

共同利用型病院（医師会病院）の類型化と 診療特性に関する研究

正会員 青 木 正 夫*
正会員 友 清 貴 和**

§1 はじめに

医療施設のネットワーク整備を行なうには、既存の医療施設を組織化し、施設間の機能分担と連携をはかる必要がある。特に、自由開業医制を原則的に是認したうえで、医療施設の組織化を目指す場合、我が国の医療施設の大半を占める、私的小病院・診療所をいかにネットワーク化するかが、重要な課題である。もちろん、公的病院の役割が重要であることは否定できないが、公的病院の数は比較的少なく、現行法体系下では、これ以上、公的病院の充実には困難であろう¹⁾。

ところで、オープンシステム病院²⁾を核に、医療施設を組織化することは、比較的少ない投資の下に、効率の良い医療供給体制を作り上げることができるとして、米国をはじめ、各国で、これに近い方式が採用されている。この、オープンシステム病院方式は、前述のメリット以外に、医師の生涯教育の場の確保や、医師相互による医療技術公開を促進し、住民に最も身近な医療提供者である開業医の育成をはかることもでき、現在我が国が抱えている、種々の医療問題解決にも有効である³⁾。

既に、我が国でも、住宅団地の医療計画では、地域計画・都市計画関係者から、オープンシステム病院方式による、医療施設整備計画が提唱され、具体的に、種々の方式が検討されている⁴⁾。しかし、これらの方式では、主に、新設の医療施設を組織化することを前提としている結果、大阪千里ニュータウンの新千里病院でしか実現し得ていない。これに対して、各地区の医師会を設立・運営主体とした、一種のオープンシステム病院は、共同利用型病院⁵⁾または開放型病院と称して、全国に31ヶ所設立され、さらに増加の兆しをみせている⁶⁾。

これらの共同利用型病院方式は、既存の私的小病院・診療所を組織化しようとしたものであり、共同利用型病院と開業医との間に、米国式オープンシステム病院ほど、明確な契約関係を要求していない等の特徴を有しているため、既存の開業医にも首肯しやすい方式である。また、共同利用型病院は、オープンシステム病院のメリ

ットを有するとともに、地域の開業医を設立のベースとしており、地域の包括医療提供に、大きな役割を果たすことが予測される。このため、地域医療サービスの拠点として、今後無視できないものとなろう。しかし一方、現状では、病院設立の資金構成に限界があり⁷⁾、すべての地域で、地域要求に応じた、機能の高い病院が設立されているとは言い難い側面も有し、経済政策的な検討が必要である。

本研究は、医療施設ネットワークの整備計画を行なうに当って、我が国独自の形態を持つオープンシステム病院を核として、既存の私的小病院・診療所を組織化する場合の、計画規準および計画手法を提示しようとするものである。このため、一連の研究で、オープンシステム病院の日本版である共同利用型病院を調査対象として、病院の実状を一覧し、その特性と問題点を整理した後、開業医の利用形態を明らかにする。さらに、病院の診療圏を患者と開業医との関係で把える。一方では、広域的な医療圏の中で、共同利用型病院が果している役割を、住民の受診行動を解明することにより、明らかにする。また、救急・時間外診療病院、リハビリテーション病院など、専門病院として機能が特化した共同利用型病院の特性をも考察する。

§2 研究目的

オープンシステム病院に関する既往の研究には、新千里病院を対象に、登録医の利用形態を明らかにした論文^{文-1)}同じく病院に対する登録医の利用意向を調査した論文^{文-2)}がある。両論文とも調査対象が1病院のみで、かつ登録医を分析指標に設定した報告であり、医療計画の基礎データとなる「病院の運営形態や⁸⁾診療特性」に言及した部分は見受けられない。ところが、オープンシステム病院はクローズドシステム病院と運営形態が異なり、診療特性もクローズドシステム病院の規範では類推できない。このため、地域医療計画にオープンシステム病院を導入するには、前提として、地域特性に照らした病院の運営形態・診療特性を明らかにし、それが何に起因するか解明しておく必要がある。

我が国では、都道府県・郡・市・町・村・特別区の区域を単位とし、該当区域内のすべての医師に開放された

* 九州大学 教授・工博

** 九州大学 助手

(昭和55年9月30日日本稿受理・討論期限昭和57年5月末日)

病院を設立する場合のみ、共同利用型病院として、不動産取得税・固定資産税・法人税を減免するという法律が、昭和 41 年から同 43 年の間に制定された。さらに、昭和 53 年には、登録医が共同利用型病院の入院患者を診療した場合、1 患者 1 回当たり 100 点の共同指導料を、医療費として請求することが認められた。現在では、以上の 2 点が共同利用型病院存立の法的根拠となり、かつ病院の特性を左右する枠組みともなっている。

この法的裏付けにより、共同利用型病院は、自治体単位で組織し、地域すべての医師に対して、無条件に登録医としての門戸を開放しなければならないという制約を受ける。このため、自治体単位を無視した、専門医集団による organized open hospital は、認められていない。さらに、共同利用型病院を利用する意志のある医師だけで病院設立を構想しても、地域に設立反対の意見を持つ医師が多かった場合の設立は、不可能であることを示唆している。以上の制約を受けた結果、共同利用型病院では、該当地域の病院・診療所との競合をいかに避けた運営を行なうかが最大の目標となっている。

一方、米国のオープンシステム病院は、病院が提供しようとする医療に合致した技術を持つ開業医を、契約によって登録医とする organized open hospital である。病院で診療及び管理に携わる医師の構成と役割も、図 2-1 のように違いが見られる。米国では、病院の主たる業務、即ち特別な外来・救急・病棟の診療、病院の管理は、我が国での登録医に当る active Medical Staff (以下 MS. と略する) が担う義務を持ち、同じく登録医である courtesy MS. は、病棟に余裕がある場合のみ、病床を利用する。また、これらの登録医が、自分のオフィスで診療を行なっている間と夜間の入院患者管理には、まだ正規の医師として認められていない resident MS. が当るという方式が一般的である。この結果、病院の性格の大半は、active MS. の構成によって決定される。

これに対して我が国では、登録医は病院に対して運営

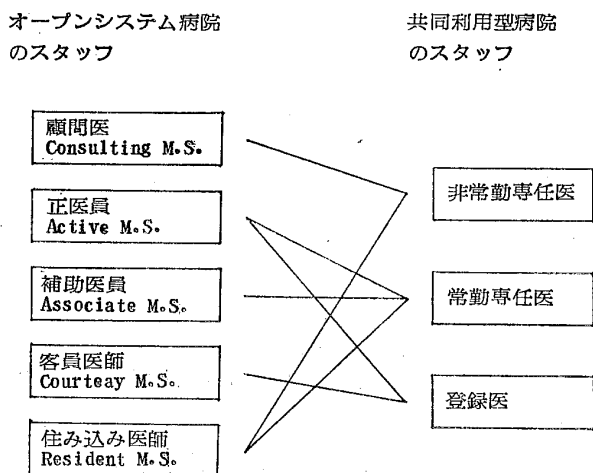


図 2-1 米国のオープンシステム病院と共同利用型病院のスタッフ

上の義務を負わないうえ、resident 制度がなく、共同利用型病院は研修病院としての指定も受けていないため、登録医と対等の資格を持った専任医を置くことになる。院内に専任医が充実していれば ① 病院管理の実質的責任者が明白である ② 救急・時間外の外来または、入院患者に対する診療・手術体制が整えやすい ③ 常時監視が必要な重症入院患者の管理が行ないやすい ④ 登録医のみではカバーできない医療技術にも対応できる ⑤ 専任医の世代交替によって地域に新しい技術が導入できる、等のメリットがあり、フルタイム専任医が病院で果たす役割は、resident MS. の役割と異なり、多岐にわたるか、重要である。この結果、共同利用型病院の性格は、専任医の仕事内容に左右される面が多い。

もちろん、共同利用型病院の性格と、病院を利用する登録医の特性とは、相関が認められる。しかし、共同利用型病院の登録医は、病院を利用する義務がないことから、病院の運営形態によって、病院を利用する登録医が決定されているのが現状である。

以上の理由により、共同利用型病院の性格は、一般的に地域の医療施設整備状況を背景にし、専任医の仕事内容で決定されると言えよう。この点に着目し、本稿では、地域の医療施設整備水準と専任医の充足度を指標として、共同利用型病院を類型化し、病院の診療機能を代表する外来・入院・手術部門に関して、タイプごとにその特性を明らかにし、地域における共同利用型病院の計画規準を求めようとするものである。

§3 調査方法

調査に当たっては、各病院を訪れ、外来に関しては、外来診療録またはカルテにより、外来患者数・外来経路・処置検査内容について、1 日断面調査を行ない、入院に関しては、入退院簿・カルテまたは病棟日誌により、入院経路・年齢・入院期間・疾病を調査時の前年または前年度 1 ケ年分、手術に関しては、手術記録より手術名・執刀医・介助医名を、同じく 1 ケ年分それぞれ転写した。地域の医療施設整備状況は、各保健所で調査時前年の 12 月 31 日現在の静態調査から抜粋した。その他、病院の運営方針等は医師会長・病院長・事務長・婦長等からの聞き取り調査である。

さらに、調査が長期間にわたり、その間、共同指導料の法制化が昭和 53 年 1 月に行なわれたため、昭和 54 年から同 55 年にかけて、全病院で補充調査を行ない、データの統一化をはかった。(表 3-1, 表 3-2, 表 3-3)

§4 病院の類型化

各地に設立されている共同利用型病院では、地域に応じてさまざまな運営形態が取られている。共同利用型病院の診療特性を直接左右する要因は、専任医の充足度であり、間接的に影響を与えている要因は、地域の医療施

表-3-1 地 域 概 要

病院名	該 当 地 域	人 口 (人)	人口密度 (人/km ²)	年齢別人口 (%)			産業別人口 (%)			調 査 年 月
				0~14才	15~64才	65才~	1次	2次	3次	
A L	大分市	320273	902.5	25.2	68.3	6.5	6.5	69.3	24.2	S 52. 2
A W	館山市、鴨川市、安房郡	168238	292.3	22.3	64.8	12.9	34.8	27.4	37.8	S 53. 10
I S	伊勢崎市、佐波郡	161783	976.8	24.0	66.9	9.1	19.6	66.2	14.2	S 53. 10
R E	本渡市、牛深市、天草郡	165437	199.2	25.3	61.3	13.4	39.7	41.6	18.7	S 52. 3
T K	竹田市、直入郡	38359	80.4	21.2	65.4	13.4	49.2	38.5	12.3	S 53. 8
T O	徳山市、新南陽市、鹿野町	147063	251.8	24.4	67.1	8.5	10.9	70.8	18.3	S 52. 1
U S	臼杵市	39163	257.3	23.4	65.4	11.2	21.4	58.4	20.2	S 53. 8
I O	糸島郡	59697	275.7	22.7	67.0	10.3	32.1	47.6	20.3	S 52. 3

表-3-2 病 院 概 要

項目 病院名	病 床 数		院内専任医数		医 師 以 外 の 従 業 員 数							基準看護
	一 般	そ の 他	内科系	外科系	看護部門	薬剤部門	X線部門	検査部門	給食部門	管理部門	そ の 他	
A L	160	0	5	6	101	6	3	34	5	54	1	特2類
A W	100	0	1	2	38	2	5	21	9	31	2	特1類
I S	100	0	3	5	113	4	5	20	10	23	10	特2類
R E	49	0	0	2	21	2	1	11	7	9	0	無
T K	80	0	1	0	27	1	1	5	7	5	2	無
T O	219	結核 42	1	0	93	4	4	27	17	15	16	1類
U S	96	0	1	0	41	2	2	8	13	12	0	1類
I O	100	伝染 23	1	0	27	2	10	10	6	3	0	2類

表-3-3 医 療 施 設 整 備 状 況

地域	病 院							小 計	診 療 所								小 計
	20~50床	51~100床	101~150床	151~200床	201~300床	301~500床	501床~		内・児	外・整	産 婦	皮・泌	眼	耳・咽	精 神	併 科	
A L	17(607)	10(787)	4(519)	2(360)	1(210)	1(350)	1(610)	36(3443)	79	21	13	11	7	7	-	18	156
		1(100)	2(255)	2(349)		3(1218)		8(1922)									
A W	13(377)	5(383)	2(245)	-		*3 3(764)	-	23(1769)	30	3	5	1	3	6	-	18	66
		1(134)			1(253)	(236)		2(623)									
I S	-	1(100)	1(115)	*1 2(255)	*2 2(214)	1(329)	-	7(1013)	40	14	10	3	-	5	-	13	85
				(119)	1(487)			1(606)									
R E	5(227)	4(256)	3(376)	3(545)	-	-	-	15(1404)	55	11	6	1	3	2	-	28	106
		1(84)	1(150)			1(407)		3(641)									
T K	3(120)	2(80)	-	-	-	-	-	4(200)	12	3	1	-	2	1	-	12	31
			1(150)					1(150)									
T O	1(43)	1(80)	3(420)		1(261)	1(360)	-	9(1265)	51	19	9	5	6	6	1	15	112
				1(162)	1(245)			2(407)									
U S	1(50)	2(150)	-	-	-	-	-	3(200)	12	5	2	-	2	2	-	2	25
I O	4(163)	2(176)	1(123)	-	-	-	-	7(462)	26	1	3	1	2	2	-	6	41
			1(130)					1(130)									

注) *は、一般と精神を持つ病院を示す。一般/精神: *1 79/119, *2 7/205, *3 171/236 は内訳を示す。

表中上段は一般 下段は精神, ()内は病床数を示す。

設整備水準である。

本稿では、共同利用型病院の類型化に当って、専任医の充足度を指標に2グループ、さらに、地域の医療施設整備水準を指標に4グループ、合計8タイプに分類した。各指標による分類の理由と方法および特徴は、以下の通りである。(表-4-1)

[専任医の充足度による分類]

指標 [I-II]; 外科系⁹⁾ 専任医の有無・標準医師数¹⁰⁾の充足度

病院の診療特性を直接左右する指標は、診療を行なう医師の構成である。共同利用型病院は、地域の医師すべてに登録医としての門戸を開放しているが、病院を利用

しない医師も多数含まれているため、登録医の構成は、病院の診療特性を判断する指標にはなりにくい。一方、resident 制のない我が国では、実働 23 床の病院 1 ケ所以外は、いずれの共同利用型病院でも 1 名以上の専任医を常駐させ、病院の管理または診療に当らせている。このようにして、専任医の仕事内容は、それぞれ、共同利用型病院の運営方針と対応した形で、病院ごとに明確化されている。

ほとんどの共同利用型病院は、内科系の診療科目も外科系の診療科目も標榜しているが、医師の専門診療科目がかなり分化している我が国では、1 人の医師が内科系・外科系両方の患者の診療を行なうことは、事実上不可能に近いであろう。このため、専任医を 1 人しか常駐させていない共同利用型病院では、専任医の仕事は、病院管理または観察を行なうだけの病棟回診に限定している。

これに対して、2 人以上の専任医が常駐している共同利用型病院では、専任医 1 人の場合と仕事内容が極端に異なり、幅広い診療活動を行なっている。たとえば、内科系・外科系それぞれに専任医をおいて、処置を伴う病棟回診や紹介外来患者の検査診断を行なう。または、外科系専任医を複数そろえ、常時手術ができる体制を整えている。共同利用型病院に、専任医のみでも手術ができる体制を整えれば、病院の手術件数・内容を大幅に変化させ、ひいては入院患者の構成にも影響を与えることになる。これは、我が国の大半の外科系開業医の実態が、自分の施設に手術・入院設備をそろえて手術を行なっているか、外科系の診療科目を標榜しながらも、要手術患者は他の施設へ転送し、自分ではほとんどメスを握らないか、のどちらかになりがちであり、共同利用型病院を利用して、外科系登録医が行なう手術の件数・内容には、おのずと限界がみられるからである。

上述の理由により、外科系医を含め、複数の専任医を確保し、かつ医療法で定める標準医師数の 50% に達しているという条件を満たしている病院を [I], 専任医は

内科系だけで、標準医師数の 50% 未満の病院を [II] にグルーピングした。[I] のグループは、登録医のみではカバーできない高度の医療を提供しようとする病院か、地域で不足している医療の量も質も補おうという方針を持つ病院である。[II] グループは、登録医の技術や仕事量だけでカバーできる医療を提供しようとする病院か、内科系だけを標榜する病院である。

[地域の医療施設整備水準による分類¹¹⁾]

地域の医師の総意を結集して共同利用型病院の設立に当る際、病床数・診療方針の決定には、既存施設との競合をなくすため、地域の医療施設整備水準が十分に検討される。この場合、競合関係を測るのに最も簡便で単純な指標として、地域の対人口病院病床数・診療所数を使用している。

本稿で、医療施設整備水準の分類基準として、全国平均値を採用したのは、今後の医療施設整備水準の変動に対応が可能であり、計画基準として、現実に採用されている事例が多いという理由による。

指標 [A-B]; 人口 10 万人当りの病院病床数

現在、精神・ライ病床を除いた全国の病院病床数は、人口 10 万人当り 850 床である。この基準をもとに、共同利用型病院以外の病院病床数が 850 床/10 万人以上の地域を [A], 850 床/10 万人未満の地域を [B] に分類した。[A] 地域は、病床規模をなるべく抑え、高度の医療サービスを行なう診療方針を採用すれば、共同利用型病院設立の可能性はある。[B] 地域は、不足する病床を補充する方針だけでも、高度の医療サービスを行なう方針であっても、共同利用型病院の設立条件は整う。

指標 [a-b]; 人口 10 万人当りの診療所数

地域の医師全員に開放されている共同利用型病院と言えども、勤務医または病院開設の開業医よりも、診療所開設の開業医の方が、病院を利用するメリットは多く、実際、病院を主に利用する医師は、診療所開設の開業医である。共同利用型病院としても、診療所を開設している医師に最も使いやすいことを、主な方針としている。

病院での診療に積極的に参加する診療所開設医師の多少は、地域における病院病床数の多少について、共同利用型病院の診療特性を左右する指標である。

現在、全国の診療所数は、人口 10 万人当りに換算すると 68 ケ所である。ここではこの基準をもとに、68 ケ所/10 万人以上の地域を [a], 68 ケ所/10 万人未満の地域を [b] に分類した。[a] 地域では、病院の利用主体となる診療所数が多いので、病院における登録医の診療活動は、活発になる可能性を持っている。[b] 地域は診療所が少ないため、病院における登録医の診療活動には限界が生じや

表-4-1 病院類型化の条件とパターン及び調査例

専任医の充足 状況 人口 10万人当り病院 病床数・診療所数	常勤医が標準医師数の50%以上を 満たかつ外科系医を含め複数の医師 が常駐		常勤医が標準医師数の50%未満か つ1名だけの医師が常駐	
	パターン	調査例	パターン	調査例
病床数 850 床以上 診療所数 68 ケ所以上	I - A - a	-	II - A - a	-
病床数 850 床以上 診療所数 68 ケ所未満	I - A - b	AL・AW	II - A - b	-
病床数 850 床未満 診療所数 68 ケ所以上	I - B - a	-	II - B - a	TK・TO
病床数 850 床未満 診療所数 68 ケ所未満	I - B - b	IS・RE	II - B - b	US・IO
項目	パターン	調査例	パターン	調査例

すい。

全国 31 ケ所の共同利用型病院を、各タイプに分類してみると、以下の傾向が窺われる。病院病床数も診療所数も多い地域 [A-a] では、競争を起こす施設が多く、医師数も多いため、病院設立に対して、地域の医師の意見集約が困難である。この結果、大都市にあっては、検査・診断センターに近い型で機能が特化し、小都市にあっては、小規模 (23 床~60 床) の病院しか設立されていない。逆の理由で、病院病床数も診療所数も少ない地域 [B-b] には、全国の共同利用型病院の半数が設立されている。さらに、今後共同利用型病院設立が計画されている地域も、このタイプが多い。

§ 5 地域特性と病院の運営方針

調査対象の 8 病院は、[I] の条件を満たす病院 4 例 [II] の条件を満たす病院 4 例で、地域別の内訳は [A-b] 地域 2 例, [B-a] 地域 2 例, [B-b] 地域 4 例である。(表-5-1)

[I-A-b] タイプの病院は、地域に、病院病床が充足しているため、より質の向上を目指し、高度の医療を提供する病院として、専任医を複数確保して病院運営を行っている。このうち AL 病院は、県庁所在地に位置し、広域的医療圏の核となるべく、広範囲に高度の医療を提供しようとする病院であり、市街地から約 4 km 離れた所に立地するが、その機能を充分果している。AW 病院は、地域に多発する悪性新生物患者の検診・治療に重点をおき、設定圏域は 2 市 8 町 1 村にまたがる。

[I-B-b] タイプの病院は、地域に診療所も病院も不足しているため、一般外来診療機能を取り込みながら、質の高い医療をも提供する目的で、専任医の充足度が高くなっている。このうち IS 病院は、特に医療機関の少ない農村地帯を背後に抱え、年中無休 24 時間診療体制を第 1 の目標に、循環器系疾患対策を第 2 の目標にしている。RE 病院は、現在は天草五橋で繋がれているものの、離島の端部に位置し、医療機関の不足する周辺地区のプライマリーケアと地域全体に多発する職業病、即ち矽肺対策が重点目標である。

[II-B-a] タイプの病院は、地域に不足する病床を補いながら、登録医の協力をフルに活かした医療を提供する病院である。2 つの病院とも 70 才以上の専任医が 1 人だけ常駐しているが、実質的診療はほとんど行っていない。このうち TK 病院は、求心的盆地文³⁾に位置しているためこのような運営が可能である。但し、地域に整形外科専門医がいないため、非常勤専任医として週 2 回、大学病院から専門医を招聘している。TO 病院は昭和 22 年に我が国最初のオープンシステム病院として設立された歴史を持ち、登録医の積極的利用意識も高い。かつ、開業医は病院を中心に半径 2 km に集中し、緊急時でも病院へ駆けつけやすいという地理的特性を持

表-5-1 専任医の充足度と医療施設整備水準

タイプ	I-A-b		I-B-b		II-B-a		II-B-b	
	AL	AW	IS	RE	TK	TO	US	IO
常勤専任医の充足度(%)	110	50	133	67	20	6	17	13
病院病床数 10万人	1025	992	564	891	313	683	306	568
診療所数 10万人	49	39	53	64	81	76	64	67

つ。

[II-B-b] タイプの病院は、地域に不足する病床を補いながら、診療所不足を、以下に述べるような地域特性によってカバーできる医療だけを提供する病院であり、専任医が 1 人だけでも運営が可能である。US 病院の設立されている臼杵市は求心的地域であり、診療所も市街地に集中しているため、[II-B-a] タイプに近い病院運営が可能である。IO 病院の立地する糸島郡は、隣接する福岡市へ、就業年齢層の患者流出が激しく、地域には老人患者が残留している。病院は、地域に残留する老齢慢性患者の診療を中心に行なうため、登録医は毎日の病棟回診を行なわなくとも、病院の診療に支障はきたしていない。

§ 6 外来診療特性

米国のオープンシステム病院は、開業医のオフィスでは不可能な検査を行ったり、他の専門医の対診を必要とする場合、active MS. がその診療に当ることで、外来患者を受け入れている。共同利用型病院では、一般外来患者の診療を行なう病院から、原則として紹介外来患者の検査さえ行なわない病院まで、各タイプが存在する。(表-6-1)

[I] グループのうち [I-A-b] タイプの病院は、専門紹介外来と銘うって、専任医が登録医から紹介された患者の検査診断・治療を行なっている。これは専任医の専門科目の範囲のみの診療である。この場合の外来患者比¹⁾は 0.2~0.4 である。同じく [I] グループのうち [I-B-b] タイプの病院は、医療機関が地域に不足しているうえ、常勤専任医が複数いるということから、一般外来患者の診療を行なっている。一般外来患者比は 1.0~1.2 である。

[II] グループに属する 4 病院は、常勤専任医が 1 人しかいないため、常勤専任医の監督下に、技師が行なえる検査外来患者のみ受け入れ、診断を行なわず、データを添えて登録医に返す方式である。検査例数は、TO 病院で 1 日約 20 件、TK・US 病院で週 1~2 件、IO 病

表-6-1 平日時間内における外来患者比

タイプ	I-A-b		I-B-b		II-B-a		II-B-b	
	AL	AW	IS	RE	TK	TO	US	IO
紹介外来	0.22	0.37	0.03	0.02	0	0	0	0
一般外来	-	-	1.07	1.16	-	-	-	-

注) 外来患者比 = 1 日外来患者数 / 病床数

表-7-1 共同利用型病院の病床数と地域の病院病床数
対 10 万人当り

タイプ	I-A-b		I-B-b		II-B-a		II-B-b	
	AL	AW	IS	RE	TK	TO	US	IO
共同利用型病院	50	59	62	30	209	178	245	206
地域の病院	1025	992	564	819	313	683	306	568

院では年間数例である。

§7 入院機能特性

7-1 病床規模

調査対象病院の病床数は、49 床から 261 床までであるが、地域人口当りの病床数に換算すると、専任医の充足度に対応している。[I]グループの病院は、人口 10 万人当りの病床数が 30 床～60 床である。該当地域で、共同利用型病院の病床を除いた病床数は、560 床～1,025 床の範囲で、地域の病床数は比較的多い。[II]グループの病院は、人口 10 万人当りの病床数が 178 床～245 床である。該当地域の共同利用型病院病床を除く病床数は、306 床～682 床で、地域の病院病床数は、[I]グループに比べると少ない。

このことから、病院病床ストックが少ない地域の共同利用型病院では、専任医の充実より病床の確保に主眼を置き、地域の医療需給関係のバランスを保持している傾向が窺われる。(表-7-1)

7-2 主治医と病棟の回診

クローズドシステム病院が主流を占めている我が国では、共同利用型病院のデメリットとして、患者側から「主治医が病院に常駐していないための不安感」が指摘されているが、医療行為における主治医対患者の関係が、いまだ米国ほど明確ではないためこの指摘はかならずしも正鵠を射ていない。調査対象の共同利用型病院では、「主治医」という言葉の使い方があいまいであり、主治医の意味を一義的に判断することは不可能である。AW 病院では、患者を病院に紹介した登録医を第 1 主治医、院内で患者の診療を担当する専任医を院内主治医として使いわけている。他の 7 病院では、患者を紹介した登録医を主治医と定義している。このため、共同利用型病院では、主治医でありながら病棟回診を全く行わない登録医もいれば、毎日病棟回診を行なう登録医もいて、同じく主治医と呼ばれている。

常勤専任医が複数いる [I] グループの病院では、全入院患者に対して、専任医が毎日の病棟回診、及びその場で必要な処置を行なう。このうち登録医が回診を行なう患者に対しては、登録医の回診の際、専任医が共同で診療を行ない、今後の治療方針を決定する。登録医の回診が期待できない患者に対しては、すべての治療方針を専任医が決定し実行する。

これに対して、常勤専任医が 1 人しかいない [II] グループのうち [II-B-a] タイプの病院では、専任医は緊急

時以外、病棟の回診を一切行なわない。このような治療方針を貫けるのは、地域に診療所が多いことが大きな理由である。但し、TK 病院では地域に整形外科専門医がいないため、整形外科患者の診療は、週 2 回大学病院から専門医を招聘し、すべての診療を依頼している。緊急時は、外科の登録医が診療を代行する。[II-B-b] タイプの病院では、専任医は観察のための病棟回診だけを行ない、処置・治療方針の決定は、すべて登録医が行なっている。

7-3 入院患者特性

1) 入院経路

共同利用型病院では、登録医の紹介を通じて入院患者を受け入れる方式が原則であるが、[I]グループの病院は、登録医を介する余裕のない、緊急患者の飛び込み入院を認めている。そして、これらの患者の主治医は、専任医が務めている。[I-A-b] タイプの病院では、この紹介なし患者割合は約 14% である。ところが、[I-B-b] タイプの病院のうち IS 病院は、年中無休 24 時間オープンで、一般外来・入院患者の受け入れが前提であり、患者の 60% は、休日・時間外に紹介なしで入院したものである。RE 病院では、約 10% の患者が産科治療のため、紹介なしで入院している。IS 病院で休日・時間外入院患者、さらに RE 病院で産科患者を除けば、[I]グループの病院における紹介なしの入院患者割合は、全体の 12%～15% の範囲である。

これに対して、[II]グループの病院のうち、TO・US・IO 病院では、紹介なしの入院患者は一切受け入れていない。一方、地域に整形外科専門登録医がいないため、専門の非常勤専任医を招聘している TK 病院では、整形外科に限って、紹介なしの入院患者を認めている。(表-7-2)

2) 年齢と入院期間

[I]グループの病院は、高齢患者の入院が少ない。[I-A-b] タイプの病院では、高度の医療を提供し、地域の病院・診療所では手に負えない患者を引き受ける結果、高度の看護または手術を要する、消化器系の潰瘍・結石、癌、循環器系疾患の患者が多い。これらの患者は 40 才～60 才の年齢層である。事故等で 1～2 週間の入院を要する患者は、20 才～40 才の年齢層である。[I-B-b] タイプの病院は、地域に病院病床も診療所も少なく、緊急入院の必要がある患者を優先して入院させる結果、症状の変化を観察する目的で数日間入院する患者

表-7-2 入院経路別患者割合

タイプ	I-A-b		I-B-b		II-B-a		II-B-b	
	AL	AW	IS	RE	TK	TO	US	IO
登録医の紹介による入院	85.2	85.9	23.3	78.6	84.8	100.0	100.0	100.0
紹介なしの入院	14.8	14.1	76.7 ¹	21.2 ²	15.2	0	0	0

¹ : 76.7%のうち60.3%は休日・時間外入院患者

² : 21.4%のうち9.0%は産科入院患者

や、軽症の疾病または事故で、1~2週間入院する患者が多い。これらは、15才~55才までの、いわゆる就業年齢層が多い。

[II]グループの病院は、高齢患者の入院が多い。[II-B-a]タイプの病院は、地域に病院病床数は少ないものの、診療所が多いため、専任医に頼らなくとも、登録医の回診でカバーできる患者、いわゆる若年で軽症の短期入院患者・高齢の慢性疾患の患者が多い。[II-B-b]タイプの病院が設立されている地域では地域に病院病床も診療所も少ないため、多くの患者は圏域外へ流出している。このタイプの病院では、登録医のみで患者の診療を行なっているため、流出患者を引き留めるに到っていない。この結果、病院では、地域に残留した高齢患者の診療を主に行なっている。IO病院は、内科系の科目しか診療を行なっていないので、特に高齢の慢性長期入院患者が多い。(図-7-1)

§8 手術特性

[I]グループの病院には、いずれも外科系常勤専任医が2人以上いて、全手術例数の70%以上は、この常勤専任医が参加したものである。一般病床数当りの年間手術件数は1.0以上であり、さらに、外科系常勤専任医の充足度が高いほど手術件数も多い。[I-A-b]タイプの病院は、癌、消化器系の潰瘍・結石・ヘルニア等、高度の内臓外科手術を主に行なっている。対病床年間手術件数は、1.3~1.5である。[I-B-b]タイプの病院で

は、地域に医療施設が不足しているため、急性虫垂炎・婦人科の緊急手術が多い。特に外科専任医が5人いるIS病院は、あらゆる手術を行ない、対病床年間手術件数は4.5にも達する。外科系専任医が2人だけのRE病院でも、対病床年間手術件数は2.6である。

[II]グループの病院には、外科系の専任医は常駐せず、必要に応じて、他の病院から専門医を招聘しているため、対病床年間手術件数は0.4程度である。TK病院では、非常勤の整形外科医による手術が定期的に行なわれるため、対病床年間手術件数は他の病院より多く、約0.7に達する。[II-B-b]タイプの病院では、US病院のみが手術を行なっている。手術例数は少ないが、相対的に癌の手術が多い。手術の80%は、非常勤外科医の協力の下に行なわれている。(表-8-1, 図-8-1)

§9 まとめ

1) 専任医を複数常駐させている[I]グループの病院は、登録医だけでは供給できない医療を提供することを目的としている。即ち、登録医の技術だけではカバーできない、より高度の医療を提供する場合と、診療所不足により、欠損している医療をも補おうとする場合がある。この目的のため、入院患者の診療には、登録医と専任医が共同で当たっているし、緊急時には紹介なしでも入院を認めている。紹介なしの入院は、全患者の約15%に達する。入院患者は高度の看護・手術を要するものが多く、40才~60才の年齢層に分布している。手術では

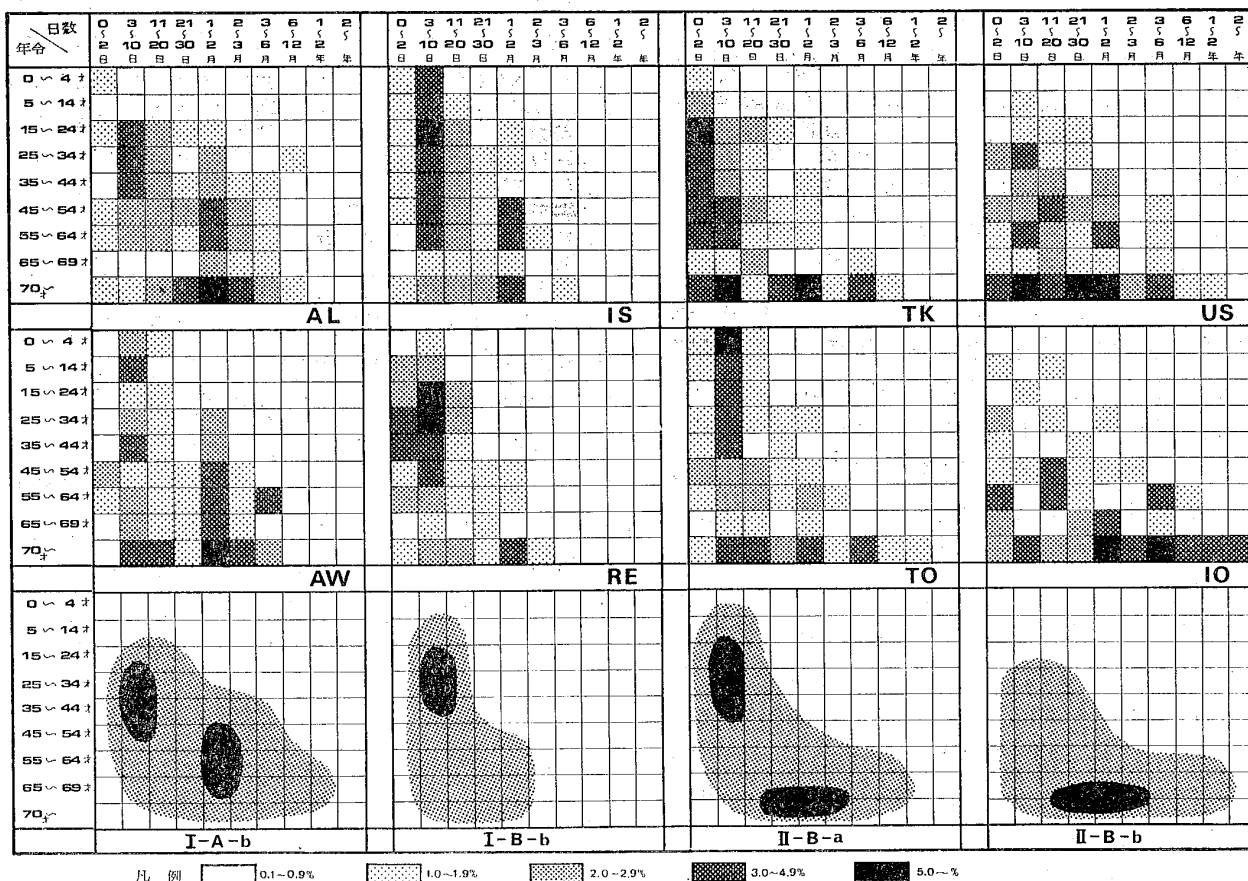
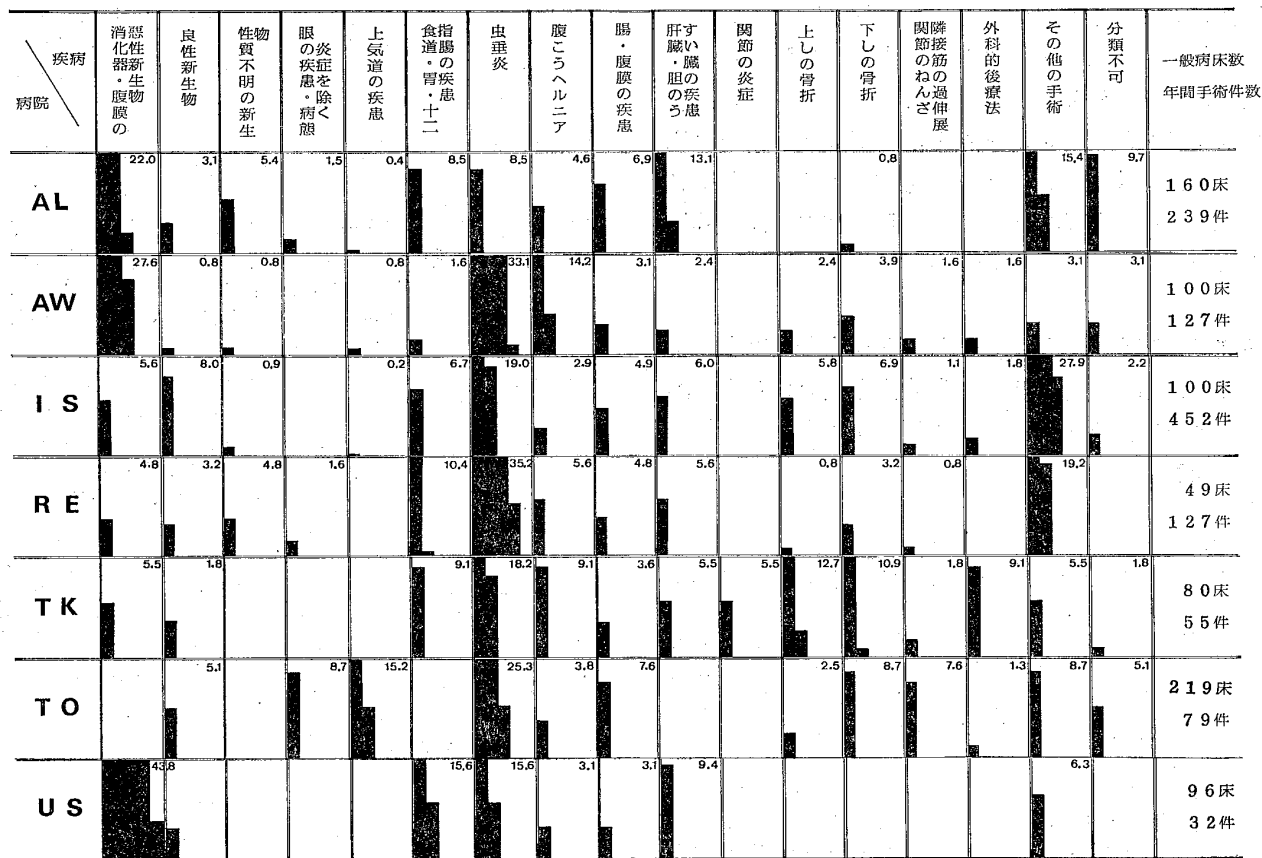


図-7-1 患者の年齢と入院期間



右肩の数字はパーセンテージを示す。

図一8-1 病院分類別手術件数の割合

表 8-1 一般病床数当りの年間手術件数と外科系常勤医の充足度

タイプ	I-A-b	I-B-b	II-B-a	II-B-b				
病院	AL	AW	IS	RE	TK	TO	US	IO
全手術	1.49	1.27	4.52	2.59	0.69	0.36	0.33	--
専任医の関与する手術・1	1.15	1.26	4.02	2.35	0.30	0.01	0.25	--
外科系常勤専任医の充足度(%)	60	33	83	67	0	0	0	--

・1 専任医とは、非常勤医を含む

常勤専任医の役割が大きい。

1-1) 病院病床数が多く、診療所が少ない地域に設立されている [I-A-b] タイプの病院は、専門紹介外来機能を持ち、外来患者比が約0.3である。手術も癌・潰瘍・結石を中心とした高度な内臓外科が多く、対病床年間手術件数は 1.3~1.5 に達する。

1-2) 病院病床数も診療所も少ない地域に設立されている [I-B-b] タイプの病院では、一般的な医療施設不足のため、一般外来患者を受け入れている。この外来患者比は約1.0である。入院では、就業年齢層の短期入院患者が多い。これを裏付けるように、手術でも高度の手術より緊急度の高いものが多い。対病床年間手術件数は、外科系専任医が5人いる IS 病院で 4.5、外科系専任医が2人いる RE 病院で 2.6 に達する。

2) 専任医が1人しか常駐していない [II] グループの病院では、主治医である登録医が患者の一貫診療を行ない、登録医だけで提供できる範囲の医療を提供することを目的としている。このため外来診療は行わず、入

院患者も登録医の紹介を前提としたものに限定し、入院患者の診療に重点を置いているが、常時監視を必要とする重症患者の管理には限界がある。70才以上の高齢患者の長期入院がふえ、老人病院的な傾向も認められる。手術でも、登録医が中心になってメスを握っているため、対病床年間手術件数は0.4程度で、非常勤の外科専門医を定期的に招聘する病院でも高々0.7止まりである。

2-1) [II-B-a] タイプの病院は市街地に立地し、地域には診療所が多く、これらは市街地に集中しているため、登録医は簡単な治療でも頻繁に病院に通うことが可能である。この結果、高齢患者の長期入院以外に症状観察や軽い事故での短期入院患者も多い。手術でも、虫垂切除・骨折の際のギブスセット等、診療所で可能な内容であっても病院の手術室を利用している。

2-2) [II-B-b] タイプの病院が設立されている地域には、すべての医療施設が少なく、入院・手術を要する患者は圏域外に流出している。登録医だけで病院の患者診療に当たっているため、病院の存在は流出患者の引き留めに対して、大きなインパクトとはなり得ていない。

3) 各病院とも、設定された圏域内では、特色のある医療を提供している。しかし、設定された圏域を閉じた医療圏だと考える場合、地域のニーズを満足する医療を提供する病院ばかりとは、言い難いのが現状である。これは、自由経済社会の中では、社会・経済的に見て、該

当地域に、ニーズを満足するための人材・医療設備をそろえる条件が不足していることが、大きな原因である。

これらの問題解決には、公的病院のオープン化、病院設立に対する公的資金の導入など、経済面からのテコ入れと、広域的医療圏全体で整合性を持つような、共同利用型病院相互の機能補完や、共同利用型病院と他の基幹病院とのネットワーク化を考える必要がある。

おわりに

本研究は、昭和54年度文部省科学研究費補助金によったものである。調査に当って御協力を頂いた日本医師会、各地区の医師会・病院・保健所の関係者に、末筆ながら謝意を表する。

[注]

- 1) 医療法では、公立病院における一般病床の増床にきびしい制限が付されているうえ、独立採算制の原則があるため経営的にも問題が多い。
- 2) 本論文では、「オープンシステム病院とは、病院と雇用関係がなく自分の診療所を別に持った医師が、自分の患者のために病院を使って診療することができる病院である」という、日本病院管理学会用語委員会の提案に準じて定義した。
- 3) 昭和56年3月、厚生省が社会保障制度審議会に諮問した、医療法改正案要綱でも、開放型病院を整備し、医療施設のネットワーク化をはかり、懸案の医療問題解決を行なおうとする考え方が見られる。
- 4) 南多摩ニュータウン施設計画'67では、我が国の医療制度の現状と現行法体系の中で計画するとなれば、欧米諸国で行なわれているオープンシステムとは異なる、セミオープンシステムが望ましいとして、家庭医オープン方式、専門医オープン方式、パラメディカルサービスのオープン方式が提案されている。
- 5) 共同利用型病院とは、昭和53年1月に制定された共同指

導料を請求できる病院で、我が国に発生したオープンシステム病院の一つの型だと定義する。この定義では、小樽市立病院のオープン病棟、新千里病院、鶴ヶ谷オープン病院も共同利用型病院に含まれる。

- 6) 日本医師会の全国調査では、昭和54年10月現在、計画決定12ヶ所、検討中34ヶ所、近く検討34ヶ所にも達している。
- 7) 公立病院の一部病棟が地元開業医に開放された小樽市立病院、公設民営である新千里病院（大阪千里ニュータウン）・鶴ヶ谷病院（仙台鶴ヶ谷団地）など、公的資金が導入された例は少なく、これ以外は、医師会員の出資と借入金に基づき、病院が設立されている。
- 8) 運営形態とは、病床数・設備・マンパワーなどの充実度である「診療体制」というハードな部分と、その「運用方針」というソフトな部分のからみであり、外来・入院・手術などの診療特性を決定付ける諸条件を指す。
- 9) 医療施設調査（厚生省大臣官房統計情報部編集）による用語解説に準じ、内科的診療科目を標榜する場合に内科系、外科的診療科目を標榜する場合に外科系と分類した。
- 10) 医療法で定められ、病院の医師定員法によって計算される医師数。本稿では、入院患者数のみで標準値を計算し、診療科目による定員数緩和は適用していない。
- 11) 医療施設整備水準は、設定された地域（表-3-1）を単位として算定した。
- 12) 一日外来患者数/病床数

[参考文献]

- 文-1) 浦良一・他、「新千里病院（オープンシステム病院）の利用のされかたについて」日本建築学会大会学術講演梗概集、1970年9月
- 文-2) 金田治也、「一オープンシステム病院登録医の病院利用形態とシステムへの意見」病院管理 Vol. 15, No. 1978年7月
- 文-3) 松本啓俊、「医療施設の建築計画的な研究」学位論文、1966年4月

SYNOPSIS

UDC : 725.51

A STUDY ON THE CLASSIFICATION AND THE CHARACTERISTIC OF THE MEDICAL SERVICE IN JOINT USE TYPE HOSPITALS

by Dr. MASAO AOKI, Prof. of Kyushu Univ., and TAKAKAZU TOMOKIYO, Assistant of Kyushu Univ., Members of A.I.J.

In this paper we deal with the joint use type hospitals which are unique to Japan. The purpose of this study is to classify the joint use type hospitals and to clarify the characteristic of the medical services in each class. The joint use type hospitals are classified into two and each of them is into two.

In (1) class, the hospitals are established in the areas where the more beds and the fewer clinics or the fewer beds and the fewer clinics per person are contained. These hospitals supply the medical services which active medical staffs are not able to do.

In (2) class, the hospitals are established in the areas where the fewer beds and the more clinics or the fewer beds and the fewer clinics per person are contained. The hospitals in this class supply the medical services which active medical staffs are able to do.

The characteristic of the in and out-patient clinic and the operation which are considered as the main medical services also corresponds to this classification.