

オープンフォーラム 『周産期医療における医療経営』

「周産期医療をめぐる諸問題に関する研究」班

全体班会議記録

日 時：昭和63年9月10日（土）

場 所：九州大学医学部臨床大講堂

第1部 医療経営について（ゲスト・スピーカーによる）

座長；大阪府立母子保健総合医療センター
九州大学小児科

竹 村 香
植 田 浩 司

話題提供者；（ゲスト・スピーカー）

- 1) 小田原市立病院産婦人科
- 2) 国立東京第二病院小児科

佐 藤 啓 治
石 塚 祐 吾

討 論

第2部 各施設の現況を中心に

座長；東邦大学新生児
九州大学婦人科
埼玉医科大学総合医療センター小児科

多 田 裕
中 野 仁 雄
小 川 雄之亮

話題提供者；（研究協力者）

- 1) 小阪産病院産婦人科
- 2) 神奈川こども医療センター新生児科
- 3) 青森市立病院小児科
- 4) 順天堂大学伊豆長岡病院小児科
- 5) 大阪府立母子保健総合医療センター

竹 村 秀 雄
後 藤 彰 子
千 葉 力
柴 田 隆
竹 内 徹

討 論

第1部 医療経営について

多田 定刻になりましたので、周産期医療をめぐる諸問題に関する研究班の班会議を始めさせていただきます。よろしくお願いいたします。

最初に、班長の竹村先生からご挨拶をいただきたいと思ひます。

竹村 ご挨拶申し上げます。本日は、ご遠方のところ、お忙しい中をおいでいただきまして、まことにありがとうございます。

この研究班も本年が最終年度でございますので、過去、2年間行いました研究報告に本年分をまとめまして、厚生省へ最終報告することになります。あと1年間、どうぞよろしく願い申し上げます。

昨年度の報告については、本日の会合に間に合わせようと思っておりましたけれども、もう少し時間がかかりそうでございますので、今月中、あるいは10月の初めぐらいまでには、先生方のお手元に届くことかと思えます。

この研究班は、若干ユニークな方法をとっておるかと思えますけれども、各班で行っていただく研究はもちろんのことでございますが、周産期医療をめぐる諸問題ということで、実際に周産期医療を進めていくに当たりまして、どのような点がネックになっているかということについて、過去2年間、検討いただきました。そして会議の度に施設を見学させていただいております。毎回、各地の病院を見学させていただいて、私も感心させられる部門が非常に多ございます。さぞかし、ご参加の先生方もご同感だと思います。そういう意味で、本日の中野先生に対しまして厚くお礼申し上げますとともに、次回の小川先生にもよろしく願い申し上げます。

本日のテーマは「医療経営」ということに絞らせていただきました。この問題については、私の経験から申しますと、周産期医療を進めていくに当たりまして、最も重要といえますか、切実といえますか、深刻といえますか、何よりも大事であります。経営がやかましい時代でございますので、医療経営、医療経済というものを離れて医療を論ずることはできない段階にきているのではなからうかと思えます。しかし、この問題については、次元が低いと考えられる可能性もございますので、どうしても1回はこういうテーマでお話し合いをしていただきたいと考えておりました。先般分担研究者の先生方にお諮りしたところ、ご賛成をいただきました。もうあと2～3回しかない会議でございますので、中野先生には非常にお忙しい中でございますけれども、九州地区の先生方にもお集まり

いただいて、セミオープンの形で、先般大阪で行いましたような形ではどうかというお言葉をちょうだいいたしまして、本日の会議になった次第でございます。

本日のテーマについては、私たち班員では資料も十分持ち合わせておりませんので、ゲストスピーカーとしまして、石塚先生と佐藤先生をお願いいたしました。両先生はこの方面に非常にご造詣の深い先生方でございますので、必ずや私たち班員に裨益するところがあるかと思えます。先生方、どうぞよろしく願い申し上げます。

あと、コーヒープレイクを挟みまして、班員の先生方から日常の自分の病院で問題になっている点についてご報告をいただく手はずになっております。その辺の趣旨をご了解いただき、本日の医療経営に関するご議論、ご検討をまとめまして、来年の厚生省の報告書に載せたいと思っております。

本日も、この2月に行いましたと同様に、速記録をそのまま報告書にさせていただくつもりでございます。しかし、学会とは違いますので、フランクに、お考えいただいていることを自由にご討論いただければ幸いかと思えます。

以後の本研究班の予定は、まことに申しわけございませんが、1月8日と2月11日、両方も休日で、非常にご苦勞をかけるかと思えますけれども、いろんな都合でそういうことになりましたことをご了承いただきたいと思えます。

申しおくれましたけれども、厚生省の石塚先生においでいただきました。どうぞよろしく願い申し上げます。

最後に、中野先生はじめ本日の会場を設定いただきました九州大学の先生方、本当にありがとうございました。お礼を申し上げまして、私の挨拶にさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。(拍手)

多田 ありがとうございます。

それでは、厚生省の石塚先生、ご挨拶をお願いいたします。

石塚(厚生省母子衛生課)本日は、このフォーラムにお招きいただきまして、ありがとうございます

います。今、竹村先生からお話がありましたように、医療経営という問題はこれから大変重要な問題になってくると思います。私は、臨床の方を全然やっておりませんので、この方面についてはわからないことが多いわけでございます。そういう意味で本日のこのフォーラムには大変期待をしているところでございます。これから、特に行政の分野においても、こうしたテーマが行政を進める上でも大変重要な問題になっていることは間違いございませんので、その意味でもご期待を申し上げておるわけでございます。

この研究班は、竹村先生からお話がありましたように、本年が最終年度になっております。これまで、産科と小児科と、特にその接点となる領域について共通の話題でいろいろとご検討いただきまして、両科の交流の場として大変有意義な研究がなされてきたと思います。64年度以降についても、これまでの3年間の業績の蓄積の上に、さらにまた発展をしていただけるように、私どもの方でも、引き続きこの研究テーマの存続を考えているところでございます。

なお、内輪の話なんですけれども、私どもの心身障害研究のほかに、ことしから保健医療局で小児医療の研究委託費が新たにスタートしました。そうなりますと、同じようなテーマでダブってくる危険性がございます。今までの私どもの方の対応といたしましては、保健医療局の方の研究費では基礎的、臨床的なテーマをやっていただく、私どもの児童家庭局の心身障害研究の方では、行政に応用できるようなテーマ、あるいは政策的、例えばシステム研究というようなもの、そういうもので区別をしてやっていると考えているわけでございます。64年度以降の研究テーマについても、そういう方向で研究がなされれば大変ありがたいと思っておるわけでございます。

簡単でございますけれども、厚生省の方を代表いたしましてご挨拶を申し上げます。どうもありがとうございました。(拍手)

多田 どうもありがとうございました。

それでは、これからオープン・フォーラム「周産期医療における医療経営」を始めたいと

思います。竹村先生、植田先生、よろしく願いたいと思います。

竹村 先ほど私ご紹介すべきでございましたのに失礼しました。お隣は、本日、私と一緒に座長をしていただきます九州大学の植田教授でございます。先生、どうぞよろしく願います。(拍手)

植田(九州大学小児科)このような席に座らせていただきましたのは、特に私に中野教授が、本日先生方にご覧いただきました私どもの新生児室の状況から「おまえ、もうすこし勉強しろ」ということであろうかと存じます。

それでは、ただいまから始めさせていただきます。よろしく願います。

座長：竹村 それでは、プログラムに従いまして、まず佐藤先生の方から「周産期医療経営を考える」ということでお話をいただきたいと思えます。恒例によりまして、先生のご略歴をご紹介いたします。昭和36年に横浜市大をご卒業になりまして、市大の教室に入局、横浜市の愛児センター、神奈川県立がんセンターなどを経て、現在、小田原市立病院の病院長補佐兼産婦人科部長でございます。神奈川県における救急医療システムなどに関与されておられます。日本産科婦人科学会評議員、あるいは神奈川県産婦人科医会の理事等々、多くの役員をされ、第一線でご活躍の先生でございます。3人の分担者の先生方とお話ししましたときに、産科の方でこういうことに詳しい人は誰かという話が出ました際、私は第一に佐藤先生を推せん申し上げました。その理由は、私の病院へせんだっておいでいただきまして、いろいろ話をしておりますと、病院長の私が知らなければならないことを非常に詳しくご存じでして、「完全にしゃっぽを脱ぎましたな」というお話をしたのが機縁でございました。班員ではございませんが、特に来ていただきましたので、どうぞよろしくご拝聴をいただきたいと思えます。

先生、どうぞよろしく願います。

話題提供 その1

佐藤(小田原市立病院)今、丁重なご紹介をい

ただいたんですが、私、実は医療経営は専門家ではございません。ただ、たまたま病院で日常仕事をしているときに、いつも考えなくちゃならないことということで、病院全体がこれに向かって考え、その中の一部として産婦人科や小児科も一緒に考えるということで、きょうは、ちょっと雑駁なことになるかと思えますけれども、病院事業内容というものを皆さんにご報告いたします。まず、病院のプロフィールを皆さんに知っていただかないと、これからのお話がうまくいきませんので…。その後で、一般のほかの施設と私の病院を比較してみる、また、病院の経営のための基礎的な数値として、何があるかということ、その中で最も大事な部分に、人件費率というものがありますが、その削減の戦略をどうしたらいいか、現在、産婦人科が抱える問題点といったものを順を追ってお話ししてみたいと思います。

私の病院の概略でございますが、地理的な特性は神奈川県西部にございます。神奈川県は、今、6医療圏域に分かれておりまして、この中の基幹病院ということで、2市8町、人口35万をテリトリーとしております。病院の規模は15科2室、室はリハビリテーションと人工透析があります。これに伝染病が30床、別にございますが、一応一般病床として417床。婦人科が20床で、産科が25床、NICUは14床でございます。現在、使用できるレスピレーターが4個でございます。医師は60名。産婦人科医師が5名で、小児科医師が5名、この中の2人はNICUに特別に関与しております。看護婦は231名で、うち助産婦が25名、1割が助産婦で占めております。臨床研修指定病院でありまして、現在、神奈川県周産期救急医療システムの基幹病院になっております。この周産期医療のシステムという問題に関しましては、後日、母性衛生学会でお話しする予定でございます。

われわれの病院運営のための基本戦略、これは病院としての考えでございますが、これはどこの病院でも同じだと思いますけれども、まず第一番目は、われわれ医療専門家としての意識の高揚。

2番の、患者サイドに立った医療の徹底、これはヒューマン・コミュニケーションと同じような意味でございます。

3番目が、このところが一番のポイントでございます。アクティビティに溢れて考える集団の形成をしようということでございます。そのためには、全体的な医療の質の向上、それからわれわれの病院は市立の病院ですけれども、その公共性と、その中において企業性を併立するような形はできないかということです。要するに、独立採算の病院であります。一部は企業会計という形をとっておりますので、市の方から繰り込みがございまして。その繰り込みの額をどう活用しながらやっていくか、というところが非常に大きな問題がございまして。

そして職場環境の整備。これは看護婦さんを定着させるために最も大事な部分になってまいります。4番は地域医療の中核になる。要するに、自分が一生懸命やっているということで、医師会の人からも絶対文句を言わせないという方法をとるといのが一番大事である、これがわれわれの基本戦略でございます。

〔スライド1-1〕病院の収益でございますけれども、これは昭和58、59、60年の3年分、61年、62年はちょっと出せませんでした。実は60年度に病院が一部新しくなりましたので、経営率が非常によくなっております。医業収益は、病院の総事業収益は44億、58億、64億ですが、その中の医業収益というのは83%、82%、87%というふうになります。入院収益対外来収益の割合は46対34%という形で、われわれの病院の特徴はこの外来収益が比較的多いというところでございます。これは後々数字で出てまいります。現在、この入院収益に関しましては一定のところまでストップしておりまして、病床数が増えない限り、それ以上のものは望めないわけですが、外来収益に関しましては、努力をすれば幾らでも増えてくる。しかし外来にも一定の許容量がありますので、なかなかうまくいかない。そこらもお話ししたいと思います。他会計の負担金は12.7%、13.4%、11.3%、大体これは15%以内に抑えるのが普通でございます。

スライド 1-1 事業収益の推移

単位 百万円

	58年度	59年度	60年度
	比率%	比率%	比率%
病院総事業収益	4,447	5,820	6,443
医業収益	83.9	82.3	87.0
入院収益	46.8	49.2	51.7
外来収益	34.4	30.6	32.7
その他	2.7	2.5	2.5
医業外収益	16.1	17.7	12.9
受取利息配当金	0.2	0.1	0.5
他会計負担金	12.7	13.4	11.3
他会計補助金	2.2	3.4	0.3
補助金	0.6	0.4	0.5
保育室事業収益			0.0
その他	0.3	0.3	0.2
伝染病棟受託収益			0.1
特別利益		0.0	

が、その線でいっております。

〔スライド 1-2〕 今度は支出の方です。支出はここで見ていただくとわかりますけれども、43億、56億、60億となりまして、先程の収入より支出の方が少ないのであります。したがって黒字ということになります。60年度で医業収益と医業支出を引き算いたしますと、4億ばかり残る黒字になります。その黒字の一番大きな原因になっているのは、この給与費でございます。46.6%、43.5%、44.4%。この点に関しましては、給与が安いんじゃないかという話もありますけれども、そんなことはございませんで、ちゃんとした給料をもらっております。そこにはまた後でお話する理由がございます。その中で減価償却の値段、これは支出として出ていますが、結局これは病院の資産になっていくわけです。資産としての器械を買った場合の減価償却費ですが、これが大体5%内外を占めている。これが多くなってくればくるほど資産としての物件が多くなって、要するにリースだとか、そういうものは少なくなっているということを意

スライド 1-2 事業費用の推移

単位 百万円

	58年度	59年度	60年度
	比率%	比率%	比率%
病院事業費用	4,316	5,652	6,016
医業費用	89.8	87.6	91.0
給与費	46.6	43.5	44.4
材料費	27.0	28.1	30.0
経費	11.6	10.5	10.8
減価償却費	4.3	4.9	5.6
資産消耗費	0.0		0.0
研究研修費	0.3	0.2	0.2
医業外費用	8.1	8.4	8.6
支払利息等	8.1	8.4	8.5
保育室事業費用			0.1
雑損失	0.0	0.0	0.0
伝染病棟受託費用			0.1
特別損失	0.2	4.0	0.2
固定資産除却費	1.8	3.8	
過年度損益修正	0.0	0.0	
奨学金返済免除	0.2	0.2	0.2

味しているわけです。これを多くしなくてはいけなわけです。ある意味では病院の隠し財産ということになります。

こうして見ますと、われわれの病院の一般的な特徴は給与費が割合低い、抑えられているということになります。一般的自治体病院では、給与費が50%を切るか切らないかが、黒字か赤字かになるキーポイントだと言われております。ここのところを何とかしなくてはいけないということで、今まで努力をしてきた結果、現在44%台を維持しているということになります。

〔スライド 1-3〕 これがよく公表されているわけですが、総収益に対する医業収益であるとか、総収益に対する他会計の負担金、総収益に対する他会計の補助金、医業収益に対する人件費、これは医業収益に対するものですが、先ほどの事業収益でしたね、今度は医業収益

スライド 1-3 各種指標の推移(総括)小田原市立病院

年 度	58	59	60
総収益に対する医業収益	83.9	82.3	87.0
総収益に対する他会計負担金	12.7	13.4	11.5
総収益に対する他会計補助金	2.2	3.4	0.3
医業収益に対する人件費	53.6	51.4	47.8
医業収益に対する薬品費	25.3	27.0	26.3
医業収益に対する診療材料費	3.5	4.0	4.1
医業収益に対する給食材料費	2.1	2.0	1.8
医 業 収 支 比 率	96.9	96.7	102.3

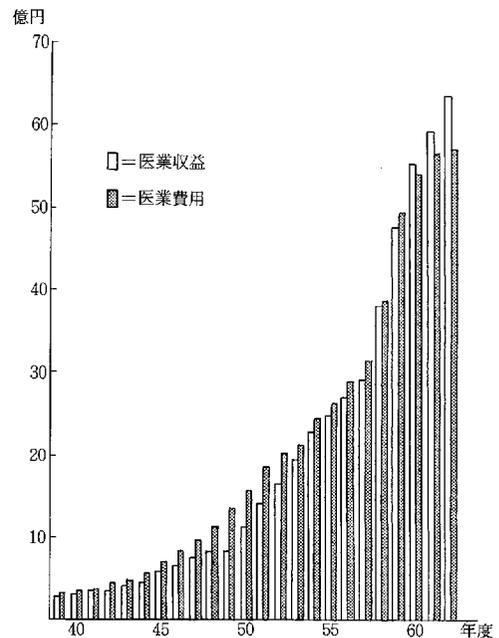
に関してこういう数字が出てまいります。それから薬品費の割合、これもよく問題になるところです。診療材料費、これもばかにならない数字でございます。診療材料費の中には備消耗品費は入っておりませんので、これをどうにかして別のところから捻出するかというも、常に問題になるわけです。例えば手袋がなくなったらどこからもうとかがですね、そういったことも考えなくちゃいけない問題です。それから給食材料。ここに書きましたように医業収支比率というのは、96.9というのは赤字です。96.7というのも赤字です。102.3%というのは、要するに医業収益の方が医業支出を上回ったということを示します。60年を境といたしまして、現在63年にきているわけですが、これは黒字に転換しております。

〔スライド 1-4〕それを具体的に示しますと、ここが63年度でございます。先ほど出ました60年で逆転しております。医業収入の方が多くなってまいります。61年度、62年度と、こういうふうになります。

このようになっていく理由というのを、これから少しずつ分析していこうというわけです。

こういった医業収入を押し上げる大きなものとしては、まず患者数であるとか、薬品の数などがあるわけですが、それが一般にどうなっているかを見ますと、やはり延べの患者数も増えております。入院の方は、ベッド数に限りがありますが、大体90%以上の入院率、病床利用率で推移します。しかし、それにも増して、先ほど言いましたように、外来の方の伸び率がこの

スライド 1-4 医業収益と医業費用の変遷



ように高くなっています。ここに現在の企業努力があるわけです。このことは医者には大きなオーバーワークになっていくわけですが、そこは、医者をどのように増やしていくかということでカバーしなくちゃならない部分でございます。

臨床検査の方も、先ほど言いましたように、外来数が増える、医者が増えるということになりますと、当然これは増えてまいります。

薬品費も同じです。薬品を調剤の数でやってみますと、同じように調剤件数はウナギ登りになっていくわけです。

こうした傾向がずっと続いていくかどうかは、今後の分析を待たなくては行けません、われわれはその都度この様な分析をすることによって、この伸びが余り下がらないようにという努力はしております。しかし、こうした傾向と、国が考える医療費施策の中での医療費の抑制という問題とは別問題でございます、全体としてこういうカーブにならないことを、おそらく求めているんじゃないかと思えます。しかし、われわれの方としても、病院人として必要なものであるならば、それが増えていかななくてはな

スライド 1-5 職員数の推移(各年 3月31日調査)

	59年	60年	61年	62年	63年
医 師	39	47	51	54	56
放射線技師	8	10	13	13	13
検査技師	18	21	24	24	23
薬剤師	11	13	14	14	14
視能訓練士	1	1	1	1	1
理学療法士	1	3	3	4	4
マッサージ師	2	2	2	2	2
診療部門助手	3	3	3	3	3
助産婦	19	20	23	24	25
看護婦	148	164	171	165	178
准看護婦	23	27	30	26	28
看護補助員	19	24	25	27	27
栄養士	3	3	3	3	3
給食係	12	14	14	14	14
事務系職員	39	36	35	36	36
合 計	346	388	412	410	428

らないということを、いつも声を大にして言わなくてはならない部分だと思っております。

〔スライド 1-5〕そこで職員数の推移ですけれども、少なくとも、今言ったように人件費が非常に少ないということは、職員は増えていないんじゃないかと考えられるんですが、ここに職員の総合計が書いてございます。59年に346名、これは常勤者だけです。この60年で417ベッドになったわけですが、412、410、428と、病床に対して1.1くらいのところを目指して今やっているわけでございます。その他の非常勤が非常に多いですから、この数字だけで評価するわけにはいかないと思います。医師の方は39名から始まりまして、現在56名。8月の時点では医師は60名が常勤でございます。417床に対して60名。これが多いか少ないかということは、後でスライドでお目にかけます。

われわれの方には定員というのがございます。440名を一つのリミットとして考えておりますが、まだ12名足りないわけです。これはこの看護婦さんの部分でございます。いづこも同じでございますまして、看護婦さんの数に関しましては、どこの地域でも大きな問題で、今後、このところに12名増加させるということが必要です。

助産婦の数がここには書いてありませんけれども、先ほど言いましたように25名というふうには非常に増えておりますが、実は助産婦として就職はしておりますけれども、看護婦の一員として一般看護をやるような形で仕事をしているわけです。したがって、助産婦さんとしては、完全に病棟に勤務されている数というのは、この中の20名までです。25床の産科病棟でございますので、十分な数がいると思います。

先ほどお見せしたような、各種の指標の推移というものを見てみますと、いずれにしても、この医業収支率をとにかく黒字にもっていくというのが、現在われわれに課せられた一番大きな問題でございまして、例えば市当局、または行政とわれわれが折衝する場合でも、赤字で折衝するのと黒字で折衝するのでは違います。現在、例えば器械の講入費は年間2億いただいております。「いただく」という言葉は非常におかしいので、われわれが分捕っているということなんです。役所の側からしますと、われわれに何か物をくれてやっているというような感じがよくするんですね。「済みません、何か買ってください」というふうに言うんですが、実は、もともとその会計を捻出したものは医者および医療人でございまして、少なくともわれわれが稼いだものをどうして使っていけないんだと思うわけで、その辺を行政の方にもよくわかっていたら。実を言いますと、一般的には事務の方も「先生、お金あげるから」「これ買ってあげるよ」という形が非常に強い。これを3年か4年くらい前から打破してまいりまして、「そうじゃない」と、「われわれみんなが稼いだんだ。だから、それを買うのは当然だ」ということで、実は器械器具は講入しております。ことしの予算は2億でございます。相当たっぷり使えることになっております。その医療投資というものがなければ、次のステップに踏み込んでいけないということでございます。先ほど言いましたように、どこまでも医療収支は伸びていかなくはないわけですから、医療投資がどうしても行われなくてはならない。その金の意味をどこでわかってくれるか、それが一番

スライド 1-6 各種指標の推移(1)

小田原市立病院

年 度	56	57	58	59	60	59年指標
1. 100床当たりの職員数(人)	136.6	147.0	122.7	104.8	110.0	89.3
2. 100床当たりの医師数(人)	15.4	16.1	13.0	12.1	12.9	8.8
看護婦	52.6	58.7	54.0	45.8	47.7	35.4
准看護婦数	13.5	13.0	10.6	8.9	9.1	13.5
看護助手数	7.4	7.4	6.8	6.7	6.7	3.9
薬剤部門	4.8	6.1	4.5	3.7	3.7	2.7
事務部門	14.8	17.8	11.7	8.9	8.6	8.6
給食部門	7.8	8.3	7.5	5.8	6.1	4.8
放射線科部門	3.4	3.9	3.1	3.1	3.8	2.2
検査部門	7.8	8.3	6.5	5.8	6.4	4.6
3. 入院一日平均患者数(人)	219	220	297	377	393	362
外来一日平均患者数(人)	732	779	870	970	1090	759
4. 外来入院患者比率(%)	271.5	287.2	237.6	207.8	224.7	170.1
5. 病床利用率(%)	95.4	95.6	93.5	90.8	94.3	88.8

大事な部分だと思えます。

〔スライド 1-6〕 ちなみに、私の病院が非常に変なことをやっているんじゃないかというので、各種指標を—これは自治体病院が全国自治体病院の統計をよく出しております。これは国でももちろん出しているわけですが、自治体病院の中の400床規模、私の規模の病院の甲表を使った病院の指数と比較してみます。例えば100床当たりの職員数は59年と59年で比較してみますと、一般平均は89人です。これが104名です。医師数も一般には8.8人ですが、12.1。看護婦も35.4人に対して45.8。この看護婦の定員に関しましては非常に大きな問題がございます。例えば最高のレベルでの看護、特3にいたしましても、患者2人に対して1人という基準が決まってきた。その前は特2が2.5人ですね。それで人が足りているのかということが一番問題になるんです。もし良質な医療を展開し、患者さんに満足していただく看護を展開するとすれば、国で言っているその基準は、ある意味では最低のガイドラインだと思えなくてはいけないわけです。そうしますと、少なくともこういった平均的な数字の中でわれわれが推移していったら、患者さんはついてこないわけです。したがって、看護婦さんに関しましては、思い切ってその数字が高いものになっております。われわれの特

徴は準看が少ない。これは一般的な看護婦さんの流れでございまして、こういうふうな公立病院はなっていくんではないかと考えられております。その他の指数は大体同じでございまして。突出しているのは、外来の数と入院患者の比率でございまして。一般に100対170。ですから、外来が170人いますと、病床が100床あるというのがこれでございますが、うちの場合ですと、100床あるのに対して208人外来が来てしまっているということで、非常に外来数が多いというのが目につくデータだと思います。病床の利用率は90%以上を維持している、95%ぐらいが平均になります。この59年の指標と合わせて見ますと、大分高い数字で推移しております。

〔スライド 1-7〕 もう一つは、患者さんの1人当たりの診療収入ですが、これは一般的な傾向としては西高東低、要するに関西の方が高く、関東の方が低い。これは一般的に日本的な傾向でございまして、そういった傾向もなべまして、59年の指標となる数字がここにございます、大体とんとんくらいにいつている。入院の方が高く、外来の方がより高いという形でやっております。そういったもろもろの細かい指数がありますけれども、これは省きます。

〔スライド 1-8〕 これも同じような指標でございまして、1人当たりの薬品費であるとか、

スライド 1-7 各種指標の推移(2)

小田原市立病院

年 度	56	57	58	59	60	59年指標
6. 患者一人一日当たり診療収入(円)	8863	9217	9901	10953	11664	10905
入 院	18371	19507	19248	20804	23212	19438
外 来	5360	5634	5967	6213	6525	5939
7. 医師一人一日当たり入院患者数(人)	6.4	6.1	7.3	7.6	7.4	9.3
医師一人一日当たり外来患者数(人)	17.4	17.5	17.2	15.9	16.6	16.0
医師一人一日当たり診療収入(千円)	211.5	217.8	242.2	257.8	279.5	262.1
8. 看護婦一人一日当たり入院患者数	1.3	1.2	1.4	1.5	1.5	1.6
看護婦一人一日当たり外来患者数	3.6	3.5	3.2	3.2	3.3	2.7
看護婦一人一日当たり診療収入(円)	44.060	43.890	45.857	51.568	55.799	44.535

スライド 1-8 各種指標の推移(3)

小田原市立病院

年 度	56	57	58	59	60	59年指標
9. 患者一人一日当たり薬品費(円)	2411	2745	2591	3047	3164	2562
投 薬	1483	1664	1601	1791	1767	1410
注 射	928	1082	990	1256	1397	1152
10. 診療収入に対する投薬注射収入(%)	34.2	38.7	34.2	34.2	33.2	32.1
11. 診療収入に対する検査収入(%)	12.2	9.5	10.0	8.7	9.0	12.8
検査技師一人当たりの件数	40.500	44.468	54.603	57.768	62.946	46.732
12. 診療収入に対するX線収入(%)	8.7	8.3	8.3	7.7	7.7	4.5
X線技師一人当たりの件数	11.409	12.770	13.401	13.732	11.729	9.501
13. 患者一人一日当たり給食材料(円)	665	702	734	689	689	567
14. 料金収入対企業債元利返還金(%)		1.2	12.3	13.7	13.9	8.3
15. 一般会計繰入金対医業収益(%)	12.5	11.3	17.8	20.4	13.5	8.3
16. 医業収支比率(%)	92.9	93.2	96.9	96.7	102.3	95.6

スライド 1-9 人件比率の考え方

$$\frac{\text{全職員数} \times \text{給 与}}{\text{患 者 数} \times \text{一人収益}}$$

* 人件費率の低下が高収益を生ずる

投薬の注射だとか、診療収入に対する検査の収入であるとか、いずれにしてもいろんな比率が出ております。何遍も言いますように、医業収支率は102.3、要するに、100円の投資で102円儲かっている、こういうことです。

先ほど言いましたように、職員数をもう一度総括してみますと、59年から63年にかけて、診療部というのは、看護部、事務部を除いたすべてが入っております、134名。医師の方は56名一現在は60名となりました。そういう形で人

員は増加している。看護部の方も増加しております。事務の方は、その分をOAであるとか、コンピューターの導入、そういったことで削減されている。増えていないということは、逆にいえば削減されているようなものでございます。この数字が近未来的にどのように推移するかということは、われわれ5か年のプロジェクトをつくりまして、今、一つのデータが出ております。これはきょう公表することになっておりませんので、出しませんが、やはり歴年的にエクспанシブな形で移行するだろうと考えています。

〔スライド 1-9〕本論に入りますが、われわれがとにかく収益性を高めるといことは、先ほどお話ししましたように、人件費率を低下するということが一番高収益を生ずることになり

ます。人件費率のファクターは全職員数、それぞれの給与、分母の方には患者数、これは入院も外来もあります。それから1人の患者さんから上がる収益が問題になってまいります。したがって、全職員の数を減らし、給与を下げ、そして患者数を増やして、1人の収益を高めれば、これは当然高収益が上がるわけです。このどれをとってわれわれはこれから医療を進めていくかということが、一番大事な考え方になるわけです。とりあえず、この中の職員と給与、これがどうなっているかをご説明いたします。

まず職員数に関しましては、医師の問題ですが、医業収益は先ほどからお話ししましたように、ともかく医師の周辺から発生していくわけです。医師がいない病院はない。医師がいて、ほかの職種の人がないという病院はあるわけです。したがって、もしこれから医師の自然増であるとか—この自然増も抑制が今かかるわけですが、しかし、この増加の傾向はまだ続きます。それは専門分化、救急や健康管理業務等とか、現在のリハビリテーション・システム等がよりよく機能いたしますと、当然、医学的なリハビリテーションという形で入ってくるはずでございまして、そういった部門への拡大も考えますと、医師は増えてまいります。それから、高度医療に伴う各科定数の増員、これはNICUなんかがその典型的な例でございまして、

したがって、病院の経営に関しましては、少なくとも医師の定数を流動的に考えることが一番基本になると思います。ここのところを固定的に定数として定めてしまいますと、まず病院経営は成り立たないと考えた方がいいんじゃないかと思います。ただし、医師1人は、現時点においてはちょうど1,000万くらいの給与に相当します。看護婦さんは500万くらいの給与です。例えば医師1人雇うのと、看護婦さん2人雇うのが同格になるわけですが、その場合どちらをとるかということは、次の看護婦数の場合、高齢者看護にますますこの需要が高まる。これは先ほど言いましたように、看護婦の質的向上に向けての卒後教育の充実であるとか、手当等の勤務条件の良さが、この就職であるとか、

特に定着性に関して非常に大きな課題になってくるわけです。特に就職の条件として看護婦さんが挙げている中に、その病院の中で卒後教育をしっかりとやっているかということが大きな要件になっております。また定着性の中にも、やはり看護部がちゃんとした勉強を教えてくれないから、やめていくんだという条件の人も相当多いわけです。一般には結婚、家庭に入るということでやめていく方が大多数なのですが、しかし、そういった理由の方が高くなります。いずれにしても、高齢者看護でますます看護婦さんの需要は高まる。したがって、医師と同じように看護婦数の増加も常に見合わせて考えておかななくてはいけないということです。先ほど言ったように、定員として一定の基準はありますが、それは一定のぎりぎりのボーダーラインとして考えて、それより上のものをとらなくてはいけないということです。もう一つ、パラメディカル要員ですが、これは当然、医者が増え、医業内容が増えれば増加してくるのは当たり前でございまして、これも増加要因として見なくてはいけません。それから事務要員、これは先ほどお見せしましたように、OA化ということによって一生懸命検討することによって少しは削減できる。しかし、OA化が人を削減すると思ったら大間違いでございまして、今度は別の職種が出てまいりますので、これを減らすわけにはいかない。おそらく、一定数はそのままになっていくだろうと思います。

全体として見ますと、職員数に関しましては微増、要するに増加が少しずつあるということになります。これは支出の部分で大きな要因になってまいります。

給与に関しましては、基本給与がございまして、医療資源は無制限に拡大はしないというか、させないという方向に、一般的な国の施策として進められております。ことしの4月に医療費の改定がありましたが、それも少しずつ医療資源というものに一定の枠組みをつけようということでやられた施策でございまして。したがって基本給与は、絶対的に多くならない、医療資源を、看護婦も医者もパラメディカルも、みんなで分

スライド 1-10 主要科の患者数の動向

	平均外来患者数/平均入院数			
	59年	60年	61年	62年
内科	2.4	2.2	2.1	2.3
小児科	2.6	2.6	3.4	3.3
外科	1.2	1.4	1.5	1.4
皮膚科	9.9	14.7	11.1	12.5
産婦人科	2.0	1.9	2.1	2.1
眼科	4.8	5.7	7.5	7.5
病院総計	2.6	2.8	2.9	3.9

け合うわけですから、それが一定ということになると、その給与は上がらないというのが根本的な問題でございまして今後基本給は大して上がらないだろうと考えられます。しかしその分を、他の病院より自分の病院をよりよく見せるためには、やはり時間外手当等の手当を増やすしかちょっとほかにはいい方法がないんじゃないかと考えられる。これもそれぞれの基準がございまして。こういうことからして給与も非常に微増でしかない。したがって、分子にかかる部分は全体として微増してくる。人件費率の分子の方は少しずつ大きくなっていくということになります。したがって、分母をいかに増大させるかが大きな問題になってきます。

〔スライド 1-10〕これは主要科の患者数の動向を見たものです。患者数を数字のまま出しますと大変ですので、平均の外来患者数を平均の入院数で割ってございまして。例えば内科の2.4というのは、外来患者の2.4人に1人の患者さんが入院していると考えていただければよろしいと思います。例えば産科ですと、2.0というのは、外来で患者さんを2人診ていれば、そのうちの1人は入院しているんだということをいっています。そうして見てみますと、各科において外来の数が全然違うわけです。例えば皮膚科ですと、9.9人診ると1人ぐらい入院してくるということになりまして、われわれの科の特徴がここに出てくるわけです。例えば皮膚科、眼科というのは外来主体の科でございまして。このことは一般に入院対外来の、例えば病院のよさを決めるとか、そういったときのためによく

使われる指標でございまして、実際にこれを数字で出してみました。そうしますと、うちの病院の場合には定床ですから、ベッド数は変化がないわけです。この数字が変化するということは主に外来が変化することになります。先ほど言いましたように、95%入院しているわけですから、あとは外来の患者さんが増えている、または減るということになります。内科は、長期的な4年間の目で見ますと、それほど変化はありません。小児科は微増しております。これはいろんな理由があると思いますが、神奈川県においてはここから周産期救急医療をすべて完備いたしまして、その中で小児科を訪れる患者さんの数はだんだんとまた増えてきておる。もともと小児科は内科の先生方が小児科の分野まで手を出すということで、胎児医学の方にだんだんと近づいてきていましたけれども、最近また再び、小児科としての独自の患者さんが小児科の方へ入ってきているということが言えると思います。外科はこういうことで変化が少なく、これは紹介例がほとんどだからです。最も顕著な例はやはり眼科でございまして、眼科はやはり高齢化、高齢化というんですか、長寿社会になりまして、白内障を中心とした患者さんが非常に増えてまいりましたので、非常に外来数が増えてきております。病院全体としては2.6、2.8、2.9。大体、一般的にいって2.5人に1人というのが、公立病院、または自治体病院の外来対入院の比率でございまして。そういう点で見ると、ちょっと外来の方が多い。そのことは入院費で稼げない分は外来で稼ごうという、先ほどの論理に結びつくわけでございまして。したがって患者数という、この分母に当たる数字ですけれども、それは入院数かもし一定であるならば、外来数で増やすしかない、その努力がここに出てくるように見えるわけです。

〔スライド 1-11〕これは、ちょうど病院が30年たったんですが、産科の方の30年間の周産期統計を出しております。分娩数は初め110で始まって、歴年的に増えてまいりまして、現在951。この中で、これは純粋な産科の統計として見てよろしいんですが、帝切率が3.6%だったのが、

スライド 1-11 産科手術頻度と周産期死亡率の推移 小田原市立病院

年度	分娩数	帝王切実数	帝王切率	鉗子率	吸引率	急速遂娩率	周産期死亡率
33	110	4	3.6	0.9	—	4.5	
35	575	25	4.3	2.0	—	6.3	
40	633	32	5.0	0.8	21.0	26.8	
45	619	33	5.3	0.5	12.8	18.6	
50	658	36	5.5	1.9	10.8	18.2	16.3
55	815	53	6.5	0.2	10.6	17.3	10.2
60	948	117	12.3	1.8	5.4	19.5	12.5
62	951	140	14.7	1.0	4.6	20.3	10.4

60年くらいを境にして12.3, 現在14.7となっております。これは周産期救急医療システムができてからこのようになったわけです。これにはいろんな理由があるわけですが、現在これがいかにどうかということで、自分たちでも検討しているところです。しかし、これに対して鉗子率は余り変化がございませんが吸引率はそのかわりに全然減ってしまいました。三者を全部合わせて急速遂娩率と考えると、ここに20.3という数字が出ますけれども、この数字は40年代のころの数字とほとんど変わっておりません。40年代には、吸引が今の帝王切開を代替したような形で行われていたわけです。現在これが逆転して、吸引はほとんどなくなって、そのかわり帝王切開してしまうという形が多いような感じがします。だから、周産期死亡率はぐんとよくなったのかということ、必ずしもそうではない。この原因はどこにあるのかということは、今後の周産期医学の中で十分検討しなければならない問題だと思えます。

〔スライド 1-12〕 こういうふうにして、人件費率低下のためには今言った分母に当たるところの外來の患者数を増やすしかない。それから入院数は一定である。なるべく95%を維持するという形にしたときに、次の問題は、1日の単価を高めるしかないわけです。この単価の推移を見ますと、主要科の1人1日の入院、これは1日の入院診療費用です。これを見ますと、例えば内科ですと2万1,000円、それが現在は2万5,000円になっております。59年対60年の比率を見ると1.15倍になっています。小児科は

スライド 1-12 主要科の一人一日入院診療費用の動向

	59年	60年	61年	62年	62/59
内科	21,714	24,158	24,746	25,185	1.15
小児科	23,625	23,250	23,115	27,322	1.15
外科	24,281	27,580	28,528	28,194	1.16
皮膚科	19,329	19,864	22,861	22,802	1.17
産婦人科	22,031	23,796	25,874	26,733	1.21
産科	32,606	33,857	35,455	37,764	1.15
婦人科	17,060	19,643	22,287	21,550	1.26
眼科	15,720	18,392	21,552	21,932	1.39
平均	20,809	23,213	23,827	24,543	1.18

内科と同じように2万3,000円。よく小児科の先生が、小児科は不採算部門だからどうのこうのと話をするんですが、それは僕はないと思うんですね、入院に関しましては、これは小児科の人は非常によく努力をなさっていると思っています。ただ外來は全然違います。外科もこういう形で1.16倍ぐらいの数字で、皮膚科もそうです。産婦人科の方は1.21倍になるんですけれども、われわれが努力し得る分野というのは、この自費で変化する部分です。これが1日に3万2,000円から3万7,000円へもっていくというのは、ある意味ではわれわれのさじかげんになるわけです。例えば公立病院にいても企業的な色彩をもって、よその科がこの何年間にどれぐらいの幅で伸びていったかということ、他の科がどういうふうに変化したか、それと合わせるようにして、これを1.15倍にもってくる努力を

スライド 1-13 主要科の人の一日外来診療費用の動向

	59年	60年	61年	62年	62/59
内 科	8,171	10,038	11,058	11,894	1.45
小 児 科	4,576	4,426	4,520	4,885	1.06
外 科	10,546	10,308	10,194	10,736	1.01
皮 膚 科	3,659	3,708	4,034	4,124	1.12
産婦人科	5,653	6,275	6,691	7,581	1.34
産科	5,640	6,534	7,395	8,621	1.52
婦人科	5,677	6,067	6,238	7,085	1.24
眼 科	5,268	5,425	5,609	5,855	1.11
平 均	6,213	6,525	6,853	7,349	1.18

していないと、この数字はどんどん低下していきまいますね。比較するものがなくて、やみくもにこれを上げますと、これは変に高い病院ということになりまして、患者さんの方が寄ってきません。そこが難しいところですね。婦人科の方は一般の外科と大体似た傾向にございます。この1日入院単価を上げる要素としては、1人ずつ高価のものを使うということが一つですが、一番大事なことは在院日数を減らすことです。われわれ産婦人科は、現在、平均入院日数は15日でございます。

〔スライド 1-13〕 外来の方は、実は産婦人科というのは割合寂しい科でございます、あんまり多くを望めない科なんです。先ほど言いました小児科の外来というのは、お薬が大人の半分量ということになりますので、どうしても薬剤の使用量が少ないものですから、こういう数字になります。これを薬剤を倍にした形で大人に換算いたしますと、この数字はこれといい勝負になります。したがって、これは子供の持っている特性ですので、それを単純にこの数字と比較してもらってはいけないというのが、僕の小児科に関する意見でございます。小児科の方は病院の不採算部門になっているということをよく言いますけれども、そうじゃない。それを大人に換算して見てくれれば、これは完全にほかの科を凌駕することをやっていると僕自身は見ているわけです。小児科の先生は病院全体の

スライド 1-14 科別 入院診療行為の比較

甲表自治体病院 一人一日(円)
(62年6月調査)

	産婦人科	外 科	内 科
総数	23,758 100%	27,252 100%	19,760 100%
(当院)	(26,733)	(28,194)	(25,185)
入院科	48.1%	37.4%	49.9%
検査科	7.2	9.3	13.9
レ線診断科	1.2	4.2	5.2
投薬科	2.7	3.3	4.9
注射科	11.9	20.1	16.8
理学療法	—	0.2	0.8
人工透析	—	0.1	1.1
手術	10.1	14.9	2.8
処置	3.3	9.2	7.2
その他	15.2	1.2	1.0

総収益の中では少ないんですが、5人ということで、60人の中の5人を小児科で占めていただいていることになっています。

産婦人科の方は、婦人科も産科も大体似たような数字をとります。産科の数字を婦人科と同じような数字で維持するというのが、産科に課せられた一番難しい努力でございまして、このためには、やはり外来における超音波であるとか、コルポスコープ、ホルモンの検査、これを徹底的にやらないと、こういった数字はなかなか出てまいりません。できるだけそうしていただきたいと思えます。

〔スライド 1-14〕 こうやって見てみますと、入院診療行為が、産婦人科と外科と内科の3科でどうなっているかといいますと、産婦人科は入院料にけるウェートが高いわけです。外科は確かに入院料というものよりも、注射料であるとか、手術料にけるウェートが高いということで、今度の改定においては、この注射および投薬、これはどこの病院でもみんなマイナスになりました。したがって、もしこの中で収益性を増すとすれば、入院料を増すしかないわけです。入院料を増す方法は一つしかありません。

スライド 1-15 入院時 一人一日診療行為別収入の
新旧診療点数比較(胎児仮死による緊急帝王切開)

	甲表 自治体病院 産婦人科		新点数		旧点数	差 引
	総 数					
総 数	23,758	(26,733)	27,102		25,685	14,170
入 院 科	11,443	48.1%	14,135	52.1%	13,538	3,530
検 査 料	1,715	7.2	734	2.7	705	330
レ線診断料	292	1.2	168	0.6	162	60
投 薬 料	646	2.7	108	0.4	120	▼ 120
注 射 料	2,826	11.9	4,074	15.0	4,580	▼ 5,060
手 術	2,400	10.1	7,256	26.8	5,956	13,000
処 置	778	3.3	624	2.3	624	0
そ の 他	3,619	15.2	—		—	—

これは特3類をとるしかないわけです。その方法はやはり一定の決まりがございますから、その決まりの中に入って、入院料を何とかして頑張ってお取るといふことしかない。しかし、現在の当院の内科、外科のレベルでは厚生省が言っている特3類の基準にはなかなか入り切れないというのが大きな問題で、いずれ手直しはされてくるんだと思っています。

〔スライド1-15〕これは実際の例ですけれども、ことしの4月に改正されましたので、5月のときに胎児仮死による帝王切開があったわけです。それを旧点数で計算しますと2万5,685点になるわけですが、新点数で計算しますと、2万7,102点と、一見、差し引き1万4,000のプラスになったような感じがいたしますけれども、それは入院料が新点数によって上がってきた。そして、もう一つは手術料が「緊急」という適応がついて上がってきた、それだけの理由で、一見上がっているように見えています。しかし、投薬および注射というものはこのようにマイナスに転じています。したがって、入院料をよほどわれわれがしっかりと考えてやらなければいけないと思います。やはり特3類を考えた入院料のアップで診療収益を図るしかないと考えております。

非常にとりとめない話を、向こうへ行ったりこっちへ行ったりしてやりましたけれども、要は、先ほど言いましたように、人件費率の削減ということがポイントでございます。いずれに

しても給与は上げなくてはいけない、人数も増やさなければいけない。その中において、患者数をいかに増やすか。患者数の場合は、入院数は一定ですから増えません。したがって、外来数をいかに保持するか、そしてまた、一人一人の点数をどのように上げていくかという努力、それもやみくもに変な薬を使うんじゃないで、合理的な、国が出してきた基準の中でいかに上げていくかということが一番ポイントになると思います。非常に雑駁なお話でございましたけれども、終わらせていただきます。(拍手)

討 論

座長：竹村 どうもありがとうございました。ただいまのお話に対して、先生にご質問、ご追加がございましたらお伺いしたいと思います、いかがでございましょうか。

柴田 全体にわたりまして大変詳しいお話しをお伺い致しありがとうございました。私どもは病院管理の立場からの経済性について、十分理解をしていない点、多々ありますが、少しお伺い致したく存じます。先生のお話しでは、われわれ小児科を持ち上げていただいているように思いましたが、先生のご発表は、患者さん1人当たりの収入を小児科としておとらえになっておられたと理解しました。私、以前に務めました病院には小児科もありましてその時に感じておりましたのですが、先生のように細部に互ってのことまではわかりませんが、私の経験か

らまいりますと、緊急的な重症な患者さんが入院しますと、その場では収入のことなどは考えないで、この患者さんがなんとか良くなってほしいと願う一心から種々の検査を行い、intensive careを行います。その結果、1日当たりの保険診療報酬点数が上がってまいります。重症の患者さんが多くなれば、病院としての収入は多くなると考えています。さて、先生の御発表では、小児科としておまとめでしたが、重症例の多いNICUというんでしょうか、新生児の入院の場合の方が1人1日当たりの保険診療報酬点数は高いと思いますが、この点はいかがでしょうか。この点がまず1点。

つぎに、先生は病院全体としての人員の割合その他について、昭和59年の公立病院の値と比較されていましたが、その対象となっている病院の緊急医療に対する対応、病院の規模についてお伺いしたいと思います。要するに大規模の病院もありましょうが、地方の公立病院、自治体病院も含まれていると思います。これらを一括して比較してよいものかという点であります。以上の2点についてお伺いします。

佐藤 小児科の計算は、NICUの緊急にかかる治療費と、それから一般新生児ですね、われわれの病院では産科で生まれた患者さんはすべて新生児として小児科の診療収益になります。したがって、そちらに入れます。それが全部込みになったものが、先ほどの小児科の方の収益になります。先ほどのご指摘のように、やはりアクティブな患者が入って、それが早く退院してくれるということが、特に新生児部門での収益性を上げる最大のポイントになると感じております。

2点目のご質問については、これはそういう本がございまして、病床別に100床単位で刻んでございます。先ほどお話ししましたように、私の病院は417床でございまして、その規模の病院での比較でございます。

柴田 その場合に、昭和59年の自治体病院の100床の当たりの指標が比較の対象に出されておりましたが、そのデータの算出の基準となった病院は、自治体病院でも、例えば先生のと

ころのように大規模な病院もありましょうし、また、地方のもっと小規模の病院も入っている訳ですね。こういう表現をすると叱られるかとも思いますが、アクティビティの低い病院、のんびりとした病院もある訳です。それらを全て混ぜ合わせたものを指標として比較してよいかどうかをお伺いしたかったのであります。

佐藤 あれは、もともと出ているのが300から500の病院の平均でございます。ですから、例えば100床以下の病院の収益の変化とか、大学病院などの1,000床以上の病院での診療収益の分布であるとか、それは全部出ておまして、われわれの病院の規模でのものと比較しています。だから、別に100床の病院と比較しているわけではないのです。

柴田 人員を100床当りに換算をされており、自治体病院でも、300～500床の病院でも緊急を受け入れている病院と、そうでない病院とありますので、その分母の病院はどのような病院が入っているか、というお尋ねです。

佐藤 わかりました。全部入っておると思います。アクティビティの高いものもあれば、そうじゃないものも、これは統計ですから当然入っていると思います。したがって、平均値になりますので、どっちかという、病院運営を考えてみますと、非常にアクティブな病院というのはある意味では少ないんですね。したがって、平均値を出した場合には、一定量の仕事をすればいいんじゃないかという病院群の方が多い。これは確かに傾向でございますので、インアクティブという言葉はおかしいですが、そういう形のものが数字としては大きく、加重的にはウェートを占めているんじゃないかと僕は思っています。したがって、こういう結果が出ているんだろう、と。

柴田 先生は、現在、副院長であられまして、そのお立場として大変にお答えをいただきにくいとは思いますが、やはり、NICUの入院例の方が1日の医療費は、一般小児科より高くなると考えてよいでしょうか。

佐藤 そういうふうには考えています。ただ、NICUに関しましては、僕はたまたまNICUの

本来のレスピレーターをつけた患者さんから始まって、リカバリーしていくわけですが、そのステップを踏みながら、一体何人の看護婦さんを必要とするんだというガイドラインをここで出していただかないと、われわれは非常に困るということが切実な問題でございます。実は、私の病院でレスピレーターをつけるときには、赤ちゃん3人に対して看護婦は3人です。レスピレーターを3人つけますと、要するに3人の看護婦さんを夜勤させない限りつけませんというふうに、看護婦さんの側からはっきりと言われております。したがって、そこらに何かガイドラインがあれば、こうなっているんだからこれでいこうよということが言えるんです。非常に大きな問題だと思しますので、後のディスカッションの中で、何かその結果を出していただければ、私も病院の方に帰りまして、みんなに言えることがあるので非常にありがたいと思っております。

唯（大阪産婦人科医会）われわれの大変苦手のところを注意していただいたのですが、結局、公立病院としての考え方で、収益を上げるという立場で、黒字にすることのためにどうしても患者を増やさなければいけない。そうしますと、入院は限定されておるので、外来中心というものにある程度推移せざるを得ないと考えてよろしいのでしょうか。

佐藤 現状のままの診療保険のあり方でやれば、そういうふうになると思います。しかし、それは一般の先生方がそれを望んでいることではないと僕は思っているんです。あえて、きょうは菌に衣を着せないで真の姿を言ってしまったわけですが、家際はそうじゃなくて、医師会の先生方と協力をするためには、病院というものは先ほど言ったように、2.5人に1人という、せいぜいそこまでの外来数でとめるべきなんです。しかし、そのためには病院というものも、企業性をもとにしながらやっていかななくてはいけないということで、今のところ外来数になっていますけれども、出来れば入院収益をいかに上げられるということになるわけです。そこに關してもう少し国の温かい目が病院の方に来て

もいい。例えば特3類の基準の枠組みが余りにも悪過ぎるわけです。だから、そこのところを何とか考えていただきたいと考えて、あえて、このデータを出させていただきました。

唯 ありがとうございます。ただ、私、外来については今後公立病院の行き方として、組織化というものの中では、少なくとも病診連携というものが深まってくると思います。したがって、2.5の数字の中で、その病診連携の結果として増える可能性というものを、先生、どうお考えでございましょうか。

佐藤 病診連携の場合は、一番大事な部分はバックトランスファーという問題があるわけです。バックトランスファーに関しましては、機能分化をしたときの診療所のクォリティーですね、その部分を高めなければならないということ。要するに、患者さんが選ぶわけですから、病院に患者さんが来まして、その患者さんに「じゃあ、あの先生のところに行ってください」と言ったら「あの先生のところには行きません。私はこちらがいいんです」と言われたときに、それを無理に、強制的に戻すことはできないわけです。したがって、どこでそのクォリティーを高めてやっていくか。本来、診療所にいらっしゃる先生は、例えばこういう大学病院とか、医局長を務められたり、講師をされたり、場合によっては教授をされた先生がやっているわけです。病院にいる先生方はもっと若い先生方だけなんです。その先生たちに何でもっと教える体制をつくらぬのかと、僕自身は考えているわけです。そこところが非常に欠けていて、年配の先生方が若い先生方におもねて診療を続けている姿が僕は非常に残念でならないわけです。

野口 私、聞き漏らしたかもしれませんがけれども、先生のところでノーマルなお産は退院までに幾ら払うかということ、それが一つ。それから柴田先生のお話にちょっと関連しているんですが、病院全体の医療収入を上げようと思ったら、先生のところのような大きな病院であつたら、軽い患者をとらずに、ギネだつたらもっと malignant なものを、お産だつたらハイリ

スクなもの、ノーマルなお産をやめてそちらの方に重点をもっていくというふうにしたら、うんと収益が上がるんじゃないかと、こう考えたんですが、そもいきませんかしら。

佐藤 それはいつも考えております。実を言いますと、ローリスクでいずれ変化してくるだろうと思われる患者さんは、これは竹村先生も前にお話になったと思いますが、私たちの見当では大体30%あるわけです。そうしますと、その30%はいずれ病院群で処理しなくてはならない症例なんです。例えば、それは高貧血の患者さんもいるでしょう。それから、現在は何ともないですけれども、前回に帝王切開した患者さん、そういう人もいます。そういうものを含めると、ローリスクでこれから異常になってくるかもしれないというのが30%。その30%をこの病院群の方に収容する、そのシステムですね、そここのところを、要するに一次機関でのチェックアップ機能をしっかりとすれば、それは僕はできると思っているんです。しかし、現実の問題として、今、それをやれと言っても、先生方一人一人が自分のお城の中で仕事をしているわけですから、それはなかなかやってくれません。病院は常にオープンですから、いろんなことをやられています、診療所の先生の診療内容に関しては全くオープンではありません。救急の患者さんが出てきたときだけその診療内容がわかるわけです。そここのところを何とか両方で、病院も診療所も自分の手のひら全部見せて「おれのところではこれが要るんだけど、おまえどうだ」と、この形が何とか早く来ないかと、それが本当の意味の病診連携だと考えているわけなんです。高収益性を上げるということは、きょうは医業収益ということで、余りネガティブな話ばかりするといけないと思って、収益性を高めるということで話してしまったので、何か変な話になりましたけれども、基本的にはそういうことを考えています。

野口 額は幾らですか。

佐藤 今、30万から35万です。

座長：竹村 まだ他にあるかもしれませんが、時間がちょっと超過しておりますので、ひとま

ず佐藤先生のお話を終えさせていただきまして、また後の群で同じようなお話が出るかもわかりませんので、そのときにご検討いただけたらと思います。

佐藤先生、どうもありがとうございました。
(拍手)

座長：植田 ホットな話題が続きますことを期待いたします。産婦人科と小児科という対応が産科と新生児という対応になって、そして現在は周産期という、同じ土俵に両者が乗ったわけでございますが、ただいま産科の方の佐藤先生からお話をいただきましたので、次は新生児の方から石塚先生にご登場をいただくことにいたしました。

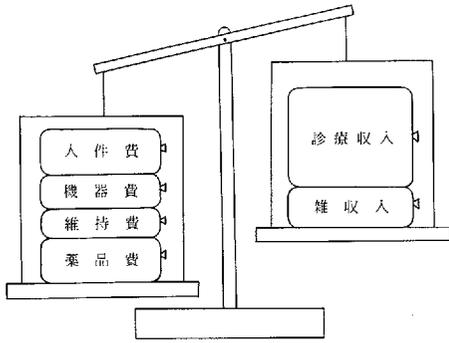
新生児医療に携わっている先生方にとって、石塚先生はご紹介するまでもございせんが、石塚祐吾先生は、昭和21年、慶応大学医学部をご卒業になり、慶応大学の小児科でご研鑽を積まれ、昭和25年に国立東京第二病院の小児科、40年に同小児科医長となられて現在に至っております。日本小児科学会の新生児委員会ならびに社保委員会の委員をお務めでございます。石塚先生よろしく願いいたします。

話題提供 その2

石塚 (国立東京第二病院) お招きありがとうございました。今のような高尚な数字的な話と違った、全然別なお話をいたします。とにかく新生児医療、周産期医療、これは大変進歩しているものですが、何といっても収支バランスのとれたものでなければいけません。

[スライド 2-1] これをごらんになってどうします、先生方は。まず、普通これ(人件費・機器費・維持費・薬品費)を持ち上げたいと思われませんか。そうすると、先ほどの収支人件費率じゃないですけれども、理解のない経営者ですと、まず人件費を減らして、超過勤務は出さないようにして、器械はなるべく安く買って、長く使って、そして器械屋さんから借りられるものは借りっ放しにして、それで薬屋さんにも払わない(笑)、それから……なんていったことでやっているんでしょうか。しか

スライド 2-1 収支のバランス



スライド 2-2 医療器械の耐用年数表
(固定資産耐用年数等に関する大蔵省令)

保育器 (電子装置を使用するもの)	6年	酸素濃度計	5年
(その他)	10	呼吸心拍モニター	5
ネブライザー	10	血液ガス分析器	5
ビリルビノメータ	5	人工蘇生器	5
光線療法器	5	レスピレーター	5

しこれでは、それこそ先程のインアクティブな経営のうちに入りますから、減らさないで買うものは買ってもらって診療は活発にやっていただかないといかんと思うんです。一方こっち(診療収入・雑収入)を増やすことにおいては大変賛成です。しかし、それが問題であります。

〔スライド 2-2〕医療器械の耐用年数というのはどんなものかといったら、大蔵省で決めてあるんだそうです。われわれの病院で見えますと、5年なんていうもんじゃなくて、大体こういう器械は5年といいますね。だけど、使えるだけ使って、病院当局は相当得しているんじゃないかと思うんですけど、それを使っています。保育器、いわゆるマニュアルの保育器、それから IC 型というか、サーボコントロール式、これは10年と6年の違いだそうです。

〔スライド 2-3〕先ほどの人件費その他の方の話はやめまして、私は経営者じゃないものですから、先生方と同じ立場に立って、働く立場に立って話します。

日常の先生方は、毎日腹立てて診療している

スライド 2-3 不採算医療対策

—収入向上の方法—

1. 請求漏れの回避 主に病名洩れ
2. 査定への対策 症状詳記への気配り
3. 不当点数、制限の改訂の要望 未熟児の処置料など 学会から
4. 未承認項目の新設の要望 パルスオキシメーターなど

スライド 2-4 個々の問題例

1. 人工換気時の O₂代 ……とれない
〈酸素テントはとれる〉
2. 気管内清掃(225点) ……とれる 〈1日分〉
3. 経皮的血液ガス分析 ……条件つき
〈日齢 28 以後は不可〉
4. 200 ml 未満の点滴(60点) ……とれない
〈ポンプ 100 点可?〉
5. 頻回の動脈血採血(30点) ……とれる
〈日内変動を把握するためなら OK〉
6. ポリグロビン、ヴェノグロビン I など ……
〈重症感染症における抗生物質との併用を明記する〉

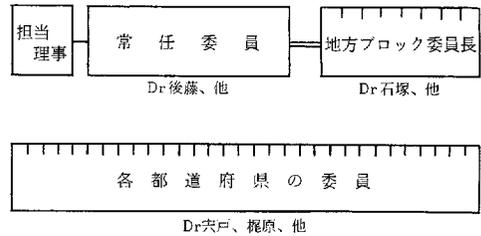
人もいると思いますが、まず病院当局から言われるのは何でしょうか。請求、まず査定の問題です。請求漏れがいっぱい来ると思います。小児科はどうだとか、未熟児はどうだとか、いろいろあるんでしょうが、これは皆さん方、あるいはこれを査定している委員になっておられる方もありましようが、まず病名漏れ、症状漏れを少なくすること。それから査定への対策、これも何たって査定がいっぱいもどってきてまして、付箋をつけて「症状詳記」などと書いていますが、これはとにかく丁寧に丁寧に書くよりほかないんじゃないでしょうか。それは後で話します。

〔スライド 2-4〕査定の問題は専門家がほかにおられると思いますが、私はちょっと日常の経験から言います。まず、ある先生が言っておりました。レスピレーターを使うと、その酸素代が取れない。そんなばかなことはないんじゃないかと言いますけど、これはしょうがないんで、『診療点数の解釈』という緑の本にはっきり書いてある。つまり「酸素を動力源としたレ

スピレーターのときは酸素を使えない」と。ですからこれは理屈を言ってもしょうがない。ここは黙っていきましょう。それから気管内挿管、これは昔からすぐ高い点数のときもありました。今はここで落ち着いて、1日分として取れる、これはよし。それから経皮的血液ガス分析、これが新生児に限るとされているので、超未熟児でも28日過ぎると切られる。ところが、ある先生に聞くと、うちはちょっとも削られていませんと言うんです。しかしこの問題は削られていない方がおかしいんであって、後でお話します。これは重大な問題です。それから、200 ml未満の点滴。これは先生方はご存じかどうかは知りませんが、今書いてあることからいうと、取れない。一方、頻回の動脈穿刺、これは査定のときに引っかけられる可能性があると思うけれども、ちゃんとこれは書いてあるんです。日内変動を把握するためならば、血糖とか動脈の血液ガスは何遍調べてもよろしいと書いてあるから、これは遠慮せず取っていただきたい。あと、薬などはいろいろありますが、僕らのところではγグロブリン系統など血液製剤、これがやたらとバサバサと削られてきます。ただ効能書きには、これは「重症感染症における抗生物質との併用」と書いてあるんだから、それは丁寧にいかにも重症であるということをとくと書いて、請求するよりしょうがないと思います。ほかにいろいろありましようが、こういう問題でなるべく査定を減らしたいと思います—ちょっと前のスライドに戻ってください。

〔スライド2-3〕今度は、点数が余りにも馬鹿らしいように低いとか、あるいはいろいろ制限つきであるとか、そういうのは何とか少し変えてもらいたい。さっきの点滴の問題なんかもそうです。それから、未熟児の処置料がやたらと安過ぎるとか、点数がないとかあり困ったものです。未熟児医療、新生児医療、周産期医療の進歩に伴い新しい項目がどんどんできてくるのに、何年たってもなかなか保険に乗ってくれない、こういうのが困る。こういうのは皆さんの要望であります、これは学会から要望しようと、こんなところでございます。

スライド2-5 日本小児科学会 社会保険委員会の構成



スライド2-6 小児科学会要望の歴史

1. 保育器(インキュベーター)
2. 光線療法
3. CPAP療法
4. 手技料の新生児等加算
5. 呼吸心拍モニタリング
6. 集中治療室管理料
7. 経皮的酸素分圧モニタリング
8. 人工肺サーファクタント
9. パルス・オキシメーター
(以下準備中)
10. (7)の極小未熟児での期間延長

〔スライド2-5〕例えば私は、どういう関係か知りませんが、市橋先生とか、加藤英夫先生に脅かされてかおだてられてか、かなり前から小児科学会の社会保険委員なんてものにさせられました。ところが私は、何たって国立病院の医者なんです。親方日の丸で絶対つぶれない国立病院の医者が、何でこんなことに入ったかと思って不思議なんですけれども、日常診療しながら「こんなバカなことはない」と思っていることが多かったし、例えばカットダウンですが、さすが40過ぎると腰が痛い。終わって点数を見ると何百円かだったですね。それで腹が立ったりして、そういうことでもかなり関心を持つようになってきたのです。

〔スライド2-6〕今のようなことは学会を通して話をもっていかないと駄目だということで、皆さん方もこれからいろいろ問題がございましょうが、ひとつよろしく願いますと、そういうことのお話をしたいわけです。

私は小児科医で小児科学会に関係するものですから、小児関係だけをお話します。

スライド 2-7 主な点数実現の年次推移 (1)

年度 (昭和年) 月	51				53				55				57				59				61				63			
	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7	1	3	5	7
インキュベータ	18点	60点	100点	同じ																								
光線療法	(昭和48年12月より) X線深部に準ずる												120点	光線療法												240点		
点滴注射	1000ml以上35点 6歳未満10点加				550ml以上75点 6歳未満10点加				6歳未満200ml以上60 その他75点				6歳未満200ml以上75 点滴回路14点															
交換輸血	2570点	3600点	5000点				5000点																					
処置料の 新生児加算	新100/100、乳50/100												(実現せず)															

例えば小児科学会には社会保険委員会がございますが、どういうことになっているかという、常任委員の上に常任委員長がいて、会長がいます。ところが構成を見ますと、これはもちろん小児科全体の会ですから、常任委員はほとんど新生児を知らない方です。これをあるときから特にお願ひして、名吉屋のAPRスコアの学者である後藤先生に入らせていただいております。それに対して担当理事、この先生方は今までは全く素人の先生で困っていたんだけど、幸い、今回から奥山先生と兵庫の竹峰先生とが入られましたので、大変期待しているわけです。その他に各都道府県に1人ずつ委員がおりまして、例えば、これこそ新生児を知っている先生はごく僅かで、矢野先生はご存じでしょうか。ですから、委員会だつて発言することがちょっと的を得てないというか、ひよんなことばかり出てきて困るんですけど、私はこの中の関東ブロックのまとめ役ということなんです。私は小児科学会社会保険委員会の一員でございますが、常任委員会に対して物を言う立場、みずから実行する方じゃなくて、文句を言う方とか、要望を出す方の立場なんです。ただ開業医の先生とも仲よくしなきゃいけないし、開業医の先生のこともかなり勉強しながら、新生児ということばか

りを表に出さずに、何とかかんとか新生児関係のことを少しずつでもうまくいくようにやっている立場にあります。

それで、私が関与してきた問題は次のようなことです。先ほど言いましたけど、新しい医療がどんどんできると、次々と新しく社会保険に認められてもらわないと困るんですが、こういう問題ですね、保育器のことや光線療法のごときは故浅野秀二先生が一生懸命これをやっておられました。僕が出たのはこの頃から……。CPAPがなかなか点数に入らず、モニターもそう簡単にならなかった。次は、重大なNICUの管理料、これは後で出ます。次に人工肺サーファクタント、これはもう薬が出るまでが大変でして、出たときは保険で認められる、こういうのはいいんです。パルスオキシメーターが一番最近の問題で、まだはっきりしませんが、話によると、これは三河先生が努力されて、このtcPO₂モニターと同じように保険に認められることになったという話です。大人の場合は、手術中のみ可能だと。ただ新生児の場合は、どうなるかはまだはっきりしていません。

〔スライド 2-7〕細かいことになりますが、一つ一つ歴史を見てまいりましょう。今までのいろんな会議の記録をばらばら見ながら、大体表をつくって見ていたんですが、昭和49年—

スライド 2-8 主な点数実現の年次推移 (2)

年度 (昭和年) 月	53				54				55			
	49	51	53	54	56	58	59	61	63	53	54	55
呼吸心拍 モニター	なし (心電図 1回 110点)	なし (心電図150点 カルジオスコープ 1日1500点)			1時間100点 5時間— 1日 600点	1時間100点 6時間— 1日 600点						
経皮的血液 ガスモニター	52.4 (保留)				54.8 OK				上記と同じ		上記と同じ	
人工 <30分 呼吸 1日	40点 (30分ごと 30点加)	60点 3時間以上 1日260	60点 3~8h 1日 500点		260点 500点		150点 5h以上 1日 550点					
CPAP IMV	(保留)				上記と同じ							
特定集中 治療室管理 加算	— ↑ 新生児は認めない				↑ ↑ 新生児も認める 900点				↑ ↑ 新生児特定集中 治療室管理新設 4200点			

この前はちょっとわからないんで、とにかく、そのころはインキュベーターというのは180円だったんです。それが600円になり、今1,000円になっています。ところがこれが53年から10年間1,000円ですよ。光線療法というのは、昭和43年にはまだだめだった。45年には方々でやっていたと思いますが、光線療法は48年の12月から認められた。認められたというのは、仮に「X深部治療に準ずる」なんて、おかしいんだけど、しかしそういう保険の言葉というのは不思議なもので、58年、59年になっても、まだそんなことが書いてあって、ようやく61年にはっきり「光線療法」と書いてある。これは1,200円、点数はどうなんでしょうか、保育器の点数とどっちが、減価償却と比較してどうかというのは、お暇があったら計算してください、点滴注射というのは、先生方はご存じかどうか、基準というと6歳未満は200ml以上でなきゃ75点あげませんよと、それ以内ですと静脈注射ですよということ。つまり1時間8cc以上やらないとだめだということです。これは実はおかしいけど、あと輸液ポンプの点数がどうだこうだといろいろあるんですが、交換輸血はこんなふうになっている。これはわれわれ別に何の要望もしないでこうなっています。かなり点数があるからい

いんじゃないか、と。それから手技料の申請、これが問題なんです。つまり、新生児、未熟児をやっていて一番大変なのが、注射からすべて手技が何とかならないかというので、われわれ考えたのが、新生児加算というのは外科の手術とか麻酔にはあるので、それと同じように、この新生児、特別な未熟児などにはそれと同じことをやってくれないかと要望したわけです。ところがこれは毎年要望、要望で、まだ要望している。しっ放しで実現しません。結論を言うと、これは実現するはずはないと思うんですが、それは後で話します。

〔スライド 2-8〕 ついでながら、どうなったかということをおっしゃると、呼吸心拍モニターというのは、このころまではなかったわけで、51年からカルジオスコープという名前で現れました。そのころはなぜか1日1,500点なんて、ちょっと間違っような点数があったんです。(笑) それで後で修正されて600点になりました。このころはよかったです。(笑)

次に問題は CPAP と経皮的血液ガスモニター、これは山内先生が初めて話されたのはいつだったか、もうこのころには方々で随分使っているんです。社保委員会の記録を見ましたら、このころは「厚生省で保留中」と書いてありま

スライド 2-9 経皮的血液ガス分析の適応対象

1. 循環不全および呼吸不全があり
2. 酸素療法を行う必要がある
3. 新生児であること
(新生児とは28日未満の者とする)

スライド 2-10 新生児 $\frac{100}{100}$, 乳児 $\frac{50}{100}$ の加算が認められる例

1. 手術
2. 麻酔
3. 心臓カテーテル法
4. 牽引療法

した。54年になると——この54年というのは割合いいところで、このころから「認めるようにした」と書いてあります。CPAPもIMVも認めたということです。人工呼吸の点数は現在こんなことです。それから、順番が一番最後だから重大じゃないというわけじゃなくて、これが一番大事なんです。いわゆるNICUの加算、これはわれわれが腹を立てて始めたというのはこのころです。なぜかという、ICUというのがこのとき初めて認められたんです。ところが、これはわざわざ「大人であって、新生児では認めない」と、そういう言葉がはっきり出ている。ところが、そのうち何となく「新生児も認める」というふうに出ました。しかし、皆さんご承知のように、それから古い先生方は記憶を昔に戻すと「ああ、そうだったな」と思われるでしょうが、このころは認めると言ったけど、認める基準が余りにも大人のだったものだから、全国

で二つか三つしか合格しなかったですね。ところが60年ごろになって、基準が変わったんです。これはいまさらあれですけども、われわれの要望したものとはかなり違ったもので、きょう厚生省の技官さんがおられますが、医療課の先生じゃないから構わず言っちゃいますけど、ちょっと違うんですよ。われわれの言っているNIDUという、狭義のNICUというところを仕切りして、そこだけをどうだと言われると困ってしまうんです。しかし、実際問題としてこういうのができまして、点数がついたから、病院としてはこれに手を上げて、指定をもらっているところはかなりあります。まあ、それはそれとして、まだ未解決ではあるけど、ここまで来ているということです。

〔スライド 2-9〕ほかにいろいろございますが、具体的な一つとして経皮的な血液ガス分析、これは先ほど言いましたが、これに定義が書いてあります。「循環不全および呼吸不全があり、酸素療法を行う必要がある、新生児であること」と、三つあるんです。しかも「新生児とは28日未満の者とする」と。

〔スライド 2-10〕現在まで保険で「新生児」という言葉が出てくるのは、手術と麻酔と心臓カテーテルと、なぜか牽引療法なんて、ちょっとわからないんだけど、新生児が牽引されると相当負担なんではしょうか？よくわかりませんが(笑)この4項目が出ているんです。

〔スライド 2-11〕われわれとしては、これをもっと増やしてもらいたい。そのためには少し

スライド 2-11 入院新生児の呼吸障害の頻度

(昭和62年1~12月、東京6施設)

出生体重 (g)	生後28日未満		生後28日以後		生後28日未満		生後28日以後	
	入院総数	呼吸障害 %	生存総数	呼吸障害 %	%	%	%	%
1,000未満	107	81.3	80	80.0				
1,000~1,499	171	73.1	164	36.9				
1,500~1,999	307	38.1	295	4.1				
2,000~2,499	595	16.5	582	0.7				
2,500以上 (病児)	1306	19.7	1287	1.1				
合計	2486	30.5	2408	6.4				

* 東邦大大森病院、都立豊島病院、築地産院、日赤医療センター、葛飾日赤産院、国立東二病院

スライド 2-12 どれを要望したらよいか

1. 管理料	未熟児新生児病室全体を対象 (集中治療室管理とは別)
2. 手技料(注射, 処置, 理学療法)	新生児加算, 未熟児加算
3. 室料(重症者室料)	保育器児については除外
4. 看護料	特3類看護(20日以内が問題) ---専門看護(ライセンスー将来)
5. 指導料	専門医(ライセンスー将来)
6. 無形の労力の評価	

データをとらなきゃいけないというんで、とってみました。これは去年の暮れからずっとやっていたんですが、多田先生にも大きなデータを出していただきました。これは簡単にいうと、つまり28日過ぎても呼吸障害の強い子はいっぱいありますよと、これは $tcPO_2$ とか、あるいはパルスオキシメーターでもいいですが、とにかく、モニターすべき症例は幾らでもあるんですよと、そういうことを言うために調べたのがこれです。例えば1,000未満ですと、これらを調べるべき症例が80%あるんです。これは東京の六つの病院で調べた2,500ぐらいの例ですが、1,000~1,500gでも37%あるわけです。こういう成績があります。ほかに体重の表とか、いろいろわれわれ出しました。あと、小川雄之亮先生のこの班のデータがございます。これは90日以後のでしたか、長期の呼吸障害の症例を先生方がまとめられまして、それですと、超未熟児だと36%、極小ですと70%ぐらいが占めているということです。それから、あとデータをいただいたのが静岡のこども病院の志村先生。超未熟児ですと100日近くがやはり酸素が必要であって、しかもモニタリングが必要である。これは網膜症との関係もあって必要である、そういうデータをいただきました。そこで先月の末ですが、小児科学会から出してもらうように要望の案をつくって、提出しました。

〔スライド 2-12〕いろいろ話が出ていたんですが、これから学会としていろいろ要望する項目が幾つかあるわけです。NICUの管理料——これはこれとしていいけど、われわれはほんとうは未熟児新生児病棟全体の管理を要望したいわ

スライド 2-13 医師の労力, 能力の評価—「内保連」の案

診察料:		
初診料	30分未満	150
	30分以上	300
再診料	30分未満	75
	30分以上	150
臨床経験	2~10年	20%加
	10年以上	50%加
指導料:		
所要時間	30分未満	75
	30分以上	150

けです。それから手技料の件があります。手技料で要望したらいいかどうか。それから室料。今でも重症者室料というのはあるんですが、これはインキュベーターの要る子供の部屋については除外すると書いてあるから、どうにしようがない、これはだめ。看護料、これが先ほどお話がありました特3類看護です。これはどうでしょうか。2対1は頑張っただけのかもしれませんが、ある部分だけ2対1とすると病院全体としてナースをこっちの方にとられてしまうと、特2類もおかしくなってきますからなんて、事務当局に言われたりしています。20日以内ということ、病的新生児だったら20日でもいいでしょうけれども、超未熟児20日以内なんていうのは、ちょっと話にならないんで、この特3類は、それこそ佐藤先生、いい考えがありましたらひとつ教えていただきたいと思います。特3類が日本の未熟児施設でどうやったら認めてもらえますか、ということです。このようにいろいろございますが、今後の問題として、新生児専門の看護婦ができた場合、ライセンスをもった看護婦さんのいるところでは特別の看護料とはいかないかというのはどうでしょうか。そんなことを言い出すと、医者の方もどうかというんで、将来、新生児専門医ができた場合に、それはどうなるかということです。だけどこれでまだだめなら、無形の労力の評価、これは皆さん方いつも腹に据えかねていることじゃないかと思うんですが、かつて聖マリア病院の橋本先生が書いていた医療収支の表には、

スライド 2-14 日本小児科学会の要望書より

年度(昭和)	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
処置料の加算		↑ 新生児 100/100 乳児 50/100	未熟児 200/100 新生児 100/100 乳児 50/100										超未熟児 200/100 極小未熟児 150/100 新生児 100/100 乳幼児 50/100	
入院時 医学管理料			新生児集中 治療室の 管理料加算				入院時医学管理料の 乳幼児加算		医学管理料 超未熟児 200/100 極小未熟児 100/100 乳幼児 50/100				超未熟児 200/100 極小未熟児 150/100 新生児 100/100 乳幼児 50/100 学童 30/100	
点滴注射								乳幼児 特殊性 の評価	不合理 点数の 是正				乳幼児 加算	

スライド 2-15 日本小児科学会 昭和63年度要望事項

<p>[診察料]</p> <p>1. 乳幼児発達指導料の新設 300点</p> <p>2. 初診時乳幼児加算の新設 50点</p> <p>3. 乳幼児内科再診料加算の増額 20点</p> <p>4. 育児栄養指導料の増額 50点</p> <p>5. 小児特定疾患カウンセリング 適用条件の改正</p>	<p>[投薬料]</p> <p>8. 処方料乳幼児加算の新設 10点</p> <p>9. 調剤料乳幼児加算の新設 10点</p>
<p>[入院料]</p> <p>6. 入院時医学管理料小児加算の新設 超未熟児200/100, 極小未熟児150/100 新生児100/100, 乳幼児50/100 学童30/100</p> <p>7. 入院時看護料乳幼児加算の増額 (1) 基準看護のある場合 150点 (2) その他 100点</p>	<p>[注射料]</p> <p>10. 点滴注射乳幼児加算の新設 50点</p>
	<p>[手技料]</p> <p>11. 各種手技料に対する乳幼児加算の適正化 超未熟児200/100, 極小未熟児150/100 新生児100/100, 乳幼児50/100</p>
	<p>[給付率]</p> <p>12. 小児給付率の引き上げ 90%</p>

とにかくお金にならない超過勤務がやたらと多い。つまり、医師、医療者の献身的労力におんぶして新生児医療は成り立っている、と。そういうことが実感ではありますが、それをいかにし

たらいいかということ、これを実は言いたいんだけど、それこそ皆さん方で考えていただければと思います。

【スライド 2-13】これは随分昔からある医師

スライド 2-16 要望達成のためには

1. 周産期特有の項目を挙げること
2. 周産期医療に詳しく熱意のある人を
 学会理事
 社保委員 — に送り込むこと
3. 厚生省や日医に力ある人の理解と尽力をお願いすること
4. 関連学会の共闘をお願いすること
5. 周産期医療に関する世論を盛り上げること

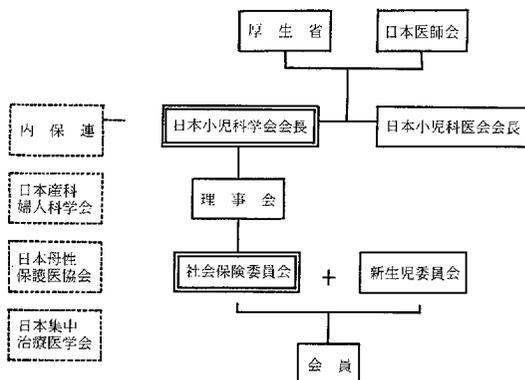
の労力のことで、内保連というのは、—これは10年も前の話ですが、臨床経験とか時間によって点数を変えてくれということをや望したんですが、何年も同じように要望しているということ、こういうことではだめだということのようです。

〔スライド 2-14〕ところで小児科学会の要望のことですが、これは新生児だけのことじゃなくて、小児科学会全体としてはこんなにはいっばい要望することがあるんですよ。その中で、他はいいからこの新生児だけ何とか通してくれと、そうもいかないんで、そこところが大変難しいところですが、こういうことは実際あるんです。

〔スライド 2-15〕具体的には、簡単なようで簡単じゃないんです。例えば手技料の新生児加算、これははじめは新生児100分の100、として要求したんです。ところが、社会保険委員会の先生たちは、皆さんから未熟児のことを言われるので、このごろになって未熟児は100分の200要求したらどうかなんて言っているんですね。ところが、これはいかにも諸先生が超未熟児に理解があるように見えますね。ところが、そうじゃないんです。議事を進めるにつれて内容がだんだん変わっていくんです。つまり未熟児の他余計な子がついてきた。乳幼児だけでなく、学童までが、私もご一緒にどうぞ行かせてくださいというのです。うなってしまうとすごいお金がかかるから、ちょっと通るはずがないと思います。

〔スライド 2-16〕まとまらない話ですけれども、保険の交渉にはいろいろ苦労があるわけ

スライド 2-17



で、その中の少しずつでも通っていけばいいかなと思います。しかし、これを達成するにはどうしたらいいかといったら、先ほど言ったように、周産期特有、未熟児だけのことを要求しないといけない。ほかがかくついてくるようなことは要求しない。要するに、先ほどの学童じゃないけど、学童もついてくるような要求はだめ。それから小児だけ、耳鼻科も眼科もついてくるようなことを要求してもだめだということと同じです。もう一つは、学会の理事とか社保委員に力のある人を送り込むことなんです。これはぜひお願いしたいと思います。私もそろそろリタイアすることになりまして、その後がまを思っているんですが、やめるというと、山内先生が「もう少し、もう少し」なんて言われているのでまだ残っていますけど、これは大きい問題で、学会の理事の方はうまくいきましたけれども、社保委員も、後藤先生を助けるような先生を先生方の中からどうぞ選んでいただきたいと思っているわけです。もう一つは、振りかえてみると、NICUの要望のときは、これは小児科学会は会長、理事、社会保険委員会、すべて重点項目として挙げてくれました。ほんとに一生懸命やってくださいました。そういう歴史があります。そういうことでいくためには、こういう方の理解と尽力がなければいけない。それから関連学会にもご理解を願いたい。何といっても、もう既に世論といいますか、未熟児は大変だということはわかるし、成果を上げてい

るということもわかっていますから、世論を盛り上げると、こういうすべてのことができてからできるんじゃないかと思います。具体的にちょっと申します。

〔スライド 2-17〕先生方もいろいろ問題がありましたら、これは必ず学会を通して、例えば小児科でいえば小児科学会長の名前でいきたいということなんです。一応、新生児委員会か、あるいは社会保険委員会に諮っていただいて、小児科医会も一緒になってくれた方がいい。ですから、別の意味で小児科医会の中にも新生児をやる先生が入ってくださるといいと思います。ここでご理解いただきたいのは、内保連と同時に、日本産科婦人科学会の先生方、日母の先生方、あるいは集中治療医学会、多少ここは一致しないところもあるんですが、こういう方々の、あるいはこういう団体のご理解を得ているいろいろ頑張っていくたいということです。本日、私の方は「収支」の「支」の方は除外しまして、「収」の中でも点数を上げるとか、点数のないものをつけてもらうにはどうしたらいいかということの、いままでの経過をお話しました。これから先生方にもひとつ頑張っていたきたいと思うわけです。(拍手)

討 論

座長：植田 石塚先生、どうもありがとうございます。

周産期医療経営における neonatologist としての戦略をお話いただきました。これからご討論をお願いいたします。

柴田 先生が、以前より保険診療報酬についても大変に御努力をなされておられますことに敬意を表するものであります。ただ今、先生が御発表されましたような、要望をだされていることは大賛成であります。これは質問ではありません。確かに未熟児、新生児の処置料に100/100とか50/100をぜひぜひ加えていただきたいと思います。と同時に、医学管理料、看護料に関することではありますが、私どもの新生児センターに新生児センターマネージャーとして全ての事務的な仕事をしている係長がいます。この

人は、20年間病院に務め、保険診療報酬、病院建築、病院管理、入院患者の実態など、よく研究をされています。順天堂大学伊豆長岡病院には、私どもが参ります以前までは成人のみを対象としておまして、未熟児新生児の入院はありませんでした。彼は、新生児センターに入院する児を目のあたりにし、また実際の医療の現場をみまして、私に、「成人の入院患者の多くは、夜間は眠っており食事も自分で出来る人が多い。しかし、新生児センターに入院する児は、授乳あるいは排泄など全ての面倒が医療スタッフの手で行われていますが、この医学管理料、看護料が同じであることはおかしい」というのであります。確かに一理あると思います。是非、この点も実現させていただきたい。それから新生児加算に関しましては、確かに手術の項目には加算があります。私どもでは、外科はありませんのでこれに該当するのは、未熟児網膜症に対しての光凝固術、冷凍凝固術であります。未熟児の場合相当に高額になります。是非、処置料についても加算されるべきと考えていますし、そのよう認めていただけるようにしてほしいと思います。

多田 今の入院のことも非常に問題があるんですが、小児科ではそういう子供たちが退院してからのいろんなフォローの問題がございますね、そういうときに、今の医療制度を私よく理解していないかもしれないんですが、例えば NICU に入ったような子供をフォローしていくときに、指導料で時間がかかるという問題がございましたが、いわゆる慢性疾患指導料みたいな、何らかの形でそういう指導をしていくのが保険の制度の中で、もうちょっと改善はできないものなんでしょうか。

石塚 未熟児というのは慢性疾患指導料は入っていると思いますが……。

多田 たしか、未熟児としてではなくて、早産児だけで、いわゆる黄疸とか仮死だった子供では取れるんですか、私よく知らないんですが。

石塚 そういう項目はないんですね。

多田 そういような、いわゆる NICU を卒業した子供のフォローをしていく上では、病

名がついてないといけませんし、指導そのものは評価されないのではないかと思っていたんですが。

石塚 そうですね。その問題が出たんですが、未熟児出身児という名前で案は出していましたが、そういう声がいろいろ出てくると、われわれも会るときしゃべりやすいんです。ひとつよろしく願います。

千葉（喜） 今、小児科の新生児の保険のお話をなされたんですが、これは意見というわけでも質問というわけでもないんです。皆様方にぜひご理解していただきたいんですが、産科というのは、結局分娩というのは、ベースには私費診療という観点で入っているわけです。そこへ病的な子供とか、病的なお母さんをどんどん扱うようになってきた。その端境期で、学問的には1960年代にほとんど完成されている、いわゆる分娩中の胎児の心拍数のモニターと陣痛のモニター、それによる保険の請求というのが、実は赤ん坊が実際に悪くて、胎児仮死であったときしか支払えないわけです。ということは、スクリーニングで健康保険証を使用することはほとんどできてないということなんです。いろいろお伺いいたしますと、いまだに成熟児の新生児仮死というのが問題になっていて、こども病院では非常に多いと聞いております。私どものところで調べましたら、成熟時の新生児仮死なんてほとんどあり得ません。ということは、そこで胎児心拍数のモニターをやっているかいないかということによって随分変わってくるわけですね。これは昔々ですが、ME問題委員会で室岡教授が社保の委員をなさっているときに、そういうことができないかということをお伺いしたことがありました。そのときに、産科のある意見として、分娩監視装置を保険で認めるということは一般レベルにそれを認めたことになり、もしその時点で分娩監視装置を使わずに、仮死の子供を産ませたら、訴訟上非常に不利になると、そういう意見もあると伺っております。これなどはある利益者代表—利益者代表と言ったらいけません、そういうものが医療の発展に水を差した一つの典型的な例じゃないかと

思うんです。そういう意味で、ぜひその辺のこともご理解願いたいし、例えば普通の保険医療で、疑いでは取ってはいけないということはないわけですね。先ほども循環器病センターのお話が出ておまして、非常に高度な保険点数を請求しているというのは事実でございますが、循環器病センターへ来て、心臓病であったという人は、本人は「でないか」ということで来るわけですね。そのうちの3分の1はどうもなく帰るわけです。3分の2が病気なんですね。それも全部保険点数は認められているわけで、その辺のことを、ぜひ今後この班で考えていただきたいと思います。

野口 新生児特定集中治療室管理料とかいう、社会保険の認めるNICU、あれの基準が非常に難しいというお話で、それを受けておるところが少ないと伺っておるんですが、その状況はどうでしょうか。

石塚 施設基準ですか。

野口 社会保険で認めているNICU、4,200点取れるんですね。あの基準が非常に大変なんですね。特に人の問題、またクリーンな部屋にしないといけないとか、そのほかたくさん基準がございますが、そのために余り取っておられません。この大学でもおそらく取ってないんじゃないですか。これを何とか緩和してもらいたいと思うんですが、その状況はどうですか。

石塚 あるわけですが、つまり、われわれ小児科学会なり学会関係の人間の考えたことと、厚生省の実際に決めた方がちょっと食い違っているんですね。しかし、実際問題としてもこういうふうには保険では決められたものですから、逆にそれに合わせるよりしようがないんだろうということになっています。ただ、これに対する批評としては実を言うと、考え方がいっぱいあるんです。あの基準に対してこれじゃきつくて困るという人と、ところが逆に、もっと厳しくしてくれという人が実際にいるんです。私たちはちょっと困っているわけです。難しいところですね。

座長：植田 NICUの基準、これは大変ご意

見もあるのではないかとと思いますが、先生方、よろしゅうございますか。

柴田 それぞれの県により大変に審査の基準が異なっているようですが、全国统一されていないことは大きな問題です。それと同時に現在、NICUとして活躍されている多くの施設では、私の知る限り大部屋方式であり、このほうが機能的であります。にもかかわらず小部屋方式しか認められていません。さらに、NICUの基準の中に『原則として、治療室はバイオクリーンルームであること』とうたわれています。それでは、どの程度のバイオクリーンルームであるべきかという病院基準は、現在のところ種々と調査しましたが、わが国には残念ながらありません。バイオクリーンルームの定義も最近、病院設備学会で検討され、提案されているのが現状です。このような、曖昧模糊としている基準でどのような審査がなされているのか、確かに『原則として』との文字は入っておりますが、非常に疑問に思うものであると同時に、この基準に合格し認定されている施設があると聞き、その審査に当たられたことに対してどのような基準でバイオクリーンルームを認められたのか、明確にお答えをいただきたいと思うものであります。裏話しをいろいろ聞いてはいますが、差し障るといけませんので控えさせていただきます。

石塚 実際の問題としては、人が決めるものだから、先ほどの査定の話でもそうですね。このところでは削られていませんよというのと、こっちは厳格に削られますよというのとあるんで、これはしょうが……しょうがないと言ってはあれでしょうけど（笑）なるべくよろしく頑張ってくださいと言うより、しょうがないような気がします。

先ほどのNICUの基準その他については、既に5年前ですが、こういうことを調べたことがあります。その後にもう一回調べてありますが、そのときと世の中は変わってないように思いますので、必要でしたら、どうぞこれを差し上げます。

仁志田（東京女子医大）実は私どものセンタ

ーは、この1～2年の間で、女子医大で一番査定率が高い、トップになってしまったんですね。これは非常に恥ずかしいことで反省をするようにと言われて、いろいろ調べたんですが、診断が間違っているというのは余りなかったんです。そうすると、なぜそうなったかと検討してみると、先生がお話しになられましたように、一つは保険の査定の仕方がおかしいということ、もう一つは、新生児がこれだけどんどん進歩していますから、その進歩に査定が追いつかない点があると思います。ただ、その根底には、私は保険を査定する先生、あるいはもしかしたら厚生省の人とか、それから一般の中に、新生児医療にあんなに金がかかるはずがないという考えがあるんじゃないかと思うんです。NICUはやはりICUですので、小さいといってもこれだけのintensive careがかかるということを—最後のスライドの方に「社会の啓蒙」とありましたけれども、これは、これから根本的な問題の解決法の一つとして、NICUの未熟児でもこれだけお金がかかるんだということを、わかってもらわないと、いつまでも私のところみたいに、汚名を着ながら、査定率ナンバーワンが続くんじゃないかと思っております。

石塚 最後のスライドに書きましたように、現在およびこれから先、新生児学会をリードされる仁志田先生のような先生は、時あるごとにそういうことを叫んでください。ひとつよろしく。

座長：植田 ということで、仁志田先生、お願いします。先ほど、佐藤先生へのご質問を打ち切ったように思いますが、この際、どなたか。

末原（大阪府立母子保健総合医療センター）二つお願いしたいんですが、先ほど千葉先生がおっしゃいましたCTG—分娩監視の件ですが、現在、自費診療の中で幾つか保険診療をすることは構わないと思うのですが、いわゆるハイリスクを抱えていて、保険診療の中で自費診療をすることができるかどうか。分娩監視装置、胎児仮死というのは、必ず仮死が結びついてないといかんということで、それよりずっと前の時点での分娩監視装置というのは、保険では全

部削られていると思うんですが、それが自費として、実際診療しているのに取れないということについて、今後取れるかどうかということ、特に自治体では条例という問題がかかってきますので、そういう可能性があるかどうかということ。

もう一つは、全然別のことですが、看護体制というのが公立病院、自治体は非常に大きな問題になっています。ニッパチというか、月8回夜勤という問題がかかってきますと、ことに4人夜勤、6人半夜勤という大きな看護体制になりますと、昼間、非常に看護要員が余って—余ると言ったらおかしいんですが、多くなってきて、NICUも、あるいは産科の施設でも24時間均一医療をしていくとすると、その辺をうまく仕事をしていただくようなシステムというか、その辺で今のニッパチにかわるような方向があるかどうかということをお話させていただきたいと思います。

佐藤 先ほどのNSTの問題だと思うんですが、それは循環器センターの先生もお話していただいたんですが、これは実際問題として保険に組み込んでごさいません。急速遂娩に連なった場合のみ取れるわけです。それも2時間以上という形で、一応一定の額が決められております。そのほかの胎児管理というのは、例えば早産で入院いたしますと、厳しい場合には朝晩きちんとモニターしているわけです。またIUGRでfetal distressがたまたま発見されたとか、そういう症例では、当然1日中といっていらいらいモニタリングしているわけですが、それも実はお金が取れない。そこで、これは私の方では条例ではないわけですので、院内規則の中で決めておまして、自費で患者さんからいただいております。したがって、2時間、3時間という時間を限らないで、1回につき幾らという自費診療をしております。外来で、いわゆるNSTをやってもこの方法で取ります。したがって、先ほど言いましたように、スクリーニングとしての検査はあくまでも保険の対象ではありませんので、産科はそのところが産科診療の中で認められている部分ですので、皆さん方で考えて、その適正な数値を考えて出すの

がいんじゃないかと思っております。ちなみに、私は3,000円取っております。したがって、1日に朝晩やりますと、6,000円を自費診療として払わなくてはいけないということになってまいります。患者さんにとって非常に大きな負担だと思いますが、われわれの方の医療事故であるとか、医療裁判であるとか、そういったものに関係して考えれば、当然やっていかななくてはいけないと考えています。

それから、もう一つの看護体制の問題ですが、これが一番大きな問題で、やはり余った人数というのが出てまいりますね。産科病棟に限って言いますと、一般の外科、内科病棟に比べて老人が少ないということもありまして、割合自分で歩く患者が多いわけです。そういった看護度というのを計算する方式があるわけですが、そういった方式でやりますと、産科病棟が一番看護度が低いんです。そうなりますと、どうしてもそれをどこかへ、例えばニッパチ制をとりますと、 $2 \times 8 = 16$ 人で大体でき、3人夜勤になると、 $3 \times 8 = 24$ 人の看護婦が全体として要るわけなんです。それを私の病院では日勤帯にきた看護婦さんを1人を外来の一般診療に当たらせる、1人を助産婦外来と称しましてそちらの方に行かせております。したがって、見せかけ上は病棟としては非常に忙しく働いている形をとっております。産科病棟というのは各病棟の中ではちょっと違う趣があるので、このような工夫が必要じゃないかと思っております。特に、この間、先生のところを見学させていただいたとき、たしかNICUに8人、夜でしたか、いらっしゃいましたね。そうしますと、全体の看護婦数は相当な数が要るわけなんで、そこらのところをどうしているのかなと、後で逆に僕の方が聞きたいと思っています。先ほど僕が最終的にお話しした、NICUの実際人数というのは一体幾らなんだということ等も踏まえまして、産科病棟の看護婦さんの扱い方というのは、今後、各病院で工夫して、検討する必要があるんじゃないかと思っております。

末原 後の看護体制の件ですが、実際私のところでも昼間の助産婦を外来に回しているんで

すが、外来専属の助産婦が少なく、どっちかといったら、借りものというか、病棟から借りてきた人が日変わりで来るということで、外来の診療にちょっと支障を来すようなことがないとは言えないので、そういう面で何かまた別の工夫がないかなということの一つを考えています。

佐藤 もう一つは、手術室へおろすという方式がありますけれども、それは全然別の問題で、私のところは慣れてないからではなくて、むしろ分娩室と外来とを助産婦を通して、うまくコミュニケーションするという意味合いで行っています。

末原 それと、最初の方のことですが、例えば外来で超音波でスクリーニングする、あるいはCTGでスクリーニングするということについては、このことはスクリーニングですから自費ですよということを患者さんに言って、それで自費診療しているんですが、入院して、保険診療をベースにして治療している患者さんに対して、ある部分は私費ですよということ、あるいはCTGが私費ですから幾ら取りますということ、保険診療の体系からいうと、少し説明が難しいんじゃないかという気がするんですが。

佐藤 そうです。保険診療の病院においてはそういった自費診療は認められないんです、実際問題として。ですが、われわれのはっきりいって苦肉の策とか、自分でデフェンスもありますが、そのためにやらないというわけにもいれない。そうかといって無料で行うわけにはいれないということで、患者さんの理解を得てやっているということです。実際は保険診療の中ではやってはいけないことだと僕は思っております。

座長：植田 どうもありがとうございました。時間になりました。佐藤先生、石塚先生、本当にありがとうございました。周産期医療、NICU、NICU的医療を行っているドクター、ナースの献身的な努力によってこの医療が支えられていますけれども、われわれが人間的な生活が少しでもできるような医療経営となってほしいものです。その一歩でありますことを期待いたします。どうもありがとうございました。

これでこのセッションを終わらせていただきます。フロアの先生方、ありがとうございました。(拍手)

— 休 憩 —

第2部 各施設の現況を中心に

座長：多田 後半の部を始めさせていただきますと思います。私ども、分担研究者の3人が座長を務めさせていただきます。最初に、話題提供者の先生方に話題を提供していただきまして、その後、ディスカッションしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

では、その部分の司会を小川先生にお願いいたします。

座長：小川 それでは、このセッションは班員の先生方から話題を提供していただきます。まず最初は、小阪産病院的の竹村秀雄先生にお願いいたします。

話題提供 その1

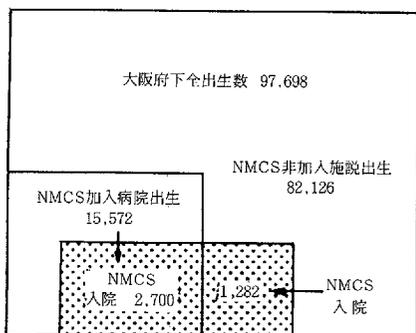
竹村（秀） 大阪市のすぐ東隣に隣接した、東大阪市の小阪というところで小阪産病院という57床、未熟児ベッドが7床というごく小さい産科の医療法人の病院を経営しております、竹村秀雄と申します。

本日のテーマは「周産期医療における医療経営」というテーマでございます。医療収入、労務問題、特に人件費の問題、それから税金の苦しさ—きょうおいでの皆さんで、税金をお納めになっている方は少ないんじゃないかと思いますが（笑）珍しく、税金を納めている立場の話もちょっとさせていただきたいと思います。さらに、医療紛争の影響についてもお話をしたいと思っております。

ただその前に、大阪の周産期医療のシステム化の中で依頼者側、つまり新生児搬送や母体搬送をお願いする立場の一人として、現状からお話しさせていただきたいと思います。お願いする側の立場の言いわけと言ったらいいかもわかりません。

【スライド3-1】大阪ではご承知のとおり11

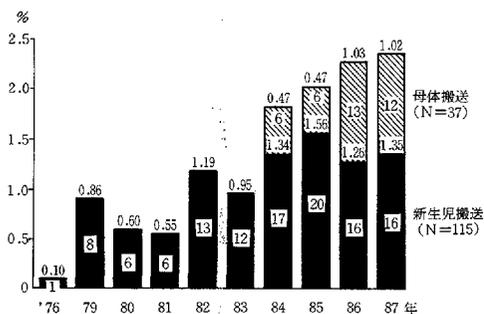
スライド 3-1 1986 年 NMCS 収容状況



スライド 3-2 OGCS実績表(1987. 4~1988. 6)

		紹 介	報 告
産 科	救 急	389	487
	一 般	401	441
	小 計	(790)	(928)
婦人科	救 急	43	121
	一 般	228	314
	小 計	(271)	(435)
総 計		1061	1363

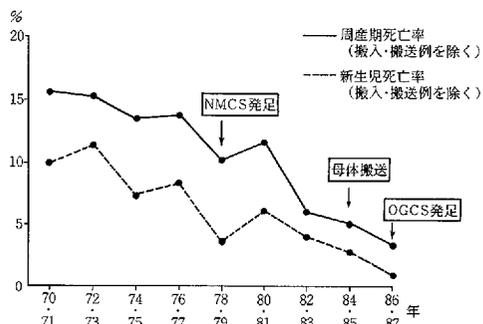
スライド 3-3 新生児・母体搬送率



年前から、NMCSが発足いたしました、一昨年のデータですけれども、大体10万ぐらいの出生の中で約4,000件、つまり、4%の新生児がNMCSの参加20施設に収容されています。

〔スライド 3-2〕 昨年—62年の4月からは産婦人科の方も NMCS になって OGCS (産婦人科診療総合援助システム) が発足いたしました。産婦人科診療全般にわたり、救急・一般を含めて34病院が受け入れ病院として活動を開始

スライド 3-4 周産期死亡率



してくださったわけでございます。

〔スライド 3-3〕 NMCSが発足以来、昭和52年から10年間に当院から新生児搬送115例、別に最近4年間では37例の母体搬送をお願いしています。当院の分娩数は年間大体1,000~1,200件ぐらいですので、昨年、一昨年あたりは大体2.3%ぐらいをお願いしていることとなります。

〔スライド 3-4〕 おかげさまで周産期死亡率も新生児死亡率も、年を追って低下してまいりました。

周産期死亡率についてももう少し詳しく見ますと、昨年は当院の院内だけの死亡率は出生1,000に対して4.2というところまで下がってきております。

新生児死亡率について見ますと、昨年はついに院内での新生児死亡0という、今まで初めての経験をいたしました。今年ももうすでに9月になりますが、幸いにして院内での新生児死亡は0を続けております。つまり、死ぬような重症な赤ちゃんをすべてお願いしている、あるいはおなかの中からお願いしているというわけでございます。

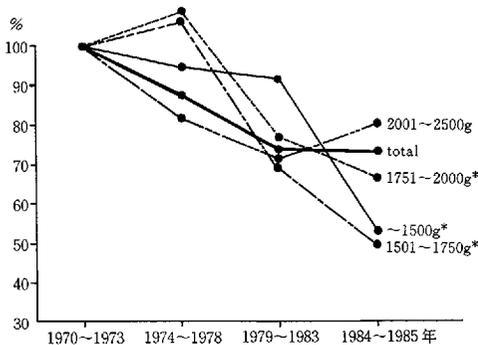
「何だ、おまえ、悪いやつだけみんなよそに送り出して、いい気になっていてもしょうがない」とお叱りを受けるかもしれないんですが、一つの地域での新生児死亡が、その地域での最高の治療のできる施設に集中するようになることが regionalization の完成度の一つの指標ともいわれておりますので、NMCSが発足して10年、OGCSが活動を開始した昨年になって、われわれの病院の周産期医療のシステム化に対

スライド 3-5 出生体重

出生体重	新生児搬送		母体搬送	
	例数	%	例数	%
～ 999 g	3	2.6	6	17.6
1000～1499 g	13	11.3	12	35.3
1500～1999 g	20	17.4	5	14.7
2000～2499 g	8	7.0	3	8.8
2500～2999 g	28	24.3	5	14.7
3000～3499 g	30	26.1	1	2.9
3500～3999 g	11	9.6	2	5.9
400 g～	2	1.7	0	0
不明	0	0	8	8.8
計	115	100	37	100

(1978～87年)

スライド 3-6 低出生体重児発生率
(1970-73年対比)



(*母体搬送後他院での出生例を含む)

する対応も、一つのレベルに達したのではないかと考えております。

ところで、周産期死亡の原因を大きく分けてみますと、先ほどもお話が出ておりましたが、先天異常児、あるいは最近では胎児病と言った方がいかかもしれませんけれども、そういった病気を持って生まれてくる子供、次に低出生体重児、第3番目に分娩中の anoxia に起因するような新生児仮死、そういった三つに大きく分けられるのではないかと思います。

〔スライド 3-5〕そういうことで、当院から搬送を依頼した152例についてその体重別に見ると、結構大きな赤ちゃんもいるわけでございまして、こうした赤ちゃんはそのほとんどが先天異常によるものでございます。最近では、ご

く小さい赤ちゃんは母体の中で、いわゆる母体搬送に努めている状態がごらんいただけるかと思えます。この早産の未熟児、いわゆる低出生体重児の予防と先天異常の早期発見、あるいは母体搬送、こういったことがわれわれの大きな目標であると考えております。

まず、早産の予防でございますけれども、われわれはポータブルのポンプでもって陣痛抑制剤のブリカニールを持続微量注入するという方法を用いて、かなりの効果を上げております。

〔スライド 3-6〕これは早期の発症率が週数別に分けてどのように減少してきたかを見ますと、ごく早いものほど減ってきておりまして体重別に見ても、小さいものほど減少率が高くなっております。最近では、院内で極小未熟児や超未熟児が生まれるということのごく珍しくなっております。

それからもう一つ、未熟児、あるいは早産、RDS などの原因になっていた前置胎盤が、昔は周産期死亡の随分大きな原因になっておりましたが、最近超音波断層による中期スクリーニングを行うようになりましてから、前置胎盤による死亡というものがなくなりました。

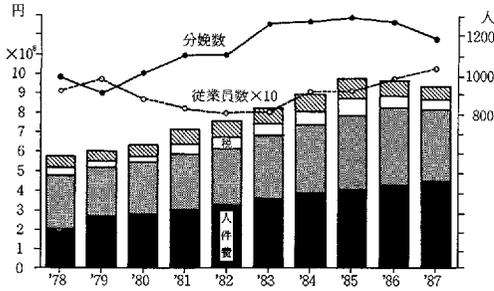
逆に、巨大児あるいは過期産児の新生児仮死も大きな問題でございますが、これは妊娠中の栄養指導、その他によって巨大児の発症率も一時よりは少し下がったというように考えております。

次に先天異常の問題、あるいは胎児病の問題でございますが、これは双胎の一方の児に胎児水腫が見られ、循環器センターで胎児治療をしていただいた例でございます。以前でしたら、こういうものは自分のところで死産になったという例ではないかと思っております。

これは先天性の心疾患が見つかって、やはり母体搬送した例でございます。

こういった外科的な疾患——これは double bubble 像の十二指腸閉鎖の例ですが、こういうようなものは小児保健センターの外科の方をお願いするわけですが、やはり、搬送チームの先生方においでいただいて、生まれてすぐ新生児外科の方へお願いする、そういうふうな努力

スライド 3-7 分娩数と収支



しています。

この赤ちゃんは腰仙部の髄膜瘤が、前置胎盤が合併した例です。

妊娠中からわかっておりましたが、出血して緊急帝王切開になりましたので、搬送チームの立ち会いでわれわれは手術に専念し、搬送チームの先生方は蘇生、あるいは搬送を受け持っていて大変ありがたかった例でございます。

これは母子保健総合医療センターの竹内副院长をはじめ3人の専門医がおいでになって、初期のアセスメント、あるいは初期治療をしていただいたところでございます。こうして、いながらにして専門医の先生方の診断が治療を見学させていただけるということもわれわれにとって大変ありがたいことでございます。

こうしてレスピレーターによるケアを受けながら、そして母親とボンディングした上で運ばれていくわけでございます。

このように intensive care を要するベビーが、あるいは母体が、すべてこういったシステム化

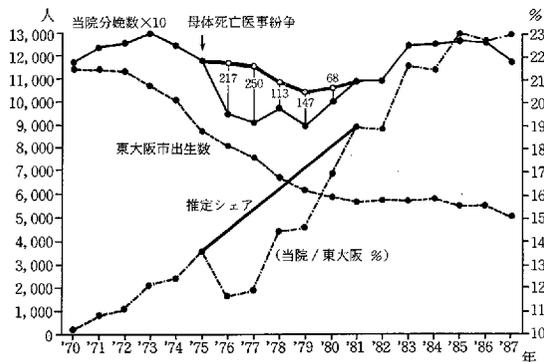
によって収容していただけるようになったということは、大変ありがたいことでございます。こういう意味で NMCS, OGCS の受け入れ病院の先生方に心から感謝しているわけでございます。

ただ一つ困った点は、われわれの病院での新生児医療に関するレベルが、むしろ次第に落ちてきた、あるいは進歩が止まったということでございます。自分の病院でどの程度までの守備範囲を守るべきか、ということについて悩んだこともございます。一時は nasal の CPAP までではしよう、あるいは挿管してレスピレーターをかけるところからは向こうへお願いしよう、というような中途半端なことを考えたこともございました。

その後、米国などでは分娩を取り扱う施設である以上、レベル I, II, III のいずれの施設でも、新生児の救急処置についてはどこでどういことが起こるかかわからないという意味で、救急処置については同じようなことができなさいけないのだ、ただ、その収容管理する期間が長いか短いかの差である、というようなことを伺いまして、最近では、救急処置もなるべくならわれわれのできる範囲で行って、そしてなるべくいい状態で、そしてなるべく早的確な判断をして搬送していきたいと考えております。

〔スライド 3-7〕前置きが非常に長くなりました。あとの1~2枚のスライドで医療経営の話ということになるんですが、これは本来の経営ということになるかと思います。設備の方

スライド 3-8 医事紛争の影響



とか、私どももいろいろ努力しているわけですが、けれども、最も大変なものは先ほどもございましたような人件費の問題、それに見合うだけの医療収入が得られるかどうかというような問題でございまして、われわれの病院での10年間の収支と分娩数、あるいは従業員数を見ますと、前半はかなり順調にいったわけでございますが、後半は従業員は増加する一方で分娩数は頭打ち、あるいはむしろ低下傾向にあり、最近厚生省の医療費抑制策というものが響いているのかどうか分かりませんが、台所が大変苦しくなっているというのが実情でございます。

昨年は人件費がすでに50%ということで—先ほど、40%の自治体病院もあるとお聞きして驚いているわけですが、経理士さんに私ども大変叱られているわけでございます。余った分も半分は税金に持っていかれますので、もし余った分で土地建物の償却をしようということになったら、とてもできないわけで、2代目だからどうにかやっているというのが実情でございます。

そういうことで、分娩数は全国的にも低下しておりますし、人件費は増加していくわけでございます。しかもその上、われわれ私的病院は税金という三重苦の状態でございますので、莫大な施設、あるいはスタッフを必要とする高度医療については、システム化に頼らざるを得ないというわけでございます。

〔スライド3-8〕最後に、医事紛争がいかにか大きなダメージをもたらすかということについて、私たち大変苦い経験をお話しさせていただきましたと思います。

昭和50年に、分娩台の上で突然産婦がショック死するという事件がございまして、私たちは羊水栓塞症ではないかと考えたのでございますが、ちょうどそのとき、たまたま麻酔器でもって酸素吸収をしていたということで、笑気ガスによる麻酔ミスではないかというような訴えられ方をして、全国紙に大々的に報道されました。その結果、次の年から明らかに分娩数が減少いたしまして—ちょうどその前のころは、私どもの病院の分娩数は大体1,200ぐらい、そして

東大阪市の出生数はその10倍ぐらいで、つまり、シェアが私どもは10%ぐらいだったものが、昭和50年までは順調に少しずつ伸びてきていたわけですが、この医事紛争のおかげでどかんと減りまして、大体5年間ぐらいかかってやっともとの戻ったというのが、今になってみるとよくわかります。とらぬ狸の皮算用と申しますか、もし、この事故がなくて「推定シェア」と書いてあるような点線をたどって順調に伸びたとすれば、上に書いてございますような分娩数が維持できたのではないかと。逆にいえば、医事紛争のためにこれだけの数が減ったのではないかと。合計しますと大体800件ぐらいの分娩数が5年間にわたって減っていたというように考えております。

以上、私どもの小さい病院の経験ではございますけれども、何か皆さんのお役に立てば幸いです。ご清聴、どうもありがとうございました。(拍手)

座長：小川 ありがとうございます。まず私的病院からということで、竹村先生のご発表の中で話題提供していただきました。

私的産科病院における医療経営ということで、システムの使い方—NMCS、OGCSの使い方、そして分娩数の低下と人件費が上がってきたこと、医事紛争の問題、この三つのことをお話し願ったと思います。

時間の関係で、次々と話題提供の先生方にお話し願ってからまとめてディスカッションさせていただきたいと思っておりますので、2番目の先生に移りたいと思っております。

次は新生児の立場として、神奈川こども医療センターの新生児科の後藤先生にお願いします。神奈川こども医療センターは日本でも古い方の新生児の施設でございますので、そちらの代表ということで、話題提供していただきます。

話題提供 その2

後藤 私ども、話題提供ということで、どんなことをお話ししようかなと思ったんですが、先ほどの佐藤先生のサジェスションもあって、未熟児を在胎別にどのぐらいお金がかかるもの

スライド 4-1 昭和62年1月から12月にKCMC
に入院した低出生体重児 (afd)

在胎週数	症例数	入院期間平均(日)
24	3	158 (141~182)
25	3	116 (80~142)
26	3	112 (93~133)
27	3	91 (85~ 98)
28	3	99 (82~131)
29	7	79 (49~116)
30	11	58 (43~ 80)
31	3	46 (32~ 65)
32	13	39 (20~ 54)
33	9	30 (17~ 44)
34	17	26 (10~ 46)
計	75	

スライド 4-2 早産未熟児の入院医療費

24週	526,522 (±95486)点
25	429,018 (±186255)
26	320,200 (±51612)
27	226,411 (±33707)
28	276,948 (±131444)
29	200,825 (±87943)
30	128,612 (±55325)
31	81,016 (±32565)
32	75,759 (±26043)
33	60,141 (±28204)
34	49,885 (±15721)

かということ調べてみました。

私どもの病院の背景をざっと申し上げますと、新生児救急システムの基幹病院をしており、大体超未熟児、極小未熟児を中心とした危急新生児のうち横浜市の2分の1、神奈川県5分の1をカバーしています。小児病院という性格上、すべて院外出生ということです。その中で入院してきた未熟児を在胎別にどのぐらいお金がかかるのかということ調べてみました。

〔スライド 4-1〕これは62年の1月から12月までの間に—KCMC というのは私どもの病院なんです、私どもの病院の未熟児室(定床:26床、年間入院数:250~260)に入院した低出生体重児で IUGR 奇形を除きまして、早産未熟児で合併症のない子供を対象にして、症例が

どれぐらいで、入院期間がどれぐらいかということ1年間書き出してみました。

在胎別に並べますと、入院期間の平均なんです、24週0日から24週6日までを24週といたしました。単純計算しますと24週の児が退院するのが46週、25週の児が退院するのが42週、26週で42週、27週で39週、28週で42週、29週で40週という具合に在胎とともに退院が早くなっていくわけですが、30週を境にして、30週から34週までの退院時の修正在胎日は38週というふうに、30週を境にきれいに分かれまして。30週を境に在院日数がほぼ同じようになる。ほぼ2,200g相当で退院するのですが、およそそこまで達する日齢は大体差がなくなるということです。

〔スライド 4-2〕これはどれぐらいお金がかかるのかということです。28週まで症例が3人ずつです。症例が少なくて、少しばらつきがあるのですが、点数で出してみました。24週が520万、25週が420万というようにきれいに100万ずつ下がって行って、ちょっと面白いと思ったのですが、26週が320万、27週が220万、28週が少し上がって270万、29週が200万、そこでまたがると下がります。大体29週ぐらいまでは100万ずつ下がってきて、29から30週を境にしてぐっと下がっているわけです。

私どもの病院は新生児当直の都合でNICU加算はつけられていません。ですから、この入院費は非常に少なく、最低の算定されている入院費ではないかなと思います。こども病院全体として毎年30億の赤字を出していますから、非常に効率の悪い病院で、これが最低の目安になるのではないかとこのように考えました。

〔スライド 4-3〕これはお母さんのおなかの中にいた場合と、赤ちゃんが早く生まれてしまった場合に、医療費を比較するとどうなるのかということを出してみたのです。お母さんが早産で入院した場合、お薬とか、入院費とか、破水していれば抗生剤を2種使う、あとはNSTを3,000円の2回(300点・2回)と想定いたしますと、1日の入院料が2万980円、抗生剤を毎日使うとすれば、それが2万5,130円ということになるんですが、そういう単純計算をして

スライド 4-3 切迫早産入院治療費算定方法

治療内容：5%グルコース	500ml
ウテメリン	1V
NST	2回
セファメジン	2g
ペントレックス	2g
治療費(1日)	
入院費	1179点
点滴手技	75
回路	74
薬剤	230
(+抗生剤415)	
NST	300×2
計	2098 (2513)

スライド 4-4 妊娠継続させた場合(37週まで)と早産未熟児の医療費の比較(点)

	未熟児	母親(抗生剤使用)
24	526,522	176,232 (211,092)
25	429,018	161,546 (193,501)
26	320,200	146,860 (175,910)
27	226,411	132,174 (158,319)
28	276,948	117,488 (140,728)
29	200,825	102,802 (123,137)
30	128,612	88,116 (105,546)
31	81,016	73,430 (87,955)
32	75,759	58,744 (70,364)
33	60,141	44,058 (52,773)
34	49,885	29,372 (35,182)

比較してみました。

〔スライド 4-4〕比較してみるとこの表のごとくなんですが、34週の未熟児までずっとお母さんの方が安いという結果が出ました。抗生剤を使った場合、31週でお母さんの方が高い場合がありますが、あとは全例、要するに早産未熟児の方が効率が悪いということです。これも単純計算して差し引きますと大体30週ぐらい。一番上で24週で差が300万以上出ます。次が200万以上、次からずっと29週まで100万以上の差が出ます。30週で40万、31週を過ぎると差が10万以下になります。ここでも30週を境に医療の効率だけの面から見ると、そんなに大きな差がなくなっていくことがわかりました。簡単なんで

すが、一応そういうことを調べて、やはり、医療効率の面から見ても母体搬送するしかないのだなという結論が出ました。—以上です。(拍手)

座長：小川 後藤先生には NICU の加算の取れていない、古い—と言ったら申しわけないんですけども、そういうような新生児の施設で早産未熟児の場合、何週で生まれると退院まで最低限幾らぐらいかかるかという計算をしていただきました。そして、そういう子供たちが、もし生まれなくて分娩を延ばしてもらうことができたら、どれくらい差が出るかということまで一応計算していただいたわけでございます。ありがとうございました。

引き続き次は、青森市立病院小児科の千葉力先生に話題提供していただきます。新生児の施設として、おそらくこの班員の中では一番新しい、ほんの2〜3年前にできたばかりの施設でございますので、その施設をつくるにはおおよそどれぐらい必要であって、現在どうかというようなこともお話しいただけるのではないかと思います。よろしくお願いします。

話題提供 その3

千葉(力)〔スライド 5-1〕NICU 開設・維持の経済性—青森市民病院 NICU についてご紹介させていただきます。昭和60年11月に開設いたしました。届け出収容数は一応20床ということになっております。

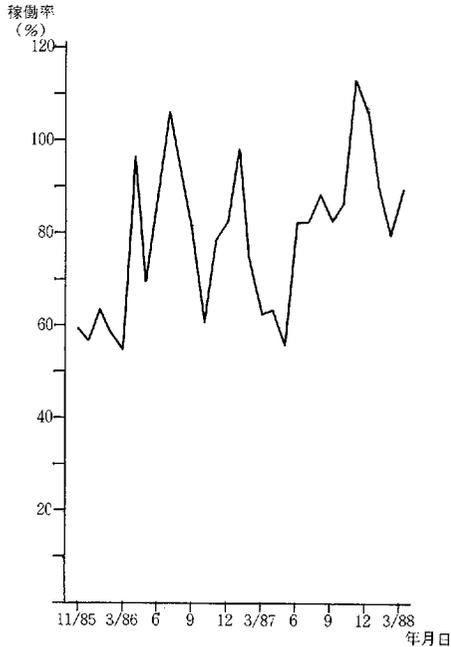
〔スライド 5-2〕開設以来、月別の病床稼働率見てみました。すると、ごらんとおり、かなり幅があります。昭和60年、すなわち1985年の11月から1988年3月末までの2年5ヵ月間において最低は55% (1986年3月)、最高は114% (1987年11月)。非常に変動が多いです。これを年度別に、いわゆる年間平均で見てもみました。最初の年度は11月から3月までの5ヵ月間ですが、その平均が59%、61年度になると83%、62年度は86%という年間の平均稼働率になりました。当院 NICU の年間平均入院数は約220〜240名です。

これを、1日ごとに見てみますともう少し変動が多くなります。このグラフには出ておりま

スライド 5-1 NICU開設・維持の経済性

青森市民病院NICU
昭和60年11月開設
届出収容数20床

スライド 5-2 月別病床稼働率 (11/85~3/88)



せんけれども、入院数が一番多かったのは29名です。稼働率は145%ということになります。そしてそのうちインキュベーターに収容されたのが16名、レスピレーターを使っていた児が5名。こういう数値がわかりました。

〔スライド5-3〕さて、医療従事者について見ますと、医師は専任が私1人です。実感として、もう1人専任が欲しいというのが日ごろ思っていることです。兼任は3名でしたけれども、1988年8月から2名になりました。しかし、この3名から2名になったというのはあまり大きな差ではないと感じています。それはどの程度兼任して下さるかということによって違うのだな、というふうに思っております。

次は看護婦さんですが、合計20名おります。そしてそのうち4名が夜勤専従という制度をとっております。これも人件費節減対策の一つで

スライド 5-3 医療従事者

a. 医師	専任	1
	兼任(一般小児科と)	3
	注) 昭和63年8月から兼任	2
b. 看護婦	正看 16(含、婦長、主任、各1)	
	准看	4
	そのうち夜勤専従(準夜と深夜)	
	正看 3	
	准看 1	
c. 看護助手	一般小児科と兼任で	1

す。これによって3・8制度を可能にしています。すなわち準夜、深夜の夜勤は3人で行います。そして月8回。初めは4日連続でやったのですが、疲れてだめだというので夜勤は2日連続だけに代わっております。

夜勤専従について見ると、非常に定着率が悪いのです。来年度の正職員の試験に合格したら正職員になろうといった予備的な存在であって、もしそれに落ちると退職してしまうといったような状況が続いて、毎年夜勤専従4名全員のメンバーが変わっているという状況です。

さて、忙しいときにどうしているかということなのですが、医師については増員がありませんので、息詰まるような忙しさで、毎日「きょうは入院がなければいいな」と思いながら生活していることがあります。(笑) 看護婦さんについては、これはNICUの婦長の権限で、ほかから借りてくるわけではないので、夜勤——いわゆる準夜、深夜の3名を4名に、1名増やします。そして日勤の看護婦さんを減らす。そうしますと、回転が非常に速くなります。これを持続できる限界というのは、大体2週間ぐらいでみんなへばってきますので、2週間が限度だと思っております。

これに対しては、金銭的には時間外手当というので処理しています。もし、それが長引いたときにどうしていたかといいますと、NICU内の処理では限界があるので、今度は以前にNICUに勤務した経験者を院内の他部門から1人、手伝いとして借りてくるわけです。これは大体1週間が限度です。この方には深夜はやってもらえませんので、日勤と、遅番といって21

スライド 5-4 医療機器(主なもののみ) 1

昭和 63 年 3 月末現在

A. 収容装置	
保育器	20
(含、搬送用 2, 外科用 1)	
輻射熱保温器	5
コット	15
B. 治療装置	
人工呼吸器(含、搬送用 1)	6
シリンジ・ポンプ	16
輸液ポンプ	11
光線療法装置	5
C. 監視装置	
経皮酸素分圧測定装置	6
パルス・オキシメーター	1
酸素濃度計	6
心拍・呼吸モニター	7
血圧計(振動法)	2

スライド 5-5 医療機器(主なもののみ) 2

昭和 63 年 3 月末現在

D. 診断装置	
心電計	1
超音波診断装置	1
ポータブル・レ線装置	1
血液ガス分析装置	1
遠心分離器	1
Na/K分折器	1
Ca ⁺⁺ 分折器	1
黄疸計	1
CRP測定器	1
顕微鏡	1
血中アンモニア測定器	1
屈折計(血清蛋白, 尿比重用)	2
血糖測定器	2

時までがんばってもらう、こういう制度でやっております。これもお金に関してはいわゆる時間外手当で処理しております。

〔スライド 5-4〕 どのくらいの規模の施設かというのを目安としてご理解いただくために、主な医療機器を示してみました。インキュベーターが20台です。搬送用が2台、外科用が1台、通常に使っているのは17台です。ウォーマーが5台。コットが15台です。レスピレーターは6台ありますが、1台は搬送用にしていますから、

スライド 5-6 設 備

独立空調	
純水装置(限外濾過装置)	
手洗 14ヶ所へ給水	
ホルマリン消毒装置(保育器用)	
保育器設置用ユニット	30
壁パネル	14
〈酸素 3, 圧縮空気 2, 吸引 2, 電源(3 P)18〉	
天井モジュール	16
〈酸素 3, 圧縮空気 2, 吸引 2, 電源(3 P) 8〉	
眼科用暗室	
院内自家発電	
院内エア・シューター	
NICU専用部分延床面積	876.37 m ²

NICU内では5台使っています。シリンジポンプ16台。輸液ポンプ11台。tcPO₂が6台。パルスオキシメーターが1台。酸素濃度計が6台。それにモニターが7台。血圧計が2台などです。保育器とかコットが足りなくなれば、1~2台は産科から臨時に借りてきつ使っております。

〔スライド 5-5〕 これは診断用ですが、この中で非常に高価なものとしては超音波とか血液ガス、レ線装置があります。あとは比較的安いものですが心電計、遠心分離器、Na/Ka, Ca⁺⁺, 黄疸計, CRP 測定器, 顕微鏡, アミテスト, 屈折計, 血糖測定器などがあります。

〔スライド 5-6〕 次に、設備はどの程度なのかということですが、独立空調です。手術室よりも1オーダー、10倍だけゆるいものです。純水装置—限外濾過法で手洗いを内部14ヶ所に供水しております。また、保育器を消毒できるホルマリン消毒装置をつけました。それから、保育器設置用のパネルですが、これは余裕をもって30台分設置しました。NICUを開業したら入院を断らないという主義ですので、どこまで増えるかわからなかったので少し余裕をもって用意しておきました。壁パネルが14台分その内訳は酸素が3, 圧縮空気が2, 吸引が2, 電源(3 P)が18個です。天井モジュールは16台分—酸素が3, 圧縮空気が2, 吸引が2, 電源(3 P)が8個です。さらに眼科用暗室, 院内の自家発

スライド 5-7 NICU医療機器・備品 整備費
(単位：千円)

昭和 60 年度 開設時		
医療機器		125,800
	{ 旧病院継続分 新規購入分 }	10,420
		115,380
備品		11,050
計		136,850
昭和 61 年度 追加分		
医療機器		16,500
昭和 62 年度 追加分		
医療機器		9,600
昭和 62 年度 末現在		
整備費累計		162,950

スライド 5-8 NICU収支概算(単位：千円)

		昭和 60 年度 (5ヶ月間)	昭和 61 年度	昭和 62 年度
収益	入院収益	32,061	118,954	135,550
	他の医業収益	70	224	6,336
	計	32,131	119,178	141,886
費用	給与費	46,126	116,219	120,764
	材料費	6,413	23,790	27,110
	経費	7,627	18,388	20,442
	減価償却費	0	32,736	35,202
	研究研修費	900	1,798	2,736
	支払利息	4,953	9,720	9,058
	計	66,019	202,651	215,312
差引	収支差引額	△ 33,888	△ 83,473	△ 73,426

電、エアシューターなどです。NICU 専用部分の延床面積は876 m² で比較的ゆったりとてあります。

〔スライド 5-7〕 いよいよお金の方ですが、NICU 開設以前も小規模ながら新生児医療をやっておりました。その時の医療機器で大分古いものは捨ててしまって、使用に耐えるようなものをお金に換算しますと、これは約1,000万円。それから新規開設ということで医療器械は1億1,500万円ぐらい。それに対して備品が1,100万

スライド 5-9 NICU1床当りの収支(年間)
〈昭和 60 年度のみ 5 ヶ月間〉

(単位：千円)

		昭和 60 年度 (5ヶ月間)	昭和 61 年度	昭和 62 年度
収益	入院収益	1,603	5,948	6,778
	他の医業収益	70	11	317
	計	1,607	5,959	7,095
費用	給与費	2,306	5,811	6,038
	材料費	321	1,190	1,356
	経費	381	919	1,022
	減価償却費	0	1,637	1,760
	研究研修費	45	90	137
	支払利息	248	486	453
	計	3,301	10,133	10,766
差引	収支差引額	△1,694	△ 4,174	△ 3,671

円。合計して開設時の医療機器、備品として合計1億3,700万円ぐらいかかったわけです。年間の追加としては、翌年度の61年度分は1,650万円ぐらい、62年度分は960万円ぐらい。そして、—62年度(1988年3月)末で累計いたしますと、1億6,300万円ぐらになります。

〔スライド 5-8〕 さて、収支の方に入りますが、△は赤字です。60年度は5ヶ月間ですが3,400万円ぐらいの赤字、61年度は丸1年間ですけれども8,300万円ぐらい、62年度は7,300万円ぐらいの赤字になっています。よくごらんになりますと、62年度収益で他の医業収益が少し増加しております。これは「特殊医療施設運営費補助金」というものがあるんだそうです。これは固定額を約900万円とみなして、その3分の2の約600万円を補助しますという制度なんだそうです。その600万円の出どは半分の300万円が国から、残り300万円が県から出ているそうです。対象としては「前年度の10月に稼働している施設」ということですから、当院 NICU 方は60年11月から稼働したので61年度はもらえませんでした。62年度に初めて600万円いただき、これから毎年いただける予定だそうです。

これは検査コーナーから沐浴室、調乳室を望んだところ。ここにセンター・テーブルを置いてあります。これがシーリング・モジュールです。

これは沐浴室の方から検査コーナーを望んだところ。コットはここ、両方を使っております。忙しくなると、ここにもこっちにもインキュベーターがずらっと並びます。

これは検査コーナーです。

これは面会コーナーから見たところ。忙しくなると、ここにコットがずらっと並びます。

今度は反対側から見たところ。—以上です。どうもありがとうございました。(拍手)

座長：小川 班員の中では一番新しい新生児のセンターですが、これは地域性がありまして、ここしか最後は引き受けるところはないというような施設でございますので、稼働率が高かったり低かったりすることがあってもしようがないと思います。赤字になるというお話をいただきました。ドクターは専任が1人で、兼務が2人。それでも人件費の方はどうも50%を超えるのところが先ほどの佐藤先生のお話と大分違うところでございます。後ほどディスカッションになろうかと思ひます。

続きまして、順天堂伊豆長岡病院小児科の柴田隆教授に、新生児の搬送を中心に経済的なこととお話ししたいと思います。よろしくお願ひします。

話題提供 その4

柴田 新生児医療に関する医療経営というテーマをいただきまして、さて、何をお話ししたらよろしいか、いろいろ迷いました。新生児センター全体の収支をと言いますと大変なことになります。私どもでは、先程の千葉先生のところよりはもっともっと収支はよろしいのであります。私どもが最も特徴としておりますのは、新生児救急車で、入院する児の全てを出生した医療機関からわれわれの手で搬送していること。この部分のみの収支をどのようにとらえるかは非常にむずかしい点がありますが、このあたりの実情を申し上げて私の責任を果させていただきます。

〔スライド6-1〕私どもの新生児救急車の車両、装備、設備を示していますが、何回もお話ししておりますので、おわかりと思いますが、いわゆる『動くNICU』であります。車両装備としては発電発動機を備えており AC電源を持

スライド 6-1 新生児救急車 (車両・装備・設備) (1)

基本車種と装備			
車種	TOYOTA・コースター (ロングボデー・ハイルーフ)改良型 (J-RB 13改)		
重量	3550 kg (積載した医療備品を含む)	総重量	3898 kg (乗車定員を含めて)
寸法	全長 644 cm	全幅 197 cm	全高 252 cm
エンジン型式	22 R 型ガソリン	総排気量 (cc)	2366
		最高出力 (ps/r. p. m.)	115/5,100
装備	エアコン・クーラー・ヒーター		
		スノータイヤ・タイヤチェーン	
緊急車両用装備			
赤色回転灯	(フロント前面, 前方屋上屋根)	3	赤色点滅灯 (後面上部) 2
電子サイレン	(ピーポーサイレン)	1	電動サイレン (ウーサイレン) 1
放送設備	(車外へ)	1	
電源設備			
発電発動機	(AC 100 V 50 Hz 4 KW)	1	商用電源取込口 1
主配電盤	(電源切替&各種スイッチ)	1	
電源コンセント	(3P 2口)	8	車外アース取出口 1
医療用設備			
酸素タンク	(1500 ml)	3	酸素マニホールド 1
エアコンプレッサー	(MC-30)	1	
医療用ガス out let	(O ₂ , O ₂ , A)	2	ガス流量計 2

スライド 6-2 新生児救急車 (備品・価額) (2)

医療用備品		
人工呼吸器	(MVP-10 改良型)	1
	(加温加湿器, 呼吸回路は, NICUと同一使用に改良)	
酸素空気混合器	(Mediada 5701 2 way に改良)	1
ネブライザー	(non immersion heater, 流量計付)	1
酸素濃度計	(OX-161)	1
吸引器	(minic 電動式)	1
ラジアントヒートベット	(アイソレット改良型, IV ポール, 架台付)	1
トランスポート保育器	(アイソレット, ダブルウオール)	1
	(IV ポール 1, 酸素タンク 500ml×2, バッテリー 2)	
ポータブル保育器	(メテック ACDC)	1
輸液ポンプ	(ホルター 903)	1
心拍, 呼吸, 血圧モニター	(エアースルズ AS-8)	1
経皮酸素分圧モニター	(ロッシュポータブル型)	1
血液 pH/ガス分析装置	(コーニング 168)	1
車両総額 (昭和57年)	¥ 34,541,200	
登録諸経費	¥ 338,700	

スライド 6-6 新生児救急車 (要員と勤務体制) (3)

搬送チーム

医師 1 看護婦 1 運転者 1
 + 研修医, 研修看護婦, 研修運転者, 医学生 (1~2名) の時あり
 2 チームまで編成し出勤可能

搬送勤務体制

搬送担当医師 当日の当直医
 (休日, 時間外の搬送時には, NICU に on call 医が勤務)

医師数 教員 3~5名 研修医 1~2名

搬送担当看護婦 日勤者の1名
 (翌日の日勤まで on call 体制)

看護婦数 婦長 1 主任 1~2 看護婦 22~26

搬送担当運転者 救急車運転, 警備兼務者の1名
 (24時間を担当)

運転・警備兼務者数 5~8名

☆ 2 チーム搬送出勤時の体制

救急者 当院の mobile ICU, CCU

医師 当日の on call 医

看護婦 日勤者 or 夜勤明けの看護婦

運転者 mobile ICU, CCU の担当者

っておりますので, ガソリンのある限り何時間でも走れます。

〔スライド 6-2〕 新生児救急車の医療備品と購入総額を示しました。最重症の児を収容しても直ちに治療が開始されると同時に必要な検査も行えます。

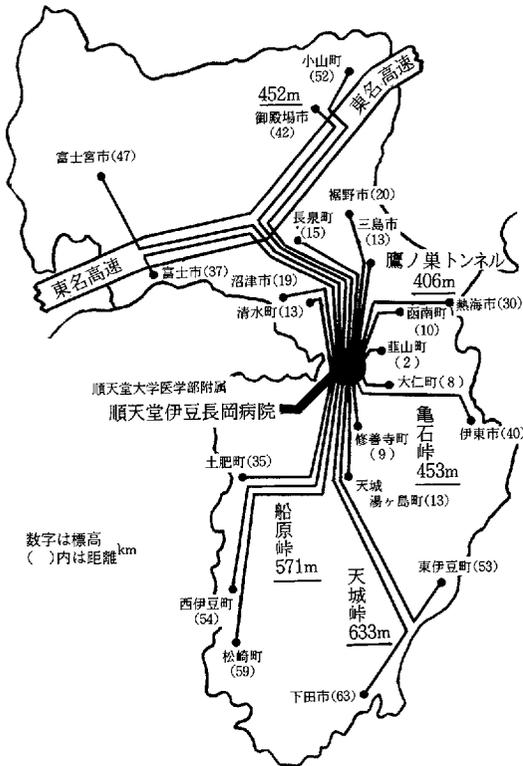
購入総額は, 3,454万円ながしであり, 登

録の諸経費を含めると, ざっと3,500万円とご理解下さい。

〔スライド 6-3〕 (略) これは新生児救急車の全景であります。

〔スライド 6-4〕 (略) 新生児救急車内の radiant heat bed であります。スライド 6-2 にも示していますが, この radiant heat bed を用意

スライド 6-7 重症新生児の搬送路（静岡県東部地域）

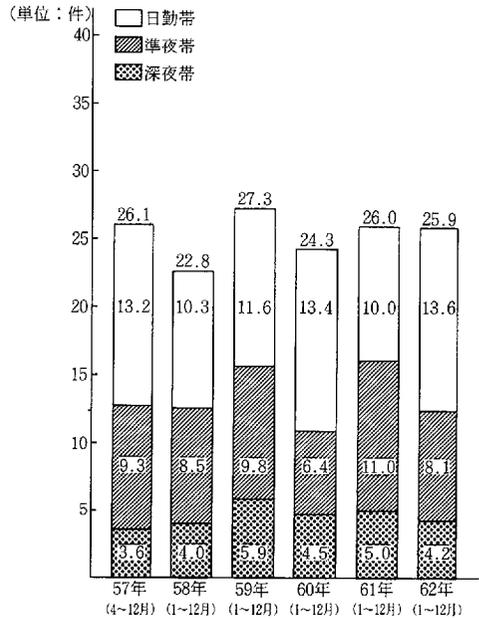


しましたことは、未熟児の体温管理の点から非常なメリットとなっています。この事実は後程お示します。

〔スライド 6-5〕(略) 新生児救急車に搭載しております、血液 pH/ガス分析装置であります。この機器を搭載したことによるプラスの面も後程お示したいと思います。

〔スライド 6-6〕 新生児救急車による搬送チームは、このスライドのように、必ず、医師 1 名、看護婦 1 名、運転者 1 名を基本としています。この外に研修医、研修看護婦が加わることがありますし、臨床実習の医学生も同乗する時があります。この基本チームが常に、2 チームまで編成が可能です。搬送の勤務体制については、搬送担当医は、当日の当直医であり休日、時間外に搬送があれば on call 医が NICU をカバーします。医師数は、最初は教員 3 名、研修医 1 名でスタートしましたが、現在は、教員 5

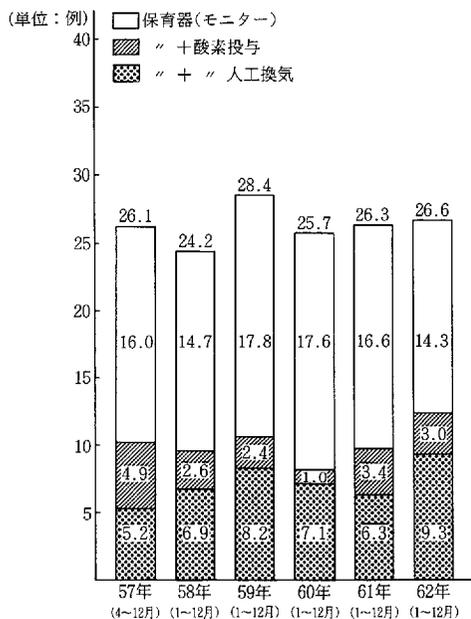
スライド 6-8 新生児救急車の出勤時間帯
(昭和57年～昭和62年)
(全て1ヵ月平均で示す)



名、研修医 2 名であります。看護婦も必ず搬送にあたりますが、この点が、他の多くの病院と異なる点であります。看護婦は日勤者の 1 名が搬送担当となっており、その者が準夜帯、深夜帯、翌日の日勤まで引き続き on call の体制にあります。看護婦数は、この 6 年何ヵ月の間に変動はありましたが、婦長 1 名、主任 1 ~ 2 名、スタッフ看護婦 22 ~ 26 名でありました。搬送担当の運転者、この確保が他の病院では大きな問題であるようですが、われわれの所では、救急車の運転と警備を兼務している勤務者の中の 1 名が、交代で 24 時間を担当しています。この救急車の運転と警備の兼務者の総数は 5 ~ 8 名であり、この人員にも変動はあります。搬送例が同時にダブル場合の担当者は、ケース・バイ・ケースで医師、看護婦は決められます。幸いにもわれわれの病院には mobile ICU CCU と呼んでいる成人用の救急車があります。この救急車も未熟児・新生児の搬送に利用し得るようにしてあり、これを利用してことに当たっています。

スライド 6-9 新生児救急車で の 搬送中 の 診療内容

(昭和57年～昭和62年)
(全て1ヵ月平均で示す)



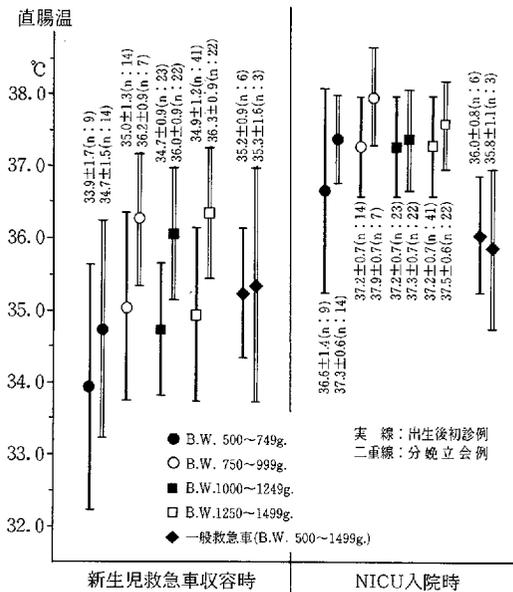
〔スライド 6-7〕 私どもの対象としています地域の地図です。遠い所は下田市の63 Km ありますが、地図に示しますように、標高406 ~633 m の峠を越えての搬送を行っています。

〔スライド 6-8〕 新生児センターを開設した昭和57年4月以来、6年間に搬送に出動した回数を年次順に1ヵ月平均で示しております。1ヵ月に25回前後であり、年間にしますと約300回強となります。約300例のうち、約250例が私どものNICUに入院いたしまして、残りの約50例のうち外科的疾患あるいは心臓疾患のため専門医のおられる静岡県立こども病院へ転送する例が約20例、内科的疾患で私どもが満床のためにやむを得ず他院に搬送し入院を依頼する例が約30例であります。ここに示しますように、深夜帯の搬送は1ヵ月平均5回というところであり、約半数が日勤帯の搬送でした。

〔スライド 6-9〕 われわれのように、出生初期に必要な治療は勿論、検査も行えるようにした重装備の新生児救急車で の 搬送の必要性、重

スライド 6-10 超・極小未熟児の搬送中の体温の改善

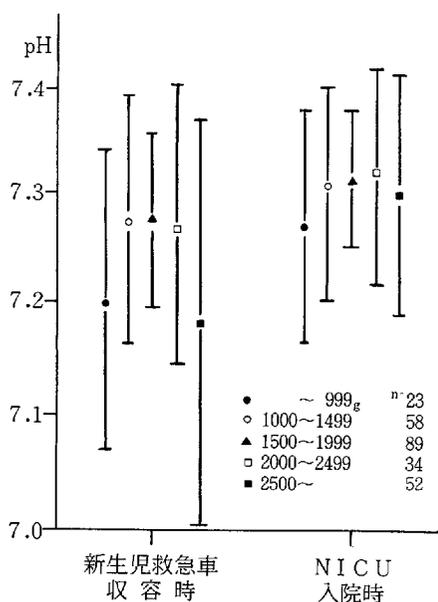
(昭57. 4~61. 12; 出生後6時間以内初診例)



要性にふれてみたいと思います。前のスライドと同様に昭和57年4月以後の6年間に搬送した例の搬送中の診療内容をみたものです。1ヵ月平均で示していますが、搬送例の約1/3の例に人工換気、酸素投与がなされていました。ここには示しません、新生児搬送についての全国アンケート調査では、搬送例の約1/2の例が、人工換気あるいは酸素投与の下で搬送されました。このような例を最も適切な条件下で搬送しようとするれば、新生児救急車に血液pH/ガス分析装置が必要になりましょう。

〔スライド 6-10〕 搬送した超・極小未熟児の搬送前後の体温を比較したものです。出生体重を250 g 毎に分け、各々の体重群別に出生後初診例は実線で、分娩立会例は二重線で示しています。いずれの体重群でも、当然のことではありましようが、分娩立会例において新生児救急車収容時の体温は良好でした。radiant heat bed の下で保温を行いながら搬送し、NICUに入院した時には、正常体温になっていました。ここで注目することは、例数の少ないきらいはありますが、一般救急車で transport 保育器で搬送

スライド 6-11 ハイリスク児搬送中の pH の改善



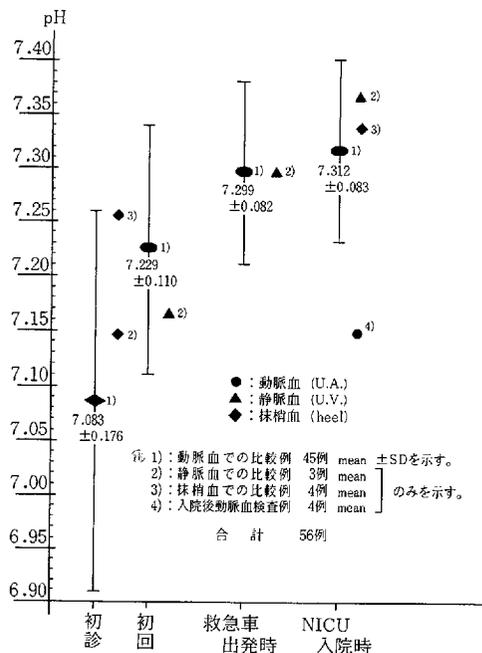
した例では、私どもの不注意と言われればそれまでですが、NICU入院時の体温の改善の程度は少なく、低体温の例がみられていました。

〔スライド 6-11〕搬送前後の pH を比較したものです。出生体重を 500 g 毎に分けていますが、どの出生体重群におきましても、平均値の改善がみられていますし、1 SD も少なくなっています。出生体重 2,500 g 以上の成熟新生児では新生児救急車収容時に 1 SD が大きいのは、新生児仮死の例が多いことによります。

〔スライド 6-12〕胎便吸引症候群と診断した例の成績を示しています。全部で 56 例ありますが、動脈血、静脈血、末梢血で比較した例があります。動脈血のみで正確に比較し得た例は、45 例でした。新生児救急車に収容しますと、ただちに末梢血で pH を検査しますが、ここに示しますようにアシドーシスがみられています。その後臍動脈カテーテル法——議論はありますが——を行い最初の動脈血の pH は、 7.229 ± 0.110 であり、治療を行い児の状態をおちつかせた後の pH は 7.299 ± 0.082 、その後新生児救急車で NICU に搬送、NICU 入院時には、pH 7.312 ± 0.083 と改善されています。

以上のような事実から、動く NICU とも呼

スライド 6-12 胎便吸引症候群の新生児救急車での搬送による pH の改善 (NICU 搬送入院例、昭和 57. 4~63. 3)



べる重装備の新生児救急車が必要と考えています。

〔スライド 6-13〕さて、新生児救急車で搬送した場合の保険診療報酬点数はどのようなかをみたものです。保険診療報酬点数は、往診料としての請求が可能であると考えられますし、16 Km を超える場合は対診を求められた往診料としての請求が可能と考えられます。搬送のみの保険診療報酬はありませので、必ず、医師が出向く必要があります。往診料としての請求ですので距離により算出し、われわれの病院から往診先（搬送先）までの片道分であります。新生児センター開設以来今日までに、ここに示しますように診療報酬点数が 6 回改定されています。過去 5 回の改定はいずれの時もアップしていましたが、最後の昭和 63 年 3 月の改定ではダウンしています。ここには往診の距離により診療報酬点数を示し各市町名がそえてありますが、実際の距離の算出は救急車の距離メーターの記録に従っていますので同じ市町でも場所に

スライド 6-13 新生児救急車で搬送した場合の保険診療報酬点数(対診時の往診料を適用)

診療報酬改正時期(昭和・年・月)	56・6	58・2	59・3	60・3	61・4	63・3
13 km (三島市・清水町)	800	800	800	880	890	700
20 km (沼津市・裾野市)	1100	1100	1100	1240	1250	940
30 km (熱海市)	1600	1600	1600	1840	1850	1540
40 km (御殿場市・伊東市)	2100	2100	2100	2440	2450	2140
50 km (東伊豆町)	2600	2600	2600	3040	3050	2740
60 km (下田市・松崎町)	3100	3100	3100	3640	3650	3340

☆時間外加算 100/100 ★深夜加算 200/100

スライド 6-14 新生児救急車による搬送体制の収支バランス(昭和58～62年)

	昭和	58	59	60	61	62	年平均	月平均
収入	診療報酬(往診料)	5,768,580	5,270,200	6,004,640	5,902,000	6,259,900	5,841,064	486,755
支出	燃料費	937,360	1,158,845	1,046,468	946,824	1,574,151	1,132,729	94,394
	修繕費	336,750	168,400	813,720	693,750	827,220	567,968	47,331
	償却費	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000	5,000,000(?)	416,666(?)
	給与費(1)	3,972,400	4,342,050	4,296,550	4,681,850	5,370,250	4,532,620	377,719
	給与費(2)	7,830,000	15,240,000	16,640,000	16,320,000	16,680,000	14,542,000(?)	1,211,833(?)

償却費：耐用年数7年としての単純計算 給与費(1)：医師・看護婦の on call 手当および看護婦の時間外実動手当
給与費(2)：運転・警備兼務者全員の給与費

より異なってきます。なお、先程述べました県立こども病院、その他の病院へ搬送し入院を依頼する例での往診料の距離の算出は、われわれの病院と往診先の間としていることをおことわりしておきます。

時間外加算、深夜加算がありますのは大きなメリットではありますが、この加算は患児を初診した時刻によって算出しています。

〔スライド 6-14〕新生児救急車による搬送体制の収支バランスとして、このような数字を出してみました。この収支バランスの算定は、どこまでを収入とするか、支出はどこまでかの問題等々、多くの因子が関与しており、非常に困難ではありますが、われわれの病院の実状を加味して申し上げます。昭和57年は、新生児センターを開設した年であり9ヵ月のみですので略します。まず、新生児救急車の燃料費および車両修繕費ですが、この点ははっきり算出できます。燃料費は年間平均113万円、月平均9万5千円、修繕費は年によるばらつきはありますが、年間

平均56万8千円、月平均4万7千円でした。新生児救急車の償却費は耐用年数7年として単純に年間平均500万円としましたが、これでの疑問が残ります。給与費ですが(1)と(2)に分けてあります。給与費(1)は、医師の on call 料と当直料——私共は、大学病院であり医師は教員でするので時間外手当はありません——看護婦の on call 料および新生児救急車で時間外実動給与を算出したものです。年間で約450万円、月平均では約38万円でした。給与費(2)であります、すでに述べていますように、救急車の運転と病院警備を兼務していますので、この方々の給与の全てをそのまま示しています。救急車の運転と警備の仕事をどのように按分してよいか、よい方法はありませぬでしょうか。この給与費は、その時点での人数によりますが、昭和62年では1,668万円でありました。私どものありのままの数字を提示しましたので皆様のご判断をいただきたいと思います。新生児救急車による収支バランスとして話題を提供しました

が、非常に難しい問題であり、この程度のことをつかんでいるにすぎません。しかし、われわれは、対診としての往診料の保険診療報酬点数は請求をしていますが、実際問題、大きくマイナスであると考えられます。新生児医療の地域化、周産期医療の地域化のためには、この点における問題の解決も必要と考えます。以上で私の話題提供を終わらせていただきます。

座長：小川 柴田先生は、おそらく20年近く前になるとと思いますが、アメリカと一緒に旅行したときに、ナッシュビルのバンダービルト大学の新生児の「動くNICU」の車をごらんになり、それ以来、トランスポートということで、車をいろいろ工夫してられました。聖隷浜松病院で日本で最初の動くICUをつくられて、そして今度は順天堂大学でさらにもう一つ進んだ“Mobile NICU”をおつくりになっていますが、その3,500万円の mobile NICU の収支ということをご発表願いました。

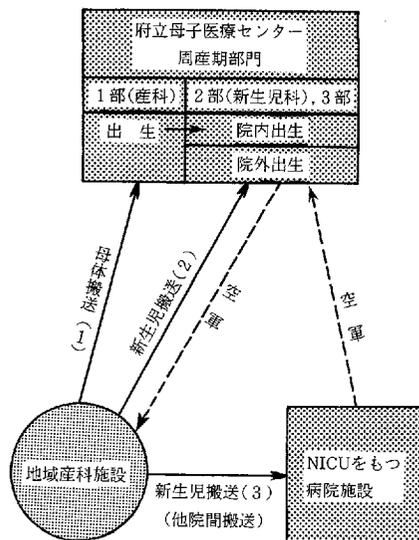
さて、最後の話題提供ですが、大阪府立母子保健総合医療センターの竹内副院長に、日本最大の母子センターにおける経済問題ということをお話ししたいと思います。

話題提供 その5

竹内 柴田教授が搬送のことをお話しになりましたが、私どもも搬送にまつわる問題ということでお話しします。

実は、大阪では3ヵ所の基幹病院が動くNICU的な搬送車を持っており、自分のところへ送り込むだけではなくて、依頼を受けた場合は全部どこかの施設に、お送りするという体制で、この数年間やってまいりました。それ以前のころはそういう搬送機能はなかったわけです。ですから、いろいろ苦労してまいりましたけれども、この3年前から基幹病院の三つに搬送車がそろいました。その目的は、必ずどこかのNICUに入れるということですが、私たちが一番困っているのは、他院に搬送したときに、それをどう取り扱うかということです。先ほどの柴田先生のお話では、それは往診料は取れているそうですが、実は私どもの方では取れていないとい

スライド7-1 センターにおける胎児・新生児搬送システム



うこともお話しさせていただきます。

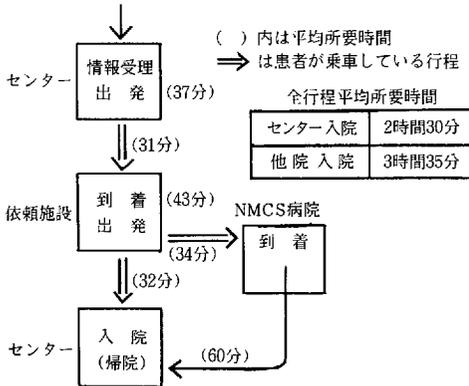
〔スライド7-1〕どこかの病院に入れようということですから、従来の消防車で基幹病院に入ってくることはほとんどなくなりました。そのかわり、依頼をうけた病院に私たちが出向きまして、患児をつれて帰ってくるという場合と、もう一つの形は、搬送車で出向きまして、ほかの病院に搬送した後、空のまま帰ってくる他院間搬送というもので、この場合が全然補償がないことになります。

私たちの背景をちょっと見ていただきますと、実は、1981年からスタートしていますけれども、1983年以後の統計が確実なものですから、それを見ていただければいいと思います。外部からのセンター入院が675、他施設に入院したのが515と、約半分近いものが他の病院に送り込まれているわけです。

私たちのNICUに入ってまいりましたものを院内出生を院外出生にわけますと、生存率には特別な問題はありませんが、いずれにしても大体6割弱が院内出生で、あと4割かそれ以上が院外から送られてくるという背景です。

当然のことながら、院内出生に小さい子供が多いということがおわかりかと思えます。院外

スライド 7-2 新生児緊急搬送の平均所要時間



出生の超未熟児はこの6年間でもやはり年間数名おります。体重が大きくなると院外出生として沢山入ってまいります。

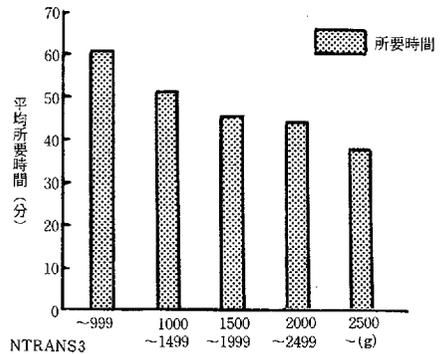
これは時間帯別入院をみたものですが、準夜、深夜合わせると60%，昼間が40%で、特に夜間に重症が送られてくるという傾向が最近目立ってまいりました。

〔スライド 7-2〕これは搬送に要する大体の所要時間です。平均で表しているのだから目安ですが、大阪というところは非常に狭くて混雑しておりますから、情報を受理して出発するまでに大体30～37分、到着するのが30分。そういう意味では随分恵まれております。それから、その到着施設でいろいろ処置をするのが平均43分です。その後帰ってくるのに32分ぐらいということです。自分の施設以外の施設に送ると、かなりの時間がかかり、60分はかかります。合計いたしますと、センターに入院するまで全行程の平均所要時間2時間半、他施設間搬送の場合は合計3時間35分ということです。依頼施設で私たちが30～40分かけて処置して、状態を安定させてからスタートするというので、途中で止まっているいろいろな処置するというのは、あまりありません。

〔スライド 7-3〕問題は、その依頼施設での処置にどれだけの時間をかけているかということですが、当然のことながら小さい子供ほど時間がかかるわけです。

平均いたしますと、1kg以下の子供は、依

スライド 7-3 依頼施設到着から出発まで



頼施設到着から出発まで処置のため大体60分ぐらいかかっているわけです。

搬送中にどういう処置が行われているかということ、まとめたものです。ここに点数が出ていますが小さい未熟児では、全部行っていることが多いので全部足し算をすると685点になります。IPPVでレスピレーターをつけると715点ということです。この程度の処置量は、自分たちの施設へ入るときはとれるわけです。

往診料のことになります。これはちょっとややこしいですから、簡単に説明いたしますと、開業されている先生が消防署の車で私たちのセンターに同乗してこられると、400点だけということ。それから、私たちの病院からA病院に行って、私たちのセンターへ帰ってくるときは一応これも400点。その間に救急搬送診療料というものがありますが、私、診療しているのだから金が出るんじゃないかと思いましたが、これは自分のところの車でいったときには取れないということになっております。

それから、先ほどありましたように、他院搬送の場合は、車でA病院へ行って、そこでカルテを私たちの施設のIDをつくと取れるそうです。非常に厄介な方法です。そういう意味で、出かけたところでIDをつかって私たちの病院の患者として取り扱えば取れるようになっていると思います。しかし実際にはとっておりません。

これは昨年度のセンター入院搬送例でございます。昼間75人、夜55人、深夜が44人というこ

とで、その計算です。先ほどちょっと出ましたけれども、昼間は往診料に距離加算、私たちは全部 10 km 以内です。診療も大体61分から91分ということで、計算して取っておるようでございます。救急加算は1.5を掛けます。普通夜間ですと2倍、深夜ですと3倍になるようです。1983年から1987年まで5年間の搬送は、1,185例で1年平均237例、その約半数が他院間搬送となり、全く収入外の搬送業務となっております。

搬送中の私たちの施設は、NICU 加算ができるようになっておりますから、処置料は全然取れません。ただ、入院いたしますと4,200点、そのまま加算されるようです。

ただ、初診料というのがありますから、これに初診基本診療料が205点、それから乳幼児ということで90+40、時間外手当が75点、深夜ですと420点、さらに、紹介型病院ですから50点取れます。合計しますと、昼間は385点、時間外は460点、深夜は805点、という点数になるようです。

先ほども人件費が出てまいりました。運転手さんは6人でこの人たちは運転だけではなくて、守衛業務もいたします。年間の走行距離を見ていただくと非常に短いのは都会という条件のためです。この点柴田先生のご報告とは全くちがっております。私たちが幾らがんばってみても、他院への搬送は取れないという結論が出ますが、搬送業務のほとんど半分は他院間搬送で使われます。医師は夜は2人勤務です。1人が搬送に出るとあとの1人が60ベッドの責任を持たなければならないという大変な環境であります。看護体制は準夜8、深夜8の8・8体制で、人数は $8 \times 8 = 64$ です。昼間は24名で夜は8人、8人です。想像していただいただけでも大変なことがおわかりかと思えます。こういう背景で搬送業務が行われて、しかも、搬送システムの位置づけがまだ十分できておりません。人的経済的な問題もはっきりしておりません。そういう中でやっておるということ、現状を簡単にご紹介させていただきました。——以上です。
(拍手)

座長：小川 竹内先生、ありがとうございます。竹内先生には私どもの新生児の仲間によく使う言葉——「三角搬送」ということを中心にお話し願いました。三角搬送とは、搬送に行っても、自分のところに入院させるのではなくて、例えば生まれた産科のところに行きましたら、その赤ちゃんを別の施設に搬送することなんです。その場合、往診料は取れないということ、全くのサービスである。その三角搬送が搬送業務の約半分に当たるのだという、その問題点を話題提供として述べていただきました。

規定の時間まであと20分しかございませんが、20分間でディスカッションしていただきたいと思います。——司会を代わります。

討 論

座長：中野 きょう初めて勉強しまして、感激したり、びっくりしたというのが正直なところなんで、討論の軸をお示しすることもできません。どなたか勝手にしゃべっていただきまして、それをきっかけに流れていくというのが本当はいいのではないかと思います、いかがでしょう。

佐藤（小田原市立病院）先ほどから人件費のことを問題にされていますが、これはあくまでも全病院として出している数字でございます。50%を切っているのが望ましいということを示しているのでありまして、先生方が今お示されたように、今、新生児医療が抱える問題は大きくこの人件費の中で食われているということ、この場を使って出していただくのが問題で、私の数字と対比する必要は全くないんじゃないかと考えております。私のは一つの病院としてのスタイルでございますから……。

先ほどから聞いていますと、新生児というのはある意味では赤字なのだ——今の救急医療そのものが、ですから、それはほかの病院の他のチームとどのようにして手を組んで、それをみんながどうバックアップしていくか……。国立や公立の病院は当然不採算であっていいわけですから。公共性があっていいわけですから、それをどういうふうにしてほかの科がバックア

ップするかということが一番大事じゃないかと、つくづく思いました。

座長：中野 ありがとうございます。ただいまのお話は、先ほどの施設対施設のお話で、医療効率を上げる、企業努力をするという面でお話があったのですが、全医療対周産期医療という視点をもう一つ考えるならば、それは違うぞと、そういう追加をなさったわけです。

そこで、今のお話を入り口としまして、ひとつ私がおしえていただきたいことを討論の軸に取り上げさせていただきたいのですが、医療経営という問題と医療の品質管理という問題は綱引きの関係にあるのか、そうではないのか、というあたりをどなたかお話を進めていただけませんか。場合によっては、前半にお話しいただいた佐藤先生と石塚先生からでも提供していただいて、それを中心にいろいろと討論していただければと思います。いかがでしょうか。あるいは、ただいまお話を承った5人の先生からでも結構だと思えます。

佐藤 非常に難しい問題でして、医療経営—要するに金儲け、という感じを受けるわけですね。それと今言われたクォリティ・コントロールという問題、これは対比できるか、うまく一緒にできるかということなんです、それをしなくてはいけないというのが現実にはわれわれに与えられた命題だと思うのです。両方とも難しい問題だと思います。ですから、クォリティを高めることによってその医療の経営もよくするというので、このセッションが持たれたと思うのです。今、話題提供された先生方はほとんど、ある意味ではクォリティが高いものを皆さん発表なさっているわけですね。それだけのものをやっても医療経営的にはプラスになるという方向にどうやって進めていくか、ということを考えるべきだと思います。

仁志田 NICUのいわゆるクォリティと経済性を両方合わせて、どのぐらいの大きさのNICUがその両方を満足させるか、ということをお聞きしたいと思うのです。外国ではデータが出ていると思うのですが、日本のデータをですね。千葉先生のところは赤字とい

っても、社会的な立場があるかもしれませんが、独りでなさっているところ……。千葉先生のところは20床でしたかね、私のところも20床ちょっとなんですけれども、ドクターの数は5人プラス・アルファでやっております。これはまともには絶対に黒字にならないようなところなんです、クォリティを保つためにはそれぐらいが必要でしょう。ところが、40床だったら—竹内先生のところは60床なんです、40床だったら今の保険制度でも上手に言えば黒字になって、高い医療ができるのかどうか、そこをぜひお聞きしたいと思います。

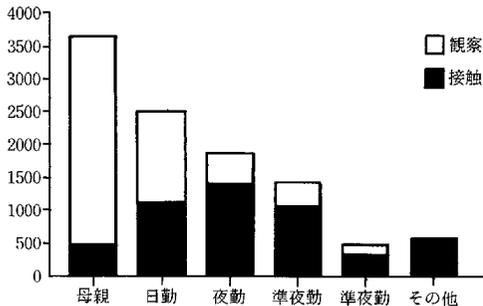
座長：中野 少し事情をご披露し合っただけかということなんです、たしか小川班でNICUの、あれは必要ベッド数でしたね、出生件数に見合う地域のベッド数というふうなお調べはしておられると思います。ですけれども、今みたいな調査というのはどなたかありましたら……。

今いらっしゃる15名の新生児関係の班員の先生方、20床以下のNICUのところはおありですか。よろしかったら右手をお上げいただきたいと思えます。—お一方ですね。20~40床の間は？—9名ぐらいいらっしゃるようです。40床以上というところはいかがでしょう？—3人ぐらいいらっしゃいます。こういう感じのようですね。仁志田先生、もう少しお伺いしますか。

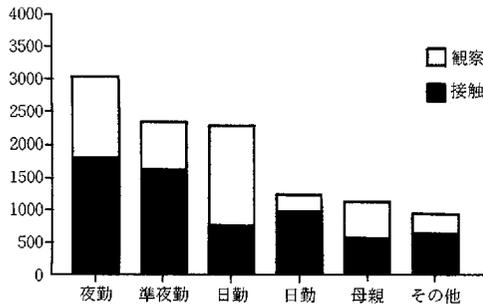
バランスがとれて黒字だと思われる方、20床以下のお手を上げられた方でいかがでしょうか。赤字だとお考えでしょうか。黒字だという方は？—いらっしゃる。20~40ではいかがでしょう。黒字だと思っていられる方？—3人。先ほど9~10人でしたから、30%ぐらいですか。そうすると、40以上ではいかがでしょう？—竹内先生は大赤だとおっしゃいましたね。仁志田先生、それぐらいしかとりあえず出そうにありませんが、いかがでしょう。よろしいでしょうか。

竹内 私たちのところは60床ありますが、60床になったことは開設以来一度もありません。なぜかといいますと、先ほど述べたように看護

スライド 8-1 24時間中の児に対する母親と看護婦の観察・接触の総時間（単位 s）
TaY F (BW=1,236 g GA 29w 3d) at 7th d
(W=1,084 g) Date 84122418



スライド 8-2 24時間中の児に対する母親と看護婦の観察・接触の総時間（単位 s）
NaY F (BW=876 g GA=25w 6d) at 48th d
(W=1,256 g) Date 850202



婦の夜勤は月 8 回ということを厳守しておりますから、看護体制でもうすでに不可能になります。私たちは危険をあえて冒したくないものですから、重症度に応じた点数制度を設けまして、それで急性期の病棟と回復期の病棟をうまくコントロールしています。その点数制度で、今年入局された方でもちゃんと冷静に判断できるという約束事を作っております、それでいきますと、よく入って45名です。問題はやはり看護体制におおると思います。ちょうど手もとにスライドを持っておりますから提示させていただきます。

〔スライド 8-1〕これは私たちが看護婦の作業量をいろいろ検討する場合に、患者を中心にして見たことは一度もなかったわけですから、それでは患者を中心にして24時間ケアの内容を

見たらどうかということで、急性期と回復期のインキュベーター内でレスピレーターにのっている未熟児をVTRで観察記録して、看護婦医師も含めて調べてみました。随分作業のかかる仕事ですが、そのうちの2例を示します。

これは急性期でまだ7日目ということで、保育器のそばで母親はほとんど坐ったまま見ております。日勤帯を見ますと、観察と実際に患者に触れて処置する時間がほぼ同じです。夜勤帯は1人で、準夜は2人になっていますが、合計してほぼ同じぐらい。「その他」はドクター。ドクターもほぼ同じぐらいの手を加えているということです。これを見ますと、結局、日勤帯も夜勤帯も準夜帯も看護婦が患者に何らかの処置——それを「接触」とみると——をしている時間はほぼ一緒だということです。ただ、違うのは「観察」が少しずつちがっているということになるかと思います。

〔スライド 8-2〕次の例は、生後48日目の極小未熟児例で、条件はほぼ同じですが、回復期である点だけが違います。夜勤帯も準夜帯も、ほぼ同じぐらいは見ているということです。日勤帯は2人ですが、両方足しますとほぼ同一の接触量になります。観察はさすがに昼間よくやっているというけとです。前のスライドと同じく「その他」というのはドクターです。

これは随分大変な仕事でしたが、貴重なデータですでお出ししました。患者を中心してみると、昼間手抜きをしているとか、夜は人手不足のため手を抜いているということは絶対にないわけです。24時間均一にやっている事実が如実に表われているのだと思います。——以上です。

座長：中野 ありがとうございます。先ほどからいろんな先生方のお話を聞いていまして、パイを分配する法則というようなことになるんでしょうか。施設対施設の話もありますし、全医療の中での周産期という話もありました。中にはもう少し周産期のPRが必要だというようなご意見も具体的に出たように思いますが、ただいまのようなデータがあまりないのですね。大変なご苦労でおつくりになったと思うんです

が、こういうものは確実にわれわれが主張していく根拠になるデータだろうと思うのです。大変参考になりました。

きょうはオープン・フォーラムで、地域の先生方にもご参加いただきました。どうぞ遠慮なくご発言いただきたいと思うのですが、ただいま、NICUを中心としてのクォリティと経済性という話を少し伺いましたが、同じ問題を今度は産科側に置きかえてみて、いかがでしょうか。ご発言ございませんでしょうか。

野口 非常に学問的な話ばかりなんです、現実がちょっと違うものですから……。私の話はむしろオフレコにしてもらいたいなと思っております。

現在、NICUは地域では相当普及しておるんです。先ほど竹内先生からお話がありましたように、ベッドはやはり余っているわけですね。それが現状ではないかと思うんです。そして、その採算面をいろいろ考えておられますが、現在、自治体病院というのは大体NICUを持っておりまして、それをうまく運営している。というのは、自分のところであるお産、例えば1,000のお産をやっていると、そのうちの25～30%はNICUへほうり込んじゃうんですね。そして要するに採算面を合わせているんじゃないかと思っております。そういうのが現状だと思うんです。だから、長岡の柴田先生のところとか、大阪の保健総合医療センターの竹村先生のところは、お産をたくさんやっていませんからそういうことはないんですけど、現状はそうだと私は思っております。それで息をついていると思います。

先ほどの青森のデータでは、1床当たり1日2万円というデータが出ておったですね。現在、1床当たり2万円だったら自治体病院では院長はクビですよ。普通のベッドですよ、普通のベッドで1床当たり2万円の収入だったら院長は大体左遷かクビでございます。少なくとも、2万5,000円から3万円近く要求されております。実際はそういう形でございます。結局、私、優秀な医療をやっていると思う上においては、ベッドに対する自治体とか、監督官庁の考え方を

を改正せよいかんかんと考えています。だから、NICUの問題で採算のことをいろいろ論ぜられますが、自治体病院なんかは適当に患者を入れて、そして健康保険で点数を取っているんですね。普通だったらノーマルな赤ちゃんは取れないですよ。それが現状でございます。

現在、愛知県ではNICUのある病院はベッドが余ってしまっていて、NICUは、送ってください、送ってくださいというのが産婦人科に対する要望でございます。なお、名市大とか、そういうところは長い患者を入れておりますので、ベッドは足らんですけれども、たくさんできたNICUのある病院では、現在、そういうことだというふうに思っております。

それからもう一つ、今、現状を教えてくださいまして感じたのですが、NICUのみで、分娩施設のない所は非常に赤字で、運営は大変だと思います。ですから随分助成が出ているんです。例えば私の方のある大病院は、年間1,400万円ぐらいの助成が出るんですね。その助成をもらうために、作為をして赤字をつくらないと助成がもらえないというのが現状なんですね。少ないところで200～300万、多いところで大体1,400万～900万というものが現在出ております。それをもらうためには必ず赤字のデータを出さなくてはならない、というのが現状なんです。そういうことも一遍踏まえてもらって、この地域の先生方は大いに発言していただきたいです。—これはオフレコにさせていただきなにかんかんと思っておりますが、そういうふうに感じております。

柴田 野口先生のご発言がありましたので、勇を鼓して発言しますが、千葉先生のところの1日1人2万1,000円というのは大変に低い点数だと思います。私のところの点数は申し上げませんが、もっと高い点数であります。私共の検査治療が過剰でしょうか。2万1,000円ということは、軽症の入院が多いのでしょうか、あるいは請求もれがありますでしょうか、うがった見方をすれば、重症は入院しているがそれだけの検査治療がなされていないとも考えられます。検査治療をどうするか基準はありませんが、

私はこのような経験があります。重症児に血液 pH/ガス分析を4時間毎に検査しましたところ保険診療報酬の審査で査定をうけましたので、早速、審査委員の方にお話しに参りましたところ、審査委員の方はある先生の文献を片手にして、tcPO₂のみで診療が可能であると言われるわけでありました。そこで、新生児学の教科書を数種類持っていきまして、血液 pH/ガス分析の必要性および場合によっては頻回にこの検査が必要であることを申し上げ、以後は査定はなくなりました。私が心配しますのは、言いにくいことではありますが、請求もれとか重症でも人手の関係から夜間の検査が行われずにいたりすることです。

それから後藤先生、24週未満の例の医療費の総額が530万円でした。この間『TIME』に30万ドルベビーという記事がありました。これは、出生体重が1ポンドの未熟児の救命に30万ドルの医療費を要するということですが、私もいちど調べてみたいと思っています。24週未満の児であれば530万円ということはないと思います。保険診療報酬の請求が1ヵ月約200万円という記憶ですので、2.5ヵ月では退院出来ないと思います。われわれの診療が過剰でしょうか。この点を伺っておきたいと思っています。

千葉(力) 二つほど理由づけできると思います。一つは、柴田先生のところやほかのように、たくさんの施設がひしめき合っていて、いわゆる軽いものと重いものをある程度セレクトできる地方と、うちみたいに電話がかかってくればすべて引き受けるというような状態……。

柴田 私のところも、入院依頼の電話連絡のあった例は全て搬送に伺い入院させていますし、地域でたくさんの施設がひしめきあってはいません。

千葉(力) 結局、産科の先生もかなり平均年齢が上がっていると思うんです。地方のそういう先生がご心配なさって受話器をとれば、それで入院になるということが一つあります。

もう一つは、フォローアップの問題なんですけれども、かなり遠いとか、うまくいきにくいと思われれば、やはり終わりの方をちょっと大

目というか、安全を見越して退院させるというようなことがあると思います。

その結果、重症児の問題ですけれども、そういうものが平均化されてしまい、結局、頭数で割れば、診療単価が少なくなってしまうのかなという感じを今、私は持っております。原因をまだ究明しておりませんが、それが一つのお答えです。

座長：中野 後藤先生、何かおっしゃいますか。

後藤 症例も少ないですし……。ただ、在胎ごとにきれいに生まれたから間違いではないと思うんです。うちの病院では保険診療以外のものは一切とっておりませんから、さっきも申し上げたように、本当に最低のとり方なんだろうと思います。診療の手を抜いているかとか(笑)そう言われると、レベルのことはよくわかりませんが、私どものできる限りはやっているというか、普通のレベルではやっているつもりですし……。あとは、社会保険から、ガスがこれだけ多いのでないかということで返ってくることはありますけれども、一応それもできるだけ毎月レセプトで通してもらおうようにしています。そういう意味でも……ちょっとわかりません。

柴田 おそらく、先生の所では血液 pH/ガス分析は、先生ご自身で検査されますでしょう。検査伝票が医事課の方に回らないと思うのですか。いかがでしょうか。

座長：中野 請求漏れということでしょうか。

柴田 請求漏れがあるんじゃないかと……。

座長：中野 柴田先生、ただ、後藤先生がお出しになった週数別のコストというのは非常に比例しているんですね。

柴田 おもしろいと思います。われわれも一度検討したいと思っています。

座長：中野 ですから、バイヤスがそれぞれの病院にかかっていたにしろ、同じ病院の中で比べるならば、医療費が高いほどクオリティが高いと……。

柴田 いや、そうは言えないと思います。私の心配は、必要な医療は行われなければなりませんし、過剰診療であってははいけません。なか

なか答えはでないとおもいますが、真に正しい診療はどこまでか……。この話しはこれぐらいにさせていただきます。

座長：小川 一番の問題は、各地域によって保険の査定が随分違うということです。私が以前いた名古屋の場合と埼玉県では全然違うんです。やはり、パイの大きさは決まっています、取り分をどうするかということになるわけですね。そうしますともう一律にカットです。先生の言われた血液ガスをどれだけ教科書を持っていても、何回かですばっと切られます。柴田先生のところはラッキーなんです。そうしか言えないと思います。ですから、点数が高い。それではいけないと思うんです。それを何とかしなきゃいけないんです。先生のところはそれが正しいんでしょうけれども、現実の問題としては、その他の地域では泣いているところが多い、それをご理解願いたいのです。ですから、点数が低いのはサボっているんじゃないと思うんです。(笑)

先ほど仁志田先生がおっしゃいましたように、NICUで査定で戻ってくるものが多い。これはおそらく、かなり多くのNICUを経験しています。例えば、気管の洗浄をいたしますね、1日5回やっても1回しか絶対に認めない。あるいは、ある地域では1ヵ月20回以上は絶対に認めないというところがあります。どれだけやってもだめなんです。決まっちゃっているんです。だけど、われわれがやった限りは必ず請求いたしますね。そうすると、査定の額がだんだん高くなってくる。すると、小児科、特にNICUでは一体何をやっているのかということが、ほとんどの病院では問題になってくる。だから、柴田先生のところはラッキーだったとしか言えないんじゃないでしょうか。地域差があるんです。

柴田 血液pH/ガス分析は相当までお認めいただけますが、ビリルビン、総蛋白などは査定されています。

座長：小川 それは安いでしょう。(笑)

それともう一つは、千葉先生が言われましたけど都会地と、千葉先生がおられるような青森

県とを同格に考えてはいけないと思うんですよ。と申しますのは、彼のところ、ベッドの占有率が50%というときがありますでしょう。それが地域差なんです。ものすごく波がありますね。ある程度小さな施設が多いところは平均化されますけれども、彼のようなところはあそこしかない。そうすると、最大限を見積もってつくったとすると、最大限のときは100何%になる。しかし、その100何%のときは少なく、例えば50%ぐらいしか入らない。しかし、施設としては赤ちゃんのことを考えるんだったら、公共性を考えれば、やはり100%となることを考えてつくらなければならない。原因はそこにあるんじゃないですか。多くのところは満床かもしれないけれども、千葉先生のところでは満床になることは少ない。しかし、あの地域ではあそこしかなければ、そのときに断わったらどこへ行きますか、という問題になりますね。だから、そのときはどうしても採算性を度外視しなければしようがないんじゃないですか。ベッドの稼働率が非常に低いということが1ベッド当たりの点数が低いということにつながるんじゃないかと思うんですが……。

増本 先ほどから質の問題と採算の問題が出ていますが、日本で非常に難しいのは今論議に出ていましたけれども、質がオーソライズされていない。非常にバラエティに富んでいるといえますか、ばらばらなんですよ。それでいて、例えばその質に対して、あるところではものすごく人件費をつぎ込んでいる。あるところでは全く足らなくて、それに採算性を合わせないといけないのか、合わせないのかということですね。それでますますばらばらになっちゃっているんです。先ほど公共性のあるものであるから、当然全病院でバックアップしろという話がございましたが、そういうコンセンサスは全くないと思うんです。新生児医療というものに対するコンセンサスすらないですね。そういう現状の中で、これは赤字部門であるというコンセンサスなんか到底出てこない現状なんです。

ですから、やはりクォリティのオーソライズ

ということをして、赤ん坊を取り扱う施設では、この程度の質は必要である。それに対する医療の設備、マン・パワーはこれくらいであるというところで、そこで経費を出さないと、今のままではちょっと困るんです。それをこういうところ、あるいはどこかで少しオーソライズしないといけないんじゃないか、ということがあります。

それでやはり、赤字じゃなくて黒字になる程度にもっていく。というのは、公共施設であるから、赤字でいいというのは、これは一つはもちろんコンセンサスが得られないということがありますが、それをやるとどこまでも墮落していく。というのは、私は国立病院にありまして、今、統廃合の問題でたがたやっていますけれども、あれはまさしく公共の施設であるから、どこまでも墮落していいという一面がございます。赤字を出してもいいという方向でいくと、結局、どこまでも墮落しちゃうんですね。ですから、この程度のクォリティで、この程度の採算でいうことで、それで赤字を出さないということを経営努力をしないと、やはりやっつけられないだろうと私は思います。

座長：中野 ありがとうございます。きょうの医療経営の討論の向くべき一つの方向が今の増本先生のお話に入っていたと思うんです。先ほどの竹内先生のお話のように、パラメーターをちゃんと設定して、それで……というような話をしないことにはどだい比較できない。私もそのとおりだと思います。

ところで、産科の先生のご発言が少ないので、どなたか……。

千葉（喜） 先ほど24週の子供で出した場合と、おなかの中に入れておいた場合、どちらがお金がかかるかというお話がございました。確かに普通の早産だけであれば、あれで構わないんじゃないかと思うんですが、あの中には先ほど言われましたように、NSTの費用というのが私費で計算されておりましたから、それはいいんですが、最近では他の胎児診断がどんどん増えてきております。例えば、胎児の採血をするとか、カラー・ドプラーで心臓病があって、1

日2時間も3時間も見ている。そういうのは保険点数としては全然計上してないわけです。したら当然却下されることがわかっておりますから、全くしません。そういうものが産科の部分には随分含まれているということをご理解いただきたいのです。

したがって、いわゆる胎児病という病気になれば、コスト計算すれば、ほとんど同じところへ行くんじゃないかなと思いました。

竹村（秀） 循環器病センターのような非常にハイ・リスクを扱われる先生のお話の後で、私どものようないわゆるロー・リスクを扱おうとしている施設の立場を申し上げますと、産科の診療と新生児の診療というのは根本的に違う点は、柴田先生のお話じゃないんですが、新生児の診療というのは努力されればクォリティ・コントロールも上がるでしょうし、医療効率も上がると思いますか、点数も高くなるという点があるのですが、産科の場合は予防的な面がかなりありまして、特にロー・リスクの場合ですと、努力すればするほど点数は下がるという現実があるのです。つまり、出産準備教育などで人手を加えて母親教室などを一生懸命やって栄養指導などもやりますと、だんだん正常分娩が増えて点数も下がってくる。そういうことで、こういう点も問題提起として申し上げたいのですが、努力すればするほど首を絞めるという点もある。

経済全体が非常に発展しているときは幸いにして分娩費というものは自費でしたから、ある程度点数が下がった分だけ自費で補える時代もあったわけですが、一般的な医療が非常に抑制されている現在、例えばちょっと語弊があるかもしれませんが、公的病院と私的病院とが競合しているような現在、私的病院だけが勝手に分娩費を上げるというわけにはいかない。そういう現実もございますので、努力すればするほど首を絞められるような面もあるということを問題提起として申し上げたいと思います。

鬼頭 私、小児科の立場から申しますと、周産期医療をやるということ、うちの病院もそれ目指してやっているわけなんです、先ほど竹村先生のご発表の中で母体搬送の問題が

ありまして、その中で極小未熟児と超未熟児のデータを見せていただきますと、極小未熟児の場合は母体搬送がほぼ半数ぐらいで、超未熟児の場合は1対2ぐらいの比で母体搬送の方が多かったようですが、その母体搬送を今後増やした方がわれわれ新生児の立場からいくと、やはりいいのではないかと思うんです。その辺が今の分娩件数の低下、また分娩が竹村先生のところのような大規模な産科病院と、非常に小規模な産科医療というように二分極化されてきているような現状で、母体搬送を新生児のために増やそうという場合に、どういう面で医療経営から見ていったらいいのかというのがいつも悩む問題なんです。私どもの病院へ母体搬送してくださいという場合に、なかなか母体搬送していただけて、伸び悩みなんです。年間大体50例前後で、ここ5年ぐらいほとんど変わっておりません。その一番の原因は、うちの病院へ母体搬送してしまえば送った側の病院にとっては何のメリットもない、というようなことがおそらくネックになっているのではないかというような気がします。それを周産期医療の中でどういうふうに取り上げていくかということについて、また今後検討していただけたらと思います。

末原 先ほどのご意見ですが、実際に母体搬送を受ける側から見ますと、近くの医療機関からの母体搬送と、かなり離れたところからとでは、少しニュアンスというか、送る側としての立場が違ってきます。特に遠く離れたところからであれば、ある程度リスクがあって送った場合でもそれはそれなりに、そこで抱えているほかの患者さんに対する影響はそれほど大きくはないと思うんです。だけど、近くの、ごく接近した地域の先生にとってみると、その病院からある病院に搬送したということになると、その患者さんだけでなく、その患者さんの回りの親戚の人とか、きょうだい、そういう人もその病院に流れるのではないかという危機感を抱く。そういう意味で地域とどういう形で連携するかというけど、少し難しい一面に差しかかっているということを申し上げます。

座長：中野 鬼頭先生、去年度までの研究班の中で、きょうも佐藤先生からバック・トランスポートの話が一つございましたね。末原先生もそれと少し関連したお話でした。ですから、やり取りする連携をどうつくるか、信頼関係とともにクォリティをどう保っていくか、そういうことでしょうね。ですから、経営面と対比させて、という話はこれからの問題だと思います。

そろそろ……と思うのでありますが、ぜひ、とおっしゃる方……。

佐藤 神奈川県では3年前に周産期救急医療システムという形で動いているわけなんです、その中で産科の患者が収容される率というものが非常にうまくいっております。胎内搬送が行えれば、当然そこの病院でやっていただければ、問題はやはり今新しく提起されてまいりました。というのは、レスピレーターの数の問題があるわけですね。NICUの絶対数じゃないんです。レスピレーターの数の問題で、例えば結構大きな施設でもレスピレーター数としては5台とか6台しか持っていないわけです。その理由は先ほどの大阪のセンターのお話のように、看護婦さんの問題なんです。例えば8人いてもレスピレーターが一定の数でしたね。どんどん増えていかない。というわけで、今、三つ子が生まれるということになると、1,000gの三つ子が出てしまう可能性があるわけですね。そのときにどうするかということになると、もう施設がないんです。その場合、基幹病院同士—7ヵ所あるんですが、それでネットワークをつくって、新しい展開としてはどのようにしてそれを再分配するかということこれから今年度の仕事としてやろうという方向へ進んでいる。先ほど野口先生がおっしゃったように、余っているのだという発想はちょっと違うんじゃないか。現在の段階では、やはりNICUはまだ少し不足している。特にその中のレスピレーター管理に関する部分は、なおさら不足している。これから先生方への教育が行き届けば、もっと足りなくなるだろうと僕自身は考えております。

したがって、神奈川県は今年を何とか初年度

といたしまして、切り替えていこう、そして、さらなるネットワークづくりをするという方向へ進んでいくという考え方でいます。

広沢（北九州市立小倉病院）私たちも昭和57年以來で新生児救急医療の地域化を、初めは市内の8病院、その後7病院でやってきました。おそらく年間800人ぐらい入院するだろうという新生児・未熟児の9割ぐらいが、その7病院に収容されているわけです。また現在私たちいくつかの病院が建て直される際に、周産期医療センターを作ろうと予定しているわけですが、先ほどから出ているような地域化という場合、柴田先生がおっしゃったような地域と、私たちのようにいくつかのドングリの背比べのような病院がある中での地域化とは若干異なると思うので、そこをどうしていくかということをお悩んでいます。

その一つは規模の問題、もう一つは、先ほど、オーソライズされていないという話が出たのですが、クオリティの問題から言えば、どういう内容を持つのかということ、できるだけ高いレベルとはいいますが、それ相応のレベルがオーソライズされていない現状のようでは非常に困るわけです。その場合、問題になるのは経済性の問題がからんでいることだろうと思います。しかし私自身が非常に専門的なことをしているわけではありませんので、あえて言いますと、専門家集団がオーソライズした一つのスタンダードを出すべきだろうと思います。そこでネックになっているのは、訴訟の問題が関係していて、一定のものを出すと、それに達してないところについての訴訟問題が起きたとき困るので、いつもびびっている。これは何も新生児医療だけではなくて日本の医療全体にある。そこで考えますのは、先ず、専門家集団が一定のオーソライズしたものを出すべきではないだろうかということ。そういう点でぜひこういう研究班が経済性も含めて一定の基準のようなものを出してほしい。それから、まさにその地域に沿った、地域化のモデルをぜひ出していきたい。私どももそれを参考にして、有効に機能するシステムをつくりたいと思っております。

ます。

座長：中野 広沢先生に地元代表で要望を出していただいたところで、討論を打ち切らせていただきます。大変ありがとうございました。

多田先生、ちょっとおまとめをいただきたいと思っております。

座長：多田 各先生方にご検討いただきまして、周産期医療というものは非常に特殊性がある——看護婦、医師をはじめ要員を非常に必要とするとか、特殊な医療をやらなければいけない、そういう特殊性のある医療であって、それを評価するためにはクオリティをはっきりさせて、ある基準をつくって、そこで評価をすることがないと経済性を云々しても非常に問題がある。そして経済性が非常に問題であるということ、きょうのご発表で十分出していただきました。非常に意義のある会だったと思うのですが、今後そういうことをはっきりさせた上で公共性と企業性といえますか——企業といっても儲けるという意味ではないと思いますが、先ほど増本先生がおっしゃいましたように、われわれの目標というのが評価されて、それだけのものがペイしたということが発言力にもつながるでしょうし、正しいことだと思います。

そういう意味で公共性というものを、その部分をどうカバーしてもらおうとか、あるいは周産期医療がそういう特殊性ということで、今までともすれば無視されていたような点をどうしたらいいかということも、きょう、石塚先生からお話をいただきました。そういうことが今後取り上げていかなければいけない問題だと思います。本日の会では皆さんに議論していただきまして、問題点がいろいろ出ましたので、これは厚生省の石塚先生にも参考になったのではないかと思いますし、ぜひ生かしていただきたいと思っております。

本年度だけでは十分に煮詰められない点もあると思いますが、今後の非常に大事な周産期医療の方向をきょうは出していただけたと思います。この会をいろいろお世話いただきました植田先生、中野先生に心から感謝いたします。

最後に、班長の竹村先生からご挨拶をいただきたいと思います。

竹村 本日はありがとうございました。初めは、こういうテーマを選ばせていただいてどうなるかと本当に心配しておりましたけれども、尽きるところを知らぬほどご議論いただきました。ただいま多田先生からお話いただきましたように、今後の進むべき道までご示唆いただきました。本当にありがとうございました。

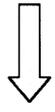
厚生省の石塚先生、特別ゲストとしておいでいただいた佐藤先生、石塚先生に厚く御礼申し上げます。それに班員以外でご司会の労をとっていただきました植田先生、また最後まで盛り上げていただいた分担研究者の先生方、ご来会

の皆様は厚く御礼を申し上げます。

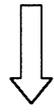
本年は最終年度でございますので、あと1年間——といいましても、もう7~8ヵ月しかございませんが、先生方のご努力によって「周産期医療をめぐる諸問題」について、3年間どのように私たちが検討してきたか、今後に残された宿題をどのようにすればよいか、というようなことを厚生省に提言したいと思います。どうぞご協力のほどよろしくお願い申し上げまして、御礼の言葉といたします。

本日はどうもありがとうございました。(拍手)

— 閉 会 —



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



オープンフォーラム

『周産期医療における医療経営』

「周産期医療をめぐる諸問題に関する研究」班

第1部 医療経営について(ゲスト・スピーカーによる)

第2部 各施設の現況を中心に