

# 診療報酬点数に管理されぬ医療を理想と現実の狭間で考える

社会医療研究所 所長 おかだ 岡田 れいいちろう 玲一郎

## はじめに

本誌が発行されるころは、多くの病院が新しい診療報酬点数への対応に追われているものと思う。例えば、前回2006年の診療報酬改定後の4月から5月にかけて、NST先行病院に多くの「見学者」が押し寄せていた。当該病院で管理職研修を実施していたので、見学者（複数）に「なぜ？」と尋ねてみた。回答は共通しており「栄養管理加算を取るため」であった。一部ではあるが「院長にいわれて」という回答もあり、決して「誤嚥の患者さんがおられるので」や「嚥下困難の患者さんが多くなったので」ではないのである。

私の頑固な病院経営観は「患者の利益の追求」であり、「病院の利益の追求」は二義的のこと、結果であると確信している。つまり、患者の利益を追求していけば、結果として病院は利益を出してきているという経験則である。NST先行病院や看護師ゆとり病院で、みられたことである。

## マネジド・ケアの変遷

昨年だったか、マイケル・ムーア監督の映画「シッコ」が話題になった。私は観ていないが、新聞や映画の論評をみると、保険会社に「管理」されているマネジド・ケアであるアメリカの医療を暴いたものである。また、全国民の2割に達しようとしている無保険者への医療提供を、医療費が徴収できないという理由で病院が拒否

しているという話である。インターネットで募集した実話だということから実際にあったことなのだろう。実話なのだろうが、私は、毎年一回から複数回はアメリカの医療と福祉の現場を訪ねていて、幸か不幸かあの映画に出てくるような話は見聞したことはない。

ただ、10年くらい前に視察した病院株式会社グループの2病院では、異様な反応を経験したことがある。私自身「メイヨー・クリニック」の病院で心臓バイパス手術を実施しており、カナダを含めたパブリック・ホスピタルの現場は「定点観測」と称して、何回も同一病院を視察してきた。それらの病院では、保険会社とのネゴシエーションは大変なことだが、保険会社に「管理」されて、提供する医療サービスの質を低下させることはないと言っていた。また、保険会社と契約していない無保険者だからという理由で、医療サービスを提供しないということはないと断言していた。

私は、胸を張って語れる医療は、胸を張って提供している医療でなければ実現しないという信念を持っている。私自身、昔、民間病院の事務長として「ベッドが空いているから、退院を延ばせ」と指示していたころは、胸なんて張れるものではなかった。それは、そのころの写真の風貌に表れている。だから、病院の中に入って職員の動きや表情を見ると、どのような質の医療が提供されているかが身に迫ってくるのである。

それが、アメリカの株式会社病院で感じられ、なにものかに「管理」された窮屈な医療がある

ことを知らされた。単に、私の個人的な感想ではなく、参加メンバーの多くが感じた集合的感想である。

思うに、わが国での過去の「管理」は医師であった。医師にマネージされた医療である。それが、病院経営に管理された医療になり、医療サービスが病院経営に資するか否かに大きく関係してきたように思う。むろん、すべての病院の話ではない。ただ、非常に気に掛かることは、ここ2～3年で公立病院が経営に「管理」された医療を提供するようになってきたことだ。これは、肉親や友人が経験した「術前入院」でしっかりと証明される。私が、「メイヨー・クリニック」の病院で心臓バイパス手術したのも、実は、日本の病院で手術しようとしたら別の病院で実施した心臓カテーテル検査他のあらゆる検査を「うちの病院でもう一回やります」といわれたからだ。11年近く前の話だが、最近の例では友人の看護師が「一日の尿量を測るから」という理由で子宮筋腫の手術の3日前に入院させられていた。病院が赤字だからという理由か、医師がマネージしているのか、いずれにしても患者は不利益を被るのである。そこには、診療報酬が大きく関係しているのである。

私は、病院が提供する医療はなにものにも「管理」されてはならないという思想を持っている。むろん、ここでいう「管理」はマネジメントであり、アドミニストレーションではない。もし、患者が管理すべきだという意見があれば、私は同意しない。また、医療者の性善説には過去一度も立ったことがない。主題とやや遊離するが、私は「患者さま」と称しだしてから患者が歪ん

できたという意見である。ナニサマという患者も増加傾向なのではなからうか。とにかく、「患者さま」をやめた病院があることは事実だ。

私は、医療者と患者は対等な関係であると思っている。昔は、医師が上で患者は従う関係にあった。いまでも患者にかなり残存している医療観である。これまた、対等な関係ではない。医療者にも患者にも“揉み手”は必要ないと思うのだが、現実はどうだ。ほんとうに人間とは、医療とは、複雑な存在である。

### 診療報酬点数は必要だが

診療報酬点数表というものは、ひとつの料金表である。それが適正か否かは別の話で、公定価格表である。しかし、その料金表（診療報酬点数表）にあらうがなからうが、患者の利益に必要な医療は提供しなければ医療ではないというのが、私の頑固（頑迷？）な医療観だ。沖縄の民間病院では、ナース・アンド・ドクター・ヘリを提供している。年間、1億5,000万円の出費だそうだ。しかし、病院経営陣の理念は離島の多い沖縄だから、離島から移送が必要な患者がおられるからヘリコプターの導入なのである。道路網が整備されている地域と、まったく話がちがうのである。

これが、診療報酬点数表にあらうがなからうが、地域が必要としている医療を提供することが病院機能であるとする一例である。今回の改定でも、診療報酬点数表によって変化した医療サービスや機能が、必ず現出すると思っている。回復期リハビリテーション病院では、既に（執筆現在

の2月下旬)起きていることを確認した。

本稿のテーマは、編集部から与えられたテーマである。診療報酬点数表にマネージされた医療なのか、しっかりとした病院の理念のもとで提供される医療なのか、という話である。むろん、与えられたタイトルにもあるように「理想と現実の挟間」は、絶対的な存在である。私の思想のひとつに「理想に身を置いて現実をみるな!」がある。だって、現実には現実だからである。現実には身を置いて理想に向かって歩むしかないと思っている。

現実が診療報酬点数表に管理されている医療になっているのならば、その現実から病院理念に基づく理念に向かって一歩ずつ歩むしかないと思うのである。現実には身を置くとは、現実には飲み込まれたり、現実には埋没することではない。どの病院も立派な理念をお持ちになっている。なにも、日本医療機能評価機構のためではないと思う。仮に、仮にでも、機能評価があるから設けた理念だったら、国民に良質の医療を提供する責任がある病院のやることではないだろう。

しかし、現実にはなかなか理念通りにはいかない。私の実感でいうと、理念に向かって二歩前進一歩後退どころか、一歩前進二歩後退もあり得る。しかし、現在、わが国の病院経営の実態をみると、理念に向かってわずかずつではあるが前進している病院の経営が良くなっている。その根本にみるのは、点数になろうがなるまいが向上させたサービスが、利益をもたらしているのである。先に述べた沖縄のナース・アンド・ドクター・ヘリに、行政が補助金をつけたらどうなるか、という話である。

記憶に新しい事例を挙げれば、平均入院日数が15日を切ると、旧看護基準の2対1看護では望ましい看護サービスが不可能になるので、旧看護基準1.2対1や1.4対1にしていた病院が現7対1看護(手厚い看護と称されているもの)を実現できた事例である。このような病院は、現在はフロート・スタッフ制度を導入しているし、そのことによって退職者が少ない結果をもたらしている。看護師不足と嘆かれるなら、その不足の原因は就職者減少なのか退職者増加なのか、あるいはその複合なのか、徹底的に原因を探求していくことが必要だ。理想の場に身を置いて看護師が足りないと嘆いてみても、現実は何ら変化しないのである。

### 無計画では儲からない

ずいぶん昔から私は「利益を出せない病院は病院ではない」と、生意気なことを言っていた。今でも十分に生意気だから、この意見は変更していない。ただし、「利益を出さなければ病院ではないが、利益の出し方が問題だ」の意見も持っている。それが、診療報酬に「管理」された医療提供に結びついてくるのである。現存する診療報酬にある点数を取れるだけ取るのは、私は無計画だと思っている。そうではなくて、今後の医療サービスの変化を見通して、その質の向上に向けて医療サービスを向上させる計画を立てることが必要だ。それが、診療報酬改定の度に利益を増やしてくれるのである。事例としては、職員を増やしていたので「医師事務作業補助体制加算」が4月から取れる病院と、点

数になったから職員を増やして「補助体制加算」を取りにいく病院との違いである。

今回の診療報酬改定にも、計画的に医療サービスの質を向上させてきた病院には有利に働いた点数がある筈である。倒産しないぎりぎりの線まで職員を増やしてきた病院は、今後も追い風が吹くだろう。現場での研修でよく話すのだが「医師は多ければ多いほどいいでしょう」という。看護師しかり、医事の職員しかりなのである。

理屈をいう人は「質の低い職員（例えば医師）がいくらいたって…」と、恨めしそうにおっしゃる。そう迫られても、私は意見を変えない。理由は、どの職種どの職員でも、定員ぎりぎりでは職員そのものの質の向上ができないからである。定員ぎりぎり、OJTができますかという問い掛けもする。もしかしたら、それは理想であって、現実には少数精鋭がいいのかもしれない。しかし、私の経験則は少数精鋭主義にすると精鋭が去っていく、職員数が少数だと精鋭が生まれず、である。ぎりぎりの職員数で運営して利益が出るとしたら、これはサービス業ではない産業だろう。

医療サービス業は、優れてマンパワーの質と量の産業である（先にも述べた）。私の持論（20年ぐらい前から）である多数精鋭は、既に（極めて少ないが）一部の病院で導入されている。ただし、無計画に職員を増やすのではなく、医療サービスの変遷を読み取って計画的に増員すべきである。この成功例は、医学生に評価されている研修管理病院にみられる。無計画に研修管理病院になればよい、といったものではない

のである。再言になるが、旧2対1看護の改革を読み取って看護師を増やした病院という事例がそうである。

急性期病院の平均在院日数が減少（実は適正化）されてくると、看護師が多く必要になる。平均在院日数が15日くらいなら、7対1看護で対応できる。しかし、それが10日になると5対1看護は絶対に必要となる。では、平均在院日数を15日ぐらいに調整しておくというのは、誇れない入院医療である。そんなことより、一般病床といわれているヌエのような病床が、急性期と亜急性期、あるいは慢性期にきちんと分化されたら、急性期の定義の中に平均在院日数10日以下が定められるだろう。これは重要なことだと思う。

一般病床と称されている病床には、急性期の入院患者だけが入院しているのではない。典型的なのは、終末期の患者が一般（急性期）病床に長期に入院していることだ。そう思われませんか。だからどうなるかを考えられたら、一般病床の変化が視えてくるだろう。また、急性期とは明確に定義されていますか。ここから次なる変化が始まるとみている。だから、診療報酬点数表に「管理」されていたら、病院は成長しないと信じている。理念、理想を具体的に書き、その医療に必要な医療サービスを提供するという当たり前のことを申し上げているのである。ただし、当たり前のことほど実践は困難で、実践には相当の覚悟を必要とする。

なお、本稿は「社会医療ニュース」（当研究所・月刊）紙に、ここ数年間掲載したものに加筆した部分がある。