

川崎幸病院における外来機能分離で

入院機能特化した急性期病院化の事例

川崎幸クリニック院長 杉山孝博

1. はじめに

1998年9月に、川崎市幸区にある中核の救急病院である川崎幸病院（許可病床数203床）から外来部門を分離・独立させて、川崎幸クリニックが設立された。それにより、川崎幸病院は、外来部門としては救急外来と血液透析外来のみをもつ、入院機能に特化した急性期病院に生まれ変わった。

病院の外来分離により、紹介率の急激な上昇、入院対外来比率の低下がもたらされ、2001年には急性期特定入院加算の算定が可能になった（全国9番目）。さらに、外来診療の分離により病院の運営において、救急医療や入院医療に集中できるようになった。

他方、総合的な外来診療機能をもつ川崎幸クリニックは、電子カルテシステムによる病院・訪問看護ステーションとの診療情報の共有化、待ち時間短縮のための全科完全予約診療、在宅ターミナルケアまで含めた訪問診療・訪問看護、快適な医療環境の整備など、医療界の今後の動きやサービスとしての医療の展開を考慮して様々な試みを行ってきた。

今年で5年目を迎える外来分離の意味と問題点について考えてみたい。

2. 川崎幸病院について

川崎幸病院は、1973年、特定医療法人財団石心会により63床の病院として設立された。小規模の増床・血液透析室の新設を経て、84年には206床に増床して、CT・シネアングロ装置・結石破碎装置・MRIを導入し、脳神経外科・心臓血管外科の常勤化、24時間放射線・血液検査体制など高度医療、救命救急医療の充実を図ってきた。1998年からは日帰り手術を実施するようになった（表1）。

また、開設当初より患者・家族・地域のニーズを受け止め、地域とともにつくる医療の実践を目指してきた。具体的には、血友病の自己注射治療、慢性腎不全の家庭透析、呼吸不全・心不全の在宅酸素療法など、自己管理治療と呼ぶ、患者・家族が主体となっていく治療への取り組みであり、糖尿病やアルコール依存症、寝たきり患者の在宅医療など地域における医療の矛盾点、医療の社会性に目を向けた医療活動である。

主な施設基準としては、1982年に基準看護特Ⅱ、94年に基準看護Ⅲ類、95年開放型病院、97年新看護体系「2.5:1(A)」、1999年特定集中治療室、2000年診療録管理体制、2001年急性期特定入院加算（全国9番目）などが認められてきた。

さらに、2000年日本病院機能評価で、「一般病院種別B」として認定をうけた。

現在、許可病床数203床、平均在院日数は15～17日である。

3. 外来分離に至った事情と経過

1984年の増床で建築可能容積率一杯になったため、それ以降、高圧酸素療法、シネアンギオ、MRIなどの導入にあたっては、既存スペースや病室の転用せざるを得なかった。また、感染症や術後および重症患者の治療管理のため、3床室を個室あるいは2床室として利用したため、利用可能な病床数は184床程度になっていた。このような状況では救急患者の受け入れにもベッド不足のため困難になっていた。

救急外来を除いた外来のスペースはせいぜい1日300名程度の患者を想定したスペースで、1日600名に増えた患者を診療するには限界にきていた。パーティションによって区画した外来診察室はプライバシーの面でも問題があった。さらに、診察室の数が少ないため外来機能の充実ができない状況にあった。

当時、140件以上の訪問診療をしても、寝たきり老人在宅総合診療料や24時間連携体制加算などが算定できないため経営的に不利であり、診療所と病院との診療報酬格差が拡大する傾向にあった。

つまり、入院機能および外来機能の低下を同一敷地での拡張によって解決することが困難であるという固有の事情によって、外来新築移転を決定した。その場合、診療報酬の格差を検討して経営的にも不利ではないと判断した。

4. 川崎幸クリニックの設立と特色

川崎幸クリニックは、17診療科と、ヘリカルCT・内視鏡検査・心エコーなどの検査設備をもった総合的な外来診療機能のある無床診療所で、職員は常勤換算で、医師18.6名を含めて90.5名であり、一日平均患者数は約750名である。

150m離れている川崎幸病院との情報共有のため電子カルテシステムを導入した。無線LANにより、病院に受診した患者の外来情報が川崎幸病院の診察室や病棟で即時的に得られる。電子カルテシステムは病院・外来分離においては必須のシステムとなる。

200床以上の病院では算定できなかった在宅患者総合診療料、外来総合診療料、あるいは再診料などの病院との格差などの経済的なメリットもあるが、他方、設備（ヘリカルCTなど）やスタッフのダブリなどに伴う支出増もあって収支は必ずしも改善するものではない。

最大のメリットはサービスの改善である。手術や救急などの事情に影響を受けにくくなったため、外来診療に集中できて患者への迷惑が少なくなった。快適な医療環境の整備・待ち時間の短縮・診察室のプライバシーへの配慮など、サービス業であれば当然と思われる配慮が可能になった。当院は電子カルテシステムによる全科完全予約制を取っているため、朝早くから順番待ちする患者はいなくなった。受診までの待ち時間は約8割が30分以内、会計待ち時間も約8割が3分以内におさまっている。外来分離により病院の紹介率が著明に上がった。

5. 外来分離による川崎幸病院の変化

川崎幸病院では外来分離により、急性期病院としての機能を高めることができた。具体的には、

(1) 分離により空いたスペースを使って、利用可能なベッド数の増加が可能になり、ICU(6床)、CCU(4床)、HCU(12床)を増床、新設した。

(2) 2001年に、急性期特定入院加算(全国9番目)が算定可能になった。

(3) 循環器科病棟、脳外科病棟を、心臓血管センター、脳血管センターに編成した。

(4) 外来診療が分離したため救急医療や入院医療に集中できるようになった。しかし、病院の勤務医は、川崎幸クリニックの外来診療も担当しているので、手間のかかる面もある。

(5) 平成12年11月、日本病院評価機構により、「一般病院種別B」として承認された。

(6) 日帰り手術の実施。

(7) 電子カルテシステムによるクリニック患者の情報共有などである。

ところで、急性期特定入院加算(200点。14日を限度として加算できる)が、2001年に全国9番目の医療機関として、算定可能になった。急性期特定入院加算の主な要件は表2の通りである。算定している医療機関が少ない最大の理由は、入院対外来比率1:1.5を満たすことであろう。また、紹介率30%以上を満たすこともハードルを高くしていると思われる。

表3、表4、表5にあるように、外来分離により、入院対外来比率は1997年度1:3.48が1999年度以降1:0.15, 0:13のように低下、また紹介率は、1997年度20.3%が1999年度以降55.6%、61.8%、66.6%と上昇した(ちなみに、同一法人の事業所間の患者移動は紹介としてカウントしない)。

6. 病院外来部門の分離の効果と問題点

川崎幸クリニックの開設から約4年半を経過したが、延べ101医療機関や団体・個人の見学があった。最近、その数が増えている。真剣になって外来分離を検討している医療機関も少なくないと思われる。病院外来部門の分離の効果と問題点について考えてみる。

【デメリット】

(1) 病院—クリニック間の診療情報伝達の困難さ

電子カルテシステムが必要である。

(2) 人的資源、設備のムダ

コンパクトにまとまっていた外来が6階建ての建物に移って職員の動きが固定された分だけ職員数が増えた。また、診察室を個室化したため受けつけや診察室につく職員も増えた。ヘリカルCT、内視鏡、腹部エコーなど病院とクリニックともに設置したため二重の

投資となった。しかし、総合的な外来診療機能を維持するためにも必要なものであった。

(3) 事業所が別になることに伴う、職員間の一体感の疎遠

検査室、放射線科などのスタッフを病院と交流させることで一体感の疎遠の問題を出来る限り少なくしている

【メリット】

(1) 小規模化、特定機能化により理念の徹底が容易になった。サービスとしての医療の展開がしやすい。最も大きな効果である。

(2) 200床以上の病院では算定できなかった、特定疾患療養指導料、老人慢性疾患生活指導料、老人慢性疾患外来総合診療料などが算定できるようになった。また、初診料、再診料、寝たきり老人訪問診療料などが病院より高い点数になっている。これらの差額を計算すると、川崎幸クリニックの2002年2月収支では、3200万円の収益増が得られた。ただし、その後の診療報酬の改定で変化している。今後ますます病院外来と診療所外来とが差別されていくと思われるが、対応しやすくなる。

(3) すでに述べたように病院の急性期病院化がより容易になった。

7. まとめ

病院のベッド不足の解消と手狭になった外来部門の拡充が分離・独立の直接のきっかけであるが、川崎幸病院と川崎幸クリニックを運営してきたこれまでの経験から、急性期病院の外来分離とは単に診療報酬上の便宜のためではなく、医療サービスの質の向上に関して変革（イノベーション）であるということである。

外来診療にとって、病院からの独立の最大のメリットは、建物・設備などのハードと共に、スタッフの意識をサービスの向上に向けて集中しやすくなったことである。電子カルテシステムは、特に外来分離では今後必須のシステムとなっていくと考えられる。また、病院においても、紹介率の大幅な上昇に寄与する。200床以上の病院の外来収入抑制の方向はますます強まっていくと考えられる。人的資源、設備のムダ、事業所が別になることに伴う職員間の一体感の疎遠、移転時の混乱なども考慮しなければならない。

<参考文献>

- 1 動き出した街の中の外来専門クリニック 医療法人財団石心会 川崎幸クリニック：病院、Vol. 58 No1, 1999
- 2 病院経営最前線 川崎幸病院、狭山病院を核とした地域密着型急性期医療の取り組み：病院経営

急性期特定入院加算の主な要件とは

紹介率 30%以上

入院対外来比率 1:1.5

平均在院日数 17日以内(平成14年10月より)

医療安全管理体制の整備(リスクマネジメント委員会の設置)

詳細な入院診療計画の作成

退院時指導計画の作成(退院後の治療計画及び療養上の留意点)

地域医療連携室の活動強化

退院時サマリの記載とICDコーディングの実施

カルテ開示

診療録管理体制加算届け出(診療録管理室の設置)

入院対外来比率の変化

平成10年9月15日外来分離

	H9年度	H10年度	H11年度	H12年度	H13年度
1日平均外来患者数	560	277	27	23	21
1日平均入院者数	161	168	183	183	177
入院対外来比率	1:3.48	1:1.65	1:0.15	1:0.13	1:0.12

外来分離による紹介率の変化

平成10年9月15日外来分離

	H9年度	H10年度	H11年度	H12年度	H13年度
紹介患者数	1,391	1,376	886	1,191	1,585
救急患者数	3,279	4,139	3,512	3,098	2,818
初診算定患者数	22,963	16,782	7,917	6,939	6,6616
紹介率	20.3%	32.6%	55.6%	61.8%	66.6%

平均在院日数の動き

平成10年9月15日外来分離

	H9年度	H10年度	H11年度	H12年度	H13年度
平均在院日数	20.5日	17.6日	18.9日	17.6日	16.6日