

博士論文

医療サービスにおける患者満足概念モデルに関する研究  
－欲求の充足に基づく患者満足モデルの検討－

平成 22 年 3 月

広島大学大学院社会科学研究所  
マネジメント専攻

田中 亮

# 目次

序章 .....	1
----------	---

## 第 1 部 研究の背景と問題意識

第 1 章 医療の質評価における患者満足的位置づけと患者満足モデル ..	11
--------------------------------------	----

第 1 節 はじめに

第 2 節 医療を取り巻く環境の変化

第 3 節 医療の質評価の歴史と患者満足度評価の登場背景

第 4 節 医療の質評価における患者満足的位置づけ

第 5 節 患者満足モデルに関する既存研究

第 6 節 本論文の問題意識と目的

第 7 節 まとめ

## 第 2 部 研究の理論的枠組みと研究課題

第 2 章 欲求の内容と動機づけに関する理論的枠組み .....	39
----------------------------------	----

第 1 節 はじめに

第 2 節 Murray の欲求リスト

第 3 節 Maslow の欲求階層説

第 4 節 Deci & Ryan の基本的欲求理論

第 5 節 欲求の充足に基づく患者満足モデルに関する枠組み

第 6 節 まとめ

第 3 章 本論文の研究課題..... 61

第 1 節 はじめに

第 2 節 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の開発

第 3 節 患者満足が運動に対する動機づけと運動の継続に及ぼす影響の  
検討

第 4 節 まとめ

第 3 部 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の開発

第 4 章 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度開発のための項目分析.. 71

第 1 節 はじめに

第 2 節 方法

第 3 節 結果

第 4 節 考察

第 5 節 まとめ

第 5 章 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の信頼性と内容的妥当性  
および併存的妥当性の検討..... 85

第 1 節 はじめに

第 2 節 方法

第 3 節 結果

第 4 節 考察

第 5 節 まとめ

第 6 章	欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の因子的妥当性と 交差妥当性の検討 .....	101
第 1 節	はじめに	
第 2 節	方法	
第 3 節	結果	
第 4 節	考察	
第 5 節	まとめ	
第 4 部	患者満足が運動に対する動機づけと運動の継続に及ぼす 影響の検討	
第 7 章	患者満足と運動に対する動機づけとの関連性の検討 .....	127
第 1 節	はじめに	
第 2 節	方法	
第 3 節	結果	
第 4 節	考察	
第 5 節	まとめ	
第 8 章	患者満足が運動に対する動機づけの促進を介して運動の継続に 及ぼす影響の検討 .....	145
第 1 節	はじめに	
第 2 節	方法	
第 3 節	結果	
第 4 節	考察	
第 5 節	まとめ	

終章 総括と今後の展望 .....	173
第 1 節 本論文の総括	
第 2 節 本論文の含意	
第 3 節 今後の課題	
謝辞 .....	185
業績一覧 .....	187
引用文献 .....	185

## 序章

### 問題の所在

近年，わが国の医療サービスは，さまざまな環境の変化に対応しながら，質の高い医療の提供が求められている。疾病構造の変化をみると，疾患全体に占める割合は急性疾患よりも慢性疾患が高くなっており，疾患の治療だけでなく疾患の予防が強調されるようになってきている。また，国の医療費抑制策による診療報酬のマイナス改定は，医療サービスを提供する医療機関の経営に大きな影響を及ぼしている。さらには，医療機関を利用する患者や国民のサービス志向も強まっており，医療はサービス業であるとの認識が求められるようになってきている。

医療の質に関する問題は，これまで医療管理学あるいは医療マネジメントといった研究領域で扱われてきた。これらは学際的な研究領域であり，上記のような問題を解決するために，経済，経営，マーケティングといった研究領域の概念や理論が応用されている。例えば，日本医療・病院管理学会は学会の理念として，「日本医療・病院管理学会は，保健・医療・福祉分野における諸問題を多面的に考究し，社会の進歩と人類の福祉に貢献することを使命とする。すなわち，医学やマネジメント・サイエンスを中心とする広範な学問体系を集学的に応用し，関連領域の専門性と価値観を相互に理解するとともに，理論と実践の両面から保健・医療・福祉のあり方を追求する」と謳っている。この理念からわかるように，医療管理学では，社会の進歩や人類の福祉に貢献することが目標であり，そのために解決すべき医療の問題が扱われている。

医療の質は，対象者の生命や健康に確実に寄与しているか，対象者に満足を与えているか，専門知識に合致しているかが問われる概念とされている（Donabedian, 1966; AMA, 1986; Lohr, 1990）。医療の質を評価する主体が社会か，保険者か，

個人か、医療提供者かによって、評価の力点は異なってくる（高枘，1998）。例えば、医療従事者は医療技術の要素を重視し、患者は人間関係の要素を重視されている（郡司，1998）。このように、医療の質の評価は立場によって異なってくるが、医療の質を判断するうえで最も重視されるべき存在は患者であると考えられる。患者にとって質の高い医療とは、自分達の健康の維持増進や疾病の治療、予防にとって価値が高いことを意味する。逆に、患者にとって質が低いと判断される医療は、たとえ医療従事者が高度な医療技術を持っていたとしても、患者にとっては良い医療とみなされない可能性がある。患者の評価を指標にした医療の質向上は、医療現場において重要な課題といえる。

患者が医療の質をどのように評価しているか把握するために、医療管理学や医療マネジメントに関する研究領域では、患者満足という概念が注目されている。Donabedian（1966）が提唱した医療の質の枠組み（構造，過程，結果）において、患者満足は医療の質の結果を示す指標として位置づけられている（島津，2005）。つまり、医療サービスを利用する患者満足度が高ければ、その患者からは医療の質は高いと判断されることになる。医療管理学や医療マネジメントに関する研究領域では、患者にとって質の高い医療とは何かを検討するために、患者満足の概念化やモデルの研究が行われている。

患者満足に関する研究は、1950年代より散見されるが、患者満足の概念やモデルについて本格的な検討が開始されたのは1980年代に入ってからである。患者満足という概念は、患者属性や医療サービスの属性から影響を及ぼされる従属変数としての側面と、医療サービスの利用に引き続いて起こる患者の健康関連行動に影響を及ぼす独立変数としての側面があると考えられている（Linder-Peltz，1982a）。

「医療や病院に対する患者の態度」（Hulka, Zyzanski, Cassel, & Thompson, 1970）とみなされていた当時の患者満足のモデルは、Fishbein & Ajzen（1975）の態度理論を応用したLinder-Peltz（1982a）によって、医療がもつ多属性に対す

る評価という視点から捉えられ始めた。その後、職務満足の研究領域で提示されていた Lawler (1973) の不一致モデルが患者満足研究のなかで紹介され (Pascoe, 1983), 患者満足は、医療サービスに対する期待と実際に受けた医療との不一致によって決定すると考えられるようになった。患者満足を説明するモデルは、期待概念を扱った患者満足モデルを中心に現在に至っている。

期待概念を扱った不一致モデルは、医療サービスに対する患者の評価過程を説明するモデルとして患者満足研究に貢献してきたといえるが、不一致モデルでは説明できない 2 つの問題が指摘できる。第 1 の問題は、不一致モデルでは患者満足を構成する内容について説明できないという点である。期待概念を扱ったこれまでの不一致モデルは、「患者の満足や不満はどのようにしてもたらされるのか」といった、患者の満足や不満に関する認知的判断を説明する理論であり、このモデルによって患者満足の量的側面を説明することは可能かもしれない。しかしながら、「患者の何が満足したのか」といった、患者満足の質的側面ともいべき患者満足の構成内容については、不一致モデルによって適切に説明することができない。また、不一致モデル以外で、患者満足の内容を説明するための合意が得られたモデルはみあたらない。

第 2 の問題は、期待概念を扱った患者満足モデルでは、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響の心理過程が説明しにくいという点である。不一致モデルに代表される患者満足モデルは、患者満足や不満足判断を説明することに力点が置かれており、患者の健康関連行動を説明する概念としての患者満足は考慮されていなかったように思われる。不一致モデルは、医療従事者や病院に対する期待を扱った理論であり、患者満足を医療サービスに対する態度と考えれば、医療サービスに接近する行動 (例えば、再利用行動) や回避する行動 (例えば、スイッチング) についてはある程度説明できるかもしれない。しかしながら、運動や食事制限といった、病気の治療や予防のための行動 (日本健康心理学会, 2002; 森谷, 2007) は、不



一致モデルにおける期待の対象外となる。そのため、これらの行動に対して患者満足が及ぼす影響の心理過程は、期待概念を扱った不一致モデルによってうまく説明できない。患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響の心理過程がうまく説明されるためには、行動の動機づけが説明できる概念を用いた患者満足モデルが必要になってくる。

そこで、患者満足を構成する内容や、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響を説明できる患者満足モデルを提案するために、本論文では欲求概念に着目し、欲求の充足に基づいた患者満足モデルを検討する。欲求に関する理論の研究は心理学において古くから行われている（例えば、Murray, 1938）。そして、欲求は動機づけを説明する概念の 1 つとして今日まで研究が進められている。Deci & Ryan (2002) が提唱した自己決定理論では、人間の行動の自律性に関わる欲求概念として、有能さの欲求、自律性欲求、関係性欲求が挙げられている。有能さの欲求とは、自己のおかれた環境や活動において効果的でありたいという欲求であり、自律性欲求とは、自分自身が自分の行動の起源であると感じたい欲求のことを意味する。また、関係性欲求は、他者とつながってほしい、他者に関心を持ち他者から関心を持たれたいという欲求を示す概念である。自己決定理論は、これらの欲求の充足によって人間の行動はより自律的（自己決定的）に動機づけられると主張している。この考え方を応用し、欲求の充足に基づいて設定された患者満足の概念モデルが支持されれば、期待概念を扱った患者満足モデルが説明できなかった患者満足の内容や、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響を説明できると考えられる。

## 本論文の構成

第 1 部（第 1 章）では、「研究の背景と問題意識」を提示する。第 1 章では、医療の質改善が求められている医療を取り巻く環境について概観する。次に、医療の

質評価や患者満足度評価が行われるようになった歴史的な背景をふりかえり、医療の質評価における患者満足度評価の位置づけについて確認する。そして、患者満足研究において患者満足を説明するための中心的な概念とされている期待概念を扱った患者満足モデルの諸説を検討し、それらのモデルの問題点を指摘する。最後に、期待概念を扱った患者満足モデルの問題点を解決するために、欲求概念に着目した患者満足モデルを提案し、欲求の充足に基づく患者満足モデルの可能性について述べる。

第2部(第2章～第3章)では、「研究の理論的枠組みと研究課題」を提示する。第2章では、基本的な欲求の内容を扱った理論をレビューし、欲求の充足に基づいた患者満足モデルと、患者満足と患者の健康関連行動との関係に関する概念のモデルを提示する。第3章では、欲求の充足に基づいて患者満足を捉えるモデルが患者満足モデルとして支持できるか検討するために、2つの研究課題を提示する。研究課題1は、欲求の充足に基づいた患者満足を測定するための尺度を開発することとし、測定尺度の妥当性を検証する方法について論じる。次に、研究課題2として、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響の心理過程を検討するための課題について説明する。具体的には、患者の健康行動の1つである運動をとりあげ、患者満足が運動に対する動機づけと運動の継続に及ぼす影響を実証することを研究課題とし、自己決定理論を応用して分析する枠組みを示す。

第3部(第4章～第6章)では、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を開発し、その信頼性と妥当性について検討する。第4章では、測定尺度に含める項目を選定するための予備調査を行い、項目の分析を行う。第5章と第6章では、測定尺度の内容的妥当性、併存的妥当性、因子的妥当性、交差妥当性について検討する。

第4部(第7章～第8章)では、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を使用して、患者満足が運動に対する動機づけと運動の継続に及ぼす影響を検討する。第7章では、自己決定理論を応用し、患者満足と運動に対する自己決定的な動機づけと

の関連性を実証する。第 8 章では、さらに運動の継続を変数として組み込み、患者満足が運動に対する動機づけの促進を介して運動の継続に及ぼす影響を実証する。

終章では、本論文を総括し、本論文から得られた学術的貢献や実践的貢献を提示するとともに、今後の研究をより深めていくうえでの課題について論じる。

## 第 1 部 研究の背景と問題意識

## 第 1 章 医療の質評価における患者満足の位置づけと患者満足モデル

### 第 1 節 はじめに

医療を提供する医療機関には、医療の質や患者満足度の向上が求められている。その背景には、医療の高度化と医療費の増加のなかで、医療の質保証のための医療評価が求められていることや、患者が医療をサービス業として認識しはじめ、消費者としての権利意識を高めていることが挙げられる（大庭・米山，2007）。医療に対する患者、国民の不満、不信感の増大は、1990年代より指摘されており（上林，1998）、高度の医療水準や納得のいく説明、あるいは快適な療養生活が求められるようになっている（今中，1998）。

本章では、最初に、医療の質向上が求められている医療を取り巻く環境について論じる。次に、医療の質評価の歴史と患者満足度評価の登場背景をふりかえったうえで、医療の質の捉え方や医療の質評価における患者満足の位置づけを確認する。そして、患者満足研究における主要な患者満足モデルについて検討し、最後に、これまでの患者満足モデルの問題点を指摘したうえで、問題を解決するための視点や新たなモデルについて論じる。

### 第 2 節 医療を取り巻く環境の変化

近年、わが国の医療を取り巻く環境は、医療の提供体制の見直しが迫られるほど大きく変化している。具体的には、急性疾患から慢性疾患にシフトしてきた疾病構造の変化、医療費の高騰による診療報酬のマイナス改定、そして、医療サービスに対する国民の不信感やサービス志向が指摘できる。

## 1) 急性疾患から慢性疾患にシフトしてきた疾病構造の変化

医療を取り巻く環境の変化の1つに、疾病構造の変化が指摘できる。厚生労働省(1996)が公表しているデータを表1-1に示す。傷病別に入院・外来受療率を対人口10万で上位5位を示すと、入院では、循環器系の疾患(うち脳血管疾患172)と、精神および行動の障害(うち精神分裂病, 分裂病型障害および妄想性障害172)がともに259と多く、次いで新生物が134で続いている。損傷・中毒およびその他の外因の影響によるものは93, 消化器系の疾患は73, 筋骨格系および結合線維の疾患は61となっている。外来では、消化器系の疾患が圧倒的に多く1,198(うち歯および歯の支持組織の疾患835)であり、循環器系の疾患は892(うち高血圧性疾患564), 筋骨格系および結合線維の疾患は763, 呼吸器系の疾患は676, 目および付属器の疾患は272となっている。精神及び行動の障害や歯に関する疾患を除けば、脳血管疾患や高血圧症など生活習慣に起因する慢性疾患の割合が高くなっている。

さらに、厚生労働省が示した「第3次対がん10か年総合戦略」の関係資料(厚生労働省(2003a))によれば、わが国の3大主要死因は、悪性新生物, 脳血管疾患, 心疾患であり、これに続く疾患は肺炎, 不慮の事故と自殺になっている。1940年代前半まで長い間第1位であった結核による死亡は、それ以降は大きく減少し、それに代わって脳血管疾患が多くなっている。また、1981年からは悪性新生物が第1位を占めていたが、4年後の1985年には心疾患, 悪性新生物, 脳血管疾患の順となっている。以上のように、わが国の疾病構造は、感染症や結核といった急性疾患よりも、長期の治療を要する慢性疾患が疾病構造の中心となっていることがわかる。

表 1-1 入院・外来の受療率（人口対 10 万）

傷病大分類		入院	外来
総数		1 176	5 824
I	感染症及び寄生虫症	28	168
II	新生物	134	153
III	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	5	27
IV	内分泌、栄養及び代謝疾患	40	269
V	精神及び行動の障害	259	124
VI	神経系の疾患	53	95
VII	眼及び付属器の疾患	11	272
VIII	耳及び乳様突起の障害	3	110
IX	循環器系の疾患	259	892
X	呼吸器系の疾患	53	676
X I	消化器系の疾患	73	1 198
X II	皮膚及び皮下組織の疾患	6	207
X III	筋骨格系及び結合組織の疾患	61	763
X IV	尿路性器系の疾患	34	172
X V	妊娠、分娩及び産じょく	21	14
X VI	周産期に発生した病態	5	1
X VII	先天奇形、変形及び染色体異常	6	11
X VIII	症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	17	66
X IX	損傷、中毒及びその他の外因の影響	93	254
X X I	健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	14	351

注 1 受療率は、主傷病についてみたものである。

2 総数には、年齢不詳を含む。

出所：厚生省（1996）

## 2) 医療費の高騰による診療報酬のマイナス改定

医療を取り巻く環境の変化の第2としては、医療費の高騰による診療報酬のマイナス改定が挙げられる。平成元年度以降の年度別国民医療費対国民所得比（厚生労働省、2008）を図1-1に示す。平成18年度の国民医療費は33兆1276億円（前年度33兆1289億円）であり、国民所得比は8.9%（前年度9.0%）となっている。ここ最近では、平成12年度に介護保険制度が施行された影響で、医療費は一時的に抑制されたが、その影響も短期的なものであった。国民医療費は年々増加傾向にあり、医療財源が逼迫していることがうかがわれる。

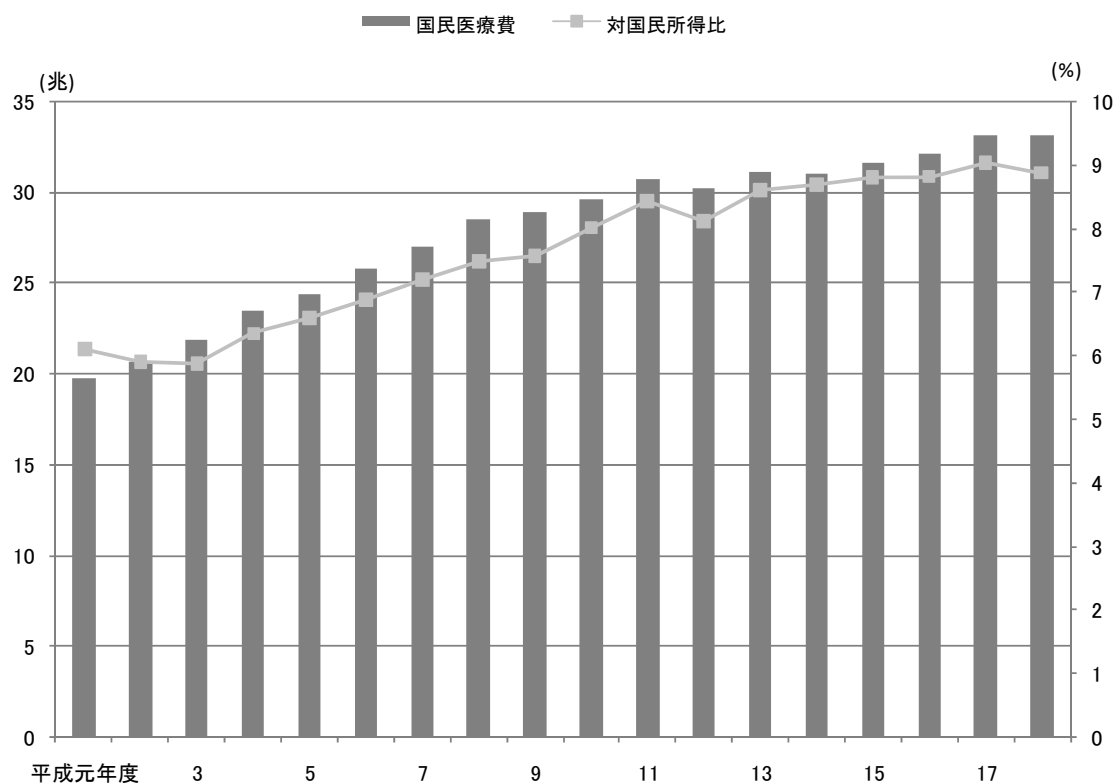


図 1-1 年度別国民医療費と対国民所得比

出所：厚生労働省（2008）を基に筆者作成



次に、診療報酬の改定率を図 1-2 に示す。わが国では医療費の抑制策として、診療報酬のマイナス改定が行われている。平成 20 年の診療報酬本体は、8 年ぶりに 0.38% と若干のプラス改定になったが、薬価・材料費はマイナス 1.20% であり、全体ではやはりマイナス 0.82% となっている。このマイナス幅は平成 18 年のマイナス 3.16% 改定と比べて小さかったものの、診療報酬の度重なるマイナス改定は医療機関にとって厳しい傾向にある。

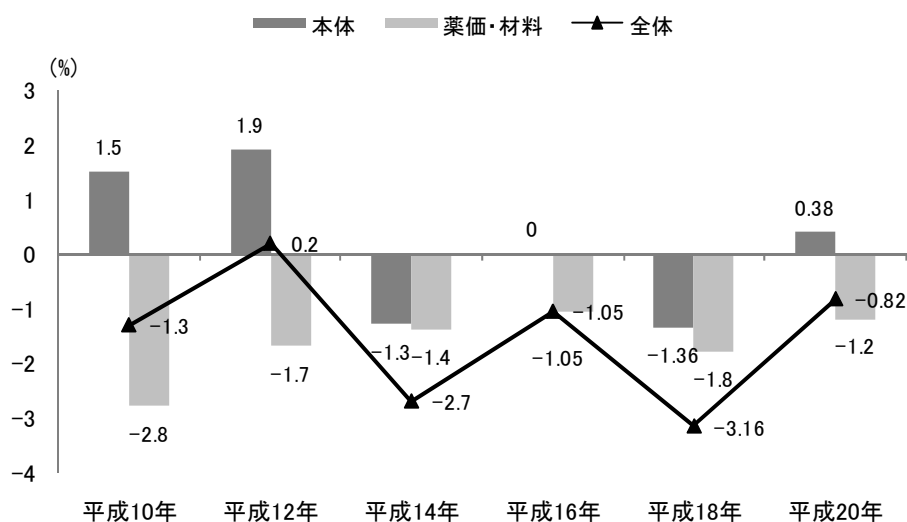


図 1-2 診療報酬の改定率

### 3) 医療に対する国民の不信感やサービス志向

わが国では、医療費が増大する一方で、増加した医療費が主に患者の自己負担に転嫁されたことから、国民の医療への意識が大きく変化していることが指摘されている（矢崎，2008）。また、医療事故や医療ミスの頻発，さらには医療機関がそれらの事実を隠蔽しようとしたことが発覚したことにより，医療に対する患者や国民の不信感も高くなっている。医療現場では，メディアが取り上げるような大型・高機能病院の医療事故だけでなく（川上・藤井・梅谷・山内，2006），医療事故の前兆となるような，いわゆる「ヒヤリ・ハット」も少なくない。医療サービスを利用

する患者や国民は、自分の負担に見合った安全な医療が提供されているか、強い関心を持つようになったと考えられる。

さらに、医療の業態に関する国民の認識も変化している。平成7年版の厚生白書（厚生省，1995）では、一般市民に対して「医療をサービス業としてみることに」ついて調査が行われている。その結果、「医療はサービス業だが、普通のサービス業と同じ対応は難しい」（33.0%）という回答と、「医療はサービス業だから患者をお客として扱うべきだ」（29.4%）という回答の多いことが示されている（図 1-3）。両者を合わせると、回答者のほぼ6割が「医療はサービス業である」と認識していることになる。別の見方をすれば、半数以上の一般市民は、医療は一般の営利サービスと同じであるとみなすにはやや違和感があると認識しているとも読みとれるが、もしそうだとした場合、医療はどちらかといえばサービス業であると認識している国民の存在は否定できない。このことから、医療には一般の営利サービスと同様の対応は望まれていないが、だからといって医療をサービス業とみなさない医療従事者の姿勢もまた望まれていないと考えられる。この厚生白書において医療がサービス業として定義されて以来、患者を顧客・消費者として受け入れる考え方が医療従事者内で浸透し、医療の評価を患者に求める動きが高まってきている（後藤田・郡司・河相・有川・田口・菅野・笹井・川良，2007）。

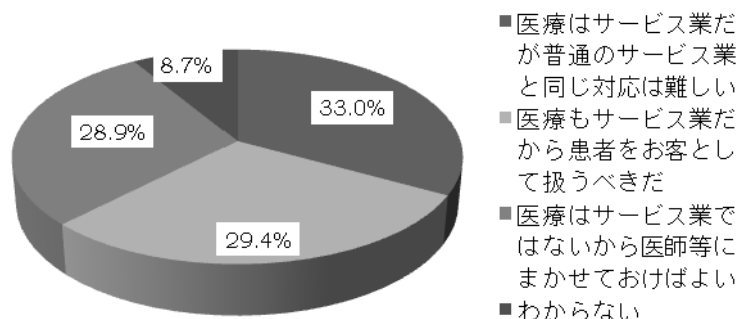


図 1-3 医療をサービス業としてみることにについて(n=1,412, 回答は1つ)

出所:厚生白書(1995)を基に筆者作成

### 第3節 医療の質評価の歴史と患者満足度評価の登場背景

#### 1) 医療の質評価の歴史

医療を取り巻く環境の変化のもと、医療機関にはサービス志向が強まってきた患者に対して、質の高い医療を提供することが求められている。医療機関が提供する医療はどのように評価されるのかについては、これまで医療の質に関する研究のなかで検討されてきた。医療の質評価をいち早く試みた国は米国であり (Roberts, 1987), その歴史は、外科医である E. Codman の取り組みに遡るといわれている (郡司, 1998)。Codman が行った評価は、外科手術によって、どれくらいの割合の患者が、どの程度まで回復したのかをまとめるものであった。これは、最終結果評価システム“End Results System”と呼ばれるものであり、このことから、医療の質の評価は医療の結果の評価からはじまったとされている (郡司, 1998)。この評価方法は、医療を客観的に評価しようとした試みであったが、当時の医師たちに受け入れられず、医療の評価の焦点は、医療の結果から医療を提供する組織の構造

へと移っていくことになる。

その後、医療の質を客観的に評価しようとした **Codman** の試みに賛同した医師たちによって、1913年に医療の質評価の実施を目的としたアメリカ外科学会が創設された。そして、1917年には、同学会によって病院の標準化に関する取り組みが始まっている。病院の標準化とは、どの病院に行っても同じレベルの医療が受けられるように保証する仕組みづくりのことである。同会によって設定されたレベルに到達した病院は、同学会から認定が与えられることになったが、これは、医療の第三者評価の原型であるといえる。

1951年には、認定を受ける病院が増え、アメリカ外科学会だけでは対応できなくなったことから、アメリカ内科学会、アメリカ医師会、アメリカ病院協会、カナダ医師会の参加を経て、医療の質を認定する団体として **JCAH (Joint Commission on Accreditation of Hospitals)** が組織された。JCAHによる評価は、医療を提供する組織の構造の評価であることにその特徴があるが、「構造的な評価が医療の質の結果を改善するという証拠が不十分」との批判を受けることになる(郡司, 1998)。これに対して、JCAHは、1987年に名称を **JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)** に改めると同時に、臨床指標(例えば、産婦人科における帝王切開率、外科における再手術率など)を評価指標の1つとして導入し、構造的な評価を大幅に簡略しようとして試みている。このように、評価の力点は時代を経て見直されているものの、JCAHの活動は、米国における医療の質の向上と標準化に多大の貢献をしてきたとされている(郡司, 1998)。

## 2) 患者満足度評価の登場背景

医療の質評価の歴史をみると、医療の質評価は医師による自己評価から第三者評価にシフトしていく流れがあった。その一方で、1950年代後半から1970年代前半に米国や英国において消費者運動が活発化したことから、医療の質評価に患者を

参加させる流れが形成されるようになる (Linder-Pelz, 1982a)。

Sitzia & Wood (1997) によれば、英国では、1970 年以降に起こった消費者運動の影響によって、医療サービスの計画や評価において患者の意見がかなり多く取り込まれるようになった。1980 年代に入ると、英国政府は患者の視点に立った医療を提供するよう医療従事者に求めるようになり、医療従事者はサービスの管理や改善のプロセスに患者の視点を取り入れるようプレッシャーをかけられるようになった (Jones, Leneman, & Maclean, 1987)。そのため、医療サービスの消費者である患者は、提供される医療に対して批判できる立場となり、医療サービスの計画や評価に対して能動的に参加するようになっていった。

この流れのなかで、医療に対する一般市民の意見の表出や、患者の満足度の表明がなされるようになっていった。その結果、医療サービスにおいて患者は最も権威がある存在と見なされるようになり、患者満足度評価が盛んに行われるようになる (Williams, 1994)。患者満足に関する研究は、医療の質に関する研究として多く行われるようになっていく (水野・楊・徐・太田・山内, 1999; 後藤田ら, 2007)。

#### 第 4 節 医療の質評価における患者満足の位置づけ

##### 1) 医療の質とはなにか

医療の質評価の歴史には、医師による医療の結果の評価から始まり、その後は第三者による評価とともに、患者による評価の流れが形成されていた。患者による評価は、市民運動の活発化を背景に注目されるようになり、医療機関は患者満足度調査によって患者の意見や要望を医療に取り入れるようになったとされている。

ここで、医療の質と患者満足の関係を明確にするために、医療の質に関する研究領域において、患者満足はどのように位置づけられているのかについて整理する。まず、医療の質とは何か、どのように評価されるのかについて検討し、そのうえで、

医療の質評価における患者満足的位置づけを明らかにする。

医療の質に関しては、これまでいくつかの捉え方が示されている。アメリカ医師会は「生命の延長と質に確実に寄与するケア」(AMA, 1986)と述べている。生命の延長は医療の本質的な命題の1つであり、この場合、医療の質は死亡率や罹患率といった医学的なアウトカムによって判断されることになる。また、医学的な見地から医療の質を捉える考え方にLohr(1990)がある。Lohr(1990)は、医療の質について「個人や集団を対象に行われる医療が、望ましい健康状態をもたらす可能性をどれだけ高くするのか、その時々専門知識にどれだけ合致しているのか、それらの度合い」と述べている。この見解は、科学的根拠に基づいた医療(Evidence Based Medicine: EBM)を重視する現代の医療のパラダイムに合致したものであり、医療の質を捉える視点として妥当なものといえる。一方、このような医学的な視点ではなく、患者の視点から医療の質を捉える考え方に、Donabedian(1966)がある。Donabedian(1966)は、「患者の健康と満足を達成しているかどうか、医療の質の究極の指標である」と述べている。このDonabedian(1966)の主張は、医療の質評価において、患者満足という極めて主観的反応も判断基準として考慮する必要性を示唆している。Donabedian(1966)の捉え方は、アメリカ医師会(AMA, 1986)やLohr(1990)の捉え方とは異なり、医療の質を患者の立場から捉えようとするものである。これらのことから、望ましい医学的アウトカムが得られていることや、提供される医療技術が科学的根拠に基づいていることだけでなく、患者満足も質の高い医療の必要条件であると考えることができる。

## 2) 医療の質評価の領域

医療の質は、提供される医療が上記の要件を充たしているかどうか判断するために評価されることになる。医療の質評価は、医療サービスを提供する組織の構造、医療サービスが提供される過程、医療サービスを利用した結果という3つの領域に

分けて行われる（Donabedian, 1966）。島津（2005）によれば、3つの領域には表 1-2 の要素が含まれる。

表 1-2 医療の質評価の領域

	医療が提供される条件を構成する因子
構造	①施設や設備などの物的資源
	②専門職の数, 多様性, 資格などの人的資源
	③ 医師・看護スタッフの組織, 医療費支払い方法などの組織的特徴
	医療がどのようにして提供されたのかという側面
過程	① 診断, 治療, リハビリテーション, 患者教育など, 通常は専門職によって行われる医療活動
	②患者や家族などの医療への参加や, 医療者と患者のかかわりかた
	提供された医療に起因する個人や集団における変化
結果	①健康状態の変化
	②患者または家族が得た将来の健康におよぼしうる知識の変化
	③将来の健康に影響をおよぼしうる患者または家族の行動の変化
	④医療およびその結果に対する患者または家族の満足度

出所：島津（2005）を基に筆者作成

福井（2007）は、これら3つの領域のうち、「構造」については、日本を含む先進諸国では、以前ほど施設ごとに大きな違いはあまり目立たなくなってきたと述べている。そのため、個々の医療者の能力に任されることが多い「過程」と「結果」が、現時点では重要な指標になると論じている。構造に関する評価は、医療に対する患者の総合的な評価に大きな影響を及ぼさないことが示されている（例えば、長谷川・杉田，1993）。そのため、患者が医療の質を評価するにあたっては、医療機関の構造的な要因よりも、患者と医療従事者とのコミュニケーション（前田，2007）や健康状態の変化といった、医療の過程や結果に関する要因の評価が重要になってくると考えられる。

ところで、医療の質評価する際には、評価する立場によって、重視される領域や要素は異なってくると考えられる。高栞（1998）によれば、医療の質評価には自己

評価、第三者評価、患者評価がある。自己評価とは、医師や看護師といった医療従事者による評価であり、学術的あるいは経済的な観点から専門的な領域を含めた評価が行われる。一般的に、医療従事者は技術的要素を重視し、専門知識や医療技術に評価の力点が置かれると考えられている。技術的要素は患者の生命や健康を左右する極めて重要な要因であるが、医療の専門家以外は適切に評価できないという限界もある。次に、第三者評価とは、医療従事者や患者ではない中立的な立場による評価のことをいう。第3節で示されたJCAHによる評価や、学術的な観点から中立的な立場で医療機関の機能を評価する日本医療機能評価機構による評価は、第三者評価に含まれる。そして、患者評価とは、医療受療者である患者による評価のことをいう。患者評価は、患者満足度調査という形で行われることが多い。患者満足度調査では、医療の技術的要素よりも、医療機関のアメニティ（例えば、トイレの清潔さ、駐車場の利用のしやすさ、待合室の騒音、病室の快適さなど）や医療従事者の態度およびコミュニケーションが問われることが多い。患者は、技術的要素よりも人間関係要素を重視しているといわれており、その評価を中心にして医療の良し悪しを判断していると考えられる。このように、医療の質は、様々な立場から多角的に評価され、包括的に判断されることになるが、患者による評価は、医学的、学術的な観点とは切り離された視点による医療の評価であるといえる。

### 3) 医療の質評価における患者満足の位置づけ

患者による医療の評価は、医療の質を判断するうえで1つの指標になるといえるが、医療の質評価において、患者満足はどのように位置づけられてきたのだろうか。島津（2005）によれば、医療の質に関する3つの領域は、図1-4のように結びつけられている。すなわち、良い構造は良い過程をもたらし、そして、良い過程は良い結果をもたらす可能性があると考えられている。言い換えれば、医療サービスが提供される構造の質が結果の質を生み出すが、両者の間には、医療サービスが提供



される過程の質が想定されている。このなかで、患者満足は医療の結果に含まれており、医療サービスにおける患者満足は、患者評価による医療の結果を示した指標として位置づけられることになる。

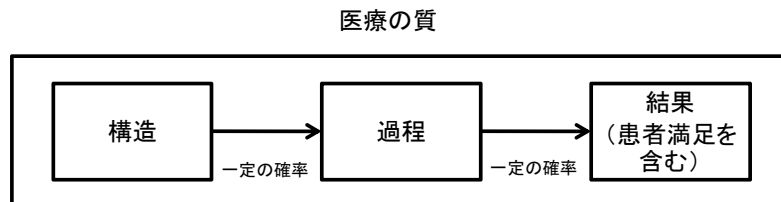


図 1-4 医療の質と患者満足の関係

出所：島津（2005）を基に筆者作成

Jackson, Chamberlin, & Kroenke（2001）によれば、医療の質評価において患者満足が利用される目的は、（1）異なる医療プログラムやシステムを比較するため、（2）医療の質を評価するため、（3）患者満足度向上のために改善を必要とするサービスの属性を特定するため、（4）離脱しそうな患者を組織が特定することを助けるため、とされている。また、患者満足は、医療システムの機能を理解するうえで重要であり（Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1978; Pascoe, 1983）、そのため、患者満足を患者立脚型アウトカムとして定量化することで、医療の質を評価しようとする動きが高まっている（尾藤・鈴鴨・福原，2005）。

患者が正確な知識をもち、生命の延長や健康の増進のために、常に正しい医療を選択できるとは限らない。そのため、患者満足を追及することを医療の根幹的な目標に据えることは、必ずしも適切とは言えないかもしれないが、現代の医療には、患者の視点を取り入れることが求められていることを考慮すれば、Donabedian（1966）や Lohr（1988）が指摘するように、患者満足はそれ自体が医療の目指すところであり、医学的なアウトカムと同様に、患者満足を患者立脚型アウトカムと

して考えることも必要である。

さらに、今中（1998）は、患者満足が得られないと、「治療の中断やドクターショッピングが起きる」「服薬や生活処方に対してコンプライアンスを低下させる」「コミュニケーションの悪化に伴って症状、経過、関連因子等が隠蔽される」など、医療の提供に支障をきたすと指摘している。また、大津・佐伯・平野・栗屋（2006）は、患者の満足は治療に対する患者の取り組みに影響を及ぼすことを示している。さらに、厚生労働省は、全国の一般病院を利用する患者を対象に受療行動調査を3年ごとに実施し、医療機関の利用者の受療状況や医療に対する満足度調査をすることで、医療に対する患者の認識や行動を把握・分析し、医療の質の確保と向上に資することに努めている。このような取り組みからも、受療行動に関する臨床上あるいは政策立案上の知見を得るうえで、患者満足は重要な要因になると考えられる（今中・荒記・村田・信友，1993）。医療の質評価を患者に求めようとする動きは、少しずつ浸透しており（水野ら，1999；後藤田ら，2007）、患者満足度調査は、医療の質評価の手段としてますます注目されている（今中ら，1993；大和田・郡司・今中，1995）。

## 第5節 患者満足モデルに関する既存研究

### 1) 患者満足モデルの研究背景

患者満足に関する研究は、1950年代より報告されはじめているが、1970年代後半までは、医療サービスの管理者や医療従事者、あるいは消費者団体が求める実践的なデータの提供を目的とした研究が大半を占めている（Linder-Pelz, 1982a）。多くの研究では、患者属性や医療サービスの属性と患者満足との関係や、あるいは、患者の行動と患者満足との関係が検討されている（例えば、Lebow, 1974; Locker & Dunt, 1978; Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1978）。論理的には、概念の意味

が理論的に検討された後に測定方法の検討や実際の測定が行われるが、少なくとも1970年後半までの患者満足研究では、支持された患者満足の定義や心理学的モデルは明快に展開されなかった（Pascoe, 1983）。このような患者満足概念の意味に対する配慮の欠如は、患者満足研究の1つの大きな欠陥として指摘されるようになった（Locker & Dunt, 1978; Abradmowitz et al., 1987; Williams, 1994）。

患者の年齢や性別といった社会統計学的属性と患者満足との関係の検討が多く行われていた1970年代後半までの研究の状況が批判されはじめ、患者満足あるいは不満が決まるプロセスの理解が重要な課題であると述べられるようになる（例えば、Locker & Dunt, 1978）。この問題に対して、1970年代後半頃から患者満足概念の意味の重要性が指摘されるようになっていった（Locker & Dunt, 1978; Ware et al., 1978）。

## 2) 患者満足モデルの基本的要件

患者満足のモデル化にあたっては、いくつか基本的な要件が考えられる。Linder-Peltz（1982a）によれば、患者満足の概念には、患者や医療サービスの属性によって決まる従属変数としての側面があり、一方では、引き続き起こる患者の健康関連行動に影響を及ぼす独立変数としての側面がある。従属変数としての患者満足は、医療サービスの構造、過程、結果の評価に従属するとみなされる（Pascoe, 1983）。一方、患者満足を独立変数とみなした場合、患者満足は治療に対するコンプライアンスや医学的なアドバイスを患者が正確に覚えているかという点に影響を及ぼすという見方から、健康状態の重要な決定要因であるとされる（Falvo, Woehlke, & Deichmann, 1980）。したがって、患者満足のモデル化にあたっては、医療サービスの評価が反映され、患者の健康関連行動を説明できることが基本的な要件になるといえる。

### 3) 患者満足モデルの諸説

Pascoe (1983) によれば、患者満足は、サービス経験の文脈、プロセス、成果に関する主要な側面に対する患者の反応として定義される。この評価は、患者の主観的な基準（期待、理想、規範）と、個々の医療経験に関する重要な特質との比較としてみなされる。そして、比較のプロセスは、相互関係にある2つの心理的活動を含んでいることが想定されている。1つはサービスの構造、過程、結果に関する認知ベースの評価、もしくは等級付けである。もう1つは、サービスの構造、過程、結果に関する感情ベースの反応もしくは情動的反応である。

1980年代以降、患者満足モデルに関する研究が展開されていくことになるが、Pascoe (1983) の定義のうち、患者満足モデルは、患者満足の認知ベースの評価を中心に発展していくことになる。その理由は、医療サービスの各属性に対する認知的評価として患者満足モデルを構築したほうが、患者満足や不満足を改善するための領域を容易に特定できるためとされている (Singh, 1989)。そして、患者満足を説明するモデルにおいて、今日まで中心的な役割を担ってきた心理的概念は期待であると考えられている (Thompson & Sunol, 1995)。以下に、期待概念を扱った患者満足モデルに関する研究を概観する。

#### (1) 期待－価値モデル

患者満足の概念化を試みた初期の研究に Hulka et al. (1970) がある。Hulka et al. (1970) は、患者満足を「医師や医療に対する態度」と定義して患者満足を捉えようとした。この定義は、1980年代前半までの患者満足研究においてよく採用されていた（例えば、Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1978）。

その後、Linder-Pelz (1982a) は、満足を扱った職務満足の研究を概観し、職務満足は仕事の多面的な次元に関する肯定的な評価と考えられていたことから、患者満足も同様に扱おうとした。つまり、患者満足は医療の異なる側面の多面的評価と

して定義できると考え、患者満足を、「医療の区別された次元に対する肯定的な評価」と定義した。そして、Fishbein & Ajzen (1975) の態度理論を応用し、期待－価値モデルによって患者満足を説明しようとした。Fishbein & Ajzen (1975) は、対象に対する人の態度は「対象が特定の属性を有しているというその人の信念と、その属性に対するその人の評価に関連する」と考え、態度を説明するための理論として、期待－価値理論を提案している。Linder-Peltz (1982a) は、Fishbein & Ajzen (1975) の理論を応用し、患者満足は、医療の各属性に対する期待と価値によって説明できると考えた。なお、ここでいう期待とは、「信念の集合、ある出来事の属性に関する主観的な見込み、出来事の予期、起こりそうと知覚されたアウトカム」と定義され、価値は「良い／悪いもしくは重要／重要でないという観点からみた、属性に関する評価、あるいは医療の出来事の側面に関する評価」と定義されている。

Linder-Pletz (1982b) では、初診患者のデータを用いて期待－価値モデルの検証を行っている。その結果、期待は（医師の行動に関する）満足の 8% を説明したに過ぎず、価値は満足に有意な影響を及ぼさないことが示された。さらに、期待と価値の相互作用も満足に有意な影響を及ぼさなかったことから、期待－価値モデルは患者満足を説明するモデルとして積極的に支持されないことが示された。その後の研究（Linder-Pelz & Struening, 1985）においても、価値と結びつけた期待では患者満足を説明できないことが示されている。

## (2) 不一致モデル

患者満足を期待－価値による態度として概念化したことについて、問題点が指摘されている。Pascoe (1983) は、個々が実際に受けた医療サービスに対する満足は、患者が医療に対しても一般的な期待や価値よりも、経験直後の患者の反応によって影響を受ける可能性を挙げ、期待－価値モデルを批判した。そして、期待概念を扱った代替モデルとして、不一致モデルが提唱されている。

不一致モデルによるアプローチは、もともと職務満足研究において行われていたものであり、Lawler（1973）によって検討されている。不一致モデルは、期待もしくは価値に関する主観的な知覚をベースラインとし、このベースラインと実際の成果との比較によって患者満足は決定すると考える立場である。患者満足がこのように定義されることによって、医療に対する期待と実際に受けた医療の知覚とのマッチングが患者満足を規定することになる。Pascoe（1983）によれば、過去の患者満足研究は暗に不一致モデルが使用されている。

Pascoe（1983）は、不一致モデルについて、以下の問題を指摘している。不一致モデルでは、アウトカムといくつかの心理学的基準とが比較され、期待されたあらゆるものからの逸脱が不満になると想定されている。しかしながら、期待からの逸脱は驚きをもたらすこともあり、必ずしも不満がもたらされるわけではない。また、期待以上の成果であった場合は、期待通りの成果であった場合と比べて、満足度が低くなることは考えにくい。さらに、不一致モデルでは、医療サービスの各属性に対する期待と実際が完全に一致することが満足なのか、どこまでの不一致は不満とならないのか、という問題も指摘される。

### （3）同化－対照モデル

不一致モデルがもつ問題の一部を説明するモデルとして、同化－対照モデルが挙げられている。同化－対照モデルは、Sherif & Hovland（1961）が主張した理論であり、もともとは製品に対する消費者の認知を扱ったものである（図 1-5）。同化－対照モデルによれば、消費者（患者）の知覚には許容範囲と拒否範囲が存在している。消費者の期待と製品の成果判断の不一致が小さい場合は、判断の結果が許容範囲に位置しており、消費者は自分が持っていた期待に製品成果の評価を同化させようとする。一方、期待と製品成果の間の不一致が大きくて、判断結果が拒否範囲に位置する場合は、対照効果によってその不一致を誇張して知覚することになる。

同化－対照モデルによると、期待が持つ効果は、成果判断との不一致の程度によって規定されるということで、適当な程度の不一致は同化効果を誘導するが、一定水準以上の不一致が発生した場合は、対照効果が発生するということになる（金，2004）。

医療サービスにおいても同様に、医療サービスの経験が許容範囲にあれば、期待とともに同化効果が生じ、一方、経験が拒否範囲に位置した場合、対照効果によって、より肯定的もしくはより否定的な評価がなされることになる。ただし、医療が提供されるプロセスは患者にとってあいまいなものであるため、許容範囲はかなり大きくなると考えられる。そして、幅広い許容範囲は同化効果を生じやすくなるため、その結果、患者満足度が高くなってしまいう可能性がある（Pascoe, 1983）。

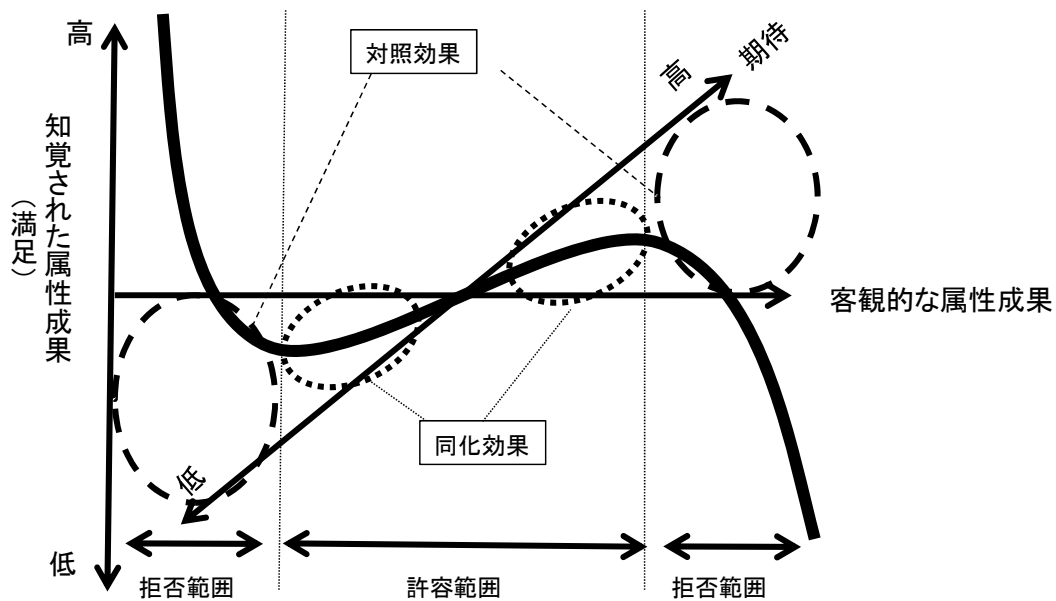


図 1-5 同化－対照モデル

出所：Thompson & Sunol(1995)を基に筆者が加筆・修正

#### (4) 受容ゾーンモデル

受容ゾーンモデルは、サービスマーケティングの研究領域において、Parasuraman, Berry, & Zeithmal (1991) によって提案されたモデルである。受容ゾーンモデルによれば、期待には2つあり、業界内の標準的な期待（適正水準）と、あって欲しい期待（要求水準）がある（図 1-6）。ここで、サービス属性の成果が業界内の標準的な期待値（適正水準）を上回っていても、あって欲しい期待（要求水準）以下であったとしても、不満を感じることはないと仮定される。仮に、サービス属性の成果が適正水準以下であった場合は不満足が生じ、要求水準以上であれば高い満足が得られるとされている。

受容ゾーンモデルを応用して医療サービスの患者満足を説明しようとする時、以下のような問題が生じる。このモデルでは、業界内の適正水準や要求水準が明確に判断されることを前提としているが、患者が医療の提供過程に関する業界内の適正水準を明確に判断できるとは限らない。また、適正水準から要求水準の範囲に限れば、望ましい成果が得られても満足度は高まらないことになる。このことは、同化-対照モデルにおける同化効果と同じ現象を示していると考えられる (Thompson & Sunol, 1995)。

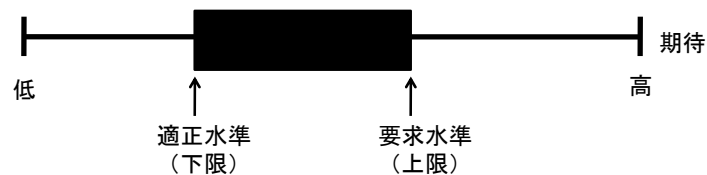


図 1-6 受容ゾーンモデル

出所: Thompson & Sunol(1995)を基に筆者作成



## 第 6 節 本論文の問題意識と目的

### 1) 本論文の問題意識

ここまでみてきたように、患者満足モデルについては、期待概念を中心にいくつかのモデルが提案されてきた。期待概念に対する問題としては、期待には「理想的な期待」「予測的な期待」「規範的な期待」などがあり、期待は多義的な概念であるため、定義の仕方によっては患者満足をうまく説明できなくなるという問題（Thompson & Sunol, 1995）や、医療技術など医療サービスの属性によっては明確な期待が形成されにくいという問題（Williams, 1994）もある。そのうえ、期待概念を扱ったこれまでの患者満足モデルには、患者満足という概念について説明しにくい 2 つの問題が指摘できる。

第 1 は、患者満足を構成する内容についてである。期待概念を扱ったこれまでの患者満足モデルでは、どちらかといえば、患者満足の評価過程に焦点があてられていた。不一致モデルに代表される患者満足モデルは、患者に満足や不満足がもたらされるプロセスの解明に貢献してきた。しかしながら、「患者の何が満足したのか」については、不一致モデルを用いて説明することはできない。この点は、期待概念を扱った患者満足モデルの限界であると考えられる。

患者満足モデルに関するこれまでの研究において、患者満足の内容を説明するために構築され、実証的に支持されたモデルはみあたらない。期待は認知過程を説明する概念として有用かもしれないが、患者の満足や不満の内容を説明する概念としては不向きといえる。そのため、患者満足を構成する内容を説明できるモデルの作成にあたっては、期待以外の心理的概念に着目する必要があると考えられる。

第 2 の問題は、患者満足と患者の健康関連行動との関係についてである。患者満足に関する初期のモデルの 1 つに、期待－価値モデルがあり、このモデルは、職務満足研究の領域では労働者の動機づけを説明する理論として発展していった。患者

満足研究においても期待－価値モデルが注目され、患者満足を説明するモデルとして応用されたが、患者満足をうまく説明できなかつたことから、患者満足は不一致モデルへと展開していくことになった。不一致モデルは、患者満足や不満足の原因を説明することに力点が置かれていたが、以後の同化－対照モデルや受容ゾーンモデルにおいても、患者の健康関連行動を説明する概念としての患者満足は考慮されていなかったように思われる。

期待は、人間の動機づけを説明するための1つの概念であることから、特定の行動についてはある程度説明が可能である。例えば、患者満足モデルで扱われている期待の対象は医療サービスであることから、期待の強さには、医療サービスに接近する行動や医療サービスを回避する行動に影響を及ぼす可能性がある。つまり、医療機関の再受診や医療機関のスイッチングについては、期待概念を扱った患者満足モデルを用いて説明できるかもしれない。しかしながら、運動や食事制限といった、病気の治療や予防のための健康行動は、患者満足モデルにおける期待の対象外となる。そのため、これらの健康行動に対して患者満足が及ぼす影響を説明するための枠組みは、期待概念を扱った患者満足モデルでは提供されていない。健康行動と患者満足との関係をうまく説明するためには、動機づけを説明できる概念が扱われた患者満足モデルが必要になってくる。

## 2) 本論文の視点と目的

期待概念を扱った患者満足モデルは、患者満足の評価過程に焦点があてられており、患者の満足や不満足をもたらされる認知的プロセスの理解に優れたモデルであった。その一方で、これらのモデルでは、①患者満足を構成する内容について説明できない、②患者の健康関連行動と患者満足との関係を説明する枠組みが提示できない、といった問題が指摘された。医療サービスにおける患者満足の理解を深めるためには、患者満足の内容や患者満足による動機づけを説明できるモデルの作成が

必要となる。

そこで、本論文では欲求概念に着目し、欲求の充足に基づいた患者満足モデルを提案する。なぜなら欲求は、心理学の領域において、人間の行動の動機づけに関わる概念として古くから研究されてきたからである。欲求に関する初期の研究では、生理的な欲求や心理的な欲求を充足させるために人間は行動すると考えられ（例えば、Murray, 1938）、欲求が充足すれば行動は起こらなくなると考えられていた。その後、Maslow（1943）は、欠乏した欲求を充たすためだけに人間は行動するのではなく、充足された後でもその重要性は減少せずよりいっそう充足を求めて行動することもあると考えている。近年では、人間は本来積極的で能動的な存在であると捉えられており、人間には、自分自身の成長と発達を目指す志向性があるとされている（Deci & Ryan, 2002）。Deci & Ryan（2002）は、彼らが提唱した自己決定理論のなかで、人間の行動の自律性に関わる欲求概念として、有能さの欲求、自律性欲求、関係性欲求を挙げている。有能さの欲求とは、自己のおかれた環境や活動において効果的でありたいという欲求であり、自律性欲求とは、自分自身が自分の行動の起源であると感じたい欲求のことを意味する。また、関係性欲求は、他者とつながってほしい、他者に関心を持ち他者から関心を持たれたいという欲求を示す概念である。自己決定理論は、これらの欲求の充足によって人間の行動はより自律的（自己決定的）に動機づけられると主張している。この考え方を応用し、欲求の充足に基づいて設定された患者満足モデルが支持されれば、期待概念を扱った患者満足モデルが説明できなかつた患者満足の内容や、患者満足が患者の行動に対する動機づけに及ぼす影響を説明できると考えられる。

## 第 7 節 まとめ

本章では、最初に、医療の質が求められているわが国の医療をとり巻く背景が概観された。次に、医療の質評価の歴史と患者満足度評価が注目されるようになった背景を概観し、医療の質評価における患者満足の位置づけを確認した。そして、患者満足研究において、期待概念を扱った患者満足モデルについて検討した。その後、期待概念を扱った患者満足モデルでは、患者満足を構成する内容や、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響の心理過程をうまく説明できないという問題が指摘された。最後に、その問題を解決するためのモデルとして、欲求の充足に基づく患者満足モデルを提案し、その可能性について論じた。

## 第 2 部 研究の理論的枠組みと研究課題

## 第 2 章 欲求の内容と動機づけに関する理論的枠組み

### 第 1 節 はじめに

第 2 部では、欲求の充足に基づく患者満足モデルについて検討していくために、欲求の内容と動機づけに関する理論について検討したうえで、本論文の研究課題と分析枠組みについて述べる。第 2 章では、欲求の内容と動機づけに関する理論的枠組みについて検討し、欲求の充足に基づく患者満足のモデルと、患者満足と患者の健康関連行動との関係を説明する概念モデルを提示する。そして、第 3 章では、第 2 章で構築したモデルをもとに本論文の研究課題を設定し、分析方法について述べる。

まず、本章第 2 節では、欲求の分類に関する古典的研究である Murray (1938) の欲求リストのなかで示された、臓器発生的欲求と心理発生的欲求の内容を検討する。次に、第 3 節において、Murray (1938) の研究の流れとは別の研究体系である Maslow (1943) の欲求階層説を概観する。そして、第 4 節では、人間の心理的な欲求に着目し、動機づけとの関連のなかで構築された基本的欲求理論 (Deci & Ryan, 2002) をとりあげる。第 5 節では、欲求の内容と動機づけに関する以上の理論を基盤にした患者満足モデルに関する枠組みを提示する。

### 第 2 節 Murray の欲求リスト

#### 1) 欲求リストの概要

Murray (1938) は、人間の欲求に関するリスト (欲求リスト) を作成し、欲求を臓器発生的欲求と心理発生的欲求に分けている。臓器発生的欲求は、人間の内臓

器官と直接関係している欲求であり，例えば，胃と関係した食物欲求，肺と関係した呼気欲求などが含まれている。生理的欲求ともいうべき臓器発生的欲求は，最も基本的な欲求であり，この欲求が終始満たされない場合，人間はこの欲求に大半が支配されると考えられている。他方，心理発生的欲求は，臓器発生的欲求と異なり，臓器に直接関係していない欲求を意味している。

## 2) 臓器発生的欲求

まず，臓器発生的欲求の内容をみってみる（表 2-1）。最初の 6 つの欲求（吸気，飲水，食物，感性，性，授乳）は，「積極的」あるいは「接近」の欲求と呼ばれることがある。なぜならば，これら 6 つ欲求は，人間の関心を積極的に他の対象，例えば，空気，水，食物，美的なもの，性対象，乳児などに向けさせる欲求といえるからである。積極的欲求の特徴は，主として終末状況に到達しようとする欲望が主観的にあることである。例えば，飲水欲求は，水が欠乏している状況から，水分が摂取された状況（終末状況）に到達しようとする欲求であり，積極的欲求の代表例である。

他方，後の 7 つの欲求（呼気，排尿，排便，毒性回避，暑熱回避，寒冷回避，傷害回避）は，「消極的」あるいは「疎遠」の欲求と呼ばれることがある。その理由は，これら 7 つの欲求は，最初の 6 つの欲求と異なり，老廃物を除いたり，不愉快な，害を与えるものになるものから逃れたりするように，人間を対象から引き離すようにさせるからである。消極的欲求の特徴には，主として始発状況から離れていこうとする点が挙げられる。例えば，毒性回避欲求は，毒性の障害に脅かされている状況（始発状況）から退去したいという欲求を示している。

表 2-1 臓器発生的欲求

A. 欠乏から摂取に導く欲求		
1. 吸気	}	積極的
2. 飲水		
3. 食物		
4. 感性		
B. 膨脹から排泄に導く欲求		
5. 性	} 分泌(生命源)	}
6. 授乳		
7. 呼気	} 排泄(老廃物)	}
8. 排尿		
9. 排便		
C. 傷害から回避に導く欲求		
10. 毒性回避		消極的
11. 暑熱回避		
12. 寒冷回避		
13. 傷害回避		

出所：Murray(1938)を基に筆者作成

### 3)心理発生的欲求

次に、心理発生的欲求の内容を確認してみる（表 2-2）。心理発生的欲求は、臓器発生的欲求に依存し、それから由来する欲求と考えられている。また、心理発生的欲求は、日常よくあらわれる反応系や願望の基盤になっているものである。

ここで、表 2-2 に挙げられた 28 の心理発生的欲求の内容について簡単に述べる。1 から 5 までの欲求群 A（獲得，保存，秩序，保持，構成）は、主として無生物と関連した活動に関係している。そして、6 から 13 までの欲求群 B のうち、6 から 9 までの欲求（優越，成就，承認，顕示）は、野心，権力への意志，成功と威光への欲望と呼ばれるものを表すとされている。また、10 から 13 までの欲求（不可侵，



屈辱回避，防衛，中和）は，成就や承認を補足する欲望や行為として，地位を防御し，屈辱を回避しようとする傾向が人間にはあるとして分類されている。14 から 18 までの欲求群 D（支配，恭順，同化，自律，対立）は，他人の力を行使したり，それに対抗したり，それに屈服したりする場合に関係している。19 から 21 までの欲求群 D のうち，19 と 20 の欲求（攻撃，屈従）は，加虐性—被虐性のような 2 分法があてはまるものである。21 の非難回避の欲求は，主観的に区別できる行動様式，すなわち，「禁止」という特殊な条件を含んでいる。22 から 25 までの欲求群 E（親和，排除，養護，救護）は，人々との間の愛情に関係しており，すなわち，関係を求め，交換し，与え，出ししぼる欲求を含む。26 から 28 までの欲求群 F（遊戯，認知，説明）は，その他の欲求群に範疇化され，社会生活において補足的な欲求として位置づけられている。

#### 4) 欲求リストの問題

Murray の欲求リストは，臓器発生的欲求と心理発生的欲求の 2 つに大別されているが，ここまでみてきたように，非常に多くの欲求を含んでいる。人間の欲求は単純ではないことを考えると，Murray（1938）の欲求リストのように，臓器発生的欲求と心理発生的欲求に含まれる欲求を全て仮定すれば，たいていの行動は説明できると思われる。しかしながら，理論の効率から言えば，一定範囲の現象を説明するためには，できるだけ少数の概念で説明できるほうが望ましい。言い換えれば，できるだけ少ない概念で多くの現象を説明できるほうが，理論としては優れている。また，Murray（1938）は，欲求の強さによって行動を説明しようとしているが，どのような欲求の充足がどのような動機づけに影響を及ぼしているかについては検討されていない。そのため，行動を動機づけた欲求の内容は説明できるかもしれないが，欲求の充足による動機づけの詳細を説明するモデルとしては不向きであると考えられる。

表 2-2 心理発生的欲求

A. おもに事物と結びついた欲求	
1. 獲得:	所有物と財産を得ようとする欲求
2. 保存:	いろいろな物を集めたり, 修理したり, 手入れしたり, 保管したりする欲求
3. 秩序:	物を整頓し, 組織立て, 片付け, 整然とさせ, きちんとする欲求
4. 保持:	物を所有しつづけ, それを貯蔵する欲求 質素で, 経済的で, けちけちする欲求
5. 構成:	組織化し, 築き上げる欲求
B. 大望, 意思権力, 達成, および威光に関係する欲求	
6. 優越:	優位に立とうとする欲求, 達成と承認の複合
7. 成就:	障害に打ちかち, 力を行使し, できるだけうまく, かつ速やかに困難なことを成し遂げようとする欲求
8. 承認:	賞賛を博し, 推薦されたいという欲求, 尊敬を求める欲求
9. 顕示:	自己演出の欲求, 他人を興奮させ, 楽しませ, 煽動し, ショックを与え, はらはらさせようとする欲求
10. 不可侵:	侵されることなく, 自尊心を失わないようにし, "良い評判"を維持しようとする欲求
11. 屈辱回避:	失敗, 恥辱, 不面目, 嘲笑を避けようとする欲求
12. 防衛:	非難または軽視に対して自己を防衛しようとする欲求 自己の行為を正当化しようとする欲求
13. 中和:	ふたたび努力し, 報復することによって敗北を克服しようとする欲求
C. 力を発揮し, それに抵抗し, あるいはそれに屈服することに関係のある欲求	
14. 支配:	他人に影響を与え, あるいは統制しようとする欲求
15. 恭順:	優越者を賞賛し, 進んで追随し, 喜んで仕えようとする欲求
16. 同化:	他人を模倣, または真似ようとする欲求 他人に同意し, 信じようとする欲求
17. 自律:	影響に抵抗し, 独立しようとする欲求
18. 対立:	他人と異なった行動をし, 独自のであろうとし, 反対の側に立とうとする欲求
D. 他者または自己に損傷を与えることに関する欲求	
19. 攻撃:	他人を攻撃したり, または傷つけたりしようとする欲求 人を軽視し, 害を与え, あるいは悪意をもって嘲笑しようとする欲求
20. 屈従:	罪を承服甘受しようとする欲求, 自己卑下
21. 非難回避:	しきたりに反する衝動を抑えることによって, 非難, 追放, または処罰を避けようとする欲求 行儀よくふるまい, 法に従おうとする欲求
E. 他者との愛情に関する欲求	
22. 親和:	友情と絆をつくる欲求
23. 排除:	他人を差別し, 鼻であしらい, 無視し, 排斥しようとする欲求
24. 養護:	他人を養い, 助け, または保護しようとする欲求
25. 救護:	援助, 保護または同情を求めようとし, 依存的であろうとする欲求
F. その他の欲求	
26. 遊戯:	緊張を和らげ, 自分で楽しみ, 気晴らしと娯楽を求める欲求
27. 認知:	探索し, 質問し, 好奇心を満足させる欲求
28. 説明:	指摘し, 例証しようとする欲求 情報を与え, 説明し, 解釈し, 講釈しようとする欲求

出所: Murray(1938)を基に筆者作成

### 第 3 節 Maslow の欲求階層説

#### 1) 人間観と欲求構造

Murray (1938) の研究の流れとは別の欲求理論として、Maslow の欲求階層説が挙げられる。Maslow (1943) は、人間性を基本的に善であるとし、人間を目的と価値と選択権を持ち、自己決定の権利と能力を備えた存在とみている (八田, 2007)。また、人間は、自由意志によって自らのもつ成長と幸福への潜在的な能力を備えた存在とみている (園田, 2003)。このような人間観に基づき、Maslow (1943) は、人間の内部には成長や進歩に向けての自己の可能性を最大限に実現していこうとする欲求があると仮定し、これを自己実現欲求と名づけた。さらに、人間の欲求は、自己実現欲求を頂点とし、4 つの欲求から構成される階層性をもって存在すると考えた。この考え方は、欲求 5 段階説とも呼ばれ、生理的欲求、安全欲求、所属と愛情の欲求、承認と尊重の欲求、自己実現の欲求といった欲求の構造が仮定されている (図 2-1)。

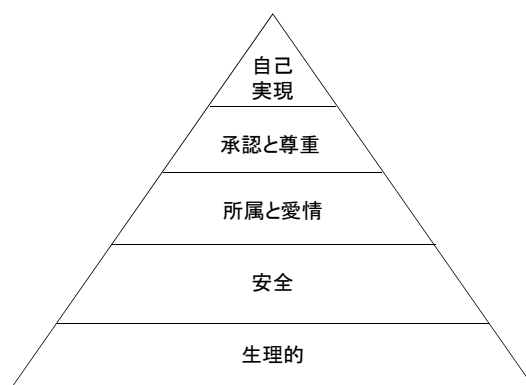


図 2-1 欲求の階層構造

出所: Maslow (1943) を基に筆者作成

## 2) 欲求階層説における欲求の内容

欲求階層説では、すべての人には、人生のなかで切れ端ばかりでなく全体を得たい、できる限り成長を続けたいという生来の願望があると考えられている（田尾，1993）。ここでいう全体を得たいという気持ちとは、その人自身が持っているはずの潜在的な能力を最大限生かしたいという欲求である。全体を求めたいという気持ちは、人間的な欲求として高次の欲求に位置づけられ、それ以外の欲求は低次の欲求とされている。そして、低次の欲求に含まれる欲求には、生理的欲求，安全欲求，所属と愛情の欲求，承認と尊重の欲求がある（表 2-3）。

生理的欲求とは、水分や養分の補給，睡眠，性など，生命の維持や生存に必要な，最も基本的な欲求のことをいう（園田，2003）。生理的欲求の欠乏状態では，飢え，渇き，性的欲求不満などが生じ，充足されれば弛緩，快感経験，緊張緩和などが生じる（茨木，1997）。これら生理的欲求に含まれる内容は，Murray（1938）の臓器発生的欲求の内容を1つの概念に包含しているといえる。

生理的欲求の上位の階層は，安全欲求である。安全欲求とは，危険や不確実な状況から逃れ，安全や安定を求める欲求のことを指す（園田，2003）。この欲求の欠乏状態では，不安，絶望，喪失感などが生じ，充足されれば，安心，安楽，均衡などが生じる（茨木，1997）。

安全欲求の上位の欲求は，所属と愛情の欲求と呼ばれている。所属と愛情の欲求とは，集団の一員として認められることや，他者との交流や友情，愛情を求める欲求のことを意味する（園田，2003）。所属と愛情の欲求が欠乏すれば，自己意識の欠如，求められていないという感じや価値がないという感じなどが生じる。また，これらの欲求が充足されれば，自由な感情表現，一体感，暖かさの感じなどが生じる（茨木，1997）。この欲求は，Murray（1938）の欲求分類でいえば，心理発生的欲求の一部である，他者との愛情に関する欲求と類似した内容である。ただし，Maslow（1943）における所属と愛情の欲求には，他者を排除しようとする欲求は

含まれておらず、人間関係に関する肯定的な欲求の内容になっている。

4番目の欲求は、承認と尊重の欲求である。承認と尊重の欲求とは、他者から尊敬されることや、人間としての尊厳を保ち、自律的に行動することを求める欲求のことをいう（園田，2003）。承認と尊重の欲求が欠乏すれば、無力感，拒絶感，劣等感などが生じ，充足されれば，自信，熟達度，肯定的自己意識などが生じる（茨木，1997）。Murray（1938）の欲求分類でも，承認や自律の欲求は仮定されているが，Maslow（1943）ではより上位の階層に位置づけられている。

欲求階層説では，これまでみてきた低次の欲求とは別に，高次の欲求として自己実現の欲求が想定されている。自己実現の欲求とは，自己のもつ可能性を最大限に追い求め，自己のあるべき理想的な存在の実現に近づこうとする欲求を指す（園田，2003）。自己実現の欲求が充足されないと，疎外感，病理性の意識（メタ病理），生きる意味の欠如などが生じ，充足されれば，健全な好奇心，至高体験，可能性の実現などがもたらされる（茨木，1997）。

さらに，すでに述べたとおり，Maslow（1943）の欲求階層説では，自己実現が非常に重要視されている。自己実現の概念には，意味，自己充実，楽しみ，豊富，単純，秩序，正義，完成，必然，個性，躍動，真，善，美など様々な概念が含まれている。自己実現は，Murray（1938）では想定されなかった，欲求階層説に特徴的な仮定であり，この仮定にMaslow（1943）の人間観が大きく反映されているといえる。

表 2-3 欲求階層

欲求階層	欠乏状態	—	充足状態
生理的	飢え, 渇き	—	弛緩
	性的欲求不満	—	快感経験
	緊張	—	緊張緩和
	疲労	—	快感経験
	病気	—	身体的健康
	適切な住居の欠乏	—	安楽
安全	不安	—	安心
	熱望	—	安楽
	喪失感	—	均衡
	恐れ	—	平静
	緊迫観念	—	平穩
	脅迫	—	落ち着き
所属と愛情	自己意識	—	自由な感情表現
	求められていないと感じる	—	一体感
	価値がないと感じる	—	暖かさの感じ
	空虚	—	生命力と精神力の回復
	孤独	—	一緒に成長していると感じる
	孤立	—	同上
	不完全感	—	同上
承認と尊重	無能力感	—	自信
	拒絶(反抗)	—	熟達度
	劣等感	—	肯定的自己意識
自己実現	疎外感	—	健全な好奇心
	メタ病理	—	至高経験
	生きる意味の欠如	—	可能性の実現
	退屈	—	楽しく価値のある仕事
	決まりきった生活	—	創造的な生活

出所：宮本(1989)を基に筆者作成

### 3) 欲求相互の関係

欲求階層説では、欲求は生理的欲求を基盤にした階層構造をなしていると仮定されている。この階層構造のなかでは、ある階層の欲求が活性化されるためには、それよりも下位の欲求が充足されていることが必要となる（図 2-2）。逆にいえば、あるレベルの欲求が充足されていない場合には、それよりも上位の欲求が活性化されることはない。

より上位の欲求が活性化されていく過程は、次のように説明されている（園田，2003）。欲求の欠乏状態は心理的緊張（不快）を引き起こす。この緊張は欲求が充足された時点で解消されるものであり、行動は欲求の充足にむけて動機づけられる。欠乏状態が充足されると緊張感は解消し、その欲求がもっていた重要性は低下するため、動機づけの力は弱まる。しかし、この充足感は、一時的で不安定なものであって長続きせず、さらに、それよりも一段上の階層にある欲求の重要性が顕在化してくる。こうして欲求は、さらに高次の欲求の階層へと段階的に昇っていくと考えられている。

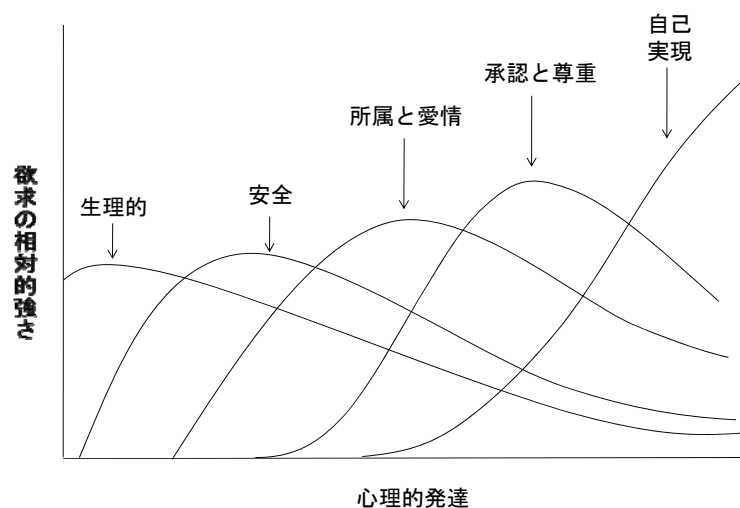


図 2-2 欲求相互の関係

出所：Kreck, Crutchfield, & Ballachey (1962) を基に筆者作成

#### 4) 欲求の充足による動機づけ

Maslow (1943) は低次の欲求を、D 欲求 (deficit need) と名付けている。D 欲求は、それらの欲求が欠乏したとき、それを充足させるために喚起された行動の動機となる。なお、D 欲求は、欠乏欲求と呼ばれることもある (田尾, 1993)。つまり、欲求が充足すれば、当該欲求を充足させるための行動は起こらなくなると仮定されている。

一方、自己実現欲求は、低次の欲求のような欠乏欲求 (D 欲求) ではない。それは、自己のあるべき理想的な存在形態に少しでも近づきたいとする成長への欲求であり、充足された後もその重要性は依然として減少しない。したがって、行動は停止せず、よりいっそうの充足を求めてさらに続いていく。生理的欲求から承認と尊重の欲求までは、欠乏時には人を行動に駆り立てるが、いったん充足すると、もはや人を動機づける力をもたなくなるのに対し、自己実現の欲求は人の限りない成長を促す至高の欲求であるといえることができる (園田, 2003)。Maslow (1943) は、このような自己実現に関連する欲求を、成長欲求 (B 欲求: being need) と名付けている。

Murray (1938) の欲求リストに比べて、欲求階層説において仮定されている欲求の構造はシンプルであることから、動機づけを説明するためのモデルとして用いやすいかもしれない。しかしながら、欲求階層説に関する問題がいくつか指摘されている。例えば、欲求階層説では、欲求相互の関係において、下位の欲求が充足されなければ、上位の欲求が活性化されないとされているが、この点を裏付ける実証的示唆は少ない。また、自己実現とは何かについて一般的に定義できたとしても、概念が高度で多義的であるゆえに、個々人の自己実現の程度を把握することは極めて困難であると考えられている (久保田, 桐谷, 鎌倉, 江藤, 岡西, 2003)。さらに、5つの欲求は必ずしも相互に独立せず、カテゴリーには個人差があるという批判 (松井, 2001) もある。これらのことから、Maslow (1943) の欲求階層説は、Murray



(1938)と同様に、欲求の充足による動機づけを説明するモデルとして十分とはいえないと考えられる。

#### 第4節 Deci & Ryanの基本的欲求理論

##### 1) 基本的欲求理論の概要

これまで、Murray (1938)の欲求リストと、Maslow (1943)の欲求階層説を概観してきた。これらの理論的系譜とは異なり、動機づけ研究の流れをうけて構築された欲求理論として、基本的欲求理論 (Deci & Ryan, 2002)がある。基本的欲求理論は、彼らが提唱した自己決定理論 (Deci & Ryan, 2002)を構成する下位理論の1つである。

Deci & Ryan (2000)は、彼らが提唱している自己決定理論において、人間は本来積極的で能動的な存在であると捉えている。さらに、人間には、自分自身の成長と発達を目指す志向性があるとしている。基本的欲求理論では、このような人間の特徴の基になる基本的心理的欲求として、有能さへの欲求、自律性欲求、関係性欲求の3つが仮定されている。この3つの欲求が満たされると、人間は精神的に健康となり、より自律的(自己決定的)な動機づけをもつようになると考えられている。

Deci & Ryan (1991)は、White (1959)のイフェクタンス欲求に基づいた有能さへの欲求と、de Charms (1968)の自己原因性欲求に基づいた自己決定の欲求を、人間の生得的な内発的欲求として仮定している。そして、Harlow (1958)の愛情への欲求、McClelland (1953)の親和欲求、Alderfer (1972)のERG理論における関係欲求などに基づき、社会的欲求としての関係性への欲求を生得的な内発的欲求として位置づけている(長沼, 2004)。

## 2) 基本的欲求理論における欲求の内容

ここで、基本的欲求理論において仮定されている有能さへの欲求、自律性欲求、関係性欲求について概観してみる。

Deci & Ryan (2002)によれば、有能さとは、訓練や能力発揮のために経験する機会や社会的環境に対して、継続して効果的に相互作用している感覚のことを意味する (Deci, 1975; Harter, 1983; White, 1959)。ここでの有能さとは、White (1959)が提唱した有能さの概念を源流としている。White (1959)は有能さを、環境と効果的に相互作用する能力であると考えた。そして、その能力を発揮し、環境と効果的に相互作用ができたと感じたときに感じる効力感を求める欲求があると考えた。この考え方と同様に、自己決定理論における有能さへの欲求は、自分に能力があるということを確認したいという傾向であるとされている。有能さの欲求は、その人の能力にとって最適な挑戦へ人々を導いたり、活動を通じて人々の技術や能力をしつこく維持または強化させるために試みるように人々を導いたりする。有能さは、備わった技術もしくは能力ではなく、むしろ、活動における自信や効果的であるという感覚とされている。

次に、自律性は、自分自身が自分の行動の起源や源であると感じている状態を指す (de Charms, 1968; Deci & Ryan, 1985; Ryan & Connell, 1989)。そして、自律性欲求とは、自分の行動を決定し、自分の意志で行動を始めたいという欲求を意味する。人間の自律性に関して、de Charms (1968)は、指し手 (origin) とコマ (pawn) という概念を提唱している。指し手とは、自分自身で自分の行動を決めていることを指し、そのような場合には、内発的に動機づけられている。一方、コマとは、自分の行動が何か外的な力によって決められていると感じることとされる。これは、外発的動機づけにあたる。このように、自分で決定しているのか、他人によって決められているのかという感覚は、動機づけに大きく影響を及ぼすと考えられている。自己決定理論においても、他者に決められるのではなく、自分自身

で自分の行動を決定したいという自律性欲求が仮定され、自律性欲求は自律的（自己決定的）な動機づけの基になる欲求概念として位置づけられている。

そして、関係性とは、他者とつながっているという感覚、他者に関心を持ち他者から関心を持たれるという感覚、他の個人や他の共同体の両方に属している感覚を意味する（Baumeister & Leary, 1995; Bowlby, 1979; Harlow, 1958; Ryan, 1995）。他者と関係している自己の感覚の欲求は、ある結果の達成（例えば、セックス）や公式な状態（例えば、配偶者やグループのメンバーになる）と結びつくのではなく、安全な交流もしくは調和において他者とともにいるという心理的な感覚と結びついている。この欲求は、Maslow（1943）の欲求階層説における所属と愛情の欲求に近い概念である。廣森（2006）によれば、関係性欲求を含むこれら 3 つの欲求は、動機づけに影響を及ぼす心理的欲求を構成する普遍的な欲求であり、心理的欲求の構成概念として内容的に妥当であると考えられている。

### 3) 心理的欲求と動機づけとの関連

基本的欲求理論を下位理論にもつ自己決定理論には、動機づけ概念の捉え方を説明するための下位理論として有機的統合理論が提示されている。有機的統合理論は、個人の中に価値が内在化される過程を説明する理論であり、そこでは、行動の自己決定性の違いによって、動機づけ概念が調整スタイルといういくつかの下位概念に分類されている。調整スタイルとは、簡潔に言えば、「行動する自分なりの理由」と解釈される。自己決定理論において、動機づけおよび調整スタイルは自己決定性の程度によって一次元上に区分される連続体とみなされている。このような連続体としての動機づけに対しては、概念的な妥当性を支持する研究が数多く報告されている（Ryan & Connell, 1989; Vallerand & Bissonnette, 1992）。

有機的統合理論（Ryan & Deci, 2000）によれば、動機づけの種類（内発的動機づけ、外発的動機づけ、非動機づけ）は、行動の自己決定性の強さによって、大き

く6つの調整スタイルに分類される(表2-4)。最も自己決定的であるとされる内発的調整は、行動によって得られる楽しみや満足に動機づけられている状態であり、内発的動機づけに位置づけられる。二番目に自己決定的であるとされる統合的調整は、外発的動機づけの1つであり、他の価値観と対立しない自己の価値観によって動機づけられる調整スタイルである。これは、他にやりたいことがあった場合でも、何の葛藤もなく自然とその行動を優先させてしまうような状態であり、自ら「やりたくて」行動している状態である。三番目に自己決定的であるとされる同一視的調整とは、自分の価値として行動のもつ重要性が認識され、「自分にとって重要なことだから」行動している状態である。四番目に自己決定的であるとされる取り入れ的調整とは、課題の価値は認め、自己の価値観として取り入れつつあるも、まだ、「しなくてはいけない」といった義務的な感覚を伴っている状態である。五番目に自己決定的であるとされる外的調整とは、課題に対する価値を認めていないが、外部から強制されて、やらされ感から行動している状態であり、最も外発的に動機づけられている状態である。最も自己決定的でない(非動機づけの状態である)無調整は、目的意識がなく、行動がまったく自己決定されていない状態である。なお、自己決定理論における内在化とは、社会的な価値を取り入れ、動機がより自己決定的なものになることを意味する。動機づけ調整スタイルのうち、内発的調整、統合的調整、同一視的調整は、自己決定的で自律的な調整スタイルとしてまとめられている(Ryan & Deci, 2000)。一方、取り入れ的調整と外的調整は非自己決定的で統制的な調整スタイルとして扱われている(Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996)。



多くの人は、身体的な不調をきっかけに、医療サービスを利用していることが予想される。身体的な不調以外に、精神的な問題を抱えて医療サービスを利用する者もいるが、多くの場合は何らかの生理機能や運動機能の低下、症状の出現・悪化をきっかけに医療機関を受診し、疾病の治療や予防に取り組むようになる。医療サービスにおける患者満足の研究においても、症状の改善感は患者満足と有意に関連することが示されている（例えば、長谷川・杉田，1993）。これらのことから、患者満足を構成する欲求概念の1つに生理的欲求を想定することは妥当といえる。

一方、心理的欲求については、諸家で分類内容が異なる。Murray（1938）は、心理的欲求を6つの欲求（主に事物と結びついた欲求、大望・意思権力・達成および威光に関係する欲求、力を発揮しそれに抵抗しあるいはそれに屈服することに関係のある欲求、他者または自己に損傷を与えることに関する欲求、他者との愛情に関する欲求、その他の欲求）に区分している。また、Maslow（1943）は、生理的欲求以外の欲求として、4つの欲求（安全の欲求、所属と愛情の欲求、承認と尊重の欲求、自己実現欲求）を想定し、Deci & Ryan（2002）は、有能さの欲求、自律性欲求、関係性欲求といった3つの欲求を、基本的心理的欲求としている。これらの欲求うち、Deci & Ryan（2002）が主張している3つの心理的欲求は、行動の動機づけ、とりわけ内発的動機づけや自己決定による動機づけに関連する心理的欲求として多くの研究者から支持されている。さらに、これらの欲求は、動機づけに影響を及ぼす心理的欲求を構成する欲求として普遍的であると考えられている（廣森，2006）。患者満足は、患者の健康関連行動に影響を及ぼす概念として考えられていることから、本論文では、Deci & Ryan（2002）が仮定している有能さの欲求、自律性欲求、関係性欲求を、患者の心理的欲求として想定する。以上より、本論文では、患者満足を、「医療と患者との相互作用によって、患者の心理的欲求や生理的欲求が充足された程度」と定義し、有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、関係性欲求の充足、生理的欲求の充足から構成される患者満足モデルを設定する（図 2-3）。

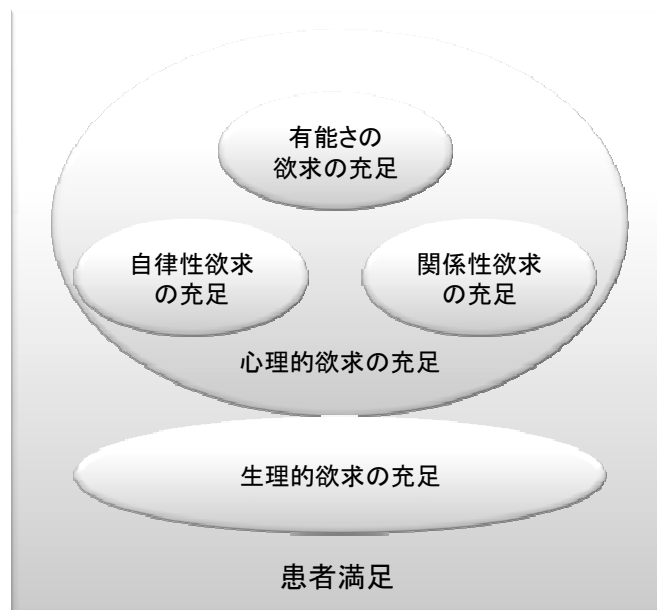


図 2-3 欲求の充足に基づく患者満足モデル

## 2) 患者満足と患者の健康関連行動との関係に関する概念のモデル

患者は、何らかの身体的問題あるいはそのリスクを抱えて医療機関を利用し、疾病の治療や予防に取り組んでいる。このことから、多くの患者が症状の緩和や機能の改善を医療に求めていることは容易に想像できる。そして、ある治療を行った結果、症状の緩和や機能の改善が得られ、再びその治療を希望するようになる患者も少なくない。このように考えると、最初は誰かの紹介や医師の指示によって治療を受けることになったとしても、症状の緩和や機能の改善といった生理的欲求の充足によって患者に快がもたらされることにより、自分の意志で治療を受けるようになる患者は多いものと推察される。そこで、本論文では、医療サービスにおける生理的欲求の充足は、心理的欲求の充足と同様に、患者の自己決定的な動機づけに影響

を及ぼすものと考える。

自己決定理論によれば、心理的欲求の充足は、行動に対する自己決定的な動機づけに影響を及ぼすと考えられている。本論文では、心理的欲求の充足と生理的欲求の充足から患者満足を捉えることから、心理的欲求を含めた欲求の充足の総体である患者満足は、患者の自己決定的な動機づけを促進させることが予想される。以上を基に、欲求の充足に基づいた患者満足と患者の健康関連行動との関係について、図 2-4 に示すモデルを構築する。

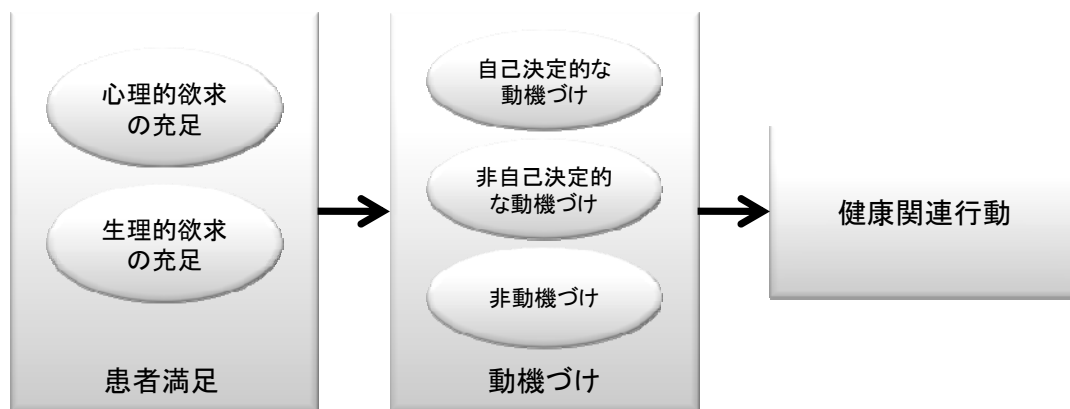


図 2-4 患者満足と患者の健康関連行動との関係に関する概念のモデル

## 第 6 節 まとめ

本章は、欲求の充足に基づく患者満足モデルと、患者満足と患者の健康関連行動との関係に関する概念のモデルを構築するために、欲求の内容に関する理論的枠組みについて検討した。

欲求理論として、Murray (1938) の欲求リスト、Maslow (1943) の欲求階層説、Deci & Ryan (2000, 2002) の基本的欲求理論をとりあげ、人間の基本的な欲求の内容と動機づけについて検討した。Murray (1938) の欲求リストにおいて、



欲求は臓器発生的な欲求と心理発生的な欲求に大別されており、多様な欲求概念が含まれていた。そのため、欲求リストは、患者満足に含められる欲求としてあまりにも網羅的となり、理論効率の観点から問題があると考えられた。

また、Maslow (1943) の欲求階層説では、基本的な欲求として5つの欲求（生理的欲求、安全の欲求、所属と愛情の欲求、承認と尊重の欲求、自己実現欲求）が仮定されており、Murray (1938) の欲求リストと比べて欲求の構造はシンプルであった。しかしながら、問題として、下位の欲求の充足が上位の欲求の欲求を活性化するという欲求相互の関係が実証されていないことや、自己実現の定義が困難であること、さらには、欲求のカテゴリーの普遍性が疑問視されていることが指摘された。

基本的欲求理論は、Deci & Ryan (2002) が提唱した動機づけに関する自己決定理論の下位理論の1つであり、心理的欲求として有能さの欲求、自律性欲求、関係性欲求が仮定されていた。これらの欲求は、心理的欲求を構成する概念として内容的に妥当であることが確認されていた。また、自己決定理論の下位理論である有機的統合理論において、動機づけ概念は自己決定の程度によって分類される6つの調整スタイル（内発的調整、統合的調整、同一視的調整、取り入れ的調整、外的調整、非動機づけ）から構成されており、心理的欲求の充足は、内発的調整や統合的調整、同一視的調整など自己決定的な動機づけを促進すると考えられていた。

欲求の内容と動機づけに関する以上の理論的検討から、本論文では、患者満足を心理的欲求と生理的欲求の充足から構成される概念として捉えるモデルを構築した。そのなかで、心理的欲求は、Deci & Ryan (2002) の基本的欲求理論にしたがって、有能さの欲求、自律性欲求、関係性欲求から構成されるものと仮定した。そして、自己決定理論の下位理論である有機的統合理論を応用して、患者満足と患者の健康関連行動との関係に関する概念のモデルを構築した。

### 第 3 章 本論文の研究課題

#### 第 1 節 はじめに

第 2 章では、欲求の充足に基づく患者満足モデルと、患者満足と患者の健康関連行動との関係に関する概念のモデルを構築するために、欲求の内容に関する理論を検討してきた。これらのモデルをもとに、本章では本論文の研究課題を設定し、研究課題を検討するための分析枠組みについて述べる。

#### 第 2 節 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の開発（研究課題 1）

##### 1) 研究課題 1 の概要

本論文では、患者満足を構成する内容や、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響の心理過程を説明するための患者満足モデルを提示するために、欲求の充足に基づいて患者満足を捉えるモデルが患者満足モデルとして支持できるか検討するものである。患者満足モデルとして欲求の充足モデルが支持されるためには、欲求の充足に基づいて測定された患者満足が、患者の健康関連行動に影響を及ぼすことを実証する必要がある。なぜならば、患者満足は、患者の健康関連行動に影響を及ぼす概念として考えられており（Linder-Peltz, 1982a）、患者満足モデルはその前提を充たす必要があると考えられるためである。そこで、研究課題 1 は、欲求の充足に基づいて患者満足を測定するための測定尺度を開発することとする。

##### 2) 研究課題 1 の分析の枠組み

尺度開発の方法の概要を以下に述べる。一般的な尺度開発の手順（吉田, 2001）にしたがえば（表 3-1）、まず、測定したい構成概念を明確にする必要がある。本論

文でいえば、測定したい構成概念は欲求の充足に基づいた患者満足である。そして、その構成概念の基本構造は、有能さの欲求の充足，自律性欲求の充足，関係性の欲求の充足，生理的欲求の充足となっている。手順の第2は、明確にされた構成概念にしたがって具体的な項目試案を作成し、第3は、予備調査を行って項目分析を行うことになっている。そして、手順の第4は、本調査を実施することとなっている。測定尺度の開発にあたっては、「正確な測定がなされているか」という測定精度と、「構成概念の指し示す内容が適切に測られているか」という測定内容が問題になる。前者は尺度の信頼性と呼ばれ、後者は尺度の妥当性と呼ばれる。信頼性と妥当性の高い尺度を作ることが、尺度構成のもっとも大切な課題になる。尺度の信頼性と妥当性が検討された後に、第5段階として、データの蓄積や評価基準の作成が行われることとなる。

表 3-1 一般的な尺度開発の手続き

段階	目的
第1段階	測定したい構成概念の明確化
第2段階	項目試案の作成
第3段階	予備調査による項目分析
第4段階	本調査による信頼性と妥当性の検討
第5段階	データの蓄積と評価基準の作成

出所：吉田（2001）を基に筆者作成

ここで、研究課題1において検討する尺度の妥当性について説明する。尺度の妥当性とは、「尺度が測定しようとしているものを、実際に測っているかどうか、その程度」、または、「尺度の測定値の解釈、および、測定値によってなされる推論や決定が適切であるかどうか、その程度」を表す概念である（吉田，2001）。一般的に、尺度の妥当性は、表3-2に示されるように、内容的妥当性，基準関連妥当性，構成概念妥当性に大別される（鎌原，1998；吉田，2001；徳永，2004）。

表 3-2 尺度の妥当性に関する概念

I. 内容的妥当性	調査に用いられている内容が、それをを用いて結論しようとしている測定内容のいかにより見本となっているかを示す概念
II. 基準関連妥当性	問題としている特性と関連のある外部変数、あるいは基準測定と調査(テスト)の得点を比較することによって判断される妥当性
1. 予測的妥当性	そのテストが、後に評価されるある成績とどの程度の相関があるか。例えば、入学試験の成績は入学後の成績と相関があるかどうか
2. 併存的妥当性	別のテストの代用として用いることができるかどうか。例えば、外来で記入してもらった質問票が病気や診断やスクリーニングに役立つなら、専門家の臨床診断として高い併存的妥当性をもつことになる
3. 交差妥当性	ある1つの場面で決定された妥当性が他の場面でも同様に成り立つかどうか、妥当性の一般化の問題である
III. 構成概念妥当性	具体的なテストは構成概念の間接測定であるので、種々のテストの結果の関連性とその間に横たわる規則性あるいはパターンから、そこで測定されている構成体が何であるかを間接的に推論することになる
1. 収束的妥当性	同一の特性を同一の方法でテストした場合の相関(信頼性係数に相当)と、同一の特性を異方法で測定した場合の相関
2. 弁別的妥当性	ある1つの特性を測定していると考えられる測定値が別の特性を測定した場合、その測定値とは低い相関を示すなど、特性間の差異がよく弁別されなければならない
3. 因子的妥当性	テストの測定値がもつ多数の共通因子を同時に含む場合は、測定内容を一義的に定めるわけにはいかず、テストのもつ因子構造からテスト全体の妥当性を推測することになる

出所：清水(2006)を基に筆者修正

より妥当性の高い尺度の開発を目指すのであれば、できるだけ多くの妥当性を検討することが望まれるが、本論文では、このうちいくつかの妥当性を検討するにとどめる。なぜなら、本論文の主たる目的は、欲求の充足に基づいて患者満足を捉えるモデルが、患者満足モデルとして支持できるか検討することであり、尺度の開発はこの目的を達成するための手段の1つと位置づけられるからである。尺度の標準化が目的であれば、尺度の信頼性や妥当性を裏づけるできるだけ多くの証拠を集める必要があるが、尺度の標準化は本論文の目的ではない。したがって、これらの妥

当性の一部を確認できれば、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度には、一定の妥当性があるとみなすことができよう。

以上の理由から、表 3-2 に示される妥当性のうち、本論文では、内容的妥当性、併存的妥当性、因子的妥当性、交差妥当性に絞って検討する。なお、これら以外の妥当性の検討は、本論文の課題には含めないが、重視していないわけではないことを強調する。本論文の目的を考えた場合、尺度の妥当性の検討に焦点をあてすぎるべきではないと判断されるために、検討する妥当性の内容を一部に限定することをことわっておく。

### 第 3 節 患者満足が運動に対する動機づけと運動の継続に及ぼす影響の検討（研究課題 2）

#### 1) 研究課題 2 の概要

欲求の充足に基づくモデルが患者満足モデルとして支持されるためには、欲求の充足に基づいて測定された患者満足が、患者の健康関連行動に影響を及ぼすことを実証する必要がある。研究課題 2 では、研究課題 1 で開発された、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を用いて、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響を実証することとする。

患者満足は医療の質を示すものであることから、患者満足は患者の病気の回復や健康の維持に有効な行動に影響を及ぼす概念であると考えられる必要がある。厚生労働省は、病気の回復や健康の維持に有効な行動の 1 つとして、運動をとりあげている。厚生労働白書（2003b）では、「糖尿病を始めとする生活習慣病の予防には、バランスのとれた食事に加えて適度な運動を生活習慣として定着させていくことが重要である」と記載されている。また、厚生労働省は、1989 年に「健康づくりのための運動所要量」、1993 年に「健康づくりのための運動指針」、そして、2006 年には「健

康づくりのための運動基準」(2006)を策定し、運動の継続の普及に熱心に取り組んでいる。さらに、「健康日本 21」においても、運動を継続して行うことが推奨されており、日常身体活動量が多い人や、運動を定期的に行っている人は、生活習慣病の疾病率や死亡率の低いことが認められている。加えて、高齢者に対する運動への動機づけについても関心もたれており(大友・渡辺・山田・鈴木・江口・土屋, 1995), 運動や身体活動を行うことによって、好ましい心理的効果が得られることも報告されている(竹中, 2000)。以上より、本論文では、患者満足が運動に対する動機づけと運動の継続に及ぼす影響を検討することを第 2 の研究課題とする。

## 2) 研究課題 2 の分析の枠組み

第 2 章において、心理的欲求の充足と動機づけの関連を扱った理論の 1 つに、自己決定理論 (Deci & Ryan, 2002) があることを述べた。本論文では、自己決定理論を応用して研究課題 2 を検討することとする。

自己決定理論において動機づけは、自己決定連続体のなかで、内発的動機づけ、外発的動機づけ、非動機づけに区分されている。これまでの動機づけ研究では、内発的動機づけが自律的であり、外発的動機づけは他律的であるというように、2 つの動機づけは二分法的に位置づけてられていた。また、内発的動機づけのみに肯定的な意味づけがなされ、外発的動機づけは否定的な意味づけがなされていた。しかし、自己決定理論では、外発的動機づけによる行動でも、行動の価値や重要性の認識によって、より自己決定的な動機づけによる行動に移行する場合も存在すると仮定している。つまり、自己決定理論では、外発的動機づけを否定的な動機づけと捉えるのではなく、そのなかには自己決定的な動機づけ調整スタイルもあれば、非自己決定的な動機づけ調整スタイルもあると考えられている。

さらに、自己決定理論によれば、動機づけの種類(内発的動機づけ、外発的動機づけ、非動機づけ)は、行動の自己決定性の強さによって、大きく 6 つの調整スタ

イルに分類される。そして、これら動機づけのスタイルは、3つの心理的欲求の充足により、より自己決定的な動機づけへ移行すると考えられている。すなわち、有能感や自己決定感、他者受容感といった感覚は、課題がもつ価値の取り込みを促し、外的な価値を自己の価値として内面化させる働きがあると考えられている。言い換えれば、自己決定理論は、有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、関係性欲求の充足が、動機づけを自律的な方向へ促進させるとみている。そこで、本論文では、患者満足が運動に対する動機づけに及ぼす影響について、自己決定理論の枠組みを応用して検討することとする。

#### 第4節 まとめ

本章では、本論文で検討する研究課題と研究の枠組みを提示した。第2節では、研究課題1として、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の開発を挙げた。第2章において、基本的な欲求の構造や内容に関する理論を参考に、「有能さの欲求の充足」「自律性欲求の充足」「関係性欲求の充足」「生理的欲求の充足」から構成される患者満足モデルが想定されている。このように想定された患者満足モデルが支持できるか検討していくために、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を開発し、その尺度の妥当性を検討する方法が示された。第3節では、第2の研究課題として、患者満足が運動に対する動機づけや運動の継続に及ぼす影響を検討するという課題が示された。健康行動の1つである運動をとりあげ、自己決定理論の枠組みを応用し、心理的欲求の充足を含む患者満足が運動に対する自己決定的な動機づけに影響を及ぼすことを分析する枠組みが説明された。

### 第 3 部 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の 開発（研究課題 1）



## 第 4 章 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度開発のための項目分析

### 第 1 節 はじめに

本章では、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を開発するための予備調査を行う。具体的には、本章において、尺度に含める項目の分析を行って尺度試案を作成し、第 5 章と第 6 章で尺度の信頼性と妥当性を検討する。

すでに第 3 章で述べたとおり、欲求の充足に基づいて患者満足を捉えるモデルが支持できるか検討していくために、本論文では研究課題 1 として、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を開発し、その妥当性を検証する。吉田（2001）にしたがえば、本研究における心理尺度の作成手順の第 1 段階は、患者満足の構成概念のモデルを欲求の充足に基づいて想定することになる。次に、第 2 段階として、その構成概念のモデルを反映させた項目候補を作成し、予備調査を行って項目分析を行う必要がある。そして、開発された尺度の信頼性や妥当性を検討することが第 3 段階として求められる。第 1 段階についてはすでに第 2 章で検討され、欲求階層説（Maslow, 1943）や基本的欲求理論（Deci & Ryan, 2002）を参考に、患者満足は有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、関係性欲求の充足、生理的欲求の充足から構成されると仮定された。次に、本章では尺度開発を第 2 段階、第 3 段階にすすめる。

検討の第 2 段階に関して、菅原（2001）は、項目候補を作成する方法として、（1）自分で考える、（2）人に尋ねる、（3）関連文献にあたる、を挙げている。また、第 3 段階で行う項目分析の方法として、（1）項目の反応分布、（2）G-P 分析、（3）I-T（項目-全体）相関分析、（4）クライテリオン群の設定、（5）因子分析、を挙げ、これらの分析を行うためには数百人規模のサンプルが必要であるという考えを示している。

以上より、本章では、欲求の充足に基づいて患者満足を測定するための項目試案

を作成し，数百人規模のサンプルについて項目分析を行って項目を選定することを目的とする。

## 第 2 節 方法

### 1) 対象

対象者は，医療機関および通所リハビリテーション施設（以下，デイケア施設）において，リハビリテーション（以下，リハビリ）サービスを利用している外来患者および利用者とした。このような人々を本章の調査対象にした理由を以下に説明する。1982年の国連障害者世界行動計画において，「リハビリテーションとは，身体的，精神的，かつまた社会的に最も適した機能水準の達成を可能とすることによって，各個人が自らの人生を変革していくための手段を提供していくことをめざし，かつ時間を限定したプロセスである」と定義されている。そして，リハビリの代表的な分野として，医学的リハビリ，教育リハビリ，職業リハビリ，社会リハビリが挙げられる。わが国では一般に，医学的リハビリサービスは，医療機関や介護保険施設において提供され，提供の担い手には理学療法士，作業療法士，言語聴覚士などの職種が挙げられる。医療機関およびデイケア施設においてリハビリサービスを受けている者は，医療サービスが提供される対象者とみなすことができると考えられる。

対象者の募集にあたって，まず，本研究に協力できる施設を募るために，広島県内で理学療法士が勤務する医療機関とデイケア施設（計 327 施設）に研究依頼の文書を郵送した。その後，協力可能と回答した 43 施設（以下，協力施設）のうち，調査日程の調整ができた 16 施設（医療機関 10 施設，デイケア施設 6 施設）に対して，調査の協力を正式に依頼した。次に，協力施設に訪問し，当該施設に勤務する理学療法士に対して，調査の趣旨を説明した。そして，協力施設に勤務する理学療

法士に対して、当該施設のリハビリサービスを利用している外来患者および利用者のなかから、調査の対象者を選定するよう依頼した。選定基準は、運動療法もしくは運動をリハビリとして行っている者とした。その結果、247名の外来患者およびデイケア施設利用者から協力が得られた。

## 2) 調査項目

第3章で検討した患者満足概念に基づき、リハビリサービスが利用される実際の場面を考慮して、4つの欲求の充足を測定する項目試案を作成した(表4-1)。有能さの欲求の充足を測定する項目X1～X3は、リハビリサービスにおけるプログラム(課題)の取り組みを通して得られる達成感や効力感を考慮して作成された。自律性欲求の充足を測定する項目X4～X6は、リハビリサービスにおけるプログラムの内容の選択や、プログラムの中止や変更に関する患者や利用者の意思が尊重される場面を考慮して作成した。関係性欲求の充足を測定する項目X7～X9は、リハビリサービスの担当者やサービスを利用する他の参加者とのつながりや親密感を考慮して作成された。生理的欲求の充足を測定する項目X10～X12は、リハビリサービスの利用による機能や症状の改善感、不安感の軽減を考慮して作成された。これらの項目のうち、X6とX12を逆転項目とした。すべての項目に対して、「全く感じない」(1点)から「強く感じる」(5点)までの5件法で回答を求めた。その他、個人属性として、年齢、性別、サービス利用期間、要介護区分(デイケア施設の利用者のみ)を項目として用意した。

表 4-1 調査項目

項目	内容
X1	運動や動作が、以前よりも上手にできるようになったと感じますか。
X2	周りの人ができることを、自分も同じようにできると感じますか。
X3	自分のやりたいことは、自分の力だけでできると感じますか。
X4	リハビリをする中で、あなたの意思は尊重されていると感じますか。
X5	リハビリの内容は、自分の意思で選んでいると感じますか。
X6	誰かからリハビリを強制的にさせられていると感じますか。
X7	リハビリ担当者に精神面で支えられていると感じますか。
X8	リハビリ担当者には、親しみを感じますか。
X9	リハビリ仲間には、親しみを感じますか。
X10	リハビリによって、体の動きは良くなっていると感じますか。
X11	リハビリによって、痛みや症状は緩和されていると感じますか。
X12	健康に関して不安を感じますか。

### 3) 手続きと倫理的配慮

協力施設の理学療法士によって選出された者に対し、調査の趣旨について理学療法士による口頭および紙面による説明を行った。その際、以下の4点について強調した。第1は、調査の協力は任意であり強制ではない点である。第2は、匿名性を確保するために回答は無記名とする点である。第3は、対象者のリハビリ担当者が回答後の質問紙を閲覧することはない点である。第4は、調査の目的以外に、得られたデータを使用しない点である。以上の説明について理解し、研究協力の同意が得られた者のみに調査を依頼した。

#### 4) 統計解析

項目分析の方法は、菅原（2001）を参考に、項目の反応分布と探索的因子分析を用いた。項目の反応分布を確認するために、まず、すべての項目について記述統計量を算出した。記述統計量の結果、反応分布に著しい偏りが示された項目はその後の分析から削除した。そのうえで、探索的因子分析を行い、尺度の因子構造を確認した。また、参考として、尺度の信頼性指標の1つである内的一貫性を確認するために、Cronbachの $\alpha$ 係数を算出した。なお、以上の統計解析では有意水準を5%未満とした。これらの統計解析には、SPSS ver.16.0 for Windowsを使用した。

### 第3節 結果

#### 1) 対象者の個人属性

対象者の個人属性を表4-2に示す。質問紙に半数以上の欠損値があった38名を除き、210名を分析の対象者とした。対象者の年齢は $69.5 \pm 13.8$ 歳であった。性別は、男性68名、女性139名、不明3名であった。サービス利用期間は、1年以上3年未満が51名で最も多かった。要介護度（デイケア施設の利用者のみ）は、要介護2が16名で最も多かった。

表 4-2 対象者の個人属性

カテゴリー	度数 (%) *		
	全体	医療機関の 外来患者	デイケア施設の 利用者
人数	210	131	79
年齢	69.5±13.8	64.5±13.9	77.7±8.8
性別	男性	68 (32.4)	39 (29.8)
	女性	139 (66.2)	89 (67.9)
	不明	3 (1.4)	3 (2.3)
サービス 利用期間	～1ヶ月	25 (11.9)	3 (3.8)
	～3ヶ月	23 (11.0)	3 (3.8)
	～6ヶ月	33 (15.7)	5 (6.3)
	～1年	16 (7.6)	4 (5.1)
	～3年	51 (24.3)	24 (30.4)
	3年～	44 (21.0)	30 (38.0)
	不明	18 (8.6)	8 (10.7)
	要介護 区分	要支援1	
要支援2			15 (19.0)
要介護1			5 (6.3)
要介護2			16 (20.3)
要介護3			2 (2.5)
要介護4			0 (0.0)
要介護5			0 (0.0)
不明			7 (8.9)

\* ( ) 内の数字は各集団に占める割合

## 2) 項目の反応分布

項目得点の記述統計量を表 4-3 に示す。逆転項目であった X6 と X12 は、他の項目と同じ方向に直して得点化した。平均値から標準偏差 (SD) を減じた得点が下限値 (1 点) 以下となる床効果を示す項目は示されなかった。しかしながら、平均に標準偏差を加えた得点が上限値 (5 点) 以上となる天井効果は、X6, X7, X8 において示された。特に、X6 は歪度と尖度も大きかったために、その後の分析から除外された。

表 4-3 項目得点の分布

項目	内容	平均値	標準偏差 (SD)	平均-SD	平均+SD	歪度	尖度
X1	運動や動作が、以前よりも上手にできるようになったと感じますか。	4.13	.84	3.29	4.97	-.85	.57
X2	周りの人ができることを、自分も同じようにできると感じますか。	3.22	.75	2.47	3.97	-.24	.65
X3	自分のやりたいことは、自分の力だけでできると感じますか。	3.55	.87	2.69	4.42	-.54	-.30
X4	リハビリをする中で、あなたの意思は尊重されていると感じますか。	3.44	1.07	2.37	4.51	-.55	-.22
X5	リハビリの内容は、自分の意思で選んでいると感じますか。	2.55	1.14	1.41	3.68	.14	-1.13
X6	誰かからリハビリを強制的にさせられていると感じますか。	4.68	.56	4.12	5.24	-2.27	8.56
X7	リハビリ担当者に精神面で支えられていると感じますか。	4.47	.56	3.92	5.03	-.41	-.89
X8	リハビリ担当者には、親しみを感じますか。	4.55	.53	4.02	5.08	-.50	-1.10
X9	リハビリ仲間には、親しみを感じますか。	4.00	.71	3.29	4.71	-.33	.37
X10	リハビリによって、体の動きは良くなっていると感じますか。	4.13	.77	3.36	4.90	-.81	1.05
X11	リハビリによって、痛みや症状は緩和されていると感じますか。	4.05	.75	3.30	4.80	-.78	1.27
X12	健康に関して不安を感じますか。	3.91	.73	3.18	4.64	-.75	1.34

### 3) 探索的因子分析による尺度の因子構造の検討

探索的因子分析（主因子法，プロマックス回転）の結果を表 4-4 に示す。因子数は，固有値 1 以上の基準を設け，さらに因子の解釈可能性も考慮した結果，初期解としては 3 因子解が妥当と判断された。そして，共通性の低さ（.300 以下），因子負荷量の低さ（.400 以下），2 因子以上にわたる因子負荷量の高さ（.350 以上）を基準に項目を削除した。その結果，X2，X3，X9 が削除され，最終的に 8 項目 3 因子からなる因子構造となり，分散を説明する割合は 57.2%であった。第 1 因子は，生理的欲求の充足を測定する項目である X10，X11，X12 の因子負荷量が高かったことから，「生理的欲求の充足」因子と解釈された。第 2 因子は，関係性欲求の充足を測定する項目である X7，X8 の因子負荷量が高かったことから，「関係性欲求の充足」因子と解釈された。第 3 因子は，自律性欲求の充足を測定する項目である X4，X5 の因子負荷量が高かったことから，「自律性欲求の充足」因子と解釈された。

表 4-4 尺度の因子構造

項目	内容	I	II	III	共通性
X10	リハビリによって，体の動きは良くなっていると感じますか。	<b>.92</b>	.03	-.15	.86
X11	リハビリによって，痛みや症状は緩和されていると感じますか。	<b>.80</b>	-.03	.04	.64
X1	運動や動作が，以前よりも上手にできるようになったと感じますか。	<b>.78</b>	.00	.03	.62
X12	健康に関して不安を感じますか。	<b>.64</b>	-.02	.11	.43
X7	リハビリ担当者に精神面で支えられていると感じますか。	.04	<b>.77</b>	-.02	.62
X8	リハビリ担当者には，親しみを感じますか。	-.05	<b>.73</b>	.01	.50
X4	リハビリをする中で，あなたの意思は尊重されていると感じますか。	.07	.07	<b>.72</b>	.56
X5	リハビリの内容は，自分の意思で選んでいると感じますか。	-.02	-.07	<b>.60</b>	.34
		因子間相関	I	II	III
		I	—	.46	.10
		II		—	.17
		III			—



#### 4) 信頼性分析による尺度の信頼性（内的一貫性）

探索的因子分析の結果から抽出された3因子（概念）を測定する尺度の $\alpha$ 係数を表4-5に示した。一般的に、 $\alpha$ 係数は.600～.700以上あれば、十分な信頼性（内的一貫性）があると判断される（小塩，2004）。この判断基準にしたがえば、生理的欲求の充足および関係性欲求の充足を測定する尺度は一定の信頼性が示された一方で、自律性欲求の充足を測定する尺度は、若干低い信頼性が示された。

表 4-5 信頼性分析の結果

概念	項目数	$\alpha$ 係数
生理的欲求の充足	4	.875
関係性欲求の充足	2	.724
自律性欲求の充足	2	.602

#### 第4節 考察

##### 1) 有能さの欲求の充足の項目

有能さの欲求の充足を測定する項目 X1, X2, X3 は、項目の反応分布に著しい偏りを示さなかった。しかしながら、探索的因子分析の結果では、これら3つの項目は同一因子を形成せず、X1は生理的欲求の充足を測定する項目（X10, X11, X12）と同一因子を形成していた。X1は過去基準に基づく有能感（Harter, 1976; Harter, 1981）が測定される項目であるといえるが、この結果は、過去基準に基づく有能感と機能や症状の改善感が対象者から明確に区別されなかったことを示していると考えられる。このことから X1 は、有能さの欲求の充足を測定する項目として適切とはいえないと推察される。

X1を除く2項目(X2, X3)は、生理的欲求の充足とは別の概念を測定する項目として対象者から判断されたものの、有能さの欲求の充足として独立した同一因子を形成しなかった。この原因として、有能さのタイプの違いが指摘できる。X2は他者基準に基づく有能感(Harter, 1976; Harter, 1981)が測定される項目であり、X3は自分一人で課題がこなせるといった独立達成に基づく有能感(Elliot, McGregor, & Thrash, 2002)が測定される項目であるといえる。つまり、X2とX3はそれぞれ異なるタイプの有能感が測定される項目であったために、同一因子として形成されにくかったと考えられる。このことから、有能さの欲求の充足を測定する項目は、有能さのタイプを統一したうえで再考される必要があるだろう。

## 2) 自律性欲求の充足の項目

自律性欲求の充足を測定する項目のうち、X6は項目の反応分布において天井効果や大きな歪度と尖度が示され、分布の著しい偏りが示された。この原因として、項目の内容に含まれていた「他者からの強制」という言葉に対して、対象者が否定的な反応を示した可能性が指摘できる。X6は自分の意思でリハビリを行っていると感じる程度を測定する逆転項目であったが、医師からの指示や介護支援専門員からの提案に同意してリハビリサービスを利用している者からすれば、他者からの強制という言葉に抵抗感を感じたかもしれない。その結果、強制を否定する回答が多くなり、分布の偏りが生じてしまったと考えられる。

X6を除く2項目(X4, X5)は、分布の偏りを示さず、探索的因子分析の結果では独立した同一因子を形成した。しかしながら、尺度の信頼性を示す $\alpha$ 係数が.602と低く、尺度の信頼性は必ずしも高いとはいえない結果が示された。一般的に $\alpha$ 係数は、項目数が多くなれば高くなり、項目数が少なくても相関が高ければ高くなる(松尾・中村, 2002)。このことから、X4とX5から構成される尺度の信頼性が低かった原因として、項目数の少なさや項目相互の類似性の低さが考えられる。した

がって、自律性欲求の充足を測定する項目は、項目数や類似性を考慮して再考される必要がある。

### 3) 関係性欲求の充足の項目

関係性欲求の充足を測定する X7 と X8 は、項目の反応分布において天井効果が示された。この原因として、サンプリングの問題が指摘できる。本研究の対象者は、協力施設に勤務する理学療法士を介して調査を依頼されたが、このとき、理学療法士は調査の協力を求めやすいという理由から、人間関係が良好な外来患者や利用者に調査を依頼した可能性が考えられる。しかし、探索的因子分析の結果では、X7 と X8 は同一因子を形成し、尺度の信頼性も高いことが示された。これらの結果もあわせて考えると、X7 と X8 は尺度に含める項目として採用できると判断できよう。

同じく関係性欲求の充足を測定する X9 は、X7 や X8 と異なり、項目得点の分布において天井効果を示さなかった。しかしながら、探索的因子分析の結果では、X9 は X7 や X8 と同一因子を形成しなかった。つまり、X9 は X7 や X8 とは別の概念を測定する項目であることがうかがわれる。X7 と X8 はサービス担当者との関係性欲求の充足が測定される項目である一方、X9 はサービスを利用している他の参加者との関係性欲求の充足が測定される項目である。これらの点をふまえると、関係性欲求の充足は、サービス担当者と参加者を区別して測定されるべきといえる。よって、担当者との関係性欲求の充足とは別に、参加者との関係性欲求の充足が測定できる項目も作成する必要があると考えられる。

### 4) 生理的欲求の充足の項目

生理的欲求の充足を測定する X10, X11, X12 は、項目の反応分布において偏った分布を示さなかったことから、これらの項目は一定の個人差を反映できる項目であるといえる。また、X10, X11, X12 は、探索的因子分析の結果、同一因子を形

成し、その尺度の信頼性も高かった ( $\alpha = .875$ ) ことから、これらの項目は同一概念を測定しているといえる。以上より、X10, X11, X12 は、生理的欲求の充足を測定する項目として採用できると考えられる。医療サービスにおける患者満足の研究（長谷川・杉田, 1992）において、症状の改善は患者満足と有意に関連することが指摘されている。この指摘をあわせて考えると、生理的欲求の充足は患者満足の構成概念として内容的にも妥当であるといえよう。

## 第 5 節 まとめ

本章は、研究課題 1 と研究課題 2 の検討に使用する、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を開発するための予備調査と位置づけ、測定に含める項目分析を行うことを目的とした。第 3 章で検討された、欲求の充足に基づく患者満足の構成概念に基づき、患者満足を「有能さの欲求の充足」「自律性欲求の充足」「関係性欲求の充足」「生理的欲求の充足」から構成される概念と仮定して項目試案を作成した。リハビリサービスの利用者 247 名から得られたデータを用いて、項目の反応分布の確認、探索的因子分析、信頼性分析を行った。項目の反応分布から、尖度と歪度が著しく高い項目が 1 項目認められた。探索的因子分析の結果、「生理的欲求の充足」因子、「関係性欲求の充足」因子、「自律性欲求の充足」因子が抽出された。信頼性分析の結果、自律性欲求の充足のみ  $\alpha$  係数が低値を示した。以上の結果から、生理的欲求の充足および関係性欲求の充足を測定する項目は、測定尺度に含める項目として採用できるが、有能さの欲求の充足および自律性欲求の充足を測定する項目は再考の余地があることが示された。

## 第 5 章 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の信頼性と内容的妥当性および併存的妥当性の検討

### 第 1 節 はじめに

前章では、欲求の充足に基づく患者満足の構成概念の妥当性を検討するために、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度に含める項目試案を考案し、実際のデータを収集して項目分析を行った。その結果、関係性欲求の充足と生理的欲求の充足を測定する項目は、測定尺度に含める項目として採用できるものの、有能さの欲求の充足と自律性欲求の充足を測定する項目は、再検討の余地が示された。さらに、関係性欲求の充足を測定する項目は、サービス担当者とサービスを利用する他参加者を区別して追加作成される必要性も示された。したがって、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の開発をすすめるためには、これらの項目について再考する必要があると考えられた。以上より、本章では、前章で残された問題を解決するとともに、修正された尺度の信頼性と内容的妥当性および併存的妥当性について検証することを目的とする。

信頼性とは、「テストや尺度の測定数値の安定性・一貫性・正確さ」を表す概念である（吉田，2001；村上，2006）。信頼性の評価方法には、再テスト法，折半法， $\alpha$  係数による評価方法がある（菅原，2001）。再テスト法とは、同一のテストを同一の対象に複数回繰り返し、その一致度を相関係数で示すものである。折半法とは、尺度を二分してそれぞれ合計得点を算出し、その間の相関係数を算出するものである。 $\alpha$  係数による評価方法とは、あらゆる折半基準で算出される信頼性係数の「平均値」を算出する方法である。尺度の内的一貫性（内的整合性）を示す Cronbach の  $\alpha$  係数の算出は、医療サービスにおける満足度研究においてもっとも一般的な方法となっている（Sitzia, 1999）。

一方、妥当性とは、「尺度が測定しようとしているものを、実際に測っているかどうか、その程度」を表す概念であり、別の言い方をすれば、「尺度の測定値の解釈、および、測定値によってなされる推論や決定が適切であるかどうか、その程度」を表す概念である（吉田，2001）。新たに開発される測定尺度は、内容的妥当性や基準関連妥当性の検証が望まれる。また、妥当性を考える際には、内容的妥当性と基準関連妥当性はセットにして考える必要があると指摘されている（山口・高橋，2002）。

まず、内容的妥当性とは、尺度項目が測定対象としている内容領域をどの程度反映しているかを表す概念である（吉田，2001）。内容的妥当性を客観的に評価する手段は厳密にはなく、もっぱら専門家による項目内容の判断か、探索的因子分析の手法を用いる場合がある。本論文においても、専門家による内容のチェックと探索的因子分析の結果を参考に、内容的妥当性を判断する必要がある。

次に、基準関連妥当性とは、外的な基準となる指標が明確にある場合、それとの関連で検討される妥当性である（鎌原，1998）。基準関連妥当性の1つである併存的妥当性は、テストと同時点に与えられた外的基準との関連性のことをいう（吉田，2001）。このとき、外的基準との間に有意な相関係数が得られ、その値が大きいほど、新たに開発した尺度の基準関連妥当性（併存的妥当性）は高いと判断される。

## 第2節 方法

### 1) 対象

対象は、前章と同様に、医療機関および通所リハビリテーション施設（以下、デイケア施設）において、リハビリテーション（以下、リハビリ）サービスを利用している外来患者および利用者とした。前章において調査の協力が得られた43施設（以下、協力施設）のうち、調査日程の調整ができた10施設（医療機関7施設、

デイケア施設 3 施設) に対して本章の調査の協力を正式に依頼した。なお、前章の調査対象者は、本章の調査対象から除外された。次に、筆者が協力施設に訪問し、当該施設に勤務する理学療法士に対して調査の趣旨を説明した。そして、協力施設に勤務する理学療法士に対して、当該施設のリハビリサービスを利用している外来患者および利用者のなかから、調査の対象者を選定するよう依頼した。選定基準は、運動療法もしくは運動をリハビリとして行っている者とした。その結果、270名の外来患者および利用者から協力が得られた。

## 2) 調査項目

前章の結果において、患者満足の構成要因の1つである関係性欲求の充足は、参加者とサービス担当者を区別して捉えられる必要性が示されていた。この結果をふまえて本章では、患者満足を5つの欲求の充足（有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、参加者との関係性欲求の充足、担当者との関係性欲求の充足、生理的欲求の充足）から構成される概念として想定した。また、前章の結果では、同一因子を形成しなかった項目や、尺度の内的一貫性が低い因子が示されたことから、有能さの欲求の充足と自律性欲求の充足を測定する項目について再考の余地が示された。そのため、これらの項目の再作成が課題として残されていた。そこで、運動心理学において Wilson, Rogers, Roders, & Wild (2006) が開発した、運動場面における心理的欲求の充足を測定する尺度である **Psychological Need Satisfaction in Exercise Scale (PNSE)** を参考に、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度に含める項目を再作成した。PNSE は、本論文において患者満足の構成概念を想定するうえで参考にした基本的欲求理論 (Deci & Ryan, 2002) に基づいて開発されている。PNSE は、運動場面における有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、関係性欲求の充足を測定する項目から構成されており、その信頼性と妥当性が検証されている。

以上のように、前章の結果と PNSE の測定項目を参考にして、測定尺度の項目を

修正した。修正された項目内容が理論的に検討された欲求の内容を網羅しているか、心理学を専門とする研究者からチェックを受けた。さらに、これらの項目は、医療機関にてリハビリサービスを利用している3名の外来患者から、項目内容のあいまいさやわかりにくさについて意見を聴取して修正された。その結果、測定尺度の項目はX1～X19となった(表5-1)。項目はそれぞれ、有能さの欲求の充足(X1～X4)、自律性欲求の充足(X5～X8)、サービスを利用する他の参加者との関係性欲求の充足(X9～X12)、サービス担当者との関係性欲求の充足(X13～X16)、生理的欲求の充足(X17～X19)を測定する項目とした。すべての項目に対して、「全く感じない」(1点)から「強く感じる」(5点)までの5件法で回答を求めた。

また、測定尺度の併存的妥当性を検討するために、外的基準として全体的な満足度(X20)、施設の利用意向(X21)、施設の変更意向(X22)、他者への推奨意向(X23)を項目に加えた(表5-2)。外的基準としてこれらの項目を採用した理由は、医療サービスにおける患者満足測定尺度の基準関連妥当性を検討した研究において、これらの外的基準が頻回に用いられていたからである(Sitzia, 1999)。外的基準に関する項目の回答方法も5件法とし、X20(全体的な満足度)では、「非常に不満である」(1点)から「非常に満足している」(5点)までとした。また、X21(施設の利用意向)では、「絶対に利用したくない」(1点)から「絶対に利用したい」(5点)までとし、X22(施設の変更意向)では、「絶対に変更したい」(1点)から「絶対に変更したくない」(5点)までとした。X23(他者への推奨意向)では、「絶対に紹介したくない」(1点)から「絶対に紹介したい」(5点)までの5件法で回答を求めた。その他、個人属性として、年齢、性別、サービス利用期間、要介護区分(デイケア施設の利用者のみ)を項目として用意した。



表 5-1 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の項目

項目	内容
X1	難しいリハビリを最後までやり遂げていると感ずますか。
X2	もっと難しいリハビリであっても、うまくできる自信を感じますか。
X3	もっと難しいリハビリでも、うまくできそうに感ずますか。
X4	難しいリハビリを最後までやり遂げ、心地よい気分を感じますか。
X5	自分なりのやり方で、リハビリをしていると感ずますか。
X6	リハビリの内容は、自分自身で決めていると感ずますか。
X7	どんなリハビリをするかは、自分自身に任せられていると感ずますか。
X8	自分が行うリハビリは、自分で自由に選んでいると感ずますか。
X9	自分を受け入れてくれるという理由から、リハビリ仲間に結びつきを感じますか。
X10	自分にとって重要な人達と一緒にリハビリをしていて、一体感を感じますか。
X11	リハビリをはじめたきっかけが自分と同じという理由から、リハビリ仲間に友情を感じますか。
X12	リハビリがどれだけ大変か知っている仲間に親しみを感じますか。
X13	リハビリ担当者との間に結びつきを感じますか。
X14	リハビリ担当者から暖かく見守られていると感ずますか。
X15	リハビリ担当者から支えられていると感ずますか。
X16	リハビリをしている間、リハビリ担当者に親しみを感じますか。
X17	リハビリを始めてから、体の動きが良くなったと感ずますか。
X18	リハビリを始めてから、不快な症状が軽減したと感ずますか。
X19	リハビリを始めてから、健康面の不安が軽減したと感ずますか。

表 5-2 外的基準の項目

項目	内容
X20	現在行っているリハビリについて、どれくらい不満もしくは満足を感じますか。
X21	リハビリ施設の継続利用について、今後はどのようにお考えですか。
X22	リハビリ施設の変更について、今後はどのようにお考えですか。
X23	リハビリ施設について、家族や知人に紹介できますか。

### 3) 手続きと倫理的配慮

協力施設の理学療法士によって選定された者に対し、調査の趣旨について協力施設の理学療法士による口頭説明と紙面による説明を行った。倫理的配慮は、第4章と同様の内容を対象者に説明した。以上の説明について理解し、調査協力の同意が得られた者のみに調査を依頼した。

### 4) 統計解析

前章で検討された項目の一部が入れ替えられたことから、本章で改めて項目分析を行う必要がある。そこで、再度、項目の反応分布の確認と因子分析を行うこととした。項目の反応分布を確認するために、すべての項目について記述統計量を算出した。尺度の因子構造を検討するために、探索的因子分析を行った。また、尺度の信頼性指標の1つである内的一貫性を確認するために、Cronbachの $\alpha$ 係数を算出した。さらに、測定尺度の併存的妥当性を検討するために、測定尺度の合計得点と各外的基準の得点との間でPearsonの積率相関係数を求めた。

以上の統計解析では有意水準を5%未満とした。これらの統計解析には、SPSS ver.16.0 for Windowsを使用した。

### 第 3 節 結果

#### 1) 対象者の個人属性

対象者の個人属性を表 5-3 に示した。半数以上の項目で回答がない者や、同一回答が連続 15 問以上あった者（合計 20 名）を除き、最終的に 250 名のデータを分析に使用した。対象者の年齢は、 $69.4 \pm 15.1$  歳であった。性別は、男性 92 名、女性 154 名、不明 4 名であった。サービス利用期間では、1 年以上 3 年未満が 69 名で最も多かった。要介護区分（デイケア施設の利用者のみ）では、要支援 2 が 25 名で最も多かった。

#### 2) 項目の反応分布

測定尺度と外的基準の項目得点の記述統計量を表 5-4 に示した。平均値から標準偏差（SD）を減じた得点はすべて下限値（1 点）以上であることから、床効果を示す項目はなかった。平均値に標準偏差を加えた得点が上限値（5 点）以上となる天井効果は、X14, X15, X16 でみられた。しかしながら、分布の歪みや尖りを示す統計量である歪度と尖度は、特に大きい値を示すものはなかった。

表 5-3 対象者の個人属性

カテゴリー		度数 (%) *		
		全体	医療機関の 外来患者	デイケア施設の 利用者
人数		250	187	63
年齢		69.4±15.1	66.0±15.4	78.9±8.7
性別	男性	92 (36.8)	77 (41.2)	15 (23.8)
	女性	154 (61.6)	106 (56.7)	48 (76.2)
	不明	4 (1.6)	4 (2.1)	1 (1.6)
サービス 利用期間	～1ヶ月	19 (7.6)	18 (9.6)	2 (3.2)
	～3ヶ月	27 (10.8)	25 (13.4)	3 (4.8)
	～6ヶ月	38 (15.2)	35 (18.7)	1 (1.6)
	～1年	19 (7.6)	18 (9.6)	26 (41.3)
	～3年	69 (27.6)	43 (23.0)	20 (31.7)
	3年～	60 (24.0)	40 (21.4)	53 (84.1)
	不明	18 (7.2)	8 (4.3)	10 (15.9)
要介護 区分	要支援1			13 (20.6)
	要支援2			25 (39.7)
	要介護1			8 (12.7)
	要介護2			8 (12.7)
	要介護3			5 (7.9)
	要介護4			0 (0.0)
	要介護5			0 (0.0)
	不明			4 (6.3)

\* ( ) 内の数字は各集団に占める割合

表 5-4 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度と外的基準の項目得点の記述統計量

項目	内容	平均値	標準偏差 (SD)	平均値-SD	平均値+SD	歪度	尖度
X1	難しいリハビリを最後までやり遂げていると感じますか。	3.66	.99	2.67	4.65	-.55	-.25
X2	もっと難しいリハビリであっても、うまくできる自信を感じますか。	3.50	.81	2.69	4.31	.09	-.48
X3	もっと難しいリハビリでも、うまくできそうに感じますか。	3.50	.87	2.62	4.37	-.27	.18
X4	難しいリハビリを最後までやり遂げて、心地よい気分を感じますか。	3.83	.85	2.99	4.68	-.65	.60
X5	自分なりのやり方で、リハビリをしていると感じますか。	3.50	.89	2.60	4.39	-.60	.04
X6	リハビリの内容は、自分自身で決めていていると感じますか。	2.98	.97	2.01	3.95	-.21	-.18
X7	どんなリハビリをするかは、自分自身に任せられていると感じますか。	2.94	1.02	1.92	3.96	-.07	-.41
X8	自分が行うリハビリは、自分で自由に選んでいると感じますか。	2.90	1.02	1.88	3.92	-.16	-.59
X9	自分を受け入れてくれるという理由から、リハビリ仲間に結びつきを感じますか。	2.73	1.17	1.56	3.90	-.03	-1.01
X10	自分にとって重要な人達と一緒にリハビリをしていて、一体感を感じますか。	2.91	1.16	1.76	4.07	-.19	-.80
X11	リハビリをはじめたきっかけが自分と同じという理由から、リハビリ仲間に友情を感じますか。	3.03	1.16	1.87	4.19	-.26	-.87
X12	リハビリがどれだけ大変か知っている仲間に親しみを感じますか。	3.51	1.07	2.44	4.57	-.64	-.11
X13	リハビリ担当者との間に結びつきを感じますか。	4.07	.90	3.17	4.97	-.99	.92
X14	リハビリ担当者から暖かく見守られていると感じますか。	4.30	.71	3.59	5.01	-.86	.73
X15	リハビリ担当者から支えられていると感じますか。	4.28	.72	3.56	5.00	-.88	.82
X16	リハビリをしている間、リハビリ担当者に親しみを感じますか。	4.32	.68	3.63	5.00	-.73	.36
X17	リハビリを始めてから、体の動きが良くなったと感じますか。	4.19	.74	3.46	4.93	-.88	1.37
X18	リハビリを始めてから、不快な症状が軽減したと感じますか。	3.87	.93	2.94	4.79	-.87	.73
X19	リハビリを始めてから、健康面の不安が軽減したと感じますか。	3.77	.93	2.84	4.70	-.84	.79
X20	現在行っているリハビリについて、どれくらい不満もしくは満足を感じますか。	4.10	.73	3.36	4.61	-.73	.79
X21	リハビリ施設の継続利用について、今後はどのようにお考えですか。	4.18	.60	3.58	4.52	-.21	.16
X22	リハビリ施設の変更について、今後はどのようにお考えですか。	4.01	.70	3.31	4.43	-.24	-.28
X23	リハビリ施設について、家族や知人に紹介できますか。	3.95	.69	3.26	4.34	-.24	-.07

### 3) 探索的因子分析による尺度の因子構造の検討

探索的因子分析（主因子法，プロマックス回転）の結果を表 5-5 に示した。因子数は，固有値 1 以上の基準を設け，さらに，因子の解釈可能性も考慮した結果，初期解としては 5 因子解が妥当と判断された。そして，共通性の低さ（.300 以下），因子負荷量の低さ（.400 以下），2 因子以上にわたる因子負荷量の高さ（.350 以上）を基準に項目を削除した。その結果，因子負荷量が .400 以下であった X1 のみが削除され，最終的に 18 項目 5 因子からなる因子となった。なお，回転前の 5 因子で 18 項目の分散を説明する割合は 74.38%であった。第 1 因子は，X13, X14, X15, X16 の因子負荷量が高かったことから「担当者との関係性欲求の充足」因子と解釈された。第 2 因子は，X9, X10, X11, X12 の因子負荷量が高かったことから「参加者との関係性欲求の充足」因子と解釈された。第 3 因子は，X5, X6, X7, X8 の因子負荷量が高かったことから「自律性欲求の充足」因子と解釈された。第 4 因子は，X2, X3, X4 の因子負荷量が高かったことから「有能さの欲求の充足」因子と解釈された。第 5 因子は，X17, X18, X19 の因子負荷量が高かったことから「生理的欲求の充足」因子と解釈された。以上の因子数と因子内容は，本論文で想定された患者満足の構成概念と内容的に合致していた。

表 5-5 探索的因子分析の結果

項目	内容	I	II	III	IV	V	共通性
X16	リハビリをしている間、リハビリ担当者に親しみを感ずますか。	<b>.93</b>	-.03	.00	-.09	.03	.81
X15	リハビリ担当者から支えられていると感ずますか。	<b>.92</b>	-.09	.01	.01	-.02	.80
X14	リハビリ担当者から暖かく見守られていると感ずますか。	<b>.85</b>	-.02	-.01	.02	.00	.73
X13	リハビリ担当者との間に結びつきを感ずますか。	<b>.67</b>	.23	.00	-.03	.04	.59
X11	リハビリをはじめたきっかけが自分と同じという理由から、リハビリ仲間に友情を感ずますか。	.05	<b>.89</b>	-.05	-.01	-.08	.73
X9	自分を受け入れてくれるという理由から、リハビリ仲間に結びつきを感ずますか。	-.07	<b>.85</b>	.00	-.06	.07	.71
X10	自分にとって重要な人達と一緒にリハビリをしていて、一体感を感ずますか。	-.07	<b>.78</b>	.09	-.02	.11	.72
X12	リハビリがどれだけ大変か知っている仲間に親しみを感ずますか。	.09	<b>.72</b>	-.03	.18	-.13	.59
X6	リハビリの内容は、自分自身で決めていると感ずますか。	.03	-.04	<b>.93</b>	.03	-.05	.81
X7	どんなリハビリをするかは、自分自身に任せられていると感ずますか。	-.07	-.06	<b>.85</b>	-.01	.02	.67
X8	自分が行うリハビリは、自分で自由に選んでいると感ずますか。	-.03	.22	<b>.56</b>	-.12	.06	.49
X5	自分なりのやり方で、リハビリをしていると感ずますか。	.15	.01	<b>.44</b>	.18	-.05	.30
X3	もっと難しいリハビリでも、うまくできそうに感ずますか。	-.07	-.01	-.01	<b>.99</b>	-.05	.88
X2	もっと難しいリハビリであっても、うまくできる自信を感ずますか。	-.03	.03	.00	<b>.80</b>	.04	.65
X4	難しいリハビリを最後までやり遂げて、心地よい気分を感ずますか。	.07	.03	.04	<b>.53</b>	.11	.41
X18	リハビリを始めてから、不快な症状が軽減したと感ずますか。	-.02	-.08	.01	-.01	<b>.92</b>	.78
X19	リハビリを始めてから、健康面の不安が軽減したと感ずますか。	.00	.12	-.02	-.03	<b>.77</b>	.65
X17	リハビリを始めてから、体の動きが良くなったと感ずますか。	.16	-.06	-.03	.16	<b>.58</b>	.53

因子間相関	I	II	III	IV	V
I	—	.26	.18	.42	.55
II		—	.49	.28	.36
III			—	.23	.35
IV				—	.34
V					—

#### 4) 信頼性分析による尺度の信頼性（内的一貫性）

探索的因子分析の結果から抽出された 5 因子（概念）を測定する尺度の  $\alpha$  係数を表 5-6 に示した。担当者との関係性欲求の充足が .897，参加者との関係性欲求の充足が .885，自律性欲求の充足が .799，有能さの欲求の充足が .814，生理的欲求の充足が .826 であった。また，患者満足（全 18 項目）の  $\alpha$  係数は .882 であった。測定尺度の下位尺度の  $\alpha$  係数はすべて .700 以上であり，測定尺度全体の  $\alpha$  係数も .800 を超えていた。したがって，測定尺度の下位尺度と尺度全体の信頼性（内的一貫性）の高いことが示された。

表 5-6 信頼性分析の結果

概念	項目数	$\alpha$ 係数
有能さの欲求の充足	3	.814
自律性欲求の充足	4	.799
参加者との関係性欲求の充足	4	.885
担当者との関係性欲求の充足	4	.897
生理的欲求の充足	3	.826
患者満足	18	.882



## 5) 尺度得点と外的基準得点との関連性

測定尺度の合計得点と各外的基準（X20～X23）の得点との相関分析の結果を表5-7に示した。得られた Pearson の積率相関係数は、全体的満足度が.427、施設の利用意向が.325、施設の変更意向が.326、他者への推奨意向が.452であり、いずれも有意であった。この結果、測定尺度の合計得点は、医療サービスにおける患者満足度の外的基準との得点と関連していることが示された。

表 5-7 相関分析の結果

	患者満足
全体的な満足度	.427***
施設の利用意向	.325***
施設の変更意向	.326***
他者への推奨意向	.452***

\*\*\* $p < .001$

## 第 4 節 考察

### 1) 測定尺度の信頼性

最初に、測定尺度の信頼性について検討する。信頼性とは、「テストや尺度の測定数値の安定性・一貫性・正確さ」を表す概念であり（吉田, 2001; 村上, 2006）、一般的に、 $\alpha$  係数は.600 から.700 以上あれば、十分な信頼性（内的一貫性）があると判断される（小塩, 2004）。探索的因子分析の結果、本研究が想定していた有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、参加者との関係性欲求の充足、担当者との関係性欲求の充足、生理的欲求の充足の 5 因子が抽出され、それらの下位尺度の  $\alpha$  係数は.799 から.897 の範囲にあった。前章の結果では、自律性欲求の充足尺度の  $\alpha$  係数は.700 を下回っていたが、本章で再作成された尺度は.799 であり、高い値

が示された。そのうえ、前章では検討できなかった有能さの欲求の充足尺度と参加者との関係性欲求の充足尺度も信頼性の高いことが示された。加えて、全 18 項目から構成される測定尺度全体の  $\alpha$  係数は .882 であり、合計得点の信頼性も高いことが示された。以上より、測定尺度の下位尺度と尺度全体の信頼性は検証されたといえる。

## 2) 測定尺度の内容的妥当性

内容的妥当性とは、尺度項目が測定対象としている内容領域をどの程度反映しているかを表す概念である（吉田，2001）。内容的妥当性を客観的に評価する手段は厳密にはなく、もっぱら専門家による項目内容の判断か、探索的因子分析の手法を用いる場合がある。本研究では、前者については心理学を専門とする研究者から項目内容のチェックを受けており、後者についても探索的因子分析によって想定された因子数と因子内容が抽出された。これらの手続きによって、測定尺度の一定の内容的妥当性は確認されたと考えられる。

## 3) 測定尺度の併存的妥当性

基準関連妥当性は、外的基準となる指標が明確にある場合、それとの関連で検討される妥当性である（鎌原，1998）。テストと同時点に与えられた外的基準との関連性は、併存的妥当性と呼ばれる（吉田，2001）。医療サービスにおける患者満足測定尺度の基準関連妥当性に関する既存研究をレビューした Sitzia（1999）によると、既存研究で使用された外的基準は、「施設の利用意向」が最も多く、次いで「患者満足度」、「心理的状态」、「他者への推奨意向」となっている。そのなかで、Sitzia（1999）は患者満足測定尺度の得点と上記の各外的基準の得点との相関係数（ $r$ ）について複数の研究が報告した値を調べたところ、その中央値は、施設の利用意向が .51、患者満足度が .56、心理状態が .26、他者への推奨意向が .68 であったと報告

している。本研究の結果、測定尺度の合計得点と外的基準の得点との Pearson の積率相関係数は、施設の利用意向が .325、全体的満足度が .427、他者への推奨意向が .452 であった。本研究の結果において示された相関係数は、先行研究が示した中央値と比べていずれもやや低値であったものの、外的基準との有意な関連が示されたことから、測定尺度において一定の併存的妥当性は確認されたと考えられる。

## 第 5 節 まとめ

本章では、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度に含める項目を見直したうえで、測定尺度の信頼性と内容的妥当性および併存的妥当性を検討することを目的とした。

前章の結果と既存研究の項目を参考に、患者満足の下位概念として「有能さの欲求の充足」「自律性欲求の充足」「参加者との関係性欲求の充足」「担当者との関係性欲求の充足」「生理的欲求の充足」を想定し、前章で検討した項目を含めて測定尺度を再作成した。そして、測定尺度に含める計 19 項目を作成し、項目内容について心理学の研究者からチェックを受けた。外的基準として全体的満足度、施設の利用意向、施設の変更意向、他者への推奨意向を測定した。リハビリサービスの利用者 250 名のデータを用いて、項目の反応分布の確認、探索的因子分析、信頼性分析、相関分析を行った。項目の反応分布を確認した結果、3 項目に天井効果がみられたが、尖度と歪度は特に大きい値を示すものではなかった。探索的因子分析の結果、想定された 5 因子が抽出され、内容的妥当性が確認された。信頼性分析の結果、下位尺度の  $\alpha$  係数はすべて .799 以上を示し、測定尺度全体も .882 であったことから、下位尺度および尺度全体の高い内的一貫性が示された。相関分析の結果、測定尺度の合計得点と各外的基準の得点との相関係数はすべて有意であり、相関係数は .325 から .452 の範囲にあった。以上より、測定尺度の信頼性と内容的妥当性および基準関連妥当性が確認された。

## 第 6 章 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の因子的妥当性と交差妥当性の検討

### 第 1 節 はじめに

第 4 章と前章では、欲求の充足に基づく患者満足の構成概念の妥当性を検討するために、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を開発し、測定尺度の信頼性ととも、内容的妥当性と併存的妥当性が検討された。専門家による項目内容のチェックや探索的因子分析による因子構造の検討結果から、測定尺度に含まれる因子は、「有能さの欲求の充足」「自律性欲求の充足」「参加者との関係性欲求の充足」「担当者との関係性欲求の充足」「生理的欲求の充足」から構成されると判断され、項目の内容という側面からみた尺度の妥当性を意味する内容的妥当性が確認された。また、患者満足度を示す測定尺度の合計得点と患者満足の外的基準の得点との相関分析の結果、相関係数はすべて有意であった。このことから、測定尺度の併存的妥当性は高いことが確認された。次に、本章では、測定尺度の因子的妥当性と交差妥当性について検討をすすめる。

因子的妥当性は、因子分析を施した際に、複数の下位尺度があり、その下位尺度の測定値について因子がうまく抽出されるかどうかによって判断される（山口・高橋，2002）。前章では、探索的因子分析によって因子を抽出し、因子の数や内容を確認したが、探索的因子分析については方法論上の問題が指摘されている。例えば、探索的因子分析は抽出する因子数に絶対的な基準がないため、因子数の決定や因子の解釈は極めて恣意的になりやすく（古谷野・柴田・芳賀・須山，1989）、探索的因子分析を仮説検証的に使用したとしても、分析者が仮説に近い因子構造を確認しているにすぎないという主張もある（芝，1979）。また、探索的因子分析では、因子分散の全分散に対する比（因子寄与率）が得られるだけであり、因子構造モデル

の妥当性が証明されたことにはならない（豊田，2000）。これらの問題に対して、近年、検証的因子分析によって因子構造モデルの妥当性を検討することが推奨されている。検証的因子分析とは、理論的検討に基づいて設定されたモデルに実際のデータを当てはめ、モデルの適合度を検討する方法である（古谷野ら，1989）。科学研究におけるひとつの大切なアプローチが理論モデルによる予測であることから、検証的因子分析の使用は因子構造モデルの妥当性を検討する方法として勧められている（豊田，2000）。

一方、交差妥当性とは、異なる被験者集団間、あるいは異なる場面間における妥当性のことをいう（山口・高橋，2002）。ある1つの場面で決定された妥当性が、他の場面でも同様に成立するかを明らかにすることによって交差妥当性を検討できる。交差妥当性を検討する具体的な方法の1つとして、多母集団同時分析が挙げられる。多母集団同時分析では、複数の集団に対する因子不変性が評価できる。因子不変性とは、母集団が異なっても、因子が同じ観測数で測定され、その変数の因子負荷量が一定であるかということに関する概念である（豊田，2000）。因子不変性の高さが示されれば、尺度の高い交差妥当性が示されたと判断できる。前章では、医療機関の外来患者と通所リハビリテーション施設（以下、デイケア施設）の利用者を同一集団とみなして測定尺度の妥当性を検証したが、医療機関の外来患者とデイケア施設の利用者を別々の母集団とみなしたとき、同じ因子構造が再現できるかは不明である。測定尺度の交差妥当性を検討するためには、医療機関の外来患者とデイケア施設の利用者を異なる母集団とみなしたうえで、測定尺度の因子不変性を確認する必要がある。

## 第 2 節 方法

### 1) 対象

対象は、前章までと同様に、医療機関およびデイケア施設において、リハビリテーション（以下、リハビリ）サービスを利用している外来患者および利用者とした。前章までにおいて調査の協力が得られた 43 施設（以下、協力施設）のうち、調査日程の調整ができた 17 施設（医療機関 12 施設、デイケア施設 5 施設）に対して本研究の協力を正式に依頼した。なお、第 4 章と前章の調査対象者は、本章の調査対象から除外された。次に、筆者が協力施設に訪問し、当該施設に勤務する理学療法士に対して研究の趣旨を説明した。そして、その理学療法士に対して、当該施設のリハビリサービスを利用している外来患者および利用者のなかから、調査の対象者を選定するよう依頼した。選定基準は、運動療法もしくは運動をリハビリとして行っている者とした。その結果、311 名の外来患者および利用者から協力が得られた。

### 2) 調査項目

患者満足度の測定には、前章において信頼性や内容的妥当性および併存的妥当性が確認された測定尺度の 18 項目のなかから、各欲求の充足を測定する項目を 3 項目ずつ選択し、合計 15 項目を使用した（表 6-1）。18 項目全てを使用しなかった理由は、対象者の回答にかかる負担を軽減させるためである。項目の選択にあたっては、項目内容のわかりやすさを判断基準とし、第 5 章で使用したデータを用いて、尺度の因子構造と信頼性に大きな変化がみられなかったことを確認した。15 項目はそれぞれ、有能さの欲求の充足（X1～X3）、自律性欲求の充足（X4～X6）、サービスを利用する他の参加者との関係性欲求の充足（X7～X9）、サービス担当者との関係性欲求の充足（X10～X12）、生理的欲求の充足（X13～X15）を測定する項目とした。すべての項目に対して、「全く感じない」（1 点）から「強く感じる」（5 点）

までの 5 件法で回答を求めた。また、個人属性の調査項目として、年齢、性別、サービス利用期間、要介護区分（デイケア施設の利用者のみ）を用意した。

表 6-1 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の項目

項目	内容
X1	もっと難しいリハビリであっても、うまくできる自信を感じますか。
X2	もっと難しいリハビリでも、うまくできそうに感じますか。
X3	難しいリハビリを最後までやり遂げて、心地よい気分を感じますか。
X4	リハビリの内容は、自分自身で決めていると感じますか。
X5	どんなリハビリをするかは、自分自身に任せられていると感じますか。
X6	自分が行うリハビリは、自分で自由に選んでいると感じますか。
X7	自分を受け入れてくれるという理由から、リハビリ仲間に結びつきを感じますか。
X8	自分にとって重要な人達と一緒にリハビリをしていて、一体感を感じますか。
X9	リハビリをはじめたきっかけが自分と同じという理由から、リハビリ仲間に友情を感じますか。
X10	リハビリ担当者から暖かく見守られていると感じますか。
X11	リハビリ担当者から支えられていると感じますか。
X12	リハビリをしている間、リハビリ担当者に親しみを感ずますか。
X13	リハビリを始めてから、体の動きが良くなったと感じますか。
X14	リハビリを始めてから、不快な症状が軽減したと感じますか。
X15	リハビリを始めてから、健康面の不安が軽減したと感じますか。

### 3) 手続きと倫理的配慮

協力施設の理学療法士によって選定された者に対し、調査の趣旨について協力施設の理学療法士による口頭説明と紙面を用いた説明を行った。倫理的配慮についての説明内容は、これまでと同様であった。以上の説明について理解し、調査協力の同意が得られた者のみに調査を依頼した。

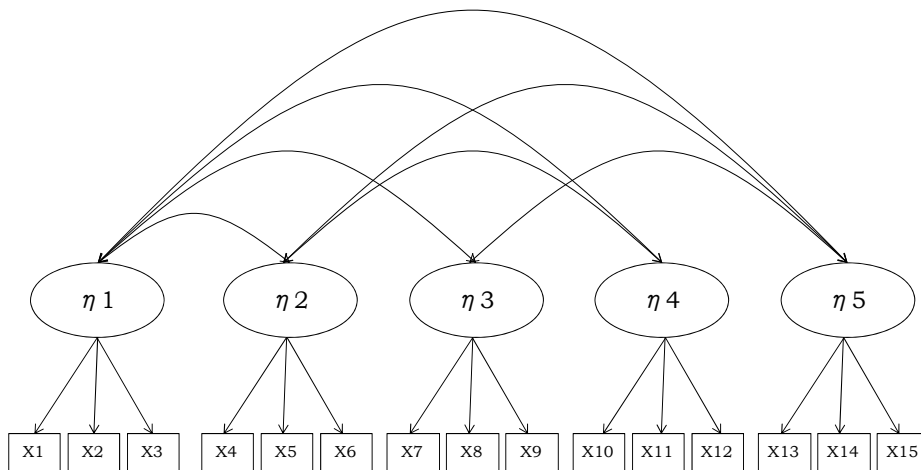
### 4) 統計解析

項目得点の分布の偏りを確認するために、記述統計量を算出した。次に、探索的因子分析を行い、尺度の因子構造が第 5 章と同じかどうか確認した。そのうえで、

下位尺度と尺度全体の Cronbach の  $\alpha$  係数を算出し、尺度の信頼性指標の 1 つである内的一貫性を確認した。

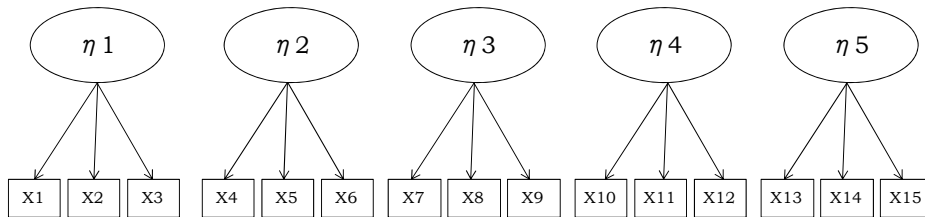
測定尺度の因子構造モデルの適合度を確認するために、構造方程式モデリングによる検証的因子分析を行った。本章で検討した因子構造モデルは、因子間に相関関係を認める斜交モデル(図 6-1)、因子間に相関関係を認めない直交モデル(図 6-2)、因子の背後に上位因子を認める二次因子モデル(図 6-3)の 3 つであった。モデルの適合度の指標には、 $\chi^2$  値、Comparative Fit Index (CFI)、Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)、Akaike Information Criterion (AIC) を用いた。朝野・鈴木・小島(2005)によれば、200 程度の標本であれば、 $\chi^2$  検定でモデルが棄却されても各種適合度指標の値でモデルの適合性を判断することがある。この指摘にしたがえば、本章の調査対象者数は 200 程度以上となることから、モデルの適合性の評価は、 $\chi^2$  検定の結果だけで判断できない。そのため、本章では、CFI は .900 以上(朝野ら, 2005)、RMSEA は .080 以下(山本・小野寺, 2002)という基準も、モデルの適合度の判断の目安とした。





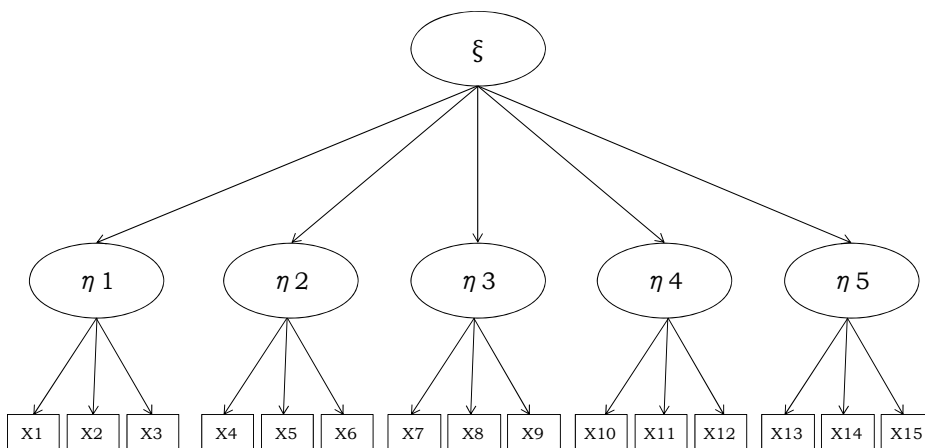
$\eta 1$  : 有能さの欲求の充足,  $\eta 2$  : 自律性欲求の充足,  $\eta 3$  : 参加者との関係性欲求の充足  
 $\eta 4$  : 担当者との関係性欲求の充足,  $\eta 5$  : 生理的欲求の充足  
 $x$  : 測定項目

図 6-1 因子間に相関関係を認める斜交モデル



$\eta 1$  : 有能さの欲求の充足,  $\eta 2$  : 自律性欲求の充足,  $\eta 3$  : 参加者との関係性欲求の充足  
 $\eta 4$  : 担当者との関係性欲求の充足,  $\eta 5$  : 生理的欲求の充足  
 $x$  : 測定項目

図 6-2 因子間に相関関係を認めない直交モデル



$\xi$  : 患者満足  
 $\eta 1$  : 有能さの欲求の充足,  $\eta 2$  : 自律性欲求の充足,  $\eta 3$  : 参加者との関係性欲求の充足  
 $\eta 4$  : 担当者との関係性欲求の充足,  $\eta 5$  : 生理的欲求の充足  
 $x$  : 測定項目

図 6-3 因子の背後に上位因子を認める二次因子モデル

次に、検証的因子分析によって高い適合度が示された因子構造モデルについて、因子不変性を検討した。まず、それぞれの集団ごとに因子構造モデルの適合度について検証的因子分析を行った。そのうえで、多母集団同時分析を行って、因子構造モデルの適合度の変化を確認した。

以上の統計解析では有意水準を 5%未満とした。これらの統計解析には SPSS ver16.0 for Windows および Amos16.0 を使用した。

### 第 3 節 結果

#### 1) 対象者の個人属性

対象者の個人属性を表 6-2 に示した。半数以上の項目で回答がない者や、同一回答が連続 15 問以上あった者（合計 24 名）を除き、最終的に 287 名を分析の対象者とした。対象者の年齢は  $69.9 \pm 14.2$  歳であった。性別は、男性 87 名、女性 193 名、不明 7 名であった。サービス利用期間では、 $26.3 \pm 33.7$  カ月であり、3 年以上が 73 名で最も多かった。要介護区分（デイケア施設利用者のみ）では、要支援 2 が 21 名で最も多かった。

#### 2) 項目の反応分布

項目得点の記述統計量を表 6-3 に示した。平均値から標準偏差（SD）を減じた得点はすべて下限値（1 点）以上であることから、床効果を示す項目はなかった。平均値に標準偏差を加えた得点が上限値（5 点）以上となる天井効果は、X10, X11, X12, X13 でみられた。しかしながら、分布の歪みや尖りを示す統計量である歪度と尖度は、特に大きい値を示すものではなかった。

表 6-2 対象者の個人属性

カテゴリー	度数(%) <sup>*</sup>							
	全体		医療機関の 外来患者		デイケア施設の 利用者			
人数	287		206		81			
年齢	69.9±14.2		66.8±14.4		77.6±10.1			
性別	男性	87	(30.3)	61	(29.6)	26	(32.1)	
	女性	193	(67.2)	140	(68.0)	53	(65.4)	
	不明	7	(2.4)	5	(2.4)	2	(2.5)	
サービス利用期間(月)	26.3±33.7		22.8±34.3		35.5±30.6			
	～1ヶ月	20	(7.0)	18	(8.7)	2	(2.5)	
	～3ヶ月	43	(15.0)	38	(18.4)	5	(6.2)	
	～6ヶ月	41	(14.3)	33	(16.0)	8	(9.9)	
	～1年	30	(10.5)	26	(12.6)	4	(4.9)	
	～3年	58	(20.2)	36	(17.5)	22	(27.2)	
	3年～	73	(25.4)	40	(19.4)	33	(40.7)	
	不明	22	(7.7)	15	(7.3)	7	(8.6)	
要介護 区分	要支援1					13	(16.0)	
	要支援2					21	(25.9)	
	要介護1					11	(13.6)	
	要介護2					19	(23.5)	
	要介護3					11	(13.6)	
	要介護4					0	(0.0)	
	要介護5					0	(0.0)	
	不明					6	(7.4)	

\* ( )内の数字は各集団に占める割合

表 6-3 項目得点の記述統計量

項目	内容	平均値	標準偏差 (SD)	平均値-SD	平均値+SD	歪度	尖度
X1	もっと難しいリハビリであっても、うまくできる自信を感じますか。	3.55	.93	2.62	4.48	-.41	.05
X2	もっと難しいリハビリでも、うまくできそうに感じますか。	3.48	.92	2.56	4.40	-.33	.01
X3	難しいリハビリを最後までやり遂げて、心地よい気分を感じますか。	3.94	.93	3.01	4.86	-.80	.55
X4	リハビリの内容は、自分自身で決めていると感じますか。	3.01	1.14	1.88	4.15	-.28	-.74
X5	どんなリハビリをするかは、自分自身に任せられていると感じますか。	2.94	1.19	1.75	4.13	-.11	-.95
X6	自分が行うリハビリは、自分で自由に選んでいると感じますか。	2.73	1.22	1.51	3.96	.05	-1.04
X7	自分を褒め入れてくれるという理由から、リハビリ仲間に結びつきを感じますか。	3.43	1.21	2.22	4.64	-.58	-.58
X8	自分にとって重要な人達と一緒にリハビリをしていて、一体感を感じますか。	3.42	1.16	2.26	4.58	-.56	-.52
X9	リハビリをはじめたきっかけが自分と同じという理由から、リハビリ仲間に友情を感じますか。	3.52	1.21	2.31	4.73	-.70	-.40
X10	リハビリ担当者から暖かく見守られていると感じますか。	4.35	.68	3.67	5.03	-.90	.98
X11	リハビリ担当者から支えられていると感じますか。	4.34	.71	3.63	5.05	-1.02	1.19
X12	リハビリをしている間、リハビリ担当者に親しみを感じますか。	4.41	.64	3.77	5.05	-.96	1.28
X13	リハビリを始めてから、体の動きが良くなったと感じますか。	4.20	.83	3.38	5.03	-1.04	.95
X14	リハビリを始めてから、不快な症状が軽減したと感じますか。	3.81	1.06	2.76	4.87	-1.04	.76
X15	リハビリを始めてから、健康面の不安が軽減したと感じますか。	3.89	.95	2.94	4.84	-.97	.87

### 3) 探索的因子分析による尺度の因子構造の検討

探索的因子分析（主因子法，プロマックス回転）の結果を表 6-4 に示した。因子数は，固有値 1 以上の基準を設け，さらに因子の解釈可能性も考慮した結果，5 因子解が妥当と判断された。そして，共通性の低さ（.300 以下），因子負荷量の低さ（.400 以下），2 因子以上にわたる因子負荷量の高さ（.350 以上）を項目の削除基準としたが，削除対象となる項目は示されなかった。なお，回転前の 5 因子で 15 項目の分散を説明する割合は 78.04%であった。第 1 因子は，X7，X8，X9 の因子負荷量が高かったことから「参加者との関係性欲求の充足」因子と解釈された。第 2 因子は，X10，X11，X12 の因子負荷量が高かったことから「担当者との関係性欲求の充足」因子と解釈された。第 3 因子は，X4，X5，X6 の因子負荷量が高かったことから「自律性欲求の充足」因子と解釈された。第 4 因子は，X1，X2，X3 の因子負荷量が高かったことから「有能さの欲求の充足」因子と解釈された。第 5 因子は，X13，X14，X15 の因子負荷量が高かったことから「生理的欲求の充足」因子と解釈された。本章における探索的因子分析の結果においても，前章と同じ因子構造が再現された。また，すべての項目が主因子に対して.50 以上の負荷量を示したことに加えて，共通性が最も低い項目でも.44 であることから，測定尺度の 5 因子構造は比較的安定性が高いことが示唆された。

表 6-4 探索的因子分析の結果

項目	内容	I	II	III	IV	V	共通性
X9	リハビリをはじめたきっかけが自分と同じという理由から、リハビリ仲間に友情を感じますか。	<b>.87</b>	.00	-.05	-.03	-.02	.71
X8	自分にとって重要な人達と一緒にリハビリをしていて、一体感を感じますか。	<b>.86</b>	.03	-.01	-.02	.01	.75
X7	自分を受け入れてくれるという理由から、リハビリ仲間に結びつきを感じますか。	<b>.84</b>	-.04	.05	.04	.01	.75
X11	リハビリ担当者から支えられていると感じますか。	-.08	<b>.96</b>	-.02	.01	-.01	.87
X10	リハビリ担当者から暖かく見守られていると感じますか。	.03	<b>.86</b>	.04	.03	-.04	.75
X12	リハビリをしている間、リハビリ担当者に親しみを感じますか。	.05	<b>.69</b>	-.03	-.05	.02	.50
X5	どんなリハビリをするかは、自分自身に任せられていると感じますか。	-.04	-.02	<b>.92</b>	-.03	.07	.81
X6	自分が行うリハビリは、自分で自由に選んでいると感じますか。	-.02	-.02	<b>.81</b>	-.01	.04	.65
X4	リハビリの内容は、自分自身で決めていると感じますか。	.06	.03	<b>.71</b>	.04	-.15	.56
X1	もっと難しいリハビリであっても、うまくできる自信を感じますか。	-.02	-.01	.02	<b>.91</b>	-.04	.80
X2	もっと難しいリハビリでも、うまくできそうに感じますか。	-.04	-.05	-.04	<b>.90</b>	.00	.76
X3	難しいリハビリを最後までやり遂げて、心地よい気分を感じますか。	.09	.09	.05	<b>.53</b>	.11	.44
X15	リハビリを始めてから、健康面の不安が軽減したと感じますか。	-.01	.06	.03	-.07	<b>.85</b>	.74
X14	リハビリを始めてから、不快な症状が軽減したと感じますか。	-.01	-.13	-.04	.03	<b>.77</b>	.52
X13	リハビリを始めてから、体の動きが良くなったと感じますか。	.03	.11	-.02	.07	<b>.67</b>	.60
因子間相関		I	II	III	IV	V	
		I	—	.37	.34	.29	.27
		II		—	-.02	.31	.51
		III			—	.12	-.03
		IV				—	.35
		V					—

#### 4) 信頼性分析による尺度の信頼性（内的一貫性）

信頼性分析の結果を表 6-5 に示した。参加者との関係性欲求の充足尺度が.889, 担当者との関係性欲求の充足尺度が.866, 自律性欲求の充足尺度が.855, 有能さの欲求の充足尺度が.827, 生理的欲求の充足尺度が.798 であった。一般的に,  $\alpha$  係数は.600～.700 以上あれば, 十分な信頼性（内的一貫性）があると判断されるために（小塩, 2004）, この結果から測定尺度の下位尺度の十分に高い信頼性が確認できた。

表 6-5 信頼性分析の結果

	項目数	$\alpha$ 係数
有能さの欲求の充足	3	.827
自律性欲求の充足	3	.855
担当者との関係性欲求の充足	3	.866
参加者との関係性欲求の充足	3	.889
生理的欲求の充足	3	.798
患者満足	15	.816

## 5) 検証的因子分析による因子構造モデルの適合度の検討

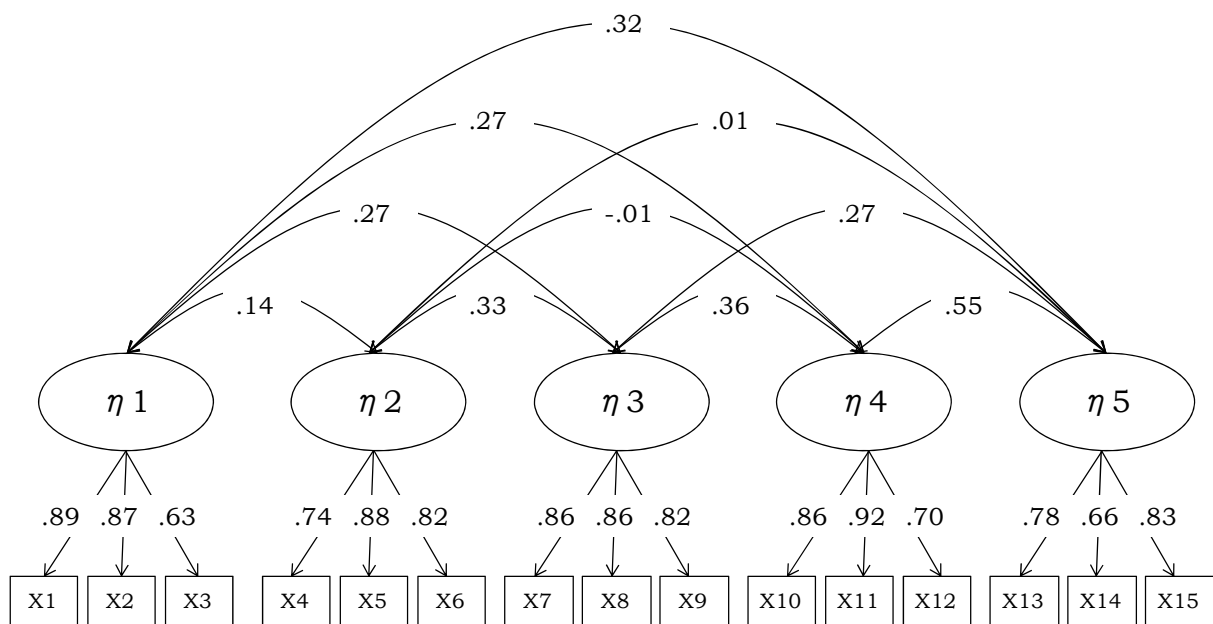
測定尺度の斜交モデル，直交モデル，二次因子モデルについて行った検証的因子分析の結果を表 6-6 に示した。 $\chi^2$  検定では，すべてのモデルにおいて帰無仮説が棄却された。CFI は，斜交モデルが最も高く，次いで二次因子モデルが同程度で続き，直交モデルが最も低かった。RMSEA は，斜交モデルが最も低く，次いで二次因子モデルが同程度で続き，直交モデルが最も高かった。AIC は，斜交モデルが最も低かった。以上の結果を総合すると，斜交モデルが最も適合的なモデルであると判断された。

表 6-6 検証的因子分析による因子構造モデルの適合度

モデル	$\chi^2$	自由度	$p$	CFI	RMSEA	AIC
斜交モデル	148.053	80	.000	.968	.055	258.053
直交モデル	315.577	90	.000	.894	.094	405.577
二次因子モデル	180.755	85	.000	.955	.063	280.755

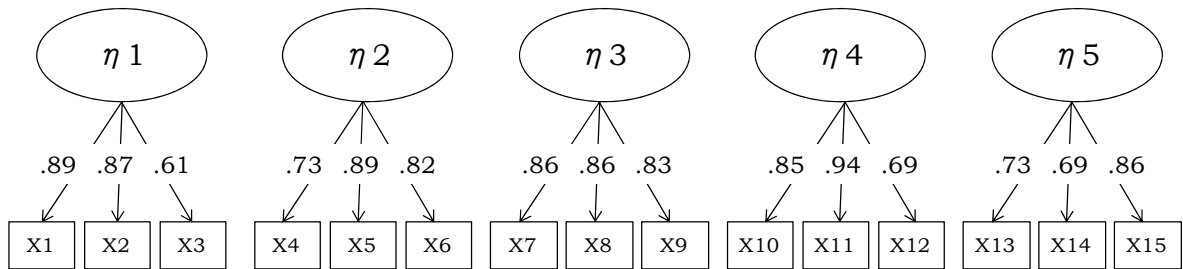


図 6-4 に、因子間の相関関係を認める斜交モデル、図 6-5 に、因子間の相関関係を認めない直交モデル、図 6-6 に、患者満足を上位因子とし欲求の充足を下位因子とする二次因子モデルの分析結果を示した。図中に示した各モデルにおいて有意でなかったパスや共分散は、斜交モデルにおける「自律性欲求の充足」と「担当者との関係性欲求の充足」の共分散（ $-.01$ ）および「自律性欲求の充足」と「生理的欲求の充足」の共分散（ $.01$ ）、二次因子モデルにおける「患者満足」から「自律性欲求の充足」へのパス（ $.11$ ）であった。なお、紙面上、各モデルの誤差変数の記載は省略したが、分析時にはそれらを含めて分析を行った。



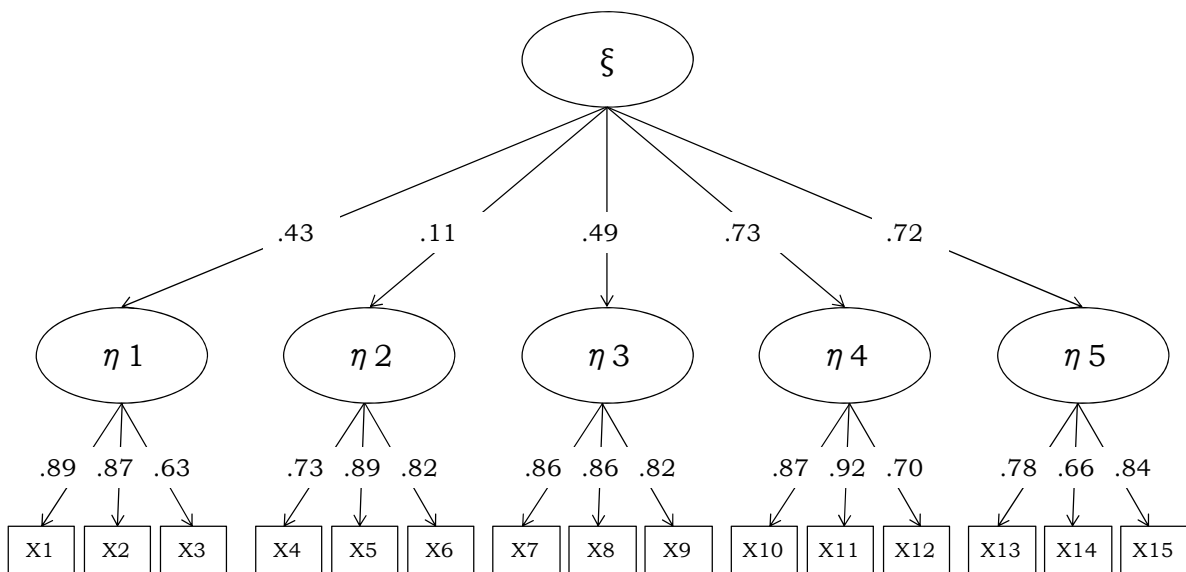
η 1 : 有能さの欲求の充足, η 2 : 自律性欲求の充足, η 3 : 参加者との関係性欲求の充足  
 η 4 : 担当者との関係性欲求の充足, η 5 : 生理的欲求の充足  
 x : 測定項目

図 6-4 斜交モデルの分析結果



$\eta 1$  : 有能さの欲求の充足,  $\eta 2$  : 自律性欲求の充足,  $\eta 3$  : 参加者との関係性欲求の充足  
 $\eta 4$  : 担当者との関係性欲求の充足,  $\eta 5$  : 生理的欲求の充足  
 $x$  : 測定項目

図 6-5 直交モデルの分析結果



$\xi$  : 患者満足  
 $\eta 1$  : 有能さの欲求の充足,  $\eta 2$  : 自律性欲求の充足,  $\eta 3$  : 参加者との関係性欲求の充足  
 $\eta 4$  : 担当者との関係性欲求の充足,  $\eta 5$  : 生理的欲求の充足  
 $x$  : 測定項目

図 6-6 二次因子モデルの分析結果

## 6) 因子構造モデルの適合度に関する集団単位の検討

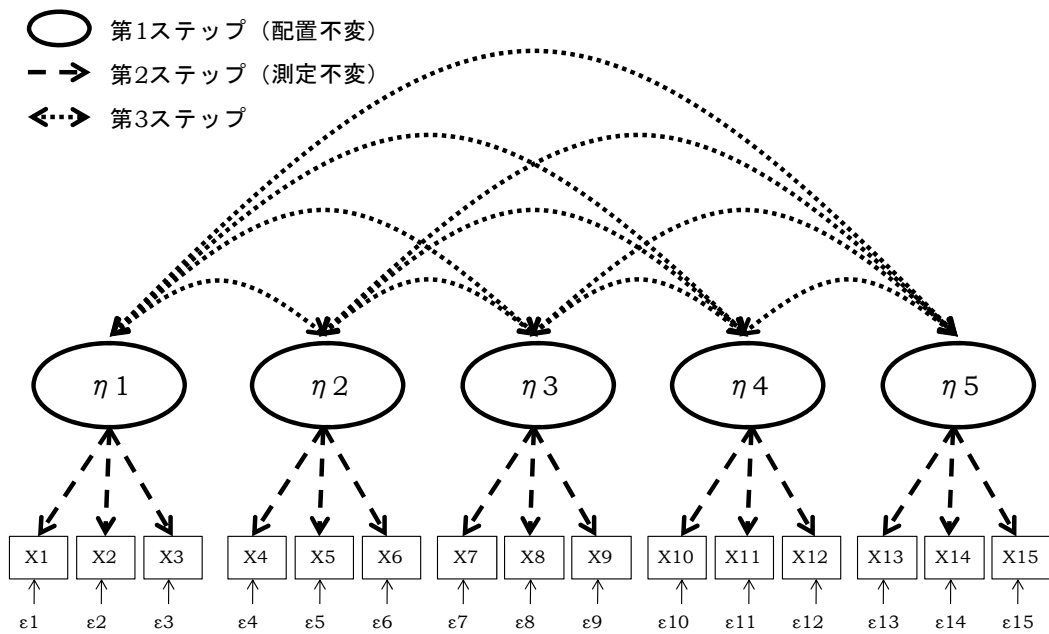
医療機関の外来患者とデイケア施設の利用者を別々の母集団とし、母集団ごとに検証的因子分析を行って斜交モデルの適合度指標の値を確認した。その結果、デイケア施設の利用者における斜交モデルの RMSEA のみが若干基準を上まわった。一般的には、積極的に棄却すべき程の値ではなかった（表 6-7）。そのため、両集団ともに斜交モデルが仮定できると判断し、斜交モデルについて多母集団同時分析を行った。

表 6-7 集団単位の斜交モデルの適合度

	$\chi^2$	自由度	$p$	CFI	RMSEA	AIC
医療機関の外来患者	141.622	80	.000	.961	.061	251.622
デイケア施設の利用者	121.693	80	.002	.925	.081	231.693

## 7) 多母集団同時分析による因子構造モデルの適合度の検討

多母集団同時分析による斜交モデルの適合度は、3つのステップに分けて分析した（図 6-7）。第1ステップは、斜交モデルの配置不変性を確認するために、等値制約なしのモデル（モデル1）について分析した。第2ステップは、斜交モデルの測定不変性を確認するために、因子負荷量に等値制約を課したモデル（モデル2）について分析した。第3ステップは、因子間の分散共分散も2つの集団間で等しいとみなせるか確認するために、因子負荷量に加えて因子間の分散共分散にも等値制約を課したモデル（モデル3）について分析した。なお、第3ステップにすすむ前に、因子間の共分散が2つの集団において等値とみなせるか確認するために、モデル2における因子間の共分散の差について検定を行った。この検定の結果、因子間の共分散は2つの集団において差がないことが確認できることを条件に、分析を第3ステップへ進めた。



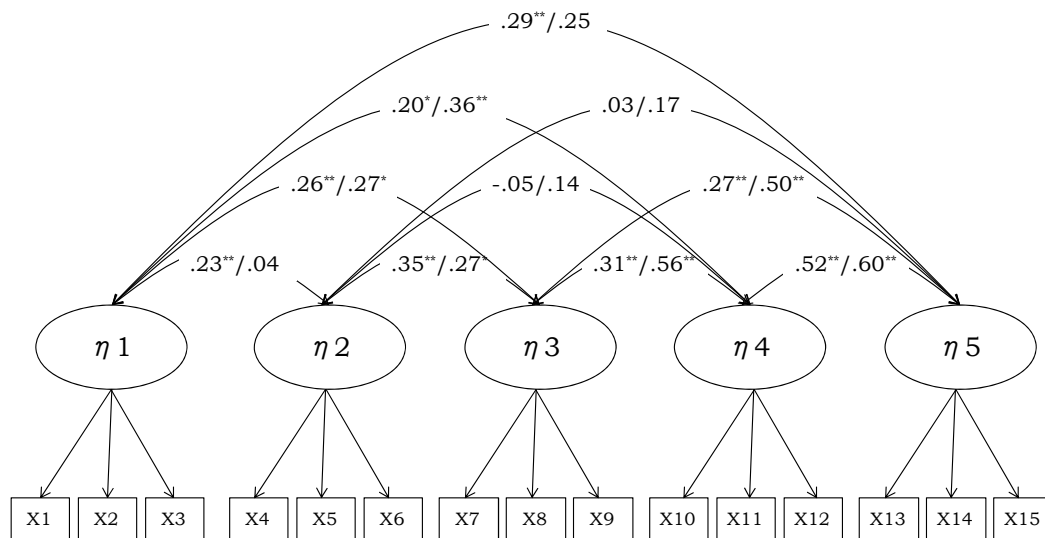
$\eta_1$  : 有能さの欲求の充足,  $\eta_2$  : 自律性欲求の充足,  $\eta_3$  : 参加者との関係性欲求の充足  
 $\eta_4$  : 担当者との関係性欲求の充足,  $\eta_5$  : 生理的欲求の充足  
 x : 測定項目,  $\epsilon$  : 測定項目の誤差変数

図 6-7 多母集団同時分析のステップ

多母集団同時分析の結果を表 6-8 に示した。まず、第 1 ステップとして、配置不変が仮定された斜交モデル（モデル 1）の適合度について分析した結果、各種適合度指標の値は、 $\chi^2(160) = 263.676$ 、 $p < .000$ 、CFI=.951、RMSEA=.048、AIC=483.676 であり、良好な値が示された。次に、第 2 ステップとして、測定不変が仮定された斜交モデル（モデル 2）の適合度について分析した結果、各種適合度指標の値は、 $\chi^2(170) = 278.265$ 、 $p < .000$ 、CFI=.949、RMSEA=.047、AIC=478.265 であり、やはり良好な値が示された。ここで、分析を第 3 ステップにすすめる前に、因子間の共分散が 2 つの母集団において等値とみなせるか確認するために、モデル 2 における因子間の共分散（図 6-8）の差について検定を行った。因子間の共分散の差について検定統計量（z 値）を求めたところ、絶対値が 1.96 以上の z 値（有意水準 5% 未満）は示されず、すべての共分散において 2 つの母集団に有意な差がないことが確認できたため（表 6-9）、分析を第 3 ステップに進めた。第 3 ステップとして、因子負荷量に加えて因子間の分散共分散に等値制約を課した斜交モデル（モデル 3）の適合度を分析した結果、各種適合度指標は、 $\chi^2(185) = 293.775$ 、 $p < .000$ 、CFI=.949、RMSEA=.045、AIC=463.775 であった。すなわち、因子負荷量に加えて因子間の分散共分散に等値制約を課したモデルでも、適合度は良好であることが示された。以上の結果から、斜交モデルが想定された測定尺度は、異なる 2 つの母集団において同数同質の因子が再現されることが示された。

表 6-8 多母集団同時分析の結果

	$\chi^2$	自由度	$p$	CFI	RMSEA	AIC
モデル1	263.676	160	.000	.951	.048	483.676
モデル2	278.265	170	.000	.949	.047	478.265
モデル3	293.775	185	.000	.949	.045	463.775



$\eta 1$  : 有能さの欲求の充足,  $\eta 2$  : 自律性欲求の充足,  $\eta 3$  : 参加者との関係性欲求の充足  
 $\eta 4$  : 担当者との関係性欲求の充足,  $\eta 5$  : 生理的欲求の充足  
 $x$  : 測定項目  
 \*\*:  $p < .01$ , \*:  $p < .05$

図 6-8 モデル 2 (因子負荷量に等値制約を課した斜交モデル) の共分散

図中の値 : 医療機関の外来患者 (左) / デイケア施設の利用者 (右)

表 6-9 2つの集団における因子間の共分散の差の検定統計量

	$\eta 1$	$\eta 2$	$\eta 3$	$\eta 4$	$\eta 5$
$\eta 1$	—				
$\eta 2$	-1.262	—			
$\eta 3$	-0.103	-1.075	—		
$\eta 4$	1.254	1.251	1.260	—	
$\eta 5$	0.118	0.879	1.260	1.099	—

$\eta 1$  : 有能さの欲求の充足,  $\eta 2$  : 自律性欲求の充足,  $\eta 3$  : 参加者との関係性欲求の充足

$\eta 4$  : 担当者との関係性欲求の充足,  $\eta 5$  : 生理的欲求の充足

検定統計量の絶対値が1.96以上であれば, 有意水準5%未満で有意差あり

## 第 4 節 考察

### 1) 測定尺度の因子的妥当性

はじめに、測定尺度の因子的妥当性について議論する。因子的妥当性は、因子分析を施した際に、複数の下位尺度があり、その下位尺度の測定値について因子がうまく抽出されるかどうかで判断される（山口・高橋，2002）。因子分析の方法には、探索的因子分析と検証的因子分析があるが、探索的因子分析は、本章第 1 節でも述べたとおり、方法論上の問題が指摘されている（芝，1979；古谷野ら，1989；豊田，2000）。そのため、近年では、検証的因子分析によって因子構造モデルの妥当性を検証することが推奨されている（豊田，2000）。本章では、探索的因子分析の結果を因子の内容を確認するための参考資料として扱い、検証的因子分析の結果を因子的妥当性の検討材料として使用した。

探索的因子分析の結果、抽出された因子数と因子内容は、第 5 章の結果と一致していた。これらの結果は、測定尺度の因子構造が比較的安定していることを示している。本章では、探索的因子分析によってこれらの点が確認されたうえで、構造方程式モデリングを用いて検証的因子分析を行い、因子構造モデルの適合度を検討した。本章で検討された因子構造モデルは、斜交モデル、直交モデル、二次因子モデルの 3 つである。モデルの評価には、適合度を示すとされる  $\chi^2$  値、CFI、RMSEA、AIC を用いた。 $\chi^2$  検定の結果、斜交モデル、直交モデル、二次因子モデルはいずれも有意であり、「構成されたモデルはデータと適合的である」とする帰無仮説が棄却されるが、対象者数が 200 を超えていることから、他の指標によって判断することとした。CFI の基準 (.900 以上) を超えていたモデルは、斜交モデル (CFI=.968) と二次因子モデル (CFI=.955) であった。直交モデルの CFI は .894 であり、基準値にやや達していなかった。RMSEA の基準 (.080 以下) をみると、直交モデルの RMSEA は .094 で基準値以上となり、高い適合度を示さなかった。AIC は相対的なモデルの良さを示す指標であり(山本・小野

寺, 2002), 複数の指標によって採用されるモデルの候補を絞りこんだ後, AIC が最小のモデルを採用することが良いとされる。そこで, CFI と RMSEA の値が良好であった斜交モデルと二次因子モデルの AIC の値を比較してみると, 最も適合的なモデルは斜交モデルであると判断された。以上の結果から, 斜交モデルにおいて, 測定尺度の因子的妥当性は高いことが確認された。

ただし, 斜交モデルでは, 自律性欲求の充足に関する共分散の値が, 担当者との関係性欲求の充足および生理的欲求の充足において有意でなかった。この理由は, これらの欲求の階層性の違いにあると考えられる。Maslow (1943) の欲求階層説では, 独立や自由に対する欲求は高次の欲求に位置づけられ, 人間関係や生理的な欲求はそれより低次の欲求に位置づけられる。つまり, 高次の欲求に相当する自律性欲求の充足は, より低次の欲求に相当する人間関係や生理的な欲求の充足と次元が異なるといえる。このような欲求の階層性の違いから, これらの欲求の充足は相互に影響を及ぼしにくい関係にあることが示されたと考えられる。

## 2) 測定尺度の交差妥当性

次に, 測定尺度の交差妥当性について考察する。一般に, 汎用性のある測定尺度の妥当性は, ある特定の集団において確認されるだけでは不十分であり, 他の集団においても同様の妥当性が確認されていることを必要とする(古谷野・長田, 2001)。本章が調査対象とした集団は, リハビリサービスを利用している医療機関の外来患者とデイケア施設の利用者という 2 つの集団であった。これら 2 つの集団のデータを用いて多母集団同時分析を行い, 因子不変性を確認した。CFI と RMSEA を適合度の判断基準にした場合, モデル 1 からモデル 3 のすべてにおいて適合度は許容水準の範囲にあった。そして, AIC を判断基準にした場合, モデル 3 が最も適合的であると判断された。これらの結果から, 因子負荷量に加えて因子間の分散共分散に等値制約を課した斜交モデルが, 最も適合的なモデルとして採択されることが考えられ



る。

因子が同一といってもその意味はさまざまである。因子負荷量と残差分散が母集団間で等しいという最も強い条件をみたすものから、因子の数だけが等しいことを意味する配置不変の水準しか達成できないものまでである（狩野・三浦，1997）。そのようななか、本章において最も適合的と判断されたモデル3は、因子負荷量だけでなく、因子間の分散共分散に等値制約を課しても適合的と判断された。通常、複数の集団に同一のモデルを当てはめても、全く同一の解が得られることはありえないので、パラメータに等値制約を課すと全体としてモデルの適合度は低下する。また、等値制約を課すパラメータが多いほど、モデルの適合度はさらに低下しやすくなる。それにもかかわらず、モデル3の各種適合度指標の値は、統計学的な許容範囲をほぼ満たしていた。この結果は、測定尺度の因子不変性が強固であるといえる証拠であり、斜交モデルが想定される測定尺度の高い交差妥当性が確認されたと判断できる。

## 第5節 まとめ

本章では、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の因子的妥当性と交差妥当性を検証することを目的とした。

リハビリサービスの利用者311名からデータを収集し、分析に使用した。測定尺度の因子構造モデルとして仮定した斜交モデル、直交モデル、二次因子モデルの適合度を確認するために、構造方程式モデリングによる検証的因子分析を行った。その結果、モデル適合度の絶対的指標であるCFIとRMSEAが基準値以上を示したモデルは、斜交モデルと二次因子モデルであった。さらに、モデル適合度の相対的指標であるAICを比較した結果、斜交モデルは二次因子モデルよりも適合が良いことが示された。以上の結果から、測定尺度の因子的妥当性は斜交モデルにおいて確認

された。次に、医療機関の外来患者とデイケア施設の利用者を異なる 2 つの集団とみなし、斜交モデルにおいて 2 つの集団は同等の因子構造を有していると仮定して多母集団同時分析を行った。その結果、因子負荷量と因子間の分散共分散に等値制約を課した斜交モデルの適合度指標の値は良好であり ( $\chi^2=293.775$ ,  $df=185$ ,  $p<.000$ ,  $CFI=.949$ ,  $RMSEA=.045$ ,  $AIC=463.775$ ), 斜交モデルはデータと適合していると判断された。斜交モデルが想定された測定尺度の強固な因子不変性が確認されたことから、測定尺度の交差妥当性は高いと考えられた。

前章と本章で行ってきた、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の妥当性に関する議論から、欲求の充足に基づいた患者満足の構成概念は妥当であると判断できると考えられる。このことから、欲求概念を扱った自己決定理論の枠組みを用いて、患者満足が運動に対する動機づけに及ぼす影響を検討する前提が整ったといえる。これまでの先行研究において、患者満足度は、医療サービス提供者側の要因に対する評価に基づいて測定されていたが、本論文第 3 部で示した研究成果から、新たに欲求の充足という視点から患者満足度を測定することも可能であることが示唆された。この示唆は、医療サービスにおいて患者満足を捉える研究アプローチとして新たな視座を与えるものといえよう。

## 第 4 部 患者満足が運動に対する動機づけと運動の 継続に及ぼす影響の検討（研究課題 2）

## 第 7 章 患者満足と運動に対する動機づけとの関連性の検討

### 第 1 節 はじめに

第 4 部では、第 2 の研究課題に取り組むこととする。具体的には、欲求概念を扱った動機づけ理論である自己決定理論を応用し、患者満足が運動に対する動機づけや運動の継続に及ぼす影響を検討する。

自己決定理論によれば、動機づけの種類（内発的動機づけ、外発的動機づけ、非動機づけ）は、行動の自己決定性の強さによって、大きく 6 つの調整スタイルに分類される（Ryan & Deci, 2000）。最も自己決定的であるとされる内発的調整とは、運動を行うことによって得られる楽しみや満足に動機づけられている状態であり、内発的動機づけに位置づけられる。二番目に自己決定的であるとされる統合的調整とは、外発的動機づけの 1 つであり、他の価値観と対立しない自己の価値観によって動機づけられる調整スタイルである。他にやりたいことがあった場合でも、何の葛藤もなく自然とその行動を優先させてしまうような状態であり、自ら「やりたくて」運動している状態である。三番目に自己決定的であるとされる同一視的調整とは、自分の価値として行動のもつ重要性が認識され、「自分にとって重要なことだから」運動している状態である。四番目に自己決定的であるとされる取り入れ的調整とは、課題の価値は認め、自己の価値観として取り入れつつあるも、まだ、「しなくてはいけない」といった義務的な感覚を伴っている状態である。五番目に自己決定的であるとされる外的調整とは、課題に対する価値を認めていないが、外部から強制されて、やらされ感から運動している状態であり、最も外発的に動機づけられている状態である。最も自己決定的でない（非動機づけの状態である）無調整は、目的意識がなく、行動がまったく自己決定されていない状態である。

Wilson, Rodgers, Blanchard, & Gesell (2003) は、都市部と地方部からボラ

ンティアとして参加した 53 名の協力を得て、心理的欲求の充足と運動に対する動機づけの関係を検討している。相関分析の結果、有能さの欲求の充足は、同一視的調整と内発的動機づけに有意な正の相関が示され、自律性欲求の充足は、同一視的調整との間にのみ有意な正の相関が示された。一方、関係性欲求の充足は、いずれの動機づけ調整スタイルとも有意な相関が示されなかった。

Edmunds, Ntoumanis, & Duda (2006) は、心理的欲求の充足、運動に対する動機づけ、運動行動の関連を検討している。スポーツクラブや公共のレジャーセンターなどで運動をしている 369 名の研究参加者から得られたデータを使用して、階層的重回帰分析が行われた。相関分析の結果、有能さの欲求の充足は、内発的調整や同一視的調整との間に有意な正の相関が示され、外的調整との間に有意な負の相関が示され、自律性欲求の充足は、さらに取り入れ的調整との間にも有意な負の相関が示された。関係性欲求の充足は、有能さの欲求の充足と同様の結果であった。また、階層的重回帰分析の結果では、有能さの欲求の充足が内発的調整に対して有意な正の影響を及ぼすことが示されている。

Edmunds et al. (2007) は、ダイエットのために運動を行っている肥満者 (49 名) を対象に、処方された運動を続けて行っている者とそうでない者の間で、自律性サポート、心理的欲求の充足、自己決定的な動機づけ、運動行動、運動に関連した認知、全体的な健康状態 (well-being) に違いがあるか検討している。分析の結果、運動を続けて行っている者はそうでない者と比べて、関係性欲求の充足が有意に高いことが示された。また、自律性欲求の充足は、外的調整に対して有意な負の影響を及ぼし、統合的調整と内発的調整に有意な正の影響を及ぼすことが示された。さらに、自律性欲求の充足と時間との相互作用項は、自己決定的な動機づけ (内発的調整、統合的調整、同一視的調整) に有意な正の影響を及ぼし、有能さの欲求の充足と時間との相互作用項は内発的調整に有意な正の影響を及ぼすことが示されている。この結果は、心理的欲求の充足はより自己決定的な動機づけと関連すること

を示しているだけでなく、時間とともにその効果に変化することも示唆している。

Moreno, López de San Román, Martínez Galindo, Alonso, & González-Cutre (2008) は、非競技運動者 394 名を対象に、3 つの基本的心理的欲求と運動に対する動機づけとの関係が検討されている。ここでは、動機づけ調整スタイルの各得点を使用せずに、それらを合成して自己決定的な動機づけの指標である self-determination index (SDI) が算出されて分析に用いられている。相関分析の結果、3 つの心理的欲求の充足はいずれも SDT との間に有意な正の相関が示されている。また、構造方程式モデリングによる分析の結果、有能さの欲求の充足と(仲間との)関係性欲求の充足が、SDI に有意な正の影響を及ぼしており、この結果は、年齢や性別に影響をうけないことが示されている。

先行研究の結果をまとめると、全体的な傾向として、3 つの心理的欲求の充足は内発的調整や同一視的調整といった自己決定的な動機づけと関連しているといえそうである。また、非自己決定的な動機づけに対しては、負の関連にあるか、全く関連がない傾向にある。一貫した結果は得られていないが、確実に言えることは、心理的欲求の充足は自己決定的な動機づけのほうが非自己決定的な動機づけよりも正の影響を及ぼしやすい。本論文で想定された患者満足も心理的欲求の充足を含むことから、本章では以上の先行研究の結果を考慮して以下の仮説を設定し、患者満足と運動に対する動機づけの関連性を検討することとする。

仮説 患者満足は、運動に対する非自己決定的な動機づけ(取り入れ的調整, 外的調整)や非動機づけに対してもよりも、運動に対する自己決定的な動機づけ(内発的調整, 同一視的調整)に対して、強い正の関連性を示す。

## 第 2 節 方法

### 1) 対象

対象は、医療機関において、リハビリサービスを利用している外来患者とした。前章の調査において協力が得られた者のうち、189名の外来患者を対象とした。

### 2) 調査項目

患者満足の測定には、第 2 部で開発された欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を使用した（表 7-1）。測定尺度は、前章までに、その信頼性や内容的妥当性、併存的妥当性、因子的妥当性、交差妥当性が確認されている。対象者には、測定尺度の各項目に対して、「全く感じない」（1点）から「強く感じる」（5点）までの 5 件法で回答を求めた。

運動に対する動機づけ調整スタイルの測定には、Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire-2（以下、BREQ-2；Markland & Tobin, 2004；Murcia, Gimeno, & Camacho, 2007）を一部修正して使用した（表 7-2）。BREQ-2 は、自己決定理論に基づいて開発された尺度であり、運動に対する 5 つの動機づけ調整スタイル（内発的調整、同一視的調整、取り入れ的調整、外的調整、非動機づけ）を測定する 19 項目から構成されている。BREQ-2 の初版である BREQ（Mullan, Markland, & Ingledew, 1997）は、BREQ-2 に含まれている非動機づけ以外の動機づけ調整スタイルを測定する項目から構成される尺度であり、その収束的妥当性（Rose, Markland, & Parfitt, 2001；Wilson, Rodgers, & Fraser, 2002）、弁別的妥当性（Rose et al., 2001）、因子的妥当性（Wilson et al., 2002）、予測的妥当性（Wilson et al., 2003）が確認されている。対象者には、BREQ-2 の各項目に対して、「全くあてはまらない」（1点）から「非常にあてはまる」（5点）までの 5 件法で回答を求めた。なお、本章で使用した BREQ-2 の項目では、「運動」という言

葉に代えて、「リハビリ」という言葉を使用した。その理由は、リハビリという言葉のほうが、対象者にとってなじみやすいと考えられたからである。以上の項目の他に、個人属性に関する調査項目として、年齢、性別、サービス利用期間を用意した。

表 7-1 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の項目

項目	内容
X1	もっと難しいリハビリであっても、うまくできる自信を感じますか。
X2	もっと難しいリハビリでも、うまくできそうに感じますか。
X3	難しいリハビリを最後までやり遂げて、心地よい気分を感じますか。
X4	リハビリの内容は、自分自身で決めていると感じますか。
X5	どんなリハビリをするかは、自分自身に任せられていると感じますか。
X6	自分が行うリハビリは、自分で自由に選んでいると感じますか。
X7	自分を受け入れてくれるという理由から、リハビリ仲間に結びつきを感じますか。
X8	自分にとって重要な人達と一緒にリハビリをしていて、一体感を感じますか。
X9	リハビリをはじめたきっかけが自分と同じという理由から、リハビリ仲間に友情を感じますか。
X10	リハビリ担当者から暖かく見守られていると感じますか。
X11	リハビリ担当者から支えられていると感じますか。
X12	リハビリをしている間、リハビリ担当者に親しみを感じますか。
X13	リハビリを始めてから、体の動きが良くなったと感じますか。
X14	リハビリを始めてから、不快な症状が軽減したと感じますか。
X15	リハビリを始めてから、健康面の不安が軽減したと感じますか。



表 7-2 BREQ-2 の項目

項目	内容
Y1	リハビリは面白いと思うから。
Y2	リハビリが楽しいから。
Y3	リハビリは心地よい活動だから。
Y4	リハビリに取り組めば、心地よさや満足感が得られるから。
Y5	リハビリの効果は、自分にとって価値があるから。
Y6	リハビリを続けることは、自分にとって重要だから。
Y7	リハビリを続けるための努力は、自分にとって重要だと思うから。
Y8	リハビリを続けなかったら、不安になるから。
Y9	リハビリをしないと罪悪感を感じるから。
Y10	リハビリを休むと、自分を悪く感じるから。
Y11	しばらくリハビリをしなかったら、衰えていくように感じるから。
Y12	他の人たちから、リハビリをすべきだといわれるから。
Y13	友達や家族から、リハビリをすべきだといわれるから。
Y14	リハビリをしないと、周りの人がよく思わないから。
Y15	友達や家族から、リハビリをするようプレッシャーをかけられているから。
Y16	なぜリハビリをしなければいけないのかわからない。
Y17	なぜわざわざリハビリをすべきなのかわからない。
Y18	リハビリをする目的がわからない。
Y19	リハビリは、時間のむだだと思う。

### 3) 手続きと倫理的配慮

対象者が利用する施設の理学療法士によって、調査の趣旨について口頭説明と紙面を用いた説明が行われた。その際、倫理的配慮に関する説明は、これまでと同様にして行った。以上の説明について理解し、研究協力の同意が得られた者のみに質問紙を配布した。回答後の質問紙は、事前に筆者が用意した回収箱を使用して回収した。

### 4) 統計解析

統計解析として、患者満足と運動に対する動機づけ調整スタイルとの関連性を検討するために、相関係数を求めた。また、患者満足の下位概念が運動に対する動機づけ調整スタイルに及ぼす影響を検討するために、回帰分析を行った。以上の統計解析では有意水準を 5%未満とした。これらの統計解析には、SPSS ver16.0 for Windows を使用した。

## 第 3 節 結果

### 1) 対象者の個人属性

対象者の年齢は  $65.8 \pm 14.2$  歳であった。性別は、男性 59 名、女性 126 名、不明 4 名であった。サービス利用期間は、 $22.3 \pm 32.8$  カ月であった。

## 2) 項目得点と尺度得点の記述統計量と信頼性係数

項目得点と尺度得点の記述統計量と信頼性係数（ $\alpha$ 係数）を表 7-3, 表 7-4, 表 7-5 に示した。各尺度の  $\alpha$  係数は, 同一視的調整尺度を除き .700 以上であり, 高い内的一貫性が確認できた。同一視的調整尺度の  $\alpha$  係数は .677 とやや低かったが, 内的一貫性の高さの判断基準を .600~.700 以上（小塩, 2004）とすれば, 十分とは言えないまでも分析には耐えうると判断し, その後の分析に含めた。また, 正規性の検定を行った結果, 各下位尺度の得点は正規分布しているとはいえないことが示された。

表 7-3 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の項目得点の記述統計量

項目	内容	平均値	標準偏差 (SD)	平均値-SD	平均値+SD	歪度	尖度
X1	もっと難しいリハビリであっても、うまくできる自信を感じますか。	3.63	.84	4.48	2.79	-.41	.40
X2	もっと難しいリハビリでも、うまくできそうに感じますか。	3.53	.88	4.42	2.65	-.39	.22
X3	難しいリハビリを最後までやり遂げて、心地よい気分を感じますか。	4.04	.90	4.95	3.14	-1.00	1.26
X4	リハビリの内容は、自分自身で決めていると感じますか。	2.82	1.14	3.96	1.68	-.10	-.85
X5	どんなリハビリをするかは、自分自身に任せられていると感じますか。	2.79	1.20	4.00	1.59	.04	-.97
X6	自分が行うリハビリは、自分で自由に選んでいると感じますか。	2.52	1.18	3.70	1.34	.21	-.98
X7	自分を受け入れてくれるという理由から、リハビリ仲間に結びつきを感じますか。	3.43	1.23	4.66	2.20	-.62	-.55
X8	自分にとって重要な人達と一緒にリハビリをしていて、一体感を感じますか。	3.41	1.17	4.57	2.24	-.58	-.47
X9	リハビリをはじめたきっかけが自分と同じという理由から、リハビリ仲間に友情を感じますか。	3.46	1.22	4.67	2.24	-.64	-.48
X10	リハビリ担当者から暖かく見守られていると感じますか。	4.35	.67	5.02	3.68	-.87	.92
X11	リハビリ担当者から支えられていると感じますか。	4.37	.69	5.06	3.67	-1.02	1.26
X12	リハビリをしている間、リハビリ担当者に親しみを感じますか。	4.43	.63	5.06	3.80	-.91	1.04
X13	リハビリを始めてから、体の動きが良くなったと感じますか。	4.40	.67	5.07	3.74	-.89	.60
X14	リハビリを始めてから、不快な症状が軽減したと感じますか。	4.02	.91	4.93	3.11	-1.02	1.07
X15	リハビリを始めてから、健康面の不安が軽減したと感じますか。	4.05	.84	4.90	3.21	-.91	1.10

表 7-4 BREQ-2 の項目得点の記述統計量

項目	内容	平均値	標準偏差 (SD)	平均値-SD	平均値+SD	歪度	尖度
Y1	リハビリは面白いと思うから。	3.16	1.16	4.31	2.00	-.34	-.68
Y2	リハビリが楽しいから。	3.18	1.20	4.38	1.98	-.37	-.72
Y3	リハビリは心地よい活動だから。	3.71	1.19	4.90	2.52	-.84	-.11
Y4	リハビリに取り組めば、心地よさや満足感が得られるから。	4.01	1.02	5.03	2.99	-1.38	1.85
Y5	リハビリの効果は、自分にとって価値があるから。	4.60	.63	5.23	3.96	-1.96	5.91
Y6	リハビリを続けることは、自分にとって重要だから。	4.72	.47	5.20	4.25	-1.32	.50
Y7	リハビリを続けるための努力は、自分にとって重要だと思うから。	4.74	.51	5.24	4.23	-2.03	4.78
Y8	リハビリを続けなかったら、不安になるから。	3.99	.95	4.93	3.04	-1.24	1.76
Y9	リハビリをしないと罪悪感を感じるから。	2.92	1.37	4.28	1.55	-.15	-1.25
Y10	リハビリを休むと、自分を悪く感じるから。	3.13	1.33	4.46	1.80	-.34	-1.08
Y11	しばらくリハビリをしなかったら、衰えていくように感じるから。	4.05	.98	5.03	3.07	-1.30	1.77
Y12	他の人たちから、リハビリをすべきだといわれるから。	2.54	1.32	3.86	1.22	.27	-1.24
Y13	友達や家族から、リハビリをすべきだといわれるから。	2.78	1.44	4.22	1.34	.04	-1.46
Y14	リハビリをしないと、周りの人がよく思わないから。	1.93	1.01	2.94	.92	.70	-.60
Y15	友達や家族から、リハビリをするようプレッシャーをかけられているから。	1.95	1.15	3.09	.80	1.02	.01
Y16	なぜリハビリをしなければいけないのかわからない。	1.93	1.32	3.25	.61	1.18	-.04
Y17	なぜわざわざリハビリをすべきなのか理解できない。	1.79	1.23	3.02	.56	1.51	1.10
Y18	リハビリをする目的がわからない。	1.71	1.23	2.94	.48	1.74	1.83
Y19	リハビリは、時間のむだだと思う。	1.38	.78	2.16	.60	2.40	6.03

表 7-5 尺度得点の記述統計量と  $\alpha$  係数

	$\alpha$ 係数	平均 $\pm$ SD	平均-SD	平均+SD
1. 患者満足	.826	55.3 $\pm$ 7.8	47.4	63.1
1.1 有能さの欲求の充足	.799	11.2 $\pm$ 2.2	9.0	13.4
1.2 自律性欲求の充足	.839	8.1 $\pm$ 3.1	5.1	11.2
1.3 参加者との関係性欲求の充足	.903	10.3 $\pm$ 3.3	7.0	13.6
1.4 担当者との関係性欲求の充足	.864	13.1 $\pm$ 1.8	11.4	14.9
1.5 生理的欲求の充足	.814	12.5 $\pm$ 2.1	10.4	14.6
2. 動機づけ調整スタイル				
2.1 内発的調整	.879	14.1 $\pm$ 3.9	10.1	18.0
2.2 同一視的調整	.677	18.0 $\pm$ 1.9	16.1	19.9
2.3 取り入れ的調整	.745	10.1 $\pm$ 3.0	7.1	13.1
2.4 外的調整	.898	9.2 $\pm$ 4.3	4.9	13.5
2.5 非動機づけ	.866	6.8 $\pm$ 3.9	2.9	10.7

### 3) 患者満足と運動に対する動機づけ調整スタイルとの相関分析

患者満足と運動に対する動機づけ調整スタイルとの関連性を検討するために、Spearman の順位相関係数を求めた（表 7-6）。患者満足（測定尺度の合計得点）には、非動機づけを除く動機づけ調整スタイルとの間に有意な正の相関が認められた。なお、患者満足との相関係数は、自己決定的な動機づけ調整スタイルほど高いことが示された。

表 7-6 患者満足と運動に対する動機づけ調整スタイルの

#### Spearman の順位相関係数

	患者満足
内発的調整	.478***
同一視的調整	.470***
取り入的調整	.406***
外的調整	.236**
非動機づけ	.028

\*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

次に、患者満足の下位概念と各動機づけ調整スタイルとの相関係数（表 7-7）をみてみると、いずれの下位概念も動機づけ調整スタイルとの間に有意な相関が認められた。ただし、一部の動機づけ調整スタイルの間には相関が認められなかった。

表 7-7 患者満足の下位概念と運動に対する動機づけ調整スタイルの  
Spearman の順位相関係数

	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	2.1	2.2	2.3	2.4
1. 患者満足									
1.1 有能さの欲求の充足									
1.2 自律性欲求の充足	.182*								
1.3 参加者との関係性欲求の充足	.314***	.361***							
1.4 担当者との関係性欲求の充足	.268***	-.051	.322***						
1.5 生理的欲求の充足	.361***	-.014	.277***	.451***					
2. 動機づけ調整スタイル									
2.1 内発的調整	.249***	.285***	.417***	.229**	.343***				
2.2 同一視的調整	.369***	.089	.343***	.383***	.469***	.378***			
2.3 取り入的調整	.324***	.300***	.390***	.107	.116	.366***	.457***		
2.4 外的調整	.124	.328***	.217**	-.018	-.064	.201***	-.011	.343***	
2.5 非動機づけ	-.027	.235**	.006	-.128	-.247***	.088	-.226**	.191**	.455***

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

#### 4) 運動に対する動機づけ調整スタイルを従属変数としたカテゴリカル回帰分析

患者満足の下位概念を独立変数とし、運動に対する各動機づけ調整スタイルを従属変数としたカテゴリカル回帰分析（石村, 2005）の結果を表 7-8 に示した。いずれの回帰式も有意であり、調整済み  $R^2$  値は .132 から .320 の範囲に示された。内発的調整を従属変数とした結果では、自律性欲求の充足、参加者との関係性欲求の充足が有意な正の影響を及ぼしていた。また、同一視的調整を従属変数とした結果では、担当者との関係性欲求の充足、生理的欲求の充足が有意な正の影響を及ぼしていた。そして、取り入的調整を従属変数とした結果では、有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、参加者との関係性欲求の充足が有意な正の影響を及ぼしていた。外的調整を従属変数とした結果では、自律性欲求の充足のみ有意な正の影響を及ぼしていた。非動機づけを従属変数とした結果では、自律性欲求の充足が正の影響を及ぼし、生理的欲求の充足が負の影響を及ぼしていた。以上の結果から、患者満足の下位概念は、運動に対する動機づけに影響を及ぼすものの、その影響の程度は患者満足の下位概念ごとに異なることが示された。

表 7-8 運動に対する各動機づけ調整スタイルを従属変数とした  
カテゴリカル回帰分析の結果

	内発的調整	同一視的調整	取り入的調整	外的調整	非動機づけ
有能さの欲求の充足	.096	.183	.261*	.227	.162
自律性欲求の充足	.278***	.100	.209***	.252**	.336**
参加者との関係性欲求の充足	.300***	.158	.347***	.206	-.110
担当者との関係性欲求の充足	.071	.224**	-.084	.078	.088
生理的欲求の充足	.219	.292**	-.115	-.204	-.343*
F値	6.126***	5.653***	3.089***	2.593***	2.622***
調整済み $R^2$ 値	.304	.320	.211	.132	.134

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

## 第 4 節 考察

### 1) 患者満足と運動に対する自己決定的な動機づけとの関連性

患者満足と運動に対する各動機づけ調整スタイルとの相関係数は、最も自己決定的な動機づけ調整スタイルである内発的調整が最も高く、自己決定の程度が小さい動機づけ調整スタイルほど低くなっていた。内発的調整や同一視的調整といったより自己決定的な動機づけと患者満足が関連していた理由は、欲求の充足に基づいて構成された患者満足の要因にあると考えられる。患者満足には、有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、関係性欲求の充足といった、行動がもつ価値や重要性を自己に内面化させると考えられる要因から構成されている。自己決定性の程度から動機づけ概念を理論化した Ryan & Deci (2000) によると、有能さの知覚はその活動がもつ価値の内面化を促進させる。また、有能さの知覚と同様に、他者とのつながりも行動がもつ価値の内面化に寄与し、さらに、自律性が支援されるような文脈において、自己決定的な動機づけの調整がもたらされる。このように有能さの知覚、他者とのつながり、自律性の支援には、活動がもつ価値や重要性を自己に内面化させる機能があると考えられている。そして、これらはそれぞれ、有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、関係性欲求の充足と概念的に一致するか、もしくはこれらの欲求を充足させる社会的環境要因であるといえる。先行研究においても、運動仲間との関係性欲求の充足は、自己決定性の高い動機づけ (Standage, Duda, & Ntoumanis, 2003) や内発的動機づけ (Hollembek & Amorose, 2005) に有意な影響を及ぼし (藤田・杉原, 2007; Peddle, Plontnikoff, Wild, Au, & Courneya, 2008), さらに、自律性欲求の充足は、内発的調整に有意な正の影響を及ぼす (Standage et al., 2003; Hollembek & Amorose, 2005) ことが示されている。本章で行ったカテゴリカル回帰分析の結果においても、これらの欲求の充足は内発的調整や同一視的調整に対して有意な影響を及ぼすことが認められている。したが



って、患者満足は運動がもつ価値や重要性の内面化を促し、自己決定的な動機づけを促進すると考えられる。

## 2) 患者満足と運動に対する非自己決定的な動機づけとの関連性

一方、患者満足と取り入れ的調整との間にも有意な正の相関が認められた。そのうえ、カテゴリカル回帰分析の結果において、有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、参加者との関係性欲求の充足は、取り入れ的調整に有意な正の影響を及ぼすことが示された。Ryan & Deci (2000) によると、その人にとって重要な関係集団がその活動を認めており、有能さや他者とのつながりが感じられる文脈においては、取り入れ的調整がもたらされることもある。先行研究においても、参加者との関係性欲求の充足は、自己決定性の低い外発的動機づけを促進させることが報告されている (Standage et al., 2003)。本章の対象者が運動や運動療法に取り組むことの価値や重要性を、本章の対象者にとって重要な人々が認めていたと仮定すれば、有能さの欲求の充足や参加者との関係性欲求の充足が取り入れ的調整に影響を及ぼしていた本章の結果も、Ryan & Deci (2000) の指摘や先行研究の結果と矛盾しない。そのうえ、運動療法を処方した医師や理学療法士だけでなく、本章の対象者を取り巻く家族や友人も含めて、運動によって対象者にもたらされる恩恵を認めていないとは考えにくく、前述の仮定は積極的に否定できない。以上のことから、患者満足が取り入れ的調整に影響を及ぼすことは十分に考えられよう。

また、患者満足と外的調整との間に有意な正の相関が認められ、カテゴリカル回帰分析の結果では自律性欲求の充足が外的調整および非動機づけに対して有意な正の影響を及ぼすことが示された。先行研究では、自律性欲求の充足は、外的調整や非動機づけといった自己決定性の低い動機づけを抑制させるという報告 (Edmunds et al., 2007; 藤田・杉原, 2007; Peddle et al., 2008) がある一方で、動機づけの自己決定性に影響を及ぼさないという報告 (Murcia, Román, Galindo,

Alonso, & González-Cutre, 2008) もあり, 結果は一貫していない。結果が一貫しない理由を検討するうえで, Skinner & Belmont (1993) の見解は参考になる。Skinner & Belmont (1993) によれば, 自律性欲求の充足とは, 行動選択の自由をあたえ, 外圧や強制を与えないことである。自律性欲求の充足には, 人から指示を受けるのではなく, 自己決定する場面が多く提供されることが重要となる。しかしながら, 行動選択の自由が与えられても, 本人に自己決定する力あるいは自己決定する自信がないと, その自由自体が圧力になることも十分に予想される。その意味では, 自己選択のための何らかの方向づけがなされた後で, つまり, 完全に主体的に選択できるという準備体制が整った後で, この欲求が本当の意味で充足されると考えられている (速水, 1998)。このように考えると, リハビリサービスを利用する患者は, 行動選択の自由が与えられていると感じつつも, 実際は自己決定する力あるいは自信がないために, その自由が圧力となってしまうことがあるのかもしれない。このように, 自律性欲求の充足が外的調整に及ぼす影響は, 本人の自己決定する力あるいは自信によって異なる可能性もあるため, 結果が一貫しないものと考えられる。いずれにしても, 患者満足が外的調整にどのような影響を及ぼすかという問題については, 引き続き研究を積み重ねて結論する必要があるだろう。ただし, 患者満足と外的調整および非動機づけとの間の相関係数は相対的に低く, さらに, カテゴリカル回帰分析の結果で示された調整済み  $R^2$  値も相対的に大きくなかった。したがって, 患者満足もしくはその下位概念が外的調整および非動機づけに及ぼす影響について結論できないとしても, その影響力に関していえば, 内発的調整や同一視的調整といった自己決定性の高い動機づけ調整スタイルに対する影響力と比べて小さいと考えられる。以上より, 本章の仮説「患者満足は, 運動に対する非自己決定的な動機づけ (取り入れ的調整, 外的調整) や非動機づけに対してもよりも, 運動に対する自己決定的な動機づけ (内発的調整, 同一視的調整) に対して, 強い正の関連性を示す」は支持できるといえる。

## 第 5 節 まとめ

医療サービスにおける患者満足が運動に対する動機づけに及ぼす影響を明らかにするという本論文の目的のために、本章では、運動療法に取り組む外来患者の満足と運動に対する動機づけとの関連性を検討した。患者満足の測定には、本論文第 3 部においてその妥当性が確認された、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を使用した。運動に対する動機づけの測定には、BREQ-2 を使用した。運動療法に取り組んでいる外来患者 189 名のデータを使用して、相関係数の算出およびカテゴリカル回帰分析を行った。その結果、患者満足や患者満足の低位概念は、運動に対する自己決定的な動機づけと有意に関連し、その関連性の強さは、運動に対する非自己決定的な動機づけとの関連性よりも大きいことが認められた。以上の結果から、医療サービスにおける患者満足は、運動に対する非自己決定的な動機づけよりも、自己決定的な動機づけと強く関連していることが確認された。

## 第 8 章 患者満足が運動に対する動機づけの促進を介して運動の継続に及ぼす影響の検討

### 第 1 節 はじめに

前章では、患者満足が運動に対する動機づけに及ぼす影響について検討するため、リハビリテーション（以下、リハビリ）サービスを利用している外来患者からデータを収集し、自己決定理論の枠組みを応用して患者満足と運動に対する動機づけ調整スタイルとの関連性について分析を行った。その結果、患者満足は、運動に対する非自己決定的な動機づけ調整スタイルよりも、自己決定的な動機づけ調整スタイルと、強く関連していることが示された。次に、本章では、患者満足は、運動に対する自己決定的な動機づけの促進を介して運動の継続に影響を及ぼすかどうかについて検討することとする。

運動の継続は、わが国において、健康の維持増進のために推奨されている活動である。厚生労働白書（2003b）では、「糖尿病を始めとする生活習慣病の予防には、バランスのとれた食事に加えて適度な運動を生活習慣として定着させていくことが重要である」と記載されている。また、厚生労働省が中心となって、「健康づくりのための運動所要量」（1989）、「健康づくりのための運動指針」（1993）、「健康づくりのための運動基準」（2006）が策定され、運動の継続の普及に熱心に取り組んでいる。さらに、「健康日本 21」（2000）においても、運動を継続して行うことが推奨されており、日常身体活動量が多い人や、運動を定期的に行っている人は、生活習慣病の疾病率や死亡率が低いことが認められている。加えて、運動や身体活動を行うことによって、好ましい心理的効果が得られることも報告されている（竹中，2000）。

人が運動を始めてから定期的に運動を継続するようになる過程で、動機づけがど

のように変化していくかを検討することは、運動アドヒアランス (Meichenbaum & Turk, 1987) の強化を考える上で重要である。アドヒアランスとは、「個人およびヘルスケアの専門家が、相互に満足し、肯定的な健康関連の結果を導くような一連の活動が継続し、随意的で自由選択的な過程」と定義されている。近年、Prochaska & DiClemente (1983) によって体系化された行動変容の段階モデル (The stages of change model) は、喫煙やアルコール乱用などの行動変容を中心に発展しており、健康行動の一部として運動 (例えば、Marcus & Simkin, 1993) にも応用されている (岡, 2000)。

ここで、自己決定理論を応用して運動に対する動機づけと行動変容との関連について検討された既存研究を概観する。Mullan & Markland (1997) は、運動行動の調整における自己決定と運動段階の変容との関連を検討するために、314名のデータを使用して判別分析を行っている。男女別に分析を行った結果、内発的調整と同一視的調整は、運動段階を有意に判別できる変数であることが示されている。

Rose, Parfitt, & Williams (2005) では、運動を行う因果志向性と行動の変容段階との関連性の検討に加え、運動に対する動機づけが運動の行動変容の段階を判別できるかについて検討されている。ボランティアとして参加した184名のデータを使用して分析が行われた結果、同一視的調整と取り入れ的調整のみが、行動変容の段階を区別できることが示されている。

Dacey, Baltzell, & Zaichkowsky (2008) は、運動を行う動機によって活動のレベル (不活発<活発<維持) が判別できるか検討するために、地域のプライマリケアを担う医療機関に通う643名の外来患者を対象に、運動に対する動機づけと運動行動の変容段階を調査している。分散分析の結果では、6つある動機のうち、1つだけ (体重管理のため) は、活動のレベル間で有意な差が認められず、他の5つの動機は活動レベルが高まるほど高くなる傾向が示された。そして、性別と年齢によって分類された12集団ごとに判別分析が行われた結果、運動動機のうち、自己

決定理論における内発的動機づけにあたる「楽しいから」という動機は、6 集団において有意な判別力をもつことが示された。また、自己決定的な外発的動機づけに相当する「健康や体力づくりのため」も、1 集団において有意な判別力をもつことが示されていた。一方、「外見のため」といった非自己決定的な外発的動機は、どの集団においても活動レベルを判別できなかった。この結果は、より自己決定的な動機ほど、活動レベルを判別しやすいことが示唆されているといえる。

がん患者 414 名を対象に調査を行った Peddle et al. (2008) は、心理的欲求の充足、動機づけ調整スタイル、運動行動の頻度といった変数の因果関係をパス解析によって検討している。分析の結果、有能さの欲求の充足は同一視的調整に有意な正の影響を及ぼし、自律性欲求の充足は取り入れ的調整に有意な負の影響を及ぼすことが示されている。また、関係性の欲求の充足は、同一視的調整と取り入れ的調整に正の影響を及ぼす結果が得られている。そして、運動行動の頻度に対しては、同一視的調整と取り入れ的調整が有意な正の影響を及ぼしている。なお、内発的調整は、パス解析において心理的欲求の充足からは有意な影響を及ぼされず、運動行動の頻度にも影響を及ぼしていない。Peddle et al. (2008) は、運動の変容段階ではなく運動の頻度を従属変数として扱われているが、頻度は客観的な変数といえるため、同一視的調整や取り入れ的調整は実際の行動に影響を及ぼすことが示されている。

以上の報告において、運動の変容段階や運動の頻度に影響を及ぼす動機づけ調整スタイルとして、内発的調整や同一視的調整といった自己決定的な動機づけ調整スタイルが挙げられている。取り入れ的調整も運動の頻度に影響を及ぼすことが示されていたが、外的調整や非動機づけは有意な変数として挙げられなかったことから、運動の行動変容の段階への影響は、運動に対する自己決定的な動機づけほど影響を及ぼしやすいことが予想される。そこで、本章では、前章の結果から導出される仮説を含め、以下の 2 つの仮説を検証することとする。

- 仮説 1 患者満足は、運動に対する自己決定的な動機づけ（内発的調整，同一視的調整）に対して有意な正の影響を及ぼす
- 仮説 2 運動に対する自己決定的な動機づけは、運動の継続に有意な正の影響を及ぼす

## 第 2 節 方法

### 1) 対象

対象は、広島県内にある A 整形外科病院のメディカルフィットネス部門において、生活習慣病や整形外科的な疾患の診断を受けて運動療法に取り組む者とした。これらの者のうち、疾患が原因で日常生活動作や歩行に介助を必要とする者は、本章の調査対象から除外された。その理由は、身体的な問題で運動が継続できない者を除外するためである。例えば、腰痛や下肢痛によって望ましい水準の運動が行えない場合、そのような者は、運動に対する動機づけの程度に関わらず、運動が継続できないことが予想される。前章まで調査のフィールドにしていたリハビリサービスは、障害の程度や要介護状態の程度が極めて重い者も対象になることがある。そのため、前章までの調査対象は、本章の調査対象として適切とはいえないと判断され、選択されなかった。

ここで、A 整形外科病院のメディカルフィットネスにて提供されるサービスのシステムの概要を述べておく。メディカルフィットネスの利用者は、主治医から運動療法が処方される。そして、A 整形外科病院のメディカルフィットネス部門の職員から運動療法の指導を受け、運動療法に取り組むことになる。運動療法のプログラムは、主に有酸素運動や運動機器を使用した筋力トレーニングから構成される。ただし、運動処方をする医師は、運動機器の指定まで行っていないため、メディカル

フィットネスの利用者は、職員と相談しながら、使用する運動機器を選択している。また、メディカルフィットネスの利用頻度に制限はなく、1日の利用時間も決められていない。これらの点は、前章まで調査フィールドとしていた医療機関や通所リハビリテーション施設（以下、デイケア施設）とはシステムが異なる。

対象者の選定までの流れを以下に述べる。まず、筆者がA整形外科病院に訪問し、メディカルフィットネス部門の責任者に対して調査の趣旨を説明した。そして、メディカルフィットネスの責任者に対して、A整形外科病院において運動療法に取り組んでいる者のなかから、本章の調査対象者を選定するよう依頼した。選定基準は、運動療法を行っている者とし、除外基準は、疾患が原因で日常生活動作や歩行に介助を必要とする者とした。その結果、運動療法に取り組む86名の者が選定された。

## 2) 調査項目

患者満足の測定には、前章と同様に、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を使用した（表8-1）。対象者には、測定尺度の各項目に対して、「全く感じない」（1点）から「強く感じる」（5点）までの5件法で回答を求めた。

運動に対する動機づけの測定には、前章と同様に、Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire-2（以下、BREQ-2）（Markland & Tobin, 2004; Murcia et al., 2007）を一部修正して使用した（表8-2）。対象者には、BREQ-2の各項目に対して、「全くあてはまらない」（1点）から「非常にあてはまる」（5点）までの5件法で回答を求めた。BREQ-2の下位尺度の得点から、相対的自律性指標（Relative Autonomy Index: RAI）の得点を算出した（Grolnick & Ryan, 1987）。RAIは、自己決定の連続体を測定する異なる文脈において幅広く応用されている。RAIは、各下位尺度の得点に対して重みづけを行い、それらを加算して求められる。RAIは、行動の調整における相対的な自律性を表す。単一の指標であるRAIを使用する意義は、自律性の程度を表す変数をできるだけ少なくできることである



(Vallerand & Ratelle, 2002)。BREQ-2 の場合、自己決定性の低い調整スタイルには負の重みづけをし、自己決定性の高い調整スタイルは正の重みづけをする。RAI の算出方法は、

$$\text{RAI} = (-3 \times \text{非動機づけ}) + (-2 \times \text{外的調整}) + (-1 \times \text{取り入れ的調整}) \\ + (2 \times \text{同一視的調整}) + (3 \times \text{内発的調整})$$

となる。RAI の得点が高いほど自律的な動機づけが高いことを示し、RAI の得点が高いほど自律的な動機づけが低いことを示す。得点の範囲は、-24 から 20 となる。RAI を使用する前提条件は、隣接する動機づけ調整スタイル間は正の相関を示し、動機づけ調整スタイル同士が離れるほど相関を示さないか負の相関が示されるというシンプレックス構造になっていることである (Markland & Ingledew, 2007)。本章では、BREQ-2 の下位尺度がシンプレックス構造であることを確認したうえで、RAI を分析に使用した。

運動の行動変容の段階を測定するためには、岡 (2003) の「運動行動の変容段階尺度」を使用した。この尺度は、過去および現在における実際の運動行動と、その運動行動に対する動機づけの準備性の状態を測定する 5 項目で構成されている。各項目が示す運動の行動変容の段階とその内容を表 8-3 に示す。ここでいう定期的な運動 (例えば、ウォーキング) とは、1 回あたり 20 分以上の運動を週 2 回以上行うことを指している (岡, 2003)。回答方法は、これら 5 項目のなかから、現在の自分の考えや行動に最もあてはまるものを 1 つ選択する方式である。なお、この尺度の信頼性と基準関連妥当性は、40 歳以上 65 歳未満の中年者から得られたデータを使用して確認されている。具体的には、統計解析として、検査・再検査間の信頼性係数の算出や、外的基準として使用した身体活動評価表 (涌井・鈴木, 1997) の得点との相関分析が行われ、尺度の安定性の次元に関する信頼性と基準関連妥当性の一部が示されている。

表 8-1 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の項目

項目	内容
X1	もっと難しいリハビリであっても、うまくできる自信を感じますか。
X2	もっと難しいリハビリでも、うまくできそうに感じますか。
X3	難しいリハビリを最後までやり遂げて、心地よい気分を感じますか。
X4	リハビリの内容は、自分自身で決めていると感じますか。
X5	どんなリハビリをするかは、自分自身に任せられていると感じますか。
X6	自分が行うリハビリは、自分で自由に選んでいると感じますか。
X7	自分を受け入れてくれるという理由から、リハビリ仲間に結びつきを感じますか。
X8	自分にとって重要な人達と一緒にリハビリをしていて、一体感を感じますか。
X9	リハビリをはじめたきっかけが自分と同じという理由から、リハビリ仲間に友情を感じますか。
X10	リハビリ担当者から暖かく見守られていると感じますか。
X11	リハビリ担当者から支えられていると感じますか。
X12	リハビリをしている間、リハビリ担当者に親しみを感じますか。
X13	リハビリを始めてから、体の動きが良くなったと感じますか。
X14	リハビリを始めてから、不快な症状が軽減したと感じますか。
X15	リハビリを始めてから、健康面の不安が軽減したと感じますか。

表 8-2 BREQ-2 の項目

項目	内容
Y1	リハビリは面白いと思うから。
Y2	リハビリが楽しいから。
Y3	リハビリは心地よい活動だから。
Y4	リハビリに取り組めば、心地よさや満足感が得られるから。
Y5	リハビリの効果は、自分にとって価値があるから。
Y6	リハビリを続けることは、自分にとって重要だから。
Y7	リハビリを続けるための努力は、自分にとって重要だと思うから。
Y8	リハビリを続けなかったら、不安になるから。
Y9	リハビリをしないと罪悪感を感じるから。
Y10	リハビリを休むと、自分を悪く感じるから。
Y11	しばらくリハビリをしなかったら、衰えていくように感じるから。
Y12	他の人たちから、リハビリをすべきだといわれるから。
Y13	友達や家族から、リハビリをすべきだといわれるから。
Y14	リハビリをしないと、周りの人がよく思わないから。
Y15	友達や家族から、リハビリをするようプレッシャーをかけられているから。
Y16	なぜリハビリをしなければいけないのかわからない。
Y17	なぜわざわざリハビリをすべきなのかわからない。
Y18	リハビリをする目的がわからない。
Y19	リハビリは、時間のむだだと思う。

表 8-3 運動の行動変容の段階

段階	段階の内容
無関心期	わたしは現在、運動をしていない。また、これから先(6ヶ月以内)もするつもりはない。
関心期	わたしは現在、運動をしていない。しかし、これから先(6ヶ月以内)に始めようと思っている。
準備期	わたしは現在、運動をしている。しかし、定期的ではない。
実行期	わたしは現在、定期的に運動している。しかし、始めてからまだ間もない(6ヶ月以内)。
維持期	わたしは現在、定期的に運動している。また、長期(6ヵ月以上)にわたって継続している。

出所：岡（2003）

### 3) 手続きと倫理的配慮

A 整形外科病院のメディカルフィットネス部門の責任者によって選定された者に対し、筆者が調査の趣旨について口頭説明と紙面による説明を行った。その際、倫理的配慮に関する説明は、これまでと同様にして行った。これらの説明について理解し、調査の同意が得られた者のみに質問紙を配布した。回答後の質問紙は、筆者が直接回収した。

### 4) 統計解析

統計解析として、患者満足、運動に対する動機づけ、および運動に関する行動変容の段階のそれぞれとの関連性を検討するために、Spearman の順位相関係数を求めた。そして、患者満足が動機づけの促進を介して、運動の行動変容の段階に影響を及ぼすという因果モデルを仮定し、その因果モデルが実際のデータと適合するかどうか確認するために、パス解析を行った。本章では、想定される以下の4つの因果モデルについて検討した。

まず、患者満足が運動に対する自己決定的な動機づけ（内発的調整，同一視的調整）には正の影響を及ぼし，非自己決定的な動機づけ（取り入れ的調整，外的調整）あるいは非動機づけには影響を及ぼさないか負の影響を及ぼすと仮定し，患者満足（合計得点）が運動に対する各動機づけを介して運動の行動変容段階に影響を及ぼすモデルをモデル 1 とした（図 8-1）。

次に，モデル 2 では，運動の継続に及ぼす影響を患者満足の下位概念ごとに検討するためのモデルを仮定した（図 8-2）。具体的には，患者満足の下位概念がそれぞれ運動に対する各動機づけ（各調整スタイル）に影響を及ぼし，さらに，運動の行動変容の段階に対して，自己決定的な動機づけは正の影響を及ぼし，非自己決定的な動機づけは影響を及ぼさないか負の影響を及ぼすと仮定した。

モデル 3 とモデル 4 では，動機づけの変数として，動機づけの自己決定性（RAI）を組み込んだモデルを仮定した。まず，モデル 3 では，患者満足が運動に対する動機づけの自己決定性に正の影響を及ぼし，運動の行動変容段階に対しては動機づけの自己決定性が性的影響を及ぼすと仮定した（図 8-3）。そして，モデル 4 では，患者満足の下位概念が運動に対する自己決定性を介して運動の行動変容段階に影響を及ぼすと仮定した（図 8-4）。

モデルの適合度指標には， $\chi^2$  値，Goodness of Fit Index (GFI)，Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)，Comparative Fit Index (CFI)，Root Mean Square Error Approximation (RMSEA) を用いた。モデルを棄却する判断基準は，(1)  $\chi^2$  検定で「構成されたモデルはデータと適合的である」とする帰無仮説が棄却されない，(2) GFI と AGFI が .900 以上である，(3) CFI が .900 以上である，(4) RMSEA が .080 以下である，とした。

以上の統計解析では有意水準を 5% 未満とした。これらの統計解析には SPSS ver16.0 for Windows および Amos16.0 を使用した。

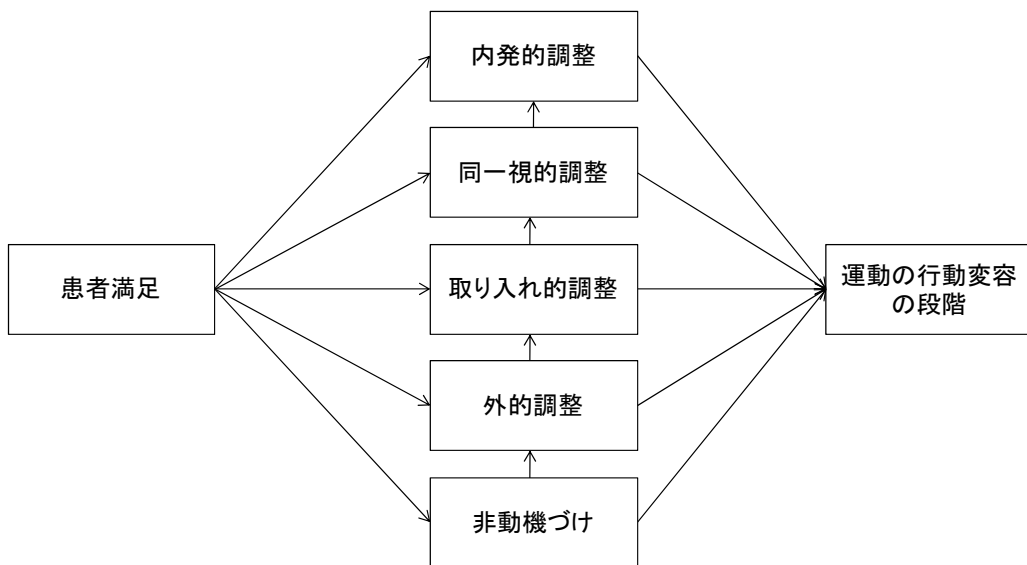


図 8-1 モデル 1

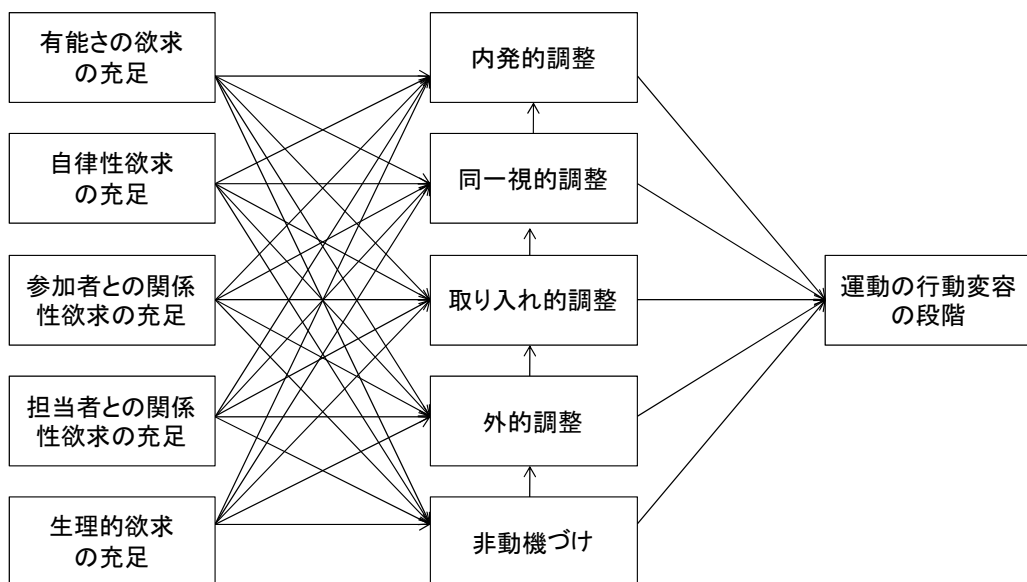


図 8-2 モデル 2



図 8-3 モデル 3

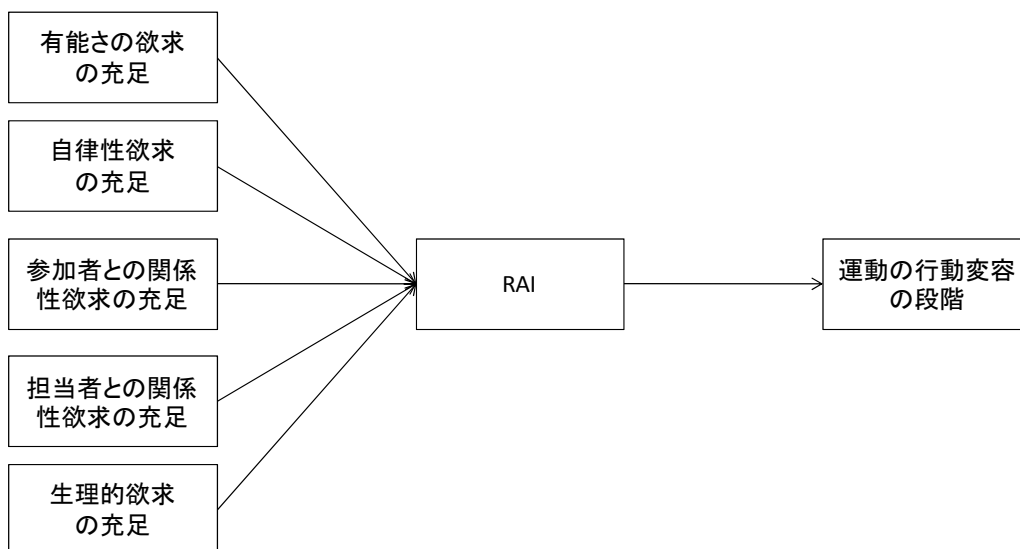


図 8-4 モデル 4

### 第 3 節 結果

#### 1) 対象者の個人属性

対象者の個人属性を表 8-4 示した。対象者の年齢は  $56.4 \pm 12.7$  歳であった。性別は、男性 25 名、女性 61 名であった。サービス利用期間は、 $16. \pm 8.2$  カ月であった。

表 8-4 対象者の個人属性

カテゴリー	度数*	
人数	86	
年齢(歳)	$56.4 \pm 12.7$	
性別	男性	25 (29.1)
	女性	61 (70.1)
サービス利用期間(月)	$16.0 \pm 8.2$	

\* ( )内の数字は全体に占める割合

#### 2) 項目得点と尺度得点の記述統計量と信頼性 (内的一貫性)

項目得点と尺度得点の記述統計量と信頼性係数 ( $\alpha$  係数) を表 8-5, 表 8-6, 表 8-7 に示した。各尺度の  $\alpha$  係数は、同一視的調整尺度と取り入れ的調整尺度を除き .700 以上であり、高い内的一貫性が確認できた。同一視的調整尺度の  $\alpha$  係数は .662, 取り入れ的調整尺度の  $\alpha$  係数は .684 とやや低かったが、内的一貫性の高さの判断基準を .600 ~ .700 以上 (小塩, 2004) とすれば、十分とは言えないまでも分析には耐えうると判断し、その後の分析に含めた。



表 8-5 欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の項目得点の記述統計量

項目	内容	平均値	標準偏差 (SD)	平均値－SD	平均値＋SD	歪度	尖度
X1	もっと難しいリハビリであっても、うまくできる自信を感じますか。	3.01	.94	3.95	2.07	-.46	-.12
X2	もっと難しいリハビリでも、うまくできそうに感じますか。	2.99	.94	3.93	2.05	-.50	-.36
X3	難しいリハビリを最後までやり遂げて、心地よい気分を感じますか。	3.87	.86	4.74	3.01	-1.09	1.33
X4	リハビリの内容は、自分自身で決めていると感じますか。	4.12	.74	4.86	3.37	-1.07	2.93
X5	どんなリハビリをするかは、自分自身に任せられていると感じますか。	4.01	.77	4.79	3.24	-1.11	2.54
X6	自分が行うリハビリは、自分で自由に選んでいると感じますか。	4.28	.61	4.89	3.67	-.54	1.18
X7	自分を受け入れてくれるという理由から、リハビリ仲間に結びつきを感じますか。	3.45	.89	4.34	2.56	-.83	.56
X8	自分にとって重要な人達と一緒にリハビリをしていて、一体感を感じますか。	3.41	.94	4.34	2.47	-.56	.06
X9	リハビリをはじめたきっかけが自分と同じという理由から、リハビリ仲間に友情を感じますか。	3.31	1.00	4.31	2.32	-.89	.29
X10	リハビリ担当者から暖かく見守られていると感じますか。	4.22	.58	4.80	3.64	-.06	-.33
X11	リハビリ担当者から支えられていると感じますか。	4.13	.55	4.68	3.58	.07	.23
X12	リハビリをしている間、リハビリ担当者に親しみを感じますか。	4.27	.54	4.81	3.73	.11	-.39
X13	リハビリを始めてから、体の動きが良くなったと感じますか。	4.13	.65	4.78	3.48	-.39	.49
X14	リハビリを始めてから、不快な症状が軽減したと感じますか。	3.80	.93	4.73	2.87	-.85	.77
X15	リハビリを始めてから、健康面の不安が軽減したと感じますか。	3.90	.81	4.71	3.08	-1.02	2.42

表 8-6 BREQ-2 の項目得点の記述統計量

項目	内容	平均値	標準偏差 (SD)	平均値－SD	平均値＋SD	歪度	尖度
Y1	リハビリは面白いと思うから。	3.92	.98	4.90	2.93	-1.04	1.14
Y2	リハビリが楽しいから。	4.00	.92	4.92	3.08	-1.02	1.33
Y3	リハビリは心地よい活動だから。	4.33	.62	4.95	3.70	-.35	-.63
Y4	リハビリに取り組めば、心地よさや満足感が得られるから。	4.44	.61	5.05	3.84	-.58	-.56
Y5	リハビリの効果は、自分にとって価値があるから。	4.58	.60	5.18	3.98	-1.47	2.79
Y6	リハビリを続けることは、自分にとって重要だから。	4.63	.61	5.24	4.01	-1.75	3.40
Y7	リハビリを続けるための努力は、自分にとって重要だと思うから。	4.64	.63	5.27	4.01	-1.84	3.41
Y8	リハビリを続けなかったら、不安になるから。	3.51	1.06	4.57	2.45	-.67	-.21
Y9	リハビリをしないと罪悪感を感じるから。	2.83	1.18	4.01	1.65	.04	-.95
Y10	リハビリを休むと、自分を悪く感じるから。	3.01	1.24	4.25	1.77	-.10	-1.13
Y11	しばらくリハビリをしなかったら、衰えていくように感じるから。	4.16	.67	4.83	3.50	-.44	.29
Y12	他の人たちから、リハビリをすべきだといわれるから。	2.45	1.33	3.79	1.12	.39	-1.17
Y13	友達や家族から、リハビリをすべきだといわれるから。	2.58	1.40	3.98	1.18	.16	-1.49
Y14	リハビリをしないと、周りの人がよく思わないから。	1.63	.81	2.44	.82	1.06	.19
Y15	友達や家族から、リハビリをするようプレッシャーをかけられているから。	1.66	1.02	2.69	.64	1.53	1.35
Y16	なぜリハビリをしなければいけないのかわからない。	1.53	.76	2.30	.77	1.51	2.10
Y17	なぜわざわざリハビリをすべきなのか理解できない。	1.49	.75	2.24	.74	1.86	3.74
Y18	リハビリをする目的がわからない。	1.48	.90	2.38	.57	2.32	5.41
Y19	リハビリは、時間のむだだと思う。	1.28	.59	1.87	.69	2.36	5.98

表 8-7 尺度の記述統計量と  $\alpha$  係数

	$\alpha$ 係数	平均 $\pm$ SD	平均 - SD	平均 + SD
1. 患者満足		56.9 $\pm$ 5.8	51.1	62.7
1.1 有能さの欲求の充足	.809	9.9 $\pm$ 2.3	7.6	12.2
1.2 自律性欲求の充足	.768	12.4 $\pm$ 1.8	10.6	14.2
1.3 参加者との関係性欲求の充足	.887	10.2 $\pm$ 2.6	7.6	12.8
1.4 担当者との関係性欲求の充足	.862	12.6 $\pm$ 1.5	11.1	14.1
1.5 生理的欲求の充足	.767	11.8 $\pm$ 2.0	9.8	13.8
2. 動機づけ調整スタイル				
2.1 内発的調整	.850	16.7 $\pm$ 2.7	14.0	19.4
2.2 同一視的調整	.662	17.4 $\pm$ 2.1	15.3	19.5
2.3 取り入れ的調整	.684	10.0 $\pm$ 2.5	7.5	12.5
2.4 外的調整	.856	8.3 $\pm$ 3.9	4.4	12.2
2.5 非動機づけ	.899	5.8 $\pm$ 2.7	3.1	8.5
3. 運動の行動変容の段階		人数 (%)		
準備期		12名 (14.0)		
実行期		16名 (18.6)		
維持期		58名 (67.4)		

### 3) 尺度間の相関分析

患者満足と運動に対する動機づけ調整スタイル，および運動の行動変容の段階との関連性を検討するために，Spearman の順位相関係数を求めた（表 8-8）。患者満足（測定尺度の合計得点）は，内発的調整および同一視的調整と有意な正の相関が認められた。前章と同様に，本章においても，患者満足と自己決定的な動機づけ調整スタイルとの間に関連性が示された。一方，患者満足と取り入れ的調整，外的調整との間に有意な相関は示されず，非動機づけとの間には有意な負の相関が示された。この結果は，前章の結果と異なり，患者満足は非自己決定的な動機づけと関連せず，非動機づけとは負の関連にあることが示された。また，患者満足と運動の行動変容の段階との相関係数は有意でないことが示された。このことから，患者満足と運動の行動変容の段階とは，直接的な関連がないことが示唆された。

表 8-8 患者満足と運動に対する動機づけ調整スタイル，  
および運動の行動変容の段階との Spearman の順位相関係数

	患者満足
内発的調整	.437***
同一視的調整	.418***
取り入れ的調整	.150
外的調整	-.193
非動機づけ	-.289**
運動の行動変容の段階	.208

\*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

次に、患者満足の下位概念、運動に対する各動機づけ調整スタイル、および運動の行動変容の段階の相互間の相関係数を表 8-9 に示した。患者満足のいずれの下位概念も運動に対する動機づけ調整スタイルとの間に有意な相関が認められた。ただし、一部の動機づけ調整スタイルとの間には相関が認められなかった。また、運動に対する各動機づけ調整スタイルのうち、運動の行動変容の段階と有意な相関が示されたものは、同一視的調整のみであった。

RAI を分析で使用するための前提条件として、BERQ-2 の下位尺度がシンプレックス構造かどうか確認したところ、となりあう尺度間には有意な正の相関を示し、離れる尺度間は無相関か有意な負の相関が示された。したがって、本章のデータは、RAI の得点を使用する前提を満たしていると判断でき、以下の分析において RAI を使用することとする。

表 8-9 患者満足の下位概念と運動に対する動機づけ調整スタイル、  
および運動の行動変容の段階との Spearman の順位相関係数

	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5
1. 患者満足										
1.1 有能さの欲求の充足										
1.2 自律性欲求の充足	.238*									
1.3 参加者との関係性欲求の充足	.201	.043								
1.4 担当者との関係性欲求の充足	.196	.164	.222*							
1.5 生理的欲求の充足	.209	.280**	.116	.415***						
2. 動機づけ調整スタイル										
2.1 内発的調整	.329**	.309**	.305**	.249*	.244*					
2.2 同一視的調整	.367***	.222*	.203	.270*	.332**	.385***				
2.3 取り入れ的調整	.106	-.094	.178	.048	.154	.093	.447***			
2.4 外的調整	-.159	-.361***	.003	-.171	-.060	-.363***	-.104	.238*		
2.5 非動機づけ	-.200	-.483***	.002	-.272*	-.202	-.221*	-.310**	.099	.374***	
3. 運動の行動変容の段階	.108	.280**	.173	.006	.022	.087	.269*	.129	-.188	-.158

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$  \*\*\* $p < .001$

#### 4) 患者満足と運動に対する動機づけ，および運動の行動変容の段階に関する因果モデルのパス解析

因果モデルがデータと適合するか確認するために，パス解析を行った(表 8-10)。パス解析にあたっては，有意でないパスは削除した。その結果，モデル 1 は， $\chi^2$  検定において帰無仮説が棄却され，モデルは許容でないことが示された。モデル 2，モデル 3，およびモデル 4，は  $\chi^2$  検定においてモデルが棄却されず許容できることが示された。GFI，AGFI，CFI，RMSEA をみると，いずれのモデルも基準値以下であることが確認され，モデルは積極的に許容できないことが示された。

表 8-10 因果モデルの各種適合度指標

	$\chi^2$	自由度	$p$	GFI	AGFI	CFI	RMSEA
モデル1	22.287	12	.034	.938	.855	.882	.100
モデル2	46.900	34	.069	.920	.846	.893	.067
モデル3	4.075	2	.130	.970	.909	.874	.110
モデル4	15.109	9	.088	.954	.857	.881	.089

次に、標準化されたパス係数を確認した（図 8-5～図 8-8）。なお、図中には、患者満足の下位概念間の共分散と誤差変数の記載は省略しているが、パス解析ではこれらのパラメータも含めて分析している。

モデル 1（図 8-5）では、患者満足が内発的調整，同一視的調整，取り入れ的調整に有意な正の影響を及ぼし，非動機づけには有意な負の影響を及ぼしていた。また，運動に対する各動機づけ調整スタイルは，上位の動機づけスタイルに有意な正の影響を及ぼしていた。そして，運動の行動変容の段階に対しては，同一視的調整のみ有意な正の影響を及ぼしていた。以上より，患者満足が運動に対する同一視的調整による動機づけを介して運動の行動変容の段階に影響を及ぼすことが示された。

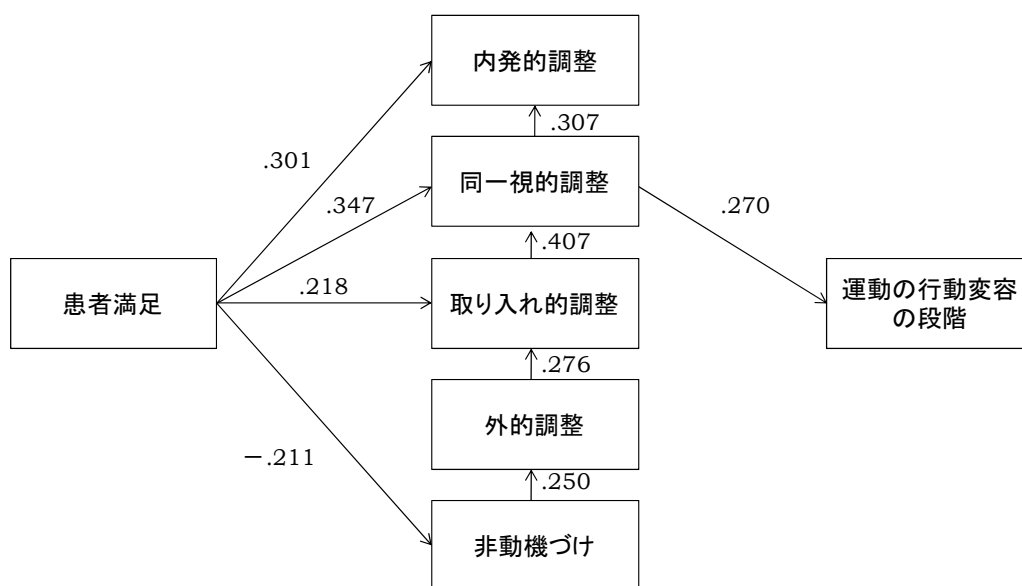


図 8-5 モデル 1 のパス係数

モデル 2（図 8-6）では，内発的調整や同一視的調整に対して，有能さの欲求の充足と担当者との関係性欲求の充足が有意な正の影響を及ぼしていた。取り入れ的調整に対しては，参加者との関係性欲求の充足が有意な正の影響を及ぼしていた。さらに，外的調整や非動機づけに対しては，自律性欲求の充足が有意な負の影響を及ぼしていた。また，運動に対する各動機づけ調整スタイルは，非動機づけを除き，

上位の動機づけスタイルに有意な正の影響を及ぼしていた。運動の行動変容の段階に対しては、モデル 1 と同様に、同一視的調整が有意な正の影響を及ぼしていた。このことから、患者満足の要因のうち、有能さの欲求の充足と担当者との関係性欲求の充足は、運動に対する同一視的調整による動機づけの促進を介して運動の行動変容の段階に有意な影響を及ぼすことが確認された。加えて、参加者との関係性欲求の充足と生理的欲求の充足は、運動に対する取り入れ的調整による動機づけを経由して同一視的調整による動機づけを促進させ、運動の行動変容の段階に影響を及ぼすことが確認された。一方、自律性欲求の充足は、運動に対する外的調整による動機づけを抑制させ、取り入れ的調整による動機づけを経由して同一視的調整による動機づけ促進させて運動の行動変容の段階に影響を及ぼすことが示された。さらに、自律性欲求の充足は、非動機づけに対して抑制的な影響を及ぼすが、非動機づけの抑制は運動の行動変容の段階には直接的あるいは間接的な影響を及ぼさないことが示唆された。

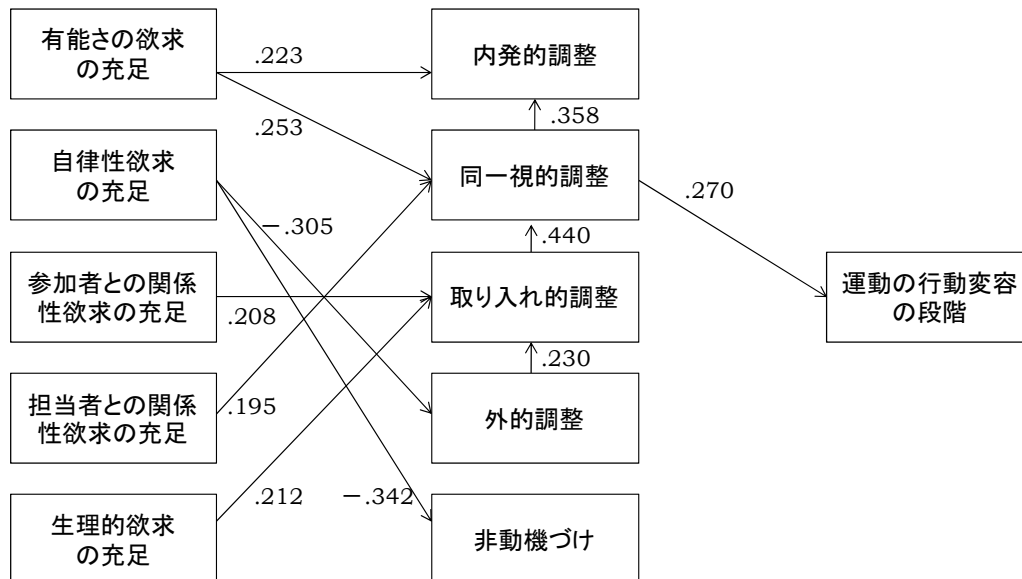


図 8-6 モデル 2 のパス係数

モデル 3 (図 8-7) では、患者満足が運動に対する動機づけの自己決定性に有意な正の影響を及ぼしていたものの、運動の行動変容の段階に対しては、有意な影響を及ぼさなかった。すなわち、患者満足は運動に対する動機づけの自己決定性の向上を介し運動の行動変容の段階に及ぼす影響は確認できなかった。

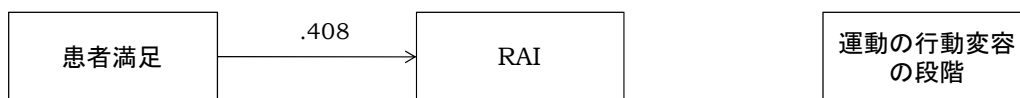


図 8-7 モデル 3 のパス係数

モデル 4 (図 8-8) では、自律性欲求の充足と担当者との関係性欲求の充足が運動に対する動機づけの自己決定性に有意な正の影響を及ぼしていた。しかしながら、モデル 3 と同様に、運動に対する動機づけの自己決定性は運動の行動変容の段階に対して影響を及ぼしていなかった。

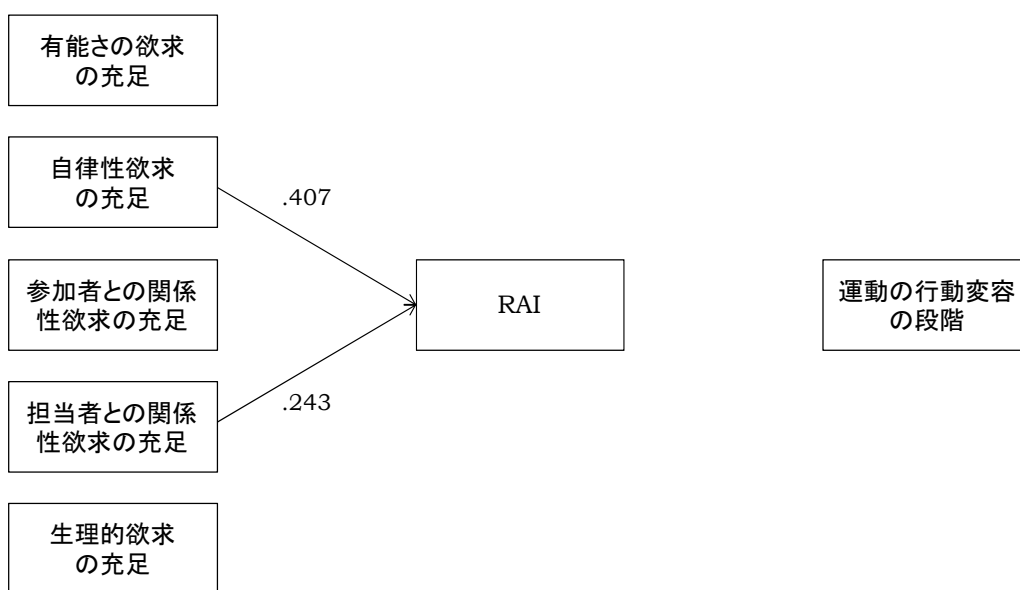


図 8-8 モデル 4 のパス係数



## 第 4 節 考察

### 1) 患者満足が運動に対する動機づけに及ぼす影響

最初に、前章でも検討された、患者満足と運動に対する動機づけ調整スタイルとの関連性を確認し、パス解析の結果を検討したうえで、仮説 1 が支持できるか判断する。本章の分析結果では、患者満足と内発的調整との相関係数は.437 であり、患者満足と同一視的調整との相関係数は.418 であった。この結果は、前章の分析結果と同様であり、これらの関連性は比較的安定していると考えられる。

しかしながら、患者満足と取り入れ的調整、および外的調整との相関は、前章の分析結果では有意であったものの、本章の分析結果では有意でないことが示された。本章の結果と前章の結果の違いに注目して、患者満足の下位概念と運動に対する動機づけ調整スタイルとの相関係数をみると、前章の結果と大きく異なる点の 1 つとして、自律性欲求の充足が運動に対する非自己決定的な動機づけに及ぼす影響が挙げられる。前章の結果では、両者は負の相関係数が示されていたが、本章の結果では全く逆であり、両者の間に正の相関が示されていた。前章の結果と本章の結果が一致しなかった理由として、運動療法のプログラムの内容や方法を選択したり決定したりする個人の能力もしくはその自信の関与が、前章の対象者と本章の対象者で異なっていた可能性が考えられる。すなわち、個人の自己決定の能力や自信は、自律性欲求の充足と非自己決定的な動機づけとの関連の強さを調整している可能性がある。速水（1998）は、行動選択の自由が与えられても、本人に自己決定する力あるいは自己決定する自信がないと、その自由自体が圧力になることもあると考えている。この考えに基づけば、前章の対象者である、リハビリサービスを利用する外来患者は、行動選択の自由が与えられていると感じつつも、実際は自己決定する力あるいは自信がないため、その自由が圧力となってしまうのかもしれない。このように考えられる根拠は、リハビリサービスで行われる運動療法プログラムに

は、理学療法士と1対1で行う運動が含まれることが多いが、その内容やねらいを理解するためには、専門的な知識が少なからず必要となるためである。つまり、専門的な知識を必ずしも所有していない者からすれば、どの運動が自分にとって必要になるかについて、自信をもって判断できないものと考えられる。一方、本章の対象者は、メディカルフィットネスの職員と相談しながら、自転車エルゴメータやトレッドミル、あるいは筋力トレーニングマシンなどの機器を使用して、自主的に行う運動を中心とした運動療法のプログラムに取り組んでいる。したがって、理学療法士による1対1の運動を多く含むリハビリサービスでの運動療法プログラムと比べて、一人で取り組みやすい運動療法プログラムを、本章の対象者は実践していたと考えられる。このように、取り組む運動療法プログラムの特徴の違いが原因となって、自律性欲求の充足と運動に対する非自己決定的な動機づけとの関連性の分析結果が、本章と前章で異なると考えられる。

本章の相関分析の結果は、前章の結果と一部異なっていたが、患者満足は運動に対する非自己決定的な動機づけや非動機づけと比べて、強い正の相関にあるという傾向は一貫している。さらに、パス解析の結果においても、患者満足は自己決定的な動機づけほど大きなパス係数が得られていた。モデルの適合度は十分な値とは言えないが、前章の結果と本章の結果を考慮すれば、患者満足が運動に対する自己決定的な動機づけに及ぼす影響は否定しがたいと思われる。したがって、仮説1は支持できると判断される。

## 2) 運動に対する動機づけと運動の継続との関連性

次に、運動に対する動機づけと運動の継続との関連性について議論し、仮説2が支持できるか判断する。運動に対する各動機づけ調整スタイルと運動の行動変容の段階との相関分析の結果、同一視的調整のみ、有意な正の相関が示された。また、パス解析においても、同一視的調整のみ運動の行動変容の段階に有意な正の影響を

及ぼしていた。同一視的調整が運動の行動変容の段階に影響を及ぼすという結果は、Mullan & Markland (1997) や Peddle et al. (2008) と一致する。しかしながら、取り入れ的調整が運動の行動変容の段階に影響を及ぼさなかった点は、Mullan & Markland (1997) や Peddle et al. (2008) と食い違う。結果が一貫しなかった理由は今回の調査から明らかにできないため今後の課題とするが、外的調整による動機づけは、運動の継続に直接的な影響を及ぼさない点は、これまでの研究と一致するものである。

また、自己決定的な動機づけのうち、内発的調整による動機づけは、運動の継続に効果的な影響を及ぼしていなかった。この結果も、先行研究の結果と異なる1つである。松本・竹中 (2002) は、青年後期者、壮年者、中高年者を対象に、本章と同様の分析を行っている。彼らが行った重回帰分析の結果、いずれの世代においても、内発的調整は運動の行動変容の段階に有意な正の影響を及ぼすことが示された。また、同一視・取り入れ的調整は、壮年者を除く2つの世代において、運動の行動変容の段階に有意な正の影響を及ぼしていた。さらに、外的調整は、どの世代においても、運動の行動変容の段階に有意な影響を及ぼさないことが示された。本章の結果をふまえば、外的調整による動機づけは運動の継続に影響を及ぼさないと考えて矛盾しないだろう。ただし、内発的調整と運動の継続との関係については、松本・竹中 (2002) の結果と本章の結果は異なる。結果が異なった原因の1つには、対象者の違いが考えられる。松本・竹中 (2002) は、無関心期や関心期にある者を対象に含めて分析しているが (ただし、それらの全体に占める割合は明示されていない)、本章の対象には、無関心期や関心期にある者は含まれていない。本章の対象者は、全員がA整形外科病院において運動療法をすでに行っていた者である。このような、運動の行動変容の段階が無関心期や関心期にある者を対象に含めていたかどうかの違いが、結果に違いを生じさせた原因の1つであると考えられる。この違いを考慮すれば、無関心期や関心期を含めた者を対象にした場合、内発的調整は運

動の継続に影響を及ぼすが、本章のように、準備期、実行期、維持期の段階にある者だけを対象にした場合、内発的調整による動機づけは、運動の継続に有意な影響を及ぼしにくくなるといえる。その一方で、同一視的調整は、運動の行動変容の段階を基準にして対象の範囲が限定されたとしても、運動の継続に有意な影響を及ぼすと考えられる。以上の検討より、同一視的調整による動機づけが運動の継続に及ぼす影響は、比較的安定しているものと考えられ、仮説 2 も支持できると判断される。

### 3) 患者満足が運動に対する動機づけを介して運動の行動変容に及ぼす影響

最後に、患者満足が運動に対する動機づけを介して運動の行動変容に及ぼす影響について検討する。なお、ここでは、パス解析のために行った  $\chi^2$  検定で帰無仮説が棄却されず、その他の各種適合度指標も他のモデルと比べて良かったモデル 2 の結果を参考にして検討する。

運動の行動変容の段階に影響を及ぼしていた動機づけ調整スタイルは、同一視的調整であり、同一視的調整に影響を及ぼしていた患者満足の構成要因は、有能さの欲求の充足と担当者との関係性欲求の充足であった。この結果は、有能さの欲求の充足と担当者との関係性欲求の充足は、運動に対する同一視的調整による動機づけを介して運動の継続に影響を及ぼすことを示唆している。また、運動に対する取り入れ的調整による動機づけは、同一視的調整による動機づけを介して運動の行動変容の段階に影響を及ぼしていたが、この取り入れ的調整に対して、参加者との関係性欲求の充足と生理的欲求の充足は影響を及ぼしていた。したがって、参加者との関係性欲求の充足と生理的欲求の充足も、動機づけの促進を介して運動の継続に影響を及ぼすといえそうである。さらに、運動に対する外的調整による動機づけは、取り入れ的調整と同一視的調整を経由して、運動の行動変容段階に影響を及ぼしていたが、外的調整に対しては、自律性欲求の充足が抑制的な影響を及ぼしていた。

このことは、自律性欲求の充足は外的調整による動機づけを抑制する一方で、取り入れ調整に対しては間接的に負の影響を及ぼすことになる。このことは、患者満足のうち自律性欲求の充足だけは特異的な役割をもつことを意味しており、興味深い知見といえる。

以上の検討結果から、患者満足は運動に対するいずれかの動機づけの促進あるいは抑制を介して運動の継続に影響を及ぼすと考えられが、この知見を適用するための前提条件として、以下の点を考慮する必要があると思われる。第1は、自分自身の体力が運動を継続するだけの水準にある者に対して、医療サービスが提供される場合である。本章第2節でも述べたように、腰痛や下肢痛によって望ましい水準の運動が行えない場合、そのような者は運動に対する動機づけの程度に関わらず、運動が継続できないだろう。例えば、デイケア施設の利用者のうち、要介護度の高い者にとって、週に2回以上、1回20分以上の運動は容易でないと推察される。第2は、週2回以上、1回20分以上運動する機会が、日常生活において確保できる者に対して、医療サービスが提供される場合である。患者満足により同一視的調整による動機づけが高まったとしても、日常生活において定期的な運動の機会が得られなければ、この仮説は成立しないかもしれない。例えば、仕事の都合、家事の都合、介護の都合によって、定期的な運動の機会を妨げられる場合である。以上のような、運動を継続するだけの体力があり、週2回以上、1回20分以上運動する機会が日常生活において確保できる者を対象にサービスが提供される文脈であれば、患者満足が運動に対する動機づけを介して運動の継続に影響を及ぼすといえるだろう。

## 第5節 まとめ

本章では、患者満足が運動に対する動機づけの促進を介して運動の継続に及ぼす影響について、行動変容の段階モデルを応用して検討することを目的とした。医療

機関のメディカルフィットネスにおいて運動療法に取り組んでいる 86 名のデータを用いて、患者満足と運動に対する動機づけとの関連性、運動に対する動機づけと運動の行動変容の段階との関連性、そして、患者満足が運動に対する動機づけの促進を介して運動の行動変容の段階に影響を及ぼすという因果モデルについて検討した。相関分析の結果、前章の結果と同様に、患者満足は自己決定的な動機づけと有意に関連することが示された。また、運動に対する動機づけ調整スタイルのうち、同一視的調整のみ、運動の行動変容の段階と有意に関連していた。そして、パス解析の結果、患者満足のすべての構成要因は運動に対する動機づけを介して運動の継続に影響を及ぼすことが示唆された。前章と本章の結果から、患者満足は運動に対する動機づけを高め、運動の継続に影響を及ぼすことが明らかにされた。

## 終章 総括と今後の展望

### 第 1 節 本論文の総括

近年、疾病構造の変化や診療報酬のマイナス改定、あるいは患者や国民の意識の変化をうけ、医療機関には医療の質改善が求められている。そのようななか、患者の視点からみた医療の評価、すなわち患者満足が注目されるようになってきている。患者満足は、患者評価による医療の質の指標として位置づけられており、患者の受療行動に影響を及ぼす要因としても関心が高い。患者満足は、医療サービスが提供される構造、過程、結果に関する患者の経験に対する評価として捉えられており、1980年代より患者満足モデルの検討が行われるようになってきている。

患者満足に関する初期の捉え方として、患者満足は「医療や病院に対する患者の態度」(Hulka et al., 1970)とみなされていた。Linder-Peltz (1982a) は、Fishbein & Ajzen (1975) の態度理論を応用して期待-価値モデルを提示したが、実証研究の結果から十分な支持を得ることはできなかった(Linder-Peltz, 1982b)。その後、職務満足の研究領域で提示されていた不一致モデル(Lawler, 1973)が患者満足研究のなかで紹介され(Pascoe, 1983)、以後、患者満足の主要な概念モデルと発展していった。不一致モデルは、医療に対する期待と実際に受けた医療との不一致が患者満足を決定すると考えており、さらに、同化-対照モデル(Sherif & Hovland, 1961)によって、不一致の程度が医療に対する患者の評価を変化させることが説明されている。期待概念を扱った患者満足モデルについては、期待概念の多義性の問題(Thompson & Sunol, 1995)や前提に対する批判(Williams, 1994)も指摘されているが、今日においても患者満足の有力なモデルとして位置づけられている。

しかしながら、期待概念を扱った患者満足モデルでは適切に説明できない2つの問題が指摘される。問題の第1は、不一致モデルに代表される期待概念を扱った患

患者満足モデルは、患者満足の評価に関する心理過程を説明できるが、「患者の何が満足したのか」という満足の内容について明らかにできないという問題である。不一致モデルでは、期待が中核的な概念に据えられ、患者が満足や不満足を表明するプロセスの解明に焦点が当てられていた。「患者の何が満足したのか」について理解するためには、患者満足を構成する内容に関するモデルも必要になることが指摘される。第2の問題は、不一致モデルによる患者満足では、患者の健康関連行動をうまく説明できないことがあるという点である。期待概念を扱った不一致モデルは、患者満足を従属変数として位置づけ、患者満足の評価過程の解明に貢献してきたが、患者満足には患者の健康関連行動に影響を及ぼすという側面もある。患者満足が患者の健康関連行動に影響を及ぼす心理過程については、患者満足モデルの発展において見落とされていたことが指摘される。

そこで、本論文では、患者満足を構成する内容と、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響の心理過程を説明するモデルとして、欲求の充足に基づく患者満足モデルが提案された。欲求の内容については20世紀初期から研究されており、欲求の充足は、人間の行動を動機づける要因の1つとして考えられてきた。欲求の研究がはじまった当時は、生理的、あるいは心理的な欲求の欠乏によって人間の行動は動機づけられ、欲求が充足すれば行動は動機づけられなくなると考えられてきた。そして、近年では、人間は生まれながらにして環境へ効果的に影響を及ぼしたい、自分の行動は自分が主体でありたいと考える存在とみなされ、欲求の充足によって人は自律的に行動すると考えられるようになってきた。動機づけの理論の1つである自己決定理論（Deci & Ryan, 2002）では、基本的な欲求として有能さの欲求、自律性欲求、関係性欲求が仮定されており、これらの欲求の充足によって人間の行動はより自律的（自己決定的）なものになっていくと考えられている。以上のことから、本論文では、生理的欲求や心理的欲求といった欲求の充足という観点から患者満足モデルを構築し、患者満足と患者の健康関連行動との関係について動機づけ



の観点から検討することとした。

第2章では、基本的な欲求概念の内容に関する理論のうち、Murray (1938) の欲求リスト、Maslow (1943) の欲求階層説、Deci & Ryan (2002) の基本的欲求理論をとりあげ、基本的な欲求概念の内容を概観した。欲求リストや欲求階層説は、欲求構造の全体的な枠組みについて示唆的であるが、内容の複雑さや階層構造の妥当性などの問題が指摘された。基本的欲求理論は、動機づけを説明する自己決定理論の下位理論の1つであり、人間の生得的な心理的欲求として、有能さの欲求、自律性欲求、関係性欲求が想定されている。さらに、自己決定理論の下位理論である有機的統合理論において、動機づけ概念は自己決定性の程度から複数の動機づけ調整スタイルに分類されており、心理的欲求の充足は、自己決定的な動機づけに影響を及ぼすと考えられている。以上の理論的枠組みをもとに、本論文では、医療サービスの利用において認知された欲求の充足として患者満足を定義し、自己決定理論を応用して患者満足と患者の健康関連行動との関係に関する理論的枠組みを構築した。

第3章では、欲求の充足に基づいて患者満足モデルを捉えるモデルが患者満足モデルとして支持されるか検討するために、2つの研究課題を設定した。第1の研究課題は、欲求の充足に基づく患者満足モデルにしたがって患者満足を測定するための尺度を開発することとした。第1の研究課題を検討するために、測定尺度の妥当性を検討するプロセスを示した。本論文では、測定尺度の妥当性として、内容的妥当性、併存的妥当性、因子的妥当性、交差妥当性を検討することとした。第2の研究課題は、健康行動の1つである運動をとりあげ、患者満足が運動に対する動機づけと運動の継続に及ぼす影響を検討することとした。研究課題2を検討するために、自己決定理論を応用する枠組みを提示した。すなわち、心理的欲求の充足（有能さの欲求の充足、自律性欲求の充足、関係性欲求の充足）が自己決定性の高い動機づけを促進させると仮定した。この仮定に基づき、これら心理的欲求の充足を含む患

者満足は、運動に対する自己決定性の高い動機づけに影響を及ぼすと考えた。さらに、動機づけの高さは行動の持続性を高めるという動機づけの機能（速水，1998）から、自己決定性の高い動機づけに影響を及ぼす患者満足は、運動の継続に影響を及ぼすと考えた。

第4章では、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の妥当性を検証するために、測定尺度に含める項目の分析を行った。先に示した患者満足に関する構成概念のモデルに基づき、独自に作成した全12項目が尺度に含める項目として適切さかどうか検討した。リハビリテーション（以下、リハビリ）サービスを利用する210名のデータを分析した結果、関係性欲求の充足を測定する項目の一部と生理的欲求の充足を測定する項目は、測定尺度に含める項目として許容できることが示された。しかしながら、有能さの欲求の充足と自律性欲求の充足を測定する項目は再検討する必要性が示された。また、関係性欲求の充足は、サービスを利用する他の参加者と、サービス担当者を区別して測定する必要性が示された。

第5章では、第4章で再検討の必要性が示された項目を修正したうえで、測定尺度の信頼性と内容的妥当性および併存的妥当性を検討した。項目の修正にあたっては、運動場面における心理的欲求の充足を測定する尺度（Wilson et al., 2006）の項目を参考にした。信頼性は、Cronbachの $\alpha$ 係数を算出して検討した。内容的妥当性は、心理学を専門とする研究者による項目内容のチェックと、探索的因子分析による因子内容の確認によって検討した。併存的妥当性は、医療サービスにおける患者満足測定尺度の基準関連妥当性を検討する研究でよく使用される外的基準をとりあげ、患者満足と外的基準との相関分析を行って検討した。リハビリサービスを利用する250名のデータを分析した結果、項目の一部は天井効果が示されたものの、著しい分布の偏りは確認されなかった。そのうえで、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の信頼性と内容的妥当性および併存的妥当性が確認された。

第6章では、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度の因子的妥当性と交差妥当性

を検討した。因子的妥当性は、検証的因子分析による因子構造の適合度を参考に  
して検討した。交差妥当性は、医療機関の外来患者と通所リハビリテーション施設（以  
下、デイケア施設）の利用者を異なる 2 つの集団とみなしたうえで、両集団の因子  
不変性の観点から検討した。リハビリサービスを利用する 287 名のデータを分析し  
た結果、因子的妥当性については、斜交モデル（因子間に相関関係が仮定されたモデ  
ル）において高い適合度が示された。また、交差妥当性については、斜交モデルの高  
い因子不変性が示された。以上の結果から、測定尺度の因子的妥当性と交差妥当性  
が確認された。第 4 章から第 6 章までの検討により、欲求の充足に基づく患者満足  
測定尺度の一定の信頼性と妥当性が検証された。

第 7 章では、欲求の充足に基づく患者満足と運動に対する動機づけとの関連性を  
検討した。自己決定理論に基づき、運動に対する動機づけを 5 つの調整スタイル（内  
発的調整、同一視的調整、取り入れ的調整、外的調整、非動機づけ）に分け、患者  
満足と運動に対する動機づけ調整スタイルとの関連性を分析した。リハビリサービ  
スを利用する 189 名のデータを分析した結果、患者満足は、内発的調整や同一視的  
調整といった自己決定性の高い動機づけ調整スタイルとの間に有意な正の相関関係  
が示された。一方で、患者満足は、取り入れ的調整や外的調整といった自己決定性  
の低い動機づけ調整スタイルとの間も有意な正の相関関係が示されたが、相関係数  
は相対的に低かった。以上の結果から、患者満足と運動に対する自己決定的な動機  
づけとの強い関連性が示された。

さらに、第 8 章では、欲求の充足に基づく患者満足が運動に対する動機づけの促  
進を介して運動の継続に及ぼす影響を検討した。患者満足が運動に対する動機づけ  
の促進を介して運動の継続に影響を及ぼすという因果モデルを構築し、その因果モ  
デルの適合度を分析した。メディカルフィットネス（医療機関に併設された健康増  
進施設）を利用する 86 名のデータを分析した結果、パス係数の値から、患者満足  
を構成するすべての要因が運動に対する動機づけに影響を及ぼすことが示された。

また、患者満足が運動に対する同一視的調整による動機づけを介して運動継続に及ぼす影響も示唆された。これらの結果から、患者満足が運動に対する動機づけの促進を介して運動の継続に及ぼす影響が実証された。

## 第 2 節 本論文の含意

### 1) 学術的貢献

学術的貢献の第 1 は、欲求概念を扱って患者満足を構成する内容を説明できる患者満足モデルを提示し、そのモデルを実証したことにある。患者満足を説明するための従来のモデルは、期待概念を扱った不一致モデルが主流であった。不一致モデルは、医療サービスの各属性（医療従事者の技術やアクセスなど）に対する患者の期待と、実際に受けた医療サービスとのギャップ（不一致）が、医療サービスに対する評価に影響をあたえ、患者満足や不満足は決定されると考えるモデルである。不一致モデルに代表される期待概念を扱った患者満足モデルは、患者満足の評価過程を説明するモデルとして貢献してきたが、「患者の何が満足したのか」といった患者満足を構成する内容については明らかにできないという問題を抱えている。この問題に対し、本論文では、期待に代わる説明概念として欲求に着目し、欲求の内容について理論的な検討を加えたうえで、「有能さの欲求」「自律性欲求」「関係性欲求」「生理的欲求」といった欲求の充足に基づく患者満足モデルを提示した。そして、このモデルに基づいて開発した測定尺度の研究において、従来から患者満足と関連があるとされる「全体的な患者満足度」「施設の利用意向」と患者満足は有意に関連することが示された。さらに、自己決定理論を応用した患者満足の動機づけに関する研究においても、患者満足は患者の健康関連行動（運動）に対する動機づけや行動の継続に影響を及ぼすことが示された。以上の知見は、欲求の充足に基づいたモ

デルが、患者満足を説明するモデルとして支持できる証拠になるといえる。このような欲求の充足に基づく患者満足モデルの提示は、患者満足を構成する内容の理解に貢献すると考えられる。

学術的貢献の第2は、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響の心理過程を解明したことである。患者満足の主要なモデルである不一致モデルは、医療サービスに対する評価の従属変数として患者満足を位置づけ、医療サービスに対する患者の評価過程に問題の焦点をあてていた。そのため、患者の行動に影響を及ぼす独立変数としての患者満足についてはほとんど検討されず、その心理過程を説明するための視点は見落とされていた。この問題に対して本論文では、動機づけの説明概念でもある欲求を患者満足モデルに組み込むことで、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響の心理過程を動機づけの観点から解明できると考えた。健康行動の1つである運動をとりあげ、動機づけの理論である自己決定理論を応用して、患者満足が患者の運動に対する動機づけと運動の継続に及ぼす影響を実証した。この成果により、患者満足は行動に対する自己決定的な動機づけを促進させることで患者の健康関連行動に影響を及ぼす可能性が示唆された。この知見は、患者満足が患者の健康関連行動に及ぼす影響の心理過程の理解に貢献すると考えられる。

## 2) 実践的貢献

実践的貢献の第1は、患者満足度向上の改善策を検討するための枠組みを提示した点にある。欲求の充足に基づく患者満足モデルでは、患者の基本的な欲求として、有能さの欲求、自律性欲求、関係性欲求、生理的欲求が想定されている。このモデルにしたがえば、これら欲求の充足によって患者満足度を向上させることができる。例えば、有能さの欲求は、周囲の環境とうまく相互作用したいという欲求と考えられていることから、この欲求の充足のためには、患者に提案された養生法や課題の難易度、量、頻度を考慮する必要がある。また、自律性欲求は、自分の行動は自分

で決めたいという欲求を意味することから、自律性欲求の充足には、治療方針や内容を患者が選択できるために必要となる情報を提供し、患者の意思決定を支援する取り組みが重要になってくる。そして、関係性欲求は、他者を受容したい、他者から受容されたいという欲求を意味することから、医療従事者と患者との人間関係だけでなく、患者同士の交流や関係性にも配慮が必要になってくる。さらに、生理的欲求は、自分の病気を治したい、予防したいという患者の基本的な欲求でもあることから、医学的知識の習得や医療技術の研鑽が求められることは言うまでもない。このように、本論文で提示された患者満足モデルに含まれる欲求の内容を理解することで、個々の医療現場に応じた実践的な改善策を検討できるようになると考えられる。

実践的貢献の第2は、医療サービスを提供する現場に対し、欲求の充足に着目して患者満足を評価するための測定尺度として、欲求の充足に基づく患者満足測定尺度を提供した点にある。本測定尺度は、運動場面における心理的欲求の充足を測定する既存尺度である **Psychological Need Satisfaction in Exercise Scale (PNSE : Wilson et al., 2006)** の項目を参考にして開発されたため、純然たる新規尺度とはいえないかもしれない。しかしながら、欲求の充足という観点から患者満足を測定できる尺度の開発に **PNSE** を応用し、その信頼性と妥当性を検証した点は、これまではなかった独創的な取り組みであったといえよう。本測定尺度は、医療機関やデイケア施設に限らず、健康の維持増進を目的とした運動あるいは運動療法に取り組む者を対象にサービスを提供する施設で使用できる可能性がある。これまで、医療サービスにおける患者満足度を測定する尺度のなかで、信頼性と妥当性を備えたものは少ないことが指摘されている (**Sitzia, 1999**)。本論文のなかで開発された患者満足測定尺度は、実際の医療現場で患者満足を測定できる貴重な尺度といえる。医療従事者は、本測定尺度を用いて対象者の満足を評価することで、充足されていない欲求の領域を把握でき、医療の質向上のためにはサービスのどの部分を改善す

ればよいか示唆が得られるだろう。

### 第 3 節 今後の課題

欲求の充足に基づく患者満足モデルに関する 3 つの検討課題を示す。第 1 の課題は、期待概念を扱った患者満足モデルとの関連である。患者満足の不一致モデルは、医療サービスに対する患者の評価過程に着目した理論であり、一方、本論文で提示された欲求の充足モデルは、医療サービスの提供過程や成果による患者の欲求の充足内容に着目した理論である。2 つのモデルは排他的な関係にあるというよりも、患者満足を説明するための相補的な関係にあると考えられる。このように考えた場合、不一致モデルと欲求の充足モデルとの統合が今後の検討課題となる。例えば、医療サービスへの期待と実際に受けた医療サービスの不一致を評価し、それが欲求の充足に及ぼす影響を明らかにできれば、医療サービスのどの部分が患者のどのような満足をもたらすか検討できる。期待概念と欲求概念の両方を扱った患者満足モデルの構築は、患者満足の質を高めるためのマネジメントにとって有用な検討課題と考えられる。

第 2 の課題は、欲求の内容の細分化である。本論文で想定された欲求は、基本的欲求理論を基盤にした心理的欲求と、生理的欲求から構成される。しかしながら、実際の医療現場では、これより細かい欲求（ニーズ）が患者から表明されることもある。それらのなかには、欲求の充足モデルに含まれる基本的な欲求と合致しないニーズもあるかもしれない。例えば、「病気を治したい」という欲求は生理的欲求といえるが、「病気のことをもっと知りたい」といった欲求は、生理的欲求とは別の欲求になるといえる。患者満足の理解を深めていくためには、患者から満足や不満に関する質的なデータを収集し、Murray (1938) の欲求リストを参考にしながら、欲求の内容を細分化していくことも必要になると考えられる。

欲求の充足に基づく患者満足モデルに関する第3の課題は、欲求の充足と全体的な満足や動機づけとの関係を交絡する個人要因の特定である。同じ環境において同じ医療サービスが提供されても、同じ程度の患者満足が得られなかったり、自己決定的に動機づけられなかったりすれば、その原因の1つとして個人差が考えられる。考えられる個人差としては、欲求の充足に対する認知の個人差や欲求の強度の個人差が挙げられる。医療サービスは個別性の強いサービスであることを考えると、欲求の充足に基づく患者満足モデルにおいても個人差を説明するための捕捉理論を検討しておく必要があると考えられる。



## 謝辞

広島大学大学院社会科学研究科博士課程在籍の間、私は多くの方々に支えていただきました。本論文の最後に、心から感謝の気持ちを述べさせていただきたいと思います。

主査の戸梶亜紀彦教授からは、論文のご指導のみならず、研究者としてのあり方や姿勢についてもご教授いただきました。大学以外の時間や場所でも私の稚拙な論文をご高覧くださり、時には厳しいお言葉も頂戴しました。これまで頂いた戸梶先生の教えを守り、研究者として成長してまいりたいと思います。本当にありがとうございました。

副査の井上善海教授、村松潤一教授、原口恭彦准教授には、研究の進め方や視点について多くの示唆をいただきました。論文の執筆をすすめるなかで、私が見落としていた点について先生方よりご指導いただけたことは、学位論文の完成度を高めるための貴重な機会となりました。先生方に深く感謝申し上げます。

本論文の調査研究については、リハビリテーションに取り組まれている医療機関の外来患者さまや、通所リハビリテーション施設の利用者さまから、多大なご協力をいただきました。また、現場で働く理学療法士や作業療法士の皆さまからは、ご多忙にも関わらず、調査研究の機会を与えていただきました。皆さまのお力がなければ、学位論文が完成する日は来なかったかもしれません。研究活動を通じて得られたものを、患者さまや利用者さま、そして、現場で働く皆さまに還元していきたいと思います。

戸梶研究室の皆さまからは、有形無形を問わず、様々な支援をいただきました。社会人の先輩でもある皆さまは、私にとって、学問の先輩以上の存在でした。論文の執筆を途中であきらめることなく行えたのも、戸梶研究室の皆さまからの度重なる励ましや助言があったからこそと感謝しております。

以前勤務していた広島赤十字・原爆病院理学療法課の田中潤課長をはじめ、職員の皆さまには、私の研究活動を温かく見守っていただきました。また、現在の職場である広島国際大学理学療法学科の河村光俊学科長や諸先生方からは、常に励ましの言葉をかけていただきました。皆さまからのご配慮がなければ、仕事と研究は両立しなかったと思います。この場を借りてお礼を申し上げたいと思います。ありがとうございました。

最後に、妻、真紀子へお礼を述べたいと思います。私が仕事と研究に専念できたのも、妻が家庭を守り、辛抱強く私を支えてくれたからだと思っています。彼女からのサポートは、学位論文を執筆するうえでなにものにも代えがたい力となりました。今まで支えてきてくれた妻、真紀子に心から感謝したいと思います。

博士課程在籍中に私を支えていただいた全ての皆様に深謝するとともに、謝辞とさせていただきます。

## 業績一覧

### 査読論文

- 田中亮・戸梶亜紀彦（2009） 欲求の充足に基づく顧客満足測定尺度開発のための項目分析—リハビリテーションサービスにおける予備的研究— 理学療法の臨床と研究, **18**, 33-39.
- 田中亮・戸梶亜紀彦（2009） 欲求の充足に基づく顧客満足測定尺度の信頼性と内容的妥当性および基準関連妥当性の検討—リハビリテーションサービスにおける調査研究— 理学療法科学, **24**（4）, 569-575.
- 田中亮・戸梶亜紀彦（2009） 欲求の充足に基づく顧客満足測定尺度の因子的妥当性の検討—リハビリテーションサービスにおける調査研究— 理学療法科学, **24**（5）, 737-744.
- 田中亮・戸梶亜紀彦（2010） 欲求の充足に基づく顧客満足測定尺度の交差妥当性—リハビリテーションサービスにおける調査研究— 理学療法科学, **25**(1), 95-101.
- 田中亮・戸梶亜紀彦（2010） 運動療法に取り組む外来患者の顧客満足と運動に対する動機づけの関連性の検討 理学療法科学, **25**（2）, 印刷中

### 学会報告

- 田中亮・藤村宜史・廣歳美鈴・亀井奈美子・中村亮一・戸梶亜紀彦（2006） 理学療法サービスに対する患者の認識次元 第41回日本理学療法学会大会, 群馬

- 田中亮・戸梶亜紀彦（2007） 理学療法サービス品質と患者満足に関する研究 – 患者に対する理学療法士の行動に着目して – 第 42 回日本理学療法学会，新潟
- Tanaka R, & Tokaji A（2007） The relationships of physical therapy service quality and typical behaviors toward outpatients by physical therapists. – As expressed by outpatients’ expectations – Seventh Conference of Asian Association of Social Psychology, in Kota Kinabalu.
- 田中亮・小玉一樹・戸梶亜紀彦（2007） 理学療法サービスを重視する程度と患者要因の関連 第 21 回中国ブロック理学療法士学会，広島
- 田中亮・戸梶亜紀彦（2008） 介護予防サービスに対する利用者の満足要因 第 43 回日本理学療法学会，福岡
- 田中亮・戸梶亜紀彦（2008） 心理的欲求の充足に基づく顧客満足測定尺度の項目検討 第 13 回広島県理学療法士学会，広島
- 田中亮・戸梶亜紀彦（2009） 欲求の充足に基づく顧客満足測定尺度の信頼性と妥当性の検討 第 44 回日本理学療法学会，東京

## 引用文献

- Abramowitz S, Cote AA, & Berry E (1987) Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach. *Quality Review of Bulletin*, **13**, 122-130.
- Alderfer CP (1972) *Existence, Relatedness, and Growth: Human Needs in Organizational setting*. New York: Free Press.
- AMA (1986) Council of Medical Service Quality of Care. *The Journal of the American Medical Association*, **256**, 1032-1034.
- 朝野熙彦・鈴木督久・小島隆矢 (2005) 入門 共分散構造分析の実際 東京：講談社
- Baumeister R, & Leary MR (1995) The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, **117**, 497-529.
- 尾藤誠司・鈴嶋よしみ・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, **6** (2), 423-428.
- Bowlby J (1979) *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Dacey M, Baltzell A, & Zaichkowsky L (2008) Older adults' intrinsic and extrinsic motivation toward physical activity. *American Journal of Health Behavior*, **32** (6) , 570-582.
- de Charms (1968) *Personal causation*. New York: Academic Press.
- Deci EL (1975) *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.
- Deci EL, & Ryan RM (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

- Deci EL, & Ryan RM (1985) The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, **19**, 109-134.
- Deci EL, & Ryan RM (1991) Amotivational approach to self: Integration in personality. In R Deinstbier (Eds.) *Nebraska Symposium on motivation: Vol.38 Perspectives on motivation*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press. pp.237-288.
- Deci EL, & Ryan RM (2000) The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, **11**, 227-268.
- Deci EL, & Ryan RM (2002) *Handbook of self-determination research*. New York: University of Rochester Press.
- Donabedian A (1966) Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, **44**, 166-203.
- Edmunds J, Ntoumanis N, & Duda JL (2006) A test of selfdetermination theory in exercise domain. *Journal of Applied Social Psychology*, **36**, 2240-2265.
- Edmunds J, Ntoumanis N, & Duda JL (2007) Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, **8**, 722-740.
- Elliot AJ, McGregor HA, & Thrash TM (2002) The need for competence, In EL Deci, & RM Ryan (Eds.) *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press. pp.361-387.
- Falvo D, Woehlke P, & Deichmann J (1980) Relationship of physician

behavior to patient compliance. *Patient counselling and health education*, **2** (4) 185-188.

Fishbein M, & Azjen I (1975) *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*, MA: Addison-Wesley, Reading.

藤田勉・杉原隆 (2007) スポーツ文脈における心理的欲求と動機づけの関係 学校教育学研究論集, **16**, 81-94.

福井次矢 (2007) Quality Indicator 医療の質を測る 聖路加国際病院の先端的試み Vol.1 東京: インターメディカ

古谷野亘・柴田博・芳賀博・須山靖男 (1989) PGC モラールスケールの構造: 最近の改訂作業がもたらしたもの 社会老年学, **29**, 64-74.

古谷野亘・長田久雄 (2001) 実証研究の手引き 東京: ワールドプランニング

後藤田宏也・郡司敦子・河相安彦・有川量崇・田口千恵子・菅野京子・笹井啓史・川良美佐雄 (2007) . 大学歯学部附属病院における患者満足度調査 日本歯科医療管理学会雑誌, **42** (2) , 147-158.

Grolnick WS, & Ryan RM (1987) Autonomy in children's learning: An experimental and individual difference investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, **52**, 890-898.

郡司篤晃 (1998) 医療の質とは何か 岩崎榮 (編集) 医を測る—医療サービスの品質管理とは何か 東京: 厚生科学研究所 pp.8-18.

Harlow HF (1958) The nature of love. *American Psychologist*, **13**, 673-685.

Harter S (1976) Effectance motivation reconsidered: Towards a developmental model. *Human Development*, **21**, 346-4.

Harter S (1981) A new self-report scale of intrinsic versus extrinsic orientation in the classroom: Motivational and informational components. *Developmental Psychology*, **17**, 300-312.

- Harter S (1983) Developmental perspectives on the self-system. In EM Hetherington (Eds.) *Handbook of child psychology. Vol.4. Socialization, personality, and social development 4th ed.* New York: Wiley. pp.275-386.
- 八田武志 (2007) 新版現代心理学 東京：培風館
- 長谷川万希子・杉田聡 (1992) 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年報, **7**, 150-165.
- 長谷川万希子・杉田聡 (1993) 患者満足度による医療の評価—大学病院における調査から— 病院管理, **30**, 31-39.
- 速水敏彦 (1998) 自己形成の心理—自律的動機づけ 東京：金子書房
- 廣森友人 (2006) 外国語学習者の動機づけを高める理論と実践 東京：多賀出版
- Hollembeak J, & Amorose AJ (2005) Perceived Coaching Behaviors and College Athletes' Intrinsic Motivation: A Test of Self-Determination Theory. *Journal of Applied Sport Psychology*, **17** (1) , 20-36.
- Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, & Thompson SJ (1970) Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care, *Medical Care*, **8** (5) , 429-436.
- 茨木俊夫 (1997) 人間性理論 日本行動科学学会 (編)・加川元通 (編集代表) 動機づけの基礎と実際 東京：川島書店 pp.63-68.
- 今中雄一・荒記俊一・村田勝敬・信友浩一 (1993) 医師および病院に対する外来患者の満足度と継続受診意志におよぼす要因—総合病院における解析— 日本公衆衛生雑誌, **40** (8) , 624-635.
- 今中雄一 (1998) 顧客満足からトータル・クオリティ・マネジメントへ 岩崎榮 医を測る—医療サービスの品質管理とは何か— 東京：厚生科学研究所 pp.82-90.



- 石村貞夫（2005） SPSSによるカテゴリカルデータ分析の手順 第2版 東京：  
東京図書
- Jackson JL, Chamberlin J, & Kroenke, K（2001） Predictors of patient  
satisfaction. *Social Science & Medicine*, **52**（4）, 609-620.
- Jone L, Leneman L, & Maclean U（1987） *Consumer Feedback for the NHS*.  
London: King Edward's Hospital Fund for London.
- 鎌原雅彦（1998） 心理尺度の作成 鎌原雅彦・宮下一博・大野木裕明・中澤潤 心  
理学マニュアル－質問紙法－ 京都：北大路書房 pp.64-74.
- 上林茂暢（1988） 臨床の視点から医療の質を検討 岩崎榮（編） 医を測る－医  
療サービスの品質管理とは何か－ 東京：厚生科学研究所 pp.32-40.
- 狩野裕・三浦麻子（1997） グラフィカル多変量解析：目で見ると共分散構造分析 東  
京：現代数学社
- 川上武・藤井博之・梅谷薫・山内常男（2006） 日本の「医療の質」を問い直す 東  
京：医学書院
- 金英信（2004） 顧客満足度の属性概念に関する考察－情緒的・感情的アプローチを  
中心として 企業研究, **5**, 197-224.
- 厚生省（1995） 厚生白書（平成7年度版） 東京：厚生省
- 厚生省（1996） 平成8年患者調査の概況  
<http://www1.mhlw.go.jp/toukei/kanja/toukei.html>（平成22年2月  
10日） 東京：厚生省
- 厚生労働省（2003a） 第3次対がん10か年総合戦略関係資料  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/07/s0729-6m.html>（平成22年  
2月10日） 東京：厚生労働省
- 厚生労働省（2003b） 平成15年度版厚生労働白書 東京：厚生労働省
- 厚生労働省（2008） 平成18年度国民医療費の概況

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/06/kekka1.html>

(平成 22 年 2 月 10 日) 東京：厚生労働省

小塩真司 (2004) SPSS と AMOS による心理・調査データ解析－因子分析・共分散分析まで－東京：東京図書株式会社

Kreck D, Crutchfield RS, & Ballachey EL (1962) *Individual in society*. New York: McGraw-Hill.

久保田新・桐谷佳恵・鎌倉やよい・江藤真紀・岡西哲夫 (2003) 医と心を考える 臨床行動心理学の基礎－ひとはなぜ心を求めるか－ 東京：丸善株式会社

Lawler EE (1973) *Motivation in work organizations*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Lebow JL (1974) Consumer assessments of the quality of medical care. *Medical Care*, **12** (4) , 328-337.

Linder-Pelz SU (1982a) Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science & Medicine*, **16** (5) , 577-582.

Linder-Pelz SU (1982b) Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science & Medicine*, **16** (5) , 583-589.

Linder-Pelz SU, & Struening EL (1985) The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit. *Journal of community health*, **10** (1) , 42-54.

Locker D, & Dunt D (1978) Theoretical and Methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine*, **12** (4A) , 283-292.

Lohr KN (1988) Outcome measurement: concepts and questions. *Inquiry*, **25** (1) , 37-50.

- Lohr KN (1990) *Medicine: A Strategy for quality assurance. Vols I and II.*  
Washington DC: National Academy Press.
- 前田泉 (2007) なぜ患者満足度を重視するのか 松村真司・箕輪良行 (編) コ  
ミュニケーション・スキル・トレーニング 東京: 医学書院 pp.24-31.
- Marcus BH, & Simkin LR (1993) The stage of exercise behavior. *Journal of  
Sports Medicine and Physical Fitness*, **33**, 83-88.
- Markland D, & Ingledew DK (2007) The relationships between body mass  
and body image and relative autonomy for exercise among adolescent  
males and females. *Psychology of Sport and Exercise*, **8**, 836-853.
- Markland D, & Tobin V (2004) A modification to the Behavioural Regulation  
in Exercise Questionnaire to include an assessment of amotivation.  
*Journal of Sport & Exercise Psychology*, **26** (2) , 191-196.
- Maslow AH (1943) A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, **50**,  
370-396.
- 松井剛 (2001) マズローの欲求階層理論とマーケティング・コンセプト 一橋論  
叢, **126** (5), 495-510.
- 松尾太加志・中村知靖 (2002) 誰も教えてくれなかった因子分析—数式が絶対に  
出てこない因子分析入門— 京都: 北大路書房
- 松本裕史・竹中晃二 (2002) 運動行動における調整スタイルと行動変容段階の関  
係 ヒューマンサイエンスリサーチ, **11**, 147-160.
- McClelland DC, Atkinson JW, Clark RW, & Lowell EL (1953) *The achievement  
motive.* New York: Appleton-Century-Crofts.
- Meichenbaum D, & Turk DC (1987) *Facilitating treatment adherence: A  
practitioner`s guidebook.* New York: Plenum Press.
- 宮本美沙子 (1989) 人間主義の理論および個人的構成概念 B・ワイナー (著)・

林保・宮本美砂子（監訳） ヒューマン・モチベーションー動機づけの心理学一 東京：金子書房 pp.299-321.

水野智・楊舒・徐知行・太田圭洋・山内一信（1999） 患者満足度は医療の質の評価指標になりうるのか：日本病院会会員病院における患者の満足度調査の実施実態，および患者満足度調査に対する態度 病院管理，**36**（4），337-346.

Moreno JA, López de San Román M, Martínez Galindo C, Alonso N, & González-Cutre D (2008) Peers' influence on exercise enjoyment: A self-determination theory approach. *Journal of Sports Science and Medicine*, **7**, 23-31.

森谷 紘（2007） 「健康のための行動変容」における「健康行動理論」の有用性の検討 天使大学紀要，**7**，1-14 .

Mullan E, & Markland D (1997) Variations in self-determination across the stages of change for exercise in adults. *Motivation and Emotion*, **21**, 349-362.

Mullan E, Markland D, & Ingledew DK (1997) A graded conceptualisation of self-determination in the regulation of exercise behaviour: Development of a measure using confirmatory factor analytic procedures. *Personality and Individual Differences*, **23**, 745-752.

村上宣寛（2006） 心理尺度の作り方 京都：北大路書房

Murcia JA, Gimeno EC, & Camacho AM (2007) Measuring self-determination motivation in a physical fitness setting: validation of the Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire-2 (BREQ-2) in a Spanish sample. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, **47**（3），366-374.

Murcia JA, Román ML, Galindo CM, Alonso N, & González-Cutre D (2008)

Peers' influence on exercise enjoyment: A self-determination theory approach. *Journal of Sports Science and Medicine*, **7**, 23-31.

Murray HA (1938) *Exploration in personality*, New York, Oxford Univ. Press.

長沼君主 (2004) 自律性と関係性からみた内発的動機づけ研究 上淵寿 (編著) 動機づけ研究の最前線 京都: 北大路書房 pp.30-60.

日本健康心理学会 (2002) 健康心理学概論 東京: 実務教育出版

大庭純子・米山美智代 (2007) A 公立総合病院の外来患者満足度調査による病院総合評価に影響する要因の検討 日本看護学会論文集: 看護管理, **37**, 517-519.

大友昭彦・渡辺京子・山田紀代美・鈴木みずえ・江口清・土屋滋 (1995) 高齢者用運動動機尺度の妥当性と信頼性の検討 理学療法学, **22** (3), 119-124.

大津佐知江・佐伯圭一郎・平野互・栗屋典子 (2006) 看護ケアの評価尺度の1つとしての患者満足度の有用性に関する検討 インスリン療法導入患者に対する教育に着目して 日本看護学会誌, **16** (1), 123-128.

大和田瑞乃・郡司篤晃・今中雄一 (1995) 患者による入院医療の質の評価 病院管理, **32**, 319-329.

岡浩一郎 (2000) 行動変容のトランスセオレティカル・モデルに基づく運動アドヒレンス研究の動向 体育学研究, **45** (4), 543-561.

岡浩一郎 (2003) 運動行動の変容段階尺度の信頼性および妥当性—中高年者を対象にした検討— 健康支援, **5**, 15-22.

Parasuraman A, Berry LL, & Zeithaml VA (1991) Understanding Customer Expectations of Service. *Sloan Management Review*, **39**, 39-48.

Pascoe GC (1983) Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, **6** (3-4), 185-210.

- Peddle CJ, Plotnikoff RC, Wild TC, Au HJ, & Courneya KS (2008) Medical, demographic, and psychosocial correlates of exercise in colorectal cancer survivors: an application of self-determination theory. *Support Care Cancer*, **16** (1) , 9-17.
- Prochaska JO, & DiClemente CC (1983) Stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **51**, 390-395.
- Rose EA, Markland D, & Parfitt G (2001) The development and initial validation of the Exercise Causality Orientations Scale. *Journal of Sports Science*, **19**, 445-462.
- Rose AR, Parfitt, & Williams (2005) Exercise causality orientation, behavioural regulation for exercise and stage of change for exercise: exploring their relationships. *Psychology of Sport and Exercise*, **6**, 399-414.
- Roberts JS (1987) A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *The Journal of the American Medical Association*, **258** (7) , 936-940.
- Ryan RM (1995) Psychological needs and the facilitation of integrative process. *Journal of Personality*, **63**, 397-424.
- Ryan RM, & Connell JP (1989) Perceived locus of causality and internalization: examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, **57** (5) , 749-761.
- Ryan RM, & Deci EL (2000) Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, **55** (1) , 68-78.

- 芝祐順（1979） 因子分析（第2版） 東京：東京大学出版会
- Sheriff M & Hovland（1961） *Social judgements: Assimilation and contrast effects in communications and attitude change*. New Haven, CT: Yale University Press.
- 島津望（2005） 医療の質と患者満足－サービス・マーケティング・アプローチ－  
東京：千倉書房
- 清水和彦（2006） 理学療法に必要な QOL 開発過程の理解－統計学的性質 清水和彦・黒川幸雄（責任編集） QOL と理学療法－患者満足度をいかに高めるか－ 東京：三輪書店 pp.40-49.
- Singh J（1989） The Patient Satisfaction COnccept: A Review and Reconceptualization. *Advance in Consumer Research*, **16**, 176-179.
- Sitzia J（1999） How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care*, **11**（4）, 319-328.
- Skinner EA, & Belmont MJ（1993） Motivation in the classroom: Reciprocal effects of teacher behavior and student engagement across the school year. *Journal of Educational Psychology*, **85**, 571-581.
- 園田明人（2003） 感情と動機づけ 角山剛・小西啓史・三星宗雄・渡辺浪二（編著） 基礎から学ぶ心理学 東京：ブレーン出版株式会社 pp.111-132.
- Standage M, Duda JL, & Ntoumanis N（2003） A Model of Contextual Motivation in Physical Education: Using Constructs From Self-Determination and Achievement Goal Theories to Predict Physical Activity Intentions. *Journal of Educational Psychology*, **95**（1）, 97-110.
- 菅原健介（2001） 心理尺度の作成方法 松井豊（編）・堀洋道（監修） 心理測定尺度集Ⅲ 東京：サイエンス社 pp.397-408.

- 高栴和江 (1998) 医療の品質と品質管理方法 岩崎榮 (編集) 医を測る—医療サービスの品質管理とは何か— 東京：厚生科学研究所 pp.19-30.
- 竹中晃二 (2000) 運動・スポーツとメンタルヘルス 臨床スポーツ医学, **17**, 277-280.
- 田尾雅夫 (1993) モチベーション入門 東京：日本経済新聞社
- Thompson AGH & Sunol R (1995) Expectation as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, **7**, 121-141.
- 徳永幹雄 (2004) 体育・スポーツの心理尺度 東京：誠信社
- 豊田秀樹 (2000) 共分散構造分析 (応用編) —共分散構造分析モデリング— 東京：朝倉出版
- Vallerand JK, & Ratelle CF (2002) Intrinsic and extrinsic motivation: A hierarchical model. In EL Deci, RM Ryan (Eds.) *Handbook of self-determination research*. Rochester NY: University of Rochester Press. pp.37-63.
- Vallerand RJ, & Bissonnette R (1992) Intrinsic, extrinsic and amotivational styles as predictors of behavior: A prospective study. *Journal of Personality*, **60**, 599-620.
- 涌井佐和子・鈴木純子 (1997) 健康運動プログラム評価を目的とした身体活動評価表の開発 日本体育学会測定評価専門分科会機関誌 CIRCULAR, **58**, 179-187.
- Ware J, Davies-Avery A, & Stewart AL (1978) The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health & Medical Care Services Review*, **1** (1), 1, 3-15.
- White RW (1959) Motivation reconsidered: The concept of competence.



*Psychological Review*, **66**, 297-333.

Williams B (1994) Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science & Medicine*, **38** (4) , 509-516.

Williams GC, Grow VM, Freedman ZR, Ryan RM, & Deci EL (1996) Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of personality and social psychology*, **70** (1) , 115-126.

Wilson PM, Rodgers WM, Blanchard C, & Gesell J (2003) The relationship between psychological needs, self-determined motivation, exercise attitude, and physical fitness. *Journal of Applied Social Psychology*, **11**, 2373-2392.

Wilson PM, Rodgers WM, & Fraser SN (2002) Examining the psychometric properties of the Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, **6**, 1-21.

Wilson PM, Rogers WT, Roders WM, & Wild TC (2006) The Psychological Need Satisfaction in exercise Scale. *Journal of Sports & Exercise Psychology*, **28**, 231-251.

山口陽弘・高橋美保 (2002) 試験にでる心理学 心理測定・統計編—心理系公務員試験対策/記述問題のトレーニング 京都：北大路書房

山本嘉一郎・小野寺孝義 (2002) AMOSによる共分散構造分析と解析事例 第2版 東京：ナカニシヤ出版

矢崎義雄 (2008) いまなぜ医療マネジメントか 医療経営教育協議会 (編) 医療マネジメント—医療の質向上のための医療経営学— 東京：日経メディカル BP 出版センター pp.12-17.

吉田富二雄 (2001) 信頼性と妥当性—尺度が備える基本的条件— 吉田富二雄 (編)・堀洋道 (監修) 心理測定尺度集 2 東京：サイエンス社 pp.436-453.