

今こそ！ 病院外来の再編を

外来診療のスリム化と外来支援スタッフの効率化でコスト削減

遠山 峰輝 (株)メディカルクリエイト 代表取締役

病床機能の見直しが行われる中、病院外来の再編は進んでいないのが現状だ。しかし病院外来を取り巻く環境は変わり、提供体制の改革が求められている。病院経営コンサルティング会社の(株)メディカルクリエイト代表取締役の遠山峰輝氏に、外来のスリム化といった再編の進め方を解説してもらった。(編集部)

過去20年を見ると病院病床数は、2002年の約164万床から2019年の約153万床へと約10万床減少した。背景には、人口や高齢化率が変化する中、入院期間の短縮による入院患者数の減少がある。高齢化は、このような病床の量的な変化に加え、急性期型から回復期や慢性期型の入院医療へと、質的な変化も引き起こした。回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床の増加が典型で、まさに「病床再編」である。

ここで、病院の外来患者数に目を向けたい。実は、1996年をピークに入院患者数以上に大きく減少している(図1)。この期間に診療所の外来患者数が大きく増えていることを考えれば、病診連携の促進など、病院から診療所へ外来患者をシフトさせる政策が功を奏しているといえるだろう。

外来を取り巻く3つの課題

入院医療では、入院患者数の減少に伴って「病床再編」が起こった。では、外来患者数の減少に病院はどう対応しているのか。病床ばかりに気を取られて、外来については必ずしも注

力していないのが実情ではないだろうか。「外来再編」を本気で考えることが必要となっている理由として筆者は主に、(1)実際に外来の効率性が悪化していること、(2)外来の役割が変化していること、(3)そもそも外来そのものが非効率になりがちであること——の3つがあると考えている。

「(1)実際に外来の効率性が悪化していること」については、74ページの図2を見てほしい。左側のグラフは、2002年と2017年における1病院当

りの外来患者数の変化を病床規模別に示したものだ。500床以上の大病院を除き、全病床規模で外来患者数が減っていることが分かる。また右側のグラフは、2008年と2017年で1病院当たりの標榜診療科数を比較したもの。どの病床規模の病院でも、外来患者が減る中、標榜診療科の数は増加している。患者の細分化が進行して、1診療科当たりの患者数が大きく減少していることが理解できる。

「(2)外来の役割が変化していること」に関しては、病診連携が進む前、あるいは病院に多くの外来患者が押し寄せていた頃は、病院にとって外来患者はそれなりに重要な役割を果たしていた。外来部門の収益確保のみな

図1 全国の病院の入院と外来の1日当たり患者数の変化



出典：患者調査(2017年)

図2 一般病院の病床規模別に見た外来患者数と診療科数の変化



注1 1病院当たりの診療科数は診療科の定義が同じである2008年と2017年で比較を行った
出典:厚生労働省「医療施設調査(2002年、2008年、2017年)」,メディカルクリエイティブ分析

らず、入院患者を獲得するルートとしても貢献してきた。

しかし、時代は変わりつつある。例えば中小病院では、急性期病床を回復期・慢性期病床に転換したところも多いだろう。この場合、入院ルートは自院の外来からではなく、地域の介護施設や高度急性期病院からが中心となる。直接的な収益や入院患者を確保する外来の役割は以前より薄れている。大病院の外来も、逆紹介を促進して紹介患者を獲得するなど、量ではなく質の追求へと変化している。

「(3) そもそも外来そのものが非効

率になりがちであること」では、多くの病院の外来は労働集約的で高コスト体質となっている。図3は、約250床のある急性期病院(看護配置7対1がメイン)における外来と入院別のコスト構造を見たものだ。外来は、医療収益に対する人件費と委託費の比率が高く、大幅な赤字になっている。医師、看護師、医事の委託人員といった直接的な労働費用が重荷になっていることがうかがえる。

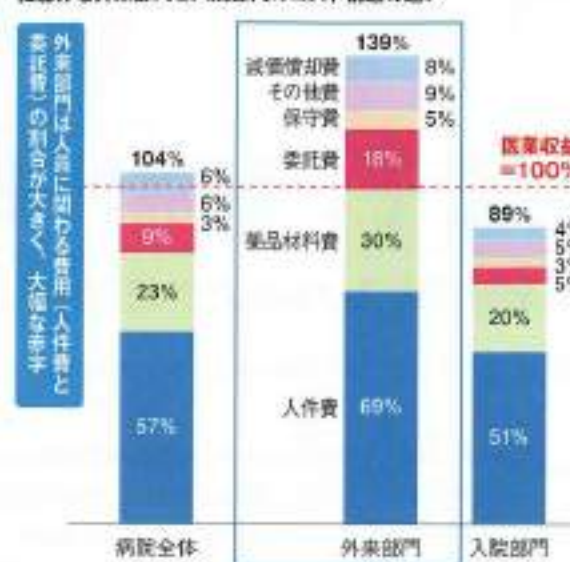
一方で図4は、当社のデータベースにある42病院において外来看護師数を1日外来患者100人当たりで比較し

図4 外来看護師数のばらつき(1日外来患者100人当たり外来看護師数、150床~400床未満の42病院の比較)



注) 予備室看護師も含む(多くが外来看護師) 出典:メディカルクリエイティブ内部資料

図3 ある急性期病院(250床規模、看護配置は主に7対1)における外来部門と入院部門のコスト構造の違い



出典:メディカルクリエイティブ内部資料

たもので、大きなばらつきがあることが分かる。医師事務の活用度合いの差なども影響していると考えられるが、入院と異なり外来には人員基準がほとんどない点を考慮すると、人員配置の効率性に病院間で大きな格差があることが推測できる。

入院患者は減少すれば、空床が目立って早期に把握できるので改善しようとする。しかし、外来は複数の診療科にわたる上、大勢いる医師個々の実績に大きく左右されるため問題点が認識しにくく、気付いたときには低コストやけつのように大きな痛手を受

けているケースが少なくない。

現在、多くの病院にとって外来の効率化は大きな課題となっている。できる限り早く再編を検討すべき時期に来ているといえる。

人件費削減による外来効率化を検討

では、外来をどう改善すべきだろうか。当然、患者数の増加や単価アップなど収益を増加させることは有効な改善策である。しかし本稿では、「外来再編=人件費の削減(人員関連委託費を含む)」に着目したい。病院の外来患者は将来さらに減ると予想される中、コスト構造を見直せば確実に結果を得られると考えるからである。

外来部門は費用を削減できる余地も大きい。前述した約250床の急性期病院の医療収益は年間約60億円、うち外来収益は18億円である一方、外来に関わる医師や看護師、検査技師、事務などの人件費や委託費は約12億円程度に上る。これを10%削減できれば約1億2000万円のコストダウンが見込め、その効果は大きい。

人件費の削減と言うと、抵抗を感じる読者も多いかもしれない。しかし、外来には非常勤の医師や看護師、委託人員など調整しやすい部分が多い。外来で効率化した人員を病棟などで活用することも可能だろう。

当社が考える具体的な外来再編方法は、「外来診療のスリム化」と「外来支援スタッフの効率化」の2つ(図5)。「外来診療のスリム化」とは、分かりやすく言えば「外来診療表」の見直しである。常勤医だけでなく非常勤医も担当して薄く広く分散されている外来診療を集約し、常勤医の診療に吸収

して非常勤医を効率化する。一般的に非常勤医の時間給は非常に高いため、削減できれば効果は大きい。

一方で、外来には実に多くの支援スタッフが配置されている。病院によっても異なるが、診療室ごとに医師の秘書のように看護師が張り付いているケースも多く見受けられる。さらに業務内容も、看護師が担う必要がほとんどないものが多くを占めている。診療室など小さい単位で分散配置された看護師を1カ所に集約して人員を抑制するほか、看護師ではなくても行える業務は事務職員に任せべきだろう。これが、「外来支援スタッフの

効率化」である。

以下では、これら2つの外来再編の方法を詳しく解説する。

非常勤医の診療の効率化が鍵

まずは、「外来診療のスリム化」について述べていきたい。図6は、ある地域の200床規模の急性期病院(看護配置7対1がメイン)における医師別の1コマ当たり外来患者数をまとめたものである。ここでの1コマとは、1日を午前と午後の2コマに分けたうちの1つを意味する。

この病院では、医師別の1コマ当たり外来患者数に大きなばらつきがある

図5 メディカルクリエイティブが考える外来再編の全体像

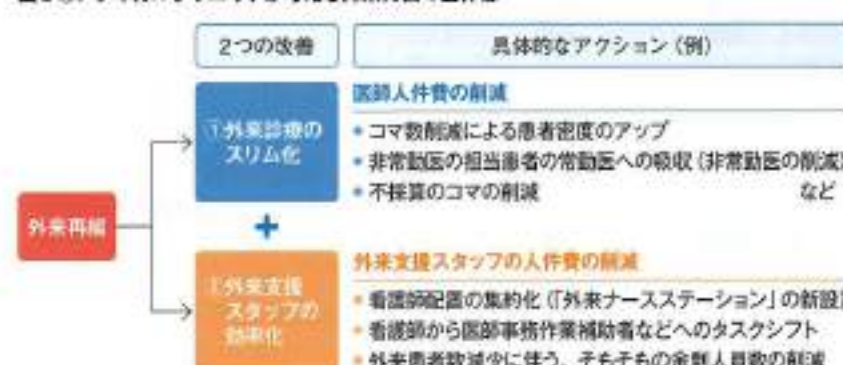


図6 約200床規模の急性期病院(看護配置は主に7対1)における医師別の1コマ当たりの外来患者数



注) 2019年12月から2020年2月までの3カ月間平均 出典:メディカルクリエイティブ内部資料

中、平均でも1コマ当たり11人程度しか担当しておらず、いかに外来患者が広く薄く分散しているかが理解できるだろう。背景には、外来診療を担当している非常勤医の多さがあると考えられる。実際、常勤医24人に対して非常勤医75人（常勤換算で11人）が在籍しており、常勤換算で比較しても

非常勤医は医師数全体の30%超を占める。同院は少し極端な例かもしれないが、こうした傾向にある病院は少なくないだろう。非常勤医の外来のコスト構造を見ると、非効率であることが分かる。図7は、図6と同じ病院において常勤医と非常勤医別に外来のコスト構造を見

図7 〇ある急性期病院（200床規模、看護配置は主に7対1）における常勤医と非常勤医別の外来のコスト構造（外来収益＝100%：直接費用のみを考慮）



図8 〇外来診療スリム化の考え方

診療科	医師名	常勤 非常勤	月曜					ポイント
			常勤	非常勤	常勤	非常勤	非常勤	
一般内科	A	常勤	20	—	—	15	—	A 常勤医の診療日をもう1日増やし、B 非常勤医の患者を吸収できないか
	B	非常勤	—	5	10	—	—	
呼吸器内科	C	常勤	23	22	22	—	20	E 非常勤医の患者数をD 常勤医に吸収できないか
	D	常勤	10	—	12	9	13	
	E	非常勤	—	10	—	9	—	
外科	F	常勤	7	—	6	8	—	G 非常勤医の外来は本当に必要なのか
	G	非常勤	—	4	—	—	6	
神経内科	H	非常勤	4	3	—	3	5	I 週4日から週2日程度に圧縮できないか
小児科	I	非常勤	12	8	—	10	8	
...	...	...	...	...	...	...	...	...

出典：メディカルクリエイト内部資料

たものである。医師人件費、看護師人件費、薬剤・材料費の直接費用のみをまとめたものだが、非常勤医の外来は間接費用等を加味しなくても赤字となっている診療科が目立つ。中でも医師人件費の負担が重く、非常勤医が担当する外来患者の少なさと高い給与に原因があると考えられる。

ちなみに、この病院の非常勤医1人当たり人件費（法定福利費なども含む）は3000万円を大きく上回っていた。極端に言えば、薬品・材料費と非常勤医の人件費のみで赤字の診療科は廃止すれば、すぐに収支改善に貢献することになる。実際にこの病院では、こうした収益状況や地域全体の診療科の充足度などを検討し、耳鼻咽喉科、皮膚科、神経内科など非常勤医のみの診療科を全て廃止した。周辺には多くの医療機関があり、これら診療科を廃止しても地域に影響を及ぼさなかった。

このように診療科の廃止は外来再編の大きな一手となり得るとはいえ、現実的にはなかなか難しい病院が大半だろう。そこで、医師別・コマ別に外来患者数を「見える化」し、多くの医師が診察している患者を集約化して外来診療予定表を見直すことをお勧めする。ポイントは、全体の患者数を維持しながらできる限り非常勤医のコマ数を削減する点である。

例えば、非常勤医のコマ数を週4日から2日に圧縮し、その分、常勤医のコマ数を増やしたり、1コマ当たりの患者密度を高める方法が考えられる。もちろん、特殊専門的な診療を担っている非常勤医の在籍が必要で、常勤医では代替が困難なケースもある。そ

の場合は無理に常勤医の診療に集約する必要はなく、特殊専門診療の地域ニーズの大きさや採算性を検討して判断するとよい。

外来診療のスリム化の考え方や幾つかのパターンを図8にまとめた。当社が実際に外来分析を行った病院の例を参考に、分かりやすくするため数値も含めて再編集したもので参考にしてほしい。

外来ナースSt設置で集約化する

外来再編の2つ目の柱は、「外来支援スタッフの効率化」である。外来支援スタッフとは外来に携わる医師以外の人員を指すが、主に看護師や受付などを行う事務職員、医師事務作業補助者などになるだろう。

図9は、一般急性期100床、1日外来患者数が約300人の地方の自治体病院における外来スタッフの配置状況と効率化の方向性を整理したもの。ほとんどの診療科で医師1人に対して、看護師と事務系スタッフがそれぞれ1人ずつ配置されていた。事務系スタッフの大半が委託職員である。

この病院の全体の医療収益は約21億円で、うち外来収益が約8億円。これに対し、医師以外の外来支援スタッフは約30人、人件費（委託人件費を含む）は年間約1億円程度にも上っていた。外来支援スタッフの効率化の余地は大きいと考えられる。

効率化の主なポイントは、(1) 分散配置されている看護師などを1カ所に集約化すること、(2) 看護師の仕事を事務系職員にシフトすること——の2つだろう。

「(1) 1カ所への集約化」については、

図9 〇地方の一般急性期100床の自治体病院における外来支援スタッフの配置状況と効率化の方向性

診療科	診療コマ数	支援スタッフ数		コマ当たり支援スタッフ数
		合計	事務系	
内科	27コマ	50人	18人	1.9人
循環器科	4コマ	8人	4人	2.0人
外科	11コマ	12人	6人	1.1人
整形外科	12コマ	24人	12人	2.0人
泌尿器科	3コマ	6人	3人	2.0人
小児科	2コマ	4人	2人	2.0人
眼科	6コマ	18人	6人	3.0人
耳鼻科	5コマ	10人	5人	2.0人
皮膚科	8コマ	16人	8人	2.0人
産婦人科	4コマ	8人	4人	2.0人
合計	82コマ	156人	68人	1.9人

注1 週間の延べ数、約300人/日の外来患者数 出典：メディカルクリエイト内部資料

図10 〇地方の一般急性期100床の自治体病院における医師別・コマ別の採算性の把握（コマ別の粗利額）

診療科	診療室	月										粗利額
		AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	
内科	1診	319	381	434	443	132	79	363				
	2診	203	106	26	70	35	52	-19	-72	123		61
	3診	-2	-12	257	123	195	43	-28				
	4診	26	35									
整形外科	1診	120	116	25	84	-14	116					
	2診	93	125	89	93	26	13					
皮膚科	1診	33	-19	19	-26	-22	26	47	-8			
耳鼻科	...			252		58	16	-46	44			
循環器科	...	60	310			210	69					
小児科	...					-23	-74	-62				
産婦人科	...			-41	-66	-35						
眼科	...	137	338	286	277	181	234					
泌尿器科	...	131		179								
外科	...	-35		21	28	21	-16					
	...	-4	-10	-23		-42	40					

注1 約300人/日の外来患者数 出典：メディカルクリエイト内部資料

各医師やコマ別に看護師を配置すれば、効率性は当然低下する。実際は効率化を進める際、業務を集中化すべきものと分散化すべきものを仕分けることになるが、当社のこれまでのコンサルティング経験からすると、分散化が必須なものは少ないのが実情である。効率化の際は看護師のサポートに慣れている医師の抵抗も予想されるが、病院全体としての基本ルールを決めて徹底していくことが重要になる。看護師が専門性の違いを主張し

て抵抗する可能性も想定される。しかし、外来における専門的な看護は一部であり、専門性を理由に分散配置するよりも、どの看護師でも対応できるように教育の方が効果は高い。

当社では、こうした外来支援業務の集中化を「外来ナース（支援スタッフ）ステーション構想」と名付けている。病棟ナースステーションと同じ考え方である。外来支援スタッフが各診療室に張り付くのではなく、必要に応じて出向するのである。

図11 地方の200床規模のケアミックス型病院における非常勤医の外来のスリム化に関する優先順位と選別



出典：メディカルクリエイティブ内閣資料

「(2) 看護師の仕事の事務系職員へのシフト」に関しては、医師事務作業補助者などの事務系スタッフの活用が有効だ。外来看護師が実際に行っている業務を分類すると、外科的処置など一部を除き、看護師でなければならない業務は限られる。医師の事務的な支援業務、患者や家族の付き添いや介助業務、診療予約の電話対応などは、看護師より人件費を抑えられる医師事務作業補助者をはじめとする事務系スタッフに移管すべきだろう。医師事務作業補助者の配置は診療報酬の加算でも評価されており、導入しやすいと考えられる。

さらに、外来には看護師の配置基準がない。外来患者数が減少傾向にあるのであれば、事務系スタッフへのタスクシフトを積極的に検討してもよいのではないだろうか。

外来再編成功のための3箇条

「そうは言っても、理想と現実の違い」と感じる病院経営者も少なくないかもしれない。「人は簡単に切れない」「大学との関係があり、非常勤医に手を付けるのは無理だ」「地域の事情が

あり、そう簡単に診療科は廃止できない」といった声があるだろう。そうした中で、外来再編を成功させるための3つのポイントについて触れたい。具体的には、(1) 徹底した見える化、(2) ゼロベース思考、(3) トップのリーダーシップ——になる。

「(1) 徹底した見える化」では、医師別にとどまらず診療時間のコマ別の視点から細分化して可視化することをお勧めする。77ページの図10は前述した地方の100床規模の自治体病院における医師別・コマ別の採算性を示したものだ。どの医師・コマが赤字になっているのか一目瞭然で、外来診療予定表を見直す基礎資料となる。

常勤医のスケジュールも見える化したい。外来診療のスリム化では、非常勤医の患者をできるだけ常勤医に診てもらうことが重要になるが、常勤医は当然外来だけを担っているわけではないので、各常勤医の1週間のスケジュールを把握し、非常勤医の患者を吸収する余地がどこにあるかを見いださなければならない。

「(2) ゼロベース思考」に関しては、できない理由を先に考えるのではな

く、まずはゼロベース思考で可能性を広げ、その後に「できること」と「できないこと」の優先順位を付けて絞り込むアプローチが大切になる。客観的・科学的な視点で最大の改善の可能性を洗い出すのである。

図11は、地方にある200床規模のケアミックス型病院において非常勤医を大幅に削減した例である。地域の事情や常勤医を派遣している大学との関係などを考慮し、診療科の廃止や縮小・圧縮などを決め、年間で約8000万円の収支改善効果があった。ちなみに、同院はこの外来再編をきっかけに、慢性的な赤字体質を脱却して今でも経常黒字を維持している。

「(3) トップのリーダーシップ」は最も重要だ。外来診療のスリム化は、全診療科の医師の領域に踏み込んだ改革であり、場合によっては非常勤医を派遣している大学にも影響が及ぶ。病院によっては、聖域に踏み込むことになるかもしれない。こうした決断と実行には、院長などトップの強いリーダーシップが不可欠となる。まずは、やってみることである。

図11の病院は特定の大学から多くの非常勤医の派遣を受けていて、外来再編の話を持ち出すと、非常勤医だけでなく常勤医すら今後紹介してくれなくなるのではないかと懸念を抱いていた。だが、いざ交渉してみると、「そんなに経営に困っていたのなら、早く言ってくればよかったのに」と言って、あっさり承諾してくれた。リーダーシップの発揮には、決断力と実行力がとても重要になる。トップは、ここぞという時に明確な行動を起こすことが求められている。