

---

# 看護ケアに対する患者満足度尺度の研究動向

稲野辺奈緒子（立正大学大学院心理学研究科心理学専攻／東京女子医科大学看護学部）  
古 屋 健（立正大学心理学部）

---

## Research Trends in Patient Satisfaction Scales for Nursing Care

Naoko INANOBE (*Graduate School of Psychology, Rissyo University*  
*Tokyo Woman's Medical University Department School of Nursing*)  
Takeshi FURUYA (*Faculty of Psychology, Rissyo University*)

### Abstract

This study reviews the literature on specific indicators for nursing care from the viewpoint of patient satisfaction and clarifies the current situation. Eight domestic documents and three foreign documents related to patient satisfaction scales for nursing care were examined. As social interest in medical care has increased, large-scale surveys on improving the quality of medical care have been conducted in the United States and Japan. These surveys indicate that nurses rank first among the factors influencing patient satisfaction of hospital care. However, in the development of scales focusing only on nursing care, the complex structure of, and the factors involved in, nursing care have not been sufficiently considered. Consequently, there is currently no unified patient satisfaction scale for nursing care that fully captures the complexities and range of that care or patient experiences of it.

**Key words** : Nursing, Patient Satisfaction, Quality of Nursing Care, Development of Measure

**キーワード** : 看護、患者満足度、評価尺度、文献レビュー

## 問 題

### 医療の質向上運動の動向

近年、各国で医療の質向上が求められ、その具体的方策が実現されつつある。そのための医療の質を評価する方法についても研究が進み、代表的な手法として Donabedian の医療の質の枠組み（構造、過程、結果）に着目したものや、総体としてのシステム機能を評価する第三者評価などが上げられる。これらの方策を活用し、各国で自国の医療システムを土台に質の向上方法が模索されている。長谷川（2012）によれば、その方策の実現段階には、①一部の病院の自主的な取り組み、②制度化（法令で規定するもの、診療報酬上のインセンティブなど）、③質情報の公開、④質に基づく診療報酬支払、の順に進むことが多く、先進諸国でもまだ②または③の段階にある国が多い中、米国、英国ではすでに④の段階に進んでいる。

医療の質を評価するにあたり、主要な指標は構造指標、過程評価および結果評価の3つに大別される。このうち構造指標や過程指標は客観的な評価が可能で、具体的な改善点を明確にして実際の質向上につながりやすいとい

う特徴がある。それに対して、結果指標には、死亡率や治癒率など患者や利用者の関心を最も引く情報を含んでいるものの、医療側が関与できない要素まで反映されてしまう恐れがあり、医療の質の指標としては妥当性や信頼性に乏しいという問題があることが指摘されている。結果指標のひとつである患者満足度についても、その尺度化にあたって主観的評価であること、妥当性や信頼性の問題、感度の低さといった根本的な疑問が提起されていた（Risser, 1975）。

しかし、医療の質への社会的関心が高まるにつれ、医療サービスに対する患者満足度に関する大規模な調査が行われるようになった。我が国における代表的なものとしては、2001年に厚生労働省による「平成13年度医療施設経営安定化推進事業」の一貫として実施された大規模調査があり、その成果は「患者満足度調査導入による病院の経営改善に係る調査研究報告書」にまとめられている。これは、多様化する患者のニーズに対応するための医療サービスの提供を目指し、患者満足度を把握するために企画された。その後も各医療施設において患者満足度調査を実施する施設はあったが、統一された指標がなく、各施設がオリジナルの患者満足度を作成している現

状にあることから、病院間の比較は困難な現状にある。

さらに日本では、2010年度に厚生労働省が「医療の質の評価・公表等推進事業」を日本病院会に委託し実施した。事業終了後も、日本病院会は医療の質の向上を目的にQI (Quality Indicator: 医療の質を表す指標) プロジェクトとして、会員病院の医療の質を評価し、公表し続けている。質問項目に関しても検討が続けられているが、現時点での患者満足度に関する質問項目は一項目だけで、外来及び入院患者に対する「この病院について総合的に満足しているか」という質問に対して、「大変不満」から「大変満足」までの5段階で評定を求めるものである（この指標は今回のレビューからは除外した）。なお、QI プロジェクトは、医療の質を測定、評価、公表するための指標の検討の活動は今日も継続され、2010年度では30病院であったが、2020年度は349病院が参加予定であり、その活動の幅は年々増加する傾向にある。

一方、米国では、2002年、Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems: 以下、HCAHPS) が、国家基準としての共通の患者満足度調査として開発に取り組み、現在ではメディケアの支払い要件にもなっている。HCAHPSで使用されている患者満足度に関する質問項目や主な結果については、レビューの項で詳細に紹介した。

### 看護学分野での質評価の動向

医療サービスの質の評価として患者満足度が注目されるようになるにつれて、それを構成する一要素である看護ケアに対する患者満足度に対する関心も高まっている。ただし、看護ケアの質の評価については独自の歴史的背景がある。

我が国で看護師の役割が大きく転換したのは、1950年に施行された完全看護制度と1958年の基準看護制度が施行された時であった。それまで入院患者の世話は、家族や付添婦によって行われていたが、患者の療養生活支援は看護サービスとの考えに基づき、健康保険に看護料が認められた。これを契機に、サービスの受け手である患者やその家族をいかに満足させるかが関心事となった。さらには1995年に発表された厚生白書で、サービスのあり方について取り上げられてから「看護サービス」という言葉も広まりを見せた。同時に、看護サービスをどのように評価するかといった視点から看護ケアの質の評価方法が着目され、看護学分野においても、Donabedian (Donabedian, 1996; 勝原, 1996) のモデルを使用した研究が行われるようになった。代表的な研究では、看護QA研究会が開発した看護ケアの質を評価する尺度（堀内: 1996）があるが、まだ検討の余地があることから現在、活用はされていない。

加えて、日本での看護の質を評価が必要となった転機

として、プライマリーナーシングの導入が挙げられる。1970年代にアメリカでプライマリーナーシングが導入されて以降、日本にもプライマリーナーシングが導入された。プライマリーナーシングは、それまでのチームナーシングとは異なり、ひとりの看護師とひとりの患者の関わりが深くなるため、個々の看護師の能力が患者に提供される看護の質に影響を与えることになる。1993年、病院における看護機能を自己評価するための基準として、「新・看護サービスの質に関する機能」の項目内に、看護について患者・家族の満足度の調査項目も設定されたことから、各施設において患者満足度に関する研究が進められてきた。その結果、糖尿病、がん、終末期、救急患者など各専門に特化した分野での調査や、病院全体の中の一部として看護に対する調査などが多く、看護に対する満足度だけを取り上げた研究は限られていた。一部の調査からは、患者満足度に影響を与える看護師側の要素には、看護師の態度、技術、コミュニケーションなどが指摘されているものの、看護の質を総合的に評価する尺度は普及していない状況にある。

### 本研究の目的

そこで本研究は、これまでに開発されてきた看護ケアに対する患者満足度尺度の尺度特性の系統的レビューを行い、今後、看護の質をより高めるための尺度開発の資料とする。レビューの視点としては適用対象、質問内容と回答方法、サイコメトリカルな特徴（下位尺度、信頼性・内的一貫性など）が中心になるが、社会的望ましさのバイアスや感度の低さなど、満足度尺度に特有な問題に対する特別な工夫がなされているものには特別なコメントを加えた。

## 方 法

### データ収集方法

#### 1. 国内文献

患者満足度、看護の質の評価に関する研究動向を明らかにするため、医学中央雑誌 Web 版のデータベースを使用し、1990～2020年に公表されている研究論文を対象とした。検索キーワードは「患者満足」「看護」とし、看護学領域、医学領域に関する文献とした。

#### 2. 国外文献

患者満足度に関する研究動向を明らかにするため、PubMedのデータベースを使用し、次の条件で検索した。国外文献については、「PubMed」を用いて、2010年から2020年までに収録された文献を対象とした。検索キーワードは、「Patient Satisfaction」、「Quality of Nursing Care」、「Evaluation by patient」、「out outcomes」とし、看護学領域 Nursing に関する文献とした。

#### 3) 分析対象とした文献

収集した研究論文の中から、入院患者の全般的な入院生活における患者満足度を調査している研究論文のみを抽出した。

## 結 果

国内文献は3740件の文献が検索され、論文タイトルに患者満足度を含んだ、文献を検討した結果、345件の文献が抽出され、6件を対象とした。国外文献は478件の文献が検索され入院生活全般的な患者満足度に関する研究論文3件を対象とした。

### 分析対象文献

この11件の論文について、タイトル、執筆者、発表年、作成・使用された尺度名、対象者、尺度の特徴、の6点を表1に示した。また、英論文は看護学分野における主要論文に局限し分析対象とした。また本論の中では、因子名を【 】、質問項目を〔 〕で標記する。

### A. Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS) : 1975

米国では、当時、家庭のかかりつけ医によって提供されてきたプライマリケアの考え方が外来診療にも導入されるようになり、看護師の役割と責任は大きくなることが予想された。そこで、医療システムの評価基準として外来患者による看護ケアに対する満足度を測定することを目的に、Risser (1975) によって開発された尺度がRPSSである。医療サービスに対する患者の満足度の評価次元にはコスト、利便性、提供者の個人的資質と相互作用、提供者の実践能力とケアの質の4要素が指摘されていた。このうち、外来看護師のケアと関係するのは、看護師の個人的資質と看護師－患者関係、看護師の専門的技術の実践能力の2要素が取り上げられた。項目作成のための次元として専門的技術行動、個人間特性、信頼関係、教育的関係の4領域が想定されたが、項目選択の結果、3因子【技能－専門性領域】【教育的関係領域】【信頼関係

表1 看護ケアに対する患者満足度尺度レビュー文献一覧

ID	尺度・調査名	引用	対象者	項目数	回答法
A	A.Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS)	Risser (1975)	外来患者	25	リッカート式
B	B. La Monica-Obertst Patient Satisfaction Scale (LOPSS)	La Monica ら (1986)	入院治療中のがん患者	50	リッカート式
C	B. La Monica-Obertst Patient Satisfaction Scale (LOPSS) 日本語版	岡谷恵子ら (1996)	入院中の患者	50	リッカート式
D	Patient Satisfaction with Nursing Care	Eriksen (1995)	退院した病棟に3日以上入院し、人・場所・時間の見当識がある21歳以上で、英語の読み書きが可能な人	12	リッカート式
E	1 看護ケアの質質問用紙－患者用 The Quality of Nursing Care Questionnaire－Patients : QNCQ-P 2 看護ケアの質質問用紙－看護師用 The Quality of Nursing Care Questionnaire－Nurses : QNCQ-NS	堀内成子ら (1996)	1 ICU・CCU・精神科除いた成人患者で自分で回答できる状態、入院日数が3日以上 2 上記の病棟看護師 当該病棟勤務が3カ月以上でフルタイム勤務	50	リッカート式
F	入院患者満足度尺度	横田恵子ら (2001)	入院中の成人患者	5因子 50項目	リッカート式
G	患者満足度調査	厚生労働省 (2002)	外来・入院患者	3因子	リッカート式
H	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems : HCAHPS	米国 (2002)	退院後48時間から6週間の成人入院患者	10	リッカート式
I	入院患者用満足度尺度 Hospital Patient Satisfaction Questionnaire-13 : HPSQ13	尾藤誠司ら (2005)	入院中の患者	25	リッカート式
J	患者の看護介入評価を測定する尺度	福武まゆみら (2016)	300床以上の大学・教育病院などの大規模病院に入院中の患者	2因子 28項目	リッカート式
K	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems : HCAHPS を使用	奥田益美ら (2017)	急性期医療中心、小規模地方、心臓外科登録、電子カルテ導入、一般外科登録、看護ケア登録、脳卒中ケア登録の病院	9	リッカート式



領域】、25項目から成る尺度が構成された。

各因子に関する項目は、【技能－専門性領域】については、〔その看護師は医師の治療を上手に助ける〕〔その看護師は電話越しでも的確なアドバイスをしてくれる〕〔その看護師は仕事の精確さに欠ける〕等、7項目、【教育的関係領域】については、〔その看護師はたくさんの質問をするが、答えても何もしてくれない〕〔その看護師は易しい言葉で説明してくれる〕等、7項目、【信頼関係領域】については、〔その看護師は患者の悩みをよく聞いて分かってくれる〕〔その看護師は誰にでも気軽に質問できる〕〔その看護師には話をするだけで、私は気分がよくなる〕等、11項目であった。回答はリッカート式で、「よく当てはまる～全く当てはまらない」の5件法である。

クリニックを定期的に受診している外来患者を対象とした実施結果によれば、尺度全体のクロンバック $\alpha$ 係数は.912で信頼性は検証された。しかし、分布が強い正の歪みを示し、非常に高い満足度が示されたことから、患者にとって医療者に不満を言語化することは難しく、反応バイアスによって妥当性が低下した恐れがあること、下位尺度間の相関が高いことから、一次元性が疑われることが指摘された。また下位尺度別の $\alpha$ 係数を見ると技術的専門性領域が低く多様な内容が含まれている可能性も示唆されている。

## B. La Monica-Obertst Patient Satisfaction Scale (LOPSS)

La Monica, Oberst, Madea, & Wolf (1986) は Risser (1986) の RPSS 尺度開発の手法に準拠し、病院入院患者を対象とする看護ケアに対する満足度尺度の開発を試みている。この研究では、患者満足度を看護ケアに対する患者の期待と、実際に受けたケアの知覚との一致度と定義されたが、実際に測定されているのは看護行動に対する患者の評価であり、その意味で満足度の間接的指標とされる。ただし、この研究では、第一研究において項目候補となった看護行動と看護ケアに対する満足度と関係が検討されており、看護行動評価という間接指標とはいえ、満足度との関係については確認済である。

調査項目作成の次元としては、Risser (1975) に準拠した看護の3側面：技術的－専門的、信頼関係、教育関係が想定された。質問項目は、急性期ケアで期待される看護行動に関する50項目を収集し、2つの予備調査を経て42項目が精選された。回答方法は「全くあてはまらない～とても良くあてはまる」の7件法である。最終的な調査での因子分析の結果、3因子【不満足】17項目、【対人サポート】13項目、【好印象】11項目が抽出され全分散の93.7%を説明することができた（1項目は削除された）。項目内容は【不満足】については〔私のサインにすばやく対応してくれない〕〔治療の重要性について説明しな

い〕等、【対人サポート】については〔治療効果について教えてくれる〕〔私が必要とするときに気持ちを共有してくれる〕等、【好印象】については〔私を尊重してくれる〕等であった。下位尺度のクロンバックの $\alpha$ 係数はすべて.80以上の高い値を示し、高い内的一貫性を持つことが確認された。また、妥当性のチェックとして、同時に実施された形容詞チェックリストによるネガティブ感情尺度との相関が検討され、満足度尺度の下位尺度とネガティブ感情との間に $-.20 \sim -.27$ の負の有意な相関が認められた。

この研究では、因子分析の結果として RPSS の3因子が再現されなかった。特に、第1因子の【不満足】尺度を構成する項目は、項目作成の過程でランダムに選ばれて作成された逆転項目であった。これは、通常のポジティブな行動の評価を求める項目に対しては社会的望ましさに起因する黙従反応傾向が強く働くのに対して、逆転項目では黙従反応セットが抑制されたことを示唆している。他方、因子構造は異なるものの、RPSS と同様に下位尺度間の相関はきわめて高く、一次元性の可能性が指摘された。

## C. La Monica-Obertst Patient Satisfaction Scale (LOPSS) 日本語版

岡谷ら (1994) の調査は、プライマリーナーシングの導入効果に関する研究で用いるために、La Monica と Obers が開発した尺度「La Monica/Oberst 患者満足度スケール：LOPSS」の日本語版を作成し、その信頼性と妥当性を検証することを目的としている。

調査の対象は入院中の患者である。調査票は、LOPSS の項目をそのまま翻訳して使用し、下位尺度は技術的・専門的行動、信頼関係、教育行動の3つから構成された。回答法は、リッカート式で、「非常にそう思う～非常にそう思わない」の5件法である。分析の結果、質問紙全体の信頼性は、クロンバック $\alpha$ 係数.96と高かった。しかし、項目間での相関係数が、0.6以上のものが17組と多く、同義内容を質問していた。また、因子分析では、La Monica, Oberst, Madea, & Wolf (1986) は Risser (1986) とも異なり、第1因子は満足因子、第2因子は不満足因子となったが、各因子内の項目は意味内容が異なるものも多く、肯定的か否定的かの2つに大別されただけであったため、因子名を付けるには至らなかった。LOPSS は3因子であったため、結果は一致せず、構成概念妥当性には問題があった。

## D. Patient Satisfaction with Nursing Care

Eriksen (1995) が開発した尺度の目的は、看護ケアに対する患者の満足度を測定することである。この研究では Donabedian の構造モデルを土台に、患者満足度を「患

者の看護ケアへの期待と実際に患者が感じた看護ケア行為・特性との相互作用から引き起こされる患者の認知的・情緒的反応を患者が主観的に評価したもの」と定義づけた。そして、患者満足概念分析から、【信頼性】【確実性】【有形性】【期待にこたえること】【共感】の5因子、さらに患者への指導及び、情報提供の役割を反映させ【情報提供】を追加し、計6因子、質問項目34項目を導きだし調査票を作成した。回答法は、期待をはるかに下回っている～期待をはるかに上回っているとし、リッカート7件法（0から6点）で設定した。調査は、大規模病院と中規模病院で実施した。

調査参加者は、病棟に3日以上入院し、人・場所・時間の見当識がある21歳以上の英語の読み書きが可能な人とした。分析の結果、想定された6因子は得られず、最終的に2因子16項目となった。また、この2因子は強い相関があった。2因子は【看護ケアの技術】と【目に見える看護師の特性／環境】と命名された。ベントラーの比較適合度指標を用いて、モデルの適合性が検討された。その結果、さらに2因子12項目に絞り込まれ、信頼性・妥当性共に検証できる尺度となった。

#### E. 看護ケアの質の質問用紙－患者用・看護師用 The Quality of Nursing Care Questionnaire - Patients/ Nurses : QNCQ-P/ QNCQ-NS

堀内ら（1996）らは、ケアの質を保証するため、ケア基準・体制の整備目的に、患者の視点でのケア評価と、看護師自身の自己評価の二側面から、看護ケアの質の質問用紙を第2報とし作成した。この調査は、Donabedianの質の保証モデルに基づいて進められた。

患者の対象者は、自分で回答できる状態、入院日数が3日以上成人患者で、ICU・CCU・精神科患者は除外した。看護師は、調査対象となった患者を担当した者で、当該病棟の勤務が3カ月以上かつフルタイム勤務の看護師とした。患者用の調査内容は、まず患者に、①入院中の問題・困ったこと、②入院中の日常生活行動に対するケア、③心理的な事柄とそれへの看護活動、④情報提供および病院内規則を柱としてインタビューした後、11のサブスケール（①食事、②排泄、③清潔、④活動、⑤環境、⑥休息、⑦観察・診断・検査、⑧症状、⑨治療・処置、⑩対人関係、⑪患者の気持ち・看護婦の姿勢）で、質問項目が抽出された。看護ケアの質の質問用紙－患者用は39項目、看護師用は43項目の質問から構成されていた。回答法はリッカート式、そうではない～非常にそうであるの4件法にて求めた。

因子分析の結果、患者用では6因子【看護婦への信頼】【安楽をもたらす工夫と指導】【環境調整・検査に伴うケア】【清潔・活動・排泄に関するケア】【食事に関するケア】【気にかけてくれること】が抽出された。看護師用は

5つの因子であった。結果、患者用の質問用紙のクロンバック $\alpha$ 係数は.98、看護師用質問用紙のクロンバック $\alpha$ 係数は.96となり、高い信頼性が確認された。また質問用紙の作成過程において、反復安定性を確認するため、患者には1回目の調査10～14日後、50名に再調査し、看護師には2週間後に再調査を実施し、安定性も確認できた。今後の課題として、ケアを看護師自身が評価するわけではないこと、安定性の面から患者の指標の方が高いと考えられたこと、患者の負担を減らすためにも項目数の精選が必要である。

この尺度は患者にとって、入院中の看護師のケアプロセスに焦点を当て作成されているものであったことから、結果ではなく、その時々看護師の関わりが評価として抽出されるものであった。また、質問項目作成段階から患者にインタビューを実施していることから、看護師が行うべき実践内容が全般的に網羅されていた質問項目であった。だが、患者の症状、日常生活動作の程度によっては、該当しない質問項目もあった。

#### F. 入院患者の満足度測定尺度

横田ら（2001）の尺度開発の目的は、看護の質の評価・改善が求められるようになり、入院患者の満足度を評価する指標として、有効活用されている尺度がないことから尺度作成を試みた。

対象者は入院中の成人患者である。尺度作成の概念枠組みは、マズロウの人間の基本的欲求の階層と、先行する患者満足度の調査を参考に生理的、物理的、医療者との人間関係、設備などの利便性の充足が患者満足度として5因子【診療】【看護】【日課】【設備・利便性】【病床・環境】設定した。最初の質問項目は122項目あり、因子分析の結果、5因子50項目となった。看護師に関する質問12項目は〔看護婦の思いやり〕〔看護婦の言動が一致している程度〕〔看護婦の言葉遣い〕〔患者がわかるまで話をしてくれる〕〔患者の秘密を厳守する看護師の態度〕等であった。回答法は、リッカート式、全く満足していない～大変満足している、の5件法である。同時に対象者の属性も調査し、入院回数、期間、安静度についても4～5段階で回答を求めた。

分析の結果、5因子全ての項目においてクロンバック $\alpha$ 係数は.7以上となり、信頼性は検証された。看護因子でも、 $\alpha$ 係数.87であった。これにより一定の構成概念妥当性は確認されたが、今後の課題として基準関連妥当性の検討が残されている。

#### G. 患者満足度調査導入による病院の経営改善に係る調査研究報告書

医療の質評価に関する患者満足度調査では、厚生労働省（2002）が実施した患者満足度調査導入による病院の



経営改善に係る調査研究報告書がある。この時期、日本では少子・高齢化社会の進展、生活習慣病等の慢性疾患患者が増加により長期間、受療する患者の増加など医療を取り巻く状況が変化し、同時に患者のニーズも多様化すると考えられた。そこで、医療の質を向上させる手段として、患者満足度を把握することが求められ調査研究が行われた。

これまでの患者満足度調査の結果、患者の満足度が概ね高く、改善点が抽出されないとの報告を基に、医療側に対して患者側が問題だと感じている点を引き出せるような工夫をした調査であった。まず、患者満足度の定義を「来院した患者が期待していたサービス内容と実際に受けたものに違いがあった際の度合い。言い換えれば患者が問題点を感じた度合いを表している」とした。

調査方法として、まず文献調査で収集したデータを基にアンケート調査が外来・入院患者にそれぞれ実施された。対象者は、関西圏内にある病院30病院の外来患者と入院患者である。同時に医療施設側（以下、病院）にも調査を行い、医療サービス分野別の患者指向経営実態や取り組み状況を把握できるような設問とし、患者調査と病院調査から同医療サービスに対する患者と病院サイドのギャップを確認できるようにした。質問票の構成は、【職員技能要因】【病院運営システム要因】【施設設備要因】の3要因であった。回答はリッカート式で、1.非常に多くの問題を感じた2.多くの問題を感じた、3.少し問題を感じた、4.問題は感じなかった、の4件法で回答を求めた。この回答の表現内容は、先ほどと同様の先行研究を受け、より患者の不満や問題を引き出す表現として検討されたものであった。さらに、各質問項目に対し、1から3までの回答を選択した患者には、その具体的理由について、選択式と一部記述の併用で回答を求めようにした。

看護職に関する質問は4項目作成され、次の通りである。〔看護の方法や療養生活の支援について問題を感じましたか？〕この問題を感じた具体的理由は、看護の手順や内容についての説明、ナースコール等への迅速な対応、ケアの丁寧さ、その他（具体的に記述）のどれですか。〔本人・家族から看護職への相談に対する応答について問題を感じましたか？〕（問題を感じた場合）この問題を感じた具体的理由は、自由に相談できる雰囲気、相談できる頻度、相談に対する応答の態度、説明の仕方のわかりやすさ、その他（具体的に記述）のどれですか。〔看護職の基本的な接遇態度などについて問題を感じましたか？〕（問題を感じた場合）この問題を感じた具体的理由は、言葉遣い、励ましやいたわり、暖かみのある態度、身だしなみ、その他（具体的に記述）のどれですか。〔看護職への信頼感などについて問題を感じましたか？〕（問題を感じた場合）この問題を感じた具体的理由は、看護内容な

どの十分な説明、相談への対応、十分な引き継ぎによるチームでの看護、看護技術及び能力、その他（具体的に記述）のどれですか、という質問であった。

分析の結果、入院患者の満足度において病院に対する総合評価と個別評価の相関係数では、看護職の看護方法  $r=.45$ 、看護職の信頼感  $r=.48$ と相関関係が認められた。ただ定義にも示した通り、患者が医療に対して問題だと感じた点に視点がいくよう、回答の際の表現にも工夫がされていたのだが、看護職に関する質問項目に関しては、患者全体の約7割が問題と感じていないことも報告された。また、総合評価との相関も中程度にとどまっているが、この点に関しては回答法が4件法で、しかも多くの回答が「問題ない」に偏っていたため、分散が小さかったことが原因と思われる。

## H. Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems : HCAHPS

米国で開発された HCAHPS (2002) は、医療の質を測定するための国家基準として、開発が始まった。HCAHPS には、患者が病院選択をする際に重要な要素となる、医師、看護師、病院職員の関わり、環境資源等の各要素を通し、医療の質を評価するものであり、患者の立場に基づいた客観的指標として現在も国家基準として運用され、その調査結果は全国的に開示されている。病院側にとって HCAHPS は、結果が全国に開示されることで他院と比較されることや、評価が全国の病院の平均よりも下回ると、メディケア収入が減収になるといった側面がある。しかし、このようなネガティブな点も持ち合わせることで、病院はケアの質を改善するための新しい方略を生み出す契機ともなる。加えて、公的投資で提供されている病院ケアの質の透明性を高めることにより、医療の説明責任を強化するのに役立つことも HCAHPS の目的には包含されている。

まず、HCAHPS 開発にあたり質問項目を選択する必要があった。そのため、2003年に16000人以上の入院患者を対象に予備調査の実施と報告がなされた (CAHPS II investigators, 2003)。その中で、病院の総合評価と家族・友人に病院を推薦するかどうかの評定、領域別評価との相関が示されている。病院の総合評価に関する質問は、「この病院に対するあなたの総合評価を教えてください。0から10までの数字で、考えられる最悪の病院を0、考えられる最良の病院を10とすると、この病院の評価はいくつですか？」という11段階評価で回答を求めた。推薦の程度は、「あなたは友人や家族にこの病院を薦めますか？」という質問に対して、「絶対に、薦めない」「たぶん、薦めない」「たぶん、薦める」「絶対に、薦める」の4段階で回答を求めたものである。また領域別評価は、因子分析によって抽出された、6領域に関する質問項目への評

定値から構成された合成変数である。6 領域とは【身体的快適さ】【医師とのコミュニケーション】【薬物治療に関するコミュニケーション】【看護師とのコミュニケーション】【ペインコントロール】【退院情報】である。その結果によれば、病院の総合評価との相関の上位 3 位は、【看護師とのコミュニケーション  $r=.70$ 】【身体的快適さ  $r=.65$ 】【医師とのコミュニケーション  $r=.56$ 】であった。また、病院推薦評定との相関の上位 3 位は、【看護師とのコミュニケーション  $r=.63$ 】【身体的快適さ  $r=.63$ 】【ペインコントロール  $r=.56$ 】であった。

さらに、予備調査の最終的な結果として HCAHPS に採用された 7 領域構造モデルに基づく分析結果でも同様に病院の総合評価および病院推薦評定と各領域評定との相関が示されている。7 領域とは、【看護師とのコミュニケーション】【医師とのコミュニケーション】【薬物治療に関するコミュニケーション】【看護サービス】【退院情報】【ペインコントロール】【物理的快適さ】である。これらの領域別評定の中で、病院の総合評価と高い相関を示した上位 3 位は、【看護師とのコミュニケーション  $r=.68$ 】【看護サービス  $r=.59$ 】【ペインコントロール  $r=.53$ 】であった。また、病院推薦評定と高い相関を示した上位 3 位も同じ 3 領域で、【看護師とのコミュニケーション  $r=.60$ 】【看護サービス  $r=.51$ 】【ペインコントロール  $r=.47$ 】であった。

一方、予備調査の結果、採用されなかった質問項目に、〔医師と十分な時間を過ごしましたか？〕〔看護師と十分な時間を過ごしましたか？〕という項目があった。この項目は統計的分析の結果、医師のみ病院の全体的なケアに対する患者の評価とは相関関係がなく有意でなかった。看護師は、病院の質の評価に影響がある要因として有意であった。この項目は理論的に設定された項目であったが、医師と看護師では、話しを聞くことの質がことなり同義語としては捉えられなかったことから削除となった。

なお、看護師とのコミュニケーションに関する質問は、〔入院中、看護師はあなたに対して敬意をもって丁寧に処置していましたか？〕〔入院中、看護師はあなたの話に注意深く耳を傾けていましたか？〕〔入院中、看護師は分かりやすく物事を説明していましたか？〕の 3 問、また、看護サービスに関する質問は〔ナースコールを押した後、あなたが望んだ援助をすぐにしてもらえましたか？〕と〔トイレに行きたい時やベッドパンを使いたい時に、すぐに援助をしてもらえましたか？〕の 2 問である。回答方法は、質問が「How often」と頻度をたずねているため、「1 度もなかった」、「時々あった」、「普段はそうだった」、「常にそうだった」の 4 段階評定であった。

以上の結果は、調査データに基づく相関研究であるものの、入院経験を通した病院の総合的評価や推薦度に対して、看護師とのコミュニケーションや看護師の援助に

対する評価が大きな影響を与えている可能性があることを示している。

## 1. 入院患者用患者満足度尺度の開発

### （Hospital Patient Satisfaction Questionnaire-13 : HPSQ13）

尾藤ら（2005）の論文の尺度開発は、著者らが過去に作成した「入院患者用患者満足度評価尺度（Hospital Patient Satisfaction Questionnaire-25, 以下：HPSQ-25）」は、6 因子 25 項目で構成された尺度であった。信頼性・妥当性ともに検証されていたが、因子数をより精選する必要性が示唆されており、質問項目の再検討目的で実施された。よって、調査内容は、HPSQ-25 の尺度が使用されており、因子項目は 6 因子【技術的側面】【コミュニケーション】【アメニティ】【人間的側面】【情報伝達】【全体的満足感】から構成された 25 項目である。対象者は、調査時点で入院継続中の患者であり、明らかな認知機能障害・視力障害のない患者、書字ができない患者、日本語を読むことができない患者は除外し、病棟単位をサンプルとした。また、調査対象とした病院規模は、700、500、400 床前後の病院各 1 施設である。看護師に関する質問項目は〔高い技術の看護を受けることができた〕〔ナースコールへの対応は十分に満足のいくものであった〕の 2 項目であった。それ以外の質問項目は、スタッフが主語となり、医師も含めた医療者全てを一括りとして回答を求めている。因子分析の結果、因子数は 3 因子、項目数は 13 項目へと精選され、HPSQ-25 から HPSQ-13 となった。HPSQ-25 では、独立していた、【技術的側面】【コミュニケーション】【人間的側面】【情報伝達】の 4 因子が、【スタッフと患者のコミュニケーション】という 1 因子に収束した。残りの 2 因子【アメニティ】【患者用満足感】は HPSQ-25 から若干の項目削減が行われたが、新たに【利便性】と【全体的満足感】と命名され継続された。クロンバック  $\alpha$  係数は、【コミュニケーション  $r=.92$ 】【利便性  $r=.73$ 】【全体的満足感尺度  $r=.89$ 】と、いずれも内的整合性を検証でき、信頼性・妥当性ともに検証された。看護に関する質問項目は当初 2 項目あったが、高い技術の看護を受けることができたという質問は、因子不可が低いため削除され、ナースコールへの対応は十分に満足のいくものであったという質問は、コミュニケーション要素として HPSQ-13に残った。

## J. 看護介入の質を患者が評価する看護介入尺度

福武ら（2016）の尺度は、ケアに関する指標を持つことを目標に、ケアの受け手である患者が看護介入の質を総合的に評価する尺度開発を目的とした。

対象者は、300床以上の大学病院、教育病院などの大規模病院に入院中の患者である。この研究では看護介入を、患者が受けたサービスとし【手段的看護介入】と【情緒的看護介入】の2因子から構成されるものと概念的定義している。質問項目選択は、既存する「看護実践能力尺度」「看護サービスの質尺度」を参考に、【手段的看護介入】には、〔看護師は、治療や検査についての十分な説明をしている〕〔看護師は、あなたの体験や気持ちを理解している〕〔看護師から受ける援助・技術は楽である〕〔看護師は、あなたの訴えがなくても体調や病状にあった対応をしている〕〔看護師は、あなたの病気ではなく、一人の人として尊重している〕等、17項目である。【情緒的看護介入】は、〔看護師の言葉づかいは、丁寧で明朗である〕〔看護師は、約束した処置や援助などの時間を守る〕〔看護師の行動は、信頼できる〕等、11項目で作成し、計2因子28項目であった。

またこの調査では患者の特性についても、疾患名、入院日数・自立度・活動制限の程度を、それぞれ4段階～5段階に分類して回答を求めるようにした。その他の質問項目については、リッカート式で、そう思わない～そう思う、の4件法で回答を求めた。

結果、調査項目の12項目が削除され16項目の2因子二次因子モデルの看護介入尺度の適合度を検討したところ、クロンバック $\alpha$ 係数で【手段的看護介入は $r=.91$ 】【情緒的看護介入は $r=.85$ 】であり、全項目では $r=.93$ であったことから、看護介入尺度の因子構造モデルの側面からみた構成概念妥当性は実証的に検証された。しかし、看護介入尺度に対する回答分布では「どちらかというと思う」、「そう思う」との回答が多く、因子ごとの得点分布も高得点であった。これは、調査依頼と調査票の配布を病棟看護師に実施してもらったことが影響したとも考えられた。今後の課題として、この調査は、大学病院を含め教育病院での調査であった。このことは、看護のレベルが比較的高いであろうと想定される病院での調査であったため、今後は、中小規模の病院での調査を通していくことが求められた。その他では、調患者特性についても回答を求めていたが、自立度は「一人でできる」患者が85.4%、「活動制限の程度」は制限なしの患者が49.4%と自立度が高い患者が対象になっていたこと、質問項目に関しても、ナースコールへの対応の早さの質問項目は、早い行動として手段的介入か、患者の気持ちにこたえたという情緒的介入なのかとの点で、今後、質問項目の検討の必要性もあった。

## K. 米国患者満足度調査における患者満足度の構造モデル作成への試み

奥田ら（2017）の論文では、米国で使用されているHCAHPS調査項目を基に患者満足度の構造を病院属性別に検討し、患者満足度の構造のモデル化への一歩へとすることを目的としている。

対象者は、HCAHPS調査対象参加4677病院のうち、患者満足度調査の回収率と調査項目に欠損値がなく、回収数50以上かつデータに整合性がある3711病院のデータを使用した。病院属性は、回収数50～99、100～299、300以上の3群とした。また、急性期医療中心の病院、小規模地方病院、電子カルテ導入病院、心臓外科登録病院、一般外科登録病院、看護ケア登録病院、脳卒中ケア登録病院、の群で分類された。調査項目は、HCAHPSの10項目のうち、退院指導を除外した9項目であったが、リッカート式で高評価、中評価、低評価の3件法で回答を求めた。結果、HCAHPS調査を基に、病院属性別に患者満足度調査項目の類似性を検討したところ、病院の機能別によって、疼痛管理、静かさ、薬剤情報説明、スタッフの対応の早さには、評価が高いものと低いものの、ばらつきが見られた。しかし、HCAHPS調査では、病院の属性によってコミュニケーションの評価が変化するが、日本では、病院属性に関わらず、医師・看護師のコミュニケーション共に高評価グループに含まれた。つまり、病院属性が異なっても、患者満足度の中で、コミュニケーションへの意識は変化しないことが明らかになった。患者中心の医療という視点では、医師と看護師のコミュニケーションを同様に評価していることがわかり、患者満足度を高める要素として、人的技術の向上は重要な要素として捉えられた。しかし、今後より患者満足度を高めるのであれば、すでに高評価の人的技術を向上させるよりは、他のサービスの向上を目指したほうがよいことが示唆された。

## 考 察

看護ケアに関する患者満足度尺度の尺度特性を検討したところ、患者満足度として医療の質を評価する際、Donabedianが提唱した質の枠組みを使用している調査が多かった。しかし、開発された尺度での継続的調査が実施されていないことから、現時点では発展途上にあることがわかった。

### 1. 患者満足度尺度の構成要素について

医療の質の指標には構造評価、過程評価、結果評価がある。本研究でレビューした看護ケアに対する患者満足度の尺度には過程評価と結果評価の2つのタイプの指標が含まれていた。

まず、結果評価として直接的に患者満足度を測定した



指標の代表は、厚生労働省（2001）の「患者満足度調査導入による病院の経営改善に係る調査研究報告書」と米国の「HCAHPS（2002）」である。これらは、患者が受けたサービス内容に対する期待と実際の一致程度を指標としており、一次元的な直接評価であった。

それに対し、Risser（1975）、La Monica（1986）らを始め、国内文献の多くは、看護師の行動を評価する過程評価であった。これは看護の質の評価は、結果だけを取り上げるのではなく、看護師のケア実践行動を評価するとの考えが基本にあることから、過程評価が重視されたためである。しかし現時点では、患者満足度に影響を及ぼす過程要素については明確に特定されておらず、統一された指標は見当たらなかった。

その背景のひとつとして、看護行動評価のための次元抽出の難しさが指摘されている。たとえば、福武ら（2016）は「ナースコールへの対応の早さ」の質問項目を例に挙げ、早い行動として手段的介入因子とするか、患者の気持ちに込めたという情緒的介入因子であるのか、どちらの因子構造で捉えるのかといった分類の難しさを指摘している。その他の調査でも、因子分析の結果は明確な構造を示すことはなく、数因子から2因子と幅のある結果となった。しかし、因子的妥当性の問題はあっても、看護ケア実践行動は構成概念として技術的側面、コミュニケーション的側面、態度・姿勢的側面など、多次元的な構造をもつものと考えられている。患者の満足に差を生む特徴があれば、妥当な満足度尺度は多次元構造になると言われている。これまでの調査では、患者の自立度、活動制限度が全く異なる患者も幅広く調査しており、患者の状態によってもその指標は変わってくることなど、まだまだ多次元的な因子に関して検討余地があると考えられる。同時に、患者満足度尺度の開発の難しさも浮き彫りになった。

## 2. 患者満足度尺度の作成意義と看護師の重要性

厚生労働省（2002）、HCAHPS（2002）の調査では、環境、人的資源等、多側面から患者満足度に影響を与える要素を探索した結果、最も影響を与える要素は看護師であったことが報告された。統計学的処理でも看護師とのコミュニケーションや、看護方法が病院の総合評価との相関関係にあったことが示されていた。また、患者満足度を規定する要因を明らかにした早瀬ら（2013）の報告では、入院患者の満足度に対する看護師の接遇からのパス係数は $\beta=.44$  ( $p<.05$ ) であったことが示されている。その中でも入院患者は、病棟看護師に対する評価が肯定的であるほど、医療ケアに対する患者満足度が高まっていた。看護師は、患者の24時間を通して、最も身近で関わる専門職で、患者の治療や生活過程に常に寄り添っていることから、看護師の存在が患者満足度に直接的に多

大な影響を与えているのは事実だといえる。

ただ、これまでの調査対象は、病院又は病棟を一単位とした総体的評価であった。単位での評価であることから個人に対して不満があったとしても、病棟単位としての総体的満足度が高い場合には、その不満は調査では表れてこない。だが、看護師のケア実践行動は、各看護師が専門職として質を保証し実践する行動である。患者満足度は、患者がイメージする理想的ケアへの期待と、患者が受けている実際のケアへの認識の一致程度だと提唱されている（Risser：1975）。当然、各看護師が患者のイメージする理想的ケアの実践行動に近づくほど、患者満足度はより高まるであろう。そこで、各看護師の実践力を高めることは重要だと言える。しかし、残念なところ現時点では、看護師個々人に焦点を当てた指標は見当たらない。看護師個々人の看護の質が評価可能になれば、看護教育における実習指導の介入指標の明確化や達成度評価に活用することができ、それぞれの看護師の能力に合わせた適切な教育方略が設計できるようになる。同時に、看護基礎教育、新人看護師教育や臨床での継続教育の場でも広く活用できる有効な尺度となるであろう。なにより、患者満足度評価を手がかりにして医療現場の看護の質を保証することは、医療に対する患者の全体的満足度を高める上で最も肝要な課題である。

## 3. 正の歪みと反応バイアスの問題

質問紙尺度に回答する際、その項目内容が社会的に望ましいか否かの判断による影響を受け、社会的に望ましい方向に回答が歪められる傾向として社会的に望ましさバイアスが指摘されている（富張：2007）。患者満足度調査では、対象が医療の受け手である患者の立場であることから、入院中、心身共に援助してもらった看護師から依頼された調査に回答する際には、意図的・無意図的な歪みが生じる可能性が強い。その結果として、尺度得点の分布が正の方向に大きく歪み、尺度としての信頼性や妥当性を損ないかねない問題を引き起こしている。実際、Risser（1975）をはじめとして、尺度開発にかかわった多くの研究者がこの問題を指摘してきた。

それに対して、これまでもいくつかの対応策が試みられてきた。たとえば、厚生労働省（2002）の調査票では「〇〇について問題を感じましたか？」という、満足とは反対のネガティブな内容の質問をすることによって、肯定的回答に偏る黙諾傾向の抑制を図っている。また、HCAHPSでは総合評価のための設問を「0から10までの数字で、考えられる最悪の病院を0、考えられる最良の病院を10とすると、この病院の評価はいくつですか？」とし、11段階評価の回答を求めることで分散を広げる工夫をすると同時に、期待とのずれを意識させることによって反応バイアスによる偏りにも注意が払われている。少

なくとも、満足度の直接的指標として考えた場合、「どれくらい満足したか」という単純な質問に対する回答をもとに評価を下すことは適切ではない。今後もこのようなバイアス抑制の努力は続けられることになるであろう。

他方、このような工夫によっても、分布の歪みは解消されるものではない。厚生労働省（2002）の調査でも、約70～80%の患者が看護ケアに対して何も問題を感じなかったと回答している。心理尺度としては回答者の反応に大きな幅があり、平均や中央値が理論上の中央点に近接していることが望ましいことは明らかである。しかし、満足度におけるこのような正の歪みは、すべてが反応バイアスによるものではなく、どの医療機関においても一定水準の看護ケアが提供できる体制が整備されているという実態を反映している部分も大きいものと推測される。その意味で、100%の患者が問題を感じていなかったという結果が得られることは、看護ケアの質が十分に高い水準にあることを証明する結果と評価することもできるであろう。

したがって、満足度の側における正の歪みの問題は、患者満足度調査の目的や、その結果の利用方法によって柔軟に考えるべきであろう。たとえば、具体的な改善の取り組みの効果を知らするためには感度が高く、介入による得点向上の余地のある尺度が求められる。しかし、ある医療機関で一定水準のケアが支障なく提供されているかどうかを定期的にチェックするという目的であれば、患者の大多数が満足しているという結果だけでも十分な意味を持つであろう。我が国のQIプロジェクトの満足度指標も、「満足度は高く当然」という前提で使われるのであれば、それなりの役割を果たしていると言える。

## 今後の展望と課題

現段階では、患者満足度に影響を与える看護師のケア実践行動に必要な要素を、総合的かつ多次元的に捉えて評価する尺度は普及していない状況にあった。今後は、患者満足度を規定する概念の明確化も含めて、実証的な検討が求められる。具体的には、どのような看護師の専門技術能力（知識、ケア技術、指導力）や、個人特性（人間性、共感、コミュニケーション、患者に安心感を与える、看護者との信頼関係）が、全体的満足の高い看護の基準であるのか明らかにしていくことが必要である。患者が満足する看護師の実践力が明確になることは、看護の質の保証に資するものであり、看護基礎教育、継続教育の双方で教育活動においても有効使用できる尺度になる。

しかし、反応バイアスに関する補正として、質問の問い方、回答法の検討等の問題も残っており、今後の検討課題である。

## 文 献

- 尾藤誠司・鈴鴨よしみ・福原俊一（2005）入院患者用患者満足度尺度の開発—下位尺度と項目の再設定と再検証：HPSQ-25からHPSQ-13へ—, 医療マネジメント学会雑誌, Vol.6 No.2, 423-428.
- Eriksen, L.R. (1995) Patient Satisfaction with Nursing Care Journal of Nursing Measurement, 3(1), Pp59-76. (中岡ひさ子, 訳). 看護アウトカムの測定, エルゼビアジャパン) Pp246-253.
- 福武まゆみ・木村麻紀・實金栄・住吉和子・平松貴子・太湯好子（2016）患者の看護介入評価を測定する尺度の信頼性・妥当性の検討, 川崎医療福祉学会誌, Vol.25, No.2, Pp259-267.
- 長谷川友紀（2012）医療の質の測定と改善：欧米諸国の現状, 日本内科学会雑誌, Vol.101, No.12, Pp3448-3454.
- HCAHPS II investigators (2003). HCAHPS three-state pilot study analysis results. The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).
- 早瀬良・坂田桐子・高口央（2013）患者満足度を規定する要因の検討, 一医療従事者の職種間協力に着目して—, 実験社会心理学研究, Vol.52, No.2, Pp.104-115.
- 堀内成子・太田喜久子・小山真理子・小山真理子・森明子・小松浩子・岡谷恵子・高田早苗・井部俊子…… W.L.Holzemer (1996) 看護ケアの質を評価する尺度開発に関する研究—信頼性・妥当性の検討—, 日本看護科学学会誌, Vol.16, No.3, Pp.30-39.
- 日本病院会（2020）QIプロジェクト（2011年～2019年）〈<https://www.hospital.pr.jp/qip/past.html>〉（2020年12月6日）
- 厚生労働省（1995）厚生白書  
〈[https://www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/hakusho/kousei/1995/](https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1995/)〉（2020年12月8日）
- 厚生労働省（2002）医療施設経営安定化推進事業報告書（2002）  
〈<https://www.mhlw.go.jp/topics/2002/10/tp1009-1a.html>〉（2020年12月6日）
- La Monica, L., Oberst, M.T., Madea, A. R. and Wolf, R.M. (1986) Development of a Patient Satisfaction Scale, Research in Nursing & Health, Vol.9, No.12, Pp43-50.
- 日本看護協会（2007）看護にかかわる主要な用語の解説, 概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈 〈<https://nursu.or.jp/home/publication/pdf/guideline/youngokaisetu.pdf>〉（2020年12月6日）
- 岡谷恵子・山崎慶子・若狭紅子・松平信子（1994）患者満足度スケールの開発, —La Monica/Oberst 患者満足度スケール日本語版—, 日本看護科学学会誌, Vol.14,

No.3, Pp.332-333.

奥田益美・安田晃・津本周作（2017）米国患者満足度調査における患者満足の構造のモデル作成への試み，医療情報学，Vol.37，No.4，Pp.169-177.

Risser, N. (1975) Development of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Nurses and Nursing Care in Primary Care Settings. Nursing Research,

Vol.24, No1, Pp.45-51.

登張真稲（2007）社会的望ましさを尺度を用いた社会的望ましさを修正法 —その妥当性と有効性，パーソナリティ研究，Vol.15，No2，Pp.228-239.

横田恵子・落合清子・八塚美樹ら・新谷恵子・高間静子（2001）入院患者の満足度測定尺度の作成の試み，富山医科薬科大学看護学会誌，Vol.4，Pp69-76.