

入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度の開発

名古屋大学大学院医学系研究科

看護学専攻

山口 貴子

目次

I. 序論	1
1. 研究の背景	1
2. 研究の意義	1
II. 文献検討	2
1. 文献検索の方法	2
2. 役割理論	3
3. 入院患者の役割	4
1) 病者役割	4
2) 病者役割行動	5
3) 行動と態度	6
4) 患者役割	6
3. 患者役割の概念の変遷	7
4. 患者役割に関する研究の状況について	9
1) 研究の動向	9
2) 患者の役割に関する尺度	10
III. 概念枠組み	11
IV. 研究目的	12
1. 研究目的	12
2. 研究課題	12
V. 研究方法	12
1. 入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度（IAPRS）原案作成のプロセス	12
1) 尺度 1 st バージョンの見直し	12
2) 入院患者に対するプレテスト	12
3) 入院患者に対するパイロットスタディ	13
2. 本調査	13
1) 調査対象者	13
2) 調査方法	13
3) 調査内容	13
4) 分析方法	15
5) 倫理的配慮	15
VI. 結果	15
1. 対象者の特徴	15

2. 入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度（IAPRS）の結果.....	16
1) スコアの概要.....	16
2) 探索的因子分析.....	16
3) 信頼性	17
4) 日本版HLC尺度との関連.....	18
5) 特性的自己効力感尺度との関連.....	18
6) 患者の属性、特性での比較.....	18
VII. 考察	19
1. 信頼性	19
2. 妥当性	19
3. 患者の特性による比較.....	20
1) 基本的属性	21
2) 入院に関わる状況.....	21
3) 他者との関係.....	21
VIII. 看護実践への適用.....	22
IX. 研究の限界と今後の課題.....	22
X. 結論	22
XI. 謝辞	23

引用文献

図表

資料

I. 序論

1. 研究の背景

「看護の対象は、身体的・心理的・社会的存在であり、1つの統一体としての全人間である。」「看護を行うためには、まず、看護の対象となる人間が、身体的・心理・社会的にも共通した特性をもつと同時に、人間は個々に異なる存在であることを十分に理解しなくてはならない」(波多野・小野寺, 2001)、といわれるように、対象の理解は、看護をする上で重要な事柄である。看護の対象は、様々な健康の状態にあるすべての人であるが、病院における主な対象は患者である。

対象を社会的な存在として理解するとき、役割という捉え方がある。様々な社会的役割を持って社会生活を送っている人が病気をもち、医療機関に関わり入院することで、新たに「患者」という役割を担うこととなる。これまでの生活や自分の社会的役割から離れた病院という場で、画一的な期待を持った「患者」として送る生活は、身体的にも社会的にも劇的に変わる(Wu, 1975)。対象はそれぞれが異なる価値観や思いを抱いているため、個々の患者役割に対する認識や態度も変わってくると考えられる。看護師はそれを知り、個々の患者に合った看護を提供していく必要がある。また、役割は相互関係の中で変わっていくものである。さらに患者役割は、医療関係者の役割と相補的な関係にあるため、医療関係者からの期待によってもその認識は変化する(清, 1997)。

従来、入院患者には病者役割(sick role)があると言われていた。これは、医療者に対する患者の依存的役割といわれている。近年、患者の主体性が強調される中でこの病者役割という概念も大きく変わっていることが予想されるが、特に日本の医療の中では、いまだにパターンリズミ的な要素が多く見られ、患者側にも「おまかせ」したいという一面もある(杉田・長谷川, 2001)。また、看護師側も、扱いやすい、医療上の指示や看護師の期待によく応える患者をよい患者、逆に期待に応えない患者を、問題のある患者とみなすケースがある(五十嵐, 2000)。

患者役割に対する患者自身の態度は、患者の療養行動に大きく影響することが推測される。そのため、患者が自身の役割をどのように捉え、どのように取り組もうと考えているのかを明らかにすることが重要である。そこで本研究では、この病者役割という概念を参考にして、現代の患者役割に対する患者の態度の背景には何があるのかを明らかにすることを目的とした、入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度を作成し、どんなものに影響を受けているのかを明らかにした。

2. 研究の意義

看護師が患者自身の役割に対する態度を知ることが、その患者に合った接し方や看護の方法を工夫する根拠となり、更には患者の満足度の向上や、効率の良い看護の提供に

つながるものと考えられる。本研究で開発する尺度は、患者役割に対する患者自身の態度を定量的に測定するものであり、入院患者の役割態度に影響する要因の検討や、ケアの評価に使用することができると思う。

II. 文献検討

本研究では入院患者が病院において、自らどんなことを行うべきだと考えており、それに向かってどのように取り組んでいるか、ということに注目している。そのように、人がある状況の中でどのように振舞うべきか、ということをつかえる時、私達は役割という言葉を用いる。社会における人間の立場は、この「役割」という概念から捉えることができる。ここでは、本研究において中心的な概念である、「役割」と「患者役割」の2つの概念について説明する。合わせて、最近の研究動向についての文献レビューの結果を示す。

1. 文献検索の方法

文献は、医学中央雑誌 Web 版（1986 年から最新年）を使用し、1986 年から、2011 年 5 月までの 26 年間の文献について、「病人役割」、「患者役割」、「病者役割」、「患者の役割」、の 4 つのキーワードを使用して検索を行った。その結果、合計 223 件が検索された。医学中央雑誌の医学用語シソーラスには、「患者の役割」がキーワードとして登録されていたが、「病人役割」、「患者役割」、「病者役割」の 3 つは登録されていなかった。さらに、もれなく文献を検索するために、医学用語シソーラスにおける、キーワード「患者の役割」の上位階層にある「社会的役割」と「患者」で and 検索をしたところ、622 件が検索された。また、近年では、おまかせ医療から自己決定の医療へと変化し、患者が自らの意思で決定することが患者の責任と考えられている（宗像, 1996）ことから、過去 10 年間の原著論文において「患者参加」、「意思決定」および「自己決定」をキーワードにして「社会的役割」で and 検索をしたところ、90 件が検索された。以上合計 935 件の文献に対し、タイトルおよび要約から、「入院患者の役割」に関連していると思われる。文献を絞込み、内容を精読した。

次に、CINAHL を使用し、1989 年から 2011 年 5 月までの 23 年間の文献について、「sick role」、「patient* role*」の 2 つのキーワードを使用して検索を行った。2 つのキーワードのうち、「sick role」は、CINAHL シソーラスにキーワード登録されていた。そのため、タイトルとアブストラクトに限定して「sick role」をキーワードに用いて検索を行った。その結果、「sick role」で 74 件、「patient* role*」で 182 件の文献が検索された。以上計 256 件の文献に対し、タイトルおよびアブストラクトから、「入院患者の役割」に関連していると思われる文献を絞込み、内容を精読した。

これ以外にも、古典的な概念に関しては、検索した文献を基にして基本的な図書を検索した。

2. 役割理論

役割とは、広辞苑第6版（新村編，2008）によると、「役をそれぞれに割り当てること。また、割り当てられた役目。」であり、心理学の分野では、「ある社会で一定の地位を占める個人がどのように行動すべきかについて、その集団の人々から期待されている行動の様式であり、特定の地位に結びついている行動の型を役割という。」（辰野，1996）とされている。また、新社会学辞典（森岡・塩原・本間編，1993）によると、役割とは、「社会生活において、人々をその仕事や資格に従って部類分けをし、そのような区分された人々によって、遂行されている、ないしは遂行されるべき「働き」や「役目」をさしている。」とされている。このように、役割の概念は多義的であり、統一されていないことがわかる。

S.F. ネーデル（1957）によると、役割概念の最初の明白な定式化は、アメリカの哲学者ジョージ・H・ミード（G・H・Mead）や人類学者ラルフ・リントン（Ralph Linton）の言葉としてである。それ以来、役割概念は人類学者や社会学者、心理学者によって広範に用いられてきたが、最も体系的に論じたのは、タルコット・パーソンズ（Parsons, 1951）であり、その後、アメリカで発展したといわれている。野村（1998）によると、役割とは、「相手との関係において自分が担うことになる社会的カテゴリーの総称であり、社会学では人間を役割の担い手として分析する。」とした。また、役割とは「ある社会的場面において、ある地位（status）を占めた行為者に対して集団や社会が準備し期待する行動様式（行動パターン）」であるとされている。また、パーソンズ（T. Parsons）らの構造＝機能主義に受け継がれた考え方では、社会体系の中で個人の占める位置が地位（status）であり、その地位にふさわしいとされる行動様式が役割（role）である。このような社会システム論の考え方は、人々の相互作用のパターンをなす役割（地位－役割）のシステムを社会構造と見るものである。役割の根底にあるものは、社会体系成員が共通して『当然だ』と認めている期待、すなわち制度化された役割期待であり、規範として作用している。しかし、役割の遂行者にとって、役割期待と役割認知と役割行動とは同一なものではなく、いつでもずれが生じる。このずれは、役割や役割期待そのものを変化させる源としても作用しうる（谷田部，2000）とされている。つまり、社会で生活する人々は、それぞれが何らかの役割を持っており、それぞれの役割に対して役割を担う者や、その周りの人々からの役割期待がその行動に影響されるということである。

パーソンズらの役割理論は1950年代から1960年代に最も隆盛であったものの、様々な批判を受け、役割理論自体も理論としての影響力を弱めていき、その後1980年代に新機能主義によって再評価されるものの、あまり議論されなくなっていく。しかし、役割概念そのものは、現代の人間のありようを理解するのに有用である（谷田部，2000；野村，1998）とされている。

近代社会において社会の一員となることを社会化という。ミード（G・H・Mead）によ

ると、子どもの社会化は役割の学習によって進行するものであり、他者の役割と態度を自分のものにするによって可能になる過程である。これを、役割取得 (role-taking) という。一方、大人の社会化は、新しい役割に関する特殊な知識を獲得することである。人間は特定の役割を引き受けることによって、自分のアイデンティティを再構成する。役割にはその類型的な行動に付随する感情や態度が内蔵されている。ラルフ・H・ターナー (Ralph H. Turner) によると、役割取得は、他者の役割期待をそのまま内面化するのではなく、役割期待は自分なりに解釈され、修正され、新たに再構成されることになる (野村, 1998)。役割理論の学説は、パーソンズらの、社会構造の役割が行為者に先立って存在するという「構造的役割」を重視するものと、当事者の直接的な相互関係の中から対人的な秩序が自主的に形成されるという「対人的役割」を重視するものとに分けられる。対人的役割という考え方は、秩序のダイナミックな変動の可能性を秘めている (谷田部, 2000)。現代における社会のダイナミックな変動の中で、対人的役割が創出され、それがまた制度化されれば構造的役割となるというように、社会の変化に伴い、様々な役割も変化していくことになる。このように現代では役割を画一的に捉えることは主流ではなく、ダイナミックに変動していくものと捉えられている。

また、西欧においては個人という概念と個人の目標とが重要性を持っていた。それに対して日本に古くから取り入れられている儒教倫理では特定の身分間の義務と責任の重要性を説いたため、日本人は自分のことを、特定の役割を果たしている自己と考える傾向が生じた。そのため、日本人の自己概念は、当人の役割概念を離れては存在しにくい (我妻, 1987) といわれている。

以上のことから、日本において、役割概念を用いて様々な社会現象を論じることは意味があり、基本的枠組みを展開できると考えた。

3. 入院患者の役割

では、患者が役割をもつということは、どういうことなのだろうか。小泉 (2001) は、「社会の中で人々のふるまいという観点から見ると、病人は病人らしく、また、医療機関において患者は患者らしくふるまうことが要求されている。それを社会学的に、病人役割、患者役割という」と言っている。

患者役割を論じるにあたって、関連する概念として、「病者役割」、「病者役割行動」について説明を行い、また、「行動と態度」について、本研究で参考にできるモデルを示す。その後「患者役割」について具体的に説明を行う。

1) 病者役割

我々が不調を感じ、病気であることが公的に認められると、病者という社会的地位を獲得する。この病者に期待される行動が病者役割である (清, 2000)。古典的な概念では、タルコット・パーソンズ (Parsons, 1951) による病者役割 (sick role) があり、病人を社会学的な視点から捉え、「sick role (病者役割)」という概念を定式化した。「病者

役割」とは、病気という状態に付帯する役割であると考えられ、病者に対する期待は、以下に示す4つの側面を持っているといわれている。第1に正常な社会的役割の責務の免除であり、第2に病者は自分の状態をどうすることもできない（病者自身には責任を問われない）ということ、第3に病者は自ら回復しようとする「義務」を伴い、第4に回復しようとする過程で、医師と協力する義務が生じるとされている。

なお、様々な論文によって、パーソンズが概念化した sick role は、人によって日本語で、「病人役割」、「病者役割」、「患者役割」などと様々な日本語に訳されている。

この病者役割という概念は、いくつかの点で批判もある。コッカーハム (Cockerham, 2007) によれば、これらの批判は、行動の多様性、病気のタイプ、患者-医師関係、中流階級志向性に整理することができる。第1には、この概念に合わない多様な行動が見られる点、第2に、この概念が急性期や回復可能な疾患には当てはまるが、慢性疾患や精神疾患には当てはまらないこと、第3に、この概念では患者-医師関係が、開業医による伝統的な医療体系モデルを採用しており、複数の医師や医療チームと患者との相互関係にはあてはまりにくいこと、第4に、この概念が中流階級の価値志向を反映しており、貧困階層にはあてはまりにくいこと（進藤, 1990、清, 2000）などである。しかしながら、パーソンズの病者役割という概念は、今日、患者や医師の役割概念の原型となっている（宗像, 1996）。

パーソンズが急性期の疾患を対象に病者役割を論じたのに対し、ネス (Ness, 1973) は、慢性期の病者役割には、4つの側面があり、第1に、通常の役割と病者役割とが平行して遂行され、その両立が目指され、第2に、できるだけ依存せずに、自分の力でノーマルな生活を送ることが期待され、第3に、病者自身が治療課程に積極的かつ主体的に取り組むことが期待され、第4に、慢性疾患の病者役割には、確立された規範が存在しないため、複数の選択肢から、自分の責任で、その1つを選び取っていかなくてはならないのが特徴である。つまり、慢性疾患を持つ病者は、その疾患の存在を受容すると共に、残された潜在能力を自覚し実現すること、自分のケアのかなりの部分を積極的に引き受け、治療方針や治療方法を選択し、自ら能動的かつ主体的に関わることが期待される（清, 2000）。

2) 病者役割行動

では、病気になったとき、つまり病者役割を引き受けたとき、人はどうふるまうのか。Kasl & Cobb (1966a, 1966b) は、医療・保健における行動様式を「保健行動・病気行動・病者役割行動」の3つで説明した。『病者役割行動』(Sick-Role Behavior) とは、自分が病気だと考えている人が治るためにとる活動である。それは、適切な治療者から治療を受けることであり、一般には依存的活動全般を意味し、日常業務の遂行をある程度怠るという結果を招く。」(Kasl & Cobb, 1966a; 1966b) とされている。さらに、病者役割行動に影響を及ぼす因子は、「治ろうという動機」と「病者役割規範」の大きく二つがあるとされた。つまり、「病者役割」の規範は、病者役割行動に影響を及ぼすといえる。

3) 行動と態度

態度 (Attitude) は社会的行動を媒介し、また予測するものとしてきわめて重要な概念である。態度の定義は研究者によって異なるが、現実にとられる行動の背後にあるもの、あるいは仮定される反応の準備状態として表現される (川田, 2006) といわれている。Allport (1935) は、態度を、経験を通して体制化された精神的・神経的な準備状態であるとした。また、Krech & Crutchfield (1948) は、態度を、個人の接触している世界のある側面に対する動機づけ的、情動的、知覚的、および認知的過程の永続的体制であるとしている。一方、Rosenberg & Hovland (1960) は、態度は認知、感情、および行動からなるとした。上記の定義をまとめると、態度とはある対象に対して、経験を通して作り上げられた比較的永続する認知、感情、および行動の傾向であり、社会的行動を説明する有力な構成概念である (上野, 1986)。

一方、態度-行動関係を理論化したのが、エイゼン (Fishbein, & Ajzen, 1980) の合理的行動の理論である。合理的行動理論は、態度と社会的規範が行動意図を決定する要因としている。さらに、エイゼン (Ajzen, 1985) はこの理論を拡張した計画的行動の理論 (theory of planned behavior) を提唱した (図1)。この理論によると、行動は行動意図によって起こるが、その行動意図を規定するものとして、行動への態度と主観的規範、更に行動のコントロール感 (perceived behavioral control) があるとされている (Ajzen, 1991)。

以上より、本研究においては、これらの文献を元に態度を、「行動に臨むときの心構えや姿勢」と定義した。

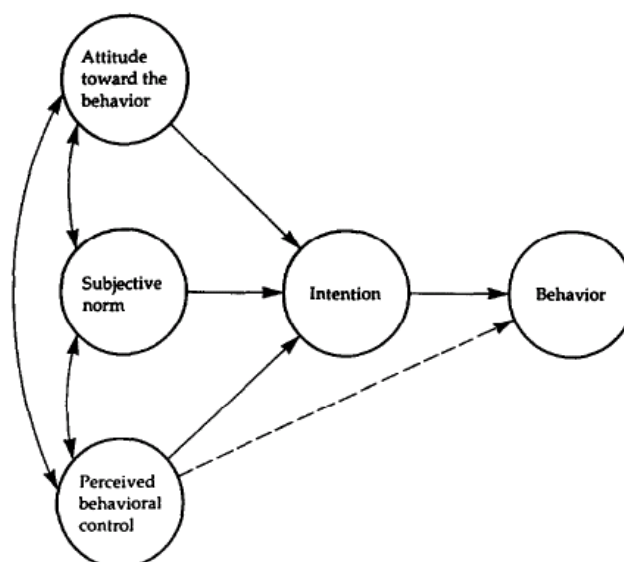


FIG. 1. Theory of planned behavior.

4) 患者役割

では、患者の役割とは何なのだろうか。これまでの病者役割の概念は、社会全般の中

での病人の地位と役割に関係していたが、患者の役割を考えるとときには、医師-患者関係のあり方にも間接的に関係している。清（2000）によると、「病者は、病院や診療所といった医療の場で、医師や看護師などといった医療サービス提供者との関わりを持つようになって初めて、患者という地位を与えられ、患者としての適切な行動を期待されるようになる。」としている。谷田部（1985）によると、パーソンズは、病者役割（sick role）と患者役割（patient role）を用語上はつきり区別していると述べている。パーソンズ自身も、患者役割は「専門職的な医師のサービスの受け手として識別することができる」と述べており、病者役割の一部として患者役割を位置づけている。

患者役割は、外来患者と入院患者という地位による異なる期待というように、大きく2つに分けて捉えることができる。外来患者は患者であると共に、病人であるが、社会生活においての地位や役割を持ち続けるため、患者役割から適当な距離をとりやすく、あまり縛られない。これに対して入院患者の場合には、一定期間、社会的地位や役割を断念し、放棄して、全面的に「入院患者」として治療に専念しなければならない（清 1997；2000）。つまり、病院における入院患者としての地位と役割に適応することが期待される。コッカーハムによれば、入院患者に強いられる役割は、脅威への服従、強制された協力、非人間化された地位の持続といった特徴を持つものだという。

患者役割は、医療サービス提供者役割と相補的な関係にあるため、医療サービス提供者が患者との関係についてどんなモデルが望ましいと考えるかによって、大きく左右される清（1997）といわれている。

医師-患者関係モデルの中で、患者役割を論じているパーソンズには様々な批判も存在した。あまりに大人-子供関係に模されており、両者の関係が不均衡であることに注目したスザッスとホランダー（Szass, & Hollender, 1956）は、疾病の重症度を基準に3つの医師-患者関係モデルを提示した。医師がパターナリスティックに治療の全てを決定するという、能動-受動（Activity-passivity）モデル、医師が指導者となり、患者は医師の説明や指示を理解してそれに従うという、指導-協力（Guidance-cooperation）モデル、この場合、患者には、能動性や主体性は期待されておらず、よき追従者、協力者であることが期待される。そして、慢性疾患の場合に当てはまる治療計画への患者の積極的な参加が必要となる、相互参加（Mutual participation）モデルである（杉田・長谷川，2001；清，2000）。以上のように、それぞれのモデルに対して異なる患者の役割がある。

3. 患者役割の概念の変遷

パーソンズが患者役割を位置づけた 1950 年代以後、病院化が進み、その医療の中で、田口（2001）は、「患者役割も病院化されている」として、病院は、「逆らわずに病院の日課を受け入れる義務」を含む「病院化された患者役割」の取得を患者に対して要求するとしている。特に入院患者の場合には、あらかじめ制定された病院組織の秩序の中

へ組み込まれ、「病を担うものにふさわしいとみなされている日常生活の中に、自らの態度と行動を再編成することを病院から期待される」（田口，2001）。ただし、特に慢性疾患の増加という疾患構造の変化の中で、全てにこのような受動的行動だけではなく、患者自身が自覚して、服薬や養生につとめるような積極性や主体性も求められている。馬込（1995）は、パーソンズの患者役割¹は、慢性病の増加によって、患者は協力者であると同時に治療者であるという役割を担うことになる」と述べている。また、1970年代に米国で始まったコンシューマーリズムの広まりの中で、医療はサービスの一種と捉え、患者を消費者と見る考え方も出てきており、患者の評価が医師を統制する働きもある。一方で福島（2000）は、医療情報に注目して、「患者は自分が適切な意思決定を行えるように、関連する情報は全て医師に提供する必要があり、それをするのは患者の責任である」と述べている。Faulkner & Aveyard（2002）は、患者は入院すると2つの役割を持つように求められ、それは病人役割と積極的な患者参加であり、受動的な病人役割は、患者参加を妨げていると言っている。

以上から、1950年代、受身の役割が中心であった病人役割の一部として位置づけられていた患者役割には、入院することによって病院という組織の中に組み込まれ、そこに従うといった入院患者役割が加わった。さらに、慢性疾患の増加に伴い、疾患の回復には患者の参加が不可欠であるという背景から、積極的に治療に参加し情報提供をするといった医療の中心的な役割も加わってきているといえる。

また、患者は相互関係の中から自分の役割を学ぶとされており（Wu, 1975）、Tagliacozzo & Mauksch（1972）は、自己の研究の中で「ほとんどの患者は、看護師や医師の期待に順応することは最も重要であると考えていた」と言っている。このように、患者役割というのは、患者自身が認識する役割に影響を受けるだけではなく、関係する他者からの期待が患者の認識に対しても大きく影響していると考えることができる。

1973年にはアメリカ病院協会（AHA: American Hospital Association）が「患者の権利章典（A Patient's Bill of Rights）」を、さらに1981年に採択された「患者の権利に関するリスボン宣言（WORLD MEDICAL ASSOCIATION DECLARATION OF LISBON ON THE RIGHTS OF THE PATIENT）」などの国際的基準を踏まえて、近年、日本の医療においても「患者の権利」を基本とした医療の改善が進められている。その中でも、米国医師会（AMA: American Medical Association）の「医療倫理規定: Code of Medical Ethics」（2005年）の中で「患者の責務」が明記されたことを受け、日本医師会（2007）は「現在は、患者の権利及び医師の義務が強調され、これまでのパターナリズム的傾向を否定する方向にある。しかし、自己決定権に基づき患者-医師が対等な立場に立って診療が行われるようになると、患者の義務も生じる。」としており、患者の「おまかせ」体質も依然として残っていることを述べた上で、「健全で均衡のとれた医療を目指すためには、医師-患者

¹ 馬込はSick roleを患者役割と訳している

双方が『患者の責務』を正しく認識する必要がある」として、①患者側が健康に関する情報を正確に提供すること、②良く理解できなかった説明については、よく理解できるまで質問すること、③他の患者の診療及び職員の業務に支障を与えないことの3つの責務を示している。

なお、平成12年(1999年)3月には、厚生労働省が、「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」として国民が主体的に取り組める健康づくり運動を総合的に推進していくことを推奨し、平成15年(2002年)には、健康増進法が公布され、その第二条には、「国民の責務」として、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。」としている。この流れの中で、2001年には、都立病院が、「都立病院の患者権利章典」を策定した。この中で患者の権利と責務を10項目で示し、そのうち3項目は医師会と同様の患者の責務(「患者の健康に関する情報を提供すること」、「理解できないことについて質問すること」、「他の患者の治療や病院職員の医療提供に支障を来さないように留意すること」)である。その、「患者の責務」を含む「患者の権利」を院内に掲示する病院が、増加の傾向にある。「責務」と「役割」は同じではないが、しなければならないものとして、患者が入院中に医療者や病院側から期待されているものを明確に示したものであり、患者の役割認識にも何らかの影響を与えると考えられる。

4. 患者役割に関する研究の状況について

1) 研究の動向

これまでの研究の中から、入院患者の役割には以下のようなものがあげられている。稲垣・浜井・南ら(2000)は糖尿病患者19名を対象に面接調査を行い、質的な分析から、糖尿病患者の療養行動は8つの構成要素から形成されており、そのうち「話し合いの実感」と「社会的規範」を持つことは重要で、この2つの要因が、療養行動を安定させ、長期の療養行動の継続を助けた。また、松田(1999)はインタビューにより、入院中の患者が寝衣を着用することが病者役割感につながっていると述べている。国外においては、Kassebaum & Baumann(1965)が、慢性期疾患の患者に対して調査を行い、慢性疾患の病人役割を、①依存(Dependence)、②相互関係(Reciprocity)、③役割実行(Role-Performance)、④否定(Denial)の4つの次元に分けた。

それ以外に、役割の構造を示すものではないが、Kasl & Cobbの病者役割行動(Sick Role Behavior)のモデルを枠組みとして用いた研究がいくつかある。松浦(1997)、早川・岡本・田口(2001)、福江、岩本(2001)は、モデルを用いて、実際の患者行動から特性を明らかにし、看護の方向性を考察した。また、明石・佐藤(1992; 1993)は、モデルを用いて手術を受ける患者の社会的役割と病者役割行動の特徴を明らかにした。勝田・川口・根本・櫻井・南(1995)は、病気行動(Illness Behavior)やセルフケアに影響を及ぼす要因を明らかにした。前田・佐藤・本田(1995)、前田・佐藤

(1996) は病者役割の受け入れと母親役割に焦点を当てて役割意識の変化を明らかにした。

一方、患者が担いたいと望む役割を明らかにする研究もされている。ひとつは、意思決定役割カードを使用した研究である (Degner & Sloan, 1992; Caress, 1997; 西岡・森本・田中, 2002)。これは、患者が治療を決定するときにとる、5 つの意思決定役割を用いて、自分が意思決定をしたときに最も近い役割カードを選んでもらう方法である。これによって、患者役割は、積極的、共有的、消極的役割の 3 つのカテゴリーに分類することができる。二つ目は、森本・田中 (2001) が、放射線療法を受けるがん患者 5 名に対するインタビューの質的分析を行い、患者が果たしたいと思っている患者役割について、1) 自己実現を目指す役割、2) 社会的責任を全うする役割、3) 病気・治療に対する患者としての役割の 3 つをあげた。3) については、受動的な役割でなく、能動的な役割であった、と述べている。また、滝口 (2001) は看護ケアにおける意思決定において、患者がどのように参加しているのかを調査し、「患者は依存的な役割を好み、看護師の優勢を認識し、看護師の出した選択肢から選択する、あるいは、無条件に看護師に従っていた。」と述べている。さらに、Keating, N. L., et al.

(2010) は、がん患者に対して治療における意思決定の特徴を調査し、根拠が明白な治療についての決定は、医師と患者がコントロールを共有し、根拠が不確かな治療の場合の決定は患者がコントロールし、根拠が利益を裏付けない、あるいは患者にとってより繊細な治療の決定は、医療者がコントロールする傾向にあったと述べている。

その他、医療事故や感染防止における患者の役割に関する研究 (Koutantji, Davis, Vincent & Coulter, 2005; 瀬戸・城川・藤田・渡邊・長谷川, 2007; 瀬戸・和田・山野辺ら, 2007; Watanabe, Fujita, Seto, Kigawa & Hasegawa, 2008) がある。このように、近年においてもある特定の問題に関する患者役割についての研究は、増加傾向にある。

2) 患者の役割に関する尺度

患者の役割に関連する尺度はいくつかあり、それらは、患者の自己決定に関するもの、患者の自律に関するもの、役割の適応や受容に関するものなどに分けることができる。患者の自己決定に関する尺度には、Vertinsky, Thompson & Uyeno (1974) の、臨床における意思決定参加への患者の望みを測る質問紙、岡・安酸・保科ら (1997) の血液透析患者の自己決定尺度がある。患者の自律に関する尺度には、Ende, Kazis, Ash & Moskowitz (1989) らの、The Autonomy Preference Index、大木・福原 (1995、1997、1999)、大木 (2000) の、医療に対する自律性尺度、Beisecker, A. E. & Beisecker, T. D. (1990) の情報探求行動と情報への欲求の強さを明らかにする Desire for Information Scale と Locus of Authority Scale がある。また、役割の適応や受容に関する尺度は、Cicirelli (1987) の良い患者の特徴や行動を基に作成した患者役割適応尺度、林, 山科, 五十嵐 (1997) の、精神病患者の患者役割の受容を評価する患者

役割受容スケール (PRAS)、落合、横田、高間 (2003a; 2003b) の入院患者の適応度測定尺度などがある。その他、Krupat, Putnam & Yeager (1996)、Krupat, Yeager & Putnam (2000)、Krupat, Hiam, Fleming & Freeman (1999) の患者の役割志向を測る The Doctor Patient Orientation Scale (DPOS) と The Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) などがある。このように、いくつかの患者役割に関する尺度があるものの、そのほとんどが近年注目されている意思決定、情報探求および自律性に関する尺度であり、現在の患者役割に対する入院患者の態度を測定する尺度は見出せなかった。

本研究に先立って行った「患者役割測定尺度の開発プロセス：入院患者の認識と看護師の期待から」(門井・太田, 2006) において、インタビュー (対象者：小児科、精神科、産科、ICU・CCU・手術室以外の病棟に入院中の患者 6 名と循環器外科と脳外科の病棟に勤務している看護師 2 名)、文献検討から得られたデータに基づき、専門家 11 名による内容妥当性の検討の後、ワーディングの確認と表面妥当性の確認を目的とした看護師に対するパイロットスタディを行った。その後、看護師 243 名に自記式質問紙調査を行い、看護師の立場から患者の役割期待を測定できる患者役割測定尺度を作成した (以下、尺度の 1stバージョン)。その尺度は、22 の質問項目で 5 つの因子 (回復への努力、指示・規則の遵守、医療者への気遣い、気持ちの表現、治療への積極的な参加) で構成されている。ただし、この尺度を用いて小児科、精神科、産科、ICU・CCU・手術室以外の病棟に入院中の患者 220 名に調査すると質問項目の 50%以上に天井効果が示され、このままでは患者に対して使用できないことも明らかとなった (山口, 2004)。

以上の文献検討により、入院患者役割に対する患者自身の態度は、患者の療養行動に大きく影響することが推測される。そのため、患者は自身の役割をどう捉え、どのように取り組もうと考えているのかを明らかにすることが重要である。今日において、看護師が患者自身の役割に対する態度を知ることは、患者の社会的な面をアセスメントする上でも意味があり、その患者に合った接し方や働きかけを工夫する根拠となり、更には患者の満足度の向上につながる。そこで本研究では、先に開発した患者役割測定尺度 (以下尺度 1stバージョン) を改良し、入院患者役割に対する患者の態度を測定できる尺度を作成し、どんなものに影響を受けているのかを明らかにしようと考えた。

III. 概念枠組み

本研究では、入院患者役割を病院という状況における、医療者や家族からの期待、そして患者自身によって認知された行動様式であり、『通常の社会的役割の免除』、『医療者に従う義務』、『主体的に医療に参加する義務』、入院という状況下で『病院の組織に従う義務』の 4 つの側面を伴う。と定義し、「入院患者役割に対する患者の態度」とはこれらの 4 つの側面を持つ役割を担う患者自身が、どのように行動に移そうとしているのか、その取り組みの姿勢とした。

IV. 研究目的

1. 研究目的

本研究は、患者が入院患者役割にどのように取り組んでいるのか、その傾向および程度を測定することのできる、信頼性・妥当性の確保された尺度を開発することである。

2. 研究課題

- 1) 先行研究で開発した患者役割測定尺度（尺度 1stバージョン）の改良
- 2) 改良版尺度の信頼性、妥当性の検討
- 3) 入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度（IAPRS）の信頼性、妥当性の検討
- 4) 入院患者役割に対する患者の態度に影響を及ぼす要因についての検討

V. 研究方法

前述の文献レビューに示したように、現時点でこの尺度以外に入院患者の態度を測定できる可能性のあるものはない。そこで、本研究では、この尺度 1stバージョンを改良して、「入院患者役割に対する患者の態度測定尺度（IAPRS）」の原案を作成し、信頼性と妥当性の検討のための調査を以下のように行った。

1. 入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度（IAPRS）原案作成のプロセス

尺度 1stバージョンを見直し、プレテスト、パイロットスタディという 3 つのプロセスを経て、尺度原案を作成した。

1) 尺度 1stバージョンの見直し

尺度 1stバージョンで見られた入院患者からの回答の天井効果を改善するために、小児科、精神科、産科、ICU・CCU・手術室以外の病棟に入院中の 20 歳以上の幅広い年齢、様々な疾患を持つ入院患者 9 名を対象とする半構成インタビューを行った。その結果から、それぞれの質問項目が患者の建前ではなく、実際の態度を示すように質問項目の末尾の表現を「～すべきである」から「～しようとしている」あるいは「～する」と変更すると共に、それらに「どのように取り組んでいるか」と尋ねるための修正を行った。さらに、インタビューの結果と文献の追加レビューを基に、「病気と前向きに闘う」「くよくよ考えない」「病気に負けないようにする」など 10 個の質問項目を追加し、改良版尺度を作成した。

2) 入院患者に対するプレテスト

整形外科、外科、内科に入院中の入院患者 10 名に対して改良版尺度によるプレテストを行い、質問項目のワーディングの確認を行った。この結果、患者の態度をより明確に表現できるように、質問項目の末尾は、「～しようとして努力している」に変更することとした。さらに、それぞれの質問項目に対する選択肢を、「まったく努力をしていな

い」から「非常に努力している」の 6 件法に変更した。その他、質問の意味が伝わりにくい 1 つの質問項目の削除や質問項目の表現の修正を行い、改良版尺度第 2 版を作成した。

3) 入院患者に対するパイロットスタディ

小児科、精神科、産科、ICU・CCU・手術室以外の病棟に入院中の、20 歳以上の幅広い年齢、様々な疾患を持つ入院患者 142 名を対象として、改良版尺度第 2 版を用いたパイロットスタディを行い、項目分析および因子分析を行った。項目分析では、天井効果のあった 2 項目を削除した。主因子法、プロマックス回転で因子分析を行い、26 項目から 5 因子を抽出することができた。なお、概念枠組みで示した 4 つの側面から外れる 2 つの質問項目の削除および 3 項目の表現の修正を行った。

上記、3 つのプロセスに基づき、27 項目から成る「患者役割に対する入院患者の態度の尺度 (IAPRS)」原案を作成した。

2. 本調査

1) 調査対象者

愛知・岐阜・三重・静岡の 4 県にある 200 床以上の全病院（精神科を標榜する病院は除く）204 施設を対象に調査協力の可否等を尋ねるための質問紙調査を行い、そのうち、13 病院から研究協力が得られた。次に、研究協力の得られた 13 病院から病院の研究協力窓口担当者によって無作為に抽出された入院患者 399 名を対象とした質問紙調査を行った。対象者の条件は、施設長の了解の得られた 13 病院の小児科、精神科、産科、ICU・CCU・手術室以外の病棟に入院中で、状態が安定しており、自記式質問紙の回答が可能な患者である。なお、約 1 ヶ月の間をおいて行う再テストの承諾が得られた 55 名に対し、再テストを行った。研究協力の得られた 13 病院については、200 床以上 500 床未満の病院が 10 施設、500 床以上の病院が 3 施設であり、そのうち、3 つの病院は一般病床と療養病床を含んでいた。運営母体は、医療法人から市立病院まで、様々であった。

2) 調査方法

本調査は郵送法による留置式質問紙調査法によって行った。なお、再テストは、同一の質問紙を研究協力の得られた対象者に対して初回の調査の約 1 ヶ月後に郵送して行った。再テスト実施時には、1 回目に答えた状況を思い出してもらい、質問紙に回答をしてもらった。なお、対象患者に対する調査の依頼、説明は文書にて行い、回答後の回収は、患者の自由意思による郵送での個別返送とした。

3) 調査内容

本調査は大きく分けて 4 つの内容から成る。以下にその内容と本調査における位置付けを示す。

①属性および疾患や現在の状況、入院についての項目

性別、年齢、職業、病名、入院回数、入院期間、手術の有無、今後の見通し、自覚症状の有無、主治医や看護師に対する信頼の程度、自分の努力を医療者や家族は認めてくれていると思うかなど、入院中の患者の態度などに関連のあると思われる、全 16 項目によって構成される。

Wu (1973) は、病人役割行動に影響を与えるであろう要因として、病気の本質、関係他者との相互関係をあげている。病気の予後や現在の症状、医療者や家族との関係性によって、本尺度のスコアに差が出るものと予測して上記項目を選定した。

②入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度 (IAPRS) 原案

V-1 に示した手続きによって作成した「患者の役割に対する入院患者の態度尺度 (IAPRS)」原案を使用した。これは、27 項目からなる 6 件法の尺度である。

③日本版 Health Locus of Control (主観的健康統制感) 尺度

Rotter (1966) によって提唱された、Locus of Control という概念は、個人がその行動を統制する主体の所在を内的、外的どちらに求めているか、という認知スタイルを示す。Health Locus of Control (以下 HLC) は LOC を保健行動領域に適用したものである (宗像, 1996)。Wallston B. S., Wallston K. A., Kaplan, & Maides, (1976) は健康関連行動の予測のために、HLC 尺度を作成した。更に、Wallston K. A., Wallston B. S. & DeVellis, (1978) は、その HLC 尺度を多次元化した MHLC (Multidimensional Health Locus of Control) 尺度を開発した。日本版 HLC 尺度は、堀毛 (1988; 1991) によって MHLC を日本語版に改定したもので、健康や病気に関する原因帰属を個人の信念体系から測定するものであり、信頼性妥当性が確認された、25 項目、6 件法の尺度 (全くそう思わない 1 点～非常にそう思う 6 点) である。I (Internal; 自分自身)・F (Family; 家族)・Pr (Professional; 専門職)・C (Chance; 偶然)・S (Supernatural; 超自然) の 5 因子から構成されており、回答の数値をそのまま 5 つの下位尺度ごとに素点を合計して使用する。

Wallston, et al. (1978) によると、「locus of control construct is relevant to the prediction of health behaviors and sick- role behavior. Internals show behavior that is more positive.」としていることから、サブスケールの Internal と本尺度とは正の相関があると仮定して採用した。

④特性的自己効力感尺度

Bandura (1977) は、自己効力感 (Self-Efficacy) を、「個人がある状況において必要な行動を効果的に遂行できる可能性の認知を示す」とした。自己効力感には特異的な場面における行動に影響を及ぼす自己効力感と、より長期的により一般化した日常場面における行動に影響を及ぼす自己効力感 (特性的自己効力感) の 2 つの水準がある。この特性的自己効力感尺度は、Sherer, et al. (1982) の SE 尺度を成田らが邦訳したもので、23 項目、5 件法、1 因子構造の尺度である。

坂野・東条（2001）によると、「セルフエフィカシーが行動変容を予測する要因として有効であることは実証されている」としている。患者が入院生活の中で必要とされる、様々な行動変容おこす上で、自己効力感は、関連がある概念であると推測できる。以上より、本尺度とセルフエフィカシーは正の相関があると予測して、採用した。

4) 分析方法

データの統計学的処理には統計ソフト SPSS（17.0 J）を用いた。尺度の構成概念妥当性を調べるために、探索的因子分析を行った。内的整合性の確認のため、尺度全体と因子ごとの Cronbach's α 係数を求めた。また、再テストによる尺度の安定性を確認するため、本調査の約1ヵ月後に再テストを実施し、1回目の得点との Pearson の相関係数を算出した。入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度（IAPRS）と日本版 HLC 尺度、特性的自己効力感尺度との関連については、Pearson の相関係数を用いた。因子ごとの属性や対象の特性に関する違いを明らかにするために、 t 検定、一元配置分散分析、Kruskal Wallis 検定を用いて分析した。すべての統計処理は両側検定で行い、有意水準は $p < 0.05$ とした。

5) 倫理的配慮

対象者には、以下のことをわかりやすく説明して、協力を依頼した。

- ・ 対象者には、文書を用いて本研究の目的、内容について説明し、その内容を理解してもらい、参加の有無は自由意志であること。
- ・ 得られたデータは本研究の目的以外には使用しないこと。個人が特定されないようにコード化して用いて厳重に管理をすることによる匿名性の強調。インタビューにおいては録音した MD は研究終了時にデータを消去し廃棄すること。
- ・ 研究に同意をしても、いつでも中断できること。
- ・ 研究に協力しないことで、何らかの不利益が生じないこと。

再テストでは、1回目の本調査との回答と照合が必要であるため、書いてもらった名前および連絡先は、匿名化のためのコードを付し、再テスト調査票との照合がすんだ後に直ちに確実にシュレッター処理をした。

以上の倫理的配慮について、名古屋大学医学部倫理委員会保健学部会の承認（承認番号 6-127）を得た後に、調査を行った。

VI. 結果

1. 対象者の特徴

病棟に入院中の患者 399 名に配布をしたうち、216 件の回答が得られ（回収率 54.1%）、そのうち、有効回答数は 201 件（50.4%）であった。表 1 に示すように、対象者の年齢は、20 歳代から 80 歳以上と幅広く、60 歳代が最も多かった。性別は、男性のほうがやや多く、120 名（59.7%）であった。有職者には、会社員などの勤め人、自営業を含み、91 名（45.3%）であった。有職者以外は、無職、専業主婦、パート/アルバイト、学生を含

み、99名(49.3%)であった。入院回数では「3回以上」の人が81名(40.3%)と最も多く、「初めて」62名(30.8%)、「2回目」56名(27.9%)と続いた。入院期間では「1週間から3週間」が85名(42.3%)と最も多く、「1ヶ月以上」56名(27.9%)、「7日未満」39名(19.4%)という順番になった。手術の予定は「受けた」人が86名(42.8%)と最も多く、「受けない」人が77名(38.3%)となった。自覚症状では、「ほとんどない」が69名(34.3%)と最も多く、「たまにある」58名(28.9%)、「全くない」38名(18.9%)であった。今後の見通しでは、「時間がかかるが回復」と答えたのは89名(44.3%)で、「すぐに回復」が40名(19.9%)、「わからない」が35名(17.4%)であった。主治医に対する信頼では、「大変信頼している」が133名(66.2%)と回答し、「どちらかという信頼している」は59名(29.4%)、「どちらかという信頼していない」が4名(2.0%)であった。看護師に対する信頼では、「大変信頼している」が125名(62.2%)と回答し、「どちらかという信頼している」は68名(33.8%)、「どちらかという信頼していない」が2名(1.0%)、「全く信用していない」が2名(1.0%)であった。入院中に行っている努力を家族が認めてくれていると思うかという質問には、「そう思う」が153名(76.1%)、「ややそう思う」が41名(20.4%)で、医療者が努力を認めてくれていると思うかという質問には、「そう思う」が120名(59.7%)、「ややそう思う」が67名(33.3%)であった。入院中に行っている努力について、家族や周囲の支えについては、「ある」が192人(95.5%)とほとんどの人が答えていた。努力により、病状や症状が改善してきていると思うかという質問には、「そう思う」が135名(67.2%)、「ややそう思う」が52名(25.9%)であった。

2. 入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度 (IAPRS) の結果

1) スコアの概要

入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度 (IAPRS) の各項目の平均点は、4.25~5.26 (±SD 0.72~1.10) であった。平均値が最も低かったのは、No.12 「入院生活に関する自分の意見を言う努力をしている」であり、最も高かったのは、No.1 「早く治す努力をしている」と No.2 「病院の規則を守る努力をしている」であった。No.2、23 は共に天井効果を認めたがわずかであるため、分析から外すことはしなかった。各項目の回答は、歪度、尖度から、やや高い点数よりにとがった分布であることを示していた。全ての項目において、2峰分布は認められなかった。

2) 探索的因子分析

構成概念妥当性を検討するため、27項目の質問項目を用いて、探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行った。因子抽出には、固有値1以上を基準とした。質問項目の選択において、共通性が0.3未満の2項目(Q5、21)、因子負荷量0.40を大きく下回る4項目(Q3、7、17、20)を削除し、吟味しながら因子分析を繰り返し行った。また、因子数を4因子に固定し、同様の条件で因子分析を繰り返したところ、結果がほぼ一致

した。以上により、最終的に、4 因子 21 項目を採用し、これを入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度 (IAPRS) とした。この因子分析の結果を表 2 に示した。なお、回転前の累積寄与率は、60.54%であり、また、Kaiser - Meyer - Olkin のサンプリング適切性基準は 0.888 であった。

第 1 因子は、「早く直す努力をしている」、「病院の規則を守る努力をしている」、「自分の病気について知る努力をしている」などの 8 項目に負荷が高く、病院の規則や医師の指示を守り、病気を早く治していこうとする基本的な患者の役割を示していると考え、『患者のアドヒアランス Patient adherence』とした。最高合計スコアは、48 点である (48 点満点)。

第 2 因子は、「医療者に余計な時間を取らせない努力をしている」、「治療やケア以外のことによって医療者を呼び止めない努力をしている」、「治療やケアは拒否しない努力をしている」などの 5 項目に負荷が高く、入院中に関わる医療者や他の入院患者などに迷惑をかけないように配慮している事柄と考えられ、『配慮 Consideration』とした。最高合計スコアは、30 点である (30 点満点)。

第 3 因子は、「治療やケアに対して自分の要求を言う努力をしている」、「入院生活に関する自分の意見を言う努力をしている」、「自分の気持ちを言う努力をしている」などの 5 項目に負荷が高く、積極的に自分の意見や気持ちを表出する事柄と考えられ、『自己の表出 Self-expression』とした。最高合計スコアは、30 点である (30 点満点)。

第 4 項目は、「くよくよ考えないように努力している」、「病気に負けないように努力をしている」「仕事や家庭での役割を気にしないように努力している」の 3 項目に負荷が高く、病気になって入院し、治療をするうえでの基本的な心構えを表していると考えられ、『心構え Mental attitude』とした。最高合計スコアは 18 点である (18 点満点)。

サブスケールの特徴は、表 3 に示した。

因子間相関では、第 1 因子『患者のアドヒアランス Patient adherence』と第 2 因子『配慮 Consideration』に $r=0.67$ 、第 1 因子『患者のアドヒアランス Patient adherence』と第 3 因子『自己の表出 Self-expression』に $r=0.64$ 、第 1 因子『患者のアドヒアランス Patient adherence』と第 4 因子『心構え Mental attitude』に $r=0.44$ 、第 2 因子『配慮 Consideration』と第 3 因子『自己の表出 Self-expression』に $r=0.42$ 、第 2 因子『配慮 Consideration』と第 4 因子『心構え Mental attitude』に $r=0.46$ と中程度以上の正の相関が見られ、第 3 因子『自己の表出 Self-expression』と第 4 因子『心構え Mental attitude』には $r=0.35$ とやや弱い正の相関がみられた。

3) 信頼性

内的一貫性を確認するために、 α 係数を求めた。調査票 21 項目における α 係数は 0.93 であった。第 1 因子『患者のアドヒアランス Patient adherence』は 0.89、第 2 因子『配慮 Consideration』は 0.86、第 3 因子『自己の表出 Self-expression』は 0.89、第 4 因子『心構え Mental attitude』は 0.83 となり、高い内的整合性が認められた。

安定性を確認するため、再テスト法を使用した。再テストは、同意の得られた 55 名に対して約 1 ヶ月後に配布した。30 名 (54.5%) から回答が得られ、有効回答数は 26 名 (47.3%) であった。表 3 に示すように、再テストでは ($r=0.54\sim 0.76$: $p=0.00$) で強い正の相関関係がみられ、信頼性が確認された。

4) 日本版 HLC 尺度との関連

「入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度 (IAPRS)」の下位尺度の得点と、堀毛による 25 項目からなる日本版 HLC 尺度の下位尺度得点との相関係数を算出し、構成概念妥当性を検討した。表 4 に示されるように、IAPRS の第 1 因子『患者のアドヒアランス Patient adherence』は、HLC の下位尺度である『家族』、『自分自身』、『専門職』にそれぞれ有意な正の相関がみられた ($r=0.29$: $p=0.000$, $r=0.26$: $p=0.001$, $r=0.26$: $p=0.001$)。第 2 因子『配慮 Consideration』は、HLC の下位尺度である『家族』、『自分自身』、『専門職』、とそれぞれ有意な正の相関があった ($r=0.18$: $p=0.029$, $r=0.21$: $p=0.010$, $r=0.19$: $p=0.020$)。第 3 因子『自己の表出 Self-expression』は、『家族』、『自分自身』、『専門職』とそれぞれ有意な正の相関があり ($r=0.18$: $p=0.026$, $r=0.18$: $p=0.028$, $r=0.27$: $p=0.001$)、第 4 因子『心構え Mental attitude』は HLC の下位尺度である『家族』、『自分自身』、『専門職』、『超自然』にそれぞれ有意な正の相関があった ($r=0.18$: $p=0.026$, $r=0.23$: $p=0.004$, $r=0.27$: $p=0.001$, $r=0.18$: $p=0.023$)。

5) 特性的自己効力感尺度との関連

「入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度 (IAPRS)」の下位尺度の得点と、成田らの 23 項目からなる特性的自己効力感尺度の得点でピアソンの相関係数を算出し、構成概念妥当性を検討した。表 4 に示されるように、IAPRS の下位尺度である第 3 因子『自己の表出 Self-expression』と第 4 因子『心構え Mental attitude』について、特性的自己効力感尺度との有意な正の相関 ($r=0.231\sim 0.272$: $p=0.001\sim 0.004$) がみられた。

6) 患者の属性、特性での比較

患者の特性での比較の結果を表 5 に示す。

性別、職業、入院回数、入院期間、自覚症状による得点の差はみられなかった。

「入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度 (IAPRS)」について、患者の特性による差があったものを以下に示す。

年齢をグループ化 (39 歳以下、40~59 歳、60 歳以上) して比較すると、全ての因子で得点に有意な差があり (それぞれ $F(2, 175) = 3.66$: $p=0.028$, $F(2, 175) = 4.30$: $p=0.015$, $F(2, 175) = 3.97$: $p=0.021$, $F(2, 175) = 7.62$: $p=0.001$)、年齢が高くなるほど得点が高くなっていた。

手術の有無によって比較すると、第 2 因子『配慮 Consideration』、第 3 因子『自己の表出 Self-expression』、第 4 因子『心構え Mental attitude』で差があり (それぞれ $p=0.004$, $p=0.021$, $p=0.009$)、「手術を受けた」人が「受ける予定」の人や「受けない」人より高く回答している傾向があった。

病気の今後の見通しでは、第1因子『患者のアドヒアランス Patient adherence』で得点に有意な差があり ($F(2, 140) = 5.41, p = 0.005$)、多重比較の結果、「時間がかかるが回復」が「回復しない」より有意に高く ($p = 0.008$) 回答していた。

主治医に対する信頼について、「信頼している」とそれ以外の群では、全ての因子で有意差があり ($t(175) = 4.12: p = 0.000, t(175) = 4.73: p = 0.000, t(175) = 3.84: p = 0.000, t(175) = 3.77: p = 0.000$)、「信頼している」群が高く回答していた。同様に、看護師に対する信頼について、「信頼している」とそれ以外の群では、全ての因子で有意差があり ($t(176) = 3.61: p = 0.000, t(176) = 3.80: p = 0.000, t(176) = 2.94: p = 0.004, t(176) = 3.52: p = 0.001$)、「信頼している」群が高く回答していた。

家族が努力を認めてくれているかに関しても、「そう思う」群とそれ以外の群では、2因子『配慮 Consideration』以外の因子で有意差があり ($t(178) = 2.83: p = 0.005, t(178) = 2.59: p = 0.010, t(178) = 3.31: p = 0.001$)、「そう思う」群がそれ以外の群よりも高く回答していた。同様に、医療者が努力を認めてくれているかに関しても、「そう思う」群とそれ以外の群では、全ての因子で有意差があり ($t(175) = 4.24: p = 0.000, t(175) = 3.16: p = 0.002, t(175) = 5.85: p = 0.000, t(175) = 2.86: p = 0.005$)、「そう思う」群がそれ以外の群よりも高く回答していた。

様々な努力により、症状が改善してきていると思うかという質問に対しても、「そう思う」群がそれ以外の群より全ての因子で有意差があり ($t(177) = 4.24: p = 0.000, t(177) = 3.88: p = 0.000, t(177) = 3.69: p = 0.000, t(177) = 3.80: p = 0.000$)、「そう思う」群がそれ以外の群より高く回答していた。

VII. 考察

1. 信頼性

一般に、測定用具の内的整合性としては信頼性係数 0.7 以上が適切だが、0.80 以上の係数が極めて望ましい (Polit, Beck, 2010) とされている。本尺度の各因子の信頼性は、Cronbach α 係数で 0.828~0.891 であり、尺度全体では 0.932 と高い内的整合性が認められた。また、再テストにおいても相関係数 ($r = 0.537 \sim 0.762; p = 0.000 \sim 0.003$) で強い正の相関関係がみられ、信頼性が確認された。

2. 妥当性

「患者役割に対する入院患者態度尺度 (IAPRS)」の構成概念妥当性について因子分析の結果、第1因子『患者のアドヒアランス Patient adherence』、第2因子『配慮 Consideration』、第3因子『自己の表出 Self-expression』、第4因子『心構え Mental attitude』の4因子構造が示された。この4つの因子について、図1に示すように、当初示した概念枠組みとの関係について考察する。

第1因子『患者のアドヒアランス Patient adherence』は、指示された安静度を守る、

など概念枠組みの『医療者に従う義務』の一部と考えられる項目が含まれている。また、早く治す努力やできることは自分ですというような『主体的に医療に参加する義務』、さらに、病院の規則を守ることや約束の時間を守るといったような、『病院の組織に従う義務』と考えられる項目もあり、概念枠組みの『医療者に従う義務』、『主体的に医療に参加する義務』、『病院の組織に従う義務』などから構成されていると考えられる。

第2因子『配慮 Consideration』は、『病院の組織に従う義務』の一部であると考えられることができる。病院の組織に従うという中には、病院での決まりを守り、医療者や他の患者に迷惑をかけないという側面が含まれている。これは、患者の責務として示されているものの1つである (Civaner, & Arda, 2008)。

第3因子『自己の表出 Self-expression』は、自分の意見を医療者に表出し、積極的に治療に参加するという内容であり、『主体的に医療に参加する義務』の一部と考えることができる。

第4因子『心構え Mental attitude』は、闘病に対する態度を表しており、入院前の役割を一時中断、もしくはそれより患者の役割を優先し、向きに病気に取り組むといった意味で、『主体的に医療に参加する義務』の一部であり、また、『通常の社会的役割の免除』の一側面であると考えられることも可能である。

このように、本尺度の構成概念は、因子分析の結果、当初示した概念枠組み（『通常の社会的役割の免除』、『医療者に従う義務』、『主体的に医療に参加する義務』、『病院の組織に従う義務』）とは多少形は違うものにはなったが、内容は対応していることを確認することができた。

本測定用具の下位尺度は、日本版 HLC 尺度の下位尺度である「家族」、「自分自身」、「専門職」全てに有意な正の相関が見られ、健康統制の所在を家族、自分自身、専門職にあると考えている患者は、自身の患者役割に対してより努力をする傾向がみられた。また、本測定用具の第3因子『自己の表出 Self-expression』、第4因子『心構え Mental attitude』は、特性的自己効力感尺度との有意な正の相関が見られ、日常生活の中で自己効力感の高い人は、自分の意見を表出する努力をし、闘病に対して前向きに取り組む姿勢を持つとする傾向があった。第1因子『患者のアドヒアランス Patient adherence』や第2因子『配慮 Consideration』と比べて、第3因子『自己の表出 Self-expression』、第4因子『心構え Mental attitude』は特に積極的な患者の行動を表しており、自己効力感との関連が弱いながらも確認された。以上から、構成概念妥当性は、ほぼ確認されたといえる。

3. 患者の特性による比較

患者の特性による比較について、以下の3つの視点である、基本的属性、入院に関わる状況、他者との関係に分けて考察する。

1) 基本的属性

本測定尺度は、年齢以外の基本的属性で差はなかったことから、患者役割に対する入院患者の態度は、性別や職業によっても変わらない一定したものであることが示唆された。つまり、入院患者の役割は、性別や社会的な役割からかけ離れたものであり、これは、パーソンズの病者役割 (sick role) 概念の一側面である「正常な社会的役割の責務の免除」を表していると考えることができる。現代では、慢性疾患の増加により慢性疾患を持った人の役割として、「通常の役割と病者役割とが平行して遂行され、その両立が目指される」ことが重要視されているが、これに対して入院患者の場合には、一定期間、社会的地位や役割を断念し、放棄して、全面的に「入院患者」として治療に専念しなければならない (清 1997; 2000) とされているように、「入院患者役割」は一般的な属性によって変化しない、共通性の高いものであることを示していると考えられる。

年齢が若い人に比べ、年齢が高い人がより努力をする傾向が見られた。高齢者は、複数の疾患を持っていることが多く、より努力が必要であると患者自身が考えているためではないかと考えられた。また、他の役割や社会とのつながりを失う時期であることから、これは、高齢者が若者に比べてより患者役割に専念しやすい環境にあるためではないかと考えられた。

2) 入院に関わる状況

入院回数、入院期間による差はないことから、患者は入院の経験によって患者役割を学ぶわけではなく、あらかじめ社会的に定められた役割を社会的な経験から、学んでいることが示唆された。

手術を受けた人がその他の患者よりも、より努力をしていた。これは、手術を受けることで、回復するだろうという確信を持ち、それが努力につながっているからではないだろうか。また、病気の見通しでは、「時間がかかるが回復する」と思っている人、「自分の努力によって症状が軽減してきている」と考えている人は、その他の人より努力する傾向がみられた。このことから、「自分の病気は時間がかかるが回復する病気なのだ」という確信や、実際に「自分の努力によって病気が回復している」、あるいは、「症状が軽減している」という確信が、より一層の努力につながる可能性が示唆された。

3) 他者との関係

医療者との関係性において医療者を信頼している場合、患者は自分の役割に対する努力をする傾向にあった。コンプライアンス、アドヒアランスは病気対処行動の中の一要素と考えられているが (Chrisman, 1977)、ノンコンプライアンスにかかわる原因の一つとして医療者との関係性があげられている (宗像, 1996)。また、Eldh, Ekman, & Ehnfors (2006) は、ヘルスケアにおける患者参加の条件として「ヘルスケアスタッフが患者を個人と考え病気よりむしろ人に焦点を当て、人の状況を考慮し、そして、人が述べた問題または症状を聞いて考えようとする必要があること」としており、ヘルスケアスタッフが患者を個人として尊重することが大切だと述べている。さらに、医療者のみならず、

患者の近くにいる家族から努力が認められているという実感も、患者にとっては支えとなっていることが示された。本研究の結果から、医療者との良い関係性のみならず、患者の周囲にいる医療者や家族に自分の努力が認められているという認識が、患者の様々な役割に対する努力を促す一つの要因になっていることが示唆された。

VIII. 看護実践への適用

「入院は、患者が病気そのものに加えて、対応しなければならないような刺激や、ストレス源になると考えられる」(Wu, 1973)といわれるように、環境の変化は、患者の生理的、心理的、社会的な面に大きな変化をもたらす。そのため、看護師は、入院中の患者について、身体的のみならず心理的、社会的にアセスメントする必要がある。入院という環境の中で、患者の関心事は、自分の病気に関することから始まり病院の規則を守ることや、医療者との関係、更に他の患者との関係にまで広がる。入院患者となったことで、患者自身がどの方向により努力をしているのかを知ることは、看護師が患者を理解し、患者にとってよりよい環境を作るうえでも重要である。それが、更には患者満足度につながる可能性がある。臨床場面での活用においては、入院時の患者の社会、心理的アセスメントや、カンファレンスの場での患者理解や問題点の検討に使用できると考える。

IX. 研究の限界と今後の課題

本研究のサンプリングは、患者を対象として東海地方の4県13施設で行った便宜的抽出であり、また、対象者が少ないことから結果で示した平均スコアを病院の特性や地域性などを越えて一般化することには限界がある。また、安定性の検討に使用した再テストの2回目には、既に入院という状況にいない患者がいたこともあり、今後は更なる安定性の検討が必要である。さらに妥当性は、種々の尺度との相関や、患者の特性との関連において検討されているのみであり、実際の行動との比較等、妥当性について更に検討を重ねる必要がある。

X. 結論

本研究では、入院患者役割に対する患者の態度を明らかにすることができる尺度を作成し、現代の入院患者役割に対する患者の態度の背景には何があるのか、そしてどんなものに影響を受けているのかを明らかにする目的で研究を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

1. 「入院患者役割に対する患者の態度の測定尺度 (IAPRS)」の信頼性、妥当性が示された。
2. 入院患者役割に対する患者の態度は、第1因子『患者のアドヒアランス Patient adherence』、第2因子『配慮 Consideration』、第3因子『自己の表出 Self-expression』、

第4因子『心構え Mental attitude』という4つの共通因子が見出された。

3. 患者の属性・特性による差では、以下の3つが明らかになった。

1) 基本的属性

本測定尺度は、年齢以外の基本的属性で差はなかったことから、患者役割に対する入院患者の態度は、一般的な属性によって変化しない、共通性の高いものであった。

年齢が若い人に比べ、年齢が高い人がより努力をする傾向が見られた。

2) 入院に関わる状況

入院回数、入院期間による差はないことから、患者は入院の経験によって患者役割を学ぶわけではなく、あらかじめ社会的に定められた役割を社会的な経験から、学んでいることが示唆された。

手術は受けた人がその他の患者よりもより努力をし、「時間がかかるが回復する」、「自分の努力によって症状が軽減してきている」と考えている人は、その他の人より努力する傾向がみられた。

3) 他者との関係

医療者との良い関係性のみならず、患者の周囲にいる医療者や家族に自分の努力を認められているという認識が、患者の様々な役割に対する努力を促す一つの要因になっていることが示唆された。

XI. 謝辞

インタビュー、プレテスト、パイロットスタディ、本調査にわたり、ご協力いただきました患者の皆様方に心から感謝いたします。ご多忙中、快く調査を引き受けていただきました各病院の施設長、看護部の方々には、厚く御礼申し上げます。調査の結果からは多くの示唆を得ることができました。実際の現場に役立てたいと考えております。

本研究をまとめるにあたり、本学の太田勝正教授には、懇切なご指導と暖かい励ましで導いて頂きました。皆様に、心より感謝いたします。

【引用文献】

- Ajze, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- 明石恵子, 佐藤禮子. (1992). 手術療法を受ける壮年期患者の役割機能－手術後の病者役割行動－. *日本看護科学会誌*, 12(3), 92-93.
- 明石恵子, 佐藤禮子. (1993). 手術療法を受ける壮年期患者の役割機能 手術後の回復過程の3時期における変化. *日本看護研究学会雑誌*, 16(2), 39-40.
- American Medical Association. (2005). AMA's Code of Medical Ethics. Retrieved August 20, 2010, from <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion1002.shtml>
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Beisecker, A. E. & Beisecker, T. D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*, 28(1), 19-28.
- Caress, A. (1997). Patient roles in decision-making. *Nursing Times*, 93(31), 45-48.
- Chrisman, N. J. (1977). The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 351-377.
- Cicirelli, V. G. (1987). Locus of control and patient role adjustment of elderly in acute-care hospitals. *Psychology and Aging*, 2(2), 138-143.
- Civaner, M. & Arda, B. (2008). Do patients have responsibilities in a free-market system? A personal perspective. *Nursing Ethics*, 15(2), 263-273.
- Cockerham, W. C. (2007). *The Sick Role*. *Medical Sociology* 10th ed. 143-169, Pearson Prentice Hall.
- Degner L. F. & Sloan J. A. (1992). Decision-making during serious illness: What role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(9), 944-950.
- Eldh, A. C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13 (5), 503-14.
- Ende, J., Kazis, L., Ash, A. & Moskowitz, M. A. (1989). Measuring patients' desire for autonomy. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 23-30.
- Faulkner, M. & Aveyard, B. (2002). In the hospital sick role a barrier to patient participation? *Nursing Times*, 98(24), 35-36.
- 波多野梗子, 小野寺杜紀. (2001). 系統看護学講座, 専門1, 基礎看護学〔1〕, 看護学概論. 74-75, 医学書院, 東京.
- 早川和美, 岡本正樹子, 田口良美. (2001). 化学療法を受ける外来患者の病人役割行動からの一考察, *全国自治体病院協議会雑誌*, 394, 459-463.

- 林直樹, 山科満, 五十嵐禎人. (1997). 精神病患者の病識と患者役割受容スケール—計量精神医学からのアプローチ—. 臨床精神病理, 18, 113-121.
- 堀毛裕子. (1988). Health Locus of control Scales の検討—日本語版作成の試み—. 東北学院大学論文集, 91, 31-53.
- 堀毛裕子. (1991). 日本語版 Health Locus of control 尺度の作成. 健康心理学研究, 4(1), 1-7.
- Wallston, B. D. & Wallston, K. A. (1978). Locus of control and Health: a Review of the Literature. Health Education Monographs, 6(2), 107-117.
- 福江浩美, 岩本テルヨ. (2001). 男性虚血性心疾患患者の療養生活への取り組みに対する特性を探る. 山口県立大学看護学部紀要, 5, 57-63.
- 福島雅典. (2000). 臨床的意志決定に必要な情報とは何か? 情報開示と医師・患者各々の責任. 月刊ナーシング, 20(4), 36-40.
- 五十嵐透子. (2000). “困った患者”のレッテルを捨てよう. 看護学雑誌, 64(8), 705-711.
- 稲垣美智子, 浜井則子, 南理絵, 吉沢克英, 河村一海, 平松知子他. (2000). 糖尿病患者における療養行動の構造. 金沢大学医学部保健学科紀要, 24(2), 111-118.
- Kasl S. V. & Coob S. C. (1966a). Health Behavior, Illness Behavior, Sick Role Behavior. Arch Environ Health, 12, 246-266.
- Kasl S. V. & Coob S. C. (1966b). Health Behavior, Illness Behavior, Sick Role Behavior. Arch Environ Health, 12, 531-541.
- 門井貴子, 太田勝正. (2006). 患者役割測定尺度の開発プロセス: 入院患者の認識と看護師の期待から. 看護科学研究, 7(1), 7-15.
- Kassebaum, G. G. & Baumann, B. O. (1965). Dimension of the sick role in chronic illness. Journal of Health and Human Behavior, 6, 16-27.
- 勝田仁美, 川口孝泰, 根本清次, 櫻井利江, 南裕子. (1995). Illness Behavior とセルフケアに関する調査 東洋医学, 伝統・民間療法を中心として. 日本看護科学会誌, 15(3), 218.
- 川田 智恵子. (2006). 第3章 健康教育と保健行動. 宮坂忠夫, 吉田亨, 川田智恵子(編) 最新保健学講座別巻1 健康教育論, 85-119, メヂカルフレンド社.
- Keating, N. L., Landrum, M. B., Arora, N. K., Malin, J. L., Ganz, P. A. and Ryn, M., et al. (2010). Cancer Patients' Roles in Treatment Decisions: Do Characteristics of the Decision Influence Roles? American Society of Clinical Oncology, 28(28), 4364-4370.
- 健康増進法. (2002). 法律第103号, 平成14年8月2日公布
- 小泉俊三. (2001). 系統看護学講座, 専門基礎7, 社会保障制度と生活者の健康〔1〕, 総合医療論. 26, 医学書院, 東京.

- Koutantji, M., Davis, R., Vincent, C. & Coulter, A. et al. (2005). The patient's role in patient safety: engaging patients, their representatives, and health professionals. *Clinical Risk*, 11(3), 99-104.
- Krupat, E., Hiam, C. M., Fleming, M. Z. & Freeman, P. (1999). Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(3), 347-356.
- Krupat, E., Putnam, S. M. & Yeager, C. (1996). The fit between doctors and patients: Can it be measured? *Journal of General Internal Medicine*, 134.
- Krupat, E., Yeager, C. M. & Putnam, S. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology and Health*, 15, 707-719.
- 前田真紀子, 佐藤禮子, 本田彰子. (1995). 子供を持つ壮年期乳癌患者の役割意識の変化－病人役割の受け入れと母親役割に焦点を当てて－. *日本看護科学会誌*, 15(3), 78.
- 前田真紀子, 佐藤禮子. (1996). 子供を持つ壮年期女性の乳癌発病後の役割意識の変化. *岡山大学医療技術短期大学部紀要*, 7(2), 189-199.
- 馬込武志. (1995). 第4章患者. 黒田浩一郎(編)現代医療の社会学. 82-101, 世界思想社, 京都.
- 松田ひとみ. (1999). 寝衣の標準化にみる入院患者のニーズと病者役割感. *患者満足*, 3(2), 145-149.
- 松浦章枝. (1997). 児の入院時までの経過が母親の心理に及ぼす影響を考える－病人役割行動モデルを用いて－. *神奈川県立看護教育大学校事例研究集録*, 20, 69-72.
- 森岡清美, 塩原勉, 本間康平編. (1993). *新社会学辞典*. 1430, 有斐閣, 東京.
- 森本悦子, 田中克子. (2001). 放射線療法を受けるがん患者の役割分析. *大阪府立看護大学紀要*, 7(1), 73-78.
- 宗像恒次(1996). 行動科学からみた健康と病気. *メヂカルフレンド社*, 110-111, 235, 246, 東京.
- ネーデル, S.F. (1957) / 斎藤吉雄訳(1978). 社会構造の理論－役割理論の展開－. 39, 恒星社厚生閣, 東京.
- 日本医師会. (2007). *グランドデザイン 2007－国民が安心できる最善の医療を目指して－* (pp.14-16). Tokyo: Japan Medical Association. (in Japanese)
- 新村出編. (2008). *広辞苑 第6版*. 2821, 岩波書店, 東京.
- 西岡ひとみ, 森本悦子, 田中京子. (2002). 乳がん患者の術式選択時の意思決定役割と意思. *大阪府立看護大学紀要*, 8(1), 39-45.
- 野村一夫. (1998). *社会学感覚【増補版】*. 194-210, 文化書房博文社, 東京.
- Ohki, M. & Fukuhara, S. (1995). Development and validation of the autonomy preference index for the Japanese subjects. *Japanese Health Psychology*, 3, 11-24.
- 大木桃代, 福原俊一. (1997). 日本人の医療行為に関する情報希求度の測定. *健康心理学研*

- 究, 10(2), 1-10.
- 大木桃代, 福原俊一. (1999). 日本人の医療行為に関する自己決定度の測定. 第 63 回日本心理学会大会発表論文集, 1084.
- 大木桃代. (2000). 医療行為に対する自律性を測定する質問紙の作成. 第 64 回日本心理学会発表論文集, 1195
- 岡美智代, 安酸史子, 保科良子, 戸村成男, 土屋滋. (1997). 血液透析患者の自己決定尺度の開発. 透析会誌, 30(8). 1061-1067.
- 落合翠, 高間静子. (2003a). 入院患者の適応の概念枠組み. 富山医科薬科大学看護学会誌, 5(1), 91-96.
- 落合翠, 横田恵子, 高間静子. (2003b). 入院患者の適応度測定尺度作成の試み. 富山医科薬科大学看護学会誌, 5(1), 81-89.
- パーソンズ, T(1951)/佐藤勉訳(1974). 現代社会学大系, 第 14 巻, 社会体系論. 432-469, 青木書店, 東京.
- Polit, D. F. & Beck C. T. (2004)/近藤潤子訳(2010). 看護研究: 原理と方法, 第 2 版. 435, 医学書院, 東京.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- 坂野雄二, 東條光彦. (2001). セルフ・エフィカシー尺度. 上里一郎(編), 心理アセスメントハンドブック. 478-489, 西村書店, 新潟.
- 清俊夫. (1997). 患者役割行動の心理と課程. 岡堂哲雄(編), 患者の心理とケアの指針. 36-48, 金子書房, 東京.
- 清俊夫. (2000). 患者に期待される役割と適応. 岡堂哲雄(編), 患者の心理. 67-78, 至文堂, 東京.
- 瀬戸加奈子, 城川美佳, 藤田茂, 渡邊聖, 長谷川友紀. (2007). 医療事故の発見者としての患者の役割についての研究—患者団体対象の調査結果から. 日本医療マネジメント学会雑誌, 8(1), 197.
- 瀬戸加奈子, 和田ちひろ, 山野辺裕二, 長谷川幸子, 豊田郁子, 藤田茂. (2007). 医療事故の発見者としての患者の役割についての研究. 日本医療マネジメント学会雑誌, 7(4), 483-488.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prenticedunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- 進藤雄三. (1990). 医療の社会学. 90-96, 世界思想社, 京都.
- 杉田聡, 長谷川万希子. (2001). 医療者—患者関係. 山崎喜比古(編), 健康と医療の社会学 115-123, 東京大学出版会, 東京.
- 田口宏昭. (2001). 病気と医療の社会学. 24-25, 世界思想社, 京都.

- Tagliacozzo D. L. & Mauksch H. O. (1972). The Patient's View of the Patient's Role. Patients, physicians and illness, a sourcebook in behavioral science and health/edited by E Gartly Jaco, 162-175.
- 滝口成美. (2001). 看護ケアの意思決定過程への患者参加に関する研究. 日本看護赤十字看護大学紀要, 15, 46-59.
- 辰野千寿. (1996). 系統看護学講座基礎6, 心理学. 162-163, 医学書院, 東京.
- The American Hospital Association. (1973). A Patient's Bill of Rights. Retrieved August 20, 2010, from http://www.patienttalk.info/AHA-Patient_Bill_of_Rights.htm
- The World Medical Association. (1981). the World Medical Association Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient.
- 都立病院. (2001). 都立病院の患者権利章典. 2010年8月20日検索, <http://www.byouin.metro.tokyo.jp/hokoku/rinri/documents/kenri.pdf>.
- Vertinsky I. B., Thompson W. A. & Uyeno D. (1974). Measuring consumer desire for participation clinical decision making. Health Services Research, 9(2), 121-134.
- 我妻洋. (1987). 社会心理学入門(下). 255-257, 講談社学術文庫, 東京.
- Wallston B.S., Wallston K.A., Kaplan G.D. & Maides A. (1976). Development and Validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44(4), 580-585.
- Wallston K.A., Wallston B.S. & DeVellis R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Health Education Monographs, 6(2), 160-170.
- Watanabe, K., Fujita, S., Seto, K., Kigawa, M. & Hasegawa, S. (2008). Patients' role in promoting medical safety - as witness to unsafe events. 日本医療マネジメント学会雑誌, 8(4), 526-533.
- Wu, R. (1975). 病気と患者の行動. 医歯薬出版株式会社, 54, 72, 208, 東京.
- 谷田部武男. (1985). 社会学的概念としての健康と病気—T. パーソンの医療社会学における『病人役割』分析の意義—. 東海女子大学紀要, 4, 147-165.
- 谷田部武男. (2000). 地位—役割と社会構造. 碓井崧, 丸山哲央, 大野道邦, 橋本和幸編, 社会学の理論, 44-58, 有非閣, 東京.
- 山口貴子. (2004). 看護師による感謝の役割期待とその要因の探求および入院患者の役割認識との違いについての考察. 平成15年度年長野県看護大学大学院看護学研究科修士論文.

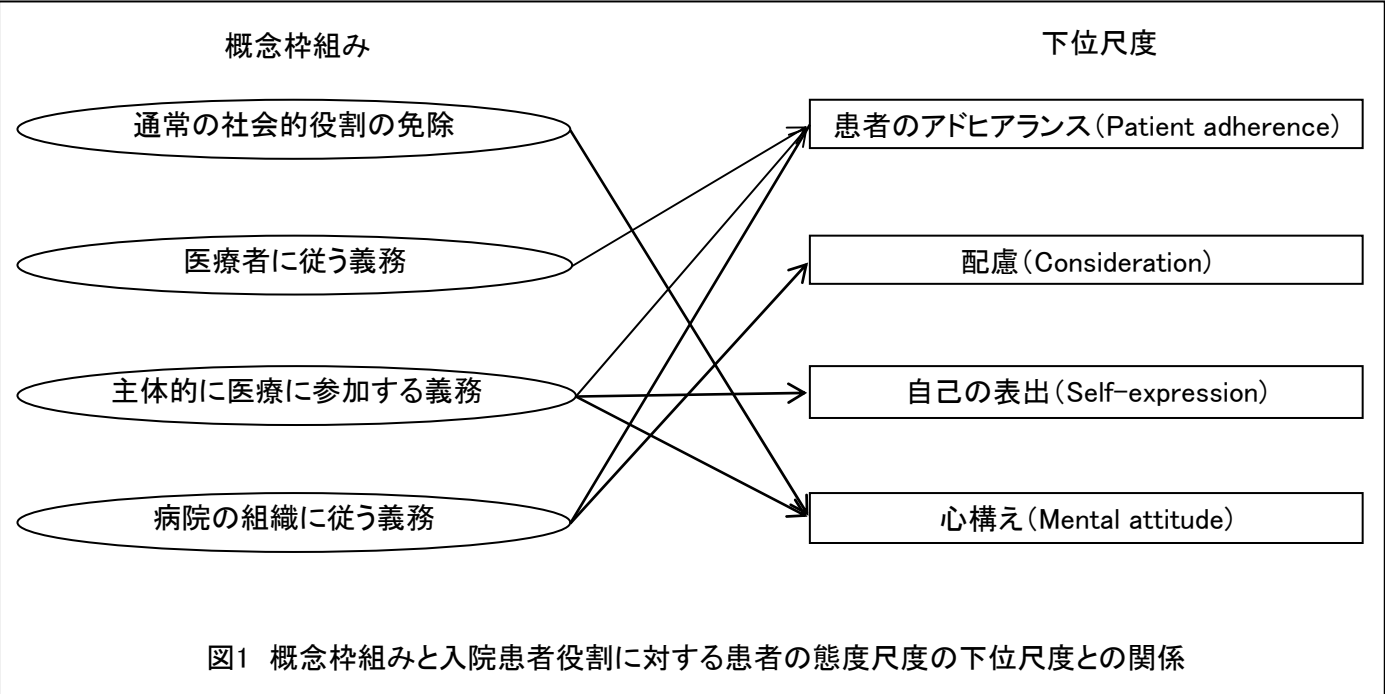


Table 1 Characteristics of respondents (n = 201)

Characteristics of respondents	N	%
Age		
20-29	10	5.0
30-39	21	10.4
40-49	18	9.0
50-59	43	21.4
60-69	52	25.9
70-79	41	20.4
≥80	14	7.0
No response	2	1.0
Sex		
Male	120	59.7
Female	78	38.8
No response	3	1.5
Occupation		
Person with occupation	91	45.3
Person without occupation	99	49.3
No response	11	5.5
Hospitalization experience		
First time	62	30.8
Second Time	56	27.9
More than three times	81	40.3
No response	2	1.0
Duration of hospitalization		
<7 days	39	19.4
1-3 weeks	85	42.3
3 weeks-1 month	18	9.0
>1month	56	27.9
No response	3	1.5
Operation experience		
Have had operation	86	42.8
Will have operation	13	6.5
Will not have operation	77	38.3
Don't know	15	7.5
No response	10	5.0
Subjective symptoms		
Always	29	14.4
Often	58	28.9
Rarely	69	34.3
Never	38	18.9
No response	7	3.5

Table 2 Factor loadings on 21 items in the Inpatient Attitude toward Patient Role Scale

(n=201; KMO: .88; α = .93)

Q. No.	Item	Factor loading				Communality	
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4		
Factor 1: Patient Adherence (α = .89)							
1	I make an effort to recover early.	.88	-.24	-.05	.07	.54	
2	I make an effort to follow hospital rules.	.80	.05	-.07	-.15	.55	
4	I try to learn about my sickness.	.69	-.15	.20	-.03	.54	
14	I try to live a regular life.	.66	.08	.03	-.05	.52	
15	I try to be on time for appointment.	.62	.21	-.09	.08	.58	
13	I try to rest as required.	.58	-.04	.07	.18	.48	
6	I try to have good relations with the healthcare staff.	.54	.26	.11	-.13	.58	
9	I try my best to do whatever I can.	.46	.22	.03	.06	.47	
Factor 2: Consideration (α = .86)							
24	I try not to talk too much of the healthcare staff's time.	-.19	1.01	.00	-.08	.73	
22	I try not to lean on the healthcare staff for anything but treatment and care.	-.11	.77	-.02	.07	.53	
23	I make an effort not to refuse treatment or care.	.04	.72	-.01	.06	.59	
19	I try not to cause problem for other patients.	.24	.58	-.03	.06	.62	
18	I try not to make selfish demands.	.19	.57	-.13	.08	.49	
Factor 3: Self-Expression (α = .89)							
11	I make an effort to express my need for treatment or care.	-.07	-.03	.96	-.05	.80	
12	I try to express my opinion about life in the hospital.	-.05	-.09	.90	.02	.72	
16	I make an effort to show my feelings.	.12	-.04	.66	.13	.61	
8	I try to ask the healthcare staff meaningful question.	.16	.02	.62	.03	.57	
10	I try to respond to the earnestness of the healthcare staff.	.31	.33	.40	-.09	.70	
Factor 4: Mental attitude (α = .83)							
26	I try not to brood.	-.13	.07	.00	1.02	.99	
27	I make an effort not to let my illness get the better of me.	.22	-.07	-.08	.80	.72	
25	I make an effort not to be too concerned about my role at home or work.	-.16	.12	.26	.50	.38	
						total score	
Inter-factor correlations		I	—	.67	.64	.44	.90
		II		—	.42	.46	.79
		III			—	.35	.81
		IV				—	.66

Table 3 Characteristics of the Patient Role Subscale Scores

Subscale	Mean ^a	SD ^a	Possible range	Actual range ^a	Cronbach's alpha ^a	1-month Test-retest correlation ^b
Patient adherence	41.17	4.59	8-48	16-48	.89	.64
Consideration	25.32	3.48	5-30	8-30	.86	.58
Self-expression	23.07	4.02	5-30	9-30	.89	.76
Mental attitude	14.25	2.54	3-18	3-18	.83	.54
Total Scale	103.78	11.86	21-126	40-126	.93	.69

^aBased on N = 201^bBased on N = 26

Table 4 Association of the Patient Role subscale scores with the Health Locus of Control Scales and the Generalized Self-Efficacy Scale (n = 151)

	Patient adherence	Consideration	Self-expression	Mental attitude	Total Scale
Health Locus of Control Scales					
Family	.29 **	.18 *	.18 *	.18 *	.27 **
Internal	.26 **	.21 **	.18 *	.23 **	.28 **
Professional	.26 **	.19 *	.27 **	.27 **	.32 **
Chance	.05	.07	.08	.09	.09
Supernatural	.06	.00	.13	.18 *	.11
Self-efficacy Scale	.98	.75	.19 *	.22 **	.17 *

Pearson correlation * p < .05 ** p < .01

Table 5 Mean score by patient characteristics

	N	Patient adherence	Consideration	Self-expression	Mental attitude	Statistical strategy
Age						
≤39	29	39.03 ± 4.18	23.68 ± 3.99	21.83 ± 3.06	12.83±2.65	a
40-59	58	41.48 ± 3.92	25.21 ± 3.44	22.53 ± 4.10	13.86±2.48	
≥60	91	41.60 ± 5.09	25.85 ± 3.29	23.90 ± 4.10	14.81±2.47	
Operation Experience						
Had operation	78	41.96 ± 4.13	26.13±2.87	23.77 ± 3.83	14.67 ± 2.31	b
Will have operation	12	39.92 ± 4.25	23.62±2.53	20.85 ± 3.26	13.31 ± 1.75	
Will not have operation	69	40.55 ± 4.46	24.71±3.80	22.86 ± 3.60	13.77 ± 2.78	
Future prospect of illness						
Will recover soon	35	40.51 ± 5.78	24.60 ± 4.64	23.60 ± 4.20	14.54 ± 2.66	a
Will take a long time to recover	81	42.41 ± 3.64	25.84 ± 2.98	23.28 ± 4.00	14.32 ± 2.54	
Will not recover	27	39.25 ± 5.63	24.70 ± 3.90	22.97 ± 3.54	14.11 ± 2.41	
Trust in doctor						
Trust doctor	117	42.15 ± 4.19	26.14 ± 3.22	23.91 ± 3.71	14.68 ± 2.61	c
Other	60	39.22 ± 5.01	23.63 ± 3.56	21.55 ± 4.20	13.18 ± 2.29	
Trust in nurses						
Trust nurses	108	42.13 ± 4.47	26.06 ± 3.39	23.81 ± 4.00	14.71 ± 2.50	c
Other	70	39.63 ± 4.59	24.09 ± 3.41	22.04 ± 3.85	13.36 ± 2.54	
Family recognizes patient's efforts						
Feel recognition from family for one's efforts	134	41.72 ± 4.45	25.54 ± 3.67	23.59 ± 4.15	14.55 ± 2.45	c
Other	46	39.52±4.85	24.57 ± 3.00	21.85 ± 3.25	13.09 ± 2.69	
Healthcare staff recognizes patient's efforts						
Feel recognition from healthcare staff for one's efforts	105	42.40 ± 3.78	26.02 ± 3.26	24.51±3.68	14.67 ± 2.60	c
Other	72	39.75 ± 4.49	24.47 ± 3.11	21.31±3.43	13.58 ± 2.28	
Symptoms improved by various efforts						
Agree	123	42.17 ± 3.91	26.00 ± 3.28	23.92 ± 3.74	14.70 ± 2.55	a
Other	56	39.39 ± 4.39	24.04 ± 2.80	21.68 ± 3.80	13.21 ± 2.12	

a: ANOVA; b: Kruskal Wallis; c: t-test;

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001