

なくなってくると楽ですね。本来自分がしたい、やるべき仕事に充分時間が使えるという意味ですよ。

○（整形外科は）多いときで1日30名くらいです。紹介外来じゃない時っていうのは、150〜200名くらいの間でしたね。

○以前は（1患者あたりの診察時間が）3分とか5分とかですけど、今はもう20分とか30分とかかけることは可能ですから。

○下の先生がいたとしても上に指導者がいなければですね、この病院の質っていうものは以前に比べて落ちてきていると思うんですよ。（中略）内科の先生たちとかですね、辞めているもんですから。そうすると近くの先生からこちらに紹介しにくいとかですね。結局、外にいらっしゃる先生たちの方が士気があって結構実力があってという形が多いわけですよ。そうすると紹介してもあまり意味がないんじゃないかということになるんですよ。ただ外科系は手術をするもんですから、結局開業医の先生が手術をできないもんですから、こちらに送るしかないというのがあると思うんですね。

○結局診る患者が少なくなった分だけ少しは（診療時間が）延びてはいると思うんですけどね。

○自分でもやっぱり興味のある患者さんを診てみたい、フォローしたいっていうのはありますよね。

○今まで病院というのは保険証を持っていけばどこでも診てくれるというのが皆の共通認識なんですけど、それを病院に来ると紹介状がないとだめだよと断られるというところで、たぶん、患者さんの評判が悪いというのはよく聞くんですよ。

○やはり病院の中の医師が急性期だけでどうかというところと医者のレベルは落ちますね。

○外来数も1日1200〜1300から今は300切りますよね。

○今、内科スタッフが少ないんですね。辞めてですね。結構辞めたんですよ。去年7〜8人くらいスタッフが辞めましたからね。

○1400〜1500人それまでいたんですね、1ヶ月の患者さんが。その患者さんを今までのトータルで900人くらい外に出しているんですよ。

○外来でゆとりができてますね。

○やっぱり年齢を重ねてくると大変ですよ。急性期の患者をずっとずっと診て、そして救急室の当番やったりとか。やっぱり年をとってくるとちょっときつところ、体力的にも精神的にもストレスが大きい感じがどっかありますので、だからずっと出来るかというのはちょっと分からないですね。

3. 医療連携への取り組み

○去年1年（地域の診療所を）回りましたね。20〜30箇所くらい回ったんじゃないでしょうかね。

○出張外来といいまして、患者さんを定着するように、地域の診療所へ行って手術をしてというのが、実際4施設ですか、試みにやりまして、うまくいくということがわかりました。

○（地域の診療所の）訪問もしました。私と専任の看護婦とクラークと3人で。（中略）行って良かったのは、まずどういう先生かというのが分かりますよね。年齢が分かるし、どういう人柄かがわかりますし、それから病院の場所も分かりますね。それからやっぱり病院の雰囲気や混んでいるか暇なのかどうかということも分かりますのでね。そういうニュアンスが分かって、あとはこういうふう到手帳がありますよね。手帳に記載していただくと。で、6ヶ月おきに返してくださいという方針で。

○現在のシステムでは病院が動かないと診療所は動かないと思いますよ。お金がかかっていますのでね。じゃあ病院が動けるかという、やっぱり我々みたいな明確な方針がないと動けませんよね。やっぱり、外来を900名減らすということは、900人分の売上が減ることですからね。

○（診療所の医師は）1回（病院の）専門医と連携をとるとかえって診療の評判が上がるということですね。バックに専門医が控えていると。何かあったら送れると。反対に専門医から送ってもらえる診療所だという評価をいただいているようです。

○これからどんどんやっていきたいのはですね、センターとして一緒に勉強会とかですね。今まで実際にやっているんですけどね。やっぱり年に10回くらいはやってます。

○とにかくこちらで受診しましたってことは必ず連絡します。

○開業医の先生と勉強会をしたり、半年に1回、1日60施設くらい回るんですよ。

4. 外来機能分化について

○マイナス面というのは例えば今まで初診で来ていた患者さんですよね。何も紹介状がなくても診ていてくれたのに、なんでこう門前払いされるのかという、すごく理不尽に思われると思うんですね。

○（機能分化がすすむと）だんだん経過が分からなくなる。そういう意味でカルテを共有できるんだったら、これは全然構わないですからね。検査結果も見れるし、どうなっているかも分かるし。

○カルテの共有みたいな、要するにフォローアップを、こちらの情報を送った後の情報を逆に得られるようなシステムがあればいいなと思いますけれどもね。（中略）病院内では

すべての科のデータも見れますし、そういうのを広げれば他の病院のデータも見られるっというふうになる。ちょっとプライバシーとかについては（課題かも）わかりませんが。○医師会としては学術とかそういうふうなレベルを上げていくというか、あそこへ行ったら勉強になるとかいろいろな情報があるとか。各地の医師会でもクリニックの質の向上だとかそういうものを医師会でやっぱりやっていかないと。やっぱり開業したら魅力的でないんじゃないかと思って。

○医師会の中で病院の利益は主張するなという。だからむしろ病院は後方支援ということでもクリニックの人たちに役に立つようなことを病院が何が出来るかという。だから自分の経営の安定のために医師会と付き合いおくとするとやっぱりうまくいかない。

○外来を減らすまでは結局病院側が悪いわけですよ。患者紹介したら返ってこないんだから。競合関係になっているからね。結局日本の診療報酬体系が、病院は外来をやらないと経営が出来ないというふうなものの中ですよ、厚生省から病診連携といってもお互いに利害が対立するわけですから、なかなかうまくいかないわけですよ。

○プラス面から言うとやっぱり外来が少なくなった分、余裕が出来た、余裕をもって患者さんを診れるようになったということですかね。

○そういう方向（医療機関の機能分化）が正しいとは思いますが、やっぱり国民の方にそういうのをきちんとお知らせしないといけないというか、そういう広報活動を全然やってくれないですね、国は。国の人に言いたいことは、例えばコマーシャルとかでここにかかりなさいとか、こういう時は救急車呼びなさいとかそういう宣伝を医師会とかはやっているんですけど、国はやってないんですよ、あんまり。それで（機能分化と地域連携を）やれやれと言ってるんで、国民が納得しないと思うんですよ。国がこういう方向に行くというのを国民が知らないというか、逆に医師会とかそういう団体の方が、県民とか国民にアピールするために新聞に載せたりとか、まあこういう浦添え総合病院みたいな民間病院が努力して、国民というか地域住民の人を啓発する活動をしますよね。そういうのをやっぱり国がやるべきだと思うんです。（中略）アメリカではやってるんですよ。沖縄はFENという放送が入りますけど、そのFENでこういう症状があった時はすぐ病院へ行きなさいという放送をしているんです。（中略）ただ制度だけその方向へいったとしても、やっぱり国民が知らなかったら誰が国民に教えるんだということになるんで、その一つとしてですね、小学生とか中学生とか高校生で授業がありますね、保健体育とか、そのときに医者のかかり方というのを文部省とかそういうところがやった方がいいんじゃないかというのは一つの提案ですけども。

○プラス面はですね、一つは地域の開業医の先生とより親密になったということですよ。今までは一方的に送られて名前も知らない、顔も知らないですよ。そういう開業医の先

生を身近に感じるようになったということですよ。

○デメリットは患者さんの立場から敷居が高いとかですね、評判が悪いですよ。

○外来を（地域の診療所に）任せたメリットはやっぱり時間的なゆとりができるというのが一番大きいと思いますけどね。

○マイナス面としては一般の方へのマイナスイメージですね。ちゃんと説明すれば大部分の患者は分かるんですけども、問題はその説明が充分じゃなかったり、外来に来た時に診ないで断った時とかは特にマイナスでしょうね。

○（紹介状をもらって外来受診すると）お金が二重にかかってしまわないかなあという気はするんですけどね。きちんと検査をして返す時にまた返事を書きますよね。紹介状をもらってきた方で、また診療所にすぐ返れるような方も稀にありますから。確かにそうだなあと、コストがかかるなあと。紹介のためにコストだけ上げてしまっ。

以 上

医療機能分化に対する通院患者の態度と再診料（特定療養費）の支払意向

田村 誠 国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授
福田 敬 東京大学大学院薬学系研究科医薬経済学客員助教授
松本 栄 栃木県済生会宇都宮病院企画課課長
上野宏文 栃木県済生会宇都宮病院企画情報課

研究要旨： 地域中核病院に通院する患者が、医療機能分化政策をどうとらえているか、再診料（特定療養費）が上昇した場合に通院を継続するか等を質問紙により調査した。その結果、医療機能分化に賛成する人は約5割と、前年の浦添総合病院における調査とほぼ同様の結果となった。再診料が500円上昇した場合に通院継続すると答えた人は70%弱であった。通院継続すると答えた人の特性を分析したところ、同院を選んだ理由として「医師の診断技術がよいから」をあげている一方、「機器・設備の充実」をあげていないという興味深い結果がみられた。「医師の診断技術がよいから」と「機器・設備の充実」はいずれも同院の選択基準で上位を占めるものであったが、特別の料金を払ってまでも欲しいものは、医師の診断技術であり、機器・設備はプラスアルファであるとみられた。

A. 研究目的

医療機能分化、とくに外来機能分化政策はこれまであまり進展していない。紹介率は上昇してきたものの、入院外来比を下げる取り組みをしている医療機関は少ない。外来収入および入院患者確保のために、外来患者を急速に削減することは経営リスクを伴うからである。

そうした背景のもと、2002年4月の診療報酬改定で、さらに外来診療料（再診料）の引き下げがなされたのと同時に、「200床以上の大病院の再診」へ特定療養費制度が導入された。これにより、患者に対して、文書による十分な説明とともに、診療所か200床未満の病院に文書による紹介を行う旨を申し出ている場合に、病院は再診料を独自に徴収することができることとなった。

この制度の趣旨は2通りに考えられる。一つは、大病院がこの再診料を徴収することにより、大病院志向の患者の行動を変え

ようという点である。もう一つは、大病院の外来診療料は今後も抑制するが、患者から再診料として徴収できる病院は外来患者を減らす必要はないということである。

本研究では、外来機能分化政策に対する患者の意向を探ることを目的として、この再診料（特定療養費）に対する患者の支払意向を尋ねると同時に、医療機能分化政策全般に対する考え方、病院選択の基準等について調査を行うこととした。

B. 研究方法

1. 調査方法

自記式質問紙による調査を行った。

2. 調査対象

2002年11月6日、7日の2日間に済生会宇都宮病院（正式名称は、社会福祉法人恩賜財団済生会栃木県済生会宇都宮病院。以下、同院）に来院した外来患者のうち、20歳以上の計317名を調査対象とした。調査者が薬局前で待機し、薬待ちの間に各々記

入してもらった。調査票を配布する都合で、薬局にきた患者全員には調査をしていない。20歳以上かどうかは、原則として外見で判断し、必要に応じて対象者に尋ねた。

なお、大幅な記入漏れ等の回答者を除き、最終的な有効回答数は294名であった。

3. 病院の概要

同院の概要は以下のとおりである。

病床数：644

診療科：内科、小児科など20科

救急医療：24時間体制、栃木県救命救急センター

教育指定：厚生労働省指定臨床研修病院

紹介率：45.7%

平均在院日数：17.3日

1日平均外来患者数：1534.8人

初診時特定療養費：1050円

紹介率は45.7%と高く、平均在院日数も比較的短く、医療機能分化に積極的に取り組んでいる病院ではあるが、1日平均外来患者数は1534.8人と多く、外来患者抑制に強力には取り組んでいない。

4. 調査内容

調査内容は大きく分けて6つある（資料の調査票参照）。

1つは、病院選択基準である。同院を選んだ理由と、一般的に病院を選ぶ理由とを訪ねた。それぞれ、「自宅に近いから」「医師の診断技術がよいから」「機器・設備が充実しているから」などの選択肢をあげ、2つまで選んでもらった。

2つめは、医療機能分化政策全般に対する患者の賛否である。厚生労働省の進める医療機能分化政策（とくに外来機能分化政策）を簡単に説明した上で、賛成か反対かを尋ねた。

3つめは、再診料（特定療養費）に対する患者の支払意向である。再診料（特定療養費）の趣旨について簡単に説明した上で、その再診料が500円であったら継続して通院するか、それとも逆紹介先の医療機関に

通院するか（すなわち500円を支払いたくないか）を尋ねた。さらに、500円を支払って通院継続したいという患者に対しては、再診料（特定療養費）が1000円であっても通院継続したいかどうかを尋ねた。

4つめは、大病院志向か否かである。体調が悪い状況（膝の痛み、頭痛、下痢）を想定してもらい、大病院に行くか、小さな病院・診療所に行くか、あるいは、医療機関にかからないかを尋ねた。なお、分析にあたっては、「大病院に行く」を1点、「小さな病院・診療所に行く」および「医療機関にかからない」を0点とし、体調が悪い3つの状況の点数を合計し、「大病院志向」の変数とした。

5つめは、逆紹介された場合の対応である。主治医が他の医療機関の診療も可能であると判断し、そちらの医療機関を紹介した場合に紹介先に転院するか、同院にとどまるかを尋ねた。

6つめは、その他の患者の状況等である。通院期間、通院頻度、来院目的、性、年齢等を尋ねた。

5. 分析方法

単純集計を行い、変数間の相関を広く分析した上で、2つの重回帰分析を行った。一つは、医療機能分化政策全般に対する患者の賛否を目的変数としてものもので、もう一つは再診料（特定療養費）に対する患者の支払意向を目的変数としたものである。

C. 研究結果および考察

1. 調査対象者の概要（表1）

有効回答者294名のうち、男43.7%、女56.3%、20～30歳台が19.2%、40～50歳台が33.9%、60歳台が27.1%、70歳以上が19.9%であった。

今回の病気・ケガで初めて通院してからの期間（問2）は、初診が31名（10.8%）、1ヶ月未満が36名（12.6%）、1ヶ月～1年未満が66名（23.1%）、1年以上が153名（53.5%）であった。

同院への通院頻度（問5）は、2週間に

1回以上が45人(15.5%)、1ヶ月に1回が99回(34.1%)、2～3ヶ月に1回が79人(27.2%)、半年以上に1回が38人(13.1%)であった。

2. 病院の選択基準(表1)

同院を選択した理由(問4)と、一般的に病院を選択する理由(問6)を尋ねた(いずれも3つまで回答可)。

その結果、同院を選択した理由は、多いほうから順に、「機器・設備の充実」が112人(38.1%)、「医師の診断技術がよいから」が74人(25.2%)、「他の医療機関からの紹介」が50人(17.0%)で、以下、「主治医がいるから」「自宅に近いから」「診療科の充実」が続いた。

一般的に病院を選択する理由は、多いほうから順に、「機器・設備の充実」が134人(45.6%)、「医師の診断技術がよいから」が116人(39.5%)、「自宅に近いから」が91人(31.0%)で、以下、「評判がよいから」「診療科の充実」が続いた。

同院の選択と一般論としての病院選択の相違点

この両者を比較すると、「機器・設備の充実」と「医師の診断技術がよいから」が1位と2位を占めたのは同様であったが、3位で同院を選択した理由には「他の医療機関からの紹介が入ったのに対し、一般的に病院を選択する理由では「自宅に近いから」が入り、高度な医療を行う同院の性格を表した結果となった。

ただし一方で、同院を選択した理由の第4位、第5位には「主治医がいるから」「自宅に近いから」が入り、地域住民に対応している同院の姿も垣間見られた。

3. 医療機能分化政策全般に対する患者の賛否(表1、表2)

大病院と中小病院・診療所の機能分化・役割分担の方向性を説明し、そうした方向付けに賛成か、反対かを尋ねたところ、「賛成」が136人(47.7%)、「反対」が71人

(24.9%)、「わからない」が78人(27.4%)となった。

「わからない」人が、反対に近い「わからない」なのか、素朴に「わからない」なのかは不明であるが、浦添総合病院の逆紹介患者に昨年行った調査でも、ほぼ同様な結果となり、機能分化については患者の約半数程度しか賛成していない状況が再度みられた(「平成13年度政策科学推進研究事業報告書：逆紹介患者の通院行動と地域医療支援病院への態度－浦添総合病院のケース」参照)。

医療機能分化政策全般に対する患者の賛否に関係する要因

この医療機能分化政策全般に対する患者の賛否の回答を目的変数とし、性、年齢、通院頻度、通院期間、大病院志向、同院を選んだ理由を説明変数とし、強制投入法による重回帰分析を行い、関係要因を探った。

その結果(表2)、有意な関係がみられたものは、性と大病院志向であった。すなわち男性で、大病院志向が弱い人ほど、機能分化に賛成する傾向がみられた。

4. 再診料(特定療養費)の支払意向(表1、表3)

再診料(特定療養費)が500円になったとして、それでも大病院(同院)に通院し続けますか、と尋ねたところ(問8)、195人(67.9%)が「通院を続ける」、47人(16.4%)が「小さな医療機関に変える」、45人(15.7%)が「わからない」と回答した。

500円を支払っても通院を継続する理由

「通院を続ける」と答えた人に通院を続ける理由を尋ねたところ(付問8-1)、「設備が充実」が100人(34.0%)と最も多く、「医師の診断技術がよいから」「詳しい検査ができるから」「近いから」が続いた。
再診料が1000円の場合の意向

さらに、再診料(特定療養費)が1000円になったらどうするかを、前の問(問8)で通院を継続すると答えた人に尋ねたところ、「通院を続ける」と答えた人は61人

(62.9%)、「小さな医療機関に変える」のは6人(6.2%)、「わからない」が30人(30.9%)であった。

この間は問8で500円支払っても通院継続したいと答えた人に対する付問であるが、未回答が102人にもいた。質問紙の上で問が横にあったため、単なる回答忘れなのか、答えたくない意思表示なのかは不明である。上記で「通院を続ける」と答えた人は62.9%としたが、その割合(パーセンテージ)は回答した人を100%とした人のものであり、これは最大限の数値とみなせる。もし未回答の人が全員支払いたくないとすれば、62.9%から31.3%に大幅ダウンし、実際には40~50%位ではないかと推測できる。

再診料(特定療養費)の支払意向に関する要因

次に、再診料(特定療養費)が500円になった場合の通院継続意向の回答を目的変数とし、性、年齢、通院頻度、通院期間、大病院志向、同院を選んだ理由を説明変数とし、強制投入法による重回帰分析を行い、関係要因を探った。

その結果(表3)、年齢、大病院志向、同院を選んだ理由の3変数で有意な関係がみられた。すなわち、高齢、大病院志向の人、同院を選んだ理由として「医師の診断技術がよいから」をあげた人に、また「機器・設備の充実」をあげなかった人に、500円支払っても通院継続したいという人が多くみられた。

上で見たとおり、同院を選択した理由(問4)として第一位にあがったものは、「機器・設備の充実」であった。また、付問8-1で「通院を続ける」と答えた人に通院を続ける理由を尋ねたところ、「設備が充実」が100人(34.0%)と最も多く、「医師の診断技術がよいから」は92人(31.3%)と2位であった。

しかし、500円支払っても通院継続したいという意向と関係をもせたのは、「医師の診断技術」であり、「機器・設備の充実」をあげた人には500円支払っても通院継続

したいという人は少なかった。

医師の診断技術と支払意向との関連について

この重回帰分析の結果の解釈を試みる。繰り返しになるが、同院を選択した理由(問4)として第一位にあがったものは、「機器・設備の充実」であったにもかかわらず、500円支払っても通院継続したいという意向と関係をもせたのは、「医師の診断技術」であったのはとても興味深い。

ここから4つのことが考えられる。

一つは、一般に患者は機器・設備等により病院を選択しているつもりでも、特別の料金を払ってまでも欲しいものは、医師の診断技術ということである。究極的に患者が最も強く求めているものはあくまで医師の診断技術であり、機器・設備はプラスアルファということであろう。

二つめは、今は医師の診断技術について情報がないために、その他の基準で病院選択をしている可能性があるが、医師の診断技術について情報がでてくると、患者は周辺技術よりも医師の診断技術に病院選択の重点を置く可能性が高いということである。

ただし、米国の経験では、情報内容次第ではコア技術に関する情報でも患者は医師選択にあまり活用しないということが言われている¹¹⁾。ペンシルバニア州では、医師別に心臓バイパス術の死亡率が公表されたが、その後、同州で心臓バイパス術を受けた474人の患者のうち、データを知っていたのは56人で、しかも、外科医の選択に大きなインパクトを受けたと答えたのは、そのうち1/4弱とのことであった。患者がそうした情報に興味のない理由は、情報理解の困難さ、情報への興味のなさ、データへの不信、情報の遅さ等であった。

米国の経験は、このような医師の診断技術は必ずしも十分に活用されないということであるが、本調査では少なくともこうした情報に対する潜在的ニーズの大きさを表したものと考えられる。

三つめは、医療需要の価格弾力性との関

係である。Folland は、自己負担金額が変わったときに患者の行動がどう変わるかの研究をレビューしたところ、医師サービス全体の価格が変わったときには患者の行動はあまり変化しないが（すなわち価格弾力性が低い）、個別の医師の価格へは患者は敏感に反応する（すなわち価格弾力性が高い）というⁱⁱⁱ。今回の結果も同様の解釈が可能である。つまり、特定療養費による自己負担の増加はこの病院にのみ起こると仮定すれば、機器に関しては他の医療機関で同様の設備があればそちらに代替することが可能であるが、医師に関しては代替ができないため、支払い意思と結びついている、すなわち支払ってもよいとなるのである。

四つめは、再診料（特定療養費）を導入することのインパクトに関してである。今回の調査結果では、500 円の再診料を支払うことになっても、約 2/3 の人は通院を継続するとのことであり、外来患者抑制にはさほどつながらない。しかし、「医師の診断技術」により病院を選択している場合には通院行動が変わらないということであれば、それは医療の質の向上に結びつく可能性があると考えられた（一方で、患者の支払能力による公平性の問題はあるが）。

5. 逆紹介への対応（表1）

同院の主治医が他の医療機関に通院するよう勧めた場合、その医療機関に通うかと尋ねたところ、「他の医療機関へ行く」と答えた人が 236 人（81.1%）、「行かない」と答えた人が 40 人（13%）、「わからない」が 15 人（5.2%）となった。通うと答えた人が大多数を占めるといった意外な結果となった。

付問 10-1 で通わない理由を尋ねたところ、「主治医が変わることへの不安」が 24 人（60%）で最も多く、続いて「自分の意思で医療機関を決めたい」、「知らない医療機関はイヤだから」、「他の医療機関には、かかりたくない」、「医師の判断に納得がいけない」、「医師に見放された気がする」と

なった。

この結果から見ると、医療連携という考えが患者にも認識されるようになってきたとも考えられる。最初に受診する医療機関は自分で決めたいが（大病院志向）、1 度大病院で診察をしてもらいそれほど大きな病気でないと安心すれば、自宅から近い、待ち時間が短い等のメリットのある診療所に通ってもよいと患者は考えている模様である。

D. 結論

済生会宇都宮病院の来院患者に対し、医療機能分化政策全般に対する考え方、再診料（特定療養費）に対する支払意向、病院選択の基準等について調査を行ったところ、以下のような結果を得た。

- 1) 同院を選択した基準としては、「機器・設備の充実」、「医師の診断技術がよいから」、「他の医療機関からの紹介」という順に多かった。
- 2) 大病院と中小病院・診療所の機能分化・役割分担については、「賛成」が 136 人（47.7%）、「反対」が 71 人（24.9%）、「わからない」が 78 人（27.4%）であった。
- 3) 再診料（特定療養費）が 500 円になったとして、同院に「通院を続ける」と答えたのは 195 人（67.9%）、「小さな医療機関に変える」のは 47 人（16.4%）、「わからない」は 45 人（15.7%）であった。

さらに、再診料（特定療養費）が 500 円になった場合に、同院に「通院を続ける」と答えた人の特性を分析したところ、高齢、大病院志向の人、同院を選んだ理由として「医師の診断技術がよいから」をあげた人に、また「機器・設備の充実」をあげなかった人であった。

<謝辞>

調査にご協力いただいた患者の皆様へ深

厚生科学研究補助金
分担研究報告書

く感謝いたします。

未定

2. 学会発表

未定

E. 研究発表

F. 知的所有権の取得など

なし

1. 論文発表

ⁱ 田村誠、福田敬：地域医療連携関係の加算取得状況調査－医療機能分化政策の形成的評価
I－. 社会保険旬報、2121：20-25、2002

ⁱⁱ Marshall, et.al: The Public Release of Performance Data·What Do We Expect to
Gain? A Review of the Evidence, JAMA, 283(14), 1866-1874, 2000

ⁱⁱⁱ Folland, et.al: The Economics of Health and Health Care(2nd Edition), p136, 1997

表1. 単純集計

		人数	割合
来院理由(問1)	かぜなどの軽い病気	20	6.9%
	糖尿病などの慢性疾患	63	21.6%
	骨折などのケガ	8	2.7%
	その他	200	68.7%
	合計	291	100.0%
はじめての通院 からの期間(問2)	初診	31	10.8%
	～1ヶ月未満	36	12.6%
	1ヶ月～1年未満	66	23.1%
	1年以上	153	53.5%
	合計	286	100.0%
今日の来院目的 (問3)	診察	135	46.6%
	リハビリ	0	0.0%
	注射・処置	11	3.8%
	薬	95	32.8%
	検査または検査結果を聞くため	46	15.9%
	その他	3	1.0%
	合計	290	100.0%
今回この病院を選んだ 理由(問4)	自宅に近いから	46	15.6%
	医師の診断技術がよいから	74	25.2%
	機器・設備の充実	112	38.1%
	主治医がいるから	47	16.0%
	説明・対応がよいから	15	5.1%
	診療科の充実	43	14.6%
	評判がよいから	20	6.8%
	他の医療機関からの紹介	50	17.0%
	その他	21	7.1%
	合計	294	100.0%
一般的に病院を選ぶ 理由(問6)	自宅に近いから	91	31.0%
	医師の診断技術がよいから	116	39.5%
	機器・設備の充実	134	45.6%
	主治医がいるから	27	9.2%
	説明・対応がよいから	27	9.2%
	診療科の充実	51	17.3%
	評判がよいから	36	12.2%
	他の医療機関からの紹介	14	4.8%
	その他	6	2.0%
	合計	294	100.0%
この病院への通院頻度 (問5)	2週間に1回以上	45	15.5%
	1ヶ月に1回	99	34.1%
	2～3ヶ月に1回	79	27.2%
	半年以上に1回	38	13.1%
	今回がはじめて	19	6.6%
	合計	290	100.0%
機能分化への意見 (問7)	賛成	136	47.7%
	反対	71	24.9%
	わからない	78	27.4%
	合計	285	100.0%

500円支払って通院を続けるか(問8)	続ける	195	67.9%
	小さな医療機関に変える	47	16.4%
	わからない	45	15.7%
	合計	287	100.0%
通院を続ける理由(問8-1)	近いから	29	9.9%
	医師・看護師が親切だから	15	5.1%
	設備が充実	100	34.0%
	医師の診断技術がよいから	92	31.3%
	説明・対応がよいから	9	3.1%
	詳しい検査ができるから	57	19.4%
	医療機関を変えるのがイヤ	15	5.1%
	他の医療機関を知らない	6	2.0%
	その他	13	4.4%
合計	294	100.0%	
1000円支払って通院を続けるか(問8-2)	続ける	61	62.9%
	小さな医療機関に変える	6	6.2%
	わからない	30	30.9%
	合計	97	100.0%
医療機関の選好(問9) ひざの痛みの場合	大病院	100	34.7%
	小さな医療機関	177	61.5%
	行かない	11	3.8%
	合計	288	100.0%
頭痛	大病院	174	60.2%
	小さな医療機関	111	38.4%
	行かない	4	1.4%
	合計	289	100.0%
下痢	大病院	133	46.0%
	小さな医療機関	148	51.2%
	行かない	8	2.8%
	合計	289	100.0%
逆紹介への対応(問10)	他の医療機関へ行く	236	81.1%
	他の医療機関へ行かない	40	13.7%
	わからない	15	5.2%
	合計	291	100.0%
他の医療機関へ行かない理由(問10-1)	主治医が変わることへの不安	24	60.0%
	医師の判断に納得しない	5	12.5%
	医師に見放された気がする	4	10.0%
	自分の意志で医療機関は決める	14	35.0%
	知らない医療機関はイヤ	11	27.5%
	通いづらい	1	2.5%
	他の医療機関はイヤ	5	12.5%
	その他	2	5.0%
合計	40	100.0%	

優れているイメージの 診療科(問11)	内科	123	41.8%
	神経内科	24	8.2%
	循環器科	56	19.0%
	消化器科	20	6.8%
	リウマチ科	2	0.7%
	小児科	19	6.5%
	外科	66	22.4%
	整形外科	21	7.1%
	形成外科	7	2.4%
	脳神経外科	47	16.0%
	心臓血管外科	82	27.9%
	耳鼻咽喉科	16	5.4%
	産婦人科	44	15.0%
	眼科	20	6.8%
	皮膚科	19	6.5%
	泌尿器科	22	7.5%
	精神科	6	2.0%
	放射線科	12	4.1%
	麻酔科	4	1.4%
	リハビリテーション科	6	2.0%
合計	294	100.0%	
性別	男	117	43.7%
	女	151	56.3%
	合計	268	100.0%
年齢	20代	17	5.8%
	30代	39	13.4%
	40代	41	14.0%
	50代	58	19.9%
	60代	79	27.1%
	70歳以上	58	19.9%
	合計	292	100.0%

表2. 医療機能分化政策全般に対する患者の賛否に関する要因

	標準化回帰係数	有意確率
性	0.153	0.025
年齢	-0.005	0.948
通院頻度	0.017	0.802
通院期間	0.014	0.843
大病院指向	-0.216	0.002
済生会を選んだ理由		
自宅に近いから	0.050	0.487
医師の診断技術がよいから	-0.064	0.376
機器・設備の充実	-0.108	0.144
主治医がいるから	-0.005	0.952
診療科の充実	-0.039	0.586
他の医療機関からの紹介	0.061	0.424
R ²	0.102	
F値	2.194(p<.05)	
分析対象数	224	

表3. 再診料(特定療養費)の支払意向に関する要因の分析

	標準化回帰係数	有意確率
性	-0.036	0.562
年齢	-0.325	0.000
通院頻度	-0.013	0.833
通院期間	-0.039	0.567
大病院指向	0.182	0.004
済生会を選んだ理由		
自宅に近いから	-0.019	0.773
医師の診断技術がよいから	0.143	0.037
機器・設備の充実	-0.147	0.034
主治医がいるから	-0.001	0.991
診療科の充実	0.057	0.403
他の医療機関からの紹介	0.018	0.802
R ²	0.220	
F値	5.528(p<.001)	
分析対象数	226	

＜調査ご協力のお願い＞

この調査は、国際医療福祉大学医療経営管理学科が行うものです。患者様のご意見、ご要望をうかがい、国際医療福祉大学の研究に役立てようとするものです。

調査結果は統計的に処理しますので、ご回答いただいたことで、皆様にご迷惑をおかけすることは一切ございません。ご協力をよろしくお願いいたします。全部で3ページあります。

問1 今日はどのような病気・ケガのために来院されましたか。あてはまるものに○を付けて下さい。

1. 風邪などの軽い病気 2. 糖尿病などの慢性的な病気 3. 骨折などのケガ
4. その他 ()

問2 今回の病気・ケガは、この病院で治療をはじめてから、どのくらいの期間が経ちますか。お教え下さい。

1. 今日がはじめての治療 2. 1週間未満 3. 1週間～1ヶ月未満
4. 1ヶ月～6ヶ月未満 5. 6ヶ月～1年未満 6. 1年～5年未満
7. 5年～10年未満 8. 10年以上

問3 今日、この病院に来られた主な目的は何ですか。該当する番号を一つ選んで○を付けてください。

- | | |
|-------------|-------------------|
| 1. 診察を受けるため | 4. 薬をもらうため |
| 2. リハビリのため | 5. 検査や検査結果を聞くため |
| 3. 注射や処置のため | 6. その他(予防接種、相談など) |

問4 今回の病気・ケガでこの病院を選んだ理由はどんなものですか。あてはまるものに○を付けてください。(2つまで)

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. 自宅(職場・学校など)から近いから | 6. 診療科が充実しているから |
| 2. 医師の診断技術がよいから | 7. 評判がよいから |
| 3. 医療機器・設備が充実しているから | 8. 病院・診療所などからの紹介 |
| 4. この病院に主治医がいるから | 9. その他 () |
| 5. 医師の説明・職員の対応がよいから | |

問5 この病院にはどのくらいの頻度で通院していますか。

- | | | |
|-------------|---------------|-------------|
| 1. 年に1回程度 | 2. 半年に1回程度 | 3. 3ヶ月に1回程度 |
| 4. 二ヶ月に1回程度 | 5. 1ヶ月に1回程度 | 6. 2週間に1回程度 |
| 7. 1週間に1回程度 | 8. 1週間に2～3回程度 | 9. ほぼ毎日 |
| 10. 今回が初めて | | |

問6 病気・ケガをした場合、今回の通院に限らず、一般的に病院を選ぶポイント・基準はどんなものですか。あてはまるものに○を付けてください。(2つまで)

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. 自宅(職場・学校など)から近いから | 6. 診療科が充実しているから |
| 2. 医師の診断技術がよいから | 7. 評判がよいから |
| 3. 医療機器・設備が充実しているから | 8. 病院・診療所などからの紹介 |
| 4. この病院に主治医がいるから | 9. その他 () |
| 5. 医師の説明・職員の対応がよいから | |

わが国の大病院は待ち時間が長いという問題があります。そこで厚生労働省は大病院には救急や入院の必要な患者さんを中心に診療し、それほど重症でない患者さんは地域の小さな病院や診療所にまかせるということを考えています。

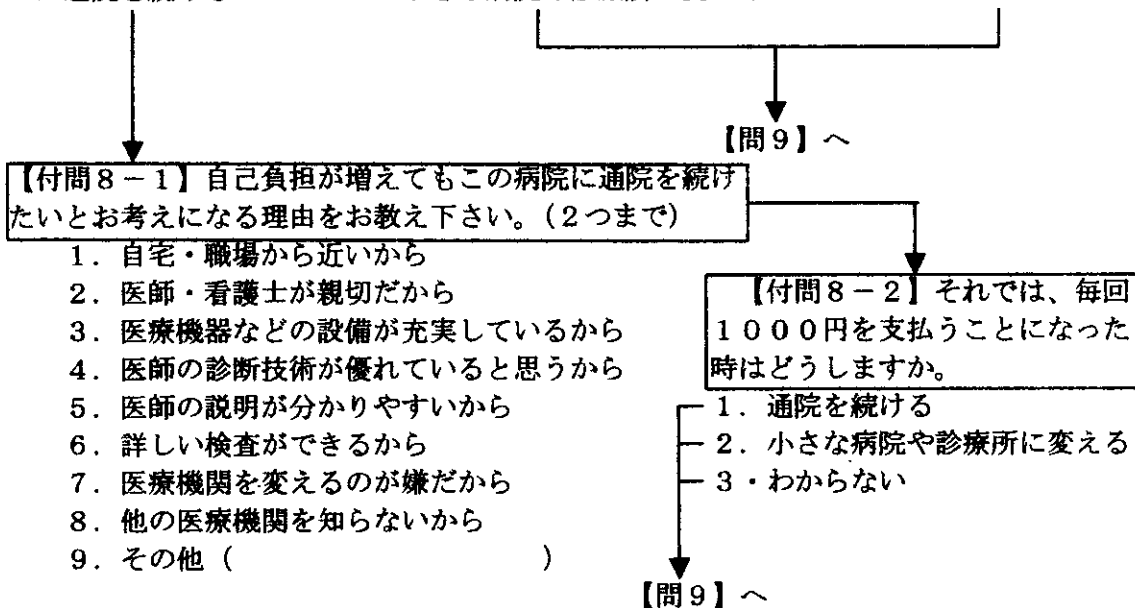
この政策を進めるために、大病院に集中する患者さんに特定療養費が設置されました。これにより、病状に応じて大病院からかかりつけ医を紹介したにも関わらず、大病院での診察継続を希望した患者さんの自己負担が増えます。

問7 このような方向に進むことをどう思いますか。

1. 賛成
2. 反対 (理由: _____)
3. わからない

問8 もし、大病院に通院すると、これまでの自己負担のほかに、毎回500円を多く支払うことになったら通院を続けますか。

1. 通院を続ける
2. 小さな病院や診療所に変える
3. わからない



問9 これから示しますような場合に、あなたは大病院と小さな病院・診療所のどちらを利用すると思いますか。あなたのお考えをお聞かせください。

【状況1】 階段を降りる際に、ひざに痛みを覚えました。自分で処置(シップや痛み止め)をしても、痛みは増えています。その時あなたなら、どちらの医療機関に行きますか。

1. 大病院
2. 小さな病院・診療所
3. 行かない

【状況2】 昼食をとっている際に頭痛がしました。市販の頭痛薬を飲んでみましたが、2~3日ほど経っても頭痛が治る様子がありません。その時あなたなら、どちらの医療機関に行きますか。

1. 大病院
2. 小さな病院・診療所
3. 行かない

【状況3】 ここ数日間、おなかを下した状態が続いています。薬を飲んでもおさまりません。その時あなたなら、どちらの医療機関に行きますか。

1. 大病院 2. 小さな病院・診療所 3. 行かない

問10 もし、この病院の主治医があなたの病気(ケガ)の場合、他の医療機関で十分治療ができると判断し、そちらに通院するようにすすめた場合、あなたは、その医療機関に通いますか。

1. 通う 2. 通わない 3. 分からない



【付問10-1】通わない理由は何ですか(○は2つまで)

1. 主治医が変わることへの不安 5. 知らない医療機関はイヤだから
2. 医師の判断に納得がいかない 6. 通いづらくなりそうだから
3. 医師に見放された気がする 7. 他の医療機関には、かかりたくない
4. 自分の意志で医療機関を決めたい 8. その他

問11 この病院における診療科の中で、どの診療科が優れていると思われますか。およそのイメージで結構ですので、あてはまるものに○を付けてください。(3つまで)

1. 内科 2. 神経内科 3. 循環器科 4. 消化器科
5. リウマチ科 6. 小児科 7. 外科 8. 整形外科
9. 形成外科 10. 脳神経外科 11. 心臓血管外科 12. 耳鼻咽喉科
13. 産婦人科 14. 眼科 15. 皮膚科 16. 泌尿器科
17. 精神科 18. 放射線科 19. 麻酔科 20. リハビリテーション科

問12 今後、済生会では患者様に積極的に当院の情報を提供していく予定です。あなたは、どのような情報が知りたいですか。あてはまるものに○を付けてください。

1. 医師の経歴・専門分野 7. 第三者機関による当院の評価
2. 医療機器の種類 8. 夜間・休日診療の受診方法
3. 経営状態 9. 予約制の詳細情報
4. 当院が得意とする手術・治療等 10. 健康診断の受け方、詳細情報
5. 手術件数等の診療実績 11. その他 ()
6. 連携先の医療機関の名称・場所等

問13 あなたのお住まい、性別、年齢についてお教えてください。

- ・あなたのお住まいの市町村名 () () () () () () 市・町・村)
・あなたの性別 1. 男性 2. 女性
・あなたの年齢 1. 20代 2. 30代 3. 40代 4. 50代
5. 60代 6. 70代 7. 80代 8. 90歳以上

最後に、済生会に対するコメントがありましたら、ご自由にお書きください。

調査にご協力いただき、誠にありがとうございました

退院計画システムに用いる初期アセスメント票の開発と妥当性の検討

田代桂子 国際医療福祉大学大学院医療福祉学専攻
田村誠 国際医療福祉大学医療経営管理学科 教授

研究要旨：医療機能分化を円滑に進めるための方策の一つとして退院計画システムの充実がある。そこで、本研究では、退院計画において、退院に関するニーズを早期にアセスメントするための、急性期病院の一般看護師が利用可能な用具を開発、さらに、今回試作した用具を「初期アセスメント票」として臨床で試行し、その妥当性を検証した。試行は、退院計画担当の専門部署を有する病院の病棟看護師 43 名に行った。退院計画実践状況の自己評価を行う質問紙を作成し、初期アセスメント票の試行前後にその質問紙による調査を行ない、経験年数、記入頻度等をコントロールして前後の比較を行った。その結果、対象者全体では 2 回の調査の間で退院計画実践状況の自己評価に統計的な差は認められなかったが、経験年数 5 年未満の対象者で、試行後に得点が高くなる傾向が認められ、適切な教育による退院計画の質向上の可能性が示唆された。

A. 研究目的

1. 研究の背景

ますます推し進められる医療機関の機能分化政策や平均在院日数の短縮などの政策的誘導は、医療機関に効率的・効果的な医療の提供を求める。しかし、実際には、その要求への対応によって退院をめぐる問題に苦慮している急性期病院が多い。退院後の療養生活の準備が不十分なままの早すぎる退院は、その地域全体における継続ケアの提供体制がまだ未整備なことも相まって、患者・家族の不安や、再入院等の社会的な医療資源の非効率をもたらす。

このことは、患者、とりわけ入院をきっかけに日常生活に何らかの援助を要することとなった要介護状態の者が医療機関から次の場所へ移行する際、ケアに関する適切なマネジメントが不十分なために、現在でも退院時さまざまな問題が生じていることでも明らかである¹⁴⁾。

政府の総合規制改革会議が先に明らかにした「規制改革の推進に関する第 2 次答申

(平成 14 年 12 月 12 日)」において、重点的に推進すべき規制改革が述べられているが、今回の答申の新たなキーワードは「患者本位の医療サービス」ではないかと考える。加えて、患者意識の高まりも考慮すれば、患者へのケアの継続性の保証は、医療機関の維持発展にとって不可欠な要素であろう。

退院計画は、ケースマネジメントのひとつであり⁵⁾、前述のような問題を解決するツールとして有用とされている。また、平均在院日数の短縮や病床稼働率の向上など、医療機関の経営にもメリットとなるような効果が数多く報告され⁶⁾¹³⁾、導入する医療機関も増えてきている。しかし一方で、退院計画のシステム化については、試行段階の取り組みだけでも、現場の担当者に業務上の負担をかけているといった問題も報告されており^{14,15)}、退院計画を組織全体のシステムとして定着させるには、まだ課題が残されていることがうかがえる。

退院計画システムに関する実態調査はいくつか報告されているが^{16,17)}、最近の急性

期病院における退院支援部署の設置状況に関する全国調査によると、対象となった1336病院のうち、当該部署を設置している病院は約3割で、その位置づけや担当者、活動内容などは病院によって様々であるといった結果が報告されている¹⁸⁾。その調査の最終目的は、退院支援機能のあり方の類型化、病院特性に合った支援方法の明確化である。これに関連して他の医療機関の実践報告を見てみると、例えば活動内容については、退院支援の専門職が退院計画の直接の担当者となっている例が多い¹⁹⁾²³⁾。しかし、本研究の対象病院でも、担当部署に看護職の専門職を配置し、退院計画を病院全体のシステムとして展開してはいるが、その専門職は、実際の退院計画担当者である病棟看護師を指導する役割を担っている。

このような役割分担をシステムの特徴とする退院計画の効果の検証は、これまであまり報告がなされていない²⁴⁾。今回、病棟看護師による退院計画の展開について、その課題を検討することは、一形態ではあるが、退院計画システムの効果を検証し標準化を進めていく際の基礎データとなりうる点で意義があると考えた。

また、今回調査対象とした病院については、退院計画を現在も通常業務の中で運用してはいるが、病棟看護師の実践状況の評価については、システム導入時の一時的な評価を除いて、システムとしての評価の機会はまだ設けられてはいない。また、病棟看護師が退院計画を展開していく方法を採用しているが²⁵⁾、適切な退院計画を患者に提供するという目的を達成させるためにも、病棟看護師のアセスメントやケアプラン立案能力が重要となってくる²⁶⁾。しかし、病棟看護師個々の能力の違い等の現状を考慮すれば、まずは、退院に向けて特別な介入が必要であると判断できる能力や、専門職であるディスチャージコーディネーターへつなげられるルートを確立することが先決であろう。それらが入院早期に実践されるためにも、病棟看護師による初期アセス

メントを徹底させる必要があると考えた。このことは、退院計画が病院の煩雑な日常業務に影響を受けずに運営されるようなシステムの確立、という最終的な目標を視野においた場合にも、現実的な対応策ではないかと考えた。

効果的な退院計画の維持・発展には、担当者に対する教育が欠かせないが、教育の効率性を考慮し、対象者の半分以上を占める経験年数5年未満の群に注目して、後の教育の際の基礎データとなりうる現在の実践状況について分析を試みた。

2. 研究の目的

本研究の目的は2つある。一つは、退院計画において、退院に関するニーズを早期にアセスメントするための、急性期病院の一般看護師が利用可能な用具を開発することである。もう一つは、今回試作した用具を「初期アセスメント票」として臨床で試行し、その妥当性を検証することである。

初期アセスメント用紙の試行は、意図的に入院早期からの退院計画への参画を意識づける介入である。

3. 用語の定義

退院計画：本研究では、アメリカ病院協会による「患者とその家族が、退院後の適切なケアプランを作成するのを援助するために利用可能でなくてはならない、部門を越えた病院全体のプロセスである」²⁷⁾を採用する。

この他に、わが国の論文をみると、手島は「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院においてシステム化された活動・プログラムが退院計画である」とし、看護介入分類（NIC：Nursing Intervention Classification, Iowa Intervention Project, 1992）では「現在のヘルスケア機関の内外において、患者があるケアレベル