

病院の行動原理を教えます。

今日も外来は大混雑。病院は儲かってウハウハに違いない。こんなことを思っていないませんか？
それは大いなる勘違いですよ。

利益率の低い大規模病院。

とし4月、全国の大規模病院を青ざめさせる出来事がありました。過去最大3・16%の診療報酬下げです。

ちょうど1年前の05年12月号で、「診療報酬」とは何か、という基本的な事項を特集しました。おさらいすると、診療報酬とは、国が決めた「医療行為のメニューと価格」であり、その1点が10円に換算されるのでした。そして、患

者の皆さんが支払う金額は、そこに自己負担率（一般的な場合3割）を掛け合わせたものになるのですかね。

話を戻します。引き下げといってもわずか3%じゃないかと思いかもしれません。しかし、大規模病院の利益率が、もともと3〜4%しかないとしたらどうでしょう。

病院が普通に診療行為を行うだけでも、それ相応のお金が必要です。土地建物、医療機器、医薬品、そしてスタッフの人件費、それぞれにお金がかかります。特に医療は人対人のサービスなので、医師や看護師などスタッフの人件費が支出の半分以上を占めます。良い医療を提供しようとするなら、利益率も低くならざるを得ません。

ちょっと待て、外来診療にかかる人件費は受診者が多かろうが少なかりょうが一定なのだから、受診者であふれかえれば大きな利潤が出るはずだと思つたでしょうか。

理屈はそうです。しかし下表をご覧ください。

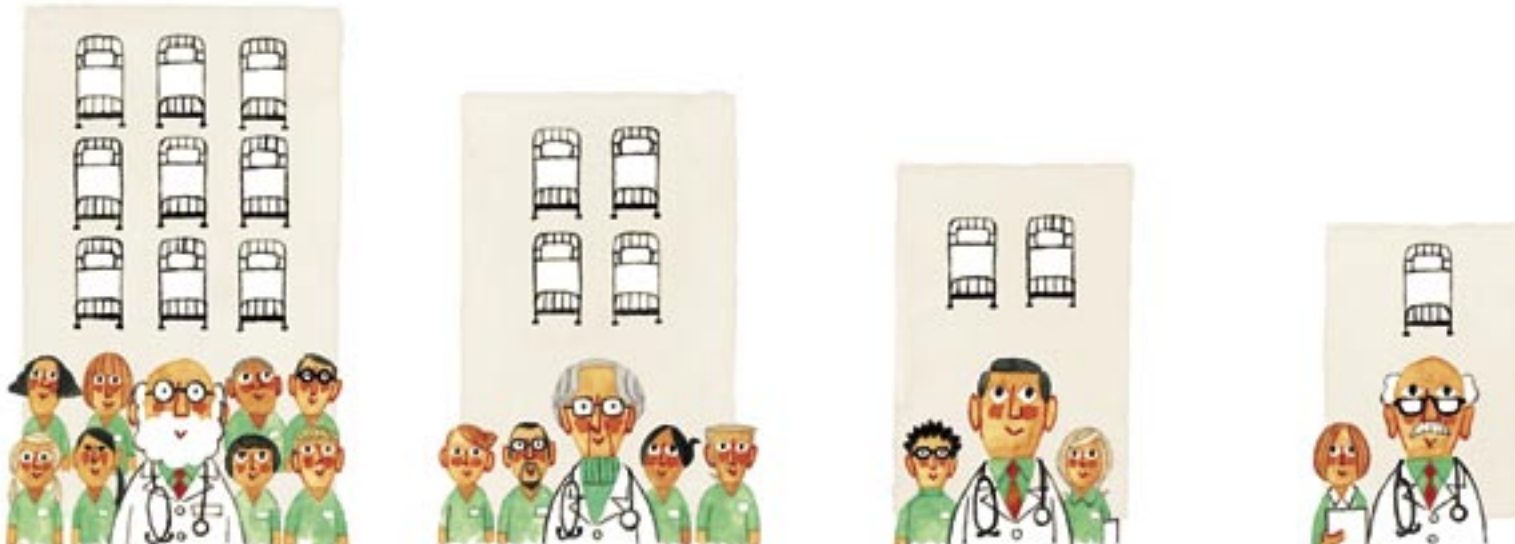
医療費というのは、飲食店のチャージにあたる基本料金と、付け加えた医療内容ごとにかかるオプション料金との合計で計算されます。大規模病院の基本料金部分は、2回目以降の外来患者さんに関して、他の機関よりこんなに低いのです。受診者が増えれば儲かるといっても、この程度のことです。

患者さんからすれば、設備の充実した大規模病院へ行つて、なおかつ安く済むわけですから、ありがたい話かもしれません。でも、考えていただきたいことがあります。

社会が右肩上がり成長を続けてきた時には、たとえ病院が赤字を出しても、病院の設置者（公立病院なら地方自治体、大学病院なら大学）が、穴埋めすることでおとなつてきました。とはいえこの御時世、多くの設置者から余裕が失われています。赤字垂れ

流しでは、病院といえども倒産します。

赤字になる理由は、放漫経営だけとは限りません。地域への責任を果たすために不採算な診療科を維持するとか、診療報酬に定められた最低ラインより上乗せして手厚い医療を提供するといったことも、お金が要る話です。



外来の際に病気の程度によらず徴収される“基本料”

病院 (200床以上)	病院 (100-199床)	病院 (20-99床)	診療所 (19床以下)	
270	270	270	270	初診
70	57	57	71	再診
0	52 (老人の場合47)	52 (老人の場合47)	52 (老人の場合57)	外来管理加算
0	87 (月2回まで)	147 (月2回まで)	225 (月2回まで)	特定疾患療養管理料*

*生活習慣病や慢性肝炎など一般的な内科の病気で来院している患者さんに、医師が薬の飲み方や運動・食事などの指導をする発生する料金。

政府は病院ごとに役割分担させたいのです。

さ て、なぜ大規模病院の外來は安いのでしょうか。

前回の診療報酬特集でも説明したように、国は政策誘導の手段として診療報酬を用いています。つまり、日本の医療がこうあってほしい、という道筋に沿ったものは優遇し、そこから外れたものは冷遇するわけです。

ですから大規模病院の外來料金が低い理由も単純です。政府・厚生労働省が、大規模病院に外來から手を引かせようと狙っている、こういうことです。

現実には国の狙いと異なり、外來から手を引く大規模病院はありませんし、患者さんはむしろ大規模病院に集中する

必ず医療費抑制があることさえ知ってれば、理解するのは難しくありません。つまり、患者ができるだけ不利益を被らないように医療費を抑制する。こう言っているわけです。

「分化・連携」とは、重症・緊急を要する患者さんを治療する施設と、緊急の治療を終えた患者さんの社会復帰を支える施設、慢性状態の患者さんを診る施設の3者を明確に分け、患者さんを施設同士で受け渡すことです。

つまり医療機関の性格をハッキリ色分けし、それぞれの守備範囲に集中させようとしているのです。そして、その先の在宅医療へ移行させようと狙っています(06年4月号「在宅医療特集」参照)。

多くの大規模病院には、重症患者さんの緊急治療の部分が期待されており、外來は期待されていません。だから外來基本料金が安いのです。

こんな方針を打ち出して

傾向があります。そして、来てしまった患者さんを病院が断ることはできないので、スタッフが疲弊することになります。誘導が成功しているとは言いがたいのですが、かいつて見直す気配も今のところ

ありません。

なぜ、こんな誘導をかけているのでしょうか。

国がどんな方向をめざしているのか、大規模病院に影響の大きいところを、厚生労働省「平成18年度診療報酬改定

の基本方針」を用いて表現すると、「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する」となります。

何やら難しい表現が並んでいますが、国の政策の前提に



るのは、政府・厚生労働省が、日本の医療の現状を次のように認識しているからです。

すなわち、必要な数に比べ病院やベッドが多すぎて効率が悪い、さらに、医療の必要がない人まで入院させるような不要な医療行為が横行している、と。この現状認識が正しいかどうか議論すると、特集が何回も作れてしまうので、

そこは保留して話を先に進めます。

病院ごとに役割を分けるのは、資源を集中的に投下する病院を決め、重症の患者さんをそこへ集めれば効率が良くなるだろうとの発想です。当然、重症の患者さんが集まる病院には診療報酬上の配慮があります。

んの治療にあたる施設を「急性期病院」、社会復帰の手助けをする施設を「回復期・亜急性期病院」、慢性期の患者さんを診る施設を「慢性期病院」といいます。

ロハス・メディカルが設置されている病院は、ほとんど急性期病院なので、ここからは急性期病院にポイントを絞って話を進めていきます。

急性期病院の条件 看護師配置と在院日数。

さ て4月の診療報酬引き下げに戻りましょう。

2年に1度の改定のため、ほとんどの病院が右往左往するのですが、ことしは特に大変でした。たかが3%の下げとはいえ、大規模病院の場合、売上総体が大きいので億単位の減収となり、赤字転落しかねません。

ただし厚生労働省の政策は何事もアメとムチ。急性期医療に力を入れる病院には、配慮がありました。

それが表のような入院基本料の改定です。

先ほども説明したように、診療報酬は、病気の状態に係なく算定される基本料金と、病気の状態によって変動するオプション料金との合計で算出されます。

入院の場合、ホテルに例えるとイメージしやすいと思います。泊まっただけで入院基本料が発生し、受けたサービスすなわち医療行為に応じて追加料金がかかります。

その入院基本料が、病院の陣容や成績によって、こんなに違います。そして4月から、基準値が変更されると同時に最も高い基準を満たした病院の点数が一気に346点増えたのです。

どこにも急性期と書いてないじゃないか、とお思いでしょうか。ランク分けの基準をご覧ください。主なものは「看護職員の配置数」と「平均在院日数」の二つです。

患者が重症であればあるほどケアに人手が必要で、ケアが手厚い（つまり看護職員数が多い）ほど患者の回復も早い、こういう関係にあります（5月号「看護師の仕事」特集参照）。つまりこの分類は、看護職員が潤沢に配置されて

いて、患者を順調に回復・退院させた病院は優遇されるということの意味しています。こういう病院は、要するに急性期病院です。

入院基本料が上がると、患者さんの払う金額も高くなりそうですが、その点はご安心ください。急性期病院に入院する患者さんは、自己負担分が上限額を超え、後から払い戻される高額療養費の対象となる場合がほとんどです。

ちなみに、3月までも4月から最高基準を満たすような病院があったとすると、入院患者さんが平均200人いるとして、入院基本料の改定による増収は日に69万円、年に2億5000万円です。

ただし、まるまる増益とはいきません。3月までの看護師配置が10対1ぎりぎりだった場合、7対1にするには45人程度の増員が必要です。社会保障分まで含めた人件費が1人600万円（年収約400万円）としても持ち出しに



入院基本料は、こう変わりました。

	看護配置	平均在院日数	点数 (1日あたり)
入院基本料 1	2 : 1以上	21日以内	1209
入院基本料 2	2.5 : 1以上	26日以内	1107
入院基本料 3	3 : 1以上	28日以内	939
入院基本料 4	3.5 : 1以上	28日以内	842
入院基本料 5	4 : 1以上	28日以内	783



入院基本料 A	7 : 1 (1.4 : 1に相当)以上	19日以内	1555
入院基本料 B	10 : 1 (2 : 1に相当)以上	21日以内	1269
入院基本料 C	13 : 1 (2.6 : 1に相当)以上	24日以内	1092
入院基本料 D	15 : 1 (3 : 1に相当)以上	60日以内	954

■特に高度な医療を提供することを期待されている「特定機能病院」では平均在院日数28日まで、ある特定の疾患に特化した「専門病院」では平均在院日数30日まで、入院基本料AもしくはBに該当する。

■入院から14日以内の患者については初期加算として428点（特定機能病院は652点、専門病院は452点）が追加され、15日～30日の患者については192点（特定機能病院・専門病院は207点）が追加される。

なります。また、平均在院日数を短くすると、空きベッドができかねず、その分は一銭も入ってきません。とはいえ、黙っていれば減収が見えている以上、急性期病院の多くが、手っ取り早い

増収策として、より上のランクをめざそうと動き始めたのは、言うまでもありません。看護師の数と平均在院日数が、どれほど重大な意味を持つか、お分かりいただけたらと思います。

急

性期病院がめざしている方向のうち、看護師の数が増えることは患者から見ても何の不満もないと思います。しかし、在院日数短縮の方は必ずしもありがたくないかもれません。

入院期間を短くしようと診療密度が上がって慌ただしいだけでなく、治療がある程度順調に進んだら、もう少しゆつくりしていたいと思っても退院させられるからです。これは、空きベッドを極力減らしたいという病床稼働率の問題とも絡んでくるので、ベッド待ちの患者が多い人気の病院ほど慌ただしくなるのは避けられません。

ちなみに、診療密度を上げるには事前に計画をきちんと立てて粛々とこなす必要があります。事前に計画が立てられるなら、医療費もある程度枠をはめられるはずとの発想から、どんな治療をしても支払額は一定という包括払い制

がないと書いた看護師数に関して、現実には全国的に大きな問題が起きています。このことも知っておいていただくと視点が広がると思います。

精神的にも肉体的にもキツいため、どの病院でも看護師が毎年1割程度は辞めます。その補充だけでも例年苦勞している病院が多いのに、多くの大規模病院では「7対1」にするために看護師の追加採用が必要になりました。

医療は日進月歩なので、看護師は、いったん職場を離れると簡単には復帰できません。資格を持っている人は多くても、急性期病院でフルタイムに働けるような人はそんなに余っていないのです。

医療事故のこと(先月号参照)を考えると、病院側としても、資格さえあれば誰でもよいなんて絶対に言えません。現実問題として、希望の数を満たすには、やり甲斐の部分も含めて良い待遇を示し、

だから病院はこう動くのです。

(DPC) が導入されてきています。DPCは不要な医療を抑制する切り札として、間もなく急性期病院の主流になると考えられています。これは、また別の機会にじっくり探り上げます。

話を戻しますと、状態が悪いまま放り出すような急性期病院はないはずで、早く良くなつての退院は歓迎すべきことかもしれません。でも急性期病院に入院するならば、患者側は「はい退院」と言われる心の準備をしておいた方がよいでしょう。

リハビリが必要な場合、どうなるのか心配になったでしょう。いきなり自宅に帰すのは当然無理があります。そのほか、夜勤帯に1病棟あたり2人以上の看護師を配置し、1人あたりの平均夜勤時間を72時間以内に収めるという2条件を満たせなくなった場合は、1日たった575点の「特別入院基本料」の対象となってしまう。

引き抜き合戦で看護師人件費の相場が上がれば、さらに病院の経営は圧迫されます。また看護師を確保したとしても、患者に人気がなくベッドを埋められなければ収入になりません。倒産につながる競争が始まっているのです。

病院の数が多すぎると政府の現状認識からすると当然の政策誘導ではありますが、実際につぶれる病院が出てきた時に社会問題化することが予測されます。

ここで登場するのが「連携」です。最初から、リハビリを受けると別の医療機関を決めておき、複数の医療機関で治療計画を共有、診療を分担する「地域連携パス」が、大腿骨頸部骨折の患者さんに関して、4月の改定で新たに点数をつけられました(患者の送り出し、受け手双方に1500点ずつ)。さて、患者からは特に不満

紹介状に関しても大きな改定がありました。
4月の改定では、いわゆる「紹介状」、診療情報提供料の取り扱いも大きく変更されました。これまでは紹介元や紹介先がどのような医療機関かによって細かく仕分けされていたのが、250点に一本化されたのです。
さらに、それまで全患者数に対する紹介されて来た患者の割合(紹介率)が基準を超えていると様々な優遇措置があったのですが、単純な紹介率のみによる加算が全廃され、紹介率を上げようと努力してきた医療機関に衝撃を与えました。
このほか、セカンドオピニオンの紹介料(500点)が新設されています。

