

また性別、年齢ごとの複数の設問項目から構成 (図表 11, 12).  
 される評価基準毎の平均は以下の通りであった.

図表 11 : 評価基準毎平均 (男性)

	男性20代	男性30代	男性40代	男性50代	男性60代
評価基準「質」	3.645	3.435	4.045	3.815	4.3
評価基準[利便性]	3.448571429	3.295714286	3.622857143	3.567142857	3.4871428571
評価基準[対応]	3.94	3.785	4.088	4.342	4.52
評価基準[内容]	3.61625	3.46875	3.735	3.88875	4.12375
評価基準[施設・環境]	3.6125	3.4425	3.7575	3.9675	4.005
評価基準[価格・その他]	3.48	3.375	3.635	3.895	3.905

図表 12 : 評価基準毎平均 (女性)

	女性20代	女性30代	女性40代	女性50代	女性60代
評価基準「質」	3.7675	4.055	4.035	4.36	4.2925
評価基準[利便性]	3.448571429	3.612857143	3.508571429	3.795714286	3.824285714
評価基準[対応]	4.254	4.624	4.904	5.16	4.88
評価基準[内容]	3.63375	3.755	3.88	4.39	4.44625
評価基準[施設・環境]	3.945	4.1225	4.2675	4.555	4.3475
評価基準[価格・その他]	3.68	3.69	3.835	3.975	4.22

最終的な属性ごとの結果は、以下の通りである.

図表 13 : AHP 結果 (男性)

	汎用・小規模	汎用・中規模	汎用・大規模	専門・小規模	専門・中規模	専門・大規模
男性20代	0.13245020342658	0.14566098870066	0.1745440035097	0.17006725845112	0.18097100506109	0.196306541
男性30代	0.13294403590956	0.1456458732346	0.17438780448695	0.16964065629788	0.18119734029512	0.1961842897765
男性40代	0.13242881650421	0.14487533887134	0.17411362243218	0.17085098588881	0.181149483004	0.196581753
男性50代	0.13303336568093	0.14563858712961	0.17451500162502	0.1694446410346	0.18119908213433	0.196169322
男性60代	0.13253660908526	0.14532347607006	0.1745579929459	0.17063447403751	0.18061921231353	0.196328236

図表 14 : AHP 結果 (女性)

	汎用・小規模	汎用・中規模	汎用・大規模	専門・小規模	専門・中規模	専門・大規模
女性20代	0.13351449476235	0.14552941679548	0.17420312113544	0.17047397857677	0.18073515244001	0.195543836
女性30代	0.13248581600146	0.1450816906958	0.17413882210737	0.17071200672918	0.1811231634616	0.19645850100458
女性40代	0.13302592008477	0.14509615233254	0.17428664969737	0.17031909948148	0.18110116248472	0.196171016
女性50代	0.1341322619246	0.14546457369534	0.17366044270252	0.17033588120331	0.1807664561227	0.195640584
女性60代	0.13347481265088	0.14546458941066	0.17418649515584	0.17046881788604	0.18064737851344	0.195757906

#### D. 考察

個別の評価項目に関して、平均の値が高いものとしては、男性、女性ともに「医師の対応や説明」であった（ただし、20代女性においては「対応可能な手術・治療」の平均が同様に高い）。

また評価項目ごとの、ばらつきの値に関しては、20代、30代、50代の男性においては「医師、看護師の説明や対応」が大きな値を示しており、40代、60代の男性においては、「手術実績やその件数」の評価値が大きな値を示していた。女性の評価項目ごとの、ばらつきの値は、50代を除き、「医師、看護師の対応や説明」が大きな値を示しており、50代においては、「中立機関の評価」が大きな値を示している。

設問項目を集約した評価基準ごとの平均に関しては、男性、女性ともに医療従事者らの「対応」において最も高い値が示された。

AHPの結果に関しては、男性、女性ともに大規模医療機関を選択する指向が強く、専門・大規模、専門・中規模、汎用・大規模、専門・小規模、汎用・中規模、汎用・小規模という結果が示された。また今回の解析では、性別、年齢区分ごとに選択の選好順序を変更するほどの違いは、それほど顕著に見られなかった。

#### E. 結論

本研究においては、一般に医療機関を評価する個別項目および評価基準としては、医療従事者らの対応が重要なものとして示された。

また実際の医療機関選択に際しては、専門性を有する大規模医療機関が選択される傾向が強く見られた。

性別および年齢などの属性によるAHPの結果には違いがあまり見られなかった。その理由としては、代替案（具体的には医療機関の種別）評価に際して、評価項目の現実的利用可能性などといった観点からの評価結果を一元的に用いた結果である可能性が高い。今後は、可能であれば評価項

目ごとに、次元の異なる評価結果を用いることが望ましいといえるが、そのためのデータ構築に必要なデータ利用の制約およびコストの検討を行う必要があると考えられる。

#### 文献

1. メディケア生命保険株式会社, 病院選び・医者選びに関する調査, (2014/1/29).
2. 名取良太, 医療政策とMAS実践のための基礎的研究, PG Lab Discussion Paper Series No.21 November, 2007.
3. HUMA Group, 病院の選び方の意識を検証, [http://www.huma-c.co.jp/topic/enquete\\_hospital.html](http://www.huma-c.co.jp/topic/enquete_hospital.html), (2011/04/05).
4. Vladeck C, et al, Consumers and hospital use: the HCFA "death list", Health Affairs, 7(1), 122-5, 1988.
5. Saaty T, The Analytic Hierarchy Process, McGraw-Hill, 1980
6. 八巻直一, 関谷和之, 複数の評価者を想定した大規模AHPの提案と人事評価への適用. Journal of the Operations Research Society of Japan, 42, 405-420, 1999

#### 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

- ・篠原美樹、水野信也、藤澤由和：医療情報が患者の医療機関選択に与える影響分析，2015年経営情報学会春季全国研究発表大会，2015年5

月 31 日(日), 日本大学生産工学部 津田沼キャンパス

- ・篠原美樹、水野信也、藤澤由和、八巻直一：総合的類型化解析基盤の構築とその応用, 日本行動計量学会第 43 回大会, 2015 年 9 月 3 日(木), 首都大学東京
- ・水野信也、篠原美樹、浦松雅史、藤澤由和：医療情報が患者の医療機関選択に与える影響分析, 第 53 回日本医療・病院管理学会学術総会, 2015 年 11 月 5 日(木)・6 日(金), アクロス福岡

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

分担研究報告書

医療情報が患者の受療行動に与える影響に関する基礎的検証に関する研究

研究代表者	藤澤 由和	静岡県立大学・経営情報学部	准教授
研究分担者	浦松 雅史	東京医科大学・医学部	講師
研究分担者	水野 信也	静岡理工科大学・総合情報学部	准教授
研究分担者	岩崎 邦彦	静岡県立大学・経営情報学部	教授

研究要旨

医療機関における医療情報の一般への公開に関しては、我が国においても、これまで様々な形で議論されてきたが、今後、「医療の質」に関わる情報の取扱いに関する議論が高まる可能性があると考えられる。しかし、我が国においては、「医療の質」に関する情報の一般への公開や取扱いに関して、いわゆるエビデンスに基づいた形での議論はほとんどなされておらず、基礎的な知見が求められている状況にある。そこで本論は、「医療の質」に関わる情報の受療行動に対する影響に関する実証的な検証を行う研究プロジェクトにおいて構築したデータを用いて、患者が医療機関選択に際して、重要視する基準を暫定的な形ではあるが明確化し、今後の具体的な医療情報の我が国における論点を明らかにするための基礎的な知見を提示することを目的とした。

使用したデータは、1,700名の個人を対象とし Web 調査の形で実施した。評価基準に関する設問項目 30 項目、および項目間の評価基準の重みづけの比較を可能とする選択肢からなる 9 尺度を用いた。結果として、医療機関選択に際しての患者の意思決定に関する評価基準としては、医師もしくは看護師の「対応」に関する項目が重視される傾向がみられた。さらに回答者の属性を加味して検討をしてみると、女性でかつ年齢層が上がるほど、相対的ではあるが、評価基準の重要項目における重みづけが高まる傾向がみられた。居住地域を用いた社会属性に関しても、「対応」に関する項目が重視される傾向がみられ、またその地区類型においても、特定の類型が、当該項目をより重視する傾向がみられた。

本論における検討は、医療機関選択に際して、医師や看護師の対応やコミュニケーションに関わる項目が重要視される可能性を明確化した点に価値があるといえる。今後は、こうした知見の一般化などを踏まえた、さらなる検討を行う必要があると考えられるが、我が国においても、個別医療機関における医師、看護師を初めとする医療従事者らの「対応」に関する情報を、信頼性を担保した形で提供することが可能であるかに関する議論が必要になると考えられる。

## A. 研究目的

医療機関における医療情報の一般への公開に関しては、広告規制（医療関連法令・医療広告ガイドライン）、ホームページ上の取扱い（医療機関HPガイドライン）、医療機能情報提供制度（医療情報の提供のあり方等に関する検討会・医療情報ネット）、病床機能情報の提供（あり方検討会・地域医療構想ガイドライン）など、これまで様々な形で議論されてきたが、今後、これらの課題に共通する、客観的な情報としての医療機関における医療情報、なかでも「医療の質」に関わる情報の取扱いに関する議論が高まる可能性があると考えられる。

たとえば消費者庁には美容医療に関して年間で約2,000件を超える相談が寄せられている現状にあるが、そのうち診療内容やその効果などを含む広告に関わるものが約半数を占めるに至っている。そもそも医療広告に関しては、法令、当該ガイドラインなどにおいて一定の対応が取られているが、いわゆるポジティブリスト方式下における包括規定方式の採用や、地域医療構想の進展に伴う、病床機能に関する情報に加えて、客観的な情報としての成果（アウトカム）指標の公表に関連して、医療機関の情報、なかでも客観的な情報としての「質」に関わる情報の取扱いに関する、より積極的な議論がなされる可能性が高い。

さらにかつての行政刷新会議に見られるように、将来的には内閣府規制改革会議などにおいても、患者の選択幅の拡大とそれによる医療機関の競争環境の構築を目的に、医療機関の情報のより広範囲な公開を求める可能性がある一方で、消費者行政の側から、適切な医療広告に対する行政的な対応が求められるという難しい状況が生じてくる可能性が高い。

よって「医療の質」に関する情報の公開に関する施策、政策に関わる議論は、患者の権利や医療分野における透明性やアカウンタビリティを求める世界的な動きと相まって、我が国においても避けられない課題であるといえる。

こうした課題における具体的な論点としては、医療情報、なかでも「医療の質」に関わる情報を提供するに関して「共通化・標準化による客観性の担保」、「分かり易さ」、「受療行動への影響」などが考えられるが、今後、これらの論点に関する具体的な議論が求められ、そのためのエビデンスが必要とされている状況にある。

翻って、アメリカなどにおいては1980年代以降「医療の質」に関する情報の公開に関する様々な議論がなされてきているのであるが<sup>1,2)</sup>、患者の受療行動に与える影響に関して、一貫した形でのエビデンスは存在していない状況にある。しかしその一方で、(1) 患者の医療機関選択に与える影響は限定的（価格、アクセス、関係性などの方が強い影響を与えている可能性あり）<sup>3,4)</sup>、(2) 患者の属性や医療制度によって、影響が異なる<sup>5,6)</sup>、(3) 情報が漠然と公開されるだけでは不十分である<sup>7)</sup>、などの知見も示されつつある。

しかし、我が国においては、医療情報、なかでも「医療の質」に関する情報の一般への公開や取扱いに関して、いわゆるエビデンスに基づいた形での議論はほとんどなされておらず、基礎的な知見が求められている状況にある。そこで本論においては、「医療の質」に関わる情報の受療行動に対する影響に関する実証的な検証を行う研究プロジェクトにおいて構築したデータを用いて、患者が医療機関選択に際して、重要視する基準を暫定的な形ではあるが明確化し、今後の具体的な医療情報の我が国における論点を明らかにするための基礎的な知見を提示することを目的とする。

## B. 研究方法

本研究は、大規模ネットワーク階層分析法（Analytic Hierarchy Process: 以下AHP）を用いて、構築したデータの一部を用いて、我が国において医療機関選択に際して重視される評価基準を明確化することの予備的検討を行うものである。

AHPとは、選択に関わる問題を階層図と呼ばれ

る評価基準を含んだ階層構造に分解し、評価基準を一对比較することで、各代替案（具体的な選択肢）の総合評価値を算出する意思決定手法である<sup>8)</sup>。AHPは本来、特定の個人の意思決定を定量化する際に用いられることが多かったが、当該プロジェクトにおいては、昨今の研究成果を踏まえ<sup>9)</sup>、結果の一般性を高めるために、個人から医療機関選択において重視する基準の重みづけについての調査データを収集し、大規模化AHPとして、検証を試みるものである。

くわえて患者の受療行動（本研究プロジェクトにおいては医療機関の選択）における意思決定の評価基準としては、海外の先行知見において、アクセス、価格、受診カバーの範囲、関係性などが示されていることから<sup>10-13)</sup>、これらの知見を踏まえ、さらに現在、日本で公開されている医療機関における医療情報、なかでも「医療の質」に関わる情報の項目および内容を精査し、医療機関選択に際しての患者の意思決定に関する評価基準を設定した。

具体的なデータとしては、1,700名の個人を対象とし、性別（男女）と年齢（20歳代から60歳代）のそれぞれに均等に170名を配分し、2016年1月にインターネット調査の形で実施した。評価基準に関する設問項目としては、「医療の質」に関連す

る4項目、医療機関を利用する際の「利便性」に関して7項目、医療従事者らの「対応」に関して5項目、提供される医療の「内容」に関して8項目、医療機関の「施設・環境」に関して4項目、加えて「価格」および「利用履歴」などを加えた計30項目とした（図表1）。尺度に関しては、項目間の評価基準の重みづけを比較するという意味から、「（他の項目と）同じ程度に重要である」とする選択肢から「（他の項目よりも）絶対的に重要である」とする選択肢までの9尺度を用い、対象者らは項目毎にこれら9尺度の選択肢の中から1つ選択する形式を用いた。

#### （倫理面への配慮）

本研究においては、個人の健康に直接関わる事項は収集しないところであるが、プライバシーに関わる情報（住所、性別、年齢など）の収集が発生することから、取り扱いの適正を担保するため、データの管理・使用についての規程を関係者で周知徹底を図った。またデータ収集の対象者に対して本研究の趣旨を説明することはもちろん、調査実施時、および調査終了後においても問い合わせを受け付ける体制を構築した。研究期間終了後には、個人が完全に特定されない形にデータを加工し、その管理を徹底した。

<図表1：調査項目および評価基準>

設問番号	評価基準	評価項目内容	←		←		←		←		←	
			同じ程度に重要	(他の項目より)	やや重要	(他の項目より)	かなり重要	(他の項目より)	非常に重要	(他の項目より)	絶対的に重要	(他の項目より)
設問1	[質]	実施している手術や治療の件数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問2	[質]	実施している手術や治療の実績	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問3	[質]	実際の患者による評価結果	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問4	[質]	中立的機関による評価結果	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問5	[利便性]	交通の便が良い	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問6	[利便性]	自宅や職場の近くにある	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問7	[利便性]	診療までの待ち時間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問8	[利便性]	外部の者と面会できる時間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問9	[利便性]	売店などの有無	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問10	[利便性]	クレジットカードが使えるなどの支払い方法	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問11	[利便性]	入退院に関する相談窓口の有無	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問12	[対応]	医師の対応が丁寧である	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問13	[対応]	医師の説明がきちんとなされる	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問14	[対応]	看護師の対応が丁寧である	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問15	[対応]	看護師の対応が素早い	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問16	[対応]	事務職員の対応が丁寧である	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問17	[内容]	ペットの数などの規模	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問18	[内容]	設置している診療科の数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問19	[内容]	大学病院などの病院の種類	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問20	[内容]	対応可能な手術や治療の方法	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問21	[内容]	医師や看護師などの数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問22	[内容]	医師などの氏名、略歴、専門分野	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問23	[内容]	連携している他の医療機関や介護施設がある	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問24	[内容]	「痛み」への対応を行っている	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問25	[施設・環境]	高度な医療機器や機材などの設備が整っている	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問26	[施設・環境]	常に駐車できる駐車場がある	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問27	[施設・環境]	トイレが清潔である	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問28	[施設・環境]	建物が綺麗である	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問29	[価格]	差額ベット代などの自己負担額	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
設問30	[その他]	以前にかかったことがある	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

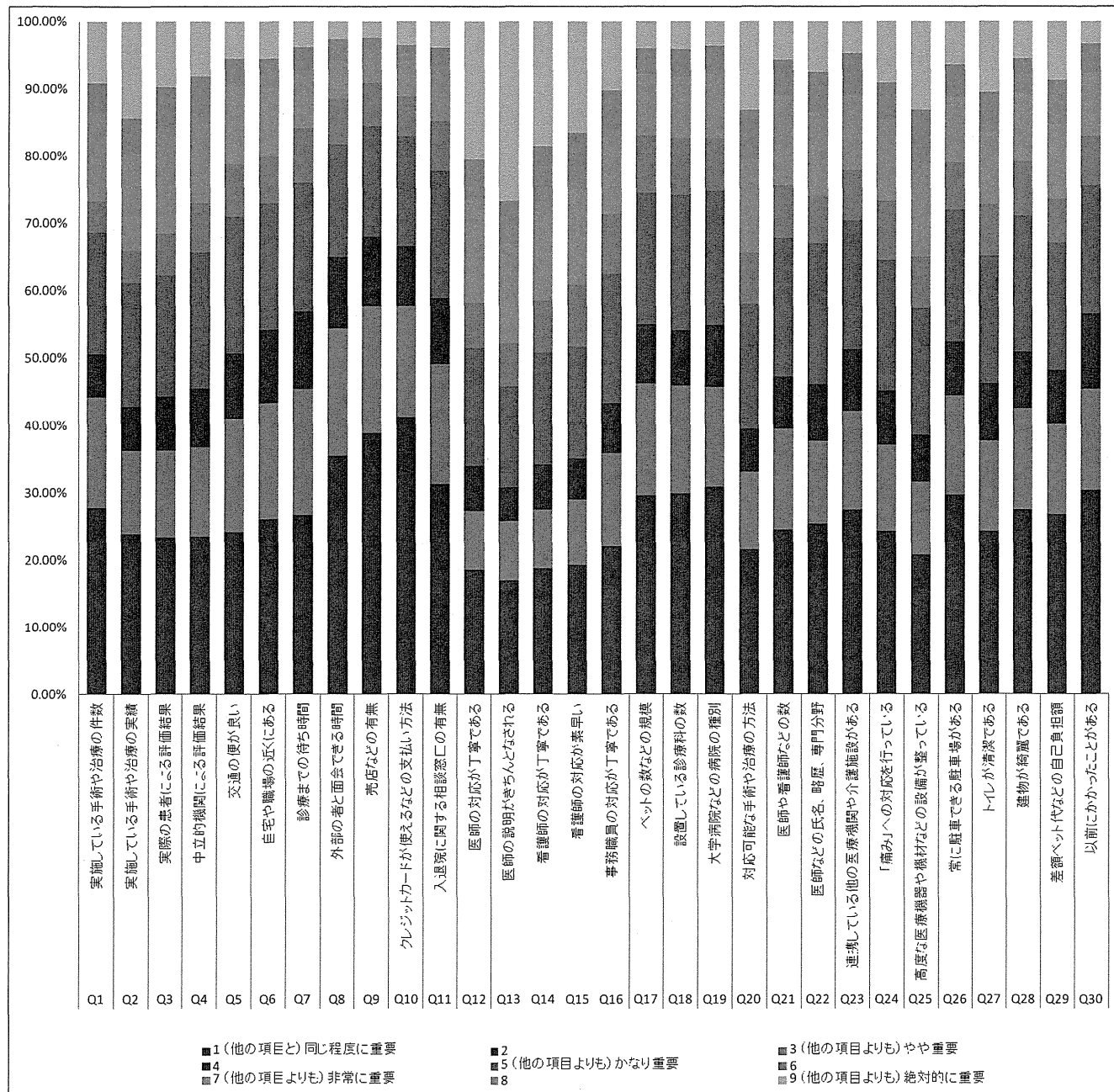
C. 研究結果

1. 設問ごとの回答傾向

各設問における回答傾向を単純に比較してみると、今回の調査対象者においては、医療従事者らの「対応」に関する項目、なかでも「医師による説明」（設問 13）を医療機関選択に関して評価基

準として重視する傾向が見て取れた<sup>1)</sup>。同様に「対応」項目である、「医師の対応が丁寧」（設問 12）、「看護師の対応が丁寧」（設問 14）も同様に、医療機関選択の評価基準として、他の設問項目に比べて相対的に重視されている傾向が見られた（図表 2）。

<図表 2> 設問ごとの回答傾向



<sup>1)</sup> なお、他の項目と同じ程度に重要を 1 点、他の項目よりも絶対的に重要を 9 点という形で尺度を得点化した平均点は、「医師による説明」（設問 13）が 5.74（標準偏差 2.79）、「医師の対応が丁寧」（設問 12）が 5.43（標準偏差 2.72）、「看護師の対応が丁寧」（設問 14）が 5.41（標準偏差 2.70）であった。



その一方で、医療機関の「利便性」に関する項目は相対的に評価基準としては重視されていない傾向が見て取れた。とくに「クレジットカード利用の可否」(設問 10)、「売店の有無」(設問 9)などは、相対的に重視されていない傾向が見て取れた<sup>2</sup>。

医療の質の「質」に関連する項目に関しては、相対的に重視されている項目として「手術・治療の実績」(設問 2)、「患者による評価」(設問 3)が挙げられる<sup>3</sup>。また「内容」に関する項目、および「施設・環境」に関する項目は、設問ごとにその回答にばらつきがみられ、一貫した傾向を読み取ることが難しいのであるが、相対的に重視されている項目としては「対応可能な手術や治療」(設問 20)、「高度な設備」(設問 25)などであった<sup>4</sup>。

## 2. 回答者の属性の違いによる回答傾向

### 1. 性別

男女ともに、どの項目の評価基準を重視するかという点に関しては、個別項目の違いというよりも、特定の項目における評価基準への重みづけの違いがみられた。たとえば、「医師による説明」(設

問 13) に関しては、女性の重みづけの平均点が 6.25 (標準偏差 2.73) と非常に高い一方で、男性のそれは、男性における評価基準の重みづけとしては最も高いものであるが、5.24 (標準偏差 2.77) となっている。こうした傾向は他の項目でもみられ、女性における「医師の対応が丁寧」(設問 12) に対する評価基準の重みづけの平均点が 5.95 (標準偏差 2.68) である一方で、男性のそれは 4.92 (標準偏差 2.66)、女性における「看護師の対応が丁寧」(設問 14) に対する評価基準の重みづけの平均点が 5.94 (標準偏差 2.67) である一方で、男性のそれは 4.88 (標準偏差 2.64) となっている<sup>5</sup>。

これら男女の違いを項目ごとに尺度の割合として、より詳細に見てみると、男女とも重みづけの平均点が高い「医師による説明」(設問 13)、「医師の対応が丁寧」(設問 12)、「看護師の対応が丁寧」(設問 14) それぞれにおいて、女性では「(他の項目よりも) 絶対に重要」であるとする評価基準の尺度を選ぶ者が多い一方で、男性では「(他の項目と) 同じ程度に重要」とする者が多い傾向が見て取れる (図表 3, 4, 5)。

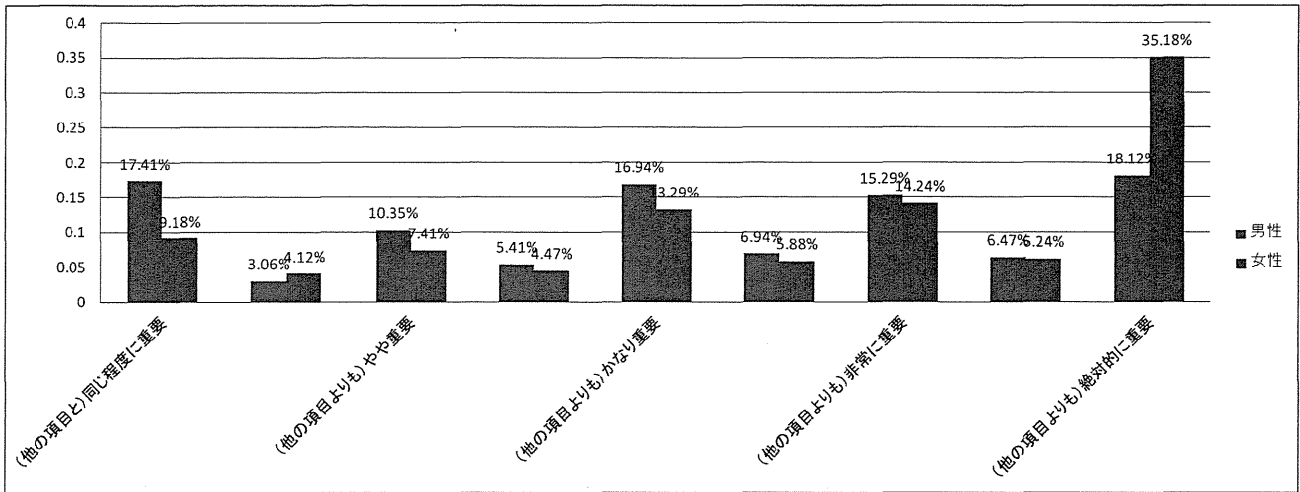
<sup>2</sup> ちなみに「クレジットカード利用の可否」(設問 10)、「売店の有無」(設問 9) の平均点は、それぞれ 3.39 (標準偏差 2.78), 3.36 (標準偏差 2.14) となっている。

<sup>3</sup> 「手術・治療の実績」(設問 2)、「患者による評価」(設問 3) のそれぞれの平均点は、4.85 (標準偏差 2.72), 4.72 (標準偏差 2.60) である。

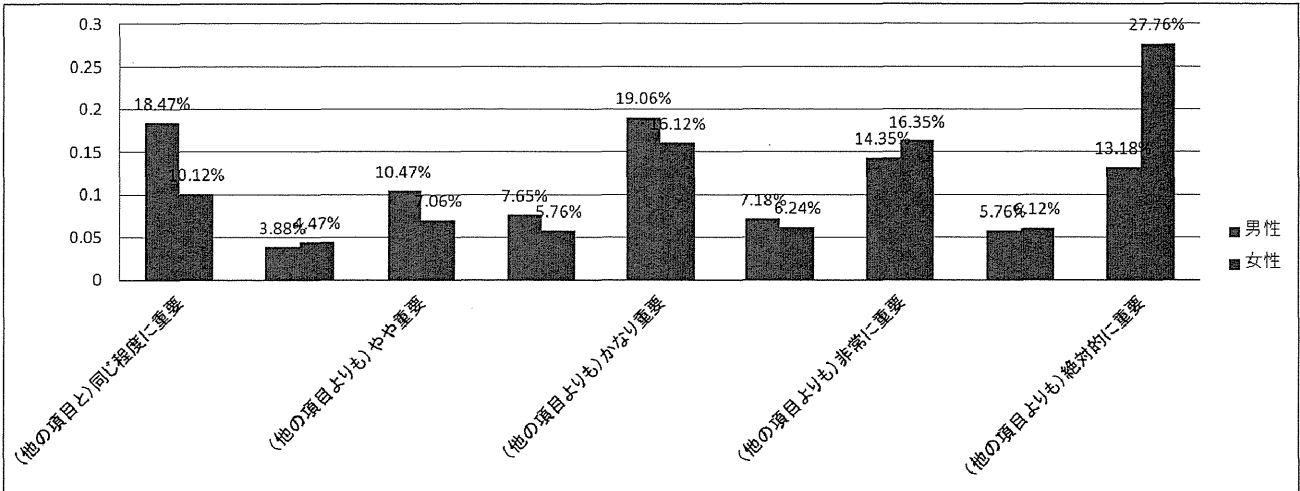
<sup>4</sup> ちなみに「クレジットカード利用の可否」(設問 10)、「売店の有無」(設問 9) の平均点は、それぞれ 3.39 (標準偏差 2.78), 3.36 (標準偏差 2.14) となっている。

<sup>5</sup> 「手術・治療の実績」(設問 2)、「患者による評価」(設問 3) のそれぞれの平均点は、4.85 (標準偏差 2.72), 4.72 (標準偏差 2.60) である。

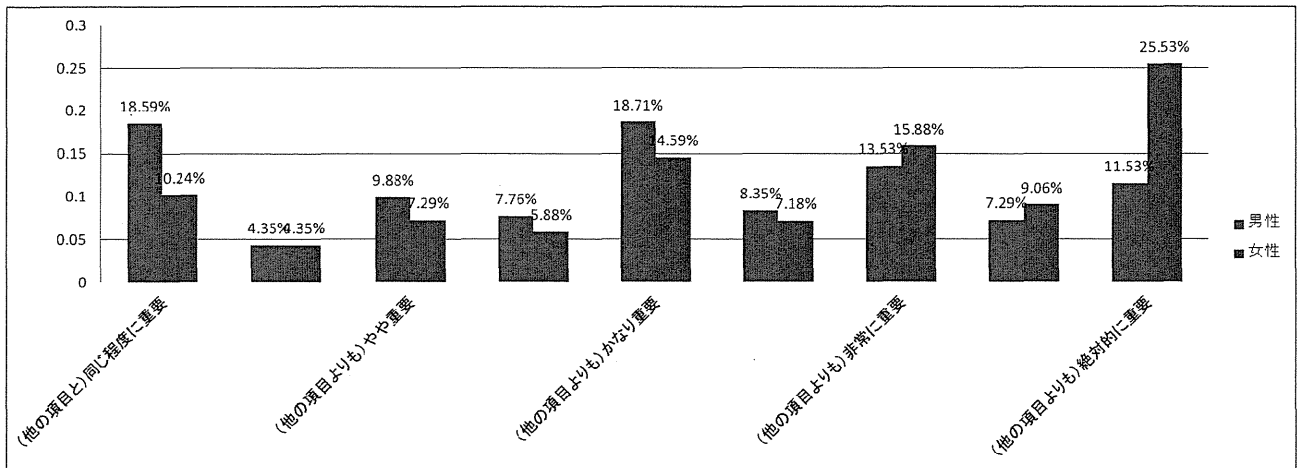
<図表3> 男女別（設問13 「医師の説明がきちとなされる」）



<図表4> 男女別（設問12 「医師の対応が丁寧である」）



<図表5> 男女別（設問14 「看護師の対応が丁寧である」）



こうした点から、男女ともに医療機関選択に際しての意思決定に関する評価基準としての「対応」に関する情報は、重要視される情報であると考えられるが、少なくとも女性の方が男性よりも、当該項目を重要視する割合が高く、男女で異なる結果を示している。

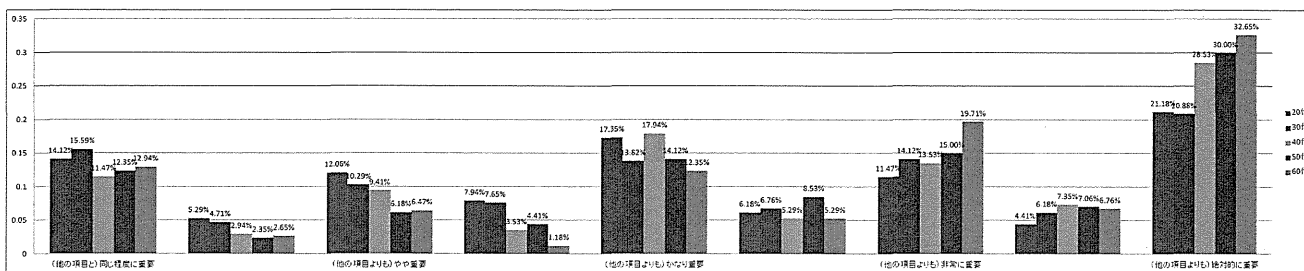
## II. 年齢

年齢による医療機関選択に際しての意思決定に関する評価基準の重みづけの違いに関しては、各年齢層ともに「対応」に関する項目（設問 12, 13, 14, 15）を、総じて重要視する傾向がみられるが、40 歳代から 60 歳代の年齢層で、これらの項目における平均点が高いものである傾向が示されている。具体的には、「医師による説明」（設問 13）においては、60 歳代のそれが 6.22（標準偏差 2.80）、50 歳代のそれが 6.06（標準偏差 2.74）、40 歳代のそれが 5.91（標準偏差 2.74）となっている。加え

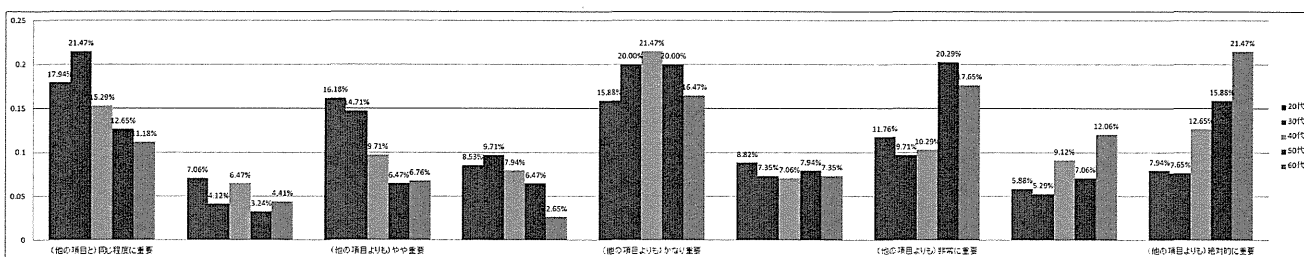
て 60 歳代においては、「高度な設備」（設問 25）、医療の「内容」に関する「対応可能な手術や治療」（設問 20）のそれぞれにおいて、平均点が 5.91（標準偏差 2.65）、平均点 5.67（標準偏差 2.71）という高い重みづけがなされている。

これら年齢別の違いを項目ごとに尺度の割合として、より詳細な形で見てみると、40 歳代から 60 歳代において重要視されている「対応」に関する項目である「医師による説明」（設問 13）においては、明らかに年齢層が上がるほど当該項目の尺度に対する重みづけが高いことが見て取れ（図表 5）、「施設・環境」に関する項目である「高度な設備」（設問 25）においても、年齢層が上がるほど尺度に対する重みづけの割合が高い。しかし、年齢が若い層は、「対応」に関する項目と比べて、「施設・環境」に関する項目に対する重みづけの割合が低い（図表 6, 7）。

<図表 6>年代別（設問 13 「医師の説明がきちとなされる」）



<図表 7>年代別（設問 25 「高度な医療機器や機材などの設備が整っている」）



したがって、若年層は「対応」に関連する評価基準に関して、高齢層に比べると相対的に低いのであるが、それでも一定の割合で評価基準として

重みづける傾向が見て取れる一方で、「施設・環境」に関する項目に関しては、評価基準として重要視する割合は低くなる傾向が見て取れ、若年層ほど、

当該項目を医療機関選択における評価基準としては重視していないとも考えられる。

### Ⅲ. 居住地域と社会属性<sup>6</sup>

居住地域による社会属性の違いによる評価基準として重視する項目およびその重みづけの違いに関しては、地区類型において、評価基準の重みづけ平均点が高いのは「対応」に関する項目であり、「医師による説明」（設問 13）において、それぞれの平均点が「地方都市」6.04（標準偏差 2.79）、「入社数年の若手社員」6.02（標準偏差 2.60）、「公団居住者」6.02（標準偏差 3.02）、「下町地域」6.00（標準偏差 2.47）となっている。

同様に「対応」に関する項目で「医師の対応が丁寧」（設問 12）における平均点も相対的に高いものとなっているのであるが、それらは「地方都市」5.85（標準偏差 2.74）「公団居住者」5.75（標準偏差 2.95）「入社数年の若手社員」5.67（標準偏差 2.62）「下町地域」5.56（標準偏差 2.54）である。

また同じように「対応」に関連する項目である「看護師の対応が丁寧」（設問 14）における平均点も相対的に高く、それぞれ「地方都市」5.79（標準偏差 2.70）、「公団居住者」5.77（標準偏差 3.05）、「入社数年の若手社員」5.69（標準偏差 2.57）、「勤労者世帯」5.43（標準偏差 2.67）、加えて「看護師の対応が素早い」（設問 15）における平均点も「地方都市」5.66（標準偏差 2.68）、「公団居住者」5.62（標準偏差 2.92）、「入社数年の若手社員」5.59（標準偏差 2.58）、「勤労者世帯」5.36（標準偏差 2.63）と相対的に高い値を示している。

ただし、留意する点として、上記で示した地域類型のなかで「公団居住者」の平均点は高い値を示しているが、同時に標準偏差も高く、おおむね 3.0 前後となっている。これは他の地区類型におけ

る標準偏差が 2.6 から 2.7 前後であることを考慮すると、いわゆるばらつきが相対的に大きく、当該地区類型に属する居住者の社会属性は他の地区類型と比べてばらつきがある可能性も否定できない。

### D. 考察

以上のような結果から、医療機関選択に際しての患者の意思決定に関する評価基準としては、医師もしくは看護師の「対応」に関する項目が重視される傾向がみられた。さらに回答者の属性を加味して検討をしてみると、女性でかつ年齢層が上がるほど、相対的ではあるが、評価基準の重要項目における重みづけが高まる傾向がみられた。居住地域を用いた社会属性に関しても、「対応」に関する項目が重視される傾向がみられ、またその地区類型においても、特定の類型が、当該項目をより重視する傾向がみられた。

### E. 結論

本論において検討を行ったデータは、大規模化 AHP を実施するものであるため、さらなる解析の必要性があるが、一定の数の回答者が医療機関選択に際して、どのような項目をどの程度、重視するかという点を定量的に示している点で意義があるものであると考えられる。その際、医師や看護師の対応やコミュニケーションに関わる項目が重要視されている点は注目に値する点であるといえる。

医療機関の選択に際しての知見として、海外の先行研究においては、金銭的な面、自宅からの距離、これまでの関係性などが重要であることが示されてきており、また我が国においては、接遇や施設もしくは環境などが重要であるとの考えも示されてきたが、少なくとも当該データにおいては、

<sup>6</sup> 居住地域からその居住者らの社会属性を推定することを可能とする社会地区類型システムには様々なものが存在するが、本プロジェクトにおいては町丁目を基本単位とする 11 類型（および分類不可能地域と不明地域の計 13 類型）を用いた。具体的な 11 類型は、「大都市のエリート志向」「入社数年の若手社員」「大学とその周辺」「下町地域」「地方都市」「会社役員・高級住宅地」「勤労者世帯」「公団居住者」「職住近接・工場町」「農村およびその周辺地域」「過疎地域」などのその特徴を反映したネーミングが付されている。

医療機関の選択に際しては、医療従事者らの対応が最も重視される傾向がみられた。

今後は、こうした知見の一般化などを踏まえた、さらなる検討を行う必要があると考えられるが、現在、我が国においては医療機関の選択に際して重要であると考えられる、医療従事者らの「対応」に関する個別医療機関に関する情報は、家族や知人によりもたらされる情報や、インターネット上における民間の口コミサイトなどに頼らざるをえない。前者に関しては、当該個人のおかれた状況や環境に大きく左右される可能性が高く、後者に関してはその信頼性といった面から考慮すべき点が多い。こうした課題は、我が国以外の先進国においても認識が高まり、検討がなされているところであるが<sup>14)</sup>、我が国においても、今後、個別医療機関における医師、看護師を初めとする医療従事者らの「対応」に関する情報を、信頼性を担保した形で提供することが可能であるかに関する議論が必要になると考えられる<sup>15)</sup>。

#### 文献

1. Vladeck C, et al, Consumers and hospital use: the HCFA “death list”, Health Affairs, 7,122-5,1988
2. Epstein A, Performance reports on quality: prototypes, problems, and prospect, N. Eng J. Med. 333,57-61,1995
3. Harris K, Can high quality overcome consumer resistance to restricted provider access?, Health Serv. Res, 37,551-7,2002
4. Uhring J, Short P, Testing the effect of quality reports on the health plan choice of Medical beneficiaries, Inquiry, 39,355-71,2002
5. Jewett J, Hibbard J, Comprehension of quality care indicators: differences among privately insured, publicly insured, and uninsured, Health Care Financ Rev, 18,75-94,1996
6. Werner R, Asch D, The unintended consequences of publicly reporting quality information, JAMA, 293,1239-44,2005
7. Hibbard J, et al, Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research, The Milbank Quarterly, 75,395-414,1997
8. Saaty T, The Analytic Hierarchy Process, McGraw-Hill, 1980
9. 八巻直一, 関谷和之, 複数の評価者を想定した大規模 AHP の提案と人事評価への適用. Journal of the Operations Research Society of Japan, 42, 405-420, 1999
10. Spraca M, et al, Do consumer reports of health plan quality affect health plan selections?, Health Serv Res, 35,933-47,2000
11. Schoenbaum M, et al, Health plan choice and information about out-of-pocket costs: an experimental analysis, Inquiry, 38,35-48,2001
12. Harris K, Can high quality overcome consumer resistance to restricted provider access?, Health Serv Res, 37,551-7,2002
13. Uhring J, Short P, Testing the effect of quality reports on the health plan choice of Medical beneficiaries, Inquiry, 39, 355-71, 2002
14. Cleary P, et al, Advances from the Consumer Assessment of Healthcare

Providers and Systems (CAHPS®) Project,  
Med Care, 50(Suppl): S1,2012

15. 藤澤由和, 浦松雅史, 我が国における患者経験による医療アウトカム評価のための基礎的知見の検討, 経営情報イノベーション研究, 3, 53-60, 2014

F. 健康危険情報  
なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・藤澤由和, 浦松雅史, 水野信也, 岩崎邦彦: 医療の質に関する情報が患者の受療行動に与える影響に関する基礎的知見の検証に関する研究, 経営と情報, 28(2), 13-21, 2016

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

## 患者による医療評価と医療機関選択を促進するための仕組み作りに関する研究

研究分担者	浦松 雅史	東京医科大学・医学部	講師
研究代表者	藤澤 由和	静岡県立大学・経営情報学部	准教授

### 研究要旨

現在、満足度とは異なる観点から、医療行為の最終的な受け手である患者による評価とその結果の活用を促すための仕組みづくりに関する検討と開発が欧米を中心に試みられてきている。その代表的なものとして、アメリカ連邦厚生省の研究機関である Agency for Healthcare Research and Quality（以下 AHRQ）によるサービス利用者主体の医療サービスの質に関する情報の収集・報告が可能となる標準化された評価指標とレポートフォーマット、およびそうした結果を一般に公開するための統合された情報システムの構築に関するプロジェクトを挙げることができる。

そこで本研究は、医療行為に対する総合的なアウトカム評価を可能とするために必要であると考えられる、患者の経験に基づく医療行為の評価とその一般への公開を、我が国において展開するために、必要とされる基礎的知見の構築とその検討を実施した。結果として AHRQ などにおいてこれまで検討が進められてきた評価項目は、患者による経験評価を可能にするものとしては、一定程度、有効であると考えられるが、我が国の文脈を踏まえない形で、当該項目を用いたとしても、必ずしも信頼性のある結果が得られない可能性が高く、何らかの工夫や改善が必要であると考えられる。さらに、いわゆる患者による医療行為の評価に関しては、その良し悪しを議論することよりも、患者の評価という視点から、医療機関における多職種間の連携、チームワーク、さらには組織的な対応の課題を見出していくことが、我が国において有意義であるとされる。

#### A. 研究目的

これまで患者中心の医療が叫ばれて久しいが、その具体的な方策に関しては、我が国においては未だ十分な検討がなされていないといえる<sup>1)</sup>。翻って欧米諸国においては、医療行為の受け手、すなわち患者による科学的かつ客観的な医療行為の評価とそれに基づく適確かつ適切な医療情報の提供を可能とするシステム構築が進められてきている<sup>2)</sup>。

こうしたシステムの構築が必要とされてきた背景には、臨床的な評価はもちろん重要ではあるが、医療行為の真のエンドポイントとして患者自身が重要であり、そのためには患者の理解や評価が可

能である適確な情報の必要性に関する認識の高まりが存在する<sup>3)</sup>。したがって、今後、我が国においても医療制度をより高い次元へと促すためには、こうした患者が理解し、評価しうる総合的な仕組みが求められ、それらを活用し個々の医療機関がより一層の組織改革や改善を行うことが求められているといえる。

たしかに、これまで我が国においても患者満足などへの着目や実際の評価、さらにはマスメディアなどにおける公表などがなされてきたが、医療行為における何をどのように患者が評価することが必要であるのかという点が明らかにされないため、患者満足などは一体なにを評価しているのか

曖昧で、たんなる人気投票やランキングに留まってしまう場合も散見され、組織として医療の質を改善するための情報や方策とはかけ離れてしまっている現状にあるといえる<sup>4)</sup>。

また欧米諸国の先行する研究などにおける知見を、そのまま我が国に適用すれば「良し」とする主張もあるが、こうした主張は、我が国における文化的、社会的な違いや医療制度の違いなどを見落としており、それによる評価のあり方やその結果が必ずしも適切なものとはなりえない可能性が高い<sup>5)</sup>。

そこで本研究は、先行する当該研究分野においては、最もその進展が著しいとされるアメリカ AHRQ における評価およびそのシステムに関して概観し<sup>6)</sup>、これらの我が国における有用性と限界に関して検討を行うこととする。

## B. 研究方法

当該課題に関連する資料を書籍、ホームページなどから広く収集し、基礎的な情報の取りまとめを行うとともに、広く当該研究の研究者および専門家らへのヒヤリングを実施した。なかでも Yale School of Public Health 学長 Professor Paul D. Cleary (Anna M. R. Lauder Professor of Public Health (Health Policy), Professor of Sociology and in the Institute for Social and Policy Studies) には当該課題に関する様々な知見の提供を受けた。

### (倫理面への配慮)

本研究では、実験やアンケート調査を実施する内容でないことから研究実施において個人情報への配慮は要しないと考えられる。

## C. 研究結果

患者による医療に対する評価に関してはいくつかの重要な課題が存在するが、こうした課題への

対応として、アメリカにおいては、医療に対する患者評価の仕組みづくりが進められてきた。具体的には 1995 年アメリカ連邦厚生省の研究機関である AHRQ において、サービス利用者主体(視点)に基づいた医療行為やそれにより提供されたサービスの質に関する情報の収集およびその公開を目的とした、標準化された質問項目とレポートフォーマットなどからなる統合された情報システムの構築に関する取組み、Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Development Project (以下 CAHPS) が進められてきた。

この取組みがスタートした背景には、当時、既に様々な患者による医療行為およびサービスに対する評価枠組みが存在したのであるが、それらは個々の医療機関においては、一定の意義があるにせよ、いわゆる一般化した形でそれらの評価結果を利用しうるということが難しいという課題が存在した。

またこうした評価枠組みの多くが当時のアメリカにおいては、保険会社や保険購入者のニーズに対応したものであり、医療行為の最終的な受け手であり、利用者である患者に焦点を合わせたものとはなっていない状況にあったともいえる。

そこで医療行為の最終的な受け手である患者らが求めている情報は、保険会社などが求めるものとは異なるものであるという観点から、複数の段階に基づいたプロジェクトが実施されてきた。

まず第一段階として、Harvard Medical School, RAND, Research Triangle Institute という3つの調査研究機関に AHRQ よりプロジェクトが委託され実施された。また第二段階においては、Harvard Medical School, RAND, American Institute for Research の3つの調査研究機関において引き続き委託され調査が実施された。また直近では、Yale School of Public Health および RAND において調査研究が委託され、プロジェクトが実施されている。

この調査プロジェクトの最大の特徴は、いわゆ



る医療行為の評価において、たんなる患者満足とは異なる別の評価軸を当該評価にもたらし点にある。そもそも患者による医療行為の評価に対しては多様な考え方が存在し、時には満足度の把握が評価そのものであるといった考え方も示されてきてはいる。しかし、この AHRQ により開始された患者による医療行為の評価およびその一般への公表を可能とするシステム開発においては、患者らが実際に受けた医療行為の「経験」を報告する点において、たんなる満足度の把握とは大きく異なるものとされる。たとえ患者が報告する形態であるにせよ、いわゆる患者の価値観や状態、さらには社会的属性などと密接に関連せざるを得な

い「満足」度といったものとは異なり、経験という客観的事実を報告するという意味で、たんなる満足とは異なる評価枠組みであるといえるのである。

患者の経験による評価と満足による評価を整理すると下記のような形に整理しうる（図表 1）。患者の経験における観点からの評価においては、限定的ではあるがいわゆる客観的な事実を収集することにより、データ間の比較が可能となる。こうした点は、いわゆる満足度調査などにおいて、たんなる主観的な見解に関するデータを収集するものとは、その考え方に関して抜本的な違いが存在するといえる。

図表 1 「経験」と「満足」による評価の違い

	「経験」による評価	「満足」による評価
特徴	(限定的) 客観的事実	主観的見解
長所	比較が可能	容易さ
短所	開発が難しい	様々な要因に影響される

たしかに満足度調査は、その容易さという点からみれば、利用を促しうるものであるかもしれないが、しかしいわゆるデータ間の比較ができないという点を考えると、いわゆる組織の改善や PCDA サイクル構築に向けた知見として利用することは難しいといえる。だが患者の経験に基づく評価に関しては、その開発は乗り越えなければならない点が複数あり、そうした意味で、アメリカにおいて長年に渡り試行と検討が繰り返しなされてきたことが、こうした評価のあり方に関する証左であるといえる<sup>7),8)</sup>。

患者の経験による評価を開発するにあたっては、様々な試みがなされているが、例えば、グローバル・レイティング(Global Rating)と呼ばれる反応尺度(スケール)が挙げられる。グローバル・レ

イティング(Global Rating)とは、通常のリッカート尺度などの 5 択肢、もしくは 4 択肢からなるものとは異なり、数字の 0-10 を提示し、そのなかの数字を具体的に選ばせるという点に特徴がある。こうした 0-10 の評価方法に基づき調査を行う理由として、以下の点が指摘されている<sup>9)</sup>。

第一に、設問に対する回答尺度を形容詞に基づく選択肢（たとえば、とてもよい、まあよい、どちらでもない、あまりよくない、まったくよくない）で作成する場合、選択肢の決定に際して、当該項目作成者らにおいては、選択肢間の違いは明確なものであるにせよ、実際に回答を行う患者らに取っては、項目作成者らの意図とは異なる形での認識がなされ、選択肢間の差が適切に理解されない可能性がある。また、時には、形容詞の表現

によって良好と不良が逆に解釈されてしまう等の問題が発生することから、患者の属性や理解度の影響を可能な限り低減するための方法として、特定の項目に対しては、数値による評価方法が望ましいとされた。

第二には、従来の4件法、もしくは5件法の形容詞の選択肢であると、どれか一つに回答が偏ってしまう可能性があり、結果として分析時において有用なデータとならないことが考えられる。その点、グローバル・レイティング(Global Rating)においては、回答傾向の分布が分析においてより有用、かつ適応可能になるとされている。

第三には、今後ますます重要な論点となると考えられる、他国との比較検証を行なう際に、従来の4件法、もしくは、5件法の形容詞の選択肢である場合には、項目を翻訳した際に選択肢における尺度としてのニュアンスが変わってしまう可能性が存在する。その点、グローバル・レイティング(Global Rating)においては、コンテキストが異なる場合においてもそうした翻訳上の問題点は生じないことから、比較可能なデータを得ることが可能になるとされている。

さらにこの患者の経験に基づく評価システムの開発においては、たんなる標準化された調査項目の開発にとどまらず、個々の医療機関においてはベンチマークが可能な統合的なシステムとしてデータが構築されるように設計されている。また各医療機関や保険者らはこれらのデータを基に提供するサービスの質の改善が可能となるような一連のマネジメント・サイクルを構成することが可能ともなっている。

こうした評価システムにおいては、調査項目や調査実施プロトコルはある種の「公共財(Public domain)」として誰もが自由に使うことができる。よって医療機関が提供するサービスが受け手にどのように捉えられているかに関してこれらのツールを用いて独自に分析することが可能である。また独自に分析することが不可能な場合は、調査会

社などにより委託して実施することも可能である。

さらにデータを他の組織と比較するなどのベンチマークを行いたい場合には、独自に仲間を募りベンチマークすることも可能であるし、連邦政府などがイニシアティブをとるユーザー・グループなどでベンチマークを行うことも可能となっている。このような仕組みは、これまでの情報や調査手法を独占的にコントロールする方法とはまったく異なるものであるが、様々な人々が積極的にかかわる、費用負担も自分達で決められる、政策的にもコストが低くて済むなどの理由から、今後は新しい方策として多用されると考えられる。

現在、AHRQは、これらのシステムを基盤に個々の医療機関の評価に加えて、州などの地域単位での医療制度のパフォーマンス指標としての活用を促しており、個々の患者の医療機関を選択に留まらず、医療政策上の重要なツールとしての活用を促進している状況にある。

#### D. 考察

さて、以上のように、アメリカなどにおいては、利用者による医療の評価やその結果の公表および活用がかなり進んだ状況にあるが、我が国においても今後、こうした方策が必要となることは避けて通れないと考えられる。したがって我が国においてもこれら海外の知見を踏まえ、当該課題に対応した仕組みづくりが求められるところであるが、我が国における導入の方策に関しては、十分な検討が必要であると考えられる。

たとえばCAHPSにおける調査項目を実際に日本人が回答した場合、どのような反応が示されるのかに関する検討においては、次のような知見が示されている<sup>10)</sup>。

まず、社会調査や、心理統計などの分野において、古くから指摘されてきたことであるが、日本人の特徴として、アンケートなどへの回答に際しては、極端な選択が示されないとされる。しかし、こうした傾向は、実際のところインタビューなど

により追加的な形で当該項目に関して意見を求めた場合においては、アンケートへの回答とは異なる、極端な回答が示されるケースがあるとされる。つまり日本人に対して、医療機関における経験そのものの良し悪しを直接的に問うことは、必ずしも患者の適切な経験評価を行ったこととならない可能性が高いとされる。

また看護師の対応などにおいても、表面上は肯定的な評価が示されているものの、いわゆる通常業務から外れるようなイレギュラーな事象への対応に関しては、個人的、場当たりの対応がなされているのではないかという意識から、そうした点に対する不満や疑念が示される傾向があるとされる。これはいわゆるマニュアルなどで規定されていることには対応しうるのであるが、それ以外の状況に対応が難しいことを潜在的に示しており、さらにイレギュラーな事象に対する、組織的な対応準備がとられているかどうかに対する見解であると考えられる。いわゆる事故などの重大事象のみならず、日常的なそれほど重大なものとはいえない事象に対して、一貫した対応を取りうる体制が存在しているかどうかという点が、患者の経験には大きな影響を与えている可能性が高い。

医師の対応においても、いわゆる医師によって説明の内容が異なり、微妙な食い違いがあることが、患者が医療機関における経験に対して大きな影響を与えていることが見て取れるとされる。いわゆる患者を巡る当事者間における意思疎通に何らかの問題があるのではないかという疑念や不安を患者に引き起こしている可能性があるのであるが、これも担当する医師らのチームのあり様や、情報伝達の組織的な体制に起因する課題であることが指摘されている。

また入院した医療機関に対する総合評価に関しては、他のものに薦めると回答した者であっても、必ずしもその医療機関に対する評価が高くない傾向が見られるとされる。こうした理由としては、当該医療機関における経験において、たとえ些細

なことであっても、必ずしも納得できないような事象や、不快感もしくはなんらかの疑念を抱いた事象が存在していることであるとされる。したがって、こうした点を明確にすることは、当該医療機関におけるより抜本的な組織的、制度的な課題を明らかにすることに繋がる可能性を持つと考えられる。

## E. 結論

先進各国においては、医療機関により提供される医療行為やサービスに対する患者による評価の重要性は、現在、たんなる概念的、理論的なレベルから、実践的、政策的な段階に移行しているといえる。そうした中で、アメリカなどにおいては、患者による評価とその情報公開のためのシステム構築が進められてきている<sup>1)</sup>。

よって我が国においても、こうした実情や先進的な知見を踏まえ、何らかの形で患者による評価やその情報を一般に公開するための仕組みが求められるところであるが、その一方で、たんに海外の知見をそのまま日本に導入することは、現時点では難しいと言わざるをえない。

我が国において、患者による評価やその結果をどのように国民に提示し、それが個々の医療機関および医療制度の質の向上にどうすれば繋がるのかということ、実証的に検証し、知見を積み上げる必要があるといえる。

## 文献

1. Kenagy JW, Berwick DM, Shore MF, Service quality in health care, JAMA, 281(7), 61-5, 1999
2. Sofaer S, Firminger K, Patient perceptions of the quality of health services, Annu Rev Public Health, 26, 513-59, 2005
3. 佐藤大輔, 藤澤由和, 我が国における患者による医療サービス評価の論点と可能性, 経営

- と情報, 経営と情報, 25, 11-18, 2013
4. 藤澤由和, 高齢者介護サービスにおける評価のあり方とその方向性, 社団法人シルバーサービス振興会編, 介護サービス事業者における経営品質のあり方に関する調査研究事業報告書, 東京:シルバーサービス振興会, 168-178, 2007
  5. Crofton C, Lubalin JS, Darby C, Consumer Assessment of Health Plans Study(CAHPS), Med Care, 37(3Supl), MS1-9, 1999
  6. National Quality Forum, Patient Reported Outcomes in Performance Measurement. 2013.
  7. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, et al, Patients' experiences and satisfaction with health care :results of a questionnaire study of specific aspects of care, Qual Saf Health Care, 11(4), 335-9, 2002
  8. 賓野強, 藤澤由和, 小山秀夫, 高齢者ケアサービスにおける利用者経験評価の展開, 経営と情報, 21, 13-20, 2008
  9. Wensing M, Elwyn G, Research on patients views in the evaluation and improvement of quality of care., Qual Saf Health Care, 11, 153-157.2002.
  10. Haris-KoJetin LD, Fowler FJ Jr, Brown JA, et al, The use of cognitive testing to develop and evaluate CAHPS 1.0 core survey items, Med Care, 37(Supl), MS10-21, 1999
  11. 藤澤由和, 浦松雅史, 我が国における患者経験による医療アウトカム評価のための基礎的知見の検討, 経営情報イノベーション研究, 3, 53-60, 2017
- 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  
・浦松雅史: 質評価の選択と公表の実際, 第2回日本医療安全学会学術総会, 2016年3月6日(日), 東京大学本郷キャンパス
- 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