

3. 研究結果

CGMS支援情報システムにおいては、CGMSを構成する各診療科ごとおよび管理部門にクライアントとしてのパソコンと、CGMS全体のサーバを備えるクライアント/サーバ(C/S)システムとした。また、データベースは、基本的には各患者情報を共有化することが可能なように、共通データベースとするが、経理的データなど各診療科ごとに守秘を要するものや診療科独自のデータについては、個別データベースに格納するようにした。また、臨床検査は外部の臨床検査センターに委託するが、そのデータは診療科および患者のIDを付してネットワークを介して返送され、共通データベースに格納するようにした。また、CGMSにおけるかかりつけ医機能の一環として、患者の介護・福祉サービスに関連する情報を処理するとともに、後述するCGCRS支援情報システムにおける介護・福祉サービスとの連携と情報共有を可能にするため、CGMSにおける介護・福祉サービス部門を設け、一つのクライアントとした。

CGCRS支援情報システムについてはC/Sシステムを基本とし、CGMS支援情報システムのようにサーバと共用データベースを設けるほか、CGCRS管理部門や介護・福祉サービス部門などもほぼ同様である。しかし、このシステムにおける介護・福祉サービス部門はCGMS支援情報システムのそれとは異なり、この居住者である被介護高齢者に実際にサービスを行うヘルパーなどの実働者により入力されたサービス関連情報の入力・処理・管理が行われたり、被介護者やヘルパーなどの管理もなされ、介護保険サービスの実施に必要なモニタリング情報システムとも連動している。このシステムの特徴は、保健・医療・介護・福祉サービスを受ける居住者宅にも端末が設置されていることであるが、この端末としては、通常のノートパソコンなどのほか、

居住者が高齢者であることを考慮して、Lモード電話機の利用が可能にはからった。Lモード電話機は一言でいえば、携帯電話機で爆発的人気を誇っているiモードの固定電話機版といえるが、モバイルでない分、携帯電話機にない機能を備えているほか、文字・記号の入力が比較的容易なことや、画面が大きく見やすいといった点などが高齢者向きといえよう。

CGWS支援情報システムは、上述したCGMS支援情報システムとCGCRS支援情報システムの二つのサブシステムを有機的に接続したものであるが、この接続は、CGMSとCGCRSが同じ敷地内やごく近接地にある場合は専用線でのよいが、CGMSのサービス対象であるCGCRSが複数あり、しかも地理的にも離れている場合、インターネットの利用をはかるようにした。

4. 考察

CGWS支援情報システムの設計にあたり、新たにもう一つのサブシステムであるCGCRS支援情報システムの設計を行い、これらを接続するようにした。後者のサブシステムのための端末装置として、高齢者が使用することを考慮し、Lモード電話機の活用をはかるとともに、サブシステムの接続には、専用線のほかインターネットの利用も可能なようにはからった。このような設計により、CGWS支援情報システムの構築に要するコストを抑えることができるほか、医師・看護師・保健師・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員・ホームヘルパーなどの保健・医療・福祉・介護の関係者が、このシステムを容易に利用することが可能になり、高齢の患者や被介護者に関する情報の共有を通じてサービスの向上に役立つことが窺われた。

5. 結論

CGWSのサブシステムであるCGCRSの

効果をホームヘルパーの訪問系サービス時間の分析を通じて明らかにし、CGWSの有用性を示すとともに、これを支援するCGWS支援情報システムの設計を試みた。その結果、CGWSおよびCGWS支援情報システムの有用性が窺われたが、まだCGWSそのものの建設がほとんどなされておらず、このためCGWS支援情報システムの構築も今後の課題になっている点が問題であり、関係者にCGWSの有用性を示すとともに、その建設の促進を働きかけることが重要である。

C-8. グループ診療、介護の統合化による経済効果分析

1. 研究目的

人生80年の時代には、バリアフリーなどの居宅機能整備と共に、医療、福祉機能の居宅機能への近接性が重要になる。もしもこの近接性が保障されないと、医療、福祉の訪問サービスや、高齢者の病院への通勤、入院、福祉施設への入所が必要となり、動線コスト(移動コスト)や入院費用、施設療養費が発生する。したがって、高齢社会では、いかに居宅、医療、福祉の機能を近接し、集積化してゆくかが重要になってくる。

これら機能の集積化モデルとしてCGMS、CGCRS、CGWSなどが考えられている。CGMSは、診療所が集積した施設で検査機能を共有するグループ診療システムといわれる。CGCRSは、居宅機能と訪問看護、訪問介護機能を併設したシステム。CGWSは、CGMSとCGCRSを集積、統合したシステムである。すなわちCGWSは、居宅機能、医療機能、福祉機能が集積、統合されている。このようにCGMS、CGCRS、CGWSは医療機能、福祉機能、住宅機能を集積化することにより、移動コストを削減し、医療、福祉、住宅機能の向上を計ろうと

するシステム化であるが、これは同時に集積化による経済的効果をもたらす。そこでこの点を理論的に検討し、具体的な事例を設定し、モデル論的分析、計量的分析を試みる。

2. 研究方法

CGMS、CGCRS、CGWSの集積化の経済的効果を損益分析モデルを用いて検討し、効果の内容を明らかにする。さらにそれぞれの類型事例別に経済的効果をシミュレーション分析を踏まえて検討する。

まず、CGMS、CGCRS、CGWSの集積化の経済的検討では、時代に対応した追加的投資をおこなう場合、固定費用、可変費用の視点から診療所や訪問看護ステーションの損益分岐点がどのように変化するか、また、利用者の経済的負担がどう変化するかを検討する。

次に診療所や訪問看護ステーションが独立して機能する場合とCGMS、CGCRS、CGWSなどに集積して機能する場合でどの程度収益、費用、損益分岐点患者数が異なるかを簡単な計量モデルを用いて分析する。

3. 研究結果

3-1. CGMS、CGCRS、CGWSの損益分析モデルによる経済的効果の検討

CGMSは、診療所が集積して検査機能などを共同利用するシステムである。ここでは、独立型の診療所を構築する場合とCGMSで診療所が集積する場合を損益分析モデルを用いて明らかにする。CGCRS、CGWSの訪問看護ステーション、訪問介護ステーションについても同様の検討が可能であるため、ここではCGMSについて検討する。

CGMSの機能集積が、どの程度経営上の効果をあげるかを損益分岐点モデルを用いて検討する。

まず診療所をCGMSに機能集積する場合と、

独立型診療所の場合について比較してみる。

機能集積と損益分岐点を考えると独立型診療所が追加的投資をして機能整備をする場合とCGMSの診療所が追加的投資をする場合で損益分岐点が相当離れることになる。これは、CGMSが診療所の検査等の機能の共同利用をおこない各診療所の固定費の負担、増加を少なくしていることに起因している。

3-2. CGMSの経済効果モデルの検討

モデル変量として初期投資額、変動費（患者1人当たり）、患者1人当収益、固定費患者数、利子率、減価償却年数、収入(年)費用(年)、純収入、損益分岐点患者数を考える。

CGMS型診療所と独立型診療所モデルをシミュレーション分析すると、CGMS型診療所の損益分岐点患者数が少なくすみ、十分な診療時間をとれることが判明した。すなわち同じ資源投入でも独立型診療所1つに対してCGMS型診療所は複数の診療所を維持することが可能であり、経済的効果が大きい。

4. 考察

SCGMS, CGCRS, CGWSは、診療所や訪問看護(介護)ステーション、デイサービスセンター、住宅機能などの構成サブシステムそれぞれを集積したもので、損益分岐点モデルから集積による経済的効果のあることが理論的に検討された。また数量的経済効果モデルを用いて集積の経済的効果を明らかにした。

しかしこれらの集積は、CGMS, CGCRS, CGWSそれぞれの構成サブシステム(診療所、訪問看護(介護)ステーションなど)の連携効果を証明したものではない。証明した経済的効果は集積化による経済効果であるが、それが可能となるのは集積化した部分システムの構成により有機的な全体機能が実現されるからである。ただし、診療所間の連携により付加的な経済効果が発生する。たとえば重複検査の回避や

高度医療機器の共同利用は連携による新たな経済的効果である。検査の重複回避は社会資源の効率的活用であると同時に、高度医療機器を安く利用でき経営に有利となる。

5. 結論

CGMS, CGCS, CGRS, 特にCGWSは利用者にとって便利であるのみでなく介護サービスの訪問系事業所の経営にとっても動線コストがゼロに近づくので有利である。居住環境の視点からは有料老人ホームと類似する点もあるが、居宅であるため現在の制度では有料老人ホームよりも高い介護報酬を得ることができ、動線コストが不必要になっているので介護報酬を少し下げることにより分散した居宅を対象とする一般的居宅サービスの介護サービスよりも支払い財源を減らすことが可能となる。

D. 考察

これらの研究結果、研究経過をみると、CGMS, CGCS, CGCRS, CGWSなどの構築により、資源利用効率が高まり、かつサービスの質の向上が期待できることが仮説、理論面のみでなく、訪問調査を通じても検証できた。ただし検証の数が少ないので、さらに追加的調査による検証が必要である。

CGMS, CGCS, CGWSは届出制でないため把握が困難である。地図を用いた診療所の集積性の測定方法は、この困難を克服する価値ある方法である。CGMS, CGCS, CGWSが訪問系サービスを行なう場合、動線コストが経営の負担になる。そこで動線コストのウェイトを用いて資源利用効率を明らかにした。この結果、動線コストがある一定の値を下回ると、急速に資源利用効率が向上することが判明した。このことは居宅機能をCGMS, CGCS, CGWSに併設させることにより、資源の非効率性が改善できることを示している。

CGMS,CGCS を居宅機能に保証する CGWS の経済的効果は動線コストの削減のみでなく医療機能、居宅間連携を通じて質の良いサービスを提供することができる。またこれら CGWS の構築は経済の活性化につながる。

このように CGMS, CGCS, CGCRS, CGWS などは集積効果により、サービスの質の向上と効率性の向上を同時に達成することが可能となる。

E. 結論

- ① CGMS, CGCS, CGWS の経済的効果については、患者、診療所、共同利用部門それぞれの視点から明らかにした。患者にとっては近接してサービスが受けられると同時に、移動コストが削減される。診療所にとっては、患者数の増加や投資が少なくて済む効果がある。
- ② CGMS, CGCS もしくは CGWS に居宅機能を併設する効果について、数理モデルを構築して検討した。このモデルは、訪問回数、介護報酬などを変量とし、訪問系サービスの資源利用効率と妥当な介護報酬、動線コストなどを分析した。この結果、居宅機能併設効果は、訪問系サービスの動線コストの合計として算出された。
- ③地図を用いて医療機関の集積性を測定する方法を開発した。この方法により、CGMS, CGCS を発見し、調査対象とすることが可能となった。
- ④ 訪問系サービスの動線コストと資源利用効率についてモデル分析とシュミレーションの方法論が開発した。
- ⑤ 訪問系サービスの動線コストの実態調査がおこなわれ、動線コストに関する諸問題が解明された。
- ⑥ CGMS, CGCS, CGWS などでは医療・介護サービスの質を向上し、資源利用効率を上げることがモデル論的検討、実態分析からある程度明らかになった。
- ⑦ CGMS, CGCS, CGCRS, CGWS の集積効果が損益分岐点患者数などを用いてモデル分析により明らかにされた。
- ⑧ CGMS, CGCS, CGCRS, CGWS の情報システム設計の基本的考え方を明らかにした。
- ⑨ CGMS, CGCS の経済効果を測定するモデルを構築し、シュミレーション分析手法により明らかにした。

F. 研究発表

論文発表

1. 関田康慶、地域におけるプライマリ・ケア体制の再構築－医療・福祉・居宅機能の集積と連携：グループ診療研究第7巻・第2号、日本グループ診療研究会、p6～31、2001年
2. 寺崎 仁、わが国のグループ診療の現状について：グループ診療研究第7巻・第2号、日本グループ診療研究会、p32～37、2001年
3. 寺崎 仁、(株)ウェルネスが事業展開するグループ診療施設：グループ診療研究第7巻・第2号、日本グループ診療研究会、p49～54、2001年
4. 黄京蘭他、介護保険における介護者の意識と実態に関する研究：病院管理 Vol.38(Supplement) 病院管理学会、p172、2001年
5. 郭 文玲他、介護保険訪問系サービスの業務時間の分析：病院管理 Vol.38(Supplement) 病院管理学会、p177、2001年

6. 三浦輝美他、介護保険訪問系サービスの構成要素時間分析：病院管理 Vol.38(Supplement) 病院管理学会、p178、2001年
7. 加藤由美他、介護保険における訪問系サービス動線コストに関する分析：病院管理 Vol.38(Supplement) 病院管理学会、p186、2001年
8. 関田康慶他、次世代地域医療・福祉情報システムの設計：医療とコンピュータ第12巻7号、(株)日本電子出版、p22～26、2001年
9. 生田正幸、福祉・介護サービスのIT化・情報化を展望する：月刊福祉第85巻第2号、p78～81、2001年

第3章

分担研究報告

グループ診療に対する利用者からの 評価に関する研究

分担研究者

前沢政次

北海道大学医学部附属病院総合診療部

関田康慶

東北大学院経済学研究科

グループ診療に対する利用者からの評価に関する研究

分担研究者 前沢政次 北海道大学医学部附属病院総合診療部教授
関田康慶 東北大学大学院経済学研究科教授

研究要旨

2ヶ所のグループ診療所で調査を行った。今回は診療所の選択理由とアクセスの良否を中心に報告した。いずれの診療所も環境的な因子よりも人間的要素が選択理由の上位を占めた。特に教育機関よりも実務機関にそれが強かった。交通アクセスは取り上げるべき問題点がなかった。

分担研究者

前沢政次

北海道大学医学部附属病院総合診療部
教授

A. 研究目的

わが国ではグループ診療が定着しているとは言い難い状況にある。メディカルビルにおいて異なった専門診療科間の協力、あるいは診療場所の異なる機関間の連携などが増加している傾向にはあるが、家庭医によるグループ診療の進展はきわめてゆるやかである。そもそも家庭医の育成そのものが諸外国に比べ遅れている。

米国ではsolo practiceからgroup practiceへの進展が急速でAAFP(American Academy of Family Physicians)の報告によると家庭医レジデント修了者の41.9%が家庭医グループに入り、12.4%が多種類診療科グループに参加し、10.2%が2名の診療(partnership)に入っている。solo practiceをめざす修了者は4%に過ぎない。米国の家庭医全体の集計では家庭医のみによるグループが40.6%、多種類診療科グループ20.1%、partnershipが8.4%、solo

practiceは21.8%となっている。

一方、general practitionerが活躍する英国では1995年の調査でsolo practice 10.5%、partnership 13.5%、group practice 76.0%であり、さらに1999年にprimary care groupsがスタートし、人口10万人にひとつのprimary care groupがあり、施設という意味ではなく、組織という意味で大規模化している。

また、オーストラリアもそれぞれの%はsolo 14.5、partnership 14.0、group practice 71.5となっている(1998年)。オーストラリアで注目すべきは45.4%となっていることである。

スウェーデンでは州によって異なるものの概ねプライマリケアセンターが県立であり、県職員である家庭医が4~6人程度でグループ診療をしている。プライマリケアセンターの対象人口は約2万人である。

わが国でも家庭医が根付くためには、住民からの信頼を得ることが必要であるが、実現のための方法論のひとつとしてグループ診療が考えられる。本研究はわが国における家庭医によるグループ診療のあり方を探ることを目的としている。

B. 研究方法

北海道P市の診療所AおよびQ市の診療所Bで、各3日間外来患者にアンケートを依頼した。診療所Aは医療法人が経営する無床診療所で、5名の家庭医が交代で担当し、他に2ヶ所の診療所も経営している。診療所BはQ市にある大病院のサテライトクリニックで、医師は指導医1名で、他にレジデントがほぼ2名担当している。指導医は家庭医であり、レジデントも全員家庭医をめざしている。

1. 調査員は各日2ないし3名が担当した。調査員は調査票を患者に配布および回収担当スタッフ1人(施設の入り口付近に待機)、その他のスタッフは待合室等で説明する担当とし、これを基本フォーメーションとして、臨機応変にそれぞれ繁雑な場所を応援しあった。診療開始時間前などはスタッフ全員で調査票の配布係を担当した。診療所に入ろうとする患者様を確認できたら、調査票の「到着時間」欄に時間を記入する。

2. 診療所を利用する人すべてに「到着時間」記入済みの調査票とボールペンを配布し、趣旨と記入方法を以下のように説明した。

「診療この調査は、患者のみなさまからご意見をうかがうことによりサービスの向上に役立てるためのものです。何卒ご協力のほどお願い申し上げます。お名前は記入する必要がありませんので、ご気楽に記入してください。診察室に呼ばれたらこちらの欄(診察開始時間欄)に時間をご記入下さい。診察室を出たときにこちらの欄(診察・検査終了時間欄)にご記入下さい。診療所を出られる前に退出時間の欄のご記入もお忘れなくお願いいたします。その他の欄は

待ち時間にご記入下さい。分からないことがございましたら診療所の職員ではなく我々調査スタッフにご気軽にお尋ね下さい。」

3. 調査に難色を示す患者には、「わからない部分は我々スタッフをご記入のお手伝いをさせていただきますので何卒よろしくお願い致します」ともう一度だけお願いしてみる。それでも拒否された場合は諦める。インタビュー形式で了解が取れた場合はそれを行った。

4. 回収ボックスへ入れる前に回収担当のスタッフが、退出時間の記入を確認して調査票を回収ボックスへ入れた。

5. 回収した調査票は診療所別にして封筒またはダンボールに保管。封筒・ダンボールには診療所名、調査日および調査担当者を記載した。

6. 集計は東北大学大学院経済学研究科で実施した。

C. 研究結果

1. 回答者の性別と年齢

2つの診療所を合わせて回答者は152名であった。男性54名、女性98名で女性が64.5%であった(図1)。

回答者の年齢は平均が58歳であったが、40歳前後と70歳前後の2つのピークあった(図2)。

2. 診療所を選択した理由

診療所を選択した理由は表1から表3に示した。全体としては、「医師の対応がよいから」(75.9%),「通院の距離が近いから」(67.5%),「待ち時間が少ないから」(61.4%),「看護婦の対応がよいから」(60.8%)がこれに続いた。診療所Aに関して

は「医師の対応がよいから」(84.8%)、「看護婦の対応がよいから」(65.2%)が上位を占め、これら人の対応について評価をしていた。一方、診療所Bでは「通院の距離が近いから」(77.8%)、「診療時間帯が自分にとって都合がよいから」(66.7%)、「検査機器がそろっているから」(59.3%)などの利便性が上位を占めた。

3. アクセス

他に自宅に近い医療機関がありますかの質問に対しては「はい」との回答が39.8%であった(図3)。診療所AとBを比較すると「はい」の回答は、Aが45.5%、Bが30.8%と差があった(図4)。

年齢別のクロス分析をしてみると65歳以上では「はい」と回答した率が65歳未満と比較し有意に低かった(図5)。

交通の利便性に関しては図6に示すように他の医療機関がこの診療所よりも交通の便が良いとの回答が多かった(77.4%)。他の医療機関の利便性に関しては診療所Aと診療所Bでは有意の差はなかった(図7)。交通の利便性に関して年齢別クロス分析を行ったが、65歳以上と65歳未満との間に有意の差はなかった(図8)。

その医療機関とこの診療所と同じ診療科はありますかとの質問には「はい」との回答が88.7%であった(図9)。これは2つの診療所とも家庭医をめざしているのだが、内科あるいは小児科としか理解されていないように思われた。このことに関して診療所Aと診療所Bとの差をクロス分析してみたが、統計学的な有意差はなかった(図10)。年齢による有意差も認めなかった(図11)。

当該診療所以外に自宅の近くに医療機関がある場合とない場合の診療満足度につい

てたずねた。自宅の近くに医療機関がない場合の方が満足との回答者が多かった(図12)。そこへの交通アクセスの悪い方が満足度が高い傾向があった(図13)。同じ診療科の有無によっても満足度に関し大きな差はなかった(図14)。

D. 考察

1. 評価の必要性と意義

家庭医のグループによる診療活動が、地域住民の健康増進や福祉の向上にどの程度寄与しているかは、きわめて興味深いことである。しかし、その評価はさまざまな社会環境の要因が介在するため、検討が困難で的確な判断がなされてこなかった。

まず困難が予測される問題は「誰が評価するか」にある。医師自身、患者、行政担当者、まったくケアに関与しない研究者などの第三者、これらの評価者によって評価基準は当然ことなるであろう。地域ケアの評価では関与する者同士の合意で評価基準や目標が定められることが望ましいが、実際に評価のための話し合いが行われている地域は少ない。

しかし今後、医療経済的視点などから家庭医の意義を世に問うためにも、せめて仲間同士でも評価のあり方を検討しておくことは意義のあることであろう。

評価の定義に関しては、ヘルスプロモーションの立場から Green の明解な定義がある¹⁾。「評価は対象とする項目と測定基準とを比較することである」つまり何を評価するかの対象を明確にしておき、計画時にあらかじめ基準を設けておくことである。

また、評価の時期も問題であり、結果の評価ばかりでなくケアの構造やプロセスも

評価の対象となることは医療の質を評価する際に用いられている²⁾。Greenらはこれに影響評価を加えている³⁾。

プライマリケアにおいては他の専門的医療に比べて医師や医療従事者からの直接の影響だけではなく、遺伝子や以前の健康状態、文化や行動の特徴、社会経済的な因子や環境因子も健康状態に影響を与えていることを考慮しなければならない。これは特に異なる地域を比較する際に当てはまることで、影響を与える環境因子が異なれば、同一のサービスでも異なった結果になる可能性がある。

2. プライマリケアの定義と活動評価

地域の健康状態に対して家庭医によるサービスがどの程度影響を与えるかを評価する際にさまざまな尺度が使われてきた。それらは生物医学的な尺度から社会環境という関連の中で適切に機能する能力に関する幅の広い分野までである。

これまでによく使われてきたのは、構造評価とプロセス評価を合わせたと考えられるプライマリケアの5要素(Accessibility, Comprehensiveness, Co-ordination, Continuity, Accountability)に関する評価方法である⁵⁾。

その後の研究でも、それぞれの項目についての評価に関する検討が進められてきた。1例をあげると、SmithとBueschingは患者の側からの評価が重要であるし、患者に対する質問の形での評価法を提案している⁶⁾。たとえばAccessibilityに関しては、「健康上の問題があれば緊急の問題でなくとも、しかるべき早い時期に医師は相談にのってくれる」「胸痛のときはすぐ診てくれる」、Continuityに関しては、「特に症状がなく

ても定期的に健診をしてくれる」「医師は確実に病気を経過観察してくれる」など。さらに「医師は私の仕事に特別に関心を持ってくれる」「私は医師と個人的な問題、家族のこと、感情面の問題も相談できる」患者の主観的満足度ばかりでなく病気で仕事を休む期間の短さなども評価となることを示している。

一方、プライマリケア定義自体も更新されている⁷⁾。

“Primary care is the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients and practicing in the context of family and community.”

プライマリケアとは、患者の抱える問題の大部分に対処できて、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族および地域という枠組みの中で責任をもって診療する臨床医によって提供される、統合性と受診のしやすさを特徴とするヘルス・ケア・サービスである。

-Definition of primary care, finalized by the Institute of Medicine's Committee on the Future of Primary Care.

この定義ではキーワードが次のように解説されている。

Integrated: この言葉の中に包括的 Comprehensive で、よく調整された Coordinated、継続的 continuous サービスを含んでいる。

Personal health care needs : 個人の身体的、精神的、感情的、社会的機能

Context of family and community: 患者の生活状態、家族ダイナミクス、地域の文化背景に対する理解。

一方、カナダ医師会は IOM と異なり、community intervention を強調している⁸⁾。McWhinney もその著書の中で家庭医の基本として 9 項目をあげ、そのひとつに家庭医自身もコミュニティネットワークの一部として自覚し、資源を効果的に活用すべきことを述べている。また独立した章では、小児保健、学校保健、産業保健、精神保健、高齢者ケア、在宅ケア、自助互助グループ、ボランティアについて述べている⁹⁾。

ヨーロッパでは WHO のヨーロッパ地域委員会が General Practice/Family Medicine 憲章を謳い、その中で Community oriented を次の 3 項目について解説している¹⁰⁾。小地域での生活背景、地域保健ニーズの把握、他の保健活動家との連携。

イギリスでは Howie ら^{11,12)} が患者によるプライマリケア評価表を作成して報告している。しかし、臨床における質の評価を「全人性 (holism)」と「患者中心性 (patient-centeredness)」で評価したもので、地域ケアの評価とはなっていない。

オーストラリアでは GP が分担すべきケアとして、産科、糖尿病、心疾患、メンタルヘルス、薬物およびアルコール依存、高齢者ケア、緩和医療、喘息と COPD、HIV と C 型肝炎をあげている¹³⁾。

Quality と Outcome の項では情報管理技術が重視され、GP の質と生涯教育を合わせたプログラムを作成し、質の向上に努めている。GPEP (General Practice Evaluation Program) が 1990 年につくられ、毎年カンファレンスを開きデータを持ち寄り検討して

いる。ガイドラインがつくられ、さらにユニークなのは患者側からのフィードバックがなされる点である。これは 1988 年に 100 人の高齢者が処方された薬剤を通して医師と薬剤師の役割について管理したものから始められた。これらを通して、オーストラリアでは GP の仕事とプライマリ・ヘルス・ケアと Population Health (わが国の公衆衛生と考えてよいであろうか) の役割分担と仕事の重なりを図 2 のように表現している。

イギリスでの調査を踏まえて、Nutbeam¹⁴⁻¹⁶⁾ は Health promotion の立場からオーストラリアでの研究を進めているが実際の診療と研究の間には多くの困難があると報告している。

これらの研究成果を踏まえて、今回は家庭医によるグループ診療の選択理由とアクセスについて考察する。

3. 診療所の選択理由

わが国の患者による医療機関選択の理由はさまざまであるが、大病院志向が優勢である。

我々は最近、高齢者の受療行動のメカニズムを調べることを目的に、高齢者が開業医や地域医療機関、高次医療機関にどのようなニーズを持っているのか、主治医に何を求めているのかに関する質的調査を行った¹⁷⁾。65 歳以上の高齢者に対してフォーカスグループインタビューを行い、医療機関や主治医に何を求めるのかに関する 8 つのテーマに基づいたグループディスカッションを行った。調査終了後、フォーカスグループで抽出されたデータの考察を補完するため、フォローアップアンケートを参加者全員に行った。結果は無床診療所には「医

療設備」や「緊急時の対応」に不満を感じる一方で、「(同じ医師による)継続的管理を受けられる」ことや「(診療や投薬に対する)希望を考慮してくれる」ことをメリットとしてあげた。一方、町立病院には「医師が頻繁に変わる」ことや「診療能力に限界がある」ことをデメリットとしながらも「開業医にはない診療科や機器がある」ことや「人柄に惹かれる医師がいる」ことを理由に受診していることが多くのグループで話された。大病院に対しては「設備」、「診療科」、「専門医」をキーワードとして「医療レベルが高く、重症疾患にも対応できる気がする」と表現する信頼感を多くの参加者が語った。また、医療従事者全般に対しては“コミュニケーションの取りやすさ”としての「心のつながり」、すなやち“気軽に話しのできる関係”を求めていることを強調していた。フォローアップアンケートでは、「総合的な診療能力」に対する優先順位が主治医の診療能力に関わるその他の2つの要素に比べて有意に低く、一方、主治医のパーソナリティに関わる要素としては「聞き手としての能力」の優先順位が「話し手としての能力」のそれと有意差をもって高かった。

このような結果と今回の調査を比較しても、患者は単に大病院志向というわけではなく、それぞれの病気の性質や医療従事者、機関の設備などを見て医療機関を選択していることが推察される。

診療所Aは全国的に見てもモデル的なグループ診療所で、特に医師、看護師、事務員の対応がよいことが選択した理由の上位となっていた。グループ診療には医療従事者、特に医師の人間性や価値観に大きく左

右されるものと思われる。

一方、診療所Bも家庭医養成機関としてわが国の代表的なクリニックである。ここでは医療従事者の問題ばかりでなく、後方病院が控えているため、検査設備等への期待も理由にあり、サポートする病院の規模なども患者の選択理由に影響していると推察された。

診療所と大病院で圧倒的に差のある問題は医師の数であろう。しかし、今後診療所が単独医師による診療から、医師が複数働いていることへ転換がなされれば、住民からの信頼感、安心感も増し、よい結果を生むのではないかと想像される。

4. アクセス

診療所への交通アクセスはあまり大きな選択理由になっていなかった。今回は交通アクセスを中心に調査をしたが、米国のプライマリケアの定義でいうアクセシビリティには距離のみならず、時間的(24時間、365日連絡が取れるなど)、心理的(気軽に相談に乗ってもらえるなど)、さらに経済性も含まれており、これらについては今後の調査研究を実施する計画である。

5. 結語

2ヶ所のグループ診療所で調査を行った。今回は診療所の選択理由とアクセスの良否を中心に報告した。いずれの診療所も環境的な因子よりも人間的要素が選択理由の上位を占めた。特に教育機関よりも実務機関にそれが強かった。交通アクセスは取り上げるべき問題点がなかった。

患者は単に大病院志向というわけではなく、それぞれの病気の性質や医療従事者、機関の設備などを見て医療機関を選択していることが推察される。

図1 回答者の性別と年齢

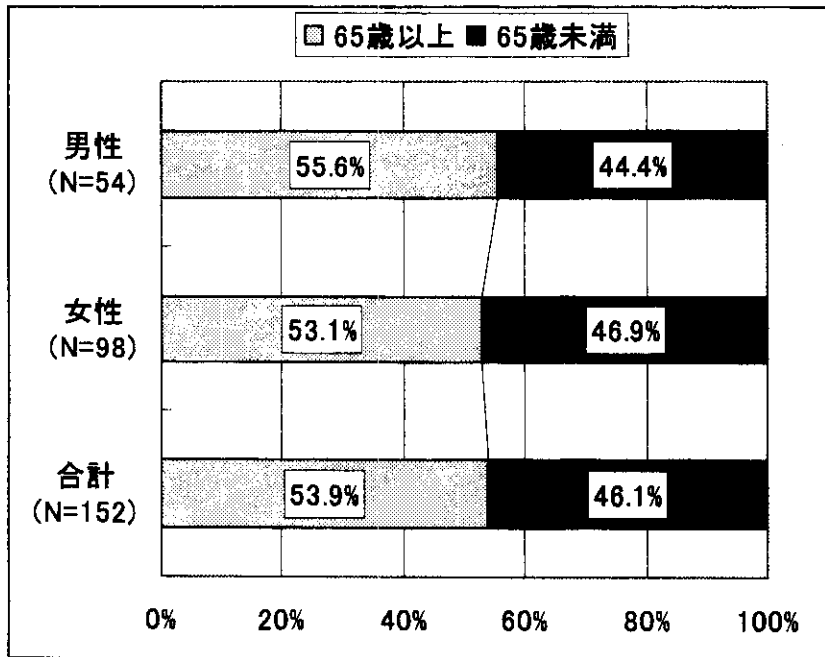


図2 回答者の年齢

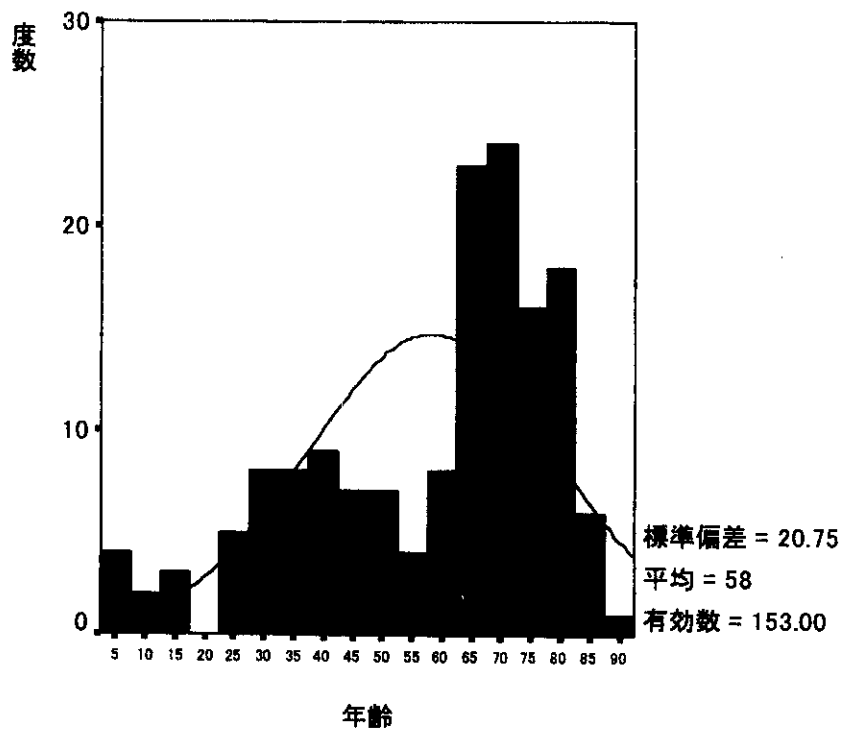


表1 当診療所を選択した理由 (全体：N=166)

選択理由	回答者中の割合	選択理由	回答者中の割合
医師の対応がよいから	75.9%	交通の便がよいから	24.1%
通院の距離が近いから	67.5%	他の医療機関および介護保険施設に紹介してもらえるから	23.5%
待ち時間が少ないから	61.4%	建物全体がきれいだから	18.7%
看護婦の対応がよいから	60.8%	診察や治療について説明文書もらえるから	15.7%
事務員の対応がよいから	47.6%	自分のかかりたい診療科があるから	13.9%
診療時間帯が自分にとって都合がよいから	36.1%	駐車場が広いから	13.3%
良い評判をきいたから	34.3%	名医・専門医がいるから	12.7%
この診療所の医師がかかりつけ医だから	32.5%	以前かかっていた医療機関に不満足だったから	9.0%
診察室、待合室、トイレ等が快適だから	30.7%	他の医療機関からの紹介で	6.6%
診察時間をしっかり取ってくれるから	30.7%	複数の診療所があるから	3.6%
予約ができるから	27.7%	検査機器が揃っているから	2.4%
毎回同じ先生に診てもらえるから	27.1%		

表2 当診療所を選択した理由 (診療所 A 岩見沢：N=112)

選択理由	回答者中の割合	選択理由	回答者中の割合
医師の対応がよいから	84.8%	交通の便がよいから	25.9%
看護婦の対応がよいから	65.2%	建物全体がきれいだから	25.0%
通院の距離が近いから	62.5%	診察や治療について説明文書もらえるから	22.3%
待ち時間が少ないから	62.5%	他の医療機関および介護保険施設に紹介してもらえるから	20.5%
事務員の対応がよいから	50.9%	駐車場が広いから	18.8%
良い評判をきいたから	46.4%	自分のかかりたい診療科があるから	18.8%
診療時間帯が自分にとって都合がよいから	41.1%	名医・専門医がいるから	16.1%
診察室、待合室、トイレ等が快適だから	38.4%	以前かかっていた医療機関に不満足だったから	9.8%
予約ができるから	35.7%	複数の診療所があるから	4.5%
診察時間をしっかり取ってくれるから	34.8%	検査機器が揃っているから	3.6%
毎回同じ先生に診てもらえるから	33.9%	他の医療機関からの紹介で	3.6%
この診療所の医師がかかりつけ医だから	31.3%		

表3 当診療所を選択した理由（診療所 B 北海道家庭医療センター：N=112）

選択理由	回答者中の割合	選択理由	回答者中の割合
通院の距離が近いから	77.8%	診察や治療について説明文書もらえるから	13.0%
診療時間帯が自分にとって都合がよいから	66.7%	良い評判をきいたから	13.0%
検査機器が揃っているから	59.3%	以前かかっていた医療機関に不満だったから	9.3%
医師の対応がよいから	57.4%	毎回同じ先生に診てもらえるから	7.4%
看護婦の対応がよいから	51.9%	名医・専門医がいるから	5.6%
事務員の対応がよいから	40.7%	建物全体がきれいだから	5.6%
この診療所の医師がかかりつけ医だから	35.2%	自分のかかりたい診療科があるから	3.7%
予約ができるから	29.6%	駐車場が広いから	1.9%
待ち時間が少ないから	25.9%	複数の診療所があるから	1.9%
他の医療機関および介護保険施設に紹介してもらえるから	22.2%	診察時間をしっかり取ってくれるから	1.9%
交通の便がよいから	20.4%	他の医療機関からの紹介で	0.0%
診察室、待合室、トイレ等が快適だから	14.8%		

図3 この診療所よりもあなたの自宅に近い医療機関はありますか

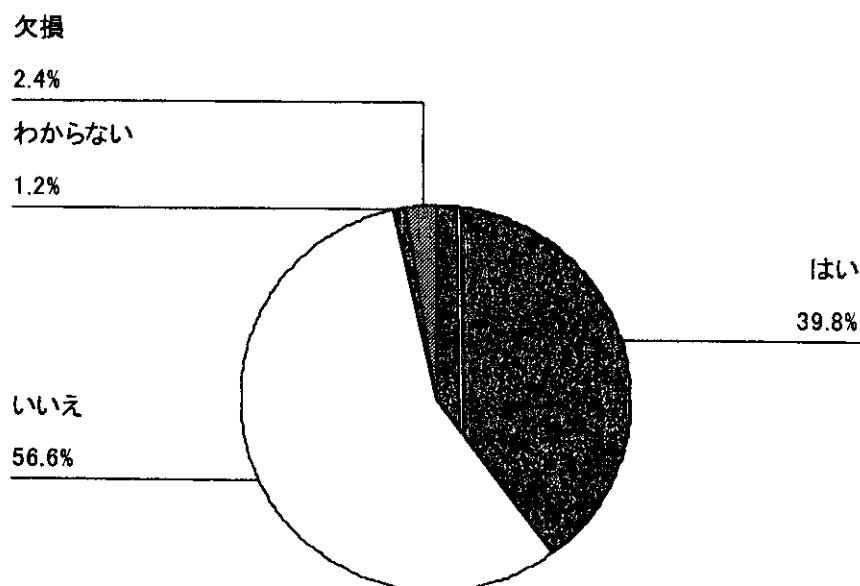


図4 「この診療所よりもあなたの自宅に近い医療機関はありますか」と診療所のクロス分析 (P = 0.107)

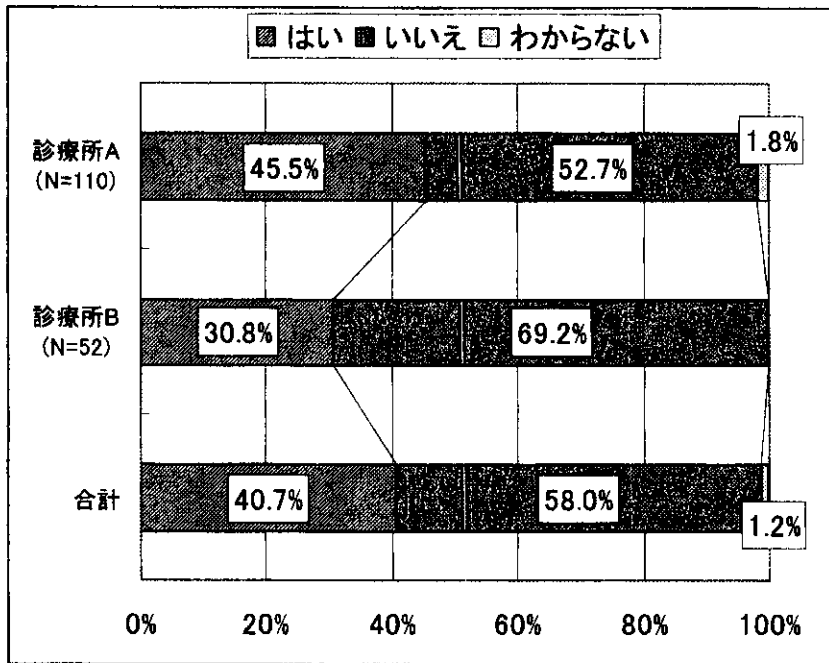
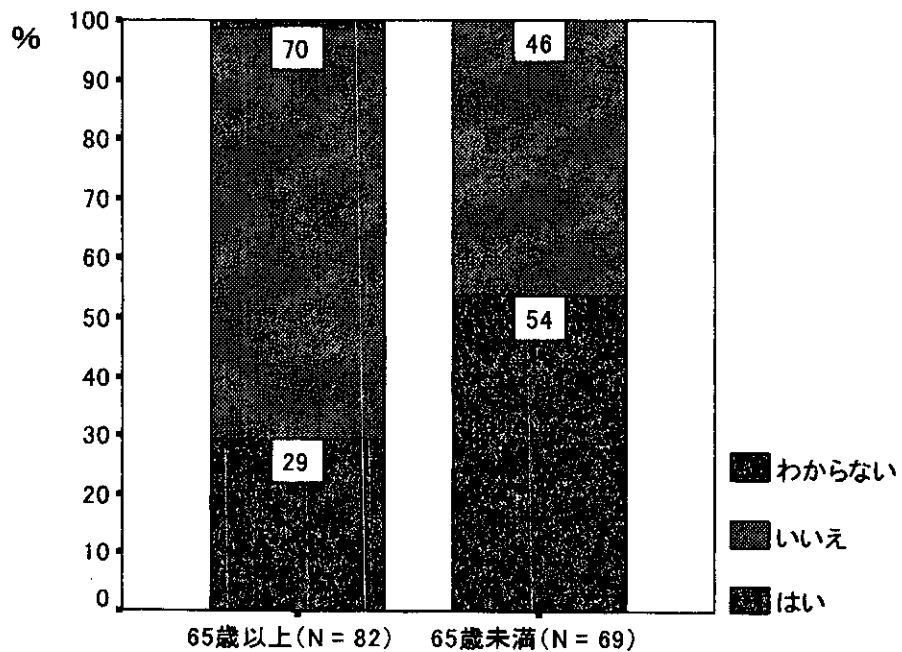


図5 「この診療所よりもあなたの自宅に近い医療機関はありますか」と年齢のクロス分析 (P < 0.01)



年齢

図6 その医療機関はこの診療所よりも通院のための交通の便が良いですか (N = 62)

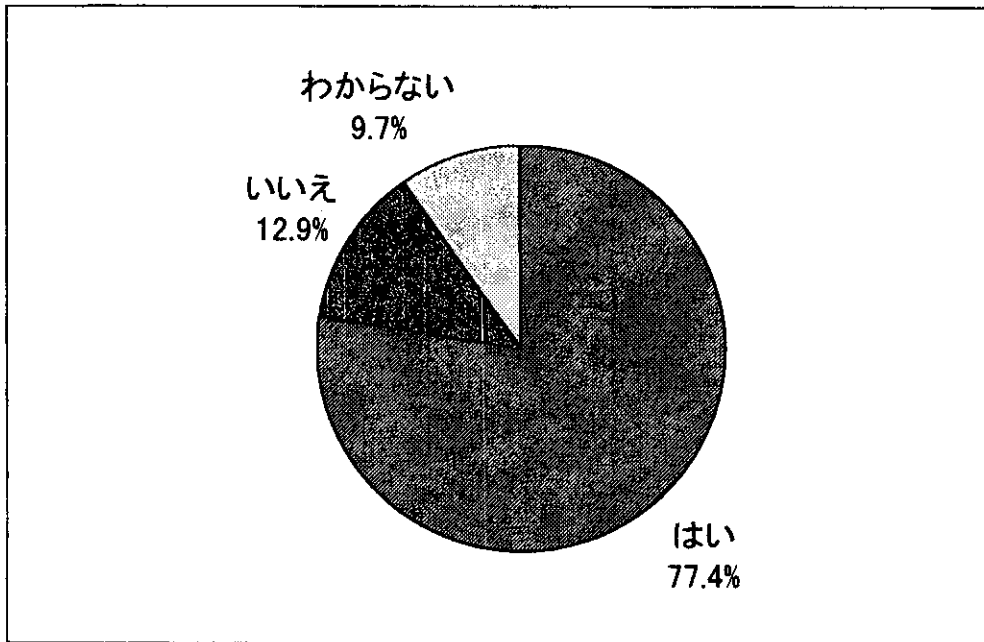


図7 「その医療機関はこの診療所よりも通院のための交通の便が良いですか」と診療所のクロス分析 (P = 0.506)

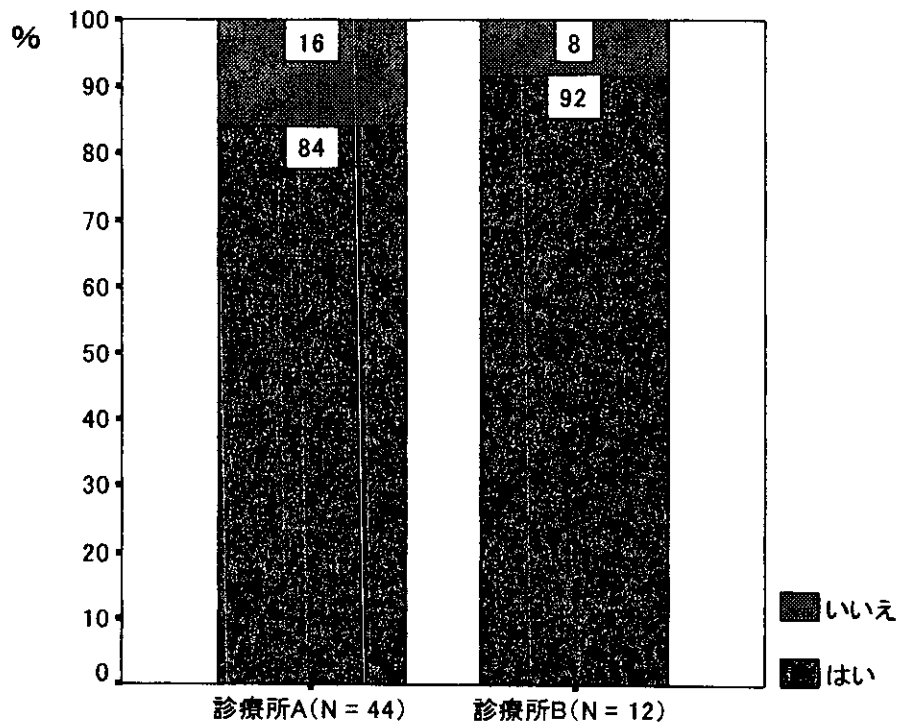


図8 「その医療機関はこの診療所よりも通院のための交通の便が良いですか」と年齢のクロス分析 (P = 0.110)

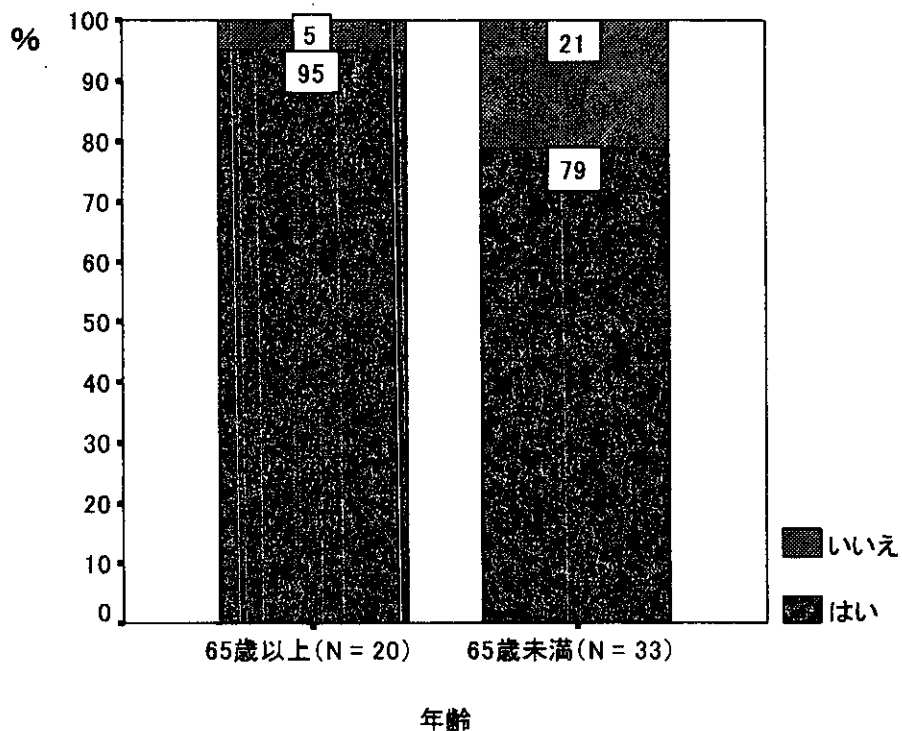


図9 その医療機関は本日あなたが受診されているこの診療所と同じ診療科がありますか (N = 62)

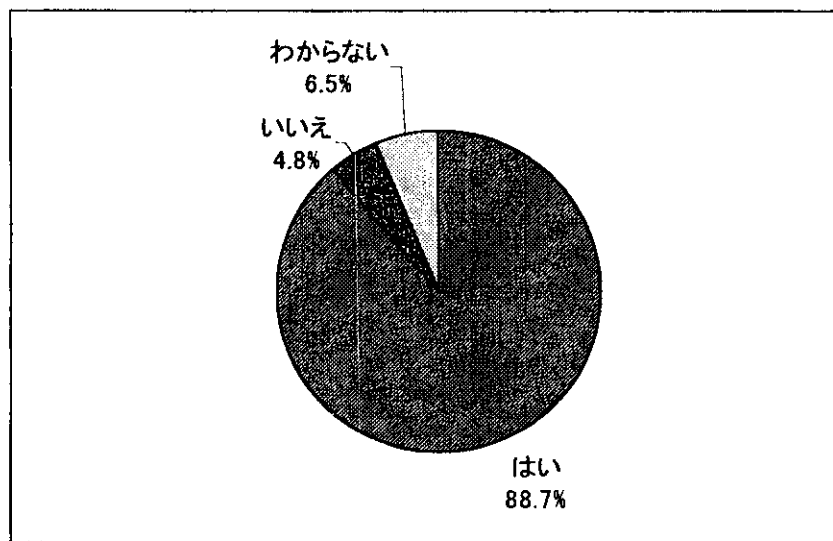


図 10 「その医療機関は本日あなたが受診されているこの診療所と同じ診療科はありますか」と診療所のクロス分析 (P = 0.298)

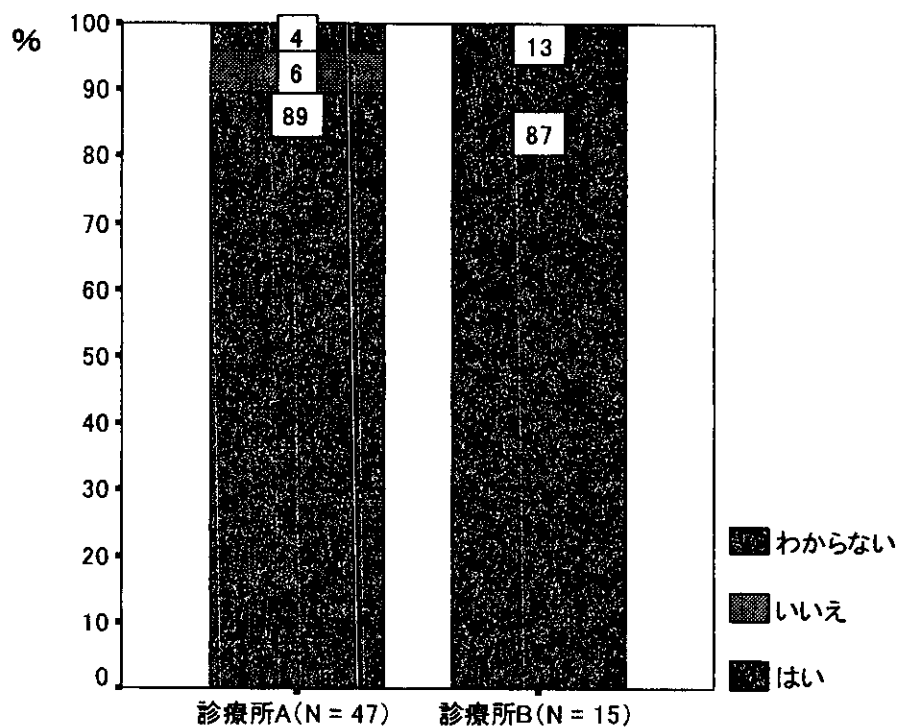


図 11 「その医療機関は本日あなたが受診されているこの診療所と同じ診療科はありますか」と年齢のクロス分析 (P = 0.234)

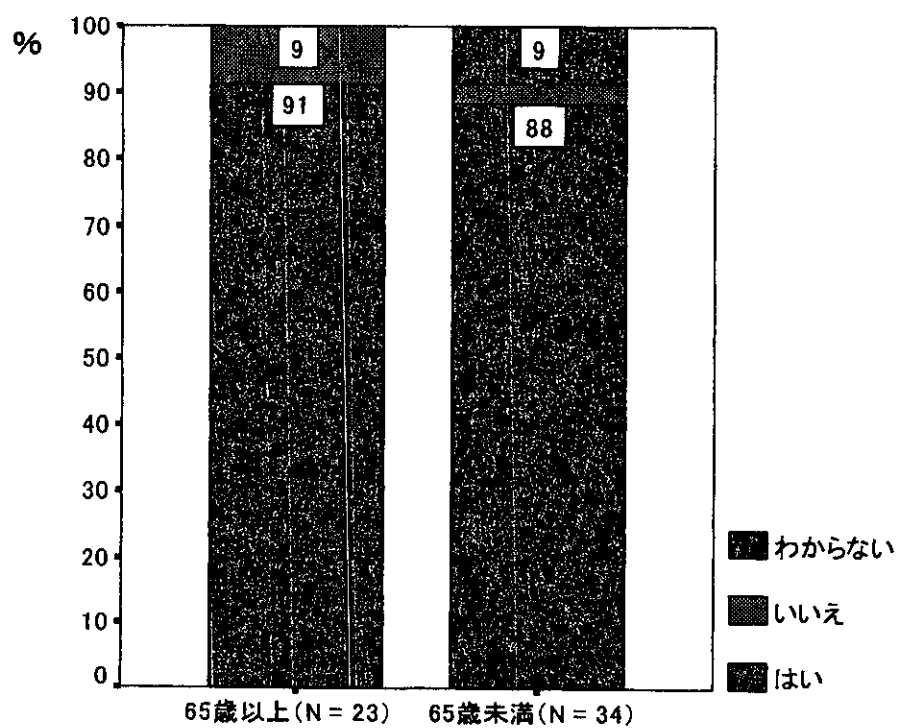


図 12 「この診療所よりもあなたの自宅に近い医療機関はありますか」と診療所に対する満足度のクロス分析 (P = 0.056)

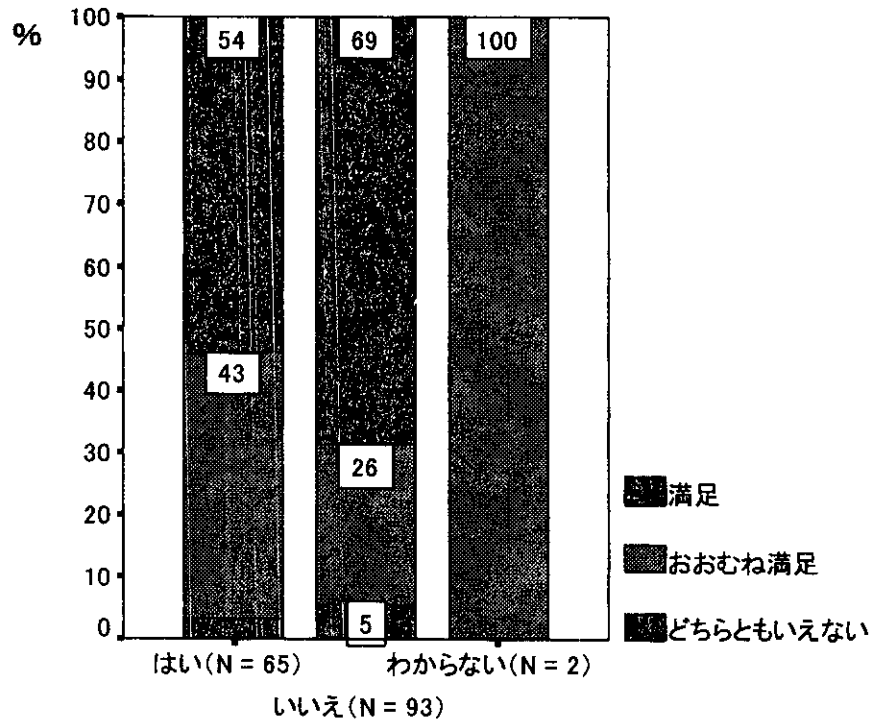


図 13 「その医療機関はこの診療所よりも通院のための交通の便が良いですか」と診療所に対する満足度のクロス分析 (P = 0.384)

