

精神科患者の満足度調査票の開発に関する文献研究

A Review related to development of Satisfaction Instrument for Psychiatric Patients

安藤 一博*¹・村方多鶴子*¹・白石 裕子*¹

Kazuhiro Ando*¹・Tazuko Murakata*¹・Yuko Shiraishi*¹

キーワード：精神科患者，満足度調査尺度，精神医療コンシューマー
psychiatric patients, satisfaction scale, mental health consumer

I. はじめに

わが国の精神医療に対する意識の変化，つまり，医療者，患者・家族，一般社会の人々による「患者本位の医療」への意識変化によって，患者が病院を選ぶ時代になって久しい。そこで，患者の側から見た患者のニーズに合わせようとする病院改革の手法として“患者満足度調査”が注目を集めるようになった。看護における患者満足度調査は，海外の文献ではコンシューマー（消費者）に対するサービスの向上を目的に，1950年代後半から行なわれている。一方，日本では，精神科以外の領域で本格的に行われるようになったのは1980年代後半からであり，伊藤¹⁾によれば，複数の精神科ではじめて組織的に患者満足度調査が行われたのは1997年のことである。精神科での調査の時期が遅れたのは患者の「病状への配慮」とともに，患者満足度調査は患者の主観の調査であり，精神科特有の病状による，「回答の信頼性への疑問」があると考えられたからである。それにもかかわらず，患者満足度調査が注目を集めるようになったのは，精神科医療においても，「医療の質の向上」を目指す時代の要請という背景がある。さらに，ノーマライゼーションの考えに基づく，社会的入院患者72,000人を退院させるという新障害者プラン（2003）による，入院医療から地域医療への促進に象徴される「選ばれる病院への転換」という

背景もあり，それに伴って，水野²⁾が提言する，患者の獲得という「経営上の理由」もあると考えられる。

精神科での患者満足度調査の意義について，伊藤¹⁾は以下の3点について述べている。①受療継続のための最低限度の満足度の保証，②患者や支払い者に対する説明ツール，③医療の質改善活動の導入方法のひとつである。また，Kuusmanenら³⁾は「精神科入院医療における患者満足度は，サービスと治療援助を将来利用するかどうかの重要な予測手段である」と述べているように，患者満足度調査は重要なものと位置づけられている。

Ruggeriら⁴⁾は，精神科での患者満足度調査尺度は，諸外国においても標準化されていないものが多く，データの比較が困難であり，ほとんどが自作の測定用具でデザインされたものから始まったと指摘している。その後，精神科患者の満足度の測定尺度が精選され，信頼性・妥当性が検証された研究が行われている。われわれは，精神科看護における経験から，日本における精神科での満足度調査においては，標準化された尺度がほとんど存在せず，病院独自で作成されていると予測した。そこで，調査結果を他と比較することが可能であり日本の文化に即しながら，より客観的で信頼性あるデータを得ることのできる尺度を開発する必要があると考えた。

* 1 宮崎大学医学部看護学科 地域・精神看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

今回は、標準化された尺度の開発の点で実績があり、調査項目の抽出プロセスが詳細に記述されている諸外国の文献と、日本の文献との比較を行ない、尺度開発の基礎資料とすることを目的とした。

II. 研究方法

1. データ収集方法・期間

医学中央雑誌WEB版Ver4で、「精神科」、「患者満足度調査」の両方のキーワードを含むことを条件に検索を行った。検索対象は原著論文、解説、総説とし、会議録は除いた。データの対象は、日本と諸外国共に、1997年から2007年の10年間に発表された文献に限定した。この10年間に設定した理由は、日本において精神科患者に対する満足度調査を本格的に開始された時期が1997年であったためである。次にCINAHLを用いて、海外誌で発表された文献を「Psychiatric patient AND Consumer satisfaction」のキーワードを含むという条件で検索した。また、PubMedを用いて、「Psychiatric patient AND Consumer satisfaction」の他に「Development of a scale」のキーワードを含むという条件で絞り込み検索を行った。データ収集は、2007年5月から7月にかけて行った。

2. 分析方法

研究者3名で、数編の文献の抄読会を行い、各文献から必要な分析要素を抽出した。上位要素として、【調査項目の作成過程】、【調査方法】、【その他】の3要素とした。下位要素として、【調査項目の作成過程】では、「項目の収集方法」、「作成項目の精選方法」、「項目次元」、「信頼性・妥当性の検討」、「質問紙作成上の留意点」、「評定尺度」の6つを設定した。【調査方法】では、「調査法」、「対象者選定基準」、「調査時間」、「面接者（研究者）の属性」、「調査までの手順・配慮」の5つを設定した。【その他】として、「倫理的問題への対応」、「調査国」、「出版年」の3つを設定した。

III. 結果

1. 日本の文献件数

医学中央雑誌WEB版Ver4で、「精神科」、「患者満足度調査」の両方のキーワードを条件に検索を行った結果、9件が検索され、その9件⁵⁻¹³⁾の文献を本研究における分析対象とした。

2. 諸外国の文献件数

CINAHLを用いて、海外誌で発表された文献を「Psychiatric patient AND Consumer satisfaction」のキーワードを含むという条件で検索した結果10件であった。同じ条件でPubMedで検索した結果、113件であった。この結果に「Development of a scale」で絞り込み検索を行ったところ、15件に絞り込まれ、合わせて25件が分析対象となった。この内容を検討した結果、CINAHLから3件³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾、PubMedから3件⁴⁾¹⁶⁾¹⁷⁾、入手した文献のリファレンスより1件²⁰⁾、データ対象期間外も含めて研究者らが1997年以前に発表された尺度開発研究についても文献として有意義と判断したため、本研究に必要と認めた文献4件¹⁸⁾¹⁹⁾²¹⁾²²⁾を併せて最終的に11件が選択され、本研究の分析対象となった。

3. 分析結果

1) 日本の文献

項目の収集方法については、既存の満足度尺度を参考にして、各研究施設の実情に合わせて項目を研究者が作成したものが、9件中5件であった。その他は、自作もしくは記載がないものが4件であった。作成項目の精選方法については1件記載があったが、他の文献ではなかった。信頼性・妥当性の検討を行った研究はなかった。調査法では、質問紙法を用いたものが4件、自記式質問紙と個別面接質問紙調査（以下個別法）を組み合わせたものが4件、個別法のみを用いたものが1件であった。質問紙作成上の留意点としては、どの研究も記載がなかった。評定尺度では、リッカートによる5段階評定を用いたものが4件、4段階評定が3件、4段階と3段階の組み合わせが1件、6段階、5段階、4段階、3段階の組み合わせを用いたものが1件であった。対象者の選定基準は、精

表 1 日本における精神科患者満足度調査票の分類内容

| 調査票名 | 香川の単科精神科病院における患者満足度調査項目 | 記載なし | 記載なし | Robert. L. Anders の「自記式精神障害者の満足度尺度」 | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | |
|---------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 項目の作成過程 | 項目の収集方法 | 記載なし | 記載なし | 自作 | 独自の調査票として開発 | CSQ-8Jなどを参考 | 自作 | 既存の患者満足度調査を参考にして作成 | 院内サービス向上委員会によって作成 | 療養環境については既存の調査項目を参考に作成 |
| | 作成項目の精選方法 | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 病院機能評価項目に準じて作成 | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし |
| | 項目次元 ()内は項目数 | ①ケアの満足度(4) ②職員による接遇(4) ③説明の仕方(4) ④食事・睡眠(3) ⑤環境(4) ⑥人権(4) | ①物理的環境(4) ②看護場面・言葉遣いなど(10) | ①物理的環境(13) ②看護者の対応(13) ③病棟行事(6) | ①接遇と看護姿勢(5) ②環境(2) ③説明(2) ④日常生活行動の援助(4) ⑤家族調整と外泊・退院支援(3) | ①入院時などの諸手続き(4) ②病室環境(8) ③院内設備・備品(6) ④医師の対応(3) ⑤看護師の対応(4) ⑥面接者への対応(2) ⑦生活について(2) | ①患者自身のこと(8) ②入院生活の質(5) ③看護者の関わり(9) | ①気持ちの尊重など(4) ②説明に関すること(4) ③治療とケア(1) | ①病棟内環境(1) ②病気・治療・検査の説明(1) ③職員の態度(6) | ①病室の環境：日中(12) ②病室の環境：夜間(12) ③医師・看護師に望むこと(7) ④医師の対応(6) ⑤看護師の対応(7) ⑥療養環境(7) |
| | 信頼性・妥当性の検討 | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし |
| | 質問紙作成上の留意点 | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし |
| 調査方法 | 調査法 | 個別面接質問紙調査 回答は尺度計を使用し、患者が指で示す | 集合質問紙法 | 自記式質問紙調査 | 自記式質問紙調査 | 自記式質問紙調査(自記式回答が困難な患者には質問によって回答を得た) | 個別面接質問紙調査による質問紙への自記(記入できない患者は看護師が記入) | 自記式質問紙調査(入院中の児童に対しては面接をして看護師が記入) | 自記式質問紙調査 | 自記式質問紙調査(自記式とするが患者の状況により看護師が説明し聴き取り代筆) |
| | 評定尺度 | リッカート5段階法 | 質問項目により、リッカートの3～6段階法を採用 | リッカート4段階法 | リッカート5段階法 | リッカート4段階法 | リッカート5段階法 | 児童・家族に対して：リッカート4段階法 医師・看護師に対して：リッカート3段階法 | リッカート4段階法 | リッカート5段階法 |
| | 対象者選定基準 | 一定日時の入院患者から、認知症など質問内容が理解できない患者、器質性脳障害、急性期で精神症状不安定な患者、発達遅滞等知的障害があり質問内容が理解できない患者を除く262名 | 慢性社会復帰病棟患者 | 入院患者 | 入院中の患者の内、隔離をしていない101名 | 精神科に一定日時に入院中の患者から言語的な応答が可能な429名 | 入院患者96名 | ①調査対象の2年間で1ヶ月以上の入院経験のある児童57名とその家族57名 ②医師3名と看護師16名 | 慢性期開放病棟入院中の統合失調症患者の内、精神障害者社会生活能力評価平均50点以下の20名 | 入院患者から認知症・器質性脳障害・急性期で精神症状不安定な患者を除く276名 |
| | 調査時間()内は平均 | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし |
| | 面接者(調査者)の属性 | 病棟師長 | 1人の解説者 | | | 当該病棟看護師または調査チームのPSW | 4名(所属等の記載なし) | 研究メンバー2名(所属等の記載なし) | | 看護師 |
| | 調査までの手順・配慮 | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | ①4名の調査者の対応の統一 ②個室の確保 | 記載なし | 記載なし | 記載なし |
| | その他 | 倫理的問題への対応 | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし |
| | 出版年 | 2001 | 2001 | 2002 | 2002 | 2003 | 2003 | 2005 | 2005 | 2005 |

精神科入院患者を対象としたものが8件、精神科に1ヶ月以上入院している患者とその家族と職員を対象としたものが1件、であった。**調査時間**についてはどの文献にも記載がなかった。**面接者の属性**としては、研究メンバーという記載だけで、所属、職種の記載がないものが3件、看護師が1件、精神保健福祉士 (PSW) が1件であった。**調査までの手順・配慮**では記載があったのが1件で、内容は、調査者の対応の統一、個室の確保であった。**倫理的問題への対応**について6件に倫理的配慮が記載されていたが、倫理関係機関の許可を記載していた文献はなかった。**出版年**は2001年から2005年であった (表1)。

2) 諸外国の文献

項目の収集方法は、①広範囲な文献調査、②患者に対する個別面接、③スタッフからの助言の3つがあった。①②③を組み合わせたものが3件、①③が2件、②③が2件、既存の質問紙を翻訳したものが4件であった。**作成項目の精選方法**では、①統計的处理、②専門家による項目の検討、③研究者の合議による項目の削除・追加、④患者の重要度のランクづけによる選択の4つの方法があった。③が4件、①が2件、②が1件、③④の組み合わせが1件であった。記載なしが3件であった。**信頼性・妥当性の検討**については、信頼性の検討は「クロンバック α 係数」が4件、「クロンバック α 係数、再テスト法、コーエンの κ 係数」が2件、「信頼性検討済みの調査票の使用」が2件であった。その他に、「クロンバック α 係数と折半法」が1件、「収束妥当性の検討のためのピアソンの相関係数」が1件で、記載なしが2件であった。**調査法**としては、「自記式」が6件、「自記式と個別法の組み合わせ」が3件、「個別法」が2件であった。**項目の次元と項目数**では、項目数は10~84であった。項目次元は2~8で、「全般的満足度」、「情報」、「アクセス」、「介入タイプ」、「患者 - 看護師関係」、「設備・環境」などがあった。**質問紙作成上の留意点**では、信頼性を高めるための「逆転項目の設定」が2件、「評価者によるバイアスがかからないための採点マニュアル作成」が2件、「翻訳版の表現方法の検討」が1件、

記載なしが6件であった。**評定尺度**は、リッカートの5段階法が7件、3段階法が1件、4段階法が1件、7段階法が1件、記載なしが1件であった。

対象者の選定基準は、一つの文献で2つの調査を行ったものがあるため、延べ12件とした。「特定期間に調査対象病院の外来を利用した患者」が5件、「データ収集期間に調査対象の精神科病院を退院した患者全員」が4件、「各精神疾患患者を調査対象病院から特定数選択し、退院後の日数を限定した患者」が1件、「地域コミュニティセンターを特定回数利用した患者」が1件、「統合失調症関連患者で特定期間にメンタルヘルスサービスを特定期間利用した患者」が1件であった。**調査時間**は、10分未満が1件、10~30分未満が3件、30分~1時間未満が1件、記載なしが6件であった。**面接者の属性**は、個別法を用いた5件中、「調査のための訓練を受けた心理士」が1件、「治療に直接関与しない心理士、ソーシャルワーカー (以下SW)、精神科医」が1件、「訓練を受けた心理士、SW、精神科医」が1件、記載なしが2件であった。**調査までの手順・配慮**では、個別法で、「面接者によるバイアスを配慮したマニュアル作成」や、評価の客観性を保つために「評価者相関」を行ったものがあった。質問紙調査では、対象者の回答能力を判定するための方法として「治療者が、対象条件に合致するかどうかを判断」したもの、「患者の注意力を考慮し短時間で実施」したもの等、患者への配慮および評価の中立性・信頼性への配慮に関する記載があった。**倫理的問題への対応**では、研究の許可を得た機関として、①病院の倫理研究委員会、②地域倫理委員会、③病院の管理職があった。①が1件、②が1件、①②が1件、②③が1件、記載なしが7件であった。**調査国**は、フィンランド3件、アメリカ2件、イギリス、カナダ、イタリア、スウェーデン、タイ、EUが各1件であった。**出版年**は、1993年から2006年であった。

表2 諸外国における精神科患者満足度調査表の分類内容（その1）

| 調査票名 | Inpatient consumer satisfaction scale (ICSS) | Verona Expectations for Care Scale (VECS) | Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) | The Inpatient Questionnaire | The Outpatient Questionnaire | Satisfaction with Nursing Communication CSQ10 | The Verona Service Satisfaction Scale-European Version (VSSS-EU) |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 方法の収集 | 患者と何度もブレインストーミング、20人のMH直接治療専門家が患者関心の基本リスト作成→90項目 | 82項目のうち、36項目をService Satisfaction Scale (SSS-30)、SSS-38、Family Satisfaction Scaleから採用、46項目を新しくイタリアの状況に合わせて作成した。 | 82項目のうち、SSS-30などから37項目を選択し、45項目はMHSの設定を選んで、作成した。その後簡易版VSSS-54やVSSS-32などを作成した。 | 著者の1人が両方の基礎アンケートを開発。患者、患者団体、親族団体と、精神医学分野の専門家にヒアリングを行い調整した。 | | 文献調査後、構成概念開発、MHスタッフに相談し、サービス構成要素にアドバイスを受けた。 | イタリアのVSSS-54版を、デンマーク語、オランダ語、英語、スペイン語に翻訳。③フォーカスグループで内容と翻訳を検討。 |
| 精作成方法の項目 | プレテストと項目分析後、30未満も項目を除外。重複項目の除外。2つのサンプルの因子を、主成分分析のバリマックス法で行い複合項目を除去し、最終が33項目。 | | 記載なし | 78人の入院患者に非構成的面接。579治療特性を内容分析→48治療特性リストを作成し、77人の患者にランク付けを依頼→重要度が高い20項目のうち16を採用。これを元に入院患者アンケートを修正。 | 94人の外来患者に、非構成的面接。→277特性を内容分析→57治療特性を84人の外来患者にランク付けを依頼→重要度が高い20項目のうち17を採用。これを元に入院患者アンケートを修正。 | 5人のMH看護師が質問内容を再調査し改善 | 記載なし |
| 項目の作成過程 | ①治療効果(21) ②スタッフへの信頼(7) ③病院環境(5) | ①期待：満足なケアについて最も重要なものを文章化する。 ②期待： 全般的側面 専門職の技術と行動 情報 アクセス 効果 介入のタイプ 近親者の関与 ③その他の重要な側面についての記述 | ①満足 ②満足 全般的側面 専門職の技術と行動 情報 アクセス 効果 介入のタイプ 近親者の関与 ③満足についての自発的な回答を記述 | ①属性(5) ②スタッフ-患者関係(4) ③病棟の雰囲気と物理的環境(7) ④疾患・治療選択・薬物の効果と副作用に関する情報(8) ⑤種々の治療介入に対する満足度(11) ⑥治療の質(4) ⑦拘束と強制医療(4) ⑧治療計画の全体的評価(6) ⑨全体的な改善項目(1) | 最終版：7領域35項目： ①患者属性 ②アクセス・利用地域 ③スタッフ-患者関係 ④情報手段 ⑤治療計画に対する患者の影響 ⑥治療介入と治療デザイン ⑦治療計画全般 | 一般満足度(8) 看護コミュニケーション満足度(2) | 全63項目 ①全般的満足尺度(3項目) ②専門職のスキルと行動(24) ③情報(3) ④アクセス(2) ⑤有効性(8) ⑥介入タイプ(17) ⑦近親者の関与(6) |
| 検査信頼性の検討 | 主成分分析による因子分析。41項目調査を、研究対象病院と異なる州の公的精神科急性期入院施設を退院した全ての患者(390)に追試。信頼性はクロンバックαにて検討 | VESSの①③の自発的の回答とVSSSの②の自発的質問の内容は2人の精神科医によって別々に分析された。最初の患者群と近親者群の40人の被験者のインタビューを1、2週間後に再テストした。VECSに答えた専門職、VSSS-Sの精神科医にも1、2週間後に再度質問。 | | Cronbachのαと折半法による信頼性の検討 | Cronbachと折半信頼性の検討。内的妥当性は、入院患者研究と同じ設計。 | 記載なし | 信頼性テスト：①クロンバックαで内的整合性を検討。②再テスト法で総得点平均と次の平均値とを比較し、クラス内相関係数を求めた。③コーヘンの加重κ |
| 上質の留意点 | 評価項目にポジティブ方向とネガティブ方向を入れた | | 記載なし | 肯定的・否定的表現を含めた。パイロットスタディで、各セクション毎にコメントを求めた。アンケートにコメントする患者の自由記載欄を含めた。 | アンケートにコメントする患者の自由記載欄を含めた(回答しにくい質問、抜けている質問)。 | ①クライアントの質問への理解度確認のため、Blesonの面接法を用いた。②既存のアンケートを自国にあわせて表現を一部変更(アメリカイギリス) | 評価項目にポジティブ方向とネガティブ方向を入れた |
| 調査法 | 自記式質問紙調査、退院時に手渡し | 自記式質問紙調査。認知障害や識字障害のある人には研究者が読みながら回答してもらう。 | 記載なし | 自記式質問紙調査。①8病棟：退院前、②4病棟：退院後2週間以内に答えて郵送 | 記載なし | 自記式質問紙調査質問、退院後2日以内に手渡し、または郵送依頼 | 自記式質問紙調査。認知障害や識字障害のある人には研究者が読みながら回答してもらう。 |
| 尺評定 | リッカート5段階法 | 82項目に0(全然重要ではない)～100(非常に重要)までの得点化 | ひどい(1点)～非常に良い(5点)までのリッカート5段階法 | リッカート5段階法 | リッカート5段階法 | リッカート4段階法 | リッカート5段階法(項目1-40)。3つの質問から回答する(項目41-54)。 |
| 基準対象者選定 | ①5つの州立病院(精神科急性期病棟)と3つの州運営MHセンターを退院した全ての患者366人。②別の2ヶ月間に精神科急性期ユニットを退院した全患者390人に依頼 | 南ヴェローナのPsychiatric Care Register (PCR)に、3年間に18回以上の受診経験のある患者群5名、患者を主に介護している近親者受け持った近親者群76名 | | 国の全入院施設に3日以上入院し、データ収集4ヶ月間に退院した患者 | 10の外来部門の1656人の全患者。2～4週間通院している全ての患者(受診回数は関係なし)。平均回答率46%→受診3回以下を省くと63% | データ収集期間(1年間)に退院した全患者284人に依頼 | ICD-10のF20からF25の診断を受けた289名(アムステルダム49名、コペンハーゲン81名、ロンドン50名、ベローナ66名)。3ヶ月間MHサービスを利用した患者。 |
| 調査時間 | 記載なし | 20～120分(M=43.2分) | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 2～15分(M=5分10秒) | 20～30分 |
| 面接者(調査者)の属性 | 病院スタッフ、研究者 | 2日間の訓練を受けた7人の研究者(精神科医3名、心理学者2名、SW2名)が行った。 | | 大学病院とスウェーデン健康事業開発研究所(Spri)のメンバー | | 研究者 | 記載なし |
| 調査までの手順・配慮 | 患者の回答が、治療及び退院に影響しないように、退院時にアンケートを配布した。 | 研究者が電話や訪問で被験者と接触し、アポイントをとった。4ヶ月間に2回の接触を持った。 | | ユーザーズ・マニュアルと、実践ガイドを出版。研究準備、デザイン、実践時に、情報と基礎訓練を与えるための会議を行った。自宅回答の場合、患者が忘れないように書面送付。 | | 記載なし | 記載なし |
| 倫理的問題への対応 | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし |
| 調査国 | アメリカ | イタリア | | スウェーデン | | イギリス | イタリア、デンマーク、オランダ、イギリス、スペイン |
| 出版年 | 1989 | | 1993 | | 1995 | 1996 | 2000 |

* MH：メンタルヘルス

表2 諸外国における精神科患者満足度調査表の分類内容（その2）

| 調査票名 | Charleston Psychiatric Outpatient Satisfaction | UKU-ConSat:the Consumer satisfactionrating scale | Self-rating Patient Satisfaction Questionnaire (SPRI) 改変 | Thai Psychiatric Satisfaction Scale (TPSS) | Patients' Perspective on Information Questionnaire (PPIQ) + CSQ8 | Self-rating Patient Satisfaction Questionnaire (SPRI) 改変 | |
|---------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 項目の作成過程 | 法 取 項 目 集 方 | 広範囲な文献調査、患者のフォーカスグループ、精神科医から情報収集を基に開発 | 広範囲な文献レビュー、評定尺度作成の経験、患者ニーズの臨床知識を基に開発 | スウェーデンの研究所開発「SPRI」を、国立健康福祉研究開発センターがフィンランド語に翻訳し、データ収集。 | 広範囲な文献調査、精神科医から情報収集 | 文献レビュー、研究対象に含まれない外来患者(8人)に個別面接、外来スタッフから質問項目にアドバイスを受けた | スウェーデンの研究所開発「SPRI」を、国立健康福祉研究開発センターがフィンランド語に翻訳し、データ収集。 |
| | 精 作 成 選 項 目 方 法 | 一般満足度測定項目と、パイロット調査を行った入院患者満足度の中から選択。医療の質全体の評価と施設を勧める予測因子の項目を採択。他の項目は開発。 | 記載なし | オリジナルの一部の表現方法を変更。 | 主成分分析により、負荷率<0.4の項目を削除し、100項目を86項目にした。 | 収集した項目を内容分析。→18項目 | オリジナル48→46項目(研究方針に合わない項目は削除) |
| | は 項 目 次 元 () 内 | 15項目 | ①構成とプロセス ②転帰 | ①属性(9) ②スタッフ-患者関係(2) ③情報と治療をコントロールする機会に関するもの(8) ④治療内容(5) ⑤治療の組み合わせ(6) ⑥治療に対する全体的満足度(5) | 記載なし | サービスの種類と組織(7) 患者が相談した問題(3) 治療に関する情報(8) | ①スタッフ-患者関係(4) ②病棟雰囲気と物的環境(7) ③情報(7) ④治療介入(9) ⑤拘束と強制医療(3) ⑥治療設計の特性(5) ⑦全体的な治療計画(6) 患者属性 |
| | 検 妥 信 討 当 頼 性 性 の ・ | 内的信頼性はクロンバックの α で評価。収束妥当性は、ピアソンの積率相関で評価。 | | 先行研究で項目合致(クロンバック α と折半法による信頼性を検討した。フィンランド版の信頼性・妥当性の調査は実施していない。 | 内的信頼性はクロンバック α で検討。再テスト法により、コーエンの加重 κ を算出。 | 下位尺度項目の相関分析とクロンバック α 、一元分散分析を実施。収束妥当性の検討を行った。 | 先行研究で項目合致(クロンバック α と折半法による信頼性を検討した。フィンランド版の信頼性・妥当性の調査は実施していない。 |
| | 上 質 問 留 紙 作 意 成 点 | 予備妥当性を調査するために、固定項目を含んだ。項目識別のために、一般満足度を使用。 | 採点マニュアル作成。肯定的・否定的表現を含んだ。 | スウェーデン開発「自己評定式患者満足度アンケート」をフィンランド語に翻訳(一部文法・表現を変更)。 | 記載なし | 重要度と満足度を評価 | 記載なし |
| 調査方法 | 調査法 | 自記式質問紙調査、台本に添って受付係が手渡し | 退院時に個別面接質問紙調査 | 通院中に自記式質問紙配布。次回診察時持参するか、4週以内に郵送 | 自記式質問紙調査 | 個別面接質問紙調査 | 自記式質問紙調査+個別面接質問紙調査。退院前に封筒に入れて返却。 |
| | 評定尺度 | リッカート5段階法(1項目のみ4段階法) | -3~+3の7点 | リッカート5段階法 | リッカート5段階法 | リッカート3段階法 | 記載なし |
| | 対象者選定基準 | 大学附属の公的精神科クリニック19で、データ収集期間(1週間)に治療を受けた282人の成人外来患者全部。 | 3つの臨床研究施設で、5つの疾患を10例ずつ、135人。退院後3日以内。 | 2つの精神科成人外来診療所の患者300名に依頼 | Siriraj病院の精神科の一般外来の患者384名、①15歳から60歳、②男女、③プロジェクトへの自発的参加、④コミュニケーションが可能である、⑤データ収集期間に3ヶ月間、精神医療サービスを受けた人 | 付属外来クリニック(2ヶ所)患者全て125名に依頼 | 1つの精神病院の3ユニットを、データ収集期間に退院した全597人に依頼 |
| | 調査時間 | 2~5分 | 10~30分(M=15分) | 記載なし | 記載なし | 記載なし | 記載なし |
| | 面接者(調査者)の属性 | Ph. D | 面接訓練を受けた、治療に直接関与しない人(心理士、精神科医、SW) | 研究者 | | 訓練を受けた研究助手:心理学修士2人、心理学博士志望者一人 | 博士課程学生、研究者 |
| | 調査までの手順・配慮 | スクリプトにそって訓練を受けた受付係が調査を依頼。 | 患者の注意・関心が低下しないように、20分を超えないようにした。評価の客観性を保つために、評価者関係を行った。 | 記載なし | 読解力が低い患者には、研究者が項目を読み聞かせた。必要に応じて、治療に関わらない研究者が実施した。 | プライマリセラピストが、対象者の条件に合致するか判断するために4回面接を行い、最終的に同意を得た。 | 記載なし |
| | 倫理的問題への対応 | 記載なし | 地域研究倫理委員会の承認を得た。 | 地域倫理委員会によって評価され、病院の医長と看護部長からデータ収集の許可を得た | 倫理委員会の承認を得た。 | 病院の倫理研究員会の承認を得た。 | 地域倫理委員会と病院の科学委員会から許可を得た |
| 調査国 | アメリカ | フィンランド | フィンランド | タイ | カナダ | フィンランド | |
| 出版年 | 2001 | 2001 | 2003 | 2004 | 2006 | 2006 | |

*MH:メンタルヘルス

IV. 考察

1. 項目作成プロセス

調査項目の収集方法では、日本の文献では、既存の満足度尺度を参考として活用したものが5件あったが、病院機能評価項目を活用した1件を除いて活用方法を記したものはなく、他は「自作」または記載がなかった。一方、諸外国の文献では、11件すべてにわたって、広範囲な既存文献からの収集や、患者・スタッフ・専門家からの意見を多角的に調査項目に含めるための、フォーカスグループや面接などの手法を用いていた。Ricketts¹⁸⁾は、「特定の項目に限定された調査は偏りが多い」と指摘し、また、Perreault¹⁴⁾は「広範囲に満足度を調査し、多次元の満足尺度で異なった局面を確認した調査はほとんどなかった」と指摘している。そのため、諸外国では、尺度作成のための項目収集が、包括的、段階的に行われていると考えられる。さらに、諸外国では、経済的、政策的側面から、プロジェクトを立ち上げ、組織的に取り組んでいるところが多く、日本における施設単位で実施する調査とは、その規模や調査にかかる時間、労力、費用が異なっていることも要因と考えられる。患者満足度調査は患者の主観を測定することから、特に精神科においては多角的に慎重且つ綿密に項目を収集する必要がある。そのためには、今後わが国においても、組織的に患者や患者の親族、精神医学の専門家などのヒアリングを加えたり、十分な文献調査、あるいは調査票作成経験者によるチェック機能を用いるなどの多角的方法論を用いて項目収集をする必要があると考える。

作成項目の精選方法では、日本の文献では記載がなかった。一方、諸外国の文献では、8件に記載があり、複数の研究者による項目内容の再調査、プレテストの結果に基づく相関のない項目の除外、主成分分析による負荷率を考慮した項目の除外、さらには患者による重要度のランク付けなどの手法で項目の精選が行われていた。この点から、質問要旨を明確にするために、プレテストによるワーディング（適切な言い方）を検討し、必要な内容だけを残すプロセスは必須な作業であると考えられる。

項目次元では、日本の文献では、患者を尊重す

るといった「職員の態度」や生活の快適さを問う「物理的環境」、日常生活における「生活の質」、 「治療・看護の質」などの項目が、重要度を考慮することなく同列で構成される傾向があった。一方諸外国では、「治療・看護の質」が満足の本質部分として扱われる傾向があった。このような比較から、日本では精神障害者を保護する対象として捉え、様々なサービスを量的に整えることで満足を満たす項目次元が多いが、海外では精神障害者を精神医療サービスを受ける消費者として捉え、自立を促し治療・看護のサービスを質的に捉える項目次元が多いことが示唆された。さらに、諸外国では、項目尺度の次元の理論的背景が明確に記述されており、その理論に沿って尺度次元が決定されていた。Phattharaayuttawatら¹⁶⁾は「満足は多次元概念尺度であり、それを測定する質問紙は一つか二つの偏った次元を用いていたのでは、満足を全般的に捉えられない」と指摘しており、今後尺度を作成する際に、「満足」という概念を明確にして取り組んでいくことが重要であると考えられる。

信頼性・妥当性の検討では、日本の文献では全文で記載がなく、諸外国の文献では9件に記載があった。統計学的処理では信頼性検討のために、クロンバック α 係数やコーエンの κ 係数、ピアソンの相関係数、再テスト法、折半法など多様な方法が用いられていた。統計的処理を行うことによって、調査対象者の満足度を正しく測定しているかを明らかにし、その質問紙の精度を高めることが可能である。そのためには、このプロセスを厳密に行なうことは重要である。しかし妥当性については、諸外国においてもあまり記載がなく、今後様々な場面で使うことによって妥当性の検討が進展していくことが推測される。

質問紙作成上の留意点では、本の文献では記載がなかった。諸外国の文献では、データの信頼性を高めるための逆転項目の設定や、イアスがわからないための採点マニュアルの活用などの手段が講じられていた。海外の既存の質問紙を翻訳し、翻訳し、葉のもつ意味を明らかにする作業を行っていた。また、国の文化にあった項目を追加した

り、現を修正したりしていた。水野²⁾は、問紙法には定量化が容易であることから、計処理ができるため、他の調査との比較がし易いという利点はあるが、概念規定が曖昧になりやすく、また盲諾反応や寛容反応という反応バイアスに問題があると述べているように、この点について、十分に留意する必要がある。

2. 調査方法

対象者の選定基準、調査までの手順・配慮では、日本の文献ではすべてが入院中の患者が対象となっているのに対し、諸外国では退院患者を対象に入院中の満足度を調査するか、外来患者や地域のコミュニティを対象としたものがほとんどであった。また諸外国では、時間経過・利用頻度によるバイアスを避けるため、退院後の期間の基準を明確に条件付けているのに対し、日本では調査対象の入院期間を条件付けていなかった。入院期間と満足度は関連すると考えられることから、同じ尺度によって調査する場合は、入院期間の階層別調査が必要ではないかと考える。日本の文献では、調査者の対応の統一と個室の確保について記されたものが1件あった。一方、諸外国の文献では、評価の客観性を保つための対策、注意力の持続時間や回答能力への配慮などの記載があった。このような準備の周到性は、調査対象者との関連を考慮しながら行われるが、信頼性あるデータ収集のためには欠かせない観点であると考えられる。

調査法・調査時間・面接者の属性では、調査法は、日本も諸外国も、自記式質問紙調査・個別法・自記式質問紙調査と個別法の組み合わせを用いていた。また、日本も諸外国も、質問紙法では記入が困難な患者に対して、研究者が質問し回答を求めたりしていた。また、個別法では調査方法に差異が生じないような1人または少数の面接者にするなどの工夫がされていた。

しかし、面接者の属性に関しては、日本の文献では、資格・担当者数・職位について記載されているに留まっていたが、諸外国ではある程度の専門性やトレーニングの内容が記載されているものが多かった。さらに、多くの調査者が治療に直接

関連しない人であることを明記していたものがあり、調査者-被調査者の関係性によるバイアスも考慮されていた。このことは、調査結果の信頼性の精度を上げるものである。また、諸外国では調査時間が詳細に記載されており、精神疾患患者の特性である集中力・注意力の欠如に対する配慮も行われていたことが伺える。

今回の研究目的から、項目作成プロセスと調査方法についての考察を行ったが、この2つの視点からだけでも、日本における精神科患者満足度の研究は課題が多いことが分かった。今後、研究レベルが向上し、看護の実践レベルではなく、研究レベルでの開発が行われるようになることにより、学会誌等への投稿件数の増加も予想される。

3. 倫理的問題への対応

日本の文献で6件に記載があった。しかし、対象者の同意やプライバシー保護などの内容であり、倫理委員会等の承認の記載はなかった。一方、諸外国では2001年以降の文献5件すべてに、地域や病院の倫理委員会の承認についての記載があった。これは、2000年の「ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則」であるヘルシンキ宣言の改定を受けた流れであると考えられる。今後日本においても、内部だけでなく、外部の倫理関係機関による許可を得ることが重要であると考えられる。

V. 終わりに

今回、日本と諸外国の精神科患者満足度調査の文献を用いた比較検討を行なうことにより、質問紙作成に当たって、包括的・段階的なプロセスを踏み、諸外国では緻密な研究デザインで行なわれていたことが様々な角度から明らかにできた。しかし、日本において文献数が少ないことはこの分野の研究者が少ないか、研究成果が未だ少ないことを意味していると考えられる。そのため、今後この分野の研究を厳密に行っていくことで、日本でも標準化された信頼ある尺度開発が望まれる。

文献

- 1) 伊藤弘人：精神科医療のストラテジー，医学書院，120-121，2002
- 2) 水野智：患者満足度調査の効用と限界，第2回東海ヘルスケア・クオリティ（医療の質・介護の質）研究会，1999
- 3) Kuosmanen L., Jyrkinen A. R. et al.: Patient satisfaction with psychiatric inpatient, *Journal of Advanced Nursing* 55(6), 655-663, 2006
- 4) Ruggeri M, Lasalvia A, Dall' Agnola R, al: Development, internal consistency and reliability of the Verona Service Satisfaction Scale-European Version. EPSILON Study 7. European Psychiatric Services:Inputs Linked to Outcome Domains and Needs, *British J of Psychiatry*, 177, (39), 41-48, 2000
- 5) 権田幸子, 菊池洋子, 本地久美子, 他: 単科精神病院における患者満足度調査を実施して, 神奈川県立精神医療センター研究紀要, 11, 37-42, 2001
- 6) 中山秀幸, 大島道子, 廣川江梨子: 患者満足度調査を試みて—慢性期社会復帰病棟におけるアンケートから—, *日本精神科看護学会誌*, 44(1), 372-375, 2001
- 7) 長谷川精一, 服部千恵, 鶴原八重子, 他: 患者満足度調査の分析による看護者の対応・看護の質の検討, *日本精神科看護学会誌*, 45(2) 127-131, 2002
- 8) 松田静子, 神保加三次, 桶谷玲子, 他: 精神科における患者満足度調査による看護の評価, *日本看護学会論文集, 看護管理*, 32, 258-260, 2002
- 9) 鈴木利枝, 佐藤雅美, 長谷川恵, 他: 精神科入院患者を対象とした患者満足度調査（第1回）を実施して, *精神医学研究所業績集*, 39, 150-155, 2003
- 10) 村田則正, 山田芳江, 近江登美子: 精神科看護サービスにおける患者満足度調査 開放病棟における調査結果より, *日本精神科看護学会誌*, 46(1), 160-163, 2003
- 11) 藤原千恵美, 原未来, 奥村佳子, 他: 思春期病棟児童と家族の医師, 看護師のケアに対する満足度の分析と今後の課題, *日本精神科看護学会誌*48(2), 183-187, 2005
- 12) 山下美子, 林守, 森美代子, 他: 長期入院患者のQOLと看護の役割, 患者が満足する環境作りの取り組みから, *日本精神科看護学会誌*, 48(2), 105-108, 2005
- 13) 小野勝三, 内藤ふさ子, 篠崎百合子, 他: 精神科病院における患者満足度調査を実施して, 神奈川県立精神医療センター研究紀要, 13, 53-58, 2005
- 14) Perreault, M., T. E. Katerelos, H. Tardif, et al: Patients' perspectives on information received in outpatient psychiatry, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), 110-116, 2006
- 15) Siponen, U., Valimaki, M.: Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 129-135.2003
- 16) Phattaraayuttawat, S., Ngamthipwathana, T.: The development of the Thai psychiatric satisfaction scale, *J Med Assoc Thai*, 88(8), 2005
- 17) Ahlfors, U., Lewander. T., Lindstrom, E. et al.: Assessment of patient satisfaction with psychiatric care, Development and clinical evaluation of a brief consumer satisfaction rating scale (UKU-ConSat), *ULF GORAN Nord J Psychiatry*, 55(44), 71-90, 2001
- 18) Ricketts, T.: General satisfaction and satisfaction with nursing communication on an adult psychiatric ward, *Journal of Advanced Nursing*, 24, 479-487, 1996
- 19) Holocomb, W., Adams, N., Ponder, H., et al.: The Development and Construct Validation of a Consumer Satisfaction Questionnaire for Psychiatric inpatients, *Evaluation and Program Planning*, 12, 189-194, 1989

-
- 20) Pellegrin, K., Stuart, G., Maree, B, et al. :
A Brief Scale for Assessing Patients'
Satisfaction With Care in Outpatient
Psychiatric Services, *Psychiatr Serv*, 52,
816-819, 2001
- 21) Ruggeri, M., Dall'Agola, R.: The devel-
opment and use of the Verona expectations
for care scale(VECS) and the Verona
service satisfaction scale(VSSS) for meas-
uring expectations and satisfaction with
community-based psychiatric services inpa-
tient, relatives and professionals, 23, 511-
523, 1993
- 22) Hansson, L., Hoglund, E.: Patient satis-
faction with psychiatric services, The devel-
opment, reliability, and validity of two pa-
tient-satisfaction questionnaires for use in
inpatient and outpatient settings, *Nord J
Psychiatry*, 49, 252-262, 1995