

患者尊厳測定尺度日本版の開発と 信頼性・妥当性の検討

Development and evaluation of a Japanese Patient Dignity Scale

長谷川奈々子¹ 太田 勝正²

Nanako HASEGAWA

Katsumasa OTA

キーワード：尊厳、尺度、入院患者

Key words : dignity, scale, hospitalized patient

本研究は、入院患者の尊厳を測定する患者尊厳測定尺度日本版 (J-PDS) を開発し、信頼性・妥当性を確認することを目的とした。文献検討と患者尊厳測定尺度国際版で用いた調査票の翻訳により尊厳の期待度と満足度を測定する35項目の日本語版調査票を作成し、14施設の入院患者を対象に質問紙調査を行った。307部の回答を得た (回収率47.5%、有効回答率99.7%)。項目分析および探索的因子分析の結果、期待度は5因子21項目、満足度は3因子21項目が抽出された。Cronbach's α 係数は期待度で0.92、満足度で0.94であった。ローゼンバーグ自尊感情尺度と一部の因子の間に有意な相関を認めた。確認的因子分析ではCFIが期待度で0.90、満足度で0.91というモデル妥当性を示した。以上よりJ-PDSは一定の信頼性と妥当性を備えた尺度であることが確認された。

This study aimed to develop the Japanese Patient Dignity Scale (J-PDS), and to evaluate its reliability and validity. The Japanese version of this 35-item questionnaire was prepared by translating its international version. Adult inpatients admitted to 14 hospitals were mailed the self-report J-PDS with demographic questions and the Japanese version of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES-J). Responses were collected from 307 patients (return rate: 47.5%, valid response rate: 99.7%). Exploratory and confirmatory factor analyses, and examination of the internal reliability and criterion-related validity of the tool were conducted. Expectation of dignity comprised 5 factors: respect for humanity, respect for privacy, politeness and consideration, respect for justice and fairness, and respect for autonomy, with 21 items. Satisfaction with dignified care comprised similar factors for the 21 items, but somewhat integrated 3 factors. The Cronbach's alpha coefficients for expectation and satisfaction were 0.92 and 0.94, respectively. Scores on several factors of both expectation and satisfaction showed significant weak positive correlations ($p < 0.05$) with the RSES-J scores. The models of expectation and satisfaction indicated relatively high model fit (CFI=0.90 and 0.91, respectively) on the confirmative factor analysis. These results suggest that the J-PDS has sufficient reliability and validity.

I. はじめに

患者の「尊厳」を守ることは、看護における重要なテーマである。国際看護師協会の「看護師の倫理綱

領」¹や各国の倫理綱領^{2,3}にも患者の尊厳を尊重する重要性について記されている。また、リスボン宣言⁴やヘルシンキ宣言⁵にも、患者の尊厳を保たれる権利について明記されている。

1 名古屋大学大学院医学系研究科博士課程 (後期課程) 基礎・臨床看護学専攻 Department of Nursing Sciences, Nagoya University Graduate School of Medicine

2 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻 Department of Nursing Sciences, Nagoya University Graduate School of Medicine

しかし、実際の臨床においては尊厳を保つことは非常に困難と言われている^{6,7}。これは、現場が複雑な業務であふれているという状況も一因であるが、井口⁸が述べるように失われたときに初めて実感されるという尊厳の性質も要因となっている。つまり、尊厳が失われたことは、その状況を作り出している側（たとえば看護師）にとって認識しづらいのである。また、患者にとって尊厳が損なわれている状況を医療者に訴えることは、治療への影響も懸念されるため非常に困難なことである⁹。

Shottonら¹⁰は人材などの資源が不足し、対処すべきたくさんの方の可視的で技術的な問題があるときは、患者の尊厳という見えないものを無視することは非常に簡単であると述べている。医療者が尊厳の損なわれている状況に気づくきっかけやシステムがない限り、尊厳の確保は個々の医療者の感性をよりどころとするしかない。Gallagherら^{11,12}やNadenら¹³が述べるように、尊厳をできる限り文脈化、可視化するために、異なる文化や状況においても広く活用できる尺度が必要である。

こうした中、Chochinovら¹⁴は終末期のがん患者に対する尊厳の評価指標としてPatient Dignity Inventory (PDI)を開発し、終末期の尊厳に関連する苦悩を評価するうえで有効な指標であると報告している。また、Vlugら¹⁵は、ケアやコミュニケーション能力についての評価が不十分であるというPDIの欠点を補った、Measurement Instrument for Dignity Amsterdamという尺度を報告している。ただし、これらの尺度は終末期や重症患者を対象として作成されており、比較的健康度が高く社会生活に近い患者を対象とした研究ではなく、実際の臨床現場における尊厳についての評価はまだ不十分と言わざるを得ない。特に、日本において患者の「尊厳」に関する研究を調べると、終末期と尊厳死に関する研究を除くと高齢者や認知症患者に対する介護福祉分野の研究^{16,17}がほとんどで、入院患者の尊厳の評価に関する研究はほとんどない。しかし、近年尊厳を含めた看護の質についての関心が高まっており、今まで国内で十分に研究されてこなかった一般病床の入院患者に対する尊厳を評価する必要性も増してきている。

こうした中、入院患者を対象とした尊厳に関する評価指標としてinternational Patient Dignity Scale (iPDS) (患者尊厳測定尺度国際版)という尺度の開発が進められており、近年の国際学会で発表されている¹⁸⁻²⁰。この尺度はGriffin-Heslin²¹やWalshら²²の概念を基に、フォーカスグループインタビューや質問紙調査を行い作成された日本語の患者尊厳尺度原案から改良・発展した英語版尺度である。これにより患者が自身に対する看護・ケアにおける尊厳への配慮について、どの程度満足し、何を望んでいるのかを測定すること

ができ、臨床における「尊厳」の状況について看護師が振り返るきっかけとなり、看護の質の向上に貢献するものと考えられる。まだ論文としては公表されていないが、ほかに代わりになる尺度がないので、開発者に依頼してオリジナルの英語版調査票を入手し、日本版の患者尊厳測定尺度の開発を試みた。本研究の目的は、わが国で活用できる信頼性・妥当性の確保された患者尊厳測定尺度日本版 (J-PDS)を開発することである。

II. 方法

1. 日本語版調査票の作成

iPDS英語版調査票の開発者の承諾を得て、日本語版調査票を作成および文献に基づく構成概念の検討を行った。英語版調査票の翻訳手順は、日本語への翻訳、翻訳の検討、バックトランスレーション、内容妥当性の評価、修正、および再評価とした。

1) iPDS英語版調査票について

iPDS英語版調査票はGriffin-Heslin²¹やWalshら²²の概念を基に、フォーカスグループインタビューや質問紙調査を行い英語で作成された、患者の尊厳への思いを「期待度」と「満足度」の二次元で測定するための36項目の調査表である。36項目の調査票を使用したシンガポールでのパイロット調査では①respect as a human being (人間としての尊重)、②respect for personal feeling and time (思いと時間の尊重)、③respect for privacy (プライバシーの尊重)、④respect for justice and fairness (正義と公平の尊重)、⑤respect for autonomy (自律性の尊重)の5因子が示された¹⁸。その後、ロンドンにおける専門家会議にて1項目(安全のための身体拘束に関する質問)が削除され、最終的に35項目となった¹⁹。

2) 尊厳を構成する要素とiPDS英語版調査票項目

看護分野に関する最初の尊厳の哲学的分析の一つはShottonら¹⁰によって発表され、それに引き続き尊厳の概念分析が行われ始めた²³⁻²⁵。また概念分析に引き続き、尊厳に関する尺度などが開発されてきている^{14,15}。そこで、患者の尊厳の概念に関する論文については1999年から2013年までの15年、患者の尊厳に関する質問紙調査の動向については2009年から2013年までの5年を範囲とし、欧文はPubMedとCINAHLを用いて、和文については「医学中央雑誌」(Web版Version 5)を用いて文献検索を行った。その結果から抽出した英文論文21件、和文論文15件および、それらの文献で引用・参考にされていた文献を基に、尊厳を構成する要素について検討した。

Hofmann²³が尊厳は個人の自律性・裁量権や誠実さと関連すると発表したことに引き続き、看護領域における尊厳についてさまざまな研究結果が発表されてきた。Walshら²²は、看護師および患者に対するインタビューを行い、患者の尊厳を構成する要素として、

看護師の立場から身体的なプライバシーの保護、プライベートなスペースの確保、気持ちへの配慮、時間、人としての尊重、アドボカシーを、そして、患者自身の立場から、露出とプライバシー、ゆとり、人としての尊重を示している。Matitiら²⁴は、102人の患者にインタビューを行い、人々の尊厳を維持するための要素について検索した。その結果、プライバシー、守秘義務、コミュニケーションと情報の必要性、ケアの選択と参加、敬意、そして礼儀と呼びかけ方の六つのテーマが尊厳の保持に関連しており、環境にかかわらず患者は尊厳を守るように看護されることを期待している、としている。また、Griffin-Heslin²¹は尊厳の構成要素として敬意、自律性、エンパワメント、コミュニケーションの四つを挙げている。Anderbergら²⁵は、尊厳を基本的な人間性と定義し、看護における尊厳の保持は個別性あるケア、自己コントロールの回復、敬意、アドボカシー、そして傾聴に由縁するとしている。

これらの尊厳を構成する要素を、患者による視点と医療者による視点で分けて表したものが図1である。

これらを基に、iPDS英語版調査票の質問項目一つひとつを検討した結果、35項目すべてが患者の尊厳に関わる要素を含んでいることが確認され、本研究においてこの調査票を利用できることを確認した。

3) 日本語への翻訳とその検討

iPDS英語版調査票35項目を日本語へ翻訳した後、尺度開発や臨床経験、英語圏への留学経験がある

看護研究者4名、医療専門職者1名による5名の専門家による翻訳版の検討を行った。各項目の因子構造における位置づけにも配慮して質問の意図を損なわないこと、日本語として自然であることを考慮しながら訳を見直し、日本語仮訳版を作成した。

4) バックトランスレーションと内容妥当性の評価

日本語仮訳版についてバックトランスレーションを標榜する専門業者に依頼し、ネイティブスピーカーによる英語への逆翻訳を行った。作成された逆翻訳版について前記の5名にさらに尺度開発と臨床経験のある看護研究者2名に加わってもらい、合計7名の専門家チームにより内容妥当性の評価を行った。原版と逆翻訳版の一致度を含む項目の適合性は、Content Validity Index (CVI) の基準²⁶に沿って4段階尺度で評定した。項目CVI値が80%未満だった3項目については文章表現を見直した。項目CVI値が80%以上であった項目でも、評価時にコメントや修正案が提示されたものについては、訳語の統一を含めて修正を行った。その後、翻訳業者に再確認を行い原版と逆翻訳版が一致することを確認した。尺度全体のCVI値は91%であった。

各項目が7名のすべての専門家より3点以上の評定を得るまで修正を繰り返し、最終的な修正版を完成させた。以上をもって翻訳の手順を終え、これを患者尊厳測定尺度日本版開発の基となる35項目の日本語版調査票とした。

2. 調査対象者

調査対象は、病床数500以上の病院に入院し、自記式質問紙に回答できる20歳以上の患者（ただし、産科、小児科、精神科に入院中の患者は除く）とした。対象病院は、一覧が公表されていることと、ある程度まとまった数の対象者が得られる可能性を考慮し、日本医療機能評価機構のホームページに記載されている「認定を受けている臨床研修病院一覧」の中から500床以上の全278施設に対し調査研究を依頼し、11施設（4.0%）から協力の承諾を得た。なお、十分な数の協力が得られなかったため、便宜抽出により300～499床の病院5施設にも調査研究を依頼し、協力の承諾が得られた3施設を調査に加えた。各病院が承諾書に記載した協力可能人数分の質問紙、計646部を送付した。調査期間は平成26年5～9月とした。その結果、11施設の307名の患者から回答があり、有効回答数は306部であった（回収率47.5%、有効回答率99.7%）。この11施設は、北陸から中国地方までの8都道府県にあり、公立病院が5施設、大学病院が4施設、その他が2施設であった。

3. 調査票の構成と配布方法

調査票は属性情報、ローゼンバーグ自尊感情尺度

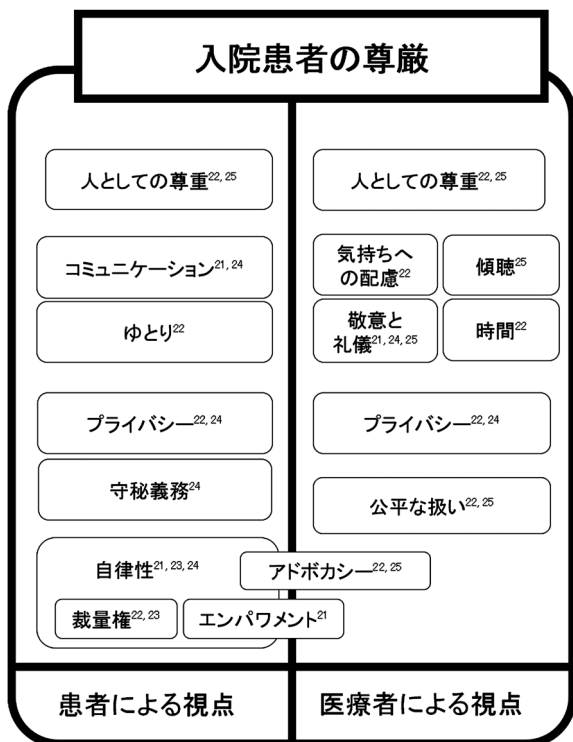


図1 入院患者の尊厳の要素

邦訳版 (RSES-J)²⁷、および上記手順により作成した35項目の日本語版調査票とした。属性情報として、対象患者の性別、年代、入院経験、主疾患名などを調査した。現在、一般的に使用されている尊厳に関する日本語の評価尺度はないが、尊厳と自尊感情には関連があると言われており²⁸、一般的に広く用いられていることや項目数が10項目と少ないため協力者の負担が比較的軽いという利点があることを考慮し、本研究においても基準関連妥当性の検証のためにRSES-Jを用いることとした。35項目の日本語版調査票の回答は、「期待度」と「満足度」の二つの視点からそれぞれ5段階評価のリッカートスケールでたずねるものであり、点数が高いほど肯定的な結果を示す。また、文化の違いなどによる経験のない質問への強制的な回答を避けるため、質問に該当しない場合は選択肢に「非該当」を含めた。

調査方法は、無記名自記式の質問紙調査法とした。研究協力の承諾が得られた病院に、研究依頼書および調査票を郵送し、対象患者に配布していただいた。対象者の選択や配布方法については、自分自身で調査票に回答できる20歳以上の入院患者（ただし、産科、小児科、精神科に入院中の患者様は除く）という条件のみを提示し、各病院の判断に委ねることとした。

4. 分析方法

統計学的分析には、SPSS Ver.22.0 for WindowsおよびAmos Ver.21.0を使用した。

1) 項目分析と探索的因子分析

項目分析については、日本語版調査票の質問項目ごとに平均値と標準偏差を算出し、天井効果とフロア効果について検討し、Q-Qプロットを用いて正規性を検討した。また、「非該当」の回答の割合を確認し、不適切な項目がないかを検討した。続いて主因子法、プロマックス回転を用いて探索的因子分析を行った。

2) 信頼性と妥当性の検討

信頼性の確認のため、探索的因子分析により抽出された因子のCronbach's α 係数を求めた。また、探索的因子分析の結果を用い、Item-Total相関分析や、Good-Poor分析を行った。RSES-Jを外基準とした基準関連妥当性の確認のため、因子分析により抽出された因子の合計点との相関分析をSpearmanの順位相関係数を用いて行った。因子妥当性の確認として、確証的因子分析によるモデル適合度を求めた。

3) 属性による患者尊厳測定尺度得点の違い

属性の違いによる患者尊厳測定尺度得点の違いを検討するため、属性を2群に分けた。年齢に関しては60歳未満と60歳以上がほぼ半数ずつであったため60歳で区分した。そして探索的因子分析による因子合計点について2群間による差をt検定により検討した。

5. 倫理的配慮

本研究は名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理委員会にて承認を受けたうえで実施した（承認番号：13-158）。対象者には研究目的と方法、研究参加者への倫理的配慮を文書により示した。また、質問紙の返信を個別郵送法とすることで、提出の自由を保障した。質問紙の提出は無記名とすることで、プライバシーの保持に配慮した。得られたデータは研究目的以外には使用しないとともに、研究成果を発表する際には個人や病院の匿名性を確保し、使用済みの質問紙や

表1 質問紙調査の対象者の概要

項目	n	%
性別		
男	163	53.3
女	142	46.4
無回答	1	0.3
年代		
60歳未満	147	48.1
60歳以上	158	51.6
無回答	1	0.3
職業		
有職	189	61.8
無職	105	34.3
その他	10	3.3
無回答	2	0.6
最終学歴		
高校まで	183	59.8
専門・大学以上	118	38.6
無回答	5	1.6
入院回数		
初めて	63	20.6
2回目以上	242	79.1
無回答	1	0.3
手術の有無		
あり	169	55.2
なし	133	43.5
無回答	4	1.3
病名		
がん	96	31.4
がん以外	185	60.4
不明	3	1.0
無回答	22	7.2
病棟		
内科系	126	41.2
外科系	127	41.5
内科・外科混合	6	1.9
その他	44	14.4
無回答	3	1.0

n=306

そのデータは厳重に保管し機密の保持に努め、研究終了後は速やかに処分することとした。なお、対象者個人からの研究協力は、回答の返信をもって同意が得られたものとみなした。

Ⅲ. 結果

1. 対象者の概要

対象者の概要は表1に示す。対象者306名中、男性は164名(53.4%)、女性は142名(46.3%)であった。60歳未満は147名(47.9%)、60歳以上は159名(51.8%)であった。

2. 項目分析と探索的因子分析

1) 項目分析

日本語版調査票による尊厳への「期待度」の平均値は3.42~4.57であり、「満足度」の平均値は3.76~4.55であった。「期待度」および「満足度」の項目分析を行った結果、天井効果は35項目中、「期待度」は27項目、「満足度」は28項目においてみられた。さらに、Q-Qプロットで正規性を検討した結果、多くの項目で正規性は認められなかったが、今回は質問項目を構成する因子を明らかにするために因子分析を行った。

なお、大人用オムツの使用に関する質問項目4に関しては「非該当」の回答が「期待度」について35.5%、

表2 J-PDS期待度(日本語版調査票の因子分析の結果)

	因子負荷量					
	第I因子	第II因子	第III因子	第IV因子	第V因子	
第I因子(5項目)【人間性の尊重】(Cronbach's $\alpha=0.82$)						
EXP-3 医師や看護師は、治療や看護ケアをはじめる前に私に手順を説明する。	0.62	0.09	0.02	-0.06	0.13	
EXP-6 医師や看護師は、しっかりと私の話を聞く。	0.61	0.00	0.30	0.10	-0.06	
EXP-1 医師や看護師は、私を物(もの)ではなく、血の通った一人の人間として私の治療やケアをする。	0.60	-0.03	0.11	0.16	-0.06	
EXP-5 医師や看護師は、私を人間として尊重する。	0.54	0.23	0.22	-0.12	-0.01	
EXP-12 医師や看護師は、痛みをすみやかに処置する。	0.60	-0.14	0.02	0.20	-0.06	
第II因子(5項目)【プライバシーの尊重】(Cronbach's $\alpha=0.83$)						
EXP-31 医師や看護師は、私の個人情報を守る。	0.23	0.80	-0.15	-0.02	-0.04	
EXP-29 医師や看護師は、治療や看護ケアの間、プライバシーを保つためにベッドサイドのカーテンをひくかドアを閉める。	-0.18	0.74	0.20	0.07	0.01	
EXP-30 医師や看護師は、ドアやベッドサイドのカーテンを開ける前に私の許可を得る。	-0.22	0.65	0.11	0.02	0.22	
EXP-32 医師や看護師は、必要があれば、医療チームの他のメンバーと私の情報を共有する。	0.33	0.59	-0.03	-0.09	-0.10	
EXP-35 医師や看護師は、入院中の検査結果を適切に、そしてすみやかに私に知らせる。	0.30	0.42	-0.23	0.21	0.03	
第III因子(3項目)【礼節と配慮】(Cronbach's $\alpha=0.79$)						
EXP-8 医師や看護師は、私だけでなく家族に対しても丁寧である。	0.11	0.02	0.86	0.11	-0.07	
EXP-7 医師や看護師は、いつも丁寧な言葉を使う。	0.18	0.01	0.77	-0.19	0.02	
EXP-9 医師や看護師は、椅子に座るか腰をかがめ、私の視線の高さに合わせて話をする。	0.00	-0.03	0.47	0.12	0.16	
第IV因子(4項目)【正義と公平の尊重】(Cronbach's $\alpha=0.82$)						
EXP-20 医師や看護師は、年齢、人種、国籍によって患者を差別しない。	0.14	-0.01	-0.05	0.72	0.04	
EXP-21 医師や看護師は、どの患者も平等に扱う。	0.17	0.17	-0.11	0.70	-0.18	
EXP-14 医師や看護師は、たとえ忙しくても急がずに落ち着いて私に対応する。	0.13	-0.17	0.13	0.65	0.14	
EXP-22 看護師は、必要ときには私が気になっていることを医師に代弁する。	-0.16	0.28	0.10	0.49	0.09	
第V因子(4項目)【自律性の尊重】(Cronbach's $\alpha=0.74$)						
EXP-19 医師や看護師は、家族に知らせる前に、まず私に病状を伝える。	-0.04	0.06	-0.03	0.21	0.63	
EXP-23 医師や看護師は、私が決めたなら、病気の治療よりも私の要求や期待を優先する。	-0.18	0.04	0.10	-0.06	0.61	
EXP-18 医師や看護師は、私が自分の治療を決められるように、選択肢をいくつか提示する。	0.38	-0.07	-0.11	-0.06	0.59	
EXP-17 医師や看護師は、私自身の治療方針を決める過程に私を参加させてくれる。	0.31	0.02	0.01	-0.05	0.55	
	因子間相関	I	II	III	IV	V
	I	—	0.51	0.40	0.54	0.37
	II		—	0.34	0.57	0.47
	III			—	0.47	0.38
	IV				—	0.55
	V					—
	初期の固有値に基づく寄与率(%)	38.79	8.29	7.70	6.08	5.24
	初期の固有値に基づく累積寄与率(%)	38.79	47.08	54.78	60.86	66.10

Cronbach's $\alpha=0.92$, $n=230$

満足度について40.4%を占めていたため、因子分析の解析から除外することとした。

2) 探索的因子分析

日本語版調査票の尊厳への「期待度」と「満足度」について、項目分析で除外された質問項目4を除く34項目に対し、主因子法、プロマックス回転を用いた探索的因子分析を行った。なお、因子分析においては不適切な回答を除外するため、35項目の回答中、空欄(未回答)が5個未満かつ、最頻値を示す回答と異なる回答が3個以上あるものを有効データとした。因子負荷量は0.40以上を採択の基準とした。尊厳への「期待度」は表2に示すように、5因子、21項目から成る結果が得られた。Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) のサンプリング適切性基準においては、KMO値は0.90であり、高い適切性があると確認された。Bartlettの球面性検定においては、 $p < 0.001$ であり、因子分析に

おける十分な適合性が確認された²⁹。第I因子は「人間性の尊重」と、第II因子は「プライバシーの尊重」と、第III因子は「礼節と配慮」と、第IV因子は「正義と公平の尊重」と、第V因子は「自律性の尊重」と命名した。

次に尊厳に対する「満足度」は表3に示すように、3因子、21項目から成る結果を採用した。KMOのサンプリング適切性基準においては、KMO値は0.92であり、高い適切性があると確認された。Bartlettの球面性検定においては、 $p < 0.001$ であり、因子分析における十分な適合性が確認された。第I因子は「プライバシーの尊重」と、第II因子は「人間性の尊重」と、第III因子は「自律性と思いの尊重」と命名した。

表3 J-PDS満足度(日本語版調査票の因子分析の結果)

	因子負荷量			
	第I因子	第II因子	第III因子	
第I因子(8項目)【プライバシーの尊重】(Cronbach's $\alpha=0.88$)				
SAT-33 医師や看護師は、私の家族に関するデリケートな情報を、担当医と担当看護師以外の医療職に開示しない。	0.75	0.25	-0.21	
SAT-28 医師や看護師は、治療や看護ケアの間、かけものや衣服で私を覆って露出を防ぐ。	0.69	-0.03	0.10	
SAT-27 医師や看護師は、私に関することは他人に聞こえないよう個人的に話す。	0.68	-0.17	0.11	
SAT-29 医師や看護師は、治療や看護ケアの間、プライバシーを保つためにベッドサイドのカーテンをひくかドアを閉める。	0.67	-0.05	0.05	
SAT-31 医師や看護師は、私の個人情報を守る。	0.66	0.13	-0.03	
SAT-34 医師や看護師は、治療や看護ケアに必要なない情報を収集しない。	0.66	0.17	-0.07	
SAT-30 医師や看護師は、ドアやベッドサイドのカーテンを開ける前に私の許可を得る。	0.64	-0.05	0.09	
SAT-24 看護師は、女性は女性部屋、男性は男性部屋でケアをする。	0.50	-0.20	0.15	
第II因子(6項目)【人間性の尊重】(Cronbach's $\alpha=0.89$)				
SAT-7 医師や看護師は、いつも丁寧な言葉を使う。	-0.05	0.93	-0.09	
SAT-8 医師や看護師は、私だけでなく家族に対しても丁寧である。	0.05	0.86	-0.10	
SAT-2 医師や看護師は、私と目と目を合わせて話をする。	-0.03	0.81	0.03	
SAT-6 医師や看護師は、しっかりと私の話を聞く。	-0.15	0.65	0.32	
SAT-1 医師や看護師は、私を物(もの)ではなく、血の通った一人の人間として私の治療やケアをする。	-0.07	0.58	0.30	
SAT-21 医師や看護師は、どの患者も平等に扱う。	0.27	0.42	0.11	
第III因子(7項目)【自律性と思いの尊重】(Cronbach's $\alpha=0.89$)				
SAT-17 医師や看護師は、私自身の治療方針を決める過程に私を参加させてくれる。	-0.02	0.01	0.75	
SAT-15 医師や看護師は、私のペースに合わせて治療やケアをする。	0.03	0.10	0.74	
SAT-18 医師や看護師は、私が自分の治療を決められるように、選択肢をいくつか提示する。	0.11	-0.09	0.62	
SAT-10 医師や看護師は、日々の治療やケアの中で私の要望や期待を優先する。	-0.08	0.23	0.61	
SAT-16 医師や看護師は、私の話を聞くための時間をとる。	0.14	0.12	0.54	
SAT-23 医師や看護師は、私が決めたなら、病気の治療よりも私の要求や期待を優先する。	0.28	-0.09	0.52	
SAT-25 医師や看護師は、私の苦しみを理解し、私に思いやりがある。	0.28	0.13	0.44	
	因子間相関	I	II	III
	I	—	0.56	0.65
	II		—	0.67
	III			—
	初期の固有値に基づく寄与率(%)	44.70	9.69	5.88
	初期の固有値に基づく累積寄与率(%)	44.70	54.36	60.23

Cronbach's $\alpha=0.94$, $n=260$

3. 信頼性と妥当性の検討

1) 信頼性の検討

(1) Cronbach's α 係数

表2と表3に示すように、因子分析結果による21項目の尺度全体および各因子におけるCronbach's α 係数は「期待度」で α (尺度全体)=0.92および α (各因子)=0.74~0.83、「満足度」で α (尺度全体)=0.94および α (各因子)=0.88~0.89であり、十分な内的整合性をもつことを確認した。

(2) Item-Total相関分析

Item-Total相関分析では、因子分析結果による21項目の各項目と合計点との間でSpearmanの順位相関係数を求めたところ、「期待度」で0.56~0.75、「満足度」で0.51~0.82と中等度~強い有意な相関を認めた($p<0.001$)。

(3) Good-Poor分析

全体合計点の上位25%と下位25%の群に分け、因子分析結果による21項目の各得点をMann-Whitney U 検定によって比較したところ、「期待度」、「満足度」とともに21項目すべてでGood群の平均ランクが有意に高い結果となった($p<0.01$)。

2) 妥当性の検討

(1) 基準関連妥当性の検討

基準関連妥当性については表4に示すように、因子分析結果による「期待度」21項目全体の合計点および5因子のうち3因子の合計点、そして「満足度」については3因子のうち2因子の合計点とRSES-J合計点との間に $r=0.21\sim0.30$ の弱いながら有意な正の相関を認めた($p<0.05$)。

(2) モデル妥当性の検討

確証的因子分析の結果、モデル適合度は「期待度」21項目ではCFI=0.90、RMSEA=0.08、「満足度」21項目ではCFI=0.91、RMSEA=0.08であり、いずれも一定のモデル妥当性を示していた。

4. 属性による患者尊厳測定尺度得点の違い

性別、年齢、職業、学歴、入院回数、手術の有無および病名の属性の違いによる「期待度」および「満足度」の21項目合計点、各因子合計点の平均値スコアの差に関する分析結果を、表5に示す。

年齢に関しては、期待度「礼節と配慮」と満足度「人間性の尊重」の合計点において、60歳以上が60歳未満よりも有意に高いスコアであった。職業に関しては、満足度「人間性の尊重」の合計点において無職者が有職者よりも有意に高いスコアであった。手術の有無に関しては、期待度「礼節と配慮」、満足度「人間性の尊重」の合計点において、手術ありの群が手術なしの群よりも有意に高いスコアであった。性別、学歴、入院回数および病名に関しては、それぞれのスコアに有意な差は認められなかった。なお、属性間に有意な

表4 J-PDS日本版と自尊感情尺度の相関係数

	自尊感情尺度合計点
期待度21項目合計点	0.29**
期待度第I因子合計点 (人間性の尊重)	0.30**
期待度第II因子合計点 (プライバシーの尊重)	0.19*
期待度第III因子合計点 (礼節と配慮)	0.26**
期待度第IV因子合計点 (正義と公平の尊重)	0.21**
期待度第V因子合計点 (自律性の尊重)	0.15
満足度21項目合計点	0.18
満足度第I因子合計点 (プライバシーの尊重)	0.21*
満足度第II因子合計点 (人間性の尊重)	0.22**
満足度第III因子合計点 (自律性と思いの尊重)	0.12

Spearman相関係数、*: $p<0.05$, **: $p<0.01$

$n=99\sim189$ *

*算出した因子ごとに有効回答数が異なるため、 n は一定値ではない。

関連は見られなかった(χ^2 検定, $p<0.05$)。

IV. 考察

1. J-PDSの信頼性と妥当性

J-PDSのCronbach's α 係数は、「期待度」については最も低かった第V因子で0.74であったが、それ以外は0.79以上であった。「満足度」についてはすべてにおいてCronbach's α 係数が0.88以上であり、良好な内的整合性が確保されたと考える。また、Item-Total相関分析には中等度~強い相関が確認され、Good-Poor分析では十分な識別力が示されたことから、J-PDSの信頼性が確認されたと考える。

方法3)、4)に示したように、日本語版調査票の翻訳手続きの妥当性は確保されている。さらに、今回開発されたJ-PDSは「期待度」21項目合計点や一部の構成因子合計点と、外的基準である自尊感情尺度合計点との間で弱いながら有意な正の相関が得られており、基準関連妥当性が確認されたと考える。最後に、確証的因子分析においてもある程度のモデル妥当性が示された。以上のことから、本尺度は一定の信頼性と妥当性を備えた尺度であると考えられる。

2. J-PDSの構造

太田¹⁹⁾によるシンガポール調査結果では36項目の

表5 J-PDSの属性による平均値の差

		n*	期待度					満足度				
			21項目合計	第I因子	第II因子	第III因子	第IV因子	第V因子	21項目合計	第I因子	第II因子	第III因子
性別	男	65~118	89.08	21.84	21.98	12.25	17.22	15.80	87.00	33.34	26.53	27.70
	女	40~86	87.25	21.75	22.17	11.85	17.07	15.33	89.75	34.47	26.85	28.03
	t値		-0.892	-0.214	-0.437	1.243	0.355	1.089	-1.280	-1.300	-0.593	-0.424
年齢	<60歳	74~110	87.91	21.60	22.21	11.76	17.19	15.69	87.69	33.70	26.05	27.63
	≥60歳	31~90	89.17	22.07	21.84	12.48	17.11	15.52	88.90	34.02	27.48	28.18
	t値		-0.611	-1.096	0.865	-2.270	0.201	0.395	-0.574	-0.353	-2.839	-0.696
職業	有職	71~131	88.42	21.75	21.95	12.10	17.26	15.74	87.52	33.54	26.22	27.81
	無職	30~65	87.53	21.98	22.16	12.05	16.95	15.42	89.20	34.28	27.45	28.16
	t値		0.236	-0.509	-0.473	0.158	0.704	0.599	-0.716	-0.789	-2.130	-0.417
学歴	高校まで	56~113	88.97	21.89	22.01	12.29	17.25	15.57	86.70	33.23	27.06	27.82
	大学以上	46~87	87.53	21.67	22.08	11.80	17.05	15.68	89.39	34.38	26.03	27.76
	t値		0.710	0.478	-0.151	1.512	0.445	-0.243	-1.257	-1.298	1.764	0.074
入院回数	初回	28~43	87.43	21.90	21.58	12.16	16.97	15.76	87.93	33.35	26.98	28.16
	2回目以上	77~161	88.65	21.77	22.19	12.06	17.21	15.68	88.09	33.97	26.58	27.72
	t値		-0.511	0.242	-1.210	0.275	-0.481	-0.243	-0.068	-0.605	0.599	0.494
手術の有無	手術あり	58~116	89.29	22.07	22.19	12.49	17.22	15.79	89.62	34.20	27.40	28.59
	手術なし	44~86	86.80	21.41	21.94	11.50	16.97	15.39	86.50	33.57	25.70	27.04
	t値		1.235	1.510	0.584	3.147	0.595	0.926	1.454	0.711	2.910	1.976
病名	がん	27~66	90.77	22.09	22.18	12.24	17.54	15.76	90.63	35.03	27.10	27.74
	がん以外	71~124	88.14	21.82	21.97	12.02	17.17	15.68	87.79	33.70	26.73	28.32
	t値		1.100	0.571	0.449	0.629	0.850	0.152	1.184	1.441	0.691	-0.720

*: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$, *算出した因子ごとに有効回答数が異なるため、nは一定値ではない。

調査票を使用しているため完全なる比較はできないが、J-PDS「期待度」においてはほぼ一致する5因子構造となった。ただし、シンガポールの「思いと時間の尊重」という因子のみ日本版では「礼節と配慮」という因子となっている。「礼節と配慮」については、Griffin²¹やAnderbergら²⁵が「敬意」を尊厳の構成要素として述べている。またMatitiら²⁴も「敬意」、そして「礼儀と呼びかけ方」が人々の尊厳を維持するための要素の一つだと述べており、先行文献からの概念に一致する。さらに、アンは日本文学を基に海外からみた日本における尊厳の特徴として礼儀を重んじていることや、日本人の倫理観には「間柄」といった相互関係の意識が強くあることに言及しており (pp. 98-100)³⁰、その点が今回の結果に表れたと考える。

一方、満足度については、「プライバシーの尊重」以外の四つの因子が二つずつ統合され、「人間性の尊重」「自律性と思いの尊重」そして「プライバシーの尊重」の3因子となった。文献検討で示された患者の尊厳を構成する要素は基本的に含んでいるが、抽出された因子としては抽象度が高い。今後、構成概念を反映した抽象度で患者の尊厳について満足度を計測できるような項目の見直しが必要であると考えられる。

3. 入院患者の尊厳に影響する要因

属性の違いによるJ-PDS得点の検討からは、期待度「礼節と配慮」の合計点および満足度「人間性の尊重」の合計点において、60歳以上が60歳未満よりも、また手術を受ける患者がそうでない患者よりも有意に高いスコアであった。また、満足度「人間性の尊重」の合計点は無職者が有職者よりも有意に高いスコアであった。

しかし、このような属性による違いについての先行研究はなく、今後の研究が必要である。なお、「人間性の尊重」への満足度について無職者と高齢者の交絡はなかった。本研究では、性別や学歴、病名および入院経験などの多くの因子について、属性による有意差がほとんど見られなかった。このことは、先行文献が対象としてきたがん患者や重症患者だけでなく、一般の入院患者においても尊厳が同様に感じられるものであり、一般病棟においても尊厳を重視した看護が必要である可能性が示唆された。

4. 本研究の意義と限界

本研究で作成されたJ-PDSは、ケアにおける尊厳の維持や尊重に関して一定の信頼性と妥当性をもって患者側の満足度や望むことを把握できる尺度である。

わが国においてもこうした尺度があることでケアへのフィードバックが可能となり、看護の質の向上に大きく貢献できると考える。また、尊厳に関する病院ごとの特性が明らかになり、組織的改善の取り組みにつながる可能性も考えられる。

一方、本研究では期待度・満足度ともに肯定的な値が多く、結果として多くの項目に天井効果が見られた。調査対象は日本医療機能評価機構による「認定を受けている臨床研修病院一覧」を基に選定しており、それらの病院は一定の水準を満たし、医療者の人数、育成環境、また治療水準などがよりよい病院だと考えられる。また、回収率が低いためのノンレスポンスバイアスや、質問紙の配布方法を各病院に委ねたための選択バイアスが発生している可能性がある。さらに、本調査では回答者の半数以上が60歳以上であり、Bauldら³¹が示すようにケアサービス満足度において肯定的に回答する傾向がある高齢者が多く含まれていた。これらのことが天井効果をもたらす結果になったと考える。また、Q-Qプロットで正規性を検討した結果、日本語版調査票35項目の期待度および満足度の大部分の項目および合計点において正規性が確認されなかった。項目の問い方やリッカートの段階数については、今後検討の余地があると考えられる。

V. 結論

本研究において、入院患者の尊厳を測定する『患者尊厳測定尺度日本版：J-PDS』が得られた。また、その信頼性と妥当性を検討し、以下の特性が確認された。

①J-PDSの『期待度』については「人間性の尊重」、「プライバシーの尊重」、「礼節と配慮」、「正義と公平の尊重」、「自律性の尊重」の5因子から構成され、『満足度』については「プライバシーの尊重」、「人間性の尊重」、「自律性と思いの尊重」の3因子から構成されていた。

②J-PDSの信頼性について、Cronbach's α 係数は「期待度」で0.74以上、「満足度」で0.88以上であった。また、ある程度の内容妥当性、基準関連妥当性、およびモデル妥当性が示された。

以上のことから、『患者尊厳測定尺度日本版：J-PDS』は入院患者の尊厳への思いを測定するための一定の信頼性と妥当性が確保された尺度であるといえる。

謝辞

本研究の遂行にあたり、貴重なお時間と労力をいただきご協力くださいました患者様と、研究にご協力いただきました各病院の院長はじめ関係者の方々に厚く御礼申し上げます。また、大変貴重なご意見やご協力をいただきました松田正己先生、新實夕香里先生をはじめ、専門家チームのみなさまに心より感謝申し上げます。

ます。本研究の一部は第41回日本看護研究学会学術集会（広島）で発表いたしました。

助成

本研究はH26-29年度文科省科学研究費基盤B「認知症患者の尊厳への思いを測定する尺度と評価法に関する研究」（研究代表者：太田勝正 課題番号：26293445）の一部により実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

1. 日本看護協会. ICN看護師の倫理綱領. 日本看護協会ホームページ [インターネット]. 2012. [Accessed 2015 Jun 6] <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/icncodejapanese.pdf>
2. American Nurses Association. Code of Ethics for Nurses [Internet]. 2015. [Accessed 2015 Jan 11] <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.pdf>
3. 日本看護協会. 看護者の倫理綱領. 日本看護協会ホームページ [インターネット]. 2013. [Accessed 2015 Jun 6] <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf>
4. 日本医師会. 患者の権利に関するWMAリスボン宣言. 日本医師会ホームページ [インターネット]. 2015. [Accessed 2015 Jun 6] <http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/lisbon2005j.pdf>
5. 日本医師会. ヘルシンキ宣言. 日本医師会ホームページ [インターネット]. 2015. [Accessed 2015 Jun 6] <http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/helsinki2014j.pdf>
6. 片田範子. 日常性の中で尊厳を守る看護倫理. 日本看護科学会誌. 2012; 32(2): 84-86.
7. 吉岡佐知子, 加藤洋子, 三代美知子. 第2回人間の尊厳に関する事例とモデル行動. 看護. 2006; 58(2): 92-98.
8. 井口昭久. 高齢者の尊厳と終末期医療. *Geriatric Medicine*. 2007; 45(2): 159-163.
9. Holmberg M, Valmari G, Lundgren SM. Patients' experiences of homecare nursing: Balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012; 26(4): 705-712.
10. Shotton L, Seedhouse D. Practical dignity in caring. *Nursing Ethics*. 1998; 5(3): 246-255.
11. Gallagher A, Zoboli EL, Ventura C. Dignity in

- care: Where next for nursing ethics scholarship and research? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012; 46: 51-57.
12. Gallagher A. Editorial: What do we know about dignity in care? *Nursing Ethics*. 2011; 18(4): 471-473.
 13. Naden D, Raholm MB, Lohne V, Eriksson K. *Nursing Ethics* and dignity. *Nursing Ethics* [Internet]. 2013. [Accessed 2014 Nov 22] <http://nej.sagepub.com/site/Additional/dignity.pdf>
 14. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, et al. The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *The Journal of Pain and Symptom Management*. 2008; 36(6): 559-571.
 15. Vlug MG, de Vet HC, Pasman HR, Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD. The development of an instrument to measure factors that influence self-perceived dignity. *Journal of Palliative Medicine*. 2011; 14(5): 578-586.
 16. 村上信, 三富道子, 伊藤桜. 利用者理解を促進するための実習指導プログラム—人権や人間の尊厳を大切にす視点から—. *介護福祉学*. 2000; 7(1): 125-134.
 17. 池田恵利子. 認知症者の尊厳は守られているか—総論—. *老年精神医学雑誌*. 2010; 21(1): 9-15.
 18. Chan MF, Ota K, Maeda J, et al. Patients' perceptions of dignity in care in the hospital: A study in Japan and Singapore. *The 16th East Asian Forum of Nursing Scholars*; 2013 Feb 22; Bangkok. 2013: p. 122.
 19. 太田勝正. 患者の尊厳への思いを知るために—患者尊厳尺度国際版 (iPDS) の開発—. *日本看護倫理学会誌*. 2015; 7(1): 92-94.
 20. Ota K, Wrigley M, Maeda J, Yahiro M, Niimi Y, Gallagher A. Cultural differences in patient's perception of dignity as shown by the international Patient Dignity Scale (iPDS). 15th International Nursing Ethics Conference. Abstract book of 15th International Nursing Ethics Conference in Bangalore; 2014 Sep 2; Bangalore. 2014: p. 24.
 21. Griffin-Heslin VL. An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing*. 2005; 13(4): 251-257.
 22. Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*. 2015; 8(3): 143-151.
 23. Hofmann B. Respect for patients' dignity in primary health care: A critical appraisal. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2002; 20(2): 88-91.
 24. Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*, 2008; 17(20): 2709-2717.
 25. Anderberg P, Lepp M, Berglund AL, Segesten K. Preserving dignity in caring for older adults: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 59(6): 635-643.
 26. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986; 35(6): 382-385.
 27. 清水裕. 第1章 自己. 山本真理子編. 心理測定尺度集I—人間の内面を探る〈自己・個人内過程〉. 第2版. 東京:サイエンス社; 2001.
 28. Nordenfelt L. The varieties of dignity. *Health Care Analysis*. 2004; 12(2): 69-81.
 29. Strickland OL. Using factor analysis for validity assessment: Practical considerations. *Journal of Nursing Measurement*. 2003; 11(3): 203-205.
 30. アン・J. デービス, アン・ギャラガー, 見藤隆子. 看護倫理—日本文化に根差した看護倫理とは—. 東京:医学映像教育センター; 2007.
 31. Bauld L, Chesterman J, Judge K. Measuring satisfaction with social care amongst older service users: Issues from the literature. *Health Soc Care Community*. 2000; 8(5): 316-324.