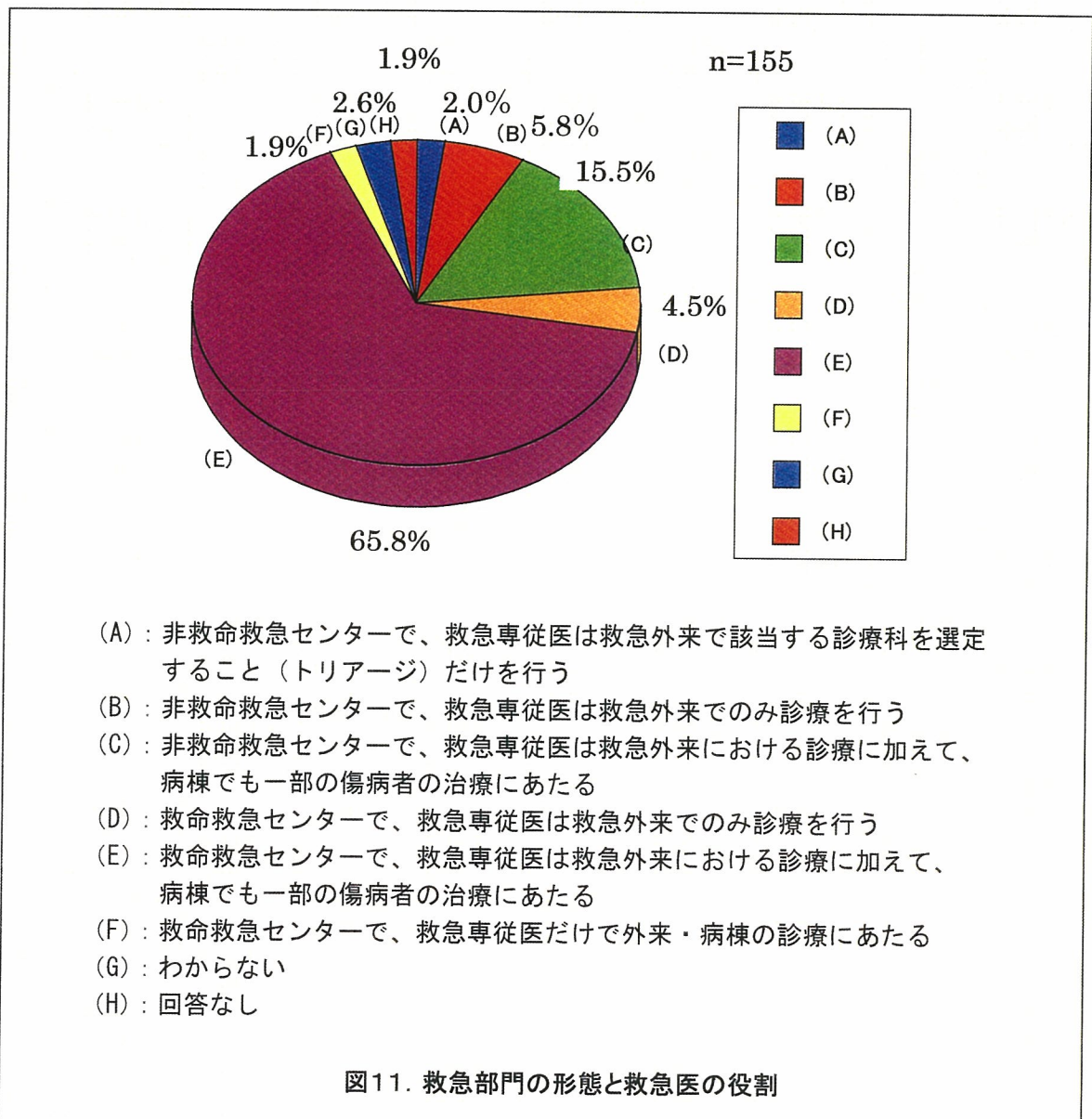


② 質問：救急部門の現在の設置形態と救急専従医の役割はどのようなものですか？

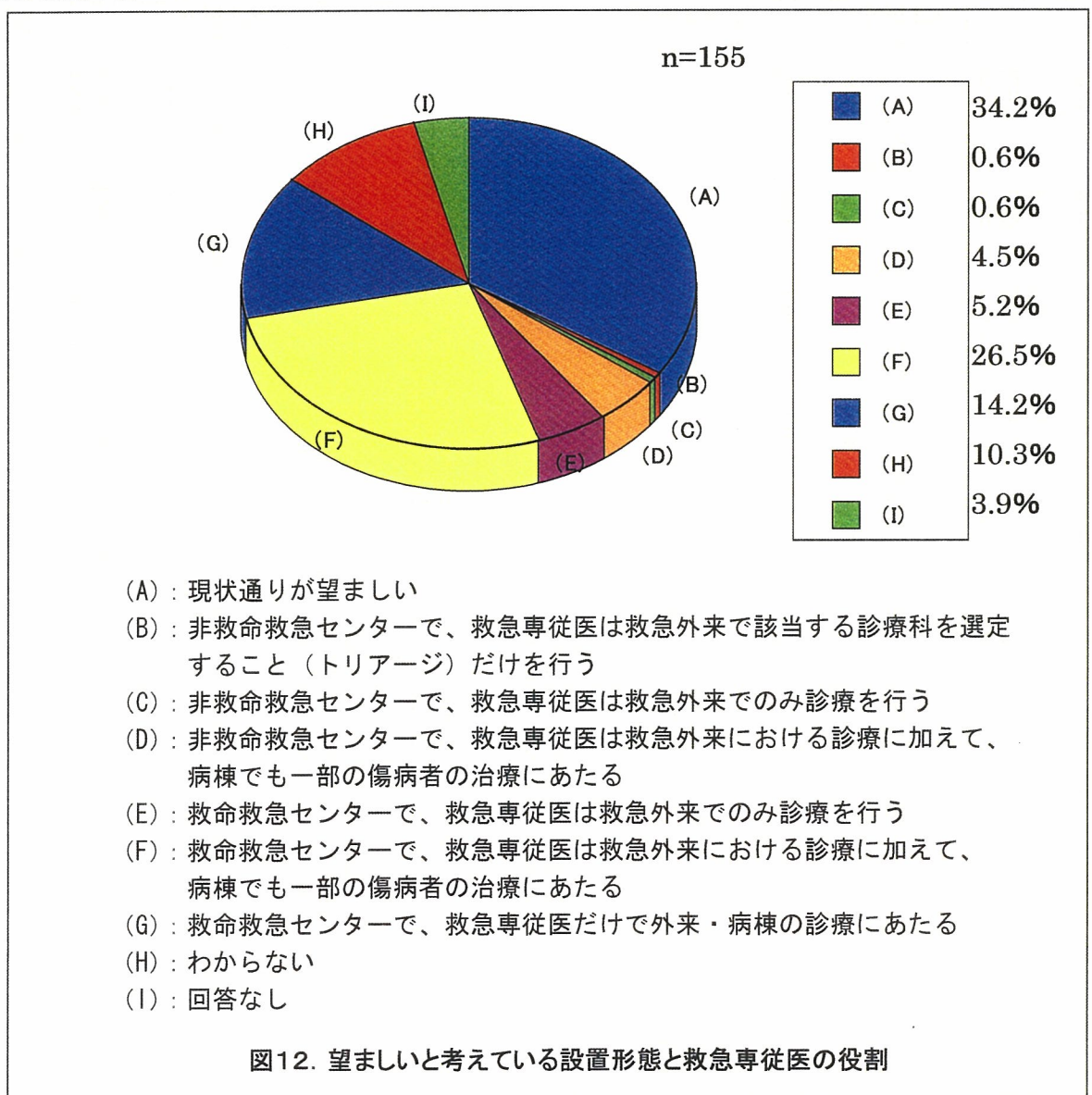
- 非救命救急センターで、救急専従医は救急外来で該当する診療科を選定すること（トリアージ）だけを行っている
- 非救命救急センターで、救急専従医は救急外来でのみ診療を行っている
- 非救命救急センターで、救急専従医は救急外来における診療に加えて、病棟でも一部の傷病者の治療にあっている
- 救命救急センターで、救急専従医は救急外来でのみ診療を行っている
- 救命救急センターで、救急専従医は救急外来における診療に加えて、病棟でも一部の傷病者の治療にあっている
- 救命救急センターで、救急専従医だけで外来・病棟の診療にあっている
- その他

回答結果：図11



- ③ 質問：将来、救急部門の組織構造・役割を変えたとしたら、どのような「設置形態・救急専従医の役割」が望ましいとお考えですか？
- 現状通りが望ましい
 - 非救命救急センターで、救急専従医は救急外来で該当する診療科を選定すること（トリアージ）だけを行う
 - 非救命救急センターで、救急専従医は救急外来でのみ診療を行う
 - 非救命救急センターで、救急専従医は救急外来における診療に加えて、病棟でも一部の傷病者の治療にあたる
 - 救命救急センターで、救急専従医は救急外来でのみ診療を行う
 - 救命救急センターで、救急専従医は救急外来における診療に加えて、病棟でも一部の傷病者の治療にあたる
 - 救命救急センターで、救急専従医だけで外来・病棟の診療にあたる
 - わからない

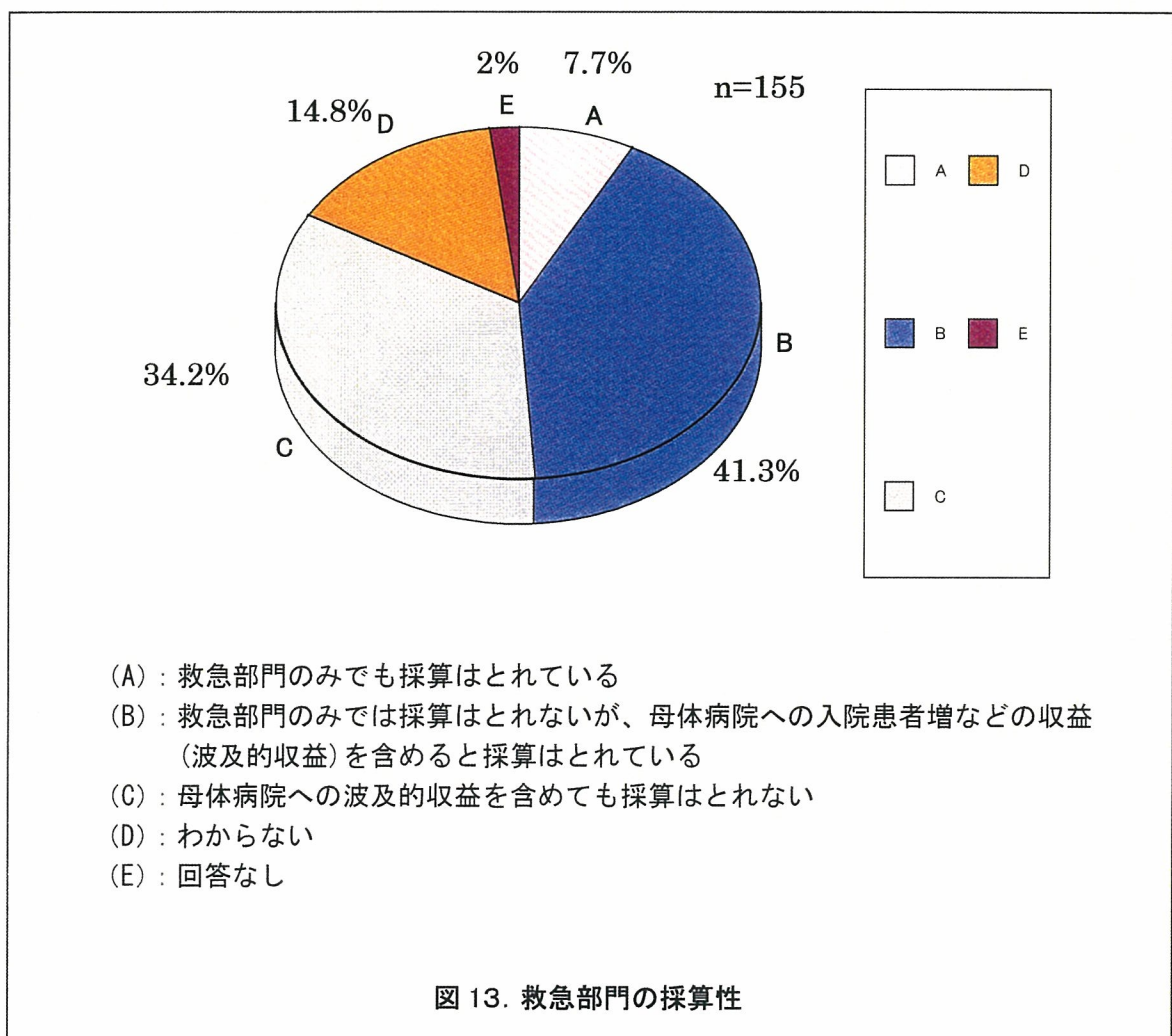
回答結果：図12



④ 質問：現有の救急部門の採算性をどのように評価しておられますか？

- 救急部門のみでも採算はとれている
- 救急部門のみでは採算はとれないが、母体病院への入院患者増などの収益（波及的収益）を含めると採算はとれている
- 母体病院への波及的収益を含めても採算はとれない
- わからない
- 回答なし

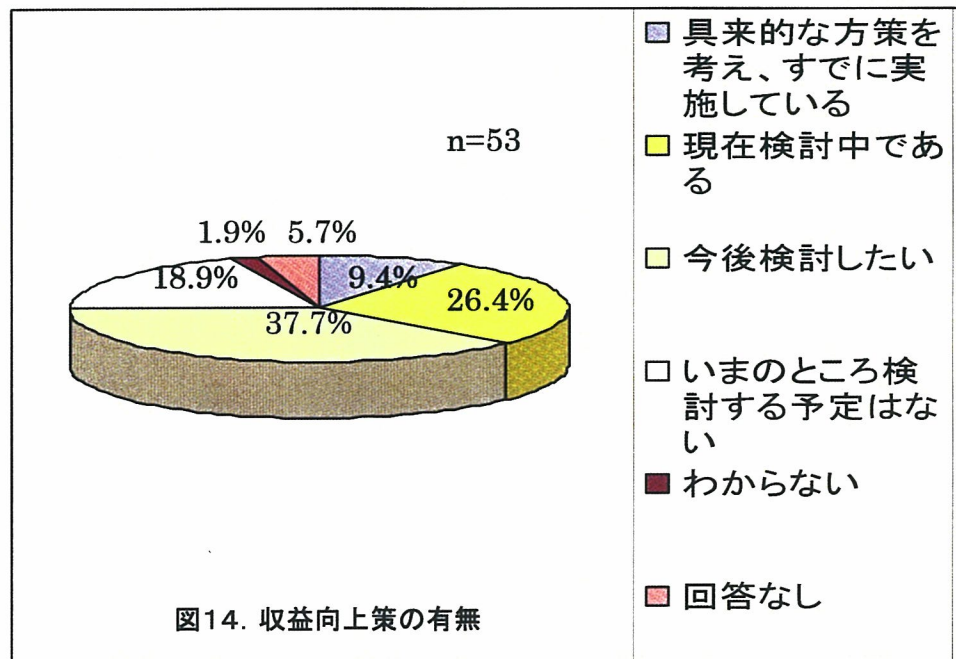
回答結果：図13



⑤ 質問：④で“母体病院への波及的収益を含めても採算はとれない”と回答された方にお聞きします。救急部門の収益を向上させる方策を考えておられますか？

- 具体的な方策を考え、すでに実施している
- 現在検討中である
- 今後検討したい
- いまのところ検討する予定はない
- わからない
- 回答なし

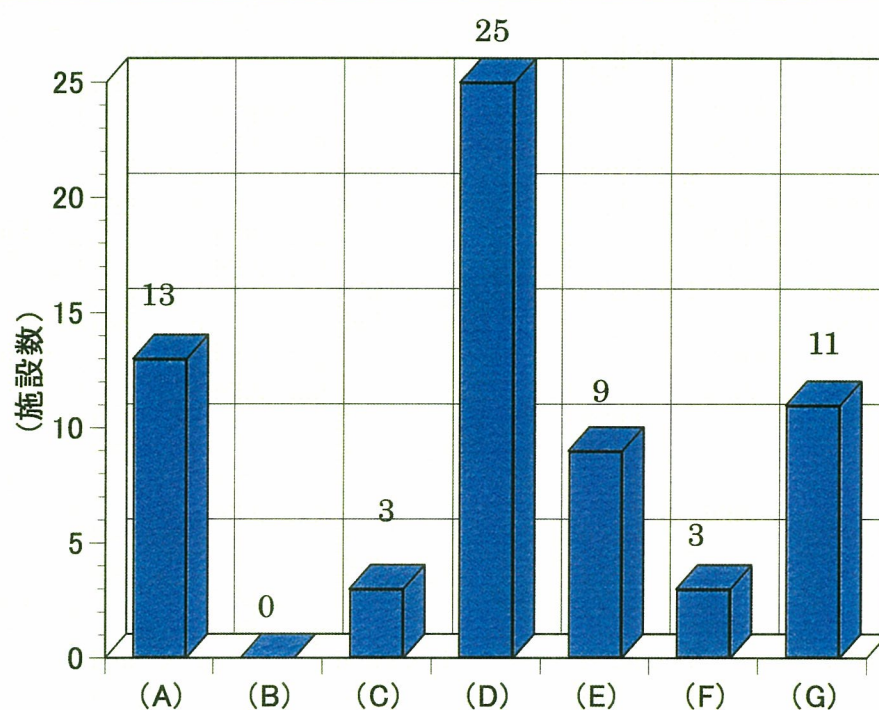
回答結果；図14



⑥ 質問：⑤で“具体的な方策を考え、すでに実施している”、“現在検討中である”、“今後検討したい”と回答された方にお聞きします。どのような方向性で実施、ないし検討していきたいとお考えですか（複数回答可）

- 救急専従医を増やす
- 救急専従医を減らす
- 救急業務を兼務する医師を増やす
- 院内の救急医療システムを見直す（救急部門や救急専従医の役割の変更、診療科との連携強化など）
- 他の医療機関の救急部門との集約化・重点化をめざす
- その他
- 回答なし

回答結果：図15



- (A)：救急専従医を増やす
- (B)：救急専従医を減らす
- (C)：救急業務を兼務する医師を増やす
- (D)：院内の救急医療システムを見直す（救急部門や救急専従医の役割の変更、診療科との連携強化など）
- (E)：他の医療機関の救急部門との集約化・重点化をめざす
- (F)：その他
- (G)：回答なし

その他の意見

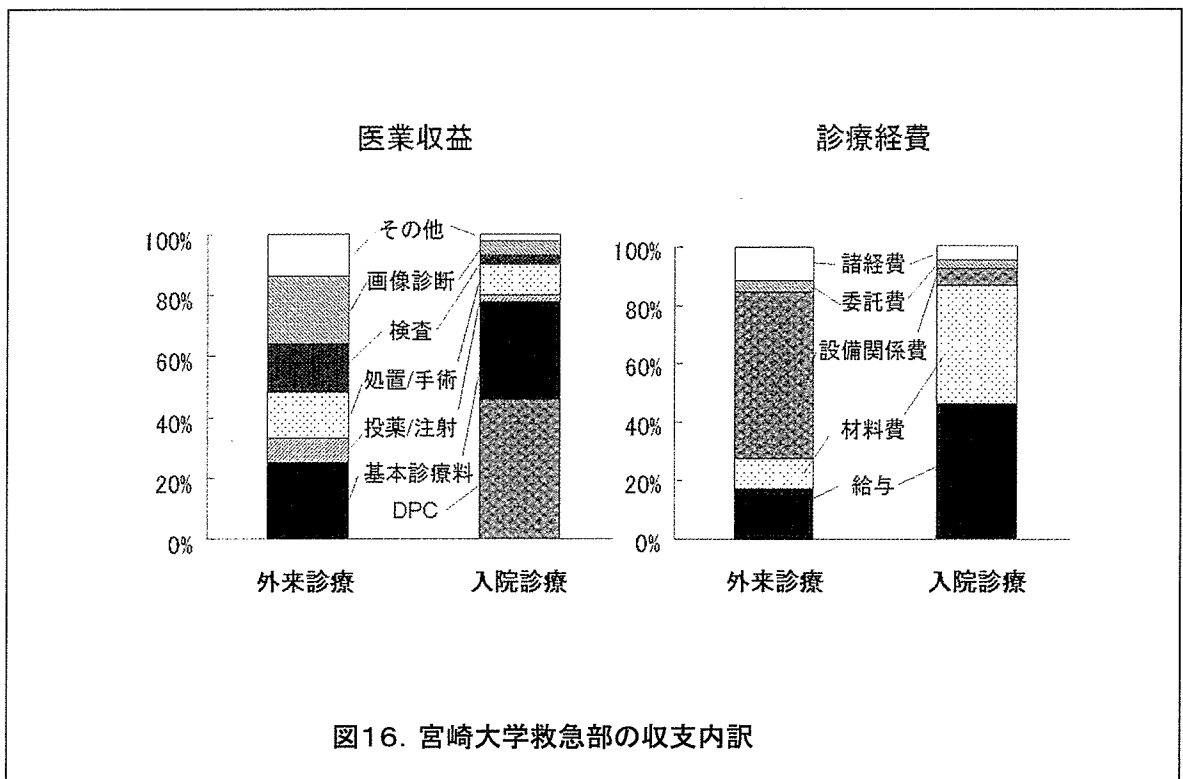
- (1) ドクターカーの積極的運用
- (2) 施設基準への対応
- (3) 救急患者の未払金への対応

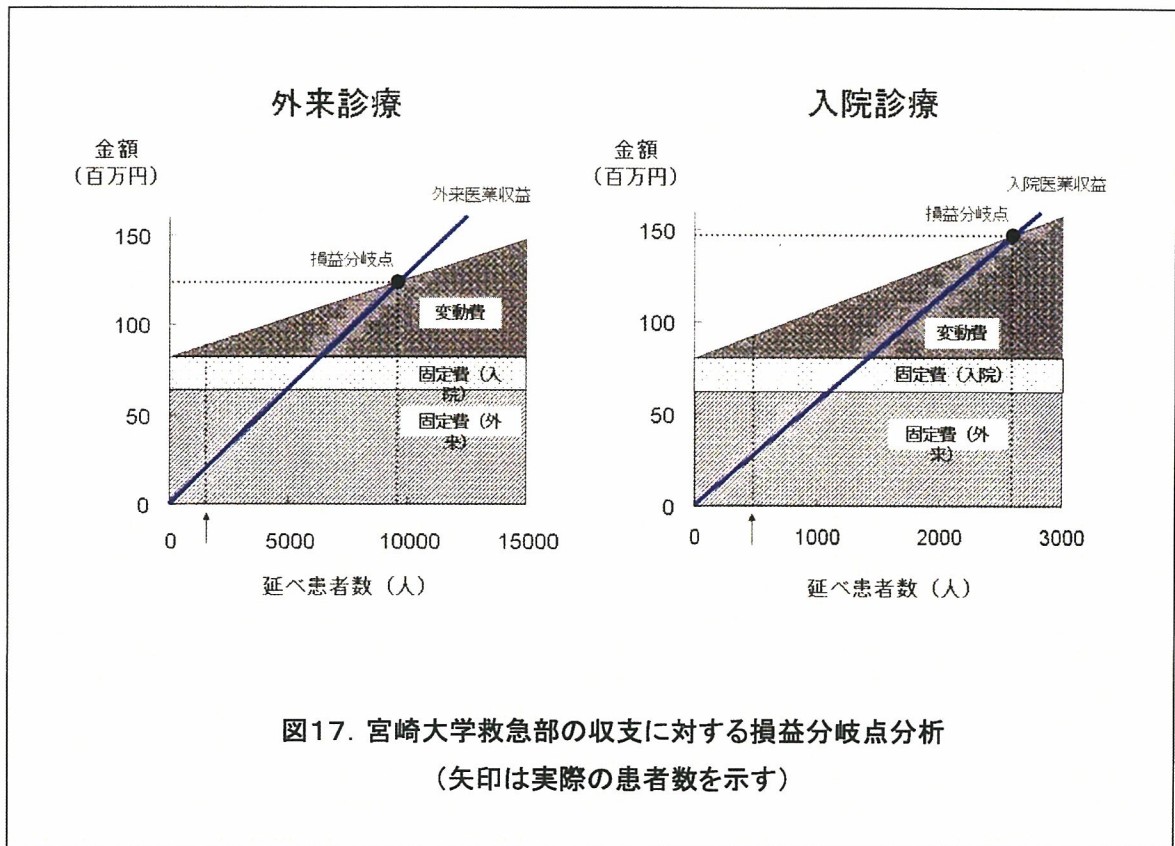
図15. 収益向上の方策

2) 研究Ⅱ

研究期間内の延べ患者数は外来が 1,544 人、入院が 435 人であった。救急部の診療単価は外来患者が 12,739 円、入院患者が 55,809 円で、病院全体のそれぞれの平均（外来 10,546 円、入院 46,109 円）より高かった。しかしながら、医業収益：診療経費比は、外来診療が 1:3.4、入院診療が 1:1.2 となり、いずれも純損失であった。救急部の医業収益は、外来診療、入院診療ともに基本診療料の割合が大きく、診療経費では外来の設備関係費の割合が大きかった

(図 16)。主な経費を 1%削減した場合の利益押し上げ効果はいずれも 1%未満にとどまった。患者 1 人増加した場合の収益に対する利益の割合を示す限界利益率は、外来診療が 63.1%、入院診療が 53.2%であり、外来診療の方が入院診療よりも効率的に利益を上げやすいことがわかった。また、損益分岐点に達するために必要とする 1 日あたりの患者増加数は、外来患者のみなら 17 人、入院患者のみなら 4 名と試算された(図 17)。





3) 研究Ⅲ

「救急外来で主として初期診療を担当する施設（ER 型の救急部門）」、「母体病院に併設された救命救急センターで外来診療を主体とする施設」、「母体病院に併設された救命救急センターで高次の救急診療を主体とする施設」、「救急部門それ自体が一つの医療機関になっている施設（独立型救命救急センター）」の各収益・経費構造について、高岡 諒氏（沖縄県立中部病院救命救急センター、現沖縄県立那覇病院）、川上正人氏（青梅市立総合病院救命救急センター）、小関一英氏（川口市立医療センター救命救急センター）、森田 大氏（大阪府三島救命救急センター）から発表が行われた。

発表内容の要旨は以下の通りであった。

「ER 型の救急部門」は、初期診療への特化により、①患者数が増加する、②材料費等のコストが低く抑えられる、ことが分かった。一方、医師等の給与費をいかに削減するかが課題であった。

「母体病院に併設された救命救急センターで外来診療を主体とする施設」では、外来診療と入院診療とをバランスよく両立させることが重要で、所在する医療圏の特性に合わせて医療資源を配分することが大切であった。

「母体病院に併設された救命救急センターで高次の救急診療を主体とする施設」は、収容する患者数にもよるが、診療利益が最も期待できると考えられた。

「独立型救命救急センター」は赤字の回避が困難で、その原因として給与費が極端に高く、それが経費の過剰を招いていることが考えられた。

なお、研究Ⅲの結果（発表および討論の内容）の詳細については日本救急医学会雑

誌に掲載されている（日救急医学会誌 2006; 17: 656-703）ので、参照されたい

D. 考察

1) 研究 I

1. 病院経営の新しい流れ

大学附属病院および救命救急センターは、これまで、将来の医療を担う医療人の育成及び高度な救急医療を提供する地域の中核的医療機関として重要な役割を果たしてきた。このような役割を、今後も継続して果たしていくためには、まず、自施設の安定的・持続的な経営基盤の確立が不可欠である。

今回のアンケート調査において、大多数の医療機関が病院経営を掌理する委員会を立ち上げ、その正式メンバーとして経営幹部および企画的な立場の事務職員を参画させていた。また、病院経営を所掌する事務組織（たとえば、戦略企画課、経営企画部、経営推進部等）を設けている医療機関も多く、病院経営の充実・強化に組織的に取り組んでいることが示唆された。もちろん、こうした動きの背景には先に述べた総医療費抑制政策や医療の IT 化（オーダーリングシステムや電子カルテなど）があるが、現在導入が進められている DPC もこの流れを加速していると考えられた。

経営改善の具体的な取り組みでは在庫管理システムや物流管理システムなどを導入してコストの削減を図っている施設が多かった。同時に、HOMAS などの病院管理会計システムを取り入れて、経営状況を計数的に把握・分析し、その結果を病院経営に反映させようとする新たな経営手法が普及し始めていることが判明した。

病院管理会計システムを活用すれば診療

科別・部門別損益計算（原価計算）が可能になり、損益分岐点分析等も行えるようになる。実際、今回のアンケート調査から、診療科別・部門別損益計算にまで踏み込んで経営分析を行っている施設が増加していることも裏付けられた。

損益分岐点分析を活用すれば、たとえば救急部門の医業利益や救急部門が病院経営にどれくらい貢献しているのかを明確に把握することができる。また、救急部門が増員や新規医療機器の購入などを要求する場合に、その根拠データとして利用することもできる。したがって、救急医療に専従する医師の士気やモチベーションを高める意味からも、こうした病院管理会計システムを積極的に導入すべきであると考えられた。

2. 社会的ニーズとしての救急医療

疾病や外傷はいつ、発症・発生するか分からない。したがって、国民が安心して暮らしていくためには、適切かつ高度な救急医療を提供する医療機関がどうしても必要になる。それを担当するのが大学附属病院であり、救命救急センターである—こうした考え方は事務部門を含めて今も変わっていない。また、平成16年度から始まった「新たな医師臨床研修制度」が救急医療の充実・強化を後押ししていることも判明した。

こうした社会的背景から救急専従医の増員を考慮している医療施設が増加してきており、救急専従医のニーズは今後ますます高まると考えられた。

今回のアンケート調査で最も興味深い点は、回答した医療機関の約40%が「救急医療は病院経営に貢献する」と考えていたことである。国や自治体からの交付金を含んでの、あるいは補助金を期待しての回答か

もしれないが、少なくとも救急医療が即不採算医療であるという認識は払拭されつつあると考えられた。

3. 救急医療の現状

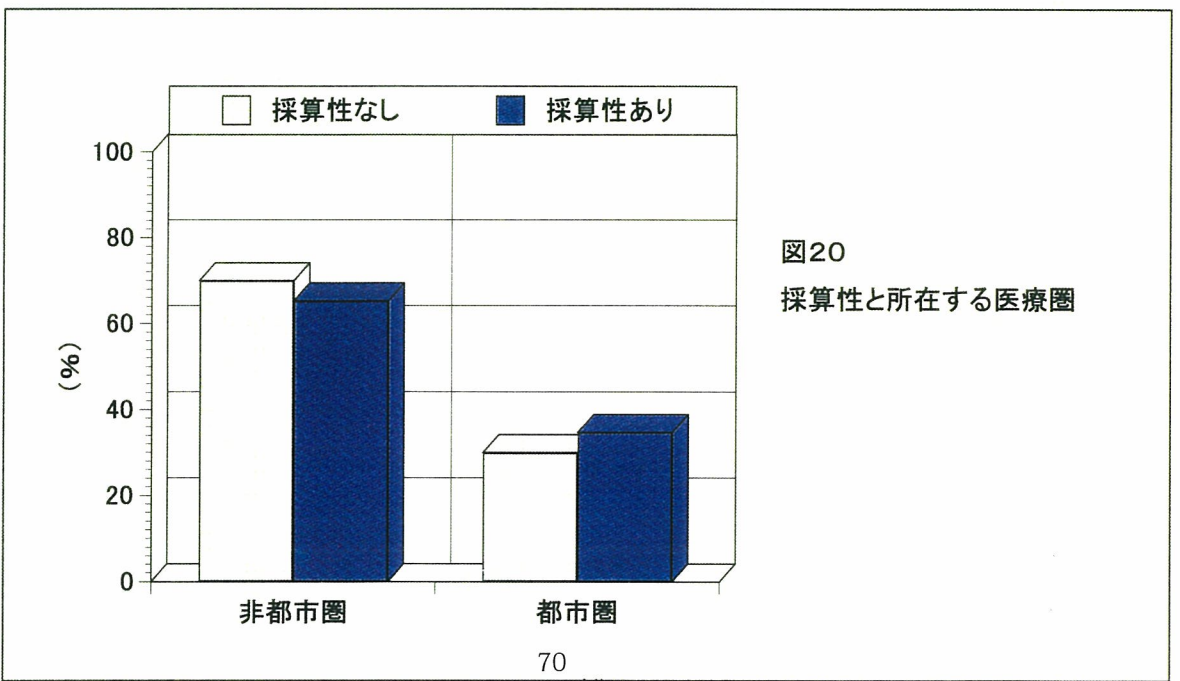
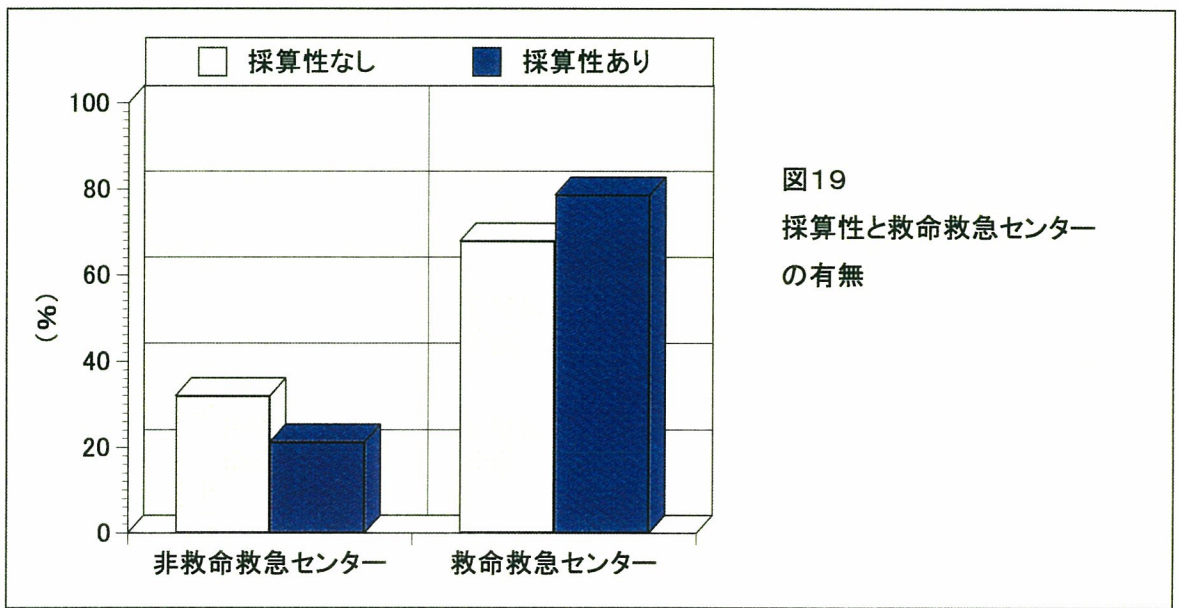
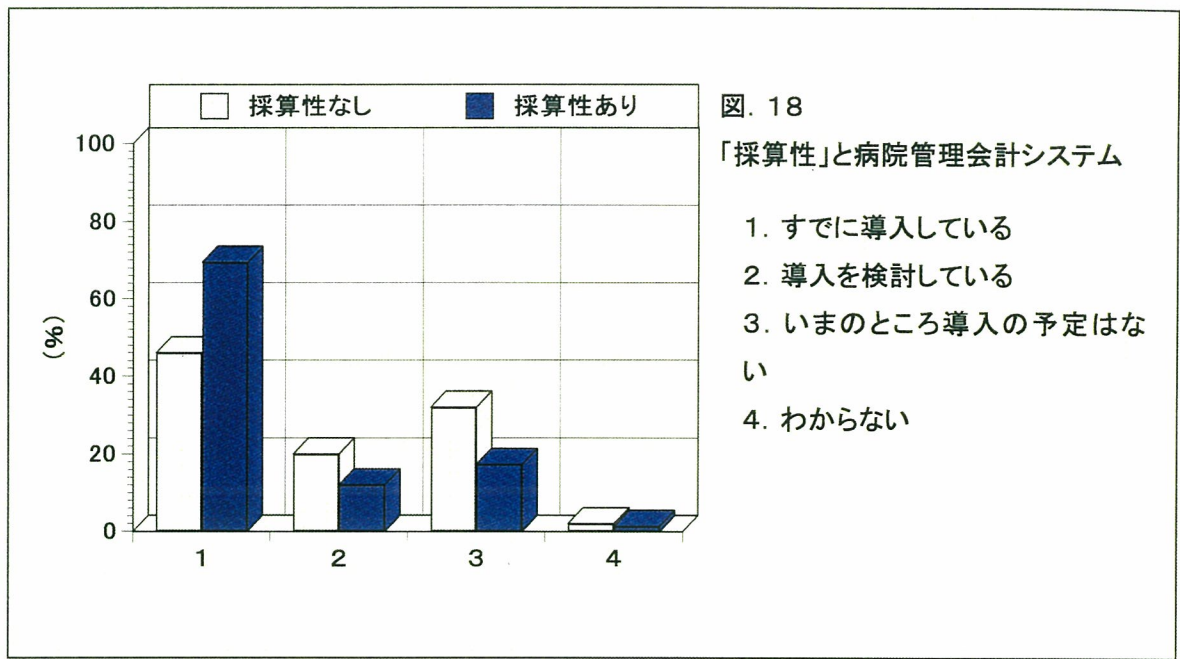
今回調査した救急部門の多くが救命救急センターであることから、1施設あたりの救急医（初期臨床研修医は除く）数は5~6名以上であった。一方、救急医の役割では救命救急センターか否かを問わず、救急外来における診療に加えて、病棟でも一部の傷病者の治療を担っていた。

救急部門の将来の「設置形態・救急医の役割」では「現状通り」が最も多く（33%）、次いで「救命救急センターで、救急専従医は救急外来における診療に加えて、病棟でも一部の傷病者の治療にあたる」とする施設が多かった（26.5%）。「現状通り」と答えた施設の84.3%が現在も「救命救急センターで、救急専従医は救急外来における診療に加えて、病棟でも一部の傷病者の治療にあっている」ことから、この「設置形態や救急医の役割」が今後とも期待されると考えられた。

救急部門の採算性の評価では「救急部門のみでも採算がとれている」とする施設が12施設（7.7%）、また「救急部門のみでは採算はとれないが、母体病院への入院患者増などの収益（波及的収益）を含めると採算はとれている」とする施設が62施設（41.3%）あった。これに対して「母体病院への波及的収益を含めても採算はとれない」と答えた施設も52施設（34.2%）あった。それではこの相反する評価は何に起因するのであろうか。

4. 採算性の確保が期待できる救急部門

「救急部門のみでも採算がとれている」施設と「救急部門のみでは採算はとれないが、母体病院への入院患者増などの収益（波及的収益）を含めると採算はとれている」施設を併せて「採算性あり」とし、「母体病院への波及的収益を含めても採算はとれない」施設と比較してみると「採算性あり」と答えた施設の多くが病院管理会計システムをすでに導入していることが分かった（図 18）。また、「採算性あり」と回答した医療機関の多くが救命救急センターに指定されており（図 19）、都市圏（所在地の人口が 50 万人以上）に所在している（図 20）ことも判明した。



「救命救急センター」及び「医療圏」に「救急専従医数」を加えて分析したのが図 21、22 である。都市圏の救急部門では救命救急センターに指定されていることが、また非都市圏の救急部門では救急専従医数の適正化が採算を考える上でのキーポイントになっていることが分かる。つまり、採算性という観点からは、患者増が十分期待できる都市圏にあっては効率的な収益向上策が、また患者増がそれほど期待できない非都市圏ではコストの適正化が重要な指標になると考えられた。

本研究（研究Ⅰ）における問題点はアンケート調査における採算性の評価が信頼しうるか否かであろう。しかしながら、回答した施設の約 60%が病院管理システムや診療科別・部門別損益計算（原価計算）を導入しており、今回の採算性の評価は信頼に足るものであると考えられた。

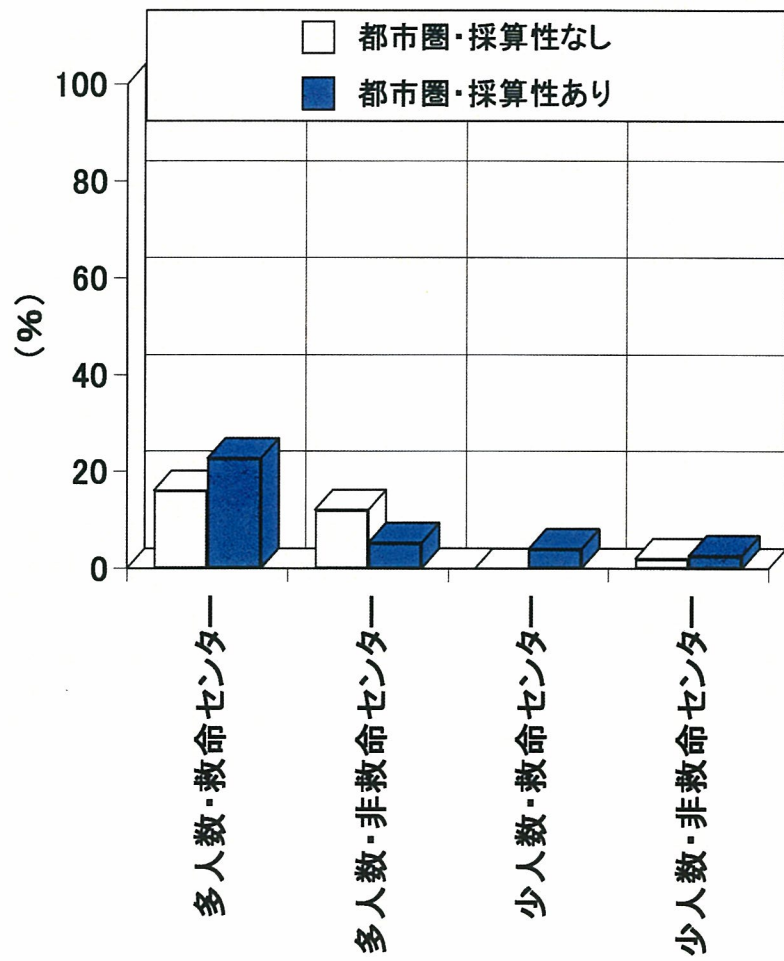


図21. 採算性と救急医数・救命救急センターの関係(都市圏)

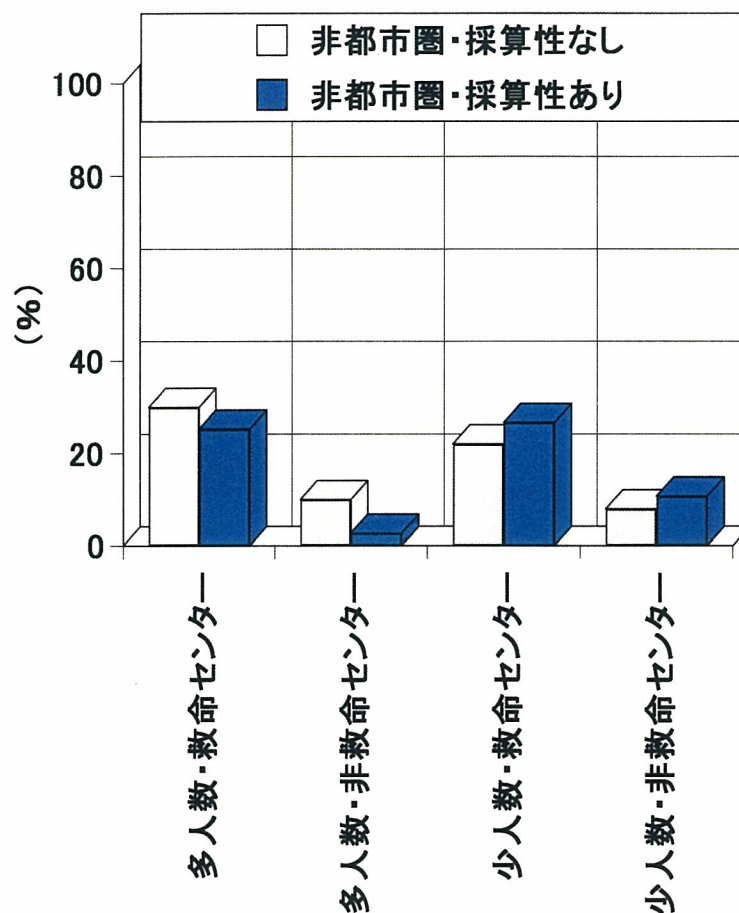


図2.2. 採算性と救急医数・救命救急センターの関係 (非都市圏)

2) 研究Ⅱ

高い診療単価と低い人件費・材料費にもかかわらず、今回検討した宮崎大学救急部の収支は純損失であった。この原因は外来診療のための設備投資に対する患者数の絶対的不足であった。したがって、宮崎大学救急部では診療経費の削減効果は期待できず、患者を増やす方策が医業利益の改善につながることを示唆された。

このようにHOMASは現状の経営分析を可能にするばかりでなく、救急部門の今後の業務展開を考える上でも貴重なツールになると考えられた。

運用面での課題は、①患者転科時の医業収益の補正、②他科依頼による指導料・人件費などの反映、③他施設と統一された配賦基準の確立等が考えられた。

なお、研究Bの詳細については日本救急医学会雑誌に掲載されている論文(岡本 健、松島俊介、原 博文、寺井親則：HOMAS(国立大学病院管理会計システム)による救急医療部門の経営分析。日救急医会誌 2006; 17: 210-218.)を参照されたい。

3) 研究Ⅲ

1. 救急部門それ自体の採算性

ER 型救急は独歩で来院する救急患者を積極的に受け入れているので、一般に患者数は多い。しかしながら、時間外受診非救急患者や1次救急患者の外来単価は時間外加算を含めても総じて低く、これらの患者のみで医療関係者の24時間体制の配置に見合うだけの収益を得るのは難しい。一方、2~3次の救急患者は1次救急患者に比べて外来単価が高く、母体病院の入院患者にもなりうる。したがって、2~3次の救急患者を増やせば、ERの増収のみならず母体病院の収益向上にも貢献することができる。

ER 型救急における経費の大部分は給与費である。その削減策として研修医や若手の医師に救急外来を委ねている施設もある¹⁾が、そうした施設では屋根瓦方式などで研修医や若手の医師の指導・監督体制を強化し、安全で質の高い医療を担保していく必要がある。

ER 型救急の課題の一つに救急部門の独自のカルテがないことがあげられる。カルテがなければ救急部門の診療実績や、それが病院経営にどれだけ貢献しているかを明確にすることはできない。当然、増員要求や新規の医療機器の購入要求等も困難になる。救急部門のカルテは院内、特に事務部門、の理解さえ得られれば容易に作成することができるので、できるだけ早く整備すべきである。

ER 主体の併設型救命救急センターは1次の救急患者も受け入れているので、患者数が比較的多い。また、救命救急センターであることから入院患者の診療を行う機会もある。入院患者の中には救命救急入院料の加算対象患者も含まれているのでER 型救急に比べて救急部門の増収が期待される。

経費面では材料費(薬品費、診療材料費など)の適正化が課題になる。この削減策の一つに、後述の高次救急が主体の併設型救命救急センターも同様であるが、母体病院を含めた物流の効率化策、たとえば在庫管理システムやSPD(Supply Processing and Distribution)などの導入、がある。過剰在庫・使用期限切れ・不動在庫などの解消が期待されるので、こうした中央管理システムをできるだけ早く導入すべ

きである。

ER 主体の併設型救命救急センターは収容する患者数や重症度(患者の収益貢献度²⁾)にもよるが、採算性は十分に確保される³⁾と考えられる。

高次救急が主体の併設型救命救急センターが受け入れる救急患者の外来単価は一般に高い。もちろん救命救急入院料の加算対象患者が多く、患者1人1日あたりの平均入院単価は一般の入院患者のそれよりはるかに高額になる。実際、大阪大学の試算⁴⁾によれば、付設の高度救命救急センターの入院患者と附属病院の入院患者の平均入院単価を比較すると約3倍の格差があったという。したがって、高次救急に見合う重症救急患者を増やせば、高収益が期待される。

経費面では給与費と材料費の適正化が課題になる。高次救急が主体の併設型救命救急センターはERが主体の救命救急センターと比較して、必要とする救急医が多くなりがちで、その分給与費も高くなる傾向がある。しかしながら、医師・看護師以外の職員のほとんどは母体病院と職務を兼ねている。また、大掛かりな診療器械等も母体病院と共用である。したがって、このタイプの救命救急センターは、コストの適正化等にもよるが、診療利益が最も期待できる⁵⁾と考えられる。

独立型救命救急センターの収益構造は高次救急が主体の併設型救命救急センターと概ね同じであるが、経費面で決定的に違う点がある。それは経費に占める給与費の割合が圧倒的に大きく⁴⁾、それが経費の極端な過剰を招いている点である。独立型救命救急センターは瀕死の重症患者を選択的に受け入れる施設であることから、病床数は少ないものの、専門分野の異なる医師を多数抱えざるをえない。また、併設型の救命救急センターと違って、部門ごとに専任の職員を配置しなくてはならない。こうした独立型救命救急センター特有の事情のため、コストの削減等の不断の経営努力を行っても財政支援なしでは赤字の回避が困難である⁶⁾。したがって、今後も継続して財政支援を要請していくためには提供する医療内容ならびに財政

措置の根拠となる経営状況についての情報提供を積極的に行い、これまで以上に説明責任を果たしていく必要がある。また、こうした当面の取り組みとは別に、財政支援に依存せず経営基盤の安定化を図っていくための方策(組織改編等を含む)について抜本的な検討が必要であると考えられた。

このように、独立型救命救急センターを除けば、救急部門が即不採算部門であるというわけではなく、採算のとれる経営基盤が今でも十分整っていると考えられる。しかしながら、これを実際の経営指標の改善に反映させていくためには、上述したように、救急部門の医療資源の価値を最大化するように努めるとともに、損益計算(原価計算)等を活用して効率的経営を図っていく必要がある^{7, 8)}と考えられた。

2. 母体病院への波及的収益等を含めた救急医療の採算性

重症救急患者は救急部門のみで治療が完結せず、急性期を脱した後も母体病院で継続して治療を受ける場合が多い。また、時間外受診非救急患者や1次救急患者も2回目以降は母体病院の該当診療科の外来を受診する場合が多い。いずれにしても、これらの患者は救急医療によって得られた新規の患者であり、母体病院への波及的効果と見なすことができる。高岡ら¹⁾は母体病院の入院患者を調査し、その実に55%がER経由であったと報告している。また、中尾ら⁹⁾はER経由の入院患者の収益を算出し、それが病院総入院収益の42.8%を占めていたと報告している。つまり、救急医療の波及的収益は予想をはるかに越えた額であり、これを無視して真の救急医療の採算性は論じ得ないと考えられる。

更に言えば、救急医療への積極的な取り組みは、地域住民に安心感をもたらし、それが母体病院への信頼感につながり、結果として患者が増えていくという好循環を形成していることも強調されるべきであろう。

(文献)

1) 高岡 諒、林峰栄、加藤千紘、松本廣嗣：

典型的ERの採算性 日救急医学会誌 2006；17：678-679。

- 2) 遠山峰輝、堤 達朗、田中伸明：病院経営を科学する！—「問題解決型思考」が切り開く病院経営の新手法 東京 日本医療企画、2003、p18-30。
- 3) 川上正人、野口和男、田原憲一、他：自治体病院併設型救命救急センターにおける救急専従医の採算性 日救急医学会誌 2006；17：682-684。
- 4) 杉本 壽：救急医の養成と確保についての研究 厚生労働省医療技術評価総合研究事業 平成17年度総括・分担研究報告書、2006。
- 5) 小関一英：自己完結型運営による救命救急センターの収益と採算性 日救急医学会誌 2006；17：684-687。
- 6) 森田 大：独立型救命救急センターの運営実績からみた経営分析 日救急医学会誌 2006；17：687-689。
- 7) 池田吉成：診療科別・部門別損益計算(原価計算)の活用方法 病院 2005；64：57-60。
- 8) 岡本 健、松島俊介、寺井親則：国立大学病院管理会計システムを用いた救急医療部門の収支分析の試み 日救急医学会誌 2006；17：689-691。
- 9) 中尾博志、山本和子、藤井真由美、他：公立甲賀病院における救急患者の現状とその経済的波及効果について 公立甲賀病院紀要 2000；3：45-49。
- 10) 木村真一：2次救急は本当に赤字なのか？—救急の収益評価の指標— 日救急医学会誌 2006；17：680-681。

E. 結論

救急医の社会的ニーズはこれまでになく高まっており、救急医療が即不採算医療であるという認識も払拭されつつある。こうした流れを救急医の養成・確保に向かわせるためには救急部門の採算性の確保が重要であり、その基盤は今でも整っていると考えられる(研究I)。

しかし、これを実際の経営指標の改善に繋げていくためには病院経営の充実・強化に組織的

に取り組むとともに、所在する医療圏の特性に応じた救急部門の経営戦略、たとえば患者増が十分期待できる医療圏にあつては救命救急センター化などの効率的な収益向上策が、また患者増がそれほど期待できない医療圏にあつてはコストの適正化など、を立てる必要がある(研究Ⅰ)。同時に、病院管理会計システムを導入して救急部門のコストの削減と医療資源の価値の最大化を図っていくことが大切である(研究Ⅱ、Ⅲ)。

なお、診療報酬上の諸課題についてはすでに平成17年度総括・分担報告書⁴⁾に詳述されているので、参照されたい。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

(論文発表)

1. 寺井親則：病院経営、特に救急部門の運営から見たコスト問題。Emergency Care 2006; 19:10-14.
2. 岡本 健、松島俊介、原 博文、寺井親則：HOMAS(国立大学病院管理会計システム)による救急医療部門の経営分析。日救急医学会誌2006; 17: 210-218.

(学会発表)

1. 岡本 健、松島俊介、寺井親則：国立大学病院管理会計システムを用いた救急医療部門の収支分析の試み。第33回日本救急医学会総会「シリーズワークショップ「救急医療を考える—明るい未来を拓くために今—」、2005年10月、さいたま

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

分担研究報告書

(医療技術総合研究事業「救急医の養成と確保法についての研究」)

「救命救急医療に及ぼす DPC 制の影響」

分担研究者

嶋津 岳士 大阪大学大学院医学系研究科 救急医学 助教授

協力研究者

鋤方 安行 大阪大学大学院医学系研究科 救急医学 助手

研究要旨：平成 15、16 年中の 8 ヶ月間に大阪大学医学部附属病院高度救命救急センターに収容し、DPC 制により包括対象となり、かつ救命救急入院料を請求した 213 例を対象として、出来高払いとの比較検討を行った。診療報酬額合計では、出来高に比べ 5.6% の減収であった。損益の発生には、内因・外因の別、手術の有無は明らかな影響を及ぼさなかった。傷病別では、急性膵炎・四肢骨折は、全例が損益となっていた。また血栓性血小板減少性紫斑病では高額薬剤の配慮がなされておらず、1 症例 100,000 点を超える大きな損益を生んでいた。これらの傷病分類に対する DPC 包括評価点数は過誤であると言わざるを得ない。一症例あたりの損益は、主として注射・包括処置に依存して発生した。また症例ごとの収支差益のばらつきは、内因・外因の別や診療日数をとわず大きく、中に極端に大きな損益発生例を認めた。また、症例全体の経日的収支バランスでは、特に救命救急入院初期の 3 日間の損益が大きかった。以上のように救命救急領域における診療報酬の包括化は、傷病分類や診療日数にかかわらず、医療の供給側から見ても、受け手側からみても、出来高払いに比べて不公平な制度である。

A. 研究目的

現在、我が国の診療報酬体系は、従来から運用されている日本型の出来高払い請求と、平成 14 年に一部医療機関を対象として入院費用請求で運用が始まった DPC 制（傷病分類別定額払い制度）が混在した形態をとっている。大阪大学医学部附属病院高度救命救急センターにおいても、平成 15

年 4 月より DPC 包括請求を導入し、労災保険や自賠責保険適用例など一部を除き、原則的に DPC 制による入院診療報酬請求を行っている。

図 1 に、救命救急領域の診療報酬請求法の変遷を図解した。従来は、一般診療科と同様の出来高払い請求で、この分野特有の事細かな手技や材料を積み上げた請求を行っていたら、勢い過

剰診療に傾く可能性があることは、容易に想像できる。その後、施設基準を満たした全国の3次救命救急センターにおいて、算定対象となる重篤な救急患者を診療した場合の特定入院料として救命救急入院料が新設され、検査のほぼすべて、注射手技料の一部と処置の一部が包括された。従って、救命救急領域では、DPC制へ移行する前にすでに相当部分を包括した出来高払い請求となっていたのである。今回、DPC制の導入にともない、救命救急加算分を除外した入院料、画像診断、注射、投薬、そして1000点未満の処置すべてが診断群分類毎に定額となった。救命救急の分野では、診療期間が短いばかりでなく、その短い期間の中でも診療開始当初の医療資源投入が当然甚大となる。また、重症救急症例を中心として治療するが故に、診療期間中に深刻な合併症をひきおこす確率は高く、その場合医療資源投入はさらに増加する。本項では、救命救急医療という特別な分野において、出来高制からDPC制へ移行したことによって、実際にどのような問題が浮上しているか分析し、問題点を明かにする。

B. 研究方法

1. 対象と方法

調査期間は、平成15年度4ヶ月、平成16年度4ヶ月の計8ヶ月間に大阪大学医学部付属病院高度救命救急センターに入院し、DPC制による請求対象となり、かつ救命救急入院料を

請求した213例である。対象を2年度に分けたのは、平成16年4月に一部DPCの見直しがあり、包括範囲の拡大や、包括をはずれて出来高払い指定となった診断群が存在するため、その影響を明らかにするためである。これらを対象として、傷病分類別に出来高払いとDPCの請求額差を検討した。次に、出来高払いをしたと仮定した場合の各症例における1000点未満の処置・投薬・注射・画像診断の包括部分と入院基本料の合計額とDPC制による請求額の差を算出した(図2)。この差額を生じる要因を明らかにするため、投薬・注射・包括される処置・画像診断の包括部分との相関を検討した。なお、血液浄化法を施行する際の抗凝固剤など必要薬剤については、注射の項ではなく、処置の項に分類して検討した。また、出来高払いとDPC請求額に大きな差を生じた例を抽出して分析し、その要因を検討した。また、特に急性期の影響を明らかにするために入院7日間以内の経日的請求差額の変化を検討した。なお、救命救急センターへの平均在室日数は7.5日であった。

C. 結果

DPC請求をした一例ごとに、出来高払いによる診療報酬を計算し、DPCとの差益をDPC請求額で除すると、平成15年度は-4.8%、平成16年度は-6.7%、2年度の平均5.6%と、いずれも出来高払い計算よりも減収となった。また、平成16年4月の見直しに

もかかわらず、減収は増加した。DPC制請求額が出来高払い請求額を上回る場合を利益、下回る場合を損益として内因・外因の傷病別分類に例数をまとめたものが図3である。利益・損益の例数でみた場合でも、内因・外因とわず損益例数が利益例数を上回っていた。すなわち、DPC制では全体の請求額でも、例数でも損益に傾いていた。傷病分類別に利益・損益例数を検討したものが表1、2である。例数の多い傷病分離ごとに示したが、脳血管障害から壊死性筋膜炎にいたるまで、傷病分類別・手術の有無とも利益・損益を確定するわけではない。急性膵炎のみは、すべて損益となっており、この診断群分類にたいするDPC評価が過小の可能性がある。外因でも、ほとんどの傷病分類別・手術の有無とも利益・損益と直接関連がない。四肢・骨盤骨折は8例全例が損益で、この診断群分類にたいするDPC評価が過小の可能性がある。図5から図7は、内因・外因別に症例ごとの出来高ベースでの処置、投薬、注射、画像診断に要した点数と出来高払いとDPC制請求額の差益の関係を示したものである。包括処置では、内因の包括処置点数の出来高払い合算のみで170,000点に達する例もあり、差益との間に $r = 0.78$ の有意の負の相関を認めた。処置のうち、血液浄化などの1,000点以上の手技料やカラムなどの特定医療保険材料はDPCでも別途算定できるが、使用する置換液や抗凝固剤などの高額薬剤はすべて包括となり、745点で

包括化される人工呼吸とならんで、大きな損益の要因となっていた。一方、調査期間中の外因では、処置の出来高も比較的少なく、差益には寄与していなかった(図5)。内服薬・外用薬の投薬について検討した。投薬点数は、最大でも15,000点未満であって、内因・外因とも差益発生の大きな要因とはなっていなかった(図6)。注射点数は、内因・外因とも大きなインパクトを与えていた。内因では、 $r = 0.83$ の有意の負の相関がみられ、特に50,000点以上の損益の強い要因となっていた。また、外因でも総額は内因にくらべて少ないものの、負の相関を示し、損益を生じる要因となっていた。画像の包括部分については、内因・外因ともに差益発生の要因とはなっていなかった(図7)。

全体での収支差益のばらつきを把握するため、個々の症例のDPC制請求額と出来高払い請求額の差とDPC制請求額との関係をみた(図8)。内因・外因の別にかかわらずDPC制請求点数が大きくなればなるほど、利益・損益とも大きくばらつく傾向がみられ、現実に請求したDPC制による請求点数は最大でも120,000点程度であるのに、損益が250,000点に達するものから、逆に利益すなわち徴収しすぎた点数が70,000点をこえるものまで、本来ならば著しい過誤請求にあたるものが存在した。特に、100,000点以上の大きな損益を生じた4例をその要因を分析すると(表4)、4例中3例は原疾患に感染を合併して長期化