

病院外来患者の構造と行動分析

— 5 年間にわたるフォロースタディー —

長谷川万希子* 藤崎和彦** 近藤正英***

The analysis of outpatient structure and illness behavior in medical care : five year follow study

Makiko Hasegawa : Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

Kazuhiko Fujisaki : Department of Hygiene, Nara Medical University

Masahide Kondo : Faculty of Medicine, The University of Tokyo

We made an investigation of outpatient's illness behavior at an internal clinic in a community hospital. The objectives are to figure the proportion of the patient under the necessity of receiving regular outpatient treatment due to chronic diseases, to grasp the continuity of their regular treatment, and to determine the factors related to the continuity.

The hospital has about 250 beds and 600 outpatients on average in a day (internal medicine 300 ; surgery 150 ; others 150). The target was all patients visiting a certain physician's clinic in five years (March, 1988 to June, 1993), which amounts to 3,387 patients and 11,108 encounters.

The analysis is as follows. I) Figuring the proportion of the patient under the necessity of receiving regular outpatient treatment due to chronic diseases through medical judgment by the physician in charge. II) Examining the continuity of the patient's regular treatment every six months. III) Assessing the influence of the change of consultation hours or days on the continuity of the regular treatment. IV) Investigating the drop-out cases focusing on the reason and the access to the other physician or medical institution.

* 東京都老人総合研究所社会学部門 ** 奈良県立医科大学衛生学教室 *** 東京大学医学部保健社会学教室

The proportion of the patient under the necessity of receiving regular outpatient treatment due to chronic diseases is 10.5%(354) of all patients and 52.7%(5850) of all encounters. Of these 354 patients, 19.2% continue to receive regular outpatient treatment at the same physician's clinic. 61.6% visit the other physician or medical institution (48.9% with referral ; 12.7% without referral). 6.8% leave off medical treatment. 8.5% are on the other course. Of the patients with referral, 83.8% are referred to a specialist for treatment in the same hospital.

The influence of the change of consultation style, hours or days, on the continuity of patient's regular treatment seems to be small. Of the patients who quit to visit the physician's clinic, many are found to access to the other physician or medical institution. This study contributes to the future study in the field of health behavioral science through presenting basic data on the proportion of patients suffering from chronic diseases and the state of their continuous access to medical treatment at an internal clinic in a community hospital.

キーワード

受療行動 illness behavior 行動分析 behavioral analysis

医師—患者関係 doctor-patient relationship

患者満足度 patient satisfaction

フォロースタディ follow study

I はじめに

21世紀を目前にひかえ、わが国における人口の年齢構成はますます高齢化が進み、数年内に老年人口が年少人口を上回るという状況にある。高齢者人口の増加に伴い、医療機関への受療率は上昇し、受療者に占める慢性疾患患者の割合も今後より一層高くなっていくと考えられる。このような状況において患者の受療行動に注目し、受療者の疾病構造や慢性疾患患者の受療の実態を把握することはきわめて重要な課題である。

しかしながら患者の受療動態については、今まで医療提供者の側からはもっぱら医療圏という概念でとらえられてきていて¹⁻⁴⁾、受療した患者に占める慢性

疾患患者の割合や受療継続状況に関して実態をとらえた研究はほとんどなされてきていない。医療圏の概念では、対象となっている医療機関から転院（紹介状を持たずに同一の疾病の治療を目的として他の医療機関に受療すること）した患者や、受療中断した患者の構造を明らかにすることは難しい⁵⁾。

一方、特定できる住民を対象として心身の不調と対処行動についてとらえる方法としては、健康日記を用いる研究が一部で行われてきたが⁶⁻⁸⁾、これらの研究方法によっても、医療機関に受療した者について医学的な立場からの受療必要性の判断や、その後の受療継続状況についてはほとんど調べられてこなかった⁵⁾。

本研究では、現在までの受療行動研究の方法論によっては把握し難かった患者の受療動態を明らかにするために、一般病院内科外来を受療した患者について疾病構造を調べ、慢性疾患のために継続的受療が必要な患者の割合と受療継続状況、受療継続に関連する要因を明らかにすることを目的として調査を行った。

II 方 法

病床数250床規模の一般病院（1日平均外来患者数約600名：内科約300名，外科約150名，その他約150名）の内科外来において5年間の患者の受療状況を調べた。1988年3月から1993年6月までの5年3か月間に、調査協力者であるA医師の外来診療に訪れた全患者（3,387名，延べ数にして11,108名）を対象として分析を行った。

分析方法は以下のとおりである。

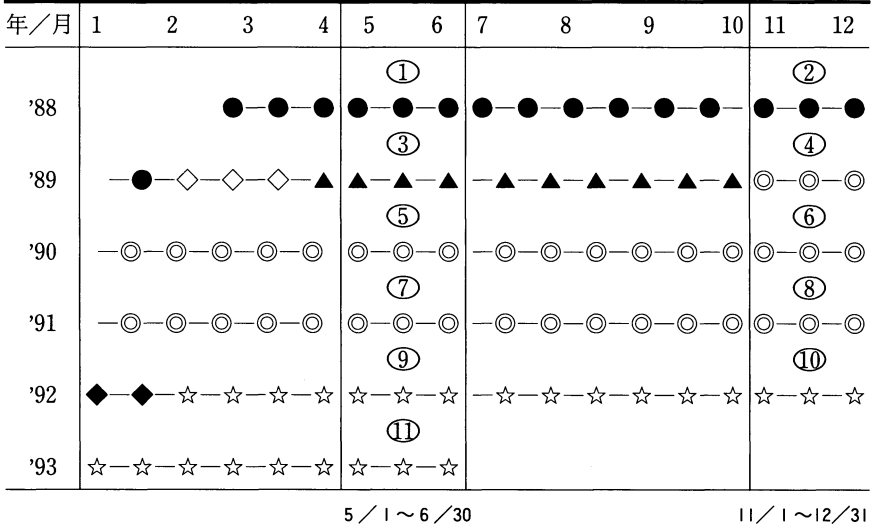
i) 慢性疾患のため継続的受療が必要な患者の割合を、継続的投薬・治療を必要、および定期検査によるチェックを必要とする者という基準で、主治医の医学的判断により調べた。

ii) 全調査期間のうち各年の5月1日から6月30日までの2か月間と11月1日から12月31日までの2か月間を受療継続状況確認ポイントと定め、①～⑪ま

での約6か月ごとの11のポイント各々における受療患者について、その後の受療継続状況を調べた(図1)。

iii) 医師の診療形態の変化による受療動態への影響を明らかにするために、外来診療曜日や時間帯等の変化と患者の受療継続への影響を調べた。

iv) 受療を中断した患者の受療中断理由と他の医師・医療機関への受療状況



診療日および時間帯

記号	診療コマ数	診療時間帯(曜日)					
		午前				夜	
		月	火	水	金	火	金
●—●	3			□			■
◇—◇	3	□	□				■
▲—▲	3	□	□			■	
◎—◎	2				□		■
◆—◆	0	休診					
☆—☆	1				□		

各記号で表す期間の診療時間帯・曜日を、□(午前の診療コマ)および■(夜の診療コマ)で示した。

図1 慢性疾患患者の受療継続状況確認ポイント

を電話調査により調べた。

III 結 果

1. 患者の構造

長期にわたる継続的受療が必要な患者の割合は、実数にして患者全数の10.5% (354名) で、延べ人数では52.7% (5850名) であった (表1)。

継続的受療が必要な患者のうちA医師への受療継続患者は19.2%、他の医師・医療機関に受療した患者は61.6% (紹介あり48.9%、なし12.7%)、治療せずに放置した患者は6.8%、その他が8.5%であった。

他の医師に紹介した患者173名のうち、83.8%は専門的治療等を目的として同病院内で、同科および他科の医師に紹介されていた (表2)。

2. 診療形態の変化による患者の受療継続状況への影響

全調査期間のうち、①～⑪までの約6か月ごとの11のポイント各々における受療患者について、その後の受療継続状況を調べた結果、医師の診療コマ数は

表1 5年間に受療した全患者の分類

		対象患者実数	対象患者延べ数
療 (A) A 医 師 へ の 長 期 的 受 療 必 要 と し な い 患 者	1. 1回の受療で十分	1504 (44.4)	1931 (17.4)
	2. 同診療科の他の医師の患者を、た またま診療	865 (25.5)	1524 (13.7)
	3. 数回の受療継続で十分	304 (9.0)	994 (8.9)
	4. 検診、人間ドック	320 (9.4)	364 (3.3)
	5. 転居	2 (0.1)	10 (0.1)
	6. 不明	38 (1.1)	435 (3.9)
(B) 慢性疾患のため長期的な受療継続が必要な患者		354 (10.5)	5850 (52.7)
計		3387 (100.0)	11108 (100.0)

(%)

表2 慢性疾患のため長期的な受療継続が必要な患者の分類

同一の医師に継続して受療	継続して来院し、同一の医師に受療している	68	(19.2)
他の医師・病院へ受療	同病院の他の医師に受療 (紹介あり)	145	(41.0)
	同病院の他の医師に受療 (紹介なし)	21	(5.9)
	他の病院・診療所で受療 (紹介あり)	28	(7.9)
	他の病院・診療所で受療 (紹介なし)	24	(6.8)
治療せず放置	受療中断後、他の病院・診療所にも受療していない	24	(6.8)
その他	不明	18	(5.1)
	転居	6	(1.7)
	死亡	6	(1.7)
計		354	(100.0)
		(人)	(%)

表3 慢性疾患患者の受療継続状況

(人)

医師の診療日・時間帯変更 継続状況確認ポイント (11ポイント)	変更1		変更2		変更3						
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
患者実数	65	72	97	84	85	74	100	93	61	53	55
各ポイント間で受療中断した患者数*	-23	-19	-31	-21	-25	-11	-25	-46	-15	-13	
各ポイント間で受療開始した患者数**	+30	+44	+18	+22	+14	+37	+18	+14	+7	+15	

変更1 ②と③のポイント間で、3コマの診療のうち2コマが、同時時間帯の他の曜日に順を追って変更になった。

変更2 ④のポイントに入った直後に3コマの診療が2コマに減り、なおかつそれ以前の診療曜日とはまったく異なる曜日に変更になった。

変更3 ⑧と⑨のポイント間で、50日間の休診をはさんで2コマの診療が1コマに減った。

* 各ポイント間で受療中断した患者数：一時中断および完全中断

** 各ポイント間で受療開始した患者数：新規患者および一時中断後再受療した患者

変化せずに診療曜日のみの変更が2回続いた②と③のポイント間では、急激な患者数の減少はみられなかった(表3)。逆にこのポイント間では、患者数の増加がみられたが、この内訳を詳細に調べてみると新規患者が多いことがわかった(表5)。

診療コマ数の変化による患者数への影響をみてみると、診療コマ数が減った③と④のポイント間では患者実数が減少していた。

同様に診療コマ数が減り、かつ他の曜日にも同時時間帯の診療を行わなくなったことと、1.5か月の休診があった⑧と⑨のポイント間では患者実数が急激に減少していた(表3)。

各ポイント間で受療中断した患者の内訳を詳しくみてみると、③と④のポイント間からその後半年間にかけて他の医師・病院へ紹介した患者が増加していた。⑧と⑨のポイント間でも同様な結果が得られた。

3. 一時中断しながら受療継続している患者

各ポイント間で受療中断している患者の内訳をみると、受療継続状況を確認したポイントでは受療中断しているようにみえても、3か月以上の間隔において再度受療している患者が少なからずいることがわかった(表4)。

4. 受療中断理由

医師の紹介を得ずにA医師への受療を中断した患者のうち、同病院の他の医師に受療している患者を除いた78名に対して電話調査を行い、A医師への受療中断理由とその後の受療状況を調べた。

a. 他の病院・診療所に受療した患者

他の病院・診療所に受療した24名のうち20名から詳しい情報を得た(表6)。転居以外の地理的理由をあげた5名のうち3名は、初めて受療した当初から比較的遠距離から通院していたが、長期にわたる通院には地理的に不都合が多いというケースであり、残り2名は勤務時間の調整が難しいケースであった。

薬・治療法に関する要因をあげた3名のうち2名は専門病院と大学病院に転

表4 慢性疾患患者の受療継続状況——各ポイント間で受療中断した患者の内訳 (人)

医師の診療日・時間帯変更		変更1			変更2			変更3				
継続状況確認ポイント (11ポイント)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
各ポイント間で受療中断した患者数		23	19	31	21	25	11	25	46	15	13	
内訳	一時中断	6	5	12	4	9	2	4	2	9	11	
	他の医師・病院へ(紹介あり)	9	7	10	11	5	4	12	34	3	0	
	他の医師・病院へ(紹介なし)	5	5	5	4	7	4	6	5	2	0	
	中断後まったく治療せず放置	1	1	2	2	4	1	1	3	1	0	
	転居	1	0	1	0	0	0	1	1	0	2	
	死亡	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	

表5 慢性疾患患者の受療継続状況——各ポイント間で受療開始した患者の内訳 (人)

医師の診療日・時間帯変更		変更1			変更2			変更3				
継続状況確認ポイント (11ポイント)		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
各ポイント間で受療開始した患者数		30	44	18	22	14	37	18	14	7	15	
内訳	新規患者	29	41	14	10	10	21	12	9	3	14	
	一時中断後再受療	1	3	4	12	4	16	6	5	4	1	

表6 医師の紹介なしに他の病院・診療所へ受療した患者の分類 (N=20) (人)

1. 転居以外の地理的理由により受療中断	5
2. 薬, 治療法に関する要因により受療中断	3
3. なんとなく行きはぐれて, そのまま受療していない	1
4. 転院したが, 転院先の病院も受療中断	3
5. その他	8

院していた。残り1名は、糖尿病と高血圧で投薬処方を受けていたが、血糖値の検査のために受療時毎に採血されていたことに関してその目的を理解しておらず、採血理由と採血結果に関して説明されなかったことと、待ち時間が長かったことを理由に転院した。

転院したが転院先の病院も受療中断していた3名は、いずれも主観的に調子が良好なことと仕事が多忙なことを理由にあげていた。

その他の8名のうち3名は調査対象病院の系列診療所に通院していて転院したという自覚はなかった。

b. 治療せずに放置している患者

A医師への受療中断後、他の医療機関には受療せずに完全に治療を放置している患者24名のうち17名から詳しい情報を得た(表7)。「なんとなく行きはぐれてそのまま通院していない」と回答した者と、「比較的調子が良かったから」と回答した者のうち3名は、治療を中断しているという自覚がなかった。また、「比較的調子が良かったから」と回答した者のうち2名は完治したと主観的に認識していて、同じく1名は医師から継続的治療の必要性を説明された自覚がなかった。

薬・治療法に関する要因をあげた患者の2ケースを以下に示す。

ケース1：医師と病院が気に入って、糖尿病の治療のためにずっと通院していた。ある時、下痢の治療のために受療して「注射をしてほしい」と頼んだが、注射をしてもらえなかった。翌日下痢の症状が治まらず、同病院の救急外来に

表7 受療中断後まったく治療せずに放置した理由

(N=17) (人)

1. なんとなく行きはぐれて、そのまま受療していない	2
2. 比較的調子が良かったから	8
3. 薬, 治療法に関する要因	2
4. 忙しい, 時間帯が合わない	3
5. その他	2

※ 1. 2. のうち3名が、治療を中断している自覚がない

※ 2. のうち2名が、完治したと思っている

※ 2. のうち1名が、継続的治療が必要と医師から説明された自覚がない

訪れた。当日の当直担当医が診てくれたが、その医師も注射をしてくれなかった。その後すぐ近所の医院に受療したら、注射してもらい下痢が治まった。それ以降、以前から受療していた病院がいやになった。

ケース2：糖尿病で治療を受けていたが、血糖コントロールのためにインスリンの投与が必要と説明され、入院するように医師から勧められた。一生インスリンを使い続けなければならなくなることへの恐怖心から、受療をやめた。（この患者にはその後も数回、主治医から病状と治療方針の説明、および継続的受療の必要性が電話で伝えられているが、受療中断したままである。）

IV 考 察

調査対象となった患者の構造をみると、全患者のうち長期受療継続が必要な患者が、延べ人数で52.7%もいることがわかった。一般病院の内科外来において慢性疾患患者の割合が延べ数にして半数以上もいるということから、慢性疾患における疾病・病態管理の重要性を考えると、慢性疾患患者の受療動態に関して今後より詳細な研究がなされる必要性が高い。

受療継続が必要な患者のうち同医師に長期にわたって受療継続した患者は19.2%にとどまり、48.9%の患者は他の医師・医療機関に紹介されていた。その中でも同病院内での紹介は約85%であり、慢性疾患患者の受療継続を促す要因として、複数医師、複数診療科による診療がなされる病院外来の利点が指摘できる。逆に言えば病院内で相互に患者紹介や情報交換がスムーズにできるような、スタッフ間、診療科間の連携が重要になる。

診療形態が変化することによる患者の受療継続への影響については、以下のことが考えられる。

医師の診療コマ数は変化せずに診療曜日のみの変更が2回続いた②と③のポイント間では、急激な患者実数の減少はみられず、逆にこのポイント間では新規患者が増加したために患者実数が増加していた。これに関しては、診療曜日変更前の患者で変更後の診療曜日に受療可能な患者を受療し続けるうえに、変

更後の新しい診療曜日に受療した患者を新規に担当するため、担当患者実数の増加に反映したと解釈できる。またこのポイント間では、午前と夜の時間帯の診療が、ともに水曜日以降の診療から火曜日の診療に変更されていた。対象病院では日曜日が休診日にあたるため、週明けの月・火の診療曜日に受療する患者数が相対的に多いので、その影響が患者実数の増加に表れていると考えられる。

診療コマ数が減った③と④のポイント間での患者実数の減少と、診療コマ数が減り他の曜日の同時時間帯の診療コマがなくなったうえに、1.5か月の休診があった⑧と⑨のポイント間での患者実数の急激な減少については、どちらも同様の主治医の対応が背景にみられた。つまり、これらの2つの例では、主治医が積極的に他の医師・病院に患者を紹介して、診療コマ数の減少と診療曜日の変化に対応していた。

このように、病院や主治医側の都合で診療形態が変化する場合には、医師の側から積極的に患者の整理・紹介を行うことが、患者の完全な治療中断や、紹介状を持たずに転院することを防ぐために有効であろう。また、紹介状を積極的に作成する姿勢を医師が示すことによって、病院の機能や専門性を考慮せずにいきなり大学病院に受療するような患者の割合を減らしていくことに貢献できる可能性もある^{9,10}。

診療曜日・時間帯・コマ数が変更される場合には、曜日が変わっても時間帯は変化しないように配慮したり、同診療科の他の医師へ紹介しながら段階を追って徐々に診療コマ数を減らす等の努力が、患者の受療継続を促すうえで効果的であると思われる。

次に、受療中断して同病院に受療しなくなった患者について以下に考察を加える。同系列診療所に転院していて転院した認識がなかった患者が3名いたが、これらの患者ではかかりつけの医師（主治医）に受療しているというよりも、かかりつけの病院に受療しているという意識が強いと思われる。このような認識の患者がどの程度の割合でいるのかといった点に関しても、実態を明らかにする研究が今後必要と考えられる。また、このようにかかりつけの病院に受療

しているという意識の患者にも対応できるように、系列病院・診療所間での患者情報の交換ができるような工夫が病院管理・病歴管理の視点からも重要であろう。

受療中断後に転院した者についてみると、転院理由として時間的要因や通院距離をあげている者が少なからずいた。遠距離からの通院者や就業時間のやりくりが難しい患者に対しては、今後長期にわたって受療継続が必要になること、それをふまえたうえで同病院に通院し続ける意志があるか否か、近医へ転院したい意向があるかどうか、しばらく通院してみて状況をみながら転院希望がでてきた場合には、紹介状を作成して対応する意志があること等をあらかじめ説明することも必要ではないだろうか。

転院した患者の中に、転院先の病院も受療中断していた者が3名いた。転院先の医療機関からさらに別の医療機関に受療するというように、医療機関を転々とする患者についての実態は、わが国ではあまり明らかになっていない。しかし、本調査結果をみると対象病院から2回以上転院した患者はいないため、一般病院外来患者の中で複数回転院をする患者の割合は比較的少ないと考えられる。

治療中断後転院する患者と同様に、まったく治療せずに放置してしまう患者についても、患者の受療行動を調べていくうえで見逃せない。むしろ、医療の立場から最も注意を払うべき患者は、まったく治療せずに放置してしまっている患者であろう。このような患者の中には、本調査結果からも明らかのように、本人は主観的に完治したと感じている患者もいる。このような患者に対してどのように対応していったらいいのだろうか。医療の利用者の立場からすると、またセルフケアの視点からも、必ずしも自分自身の健康は医療に管理されるべきものだとは言いきれない。ただし一度でも医療との接触があるのに、その後受療せずに放置してしまうというケースを少なく抑えるためには、治療継続の必要性と同時に放置する場合の危険性を説明することが医師に求められる。医師だけでなく、健康教育や職場や地域の健康管理・増進の立場からは、定期的に心身の状態をチェックすることの重要性を効果的に伝えていく方法論のさら

なる開発が望まれる。

薬・治療法に関する要因を理由に、受療中断後まったく治療せずに放置していた<ケース1>と<ケース2>のような例に対応していくためには、医師の側にどのような工夫が求められるのであろうか。これらのケースのような場合には、患者のリクエストにやみくもに応えればよいということではなく、医療の側から提供できる治療法とその治療を受ける必要性について、複数回にわたって患者心理を考慮しながら、説明方法を工夫して情報を提供していくという態度が医師に求められる。

しかし、なおかつ医師に対して客観的には不必要な治療法を求めたり、治療拒否や転院を繰り返す患者が存在するという事実を認め¹¹⁾、そのような患者の実態や特徴等について詳しい研究が蓄積される必要がある。

本研究では対象病院に受療した患者の中から、慢性疾患のために受療継続が必要な患者を調べ、その後の受療継続状況を確認するという分析方法を用いたため、他の医療機関から転院してきた患者がどの程度いるのか、それらの患者がどの規模のどのような機能の医療機関に受療することが望ましいかといった点については、今回の調査では詳しく触れていない。しかし病診連携の視点から考えれば、診療所受療後に対象病院に訪れた患者の割合と、それらの患者についての病院によるいわゆる抱え込みはどの程度あるのか、といった点を明らかにするための分析も重要になってくると思われる。同様に、患者本人が一定規模以上の病院に受療することを好み、診療所や小規模の医療機関に受療したがるかといった傾向^{2,3,12,13)}がどの程度あるのかという点に関しても、今後調べていく必要があるだろう。

本研究では、治療中断した患者のその後の受療行動について詳細に調べたが、受療継続している患者に対しても調査を行い、受療継続理由を確認することも重要であると思われる。受療継続している患者でも、必ずしも患者自身が受療継続の必要性を強く認識していない場合には、長期にわたる受療継続は容易ではない可能性もある。よって、受療継続の必要性を認識しているため受療継続しているのか、医師や病院に対する受療満足度が高いためにあえて受療中断を

考えずに受療継続しているのか、といった点を判別できるような研究の試みが必要になるであろう。わが国では受療満足度と受療行動の関係についての研究はまだ始められたばかりであり¹⁴⁾、受療満足度が高いと通院コンプライアンスや^{15,16)}その後の医療の利用頻度が高まる¹⁷⁻¹⁹⁾といった報告をみても、この視点に立った研究の蓄積が望まれる。

V 結 語

本研究から以下の結果を得た。

①対象患者のうち、慢性疾患の治療のために長期にわたる受療継続が必要な患者の割合は約10%で、延べ患者全体に対しては約50%であった。

②慢性疾患の治療のため長期にわたる受療継続が必要な患者の受療継続状況は、継続して同医師に受療している患者：19.2%、他の医師・病院に受療した患者：61.6%（内訳は、紹介あり：48.9%、紹介なし：12.7%）、まったく治療せずに放置した患者：6.8%、その他：8.5%であった。他の医師・病院に紹介された全患者のうち、同病院の他の医師に紹介された患者は83.8%であった。

③医師の診療形態の変化による患者の受療継続への影響については、医師の診療曜日の変化による影響は比較的弱く、診療時間帯の変化による影響のほうが大きかった。また、医師の診療コマ数が減少したり休診すると、急激に受療継続への影響が表れ受療中断する患者が増加するが、その多くは同病院の他の医師に紹介されることにより、完全な受療中断を防いでいた。

④慢性疾患のため受療継続が必要な患者では、数か月の短い受療の中断がみられても、また受療を再継続する患者も少なくなかった。

⑤慢性疾患のため受療継続が必要な患者のうち、転院した患者は6.8%で、転院先の病院からさらに転院をした患者はいなかった。

医師への受療を中断しても治療そのものを中断したわけではなく、他の医師・医療機関に受療していた患者が多くいることが明らかになった。一般病院

内科外来の慢性疾患患者割合とその受療継続状況が明らかになった点で、保健医療行動科学の分野における基礎資料としての本研究の意義は大きいと考えられる。

文 献

- 1) 水田恒樹他：診療圏に関する研究—外来患者の病院選択行動モデル—, 病院管理, 22(2) : 137-145, 1985.
- 2) 安西将也：最近10年間における病院・診療所別外来患者の受療行動に関する研究, 病院管理, 24(3) : 249-255, 1987.
- 3) 舟谷文男他：地域住民の受療動向からみた一般病院の魅力度, 病院管理, 24(2) : 179-188, 1987.
- 4) 大国美智子他：老年層における医療機関の選択傾向（第1報）地域老人の受療の実態, 日本公衆衛生誌, 24(8) : 497-506, 1977.
- 5) 長谷川万希子：患者の受療行動の捉え方と研究方法に関する文献的考察, 保健医療社会学論集, 5 : 92-103, 1994.
- 6) 大橋英寿他：「健康日記」にみる住民のセルフケア—青森県北津軽の動向調査—, 日本保健医療行動科学会年報, 4 : 33-47, 1989.
- 7) 藤内修二他：山村主婦の illness behavior に関する研究—健康日記を用いて—, プライマリケア学会誌, 108(4) : 278-283, 1987.
- 8) 田邊信太郎他：豪雪過疎山村における高齢者の健康問題と病いの行動の分析—健康日記を用いて—, 保健医療社会学論集, 3 : 36-43, 1992.
- 9) 白浜雅司他：紹介状持参の有無と患者特性, 日本公衆衛生誌, 38(2) : 118-123, 1991.
- 10) 黒川幸夫他：北里大学病院に於ける紹介患者の動向について, メディカルレコード, 8 (2~3) : 11-13, 1983.
- 11) 村岡潔：医者に対する患者の〈強い投薬要求〉—セルフケアとしての受療行動の特異な事例として—, 日本保健医療行動科学会年報, 5 : 134-146, 1990.
- 12) 木島昴他：医師と患者の〈関係〉学, 医療'90, 6(7) : 18-25, 1990.
- 13) 島正之他：大病院外来患者の受療行動に関する研究, 公衆衛生, 54(9) : 648-652, 1990.
- 14) 長谷川万希子他：患者満足度による医療の評価—大学病院外来における調査から

一, 病院管理, 30(3) : 231-240, 1993.

15) Marquis, M. S. et al., Patient satisfaction and change in medical care provider : a longitudinal study, *Medical Care*, 1983 ; (21) : 821-829.

16) Kasteller, J., Kane, R.L., et al., Issues underlying prevalence of "doctor-shopping" behavior, *Journal of Health and Social Behavior*, 1976 ; 17 : 328-339.

17) Heszen-Klemens, I., Lapinska, E., Doctor-patient interaction, patients' health behavior and effects of treatment, *Social Science & Medicine*, 1984 ; 19 : 9.

18) Mirowsky, J. M., Ross, C. E., Patient satisfaction and visiting the doctor : a self-regulating system, *Social Science & Medicine*. 1983 ; 17(10) : 1353-1361.

19) Scarpaci, J. L., Help-seeking behavior, use and satisfaction among frequent primary care users in Santiago de Chile, *J. Health Social Behavior*, 1988 ; 29 : 199-213.
