

~~もやもや~~

# DPC よもやま話

連載  
第4回

ゴールドenルールズ・コンサルティング (GR) 代表取締役

DPCマネジメント研究会 理事

芦田弘毅

## 救急医療係数と重症度係数の関連性

前回、重症度係数について取り上げましたが、今回は、「救急医療係数」を解説しながら、「重症度係数」との関連性を述べていきます。

救急医療係数が出現した当初、「救急の評価」という割に、「救急患者で費用をかければ」評価される違和感からか、この制度はすぐに変更になったり消えるのではないかという噂を複数の方から聞きました。でも、「一度できた制度は、そうやすやす消えることはない」というのが私の認識で、たとえ自分の感覚でおかしなところがあったとしても、それぞれのプレーヤー（各病院）が考えるべきことは、そのルールが消えるのを待つのではなく、最大限そのルールに適応する方法を模索することではないかと思うのです。

### 1. 救急医療係数とは

図表1の計算式だけを見ると、どういうこと？ と思いますよね。ポイントは3点。  
①行った治療行為を出来高払いのときの金額に換算して足し合わせた「出来高診療実績」と、症例それぞれの「DPC日当点」

とのプラスマイナスが評価値、②対象はA205：救急医療管理加算、A300：救命救急入院料、A301：ICU管理料等を算定しているような救急医療入院患者のみ、③計算されるのは入院後2日間までです。

①は重症度係数と同様の話ですが、医療行為の金額を日当点と差し引きするので、救急患者なのに日当点ほど治療にお金がかかっていない場合はマイナスの値になります。でも、数値を上げるために、これらマイナスになる症例を救急患者にしないことにすると、②に挙げたような救急医療管理加算などそのものが算定されなくなるので、病院の判断としてそれも現実的ではありません。

笑えない笑い話ですが、DPCを勉強した製薬会社のある営業マンが病院の先生に情報提供……まではよい話だと思うのですが、そこでの話が「先生、うちの先発品を使えば、(救急医療係数とか)係数が増えますよ」と言ったとか言わないとかの話を聞いたことがあります。

噂話の真相は測りかねますが、「診療密度」などのⅡ群要件や「救急医療係数」、「重症

図表 1 救急医療係数の評価定義

〔救急医療入院患者について、  
1 症例あたり  
①「入院後2日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）」  
と②「診断群分類点数表の設定点数」との差額の総和〕

※各症例（①-②）の総和で、評価

度係数」などを増やしたいがために、医療コストを増やそうという話だとすれば、かなり微妙な話です。前回も書いたとおり、厚労省もそれをさせたいわけではないですし……。出来高のときは「薬価差益」などの概念がありましたが、今回の話で言えば、治療目的ではなく、係数上昇目的で医薬品を使うとなると、コストにメリット（係数上昇）が全然見合いません。なにより、そこには医療としての正義はないでしょう！

救急医療係数がなんのためにつくられたかを考える際、「不公平の是正」、「救急コストの後払い」と考えると分かりやすいかもしれません。

例えば、脳梗塞で同じDPCコードになる症例を病院が受け入れる場合、救急車で運ばれてくるケースと、症状が落ち着いたあとに別の病院から来られるケースで入院初日の治療は全く異なるはずで、そうになると、救急を受け入れる病院ほどマルメなのに初日の検査金額が大きくならざるを得ないわけで、そうした初日の費用負担がない病院と同じ日当点ルールにされても困る、という話なのです。

ですから「救急医療係数を上げて儲かりましょう！」ではなくて、「救急医療係数で後からコストの補償はあるので、抑制な

く、患者にとって必要な医療・検査は行いましょう」という解釈がよりしっくりくるのではないのでしょうか。たとえ原則全救急症例にCT検査が実施されたとして、現場はその手間は大変でしょうが、その場の所見に問題がなくても、後々発現するかもしれないような症状を、可能な限り未然に把握するためにも、状況の分からない救急症例を突然診るもののリスクを回避する意味でも、ほぼ全例にCT撮影実施はやりすぎな話ではないように思います。

そんななか、③「計算されるのは入院後2日間まで」の条件に注目なのですが、例えば、救急患者が土曜日搬送された際、検査スタッフが手薄だとしてCT・MRIなどの検査が日を改めて月曜日（入院3日後）に実施されたとしたら、それは救急疾患のための処置と言えるのでしょうか。そういう意味でも、救急症例のための医療行為の評価という意味でも、行うべき治療行為を入院後2日以内に集めることも、またおかしな話ではないように思います。

## 2. 「救急医療係数」と「重症度係数」との関連性

今年の診療報酬改定で「重症度係数」が登場したとき、「救急医療係数を頑張り過

図表2 重症度係数の評価定義

〔包括範囲出来高点数〕 / 〔診断群分類点数表に基づく包括点数〕

※ただし救急医療指数ですでに評価されている  
救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外

ぎると重症度係数が低くなってしまふ」という話が出てきました。これはなぜでしょうか。

前回の復習として、重症度係数の計算式を書くと、図表2となります。計算式そのものというより、その下の注釈に注目です。救急医療係数の評価に使われた部分の2重取りを防ぐためでしょうか、救急入院2日目までの包括範囲出来高点数は除外されてしまうところが問題なのです。

なぜなら、救急に投下資源を寄せると分母はそのまま使われるのに、分子部分だけゼロになってしまうからです。ですから救急に力を入れている病院ほど、分子である包括範囲出来高点数における救急入院2日目までの金額割合が大きいでしょうし、イコール重症度係数におけるダメージが大きくなってしまふのです。

### 3. 「救急医療係数」と「重症度係数」との関連性についての検証

そこまで言うほどの影響があるかなと思ひ、厚労省が公開している今年の機能評価係数Ⅱの一覧データにて上記の現象を考察した一部を抜粋します（図表3、4）。

手法ですが、まず重症度係数がゼロであったⅠ群・Ⅱ群病院を抜き出しました。

救急医療係数の全病院平均は0.00794だったのですが、それを各病院の救急医療係数と割り算しました。

まず、図表3のⅠ群ですが、1病院を除いて救急医療係数は対平均より小さい数字ばかりで、「救急医療係数が高いから重症度係数が低くなった」とは言えない結果でした。これは、そもそも大学病院とがんセンターの救急部門は他の部門よりも相対的に大きくなく、その現象がはっきり出た感があります。

対して図表4のⅡ群病院。救急医療係数は1病院を除けば、すべて平均以上という結果となり、これを見ると、「救急医療係数が高いと重症度係数が低くなってしまつた」という説明も合点がいくような気がします。

### 4. マルメであっても請求漏れをなくすことは大事!

救急医療係数にしても重症度係数にしても、健全なのは自分たちが行った医療行為を、しっかりとレセプト請求(EFファイル)にあげるための努力をすること。「現場は、DPCに変わってマルメになったのだから、いちいち請求をあげなくてもいいでしょう?」とか、「医師と看護師の連携が悪くて、

図表3 重症度係数が0施設の対平均救急医療係数（Ⅰ群）

Ⅰ群	対平均（%）	救急医療係数
東北医科薬科大学病院	123	0.00974
関西医科大学附属枚方病院	78	0.00622
杏林大学医学部付属病院	76	0.00601
東京慈恵会医科大学附属病院	60	0.00473
慶應義塾大学病院	56	0.00442
埼玉医科大学病院	49	0.00390
福岡大学病院	49	0.00388
大阪医科大学附属病院	31	0.00243

図表4 重症度係数が0施設の対平均救急医療係数（Ⅱ群）

Ⅱ群	対平均（%）	救急医療係数
災害医療センター	200	0.01586
板橋中央総合病院	189	0.01500
東京都立墨東病院	148	0.01178
広島市立安佐市民病院	145	0.01154
横浜市立みなと赤十字病院	142	0.01125
海老名総合病院	130	0.01030
高崎総合医療センター	127	0.01010
徳島県立中央病院	114	0.00907
愛媛県立中央病院	113	0.00899
徳島赤十字病院	110	0.00876
安城更生病院	103	0.00821
佐久医療センター	103	0.00817
佐賀県医療センター好生館	100	0.00796
鹿児島医療センター	41	0.00329

どちらからもオーダー上の実施があがってこなかった」というケースがかなりあります。そうなると、重症度係数も救急医療係数も、現実より低くなってしまいますよね。

循環器で来た患者さんで心電図が取られていなかったり、呼吸心拍・エコーや病棟で使用した留置針・膀胱留置カテーテルな

どの物品の医事請求は大丈夫でしょうか？このことは正しい記載や漏れない記載によって、みんなで各疾患の正しいコストを明確にしようとする流れに則るもので、ただ儲けるために「やっていないものまで過剰に記載しよう」という話とは真逆であることをご承知おきくださいね！