

資料 1

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―

演題募集要項

大阪大学 杉本 壽

三位一体改革に伴う補助金の削除など社会構造の変革が急速に進む中で、「救急医療は不採算でも許される」という従来の概念にいつまでも安住していることは許されません。「いつでも、どこでも、だれでも、適切な救急医療」を実現し、将来も維持していくためには、今一度原点に戻って様々な角度から救急医療を考えてみる必要があります。そこで、「救急医療を考える ―明るい未来を拓くために今―」の統一テーマの下に、3日間連続のワークショップをおこないます。10年後を一応の目安に、以下の具体的な項目について活発なご討議を期待しています。特に40歳前後の先生方には、積極的なご参加をお願いします。

SW 1) 救急医療の枠組み：島根大学 坂野 勉

救急医療は、昭和52年より初期・二次・三次医療機関の機能分担により整備されてきましたが、28年が経過した現在、多くの問題を生じています。たとえば、機能を果たしていない救命センターがある一方で、都市型救命センターなどにおける重症患者のみの診療が疑問視され、目指す救急はER型か救命型かの議論も続いています。更には、都市部と地方の医療格差増大、未整備の小児救急など、枚挙に遑がありません。他方、医療費包括化や労働基準法の導入、都会志向による地方の医師不足など、周囲の環境も急激に変化しており、国に代わる地方自治体の影響力増加と医療計画の見直しも目前に迫っています。現在、救急医療は長い年月の間に蓄積した諸問題および急激な社会変動の渦中にあり、救急医は将来の展望に不安と疑問を抱きながら、多忙な日常業務をこなしているのが現実ではないでしょうか。そこで、以下の項目について、具体的な数値による包括的な議論を行い、将来の礎となる救急医療の新しい枠組みを模索します。

I. 救急医療の目的、対象患者。 II. 診療体制：初期・二次・三次体制の再検討を含む地域全体としての救急医療と病院間連携。 医療機関内での救急部門の運営形態。 小児や高齢者などの救急。 広域熱傷センターなどの必要性。 その他。 III. 新しい枠組みを実現し、かつ、その後の状況変化に応じて改革できる方法。 IV. その他、情報・搬送体制など。

SW 2) 救急医療教育：京都大学 平出 敦

救急医療は最も患者のニーズに近い医療ではあるが、単なる間に合わせの医療とみなされている間は、継続的に優秀な人材を確保することはできない。その黎明期から現在まで、その学問体系の構築性やオリジナリティを示すために多大な努力がはらわれてきたが、新しい医学教育の潮流の中では、それだけではなく、その教育体制が実践的で、実質的であり、さらに系統化されたものであるかどうか問われるようになってきた。救急医療の教育は、その点で、初期臨床研修の目玉でもあり、その内容が極めてきびしく問われているのが現状である。効率的で現実的な新しいシステムは提言されているのか？斬新なトライアルはあるのか？明るい将来を実感させてくれるモデルはあるのか？検討したい。

SW 3) 救急医の役割：鳥取大学 八木 啓一

いつでも、どこでも、だれでも、適切な救急医療を達成する上で、救急医が果たすべき役割は何か？救急医療において救急医は各診療科専門医といかに関わり分擔あるいは協働すべきか？救急医は本当に必要なのか？それぞれの地域や病院における具体例を挙げて、救急医の役割について建設的なご討議を期待します。

SW 4) 救急医療の採算性：宮崎大学 寺井 親則

救急医療は不採算であるとよく言われます。しかし、その一方で救急医療を収益の核として大きく発展した病院も沢山あると聞いています。はたして本当はどうなのでしょう。もちろん、救急医療と一口に言っても、救急部門の設置形態や運営の仕方はまちまちです。独立型の救命救急センターもあれば、病院の診療部門として位置付けられたもの（併設型救急部門）もあります。また、同じ併設型救急部門でも救急外来のみを担当する施設もあれば他の診療科と同じように入院患者の診療を行なっているところもあります。このような設置形態・運営の違いによって収益に差があるのでしょうか。また、救急部門の収入を算定するうえでの問題点も指摘されています。その改善策はあるのでしょうか。救急医療の採算性を検討する場合、忘れてはならないものに救急部門の病院全体に対する収益改善効果、たとえば紹介率向上や在院日数短縮など、があります。これらのことを踏まえて、救急医療の採算性を多方面から発表して頂き、経営面からみた救急医療のあるべき姿を模索します。

SW 5) 救急医の労働条件：獨協医科大学越谷病院 池上 敬一

「救急医は典型的な3K業種」「救急医は夜も昼も働くのが当然」「救急は面白くもあり遣り甲斐もあるので若い頃はよいが、一生続けるのは無理である。」「救急医は男性の仕事であり女性には無理」などなど、各診療科医師から救急医の労働に対する否定的な発言が度々聞かれます。救急医が体力や情熱に満ちた特殊な医師にしかできない仕事である限りは、将来も救急医が増えることは期待できません。「いつでも、どこでも、だれでも、適切な救急医療」を実現するためには、救急医は一般の医師ならできる仕事であるどころか、むしろ極めて魅力のある仕事として多く医師が志望する職種であるべきです。救急医の労働条件はどうあるべきなのでしょう。どのような制度上の問題があり、それを解決するためにはどのような工夫があるのでしょうか？できるだけ具体例を提示し活発な議論をお願いします。

SW6) 地域における救急医療体制の評価：熊本大学 木下 順弘

救急医療体制の良否に関係する要因としては、地域内の救急医療機関が提供する診療の質はもちろん、メディカルコントロール体制（救急搬送、病院選定、事後検証、教育など）、医療行政（予算）、医師会の支援、救急医療情報提供サービス、住民の意識や住民に対する啓発などさまざまなものがある。また評価の尺度は、重症例については「救命率や社会復帰率」、軽症例については「利便性やサービスの質、患者の満足度」が重要となると思われるが、それ以外にもいろいろな視点から検討し、他の地域との比較を行っていただきたい。

第33回日本救急医学会総会

シリーズ・ワークショップ 「救急医療を考えるー明るい未来を拓くために今ー」

SW1 救急医療の枠組み(10月26日 9:00~11:00 第10会場)

座長 愛地医科大学病院高度救命救急センター 野口 宏
島根大学医学部救急医学講座 坂野 勉

SW1-1 救急医療の枠組み

長野医療衛生専門学校 瀧野 昌也

SW1-2 地方における救急医療の枠組み

済生会福岡総合病院 岸川 政信

SW1-3 病院併設救命救急センターの救急診療体制に変遷

大阪市立総合医療センター救命救急センター 鍛冶 有登

SW1-4 輪番制病院群における救命救急センターの役割

浜松医科大学救急医学 青木 克憲

SW1-5 救急診療機能強化の支援体制ー後方ベッド確保のためにー

沖縄県立中部病院地域・救命救急科 宮城 良充

SW1-6 高齢者救急医療の展望

舟橋市立医療センター救命救急センター 計良 和範

SW1-7 豊能広域こども急病センター開設による小児救急医療体制の構築

市立豊中病院救急診療科 東 孝次

SW1-8 高次医療情報網とドクターヘリ搬送による夜間広域救急医療体制の構築

和歌山県立医科大学救命救急センター 篠崎 正博

SW2 救急医療教育(10月28日 14:30~16:00 第10会場)

座長 札幌医科大学高度救命救急センター 浅井 康文
京都大学医学研究科 平出 敦

SW2-1 新臨床研修システムにおける救急医療教育の工夫ー変わったこと、変えたことー

効率陶生病院救急診療部 市原 利彦

SW2-2 当院救急部における研修プログラムの工夫とその問題点

慶應義塾大学医学部救急医学 石川 秀樹

SW2-3 臨床研修医教育における問題点<外傷症例が少ない>

青梅市立総合病院救命救急センター 肥留川賢一

SW2-4 外傷外科手術の標準化を目指したとらニングコース設立に向けて

帝京大学救命救急センター 内田 康之

SW2-5 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・危機管理法の開発

大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター 田中 裕

SW 3 救急医の役割 (10月26日 14:30~16:30 第10会場)

座長 岡山大学大学院医歯薬総合研究科救急医学 氏家 良人
鳥取大学救急・災害医学 八木 啓一

SW3-1 救急医の役割

日本医科大学附属第2病院救命救急部 黒川 顕

SW3-2 高度救命救急センターにおける救急医の役割

札幌医科大学附属病院高度救命救急センター 奈良 理

SW3-3 救急医の役割

亀田総合病院救命救急センター 弥永 真之

SW3-4 大規模急性病院の併設型救命救急センターにおける救急医の役割

麻生飯塚病院救急部 中塚 昭男

SW3-5 院内医師は救急医に何を期待しているか?

手稲溪仁会病院救命救急センター 森下 由香

SW3-6 一般病院における救急医の役割—specialistでありかつgeneralistな救急医の重要性

医療法人同仁会京都九条病院脳神経外科 榊原 毅彦

SW 4 救急医の役割 (10月28日 9:00~11:00 第10会場)

座長 聖マリアンナ医科大学救急医学 明石 勝也
宮崎大学医学部救急医学 寺井 親則

SW4-1 完全型 ER の採算性

沖縄県立中部病院救命救急センター 高岡 諒

SW4-2 2次救急は本当に赤字なのか?—救急の収益評価の指標—

大阪厚生年金病院救急部 木村 眞一

SW4-3 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

青梅市立総合病院救命救急センター 川上 正人

SW4-4 自己完結型運営による救命救急センターの収益性

川口市立医療センター救命救急センター 小関 一英

SW4-5 独立型救命救急センターの運営実績から見た経営分析

大阪府三島救命救急センター 森田 大

SW4-6 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

宮崎大学救急医学 岡本 健

SW 5 救急医の労働条件 (10月27日 15:00~16:30 第10会場)

座長 帝京大学医学部附属病院救命救急センター 坂本 哲也
獨協医科大学越谷病院救急医療科 池上 敬一

SW5-1 診療負担の正当な評価が労働環境改善のマイルストーンである

- 大阪厚生年金病院救急部 木村 眞一
- SW5-2 救急医就労実態からみた大学病院救命救急センターの労働条件はどうあるべきか？
兵庫医科大学救命救急センター 切田 学
- SW5-3 救命救急センター医師が積極的に系に休むためには（主治医制から申し送り制へ）
市立札幌病院救命救急センター 山崎 圭
- SW5-4 燃え尽きさせない勤務体制－ER型救命救急センターの場合－
神戸市立中央市民病院救命救急センター 白井知佐子
- SW5-5 当センターにおける救急医の労働条件～3交代性勤務導入による効果～
麻生飯塚病院救急部 稲留 直樹
- SW5-6 救急医の労働実態と医師・家族の満足度に関する検討
獨協医科大学越谷病院救急医療科 池上 敬一

SW6 地域における救急医療体制の評価（10月27日 9:00～11:00 第10会場）

- 座長 日本医科大学附属千葉北総病院救命救急センター 益子 邦洋
熊本大学侵襲制御医学 木下 順弘
- SW6-1 離島住民からみた救急医療体制の評価 ～対馬島における離島救急医療研究事業「救急医療に関する対馬市民の意識調査」結果より～
上対馬病院外科 中道 親昭
- SW6-2 神戸市における小児救急体制の現状と評価
六甲アイランド病院小児科 山田 至康
- SW6-3 救急医療体制の評価：愛知県救急業務高度化推進協議会の取り組み
愛知県救急業務高度化推進協議会作業部会 花木 芳洋
- SW6-4 事後検証医の立場からみた東京東北部の救急医療体制の問題点について
東京女子医大附属第二病院救命救急センター 曾我 幸弘
- SW6-5 地域救急医療体制の充実度評価の方法
川口市立医療センター救命救急センター 小関 一英
- SW6-6 バイタルサインによるフィールドトリアージの質は収容医療機関ごとのISSに影響する
聖マリアンナ医科大学救急医学 箕輪 良行
- SW6-7 医療機能評価を基準とした救急医療の評価
岡山大学附属病院救急部 七戸 康夫

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－」総括討論

10月28日 16:00～17:00 第10会場

- 座長 杏林大学医学附属病院救急医学 島崎 修次
山口大学医学部附属病院先進救急医療センター 前川 剛志

資料 2

臨床研修病院における救急指導医の実態調査

図1 救急指導医がいる臨床研修病院

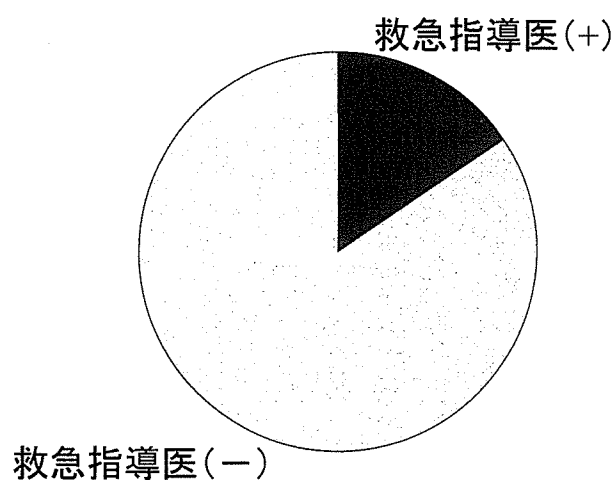
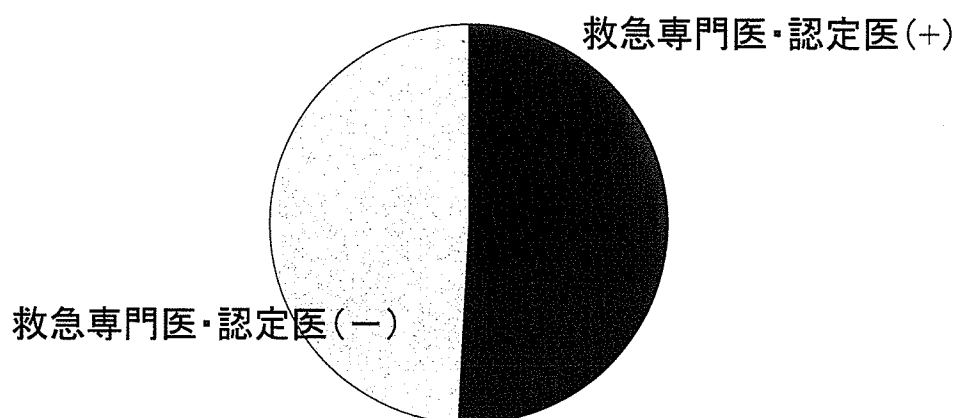


図2 救急専門医(認定医)がいる臨床研修病院



都道府県別にみた臨床研修病院数と救急専門医、比率

	専門医数	研修病院	(%)		専門医数	研修病院	(%)
沖縄県	12	15	80.0	宮城県	10	21	47.6
徳島県	6	8	75.0	岐阜県	10	21	47.6
香川県	8	11	72.7	山口県	6	13	46.2
福岡県	26	39	66.7	鹿児島県	6	13	46.2
栃木県	8	12	66.7	京都府	11	24	45.8
奈良県	6	9	66.7	熊本県	4	9	44.4
宮崎県	4	6	66.7	滋賀県	6	14	42.9
大阪府	46	73	63.0	鳥取県	3	7	42.9
神奈川県	38	61	62.3	岡山県	7	17	41.2
長崎県	8	13	61.5	佐賀県	2	5	40.0
長野県	17	28	60.7	秋田県	5	13	38.5
静岡県	17	29	58.6	福島県	6	17	35.3
岩手県	8	14	57.1	兵庫県	19	54	35.2
富山県	8	14	57.1	和歌山県	4	12	33.3
東京都	54	95	56.8	島根県	4	12	33.3
北海道	38	68	55.9	愛媛県	6	19	31.6
千葉県	20	37	54.1	三重県	6	21	28.6
広島県	15	29	51.7	福井県	2	7	28.6
愛知県	32	63	50.8	山梨県	2	7	28.6
茨城県	10	20	50.0	新潟県	4	16	25.0
大分県	6	12	50.0	青森県	3	12	25.0
石川県	5	10	50.0	山形県	3	13	23.1
高知県	5	10	50.0	群馬県	3	14	21.4
埼玉県	17	35	48.6		546	1072	50.9

資料3

三位一体改革に伴う救急医療体制の改編のあり方（案）

大阪大学 医学研究科 救急医学
杉本 壽

【背景】

三位一体改革に伴い地方6団体から平成17年度及び18年度に廃止して税源移譲すべき国庫補助負担金として、厚生労働省関係事項で総額9,444億円が挙げられている。その中に、救命救急センターの整備、輪番制などによる救急医療体制の整備、小児救急医療拠点病院への助成、ドクターヘリ導入促進などの救急医療にかかわる項目の補助金の廃止が提案されている。

救急医療は「医」の原点であり、「すべての国民が生命保持の最終的な拠り所としている根源的な医療」である。救急医療は「健康で文化的な生活」を営む上で欠かすことができない社会基盤であり、“いつでも、どこでも、だれでも”適切な救急医療を受けられて然るべきである。従来、国と地方とはそれぞれ役割を分担し、その実現に努めてきた。すなわち、外来処置ですむ軽症救急患者を担当する初期救急医療施設（休日夜間急患センター509カ所、在宅当番医制686地区）は市町村が、入院が必要な重症救急患者を担当する二次救急医療施設（3,271病院）は都道府県が、最重症救急患者を担当する三次救急医療施設（救命救急センター174施設）は国が、それぞれ中心となって整備してきた結果、量的な目標はほぼ達成されている。

今回の地方6団体からの補助金廃止で直接の影響を受けるのは、救命救急センターである。救命救急センター運営補助金は運営赤字の一部補填であるが、実際には対象となる救命救急センターのほとんどが補助金の交付を受けている。地方6団体からの提案通りの税源移譲によって国からの救命救急センター補助金が廃止された場合、自治体の財政的事情によっては救命救急センターの運営に大きな支障が生じることが十分に予想される。

生命の危機に瀕した最重症救急患者の診療を受け持つ救命救急センターは、地域における救急医療の“最後の砦”であり、正しく救急医療サービスの要である。仮に国からの補助金がなくなっても、自治体の財政状況に左右されることなく、全国の救命救急センターが安定した運営を続けられるように、具体的な方策を立てることが喫緊の課題である。

【救命救急センターの安定運営確保のための具体的方策】

【骨子】

1. 救命救急センター運営補助金の問題点
 - 1) 現行の救命救急センター補助金は不合理・不公正・不公平である。
 - 2) 補助金は量的目標達成には有効でも質的改善には自ら限界がある。
 - 3) 努力し成果を上げた者が報われる制度のみが質的改善をもたらす。
2. 明文規定と競争原理の導入

- 1) 救命救急センター開設の自由化
- 2) 救命救急センター認可要件の明文規定
3. 救急医雇用と労働基準法遵守
 - 1) 救命救急センター長の資格要件：日本救急医学会指導医
 - 2) 救命救急センター専任の救急科専門医が 5 名以上必要
 - 3) 救命救急センター専任医師の勤務は週 40 時間、連続 12 時間以内
4. 救命救急センターの運営効率化
 - 1) 院内 ICU との共用による医療資源の効率利用
5. 救命救急センターの収益性の確保
 - 1) 経費の実態に即した傾斜入院料の導入
 - 2) 救命救急センター初診料（救命救急入院料 2 の初日分算定）
 - 3) 院内発生患者に対する救命救急入院料（あるいは集中治療室管理料）の算定
 - 4) 救命救急センター長期在院病態に対する実態に即した診療報酬
6. 救命救急センターの活動調査と立ち入り検査
 - 1) 年次報告による書類審査と定期的な立ち入り調査
 - 2) 認可取り消し、罰則規定
7. 地域医療計画と評価機構
 - 1) 地域医療計画における救命救急センターの明記
 - 2) 救命救急センター評価機構

1. 救命救急センター運営補助金の問題点

- 1) 現行の救命救急センター補助金は不合理・不公正・不公平である。

救命救急センター補助金は運営赤字に対する補填であり、努力をして赤字を減らすと補助金も連動して減る仕組みになっている。この類の補助金は一般に経営努力を減退させる方向に働くだけでなく、しばしば補助金を多く得るための経理操作を招く。実際、総合病院併設型の救命救急センターでは病院本体の赤字を救命救急センターに回して、高額な補助金を受けることが半ば公然と行われている。本来の救命救急センター補助金ではなく病院補助金に成り代わっている。

問題はそれだけに留まらない。地域救急医療の“最後の砦”の役割を果たす能力も意思もないにもかかわらず、補助金目当ての名前だけの救命救急センターが存在することである。この補助金目当ての救命救急センターは地方の公的病院に多く、既得権益に安泰し活動も押し並べて低調である。

他方、熱心に救急患者を受け入れ、実質的に地域救急医療の“最後の砦”の役割を果たしている救急病院が、同じ医療圏に名前だけの救命救急センターがすでにあるが故に、新たに救命救急センターの認可を受けることができないという不合理が生じている。

さらに、同じ救命救急センターでありながら、国からの救命救急センター補助金の対

象とならない救命救急センターが存在する。これは明らかに不公平である。旧国立大学附属病院の救命救急センターもその一例である。旧国立大学附属病院は、それぞれの地域で設備・人材を含めた医療資源に最も恵まれており、特定機能病院として地域医療の中核を担っている。あらゆる診療領域のエキスパートが揃っている大学病院は、どのような急性病態にも対応することができ高度な救命救急医療を行なうには最適である。劇症型肝不全はその典型例である。救急専門医・消化器内科医・消化器外科医がチームを組んで、生体肝移植までを含めた最適な治療法を選択し、実行することを大学病院の他に求めることは難しい。大学病院は地域救急医療の“最後の砦”の役割を果たす能力を潜在的に持っている。また医大はすべての都道府県にあるので、救急医療の地域格差の解消という面からも大いに期待できる。実際、全国の多くの旧国立大学附属病院でも救命救急センターの開設が検討されてきたが、「救命救急センターは大きな赤字を生み出すが、私立医大にはそれ以上に高額な補助金が交付されるのでむしろドル箱になる。しかし、国立大学附属病院には国からの補助金が交付されないので経営が大きく圧迫される。」と心配し、また独立行政法人後の採算に対する厳しい締め付けもあって、二の足を踏んでいるのが実情である。これなども救命救急センター補助金の不公平がもたらした禍の一つである。

2) 補助金は量的目標達成には有効だが質的改善には自ずから限界がある。

量的整備が先行したのは確かであるが、名前だけの救命救急センターによる補助金のただ取りが気付かれず、今まで放置されてきた訳ではない。厚生労働省は毎年、全国の救命救急センターに調査票を送り、救命救急センターの活動の程度を3段階にランク付けし、低く評価された救命救急センターには補助金の減額、救命救急入院料の減額などのペナルティを課すことで救命救急センターの活性化を図ってきた。ランク付けが始まった当初に比べ、BやCの低いランクに評価される救命救急センターは年々減少し、最近の調査ではほとんどがAランクと評価されるようになってきている。救命救急センターの評価・ランク付けは、確かに既存の救命救急センターの充実に効果を発揮したと言えるであろう。しかし、最高のAランクと評価された救命救急センターのすべてが、それ相応の活動を実際に行っているかは大いに疑問である。低いランクが減ったのは、回答者が調査票に慣れ、高いランク付けを得られる回答の骨を身につけたからという面も否定はできない。従来の評価方法は、診療体制や人員などの外形的な項目に主眼を置き、それらが実際に機能しているかはあまり問題にしていない。すなわち、あくまでも量に重きを置いた評価であり、質の評価ではない。量的目標を達成する上では一定の効果が期待できても、量的目標が達成された次に問題となる質の改善には多くを望めないのは仕方がないことである。

ところで、救命救急センターに関しては、量に比べて質の評価は極めて難しい。救急医療は地場産業的な面が強く、それぞれの地域的な特性を生かすことが大切である。例えば大都市と地方都市とでは救命救急センターのあり方が異なるし、異なるべきである。それぞれの地域特性を無視して全国の救命救急センターを一律に質的評価することは無理である。仮に無理に行っても歪を生み出すだけで得るものはない。

3) 努力し成果を上げた者が報われる制度のみが質的改善をもたらす。

救命救急センター補助金は、名目上は運営赤字に対する補填であるが、真の狙いは救命救急センターを全国津々浦々に開設することにあったと見るべきである。当初の量的目標が達成されるまでは、少々の不合理や不公平に目をつぶっても許される。実際、救命救急センター補助金は大いに力を発揮し、狙い通り全国に174施設の救命救急センターが開設された。量的目標の後は、質が問題となる。救命救急センター補助金の不合理・不公正・不公平は、質の向上をむしろ妨げる面が強い。質の向上には補助金に代わる新しい制度が必要である。すなわち、今回の地方6団体の提案を奇貨とし、救命救急センター補助金に代わって、実績に応じた収益分配を原則とする新しい制度の創設を目指すべきである。努力し成果を上げた者が報われる制度のみが質的改善をもたらす。地域の救急医療の“最後の砦”として、多くの重症救急患者を収容し、優れた診療実績を上げれば（赤字が減るではなく）収益が増えるシステムを導入することによって、はじめて努力が呼び覚まされ、結果として質的な向上が期待できる。それには既得権益の排除と規制緩和による競争原理の導入が必要である。

2. 明文規定と競争原理の導入

救命救急センターの備えるべき設備基準、必要な人員、実績などの認可要件を明文規定し厳格に当てはめると同時に、それらの認可要件を満たす施設から申請があった場合には原則的に認可する（救命救急センターの名称の使用と救命救急入院料加算を認める。）。

1) 救命救急センター開設の自由化

多くの救命救急センターが赤字運営に対する国からの補助金を受けている一方で、補助金を受けられなくても救命救急センターの開設を望む施設が全国にある。これらの施設では、救命救急センターを開設し救命救急入院加算ができれば採算性の確保が十分に可能と試算されている。さらに、救命救急センターでの超急性期治療に引き続く一般病棟での急性期治療の継続から上がる収益、紹介率の向上や在院日数短縮による診療報酬上の優遇加算、悪くなったときには何時でも診てくれるという一般の通院患者に対する安心感提供などを考慮すれば、救命救急センターは急性期型病院の経営上の戦略拠点であると、むしろ積極的な評価がなされている。

補助金なしでも救命救急センターの開設を望む施設にとって、都道府県の医療計画に基づく救命救急センター設置の現行システムは、大きな障害となっている。実際、地方によっては公的病院の救命救急センターと私的な救急病院とで地域救急医療における役割・評価が全く逆転していることも稀ではない。しかも公的病院が救命救急センター補助金を受けているのは極めて不合理であるだけでなく、既得権益化は非効率をもたらす。救命救急センター補助金を廃止し、救命救急センターの開設を自由化し競争原理を導入することによって、地域救急医療の要である救命救急センターの活性化を図るべきである。

2) 救命救急センター認可要件の明文規定

救命救急センターは地域の救急医療の“最後の砦”あり、救急医療システム全体の要で

ある。救命救急センターの開設を自由化し競争原理を導入する一方で、その役割を果たしうる質・能力が保証されなければならない。

- 内因・外因を問わずあらゆる重症救急患者に対応するには高額な設備を整える必要があり、また救命救急センターを効率よく運営するには後送病床の確保が望ましいことから、300床以上の急性期型の総合病院に併設することを原則とする。
- 300床以上の急性期型の総合病院であれば、救命救急センターの運営に必要な設備はほとんど整っていると考えられるが、必須の機器・設備のリストを作成し、それらが24時間体制で救命救急センターが優先的に使用できることを確保する。
- 高度救命救急センターは、地方では1県1箇所、大都市圏では人口400万人当たり1箇所を目安とし、大学病院に併設する。
- 救命救急センターの占有病床数は10床以上とし、いずれにも集中治療室の設置基準を準用する。
- 医療スタッフについては、24時間常に救急科専門医1名以上、看護師1名以上/3床が救命救急センター専任として勤務していることを明記する。
- 地域救急医療（ICLS 講習、ウツタイン、MC など）の向上への協力義務の追加明記（救命救急センター運営補助金を廃止し、その一部をこれらへの協力実働に応じて支払う）
- 各種データバンクへの協力義務の追加明記（同上）
- その他：現行の救命救急センターの要件の改訂

3. 救急医雇用と労働基準法遵守

1) 救命救急センター長の資格要件：日本救急医学会指導医

救命救急センターの要件で、医療スタッフとして「救命救急センター長は日本救急医学会指導医の資格を有する専任医師でなければならない。」ことを明記する。

既存の併設型救命救急センターの多くで、救命救急センター長が一種の院内ポストとして扱われ救急医療に直接関与していない幹部医師に当てがわれている。これは、当該救命救急センターの運営に現場の声が反映されない、救急実務担当者の意欲を殺ぐなどの他に、地域の救急医療体制や病院前救護の向上を促進する上でも大きな足枷となるなどの弊害をもたらしている。また救命救急センター長の幹部医師への院内ポスト化は、幹部医師の高額な人件費を救命救急センターの運営費に振り替えて、赤字補填を得る経理上のテクニックとして広く用いられている。

2) 救命救急センター専任の救急科専門医が5名以上必要

救命救急センターの要件に、救命救急センターには専任の日本救急医学会救急科専門医（認定医を含む）5名以上が必要であることを明記する。

救命救急センターは、「すべての重篤な救急患者に対し高度な救急医療を総合的に24時間体制で提供できること」が求められている。この役割を果たすためには、救急科専門医が24時間常にセンターに勤務している体制を整えることが不可欠である。標準的労働

時間を守って 24 時間 365 日この体制を維持するためには、下記の計算からも明らかなように 5 名以上の救急科専門医師が救命センターに専任していることが必要である。

- 標準的勤務（平日の前 9 時～午後 5 時、週 40 時間）の年間労働時間

$$\begin{aligned} \text{休日の日数：(土・日)} & \quad 2 \text{ 日/週} \times 52 \text{ 週/年} = 104 \text{ 日/年} \\ & \quad \text{(祭日・年末年始)} \quad 20 \text{ 日/年} \\ & \quad \text{(有給休暇)} \quad 20 \text{ 日/年} \end{aligned}$$

年間労働時間 有給休暇あり 8 時間/日 × (365 - (104 + 20 + 20)) 日 = 1,768 時間

有給休暇なし 8 時間/日 × (365 - (104 + 20)) 日 = 1,928 時間

- 救命救急センター（365 日 24 時間勤務体制）の年間労働時間

$$24 \text{ 時間/日} \times 365 \text{ 日} = 8,760 \text{ 時間}$$

常時 1 名確保するために必要な人員数

$$\text{有給休暇あり} \quad 8,760 \text{ 時間} \div 1,768 \text{ 時間/人} = 5.0 \text{ 人}$$

$$\text{有給休暇なし} \quad 8,760 \text{ 時間} \div 1,928 \text{ 時間/人} = 4.5 \text{ 人}$$

3) 救命救急センター専任医師の勤務は週 40 時間、連続 12 時間以内

救命救急センターでは、医師は短時間での確な判断を下すことを常に求められ、判断の誤りが致命的な結果に繋がることが多い。救命救急センターの専任医師は勤務中常に心身ともに強い緊張状態を強いられている。これは医師の心身の健康を確実に蝕むと同時に、長時間の連続勤務による過労はしばしば致命的な判断の誤りを招く。救急医は代表的なハードワークと一般に見られているが、疲労困憊し精神的な余裕を失った医師が優れた医療を提供できる筈がない。勤務中の強い緊張状態に絶えるには、心身の十分な休養によって気力・体力を充実させることが不可欠である。救命救急センター専任医師にこそ過労勤務は厳禁であり、標準的な週 40 時間労働と連続勤務 12 時間以内、祭・休日勤務に対する代休確保などを明確にガイドラインとして全国に示し、労働基準局を通じて強力に指導すべきである。救急医を、遣り甲斐はあるが強健な体力が必要で若い頃しかできない仕事から、極めて高い知力が求められるが、体力は普通でよく女性も定年退職まで十分に余裕をもって働ける魅力的な仕事にすることは、圧倒的に不足している救急医を増やす上でも極めて重要なことである。また、女性医師の比率が将来ますます高まることを考えれば、育児施設など女性が安心して働き続けられる環境を整えることも必要である。

4. 補助金廃止に伴う規制撤廃

救命救急センター補助金の廃止に伴い規制的な措置は撤廃し、運営の効率化を図れるようにしなければならない。

1) 院内 ICU との共用による医療資源の効率的利用

現行の制度では救命救急センターは院外で発生した重症救急患者を収容することを前提にしているため、院内で発生した重症救急患者を救命救急センターで診療しても救命救

急入院料は算定できないことになっている。これら院内発生の重症患者は救命救急センターとは別の院内 ICU で診療すべきであり、その場合は特定集中治療室管理料を算定できていることになっている。高額補助金を出している救命救急センターの病床が専ら院内 ICU として予定手術の術後患者等のために使用され、救命救急センター本来の役割である院外地域からの重症救急患者の収容が制限されるようなことがあってはならないのは当然であるから、院内の病棟から救命救急センターに転病棟した患者については救命救急入院料が算定できないとするのは一見合理的に見えるが、実際は以下のように大きな矛盾・問題を含んでいる。

● 同じ診療に対する異なった報酬の矛盾

他の病棟で入院中の患者がたまたま急性心筋梗塞や脳卒中を併発し、その病院に併設されている救命救急センターで治療を受けた場合（救命救急入院料はもちろんのこと集中治療室管理も算定できない）と、自宅で発生して救命救急センターに搬送されて同じ治療を受けた場合（救命救急入院料を算定できる）とで、診療報酬がまったく大きく異なることを合理的に説明することができない。理論上は、院内で発生した重症患者を自院併設の救命救急センターではなく、近隣の他の救命救急センターに送る（近隣の救命救急センターは救命救急入院料を算定できる）というような非人道的なことも起りかねない。胸痛で内科外来を初診した患者が急性心筋梗塞と診断され併設の救命救急センターに紹介された場合と、同じ患者が救急車で直接救命救急センターに搬送された場合とでも、全く同じ矛盾が生じる。

● 救命救急センターと院内 ICU との一体運用の実態

救命救急センターや院内 ICU の運営には看護職員を含め多数の人員を必要とする。同じ病院の中で救命救急センターと院内 ICU とをそれぞれ独立に運営できる人員数を抱えることができる病院は限られている。多くの救命救急センターが病床の一部を院内 ICU として使用しているのが実態である。今までは院内 ICU としての使用が一定の割合以下であれば黙認されてきたが、極めて現実的かつ賢明な判断と言える。大都市圏は別として、重症救急患者の発生数が限られている地方都市の救命救急センターでは、人員や設備・資源の効率利用の面から救命救急センターと院内 ICU との一体運用が避けられない。これは救命救急センターの運営赤字を減少させるためにも必要である。

5. 救命救急センターの収益性の確保

1) 経費の実態に即した傾斜入院料の導入

救命救急入院料は、7日以内は 91,900 円・105,900 円/日（それぞれ救命救急入院料 1, 2。以下、同じ）、8-14日は 79,900 円・93,900 円/日となっている。救命救急センターにおける重症患者の診療では、まず病態を解明し治療方針を確定することが最も重要で、このために入院当初に検査等に集中的に経費が投入されている。したがって現行の診療報酬体系では、入院当初の数日はむしろ持ち出しとなり、その持ち出しをその後の入院期間中に回収するようになっている。これは救命救急センター在室期間の延長につながると同時に、常に空床を確保し重症救急患者を収容できるように母体病院や地域医療機関と

の連携を高め救命救急センター在室期間の短縮に務めているセンターほど収益性が悪くなる矛盾が生じる。この問題は、救命救急センター入院料の総額は変えなくても、救命救急入院料の傾斜分配を投入経費の実態に合うようにすればかなりの部分は緩和できる。

以下は一例である。

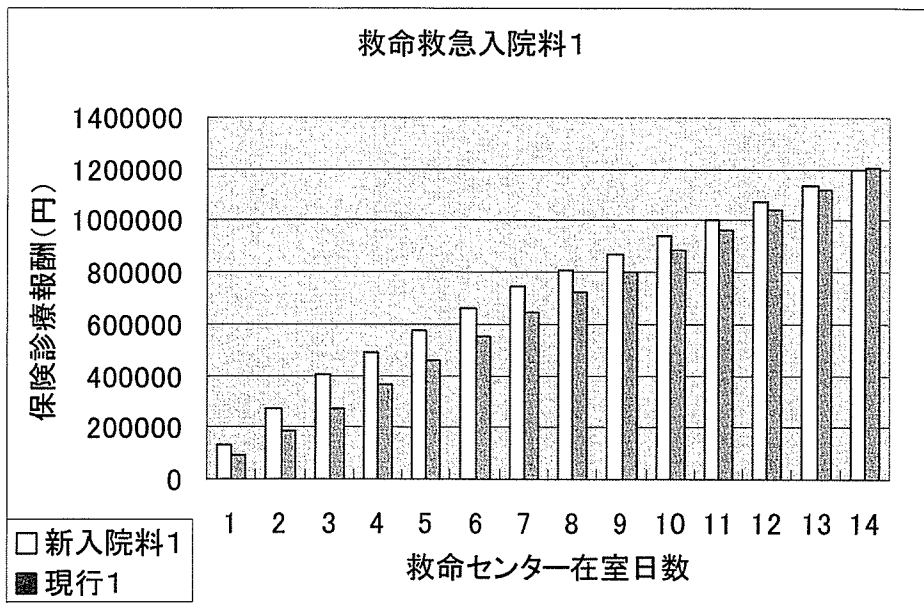
- 当初3日間 135,000円・150,000円（合計 405,000円・450,000円）
 - 4－7日 85,000円・100,000円（合計 340,000円・400,000円）
 - 8－14日 65,000円・80,000円（合計 45,5000円・560,000円）
- 総額 1,200,000円・1,410,000円

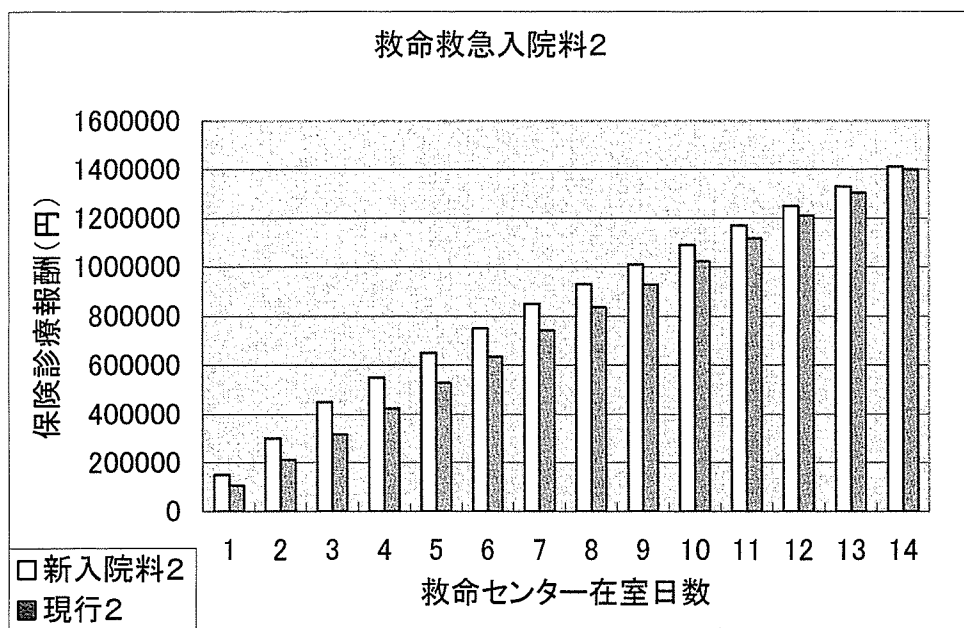
なお、現行は次の通りである。

- 当初3日間 91,900円・105,900円（合計 275,700円・317,700円）
 - 4－7日 91,900円・105,900円（合計 367,600円・423,600円）
 - 8－14日 79,900円・93,900円（合計 559,300円・657,300円）
- 総額 1,202,600円・1,398,600円

このモデルでは在室日数が短いほど、収益性は増加する。同じ病床稼働率であっても、初診患者を積極的に多く収容し救命救急センターの在院日数短縮に務める活動的なセンターほど収益が多くなると同時に、院内ICUとして使用するよりもはるかに収益性が高くなることから救命救急センターの院内ICU化を防ぐ効果も期待できる。

参考





2) 救命救急センター初診料（救命救急入院料2の初日分算定）

救命救急入院料は、対象病態が限定されている上に救命救急センターに入院した重症救急患者にのみ認められている。しかし、救命救急センターへの救急患者の収容の是非を救命救急センター側がすべて決定している訳ではなく、現場に出動した消防救急隊がトリアージし、救命救急センターへ収容を要請してくるのがほとんどである。その中には結果として救命救急入院料の対象外患者（特に近年は高エネルギー外傷患者が救命救急センターに搬送される機会が多くなったので、この傾向が強い。）や外来死亡症例（院外心肺停止症例で蘇生できなかった症例など）も含まれる。救命救急入院料が算定できる・できないにかかわらず、これらの患者が搬送されると時間・人員、検査、機材など多くの医療資源を同じように投入せざるを得ない。結果として算定できないことになったとき、現行ではこれらに対する報酬はあまりにも少なすぎて、救命救急センターの明らかな持ち出しとなる。自衛策として外来死亡した場合でも一旦入院したことにして救命救急入院料を加算することが一部のセンターでは行われていると聞く。事情はよく理解できるものの現行の制度上は決して正当化できない行為である。救命救急センターが採算性を優先し、救命救急入院料が確実に算定できる症例だけを収容するようになると、地域の救急医療システムが崩壊することは明らかである。この問題についても、実態に即した対応をすべきであり、消防救急隊や地域医療機関から要請のあった患者については、救命救急入院料の対象病態で有る無しにかかわらず、また外来死亡症例に対しても、救命救急センター初診料として救命救急入院料2の初日分を算定できるようにすべきである。ただし、救命救急センター入院例については、初日の入院料の二重徴収はできないとするのは当然である。

この制度を導入することによって、消防救急隊や地域医療機関からの救急患者収容要請に積極的に応じるほど（持ち出しが増えるのではなく）収益性がよくなると同時に、現

行の制度を遵守している正直なセンターが不利を被る不正義が是正される。

3) 院内発生患者に対する救命救急入院料（あるいは集中治療室管理料）の算定

救命救急センターの役割は重症救急患者に最善の医療を施すことにあり、患者の院内・院外の区別は全く無意味である。また、救命救急センターに求められているのは地域で発生する重症救急患者を常に収容できる機能であり、その運営方法は問題の本質ではなく各病院が最も効率のよい方法を選択すべきものである。院内発生患者に対する救命救急入院料ならびに集中治療室管理料の算定禁止は救命救急センターが院内 ICU 化するのを防ぐための方策であるが、救命救急センターの効率的な運営の足枷となっている面がある。救命救急センター補助金を廃止すれば、このような規制も必要なくなるので、院内発生患者であっても診療実態に応じて集中治療室管理料あるいは救命救急入院料のどちらかを算定できるようにすべきである。

- 集中治療室管理料の対象：入院原因傷病に関連する病態で集中治療室管理料の対象となるもの。予定手術の術後、原因傷病の悪化など。
- 救命救急入院料：入院原因傷病と関連なく入院中に新たに発症した急性病態で救命救急入院料の対象となるもの。入院中に偶発した急性心筋梗塞、脳卒中、自傷、他傷など。

4) 救命救急センター長期在院病態に対する実態に即した診療報酬

救急医療に限らず在院日数の短縮は最重要事項であり、救命救急センターについても在室日数を短縮する努力を促す必要があり、上述の入院料の傾斜配分を強化するのもその一つである。しかし、重症救急病態の中には救命救急センター在室日数が延びざるを得ない病態がいくつかある。広範囲熱傷はその典型例であり、これに対しては広範囲熱傷特定集中治療管理料(78,900円/日)の算定が60日を限度として認められている。熱傷には電撃傷、薬傷、凍傷も含まれている。近年の人口の高齢化、糖尿病患者の増加に伴って急増している軟部組織のガス壊疽や壊死性筋膜炎なども、広範囲熱傷と同様に長期にわたる集中管理が必要であるので、類似の特定集中治療室管理料を準用すべきである。

- 広範囲軟部組織感染症・ガス壊疽・壊死性筋膜炎：60日間
- 意識障害遷延患者（外傷後、脳卒中、脳炎、蘇生後など）：30日間
- 脊髄損傷：病状ではなく転院先がないために長期にわたり救命救急センターの病床が占有されることが多い。超急性期後の急性期・リハビリをも一貫して行なう専門的な施設（脊髄損傷センター）を各県に設置し、救命救急センターの後送先を確保するシステムを作ることが必要である。

6. 救命救急センターの活動調査と立ち入り検査

1) 年次報告による書類審査と定期的な立ち入り調査

高額な救命救急入院料を算定する以上は、それに相応しい能力と実績を維持し、地域の救急医療の“最後の砦”の役割を果たさなければならない。開設時の認可要件、詳細な診療実績、収支などについて一定の書式に基づいた年次報告を義務付け、毎年厳密な

書類審査を行なう。また定期的に立ち入り調査を実施し、改善すべき点があれば期限付きの勧告を行なう。

2) 救命救急センターの認定更新制度

地域医療計画の策定に合わせて、救命救急センターの認可更新を行い、改善勧告などの指導が実行されていない施設は認可を取り消す（救命救急センターの名称ならびに救命救急入院料の算定ができない）。

3) 認可取り消し、罰則規定

改善勧告が守られないとき、不正行為があったとき、実績が認められないときには、救命救急センターの認可を取り消すことができる。

7. 地域医療計画と評価機構

1) 地域医療計画における救命救急センターの明記

医療法30条3（医療計画）の2（医療計画で定める事項）の七（休日診療、夜間診療等の救急医療の確保に関する事項）、平成10年6月1日 健政発689号（各都道府県知事あて厚生省健康政策局長通知）に基づき、各都道府県で医療計画が数年おきに作成されている。この医療計画の中で、三次救急医療機関として救命救急センターを記載することを改めて強調する。また、局長通知で救命救急センターは人口100万当たりに1カ所としているがこれは最低基準であること、認可要件を満たせば救命救急センターの開設は原則自由であること、人口30～50万人当たり1カ所程度が目安であることに改める。なお、救命救急センター入院料を除く各種管理量・病棟入院料等の施設基準は、設備ならびに人的要件を満たせば設置は原則自由であることを申し述べておく。

2) 救命救急センター評価機構

各都道府県に救命救急センター評価機構を設置し、救命救急センターの認可、活動評価、立ち入り調査、認可取り消しなどの権限を与える。メンバーとしては、救急指導医、行政担当者、消防機関代表者、医師会、議会代表者、市民代表者、マスコミ代表、有識者代表、経済界代表などを含むものとする。

【参考資料】

救命救急センターの運営赤字の要因

1) 人件費

地域救急医療の“最後の砦”の役割を担う救命救急センターは最重症の救急患者を 365 日 24 時間いつでも受け入れる体制を保たなければならない。その結果、標準的労働条件を当てはめると通常のおよそ 5 倍の人員が必要となる。

- 標準的勤務（平日の前 9 時～午後 5 時、週 40 時間）の年間労働時間

$$\begin{aligned} \text{休日の日数：(土・日)} & \quad 2 \text{ 日/週} \times 52 \text{ 週/年} = 104 \text{ 日/年} \\ & \quad \text{(祭日・年末年始)} \quad 20 \text{ 日/年} \\ & \quad \text{(有給休暇)} \quad 20 \text{ 日/年} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{年間労働時間 有給休暇あり} & \quad 8 \text{ 時間} \times (365 - (104 + 20 + 20)) = 1,768 \text{ 時間} \\ \text{有給休暇なし} & \quad 8 \text{ 時間} \times (365 - (104 + 20)) = 1,928 \text{ 時間} \end{aligned}$$

- 救命救急センター（365 日 24 時間勤務体制）の年間労働時間

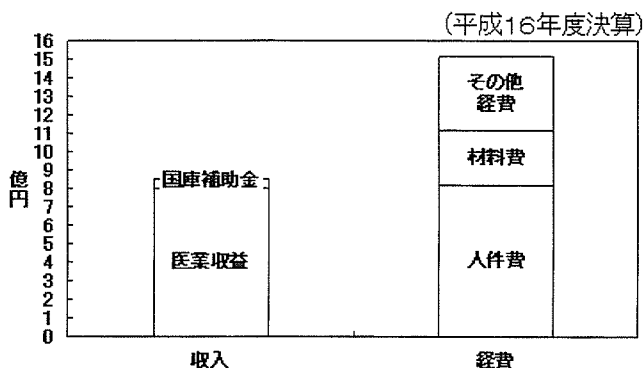
$$24 \times 365 = 8,760 \text{ 時間}$$

常時 1 名確保するために必要な人員数

$$\begin{aligned} \text{有給休暇あり} & \quad 8,760 \div 1,768 = 5.0 \\ \text{有給休暇なし} & \quad 8,760 \div 1,928 = 4.5 \end{aligned}$$

これを医師に当てはめれば、診療時間が平日の午前 9 時から午後 5 時までの一般診療科では 1 名の医師で足りるが、365 日 24 時間診療体制の救命救急センターでは 5 人の医師を雇用しなければならない。さらに最重症救急患者を診療するには、一人では到底対応できないので少なくとも 3~4 名の医師が常に即応できる体制が必要であるため、さらに多くの医師を雇用しなければならないことになる。これは医師に限らず、他の医療業種についても同じである。すなわち、24 時間 365 日の臨戦態勢を維持するには、通常の 5 倍程度の人件費が必要になる。

独立型救命C収支バランス



能である。左図はその一例で、医業