

6年6月18日～19日 高松

16. 平井愛山：電子カルテネットワークと  
糖尿病診療マニュアルの研修会による診療  
所医師へのインスリン療法の啓発拡大 第  
36回日本医学教育学会総会 平成16年  
7月30日～31日 高知

17. 平井愛山、竜崇正、崎山樹：電子カル  
テネットワークを活用した卒後臨床研修、  
とくに地域医療研修システムの構築と在宅  
医療 第15回日本在宅医療研究会 平成  
16年6月26日～27日 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

分担研究報告書

かかりつけ医を地域リーダーとした排尿障害者に対する医療支援  
ネットワークの構築に関する研究

分担研究者 筧 善行、香川大学医学部泌尿器科・教授、

研究要旨 かかりつけ医と排尿ケアに精通した看護師をコアとし、泌尿器科専門医を側面支援者とする医療支援ネットワークを形成することで、高齢者や要介護者の排尿障害に対する系統的な医療支援が可能になることが示唆された。

分担研究者 氏名 筧 善行  
所属 香川大学医学部泌尿器科  
役職 教授

A. 研究目的

- 1) かかりつけ医と排尿ケアに精通した看護師をコアとし、泌尿器科専門医を側面支援者とする医療支援ネットワークを形成する。
- 2) 香川県内の各介護施設や在宅障害者の排尿・排便ケアに携わる看護師や介護士の排尿ケアスキルを向上させる。

B. 研究方法

- 1) 香川県下の5医療施設に所属する排尿ケアや排便ケアに精通した看護師と地域の開業医師および8名の泌尿器科専門医からなる排尿ケア支援ネットワークを形成した。排尿ケア支援を実践するための行動目標と方略を検討した。
- 2) 香川県下の介護老人保健施設で排尿および排便ケアに携わる看護師、介護士に対して、上記ネットワークによる実習セミナーを開催した。方法は、ネットワークメンバーを数名ずつの小グループに分け、各地域の主要介護施設での訪問講習会の開催と、排尿障害の簡便で系統的な診断方法の講習、仮想症例を使用した実習セミナーを行った。  
(倫理面への配慮)

講習に教材として使用した症例はすべて匿名化して使用し、個人を特定出来ないよ

うに配慮した。

C. 研究結果

- 1) 排尿ケア支援ネットワークメンバーを泌尿器科専門医1-2名、排泄ケアに習熟した看護師1-2名からなる小グループに分け、香川県下の介護老人施設6ヶ所において、地域の開業医または施設に所属する医師や施設の看護師、介護士に対して訪問講習会を開催した。まず、名古屋大学排泄情報センター制作の「排尿ケアマニュアル」による排尿障害の簡便な診断法を習得させ、ついで、各施設の具体的な症例における排尿障害の診断と解決方法を、介護士や看護師と地域の医師だけで検討させた。
- 2) 香川県下の介護老人施設、訪問看護ステーションに従事する看護師や介護士と、それらが日常的にコンサルトする医師を対象として、講習会を開催した。この講習会は排尿ケア支援ネットワークメンバー全員が参加して行った。第1回は3グループに分け、仮想症例を使用した参加者のみによるグループ討論と発表会を行い、排尿ケア支援ネットワークメンバーはオブザーバーとして陪席した。第2回は簡易残尿測定器の使用法や各種オムツの適切な使用法の講習会と、参加者の施設での具体的な問題点の質疑応答を行った。
- 3) 日常にかかりつけ医や地域の看護師や介護士からの質問に回答するため、排尿

ケア支援ネットワークのホームページ開設の準備を開始した。

#### D. 考察

地域の高齢者や要介護者の排尿ケアの質を向上させることは、介護者のみならず介護者の家族や周辺社会の QOL の改善にもつながると考えられる。排尿ケア支援ネットワークを構築したことで、地域の非専門医や看護師、介護士が気軽に相談できる環境を整備することができた。特に、排泄ケアを専門職とする看護師が中心となり、泌尿器科専門医はむしろ側面から支援する体制の方が、専門医が前面に立って指導するよりも、実際の現場の看護師や介護士の排尿ケアのスキルが向上するよう思われた。

#### E. 結論

排尿ケア支援ネットワークの構築は、地域の高齢者や要介護者の排尿障害を改善させる上で、効率的な方法と考えられた。

#### F. 健康危険情報

特になし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

###### 1) 筧 善行, 乾 政志

特集 高齢者のがん治療戦略とがん看護 (1)

高齢者泌尿器がんに対する治療戦略.

**がん看護** 2004 年 9 巻 1 号 31-34 頁

###### 2) 桑田 善弘, 島田 治, 佃 文夫, 乾 政志, 武田 繁雄, 筧 善行

科学的 QOL 解析遂行にあたっての問題点: 前立腺癌患者について

**西日本泌尿器科** 66:4, 222-225, 2004

学会発表

###### 1) 武田 繁雄, 向井 千晶, 筧 善行, 長尾 由美子, 大橋 洋三, 大森 正志, 山本 由利子, 小島 圭二, 渡辺 豊彦, 山田 大介, 福井 明子, 松木 孝和

シンポジウム パネルディスカッションⅡ

香川県における高齢者排尿障害実態調査

と排尿管理マニュアルに基づく介護老人保健施設入所者の排尿管理の試み.

さぬき尿失禁懇話会排尿実態調査実務者委員会

香川大学, 社会保険栗林, 高松市民, 高松赤十字, 香川県中, 三豊総合,

キナシ大林, 松木泌尿器科

第 17 回老年泌尿器科学会 2004.05.29 金沢市

###### 2) 乾 政志, 佃 文夫, 佐倉 雄馬, 加藤 琢磨, 合田 裕美, 林田 有史, 岡添 誉, 谷口 進, 田岡 利宜也, 常森 寛行, 桑田 善弘, 武田 繁雄, 筧 善行

香川大学

高齢患者に対する膀胱全摘除術の臨床的検討.

第 92 回日本泌尿器科学会総会 2004.4.11 大阪市

###### 3) 桑田 善弘, 島田 治, 佃 文夫, 乾 政志, 武田 繁雄, 筧 善行

香川大学

前立腺全摘術患者の縦断的観察による QOL の経時的変化の検討.

第 92 回日本泌尿器科学会総会 2004.4.13 大阪市

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

##### 1. 特許取得

特になし。

##### 2. 実用新案登録

特になし。

##### 3. その他

特になし。

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）  
分担研究報告書

プライマリケアにおける糖尿病疾病管理の費用対効果に関する研究

分担研究者 池田俊也 慶應義塾大学医学部 専任講師

研究要旨 糖尿病は適切な治療により合併症の予防が可能であるが、「エビデンスに基づいた理想的な治療」と「現実に実施されている一般的な治療」には乖離があるといわれている。米国で導入されつつある「疾病管理(disease management)」は、IT 技術などを活用して糖尿病非専門医が理想的治療の方法を実践できる環境を提供し、この乖離を生めることができると考えられている。しかし、国内での導入可能性やその費用対効果については十分に検討されていない。そこで本研究では、糖尿病疾病管理の費用対効果を明らかにするための手法を開発するとともに、我が国における糖尿病疾病管理の導入可能性と課題について検討を行うこととした。

A. 研究目的

糖尿病は適切な治療により合併症の予防が可能であるが、「エビデンスに基づいた理想的な治療」と「現実に実施されている一般的な治療」には乖離があるといわれている。米国で導入されつつある「疾病管理(disease management)」は、IT 技術などを活用して糖尿病非専門医が理想的治療の方法を実践できる環境を提供し、この乖離を生めることができると考えられている。しかし、国内での導入可能性やその費用対効果については十分に検討されていない。そこで本研究では、糖尿病疾病管理の費用対効果を明らかにするための手法を開発するとともに、我が国における糖尿病疾病管理の導入可能性と課題について検討を行うこととした。

B. 研究方法

14年度は、PubMed等の医学文献データベースを用いて、糖尿病疾病管理の効果を評価した文献を収集するとともに、その長期的効果ならびに費用対効果を推計する方法について検討を行った。15年度は、我が国における事例として千葉県立東金病院を中心としたオンライン服薬指導を対象とし、長期予後と医療費予測を試みた。これらの結果を踏まえ、今年度は、推計方法の精緻化に関する課題について整理した。

（倫理面への配慮）

患者の個人情報収集はしておらず、倫理的問題はない。

C. 研究結果及び考察

糖尿病治療の長期予後と医療費予測を行うために必要とされる情報は次の通りである。

1. 疾病管理導入前の患者の長期予後

2. 糖尿病疾病管理による短期的なアウトカム指標の変化

3. 介入効果の持続期間とコンプライアンス

4. 疾病管理導入に必要なコスト

5. 患者の病態に対応した QOL 値（効用値）

長期予後と医療費予測の推計を精緻化する方法としては、これらの情報をより正確に把握することが必要となる。

1. の「患者の長期予後」については、久山町研究などの疫学データや、熊本スタディなどの介入研究における非介入群の結果が参考となるが、これらのデータは医療機関や健診機関を定期的に受診したりする患者の情報に限られることとなるため、放置された患者や受診を怠る患者も含めた平均的な患者像を把握することは困難である。職域や地域単位での長期的な観察データが得られることが理想である。

2. の「疾病管理の臨床効果」については、国内のデータは昨年度研究で使った千葉県立東金病院を中心としたオンライン服薬指導以外の事例はほとんど存在しない。また、海外データで報告されているデータについても効果のあった事例のみが報告される出版バイアスの可能性が考えられる。今後、わが国において、介入調査を実施する必要がある。

3. の「介入効果の持続期間とコンプライアンス」については、国内データは皆無であり、海外でも最長 1 年間のフォローアップに留まっている。長期的な観察研究が必要である。

4. の「疾病管理導入に必要なコスト」については、分析の立場（誰にとってのコストを測るか）によって把握すべき項目が異なるが、IT 化などの診療報酬点数では評価されない医療機関にとっての「持ち出しの」コストについても留意する必要がある。

5. の「患者の病態に対応した QOL 値」については、医療経済評価に用いるためには、完全な健康 = 1、死亡 = 0 の間隔尺度で示された「効用値」による QOL 評価を行う必要がある。効用値を測定することができる QOL 質問表（効用値測定尺度）はわが国では日本語版 EuroQol しか存在していないが、5 項目 3 段階の簡便な質問表であることから、糖尿病で生じる多彩な症状を適切に把握しうるとは考えにくい。今後、より感度の高い効用値測定尺度の開発を行う必要がある。

#### D. 結論

14 年度・15 年度研究により、プライマリケアにおいて IT 技術や医療連携などを適切に活用し疾病管理を導入することにより、患者の長期予後を改善させるとともに、医療費削減効果が得られる可能性が示唆されているが、この結果は現状入手可能な疫学データに基づいたシミュレーションによるものであり、精度の点で限界がある。糖尿病疾病管理の効果ならびに費用対効果をより正確に把握するためには、疾病管理の効果に関する長期的な観察研究とともに、費用や QOL データの収集が必要である。

### Ⅲ. 研究報告書

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

研究報告書

米国内科学会 外来患者満足度評価指標（ABIM-PSQ）日本語版の開発

分担研究者 松村真司 松村医院 院長  
研究協力者 大野每子 北部東京家庭医療学センター 臨床研究部長  
研究協力者 尾藤誠司 国立病院機構東京医療センター 医師  
主任研究者 福原俊一 京都大学大学院医学研究科医療疫学 教授

**研究要旨** かかりつけ医（プライマリ・ケア医、一般医、家庭医）のプロセスおよびアウトカムの評価において重要な要因である診療についての満足度に関して内外のこれまで出版された文献上発表され本邦で使用可能な測定尺度を蒐集し、それらに用いられている構成概念について整理を行った。これまで信頼性・妥当性ともに検証がなされている尺度は少なく、またその多くは病院における外来で使用されていたものであり、診療所が主体であるわが国のかかりつけ医の外来における使用には限界があると考えられた。日本で開発された尺度の多くは外来のアメニティーやコメディカルの対応も含めた包括的な満足度尺度であった。さらにその多くは 90 年代前半に発表されたもので、言い回しなどについて若干の変更が必要であると考えられた。ヘルス・サービス研究の観点より国際比較にも使用できる尺度は MISS およびアメリカ内科学会が開発した尺度を用いるか、あるいは新たに米国で使用されている尺度を翻訳・検証することが必要であること等が明らかになった。

分担研究者 氏名 松村真司  
所属 松村医院  
役職 院長

これらを利用したヘルス・サービス研究も行われ始めた<sup>3) 4) 5)</sup>。

はじめに

患者満足度は、医療提供者から受けたサービスの内容について患者本人がどう感じたかを示す主観的な評価である。実際に提供された、あるいは現在提供されている医療サービスに対する満足度に関する研究は 1960 年代に欧米で始められ、80 年代以降盛んに行われるようになった<sup>1)、2)</sup>。わが国でも 90 年代に入り患者満足尺度の開発や、

欧米における先行研究では、高い患者満足が得られると、治療へのアドヒアランスが高まり<sup>6)</sup>、ドクター・ショッピング<sup>7)</sup>や医療過誤訴訟<sup>8)9)</sup>などの好ましくない患者の受療行動が減り、糖尿病患者における血糖値や高血圧患者における収縮期血圧などの健康指標を改善することが明らかになっている<sup>10)</sup>。

しかし、患者満足度が評価している概念があいまいであり、さまざまなサービスの評価を含んでいるということが指摘されている。その多くは、医師の人間的側面やコ

コミュニケーション技術についての主観的評価であるとされているが、これまでわが国で開発されてきた満足度尺度は、ケアの技術的な側面や、コメディカルや事務から提供されているサービスの評価までをも含んだ概念を元にしてしているものが多い。また、これまで作成された満足度指標は、主として大学病院などの高次機能病院調査から得られたデータにより作成されてきており、このような側面での評価項目が多く含まれている。このようにして作成された満足度指標は、高次機能病院と診療所では大きくサービスが異なるため比較が困難である。さらに、これらの満足度指標において、妥当性・信頼性を詳細に検証された尺度は少なく、一定の信頼性をもって患者満足度を測定することが困難な状況である。

以上の背景から、これまで私たちは国内外の出版された患者満足度指標を収集し、その中で汎用性に富み、外来における医師の人間的な行動の評価と教育のために開発された米国内科学会の患者満足度指標 (American Board of Internal Medicine, Patient satisfaction questionnaire: ABIM-PSQ)<sup>11)</sup> を日本語に翻訳の上、わが国での使用に適した形とするため質的研究を通じ構成概念の検証および項目の検討を行ってきた<sup>12)</sup>。今回私たちはこのような作業を通じて得られた質問票をさらに、尺度の心理計量学的な検証を行うことによって、実地臨床での有用性について検証した。

## 方法

### 1. 翻訳および構成概念妥当性の評価

米国で開発された 23 項目の ABIM-PSQ (表 1) の翻訳を行った。原版の尺度との意味の同一性を可能な限り保持するために、翻訳は、英語から日本語の順翻訳を Bilingual の日本人 2 名により下訳が行われ、

これらの 2 種類の下訳を参考に、Bilingual の日本人 1 名がこれらの下訳の統合を行った。翻訳は逐語訳ではなく、できるだけ意味上の変化が生じないように、ただし日本語として理解しやすくなるよう慎重に行われた。最終的に研究者・下訳者・翻訳者の議論を踏まえ、日本語版の最終版を作成した。その後、これらの日本語版は英語を Native Speaker とする米国人により逆翻訳された。この逆翻訳版について、概念上の相違がおこっていないか米国側の作成者に確認し、意味の相違の可能性が指摘された部分については再翻訳が行われた。このようなプロセスにより、意味の同一性ができるだけ損なわれないように試みた上で、最終的に 23 項目の日本語版 ABIM-PSQ 原案が作成された。

これらの原案を、私たちがこれまで行ってきた自由記載による質的調査 (平成 14 年度)<sup>12)</sup>、および先行の質的研究によって得られた「かかりつけ医にとって重要な要因」に含まれる概念<sup>13)</sup>に対応する項目を網羅するよう「患者の個人的な情報の把握」に関する質問を 2 項目追加、さらに利便性の 3 項目、全体的な満足度の 4 項目を含んだ、合計 32 項目からなる質問票が最終的に開発された。

その後、米国で開発された ABIM-PSQ の項目が日本の診療環境、文化環境、そして日本における患者医師関係において適応することを検証するために、外来通院患者 5 名を対象に、この日本語版 ABIM-PSQ 質問票を用いたグループインタビューを男女別に行った。これらのグループインタビューでは、一部の項目に対して、言い回しや、米国で開発された質問項目の表現が本邦の状況にはそぐわないものがあることが指摘された。たとえば、米国版の原版では、質問項目 3 においては「医師が電話番号を提供する」が含まれていたが、多くの参加者



よりわが国では医師が患者に電話番号を教えることについての違和感が数多く患者より指摘されたため、この表現は削除された。また、質問項目 16 は「薬の飲み方、検査の受け方、運動や食事の仕方について説明してくれる。」という項目であったが、わが国では医師からではなく、薬剤師・栄養師・看護師によって説明されることも多くわかりにくいなどの指摘をうけ、削除された。これらの作業を通じて、翻訳の表現方法がいくつか変更となり、この点を再度逆翻訳が行われ確認が行われた。

## 2. 計量心理学的検討

これらの作業を通じて作成された日本語版 ABIM-PSQ を用いた実証研究が行われた。2004 年 1 月—2 月に、関東地区 3 病院、7 診療所に協力を求め、これらに通院している 16 歳以上の外来患者に対して無記名自己記入式質問紙法による調査が行われた。再試験信頼性を検証するために、配布直後の調査と、3 日後の想起による再調査があわせて行われた。実施方法は、外来受診が終了後、患者に協力を求め、同意が得られた患者には、当日調査票への記入を依頼しその場で回収すると同時に、事後評価票を配布し、自宅へ帰った 3 日以内での記入を依頼した。事後評価票は、郵送でデータセンターに返送するよう依頼した。事後評価票には、アドヒアランス「医師からうけたアドバイスを、ほとんどすべて守っている。」「(お薬をのんでいる方のみにおききます) 処方されたお薬は指示されたとおりに飲んでいる。」および回復の程度「前回の診察以降、からだの調子はよくなってきている。」についての質問が加えられた。すべての調査協力者には 500 円の図書券による謝礼が配布された。

## 3. 倫理的検討ならびにデータ分析

すべての研究計画は独立行政法人健康医療評価研究機構における倫理委員会、ならびに調査実施場所である東京ほくと医療生協、独立行政法人国立病院機構東京医療センターの倫理委員会の審査による許諾を得た。また、データ分析は SPSS version12 を用いて行われた。

## 結果

全配布 519 名のうち、271 名から事前および事後調査票が回収された（回収率 52.2%）。そのうち病院から 150 名、診療所からは 124 名の回収を得た。（表 2）回答者の平均年齢は 60.8 歳（20-89 歳）、男性が 37.2%含まれていた。健康状態は最高に良い 1.8%、とても良い 10.9%、良い 56.6%、あまり良くない 26.3%、良くない 4.6%であった。通院年数は、1 ヶ月未満が 23%含まれると同時に、5 年以上通院しているものが 20.4%含まれた。事後調査の記入時期は 3 日以内が 21.5%、4 日—7 日後が 36.1%と、一週間以内が過半数であったが、21 日後の記入と回答したものも 17.2%含まれていた。

### ① 項目分析

これらの質問項目について、欠損率と度数分布を確認した。各項目について欠損率は 0-1.1%であり、各項目とも欠損率によって除外する必要はないと考えられた。また、ひとつのカテゴリーに 80%以上の回答が偏るものも存在しなかった。ただし、質問に関して「あてはまらない」の項目が 20%以上選ばれているもの（質問 2、3、10、11、12、13、15、17、20、21、22、24）は、わが国の外来診療場における評価項目として適切ではないと考えられ、削除された。

② 因子分析による構成概念妥当性の検討

先の12項目を除外した、12項目について因子分析を行った。第1因子の固有値は8.01であり、第1因子により分散の66.8%が説明されたため、この12項目は1因子であることが示された。しかし、項目8の共通性は0.365とやや低かったため除外し、ふたたび因子分析を行った。この場合、すべての項目において十分な共通性が認められた。また、第1因子の固有値は7.71であり、第1因子の寄与率は70.1%となり、1因子であることが示された。(表4)。

③ 収束性妥当性・弁別性妥当性の検討

先の12項目と、項目8を除外した上記11項目について、アクセスの3項目より作成されたアクセス尺度を用いて、収束性妥当性・弁別性妥当性の検証を行った。収束性妥当性の基準として、その項目と該当する下位尺度特定の間関係数が0.4以上であること、弁別性妥当性の基準として、ABIMとの間関係数が、アクセス尺度の得点との間関係より大きいこととした。欠損値に関しては、その領域の回答数が半数以上であれば、回答された項目の平均値で欠損値を置き換えることで尺度得点を計算した。

表5のように、間関係数範囲0.794-0.873、収束妥当性テスト11/11、弁別性妥当性テスト3/3と基準を満たしており、これらの項目の構成概念妥当性は確認されたと考えられる。

④ 基準関連妥当性：同時的妥当性

11項目のABIM-PSQ尺度と、総合満足度、信頼度、知人・家族への推薦、

再受診意欲とを検討した。「どちらともいえない」「そうは思わない」「まったくそうは思わない」を同一カテゴリーとして、3段階で比較した。それぞれ、有意差を持ってABIM尺度と関連があった(表6)。

⑤ 基準関連妥当性：予測的妥当性

11項目のABIM-PSQ尺度と、事後調査におけるアドヒアランスおよび自覚症状の改善との関連を比較した。表7に示すように、それぞれ、ABIM-PSQ尺度の得点と有意に関連していた。

⑥ 信頼性：内的整合性、再試験信頼性

11項目のABIM-PSQ尺度におけるクロンバックの $\alpha$ は0.957であった。また、事後評価におけるABIM-PSQ尺度の得点との相関はPearsonの相関係数において0.765と良好な相関関係を認めた。

考察

今回、米国内科学会において開発されたABIM-PSQの日本語版を開発し、その信頼性と妥当性を検討したものである。最終的に今回作成された質問票は、ABIM-PSQとして11項目、そして利便性の3項目、総合満足度の4項目を加えても全18項目の簡便なものである。このうちABIM-PSQから作成された11項目は、外来を担当する医師のコミュニケーション技術と人間的対応の質を評価するものであり、外来において患者が簡便に記入できるものである。もともとABIM-PSQは研修プログラムにおいてこれらの技術に欠けるレジデントを同定し改善するために開発されているため、教育目的での使用が前提とされている。

米国で作成されたオリジナルの ABIM-PSQ は医師の評価項目を 23 項目から最終的に 10 項目に削減されている。米国版の ABIM-PSQ(10 項目)と日本版の対比を表 8 に示すが、最終的に選択された項目は、米国版の 10 項目のうち 8 項目が日本語版に採用されており、大部分が同じものであった。日米の診療環境にかかわらず、これらの項目は外来医師のコミュニケーション技能および人間的診療の質として中心的なものであることが示唆される。

本研究では、構成概念妥当性の検証とともに、基準関連妥当性の検証として、これまでの内外の先行研究と同様、外来患者満足はアドヒアランス、医師への信頼、他の患者への推薦、および外来への再受診希望、自覚症状の改善との有意な関連を証明した。日本語版 ABIM-PSQ の得点が、このように中間的な患者の行動と密接に関連することが明らかになっており、外来での患者満足だけではなくその後の患者の行動を予測するものであると考えられる。

また、11 項目の ABIM-PSQ 尺度の再試験信頼性は 0.74 と良好であることが明らかになった。このことから、事後評価が、外来診療直後の評価をある程度反映できることもあきらかになった。わが国のプライマリ・ケアの現場の大多数を占める小規模診療所や中小病院において満足度調査を行う場合には、医師や患者を特定できる恐れがあり、これらが満足度評価の実行可能性を妨げることや、その測定内容に影響を与えることが考えられる。今回の、診療直後の評価と事後評価に一定の関連が存在することが明らかになったことから、本尺度を用いることによって後日の郵送や電子メールによる調査なども可能になり、これらがプライマリ・ケアの現場の大多数を占める小規模診療所・中小病院における外来患者満足度評価をより簡便にすると考えられた。

本調査は、米国で開発されたオリジナル項目をもとに、削減していくという手順がとられている。オリジナル項目は、104 名の患者インタビューから、外来医師の望ましい行為を抽出し項目プールにし、これらから項目候補を Weighted hierarchal validity model を通じコード化した上で分類し、これらの項目案を出発点にして、ビデオによる模擬診療調査、患者インタビュー、医師へのインタビュー、実証研究など膨大な作業を通じて開発されたものである。

日本語版ではこれらから得られた項目の翻訳に加えて、自由記載による調査と、グループインタビューを用いた質的調査から得られた知見によって、わが国の診療環境に適合するように項目の変更・追加が行われた。以上のことより、最終項目はわが国の診療環境においても妥当なものであると思われるが、最終的に内容妥当性がこれで十分なものであるかどうかについてはさらなる今後の検討が必要である。特に、本研究においては、「あてはまらない」の選択枝が選ばれた項目が多い項目は、現実のわが国の外来で評価が不能であるにすぎず、わが国の患者が実は希求している可能性がないとは言い切れない。さらに、これまでの質的研究を通じて、わが国の患者が求めていると探索された「患者の個人の情報の把握」に関する評価のひとつである、患者の人間・社会的背景についての把握の項目は、多くの患者が「あてはまらない」を選んだために最終的な評価項目としては含まれなかった。これら最終的に日本版 ABIM-PSQ 尺度に含まれなかった項目に関しては今後さらなる検証が必要であると思われる。

米国の原版や、他の外来患者満足度指標と同様、本指標も平均が 4.35 ときわめて高値であり、また高値に歪みを持った分布をしていた。今回の調査は、調査協力が得ら

れた医師・患者群を用いた調査であることより、通常の外来医師よりも高い値を示している可能性がある。今後は代表性を持ったサンプルによる標準値の検証が行われていくことが望ましいと考える。

最後にいくつか本調査における調査での比較を試みている(表 10)。本研究によるデータからは、満足度と性別、年齢群、健康状態、通院年数に関する有意な関連認めなかった。有意差は認めないものの、通院年数は短い場合には満足度は低いが、また長くなると満足度も低くなること明らかになった。通院期間は長い患者は、通院がマンネリ化して逆に満足度が低くなるのか、あるいは通院せざるを得ない理由があつて満足度が低くとも通院を継続しているのかもかもしれない。この点については、通常通院期間が長い場合には満足度が高くなる傾向にあるといわれているため、今後の検討を要するところである。また今回の調査においては、診療所と病院における相違も見られなかったが、これらも今後の検討が必要であると考えられる。

以上より、私たちは米国内科学会によって開発された患者満足度尺度の日本語版を作成した。これらは 11 項目であり記入も簡便で、かつ教育目的にも使用することが出来、信頼性と妥当性が検証された尺度である。今後この質問項目を用いて、わが国の外来における医師のコミュニケーション技術と人間的側面における診療の質が評価され、さらには改善を行うために活用していくことが望まれる。

#### 参考文献

- 1) Donabedian A: The quality of care: how can it be assessed? JAMA, 260: 1743-1748, 1988.
- 2) Sitzia J, Wood N: Patient satisfaction: a review of issues and

concepts. Social Science Medicine, 45: 1829-1843, 1997.

- 3) 長谷川万希子、杉田聡. 病院外来患者の受療満足度尺度の開発. 日本保健医療行動科学会年報, 7: 150-165, 1992.
- 4) 箕輪良行、柏井昭良、渡邊亮一 診察満足度スケールの信頼性、妥当性の検討- 日本語版 MISS の開発- 日本医事新報, 3736: 30-33, 1994.
- 5) 村上義孝、橋本修二、大橋靖雄、土井徹、林謙治. 患者の受療行動・満足度に関する調査項目の信頼性と妥当性 日本公衆衛生学会雑誌, 44: 22-32, 1997.
- 6) Francis V, Korsch BM: Gaps in doctor-patient communication: Patient's response to medical advice. New England Journal of Medicine, 280:535, 1969.
- 7) Wolinsky FD, Steiber SR: Salient issues in choosing a new doctor. Social Science Medicine, 16:759, 1982.
- 8) Vaccarino J: Malpractice: the problem in perspective. JAMA, 238: 861, 1977
- 9) Penchansky R, MacNee C: Initiation of medical malpractice suits: a conceptualization and test. Medical Care, 32: 813, 1994
- 10) Kaplan SH, Greenfield S, et al: Assessing the effects of physician-patient interactions on outcomes of chronic disease.
- 11) Swanson DB, Webster GD, Norcini JJ. Precision of patient rating of resident's humanistic qualities: how many items and patients are enough. In: PROCEEDINGS OF THE THIRD OTTAWA CONFERENCE ON

ASSESSMENT OF CLINICAL  
COMPETENCE, 1990

- 1 2) かかりつけ医の診療プロセスとアウトカムに関する研究 平成14年度  
研究報告書
- 1 3) 篠塚雅也, 大野每子, 松村真司,  
藤沼康樹. かかりつけ医に求められる  
条件についての質的研究 病体生理  
36:19-23, 2002

表1 標本数

	標本数
A病院	56
B病院	66
C医療センター	28
A診療所	14
B診療所	17
C診療所	23
D診療所	20
Eクリニック	25
Fクリニック	10
G医院	15
合計	274

表 2 回答者属性

		標本数 n=274
年齢	平均(標準偏差) レンジ	60.8(15.1) 20-89
性別	男性(%)	102(37.2%)
健康状態(%)	最高に良い	5(1.8%)
	とても良い	30(10.9%)
	良い	155(56.6%)
	あまり良くない	72(26.3%)
	良くない	11(4.6%)
通院年数	本日はじめて-1ヶ月未満	63(23%)
	1ヶ月以上-6ヶ月未満	33(12%)
	6ヶ月以上-1年未満	28(10.2%)
	1年以上-3年未満	68(24.8%)
	3年以上-5年未満	26(9.5%)
	5年以上	56(20.4%)
事後評価を記入した 日時	診療から3日以内	59(21.5%)
	4日-7日後	99(36.1%)
	8日-10日後	22(8.0%)
	11日-13日後	15(5.5%)
	14日-20日後	21(7.9%)
	21日後以上	47(17.2%)

表3 各項目に関する度数分布および欠損率（上段 度数、下段％）

	とても よかつ た	よかつ た	ふつ う	あまり よくな かつた	よくな かつた	あて はまら ない	無回 答
1)知っておいたほうがよいことは、 すべてかかずに話してくれた	120 43.8	80 29.2	42 15.3	1 0.4	1 0.4	30 10.9	- -
2)わからないことはわからないと認め、 必要があれば専門医を紹介してくれた	47 17.2	17 6.2	20 7.3	- -	- -	190 69.3	- -
3)検査結果は忘れずに教えてくれた	112 40.9	61 22.3	19 6.9	2 0.7	2 0.7	75 27.4	3 1.1
4)きちんとあいさつし、不機嫌だっ たり、失礼な態度をとったりしなかつ た	164 59.9	71 25.9	37 13.5	- -	- -	2 0.7	- -
5)えらそうな話し方や子どもあつか いしたりせず、対等に接してくれた	150 54.7	77 28.1	37 13.5	1 0.4	- -	8 2.9	1 0.4
6)人の話を途中でさえぎらずよく聞 き、気をつかって質問をしてくれた	148 54.0	80 29.2	31 11.3	3 1.1	1 0.4	10 3.6	1 0.4
7)一人の人間として関心を持ち、 退屈そうなそぶりを見せたり、言う ことを無視したりしなかつた	155 56.6	69 25.2	38 13.9	1 0.4	- -	11 4.0	- -
8)診察の前に、少しおしゃべりをして 気持ちをなごませてくれた	81 29.6	55 20.1	83 30.3	8 2.9	- -	46 16.8	1 0.4
9)診察中はこれから何を、なぜする のか教えてくれ、診察でわかつたこと はすぐ話してくれた	122 44.5	78 28.5	32 11.7	4 1.5	1 0.4	37 13.5	- -
10)健康に関わる生活習慣やスト レスについてたずねてくれた	67 24.5	34 12.4	49 17.9	9 3.3	2 0.7	110 40.1	3 1.1
11)立ち入った話には気を配り、プ ライバシーを尊重してくれた	67 24.5	41 15.0	56 20.4	2 0.7	1 0.4	106 38.7	1 0.4
12)どのような治療法があるのか 示し、あなたの意見をふまえて決 めてくれた。こうなさいと言う前 に、あなたがどう思っているか聞いて くれた	97 35.4	50 18.2	42 15.3	1 0.4	1 0.4	83 30.3	- -
13)あなたのスケジュールや生活 習慣に合わせて、薬・食事・運動 の方法を相談の上調整してくれた	94 34.3	42 15.3	44 16.1	1 0.4	1 0.4	92 33.6	- -
14)何かあれば遠慮せずたずねる ように言い、わかりやすく答えてく れた。答えなかつたり、一方的な説 明をしたりしなかつた	127 46.4	75 27.4	49 17.9	- -	1 0.4	22 8.0	- -
15)病状について、なぜ起こつたの か、今後どうなるのか、知っておく べきことを説明してくれた	93 33.9	61 22.3	48 17.5	6 2.2	1 0.4	65 23.7	- -
16)病状や治療について、専門用 語を使わずにわかりやすいことば で説明してくれた	113 41.2	78 28.5	47 17.2	2 0.7	1 0.4	33 12.0	- -



表3 (続き) 各項目に関する度数分布および欠損率(上段 度数、下段%)

	とても よかつ た	よかつ た	ふつ う	あまり よくな かつた	よくな かつた	あて はまら ない	無回 答
17)心配事を相談する時間をとつてくれた。せかさされたようなそぶりや急いでいる様子を見せなかった	104 38.0	59 21.5	50 18.2	3 1.1	- -	58 21.2	- -
18)あなたの方を見て、話してくれた	147 53.6	80 29.2	38 13.9	4 1.5	- -	4 1.5	1 0.4
19)ていねいに診察し、診察中の患者の気持ちを察してくれた。無神経で思いやりのない態度はとらなかつた	143 52.2	76 27.7	41 15.0	2 0.7	1 0.4	11 4.0	- -
20)減量・運動・禁煙など、健康のために取り組んでいるとき、達成状況を確認はげましてくれた	41 15.0	26 9.5	47 17.2	1 0.4	1 0.4	158 57.7	- -
21)待たせた場合は一言あやまってくれた。緊急時以外は診察中にじゃまが入らないようにしてくれた	69 25.2	57 20.8	34 12.4	7 2.6	3 1.1	104 38.0	- -
22)病状や治療の説明で、わからない点がないか聞いてくれた	92 33.6	53 19.3	55 20.1	5 1.8	1 0.4	68 24.8	- -
23)医師は、私の体に関する心配ごとをわかってくれた	103 37.6	71 25.9	51 18.6	2 0.7	1 0.4	46 16.8	- -
24)医師は、私の性格や家族のことなど、私の人間的な面もわかってくれた	67 24.5	31 11.3	49 17.9	3 1.1	2 0.7	122 44.5	- -

表4 因子分析の結果

	因子負荷量	共通性
1)知っておいたほうがよいことは、すべてかくさずに話してくれた	.789	.623
4)きちんとあいさつし、不機嫌だったり、失礼な態度をとったりしなかった	.830	.689
5)えらそうな話し方や子どもあつかいしたりせず、対等に接してくれた	.881	.776
6)人の話を途中でさえぎらずよく聞き、気をつかって質問してくれた	.871	.758
7)一人の人間として関心を持ち、退屈そうなそぶりを見せたり、言うことを無視したりしなかった	.869	.755
9)診察中はこれから何を、なぜするのか教えてくれ、診察でわかったことはすぐ話してくれた	.773	.597
14)何かあれば遠慮せずたずねるように言い、わかりやすく答えてくれた。答えなかったり、一方的な説明をしたりしなかった	.862	.743
16)病状や治療について、専門用語を使わずにわかりやすいことばで説明してくれた	.768	.590
18)あなたの方を見て、話してくれた	.864	.747
19)ていねいに診察し、診察中の患者の気持ちを察してくれた。無神経で思いやりのない態度はとらなかった	.851	.725
23)医師は、私の体に関する心配ごとをわかってくれた	.842	.710

因子抽出法: 主成分分析

表 5 収束的・弁別の妥当性

尺度	項目数	相関係数 範囲		収束妥当性		弁別妥当性	
		収束 妥当性	弁別 妥当性	項目/全	%	項目/全	%
ABIM-PSQ	11	.794-.873	.191-.225	11/11	100	3/3	100
アクセス	3	.677-811	.220-.313	3/3	100	11/11	100

表6. 基準関連妥当性：同時的妥当性

項目	質問内容		ABIM-PSQ 得点	P-value
総合満足度	医師の診療内容や態度に満足している	低	3.51	<0.01
		中	3.96	
		高	4.74	
信頼	医師の医学的な判断を信頼することができる	低	3.67	<0.01
		中	4.02	
		高	4.78	
推薦	家族や知人に対してこの医師をすすめようと思う	低	3.85	<0.01
		中	4.22	
		高	4.84	
再受診意図	今後また受診するときには、引き続きこの医師の診察を受けたいと思う	低	3.65	<0.01
		中	3.98	
		高	4.75	

低—「まったくそう思わない」「そうは思わない」「どちらともいえない」

中—「そう思う」

高—「非常にそう思う」