンセントへの看護師のかかわりに関する実態調査 日本赤十字看護大

- 学紀要, 25, 43-52.
- 児玉真樹子・川森大典・高本雪子・深田博己
(2004). 説得に及ぼすユーモアの効果とその生起規制 広島大学心理学研究, 4, 63-76.
- 町一誠・樋口匡貴・深田博己 (2006). 話し手の方言使用と印象：コードスイッチの適切さと聞き手の出身地による影響 社会心理学研究, 21, 173-186.
- McGuire, W. J. (1985). Attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (3rd ed.). Vol.2. New York: Randomhouse. pp233-346.
- 中村雅彦・斎藤和志・若林満 (1990). 態度形成, 説得的メッセージ, 情報源の専門性が態度変容に及ぼす効果ー熟考尤度モデルと態度形成理論に基づく検討ー 心理学研究, 61, 15-22.
- 小田瑞恵 (2010). 自分で守ろう。自分のからだ。今日からはじめる「子宮頸がん」対策 allwomen.jpすべての女性に知ってほしい子宮頸がん情報サイト<<http://glaxosmithkline.co.jp>> (2011年6月17日)
- 折原茂樹 (2006). 大学生の健康生活習慣知識・健康意識に対する態度変化の研究 近畿大医誌 (Med J Kinki Univ), 31, 9-20.
- 社団法人日本看護協会 (2007). 新版 看護者の基本的責務ー定義・概念／基本法／倫理 株式会社日本看護協会出版会
- 田近洵一 (1984). 説得的文章の指導 井上尚美・田近洵一・根本正義 (編) 国語科の評価研究 教育出版 pp.42-56.
- 山口勸 (1984). 最近の説得的コミュニケーション研究ー送り手の信憑性の要因を中心としてー水原泰介・辻村明 (編) コミュニケーションの社会心理学 東京大学出版会 pp.29-42.