

国際医療福祉大学審査学位論文(博士)
大学院医療福祉学研究科博士課程

包括払い制度とクリニカルパスにおける
日韓の医療者の意識に関する比較研究
-白内障手術を事例として-

A Comparative Study on the Consciousness regarding the Medical
Staffs in Japan and Korea on the Per-Diem Payment System and
the Clinical Pathway
- Focusing on a Cataract Surgery Case -

平成26年

医療福祉学研究科専攻 / 医療福祉経営学分野 / 医療福祉経営学領域

朴 珍相

包括払い制度とクリニカルパスにおける
日韓の医療者の意識に関する比較研究
-白内障手術を事例として-

A Comparative Study on the Consciousness regarding the Medical
Staffs in Japan and Korea on the Per-Diem Payment System and
the Clinical Pathway
- Focusing on a Cataract Surgery Case -

指導教授：武藤 正樹

副指導教授：池田 俊也、南 商堯

この論文を医療福祉経営学の博士論文として提出する。

平成26年

医療福祉学研究科専攻 / 医療福祉経営学分野 / 医療福祉経営学領域

朴 珍相

包括払い制度とクリニカルパスにおける日韓の医療者の意識に関する比較研究 -白内障手術を事例として-

朴 珍相

和文要旨

【目的】本研究は、包括払い制度及び包括払い制度の下でClinical Pathway (CP)による診療形態の変化を予測し、包括払い制度の有効性の状況を評価するために、白内障手術に関わる日韓の医療者を対象とし、診療形態の変化が医療者の意識にどのような影響を及ぼしているかに関して検討を行った。

【方法】方法としては、日本78名、韓国84名を対象にアンケートによる意識調査を日韓の間で比較した。

【結果】日韓の医療者は包括払い制度による医療の質の低下を強く意識しており、特に看護師に比べて医師は患者の症状の特性を考慮した医療資源が投入できる出来高払い制度およびDPCを支持する傾向が高いことが明らかになった。このように医療の質の低下を強く意識していることは、1入院当たり包括払い形式に対する総合的な意識決定に有効な影響を及ぼしていると判断した。次に、包括払い制度の下でCPの活用に対し、日韓の医療者は同様に肯定的な意識が高かった。支払い方式の変化によるCPの導入効果とCPの下で診療プロセスの効率性に対する日韓の医療者の意識は、日本に比べて韓国の医療者の方は肯定的な意識率が低く、包括払い制度の下でCPの効果に関しては日韓の間で意識の差異が認められた。

【結論】包括払い制度において医療の質の最適化を図るには、日韓の特有の疾病構造を補正したCPおよび臨床指標の活用を検討し、質の高い医療提供に対して経済的動機付けの方法としてプロセスやアウトカムの質評価に基づいた診療報酬の加算・減算の政策的な評価制度を構築することが重要と考えられる。

キーワード: DPC (Diagnosis Procedure Combination), KDRG (Diagnosis Related Group) ,
Clinical Pathway, 白内障手術

A Comparative Study on the Consciousness regarding the Medical
Staffs in Japan and Korea on the Per-Diem Payment System and
the Clinical Pathway
— Focusing on a Cataract Surgery Case —

A THESIS SUBMITTED TO THE GRADUATE SCHOOL OF
HEALTH AND WELFARE SCIENCES
INTERNATIONAL UNIVERSITY HEALTH AND WELFARE
IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS
FOR THE DEGREE OF

DOCTOR OF HEALTH SERVICE MANAGEMNT

By

PARK JINSANG

TOKYO, JAPAN

2014

A Comparative Study on the Consciousness regarding the Medical
Staffs in Japan and Korea on the Per-Diem Payment System and
the Clinical Pathway
— Focusing on a Cataract Surgery Case —

Park Jinsang

ABSTRACT

PURPOSE This study aimed to predict a change in medical form with the introduction of the per-diem payment system as well as the use of Clinical Pathway (CP) under the system and to evaluate the validity of the system. To do so, this study examined how medical staffs of doctors and nurses involved in cataract surgery in Japan and Korea were conscious of a per-diem payment system and used of CP under the system.

METHODS As a method, a questionnaire survey of the medical staffs of 78 Japanese and 84 Korean was carried out.

RESULTS As a result, it was found that the medical staffs in Japan and Korea were concerned about the deterioration in quality of the medical care supplied under the per-diem payment system, and also that they evaluated the CP in the per-diem payment system as a useful tool for standardizing medical care. Korean medical staffs were not affirmatively consciousness of the effect on the efficiency of medical services by CP in KDRG. On the other hand, Japanese medical staffs affirmatively conceived that CP had functioned effectively as a management of quality by clinical indicators. Moreover, Japanese medical staffs were more likely to support the DPC in cataract surgery.

CONCLUSIONS In future, in order to further improve the medical quality, it is necessary to introduce a payment method that evaluates both of the per-diem payment system and fee-for-service, a process indicator or an outcome-based payment system that monitors and reflects the quality of medical care supplied at medical institutions, or the standardization of medical service to raise the efficiency by using CP.

Keywords: DPC (Diagnosis Procedure Combination), KDRG (Diagnosis Related Group) ,
Clinical Pathway, Cataract surgery

謝 辞

本論文作成に当たって、ご指導および貴重なコメントを頂きました国際医療福祉大学の武藤正樹教授、池田俊也教授、外山比南子教授、小川俊夫教授に厚くお礼申し上げます。並びに本論文の調査にご協力を頂きました韓国柳韓大学校の南商堯教授、東京女子医科大学病院の上塚芳郎教授、昭和大学病院の上条由美教授を含め、各調査対象医療機関の関係者の方々に厚く感謝申し上げます。

朴 珍相

目次

ページ

I. 緒論	1
1. 研究の背景	1
2. 研究の必要性	4
3. 研究目的	4
II. 理論的な背景	5
A. 日本と韓国における包括払い制度の導入背景及び制度設計の特徴	5
(1) 韓国の包括払い制度（KDRG）の導入背景	5
(2) KDRG設計の特徴	6
(3) 新KDRGの概念	8
(4) 日本の包括払い制度（DPC）の導入背景	8
(5) DPC設計の特徴	9
(6) 短期滞在手術基本料	12
(7) 日本のDPCと韓国のKDRGの導入背景の比較	12
B. 日本と韓国の包括払い制度の導入効果に関する先行研究	13
1. 韓国のKDRG導入効果に関する先行研究	13
2. KDRG施行前後の比較	15
3. DPC導入効果に関する先行研究	20
4. DPCにおける白内障手術に関する研究動向	23
III. 研究方法	26
1. 研究対象	26
2. アンケート調査方法	27
3. 倫理的な配慮	30
IV. 研究結果	31
A. 包括払い制度及びCPに関する日韓における医療者の意識の分析結果	31

1. KDRGに関する韓国の医療者の職種別の意識分析結果	31
2. KDRGの下で医療の質に関する職種別の意識分析結果	40
3. KDRG導入後における診療形態の変化に関する職種別の意識分析結果	47
4. KDRGにおけるCPに関する医療者の職種別の意識分析結果	55
5. KDRGにおけるCP導入効果に関する医療者の職種別の意識分析結果	62
6. KDRG導入前後におけるCPによる診療プロセスの変化に関する職種別の意識分析結果	72
7. CPのメリットに関する職種別の意識分析結果	74
8. CPのデメリットに関する職種別の意識分析結果	79
B. 包括払い制度及びCP関する日本の医療者の意識分析結果	80
1. 短期滞在手術基本料に関する医療者の職種別の意識分析結果	80
2. 支持する診療費支払い制度に関する医療者の職種別の意識分析結果	89
3. 短期滞在手術基本料における医療の質に関する医療者の職種別の意識分析結果	93
4. 短期滞在手術基本料の導入前後における診療形態の変化に関する職種別の意識分析結果	99
5. 短期滞在手術等基本料におけるCP導入効果に関する医療者の職種別の意識分析結果	114
6. CP導入により診療プロセスの変化に関する医療者の職種別の意識分析結果	123
7. CPのメリットに関する職種別の意識分析結果	127
8. CPのデメリットに関する職種別の意識分析結果	131
C. 包括払い制度及びCP関する日韓の医療者の意識比較結果	134
1. 包括払い制度に関する日韓の医療者の意識分析結果	134
2. 医療の質に関する国別の医療者の意識分析結果	144
3. 包括払い制度導入前後における診療形態の変化に関する国別の医療者の意識結果	151
4. 包括払い制度におけるCPに関する国別の医療者の意識分析結果	161
5. 包括払い制度におけるCP導入効果に関する国別の医療者の意識分析結果	168
6. 包括払い制度におけるCP導入後の診療プロセスの変化に関する国別の意識分析結果	178
7. CPのメリットに関する職種別の意識分析結果	189
8. CPのデメリットに関する職種別の意識分析結果	193

V. 考察	197
VI. 結論	204
文献一覽	206
VII. 資料	211

I. 緒論

1. 研究の背景

近年、急速に進む少子高齢化に伴い、Common Diseaseと呼ばれる高血圧、肥満、糖尿病など慢性疾患の患者が増え続けており、国民総医療費が年々増加している。特に医療費の増加は、多くの国に導入されている出来高払い制度（Fee-For-Service, FFS）の下では、医療提供者が医療サービスを患者に提供するほど提供者への支払い額が増加する構造になっており、必然的に必要以上の医療（高度な技術を要する手術や処置、高価な医療材料、医薬品等）を患者に制限なく提供することにより、医療費の増加を招いていると考えられる。

医療の高度化や高齢化ならびにFFSによる医療費の増加は日本でも例外ではなく、医療費を抑制する政策の一つとして登場したのが医療費の診断群分類包括払い制度（Diagnosis Procedure Combination : DPC, 以下、DPC）である。

DPCは、急性期病院を対象に治療の内容に関わらず1日あたりの診療報酬額が決められており、FFS方式と異なり疾病ごとの支払い額の上限が設定されている。そのため、無駄な検査の抑制や在院日数の短縮化などの結果、FFSより医療費が抑えられるという長所がある。DPCの目的は、臨床の質に関する指標や医療経営状況の施設間比較を可能にし、臨床および経営両面の質の改善を図ることにある。このような背景から、DPCでは傷病名ごとに診療報酬点数が定められており、医療の標準化と医療収益とのバランスが病院経営にとって非常に重要な事項となる¹⁾。DPCの導入・拡大により医療機関は診療プロセスの標準化、チーム医療の活性化、医療の安全性の向上を図る必要にせまられている。そのために、在院日数の見直しや診療内容の適正化および医療の質を高め、標準化を推進するために病院管理ツールおよびエビデンスに基づいた標準医療計画としてのClinical Pathway（CP）の導入や包括払い方式における損益分岐点を明確にする原価計算、情報管理体制の強化、ジェネリック医薬品の採用など多くの医療機関では病院システムの改善を進めている。

CPとは、主に入院時に患者に手渡される診療スケジュール表のことで、疾患治療の上で必要な治療・検査やケアなどを縦軸に、時間軸（日付）を横軸に配置して作成されている²⁾。CPの適用は在院日数の短縮、医療の標準化、チーム医療の活性化、医療の安全性の向上、患者満足度の向上が期待されている^{3,4)}。最近の欧米文献を中心としたシステムティックレビューでも、CPは入院期間の短縮や医療費の削減ならびに病院内での合併症の減少や質の改善をもたらしたと結論づけている⁵⁾。一方で、CPは外科治療など経過が予測されやすい疾患、治療に対しても有効とされているが、最近では、地域の病院などの医療機関が医療提供体制を整備し、1つの疾患を地域全体で治療する疾病完結型医療を実践するために必要な標準的な運営マニュアルである地域連携CPの導入も広がっている⁶⁾。

米国では、DRGs/PPS(Diagnosis-Related Groups/Prospective Payment System : 以下、DRG/PPS)の導入以降、診療に対する質の評価方法として事例管理に対する関心が高まり、標準的な治療結果を得るための一つの患者管理方法としてCPが利用されている。最初に医療機関における事例管理やCPを作成・運営した病院は、1985年ボストンのNew England Medical Centerで

あり⁷⁾、その後、多くの病院で事例管理の一環としてCPを開発し、様々な症例に導入され、肯定的に評価されている⁸⁾。

韓国の医療保険制度は、日本の医療法、医療保険法、診療報酬制度、病院の運営の現状、政府の保健医療政策、財政現状などを参考に、日本の医療保険制度をモデルとしており、日本と韓国の医療保険制度は他の国より多くの部分が類似している。しかし、診断群分類体系に基づく包括化した診療報酬の支払い方式に対しては、1入院ごとに医療費が決まるアメリカ式のDRG/PPSとオーストラリア式のDRG（Australia DRG: AR-DRG）を参考にして開発されたKDRG/PPS（Korean Diagnosis-Related Groups/Prospective Payment System）を用いた診療費包括支払い制度が導入されている。

KDRGの対象診断群は、7診断群（白内障手術、扁桃及びアデノイド摘出術、ヘルニア修復術、肛門手術、虫垂切除術、子宮摘出術、帝王切開手術）であり、7診断群に対しては、1991年に初試験導入されて依頼、2012年7月より全医療機関を対象に義務導入されている。しかし、現行のKDRGの問題としては、1986年にKDRG Version1が米国のHCFA-DRGを参考に開発され、1991年に初の試験導入版も米国のRefine DRGを参考に開発されており、患者年齢区分の基準や疾病の重症度分類体系およびKDRG診断群分類の体系が韓国の特有の疾病構造に不適合な側面があることが指摘されている。更には、KDRGの導入によって、入院医療では平均在院日数の短縮が予測され、先行研究もKDRGは入院診療のみに適用される制度であり、KDRGが試行された場合に不適切な退院、退院後の外来日数や診療費などの増加、再入院率の増加など、患者に不利益を与える影響が懸念されると報告している⁹⁾。

平均在院日数が短縮すると従来と同様の治療・ケアを短期間に行うことになり、さらには、患者の急性度が上がるため、医療者の診療業務の密度が増加する。同じ病院の中でも、各病棟の患者の特性や診断名によって医療業務量は差があることから、これまでの施設基準だけでは、診療業務に連動させた人員を特定していくのは難しい部分がある⁹⁾。これにより、韓国においても臨床の場で安全性を保ちながら医療サービスの質の維持や向上を確保しつつ効率的に医療を提供するツールとしてCPや臨床指標を用いた医療の質評価に対する意識がより高まっている。

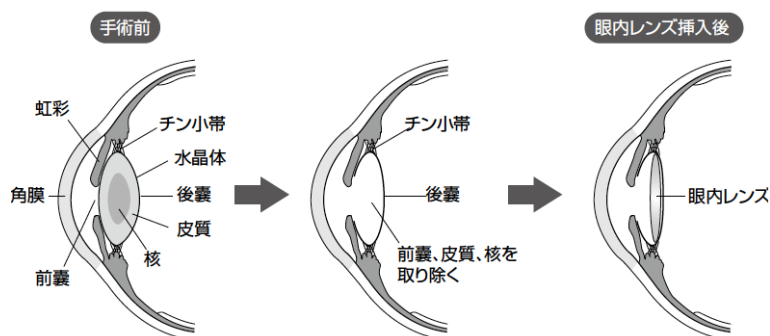
韓国におけるこれまでのCPの導入効果に対する現状や課題を明らかにした研究では、韓国は、1991年に初のKDRG試験導入とともにKDRG対象疾患を中心に開発および作成が進められていた。最近では、多様な疾患にCPが導入され、在院日数の短縮、医療費の削減、患者と医療者の医療サービスに対する満足度の向上が可能となり、統計学的に有意にケアの質の向上が図られていることを明らかにしている¹⁰⁾。

医療の質評価の活用に関しては、韓国の政府と診療報酬の支払いを審査する韓国国民健康保険審査評価院（Korea Health Insurance Review and Assessment Service : HIRA）により、質に基づく支払い方式であるP4P（Pay for Performance）が2007年より、「急性心筋梗塞、帝王切開手術、急性期脳卒中」に導入され、医療の質を評価し、結果を国民に公開しているが、KDRGによる医療の質低下への懸念からKDRG対象疾患への適用の検討が進められている。更に、診断群分別包括支払い方式と従来のFFS方式を組み合わせた日本型の診断群分類別包括支払い制度（DPC方式）をモデルにした新KDRGの開発も進めており、現在は、公共病院に新KDRGが試験導入されている。

本研究の対象疾患である白内障の患者数は、近年、世界的な人口の高齢化に伴い大幅に増加しているが、日本と韓国も例外なく急速に増加している。韓国における白内障の頻度は、2010年の手術統計集によると、白内障手術を受けた患者は40代（10.2%）、50代（33.7%）、60代（69.3%）、70代（93.6%）で総数39万8338件であり、国民が受けた手術の中で最も多かった手術群として報告されている¹¹⁾。日本も例外なく水晶体混濁有所見率は、50歳代で37～54%、60歳代で66～83%、70歳代で84～97%であり、80歳以上では100%で水晶体混濁が生じるとされている。

日本白内障疫学研究班分類において、程度2以上の進行した水晶体混濁の有所見率は50歳代で10～13%、60歳代で26～33%、70歳代で51～60%、80歳以上では67～83%であり、白内障学会ガイドラインより手術を必要とするほど視力が低下する割合は、65～74歳ではほぼ5人に1人、75歳以上では2人に1人と報告されている¹²⁾。

白内障とは、眼の中でレンズの働きをしている透明な水晶体が白く濁ってなる病気である。白内障の原因としては、加齢が最も多く、70歳以上の人々の80%程度が加齢白内障に罹患していると推定されている¹³⁾。白内障になると、霧視、朧明、単眼複視、視力低下など多彩な症状が出現するが、このような症状は水晶体の混濁部位とその程度によって異なるため、細隙灯顕微鏡を用いて観察する必要がある。白内障の治療には薬物療法と手術療法があるが、薬物療法では一度混濁した水晶体を再び透明にすることはできないので、症状を改善させるためには手術が必要となる。白内障手術は、水晶体内の硬い組織である核を、超音波を用いて眼内で碎きながら吸い取るという「超音波乳化吸引術」と「眼内レンズ挿入」があり<図1>、どちらも3mmの創口で手術を終えることができるため、早期に社会復帰できるようになっている¹³⁾。



<図1>. 白内障手術の流れ (<http://www.alcon.com/jp/eo/conditions/cataract.jhtml> より) ¹⁴⁾

2. 本研究の必要性

本研究の対象疾患である白内障手術は、扁桃及びアデノイド摘出術、ヘルニア修復術、肛門手術、虫垂切除術、子宮摘出術、帝王切開手術とともに韓国のKDRGの7診断群の1つであり、診療費支払い制度の変化による白内障手術への影響分析は政策的にも重要な課題である。また、最近までは、主にKDRGの導入前後に対する臨床的な効果及び医療経済的な効果を分析する研究が中心であったが、KDRGおよびKDRG使用下でのCP活用に対する医療者の意識や満足度を調査した研究は少ない現状である。

日本の包括払いシステムにおいても、2014年度に診療報酬改定後に導入された短期滞在手術基本料の拡大により白内障手術が対象となり、DPC算定対象とはならず、手術料を含めた1入院当たりの包括点数となった。したがって、今後、短期滞在手術基本料において病院経営に対し、どのような対策が必要かに対する検討が必要である。

また、DPCデータを用いたCPの導入・評価が進んでおり、医療や看護において、Evidence-Based-Medicine(EBM)およびEvidence-Based-Nursing(EBN)の実践、診療プロセスの効率の達成にDPCがCP使用下での医療経済効果及び診療形態にどのような影響を及ぼしているかに関する研究は多く報告されている。しかし、医療者が患者のニーズに添った医療実践という観点で包括払い制度においてCPがどのように使われているかに関する医療者の意識についての報告は少ない。さらに、国際的にみても韓国と類似する社会保障制度を導入している日本の包括払い制度に与える影響に関する研究は、今後、包括支払い方式とFFS方式を組み合わせた日本のDPC型包括払い制度の導入を検討している韓国のKDRGの改善においては、新たな視点を取り入れられる政策的に重要なエビデンスとなる。

3. 研究の目的

本研究は、包括払い制度及び包括払い制度の下でCPによる診療形態の変化を予測し、包括払い制度の有効性の状況を評価するために、白内障手術に関わる日韓の医療者を対象とし、診療形態の変化が医療者の意識にどのような影響を及ぼしているかに関して検討を行うことを目的とする。

更に、日韓の包括払い制度において更なる医療の質の向上と医療の透明性の向上に繋がる政策的な課題を検討する。

II. 理論的な考察

1. 日本と韓国における包括払い制度の導入背景および制度設計の特徴

(1) 韓国における包括払い制度（KDRG）の導入背景

韓国における包括払い制度の導入背景は表1に示した。1990年代から入院1件あたりの包括払い方式(DRG/PPS(Prospective Payment System))が採用され、対象疾患の導入拡大が検討されていた。韓国型診断名基準患者群 (Korean DRG : KDRG) と呼ばれる独自の診断群分類システムは、米国のMedicare DRGやオーストラリア版DRG (Australian Refined DRG : AR-DRG) を参考として1986年にソウル大学校の病院研究所によってKDRG Version 1.0が開発された。

1991年には、患者の重症度を患者分類体系に反映したアメリカYale大学のRDRG(Refined DRG)体系をKDRGの重症度分類体系に合わせたKDRG Version 2.0が発表された。その後、急激な医療サービス提供量の増加に伴い、医療費の増加が認められ、この要因として当時の健康保険診療費支払い制度であった出来高払い制度が指摘されたため¹⁵⁾、医療費の抑制政策としてKDRGによる試験事業が検討され始めた。

1997年2月より希望医療機関の協力を得てKDRGの第一次試験導入が54カ所の医療機関を対象に行われた。適用疾患群は(白内障、扁桃腺、虫垂炎、正常分娩、帝王切開)の5診断群であった。KDRGによる診療費支払いの効果としては、医療資源の最適な分配による医療費の節減効果並びに医療機関の経営の効率化、保険管理費用の節減などがあげられる。韓国も、KDRGに対する医療機関の参加を増やすために当時の出来高報酬より23.8%割高に設定され、また、患者側にも高度医療機関での様々な保険外負担がKDRGでは、包括に含められるメリットがあったため、参加医療機関は増えていった。

表1. KDRG参加医療機関および適用診断群の現状

区分	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
大学病院	11	16	16	15	4	2	2	1	1	1
一般病院	61	95	111	108	109	112	102	101	96	101
病院	29	78	106	131	153	174	184	188	201	198
医院	31	609	1,035	1,391	1,573	1,677	1,778	1,923	1,979	2,050
合計	132	798	1,268	1,645	1,839	1,965	2,066	2,213	2,277	2,350
診療科	4個	6個		4個						
診断群	5個	9個	17個	8個			7個			
眼科	白内障手術									
耳鼻咽喉科	扁桃腺及びアデノイド摘出術									
一般外科	虫垂切除術		虫垂切除術、肛門手術、ヘルニア修復術							
内科・小児科	-	肺炎、消火器悪性腫瘍など8個消火器内科診断群		-	-	-	-	-	-	-

当初の政府は2001年からの全面的にKDRG移行を計画していたが、医薬分業とともに医師の抵抗が強いこともあり全面導入が無期限に延期され、その後、KDRG対象の診断群の追加及び除外の見直しが行われた。その後、現在は、2012年7月より7診断群（白内障手術、扁桃腺及びアデノイド摘出術、ヘルニア修復術、肛門手術、虫垂切除術、子宮摘出術、帝王切開手術）を対象としてKDRG Version 3.4が全医療機関（大学病院、一般病院、病院、医院）を対象に義務導入された<表2>。

しかし、Kimら¹⁵⁾研究でも示しているようにKDRG診断群分類体系は、韓国とは診療形態や疾病構造が異なる米国のDRG分類体系の形態を基にしているため、構造がそのまま維持されており、制度の適応性および分類体系の構造の効率性に対して懸念が提示されている。

表2. KDRG推進経過

1994年	「医療保障改革委員会」からKDRGの段階的な導入を推進
1995年	1月 保険者、医療界、学界など総15人による「KDRG支払い制度導入検討協議会」構成
1997年	2月 試験事業実施
	-第1次 1997年2月-1998年1月
	-第2次 1998年2月-1999年1月
	-第3次 1999年2月-1999年12月
	-試験事業1次延長 2000年1月-2000年12月
	-試験事業2次延長 2001年1月-2001年12月
2002年	1月 療養機関を対象に8個の診断群を選択方式で本事業実施
2003年	9月 自然分娩を除外
	-7個の診断群：白内障術、扁桃腺及びアデノイド摘出術、ヘルニア修復術、肛門手術、虫垂切除術、子宮摘出術、帝王切開
2012年	7月 全医療機関を対象に全面義務導入実施

(2) KDRG設計の特徴

KDRGは、韓国の標準疾病・分類診断コードや診療報酬コードに基づいている。分類に必要な変数は診断名、手術コード、年齢、性別、退院状態、体重（新生児）、入院機関が使用されている。KDRG分類は、主要診断群MDC（Major Diagnosis Category）に基づいて外科的施術の有無を判断し、各外科的・内科的方法別でADRG(Adjacent DRG)で分類し、年齢や合併症などで分類される。

診断群分類番号は、主診断、外科系施術、年齢および他の診断などによって6桁コードで構成されている。最初の1桁はMDC、次の2、3桁はADRG分類を表している。ADRG分類コードは、外科系ADRGsの場合、01~49まで、内科的手術ADRGsは50~59、内科系ADRGsは60~99までである。4桁はADRGの小分類であり、1~9までの数字で構成されている。また、重症度についてはGrade 0、Grade 1、Grade 2の3段階に区分されている。5桁は1~3までの年齢区分、6桁は合併症および

副傷病名をあらわしている<図2>。なお、コーディングに関しては傷名がICD10、手術・処置はICD9CMで行われている。

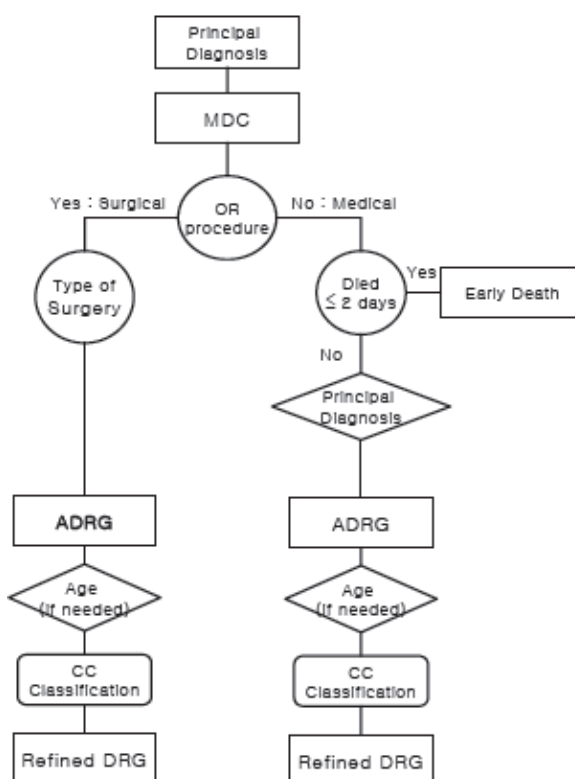


図2. KDRG分類のアルゴリズム

KDRGは、病名に従って23の主要診断群があるが、18や21にはそれぞれ18-1、18-2、21-1、21-2で分けられ、HIV感染および多重外傷のMDCも追加されており、米国のMS-DRGのMDCと類似している。現在、KDRGにおける年齢区分は10歳、17歳、34歳、54歳、64歳、69歳などがあり、この段階をAADRG (Aged ADRG) とする。KDRG決定の最後の段階は年齢区分後のその他の診断を用いた重症度の分類過程である。現行のKDRGは23個のMDC、690個のADRGで構成され、RDRGは1,855分類されている<表3>。

表3. KDRG分類コード数

Version	MDC	ADRG	AADRГ	RDRG
2.1	23	361	454	1,304
3.3	23	690	808	1,855

(3) 新KDRGの概念

表4に示しているようにKDRGにおいて多くの問題点と課題を踏まえ、医師の診療の裁量を保障し、医療の質改善を目的としてホスピタル・フィー的な要素やドクター・フィー的な要素を評価する新KDRGが2009年より導入されている。新KDRGの算出モデルは表4に示している。

表4. 新KDRGの算出モデル

包括評価				出来高評価	Incentive
報酬		非報酬	非保険	非包括	報酬
一部	全額				
ホスピタル・フィー的な要素「10万ウォン未満の診療行為・薬剤・医療材料、CT、全額本人負担対象の診療行為・薬剤・医療材料」		出来高別の非保険診療費の平均	10万ウォン以上の出来高別診療費の平均20%	ドクター・フィー的な要素「手術料、麻酔料、選択的動脈造影カテーテル手技、内視鏡検査、病理診断など」、Incentive(包括費用の5%)	

(4) 日本のDPC導入背景

日本では、1996年診断群分類をベースとした定額制の方向が示され、1998年に急性期入院医療費の定額支払い方式の試行事業（日本版DRG/PPS）が開始された。その後2003年に類似したケースミックスの患者を同じグループ分類した診断群の考え方を踏襲して誕生したのがDPC包括支払い制度である。DPC制度とは、患者ごとに傷病名や年齢、意識障害レベル（JCS）、手術、処置の有無などの治療行為を組み合わせたものであり、入院1日あたりの定額支払い制度でDPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)と呼ばれる。

診断群分類包括評価を用いた入院医療費の定額支払い制度であるDPCは、2003年4月より全国82の特定機能病院等において開始され、DPCを導入している病院は、2008年に713病院（約23万床）であり一般病床に占めるDPC対象病床の割合は3割強に達した。さらに2012年には新たに792施設が導入し、DPC対象病院は1505病院（約48万床）に増加し、一般病床の約半数（53.1%）を占めている<表5>。

表5 . DPC対象病院数

年度	DPC対象病院数	DPC対象病床数
2003年度	82	66,497
2004年度	144	89,330
2006年度	359	176,395
2008年度	713	286,088
2009年度	1,278	430,224
2010年度	1,388	455,148
2011年度	1,447	468,362
2012年度	1,505	479,539
2013年度	1,496	474,981
2014年度	1,585	492,026

今後もDPC導入医療機関は増加すると予想される。その背景にはレセプト提出の容易さや出来高払い請求であるという経済学的背景が要因と考えられるが、その本質は医療情報の標準化・透明性にあり、このツールで各病院を解析し、医療の質の向上を図ることが目的とされている。DPCにより得られた情報の一部は厚生労働省のホームページで公開され、2次診療圏ごとに疾病別のシェアの検討や地域医療の分析も可能となる。また、DPCを利用して病院経営情報を解析し、医療の質の向上や経営改善のツールとしての利用が期待されている。

(5) DPC設計の特徴

DPCは、包括評価部分と出来高評価部分から構成され、診断群分類別に平均入院日数が定められており、それを軸に3段階の1日当たり点数が設定されている。入院日数に応じて、入院期間Ⅰ・入院期間Ⅱ・特定入院期間・出来高と移行し、入院期間ⅡがDPC参加病院の平均入院日数となり、入院期間Ⅰが入院患者の25%の人が含まれるように設定されている。

入院期間Ⅰ（平均入院日数の25パーセンタイル値までの期間）、入院期間Ⅱ（25パーセンタイル値から平均入院日数までの期間）、入院期間Ⅲ（平均入院日数を超えた以降の期間、入院期間Ⅱの85%で算定）が定められており、これらの入院期間Ⅰ～Ⅲの通算した期間を特定入院期間と言う。特定入院期間を超えた日からは医科点数表に基づいた出来高評価となる。それぞれ15%ずつ高い基本点数に設定されている。すなわち入院早期に高い点数が配置されており、高回転で入院が可能であれば病院の収入は増えるように設定されている。ただし、1000点以上の検査や、手術点数、麻酔点数・手術材料費は出来高算定となっている¹⁷⁾<図3>。

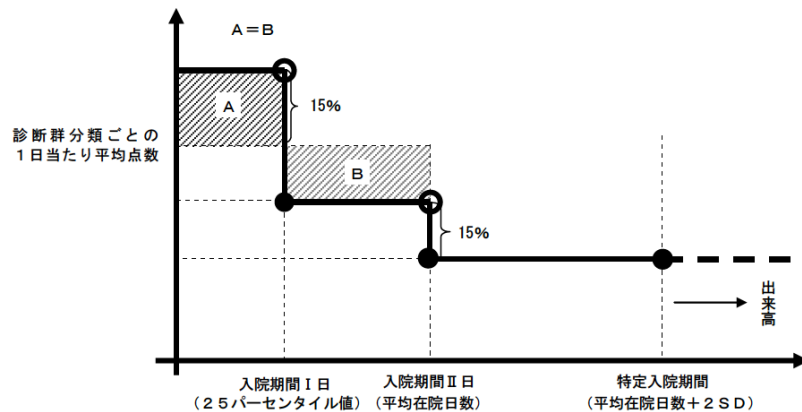


図3. 入院日数に応じた評価のイメージ(平成22年、厚生労働省資料より)¹⁷⁾

DPCによる包括評価は¹⁸⁾、診断別分類による入院患者1日当たりの医療費を医療機関別係数によって調整されることが大きな特徴であり、1入院ごとに医療費が決まるアメリカのDRG/PPSとは異なる点である。医療機関別係数とはDPC対象病院の施設特性に応じて、1. DPC病院Ⅰ群（大学病院本院）、2. DPC病院Ⅱ群（大学病院本院に準じた機能を有する病院）、3. DPC病院Ⅲ群（1,2以外の病院）の3つの医療機関群に分けられている。DPC病院Ⅱ群は、基礎係数のほか、機能評価係数Ⅱの複雑性係数、カバー率係数、地域医療係数も医療機関群ごとに設定されている。

DPCにおける診療報酬額は、ホスピタル・フィー的な要素をベースとした「入院基本料、検査、動脈造影カテーテル手技を除く画像診断、投薬、注射、1,000点未満の処置料、手術・麻酔、指導管理等」の診断群別分類による1日当たりの包括評価とドクター・フィー的な要素をベースとした診療行為である「手術料、麻酔料、1,000点以上の処置料、心臓カテーテル法による検査、選択的動脈造影カテーテル手技、内視鏡検査、病理診断、指導管理料、リハビリテーション等」の出来高評価で決定されている。DPCにおける診療報酬額は<表6>より算定される。

表6. 診療報酬額の計算式¹⁸⁾

$\begin{aligned} \text{診療報酬額} &= (\text{診断群分類による包括評価}) + (\text{出来高評価}) \\ \text{診断群分類による包括評価} &= (\text{診断群分類毎の1日当たり点数}) \\ &\quad \times (\text{医療機関別係数}) \times \text{在院日数医療機関別係数} \\ &= (\text{機能評価係数}) + (\text{調整係数}) \end{aligned}$
--

<図4>に示したようにDPCの構造は、14桁のDPCコード（診断群分類番号）が与えられている。全ての数字には意味がもたされており、診断群分類番号を見れば、患者の（最も医療資源を投入した）傷病名や入院目的、小児や新生児の場合の年齢・出生時の体重などの患者情報、入院中に実施された手術や治療に関する情報がデータ化されており、各医療機関は病院経営に関わる臨床指標を類似の病院群と客観的に比較して強み・弱みを把握するベンチマーク分析で比較検討が可能なシステムになっており、情報を容易に活用できるようになっている¹⁹⁾。

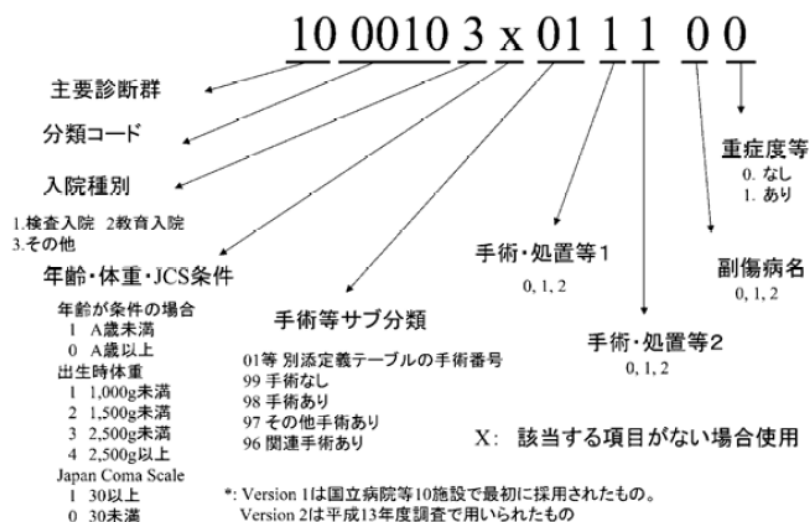


図4. 診断群分類コード(version 3)の構成¹⁸⁾

DPCの病名種類は国際疾病分類であるICD-10(以下、ICD-10)をベースとしている。ICDとは、International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (疾病及び関連保健問題の国際統計分類)の略で、疾病及び関連保健問題の国際統計分類のことであり、死因や疾病の国際的な統計基準として世界保健機関によって公表された分類である。最初の6桁は病名に相当し、初めの2桁が主要診断群 (MDC; Major Diagnostic Category) であり<表7>、例えばこれが「01」であれば神経系、「02」であれば眼科系、「3」であれば耳鼻咽喉科系、「10」であれば内分泌代謝系となる。次の4桁はICD-10に対応した病名に相当するコードである。入院期間中に医療資源を最も投入した「傷病名」と、入院期間中に提供される手術、処置、化学療法などの「診療行為」の組み合わせにより分類された患者群であるDPCは、2012年4月を基準に2,927の診断群分類が設定されており、このうち、包括評価対象となる診断群2,241分類について1日当たりの包括点数が設定されている。

表7. 主要診断群 (MDC) の分類

<ul style="list-style-type: none"> ・ MDC 1 神経系疾患 ・ MDC 2 眼科系疾患 ・ MDC 3 耳鼻咽喉科系疾患 ・ MDC 4 呼吸器系疾患 ・ MDC 5 循環器系疾患 ・ MDC 6 消化器系疾患, 肝臓・胆道・膵臓疾患 ・ MDC 7 筋骨格系疾患 ・ MDC 8 皮膚・皮下組織の疾患 ・ MDC 9 乳房の疾患 ・ MDC 10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患 	<ul style="list-style-type: none"> ・ MDC 11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患 ・ MDC 12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩 ・ MDC 13 血液・造血器・免疫臓器の疾患 ・ MDC 14 新生児疾患 ・ MDC 15 小児疾患 ・ MDC 16 外傷・熱傷・中毒 ・ MDC 17 精神疾患 ・ MDC 18 その他の疾患
---	--

特にDPCデータの導入によって、医療機関は臨床指標におけるDPCデータを活用し、標準的な方式で診療情報の把握が可能である。DPCデータは、医療の質評価の領域である「Effectiveness（有効性）」、「Patient Safety（患者安全性）」、「Timeliness（適時性）」、「Patient Centeredness（患者志向性）」に関連した有用な情報が含まれている。例えば、「Effectiveness（有効性）」のプロセス指標の一つである「入院時のアスピリン投与」については、DPCデータから抽出可能であり、エビデンスに基づいた診療行為の実施の有無について評価を検討できる²⁰。さらに、DPCデータに基づいて、DPCごとの転帰、死亡・退院率、Risk adjusted Mortality、術後合併症の死亡率、院内感染症の死亡率などのアウトカム指標の評価からDPCデータを用いた臨床指標を作成することも可能である。すなわち、DPCデータを参照することによって、地域における医療機関ごとの入院診療の実績の把握が可能であり、医療機関は疾患ごとに患者にどのような治療方法でどのくらい診療しているかに関する情報を得ることができる。

（6）短期滞在手術基本料

本研究の対象疾患である白内障手術は、1日当たり包括払い制度であるDPC形式から2014年度の診療報酬改定で、短期滞在手術基本料における術前、術後管理や検査、画像診断等が1入院当たり包括評価対象になった。白内障手術は短期滞在手術基本料1に適用されており、短期滞在手術基本料1は、日帰り手術を（2,856点）、短期滞在手術基本料2は、1泊2日（4,918点）の入院手術を評価している。短期滞在手術基本料3は、5日までの入院を評価している。特に短期滞在手術基本料3は、入院5日目までに該当する手術・検査を行った場合は、その所定点数に「すべての診療報酬を含む」扱いとなった。

（7）日本のDPCと韓国のKDRGの導入背景の比較

DPCは、診断群分類に用いた1日当たりの包括払い方式を用いて2年ごとに見直しを行っているが、韓国のKDRGは、1件あたり包括払い方式DRG/PPSを採用し、2012年から全医療機関に義務導入されている。DPCの疾患数は507疾患、分類数は14桁で2,658分類であり、主要診断群18群に分けられる。韓国のKDRGの疾患数は、690疾患、分類数は6桁で1,857分類である。なお、包括払い制度の医療の質の評価や管理機関は、日本は厚生労働省やDPC評価分科会が担当している。韓国は保健福祉府および健康保険審査評価院（Health Insurance Review Agency: HIRA）がKDRGの評価や管理を担当している<表8>。

表8. 日本のDPCや韓国のKDRG導入背景の比較

	日本	韓国
導入背景	医療費向上の抑制、 病院活動の透明性	医療費向上の抑制、 医療機関の経営悪化の改善
初の導入時期	2003年実施、 当時、80ヶ所の大学病院や 2カ所の国立センター病院参加	1997年に第一次試験事業実施
適用対象	1,505カ所のDPC対象病院 (2012年)、 18個のMCD、 507の疾患数、 2,658の診断群分類	2012年、7診断群が 全医療機関に義務導入、 23個のMDC、 690個のADRGで構成、 1,857のDRGで分類
質の評価及び管理機関	厚生労働省、 DPC評価分科会	保健福祉府、 健康保険審査評価院

2. 日本と韓国の包括払い制度の導入効果に関する先行研究

(1) 韓国のKDRG導入効果に関する先行研究

韓国におけるKDRG導入効果に関する研究は、KDRGの参加機関を対象にした導入前・後の比較が多かった²¹⁻²⁵。Lee²⁵の報告では、出来高払い病院群と包括払い病院群の群間比較研究を行い、包括払い病院群の方が平均在院日数は短縮されたが、投薬、医療材料などの医療資源の量には変化がなかった。また、患者満足度を行っており、出来高群では満足度が87%だが、包括払い群では96%を示しており、包括払い制度に対して患者の満足度が高かった。Chung²⁶は、250病床の大学病院を対象にKDRG導入前後における入院日数、薬剤費、診療収益に対してレセプトデータを用いてヘルニア修復術、扁桃腺及びアデノイド摘出術に対して比較研究をしていた。KDRGの導入後、在院日数や薬剤費が減少しており、保険者の負担金はそれぞれ増加していた。これはKDRGの導入が医療機関の診療収益に影響を及ぼすと結論づけている

その他、KDRGの導入後の効果として平均在院日数の短縮²⁶⁻²⁹、医療機関における経営の効率化の向上²⁵が挙げられていた。一方で、KDRGの導入初期は医療費の急激な減少が見られたが、その後、導入期間が長くなるほどその効果は短縮されるなどの研究報告もあった³⁰。また、KDRGの診断群分類体系の開発に対する研究では、KDRGの診断群分類体系の医学的な妥当性、効率性および適切性に対して検討し、KDRGの改善方案を提示していた³¹。さらに、KDRGによる医療の質の変化を報告した研究では、過程指標や結果指標が用いられ、合併症の発生率、再入院率、死亡率を報告している³²。

(2-1) KDRGにおける白内障手術の症例に関する先行研究

KDRGにおける白内障手術を症例した研究数は、KDRG対象のその他の7疾患群に比べて研究数が少なかった。Leeら³⁵⁾は、KDRG導入前後において平均在院日数と医療資源の投入量、診療報酬の差額、医療の質を比較分析していた。その結果、KDRG導入後、入院費（-40.8%）、投薬費（-33.6%）、注射費（-30.0%）、麻酔費（-17.4）、医療材料費（-15.0）順で統計的に有意に減少され、さらに、医療の質に対しても合併症の発生率、再入院率が短縮され、人工レンズの使用量も有意に減少したと述べている。

(2-2) KDRGにおける白内障手術の平均在院日数の変化に対する先行研究³⁶⁾

Choiら³⁶⁾の研究は、KDRGのレセプトデータを用いて、KDRGを適用している医療機関とFFS払いを適用している医療機関を対象にKDRG対象診断群（7診断群）における制度の効果を平均在院日数と診療報酬の収支変化に対する比較分析の結果を報告した。分析対象の医療機関数は、KDRG対象機関の場合、2002年からKDRGを導入した機関1,192ヶ所、2003年から導入した機関231ヶ所、2004年から導入した機関199ヶ所、2005年から導入した機関226ヶ所、2006年から導入した機関213ヶ所、2007年から導入した64ヶ所を含め、合計2,125ヶ所が分析機関である。そのうち、出来高払い医療機関は合計512ヶ所である。

KDRG医療機関やFFS払い医療機関における年度別のレセプトデータ分析件数は、KDRG医療機関はクリニック（85%）、病院級（30%）を示していた。FFS払い医療機関は病院級（60%）、クリニック（30%）を示している。

Choiら³⁶⁾の研究によると、白内障手術群は他のKDRGの7疾患群に比べて平均在院日数が短かった。KDRG群とFFS群間の平均在院日数を見るとKDRG群は1.12日で、FFS群は5.79日であり、FFS群の方が長かった。その差は他の疾患群と比べても2~3日以上長く、KDRG群とFFS群の差が最も大きい診断群であった。KDRG群の場合、医療機関の初回導入年度から長くなるほど平均在院日数が短くなっていた。一方で、診療報酬支払い制度と関係なく白内障手術は全般的に年々ごとに平均在院日数は短縮傾向であった<表9>

表9. 白内障手術の年代別平均在院日数³⁶⁾ (日)

医療機関	参加 初年代	2002	2003	2004	2005	2006	2007	平均
KDRG	2002	1.36	1.26	1.21	1.17	1.16	1.13	1.22
	2003		1.01	1.00	1.04	1.02	1.01	1.02
	2004			1.04	1.02	1.04	1.02	1.03
	2005				1.05	1.04	1.04	1.04
	2006					1.01	1.00	1.01
	2007						1.41	1.41
FFS		5.8	5.61	5.59	6.02	5.93	5.79	5.79

(2-3) KDRGにおける白内障手術の診療報酬の収支変化に対する先行研究³⁶⁾

KDRG群の白内障手術の総医療費はFFS群に比べて全般的に低かった。しかし、KDRG群はFFS群より年代別にみると総医療費は増加していた。初回、KDRG試験導入時点による診療報酬の収支変化は2002年度から初参加した医療機関を除いて、KDRG導入時期は遅い医療機関ほど増加する傾向であった<表10>。

表10. 白内障手術の年代別診療報酬指標³⁶⁾ (ウォン)

医療機関	参加 初年代	2002	2003	2004	2005	2006	2007	平均
		KDRG						
	2002	846,268	842,429	864,429	882,994	903,859	937,289	879,545
	2003		818,501	842,288	862,237	885,588	921,473	866,017
	2004			840,741	865,694	889,761	928,683	881,220
	2005				861,456	887,768	925,034	891,419
	2006					885,826	920,447	903,137
	2007						989,626	989,626
FFS		974,916	966,251	986,792	967,784	969,944	975,096	973,464

3. KDRG施行前後の比較

(1) KDRG (白内障群) のレセプト請求件数の現状

韓国政府機関である韓国国民健康保険公団は、7診断群の包括払い制度の拡大施行の影響分析を報告している³⁷⁾。報告書は、KDRGの施行前後(施行前2011年、施行後2012年)において診療費、医療サービス提供体制、医療の質の変化などに関して7診断群別に2011年の後半期～2012年の後半期までの診療の現状を比較・分析結果を報告している。それらの結果に基づいて白内障手術の症例に焦点を当てて現状を整理した。

分析対象のレセプト件数は2011年度と2012年度のそれぞれ388,082件、379,444件であった。そのうち、白内障のレセプト請求件数はKDRG施行前の2011年527,977件から施行後の2012年度は515,477件でやや減少を報告している<表11>。

表11. 療養機関別の白内障群のレセプト請求件数の分布 (単位: 件、%)

	全体		特定機能病院		一般病院		病院		クリニック	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
全体	527,977	515,477	51,559	52,428	88,336	83,605	106,666	110,102	281,416	269,342
			(9.8)	(10.2)	(16.7)	(16.2)	(20.2)	(21.4)	(53.3)	(52.3)
白内障	182,232	173,032	13,139	12,978	9,563	8,891	14,850	15,938	144,680	135,225
			(7.2)	(7.5)	(5.2)	(5.1)	(8.1)	(9.2)	(79.4)	(78.2)

(2) KDRG（白内障群）の診療費の現状

2011年度の後半期と2012年度の後半期における病院・クリニック（特定機能病院は2013年よりKDRGが施行）の7診断の総診療費は、2011年後半期～2012年後半期に4.0%増加したと報告している。そのうち、白内障群のみに総診療費の減少が見られ、病院4.8%減少、クリニック19.2%減少し、全体的に17.7%減少を報告している³⁷⁾。

白内障群はKDRGの施行前の試験導入されており、総診療費の減少の要因は、支払い制度の変化による請求件数の減少と2012年7月にKDRGの施行とともに診療報酬点数の改定による影響と判断される<表12>。

表12. KDRG（白内障群）施行前後における医療機関別の総診療費の現状（単位：百万円、%）

	全体			病院			クリニック		
	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率
全体	373,389	388,305	(4.0)	123,601	147,477	(19.3)	249,789	240,828	-(3.6)
白内障	145,129	119,383	-(17.7)	14,571	13,870	-(4.8)	130,559	105,514	-(19.2)

(3) 患者1症例当たり診療費の現状

表13に患者1症例当たり診療費は全般的に増加の傾向が見られ、全体的に6.4%、病院15.6%、クリニック0.7%が有意に増加していた。しかし、白内障群のみ、1症例当たり診療費が有意に減少の傾向が示されていた（全体-13.2%、病院 -11.3%、クリニック-13.5%）。また、患者1症例当たり診療費が減少され、1症例当たり患者の負担金もそのKDRG群に比べて白内障群のみ、有意な減少を認められていた<表14>。

表13. KDRG（白内障群）施行前後における医療機関別の患者1症例当たり診療費（単位：円、%）

	全体			病院			クリニック		
	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率
全体	962,140	1,023,352	(6.4)	1,158,764	1,339,459	(15.6)	887,613	894,134	-(0.7)
白内障	909,731	789,767	-(13.2)	981,191	870,242	-(11.3)	902,396	780,282	-(13.5)

表14. KDRG（白内障群）施行前後における医療機関別の患者負担金の変化（単位：円、%）

	全体			病院			クリニック		
	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率
全体	189,939	202,581	(6.7)	234,964	270,592	(15.2)	172,873	174,779	-(1.1)
白内障	177,121	156,440	-(11.7)	196,106	175,272	-(10.6)	175,173	154,221	-(12.0)

(4) 在院日数の変化

KDRGの施行前後の白内障群の在院日数の変化は表15に示した。一般的に2011年度の後半期に比べて、2012年度の後半期の在院日数が3.05日から3.00日に1.6%減少され、減少の幅は病院の方がより多かった（病院 -5.0%, クリニック -1.0%）。白内障群も2012年の方が前年度の対比-0.4%の減少されていた³⁷⁾<表15>。

表15. KDRG（白内障群）施行前後における医療機関別の在院日数の変化（単位：日、%）

	全体			病院			クリニック		
	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率
全体	3.05	3.00	-(1.6)	4.69	4.46	-(5.0)	2.43	2.41	-(1.0)
白内障	1.04	1.03	-(0.4)	1.34	1.26	-(5.8)	1.00	1.00	-(0.0)

(5) KDRG施行前後における再入院率の現状

KDRGは過少診療により再入院が発生される懸念を持っていることで、KDRGにおいて医療の質低下を評価するための重要な指標である。Leeら³⁵⁾の報告では、再入院率の定義は、7診断群の疾患で入院診療を受けて、30日以内に同疾患で再入院されたことを定義している。白内障群は、両眼手術を対象にしていた。分析結果、KDRGにおける再入院率は7診断群の全体的に低い率で示されていた。クリニックの再入院率は、2011年度後半期と2012年度後半期の全てに再入院率が0.35%で変化がなかったと報告している³⁷⁾<表16~表18>

表16. KDRG（白内障群）施行前後における再入院率（病院・クリニック全体）

（単位：件、%、%p）

	2011.07~12			2012.07~12			差異 ¹⁾
	請求件	再入院件	構成比	請求件	再入院件	構成比	
全体	228,940	795	0.35	228,753	793	0.35	-(0.00)
白内障	399	1	0.25	485	1	0.21	-(0.04)

1) chi-square test

表17. KDRG（白内障群）施行前後における再入院率（病院）

（単位：件、%、%p）

	2011.07~12			2012.07~12			差異 ¹⁾
	請求件	再入院件	構成比	請求件	再入院件	構成比	
全体	92,126	237	0.26	94,449	189	0.20	-(0.06)*
白内障	310	0	0.00	295	0	0.00	-(0.00)

1) chi-square test, *=p<0.05

表18. KDRG(白内障群)施行前後における再入院率(クリニック) (単位:件、%、%p)

	2011.07~12			2012.07~12			差異 ¹⁾
	請求件	再入院件	構成比	請求件	再入院件	構成比	
全体	136,825	558	0.41	134,304	604	0.45	-(0.04)
白内障	89	1	1.12	190	1	0.53	-(0.59)

1) chi-square test

(6) 入院前の30日以内に外来診療の現状

包括払い制度(DRG)を行っている諸外国の先行研究では、DRGの施行後に外来に転移される現状が観察されたことを報告している³⁷⁾。Leeら³⁵⁾とShinら³⁸⁾の報告においても入院前の診療および退院後に追加的に外来治療が行われている可能性を示し、入院前後における外来日数と外来診療費の変化を分析したことを報告していた。

分析結果、病院級から入院前の外来の来院日数が0.19日増加され、クリニック級では0.04減少を示されていた。全体的には、0.69日から0.71日で0.02日が増加されており、入院前の30日以内の外来日数は大きな変化はなかった。クリニック級では入院前の30以内の外来日数に変化がほとんどなかったが(-0.05~0.01日差異)、病院級では、クリニック級に比べてやや高い変化率(0.00~1.64日差異)が示され、白内障群を含め、7診断群の全ての診断群から一括的に増加されていた<表19>。

入院前の30日以内の外来診療費は病院級では1.8%減少し、クリニック級では4.9%増加され、全体的にKDRG施行後は3.1%増加を示していた。従って、入院前の30日以内の外来診療費を医療機関別にみると、病院級の場合、外来日数は全般的に増加の傾向だが、外来診療費は、減少の傾向であった。その一方で、クリニックは、外来日数は全般的に減少の傾向だが、診療費は疾患別に多様な傾向が示され、そのうち、白内障群は増加の傾向であった<表20>。

表19. KDRG(白内障群)施行前後における入院前の30日以内の平均外来日数の変化 (単位:日、%)

	全体			病院			クリニック		
	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率
全体	0.69	0.71	(0.02)	0.52	0.71	(0.19)	0.75	0.70	-(0.04)
白内障	0.93	0.91	-(0.02)	0.74	0.96	(0.21)	0.95	0.90	-(0.05)

表20. KDRG（白内障群）施行前後における入院前の30日以内の外来診療費の変化（単位：¥、％）

	全体			病院			クリニック		
	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率
全体	37,965	39,155	(3.1)	62,948	61,834	-(1.8)	28,495	29,884	(4.9)
白内障	30,677	31,119	(1.4)	70,085	58,760	-(16.2)	26,632	27,861	(4.6)

(7) 退院の30日以内に外来診療の現状

次に、退院後、30日以内の外来診療の現状では、病院級から退院後の30日以内に外来日数が0.57日増加し、クリニック級では、0.07日減少され、全体的に1.54日から0.10日増加されていた。病院級では、7つの全ての診断群から増加の傾向が示され、白内障群も0.52日増加されていた。クリニック級では疾患別の多様な傾向が示されているが、白内障群は0.09日減少の傾向であった<表21>。退院後の30日以内に平均診療費は病院級では38.4%増加し、クリニック級では0.3%減少され全体的に6.3%増加を示されていた。白内障群も病院級では、65.1%増加の傾向であった³⁷⁾<表22>。

表21. KDRG（白内障群）施行前後における退院後の30日以内の平均外来日数の変化（単位：日、％）

	全体			病院			クリニック		
	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率
全体	1.54	1.64	(0.10)	0.65	1.22	(0.57)	1.88	1.81	-(0.07)
白内障	2.06	2.02	-(0.04)	0.54	1.06	(0.52)	2.22	2.13	-(0.09)

表22. KDRG（白内障群）施行前後における退院後の30日以内の外来診療費の変化（単位：¥、％）

	全体			病院			クリニック		
	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率	11.07-12	12.07-12	増減率
全体	24,084	25,610	(6.3)	15,807	21,881	(38.4)	27,221	27,135	-(0.3)
白内障	31,298	32,002	(2.2)	13,573	22,403	(65.1)	33,118	33,133	(0.0)

4. DPC導入効果に関する先行研究

(1) DPC導入前後における平均在院日数の変化

DPC導入前後における平均在院日数の変化を調べるために医学中央雑誌およびPubmedによる論文検索から総6編の研究を選定した。その中で、DPC導入病院とFFS導入病院を比較した研究は3編、同一病院でのDPC導入前後を比較した研究は3編である。DPCの平均在院日数の短縮効果は<表23>に示した。

全体的に在院日数は減少傾向であり、DPCを導入した病院の方が在院日数の減少に効果的であった。DPC病院群とFFS病院群を比較した2群における群間比較研究では、DPC病院群の方の平均在院日数が有意に短縮していた ($p<0.001$)³⁹⁻⁴⁴。例えば、Okamuraら⁴⁴)の研究では、DPC病院群の在院日数は4.5%減少したが、DPCを導入していないFFS病院群では1.5%の減少と報告していた。DPC導入前後の比較研究では、全対象病院においてDPC導入後に平均在院日数の短縮効果が統計的に有意に減少を認め、これらは、DPCによる影響と結論づけていた⁴¹⁻⁴³)。しかし、Nawataら⁴¹)の研究のように既存の病院の特性によっては、DPC導入前の在院日数が平均より短い場合は逆に増加したという報告もあった。

表23 . DPC導入前後における在院日数の変化

Study	Pre(day)	Post(day)	Difference (post-pre)	P-value
Hamada. H et al(2012)³⁹	20.2*	17.1**	-2.29	P<0.001
	23**(H)	18**(H)	-5	P<0.001
Kondo. A et al(2012)⁴⁰	32* (H)	31* (H)	-1	P=0.038
	21**(L)	17**(L)	-5	P<0.001
	18* (L)	21* (L)	+3	P=0.011
	3.96	4.00	+0.04	
Nawata. K et al(2011)⁴¹	9.28	5.50	-3.78	
	8.91	4.18	-4.73	-
	5.83	3.61	-2.22	
	8.96	6.03	-2.93	
Wang. K et al(2010)⁴²	20.4	18.8	-1.6	-
Mitsuyasu. S et al(2006)⁴³	22.4	19.3	-3.1	-
Okamura. S et al(2005)⁴⁴	20.4	18.8	-1.6	-

*FFS: fee-for-service, **DPC: Diagnosis Procedure Combination, (H):Hip fracture, (L): Luge cancer

(2) DPC導入による診療報酬の差額の変化

DPC導入による医療費の削減効果を分析した研究は<表24>に示した。DPC病院群とFFS病院群を対象に群間比較調査を行っていた。Hamadaら³⁹⁾は2001-2009年における急性心筋構想の患者を対象にDPC病院は、検査、投薬の件数が減少されており、診療コストも減少する効果を得ていたと報告している (p<0.001)。

しかし、Wangら⁴²⁾の結果では、在院日数は有意に短縮されたが医療コストの短縮は認められず、医療費の短縮現状とDPC導入は関連性がないと結論づけている (p<0.)。Kondoら⁴⁰⁾の腰部骨折と肺がんの患者を対象にした研究においてもDPC病院では、平均在院日数の減少は見られたが、死亡率と再入院率、医療コストの減少は有意に認めなかったと述べていた (p<0.001)。

表24 . DPC導入による診療報酬の差異の変化

Study	Pre	Post	Difference (post-pre)	P-value
Hamada. H et al(2012)³⁹⁾	\$20.686*	\$18.218**	-\$1.061	P<0.001
	¥1,268,080**(H)	¥1,273,660**(H)	+¥5,580	P=0.649
Kondo. A et al(2012)⁴⁰⁾	¥1,378,400*(H)	¥1,328,860*(H)	-¥49,540	P=0.365
	¥763,670**(L)	¥882,645**(L)	+¥118,975	P<0.001
	¥700,360*(L)	¥845,446*(L)	+¥145,086	P=0.003
Wang. K et al(2010)⁴²⁾	\$4,216*	\$4,226**	+\$10	P=0.206#

*FFS: fee-for-service, **DPC: Diagnosis Procedure Combination, (H):Hip fracture, (L): Lung cancer, #p<0.05

(3) 医療の質の変化

Kondoら⁴⁰⁾はDPC導入による入院患者の死亡率や再入院率は増加しなかったと述べていた<表25>。一方で、Hamadaら³⁹⁾の研究では、急性心筋梗塞患者を対象にDPC導入による死亡率の減少は見られず、再入院率は有意に増加を認めたことを報告している。

その他、厚生労働省の報告書⁴⁵⁻⁴⁷⁾では、2010年～2011年に同じ疾患で6週以内の再入院率は、DPC導入病院とDPC準備病院の間ではDPC導入病院の方が有意に高かったと述べていた。特に再入院率は計画的再入院率が高かった。計画的再入院率の内容としては「計画的な化学療法」、「計画的な放射線治療」などが示されていた。

表25 . DPCにおける医療の質の変化

Study	Pre	Post	Difference (post-pre)	P-value
Hamada. H et al(2012)³⁹⁾	9.5%(M)*	10.1%**	-0.6%	P=0.31
	6.3%(R)*	6.5%**	+0.2%	P=0.54
Kondo. A et al(2012)⁴⁰⁾	1.5%(M)	0.8%(M)	-0.7%** (H)	P<0.001
	0.5%(R)	0.5%(R)	0** (H)	P=0.851
	1.4%(M)	1.0%(M)	-0.4%* (H)	P=0.019
	0.9%(R)	0.4%(R)	-0.5%* (H)	P=1.191
	15.5%(M)	12.6%(M)	-2.9%** (L)	P<0.001
	17.8%(R)	15.8%(R)	-0.2%** (L)	P=0.003
	16.3%(M)	15.8%(M)	-0.5%* (L)	P=0.149
14.0%(R)	11.4%(R)	-2.6%* (L)	P=0.040	

*FFS: fee-for-service, **DPC: Diagnosis Procedure Combination, (H):Hip fracture, (L): Luge cancer,
(M): Mortality rate, (R): Readmission rate

(4) DPC導入によるジェネリック医薬品の使用現状

厚生労働省によるジェネリック医薬品の使用比率調査では<表14>、DPC導入病院はDPC準備病院と比較するとジェネリック医薬品の使用率が6.7%上昇していた。DPC導入前後で比較するとDPC導入後にジェネリック医薬品の使用比率の有意な上昇が認められていた⁴⁷⁾<表26>。

表26. DPC導入によるジェネリック医薬品の使用現状⁴⁷⁾

Pre	Post	Difference (post-pre)
5.9%	12.6%	+6.7%

(5) DPCにおける白内障手術に関する研究動向

DPCにおける白内障手術に関する研究結果を総合してみると、<表27>に白内障手術のDPC導入効果の研究の傾向に関して示しているように、DPCの導入効果に対する在院日数、経済効果の影響を後ろ向きに検討したケースミックスの観察研究が多数であった。DPCによる有益な効果として、在院日数、薬剤費、検査費などの使用量の減少が認められ、不必要な医療サービスが抑制され、病院経営の収益の向上に繋がっていることが報告されていた。一方で、DPCの問題点として指摘されている在入院率、死亡率、外来日数の増加に対する白内障症例の報告はなかった。

また、DPCデータを用いた病院間のベンチマークを行い、更には、DPCデータを用いたパスの評価に関する研究も多数報告されていた<表28>。

表27. 白内障手術におけるDPC導入効果に対する研究

Study No.	Author	Country	Design	Age(year)	Control Group(n)	Length of stay	Cost-effectiveness
1	Kobayashi et al. ⁴⁸⁾ (2005)	Japan	Case-control	-	-	○ -	○ -
2	Conoda et al. ⁴⁹⁾ (2007)	Japan	Questionnaire survey	-	502	○ p<0.05	○ p<0.05
3	Noguchi et al. ⁵⁰⁾ (2008)	Japan	Case-control	-	-	×	○ p<0.05
4	Takahashi et al. ⁵¹⁾ (2008)	Japan	Case-control	-	33	○ p<0.05	○ p<0.05
5	Nawata et al. ⁵²⁾ (2008)	Japan	Case-control	30-40 yrs less/older	1,225	○ p<0.05	○ p<0.05
6	Kawamoto et al. ⁵³⁾ (2009)	Japan	Case-control	-	2,492	○ p<0.01	○ p<0.01
7	Takahashi et al. ⁵⁴⁾ (2009)	Japan	Case-control	-	84	×	○ p<0.05
8	Miura et al. ⁵⁵⁾ (2009)	Japan	Case-Control	-	67	○ p<0.05	○ p<0.05
9	Nawata et al. ⁵⁶⁾ (2010)	Japan	Case-control	-	2,533	○ p<0.05	×
10	Nawata et al. ⁵⁷⁾ (2010)	Japan	Case-control	-	9,179	○ p<0.05	○ p<0.05
11	Nawata et al. ⁵⁸⁾ (2013)	Japan	Case-control	-	231	○ p<0.05	×

表28. DPCにおける白内障手術に関する先行研究

研究者	論文題目	研究変数	研究結果
小林ら ⁴⁸⁾ (2005)	白内障のクリニカルパスに基づく原価計算の試み 病院特性による原価の相違	出来高払いと包括払いを想定した収益を算定し、収支状況の把握を行い、病院間で比較	1) 人件費や検査費の原価が高い病院では、収支差額が低くなる傾向 2) 人件費や検査費の原価を変動させ、標準原価に影響を与えており、DPCへの標準化に対応するためには、パスを活用した原価計算を行い、医療の質を保障した経営資源の最適化を図ることが重要
小野田ら ⁴⁹⁾ (2007)	DPCにおける薬剤師のクリニカルパスと医薬品マネジメントに関する調査研究	薬剤師関与クリニカルパス領域の予防的抗菌薬投与への関与について調査	予防的抗菌薬投与について薬剤師が関与している主なパスは白内障などであり、予防的抗菌薬投与パスへの薬剤師のかかりが高いほど、パスのアウトカムが向上
野口ら ⁵⁰⁾ (2008)	DPC関連データを用いた白内障症例の診療検討事例	平成18年7月から平成19年6月までに退院した白内障疾患の片側、両側のDPC請求患者を対象にデータマイニングした白内障症例について診療検討した事例を紹介	1) 手術翌日の注射施行患者の減少により、包括出来高差の差分でマイナス幅を短縮 2) 患者1人当たり使用注射金額が2,608円から1,230年に減少 3) 両側において平均在院日数は全国平均在院日数に比べて有意に長い
高橋洋司 ⁵¹⁾ (2008)	コスト削減の以前と以降における白内障入院手術のDPCによる評価	DPCによるコスト削減について、水晶体再建術を行った2006年から2007年の症例を対象にした収益と収益因子のベンチマー	1) 2006年に比べ、2007年はコスト削減、 2) 在院日数の短縮を認め、 3) 在院日数のベンチ

		ク分析による比較検討	マークにより、収益が向上
縄田ら ⁵²⁾ (2008)	白内障手術におけるDPCによる包括払い制度の評価	白内障手術におけるDPC包括支払い制度の評価	平均在院日数が病院ごとに大きく異なり、DPCにおいて3.5倍もの差が認められた。 出来高評価部分の差は比較的少ない
川本ら ⁵³⁾ (2009)	国立病院機構19施設の白内障・水晶体の疾患に対するベンチマークDPC支払い制度を使った国立病院機構19施設の白内障・水晶体の疾患に対する治療及び医療費の比較検討	2006年7月から12月の間に、国立病院機構19施設でDPCコーディングにて白内障・水晶体の疾患として登録された2,492例を対象、 DPC導入施設間で診療コストや収入に施設間格差があるかを検討	出来高点数、DPC点数、DPC点数と出来高点数の差、在院日数に施設間で差異を認められた。
高橋洋司 ⁵⁴⁾ (2009)	DPC環境下での白内障手術のコスト削減の病院経営への効果	白内障手術におけるコスト削減の効果や影響および病院経営に対する有用性を検討	2006年は増収症例平均の枠を超えていたが、2007年では、増収症例平均内に収めることが認められた。
三浦ら ⁵⁵⁾ (2009)	白内障クリニカルパスをDPC対応電子パスへ移行しての試み	白内障手術患者67名に電子パスを適応、 経済効果分析	1) 入院稼働の回転率が向上 2) 病院の収入が増加
縄田ら ⁵⁶⁾ (2010)	尤度関数の近似を用いた新手法による在院日数の分析 DPCによる包括支払い制度導入前後の白内障手術の在院日数分析への応用	2,533名の白内障患者のデータを用いた在院日数の変化の分析	DPC導入以前の在院日数が長い病院では在院日数が有意に短縮
縄田ら ⁵⁷⁾ (2010)	大規模個票データを使った白内障手術における在院日数の分析	9,179名の白内障手術における在院日数の分析	病院ごとの在院日数は非常に大きな差があることが認められた。
縄田ら ⁵⁸⁾ (2014)	べき乗変換モデルによる2006年度診療報酬改定に伴うDPC見直しの	白内障手術の在院日数の分析を行った。分析では、片眼に白内障手術+眼内	患者の属性が（性別、年齢、主傷病名、）在院日数に影響することが認められた。

	白内障手術の在院日数への影響の分析	レンズ挿入術を行い、手術・措置2等がなかった患者(2006年度見直し以降、DPCコードは020110xx97×0×0)を対象	められた。病院ごとの平均在院日数は、患者の属性等の違いを考慮しても、大きく異なった。
--	-------------------	--	--

Ⅲ. 研究方法

1. 研究対象

本研究の調査対象の選定は、日本は、短期滞在手術基本料が医療機関内に導入され、白内障手術にCPが使用されている病院を調査対象の医療機関と選定した。韓国は、2012年からKDRGが義務的導入されたことから、白内障手術にCPが使用されている医療機関とした。

選定された日韓の医療機関は、白内障手術に関わる医療者を研究対象者とし、医療機関に公文書の発送による本研究の目的とアンケート調査協力の理解を得られた医療機関を対象とした。アンケート調査協力の理解を得られた日本の最終研究対象者数は<表29>、包括払い制度の先進モデルの事例として短期滞在手術基本料を導入されている医療機関（7ヶ所）が対象とされた。対象医療機関数は、白内障手術のCPが使用されている特定機能病院（4ヶ所）、一般病院（3ヶ所）における眼科専門医（38名）、看護師（40名）、で、合計（78名）を対象とした。

表29. 日本の研究対象者数

所属	職種別研究対象者数（名）	研究対象数（名）
特定機能病院（4ヶ所） 一般病院（3ヶ所）	医師（38）、看護師（40）	78

アンケート調査協力の理解を得られた韓国の最終研究対象者数は<表30>、平均の病床数が約2000病床以上の特定機能病院（3ヶ所）と、眼科専門病院（2ヶ所）の合計（5ヶ所）の医療機関を対象とした。そのうち、眼科専門医（33名）、看護師（51名）の合計（84名）を対し、KDRGに対する意識やKDRG導入後の白内障手術におけるCP使用の下で診療形態の変化に対する意識について調査を行った。

表30. 韓国の研究対象者数

所属	職種別研究対象者数 (名)	研究対象数 (名)
特定機能病院 (3ヶ所)	医師 (33)、看護師 (51)	84
眼科専門病院 (2ヶ所)		

2. アンケート調査方法

医療者の意識調査方法は、包括払い制度及び包括払い制度におけるCP使用に対する意識について、自己入式質問紙調査（アンケート調査）で行った。対象医療者の属性（医師、看護師）の意識についての各質問への回答は、5段階「非常にそう思う」から「全くそう思わない」で調査した。

すなわち、「非常にそう思う」を5点、「全くそう思わない」を1点として1～5点に点数化し、質問に対する意識が高いほど点数が高くなるようにした。アンケート調査項目の構成は、先行研究の包括払い制度およびCPの効果に関連する要因を抽出し、研究者が医療機関に直接訪問し、複数の医療者に対する事前ヒアリング調査を通して構成された。

調査項目は<表31>に示しているように、【包括払い制度に関する意識7項目】【包括払い制度における医療の質に関する意識5項目】【包括払い制度導入前後における診療形態の変化に関する意識6項目】【包括払い制度におけるCPに関する意識5項目】【包括払い制度におけるCP導入効果に関する意識8項目】【CP導入による診療プロセス変化に関する意識9項目】【CPのメリットに関する意識7項目】【CPのデメリットに関する意識5項目】で、合計8分類、52項目である。CPのメリット・デメリットに関する項目については、CP導入効果に関する文献調査の結果⁵⁾から挙げられた項目を集計し構成した。

表31. アンケート調査項目

変数名	調査内容	項目数
包括払い制度に関する意識	包括払い制度に対する満足度、 患者の経済的な負担の減少、 各診療科と関係の向上、 医療の機能分化・関係を向上させる 医療材料の標準化の向上、 薬剤種類および投薬量の標準化の向上、 ジェネリック医薬品使用の増加	7項目
包括払い制度における医療の質に関する意識	医療の質を向上、 医療者の診療の裁量を保障、 診療形態の変化、 臨床指標の対応を増大、 出来高払い制度より質の高い医療を提供	5項目
包括払い制度導入前後における診療形態の変化に関する意識	病院の収益率の向上、 臨床指標の対応の向上、 地域連携の向上、 医療材料の標準化の向上、 検査・画像・投薬の標準化の向上、 ジェネリック使用量の増加	6項目
包括払い制度におけるCPに関する意識	白内障手術にCP適用に対する賛成率、 CPの必要性、 現行CPに対する満足度、 患者満足度の向上、 包括払い方式にCPの対応性	5項目
包括払い制度におけるCP導入効果に関する意識	患者管理の効率性の向上、 在院日数の短縮効果の向上、 病床の回転率の向上、 病院の収益率の向上、 臨床指標対応の向上、 地域連携増大の向上、 医療材料の標準化の向上 検査・画像・投薬の標準化の向上	8項目
CP導入による診療プロセス変化に関する意識	患者・患者家族の教育時間の短縮、 患者に対する診療記録時間の短縮、 患者検査・画像件数の減少、 注射・投薬に対する業務量の減少、	9項目

	看護処置時間の短縮、 医療物品管理の業務量の減少、 医療材料の使用量の減少、 バリエーションに対する観察時間の短縮、 医療者に対するパス教育時間の短縮	
CPのメリットに関する意識	患者入・退院管理の容易、 診療業務の効率化、 入院期間の短縮化、 医療コストの削減、 計画的な治療が可能、 投薬・医療材料の標準化、 点滴注射投与量の減少	7項目
CPのデメリットに関する意識	患者の個別性が図り難い、 バリエーション発生時、業務に混乱が生じる、 入院期間が短く患者が不安を感じる、 患者の症状によってはCPにない項目が生じる、 CP運営管理者の不在	5項目

2) データ収集および調査期間

データ種集は、研究者が調査対象病院に直接訪問し、研究の趣旨や目的を説明した。各医療機関の総対象者及び分野責任者から承認を得た後、無記名自記入式調査票を用いた横断的調査を実施した。

調査対象病院に勤務している分野責任者により選ばれた調査対象者（白内障手術分野の医師と看護師）に日韓合計（12ヶ所）の医療機関に対し、それぞれアンケート50部単位（日本合計350部、韓国合計250部、合計600部）で配布し、2週間以内に研究者が研究対象病院を再度訪問し、日本合計78部、韓国合計84部、合計162部の有効回答票を直接に回収した。

調査期間は、日本は2014年9月1日から2014年10月15日にかけて調査を行った。韓国は、2013年8月26日から2013年9月20日にかけて調査を行った。

3) 解析方法

本研究のデータは、IBM®SPSS®Statistics version 20.0統計ソフトウェアを用いて分析した。各分析・評価項目の集団間に対する意識の有意差の水準は $p < 0.05$ とし、各国の職種別間の有意差と日韓の国別の意識差の検定をクロス集計によるPearsonの χ^2 検定を用いて行った。

3. 倫理的な配慮

個人情報保護法に基づいて、各調査対象の名前や個人の名前は、**A**、**B**で暗号化し、各調査対象病院に勤務する関係全職員のプライバシーを尊重し、無記名で作成するようにした。また、各病院から回収したデータは研究以外の目的では一切使用しないようにした。なお、本研究は本学倫理委員会の承認（承認番号14-Ig-64）を得ている。

IV. 研究結果

A. 日韓の包括払い制度およびCPに関する医療者の意識分析結果

1. KDRGに関する韓国の医療者の職種別の意識分析結果

KDRG (1入院当たり包括払い制度) 導入前後に関する職種別の意識は、7つの項目で測定した。7つの項目は、KDRGに対する満足度、患者の経済的な負担の減少、各診療科と関係の向上、医療材料の標準化の向上、薬剤種類及び投薬量の標準化の向上、ジェネリック医薬品の使用の増加である。まず、韓国の医療者は、①「KDRGに対して全般的に満足している」の項目に対する意識結果を<表32～表34、図5>に示した。韓国の医療者は、肯定的な回答率は、医師は回答がなく、看護師は5.9% (3人)であった。これに対し、医師の否定的な回答率は93.9% (31名)であり、看護師の否定的な回答率は76.5% (39名)で示され、韓国の医療者は、KDRGに対して満足していない意識率が高かった。職種別とKDRGに対する満足度の有意差の検定をクロス集計で検定を行ったところ、医師と看護師の間で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.141$, $p<0.05$)。

表32. 職種とKDRGの満足度に対するクロス集計表

			KDRGの満足度				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらと も言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	7	24	2	0	33
		期待度数	7.9	19.6	4.3	1.2	33.0
		標準化残差	-.3	1.0	-1.1	-1.1	
		調整済み残差	-.4	2.0	-1.5	-1.4	
	看護師	度数	13	26	9	3	51
		期待度数	12.1	30.4	6.7	1.8	51.0
		標準化残差	.2	-.8	.9	.9	
		調整済み残差	.4	-2.0	1.5	1.4	
合計		度数	20	50	11	3	84
		期待度数	20.0	50.0	11.0	3.0	84.0

表33. KDRGに対する満足度のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	5.741 ^a	3	.125	.121
尤度比	6.998	3	.072	.100
Fisher の直接法	5.139			.141
有効なケースの数	84			

a=3セル(37.5%)は期待度数が5未満。最小期待度数は1.18。

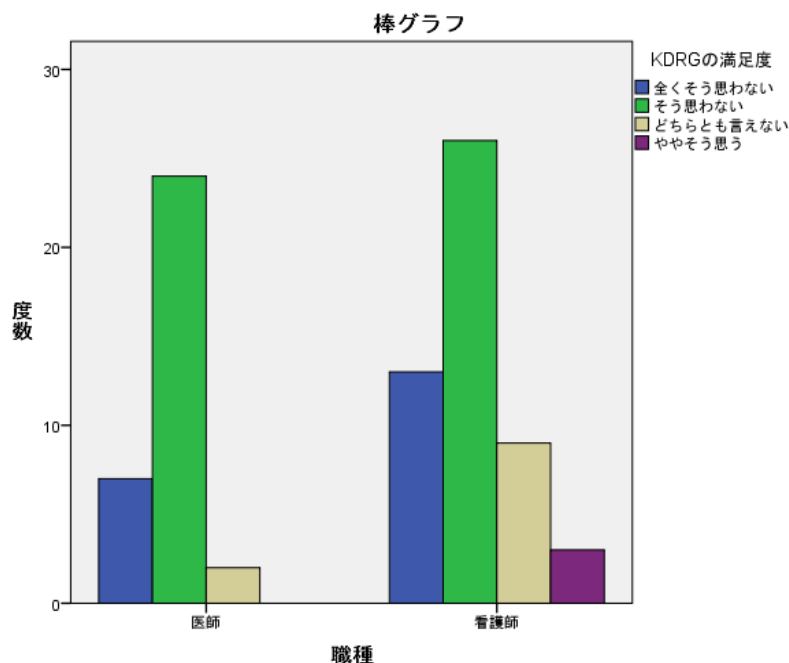


図5 . KDRGに対する満足度の職種別の意識差異

次に、②「KDRGは患者の経済的な負担を減少させる」の項目に対して<表34～表35、図6>に示した。肯定的な回答率は、医師は12.1%（4名）、看護師は13.7%（11名）であった。KDRGは患者の経済的な負担を減少させることに対する否定的な回答率は、医師は87.9%（29名）、看護師は68.6%（40名）と韓国の医療者は、KDRGは患者の経済的な負担を減少させないという意識率が高く示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.163$, $p<0.05$)。

表34. 職種と患者の経済的な負担の減少のクロス集計表

			患者の経済的な負担の減少				合計
			そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	20	9	4	0	33
		期待度数	21.2	5.9	4.3	1.6	33.0
		標準化残差	-.3	1.3	-.2	-1.3	
		調整済み残差	-.6	1.8	-.2	-1.6	
	看護師	度数	34	6	7	4	51
		期待度数	32.8	9.1	6.7	2.4	51.0
		標準化残差	.2	-1.0	.1	1.0	
		調整済み残差	.6	-1.8	.2	1.6	
合計		度数	54	15	11	4	84
		期待度数	54.0	15.0	11.0	4.0	84.0

表35. 患者の経済的な負担の減少のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	5.440 ^a	3	.142	.154
尤度比	6.762	3	.080	.108
Fisher の直接法	5.014			.163
有効なケースの数	84			

a=3セル(37.5%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.57.

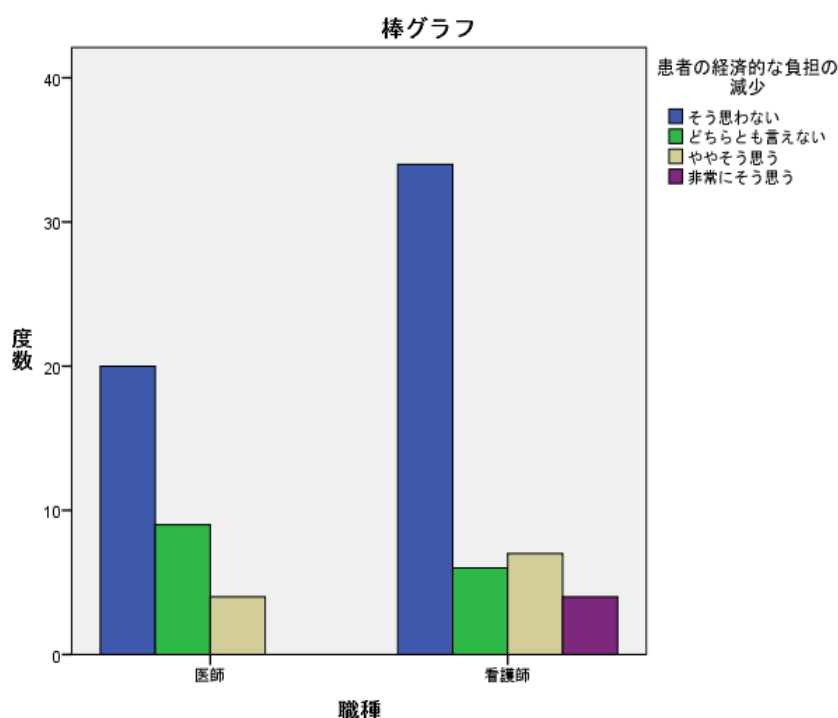


図6. 患者の経済的な負担の減少に対する職種別の意識差異

また、③「KDRGは各診療科と関係をより向上させる」の項目に対して肯定的な回答率は、医師は15.2%（5名）、看護師は27.5%（14名）であった。否定的な回答率は、医師は39.4%（13名）、看護師は35.3%（18名）であり、KDRGは各診療科と関係をより向上させることに対して否定する意識率がやや高かった<表36～表37、図7>。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.234$, $p<0.05$)。

表36. 職種と各診療科との関係を向上のクロス集計表

		各診療科との関係を向上					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	5	8	15	5	0	33
		期待度数	2.8	8.6	14.1	5.9	1.6	33.0
		標準化残差	1.4	-.2	.2	-.4	-1.3	
		調整済み残差	1.8	-.3	.4	-.5	-1.6	
	看護師	度数	2	14	21	10	4	51
		期待度数	4.3	13.4	21.9	9.1	2.4	51.0
		標準化残差	-1.1	.2	-.2	.3	1.0	
		調整済み残差	-1.8	.3	-.4	.5	1.6	
合計		度数	7	22	36	15	4	84
		期待度数	7.0	22.0	36.0	15.0	4.0	84.0

表37. 各診療科との関係を向上のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	6.007 ^a	4	.199	.202
尤度比	7.347	4	.119	.163
Fisher の直接法	5.482			.234
有効なケースの数	84			

a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は1.57。

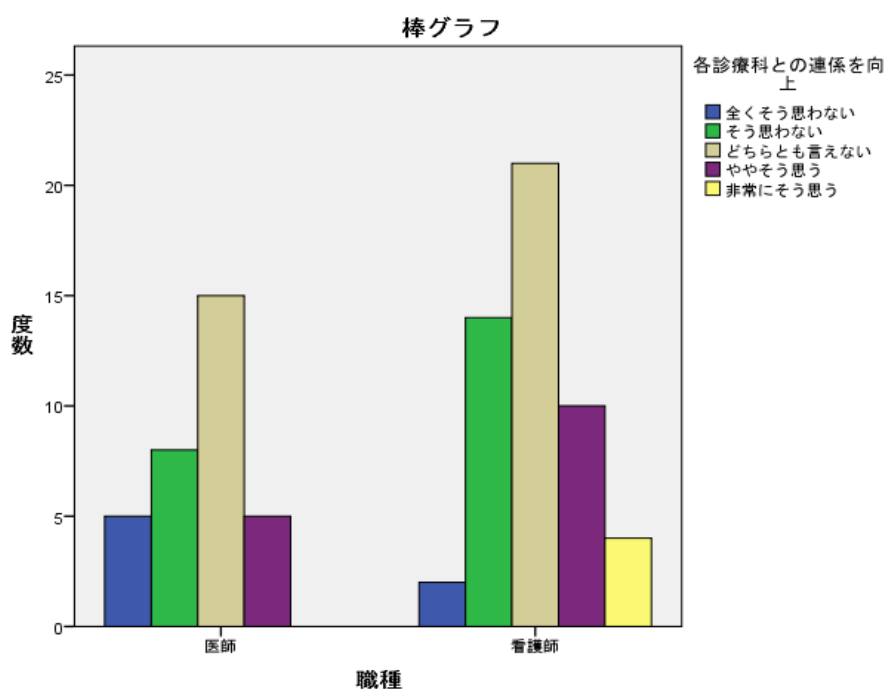


図7. 各診療科との関係を向上に対する職種別の意識差異

一方、④「KDRGは医療の機能分化・関係をより推進される」の項目に対する意識は、<表38～表39、図8>に示しているように、肯定的な回答率では、医師は48.5%（16名）、看護師は58.8%（30名）であった。否定的な回答率は、医師は12.1%（4名）、看護師は9.8%（5名）であり、職種別共に肯定的な意識率が高く示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.485$, $p<0.05$ ）。

表38. 職種と医療の機能分化・関係を向上のクロス集計表

			医療の機能分化・関係を向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	1	3	13	16	0	33
		期待度数	.4	3.1	11.4	16.9	1.2	33.0
		標準化残差	1.0	-.1	.5	-.2	-1.1	
		調整済み残差	1.3	-.1	.8	-.4	-1.4	
	看護師	度数	0	5	16	27	3	51
		期待度数	.6	4.9	17.6	26.1	1.8	51.0
		標準化残差	-.8	.1	-.4	.2	.9	
		調整済み残差	-1.3	.1	-.8	.4	1.4	
合計	度数	1	8	29	43	3	84	
	期待度数	1.0	8.0	29.0	43.0	3.0	84.0	

表39. 医療の機能分化・関係を向上のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	3.948 ^a	4	.413	.426
尤度比	5.320	4	.256	.335
Fisher の直接法	3.502			.485
有効なケースの数	84			

a=6セル(60.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は0.39。

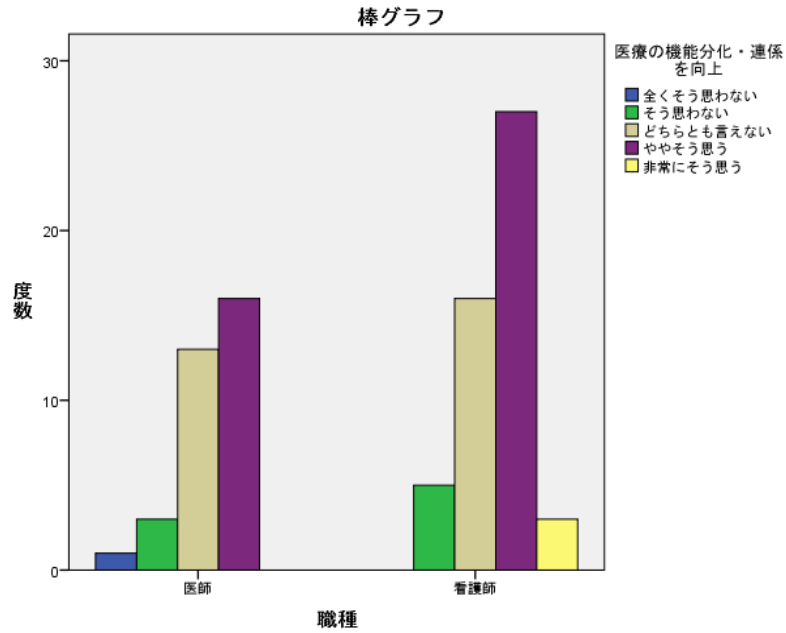


図8. 医療の機能分化・関係を向上に対する職種別の意識差異

さらに、⑤「KDRGは医療材料の使用をより標準化させる」の項目では<表40～表41、図9>に示しているように、肯定的な回答率は、医師は60.6%（20名）、看護師は70.6%（36名）であった。KDRGは医療材料の使用をより標準化させることに対して否定する回答の比率は、医師は15.2%（5名）、看護師は7.8%（4名）であり、韓国の医療者は半数以上の比率で肯定的に意識していた。

医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.250$, $p<0.05$)。

表40. 職種と医療材料の標準化の向上のクロス集計表

			医療材料の標準化の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	3	2	8	18	2	33
		期待度数	1.2	2.4	7.5	18.5	3.5	33.0
		標準化残差	1.7	-.2	.2	-.1	-.8	
		調整済み残差	2.2	-.3	.3	-.2	-1.1	
	看護師	度数	0	4	11	29	7	51
		期待度数	1.8	3.6	11.5	28.5	5.5	51.0
		標準化残差	-1.3	.2	-.2	.1	.7	
		調整済み残差	-2.2	.3	-.3	.2	1.1	
合計		度数	3	6	19	47	9	84
		期待度数	3.0	6.0	19.0	47.0	9.0	84.0

表41. 医療材料の標準化の向上のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	5.907 ^a	4	.206	.216
尤度比	6.967	4	.138	.198
Fisher の直接法	5.301			.250
有効なケースの数	84			

a=5セル(50.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.18.

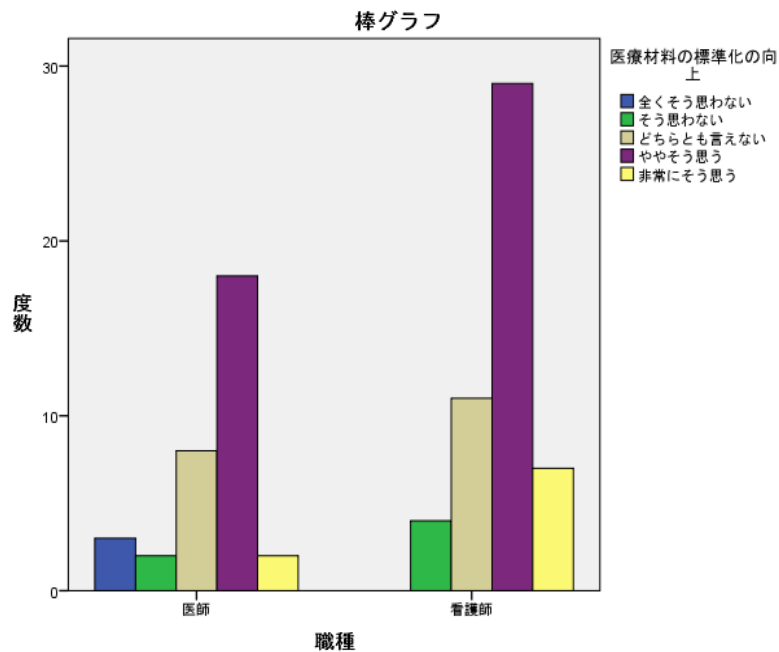


図9. 医療材料の標準化の向上に対する職種別の意識差異

また、⑥「KDRGは薬剤の種類及び投薬量をより標準化させる」の項目では、<表42～表43、図10>に示しているように、肯定的な回答率は、66.7%（22名）、看護師は66.7%（34名）であった。否定的な回答率は、医師は21.2%（7名）、看護師は17.6%（9名）であり、韓国の医療者は半数以上に肯定的な意識が高いことが示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.900$, $p<0.05$ ）。

表42. 職種と薬剤の種類及び投薬量をより標準化させるのクロス集計表

		薬剤種類及び投薬量の標準化の向上					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	2	5	4	20	2	33
		期待度数	2.4	3.9	4.7	19.3	2.8	33.0
		標準化残差	-.2	.5	-.3	.2	-.5	
		調整済み残差	-.3	.7	-.5	.3	-.6	
	看護師	度数	4	5	8	29	5	51
		期待度数	3.6	6.1	7.3	29.8	4.3	51.0
		標準化残差	.2	-.4	.3	-.1	.4	
		調整済み残差	.3	-.7	.5	-.3	.6	
合計		度数	6	10	12	49	7	84
		期待度数	6.0	10.0	12.0	49.0	7.0	84.0

表43. 薬剤の種類及び投薬量の標準化の向上のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	1.134 ^a	4	.889	.892
尤度比	1.142	4	.887	.892
Fisher の直接法	1.196			.900
有効なケースの数	84			

a=6セル(60.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は2.36。

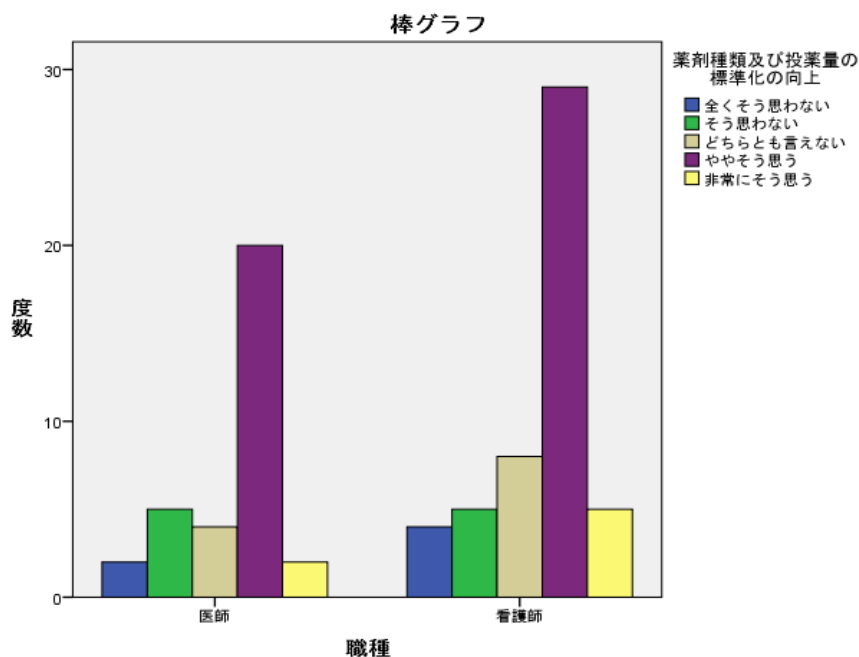


図10. 薬剤の種類及び投薬量の向上に対する職種別の意識差異

最後に、⑦「KDRGはジェネリックの使用をより増加させる」の項目では<表44～表45、図11>に示しているように、肯定的な回答率は、医師は72.7%（24名）、看護師は76.5%（39名）であった。KDRGはジェネリックの使用をより増加させることに対し、否定的な回答率は、医師は15.2%（5名）、看護師は3.9%（2名）であった。

医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった(p=0.272, p<0.05)。

表44. 職種とジェネリックの使用の増加のクロス集計表

			ジェネリックの使用の増加				合計
			そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	5	4	21	3	33
		期待度数	2.8	5.5	20.8	3.9	33.0
		標準化残差	1.4	-.6	.0	-.5	
		調整済み残差	1.8	-.9	.1	-.6	
	看護師	度数	2	10	32	7	51
		期待度数	4.3	8.5	32.2	6.1	51.0
		標準化残差	-1.1	.5	.0	.4	
		調整済み残差	-1.8	.9	-.1	.6	
合計		度数	7	14	53	10	84
		期待度数	7.0	14.0	53.0	10.0	84.0

表45. ジェネリックの使用の増加のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	4.070 ^a	3	.254	.266
尤度比	4.043	3	.257	.273
Fisher の直接法	3.811			.272
有効なケースの数	84			

a=3セル(37.5%)は期待度数が5未満. 最小期待度数 2.75.

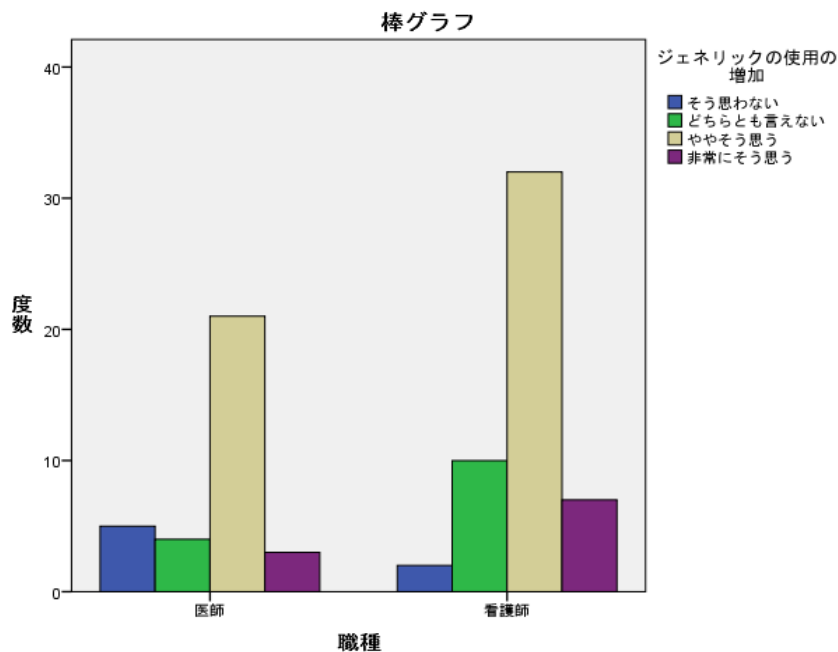


図11. ジェネリックの使用の増加の職種別の意識差異

2. KDRGの下で医療の質に関する職種別の意識分析結果

KDRGの下で医療の質に関しては5つの項目で測定した。5つの項目は、医療の質を向上、医療者の診療の裁量を保障、診療形態の変化、臨床指標の対応を増大、出来高払い制度より質の高い医療を提供について測定した。

まず、①「KDRGは医療の質を向上させる」の項目について<表46～表47、図12>に示した。医療者の肯定的な回答率は、看護師は5.9%（3名）であり、医師は肯定的な回答が示されなかった。KDRGは医療の質を向上させることに対する否定的な回答率は、医師は93.9%（31名）で、看護師は80.4%（41名）であり、KDRGは、医療の質を向上させるかに対して多数の回答率で否定する意識が半数以上に高い比率で示された。

医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.390$)。

表46. 職種と医療の質に関する意識のクロス集計表

		医療の質を向上				合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う		
職種	医師	度数	17	6	4	6	33
		期待度数	18.1	7.1	4.3	3.5	33.0
		標準化残差	-.3	-.4	-.2	1.3	
		調整済み残差	-.5	-.6	-.2	1.8	
	看護師	度数	29	12	7	3	51
		期待度数	27.9	10.9	6.7	5.5	51.0
		標準化残差	.2	.3	.1	-1.1	
		調整済み残差	.5	.6	.2	-1.8	
合計		度数	46	18	11	9	84
		期待度数	46.0	18.0	11.0	9.0	84.0

表47. 職種と医療の質に関する意識のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	3.240 ^a	3	.356	.380
尤度比	3.167	3	.367	.410
Fisher の直接法	3.124			.390
有効なケースの数	84			

a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は3.54。

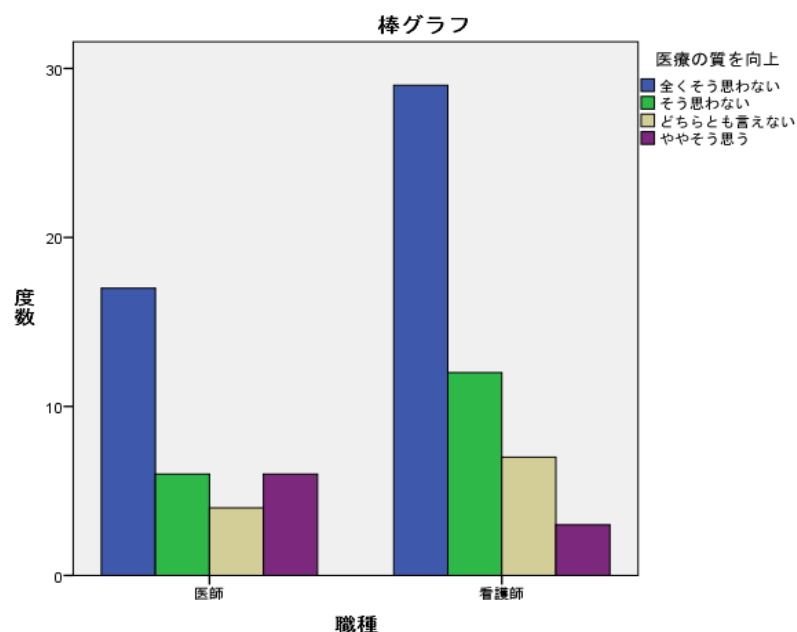


図12. 医療の質に関する職種別の意識差異

次に、②「KDRGは医療者の診療の裁量を保障する」の項目についても<表47～表48、図13>に示してのように、肯定的な回答率は、看護師は5.9%（3人）で示されたことに比べて、医師は回答がなかった。KDRGは医療者の診療の裁量を保障することに対して否定的な回答率は、医師は93.9%（31名）、看護師は82.4%（42名）であり、KDRGは医療者の診療の裁量を保障ことについて韓国の医療者は否定する意識が高い比率で示された。

医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.006$, $p<0.05$ ）。

表47. 職種と医療者の診療の裁量を保障のクロス集計表

			医療者の診療の裁量を保障				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	22	9	2	0	33
		期待度数	14.5	14.1	3.5	.8	33.0
		標準化残差	2.0	-1.4	-.8	-.9	
		調整済み残差	3.4	-2.3	-1.1	-1.2	
	看護師	度数	15	27	7	2	51
		期待度数	22.5	21.9	5.5	1.2	51.0
		標準化残差	-1.6	1.1	.7	.7	
		調整済み残差	-3.4	2.3	1.1	1.2	
合計		度数	37	36	9	2	84
		期待度数	37.0	36.0	9.0	2.0	84.0

表48. 職種と医療者の診療の裁量を保障に関する意識のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	11.786 ^a	3	.008	.004
尤度比	12.578	3	.006	.008
Fisher の直接法	11.044			.006*
有効なケースの数	84			

*= $p<0.05$, a=3セル(37.5%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.79.

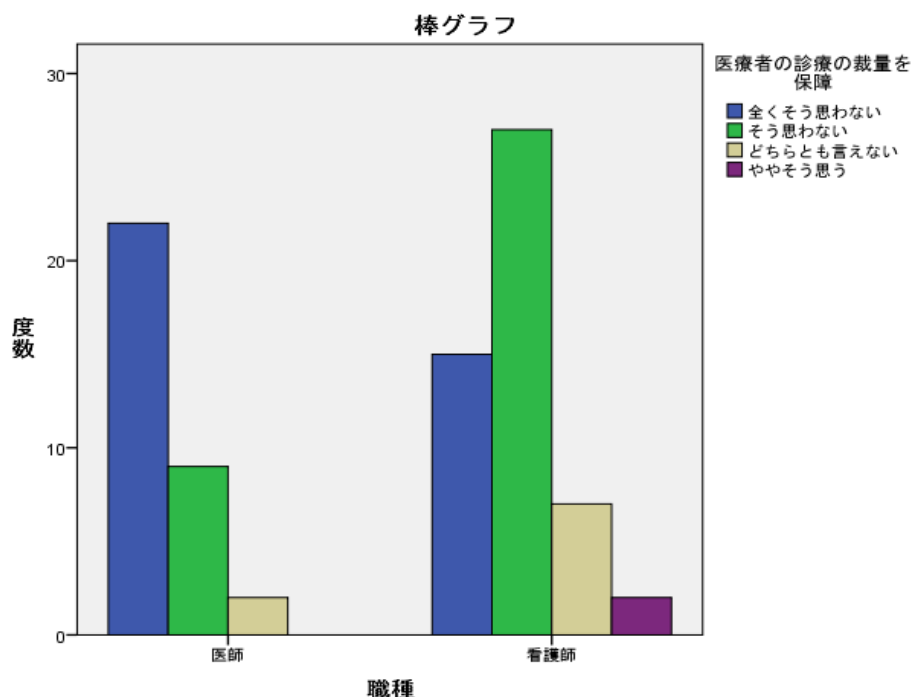


図13. 医療者の診療の裁量を保障に関する職種別の意識差異

③「KDRGは診療形態の変化もたらす」の項目に対する意識は、<表49～表50、図14>に示した。韓国の医療者は肯定的な回答率は、医師は90.9%（30名）、看護師は82.4%（42名）で示された。KDRGは診療形態の変化もたらすことに否定的な回答率と比べて韓国の医療者は過半数の以上で肯定的な意識を持っていることが示された。

医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.789$, $p<0.05$)。

表49. 職種と診療形態の変化のクロス集計表

		診療形態の変化				合計	
		そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	1	2	12	18	33
		期待度数	2.0	2.8	10.6	17.7	33.0
		標準化残差	-.7	-.5	.4	.1	
		調整済み残差	-.9	-.6	.7	.1	
	看護師	度数	4	5	15	27	51
		期待度数	3.0	4.3	16.4	27.3	51.0
		標準化残差	.6	.4	-.3	-.1	
		調整済み残差	.9	.6	-.7	-.1	
合計		度数	5	7	27	45	84
		期待度数	5.0	7.0	27.0	45.0	84.0

表50. 診療形態の変化に関するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	1.427 ^a	3	.699	.705
尤度比	1.515	3	.679	.694
Fisher の直接法	1.287			.789
有効なケースの数	84			

a=4セル(50.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.96.

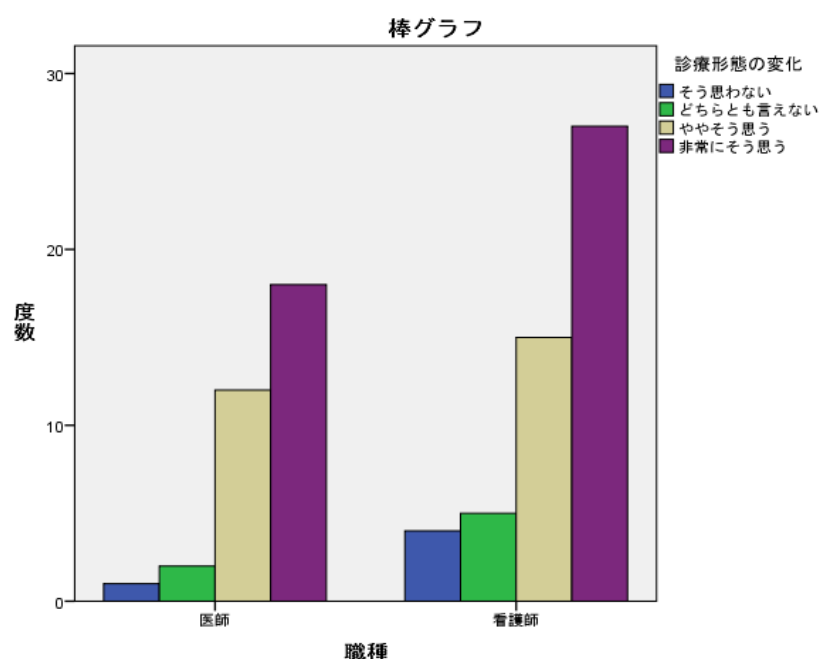


図14. 診療形態の変化に関する職種別の意識差異

④「KDRGは臨床指標の対応を増大させる」の項目では<表51～表52、図15>に示しているように、職種別に肯定的な回答率は、医師は72.7%（24名）であり、看護師は76.5%（39名）であった。KDRGは臨床指標の対応を増大させることに対して否定的な回答率は、医師は3.1%（3人）、看護師は3.9%（2人）で示され、韓国の医療者は、KDRGは臨床指標の対応を増大させると高く意識していることが示された。

医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった(p=0.828, p<0.05)。

表51. 職種と臨床指標の対応の増大に対するクロス集計表

			臨床指標の対応を増大				合計
			そう思わない	どちらとも言えない	ややそう思う	非常にそう思う	
職種	医師	度数	3	6	19	5	33
		期待度数	2.0	6.3	19.6	5.1	33.0
		標準化残差	.7	-.1	-.1	.0	
		調整済み残差	1.0	-.2	-.3	-.1	
	看護師	度数	2	10	31	8	51
		期待度数	3.0	9.7	30.4	7.9	51.0
		標準化残差	-.6	.1	.1	.0	
		調整済み残差	-1.0	.2	.3	.1	
合計		度数	5	16	50	13	84
		期待度数	5.0	16.0	50.0	13.0	84.0

表52. 臨床指標の対応の増大に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	.959 ^a	3	.811	.856
尤度比	.932	3	.818	.870
Fisher の直接法	1.085			.828
有効なケースの数	84			

a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.96.

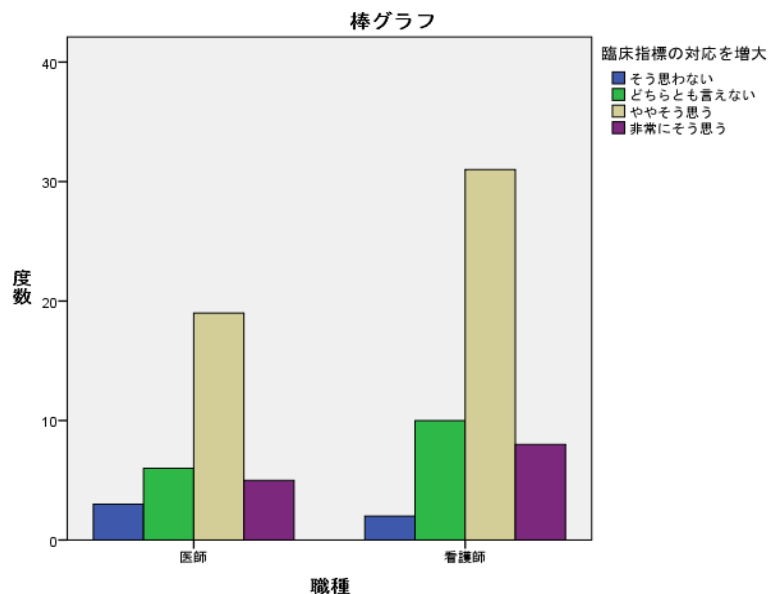


図15. 臨床指標の対応の増大に対する職種別の意識差異

最後に、⑤「KDRGは出来高払い制度より質の高い医療を提供させる」について<表53～表54、図16>に示しているように、職種別の肯定的な回答率は、看護師は3.9%（2名）で、医師は回答がなかった。KDRGは出来高払い制度より質の高い医療を提供させることに対して職種別で否定的な回答率は、医師は93.9%（31名）、看護師は86.3%（44名）で過半数以上の比率で否定する意識が高いことが示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の中で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.480$, $p<0.05$)。

表53. 職種と出来高払い制度より質の高い医療を提供に対するクロス集計表

			出来高払い制度より質の高い医療を提供				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	26	5	2	0	33
		期待度数	22.8	6.7	2.8	.8	33.0
		標準化残差	.7	-.6	-.5	-.9	
		調整済み残差	1.6	-.9	-.6	-1.2	
	看護師	度数	32	12	5	2	51
		期待度数	35.2	10.3	4.3	1.2	51.0
		標準化残差	-.5	.5	.4	.7	
		調整済み残差	-1.6	.9	.6	1.2	
合計		度数	58	17	7	2	84
		期待度数	58.0	17.0	7.0	2.0	84.0

表54. 出来高払い制度より質の高い医療を提供に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	3.073 ^a	3	.381	.416
尤度比	3.805	3	.283	.375
Fisher の直接法	2.581			.480
有効なケースの数	84			

a=4セル(50.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は0.79。

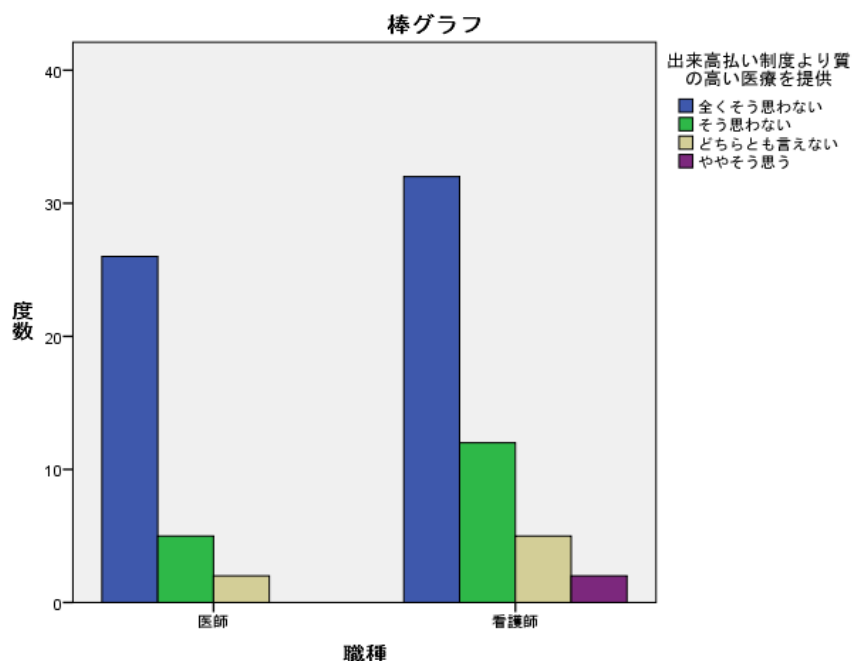


図16. 出来高払い制度より質の高い医療を提供に対する職種別の意識

3. KDRG導入後における診療形態の変化に関する職種別の意識分析結果

KDRG導入前後における診療形態の変化に関する職種別の意識は、6つの項目で測定した。6つの項目は、病院の収益率の向上、臨床指標対応の向上、地域連携の向上、医療材料の標準化の向上、検査・画像・投薬の標準化の向上、ジェネリック使用量の増加である。

まず、①「KDRG導入前と比べて現在は病院の収益率が向上した」の項目に対する意識は<表55～表56、図17>に示した。職種別の意識では、医師と看護師の回答は「どちらとも言えない」を支持する回答率は、医師は78.8%（26名）、看護師は62.8%（32名）で多数の比率で示された。

医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.451$, $p<0.05$)。

表55. 職種と病院の収益率が向上に対するクロス集計表

			病院の収益率の向上				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	2	3	26	2	33
		期待度数	3.9	3.9	22.8	2.4	33.0
		標準化残差	-1.0	-0.5	.7	-0.2	
		調整済み残差	-1.3	-0.6	1.6	-0.3	
	看護師	度数	8	7	32	4	51
		期待度数	6.1	6.1	35.2	3.6	51.0
		標準化残差	.8	.4	-0.5	.2	
		調整済み残差	1.3	.6	-1.6	.3	
合計	度数	10	10	58	6	84	
	期待度数	10.0	10.0	58.0	6.0	84.0	

表56. 病院の収益率が向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	2.757 ^a	3	.431	.432
尤度比	2.915	3	.405	.396
Fisher の直接法	2.602			.451
有効なケースの数	84			

a=4セル(50.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.36.

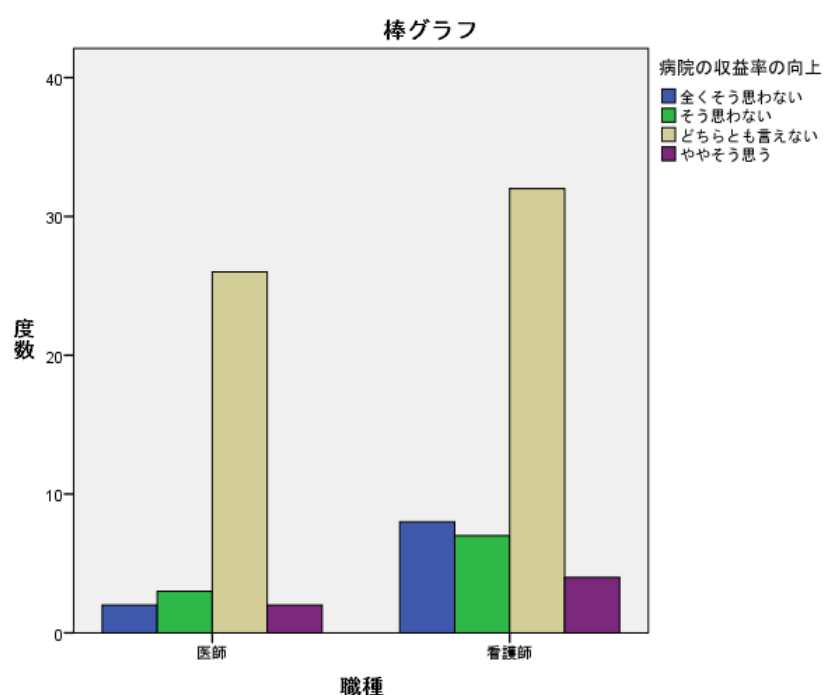


図17. 病院の収益率が向上に対する職種別の意識差異

次に、②「KDRG導入前と比べて現在は臨床指標の対応が向上した」の項目では、<表55～表56、図17>に示したように、職種別に肯定的な回答率は、医師は75.8%（25名）、看護師は60.8%（31名）で半数以上の比率で肯定的な意識が示された。KDRG導入前と比べて現在は臨床指標の対応が向上したことに対する否定的な回答率は、医師は9.1%（3名）、看護師は25.5%（13名）で肯定的な回答率が否定的な回答率に比べて高かった。

医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.232$, $p<0.05$)。

表55. 職種と臨床指標の対応の向上に対するクロス集計表

		臨床指標の対応の向上					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	1	2	5	25	0	33
		期待度数	2.4	3.9	4.7	20.8	1.2	33.0
		標準化残差	-.9	-1.0	.1	.9	-1.1	
		調整済み残差	-1.2	-1.3	.2	1.9	-1.4	
	看護師	度数	5	8	7	28	3	51
		期待度数	3.6	6.1	7.3	32.2	1.8	51.0
		標準化残差	.7	.8	-.1	-.7	.9	
		調整済み残差	1.2	1.3	-.2	-1.9	1.4	
合計		度数	6	10	12	53	3	84
		期待度数	6.0	10.0	12.0	53.0	3.0	84.0

表56. 臨床指標の対応の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	6.197 ^a	4	.185	.196
尤度比	7.542	4	.110	.159
Fisher の直接法	5.463			.232
有効なケースの数	84			

a=6セル(60.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.18.

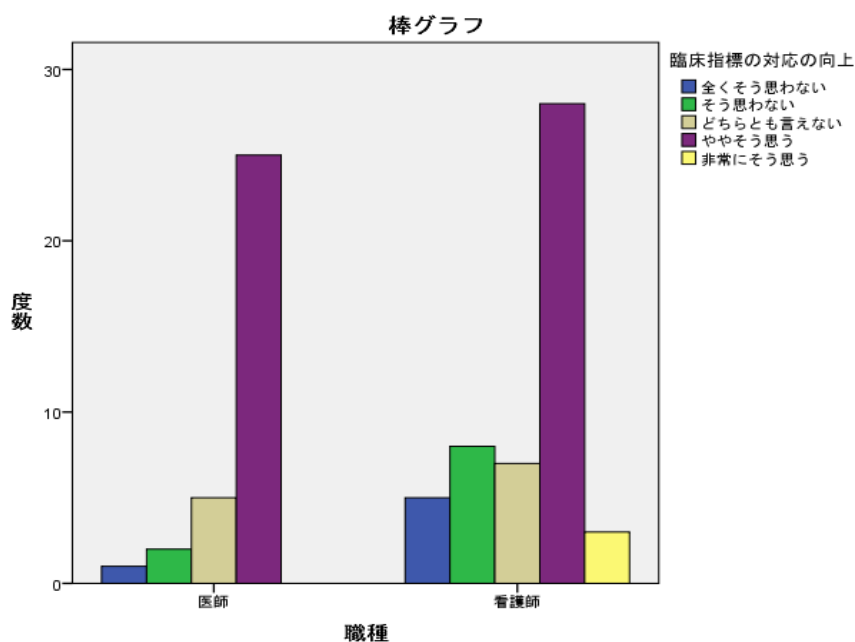


図17. 臨床指標の対応の向上に対する職種別の意識差異

③「KDRG導入前時と比べて現在は地域連携が向上した」の項目については、<表57～表58、図18>に示したように、職種別に医師と看護師の回答は「どちらとも言えない」を支持する回答率が、医師は72.7%（24名）、看護師は49.0%（25名）で示され、KDRG導入前時と比べて現在は地域連携が向上に対して否定的な回答率の45.1%（23名）に比べて肯定的な意識が高く示された。

また、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.024$, $p<0.05$ ）。

表57. 職種と地域関係の向上に対するクロス集計表

			地域連携の向上				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	2	3	24	4	33
		期待度数	2.8	8.3	19.3	2.8	33.0
		標準化残差	-.5	-1.8	1.1	.8	
		調整済み残差	-.6	-2.7	2.2	1.0	
	看護師	度数	5	18	25	3	51
		期待度数	4.3	12.8	29.8	4.3	51.0
		標準化残差	.4	1.5	-.9	-.6	
		調整済み残差	.6	2.7	-2.2	-1.0	
合計		度数	7	21	49	7	84
		期待度数	7.0	21.0	49.0	7.0	84.0

表58. 地域関係の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	8.706 ^a	3	.033	.031
尤度比	9.492	3	.023	.037
Fisher の直接法	8.968			.024*
有効なケースの数	84			

*= $p<0.05$, a=4セル(50.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.75.

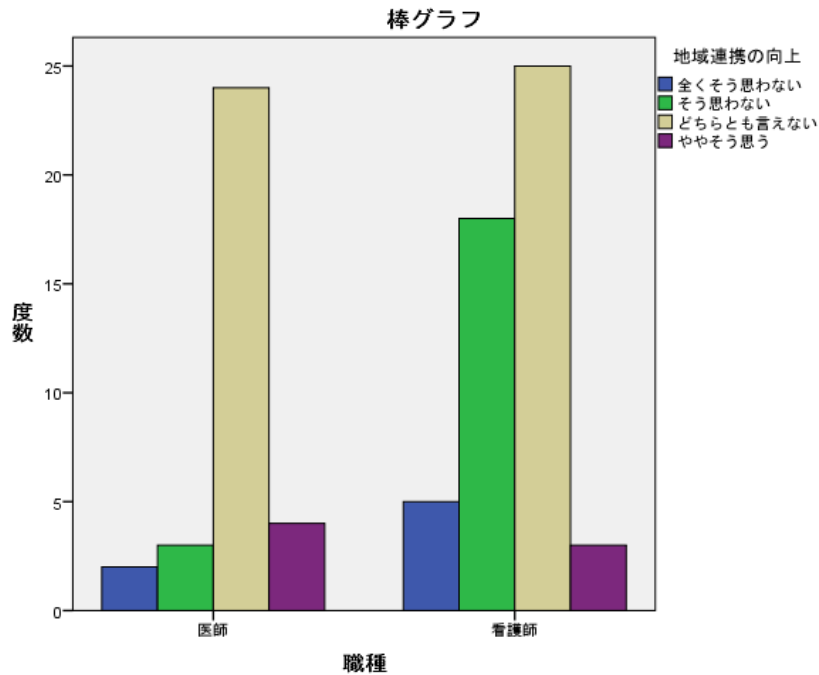


図18. 地域連携の向上に対する職種別の意識差異

次に、④「KDRG導入前と比べて現在は医療材料の標準化が向上した」の項目では、<表59～表60、図19>に示したように、職種別に肯定的な回答率は、医師は51.5%（17名）で看護師は47.1%（24人）であり、看護師に比べて半数以上を占めている。KDRG導入前と比べて現在は医療材料の標準化が向上に対する否定的な回答率は、27.5%（14名）で示されたが、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.649$, $p<0.05$)。

表59. 職種と医療材料の標準化の向上に対するクロス集計表

			医療材料の標準化の向上				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	2	3	11	17	33
		期待度数	2.8	4.7	9.4	16.1	33.0
		標準化残差	-.5	-.8	.5	.2	
		調整済み残差	-.6	-1.1	.8	.4	
	看護師	度数	5	9	13	24	51
		期待度数	4.3	7.3	14.6	24.9	51.0
		標準化残差	.4	.6	-.4	-.2	
		調整済み残差	.6	1.1	-.8	-.4	
合計		度数	7	12	24	41	84
		期待度数	7.0	12.0	24.0	41.0	84.0

表60. 医療材料の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	1.877 ^a	3	.598	.629
尤度比	1.948	3	.583	.629
Fisher の直接法	1.789			.649
有効なケースの数	84			

a=3セル(37.5%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.75.

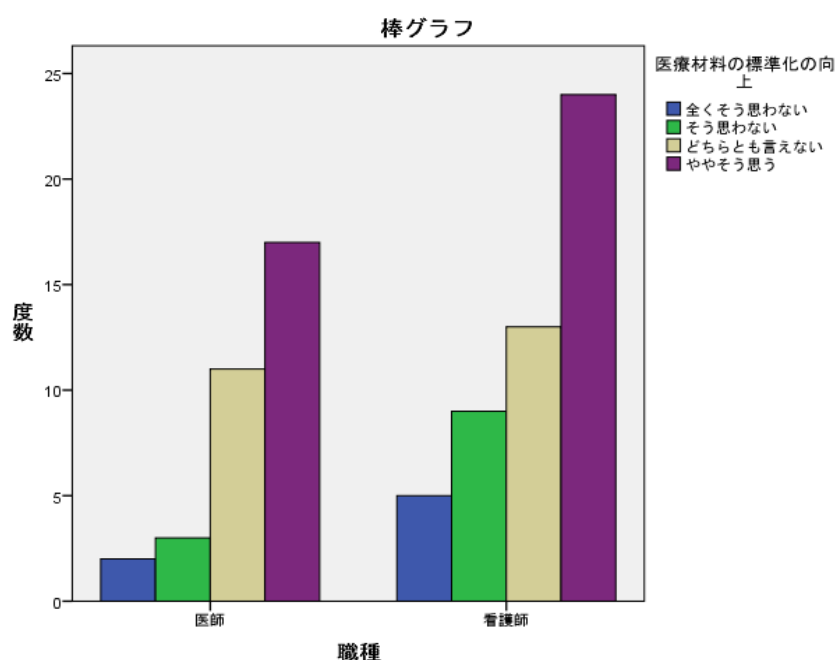


図19. 医療材料の標準化の向上に対する職種別の意識差異

⑤「KDRG導入前と比べて現在は検査・画像・投薬の標準化が向上した」の項目については、<表61～表62、図20>に示したように、職種別にKDRG導入前と比べて現在は検査・画像・投薬の標準化が向上に対する否定的な回答率が、医師は75.8% (25名)、看護師は64.7% (33名)で示され、肯定的な回答率に比べて多数を占めているが、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった ($p=0.226$, $p<0.05$)。

表61. 職種と検査・画像・投薬の標準化の向上に対するクロス集計表

		検査・画像・投薬の標準化の向上				合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う		
職種	医師	度数	8	17	8	0	33
		期待度数	5.1	17.7	9.0	1.2	33.0
		標準化残差	1.3	-.2	-.3	-1.1	
		調整済み残差	1.8	-.3	-.5	-1.4	
	看護師	度数	5	28	15	3	51
		期待度数	7.9	27.3	14.0	1.8	51.0
		標準化残差	-1.0	.1	.3	.9	
		調整済み残差	-1.8	.3	.5	1.4	
合計		度数	13	45	23	3	84
		期待度数	13.0	45.0	23.0	3.0	84.0

表62. 検査・画像・投薬の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	4.879 ^a	3	.181	.190
尤度比	5.851	3	.119	.173
Fisher の直接法	4.347			.226
有効なケースの数	84			

a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.18.

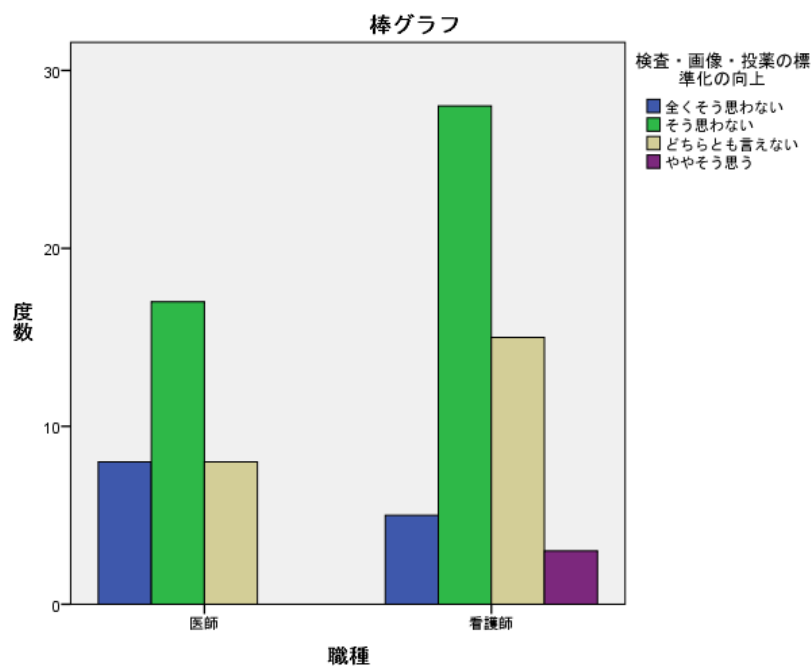


図20. 検査・画像・投薬の標準化の向上に対する職種別の意識差異

⑥「KDRG導入前と比べて現在はジェネリック使用量が増加した」の項目に対する意識結果は<表63～表64、図21>に示したように、職種別に肯定的な回答率は、医師は78.8%（26名）、看護師は74.5%（38名）であり、ジェネリック使用量が増加に対する回答者の否定的な回答率は示されなかった。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.157$, $p<0.05$ ）。

表63. ジェネリック使用量の増加に対するクロス集計表

			ジェネリック使用量の増加			合計
			どちらとも言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	7	26	0	33
		期待度数	7.9	23.2	2.0	33.0
		標準化残差	-.3	.6	-1.4	
		調整済み残差	-.4	1.4	-1.9	
	看護師	度数	13	33	5	51
		期待度数	12.1	35.8	3.0	51.0
		標準化残差	.2	-.5	1.1	
		調整済み残差	.4	-1.4	1.9	
合計	度数	20	59	5	84	
	期待度数	20.0	59.0	5.0	84.0	

表64. ジェネリック使用量の増加に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	3.955 ^a	2	.138	.157
尤度比	5.705	2	.058	.083
Fisher の直接法	3.707			.157
有効なケースの数	84			

a=2セル(33.3%)は期待度数が5未満。最小期待度数は1.96。

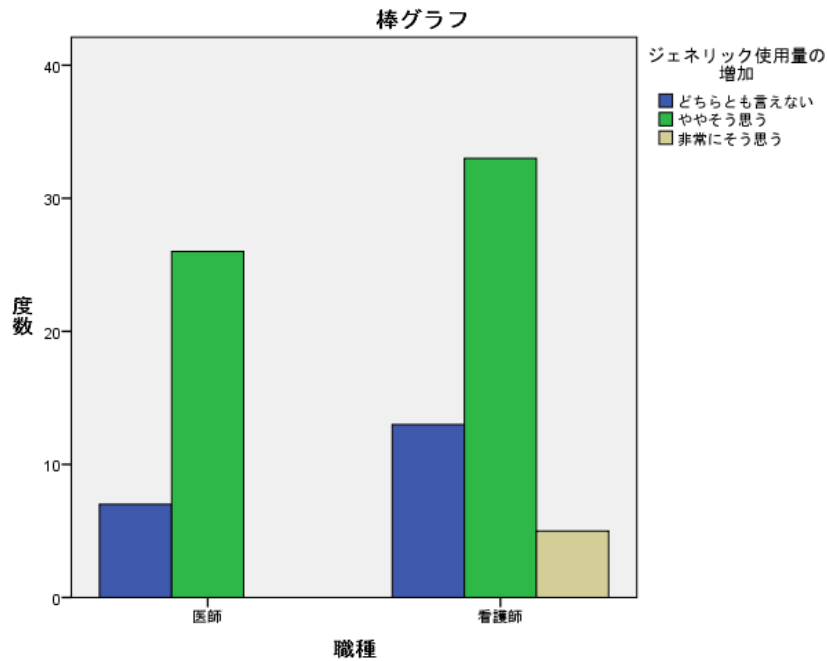


図21. ジェネリック使用量の増加に対する職種別の意識差異

4. KDRGにおけるCPに関する医療者の職種別の意識分析結果

KDRGにおけるCPの意識は、白内障手術にCP適用に対する賛成率、CPの必要性、現行CPに対する満足度、CPに対する患者満足度の向上、KDRGにCP対応性の5つの項目で測定した。

①「KDRGにおいて白内障手術にCPを適用することに対して賛成する」の項目に対する意識結果は<表65～表66、図22>に示した。職種別に肯定的な回答率は、医師は84.9%（28名）、看護師は92.2%（47名）であり、職別の意識でも肯定的な回答率が過半数の以上を占めている。白内障手術にCPを適用することに対して医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.444$, $p<0.05$ ）。

表65. 職種と白内障手術にCP適用に対する賛成率のクロス集計表

			白内障手術にCP適用に対する賛成率			合計
			どちらとも言えない	ややそう思う	非常にそう思う	
職種	医師	度数	5	4	24	33
		期待度数	3.5	5.5	24.0	33.0
		標準化残差	.8	-.6	.0	
		調整済み残差	1.1	-.9	.0	
	看護師	度数	4	10	37	51
		期待度数	5.5	8.5	37.0	51.0
		標準化残差	-.6	.5	.0	
		調整済み残差	-1.1	.9	.0	
合計	度数	9	14	61	84	
	期待度数	9.0	14.0	61.0	84.0	

表66. 白内障手術にCP適用に対する賛成率のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	1.673 ^a	2	.433	.444
尤度比	1.673	2	.433	.444
Fisher の直接法	1.657			.444
有効なケースの数	84			

a=1セル(16.7%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.54.

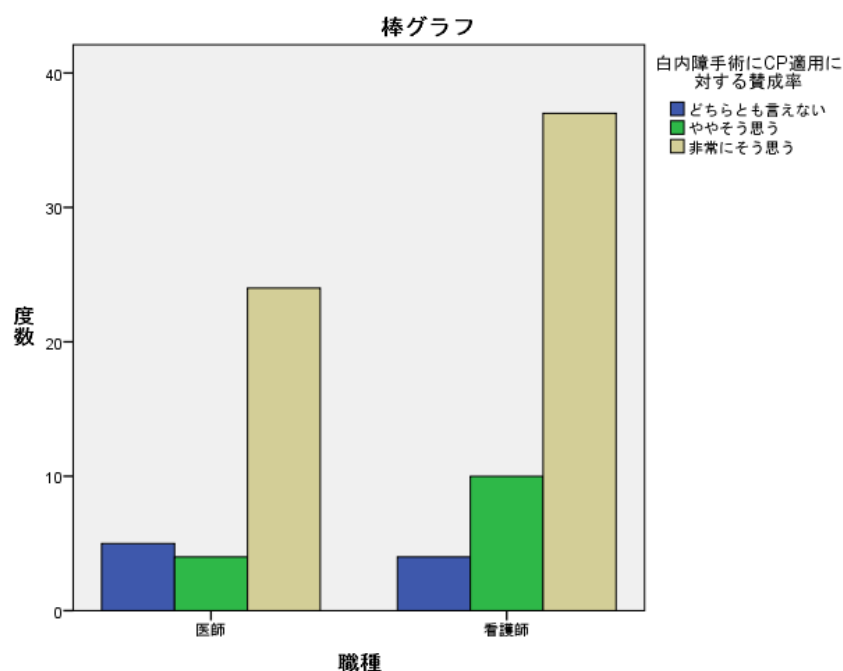


図22. 白内障手術にCP適用に対する賛成率の職種別の意識差異

②「KDRGは他の疾患においてもCPの必要性を増大させる」の項目に対する意識結果についても<表67～表68、図23>、職種別に肯定的な回答率は、医師は100%（33名）、看護師は88.2%（45名）であり、肯定的な意識が高い点数で占めている。白内障手術にCPの必要性に対して医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に意識の有意差を認めた（ $p=0.031$ 、 $p<0.05$ ）。

表67. 職種とCPの必要性に対するクロス集計表

			CPの必要性			合計
			どちらとも言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	0	3	30	33
		期待度数	2.4	5.1	25.5	33.0
		標準化残差	-1.5	-.9	.9	
		調整済み残差	-2.0	-1.3	2.4	
	看護師	度数	6	10	35	51
		期待度数	3.6	7.9	39.5	51.0
		標準化残差	1.2	.8	-.7	
		調整済み残差	2.0	1.3	-2.4	
合計	度数	6	13	65	84	
	期待度数	6.0	13.0	65.0	84.0	

表68. CPに必要性に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗 尤度比	6.600 ^a 8.792	2 2	.037 .012	.029 .017
Fisher の直接法	6.402			.031*
有効なケースの数	84			

*=p<0.05, a=2セル(33.3%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.36.

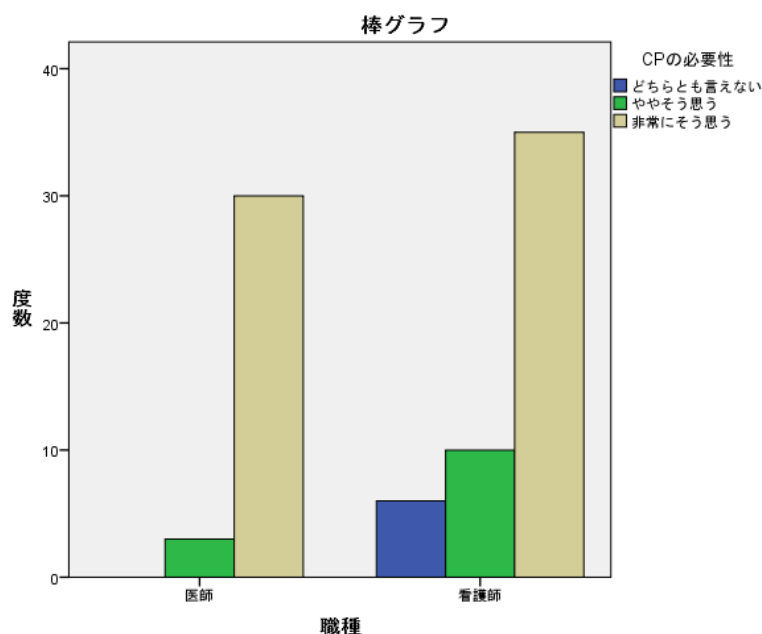


図23. CPの必要性に対する職種別の意識差異

③「現行CPに対して満足している」の項目に対する意識結果は<表69～表70、図24>に示した。職種別に肯定的な回答率に比べて現行CPに関して満足することに対して否定的な回答率が、医師は87.9%（29名）、看護師は82.9%（42名）で過半数の以上が満足していない意識率が高く示された。

医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.674$, $p<0.05$ ）。

表69. 職種とCPに対する満足度のクロス集計表

			現行CPに対する満足度				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	8	21	3	1	33
		期待度数	9.8	18.1	3.9	1.2	33.0
		標準化残差	-.6	.7	-.5	-.2	
		調整済み残差	-.9	1.3	-.6	-.2	
	看護師	度数	17	25	7	2	51
		期待度数	15.2	27.9	6.1	1.8	51.0
		標準化残差	.5	-.6	.4	.1	
		調整済み残差	.9	-1.3	.6	.2	
合計		度数	25	46	10	3	84
		期待度数	25.0	46.0	10.0	3.0	84.0

表70. CPに対する満足度のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	1.744 ^a	3	.627	.675
尤度比	1.760	3	.624	.675
Fisher の直接法	1.790			.674
有効なケースの数	84			

a=3セル(37.5%)は期待度数が5未満。最小期待度数は1.18。

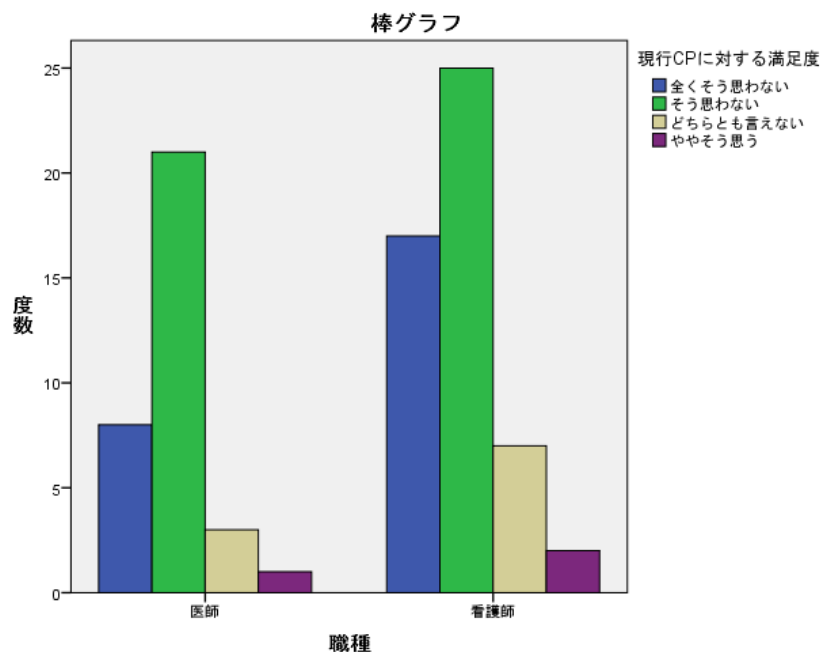


図24. CPに対する満足度の職種別の意識差異

また、④「現行CPに対して患者の満足度が向上した」の項目に対する意識結果は<表71～表72、図25>に示した。職種別に肯定的な意見は、医師は21.2%（7名）、看護師は19.6%（10名）であった。しかし、普通である「どちらとも言えない」を支持する回答率が医師は72.7%（24名）、看護師は62.8%（32名）で高い意識率が示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.123$, $p<0.05$ ）。

表71. CPに対する患者満足度の向上のクロス集計表

			CPに対する 患者満足度の向上				合計
			そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	2	24	7	0	33
		期待度数	4.3	22.0	5.1	1.6	33.0
		標準化残差	-1.1	.4	.8	-1.3	
		調整済み残差	-1.5	.9	1.2	-1.6	
	看護師	度数	9	32	6	4	51
		期待度数	6.7	34.0	7.9	2.4	51.0
		標準化残差	.9	-.3	-.7	1.0	
		調整済み残差	1.5	-.9	-1.2	1.6	
合計	度数	11	56	13	4	84	
	期待度数	11.0	56.0	13.0	4.0	84.0	

表72. CPに対する患者満足度の向上のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	6.097 ^a	3	.107	.106
尤度比	7.700	3	.053	.075
Fisher の直接法	5.632			.123
有効なケースの数	84			

a=3セル(37.5%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.57.

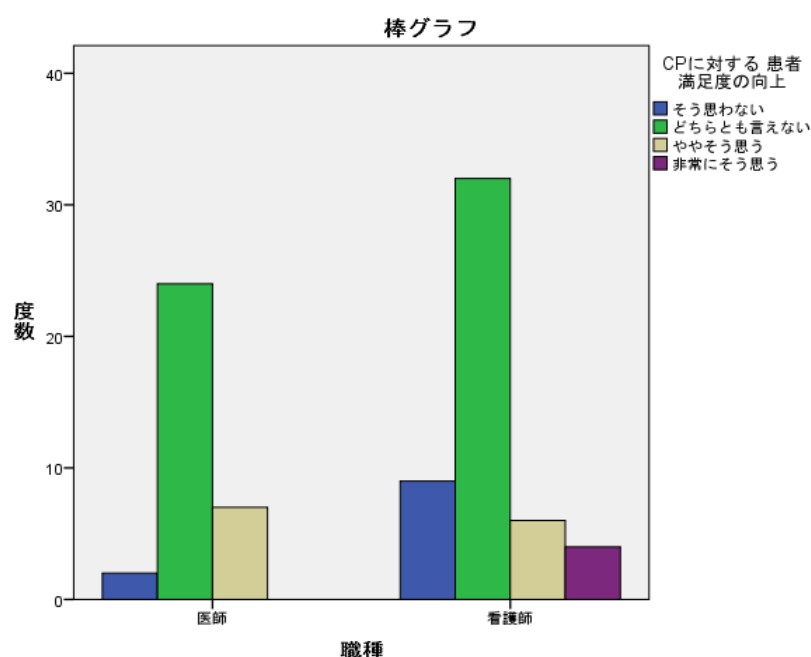


図25. CPに対する患者満足度の向上の職種別の意識差異

最後に、⑤「現行CPはKDRGに対応している」の項目に対する意識結果は<表73～表74、図26>に示した。職種別に否定的な回答率が、医師は63.6%（21名）、看護師は56.86%（29名）で示され、現行CPはKDRGに対応していることに対して肯定的な回答率に比べると否定的な意識率が高かった。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.749$, $p<0.05$ ）。

表73. KDRGにCPの対応性に対するクロス集計表

			KDRGにCPの対応性				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	6	15	9	3	33
		期待度数	7.1	12.6	10.2	3.1	33.0
		標準化残差	-.4	.7	-.4	-.1	
		調整済み残差	-.6	1.1	-.6	-.1	
	看護師	度数	12	17	17	5	51
		期待度数	10.9	19.4	15.8	4.9	51.0
		標準化残差	.3	-.6	.3	.1	
		調整済み残差	.6	-1.1	.6	.1	
合計		度数	18	32	26	8	84
		期待度数	18.0	32.0	26.0	8.0	84.0

表74. KDRGにCP対応性に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	1.289 ^a	3	.732	.749
尤度比	1.284	3	.733	.757
Fisher の直接法	1.318			.749
有効なケースの数	84			

a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は3.14。

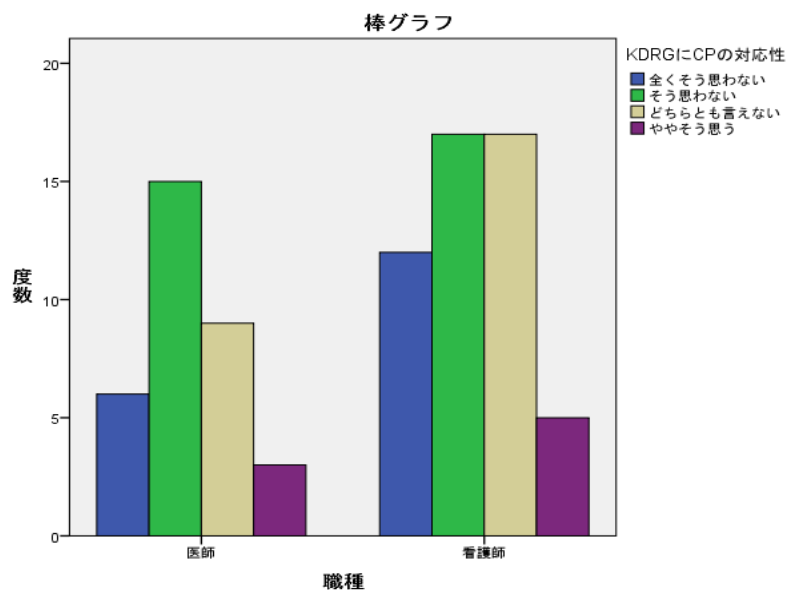


図26. KDRGにCP対応性に対する職種別の意識差異

5. KDRGにおけるCP導入効果に関する医療者の職種別の意識分析結果

KDRGにおけるCP導入効果に関する医療者の職種別で意識は、患者管理の効率性の向上、在院日数の短縮効果の向上、病床の回転率の向上、病院の収益率の向上、臨床指標対応の向上、地域連携増大の向上、医療材料の標準化の向上、検査・画像・投薬の標準化の向上の8つの項目で測定した。現行CPの導入効果に対し、回答者の意識はやや一致していない傾向性が見られた。まず、①「現行CPは患者管理の効率性の向上に効果がある」の項目に対する意識結果は<表75～表76、図27>に示した。職種別に肯定的な回答率は、医師は18.2%（6名）、看護師は21.6%（11名）であった。

現行CPは患者管理の効率性の向上に効果があることに対する否定的な回答率は、医師は30.3%（10名）、看護師は21.6%（11名）であった。しかし、回答者の「何方とも言えない」を支持する回答率が、医師は51.5%（17名）、看護師は56.9%（29名）で示され、KDRG導入前後においてCPによる患者管理の効率性の向上に対する効果は変化がないと意識していることが示された。患者管理の効率性の向上について医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.656$, $p<0.05$ ）。

表75. 職種と患者管理の効率性の向上に対するクロス集計表

			患者管理の効率性の向上				合計
			そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	10	17	6	0	33
		期待度数	8.3	18.1	5.9	.8	33.0
		標準化残差	.6	-.3	.0	-.9	
		調整済み残差	.9	-.5	.1	-1.2	
	看護師	度数	11	29	9	2	51
		期待度数	12.8	27.9	9.1	1.2	51.0
		標準化残差	-.5	.2	.0	.7	
		調整済み残差	-.9	.5	-.1	1.2	
合計	度数	21	46	15	2	84	
	期待度数	21.0	46.0	15.0	2.0	84.0	

表76. 患者管理の効率性の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	2.013 ^a	3	.570	.602
尤度比	2.704	3	.440	.552
Fisher の直接法	1.698			.656
有効なケースの数	84			

a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は0.79。

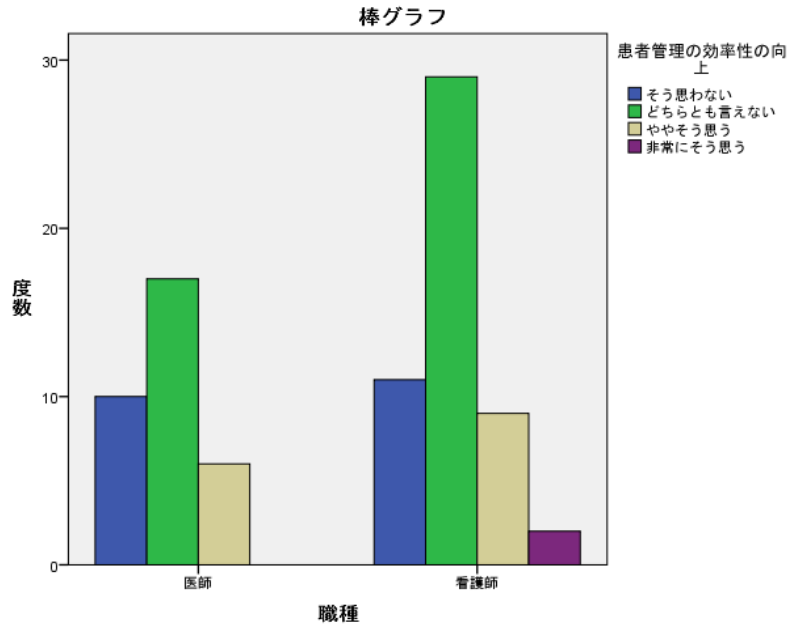


図27. 患者管理の効率性の向上に対する職種別の意識差異

次に、②「現行CPは在院日数の短縮に効果がある」の項目に対する意識結果は<表77～表78、図28>に示した。職種別に医師は、「何方とも言えない」が69.7%（29名）で多数を占めていた。看護師は肯定的な回答率が43.1%（22名）で占めており、現行CPにおける在院日数の短縮効果に対する回答者の意識が一致していないことが示され、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.003$ 、 $p<0.05$ ）。

表77. 職種と在院日数の短縮効果の向上に対するクロス集計表

		在院日数の短縮効果の向上				合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う		
職種	医師	度数	1	3	23	6	33
		期待度数	1.6	5.5	14.9	11.0	33.0
		標準化残差	-.5	-1.1	2.1	-1.5	
		調整済み残差	-.6	-1.5	3.6	-2.4	
	看護師	度数	3	11	15	22	51
		期待度数	2.4	8.5	23.1	17.0	51.0
		標準化残差	.4	.9	-1.7	1.2	
		調整済み残差	.6	1.5	-3.6	2.4	
合計		度数	4	14	38	28	84
		期待度数	4.0	14.0	38.0	28.0	84.0

表78. 在院日数の短縮効果の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	13.145 ^a	3	.004	.003
尤度比	13.436	3	.004	.005
Fisher の直接法	12.772			.003*
有効なケースの数	84			

*=p<0.05, a=2 セル (25.0%) は期待度数が 5 未満. 最小期待度数は 1.57.

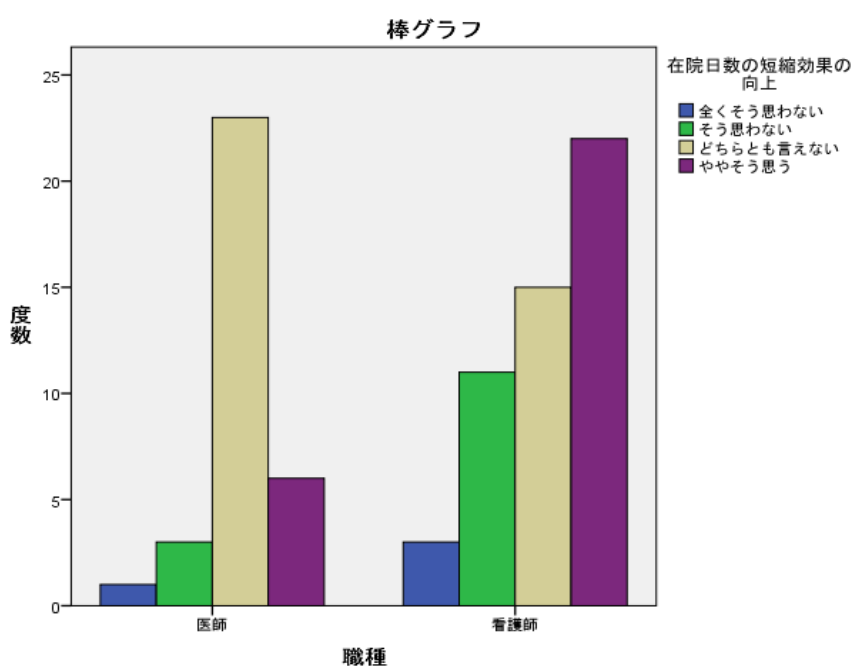


図28. 在院日数の短縮効果の向上に対する職種別の意識差異

また、③「現行CPは病床の回転率の向上に効果がある」の項目に対する意識結果は<表79～表80、図29>に示した。職種別に医師は「何方とも言えない」が66.7% (22名)、看護師は肯定的な回答に54.9% (28名)で、多数を占めており、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた (p=0.003、p<0.05)。

表79. 職種別と病床の回転率の向上に対するクロス集計表

			病床の回転率の向上			合計
			そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	3	22	8	33
		期待度数	4.3	14.5	14.1	33.0
		標準化残差	-.6	2.0	-1.6	
		調整済み残差	-.9	3.4	-2.8	
	看護師	度数	8	15	28	51
		期待度数	6.7	22.5	21.9	51.0
		標準化残差	.5	-1.6	1.3	
		調整済み残差	.9	-3.4	2.8	
合計	度数	11	37	36	84	
	期待度数	11.0	37.0	36.0	84.0	

表80. 病床の回転率の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	11.373 ^a	2	.003	.003*
尤度比	11.571	2	.003	.006
Fisher の直接法	11.166			.003
有効なケースの数	84			

*=p<0.05, a=1セル(16.7%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は4.32.

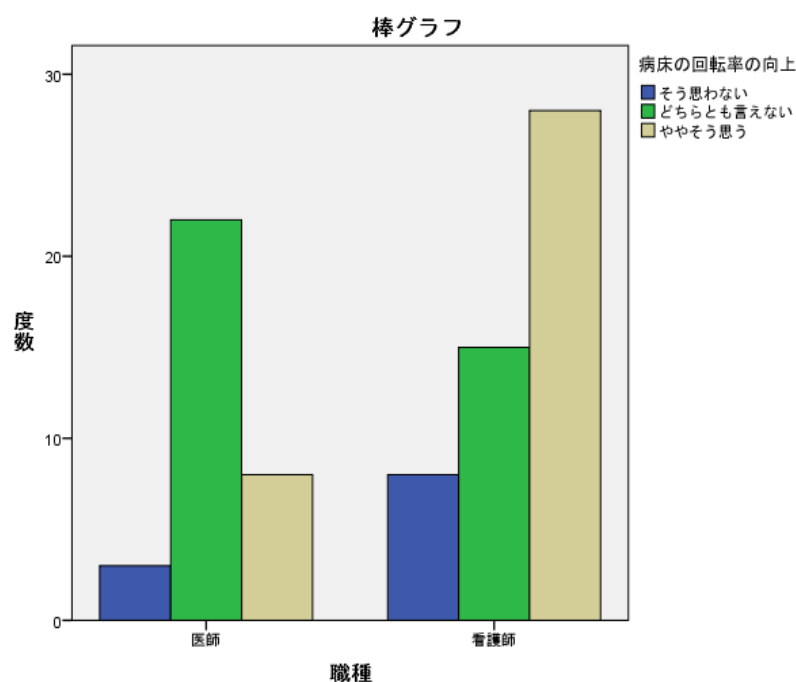


図29. 病床の回転率の向上に対する職種別の意識差異

④「現行CPは病院の収益率の向上に効果がある」の項目に対する意識結果は<表81～表82、図30>に示した。職種別に医師は否定的な回答率が57.6%（19名）、看護師は「どちらとも言えない」が60.0%（31名）で職種別に違う意識が示され、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$ 、 $p<0.05$ ）

表81. 職種別と病院の収益率の向上に対するクロス集計表

		病院の収益率の向上				合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う		
職種	医師	度数	4	15	8	6	33
		期待度数	1.6	9.4	15.3	6.7	33.0
		標準化残差	1.9	1.8	-1.9	-.3	
		調整済み残差	2.5	2.8	-3.3	-.4	
	看護師	度数	0	9	31	11	51
		期待度数	2.4	14.6	23.7	10.3	51.0
		標準化残差	-1.6	-1.5	1.5	.2	
		調整済み残差	-2.5	-2.8	3.3	.4	
合計		度数	4	24	39	17	84
		期待度数	4.0	24.0	39.0	17.0	84.0

表82. 病院の収益率の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	17.480 ^a	3	.001	.000
尤度比	19.152	3	.000	.000
Fisher の直接法	16.992			.000*
有効なケースの数	84			

*= $p<0.05$, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は 1.57.

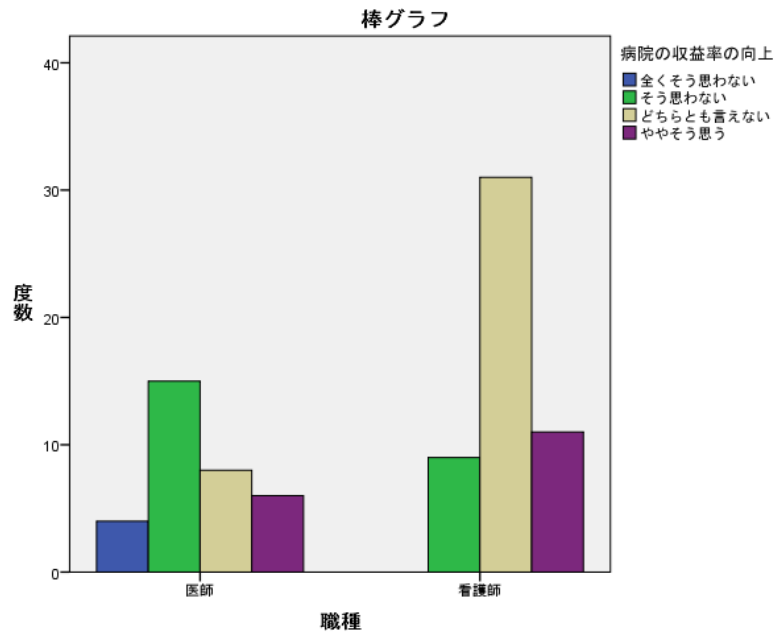


図30. 病院の収益率の向上に対する職種別の意識差異

また、⑤「現行CPは臨床指標の対応に効果がある」についても<表83～表84、図31>に示したように医師は否定的な回答率が57.6%（19名）で、看護師は「何方とも言えない」が60.8%（31名）を占めており、職種別の意識差異の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、医師と看護師の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$ 、 $p<0.05$ ）。

表83. 職種と臨床指標対応の向上に対するクロス集計表

			臨床指標対応の向上				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	4	15	8	6	33
		期待度数	1.6	9.4	15.3	6.7	33.0
		標準化残差	1.9	1.8	-1.9	-.3	
		調整済み残差	2.5	2.8	-3.3	-.4	
	看護師	度数	0	9	31	11	51
		期待度数	2.4	14.6	23.7	10.3	51.0
		標準化残差	-1.6	-1.5	1.5	.2	
		調整済み残差	-2.5	-2.8	3.3	.4	
合計	度数	4	24	39	17	84	
	期待度数	4.0	24.0	39.0	17.0	84.0	

表84. 臨床指標対応の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	17.480 ^a	3	.001	.000
尤度比	19.152	3	.000	.000
Fisher の直接法	16.992			.000*
有効なケースの数	84			

*=p<0.05, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.57.

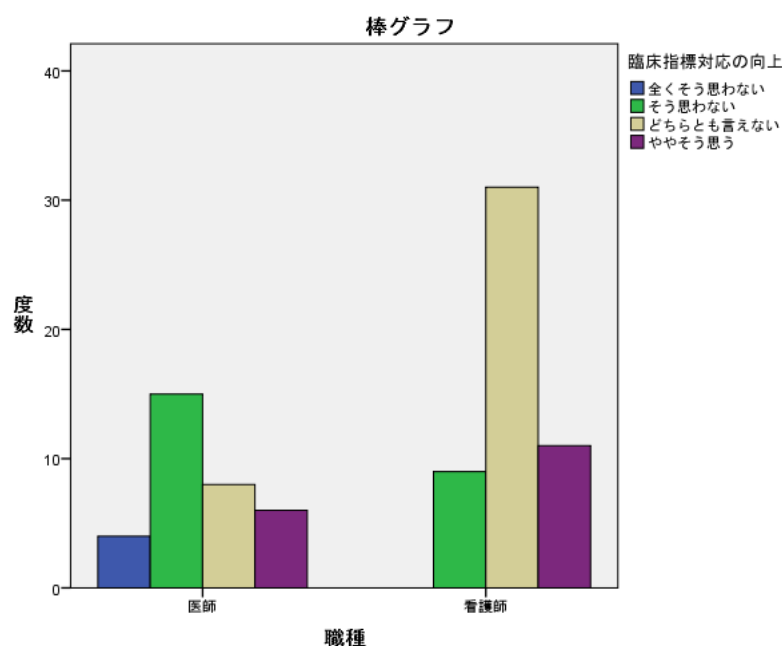


図31. 臨床指標対応の向上に対する職種別の意識差異

⑥「現行CPは地域連携の増大に効果がある」の項目に対する意識結果は<表85～表86、図32>に示した。職種別に肯定的な回答率は、医師は12.1%（4名）、看護師は13.7%（7名）で示されたが、現行CPは地域連携の増大に効果があることに対する否定的な回答率は、医師は24.2%（8名）、看護師は21.6%（11名）であったが、この項目でも回答者の回答が「何方とも言えない」を支持する意識率が多数を占めており、クロス集計による意識差異の検定では有意差は認めなかったが地域連携の向上に対する効果は変化ないと意識していることが分かった。

表85. 職種と地域連携増大の向上に対するクロス集計表

			地域連携増大の向上				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	0	8	21	4	33
		期待度数	1.2	6.3	21.2	4.3	33.0
		標準化残差	-1.1	.7	.0	-.2	
		調整済み残差	-1.4	1.0	-.1	-.2	
	看護師	度数	3	8	33	7	51
		期待度数	1.8	9.7	32.8	6.7	51.0
		標準化残差	.9	-.6	.0	.1	
		調整済み残差	1.4	-1.0	.1	.2	
合計	度数	3	16	54	11	84	
	期待度数	3.0	16.0	54.0	11.0	84.0	

表86. 地域連携増大の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	2.754 ^a	3	.431	.455
尤度比	3.789	3	.285	.380
Fisher の直接法	2.384			.542
有効なケースの数	84			

a=3セル(37.5%)は期待度数が5未満。最小期待度数は1.18。

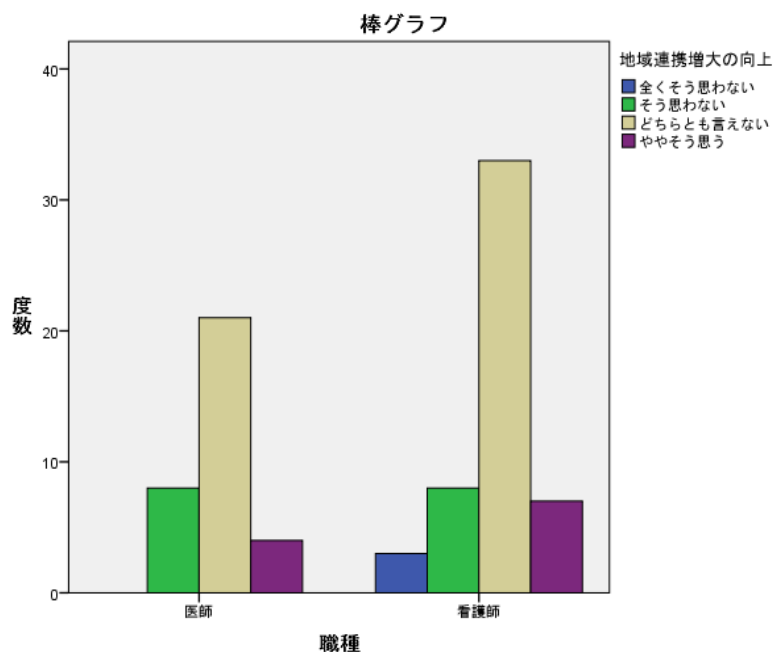


図32. 地域連携増大の向上に対する職種別の意識差異

その他にKDRGにおけるCPの導入効果に対する一致する意識としては、⑦「現行CPは医療材料の標準化の向上に効果がある」の項目の意識結果を<表87～表88、図33>に示したように、職種別に肯定的な回答率が医師は、69.7%（23名）、看護師は43.1%（22名）で示され、クロス集計による意識差異の検定では有意差は認めなかった。（ $p=0.082$ 、 $p<0.05$ ）。

また、⑧「現行CPは検査・画像・投薬の標準化の向上に効果がある」についても<表89～表90、図34>、職種別に否定的な回答率が医師は63.6%（21名）、看護師は58.8%（30名）で、肯定的な回答率が医師は21.2%（7名）、看護師は11.8%（6名）に比べて多数の比率で否定的な意見に一致する意識を持っていることが示されたが、職種別の意識差異の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師と看護師の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.243$ 、 $p<0.05$ ）。

表87. 職種と医療材料の標準化の向上に対するクロス集計

			医療材料の標準化の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	2	3	5	23	0	33
		期待度数	2.4	5.5	7.5	16.9	.8	33.0
		標準化残差	-.2	-1.1	-.9	1.5	-.9	
		調整済み残差	-.3	-1.5	-1.3	2.7	-1.2	
	看護師	度数	4	11	14	20	2	51
		期待度数	3.6	8.5	11.5	26.1	1.2	51.0
		標準化残差	.2	.9	.7	-1.2	.7	
		調整済み残差	.3	1.5	1.3	-2.7	1.2	
合計		度数	6	14	19	43	2	84
		期待度数	6.0	14.0	19.0	43.0	2.0	84.0

表88. 医療材料の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	8.231 ^a	4	.083	.073
尤度比	9.073	4	.059	.081
Fisher の直接法	7.588			.082
有効なケースの数	84			

a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は0.79。

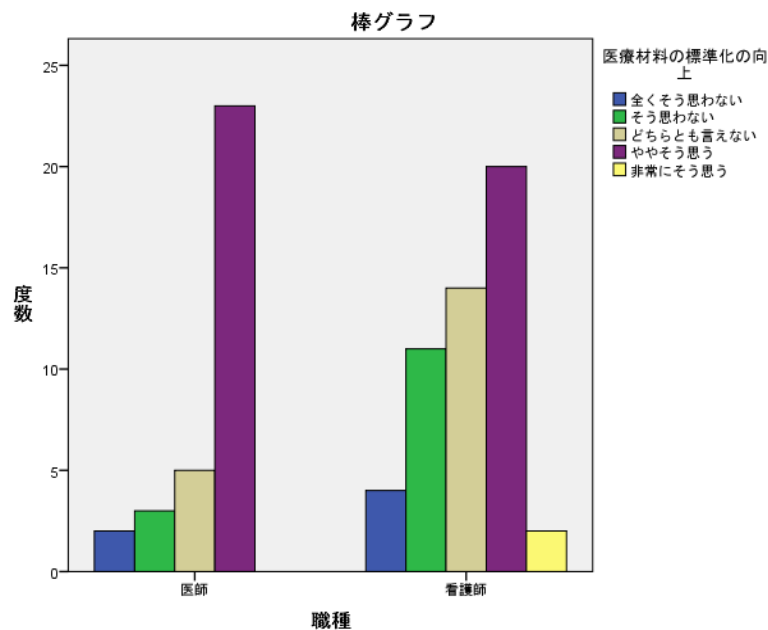


図33.医療材料の標準化の向上に対する職種別の意識差異

表89. 職種と検査・画像・投薬の標準化の向上に対するクロス集計

		検査・画像・投薬の標準化の向上			合計	
		そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う		
職種	医師	度数	21	5	7	33
		期待度数	20.0	7.9	5.1	33.0
		標準化残差	.2	-1.0	.8	
		調整済み残差	.4	-1.5	1.2	
	看護師	度数	30	15	6	51
		期待度数	31.0	12.1	7.9	51.0
		標準化残差	-.2	.8	-.7	
		調整済み残差	-.4	1.5	-1.2	
合計		度数	51	20	13	84
		期待度数	51.0	20.0	13.0	84.0

表90. 検査・画像・投薬の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	2.943 ^a	2	.230	.243
尤度比	3.019	2	.221	.243
Fisher の直接法	2.913			.243
有効なケースの数	84			

a=0セル(0.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は5.11。

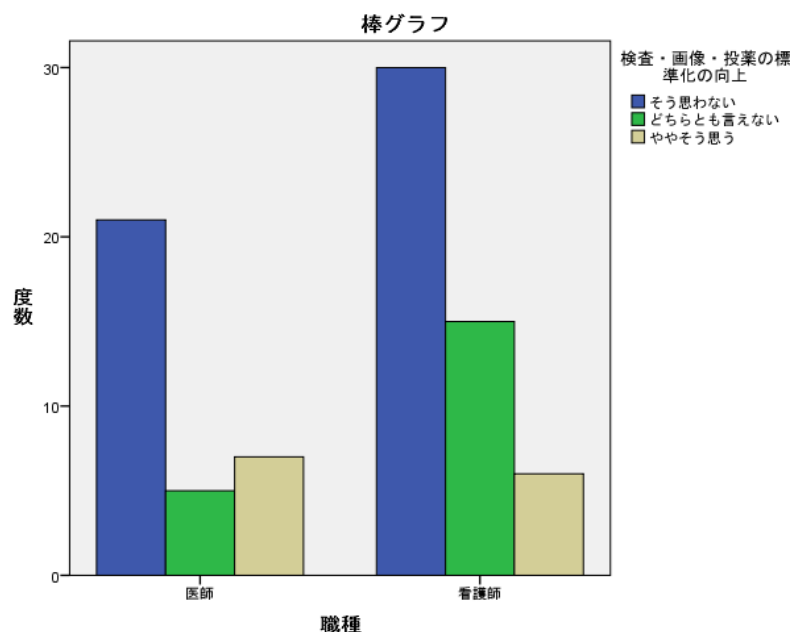


図34. 検査・画像・投薬の標準化の向上に対する職種別の意識差異

6. KDRG導入後におけるCPによる診療プロセスの変化に関する医療者の職種別の意識分析結果

KDRG導入後におけるCPによる診療プロセスの変化に関する医療者の職種別の意識差異は9つの項目で測定した。9つの項目は患者・患者家族の教育時間の短縮、患者に対する診療記録時間の短縮、患者検査・画像件数の減少、注射・投薬に対する業務量の減少、看護処置時間の短縮、医療物品管理の業務量の減少、医療材料の使用量の減少、バリエーションに対する観察時間の短縮、医療者に対するCP教育時間の短縮である。

KDRG導入後におけるCPによる診療プロセスの変化に対する9つの項目のうち、職種別の意識差異にクロス集計による有意差の検定で有意差が認められた項目は、4番目の質問である「注射・投薬に対する業務量が減少した」の1つの項目のみであった。<表91～表92、図35>に示したように職種別に肯定的な回答率は、医師は6.1%（2名）、看護師は15.6%（8名）であった。注射・投薬に対する業務量が減少したことに対する否定的な回答率は、医師は33.3%（11名）、看護師は60.8%（31名）で注射・投薬に対する業務量の減少に対し、統計的に有意に否定的に意識していた（ $p=0.004$ 、 $p<0.05$ ）。

表91. 職種と注射・投薬に対する業務量の減少に対するクロス集計表

			注射・投薬に対する業務量の減少				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	0	11	20	2	33
		期待度数	.8	15.7	12.6	3.9	33.0
		標準化残差	-.9	-1.2	2.1	-1.0	
		調整済み残差	-1.2	-2.1	3.4	-1.3	
	看護師	度数	2	29	12	8	51
		期待度数	1.2	24.3	19.4	6.1	51.0
		標準化残差	.7	1.0	-1.7	.8	
		調整済み残差	1.2	2.1	-3.4	1.3	
合計		度数	2	40	32	10	84
		期待度数	2.0	40.0	32.0	10.0	84.0

表92. 注射・投薬に対する業務量の減少に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗 尤度比	12.413 ^a 13.160	3 3	.006 .004	.004 .006
Fisher の直接法 有効なケースの数	11.580 84			.004*

*=p<0.05, a=3セル(37.5%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.79.

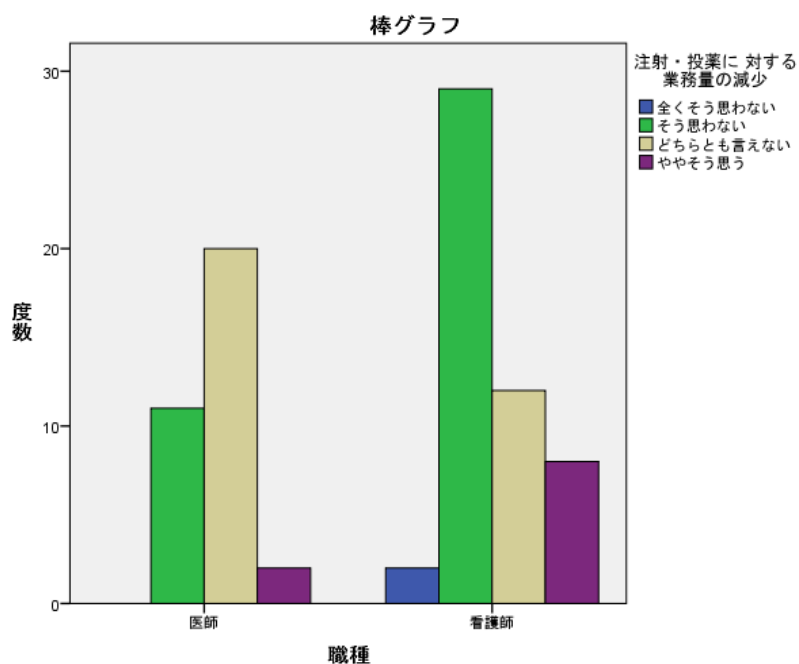


図35. 注射・投薬に対する業務量の減少に対する職種別の意識

7. CPのメリットに関する医療者の職種別の意識分析結果

CPのメリットに関する医療者の職種別の意識差異は7つの項目で測定した。7つの項目は、患者入・退院管理の容易、診療業務の効率化、入院期間の短縮化、医療コストの削減、計画的な治療が可能、投薬・医療材料の標準化、点滴注射投与量の減少である。CPのメリットに関する職種別の意識はクロス集計を用いて意識差異の検定を行った結果、有意差が認められた項目は、7つの項目のうち、4つの項目から有意差を認めた。

最初に、①「診療業務の効率化」の項目では、肯定的な回答率で、医師は75.8%（25人）、看護師は74.5%（38人）であり、医療者は診療業務の効率化に対して肯定的な意識をもっていることがクロス集計による意識差異の検定で医師の期待度数が有意に低く、医師と看護師の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.001$ 、 $p<0.05$ ）<表93～表94、図36>。

また、②「入院期間の短縮化」についても医師は39.4%（13人）、看護師は64.7%（33人）で肯定的な回答数が多く示され、クロス集計による意識差異の検定で医師の期待度数が有意に低く、医師と看護師の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.024$ 、 $p<0.05$ ）<表95～表96、図37>。

③「点滴注射投与量の減少」についても肯定的な回答率が医師は60.6%（20人）、看護師は43.1%（22人）で占めており、CPのメリットとして医療者は肯定的に意識していることが示され、クロス集計による意識差異の検定で医師の期待度数が有意に低く、医師と看護師の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$ 、 $p<0.05$ ）<表97～表98、図38>。

表93. 診療業務の効率化に対するクロス集計表

			診療業務の効率化			合計
			どちらとも言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	8	11	14	33
		期待度数	8.3	17.3	7.5	33.0
		標準化残差	-.1	-1.5	2.4	
		調整済み残差	-.1	-2.8	3.5	
	看護師	度数	13	33	5	51
		期待度数	12.8	26.7	11.5	51.0
		標準化残差	.1	1.2	-1.9	
		調整済み残差	.1	2.8	-3.5	
合計	度数	21	44	19	84	
	期待度数	21.0	44.0	19.0	84.0	

表94. 診療業務の効率化に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	13.203 ^a	2	.001	.001
尤度比	13.265	2	.001	.001
Fisher の直接法	12.878			.001*
有効なケースの数	84			

*=p<0.05, a=0セル(0.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は7.46.

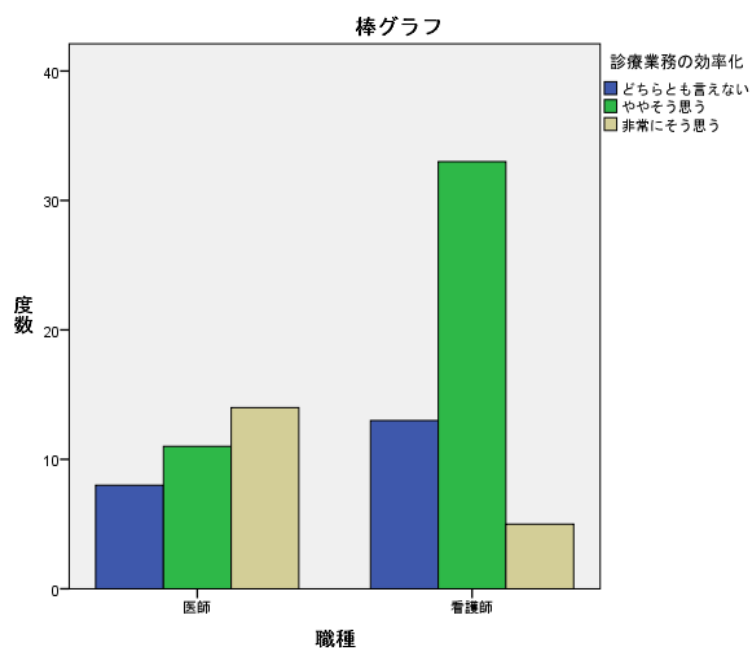


図36. 診療業務の効率化に対する職種別の意識差異

表95. 職種と入院期間の短縮化に対するクロス集計表

		入院期間の短縮化			合計	
		そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う		
職種	医師	度数	2	18	13	33
		期待度数	.8	14.1	18.1	33.0
		標準化残差	1.4	1.0	-1.2	
		調整済み残差	1.8	1.7	-2.3	
	看護師	度数	0	18	33	51
		期待度数	1.2	21.9	27.9	51.0
		標準化残差	-1.1	-.8	1.0	
		調整済み残差	-1.8	-1.7	2.3	
合計		度数	2	36	46	84
		期待度数	2.0	36.0	46.0	84.0

表96. 入院期間の短縮化に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗 尤度比	7.168 ^a	2	.028	.024
	7.878	2	.019	.022
Fisher の直接法	6.687			.024*
有効なケースの数	84			

*=p<0.05, a=2セル(33.3%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.79.

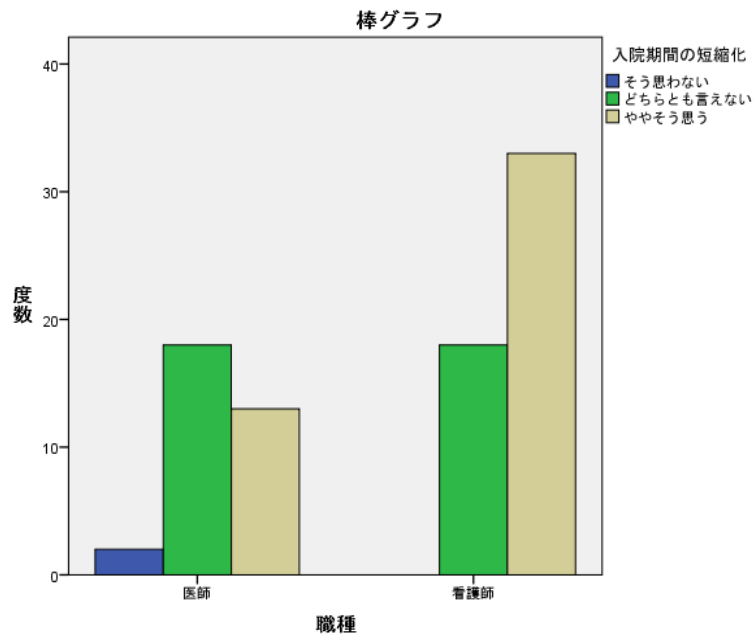


図37. 入院期間の短縮化に対する職種別の意識差異

表97. 職種と点滴注射投与量の減少に対するクロス集計表

			点滴注射投与量の減少				合計
			そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	6	7	8	12	33
		期待度数	3.1	13.4	9.4	7.1	33.0
		標準化残差	1.6	-1.7	-.5	1.9	
		調整済み残差	2.2	-2.9	-.7	2.7	
	看護師	度数	2	27	16	6	51
		期待度数	4.9	20.6	14.6	10.9	51.0
		標準化残差	-1.3	1.4	.4	-1.5	
		調整済み残差	-2.2	2.9	.7	-2.7	
合計		度数	8	34	24	18	84
		期待度数	8.0	34.0	24.0	18.0	84.0

表98. 点滴注射投与量の減少に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	15.276 ^a	3	.002	.001
尤度比	15.522	3	.001	.002
Fisher の直接法	14.927			.001*
有効なケースの数	84			

*=p<0.05, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.14.

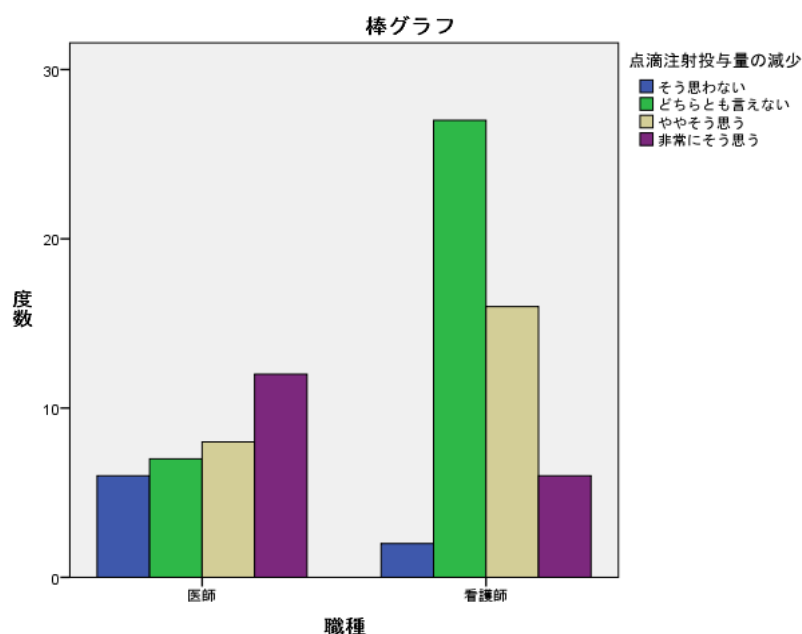


図38. 点滴注射投与量の減少に対する職種別の意識差異

一方、④「計画的な治療が可能」の項目では、医師は否定的な回答率が60.6%（20名）で、看護師は肯定的な回答率が52.9%（27名）で示され、CPのメリットとして「計画的な治療」に対し、職種別に回答者の意識が異なることが分かった。また、クロス集計による意識差異の検定で医師の期待度数が有意に低く、医師と看護師の間で回答の比率に対する有意差を認めた（ $p=0.000$ 、 $p<0.05$ ）<表99~表100、図39>。

表99. 職種と計画的な治療が可能に対するクロス集計表

			計画的な治療が可能				合計
			そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	20	5	8	0	33
		期待度数	10.2	9.0	12.2	1.6	33.0
		標準化残差	3.1	-1.3	-1.2	-1.3	
		調整済み残差	4.7	-2.0	-1.9	-1.6	
	看護師	度数	6	18	23	4	51
		期待度数	15.8	14.0	18.8	2.4	51.0
		標準化残差	-2.5	1.1	1.0	1.0	
		調整済み残差	-4.7	2.0	1.9	1.6	
合計		度数	26	23	31	4	84
		期待度数	26.0	23.0	31.0	4.0	84.0

表100. 計画的な治療が可能に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	23.360 ^a	3	.000	.000
尤度比	24.983	3	.000	.000
Fisher の直接法	22.420			.000*
有効なケースの数	84			

*=p<0.05, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は1.57。

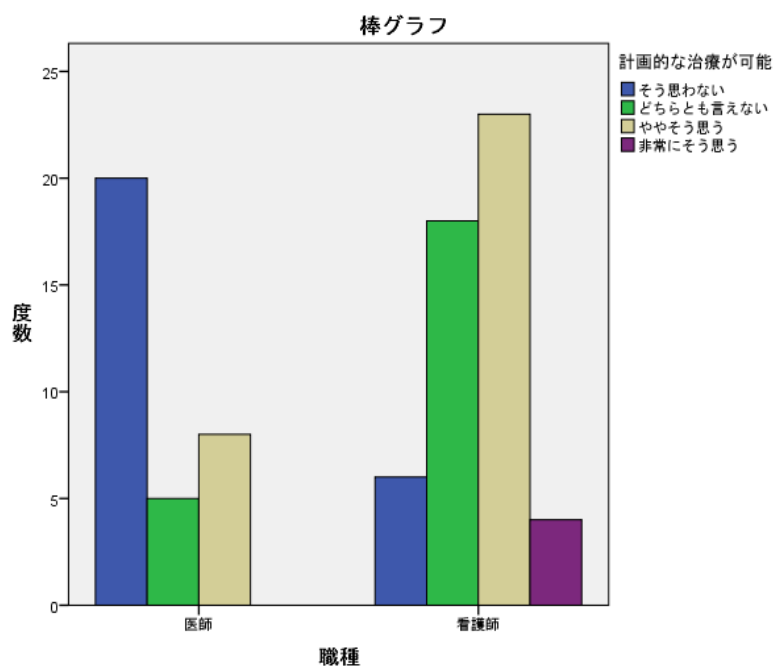


図39. 計画的な治療が可能に対する職種別の意識差異

8. CPのデメリットに関する職種別の意識分析結果

CPのデメリットに関する職種別の意識差異は5つの項目で測定した。5つの項目は、患者の個別性が図り難い、バリエーション発生時、業務に混乱が生じる、入院期間が短く患者が不安を感じる、患者の症状によってはCPにない項目が生じる、CP運営管理者の不在である。CPのデメリットに関する職種別の意識はクロス集計を用いて意識差異の検定を行った結果、有意差が認められた項目は、5つの項目のうち、「CP運営管理者の不在」の項目から意識差異の有意差を認めた。

この項目に対し、医師は否定的な回答率が66.7%（22人）、看護師は、肯定的な回答率が60.8%（31人）であり、CPのデメリットとして「CP管理者の不在」に対し、医師の期待度数が有意に低く、医療者は異なる意識を持っていることが示された（ $p=0.000$ 、 $p<0.05$ ）<表101~表102、図40>。

表101. 職種とCP運営管理者の不在に対するクロス集計表

			CP運営管理者の不在					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	2	20	5	6	0	33
		期待度数	2.0	10.2	6.3	7.9	6.7	33.0
		標準化残差	.0	3.1	-.5	-.7	-2.6	
		調整済み残差	.0	4.7	-.7	-1.0	-3.7	
	看護師	度数	3	6	11	14	17	51
		期待度数	3.0	15.8	9.7	12.1	10.3	51.0
		標準化残差	.0	-2.5	.4	.5	2.1	
		調整済み残差	.0	-4.7	.7	1.0	3.7	
合計		度数	5	26	16	20	17	84
		期待度数	5.0	26.0	16.0	20.0	17.0	84.0

表102. CP運営管理者の不在に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	27.599 ^a	4	.000	.000
尤度比	33.431	4	.000	.000
Fisher の直接法	29.870			.000*
有効なケースの数	84			

*= $p<0.05$, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は1.96。

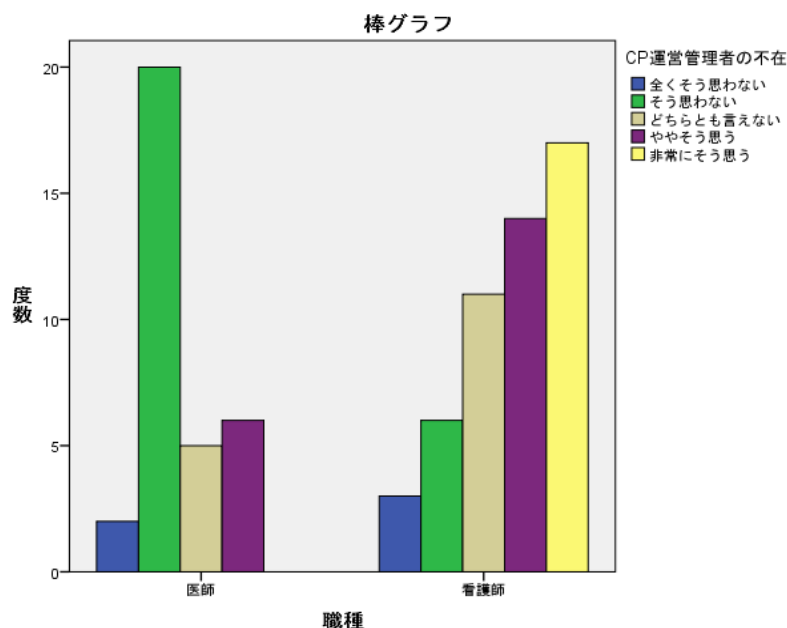


図40. CP運営管理者の不在に対する職種別の意識差異

B. 包括払い制度（短期滞在手術基本料）及びCPに関する日本の医療者の意識分析結果

1. 短期滞在手術基本料に関する医療者の職種別の意識分析結果

短期滞在手術基本料の導入前後における7つの項目で行った。①「短期滞在入院基本料に対して全般的に満足している」の項目の意識結果を<表103～表104、図41>に示した。職種別に医師の否定的な回答率は84.2%（22名）、看護師は92.0%（23名）で示され、医療者は白内障手術において短期滞在入院基本料に対して満足していない意識をもっていることが高く示された。また、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$ 、 $p<0.05$ ）。

表103. 職種と短期滞在手術基本料に対する満足度のクロス集計表

			短期滞在手術基本料の満足度				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	20	12	4	2	38
		期待度数	12.2	14.6	9.7	1.5	38.0
		標準化残差	2.2	-.7	-1.8	.4	
		調整済み残差	3.8	-1.2	-3.0	.6	
	看護師	度数	5	18	16	1	40
		期待度数	12.8	15.4	10.3	1.5	40.0
		標準化残差	-2.2	.7	1.8	-.4	
		調整済み残差	-3.8	1.2	3.0	-.6	
合計		度数	25	30	20	3	78
		期待度数	25.0	30.0	20.0	3.0	78.0

表104. 短期滞在手術基本料に対する満足度のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	17.694 ^a	3	.001	.000
尤度比	18.844	3	.000	.000
Fisher の直接法	18.074			.000*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.46.

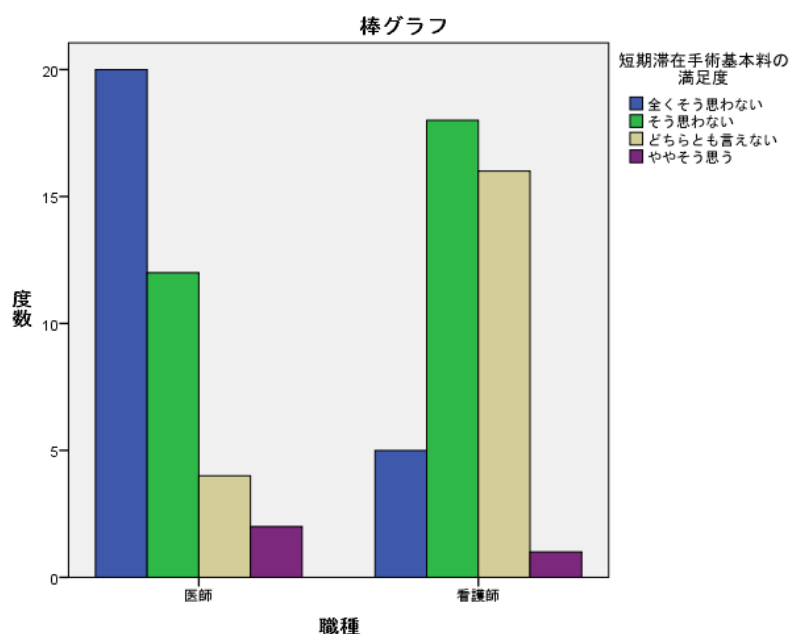


図41. 短期滞在手術基本料に対する満足度の職種別の意識差異

また、②「短期滞在手術基本料は患者の経済的な負担をより減少させる」の項目に対しても<表105～表106、図42>に示したように職種別に否定的な回答率が、医師は87.9%（29名）で半数以上の比率で短期滞在手術基本料は患者の経済的な負担を減少させないという意識率が高かった。

看護師は「どちらとも言えない」を支持する回答率が92.0%（23名）で、医師との間に意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.002$ 、 $p<0.05$ ）。

表107. 職種と患者の経済的な負担の減少に対するクロス集計表

			患者の経済的な負担の減少					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	17	8	10	3	0	38
		期待度数	10.7	6.3	16.1	3.4	1.5	38.0
		標準化残差	1.9	.7	-1.5	-.2	-1.2	
		調整済み残差	3.2	1.0	-2.8	-.3	-1.7	
	看護師	度数	5	5	23	4	3	40
		期待度数	11.3	6.7	16.9	3.6	1.5	40.0
		標準化残差	-1.9	-.6	1.5	.2	1.2	
		調整済み残差	-3.2	-1.0	2.8	.3	1.7	
合計	度数	22	13	33	7	3	78	
	期待度数	22.0	13.0	33.0	7.0	3.0	78.0	

表108. 患者の経済的な負担の減少に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	15.461 ^a	4	.004	.002
尤度比	17.128	4	.002	.003
Fisher の直接法	15.147			.002*
有効なケースの数	78			

*p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.46.

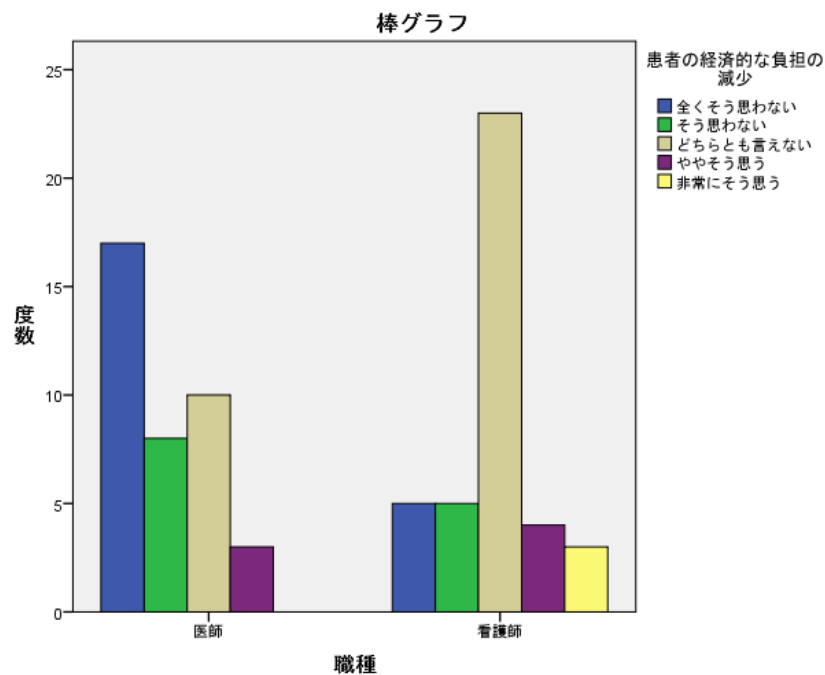


図42. 患者の経済的な負担の減少に対する職種別の意識差異

③「短期滞在手術基本料は各診療科と係をより向上させる」の項目に対しても<表109～表110、図43>に示したように職種別に否定的な回答率は、医師は76.3%（29名）、看護師は37.5%（15名）で、肯定的な回答率に比べて短期滞在手術基本料は各診療科と係をより向上させることに対して否定的な回答率が高く示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.001$ 、 $p<0.05$ ）。

表109. 職種と各診療科との係を向上に対するクロス集計表

			各診療科との係を向上				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	22	7	8	1	38
		期待度数	14.6	6.8	15.6	1.0	38.0
		標準化残差	1.9	.1	-1.9	.0	
		調整済み残差	3.4	.1	-3.5	.0	
	看護師	度数	8	7	24	1	40
		期待度数	15.4	7.2	16.4	1.0	40.0
		標準化残差	-1.9	-1.1	1.9	.0	
		調整済み残差	-3.4	-1.1	3.5	.0	
合計	度数	30	14	32	2	78	
	期待度数	30.0	14.0	32.0	2.0	78.0	

表110. 各診療科との係を向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	14.492 ^a	3	.002	.001
尤度比	15.115	3	.002	.002
Fisher の直接法	14.900			.001*
有効なケースの数	78			

*= $p<0.05$, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は 0.97.

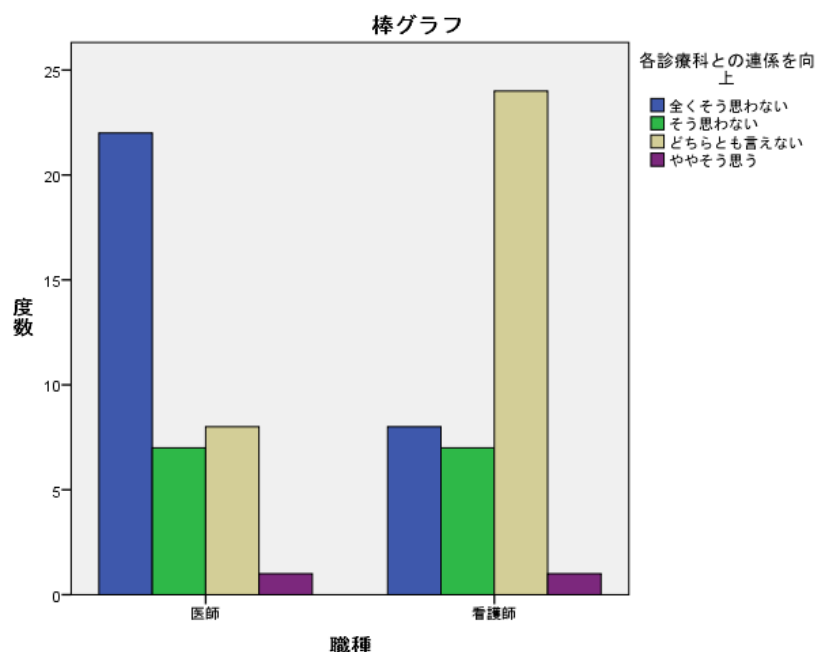


図43. 各診療科との関係を向上に対する職種別の意識差異

更に、④「短期滞在手術基本料は医療の機能分化・関係をより推進される」の項目に対しても<表111～表112、図44>に示したように職種別に否定的な回答率は、統計的に有意に医師は71.0%（27名）、看護師は22.5%（9名）であり（ $p=0.000$ 、 $p<0.05$ ）、⑤「短期滞在手術基本料は医療材料の使用をより標準化させる」の項目についても<表113～表114、図45>、否定的な回答率は、医師は55.3%（21名）、看護師は27.5%（11名）で意識が高いことが示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に意識に有意差を認めた（ $p=0.012$ 、 $p<0.05$ ）。

表111. 職種と医療の機能分化・関係を向上に対するクロス集計表

			医療の機能分化・関係を向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	17	10	9	1	1	38
		期待度数	10.2	7.3	18.0	1.9	.5	38.0
		標準化残差	2.1	1.0	-2.1	-.7	.7	
		調整済み残差	3.5	1.5	-4.1	-1.0	1.0	
	看護師	度数	4	5	28	3	0	40
		期待度数	10.8	7.7	19.0	2.1	.5	40.0
		標準化残差	-2.1	-1.0	2.1	.7	-.7	
		調整済み残差	-3.5	-1.5	4.1	1.0	-1.0	
合計	度数	21	15	37	4	1	78	
	期待度数	21.0	15.0	37.0	4.0	1.0	78.0	

表112. 医療の機能分化・関係を向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗 尤度比	21.434 ^a 22.981	4 4	.000 .000	.000 .000
Fisher の直接法	21.609			.000
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.49.

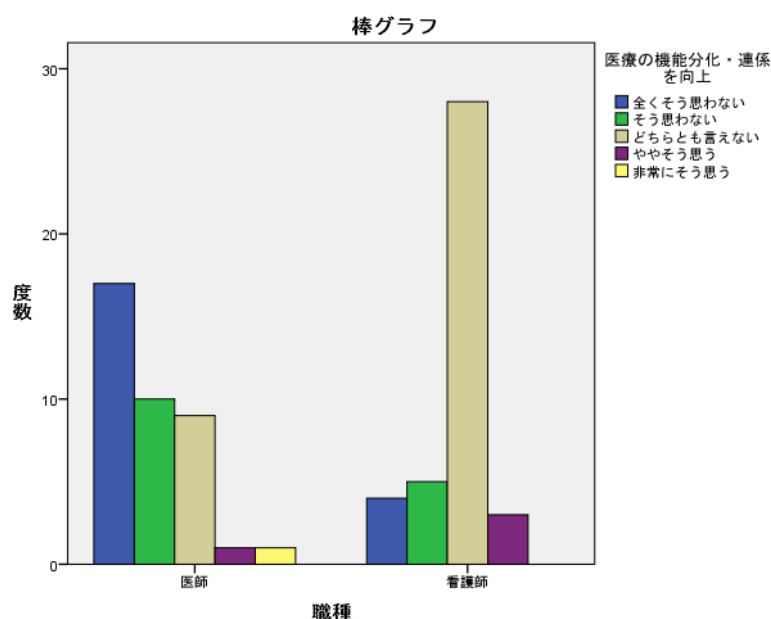


図44. 医療の機能分化・関係を向上に対する職種別の意識差異

表113. 職種と医療材料の標準化の向上に対するクロス集計表

			医療材料の標準化の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	16	5	10	6	1	38
		期待度数	9.7	5.8	15.1	6.3	1.0	38.0
		標準化残差	2.0	-.3	-1.3	-.1	.0	
		調整済み残差	3.2	-.5	-2.4	-.2	.0	
	看護師	度数	4	7	21	7	1	40
		期待度数	10.3	6.2	15.9	6.7	1.0	40.0
		標準化残差	-2.0	.3	1.3	.1	.0	
		調整済み残差	-3.2	.5	2.4	.2	.0	
合計		度数	20	12	31	13	2	78
		期待度数	20.0	12.0	31.0	13.0	2.0	78.0

表114. 医療材料の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	11.470 ^a	4	.022	.015
尤度比	12.060	4	.017	.020
Fisher の直接法	11.828			.012*
有効なケースの数	78			

*= $p < 0.05$, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.97.

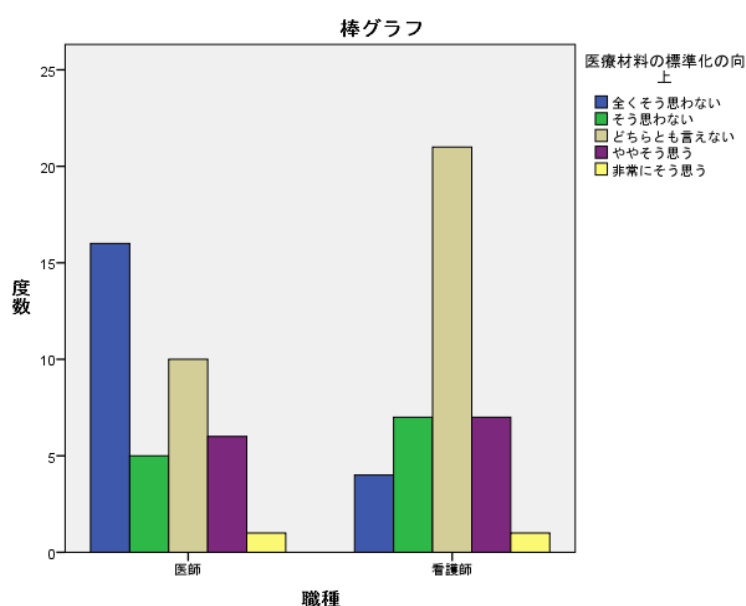


図45. 医療材料の標準化の向上に対する職種別の意識差異

最後に、⑥「短期滞在手術基本料は薬剤の種類及び投薬量をより標準化させる」の項目でも、統計的に有意に否定的な回答率は、医師55.2% (21名)、看護師は22.5% (9名)であった ($p=0.002$, $p < 0.05$) <表115～表116、図46>。一方で、⑦「短期滞在手術基本料はジェネリックの使用をより増加させる」の項目については、医師は否定的な回答率が42.1% (16名)に比べて、看護師は肯定的な回答率が40.0% (16名)で示され、ジェネリック使用に関しては医療者の職種別に意識の差が見られ、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた ($p=0.007$, $p < 0.05$) <表117～表118、図47>。

表115. 薬剤種類及び投薬量の標準化の向上に対するクロス集計表

		薬剤種類及び投薬量の標準化の向上					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	14	7	9	7	1	38
		期待度数	7.8	6.8	15.1	6.8	1.5	38.0
		標準化残差	2.2	.1	-1.6	.1	-.4	
		調整済み残差	3.5	.1	-2.8	.1	-.5	
	看護師	度数	2	7	22	7	2	40
		期待度数	8.2	7.2	15.9	7.2	1.5	40.0
		標準化残差	-2.2	-.1	1.5	-.1	.4	
		調整済み残差	-3.5	-.1	2.8	-.1	.5	
合計		度数	16	14	31	14	3	78
		期待度数	16.0	14.0	31.0	14.0	3.0	78.0

表116. 薬剤種類及び投薬量の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	14.743 ^a	4	.005	.003
尤度比	16.036	4	.003	.004
Fisher の直接法	15.261			.002*
有効なケースの数	78			

*p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.46.

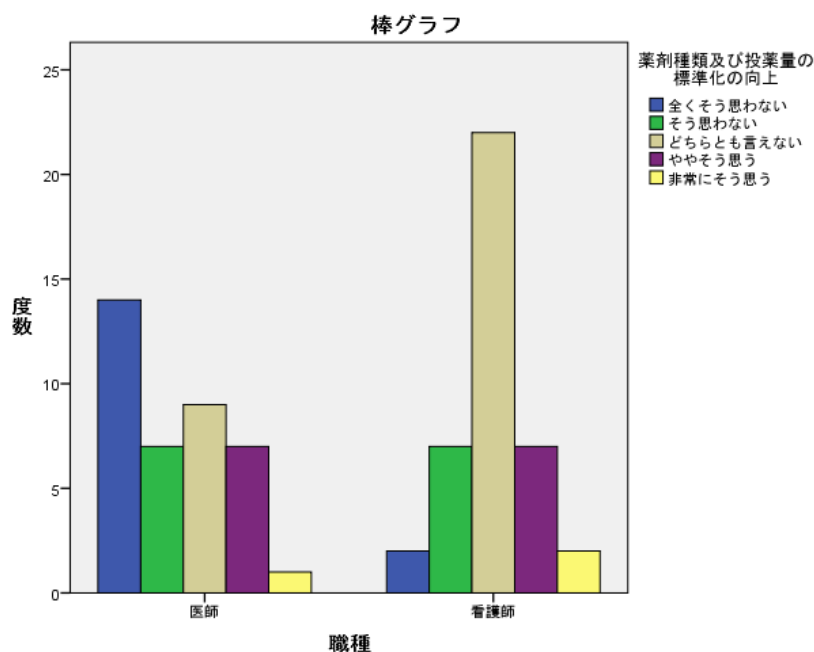


図46. 薬剤種類及び投薬量の標準化の向上に対する職種別の意識差異

表117. ジェネリックの使用の増加に対するクロス集計表

			ジェネリックの使用の増加					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	10	6	7	10	5	38
		期待度数	5.4	4.9	12.7	9.3	5.8	38.0
		標準化残差	2.0	.5	-1.6	.2	-.3	
		調整済み残差	3.0	.8	-2.7	.4	-.5	
	看護師	度数	1	4	19	9	7	40
		期待度数	5.6	5.1	13.3	9.7	6.2	40.0
		標準化残差	-2.0	-.5	1.6	-.2	.3	
		調整済み残差	-3.0	-.8	2.7	-.4	.5	
合計	度数	11	10	26	19	12	78	
	期待度数	11.0	10.0	26.0	19.0	12.0	78.0	

表118. ジェネリックの使用の増加に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	13.646 ^a	4	.009	.007*
尤度比	15.040	4	.005	.007
Fisher の直接法	13.931			.007
有効なケースの数	78			

*p<0.05, a=1セル(10.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は4.87.

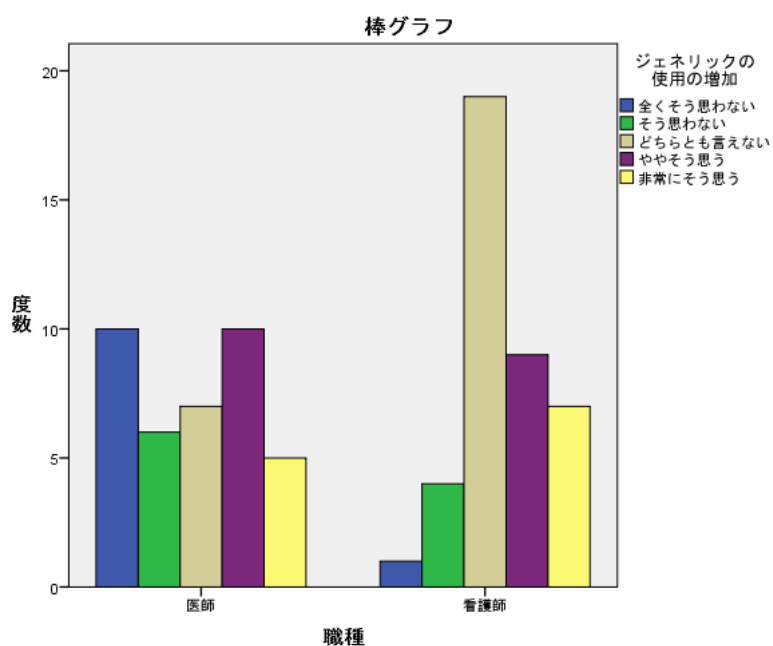


図47. ジェネリックの使用の増加に対する職種別の意識差異

2. 支持する診療費支払い制度に関する医療者の職種別の意識分析結果

支持する診療費支払い制度に対する医療者の意識は、やや違う傾向性を持っていた。支持する診療費支払い制度については、「DPC/PDPS（1日あたり包括払い制度）」を支持する意見として医師は44.8%（17名）、看護師は35.0%（14名）で、看護師に比べて医師の方が支持する意識がより高かく示されたが、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.110$, $p<0.05$ ）<表119～表120、図48>。

表119. 職種とDPC/PDPS（1入院当たり包括払い制度）に対するクロス集計表

			DPC/PDPS（1日包括払い制度）					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	3	3	15	8	9	38
		期待度数	1.9	1.9	19.0	9.3	5.8	38.0
		標準化残差	.8	.8	-.9	-.4	1.3	
		調整済み残差	1.1	1.1	-1.8	-.7	2.0	
	看護師	度数	1	1	24	11	3	40
		期待度数	2.1	2.1	20.0	9.7	6.2	40.0
		標準化残差	-.7	-.7	.9	.4	-1.3	
		調整済み残差	-1.1	-1.1	1.8	.7	-2.0	
合計		度数	4	4	39	19	12	78
		期待度数	4.0	4.0	39.0	19.0	12.0	78.0

表120. DPC/PDPS（1入院当たり包括払い制度）に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	7.504 ^a	4	.112	.110
尤度比	7.753	4	.101	.163
Fisher の直接法	7.259			.110
有効なケースの数	78			

a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.95.

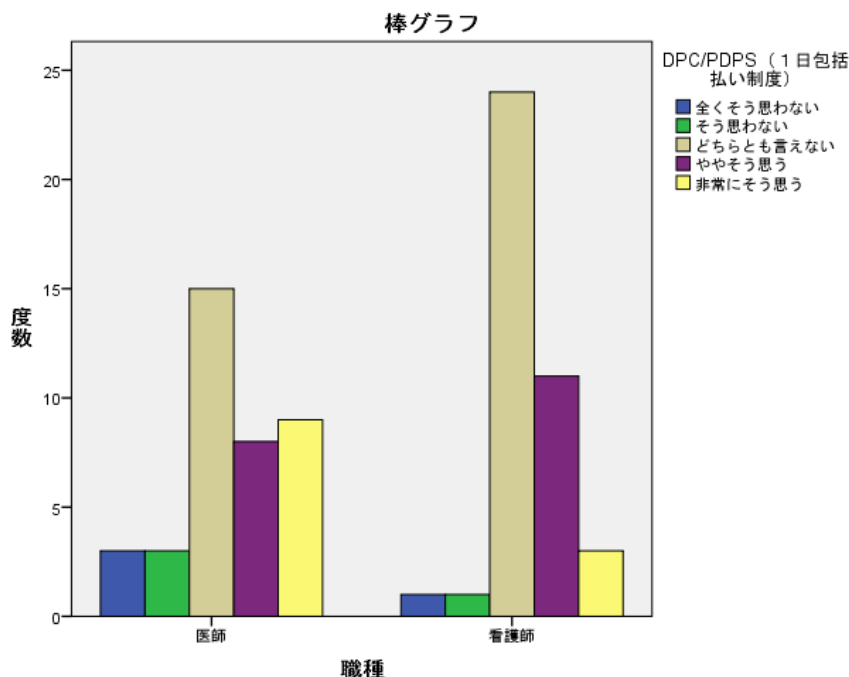


図48. DPC/PDPS（1入院あたり包括払い制度）に対する職種別の意識差異

次に、「短期滞在手術基本料（1入院あたり包括払い制度）」については<表121～表122、図49>に示しているように支持しない意見として、医師は57.9%（22名）、看護師は20.0%（8名）であり、支持しない回答が看護師に比べて医師の方がより高く示された。

看護師の意識では、普通である「何方とも言えない」を支持する回答率が62.5%（25名）で、半数以上で示された。看護師は短期滞在手術基本料（1入院あたり包括払い制度）についてDPC方式と比べて大きな意識の変化はないことが示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.003$, $p<0.05$ ）。

表121. 職種と短期滞在手術基本料（1入院あたり包括払い制度）に対するクロス集計表

			短期滞在手術基本料（1入院包括払い制度）					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	15	7	13	3	0	38
		期待度数	8.8	5.8	18.5	4.4	.5	38.0
		標準化残差	2.1	.5	-1.3	-.7	-.7	
		調整済み残差	3.4	.7	-2.5	-1.0	-1.0	
	看護師	度数	3	5	25	6	1	40
		期待度数	9.2	6.2	19.5	4.6	.5	40.0
		標準化残差	-2.1	-.5	1.2	.6	.7	
		調整済み残差	-3.4	-.7	2.5	1.0	1.0	
合計	度数	18	12	38	9	1	78	
	期待度数	18.0	12.0	38.0	9.0	1.0	78.0	

表122. 短期滞在手術基本料（1入院あたり包括払い制度）に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	14.081 ^a	4	.007	.003
尤度比	15.278	4	.004	.005
Fisher の直接法	14.164			.003*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=4 セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.49.

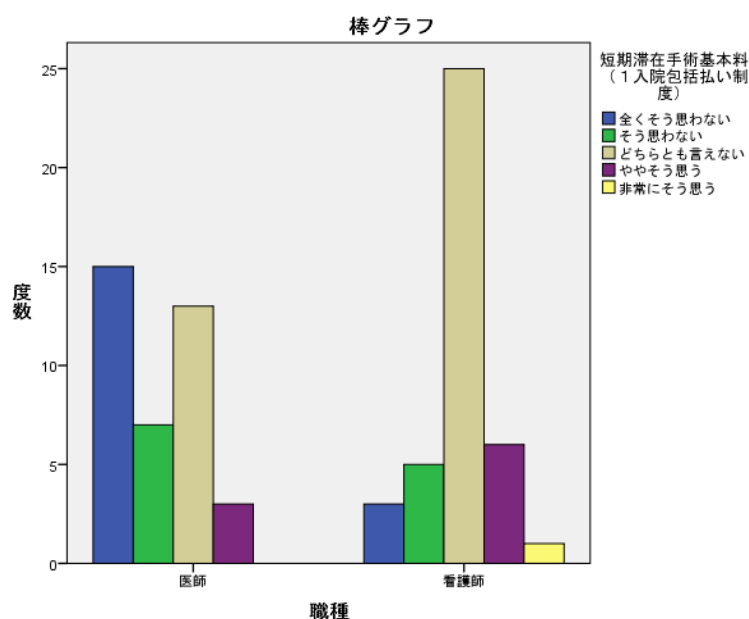


図49. 短期滞在手術基本料（1入院あたり包括払い制度）に対する職種別の意識差異

「FFS制度」については<表123～表124、図50>に示しているように支持する意識として、医師は68.4%（26名）で、半数以上で示されたが、看護師は支持しない意識が27.5%（11名）やや高いものの、普通である「何方とも言えない」の意識率が過半数以上の70.0%（28名）で示され、医療者の間には異なる意識を持っていることが示された。

FFS制度に対するクロス集計検定より医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率の関係で有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）。

表123. 職種とFFS制度に対するクロス集計表

			FFS制度					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	0	4	8	12	14	38
		期待度数	1.0	6.3	17.5	6.3	6.8	38.0
		標準化残差	-1.0	-.9	-2.3	2.3	2.7	
		調整済み残差	-1.4	-1.4	-4.3	3.4	4.2	
	看護師	度数	2	9	28	1	0	40
		期待度数	1.0	6.7	18.5	6.7	7.2	40.0
		標準化残差	1.0	.9	2.2	-2.2	-2.7	
		調整済み残差	1.4	1.4	4.3	-3.4	-4.2	
合計	度数	2	13	36	13	14	78	
	期待度数	2.0	13.0	36.0	13.0	14.0	78.0	

表124. FFS制度に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	38.316 ^a	4	.000	.000
尤度比	46.842	4	.000	.000
Fisher の直接法	41.048			.000*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%) は期待度数が5 未満. 最小期待度数は0.97.

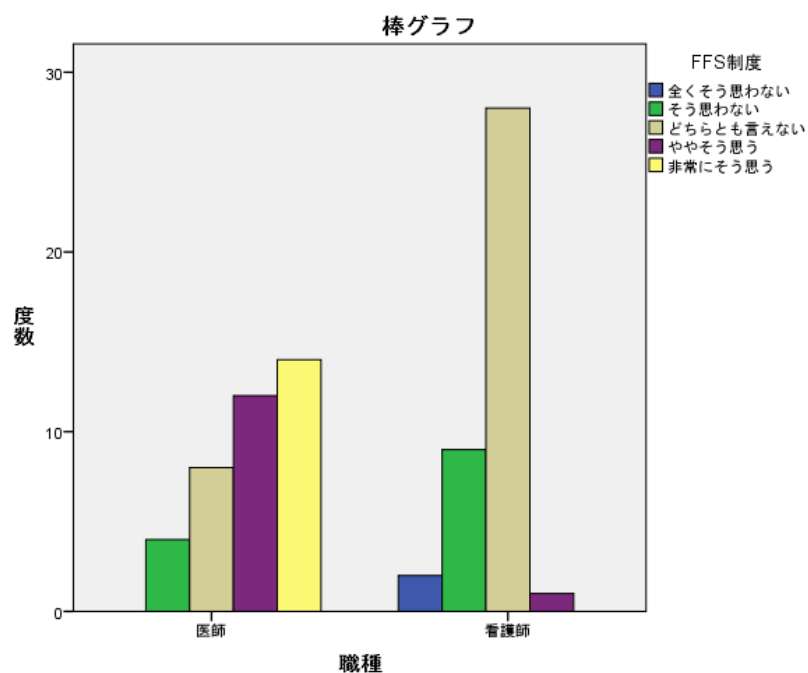


図50. FFS制度に対する職種別の意識差異

3. 短期滞在手術基本料における医療の質に関する医療者の職種別の意識分析結果

短期滞在手術基本料における医療の質に関する医療者の職種別の意識差異は、短期滞在手術基本料における医療の質に関する医療者の意識が同じ傾向性を持っていた。

①「短期滞在手術基本料は医療の質を向上させる」の項目の意識について<表125～表126、図51>に示した。職種別に否定的な回答率は、医師は89.5%（34名）、看護師は55.0%（22名）で、肯定的な回答率に比べて否定する意識率が高く、クロス集計を用いた意識の差異は医師の期待度数が有意に低く、統計学的にも有意な差を認めた（ $p=0.001$, $p<0.05$ ）。

表125. 職種と医療の質の向上に対するクロス集計表

			医療の質の向上				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	22	12	4	0	38
		期待度数	14.6	12.7	8.8	1.9	38.0
		標準化残差	1.9	-.2	-1.6	-1.4	
		調整済み残差	3.4	-.3	-2.6	-2.0	
	看護師	度数	8	14	14	4	40
		期待度数	15.4	13.3	9.2	2.1	40.0
		標準化残差	-1.9	.2	1.6	1.4	
		調整済み残差	-3.4	.3	2.6	2.0	
合計	度数	30	26	18	4	78	
	期待度数	30.0	26.0	18.0	4.0	78.0	

表126. 医療の質の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	16.202 ^a	3	.001	.001
尤度比	18.326	3	.000	.000
Fisher の直接法	15.950			.001*
有効なケースの数	78			

*= $p<0.05$, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.95.

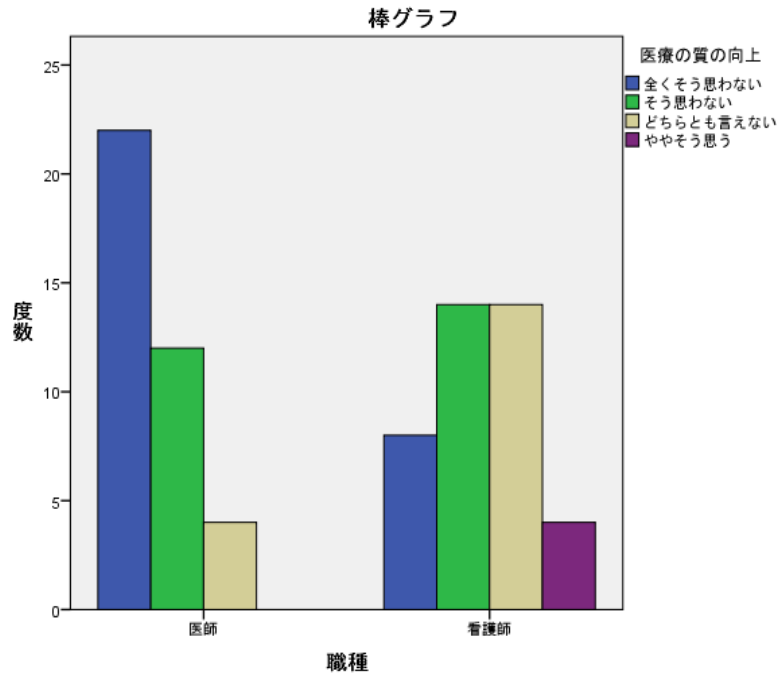


図51. 医療の質の向上に対する職種別の意識差異

次に、②「短期滞在手術基本料は医療者の診療の裁量を保障する」の項目の意識について<表127～表128、図52>に示した。職種別に医師は否定的な回答率が71.0%（27名）であり、看護師は普通である「何方とも言えない」を支持する回答率が55.0%（22名）で示され、医療者の職種別にやや異なる意識を持っていることが示された。

また、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた ($p=0.004$, $p<0.05$)。

表127. 職種と医療者の診療の裁量を保障に対するクロス集計表

			医療者の診療の裁量を保障				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	17	10	10	1	38
		期待度数	10.7	9.3	15.6	2.4	38.0
		標準化残差	1.9	.2	-1.4	-.9	
		調整済み残差	3.2	.4	-2.6	-1.3	
	看護師	度数	5	9	22	4	40
		期待度数	11.3	9.7	16.4	2.6	40.0
		標準化残差	-1.9	-.2	1.4	.9	
		調整済み残差	-3.2	-.4	2.6	1.3	
合計	度数	22	19	32	5	78	
	期待度数	22.0	19.0	32.0	5.0	78.0	

表128. 医療者の診療の裁量を保障に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	12.855 ^a	3	.005	.003
尤度比	13.457	3	.004	.005
Fisher の直接法	12.751			.004*
有効なケースの数	78			

*= $p < 0.05$, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.44.

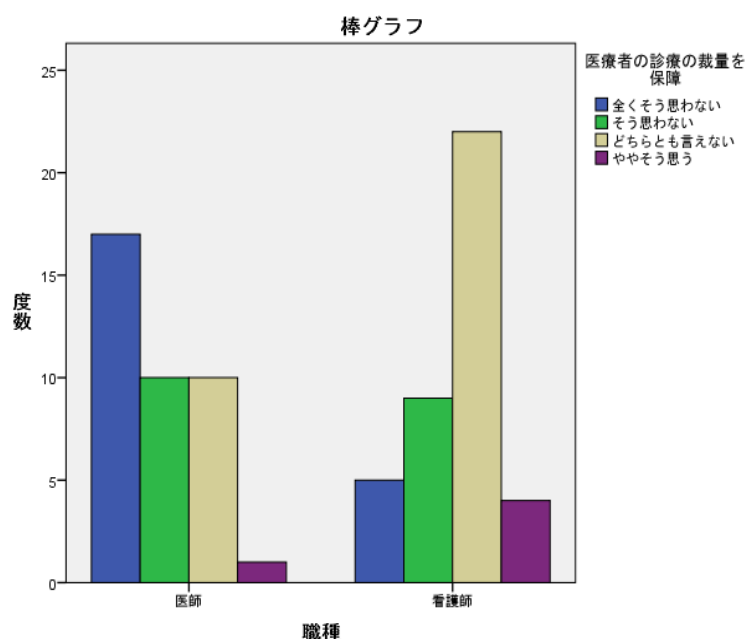


図52. 医療者の診療の裁量を保障に対する職種別の意識差異

③「短期滞在手術基本料は診療形態の変化をもたらす」の項目では、<表129～表130、図53>に示したように職種別に医療者の両方とも普通である「何方とも言えない」を支持する回答率が、医師は42.1%（16名）、看護師は50.0%（20名）であり、医師と看護師の間に意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.026$, $p<0.05$ ）。

表129. 職種と診療形態の変化をもたらすに対するクロス集計表

			診療形態の変化をもたらす					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	3	4	16	6	9	38
		期待度数	2.4	3.4	17.5	9.7	4.9	38.0
		標準化残差	.4	.3	-.4	-1.2	1.9	
		調整済み残差	.5	.5	-.7	-1.9	2.8	
	看護師	度数	2	3	20	14	1	40
		期待度数	2.6	3.6	18.5	10.3	5.1	40.0
		標準化残差	-.4	-.3	.4	1.2	-1.8	
		調整済み残差	-.5	-.5	.7	1.9	-2.8	
合計	度数	5	7	36	20	10	78	
	期待度数	5.0	7.0	36.0	20.0	10.0	78.0	

表130. 診療形態の変化をもたらすに対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	10.343 ^a	4	.035	.030
尤度比	11.391	4	.023	.037
Fisher の直接法	10.506			.026*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=5セル(50.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.44.

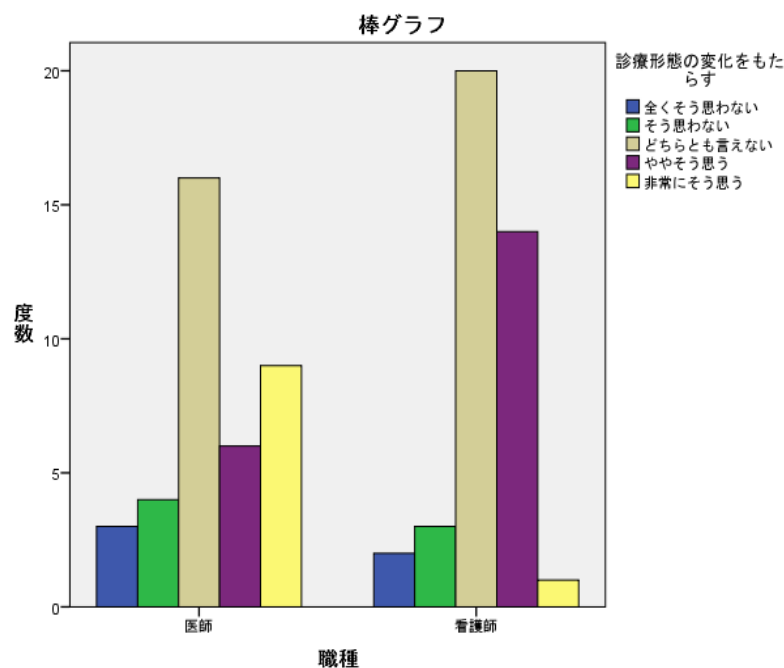


図53. 診療形態の変化をもたらすに対する職種別の意識差異

④「短期滞在手術基本料は臨床指標の対応を増大する」の項目で、<表131～表132、図54>に示したように職種別に医師は否定的な回答率が42.2%（16名）、看護師は「どちらとも言えない」を支持する回答率が55.0%（22名）で職種別に異なる意識が示されたがクロス集計の検定により職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.061$, $p<0.05$ ）。

最後に⑤「短期滞在手術基本料はFFS制度より質の高い医療を提供する」の項目については、医療者の両方とも否定的な回答率が医師は89.5%（34名）、看護師は50.0%（20名）で、肯定的な回答に比べて否定する回答率が高く示された。また、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表133～表134、図55>。

表131. 職種と臨床指標の対応を増大に対するクロス集計表

			臨床指標の対応を増大					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	8	8	14	6	2	38
		期待度数	5.4	5.8	17.5	8.3	1.0	38.0
		標準化残差	1.1	.9	-.8	-.8	1.0	
		調整済み残差	1.7	1.4	-1.6	-1.3	1.5	
	看護師	度数	3	4	22	11	0	40
		期待度数	5.6	6.2	18.5	8.7	1.0	40.0
		標準化残差	-1.1	-.9	.8	.8	-1.0	
		調整済み残差	-1.7	-1.4	1.6	1.3	-1.5	
合計	度数	11	12	36	17	2	78	
	期待度数	11.0	12.0	36.0	17.0	2.0	78.0	

表132. 臨床指標の対応を増大に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	8.809 ^a	4	.066	.055
尤度比	9.724	4	.045	.056
Fisher の直接法	8.243			.061
有効なケースの数	78			

a= 2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.97.

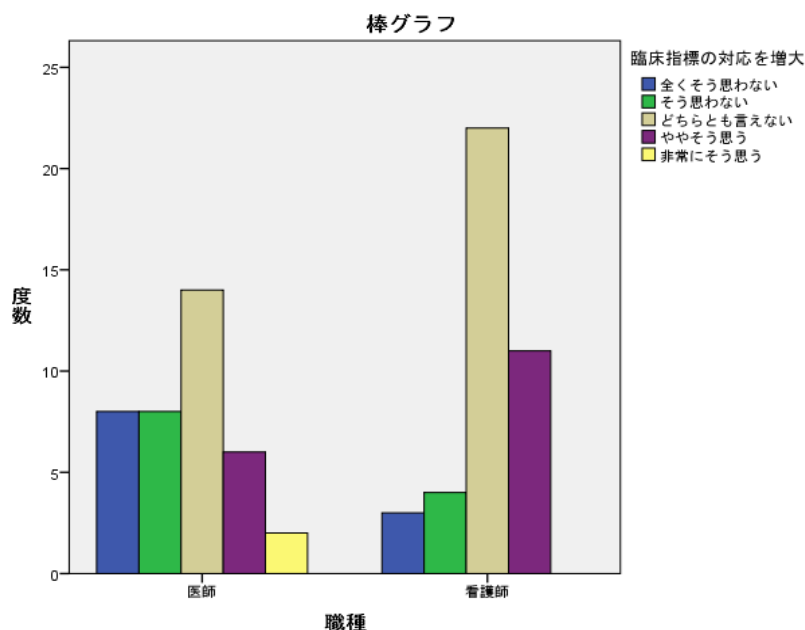


図54. 臨床指標の対応を増大に対する職種別の意識差異

表133. 職種とFFS制度より質の高い医療を提供に対するクロス集計表

			FFS制度より質の高い医療を提供					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	22	12	4	0	0	38
		期待度数	14.1	12.2	9.3	1.9	.5	38.0
		標準化残差	2.1	-.1	-1.7	-1.4	-.7	
		調整済み残差	3.7	-.1	-2.8	-2.0	-1.0	
	看護師	度数	7	13	15	4	1	40
		期待度数	14.9	12.8	9.7	2.1	.5	40.0
		標準化残差	-2.0	.1	1.7	1.4	.7	
		調整済み残差	-3.7	.1	2.8	2.0	1.0	
合計		度数	29	25	19	4	1	78
		期待度数	29.0	25.0	19.0	4.0	1.0	78.0

表134. FFS制度より質の高い医療を提供に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2乗	19.128 ^a	4	.001	.000
尤度比	21.851	4	.000	.000
Fisher の直接法	18.927			.000*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は0.97。

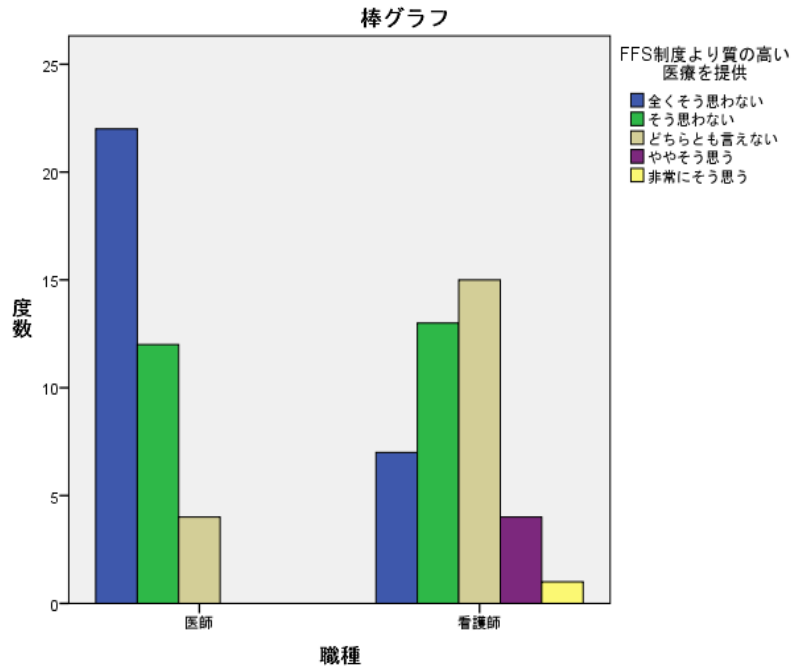


図55. FFS制度より質の高い医療を提供に対する職種別の意識差異

4. 短期滞在手術基本料の導入前後における診療形態の変化に関する職種別の意識分析結果

短期滞在手術基本料の導入前後における診療形態の変化に関する医療者の職種別の意識差異は、10項目で測定し、そのうち、7項目では職種別の回答率に有意な差を認めた。

①「短期滞在手術基本料の導入前時と比べて平均在院日数が短縮した」の項目では、<表135～表136、図56>に示したように職種別に肯定的な回答率が、医師は68.4%（26名）、看護師は65.0%（26名）でDPC方式と比べて平均在院日数がより短縮されていると意識している回答率が多数を示された。クロス集計の検定を用いて職種別の間で回答の比率の関係において統計的に有意差は認めなかった（ $p=0.369$ 、 $p<0.05$ ）。

表135. 職種と平均在院日数が短縮に対するクロス集計表

			平均在院日数が短縮					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	1	0	11	17	9	38
		期待度数	1.0	1.9	9.7	16.1	9.3	38.0
		標準化残差	.0	-1.4	.4	.2	-.1	
		調整済み残差	.0	-2.0	.7	.4	-.1	
	看護師	度数	1	4	9	16	10	40
		期待度数	1.0	2.1	10.3	16.9	9.7	40.0
		標準化残差	.0	1.4	-.4	-.2	.1	
		調整済み残差	.0	2.0	-.7	-.4	.1	
合計		度数	2	4	20	33	19	78
		期待度数	2.0	4.0	20.0	33.0	19.0	78.0

表136. 平均在院日数が短縮に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	4.234 ^a	4	.375	.399
尤度比	5.777	4	.216	.307
Fisher の直接法	4.231			.369
有効なケースの数	78			

a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.97.

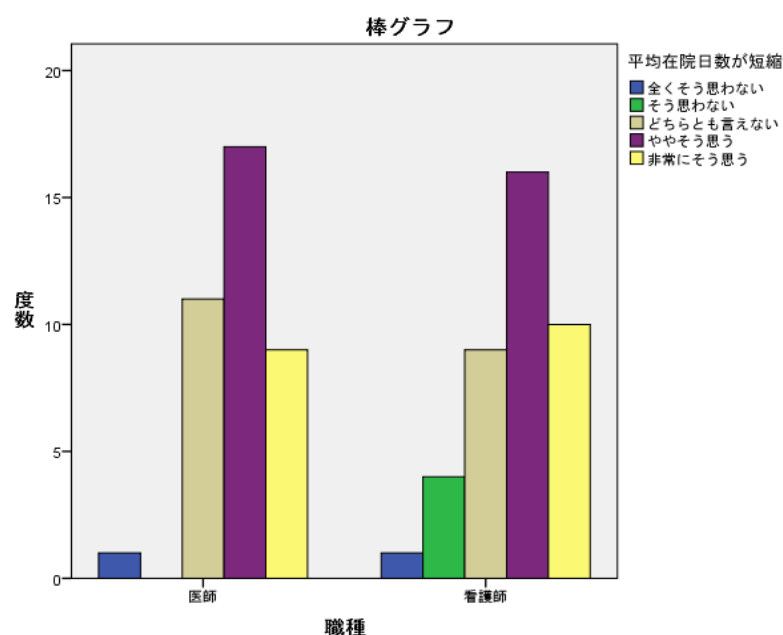


図56. 平均在院日数が短縮に対する職種別の意識差異

次に②「短期滞在手術基本料導入前時と比べて病床の稼働率が向上した」については<表137～表138、図57>に示したように職種別に、医師は、肯定的な回答率が36.9%（14名）で、看護師も肯定的な回答率が55.0%（22名）で半数以上に高く示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.029$ 、 $p<0.05$ ）。

表137. 職種と病床の稼働率が向上に対するクロス集計表

			病床の稼働率が向上					合計	
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	8	5	11	8	6	38	
		期待度数	3.9	5.4	11.2	10.7	6.8	38.0	
		標準化残差	2.1	-.2	-.1	-.8	-.3		
		調整済み残差	3.1	-.2	-.1	-1.4	-.5		
	看護師	度数	0	6	12	14	8	40	
		期待度数	4.1	5.6	11.8	11.3	7.2	40.0	
		標準化残差	-2.0	.2	.1	.8	.3		
		調整済み残差	-3.1	.2	.1	1.4	.5		
	合計		度数	8	11	23	22	14	78
			期待度数	8.0	11.0	23.0	22.0	14.0	78.0

表138. 病床の稼働率が向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	10.012 ^a	4	.040	.039
尤度比	13.118	4	.011	.016
Fisher の直接法	10.605			.029*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.90.

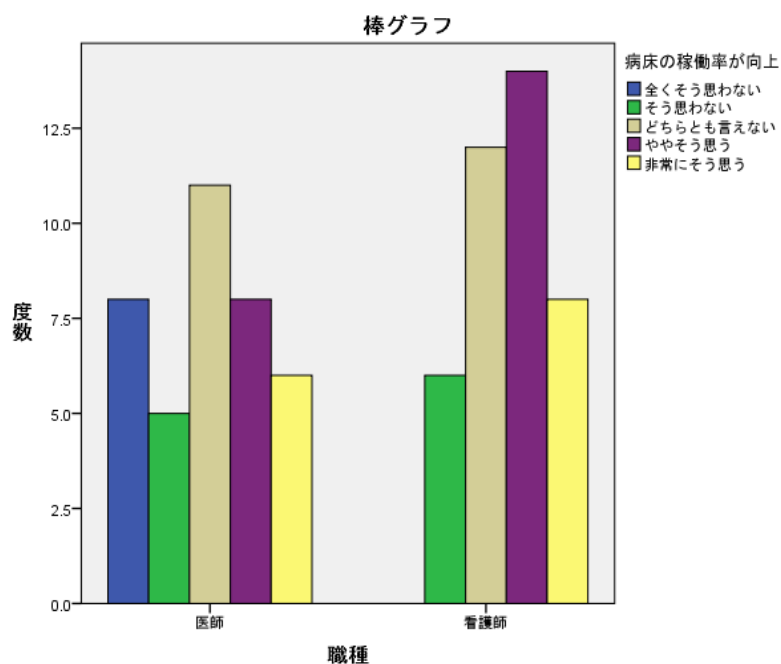


図57. 病床の稼働率が向上に対する職種別の意識差異

③「短期滞在手術基本料導入前時と比べて現在は病院の収益率が向上した」の項目に対し<表139～表140、図58>に示したように職種別に、医師と看護師の意識で普通である回答率が、医師は55.3% (21名)、看護師は62.5% (25名) で多数を占めており、医療者の職種別においてクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた (p=0.031, p<0.05)。

更に④「短期滞在手術基本料導入前時と比べて現在は臨床指標の対応が向上した」の項目についても<表141～表142、図59>に示したように職種別に医師63.2% (24名)、看護師80.0% (32名) で普通である「どちらとも言えない」を支持する回答率が高く示され、医療者の職種別においてクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた (p=0.016, p<0.05)。

表139. 病院の収益率が向上に対するクロス集計表

			病院の収益率が向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	10	1	21	4	2	38
		期待度数	5.8	3.4	22.4	4.9	1.5	38.0
		標準化残差	1.7	-1.3	-.3	-.4	.4	
		調整済み残差	2.6	-1.9	-.6	-.6	.6	
	看護師	度数	2	6	25	6	1	40
		期待度数	6.2	3.6	23.6	5.1	1.5	40.0
		標準化残差	-1.7	1.3	.3	.4	-.4	
		調整済み残差	-2.6	1.9	.6	.6	-.6	
合計	度数	12	7	46	10	3	78	
	期待度数	12.0	7.0	46.0	10.0	3.0	78.0	

表140. 病院の収益率に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗 尤度比	9.941 ^a 10.824	4 4	.041 .029	.033 .043
Fisher の直接法 有効なケースの数	9.858 78			.031*

*=p<0.05, a=5セル(50.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.46.

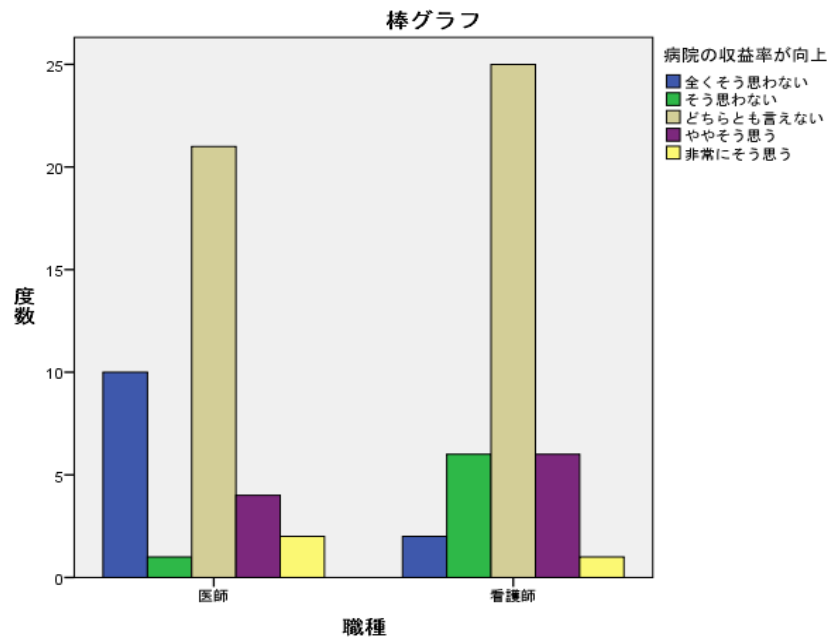


図58. 病院の収益率に対する職種別の意識差異

表141. 職種と臨床指標の対応が増大に対するクロス集計表

			臨床指標の対応が向上				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
職種	医師	度数	6	7	24	1	38
		期待度数	2.9	5.4	27.3	2.4	38.0
		標準化残差	1.8	.7	-.6	-.9	
		調整済み残差	2.6	1.1	-1.7	-1.3	
	看護師	度数	0	4	32	4	40
		期待度数	3.1	5.6	28.7	2.6	40.0
		標準化残差	-1.8	-.7	.6	.9	
		調整済み残差	-2.6	-1.1	1.7	1.3	
合計	度数	6	11	56	5	78	
	期待度数	6.0	11.0	56.0	5.0	78.0	

表142. 臨床指標の対応が増大に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	9.716 ^a	3	.021	.015
尤度比	12.169	3	.007	.012
Fisher の直接法	9.608			.016*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=4セル(50.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.44.

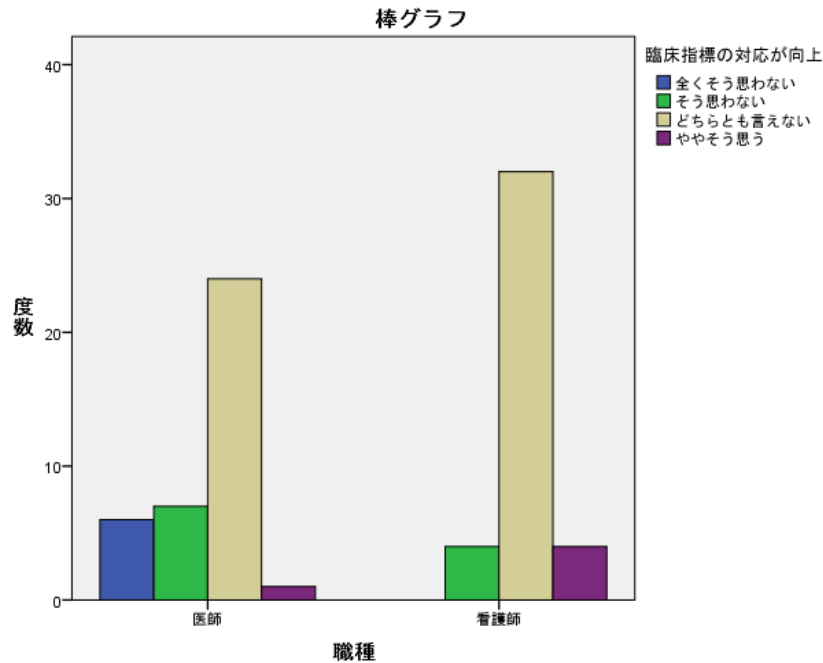


図59. 臨床指標の対応が向上に対する職種別の意識差異

また、⑤「短期滞在手術基本料導入前時と比べて現在は地域連携が向上した (p=0.000、p<0.05)」および⑥「短期滞在手術基本料導入前時と比べて現在は医療材料の標準化が向上した (p=0.033、p<0.05)」の項目に対する意識についても医師、看護師は普通である回答率が高く、医療者の職種別においてクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めたと<表143～表146、図60～図61>。

最後に⑦「短期滞在手術基本料導入前時と比べて現在はジェネリック使用量が増加した」の項目に対し、医師に比べて看護師は肯定的な回答率がやや高く示され47.5% (19人)、医療者の職種別においてクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めたと (p=0.000、p<0.05) <表147～表148、図62>。

表143. 職種と地域連携が向上に対するクロス集計表

		地域連携が向上				合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う		
職種	医師	度数	12	3	22	1	38
		期待度数	5.8	5.4	23.9	2.9	38.0
		標準化残差	2.5	-1.0	-.4	-1.1	
		調整済み残差	3.9	-1.5	-.9	-1.6	
	看護師	度数	0	8	27	5	40
		期待度数	6.2	5.6	25.1	3.1	40.0
		標準化残差	-2.5	1.0	.4	1.1	
		調整済み残差	-3.9	1.5	.9	1.6	
合計		度数	12	11	49	6	78
		期待度数	12.0	11.0	49.0	6.0	78.0

表144. 地域連携が向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	17.410 ^a	3	.001	.000
尤度比	22.365	3	.000	.000
Fisher の直接法	18.834			.000*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は 2.92.

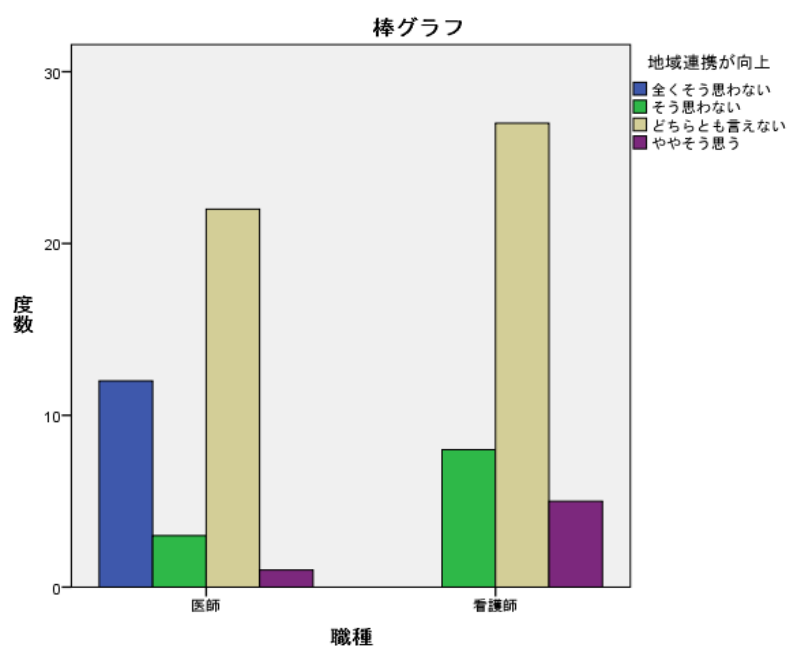


図60. 地域連携が向上に対する職種別の意識差異

表145. 職種と医療材料の標準化が向上に対するクロス集計表

		医療材料の標準化が向上					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	7	3	20	8	0	38
		期待度数	3.4	3.9	22.4	7.8	.5	38.0
		標準化残差	1.9	-.5	-.5	.1	-.7	
		調整済み残差	2.8	-.7	-1.1	.1	-1.0	
	看護師	度数	0	5	26	8	1	40
		期待度数	3.6	4.1	23.6	8.2	.5	40.0
		標準化残差	-1.9	.4	.5	-.1	.7	
		調整済み残差	-2.8	.7	1.1	-.1	1.0	
合計		度数	7	8	46	16	1	78
		期待度数	7.0	8.0	46.0	16.0	1.0	78.0

表146. 医療材料の標準化が向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	9.237 ^a	4	.055	.041
尤度比	12.329	4	.015	.022
Fisher の直接法	9.506			.033*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=6セル(60.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.49.

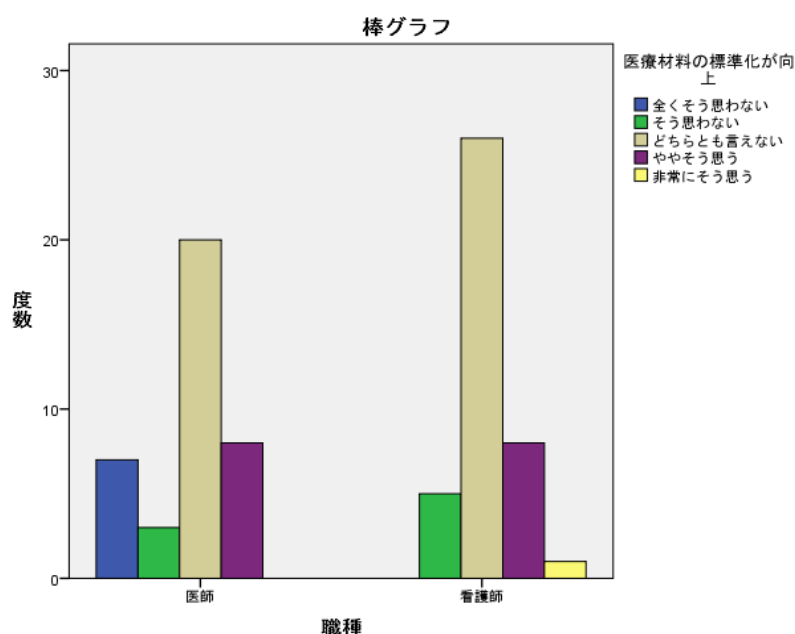


図61. 医療材料の標準化が向上に対する職種別の意識差異

表147. 職種とジェネリックの使用量が増加に対するクロス集計表

		ジェネリックの使用量が増加					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	11	4	15	7	1	38
		期待度数	5.4	4.4	15.1	8.3	4.9	38.0
		標準化残差	2.4	-.2	.0	-.4	-1.8	
		調整済み残差	3.7	-.3	.0	-.7	-2.6	
	看護師	度数	0	5	16	10	9	40
		期待度数	5.6	4.6	15.9	8.7	5.1	40.0
		標準化残差	-2.4	.2	.0	.4	1.7	
		調整済み残差	-3.7	.3	.0	.7	2.6	
合計		度数	11	9	31	17	10	78
		期待度数	11.0	9.0	31.0	17.0	10.0	78.0

表148. ジェネリックの使用量が増加に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	18.033 ^a	4	.001	.001
尤度比	23.235	4	.000	.000
Fisher の直接法	19.583			.000*
有効なケースの数	78			

*= $p < 0.05$, a=3セル(30.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は4.38.

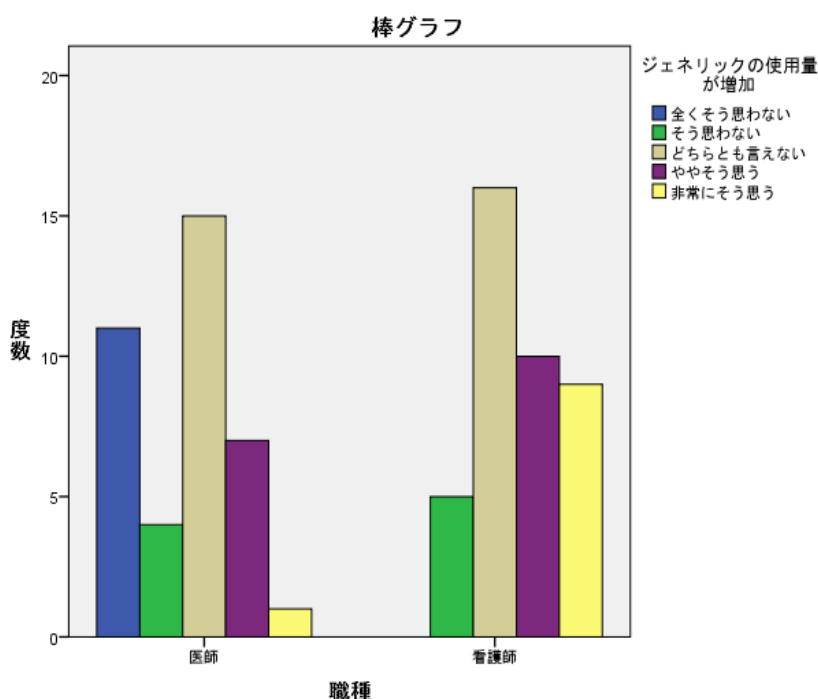


図62. ジェネリックの使用量が増加に対する職種別の意識差異

その他の職種別の意識に統計的な有意差が示されなかった項目では、①「短期滞在手術基本料導入前時と比べて病床の回転率が向上した」について、医師は、肯定的な回答率と「どちらとも言えない」を支持する回答率が同様に39.5% (15名) で示された。看護師は肯定的な回答率が60.0% (24名) で高く示された。しかしながら、医師と看護師の間で回答の比率に有意差は認めなかった ($p=0.054$, $p < 0.05$)。

また、②「短期滞在手術基本料導入前時と比べて患者1症例当たり単価が増加した」の項目についても、医療者の意識は普通である「どちらとも言えない」を支持する回答率が医師47.4% (18名)、看護師は52.5% (21名) で同じ傾向の意識率が示されたが、医師と看護師の間で回答の比率に有意差は認めなかった ($p=0.573$, $p < 0.05$)。

更に、③「短期滞在手術基本料導入前時と比べて検査・画像・投薬の標準化が向上した」の項目に対し、医療者の職種別における意識は、普通である「どちらとも言えない」を支持する回答率が高く示されたが、医師と看護師の間で回答の比率に有意差は認めなかった($p=0.062$, $p<0.05$)。

5. 短期滞在手術基本料におけるCPに関する医療者の職種別の意識分析結果

短期滞在手術基本料におけるCPに関する医療者の職種別の意識差異の分析結果、①「短期滞在手術基本料において白内障手術にCPを適用することに対して賛成する」の項目では<表149～表150、図63>に示したように職種別に肯定的な回答率は、医師は63.1% (24名)、看護師は77.5% (31名)であり、短期滞在手術基本料においてCPの適用に対し、賛成する意識率が高く示された。

医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった ($p=0.165$, $p<0.05$)。

表149. 職種と白内障手術にCP適用を賛成に対するクロス集計表

			白内障手術にCP適用を賛成					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	3	1	10	14	10	38
		期待度数	1.5	1.0	8.8	12.7	14.1	38.0
		標準化残差	1.3	.0	.4	.4	-1.1	
		調整済み残差	1.8	.0	.7	.6	-1.9	
	看護師	度数	0	1	8	12	19	40
		期待度数	1.5	1.0	9.2	13.3	14.9	40.0
		標準化残差	-1.2	.0	-.4	-.4	1.1	
		調整済み残差	-1.8	.0	-.7	-.6	1.9	
合計	度数	3	2	18	26	29	78	
	期待度数	3.0	2.0	18.0	26.0	29.0	78.0	

表150. 白内障手術にCP適用を賛成に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	6.122 ^a	4	.190	.181
尤度比	7.324	4	.120	.195
Fisher の直接法	5.960			.165
有効なケースの数	78			

a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は0.97。

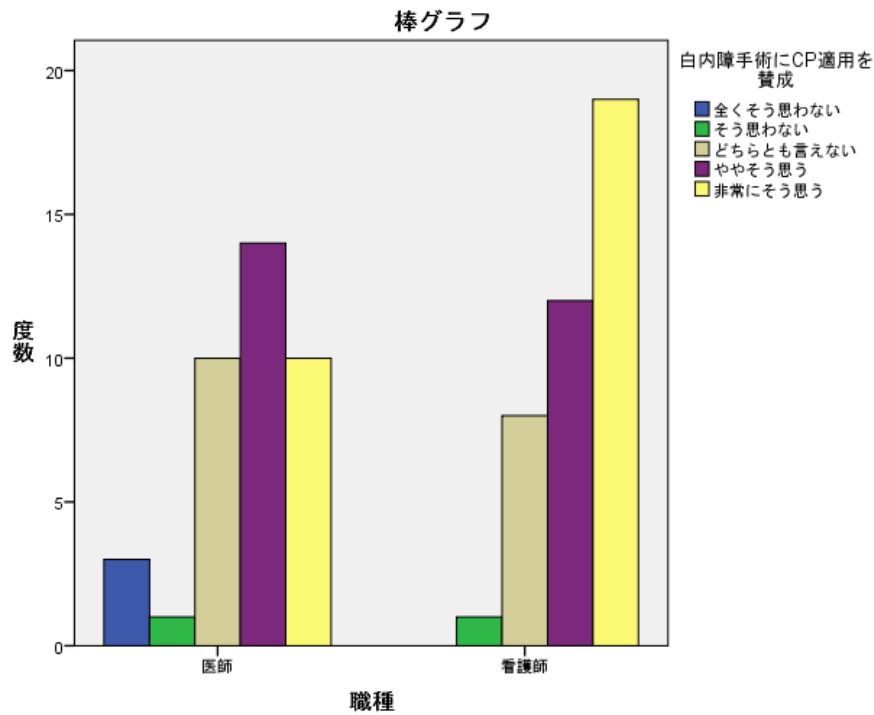


図63. 白内障手術にCP適用を賛成に対する職種別の意識差異

また、②「短期滞在手術基本料は他の疾患においてもCPの必要性を増大させる」の項目に対し、<表151～表152、図64>に示したように職種別に肯定的な回答率は、医師は39.5%（15名）、看護師は65.0%（26名）であり、肯定的な意識率がやや高い点数で示された。

しかし、医師の意識のうち、普通である「どちらとも言えない」を支持する回答率が39.5%（15名）で示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.089$, $p<0.05$ ）。

表151. 職種と包括払い制度はCPの必要性を増大に対するクロス集計表

			包括払い制度はCPの必要性を増大					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	2	6	15	12	3	38
		期待度数	1.0	3.9	13.2	14.1	5.8	38.0
		標準化残差	1.0	1.1	.5	-6	-1.2	
		調整済み残差	1.5	1.6	.9	-1.0	-1.8	
	看護師	度数	0	2	12	17	9	40
		期待度数	1.0	4.1	13.8	14.9	6.2	40.0
		標準化残差	-1.0	-1.0	-5	.6	1.1	
		調整済み残差	-1.5	-1.6	-9	1.0	1.8	
合計	度数	2	8	27	29	12	78	
	期待度数	2.0	8.0	27.0	29.0	12.0	78.0	

表152. 包括払い制度はCPの必要性を増大に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	8.149 ^a	4	.086	.075
尤度比	9.154	4	.057	.074
Fisher の直接法	7.575			.089
有効なケースの数	78			

a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.97.

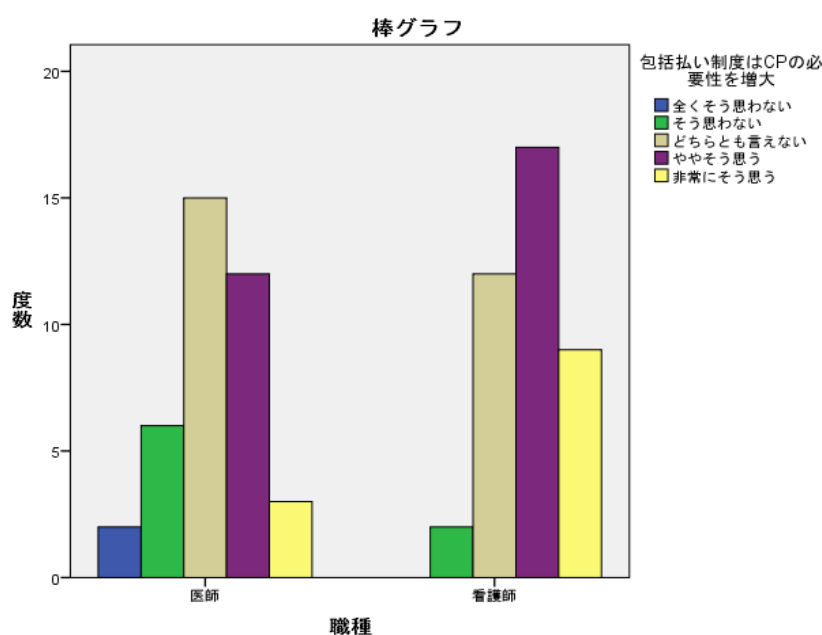


図64. 包括払い制度はCPの必要性を増大に対する職種別の意識差異

次に、③「現行CPに対して満足している」の項目については、<表153～表154、図65>に示したように職種別に医療者の両方とも肯定的な回答率が高く示され（医師44.8%（17名）、看護師62.5%（25名））、短期滞在手術基本料方式が導入後もCPに対して満足していることが示された。

また、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.009$, $p<0.05$ ）。

④「現行CPに対して患者の満足度が向上した」の項目については、<表155～表156、図66>に示したように職種別に医師は否定的な回答率が42.1%（16名）であり、短期滞在手術基本料方式の導入により患者のCPに対する患者満足度に対して否定的な傾向が高く示された。看護師は普通である「どちらとも言えない」を支持する回答率が62.5%（25名）で回答され、医療者の職種別において意識の差異が示された。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.014$, $p<0.05$ ）。

表153. 職種とCPに対する満足度のクロス集計表

			CPに対する満足度					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	2	8	11	8	9	38
		期待度数	1.0	4.4	12.2	13.2	7.3	38.0
		標準化残差	1.0	1.7	-.3	-1.4	.6	
		調整済み残差	1.5	2.6	-.6	-2.5	1.0	
	看護師	度数	0	1	14	19	6	40
		期待度数	1.0	4.6	12.8	13.8	7.7	40.0
		標準化残差	-1.0	-1.7	.3	1.4	-.6	
		調整済み残差	-1.5	-2.6	.6	2.5	-1.0	
合計	度数	2	9	25	27	15	78	
	期待度数	2.0	9.0	25.0	27.0	15.0	78.0	

表154. CPに対する満足度のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	12.843 ^a	4	.012	.008
尤度比	14.498	4	.006	.008
Fisher の直接法	12.428			.009*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は0.97。

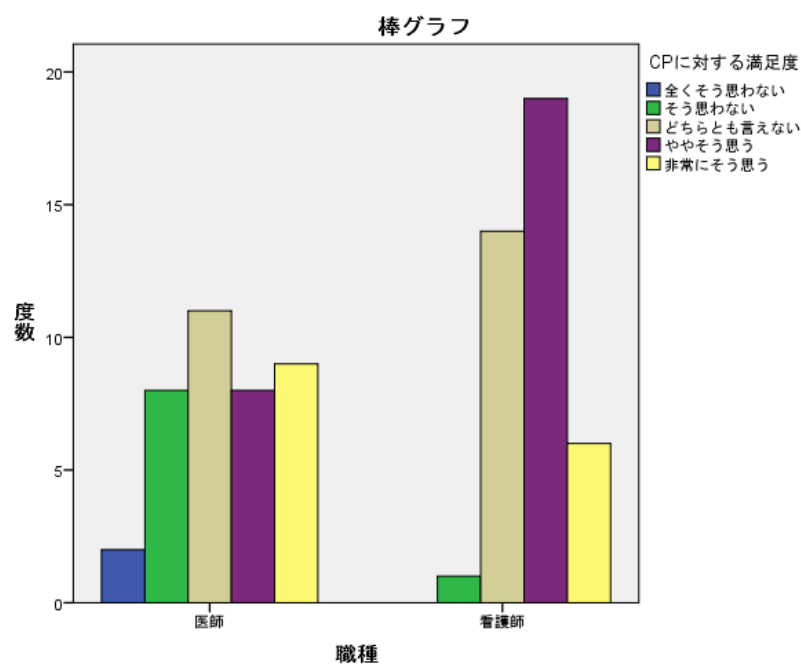


図65. CPに対する満足度の職種別の意識差異

表155. 職種とCPに対する患者の満足度のクロス集計表

			CPに対する患者の満足度					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	6	10	12	8	2	38
		期待度数	2.9	8.3	18.0	6.8	1.9	38.0
		標準化残差	1.8	.6	-1.4	.5	.0	
		調整済み残差	2.6	.9	-2.7	.7	.1	
	看護師	度数	0	7	25	6	2	40
		期待度数	3.1	8.7	19.0	7.2	2.1	40.0
		標準化残差	-1.8	-.6	1.4	-.4	.0	
		調整済み残差	-2.6	-.9	2.7	-.7	-.1	
合計	度数	6	17	37	14	4	78	
	期待度数	6.0	17.0	37.0	14.0	4.0	78.0	

表156. CPに対する患者の満足度のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	11.339 ^a	4	.023	.017
尤度比	13.752	4	.008	.014
Fisher の直接法	11.529			.014*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.95.

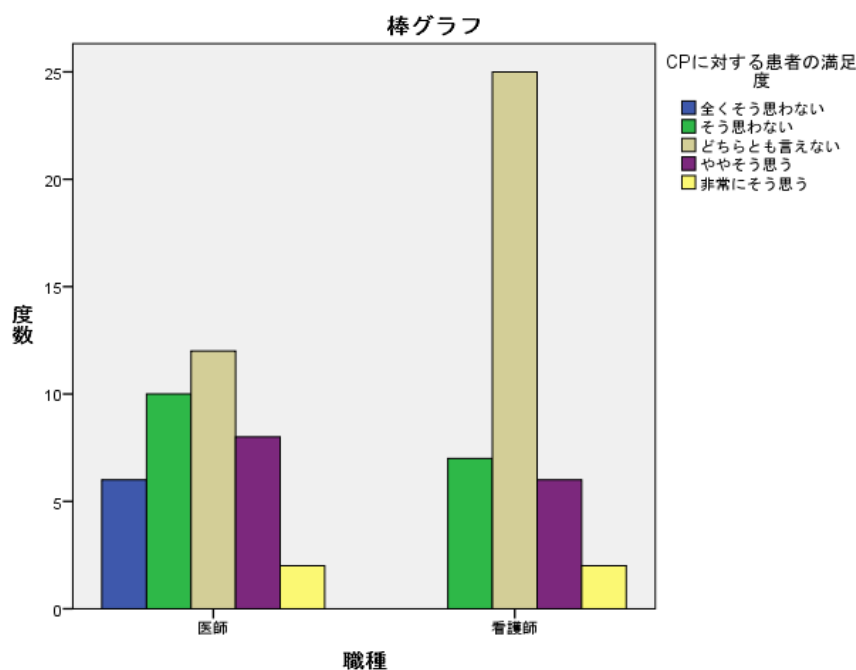


図66. CPに対する患者の満足度の職種別の意識差異

最後に、⑤「現行CPは1入院包括払い方式に対応している」の項目には、<表157～表158、図67>に示したように職種別に肯定的な回答率が、医師は50.0%（19名）、看護師は45.0%（18名）であり、現行CPは短期滞在手術基本料方式（1入院包括払い方式）に対応していることに対して否定的な回答に比べると肯定的な回答が多数であった。医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p=0.666$, $p<0.05$ ）。

表157. 職種と1入院包括払い方式にCP対応度

			1入院包括払い方式にCP対応度					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	2	6	11	13	6	38
		期待度数	1.5	5.4	13.2	13.6	4.4	38.0
		標準化残差	.4	.3	-.6	-.2	.8	
		調整済み残差	.6	.4	-1.0	-.3	1.1	
	看護師	度数	1	5	16	15	3	40
		期待度数	1.5	5.6	13.8	14.4	4.6	40.0
		標準化残差	-.4	-.3	.6	.2	-.8	
		調整済み残差	-.6	-.4	1.0	.3	-1.1	
合計	度数	3	11	27	28	9	78	
	期待度数	3.0	11.0	27.0	28.0	9.0	78.0	

表158. 1入院包括払い方式にCP対応度に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	2.443 ^a	4	.655	.666
尤度比	2.473	4	.649	.664
Fisher の直接法	2.524			.666
有効なケースの数	78			

a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.46.

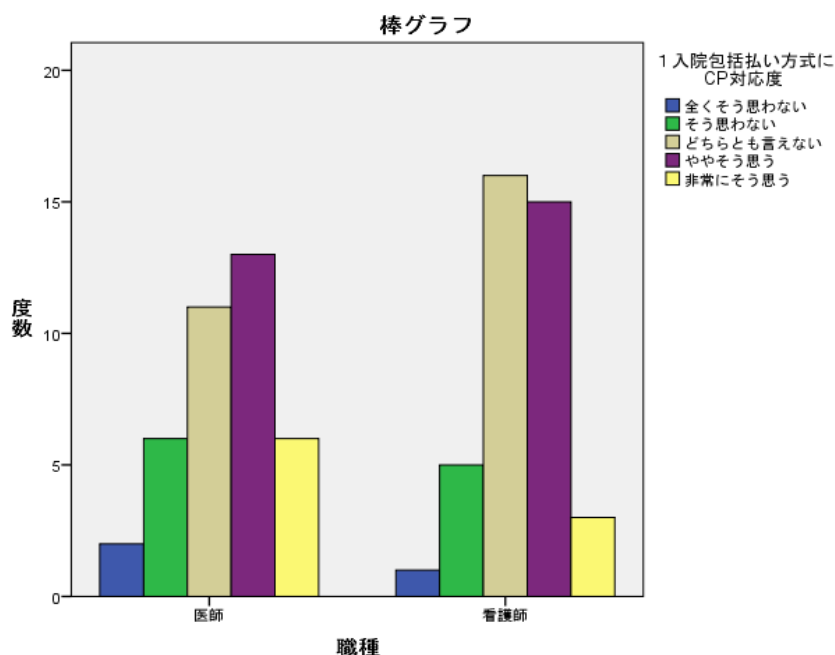


図67. 1入院包括払い方式にCP対応度に対する職種別の意識差異

6. 短期滞在手術等基本料におけるCP導入効果に関する医療者の職種別の意識分析結果

短期滞在手術基本料の導入前後におけるCP導入効果に関する職種別の意識差異の分析結果、職種別の回答の比率に有意差を認めなかった項目は、①「現行CPは患者管理の効率性の向上に効果がある $p=0.110$ 」、②「病床の稼働率が向上した $p=0.224$ 」、③「病床の回転率が向上した $p=0.133$ 」④「病院の収益率が向上した $p=0.130$ 」の項目に対して、医師に比べて看護師の方が現在のCPに対し、肯定的な意識が高かった<表159～表166、図68～図71>。

表159. 職種と患者管理の効率性の向上に対するクロス集計表

			患者管理の効率性の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	2	3	19	9	5	38
		期待度数	1.9	1.5	15.6	13.2	5.8	38.0
		標準化残差	.0	1.3	.9	-1.1	-.3	
		調整済み残差	.1	1.8	1.6	-2.0	-.5	
	看護師	度数	2	0	13	18	7	40
		期待度数	2.1	1.5	16.4	13.8	6.2	40.0
		標準化残差	.0	-1.2	-.8	1.1	.3	
		調整済み残差	-.1	-1.8	-1.6	2.0	.5	
合計		度数	4	3	32	27	12	78
		期待度数	4.0	3.0	32.0	27.0	12.0	78.0

表160. 患者管理の効率性の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	7.412 ^a	4	.116	.115
尤度比	8.632	4	.071	.106
Fisher の直接法	7.102			.110
有効なケースの数	78			

a = 4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.46.

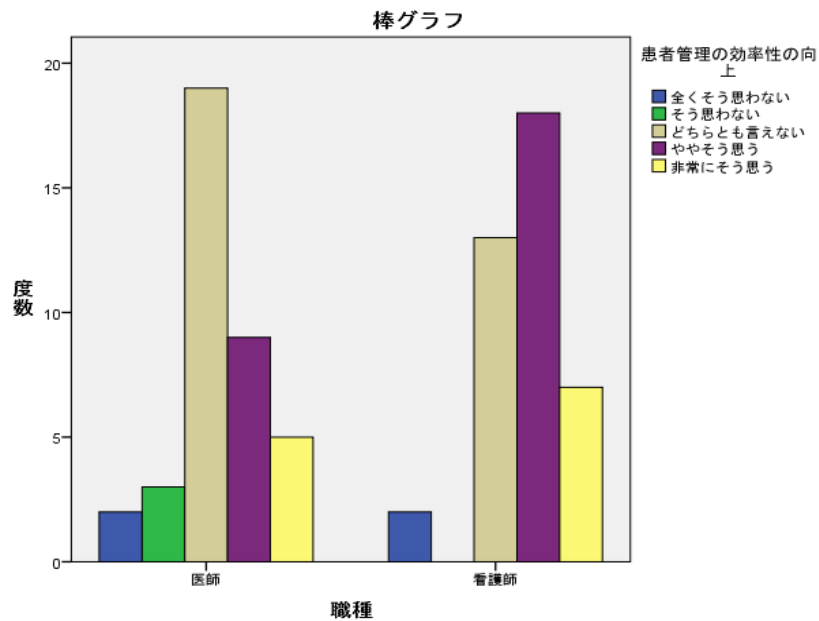


図68. 患者管理の効率性の向上に対する職種別の意識差異

表161. 職種と病床の稼働率の向上に対するクロス集計表

		病床の稼働率の向上					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	0	7	7	13	5	32
		期待度数	.4	4.4	8.4	15.1	3.6	32.0
		標準化残差	-.7	1.2	-.5	-.5	.8	
		調整済み残差	-.9	1.8	-.8	-1.0	1.1	
	看護師	度数	1	3	12	21	3	40
		期待度数	.6	5.6	10.6	18.9	4.4	40.0
		標準化残差	.6	-1.1	.4	.5	-.7	
		調整済み残差	.9	-1.8	.8	1.0	-1.1	
合計		度数	1	10	19	34	8	72
		期待度数	1.0	10.0	19.0	34.0	8.0	72.0

表162. 病床の稼働率の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	5.477 ^a	4	.242	.217
尤度比	5.878	4	.208	.233
Fisher の直接法	5.289			.224
有効なケースの数	72			

a=5セル(50.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.44.

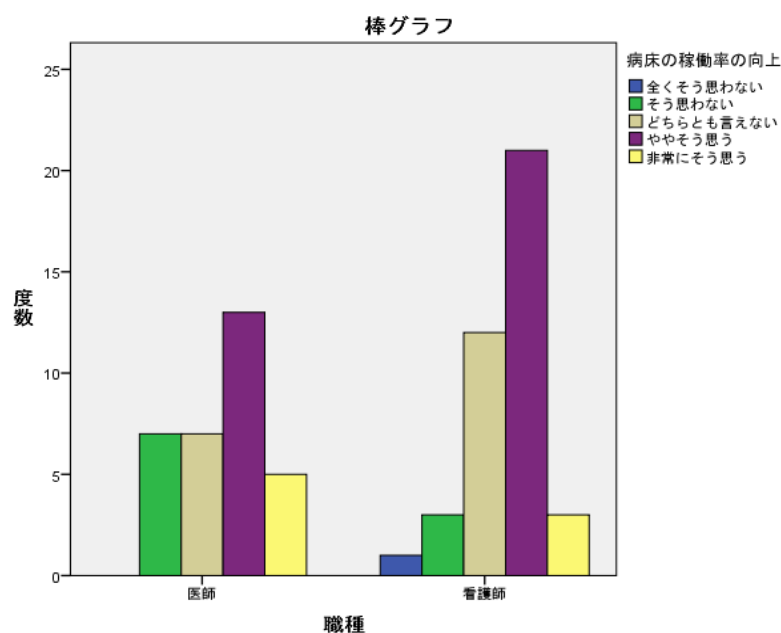


図69. 病床の稼働率の向上に対する職種別の意識差異

表163. 職種と病床の回転率の向上に対するクロス集計表

			病床の回転率の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	1	8	16	10	3	38
		期待度数	1.0	4.9	15.1	14.1	2.9	38.0
		標準化残差	.0	1.4	.2	-1.1	.0	
		調整済み残差	.0	2.1	.4	-1.9	.1	
	看護師	度数	1	2	15	19	3	40
		期待度数	1.0	5.1	15.9	14.9	3.1	40.0
		標準化残差	.0	-1.4	-.2	1.1	.0	
		調整済み残差	.0	-2.1	-.4	1.9	-.1	
合計		度数	2	10	31	29	6	78
		期待度数	2.0	10.0	31.0	29.0	6.0	78.0

表164. 病床の回転率の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	6.378 ^a	4	.173	.169
尤度比	6.676	4	.154	.199
Fisher の直接法	6.571			.133
有効なケースの数	78			

a=5セル(50.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.97.

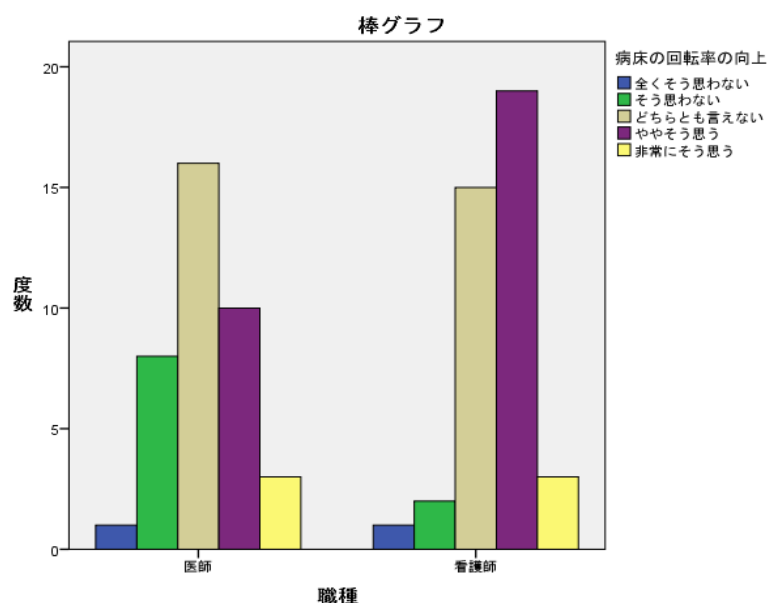


図70. 病床の回転率の向上に対する職種別の意識差異

表165. 職種と病院の収益率の向上に対するクロス集計表

			病院の収益率の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	2	8	20	7	1	38
		期待度数	1.5	5.4	18.5	11.2	1.5	38.0
		標準化残差	.4	1.1	.3	-1.3	-.4	
		調整済み残差	.6	1.7	.7	-2.1	-.5	
	看護師	度数	1	3	18	16	2	40
		期待度数	1.5	5.6	19.5	11.8	1.5	40.0
		標準化残差	-.4	-1.1	-.3	1.2	.4	
		調整済み残差	-.6	-1.7	-.7	2.1	.5	
合計		度数	3	11	38	23	3	78
		期待度数	3.0	11.0	38.0	23.0	3.0	78.0

表166. 病院の収益率の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	6.519 ^a	4	.164	.162
尤度比	6.710	4	.152	.227
Fisher の直接法	6.551			.130
有効なケースの数	78			

a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.46.

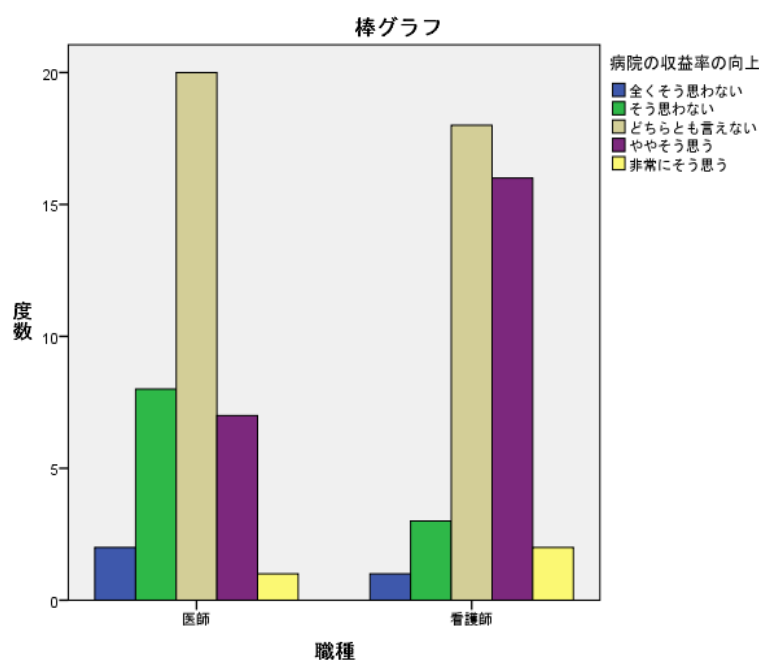


図71. 病院の収益率の向上に対する職種別の意識差異

その他に、職種別の回答の比率に有意差を認めた項目は、9つの項目のうち、5つの項目から職種別に有意差を認めた。最初に、①「現行CPは在院日数の短縮に効果がある」の項目に対し、<表167～表168、図72>に示したように医師は「どちらとも言えない」を支持する回答率が39.5%（15名）でやや高く示されたが、看護師は否定的な回答率が62.5%（25名）で示され、医療者の職種別においてクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.019$ 、 $p<0.05$ ）。

また、②「現行CPは臨床指標の対応の向上に効果がある $p=0.039$ 」、③「現行CPは地域連携の増大に効果がある $p=0.011$ 」、④「現行CPは医療材料の標準化の向上に効果がある $p=0.002$ 」⑤「現行CPは検査・画像・投薬の標準化の向上に効果がある $p=0.003$ 」について、看護師の方が医師に比べてやや肯定的な意識が示され、クロス集計の検定より、医師の期待度数が有意に低く、職種別間で回答の比率に有意差を認めた（ $p<0.05$ ）（表169～表176、図73～図76）。

表167. 職種と在院日数短縮の向上に対するクロス集計表

			在院日数短縮の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	2	9	15	10	2	38
		期待度数	1.0	5.4	13.6	15.1	2.9	38.0
		標準化残差	1.0	1.6	.4	-1.3	-.5	
		調整済み残差	1.5	2.4	.6	-2.4	-.8	
	看護師	度数	0	2	13	21	4	40
		期待度数	1.0	5.6	14.4	15.9	3.1	40.0
		標準化残差	-1.0	-1.5	-.4	1.3	.5	
		調整済み残差	-1.5	-2.4	-.6	2.4	.8	
合計	度数	2	11	28	31	6	78	
	期待度数	2.0	11.0	28.0	31.0	6.0	78.0	

表168. 在院日数短縮の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	11.123 ^a	4	.025	.017
尤度比	12.352	4	.015	.023
Fisher の直接法	10.647			.019*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.97.

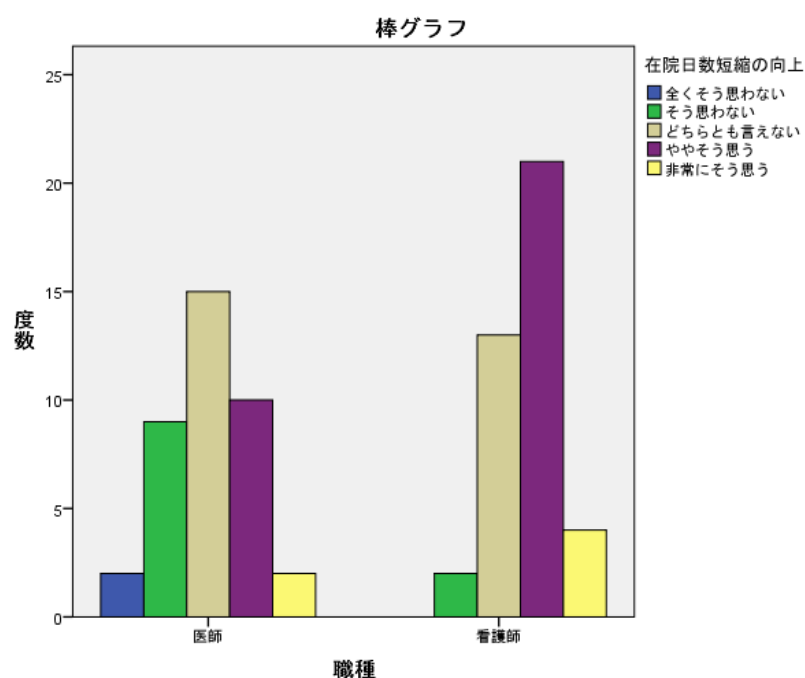


図72. 在院日数短縮の向上に対する職種別の意識差異

表169. 職種と臨床指標の対応の向上に対するクロス集計表

		臨床指標の対応の向上					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	1	8	21	6	2	38
		期待度数	.5	4.4	22.4	8.8	1.9	38.0
		標準化残差	.7	1.7	-.3	-.9	.0	
		調整済み残差	1.0	2.6	-.6	-1.5	.1	
	看護師	度数	0	1	25	12	2	40
		期待度数	.5	4.6	23.6	9.2	2.1	40.0
		標準化残差	-.7	-1.7	.3	.9	.0	
		調整済み残差	-1.0	-2.6	.6	1.5	-.1	
合計	度数	1	9	46	18	4	78	
	期待度数	1.0	9.0	46.0	18.0	4.0	78.0	

表170. 臨床指標の対応の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	8.747 ^a	4	.068	.043
尤度比	9.920	4	.042	.054
Fisher の直接法	8.743			.039*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=6セル(60.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.49.

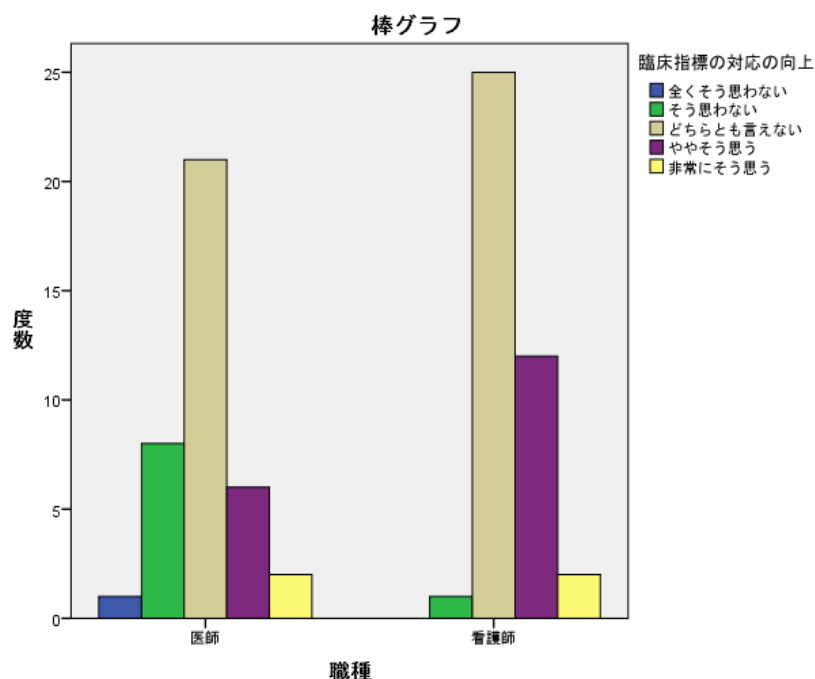


図73. 臨床指標の対応の向上に対する職種別の意識差異

表171. 職種と地域連携の増大の向上に対するクロス集計表

			地域連携の増大の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	10	7	18	3	0	38
		期待度数	5.4	6.8	19.5	5.8	.5	38.0
		標準化残差	2.0	.1	-.3	-1.2	-.7	
		調整済み残差	3.0	.1	-.7	-1.8	-1.0	
	看護師	度数	1	7	22	9	1	40
		期待度数	5.6	7.2	20.5	6.2	.5	40.0
		標準化残差	-2.0	-.1	.3	1.1	.7	
		調整済み残差	-3.0	-.1	.7	1.8	1.0	
合計	度数	11	14	40	12	1	78	
	期待度数	11.0	14.0	40.0	12.0	1.0	78.0	

表172. 地域連携の増大の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	11.720 ^a	4	.020	.012
尤度比	13.422	4	.009	.009
Fisher の直接法	11.835			.011*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.49.

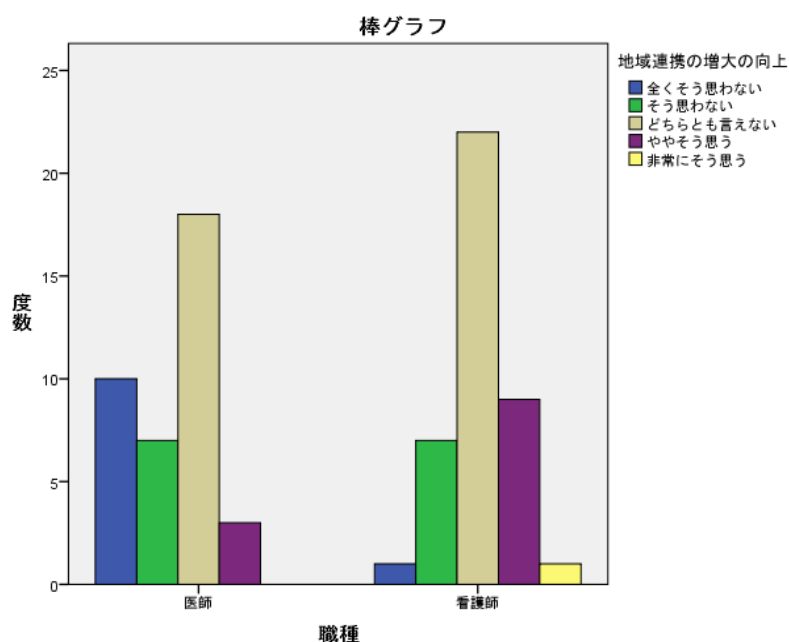


図74. 地域連携の増大の向上に対する職種別の意識差異

表173. 職種と医療材料の標準化の向上に対するクロス集計表

			医療材料の標準化の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	8	6	15	5	4	38
		期待度数	3.9	4.4	16.1	10.2	3.4	38.0
		標準化残差	2.1	.8	-.3	-1.6	.3	
		調整済み残差	3.1	1.1	-.5	-2.7	.5	
	看護師	度数	0	3	18	16	3	40
		期待度数	4.1	4.6	16.9	10.8	3.6	40.0
		標準化残差	-2.0	-.8	.3	1.6	-.3	
		調整済み残差	-3.1	-1.1	.5	2.7	-.5	
合計		度数	8	9	33	21	7	78
		期待度数	8.0	9.0	33.0	21.0	7.0	78.0

表174. 医療材料の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	15.136 ^a	4	.004	.003
尤度比	18.534	4	.001	.002
Fisher の直接法	15.722			.002*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=6セル(60.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.41.

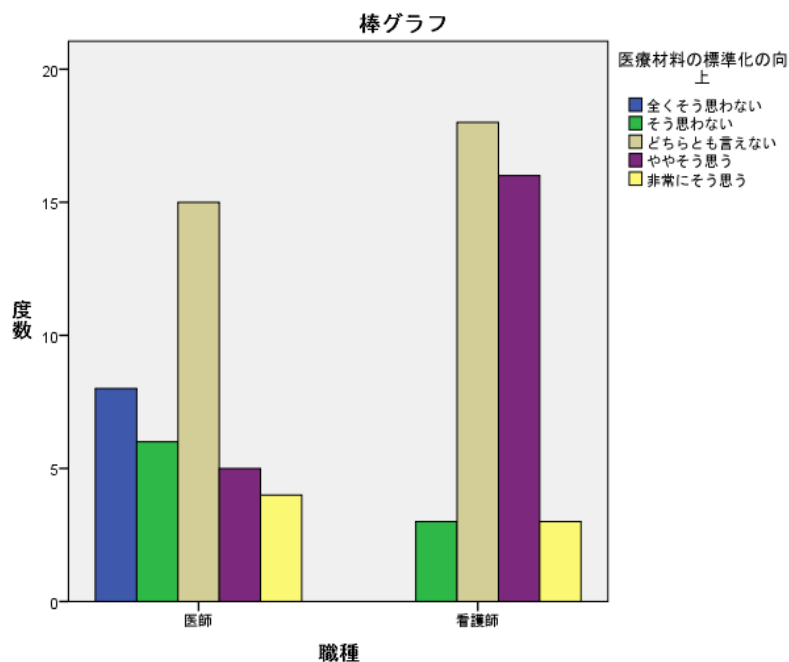


図75. 医療材料の標準化の向上に対する職種別の意識差異

表175. 検査・画像・投薬の標準化の向上に対するクロス集計表

			検査・画像・投薬の標準化の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	7	4	18	3	6	38
		期待度数	3.4	4.4	17.1	8.3	4.9	38.0
		標準化残差	1.9	-.2	.2	-1.8	.5	
		調整済み残差	2.8	-.3	.4	-2.9	.8	
	看護師	度数	0	5	17	14	4	40
		期待度数	3.6	4.6	17.9	8.7	5.1	40.0
		標準化残差	-1.9	.2	-.2	1.8	-.5	
		調整済み残差	-2.8	.3	-.4	2.9	-.8	
合計	度数	7	9	35	17	10	78	
	期待度数	7.0	9.0	35.0	17.0	10.0	78.0	

表176. 検査・画像・投薬の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	14.616 ^a	4	.006	.004
尤度比	17.918	4	.001	.003
Fisher の直接法	15.102			.003*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=5セル(50%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.41.

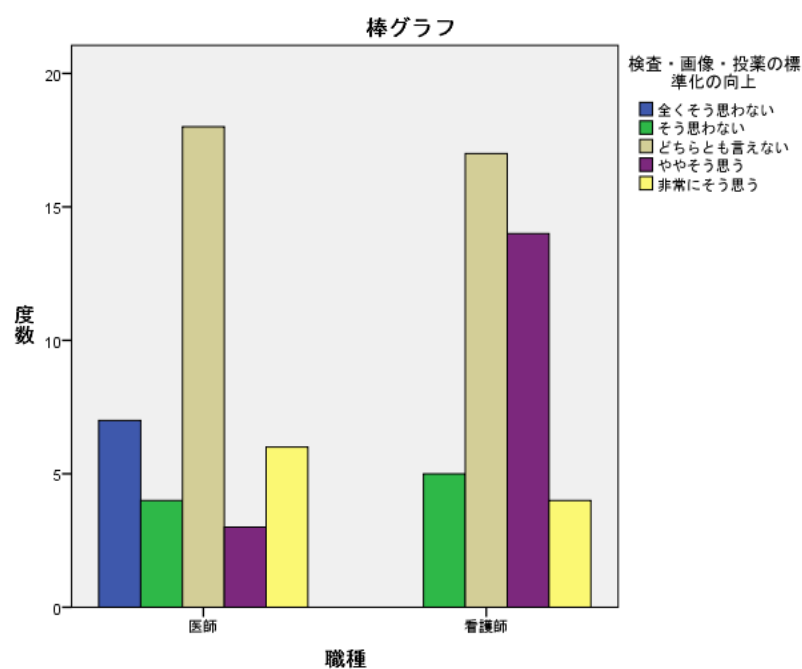


図76. 検査・画像・投薬の標準化の向上に対する職種別の意識差異

7. CP導入により診療プロセスの変化に関する医療者の職種別の意識分析結果

短期滞在手術基本料方式の導入前後におけるCP導入により診療プロセスの変化に関する職種別の意識差異は、9つの項目のうち、3つの項目から職種別の意識差異に有意差を認められた。

最初の質問である①「CPに対する患者・患者家族の教育時間が短縮した」の項目に対し、<表177～表178、図77>に示したように医師は普通である「どちらとも言えない」を支持する回答率が50.0%（19名）に比べて、看護師は肯定的な回答率が52.5%（21名）で半数以上が患者・患者家族の教育時間の短縮に肯定的に意識しており、クロス集計の検定より職種別の意識の関係で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.019$, $p<0.05$ ）。

次に、「医療材料の使用量の減少 $p=0.008$ 」「バリエーションに対する観察時間が短縮 $p=0.010$ 」の項目では、短期滞在手術基本料方式の導入前後において医療者の両方とも普通である「どちらとも言えない」を支持する回答率が高く示され、大きな変化はないことが示され、<表179～表180、図78>にクロス集計の検定より職種別の意識の関係に医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p<0.05$ ）。

その他に、「患者検査・画像件数が減少した」の項目では、<表181～表182、図79>に示したように、医師は肯定的な回答率が47.4%（18人）であり、看護師は普通である「どちらとも言えない」を支持する回答率が55.5%（22人）で示され、看護師に比べて医師の方が肯定的に意識していることが示されたが、クロス集計による職別の意識差異に統計的な有意差は認めなかった（ $p=0.142$, $p<0.05$ ）。

また、「注射・投薬に対する業務量が減少した $p=0.290$ 」「看護処置時間が短縮した $p=0.595$ 」「医療物品管理の業務量が減少した $p=0.638$ 」「医療者に対するCPの教育時間が短縮した $p=0.485$ 」の項目では、短期滞在手術基本料方式の導入前後において医療者の両方とも普通である「どちらとも言えない」の回答率が高く示され、大きな変化はないことが分かったが、それぞれの項目の対し、医師と看護師の間で意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差は認めなかった（ $p<0.05$ ）。

表177. 職種と患者・患者家族の教育時間が短縮に対するクロス集計表

			患者・患者家族の教育時間が短縮					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	3	9	19	6	1	38
		期待度数	1.9	7.8	14.6	12.2	1.5	38.0
		標準化残差	.8	.4	1.1	-1.8	-.4	
		調整済み残差	1.1	.7	2.0	-3.0	-.5	
	看護師	度数	1	7	11	19	2	40
		期待度数	2.1	8.2	15.4	12.8	1.5	40.0
		標準化残差	-.7	-.4	-1.1	1.7	.4	
		調整済み残差	-1.1	-.7	-2.0	3.0	.5	
合計	度数	4	16	30	25	3	78	
	期待度数	4.0	16.0	30.0	25.0	3.0	78.0	

表178. 患者・患者家族の教育時間が短縮に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	10.432 ^a	4	.034	.024
尤度比	10.848	4	.028	.044
Fisher の直接法	10.480			.019*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.46.

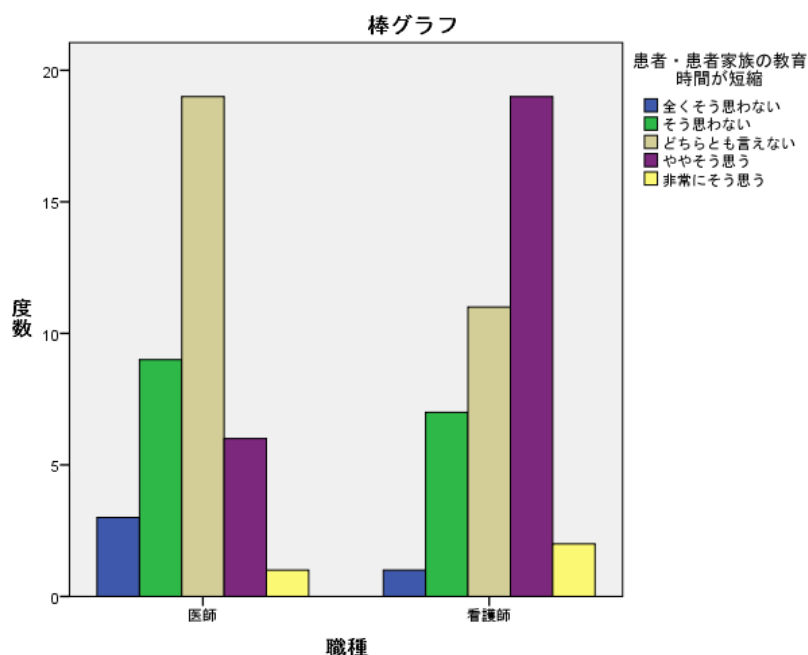


表77. 患者・患者家族の教育時間が短縮に対する職種別の意識差異

表179. 職種と患者処置時、医療材料の使用量が減少に対するクロス集計表

			患者処置時、医療材料の使用量が減少					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	10	7	20	0	1	38
		期待度数	6.3	7.3	19.5	3.9	1.0	38.0
		標準化残差	1.5	-.1	.1	-2.0	.0	
		調整済み残差	2.2	-.2	.2	-2.9	.0	
	看護師	度数	3	8	20	8	1	40
		期待度数	6.7	7.7	20.5	4.1	1.0	40.0
		標準化残差	-1.4	.1	-.1	1.9	.0	
		調整済み残差	-2.2	.2	-.2	2.9	.0	
合計		度数	13	15	40	8	2	78
		期待度数	13.0	15.0	40.0	8.0	2.0	78.0

表180. 患者処置時、医療材料の使用量が減少に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	11.792 ^a	4	.019	.013
尤度比	15.082	4	.005	.007
Fisher の直接法	12.548			.008*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a. 4 セル (40.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .97 です。

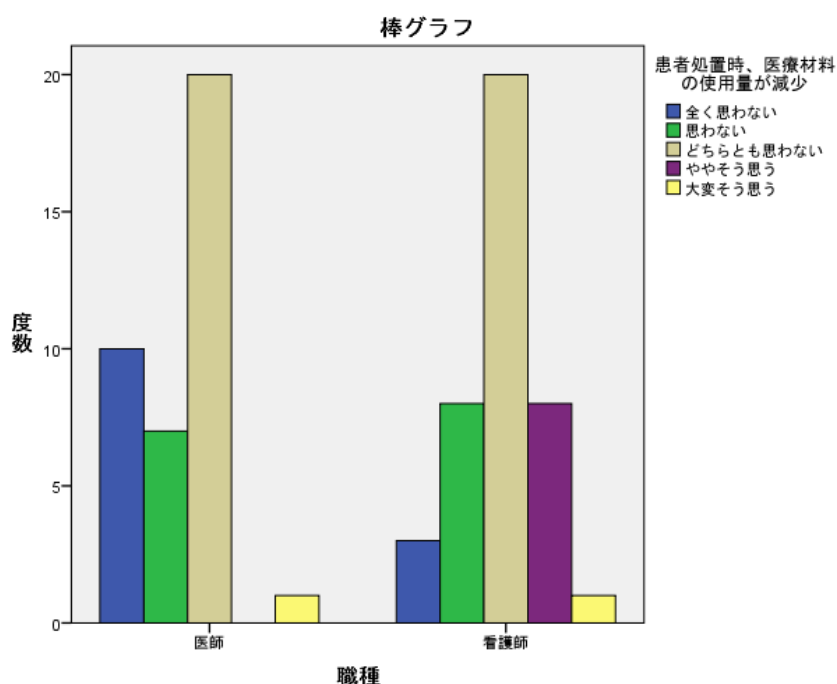


表78. 患者処置時、医療材料の使用量が減少に対する職種別の意識差異

表181. 職種とバリエーションに対する観察時間が短縮のクロス集計表

			バリエーションに対する観察時間が短縮					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	9	5	22	2	0	38
		期待度数	5.4	5.8	20.0	6.3	.5	38.0
		標準化残差	1.6	-.3	.5	-1.7	-.7	
		調整済み残差	2.4	-.5	.9	-2.6	-1.0	
	看護師	度数	2	7	19	11	1	40
		期待度数	5.6	6.2	21.0	6.7	.5	40.0
		標準化残差	-1.5	.3	-.4	1.7	.7	
		調整済み残差	-2.4	.5	-.9	2.6	1.0	
合計		度数	11	12	41	13	1	78
		期待度数	11.0	12.0	41.0	13.0	1.0	78.0

表182. バリエンスに対する観察時間が短縮のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗 尤度比	12.195 ^a	4	.016	.009
Fisher の直接法 有効なケースの数	12.134	4	.009	.010*
	78			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5 未満. 最小期待度数は0.49.

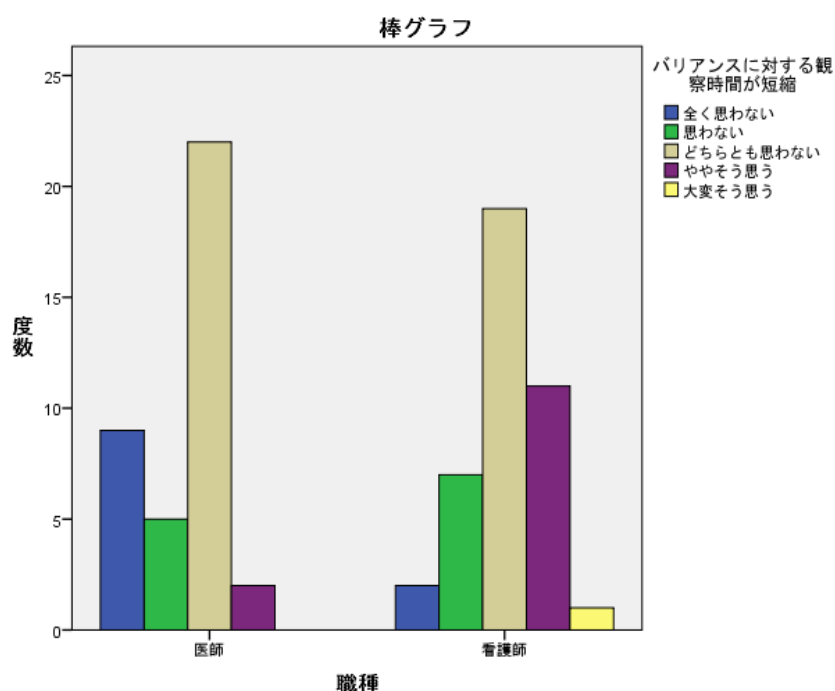


図79. バリエンスに対する観察時間が短縮の職種別の意識差異

8. CP のメリットに関する医療者の職種別の意識分析結果

CPのメリットに関する医療者の職種別の意識差異は、医師の平均値は、①患者の入・退院に容易、②診療業務の効率化、③投薬・医療材料の標準化、④点滴注射投与量の減少、⑤入院期間の短縮化、⑥医療コストの削減、⑦計画的な治療が可能の順で示された。看護師は、①診療業務の効率化、②入院期間の短縮化、③患者の入・退院に容易、④計画的な治療が可能、⑤投薬・医療材料の標準化、⑥医療コストの削減、⑦点滴注射投与量の減少の順であった。項目別に意識の差異を見ると、全ての項目に対し、看護師の方が医師に比べて肯定的に意識している比率が高く、「診療業務の効率化 p=0.019」、「入院期間の短縮化 p=0.001」「計画的な治療が可能 p=0.000」の項目において医療者の職種別に意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた (p<0.05) (表183～表188、図80～図82)。

表183. 職種と診療業務の効率化に対するクロス集計表

		診療業務の効率化					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	1	4	15	9	9	38
		期待度数	1.0	3.4	9.7	15.1	8.8	38.0
		標準化残差	.0	.3	1.7	-1.6	.1	
		調整済み残差	.0	.5	2.7	-2.8	.1	
	看護師	度数	1	3	5	22	9	40
		期待度数	1.0	3.6	10.3	15.9	9.2	40.0
		標準化残差	.0	-.3	-1.6	1.5	-.1	
		調整済み残差	.0	-.5	-2.7	2.8	-.1	
合計		度数	2	7	20	31	18	78
		期待度数	2.0	7.0	20.0	31.0	18.0	78.0

表184. 診療業務の効率化に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	10.550 ^a	4	.032	.024
尤度比	10.948	4	.027	.035
Fisher の直接法	10.843			.019*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.97.

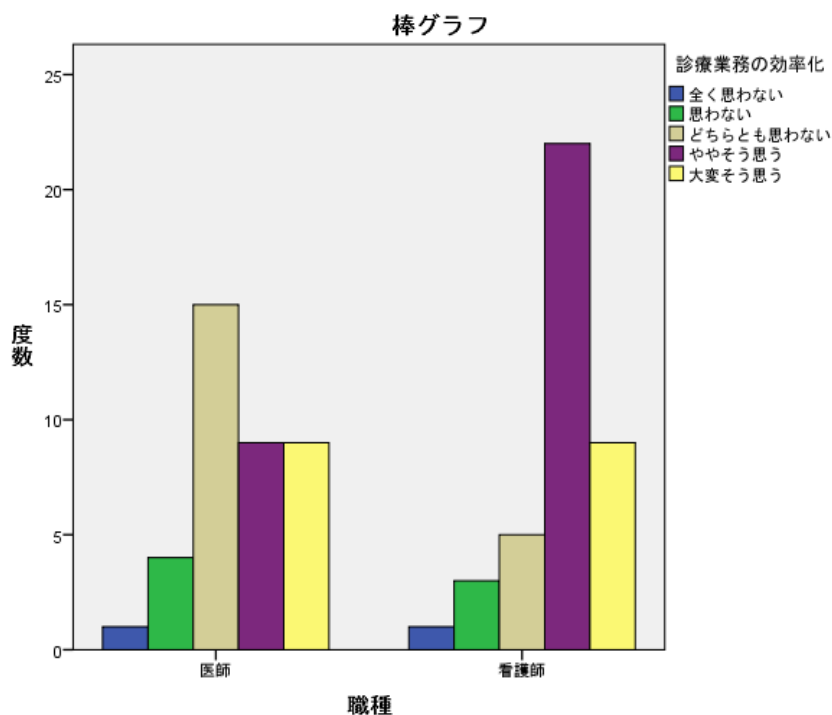


図80. 診療業務の効率化に対する職種別の意識差異

表185. 職種と入院期間の短縮化に対するクロス集計表

		入院期間の短縮化					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
職種	医師	度数	6	2	19	7	4	38
		期待度数	3.9	2.4	12.2	13.6	5.8	38.0
		標準化残差	1.1	-.3	2.0	-1.8	-.8	
		調整済み残差	1.6	-.4	3.3	-3.1	-1.2	
	看護師	度数	2	3	6	21	8	40
		期待度数	4.1	2.6	12.8	14.4	6.2	40.0
		標準化残差	-1.0	.3	-1.9	1.8	.7	
		調整済み残差	-1.6	.4	-3.3	3.1	1.2	
合計		度数	8	5	25	28	12	78
		期待度数	8.0	5.0	25.0	28.0	12.0	78.0

表186. 入院期間の短縮化に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	17.253 ^a	4	.002	.001
尤度比	18.031	4	.001	.002
Fisher の直接法	17.277			.001*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.44.

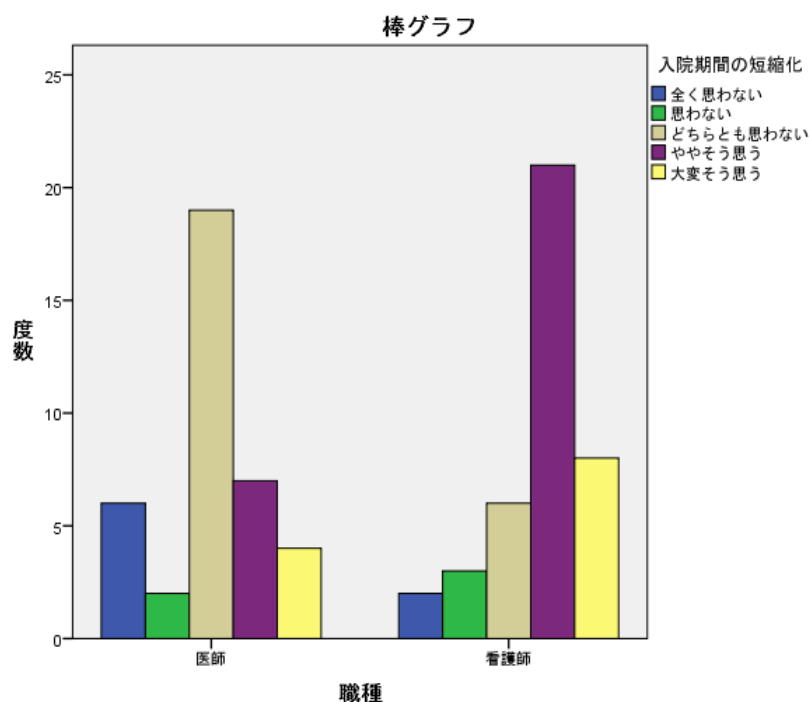


図81. 入院期間の短縮化に対する職種別の意識差異

表187. 職種と計画的な治療が可能に対するクロス集計表

			計画的な治療が可能					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	0	20	5	7	0	32
		期待度数	1.3	10.2	4.4	12.9	3.1	32.0
		標準化残差	-1.2	3.1	.3	-1.6	-1.8	
		調整済み残差	-1.6	5.0	.4	-2.8	-2.5	
	看護師	度数	3	3	5	22	7	40
		期待度数	1.7	12.8	5.6	16.1	3.9	40.0
		標準化残差	1.0	-2.7	-2	1.5	1.6	
		調整済み残差	1.6	-5.0	-.4	2.8	2.5	
合計		度数	3	23	10	29	7	72
		期待度数	3.0	23.0	10.0	29.0	7.0	72.0

表188. 計画的な治療が可能に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	29.803 ^a	4	.000	.000
尤度比	35.193	4	.000	.000
Fisher の直接法	30.331			.000*
有効なケースの数	72			

*=p<0.05, a=5セル(50.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.33.

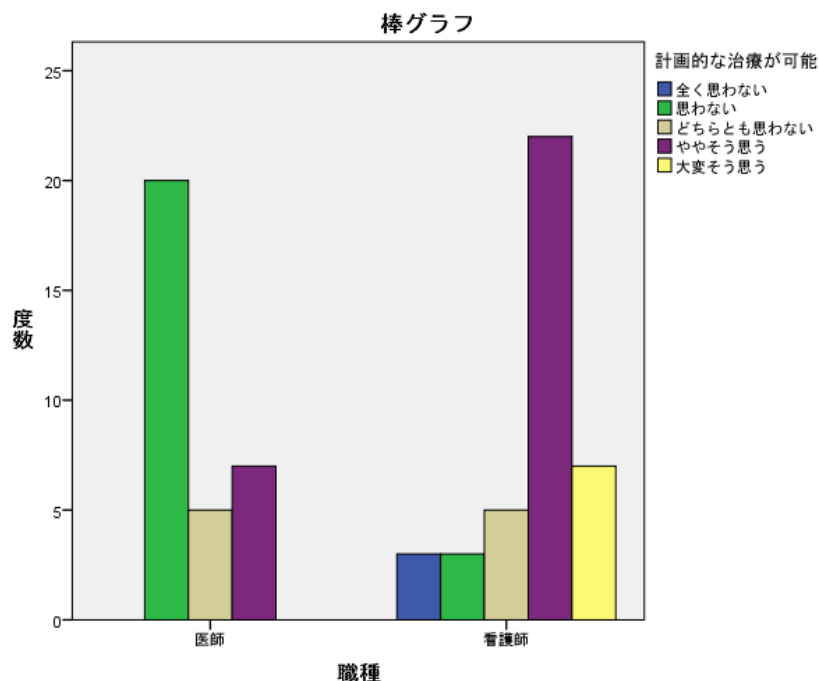


図82. 計画的な治療が可能に対する職種別の意識差異

9. CP のデメリットに関する医療者の職種別の意識分析結果

CPのデメリットに関する医療者の職種別の意識差異は、医師は、①入院期間が短く患者が不安を感じる、②CP管理者の不在、③バリエーション発生時、業務に混乱が生じる、④患者の症状によってはCPにない項目が生じる、⑤患者の個別性が図り難いの順であった。看護師は、①患者の個別性が図り難い、②CP管理者の不在、③患者の症状によってはCPにない項目が生じる、④バリエーション発生時、業務に混乱が生じる、⑤入院期間が短く患者が不安を感じるの順であった。

職種別の意識差異を見ると、「患者の個別性が図り難い $p=0.000$ 」、「入院期間が見ず各患者が不安を感じる $p=0.000$ 」、「患者の症状によってはCPにない項目が生じる $p=0.007$ 」の項目に対し、医療者の職種別に意識差異の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、医師の期待度数が有意に低く、職種別の間で回答の比率に有意差を認めた ($p<0.05$) <表189～表194、図83～図85>。

表189. 職種と患者の個別性が図り難いに対するクロス集計表

			患者の個別性が図り難い					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	7	2	25	2	2	38
		期待度数	3.9	2.4	17.1	12.2	2.4	38.0
		標準化残差	1.6	-.3	1.9	-2.9	-.3	
		調整済み残差	2.3	-.4	3.6	-4.9	-.4	
	看護師	度数	1	3	10	23	3	40
		期待度数	4.1	2.6	17.9	12.8	2.6	40.0
		標準化残差	-1.5	.3	-1.9	2.8	.3	
		調整済み残差	-2.3	.4	-3.6	4.9	.4	
合計	度数	8	5	35	25	5	78	
	期待度数	8.0	5.0	35.0	25.0	5.0	78.0	

表190. 職種と患者の個別性が図り難いに対するクロス集計表

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2乗	28.936 ^a	4	.000	.000
尤度比	32.774	4	.000	.000
Fisher の直接法	30.913			.000*
有効なケースの数	78			

*= $p<0.05$, a=6セル(60.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.44.

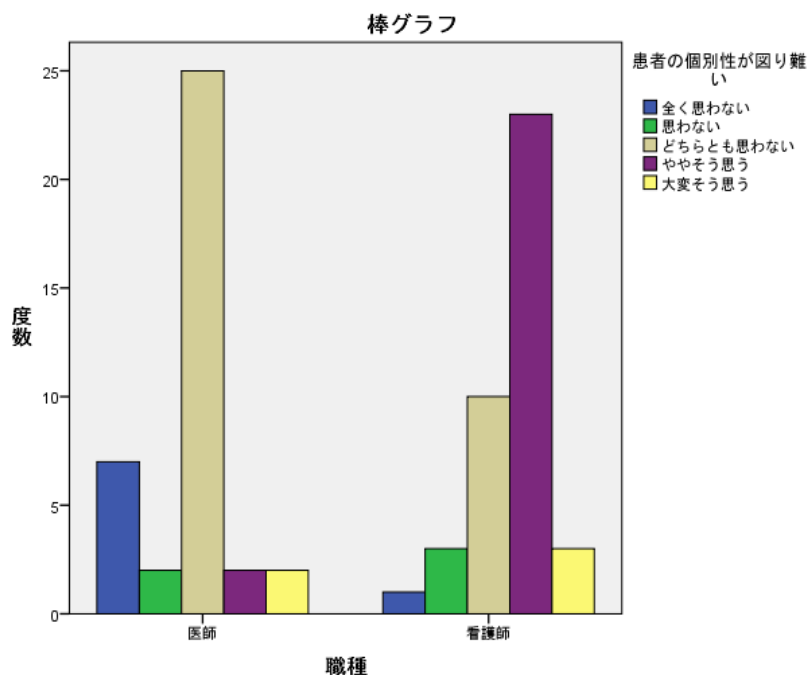


図75. 患者の個別性が図り難いに対する職種別の意識差異

表191. 職種と入院期間が短く患者が不安を感じるに対するクロス集計表

			入院期間が短く患者が不安を感じる					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	2	0	15	15	6	38
		期待度数	3.9	4.4	11.7	15.1	2.9	38.0
		標準化残差	-1.0	-2.1	1.0	.0	1.8	
		調整済み残差	-1.4	-3.1	1.6	.0	2.6	
	看護師	度数	6	9	9	16	0	40
		期待度数	4.1	4.6	12.3	15.9	3.1	40.0
		標準化残差	.9	2.0	-.9	.0	-1.8	
		調整済み残差	1.4	3.1	-1.6	.0	-2.6	
合計		度数	8	9	24	31	6	78
		期待度数	8.0	9.0	24.0	31.0	6.0	78.0

表192. 入院期間が見ず各患者が不安を感じるに対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗 尤度比	18.493 ^a	4	.001	.000
Fisher の直接法	19.264			.000*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=6セル(60.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.92.

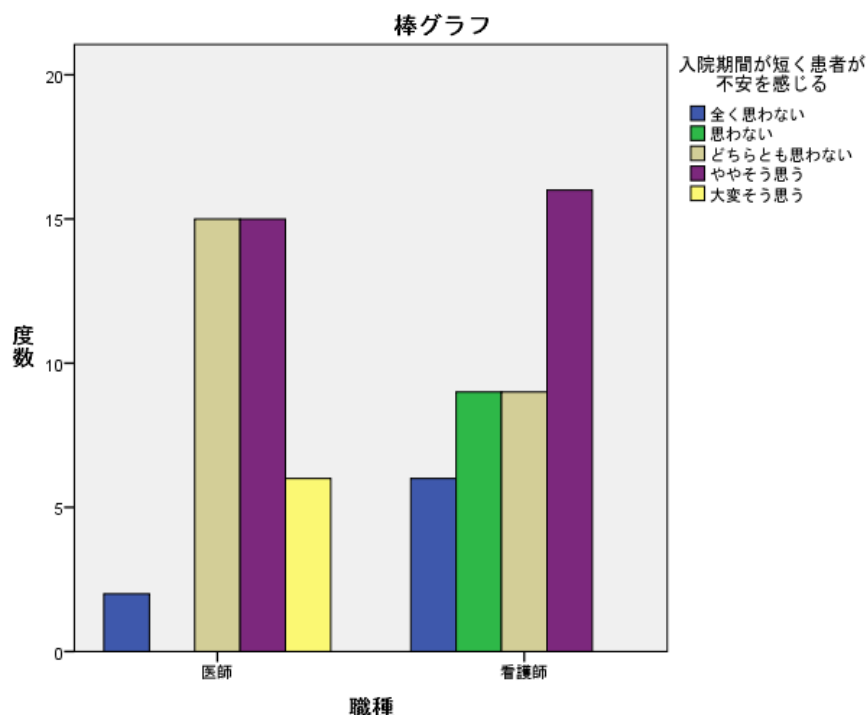


図76. 入院期間が見ず各患者が不安を感じるに対する職種別の意識差異

表193. 職種と患者の症状によってはCPにない項目が生じるに対するクロス集計表

			患者の症状によってはCPにない項目が生じる					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
職種	医師	度数	5	8	17	6	2	38
		期待度数	2.9	7.3	14.1	12.7	1.0	38.0
		標準化残差	1.2	.3	.8	-1.9	1.0	
		調整済み残差	1.8	.4	1.3	-3.2	1.5	
	看護師	度数	1	7	12	20	0	40
		期待度数	3.1	7.7	14.9	13.3	1.0	40.0
		標準化残差	-1.2	-2	-.7	1.8	-1.0	
		調整済み残差	-1.8	-.4	-1.3	3.2	-1.5	
合計	度数	6	15	29	26	2	78	
	期待度数	6.0	15.0	29.0	26.0	2.0	78.0	

表194. 患者の症状によってはCPにない項目が生じるに対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	13.091 ^a	4	.011	.006
尤度比	14.518	4	.006	.008
Fisher の直接法	12.655			.007*
有効なケースの数	78			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.97.

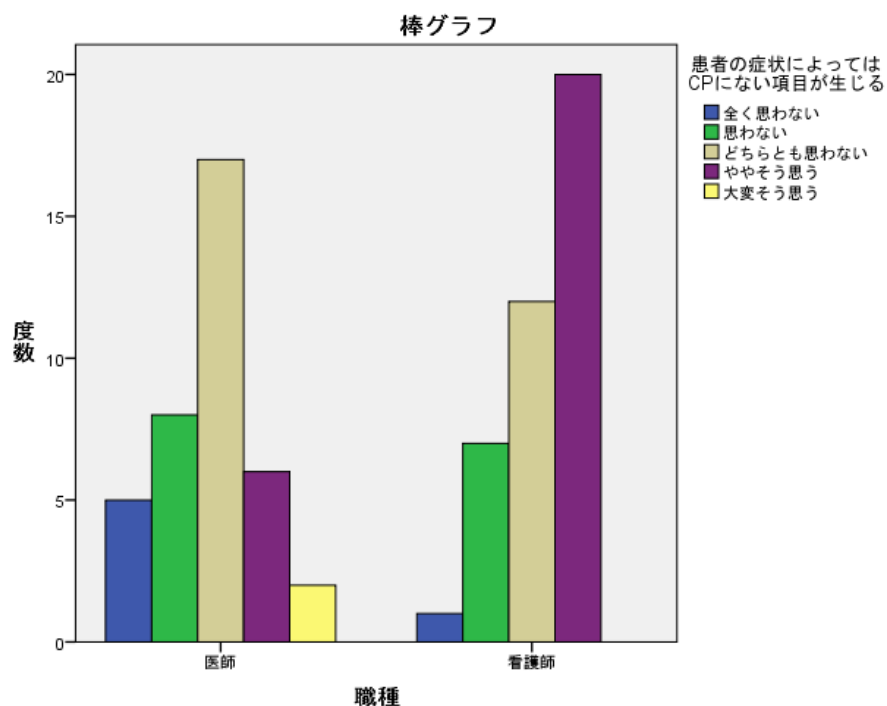


図77. 患者の症状によってはCPにない項目が生じる職種別の意識差異

C. 包括払い制度に関する日韓の医療者の意識比較結果

1. 包括払い制度に関する日韓の医療者の意識分析結果

表1は包括払い制度に関する日韓の職種別の意識差異を示した。包括払い制度に関する日韓の医療者の意識差異は、統計的に有意に意識の違いがあるかに対するクロス集計の検定を実施した結果、6つの項目の全てから統計的に有意差が認められ、国別に包括払い制度に対して違う意識が示された。

表195. 包括払い制度に関する日韓の職種別の意識差異

		職種別							
		医師				看護師			
		国		国		国		国	
		韓国		日本		韓国		日本	
		度数	N %	度数	N %	度数	N %	度数	N %
包括払い制度に対する満足度	全くそう思わない	7	21.2%	20	52.6%	13	25.5%	5	12.5%
	そう思わない	24	72.7%	12	31.6%	26	51.0%	9	22.5%
	どちらとも言えない	2	6.1%	4	10.5%	9	17.6%	25	62.5%
	ややそう思う	0	0.0%	2	5.3%	3	5.9%	1	2.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
患者の経済的な負担の減少	全くそう思わない	0	0.0%	17	44.7%	0	0.0%	5	12.5%
	そう思わない	20	60.6%	8	21.1%	34	66.7%	5	12.5%
	どちらとも言えない	9	27.3%	10	26.3%	6	11.8%	23	57.5%
	ややそう思う	4	12.1%	3	7.9%	7	13.7%	4	10.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	4	7.8%	3	7.5%
各診療科との関係を向上	全くそう思わない	5	15.2%	22	57.9%	2	3.9%	8	20.0%
	そう思わない	8	24.2%	7	18.4%	14	27.5%	7	17.5%
	どちらとも言えない	15	45.5%	8	21.1%	21	41.2%	24	60.0%
	ややそう思う	5	15.2%	1	2.6%	10	19.6%	1	2.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	4	7.8%	0	0.0%
医療の機能分化・連携を向上	全くそう思わない	1	3.0%	17	44.7%	0	0.0%	4	10.0%
	そう思わない	3	9.1%	10	26.3%	5	9.8%	5	12.5%
	どちらとも言えない	13	39.4%	9	23.7%	16	31.4%	28	70.0%
	ややそう思う	16	48.5%	1	2.6%	27	52.9%	3	7.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	1	2.6%	3	5.9%	0	0.0%
医療材料の標準化の向上	全くそう思わない	3	9.1%	16	42.1%	0	0.0%	4	10.0%
	そう思わない	2	6.1%	5	13.2%	4	7.8%	7	17.5%
	どちらとも言えない	8	24.2%	10	26.3%	11	21.6%	21	52.5%
	ややそう思う	18	54.5%	6	15.8%	29	56.9%	7	17.5%
	非常にそう思う	2	6.1%	1	2.6%	7	13.7%	1	2.5%
薬剤種類及び投薬量の標準化の向上	全くそう思わない	2	6.1%	14	36.8%	4	7.8%	2	5.0%
	そう思わない	5	15.2%	7	18.4%	5	9.8%	7	17.5%
	どちらとも言えない	4	12.1%	9	23.7%	8	15.7%	22	55.0%
	ややそう思う	20	60.6%	7	18.4%	29	56.9%	7	17.5%
	非常にそう思う	2	6.1%	1	2.6%	5	9.8%	2	5.0%
ジェネリックの使用の増加	全くそう思わない	0	0.0%	10	26.3%	0	0.0%	1	2.5%
	そう思わない	5	15.2%	6	15.8%	2	3.9%	4	10.0%
	どちらとも言えない	4	12.1%	7	18.4%	10	19.6%	19	47.5%
	ややそう思う	21	63.6%	10	26.3%	32	62.7%	9	22.5%
	非常にそう思う	3	9.1%	5	13.2%	7	13.7%	7	17.5%

最初に、①「包括払い制度に対する満足度」に対する日韓の医療者の意識は<表195>に示した。韓国の医師は包括払い制度に対する否定的な回答率に93.9%（31名）、日本の医師も84.2%（22名）で示され、日韓の同様に医師は、現在の包括払い制度に対して満足する意識が低いことが示された。

日韓の看護師は、韓国は否定的な回答率に84.2%（22名）、日本は「どちらとも言えない」を支持する回答率に62.5%（25名）で示され、日韓の看護師の意識は、現在の包括払い制度に対して異なる意識を持っていることが示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表196～表197、図78>。

表196. 国別と包括払い制度に対する満足度のクロス集計表

			包括払い制度に対する満足度				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
国	韓国	度数	20	50	11	3	84
		期待度数	23.3	41.5	16.1	3.1	84.0
		標準化残差	-.7	1.3	-1.3	-.1	
		調整済み残差	-1.2	2.7	-2.0	-.1	
	日本	度数	25	30	20	3	78
		期待度数	21.7	38.5	14.9	2.9	78.0
		標準化残差	.7	-1.4	1.3	.1	
		調整済み残差	1.2	-2.7	2.0	.1	
合計		度数	45	80	31	6	162
		期待度数	45.0	80.0	31.0	6.0	162.0

表197. 包括払い制度に対する満足度のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	20.306 ^a	3	.000	.000
尤度比	20.931	3	.000	.000
Fisher の直接法	20.632			.000*
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.89.

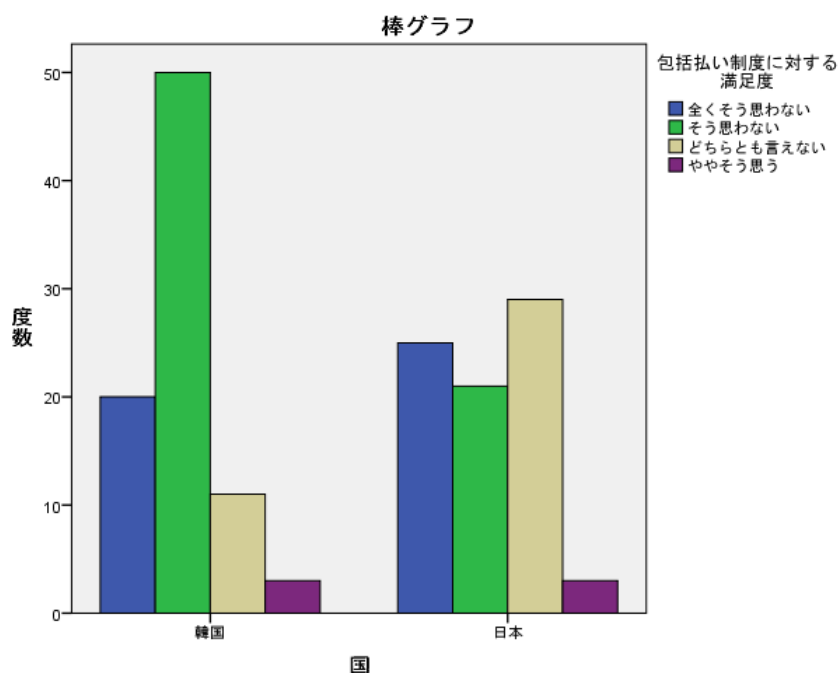


図78. 包括払い制度に対する満足度の国別の意識差異

次に、②「患者の経済的な負担の減少」について、韓国の医師は、否定的な回答率が60.0%（20名）、日本も65.8%（25名）で、両国の医師は同様な意識が示された。看護師は、韓国は否定的な回答率が66.7%（34名）で示されたが、日本は「どちらとも言えない」を支持する回答率が57.5%（23名）で、両国の看護師は異なる意識を持っていることが示された。クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表198～表199、図79）。

表198. 国別と患者の経済的な負担の減少に対するクロス集計表

			患者の経済的な負担の減少					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	54	15	11	4	84
		期待度数	11.4	34.7	24.9	9.3	3.6	84.0
		標準化残差	-3.4	3.3	-2.0	.5	.2	
		調整済み残差	-5.2	6.1	-3.4	.8	.3	
	日本	度数	22	13	33	7	3	78
		期待度数	10.6	32.3	23.1	8.7	3.4	78.0
		標準化残差	3.5	-3.4	2.1	-6	-2	
		調整済み残差	5.2	-6.1	3.4	-8	-3	
合計		度数	22	67	48	18	7	162
		期待度数	22.0	67.0	48.0	18.0	7.0	162.0

表199. 患者の経済的な負担の減少に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	54.724 ^a	4	.000	.000
尤度比	65.186	4	.000	.000
Fisher の直接法	61.084			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.37.

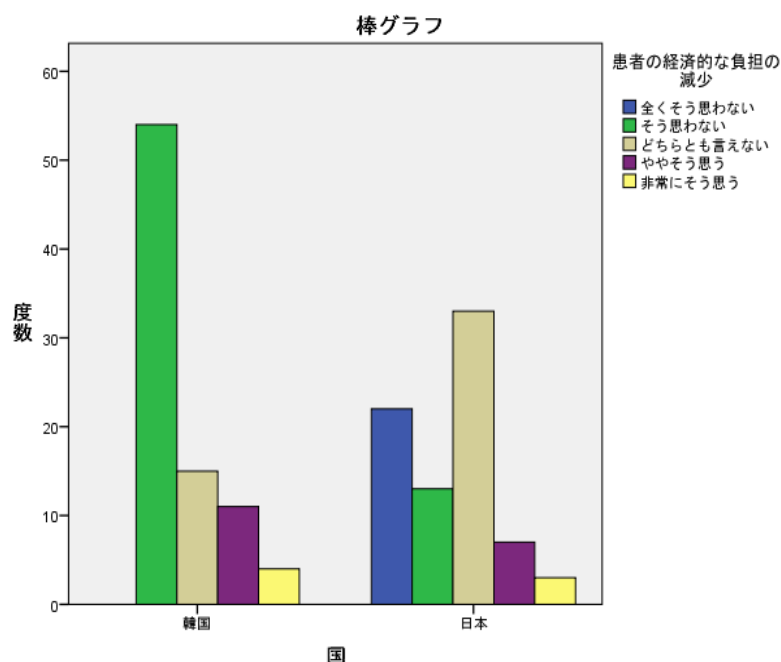


図79. 患者の経済的な負担の減少に対する国別の意識差異

③「各診療科との関係を向上」の項目では、韓国の医師は「どちらとも言えない」を支持する回答率が45.5%（15名）、日本の医師は否定的な回答率が76.3%（29名）で、日本の医師の方が各診療科との関係を向上することに対してより否定する意識を持っていることが示された。

看護師の意識の場合、「どちらとも言えない」を支持する回答率に韓国は41.2%（21名）、日本は60.0%（24名）で、国別に同様な意識を持っていることが示されたが、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（p=0.000, p<0.05）<表200～表201、図80>。

表200. 国別と各診療科との関係を向上に対するクロス集計表

		各診療科との関係を向上					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
国	韓国	度数	7	22	36	15	4	84
		期待度数	19.2	18.7	35.3	8.8	2.1	84.0
		標準化残差	-2.8	.8	.1	2.1	1.3	
		調整済み残差	-4.6	1.3	.2	3.2	2.0	
	日本	度数	30	14	32	2	0	78
		期待度数	17.8	17.3	32.7	8.2	1.9	78.0
		標準化残差	2.9	-.8	-.1	-2.2	-1.4	
		調整済み残差	4.6	-1.3	-.2	-3.2	-2.0	
	合計	度数	37	36	68	17	4	162
		期待度数	37.0	36.0	68.0	17.0	4.0	162.0

表201. 各診療科との関係を向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	30.071 ^a	4	.000	.000
尤度比	34.002	4	.000	.000
Fisher の直接法	30.878			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.93.

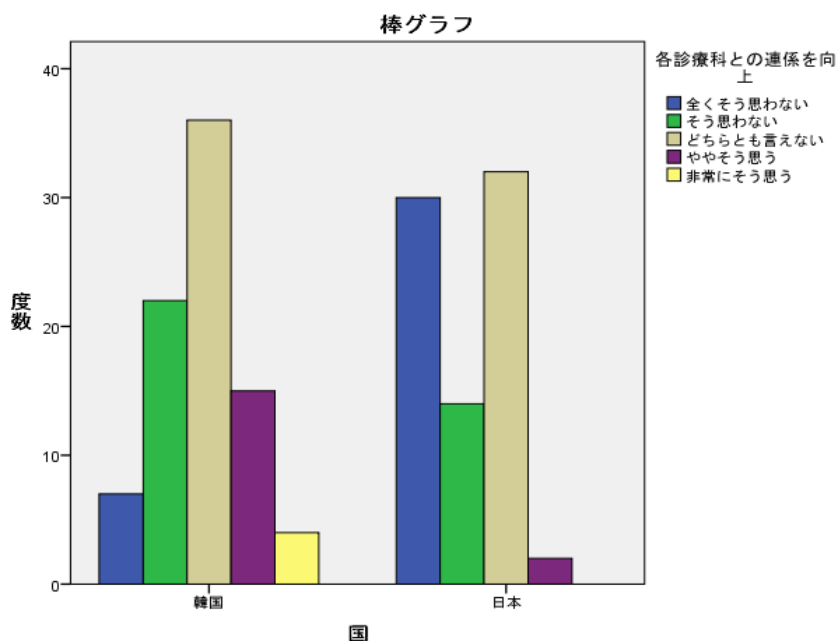


図80. 各診療科との関係を向上に対する国別の意識差異

④「医療材料の標準化の向上」の項目では、韓国の医師は肯定的な回答率が60.1%（20名）、日本の医師は否定的な回答率が55.3%（21名）で示され、医療材料の標準化の向上に対して国別に違う意識を持っていることが示された。看護師の意識でも韓国は肯定的な回答率が70.6%（36名）、日本は「どちらとも言えない」を支持する回答率が52.5%（21名）で、日韓の医療者は国別に異なる意識を持っていることが示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表202～表203、図81>。

表202. 国別と医療材料の標準化の向上に対するクロス集計表

			医療材料の標準化の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	3	6	19	47	9	84
		期待度数	11.9	9.3	25.9	31.1	5.7	84.0
		標準化残差	-2.6	-1.1	-1.4	2.8	1.4	
		調整済み残差	-4.0	-1.7	-2.4	5.2	2.1	
	日本	度数	20	12	31	13	2	78
		期待度数	11.1	8.7	24.1	28.9	5.3	78.0
		標準化残差	2.7	1.1	1.4	-3.0	-1.4	
		調整済み残差	4.0	1.7	2.4	-5.2	-2.1	
合計	度数	23	18	50	60	11	162	
	期待度数	23.0	18.0	50.0	60.0	11.0	162.0	

表203. 医療材料の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	41.000 ^a	4	.000	.000
尤度比	44.075	4	.000	.000
Fisher の直接法	42.404			.000*
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, a=0セル(0.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は5.30.

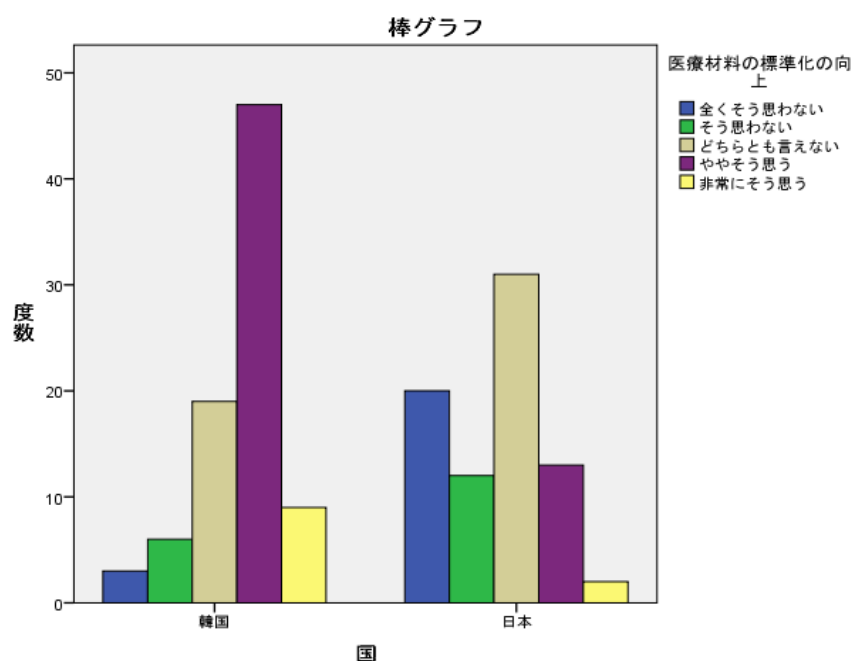


図81. 医療材料の標準化の向上国別の意識差異

⑤「薬剤種類及び投薬量の標準化の向上」の項目についても、両国の医療者の意識は違う傾向性が示された。韓国の医師は肯定的な回答率が66.7%（22名）で示されたが、日本の医師は否定的な回答率が55.2%（21名）であった。看護師の意識も韓国は肯定的な回答率が66.7%（34名）、日本は「どちらとも言えない」を支持する回答率が55.0%（22名）で示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表204～表205、図82>。

表204. 国別と薬剤種類及び投薬量の標準化の向上に対するクロス集計表

			薬剤種類及び投薬量の標準化の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	6	10	12	49	7	84
		期待度数	11.4	12.4	22.3	32.7	5.2	84.0
		標準化残差	-1.6	-.7	-2.2	2.9	.8	
		調整済み残差	-2.5	-1.1	-3.7	5.3	1.2	
	日本	度数	16	14	31	14	3	78
		期待度数	10.6	11.6	20.7	30.3	4.8	78.0
		標準化残差	1.7	.7	2.3	-3.0	-.8	
		調整済み残差	2.5	1.1	3.7	-5.3	-1.2	
合計	度数	22	24	43	63	10	162	
	期待度数	22.0	24.0	43.0	63.0	10.0	162.0	

表205. 薬剤種類及び投薬量の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	34.477 ^a	4	.000	.000*
尤度比	36.096	4	.000	.000
Fisher の直接法	35.222			.000
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=1セル(10.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は4.81.

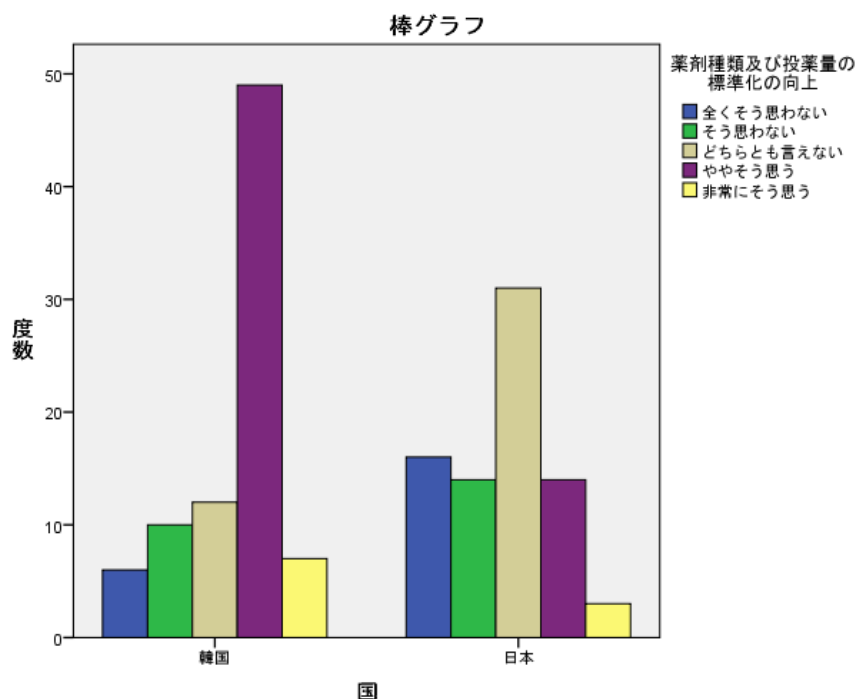


図82. 薬剤種類及び投薬量の標準化の向上に対する国別の意識差異

最後に、⑥「ジェネリック使用の増加」の項目に対し、韓国の医師は肯定的な回答率が72.7% (24名)、日本の医師は否定的な回答率が42.1%(16名)で示され、両国の医師は違う意識を持っていることが示された。看護師の意識についても、韓国の看護師は肯定的な回答率が76.4% (38名)で示された一方で、日本の看護師は「どちらとも言えない」を支持する回答率が47.5% (19名)で示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた (p=0.000, p<0.05) <表206～表207、図83>。

表206. 国別とジェネリック使用の増加に対するクロス集計表

			ジェネリックの 使用の増加					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	7	14	53	10	84
		期待度数	5.7	8.8	20.7	37.3	11.4	84.0
		標準化残差	-2.4	-.6	-1.5	2.6	-.4	
		調整済み残差	-3.6	-.9	-2.5	5.0	-.6	
	日本	度数	11	10	26	19	12	78
		期待度数	5.3	8.2	19.3	34.7	10.6	78.0
		標準化残差	2.5	.6	1.5	-2.7	.4	
		調整済み残差	3.6	.9	2.5	-5.0	.6	
合計	度数	11	17	40	72	22	162	
	期待度数	11.0	17.0	40.0	72.0	22.0	162.0	

表207. ジェネリック使用の増加に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	31.187 ^a	4	.000	.000*
尤度比	36.110	4	.000	.000
Fisher の直接法	32.955			.000
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=0セル(0.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は5.30.

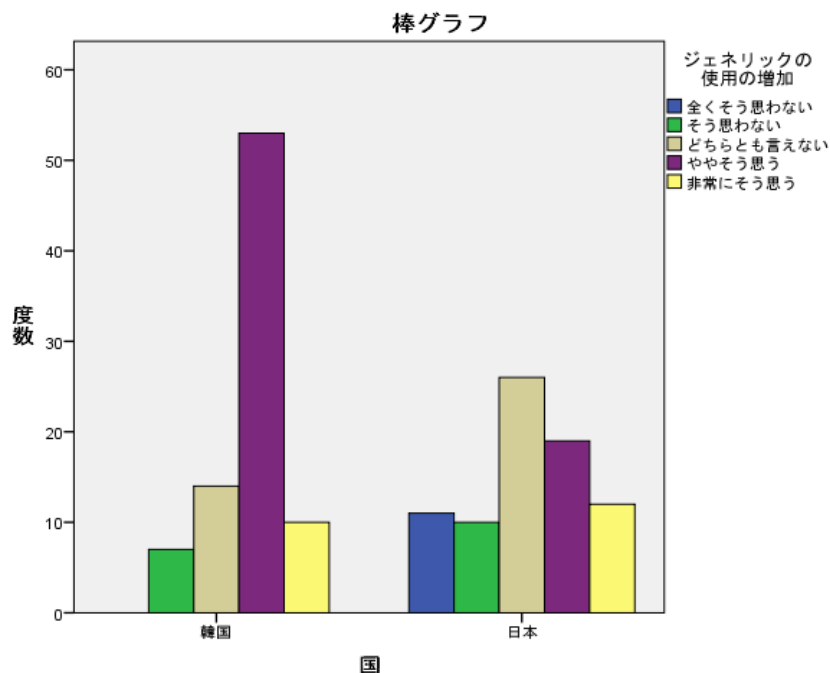


図83. ジェネリック使用の増加に対する国別の意識差異

2. 医療の質に関する国別の医療者の意識分析結果

表208は包括払い制度における医療の質に関する国別の医療者の意識差異を示した。包括払い制度における医療の質に関して日韓の医療者の意識差異は、統計的に有意に意識の違いがあるかに対するクロス集計の検定を実施した結果、5つの項目の全てから統計的に有意差が認められた。

表208. 包括払い制度における医療の質に関する国別の医療者の意識差異

		職種別							
		医師				看護師			
		国		国		国		国	
		韓国		日本		韓国		日本	
		度数	N %	度数	N %	度数	N %	度数	N %
医療の質の向上	全くそう思わない	17	51.5%	22	57.9%	29	56.9%	8	20.0%
	そう思わない	6	18.2%	12	31.6%	12	23.5%	14	35.0%
	どちらとも言えない	4	12.1%	4	10.5%	7	13.7%	14	35.0%
	ややそう思う	6	18.2%	0	0.0%	3	5.9%	4	10.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療者の診療の裁量を保障	全くそう思わない	22	66.7%	17	44.7%	15	29.4%	5	12.5%
	そう思わない	9	27.3%	10	26.3%	27	52.9%	9	22.5%
	どちらとも言えない	2	6.1%	10	26.3%	7	13.7%	22	55.0%
	ややそう思う	0	0.0%	1	2.6%	2	3.9%	4	10.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
診療形態の変化をもたらす	全くそう思わない	0	0.0%	3	7.9%	0	0.0%	2	5.0%
	そう思わない	1	3.0%	4	10.5%	4	7.8%	3	7.5%
	どちらとも言えない	2	6.1%	16	42.1%	5	9.8%	20	50.0%
	ややそう思う	12	36.4%	6	15.8%	15	29.4%	14	35.0%
	非常にそう思う	18	54.5%	9	23.7%	27	52.9%	1	2.5%
臨床指標の対応を増大	全くそう思わない	0	0.0%	8	21.1%	0	0.0%	3	7.5%
	そう思わない	3	9.1%	8	21.1%	2	3.9%	4	10.0%
	どちらとも言えない	6	18.2%	14	36.8%	10	19.6%	22	55.0%
	ややそう思う	19	57.6%	6	15.8%	31	60.8%	11	27.5%
	非常にそう思う	5	15.2%	2	5.3%	8	15.7%	0	0.0%
FFS制度より質の高い医療を提供	全くそう思わない	26	78.8%	22	57.9%	32	62.7%	7	17.5%
	そう思わない	5	15.2%	12	31.6%	12	23.5%	13	32.5%
	どちらとも言えない	2	6.1%	4	10.5%	5	9.8%	15	37.5%
	ややそう思う	0	0.0%	0	0.0%	2	3.9%	4	10.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.5%

包括払い制度の下で、①「医療の質の向上」に対する項目では、日韓の医療者は同様な意識の傾向性が示された。韓国の医師は否定的な回答率が69.7%（23名）、日本の医師も否定的な回答率が89.5%（34名）で示され、両国共に半数以上の比率で「医療の質の向上」に対して否定する意識率が高く示された。

看護師の意識も韓国は否定的な回答率が80.4%（41名）、日本は55.5%（22名）で看護師の意識においても医師の意識と同様に半数以上の比率で医療の質の向上に対して否定する意識率が高く示され、医療の質の向上に対し、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.042$, $p<0.05$ ）<表209～表210、図84>。

表209. 国別と医療の質の向上に対するクロス集計表

			医療の質の向上				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
国	韓国	度数	46	18	11	9	84
		期待度数	39.4	22.8	15.0	6.7	84.0
		標準化残差	1.1	-1.0	-1.0	.9	
		調整済み残差	2.1	-1.7	-1.7	1.3	
	日本	度数	30	26	18	4	78
		期待度数	36.6	21.2	14.0	6.3	78.0
		標準化残差	-1.1	1.0	1.1	-.9	
		調整済み残差	-2.1	1.7	1.7	-1.3	
合計		度数	76	44	29	13	162
		期待度数	76.0	44.0	29.0	13.0	162.0

表210. 医療の質の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	8.225 ^a	3	.042	.041
尤度比	8.314	3	.040	.045
Fisher の直接法	8.102			.042*
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, a=0セル(0.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は6.26.

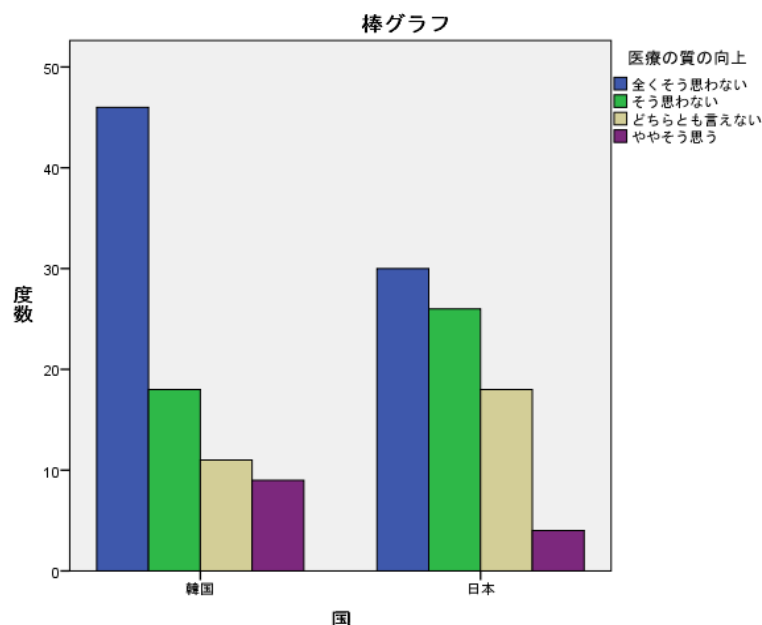


図84. 医療の質に対する国別の意識差異

次に包括払い制度において、②「医療者の診療の裁量を保障」について、韓国の医師は否定的な回答率が94.0%（31名）、日本も71.0%（27名）が否定する意識を持っていることが示された。

看護師の意識は、韓国は82.3%（42名）が否定する意識率が示されたが、日本は「どちらとも言えない」を支持する回答率が55.0%（22名）で示され、日韓の看護師は医療者の診療の裁量を保障することに対して異なる意識を持っていることが示された。また、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表211～表212、図85>。

表211. 国別と医療者の診療の裁量を保障に対するクロス集計表

		医療者の診療の裁量を保障				合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う		
国	韓国	度数	37	36	9	2	84
		期待度数	30.6	28.5	21.3	3.6	84.0
		標準化残差	1.2	1.4	-2.7	-0.9	
		調整済み残差	2.1	2.5	-4.4	-1.3	
	日本	度数	22	19	32	5	78
		期待度数	28.4	26.5	19.7	3.4	78.0
		標準化残差	-1.2	-1.5	2.8	.9	
		調整済み残差	-2.1	-2.5	4.4	1.3	
合計		度数	59	55	41	7	162
		期待度数	59.0	55.0	41.0	7.0	162.0

表212. 医療者の診療の裁量を保障に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	23.066 ^a	3	.000	.000
尤度比	23.986	3	.000	.000
Fisher の直接法	23.371			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(25.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.37.

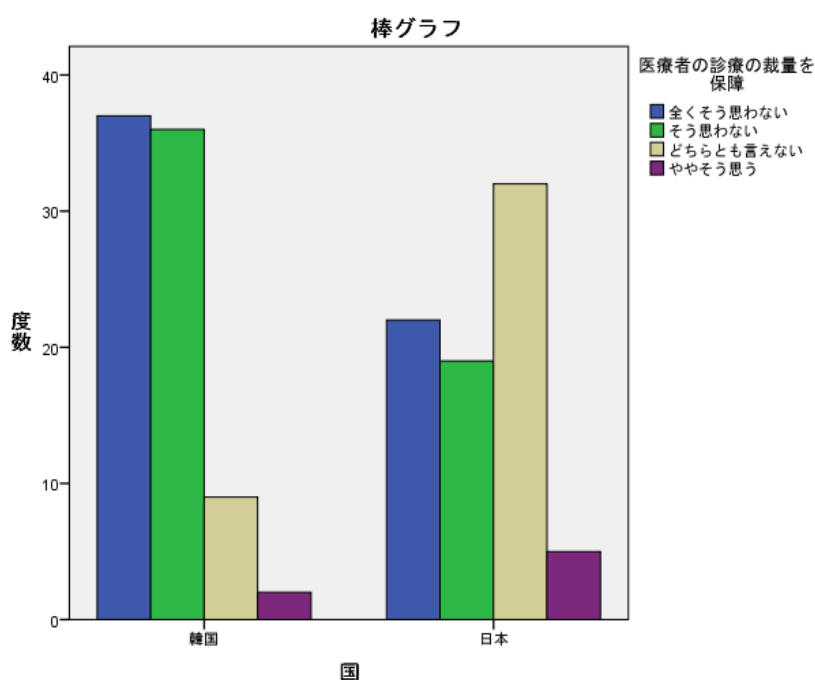


図85. 医療者の診療の裁量を保障に対する国別の意識差異

次に、包括払い制度は③「診療形態の変化をもたらす」の項目に対し、韓国の医師は90.9% (30名) が肯定的な意識が示されたが、日本の医師は「どちらとも言えない」を支持する回答率が42.1% (16名) で示され、日韓の医師は異なる意識を持っていることが示された。

しかし、日本の医師の肯定的な回答率が39.5% (15名) で示され、日本の医師もやや肯定的な意識を持っていることが示された。「診療形態の変化をもたらす」ことに対し、看護師の意識は、韓国の看護師は肯定的な回答率が82.3% (42名) で、日本の看護師は「どちらとも言えない」を支持する回答率が50.0% (20名) で示された。また、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた (p=0.000, p<0.05) <表213~表214、図86>。

表213. 国別と診療形態の変化をもたらすに対するクロス集計表

			診療形態の変化をもたらす					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	5	7	27	45	84
		期待度数	2.6	6.2	22.3	24.4	28.5	84.0
		標準化残差	-1.6	-.5	-3.2	.5	3.1	
		調整済み残差	-2.4	-.7	-5.4	.9	5.5	
	日本	度数	5	7	36	20	10	78
		期待度数	2.4	5.8	20.7	22.6	26.5	78.0
		標準化残差	1.7	.5	3.4	-.6	-3.2	
		調整済み残差	2.4	.7	5.4	-.9	-5.5	
合計	度数	5	12	43	47	55	162	
	期待度数	5.0	12.0	43.0	47.0	55.0	162.0	

表214. 診療形態の変化をもたらすに対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	48.050 ^a	4	.000	.000
尤度比	53.585	4	.000	.000
Fisher の直接法	50.447			.000
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.41.

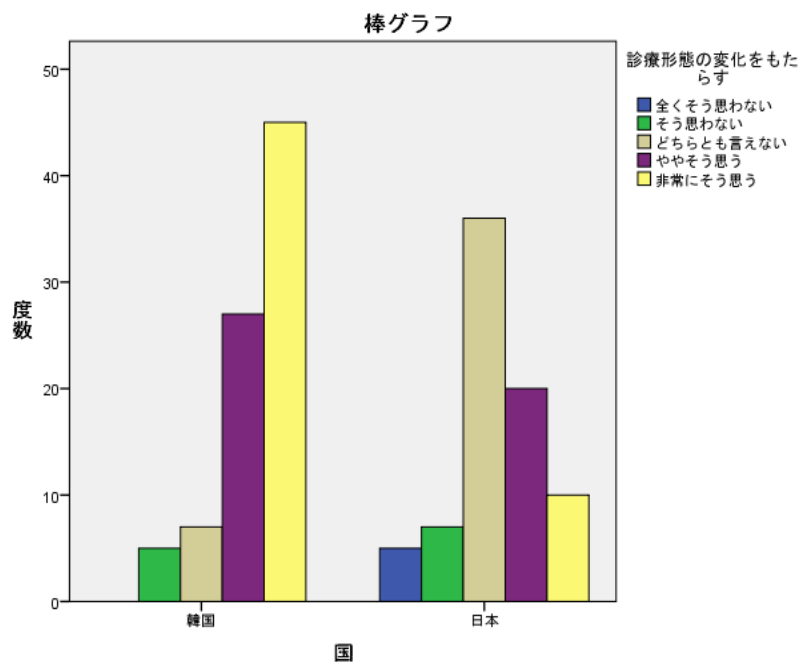


図86. 診療形態の変化をもたらすに対する国別の意識差異

包括払い制度において、④「臨床指標の対応を増大」に対する項目では、日韓の医療者は意識に異なる傾向性が見られた。韓国の医師は、臨床指標の対応を増大させることに対して肯定的な意識率が72.8%（24名）に比べて、日本の医師は否定的な意識率が42.2%（16名）であった。

看護師も日韓において違う意識が示され、韓国の看護師は肯定的な意識率が76.5%（39名）、日本の看護師は「どちらとも言えない」が55.0%（22名）で示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表215～表216、図87>。

表215. 国別と臨床指標の対応を増大に対するクロス集計表

			臨床指標の対応を増大					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	5	16	50	13	84
		期待度数	5.7	8.8	27.0	34.7	7.8	84.0
		標準化残差	-2.4	-1.3	-2.1	2.6	1.9	
		調整済み残差	-3.6	-2.0	-3.7	4.9	2.8	
	日本	度数	11	12	36	17	2	78
		期待度数	5.3	8.2	25.0	32.3	7.2	78.0
		標準化残差	2.5	1.3	2.2	-2.7	-1.9	
		調整済み残差	3.6	2.0	3.7	-4.9	-2.8	
合計		度数	11	17	52	67	15	162
		期待度数	11.0	17.0	52.0	67.0	15.0	162.0

表216. 臨床指標の対応を増大に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	45.736 ^a	4	.000	.000*
尤度比	51.890	4	.000	.000
Fisher の直接法	47.793			.000
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, a=0セル(0.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は5.30.

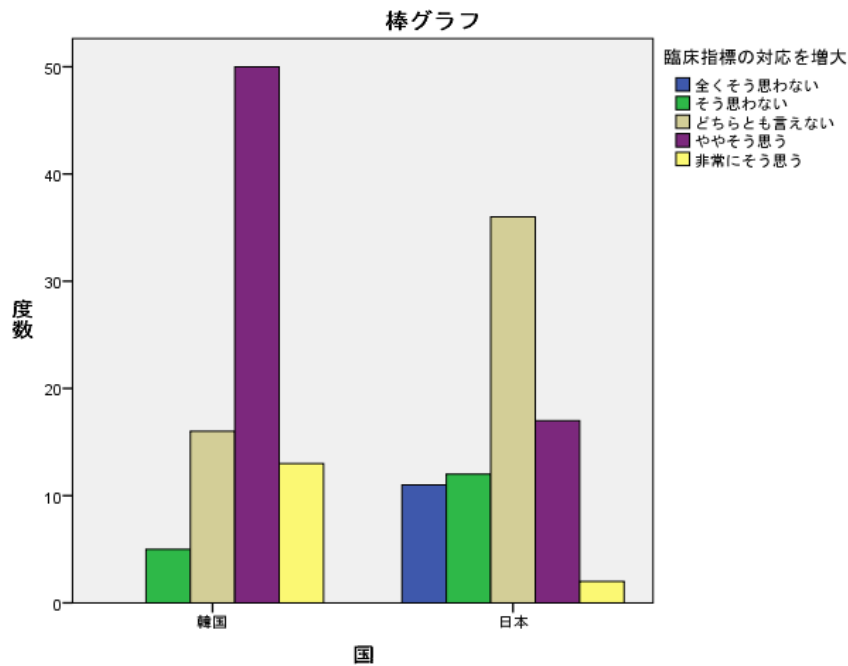


図87. 臨床指標の対応を増大に対する国別の意識差異

最後に包括払い制度は、⑤「FFS制度より質の高い医療を提供」の項目に対し、日韓の医療者は同様な意識の傾向性が示された。韓国の医師は否定的な意識率が94.0%（31名）、日本の医師も89.5%（34名）が否定的な意識を持っていることが示された。看護師の意識もFFS制度より質の高い医療を提供することに対して否定的な意識率が韓国の看護師は86.2%（44名）、日本の看護師は50.0%（20名）で示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表216～表217、図88>。

表216. 国別とFFS制度より質の高い医療を提供に対するクロス集計表

		FFS制度より質の高い医療を提供					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
国	韓国	度数	58	17	7	2	0	84
		期待度数	45.1	21.8	13.5	3.1	.5	84.0
		標準化残差	1.9	-1.0	-1.8	-.6	-.7	
		調整済み残差	4.1	-1.7	-2.8	-.9	-1.0	
	日本	度数	29	25	19	4	1	78
		期待度数	41.9	20.2	12.5	2.9	.5	78.0
		標準化残差	-2.0	1.1	1.8	.7	.7	
		調整済み残差	-4.1	1.7	2.8	.9	1.0	
合計		度数	87	42	26	6	1	162
		期待度数	87.0	42.0	26.0	6.0	1.0	162.0

表217. FFS制度より質の高い医療を提供に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	18.198 ^a	4	.001	.000
尤度比	18.985	4	.001	.001
Fisher の直接法	18.167			.000*
有効なケースの数	162			

*= $p < 0.05$, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.48.

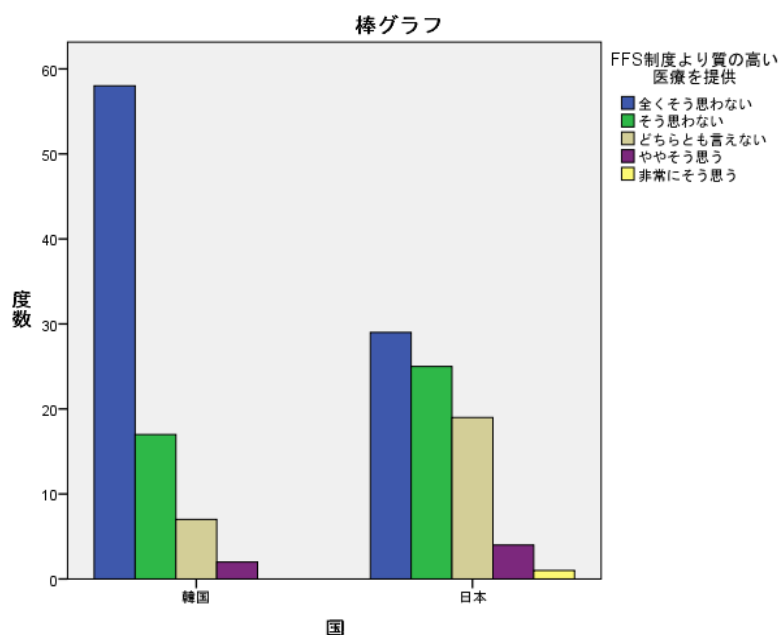


図88. FFS制度より質の高い医療を提供に対する国別の意識差異

3. 包括払い制度導入前後における診療形態の変化に関する国別の医療者の意識分析結果

表218に包括払い制度導入前後における診療形態の変化に関する国別の医療者の意識差異を示した。包括払い制度導入前後における診療形態の変化に対し、国別の意識は、6つの項目のうち、4つの項目「臨床指標対応が向上」「医療材料の標準化が向上」「検査・画像・投薬の標準化が向上」「ジェネリック使用量が増加」は、国別の意識差異に統計的に有意差を認めた ($p < 0.05$)。

表218. 包括払い制度導入前後における診療形態の変化に関する国別の医療者の意識差異

		職種別							
		医師				看護師			
		韓国		日本		韓国		日本	
		度数	N %	度数	N %	度数	N %	度数	N %
		病院の収益率が向上	全くそう思わない	2	6.1%	10	26.3%	8	15.7%
そう思わない	3		9.1%	1	2.6%	7	13.7%	6	15.0%
どちらとも言えない	26		78.8%	21	55.3%	32	62.7%	25	62.5%
ややそう思う	2		6.1%	4	10.5%	4	7.8%	6	15.0%
非常にそう思う	0		0.0%	2	5.3%	0	0.0%	1	2.5%
臨床指標の対応が向上	全くそう思わない	1	3.0%	6	15.8%	5	9.8%	0	0.0%
	そう思わない	2	6.1%	7	18.4%	8	15.7%	4	10.0%
	どちらとも言えない	5	15.2%	24	63.2%	7	13.7%	32	80.0%
	ややそう思う	25	75.8%	1	2.6%	28	54.9%	4	10.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	3	5.9%	0	0.0%
地域連携が向上	全くそう思わない	2	6.1%	12	31.6%	5	9.8%	0	0.0%
	そう思わない	3	9.1%	3	7.9%	18	35.3%	8	20.0%
	どちらとも言えない	24	72.7%	22	57.9%	25	49.0%	27	67.5%
	ややそう思う	4	12.1%	1	2.6%	3	5.9%	5	12.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
医療材料の標準化が向上	全くそう思わない	2	6.1%	7	18.4%	5	9.8%	0	0.0%
	そう思わない	3	9.1%	3	7.9%	9	17.6%	5	12.5%
	どちらとも言えない	11	33.3%	20	52.6%	13	25.5%	26	65.0%
	ややそう思う	17	51.5%	8	21.1%	24	47.1%	8	20.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.5%
検査・画像・投薬の標準化が向上	全くそう思わない	8	24.2%	6	15.8%	5	9.8%	0	0.0%
	そう思わない	17	51.5%	4	10.5%	28	54.9%	4	10.0%
	どちらとも言えない	8	24.2%	20	52.6%	15	29.4%	27	67.5%
	ややそう思う	0	0.0%	8	21.1%	3	5.9%	8	20.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.5%
ジェネリックの使用量が増加	全くそう思わない	0	0.0%	11	28.9%	0	0.0%	0	0.0%
	そう思わない	0	0.0%	4	10.6%	0	0.0%	5	12.5%
	どちらとも言えない	7	21.2%	15	39.5%	13	25.5%	16	40.0%
	ややそう思う	26	78.8%	7	18.4%	33	64.7%	10	25.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	1	2.6%	5	9.8%	9	22.5%

包括払い制度導入前後において、①「病院の収益率が向上した」の項目対し、日韓の医療者は同様な意識の傾向性が示された。日韓の医師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が高く示され（韓国78.8%（26名）、日本55.3%（21名））、看護師も「どちらとも言えない」を支持する意識率が高く示された（韓国62.7%（32名）、日本62.5%（25名））。

病院の収益率の向上に対するクロス集計による国別の意識差異の検定で有意差は認めなかった（ $p=0.232$, $p<0.05$ ）<表219～表220、図89>。

表219. 国別と病院の収益率の向上に対するクロス集計表

			病院の収益率が向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	10	10	58	6	0	84
		期待度数	11.4	8.8	53.9	8.3	1.6	84.0
		標準化残差	-.4	.4	.6	-.8	-1.2	
		調整済み残差	-.6	.6	1.3	-1.2	-1.8	
	日本	度数	12	7	46	10	3	78
		期待度数	10.6	8.2	50.1	7.7	1.4	78.0
		標準化残差	.4	-.4	-.6	.8	1.3	
		調整済み残差	.6	-.6	-1.3	1.2	1.8	
合計		度数	22	17	104	16	3	162
		期待度数	22.0	17.0	104.0	16.0	3.0	162.0

表220. 病院の収益率の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	5.882 ^a	4	.208	.209
尤度比	7.049	4	.133	.175
Fisher の直接法	5.477			.232
有効なケースの数	162			

a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は1.44。

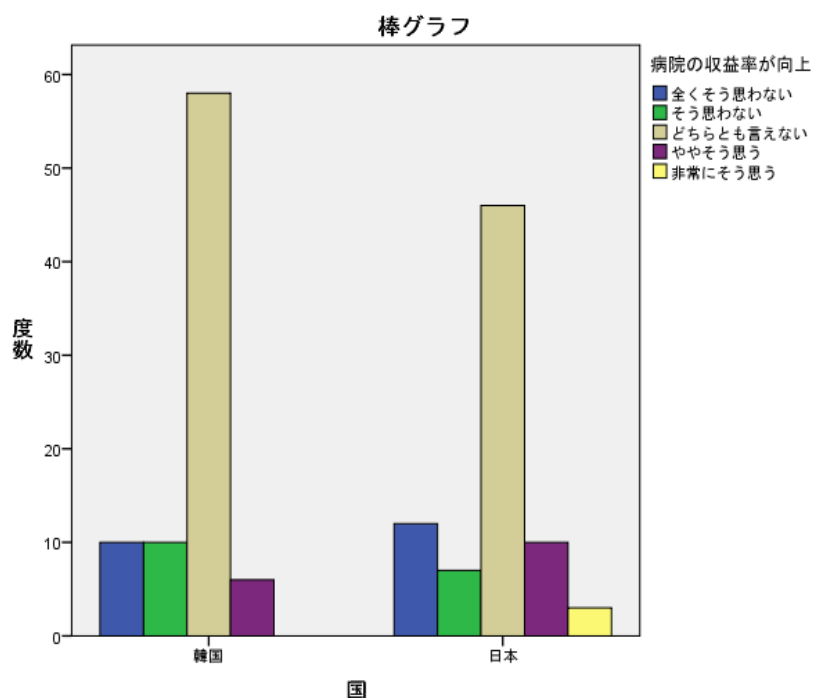


図89. 病院の収益率の向上に対する国別の意識差異

次に、包括払い制度導入前後において、②「臨床指標の対応が向上した」の項目に対し、日韓の医療者は異なる意識率が示された。韓国の医師は75.8%（25名）が肯定的に意識されており、日本の医師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が63.2%（24名）であった。

韓国の看護師も60.8%（31名）が肯定的に意識されている一方で、日本の看護師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が80.0%（32名）で示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表221～表222、図90>。

表221. 国別と臨床指標の対応が向上に対するクロス集計表

			臨床指標の対応が向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	6	10	12	53	3	84
		期待度数	6.2	10.9	35.3	30.1	1.6	84.0
		標準化残差	-.1	-.3	-3.9	4.2	1.2	
		調整済み残差	-.1	-.4	-7.4	7.5	1.7	
		調整済み残差	-.1	-.4	-7.4	7.5	1.7	
	日本	度数	6	11	56	5	0	78
		期待度数	5.8	10.1	32.7	27.9	1.4	78.0
		標準化残差	.1	.3	4.1	-4.3	-1.2	
		調整済み残差	.1	.4	7.4	-7.5	-1.7	
		調整済み残差	.1	.4	7.4	-7.5	-1.7	
合計	度数	12	21	68	58	3	162	
	期待度数	12.0	21.0	68.0	58.0	3.0	162.0	

表222. 臨床指標の対応が向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	71.118 ^a	4	.000	.000
尤度比	81.215	4	.000	.000
Fisher の直接法	78.083			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.44.

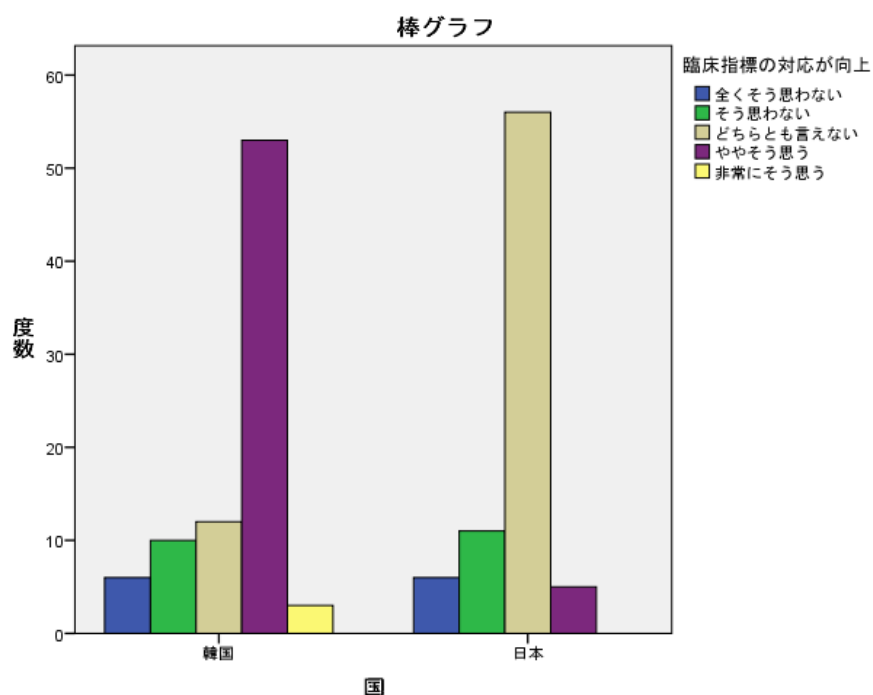


図90. 臨床指標の対応が向上に対する国別の意識差異

包括払い制度導入前後において、③「地域連携が向上した」の項目に対し、日韓の医療者はやや同様な意識を持っていた。韓国の医師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が72.7% (24名)、日本の医師も57.9% (22名)であった。看護師も「どちらとも言えない」を支持する意識率が韓国は45.0% (25名)、日本は67.5% (27名)で示された。しかし、韓国の看護師は否定的な意識率も45.1% (23名)で高い意識率が示された。地域連携の向上に対してクロス集計による国別の意識差異の検定で有意差は認めなかった (p=0.227, p<0.05) <表223～表224、図91>。

表223. 国別と地域連携が向上に対するクロス集計表

			地域連携が向上				合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	
国	韓国	度数	7	21	49	7	84
		期待度数	9.9	16.6	50.8	6.7	84.0
		標準化残差	-.9	1.1	-.3	.1	
		調整済み残差	-1.4	1.7	-.6	.2	
	日本	度数	12	11	49	6	78
		期待度数	9.1	15.4	47.2	6.3	78.0
		標準化残差	.9	-1.1	.3	-.1	
		調整済み残差	1.4	-1.7	.6	-.2	
合計	度数	19	32	98	13	162	
	期待度数	19.0	32.0	98.0	13.0	162.0	

表224. 地域連携が向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	4.301 ^a	3	.231	.229
尤度比	4.364	3	.225	.234
Fisher の直接法	4.277			.227
有効なケースの数	162			

a=0セル(0.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は6.26.

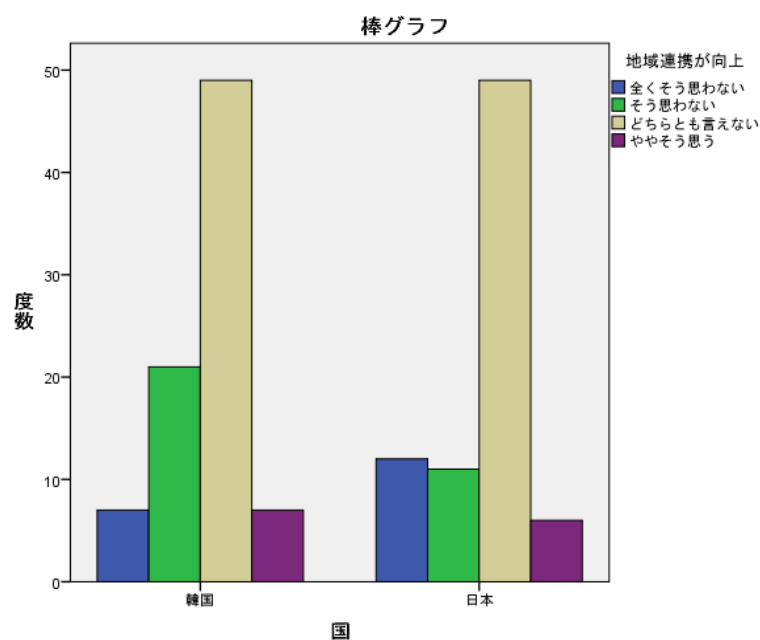


図91. 地域連携が向上に対する国別の意識差異

次に、包括払い制度導入前後において、④「医療材料の標準化が向上した」の項目については、日韓の医療者は異なる意識の傾向性が示された。韓国の医師は肯定的に意識する比率が51.5%（17名）で示されたが、日本の医師の意識は「どちらとも言えない」を支持する意識率が52.6%（20名）であった。

看護師の意識率も韓国の看護師は肯定的に意識する比率が47.1%（24名）に比べて、日本の看護師は「どちらとも言えない」を支持する意識が65.0%（26名）で示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表225～表226、図92>。

表225. 国別と医療材料の標準化が向上に対するクロス集計表

			医療材料の標準化が向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	7	12	24	41	0	84
		期待度数	7.3	10.4	36.3	29.6	.5	84.0
		標準化残差	-.1	.5	-2.0	2.1	-.7	
		調整済み残差	-.1	.8	-3.9	3.8	-1.0	
	日本	度数	7	8	46	16	1	78
		期待度数	6.7	9.6	33.7	27.4	.5	78.0
		標準化残差	.1	-.5	2.1	-2.2	.7	
		調整済み残差	.1	-.8	3.9	-3.8	1.0	
合計		度数	14	20	70	57	1	162
		期待度数	14.0	20.0	70.0	57.0	1.0	162.0

表226. 医療材料の標準化が向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	19.484 ^a	4	.001	.000
尤度比	20.349	4	.000	.000
Fisher の直接法	19.625			.000*
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, $a=2$ セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.48.

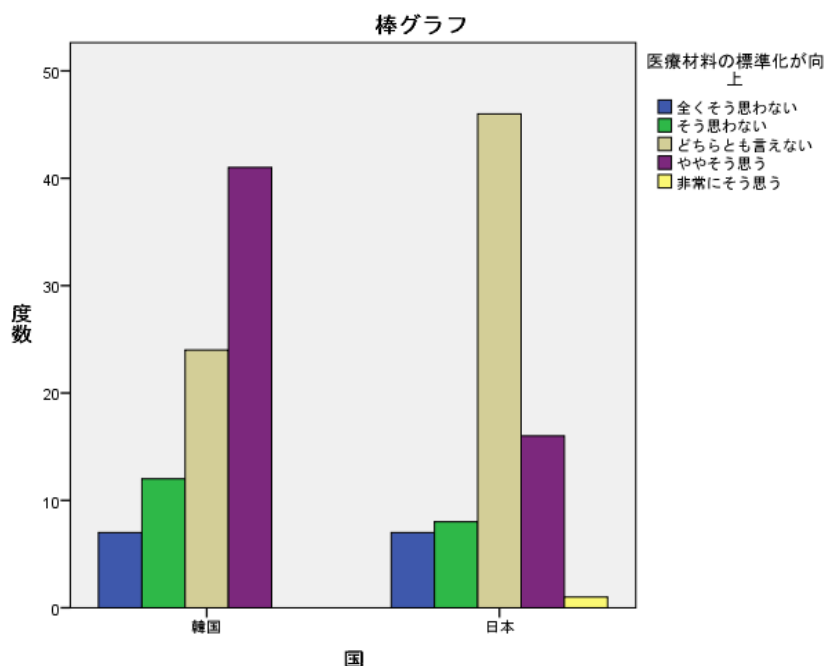


図92. 医療材料の標準化が向上に対する国別の意識差異

その他に、包括払い制度導入前後において、⑤「検査・画像・投薬の標準化が向上」の項目についても日韓の医療者は異なる意識の傾向性が示された。韓国の医師は否定的な意識率が75.7%（25名）に比べて日本の医師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が52.6%（20名）であった。看護師の意識結果においても韓国の看護師は否定的な意識率が64.7%（33名）に比べて、日本の看護師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が67.5%（27名）で示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表227～表228、図93>。

表227. 国別と検査・画像・投薬の標準化が向上に対するクロス集計表

			検査・画像・投薬の標準化が向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	13	45	23	3	0	84
		期待度数	9.9	27.5	36.3	9.9	.5	84.0
		標準化残差	1.0	3.3	-2.2	-2.2	-.7	
		調整済み残差	1.5	5.9	-4.2	-3.3	-1.0	
	日本	度数	6	8	47	16	1	78
		期待度数	9.1	25.5	33.7	9.1	.5	78.0
		標準化残差	-1.0	-3.5	2.3	2.3	.7	
		調整済み残差	-1.5	-5.9	4.2	3.3	1.0	
合計		度数	19	53	70	19	1	162
		期待度数	19.0	53.0	70.0	19.0	1.0	162.0

表228. 検査・画像・投薬の標準化が向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	46.374 ^a	4	.000	.000
尤度比	50.461	4	.000	.000
Fisher の直接法	48.562			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2=セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.48.

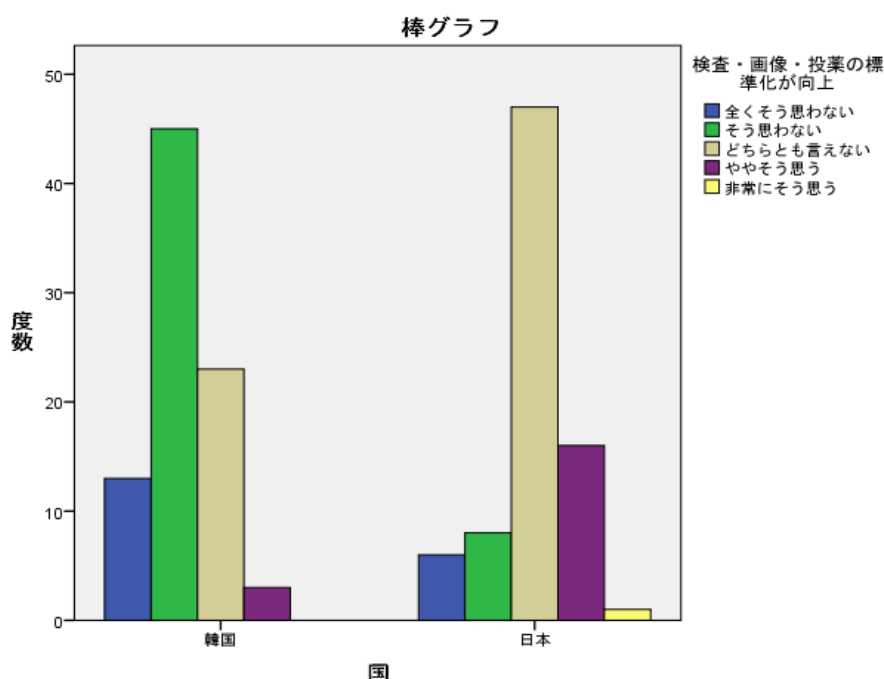


図93. 検査・画像・投薬の標準化が向上に対する国別の意識差異

最後に、包括払い制度導入前後において、⑥「ジェネリックの使用量が増加した」に対して、韓国の医師は包括払い制度の導入前より導入後に対して、肯定的に意識する比率が78.8% (26名) に比べて、日本の医師は否定的に意識する比率が39.5% (15名) であった。しかし、日本の医師は「どちらとも言えない」を指示する比率も39.5% (15名) で示された。

看護師の意識は、韓国の看護師は肯定的に意識する比率が74.5% (38名)、日本の看護師も肯定的に意識する比率が47.5% (19名) で示され、看護師は日韓の同様に意識されていた。また、ジェネリックの使用量が増加に対し、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた (p=0.000, p<0.05) <表229～表230、図94>。

表229. 国別とジェネリックの使用量が増加に対するクロス集計表

		ジェネリックの使用量が増加					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
国	韓国	度数	0	0	20	59	5	84
		期待度数	5.7	4.7	26.4	39.4	7.8	84.0
		標準化残差	-2.4	-2.2	-1.3	3.1	-1.0	
		調整済み残差	-3.6	-3.2	-2.2	6.2	-1.5	
	日本	度数	11	9	31	17	10	78
		期待度数	5.3	4.3	24.6	36.6	7.2	78.0
		標準化残差	2.5	2.2	1.3	-3.2	1.0	
		調整済み残差	3.6	3.2	2.2	-6.2	1.5	
合計	度数	11	9	51	76	15	162	
	期待度数	11.0	9.0	51.0	76.0	15.0	162.0	

表230. ジェネリックの使用量が増加に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	47.092 ^a	4	.000	.000
尤度比	56.159	4	.000	.000
Fisher の直接法	50.195			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は4.33.

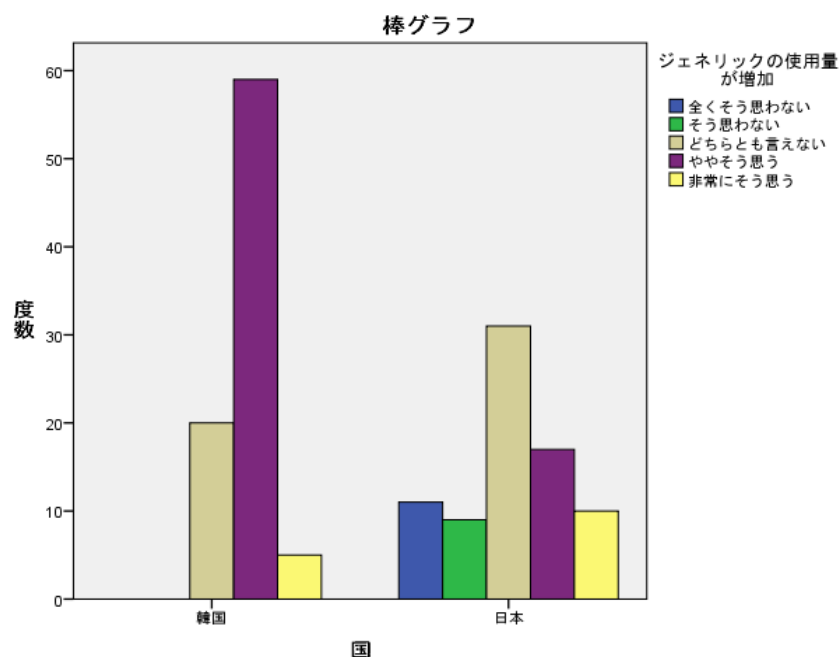


図94. ジェネリックの使用量が増加に対する国別の意識差異

4. 包括払い制度におけるCPに関する国別の医療者の意識分析結果

表234に包括払い制度におけるCPに関する国別の医療者の意識差異を示した。包括払い制度におけるCPに対する国別に分けて意識の違いは5つの項目の全てから国別の意識差異に有意差を認めた ($p<0.05$)。

表234. 包括払い制度におけるCPに関する国別の医療者の意識差異

		職種別							
		医師				看護師			
		国		国		国		国	
		韓国		日本		韓国		日本	
		度数	N %	度数	N %	度数	N %	度数	N %
白内障手術にCP適用を賛成	全くそう思わない	0	0.0%	3	7.9%	0	0.0%	0	0.0%
	そう思わない	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	1	2.5%
	どちらとも言えない	5	15.2%	10	26.3%	4	7.8%	8	20.0%
	ややそう思う	4	12.1%	14	36.8%	10	19.6%	12	30.0%
	非常にそう思う	24	72.7%	10	26.3%	37	72.5%	19	47.5%
CPの必要性を増大	全くそう思わない	0	0.0%	2	5.3%	0	0.0%	0	0.0%
	そう思わない	0	0.0%	6	15.8%	0	0.0%	2	5.0%
	どちらとも言えない	0	0.0%	15	39.5%	6	11.8%	12	30.0%
	ややそう思う	3	9.1%	12	31.6%	10	19.6%	17	42.5%
	非常にそう思う	30	90.9%	3	7.9%	35	68.6%	9	22.5%
CPに対する満足度	全くそう思わない	8	24.2%	2	5.3%	17	33.3%	0	0.0%
	そう思わない	21	63.6%	8	21.1%	25	49.0%	1	2.5%
	どちらとも言えない	3	9.1%	11	28.9%	7	13.7%	14	35.0%
	ややそう思う	1	3.0%	8	21.1%	2	3.9%	19	47.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	9	23.7%	0	0.0%	6	15.0%
CPに対する患者の満足度	全くそう思わない	0	0.0%	6	15.8%	0	0.0%	0	0.0%
	そう思わない	2	6.1%	10	26.3%	9	17.6%	7	17.5%
	どちらとも言えない	24	72.7%	12	31.6%	32	62.7%	25	62.5%
	ややそう思う	7	21.2%	8	21.1%	6	11.8%	6	15.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	2	5.3%	4	7.8%	2	5.0%
1入院包括払い方式にCP対応度	全くそう思わない	6	18.2%	2	5.3%	12	23.5%	1	2.5%
	そう思わない	15	45.5%	6	15.8%	17	33.3%	5	12.5%
	どちらとも言えない	9	27.3%	11	28.9%	17	33.3%	16	40.0%
	ややそう思う	3	9.1%	13	34.2%	5	9.8%	15	37.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	6	15.8%	0	0.0%	3	7.5%

包括払い制度の下で、①「白内障手術にCP適用を賛成する」の項目に対し、日韓の医療者は同様に肯定的な意識率が高く示された。日韓の医師は、韓国は84.8% (28名)、日本は63.1 (24名) が両国の同様に半数以上の比率でCP適用を賛成していた。

日韓の看護師も、韓国は92.1% (47名)、日本は77.5% (31名) が半数以上に肯定的な意識を持っていることが示された。また、白内障手術にCP適用を賛成に対し、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた (p=0.000, p<0.05) <表235～表236、図95>。

表235. 国別と白内障手術にCP適用を賛成に対するクロス集計表

			白内障手術にCP適用を賛成					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	0	9	14	61	84
		期待度数	1.6	1.0	14.0	20.7	46.7	84.0
		標準化残差	-1.2	-1.0	-1.3	-1.5	2.1	
		調整済み残差	-1.8	-1.5	-2.1	-2.5	4.5	
	日本	度数	3	2	18	26	29	78
		期待度数	1.4	1.0	13.0	19.3	43.3	78.0
		標準化残差	1.3	1.1	1.4	1.5	-2.2	
		調整済み残差	1.8	1.5	2.1	2.5	-4.5	
合計	度数	3	2	27	40	90	162	
	期待度数	3.0	2.0	27.0	40.0	90.0	162.0	

表236. 白内障手術にCP適用を賛成に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	22.787 ^a	4	.000	.000
尤度比	25.054	4	.000	.000
Fisher の直接法	22.058			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は0.96。

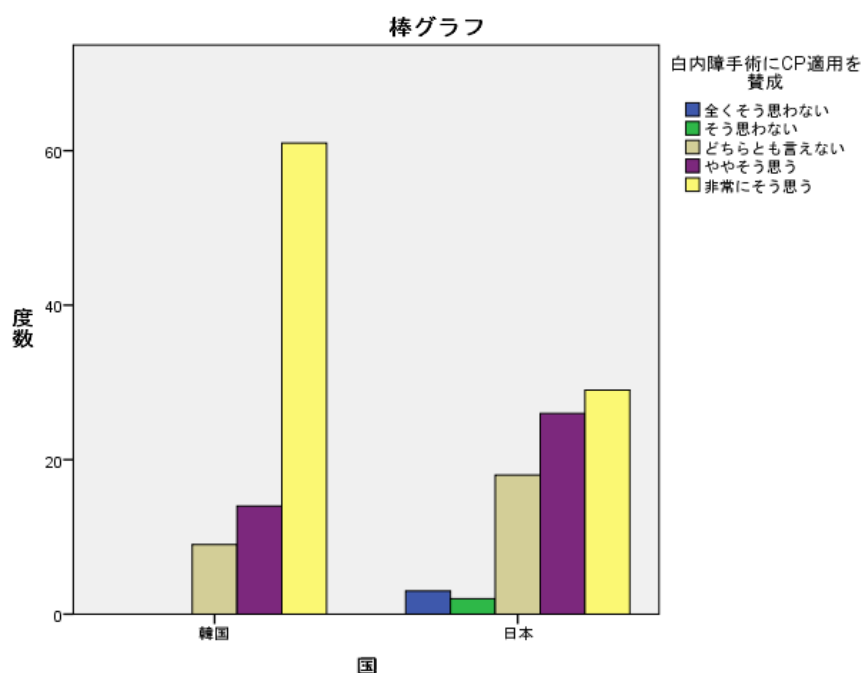


図95. 白内障手術にCP適用を賛成に対する国別の意識差異

次に、②包括払い制度は「CPの必要性を増大させる」についても、日韓の医療者は同様に肯定的な意識率が高く示された。韓国の医師は肯定的な意識率が100%（33名）に比べて、日本の医師は「どちらとも言えない」を指示する意識率が39.5%（15名）で示されたが、肯定的な意識率も39.5%（15名）で示された。

看護師の意識についても韓国の看護師は肯定的な意識率に88.2%（45名）、日本の看護師は65.0%（26名）が肯定的な意識を持っていることが示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$, $p<0.05$ ）<表237～表238、図96>。

表237. 国別とCPの必要性を増大に対するクロス集計表

			CPの必要性を増大					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	0	6	13	65	84
		期待度数	1.0	4.1	17.1	21.8	39.9	84.0
		標準化残差	-1.0	-2.0	-2.7	-1.9	4.0	
		調整済み残差	-1.5	-3.0	-4.3	-3.1	7.9	
	日本	度数	2	8	27	29	12	78
		期待度数	1.0	3.9	15.9	20.2	37.1	78.0
		標準化残差	1.1	2.1	2.8	2.0	-4.1	
		調整済み残差	1.5	3.0	4.3	3.1	-7.9	
合計		度数	2	8	33	42	77	162
		期待度数	2.0	8.0	33.0	42.0	77.0	162.0

表238. CPの必要性を増大に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	65.807 ^a	4	.000	.000
尤度比	74.454	4	.000	.000
Fisher の直接法	69.522			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.96.

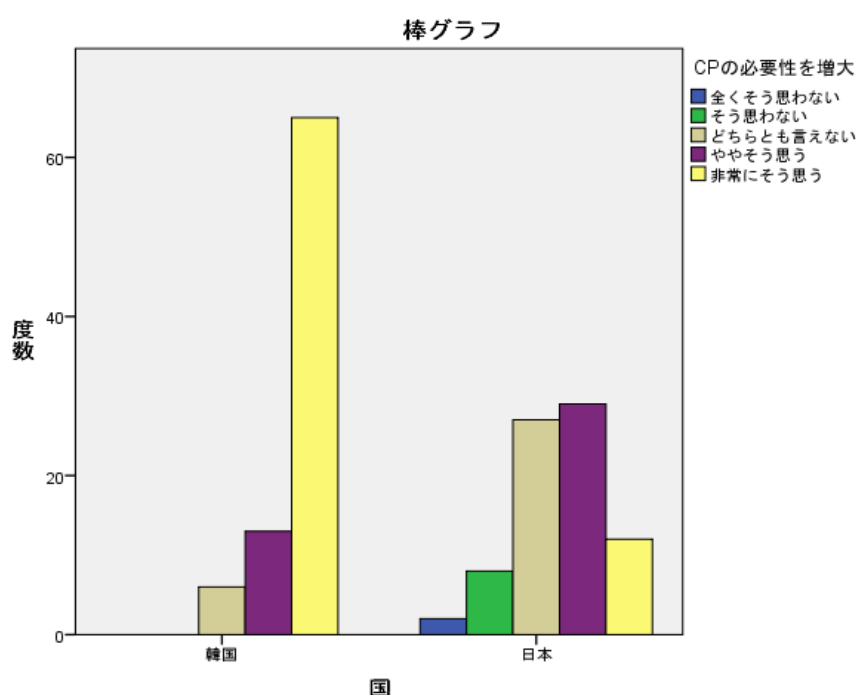


図96. CPの必要性を増大に対する国別の意識差異

次に、包括払い制度の下で、③「現在のCPに対する満足度」の項目では、国別に違う意識を持っていることが示された。日韓の医療者の職種別にみると、韓国の医師は「現在のCPに対して満足している」ことに対し、否定的な意識率が87.8%（29名）に、日本の医師は否定的な意識率が26.4%（10名）と「どちらとも言えない」を指示する意識率が28.9%（11名）で肯定的な意識率は少なかった。

看護師の意識の場合も、韓国の看護師は否定的な意識率が82.3%（52名）に比べて、日本の看護師は肯定的な意識率が62.5%（25名）で示され、CPに対する満足度において、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認められた（ $p=0.000, p<0.05$ ）<表239～表240、図97>。

表239. 国別とCPに対する満足度に対するクロス集計表

		CPに対する満足度					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
国	韓国	度数	25	46	10	3	0	84
		期待度数	14.0	28.5	18.1	15.6	7.8	84.0
		標準化残差	2.9	3.3	-1.9	-3.2	-2.8	
		調整済み残差	4.6	5.8	-3.1	-5.1	-4.2	
	日本	度数	2	9	25	27	15	78
		期待度数	13.0	26.5	16.9	14.4	7.2	78.0
		標準化残差	-3.1	-3.4	2.0	3.3	2.9	
		調整済み残差	-4.6	-5.8	3.1	5.1	4.2	
合計	度数	27	55	35	30	15	162	
	期待度数	27.0	55.0	35.0	30.0	15.0	162.0	

表240. CPに対する満足度に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	85.006 ^a	4	.000	.000*
尤度比	99.693	4	.000	.000
Fisher の直接法	93.594			.000
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=0セル(0.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数7.22.

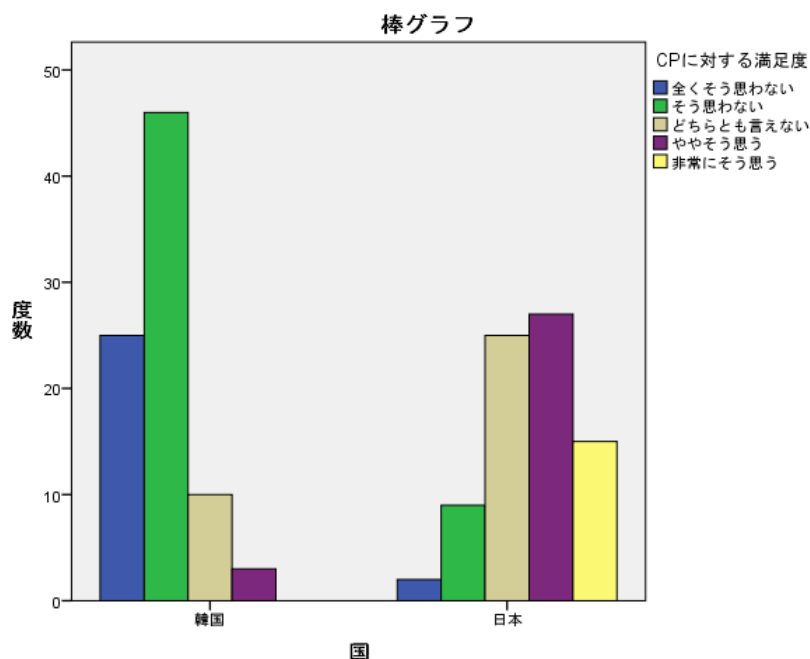


図97. CPに対する満足度に対する国別の意識差異

また、包括払い制度において、④「CPに対する患者の満足度が向上した」の項目に対し、韓国の医療者は否定的な意識率が（医師87.8%（29名）、看護師82.3%（52名））に比べて、日本の医療者は肯定的な意識率が（医師44.8%（17名）、看護師52.5%（25名））で示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.021, p<0.05$ ）<表245～表246、図98>。

表245. 国別とCPに対する患者の満足度に対するクロス集計表

			CPに対する患者の満足度					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	11	56	13	4	84
		期待度数	3.1	14.5	48.2	14.0	4.1	84.0
		標準化残差	-1.8	-.9	1.1	-.3	-.1	
		調整済み残差	-2.6	-1.5	2.5	-.4	-.1	
	日本	度数	6	17	37	14	4	78
		期待度数	2.9	13.5	44.8	13.0	3.9	78.0
		標準化残差	1.8	1.0	-1.2	.3	.1	
		調整済み残差	2.6	1.5	-2.5	.4	.1	
合計	度数	6	28	93	27	8	162	
	期待度数	6.0	28.0	93.0	27.0	8.0	162.0	

表246. CPに対する患者の満足度に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	10.997 ^a	4	.027	.023
尤度比	13.337	4	.010	.016
Fisher の直接法	11.112			.021*
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.89.

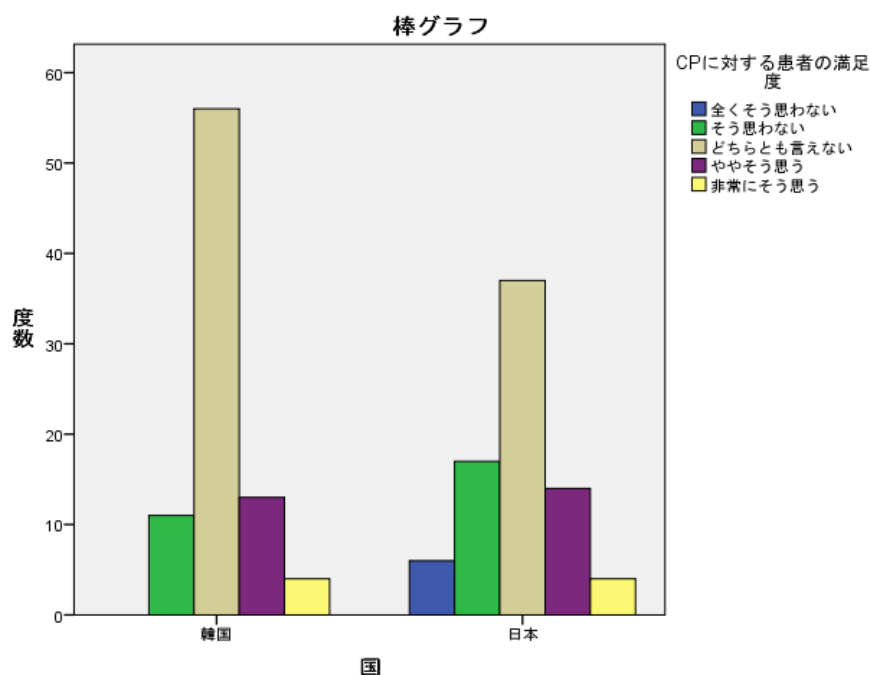


図98. CPに対する患者の満足度国別の意識差異

最後に、包括払い制度における⑤「1入院包括払い方式CP対応度」の項目に対しても、日韓の医療者は違う意識が示された。韓国の医療者は否定的な意識率が(医師63.7%(21名)、看護師56.8%(29名))に比べて、日本の医療者は肯定的な意識率が(医師50.0%(19名)、看護師(45.0%(28名))で示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた(p=0.000, p<0.05) <表247～表248、図99>。

表247. 国別と1入院包括払い方式CP対応度に対するクロス集計表

			1入院包括払い方式にCP対応度					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	18	32	26	8	0	84
		期待度数	10.9	22.3	27.5	18.7	4.7	84.0
		標準化残差	2.2	2.1	-.3	-2.5	-2.2	
		調整済み残差	3.3	3.5	-.5	-4.0	-3.2	
	日本	度数	3	11	27	28	9	78
		期待度数	10.1	20.7	25.5	17.3	4.3	78.0
		標準化残差	-2.2	-2.1	.3	2.6	2.2	
		調整済み残差	-3.3	-3.5	.5	4.0	3.2	
合計		度数	21	43	53	36	9	162
		期待度数	21.0	43.0	53.0	36.0	9.0	162.0

表248. 1入院包括払い方式CP対応度に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	40.934 ^a	4	.000	.000
尤度比	46.637	4	.000	.000
Fisher の直接法	42.741			.000*
有効なケースの数	162			

*= $p < 0.05$, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は4.33.

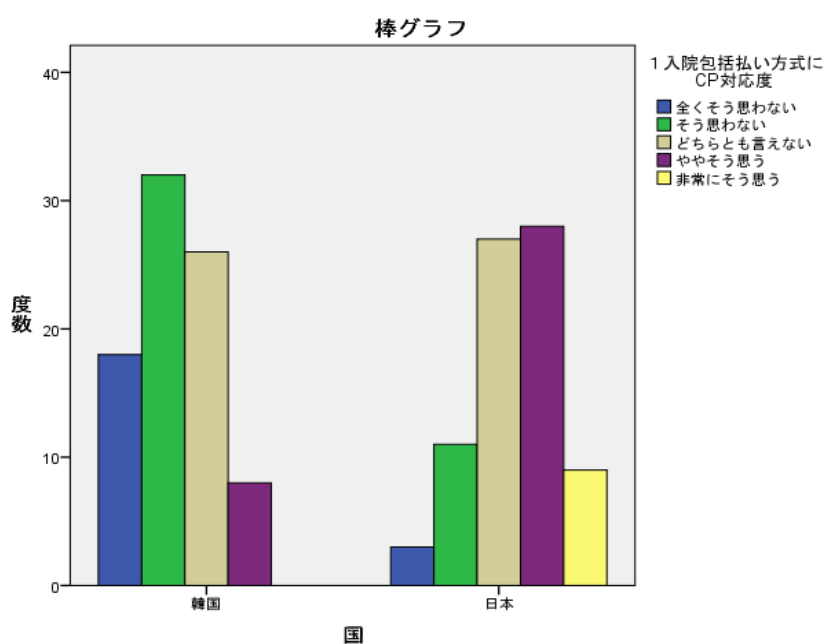


図99. 1入院包括払い方式CP対応度に対するカイ2乗検定

5. 包括払い制度におけるCP導入効果に関する国別の医療者の意識分析結果

表249に包括払い制度におけるCP導入効果に関する国別の医療者の意識差異を示した。包括払い制度におけるCP導入効果に関する国別の意識は、8つの項目のうち、4つの項目において意識の差異に有意差を認めた ($p < 0.05$)。

表249. 包括払い制度におけるCP導入効果に関する国別の医療者の意識差異

		職種別							
		医師				看護師			
		韓国		日本		韓国		日本	
		度数	N %	度数	N %	度数	N %	度数	N %
		患者管理の効率性の向上	全くそう思わない	0	0.0%	2	5.3%	0	0.0%
そう思わない	10		30.3%	3	7.9%	11	21.6%	0	0.0%
どちらとも言えない	17		51.5%	19	50.0%	29	56.9%	13	32.5%
ややそう思う	6		18.2%	9	23.7%	9	17.6%	18	45.0%
非常にそう思う	0		0.0%	5	13.2%	2	3.9%	7	17.5%
在院日数短縮の向上	全くそう思わない	1	3.0%	2	5.3%	3	5.9%	0	0.0%
	そう思わない	3	9.1%	9	23.7%	11	21.6%	2	5.0%
	どちらとも言えない	23	69.7%	15	39.5%	15	29.4%	13	32.5%
	ややそう思う	6	18.2%	10	26.3%	22	43.1%	21	52.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	2	5.3%	0	0.0%	4	10.0%
病床の回転率の向上	全くそう思わない	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	1	2.5%
	そう思わない	3	9.1%	8	21.1%	8	15.7%	2	5.0%
	どちらとも言えない	22	66.7%	16	42.1%	15	29.4%	15	37.5%
	ややそう思う	8	24.2%	10	26.3%	28	54.9%	19	47.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	3	7.9%	0	0.0%	3	7.5%
病院の収益率の向上	全くそう思わない	4	12.1%	2	5.3%	0	0.0%	1	2.5%
	そう思わない	15	45.5%	8	21.1%	9	17.6%	3	7.5%
	どちらとも言えない	8	24.2%	20	52.6%	31	60.8%	18	45.0%
	ややそう思う	6	18.2%	7	18.4%	11	21.6%	16	40.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	2	5.0%
臨床指標の対応の向上	全くそう思わない	4	12.1%	1	2.6%	0	0.0%	0	0.0%
	そう思わない	15	45.5%	8	21.1%	9	17.6%	1	2.5%
	どちらとも言えない	8	24.2%	21	55.3%	31	60.8%	25	62.5%
	ややそう思う	6	18.2%	6	15.8%	11	21.6%	12	30.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	2	5.3%	0	0.0%	2	5.0%
地域連携の増大の向上	全くそう思わない	0	0.0%	10	26.3%	3	5.9%	1	2.5%
	そう思わない	8	24.2%	7	18.4%	8	15.7%	7	17.5%
	どちらとも言えない	21	63.6%	18	47.4%	33	64.7%	22	55.0%
	ややそう思う	4	12.1%	3	7.9%	7	13.7%	9	22.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.5%
医療材料の標準化の向上	全くそう思わない	2	6.1%	8	21.1%	4	7.8%	0	0.0%
	そう思わない	3	9.1%	6	15.8%	11	21.6%	3	7.5%
	どちらとも言えない	5	15.2%	15	39.5%	14	27.5%	18	45.0%
	ややそう思う	23	69.7%	5	13.2%	20	39.2%	16	40.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	4	10.5%	2	3.9%	3	7.5%
検査・画像・投薬の標準化の向上	全くそう思わない	0	0.0%	7	18.4%	0	0.0%	0	0.0%
	そう思わない	21	63.6%	4	10.5%	30	58.8%	5	12.5%
	どちらとも言えない	5	15.2%	18	47.4%	15	29.4%	17	42.5%
	ややそう思う	7	21.2%	3	7.9%	6	11.8%	14	35.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	6	15.8%	0	0.0%	4	10.0%

CPの導入効果に関する国別の意識の差異に統計的に有意差を認めた項目は、最初に、①包括払い制度における「患者管理の効率性が向上した」の項目について<表250～表251、図100>に示した。

日韓の医師は同様に「どちらとも言えない」を指示する意識率に韓国51.5%（17名）、日本50.0%（19名）に比べて、看護師の意識は、韓国は「どちらとも言えない」を指示する意識率が56.9%（29名）、日本は肯定的な意識率が52.5%（25名）でやや違う傾向性が示され、クロス集計による国別の意識差異の検定で韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$ 、 $p<0.05$ ）。

表250. 国別と患者管理の効率性の向上に対するクロス集計表

			患者管理の効率性の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	21	46	15	2	84
		期待度数	2.1	12.4	40.4	21.8	7.3	84.0
		標準化残差	-1.4	2.4	.9	-1.5	-2.0	
		調整済み残差	-2.1	3.8	1.7	-2.4	-2.9	
	日本	度数	4	3	32	27	12	78
		期待度数	1.9	11.6	37.6	20.2	6.7	78.0
		標準化残差	1.5	-2.5	-.9	1.5	2.0	
		調整済み残差	2.1	-3.8	-1.7	2.4	2.9	
合計		度数	4	24	78	42	14	162
		期待度数	4.0	24.0	78.0	42.0	14.0	162.0

表251. 患者管理の効率性の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	30.404 ^a	4	.000	.000
尤度比	34.437	4	.000	.000
Fisher の直接法	31.106			.000*
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.93.

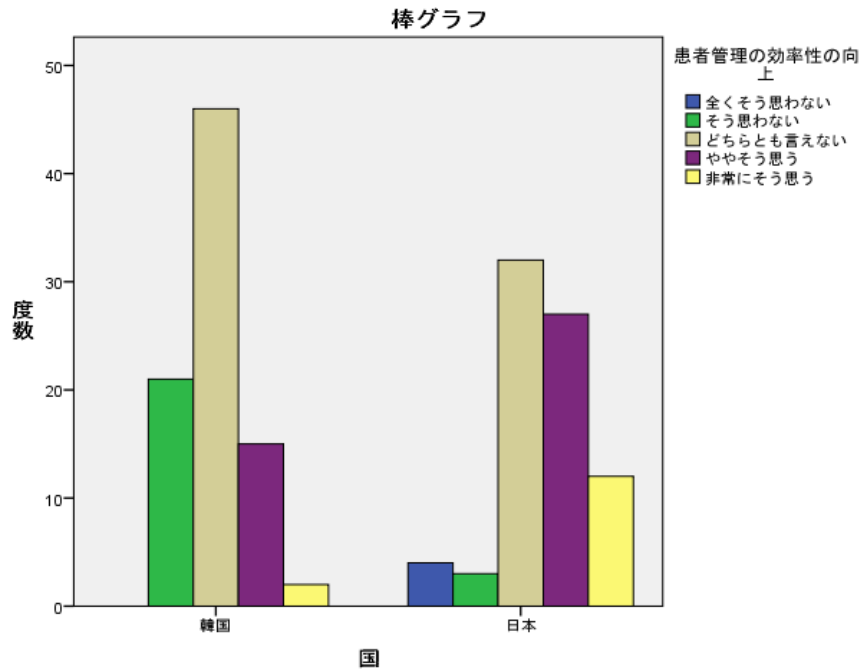


図100. 患者管理の効率性の向上に対する国別の意識差異

次に、②「病床の回転率の向上」について、日韓の医療者の意識は同様な傾向性が示された。日韓の医師は「どちらとも言えない」を支持する意識率に韓国は66.7% (22名)、日本は42.1% (16名) で示され、日韓の看護師は、韓国54.9% (28名)、日本55.0% (22名) で、国別の間に意識の有意差の検定をクロス集計の検定を用いて分析したところ、韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた ($p=0.048$ 、 $p<0.05$) <表252～表253、図101>。

表252. 国別と病床の回転率の向上に対するクロス集計表

		病床の回転率の向上					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
国	韓国	度数	0	11	37	36	0	84
		期待度数	1.0	10.9	35.3	33.7	3.1	84.0
		標準化残差	-1.0	.0	.3	.4	-1.8	
		調整済み残差	-1.5	.1	.6	.7	-2.6	
		調整済み残差	-1.5	.1	.6	.7	-2.6	
	日本	度数	2	10	31	29	6	78
		期待度数	1.0	10.1	32.7	31.3	2.9	78.0
		標準化残差	1.1	.0	-.3	-.4	1.8	
		調整済み残差	1.5	-.1	-.6	-.7	2.6	
		調整済み残差	1.5	-.1	-.6	-.7	2.6	
合計		度数	2	21	68	65	6	162
		期待度数	2.0	21.0	68.0	65.0	6.0	162.0

表253. 病床の回転率の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	9.121 ^a	4	.058	.046
尤度比	12.201	4	.016	.023
Fisher の直接法	8.834			.048
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.96 .

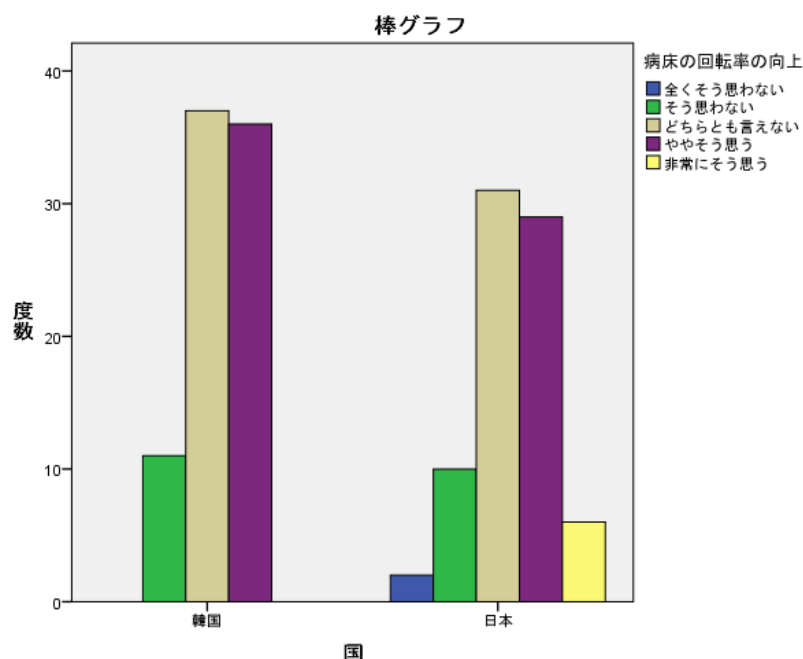


図101. 病床の回転率の向上に対する国別の意識差異

③「臨床指標の対応の向上」の項目について、日韓の医療者は違う意識が示された。韓国の医師はCP導入後の効果として病院の収益率の向上に否定的な意識率が57.6%（19名）に比べて、日本の医師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が52.6%（21名）で示され、異なる意識が示された。

日韓の看護師の意識は同様に「どちらとも言えない」を支持する意識率に韓国は60.8%（31名）、日本は45.0%（18名）で高く示された。しかし、日本の看護師の意識の中で肯定的な意識率が45.0%（18名）で示され、国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.048$ 、 $p<0.05$ ）<表254～表255、図102>。

表254. 国別と臨床指標の対応の向上に対するクロス集計表

			臨床指標の対応の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	4	24	39	17	0	84
		期待度数	2.6	17.1	44.1	18.1	2.1	84.0
		標準化残差	.9	1.7	-.8	-.3	-1.4	
		調整済み残差	1.3	2.7	-1.6	-.4	-2.1	
	日本	度数	1	9	46	18	4	78
		期待度数	2.4	15.9	40.9	16.9	1.9	78.0
		標準化残差	-.9	-1.7	.8	.3	1.5	
		調整済み残差	-1.3	-2.7	1.6	.4	2.1	
合計	度数	5	33	85	35	4	162	
	期待度数	5.0	33.0	85.0	35.0	4.0	162.0	

表255. 臨床指標の対応の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	13.019 ^a	4	.011	.007
尤度比	14.931	4	.005	.007
Fisher の直接法	12.622			.008*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.93.

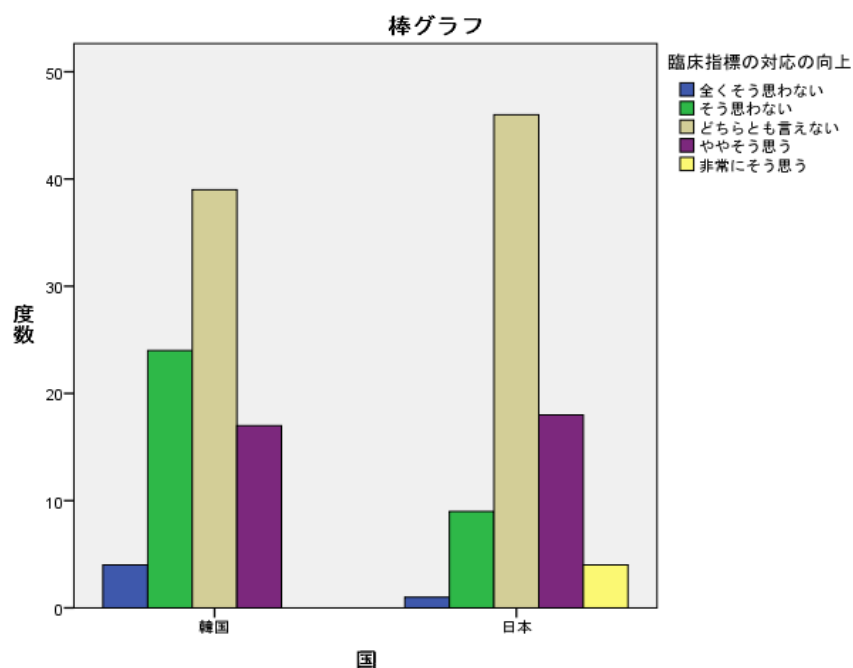


図102. 臨床指標の対応の向上に対する国別の意識差異

次に、④「医療材料の標準化の向上」では、韓国の医師は肯定的な意識率が69.7%（23名）に比べて、日本の医師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が39.5%（15名）で示され、異なる意識を持っていることが示された。一方で、日韓の看護師は同様に肯定的な意識率が韓国43.1%（22名）、日本47.5%（19名）で示された。国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.004$ 、 $p<0.05$ ）<表256～表257、図103>。

表256. 国別と医療材料の標準化の向上に対するクロス集計表

			医療材料の標準化の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	6	14	19	43	2	84
		期待度数	7.3	11.9	27.0	33.2	4.7	84.0
		標準化残差	-.5	.6	-1.5	1.7	-1.2	
		調整済み残差	-.7	.9	-2.7	3.2	-1.8	
	日本	度数	8	9	33	21	7	78
		期待度数	6.7	11.1	25.0	30.8	4.3	78.0
		標準化残差	.5	-.6	1.6	-1.8	1.3	
		調整済み残差	.7	-.9	2.7	-3.2	1.8	
合計	度数	14	23	52	64	9	162	
	期待度数	14.0	23.0	52.0	64.0	9.0	162.0	

表257. 医療材料の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	15.281 ^a	4	.004	.003
尤度比	15.637	4	.004	.005
Fisher の直接法	15.169			.004*
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は4.33.

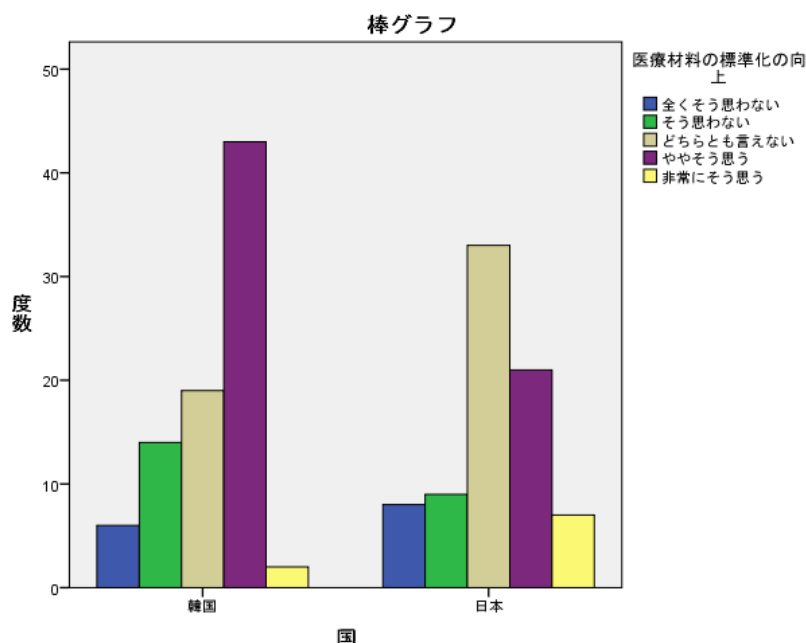


図103. 医療材料の標準化の向上に対する国別の意識差異

また、⑤「検査・画像・投薬の標準化の向上」についても、日韓の医療者は異なる意識を持っていることが示された。韓国の医師は、否定的な意識率が63.6%（21名）に比べて、日本の医師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が47.4%（18名）であった。看護師の意識も韓国の看護師は、否定的な意識率が58.8%（30名）に比べて、日本の看護師は肯定的な意識率が45.0%（18名）で示され、国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000$ 、 $p<0.05$ ）<表258～表259、図104>。

表258. 国別と検査・画像・投薬の標準化の向上に対するクロス集計表

		検査・画像・投薬の標準化の向上					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
国	韓国	度数	0	51	20	13	0	84
		期待度数	3.6	31.1	28.5	15.6	5.2	84.0
		標準化残差	-1.9	3.6	-1.6	-0.6	-2.3	
		調整済み残差	-2.8	6.5	-2.8	-1.0	-3.4	
	日本	度数	7	9	35	17	10	78
		期待度数	3.4	28.9	26.5	14.4	4.8	78.0
		標準化残差	2.0	-3.7	1.7	0.7	2.4	
		調整済み残差	2.8	-6.5	2.8	1.0	3.4	
合計		度数	7	60	55	30	10	162
		期待度数	7.0	60.0	55.0	30.0	10.0	162.0

表259. 検査・画像・投薬の標準化の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	50.872 ^a	4	.000	.000
尤度比	60.475	4	.000	.000
Fisher の直接法	54.605			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=3セル(30.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.37.

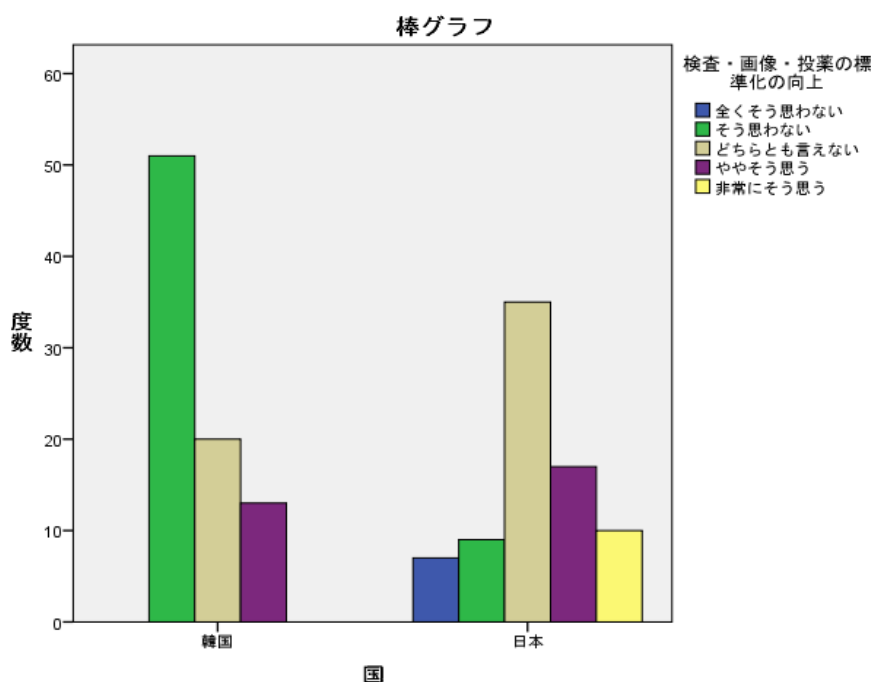


図104. 検査・画像・投薬の標準化の向上に対する国別の意識差異

その他に、⑥「在院日数短縮の向上」について、日韓の医療者は同様な意識の傾向性を持っていることが示された。日韓の医師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が韓国69.7% (23名)、日本39.5% (15名) で示された。日韓の看護師の意識も肯定的な意識率が韓国43.1% (22名)、日本62.5% (25名) で同様な意識を持っていることが示されたが、国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、国別間で回答の比率に有意差は認めなかった (p=0.068, p<0.05) <表260～表261、図105>。

また、⑦「病院の収益率の向上 p=0.066」⑧「地域連携の増大の向上 p=0.085」についても、日韓の医療者は「どちらとも言えない」を支持する意識が同様に高い傾向で示されたが、国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、国別間で回答の比率に有意差は認めなかった。

表260. 国別と在院日数短縮の向上に対するクロス集計表

			在院日数短縮の向上					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	4	14	38	28	0	84
		期待度数	3.1	13.0	34.2	30.6	3.1	84.0
		標準化残差	.5	.3	.6	-.5	-1.8	
		調整済み残差	.7	.5	1.2	-.8	-2.6	
	日本	度数	2	11	28	31	6	78
		期待度数	2.9	12.0	31.8	28.4	2.9	78.0
		標準化残差	-.5	-.3	-.7	.5	1.8	
		調整済み残差	-.7	-.5	-1.2	.8	2.6	
合計	度数	6	25	66	59	6	162	
	期待度数	6.0	25.0	66.0	59.0	6.0	162.0	

表261. 在院日数短縮の向上に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	8.484 ^a	4	.075	.072
尤度比	10.810	4	.029	.046
Fisher の直接法	8.545			.068
有効なケースの数	162			

a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満。最小期待度数は2.89。

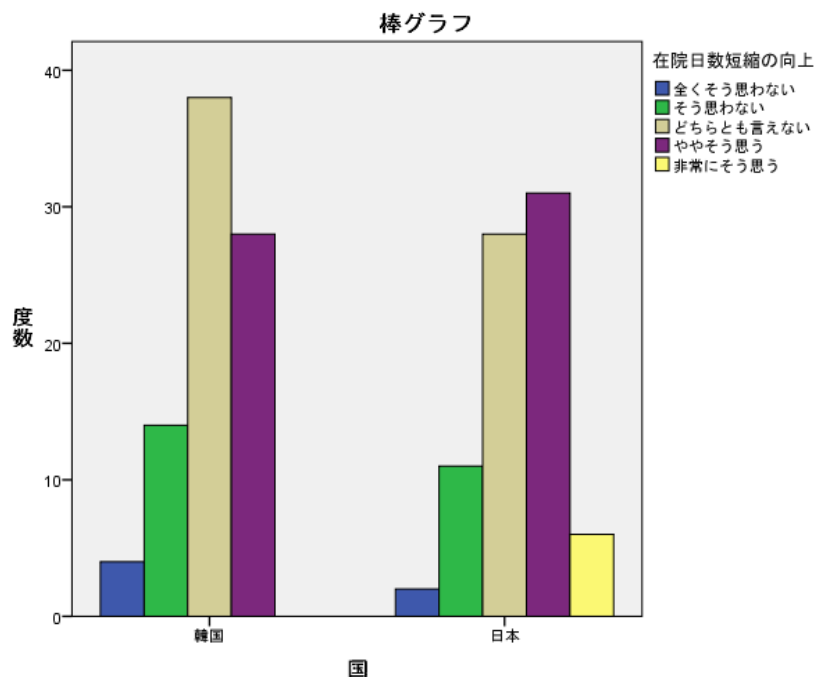


図105. 在院日数短縮の向上に対する国別と意識差異

6. 包括払い制度におけるCP導入後の診療プロセスの変化に関する国別の医療者の意識分析結果

表262に包括払い制度におけるCP導入後の診療プロセスの変化に関する国別の医療者の意識差異を示した。CP導入により診療プロセスの変化に関する国別の意識は、9つの項目のうち、「医療物品管理の業務量の減少」の項目以外は、国別の意識に対する有意差を認めた（ $p<0.05$ ）。

表262. 包括払い制度におけるCP導入後の診療プロセスの変化に関する国別の医療者の意識差異

		職種別							
		医師				看護師			
		韓国		日本		韓国		日本	
		度数	N %	度数	N %	度数	N %	度数	N %
患者・患者家族の 教育時間が短縮	全くそう思わない	6	18.2%	3	7.9%	8	15.7%	1	2.5%
	そう思わない	23	69.7%	9	23.7%	34	66.7%	7	17.5%
	どちらとも言えない	3	9.1%	19	50.0%	5	9.8%	11	27.5%
	ややそう思う	1	3.0%	6	15.8%	4	7.8%	19	47.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	2	5.0%
診療記録時間が短縮	全くそう思わない	0	0.0%	5	13.2%	0	0.0%	3	7.5%
	そう思わない	4	12.1%	7	18.4%	15	29.4%	6	15.0%
	どちらとも言えない	27	81.8%	16	42.1%	33	64.7%	10	25.0%
	ややそう思う	2	6.1%	7	18.4%	3	5.9%	17	42.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	3	7.9%	0	0.0%	4	10.0%
検査・画像件数が減少	全くそう思わない	17	51.5%	10	26.3%	20	39.2%	3	7.5%
	そう思わない	8	24.2%	8	21.1%	12	23.5%	7	17.5%
	どちらとも言えない	6	18.2%	16	42.1%	14	27.5%	22	55.0%
	ややそう思う	2	6.1%	4	10.5%	5	9.8%	7	17.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.5%
注射・投薬に対する 業務量が減少	全くそう思わない	0	0.0%	5	13.2%	2	3.9%	1	2.5%
	そう思わない	11	33.3%	4	10.5%	29	56.9%	9	22.5%
	どちらとも言えない	20	60.6%	19	50.0%	12	23.5%	21	52.5%
	ややそう思う	2	6.1%	8	21.1%	8	15.7%	6	15.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	2	5.3%	0	0.0%	3	7.5%
看護処置（消毒など） 時間が減少	全くそう思わない	0	0.0%	4	10.5%	0	0.0%	1	2.5%
	そう思わない	3	9.1%	7	18.4%	5	9.8%	8	20.0%
	どちらとも言えない	28	84.8%	21	55.3%	43	84.3%	21	52.5%
	ややそう思う	2	6.1%	5	13.2%	3	5.9%	9	22.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	1	2.5%

表262. 包括払い制度におけるCP導入後の診療プロセスの変化に関する国別の医療者の意識差異（つづき）

医療物品管理の 業務量が減少	全くそう思わない	0	0.0%	4	10.5%	4	7.8%	1	2.5%
	そう思わない	2	6.1%	5	13.2%	7	13.7%	8	20.0%
	どちらとも言えない	25	75.8%	22	57.9%	27	52.9%	25	62.5%
	ややそう思う	6	18.2%	6	15.8%	13	25.5%	5	12.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	1	2.5%
患者処置時、医療材料 の使用量が減少	全くそう思わない	0	0.0%	10	26.3%	0	0.0%	3	7.5%
	そう思わない	0	0.0%	7	18.4%	3	5.9%	8	20.0%
	どちらとも言えない	12	36.4%	20	52.6%	8	15.7%	20	50.0%
	ややそう思う	19	57.6%	0	0.0%	35	68.6%	8	20.0%
	非常にそう思う	2	6.1%	1	2.6%	5	9.8%	1	2.5%
バリエーションに対する 観察時間が短縮	全くそう思わない	2	6.1%	9	23.7%	4	7.8%	2	5.0%
	そう思わない	24	72.7%	5	13.2%	29	56.9%	7	17.5%
	どちらとも言えない	7	21.2%	22	57.9%	18	35.3%	19	47.5%
	ややそう思う	0	0.0%	2	5.3%	0	0.0%	11	27.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	2.5%
医療者に対するCPの 教育時間が短縮	全くそう思わない	6	18.2%	6	15.8%	4	7.8%	2	5.0%
	そう思わない	19	57.6%	7	18.4%	32	62.7%	6	15.0%
	どちらとも言えない	6	18.2%	16	42.1%	12	23.5%	21	52.5%
	ややそう思う	2	6.1%	7	18.4%	3	5.9%	10	25.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	2	5.3%	0	0.0%	1	2.5%

最初に、包括払い制度におけるCP導入後の診療プロセスの変化に関して、①「患者・患者家族の教育時間が短縮された」の項目に対し、韓国の医師は否定的な意識率が87.9%（29名）の過半数以上に比べて、日本の医師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が過半数以上の50.0%（19名）で示された。

看護師の場合も、韓国の看護師は否定的な意識率が過半数以上に82.4%（42名）で示されたことに比べて、日本の看護師は肯定的な意識率が52.5%（21名）で示された。国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000, p<0.05$ ）<表263～表264、図106>。

表263. 国別と患者・患者家族の教育時間が短縮に対するクロス集計表

			患者・患者家族の教育時間が短縮					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	14	57	8	5	0	84
		期待度数	9.3	37.9	19.7	15.6	1.6	84.0
		標準化残差	1.5	3.1	-2.6	-2.7	-1.2	
		調整済み残差	2.3	6.1	-4.3	-4.3	-1.8	
	日本	度数	4	16	30	25	3	78
		期待度数	8.7	35.1	18.3	14.4	1.4	78.0
		標準化残差	-1.6	-3.2	2.7	2.8	1.3	
		調整済み残差	-2.3	-6.1	4.3	4.3	1.8	
合計		度数	18	73	38	30	3	162
		期待度数	18.0	73.0	38.0	30.0	3.0	162.0

表264. 患者・患者家族の教育時間が短縮に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	57.510 ^a	4	.000	.000
尤度比	62.364	4	.000	.000
Fisher の直接法	59.185			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.44.

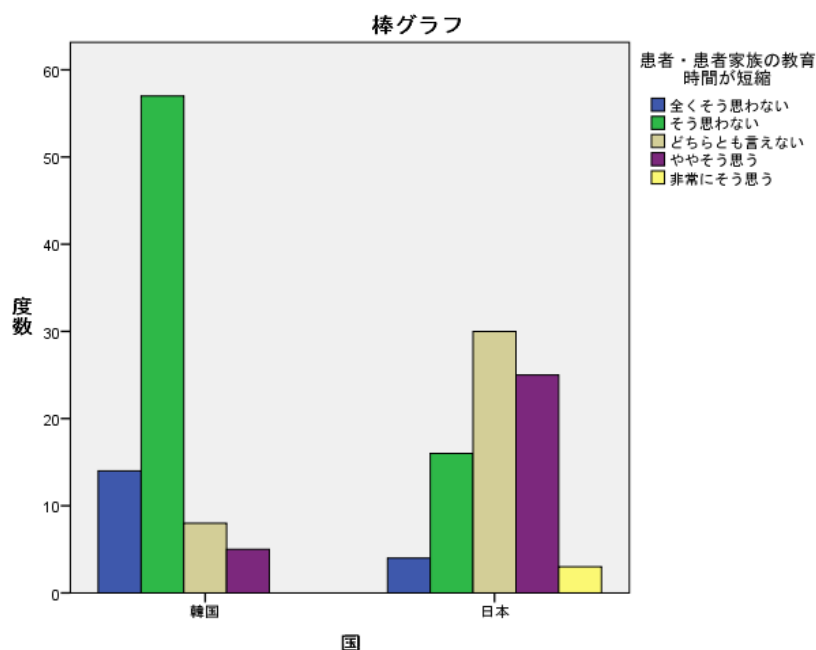


図106. 患者・患者家族の教育時間が短縮に対する国別の意識差異

次に、②「診療記録時間が短縮された」に対し、日韓の医師は同様な意識として、「どちらとも言えない」を支持する意識率が韓国81.8%（27名）、日本42.1%（16名）で示された。診療記録時間が短縮されたことに対して、日韓の看護師は異なる意識を持っていることが示された。韓国の看護師は否定的な意識率が64.7%（33名）に比べて、日本の看護師は肯定的な意識率が52.5%（21名）で示され、国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、韓国の期待度数が有意に高く、国別間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000, p<0.05$ ）<表265～表267、図107>。

表265. 国別と診療記録時間が短縮に対するクロス集計表

			診療記録時間が短縮					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	19	60	5	0	84
		期待度数	4.1	16.6	44.6	15.0	3.6	84.0
		標準化残差	-2.0	.6	2.3	-2.6	-1.9	
		調整済み残差	-3.0	1.0	4.9	-4.1	-2.8	
	日本	度数	8	13	26	24	7	78
		期待度数	3.9	15.4	41.4	14.0	3.4	78.0
		標準化残差	2.1	-.6	-2.4	2.7	2.0	
		調整済み残差	3.0	-1.0	-4.9	4.1	2.8	
合計		度数	8	32	86	29	7	162
		期待度数	8.0	32.0	86.0	29.0	7.0	162.0

表267. 診療記録時間が短縮に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	41.850 ^a	4	.000	.000
尤度比	49.060	4	.000	.000
Fisher の直接法	43.427			.000*
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.37.

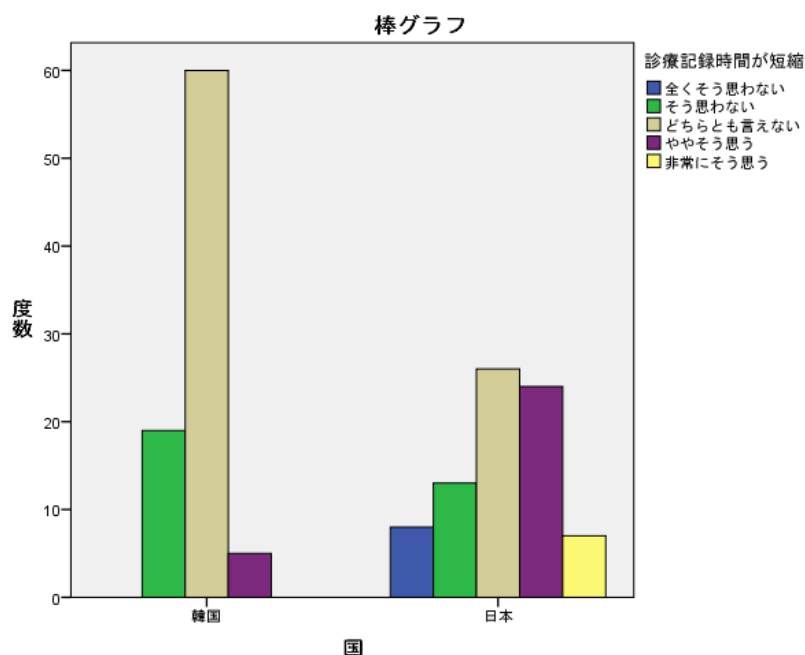


図107. 診療記録時間が短縮に対する国別の意識差異

また、③「検査・画像件数が減少した」の項目についても、日韓の医師は同様な意識して否定的な意識率が韓国75.7%（25名）、日本47.4%（18名）で示された。検査・画像件数が減少したことに対して、日韓の看護師は、韓国の看護師は否定的な意識率が62.7%（22名）に比べて、日本の看護師は25.0%（29名）で異なる意識を持っていることが示され、国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000, p<0.05$ ）<表265～表267、図108>。

表268. 国別と検査・画像件数が減少に対するクロス集計表

		検査・画像件数が減少					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
国	韓国	度数	37	20	20	7	0	84
		期待度数	25.9	18.1	30.1	9.3	.5	84.0
		標準化残差	2.2	.4	-1.8	-8	-7	
		調整済み残差	3.8	.7	-3.3	-1.2	-1.0	
	日本	度数	13	15	38	11	1	78
		期待度数	24.1	16.9	27.9	8.7	.5	78.0
		標準化残差	-2.3	-.5	1.9	.8	.7	
		調整済み残差	-3.8	-.7	3.3	1.2	1.0	
合計		度数	50	35	58	18	1	162
		期待度数	50.0	35.0	58.0	18.0	1.0	162.0

表269. 検査・画像件数が減少に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	19.514 ^a	4	.001	.000
尤度比	20.466	4	.000	.000
Fisher の直接法	19.652			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2=セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.48.

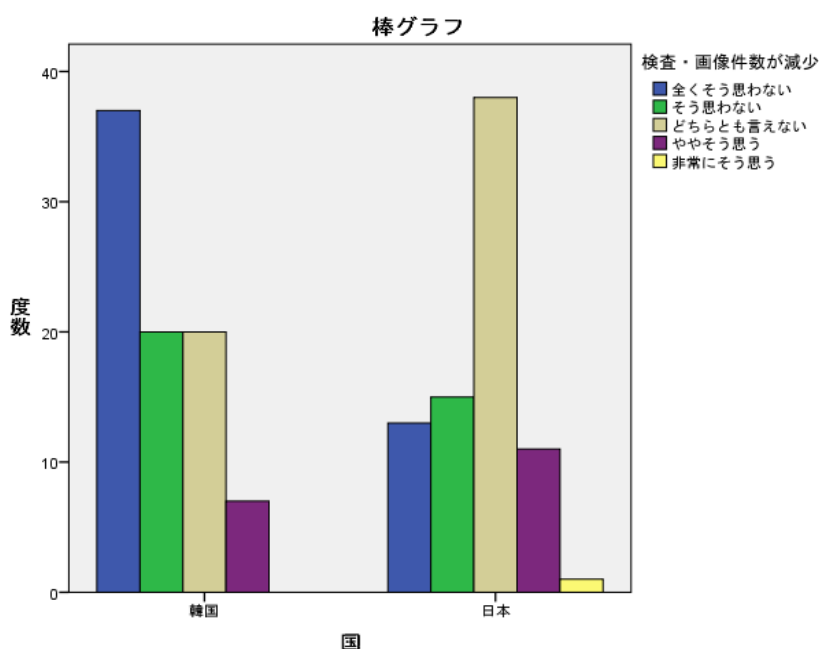


図108. 検査・画像件数が減少に対する国別の意識差異

④「注射・投薬に対する業務量が減少した」の項目では、日韓の医療者のうち、看護師の意識に異なる傾向性が見られた。日韓の医師は同様に「どちらとも言えない」を支持する意識率が韓国60.6% (20名)、日本50.0% (19名) で高く示されたが、日韓の看護師は、韓国の看護師は否定定期的意識率が60.6% (31名) に比べて、日本の看護師は「どちらとも言えない」を支持する意識率が52.5% (21名) で示された。

また、国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、韓国の期待度数が有意に高く、国別の間に有意差を認めた (p=0.000,p<0.05) <表270～表271、図109>。

表270. 国別と注射・投薬に対する業務量が減少に対するクロス集計表

			注射・投薬に対する業務量が減少					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	2	40	32	10	0	84
		期待度数	4.1	27.5	37.3	12.4	2.6	84.0
		標準化残差	-1.1	2.4	-.9	-.7	-1.6	
		調整済み残差	-1.6	4.2	-1.7	-1.1	-2.4	
	日本	度数	6	13	40	14	5	78
		期待度数	3.9	25.5	34.7	11.6	2.4	78.0
		標準化残差	1.1	-2.5	.9	.7	1.7	
		調整済み残差	1.6	-4.2	1.7	1.1	2.4	
合計		度数	8	53	72	24	5	162
		期待度数	8.0	53.0	72.0	24.0	5.0	162.0

表271. 注射・投薬に対する業務量が減少に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗 尤度比	22.118 ^a 24.784	4 4	.000 .000	.000 .000
Fisher の直接法	22.231			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.41.

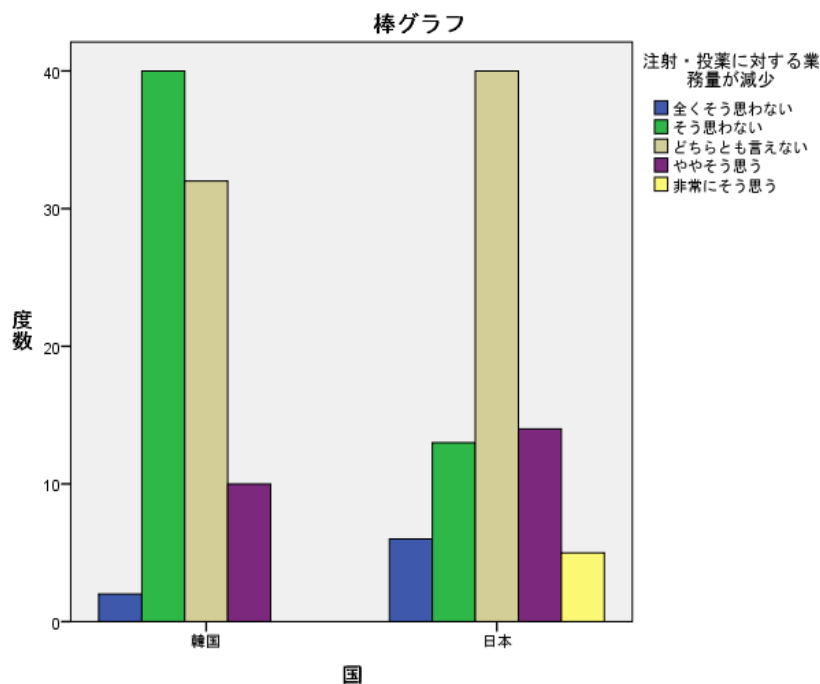


図109. 注射・投薬に対する業務量が減少に対する国別の意識差異

次に、⑤「看護処置（消毒など）時間が減少した」の項目では、日韓の医療者は同様に「どちらとも言えない」を支持する意識率が高く示され、国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、韓国の期待度数が有意に高く、国別の間で回答の比率に有意差を認めた（ $p=0.000, p<0.05$ ）<表272～表273、図110>。

また、⑥「医療物品管理の業務量が減少した」項目でも日韓の医療者は同様に「どちらとも言えない」を支持する意識率が高く示されたが国別の方に有意差は認めなかった（ $p=0.306, p<0.05$ ）。

表272. 国別と看護処置（消毒など）時間が減少に対するクロス集計表

			看護処置（消毒など）時間が減少					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	8	71	5	0	84
		期待度数	2.6	11.9	58.6	9.9	1.0	84.0
		標準化残差	-1.6	-1.1	1.6	-1.5	-1.0	
		調整済み残差	-2.4	-1.8	4.2	-2.4	-1.5	
	日本	度数	5	15	42	14	2	78
		期待度数	2.4	11.1	54.4	9.1	1.0	78.0
		標準化残差	1.7	1.2	-1.7	1.6	1.1	
		調整済み残差	2.4	1.8	-4.2	2.4	1.5	
合計	度数	5	23	113	19	2	162	
	期待度数	5.0	23.0	113.0	19.0	2.0	162.0	

表273. 看護処置（消毒など）時間が減少に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	20.642 ^a	4	.000	.000
尤度比	23.612	4	.000	.000
Fisher の直接法	20.056			.000
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.96.

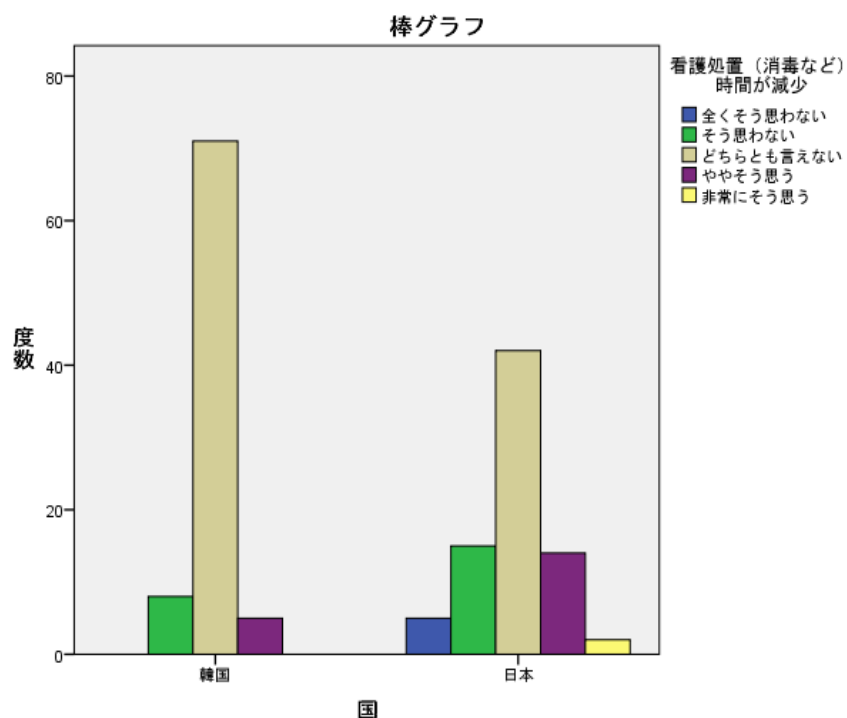


図110. 看護処置（消毒など）時間が減少に対する国別の意識差異

その他に、⑦「患者処置時、医療材料の使用量が減少した $p=0.000$ 」⑧「バリエーションに対する観察時間が短縮した $p=0.000$ 」⑨「医療者に対するCPの教育時間が短縮した $p=0.000$ 」の項目では、韓国の医療者は半数以上の比率で肯定的な意識が示されたことに比べて、日本の医療は「どちらとも言えない」を支持する意識率が高く示され、国別の意識差異をクロス集計の検定を用いて分析したところ、韓国の期待度数が有意に高く、国別間で回答の比率に有意差を認めた ($p<0.05$) <表264～表269、図111～図113>。

表264. 患者処置時、医療材料の使用量が減少に対するクロス集計表

		患者処置時、医療材料の使用量が減少					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
国	韓国	度数	0	3	20	54	7	84
		期待度数	6.7	9.3	31.1	32.1	4.7	84.0
		標準化残差	-2.6	-2.1	-2.0	3.9	1.1	
		調整済み残差	-3.9	-3.2	-3.6	7.1	1.6	
	日本	度数	13	15	40	8	2	78
		期待度数	6.3	8.7	28.9	29.9	4.3	78.0
		標準化残差	2.7	2.2	2.1	-4.0	-1.1	
		調整済み残差	3.9	3.2	3.6	-7.1	-1.6	
合計		度数	13	18	60	62	9	162
		期待度数	13.0	18.0	60.0	62.0	9.0	162.0

表265. 患者処置時、医療材料の使用量が減少に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	64.440 ^a	4	.000	.000
尤度比	74.537	4	.000	.000
Fisher の直接法	69.827			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は4.33.

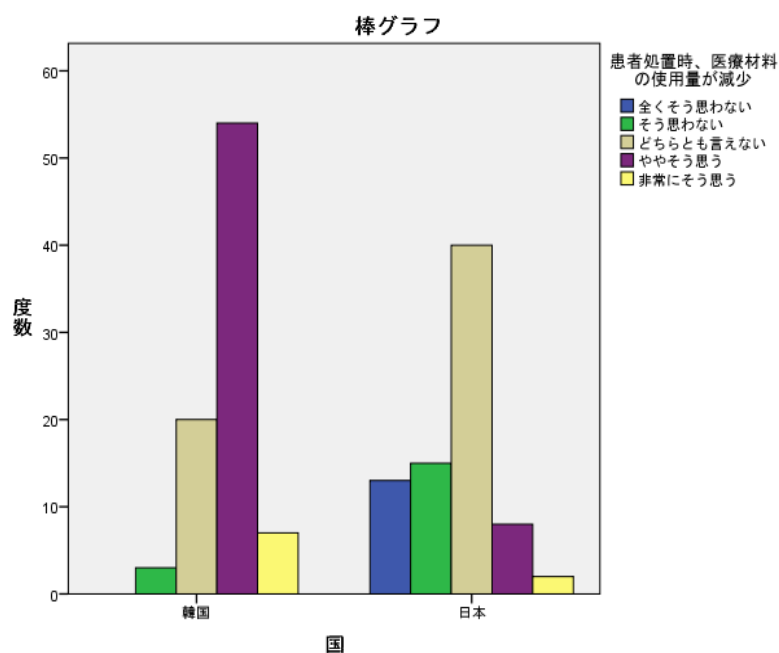


図111. 患者処置時、医療材料の使用量が減少に対する国別の意識差異

表266. バリエーションに対する観察時間が短縮のクロス集計表

		バリエーションに対する観察時間が短縮					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
国	韓国	度数	6	53	25	0	0	84
		期待度数	8.8	33.7	34.2	6.7	.5	84.0
		標準化残差	-.9	3.3	-1.6	-2.6	-.7	
		調整済み残差	-1.4	6.2	-3.0	-3.9	-1.0	
	日本	度数	11	12	41	13	1	78
		期待度数	8.2	31.3	31.8	6.3	.5	78.0
		標準化残差	1.0	-3.4	1.6	2.7	.7	
		調整済み残差	1.4	-6.2	3.0	3.9	1.0	
合計		度数	17	65	66	13	1	162
		期待度数	17.0	65.0	66.0	13.0	1.0	162.0

表267. バリアンスに対する観察時間が短縮のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	45.050 ^a	4	.000	.000
尤度比	52.524	4	.000	.000
Fisher の直接法	48.457			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は0.48.

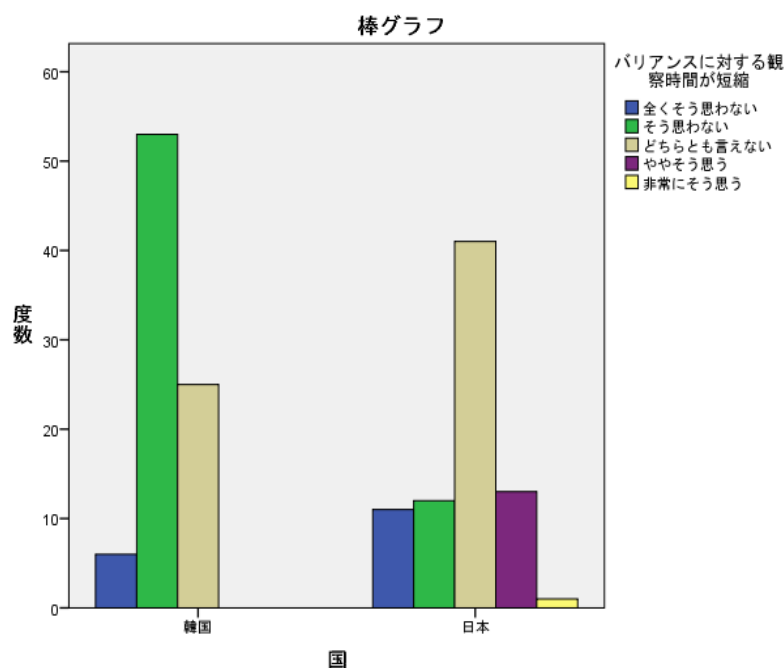


図112. バリアンスに対する観察時間が短縮の国別の意識差異

表268. 医療者に対するCPの教育時間が短縮のクロス集計表

			医療者に対するCPの教育時間が短縮					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	10	51	18	5	0	84
		期待度数	9.3	33.2	28.5	11.4	1.6	84.0
		標準化残差	.2	3.1	-2.0	-1.9	-1.2	
		調整済み残差	.3	5.7	-3.5	-2.9	-1.8	
	日本	度数	8	13	37	17	3	78
		期待度数	8.7	30.8	26.5	10.6	1.4	78.0
		標準化残差	-.2	-3.2	2.0	2.0	1.3	
		調整済み残差	-.3	-5.7	3.5	2.9	1.8	
合計		度数	18	64	55	22	3	162
		期待度数	18.0	64.0	55.0	22.0	3.0	162.0

表269. 医療者に対するCPの教育時間が短縮のカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	38.725 ^a	4	.000	.000
尤度比	41.897	4	.000	.000
Fisher の直接法	39.511			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は1.44.

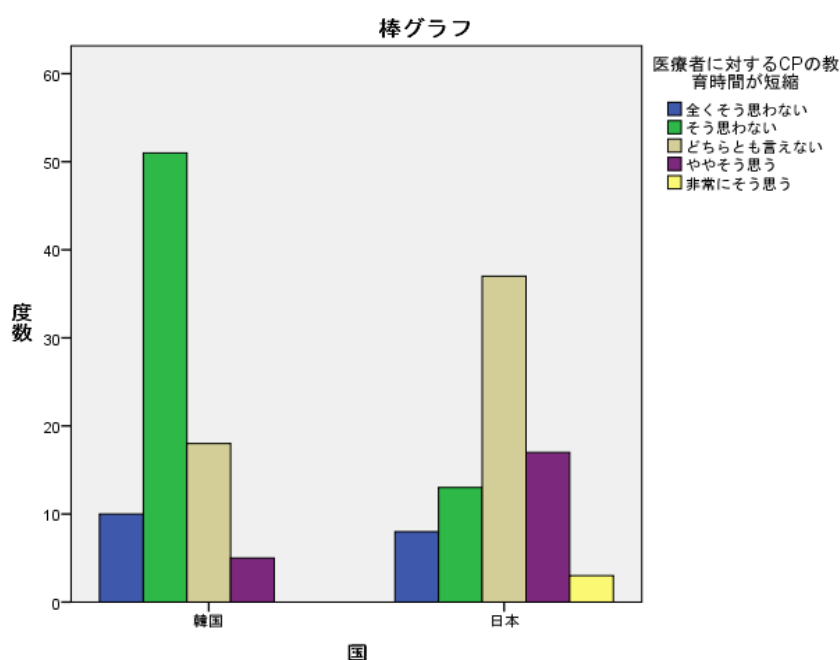


図113. 医療者に対するCPの教育時間が短縮の国別の意識差異

7. CPのメリットに関する国別の医療者の意識分析結果

表270にCPのメリットに関する国別の医療者の意識差異を示した。CPのメリットに関する国別の意識は、国別の意識は、7つの項目全てにおいて「患者入・退院管理に容易」「診療業務の効率化」「入院期間の短縮化」「医療コストの削減」「計画的な治療が可能」「投薬・医療材料の標準化」「点滴注射投与量の減少」では日韓の医療者の意識は職種別において共通する傾向性が示されており、クロス集計の検定により統計的な有意差を認めた (p<0.05)。

表270. CPのメリットに関する国別の医療者の意識差異

		職種別							
		医師				看護師			
		韓国		日本		韓国		日本	
		度数	N %	度数	N %	度数	N %	度数	N %
		患者入・退院管理の容易	全くそう思わない	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%
	そう思わない	3	9.1%	1	2.6%	0	0.0%	5	12.5%
	どちらとも言えない	7	21.2%	14	36.8%	13	25.5%	9	22.5%
	ややそう思う	18	54.5%	14	36.8%	33	64.7%	15	37.5%
	非常にそう思う	5	15.2%	8	21.1%	5	9.8%	10	25.0%
診療業務の効率化	全くそう思わない	0	0.0%	1	2.6%	0	0.0%	1	2.5%
	そう思わない	0	0.0%	4	10.5%	0	0.0%	3	7.5%
	どちらとも言えない	8	24.2%	15	39.5%	13	25.5%	5	12.5%
	ややそう思う	11	33.3%	9	23.7%	33	64.7%	22	55.0%
	非常にそう思う	14	42.4%	9	23.7%	5	9.8%	9	22.5%
入院期間の短縮化	全くそう思わない	0	0.0%	6	15.8%	0	0.0%	2	5.0%
	そう思わない	2	6.1%	2	5.3%	0	0.0%	3	7.5%
	どちらとも言えない	18	54.5%	19	50.0%	18	35.3%	6	15.0%
	ややそう思う	13	39.4%	7	18.4%	33	64.7%	21	52.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	4	10.5%	0	0.0%	8	20.0%
医療コストの削減	全くそう思わない	0	0.0%	7	18.4%	0	0.0%	2	5.0%
	そう思わない	0	0.0%	3	7.9%	0	0.0%	4	10.0%
	どちらとも言えない	0	0.0%	20	52.6%	3	5.9%	17	42.5%
	ややそう思う	8	24.2%	6	15.8%	14	27.5%	14	35.0%
	非常にそう思う	25	75.8%	2	5.3%	34	66.7%	3	7.5%
計画的な治療が可能	全くそう思わない	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	3	7.5%
	そう思わない	20	60.6%	20	62.5%	6	11.8%	3	7.5%
	どちらとも言えない	5	15.2%	5	15.6%	18	35.3%	5	12.5%
	ややそう思う	8	24.2%	7	21.9%	23	45.1%	22	55.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	0	0.0%	4	7.8%	7	17.5%
投薬・医療材料の標準化	全くそう思わない	0	0.0%	2	5.3%	0	0.0%	2	5.0%
	そう思わない	9	27.3%	4	10.5%	5	9.8%	3	7.5%
	どちらとも言えない	5	15.2%	12	31.6%	14	27.5%	10	25.0%
	ややそう思う	19	57.6%	14	36.8%	30	58.8%	18	45.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	6	15.8%	2	3.9%	7	17.5%
点滴注射投与量の減少	全くそう思わない	0	0.0%	5	13.2%	0	0.0%	3	7.5%
	そう思わない	6	18.2%	1	2.6%	2	3.9%	5	12.5%
	どちらとも言えない	7	21.2%	17	44.7%	27	52.9%	16	40.0%
	ややそう思う	8	24.2%	9	23.7%	16	31.4%	11	27.5%
	非常にそう思う	12	36.4%	6	15.8%	6	11.8%	5	12.5%

CPのメリットに関する項目のうち、肯定的な意識が示されなかった項目は、①「医療コストの削減」②「点滴注射投与量の減少」であった。「医療コストの削減」については、韓国の医療者は肯定的な意識率が高く示され、(医師100% (33名)、看護師94.2% (48名) ことに比べて、日本の医療者は「どちらとも言えない」を支持する意識が高く示された(医師52.6% (20名)、看護師42.5% (17名))。

しかし、日本の看護師は肯定的な意識率も42.5% (17名) で示され、クロス集計の検定により統計的な有意差を認めた ($p=0.000$, $p<0.05$)。「点滴注射投与量の減少」については、韓国の医師の肯定的な意識 (60.6% (20名)) 以外は、「どちらとも言えない」を支持する意識が高く示され、クロス集計の検定により国別の間で回答の比率に統計的な有意差を認めた ($p=0.028$, $p<0.05$) <表271~表274、図114~図115>。

表271. 国別と医療コストの削減に対するクロス集計表

			医療コストの削減					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	0	3	22	59	84
		期待度数	4.7	3.6	20.7	21.8	33.2	84.0
		標準化残差	-2.2	-1.9	-3.9	.0	4.5	
		調整済み残差	-3.2	-2.8	-6.5	.1	8.3	
		度数	9	7	37	20	5	78
	日本	期待度数	4.3	3.4	19.3	20.2	30.8	78.0
		標準化残差	2.2	2.0	4.0	.0	-4.7	
		調整済み残差	3.2	2.8	6.5	-.1	-8.3	
		度数	9	7	40	42	64	162
		期待度数	9.0	7.0	40.0	42.0	64.0	162.0

表272. 医療コストの削減に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	90.460 ^a	4	.000	.000
尤度比	109.824	4	.000	.000
Fisher の直接法	102.354			.000*
有効なケースの数	162			

*= $p<0.05$, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.37.

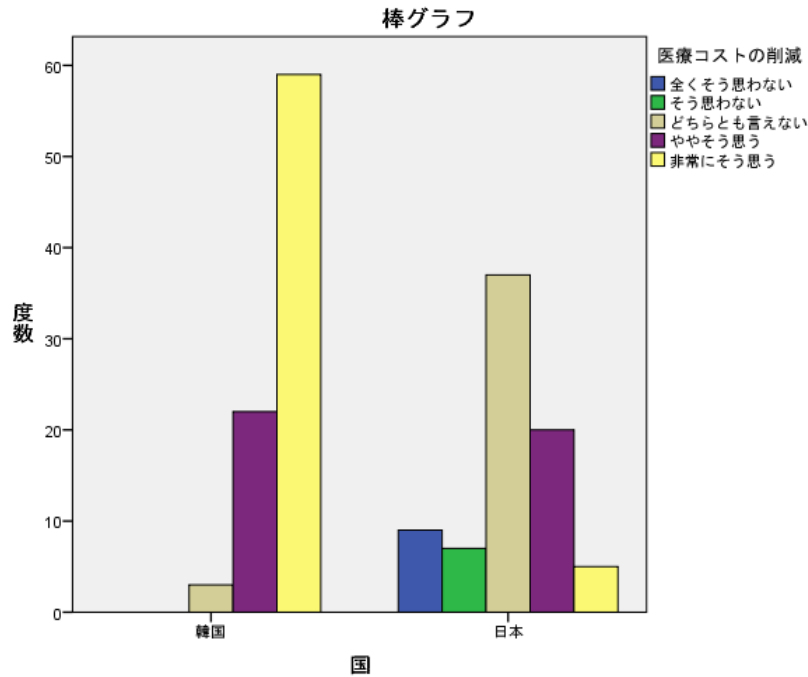


図114. 医療コストの削減に対する国別の意識差異

表273. 国別と点滴注射投与率の減少に対するクロス集計表

			点滴注射投与量の減少					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	0	8	34	24	18	84
		期待度数	4.1	7.3	34.7	22.8	15.0	84.0
		標準化残差	-2.0	.3	-.1	.2	.8	
		調整済み残差	-3.0	.4	-.2	.4	1.2	
	日本	度数	8	6	33	20	11	78
		期待度数	3.9	6.7	32.3	21.2	14.0	78.0
		標準化残差	2.1	-.3	.1	-.3	-.8	
		調整済み残差	3.0	-.4	.2	-.4	-1.2	
合計		度数	8	14	67	44	29	162
		期待度数	8.0	14.0	67.0	44.0	29.0	162.0

表274. 点滴注射投与率の減少に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	10.146 ^a	4	.038	.036
尤度比	13.240	4	.010	.014
Fisher の直接法	10.698			.028*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.85.

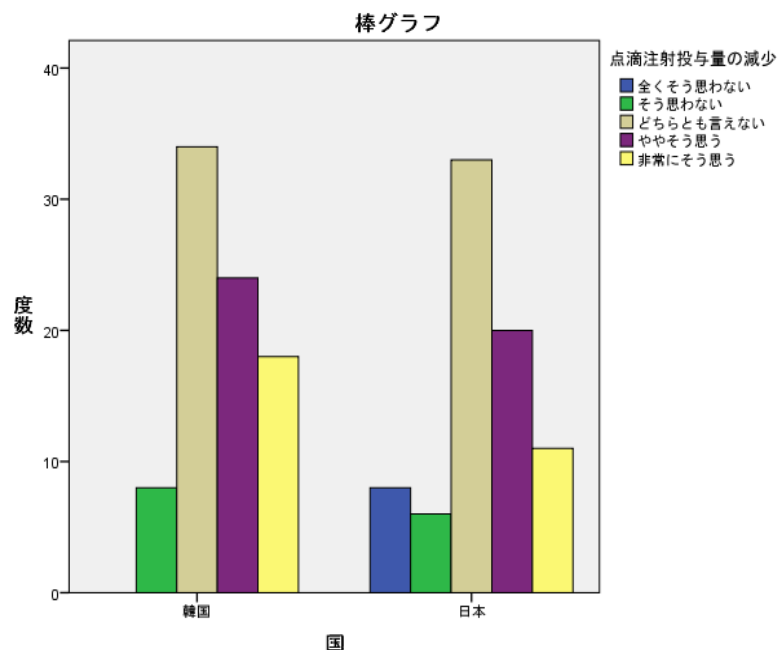


図115. 点滴注射投与率の減少に対する国別の意識差異

8. CPのデメリットに関する国別の医療者の意識分析結果

表274にCPのデメリットに関する国別の医療者の意識差異を示した。CPのデメリットに関する5つの項目のうち、①「患者の個別性が図り難い $p=0.028$ 」②「バリエーション発生時、診療業務に混乱が生じる $p=0.000$ 」③「患者の症状によってはCPにない項目が生じる $p=0.000$ 」④「CP運営管理者の不在 $p=0.003$ 」の項目については、クロス集計の検定により国別の間で回答の比率に統計的な有意差を認めた ($p<0.05$)。

そのうち、「患者の症状によってはCPにない項目が生じる」「CP運営管理者の不在」の項目では、両国ともCPのデメリットとして否定的な意識率が高く示され、クロス集計の検定により国別の間で回答の比率に統計的な有意差を認めた ($p<0.05$) <表275～表278、図116～図117>。

表274. CPのデメリットに関する国別の医療者の意識差異

		職種別							
		医師				看護師			
		韓国		日本		韓国		日本	
		度数	N %	度数	N %	度数	N %	度数	N %
		患者の個別性が 図り難い	全くそう思わない	0	0.0%	7	18.4%	0	0.0%
そう思わない	0		0.0%	2	5.3%	0	0.0%	3	7.5%
どちらとも言えない	0		0.0%	25	65.8%	2	3.9%	10	25.0%
ややそう思う	12		36.4%	2	5.3%	15	29.4%	23	57.5%
非常にそう思う	21		63.6%	2	5.3%	34	66.7%	3	7.5%
バリエーション発生時、 業務に混乱が生じる	全くそう思わない	0	0.0%	2	5.3%	0	0.0%	2	5.0%
	そう思わない	0	0.0%	4	10.5%	2	3.9%	9	22.5%
	どちらとも言えない	6	18.2%	15	39.5%	7	13.7%	7	17.5%
	ややそう思う	12	36.4%	15	39.5%	16	31.4%	22	55.0%
	非常にそう思う	15	45.5%	2	5.3%	26	51.0%	0	0.0%
入院期間が短く 患者が不安を感じる	全くそう思わない	4	12.1%	2	5.3%	5	9.8%	6	15.0%
	そう思わない	4	12.1%	0	0.0%	6	11.8%	9	22.5%
	どちらとも言えない	8	24.2%	15	39.5%	11	21.6%	9	22.5%
	ややそう思う	15	45.5%	15	39.5%	24	47.1%	16	40.0%
	非常にそう思う	2	6.1%	6	15.8%	5	9.8%	0	0.0%
患者の症状によっては CPにない項目が生じる	全くそう思わない	3	9.1%	5	13.2%	4	7.8%	1	2.5%
	そう思わない	21	63.6%	8	21.1%	26	51.0%	7	17.5%
	どちらとも言えない	7	21.2%	17	44.7%	12	23.5%	12	30.0%
	ややそう思う	2	6.1%	6	15.8%	4	7.8%	20	50.0%
	非常にそう思う	0	0.0%	2	5.3%	5	9.8%	0	0.0%
CP運営管理者の不在	全くそう思わない	2	6.1%	1	2.6%	3	5.9%	1	2.5%
	そう思わない	20	60.6%	5	13.2%	6	11.8%	5	12.5%
	どちらとも言えない	5	15.2%	10	26.3%	11	21.6%	17	42.5%
	ややそう思う	6	18.2%	15	39.5%	14	27.5%	15	37.5%
	非常にそう思う	0	0.0%	7	18.4%	17	33.3%	2	5.0%

表275. 患者の症状によってはCPにない項目が生じるに対するクロス集計表

		患者の症状によってはCPにない項目が生じる					合計	
		全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う		
国	韓国	度数	7	47	19	6	5	84
		期待度数	6.7	32.1	24.9	16.6	3.6	84.0
		標準化残差	.1	2.6	-1.2	-2.6	.7	
		調整済み残差	.2	4.8	-2.0	-4.2	1.1	
	日本	度数	6	15	29	26	2	78
		期待度数	6.3	29.9	23.1	15.4	3.4	78.0
		標準化残差	-1	-2.7	1.2	2.7	-.7	
		調整済み残差	-.2	-4.8	2.0	4.2	-1.1	
合計		度数	13	62	48	32	7	162
		期待度数	13.0	62.0	48.0	32.0	7.0	162.0

表276. 患者の症状によってはCPにない項目が生じるカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	84.069 ^a	4	.000	.000
尤度比	102.366	4	.000	.000
Fisher の直接法	95.129			.000*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=4セル(40.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は2.41.

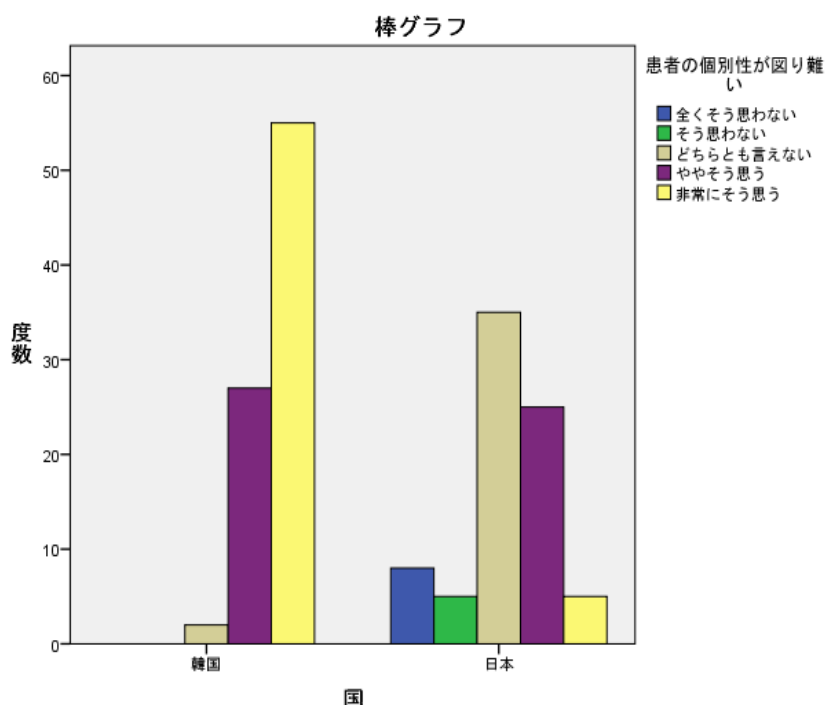


図117. 患者の症状によってはCPにない項目が生じるに対する国別の意識差異

表277. 国別とCP運営管理者の不在に対するクロス集計表

			CP運営管理者の不在					合計
			全くそう 思わない	そう 思わない	どちらとも 言えない	やや そう思う	非常に そう思う	
国	韓国	度数	5	26	16	20	17	84
		期待度数	3.6	18.7	22.3	25.9	13.5	84.0
		標準化残差	.7	1.7	-1.3	-1.2	1.0	
		調整済み残差	1.1	2.8	-2.2	-2.0	1.5	
	日本	度数	2	10	27	30	9	78
		期待度数	3.4	17.3	20.7	24.1	12.5	78.0
		標準化残差	-.7	-1.8	1.4	1.2	-1.0	
		調整済み残差	-1.1	-2.8	2.2	2.0	-1.5	
合計		度数	7	36	43	50	26	162
		期待度数	7.0	36.0	43.0	50.0	26.0	162.0

表278. CP運営管理者の不在に対するカイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗 尤度比	15.471 ^a 15.833	4 4	.004 .003	.003 .004
Fisher の直接法	15.362			.003*
有効なケースの数	162			

*=p<0.05, a=2セル(20.0%)は期待度数が5未満. 最小期待度数は3.37.

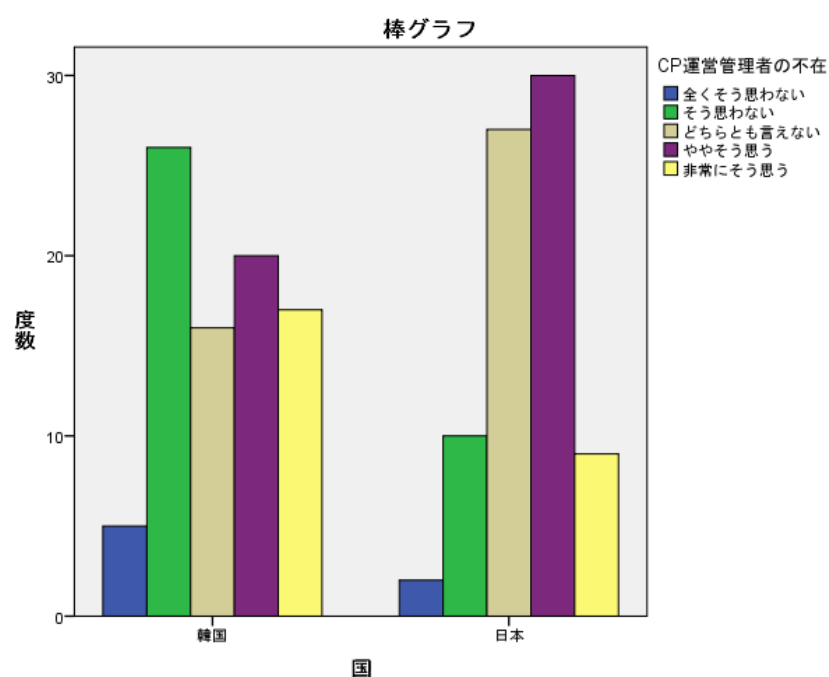


図118. CP運営管理者の不在に対する国別の意識差異

V. 考察

これまでに日韓における包括払い制度の導入効果に関する研究は、包括払い群とFFS群におけるレセプトデータを用いた病院間の在院日数と診療報酬の収支変化に関する実施状況を群間比較で評価する研究が主であった。しかし、本研究のように医療者を対象とした観点から、包括払い制度と包括払い制度の下で適用中のCPに対して医療者がどのような意識を持っており、それに対する課題や満足度に関する研究は少ない現状である。従って、白内障手術に関わる日韓の医療者を対象に包括払い制度および包括払い方式の下でCP使用に対し、医療者がどのように意識しており、更には、医療者の意識と満足度をさらに高めるためには、どのような政策的な対策が必要であるかに対して検討を行った。

調査項目は、【包括払い制度に関する意識 7項目】【包括払い制度における医療の質に関する意識 5項目】【包括払い制度導入前後における診療形態の変化に関する意識 6項目】【包括払い制度におけるCPに関する意識 5項目】【包括払い制度におけるCP導入効果に関する意識 7項目】【CP導入による診療業務に関する変化に関する意識 9項目】【CPのメリットに関する医療者の意識 7項目】【CPのデメリットに関する意識 5項目】で、合計8分類、50項目でアンケートによる意識調査を行った。

1. 包括払い制度に対する日韓の医療者の意識について

白内障手術における「包括払い制度」に関する7つの項目「包括払い制度に対する満足度」「患者の経済的な負担を減少させる」「各診療科と関係をより向上させる」「医療の機能分化・関係を向上させる」「医療材料の標準化を向上させる」「薬剤種類及び投薬量の標準化を向上させる」「ジェネリック使用の増加」に対して日韓の医療者は全体的に半数以上の比率で否定的な側面が高かった。特に、日韓の医師の意識が看護師の意識に比べて統計的に $p<0.05$ 水準で否定する回答の比率が高かった<表196～表207、図78～図83>。韓国の医療者は包括払い制度に関する7つの調査項目のうち、「医療材料の標準化の向上させる」「薬剤種類及び投薬量の標準化の向上させる」「ジェネリック使用の増加」の項目以外において半数以上の比率で否定的な傾向が高かった。すなわち、その他の項目は、包括払い制度が効率的な医療の提供に及ぼす期待効果に対して否定的な意識が高いことが示唆された。日本の医療者の意識は、7つの全ての項目において統計的に $p<0.05$ 水準で否定的な傾向が韓国の医療者に比べて有意に高いことが特徴であった。

「患者の経済的な負担を減少させる」の項目の場合、<表198～表199、図79>に示したように本研究の日韓の医療者は否定する回答の比率が高いことが統計的に有意に認められた。韓国の政府によるKDRG導入前後の影響を評価した報告によると、白内障手術群は退院後、30日以内の外来診療の現状では、退院後の30日以内の外来日数がKDRG施行後に0.57日増加が認められ、その他の6診断群全ての疾患でも外来日数が1.54日から0.10日に一括的に増加されていたことを報告している。また、退院後の30日以内の平均診療費は白内障群の病院では、65.1%増加が示され、KDRGの対象診断群7疾患の全てが施行後に増加の傾向であったと結論付けている³⁷⁾。

さらに、Leeら³⁵⁾とShinら³⁸⁾の報告においても入院前の診療および退院後に追加的に外来治療が行われている可能性を示し、入院前後における外来日数の増加と外来診療費の変化が認められ

ていた。その他の包括払い制度（DRG）が導入されている諸外国の先行研究では、DRGの施行後に在院日数が短縮され、外来に転移される現状が観察されたことを報告している^{59,60}。

すなわち、包括払い制度において在院日数の短縮化による患者の医療費の削減の現象は、外来日数の増加による診療費の転移とそれに伴う患者の負担金の増加に繋がることを示す先行研究の結果と本研究の日韓の医療者から示された意識が一致し、「患者の経済的な負担を減少させる」ことに対する意識決定に有意な影響を与えていることが示唆される。また、在院日数の短縮化による入院中の診療サービス量の減少による医療コストの削減は、患者のアウトカムに影響を及ぼす過少診療の観点から、包括払い制度の導入前後に対して否定する回答の意識が賛成する意識を上回る結果となったと考えられる。

このように日韓の医療者が現在の包括払い制度に対して肯定的な意識率が低く示された結果は、日韓の医療制度に導入されている1入院当たり包括評価方式では、包括払い制度の目的の一つである医療の効率化と透明化の向上について否定的な影響を及ぼしていることが示唆される。

2. 1入院当たり包括払い制度における医療の質に対する意識について

包括払い制度における医療の質に関する意識について<表209～表217、図84～図88>に示したように日韓の医療者の意識は類似する傾向が示された。包括払い制度における医療の質に関する項目のうち、「医療の質を向上させる」「医療者の診療の裁量を保障する」「FFS制度より質の高い医療を提供する」の項目に対して同様に否定する回答の比率が高かった。また、日本の医療者に比べて韓国の医療者が否定する意識率が高く示され、統計的に $p<0.05$ 水準で有意差が認められた。さらに、「診療形態の変化をもたらす」「臨床指標の対応を増大させる」に対して韓国の医療者の方が肯定的な意識率がより高く、統計的に $p<0.05$ 水準で有意差が認められた。すなわち、日韓の医療者は1入院当たり包括評価において医療の質の低下を強く意識しており、医療の質の低下は韓国の医療者の方がより強く意識していることが明らかになった。また、診療形態の変化を高く意識しており、医療現場の質を維持するために臨床指標の対応性を重要に意識していることが示唆された。

このような結果は、現在の日韓の包括払い制度において医療の質の低下を意識している最大の決定要因として在院日数の短縮化、薬・注射費の減少、医療材料費の減少など、診療形態の変化による患者アウトカムの評価が十分にされておらず、包括評価において医療の質評価の重要性を日韓の医療者は強く意識していることが想定される。また、医療の質評価の状況と意識決定要因の関係性による影響が示唆される。すなわち、1入院当たり包括評価による診療形態の変化は、医療者の診療の裁量権が保障されず結果的にFFS方式に比較して患者の特性等の違いを考慮した良質の医療サービスの提供に対して否定する意識を反映しているものと考えられる。

特に1入院当たり包括評価の施行による「診療形態の変化」の項目に関しては、日本の医療者に比べて韓国の医療者の意識の方が「診療形態の変化」についてより高く意識している結果となり、日韓の医療者は異なる意識を持っていることが示された<表213～表214、図86>。今回の日韓の調査対象病院は、日本はDPC形式から1入院当たり包括方式になった病院であり、韓国の病院はFFS形式から包括評価形式になった病院である。つまり、FFS形式から診療サービス量を下げるほど収入が増加する1入院包括評価の下では、医療現場において相対的に診療サービス量の減少によ

る診療形態の変化が発生されている可能性が考えられる。

Shinら³⁸⁾は、KDRGの7診断群において制度導入による特定機能病院の診療形態の変化を調査し、FFS形式に比較してKDRG施行後は診療サービス量が統計的に有意に減少を認めたと結論付けている。従って、日本の現状に比べてFFS形式から包括評価形式になった韓国の現状がより診療形態の変化が大きいことが示唆される。このことから、韓国の医療者の意識決定にも有意な影響を及ぼしていると考えられる。

このように医療の質の低下に対する意識は、包括払い制度に対する医療者の全般的な意識と1入院当たり包括払い制度に対する全般的な満足度の低下に有意な影響を及ぼす要因として関与していると考えられる。その理由は、本研究の包括払い制度における医療の質の向上に対し、日韓の医療者の職種別の意識率は、医師の意識の肯定的である上位項目と否定的である下位項目は、医師の意識だけでなく、看護師の意識でも同様に上位項目や下位項目になっている結果であった。このような結果は、両国の医療者の意識同様に包括払い制度の意識と満足度に対する関係性に全体的に影響を及ぼしている可能性が示唆された。

3. 支持する支払い制度に対する意識について

支持する支払い制度に対する日本の医療者の意識結果では、<表119～表124、図48～図50>に示したように医師の意識は看護師に比べて「短期滞在手術基本料」を支持する意識が低く示され、統計的に $p<0.05$ 水準で職種別に意識の差異が認められた。日本の医師は「FFS制度」を支持する意識は68.4%で、半数以上が支持している結果となった。また、統計的に有意差は認めなかったが、看護師に比べて医師の方がDPCを支持する意識がより高いことが明らかになった。

このような結果は、医療の質に関する韓国の意識結果においても、FFS制度に比べて包括払い制度は医療者の診療の裁量権が保障できず、質の高い医療を提供することに職種別同様に医師は93.9%、看護師は86.3%の半数以上が否定する回答の比率が高い結果となっていた<表46～表48、図12～図13>。つまり、韓国の医師の意識にも日本の医師のようにFFS制度およびDPC制度を支持している傾向が高いことが示唆される。また、金らの報告⁶¹⁾で述べられているようにFFS制度からKDRGの1入院当たり包括払い制度に改定後に対する医師の意識を評価しているが、医師は、FFS制度に比べてKDRGは、患者の診療費を減少させる適切な制度であるが、しかしながら、日本のDPCのように患者の特性を考慮した医療資源を投入できる医療技術料の評価が反映された支払い方式の方を支持する意識が高かったと結論づけている。すなわち、本研究で示されたDPCおよびFFS方式を支持する日本の医療者の意識結果と金らの韓国の医療者の意識結果とおおむね一致するものである。また、このような結果は韓国の医療者の意識決定要因にも関係性を示唆するものと考えられる。

本研究では日韓の医療者が包括払い方式において日韓共に医師の方が看護師に比べて医療の質の向上に対して否定する回答の比率が統計的に $p<0.05$ 水準で有意に高い結果が得られた。従来のFFS形式においては、医療資源投入量が本来の患者の特性により反映されたが、現在は包括評価により医療資源投入量が減少され、医療の質に悪影響を及ぼす可能性は意識決定に有効な関係性を示唆するものと考えられる。したがって、本研究からは白内障手術において支払い方式は、医療コストを標準化する包括評価部分と医療技術を評価する出来高算定部分が組み合わせたDPC方

式が医療者の診療の裁量を保障できる仕組みとして医療の質を下げずに診療の効率性を図るために有用なツールであると考えられる。

4. 包括払い制度の導入前後における診療形態の変化に対する意識について

<表135～表138、図56～図57>は診療形態の変化に対する意識結果を示した。日本の医療者はDPCに比べて短期滞在手術基本料の導入後、「平均在院日数の短縮化」「病床の稼働率が向上」に対し、職種別の意識において肯定的な意識率が高く、職種別の意識に統計的に $p<0.05$ 水準で有意差を認められた。また、「病床の回転率が向上」については、看護師の方が肯定的に意識されている結果であった。上記の項目に対する意識結果は、短期滞在手術基本料の方式におけるCP導入効果に関する意識の結果と一致する結果となった。すなわち、診療形態の変化に対して医師に比べて看護師の意識の方が統計的に有意により高く意識していることが明らかになった。このことから、DPCから短期滞在手術基本料への改定後による診療形態の変化に対する意識決定の要因は、在院日数の短縮化が可能となり、それによる病床の稼働率と回転率の向上が可能になっている現状として肯定的な意識が高く示されたと考えられる。つまり、臨床現場では1入院当たり包括評価の施行により、調査対象病院は、平均在院日数の短縮化が図れている可能性が示唆される。

DPC導入効果に関して在院日数の短縮効果の有用性について報告した中川ら⁶²⁾は、DPC導入にあたり病床の回転率の向上を目標とした結果、病床の稼働率が86.9%から75%に減少し、病床の回転率が1.6から2.0となり平均在院日数が18.8日から15.5日となったが、患者1人1日の入院単価の増大で病院全体として収益に黒字となったことを報告している。本研究の結果では、レセプト調査とは異なる手段ではあるが、これらの知見とよく一致し、短期滞在手術基本料において「平均在院日数の短縮」「病床の稼働率の向上」「病床の回転率の向上」について肯定的な意識が高い結果となっており、臨床現場において反映されている可能性も想定された。しかしながら、縄田ら⁵⁸⁾は、在院日数の短縮の影響に及ぼす要因について、患者の属性（性別、年齢、主傷病名）が在院日数に影響することが認められたことを結論づけている。このような結果に対して、今後、支払い制度の変化前後においてレセプトデータを用いて患者の属性を効率的に考慮した量的研究により、本研究の医療者が意識する結果と臨床現場の状況が一致するかに対する更なる研究が必要である。

診療形態の変化に関する「病院の収益率の向上」については、日韓の医療者は同様な意識の傾向性が示され、支払い制度の変更前後に大きな変化がないと意識している結果となった<表219～表220、図89>。また、CP導入効果に対する意識結果においても病院の収益率の向上に対しては一致する意識をもっていることが明らかになった。その理由として、日本の場合、白内障手術では、両眼を手術する傾向が多くあるが、片方を手術した後、1日開けて眼帯が取れたら、もう片方を手術するために最短4泊5日の入院で行われる傾向が多いが、従来のDPCの場合、両眼の手術料5万6000点プラス入院基本料を医療機関は請求できたが、短期滞在手術基本料は、両眼を手術しても片方の手術を行った場合と同じ2万7093点しか請求できず、医療機関側は、診療報酬の低下となりうる。したがって、本研究の意識結果からは、医療現場では、なるべく平均在院日数を短縮させ、再入院および外来による病床の稼働率と回転率が向上させていると推定される。このように短期滞在手術の評価方式における病院の収益率に対する反対意識は、医療者の意識決定に有

用な影響を及ぼしていると考えられる。

診療形態の変化に関する「在院日数の短縮化」に関しては、Shinら³⁸⁾の包括払い制度の施行後に水晶体再建手術の平均在院日数が2.57日から1.95日と0.62日(24.1%)減少されたことを報告している研究結果と本研究での在院日数の短縮を高く意識している結果は、臨床現場で診療形態の変化の可能性が想定された。

これらの結果は、FFS制度とDPCは医師の技術料を評価しており、患者の治療に関する決定は医師側の意向が反映しやすかった。このため、医療サービスにおいて医師の技術が評価されており、医療の質を最大限高める効果があった。しかし、1入院当たり包括評価方式は、長期の在院日数の支払い額を現状よりかなり大幅に引き下げ、その代わりに短期間に集中的に医療資源を投入することが必要となる。すなわち、病院はなるべく在院日数を短縮させ、医療資源の投入量を削減するために病院の利益を向上させる方向になると、過少診療による合併症の増加、再入院率の増加、患者死亡率の増加など患者アウトカムに影響を及ぼすため、医療の質の低下が懸念される。Hamadaら³⁹⁾のDPCによる医療の質の評価では、急性心筋梗塞患者を対象にDPC導入による死亡率の減少は認められなかったが、予期せぬ再入院率は有意に増加を認めたことを報告している。その他、厚生労働省の報告書⁴⁵⁻⁴⁷⁾では、2010年～2011年に同じ疾患で6週以内の再入院率は、DPC導入病院とDPC準備病院の間ではDPC導入病院の方が有意に高かったと述べていた。特に再入院率は計画的再入院率が高かったと報告されている。これは、包括払い方式において医療の質の改善効果については、不明な点を示している。

白内障手術の場合、Leeら³⁵⁾の研究によると、白内障手術において患者アウトカムに合併症の発生率、再入院率にはKDRG導入前後に有意な差はなかったが、重症度が高いその他のKDRGの対象診断群においては、質のモニタリングの必要性を指摘している。また、両眼手術の患者に比べて片方手術の患者を選ぶ傾向が高く示され、患者選別の恐れも指摘している。さらには、両眼手術の患者も片方に2回に分けて行う傾向がKDRG導入後に有意に高く、診療資源が2重に投入される現象となり、特殊レンズの使用の比率が低くなり、医療材料の質の低下が認められたと述べていた。韓国政府による研究においても³⁷⁾白内障手術群の一般病院の外来日数の増加と外来診療費の増加を報告している。白内障手術は医学技術の発展により日帰り手術が可能であり、日帰り手術は包括払い制度によってより増加すると推定される。このように、支払い制度の変更後に医療の質の保持のためにアウトカムデータにどのように影響を与えているかを評価するための臨床指標を用いたアウトカム評価が重要とされる。

本研究の調査で、包括払い制度の下で「臨床指標の対応が向上」の項目に対し、日本の医療者に比べて韓国の医療者の方が肯定的な意識が高いことが統計的に $p<0.05$ 水準で有意に認められた<表221～表222、図90>。今後、支払い制度の変更後に診療形態の変化による再入院率、合併症率、患者満足度、診療コストなどを踏まえた臨床指標による質の評価が診療プロセスの最適化に役立つものと考えられる。また、制度導入の影響について論じるためには患者の属性の変化を考慮する必要があると思われた。

5. 1入院当たり包括払い制度の導入前後におけるCP導入効果について

支払い制度の変化前後におけるCP導入の効果について、<表235～表248、図95～図99>に示した。「包括払い制度における白内障手術にCP適用に対する賛成率」「包括払い制度におけるCPの必要性」に対し、日韓の医療者は肯定的な意識を持っていることが示されたが、韓国の方が統計的に $p<0.05$ 水準で有意差が認められた。つまり、日本の医療者に比べて韓国の医療者の方がより包括払い制度においてCPを高く意識している結果となった。このように両国のCPに対する同様な意識の結果では、包括払い制度において診療の効率化・標準化に日韓の医療者はCPの必要性を高く意識していることを示唆している。ただし、「現在のCPに対する満足度」「包括払い方式のCP対応度」に関しては、日本の医療者は職種別に同様に満足する意識率が高い傾向であったが、韓国の医療者は意識率が低いことが示され、日韓の意識の差異に統計的に $p<0.05$ 水準で有意差が認められた。また、「患者管理の効率性の向上」「在院日数の短縮の向上」「病床の回転率の向上」に対する意識に日韓の医療者は統計的に $p<0.05$ 水準で意識に有意差が見られ、韓国の医療者の意識に比べて日本の医療者は肯定的な意識を持っていることが示された。

包括払い制度への標準化に対応したCPによる効率化を評価した研究では、DPCに対応した白内障手術にCP導入後、在院日数が短縮され、入院稼働の回転率が上がり、収入増に繋がったことを明らかにしている。また、CPのアウトカムが向上したと結論づけている^{48,49,55}。これらの知見と本研究で示された日本の医療者の意識の結果とおおむね一致する結果となっており、韓国に比べて日本のCPは1入院包括払い方式に改定後においても有効に活用されている可能性が示唆された。

その他の包括払い方式のCP導入効果に関する項目については、韓国の医療者に比べて日本の医療者は支払い方式の変化前後においてCP導入効果に変化が見られないと意識を持っていることが明らかになった。さらに、支払い制度の変化前後におけるCPの診療プロセスに関する意識の結果も日韓の医療者の意識差異に全ての項目において統計的に $p<0.05$ 水準で有意差が見られた。すなわち、韓国の医療者は支払い制度の変化前後においてCPによる診療プロセスの効率化に否定する回答の比率が高かったことに比べて、日本の医療者は変化がないことに回答の比率が高い結果となった。そのため、日本の調査対象の医療機関は、支払い制度の変化後におけるCPによる診療プロセスの変化は、臨床現場において大きな混乱が生じてない可能性が想定される。また、これに対する日本の医療者は、CPによる診療の効率化と満足度に肯定的に意識したものと考えられる。

このような結果は、日本はDPCによる1日包括払い方式が導入された期間が長年続いており、DPCにおいてCPを用いた医療資源をコントロールしようとする動きが長年広がっている。これによって、医療の標準化に向けたCPの整備が多く医療機関において定着されていることから、本研究の調査対象者は、短期滞在手術基本料の支払い方式が改定後においてもCPの臨床的・経済的な効果に対して肯定的な意識を持っていると考えられる。

このように日本はDPCの導入・拡大により、各医療機関は在院日数の見直しと診療内容の適正化など診療の効率化・標準化を図ることが積極的に行われ、なおかつ、CP作成時に包括払い制度への標準化に対応したCPの活用が広がっている可能性が示唆される。一方で、韓国のKDRGの下でのCPの活用現状は、既に外科系疾患を中心に定着しつつあるが、KDRGにおいてCPによる診療プロセスの効率化が図れておらず、各医療機関がそれぞれ異なる形式でCPが作成・運営されて

いるために医療機関毎の医療資源投入量の差異による医療情報提供体制が活用され難くなっている現状である¹⁰⁾。また、韓国の支払い制度の変化は、FFS方式から1入院当たり包括方式に改定されており、日本が長年に渡って包括払い方式におけるCPの運営経験が蓄積されていることに比べて韓国はその期間が短期間でCPが広がっていることから医療サービスを効率的に提供できるまでに更なる時間が必要であると考えられる。したがって、このような韓国の状況は、本研究の調査対象者の「現在のCPに対する満足度」「包括払い方式のCP対応度」に対する意識決定と関係性において総合的な影響を及ぼしていると考えられる。また、臨床現場においても今回の結果からはその影響を及ぼしている関与が大きい可能性が示唆される。今後、韓国においても1入院当たりの包括払い形式など、疾病の特性を考慮したCPの作成・適用の推進が重要と思われる。

6. 包括払い制度におけるCP導入後の診療プロセスの変化について

支払い制度の変化後の下でCPによる「医療材料の使用量の減少」について、<表264～表265、図111>に示したように日韓の医療者の意識は統計的に $p<0.05$ 水準で有意差が認められた。医療材料の使用量の減少効果については韓国の医療者の方が日本の医療者に比べて肯定的に意識している結果となった。Leeらの研究では³⁵⁾、包括払い制度が導入後に医療材料の使用量の減少と低価格の医療材料を使用する傾向が認められ、医療コストの削減による収益増の向上を示している。また、包括払い制度の下で、白内障手術の医療材料の使用量に関する研究においても、高価格の水晶体再建の材料を低価格の材料で使用した場合、医療材料費が大幅に削減された効果を明らかにしている³⁸⁾。

このように、本研究の調査対象者の意識と一致している結果が見られた。したがって、医療機関は1入院当たり包括評価の下で医療資源の投入量を減少させ、診療形態の変化による病院の利益を向上させる方向になると医療の質低下の恐れが考えられる。そのため、診療形態の変化を通じて医療サービス量の減少による過少診療と再入院率など医療の質が低下しないよう平均在院日数の短縮化に努めるあまり患者の病態が「治癒」・「軽快」の状態できているのか、治癒しないで退院した場合に再入院の割合が高まっていないかなどCPを用いた臨床指標による質の評価結果を医療費の支払い方式に適応させる制度・政策の対策が必要と考えられる。

本研究では、日本の医療者の意識は、支払い方式の変化による診療形態の変化に大きな変化はないと意識している傾向が高かった。しかしながら、短期滞在手術基本料の下でCPを活用した診療形態の効率性と診療プロセスの最適化を高めるため、医療の質と診療コストのバランスを保持していくことが求められる。韓国の医療者はKDRGの下で、CPの導入効果とCPの下で診療プロセスの効率性に対する意識率が低く示されたことは、今後、積極的に包括払い制度に対応したCPを作成・活用による患者アウトカム指標の設定・評価を行うことが重要な課題と考えられる。また、包括払い制度において日韓の特有の疾病構造を補正したCPおよび臨床指標の活用を検討し、質の高い医療提供に対して経済的動機付けの方法としてプロセスやアウトカムの質評価に基づいた診療報酬の加算・減算の政策的な評価制度を構築することが重要と考えられる。

7. 本研究の限界と今後の示唆

本研究は、日韓における包括払い制度および包括払い制度の下でCPによる診療形態の変化が医療者の意識にどのような影響を及ぼしているかを、理論と実証の両面から課題を検討した。

しかしながら、日韓の包括払い制度の対象診断群の内、本研究は白内障手術を対象としており、日韓の包括払い制度の変化後における全ての現状を一般化するには限定的な解釈となる。

これらの課題を解決するためには、日本の包括払い制度の変化前後と韓国のKDRGの7診断群においてレセプトデータを用いた在院日数、医療機関間で収支状況の分析、並びに包括払い制度に対応したCPを活用している医療機関を対象にした事例研究など臨床的・経済的な効果分析を含めた医療者の意識調査に関する研究を今後更に行っていく必要があると思われる。

VI. 結論

本研究は、包括払い制度及び包括払い制度の下でCPによる診療形態の変化を予測し、包括払い制度の有効性の状況の評価するために、白内障手術に関わる日韓の医療者を対象とし、診療形態の変化が医療者の意識にどのような影響を及ぼしているかに関して検討を行った。以上の分析・評価の結果をまとめると以下の3点である。

第一に、日韓の医療者は包括払い制度による医療の質の低下を強く意識しており、特に看護師に比べて医師は患者の症状の特性を考慮した医療資源が投入できるFFS形式およびDPCを支持する傾向が高いことが明らかになった。このような医療の質の低下を強く意識していることは、1入院当たり包括払い形式に対する総合的な意識決定に有効な影響を及ぼしていると判断した。包括払い制度において医療の効率性と透明性をさらに高めるためには、医療コストを標準化する包括評価部分と医療技術の評価する出来高算定部分を組み合わせた方式が医療者の診療の裁量を保障できる仕組みとして医療の質を下げずに診療の効率性を図るために有用なツールであると考えられた。

第二に、包括払い制度の変化後、「平均在院日数の短縮」「病床の稼働率の向上」「病床の回転率の向上」について肯定的な意識が高い結果となっており、1入院当たり包括評価の下で診療形態の変化が臨床現場において反映されている可能性が示唆された。診療形態の変化により、病院はなるべく在院日数を短縮させ、医療資源の投入量を削減するために病院の利益を向上させる方向になると、過少診療による合併症の増加、再入院率の増加、患者死亡率の増加など患者アウトカムに影響を及ぼすため、医療現場において医療の効率性が図れているかに対するさらなる詳細な研究が必要であると考えられた。

第三に、包括払い制度におけるCPにおいて、「白内障手術にCP適用に対する賛成率」、「CPの必要性」に対して日韓同様に肯定的な意識率が高く示されたが、「現在のCPに対する満足度」「包括払い方式にCP対応度」に関しては、日本の医療者は韓国の医療者に比べて肯定的な意識が高い結果となった。日本の包括払い制度においてCPの活用は、DPC時代から対応が進んでおり、支払い制度の変更後においても適切な対応と改善の推進が行われていると考えられた。これらの日本の状況を参考に韓国の包括払い制度に対応したCPの作成・適用が必要とされると共に、CPをKDRGに対応した場合の臨床現場に及ぼす臨床的・経済的な効果の評価に向けたさらなる研究が必要と

考えられた。

以上のように、今後、包括払い制度の下でより医療資源の有効な活用と医療の質を向上させるためには、医療の効率化に向けた包括評価部分と医療者の診療の裁量権がさらに保障できる出来高評価部分を評価する支払い方式など、疾病の特性を考慮した制度設計および支払い制度に対応したCPの適用を検討していくことが必要である。今後、包括払い制度において医療の質の最適化を図るには、日韓の特有の疾病構造を補正したCPおよび臨床指標の活用を検討し、質の高い医療提供に対して経済的動機付けの方法としてプロセスやアウトカムの質評価に基づいた診療報酬の加算・減算の政策的な評価制度を構築することが重要と考えられる。

文献一覧

- 1) 古市 格、村田雅和、宮田論明ら. DPCの効果と問題点 (大腿骨頸部骨折における考察). 整形外科と災害外科 59(3): 426-431, 2010
- 2) 日本クリニカルパス学会ホームページ. <http://www.jscp.gr.jp/about/> (アクセス 2013年9月10日)
- 3) Nicasio AM, Eagye KJ, Kuti EL, et al. Length of stay and hospital costs associated with a pharmacodynamic-based clinical pathway for empiric antibiotic choice for ventilator-associated pneumonia. *Pharmacotherapy* 30: 453-462, 2010
- 4) 佐藤千穂, 高橋良子, 安部久美子. 腹式単純子宮全摘術クリティカルパスの効果. 日本医療マネジメント学会誌 4(4):488-491, 2004
- 5) Rotter T, Kinsman L, James EL, et al. Clinical pathways Effects on Professional Practice, Patient Outcomes, Length of Stay and Hospital Costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 3*. 2010, Art. No.:CD006632. DOI:10.1002/14651858. CD006632. Pub2
- 6) 石束隆男, 嘉村英昭, 浜村明德. 脳卒中リハビリテーションと都市における連係パス. 脳卒中 2009, 31: 508-514
- 7) Zander K. Nursing case management: Strategic management of cost and quality outcomes. *J Nurs Adm* 1988, 18(5): 23-30
- 8) Dykes PC, Wheeler K. Planning implementing and evaluating critical pathway. *Springer publishing company*, NewYork 1997
- 9) Kim HS, Lee SH, Nam CM. Evaluation of the Homogeneity of Korean Diagnosis Related Groups. *J Korean Acad Nurs Admin* 2013, 23(1): 44-51
- 10) 朴 珍相, 池田俊也, 南 商堯ら. 韓国におけるクリニカルパスの導入効果に対する文献的考察. 日本クリニカルパス学会誌 2014, 16(2): 119-124
- 11) Rim HT, Park JY, Kim TY. Epidemiological Survey Regarding Cataract Awareness in Korea: KNHANES IV. *J Korean Ophthalmol Soc* 2013, 54(1): 72-77
- 12) 日本白内障学会. <http://www.jscr.net/ippan/shindan.html/> (アクセス 2013年9月14日)

- 13) 常岡 寛. ここまで進んだ、最近の白内障手術. 松仁会医学誌 2011, 50(1): 1-7
- 14) Alcon a Novartis Company. <http://www.alcon.com/jp/eo/conditions/cataract.html/> (アクセス 2013年10月8日)
- 15) Lim J. Changes in Quality of care for Cesarean Section After Implementation of the DRG-Based Payment System. *Master's thesis, Seoul National University* 2001
- 16) Kim YJ, Yoo YS, Lee SH, et al. The Adequacy on DRG Classification System in Obstetric Group. *Korean J Obstet Gynecol.*2003, 46(11): 2227-2238
- 17) 厚生労働省. 平成22年度診療報酬改定の概要 (DPC関連部分)
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken12/dl/setumei_04.pdf/ (アクセス 2013年 10月8日)
- 18) 阿部俊子. DPCとパスをとりまく事情. 日農医誌 2006, 54(6): 875-878
- 19) 松田晋哉. 基礎から読み解くDPC.第3版. 医学書院, 2011:12-15
- 20) 小林美亜、池田俊也、藤森研司. 臨床指標とDPCデータ. 医療と社会 2010, 20(1): 5-21
- 21) Seo CJ. Review and suggestions for second pilot program of DRG payment. *J Korean Soc Health Syst Pharm* 1999, 16(3): 329-349. (Korean)
- 22) Ministry of Health and Welfare. A survey on opinions on the DRG reimbursement system. Seoul: *Ministry of Health and Welfare* 2000. (Korean)
- 23) Yim J. Changes in quality of care for caesarean section after implementation of DRG-based system [dissertation]. Seoul: *Seoul National University* 2001. (Korean)
- 24) Ko Y. The effect of DRG-PPS (DRG-prospective payment system) on provider's service uses according to the participation periods [dissertation]. Seoul: *Seoul National University*. 2003. (Korean)
- 25) Lee KS. Assessing the variation of length of stay within the diagnosis-related groups [dissertation]. Seoul: *Yonsei University*. 2005. (Korean)
- 26) Chung SH, Lee SK. Kang KR. Influence of DRG payment system upon providers' practice pattern. Seoul: *Health Insurance Review & Assessment Service*; 2008. (Korean)

- 27) Lee SI. Strategies for assuring quality of care under the DRG-based prospective payment system. *J Korean Med Assoc* 2000, 43(6): 517-521. (Korean)
- 28) Kang MS. Comparative Analysis Diagnosis Related Groups Payment with Fee For Service. Seoul: *JungAng University Master's dissertation* 2000. (Korean)
- 29) Go Y. The effect of DRG-PPS(DRG-prospective payment system) on provider's service uses according to the participation periods. Seoul: *Seoul University Master's dissertation* 2003. (Korean)
- 30) Kim YJ. The adequacy on DRG classification system in Obstetric group. Seoul: *Yonsei University Master's dissertation* 2003. (Korean)
- 31) Kang KW. Refinement and Evaluation of Korean Diagnosis Related Group for Digestive Disorders [dissertation]. Seoul: *Seoul National University* 2003. (Korean)
- 32) Yim J. Changes in Quality of Care for Caesarean Section after Implementation of Diagnosis-Related Groups/Prospective Payment System. Seoul: *Seoul University Master's dissertation* 2001. (Korean)
- 33) Kim MS. Study on the Costs of Expendable Materials Used in the Medical Operations Subject to DRG-based payment System. Seoul: *Kyunghee University Master's dissertation* 2002. (Korean)
- 34) Shon CW, Chung SH, Yi SJ, et al. Impact of DRG Payment on the Length of Stay and the Number of Outpatient Visits After Discharge for Caesarean Section During 2004-2007. *J Prev Med Public Health* 2011, 44(1): 48-55
- 35) Lee MR, Lee YH, Ko GW. The Change of Medical Care Pattern and Cost of Cataract Surgery by the DRG Payment System in a General Hospital. *Korean J. of Hospi Mange* 2005, 10(1): 48-70 (Korean)
- 36) Choi SJ, Kwon SN, Kang GW, et al. Variation in hospital length of stay according to the DRG-based prospective payment system in the voluntarily participating providers. *Korean J. of Health Policy & Adm* 2010, 20(2): 17-39 (Korean)
- 37) Jeong HJ, Jo JH, Son DK, et al. 7診断群の包括払い制度の拡大施行後の影響分析. 韓国国民健康保険公団 研究報告書. 2013(Korean)
- 38) Shin SC, Kang GW, Kim SW. Simulation on the Change of Practice Pattern after the Introduction of 7Diagnosis –related Groups Prospective Payment System in a University Hospital. *Korean J. of Health Policy & Adm* 2013, 23(2): 103-111

- 39) Hamada H, Sekimoto M, Imanaka Y. Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan. *Health Policy* 2012, 107(2): 194-201
- 40) Kondo A, Kawabuchi K. Evaluation of the introduction of a diagnosis procedure combination system for patient outcome and hospitalization charges for patients with hip fracture or lung cancer in Japan. *Health Policy* 2012, 107(2-3): 184-193
- 41) Nawata K, Kawabuchi K. Evaluation of the DPC-based inclusive payment system in Japan for cataract operations. *University of Tokyo* 2011
- 42) Wang K, Li P, Chen L, Kato K, et al. Impact of the Japanese diagnosis procedure combination based payment system in Japan. *J Med Syst* 2010, 34(1): 95-100
- 43) Mitsuyasu S, Hagihara A, Horiguchi H, et al. Relationship between total arthroplasty case volume and outcome in an acute care payment system in Japan. *J Arthroplasty* 2006, 21(5): 656-663
- 44) Okamura S, Kobayashi R, Sakamaki T. Case-mix payment in Japanese medical care. *Health Policy* 2005, 74(3): 282-286
- 45) 厚生労働省. 2011, 平成22年度 特別調査 再入院（再転棟）に係る調査
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001u23a-att/2r9852000001u3ik.pdf/>（アクセス 2013年10月8日）
- 46) 厚生労働省. 2012, DPC導入の影響評価に関する1次集計結果
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002hs9l-att/2r9852000002hshv.pdf/>（アクセス10月8日）
- 47) 厚生労働省. 2011, DPC導入の影響評価に関する平成23年度調査結果の分析・評価について（退院患者調査・特別調査）
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002puj1-att/2r9852000002puto.pdf/>
（アクセス 10月8日）
- 48) 小林 美亜, 池田 俊也, 阿部 俊子ら. 白内障のクリニカルパスに基づく原価計算の試み 病院特性による原価の相違. *日本クリニカルパス学会誌* 2005,6(3): 431-438
- 49) 小野田 学時, 伊勢 雄也, 井上 忠夫ら. DPCにおける薬剤師のクリニカルパスと医薬品マネジメントに関する調査研究. *日本病院薬剤師会雑誌* 2007, 43(8): 1007-1010
- 50) 野口 紘史, 中村 孝. DPC関連データを用いた白内障症例の診療検討事例. *竹田総合病院医学雑誌*.

2008, 34: 96-101

- 51) 高橋 洋司. コスト削減の以前と以降における白内障入院手術のDPCによる評価. 盛岡赤十字病院紀要. 2008, 17(1): 1-6
- 52) 縄田 和満, 井伊雅子, 外山 比南子ら. 白内障手術におけるDPCによる包括払い制度の評価. 医療と社会. 2008, 18(2): 229-242
- 53) 川本 俊治, 河本 泰宏, 富永 理子ら. 国立病院機構19施設の白内障・水晶体の疾患に対するベンチマーク DPC支払い制度を使った国立病院機構19施設の白内障・水晶体の疾患に対する治療及び医療費の比較検討. 医療. 2009, 63(1): 18-23
- 54) 高橋 洋司. DPC環境下での白内障手術のコスト削減の病院経営への効果. 眼科手術. 2009, 21(1): 83-87
- 55) 三浦 身奈子, 赤澤 愛子, 岩井 淳一ら. 白内障クリニカルパスをDPC対応電子パスへ移行しての試み. 旭中央病院医報. 2009, 31: 38-40
- 56) 縄田 和満, 川渕 孝一. 尤度関数の近似を用いた新手法による在院日数の分析 DPCによる包括支払い制度導入前後の白内障手術の在院日数分析への応用. 医療経済研究. 2010, 21(3): 291-303
- 57) 縄田 和満, 川渕 孝一. 大規模個票データを使った白内障手術における在院日数の分析. 医療統計学会誌. 2010, 39(2): 181-209
- 58) 縄田 和満, 川渕 孝一. べき乗変換モデルによる2006年度診療報酬改定に伴うDPC見直しの白内障手術の在院日数への影響の分析. 医療経済研究. 2014, 5(1): 18-32
- 59) Schwartz WB, Mendelson DN. Hospital cost containment in the 1980s. Hard lessons learned and prospects for the 1990s. *The New England Journal of Medicine*. 1991, 324(15): 1037-42
- 60) Or Z. Activity-based payment in France. *Euro Observer* 2009, 11: 5-6
- 61) Kim NR. Perception on New Bundling Payment Program among Physicians of Regional Public Hospitals in Korea. *Hanyang Univ Master's thesis* 2013
- 62) 中川義章, 野口 雅滋, 竹村 匡正ら. DPC導入後のストラテジー（在院日数短縮が病院収益に及ぼした影響）. 日本医療マネジメント学会雑誌 2009, 9(4): 511-519

VII. 資料. 日本のアンケート調査表

包括払い制度とクリニカルパスにおける日韓の医療者の意識に関する比較研究 －白内障手術を事例として－

依頼状

国際医療福祉大学 医療福祉学研究科 博士課程
朴 珍相

時下益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は、現在、国際医療福祉大学、医療福祉学研究科、博士課程にて「包括払い制度とクリニカルパスにおける日韓の医療者の意識に関する比較研究－白内障手術を事例として－」の題目で研究を行っている朴珍相（パクジンサン）と申します。日本と韓国は、他のどの国と比較しても、互いに最も類似する診療報酬制度を運営しており、特に、日本において、白内障疾患においては2014年度の診療報酬改定により1日包括方式から、1入院方式に変わった経緯などの現状分析は今後、韓国の医療制度の発展において政策的に重要な示唆を得ると考えられます。

このようななかで、本研究では、DPCにおけるクリニカルパス使用下で医療者がどのように意識しているかを明らかにすることを目的に、医療者に対するDPC導入前後の意識及びDPCにおけるクリニカルパス導入状況を把握したいと思っております。

ご多忙のところ誠に恐縮で存じますが、本調査の趣旨をご理解いただき、何卒ご協力くださるようお願い申し上げます。

記

指導教授：武藤 正樹（同大学大学院 教授）
副指導教授：池田 俊也（同大学大学院 教授）
副指導教授：南 商堯（韓国柳韓大学 保健医療福祉研究所 所長）

○ アンケート調査票返送先及び問い合わせ先

国際医療福祉大学 医療福祉学研究科 保健医療学専攻 博士課程 朴 珍相

TEL : 080-3581-0704

E-mail: pioneerjsp@yahoo.co.jp

＜アンケート回答用紙＞

※ 2014 年の診療報酬改定で、白内障手術は、DPC/PDPS 算定から「短期滞在手術基本料」となり、入院 5 日までの手術・検査に対して、これまでの「1 日包括払い方式」から「1 入院包括払い方式」扱いとなりました。

そこで、以下のアンケート質問にお答えくださいますようお願い致します。

＜評価基準＞ 非常にそう思う ややそう思う どちらとも言えない あまりそう思わない 全くそう思わない 				
①	②	③	④	⑤

1.＜診療報酬改定前（DPC/PDPS）、改定後（短期滞在手術基本料）に関する意識度＞

No	質問内容	①	②	③	④	⑤
1	診療報酬改定前より改定後に対して全般的に満足している。					
2	診療報酬改定前より現方式は患者の経済的な負担をより減少させる。					
3	診療報酬改定前より現方式は各診療科との関係をより向上させる。					
4	診療報酬改定前より現方式は医療の機能分化・関係をより推進させる。					
5	診療報酬改定前より現方式は医療材料の使用をより標準化させる。					
6	診療報酬改定前より現方式は薬剤の種類及び投薬量をより標準化させる。					
7	診療報酬改定前より現方式はジェネリックの使用をより増加させる。					

2.＜支持する包括払い制度の形態＞

No	質問内容	①	②	③	④	⑤
1	DPC/PDPS（1 日包括払い制度）					
2	短期滞在手術基本料（1 入院包括払い制度）					
3	出来高払い制度					

3.<短期滞在手術基本料における医療の質に関する意識度>

No	質問内容	①	②	③	④	⑤
1	短期滞在手術基本料は医療の質を向上させる。					
2	短期滞在手術基本料は医療者の診療の裁量を保障する。					
3	短期滞在手術基本料は診療形態の変化をもたらす。					
4	短期滞在手術基本料は臨床指標の対応を増大させる。					
5	短期滞在手術基本料は出来高払い制度より質の高い医療を提供させる。					

4.<診療報酬改定前後における診療形態の変化>

No	質問内容	①	②	③	④	⑤
1	診療報酬改定前時と比べて現在は平均在院日数が短縮した。					
2	診療報酬改定前時と比べて現在は病床の稼働率が向上した。					
3	診療報酬改定前時と比べて現在は病床の回転率が向上した。					
4	診療報酬改定前時と比べて現在は患者 1 症例当たり単価が増加した。					
5	診療報酬改定前時と比べて現在は病院の収益率が向上した。					
6	診療報酬改定前時と比べて現在は臨床指標の対応が向上した。					
7	診療報酬改定前時と比べて現在は地域連携が向上した。					
8	診療報酬改定前時と比べて現在は医療材料の標準化が向上した。					
9	診療報酬改定前時と比べて現在は検査・画像・投薬の標準化が向上した。					
10	診療報酬改定前時と比べて現在はジェネリックの使用量が増加した。					

5.<包括払い制度におけるクリニカルパス（パス）に関する意識度>

No	質問内容	①	②	③	④	⑤
1	包括払い制度において白内障手術にパスを適用することに対して賛成ですか？					
2	包括払い制度は他の疾患においてもパスの必要性を増大させる。					
3	現行パスに対して満足している。					
4	現行パスに対して患者の満足度が向上した。					
5	現行パスは診療報酬改定後（1入院包括払い方式）に対応している。					

6.<診療報酬改定後におけるパス導入効果に関する意識度>

No	質問内容	①	②	③	④	⑤
1	現行パスは患者管理の効率性の向上に効果がある。					
2	現行パスは在院日数短縮に効果がある。					
3	現行パスは病床の回転率の向上に効果がある。					
4	現行パスは病院の収益率の向上に効果がある。					
5	現行パスは臨床指標の対応に効果がある。					
6	現行パスは地域連携の増大に効果がある。					
7	現行パスは医療材料の標準化の向上に効果がある。					
8	現行パスは検査・画像・投薬の標準化の向上に効果がある。					

7.<パス導入により診療プロセスに関する変化>

No	質問内容	①	②	③	④	⑤
1	パスに対する患者・患者家族の教育時間が短縮した。					
2	患者に対する診療記録時間が短縮した。					
3	患者検査・画像件数が減少した。					
4	注射・投薬に対する業務量が減少した。					
5	看護処置（消毒など）時間が短縮した。					
6	医療物品管理の業務量が減少した。					
7	患者処置時、医療材料の使用量が減少した。					
8	異常症状及び薬物副作用などのバリエーションに対する観察時間が短縮した。					
9	医療者に対するパスの教育時間が短縮した。					

8.<パスのメリット>

No	質問内容	①	②	③	④	⑤
1	患者入・退院管理の容易					
2	診療業務の効率化					
3	入院期間の短縮化					
4	医療コストの削減					
5	計画的な治療が可能					
6	投薬・医療材料の標準化					
7	点滴注射投与量の減少					

9.<パスのデメリット>

No	質問内容	①	②	③	④	⑤
1	患者の個別性が図り難い					
2	バリエーション発生時、業務に混乱が生じる					
3	入院期間が短く患者が不安を感じる					
4	患者の症状によってはパスにない項目が生じる					
5	パス運営管理者の不在					

10.<以下該当する箇所を○で囲んでください>

- | | | | | |
|---------------|-----------|---------------|----------------|----------|
| 1. あなたの性別は？ | 1) 男性 | 2) 女性 | | |
| 2. あなたの年齢は？ | 1) 20～29歳 | 2) 30～39歳 | 3) 40～49歳 | 5) 50代以上 |
| 3. あなたの職業は？ | 1) 医師 | 2) 看護師 | | |
| 4. あなたの勤務年数は？ | 1) 5年未満 | 2) 5年以上～10年未満 | 3) 10年以上～15年未満 | 4) 15年以上 |
| 5. あなたの勤務形態は？ | 1) 常勤職 | 2) 非常勤職 | 3) 派遣職 | 4) その他 |

★ 調査にご協力頂きまして誠にありがとうございました ★