

基礎研 レター

病院の待ち時間の状況

紹介状の義務化は、大病院の待ち時間を短縮できるか？

保険研究部 主任研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

1—はじめに

日本では、患者がどの病院でも自由に診療を受けることができる。これは、フリーアクセスと言われ、日本の医療システムの大きな特徴となっている。近年、高齢化が進むに連れて、患者の数が増え、大病院を中心に医療インフラが逼迫している。これに伴い、医療施設の機能分化が必要となっている。即ち、大病院は、急性期医療として、資源を集中的に投下し専門分化を図ることが求められる。一方、一般診療所等は、地域包括ケアシステムの枠組みの中で長期療養として、総合的に地域医療を支える役割が期待されている。

医療施設の機能分化が進めば、アクセスの制限が必要となる。原則として、患者は、まずかかりつけ医の診療を受け、病状が重篤な場合等には、かかりつけ医の判断によって大病院等で受療することとなる。その際、かかりつけ医から紹介状が手交される。これまでも医療システムに紹介状の仕組みが取り入れられているが、アクセスの制限にはあまり機能してこなかった。その結果、実態として、大病院では外来の患者の長い待ち時間が常態化しており、問題視されている。本稿では、外来患者の現状を概観し、それを踏まえた上で、アクセスの制限のあり方について検討することとしたい。²

2—外来患者の現状

まず、政府の統計をもとに、外来患者の現状を見ることとしたい。

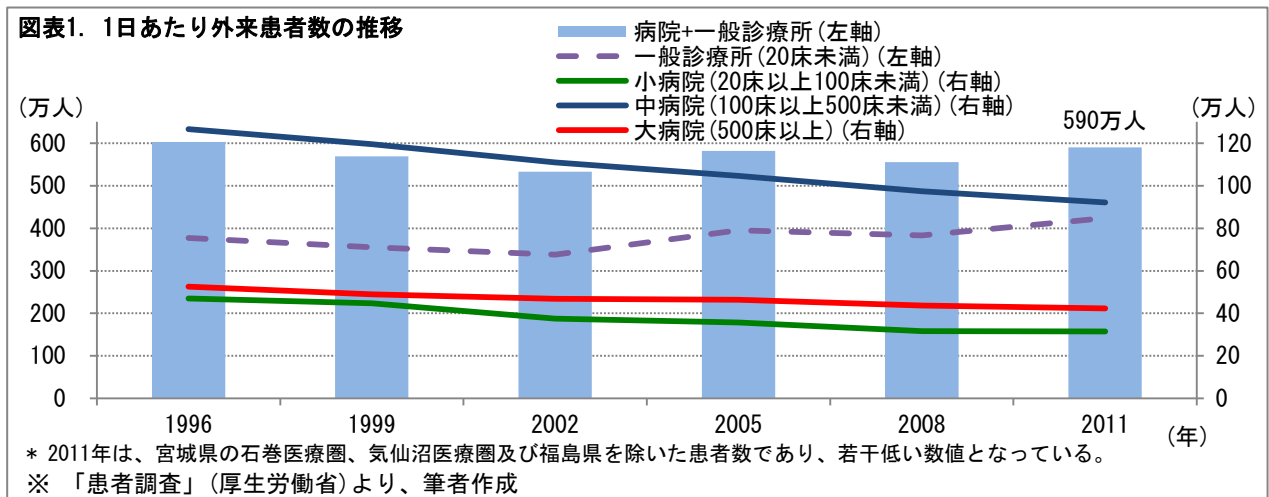
1 | 外来患者数は、一般診療所で横這い、病院で減少

日本では、2011年に、1日あたり、590万人の患者が医療施設を訪れている³。このうち、一般診療所(病床数20床未満)では、患者数はほぼ横這いで推移している。一方、病院では、病床数100床以上500床未満の中病院において、減少が大きい。20床以上100床未満の小病院や、500床以上の大病院では、小幅の減少となっている。

¹ 一般診療所の他に、診療所としては歯科診療所もある。

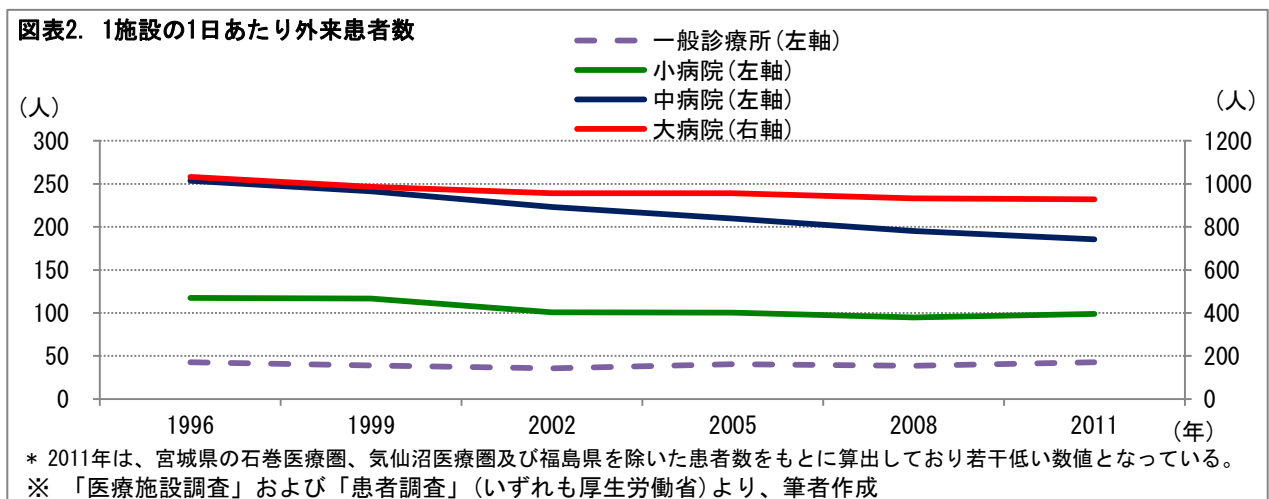
² 本稿は、「日本の医療—制度と政策」島崎謙治(東京大学出版会、2011年)を参考にしている。

³ 厳密には、医療施設の開業日1日あたりの患者数。



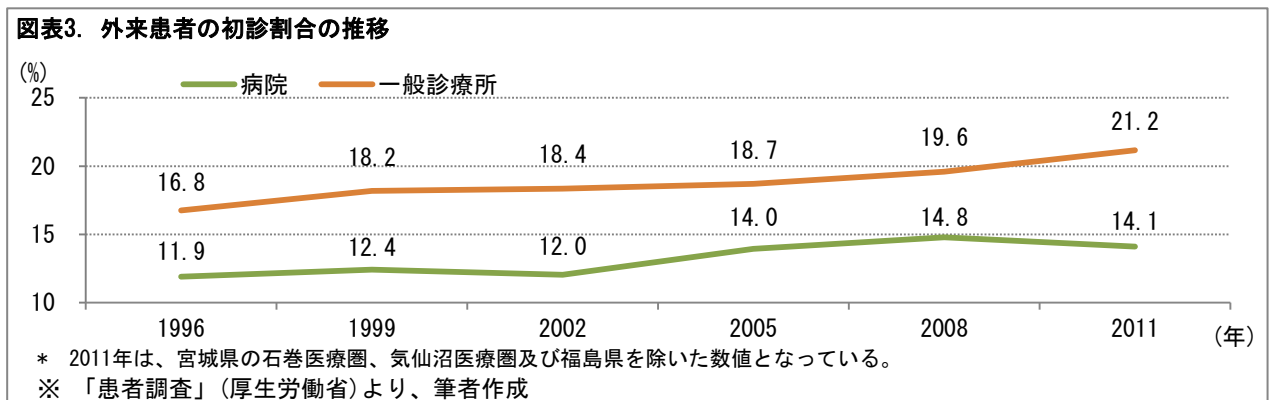
2 | 1 施設あたりの外来患者数は、病院で減少

1 施設あたりの外来患者数を見ると、一般診療所のみ、ほぼ横這いで推移している。中病院は、徐々に減少している。小病院、大病院も、中病院に比べると小さいが、やはり減少している。



3 | 外来患者の初診割合は 2 割程度

外来患者に占める初診患者の割合を見ると、一般診療所では 21%、病院では 14%程度となっている。徐々に初診割合が増しているとは言え、外来患者の大多数は再来患者が占める状況が続いている。



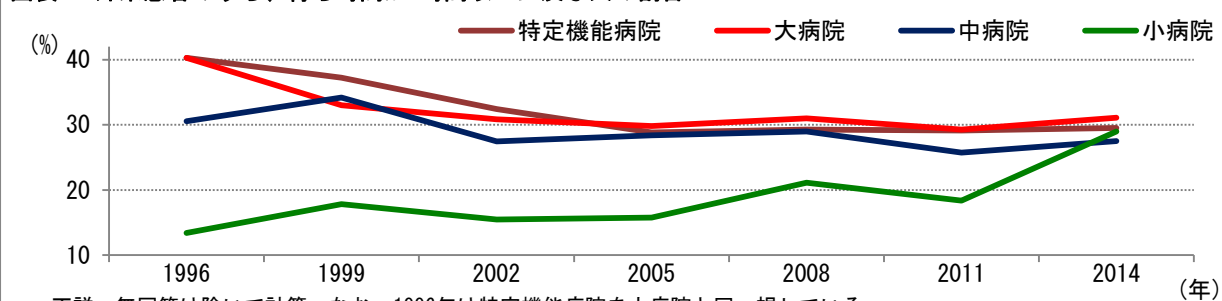
3— 外来患者の待ち時間の実態

次に、外来患者の待ち時間の実態と、それに対する患者の満足度を見ることとしたい。

1 | 外来患者の待ち時間は、改善していない

2000年代以降、待ち時間の改善はほとんど見られていない。2014年には、1時間以上の待ち時間の患者の割合は、病院規模を問わず、約3割となっている。近年、長い待ち時間は、常態化している。

図表4. 外来患者のうち、待ち時間が1時間以上に及ぶ人の割合



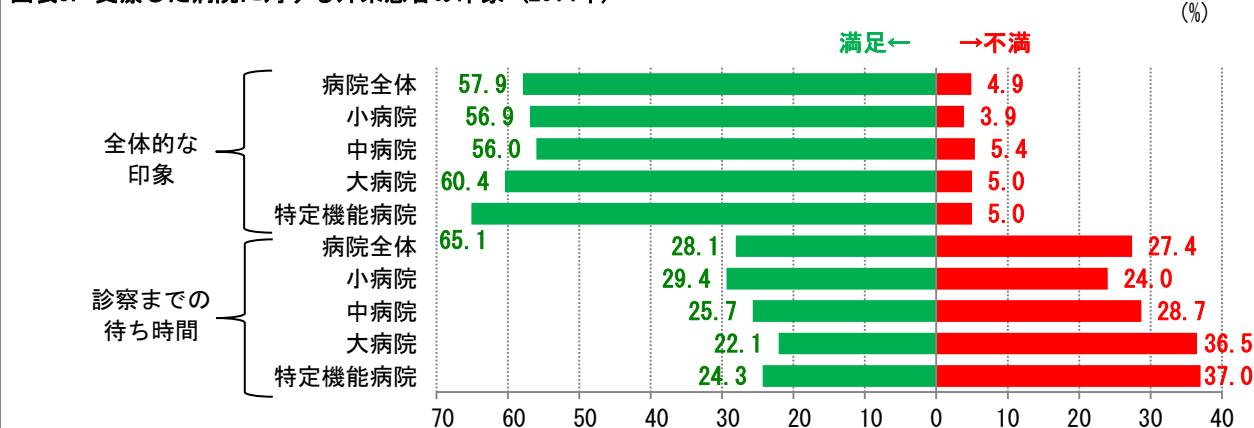
* 不詳、無回答は除いて計算。なお、1996年は特定機能病院を大病院と同一視している。

※ 「受療行動調査」(厚生労働省)より、筆者作成

2 | 規模の大きい病院を中心に、外来患者は、待ち時間について不満をもっている

外来患者が受療した病院に抱く印象を見てみよう。全体的な印象としては、満足とする患者が圧倒的に多い。しかし、診察までの待ち時間に関しては、満足と不満が拮抗する。特に、特定機能病院⁴や大病院といった規模の大きい病院では、不満が満足を上回っている。

図表5. 受療した病院に対する外来患者の印象 (2014年)



* 回答には、「ふつう」「その他」「無回答」があるため、「満足」と「不満」の合計は、100%にならない。

※ 「平成26年受療行動調査」(厚生労働省)より、筆者作成

4—待ち時間の問題に対する対処法

待ち時間の問題への対処法として、まず、とにかく、待ち時間を短くすることが基本となる。ただそれだけではなく、待ち時間の質を高めて、患者の不満を軽減することも併せて検討する必要がある。

1 | 待ち時間を短縮する決定的な方策は考えにくい

これまでも、多くの医療関係者や研究者が、待ち時間の問題に対する方策を検討してきた。例えば、次の図表に示すようなものが挙げられる。この中には、実行されて、一定の効果を挙げたものもある。

⁴ 高度の医療を提供する能力を有するなど、医療法で定める要件を満たす医療施設が厚生労働大臣の承認の上で、特定機能病院と称することができる。2015年6月現在で、大学病院など84の医療施設が該当している。

図表 6. 待ち時間の短縮策の例

- ・電子カルテへの入力業務等を、事務職員がサポートすることにより、医師が診察に集中できるようにする
- ・混雑する曜日（月曜日等休日明け）の来院患者を、別の曜日に移動させて、来院患者を平準化する
- ・複数の診療科を受診する患者について、空いている科から、受診するよう誘導する
- ・混雑時（朝の業務開始時）に、受付窓口を増設して、混雑を緩和する
- ・戸惑いやすい初診患者に対し、専用の受付台を設置して、誘導サポートを実施する
- ・診療費をスマートフォンの毎月の料金と一緒に後払いとすることで、支払いのための待ち時間をなくす

※ 筆者作成

しかし、既に見たように待ち時間は改善しておらず、待ち時間短縮の決定的な方策は見出されていない。これは、医療の中心である、医師の診察において、診療時間の予測が困難なことが要因と考えられる。医師の診断を助ける医療機器等の性能は向上しているが、最終的には、医療は、医師と患者、即ち人と人の間で行われる。診療の場面では、例えば、患者の病状が通常とは異なっている場合や、簡単には病源が特定できない場合もある。更に、誤診をすれば患者の命に関わる場合もある。このように、医療は流れ作業のように進められない。医師は、十分な時間をかけて診察を行う必要がある。

2 | 待ち時間の質の向上により、ある程度、患者の不満を軽減することは可能

次の図表に示すような方策を通じて、待ち時間の質を高めることが考えられる。待ち時間に関する患者の不満の主なものは、自分がどのような待ち位置にいるのかわからない点である。ICT の活用等により、待ち状況を通知することで、不満の緩和が図られるものと思われる。また、待合環境を整備したり、待合時間を有効活用することで、患者の待たされ感を、軽減することも可能と考えられる。

図表 7. 待ち時間の質の向上策の例

- ・現在行っている診察の番号や待ち人数を、診察室の入り口等に表示する
- ・病院ホームページでの表示やメール送信により、携帯電話等で、患者が現在の待ち人数を把握できるようにする
- ・待合室のスペースに余裕をもたせることや、待合用椅子をソファにするなど、待合環境の快適化を図る
- ・防音壁の設置や診察室の隔離等を通じて診療の会話の漏れを防ぎ、待合患者のプライバシー漏洩不安を取り除く
- ・問診票の記入や、看護師等による診察前の予備的な問診（予診）を行い、待ち時間を有効に活用する

※ 筆者作成

5——海外における患者の待機問題

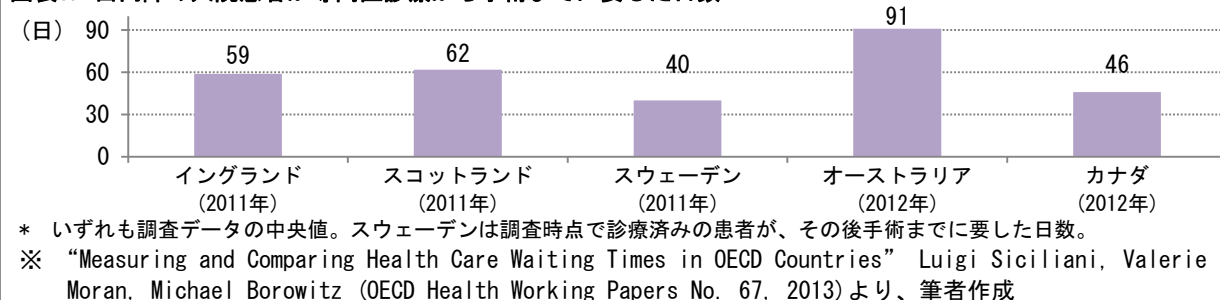
海外の病院では、患者が医療を待つ問題はどのようになっているのか、簡単に見ておきたい。イギリス、オーストラリア、カナダ、スウェーデンなどでは、待ち時間ではなく、待ち期間が長いことが問題となる。これらの国では、日本のように患者が病院に行ってから何時間も待たされる代わりに、病院の予約段階で専門医の診療を受けたり、その後に手術を受けたりするまでに何ヵ月も待たされることが一般的である⁵。これは「待機問題」と言われ、医療の主要な問題となっている。特に、医療制度を税方式で運営している国では、医療サービスの供給が配給制のように非効率なものとなっているため、待機問題が生じやすいとされる。

患者は、待ち期間中に病状が悪化したり、逆に病気が自然治癒してしまう場合もある。例えば、イギリスでは、総合医による紹介から最長でも 18 週以内に専門医による診療を受けられるよう、政府が目標を立てている⁶。目標の達成状況を、地域ごとに毎月捕捉してホームページ上で公表するなどの取り組みを進めた結果、待ち期間の短縮が図られ、患者の満足度は向上している模様である。

⁵ もちろん、患者の緊急性が高い場合には、救急医療として、日本と同様に優先的に医療が行われる。

⁶ イギリスでは、待機問題の緩和に向けてウォークインセンターが設置され、24 時間体制・予約なしで、受診可能となっている。2013 年現在、イングランドでは、135 のセンターが総合医主導で、50 のセンターが看護師主導で、運営されている。（“Walk-in centre review: final report and recommendations” (Monitor, Feb 2014, www.monitor.gov.uk) による。）

図表8. 白内障の入院患者が専門医診療から手術までに要した日数



6—大病院外来の紹介状義務化は、待ち時間にどのような影響を与えるか

保険外併用療養制度のうちの選定療養⁷には、大病院の初診や再来が列挙されている。これは、病床数が200以上の病院が対象で、病院の判断で、紹介状のない患者には、初診や再来に特別の料金を徴収することができる。しかし、2013年7月時点で、実際に特別の料金を徴収している病院は、初診では45%(徴収が可能な2,656病院中1,191病院)、再来では4%(同110病院)にとどまっている。また、徴収している特別の料金の平均額は、初診2,130円、再来1,006円となっている⁸。

2016年4月より、この紹介状が義務化される予定である。これにより、外来の機能分化を進め、大病院での専門医療の質を向上させる狙いがある。現在、中央社会保険医療協議会では、具体的な基準が議論されている。例えば、対象の大病院の定義をどうするか。初診と再来の、特別の料金の金額をどの水準にするか。救急医療など、紹介状なしでも特別料金を課されないための要件をどう設けるか。といった点の検討である⁹。紹介状の義務化により、大病院の外来患者数が減少し、待ち時間が短縮される可能性はある。しかし、医療関係者からは、既に5,000円以上の特別の料金を設定している大病院でさえも、設定前後で外来患者数の顕著な減少は見られなかった、とする指摘もなされている。このように、紹介状の義務化が、待ち時間にどのような影響を与えるか、現時点では、未知数と言える。

7—おわりに (私見)

医療における待ち時間は、根の深い問題である。今後、医師の診断を助ける医療機器等の性能向上により、一定の短縮は図られるものと考えられる。そのための努力は続けていく必要があるだろう。しかし、待ち時間の短縮を優先するあまり、医療の質が低下してしまうことは本末転倒である。

従来、日本ではフリーアクセスが医療の前提となってきた。だが、単に、「いつでも、好きなところで受診可能」とするやり方は、医療現場に混乱をもたらしかねない。2013年の社会保障制度改革国民会議の報告書では、「フリーアクセスを(中略)『必要な時に必要な医療にアクセスできる』という意味に理解し(中略)、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及は必須(後略)」との見解が示されている。地域包括ケアシステムを進めるためには、かかりつけ医によるプライマリケアと、大病院等での専門医療とに、医療施設の機能分化を進めることが必須である。大病院外来の紹介状の義務化も含めて、病院の機能分化を進め、医療制度全体の効率を高めていく必要があるものと考えられる。

⁷ 将来の保険導入を前提としない療養を指す。2015年現在、特別の療養環境(差額ベッド)など、全部で10種類ある。

⁸ 「療養の範囲の適正化・負担の公平の確保について」(社会保障審議会 医療保険部会, 平成26年10月15日, 資料1)による。

⁹ 「外来医療(その3)」(中医協, 平成27年11月18日, 総-6)による。