

200902002A

厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業 統計情報総合研究事業

「ユーザー視点での保健医療の質に関する指標の妥当性と
国際比較可能性に関する研究」
平成 21 年度 総括研究報告書

研究代表者 児玉 知子

国立保健医療科学院 国際保健人材室 室長

平成 22 (2010) 年 3 月

目次

<総合研究報告書>

1. ユーザー視点での保険医療の質に関する指標の妥当性と国際比較可能性について
(総括報告書)
児玉知子 他・・・・・・・・ 1
2. 受療行動調査を用いた医療評価について ―外来患者の時間分析― (分担報告書)
荻野大助、富塚太郎、富田奈穂子・・・・・・・・ 11
3. ユーザー視点からの考察：患者経験 (Patient Experience) におけるセルフケア論
と概念整理
松繁卓哉・・・・・・・・ 17
4. 医療の質と安全の評価について ―自治体の調査および医療安全支援センター―
富田奈穂子、児玉知子、種田憲一郎・・・・・・・・ 29
5. 受療行動調査 経年変化資料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 33
6. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業・統計情報総合研究事業）
「ユーザー視点での保健医療の質に関する指標の妥当性と国際比較可能性に関する研究」
(H20-統計一般-002) 平成 21 年度 総括報告書
研究代表者 児玉知子 国立保健医療科学院 人材育成部国際保健人材室長

研究要旨：ユーザー視点として、近年 OECD 諸国を中心に患者の視点から保健医療を評価する調査 (Patient Responsiveness, Patient Experiences survey) が実施されている。国内においては厚生労働統計調査として 1996 年から 3 年間隔で実施されている「受療行動調査」がその一つとして相当し、各国に先駆けて全国レベルでの調査が行われてきた。本研究では経年変化を追うとともに、2005 年度調査の外来患者待ち時間および医師の診察時間に対する満足度について、性別、年齢、予約の有無、待ち時間との関連、さらに他の満足度項目（治療や看護、プライバシー保護、医師の対応など）、疾病分類、その他情報との関連について分析を行なった。入院患者の全体的な満足度は治療への満足度と最も相関があり、治療への満足度は医師との対話に関する満足度が高い相関を示した。外来患者の時間に関する満足度は、診察までの待ち時間が 30 分以上の場合、また診察時間が極端に短いか長い場合は、患者の満足度が得られない傾向があった。入院・外来における満足度の要因は、他の満足度項目とすべて相関しており、年齢や性別以外に病院機能や規模、入手できた情報、疾病特異性による影響が示唆された。国際比較の動向としても、医師とのコミュニケーション、治療方針決定における患者の積極的参画、診療へのアクセスについて注目されていることが明らかとなった。

研究分担者：

種田憲一郎（国立保健医療科学院政策科学部安全科学室長）、荻野大助（国立保健医療科学院政策科学部主任研究官）

研究協力者：

松繁卓哉（国立保健医療科学院福祉サービス部）、富田奈穂子（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科） 富塚太郎（国立保健医療科学院政策科学部主任研究官） Rie Fujisawa, Ian Brownwood (Health Care Quality Indicator Project, OECD Paris)

A. 研究目的

本研究は、近年課題となっている保健医療の質評価について、ユーザー視点を重視し、

医療供給側のみでなく医療の受給者である患者・住民の立場としての保健医療の質評価を検討する。厚生労働統計データ「受療行動調査」等を有効に活用し、疾病別のインフォームドコンセントのあり方や外来・入院医療における患者または家族の体験、今後改善されるべき具体的事項など、国際比較においても妥当性のある客観的な指標と情報発信のあり方を検討する。

B. 研究方法

①厚生労働統計データの経年変化分析：

1996, 1999, 2002, 2005 年に実施された「受療行動調査」個票データの目的外使用申請を行い、磁気テープによるデータから経年

変化をおえる項目に関して拡大乗数で調整された集計を行った。

②2005年の受療行動調査外来患者個票を用いて、性別、年齢(調査時)、病床数、予約の有無及び各時間についてクロス集計および多変量解析を行った。

③受療行動調査と並行して実施された患者調査および医療施設静態調査のデータリンケージがなされた客体数(総数 56,398名、外来 35,328名、入院 21,070名)の個票データを用いて、満足度項目、性別、年齢(調査時)、病院の規模、病床の種類、疾病分類(大)、治療に関する意思決定者、等についてクロス集計および多変量解析を行った。

(②, ③)について検定は Windows SPSS17.0, および STATA10.0 を用い、有意水準 α を 0.05 とした)

④指標の妥当性と国際比較可能性の検討：患者経験の指標に関する調査を実施する Common Wealth Fund における患者経験質問票の開発を行った。また患者参画として有用な質問項目について検討した。さらに患者経験(セルフケア)理論における先進的取り組みについて、社会学者による視点でのレビューを実施した。

⑤国内におけるユーザー視点での調査として、病院・外来でなく地域住民を対象として自治体実施している保健医療に関する意識調査および医療安全に関する調査をレビューした。

(倫理面への配慮) 本調査では個人情報に

かかるデータは用いない。

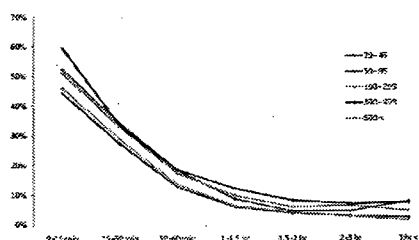
C. 研究結果

①(概略)全体として「非常に満足」とした外来患者は1996-2005年比較では若干の増加を認め(32.5% to 36.5%),「非常に満足」および「やや満足」は52.1%から62.4%への増加を認めた。入院患者については、医師とのコミュニケーションについて2-4%の改善であり、外来患者と比較すると「非常に満足」の割合が5%以上高かった。待ち時間について、「非常に満足」と回答された割合は15.1%から10.9%減少していた。

②国内47都道府県から無作為抽出された112719人の外来患者から、待ち時間について90074人(79.9%) [男性42096人(46.7%), 女性47978人(53.3%), 年齢平均55歳(0~104歳)], 診察時間について86488人(76.7%) [男性40230人(46.5%), 女性46258人(53.5%), 年齢平均55歳(0~104歳)]を解析対象とした。

②-1. 待ち時間と満足度

待ち時間と満足度率の関係は、病床数が少ない病院群は、病床数が多い病院群に比べて満足率が高い傾向にあった。3時間以上の待ち時間の場合は、病床数にあまりよらずにばらつきがある結果となった。



注) 満足率は「非常に満足している」と「や

や満足している」を合計した割合

特に時間が1時間以上経過すると6割以上の患者が不満を持っていた。年齢別と待ち時間の満足度の関係では、母集団の平均値2.80に対して60歳以上の患者は満足度が高かった。60歳未満の患者は満足度が低く、20、30、40歳代は特に低かった。診察時間については、診察時間が長くなればなるほど満足する患者の割合が高い傾向があったが、20分から30分の間が患者(63%)にとって最も満足度が高かった。年齢別と診察時間の満足度の関係では、母集団の平均値3.58に対して0-19歳以下と60歳以上の患者は満足度が高かった。性別と予約の有無については大きな差がなかった。

目的変数を待ち時間への満足度とし、説明変数を、年齢、性別、待ち時間、規模(病院病床数)、予約の有無とするモデルの重回帰分析では、重相関係数(R=0.522)、決定係数(R²=0.272)となり、下記の表の結果になった。

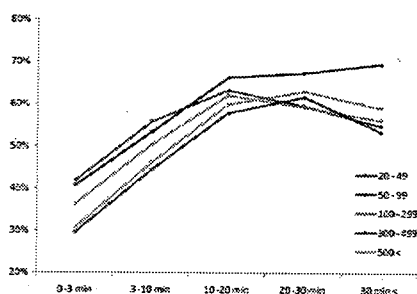
モデル	標準化されていない係数		標準化係数		t値	有意確率
	B	標準偏差誤差	ベータ			
(定数)	2.163	0.018			121.192	p>0.01
待ち時間	9.372	0.002	0.5		169.480	p>0.01
年齢	-0.006	0.000	-0.113		-39.032	p>0.01
規模	0.075	0.003	0.077		24.116	p>0.01
性別	0.043	0.006	0.019		6.78	p>0.01
予約の有無	-0.053	0.008	-0.021		-6.642	p>0.01

さらに変数増加によるステップワイズ法によるロジスティック回帰分析については、Cox-Snell(R²=0.320)、Nagelkerke(R²=0.438)となり、下記の表の結果になった。

	B	標準偏差	有意確率(Nagelkerke)	Exp(B)の95%信頼区間		
				Exp(B)	下限	上限
性別	-.182	.021	.000	1.200	1.150	1.251
年齢	-.010	.001	.000	.982	.981	.983
病床数	.236	.006	.000	1.268	1.242	1.293
待ち時間	1.938	.016	.000	2.983	2.910	3.028
定数	-2.308	.058	.000	.094		

②-2. 診察時間と満足度

診察時間と満足度率の関係は、病床数が少ない病院群は、病床数が多い病院群に比べて満足率が高い傾向にあった。診察時間が10~20分の場合には、全体として最も満足率が高く、20分以上の場合には、横ばいか若干下がる傾向がある結果となった。



注) 満足率は「非常に満足している」と「やや満足している」を合計した割合

目的変数を診察時間への満足度とし、説明変数を、年齢、性別、待ち時間、規模(病院病床数)、予約の有無とするモデルでは、重相関係数(R=0.209)、決定係数(R²=0.044)となり、下記の表の結果になった。

モデル	標準化されていない係数		標準化係数		t値	有意確率
	B	標準偏差誤差	ベータ			
(定数)	2.636	0.002			128.622	p<0.01
診察時間	-0.205	0.004	-0.186		-55.776	p<0.01
規模	0.071	0.003	0.08		21.937	p<0.01
年齢	-0.002	0.000	-0.044		-12.945	p<0.01
予約の有無	0.105	0.008	0.048		12.919	p<0.01
性別	0.033	0.007	0.016		4.891	p<0.01

さらに変数増加によるステップワイズ法によるロジスティック回帰分析については、Cox-Snell(R²=0.059)、Nagelkerke(R²=0.094)となり、下記の表の結果になった。

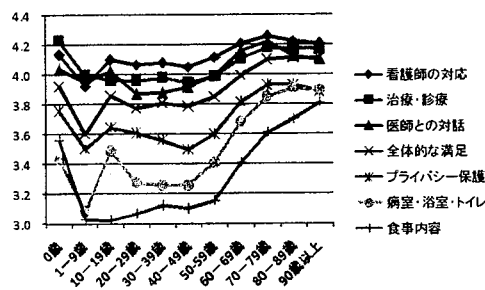
	B	標準偏差	有意確率(Nagelkerke)	Exp(B)の95%信頼区間		
				Exp(B)	下限	上限
性別	-.084	.023	.000	1.088	1.040	1.138
年齢	-.004	.001	.000	.996	.995	.997
病床数	.245	.012	.000	1.278	1.248	1.308
予約の有無	.233	.028	.000	1.282	1.195	1.333
診察時間	-.740	.016	.000	.477	.462	.492
定数	-.810	.074	.000	.445		

③受療行動調査の関連集計分析：

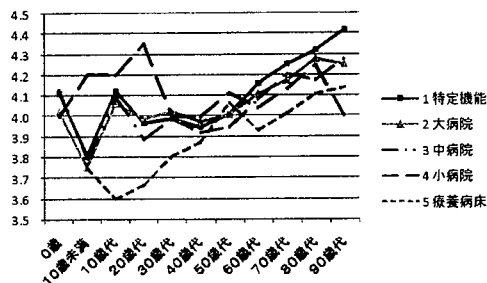
客体は全国 47 都道府県から無作為抽出された受療行動調査対象の入院・外来患者総数 218,393 名のうち、有効回答があった 172,809 名(有効回答率 79.1%)の中から、患者調査および医療施設静態調査とデータリンケージされた外来患者 35,328 名(有効回答数のうち 31.3%)、入院患者 21,070 名(有効回答数のうち 35.1%)を解析対象とした。

入院患者

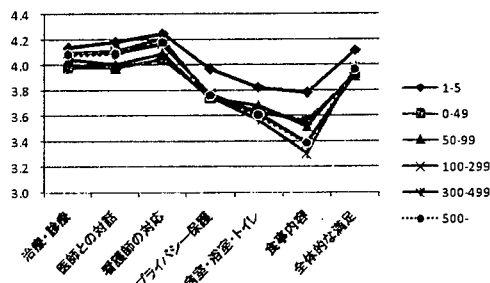
<年齢階級別の満足度種類別平均>



<病院機能別 全体満足度平均>



<病床規模別の患者の満足度平均>



<2005 年関連集計データにおける満足度項目の相関係数(入院)>

各種満足度の関連(入院)-2005関連

満足度種類	治療への満足	医師との対話	看護師の対応	プライバシー保護	病室・浴室・トイレ	食事内容	全体的な満足
治療への満足	1	.694**	.597**	.510**	.437**	.384**	.581**
医師との対話	.694**	1	.610**	.529**	.472**	.431**	.650**
看護師の対応	.597**	.610**	1	.566**	.492**	.416**	.607**
プライバシー保護	.510**	.529**	.566**	1	.627**	.495**	.595**
病室・浴室・トイレ	.437**	.472**	.492**	.627**	1	.572**	.608**
食事内容	.384**	.431**	.416**	.495**	.572**	1	.584**
全体的な満足	.581**	.650**	.607**	.595**	.608**	.584**	1

信頼性評価: Cronbach's $\alpha = 0.895$ (** p < 0.01, Pearsonの相関係数)

<2005 年関連集計データにおける満足度項目の相関係数(外来)>

各種満足度の関連(外来)-2005関連

満足度種類	待ち時間	治療	医師との対話	診察時間	プライバシー	全体満足	費用負担
待ち時間	1	.404**	.351**	.402**	.348**	.429**	.284**
治療	.404**	1	.761**	.694**	.572**	.666**	.272**
医師との対話	.351**	.761**	1	.772**	.582**	.650**	.255**
診察時間	.402**	.694**	.772**	1	.615**	.621**	.270**
プライバシー	.348**	.572**	.582**	.615**	1	.633**	.265**
全体満足	.429**	.666**	.650**	.621**	.633**	1	.294**
費用負担	.284**	.272**	.255**	.270**	.265**	.294**	1

信頼性評価: Cronbach's $\alpha = 0.863$ (** p < 0.01, Pearsonの相関係数)

入院・外来データともに各種満足度に関する信頼性の評価では、それぞれ Cronbach $\alpha = 0.895, 0.863$ と高い内的一貫性を認めており、質問項目として高い信頼性があると考えられた。

質問項目は下記に示す。

(5段階評価であり、解析には満足度の高い順に5.非常に満足している、4.やや満足している、3.ふつう、2.やや不満である、1.非常に不満であるの順とした)

- ① 受けている診療・治療内容に満足していますか
- ② 医師との対話に満足していますか
- ③ 看護師などによる看護・介助などに満足していますか
- ④ 病室でのプライバシー（秘密）保護への対応に満足していますか
- ⑤ 病室・浴室・トイレなどに満足していますか
- ⑥ 食事内容に満足していますか
- ⑦ 全体としてこの病院には満足していますか

（外来）

- ① 待ち時間についてどう思いますか
- ② 受けている診療・治療内容に満足していますか
- ③ 医師との対話に満足していますか
- ④ 医師に診てもらっている時間に満足していますか
- ⑤ 診察時のプライバシー（秘密）保護への対応に満足していますか
- ⑥ 全体としてこの病院には満足していますか

各種満足度の関連

入院患者の各種満足度の関連では、治療への満足と医師との対話（Pearson の相関係数 $r=0.692$, $p<0.01$ ）が最も係数が高く、全体的な満足度と最も高い相関が得られたのも医師との対話（ $r=0.650$, $p<0.01$ ）であった。またプライバシー保護への満足度と病室・浴室・トイレの満足度の相関係数も高かった（ $r=0.650$, $p<0.01$ ）。

外来患者でも同様に受けている診療・治療内容への満足との相関係数は、医師との

対話で高く（ $r=0.761$, $p<0.01$ ）、医師に診てもらっている時間への満足と医師との対話への満足についても高い相関がみられた（ $r=0.772$, $p<0.01$ ）。各種満足度項目を比較すると、費用負担と各種満足度については、いずれも相関係数は低く（ $r=0.255$ - 0.294 ）、費用負担と満足度については強い相関がないと考えられた。

外来患者

「非常に満足」との回答を目的変数とし、性別・年齢を調整したロジスティック回帰分析では、「患者自身による治療の意思決定あり（対象者は20歳以上に限定）」との正の関連が示唆され（ $\beta=.152$, $SE=.031$, $p<0.001$ ）、「医療安全面への不安」においては負の関連が示唆された（ $\beta=-1.512$, $SE=.052$, $p<0.001$ ）。

疾病分類では治療について「非常に満足」との回答を目的変数としたモデルにて説明変数を性別、年齢、疾病分類として尤度比による変数増加法ステップワイズを行った。いずれも正判別率低いが、疾病として悪性新生物（ $\beta=.049$, $SE=.021$, $\text{Exp}(B)=1.050$ [1.007-1.094]）Cox-Snell（ $R^2=0.018$ ）, Nagelkerke（ $R^2=0.026$ ）, および糖尿病（ $\beta=-.178$, $SE=.061$, $\text{Exp}(B)=.837$ [0.742-.944]）Cox-Snell（ $R^2=0.017$ ）, Nagelkerke（ $R^2=0.025$ ）があげられた。（モデルにおいて有意差のみられなかった他疾病略）。

入院患者

さらに、治療について「非常に満足」との回答を目的変数とした場合、欲しい情報でかつ実際に入手できた情報については、

それぞれ第三者機関による医療機関の評価

($\beta = .036, SE = .007, \text{Exp}(B) = 1.037, [1.021-1.053], p < 0.001$)、と入院に必要な経費で有意となった ($\beta = .026, SE = .006, \text{Exp}(B) = 1.027 [1.011-1.0421], p = 0.001$)、Cox-Snell ($R^2 = 0.003$), Nagelkerke ($R^2 = 0.004$)。

病床の種類について、病院全体に「非常に満足」との回答を目的変数とし、性、年齢を調整したモデルでは精神病床 ($\beta = .078, SE = .033, \text{Exp}(B) = 1.081, [1.014-1.153], p = 0.017$)、一般病床 ($\beta = -.152, SE = .070, \text{Exp}(B) = .859, [.776-.951], p = 0.003$)で有意となった。(以降、詳細は報告書参照)

④患者経験 (Patient Experience) 調査および患者経験におけるセルフケア論の概念整理：

欧米諸国を中心とした外来患者対象の患者経験質問票の作成過程に加わった。残念ながら、質問票完成が2010年2月中旬であったため、パイロット調査には至らなかったが、質問項目および受療行動調査に含まれる質問について検討した。その結果、アクセス (症状が発生してから受診までの期間)、医師とのコミュニケーション、看護師の対応、治療方針決定への患者参画の程度、経済的な状況 (収入など)、など計22項目が決定した。

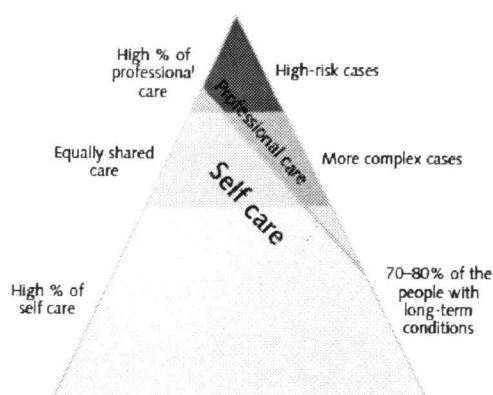
患者経験におけるセルフケア論概念整理

(概略) フォーマルケアの受療には至らない、しかし、日常生活における症状への対処として、患者にとって経験の大きな比重を占めるものがセルフケアである。これらのケアは、患者の受療行動と密接に結びつ

いている可能性がある。

慢性疾患患者のうち、医療専門職のケア (professional care) を受ける者は、三角形の頂点に近い、限られた割合 (全体面積の2, 3割) であると認識されており、その他の大多数の者、下図のように慢性疾患のある者の70~80%がセルフケアを実施している。

<図. イギリス保健省のセルフケアの位置付け>



(出典： Department of Health 2006a)

セルフケアの定義は、現時点では多種多様であり、「誰が関与するのか」「何を目的とするのか」「どこでおこなわれるのか」「その妥当性をどのように評価すべきか」などの点において統一見解が存在しない。しかしながら、疾病構造の変化・人口の高齢化・医療の脱施設化が進展する今日、セルフケアを重要性の高まりは確実であり、また、地域医療全体にとっても適切な理解が不可欠のものとなっている。

ユーザー視点での医療の質を評価する際、(ユーザーを受療者と定義)、過去の受療経験から、セルフケアの取り組みを経て、その後の受療行動に至るまでに、様々な要素が複雑に絡み合っている。現状では、単純

な変数モデルの分析にとどまり、患者経験の具体像が把握されずにいることが課題となっている。

OECD Health Care Quality Indicator Project における指標

Patient Experience Indicators (OECD加盟国)

領域	Question
属性	性別・年齢(対象は18歳以上、1年以上当該国に居住)
アクセス (Q4-14)	<ul style="list-style-type: none"> ・最後に医師もしくは医療従事者による診察を受けた時期(病院への一泊入院、歯科治療、事故等による救急受診、在宅訪問ケアを除く) ・診察は、通常 開業医(GP)・ヘルスセンターまたはクリニックを受診するか ・過去一年以内に(交通の便/経済的理由)で(受診/定期検査や治療/薬の服用)ができなかったことはあるか ・最後に受けたケアは種によってなされたか(GP/専門医/看護師/地域の看護師/病院・診療所) ・予約をとるのにどのくらいかかったか?(0日~3か月以上) ・受診時の待ち時間および感

* 下線のある質問項目は「受療行動調査」で比較可能

Patient Experience Indicators- cont

領域	Question
患者経験 (Patient Experience) (Q15-19)	(医師/看護師/医療専門職による) <ul style="list-style-type: none"> ・診察時間は十分だったか? ・説明は分かりやすかったか? ・勧められた治療に対して質問する機会は十分だったか? ・ケアや治療の決定について、あなた自身が納得いくまで参加することができたか? ・全体として、今回の診察をどのように評価するか(5段階)
その他 (Q20-22)	<ul style="list-style-type: none"> ・最終学歴 ・世帯収入は平均と比較してどうか(5段階) ・全体として、自分自身の健康状態はどうか(5段階)

* 下線のある質問項目は「受療行動調査」で比較可能

⑤国内における医療に関する市民の意識を自治体が独自に調査することも少なくないが、どの自治体がどのような調査を実施しているか、その実態は明らかにされていない。その一因として、意識調査は我が国では統計法の適用を受けないため、「統計法令に基づく統計調査の承認及び届出の状況」に掲載される指定統計、届出統計の一覧を用いても自治体を実施している調査を捕捉できないことがあげられる。

今回、自治体実施による“医療に対する

市民意識の調査実施状況”についてWeb上に公開している調査をスクリーニングした。その結果、岩手県、山形県、福島県、新潟県、茨城県、群馬県、東京都、千葉県、神奈川県、長野県、山梨県、静岡県、岐阜県、福井県、三重県、徳島県、熊本県、鹿児島県、沖縄県の合計19都県が何らかの調査を実施していることが示唆された。そのうちインターネット上で調査結果概要を公開していたのは10都県であり、詳細な報告書を公開していたのは福島県、群馬県、東京都、沖縄県の4都県であった。

さらに、医療安全に関する項目では、都道府県医療安全支援センターが中心となり、苦情[①医療行為・医療内容、②医療機関従事者の接遇、③医療機関の施設、④カルテ開示、⑤医療費(診療報酬等)、⑥セカンドオピニオン、⑦その他]、および相談[①健康や病気に関すること、②医療機関の紹介・案内、③薬(品)に関すること、④その他]について集計しており、苦情として最も多く挙げられていたのは「医療行為・医療内容」によるもの(49.4%)であった。

D. 考察

患者自身による自らの身体へのケアを推進していく取り組みは、世界各国で多様に進められている。その中で、もっとも大規模な広がりを持つものの一つが「セルフマネジメント」と呼ばれる、慢性疾患に由来するさまざまな問題に対処するための取り組みである。米国のみならず、イギリス、オーストラリア、中国、その他の国々で取り入れられており、近年、日本においても、広がりを見せている。

米国のCDSMP(Chronic Disease Self

Management Program) の受講者を1年間フォローアップした調査では、受診回数については変化を認められなかったものの、入院率および在院日数については減少されたと報告されている。また、CDSMP のイギリス版である Expert Patients Programme については、「プログラムが参加者の健康改善に効果あり」「医療サービスの依存度・費用が減少」との報告をしている。

患者の受療行動パターンのうち、「通院頻度」「通院日の間隔」などは、医療機関側の指示内容によって左右される部分が少なく、セルフケア・プログラムの受講前・受講後の患者の受療行動の単純比較（および、そこにプログラムの効果を見出そうとする取り組み）は必ずしも成り立たないとの指摘がなされている。

国内におけるユーザー視点からの保健医療の質評価は近年増加しているが、満足度を保健医療の質評価に用いる際には、主観的満足度に加え、客観的指標に基づく満足度や、治療前の期待についても調査する必要がある。

今回の分析から、患者の病院に対する満足度の中心は、当然のことながら「治療における満足度」と密接しており、年齢、性別、疾病特性、得られた情報、病院規模や特性について関連していることが示唆された。また、正判別率は低いですが外来では満足度と悪性新生物に正の相関が示唆されるなど、必ずしも疾病そのものが患者に与える心的イメージと病院の治療に対する印象は等しくない。むしろ、悪性新生物に関していえば、入院治療よりも外来治療に関して肯定的な印象をもっているという解釈も可能である。今後は、入院もしくは外来とい

う切り分けで保健医療への評価や満足度を計測するのではなく、患者が地域において入院したり、外来通院したりする経過を評価できるよう、地域における調査の整備が必要かと考える。その意味で、現在、自治体が独自に開発している保健医療に関する意識調査や、医療安全支援センターを有効に利用し、患者に見える形でフィードバックされる調査方法および情報提供が必要かと思われる。

受療行動調査で追加検討されるべき項目

本研究では国際比較可能性について検討したが、以下の項目についての検討および追加が必要と考えられる。

・回答者の最終学歴：社会学調査には必須の調査項目であり、国際基準にするためにも追加が必要と考える。

・治療の決定に関する患者の参画：これまで、患者の自己決定を促進するためのインフォームドコンセントの動きが行われてきたが、患者の中には医師に治療の決定を期待している患者が少なくない。従って、昨今の国際比較の中では「意思決定への参画度」について調査されている。「あなたは自分の病気の治療や今後の方針について、十分に自分の意見がきかれたと思いますか？」などの項目を5段階評価で追加することが期待される。

・医師との対話（コミュニケーション）：国際比較の中でも、医師とのコミュニケーションについては5段階評価で評価されていることから、今後もこの項目は続けて調査することが望ましいと考えられる。ただ、過去の調査では「医師に質問しやすかったですか？」という項目であったため、経年

変化に差異が生じた。今後の調査では、なるべく変更のないよう「医師との対話に満足していますか」で統一されるとよいかと考えられる。

・**診療へのアクセス**：最近の受療行動調査の項目からはなくなっているが、昨今の国内の経済格差による医療アクセスの問題は、今後議論の対象になると考えられる。また国際比較のうえでも重要な資料となるため、受療行動調査の中で1-2項目（経済的理由で検査/治療を控えた経験の有無、交通の便により検査/受診を控えた経験の有無）を検討すべきである。しかし、本調査が病院で行われることからデータサンプリング上のバイアスが懸念されるため、国民生活基礎調査などを活用して「医療へのアクセス」について把握することは、今後の日本の医療政策上重要であると考えられる。

E. 結論

受療行動調査の該当調査項目に関する信頼性は、外来個票、入院個票ともに高かった($\alpha=0.863, 0.895$)。医師とのコミュニケーション、治療に関する意思決定への患者の参画については既存の受療行動調査項目が比較可能と考えられる。診療へのアクセスは、データ収集が病院で行われる関係上、比較には適さないと考えられる（国民生活調査などの活用）。医療内容・医療安全に関するものでは、情報収集および情報発信の場として都道府県/保健所市区医療安全支援センターとの連携も視野にいれることが可能と考えられた。国際比較の可能性については、現時点では国内の満足度調査が海外での rating（評価づけ）と同等と予測されるが、さらに検証が必要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

児玉知子、保健医療の質指標、医学のあゆみ 2009；230(8)：542-543.

2. 学会発表

1. 荻野大助, 児玉 知子, 富塚 太郎.

受療行動調査を用いた医療評価について—外来患者の時間分析—. 第68回日本公衆衛生学会総会；2009年10月；奈良. 第68回日本公衆衛生学会総会抄録集. p.158

2. T. Kodama, D. Ogino, T. Tomizuka, N. Tomita. Healthcare Evaluation from public viewpoint - Analysis of National Survey on Patient Experiences in Japan. 国際疫学会西太平洋地域学術会議 兼 第20回日本疫学会学術総会；2010年1月；埼玉. Supplement to Journal of Epidemiology 日本疫学会. S256

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

I. その他

第68回日本公衆衛生学会総会優秀演題賞受賞

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（統計情報総合研究事業））
「ユーザー視点での保健医療の質に関する指標の妥当性と国際比較可能性に関する研究」

受療行動調査を用いた医療評価について — 外来患者の時間分析 —

分担研究者 荻野大助 国立保健医療科学院 政策科学部

研究要旨：近年、患者の視点による医療の評価が重要視されている。日本国内において厚生労働統計調査として「受療行動調査」が1996年から3年間隔で実施され、全国レベルでの調査が行われてきた。今回、「受療行動調査」2005年度の全国の外来患者の待ち時間および医師に診てもらっている時間（診察時間）の満足度について、性別、年齢、予約の有無、各時間との関連について統計学手法を用いて分析を行なった。研究班による統計解析では、幾つかの傾向が明らかになったが、さらに本調査の単年度関連集計で満足度との関連が示唆される疾病特異性に関するデータについて重み付けを行った解析が必要である。

研究協力者

富塚太郎 国立保健医療科学院政策科学部、
富田奈穂子 慶應義塾大学大学院 健康マネジメント研究科

A. 研究目的

本研究は、近年課題となっている保健医療の質評価について、ユーザー視点を重視し、医療供給側だけではなく医療の受給者である患者・住民の立場としての保健医療の質評価を検討する。厚生労働統計データの「受療行動調査」による全国の外来患者の待ち時間および医師に診てもらっている時間（診察時間）の満足度について、性別、年齢、病床数、予約の有無、各時間との関連を統計学的手法を用いて分析し、今後のより良い医療のあり方について検討する。

B. 研究方法

日本国内において、厚生労働統計調査として1996年から3年間隔で実施されている

「受療行動調査」がその一つとして相当し、受療の状況や受けた医療に対する満足度等を調査することにより、患者の医療に対する認識や行動を明らかにし、今後の医療行政の基礎資料を得ることを目的とした調査が行われてきた。厚生労働統計データ「受療行動調査」の目的外申請を行い、平成17年の外来患者個票を用いて、性別、年齢（調査時）、病床数、予約の有無及び各時間についてクロス集計および多変量解析を行った。客体数は国内47都道府県から無作為抽出された112719人の外来患者であった。待ち時間についての集計は、わからない場合やあてはまらない場合を含めた無回答の者を除外し、有効回答が得られた90074人（79.9%）を分析対象者とした。この母集団は、男性42096人（46.7%）、女性47978人（53.3%）からなり、年齢平均が55歳（0～104歳）であった。診察時間についての集計は、わからない場合やあてはまらない場合を含めた無回答の者を除外し、有効回答が得られた

86488人(76.7%)を分析対象者とした。この母集団は、男性40230人(46.5%)、女性46258人(53.5%)からなり、年齢平均が55歳(0～104歳)であった。

統計解析

クロス集計、相関(Pearsonの相関関係)、多変量解析(重回帰分析、ロジスティック重回帰分析)は、SPSS17.0 for windows, SPSS Inc., Chicago, Illinoisを用いてデータの統計解析を行った。有意水準 α を0.05として検定を行った。

C. 研究結果

待ち時間については、多変量解析から待ち時間が長くなればなるほど不満を持つ患者の割合が高かった。特に時間が1時間以上経過すると6割以上の患者が不満を持っていた。年齢別と待ち時間の満足度の関係では、母集団の平均値2.80に対して60歳以上の患者は満足度が高かった。60歳未満の患者は満足度が低く、20、30、40歳代は特に低かった。診察時間については、診察時間が長くなればなるほど満足する患者の割合が高い傾向があったが、20分から30分の間が患者(63%)にとって最も満足度が高かった。年齢別と診察時間の満足度の関係では、母集団の平均値3.58に対して0-19歳以下と60歳以上の患者は満足度が高かった。性別と予約の有無については大きな差がなかった。

<調査客体数概要>

待ち時間への満足度	診察時間への満足度
男性 42096人(46.7%)	男性 40230人(46.5%)
女性 47978人(53.3%)	女性 46258人(53.5%)

合計 90074人

合計 86488人

全体的な満足度と各時間への満足度の相関

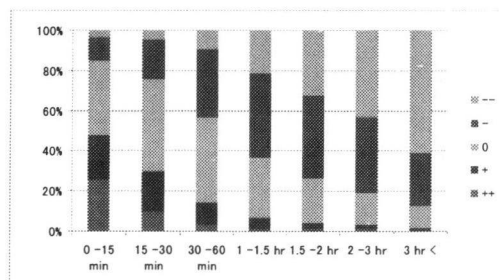
		待ち時間への満足度	診察時間への満足度
全体的な満足度	Pearsonの相関係数	0.431	0.620
	N	87702	84822

各時間への満足度と各因子の相関

	性別	年齢	職種	予約の有無	待ち時間
待ち時間への満足度	0.043	-0.092	0.147	0.042	0.501
診察時間への満足度	0.021	-0.058	0.057	0.031	-0.187

1) 待ち時間への満足度と待ち時間

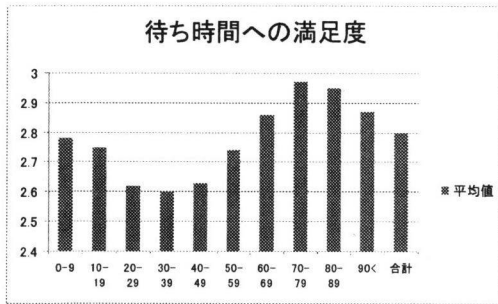
外来の待ち時間への満足度と時間の関係は、待ち時間の増加に対して満足度が減少した。「非常に満足」の割合は0分～15分の間が26%、15分～30分の間が10%、30分～60分の間が4%、60分以上が1%前後であった。時間が1時間以上経過すると6割以上の患者が「やや不満である」または「非常に不満である」を持っていた。



注) ++:非常に満足している, +:やや満足している, 0:ふつう, -:やや不満である, --:非常に不満である

2) 年齢別と待ち時間への満足度 年齢別と待ち時間の満足度の関係では、母集団の平均値2.80に対して60歳以上の患者は満

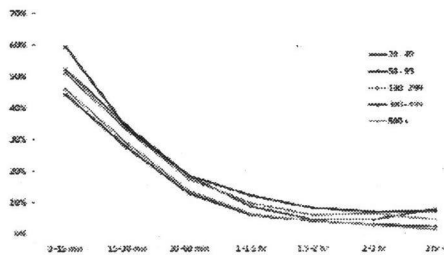
満足度が高かった。一方、60歳未満の患者は満足度が低く、特に20歳代、30歳代、40歳代は低かった。



注) 5:非常に満足している, 4:やや満足している, 3:ふつう, 2:やや不満である, 1:非常に不満である

3) 待ち時間と満足度率 (病院病床数別)

待ち時間と満足度率の関係は、病床数が少ない病院群は、病床数が多い病院群に比べて満足率が高い傾向にあった。3時間以上の待ち時間の場合は、病床数にあまりよらずにばらつきがある結果となった。



注) 満足率は「非常に満足している」と「やや満足している」を合計した割合

4) 多変量解析 (重回帰, ロジスティック)

説明変数は、年齢、性別、待ち時間、規模 (病院病床数)、予約の有無とし、目的変数を待ち時間への満足度とするモデルを考える。重回帰分析については、重相関係数 ($R=0.522$), 決定係数 ($R^2=0.272$) となり、下記の表の結果になった。

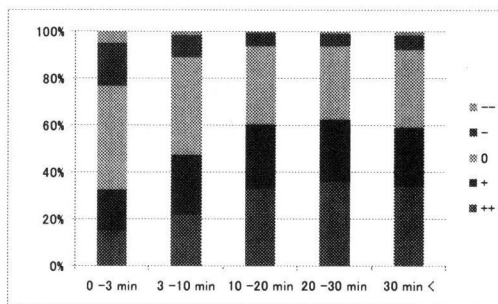
モデル	標準化されていない係数		標準化係数		t値	有意水準
	B	標準偏差	ベータ	標準偏差		
(定数)	2.163		0.018		121.192	$p > 0.01$
待ち時間	0.372	0.002	0.5		169.486	$p > 0.01$
年齢	-0.006	0.000	-0.113		-39.033	$p > 0.01$
規模	0.075	0.003	0.077		24.146	$p > 0.01$
性別	0.043	0.006	0.019		6.78	$p > 0.01$
予約の有無	-0.053	0.008	-0.021		-6.644	$p > 0.01$

さらに変数増加によるステップワイズ法によるロジスティック回帰分析については、Cox-Snell ($R^2=0.320$), Nagelkerke ($R^2=0.438$) となり、下記の表の結果になった。

	B	標準偏差	有意水準 (1-tailed)	Exp(B)	Exp(B) の信頼区間	
					下限	上限
性別	.182	.021	.000	1.200	1.150	1.251
年齢	-.010	.001	.000	.992	.981	.993
病床数	.216	.008	.000	1.240	1.243	1.238
待ち時間	1.088	.010	.000	2.968	2.910	3.026
定数	-2.300	.025	.000	.094		

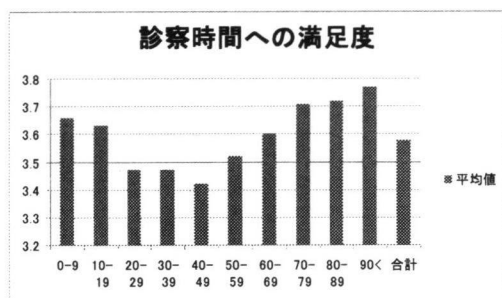
5) 診察時間への満足度と診察時間

外来の診察時間への満足度と時間の関係は、診察時間の増加に伴って満足度が増加する傾向があった。「非常に満足」の割合は0分～5分の間が15%, 5分～10分の間が22%, 10分～20分の間が33%, 20分～30分の間が最も多い36%, 30分以上が34%であった。20分～30分の間が患者(「非常に満足」と「やや満足」の合計:63%)にとって最も満足度が高い診察時間だった。



注) ++:非常に満足している, +:やや満足している, 0:ふつう, -:やや不満である, --:非常に不満である

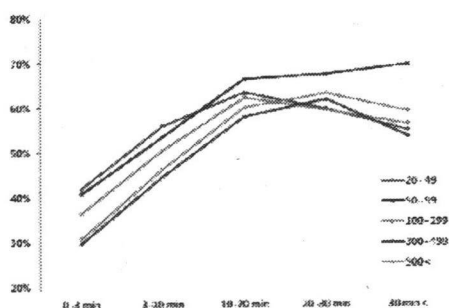
6) 年齢別と診察時間への満足度 年齢別と診察時間の満足度の関係では、母集団の平均値 3.58 に対して 0 歳以上 19 歳以下と 60 歳以上の患者は満足度が高かった。一方、20 歳以上 60 歳未満の患者は平均値と比較して満足度が低く、特に 20 歳代、30 歳代、40 歳代は低かった。



注) 5:非常に満足している, 4:やや満足している, 3:ふつう, 2:やや不満である, 1:非常に不満である

7) 診察時間と満足度率 (病院病床数別)

診察時間と満足度率の関係は、病床数が少ない病院群は、病床数が多い病院群に比べて満足率が高い傾向にあった。診察時間が 10~20 分の場合は、全体として最も満足率が高く、20 分以上の場合は、横ばいか若干下がる傾向がある結果となった。



注) 満足率は「非常に満足している」と「やや満足している」を合計した割合

8) 多変量解析 (重回帰, ロジスティック)

説明変数は、年齢、性別、待ち時間、規模 (病院病床数)、予約の有無とし、目的変数を診察時間への満足度とするモデルを考える。重回帰分析については、重相関係数 ($R=0.209$)、決定係数 ($R^2=0.044$) となり、下記の表の結果になった。

モデル	標準化されていない係数		標準化係数		t 値	有意確率
	B	標準偏差	Beta	標準偏差		
(定数)	2.636	0.02			128.622	$p < 0.01$
診察時間	-0.206	0.004	-0.186	0.004	-55.776	$p < 0.01$
規模	0.071	0.003	0.08	0.003	21.937	$p < 0.01$
年齢	-0.002	0.000	-0.044	0.000	-12.945	$p < 0.01$
予約の有無	0.105	0.008	0.048	0.008	12.919	$p < 0.01$
性別	0.033	0.007	0.016	0.007	4.891	$p < 0.01$

さらに変数増加によるステップワイズ法によるロジスティック回帰分析については、Cox-Snell ($R^2=0.059$)、Nagelkerke ($R^2=0.094$) となり、下記の表の結果になった。

	B	標準偏差	有意確率 (Sig.)	Exp(B)	Exp(B) の 95% 信頼区間	
					下層	上層
性別	.004	.023	.000	1.004	1.040	1.136
年齢	-.004	.001	.000	.996	.985	.987
病床数	.245	.012	.000	1.278	1.248	1.308
予約の有無	.233	.020	.000	1.262	1.195	1.333
診察時間	-.740	.016	.000	.477	.462	.492
定数	-.810	.074	.000	.445		

D. 考察

今回、平成 17 年度における外来患者の時間に関する満足度を検討したが、診察までの待ち時間が 30 分以上の場合、診察時間が極端に短いか長い場合は、患者の満足度が得られない傾向があった。インフォームドコンセントの状況や疾病別の評価についてさらに検討が必要である。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

1. 荻野大助, 児玉 知子, 富塚 太郎.
受療行動調査を用いた医療評価について
－外来患者の時間分析－. 第 68 回日本公衆衛生学会総会 ; 2009 年 10 月 ; 奈良. 第 68 回日本公衆衛生学会総会抄録集. p. 158
2. T. Kodama, D. Ogino, T. Tomizuka, N. Tomita. Healthcare Evaluation from public viewpoint - Analysis of National Survey on Patient Experiences in Japan. 国際疫学会西太平洋地域学術会議 兼 第 20 回日本疫学会学術総会 ; 2010 年 1 月 ; 埼玉. Supplement to Journal of Epidemiology 日本疫学会. S256

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

ユーザー視点からの考察：

患者経験 (Patient Experience) におけるセルフケア論と概念整理

国立保健医療科学院 福祉サービス部

研究員 松繁卓哉

1. 背景

2008年、イギリス保健省は医師 A. Darzi 卿の主導のもと、報告書『*High Quality Care For All: NHS Next Stage Review Final Report*』を公表した。この報告書は、医師・NHS 職員・患者らによって取り組まれてきた NHS 改革 ‘NHS Next Stage Review’ の最終報告として位置づけられたものである。タイトルの一部である ‘*High Quality Care*’ は、それ以前の NHS 改革が主として医療提供のキャパシティの増大に向けられてきたことを省みて、今回の改革が現場で提供されるサービスのクオリティ向上を主眼とするものであることを示している。

この改革で Darzi 卿は、ケアのクオリティを構成する主要 3 要素として ‘safety’ ‘effectiveness’ そして ‘patient experience’ を掲げてきた。すなわち、感染・過誤において回避可能なリスクを取り除くことで「安全性」を確保し、その上で患者の QOL を確実に高める「効果」のある治療を行うことによって、患者が NHS において「経験」するあらゆるケアのクオリティを改善することを目的としたわけである。

前掲の報告書 (p47) には、この改革における「患者経験/patient experience」という概念の位置づけが示されている。すなわち「思いやりや尊厳配慮なども含めた、患者に対する医療者のケアのあり方が形成するもの」として「患者経験」が捉えられている。これまでの改革の主眼がサービス提供のキャパシティに置かれてきた中で、ケア提供のあり方へ精査の目を向けるこの取り組みには大きな意義を認めることができる。

しかしながら、以下の 2 つの観点から、医療との接触が形成するものとしての「患者経験」という捉え方について、議論の余地が大きく残されていることを指摘しなければならない。

第一に、‘clinical iceberg’ 概念が示唆する問題がある。clinical iceberg とは、病気のうち大多数は医療機関に持ち込まれず、当人はその症状を抱えたまま生活を続け、したがって、統計に現れる疾病の情報は医療機関を経由したもののみとなっている側面 (図 1 参照) を指摘 (Last 1963, Wadsworth et al. 1971) したもので、これ自体は新しい概念ではない。ここで重要な点は、上記 NHS 改革の例に見られる「患者経験」は、clinical iceberg を考慮したときの「サンプルの代表性」においても、また、患者の全経験に占める (医療機関における) 「患者経験」の比重の点においても、限定性が高いということである。

第二に、疾病構造の変化・人口の高齢化といった状況変化に関わる問題を挙げられる。多くの社会科学的研究 (Strauss 1973; Corbin and Strauss 1985, 1988; Bury 1982, 1991;

Charmaz 2000; Williams 2000) が指摘してきたように、慢性症状をマネジメントする作業は、患者本人もしくはその家族らによって日常のかつ連続的に生活環境の中で行われているわけであるが、上記の例における「患者経験」の視野は、必ずしもこれをカバーするものとはなっていない。

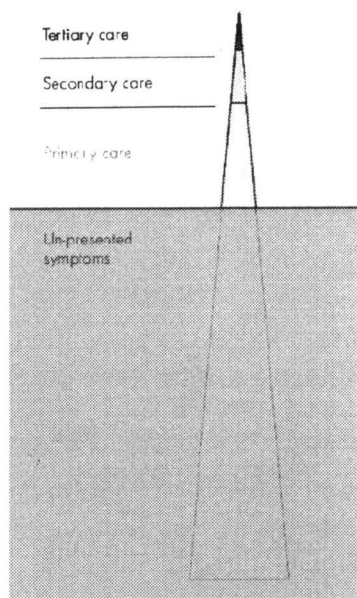


図1. Clinical iceberg (出所: Lord 2003)

さらに、医療の脱施設化の流れが患者経験の質的変容を促してきていることにも考慮する必要があるだろう。表1(次頁)は疾病構造の変化・医療の脱施設化を背景とする「ケアを提供する機関における変容(shift in organisation of care)」についてのWyke(2006)の整理である。これによると、薬の「処方/prescription」はOTC(over the counter)医薬品市場の拡大に伴う「自己選択」「消費」に代わられつつあり、医療機関の管理してきた「カルテ/medical notes」は次第に「患者自身が保持する記録/patient held records」へと質的変容しつつあるという。また「医師」が中心的役割を果たしてきた治療は「患者とケアラー」を基軸として展開するものに、専門的な技術・知識によって成立する「セカンダリケア」に代わり「在宅ケア」が医療の中核として位置付けられ、そして、教育的措置として行われてきた「ヘルスエデュケーション」は、自発的行動を促す「ヘルスプロモーション」となりつつあるとされている。

慢性疾患とともに長い老年期を地域すごす患者像がますます現実的となった中で、医療機関に接する「患者経験」のみに着眼する研究スコープに、どの程度の有用性を認めることができるのか、という点について更なる検討を行う必要があるのではないだろうか。この検討の作業においては、図1において水面下にひろがる‘un-presented symptoms’についてどのような現実があるのか、という点がさしあたって重要な着眼点であるだろう。

表 1. ケアを提供する機関における変容
(Shift in organisation of care)

<i>Past</i>	<i>Present/Future</i>
Prescription	Over the counter
Medical notes	Patient held records
Doctors	Patients and carers
Secondary care	Care at home
Health education	Health promotion

2. 目的

フォーマルケアの受療には至らない、しかし、日常生活における症状への対処として、患者にとって経験の大きな比重を占めるものがセルフケアである。先述のイギリス保健省も慢性疾患患者に対するコミュニティケアにおいて、セルフケアをその基盤として捉えている。2006年の白書『*Our health, our care, our say: a new direction for community services*』(p111)の中で保健省は、セルフケアの位置づけを図2のとおりに示している。そこでは、慢性疾患患者のうち、医療専門職のケア (professional care) を受ける者は、三角形の頂点に近い、限られた割合 (全体面積の2, 3割) であると認識されており、その他の大多数の者は何らかの形でセルフケアをおこなうものとして示されている。

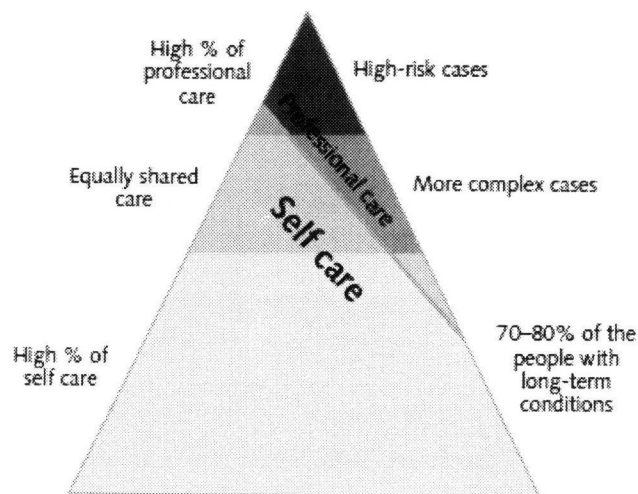


図 2. イギリス保健省のセルフケアの位置付け
(出所: Department of Health 2006a)

しかしながら、ここには「セルフケアをどのように定義するか」という問題がともなう。図2のとおり「慢性疾患のある者の70~80%がおこなう」とされるセルフケアとは、どのように規定されているのだろうか。

保健省はセルフケアを「個人によって、自らの健康と幸福へむけて、おこなわれるケアであり、健康な生活を送るため、社会的・感情的・心理的ニーズを満たすため、慢性症状に対処するため、さらなる病気の予防のためにおこなわれるもの」と位置づけている (Department of Health 2005)。また、WHO はセルフケアについて次のとおりの定義をしている。「健康を増進するために、疾病を予防するために、病を最小限に抑えるために、そして、健康を回復するために、個人・家族・地域によって取り込まれる行動を指す。これらの行動は、専門家および非専門家 (lay people) の経験の蓄積によって形成された知識と技術によって成立している。また、これらの行動は、非専門家が自身のために単独で、或いは、専門家との協働作業によって、取り込まれる。」(WHO 1983)

セルフケアの定義は、現時点では多種多様であり、「誰が関与するのか」「何を目的とするものか」「どこでおこなわれるのか」「その妥当性をどのように評価すべきか」などの点において統一見解が存在しない。しかしながら、疾病構造の変化・人口の高齢化・医療の脱施設化が進展する今日、セルフケアを重要性の高まりは確実であり、また、地域医療全体にとっても適切な理解が不可欠のものとなっている。

本稿は、こうした背景をふまえ、患者経験の概念について、その課題点をセルフケアとの関連に主眼を置いて考察する。それと同時に、フォーマルケアとセルフケアとの相互連関についても、近年の研究報告を振り返りながら知見の整理を行っていく。

まず、近年のセルフケアの動向と理念を整理し、患者経験に占める位置づけについて考察する。その上で、近年のセルフケア研究をレビューするとともにその課題点を明らかにする。これらの作業を通じて、患者経験のより多層的な理解のためのセルフケア論の果たす貢献の可能性について述べ、当面の課題を挙げる。

3. セルフケアの動向と理論

患者自身による自らの身体へのケアを推進していく取り組みは、世界各国で多様に進められている。その中で、もっとも大規模な広がりを持つものの一つが「セルフマネジメント」^①と呼ばれる、慢性疾患に由来するさまざまな問題に対処するための取り組みである。特に、米国スタンフォード大患者教育研究センターのK. LorigらによるChronic Disease Self Management Program (CDSMP) は、米国のみならず、イギリス、オーストラリア、中国、その他の国々で取り入れられており、近年、日本においても、CDSMPの実践が広がりを見せている。

CDSMP は三つの基本理念の上に成立している。第一に「異なる慢性疾患を持つ者であっても疾患に由来する日常生活上の課題は共通している」、第二に「患者は、疾患に由来する種々の問題に対し主体的に自己管理を行っていく責任意識を獲得することができる」、第三

^① Wyke (2006) によれば、「セルフケア」は、より広義の、かつ包括的な、自らに対するケア全般を指すのに対し、「セルフマネジメント」は、その中でも特に、慢性症状に由来する様々な問題を自ら管理することとされている。