

それに近い患者が搬送されてくることを意味している。各科の医師が搬入患者に対する初期治療を協力しながら迅速かつ適切に行いその後に担当する専門科を決定し、専門性の高い医療を行うこととしている。また、多発外傷などの複数科の協力が不可欠な場合も協力体制はスムーズである。これらのシステムにより preventable death の症例は減少できていると考えている。心肺停止患者の搬入時に際して原因のいかんにかかわらず最も必要なのはマンパワーである。このような考え方が実践されている現状では多くの医師、看護師等の医療従事者が集まるようになった。また、院内の急変患者や救急患者の発生に対しても院内放送にて「トリプルコール（発生場所）」と流すことにより多くの医師が院内の緊急事態に対応できるようにしている。こうした体制により多くの医師が自分の専門外である部分の疾患に対しても知識が増え、generalist として適切な初期治療が日中夜間を問わず行えるようになってくる。

もうひとつの当院の行っている方法は、日曜祝日を除く、毎日、朝 8 時 45 分から、その日勤務する医師が全員集まり前夜の当直の医師から当直業務中に起こったできごとの申し送りをうける。その際に入院患者に対する担当医も決定される。また当日の手術予定や検査予定も申し送られる場合もある。これらの申し送りの時にそれぞれの疾患に対する discussion が行われ、これらにより各医師が共有できる知識ができてくる。この時間が当院における generalist となるべき働きかけとして重要な部分を占めていると考えている。

また、他部門（看護部、画像診断部、臨床検査部、生理検査部、臨床工学部、リハビリテーション部、医事部等）との協力関係は非常に重要であり協力体制を図るために救急医療に対する勉強会等を開催し啓蒙に努めている。

考 察

現行の日本の救急医療体制において、救命救急センターにて全ての三次救急患者を診療することは不可能である。とくに地方においてはなおさらである。そこで当院のような地域の中心的一般の救急病院においては多くの科の医師の協力体制が必要不可欠になる。そこで各科の医師に対して自分の専門分野の specialist であると同時に救急医としての generalist であるべく多くの働きかけを行い、そのように日々実践している。すなわちわれわれの病院において救急医とは全ての医師のことであり、救急患者治療に際しては多くの医師で初期治療を行った後にそれぞれの専門分野の治療にスムーズに入れるようにしている。また、患者のトリアージも自然に行えるようになり必要に応じて三次救命救急センターへの搬送も間髪をいれずに行っている。また全ての医師がこのような考え方であるため、病院内のほかの部門（看護部、画像診断部、臨床検査部、生理検査部、臨床工学部、リハビリテーション部、医事部等）にも救急医療に対する考え方が浸透し、協力、信頼関係のもと救急医療に携わることができている。

一昨年より行われている臨床研修医制度の主たる目的は、まさにわれわれの病院の医師が日常的に行っているものに他ならないのではと考えている。

このような「救急医療に携わる医師は specialist であると同時に generalist である。」といった考え方が多くの病院の医師に浸透することにより、それぞれの地域の救急医療体制は改善されるのではないかと考えられる。

結 論

一般救急病院における救急医は、専門性を有した上で救急医療に携わっていることがほとんどである。そこでの救急医の役割、考え方は、救急に携わる医師は「specialist であると同時に generalist である」といったものであると考えられる。

DISCUSSION

座長 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科救急医学専攻 氏家 良人
鳥取大学医学部救急災害医学 八木 啓一

八木 「救急医の役割」のワークショップですが、役割と言うからには、今度は枠組みのなかでの役割というふう考えるべきかと思います。「救急医療の枠組み」のセッションで

は、これから先はかつての完結型ではなく、やはり ER 型の方
向に進むというご意見でした。ただし地域あるいは院内の状
況によっては、少しずつバリエーションもあるだろうという
方向だったかと思います。話題の進め方として、現状を確認
して、どんな問題点があるか、それに対する現実的な解決法
と、できれば将来像をまとめたと思います。もう一度確認
しますが、まず完結型でされているところは、札幌医大とい
うことでよろしかったですね。ER 型とおっしゃいましたが、

ほとんどのところはウォークインの患者に関しては、ほかの流れで診て頂くところがあるということでしょうか。ウォークインまで全部自分たちでやってしまうというところはありますか。

榊原 うちの場合は誰が救急医かというのは、そのときで変化します。いわゆるウォークインに関してはその時間帯の担当医が決まっていますので、その人が対応するという形です。

八木 あとは初期治療あるいは処置や手術の担当ですが、初期の治療あるいは振り分けだけだということは、手を挙げて頂けますか。どちらかといったら、振り分け、初期の治療、あるいは最終的な手術のところまで担当されるということはいかがですか。あとはそうすると入院のほうですね。手術したところは全部、自分のところで主治医として受け持つというところは、どちらでしょうか。外科的なところは？

〇〇 外傷だけは最後まで診ます。

八木 手稲溪仁会は？

森下 手術するのは外科とか整形です。ただ外科は全身管理できるのですが、整形などは全身管理できない場合もあるので、そういう場合はこちらが面倒をみるときもあります。

八木 集中治療の部分に関しては、どちらの施設も救急医がされているということでしょうか。

森下 手稲の場合ですが、ICUの当直医というのがいて、うちのICUはクローズタイプです。ICUの専門医もいますので、院内のICUに入った患者はそちらのほうで全身管理をしてくれます。ハイケアユニットのほうが不在なので、やりたいとは考えていますが、全部は手が回らない状況です。

八木 あとは集中治療から手が離れて、一般病室に移れるという状況のときに、手を離してしまうという施設はどちらですか。手を挙げて頂けますか。そうすると退院のところまで面倒をみる。大抵のところはそういうことでよろしいですか。それと今回の発表施設は、どちらかというところと院内の協力が非常にいいところばかりです。他科が比較的協力してくれるところばかり集まってしまったと思いますが、全国的には他科の協力が得られなくて、非常に困っているところがあるのではないのでしょうか。あるいはウォークインの患者に関しても、救急医が診ないといけないという状況のところも多くみられるのではないかと思います。今回はそういうところはないようです。他科の協力が非常にうまくいっているし、ウォークイン、初期救急に関しては、ほかの先生方にどちらかというところと気前よく診て頂けるということでしょうか。

二宮 日本医大多摩永山病院の二宮です。黒川先生のあとを引き継いでいます、黒川先生がいなくなって非常にいじめられるんです。たとえば救急の原則として、黒川先生は断らないということで全部受ける。ただし他科の、特に内科の当直の先生はほとんど断りたい。非常にギャップがある。今度、内科の部長先生が院長になられて、「内科の当直医は夜は寝るんだ。昼間の外来は忙しいから、救急は一次から三次まで、すべて2人増やすから救命で診ろ」ということになったんです。そうするとこれは完結型と言えど完結型だし、ERと言えどERだし、スタッフ7人では一次から三次まで一晩に50人も100人も診て、三次救急でクリッピングの手術もしてという

ことは、集中力の維持というところでクオリティを保てないんです。ほかの病院もあるから、黒川先生もその4病院の院長の一人ですので責任はあると思うのですが、あとに残された者の辛さというか、そういうこともちょっと考えて頂ければ、先ほどのところの4番目くらいに出るのではないかと思ったりしています。(笑)

氏家 日本救急医学会がつくる救急医としては、やはりERに關与する必要があるだろうと思います。ただその關与は、実際に一次の患者をすべて診るという關与の仕方なのか、そうではなく先ほど京都の榊原先生がおっしゃいましたが、救急の一次患者を診るというのは医師として当たり前のことだ。救急医でなくても、医師であれば誰でもがそれをやる。それに対する教育を救急医が担うという必要はあると思います。たとえば岡山大学だったら一晩に10名とか15名ですから救急医が診てもいいのですが、50名、60名来るところで、果たして救急医の専従医がそこを全部やるかどうかというあたりについてはどうですか。

八木 昨日もそういうお話が評議員会でもあったのですが、夜の当番のほうにされてしまうのではないかと。ER的なところをみると、非常に多様な感じで診られるので、若い人にとって勉強になるし、やりがいがあるという意見もあります。ややもすればほかの科が引いてしまって、夜の当番を救急医がさせられるという形にもなりかねないという意見もあります。今日集まって頂いた方はそういうことで困られていることはあまりないようですが、フロアの方で、そういうことで困られた方はいらっしゃいますか。

上山 社会保険中京病院救急の上山です。うちの場合はウォークインを含めて年に25,000人くらい来ます。当初は全部の患者、ウォークインの患者の病歴から救急医がとっていたのですが、少ないスタッフで重症の患者と同時にできないから、いかにして軽傷の患者を救急部から切り離すかということが、われわれの15年の歴史でした。結局、ウォークインの患者はいまは別系統で内科当直と外科当直が診ていますが、実態は研修医がファーストタッチをするものですから、呼んでもなかなか反応が悪いし、全部別のところで内科当直と外科当直がうまくいっているわけではない。来年から計画をしているのですが、ウォークインの患者をうまくコントロールするのは、研修医ではない若手をうまく入れる。たとえば3～5年目のレジデントクラスが呼ばれてくるのではなくて、初めから救急外来にいて管理をするという方式を頭に描いています。次の問題は、そういう全体の救急外来の管理を救急医がするのかしないか。すると、たしかにクオリティは上がると思いますが、たとえばトラブルがあった場合、その責任は外科系の当直医なのか、それとも監督をしている救急科の部長が責任を負うのかということまで考えますと、やはり診てからある程度軽傷とわかった場合は、救急医以外の部門で責任を負ってもらうというのが、非常にスムーズにいくと思います。そこがポイントになるのではないかと思います。

八木 ありがとうございます。若い人に診させるということですね。

田代 熊本赤十字病院の田代です。私どもの救急部でもER

型としてウォークインがほしい6万人で、救急車で患者が6,000人弱だと思います。日勤帯の夕方5時までは救急部でウォークインも救急車も診ますが、夜間だけは救急車のほうを救急部が対応して、ウォークインのほうは各科の当直の先生に任せている状況です。本来なら、できれば夜間のウォークインも救急部で診たほうがいいと思うのですが、そこで一つ問題になってくるのが、やはりER型と言いながらも、CPA、中毒、熱傷などは、救急医が入院患者さんを持つ状況がある。本当にER型を目指すのだったら、極論ですが、入院患者さんは持たないというイメージでやっていかないと厳しいのではないかと思いますし、実際にそれを行っているER型の病院は日本全体でまだ少ないのではないかと思います。

杉本 救急患者さん、ウォークインを含めてどうするかという問題ですが、日本で発生している救急の受診患者、初療患者は年間2,500万人前後だろうと思います。いま救急医というのは救急科の専門医あるいは認定医ですが、彼らが診るとしたら1人で2,700人くらいでしょうか。このなかで必ずしも救急をやられていない人もいらっしゃるから、救急医1人当たりが年間約1万人の患者を診るという計算になります。そうすると果たして1日何人くらいになるのかは計算すればわかると思いますが、30~40人の患者を診れば、いいのではないかと思います。ただ、それは24時間にわたって診ないといけないということになってくるかと思っています。この辺のことをどうするかという問題と、片一方で医師の数は25万人います。それを全員というのはなかなか難しいでしょうから、比較的若い人たちということで10万人くらいの医師がかかわって初療患者を診るとすれば、かなり簡単に診られるだろう。だからおそらく現実的な問題としては、各科の先生方、要するに救急の専門医以外の人たちを含めて診ていくほうが、おそらくみんなとしてはいいというか、疲れてしまうよりは、いい医療が提供できる。それはどういう形か。たとえばいまの卒後研修が始まってからは、比較的いろいろな初期救急もやろうではないかとなっていますが、ある年齢以上、おそらく卒業して20年くらい経っている人たちは、なかなかそうもいかない。非常に専門分化してしまい、そこで自分の好きなところだけやりたいということもありますから、その人たちを引き込むことはおそらく難しいのではないかと。ただし若い人たちに対しては、救急の専門医と言われる方がどういう形で指導していくか、救急部としてシステムを管理していくことを考えるのが現実的ではないかと思っています。

八木 若い人に診てもらおうというのと、あるいは各科の先生方、氏家先生も言われましたが、医師として当然だからということで、分担してやって頂く。これが筋ではないかというご意見もあります。

氏家 もちろん一般のドクター、非救急医でも診るべきだと思います。ただそれに対する教育、標準化した教育というものについて救急医が関与しないといけないと思います。これまでそういうものに対する日本救急医学会の取り組みは少なかったような気がします。ただ指導できる救急医はつくっていかないといいなと思います。そうでないと、ただお任せしているだけです。救急医のアイデンティティ自体が

ないということになります。

八木 私としてはそれだけではなく、やはり病院の管理者というかトップが各診療科の先生に担当しなさいということ強く言ってくれないと、進まないのではないかと思います。われわれが指導したくても、ついてこなければ、踊ってくれなければしょうがありませんので、救急医学会として方向を出すべきではないかと感じます。ウォークインの患者に関してはいかがでしょうか。

黒川 ER型でやるかどうかというのは、やはり各施設の状況によると思います。ただし、救命部のドクターが非常に豊富で、何でもできるという施設はまずないと思います。それから今後の見通しから言っても、救命救急センターに入ってくる医師の数が減るのではないかと懸念されている状態ですので、やはりどの救命部も厳しいことは間違いなくと思います。けれども、杉本先生が言われましたように、新しい卒後研修制度からして、いわゆる一次救急、場合によっては二次救急まで救命救急センターが診なければならぬというのは明らかだと思います。ではどうやってそれを診ていくかということで、私どもは今まで各科が対応していた一次救急あるいは二次救急はぜひお願いしたい。しかし、たとえば外科が手術をやっている、あと2時間は手が空かないと言っているときに、小児外科の患者さんが来たときに、断ってしまうよりは、救命部が「いま手が空いているから、診てあげよう」。それからたとえばめまいを訴える患者さんが来たときに、耳鼻科に言う「それは脳外だよ」。脳外に言う「それは内科じゃないの」「いや、眼科じゃないの」。結局、ああだこうだ言っているうちに患者さんは怒って帰ってしまった、というケースもなきにしもあらずです。そういったときに「いいよ。そういうケースは診られるからね」という感じで救命部が対応する。それを私は「補完する」と言っているんです。そういうことをやることによって、ほかの科と救命部、あるいはその逆とか、いわゆる双方向型の協調協力が得られる。つまり院内の風通しがよくなるという効果が十分に得られると思います。そういうことで私はあえて「一次救急外来は全部、救命部がやる」ということは宣言しないつもりです。少ないスタッフで、できるわけがないですから。それよりも「君らも診ろよ。俺らも助けるよ」という形が必要だろうというのが、私の発表の趣旨です。

榊原 京都九条病院ですが、先ほど八木先生がおっしゃられたように、うちのいまの救急体制は少し変わっていると思います。成功した理由は、院長がここの救急医学会の評議員でもあり、強ちにその体制を敷いたからです。それに合わない医師は、大学の医局から怒られて自発的に出ていかれる。一つのチームとしてできるようになってきたというのが、大きな役割だったと思います。どういうところでも、トップが病院や診療に対してどういう考え方を持って、どういうふうにやっていくのかというのがもっとも大切だろうと実感しています。

八木 どちらかというと軽傷の患者の受け入れに関しては、ほしい方向性を出して頂いたと思います。次に重症を受け持っていて自分たちのモチベーションとか、それだけをやっていると将来的に心配だというお話がそれぞれの先生方

からありました。こういう問題点がありますということをもう一度、手短にお願します。

奈良 重症に関しては発表でも言いましたが、仕事をする分には十分満足して、かなりやりがいがあるとは思っています。ただ学生や下の者から聞かれます。「先生、いつまでやるの」。逆に言えば、「先生がいるから、僕たちは居場所がない」とか、限られたスタッフということがありますから、そういう問題はあります。北海道の別の救命センターで求められている救急医像というのは、実はそういう医師ではなく、もう少しジェネラルな医療ができる人です。そういうなかでちょっと悩みはあります。

八木 完結型で三次、重症だけを扱っているところで、大規模な病院で働いている限りにおいては、それで満足できるのですが、それぞれの地域の病院に行くと、そぐわないような感じがするというジレンマがあるということをおっしゃいました。先生のところはどうか。

弥永 亀田総合病院の弥永ですが、当院ではやはり救急が集中治療の多くを担っています。急性期はいいのですが、そのあと軽傷化してきたときに、どこまで救急科がかかわるのかというので、毎症例ごとに迷うところがあります。どのくらいの状態になったら各専門科に引き継いでいくかが不明確で、結果的に救急科の入院業務が非常に膨らんでしまっ、疲労につながってしまう。そういうことが大きな問題ではないかと考えています。

八木 先生は発表で、最終的に自分たちの目指すべき像がよく見えてこないということをおっしゃられたような気がします。

弥永 当院の救急医は非常に若い人間が多くて、ここで育って10年後、20年後にどういう姿になっているかというのがイメージしづらい。サブスペシャリティに関しても、救急医がサブスペシャリティを持ってモチベーションを維持するというのは何となくわかるのですが、当院の場合は各専門科が常にバックアップでいるので、患者さん側に立って考えると、毎日専門の診療をやっている医師に診てもらったほうが結果的にいいんじゃないか。救急部に所属しながら手術をやっても、やはり経験数に差が出てくると思います。そうすると専門医に任せるところは任せる。そのサブスペシャリティをどうやって実際の診療に活かしていくのかというのが、いま働いていて見えづらいと言えば見えづらい。実際にサブスペシャリティを持って働いている医師も救急部には少ない。

八木 麻生飯塚病院の中塚先生のところでは、必ず何らかのサブスペシャリティを持たせる方向でやっているとおっしゃいましたけれども。

中塚 幸いにも症例が多いので、2～3年、初療をしますと、ほとんどの疾患の初期診療ができるようになって、若干不満が出てきます。もう少しやりたいとか、最後まで患者さんを診たいということも場合によっては生じてきますので、サブスペシャリティということで他科をローテートさせています。発表でも申し上げましたが、100%帰って来いとは言いません。だから外科半分、救急半分でやって、救急疾患の外科の患者を外科として担当してもいいというふうに、その辺はかなり融通を利かせています。そういった意味ではサ

ブスペシャリティを持つということはいいことではないかと思えます。

八木 いかがでしょうか。では救急だけではだめですかということは、いつまでも救急だけでは寂しい……。

〇〇 私は最初からそうでしたので、あまりサブスペシャリティにはこだわっていません。サブスペシャリティというのは何を指すのかがよくわかりませんが、何かの専門医になるということなのか、自分の興味があることをやるということなのか。もちろんうちにも脳外科の専門医になって戻ってきて、いま救命センターで働いている者もいます。救急医の定義は難しいとは思いますが、救急医療一本だけでも別にいいのではないかと考えます。もちろんその守備範囲としてクリティカルケアがあったりもしますが、いま自分の仕事の内容を考えると、このほかに救急隊員教育とかMCとかいろいろなことがあって、結構十分な仕事量はこなしているのではないかと思います。

八木 森下先生は、救急医のスペシャリティとして集中治療があるというご意見だったと思いますが、いかがでしょうか。

森下 スペシャリティとしてという意味ではなく、救急医は集中治療ができて当然であると考えています。やはり初療に重症患者を診るので、集中治療の知識がないと結局、初療で失敗すると思うので、サブスペシャリティというのではなく、救急医はやはり集中治療ができて当然です。そういう意味で振り分け医だけに終わってしまう救急医というのは不満かなという意見が、われわれの意識調査でも出ました。われわれも余裕のあるときは、整形の患者の全身管理を手伝ったり、呼吸器科で喘息重積の患者の最初の治療を手伝ったりというところで荷担していくと、そういうところで救急に協力してほしいという院内からの要望も出てくる。そういう意味でサブスペシャリティとは言わないのですが、私は救急医は集中治療ができないといけないと思っています。

八木 結局、これはわれわれのアイデンティティとか、モチベーションを持ち続けるとかいうところにかかわってくるのかと思います。京都九条病院の先生、いかがですか。先生は少しお立場が異なると思います。

榎原 明らかにうちの病院は立場が違うと思います。その分いろいろな意味で忙しいし、ほかの科の先生の協力があります。この間も肝損傷、脾損傷の人のインターベンションをするときは、循環器科の医師がシースも入れカテも入れながら、外科医はまずムンテラをする。その時間がもったいないので、循環器の先生がそういうシステムを構築させて、すぐできるように準備をする。システムにはわれわれが診るような体制をやっている。脳外科で脳腫瘍をやっていたら、もう一人外傷が来れば、一人の専門医がおりて、外科医と一緒に頭を開けるようなことが普通にできています。だからそのスペシャリティのなかで、ほかのチームに対してどれだけ貢献できるか、それぞれの救急の患者を診たときにどれだけ貢献できるかを最大限出してくれているというのが、われわれのチーム医療として一番やっているところなんです。それができているところはいいのですが、いまのわれわれの問題はマンパワーです。やはりもう少し人員が欲しい。もう少しいれ

ば、もっといろいろなことが……

(録音中断)

八木 黒川先生、いかがでしょうか。

黒川 トップとしては、ドクターが何らかの特徴というかサブスペシャリティを持っていたほうが使いやすいというか、救命部全体の力としてはあるように思います。ですが、これを揃えなければならないと考えてしまうと、非常に厳しいものがある。ですから院内には別に専門科がいっぱいいるわけですから、そういう人たちの力を結集するということに尽きると考えています。

〇〇 榊原先生にお聞きしたいのですが、先生のところはいろいろな科の先生がおられて、ジェネラルなこともやられるのですけれども、いわゆる救急専従医がいない。先生の病院で求められる救急医というのは、先生ご自身としてはどういう救急医が欲しいのですか。

榊原 もし専従医に来て頂くと、たとえば何人かの先生でチームで来て頂けるのだとしたら、そこで一緒に救急部を立ち上げてもらって、専従医としていろいろな救急をみて、そこでわれわれがサブスペシャリティとしてかかわれば、ジェネラルな部分を診て頂けるということがあります。たとえば救急の専従医に一人で来て頂いても、同じ体制のなかで救急の専従医の先生が何をしたいかによって、その先生の役割は決まってくると思います。

〇〇 たとえば600床で、救急車がたくさん来るところに1人で行ったら、それはもちろんERのコントローラくらいしかできないと思います。ただ、その医師にどのような資質を備えてほしいかということです。

榊原 資質というか、どれだけ救急に対して真剣に取り組んで頂けるかという意欲だと思います。そのなかでサブスペシャリティがあれば、それをわれわれとしては伸ばしていく方法を考えると思います。

有賀 昭和大学の有賀です。いま司会の方たちがお聞きになりたいことを、僕はこういうふうに聞こうと思ったんです。病院では感染管理のためにインфекションコントロールのドクターがいたほうがいだろう。インфекションコントロールのドクターは片っ端から感染症の患者を診ているわけではありませんが、病院の感染管理に関する全体像についての一定の見識を持って病院医療に寄与している。そういう観点でいくと、榊原先生の九条病院、山木先生のところでは、もし救急医が赴任したとすれば、私はそういう仕事ぶりというのはありうるのではないかと考えています。ひたすら患者と接することにおいてのみ、救急医を求めるということではないのではないかと考えていますが、その辺はいかがお考えでしょうか。

榊原 そうして頂いたほうが私もありがたい。インфекションコントロールドクターは私と、あと集中治療の専門医を持っている者とやっています。

有賀 そういう意味でERとかクリティカルケアといろいろな話はおもしろいのですが、先生のようなところの病院にもし有賀が赴任したとすれば、私は一体何をやるのか。そういう見方でいきますと、二次救急病院においてもインфекションコントロールドクターみたいな形で、その病院の救急

医療全体を俯瞰して、標準からみると何がどういうふうに足りないとか、この部分は全体からみてもっとやれとか、そういう形になるのではないかと。だから黒川先生がお感じになったようなことを短い期間のうちに僕たちは勉強して、黒川先生や僕が実感としてそうやってきて、10数年か20年かかって到達した部分を、ERとかクリティカルケアとか、こういう学会のレベルで凝縮的に勉強できた人が、救急医療の専門医として先生のように活躍できるのではないかとというふうに思いながら聞いていました。質問の仕方を変えると、こんなふうになるのではないかと思います。

平出 京大の平出ですけれども、いまの有賀先生の意見にまったく賛成です。結局、救急医の役割というか、ここで論議しているのは、最終的には救急医は一つの救急としてのカルチャーを育てていくことに尽きると思います。なぜこんなことを言うかといいますと、私は京都大学で医学教育をやっていますが、京都大学にはまったく救急のカルチャーがないんです。救急の専従医が4人いますが、まったくこの学会とも孤立しています。来られていたらやばいのですが、おそらく来られていないのではないかと。まず教授会で言ったのは、その4人は専門医資格もとれないし、救急のカルチャーから隔絶されてしまうわけです。大学としていろいろな関連病院を含めて、そういうカルチャーをつくっていかないとけないと言って、ある程度賛同は得たつもりです。そういうことはよくわかって頂いたと思います。救急というのは全人的と言うとおかしいですが、横断的な色彩がありますから、実際にクリティカルケアをやるのか、あるいはER的なことをやるのかということころは多様であっても、一つのカルチャーを共有できる部分はかなりあると思います。

林 沖縄県立那覇病院救急の林です。いま平出先生がカルチャーという話をされましたが、非常にいい言葉だと思いました。学会自体でERのことがこれだけ論議されるようになってきたことを非常に嬉しく思っています。ただし救急外来で初期から診ることにストレスを感じるとか、救急医がそれによって疲弊してしまうという意見がありますが、実は診たことのない患者さんを初めて診て、その人たちに適切な道を示してあげることに喜びを感じたり、トリアージをして、緊急度のあるもの、重症度をみつける、宝探しをすることに、わくわくすることを感じる医師もいるわけです。森下先生が言っていましたが、救急医の研修としてはまずはERの研修をして、それから集中治療の研修をする。両方ともできることが必要だと僕も思います。ただ将来的にずっと両方やっていくのかといったら、それはやはり疲れてしまつて無理だと思います。救急の専門という意味ではERをやる人はERをやる人間、集中治療をやる人間は集中治療をやる人間でいいと思いますが、ぜひ皆さんの意識、カルチャーとして、ERの新しい概念を出してほしい。学会としてERの環境を社会に認識させるという動きを起こして頂ければと思います。

氏家 林先生の発言にもありましたが、救急というと、森下先生が言ったようにERも非常に大事であるという認識はだいぶ出てきました。しかし、クリティカルケアはみんな興味を持っているというか、当然やるんだという認識があります。いま林先生がおっしゃったとおり、若い先生たちの間に

「クリティカルケアはいいんだ。ERだけ、つまりアメリカのエマージェンシー・フィジシャンでいくべきなのではないか」という意見も実はあります。ただ僕自身は救急医としては、クリティカルケアというか、ICUで2週間も3週間も診る必要はないと思っています。自分はやってきたけれども、もういい。それよりも48時間とか72時間安定化するまでのことは、救急医として必要なのではないかと感じています。

八木 森下先生が集中治療をというお話は、おそらくわれわれが自分たちのアイデンティティを確立して、モチベーションを持続けるために、ほかの人との違いを持ちたいというところがあるのではないかと思います。カルチャーとか、ERの新しい概念をつくる。診たことのない患者さんをちゃんと治療して、そこに喜びを感じる。自分達だけで喜びを感じて、それを喜びとして持ち続けられる方はいいのですが、そうではなくて、いまのERシステムでいくと、われわれはずっとほかの科の先生に頭を下げるばかりの状況になるわけです。それでリスペクトされるのだったらいいのですが、そのうちに高圧的な態度になってくる場合もままあると思います。そういったときに、ではわれわれはほかの先生に対して、何が専門だということを見せられるか。それを持ちたいということで、集中治療と言う方もいらっしゃるし、サブスペシャリティだと言われる方もいらっしゃるのではないかと思います。そのあたりはいかがでしょうか。

〇〇 ほかの科の先生に頭を下げるということ自体が、いままでの概念で言っていると思います。もうそうではないと、僕は思います。一つの分野で確立できると思います。

堀 ER検討委員会の堀です。2つだけお話ししたいと思います。一つは、いわゆるERモデル型の救急医がいて、その人のスペシャリティは何かということだと思います。誰もが認めていることは、ERに10人の救急患者さんがビジットした。病院内のスペシャリスト、あるいはいままでの救急医でもいいのですが、重症、軽症をとりまぜて、本当に初期診療ができますかという話だと思います。10人に対して標準的なことがきっちりできるというのが、一つのスペシャリティであって、それはジェネラルということが非常に必要になってくだろうと思います。それが国民から見ると一番わかりやすい救急医です。それは救急医学会ないしは救急医のカテゴリーとしては持ってほしいという基本の考えがあります。それから次に、今日はサブスペシャリティとトレーニングが少し混乱して使われていた部分があると思います。ER型の救急医を育てるために、3年あるいは4年間という時間があるとしますと、その半分の期間は他部門へのローテーションが必須です。そのなかには主要な、生命に関連するところは全部のローテーションが必要で、当然、集中治療も入ってくるといことだろうと思います。ERのなかだけで救急医を育てるなどということは絶対にありえないと思っています。

入江 沖縄県浦添総合病院、卒後3年目の後期研修医、入江と申します。若い者の視点からの意見を述べさせていただきます。まず私はいま救急総合診療部にいますが、将来的に救急の専門医をとったのちに整形外科に進もうと思っています。その理由は、整形の専門の先生がいいたら非常に失礼なのですが、整形のお医師さんは人をみていない。骨

と筋肉と腱しかみていない。大学時代に憧れていた講師の先生にそう言って、殴られそうになりました。(笑)そのせいで大学を追い出されて、沖縄まで飛んでいったという話もありますが、そういったこともあり、全身管理がある程度できるようになってから、そこに行きたいという希望があります。一緒に働いている5年目のレジデントは、プライマリができるようになるために、いま救急総合診療部で働いています。同じく5年目の医師は将来、透析内科をやりたいと言っていますが、とりあえずプライマリ、最初のウォークインで入ってきた患者さんくらいは診られるようになっておくのは医師として当たり前だろうと思われて、頑張っています。当院はこの4月から新型の救命救急センターということですが、はっきり言うと弱小で、県立那覇病院や中央病院の先生方から後ろ指を指されているような状態です。若造ばかりで申し訳ないのですが、非常にうまく稼働しているのではないかと感じています。これは若いからではなく、救急の人間というのは、当院では研修委員長がそう言っているからですが、病院のピースメーカーだと思っています。先ほど黒川先生のお話にもあったのですが、お互いの相互利益で、「こういうときは私たちが診ます。いま外科の先生は大変でしょうから、私たちが診ます。だから私たちが、ここは外科が必要だというときにお呼びしますので、ぜひお願いします」といった人間関係を、(大病院では大変でしょうが)つくりあげていくのが救急医ではないかと感じて、いま取り組んでいます。モチベーションに関しては個々にあると思いますので、それは個々の先生方の判断に任せればよろしいのではないかと思います。若造の意見です。

福西 ベルランド総合病院の救急の福西と申します。ベルランド総合病院は大阪の堺市にあり、500床規模の病院です。私どものところでは、いま新しい研修医の先生が2年目で移ってこられて、どこでも救急のローテーションが組まれています。ほかのところでERばかりの研修を受けて、われわれのところへ来られた先生方は、「ERの先生方は初めだけ診て、あとの治療はしないではないか」ということで、逆に幻滅されている方もいらっしゃいます。われわれのところはもちろん初療も診ますし、三次まで診ています。逆にERだけという形で専任されていると、そういうマイナスのことをおっしゃられた方がいます。そういうご意見は少ないのかどうかなと思って、ご質問させていただきました。

林 そのERをやっている先生のスタンスがどうかというのは一つあります。その先生が嫌々やっているのであれば、そうだと思いますし、そこに喜びをみだして、それを示すことができているかというのがあると思います。先ほど浦添の先生の話聞いて思い出したのは、ERドクターの役割の一つとして、医師である限りはすべての医師が本当はできないといけない。でもできない。それを教育する役目として、いま僕はERを立ち上げていますが、言ってみればERドクターの役目の一つは、医師としての小学校の先生という感じでもいいかと思っています。

八木 林先生、いま質問された先生は、ERドクターが嫌になるのではなく、ERドクターということで病院が期待するけれども、最初だけ割り振られて、あとは各科の先生が診るの

で、ERドクターは何だろうということに対する批判があるのではないかという話です。

林 だからERドクターは何かというのを学会としてバーンと出して、まわりの医師たち、社会にも示さないといけないと思います。

八木 ERドクターというのはこういうものですよ、それ以外は各科でやるべきだということで、ERドクターというイメージをしっかりと植えてほしいということですか。

林 そうです。

八木 瀧野先生、どうぞ。

瀧野 ただいまのフロアの方のご発言に関してですが、臨床研修をやっているところで、研修医の間でERの人气が非常に高いところと非常に低いところの両方があります。どこが違うかをみると、どこまで治療に踏み込んでいくか。振り分けだけで終わっているのか。それとも許される範囲とか、常識的な範囲でできる治療をきちんとしているか。その辺が大きく違ってくると思います。治療まできちんとする。もちろんカテや手術はしないのですが、外来で行う治療まできちんとするとなると、生半可な勉強ではできない。一生勉強するに値する領域ではないかと思えます。特にいまここで指導的なことをされている先生方、皆さんはある程度の年齢で、ほかの領域で一人前になられてからERを始められた方が多い。サブスペシャリティを求める気持ちはよくわかりますが、ある意味では腰が引けているというか、どこか逃げ場所をつくっている。そういう気持ちがしないでもありません。

早川 聖隷三方原病院救急部の早川です。患者さんをどうみるかというのは大事ですし、院内の先生方とうまくやるのももちろん大事かもしれませんが、やはりERは社会との大きな接点です。社会の中で自分のいる場所はどのような役割をすべきか。そういう観点に立ってERあるいは病院を指導していく、引っぱっていくという視点が必要なのではないかと思います。キーワードとしては「社会の最前線である」、そういったカルチャーが必要なのではないかと考えて、発言いたしました。

太田 湘南鎌倉総合病院の救急外来の太田と申します。先ほどの大阪の先生への私の考えをお伝えしたいと思います。ERの医師は時間になったら帰って、あとは患者さんをほったらかしに回して、しんどい思いをするのは自分たちばかりで、お前らは楽をしているという意見ですよ。それは私も非常に気を遣っています。そう言われずに仕事をしなければいけない。ただし病院にずっといて、身を粉にして働いているというふうにもなりたくない。そういう仕事だというふうにはいけないとも思っています。結局、救急医の役割は何かというところにもつながるのではないかと思います。最終的に、よい救急医療体制というのは、その地域のなかで行き場のない患者さんをつくらないことだと思います。たとえば専門医の先生が当直されている病院で、今日は外科の当直は脳外の先生だ。足を怪我した人は診ないと言ってしまったら、その患者さんはどこに行ったらいいのかわからない状況が起こりうる。だから患者さんを断ってどこかに行けと言っている状況では、ERの医師は必要ないと思います。その先生たちの希望に応じて患者さんを断ったらい。先生の病

院がそういったことは許さないで、とりあえずどんな患者さんでも診る、受け入れるんだ。浦添もそうだと思いますが、そういう状況になったときには患者さんがいっぱい来てしまう。そうすると各専門医が、たとえば頭を打っただけで、いちいち脳外科が呼ばれていたら大変です。だからその部分をERの医師が引き受けるという形で役割を分担できて、(浦添の先生が言われたように便利だと思ってもらえれば,)うまくいくのではないかと。専門医あるいは専門科の当直のドクターの希望に応じて患者を断るという体制ではない、地域の患者さんが行き場所を失わないような体制に病院が参画するのだというトップの気持ちがあれば、逆に専門医の先生は大変になってしまうので、ERの医師は必要だと思われるのではないかと思います。

八木 いろいろな意見がございましたが、そろそろまとめます。杉本先生、何かありますか。

杉本 ERの話もそうですが、黒川先生の演題を聞いてのことですが、要は日本救急医学会でもクリティカルケアを中心にしてやってきたわけです。それとまた一つは、われわれのところも特殊救急部というので、彼らは特殊な連中だと言われ続けてきましたけれども、歴史的に言えば、まず日本の医師たちは救急医療が大嫌いだ。そういうなかでわれわれが始めたときに「手伝ってよ」と言っても、「そんなものは知るか」と言われて、やむをえないから自分たちでやらざるをえなかった。そういう形で一から全部やらなければいけないということで、自己完結型でなくては仕方がなかったのだと思います。しかしそんなことをいつまでもやっていても、黒川先生がおっしゃるように、非常に効率の悪い話になってきます。逆に言えばニッチ産業的に、ほかのところはやらない高範囲熱傷をやるのではないかと、外傷をやるのではないかと、むしろ自分たちで活動すべき場所を縮めてしまうことがあります。時代も変わって、救急に対するみんなの熱意も変わっていった。当初は1,000人足らずの学会だったと思いますが、それが変わってきた。私たちは他科の先生方と共同で仕事することによって、もちろんわれわれが得ることもたくさんありますし、また他科の先生方もそこから得られるものがたくさんある。それともう一つ、いまERのことを日本救急医学会として捉えているのは、いままでは重症で死ぬか生きるか、救命をやるだけで精一杯で、逆に軽症の救急患者さんのところまで手が届かなかったというのがあったと思います。それが重症救急患者のある程度のシステムはみえてきた。そうしたら今度は救急医療の潜在的なシステムとして、その前に起こっていることはもっと多いではないか。救急患者は2,500万くらいだと言いましたが、そのうちの95%はおそらく初期救急の対象になる方であると思います。その初期救急医療機関が対象というか、あるいは外来で帰れる患者さんと言ってもいいかもしれませんが、その人たちにとっても実際には結果として軽症だったというだけです。そのなかには本人にとってはわからないだろうし、1~2%あるいは4~5%の重症患者が含まれていることがありますから、やはり日本救急医学会としてはそのことも含めてやっていかないといいけない。ERという言葉は誤解を招くから、少し考えたらいいのではないかと。その辺も含めて救急医療システム全体として、どうい

う形でやっていくか。そのなかでクリティカルケアに比較的軸足を置く人もいるだろうし、あるいは初期救急も含めたところに軸足を置こうという形で、両方あっていいだろうと思います。

八木 ありがとうございます。いろいろな意見がたくさん出て、だいたい方向性がみえてきたかと思います。少なくとも救急医としては、堀先生がおっしゃったように、初期診療はしっかりちゃんとできるというところをまず押さえて、その先どこまで踏み込むかは、それぞれの地域や病院など、まわりの環境に合わせてもっていくべきかということもあります。ただ何でもかんでもできると便利屋さんになってしまっただけで、そのうちにまた全部押しつけられて、夜間のお守りになってしまうところは避けたいといけな。そういう意味では今度はしっかり救急ができる、初期診療ができるということ、まわりの先生たちに認識してもらわないといけなと思います。

氏家 先ほど堀先生と瀧野先生がサブスペシャリティのことをおっしゃっていましたが、実は私も瀧野先生もそうだけれども、救急専門医の試験委員を取り組んでいます。この数年間、試験問題とか、救急医は何をどの程度知っておかないといけなのかということを考えながら取り組んできたのですが、サブスペシャリティを得るためには、救急専門医として知っておかないといけなことを、知るといふ形でのサブスペシャリティをぜひ整えて頂きたい。それを飛び越えてサブスペシャリティを持っているといっても、それはもしかしたら救急医ではないのではないかという気がします。ですから試験に対しては厳しいという批判もうかがっていますが、やはりクリアできるのが救急医ではないでしょうか。ぜひ幅広さとある程度の深さをもって、ERももちろんできるけれども、困ったときにはクリティカルケアにも対応できるという医師になっていって頂きたいと思います。将来計画委員会でおそらく10年計画で救急医の形を今後つくっていくと思います。どうもありがとうございました。

平成 17 年 10 月 26 日

SW3 総括

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科救急医学専攻

氏家 良人

日本医科大学武蔵小杉病院、札幌医科大学附属病院、亀田総合病院救、麻生飯塚病院、手稲溪仁会病院、京都九条病院の6施設の救急に携わる医師の方々に、それぞれの施設における救急の現状を踏まえ、“救急医の役割”、“救急医のあるべき姿”について発表して頂いた。6施設のうち5施設が救命救急センターである。日本医科大学

武蔵小杉病院と札幌医科大学は大学附属病院の救命救急センター、亀田総合病院、麻生飯塚病院、手稲溪仁会病院は巨大な民間病院救命救急センターである。そして、京都九条病院だけが救命救急センターではない民間の救急医療施設である。ここで、救命救急センターであるかどうかは、これから述べる救急医の役割を考える場合に、実はあまり関係ない。これらの6施設は、救急専従医の数、救急医療の形態、院内における救急医の役割などが異なっており、ある意味、現在の日本のさまざまな救急医療体制の代表施設を集めたと考えてもらってよい。各施設からの報告内容と重複する部分もあるが、まず、それぞれの施設の特徴を簡単にまとめ、その後にわが国の“救急医の役割”について記すこととする。

1. 各施設の救急医療の特徴

1) 日本医科大学武蔵小杉病院救命救急センター

東京郊外の武蔵小杉にあり、2003年10月、救命救急部として発足し、2006年4月に救命救急センターとなっている。この診療形態は、救急部の医師が一次～三次救急患者を受け入れ、救急医は三次救急患者には初療から集中治療まで責任科として担当し、院内各科が担当する一次、二次救急患者にも補完的に関与している。また、本家の日本医科大学付属病院救命救急センターとは異なり、三次救急医療も自己完結型でなく必要であれば院内専門科の協力を仰ぐ協力協調路線の運用をしている。専従救急医の数は明確ではないが、それほど多くないということでおそらく10名以下なのであろう。

2) 札幌医科大学附属病院救急集中治療部

札幌市の中心に位置し、1970年代の災害外傷部としての前身があり、1985年に救急集中治療部として新しい組織を構築し15年以上の実績の後に救命救急センターそして高度救命救急センターの認可を受けている。発足当初から、救急搬送される主に三次救急患者（現在は年間1200名程度）だけを対象としている。ちなみにウォークイン患者の救急外来はなく一次患者を診ることはない。専従救急医は、12名のスタッフ+医員8名の20名を擁しており、救急集中治療部入局の救急医と各科からの派遣専門医がほぼ半々の割合でいる。しかし、各科からの派遣専門医も数年間という長い期間、救急に専従している者もあり、これらの派遣医はすでに救急医の一員として考えられる。救急医は初期診断と初期対応、そして、集中治療に関与しているが、外傷、中毒などはスタッフの構成から初療から最後まで自己完結できている。しかし、熱傷の手術は形成外科が担当し、また、循環器疾患、大動脈疾患、脳血管障害などはそれぞれ専門科に引き渡す

など、専門性を重視して柔軟に対応している。

3) 亀田総合病院救命救急科

亀田総合病院は千葉県房総半島の南端鴨川市に位置し、周辺に大きな救急病院が無いなかで、11年前ほどから救急を開始し、現在、年間救急車搬送患者4,400例を含め3万例を超える一次～三次の救急患者を受け入れている。救急医は3名の上級医と6名のシニアレジデントの9名である。救急医は救急外来で救急車やドクターヘリ搬送患者の診療、平日日勤帯のウォークイン外来患者の対応を行い、さらに、20～30名の重症患者、外傷患者の入院診療も行っている。しかし、夜間のウォークイン患者の診療は各科の当直医に委ねられている。

4) 麻生飯塚病院救急部

飯塚市は福岡から車で約40分ほど離れた筑豊に位置し、1,116床を擁する麻生飯塚病院はこの地域唯一の救命救急センターで、年間7千例を超える患者が救急車搬送されている。7千例を超える救急搬送患者ということは、一次から三次までの救急患者が幅広く搬送されていると思われる。救急専従医はスタッフが8名とレジデント2名の10名で、一次から三次の救急搬送患者に対する初期診療、初期治療を行い、単独科の疾病や外傷は各専門科に依頼するER型に近い方式をとっている。しかし、複合疾患や複合外傷の対応に関しては、内科系は総合診療部、外科系は救急部で対応している。救急部では多発外傷、重症中毒、外科系疾患の集中治療管理に関与している。

5) 手稲溪仁会病院救命救急センター

手稲溪仁会病院は札幌市の西端に位置し、札幌市西部や隣接する小樽市以西からの患者搬送が多い。1997年から救急医療を積極的に進め、2005年4月から救命救急センターの指定を受けた民間の大きな病院である。一次から三次までのあらゆる救急患者を受け入れ、ウォークイン患者と救急車搬送患者を合わせて年間2万例以上の救急患者である。救急専従医数は年により若干変動するようであるがスタッフ5～7名に若干名の救急研修医がいると思われる。ウォークイン患者は各科対応になっており、救急医は救急搬送患者のみに初期対応し、基本的に初期診療とトリアージのER型である。入院となる患者は各専門科が診ており、一部、入院救急患者を救急部で対応しているようであるが、ICUに入る重症患者は麻酔科で管理している。この病院の特徴は、ドクターヘリを従来から独自で運用し、2005年にはドクターヘリの基幹病院となり、救急医はヘリコプターを駆使した病院前搬送、治療に関与している。

6) 京都九条病院救急科

京都九条病院は京都南区に位置する207床の急性期病

院で、年間1,800名ほどの救急車搬送患者がおり、そのうちの50%弱が入院している。基本的には二次救急病院と思われるが、CPA症例も搬入されるようである。20名の常勤医師がすべて日本救急医学会会員で4名の救急専門医がいるが、各科専門医であり、救急部に専従しているわけではない。しかし、全科の医師が救急に関与し、交代で当直を担い、毎朝、医師全員が当直業務の申し送りを行っている。救急依頼は基本的に断らず、日勤帯などは院内放送で医師を招集し、夜間は完全on call体制をとり救急患者に対応している。

2. わが国の救急病院の診療体制

厚生労働省が描いたわが国の救急診療体制は、夜間急病センターや開業医の輪番による初期救急医療施設、入院診療を必要とする二次救急医療施設、そして、最後の砦としての救命救急センターや大学病院救急部の三次救急医療施設に機能分化することが進められてきた。

厚生労働省が進める体制は札幌、東京、大阪などの大都会や札幌医大のような大学病院、また一部の地区の救命救急センターで達成され、そこでは重症であるが数少ない三次救急患者だけを診療する体制が創られた。しかし、今回、ワークショップで発表した日本医大武蔵小杉、麻生飯塚、亀田総合、手稲溪仁会などの救命救急センターは救命救急センターであっても一次から三次の幅広い救急患者を受け入れている。実は、このような救命救急センターの方が一般的であり、年間数万例の一次から三次までの救急患者に対応している。しかし、このような病院でも、マンパワーの関係からウォークイン患者は各科当直医が対応し、救急医は重症患者のみ対応していることが多い。

救急病院の診療体制は、近年、三次救急医療に特化していた病院でも変化が見られる。医師の卒後初期研修制度が始まり、救急医療が必修科目となったことがきっかけとなっている。初期研修で求められる救急医療は三次救急を含めた一次や二次の救急診療全般であり、多くの三次救急医療施設でも一次、二次患者を受け入れ、研修医に標準化した教育を行う体制を整えてきている。三次救急だけを診ている施設は初期研修に適さない病院という烙印を研修医から押されかねないのである。

3. 救急医の役割

上で述べたように、救急医療施設の診療体制の変化が起こり、救命救急センターであっても、そこで必要とされてきた救急医の役割が変わってきている。

従来、救急医が専従医として必要とされたのは三次救

急医療施設であり、救急医は救急外来およびICUで救命救急の最後の砦を維持することが主な役割であり、そのような救急医が求められていた。では、救急医は救命救急のすべてに対応できるかという実とはそうではない。ICU管理は生命維持として行う処置はおおよそ決まっているので、どのような科の患者にも対応が可能である。しかし、救急処置室であらゆる外傷、疾病患者を専門的に診断、治療、手術ができるかという、そのようなことは本来不可能なことである。当然、各専門科とのコラボレーションを必要とするが、過去においては、病院によっては救急医にすべてを預け、各専門科の協力を得られないことがあった。その結果、救急医だけでとりあえず救命救急を完結させなければならない状況に陥った。一方、これは救急医が何でもできるようになるためには望まれる状況でもあった。このような環境下で、救急医は外科、整形外科、脳外科手術、消化管内視鏡、人工呼吸、血液浄化、IVR、PCPSなどを学ぶ必要があり、それらの臨床能力を有する者が救急医であった。

現在も、各専門科の協力が得られないなかで救命救急を担わざるを得ない、また、そのことを望む三次救急部門においては、救急医またはそのグループだけで初療、手術、ICU管理を行うことになる。しかし、この体制は救急部門に巨大なマンパワーを必要とする一方、いくら頑張っても専門科と同等にすべての分野を完遂することは困難である。自己完結型を追及することは専門科との軋轢を来し、そして、最も問題なのは患者の不利益を来す可能性がある。また、このような三次救急施設だけで教育された救急医は、CPA、多発外傷、呼吸不全、ショック、重症中毒などに対しては実に力強く頼りになる救命救急医であるが、ウォークインの軽症患者などは各科が診るため、からさし不得手な場合が多い。

一方、あらゆる専門科が救急医療に関与できる環境にある場合は、救急医は救急外来に来院した患者を専門科に良い状態で引き渡すことが役割となる。おそらく、北米のER体制はこのような環境下でできあがった体制であろう。ERで働く医師は、内科系、外科系を問わず幅広い診断と初期対応能力を求められるが、外来対応だけで主治医となることもなく、手術や病棟管理、ICU管理の能力などは必要とされない。このような医師の多くは、わが国の初期研修医の救急教育において優れた資質を備えており、経験すべき幅広い症例に対して標準化した診療、

検査などを教育できる能力を有している。

しかし、あらゆる専門科が24時間救急患者に対応できる病院は日本では数少ない。ERから患者を渡され軽症、中等症であれば各科当直医で対応が可能であるが、ICU管理を必要とする場合、日常の業務と並行して各科当直医がICU管理を行うことは難しい。このような病院では、救急医がICU管理を行うことが期待されるが、北米型ER方式で育てられてきた救急医は実は重症患者管理がめっぽう弱い。生命のかけつぷちにいる患者に対して、家族、各専門科とともに救命救急に関与することは救急医として必須なことである。北米では、仕事の評価と収入が一致することが多いが、最近のNew Engl J Medicineによると、各診療科における収入は一番低いのがprimary physicianでER医は下から3番目である。

私と思う救急医は、救急外来で一次から三次までの救急患者に初期対応でき、研修医を指導でき、重症患者であればICU管理を担うことができる医師である。すなわち、従来のように手術などの各科専門的診療技術までは必要ないが、軽症患者も含めた幅広い救急患者の初期診療能力を有し、そして、ICUでの重症患者管理ができる救急医である。当然のことであるが、病院内だけでなく、地域メディカルコントロールに関与し、病院前診療において救急救命士を指導し、ドクターカー、ドクターヘリを駆使し救急現場、災害現場で救命に与ることも救急医の大きな役割である。

さらに、救急医は各専門科医師と異なり、自分の診療だけでなく病院や地域において横断的役割を担うことが期待される。感染制御(ICT)、栄養サポート(NST)、呼吸サポート(RST)、安全管理、研修医教育などでは中心的役割を果たし病院の質の向上に関与し、地域においては、より良い救急医療体制の構築、心肺蘇生法の普及、災害訓練などで指導的役割を果たすことが期待されている。

最後に、“救急医の役割”はその救急医が置かれた環境、状況(病院の診療体制、マンパワーの大小、研修病院か否か、など)で異なってくる。しかし、どこにしようとも“救急医”として有すべき能力は保持していなければならない。その意識をすべての救急医が共有し、それらの能力を獲得したとき、救急医は院内で、また、社会で専門医として認められていくことであろう。そのためには、救急医教育の内容、方法、時間などを日本救急医学会が責任を持って示していくことが重要である。

SW4-1

典型的 ER の採算性

沖縄県立中部病院脳神経外科

高岡 諒 林 峰栄 加藤 千紘
松本 廣嗣

はじめに

沖縄県立中部病院地域救命救急センターは、典型的な北米式ERであり、病院の中心部門として高いactivityを誇っている。筆者は短期間であるが同施設で研修する機会を得た。近年ER型施設に強い関心が寄せられていることから、その採算性について若干の考察を加えて報告する。

背景

沖縄県立中部病院は医療圏人口40万人の基幹病院であり、病床数550、紹介率61%、平均在院日数14日の急性期、地域支援病院である。入院患者の約55%は地域救命救急センター（以下EC）を経由する。

ECでは、walk-inから救急搬送まで、また傷病の重症度にかかわらず、全ての救急患者を診療の対象としている。ECは初療室、処置室の他、オーバーナイト観察用の入院室（20床）を擁し、このうち10床は救命救急加算が可能である。ECの診療は屋根瓦式のシステムで行われる。すなわち、初期研修医（総勢68名）がローテーションで初療業務にあたり、各科後期研修医（同25名）、EC専任医（同4名）及び各科スタッフ医師の指導を経て、患者の治療方針や入院の要否が決定される。入院を要する患者は各科に引き継がれるため、専任医や担当研修医は初療業務に特化している。

目的

典型的ERの採算性とその要因について検討する。

方法

平成16年度の患者統計や会計報告に基づき、EC受診

患者の分析とEC単体の原価計算を行った。収入と支出（原価）は、会計報告に明らかな部分はこれを引用し、他は案分ないし概算で計上した。研修医、各科医の給与費については、タイムスタディが困難であることから、勤務表とインタビューによりEC関連業務時間を推定し概算した。支出の算出方法を以下に示す。

- 給与費：給与明細とEC関連業務時間による案分
 - 専任医、看護師：実数
 - 初期研修医（注1）：1年次＝年俸×7，2年次＝年俸×（5＋2×0.5）
 - 各科医（注2）：3，4年次＝年俸×25×0.2，スタッフ＝5，10，20年次の年俸×5×0.2
 - 薬剤師：処方実績による案分
 - 技師：検査件数による案分
- （注1）初期研修医は、勤務表から1年次7名／日，2年次5名／日＋2名／半日の専従として概算したが、実際の業務時間はこれを超過している。
- （注2）各科医は3，4年次とスタッフ（5，10，20年次各々5名／日）が業務時間の1/5をEC関連業務に充てているとした。
- 材料費、注射費：実数
- 諸経費、減価償却費：面積による案分

結果

1. EC受診患者の分析

EC受診患者数は38,742名（受診患者総数の18%）であった。このうち入院室で8時間超の経過観察を行ったケースはEC入院として入院管理料を、またその一部に救命救急入院料を加算した（上限10床）。

- 受診経路：walk-in 82%，救急搬送 18%
- 受診の時間帯：日勤 34%，準夜 45%，深夜 21%
- 診療科分類：内科36%，小児科30%，外科14%，その他 20%
- 重症度：帰宅79%，一般病棟入院18%，集中治療入院 3%
- EC入院：EC受診患者の24%
- 救命救急加算：EC受診患者の4%

2. EC単体の原価計算

支出は収入の97.2%となり、若干の黒字を計上した。収入については、EC入院の診療単価が高かった。支出の内訳、給与費の内訳を図1，2に示す。

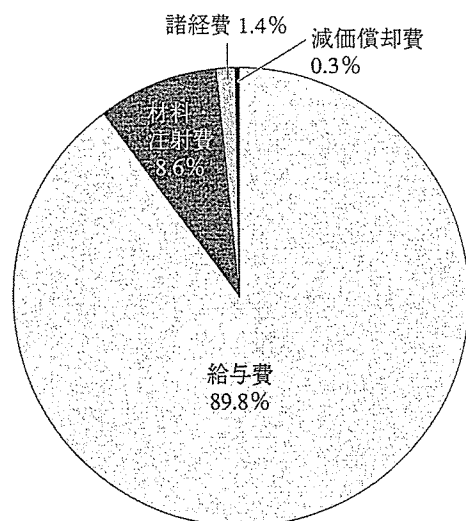


図1 支出の内訳

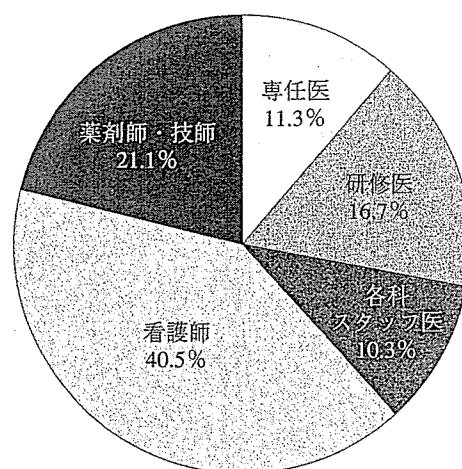


図2 給与費の内訳

- EC収入：約6億円（病院収入の約5%）
- 診療単価：EC外来のみ11,547円，EC入院30,974円
（一般外来8,651円）
- 支出の内訳：図1
- 給与費の内訳：図2

考 察

沖縄県立中部病院は救急医療を根幹としており、窓口となるECは損益以前に不可欠の部門である。今回の検討では、EC単体としての直接経済効果は小さいながら、良好な採算性が示された。

ECでは、初期診療への特化により、支出面で診療実績と連動して増減する材料費・注射費の比率が低いことが特徴で、「実績を上げれば利益が上がる」、すなわち「患者数が増えれば増える程、採算性が向上する」パターンである。一方、患者数が増えれば診療の質やサービスを維持するため医師の増員が必要となるが、資質の高い研

修医を充てることにより給与費の高騰を抑制し、採算性を確保することが可能である。結局のところ、研修医を主体とした若手医師を集め、実効的な教育により資質を高めることが、医療経済の面でも健全な方策であることが示唆される。

なお、筆者が在籍中に行った研修医達へのアンケートでは、「EC業務は厳しい」、「休日がない」、「給与が低い」等の不満はあったものの、大多数は「EC業務は必要」、「EC業務は楽しい」と回答しており、診療現場における魅力的な教育と実践がモチベーションの維持に寄与していることが考えられた。

ま と め

典型的ERであるECの採算性は良好であった。その要因として、1)初期診療への特化と患者数の確保が採算性を向上させていること、2)研修医の資質が支出の低減に貢献していること、などが考えられた。

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 真一

はじめに

コストがかかる、診療単価が安い、平均在院日数を延長するといった救急医療に対する非難はおそらく当院に限ったことではないであろう。当院における入院患者数と入院収益をみた場合、救急部門が病院全体に占める割合は各々8.7%, 7.5% (平成16年度)であった。この数字を聞けばそうした非難もいっけん不当ともいえない。

2次救急の入院化率が低いこと、標榜科として救急の科目がないこと、1人の患者の診療に複数診療科がかかわることが多いことなどから単一の診療科と同列に救急部門の収支を算出するのは困難である。そこで今回救急医療の病院全体への経済効果を紹介率や在院日数などから明らかにした。

対象と方法

当院では最近1年間 (平成16年3月～平成17年2月) に救急車搬送件数はほぼ2倍に、時間外患者総数はほぼ1.5倍に達した。この時期を調査期間とし、医事課資料及び救急部患者台帳から救急医療の経済効果に関するデータ

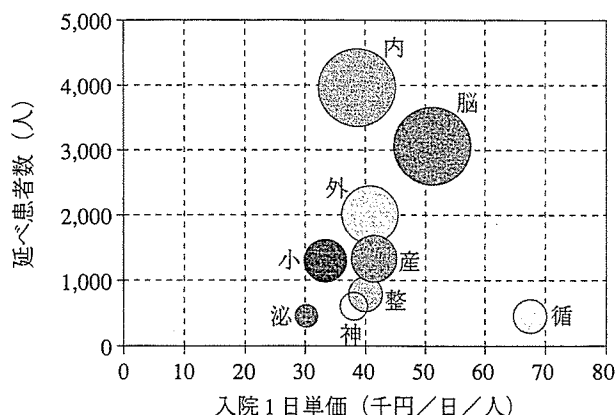


図1 入院収益（/年）の診療科別特性 (H16.3～H17.2)
バブルの大きさは入院収益の多寡を示す。

を分析した。

時間外に救急部を経由して当院に入院した症例を救急入院群とみなし、それ以外の時間外受診患者（帰宅または他院入院）を外来患者群とした。収入の分析では1) いわゆる売り上げに相当する直接収益の指標（入院収益と外来収益）と患者1人1日当たりの入院単価、延べ入院患者数を検討した。2) 救急部の間接的貢献度の指標として、補正紹介率と救急入院群平均在院日数を算出した。現行法では救急車搬送件数は紹介状件数と同じ扱いで紹介率にプラスになるが、そのプラス分は診療事実に関係なく標榜科に加算される。そこで入院も他科コンサルトなしに救急部だけで診療を完結した例を救急部完結例と考え、救急部完結例を除いて算出し直した紹介率を補正紹介率とした。また救急入院群だけの平均在院日数を算出し、病院全体のそれと比較検討した。なお時間外救急の専従者（医師2、非常勤看護師3、守衛2、事務当直1）の給与は総額で月400万円程度にすぎず、その他の職員（各科病棟当直、検査、放射線科、薬剤部当直者）の部分的関与や機器のランニングコスト等は評価が困難であるため、今回は支出については検討していない。

結 果

- 1) 収益総額は概ね増加傾向で、期間末期にはおよそ月1億円に達した。この増加は主として入院収益の増加に起因しており、外来：入院の比はおよそ1：5から1：8へと拡大を示した。
- 2) 入院収益の診療科別特性（延べ入院患者数が月30人

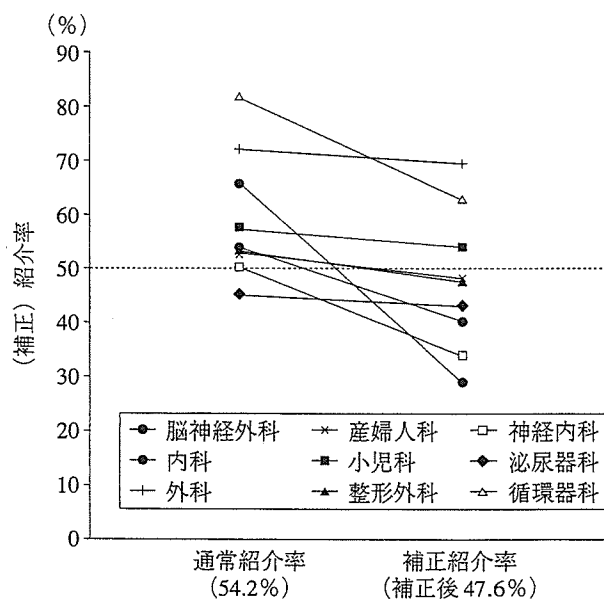


図2 紹介率の救急への依存度 (H17.7)

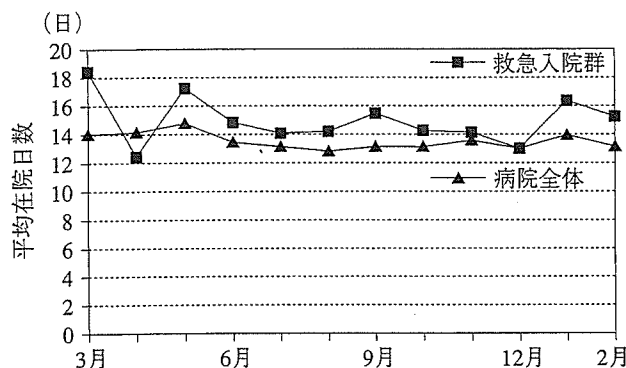


図3 平均在院日数に及ぼす救急医療の影響 (H16.3～H17.2)

を超える9科) (図1)。

脳外科と内科がほぼ同額で約半分を占め、同時に延べ入院患者数も多かった。患者1人1日当たりの入院単価は入院収益に大きな影響は与えていなかった。

- 3) 紹介率の救急への依存度 (上記と同様の9科対象、平成17年7月) (図2)。

紹介率は病院全体で54.2%であったが、補正紹介率は47.6%に留まった。診療科別の補正紹介率では、9診療科のうち6診療科の補正紹介率が50%を下回った。

- 4) 平均在院日数に及ぼす救急の影響 (図3)。

救急入院群の平均在院日数と病院全体のそれとに大きな差を認めなかった。

考 察

当院での時間外入院収益の増加は、内科・脳外科患者の救急車搬送件数の増加に起因していた。この理由は救急部の専任化、研修医教育、脳外科当直の新設、などに

よると考えられるが、その割合は病院全体の入院収益からみればわずかである。したがって単純な収支から救急医療の価値を主張しても説得力に欠ける。とりわけ2次救急病院では時間外の入院化率が低く、軽症救急患者の診療や救急車の受け入れといった初期対応・診療に対する労力が大きい。それにもかかわらずこうした労力に対する診療報酬はない。つまり、現行の診療報酬体系のもとで入院収益の多寡だけで、救急医療の採算性を検討しても実態を反映していない。

当院での検討結果から分かるように、既存の採算に関する指標を用いれば、救急医療に立脚している診療科よりも、慢性疾患を対象にする専門性の高い診療科の方が優位に立つことになる。こうした状況で救急医療の病院に対する貢献度を示すには、救急医療が慢性疾患を対象とする診療科に対してもプラスの効果を及ぼしていることを、数値化して公示する必要がある。今回用いた補正紹介率や救急入院群平均在院日数なども、こうした指標になりうると考えられた。

支出面の検討は今回行えなかったが、直接収益や支出の算出に多大な労力を注ぐよりも間接的な貢献度を明らかにすることが一般病院の救急の採算性をより適切に表現できると考えられた。

結 語

1. 救急医療の直接収益の増大は入院患者の絶対数の増加、つまり入院収益の増加に起因していた。
2. 救急部だけで診療を完結した救急車搬送件数は、紹介率50%の底上げに多大な貢献をしている。
3. 救急医療は病院の平均在院日数を延長しなかった。
4. 2次救急医療は病院の収益向上に寄与する。

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 野口 和男 田原 憲一
河西 克介 肥留川賢一

背 景

自治体病院の7割は赤字と言われており、その経営改善が強く求められている。しかしその多くは地域の基幹あるいは中核病院であるため、たとえ不採算医療であっても地域のニーズが高い限り行う必要がある。そのため不採算医療のひとつに挙げられる救急医療の採算性を高めることは、その病院経営にとっても有益である。

青梅市立総合病院は総病床数604床で東京都の山岳地帯を含む二次医療圏の中核病院である。その医療圏は東京都特別23区と同じ広さ（東京都全体の約1/4）であるが、総人口は約40万人と少ない。また、積極的に救急医療を行う二次病院が少ないうえに、高齢者施設を多く有することが特徴である。

この病院に併設された救命救急センターは二次医療圏で唯一の三次医療機関である。専従医5名（救急医学科）でICU・CCU8床、一般22床を運用し、一次から三次までの救急患者の外来診療と入院診療を行っている。勤務体制は平日・土日祝日を問わず日勤と夜勤の二交代制で、それぞれ救急医学科医師1名と臨床研修医1～2名で診療を行っている。救急医学科の外来診療は、平日日勤帯は、救急医学科に直接依頼のあった救急車来院患者に対応し、それ以外の時間帯は、小児科産婦人科を除く全ての救急外来患者に対応している。入院診療も行い、多発外傷、薬物中毒、蘇生後脳症、熱傷などは救急医学科が入院後も継続して治療にあたっている。手術は各専門科に依頼し、必要に応じて助手として参加している。また、時間外入院で専門科による緊急処置を要しない症例は、救急医学科が継続して入院業務を行い、翌日あるいは休日明けに該当科に引き継いでいる。

目 的

当科のような総合病院に併設した救命救急センターで、

専従医により独立型でもER専従型でもない形態で運用されている救急部門の採算性を検討するため、平成16年度の救急医学科の患者数、紹介率と医業収益を病院全体のそれらと比較した。

結 果

平成16年度は診療患者数11,899人、うち救急車来院数3,741人（三次対応832人）であった。1,834人が当日救急医学科で入院となり、1,438人が入院後他科に引き継いだため、救急医学科の入院収益となったのは残りの396人であった。

初診料を算定した救急医学科患者数は5,407人で、紹介率は45.8%、平均在院日数は3.4日であった。病院全体では紹介率35.7%、平均在院日数14日であった。

救急医学科の医業収益は外来単価が14,340円、入院単価が7,4381円であった。病院全体では外来単価が1,3417円、入院単価が4,3597円であった。

考 察

当院のように医療圏内に診療所や病院が少ないところでは、紹介患者に限られ初診患者の多くが直接来院する。そのため紹介率を高めるのは難しい。とくに救急外来は初診患者が占める割合が高く、直接来院患者は救急車来院患者より数倍多いため、紹介率は低下する。救急医学科の紹介率は45.8%と低かったが、病院全体としては紹介率を上げるよう働いていた。しかし今後時間外受診患者が増加すると紹介率がさらに低下し、その結果紹介率加算が算定できなくなり病院として多大な減収となる可能性がある。

救急医学科の外来単価は病院全体と比して高かった。その理由として、救急外来では血液検査や画像診断の頻度が高いことと時間外診療は診療報酬で加算される項目が多いことが挙げられる。加えて、直接来院患者は入院率が低いため、その大部分が診療した救急医学科の収益となる。平成15年度以後、臨床研修医とともに救急車来院患者だけでなく直接来院患者も積極的に受け入れる体制にしてからは、その患者数の増加とともに収益も著明に増加した（図1）。

入院単価も病院全体に比して高かったが、平成13年度以後は収益にあまり変化はなかった（図1）。入院単価が高くなる要因として高額な救命救急入院料が挙げられる。救急医学科は延べ1,679日救命センターで入院診療を行ったが、そのうち救命救急入院料を算定したのは1/3の574日だけだった。これは救急医学科が担当する患者群は救命救急入院料を算定できる重症患者の比率が低い、

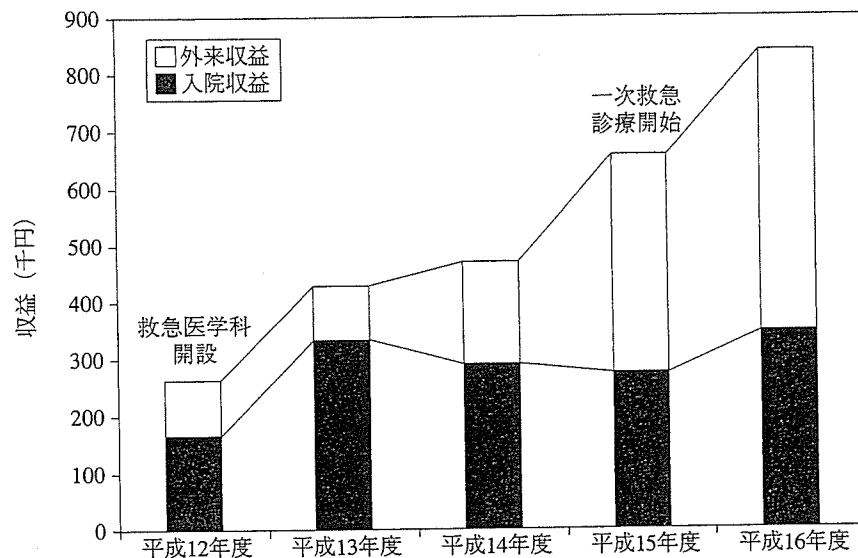


図1 年度別一日あたりの収益（救急医学科）

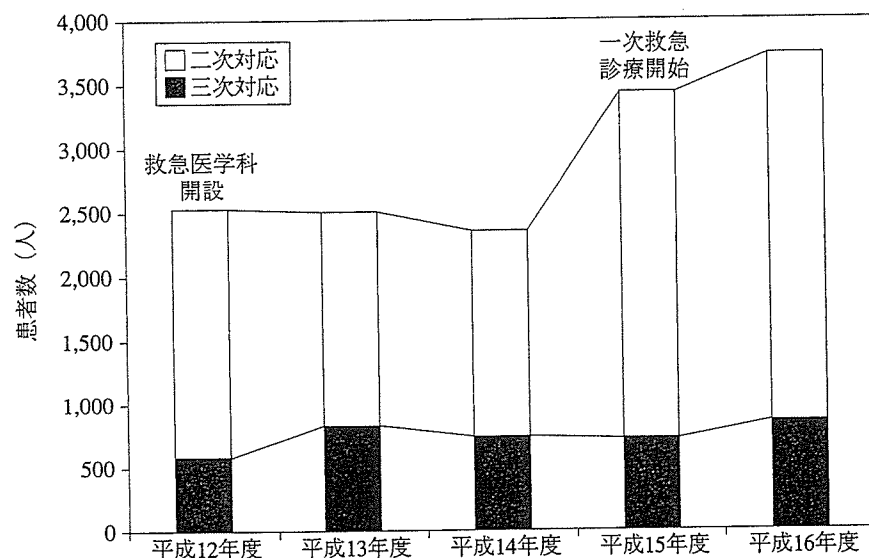


図2 年度別救急車来院患者数

来院時重症であっても短期間に回復する症例が多い、あるいは症例数が少ないことによると考える。救命救急センターとして積極的に三次対応患者を受け入れてきたが（平成16年度東京消防庁からの三次対応患者の受け入れ率は95%）、その患者数は微増に止まっていた（図2）。とくに平成15年度以後救急車受け入れ台数は増加したが、二次対応救急搬送が増えただけであった。救命救急入院料を加算できる重症患者数は変化しなかったため、入院収益は外来収益ほど増加しなかった。

救急医学科の診療には収益として加算されないものが

ある。救急医学科が初療し入院後に他科診療となった症例は、外来分を含めて全て該当科の収益となる。平成16年度はそのような症例で延べ1,767日の救命救急入院料が算定された。

自治体病院の使命として重症度を問わず可能な限り救急患者を受け入れている病院は多い。その救急外来を当センターのように少人数で運営する救急専従医の採算性は高いと考える。そしてその収入源として重症患者の入院収益だけでなく、数が多く診療単価が高い一次対応患者の外来収益も重要である。

後 記

ワークショップの質疑で、診療報酬の改訂内容により救急部門の採算性は大きく影響を受けることを指摘した。平成18年度の改訂により、救命救急入院料や救急医療管

理加算が増額となるなど、救急医療は優遇された。とくに紹介率の廃止により、救急医療を行えば行うほど初診患者が増え紹介率が減り、結果として多額の減収となってしまう矛盾は解消された。

SW4-4

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

川口市立医療センター救命救急センター

小関 一英

はじめに

平成6年5月開設以来、当院救命救急センターは、外科・脳神経外科・整形外科のそれぞれの認定医や専門医資格を持つ救急認定医（専門医）を中心に自己完結的に診療が行われてきた。年間約1800名を収容するが、そのうちCPAOA及びICU入室を要した重症患者は約50%、一般病棟への入院は約30%、診療後帰宅し外来扱いのもの約20%で、開設から平成16年度までこれらの割合はほとんど変わらなかった。重症外傷、急性腹症、脳血管障害などに対する緊急手術を含めて、専用のICU（平成16年4月より6床から8床に増床）と後方病棟（同、21床から30床に増床）を持ち運営されている。その収益は院内診療報酬請求などの処理上、「外科救急」として他の臨床標榜科とは区別して計算がなされてきた。ただし、国及び県への届け出では循環器科が運営するCCU/ICU（各4床）も救命救急センターに含まれるが、本稿では国及び県への運営状況報告書における収支状況部分以外は、先に述べた救急医が運営する狭義の救命救急センターの収益を中心に述べる。

方 法

- (1) 平成11～16年度の6年間の救命救急センター収益実績の年次推移を示し、入室患者数と収益との関連について検討した。ICU増床とともに新しい施設基準による診療報酬が導入された平成16年度の収益に

与える影響をみた。

- (2) 平成16年度について、患者ごとに入院収益額を50万円未満～500万円以上の11段階に分類し、高額と言われる救命救急センターの入院費の患者構成比を調べた。
- (3) 損益収支分析は、厚生労働省による救命救急センター充実度調査の際の報告書に基づいた。平成12年度～14年度、及び平成16年（暦年）の4年間分の平均で算出した。報告書はCCU/ICUの収支が含まれるため、収支額が約30%上乘せされているとみなされる。医業費用については、厳密な部門別原価計算が不可能なため、材料費と経費は当院の配賦基準に基づき案分とした。給与費（救命救急センター専従医師及び看護師等の実給与）、材料費（総支出から三次救急収入額による案分計算）、経費（賃金等は患者数・手術件数割り、光熱費等は部門面積数割り）及びその他の4種の費用の合計で行った。記述に際しては百万円未満を切り捨てた。

結 果

1. 救命救急センターの年間医業収益

平成11年度から平成16年度の6年間の年間入院収益は、7億4,700万円～9億2,600万円（平均8億6,600万円）、外来収益は3,100万円～5,900万円（平均4,600万円）であった。すなわち、収益の約95%は入院収益によるもので、両者の合計は、7億8,000～10億3,200万円（平均9億1,200万円）であった（図1）。

この間、年間延べ患者数の平均は15,900名、1日平均在院患者数46名であった。専従医師数は7～9名であったが、医師1人あたりに換算した年間収益は9,800万円～1億3,400万円/人（平均医師数7.8人、平均収益1億1,700万円/人）となった。救命救急センターは病院全体での入院収益の11.3%（6年間平均）を占め、内科（20%）・産婦人科（13%）・外科（12%）に次ぐ構成比を維持した。

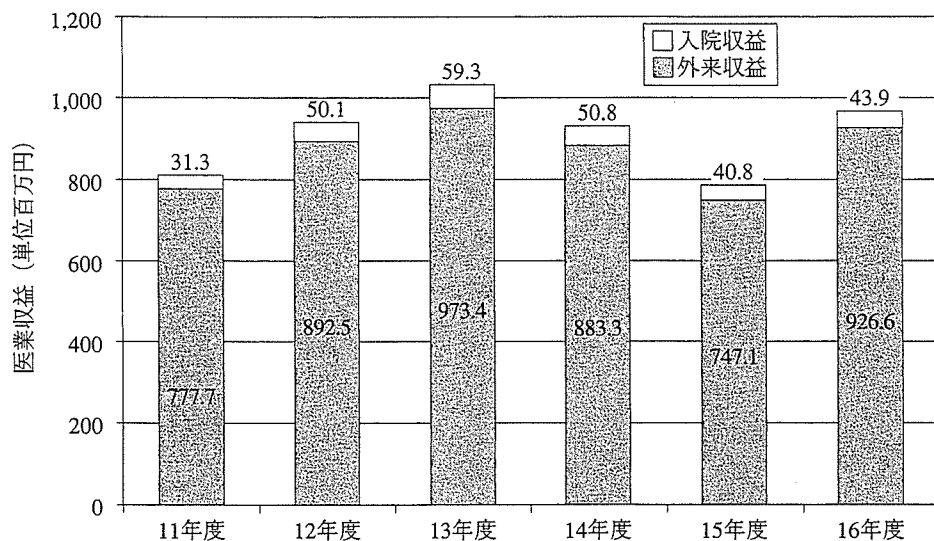


図1 最近6年における救命救急センターの医業収益
15年度の収益の落ち込みは、3か月間の救命救急センター増床拡張工事（6床⇒8床）による患者収容の減少による。当救命救急センターの医業収益の95%は入院収益である。

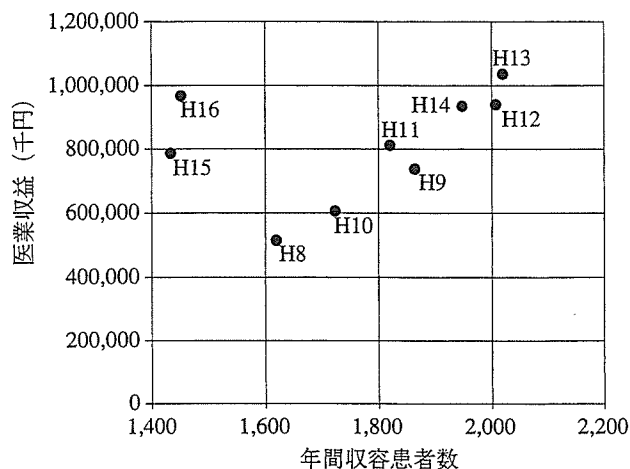


図2 救命救急センターの年間収容患者数と医業収益の関係
図中の記号は平成(H)年度
平成8年～14年度までの医業収益は、年間収容患者数と極めてよく相関したが、救命救急センター拡張工事のため3か月間は閉鎖した平成15年度と、増床と診療報酬上の格上げが行われた平成16年度は、相関が崩れた。

2. 収容患者数と入院収益の関係

平成14年度までの入院収益は収容患者数とよく相関したが ($r=0.97$)、拡張工事のため救命救急センターICUが3か月間閉鎖された平成15年度は収容患者数の減少が収益の低下となって表れた(図2)。一方、ICUと後方病床の増床と、診療報酬上の救命救急入院料のランク上げ(9,190点→10,590点)が行われた平成16年度は、収容患

者が以前に比べ約400名減少したにもかかわらず入院収益は、前年度比で24%(1億8000万円)増加した。

3. 入院収益額区分による患者構成比

1人当たりの収益100万円未満が入室患者の約82.2%を占め、全収益の約42%を占めた(図3)。逆に、100万円以上の医療費がかかった患者の構成比は入室患者の約17.8%に過ぎないが、全収益の半分以上(58%)はこれら高額医療患者から得られたことになる。

4. 救命救急センター損益収支分析(厚生労働省充実段階調査報告書より)

収支分析では、CCU/ICUを含む救命救急センターの年間収益額は12億2,200万円～14億800万円(平均13億6,400百万円、うち入院収益が13億2,200万円を占める)であり、これに対して、歳出額(いずれも平均額で示す)である給与費(6億9,200万円)・材料費(4億4,900万円)・経費(1億3,800万円)・その他(4,300万円)の合計は、13億2,400万円であり、平均4,000万円の黒字を計上した(図4)。なお、同期間の平均年間延べ入院患者数は17,355人、1日平均入院患者数47.5人であった。

考 察

多くの一般診療科医師が救急医療に背を向けているのは全国的な傾向である。救急医療に専従する医師達(救急医)にとっては、好むと好まざるとにかかわらずさま

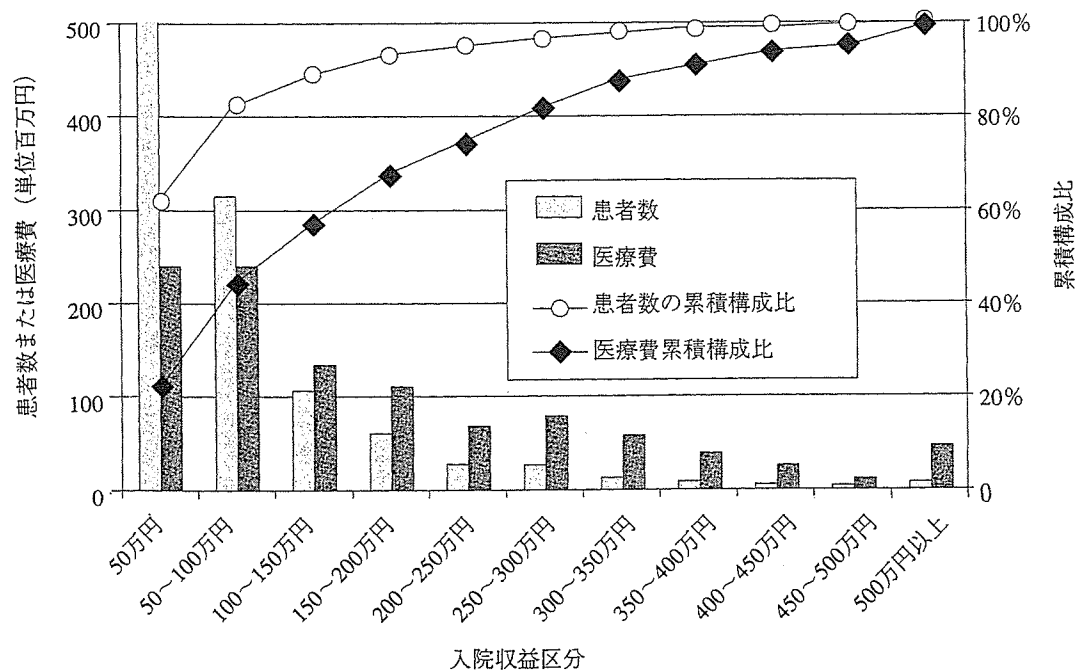


図3 入院収益額区分の構成比とその患者数(平成16年度, 全入院患者1570名を対象)

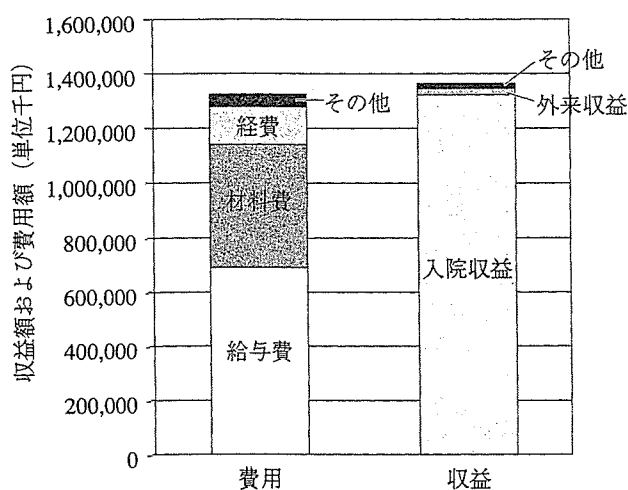


図4 救命救急センターの損益的収支分析
厚生労働省「救命救急センター充実度調査報告書」における収支決算資料に基づき, 平成12~16年の平均額で表示した。ただし, 平成12~14年は年度決算, 平成16年は暦年決算, 平成15年度は資料不足のため計算に入れず。

ざまな体制の中で, 救急医療を実践する必要がある。所属する医療施設の救急医療に対する取り組み方や, 他科の医師の協力次第で, 独自の方法で診療上の立場を確立しなければならない。厚生労働省が指定する第三次救急医療施設として地域医療に貢献するために, われわれは開設以来, 他科に頼らぬ『自己完結型』の医療を実践し,

消防機関とコメディカルの協力を得て独自に救命救急センター運営の道を切り開いてきた。その成果は医業経営上からも評価しうることを証明する必要がある。

本報告では, 救急専従医(7~9名)により運営されている当院救命救急センターの, 最近6年間(平成11年~16年度)の主に医業収益からみた採算性について検討した。救命救急センターの増改築工事のため3か月間ICUが使用不能となった平成15年度は, 救命救急センターとして, 前年度比1億3,600万円の減収となっただけでなく, 病院全体としての収入は前年度比で3億6,600万円の減収を来した。この理由を全て救命救急センターの診療活動の停滞が, 院内全体の収益に影響を与えたことは否めない。ちなみに, 増改築後の救命救急センターはCCU/ICUを除いても17年度決算で12億円に昇る収入を上げており, 病院事業へ好影響を与えている。

経営戦略上, 機会/脅威分析における外部環境の視点からみると, 救急医療は診療報酬や, 救命救急センター運営補助金制度, 臨床研修医制度, 消防機関からの依存性などさまざまな追い風のもとにある。ところが, 内部環境の強み/弱み分析からすると, 救急専門医を除く一般診療科医師の救急医療への無関心や逃避的態度により救急医療を「強み」として認識されているとは言い難い。救急医療を医業戦略として位置づけると, 医師主体の医療ではなく, 患者中心の医療の実践力がその採算性を得る

に必要不可欠である。

当院救命救急センターの運営戦略と実績から、救急専門医による自己完結的診療を堅持し、診療のアクティビティを高めることと、第三次救急患者（ICU入室が必要）

を収容患者数の50%以上（年間約900名前後）に維持できれば十分な採算性が得られるだけでなく、医業経営上の貢献度は極めて高いと考えられる。

SW4-5

独立型救命救急センターの 運営実績からみた経営分析

大阪府三島救命救急センター

森田 大

はじめに

重症患者の救急医療の採算性を、費用採算をもってあるのかと問われれば、答えは否である。度重なる診療報酬改訂の誘導によって、病院は機能別に分化されたが、急性期重症患者の受け入れが確保されたかという検証はなされていない。最近になって、急性期医療の置かれている現実が認識されつつあるとしても、やはり補助金なくしては、重症救急医療は現行の診療報酬では賄えない現実がある。救命率の向上（死亡率の低下）、救える命を救う医療を、患者受け入れによる紹介率の向上、他科への寄与や診療付加価値的意味合いとして捉え、採算をみるのみでは、真の経済投入に見合った救急医療の分析とはいえない。あるいは、後送の診療科が昼夜を分かたずかつ症例を選別することなく、ERと連続して機能するシステムを担保できなければ、その付加価値も生きてはこないだろう。そもそも救急医療の意義を定量化し、採算性を経済的数値で表そうとしても、病院全体の収益の中に隠れてしまうか、質を数値として評価しにくいために、困難と言わざるを得ない。当センターは、自己完結型の救命救急ユニットとして、病院そのものが救急医療経済正味であり、医療全体のなかでの救急部分をどう評価するのか、ひとつの医療経済モデルとなり得ると考える。高齢化社会が進む中で、GDPに占める医療費の割合が高い伸び率を示し、医療費の削減が叫ばれる中、病院も事業体であり、赤字にならないよう採算性をにらみながら経営すべきものとしても、救急医療は誰かがやらねばな

らないのである。当センターの、患者の立場に立った医療経済の改善努力と、職員の不断の取り組みを紹介し、救急医療の“採算性”について問題提起したい。

累積赤字解消への努力

当センターは大阪府の北部、70万人の三島医療圏にある高槻市に立地し、救急医療に特化した第三セクター方式の財団法人立として発足した。年間総運営費は22億円、医業収入16億円、運営補助金約5億円、その補助金の内訳は、国庫補助を含む大阪府からの補助が1億3千万円、地元高槻市と島本町による補助金が約3億8千万円である。職員数148名、研修医を含む医師数27名、入院患者約1,000名、日当点は11,573点、平均在院日数9.3日、充床率86%である（2004年度）。開設時の建設費用、設備費、運営費などの資金約20億円を全て借金で賄い、上記の定額補助金のみで独立採算運営し、二十年が経過した。ゼロからの出発どころかマイナスからの出発であった。最大時は建物償還に加えて、約7億の運営累積赤字を抱え、センターは存続か閉鎖かの岐路に立たされた。今から10年前、ちょうど発足後10年目のことであった。財政立て直しのために、まず支出の見直しを図るべく、当たり前のごとく実施していた中心静脈栄養、抗生剤や血液製剤のふんだんな使用等の見直しを行った。集中治療では常識として罷り通っていた高価な薬剤に対して治療効果は上がっているか、合併症の発生要因は何かなど検証するなかで、中心静脈栄養から早期経腸栄養へ、抗生剤使用の抑制など治療方針を転換した。患者の自然治癒力を損なわない治療方針は、二次的感染・敗血症・多臓器障害の防止、死亡率の改善をもたらしただけでなく、同時に大幅な薬剤費の削減につながったのである。当センターの経済的推移を図1に示す。医業収入は受け入れ患者数の増減とほぼ連動しているが、第三次医療法改正を経て、診療報酬は約7%アップしたことが大きな追い風となり、医業収入を右肩上がりに押し上げた。1995年に行った治療方針変更による薬剤費の削減効果によって、それまでじわじわと上がっていた薬剤費がその時点から横這いで続いたと仮定しても、その後の10年間で約17億円の薬剤費を削減したことになる。