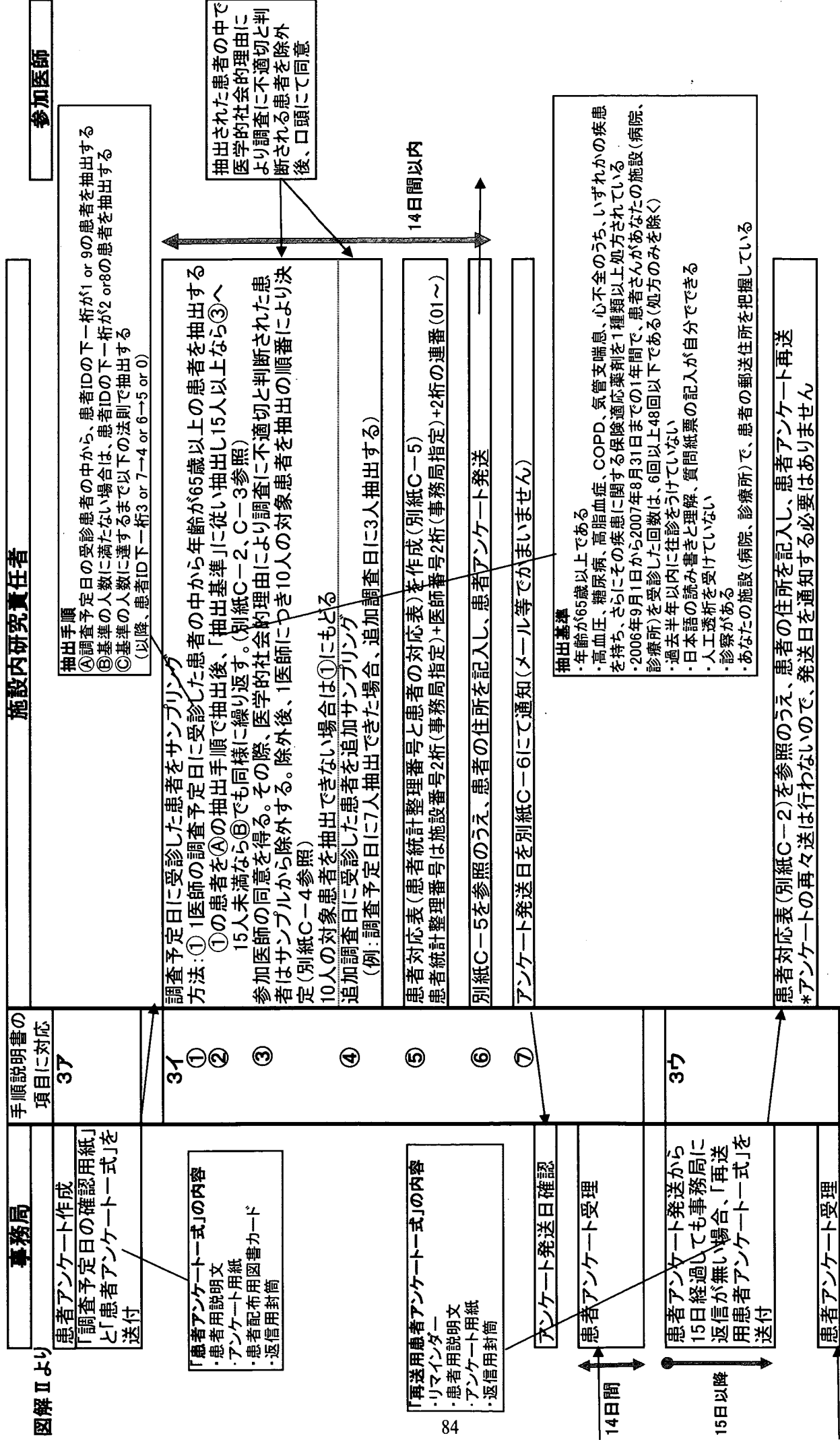


図解Ⅲへ



かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供される  
ケアの包括性との関連に関する比較調査研究

## 参加協力をお願い

本調査は、プライマリ・ケア医療を主体とする医師・医療施設と、より専門性の高い医療を主とする医師・医療施設において、それぞれをかかりつけとしている患者が認識する提供された医療サービスに関する全人性および包括性を調査し、比較することを目的にしています。

患者へのアンケートと同時に担当医へのアンケートを行います。

### 【協力内容】

- ・簡単なアンケートにお答えいただきます。
  - ・先生の患者へアンケートを送りますが、患者の選択やアンケート送付作業は施設内研究責任者が行います。
- 先生にはアンケートを送る前に患者一覧の確認をしてもらうのみです。

なお、協力の謝礼として2,000円の図書カードを差し上げます。

ご興味のある方は  
施設内研究責任者

までご連絡ください。

「かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性  
および提供されるケアの包括性との関連に関する比較調査」研究班  
施設内研究責任者の方へ

## 協力施設情報の確認及び倫理委員会に関する通知

このたびは私どもの研究にご賛同、ご協力いただけたとの返答をいただきありがとうございました。

協力施設情報の確認のため「別紙A—2」に記入のうえ、メールまたはFAXにて研究事務局宛にご返送ください。

また、研究事務局では倫理委員会の申請が必要な施設に対し、申請書類作成の準備をさせていただきます。\*)

必要な施設は、以下の事項もあわせてお知らせください。

- ・ 貴院での倫理審査申請書フォーマット
- ・ 倫理審査申請時に合わせて提出が必要な書類の種類及びフォーマット

申請書類を作成後、施設内研究責任者宛に返送いたします。

なお、倫理委員会での承認が得られましたら、承認通知をメールまたはFAXにて研究事務局宛に送付してください。

\*) 詳細は手順説明書1(イ) をご参照ください。

研究事務局

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター臨床疫学室内

「かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性との  
関連に関する比較調査」研究班

事務担当：杉田寛子

TEL: 03-3411-0111 (内 6021) FAX: 03-3412-9811

E-mail: [sugitahiroko@kankakuki.go.jp](mailto:sugitahiroko@kankakuki.go.jp)

「かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性との  
 関連に関する比較調査」 研究班

**【協力施設情報】**

施設名（正式）	
住所 電話・FAX	
所属機関長名	
職名	
施設内研究責任者名	
職名	
メールアドレス	

・施設の種類

診療所     病院（500床未満）     病院（500床以上）

\* 診療所の場合は以下の項目に記入の必要はありません。

・倫理委員会の有無

有     無

\* 倫理委員会が無い場合は以下の項目に記入の必要はありません。

・倫理審査申請書フォーマットの有無

有     無

（有の場合はフォーマットをメールにて送付してください）

・倫理審査申請時に合わせて提出が必要な書類の有無

有     無

（有の場合はその種類を記載してください。フォーマットがある場合はメールにて送付してください）

平成 年 月 日

病院  
院長殿

研究代表者：医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院  
金城 紀与史

### 研究協力願

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、このたび私どもは、厚生労働省科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業「H17-政策-023」地域のプライマリケア医機能評価に関する実証研究）における『かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性との関連に関する比較調査』を、別添研究計画書のとおり行います。

つきましてはご多用中に大変恐縮でございますが、本研究の趣旨をご理解の上、ご協力賜りますようお願い申し上げます。お手数ですが同封の承諾書に記名・押印（職印）の上ご返送いただきますようお願いいたします。

敬具

〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1-40  
医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院  
金城紀与史

**\*\*\*研究事務局\*\*\***

〒152-0092 東京都目黒区東が丘2-5-1  
独立行政法人 国立病院機構東京医療センター 臨床疫学研究室  
「かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供される  
ケアの包括性との関連に関する比較調査研究」(PCx4 U study)  
事務局責任者：尾藤 誠司  
電話 03-3411-0111(内線 6021) FAX 03-3412-9811

## 承 諾 書

平成 年 月 日

研究代表者 金城 紀与史 殿

機関名 \_\_\_\_\_

所属機関長 職名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

次の職員が、以下の研究課題の施設内研究責任者として調査研究を実施することを承諾します。

研究課題名： 厚生労働省科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業「H17-政策-023」地域のプライマリケア医機能評価に関する実証研究）『かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性との関連に関する比較調査』

職名	
ふりがな 氏名	

## 作成上の留意事項

- ・所属機関長の印は、職印を使用すること。

## 参加医師ID対応表

施設名: \_\_\_\_\_

統計整理番号		医師氏名	調査予定日 (診察日)	追加調査日 (次の診察日)
施設番号	医師番号			
	01			
	02			
	03			
	04			
	05			
	06			

「医師調査セット」には「統計整理番号」が書かれています。  
何番の封筒をどの医師に渡したか分かるよう、この表に必ず記入してください。

## 作成上の留意事項

- ・施設内研究責任者もエントリー可能です。
- ・コピーを保管してください。(後日、患者統計整理番号対応表を作成する際に必要です)
- ・調査予定日、追加調査日ともに必ず記入してください。
- ・調査予定日とは医師の診察日です。(再診患者が多い日を選択)
- ・調査予定日に受診した患者をサンプリングし、アンケートを発送します
- ・調査予定日の患者が少なく、サンプリング後の対象患者が10人に満たない場合、追加調査日に患者を追加サンプリングします。
- ・追加調査日は調査予定日のつぎの診察日(再診患者が多い日を選択)を記入してください。

## ID対応表と一緒に送付するもの

- ・エントリー医師数×20部 の封筒(角2サイズ)
- ・エントリー医師全員の参加同意書
- ・「医師調査セット」のあまり(配布せずに残った「医師調査セット」は必ず返送してください。)

\*詳細は手順説明書 2(イ), 3(ア), 3(イ)を参照



## 対象患者サンプリングの方法

○×医師の調査予定日(○月○日)の患者から65歳以上の患者「X」に記入し、ABC・・・と15人抽出できるまで順に記入します。

### 【方法】

- X 65歳以上の患者ID一覧を記入  
 A 1. 下一桁が1 or 9の患者を記入  
 2. 抽出基準を適用し、すべて○のものを記入  
 3. 2. の合計を (a= )に記入  
 4.  $15 \leq a$ ならば終了  
     $a < 15$ の場合B、をおこなう  
 B 1. 下一桁が2 or 8の患者を記入  
 2. 抽出基準を適用し、すべて○のものを記入  
 3. 2. の合計を (b= )に記入  
 4. 太枠にaとbの合計(a+b= )を記入  
 5.  $15 \leq a+b$ ならば終了  
     $a+b < 15$ の場合C、をおこなう

15 ≤ 合計になるまでくりかえし、  
 抽出した患者を「担当医同意一覧表」(別紙C-4)に転記する

### 【表作成例】

X	A		B		C		D	
患者ID	下一桁1 or 9	基準適用後	下一桁2 or 8	基準適用後	下一桁3 or 7	基準適用後	下一桁4 or 6	基準適用後
1357								
2231	2231							
3920								
6838			6838	6838				
2591	2591	2591						
4143								
4149	4149	4149						
1312			1312	1312				
...	...	...						
...	...	...						
...	...	...						
5192			5192	5192				
1304								
<b>合計</b>		a = 6		b = 7		c = 4		d =
				a+b=13				a+b+c=17
								a+b+c+d=

【例】  
 $a+b+c=17$ なので、  
 抽出を終了し、  
 「担当医同意一覧表」に転記

【抽出手順】  
 (A) 調査予定日の受診患者の中から、患者IDの下一桁が1 or 9の患者を抽出する  
 (B) 基準の人数に満たない場合は、患者IDの下一桁が2 or 8の患者を抽出する  
 (C) 基準の人数に達するまで以下の法則で抽出する  
 (以降、患者ID下一桁3 or 7 → 4 or 6 → 5 or 0)

【抽出基準】  
 ・(年齢が65歳以上である)  
 ・高血圧、糖尿病、脂血症、高脂血症、COPD、気管支喘息、心不全のうち、いずれかの疾患を持ち、さらにその疾患に関する保険適応薬剤を1種類以上処方されている  
 ・2006年9月1日から2007年8月31日までの1年間で、患者さんがあなたの施設(病院、診療所)を受診した回数は、6回以上48回以下である(処方のみを除く)  
 ・過去半年以内に往診をうけていない  
 ・日本語の読み書きと理解、質問紙票の記入が自分で行える  
 ・人工透析を受けていない  
 ・診察がある  
 ・あなたの施設(病院、診療所)で、患者の郵送住所を把握している

【注】  
 別紙C-3と別紙C-4は6人  
 分用意されています。  
 必要に応じてご活用ください。

対象患者サンプリング用紙

担当医ID	医師名
-------	-----

患者ID	A		B		C		D		E	
	下一桁1or9	基準適用後	下一桁2or8	基準適用後	下一桁3or7	基準適用後	下一桁4or6	基準適用後	下一桁5or0	基準適用後
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
合計		a=		b=		c=		d=		e=
				a+b=		a+b+c=		a+b+c+d=		a+b+c+d+e=
			合計		合計		合計		合計	

合計が15人以上になったら、「担当医同意一覧表(別紙C-4)」に転記する

\*参考:手順説明書の3(イ)②

## 担当医同意一覧表

担当医ID		医師名	
-------	--	-----	--

	患者ID	氏名	年齢	性別	同意の可否
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

担当医の同意は口頭で可  
同意取得後、「対象患者統計整理番号対応表(別紙C-5)」に転記

## 対象患者統計整理番号対応表

「担当医同意一覧表(別紙C-4)」からこの表に転記をします。

担当医ID	担当医師名	患者統計整理番号			院内患者ID	患者氏名	患者情報
		施設番号	医師番号	患者番号			
			01	01			
			01	02			
			01	03			
			01	04			
			01	05			
			01	06			
			01	07			
			01	08			
			01	09			
			01	10			
			02	01			
			02	02			
			02	03			
			02	04			
			02	05			
			02	06			
			02	07			
			02	08			
			02	09			
			02	10			
			03	01			
			03	02			
			03	03			
			03	04			
			03	05			
			03	06			
			03	07			
			03	08			
			03	09			
			03	10			

		04	01			
		04	02			
		04	03			
		04	04			
		04	05			
		04	06			
		04	07			
		04	08			
		04	09			
		04	10			
		05	01			
		05	02			
		05	03			
		05	04			
		05	05			
		05	06			
		05	07			
		05	08			
		05	09			
		05	10			
		06	01			
		06	02			
		06	03			
		06	04			
		06	05			
		06	06			
		06	07			
		06	08			
		06	09			
		06	10			

この表は患者アンケートを発送するために使用しますが、患者調査催促後、患者アンケートを再送する際にも使用するので、大切に保管してください。

・担当医師名は参加医師ID対応表を参照し記入してください。

\*詳細は手順説明書の3(イ)⑤を参照

「かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性  
 および提供されるケアの包括性との関連に関する比較調査」研究班

### 《 患者アンケート発送日通知 》

施設名： \_\_\_\_\_ での患者アンケート発送日は  
 以下の通りです。

統計整理番号		医師名	発送日	発送数
施設番号	医師番号			
	01			
	02			
	03			
	04			
	05			
	06			

【 送付先 】

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター臨床疫学室内

「かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性との  
関連に関する比較調査」研究班 研究事務局

事務担当：杉田寛子

TEL: 03-3411-0111 (6021) FAX: 03-3412-9811

E-mail: [sugitahiroko@kankakuki.go.jp](mailto:sugitahiroko@kankakuki.go.jp)

かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性との関連に関する比較調査研究 (PCx4 U study)

## 研究参加医師手順

### 《 入っているもの 》

- ・本紙
- ・研究協力のお願ひ
- ・参加同意書
- ・アンケート調査票
- ・返信用封筒
- ・図書カード

### 《 手順 》

1. 同封の医師調査票を記入し、返信用封筒にて事務局へ返送します。
2. あなたの診察日を施設内担当者に通知してください。  
(この診察日にあなたが診察をした全患者の中から 10 名に対し、患者アンケート調査を行います。患者の選択は施設内担当者が行います。)

#### 診察日を選ぶ際の注意点

- ・ 月 日以降の日程から選択してください。
  - ・ あなたの診察日のなかで再診患者が多い日を選択してください。
  - ・ 1 日分の患者では 10 名選択できない場合に備え、2 日分通知してください。
3. 通知した日の診察終了後、受診した患者全員を施設内担当者にお知らせください。  
貴施設のシステムに合わせ、施設内担当者と方法を調整してください。  
【例】・電子カルテの場合：受診した患者が分かる表などを施設内担当者に渡す。  
・紙のカルテの場合：受診した患者全員のカルテを施設内担当者に渡す。
  4. 研究責任者が作成した、アンケートを送付する患者の一覧表を確認してください。  
(患者アンケートの送付前に施設内担当者から確認の依頼があります)

#### \* アンケートに関し、患者からあなたに直接問い合わせがあった場合の対応

- ・ 担当医も本調査に同意していることや、アンケートは事務局に直接郵送されるので、担当医や施設内担当者等の貴施設関係者は回答を閲覧しないことを通知してください。
- ・ 研究に関する質問の場合は研究事務局に直接問い合わせするよう依頼してください。

\*\*\*\*研究事務局\*\*\*\*

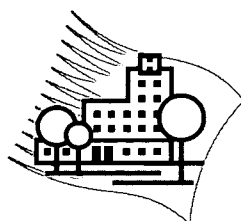
独立行政法人 国立病院機構東京医療センター 臨床疫学研究室

電話：03—3411—0111(内線6021) FAX：03—3412—9811

事務局責任者：尾藤誠司



# かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性との関連に関する比較調査研究 ご協力をお願い



貴下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。この度下記趣旨に基づき調査を行うことに致しました。何卒宜しくご理解ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

## 調査趣旨

国民の健康を維持するためにプライマリ・ケア医療を提供する重要性が指摘されています。プライマリ・ケア医療を担当する医師に求められる資質はさまざまですが、その中でも、あらゆる健康問題に対処できること(包括性)や、専門医師を含めて種々の医療資源をまとめていること、家庭や地域社会を視野に入れた患者中心の医療を提供すること(全人性)、患者と継続的に関わること、病気の初期段階において不確定な状況を受け止められること、健康の増進に努めることなどがあげられます。しかし、このような診療が、担当する医師が勤務する施設規模や、担当する医師が標榜している科によって異なっているかについては調査がなされていません。もしも、プライマリ・ケアを主たる診療としている小規模病院や診療所において十分提供されているのであれば、患者はこれらの施設に誘導されるべきであり、もしもされていないのであれば、十分な提供がなされるようにこれらの施設へ対策がなされるべきです。

本調査は、プライマリ・ケア医療を主体とする医師・医療施設と、より専門性の高い医療を主とする医師・医療施設において、それぞれをかかりつけとしている患者が認識する提供された医療サービスに関する全人性および包括性を調査し、比較することを目的としています。

この調査は、平成 19 年度厚生労働省科学研究費補助金助成をうけた研究班(主任研究者 京都大学医学研究科医療疫学 福原俊一)が、全国から協力がえられた 25 か所の病院、30 か所の診療所と共同で行っております。調査は平成 19 年 10 月から 20 年 3 月までの 5 カ月間行われます。

調査にあたっては、先生が過去 1 年間に担当した患者を 10 名抽出し、これらの患者へ質問票と返信用封筒を郵送し、記入をご依頼してください。また先生に関する情報も併せて収集させていただきます。記入には 5 分程度のお時間がかかります。なお、先生がこの御研究に参加いただく御負担の償還分として、ささやかですが 2000 円分の図書カードをお受け取りください。

## **患者の選択基準と除外基準**

### **組み入れ基準**

- ・ 65 才以上
- ・ 以下の疾患のうちいずれかを持ち、さらにその疾患に関する保険適応薬剤を 1 種類以上処方されている：高血圧・糖尿病・高脂血症・肺気腫・気管支喘息・心不全
- ・ 特定の医療機関に、2006 年 9 月 1 日－2007 年 8 月 31 日までの 1 年間で 6 回以上 48 回以下の診察受診を行なっている
- ・ 過去半年以内に往診をうけていない
- ・ 患者自身が質問紙票を記入できる

### **除外基準**

- ・ 身体問題や文化相違等により日本語を読むことが出来ない者
- ・ 施設が何らかの理由により郵送住所を把握していない者
- ・ 人工透析を受けている者
- ・ その他、医学的若しくは社会的理由により、調査対象者として不適切であると担当医が判断した者

## **取得するデータ**

### **患者調査票から**

1. 患者特性：性別、生年月日、健康状態
2. 担当医について(4 項目)
3. 包括性について(7 項目)
4. 全人性について(11 項目)
5. 信頼度、満足度(3 項目)

### **主治医調査票から**

1. 医師特性：性別、年齢、卒後年数、現在の施設での勤続年数、専門診療科、専門医資格、コミュニケーションに関するトレーニングの有無、全人性・包括性診療の認識

## **調査手順**

1. 各病院・診療所において、医師ひとりにつき基準を満たす患者を 10 名程度サンプル。
2. サンプルされた患者に対して、調査票および返信用封筒を郵送する。患者調査票の返信は直接データセンターに返送。
3. 各患者の連結データを記録し、10 名配布終了後、医師調査票とともにデータセンターに返送。

4. 返信は直接データセンターに行う。

### **倫理的配慮等**

- 本調査の開始にあたり、全ての参加施設で倫理委員会の承認を得ます。
- 本調査への同意・不同意はまったくの自由です。調査へ同意いただかなくても、不利益を受けたりすることは一切ありません。また、いったん調査に同意したあとでも、いつでも同意を撤回することができ、そのことによって不利益を得ることもありません。またお答えしたくない質問にもお答えする必要はありません。
- 今回の調査によって得られた個人情報には調査目的以外には使用されません。得られた個人情報は、統計処理番号に変えたのち分析に用いますので、研究者が直接個人を特定することはできません。また調査期間終了後は個人情報を含むデータはすべて廃棄します。
- 本調査の結果は、論文、報告等で公表されることがありますが、その場合には個々の施設や個人を特定出来るいかなる情報も除かれた形で公表されます。

#### **<研究代表者>**

〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1-40

医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院

金城紀与史

#### **<調査機関・問い合わせ先>**

研究事務局： 〒 152-0092 東京都目黒区東が丘 2-5-1

独立行政法人 国立病院機構東京医療センター 臨床疫学研究室

「かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性と  
の関連に関する比較調査研究」(PCx4 U study)

事務局責任者： 尾藤 誠司

電話 03-3411-0111(内線 6021) FAX 03-3412-9811

## 同意書

医療法人溪仁会 手稻溪仁会病院  
金城紀与史 殿

この度、私は「かかりつけ医師の特性と、患者が感じる全人性および提供されるケアの包括性との関連に関する比較調査研究」(研究代表者 尾藤誠司)に関する研究について、担当医師( )から、下記の項目につき、別紙の説明文書に基づき十分な説明を受け納得しましたので、研究に参加することに同意します(確認のため各項目にチェックしました)。

なお、この同意書は研究終了まで保管され、同意書のコピーは同意された本人にお渡しします。

- 1) 「研究の目的と意義及び方法と期間」
- 2) 「研究対象者として選ばれた理由」
- 3) 「研究への参加が任意であること」
- 4) 「研究への参加に同意しなくても何ら不利益を受けることはないこと」
- 5) 「研究への参加に同意した場合であっても随時これを撤回できること」
- 6) 「研究に参加することで期待される利益及び起こりうる危険並びに必然的に伴う不快な状態」
- 7) 「この研究に係る資金源、研究者等の関連組織との関り」
- 8) 「個人情報取り扱い」
- 9) 「研究計画書の開示」

署名欄

同意日 平成 年 月 日

住所 〒

電話番号

本人氏名 (署名)

説明医師 説明日 平成 年 月 日

所属

医師名 (署名)

\*不明な点がありましたら、遠慮なく担当医にお尋ね下さい。