



病院外来のあり方

副会長 竹内 實

平成12年の診療報酬改定による病院における影響度調査が日病、全日病等から発表された。それらによると平均的に入院はいくらかの増収、外来は減収となっているようである。特に200床以上病院の外来は減収が大きく、また平均在院日数の短い入院は増収幅が大きい傾向が読み取れる。これは今次改定で新しく導入された200床以上病院再来が外来診療料として包括評価されることになったことと入院基本料における入院後15日間の加算が大きく評価されたことによると思われる。従来から200床以上の病院外来では特定疾患療養指導料や老人生活指導料の算定ができず、更に100床以上200床未満、100床未満、診療所と段階的に点数が高く決められていた。この結果、全く同じ診療行為であっても受療する施設により医療費が異なり、当然患者負担も異なっていた。患者サイドからすると逆に大病院外来の方が自己負担が少なく、これが大病院志向を助長した面も否めない事実である。

ここで我が国の効率的な医療提供体制を維持するために、病院外来をどう位置づけるかの議論が必要である。理想的には全ての国民が何らかの病状を感じたとき、まず「かかりつけ医」を受診し、その上で必要に応じて一番適切なる専門医や、また必要な場合は入院診療先の紹介を受ける。従って大病院外来では紹介状を受けて診療し、その使命を終えた時、逆紹介をして地域の病医院に帰るのが望ましい。しかし現在は受療者のフリーアクセスであるために必ずしもそのような姿にはなっていない。

受療動向を示す外来患者数は過去十数年一貫して診療所 中小病院 大病院へと流れている。そして大病院外来の一般的なイメージは、混雑して

いる、診察時間が短い、待ち時間が長いというものである。これを解消するために各病院が積極的に適正な外来患者数を考慮し、待たせず、時間をかけて診療する努力をすべきである。そのために連携する診療所の存在が欠かせなく、診療所サイドの協力も必要となってくる。何よりその意味を地域全体でどう取り組むかが課題である。

元来特定機能病院や地域医療支援病院は原則完全紹介制であるべきである。またそれに準ずる機能を持つ基幹病院も同様である。しかし現在の200床という病床数によってのみ外来における評価が異なるのは問題であろう。それより経済誘導ではない理想的な外来受診の流れを作るための努力をすべきであろう。国が診療報酬改定や健保法の改正の際、経済的な見地のみで受療の流れを変えようと意図してもなかなか思うようにいっていないのも事実である。真の病診連携や病病連携を達成するためには何より国民の意識改革を進める必要がある。来るべき超高齢社会においては医療保険や介護保険を安定的に維持するためには、いかに健康な高齢者を増やし、病気はできるだけ効率良く治療することである。

一方病院サイドから見ると、第四次医療法改正で予定されている急性病床と慢性病床の区分けへの対応、自院の外来の守備範囲をどのスケールにするか等々各々の病院の存在意義を含めて再検討が求められている時期でもある。病院経営にとっても現在の外来患者数を時間をかけて適性化することが決してマイナスでなく、逆に連携によって効率的経営が展開する可能性も高い。新しい世紀にあと数カ月、新しい医療提供体制の構築の際に病院外来のあり方が地域医療の展開に大きな鍵を握りそうである。