

病院の「外来再編」を進めよう

実情に合った診療体制に向けて

株式会社メディカルクリエイト
マネージャー
井上和樹

医療機能の分化が進められるなかで、「病院は入院に特化」「外来は診療所が担う」というすみ分けが提唱され、診療報酬や医療政策などもそれを後押しする施策がとられてきた。その一方で、入院患者の確保あるいは地域医療の必要性などから、外来部門に経営資源を割いている病院は多い。本連載では、医療機関での実務経験も豊富な株式会社メディカルクリエイトの井上和樹マネージャーに、「外来再編」をキーワードに、あるべき病院の外来運営を解説していただく。

外来再編を考える背景 なぜ外来再編か

「病床再編」という言葉は、すっかり馴染みのあるものになっていくのではないのでしょうか。在宅医療の発展などにより年々減少していく入院患者数や高齢化に伴う疾病構造の変化などを背景に、急性期病床を有する医療機関（特に7対1看護基準）は、病床数自体の縮小や回復期病床・地域包括ケア病床などの機能転換を行ってきました。これら入院機能の見直しを病床再編と呼んでいます。まさに

2025年に向けて掲げられた地域医療構想は病床再編であり、多くの病院において検討/実行されてきたテーマです。

こうして変わりゆく入院機能に対し、外来機能においてはどのような変化を遂げてきたのでしょうか。

2000年を過ぎた頃からと記憶していますが、病院は、開業医からの紹介状を持った患者を多く集めることで診療報酬点数が厚くなるなど、病院と開業医の機能分化（地域連携）を中心に病院の外来患者は年々減り続けてきました（実際、マクロ的な数字では病院の

患者は減り、開業医の患者は増えている）。また、もともと日本における外来は、諸外国に比べ受診頻度が多いと報告されていましたが、コロナ禍における不要不急の外来はなくなり、病院における外来患者の減少は加速しているのです（図1）。

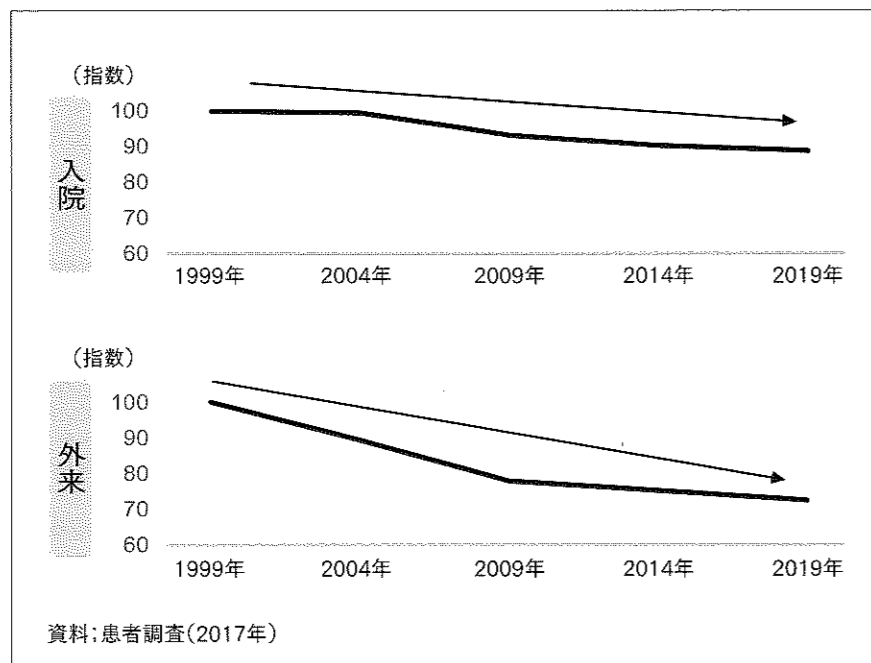
外来患者数の減少に加え、先に述べた病床再編により、これまで外来を経由して入院患者を確保するという流れから、介護施設からの直接入院や高度急性期病院からの転院を受け入れるという流れに変わったことにより、外来に求められる機能も大きく変わりました。

た。こうした変化のなかで、外来機能の採算性はどうでしょうか。

外来スタッフの患者数に合わせた再配置や非常勤医師を含めた診療体制の見直しは検討されず、採算性は悪化しているのではないのでしょうか。これまでの外来機能は不採算であっても入院患者確保の入口機能として説明することができましたが、外来に求められる機能が病床転換によって変化した病院にとっては、今後単なる不採算部門として位置づけられてしまうのです。

病床再編が進む一方、そのあり方が変わりゆく外来機能を改革し

図1：病院の患者数の変化（厚生労働省病院報告；指数：1999年=100）



てきた病院は少ないのではないのでしょうか（図2）。

そこで、本連載では、「外来再編を考える」をテーマとして、弊社が実際に取り組んだ事例をもとに、外来再編の考え方から進め方まで説明していきます。

外来再編とは 何をすることなのか 外来再編の概要

外来再編は、わかりやすくいうと外来の生産性を向上する取り組み（外来人件費の削減）であり、大きくは、医師の「①診療体制の改革（診療枠あたりの採算性の把握と改善）」と看護師などの「②支援体制の改革（スタッフ数の削減/効率化）」に分けられます（図3）。

今回は概要のみお話ししますが、まず、「①診療体制の改革」に目を向けてみます。医師の給与は他職種と比して高額であるなか、外来の診療枠を埋めるため、時給換算で常勤医師より高い給与となることが多い非常勤医師を雇用して

る施設は少なくありません。もちろん、病院の意向による非常勤配置のみならず、大学との関係や過去の慣習的なものなど意向に反した非常勤配置もあるでしょうけれど……。

こうして埋め尽くされた外来診療スケジュール表において、それぞれの診療枠の患者数を個別に確認すると、多くのケースにおいて、患者で混みあっている枠からそうでない枠まで患者数の差が確認できます。経営的な視点で診療枠ごとの採算性を算出してみると、自分の給与に見合わない診療を行っている医師（主に非常勤医であることが多い）の存在を確認することができま

これは、これまで病院の外来患者が減少していくなか、患者数の変化に同じ、診療スケジュールを変更してこなかった、もしくは、やろうとしたができなかったことが一因として挙げられます。

外来再編の1つめの取り組みとしては、この診療枠の密度を向上させるため、外来の診療スケジュール

図3: 外来再編とは？

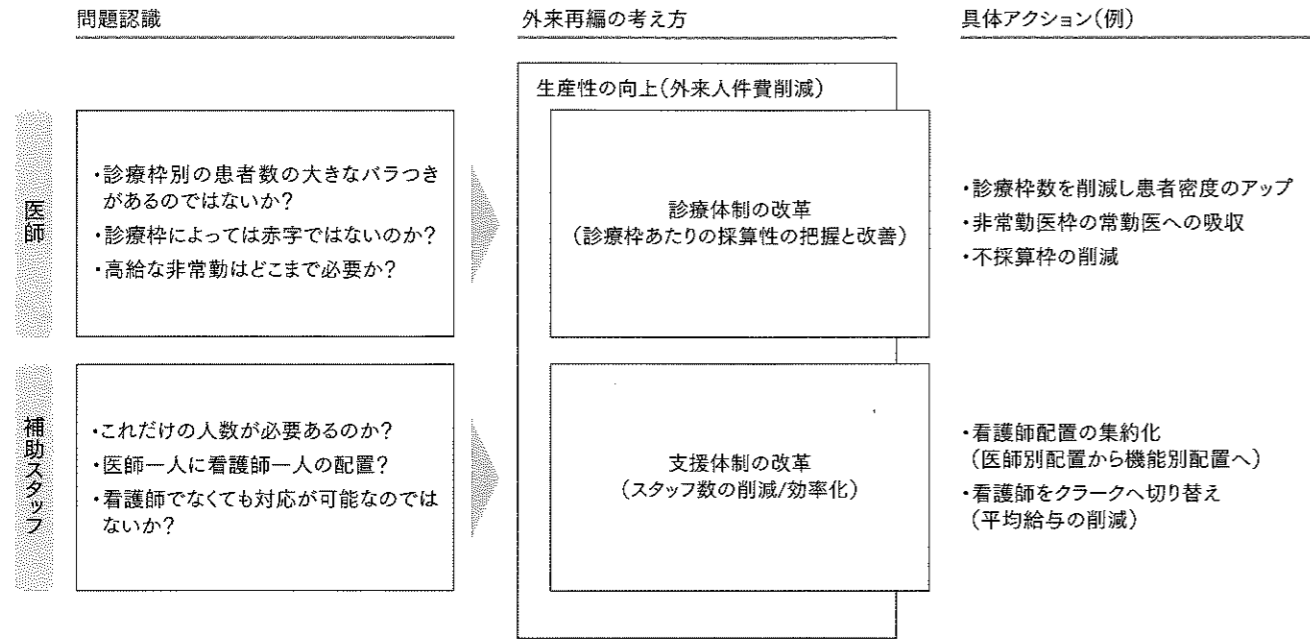
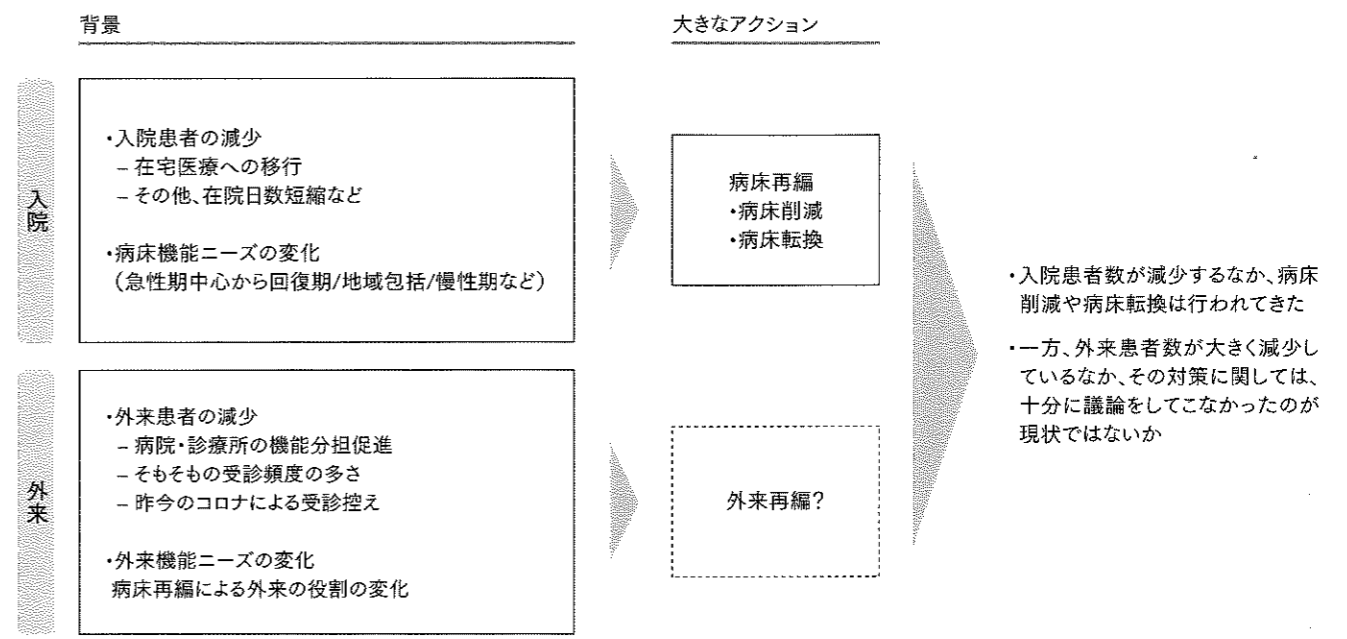


図2: 外来再編を考える背景



今後の連載内容

今回は、外来再編3回シリーズの第1回目として、外来再編の背景とその概要についてお話ししました。

2回目は、今回お話しした外来再編の2つの取り組みである「①診療体制の改革(診療枠あたりの採算性の把握と改善)」と「②支援体制の改革(スタッフ数の削減/効率化)」に関する具体的な分析手法についてご紹介します。外来再編を実行できる/できないの議論をする前に、まずはしっかりと実態を把握するための手法(見える化)です。

3回目は外来の再編の解決策とその具体例に関して紹介します。どのようにして、「①診療体制の改革(診療枠あたりの採算性の把握と改善)」と「②支援体制の改革(スタッフ数の削減/効率化)」を実施していくのか、実行時のポイントやそのポイントなど、実

ルを大きく見直します。具体的なアクションの例は、医師の人員費の削減として主に3つあり、「診療枠数を削減し患者密度のアップ」「非常勤医枠の常勤医への吸収」「不採算枠の削減」が挙げられます。次に、看護師などの「②支援体制の改革(スタッフ数の削減/効率化)」です。外来には、看護師やクラークなど配置がされています。近年では、医師事務作業補助者の配置が進んでいる施設もありますが、外来に配置されている診療補助スタッフはいまだ看護師中心の施設も少なくはありません。極端な例かもしれませんが、診療枠の医師1人に対して看護師1人が専属秘書のように配置されているような施設も存在しています。なお、通常はクラークなどの事務系の補助スタッフに比べ看護師の方が相対的に高い給与であることは言うまでもありません。

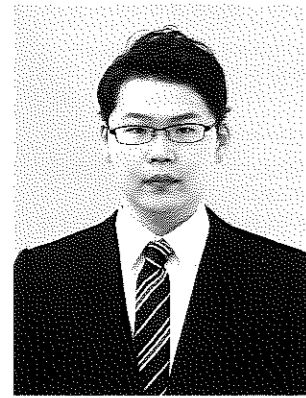
こうした看護の配置が中心であるなか、実際のスタッフ業務に目を向けてみると、診療科ごとに違う

いはあるものの、大半が患者呼び込みや電話対応等の医療行為をともしない業務で構成されているケースが多いのではないのでしょうか。なかには、採血・処置はすべて処置室に集約し、各科ブースの看護師は処置を行わないという病院もあるでしょう。それにもかかわらず、診察ブースに看護師を配置して、事務仕事を中心に担うというケースも見受けられます。

こうして業務の量や内容に見合わない補助スタッフを配置し、外来の人員費が高騰するという非効率が発生します。外来再編の2つめの取り組みとしては、補助スタッフの配置を見直し、外来補助スタッフの人員費を適正化(削減)します。具体的なアクションの例としては、「看護師配置の集約化(医師別配置から機能別配置へ)」や「看護師をクラークへ切り替え(平均給与の削減)」などが挙げられます。

際の現場における事例を含めて説明します。

皆様の病院の外来の生産性はどのくらいなのか、気になる方も多いと思います。今後の連載を踏まえ、外来再編を検討してみたいかがでしょうか。



いづえ・かずき ●急性期病院の放射線科勤務を経て、メディカルクリエイティブに参画。主に医療機関の収支改善・病床転換・建て替え等に取り組む。臨床の経験、医学の知識、論理的思考の3つを組み合わせた問題解決を行う。新潟大学医学部保健学科卒業。