

ヒューマンケア通信 (Vol.12 H23年5月15日)

= 過去10年間の病院の変化を見る =

今回は、前回の診療報酬に続いて、その効果としての過去10年間の病院の行動変容についてまとめました。

<2000年診療報酬改定から始まった入院医療の再構築>

私が幸いにして関わることができた「2000年診療報酬改定」は、現在に至るまでの医療政策、特に病院機能の再編に大きな影響を与えています。

かつて1994年まで、日本の病院では、病院以外の人々が看護を行う、いわゆる「付添看護」が常態化していました。欧米では見ることのない、アジア的なものと考えられますが、日本では、この付添看護の存在が、病院の機能の高度化の障害となっていました。1994年の医療保険制度改正で付添看護を廃止する方針が決められましたが、実際に廃止されたのは、経過期間が終了した1988年です。

その意味で、日本で「病院」の基礎ができたのは、わずか10年ほど前であり、この数年、医療関係者やマスコミ関係者が安易に「医療崩壊」の議論を展開されていたのは、非常に違和感を感じていました。

「崩壊と言えるほど立派な医療体制が いつあったのか？」ということです。

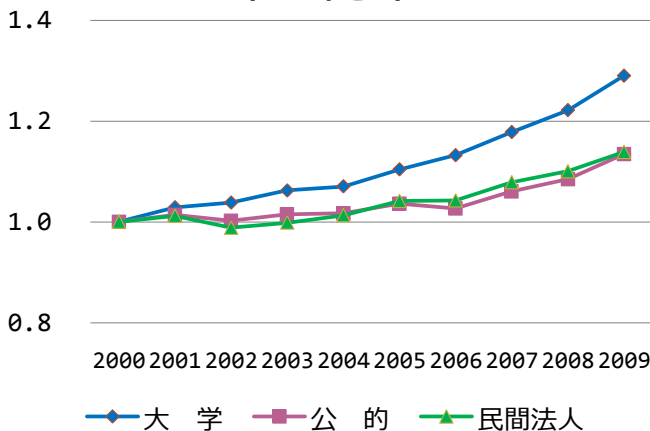
さて、右は2000年診療報酬改定の骨子です。事項としては、昨年実施された2010年診療報酬改定とほとんど変わりません。

いわば、この基本方針の下に、10年間連続して、医療機関の行動変容にあわせて、手を変え、品を変え、診療報酬を改定を行ってきたということです。

大事なものは、この結果、どのような変化が病院に起きたかということです。

医療機関の機能分担と連携を促進	市場縮小部門の底上げと新市場創出
病院外来機能とかかりつけ機能の明確化 ⇒ 病院外来の専門化・入院医療を中心とした行動へ ⇒ 診療所の家庭医化・病院との連携	手術等の体系的な見直し ⇒ 短期滞在手術料 ⇒ 大半の手術料を見直し(外保連案)
病棟機能別の入院基本料・特定入院料 ⇒ 各病院の専門分化を促進 ⇒ 診断群定額払い方式も開始	小児医療の充実 ⇒ 小児入院医療管理料新設 各種入院基本料加算新設等
急性期入院医療の充実 ⇒ 紹介率の入院医療への評価 ⇒ 地域医療支援病院への橋渡し	回復期リハの充実 ⇒ 回復期リハビリテーション病棟
特殊疾患等への医療の確保 ⇒ 各種入院料の整備・超重症児加算の引上げ等	

1 施設当たり医療費の変動
(2000年を1)



<病院の収入は増加>

左は、病院の1施設当たりの平均的な医療費(自費等を除く)の動きを、設置主体別に示したものです。もちろん各病院で実情は違いますが、大学病院は29%増の約137億円、公的病院は13%増の約42億円、民間病院は14%増の14億円が1施設平均の金額です。

医療費(国庫負担)削減が医療崩壊を招いたとする意見が多くありますが、実際には、病院の医療費収入(売上)は、他産業に比較して、格段に高い伸び率で増加しています。

逆に言えば、こうした伸率があまりに高いと、医療費負担をしている他産業との不公平が高まることから、一定の抑制がなされたということですが、このマイナス改定(単価削減)に対し、病院は、医療内容を高め、短期間で集中的に行う努力が、収入を増やす成果を上げたとも言えます。

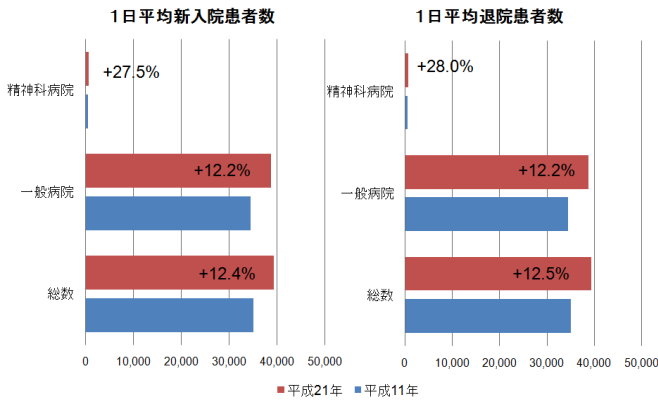
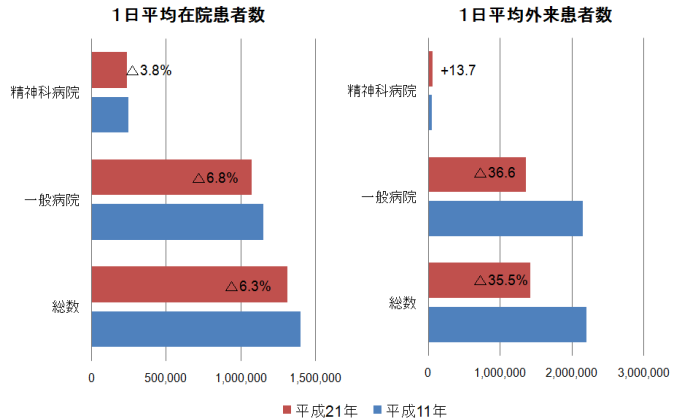
<病院の入院中心・専門外来の行動変容が進んだ>

この10年間で、病院に在院している患者数は6%程度減少し、外来患者数は約2/3に減少しました。

以前は、あまりの外来患者の多さに入院医療に手が回らず入院期間が長引くなどの悪循環があったり、種々の患者さんが病院に混在して、長期入院が不要な人も入院期間が長引く状態がありました。

病院と診療所の連携を促す報酬や、病院・病棟の機能を急性期、亜急性期、回復期、慢性期等の段階別に区分して、それぞれの報酬を設定してきた結果

- ① 外来・入院での紹介、逆紹介の増加(医療連携)
 - ② その結果として入院医療の充実による入院期間の短縮
- が生じたものと考えています。



一方、入院医療については、在院患者は減っていますが、入退院する患者数は1割以上増えています。

以前のままの病院であれば新入院患者数が増えれば、当然、在院患者数が増えるはずでしたが、10年間の病院行動の変容により、新入院患者数が増えても入院期間の短縮で、逆に在院患者数が減るとい現象が生じています。

高機能の病院が数多く増えてきた結果の減少と考えられます。この結果、患者さんの病院に対する満足度も年々高まっており(患者調査から)、いわば「病院らしい病院」が増えてきたと思います。

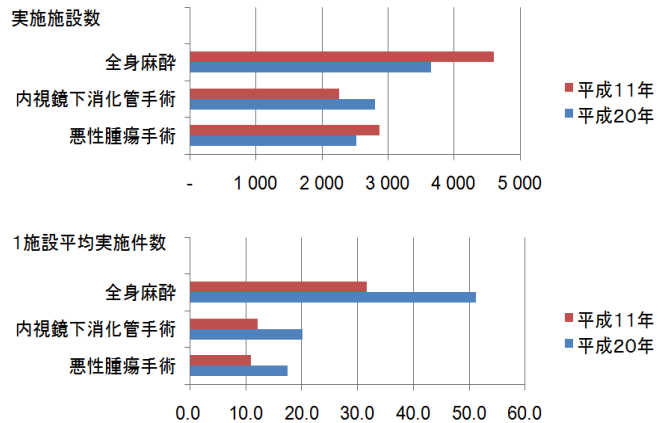
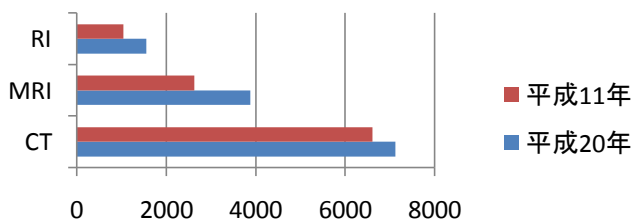
<医療密度が高い病院らしい病院が増えた>

右は、主要な医療技術の病院での実施状況です。例えば、症状の重い患者さんの手術をする際に必須の全身麻酔については、この10年間で、実施する病院数は2割ほど減少しましたが、1施設での実施件数は6割以上増えています。

実施施設数が減少した面を見れば「医療崩壊」

1施設の実施件数が増えた点を見れば「高機能化」

さて、皆さんは、どちらに注目されるでしょうか。私は、1施設の実施件数が多い病院が、全国に育つことが大事と思っています。技術は経験を経てこそ高まり安全なものになっていくからです。こうした数値の変化も、医療の集積が進んだ一つの事例です。



一方では、日本特有の課題である大型医療機器の数は増加し続けています。左は放射線撮影等の機器の状況ですが、撮影だけでは意味がありません。映像を見て診断する専門医等がいなければ「宝の持腐れ」と思うのですが、そうした適切な診断体制が未整備のまま機器だけ拡大するのが日本の状況です。医療機器がないと患者が来ないと発想なので、こうした稼働数の少ない過剰な設備投資が病院経営を圧迫していることも現実です。

この意味での医療連携は残念ながらあまり進みませんでした。

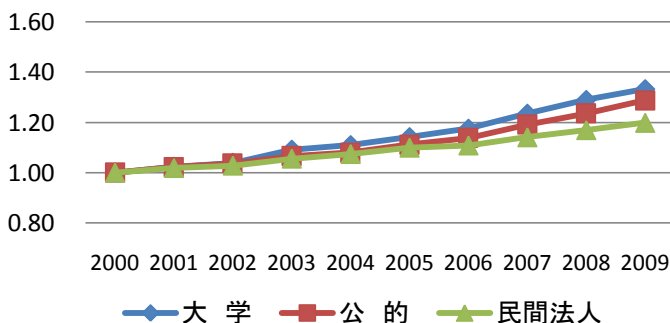
＜その結果、病院の入院単価、外来単価が上昇した＞

下記は病院の1日当たり医療費（自費等を除く）の動きを、設置主体別に示したものです。

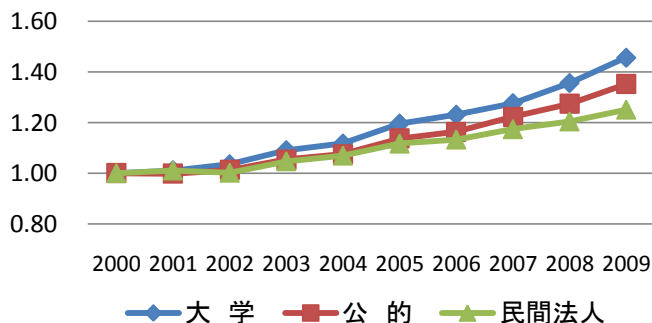
入院については、以前より短い期間で手術等の医療を実施するようになったこと、新入院患者数が増えたこと等から、大学病院は33%増の約5.5万円、公的病院は29%増の約4.0万円、民間病院は20%増の2.4万円となっています。いずれも在院患者数の減少率を上回っており、入院医療については、結果として各設置主体とも医療費は増加しています。

一方、入院外医療については、以前は入院前に行っていた検査等を外来で行うようになったこと、比較的症状の安定している方は診療所等に紹介するようになったこと等から、大学病院は46%増の約1.4万円、公的病院は35%増の約1.2万円、民間病院は25%増の1.0万円となっています。大学病院では外来患者の減少率を上回り入院外医療費も増加していますが、公的・民間では外来患者の減少率を下回り、入院外医療費自体は減少しています。

1日当たり入院医療費
(2000年を1)



1日当たり入院外医療費
(2000年を1)



＜病院の忙しさに応じて、従業員数は増えた＞

入退院患者数が1割以上増加することは、医療現場が以前より1割以上忙しくなったことを意味します。この表は、10年間の職員数の動きを示すものですが、准看護師、看護補助者を除き、いずれも増加しています。最も増加したのは、理学療法士等のリハビリの職種であり、2000年診療報酬改定で新設された回復期リハ病棟の数の増加等に応じ、10年前の3倍以上に増えています。

私の姉も、1か月の急性期病院後は、福井の回復期リハ病院で5か月ほど入院していましたが自分が創設に関わったものを家族が利用することには感慨深かったことを記憶しています。

その次に増えているのは、次の3つです。

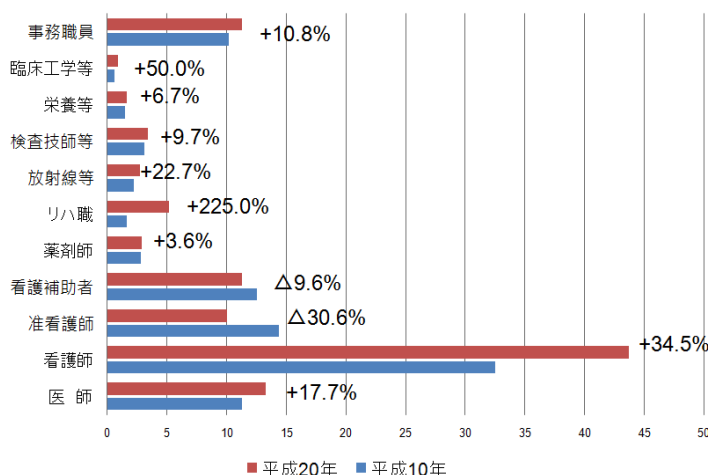
- ① 医療機器増に対応した臨床工学技士等
- ② 病棟の看護配置の充実に対応した看護師
- ③ 放射線治療等に対応した放射技師等

また医師についても、医師不足と言われる中、約18%の増加となっています。

もちろん平均的に増えているのではなく、高機能化した病院に集中して増えているはずですが、それでもまだ不足と感じ、一方では、高機能化できなかった病院では、医師が集まらず困るという関係と思います。

総数は増えても、高機能化の進行の中で、双方とも不足を感じているということだと思います。

一般病院100床当たり職員数(常勤換算)



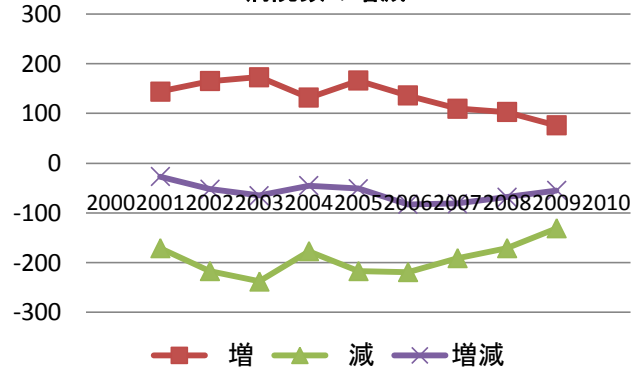
<病院間競争で淘汰・規模の最適化が進む時代になった>

病院数は、右のように、この10年間、一貫として減少しています。しかし、単に廃止されるだけではなく、新設もある中で、それを上回る廃止が生じている＝「新陳代謝」がわずかながらも進んでいると言えます。

2007年までは、新設が100を超え、廃止が200を超えるという状況でしたが、それ以降は、新設も廃止も減るという状況です。

医療崩壊論が強調された時代に、廃止数が、過去10年間で最少になるという実に皮肉な現実です。

病院数の増減

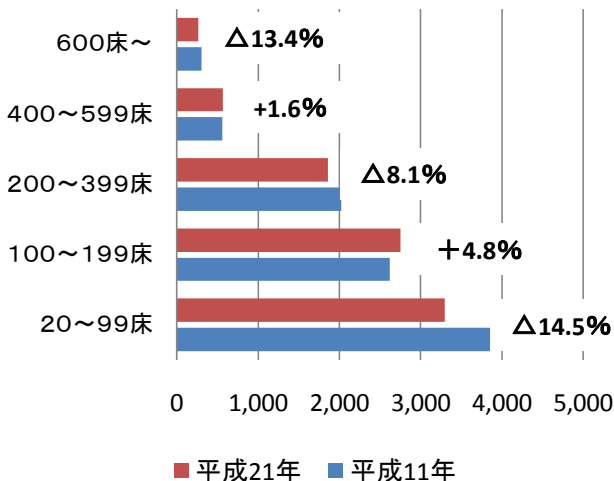


さて、この10年間の増減で、病院の病床規模別の状況に、どのような変化が生じたのでしょうか。

結論から言えば、

- ① 100床～199床・400床～599床が微増の一方で
- ② その他の区分は1割前後減少しています。

病院数(病床規模別)の変化



まず、100床～199床が増えているのは、外来診療報酬が、200床未満と以上で区分されていることに起因していると考えられます。200床以上の病院で、在院患者数の減少が進みそれが常態化すれば、外来での患者単価を上げるため当然規模を199床以下にするはずで

また、400床～599床の増は、600床以上の大規模病院が、高機能化によって在院患者が減少しダウンサイジングが必要となった他、職員数も飛躍的に増え、余りに大規模だと適切な組織マネジメントが困難であることも背景にあると考えられます。

今や規模の大きさは病院の良さを示すものではなくりました。

<この10年の変化をどう考えるか？>

この10年間の動きは、前回の報告のように「国の政策」と「病院行動」のキャッチボールにより、着実に、医療提供体制の再編が進んだ事例と考えています。もちろん、変化速度が遅い、地域的な課題が大きいなど、評論家的な批判が、各界・各層から出ることが容易に予測されますが、この10年間の前の10年間(1990～2000年)の変化に比較すると劇的に変わっている事実には変わりません。同じ発想で、病院行動に合わせて連続して対策を打って行くとこのような変化が生じることは非常に面白いことです。

地域的な特性が強い医療の問題を 国の一つの仕組みで解決することは 元々難しいと考えていますが、現段階は、その地域的な課題解決に着手できるような基礎的な水準に到達したと考えられ、次の段階へ進むべき時期に来ていると思います。

今 大事なものは、これから10年間で どのような方針で臨むかということです。次回は、今後10年間を考える際の制約条件を整理し、今後の方向性を考えてみたいと思います。

ヒューマンケア・システム研究所
代表 北川博一