

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—

スギサワ ヒデヒロ スギハラ ヨウコ*
杉澤 秀博* 杉原 陽子*
キム ヘ ギョウ シバタ ヒロシ*
金 恵 京* 柴田 博*

目的 高齢者における大病院選択に関連する要因を解明した。要因は、先行要因、ニーズ要因、選択促進・阻害要因の3種類で構成し、直接効果に加えて交互作用効果を検討した。交互作用効果は、ニーズの多寡が大病院選択と有意に関連していた場合、その両者の関連が選択促進・阻害要因によってどのように調整されるか、すなわち、ニーズの多寡と促進・阻害要因の交互作用に着目して検討した。

方法 全国60歳以上の高齢者3,436人に対する訪問面接調査を1996年に実施した。回収数は2,447人であった。本研究では大病院選択の評価指標を2種類用いた。具体的には、疾患や症状の軽重に関係なく大病院を選択する傾向をもつか否かと、紹介制導入に対する否定的な態度である。ニーズ要因は疾患罹患数と日常生活動作障害の有無、選択促進・阻害要因は医療機関との距離、医療機関の選択基準、診療所におけるかかりつけ医の有無、就労の有無、先行要因は性、年齢、学歴で構成した。

結果 1. 「どんな病気やケガでも大病院を選択」する人は全体の18.5%、「紹介制導入は困る」人は51.3%であった。ニーズ要因が大病院の選択傾向と有意に関連し、「疾患罹患数」が多いほど「どんな病気やケガでも大病院を選択」の回答が、また、「日常生活動作に障害がある」場合には「紹介制導入は困る」との回答が多かった。

2. 選択促進・阻害要因として位置づけた変数も大病院の選択傾向と有意に関連し、「医療機関の選択の際に高度医療を重視する」、「診療所にかかりつけ医がない」あるいは「徒歩圏に大病院はあるが診療所がない」場合に、「どんな病気やケガの時にも大病院を選択」、「紹介制導入は困る」との回答が多かった。

3. 「どんな病気やケガでも大病院を選択」という指標については、「疾患罹患数」と「診療所におけるかかりつけ医の有無」との間に有意な交互作用がみられた。

結論 1. 大病院のみが近くにある、医療機関の選択基準として高度医療を重視する、診療所にかかりつけ医がないという要因が、症状や疾患の軽重に関係なく大病院を選択する傾向や紹介制に反対する態度と関係することがわかった。

2. 疾患を多くもつ人では、症状や疾患の軽重に関係なく大病院を選択する傾向が強いものの、診療所にかかりつけ医をもつ場合には、疾患をもたない人と同程度に大病院の選択傾向が抑制されることがわかった。

Key words : 医療機関選択, 病院志向, かかりつけ医

I 緒 言

1. 研究目的と背景

日本では病院に患者が集中する傾向がみられる。たとえば、平成7年の国民生活基礎調査¹⁾では、かかりつけ医療機関が「病院」という人が36.0%、「診療所」が62.2%、平成8年の患者調

* 東京都老人総合研究所保健社会学部門

²* 桜美林大学

連絡先: 〒173-0015 東京都板橋区柴町35-2

東京都老人総合研究所保健社会学部門 杉澤秀博

査²⁾でも外来患者のうち病院受診の割合が37.5%であり、国民生活基礎調査とほぼ同じ割合で病院に受診している。このような病院への患者集中は、待ち時間を長くし、診察時間への不満を増す原因となっている³⁾。

患者の病院集中をなくすため、病院が診療所に患者を紹介した場合、保険から患者情報提供料という名目で報酬が支払われている⁴⁾。しかし、診療所が病院に紹介する患者数の方が、病院が診療所に紹介する患者数の2倍であり⁵⁾、病院集中を回避するための施策がそれほど役立っていない。

供給側に対する経済誘導によって病院への患者集中が解消されないならば、需要側である患者への介入も追求されなければならない。介入策を検討するには、患者がなぜ病院を選択するのか、その社会・心理的要因の解明が不可欠となるが、このような研究報告は少ない^{6~8)}。

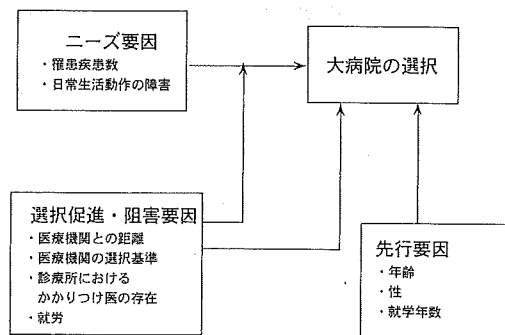
本研究は、全国60歳以上の高齢者に対する調査に基づき、高齢者の大病院（500床以上）選択の社会的・心理的な要因を検討することを目的とした。高齢者に限定したのは、病院外来受診者のうち半数が高齢者で占められており²⁾、軽い症状での病院受診の割合も高い⁹⁾など、病院への患者集中の傾向が顕著だからである。

2. 分析枠組み

従来の研究は、大病院選択の要因をとらえるモデルが示されず、可能性のある要因を探索的に取り上げるに留まっている⁸⁾。本研究は、医療サービスの利用に関する要因の研究で汎用されている行動モデル¹⁰⁾を参考に、要因を3種類に整理し、これらの要因の構造化は本研究で独自に行った。すなわち、大病院選択の要因をニーズ要因、選択阻害・促進要因、先行要因の3種類に分類し、これらの要因の直接効果に加えて、ニーズ要因と選択促進・阻害要因の交互作用を分析した（図1）。交互作用効果を分析したのは、たとえば、複雑の疾患をもつなどの医療ニーズが高い人では、大病院の選択傾向が強いものの、診療所にかかりつけ医がいる場合には、診療所でそのニーズのある部分が充足されるため、かかりつけ医がいない人と比べると大病院を選択する傾向が弱まる可能性が考えられるからである。

ここで行動モデルにおける先行要因、ニーズ要因および利用促進要因に触れておきたい¹⁰⁾。先行

図1 分析モデル



要因は、ニーズに先行する個人の特性であり、性や年齢などの人口学的特性、教育や職業などの社会文化的特性、健康や病気、医療サービスに対する態度や信念などの個人の意識に分類される。利用促進要因は、サービス利用を容易にする要因であり、収入や保険給付などの世帯要因、個人が居住する地域の医師数や施設数などの地域要因に分類される。ニーズ要因は医療サービスを必要とする直接的な要因であり、寝込んだ日数や主観的な健康度などの主観的要因、専門家によって診断された疾患の重症度や心身の健康状態などの客観的な要因に分類される。

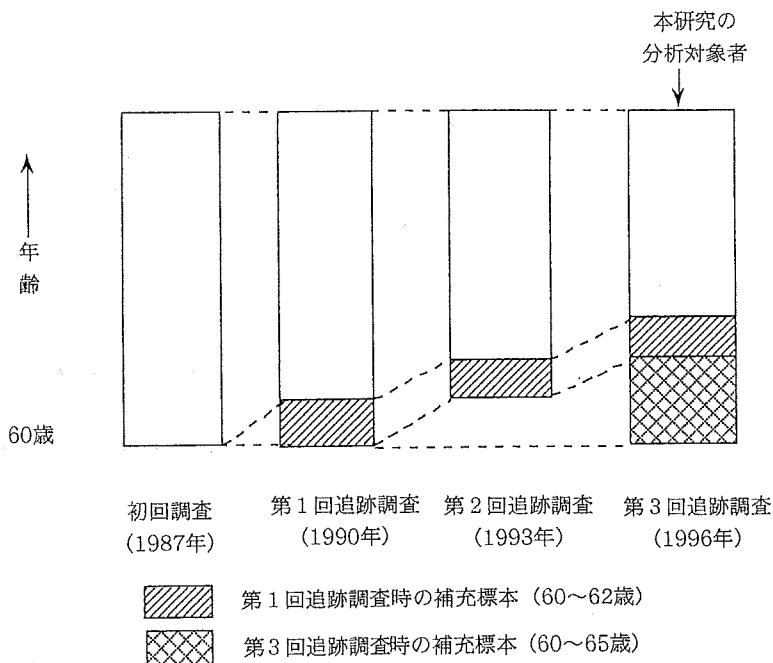
II 方法

1. 対象

筆者らは全国高齢者（60歳以上）に対する訪問面接調査を1996年に実施した。この調査は、それ以前に収集した既存の追跡調査のパネルに補充標本を加えることにより、1996年時点の横断的な分析ができるように設計した。

図2に調査デザインを示した。既存のパネルの概要は次の通りである。初回調査は全国60歳以上の高齢者（1985年の国勢調査では17,798千人）から抽出した3,288人を対象に、1987年に訪問面接調査法で実施した。標本抽出方法は層化二段抽出であった。第1段は標本抽出地点（国勢調査の調査区）の抽出であり、全国の地域を人口規模（政令指定都市、20万以上、10~20万、10万以下の市、町村の5つに区分）と地理的位置（全国を11地域に区分）に基づき55層に区分し、各層から人口規模に比例して計192地点を無作為に抽出した。第2段は対象者の抽出で、各標本抽出地点から平

図2 調査デザイン



均15人を系統抽出した。

1990年に、初回調査の回収者（1993年では63歳以上）2,200人および補充標本（60～62歳）580人、計2,780人を対象に、第1回追跡調査を実施した。補充標本数は、その抽出割合が63歳以上全国人口に対する初回調査の回収者の抽出割合と等しくなるように決定した。抽出は初回調査の標本抽出地点を利用した。1993年に実施した第2回追跡調査は、予算の制約から補充標本を加えずに、パネル対象者のみを対象に実施した。

1996年調査は、これまでの調査で死亡が判明した人を除くパネルの対象者（1996年では66歳以上）2,226人および60～65歳の補充標本1,210人、計3,436人を対象に行った。1995年の国勢調査では60歳以上の高齢者は25,640千人であった。補充標本数はその抽出割合が66歳以上全国人口に対するパネルの対象者（死亡推定数を除く）の抽出割合と等しくなるように決定した。調査の結果、回収者は2,447人であった（回収率は71.2%）。未回収理由を回収不能者全体に占める割合で示すと、「拒否」が35.9%、「死亡」が24.0%、「健康上の理由」が21.3%であった。死亡を分母から除いた場合の回収率は76.4%であった。

以上の調査方法論では、パネルからの脱落者の存在によって、1996年調査の分析標本の代表性が損なわれる可能性がある。1996年調査の回収者の性・年齢階級別分布は全国の性・年齢階級別分布に近似していること¹¹⁾、1996年調査の回収者では、初回調査の健康・社会経済指標に関する変数の分布および変数間の関連が維持されていることが示されているため¹²⁾、1996年調査においても分析標本の代表性がかなり維持されているとみてもよい。

2. 測定

1) 大病院の選択態度

2種類の指標を作成した。いずれの指標とも、大病院の効率的利用の面から問題となるような態度を把握しようと考案した。

第1は、症状や疾患の軽重に関係なく、大病院を選択する態度があるか否かを把握する指標である。具体的には、「どのような病気やケガの時に大きな病院に行きますか」という質問を設定し、選択肢として「どんな病気やケガの場合でもまずは診療所や医院に行く」、「重い病気やケガの時には初めから大きな病院に行く」、「どんな病気やケガの場合でも大きな病院に行く」を用意した。大

病院とは500床以上の病院とした。そして、「どんな病気やケガでも大病院に行く」と回答した人は、症状や疾患の軽重に関係なく、大病院を選択する態度にある人として、その人の特性を、「どんな病気やケガでも診療所に行く」人との比較の中で分析した。

第2は、大病院への患者集中を抑制するための方法として考えられる紹介制導入に対して、否定的な態度があるか否かを把握する指標である。質問文は「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」であり、選択肢は「大いに困る」、「少し困る」、「あまり困らない」、「まったく困らない」であった。「大いに困る」、「少し困る」と回答した人は、紹介制導入に対して否定的な態度をもっている人と判断し、その特性を、「あまり困らない」、「まったく困らない」と回答した人との比較の中で明らかにした。

2) ニーズ要因

疾患罹患数と日常生活動作の障害の2種類で測定した。疾患罹患数に着目したのは、多くの疾患をもつ人ほど死亡率が高く、健康問題が深刻であることが示されているため¹³⁾、このような問題の解決を図ろうと、高度な医療技術が整備された大病院の選択傾向が強まる可能性がある。また、多くの疾患に罹っている場合複数の診療科に受診する必要があるため、利便性の面からも短時間で複数の診療科を受診できる大病院を選択する傾向が強まると考えられるからである。日常生活動作については、その障害の原因となる骨折や脳血管疾患の患者では、大病院を受診する割合が高いため¹⁴⁾、高齢者の障害者では大病院の選択傾向が強まると考えられるものの、反対に、通院の利便性を考えた場合、身体的な制約のためにアクセスのよい診療所を選択する傾向が強まることも予想される。

疾患罹患数は、高齢者に多くみられる14種類の疾患¹⁵⁾、すなわち「心臓病」、「関節炎、リウマチ」、「高血圧症」、「糖尿病」、「脳血管障害」、「眼の病気」、「貧血」、「胃や腸の潰瘍」、「腎臓病」、「慢性の呼吸器」、「慢性の腰痛」、「骨折や骨のヒビ」、「肝臓の病気」、「前立腺の病気」を取り上げ、これらの疾患への罹患数で測定した。ただし、5種類以上の疾患をもつ人ではその数が極めて少

なかったため、5種類として一括して扱った。

日常生活動作の障害については、「入浴」、「衣服の着脱」、「食事」など6項目について、その自立の程度を「全然難しくない」、「少し難しい」、「かなり難しい」、「非常に難しい」、「まったくできない」の5段階の選択肢で質問した。6項目のいずれにも「ぜんぜん難しくない」人に0点を、いずれか1つでも「少し難しい」、「かなり難しい」、「非常に難しい」、「まったくできない」に該当した人に1点を配点した。

3) 選択促進・阻害要因

医療機関との距離、医療機関の選択基準、診療所におけるかかりつけ医の有無、就労の有無の面から測定した。医療機関との距離については、「自宅から歩いて行けるところに次のような医療機関があるか否か」を質問し、選択肢は「診療所」、「中小の病院」、「大きな病院(500床以上)」、「医療機関がない」を用いた。以上の回答に基づき、「診療所・中小病院と大病院」、「大病院のみ」、「診療所・中小病院のみ」、「医療機関がない」の4種類のカテゴリーを作成した。分析の際には、「診療所・中小病院と大病院」を基準カテゴリーとし、「大病院のみ」、「診療所・中小病院」、「医療機関はない」人でそれぞれ、大病院の選択態度がどのように違うかを検討した。

医療機関の選択基準としては、「通院のしやすさ」、「診断機器や検査機器の整備状況」、「医師の腕がいいこと」、「病気のことをきちんと説明してくれること」、「気軽に相談に乗ってもらえること」の選択肢の中から重視するもの上位2つを選択させた。分析の際には、「診断機器や検査機器の整備状況」を選択した人に1点、それ以外の人に0点を与えた。

かかりつけ医については、現在のところ明確な定義はない。「家庭医に関する懇談会」報告書に示されている「家庭医」の機能¹⁶⁾、世論調査¹⁷⁾で多くの人がかかりつけ医として示している機能を参考に、「健康や病気のことで気軽に相談できる」医師をかかりつけ医とし、そのような医師が診療所にいるか否かを質問した。分析にあたっては、いると回答した人に1点、いない人には0点を配点した。

4) 先行要因

年齢、性、就学年数によって測定した。年齢に

表1 分析対象者の特徴

特 徴		
[先行要因]		
年齢 (歳)	平均±標準偏差 (範囲)	70.0±7.4 (60-95)
性 (%)	男	1,066人 (43.6)
	女	1,381人 (56.4)
教育年数 (年)	平均±標準偏差 (範囲)	10.6±2.8 (1-19)
[ニーズ要因]		
罹患疾患数 (個)	平均±標準偏差 (範囲)	1.19±1.20 (0-5)
日常生活動作の障害 (%)	ある	215人 (8.8)
	ない	2,228人 (91.2)
[利用促進・阻害要因]		
徒歩圏にある医療機関 (%)	診療所・中小病院および大病院	294人 (12.0)
	診療所・中小病院のみ	1,687人 (68.9)
	大病院のみ	42人 (1.7)
	なし	424人 (17.3)
医療機関の選択基準 (%)	診断・医療機器を重視	592人 (24.2)
	それ以外を重視	1,855人 (75.8)
診療所におけるかかりつけ医の存在 (%)	いる	1,824人 (75.2)
	いない	603人 (24.8)
就労 (%)	している	871人 (35.6)
	していない	1,576人 (64.4)
例 数		2,447人

注1) 各変数の分布は各変数ごとに欠測値をもつ人は除外している。教育年数では18人、日常生活動作の障害では4人、診療所におけるかかりつけ医の存在に関しては20人を欠測のために除外した。

については、実年齢をそのまま用いた。

3. 分析方法

従属変数が二値変数であるため、解析手法にロジスティック回帰分析を用いた。まず、直接効果を分析するため、従属変数に大病院の選択態度、独立変数としてニーズ要因、選択促進・阻害要因、先行要因を投入した。次に、交互作用効果を分析するため、ニーズ要因が大病院の選択に有意な効果をもっていた場合のみ、このニーズ要因に各選択促進・阻害要因をかけ合わせた交互作用項を投入した。

表2 大病院選択に関する質問への回答

質 問	選択肢	人 (%)
どのような病気やケガの時病院を選択するか	どんな病気やケガでも診療所・医院に行く	1,331 (54.4)
	重い病気やケガのときに大病院に行く	634 (25.9)
医師の紹介状がないと大きな病院に受診できない制度	どんな病気やケガでも大病院に行く	453 (18.5)
	無回答	29 (1.2)
	大いに困る (%)	695 (28.4)
	少し困る	560 (22.9)
	あまり困らない	629 (25.7)
	まったく困らない	350 (14.3)
	無回答	213 (8.7)
例 数		2,447(100.0)

III 結 果

1. 特性

分析対象者の特性分布を表1に示した。

2. 大病院の選択の実態とその関連要因

1) 大病院の選択の分布 (表2)

病気の軽重に関係なく大病院を選択する人がどのくらいいるかについては、「どんな病気やケガでも大病院に行く」との回答は18.5%あった。大病院の受診に紹介が必要となることに否定的な態度をもつ、すなわち、紹介制導入に対して「大いに困る」、「少し困る」との回答が51.3%あった。

2) 大病院の選択傾向が強い人の特徴 (表3, 表4)

ニーズ要因の中で、多くの疾患をもつ人ほど「どんな症状やケガでも大病院に行く」との回答が、また日常生活に障害のある人では、紹介制導入に「困る」との回答が有意に多かった。

選択阻害・促進要因との関連では、診療所にかかりつけ医がない、あるいは医療機関の選択に際し、高度医療を重視する人は、「どんな症状やケガでも大病院に行く」、紹介制の導入に「困る」との回答が有意に多かった。徒歩圏に「大病院および診療所・中小病院がある」人は、「大病院のみ」がある人と比べ、「どんな病気やケガの時でも大病院に行く」、あるいは紹介制の導入に「困る」との回答が有意に少なかった。徒歩圏に「大

表3 どんな病気やケガでも大病院を選択する人の特徴—ロジスティック回帰分析の結果—

要 因	直接効果		交互作用効果	
	B	B	B	B
年齢	-.004	-.004		
性 (1=男, 0=女)	.410**	.418**		
就学年数	.016	.015		
疾患罹患数	.223**	.438*		
日常生活動作の障害 (1=あり, 0=なし)	.047	.084		
徒歩圏にある医療機関				
診療所・中小病院と大病院	—	—		
大病院のみ	1.376**	.565		
診療所・中小病院のみ	-.525**	-.416		
なし	-.069	.132		
医療機関の選択基準 (1=高度医療を重視, 0=それ以外)	1.323**	1.214**		
診療所にかかりつけ医 (1=いる, 0=いない)	-.869**	-.639*		
就労 (1=している, 0=いない)	-.184	-.366*		
疾患罹患×徒歩圏にある医療機関				
疾患罹患×診療所・中小病院と大病院		—		
疾患罹患×大病院のみ		.780		
疾患罹患×診療所・中小病院のみ		-.106		
疾患罹患×なし		-.173		
疾患罹患×医療機関の選択基準		.092		
疾患罹患×診療所におけるかかりつけ医		-.254*		
疾患罹患×就労		.178		
切片	-.751	-.903		
モデル $\chi^2(df)$	230.277(11)**	242.607(17)**		
例 数	1,755			

注1) 「どんな病気やケガでも大病院を利用」との回答者の特徴を分析するにあたっては、「どんな病気やケガでも診療所や医院を利用」と回答した人と比較した。前者には1点、後者に0点を配点した。
 注2) *; $P < .05$, **; $P < .01$

病院および診療所・中小病院がある」人を、「診療所・中小病院だけ」がある人と比べた場合、「どんな病気やケガでも大病院に行く」との回答が有意に多く、紹介制導入に「困る」との回答については有意に少なかった。就労については、大病院選択の2つの指標いずれに対しても有意な関連がなかった。

ニーズ要因と選択促進・阻害要因との交互作用を分析した結果、「どんな症状やケガでも大病院に行く」の場合、疾患罹患数と診療所におけるか

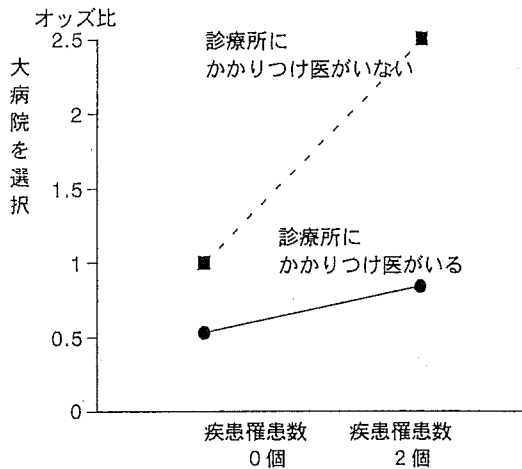
表4 紹介制への否定的態度に関連する要因—ロジスティック回帰分析の結果—

要 因	直接効果		交互作用効果	
	B	B	B	B
年齢	-.030**	-.029**		
性 (1=男, 0=女)	.045	-.051		
就学年数	-.036*	-.036*		
疾患罹患数	.073	.077		
日常生活動作の障害 (1=あり, 0=なし)	.385*	-.211		
徒歩圏にある医療機関				
診療所・中小病院と大病院	—	—		
大病院のみ	1.623**	1.709**		
診療所・中小病院のみ	.340*	.349*		
なし	.681**	.710**		
医療機関の選択基準 (1=高度医療を重視, 0=それ以外)	.247*	.208		
診療所におけるかかりつけ医 (1=いる, 0=いない)	-.315**	-.342*		
就労 (1=している, 0=いない)	-.190	-.184		
日常生活動作障害×徒歩圏にある医療機関				
日常生活動作障害×診療所・中小病院と大病院		—		
日常生活動作障害×大病院のみ		-.795		
日常生活動作障害×診療所・中小病院のみ		-.140		
日常生活動作障害×なし		-.337		
日常生活動作障害×医療機関の選択基準		.581		
日常生活動作障害×診療所におけるかかりつけ医		.721		
日常生活動作障害×就労		-.142		
切片	2.489**	2.486**		
モデル $\chi^2(df)$	79.639(11)**	83.418(17)**		
例 数	2,197			

注1) 「大いに困る」、「少し困る」との回答者の特徴を分析するにあたっては、「あまり困らない」、「まったく困らない」と回答した人と比較した。前者には1点、後者に0点を配点した。
 注2) *; $P < .05$, **; $P < .01$

かりつけ医の有無との間に有意な交互作用が認められた(表3)。図2には、この交互作用を図に示した。便宜的にここでは条件として疾患に罹患していない場合と2種類の疾患に罹患している場合を設定し、大病院の選択傾向の違いを検討した。疾患がなく、かつ診療所にかかりつけ医がいない人における、「どんな症状やケガでも大病院に行く」人の割合を1とすると、2種類の疾患をもちながら診療所にかかりつけ医がいない人では、その割合が2.5、2種類の疾患をもつものの診

図3 「どんな病気やケガのときでも大病院に行く」に対する疾患罹患数と診療所におけるかかりつけ医の有無の交互作用
注) 他の変数の影響をすべて調整



療所にかかりつけ医がいる人では、その割合は0.8であった(図3)。紹介制導入への態度については、日常生活動作の障害と選択促進・阻害要因との間に有意な交互作用はみられなかった。

IV 考 察

本研究の特徴は2点ある。第1は、大病院の選択に関連する要因の分析枠組みを作成した点である。従来の研究では、関連するであろう要因を羅列的に検討するだけであり、その整理が十分でなかった。第2は、地域在住の高齢者を対象とした全国調査に基づくものであるため、普遍性が高いという点である。既存の研究では、大病院の利用者に対して受診理由を直接質問したり、また、住民を対象とした調査であっても一部の地域に限定されているため、結果の普遍化に問題があった。

ニーズ要因の効果をみると、多くの疾患をもつ場合、どんな病気やケガでも大病院を選択する傾向が有意に強かった。この関連は2つの解釈が可能である。第1は、利便性の観点からの解釈であり、多くの疾患をもつ人では、受診の利便性を考えて傷病ごとに異なる診療所や医院を受診するよりも、複数の診療科が一家所に固まっている大病院を選択する傾向が強まると考えられる。第2は、健康悪化への不安が背景にあるという見方であり、多くの疾患をもつ人では、軽い病気やケガ

であっても状態が急激に悪化するのではないかとといった不安から、高度な診断機能が整った大病院を選択しようとするのではないかと考えられる。

日常生活動作に障害がある場合は、紹介制導入に「困る」との回答が有意に多かった。脳卒中(脳出血, 脳梗塞)や骨折という日常生活動作に障害を起こすような疾患では、大病院に受診する人の割合が50~60%を占め、全体の平均の33%と比べて高かった¹⁴⁾。このように、日常生活動作に障害がある人では、現実に大病院に受診する人が多いため、紹介制が導入された場合に大病院の受診を中断しなければならず、困るという意見が多くなったと推察される。

選択促進・阻害要因のうち、診療所にかかりつけ医がない場合、「どんな病気やケガでも大病院に行く」、あるいは紹介制導入は「困る」との回答が多かった。1991年から病診連携の推進事業が、1993年にはかかりつけ医推進事業が実施に移されているが、本研究の結果は、これらの施策をすすめることが大病院受診を抑制する有効な方法であることを裏づけている。本研究では、選択促進・阻害要因として、医療機関を選択する際に重視する内容を位置づけたが、高度な診断・検査機器を重視する人では「どんな病気やケガでも大病院に行く」、あるいは、紹介制度導入は「困る」との回答が有意に多かった。大病院を選択するのは、高度な診断や検査機器を利用すれば、病気を正確に診断し、早く治すことができるという期待感が背景にあるといえよう。

医療機関との距離については、「どんな病気やケガでも大病院に行く」との回答割合は、徒歩圏に「大病院」と「診療所・中小病院」の両方がある人では、「大病院のみ」と比べて有意に低く、「診療所・中小病院だけ」の人と比べた場合には有意に高かった。「診療所・中小病院」と「大病院」の2つが近くにある場合、待ち時間の短縮など時間の効率的な活用から、高齢者は大病院ではなく、診療所や中小の病院を選択する傾向が強まるといえよう。紹介制の導入に関しては、徒歩圏に「大病院」しかない、あるいは「診療所・中小病院」しかない人で、「大病院」と「診療所・中小病院」の両方がある場合と比べて、「困る」との回答が多かった。徒歩圏に紹介元となる診療所がないとか、紹介先の大病院がないというよう

に、両方の機関が整わない地域では、いずれの場合も紹介制によって受診の利便性が低下することになるため、紹介制に否定的な態度をとるのである。

就労の有無については、医療機関選択のいずれも指標に対して有意な効果がみられなかった。杉澤ら⁸⁾は、慢性疾患の治療で診療所を受診する割合は就労者で高いことを示し、それは就労によって生活の拘束が大きくなるため、時間の効率的な利用への動機づけが働き、診療所の選択へと結びついたのでないかと考察している。杉澤ら⁸⁾の研究と異なり、本研究の対象者は就労者が少なくそれによる生活上の拘束が小さいため、就労の有無が医療機関の選択に対して有意な効果をもたなかったと考えられる。

本研究では、疾患罹患数や日常生活動作の障害が大病院の選択に対して直接効果をもっていた。この知見に基づくならば、大病院選択の抑制にはニーズ要因の除去が重要な施策として位置づけられる。しかし、高齢者の場合、疾患への罹患や日常生活動作の障害の発生は老化と関連しているため、ニーズ要因の除去は容易でない。実現可能性を考えた場合、介入によって比較的容易に変化させることが可能な選択促進・阻害要因によって、ニーズ要因が大病院選択に結びつくことを抑制できるか否かが重要な論点となる。本研究では、診療所にかかりつけ医をもつことが、直接的にどんな病気やケガでも大病院を選択する割合を低下させるだけでなく、多くの疾患に罹患している人では特に、大病院選択を抑制する効果があることが示された。

本研究の結果を踏まえて、2000年4月から実施の介護保険制度が医療機関選択に与える可能性について言及しておきたい。介護保険制度の要介護認定を申請する際には、主治医による意見書の添付が義務づけられている。主治医の意見書は、コンピュータで行われる一次判定では個別状況を勘案した評価が困難であるため、その問題点を解消するために実施される二次判定の資料として利用されている。すなわち、高齢者が個別性を反映した認定をうけるには、主治医の意見書が重要な位置を占めていることから、自分の生活や健康のことをきちんと理解している、かかりつけ医をもつことが必要となる。以上のように、介護保険導入

が身近にある診療所にかかりつけ医をみいだすように作用することから、大病院への患者集中も緩和される可能性がある。

最後に、本研究の限界を3点指摘しておきたい。第1に、大病院選択の指標に関わる問題である。本研究で採用した方法以外にも、過去の実績を質問する方法がある。この方法は、経験した症状や疾患によって大病院を選択する割合が異なる可能性があるため、分析に際しては共通の症状や疾患をもつ人を取り出すことが必要となる。しかし、分析に耐えるだけの、共通の症状や疾患をもつ対象者を得ることは、本研究のような一般の高齢者標本では困難である。以上の制約から、本研究では、選択の実績ではなく、ある状態像を対象者に想定させ、その際にどのような選択をするかという態度や意見に基づく測定指標を作成した。これらの回答は、過去の実績をある程度反映していると思われるが、現実の実績でないため、回答にバイアスがかかる。今後は、疾患や症状別に大病院選択の実績を測定する方法を取り入れた研究が必要といえる。第2に医療供給体制が医療機関選択に与える影響を検討することの必要性である。本研究では、全国標本を対象とした調査であるため、対象者が居住する地域の医療供給体制については、分析枠組みに独自に位置づけることが困難であった。高齢者側から評価できる医療機関との距離のみを要因として位置づけた。平成3年から病診連携推進事業、平成5年からかかりつけ医推進事業が実施されている。このような事業の推進が医療機関選択に与える影響を検討することによって、大病院集中を緩和するための地域医療のあり方の具体的な提案が可能となる。

(受付 2000. 3.30)
(採用 2000. 9.21)

文 献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部. 平成7年国民生活基礎調査 第2巻. 東京: 厚生省大臣官房統計情報部, 1997.
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部. 平成8年患者調査. 東京: 厚生省大臣官房統計情報部, 1998.
- 3) 厚生省大臣官房統計情報部. 平成8年受療行動調査. 東京: 厚生省大臣官房統計情報部, 1999.
- 4) 厚生省. 厚生白書医療—「質」「情報」「選択」そ

- して「納得」—平成7年版. 東京:ぎょうせい, 1995.
- 5) 厚生省大臣官房統計情報部. 平成8年医療施設調査・病院報告. 東京:厚生省大臣官房統計情報部, 1998.
 - 6) 関口康慶, 藤咲 暹, 太田拓男, 他. 患者訪医行動の分析—大都市周辺都市のケース・スタディー. 病院管理 1983; 20: 121-136.
 - 7) 島 正之, 仁田善雄, 崎 明子, 他. 大病院外来患者の受療行動に関する研究. 公衆衛生 1990; 54: 648-652.
 - 8) 杉澤秀博, 西 三郎. 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: 463-471.
 - 9) 厚生省大臣官房統計情報部. 昭和59年保健衛生基礎調査(受療行動). 東京:厚生省大臣官房統計情報部, 1985.
 - 10) Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1973; 51: 95-124.
 - 11) 東京都老人総合研究所. 高齢者の生活と健康に関する縦断的・比較文化的研究. 東京:東京都老人総合研究所, 1999.
 - 12) 杉澤秀博, 岸野洋久, 杉原陽子, 他. 全国高齢者に対する縦断調査の脱落者・継続回答者の特性. 日本公衆衛生雑誌 2000; 47: 337-349.
 - 13) Sugisawa H, Liang J, Liu X. Social networks, social support, and mortality among older people in Japan. *Journal of Gerontology* 1994; 49: S3-S13.
 - 14) 厚生統計協会. 国民衛生の動向. 東京:厚生統計協会, 1999; 455.
 - 15) 厚生統計協会. 国民衛生の動向. 東京:厚生統計協会, 1999; 454.
 - 16) 厚生省. 家庭医に関する懇談会報告. 東京:厚生省, 1987.
 - 17) 日医研究会. かかりつけ医の意識調査. 社会保険旬報 1994; 1841: 14-15.
-

FACTORS RELATED TO ATTITUDES TOWARD MEDICAL FACILITY CHOICE BY THE ELDERLY WHY DO THE ELDERLY FAVOR LARGE HOSPITALS?

Hidehiro SUGISAWA*, Yoko SUGIHARA*, Hye-Kyung KIM*, Hiroshi SHIBATA^{2*}

Key words: Choice of medical facility, Hospital-oriented behavior, Home doctor

Purpose Factors associated with large hospital choice by the elderly were examined. Possible factors were divided among three domains; predisposing factors, need factors, and enabling or restraining factors. Both direct effects and interactive effects of those factors on choice attitudes were examined.

Methods The data were obtained from a face-to-face interview survey with a national sample aged 60 and over. The survey was conducted in 1996, and 2,447 elderly were interviewed. Choice attitudes were measured in two ways: 1) preference to use a large hospital regardless of disease, and 2) complaint of not being able to use a large hospital without an referral system by a clinic. Predisposing factors were age, sex and educational attainment. Need factors were assessed in terms of activities of daily living (ADL) and number of illnesses. Enabling or restraining factors included attitudes toward medical care, accessibility of medical facilities, home doctor existence at a clinic, and labor force participation.

Results 18.5 percent of respondents reported a preference for large hospitals regardless of disease, and 51.3 percent had complaints about the referral system. Respondents with a higher number of illnesses were more likely to report a preference for use of a large hospital, regardless of the type of disease, and respondents with low ADL had more complaints about the referral system than those with high ADL. The group who employed high technology as a criteria in choosing medical facilities, did not have a home doctor at a clinic, and had good access only to a large hospital, reported a strong preference for use of a large hospital regardless of disease type, and they also complained about the referral system. Regarding preference, an interactive effect between the number of illnesses and the existence of home doctor at a clinic was observed.

Conclusion Existence of a home doctor in a clinic, attitudes toward medical care, and accessibility to medical facilities might have direct effects on choice of a large hospital, and only the existence of a home doctor at a clinic might have a strong influence decreasing this preference among the elderly with a higher number of illnesses.

* Department of Health Sociology, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

^{2*} Obirin University