

原 著

## 選定療養費の導入と増額による救急外来の受診状況の変化

社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 救命救急センター

菅沼 和樹, 青木 義紘, 白戸 康介, 宮内 直人, 山本 祥寛, 吉池 昭一

キーワード：選定療養費, 救急医療, 受診者数, 緊急入院

### 要 旨

#### 【目的】

当院救急外来では2016年度から選定療養費を導入し、2018年度に増額を実施した。導入や増額に伴って救急外来受診者数や緊急入院患者数はどのように変化したか調査した。

#### 【方法】

2014年度から2019年度の6年間に救急外来を受診した全患者を対象とし、選定療養費が0円, 2000円, 5000円であった2年間ごとの3群に分けて比較検討した。

#### 【結果】

対象期間の救急外来受診者数は222,198名だった。受診者数は選定療養費導入によって減少した。緊急入院患者数も選定療養費導入によって減少し、特に自力受診(walk-in)患者での減少率が大きかった。

#### 【結論】

選定療養費の導入によって救急外来受診者数も緊急入院患者数も大きく減少した。地域や病院の救急医療体制を踏まえた上で、選定療養費の必要性について検討していくことが今後期待される。

### はじめに

緊急性のない軽症患者が夜間や休日といった通常診療時間外に救急医療機関を受診する、いわゆる「コンビニ受診」が社会問題化している<sup>1)</sup>。軽症患者の大病院や救急医療機関への集中を防ぐことや、病院と診療所の機能分担の推進を図ることを目的として、国は2006年度の健康保険法改正にて「時間外受診」や「大病院の初診」に対する選定療養費の徴収を可能とした。さらに、2016年度の健康保険法改正にて一定以上の病床数を有する病院での選定療養費の徴収を義務化した。

当院は長野県松本市の中心部に位置する約460床の総合病院で、救命救急センターを有している。救命救急センターは「北米型」として運営しており、救急搬送患者も自力受診(以下、walk-in)患者も基本的に断ることなく全て受け入れている。当院の特徴として、紹介状の有無や時間帯にかかわらず、当日に予約なしで来院した患者はほぼ全員が救急外来を受診して診察や精査を進める体制をとっている。当医療圏の二次救急は輪番制を敷いているが、当医療圏全体の救急搬送患者の約4割を当院で受け入れており、最大のシェアを誇っている(図1)。また、時間外の一次救急としては医師会が運営する夜間急病センターが開設されている。

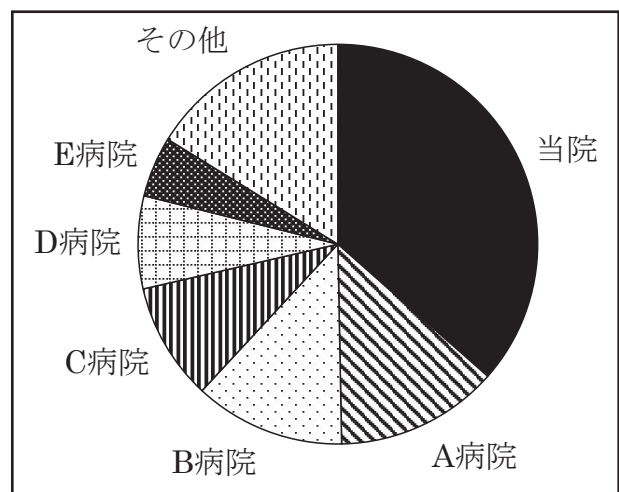


図1 当医療圏の救急搬送先病院の内訳 (2019年)

当院では当初は選定療養費を導入していなかったが、国の施策に従って2016年度から2000円(税別)の選定療養費を導入し、2018年度には5000円(税別)への増額を実施した。選定療養費の導入によって救急外来受診者数や緊急入院患者数などはどのように変化したのか調査した。

方 法

2014年度から2019年度の6年間に救急外来を受診した全患者を対象とし、選定療養費の金額によって0円(2014～2015年度=Ⅰ群)、2,000円(2016～2017年度=Ⅱ群)、5,000円(2018～2019年度=Ⅲ群)の3群に分け、それぞれの期間における救急外来受診者数、緊急入院患者数などを算出して比較した。なお、選定療養費は「紹介状のないwalk-in患者」から徴収し、救急搬送された患者からは徴収しなかった。

walk-in患者に対しては、紹介状の有無にかかわらず診察前トリアージを実施した。トリアージはJapan Triage and Acuity Scale(JTAS)に則って実施し、「蘇生(青色)」「緊急(赤色)」を重症、「準緊急(黄色)」を中等症、「低緊急(緑色)」「非緊急(白色)」を軽症と定義した<sup>2)</sup>。

結 果

6年間の救急外来全受診者数は222,198名、救急搬送件数は40,548件であった。受診者数はⅠ群が86,423名、Ⅱ群が73,239名、Ⅲ群が62,536名であり、選定療養費が導入、増額されたことで大幅に減少し、Ⅰ群とⅢ群の比較では27.6%の減少となった(図2)。一方、救急搬送件数はⅠ群が14,119件、Ⅲ群が13,424件であり、4.9%と軽微な減少にとどまった(図3)。

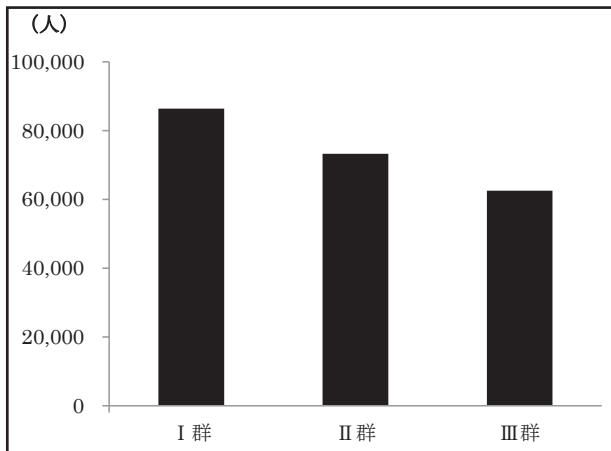


図2 選定療養費別の各群での救急外来受診者数

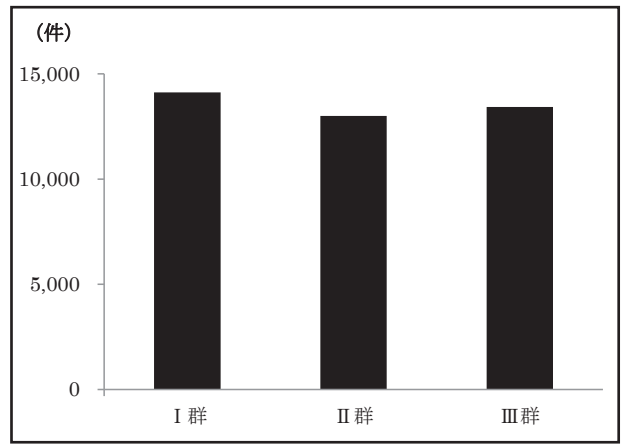


図3 選定療養費別の各群での救急搬送件数

緊急入院となった患者数はⅠ群が13,844名、Ⅱ群が13,433名、Ⅲ群が12,805名であり、Ⅱ群、Ⅲ群はⅠ群と比較してそれぞれ3.0%、7.5%減少した(図4)。この緊急入院患者数を受診方法でさらに分けて比較すると、救急搬送患者の緊急入院数は各群間で大きく変わらないのに対し、walk-in患者の緊急入院数はⅠ群が7,601名、Ⅱ群が7,325名、Ⅲ群が6,547名であり、選定療養費の増額に伴ってⅡ群、Ⅲ群はⅠ群と比較してそれぞれ3.6%、13.9%減少した(図5)。walk-in患者の入院率はⅠ群が10.5%、Ⅱ群が12.2%、Ⅲ群が13.3%であった。

walk-in患者の診察前トリアージにおける重症度は、重症と中等症の患者は各群間で大きな差はなかったものの、軽症の患者は大きく減少した(図6)。具体的にはⅠ群が35,989名、Ⅱ群が24,379名、Ⅲ群が18,747名であり、Ⅱ群、Ⅲ群はⅠ群と比較してそれぞれ32.2%、47.9%減少した。

選定療養費の徴収額はⅡ群で約6,900万円、Ⅲ群で約1億2,000万円であった。

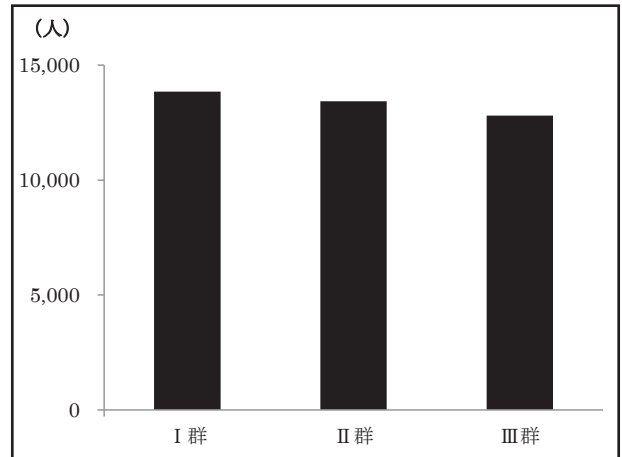


図4 選定療養費別の各群での緊急入院患者数

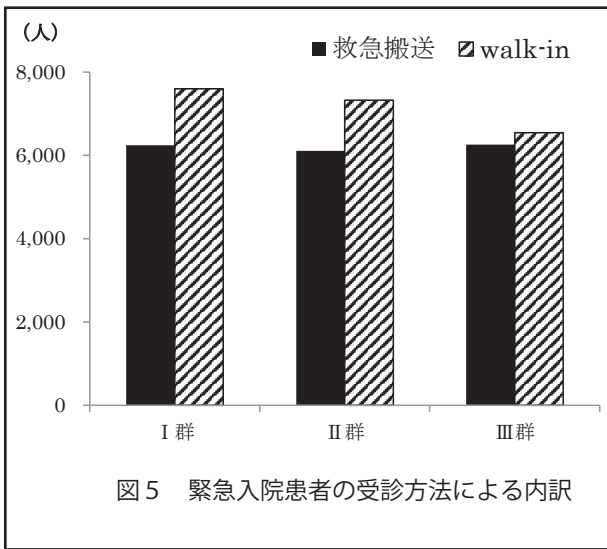


図5 緊急入院患者の受診方法による内訳

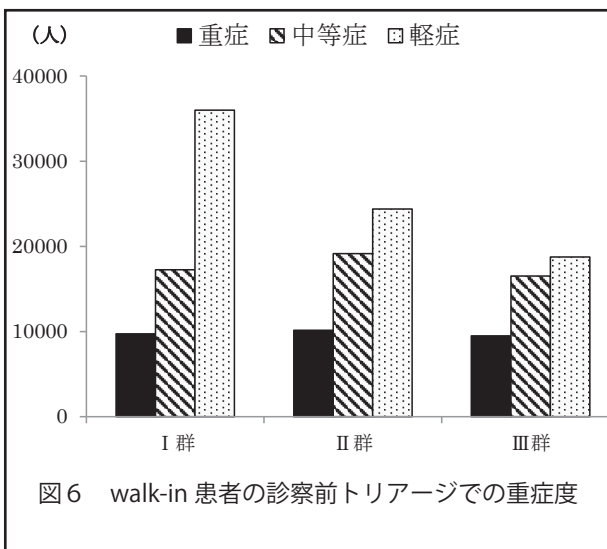


図6 walk-in 患者の診察前トリアージでの重症度

### 考 察

緊急を要さない軽症患者が救命救急センターを時間外に受診するケースは少なくない<sup>3)</sup>。救急搬送患者の約5割が軽症であり、時間外受診患者の約4割がその必要性が低かったという報告もある<sup>4)</sup>。これにより、本当に救急対応が必要な患者の診療が遅れてしまう可能性があり、また、救急医療を担うスタッフの心身の疲弊にもつながる。このような事態を防ぐため、一定以上の病床数を有する病院に対して選定療養費の導入が推進された。この導入により、軽症患者の大病院への受診が抑制されることが期待された。

選定療養費の導入により、当院の救急外来受診者数は大幅に抑制された。当院では救急搬送患者からは選定療養費を徴収しない方針としたため、「救急車を呼べば選定療養費を徴収されない」という理由で軽症患者が救急要請へ移行することを導入当初は危惧していたが、救急搬送件数の推移を見る限りではそのようなケースはほとんどなかったと考えられた。受診

者数が減少したことで、現場スタッフの負担が軽減したことは間違いない。

その一方で、選定療養費の導入によって緊急入院患者数も大きく減少してしまう結果となった。過去の報告では、「受診者数は減少したが、緊急入院患者数は減少しなかった」という結果が複数報告されているが<sup>3) 5) 6)</sup>、当院ではそのような結果にはならなかった。(図5)から明らかなように、救急搬送患者の緊急入院数はほぼ一定であり、walk-in患者の緊急入院数が大幅に減少したことがこの結果をもたらしている。walk-in患者のトリアージ分類を見てみると、重症と中等症の患者は選定療養費の有無に関わらずほぼ一定で推移しているのに対し、軽症の患者は選定療養費によって大幅に減少していることがわかる。にもかかわらず、walk-in患者の入院率は微増にとどまっている。これが意味するところは、トリアージで軽症と判定された患者の中にも緊急入院が必要な患者が一定数存在すること、その入院が必要な患者が選定療養費を理由に当院への受診を控えた可能性が高いこと、である。選定療養費の存在のために受診を控えてしまうケースについてはこれまでも懸念されてきた<sup>3)</sup>。今回の調査では救急搬送件数やトリアージでの重症患者の増加は認められなかったことから、受診を控えた患者が重症化したのちに当院を受診したケースは少ないと考えられ、選定療養費を敬遠した患者が他病院を受診した可能性が高い。

選定療養費の導入によって救急外来を受診する軽症の患者数が減ることで、本当に救急医療や入院加療を必要とする患者への対応に現場スタッフが力を注ぐことが出来る、というのが本来の想定された姿である。実際、これまでの報告ではそれを実現出来たものばかりであったが<sup>3) 5) 6)</sup>、今回の調査では救急外来受診者数とともに緊急入院患者数も減少してしまう結果となった。我々が検索した限りでは本邦で過去にそのような報告はない。当院は松本市という地方中核都市の中心部で北米型救命救急センターとして運営しており、「24時間365日、いつでもどんな症状でも困ったときに診てくれる病院であり続ける」との理念を掲げている。そのような形で長年運営してきているため、地域住民にもその認識は広く浸透している。しかし、今回の結果を見ると、選定療養費の導入、増額によって「困ったときにいつでも診てもらえる」という地域住民の安心感が薄れてしまった可能性は否めない。選定療養費を理由に受診を控えた患者数の実態を正確に把握することは困難であるが一定数いることは間違いなく、これは北米型救命救急センターとしての本来の役割を果たせていないことになる。

今回の検討限界事項として収益面が挙げられる。選定療養費の徴収額は増額によって大幅に増加したが、救急外来受診患者や緊急入院患者の減少を加味

すると病院としての収益が結果的に増加したのか減少したのかは不明であった。病院を運営している上では収益面も非常に大事な要素であり、今後の検討課題としたい。

今回の調査から、選定療養費の導入によってトリアージで軽症に分類される walk-in 患者の受診が大幅に減少することが明らかになった。上述のように、大病院への患者集中抑制や医療者の負担軽減という面での効果は大きい。しかし、トリアージで軽症に分類される患者の受診を抑制することが結果的には緊急入院が必要な患者の受診も抑制してしまうという負の側面も見えた。東京や大阪といった大都市とは異なり、地方都市では休日や夜間に受診できる医療機関は非常に限られている。緊急性のない軽症患者に対して、適切な時間帯に適切な医療機関への受診を促すことは救急医療体制を守る上でももちろん必要であるが、一方で、救急医療が必要な患者が選定療養費を理由に受診を控えてしまうという事態はあってはならない。当院のように北米型救命救急センターとして軽症から重症まで診療する体制、理念を掲げている病院は全国に点在しており、一概に病床数で選定療養費の導入や金額を決定するのではなく、その病院の救急医療に対する方針やその地域の救急医療体制の実情に合わせて選定療養費のあり方を個々に検討していく必要があると考える。それが地域住民の安心にもつながっていくことになるであろう。

## 結 語

選定療養費の導入、増額によって、救急外来受診者数だけでなく緊急入院患者数も大幅に減少してしまった。地方都市での北米型救命救急センターのあり方を再認識したうえで、選定療養費の徴収の是非も含めて今後の運用について検討していく必要がある。

なお、本論文の一部は第 49 回日本救急医学会総会・学術集会（2021 年 11 月）で発表した。

本研究における利益相反はない。

## 引 用 文 献

- 1) 松本悠貴, 星子美智子, 森松嘉孝, 他: バーンアウトおよびワーク・エンゲイジメントの観点から分析したコンビニ受診と医師の疲労との関連性. 日本公衛誌. 2015; 62(9): 556-64
- 2) 日本救急医学会, 日本救急看護学会, 日本小児救急医学会, 日本臨床救急医学会: 緊急度判定支援システム JTAS ガイドブック. へるす出版. 東京. 2017
- 3) 上條由美, 篠原徹, 的場匡亮, 他: 時間外選定療養費制度導入の影響. 日本医療マネジメント学会雑誌. 2015; 16(1): 53-57
- 4) 森脇睦子, 山名隼人, 今井志乃ぶ, 他: 大病院を時間外受診する軽症患者の識別と推計. 日本医療病院管理学会誌. 2017; 54(3): 139-48
- 5) 石橋悟: 時間外選定療養費導入の効果. 日本医療マネジメント学会雑誌. 2018; 19(1): 20-22
- 6) 江原朗: 選定療養費導入による時間外受診への影響について. 日臨救医誌. 2009; 12: 516-19