

ストラテジー、④コミュニケーション、⑤計画の実行と仕事量の振り分け、⑥振り返りなどの項目評価を行った。その結果、リーダーシップの発揮では、メンバーへの役割分担と明確な指示が出せているか、全体の状況を把握しているか、指示実行の確認をしているか、緊急時の決定が出来ているか、などが評価できた。またチーム構成と雰囲気では、チームの役割分担が出来ており、チームとして意見を言いやすい雰囲気であるか、建設的な意見交換で問題点を明確にしているか、などが評価可能であった。コミュニケーションでは、情報伝達の声だしが出来ているか、指示に対する確認が相互に取れているか、計画や決定事項に対する情報伝達がスムーズか、などについて評価した。

#### D. 考察

救急医療は医療技術のみならず、チームワークが非常に大切である。当センターではCRM (Crew Resource Management) というエラーマネージメントの概念を取り入れてチーム医療・危機管理についての教育を開始している。CRMとは航空分野で安全運行を達成するために、チームの力を結集してチームの業務遂行能力を向上させる方策である。1990年代に入り、飛行機の運航に関する4つの要素(知識と技術以外にCRMスキルと態度)の重要性が指摘されるようになった。最近CRMの考え方が医療分野にも応用されてきた(1)。

米国では、1988年にHoytらによって初療室のビデオ記録による外傷教育・外傷初期診療評価が報告されている

(2)。以後ATLS (advanced trauma life support) の普及とともに、多くの外傷診療の質に関する評価がビデオを用いて解析されている(3)。しかし個人情報保護に関する法律 (Health Insurance Portability and Accountability Act) が制定され、ビデオを用いた初期診療の評価を行っている施設が減少している(4)。我が国でも個人情報保護法が施行され、本研究は病院倫理委員会に本システムの研究に関する承諾を得た上でを行い、個人情報の管理に関する規定を厳重に遵守していく必要があると考えている。

#### E. 結論

今回救急医療教育に外来初療記録システムを導入した。本システムを用いて、研修医や他の医療スタッフの救急医療教育、救急医療におけるチームワーク・危機管理評価、あるいはアルゴリズムの検証などに応用していくことが可能である。

#### 文献

- (1) Risser DT, Rice MM, Salisbury RN, et al: The Potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. *Ann Emerg Med* 34:373-383, 1999
- (2) Hoyt DB, Shackford SR, Fridland PH, et al: Video

recording trauma resuscitations: an effective teaching technique. *J Trauma*, 28:435-440, 1988.

- (3) Townsend RN, Clark R, Ramenofsky ML, et al: ATLS-based videotape trauma resuscitation review: education and outcome. *J Trauma*, 34:133-138, 1993.
- (4) Campbell S, Sosa JA, Rabinovici R, et al: Do not roll the videotape: effects of the health insurance portability and accountability act and the law on trauma videotaping practices. *Am J Surg*. 191:183-190, 2006.

#### F. 研究発表

##### 【論文発表】

1. 田中裕、梶野健太郎、松嶋麻子、角由佳、田崎修、清水健太郎、杉本壽：外来初療記録システムを用いた救急医学教育について。日救急医学会誌、17：301-303、2006.

##### 【学会発表】

1. 梶野健太郎、田中裕、杉本壽：外来初療記録システム (Emergency Room Monitoring System) の有用性について (JATEC アルゴリズムの検証)。第 19 回日本外傷学会、2005 年 5 月 27 日、横浜。
2. 田中裕、梶野健太郎、田崎修、角由佳、松嶋麻子、嶋津岳士、杉本壽：外来初療記録システムを用いた救急医療におけるチームワー

ク・危機管理教育法の開発。第 33 回日本救急医学会総会、2005 年、大宮。

3. 松嶋麻子、田中裕、梶野健太郎、田崎修、角由佳、清水健太郎：研修医に対する外傷初期治療の教育 (外来初療記録システムを用いて)。第 20 回日本外傷学会、2006 年 5 月 26 日、名古屋。
4. 松嶋麻子、田中裕、新開裕幸、加藤有美、梶野健太郎、清水健太郎、田崎修、京力深穂、嶋津岳士、杉本壽：救急医療における外来初療記録システムを用いたチームワーク・危機管理の検討。第 1 回医療の質・安全学会、2006 年 11 月 23 日、東京。

#### G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得           なし
2. 実用新案登録   なし
3. その他           なし

図 1 a



図 1 b



図 1 c



図 1 d



図 2



米国の救急医療の動向に関する研究

分担研究者 行岡 哲男 東京医科大学 救急医学教授

研究要旨： 米国の救急医療、特に、外傷の医療に携わる医師の動向を調査した。米国外傷外科学会は専門医を“Acute Care Surgeon - Trauma, Critical Care and Emergency Surgery -”と定め、幅広い外因性疾患の診療ができる専門医確保を志向したと思われる。米国における専門医制度は、専門医の数を規定し競争原理を基本としている。競争を経た専門医の取得は、収入や地位に反映する。米国の競争制度をそのまま我国に導入することは無理があるとしても、努力や成果が反映されるシステムが救急医療においては特に重要なことと思われる。

A. 研究目的

救急医の確保状況に関し、海外の資料を収集し国内調査の基礎資料を確保すること。海外の状況から、日本に導入しえることを検討すること。

B. 研究方法

米国の救急医療、特に、急性期の外傷医療に携わる医師の確保状況に関し、現地調査を行った。米国外傷外科学会の役員に直接現況を聞き取り調査した。学会の専門医制度はこれの取得を目指すものを確保すると言う意味で、専門領域の医師確保に直結する。外傷外科の専門医制度の調査を実施した。役員への聞き取りならび学会総会（Business Meeting）の議決内容を確認すべく、第63回（2004年）・第64回（2005年）・第65回（2006年）の米国外傷外科学会に参加した。米国の外科学会の専門医制度の全般を調査した。

C. 研究結果

平成16年9月27日に行われた米国外傷外科学会の理事会で専門医制度、特に、専門医の名称が審議された。外傷症例の減少、外傷外科手術そのものの減少という社会的状況の変化に対応し、外傷に特化するのではなく、幅広い外因性疾患に対応できる専門的医師を学会として養成することを目指すべきという意見が大勢をしめた。その結果、General & Emergency Surgeon, Critical Care Surgeon, Master General Surgeon 等の名称を抑え、“Acute Care Surgeon - Trauma, Critical Care and Emergency Surgery” という名称が採用された。Acute Care は日本救急医学会（Japanese Association for Acute Medicine）の英訳として使われているが、米国では馴染みのない単語である。このことは総会においても指摘されたが、急性期の診療（外来のみでなく、引き続き集中治療も実施）に焦点化した日本のあり方は米国においては新鮮なものと受け止められている。

平成17年9月22日・24日に行われた第64回米国外傷外科学会では、専門医修練施設の開設が進められている状態が確認された。こ

の専門医制度であるが学会が策定するだけでは、社会的には承認されない。米国では1933年に我国の専門医認定機構に相当する American Board of Medical Specialties (ABMS)がある。この団体には税金も投入される独立組織で、これまでに24の専門医制度を認めている。医学界のみならず社会的に認められる認定医となるには、このABMSの認証が不可欠である。ABMSの認証には、この組織の専属担当者による現場視察を受ける必要がある。症例数・勤務時間・研修者が受ける講義時間数の調査がある。これは書面だけでなく、教育をする側・される側両者への面接も含まれ、詳細かつ厳格である。公的な評価と言う点では、米国は日本よりはるかに制度が確立され、専門医並びにその養成の社会性が担保されている。

“Acute Care Surgeon”という新たな専門医制度が米国で定着するには、専門医制度全般の中で、この制度がその審査と競争に耐え抜くことが求められる。

ちなみに、米国の一般外科の修練プログラムは上限が1044名と限られている。医学部卒業生が約31000名であることを考えると、これが狭い門であることが理解される。5年修練を終え臨床経験3年を経れば、平均年俸約24万ドル(2800万円)となる。最も競争が厳しいとされる心臓血管外科の場合、平均年俸は55万ドルとされる。この米国の状況は、医療界のみならず社会全般の競争原理とその成果に対する報酬を保証するシステムに依存する。

一方、米国では救急外来での診療に専従するのが Emergency Physician である。この専門医制度は American Board of Emergency Medicine (ABEM)により認定が行われている。ABEMには、1990年から2003

年までに13603名が受験し、11989名の合格者(合格率92%)を出している。この専門医制度も医療界全体の専門医制度であるABMSに組み込まれているものである。2003年のABEMにより救急医の意識調査報告書を資料として添付(添付資料2)する。この調査では、現状に満足(5段階で4または5)が63.8%で不満足(1または2)が12.8%であった。両者の特性を比較すると、満足している者は、他の医学会にも所属する傾向が多く、教育病院に勤務するものの割合が多かった。また、専門変更を検討しているものは25%であった。現状に満足していない会員は88%が専門変更を検討しており、不満の理由は、ストレス・疲労・仕事での加重さ・当直や患者の多さが原因とあげている。自分のライフスタイルの維持も、満足度を左右する重要な要素全と思われる。対象で「再度、同じ専門医を選ぶか?」に関しては概ね臨床経験10年未満は90%以上が再度選ぶとし、臨床経験10年以上は80%台に低下する。これは上記の不満足群の存在によるものと思われる。

なお、米国の Emergency Physician は、基本的には外来診療のみであるが、活発に活動している施設ほど、来院後24時間から72時間程度は Emergency Physician の管理下で診療を行う施設がある。これはむしろ我国の救急医により近付いてきたものと思われる。

しかし、米国の Emergency Physician で超音波を使用する医師は2001の調査で20.5%、2003年でも23%という低い割合を推移し、分業制における総合的な診療においては、我国より遅れている感否めない。

医師の個人的なライフスタイルへの配慮は、米国外傷外科学会の専門医制度でも配慮すべきことが述べられている。

#### D. 結論

米国においては、専門医制度を活用し、明確な制度によりその取得者へのインセンティブを明確にする医療界・社会の基盤が存在する。これを基礎として、社会的ニーズに合わせた形で専門医を育成し、より多くの医師をその専門領域に確保することを目指した対応を展開していると思われる。この姿勢は、我国の救急医確保においても参考となる。

ACEP は 10 年以上継続して会員の満足度や、不満の理由を調査している。このような継続した実態把握は、我国の学会では行われていない。このような実態把握を基礎データとして、救急医療に取り組む有為な医師の確保が、今後検討されるべきであろう。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

AAST が Trauma Surgeon から Acute Care Surgeon へと舵を切った理由 行岡哲男 救

急医学 2005:29(10):1153-1155

添付資料 1 :

救急医学 2005:29(10):1153-1155

添付資料 2 :

Physician Satisfaction Study :  
American Board of Emergency Medicine  
(ABEM)

## 分担研究報告書

(医療技術評価総合研究事業「救急医の養成と確保法についての研究」)

### 「救急医療の採算性に関する研究」

分担研究者 寺井親則 宮崎大学医学部病態解析医学講座救急・災害医学分野教授  
研究協力者 岡本 健 宮崎大学医学部病態解析医学講座救急・災害医学分野助教授  
松島俊介 宮崎大学医学部病態解析医学講座救急・災害医学分野助手

研究要旨：全国の大学附属病院及び救命救急センターの経営状況を実態調査（アンケート調査）し、救急部門の採算性を確保するための条件を検討した。その結果、救急部門の経営基盤は現在でも整っているが、それを実際の経営指標の改善につなげるためには、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て救急部門の経営戦略を立てることが必要であると考えられた。また最新の病院管理会計システム（HOMAS）についても検討し、HOMASが現状の経営分析のみでなく、救急部門の今後の業務展開を考えるうえでも有用であることを明らかにした。さらに全国の救急医との議論を通じて、コストの削減と現有の医療資源の最大化を図ることが救急部門の採算性を確保するうえで最も有効であることを明示した。

#### A. 研究目的

救急医療は不採算であるといわれている。事実、国もその赤字補填として救命救急センターや共同利用型病院方式の二次救急医療施設に毎年補助金（国庫支出金）を交付してきた。しかしながら、財政再建を急ぐ国の歳出・歳入一体改革（いわゆる三位一体改革）の浮上で、国庫支出金は大幅に削減された。更に、平成18年度通常国会で可決・成立した一連の医療制度改革法（「健康保険法等の一部を改正する法律」）によって診療報酬の引き下げを含む総医療費抑制策が現在強力に推し進められている。

こうした状況下で医療機関、特に救急医療を担っている医療機関の経営は一段と厳しさを増している。そのような中、救急部

門は赤字を垂れ流していると他の診療科の医師、看護師や事務職員からみられることほど救急医のプライドが傷つけられることはない。加えて、こうした雰囲気は救急医の病院内での発言力を殺ぐことにつながり、意欲のある救急医ほど救急医療の現場から離脱していくという深刻な事態を招いている。では、本当に救急医療は不採算なのだろうか。もし、そうであれば原因は何だろうか。

本研究の目的は、救急医の養成・確保に資するため、こうした疑問に答えるとともに、救急医療における採算性の改善・向上策を提言することにある。

#### B. 研究方法

1) 研究 I

全国の大学附属病院および救命救急センター（表 1）において、経営幹部ないし企

画的な立場にいる事務職員を対象に「救急医療の採算性」に関するアンケート調査を実施し、その分析を行った。

表 1, 大学附属病院

1	北海道大学医学部附属病院	31	京都大学医学部附属病院
2	札幌医科大学医学部附属病院	32	京都府立医科大学附属病院
3	弘前大学医学部附属病院	33	大阪大学医学部附属病院
4	旭川医科大学医学部附属病院	34	大阪市立大学医学部附属病院
5	東北大学医学部附属病院	35	奈良県立医科大学附属病院
6	秋田大学医学部附属病院	36	神戸大学医学部附属病院
7	山形大学医学部附属病院	37	和歌山県立医科大学附属病院
8	福島県立医科大学附属病院	38	和歌山県立医科大学附属病院 紀北分院
9	新潟大学医学部附属病院	39	鳥取大学医学部附属病院
10	群馬大学医学部附属病院	40	島根大学医学部附属病院
11	筑波大学附属病院	41	岡山大学医学部附属病院
12	千葉大学医学部附属病院	42	広島大学医学部附属病院
13	防衛医科大学校病院	43	山口大学医学部附属病院
14	東京医科歯科大学医学部附属病院	44	高知大学医学部附属病院
15	東京医科歯科大学霞ヶ浦病院	45	香川大学附属病院
16	東京大学医学科研究所附属病院	46	徳島大学病院
17	東京大学医学部附属病院	47	愛媛大学医学部附属病院
18	横浜市立大学医学部附属病院	48	九州大学医学部附属病院
19	横浜市立大学附属市民総合医療センター	49	佐賀大学医学部附属病院
20	山梨大学医学部附属病院	50	長崎大学医学部附属病院
21	金沢大学医学部附属病院	51	大分大学医学部附属病院
22	浜松医科大学附属病院	52	熊本大学医学部附属病院
23	富山大学附属病院	53	鹿児島大学医学部附属病院
24	福井大学医学部附属病院	54	琉球大学医学部附属病院
25	信州大学医学部附属病院	55	宮崎大学医学部附属病院
26	名古屋大学医学部附属病院	56	岩手医科大学附属病院
27	名古屋市立大学医学部附属病院	57	帝京大学医学部附属病院
28	岐阜大学医学部附属病院	58	帝京大学溝口病院
29	滋賀医科大学附属病院	59	帝京大学市原病院
30	三重大学医学部附属病院	60	自治医科大学附属病院



- |    |                  |     |                   |
|----|------------------|-----|-------------------|
| 61 | 自治医科大学附属大宮医療センター | 94  | 順天堂大学医学部附属順天堂医院   |
| 62 | 獨協医科大学越谷病院       | 95  | 順天堂大学医学部附属静岡病院    |
| 63 | 獨協医科大学病院         | 96  | 順天堂大学医学部附属越谷病院    |
| 64 | 埼玉医科大学附属病院       | 97  | 順天堂大学医学部附属 練馬病院   |
| 65 | 埼玉医科大学総合医療センター   | 98  | 順天堂大学医学部附属天堂浦安病院  |
| 66 | 杏林大学医学部附属病院      | 99  | 聖マリアンナ医科大学病院      |
| 67 | 北里大学病院           | 100 | 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 |
| 68 | 北里大学病院東病院        | 101 | 聖マリアンナ医科大学東横病院    |
| 69 | 日本医科大学附属病院       | 102 | 練馬光が丘日本大学病院       |
| 70 | 日本医科大学千葉北総病院     | 103 | 東海大学医学部付属病院       |
| 71 | 日本医科大学武蔵小杉病院     | 104 | 東海大学医学部付属八王子病院    |
| 72 | 日本医科大学附属多摩永山病院   | 105 | 東海大学医学部付属東京病院     |
| 73 | 日本大学医学部附属板橋病院    | 106 | 東海大学医学部付属大磯病院     |
| 74 | 駿河台日本大学病院        | 107 | 川崎医科大学附属病院        |
| 75 | 東京医科大学附属病院       | 108 | 金沢医科大学病院          |
| 76 | 東京医科大学八王子医療センター  | 109 | 愛知医科大学附属病院        |
| 77 | 東京女子医科大学病院       | 110 | 藤田保健衛生大学医学部病院     |
| 78 | 東京女子医科大学東医療センター  | 111 | 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院  |
| 79 | 東京女子医科大学附属青山病院   | 112 | 近畿大学医学部附属病院       |
| 80 | 東京慈恵会医科大学附属病院    | 113 | 近畿大学医学部堺病院        |
| 81 | 東京慈恵会医科大学附属第三病院  | 114 | 近畿大学医学部奈良病院       |
| 82 | 東京慈恵会医科大学附属柏病院   | 115 | 関西医科大学附属牧方病院      |
| 83 | 東京慈恵会医科大学附属青戸病院  | 116 | 大阪医科大学附属病院        |
| 84 | 慶應義塾大学医学部附属病院    | 117 | 関西医科大学附属滝井病院      |
| 85 | 昭和大学病院           | 118 | 関西医科大学附属男山病院      |
| 86 | 昭和大学附属豊州病院       | 119 | 兵庫医科大学病院          |
| 87 | 昭和大学藤ヶ丘病院        | 120 | 兵庫医科大学病院篠山病院      |
| 88 | 昭和大学病院附属東病院      | 121 | 久留米大学病院           |
| 89 | 昭和大学附属鳥山病院       | 122 | 福岡大学医学部附属病院       |
| 90 | 昭和大学附属横浜市北部病院    | 123 | 福岡大学筑紫病院          |
| 91 | 東邦大学医療センター大橋病院   | 124 | 産業医科大学病院          |
| 92 | 東邦大学医療センター佐倉病院   |     |                   |
| 93 | 東邦大学医療センター大森病院   |     |                   |

表 1. 救命救急センター

1	旭川赤十字病院	33	国保直営総合病院君津中央病院
2	独立行政法人国立病院機構 北海道がんセンター	34	千葉県救急医療センター
3	市立函館病院	35	総合病院国保旭中央病院
4	市立釧路総合病院	36	船橋市立医療センター
5	市立札幌病院	37	都立広尾病院
6	総合病院北見赤十字病院	38	武蔵野赤十字病院
7	青森県立中央病院	39	公立昭和病院
8	八戸市立市民病院	40	独立行政法人国立病院機構 災害医療センター
9	秋田赤十字病院	41	東京都立墨東病院
10	岩手県立久慈病院	42	東京都立府中病院
11	岩手県立大船渡病院	43	独立行政法人国立病院機構 東京医療センター
12	山形県立救命救急センター	44	青梅市立総合病院
13	公立置賜総合病院	45	独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター
14	大崎市民病院	46	国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院
15	仙台市立病院	47	川崎市立川崎病院
16	独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター	48	山梨県立中央病院
17	いわき市立総合磐城共立病院	49	石川県立中央病院
18	新潟県立中央病院	50	福井県立病院
19	新潟市民病院	51	長野赤十字病院
20	長岡赤十字病院	52	諏訪赤十字病院
21	独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター	53	飯田市立病院
22	筑波メディカルセンター病院	54	静岡済生会総合病院
23	足利赤十字病院	55	静岡赤十字病院
24	済生会宇都宮病院	56	沼津市立病院
25	大田原赤十字病院	57	県西部浜松医療センター
26	独立行政法人国立病院機構 高崎病院	58	富山県立中央病院
27	前橋赤十字病院	59	公立能登総合病院
28	さいたま赤十字病院	60	岐阜県立岐阜病院
29	深谷赤十字病院	61	総合病院高山赤十字病院
30	川口市立医療センター	62	大垣市民病院
31	国保松戸市立病院	63	岐阜県立多治見病院
32	成田赤十字病院		

- |    |                            |     |                           |
|----|----------------------------|-----|---------------------------|
| 64 | 名古屋第二赤十字病院                 | 97  | 独立行政法人国立病院機構<br>浜田医療センター  |
| 65 | 独立行政法人国立病院機構<br>名古屋医療センター  | 98  | 独立行政法人国立病院機構<br>呉医療センター   |
| 66 | 名古屋第一赤十字病院                 | 99  | 総合病院岡山赤十字病院               |
| 67 | 豊橋市民病院                     | 100 | 広島市立広島市民病院                |
| 68 | 岡崎市民病院                     | 101 | 県立広島病院                    |
| 69 | 小牧市民病院                     | 102 | 福山市民病院                    |
| 70 | 社会保険中京病院                   | 103 | 山口県立総合医療センター              |
| 71 | 半田市立半田病院                   | 104 | 独立行政法人国立病院機構<br>岩国医療センター  |
| 72 | 山田赤十字病院                    | 105 | 独立行政法人国立病院機構<br>関門医療センター  |
| 73 | 三重県立総合医療センター               | 106 | 香川県立中央病院                  |
| 74 | 大津赤十字病院                    | 107 | 徳島赤十字病院                   |
| 75 | 済生会滋賀県病院                   | 108 | 徳島県立三好病院                  |
| 76 | 長浜赤十字病院                    | 109 | 徳島県立中央病院                  |
| 77 | 近江八幡市立総合医療センター             | 110 | 高知県・高知市病院企業団立<br>高知医療センター |
| 78 | 京都第二赤十字病院                  | 111 | 高知赤十字病院                   |
| 79 | 独立行政法人国立病院機構<br>京都医療センター   | 112 | 愛媛県立中央病院                  |
| 80 | 京都第一赤十字病院                  | 113 | 愛媛県立新居浜病院                 |
| 81 | 独立行政法人国立病院機構<br>大阪医療センター   | 114 | 市立宇和島病院                   |
| 82 | 大阪府立急性期・総合医療センター           | 115 | 済生会福岡総合病院                 |
| 83 | 大阪府済生会千里病院                 | 116 | 北九州市立八幡病院                 |
| 84 | 大阪府三島救命救急センター              | 117 | 佐賀県立病院好生館                 |
| 85 | 大阪府立中河内救命救急センター            | 118 | 独立行政法人国立病院機構<br>長崎医療センター  |
| 86 | 大阪府立泉州救命救急センター             | 119 | 大分市医師会立 アルメイダ病院           |
| 87 | 大阪市立総合医療センター               | 120 | 熊本赤十字病院                   |
| 88 | 公立豊岡病院但馬救命救急センター           | 121 | 独立行政法人国立病院機構<br>熊本医療センター  |
| 89 | 兵庫県立姫路循環器病センター             | 122 | 県立宮崎病院                    |
| 90 | 神戸市立中央市民病院                 | 123 | 県立延岡病院                    |
| 91 | 県立奈良病院                     | 124 | 鹿児島市立病院                   |
| 92 | 独立行政法人国立病院機構<br>南和歌山医療センター | 125 | 沖縄県立中部病院                  |
| 93 | 日本赤十字社和歌山医療センター            | 126 | 医療法人社団カスアライアンス日鋼記念病院      |
| 94 | 鳥取県立中央病院                   |     |                           |
| 95 | 島根県立中央病院                   |     |                           |
| 96 | 松江赤十字病院                    |     |                           |

- 127 帯広厚生病院
- 128 手稲溪仁会医療センター
- 129 財団法人温知会 会津中央病院
- 130 財団法人太田総合病院付属  
太田西ノ内病院
- 131 茨城西南医療センター病院
- 132 総合病院土浦協同病院
- 133 亀田総合病院
- 134 聖路加国際病院
- 135 佐久総合病院
- 136 昭和伊南総合病院
- 137 慈泉会相澤病院
- 138 富山県厚生農業協同組合連合会  
高岡病院
- 139 聖隷三方原病院
- 140 名古屋掖済会病院
- 141 安城更生病院
- 142 岐阜県厚生農業協同組合連合会  
中濃厚生病院
- 143 津山中央病院
- 144 飯塚病院
- 145 北九州総合病院
- 146 聖マリア病院
- 147 浦添総合病院

## 2) 研究Ⅱ

最新の病院管理会計システムである国立大学病院管理会計システム (HOMAS) が救急部門の採算性の分析・評価に有用か否かを検証する目的で、宮崎大学医学部附属病院救急部を例にとり、その損益計算 (原価計算) を行うとともに運用上の課題等を検討した。

宮崎大学医学部附属病院救急部に来院した1年間 (平成16年4月～平成17年3月) の外来及び入院患者を対象に、HOMAS による診療科別・部門別原価計算と損益分岐点分析を行い、病院全体のそれぞれの平均値と比較した。勘定科目は、国立大学法人会計基準に準じて、医業収益34項目と診療経費317項目に分類した。診療経費のうち材料費18項目を変動費とし、他は固定費とした。人件費は1週間のタイムスタディを行い、診療相当分のみを計上した。また光熱水道費など直課できない経費はHOMAS標準の配賦基準に基づき按分した。

## 3) 研究Ⅲ

救急医療機関をその設置形態から4つのカテゴリー (①救急外来で主として初期診療を担当するもの、②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もの、③母体病院に併設された救命救急センターで高次の救命医療を行うもの、④救急部門それ自体が医療機関であるもの) に分類し、それぞれの代表的医療機関の責任者に自施設の経費・収益構造を報告してもらい (第33回日本救急医学会シリーズワークショップ、平成17年10月26日～28日、於埼玉)、会場全体を巻き込んだ討論等を通じてわが国の救急医療の採算性と課題についての検討を行った。

## C. 研究結果

### 1) 研究Ⅰ

全国の大学附属病院および救命救急センター (計271カ所) にアンケート調査表を郵送し、155カ所から回答を得た。有効回収率は57.2%で、その内訳は大学附属病院が54.8% (68/124施設)、救命救急センターが59.2% (87/147施設) であった。また開設者別では国公立大学附属病院80.8%、私立大学附属病院36.6%、公的病院56.9%、民間病院68%であった。

質問内容とその回答結果は以下の通りであった。

## アンケートの質問事項と回答結果

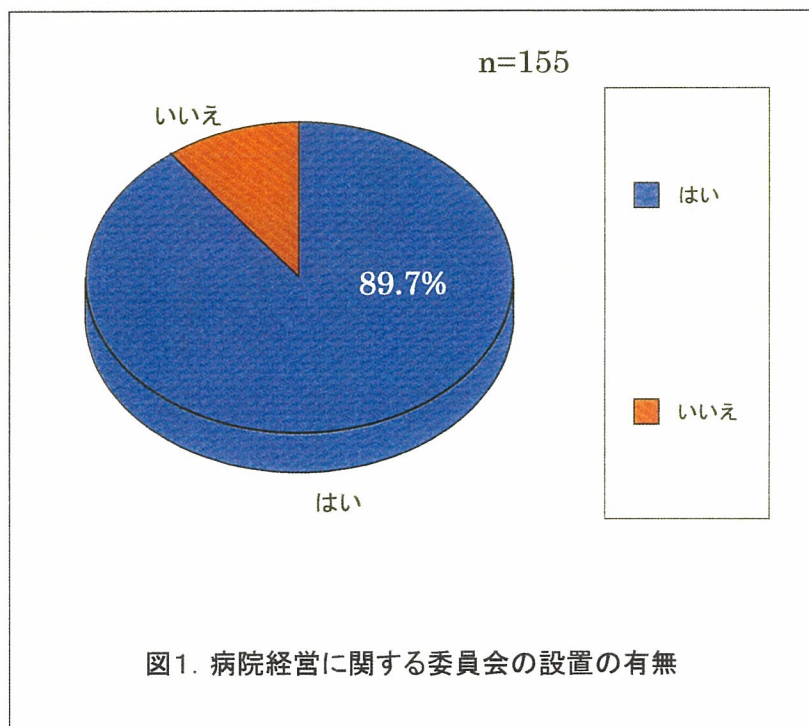
最も該当する項目（□）にチェックして下さい。

I. まず初めに、貴病院（救急部門を併設している場合はその母体病院）について質問させていただきます。

① 質問：貴病院に病院経営を掌理する委員会等が設置されていますか？

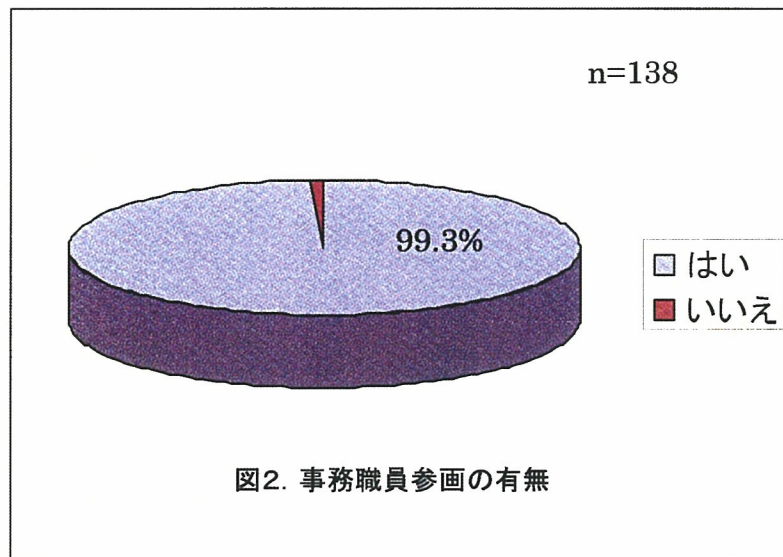
- はい
- いいえ

回答結果：図1



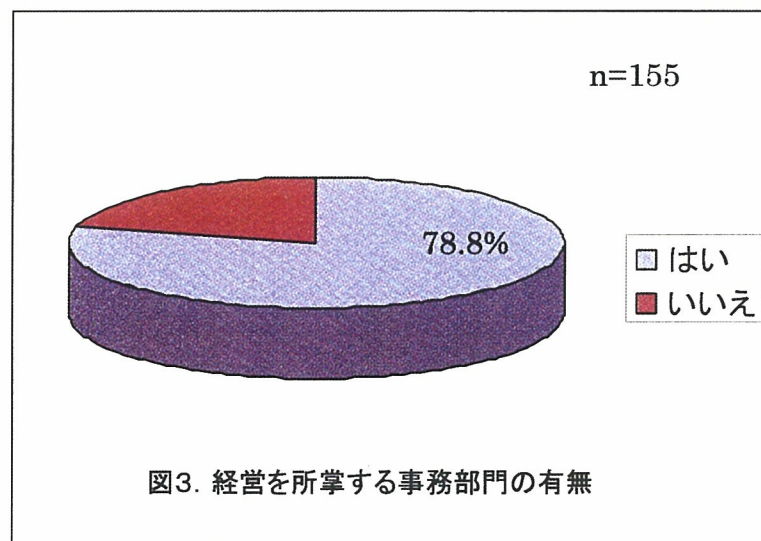
- ② 質問：①で“はい”と回答された方にお聞きします。  
 事務職員がこの委員会等の正式メンバーになっていますか？
- はい  
 いいえ

回答結果：図2



- ③ 質問：事務組織上、病院経営を所掌する部署（たとえば、戦略企画課、経営企画部、経営推進部等）が設置されていますか？
- はい  
 いいえ

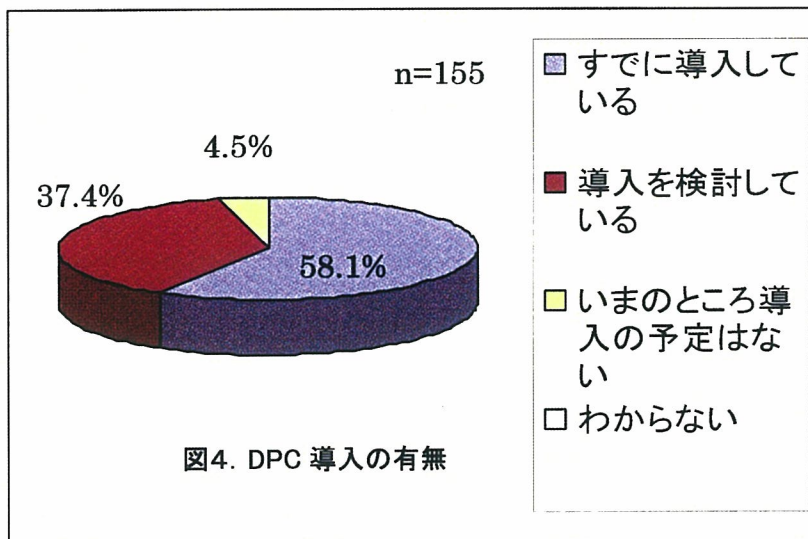
回答結果：図3



④ 質問：DPC（診断群分類別包括支払い制度）を導入していますか？

- すでに導入している
- 導入を検討している
- いまのところ導入の予定はない
- わからない

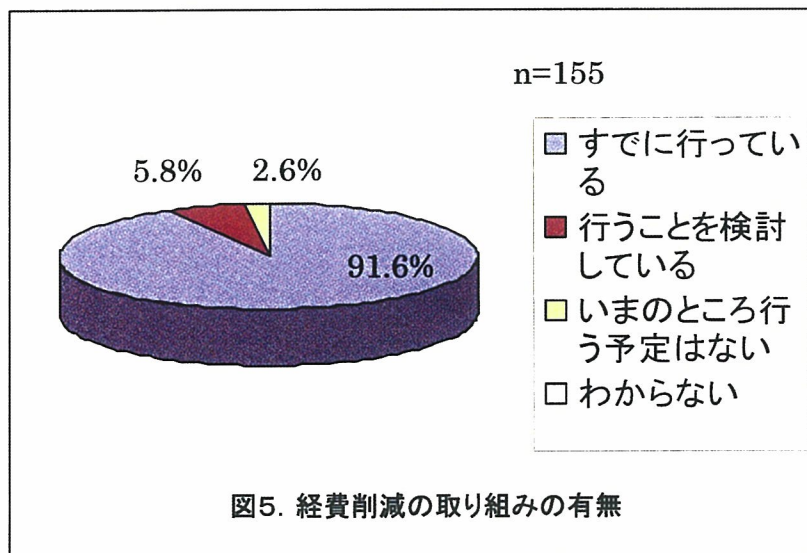
回答結果：図4



⑤ 質問：経費削減の取り組み（たとえば、在庫管理システムや物流管理システムの導入など）を行っていますか？

- すでに行っている
- 行うことを検討している
- いまのところ行う予定はない
- わからない

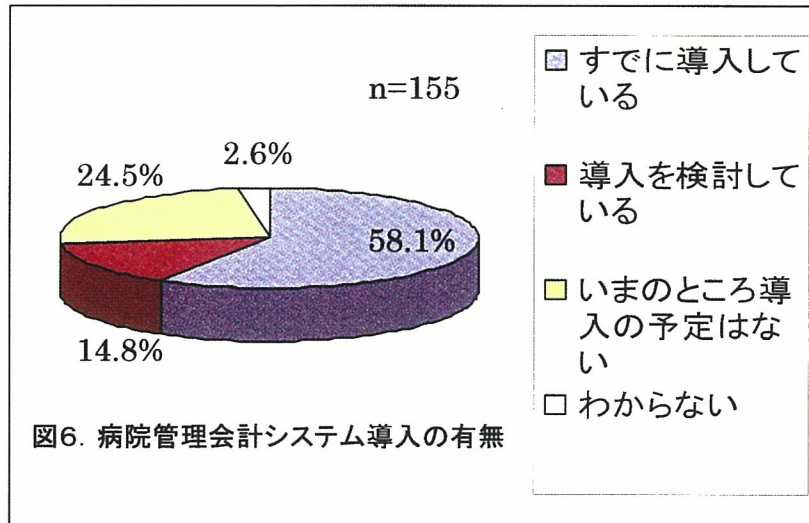
回答結果：図5





- ⑥ 質問：病院管理会計システム(たとえば国立大学病院管理会計システム HOMAS など)を導入していますか？
- すでに導入している
  - 導入を検討している
  - いまのところ導入の予定はない
  - わからない

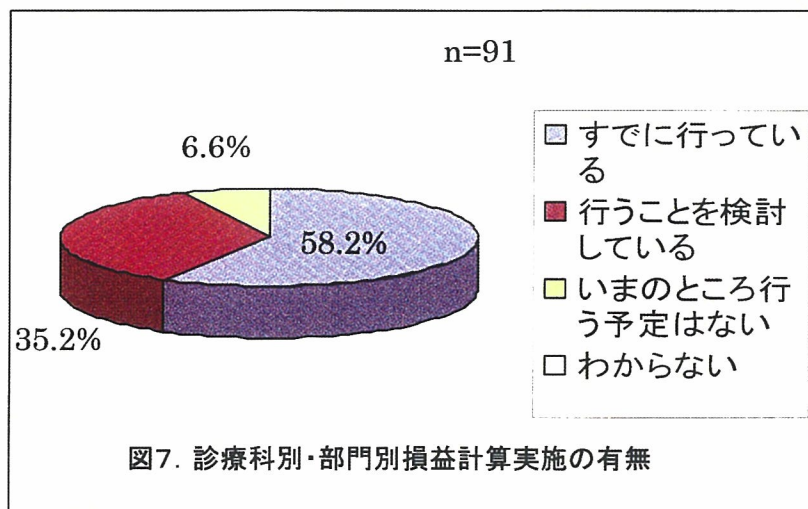
回答結果：図6



- ⑦ 質問：⑥ですでに導入していると回答された方にお聞きます。診療科別・部門別損益計算(原価計算)を行っていますか？
- すでに行っている
  - 行うことを検討している
  - いまのところ行う予定はない
  - わからない

回答結

果：図7



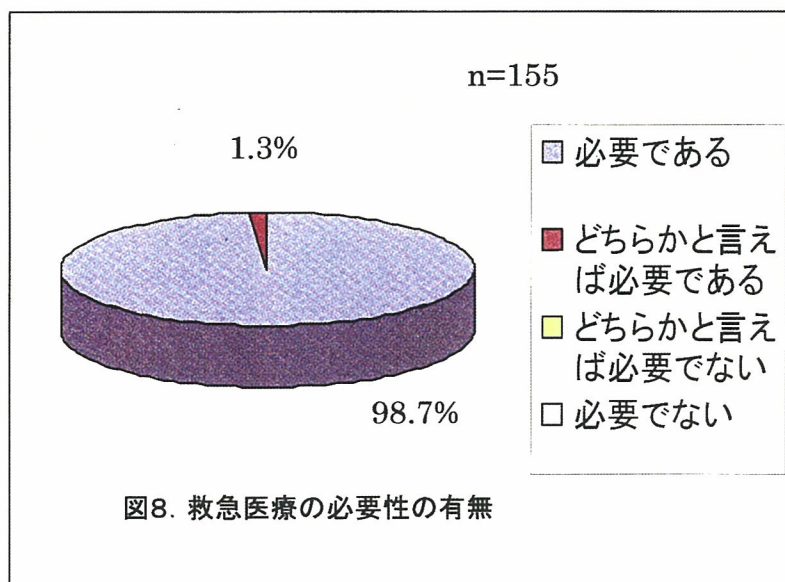
Ⅱ. 次に、貴病院における救急医療について質問させていただきます。

ここでは、病院全体（救急部門を含む）で行っている救急医療（時間外受診  
非救急患者の診療を含む）についてお答え下さい

① 質問：今後とも救急医療は必要と思いますか？

- 必要である
- どちらかと言えば必要である
- どちらかと言えば必要でない
- 必要でない
- わからない

回答結果：図8

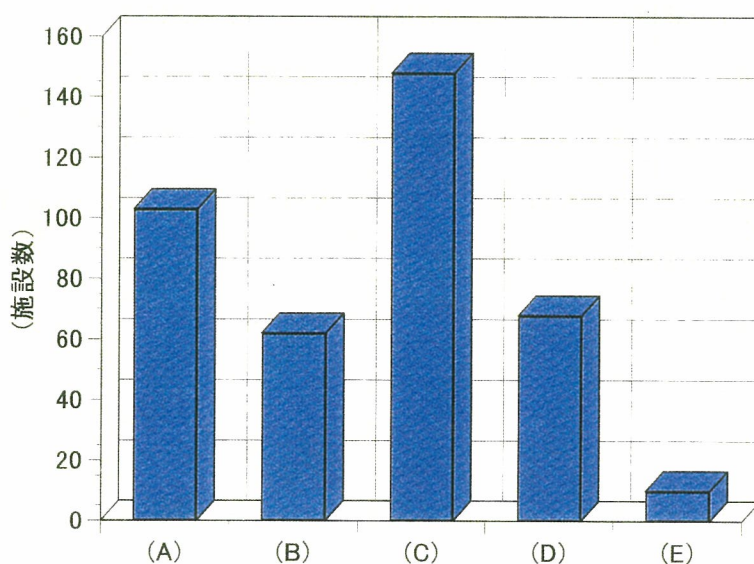


② 質問：①で“必要である”、“どちらかと言えば必要である”と回答された方にお聞きします。

その理由は何ですか（複数回答可）

- 教育・研修等に必要だから
- 病院経営に貢献するから
- 地域医療に貢献するから
- 病院の信頼性の向上やイメージアップに繋がるから
- その他

回答結果：図9



- (A)：教育・研修等に必要だから
- (B)：病院経営に貢献するから
- (C)：地域医療に貢献するから
- (D)：病院の信頼性の向上やイメージアップに繋がるから
- (E)：その他

救急医療は医療の基本だから  
離島からの急患対応に必要だから  
初期臨床研修医に選択されやすいから  
病院としての使命である  
患者のため  
県内唯一の救命救急センターを設置しているため  
重点医療課題のため  
県の基幹病院だから  
地域の基幹病院だから  
市民の要望が強いから

図9. 救急医療が必要である理由

②質問：①で“どちらかと言えば必要でない”、“必要でない”と回答された方にお聞きします。その理由は何ですか（複数回答可）

- 病院経営を圧迫するから
- 近隣の医療機関が積極的に救急医療を行っているから
- 国や自治体からの補助金が削減された（削減されそうだ）から
- 救急専従医の確保が困難だから
- その他

“どちらかと言えば必要でない”、“必要でない”と回答した医療機関はなかった。

Ⅲ. 最後に貴病院の救急部門について質問させていただきます。

① 質問：救急専従医（初期臨床研修医は除く）は何人いますか？

- 0人
- 1～2人
- 3～4人
- 5～6人
- 7人以上

回答結果：図10

