

松江生協病院における医療アクセスの障害 要因と社会経済的関連要因の考察 ～救急搬入から入院となった方を対象にした アンケート調査～

眞木高之¹ 宮本恭子² 堀西祐多³ 岩成浩昭⁴
関耕平² 古川康子¹ 福島聡子⁴ 大國将⁴

はじめに

「果たして松江は安心して医療を受けることができる地域になっているのだろうか？」この疑問に答えるべく、松江生協病院に救急搬送され、入院となった方を対象にアンケート調査を行った。

松江生協病院の医師が夜間当直時に救急搬送された患者を経験したことがきっかけだった。「助けてください」と書いた張り紙を、玄関に掲げ続け、訪ねて来た実弟さんがそれを見つけて救急搬送となった。張り紙を貼りはじめて数日後のことだった。介護保険なども知らないという患者であった。

日本の相対的貧困率は13.9%（2015年生活基礎調査）であり、経験した患者も、貧困状態であった。このような経済的状況が医療へのアクセスの公平性を障害していると思われた¹⁾。また、情報からの疎外も医療へのアクセスを妨げている要因になっていると思われた。

全ての人が必要とする医療を受けることができることは、憲法25条に規定された基本的人権であり、現代社会の発展の中でも最も重要視されるゴールの一つである。しかし、医療を必要としながらも何らかの理由で自ら受診を控える受診抑制の実態がある。特に受診を抑制したために、救急搬送される患者は受診抑制の深刻度が最も大きいと考えられる。受診抑制がどれくらいの頻度で起

っているのか、どのような要因で起こっているのか、またどのような属性の人が受診を抑制しているのかなどの情報は、現代日本の医療制度の問題点を考える上でとても重要である。

医療サービスの受診を障害する要因には、①地理的な制約（最寄りに医療機関がなく、交通手段を持たないうえに気軽に頼る人もいないため、医療機関に簡単にかかれぬ、など）、②経済的な制約（受診時の窓口負担の高騰や、保険料滞納による資格保険証による医療費の窓口10割負担など）、③時間的な制約（仕事や育児・介護・家事などが忙しく病院に行く時間がとれないなど）が考えられる。さらに、医療や介護のサービスに関する情報を知らない、という④情報からの隔絶も、医療サービスを受ける上での障害要因になっていると思われる。

これらの要因を緩和する政策はそれぞれ異なり、どのような要因の受診抑制がどのような人々に発生しているか知らなければ、効果的な政策は望めない。しかし、受診抑制の実態まで踏み込んでその内容をデータで確認することは容易ではない。厚生労働省の調査においても、受診したデータは存在するものの、受診しなかったデータは存在しない。近年になって、医療へのアクセスや健康格差が注目されるようになり、ようやく直接的に医療受診について尋ねる調査は増えてきている^{2,3)}。また既存のデータを用いた受診抑制への

1 松江生協病院 2 鳥根大学法文学部 3 鳥根大学医学部生 4 鳥根県民主医療機関連合会

分析も行われるようになった。しかし、独自の調査を行い「受診を控えた理由」まで把握した分析については十分な研究の蓄積はない。

近年 SDH (social determinants of health; 健康の社会的決定要因) の概念も普及してきている。生物的因子だけでなく、学歴、労働環境、教育、貧困、社会的孤立など社会経済的因子が健康に影響しているというエビデンスが蓄積されてきた。元世界医師会長のマイケルマーモット医師は著書「THE HEALTH GAP」⁴⁾の中で次のように述べている。「せっかく病気を治した人々を、なぜその病気にした状況に送り返してしまうのか。もちろん医師は病気を治療するわけですが、医師にはぜひ人々を病気にしてしまう状況にも対応してもらいたいと思っている。」このことから我々医療者は地域住民の健康、暮らしを守るために、これまでのように病院に受診した患者の疾患という結果にだけ目を向けるのみでは不十分である。地域住民の社会的困難さが集約され目に見える形で現れやすい病院において、受診抑制、手遅れ事例など不健康な状態を作り出す社会的要因の把握と分析を行い、行政と共に関わる事が求められてきている。

本調査では、受診抑制による影響の深刻度が最も大きいと予想される救急搬送患者を対象に受診抑制に関する調査を行った。受診状況の患者特性を把握し、受診抑制という医療アクセスから捉えた「社会的排除」の実態を考察することで、すべての人が適切な時期に医療にアクセスできるように病院内でどのような対応が可能であるか検討することを目的として救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査を実施した。

方法

1、対象の概要

松江生協病院は、1950年に開設された松江大衆診療所を前身に、1960年に23床の病院に転換して以来、地域とともに半世紀以上を歩み、まちの中の総合病院として発展してきた。全日本民主医療機関連合会に所属する医療機関として、無差別平等の医療の提供をモットーに展開している。2015

年4月には医療療養病棟を開設して病床数は351床となり、救急・急性期・回復期・慢性期までを担う高機能大規模ケア・ミックスが展開できるようになった。救急機能では市内に5つある救命救急センター・救急告示病院の1つとして二次救急を担い、年間約1,300件、松江市救急搬送の約17%を受入れている。

2、調査方法

(1) 調査データ

本稿で用いる集計データの調査対象件数は、2018年3、4、6、7月の4ヶ月間に、松江生協病院に救急搬送されてそのまま入院となった199件であるが、そのうちアンケートが回収できたデータは、54名(回収率27.1%)であった。

(2) アンケート項目の設定方法

主旨に賛同するメンバーを募り、「病院からはじまるまちづくり研究プロジェクト」(以下PJ)を立ち上げた。PJは、松江生協病院職員、島根大学法文学部教官、島根大学医学部学生、で構成された。PJで、受診抑制を控える要因となる社会背景、特に、健康の社会的決定要因などについて、学習を重ねた。島根県健康推進課の課長から、松江市の貧困の状況などについて講義していただく機会を持った。学生の間では、SHIPSという自主研究サークルを立ち上げ、合宿も行った。これら複数回の学習会とミーティングを踏まえ、アンケート項目を設定した。

(3) アンケート項目(後掲資料1)

最初に、救急搬入されるまで、受診を控えていたかどうかの質問を行い、控えていたと答えた方には、その理由について、選択式と自由記載式で回答を求めた。

それ以外に、受診歴、生活歴について、選択式・記述式併用での回答を求めた。

(4) アンケートの集計方法

- ・救急搬入され入院となった患者全例を対象とした
- ・対象患者を松江生協病院地域連携室においてリスト化し、Excelファイルで管理した
- ・アンケート取得は、入院患者の担当看護師が中心となり、他のスタッフの協力ももらって行っ

た

- ・患者属性情報は、松江生協病院が使用している既存の患者属性シートから、病棟担当事務が抽出した
- ・記載が済んだアンケート用紙は、松江生協病院医療相談室に集中した
- ・記載不備、記載漏れは、医療ソーシャルワーカーと調査研究責任者が、訂正・追記を行った
- ・地域連携室に集まったデータは、最終的に診療情報室に送り、匿名化したうえで、診療情報室で保管した

(5) 倫理的配慮

本研究は松江生協病院の倫理審査委員会の承認を得ている。また、調査協力を依頼する患者に対しては同意書の記載を求めると同時に、調査協力依頼のパンフレットを配布し、その中に個人情報特定されないこと、不利益は発生しないことを明記した。

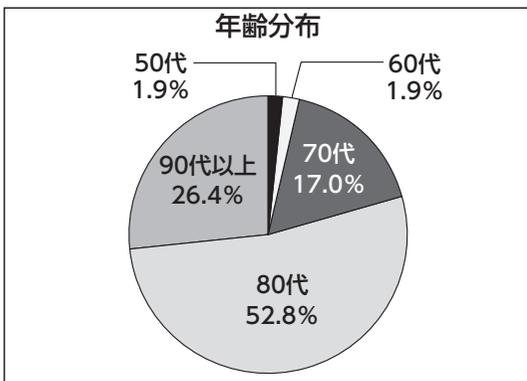
結果

1、全件データ

アンケート収集期間の対象患者は、総数199名。そのうち、アンケート回収数は53名(回収率27.1%)

(1) 年齢分布

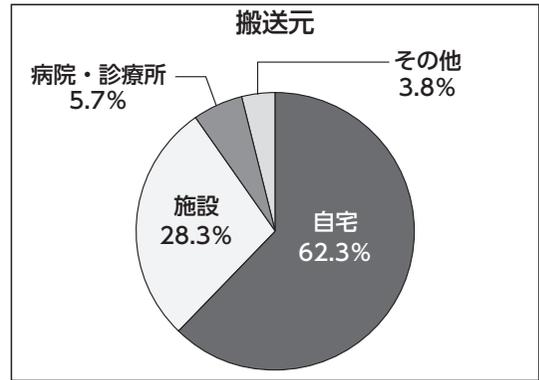
80-89歳が28名と最も多く、90歳以上が14名、70-79歳が9名と、次に続く。70歳以上が、51名、96.2%と、ほとんどが70歳以上の高齢者であった。



(2) 搬送元

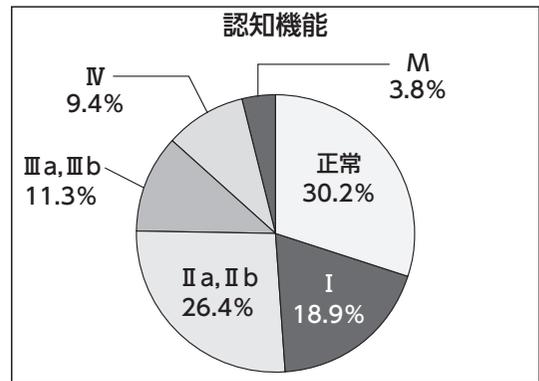
自宅33名(62.3%)、高齢者施設15名(28.3%)と、過半数が自宅からの搬入であった。高齢者施

設の内訳は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、サービス付き高齢者施設、住宅型有料老人ホーム、グループホーム、軽費老人ホームであった。



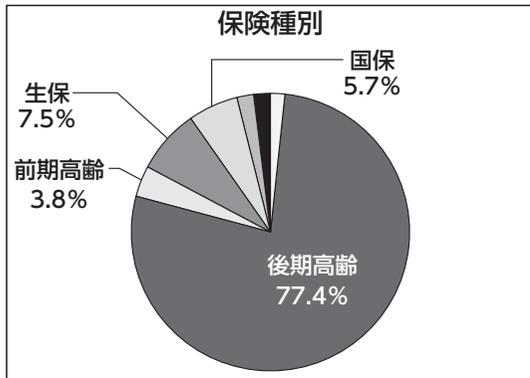
(3) 搬送患者の認知機能

正常 16名(30.2%)、軽度認知症(I)10名(18.9%)、中等度認知症(IIa, b)14名(26.4%)、重度認知症(IIIa, b, IV)11名(20.7%)と、中等度以上の認知症のある方が、47.1%と、ほぼ半数を占めた。



(4) 保険種別

後期高齢 41名(77.4%)、国保3名(5.7%)、生保4名(7.5%)、協会けんぽ1名(1.9%)、組合1名(1.9%)、前期高齢2名(3.8%)と、70%以上が後期高齢で占められていた。

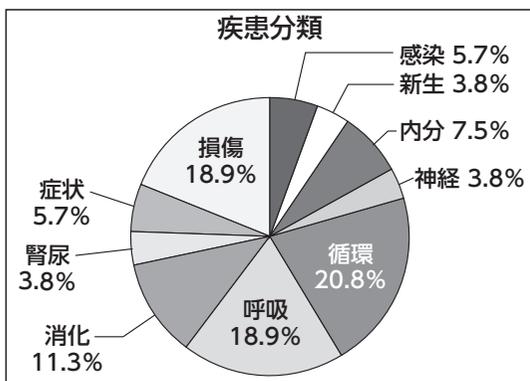


(5) 搬入時刻

8:00-12:00 19名、12:00-16:00 12名、16:00-20:00 11名、と日中に集中しているものの、0:00-4:00 2名、4:00-8:00 5名、20:00-24:00 4名と夜間から深夜、早朝の時間帯にも、全体の約5人に1人が搬入されていることも分かる。

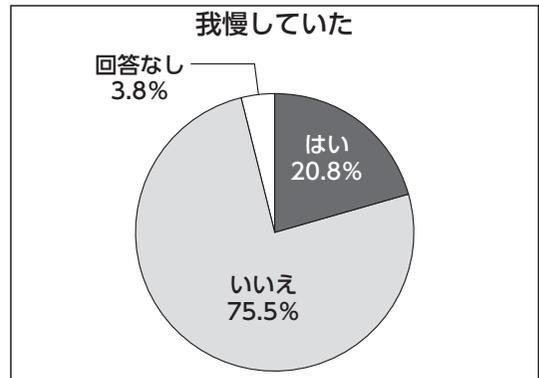
(6) 疾患分類 (ICD10分類による)

「9:循環器系の疾患」11名(20.8%)、「10:呼吸器系の疾患」10名(18.9%)、「19:損傷、中毒およびその他の外因の影響」10名(18.9%)、「11:消化器系の疾患」6名(11.3%)と、内科および整形外科の疾患が上位を占めた。以下、「4:内分泌、栄養および代謝疾患」、「18:症状、徴候および異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの」、「1:感染症および寄生虫症」、「14:腎尿路性器系の疾患」、「2:新生物<腫瘍>」、「6:神経系の疾患」が続く。



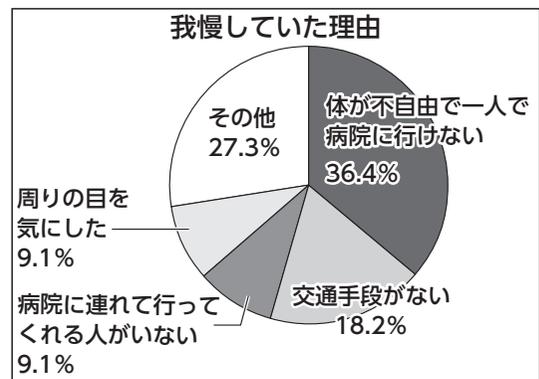
2、受診手控えの背景

(1) 救急搬送されるまで我慢していましたか
「はい」11名(21%)、「いいえ」40名(75%)、「無回答」2名(3.8%)と、5人に1人が我慢をしていた。



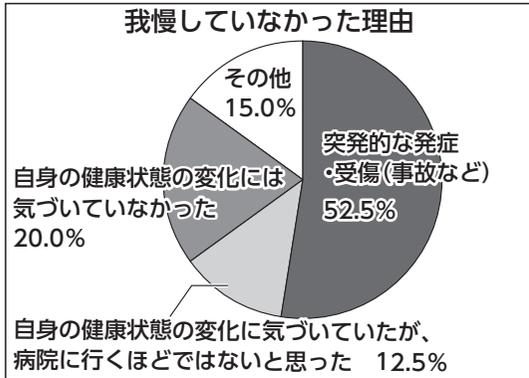
(2) 「我慢していた」に「はい」と答えた人の「理由」

「身体が不自由で一人で病院に行けない」4名、「交通手段がない」2名、「病院に連れて行ってくれる人がいない」1名、「周囲の目を気にした」1名と、自力では医療機関を受診する手段がないことが、理由のほとんどを占めた。



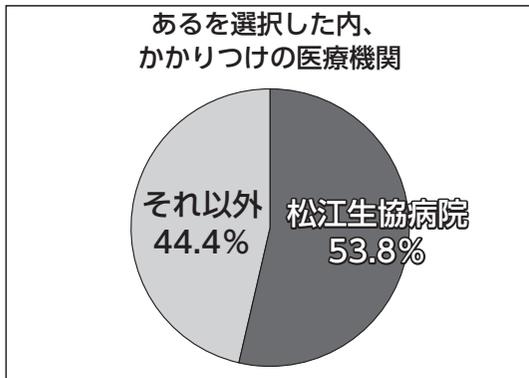
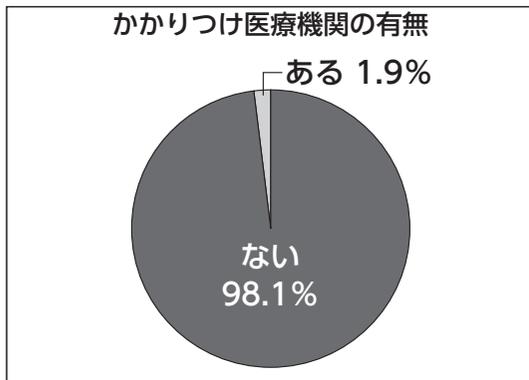
(3) 「我慢していた」に「いいえ」と答えた人の理由

「突発的な発症、受傷」が21名(52.5%)と最も多く、「自身の健康状態の変化には気づいていなかった」が8名(20.0%)、「自身の健康状態の変化に気づいていたが、病院に行くほどではないと思った」という方が、5名(12.5%)であった。



(4) かかりつけ医療機関

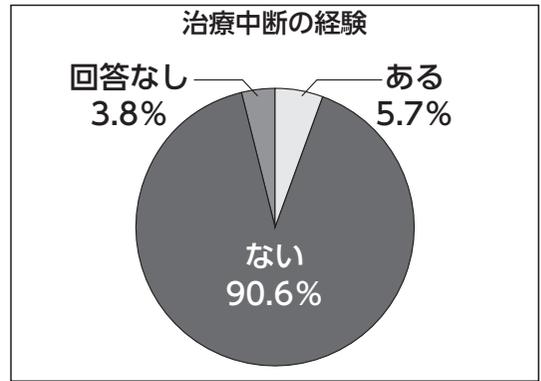
「ある」と回答した方が52名、「ない」と回答した方が1名。「ある」と回答した方のうち、「松江生協病院」をかかりつけとしている方が28名、「それ以外」24名であった。救急搬入から入院となった方のほとんど全てが、かかりつけ医療機関を有している、との回答であった。



(5) 治療中断歴

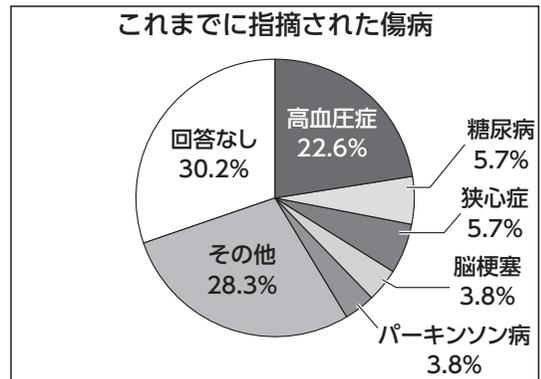
「なし」48名(90.6%)、「ある」3名(5.7%)と、治療中断歴がないと回答された方がほとんど

であった。



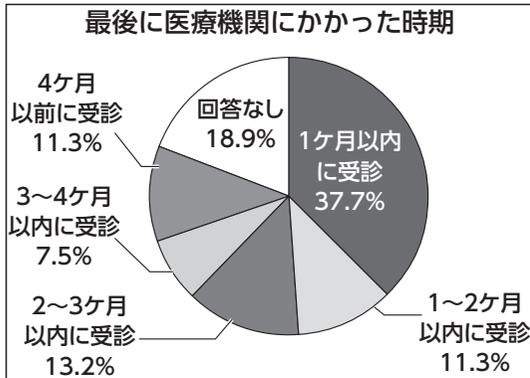
(6) これまでに指摘された傷病

回答数が多かった順は、「高血圧症」22.6%、「糖尿病」5.7%、「狭心症」5.7%、「心不全・弁膜症」8%、「パーキンソン病」3.8%、「脳梗塞」3.8%、であった。



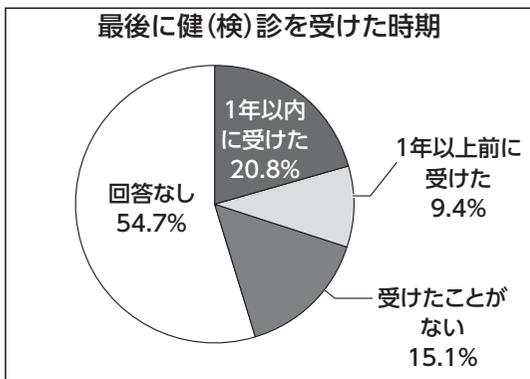
(7) 最後に医療機関にかかった時期

救急搬入前1ヶ月以内に医療機関を受診していた方が20名(37.7%)と最も多く、1～2ヶ月以内が6名(11.3%)、2～3ヶ月以内7名(13.2%)、3～4ヶ月以内4名(7.5%)、4か月より以前に受診6名(11.3%)であった。回答者43名のうち、10名(23.2%)が、救急搬入前3ヶ月以上、医療機関を受診歴がなかった、ということになる。



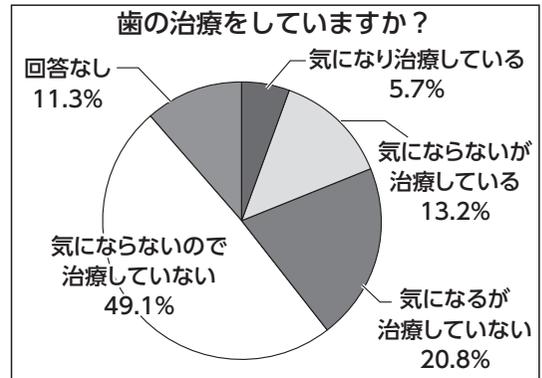
(8) 健（検）診を受けた時期

救急搬入前1年以内に健（検）診を受けていた方は11名、1年以上前に受けていた方は5名、受けたことがない8名、回答不備・回答なしが29名であった。回答があった24名のうち、1年以内に健（検）診を受けていた方は10名で、1年以上にわたり健（検）診を受けていなかった方が14名（58%）にのぼっていた。



(9) 歯の状態・歯の治療歴

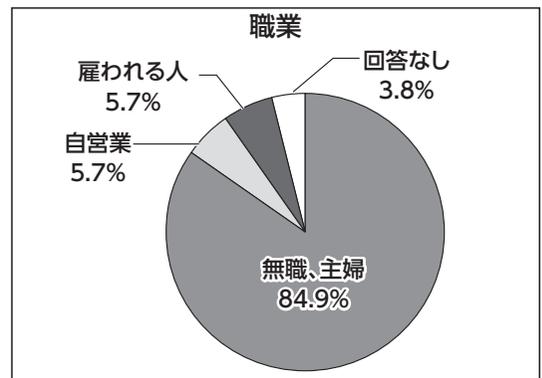
「歯の状態で気になることがなく、治療歴もない」方が26名（49.1%）、「気になるが、治療歴がない」方が11名（20.8%）、「気にならないが、治療歴がある」方が、7名（13.2%）、「気になっていて、治療歴がある」方が3名（5.7%）であった。治療歴がないという方が、37名（69.9%）で、気になっても治療を受けてない、という方も20%を占めた。



3、社会的孤立度の状況、生活状況

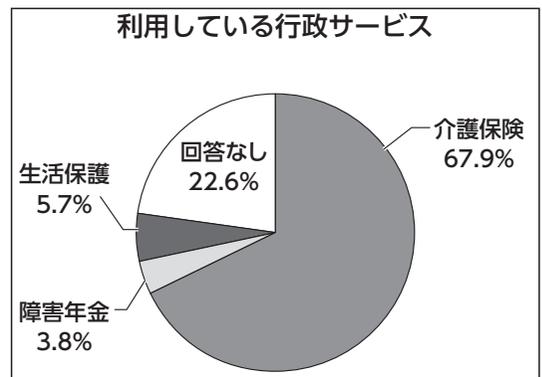
(1) 職業

無職・主婦45名（84.9%）、自営業3名（5.7%）、正社員3名（5.7%）で、ほとんど無職の方であった。



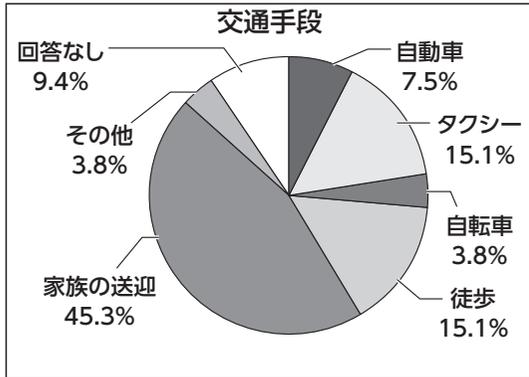
(2) 利用している行政サービス

介護保険36名（67.9%）、生活保護3名（5.7%）、障害年金2名（3.8%）、回答なし12名（22.6%）



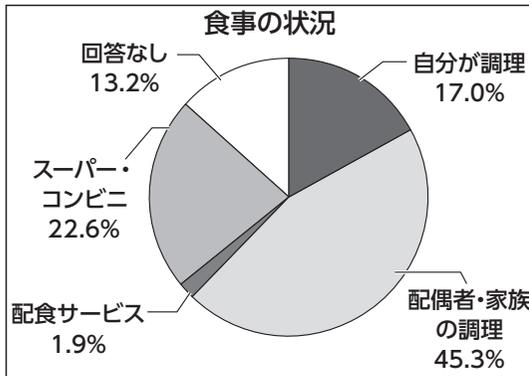
(3) 交通手段

「送ってもらう」24名(45.3%)、「徒歩」8名(15.1%)、「タクシー」8名(15.1%)、「車」4名(7.5%)、「自転車」2名(3.8%)と、自力での交通手段を持っていない方が32名(60.4%)にのぼっており、公共交通機関を利用している方は、一人もいなかった。



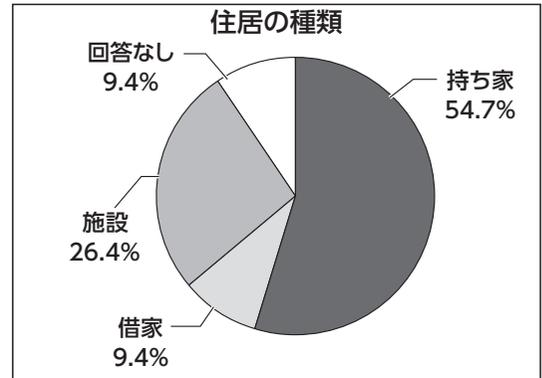
(4) 食事

「家族が作ってくれる」24名(45.3%)、「自炊」9名(17%)、「配食」1名、「スーパー・コンビニ」12名、「回答なし」7名、という結果であった。食事面で、行政サービスを利用する方は、ほとんどいない結果であった。



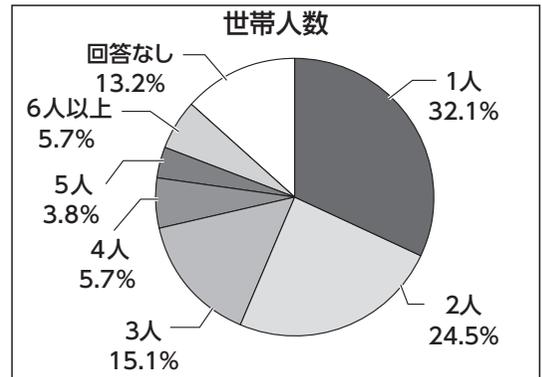
(5) 住まい

「持ち家」29名(54.7%) (内訳:本人名義15名、家族名義14名)、「施設」14名(26.4%) (内訳:有料老人ホーム6名、特養5名、老健2名、高齢者住宅1名)、「借家」5名(9.4%) (内訳:賃貸3名、社宅:2名)、「回答なし」5名、という結果であった。持ち家の方が過半数を占めていた。



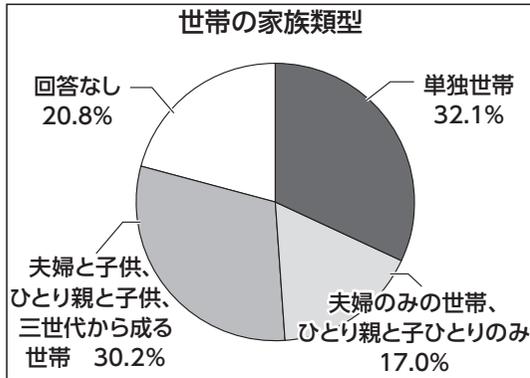
(6) 世帯人数

「1人」17名(32.1%)、「2人」13名(24.5%)、「3人」8名(15.1%)、「4人」3名(5.7%)、「5人」2名(3.8%)、「6人以上」3名(5.7%)、「回答なし」7名、と単身世帯と二人暮らし世帯で、56.6%と、過半数を占めていた。



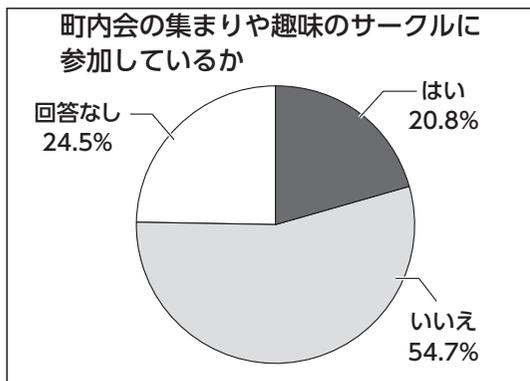
(7) 世帯の家族類型

「単身世帯」17名(32.1%)、「夫婦のみの世帯、ひとり親と子ひとりのみ」9名(17.0%)、「夫婦と子ども、ひとり親と子ども、三世代からなる世帯」16名(30.2%)、という結果であった。



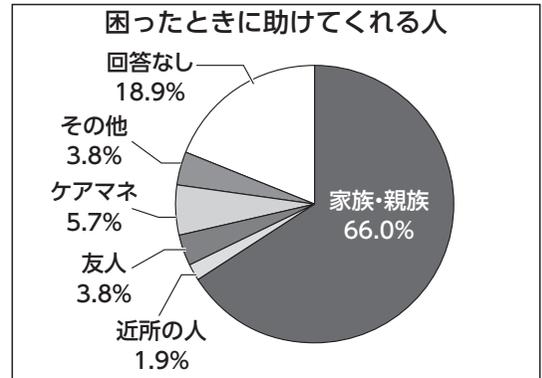
(8) 町内会の集まりや趣味のサークルに参加していますか？

「はい」11名(20.8%)、「いいえ」29名(54.7%)、「回答なし」13名(24.5%)、という結果で、社会参加の機会がほとんどない実状が見て取れる。



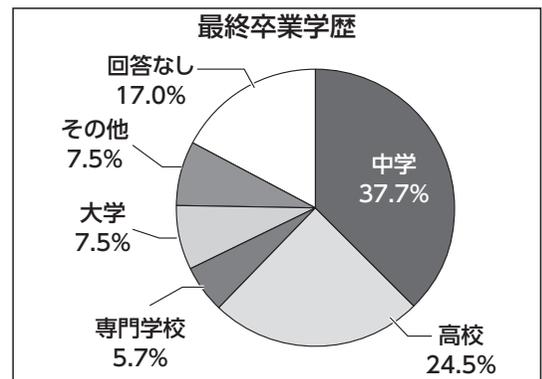
(9) 困ったときに助けてくれる人

「家族・親族」35名(66.0%)、「ケアマネジャー」3名(5.7%)、「友人」2名(3.8%)、「近所の人」1名(1.9%)、「その他」2名(3.8%)、「回答なし」10名(18.9%)。「家族・親族」が圧倒的に多く、行政サービスが、困ったときの一番の助けにはなっていないことが、読み取れる。



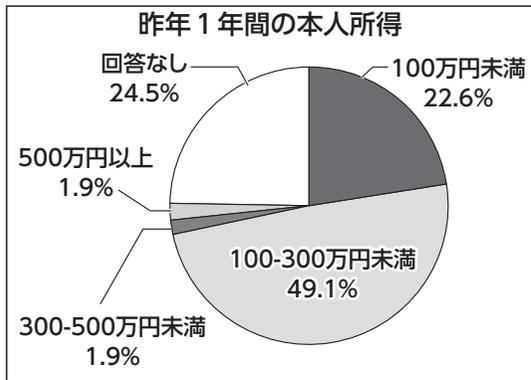
(10) 最終学歴

「中学」20名(37.7%)、「高校」13名(24.5%)、「大学」4名(7.5%)、「専門学校」3名(5.7%)、「その他」4名、「回答なし」9名、という結果で、後期高齢の方が青年だった時代を反映していると思われる。



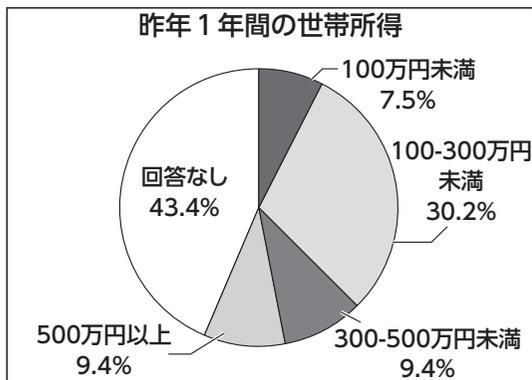
(11) 本人所得

「100-300万円未満」26名(49.1%)、「100万円未満」12名(22.6%)、「300-500万円未満」1名(1.9%)、「500万円以上」1名(1.9%)、「回答なし」13名(24.5%)と、300万円以下の所得の方が多数を占めていた。



(12) 世帯所得

「100-300万円未満」16名(30.2%)、「300-500万円未満」5名(9.4%)、「100万円未満」4名(7.5%)、「500万円以上」5名(9.4%)、「無回答」23名(43.4%)、という結果で、無回答が最も多かったが、回答した中では、300万円以下が多数を占めていた。



考察

アンケートの結果では、救急搬入から入院となった方の5人に一人が受診を抑制していたことになるが、その方々が適切な時期に受診できていれば、重症化も防げた可能性がある。調査前当初、受診抑制の要因は保険証がない、受診するための医療費がない、などの経済的理由が多いと想定していた。¹⁾しかし、アンケートの結果からは、「交通手段がないこと」、「頼る人の有無」「独居という世帯形態」が主な受診抑制理由として挙げられた。これは言い換えると「社会的孤立」が医療機関への受診を困難にしていると言える。冒頭であ

げた患者も身寄りがない独居患者であった。

「交通手段」に関して、今回の調査対象のほとんどが70歳以上であり、高齢者ドライバーの交通事故は後をたたず自動車免許の自主返納の是非が問われる今日である。しかし、このことが高齢者の受診抑制につながっている可能性も考慮し、高齢者が日常的に使用できる安価な公共交通機関の整備を検討することが重要ではないか。

「頼る人の有無」「独居という世帯形態」に関して、困ったときに助けてくれる人はほとんどが家族であり、ケアマネジャーや民生委員と回答した人がほとんどいなかった。今回の調査では同居の家族、近くに住む家族、県外に住む家族なのかは検証できておらず今後の課題である。だが県外で暮らす家族が増えていることが想像できることから、何かあった時にすぐに駆け付けてくれる方がいない場合が相当数あることが予想される。松江市の独居世帯は34.5%（平成27年国勢調査世帯構造等基本集計）にのぼる。ここを補う意味でケアマネジャー等、行政職が社会的孤立にかかわることが今後一層求められるだろう。社会的孤立を防ぐための居場所作りが各地で行われてはいるが、今回のアンケート結果からは町内会や趣味のサークルへの参加率の低さが目立った。このことから社会的孤立を予防できるような有効な居場所作りがなされていない可能性がある。加えて、子供、孫の若い世代が地元で定職につき、安心して子育てができる環境を作るまちづくりが重要であり、それが高齢者の社会的孤立の予防、ひいては高齢者の自己肯定感にもつながるのではないだろうか。

結語

今回の調査は、件数が少なく、また松江生協病院という一医療機関のみでの調査に過ぎない。こういった制限がある調査の結果を一般化することは困難ではあるが、受診抑制の要因に社会的孤立が関与している可能性は大いにあると思われた。今後行政や他医療機関と協力し、松江圏域における受診抑制の要因や属性について調査し、すべての人が適切な時期に医療にアクセスできるよう、一医療機関としても何ができることを課題として

いきたい。

謝辞

本研究にご協力いただいた、島根大学法文学部講師関耕平先生はじめ、島根大学医学部学生、松江生協病院職員の皆様に、心より感謝申し上げます。

利益相反

著者は、開示すべき利益相反はない

- 1) 阿部彩 (2013) 「誰が受診を控えているのか：J-SHINE を使った初期的分析」一橋大学機関リポジトリ HERMES-IR
- 2) 菅万里、「社会経済的階層による健康格差と老人保健制度の効果—全国高齢者パネルを用いた試作的研究」『世代間問題研究プロジェクト「世代間問題の経済分析」』308、2007
- 3) 村田千代栄他、「地域在住高齢者の所得と受療行動の関連」『第18回日本疫学会学術総会講演集』130、
- 4) Michael Marmot (2017) 「健康格差」栗林寛幸訳、日本評論社

文献

- ・ The Social Medicine of old Age (1948) Joseph Harold Sheldon (イギリス) スープの冷めない距離 高齢者の社会医学

- ・ The Family Life of Old People, An Inquiry In East London (1957) Peter Townsend (イギリス) 邦訳 居宅老人の生活と親族網—戦後東ロンドンにおける実証的研究 山室周平監訳 垣内出版1974
- ・ 貧困と医療 ～無料低額診療制度から見えたもの～石田瞳 他
- ・ Health literacy The solid Facts
- ・ Health literacy and health behaviour
- ・ SOCIAL DETERMINANCE OF HEALTH THE SOLID FACTS Second Edition
- ・ 医療費に係る未収金発生に関する研究 宮本恭子
- ・ 平成29年度圏域別地域公聴会資料 (松江圏域)
- ・ 老人に冷たい国・日本「貧困と社会的孤立」の現実 光文社新書
- ・ 未収金に関するアンケート調査報告 (厚労省保険局)
- ・ 「医療・介護現場から見える貧困調査」第3弾
- ・ 貧困と医療—無料低額診療制度から見えるもの
- ・ 「医療のアクセス障壁」実態分析への接近と状況把握について 松田亮三 いのちとくらし研究所報 第59号
- ・ 高齢者総合機能評価 国立長寿研究センター 鳥羽研二

※全体報告は、松江保健生活協同組合・病院からはじまるまちづくりプロジェクト『病院からはじまるまちづくり プロジェクト報告集』(2020年6月)として発行されている。