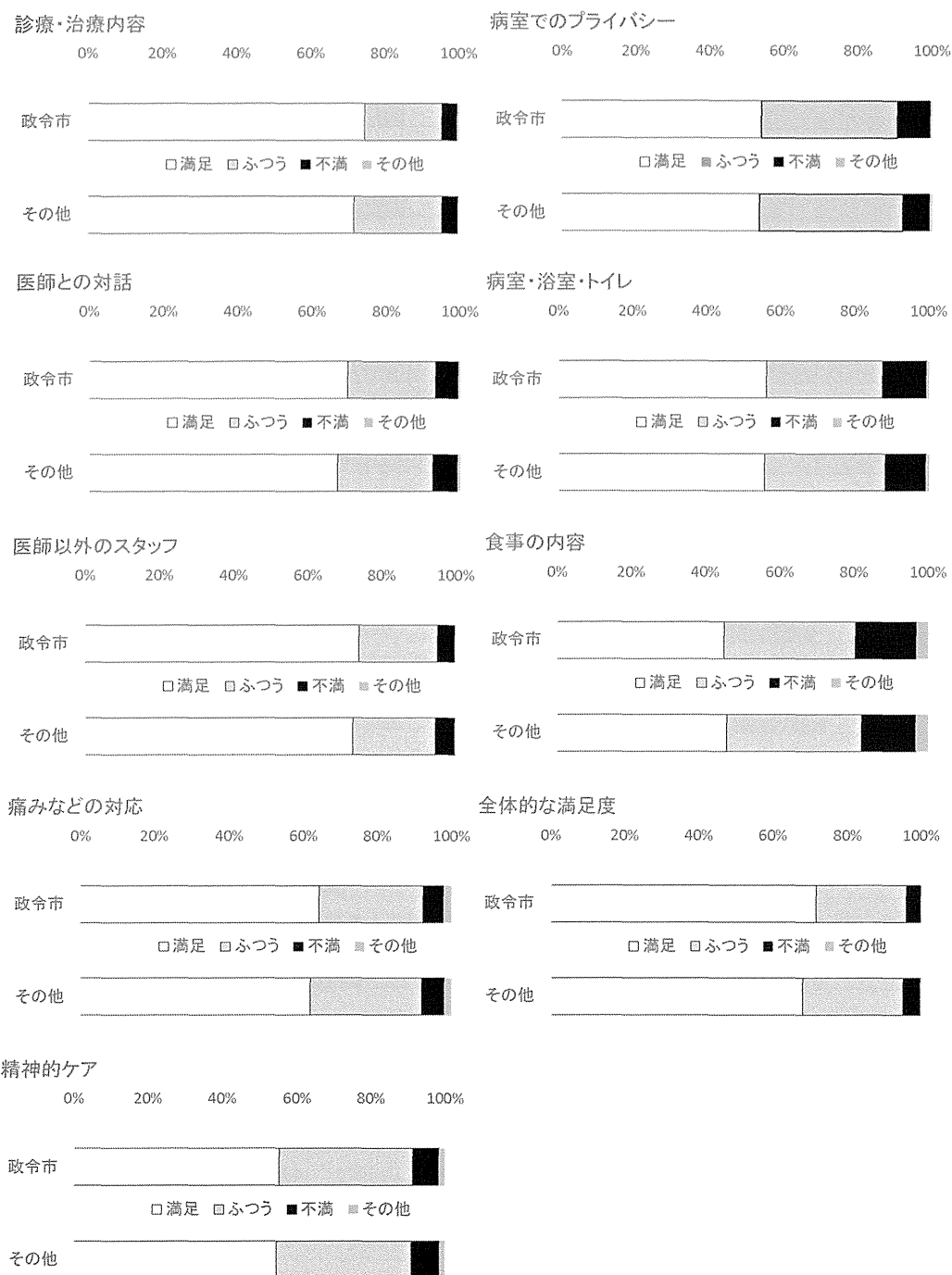


図 8 政令指定都市の有無による満足度項目の分布（平成 23 年、入院患者）



政令指定都市(19 市)：札幌市、東京都区部、横浜市、川崎市、相模原市、千葉市、さいたま市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、(仙台市は調査外のため除外)

参考表 1 都道府県別対象者数（平成 23 年受療行動調査）

都道府県 番号	特定 機能	外来患者					合計	入院患者					合計
		大	中	小	療養 病床			特定 機能	大	中	小	療養 病床	
1	830	1,124	1,991	618	388	4,951	871	1,010	853	136	257	3,127	
2	0	0	227	233	77	537	0	0	124	46	16	186	
5	471	974	294	0	0	1,739	280	386	75	0	0	741	
6	0	403	513	71	0	987	0	260	239	33	0	532	
8	0	477	699	196	187	1,559	0	204	284	46	127	661	
9	1,374	1,268	421	5	92	3,160	376	645	158	24	101	1,304	
10	726	369	0	253	131	1,479	275	280	0	34	53	642	
11	656	987	1,627	818	371	4,459	380	349	699	124	322	1,874	
12	0	1,554	1,465	353	273	3,645	0	612	516	61	56	1,245	
13	6,148	4,089	2,133	1,222	654	14,246	3,010	2,241	766	201	430	6,648	
14	1,775	2,059	2,433	584	374	7,225	462	1,097	927	129	243	2,858	
15	0	1,135	433	153	430	2,151	0	609	152	39	173	973	
16	303	0	176	34	100	613	266	0	178	22	51	517	
17	501	0	98	146	103	848	454	0	61	27	64	606	
18	0	310	556	0	0	866	0	343	316	0	0	659	
19	740	586	356	48	50	1,780	321	206	140	18	32	717	
20	0	230	875	167	119	1,391	0	175	281	29	73	558	
21	0	513	218	90	190	1,011	0	257	116	39	46	458	
22	645	1,949	365	68	45	3,072	361	928	142	19	9	1,459	
23	1,438	2,975	1,399	297	348	6,457	1,042	1,989	571	52	108	3,762	
24	0	0	513	113	84	710	0	0	279	28	53	360	
25	0	1,054	0	0	8	1,062	0	732	0	0	54	786	
26	643	263	301	160	423	1,790	434	226	252	60	217	1,189	
27	1,990	1,132	1,910	703	252	5,987	1,348	917	991	194	207	3,657	
28	858	860	2,170	700	343	4,931	563	910	1,107	188	202	2,970	
29	0	0	286	125	0	411	0	0	84	65	61	210	
30	519	0	3	22	52	596	383	0	51	31	27	492	
31	0	41	281	0	42	364	0	75	111	0	22	208	
32	325	425	310	57	253	1,370	146	173	151	5	82	557	
33	0	306	260	103	108	777	0	237	71	49	42	399	
34	1,222	1,253	483	137	57	3,152	482	581	438	61	102	1,664	
35	0	0	362	156	369	887	0	0	307	24	213	544	
36	839	0	103	65	80	1,087	264	0	27	22	44	357	
37	0	517	197	107	0	821	0	192	86	8	0	286	
38	628	397	298	162	309	1,794	430	172	145	50	47	844	
39	0	221	346	100	185	852	0	175	218	37	72	502	
40	1,031	708	953	493	84	3,269	898	531	1,032	196	102	2,759	
41	0	0	129	74	193	396	0	0	48	19	67	134	
42	574	443	413	132	54	1,616	496	319	317	45	132	1,309	
43	0	0	181	167	238	586	0	0	88	58	184	330	
44	399	492	247	141	110	1,389	293	250	193	63	60	859	
45	0	308	77	271	145	801	0	300	60	71	75	506	
46	0	0	446	321	368	1,135	0	0	435	92	242	769	
47	543	0	394	92	0	1,029	234	0	157	23	0	414	
政令市	11,943	8,077	8,123	2,707	1,471	32,321	6,206	4,667	3,457	681	985	15,996	
その他	13,235	21,345	18,819	7,050	6,218	66,667	7,863	12,714	9,789	1,787	3,483	35,636	
合計	25,178	29,422	26,942	9,757	7,689	98,988	14,069	17,381	13,246	2,468	4,468	51,632	

政令指定都市(19 市)：札幌市、東京都区部、横浜市、川崎市、相模原市、千葉市、さいたま市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、(仙台市は調査外のため除外)

参考表 2 都道府県別、対象医療施設数（平成 23 年受療行動調査）

都道府県 番号	特定 機能	外来患者					合計	特定 機能	入院患者					合計
		大	中	小	療養 病床	合計			大	中	小	療養 病床	合計	
1	2	5	11	8	8	34	2	5	11	8	8	34		
2	0	0	2	2	2	6	0	0	2	2	2	6		
5	1	2	1	0	0	4	1	2	1	0	0	4		
6	0	1	2	1	0	4	0	1	2	1	0	4		
8	0	1	3	3	3	10	0	1	3	3	2	9		
9	1	2	2	1	2	8	1	2	2	1	2	8		
10	1	2	0	2	2	7	1	2	0	2	2	7		
11	1	2	7	6	6	22	1	2	7	6	5	21		
12	0	3	6	3	3	15	0	3	6	3	3	15		
13	6	8	10	13	8	45	6	8	10	12	8	44		
14	2	4	11	5	4	26	2	4	11	5	3	25		
15	0	2	2	2	2	8	0	2	2	2	2	8		
16	1	0	1	1	3	6	1	0	1	1	2	5		
17	1	0	1	2	2	6	1	0	1	2	2	6		
18	0	1	3	0	0	4	0	1	3	0	0	4		
19	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	5		
20	0	1	3	2	2	8	0	1	3	2	2	8		
21	0	1	1	1	1	4	0	1	1	1	1	4		
22	1	4	3	1	1	10	1	4	3	1	1	10		
23	2	6	5	4	5	22	2	6	5	4	5	22		
24	0	0	3	2	2	7	0	0	3	2	2	7		
25	0	2	0	0	1	3	0	2	0	0	1	3		
26	1	1	3	4	4	13	1	1	3	4	4	13		
27	3	4	11	8	5	31	3	4	11	8	5	31		
28	1	3	9	5	6	24	1	3	9	5	6	24		
29	0	0	2	1	1	4	0	0	2	1	0	3		
30	1	0	1	1	1	4	1	0	1	1	1	4		
31	0	1	1	0	1	3	0	1	1	0	1	3		
32	1	1	2	1	1	6	1	1	2	1	1	6		
33	0	1	1	2	2	6	0	1	1	3	3	8		
34	1	2	4	3	3	13	1	2	4	3	2	12		
35	0	0	2	2	5	9	0	0	2	2	5	9		
36	1	0	1	2	2	6	1	0	1	2	2	6		
37	0	1	1	1	0	3	0	1	1	1	0	3		
38	1	1	2	1	3	8	1	1	2	1	3	8		
39	0	1	2	2	3	8	0	1	2	2	3	8		
40	2	2	7	6	6	23	2	2	7	6	5	22		
41	0	0	1	2	3	6	0	0	1	2	3	6		
42	1	1	3	3	2	10	1	1	3	3	2	10		
43	0	0	2	2	4	8	0	0	2	2	4	8		
44	1	1	2	4	2	10	1	1	2	4	2	10		
45	0	1	1	3	3	8	0	1	1	3	2	7		
46	0	0	4	4	4	12	0	0	4	4	4	12		
47	1	0	1	2	0	4	1	0	1	2	0	4		
政令市	14	18	39	30	22	123	14	18	39	30	20	121		
その他	21	51	102	89	97	360	21	51	102	89	92	355		
合計	35	69	141	119	119	483	35	69	141	119	112	476		

政令指定都市(19 市)：札幌市、東京都区部、横浜市、川崎市、相模原市、千葉市、さいたま市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、岡山市、広島市、北九州市、福岡市、(仙台市は調査外のため除外)

受療行動調査における患者の不満足に医療施設特性が与える影響評価

研究分担者	松山 裕	東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻教授
研究協力者	柏原 康佑	東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻助教
研究代表者	村上 義孝	東邦大学医学部社会医学講座医療統計学分野教授

研究要旨 昨年度に引き続き、受療行動調査・患者調査・医療施設調査を統計法第 33 条に基づく申請により入手・突合したデータセットを用い、患者の不満足に影響を与える医療施設特性を、病院の種類別、外来・入院患者別に検討し、さらに病院の種類の違いが不満足に与える影響を定量的に評価した。その結果、開設者、受動喫煙防止対策が、病院の種類、外来・入院患者を問わず患者不満足と関連していた。その他に、病院の種類固有の項目として、新人研修、緩和ケアチームの有無、許可病床数などが患者不満足と関連していた。病院の種類の違いが患者不満足に与える影響は小さかった。

A. 研究目的

昨年度は、受療行動調査・患者調査・医療施設調査を統計法第 33 条に基づく申請により入手・突合したデータセットを用い、医療施設調査項目と患者満足度との関連を探索し、医療施設特性の違いすなわち施設間差が患者満足度に少なからず影響していることが明らかになった。本年度は、患者の不満足に影響を与える医療施設特性を病院の種類別、外来・入院患者別に検討したので報告する。また、患者の不満足に対する病院の種類の影響について、定量的に評価したので、報告する。

B. 研究方法

患者満足度は、昨年度に引き続き「全体としてこの病院に満足していますか（以下、全体満足度）」を使用した。

医療施設調査の調査項目は、昨年度の研究結果より全体満足度との関連が示唆された以下の項目を使用した：(1)病院の種類、(2)開

設者、(3)受動喫煙防止対策、(4)医療安全体制責任者、(5)緩和ケアチームの有無、(6)新人看護職員研修の実施状況、委託の状況（(7)給食（患者用）、(8)滅菌（治療用具）、(9)保守点検業務（医療機器）、(10)検体検査、(11)保守点検業務（医療ガス供給設備）、(12)清掃、(13)患者の搬送）、(14)院内感染防止対策のための施設内回診の頻度、(15)外来患者延数、(16)許可病床数の合計（計 16 項目）。さらに、患者の不満足に対する患者特性の影響を取り除く目的で、患者調査の調査項目、(17)性別、(18)年齢、(19)傷病コードを使用した。

検討方法として、患者不満足を、全体満足度のうち「非常に不満である」、「やや不満である」を「不満あり」として、「ふつう」、「やや満足している」、「非常に満足している」を「不満なし」として定義し、全体満足度のうち「その他」、「無回答」は解析から除外した。

患者不満足と医療施設調査項目の関連を検討するため、解析方法として、不満ありの割

合を病院の種類・医療施設調査項目ごとに集計した。加えて、患者不満足に対して、医療施設調査の項目が同時に与える影響を検討するため、患者不満足を目的変数としたロジスティック回帰分析を病院の種類別、外来・入院患者別に行った。説明変数には、(2)～(14)の医療施設調査項目および(17)～(19)の患者調査項目に加えて、外来患者の分析には(15)外来患者延数を、入院患者の分析には(16)許可病床数を使用した。ただし、小病院の入院患者に対する解析では、緩和ケアチームを有する病院が1病院9患者のみであったため、説明変数から(5)緩和ケアチームの有無を除いた。説明変数の取り扱いとして、委託の状況7項目((7)～(13))は、各項目について全部委託と1点、部分委託を0.5点、委託なしを0点とし、7項目の得点を合計した委託度スコアを使用した。水準が多岐に渡る項目は一部の水準を統合して解析に使用した。説明変数のいずれかに欠測のある対象者は解析から除外した。その結果、解析対象者数は外来患者27,842名、入院患者17,770名であった。

病院の種類の違いが患者の不満足に与える影響を検討するため、不満ありを目的変数としたロジスティック混合効果モデル分析を外来・入院患者別に行った。説明変数は、先のロジスティック回帰分析と同様の項目(委託の状況を除く)を使用した。

(倫理面への配慮)

本研究では、既存の統計資料または連結不可能匿名化された情報を用いる。個人情報扱わないため、個人情報保護に関する問題は生じない。

C. 研究結果

1. 外来患者

表1に病院の種類別・医療施設調査項目別

の不満ありの割合を、表2に病院の種類別の患者不満足に対するロジスティック回帰分析の結果を示した。全体として、患者不満足に影響する項目が病院の種類によって異なる傾向を示した。開設者は、中・小病院・療養病床において、公的病院であるほど患者不満足が高い傾向があった。受動喫煙対策は、療養病床を除いて、全面禁煙である方が患者不満足が低い傾向であった。医療安全体制責任者は、中病院において医師・看護師以外の責任者である場合に、特に患者不満足が高かった。緩和ケアチームの有無は、患者不満足への影響が示唆されたが、病院の種類の間において全く異なる傾向を示した。院内感染施設内回診頻度は、小病院にて週1回未満がほぼ毎日より患者不満足が低かった。

表3に、病院の種類を変量効果としたロジスティック混合効果モデルの結果を示した。その結果、新たに新人研修について、ガイドラインに基づく研修以外の方が患者不満足が低い傾向が見られた。病院の種類の違いによる患者不満足への影響の程度は小さかった。

2. 入院患者

表4に病院の種類別・医療施設調査項目別の不満ありの割合を、表5に病院の種類別の患者不満足に対するロジスティック回帰分析の結果を示した。外来患者と同様に、全体として、患者不満足に影響する項目が病院の種類によって異なる傾向を示した。開設者は、外来患者と同様に中・小病院・療養病床において、公的病院であるほど患者不満足が高い傾向があった。受動喫煙対策は、療養病床を除いて、全面禁煙である方が患者不満足が低い傾向が顕著であった。緩和ケアチームの有無について、大病院にてチームありの方が患者不満足が低く、特定機能・中病院において

も、程度は弱いものの同様の傾向が見られた。新人研修について、療養病床にてガイドラインに基づく研究以外の方が患者不満足が高く、中・小病院においても程度は弱いものの同様の傾向が見られた。

表6に、病院の種類を変量効果としたロジスティック混合効果モデルの結果を示した。その結果、先のロジスティック回帰分析と類似の傾向が確認された。病院の種類の違いによる患者不満足への影響の程度は小さかった。

D. 考察

本年度は、昨年度に引き続き、受療行動調査・患者調査・医療施設調査を統計法第33条に基づく申請により入手・突合したデータセットを用い、患者の不満足に影響を与える医療施設特性を検討し、さらに病院の種類の違いが不満足に与える影響を定量的に評価した。その結果、外来・入院患者ともに患者不満足に関してベースラインでの大きな施設間差は認められなかった。外来患者では、開設者、受動喫煙防止対策、新人研修、入院患者では、受動喫煙、緩和ケアチームの有無、新人研修という項目が影響を与え、病院の種類固有の項目として、緩和ケアチームの有無、許可病床数などが影響を与えることが示された。特定機能・大病院では、医療施設特性の項目についてほぼ一定の実施傾向があり、開設者などによりサービス面に大きな差がないと考えられる。一方、中・小病院、特に中病院は100床から499床までの幅があり、医療機能の面でもかなり幅あると思われ、サービス面の実施に多様性があるため、いくつかの項目で有意差が観察されたと考えられる。また、重回帰分析の結果、特定機能・大病院では、外来と入院で関連項目に大きな違いはなかったが、中・小病院では外来と入院で関連

する項目が若干異なっていた。これは、おそらく特定・大病院では入院した患者が退院後に同じ病院の外来に通院することが多いため、入院と外来の回答傾向が似る一方、中・小病院、特に病床数の少ない病院では、その病院で入院を経験せず外来だけに通院する患者の割合が増えると思われ、入院患者から見た病院の印象と外来患者から見た病院の印象が別ものになりやすいためと思われる。

E. 結論

受療行動調査・患者調査・医療施設調査を突合したデータセットを用い、患者不満足に影響する医療施設調査項目を探索した。その結果、開設者、受動喫煙防止対策、緩和ケアチームの有無、新人研修などの項目で関連が見られた。病院の種類の違いが患者不満足に与える影響は小さかった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1. 外来患者で各項目において不満ありと答えた患者の割合(%)

項目 カテゴリ	特定機能 病院	大病院	中病院	小病院	療養病床を 有する病院
開設者					
公的病院	4.6	5.4	7.2	6.5	6.4
医療法人、個人病院	-	4.4	4.3	2.9	3.7
その他	4.6	5.9	3.6	3.1	3.5
受動喫煙防止対策					
敷地内全面禁煙	4.6	5.1	4.8	2.4	5.1
施設内禁煙	4.7	6.9	8.3	3.9	3.4
分煙、何もしていない	-	8.5	5.8	4.4	3.3
医療安全体制責任者					
医師	4.5	5.4	5.2	3.7	4.2
看護師	5.1	5.8	6.9	3.2	3.2
その他	-	-	23.7	1.6	5.7
緩和ケアチーム					
あり	4.7	5.6	5.0	10.0	7.7
なし	3.2	4.8	6.1	3.3	3.7
新人研修					
ガイドラインによる 研修	4.6	5.5	5.8	3.5	5.1
その他	-	3.5	4.4	3.4	2.8
委託の状況					
1.5点	2.3	5.3	4.7	3.5	3.6
2.0点	7.6	6.9	5.2	3.6	5.5
2.5点	5.5	5.6	6.3	3.1	3.6
3.0点	3.8	4.1	4.4	5.4	0.0
3.5点	4.0	4.8	5.0	5.0	4.9
4.0点	4.3	6.9	7.3	1.2	6.4
4.5点	4.5	3.7	5.6	2.7	4.5
5.0点	4.8	7.1	4.5	1.4	7.4
5.5点	4.3	3.4	7.4	-	1.3
6.0点	4.5	4.9	5.3	-	3.7
6.5点	7.6	-	-	4.8	-
7.0点	-	10.0	-	-	-
院内感染施設内回診頻度					
ほぼ毎日	5.0	5.5	5.1	5.1	5.4
週一回以上	4.2	5.8	5.2	2.8	4.1
週一回未満	6.5	4.6	5.9	3.4	3.8
全体	4.6	5.5	5.6	3.4	4.1

対象データが存在しない項目については-で示している。

各病院の種類のうち、同じ項目内で不満と答えた患者の割合が最大のカテゴリと最少のカテゴリで3ポイント以上の差があったものについては斜陽で示している。

表2. 外来患者における患者不満足と患者調査項目、医療施設調査項目との関連

(病院の種類別のロジスティック回帰分析)

項目 カテゴリ	特定機能病院			大病院			中病院			小病院			療養病床を 有する病院		
	オッズ 比	95%信頼 区間		オッズ 比	95%信頼 区間		オッズ 比	95%信頼 区間		オッズ 比	95%信頼 区間		オッズ 比	95%信頼 区間	
性別															
男性	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
女性	0.96	0.74	1.25	0.98	0.79	1.22	1.15	0.96	1.39	1.34	0.91	1.96	1.61	1.07	2.43
年齢															
0~19歳	0.44	0.21	0.90	0.51	0.30	0.86	0.82	0.48	1.40	0.42	0.13	1.34	1.17	0.38	3.60
20~29歳	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
30~39歳	0.96	0.54	1.69	0.80	0.50	1.26	1.03	0.63	1.67	0.75	0.28	2.02	0.60	0.17	2.06
40~49歳	0.94	0.54	1.63	0.72	0.46	1.12	1.08	0.67	1.74	1.08	0.44	2.66	0.85	0.28	2.55
50~59歳	0.64	0.36	1.12	0.59	0.38	0.92	0.76	0.47	1.22	0.86	0.36	2.09	0.66	0.22	1.93
60~69歳	0.39	0.23	0.69	0.33	0.21	0.52	0.56	0.35	0.88	0.90	0.40	2.04	0.53	0.19	1.49
70~79歳	0.48	0.28	0.84	0.31	0.20	0.48	0.53	0.33	0.83	0.47	0.20	1.14	0.34	0.12	0.99
80歳以上	0.40	0.19	0.84	0.32	0.19	0.54	0.50	0.30	0.83	0.85	0.35	2.04	0.61	0.21	1.76
疾患種類															
消化器系疾患	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
筋骨格系疾患	0.97	0.49	1.89	1.28	0.73	2.23	1.01	0.63	1.61	1.10	0.40	2.98	0.39	0.15	1.00
循環器系疾患	0.99	0.50	1.97	1.32	0.78	2.23	1.41	0.90	2.20	1.26	0.49	3.23	0.88	0.41	1.91
その他	1.13	0.70	1.82	1.10	0.71	1.69	1.18	0.80	1.73	2.03	0.89	4.64	0.62	0.31	1.26
開設者															
公的病院	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
医療法人、個人病院	-	-	-	0.82	0.48	1.39	0.56	0.44	0.72	0.25	0.15	0.41	0.64	0.34	1.20
その他	1.04	0.66	1.63	1.02	0.75	1.37	0.55	0.41	0.73	0.46	0.20	1.06	0.45	0.17	1.19
患者延べ数															
月10000人あたり	1.00	0.87	1.15	1.01	0.88	1.17	1.15	0.96	1.38	1.15	0.67	1.99	1.61	0.78	3.35
受動喫煙防止対策															
敷地内全面禁煙	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
施設内禁煙	1.30	0.83	2.05	1.44	1.09	1.91	1.71	1.37	2.14	2.04	1.20	3.47	0.91	0.54	1.53
その他	-	-	-	1.54	0.78	3.04	1.01	0.69	1.46	2.86	1.69	4.85	0.76	0.41	1.41
医療安全体制責任者															
医師	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
看護師	1.34	0.84	2.15	1.11	0.85	1.44	1.22	0.98	1.53	0.78	0.42	1.42	0.72	0.36	1.42
その他	-	-	-	-	-	-	7.46	3.14	17.73	0.45	0.16	1.26	1.82	0.69	4.83
緩和ケアチーム															
あり	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
なし	0.66	0.31	1.41	0.86	0.57	1.31	1.55	1.25	1.93	0.16	0.05	0.53	0.70	0.33	1.46
新人研修															
ガイドラインによる研修	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
その他	-	-	-	0.61	0.22	1.68	1.00	0.72	1.40	0.82	0.51	1.33	0.65	0.40	1.07
委託の状況															
委託度1点あたり	1.03	0.90	1.18	0.96	0.89	1.03	1.09	1.00	1.19	1.00	0.78	1.28	1.06	0.87	1.30
院内感染施設内 回診頻度															
ほぼ毎日	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
週1回以上	0.80	0.55	1.15	1.06	0.76	1.48	1.03	0.71	1.51	0.61	0.30	1.27	1.07	0.49	2.34
週1回未満	1.41	0.85	2.32	0.91	0.62	1.34	1.25	0.88	1.78	0.52	0.30	0.91	1.17	0.56	2.44

対象データが存在しない項目については-で示している。

有意水準5%で統計的に有意な関連を示した項目は斜陽を付けて示している。

表3. 外来患者における患者不満足と患者調査項目、医療施設調査項目との関連
(ロジスティック混合効果モデル)

項目	カテゴリ	オッズ比	95%信頼区間	
性別	男性	1.00	-	-
	女性	1.11	0.99	1.24
年齢	0～19歳	0.66	0.49	0.89
	20～29歳	1.00	-	-
	30～39歳	0.87	0.67	1.14
	40～49歳	0.90	0.69	1.16
	50～59歳	0.67	0.52	0.87
	60～69歳	0.47	0.37	0.61
	70～79歳	0.42	0.33	0.54
	80歳以上	0.48	0.36	0.63
疾患種類	消化器系疾患	1.00	-	-
	筋骨格系疾患	1.03	0.77	1.36
	循環器系疾患	1.31	1.01	1.71
	その他	1.17	0.94	1.46
開設者	公的病院	1.00	-	-
	医療法人、個人病院、その他	0.69	0.61	0.78
患者延べ数	月10000人あたり	1.04	0.98	1.10
受動喫煙防止対策	敷地内全面禁煙	1.00	-	-
	施設内禁煙	1.43	1.25	1.64
	その他	1.22	0.99	1.50
医療安全体制責任者	医師	1.00	-	-
	その他	1.11	0.97	1.27
緩和ケアチーム	あり	1.00	-	-
	なし	1.08	0.92	1.26
新人研修	ガイドラインによる研修	1.00	-	-
	その他	0.73	0.60	0.89
院内感染施設内 回診頻度	ほぼ毎日	1.00	-	-
	週1回以上	0.95	0.80	1.13
	週1回未満	1.03	0.86	1.23
病院の種類に対する 変量効果	特定機能病院	0.91	0.78	1.07
	大病院	1.04	0.91	1.20
	中病院	1.12	0.98	1.28
	小病院	0.93	0.79	1.10
	療養病床を有する病院	1.01	0.86	1.18

対象データが存在しない項目については-で示している。

有意水準5%で統計的に有意な関連を示した項目は斜陽を付けて示している。

表4. 入院患者で各項目において不満ありと答えた患者の割合(%)

項目 カテゴリ	特定機能 病院	大病院	中病院	小病院	療養病床を 有する病院
開設者					
公的病院	2.6	3.9	5.0	7.6	6.3
医療法人、個人病院	-	7.0	5.6	4.8	5.6
その他	3.5	3.3	1.6	4.3	2.4
受動喫煙防止対策					
敷地内全面禁煙	3.0	3.8	3.8	4.5	4.7
施設内禁煙	3.6	4.4	5.1	4.2	4.7
分煙、何もしていない	-	11.7	8.3	7.1	6.9
医療安全体制責任者					
医師	3.1	3.9	4.4	5.5	5.2
看護師	2.2	4.2	4.9	3.4	4.6
その他	-	-	20.0	4.2	8.0
緩和ケアチーム					
あり	3.0	3.6	3.8	0.0	6.5
なし	3.3	7.2	5.3	5.2	5.2
新人研修					
ガイドラインによる 研修	3.0	4.0	4.2	3.9	4.3
その他	-	2.3	7.9	5.7	6.5
委託の状況					
1.5点	1.0	4.5	8.3	4.4	5.1
2.0点	1.1	3.7	3.5	10.1	2.6
2.5点	4.1	2.5	5.7	4.3	5.8
3.0点	3.0	5.1	3.7	9.2	10.0
3.5点	2.5	4.5	4.8	4.1	2.2
4.0点	1.9	7.5	4.2	6.3	5.4
4.5点	4.8	6.9	3.5	1.6	11.5
5.0点	2.1	4.1	2.4	10.5	12.9
5.5点	3.6	3.5	4.8	-	6.3
6.0点	4.0	3.1	5.4	-	0.0
6.5点	3.8	-	-	16.7	-
7.0点	-	5.1	-	-	-
院内感染施設内回診頻度					
ほぼ毎日	3.1	3.9	4.7	5.1	3.7
週一回以上	3.1	3.6	4.0	4.7	7.4
月2～3回程度	2.2	5.0	4.9	5.3	5.0
全体	3.0	4.0	4.6	5.1	5.3

対象データが存在しない項目については-で示している。

各病院の種類のうち、同じ項目内で不満と答えた患者の割合が最大のカテゴリと最少のカテゴリで3ポイント以上の差があったものについては斜陽で示している。

表5. 入院患者における患者不満足と患者調査項目、医療施設調査項目との関連
(病院の種類別のロジスティック回帰分析)

項目 カテゴリ	特定機能病院			大病院			中病院			小病院			療養病床を有する病院		
	オッズ比	95%信頼区間		オッズ比	95%信頼区間		オッズ比	95%信頼区間		オッズ比	95%信頼区間		オッズ比	95%信頼区間	
性別															
男性	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
女性	0.77	0.52	1.13	0.83	0.63	1.11	0.95	0.73	1.22	0.55	0.31	0.99	0.99	0.65	1.50
年齢*															
0~19歳	1.43	0.60	3.37	0.98	0.40	2.37	1.69	0.67	4.26	5.52	0.26	117.12			
20~29歳	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-			
30~39歳	0.68	0.28	1.66	1.25	0.58	2.71	1.11	0.48	2.56	2.11	0.21	21.39	1.00	-	-
40~49歳	0.48	0.19	1.19	1.18	0.54	2.56	1.23	0.55	2.73	2.53	0.26	24.22			
50~59歳	0.70	0.31	1.59	1.06	0.51	2.21	1.07	0.50	2.30	1.88	0.20	17.80			
60~69歳	0.37	0.16	0.85	0.70	0.34	1.45	0.96	0.46	1.99	2.65	0.32	21.70	0.90	0.47	1.71
70~79歳	0.38	0.17	0.86	0.60	0.29	1.24	0.58	0.27	1.21	3.05	0.38	24.44	0.70	0.39	1.26
80歳以上	0.25	0.07	0.83	0.51	0.23	1.15	0.74	0.35	1.56	2.18	0.27	17.71	0.36	0.19	0.68
疾患種類															
精神・行動障害	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
循環器系疾患	0.53	0.21	1.36	0.92	0.44	1.96	0.45	0.22	0.94	0.21	0.03	1.30	0.87	0.34	2.18
悪性新生物	0.60	0.27	1.30	0.66	0.32	1.39	0.47	0.23	0.94	0.18	0.02	1.41	0.43	0.12	1.52
その他	0.40	0.19	0.84	0.65	0.33	1.28	0.50	0.26	0.97	0.39	0.08	2.04	0.66	0.27	1.62
開設者															
公的病院	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
医療法人、個人病院	-	-	-	1.31	0.77	2.23	0.81	0.59	1.13	0.53	0.22	1.25	1.16	0.49	2.75
その他	1.02	0.49	2.09	0.64	0.39	1.03	0.29	0.17	0.50	0.62	0.12	3.27	0.44	0.12	1.67
許可病床数															
100床あたり	1.15	0.97	1.37	0.98	0.87	1.10	0.84	0.72	0.98	0.83	0.16	4.28	1.20	0.97	1.48
受動喫煙防止対策															
敷地内全面禁煙	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
施設内禁煙	1.11	0.53	2.32	1.32	0.85	2.05	1.09	0.80	1.49	0.95	0.44	2.03	0.91	0.54	1.54
その他	-	-	-	2.94	1.47	5.88	1.66	1.11	2.49	1.49	0.72	3.07	0.97	0.51	1.84
医療安全体制責任者															
医師	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
看護師	0.79	0.36	1.71	1.20	0.85	1.70	1.21	0.87	1.66	0.60	0.23	1.59	0.97	0.50	1.85
その他	-	-	-	-	-	-	2.32	0.67	8.06	0.60	0.12	3.08	1.62	0.71	3.68
緩和ケアチーム															
あり	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
なし	1.09	0.42	2.80	1.72	1.11	2.67	1.25	0.90	1.72	-	-	-	0.72	0.28	1.85
新人研修															
ガイドラインによる研修	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
その他	-	-	-	0.73	0.17	3.06	1.38	0.92	2.07	1.29	0.58	2.90	1.71	1.03	2.84
委託の状況															
委託度1点あたり	0.99	0.79	1.26	0.99	0.90	1.10	1.03	0.91	1.15	1.22	0.85	1.74	1.19	0.98	1.46
院内感染施設内回診頻度															
ほぼ毎日	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-	1.00	-	-
週1回以上	1.21	0.73	2.03	0.96	0.59	1.55	1.12	0.69	1.81	1.22	0.43	3.49	1.20	0.49	2.92
週1回未満	0.89	0.36	2.21	1.25	0.75	2.11	1.20	0.77	1.87	1.14	0.44	2.94	0.86	0.38	1.96

対象データが存在しない項目については-で示している。

有意水準5%で統計的に有意な関連を示した項目は斜陽を付けて示している。

*療養病床を有する病院については、0歳~59歳を60歳未満とした

表 6. 入院患者における患者不満足と患者調査項目、医療施設調査項目との関連
(ロジスティック混合効果モデル)

項目	カテゴリ	オッズ比	95%信頼区間	
性別	男性	1.00	-	-
	女性	0.86	0.74	1.00
年齢	60歳未満	1.00	-	-
	60～69歳	0.76	0.62	0.92
	70～79歳	0.60	0.49	0.74
	80歳以上	0.53	0.42	0.67
疾患種類	精神・行動障害	1.00	-	-
	循環器系疾患	0.59	0.41	0.86
	悪性新生物	0.50	0.35	0.72
	その他	0.53	0.38	0.74
開設者	公的病院	1.00	-	-
	医療法人、個人病院、その他	0.85	0.72	1.00
許可病床数	100床あたり	1.00	1.00	1.00
受動喫煙防止対策	敷地内全面禁煙	1.00	-	-
	施設内禁煙	1.14	0.94	1.39
	その他	1.71	1.34	2.19
医療安全体制責任者	医師	1.00	-	-
	その他	1.11	0.92	1.34
緩和ケアチーム	あり	1.00	-	-
	なし	1.44	1.16	1.79
新人研修	ガイドラインによる研修	1.00	-	-
	その他	1.35	1.06	1.71
院内感染施設内 回診頻度	ほぼ毎日	1.00	-	-
	週1回以上	1.03	0.81	1.31
	週1回未満	1.15	0.90	1.48
病院の種類に対する 変量効果	特定機能病院	0.95	0.83	1.09
	大病院	1.05	0.93	1.19
	中病院	1.03	0.92	1.17
	小病院	0.96	0.84	1.11
	療養病床を有する病院	1.00	0.88	1.15

対象データが存在しない項目については-で示している。

有意水準5%で統計的に有意な関連を示した項目は斜陽を付けて示している。

受療行動調査における心身の状態と満足度の疾患別分布および相互の関連についての研究

研究分担者 宮下光令 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野

研究要旨

今年度研究では平成 23 年受療行動調査のデータを分析し、平成 23 年受療行動調査から新しく加わった項目である「心身の状態」について、1. 「心身の状態」の項目を受療行動調査で取得する意義について検討し、2. 「心身の状態」に関連する要因の探索およびそれに基づく報告書に掲載する関連集計表等に関する提案を行うことを目的とした。その結果、以下の知見を得た。(1) 「心身の状態」を受療行動調査で測定する意義は、現在国内外で重要視されている患者立脚型アウトカムとしての QOL を代表性がある標本で評価し政策に反映できることであり、これは従来から受療行動調査で測定されている満足度で代替できるものではない。したがって、今後も「心身の状態」の項目は継続することが望ましい。(2) 「歩くのが大変だ」「身の回りのことをするのに介助が必要だ」は平成 26 年度受療行動調査では収集されなかったが、ADL や全身状態を示すこれらの変数を測定する意義は大きく、今後は再度測定することを検討してもよいと思われる。またこれらの変数と「心身の状態」の変数間のクロス表を作成することも意義があると思われる。(3) 「心身の状態」の関連要因の集計より、「医師から受けた説明の理解度」「世帯収入」とのクロス表も作成する意義があると思われる。また、世帯収入は現在は外来でしか取得されていないが、可能であれば入院でも取得することが望まれる。(4) 悪性新生物のように国レベルでの「心身の状態」のモニタリングが求められている疾患もある。同様に患者数が多く公衆衛生上重要な疾患に関しては疾患別の心身の状態の表を作成することが望まれる。

A. 研究目的

今年度は平成 23 年受療行動調査から追加された「心身の状態」の項目（からだの苦痛がある、痛みがある、気持ちが辛い、歩くのが大変だ、身の回りのことをするのに介助が必要だ）について以下の点を検討した。

1. 「心身の状態」の項目を受療行動調査で取得する意義について。

2. 「心身の状態」に関連する要因の探索およびそれに基づく報告書に掲載する関連集計表等に関する提案。

B. 研究方法

平成 23 年受療行動調査で患者調査と連結が可能であったデータを目的外使用にて取得し、分析した（入院 16,427 人、外来 29,272 人）。

主に分析した項目は入院・外来それぞれの

心身の状態5項目（からだの苦痛がある、痛みがある、気持ちがつらい、歩くのが大変だ、身の周りのことをするのに介助が必要だ）である。

研究目的の「1. 「心身の状態」の項目を受療行動調査で取得する意義について」に関しては心身の状態の項目に関する文献検討を行ったのちに、満足度に関する項目との相関関係を Spearman の順位相関係数を算出することにより検討した。

研究目的の「2. 「心身の状態」に関連する要因の探索」に関しては受療行動調査および患者調査・医療施設調査の調査項目と「心身の状態」の項目のクロス表を作成しカイ 2 乗検定もしくはマンテル検定で関連性を検討した（単変量解析）。また、単変量解析の結果を参考に統計モデルを作成し、ロジスティック回帰分析により多変量解析を行った。多変量解析では全変数を含んだモデル（モデル1）と変数減少法によってP値が0.2を閾値として変数選択をしたモデル（モデル2）の2つのモデルを作成した。ただし、変数選択をしたモデルでも一部の変数はモデルに強制的に含んだ。

単変量解析、多変量解析では提供された乗数による重みづけは行わなかった。「心身の状態」に関しては「そう思う・ややそう思う」と「どちらともいえない・あまりそう思わない・そう思わない」の2値に分類した。無回答は欠損として扱った。

他の変数はおおむね取得したとおりに扱ったが、満足度では欠損および無回答およびその他は欠損として扱った。この理由は別の研究班の検討により受療行動調査における欠損は比較的ランダムに起こること、および満足度でその他と回答した場合は「該当しな

い（この設問に回答することに適さない）」ケースが多いと考えられたからである。

上記の関連要因の分析結果に基づき、報告書に掲載される関連集計表等に関する提案を行い、具体的にそれらの表の例を作成した。この例の作成にあたっては提供された乗数に基づく割合のみを提示した。ただし、無回答については上記の関連の分析と同様に欠損として扱った。

（倫理面への配慮）

受療行動調査のデータの二次利用であるため特に倫理面での配慮は必要とされないが、データは厳密に管理した。

C. 結果

1. 「心身の状態」の項目を受療行動調査で取得する意義

（1）受療行動調査の意義

既に知られていることではあるが、受療行動調査の意義は医療機関の入院・外来患者の意見を直接訪ねる唯一の政府統計であることが最も大きな意義である。さらに層化無作為抽出法を用いた全国から代表性を有するサンプルを抽出することができることは国際的にもきわめて稀なスキームである。さらに患者調査・医療施設調査と突合することができ、確実な病名情報が得られること、具体的な施設の特性を含めた検討ができることなどが利点である。最後に同様の調査が3年毎にほぼ同じ項目で行われており、経時的な検討ができることは医療政策の評価や国民の人口構成・疾病構造の変化に対応した評価が行える点で有用である。

(2) 「心身の状態」がいわゆる QOL を評価する項目であることの意義

WHO は 1947 年に世界保健機関憲章の前文において健康を「身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態であり、たんに病気あるいは虚弱でないことではない」と定義した。依頼、これは世界的に合意が得られた健康の定義とされている。

QOL (Quality of Life) は生活の質と訳されることが多く、QOL の定義については国際的に統一はされていないものの、WHO の健康の定義とほぼ同じ概念に基づいていると考えられている。例えば世界的に最もよく利用されている健康関連 QOL 尺度 (アンケートの調査票) である SF-36 は (1) 身体機能 (2) 日常役割機能 (身体) (3) 体の痛み (4) 全体的健康感 (5) 活力 (6) 社会生活機能 (7) 日常役割機能 (精神) (8) 心の健康の 8 の下位尺度から構成され、「身体的側面の QOL サマリースコア (Physical component summary: PCS)」、「精神的側面の QOL サマリースコア (Mental component summary: MCS)」、「役割/社会的側面の QOL サマリースコア (Role/Social component summary: RCS)」に集約されている。このように QOL とは主観に基づく多次元的な健康を評価する視点である。

受療行動調査に心身の状態 5 項目 (からだの苦痛がある、痛みがある、気持ちがつらい、歩くのが大変だ、身の周りのことをするのに介助が必要だ) は気持ちのつらさが主に精神的な状態を表す項目であり、その他は主に身体的な状態を表す指標であると考えられる。またこれらは相互に関連するとともに社会的な状態にも関連すると考えられる。これらより受療行動調査の「心身の状態」の項目は WHO の健康の定義に基づく QOL を評価する項目と

しての意義がある。

(3) 「心身の状態」が患者報告型アウトカムであることの意義

医療の質の評価において有名で世界的に広く用いられているのが Donabedian の 3 段階のモデルである。このモデルでは質の評価の視点を「構造 (ストラクチャー)」「過程 (プロセス)」「結果 (アウトカム)」に分類した。なかでも結果 (アウトカム) は有効性 (生存率・生存期間・障害の残存率など) や安全性 (有害事象・副作用など) などを含む医療の最終的な目標を評価するものである。

このアウトカムを測定する指標は旧来、生存率や死亡率等が用いられてきた。その理由客観性と測定の容易さである。しかし、近年の高齢化や慢性疾患の増加などの人口構成および疾病構造の変化に伴い、単なる生存期間の延長ではなく、その質の評価も求められるようになってきた。また旧来の父権的な医療に対してインフォームド・コンセントの普及のように患者に十分な情報を提供し、患者とともに意思決定をするという患者中心の医療が主流になってきた。

そこで近年新しく登場したのが患者報告型アウトカム: PRO (Patient-Reported Outcome) という概念である。これは医薬品の評価を含めた医療のアウトカム評価に患者の自己申告に基づくデータを取り入れていくという考えである。米国 FDA は 2009 年に FDA Guidance for Industry: PRO Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims という企業向けのガイダンスを発行しており、新薬の審査にも PRO が取り入れられている。

QOL は PRO 測定の際に最もよく用いられる

指標であり、PRO/QOLなどと併記されることも多い。QOLの他のPROとしては受療行動調査でも測定している患者満足度などがある。

受療行動調査において「心身の状態」を測定することは患者立脚型アウトカムによる医療政策の評価を行うことを可能とするという点で意義があると言える。

(4) 患者満足度とは独立した概念を測定していることの意義

表1に「心身の状態」の項目と「満足度」の項目のSpearmanの順位相関係数を示す。「心身の状態」の項目間の相関、「満足度」の項目間の相関は中程度～高い相関を示すものの、「心身の状態」の項目と「満足度」の項目の相関は入院において-0.09～-0.24、外来において-0.03～0.16と低かった。-0.24、-0.16というこの中では相対的に高い相関を示した変数は「心身の状態:気持ちがつらい」と「満足度:精神的なケアに満足しているか」などであり、概念としてはより高い相関が期待されている変数であった。この事実は「心身の状態」と「満足度」は異なる概念を測定していることを示し、従来から収集されている「満足度」だけではPROとしてQOLの概念を測定しているとはみなせないことを示している。よって、「心身の状態」を受療行動調査で収集することは意義があることである。

2. 「心身の状態」に関連する要因の探索

表2、表3に心身の状態の関連要因の単変量解析の結果(入院、外来)を示す。また、表4～表7に表2、表3に心身の状態の関連要因の多変量解析の結果(入院、外来)を示す。

入院の変数選択を行った多変量解析の結果(モデル2)は以下のとおりであった。

「からだの苦痛がある」に有意に関連した変数は「年齢」「病院の種類」「病院を選んだ理由」「医師から受けた説明の理解度」「同居人の有無」「入院(重症度)の状況」「傷病分類」であった。

「痛みがある」に有意に関連した変数は「病院の種類」「病院を選んだ理由」「医師から受けた説明の理解度」「入院(重症度)の状況」「傷病分類」であった。

「気持ちがつらい」に有意に関連した変数は「病院の種類」「病院を選んだ理由」「医師から受けた説明の理解度」「同居人の有無」「承認の状況」「入院(重症度)の状況」「傷病分類」であった。

「歩くのが大変だ」に有意に関連した変数は「年齢」「病院の種類」「病院を選んだ理由」「医師から受けた説明の理解度」「同居人の有無」「承認の状況」「入院(重症度)の状況」「傷病分類」であった。

「身の回りのことをするのに介助が必要だ」に有意に関連した変数は「性別」「年齢」「病床の規模」「病院の種類」「病院を選んだ理由」「医師から受けた説明の理解度」「同居人の有無」「承認の状況」「入院(重症度)の状況」「傷病分類」であった。

入院で3つ以上の変数に共通して有意だった変数は「年齢」「病院の種類」「病院を選んだ理由」「医師から受けた説明の理解度」「同居人の有無」「入院(重症度)の状況」「傷病分類」であった。

外来の変数選択を行った多変量解析の結果(モデル2)は以下のとおりであった。

「からだの苦痛がある」に有意に関連した変数は「性別」「年齢」「病床の規模」「病院

を選んだ理由」「診察までの待ち時間」「診察時間」「医師から受けた説明の理解度」「世帯収入」「承認の状況」「傷病分類」であった。

「痛みがある」に有意に関連した変数は「性別」「年齢」「病床の規模」「病院の種類」「病院を選んだ理由」「診察までの待ち時間」「診察時間」「医師から受けた説明の理解度」「世帯収入」「承認の状況」「傷病分類」であった。

「気持ちがつらい」に有意に関連した変数は「性別」「年齢」「病床の規模」「病院を選んだ理由」「診察までの待ち時間」「診察時間」「医師から受けた説明の理解度」「請求金額の負担感」「承認の状況」「傷病分類」であった。

「歩くのが大変だ」に有意に関連した変数は「性別」「年齢」「病床の規模」「病院の種類」「病院を選んだ理由」「診察までの待ち時間」「診察時間」「医師から受けた説明の理解度」「請求金額の負担感」「世帯収入」「承認の状況」「傷病分類」であった。

「身の回りのことをするのに介助が必要だ」に有意に関連した変数は「性別」「年齢」「病床の規模」「病院を選んだ理由」「診察までの待ち時間」「診察時間」「医師から受けた説明の理解度」「世帯収入」「承認の状況」「傷病分類」であった。

であった。

外来で3つ以上の変数に共通して有意だった変数は「性別」「年齢」「病床の規模」「病院を選んだ理由」「診察までの待ち時間」「診察時間」「医師から受けた説明の理解度」「請求金額の負担感」「世帯の収入」「承認の状況」であった。

これらの結果を変数間の因果関係や意義などを総合的に考え、従来の報告書では作成されていなかった表として病床規模、開設者、

同居人の有無（入院のみ）、待ち時間、診察時間、請求金額の負担感、世帯人数、世帯収入（外来のみ）、医師から受けた説明の理解度、疑問や意見、満足度とのクロス表を作成した（満足度は「痛みなど」「精神的なケア」の2項目については従来よりクロス表は作成されていたが、今回はすべてのクロス表を作成した）。

そのうち今後、報告書に掲載する意義があると考えられた入院における病床規模×心身の状態、医師から受けた説明の理解度×心身の状態について表8に、外来における病床規模×心身の時状態、世帯の収入×心身の状態、医師から受けた説明の理解度×心身の状態について表9に示した。

D. 考察

「心身の状態」の項目を受療行動調査で取得する意義については文献検討によって受療行動調査の意義、「心身の状態」がいわゆるQOLを評価する項目であることの意義、「心身の状態」が患者報告型アウトカムであることの意義についてまとめた。また、「心身の状況」の項目と「満足度」の項目が独立した項目であることを示した。これらより「心身の状態」を受療行動調査で測定する意義は、現在国内外で重要視されている患者立脚型アウトカムとしてのQOLを代表性がある標本で評価し、政策に反映できることであり、これは従来から受療行動調査で測定されている満足度で代替できるものではないと言える。

とくに悪性新生物に関しては国のがん対策基本法に基づくがん対策推進基本計画で全体目標の1つに「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の

向上」が定められており、そのモニタリングの方法の1つに受療行動調査のこれらの項目が挙げられている。悪性新生物のような患者数が多く公衆衛生上重要な疾患に関しては疾患別の心身の状態の表を作成することが望ましい。

「心身の状態」に関連する要因の探索では入院・外来別に単変量解析、多変量解析の結果、「心身の状態」の関連要因が明らかになった。

入院に関しては「年齢」「病院の種類」「病院を選んだ理由」「医師から受けた説明の理解度」「同居人の有無」「入院（重症度）の状況

「傷病分類」などが多変量解析で3つ以上の変数に対して有意であった。とくに「医師から受けた説明の理解度」は5つの変数すべてにおいて $P < 0.0001$ であり、高度に有意な変数といえた。患者中心の医療を行うにおいて、インフォームド・コンセントはその基本をなすものであり、十分な説明と理解が大前提である。したがって、心身の状況によって理解度が異なるというのは問題であり、今後も改善が必要な項目である。医師から受けた説明の理解度に関してはいままで報告書でクロス集計がなされてこなかったが今後はクロス集計がなされることが望ましいと考えられた。

外来に関しては「性別」「年齢」「病床の規模」「病院を選んだ理由」「診察までの待ち時間」「診察時間」「医師から受けた説明の理解度」「請求金額の負担感」「世帯の収入」「承認の状況」で3つ以上の変数に共通して有意であった。医師から受けた説明の理解度に関しては入院と同様である。また、入院と異なる傾向として病床の規模が有意であったことがある。入院では病院の種類が有意であったが、病院の種類は療養病床など入院病床によって

規定されてるからであろう。外来は必ずしも入院病床の分類とは関係なく病院の規模によって通院する患者の性質が異なることが明らかになった。また「歩くのが大変だ」「身の回りのことをするのに介助が必要だ」の項目は病院の種類と関連があり、これらのADLが低い患者は療養型病床を有する病院に通院する傾向にあることが明らかになった。

外来では請求金額の負担感および世帯の収入も有意であった。世帯の収入は「気持ちがつらい」以外の4つの変数で有意であった。請求金額の負担感「気持ちがつらい」で有意であったが、「からだの苦痛がある」「痛みがある」では有意でなかった。このように客観的な世帯収入と主観的な負担感は若干の性質の違いがあるものの、これら経済的問題は超高齢化が進展するとともに貧困や格差が問題となっている現状を把握するには重要な項目と思われる。現在は世帯収入や負担感外来でしか取得していないが、可能であれば入院でも取得し、心身の状態とのクロス表を作成することが望ましいと思われる。

外来の分析結果では前述のように「歩くのが大変だ」「身の回りのことをするのに介助が必要だ」の2項目で他の3項目と異なる傾向がみられた。これらの2項目はADLや全身状態を示す項目と考えられる。また、これらの2項目は平成26年度受療行動調査では測定されなかった。

例えば、がんの臨床試験では Performance Status と言われる全身状態の指標（1日にどれくらいの割合で臥床しているか）によって試験の参加不参加が規定されるなど、ADLや全身状態はその患者の重症度な問題をもっとも包括的にみる指標である。受療行動調査で収集している「入院（重症度）」の状況は、生

命の危険の有無を中心にした急性期か慢性期かの区別であり、患者の潜在的な全身状態の機能を示してはいない。受療行動調査のいままでの1つの大きな欠点は全身状態を示す変数がなかったことである。これらのADLや全身状態を示す2項目は全身状態を示す項目であり、介護予防や介護の状況などに関する指標となるだけでなく、他の変数を詳細に分析する場合の全身状態を示す調整変数としても用いることができる。以上の理由から、今後の受療行動調査では平成26年度は測定されなかった「歩くのが大変だ」「身の回りのことをするのに介助が必要だ」を再度測定することを検討してもよいと思われる。また、この変数と「心身の状態」も表1に示すように相関が高く、これらの変数間のクロス表を作成することも有用であると思われる。

これらのほかにも新規に作成する意義がある表について検討した。心身の状態が結果である場合として従来は作成されていなかった表として病床規模、同居人の有無（入院のみ）、請求金額の負担感、世帯収入（外来のみ）には意義があるように考えられた。しかし、請求金額の負担感はその日の受診の請求金額であるため受診日による誤差が大きい可能性が考えられたため、入院における病床規模×心身の状態、外来における病床規模×心身の時状態、世帯の収入×心身の状態、医師から受けた説明の理解度×心身の状態について提案する表に示した。

満足度に関してはすべてのクロス表を作成し検討したが、既に作成されている「痛みなど」「精神的なケア」の2項目についてのクロス表以上の表の作成を積極的に主張する根拠はないと考えられた。これは前述のとおり心身の状況と満足度が相関が弱いことに

も関連する。

また、今回の表には示さなかったが、入院の同居人の有無、外来の世帯人数は高齢者に絞って分析することにより、今後急増するであろう独居高齢者や老人のみの世帯の状況を把握する助けになると思われた。

今後のわが国は超高齢化社会がさらに進展し、政策や医療費が費用対効果の面からも問われるようになる。費用対効果を考えた場合の効果は死亡率などの生命の延長に関する指標とQOLなどの生命の質に関する指標の2つが考えられ、とくに慢性疾患に関してはQOLの維持向上が重要な課題である。受療行動調査に心身の状態の項目が含まれることにより、生命や健康の質を考慮した政策や評価がなされることは現在の世界的な潮流にも合致するものである。

受療行動調査はその代表性、継続性、患者調査・医療施設調査との突合可能性などを考えると世界でも類をみない貴重かつ有益な政府統計である。受療行動調査で「心身の状態」の項目が収集され、本報告で提案したような集計がなされることで、その重要性和意義がより強固なものになると考えられる。

E. 結論

平成23年度受療行動調査の分析を通して以下のような結論を得た。

1. 「心身の状態」を受療行動調査で測定する意義は、現在国内外で重要視されている患者立脚型アウトカムとしてのQOLを代表性がある標本で評価し、政策に反映できることであり、これは従来から受療行動調査で測定されている満足度で代替できるものではない。したがって、今後も「心身の状態」の項目は継続することが望ましい。

2. 「歩くのが大変だ」「身の回りのことをするのに介助が必要だ」は平成26年度受療行動調査では収集されなかったが、ADL や全身状態を示すこれらの変数を測定する意義は大きく、今後は再度測定することを検討してもよいと思われる。またこれらの変数と「心身の状態」の変数間のクロス表を作成することも意義があると思われる。

特になし

3. 「心身の状態」の関連要因の集計より、「医師から受けた説明の理解度」「世帯収入」とのクロス表も作成する意義があると思われる。また、世帯収入は現在は外来でしか取得されていないが、可能であれば入院でも取得することが望まれる。

4. 悪性新生物のように国レベルでの「心身の状態」のモニタリングが求められている疾患もある。同様に患者数が多く公衆衛生上重要な疾患に関しては疾患別の心身の状態の表を作成することが望まれる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他