

穿刺し、麻痺が残った事例)

D まとめ

(1)「医療事故」を体験した患者や家族が、その出来事に対して抱く感情とその変容

「医療事故」を体験した患者やその家族は、医療事故の原因や責任を医療従事者の問題として捉える傾向がある。しかし、その背後にある医療制度や労働環境の問題として捉えたり、医療従事者の肯定的な面を強調すること等によって、出来事の認知をリフレーミングすることによって、出来事に対する強いネガティブな評価や感情が緩和されるように、自らを制御する傾向がみられた。

また、「医療事故」体験は時間が経つにつれて、ネガティブな感情は潜在化するが、消えていくものではない。そして、潜在化したネガティブな感情は、「医療事故」に関連したさまざまな動因によってしばしば呼び起こされる。とくに痛みや障害が残るような場合は、痛みや障害がリマインダーとして作用し、頻繁に思いが喚起される傾向が見られ、「医療事故」後の医療従事者及び医療機関の対応・対処の重要性が再認識される結果となった。

(2)「医療事故」を認知するプロセスの類型とそれに関連する要因の検討

患者・家族の「医療事故」の認知には、「(当該)医療者から伝え聞く」、「一貫性・信頼性のない治療」、「医療者の説明モデルと患者・家族の説明モデルとの不整合」、「説明のつけられない病状や QOL の悪化」といった要因が関わっていることを考察した。

医療者の治療・診断の安定性に対する患者・家族の信頼、すなわち治療や診断は確実性が高く揺らぎが少ないものであると考えていることや、医療管理下にある

ことの信頼の付託は、現実的には医療や身体の不確実性や医療の限界ともいえる特性によって裏切りに遭うことがある。医療の一貫性・信頼性の無さ、診断・治療のバリエーションや揺らぎを医学的にどう説明するべきであろうか。

流産を体験した女性に対する研究(Simmons et.al.,2006)では、流産の原因を与えられている女性は、そうでない人より自責の念が少なく、逆に病因論が与えられていない人は、医療の状況に関心を寄せている例が多く認められている。しかし、なぜ流産が起きたのかという個別の臨床的理由はいつも与えられるわけではなく、50%は原因がわからないとされている。事例2でいえば、彼女は2つの処方の違いについて、調剤薬局の薬剤師に質問しているが、薬剤師は『そんなの、うしろはいいじゃないですか、それは、もう過ぎたことやから・・・』(対象者の言い回しとしては”逆ギレ”した感で)と返答をうけていた。(最初の処方が間違っている可能性も否定できないが)説明できないことをいかに説明するのか。患者・家族の側ではそのような医療を受け容れるのは、現状においては困難なことと思われる。

また、従来から「診断」が患者の心理的ウェルビーイングやナラティブに影響をもたらすことは指摘されているが(Rosenberg,1992)、本研究においても、自身の身体感覚を重視する一方で、医学的な診断が与える影響が大きいことを示す事例が幾分か認められた。

なお、本研究の現段階の分析では、「医療事故」の認知に影響する要因を個別に抜き出しているが、現実には、これらの要因は単独ではなく構造をもって、患者・家族のストーリーとして「医療事故」を認知するに至るように思われる。

引用文献

- イヴァン・イリッチ, 金子 嗣郎(訳)脱病院化社会: 医療の限界, 晶文社, 1998
- Adams RE, Boscarino JA. , A community survey of medical errors in New York., *Int J Qual Health Care.* 2004 , 16(5):353-362
- 山本武志, 橋本廸生: 患者が医療事故を認識・体験するプロセスの実態把握に関する研究—福岡県内での質問紙調査から— . *病院管理*, 44, 39-48, 2007.
- 北沢直美, 池田俊也, 兼児敏浩, 他, 有害事象把握のための診療録レビューにおける看護師スクリーニングの信頼性の検証, *病院管理*, 42(1), 53-65, 2005
- ハワード・ゼア, 西村春夫ら(訳), 修復的司法とは何か—応報から関係修復へ— 新泉社, 2003
- Williams B, Coyle J, Healy D, The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels, *Social Science & Medicine*, 47(9), 1351-1359, 1998
- Rebecca K. Simmons, et al., Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health Study, 2006, 1934-1946, *Social Science & Medicine*, 63,7

<資料>

日本語版 Trust in Physician Scale の開発：尺度の信頼性・妥当性の検証

I. はじめに

医療における信頼は、医師と患者の関係において常に中心にあるもので、効果的なケアを行うための前提条件である¹⁰⁾。患者の医師に対する信頼の度合いは、医師のコミュニケーション方略を評価する指標になること、また、信頼自体を医療の質の一指標としてみることもできるため、医師への信頼を測定する尺度の有用性は高いと考えられる。しかし、患者の医師への信頼を測る尺度は、信頼の構成概念について様々な議論がある一方、でその数が少ない⁷⁾。

わが国においては、1990年前後から始まった患者満足度の研究においては、医師への満足度を評価する項目が用いられている。しかし、患者満足度調査では、医師を評価する項目はごく一部に限定され、また、総合的な満足度を問うている調査項目が多く、医師への信頼は測定されていない。医師の評価に特化した尺度としては唯一、Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)⁴⁾が箕輪ら⁵⁾によって翻訳され、信頼性、妥当性が検証されている。MISSは医師への満足度を測定する26項目の尺度構成となっており、医師への信頼を表現する項目も含まれている。だが、その一端を信頼によって構成される概念として作られていないため、信頼に関連した項目を抽出して用いることはできない。

欧米において医師への信頼を測定した尺度はいくつかあるが、Anderson & Dedrick¹⁾が1990年に開発した Trust in

Physician Scale は、医師への信頼を測定する実用化された最初の尺度で、その後開発された尺度^{8,17,14)}にもその項目が一部用いられている。近年ではリウマチ医療に特化して医師の信頼を測定した研究が行われるなど、信頼性、妥当性が認められている¹⁸⁾。その他の尺度については、アメリカの医療保険制度に関連して医師の行動を評価する項目を含む尺度^{8,9)}など、Hallら¹⁴⁾の尺度を除けば、わが国において利用可能性があるものはなかった。そこで本研究では、Anderson & Dedrick¹⁾の Trust in Physician Scale を翻訳し、日本語版 Trust in Physician Scale (以下 TiPS-J とする) の信頼性、妥当性を検証することとした。まず、パイロットスタディとして、少数サンプルの研究¹²⁾において妥当性、信頼性を部分的に検証した。しかし、想定していた全11項目での尺度の妥当性が確保できず、10項目での利用を余儀なくされた。そこで、本研究では、日本語版の翻訳について再検証し、尺度の導入部分の説明文章の翻訳も行い、サンプル数を増やして妥当性・信頼性の検証を行った。

II. 方法

A. 対象と方法

対象は、福岡県民2,000人とした(抽出率0.04%)。まず、福岡県の全市区町村を福岡、筑後、筑豊、北九州の4地域に分類し、さらに人口規模に応じて、都市部(福岡市・北九州市の全区)、10万人以上、5万人以上10万人未満、2万人

以上5万人未満、2万人未満に5区分し、計20ブロックに層化した。次に、全80市区町村から45市区町村を抽出し、2,000人を各市区町村の人口に応じて割り当てた。各自治体レベルでは系統抽出法を用い、割り当てられた対象者数を住民基本台帳の写しから転記した。但し、住民基本台帳の写しがなく電算化された情報しか存在しない場合は、各自治体が対応できる方法で対象者を抽出した。

調査方法は無記名式の調査票を対象者に郵送し、郵送で回収した。調査は2007年3月に実施した。なお、本研究は「市民の医療体験に関する調査」の一部として、福岡県立大学研究倫理委員会の承認を得て行った。

B. 調査項目

調査項目は、TiPS-J、主治医の総合的評価（満足度）、医師全般への信用度、過去の医療事故の体験、基本属性等である。基本属性は、年齢、性別、家族形態、医療・福祉関係の資格の有無、SF-8¹³⁾、1年間の通院回数、主治医の有無などである。

主治医の総合的評価は、「その医師(主治医)の総合的な印象・評価について、どのように思われますか」、「今後、受診する必要があった場合、その医師にかかりたいですか。それとも他の医師のほうが望ましいですか。」、「あなたの家族や親戚に、その医師をすすめますか。」の3項目について尋ね、それぞれ4段階で評価してもらった。医師全般の信用度は、「『医師』全般について、あなたはどのくらい信用できるとお考えですか」と尋ね、「1.とても信用できる」から「5.まったく信用できない」の5段階の選択肢を設け回

答を得た。

C. 尺度の翻訳

翻訳の手続きは、著者が日本語に翻訳し、次に、翻訳した尺度を英語に精通した看護学の研究者に逆翻訳を依頼した。そのうえで、英語を母国語とする研究者と前述した看護学の研究者に、原文と逆翻訳した英語を比較し、意味が一致しない項目や、修正すべき点などの指摘をしてもらった。指摘に基づき、著者が日本語版を修正したうえで両研究者に再度検討してもらい、日本語版の尺度を確定させた。

なお、原典の尺度と日本語版の尺度は、項目の順序を一点変更している。原典での最初の項目は、「主治医が、私を一人の人間として思ってくれていないと感じるときがある」で、主治医について強く否定する内容の項目である。このような表現の項目が最初にあることについて、記入者が抵抗を感じることで予測されたため、日本語版では3番目に移動させた。また、尺度の導入部分については、尺度の翻訳と同様のプロセスで行い、原典に忠実に翻訳した^{注2)}。

D. 分析方法

本尺度は原典に「My doctor」とあるように、医師患者間にある程度の継続的な関係があることが前提となっているため、本研究ではまず、主治医がいる者220名のデータを用いて、尺度の信頼性、妥当性を検証した。はじめに、尺度の各項目について度数分布、平均値、標準偏差を算出した。回答が肯定または否定に過度に偏っている項目や、標準偏差が小さい項目は尺度を構成する項目としては不適当と判断し、尺度からは排除する。次

に、尺度全体の収束性を検討するためにIT相関分析を行い、全項目との相関係数が低い項目は尺度から排する。

因子妥当性の検証のために因子分析を行い、一因子性であることを確認する。なお、因子分析は最尤法を用いて分析を行った。

さらに、基準関連妥当性の検証として、11項目を単純加算した得点と、主治医の総合的評価、医師全般への信用度、年齢、1年間の通院回数、SF-8の「全体的にみて、過去1ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか(GH)」との相関係数を算出し検討した。主治医の総合的評価との間では、従来の研究¹⁴⁾にあるように強い相関が見込まれる。一方で、医師全般への信用度は主治医の総合的評価ほどではないが、主治医に対する信頼と比較的近い概念であるため、中程度の相関が見込まれる。年齢については医師への信頼との相関を認めていない研究¹⁸⁾もあり、Anderson&Dedrick¹⁾が示すように、相関があっても弱いものになるであろう。1年間の通院回数については、通院回数の多い人のほうが医師への信頼が大きいことがわかっている¹⁹⁾。健康状態についてはself rated healthとの弱い相関が先行研究において認められている¹⁸⁾。なお、5歳刻みの選択肢によって回答を得た年齢、5段階尺度である医師一般への信用度、結果的に右裾が極端に長い分布となった通院回数、SF-8のGH(1項目6段階尺度)との相関関係の検討は順位相関係数を用いた。

本研究は住民調査のため、主治医を多くに持たない対象者が多数存在する。そこで、主治医を持たない回答者には、最

近もつとも関わりのあった医師について回答してもらった。主治医とはいえない一時的な関係の医師に対しては、主治医のいる人が主治医に対して抱く信頼に比べて、より低い評価になることが予測される。この検討は、交差妥当性の評価に近いものといえるだろう^{註1)}。分析は、主治医がいる群といない群についてTiPS-Jの得点及び各項目の平均値、標準偏差をまず算出し、t検定によって差を検討する。主治医がいる群のほうが年齢が高いなど、基本属性が異なることが予測されるので、さらに分散分析によって年齢および性別、SF-8(MSC-8およびPSC-8)を調整した上で、2群の得点に差があるかを検証する。

尺度の信頼性については、内的一貫性を示すクロンバックの α 係数によって検証した。

III. 結果

A. 回収率と分析対象者の特性

回収率は28.7%(回収574通)であった。TiPS-J全11項目に回答があった527名を分析対象者とした。分析対象者の属性は表1に示すとおりである。性別では女性、年齢では50歳代及び60歳代の分析対象者が、母集団の構成比に比較してやや高くなっていた。主治医の有無については、42.9%(220名)が「いる」と回答していた。主治医の有無は、性差はほぼなかったが、年齢は高い者ほど主治医のいる割合が高くなっていた。

B. 尺度を構成する項目の評価

尺度を構成する11項目について、度数分布と各項目の平均値、標準偏差を算

出した (表 2)。Anderson&Dedrick¹ による評価では、同じ 5 ポイントのリッカートスケールであるにもかかわらず、各項目の平均値は 4 点台の中盤程度であり、本調査での平均点のほうが低くなっていた。しかし、標準偏差については 0.7 から 1.0 程度と原典と概ね変わりなく、不適格といえるほど分散が小さい項目は認められなかった。IT 関連においては、0.6 を超える項目がほとんどであったが、項目 3 及び項目 11 において値がやや小さくなっていた (表 3)。

C. 尺度の妥当性の検証

尺度の一因子性を確認するために因子分析を行ったところ、第 II 因子までが固有値 1.0 を超えていた (表 3)。第 II 因子の因子負荷量が相対的に高い項目 3 及び項目 11 は、患者の人権への配慮や医師の人格を問う内容の項目群と考えることもできるが、因子軸の回転を複数の方法で試行したものの、明確に二因子であることを結論付けることはできなかった。また、因子分析のスクリープロットを確認したところ、第 II 因子を活用する有効性は高くないと判断できることから、一因子性の尺度として扱うこととした (図 1)。

次に、基準関連妥当性の検証として、主治医の総合的評価、医師全般への信用度、年齢、1 年間の通院回数、SF-8(GH) との相関係数を算出した。主治医の総合的評価 3 項目とは、0.55-0.70 程度の強い正の相関がみられた。一方、医師全般への信用度との関係では、0.35 と主治医の総合評価より弱い相関が見られた。年齢との関係では、0.16 と弱い正の相関が認められた。1 年間の通院回数との関係

では、正の相関ではあったが相関係数はかなり小さくなっていた。SF-8(GH) との関係では、0.18 と弱い正の相関が認められた。

D. 尺度の妥当性の検証：主治医がいる群といない群の得点の比較

まず、11 項目それぞれについて主治医がいる群と主治医がいない群を比較すると、すべての項目において 0.1%水準 (t 検定) で主治医のいる群の得点が高くなっていた。次に TiPS-J 全 11 項目の得点を比較すると 0.1%水準で有意な差が認められ ($t=11.8$, $DF=511$, $p<0.001$)、主治医がいる群で 44.3 点 \pm 0.45、主治医がいない群で 37.5 点 \pm 0.37 と得点に大きな差があった。さらに、分散分析によって、年齢、性別、SF-8 (GH) を調整して 2 群間を比較しても、主治医の有無によって有意な関係が認められ ($F_{(1,493)}=113.8$, $p<0.001$)、主治医がいる群の TiPS-J 得点が高くなっていた。

E. 尺度の信頼性の検証

主治医がいる場合の TiPS-J の α 係数は、0.895 と算出され、高い内的一貫性が示された。

IV. 考察

A. 尺度の妥当性

因子妥当性については、固有値を基準にしていえば第二因子まで採用されるべきと考えることもできる。しかし、第一因子の因子負荷量が第二因子の因子負荷量の絶対値を下回るものはなく、また、内容的に第二因子として統一性のある項目の集合体を得られなかったこととスクリープロットから総合的にみて、一因子

性のスケールと判断した。しかし、因子妥当性という観点からは2項目を除いた9項目版のほうが、より適切であると判断できる、内容的妥当性から鑑みても、項目3と項目11を除外しても、「信頼」という点では9項目でカバーすることができると思われる。項目11については同じ結果がある。

基準関連妥当性については、概ね予測どおりの関係が認められ、妥当性を確保できたといえる。「医師全般」への信用度との相関係数は、主治医がいる群より主治医がいない群で高くなっていた。主治医がいない場合においては評価対象となる医師との関係が希薄で、評価対象が曖昧になることから、「医師全般への信用度」との弁別しにくくなると考えられることから、この結果は至極妥当と考えられる。同様に、各項目の得点について主治医のいる群で肯定的な評価が下されていることも、信頼を測定する尺度としての妥当性を表しているといえよう。

B. 尺度の信頼性

信頼性の一端を表す内的一貫性について、 $\alpha = 0.895$ という高い値が得られた。この値は、原典から一項目の文言を改訂した Thom¹⁷⁾の研究 ($\alpha = 0.92$) よりやや低いが、改定した原典及びそれを使用した研究^{1,18)} ($\alpha = 0.85, 0.87$) よりも高く、概ね確保できたといえる。本来このスケールは英文では「your doctor」としており、概ね主治医に値する人を評価の対象に設定していることから、主治医がいるケースでより高い信頼性が得られたことは妥当な結果といえるが、主治医とはいえない一時的に関係をもつ医師の評価にも信頼性が確保されることが示され

た。

C. 残された課題

本研究の限界でもあるが、本研究は尺度開発のための調査ではなかったことから、信頼性については再テスト法などによる時間的安定性は検証ができていない。この点は今後の課題としたい。また、原典に忠実であること翻訳したこと、尺度の導入部分の文章が冗長になっている。同義でありながらより簡潔な文章に置き換える必要があると思われる。

医師への信頼を測定する他の尺度との関係では、先に述べたようにわが国において利用可能性のあるものは少ないが、本尺度を一部を利用している Hall ら (2002) のものがわが国においても使えそうである。勝俣ら¹⁵⁾ によって翻訳・開発されている段階にあり、尺度としての有用性について比較検討することが望ましいであろう。

V. 結論

本研究において翻訳・開発した日本版 Trust in Physician Scale は、原典と同様の11項目版について概ね妥当性、信頼性を確保することができた。因子分析の結果等を基にした9項目版についても、11項目版と同様の妥当性、信頼性を得ることができた。また、継続的な関係性の無い医師への信頼を測定する尺度としても、妥当性、信頼性を概ね得ることができた。

注

- 1) 交差妥当性はある集団で得られた関数などが、他の集団にもあてはまるという点で妥当性を検証する。本研究では、開発した尺度がある集団(主治医がいる)に比較して、他の集団(主治医がいない)でのあてはま

問4. 以下の項目について、あなたが思うか思わないかについてお答えください。各項目について選択肢は「かなりそうである」から「全くそうではない」まであります。それぞれについて、あなたが思うまたは思わない度合いを最もよくあらわしている番号に○をつけてください。すべての項目に回答していることと、各項目に1つだけ○をつけていることを確認してください。あなたが、こうあるべきと思うことや、望ましいとされることを回答するのではなく、あなたが本当にそう感じていることをお答えください。なお、主治医がいない場合は、最近、最も関わりのあった医師についてお書きください。

りがよくないことによって、尺度の妥当性を評価しようとするものである。

- 2) 導入部分の翻訳は以下の通りである。ただし、最後の一文は本研究の目的である主治医をもたない患者による医師の評価を行うために、著者が付け加えたものである。

文献

- 1) Anderson LA, Dedrick RF, Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychol Rep*, 67, 1091-1100, 1990
- 2) 池上直己, 河北博文, 患者の満足度と病院の管理姿勢: 日病の会員施設における実態調査, *日本病院会雑誌*, 34(7), 13-19, 1987
- 3) 長谷川万希子, 杉田聡, 患者の満足度研究と今後の実際的応用, *健康観の転換: 新しい健康理論の展開* (園田恭一, 川田智恵子編), 東京大学出版会 (東京), 85-104, 1995
- 4) Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB, The medical interview satisfaction scale: Development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior, *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 391-401, 1978
- 5) 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, 1995
- 6) 高山智子, チーム医療における患者医療者関係, *チーム医療論* (鷹野和美編), 医歯薬出版 (東京), 11-24, 2002
- 7) Pearson SD, Raeke LH, Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data, *J Gen Intern Med*, 15(7), 509-513, 2000
- 8) Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, et. Al, The relationship between method of physician payment and patient trust, *JAMA*, 280(19), 1708-1714, 1998
- 9) Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, et al, The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance, *Medical Care*, 36(5), 728-739, 1998
- 10) Mechanic D, Schlesinger M, The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians, *JAMA*, 275, 1693-1697, 1996
- 11) Mechanic D, Changing Medical Organization and the Erosion of Trust, *The Milbank quarterly*, 74, 171-189, 1996
- 12) 山本武志, 橋本廸生, 患者が医療事故を認識・体験するプロセスの実態把握に関する研究: 福岡県内での質問紙調査から, *病院管理*, 44, 39-48, 2007
- 13) 福原俊一, 鈴鴨よしみ, SF-8™日本語版マニュアル, NPO 健康医療評価研究機構 (京都), 2004
- 14) Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, Balkrishnan R. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev*.

59, 293-318. 2002

- 15) 勝山貴美子, 加藤憲, 水野智, 山内一信, 青山ヒフミ, 小笠幸子, *Interpersonal Trust in a Physician* 尺度の日本語版の開発, *病院管理(suppl.)*, 45, 2007
- 16) 厚生白書平成9年版, 1997, ぎょうせい, 148.
- 17) Thom DH, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA. Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. *The Stanford Trust Study Physicians. Med Care.* 1999 May;37(5):510-7.
- 18) Freburger, J.K., Callahan, L.F., Currey, S.S., & Anderson, L.A. (2003). Correlates of trust in the rheumatologist among patients with rheumatic disease. *Arthritis & Rheumatism.* 49(1):51-58.
- 19) Thom DH, Kravitz RL, Bell RA, Krupat E, Azari R. Patient trust in the physician: relationship to patient requests. *Fam Pract.* 2002, 19(5):476-83.

表1.性別年齢別回収率

性別	年齢	調査対象者		標本		年代別 回収率(%)	主治医の有無 n(あり・なし)
		n	構成比(%)	n	構成比(%)		
男性	20歳代	193	20.4	44	19.7	22.8	8・31
	30歳代	200	21.2	40	17.9	20.0	10・25
	40歳代	153	16.2	31	13.9	20.3	13・16
	50歳代	220	23.3	58	26.0	26.4	23・27
	60歳代	178	18.9	50	22.4	28.1	28・18
	不詳	-	-	0	0.0	-	-
	計	944	100.0	223	100.0	23.6	82・117
女性	20歳代	201	19.0	53	15.9	26.4	13・39
	30歳代	220	20.8	58	17.4	26.4	16・39
	40歳代	191	18.1	60	18.0	31.4	24・34
	50歳代	221	20.9	80	24.0	36.2	36・35
	60歳代	223	21.1	78	23.4	35.0	43・17
	不詳	-	-	5	1.5	-	-
	計	1056	100.0	334	100.0	31.6	133・167

表2.尺度を構成する項目の度数分布及び平均値、標準偏差

質問項目	主治医の有無	選択肢 (%)					平均値	標準偏差
		全く そうではない	あまり そうではない	どちらとも いえない	まあ そうである	かなり そうである		
1.私の主治医は、私が必要としていることにたいして理解があり、それを最も大切にしてくれている	有り	0.5	2.3	10.9	50.9	35.5	4.19	0.75
	無し	2.7	10.9	36.2	42.7	7.5	3.41	0.88
2.私は主治医をととても信頼していて、主治医のアドバイスにいつも従おうとしている	有り	0.0	2.3	14.1	48.6	35.0	4.16	0.75
	無し	1.4	8.2	29.0	51.9	9.6	3.60	0.82
3.主治医が、私を一人の人間として思ってくれていないと感じるときがある*	有り	2.3	3.6	14.1	25.0	55.0	4.27	0.99
	無し	1.7	8.2	32.4	31.7	25.9	3.72	0.99
4.私の主治医が私に話すことはすべて、正しいに違いない	有り	0.9	3.2	29.5	46.8	19.5	3.81	0.82
	無し	4.1	9.9	44.7	37.2	4.1	3.27	0.85
5.私はときどき主治医の意見を信用できず、別な人の意見が欲しいと感じる*	有り	0.9	11.4	22.7	34.1	30.9	3.83	1.02
	無し	6.1	30.0	29.0	27.3	7.5	3.00	1.06
6.私は、私の治療やケアについての主治医の判断を信じている	有り	0.0	1.4	11.4	50.0	37.3	4.23	0.70
	無し	1.7	5.5	23.2	58.7	10.9	3.72	0.80
7.私の主治医は、私の治療やケアに対してすべきことの一部をしていないと感じる*	有り	0.5	5.5	12.7	37.7	43.6	4.19	0.89
	無し	1.4	6.8	33.8	42.3	15.7	3.64	0.87
8.私の主治医は、私の治療をする際に、他のことよりも私の治療に必要なことを優先にしてくれていると思う	有り	0.5	4.1	25.9	45.5	24.1	3.89	0.83
	無し	2.4	9.6	50.5	33.1	4.4	3.28	0.79
9.私の主治医は、私が抱えているような病気を治療する真の専門家といえる	有り	0.5	7.3	23.2	44.5	24.5	3.85	0.89
	無し	2.7	10.9	45.1	35.2	6.1	3.31	0.85
10.私の治療に何かミスや間違いがあったときに、私の主治医はそのことを私に話してくれると思う	有り	2.3	2.3	33.6	43.2	18.6	3.74	0.87
	無し	5.8	15.4	54.3	20.5	4.1	3.02	0.87
11.私は、主治医と話したことが完全に秘密にされているかどうか、ときどき心配になる*	有り	1.4	4.5	18.2	32.7	43.2	4.12	0.95
	無し	2.7	11.9	35.5	33.1	16.7	3.49	1.00

*逆転項目

選択肢:5=かなりそうである, 4=まあそうである, 3=どちらともいえない, 2=あまりそうではない, 1=全くそうではない

表3.I-T相関と因子分析

質問項目	I-T相関		因子分析			
	主治医の有無		主治医の有無			
	有り	無し	有り		無し	
			第一因子	第二因子	第一因子	第二因子
6.私は、私の治療やケアについての主治医の判断を信じている	0.73	0.64	0.79	-0.21	0.69	0.01
7.私の主治医は、私の治療やケアに対してすべきことの一部をしていないと感じる*	0.70	0.59	0.75	0.40	0.62	0.28
2.私は主治医をとっても信頼していて、主治医のアドバイスにいつも従おうとしている	0.69	0.60	0.75	-0.19	0.66	-0.11
9.私の主治医は、私が抱えているような病気を治療する真の専門家といえる	0.68	0.60	0.74	-0.16	0.69	-0.29
1.私の主治医は、私が必要としていることにたいい理解があり、それを最も大切にしてくれている	0.69	0.60	0.73	-0.15	0.66	-0.01
5.私はときどき主治医の意見を信用できず、別な人の意見が欲しいと感じる*	0.67	0.56	0.71	0.16	0.58	0.29
10.私の治療に何かミスや間違いがあったときに、私の主治医はそのことを私に話してくれると思う	0.63	0.56	0.66	-0.08	0.62	-0.07
4.私の主治医が私に話すことはすべて、正しいに違いない	0.61	0.62	0.66	-0.05	0.69	-0.11
8.私の主治医は、私の治療をする際に、他のことよりも私の治療に必要なことを優先にしてくれていると思う	0.60	0.50	0.64	-0.11	0.60	-0.34
3.主治医が、私を一人の人間として思ってくれていないと感じるときがある*	0.50	0.49	0.53	0.26	0.51	0.43
11.私は、主治医と話したことが完全に秘密にされているかどうか、ときどき心配になる*	0.43	0.36	0.45	0.24	0.37	0.34
固有値	-	-	5.57	1.02	4.74	1.27
寄与率	-	-	50.6	9.2	42.9	11.6

*逆転項目
 選択肢:5=かなりそうである, 4=まあそうである, 3=どちらともいえない, 2=あまりそうではない, 1=全くそうではない

表4.日本版Trust in Physician Scaleの基準関連妥当性の検証

項目	主治医の有無			
	有り		無し	
	相関係数	n	相関係数	n
年齢 ^a	0.13+	214	0.12*	281
主治医の総合的評価				
総合的な印象・評価 ^a	0.70***	214	0.55***	280
再受診時の意向 ^a	0.63***	214	0.56***	278
家族・親戚への奨励 ^a	0.59***	214	0.56***	278
「医師全般」への信用度 ^a	0.35***	214	0.47***	280
通院回数 ^a	0.03	206	0.07	280
SF-8				
PCS-8 ^b	0.10	212	0.08	277
MCS-8 ^b	0.13*	212	0.17**	277

^a順位相関係数, ^b積率相関係数
 ***<.001, **<0.01, *<0.05

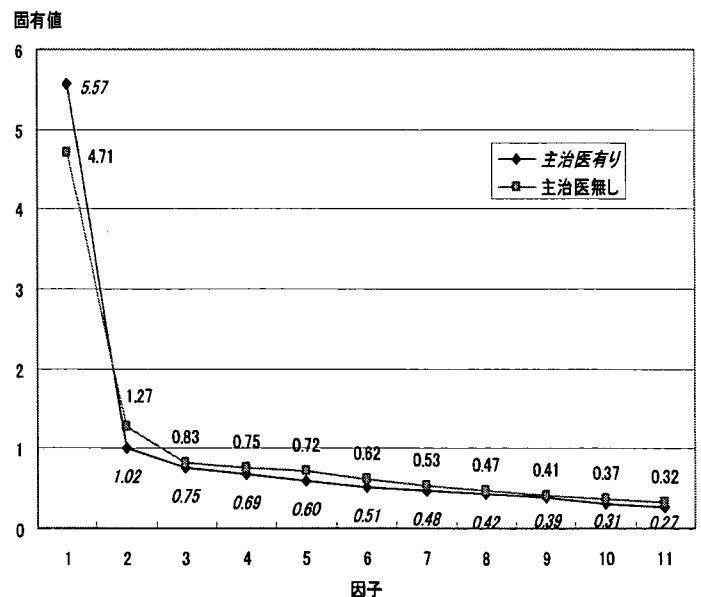


図1.スクリープロット(因子分析)

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

とくになし

Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷

とくになし