

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

北海道公衆衛生学雑誌 (2017.3) 30(2):35-43.

大学病院受診への紹介状持参に関する患者側の要因と義務化に対する
意見

西條 泰明, 吉岡 英治, 中木 良彦, 吉田 貴彦

大学病院受診への紹介状持参に関する 患者側の要因と義務化に対する意見

西條 泰明¹⁾, 吉岡 英治¹⁾, 中木 良彦²⁾, 吉田 貴彦²⁾

要 旨

大病院受診の際に患者が紹介状を持参する要因と、患者側からの大病院受診の際の紹介状を必要とする制度への意見に関連する要因を検討し、今後の医療制度改革の資料となることを目的として、旭川医科大学病院を初診した患者について、アンケート調査を実施した。有効送付数1,264から621 (49.1%の回収率) の回答があった。統計解析は多変量ロジスティック回帰を用いた。「紹介状持参なし」に有意に関連していたのは、入院した・する予定 (オッズ比:0.24)、身内・友人のすすめ (4.36)、医大病院の設備が良い (1.68)、重い病気やけが (0.42)、別の医療機関に満足できない (2.20) であった。「紹介状にかかわらず大病院・専門医を自由に受診できるようにするべき」に有意に関連していたのは、学歴 (中学・高校) (1.59)、紹介状あり (0.30)、入院した・する予定 (0.55)、大きい病院が安心 (1.72) であった。自由記載の質的検討では、かかりつけ医制度自体への不満や自由な受診を尊重すべきとの考えを認めた。かかりつけ医からの紹介がある場合のみ大病院・専門医を受診できるようになる制度の推進には、個人と社会への制度上のメリットについて十分な説明が必要である一方、日本のかかりつけ医機能と大病院の専門医機能に明確な線引きがないことが混乱を招いている可能性があり、それらの機能分担の明確化が必要ではないかと考えられた。

キーワード：フリーアクセス, 紹介状, かかりつけ医,
大学病院, 専門医

Ⅰ 緒 言

日本では国民皆保険制度の下、患者が受診する診療所・病院を自由に選択できるフリーアクセスが認められてきた。しかしながら欧米では、診療所は外来による一般傷病への対処と病院専門医への紹介を行い、病院において専門的診療を行うといった棲み分けが行われている¹⁾。日本でも社会保障制度改革国民会議報告書では、『フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費 (病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、病床数が200床以上の病院であって、地方厚生局に届け出たものは、初・再診において特別の料金を徴収できる制度) の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。』と述べられており²⁾、さらに、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律 (平成27年5月29日施行) についての概要と論点について述べられた論文でも、医療制度改革の方向性について、高度な医療を担う大病院に軽症の外来患者が集中する現状を改める必要性があると述べられている³⁾。

平成8年4月の健康保険法の改正により、200床以上の病院に「初診に関する特定療養費 (非紹介加算) 制度」が設けられ、任意ではあるが、多くの大病院で他の医療機関からの紹介状を持たない患者の初診時に別料金を徴収することが行われてきた。さらに平成28年4月の健康保険法の改正により、「医療機関の機能分担」の推進を図るためとして選定療養費は義務化され、初診については最低5,000円 (税込み5,400円) の別料金が徴収されることになった。

以上のように、医療機関の選択は長年フリーアクセス

1) 旭川医科大学健康科学講座地域保健疫学分野

2) 旭川医科大学健康科学講座人間環境保健分野

連絡先：西條 泰明

〒078-8510

北海道旭川緑が丘東2条1丁目1-1

旭川医科大学健康科学講座 地域保健疫学分野

分野

T E L : 0166-68-2401

F A X : 0166-68-2409

E-mail : y-saijo@asahikawa-med.ac.jp

が原則であったが、最初に紹介状のない患者の初診時自己負担が増加する任意の制度が始まり、続いて平成28年より自己負担の徴収が義務化されることになり、方向としては大病院の受診は紹介状が必要になりつつあると考えられる⁹⁾。本研究では、医療機関の機能分化の推進の方向により大病院の自由な受診が制限される方向である中、紹介状を持参しないことやその義務化に反対する患者の特徴と紹介義務化に対する考え方を検討するため、旭川医科大学病院を初診した患者について、紹介状を持参しないことあるいはその義務化に反対する患者側の特徴を量的研究方法により分析し、さらに紹介状義務化への意見については質的研究方法により分析することにより、今後の医療制度改革の資料となることを目的としている。

II 対象と方法

対象は、平成27年8月1日～10月31日における旭川医科大学病院の延べ患者95,643人のうち、受診間隔が5年以上である再来院を含む初診患者4,182人から、18～75歳2,904人を選択し、受診後死亡が確認された患者、初診時救急外来受診患者、5年以上前の受診時の記録が残っていた患者を除いた1,273人が調査対象となった。

平成27年12月に質問票を送付し、9通の住所不明の返送があり(有効送付数1,264)、平成28年3月24日までに返送のあった621人(有効送付数の49.1%の回収率)が解析対象となった。

調査票は、紹介状持参や医療機関選択についての日本の先行論文^{5,8)}にて基本属性として調査されている項目、紹介状持参や大病院選択に有意に関連する項目を参考に質問項目を構成した。対象者の属性(性、年齢、就労、学歴)、紹介状持参の有無、初診時選定療養費(当時4,320円)を知っていたか、診療科目、入院予定、旭川医科大学病院までの通院時間、前医の有無、かかりつけ医(「身近な地域で日常的な医療を受けたり、健康の相談ができる医師」と定義)の有無について質問した。旭川医科大学病院を受診した理由について、12項目について該当する項目の選択を依頼した(質問内容は表4参照)。12項目は、はい、いいえの選択箇所を提示していたが、はいを有意な回答と抽出して複数回答として扱った。

かかりつけ医等からの紹介状がある場合にのみ大病院や専門医を受診できる制度についての考えについて、「かかりつけ医等からの紹介状がある場合のみ大病院・専門医を受診すべき」、「紹介状にかかわらず大病院・専門医を自由に受診できるようにすべき」、「どちらともいえない」の選択肢からの回答を依頼した。また、かかりつけ医からの紹介がある場合のみ、大病院・専門医を受診できる

ようになる制度(救急以外)についての意見を自由記載により依頼した。

本調査は旭川医科大学倫理委員会の承認を得た(2015年10月30日:承認番号15115)。

統計解析は、「紹介状持参なし」をアウトカムとして、対象者の属性(性、年齢、就労、学歴)、初診時選定療養費(当時4,320円)を知っていたか、診療科目、入院予定、旭川医科大学病院までの通院時間、前医の有無、かかりつけ医の有無、旭川医科大学病院を受診した理由についてフィッシャーの正確確率検定を行った。また、かかりつけ医等からの紹介状がある場合にのみ大病院や専門医を受診できる制度への意見で「自由に受診すべき」をアウトカムとして、同様の変数に対しフィッシャーの正確確率検定を行った。その後、性、年齢、学歴を強制投入し、それ以外の変数でP値<0.2であったものを変数減少法(尤度比)で投入したロジスティック回帰分析を行った。また、「紹介状にかかわらず大病院・専門医を自由に受診できるようにすべき」との意見となる要因についても、上記と同様の解析を行った(説明変数は、紹介状の有無が加わる)。

自由記載からの患者側から考えるかかりつけ医からの紹介がある場合のみ大病院・専門医を受診できるようになる制度(救急以外)を推進すべき理由・推進すべきでない理由の質的検討として、Steps for Coding and Theorization (SCAT)のデータ入力フォームを利用し^{9,10)}、特に自由記載のデータが箇条書きである場合の方法として報告されている方法を用いた¹¹⁾。手順は、(1)テキストデータをSCATのコーディングフォームに入力する。(2)類似するデータをグループ化する。(3)グループ全体の文脈を踏まえて、他の語句に言い換え、概念化を行う。(4)サブカテゴリー、カテゴリーを作成し、カテゴリーのグループ化が必要な場合メタカテゴリーを作成する。(5)サブカテゴリー、カテゴリー、およびメタカテゴリーの関連を考慮し、関連図およびストーリーラインを作成した。

III 結果

表1に参加者の特徴を示す。60歳以上が半数以上を占め、自己負担金を知らなかった割合は49.4%であった。

前医がある割合は82.8%で、クリニック・医院が37.5%に対し、病院が56.2%を占めていて、前医までの通院時間は72.4%が30分以内であった(表2)。

かかりつけ医があると答えたのは56.5%で、クリニック・医院が56.1%に対し、病院が41.0%で、年間通院回数は7-12回が40.2%と最も多く、通院時間は86.9%が30分以内であった(表3)。

旭川医科大学病院を受診した理由については、紹介さ

表1 回答者の特徴

	N	%
性別		
男性	258	41.5
女性	363	58.5
年齢		
～29歳	34	5.5
30-39歳	70	11.3
40-49歳	89	14.3
50-59歳	107	17.2
60-69歳	196	31.6
70歳～	125	20.1
紹介状の有無		
紹介状なし	113	18.2
紹介状あり	505	81.3
未回答	3	0.5
自己負担金について		
知らなかった	307	49.4
知っていた	311	50.1
未回答	3	0.5
診療科目		
内科系	137	22.1
外科系	479	77.1
不明	5	0.8
入院予定		
入院しない	317	51.0
入院した・予定	250	40.3
決まっていない	51	8.2
未回答	3	0.5
通院時間		
10分以内	37	6.0
11-30分	158	25.4
31-60分	132	21.3
1時間超	292	47.0
未回答	2	0.3
就労について		
就労している	277	44.6
就労していない	331	53.3
未回答	13	2.1
学歴		
中学・高校	388	62.5
専門学校・短大・大学・大学院	221	35.6
未回答	12	1.9

表2 前医の有無と前医有りの場合の種類と通院時間

	N	%
前医あり	514	82.8
前医なし	80	12.9
未回答	27	4.3
前医の種類 (514人中)		
クリニック・医院	193	37.5
病院	289	56.2
その他	30	5.8
未回答	2	0.4
前医までの通院時間 (514人中)		
10分以内	164	31.9
11-30分	208	40.5
31-60分	73	14.2
1時間超	66	12.8
未回答	3	0.6

表3 かかりつけ医の有無とかかりつけ医ありの場合の種類と通院回数・時間

	N	%
かかりつけ医あり	351	56.5
かかりつけ医なし	241	38.8
未回答	29	4.7
かかりつけ医の種類 (351人中)		
クリニック・医院	197	56.1
病院	144	41.0
上記の両者	8	2.3
その他	2	0.6
かかりつけ医への年間通院回数 (351人中)		
0-2回	55	15.7
3-6回	123	35.0
7-12回	141	40.2
13回以上	26	7.4
未回答	6	1.7
かかりつけ医までの通院時間 (351人中)		
10分以内	150	42.7
11-30分	155	44.2
31-60分	32	9.1
1時間超	14	4.0

れたからが69.7%，専門検査・治療を希望するが53.3%，設備が良いから45.7%，大きい病院が安心だから44.6%の順であった（表4）。

紹介状持参の有無と参加者の特徴のフィッシャーの正確確率検定では、「紹介状なし」に対し、入院予定がないこと、

前医がないこと、紹介状による受診制度で自由に受診すべきとの意見となることに有意に関連していた。

紹介状による受診制度への意見と参加者の特徴のフィッシャーの正確確率検定では、自由に受診すべきとの意見に対し、入院予定がないこと、通院時間が長いこと、

表4 旭川医科大学病院を受診した理由

	N	%
1. 前の医療機関に紹介されたから	433	69.7
2. 当医大病院近くに住んでいるから	55	8.9
3. 以前, 医大病院を受診したことがあったから	12	1.9
4. 身内・知人が医大病院に通院中・入院中だから	65	10.5
5. 身内・知人に勧められた	118	19.0
6. すぐに検査ができるから	183	29.5
7. 医大病院の設備が良いから	284	45.7
8. 専門検査・治療を希望するから	331	53.3
9. 大きい病院の方が安心だから	277	44.6
10. 自宅近くに医療機関がないから	56	9.0
11. 重い病気やけがだから	141	22.7
12. 別の医療機関に満足できなかったから	137	22.1
理由選択なし	19	3.1

表5 紹介状持参の有無と旭川医科大学病院を受診した理由の関連

	紹介状なし (n=113)		紹介状あり (n=505)		P
	N	%	N	%	
1. 前の医療機関に紹介されたから	12	10.6	418	82.8	<0.001
2. 当医大病院近くに住んでいるから	12	10.6	43	8.5	0.467
3. 以前, 医大病院を受診したことがあったから	1	0.9	11	2.2	0.704
4. 身内・知人が医大病院に通院中・入院中だから	26	23.0	39	7.7	<0.001
5. 身内・知人に勧められた	54	47.8	64	12.7	<0.01
6. すぐに検査ができるから	46	40.7	136	26.9	0.006
7. 医大病院の設備が良いから	69	61.1	213	42.2	<0.0001
8. 専門検査・治療を希望するから	71	62.8	258	51.1	0.028
9. 大きい病院の方が安心だから	62	54.9	213	42.2	0.016
10. 自宅近くに医療機関がないから	18	15.9	38	7.5	0.010
11. 重い病気やけがだから	20	17.7	121	24.0	0.173
12. 別の医療機関に満足できなかったから	44	38.9	91	18.0	<0.001

表6 紹介状による受診制度への意見と旭川医科大学病院を受診した理由の関連

	自由に受診すべき (n=348)		紹介状必要・わからない (n=248)		P
	N	%	N	%	
1. 前の医療機関に紹介されたから	217	62.4	205	82.7	<0.001
2. 当医大病院近くに住んでいるから	30	8.6	25	10.1	0.568
3. 以前, 医大病院を受診したことがあったから	8	2.3	4	1.6	0.769
4. 身内・知人が医大病院に通院中・入院中だから	43	12.4	20	8.1	0.105
5. 身内・知人に勧められた	84	24.1	32	12.9	0.001
6. すぐに検査ができるから	121	34.8	56	22.6	0.001
7. 医大病院の設備が良いから	176	50.6	102	41.1	0.025
8. 専門検査・治療を希望するから	193	55.5	131	52.8	0.559
9. 大きい病院の方が安心だから	180	51.7	90	36.3	<0.001
10. 自宅近くに医療機関がないから	31	8.9	23	9.3	0.886
11. 重い病気やけがだから	80	23.0	60	24.2	0.769
12. 別の医療機関に満足できなかったから	94	27.0	40	16.1	0.002

学歴が低い事、前医がないことが有意に関連していた。

紹介状持参の有無と受診した理由のフィッシャーの正確確率検定では、「紹介状なし」に対し、前医の紹介がないこと、身内・知人の通院・入院、身内・知人の勧めがあること、すぐに検査ができること、設備が良いこと、専門検査・治療の希望があること、大きい病院が安心と考えること、自宅近くに医療機関がないこと、別の医療機関に満足できないことに有意な関連を認めた(表5)。

紹介状持参による受診制度への意見と受診した理由のフィッシャーの正確確率検定では、自由に受診すべきとの意見に、前医の紹介が無いこと、身内・知人の勧めがあること、すぐに検査ができること、設備が良いこと、大きい病院が安心と考えること、別の医療機関に満足できないことに有意な関連を認めた(表6)。

多変量ロジスティック回帰(変数減少法)により紹介状持参なしに有意に関連していたのは、入院した・する予定がオッズ比(OR)上昇(0.24, 95%信頼区間(CI):0.13 to 0.44), 身内・友人のすすめがOR上昇(4.36, 95% CI:2.57 to 7.40), 医大病院の設備が良いからOR上昇(1.68, 95% CI:1.01 to 2.77), 重い病気やけがだからOR減少(0.42, 95% CI:0.22 to 0.83), 別の医療機関に満足できなかったからOR上昇(2.20, 95% CI:1.25 to 3.88)であった(表7)。

多変量ロジスティック回帰(変数減少法)により「紹介状にかかわらず大病院・専門医を自由に受診できるよ

うにするべき」との意見に有意に関連していたのは、学歴(中学・高校)がOR上昇(1.59, 95% CI:1.07 to 2.36), 紹介状ありがOR減少(0.30, 95% CI:0.17 to 0.52), 入院した・入院する予定がOR減少(0.55, 95% CI:0.37 to 0.82), 大きい病院が安心だからOR上昇(1.72, 95% CI:1.16 to 2.54)であった(表8)

自由記載の質的検討について、患者側から考える「かかりつけ医からの紹介がある場合のみ、大病院・専門医が受診できるようになる制度(救急以外)を勧めるべき理由」の関連図を図1に示す。かかりつけ医と大病院・専門医の適切な連携の推進が患者の受診の円滑化や安心につながり、さらに役割分担が推進されることにより、高度医療や救急医療、医学研究が推進し、患者満足度の増加にもつながると考えられている。役割分担の推進は大病院の混雑緩和につながり、患者の待ち時間の減少、予約診療の適正化(実際は予約時間より遅くなるのが常態化)、1人当たりの十分な診療時間の確保といったメリットがある。また、適切な連携の社会的なメリットとして、医療費全体の削減と、重症患者の診療が優先され、予後改善につながるメリットがあげられている。

患者側から考える「かかりつけ医からの紹介がある場合のみ、大病院・専門医が受診できるようになる制度(救急以外)を勧めるべきでない理由」の関連図を図2に示す。特に医療資源不足の地方の特徴として、大病院が近く、かかりつけ医が遠いといったアクセスしやすさの矛盾の

表7 紹介状持参なしに関連する要因 (n=604)

	OR	95 % 信頼区間		P
女性 (vs.男性)	0.97	0.60	to 1.56	0.894
年齢				
～29歳	1.00			
30-39歳	0.68	0.22	to 2.12	0.501
40-49歳	1.02	0.36	to 2.90	0.977
50-59歳	0.74	0.26	to 2.09	0.565
60-69歳	0.63	0.23	to 1.75	0.377
70歳～	0.71	0.24	to 2.07	0.527
中学・高校 (vs.専門学校・短大・大学・大学院)	1.17	0.71	to 1.94	0.531
入院予定について				
入院しない	1.00			
入院した・入院する予定	0.24	0.13	to 0.44	<0.001
わからない	1.28	0.61	to 2.68	0.520
身内・友人にすすめられた	4.36	2.57	to 7.40	<0.001
医大病院の設備が良いから	1.68	1.01	to 2.77	0.044
重い病気やけがだから	0.42	0.22	to 0.83	0.012
別の医療機関に満足できなかったから	2.20	1.25	to 3.88	0.006

性別、年齢、学歴は強制投入変数減少法(尤度比)により選択されなかった変数: 身内・知人が通院・入院中だから、すぐに検査ができるから、専門検査・治療を希望するから、大きい病院が安心だから、自宅近くに医療機関がないから

表8 「紹介状にかかわらず大病院・専門医を自由に受診できるようにするべき」との意見に関連する要因 (n=564)

	OR	95 % 信頼区間		P
女性 (vs.男性)	1.39	0.96	to 2.00	0.081
年齢				
~ 29歳	1.00			
30-39歳	1.10	0.45	to 2.68	0.841
40-49歳	1.47	0.62	to 3.48	0.387
50-59歳	1.41	0.60	to 3.29	0.427
60-69歳	1.87	0.83	to 4.22	0.129
70歳~	1.10	0.47	to 2.60	0.824
中学・高校 (vs.専門学校・短大・大学・大学院)	1.59	1.07	to 2.36	0.022
紹介状あり	0.30	0.17	to 0.52	<0.001
入院予定について				
入院しない	1.00		to	
入院した・入院する予定	0.55	0.37	to 0.82	0.003
わからない	1.07	0.52	to 2.18	0.855
受診した理由				
大きい病院の方が安心	1.72	1.16	to 2.54	0.007
別の医療機関に満足できない	1.53	0.94	to 2.48	0.090

性別、年齢、学歴は強制投入
 変数減少法 (尤度比) により選択されなかった変数: 自己負担金を知っていたか、身内・知人が通院・入院中だから、身内・知人に勧められたから、すぐに検査ができるから、設備が良いから

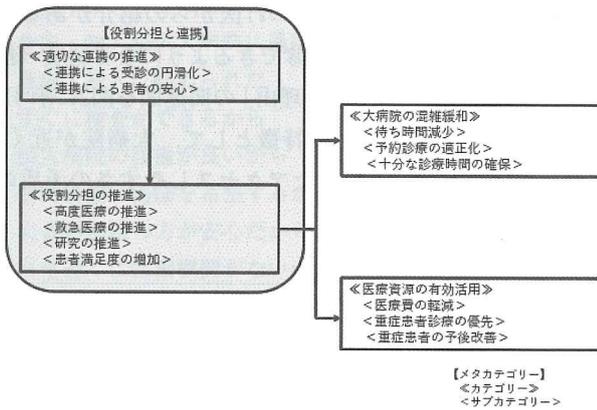


図1 「かかりつけ医からの紹介がある場合のみ、大病院・専門医が受診できるようになる制度 (救急以外) を推進すべき理由 (自由記載)」

存在や、そもそも周辺にかかりつけ医が不足していたり、診療科の種類が少なく、特定の科が不足しており、地方の医療機関や医師への信頼や設備の不備を感じていることがある。また、かかりつけ医自体への問題意識は地方に限らないが、能力不足から病状が悪化するのではないかといった懸念や、大病院に比べ専門医療機器不足があり診断能力の差があるのではないかといった心配があり、そもそもかかりつけ医のいない若年者や転勤族をどうするのかといった不満が存在する。連携による患者にとっての非効率も存在し、紹介状経由で時間が経過することや形式的な紹介状への不満があり、かかりつけ医経由の場合の紹介状料金徴収への不満や、かかりつけ医経由の

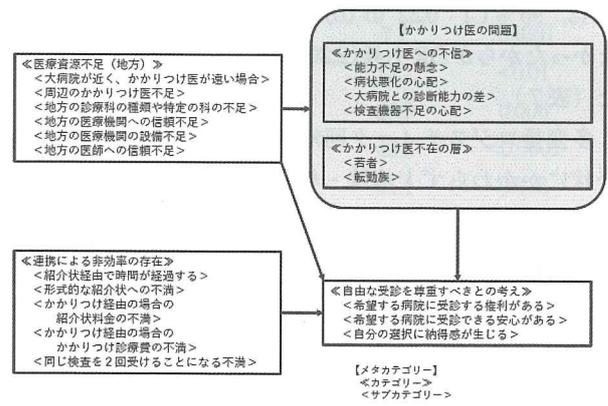


図2 「かかりつけ医からの紹介がある場合のみ、大病院・専門医が受診できるようになる制度 (救急以外) を推進すべきでない理由 (自由記載)」

場合にかかりつけ医自体の診療にかかる費用の不満、また同じ検査を2回受けることになる場合があることへの不満が存在する。そのようなかかりつけ医制度自体への不満や、連携による患者側に非効率に感じる部分により、そもそも自由な受診を尊重すべきとの考えとして、希望する病院に受診する権利がある、希望する病院に受診できる安心がある、自分の選択に納得感が生じるといったような考え方が存在する。

IV 考察

本研究では紹介状の義務化といったプライマリケア医療機関と大病院の機能分化についての資料となることを

目的に、旭川医科大学病院を初診した患者について調査を行った。回答率がやや低く、一大学病院のみの調査といった限界はあるが、紹介状を持参しないことに関連する患者の特徴に加え、紹介状の義務化の反対に関連する患者側の特徴と、紹介状義務化への意見について合わせて報告している。

参加者の紹介状持参割合は81.3%であった。これは、平成26年12月～平成27年度1月における全国80国立大学病院の紹介率82.6%とされており¹²⁾、一般的な状況に近いと考えられる。

紹介状持参なしに多変量解析で有意に関連していたのは、入院した・する予定 (OR低下)、身内・友人のすすめ (OR上昇)、医大病院の設備が良いから (OR上昇)、重い病気やけがだから (OR低下)、別の医療機関に満足できなかったから (OR上昇) であった。

佐賀医科大学附属病院における昭和63年の調査では紹介状あり群で入院率が高いことが報告されており⁵⁾、やはり本研究でも重症であることの指標でもある、入院した・する予定、重い病気やけがと考えていることは有意に紹介状の持参につながっていると考えられる。

平成21年に自治医科大学病院で行われた調査では(当時の初診加算額2,625円)、多変量解析において、「設備が良いから」、「すぐに検査ができるから」のORが有意に上昇していた⁸⁾。このことから、著者は「設備が良いところで、検査結果を早く知りたい」ことが、かかりつけ医を介さずに直接、大病院を受診することになるのではないかと考察している。ただ、本研究では検査結果を早く知りたいは、単変量解析では有意であったが、多変量解析では選択されておらず、検査結果を早く知りたいことよりも、設備が良いことが重要である可能性も考えられる。その他、平成8年の60歳以上を対象とした調査では、重症度に関係なく大病院を選択することに高度医療を重視することが有意に関連したとの報告や⁷⁾、平成5年の地方都市住民を対象とした調査でも初診時に病院を選択することに「最新の治療機器への関心」が有意に関連したとの報告が有り⁶⁾、大病院の高度医療や最新の治療への期待の要素を含んだ回答である可能性が考えられる。

本研究では身内・友人のすすめが比較的高いOR (4.36) で有意に紹介状持参なしに関連していたが、先の自治医科大学病院の調査では、単変量解析でOR3.06と有意な上昇から、調整後のOR1.09と有意差が消失していた⁸⁾。一方、先の佐賀医科大学附属病院の調査では「医師以外の者の勧め」が紹介状持参無しに有意に関連したとしており⁵⁾、地域差などがある可能性もあるが、評判が良ければ紹介に関係なく受診したい気持ちになる可能性がある。

「紹介状にかかわらず大病院・専門医を自由に受診でき

るようにするべき」との意見に有意に関連していたのは、学歴が「中学・高校」(OR上昇)、紹介状あり (OR低下)、入院した・入院する予定 (OR低下)、大きい病院が安心だから (OR上昇) であった。平成8年の60歳以上を対象とした調査では、紹介制導入への否定的態度として「もし、医師の紹介状がないと大きな病院に行くことができないという制度になった場合、困りますか」の問いに、「大いに困る」、「少し困る」と回答した場合と定義し、高度医療を重視することが有意に関連したとの報告があり⁷⁾、我々の「大きな病院が安心」とする者が有意にORを上昇したと同様の傾向を示していると考えられる。同論文では修学年数が高いほど否定的態度が減少する関連もあり、我々と同様の結果である。紹介状を持ってきた人は、紹介状のみの制度を否定しないのは納得できる結果であるし、最近の状況では、入院するほどの病状であれば、紹介状を得て受診することが多くなり、そのことが紹介状のみの制度を否定しないことにつながるのかもしれない。

自由記載の質的検討から患者側から考える「かかりつけ医からの紹介がある場合のみ、大病院・専門医が受診できるようになる制度(救急以外)を推進すべき理由」では、患者の待ち時間の減少、予約診療の適正化(実際は予約時間より遅くなるのが常態化)、1人当たりの十分な診療時間の確保といった個人に還元されるメリットがあげられていたが、同時に、適切な連携の社会的なメリットとして、医療費全体の削減と、重症患者の診療が優先され、予後改善につながるメリットがあげられており、高齢化社会・医療費の高騰といった中から重要な課題としての理解も重要と考えられる。実際、先に述べた量的検討結果や高齢者の検討でも⁷⁾、学歴・修学年が高いことが紹介状制度への肯定的態度へとつながっており、医療制度へのリテラシーも関係していると考えられる。かかりつけ医からの紹介がある場合のみ、大病院・専門医が受診できるようになる制度について、推進する側からは、単なる自己負担増や診療報酬による誘導ではなく、国民への理解を十分得るための方策を行う必要があると考える。

「かかりつけ医からの紹介がある場合のみ、大病院・専門医が受診できるようになる制度(救急以外)を推進すべきでない理由」では、アクセスが悪いといった地方の医療資源不足から来る不満は致し方ない面があるが、特定の科を標榜して開業がなされる日本では患者側にも診療科へのこだわりがあると考えられる。最初から総合医がかかりつけ医となるのであれば、そのようなこだわりがなくなると思われるが、特定の科の医師がかかりつけ医となることが多い現状による限界があるのかもしれない。

自由記載の意見により抽出された地方の医療機関や医

師への信頼不足や設備の不備といった面について、先に述べたように日本のかかりつけ医は欧米と異なっており、診療所や中小病院でもある程度のレベルの診断機器を持つことにより、外来中心の診療所と専門検査・治療を行う大病院というはっきりした棲み分けがないままであることが影響していると考えられる。そのため、同じ検査を2回受けることになる場合があるといった不満も生じることになると考えられる。日本医師会は、かかりつけ医について「かかりつけ医機能の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。」としており¹³⁾、また歴史的経緯から専門医が多く開業している中で、純粋な北欧・イギリス型モデルを導入するのは不可能と考えている¹⁴⁾。しかしながら、患者側から見ると、一部の専門領域に限り高度な医療に対応するかかりつけ医が、大学病院・専門医への紹介を行うようなことが、制度のわかりにくさにつながっているとすると、時間はかかるかもしれないが、純粋な北欧・イギリス型 general practitioner (GP) 制度の導入を考慮する必要もあると考える¹⁵⁾。

本研究の限界として、1 大学病院の実際に受診した患者に限られているので、地域の医療状況を反映している可能性があり、他地域での検討も必要である。また、小児科については含まれていないため、小児科領域についての検討も必要である。また、質問票には大病院の定義を書いていないので回答者は大病院を大学病院に限定した回答となっている可能性がある。

紹介状を持参しないことには、軽症であることや、前の医療機関に不満があること、また大病院の設備への期待や、評判による受診が関係している。「紹介状にかかわらず大病院・専門医を自由に受診できるようにするべき」との意見には、大きい病院への安心感と学歴が関連している。さらに自由記載の意見の質的検討より、「かかりつけ医からの紹介がある場合のみ、大病院・専門医を受診できるようになる制度」の推進には、個人と社会への制度上のメリットの十分な説明が必要であるが、日本のかかりつけ医機能と大病院・専門医機能の明確な線引きがないことが混乱を招いている可能性があり、それらの機能分担の明確化が必要ではないかと考えられた。

謝 辞

本研究はJSPS科研費 24590592の助成を受けたものです。

利益相反

なし

文 献

- 1) 松田 晋. 【病院の外来戦略】 諸外国における病院外来の動向. 病院 2015 ; 74 (10) : 725-728.
- 2) 社会保障制度改革国民会議. 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～ (平成25年 8 月 6 日) (<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>).
- 3) 寺澤 泰. 医療保険制度改革関連法案の概要と論点—持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案— 立法と調査 2015 ; 363 : 25-44.
- 4) 小山 信. 【病院の外来戦略】 大規模病院(特定機能病院) 外来の現状と今後の方向性 逆紹介率の重要性および選定療養費の義務化. 病院 2015 ; 74 (10) : 729-733.
- 5) 白浜 雅, 福井 次, 堀川 俊. 紹介状持参の有無と患者特性. 日本公衆衛生雑誌 1991 ; 38 (2) : 118-123.
- 6) 杉澤 秀, 西 三. 住民の医療機関の選択傾向を規定する要因 病院志向の背景. 日本公衆衛生雑誌 1995 ; 42 (7) : 463-471.
- 7) 杉澤 秀, 杉原 陽, Kim H-K, 他. 高齢者における医療機関選択に関連する要因なぜ大病院を選択するのか. 日本公衆衛生雑誌 2000 ; 47 (11) : 915-924.
- 8) 松嶋 大, 岡山 雅, 藤原 真, 他. 紹介状を持参しない大規模病院初診患者の特性とその受診理由. 医療の質・安全学会誌 2009 ; 4 (4) : 487-496.
- 9) 大谷 尚. ステップコーディングによる質的データ分析手法SCATの提案 —着手しやすく小規模データにも適用可能な理論化の手続き—. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (教育科学) 2008 ; 54 (2) : 27-44.
- 10) 大谷 尚. SCAT: Steps for Coding and Theorization —明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法—. 感性工学 2011 ; 10 (3) : 155-160.
- 11) 福士 元, 名郷 直. 指導医は医師臨床研修制度と帰属意識のない研修医を受け入れられていない 指導医講習会における指導医のニーズ調査から. 医学教育 2011 ; 42 (2) : 65-73.
- 12) 一般社団法人全国医学部長病院長会議 DPC (包括評価支払制度) に関する WG 選定療養費と外来患者数についての調査結果報告 (2015年4月16日) (https://www.ajmc.jp/pdf/150416_01.pdf).
- 13) 医療提供体制のあり方日本医師会・四病院団体協議会合同提言. 日本医師会・四病院団体協議会 (2013年

8月8日)

(http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf).

14) 鈴木 邦. 【高齢者診療の現状と課題】 高齢者診療に対する日本医師会の役割. 日本医師会雑誌 2016 ; 144

(11) : 2270-2275.

15) 澤 憲, 田中 啓, 菅家 智, 他. 英国家庭医学会の新しい専門医教育・認定制度から見える日本の課題. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2011 ; 34 (4) : 308-316.