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ケアを、どのように位置付けるか、最も重要な課題となる。

そこで、我が国では、私的小病院・診療所の開業医が、プライマリケアの中心的な担い手である。しかし、これらの施設は、無秩序に開放されており、施設相互の連絡は皆無に等しい。

このような状況の中で、地域の医師会を設立・運営主体として、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、全国に31ケ所設立されている。これらは、プライマリ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は異なり、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特徴を基にしたものであるが、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、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似ている。

我が国は、自由開業医制であり、診療所が病棟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を基本とする、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、共同利用型病院における、開業医の利用形態を、関業医の特性と病院の特性に応じて、解明することにより、プライマリケアの強化を主導とする、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、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、今日の我々が国では、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、医師の権力や欠如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、ほとんどされていない。

ところが、プライマリ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い出すために、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、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けら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。
表3-1 調査対象の概要

<table>
<thead>
<tr>
<th>仕入者の選定</th>
<th>有効な回答数(件数)</th>
<th>不要</th>
<th>要</th>
<th>分</th>
<th>結果</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>全国病床数</td>
<td>1000床以上</td>
<td>885床未満</td>
<td>850床未満</td>
<td>850床未満</td>
<td>885床未満</td>
</tr>
</tbody>
</table>

表3-2 調査方法

<table>
<thead>
<tr>
<th>項目</th>
<th>仕入者</th>
<th>未入者</th>
<th>既入者</th>
<th>結果</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>手数料</td>
<td>入院患者数</td>
<td>未入者数</td>
<td>入院患者数</td>
<td>結果</td>
</tr>
<tr>
<td>手数料</td>
<td>1971年1月</td>
<td>1974年1月</td>
<td>1974年1月</td>
<td>結果</td>
</tr>
</tbody>
</table>

53. 調査方法

地域の開業医を組織化するに当たって、中核病院として設立された共同利用型病院は、専任医の充足度を指標として、二つのグループに分類することができます。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で二つに、同じ診療所の多少で二つに分類が可能です。各病院は以下の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、病院を使用する義務を負わせていない。この結果、病院を利用しない開業医もかなり存在する。本稿では、開業医の病院使用状況を観察した後、病床を使用する開業医が、どのような条件

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 病床の利用状況（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が病床使用」と、「開業医となっている開業医の処方に対して、病床使用医数の割合を病床使用医数」「一ヶ月のうち患者を入院させた病床使用医に対して、同じく一ヶ月のうち入院患者の回診を行った病床使用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多い多いRE病院で17％、内科だけの診療科目を有しているIO病院で32％と低低い値を示す。

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いない、病箇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。一方、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、回診率が高い。

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、クロス計画したものである。ここでは、各指標ごとに、有意水準で30％でカイニ乗検定し、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、極半数の医師が患者を入院させる経験がないという仮説が択択されるもののに－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

<table>
<thead>
<tr>
<th>開業医</th>
<th>外科</th>
<th>内科</th>
<th>産婦人科</th>
<th>婦人科</th>
<th>娘内科学</th>
<th>娘外科学</th>
<th>産科学</th>
<th>肾科学</th>
<th>小児科学</th>
<th>消化器科学</th>
<th>神経科学</th>
<th>耳鼻喉科学</th>
<th>皮膚科学</th>
<th>整形外科</th>
<th>姿勢外科</th>
<th>歯科学</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0-3床</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>4-7床</td>
<td>10.7</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>8-11床</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>12-15床</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>16-19床</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>20床以上</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>計</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

表4-3 病床を使用する開業医の患者受け持ち率と特性

<table>
<thead>
<tr>
<th>病床使用数</th>
<th>初診患者数</th>
<th>再診患者数</th>
<th>総計患者数</th>
<th>受け持ち率</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0-3床</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>4-7床</td>
<td>10.7</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>8-11床</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>12-15床</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>16-19床</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
<tr>
<td>20床以上</td>
<td>11.3</td>
<td>4.3</td>
<td>13.7</td>
<td>13.7</td>
</tr>
</tbody>
</table>
多くの病床を持った開業医の使用率が高い。特に、看護専任医の多い AL 病院では、各病床の開業医ともし、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・小児科で病床数の少ない診療所を持つ開業医の使用率が高い。

【I-B-a】タイプの TK-TO 病院では、各診療科目とも病床数の少ない診療所及び、外科・整形外科系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-TO 病院のうち、US 病院では、内科・小児科で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。

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。このことから、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 ケ所・30 床の病院が 1 ケ所、AW 病院では、46 床と 24 床の病院がそれぞれ 1 ケ所、上位 10 位に含まれている。この上位 10 位のなかで、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。

【II-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、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 病院で産婦人科の開業医が 4 人、RE 病院で内科 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遠距離にある。患者受け持ち率のやや低い開業医が近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。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 1 名が含まれているが、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％を受け持ち、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、次編「共同利用型病院の診療戦略に関する研究」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

<table>
<thead>
<tr>
<th>病院医が患者を入院させた理由</th>
<th>列数</th>
<th>発症例</th>
<th>疾病（例数）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1）共同利用型病院の高度な検査・医療機能を活用する目的で</td>
<td>11</td>
<td>2.62</td>
<td>精神障害（高血圧）</td>
</tr>
<tr>
<td>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</td>
<td>13</td>
<td>3.10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1）自分の施設は無床だから</td>
<td>12</td>
<td>2.86</td>
<td>高血圧</td>
</tr>
<tr>
<td>2）自分の施設では患者がオーバーフローするから</td>
<td>1</td>
<td>2.3</td>
<td>汎発</td>
</tr>
<tr>
<td>3) 開業医に診療を依頼する目的で</td>
<td>11</td>
<td>2.62</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1）共同利用型病院の専任医に依頼</td>
<td>6</td>
<td>1.34</td>
<td>骨折（1）</td>
</tr>
<tr>
<td>2）他の開業医に依頼</td>
<td>2</td>
<td>0.48</td>
<td>外反母趾（1）</td>
</tr>
<tr>
<td>3）重篤な病状の患者から数人の医師で診療する必要がある</td>
<td>3</td>
<td>0.71</td>
<td>糖尿病（2）</td>
</tr>
<tr>
<td>4）他の事情により</td>
<td>7</td>
<td>1.67</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1）開業医が病気中で診療が不可能のため一時的に</td>
<td>4</td>
<td>0.95</td>
<td>胆結石（1）</td>
</tr>
<tr>
<td>2）一般外来より入院（急症）</td>
<td>3</td>
<td>0.71</td>
<td>食中毒（1）</td>
</tr>
</tbody>
</table>

開業医が患者を入院させた理由は、数例において、患者を急病の診療を受けるために、病院医が診療を依頼する場合が多かった。また、開業医が病気中で診療が不可能の場合や、一般外来より入院（急症）の場合は、患者の病状が急激に変化したための一時的な入院であった。
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病状調査によってみたものである。

調査対象は、地域に病院病床数も診療所数も少なく、専任医が複数常勤している結果、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[1-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 項に頭数を制限を整えている。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欠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又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、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ので、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、以下の様々な阻害要因を伴う。

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き、手術を行うメリットが少ない。

② 外科系の診療科目を専道していても、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望まない。

③ 病院は共同利用施設のため、自分の思う時間に病院を利用できない場合がある。

④ 我が国の場合には、自分の技術を他人に公開したがらない。

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 担当区別手術件数（表-5-1）

ここでは、共同利用型病院で行われ手術に対して、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。

<table>
<thead>
<tr>
<th>手術件数</th>
<th>1-B-a</th>
<th>1-B-b</th>
<th>1-B-c</th>
<th>1-B-d</th>
<th>1-B-e</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>内科</td>
<td>304</td>
<td>10</td>
<td>310</td>
<td>245</td>
<td>328</td>
</tr>
<tr>
<td>外科</td>
<td>31</td>
<td>190</td>
<td>20</td>
<td>10</td>
<td>50</td>
</tr>
</tbody>
</table>

単位病床当た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。[II] グループの病院の中でも、地域に病床数が少ない [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いる。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% にしか達しない。このことから、外科系常勤専任医の扱が適当な多い病院ほど、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と 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と考える。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。開業医のみで行われ手術は、外科外科・産婦人科手術に多く、開業医と専任医が共同で行われ手術は、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、その多くが消化器手術である。この病院で、開業医と専任医が共同で行う手術は、整形外科手術で産
表5-2 開業医の手術参加方法と手術内容

<table>
<thead>
<tr>
<th>手術部位</th>
<th>開業医</th>
<th>産婦人科</th>
<th>小計</th>
<th>合計</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>腎癌</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>脳外科</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>胸外科</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>耳鼻咽喉科</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>全計</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
<td>9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.3 手術に多く参加する開業医の特性（図5-1）

共通利用型病院で、年間5回以上手術に参加した開業医は、TO 病院で10人、IS 病院で6人、AL 病院で4人、US 病院で3人、AW・RE・TK 病院ではそれぞれ1人。いずれの病院でも非常に限定された開業医しか手術に参加していないことがわかる。

図5-1 年5回以上手術に参加した開業医の特性

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、自分の診療所に所有している。このことから、
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的と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、その効果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時までは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。また、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・人材に裏づけられた、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、標準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こと、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、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] 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場合が多い。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、回診を行う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、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・補助者運ばれ得にくいため、人材のそろった共同利用型病院を利用する場合が多い。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、開業医同士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、専門の将軍の専任医を導入し、医療水準を引き上げる必要がある。

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場合が多い。地域住民は、より高度の医療機関と、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を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果たしている。このことは、開業医の生涯教育を時間的に確保する場合の一例として、新しい方向を示唆している。

わざに
本研究は、昭和 54 年度文部省科学研究費補助金の新たなものである。調査に当って御協力頂けた日本医師会、各地区の医師会・病院・保健所の関係者、未筆ながら謝意を表する。

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、各方面断言されている。
4) 外科系及び、複数の手術分野を一貫する医師を確保し、かつ、医療師法で定める標準医師数が 50% に達しているか否かを、
5) 人口 10 万人当たりの病院数の平均値（850 床/10 万人を平均化した値）
6) 人口 10 万人当たりの診療所数の平均値（68.8 万床/10 万人を平均化した値）
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定め、
8) この医師は、内科系を専門としながらも、共同利用型病院で行われる手術の 15% に、介助役として参加している。

SYNOPSIS
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.