

研究報告・11

複数医療機関受診後に来院した患者の主訴

松倉 知晴 野村 英樹 林 龍巳 小泉 順二*

1. はじめに

同じ主訴で複数の診療科を受診したり、複数の医療機関を受診する患者がある。このような行動をとる理由には症状の継続や悪化、あるいはそれに起因する不安など様々な理由があると考えられる。

そこで、同じ主訴で複数の医療機関を受診する患者の問題点について検討するために、大学病院の中でプライマリ・ケア的医療を担当および教育している金沢大学医学部附属病院総合診療部の新患外来患者について、その主訴および他医療機関受診数について調査し、医療機関受診数とその患者の特性について検討を行った。

2. 方法

対象は、2001年7月から9月までに当総合診療部を受診した新患患者とした。医療機関受診数については、当診療部受診と同じ主訴でこれまで受診した医療機関数について、病院と診療所に分けて自己記入式アンケートを用いて調査を実施した。

主訴の分類はInternational Classification of Primary Care Second Edition(ICPC-2)¹⁾(プライマリ・ケア国際分類)に従った。この分類は、International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem(ICD-10)など疾病・死因に基づく分類よりも、患者の受診理由を分類分析する際に有用であるといわれている²⁾。

分析はICPC-2の大分類(疾患群)および患者の年齢階級(10歳別)と、他医療機関受診数との関係について行った。なお、この期間に診察に関わった医師数は8名であった。また、ICPC-2による分類は1人の担当者が

行った。

3. 結果

対象期間の新患患者の受診者数は421人であった。その中から健康診断、ツベルクリン反応検査および海外渡航のための予防接種希望者を除く342人(男性151人、女性191人)を分析の対象とした。また、他医療機関受診数については、診療所と病院を合計した数を用いた。

新患患者のうち当院初来院者は130人(38%)、以前に来院歴がある者が145人(42.4%)、他科通院中の者が67人(19.6%)であった。年齢階級別では20歳代の受診者が最も多く、次いで30歳代であった(10歳代から80歳代以上までそれぞれ6.1%、25.7%、16.7%、14.4%、14.9%、9.9%、10.8%、1.6%)。

ICPC-2の大分類に基づく主訴分類では、消化器群に関するものが最も多く、次いで神経群、骨格筋群であった(消化器群23.7%、神経群19.0%、骨格筋群12.3%、全身および部位不定群11.1%、呼吸器群8.5%、循環器群7.6%、内分泌・代謝・栄養群5.9%、その他11.9%)。

他医療機関受診数は、受診歴なしが181人(52.9%)、1医療機関が86人(25.2%)、2医療機関以上(複数医療機関受診者)が46人(13.5%)、回答なしは29人(8.5%)であった。複数医療機関受診者のうち男性が16人、女性が30人であった。

受診者数が20人以上あった疾患群について、それぞれの疾患ごとに複数医療機関受診者の割合を検討した。新患受診者に占める複数医療機関受診者の割合は「内分泌・代謝・栄養」群で35.0%と最も多く、次いで「循環器」群で19.2%、「筋骨格」群で12.2%であった(図1)。

*金沢大学医学部附属病院総合診療部

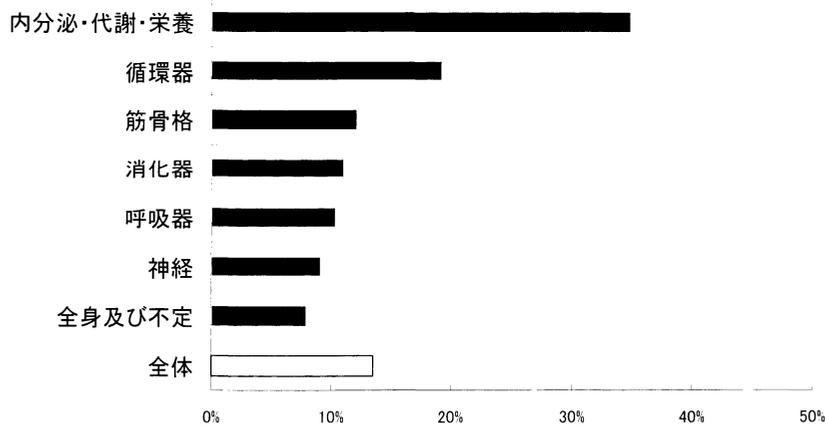


図1 疾患群別複数医療機関受診者の割合

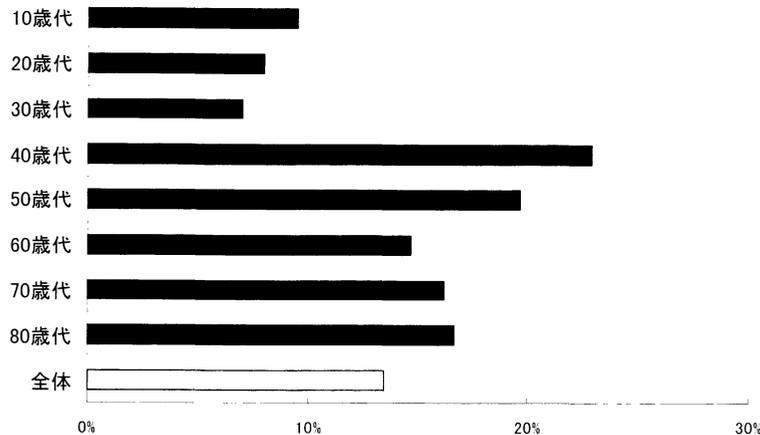


図2 年齢別複数医療機関受診者の割合

また、年齢階級別では、新患受診者に占める複数医療機関受診者の割合が「40歳代」で22.9%と最も多く、次いで「50歳代」で19.6%であった(図2)。また、複数医療機関受診者のうち「内分泌・代謝・栄養」群に関する主訴を有する患者は1人を除いて「40歳代」以上であり、また「循環器」群を主訴とする患者はすべて「40歳代」以上であった。

4. 考察

複数医療機関受診者は女性でその割合が多かった。その理由として、女性の方が健康に不安を感じる割合が大きいこと³⁾、また男性に比べて比較的余剰時間があることなどがその理由として考えられる。疾患群別では、複数医療機関受診者は「内分泌・代謝・栄養」群、「循環

器」群、「筋骨格」群に分類される主訴でその割合が多かった。具体的には「食欲不振」「体重減少」「胸部不快感」「四肢の痛み・しびれ」などがこの中に含まれており、一般に不定愁訴と考えられがちな訴えが多いと思われる。また、年齢階級別では「40歳代」「50歳代」で複数医療機関受診者の割合が多く、この年代から自身の健康に不安を感じる割合が多くなること³⁾、社会的にも健康や医療機関に関する情報を比較的容易に手に入れることが可能な年代であること、また自分で運転ができるなど比較的容易に移動手段を利用できる年代であることが関係していると思われる。

現在の日本の医療システムでは、大きな経済的な負担がなく複数の医療機関の受診が可能である。しかし、医療資源の有効活用や患者負担を考えれば推奨されること

ではない。対象者が46人と少ないため断定はできないが、今回の検討では複数医療機関受診の背景として性別、不定愁訴的な訴え、特定の年齢層と関係があることが示唆された。今後は症例を増やしてさらに患者背景を分析するとともに、医療者側の要因についても検討を行うことが必要であると考えられる。また、かかりつけ医やかかりつけ薬局など情報の共有を含めた医療機関の連携などについても検討し、その防止策について探っていきたいと考える。

文 献

- 1) WONCA International Classification Committee : International Classification of Primary Care Second Edition (ICPC-2), Oxford University Press 1
- 2) 山田隆司, 重本洋定, 和座一弘ほか: プライマリ・ケア医のための疾病分類—International Classification of Primary Care (ICPC). 日本醫事新報 3781 : 37-40, 1996.
- 3) 「平成8年保健福祉動向調査」: <http://www1.mhlw.go.jp/houdou/0906/h0601-1m.html>