

図1 大阪府三島救命救急センター収支推移表

総支出額 (  給与費  材料費  経費  その他 )  
 総収入額 (  診療収入費 +  国庫補助受入額 )

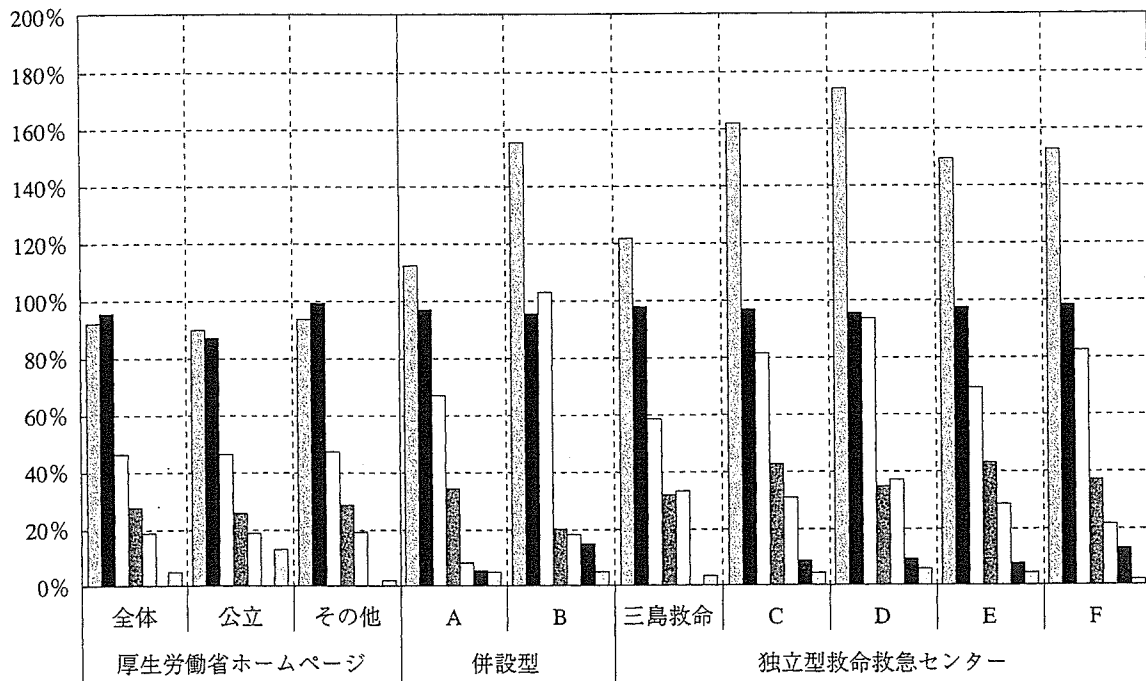


図2 総収入に対する総支出・各支出内訳の割合 (総収入額を100%とする)

同時に各科専門医資格を持つ救急医みずから、積極的に広域で重症患者を受け入れる努力を惜しまなかったことの相乗効果により、収入を確保してきた。もちろん受け入れを断れば、亡くなる患者が出るであろうという認識もあったが、「直送患者の受け入れは断らない」、また先に述べた「患者の治癒力を損なわない治療に徹する」という精神は、現在センターの診療理念となっている。そして、不断の取り組みで設立20年の今期、累積赤字を解消し建物の償還も終わり、単年度黒字を計上するところまでに至った。

### 国民の安心・安全を担保する救急医療の収支

当センターは、補助金の支えにより運営できているという指摘は否定しない。5つの独立型救命救急センター及び2つの併設型救命救急センター（救命部門のうちみえない収支内訳については案分により算出、補助金は国庫補助のみとし、赤字補填分は抜いたデータを作成依頼した）と、急性期加算の病院（平成17年1月26日、中央社会保険医療協議会第14回医療経済実態調査報告を利用し、「その他」は、当センターと似た収支形態をとる病院とした）との収入に対する支出割合を比較したのが図2である。独立型、併設型ともに救命救急センターの経

営状況は赤字であった。総収入に対する給与費の割合は、一般に企業が存続できるといわれている50～55%を大きく超えているのが分かる。ところが、独立型救命救急センターの総支出に対する各支出内訳の割合は、いずれも急性期加算病院とほぼ同率であった。つまりマンパワーを投入しながら収支に見合った医療費削減努力をしても、重症患者急性期医療への診療報酬は低いので、赤字回避は困難ということである。先に述べたように、独立型救命救急センターの収支状況は、急性期重症患者の医療を評価するための指標になり得ると考える。日本救急医学会は、この点を鑑み、安心・安全の救急医療を確保するために、運営補助金の投入を国に提言すべきである。

### まとめ

職員の努力により収支改善が得られたが、運営補助金による埋め合わせがあつてのことである。赤字補填しない条件で、最低限の補助を社会基盤整備の一環として保証しない限り救急医療は存続しない。

## 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

宮崎大学救急医学教室

岡本 健 松島 俊介 寺井 親則

救急医療は一般的に不採算医療の代表とみなされているが、地域の中核となる救急医療施設が質の高い医療を提供しつつ存続するには、健全で安定した経営基盤を確立することが最重要課題である。そのためには、救急医療部門の損益構造を把握し、経営上の問題点や改善点を見出すことが必要不可欠となる。

今回、宮崎大学病院救急部を対象に「国立大学病院管理会計システム（HOMAS）」による診療科別原価計算を試み、救急医療の採算性を評価するツールとしての有用

性を検討した。

### 方 法

#### 1. HOMAS の概要

HOMASは国立大学病院が平成16年の法人化に備えて開発した管理会計システムであり、平成16年に第一期開発版（診療科別・部門別原価計算・経営処理等）が完成し全国導入されている。HOMASでは、管理会計は一元的に管理され、長期間の生データを共通のフィルター、独自のフィルターで分析可能である。中間データを分析可能な形式で保持できるためデータの追跡性が高い。また、汎用性重視の設計により、多種多様な運営形態を取る全国の国立大学病院に対応し、他施設間のデータ比較も可能である。

#### 2. 宮崎大学救急部の背景

宮崎大学病院は宮崎市郊外に位置する18診療科616床の特定機能病院である。救急部の診療対象は原則的には二次・三次の救急搬送患者であるが、依頼のあった時間外一次救急患者の診察も行う。専属医3名と研修医1-2

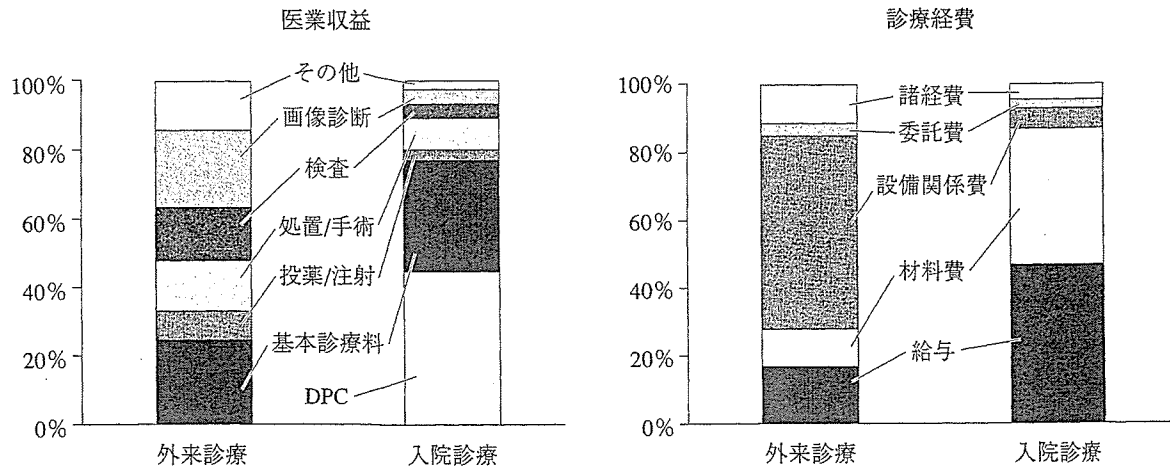


図1 救急部の収支内訳

名が、外来診療室とICU 1床、一般病棟3床の計4病床を運用している。

### 3. 計算方法

平成16年4月から1年間の宮崎大学病院救急部の外来・入院患者を対象にHOMASによる診療科別・部門別原価計算を行い、病院全体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（材料費18項目、給与211項目、委託費24項目、設備費22項目、経費38項目、研修費4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、その他の経費は固定費とした。人件費は1週間のタイムスタディを行い、大学職員の診療・教育・研究業務のうち、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矛盾のないよう案分した。

### 結果

期間中に救急部を来院した初診患者実数は外来1280人、入院280人だったが、レセプト上の患者数はそれらより少なく、外来1,132人(88%)、入院105人(42%)だった。救急部収入は、経過中の患者転科などにより、実際より低く評価されている可能性が示唆された。

救急部の平均診療単価は、外来12,739円、入院55,809円であり、病院全体平均(外来10,546円、入院46,109円)を上回った。しかし、救急部の原価収支(医業収益:診療経費比)は外来1:3.4、入院1:1.2と、いずれも赤字であった。

救急部の医業収益と診療経費の内訳を図1に示す。医業収益については基本診療料が外来25%、入院32%を占

め、病院全体平均に比して高かった。これは、時間外加算のついた初診料や特定療養費、DPC対象外患者の特定入院料が診療単価を引き上げた結果と考えられた。診療経費については、外来で設備関係費が57%と大きく占めたのに対し、給与17%、材料費11%は小さく、病院全体平均と相反するパターンを示した。これは、救急部の診療経費総額が他科に比べて低かったが、設備関係費に関しては他科とほぼ同等の負担を要したことが原因と考えられた。また、主な経費を1%削減した時の利益押し上げ効果は、救急部ではいずれも1%未満であり、経費削減による改善は期待できないことが示唆された。

損益分岐点分析では、各診療単価と固定費が一定と仮定して外来・入院診療単独で全体の損失を補う場合、損益分岐点額は外来で12,300万円、入院では14,500万円であった(図2)。そして、全体の赤字解消に必要な一日当たりの患者増加数は、外来患者22人か、あるいは入院患者5人と試算された。

### 考察

HOMASによる分析では、平成16年度の宮崎大学病院救急部は外来、入院とも赤字経営であり、とくに外来診療における損失が大きかった。外来診療では、相対的に高い診療単価と低い人件費・材料費にもかかわらず、赤字となったが、これは設備投資に対する患者数の絶対的不足に起因していた。コストの削減効果は期待できず、患者を増やす方が急務と考えられた。その際、診療単価は低いものの変動費率が低い一次救急外来患者の増加がより効率的であり、一日当たり約20人の患者増加により赤字が解消されると試算された。

従来、原価計算は医療分野にはなじまないと考えられ

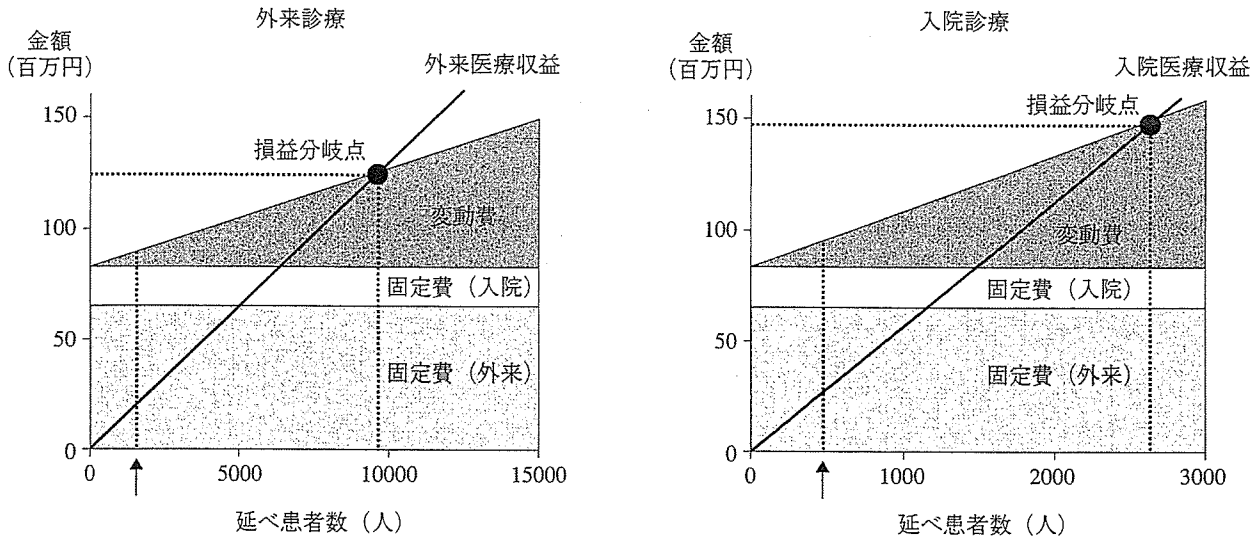


図2 救急部の収支に対する損益分岐点分析  
図中の矢印は実際の患者数を示す。

ていたが、近年、病院関係者に注目されるようになってきた。その背景には、DPCなど医療の標準化・効率化を掲げる昨今の医療制度改革に、レセプトを中心とする従来の収益偏重型の管理では対応しきれず、コスト管理体制の強化が必要になってきたことがある。今回HOMASを用いて行った診療科別原価計算は、救急部の損益構造を理解し、問題点や改善点を把握する上で有用であった。分析上注意すべきは、黒字・赤字という単純な「結果」で診療科の優劣を判断するのではなく、どう改善したか（させるか）という「プロセス」を重視することである。

たとえ赤字部門でも、情報を公開し経営努力を説明できる場合は、利害関係者の評価も高く理解も得られやすいはずである。

実際のHOMASの利用にあたっては、患者転科時の医療収入の補正や、他科依頼による指導料・人件費などの反映、他施設との比較時の配賦基準の統一など、検討すべき問題がまだまだ多い。しかし、HOMASは救急診療部門の採算性を向上する有用なツールとなることが示唆された。

## DISCUSSION

座長 聖マリアンナ医科大学救急医学 明石 勝也  
宮崎大学医学部病態解析医学講座  
救急・災害医学分野 寺井 親則

明石 大変おもしろく拝聴させて頂きました。皆さん、お立場、スタンプポイントも違うし、病院の背景も全部違うということがあろうかと思えます。特に、たまたまですが発表者のほとんどの先生方が国公立系ですので、どうしても赤字のとらえ方が私ども、純粋な民間とは若干違うところがあるかと思えます。俗にいう一般会計の繰入、赤字とは呼ばない補填金のようなものが、だいたいの自治体病院に存在するでしょうし、それから減価償却の問題なども最近建てた新しいところは高いに決まっているわけですし、それからこれも官民格差が非常に大きいということです。ですからおそらく議論としては、そういったものをネグするというか、単純なス

トックについてはあまり考えないで、医業に対する収入と支出、医業に関するキャッシュフローという形でご議論頂くのが、おそらく公平な観点でもの言えるということではないかと思えます。

寺井 明石先生からお話がありましたが、それぞれの立場、あるいは病院の性質等で、それがダイレクトにどうかという話もまたあるとは思いますが、初めに小さいところの、自分のところだけの医業収益ということに絞ってご議論頂きたいと思えます。いまお話を頂いたところでは、一つはカルテ等がなかなか整備されていないので、ダイレクトに計算上できないという問題ももちろんあります。いろいろなところで問題点があると思えますが、まず高岡先生から、そういうことではどういう点が問題点になっているか、あるいはどういう点に力を入れて、いまやられているのかということがありましたら、お話し頂きたいと思えます。先生のところは救急部としてカルテはないのですね。

高岡 救急部というものには存在しません。救急専任医が、

病院全体が参画している救急の指導にあたっているという格好です。カルテは一般の外来のものと同じものを使っています。

寺井 そうですか。話は変わりますが、先生のところは人件費がえらく高くて、発表の中にありましたが、若手の医者がメインでやっているということで何とか補っている。それに対しては教育等で、ほかの価値を与えて動いているということだったと思いますが、そのプラスというが黒字は、絶対額はそれほど大きくなかったですね。

高岡 専任医が増えればすぐに赤字になるぐらいの額です。

寺井 そうですよ。それでは次の木村先生、どうですか。

木村 まず、一応カルテはございます。ただ、もともとが支出のほうは時間外と内容を分けるような計算が全然なされていなくて、勤務体制も、いわば診療科がやっている病棟当直をほとんど使い回している状態で、救急のために専従で雇っている人間は看護師と、あとは研修医に何らかの宿直費を与えてやっているということです。ただ、それを教育したり管理したりというものが必要だということで、私が一人赴任したという状況です。

寺井 木村先生のところと高岡先生のところは、どちらかという外来主体のERといったタイプで運営されているところだと思います。そういう意味では、ほかの先生方は若干違うということになりますが、フロアの先生方で同じような、たとえばER型のような外来のみで診療をやられている先生もおられると思います。そういったところで経営に絞っていえば、問題となることはどんなことがありますか。

宮庄 福山市民病院の宮庄です。先ほど中部病院の先生にもお聞きしたかったのですが、専従の問題ですが、やはり専従をつくと赤字になるのかなという気がいつもしてまして、結局各科がうまくERを回すというパターンでないと赤字になるのではないかと、うちの事務長なども話をしています。そこのところはいかがでしょうか。うちはやはり入院もあるので、その辺がいつも議論になります。専従医の給料の話ですが、いま厚生労働省では救命センターだと勤務という形になりますが、勤務をすると一般のドクターよりも給料が下がります。なおかつ負荷が増えているということで、下の者もかなり文句を言いますし、マネジメントは非常に難しいといつも思っています。おそらく専従医の方が、先生のところだと夜間、されていないということですが、夜間を勤務という形にすると、昼間はしないので、給料は通常の基本給だけで当直料はつかない。なおかつ勤務はする。ERは結構たくさん来るし、忙しいのに普通のドクターより給料は下がる、人を増やさないと当直という形で回しづらいのですが、入れると赤字になる、そこところのジレンマを非常に感じるのですが、いかがでしょうか。

高岡 先ほどのデータでは専任医の給料は実数で年収をそのまま当てはめて計算していますが、4.5人で計算して、現在は当直をしていない。実際に当直をして24時間カバーしようと思うと、最低5人ないし6人の選任が必要になります。そう考えると、単純に加算するとその分赤字になってしまうわけです。その辺はシフト制を入れて、時間外を抑制するようになれば、単純に人数が増えただけ給与費が増えるというこ

とでもないかなという気がします。来年度からは24時間常駐する格好にするようです。

宮庄 少し話がずれますが、一般のドクターの給与ベースと、救急に専従する医師との給与ベースはまったく同じですか。

木村 同じです。

宮庄 先生のところはおそらく各科が全部救命センターに集まってやられるので同じにしてもいいのかなという気も少ししますが、一般の、通常のところですよとERに行くドクターは、ある程度専従医という形で行きますね。そうするとその先生にだけ負担がかかってきて、なおかつ勤務という形ですと、夜間ずっと働いても、昼間に帰ればいいですが、実際は帰るのはなかなか難しく、いまうちではそれをうまくクリアできないのが現状です。むしろ一般の方の給与のほうが高い状態が頻出しているのです。

寺井 先生のところは低くなるのですか。

宮庄 勤務という形で採ると低くなります。けれど勤務という形で採って、夜間診た患者さんが悪いので残るのですが、たぶんどこもそうだと思いますが、ある程度カットというか、救命センターになると勤務で人がいるはずだから長勤するはずがないといわれてカットになります。

寺井 主に長勤分が差になってくるということですか。

宮庄 そうです。それで一般のドクターの方だと脳外科でも、呼ぶと夜間来ても長勤がそのままつきます。ですから一般のドクターはあまり急患に携わりませんが、ぐっと高くなって、救命センターになる前よりもさらに下がったということです。下の者がものすごく文句を言うので、どのように経営したらいいのかなということです。

島崎 杏林大学の島崎です。来年から再来年には厚生労働省令で救命センター、ERを入れるかどうかは別にして、当直体制をやめて勤務体制にしたいということで、いまおっしゃったような夜間が勤務体制になるのですが、当然下がります。いまのままの形ですと、給料はかえて下がるということは当然起こってきます。ですから夜中に勤務すれば次の日に帰るとかとせざるをえません。だけど実際に現場で、ただでさえマンパワーが少ないのに、それで帰ったらおそく救命センターの輪番制でも引かないとやっていけなくなっていくような時代になるかもしれない。勤務体制が交替制に変われば、絶対に給料が安くなるから厚生行政にはぜひお願いしたいと思っているのは、一つは補助金です。補助金は本来、救命センターに出るお金になっていますから、院内で薄められているのです。行政としたら救命センターに出しているお金で、それが病院に入ったときに院内でどう使おうが、内政干渉だから私たちは何も言えないということで、そのお金が全診療科といういろいろなものに使われているわけです。救命センターが、夜間働いている者に対する保障のお金の一部に使ってもいいのですが、それがまったく使われていないことに問題があります。東京都では小児救急の体制をつくって、都から補助金が出ています。先日、うちへ来て小児救急に出しているお金、補助金を小児救急に関連した診療にあたった人たちだけに使うように、病院側に指導をしいていいですかという申し入れがあったのです。行政が補助金の使い道を指導

するのはおそらく初めてだと思います。こういう形を救命センターにも取れるような、少なくとも東京都はその辺のところを非常によくわかっています。小児救急ですが、救命センターのほうも三位一体の3分の1はいま出ていますから、それをおそらく救急の中の補助金として救急だけに使いなさいという指導は、こういう実情がわかればいけると思います。それは学会として、あるいは何らかの形で行政に申し入れないと、夜中に働かされて給料は下がる、患者はいままで以上に診ないととてもやっていけないということになったら、手も足も出なくなってしまいます。

杉本 われわれのところは、大学法人になって当直制ではなくなりました。うちの当直料は大学は2万円ですが、それがなくなったときから給料は減ります。長勤時間を実際にやっているのに制限するのがいけないのであって、それをきちんとつけるように正してやるのが大事だろうと思います。夜であろうが昼であろうが、長勤になって、それでしなくてはいけないのだったら、本来つけないといけない。制限があつて、たとえば昨日も労働条件という話になりましたが、三六協定を結ばれているから、それ以上越えて長勤を命令できないのだからそれ以上払えないのではないかと、という議論になってくるとい話だろうと思います。それは実際に、一つは何といつても、もし長勤をしないといけないのであれば、長勤料を払うのは当然のことであろうし、もう一つ、われわれのところは、それでもなおかつ減るとしたら、たとえば救命救急センター医師手当という形のことを考えないと、人に関しても需要と供給の問題ですから、基本的にはそんなに給料が安くてそんなことなら辞めようということに当然なっていく。それを止めようとするなら、何らかの形でそれぞれの病院が手当をしないと医師がいなくなってしまうというのは当然のことだと思います。もう一つは、いま島崎先生がおっしゃいましたが、補助金行政というのは常にそういうものであって、それがどう生きるか生きないかというのはまったく関係ない、それを制限していくことは無理で、いくら回せと言っても、回さずにやっていることはいま現実起こっています。補助金行政をこれからいくら進めてもだめで、補助金ではないものできちんとやれる形を考えるべきではないかと思ひます。

明石 大変重要な問題だと思いますが、一つは勤務と当直だと税制が違うところも大きいですね。当直はたしか6割までは減免されると思いますが、給与だとともに課税対象になりますから、夜、同じ額の手当が出て、手取りがずいぶん変わってくる。だから当直料のほうが高いという変な逆転現象が起きてしまうことも問題ではなからうかと思ひます。それから(この場に防衛庁以外の行政の方はいらっしゃるのでしょうか)補助金の問題はたしかに杉本先生がおっしゃるとおりですが、補助金は、昔はつかみといってドーンと丸投げでもらえた時代から、いまはだんだん用途が指定されるようになってきた。おそらく島崎先生がおっしゃるように、本当に救急医の手当に還元されているかとか、そこまで言及されるようにはなるのだろうと思ひますが、もともとがくっつけてもらっているのではなく、赤字だから補填をするというのが補助金行政の本質ですから、いらないというためには黒

字でなければいけない。

島崎 救命センターに出ている補助金は救命センターの中で赤字にして、補助金をもらっている。

吉岡 大阪府立急性期総合医療センターの吉岡です。いわゆる時間外をきっちりつけられるということは非常に重要なことですが、医師の場合はほとんどが管理職になります。そのために時間外がつけられなくて、管理職と通常の平の人とで逆転現象が起ってしまうというのが現状です。それで当院は、時間外をほとんど廃止してしまって、重症管理当直というふうに変更しました。医師の時間外勤務は待機のところもいくらか含まれますので、時間外よりは少し単価を下げて管理職にも全部出すという形で、逆転現象を抑えることにしています。勤務になったときには、勤務でつける当直者というから従来の当直者の数を少し減らせて、時間外でカバーする形を取れば、給料の減少は抑えられるのではないかと、そんなことをいま考えております。来年の4月から独立行政法人化されますので、そのときまでに全部決着をつけようと思ひております。

田中 大阪大学の田中です。当初、独法化になったときに、長勤問題はかなり議論になったのですが、労働基準法の縛りが非常に重くのしかかってきて、結局、働けど働けど労働基準法によって長勤はここまでと、非常に少ない額なのです。いまそこをどう打ち破るかが問題になっています。研修医もアメリカと比べて40時間というのが非常にばかみたいな時間ですが、ところがかなりそれを盾にシステムとしては動いているのが現状だと思います。労働基準法をいかに守る努力をしながら長勤を求めていくのが大きな問題にもなるのではないかとと思ひますが、いかがでしょうか。

明石 貴重なご意見だと思いますが、だんだん救急医の労働条件と待遇の話になってきてしまったので、昨日そういうセッションもありましたので、全体、組織として採算が取れるのかどうかというところに、少し方向性を戻していかなければいけないかと思ひます。沖縄中部はたぶん、先生のたびたびのご質問のように、うんと安い労働力でやっているから黒字が出ている、でもたぶんあれだけ安い労働力で、それでも勉強になるからといって中部にたくさん人が集まってくるということが、すごいと思ひます。寺井先生の施設が出てくださったように、収益を上げるのに数で上げるのか、患者の単価で上げるのか、つまり重症な患者ばかりを診ていくといいのか、数を診るといいのか、それから森田先生がおっしゃったように、経費をどんどん抑えていくのか、3つとも大事ななのでしょう。数をたくさん診ていくのが比較的いいとおっしゃる先生方と、それから川口のように、単価の高い入院患者を集めて入れて収入を上げていくと黒字になるということもある。つまり、興味があるのは外来を中心にやっていく救急のスタイルと、クリティカルケアを中心でやっていく救急のスタイルと、どちらが採算性が高いのかということ、少し発言して頂けますか。

寺井 ただ、地域によって、たとえばだれもウォークインの患者で上げようと思わなくても、結局それが来るという形になっているだけで、いわゆる地域のニーズを反映しているだけだということにも思ひます。たとえば小関先生がいわれ

るような、重症患者が集まってくる場所はそういう形でやるほうがきわめていいでしょうし、そうでないところはやはりウォークインの患者で、できるだけ採算性という形で持って行って、その反映が単に出ただけだろうと思います。ただ、問題になっているのはERのときは、たしかにその小さい、直接収益だけでいえばトントン、ないし赤字かもしれないけれど、逆にいえば結局、間接経費はかなり大きなウェイトを占めているという形で評価しないとイケない。ERはこれだけでせいぜいだからいけないというのではなく、たとえば木村先生のところもありましたが、そのかわり紹介率をかなり上げてきているということです。そういった面で、見るポイントは若干違うのかなと思います。

島崎 いまの明石先生のお話で、参考になるかと思いますが、北米のER型救急をやっていますね。医療経済を論じた論文があって、ERを持つ病院の収入として、ERと入院重症患者、いわゆる救命センター型に患者を入れる理想的な割合を出しています。ERの患者が50%ぐらい、二次救急患者で入院させるのが35%ぐらい、三次の重症患者を15%ぐらいの率で、外来あるいは入院させると比較的病院経営としては理想的な収入が得られるという内容です。参考までに。

寺井 いまお話の中で、ERのところは一応終わったので、今度は完全型かどうかはともかく、救命救急センターを何らかの形で抱えている先生方で、先ほどあったような直接収益のあたりについてお考えを伺いたいと思います。まず川上先生からお願いできますか。

川上 やろうと思えば救命センターの収益自体はいくらでも上げられますが、ただ、それに対する支出などが非常に問題になってきます。たとえば先ほどの循環器の問題でも、たしかに循環器は稼ぎ頭ですが、材料費もべらぼうです。本当に儲かっているのかといわれると、微妙なところがあります。収入も増やすように努力するのであれば、支出も減らすような努力もしないといけないということです。先ほど岡本先生が言われた、患者数も増やす、それから固定費を下げるということは人件費を減らすということですが、それもやる、ということはわれわれの病院は全部やっています。全部やって到達したのがいまの形です。ICU自体は、救命救急センターといいながら院内のICUも兼ねていますので、8床ありますが6対2で、全体の救命センターの収益自体は、出しているのかどうかはわからないので言いませんが、先ほど小関先生が言われたよりは金額としては上です。回転率というか平均の在室日数はICUで3日です。重症か否かは関係なく、救急を取るために出してもらいます。それをわれわれがコントロールしている。10床つくって認可されたのが8床なので、実は2つ空いていて、そのうち一つが稼働しているので、夜中9床ということはありません。でも、朝になったら出ていきますから稼働率自体は常に100%を越えるように持っています。そこでやっていて困ったのは、去年の診療報酬の改定です。それは高額ベッドから定額ベッドに移行したときの高額算定料が取れないというもので、厚生官僚はすばらしいところが気がつくなと思いますが、われわれのところは3日ということは2日分しか取れない、もろに3分の2掛けになります。その査定が出たときに、5,000万から1億円ぐ

らいの損益が出るのが決まってしまうと、実際にはいろいろ努力して損益が出ないようにしました。私が言いたいのは、今度4月にも改定しますが、そういう救命センターだけではなく、諸処の診療報酬の改定であるとか、病院の経営であるとか、研修医の問題とか、そういうものを全部加味したうえで、なおかつ先生がおっしゃられたように、その地域のニーズは何か、病院の方向は何か、患者の分配度はどうか、内因性が多いのか外因性が多いのかとかを含めてベストのところをそれぞれの施設が探して持っていかないと、なかなか難しい問題ではないかと思います。われわれのところは、先ほど出た勤務体制などは、はっきり言って全部クリアしています。病院の収益もいい。それは事実ですが、それがいまの状態でいいというだけで、これは2年前に札幌での学会でもありましたが、次の2年後に杉本先生が会長をやられますから、そのときに、まったく逆のこと、うちの病院は全然だめですと言っているかもしれない。そういうものだと思っています。

寺井 それでは小関先生、お願いできますか。先生のところは傾きをかなり上げて、いわゆる一患者当たりの収益をかなり上げて成功しているという発表だったと思いますが。

小関 誤解されては困りますが、収益を上げるためにやっているわけではなく、このワークショップの一番の目的は「明るい未来を拓くために」というはずで、僕は別に金計算が得意でやっているわけでもないし、診療のアクティビティを上げることが目標にやってきたわけです。その結果がどのように出るのかというのを、救命救急センター、あるいは救急医として知っていたわけです。収益はきっと青梅市立よりも少ないかもしれないけれど、こういった結果が出るということを証明したいだけです。いまずっとお話にあったように、そんなに細かい計算をしてどうこうということではありません。少し雑の話で申し訳ないのですが、そんなことです。ですからうちの病院全体の経営は決してよくなって、収益もよくなるのです。自治体病院の典型的なものですから、その中で救急医が独自のスタンスでアクティビティを持ってやっているということで、それが目立つわけです。ですから診療科の中で4位を維持しているというのは、あるいは内科に次いでほとんどナンバー2ぐらいでやっているというのは、「明るい未来を拓くために」やっているわけで、収益を上げるためにやっているわけではないということです。

明石 小関先生、一つだけ教えてほしいのですが、病院全体ではあまり収支がよくない、それはたぶん川口市の税金が入っているのだと思いますが、そうだとすると先生のところの救急が、頑張っているけれども少し赤なんだといって補助金をもらうということは、病院全体にとってみると便利かと思うのですが、それがやや、俺たちが頑張っているのだからもらわないとという、とぼっちはどうですか。

小関 そうではないですよ。私は胸を張って言いますが、病院の経理のほうでいくら計算しても救命センターが赤字にならないのだということで、その結果で言っているのです。ですから支出の分に関しては、相当な按分でやらざるをえないわけです。その結果が、この数年間は何度やっても赤字にならなくて、病院としては損をしているわけですが、私としては胸を張って黒字だと言っているわけです。それではだめ

ですか。

明石 いやいや、よいと思います。たとえば一般救急外来の看護婦さんは別働隊で人件費は入れていないというのを、それも救命センターも手伝っているのだとあって、人件費を救命のほうに乗せれば、5,000万円ぐらいの赤はすぐつくれると思います。

小関 私が院長になったときには赤字にします。(笑)

川上 補助金ですが、われわれのところは設立当時から国の補助金はゼロという条件でやっています。3分の2のうち都がということで、普通3分の2もらっているところが2分の1なのですが、別にマイナスだからといって、ないと出さないわけではなく、一定額より少なければ収支がマイナスと、向こうの勝手な係数が出てきますね。面積当たりの単価でいくらと、それに対してと出てくるだけなので、そこに持っていくように考えればいいかと思えます。独立型の場合は難しいのですが、併設型がやっているのは、やはりどこまで救急かというのはグレーですから、人件費を増やそうと思ったらいくらでもできます。循環器の急患が来て、われわれが診てもやっているのは循環器で、循環器の医者もICUだろうというふうにやればできるわけです。それは算術の話になってしまふ。ちなみに大垣市民病院の院長先生に言わせると、俺は補助金なんかもらわない、それでもやっていけるといいますが、あそこは年間、救急外来数は7万人です。救急車は8,000台ぐらいだと思います。

寺井 ありがとうございます。能力のある院長先生が来られているので、(笑) 発言を伺いたいと思います。

森田 私は能力があったわけではなく、職員が非常によくやってくれたということですが、これでも正味の救命救急センターで、純粋にどれだけいるかということをおそらくアピールできたのかなと思っております。まだ薄氷を踏む思いです。地勢学的に、これはどう変わるかわかりません。たとえば卑近な例を出しますが、中谷先生に非常に悪いのですが、関西大が近くにやってくる。そうしたら、目と鼻の先ですが、おそらく患者数は減るのではないかと。それを仮にゼロにすると、2億弱の、今度は逆に赤字にいつてしまふ。そういう非常に変動の大きいところで、なかなか安心して医療がやっていけないという条件もあります。ですから先ほど冒頭言われた3つのファクター、単価を上げるのはこれ以上できない、日当点が11,000点ですか、入院患者さんの一人当たり110万、120万円、救命センターとしてもこれは無理だということです。経費を抑えるファクターですが、これについては先ほど申しましたように、薬剤費をほぼ半減できたというところで、これ以上上げることにはできない。やはり腸管を使えないケースにおいてはIVHをやらなければいけない。当然のことですから、何%かやっております。しかし昔はことごとく重症だから、ほぼ全員にやっていたといういきさつがありまして、内科医の私からみたら、ちょっと……。感染も2次的にゼプロミス、それから臓器障害というのを嫌というほどみてまいりました。私はこれはおかしいのではないかという思いでみておりましたが、なかに非常に優秀な医長がおりました。欧米の論文をことごとく検索してくれて、経腸に変えましようかと提案しました。それ以降、優秀な医長が多くの患者に対して

経腸栄養を実験してくれました。先生、これはいけるのではないかということです。そうしたら、薬局長も乗ってくれて、医療費がだいたいこれぐらい減ってくるという試算をしてくれました。……。

(録音中断)

……ということで、われわれはまた危機意識を持ちつつあります。どうすればいいかということをいま考えているわけで、三次救急に特化するのではなく、うちの病院の横に夜間応急診療所、初期救急がありまして、それは医師会が三島救急医療センターに委託しておりますので、医師会と調整を取り、ER部門と三次救急を併せ持った、総合的な救急医療センターにして患者数を増加させたいと、個人的にはそう思っています。それから、それだけで果たして来るかということになると問題なので、いま変則的にやりつつありますが、ドクターカーのマンパワーがもう少し充実させたら、こちらから患者を待つのではなく拾いに行くというふうには、ER部門と三次部門を若干分けまして、こちらから患者を中谷先生のところまで引き取りに行くというふうを考えております。患者さんを増やさなければ収入は絶対にありえませんが、そういうことをしていかないといけないのではないかと。それから夜間応急診療所も一部使わせて頂いて、昼間から救急の患者さんを診ていく。ただ、医師会との軋轢があるかもしれません。職員には非常に過剰労働を強いるかもしれませんが、それはそれなりに今後手当を考えて、ER部門をもう少し充実させ、その専門家にバトンタッチという流れのなかで存続させていきたいと思っております。

寺井 たしかに経営の状況はいいといいながらも、先ほど言われたように、何かボンとほかの病院ができる一気に潰れるというようなことから、不断に経営改善を念頭に置いたシステムを組まないといけないということで、岡本先生にHOMASというツールを出して頂いた。これによって不断の経営改善、あるいは現在何が弱く、どうすれば今後できるのかというような、いろいろな条件が出るということもあり、国立大学ではすべて入った。今後それを売りに出して、全国的に広まる可能性もあるというところでお話を頂きました。岡本先生、タイムスタディというのはほかの一般の病院でも使うような概念ですか。

岡本 ほかの一般の病院というのは。

寺井 大学でなくても。

岡本 実際はコンピュータに各自入力するような感じにすればいい、それが一番効果的かと思いますが、ある期間を定めて、どこの科、どこの場所で働いたということです。ただタイムスタディが生きてくるのは、多くの場合は国立大学とか、いわゆる研究診療教育などいろいろな業務をやっている場合とか、あるいはいろいろな科に呼ばれて、どこかの科で働いたというものを分けて使うためにやるものです。たとえば看護婦さんとか、ほかの一般職員の方は、計算するのはそれほど難しいものではないと思います。それから各病院だけのデータだと、かなりいい加減というか、概算になってしまうので、たとえばHOMASの場合は41大学にありますので、各大学のタイムスタディの結果を集計して、マッチングさせるというシステムをオプションとして持っています。



寺井 ありがとうございます。いま現場、あるいは実際に働いている先生方から経営に関するコメントを頂きましたが、いや、そうではないと、経営の面から一言言いたいということで、明石先生からお願いします。

明石 われわれのところではいま原価計算の仕組みを立ち上げていっているので、HOMASというのは、へえっと思って聞いていましたが、いまおっしゃったタイムスタディは、いくつかの病院でやったところを知っていますが、分析をするにはすごくいいですね。でも、改善をするのにつながらないというのが大方の意見で、結構難しいところがあります。それで、やるとすごい手間とお金がかかります。だから慎重にやられたほうがいいかなと思っていました。実は今日、いろいろな方の意見で直感的に思ったことと、だいたいそうだなと思ったのは、ERは数をやるけれども、なかなか収支バランスが合わない。けれども併設病院の間接益はすごく大きい。たぶん今日、岡本先生と先生が用意してくださったスライドの輪の三つのうちの一番外の輪まで影響があるのがERではないかと思っています。片や、クリティカルケアもすごく収益性が高いなと思っていました。ですから、森田先生に聞いたかたのですが、先生のところみたいに独立型で、いま先生のご努力でだいぶいいところまで来たところがあるが、さて、ER的に外来患者を増やすと、併設の母体病院がないだけに、直接の損が増えてしまって益が増えないという可能性はないのですか。

森田 直接の病院を持たないというのは、バトンタッチをして、二次の患者を、しっかりした医者がとりあえずすればいいわけで、これも二次であれば二次で回す。そして私の構想は一次、二次、三次ではなく、一、三、二というものです。完結しているのです。たとえばERで三次が必要だとすると、バトンタッチします。そこで治療はすでに完結させますから、総合病院と同じレベルと考えて頂ければいいと思います。ですからそういう状況で、どの程度そういうことをやれば赤字になったかというのは、まだ試算しておりませんが、私はこれでぜひとも何とか黒字に持っていきたいと思っています。

明石 どちらなのか、僕だったらどうするかと迷いながらお聞きしていました。

森田 ただ、私自身はもともと内科の救急をやっている医者ですが、やはり患者の立場に立つと、やはりそれをやってあげないといけない……

明石 ERの部門とクリティカルケアの部門と、そろばん上のデメリットもそれほどはなく、間接益も含めると、今日の演者の皆さんも結構頑張っているというなかで、ときたま耳にする、木村先生の発表もそうですが、院内逆風の病院があるというのは何たることかと思っています。そういうことすら理解していない院長がやっているのが、そもそもけしからんと思います。そういう病院は結構あるのですか。

前川 関東中央病院の前川ですが、それとは別に、実は救急医療の採算性は問題になりますが、私どもの病院は国家公務員準拠なものですから国家公務員に右へ倣えで、おそらく地方公務員もすでに採用されているところもあります。たとえば東京都もそうですが、これから考課主義に基づいた人事

考課というものが入ってきます。そうするとそこでは採算性が問題になってきます。その次にくるのは、ここ3年から5年後には、管理職以上は年俸制度になるかもしれませんので、そうすると皆さん方が頑張っていることが反映される場所は反映されるでしょう。ポジティブで反映される部分が圧倒的に多いとは思いますが、ネガティブになるところもあるかもしれません。そういう意味では、今回のような機会でお互いに救急医療の持っている経済的な側面を議論しておいたほうがいいと思って、拝聴していました。老婆心からちょっと。

寺井 そういうときに、何らかの数字目標を出さないとだれも納得しない。これはもう間接的にやっているだろう、紹介率は上がっているはずだと、そういうときに先ほどあったHOMASなど、いろいろなツールを有効に利用して、第三者の説得材料にすることをしないと、いつまでも、いやいや一生懸命にやっているのだといったことだけでは、だれも納得しない。そういうことで、岡本先生に出して頂いた。それからもう一つ、HOMASについて少し言うと、たとえばわれわれのところも患者を取っても、勝手に救急が取って、なぜうちが診ないといけないうかなどという話がありましたが、HOMASで各診療科ごとにズラッと出ます。だから弱いところは、いいですよ、うちで取りますからと、そういう間接効果もまた出てくるということです。数字を公開し、それによって競わせる、そうすることによって救急部門はかなりメリットが出てくるのではないかとということです。先ほど年俸制のこともありましたが、そういうときにも数字がすべてを動かしますから、ぜひともそういう形にする。特にカルテがなくてなかなか苦しいという場合でも、やはり何らかの形でそういったものがダイレクトにできるような指標をつくらないと、これからはなかなか難しくなるのではないかとというのが、個人的な意見です。センターのことについて若干問題があると思います。それはわれわれの田舎もそうですが、たとえば長期患者がセンターを占拠する。老人で、CPAで蘇生してだれも取ってくれない、というようなことが多くのごとくよく聞きます。その辺について、いわゆるドレナージですが、初めの枠組みのところでも少し話題が出たと思いますが、そういったことについてどういうアイデア、あるいは工夫をされているのかということをお聞きしてみたいのですが、どなたかおられません。いわゆるドレナージ病院、たとえば頸椎損傷、枠組みのところでもそういったセンターをつくるべきであるとか、熱傷センターをつくるべきであるといった意見も出ていましたが、現実的にはなかなか苦しい状況の中、在院日数を減らす、あるいは新たな患者を取るためにはどうしてもそれを何とかドレナージしないといけないということが、切実な問題になってきていると思います。何かそういったことについて、こういうアイデアがあるとか、こうしたらどうか、あるいは行政にしていきたいということがあればお願いします。

森田 三島地域、高槻市、茨木市、摂津市、島本町の人口170万人ですが、比較的、民間病院が多いのです。総合病院という300床前後の病院が結構あります。まだシステム化はされていませんが、何かの会、懇親会や飲み会などで個人的に

院長同士で話し合ったり、急性期をすぎたら、リハビリテーションにしても、送ってくれという院長先生は結構おられます。そういうところで、三島のほうは結構ドレナージが利いています。それからもう一つは、一昨年から大阪府の対策だと思えますが、脳血管障害後のリハビリテーションまでの一貫したフォーマットをつくりまして、お互いに病院同士の連携を高めていこうというシステムができあがっています。それにのっかって三島救命センターからも、特に脳障害患者さんが長くなりますから、それに関しては次の病院、次の病院という形で、一つのシステム化されつつあります。

寺井 地域連携を介してのシステム化ですね。

森田 地域連携ですね。それともう一つは院長同士のなれ合いとか、顔の見える関係、飲食の席で頼んでいるということですね。

寺井 そういった話が出ると、必ず地域連携で何とかしろという話が出ますが、現実にはなかなか取ってくるところはない。酒の席の関係ということももちろんあるでしょうけれども。

森田 そちらの方が早いですね。

寺井 ほかに何かありますか。

島崎 医療収入、医療経費は別にして、さしあたって医療収入ということで、地域の問題やいろいろな診療形態などで違うのですが、基本的に救命センターに入ってくる、つまり重症だけを取り上げている立場からすると、入ってくる患者は主に循環器内科と脳血管障害と、それからわれわれが救急として扱っている患者がビッグ3です。それを救命センターの収入とするのか、あるいは特化したものは各診療科に全部渡してしまうのか、それでものすごく違ってきます。独立型のところは全部自分のところですから、おそらく黒でやっていけるといいます。ところが一般の救命センター各科に特化したものは各科の収入という形にすると、ちなみにわれわれのところなどは循環器内科と脳神経外科がトップ2を10年以上続けている。それは救命センターを通して入ってくる件です。だけど計算上では、救命センターの患者をそれから引き算してやっていくと、ちょうど真ん中ぐらいになってしまいます。だから収入のランキングからするとそういうことにはなりますが、いま言ったいろいろな面で救命センターは病院全体に寄与していますという話は、病院全体から考えるとそれでいいという話になるけれど、救命センターの収入、あるいは救命センターが赤にならないというのは、どういうスタンダードでしゃべるかをある程度決めておかないと、それぞれの診療形態なりお家の事情でかなり違ってくると思います。その辺を押さえて救急をやればいわけです。救急は何もわれわれ救命センターでわれわれに特化した患者を診ているのではなく、いま言った脳神経、ストロークやCCUの患者もかなり大きなウエイトを占めていますから、その辺も少し考えて頂きたいという気がします。

杉本 いまの島崎先生の話ですが、われわれのところもわれわれのところに入って、たとえば循環器内科にいて退院する、そして循環器内科にレセプトが全部つながっていくという形を去年までやっておりました。それが今年から、コンピュータで処理しているのだから、救命センターに入ってい

る間は救命センターの収入としてやれないはずがないということで、ほんの数日ですぐにできました。院内的には簡単にできることで、それをどうするかということによってやられるのが一つだろうと思います。それともう一つ、少し話がかわるかもしれませんが、大阪府に関していえば、救命救急センターは別にレセプトも集めて、別にやっている。これは標榜科じゃないからできないというわけではなく、そこでやろうと決めればできる話で、われわれのところはそうしていません。もう一つ、森田先生のところは大阪府が多いと思いますが、独立型の救命救急センターがあるわけですね。片方では病院の中に併設で、初期も含めてかもしれませんが、病院全体として運営されているところ、あるいは先生のところのように自己完結型であるとか、その3つの形がありますが、それぞれ特徴があるだろうと思います。私は大阪府の人間のせいもあるということですが、独立型の救命センターは、森田先生はそういう形でやってたしかに経費は減ってきましたが、どんなに頑張っても黒字化することは不可能ではないかと思えます。人の使い方という意味でも非常にむだが生じてくるし、そう考えていったら独立型を解消して、併設型でやるのが当然ではないかと思えます。その辺についてどう考えられるかということです。

森田 先ほど小関先生からもありましたが、併設型にしても独立できるような条件でないと、うまく常在の各診療科が理解してくれるかどうかは非常に難しいと思います。私はやはりユニットとして併設の中で動けるようにして頂くのが……。

杉本 それは努力の問題であって、併設型の中で病院一体型の運営をやっているところはいま全国で非常に多いです。私のところは森田先生とまったく同じような形で、自己完結型で長い間やってきました。こと外傷や外因性に関してはわれわれだけで十分ですが、もし内因性の疾患等を含めてやると考えれば、院内に循環器内科や脳外科、あるいは脳卒中の人たちがいたら、当然それを入れてやるほうがうまくいくのは間違いありません。だから三島のほうで、自分たちだけは黒だという形で……。正直言いまして、実際に先生のところにしても黒字化できたとおっしゃっているけれども、これは高槻市民の税金を放り込んでやっている部分を無視して黒字だという形になりますから、そう考えると、やはり効率性も考えないと、長期的には救急医療を維持していくのは、要するに市の財政の状況によって左右されてしまうのではないかと危惧するわけです。

森田 当然、高槻市民の税金が大半ですが、それなりに安心して頂けるような救急医療をやらなければいけない。われわれにはそれも課せられているということと、それからやはり併設型にするほうが、マンパワーの面やいろいろな医療器具の面など、非常に効率よく使えるということがあると思います。ユニットできちんとその部分が完結してくれないと、中途半端な治療になってきはしないかということです。もちろん院内の努力ですが、私はそれを危惧しております。

寺井 わかりました。独立でやっている場合には、アカウンタビリティというのですか、説明責任と公開が前提になるのだらうと思います。

森田 私どもは決して黒字ではありません。補填のうえでの黒字で何とかやったということです。

寺井 今回の場では出ませんでした。近い将来、導入されるであろうDPCに関して、島崎先生、それについて今後の方向性と救急の採算性に関してコメントして頂ければと思います。

島崎 いま特定機能病院のほとんどがDPCにすると、さしあたってはトータルするとどの診療科も少し黒になるような形にはなっています。ですが、おそらく最終的にはそれが集約していく。というのは、いままでの収入に係数を掛けて請求できるようになっているのですが、1年間のうちの7月、8月、9月分の収入をDPCの平均にするのです。ですから7月、8月、9月分を非常にたくさん収入を上げると、DPCの係数が上がります。ほかのところは下げておくとDPCの収入がたくさん入ってくるという、非常にマジックみたいなことをやっています。DPCになると、いろいろな面で、従来の出来高と比べると最終的には落ちてくる、医療収入としては首が締まってくる方向になるのではないかとみています。もう一つ、われわれは重症患者を診ていてと思うのは、最重症の患者がDPCでやられると、医療収入面としてはあまりよろしくない。それではどうしているのかという話になると、同じ病名の比較的軽い患者でまかなっているというような格好になります。まだDPCをやるときの問題がいろいろあって、たとえば外傷の点数などはむちゃくちゃです。もともと外傷をやっていない人、どうも内科の先生がアメリカでつくったものをそのまま持ってきているようなところがある。それでMDC16というところがわれわれの持ち場の外傷や熱傷、敗血症、薬物中毒というところですが、その点数は、実際にやった透析など、いろいろな処置に関しては一部DPC、残りは手術と同じような出来高が入るようなシステムにおそらく変わると思います。先々月ぐらいままで、そういうものを行政と一緒に決めてから変わると思います。質問には答えられませんが、全体としてはそんなところだと思います。

寺井 DPCというのは在院日数で3段階で分けて、初めを15%上げる、第2期は15%下げる、さらに3期は下げるということで、重症になればなるほど赤字が膨らんでくる。特に早期にボーンと、そういうところが問題になっていたということです。

島崎 それから重症救急加算はいま1万点強ですが、あれがDPCになると八千数百点、ただしその上にDPCのものがつくという格好になっています。それでも重症救急加算は減った格好にはなっています。

寺井 しかし、それは改善している方向に動いているということですか。

島崎 さしあたっては多くの病院は、極端な話でいうと、もちろん査定で問題になるでしょうけれども、軽い患者ばかりを診ているほうが収入としては得をするのではないのでしょうか。最重症ばかりを受けてまともに診療していると、はっきり言って損をするような形です。

寺井 ありがとうございます。いままでのお話を伺っていると、コスト意識はもちろん大切で、いままでのようにコストをまったく念頭に置かずにすることはもはや無理だとい

うことが一つです。それからもう一つは、先ほどDPCの話もありましたが、医療の報酬に対しても、今後、学会としてそれなりの発言をして頂かないと、黙っていたら、それこそ目減りしていくということです。そういった意味で、自分のところのコスト意識を高める、そのためのツールをぜひともして頂きたい。それから医療報酬上の加算はそれなりにつけて頂かないといけない。何もそれ以上にしろとは言いませんが、実態に即した形でして頂く。それともう一つは医療供給体制をそれなりに、われわれのほうから具体的に、こういったことをしてもらいたいというスタンスは、今後、必要なかなと思っております。

明石 私もそう思います。今日の最初のスライドは名作だと思いますが、地域の信頼性といったところまで論じないと救急医療の採算性は語れないのではないかと感じていたのですが、実は医業のところの採算性、それからせいぜい病院全体の収支といったところまででも、救急部門や救急医療というのは、でたらめな不採算の部門ではないということは皆さんのお話を聞いて思いました。その輪の中でも採算を取るようになんか努力をしているということもわかり、大変よい集まりだったと思います。いま、国民医療費が31兆円だそうです。20年たつと60兆円になってしまう、大変なことだということで、国民医療費の縮小、削減に向けて努力しています。これ以上補助金が減ったりすると困る、診療報酬もそうですが、ただ、やはり国の財源を守るために、われわれも救急は不採算でいいのだから何をやってもいいのだ、薬もカテーテルも使いまくりというような医療が許されるべきではないと思います。今日は議論になりませんでした。われわれはそういう意識で若い人も指導していかないと、たぶん救急医療、あるいは日本の医療の将来が危うくなってしまわないかと思っております。

寺井 小関先生が言われましたが、これは本来、明日の救急医療のためにということをつくったものです。簡単に救急医療は赤か黒かという言い方をすれば、十分にポテンシャルはあるということで、今日の話し合いの中で十分なコンセンサスが得られたのだろうということのことです。そのポテンシャルをどのように具体化していくのかということになってきたときに、やはり先ほど言った診療報酬を実態に合った形にして頂きたい。あるいは医療供給体制をそれなりに、何も救急にいいようにとは言いませんが、きちんとしたリーズナブルな形でして頂くようなアプローチをして頂きたい。まったく自分たちでやっているから、いま黒だから何でもいいというものではなく、常にそういう形で関係されている、たとえば行政であるといったところに学会を通じてアプローチして頂きたいということです。そういうことで、このセクションを終わりたいと思います。

平成17年10月28日

## SW4 コメント

聖マリアンナ医科大学救急医学  
明石 勝也

## 救急医療の採算性について

救急医療の採算性をどの局面から捉えるかということが、本ワークショップを通じての大切な論点であると思われる。国民医療費の高騰が国の経済自体に深刻な影響を及ぼす昨今にあつて、救急医療にも経済性の論理が導入されることは止むを得ないことであり、節約の発想は確かに必要である。しかし単純な診療収支だけでは十分な収益は期待できないことから不採算医療として公的補助の対象となつてきている救急医療には、社会共通資本としてなくてはならないものという側面が大きい。加えて近年の医学教育細分化、病院医師不足を考えると専門施設での救急医療教育も、採算性という観点からは議論できない社会経済性が存在すると思われる。

最近になって病院にも導入し始められた管理会計の仕組みでは救急部門単体の評価が比較的容易に行えるようになってきているが、救急部門を経由した一般病棟入院患者から発生する収入などを細かに分離することが大変難しい。多くは救急部門の業績としては見ていないと思われる。しかしながらこうした間接効果が病院全体の収支を考える上では大変効果的であり、しっかりした救急部門の病院全体でのバックアップがあれば病院収支の決め手にすら位置づけられるはずである。救急部門の責任者よりも病院執行部に救急部門の管理会計による経営指標以外の効果を理解できる人材がいるか否かが採算性の鍵であるように常々考えている。各演者のご発表に若干の私見を述べさせていただいた。

## SW4-1 完全的ERの採算性

特徴的な研修医、指導医の構成で、十分数の救急外来患者の診療にあたり、独自の収支でも採算性を保っている。豊富な患者数は地域からの信頼の証であり、たくさんの研修医の参画という教育効果の二つが収支に現れない付加価値として素晴らしい。十分、経営上のメリットありと考えるべきである。

## SW4-2 二次救急医療は本当に赤字なのか

ご主張のように二次救急医療を赤字と見るか、否かは見る側の考え次第で、救急部単独の収支以外をどう評価するかが病院運営者にかかっている。ただ、受け皿たる母体病院の性格によっても救急医療収支の評価は大き

く影響を受けざるを得ない。例えば地域医療支援病院であるがために紹介率に敏感な施設では救急患者増があまり高く評価されない可能性がある。制度上の矛盾とも言えよう。

## 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

救急専従医とその他診療科医師との病院をあげての連携が充実すれば、地域の救急ニーズにもこたえ、十分な採算性が確保されるという好例である。外来患者数も含めて、ある意味で理想的な救急医療施設運営と言える。

## 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

他の発表と異なり、自己完結型で十分な入院病床数と重症度の高い症例を取り扱う救命センターの収支として興味深い。高収益型救急医療施設と言ってよかろう。一つの雛形として考えられるが、この救急診療形態をとることのできる地域はある程度限定されるのではなかろうか。また軽症者の受け皿など地域連携にも十分な配慮が必要であろう。また運営にあたって人員配置などもかなり厳しく見積もっており、経営努力が収支好転に見て取れ、参考にすべき内容である。

## 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

独立型救命センターでの厳しい経営環境の実態が明らかにされている。地域における役割と主として取り扱う疾患群との相違によって公的補助なくして成り立たないという普遍的課題が分析されている。自己完結型と似て非なる独立型の厳しい状況といえよう。

## 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

管理会計の仕組みが病院に続々導入されている背景は、厳しい経済環境だけでなく、広く病院に普及したhospital information system (HIS)の影響が大きい。詳細な原価計算に基づくデータが救急医療といえども様々な分析を可能にしている。ただ、どれほど優れたシステムから導かれる豊富な経営指標であっても、実際の経営に必要なのは解釈と応用であつて、救急医療に導入可能な戦略に結びつかなければ意味がない。今後の活用に大いに期待が持てる発表である。

聖マリアンナ医科大学救急医学  
明石 勝也

国民医療費の削減が政策目標として掲げられている現在、医療の各分野で経営効率を高めることが求められている。病院においては診療部門の採算性さえも問われるようになってきている。救急医療は政策医療の一環として不採算医療の一つと考えられてきたが、採算性の向上を目指した自助努力が必要な時代を迎えたといえよう。

そもそも救急医療は24時間営業であるため、莫大な人件費を要し、尚且つ迅速かつ安全な診療のために大型医療機器などの高額な設備投資が必要で、救急部門単独での収支を見ると赤字運営に陥りやすい。しかしながら救急部門を抱える母体病院の多くを全体として捉えれば、救急経路で入院する患者数は病院の医療収入に大きく貢献するものであり、救急部門での患者受け入れがスムーズであることが周辺地域に与える信頼感、安心感は計り知れず、病院全体の患者数増加に大きく寄与しているに違いない。

経済用語に例えると、病院全体を視野に入れたマクロ的分析と、救急部門だけを捉えたミクロ的分析に分けて考えることができるが、今回のワークショップではミクロ的分析の発表が中心であった。重症患者の入院診療に主力を置く運営方式は単独で採算性の維持が可能であるが、重症度を問わない救急外来診療中心の施設では患者数とここから発生する入院患者数が採算性を左右するようである。部門の採算性向上のための管理会計、すなわち原価計算の仕組みの導入も重要な今後の課題であるが、やはり病院全体としてのマクロ的救急医療採算分析の意識が病院管理職に必要である。

病院全体でマクロ的経済効果から救急部門を支援する、という考え方が地域の救急医療環境も改善するということにつながることで「皆で救急医療を一生懸命頑張れば、病院は繁栄する」という、実はとても単純な結論のようにも思えてならない。

宮崎大学医学部病態解析医学講座救急・災害医学分野  
寺井 親則

はじめに

救急医療は安心かつ健康的な生活を営むために欠くことのできない社会基盤の一つである。したがって、警察や消防と同じように損益などの商業主義的概念になじまないし、仮に経営上不採算であったとしてもそれは財政資金で補えばよいとする考え方がある。しかしながら、この考え方は財政赤字の削減が喫緊の課題となっているわが国の現状からみて説得力に乏しい。今後も続くであろう緊縮財政と医療機関の厳しい経営環境を考えれば、救急医療といえども採算を考え、経営の効率化を推進しなければ優れた救急医療サービスを将来にわたって提供し続けることは難しくなる、と考える方がむしろ自然であろう。こうした観点から第33回日本救急医学会(東京、2005年)のシリーズ・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」のサブテーマの一つに「救急医療の採算性」が取り上げられた。本稿では、ここでの口演内容と討議を踏まえて、救急医療の採算性と診療報酬に関連した課題を、救命救急センターを中心に考察する。

## 1. 救急医療の採算性

救急医療、なかでもその主体をなす救急部門はその設置目的や所在する医療圏の医療環境などから様々な形態をとっており、一律にその採算性を論じることはできない。そこで、本ワークショップでは、まず救急部門を、①救急外来で初期診療のみを担当するもの(ER型救急)、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(ER主体の併設型救命救急センター)、③母体病院に併設された救命救急センターで高次の救急診療を主体とするもの(高次救急が主体の併設型救命救急センター)、④救急部門それ自体が一つの医療機関になっているもの(独立型救命救急センター)、の4つのカテゴリーに大別し、それぞれの収益・経費構造を発表して頂いた。本稿では、これとは別に、救急医療の波及的収益についても検討し、救急医療そのものの採算性を考えることにする。

### 1) 救急部門の収益・経費構造

#### ① ER型救急

ER型救急は独歩で来院する救急患者も積極的に受け入

れているので、一般に外来患者は多い。しかしながら、時間外受診非救急患者や初期救急患者（一次の救急患者）の外来単価は時間外加算等を考慮しても総じて低く、これらの患者のみで医療関係者の24時間体制の配置に見合うだけの収益を得るのは難しい。これに対し、二～三次の救急患者は相対的に外来単価が高く、また母体病院の入院患者にもなる。したがって、二～三次の救急患者を増やせば、ERの増収のみならず母体病院の収益向上にも貢献することができる。ER型救急における経費の大部分は給与費である。その対策として研修医や若手の医師に救急外来を委ねている施設もある<sup>7)</sup>が、そうした施設では屋根瓦方式などで研修医や若手の医師の指導・監督体制を強化し、安全で質の高い医療を担保する必要がある。

## ② ER 主体の併設型救命救急センター

ER が主体であることから患者数を確保しやすい。また、救命救急センターであることから重症救急患者の診療を行う機会も多い。救急医が入院後も継続して診療を行う患者の中には救命救急入院料の加算対象患者も含まれているのでER型救急に比べかなりの増収が期待される。経費面では材料費（薬品費、診療材料費など）の適正化が課題になる。この対策として、後述の高次救急が主体の併設型救命救急センターも同様であるが、母体病院を含めた物流の効率化策、たとえば在庫管理システムやSPD（Supply Processing and Distribution）などの導入、が推進されている。過剰在庫・使用期限切れ・不動在庫などの解消が期待されるので、こうした中央管理システムをできるだけ早く導入すべきである。ER主体の併設型救命救急センターは収容する患者数、患者の収益貢献度<sup>2)</sup>等にもよるが、採算性は十分に確保される<sup>3)</sup>と考えられる。

## ③ 高次救急が主体の併設型救命救急センター

一般に高次の救急患者の外来単価は高い。もちろん救命救急入院料の加算対象患者も多く、患者1人1日あたりの平均入院単価は一般の入院患者のそれより高額になる。実際、大阪大学の試算<sup>4)</sup>によれば、付設の高度救命救急センターの入院患者と附属病院の入院患者の平均入院単価を比較すると約3倍の格差があったという。したがって、高次救急に見合う入院患者を増やせば、高収益が期待される。経費面では給与費と材料費の適正化が課題になる。高次救急が主体の併設型救命救急センターはERが主体のそれと比較して、必要とする救急医が多くなりがちであり、そのぶん給与費も高くなる傾向がある。しかしながら、上述したように高収益が期待されることに加えて、医師・看護師以外の職員のほとんどが母体病院と職務を兼ねている。また、大掛かりな診療器械等も

母体病院と共用である。したがって、コストの適正化等にもよるが、診療利益は十分に期待される<sup>5)</sup>。

## ④ 独立型救命救急センター

収益面での特徴は高次救急が主体の併設型救命救急センターと概ね同じであるが、経費面で決定的に違う点がある。それは給与費が圧倒的に高く<sup>4)</sup>、それが経費の極端な過剰を招いている点である。独立型救命救急センターは瀕死の重症患者を選択的に受け入れる施設であることから、病床数は少ないものの、専門分野の異なる医師を多数抱えている。また、併設型の救命救急センターと違って、部署ごとに専任の職員を配置せざるをえない。こうした施設特有の事情のため、材料費の削減等の不断の経営努力を行っても財政支援なしでは赤字の回避が困難である<sup>6)</sup>。それ故、財政措置の根拠となる経営状況ならびに医療内容についての情報提供を積極的に行い、今まで以上に説明責任を果たしていく必要がある。また、こうした当面の取り組みとは別に、財政支援に依存せず経営基盤の安定化を図っていくためには、将来いかなる運営形態が望ましいのかについて、抜本的な検討がなされるべきである。

以上のカテゴリー別検討から、独立型救命救急センターを除けば、救急部門が赤字体質であるというわけではなく、採算のとれる経営基盤が今でも整っていると考えられる。但し、これを実際の採算性向上につなげていくためには、上述したように、救急部門の医療資源の価値を最大化するように努めるとともに、損益計算（原価計算）に基づく経営指標等を参考にして自施設の効率的運営を図っていく必要がある<sup>7,8)</sup>。

## 2. 母体病院への波及的収益

重症救急患者の多くは救急部門のみで治療が完結せず、急性期を脱した後は母体病院で引き続き治療を行っている場合が多い。また、初期救急患者も2回目以降は母体病院の該当診療科の外来を受診する場合が多い。いずれにしても、これらの患者は救急医療によって得られた新規の患者であり、救急医療の波及的効果と見なすことができる。高岡ら<sup>1)</sup>は母体病院の入院患者を調査し、その実に55%がER経由であったと報告している。また、中尾ら<sup>9)</sup>はER経由の入院患者の収益を算出し、それが総入院収益の42.8%を占めていたと報告している。つまり、救急医療の波及的収益は予想をはるかに越えた額になりうるので、これを無視して救急医療の真の採算性は論じ得ないと言える。更に言えば、救急医療への積極的な取り組みは、地域住民に安心感をもたらし、それが母体病院への信頼感につながり、結果として患者が増えていく、

という良循環を形成する効果もあることも強調すべきである。

### 3. 診療報酬に関連した課題

#### 1) 救急部門のカルテ

救急部門は元来が中央診療部門であり、標榜診療科のように診療報酬を独自に請求することができない。そのため救急部門のカルテすら存在しない医療機関もある<sup>1,10)</sup>。しかしながら、カルテがなければ救急部門の診療実績や、救急部門が病院経営にどれだけ貢献しているのかを明確にすることができない。もちろん、増員要求や新規医療機器の購入等を要求する場合の採否判断もできない。カルテは院内、特に事務部門、の理解さえ得られれば容易に作成することができるので、できるだけ早く整備すべきである。

#### 2) 救命救急入院料の加算方式

救命救急センターには救命救急入院料が設定されており、それが救命救急センターの安定経営に役立っているのは疑いのない事実である。しかしながら、この加算の仕組みは実際に投入された医療経費を正しく反映していない。たとえば、救命救急入院料は、7日以内が1日につき90,000円・104,000円/日（それぞれ救命救急入院料1, 2。以下、同じ）、8-14日が74,900円・88,900円/日と定められている。一方、臨床の現場では救急患者の病態を解明し、治療方針を決定するため検査等を入院当初に集中的に行う場合が多い。したがって、現行の救命救急入院料の加算方式では、入院当初の数日はむしろ救命救急センターの持ち出しとなり、その持ち出し分をその後の入院期間中に回収しているのが実情である。つまり、より多くの重症救急患者を収容するために在室期間の短縮に努めている救命救急センターほど収益が悪化する診療報酬体系になっている。こうした矛盾を解決するには、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改める必要がある<sup>4)</sup>。

#### 3) 救命救急センターの初診料

救命救急センター初診料（救命救急入院料の初日分算定）についても実態に即して改めるべきである。救命救急入院料は加算対象が限られている上に救命救急センターに入院した患者のみに算定できる仕組みになっている。一方、救急隊が搬送してきた患者の中には、外来で死亡する患者や結果として救命救急入院料の加算対象でなかった患者も含まれている。救命救急入院料を算定できる、できないに係らず、患者が搬入されると多くの医療資源を同じように投入せざるを得ない。その後に救命救急入院料を算定できないことが分かると、救命救急センターの明らかな持ち出しとなる。こうしたリスクを回

避するため救命救急センターが救命救急入院料を確実に算定できる患者のみを収容するようになれば、地域の救急医療システムは確実に崩壊するであろう。それゆえ、この問題についても実態に即して対応すべきであり、救急隊や他院からの紹介患者については、死亡症例を含めて、救命救急センター初診料として救命救急入院料の初日分を算定できるように改めるべきである。

#### 4) 救命救急センターと院内ICU

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施設であり、院内で発生した重症患者を収容しても救命救急入院料は算定できない。院内で発生した重症患者は院内ICUで診療することになっており、その場合は特定集中治療室管理料を算定できる。しかしながら、救命救急センターや院内ICUを運営するためには多数の医療関係者を必要とする。それ故、これらの施設を別々に運営することができる病院は限られてくる。こうした事情から、救命救急センターの病床の一部を院内ICUとして流用しても事実上黙認されてきた。重症救急患者の発生が少ない地方都市の救命救急センターでは人的・物的資源の効率的活用という観点から、今後もこうした流用を続けざるをえないであろう。三位一体改革に伴う救命救急センター運営費補助金の廃止にあたり、こうした規制的な措置は緩和すべきである。これは救命救急センターの運営赤字を防ぐためにも必要である。

#### おわりに

病院経営が厳しさを増す中で、救急部門は赤字を垂れ流していると事務方や他の診療科の医師達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。こうした風評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、本当に救急医療は赤字体質なのであろうか、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」の「救急医療の採算性」でなされた集中討議で、おぼろげながらその解答が浮かび上がってきたのではなかろうか。また、それと同時に改善すべき点、新たに検討すべき課題等も提起された。もちろん、このワークショップのみで「救急医療の採算性」が十分に議論されたとは思っていないし、ここで取り上げることができなかった課題や本稿の私見に対する反対意見も多々あるであろう。今回のワークショップを契機として、本学会や関連学会で再度このような企画が立てられ、更なる議論の進展があることを期待したい。

## 文 献

- 1) 高岡諒, 林峰栄, 加藤千紘, 松本廣嗣: 典型的ERの採算性.
- 2) 遠山峰輝, 堤達朗, 田中伸明: 病院経営を科学する!—「問題解決型思考」が切り開く病院経営の手法. 東京, 日本医療企画, 2003, p18-30.
- 3) 川上正人, 野口和男, 田原憲一, 他: 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.
- 4) 杉本壽: 救急医の養成と確保法についての研究. 厚生労働省医療技術評価総合研究事業 平成17年度総括・分担研究報告書, 2006.
- 5) 小関一英: 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.
- 6) 森田大: 独立型救命救急センターの運営実績からみた経営分析.
- 7) 池田吉成: 診療科別部門別損益計算(原価計算)の活用方法. 病院 2005; 64: 57-60.
- 8) 岡本健, 松島俊介, 寺井親則: 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.
- 9) 中尾博志, 山本和子, 勝井真由美, 他: 公立甲賀病院における救急患者の現状とその経済的波及効果について. 公立甲賀病院紀要 2000; 3: 45-9.
- 10) 木村真一: 2次救急は本当に赤字なのか?—救急の収益評価の指標—.

※1), 3), 5), 6), 8), 10) は今回の口演プロシーディングです。

## ※シリーズ・ワークショップ

- SW1 救急医療の枠組み
- SW2 救急医療教育
- SW3 救急医の役割
- SW4 救急医療の採算性
- SW5 救急医の労働条件
- SW6 地域における救急医療体制の評価
- 総括討論



SW5

救急医の労働条件

SW5-1

診療負担の正当な評価が  
労務環境改善のマイルストーンである

星ヶ丘厚生年金病院救急科

木村 真一

はじめに

当院（前任施設大阪厚生年金病院）は大阪市中心部に位置し、年間約1万人の時間外救急患者を受け入れ、救急車搬送は年間約3,000件（平成15年当時）程度である。一方当院は20標榜診療科、570病床を有する中核病院であり、わけても整形外科、外科領域の慢性疾患の手術件数において卓越しており、むしろ高度専門治療において秀でた特徴を持つ。昨今増加する救急需要に加え、平成16年度に開始される卒後臨床研修に備えて、平成15年10月に救急部を開設し、専任医師1名が中心となり時間内の救急診療、研修医教育を開始した。同時に時間外診療の調査を開始したが、院内の救急患者状況調べ（以下状況調べ）、自治体による調査のいずれも、どの標榜科に属する疾患が多いのか、あるいはどの標榜科の入院が多いのかに終始する傾向が明らかであった。しかし上記の調査通りに標榜科が実際に診療を行っているわけではなく、大半の患者は入院せず、実は外来診療の労力が大きいことに気づいた。現行の調査は救急医療の実態を表すには不十分であり、仮に労働環境の改善を検討するならば、むしろ外来診療に注目した実際の労働（実働）評価を行うことが先決であると考えた。

救急部開設時（H15年10月）の時間外診療体制

卒後2、3年目の医師（研修医と称する）で構成する救急当直1名と、診療科当直（整形外科、内科、外科、小児科、産婦人科、ICU）各々1名とが宿直を勤めていた。当

時救急当直は、当院を初めて受診する患者（以下新患）の外来診療を自己完結するか、あるいは診療の最初期を済ませて診療科当直にコンサルトをして引き継いでいた。また救急車により搬送される患者（以下急患）は、新患であるかいなかに関係なく全て最初に診ていた。一方診療科当直はかかりつけ患者の診療を完結すること、救急当直からのコンサルトへの対応、入院治療の3つを行っていた。

分析方法と結果

新患の診療の自己完結と急患の初期診療とを救急当直の実働と定義した。診療科当直はかかりつけ患者の診療と救急当直からのコンサルト対応とを実働とした。救急部患者台帳をもとにこの定義に沿って実働状況を毎月調査した。状況調べ（図1左）によれば、患者数は小児科、内科、整形外科、脳外科の順で常にこの4科で大半を占めた。新たに調査した実働状況では小児科と研修医とで半数を超えており、内科、脳外科、整形外科の実働比率は状況調べと比較すると半減した（図1右）。

急患の初期診療の自己完結（平日時間内の分含む）は3分の2弱は研修医と救急部で占めていた。診療科では小児科が群を抜き他の科の実績はほとんどなかった（図2）。

救急車搬送患者（急患）数の推移をみると、脳外科、神経内科疾患は急速に増加しほぼ1年で前値の2倍に達した。脳外科、神経内科、内科以外の疾患も著しく増加した（図3）。

実態調査に基づく労働環境の改善について

救急部開設当時の時間外の需要は小児科と脳外科が高く、両者が合併する小児頭部外傷の需要はとりわけ高かった。そこで脳疾患例や小児頭部外傷例に対し常に適切な医療を提供すべく、平成16年1月に時間外診療体制の再編を行った。まず外科当直要員であった脳外科を独立させ脳当直を新設し、不足分を神経内科、救急部で補った。また救急部では小児を含む頭部外傷の初期診療、顔面の縫合処置を研修医に修練させた。専門科の負担を軽減し温存する配慮が、年間を通じての脳専門治療の維持に必要と考えたからである。さらには救急当直を2名に増員し当直明けの公認を行った。また新患という理由で研修医が初診を行っ

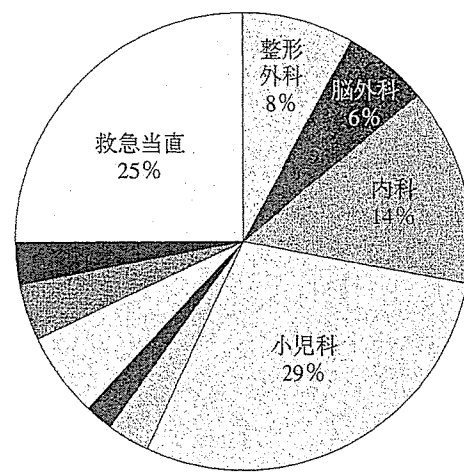
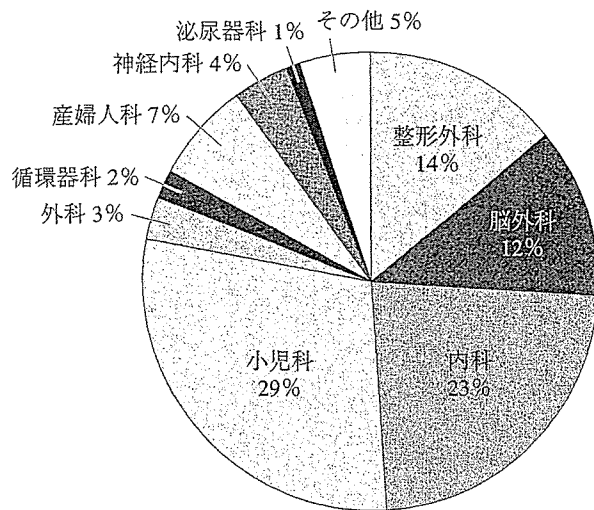


図1 救急患者状況調 (左) と実働状況調 (右)

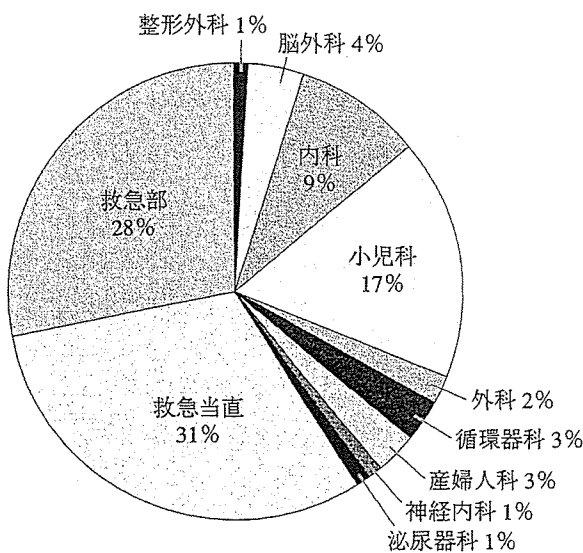


図2 救急車受け入れ実働調べ (H17.3月 救急部作成)

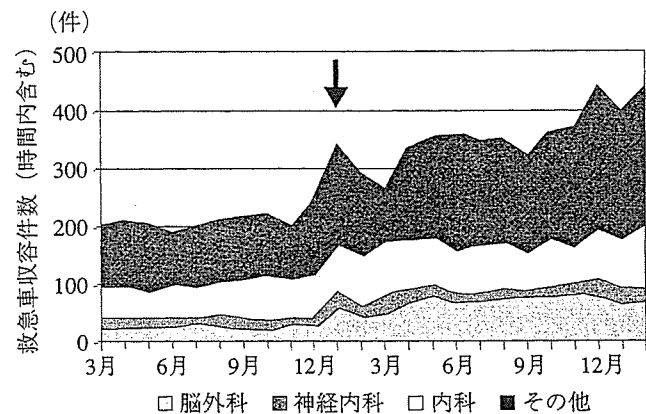


図3 救急車収容件数の推移 (H15.3 ~ H17.2)  
↓は労働環境の改善実施

ていた紹介転送患者は電話対応の段階から当該の診療科当直が対応するように変えた。また患者が殺到する準夜帯に看護師1名を増員し計3名とした。

こうした労働環境の改善を行いつつ脳疾患の急患の完全応需を目指した。その結果脳外科、神経内科に属する急患が急増したが、図2にみる通り実は研修医と救急部が大半の診療を担当していることが明らかである。同時に内科以外に属する急患が併行して増加していること(図3)、これらの急患に対しても研修医が初期診療を担当している事実(図2)を考え合わせると、研修医、看護師の労働負担の軽減、両者に対する教育を最優先で行うことが改めて重要であると考えられた。何よりも実働を

評価することが労働環境改善の第一歩であり、現行の状況調査に不足があることは明らかである。個人的に誰がどれだけの時間実働したかをモニタリングすることは非常に難しい。しかし需要の高い疾患の診療が実際にどういうプロセスで完結されているかを知り、有効な医療資源の投下、教育法、不足部分の支援等を企画することは救急部門の行うべきマネジメント業務のひとつであると考えられる。

### 結 語

実際の労働負担(実働)の分析は労働環境改善の前提である。

## SW5-2

## 救急医の労働条件はどうあるべきか？

—大学病院救急医療現場における就労実態から—

兵庫医科大学救命救急センター

切田 学 小谷 穰治 吉永 和正  
久保山一敏 大家 宗彦 丸川征四郎

2004年5月、名古屋大学医学部附属病院に勤務する一部の医師の勤務時間が労働基準法で定める上限（週40時間）を超えているとして、名古屋東労働基準監督署が同病院を指導したことは記憶に新しい<sup>1)</sup>。一方、医師の労働時間の基準は実態にそぐわず、医師の超過勤務や医師不足、また医師の過労死が以前より問題となっている<sup>2)</sup>。今回、大学病院の救命救急センター医師の適正な労働条件、医師数、当直回数を見直すことを目的に、2004年6月、兵庫医科大学救命救急センター医師の病院就労時間、時間外就労時間の実態調査を行った。

## 研究方法

対象は兵庫医科大学救命救急センターに勤務する医師で、彼らに予め配付した2004年6月の時間表に就労した時間帯をチェックしてもらい、それに基づき後述するon duty時間帯と時間外の各就労時間、その合計時間を集計し、週換算の就労時間を算出した。On duty時間帯は、平日の9～17時、土曜の9～12時と当直時間帯（9時～翌日9時）とした。平日の17時以降、土曜の12時以降、当直明け（9時以降）の就労、出張（学会、他病院派遣など）、自宅就労（試験問題、マニュアル、講義資料などの作成）は時間外就労とした。専従医14名中8名、2年目研修医5名中3名から回答を得た。また、ある医師の2004年6月から2005年9月までの16ヶ月間の就労時間も同様に算出した。

## 勤務内容

兵庫医科大学救命救急センター医師は、救急隊や他院からあるいは本人から診察の依頼があった比較的重症の患者の初療と入院患者（約30名）の診療を行っている。

2004年度、救命救急センター医師が初療にかかわった患者は1,365例で、その約11%が外来帰宅の軽症、約7%が初療後専門科に転科、残り1,120例が救命救急センター入院となった。

## 結 果

On duty時間帯の就労時間は、各医師間に時間差はあったが、平均週53時間であった。自宅就労を除き、時間外に病院内で就労していた時間は40時間から169時間まで個人差があり、中間値は97.5時間で、平均週23時間であった。On duty時間帯、時間外を合わせた週総就労時間は、67.1時間から最高98.2時間であり、週80時間以上の就労は11名中7名いた（図1）。専従医8名の平均週就労時間は82.6±13.2時間、2年目研修医3名の平均は83.8±8.1時間で差はなかった。

ある医師の16ヶ月間のon duty時間帯と時間外とを合わせた週就労時間は、平均すると80時間弱であった（図2）。16ヶ月間の総時間外就労は2,318時間、月平均145時間（1日約4.8時間）で、100時間以下になる月はなかった。その時間外就労の57%は診療に、25%は研究に、9.4%は教育に費やされていた。

## 考 察

医師の当直は、ほとんど仕事のない留守番的なものであり、多数の患者の治療にあたるなど勤務実態が異なる場合には、交代勤務や超過勤務扱いとし、当直は週1回で、翌日は勤務を軽減するとなっている<sup>3)</sup>。しかし、当直明けの医師の多くは、翌日も通常勤務に就き、さらにon duty時間帯をも越えて、診察、手術、検査、カルテ記載、病状説明、各種書類作成などの業務をこなしている。大学病院勤務医師は、さらに研究、教育にも時間を費やさねばならず、超過勤務は避けられない現実がある。「勤務医の5割が週50時間以上働き、70時間以上という人が2割以上もいた。」という大阪府保険医協会の大阪府内アンケート結果より、病院で医療ミスが多発する背景には勤務医の過労があるとの指摘もある<sup>4)</sup>。

過労死に関する労災認定基準では、「脳・心臓疾患の発症は、時間外労働が月45時間を超えて長くなるほど業務との関連性が強まり、発症前1ヶ月間に約100時間を超えれば関連性が強い」とされ<sup>5)</sup>、当センターのある医師は絶えず過労死してもよい労働状況下にあるといえる。救急医不足の中、救急医個人、さらにその家族を犠牲にし

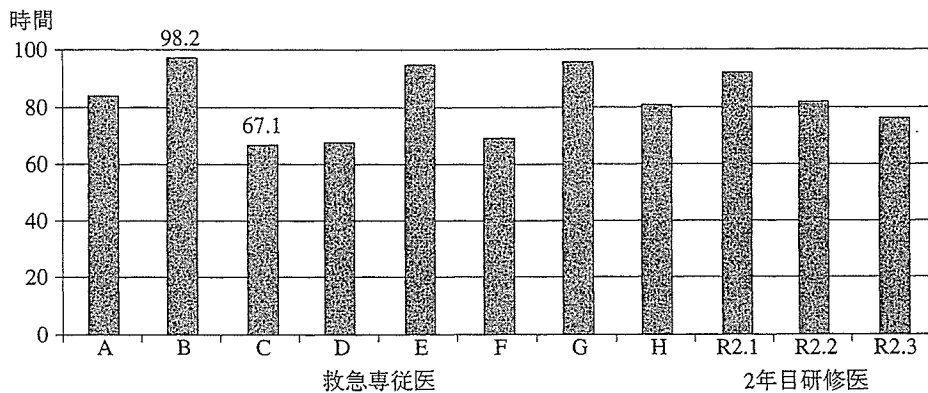


図1 救急医週総就労時間 (2004年6月)

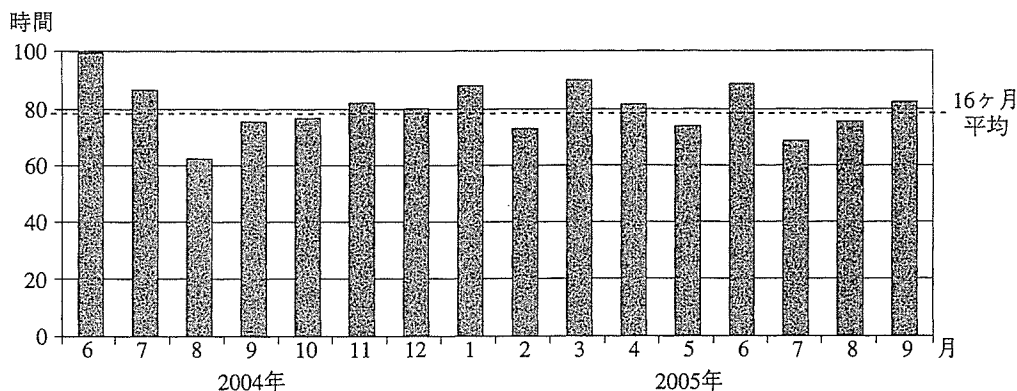


図2 医師B：週就労時間 (16ヶ月間)

て月約100時間以上の超過勤務をしないと救急医療の需要に応えられない、また救急医療レベルを維持できない日本の救急医療現状があるのも事実であり、それゆえ過労死予備軍の救急医は全国に多くいると思われる<sup>6)</sup>。健康(身体的、精神的)管理や集中力持続の観点から、救急医の総就労時間80時間以上は異常であり、休憩時間、手術、患者家族説明などの業務を考慮して、週60時間程度の就労にすべきであろう。

時間外就労の軽減、週就労時間の軽減につなげるためには、当直は週1回を原則とし、また救命救急センターの使命を果たすべく5名当直とすると、救命救急センターでは救急専従医、3～6年目医師、研修医をバランスよく編成した35名以上の医師の配属が必要であろう。

### 結 語

大学病院救命救急センター医師の週就労時間は約80時間であり、この就労時間を軽減させるには、まず週就労時間を60時間にすることを目標として、経験年数を考慮

した35名以上の配属医師で救命救急センターを運営するべきである。

### 参考文献

- 1) 共同通信：医師の勤務時間上限超す；名大病院を労基署指導。2004年5月24日
- 2) 石原謙：持続可能な医療体制のために。日本の医療の実情。日医ニュース 第968号、2002年1月5日。(http://www.med.or.jp/nichinews/n140105j.html)
- 3) 厚生労働省労働基準局通達；医療機関における休日及び夜間勤務の適正化の当面の対応について。2002年11月28日
- 4) 太田啓之：「医者もうかる」って本当？ opinion news project シリーズ社会保障：選択のとき。朝日新聞2005年10月9日
- 5) 厚生労働省発表：過労死新認定基準。2001年12月12日
- 6) 西日本新聞：病院医師は週63時間労働、過労死寸前2006年3月27日 (http://www.nikkansports.com/general/f-gn-tp0-20060327-12205.html)