

## 小規模“NICU”における医療経済実態

(分担研究：新生児救急医療システムに関する研究)

稲川 昭

“NICU”を中心とした新生児救命医療システムの普及が強く望まれているが、“NICU”の基準として、生命予後の面だけでなく、経済的な制約から効率化などを重視した議論がなされている。多くは大都市周辺の人口密集地帯を医療圏としている施設中心であることは否めない。北海道は著しく人口密度が低く、冬の交通障害など効率化の経済原則に反する不利な面を多々抱えている。そのなかで、新しい新生児医療の展開は、古くから地域基幹病院として地域医療を担っていた小児科内に小規模で進められている形態が多い。今回、北海道の地方都市の小規模“NICU”での新生児医療の経済的実態をまとめ、経営的な側面から、小規模“NICU”にも光があてられることを期待したい。

表1は昭和63年の当院病的新生児室の医療費等の推移をみたものである。病床稼働率が39～110%と変動が大きいことがよく判り、経営上好ましくない新生児医療の一端がみとれる。独立病棟として準深夜各2名の看護人員を確保することは不可能に近く、小児病棟(定床、一般30床、病的新生児7床)の看護婦18名の中で運営されており、病的新生児室の人件費の算定はできなかった。

表2は極小未熟児、超未熟児、在胎週数別の新生児の退院までに要した医療費である。在胎週数毎に医療費が段階的になっていることが判る。また当院産科において満期近くまで早産管理をせざるを得なかった母体での実際の医療費をみてみると、在胎32週未満では明らかに医

療費の節約が認められ、総医療費の経済的側面からも早産管理の重要性が認められた。

表3は超・極小未熟児の退院までの診療費用の内訳を人工換気療法の有無別にみたものである。その他の項目は光線療法、保育器料、酸素料などが含まれる。一見して薬剤・注射の割合が低いことが判る。検査の比率が高いが、経皮酸素分圧測定器、心拍呼吸モニター費用が多くを占めており、高度な技術を要する採血手技、不必要な採血、検査を許さない“弱くて小さな命”であることなどから、いわゆる“検査漬け”等はできる由もないわけである。現在の日本の国民医療費構造上、諸外国との比較で顕著な違いとして提起されている薬剤(投薬・注射)比率の高値、その結果として、診療技術料、看護料の過小評価による基本入院料の低廉価の影響を最も強く受けている内訳であることが判る。蛇足ながら注射の項では現実には1時間あたり0.1ml単位で輸液料を設定し微量輸液ポンプを使用し点滴輸液をしているにもかかわらず点滴注射としての診療報酬を得られていないなどは不当に評価されている典型例と思われる。新生児医療の発展により新生児死亡率の激減、費用便益分析からも新生児医療の充実の効果は明らかである。成人と小児、小児と新生児、成熟新生児と極小未熟児では驚くべき程に生体の予備能が違ふ。医療本来のきめ細かい“無形のサービス”を最も必要としている新生児医療に対しより一層の新生児加算が必要とされていることが示された。

表1 S63年病的断生児室  
(NICU 3床, 中等床 4床)

	人数	延べ日数	稼働率	医療費
1月	10	206日	95%	628.4万
2月	6	119日	59%	404.2万
3月	7	166日	76%	470.2万
4月	6	81日	39%	245.2万
5月	6	113日	52%	392.6万
6月	8	135日	64%	428.6万
7月	7	156日	72%	444.2万
8月	5	117日	54%	330.6万
9月	7	129日	61%	325.3万
10月	7	181日	83%	670.2万
11月	6	137日	65%	401.9万
12月	13	238日	110%	664.8万
Total	41人	1778日	69%	5406.2万

表2 当院における医療収入

体重	人数	平均体重	入院日数	医療費(万円)
~ 999g	6人	862±99	112±18	370±107
1000~1499g	13人	1282±152	67±24	165±81

在胎	人数	入院日数	医療費(万円)
25w~26w	5人	116±17	396±97
27w~28w	5人	77±10	220±39
29w~30w	1人	49	124
31w~32w	16人	44±13	101±35

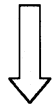
早産管理

在胎	医療費
25w 6d→35w0d	118.2万
25w 6d→35w6d	126.6万
29w 0d→36w3d	105.1万
30w 0d→37w5d(Twin)	105.1万
31w 4d→37w0d	69.7万
32w 0d→36w6d	91.9万

表3 診療費内訳(日鋼記念病院)

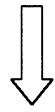
	基本入院料	薬剤	注射	処置	検査	X線	その他	総医療費	入院日数
超未熟児 人工換気 有	119.2(30.1%)	0.6(0.2%)	11.3(2.9%)	67.7(17.1%)	148.7(37.5%)	8.0(2.0%)	28.2(7.1%)	396.4	115.6日
無	89.2(37.5%)	0.2(0.1%)	12.8(5.4%)	15.3(6.4%)	92.3(38.8%)	5.5(2.3%)	22.5(9.5%)	237.7	93日
極小未熟児 人工換気 有	93.8(35.7%)	0.5(0.2%)	15.0(5.7%)	20.8(7.8%)	91.8(34.6%)	4.0(1.5%)	14.4(5.4%)	265.2	92.7日
無	60.0(42.3%)	0.3(0.2%)	3.1(2.2%)	6.1(4.3%)	57.6(40.7%)	2.7(1.9%)	11.8(8.3%)	141.6	58.9日

※( )内は総医療費に対する割合 ※診療費：単位万円



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



“NICU”を中心とした新生児救命医療システムの普及が強く望まれているが、“NICU”の基準として、生命予後の面だけでなく、経済的な制約から効率化などを重視した議論がなされている。多くは大都市周辺の人口密集地帯を医療圏としている施設中心であることは否めない。北海道は著しく人口密度が低く、冬の交通障害など効率化の経済原則に反する不利な面を多々抱えている。そのなかで、新しい新生児医療の展開は、古くから地域基幹病院として地域医療を担っていた小児科内に小規模で進められている形態が多い。今回、北海道の地方都市の小規模“NICU”での新生児医療の経済的実態をまとめ、経営的な側面から、小規模“NICU”にも光があてられることを期待したい。