

# 共同利用型病院(医師会病院)における開業医の 利用特性と役割に関する研究

正会員 青 木 正 夫\*  
正会員 友 清 貴 和\*\*

## §1. はじめに

医療施設を組織化し、ネットワークの整備を行う場合、医療の基本であるプライマリーケア<sup>1)</sup>を、どのように位置付けるかが、最も重要な課題となる。

ところで、我が国では、私的小病院・診療所の開業医が、プライマリーケアの中心的担い手である。しかし、これらの施設は、無秩序に開設されており、施設相互の連繋は皆無に等しい。

このような状況の中で、地域の医師会を設立・運営主体とし、かつ、医師会員を登録医とした、一種のオープンシステム病院が、共同利用型病院または開放型病院と称して、全国に31ヶ所設立されている。これらは、プライマリーケアの担い手である開業医を組織化し、地域に根付いた医療施設ネットワークの例として、我が国では代表的なものである。

この共同利用型病院は、①地域の開業医を組織して、プライマリーケアの拠点とすることを目的としている。②登録医は、病院を利用することを前提としているが、米国のオープンシステム病院における登録医と異なり、病院を利用する義務は負わない。③登録医が患者を病院に入院させた場合、すべての診療を登録医が行うケースと、病院の専任医に委託するケースがある、という三つの特徴を持っている。これは、米国のオープンシステム病院の持つ特徴と類似しているが、特定の地域を範囲として組織化が行われていること、及び、登録医は、病院に患者を紹介するだけの場合もあることの2点で、英国の一般医(general practitioner)と地域病院との関係にも似ている。

我が国は、自由開業医制であり、診療所が病床を有することを許可し、かつ大半の病院が、一般外来患者を自由に受け入れている。これらの医療制度を原則的に是認しながら、医療施設のネットワーク整備を行い、プライマリーケアの充実をはかる際には、共同利用型病院を中核とした、地域開業医の組織化即ち、共同利用型病院(医師会病院)方式が、一つのモデルケースとなり得る。

本稿では、共同利用型病院に対する、開業医<sup>2)</sup>の利用形態を、開業医の特性と病院の類型化に対応させて、解明することにより、プライマリーケアの強化充実を主眼とした、医療施設ネットワーク整備手法に対して、指針を提示した。

## §2. 研究目的

医療施設のネットワーク整備は、「患者にとっては、必要とする医療サービスを、段階に応じて、かつ連続的に受けることができる体制を整え」、「医師にとっては、医療技術の相互補完及び、医療施設・設備・物質・人材の相互利用の場を確保する」ことであり、全体として、この目的を達成するために「情報交換システムを確立する」ことによって実現が可能である。しかし、今日の我が国では、このような体系的医療施設整備網は、皆無に近いと言っても過言ではない。このような現実に対して、現行法体系の不備、かつ、医師のモラル欠如<sup>3)</sup>が大きな要因であるという指摘があるものの、地域構造・社会構造・医療の特殊性をフィジカルに把握したうえでの原因追求は、ほとんどなされていない。

ところで、プライマリーケアの担い手として、医療の第一線に立っている既存の開業医を組織化することは、困難であると言われているものの、医療ネットワーク整備の中で、最も重要かつ急務である。本稿では、これら既存の開業医を組織化する場合に、考慮すべきフィジカルな整備手法を見出すために、以下の点を明らかにしようとするものである。

- ① 共同利用型病院を利用している開業医の属性を、地域特性と病院の診療特性とのからみの中で明らかにする。
- ② 共同利用型病院を核とした、医療供給システムの中で、開業医が果たしている役割を明らかにする。
- ③ 前述した医療施設ネットワーク整備目標で、医師に対する項目のうち、共同利用型病院方式により達成される部分を明らかにする。

なお、調査では、開業医を組織化して設立されている共同利用型病院(医師会病院)を対象とし、入院と手術に関する各項目を分析の主題とした。これに対するそれぞれの理由は、各節の冒頭に記述した。

\* 九州大学 教授・工博

\*\* 九州大学 助手

(昭和55年12月2日日本稿受理・討論期限昭和57年6月末日)

表-3-1 調査対象の概要

分類条件	専任医の充足度	常勤医が標準医師数の50%以上を満足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			
	人口10万人当りの病院病床数	850床以上		850床未満		850床未満		850床未満	
	人口10万人当りの診療所数	68ヶ所未満		68ヶ所未満		68ヶ所以上		68ヶ所未満	
分類記号		I-A-b		I-B-b		II-B-a		II-B-b	
病院名		AL	AW	IS	RE	TK	TO	US	IO
病院の概要	常勤専任医(人)	5	1	3	0	1	1	1	1
	内科系	5	1	3	0	1	1	1	1
	外科系	6	2	5	2	0	0	0	0
標榜科目	内・児・外・整産・産・眼・耳・皮膚・泌尿	内・児・外・整産・産・眼・耳・皮膚	内・児・外・整産・産・眼・耳・皮膚	内・外・産・眼	内・児・外・整産・産・眼・耳・皮膚	内・児・外・整産・産・眼・耳・皮膚	内・児・外・整産・産・眼・耳・皮膚	内・児・外・整産・産・眼・耳・皮膚	内
一般病床数(床)	160	100	100	49	80	209	96	100	

表-3-2 調査方法

調査内容	資料	調査方法・場所	調査年月
病床を利用する開業医の特性	入退院簿 カルテ 病棟日誌	転写・各病院 (一ヶ年分)	1977年1月 ~1978年10月
手術に参加する開業医の特性	手術記録	転写・各病院 (一ヶ年分)	1977年1月 ~1978年10月
病院利用のメリット	インタビュー	開業医・専任医 各医師会	1977年1月 ~1979年11月
その他	医療施設 静態調査	転写・各保健所	1977年1月 ~1978年10月
補充調査	カルテ インタビュー	転写・各病院 医師会	1980年 6月~8月

§3. 調査方法

地域の開業医を組織化するに当って、中核病院として設立された共同利用型病院は、専任医の充足度<sup>4)</sup>を指標として、二つのグループに分類することができる。さらに、それぞれのグループは、病院の設立されている地域の、病院病床数の多少<sup>5)</sup>で二つに、同じく診療所の多少<sup>6)</sup>で二つに分類が可能であり、各病院は、以上の8タイプのいずれかに属する。

本稿では、8タイプのうち設立例の多い4タイプについて、それぞれ2病院、合計8病院を調査対象とした。なお、調査対象の概要と調査方法は、一覧表として表-3-1、表-3-2で示した。

§4. 病床を使用する開業医の特性と役割

共同利用型病院では、地域の開業医に対して、登録医としての門戸を開放しているが、病院を利用する義務を負わせていない。この結果、全く病院を利用しない開業医もかなり存在する。本節では、開業医の病院利用状況を概観した後、病床を使用する開業医が、どのような条

表-4-1 病床を使用する開業医の割合、一般病床100床当りの換算値(人/100床)

分類記号	I-A-b		I-B-b		II-B-a		II-B-b	
病院名	AL	AW	IS	RE	TK	TO	US	IO
開業医総数(A)	85	85	85	231	41	53	27	47
1年間に患者を入院させた数(B)	53	53	36	39	31	24	11	15
B/A×100(%)	62.3	62.3	42.4	16.9	75.6	45.3	40.7	31.9
1か月に患者を入院させた数(C)	3.6	2.9	2.2	1.8	1.8	2.0	0.8	0.7
1か月に患者の回診をした数(D)	2.2	0.9	1.1	1.6	1.3	2.0	0.8	0.7
D/C×100(%)	61.6	31.0	50.0	88.9	72.2	100.0	100.0	100.0

件を備えているかを、病院の類型化に対応させて分析し、共同利用型病院利用の理由を、開業医の側から明らかにした。

4.1 病院の利用状況(表-4-1)

共同利用型病院で、「一年間のうち一回でも患者を入院させた経験のある開業医を病床使用医」「登録医となっている開業医総数に対する、病床使用医数の割合を病床使用医率」「一ヶ月のうち患者

者を入院させた開業医数に対して、同じく一ヶ月のうち入院患者の回診を行った開業医数の割合を回診率」と定義して、以下、論を進める。

病床使用医数を、一般病床100床当りに換算すると、[I-A-b]タイプのAL・AW病院で約53人、[I-B-b]タイプのIS・RE病院で約37人、[II-B-a]タイプのTK・TO病院で約27人、[II-B-b]タイプのUS・IO病院では約13人で、病院の類型化と病床使用医数との間に、一定の関係が認められる。

病床使用医率は、各病院とも概ね41~75%であるが、病床数に比べて登録医数が非常に多いRE病院で17%、内科だけの診療科目を標榜しているIO病院で32%と低い値を示す。

回診率は、[I]グループの病院では31~89%までばらつくが、[II]グループの病院では、TO・US・IO病院で100%、TK病院で72%である。TK病院は、地域に整形外科専門開業医が、病棟回診を非常勤専任医に依頼しているため、低い値を示す。この回診率は、入院患者に対する、専任医の診療形態の違いに左右される。即ち、専任医が、入院患者に対して、大きな主導権を握っている病院ほど、回診率が低い。

一方、患者の入院期間中、開業医が実際に回診を行った回数は、患者の病状が重いほど多く、多くの患者を同時に入院させている医師ほど多い傾向を示す。この傾向については、別稿で新たに考察を行うため、本稿では割愛した。

4.2 病床使用医の標榜科目と許可病床数(表-4-2)

表-4-2は、一年間のうち、共同利用型病院に、患者を入院させたことのある開業医数(左上の数値)と、入院させたことのない開業医数(右下の数値)を、標榜科目と許可病床数を指標に、クロス集計したものである。ここでは、各指標ごとに、有意水準20%でカイ二乗検定<sup>7)</sup>、過半数の医師が患者を入院させたという仮説が採択されるものに+、過半数の医師が患者を入院させた経験がないという仮説が採択されるものに-の記号を、右肩に付けて表示した。

[I-A-b]タイプのAL・AW病院では、自分の施設

表-4-2 病床を使用する開業医の標榜科目と許可病床数

診療科目 病床数	I-A-b AL					I-B-b IS					II-B-a TK					II-B-b US				
	内小	外整	産婦	併科	その他計	内小	外整	産婦	併科	その他計	内小	外整	産婦	併科	その他計	内小	外整	産婦	併科	その他計
0~3床	11/13	0/1	—	3/4	4/7 18/25	11/23	—	—	1/4	1/2 13/29	4/1	—	—	5/1	0/2 9/4	3/6	—	—	0/2	1/0 4/8
4~7床	10/2	—	—	—	1/4 11/6	1/1	3/1	1/0	1/3	1/2 7/7	2/0	1/0	—	2/1	—	—	—	—	—	0/2 0/2
8~11床	5/4	1/1	4/1	1/0	0/2 11/8	2/1	1/1	2/5	1/1	1/0 7/8	2/0	—	0/1	1/0	1/0 4/1	1/0	—	2/1	—	3/1
12~15床	1/1	1/0	2/0	—	— 4/1	—	—	2/0	1/0	1/0 5/3	—	—	—	1/0	—	—	0/1	—	—	0/1
16~19床	11/1	10/2	3/1	1/1	3/0 28/5	0/1	3/1	—	1/0	— 4/2	1/1	2/0	—	1/1	—	1/0	2/1	—	—	0/1 3/2
20床以上	6/1	2/2	0/2	5/1	— 13/6	—	—	—	—	—	1/0	—	—	1/0	—	—	—	—	0/2	— 0/2
計	44/22	14/6	9/4	10/6	8/13 85/51	14/26	8/6	5/5	5/8	4/4 36/49	10/25	3/0	0/1	11/3	1/2 25/8	5/6	2/2	2/1	0/4	1/3 10/16
	I-A-b AW					I-B-b RE					II-B-a TO					II-B-b IO				
0~3床	16/7	1/0	1/0	7/8	4/3 29/18	4/19	1/1	0/1	0/13	1/0 6/34	19/21	0/2	—	4/8	8/7 31/28	10/8	—	—	—	0/3 10/11
4~7床	1/0	—	—	2/2	2/0 5/2	1/2	0/2	1/1	0/4	— 2/9	0/3	0/2	0/2	0/1	2/0 2/8	2/1	—	0/1	—	0/1 2/3
8~11床	—	1/0	1/1	1/1	1/0 4/2	3/7	0/2	0/1	1/2	0/1 4/13	2/1	2/0	0/3	—	— 4/4	1/0	—	0/1	0/1	1/1 1/3
12~15床	0/1	—	0/1	2/0	— 2/2	0/4	—	0/1	—	0/6	—	2/2	1/2	1/0	0/1 4/5	1/1	—	0/1	—	1/2
16~19床	1/1	0/1	1/0	1/1	— 3/3	4/11	1/4	0/1	2/6	0/3 7/25	5/0	6/3	0/1	0/1	— 11/5	0/2	0/1	—	1/4	— 1/7
20床以上	2/2	1/0	1/2	6/1	— 10/5	0/2	0/4	—	0/1	— 0/7	—	0/1	0/1	0/1	— 0/3	0/3	0/3	—	—	— 0/6
計	20/11	3/1	4/4	19/13	7/3 53/32	12/45	2/13	1/5	3/26	1/5 19/94	26/25	10/10	1/9	5/11	10/8 52/63	14/15	0/4	0/3	1/5	0/5 15/32

注) 病床使用医数 / 病床未使用医数

注) 右肩の記号はカイ二乗検定による結果を示す。

+ : 過半数以上の開業医が病床を使用したという仮説が採択される。

- : 過半数以上の開業医が病床を使用しないという仮説が採択される。

表-4-3 病床を使用する開業医の患者受け持ち率と特性

病院名 (タイプ)	病床使用開業医の概要 (患者受持率上位10人)											備考
	項目	順 位										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
AL (I-A-b)	患者受持率 (%)	8.1	5.0	3.7	3.2	3.0	2.7	2.5	2.5	2.5	2.4	合計 35.6%
	標榜・科目	胃腸	産婦	皮泌	外胃	内児	内児	外胃	内呼	内児	内	
	許可病床数	0	19	0	19	0	19	6	30	19	0	
	病院との距離 (km)	4.3	5.5	4.7	2.8	2.1	2.8	5.7	2.4	5.7	5.9	平均 4.2km
AW (I-A-b)	患者受持率 (%)	9.2	5.9	4.7	4.5	4.2	3.7	3.7	3.5	3.5	3.2	合計 46.1%
	標榜・科目	胃内外	外内児皮	内児	内児	内児	内児放	内児	内児	全	内外整皮	
	許可病床数	0	6	0	0	0	0	0	0	46	24	
	病院との距離 (km)	6.3	4.5	3.3	11.8	3.5	3.4	11.8	12.3	17.9	11.2	平均 8.6km
IS (I-B-b)	患者受持率 (%)	22.5	12.3	7.2	5.5	5.5	5.0	4.7	4.2	3.4	3.0	合計 73.3%
	標榜・科目	内外	産婦	外胃皮	児胃放	児	内婦	胃外放	内	産婦内外	内児外	
	許可病床数	4	13	18	0	6	8	6	0	10	8	
	病院との距離 (km)	1.6	1.2	0.6	1.3	0.9	1.7	8.8	1.4	6.1	4.4	平均 2.8km
RE (I-B-b)	患者受持率 (%)	43.6	14.5	11.8	9.4	6.5	3.3	2.8	2.1	1.4	1.1	合計 96.5%
	標榜・科目	産婦	内児	内児	内児	外内	内	内児	内児	眼	内	
	許可病床数	6	19	0	0	19	0	19	6	0	19	
	病院との距離 (km)	0.9	10.1	10.0	15.5	20.4	1.4	20.6	5.2	0.4	15.4	平均 10.0km
TK (II-B-a)	患者受持率 (%)	16.0	15.5	9.7	9.2	9.2	6.8	4.4	4.4	4.4	2.9	合計 82.5%
	標榜・科目	胃循呼	内	外胃泌	内児理	内産婦	内呼循	内外	内外産婦	外産婦	内児	
	許可病床数	10	0	18	9	0	5	12	0	30	0	
	病院との距離 (km)	1.5	2.1	1.5	1.5	7.0	1.5	11.9	8.3	11.5	8.8	平均 5.7km
TO (II-B-a)	患者受持率 (%)	12.9	10.1	8.3	7.1	7.0	5.0	4.8	4.5	3.9	3.8	合計 67.4%
	標榜・科目	内児	児	内	外泌	内児	整	内	胃児	外内	内	
	許可病床数	0	0	0	2	0	18	0	0	0	0	
	病院との距離 (km)	0.7	1.1	1.2	0.6	0.7	1.4	0.7	1.0	0.8	1.1	平均 0.9km
US (II-B-b)	患者受持率 (%)	60.5	13.2	13.0	5.0	4.8	1.4	1.0	0.6	0.4	0.2	合計 100.0%
	標榜・科目	内	循胃呼	内	内児	外胃	産婦	内児	外整皮	産婦皮	眼	
	許可病床数	0	9	3	0	19	8	19	16	10	0	
	病院との距離 (km)	0.4	1.0	0.6	0.9	1.3	1.0	0.3	1.2	1.0	0.9	平均 0.9km
IO (II-B-b)	患者受持率 (%)	31.4	15.6	9.3	8.2	7.9	7.9	7.6	5.1	2.5	1.4	合計 96.9%
	標榜・科目	内	内児	内児	内	内児	内児	内児	内児	内	内児	
	許可病床数	0	0	0	4	0	4	0	0	0	0	
	病院との距離 (km)	2.6	2.1	2.2	1.4	4.2	3.0	2.7	2.7	9.0	5.1	平均 3.5km

に多くの病床を持った開業医の使用率が高い。特に、常勤専任医の多い AL 病院では、各標榜科目の開業医とも、この傾向が強い。

[I-B-b] タイプの IS・RE 病院では、全体的に病床使用率が低いものの、とりわけ、病床の多い診療所及び、内科・小児科系で病床数の少ない診療所を持つ開業医の使用率が高い。

[II-B-a] タイプの TK・TO 病院では、各標榜科目とも病床数の少ない診療所及び、外科・整形外科系で病床数の多い診療所を持つ開業医の使用率が高い。

[II-B-b] タイプの US・IO 病院のうち、US 病院では、内科・小児科系で病床数の少ない診療所及び、外科・整形外科系、産婦人科系で病床数の多い診療所を持つ開業医の使用率が高い。IO 病院は、内科系単科病院のため、内科・小児科系で病床数の少ない診療所を持つ開業医の使用率が高い。

4.3 病床使用医の患者受け持ち率とその特性 (表—4-3)

表—4-3 では、各病院ごとに、患者受け持ち率の高い開業医上位 10 人について、標榜科目・許可病床数・病院から開業医までの距離を示した。ここで、患者受け持ち率を「開業医を経由して入院した全患者数に対して、一人の開業医が入院させた患者数の割合」と定義する。

[I-A-b] タイプの AL・AW 病院では、病床使用医の患者受け持ち率に大きな差が認められず、上位 10 人の患者受け持ち率の累積も 50% に達していない。このことは、多くの開業医が少しずつ患者を入院させていることを示している。また、AL 病院では、19床の診療所が 4ヶ所・30床の病院が 1ヶ所、AW 病院では、46床と 24床の病院がそれぞれ 1ヶ所、上位 10 位に含まれている。この上位 10 位のなかでは、許可病床数の多い施設が、概して、病院から遠距離に位置する。

[I-B-b] タイプの IS・RE 病院では、患者受け持ち率の最も高い開業医が、それぞれ 23%、44% の患者を独占し、[I-A-b] タイプの病院に比べて、限定された開業医が多くの病床を使用している傾向を示している。上位 10 人の開業医の中では、IS 病院で産婦人科系の開業医が 4人、RE 病院で内科系 19床かつ病院から 10~20 km 離れた所で開業する医師が 3人含まれている。

[II-B-a] タイプの TK・TO 病

院では、[I-A-b] タイプの病院について、開業医が平均的に病床を使用している傾向にある。TO 病院では、上位 10 位までに、無床診療所の開業医が 8名も含まれている。両病院を利用する開業医の施設のうち、病床の多い診療所または病院では、いずれも外科系の診療科目を標榜している。病院から開業医までの距離をみると、TK 病院では、患者受け持ち率の高い開業医が近距離、患者受け持ち率のやや低い開業医が遠距離に位置している。TO 病院では、いずれの開業医も、病院から非常に近い距離に位置している。

[II-B-b] タイプのうち、US 病院では、内科系無床診療所を開業する 1人の医師が、全患者数の 60% を受け持ち、特異な存在である<sup>9)</sup>。この US 病院には、病床を多く持った、外科診療所の開業医 2人と産婦人科診療所開業医 2人及び、無床診療所の眼科医が 1人含まれているが、患者受け持ち率はあわせて 7.4% にしか過ぎない。IO 病院は、内科系単科病院であり、病院使用医も内科系開業医に限定されている。ここでも、1人の開業医が全患者数の 31% を受け持っている。患者受け持ち率上位 10 人のうち 8人は、無床診療所の開業医である。このタイプの病院では、病院から開業医までの距離と開業医の特性との間に相関は認められない。

なお、開業医から病院までの距離が開業医の組織化に与える影響については、次稿「共同利用型病院の診療圏に関する研究」で詳述する。

4.4 開業医が患者を入院させた理由と患者の疾病 (表—4-4)

共同利用型病院の病床を利用する開業医の属性分析に

表—4-4 開業医が患者を入院させた理由と患者の疾病

開業医が患者を入院させた理由	例数	割合%	疾 病 (例数)
1) 共同利用型病院の高度な検査・看護機能を利用する目的で	11	26.2	桂肺(5) 高血圧(3) 脳出血(1) 心不全(1) 大腿骨折(1)
2) 開業医の施設に患者を入院させることができないため	13	31.0	
① 自分の施設は無床だから	12	28.6	高血圧(4) 心不全(2) くも膜下出血(1) 肺炎(1) 狭心症(1) 脳梗塞(1) 動脈硬化(1) 肺結核(1)
② 自分の施設では患者がオーバーフローするから	1	2.3	分娩(1)
3) 専門医に診療を依頼する目的で	11	26.2	
① 共同利用型病院の専任医に依頼	6	14.3	胆石(1) 腸閉塞(1) 消化器検査(1) 乳癌(1) 上腕骨折(1) 交通事故後腰痛(1)
② 他の開業医に依頼	2	4.8	両辺縁潰瘍性角膜炎(1) 再生不良性貧血(1)
③ 重複疾病の患者だから数人の医師で管理する必要がある	3	7.1	糖尿病(2) じん不全(1)
4) その他の事情により	7	16.7	
① 開業医が病気で診療が不可能のため一時的に	4	9.5	胃潰瘍(1) 胃切除後(1) 心筋伝導障害(1) 喘息(1)
② 一般外来より入院(急患)	3	7.1	食中毒(1) 急性腹症(1) 心筋梗塞(1)

重複した理由の場合、最も優先すると各医師が判断したもの。疾病は、最も主と思われるものをカルテから抜粋

昭和 55 年 7 月 25 日入院中患者 RE 病院 1 日断面調査

対して、ここでは、開業医が患者を入院させた理由と患者の疾病を調べてみたものである。

調査対象は、地域に病院病床数も診療所数も少なく、専任医が複数常駐している結果、開業医が共同利用型病院を利用する理由が、最も多様化していると思われる [I-B-b] タイプの RE 病院である。この病院では、基準看護は設定していないが、特1類に匹敵する体制を整えている。調査では、患者を入院させている開業医全員に、入院させた理由のうち最も大きな要因と考えられるものを、回答してもらう方式を採用した。

この病院では、開業医の施設に患者を入院させる病床がないために、共同利用型病院の病床を利用していると言う理由が最も多く、全体の 31% を占めている。これらの場合、入院患者の症状は固定し、さほど高度な治療・看護は要求されない。

一方、高度の看護技能や常時酸素吸入が行える医療設備等、診療所レベルでは不可能な医療サービスを利用する目的で、患者を入院させる場合が 26%、他の医師の医療技術援助を仰ぐ場合が 26% で、同じ割合を占めている。他の医師に技術援助を仰ぐ目的で患者を入院させる例のうち、半数は、開業医間の相互診療またはグループ診療であり、共同利用型病院方式でしか得られないメリットを活かしたものである。

さらに、開業医が病気療養のため、診療活動ができない期間中、共同利用型病院で患者を引き受けている例がある。これは、開業医が技術研修等で、一時期診療活動を停止する場合にも応用でき、医療施設ネットワークのあり方に新しい方向を示唆するものである。

### §5. 手術に参加する開業医の特性と役割

共同利用型病院に手術設備・スタッフを充実させ、地域の開業医がこれを利用し合えば、地域全体の医療投資の面で、非常に効率が良くなる。さらに、開業医同士または開業医と病院の専任医が手術協力を行えば、お互いの医療技術向上を目指すうえで、得る面が多いことは明白である。しかし、開業医が共同利用型病院で手術を行うことに対しては、以下のような阻害要因を伴う。

- ① 既に、自分の施設に手術設備・スタッフをそろえている開業医にとっては、共同利用型病院へ出向いて、手術を行うメリットが少ない。
- ② 外科系の診療科目を標榜していても、要手術患者を他の施設へ転送し、日常メスを握らない開業医は、手術を行うことそのものをためらう。
- ③ 病院は共同利用施設のであるため、自分の思う時刻に病院を利用できない場合がある。
- ④ 我が国の開業医は、自分の技術を他人に公開したくない。

本節では、以上の要因を検討し、共同利用型病院での手術に対して、開業医が参加する場合、開業医の特性と

役割を明らかにした。

#### 5.1 担当医別手術件数 (表—5-1)

ここでは、共同利用型病院で行われる手術に対して、開業医・専任医がそれぞれどのように関与しているか、一般病床 100 床当りの年間手術件数を比較することにより、その傾向を明らかにした。

表—5-1 担当医別年間手術件数、一般病床 100 床当りの換算値

分類記号		I-A-b		I-B-b		II-B-a		II-B-b
病院名		AL	AW	IS	RE	TK	TO	US
開業医だけで手術	単数	30.6	1.0	31.0	24.5	38.8	30.1	7.3
	複数	3.1	—	19.0	2.0	—	5.0	1.0
開業医と専任医で手術	開業医の執刀	30.1	12.0	28.0	4.1	—	0.5 <sup>*1</sup>	2.29 <sup>*1</sup>
	専任医の執刀	22.5	—	19.0	4.1	1.3 <sup>*2</sup>	0.5 <sup>*2</sup>	2.1 <sup>*2</sup>
開業医の参加する手術		86.3	13.0	97.0	34.7	40.0	36.1	33.3
専任医だけで行う手術		63.1	114.0	355.0	224.5	29.0	—	—

\*1: 非常勤専任医介助

\*2: 非常勤専任医執刀

単位病床当りの年間手術件数は、外科系常勤専任医が 2 人以上いる [I] グループの病院で多く、約 130~450 件に達する。[I] グループの病院の中でも、地域に病院病床数が少ない [I-B-b] タイプの病院では、特に手術件数が多く、地域に病院病床数が多い [I-A-b] タイプの病院における手術件数の約 2 倍に達する。

ところが、同じ [I] グループの病院の中でも、開業医が参加する手術件数をみると、外科系常勤専任医が 5 人以上いる AL・IS 病院で約 90 件、外科系常勤専任医が 2 人しかいない AW 病院で 13 件・RE 病院で 35 件と、外科系常勤専任医の数によって手術件数の差が出てくる。特に、AW・RE 病院では、開業医の参加する手術件数は、全手術件数の 10~15% にしか過ぎない。このことから、外科系常勤専任医の数が多い病院ほど、開業医の参加する手術件数も多い傾向が読み取れる。

外科系常勤専任医のいない [II] グループの病院では、手術件数が非常に少ない。TK 病院で、非常勤専任医に依頼している年間 29 件の整形外科手術を除けば、TK・TO・US 病院とも、年間 40 件以下の手術しか行われていないことになる。この値は、現状の共同利用型病院において、常勤専任医が関与しない手術件数の上限と推定される。

#### 5.2 開業医の参加方法とその手術内容 (表—5-2)

[I] グループの病院のうち、外科系常勤専任医が 6 人いる AL 病院では、開業医の参加する手術のうち、39% が開業医のみで行われ、61% が開業医と専任医の共同で行われている。開業医のみで行う手術は、一般外科・産婦人科の手術に多く、開業医と専任医が共同で行う手術は、内臓外科の手術に多い。同じく、外科系常勤専任医が 5 人いる IS 病院では、52% が開業医だけで行われ、その多くが産婦人科の手術である。この病院で、開業医と専任医が共同で行う手術は、整形外科ついで産

表-5-2 開業医の手術参加方法と手術内容

執刀者 介助者 手術内容	開業医					専任医 開業医	合計	手術 件数
	開業医 専任医	専任医	介助者 なし	小計	開業医			
内臓外科	1	1	38	8	48	27	35	46.9
脳外科								
一般外科	1		8	15	24	8	32	20.0
整形外科			5	2	7	1	8	5.0
産婦人科	3		4	8	15		15	9.4
眼科				2	2		2	1.3
皮膚科		1	1	1	3		3	1.9
耳鼻科				2	2		2	1.3
その他				1	1		1	0.6
合計	5	2	46	49	102	36	138	86.3
手術件数	3.1	1.3	28.8	30.6	63.8	22.5	86.3	*57.7

I-A-b AL

執刀者 介助者 手術内容	開業医					専任医 開業医	合計	手術 件数
	開業医 専任医	専任医	介助者 なし	小計	開業医			
内臓外科								
脳外科								
一般外科								
整形外科			10		10		10	10.0
産婦人科			2		2		2	2.0
眼科								
皮膚科								
耳鼻科				1	1		1	1.0
その他								
合計			12	1	13		13	13.0
手術件数			12.0	1.0	13.0		13.0	*10.2

I-A-b AW

執刀者 介助者 手術内容	開業医					専任医 開業医	合計	手術 件数	
	開業医 専任医	専任医	介助者 なし	小計	開業医				
内臓外科			21		1	22	2	24	25.0
脳外科									
一般外科			1		5	6	6	6.3	
整形外科									
産婦人科	1				1	2	2	2.1	
眼科									
皮膚科									
耳鼻科									
その他									
合計	1		22		7	30	2	32	33.3
手術件数	1.0		22.9		7.3	31.3	2.1	33.3	*10.0

II-B-b US

開業医 専任医	開業医					専任医 開業医	合計	手術 件数
	開業医 専任医	専任医	介助者 なし	小計	開業医			
1				2	3	5	5.0	
			1	1	3	4	4.0	
		1		1	1	2	2.0	
1		5	13	19	12	31	31.0	
17	4	15	17	53		53	53.0	
				1		1	1.0	
				1	1	1	1.0	
19	4	24	31	78	19	97	97.0	
19.0	4.0	24.0	31.0	78.0	19.0	97.0	*21.5	

I-B-b IS

開業医 専任医	開業医					専任医 開業医	合計	手術 件数
	開業医 専任医	専任医	介助者 なし	小計	開業医			
1			1	2	1	3	6.1	
			1	1		1	2.0	
		2	8	10	1	11	22.4	
			2	2		2	4.1	
1		2	12	15	2	17	34.7	
2.0		4.1	24.5	30.6	4.1	34.7	*13.4	

I-B-b RE

開業医 専任医	開業医					専任医 開業医	合計	手術 件数
	開業医 専任医	専任医	介助者 なし	小計	開業医			
				17	17		17	21.3
				12	12		12	15.0
			2	2	1	3	3.8	
				31	31	1	32	40.0
				38.8	38.8	1.3	40.0	*58.2

II-B-a TK

開業医 専任医	開業医					専任医 開業医	合計	手術 件数
	開業医 専任医	専任医	介助者 なし	小計	開業医			
1			2	3		3	1.4	
			27	27		27	12.3	
5		1	10	16	1	17	7.7	
5			2	7		7	3.2	
			9	9		9	4.1	
			2	2		2	0.9	
			14	14		14	6.4	
11		1	66	78	1	79	36.0	
5.0		0.5	30.1	35.6	0.5	36.0	*10.0	

II-B-a TO

- 注 1) \*は1年間に行われた手術中、開業医が参加した手術の割合。  
 2) 手術件数は一般病床100床当りに換算した値。  
 3) 外科系専任医の常駐しない病院では他の病院又は大学から招聘した医師を専任医として算定  
 4) 外科を内臓外科、脳外科、一般外科に分けた。内臓外科は開腹して内臓を切開、縫合、摘出したもの。ただし虫垂炎を除く。一般外科は内臓外科以外の手術。

婦人科の手術である。一方、外科系常勤専任医が2人しかいないAW・RE病院では、開業医の参加する手術は、年間それぞれ十数件である。その内容も、AW病院で、開業医と専任医が共同で行う整形外科の手術、RE病院で、開業医のみで行う産婦人科の手術に限定されている。

外科系常勤専任医のいない[II]グループの病院では、手術に対する開業医の参加方法がそれぞれ異なる。TK病院では、整形外科に限定して非常勤専任医に依頼し、他の手術は開業医だけで行う方法を、TO病院では、すべての手術を開業医だけで行う方法を、US病院では、ほとんどの手術で開業医が執刀し、うち高度の内臓外科手術などには、非常勤専任医を介助役に加える方法を、それぞれ採用している。手術の内容は、TK病院で内臓外科・一般外科、TO病院で一般外科・整形外科・耳鼻咽喉科・眼科・産婦人科、US病院で内臓外科が中心である。

5.3 手術に多く参加する開業医の特性 (図-5-1)

共同利用型病院で、年間5回以上手術に参加した開業医は、TO病院で8人、IS病院で6人、AL病院で3人、US病院で2人、AW・RE・TK病院では、それぞれ1人に過ぎず、いずれの病院でも非常に限定された開

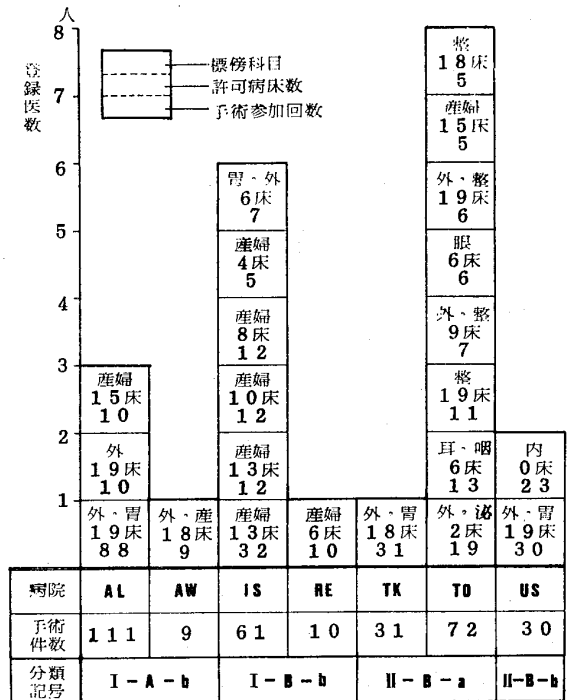
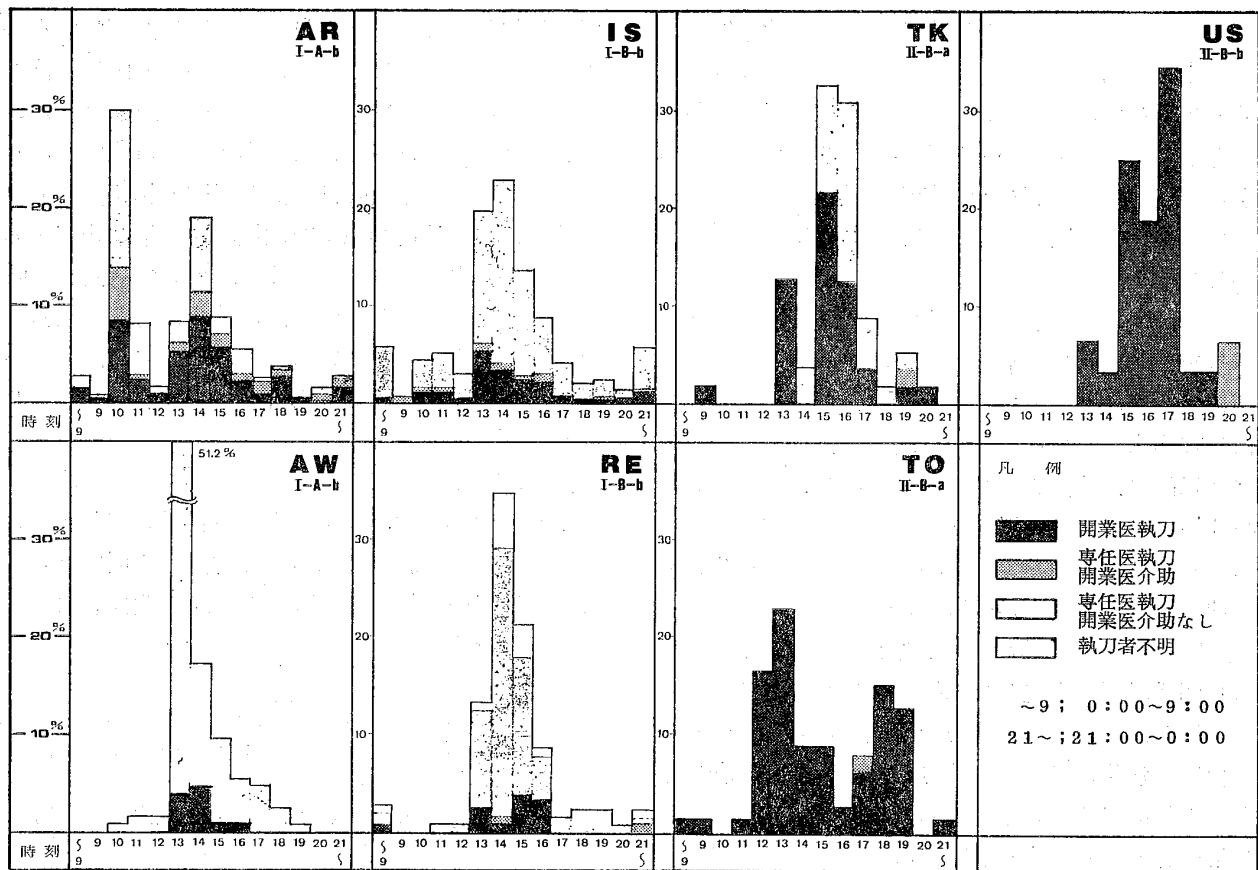


図-5-1 年5回以上手術に参加した開業医の特性

業医しか手術に参加していないことがわかる。

手術に参加する開業医は、外科・整形外科系で16~17床、産婦人科系で9~10床、眼科・耳鼻咽喉科で6床程度の病床を、自分の診療所に有している。このことは、



図—5-2 手術開始時刻・担当医別手術件数の割合

自分の診療所に収容しきれないで、オーバーフローした患者に対して、共同利用型病院を利用した手術を行っているケースが多いことを示している。

これに対して、少数例ではあるが、グループ診療を行う目的で IS 病院を利用している数人の産婦人科医、自己の医療技術向上を目指して手術介助に参加している US 病院の内科医をあげることができる。

5.4 手術の開始時刻 (図—5-2)

開業医が、自分の入院させた患者を回診する場合、自分の施設での診療時間のあい間に、病院を訪れることで、その役割を果たすことができる。しかし、共同利用型病院で手術を行う場合、手術準備・協力を得るスタッフとの時間調整などが必要であり、開業医の都合だけで、手術時刻を決定することはできない。このことが、開業医の手術参加を抑制している理由の一つでもある。

担当医別に、手術の開始時刻を調べてみると、外科系常勤専任医のいる [I] グループの病院と、外科系常勤専任医のいない [II] グループの病院に、明確な差が認められる。

[I] グループの病院のうち、AL 病院では 10 時と 14 時に手術が開始される場合が多く、他の AW・IS・RE 病院では、13 時から 14 時までに手術が開始される場合がほとんどである。

[II] グループの病院では、ほとんどの手術に開業医が参加し、TK 病院で 15 時から 16 時、TO 病院で 13

時と 18 時、US 病院で 15 時と 17 時に、それぞれ、手術開始時刻のピークが見られる。即ち、ほとんどの手術が午後の後半に開始される。この時刻は、開業医が自分の施設で行う診療に、一区切りがついた頃である。

開業医が共同利用型病院での手術に参加する場合、都合がよいのは、午後の後半に開始される手術であるが、外科系専任医がいる病院では、専任医の診療スケジュールに合わせて、手術開始時刻が早められている。広く開業医の参加を求めるには、開業医の診療スケジュールに合わせて、手術の開始時刻を決定するという配慮が必要である。

§6. まとめ

1) [I]グループの病院では、豊富な医療設備・人材に裏付けられた、病院の有する高度な検査・診断・治療機能を利用する目的で、標榜科目の違いを問わず、病床を多く持つ診療所や小病院の開業医が、幅広く病院を利用している。共同利用型病院で手術を行う場合も、高度な技術を要するため、専任医に技術協力を依頼する必要があるとして、病院を利用する例が多い。この結果、医療技術の相互補完及び、医療施設・設備・物資・人材の相互利用の場を確保すると言う、医師に対する医療施設ネットワークの整備目標は、一応達成されている。しかし、共同利用型病院を核とした、医療供給システムの中では、相対的に、専任医の役割が大きく、開業医の役割は小さい、と言う印象は否めない。



1-1) [I-A-b] タイプの病院は、多くの開業医が、均等に病床を利用している。患者にとっては、連続的な医療サービスを受けることができるが、開業医の役割は、ややもすると、患者の入院先紹介に終わってしまう可能性を含んでいる。レジデント制度が導入されれば、共同利用型病院でも、開業医の役割がさらに増大するものと思われる。

1-2) [I-B-b] タイプの病院では、地域に不足する専門科目を、共同利用型病院の専任医でカバーしているため、地域住民にとっては重要な病院だと思われるが、地域に病院病床数が少ないため、開業医は、高度な医療サービス以前に、共同利用型病院の病床そのものを利用する必要性にせまられることが多い。より充実した施設となるためには、多額の資金が必要であり、人口集積度が低い地域では、実現化が困難であろう。

2) [II] グループの病院では、病床を持たない、一部の内科系開業医が、率先して病院を利用している。この結果、開業医が、自分の施設での診療の合間に、回診を行える程度の病状の患者を入院させ、単純な病床利用を行うという側面が強い。手術でも、自分の施設が満床で、術後の患者を収容する余裕がない場合や、麻酔医・補助看護婦が得にくいいため、人材のそろった共同利用型病院を利用するが多い。この結果、開業医の医療技術補完の場というより、病院の病床・手術室・人材を共同で利用する場であるという傾向が強い。しかし、共同利用型病院を核とした医療供給システムの中で、開業医の果たす役割は大きい。

2-1) [II-B-a] タイプの病院では、開業医が一貫主治医制を守るために、病院を利用する場合と、開業医間の技術補完の場として、病院を利用する場合がある。病院の機能をより充実させるには、せめて非常勤の専任医を導入し、医療水準を引き上げる必要があろう。

2-2) [II-B-b] タイプの病院では、地域に不足する

医療供給量をカバーする目的で、開業医が病床を利用する機会が多い。地域住民は、より高度の医療機能と、多くの医療供給量を期待しているものと思われるが、公的資金の導入がなければ、この実現は不可能であろう。

3) 共同利用型病院は、開業医間の相互診療やグループ診療による技術補完や医療施設・設備・物資・人材の相互利用の場のみならず、開業医の診療活動を一時期肩替りすることにより、開業医の診療に時間的余裕を持たせる役割をも果たしている。このことは、開業医の生涯教育を時間的に保障する場合の一事例として、新しい方向を示唆している。

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。

注

- 1) ここで使うプライマリケアとは、primary medical health care のことで、basic 及び first-contact medical health care を意味する。
- 2) ここでは、私立診療所及び、設立主体が個人または医療法人で 100 床未満の病院を開設している医師を開業医と呼ぶ。
- 3) 医師が技術公開を拒否し、密室内の医療を行うかぎり、医療施設ネットワークの実現は困難であろうと、各方面から言われている。
- 4) 外科系医を含め、複数の常勤専任医を確保し、かつ、医療法で定める標準医師数が 50% に達しているか否かを、充足度の判断基準とした。
- 5) 人口 10 万人当りでのみた病院病床数の全国平均値、850 床/10 万人を分類基準とした。
- 6) 人口 10 万人当りでのみた診療所数の全国平均値、68 ケ所/10 万人を分類基準とした。
- 7) 品質管理等では、有意水準 1% または 5% で検定を行うのが一般的であるが、ここでは検定の基準をゆるめて、便宜上 20% で検定を行った。
- 8) この医師は、内科系を標榜しながらも、共同利用型病院で行われる手術の 65% に、介助役として参加している。

## SYNOPSIS

UDC : 725.51

### A STUDY ON THE USING STYLE AND THE ROLE OF THE PRACTITIONER IN THE JOINT USE TYPE HOSPITAL

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

I. To form the net work of medical facilities around a joint use type hospital all the practitioners in the district should be organized.

II. The desirable joint use type hospital for organized practitioners is having full-time and consultant medical staffs, and the adequate number of beds considering the demands of the district.

The joint use type hospital should have the function of the open medical staff system hospital in U.S.A. and that of the community hospital in England.

III. The following points are necessary for practitioners when they perform many operations in the joint use type hospital.

- 1) The full-time medical staff should participate in the operation as an operator or the assistant of a practitioners.
- 2) The practitioner who sent the patient should participate in his operation.
- 3) The time of the operation should be set considering the practitioner's schedule, as far as it is not urgent.