

# 医師の世代交代に関する経年的分析

## はじめに

日本においては医師の勤務地、従事する業務の種別などについての選択については大抵各医師の自由意思が尊重されるシステムであり、またマンパワーの問題は対策の影響が現れるまでには十年単位の時間を要する。そのため、医師需給問題の検討や対策を考える際には、歴史的な傾向分析が重要である。

医師をめぐる状況は、その時々々の社会・経済的な要因の変化によって様々な影響を受けるが、近年の傾向として特に、診療所開業者と比較して病院勤務医の増加が顕著である。1970年代後半より病院勤務医の数は急増しており、一方開業医数は一定の伸びであることから、近年では医療の中心は病院機関に移行しているといえよう。しかし、分布状況の分析などから、現在の地域医療を支えているのは診療所であることは明らかであり、また、これまで診療所を支えてきた医師層の高齢化が深刻な問題であると考えられる。そこで、本研究では、業務の種別（病院、診療所開業者、診療所勤務者）についての経年的な分析を行うことにより、診療所に従事する医師の年齢構造の変化と高齢化の影響を明らかにすることを目的とした。

## 方法

1955年から1996年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」の公表データ、1976年から1996年の個票データ、及び医籍登録簿を用いて分析を行った。

## 結果

業務の種別医師数の年次推移より、1970年代半ばに病院勤務医数は診療所開業者数を上回り、以降直線的に増加している（表1）。また、診療所開業者の年齢構造の推移を見ると、1980年代後半には高齢化が進んでいることが明らかになった（表2）。そこで、1945年、1955年、1965年、1975年の4点（10年単位）に医籍登録を行った医師のコホート分析を行った。1945年の医籍登録者のうち、約40%が医籍登録後0から5年の間に診療所の開業者となっており、登録後30年までには80%近くが診療所の開業者となっている。病院勤務医は最初の5年間は30%以上を占めているものの、以降は一定して20%前後である（表3）。しかし、1955年に医籍登録を行った医師のコホートでは、登録後0から5年の間に診療所の開業者となった割合は10%に満たず、約70%が病院勤務医である（表4）。その後医籍登録後6年から徐々に診療所開業者の割合が増加し、対照的に病院勤務医の割合が減少していく。1955年の医籍登録者には、病院で研修を行った後に診療所を開業していく、という傾向が見られ、1945年の医籍登録者のコホートとは明らかな違いが見られた。さらに1965年、1975年の医籍登録者のコホートでは、病院勤務医であり続ける医師の割合が増加し、医籍登録後35年が経過しても、診療所開業者の割合は1965年では約40%（表5）、1975年では40%未満である（表6）。これらの結果から、これまでの診療所の多くは1955年以前の開業者によって支えられてきていると考えられ、診療所では現在医師の高齢化の影響が最も著しいと考えられる。診療所開業者の年齢構造の推移からは、すでに高齢化のピークは1980年代半ばに訪れており、現在では徐々に世代交代が起こりつつあることが予測され、また平成6年には初めて「診療所勤務医」の増加が認められた。この要因としては女性医師の増加なども考えられる。

（筆者：深津 宣子）

# 医師の地域分布に関する経年的分析

## 1. 研究の背景

適正な医師数、いわゆる医師需給についてはこれまで、様々な検討、推計がなされてきた。1950年代には医師の不足が報告され、それに基づき1970年には医科大学の新設解禁、1973年には「無医大県解消構想」などの対策がとられた。結果、医師数は増加したものの、わずか10年弱で医師数の過剰が懸念されることとなり、現在に至るまで医師需給の検討において、増加しつづける医師数をどのような方策で減少させるか、が大きな課題の一つとなっている。しかし、数値的な増加だけでは解決が困難と考えられるいくつかの問題があり、その代表的なものが地域格差、つまり医師の地域分布の問題である。日本においては大抵の場合、勤務する場や従事する業務の種類、診療科などについて特に制限はなく、基本的に各医師の自由である。実際に1970年代後半より病院勤務医の数は急増しており、一方開業医数は一定の伸びであることから、近年では医療の中心は病院機関に移行しているといえよう。このような状況から、数自体が増加しても地域格差解消の解消がなされているかは疑問がある。また、現在の地域医療を支えていると考えられる診療所開業医が高齢化し、死亡していくことによって、地域医療は多大な影響を受けることが予測される。

そこで、本研究では個々の医師の地域分布（市町村単位）について、無医村数及び医師少数市町村数を経年的に分析し、医師の分布活動状況を明らかにすることを目的とした。

## 2 方法

1976年から1996年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生省大臣官房統計情報部編）の個票データ、医籍登録簿、及び市町村データを用いて分析を行った。

## 3 結果および考察

まず、1980年、1990年の医師個票データ及び市町村データを用いて、10年単位の無医村、医師少数市町村の数及び割合を算出した。医師数全体としては1980年には約15万人であった医師数は1990年には約21万人に増加しているが、全体数の増加にも関わらず、医師数0、いわゆる「無医村」の市町村の全市町村に対する割合は、4.6%から4.1%へ、とほとんど変化が見られず、また医師数1の市町村の割合は8.7%から9.8%に増加している（表1）。また、1978年から1996年までの医師少数市町村数の推移を見たところ、無医村数には著しい変化は見られず、医師数が2名、3名の市町村数の減少に対して、ほぼ一貫して、医師数が1名である市町村の数は増加傾向にあることが明らかになった（表2）。また、医師少数市町村のうち、70歳以上の医師が占める割合が50%以上である市町村の割合も増加していた（表3）。そこで、医師数が1名である市町村の、個々の医師の活動状況について、1978年、1986年、1994年、1996年の個票データより分析を行ったところ、そのほとんどは内科を標榜する医師であり、9割以上が診療所に従事していることが特徴としてあげられ、1998年には98%が診療所従事者であった。性別は一貫して95%以上が男性であった。また、年齢構造の変化については、1978年以降高齢化の一途をたどり、1994年には約30%が65歳以上であったが、1996年になってその割合が減少した（表4）。これは世代交代によるものと考えられる。

次に、内科、小児科、産科、産婦人科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科について診療科別に医師数0の市町村の割合、医師数少数（1-3名）の市町村の割合を算出した。医師数0の市町村については、

内科ではほとんど変化は見られなかったが、産科・産婦人科、小児科では医師数0の市町村は増加し、逆に眼科、耳鼻咽喉科、整形外科では割合が減少している（表5）。これらの原因の一つには患者の人口構造の変化による疾病構造（需要）の変化が考えられるが、医師数少数（1-3名）の市町村の割合については整形外科以外は割合が減少していた（表6）。

これらの結果から、これまで医師数に関してなされてきた様々な対策により全体数は増加し、将来の過剰が懸念されているものの、地域医療の観点からは無医村数、医師少数s町村数の解消にはほとんど影響が見られていないことが明らかになった。これまでの地域医療を支えてきている診療所開業医及び診療所勤務医の年齢構造の推移を見ても、診療所医師の高齢化は顕著で、これまでの診療所は1965年以前の開設者によって支えられてきたことがわかる（表7）。これらの診療所では今後高齢化の限界から世代交代が行われることが予測され、実際に1996年には世代交代の兆しが見られ、初めて診療所開設者・診療所勤務医数が増加したが、実際に高齢化の限界を迎え、これまで診療所を支えてきた医師層が死亡などにより医療に従事できなくなった場合に地域医療に与える影響は非常に大きいものと考えられる。

現在の日本の制度においては前述したように勤務地などの選択は医師の自由であるため、今後、高齢医師の引退に伴う世代交代がどのようなインセンティブのもとに進むのか、などについての検討が必要であると考えられる。イギリスのように医師の勤務地の選択の幅がより狭い制度を持つ国では、数値的な地域格差は解消されているものの、競争率が低い地域での質の低下も指摘されている。

表2 医師数少数の市町村数年次推移

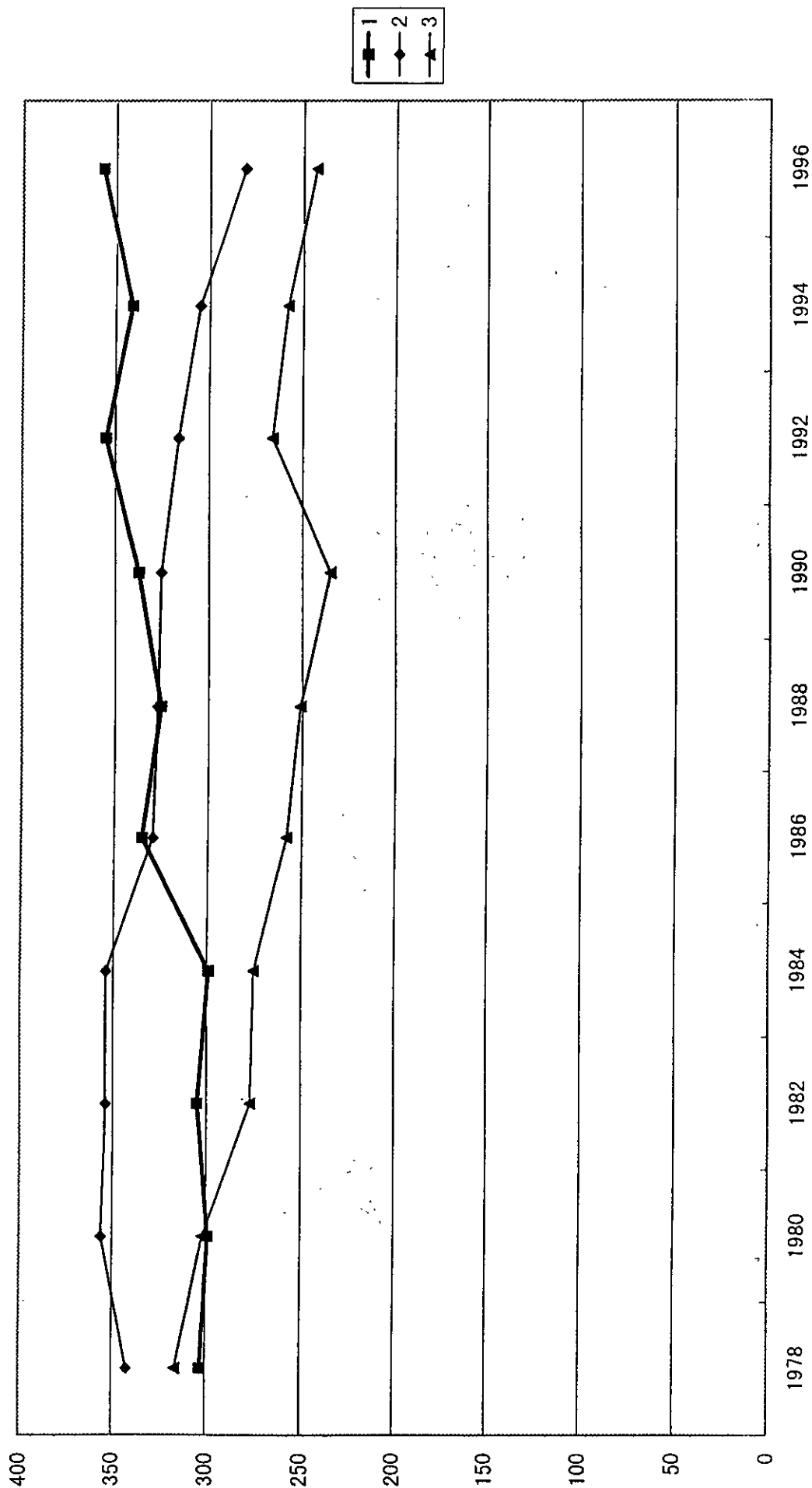


表4 医師数1人の市町村における年齢構造

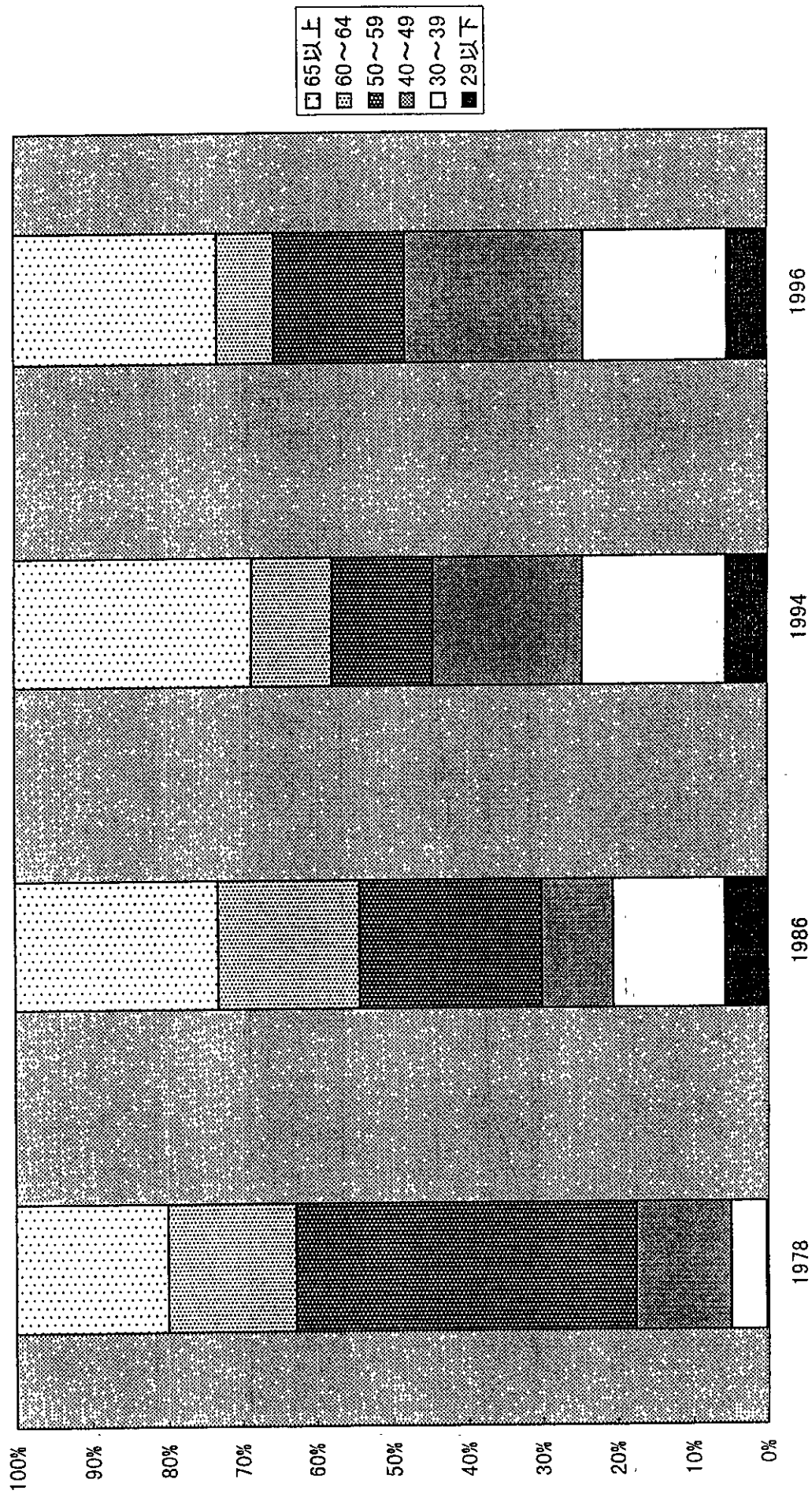


表5 診療科別医師数〇の市町村の割合

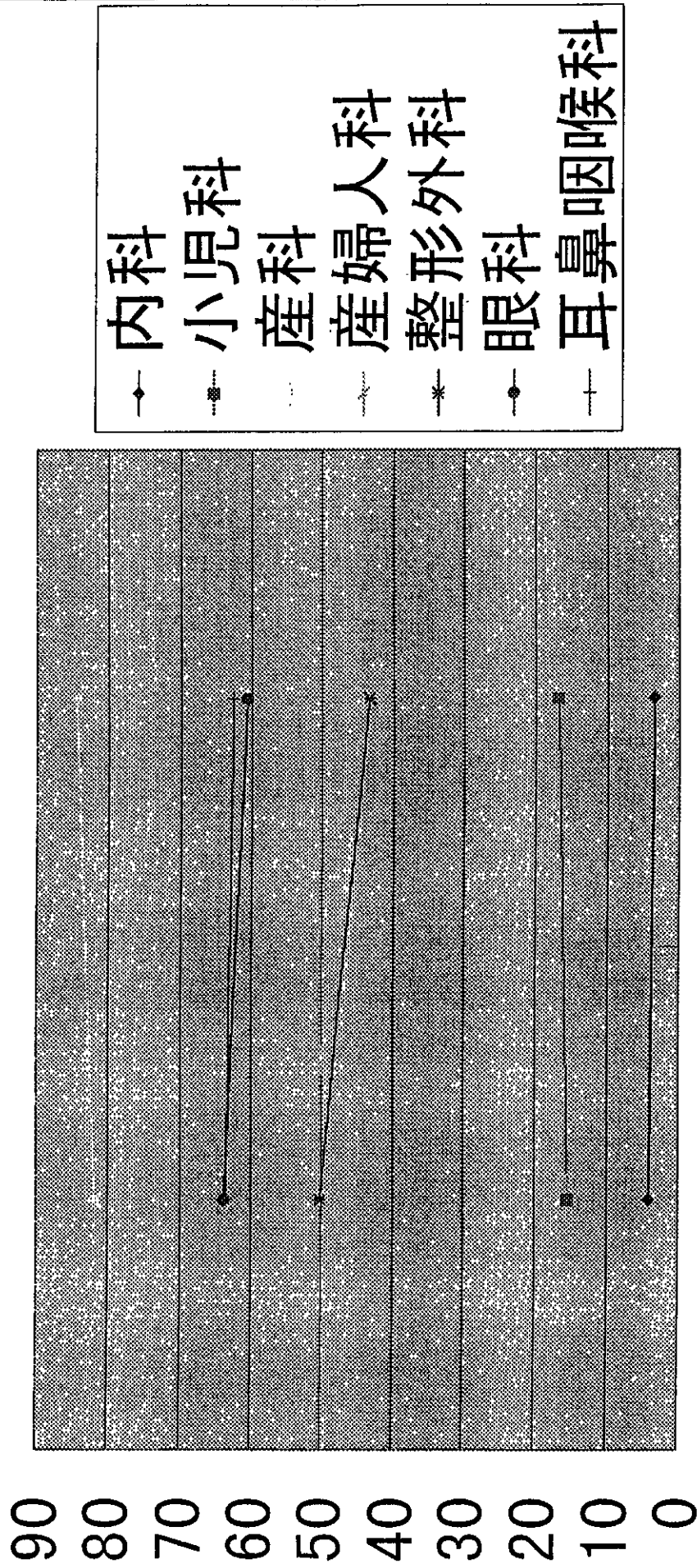


表5 診療科別医師数0の市町村の割合

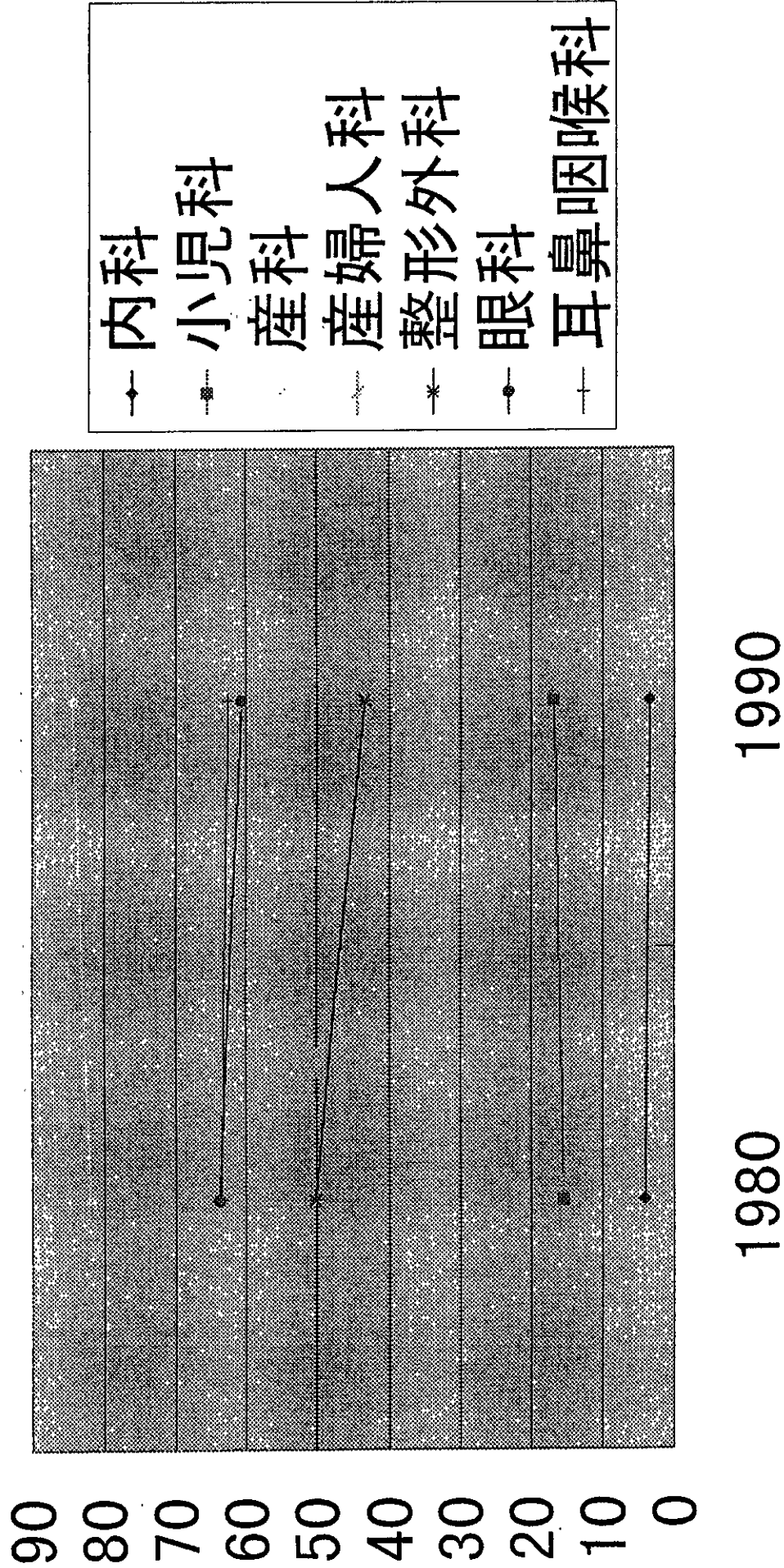


表6 診療科別医師数少数(1-3名)市町村  
の割合

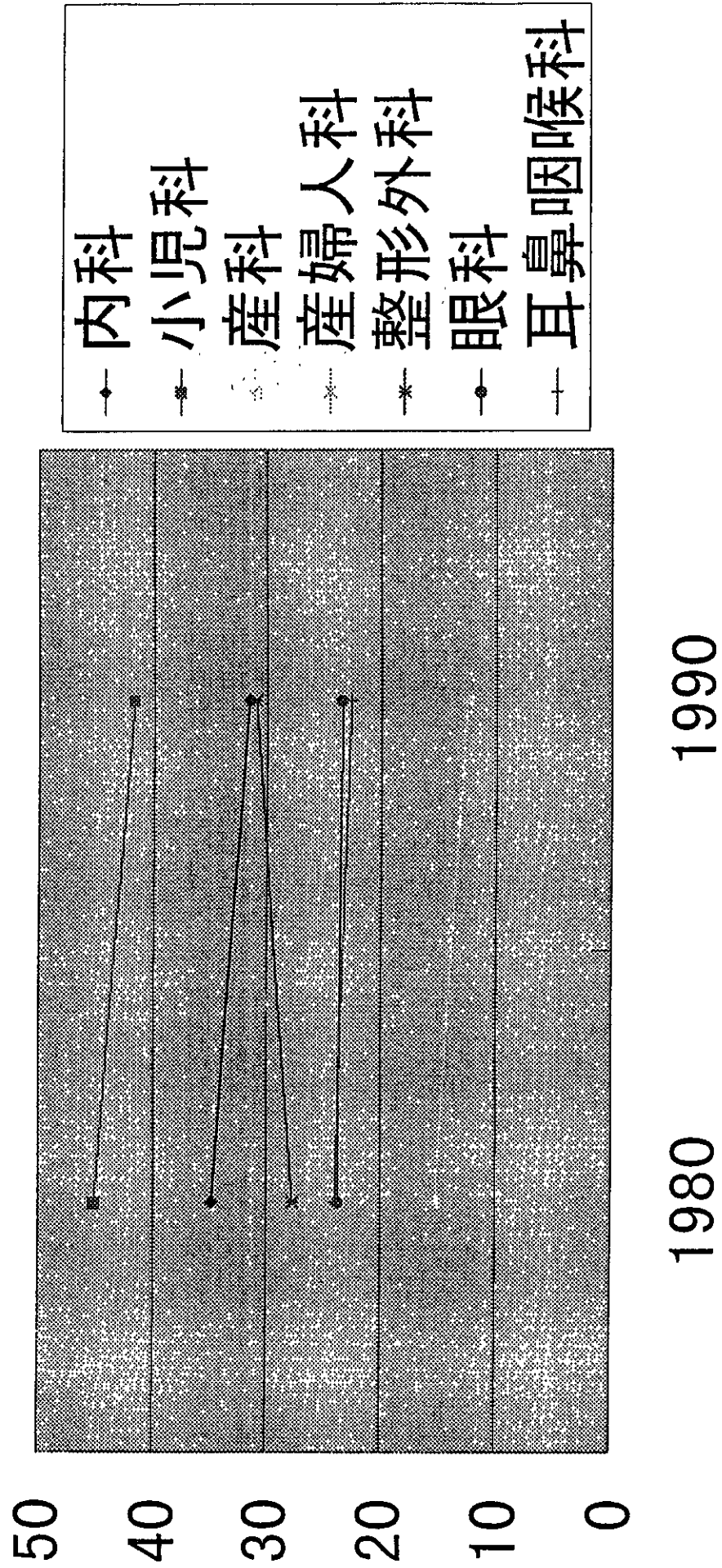
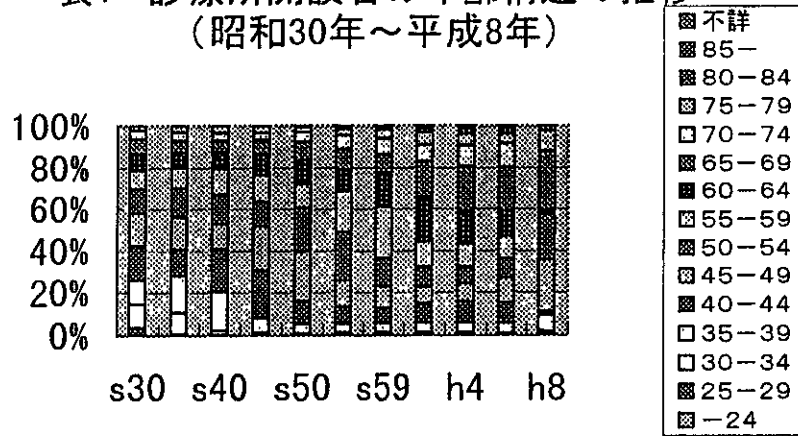




表7 診療所開設者の年齢構造の推移  
(昭和30年～平成8年)



# 診療情報の開示についての医師の意識調査研究

---

## はじめに

中央官庁の行政文書を対象にした情報公開法が平成 11 年 5 月 7 日成立し、国民の権利として本格的に情報公開が緒についた。情報公開が時代の流れとなってきている。医療においても患者の権利として情報公開が求められている。レセプトの開示は既に行われているが、医療現場の医師のレセプト開示とその影響の認識は確実でなく、患者側の認識とのギャップも加わって、いくつかの問題が新聞で取り上げられている。今後はレセプトだけでなくカルテの開示も患者の権利として早急に実現がすすむであろう。

患者の権利には医療における基本権、医療現場における権利、および医療における社会権の 3 つがあると考えられているが、この権利の一つに個人情報開示がある。

患者が権利を主張することは患者に義務が発生することであるが、これについての議論はまだ少なく、今後の患者自身の、また、社会の成熟を待たねばならない。現在の医療現場は家族が症状などの質問にこたえる代理診察から家族中心の情報開示がなされてきた。レセプト開示、カルテ開示は本人が情報開示を求めるものであるから、今後は本人中心の医療になっていくということである。おまかせ医療から、本人が勝ちとる健康へと変わってくるのである。

こうした状況に対して、医療側の早急な対応がもとめられる。患者の権利は、すなわち医療提供者の義務であるが、この「患者の個人情報開示の権利」についての医師の意識がどうかを知ることはこれからの政策設定に重要な役割をはたす。医師側の意識変革が求められ、対応策が取られる必要がある。これにはまず、医師の現在の意識を分析する必要がある。

## 背景

私どもは、これまでに、医療提供者のレセプトとカルテ情報の開示に関して、責任の帰属が国や自治体でない N 医科大学と K 医科大学の 2 私立医科大学の全医師に緊急アンケート調査（回収率は 55.7%）を行ったが、結果はカルテの開示に賛成と反対の 2 極化していた。対象が 500 床以上の大学附属病院であることから、重症者の入院カルテの開示についての問題点がより浮き上がってきたことから、重症者の入院カルテの開示についての問題点がより浮き上がってきたようだ。特に、老人科などの医師に反対意見が多数あり、現在の対象患者により、また、医師の年齢によっても意見が異なることが考えられた。

## 診療内容の質の向上とレセプト問題

この研究結果をうけて、本研究では医療の質に関する研究会の基礎メンバーの臨床研修病院の 4 つの一般病院の医師に同じ調査を行った。アンケート回収は 377 例（回収率は 52.3%）であった。一般病院では、保険診療に関して医師の意識がより、高いことが予想され、カルテ情報の開示に関しての意識も、よりオープンであることが予想された。

結果は療養担当規則を読んだことがあるのは大学病院も一般病院の医師も約 4 割、診療点数表をみるのは 6 割で、前もって、保険医療に積極的に知識を得ているとは言い難い。しかしながら、査定に関しては、内容や点数の把握や、医事課からの指導も 8 割以上があるという。レセプトの開示で医療に制限配慮するのは半数で、患者への情報開示に敏感であることがうかがわれた。ここで、保険病名

などのレセプト記入をしないと、診療報酬上では行われた診療についての報酬が支払われないという問題提議があった。しかしながら、ほとんどの回答者が査定の基準が明確でないと感じているにもかかわらず裁量権の縮小には反対であった。

日本の医療システムは現物支給のあと、査定と呼ばれる同僚評価（ピアレビュー）のあと保険金の支払いがなされる。この査定は医師の診療行為を示すレセプトでおこなわれる。保険で認められている診療行為内容のガイドラインを示す療養担当規則を読み、診療報酬を熟知している医師がカルテやレセプトを記入することが、本来の保険診療であると考えられる。しかしながら、高度先進医療がすみ、医療技術も知識も極めて速いスピードで進歩している現代の医療では、療養担当規則や診療報酬内容は後追いで決めざるを得ない。ここで、多くの医師の裁量権が働く余地が多い。保険診療収入を確保するために保険のための診断名の追加など問題点ものこしている。

レセプトにまつわる環境整備の準備なく、医師への教育も十分でない段階で既にレセプト開示が始まっている。今回の調査でもレセプト開示で患者への説明がふえるであろうとか診療内容の変更があるだろうなどの認識がみられているが、開示を行うにあたっては保険制度の微調整を求める声もあった。医療提供者の情報提供不足と患者の認識不足から現場ではいくつかの問題が出始めているのであろう。

医師の裁量権についての医師の意識は高い。医療内容の評価を現在の査定だけで行っているのは過大医療を防げるが、過小医療の評価はない。出来高払いが過大医療を誘導しやすいので、これをチェックしようという考え方である。しかし今後、保険医療において、出来高払いが減少し、包括化が進む方向にあることから、過小医療の評価が問題となってくる。

この医師の裁量権、診療内容のガイドラインおよび査定の3者のベクトルがどのように動くか効率がよく、より高い質の医療がおこなわれるのか、研究の上、医師の教育を含め、提言を行う必要がある。

日本の現物支給の後支払基金にレセプトと言う形で、事後に保険給付を求めるのに反して、米国の保険は入院の決定の前にここまでは入院給付が認められると保険会社が通告する仕組みになっている。マネージドケアなどHMOでは保険者が医療費削減と医療の質確保という名目で厳しいチェックを行っている。メデイケア、メデイケイドにおけるDRGは診断名がついた段階で、おこなわれるべき治療法と支払われる保険料がきまってしまう。医師の裁量権は静断までである。医師の裁量権よりも保険会社が医療内容に関して決定権をにぎっている。こうした中では診療費の本人への開示は当然のこととしてなされており、患者も病名を知る権利の行使と共に、それをしらねばならない義務をおう。インフォームド・コンセントは官患者本人に対して当たり前におこなわれており、診療費用の明細書は毎日患者に届けられる。

医師の診療内容の評価はマネージドケア内でなされる。「ケース管理プログラム」では重篤な急性疾患や複雑な慢性疾患、あるいは障害を管理するためにとったアプローチ法を記述させられる。これにより、保険会社はケース管理を決定する指標、状況対処に対する公式の方針やプログラム、教育プログラム、訓練された専門医の種類、管理可能範囲、およびフォローアップ活動をしり、評価をおこなっている。保険者による医療の質と内容の管理および、患者の納得が米国の保険医療の根幹であるようだ。

## カルテ開示、医師の質の向上として

前回の大学病院医師アンケートではカルテ開示は患者の権利と思うものは58.7%であったが、一般病院の医師では73.3%と高かった。患者の権利と全く思わないのは大学病院医師12.6%、一般病院の医師0.5%であった。カルテ開示と患者の権利に関して一般病院の医師のほうが意識が高い。しかし現在のカルテで開示は患者に不安を与えると考える医師はどちらの群でも四分の一にあり、カルテ記載内容の変革が必要であるとの認識は同じであった。

カルテ等の診療情報の活用に関する検討会の報告では「医療法等」の改正を行って、診療情報提供は職業上の積極的な責務で開示義務と患者の開示請求権を規定することを提言している。開示を法的義務とすることも検討され、その際の前提として

- 1) 診療記録の作成・管理のための指針作成、
- 2) 指針に基づく教育の実施、3

- 3) 病院等における診療記録の作成・管理体制の整備、および
- 4) 診療報酬上の配慮

などの環境整備が不可欠としている。一方、相談・苦情処理機関を医師会などに設置することも提言している。

日本医師会はカルテ等の診療情報の開示を認めたが、法制化はなじまないとしている。患者からの権利意識の変化からカルテ等の診療情報の開示を認める方向は定まっているが、医療提供者の準備は十分であるとは思われない。カルテ等の診療情報の定義は患者に関するすべての医療情報と考えられる一方で、診療記録の標準的内容の整備や教育などシステム以前に医療提供者のコンセンサスをえるべき事は多い。

米国ではカルテ記録が病院の評価および医師の評価に即、用いられることが多い。JCAHO は患者情報の管理の目的を、患者のケアを用意にする、財政的法的記録、臨床的研究の助け、診断分析を助ける、および専門的組織的行為の改善のためのガイドとしている。また、記録としての患者医療情報の管理の目的患者の識別、診断の支持、治療の正当化、経過と結果の記録、および継続ケアの促進と定義づけている。

医師に対する評価の目的はマネージド・ケアでは、

1. 医療機関が提供するサービスの質を継続的に改善すること、
2. 医師が個人的また、専門的に成長することを妨げるような障害を見出し、除去すること、
3. 新しい医師を評価するための客観的基準を得ること、および
4. グループの目標と熱望をすべての医師に伝えること

とし、品質保障委員会でなされる。

評価に用いる資源は診療録のほかに自己報告、同僚評価、患者満足度調査および会計データがある。診療録の評価項目の第1項は診療録がはっきりと読め、また検討できるというものである。診療録の内容を検討して、上記のような医師の評価の目的である医療の縦続、医師の成長としての教育、客観的基準としての内容チェック、公衆衛生上の役に立てることなどを凌駕している。診療録の記載の方法は、個々のHMOのポリシーにより異なるが、リスク・マネジメントという訴訟を念頭においているのか、記録を取ることを評価し、特に患者が指示に従わないとき（たとえば、約束の時に来院しない）なども客観的に記録すべきであるとしているところも多い。こうして、診療録の記録を医師の評価対象としていることと、患者が診療録の情報は患者のものであると権利が確立し、医師側もしっかり認識していることで訴訟社会の米国で問題発生を予防している。

本研究で医師のカルテ等の医療情報の開示に関しての意識は、大学病院の医師の方が保守的であったが、まず、カルテ情報の帰属が患者であることの定義を行うことが、カルテ情報開示に当たって必要である。この定義の上から、カルテ内容の標準化を含めた構築をすることが必要である。米国のように高い質の医療のためにカルテを活用すると積極的にとらえることが求められよう。このカルテ整備を医療側でおこなうことが早急に求められる。保険診療におけるレセプトの位置づけ、カルテの標準化、保険制度の医師への認識の強化とカルテ記載教育、および、適正で標準的なカルテ標準化が求められる。電子カルテが認められる方向となったが、日本ではともすれば医療者間でのプライバシー、守税義務の遵守手段などがクローズアップされて、論議されるべきであろう。

医学教育と医療現場の変革も、必要となる。本研究で診療所の医師も最近のSOAP どのカルテ記載教育を受けた医師とそれ以前の医師、患者数とカルテ記載時間の相関など、具体的な対策をたてる必要があることが示唆された。開示可能な標準化された適正なカルテ記載を十分にを行うことがせきる医師の時間と場所の確保などのインフラストラクチャーの整備も求められる。個々の医療現場での意識変革とともに有効な政策誘導が望まれる。

## 今後の研究の方向性について

今後は、第三次調査として、家族への開示が問題となる療養型病床群の医師、外来カルテが中心になる診療所の医師に調査を広げる必要がある。こうした研究分析により、質の高い保険診療のための医療費評価方法の構築、医療の質をたかめるカルテ情報の標準的記載内容や方法などの環境整備の具体的問題点を指摘し役立てることができると考えられた。

## 謝辞

稿を終えるに当り、この研究に御協力下さった青梅総合病院院長星和夫先生、河北総合病院院長田所昌男先生、亀田総合病院院長亀田信介先生、日鉦記念病院理事長西村昭男先生および、各病院の先生方に深謝いたします。

本研究の分析は、「日本の保険診療制度と診療報酬情報の開示に関する一般病院勤務医の意識の分析」は太田久彦が、「カルテの開示に関する意識調査に関して」は谷本佐理名が担当した。本研究は、医療技術評価総合研究事業「医療法改正に伴う医療提供体制に関する研究」（主任研究社＝長谷川敏彦）の一環として行われた。

1. New York State Department of Health: *Your rights as a hospital patient in New York States*, 1992
2. 『カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書概要』、1998
3. 高柳和江：『マネージド・ケアの質の管理、医を測る』、厚生科学研究所、1998
4. Joint commission on Association of Healthcare Organization, 'Accreditation Manuals', JCAHO, 1997
5. アメリカ病院協会：『患者の権利憲章』、アメリカ病院協会、1973
6. 日本病院会：「インフォームド・コンセントについての病院の基本姿勢について」、『日本病院会新聞』、1992
7. 高柳和江、谷本佐理名、太田久彦、木村哲彦：「カルテ開示の日米の意識の比較と医療連携」、『グループ診療研究』S (1)、34-41、1999
8. 高柳和江：「金沢医科大学公開シンポジウム記録」、金沢医科大学、1999
9. 『私がカルテをわたす理由、患者と医師のコミュニケーション法』、エビック、1998  
(筆者：高柳和江、太田久彦、谷本佐理名、北川恒実、山川久美子、大井田隆、針田哲、木村哲彦)

## 日本の保険診療制度と診療報酬情報の開示に関する一般病院勤務医の意識

太田久彦(1)、谷本佐理名(1)、山川久仁子(1)、高柳和江(1)、木村哲彦(1)、大井田隆(2)、長谷川敏彦(3)

(1) 日本医科大学医療管理学教室、(2) 国立公衆衛生院疫学部、(3) 国立医療・病院管理研究所医療政策部

### 【要旨】

わが国の保険診療制度に関する医師の認識と将来の制度改革で予想される包括化に対する意識及び診療報酬明細書の開示に関する意識を探るために病院勤務医を対象にアンケート調査を実施した。約 60%の医師は点数表を見ていたが、療養担当規則を読んでいる医師は少なかった。大部分の医師は査定された内容を把握しており、病院側からの指導が行き届いていることを窺わせたが、輸血料の算定に必要な「医師の説明と患者の同意」の規定を知らない医師が約 20%おり、病院側からの指導が十分浸透していない面があった。診療報酬明細書の開示により、過半数の医師は診療内容に制限・配慮が加わり、点数を意識した診療を行うようになると認識しており、さらに約 90%の医師は患者に対して説明が必要になると認識していた。点数の包括化がもたらされた場合、過半数の医師は投薬注射検査を減らし、入院期間を短くすると回答した。しかし一方で、医師の自己裁量権が縮小することには、大多数の医師が反対であった。

### 【緒言】

わが国の保険診療制度の中で、診療報酬明細書は医療機関と保険者における金銭の請求書として考えることができる。請求は「療養担当規則」や「点数表」などの規則に従って診療報酬明細書に点数が記載され、支払基金・連合会に送られ審査を受ける。審査委員会での審査を経て、返戻の対象となったり、査定減額の対象となる請求書も出てくる。医療機関は少しでも収益を増やすために、診療報酬の体系に則って出来るだけの努力をしなければならない。このように経済的に誘導される形で、わが国の医療機関は常に時代に適応してきた。

この診療報酬明細書は、プライバシー保護の立場から、これまで非公開を原則とされてきた。しかし、診療報酬明細書の開示を求める市民運動の高まりや、開示を認めなかった地方自治体の決定を違法とした判決が下されるといった流れの中で、厚生省は 1997 年診療報酬明細書を公開する方針を各都道府県に通知した。この通知によると、公開は患者本人だけでなく、弁護士や遺族も対象になることとなった。

診療報酬明細書の開示は、日本における規制緩和・情報公開の一環と理解することができるだけでなく、これまで患者に対して明らかにされなかった個々の診療行為が患者に知られることから、診療内容に関する詳しい説明が医師から患者に行なわれるようになり、

このことがインフォームド・コンセントの普及に役立つと考えられる他に、医師による過剰な診療に抑制がかかることが期待されている。

このような診療点数の請求とその抑制といった狭間で診療に従事している医師は、現在のわが国の保険診療制度をどのように捉えているのであろうか。診療報酬明細書の公開が一般的に言われるような診療の抑制につながると考えているのであろうか。また、近い将来わが国にも導入されることが予想される診療報酬点数の包括化をどのように捉えているのであろうか。

以上の諸点を明らかにするために、今回地域病院の勤務医を対象にしてアンケート調査による意識調査を実施した。

## 【方法】

私ども日本医科大学医療管理学教室は医療の質の第三者評価に関心を持つ他大学研究者及び病院関係者と共同で「医療の質に関する研究会」を平成2年に組織し、運営している。「医療の質に関する研究会」は、日本における病院医療の質の第三者評価を確立するために設立された非営利の民間研究組織であり、この研究会の施設会員は、自らを第三者評価のフィールドとして提供し第三者評価を受ける事で自院の質向上を図る共に、わが国における医療の質の第三者評価の方法論確立に寄与してきた。

今回調査対象とした病院は「医療の質に関する研究会」の施設会員である医療法人病院4病院である。したがって、今回の調査対象4病院は、いずれも良質の医療を提供しようとすることにに関してモチベーションの高い病院と考えられる。この4病院に平成11年3月末時点で常勤医として勤務する医師(歯科医師を除く)を対象として質問表を送り、自己記入による回答、郵送回収法で調査を行なった。

質問項目は次の内容である。Ⅰ:一般的な属性情報として、①性別、②年齢、③臨床経験年数、④主たる診療科。Ⅱ:保険診療に関する質問事項として、①療養担当規則を読んだことが有るかどうか、②日常の診療で医科診療点数表を見るかどうか、③入院期間の延長に伴って、入院点数が逡減する事を知っているかどうか、④輸血料の算定には、医師による説明と患者の同意が文書で残されていなければならないことを知っているかどうか、⑤診療報酬請求の中で、減点査定された内容や点数を把握しているかどうか、⑥査定されないように、医事課等から指導が有るか、⑦査定の基準が明確に示されていないと感じることが有るか、⑧患者の自己負担の上昇に伴って、診療内容を変えたことが有るか、について質問した。Ⅱ②、⑤-⑧の質問に関しては、回答は1から4までの4段階評価での回答とし、Ⅱ①③④については、有る/無しでの回答とした。Ⅲ:診療報酬の包括化が実施された場合、どのような診療行動が行われるかに関する意識調査として、疾患毎に点数が包括化した場合に、①投薬・注射を少なくすると思うか、②検査を少なくすると思うか、③入院日数を短くすると思うか。Ⅲ①、②、③の回答は1から4までの4段階評価での回答とした。Ⅳ①治療の標準化などの形で、医師の自己裁量権が縮小する事に賛成ですか。この質問には、

賛成/反対の回答とした。V:診療報酬明細書の開示に伴って、①診療内容に制限や配慮を  
すると思うか、②診療点数を意識した医療をすると思うか、③患者への説明が必要になる  
と思うか、について1から4までの4段階評価で回答を得た。

## 【結果】

4病院の所在地、常勤医数、回答数と質問全項目に回答があった有効回答数を表1に示  
した。KM病院(千葉県)は常勤医数178人で、回答数66(37.1%)、有効回答数56(31.5%)で  
あった。N病院(北海道)は常勤医数79人で、回答数47(59.5%)、有効回答数39(49.4%)  
であった。O病院(東京都)は常勤医数65人、回答数43(66.2%)、有効回答数35(53.8%)  
であった。KW病院(東京都)は常勤医数55人、回答数41(74.5%)、有効回答数39(70.9%)  
であった。以上の4病院の合計常勤医師数は377人、回答数197(52.3%)、有効回答数  
169(44.8%)であった。この有効回答が得られた169人の回答を分析の対象にした

回答者の平均年齢は38.5歳(SD10.4)(図1)。平均臨床経験年数は12.7年(SD9.8)。男女  
構成は女性16.0%であった。診療科別の割合は、内科38.5%、外科7.7%、小児科7.7%、  
産婦人科6.5%、整形外科5.3%、脳外科4.7%、眼科4.1%、皮膚科3.0%、麻酔科2.4%、  
耳鼻科3.0%、泌尿器科3.0%、形成外科1.8%、精神科0.6%、その他8.3%であった。

「療養担当規則を読んだことがあるか」では、「有る」が38.5%(図2)。「日常診療で医科診  
療点数表を見るか」では、「よく見る」が10.7%、「時々見る」が50.3%、「ほとんど見ない」  
が34.9%、「全く見ない」が4.1%であった(図3)。「入院料の逓減制について」は「知って  
いる」が93.5%とほとんどの医師は入院料の逓減制を知っていた(図4)。「輸血料の算定に  
医師による説明と患者の同意が必要である」ことについては、「知っている」が79.9%であ  
った(図5)。「レセプトの査定された内容や点数を把握しているか」については、「良く把  
握している」が33.7%、「まあまあ把握している」が49.1%、「あまり把握していない」が  
11.8%、「ほとんど把握していない」が5.3%で、大多数の医師はレセプトの査定内容を把握  
していた(図6)。「点数が査定されないように医事課等から指導が有るか」については、  
「よくある」が44.4%、「時々ある」が40.8%と大多数の医師が担当部署からの指導が有る  
と回答している(図7)。「査定基準が明確でないと感じることがあるか」については、「よ  
くある」が49.1%、「時々ある」が45.0%でほとんどの医師は診療報酬の査定基準が明瞭で  
ないと感じていることが分かった(図8)。「患者の自己負担上昇により、診療内容を変えた  
ことがあるか」では、「よくある」が5.9%、「時々ある」が45.6%と過半数の医師は自己負  
担の上昇が診療行為に影響を及ぼしたと回答している(図9)。

点数の包括化に関しては、「投薬・注射を少なくすると思うか」では「大変そう思う」が  
14.2%、「そう思う」が41.4%であった(図10)。「検査を少なくすると思うか」では、「大変  
そう思う」が17.8%、「そう思う」が49.1%であった(図11)。「入院日数を短くすると思う」  
では「大変そう思う」が17.8%、「そう思う」が50.3%であった(図12)。いずれも、点数の  
包括化に伴って診療を制限することを意識していることが分かった。



治療の標準化などにより、医師の自己裁量権が縮小する事に関しては、75.7%の医師が反対していた(図13)。

診療報酬明細書の開示に伴って、「診療内容に制限・配慮をするかどうか」については、「大変そう思う」が11.8%、「そう思う」が40.2%であった(図14)。「点数を意識した医療をするかどうか」については、「大変そう思う」が10.7%、「そう思う」が42.0%であった(図15)。「患者への説明が必要になると思うか」については、「大変そう思う」が33.7%、「そう思う」が58.0%であった(図16)。診療内容に制限・配慮を加えるようになると考える医師が約半数になった。また、過半数の医師が点数を意識するようになると考えていた。そして、大部分の医師は今まで以上に説明をしなければならなくなると考えていた。

年齢が医師の回答に影響しているかどうかを検討した。65歳以上の医師が4名だけだったため、年齢のカテゴリーを25-34、35-44、45-54、55-64に分け、65歳以上は除外して検討した。その結果、「療養担当規則を読んだことがある」では、年齢が上がるほど読んだものが多かった。しかし、「医科点数表を見ますか」では、35-44歳間で最も多かった。

病院によって医師の回答に差があるかどうか検討したところ、病院間で差があったのは、「点数表を見ますか」、「自己負担の上昇により、診療内容を変えたことがありますか」だけであった。「点数表を見ますか」に関しては、N病院で点数表を見る医師が多かった。「自己負担の上昇により、診療内容を変えたことがありますか」では、N病院で「ある」と回答した医師が多かった。

診療科別の回答内容の検討では、医師数の多い内科、外科、小児科、産婦人科、整形外科の5診療科で行った。この5診療科の検討で有意差があったのは、「点数表を見ますか」と「点数の包括化で投薬・注射を少なくしますか」だけであった。

## 【考察】

わが国の診療報酬は出来高払いを基本としているが、その支払い方法は大きく分けて(1)投薬、注射、検査、画像診断、手術などのように出来高払いに基づいて算定される点数と、(2)入院料、入院時医学管理料のように1日当りで算定し、かつ入院期間の延長に伴って段階的に点数が減って行く逓減点数と、(3)初診料、指導管理料、在宅医療料、のように定額で算定され、かつ一ヶ月間に算定できる回数が限定されている点数から構成されている。病院の収益の大部分はこの診療報酬から成り立っており、平成10年度病院経営実態調査報告では、一般病院100床当りの総収益における医業収益は約98%である。病院は収益を増やすために医師に対して積極的に指導を行っているものと考えられる。(1)の出来高払いの点数については診療報酬の改訂の度に「薬漬け検査漬け」の原因になっていることが繰り返し指摘されているものであり、請求できるものではない。「点数が査定されないように医事課などから指導があるか」の質問に対して、「よくある」と「時々ある」と回答した医師が85.2%に上った。「レプトの査定された内容や点数を把握しているか」についても、「よ

く把握している」と「まあまあ把握している」が82.8%に達している。これらの結果は病院から医師に対して積極的な指導が行なわれていることを示しているものと考えられる。逓減制点数については収益を上げるためには入院期間を短縮することが求められ、今回の調査でも93.5%とほとんどの医師は点数の逓減制を認識していた。点数表は診療報酬点数制度を理解するために不可欠であるが、「医科診療点数表を見るか」では、「よく見る」と「時々見る」が61%であり、過半数の医師は点数表に目を通してることが分かったが、一方で保険診療制度の基本を示している療養担当規則については、読んだことがある者は38.5%と少なかった。わが国の医療保険制度を理解するために、点数表だけでなく療養担当規則にも目を通してもらうような働きかけが必要であろう。また、輸血料の算定に必要な医師からの説明と患者の同意に関しては、この規定を知らない医師が5人に1人おり、医師の間における情報の伝達が必ずしも徹底していないことが分かった。

病院の収入を増やすためには、医師による診療報酬請求の点数を増やす努力が不可欠であるが、一方では、診療報酬請求を抑制させる方向での力が医師に対して作用していることが、今回の調査で分かった。食事療養費の自己負担、薬剤費自己負担、新しく導入された検査・治療などにより、患者の自己負担は上昇している。今回の調査では、患者の自己負担の上昇により診療内容を変えたことのある医師が51.5%と過半数を超えたことから、医師にとって患者の自己負担の増加は診療請求を抑制させる効果が予想されるものであった。

また、診療報酬明細書の開示が進むことによって、一層の診療請求抑制効果が加わることが予想される。52.1%の医師はレプト開示により診療内容に制限・配慮をすると回答しており、52.7%の医師はレプト開示により点数を意識した医療をすると回答していた。更に91.7%の医師がレプト開示により、患者への説明が必要になると考えていた。

輸血料の算定に医師による患者への説明と患者からの同意が文書で残されることが義務付けられ、「入院計画書」の作成によって入院時の患者への説明と同意が普及するように診療点数で誘導されている。このように診療報酬上の義務付けや点数上の誘導により説明と同意が導入されるだけでなく、レプト開示自体がインフォームド・コンセントの普及に大きな前進をもたらすものと考えられる。以上のように、レプトの開示は今後医師に対して診療請求の際に抑制的に作用すると予想されるだけでなく、わが国におけるインフォームド・コンセントの普及によい影響をもたらすであろう。

今回の調査結果では、わが国に診療点数の包括化が導入された場合、医師がとる診療行動としては、投薬・注射の制限、検査を減らす、入院期間を短くする、といったいずれも診療行為の縮小に向かうものであった。これは、包括化が導入された場合には、医業収益が限定されるため、医業費用を減らすことによって総収益を確保するための必然的な考えである。この包括化だけでなくガイドラインの作成などにより、診療行為に一定の枠を作ろうとする動きが国内国外で活発であるが、大部分の医師はこのような形で医師の自己裁量権が縮小して行くことには、賛同していないことが今回の調査からわかった。

- (1) 清水一夫. 適正な保険診療のために. 順天堂医学 44(2):136-142, 1998.
- (2) 川淵孝一. 医療界に押し寄せる情報公開の流れ. 病院 56(11):1012-1016, 1997.
- (3) 平成 10 年病院経営実態調査報告. 全国公私病院連盟. 1998
- (4) 診療点数早見表. 平成 10 年 4 月版. 医学通信社. 1998.
- (5) 由利嘉章. レプト開示の問題点. 日医雑誌 118(6):869-874, 1997.
- (6) 岩崎 榮. 医を測る. 厚生科学研究所. 1998.

表1 4病院調査表回収成績

病院	所在地	常勤医師数	回答数	有効回答数	有効回答率
KM	千葉県	178	66	56	31.5%
N	北海道	79	47	39	49.4%
O	東京都	65	43	35	53.8%
KW	東京都	55	41	39	70.9%
合計		377	197	169	44.8%

