総会記録
第35回日本小児外科学会総会
シンポジウムⅢ 「小児外科疾患の医療保険—現状の経済分析と将来像—」

S-Ⅲ-1 医療保険からみた小児外科疾患

竹内 敏*，中平 公士*，中村 哲郎*，東 孝*春本 研*，中岡 達雄*，井上 隆*

要 旨
【目的】小児外科医療を医療保険、医療経済の面から検討した。
【方法】1996年に入院した511例を特性性、集学性、緊急性の各属性に分類、おのおの診療報酬額を求め、医業費用と比較検討した。
【結果】特殊疾患群（S群）のうち、外児側ヘルニアを代表とする疾患群（S-1群）の平均報酬額7.4±0.5万円/日、壊産やヒルシュブリング病、胆道閉鎖症などの疾患群（S-2群）3.2±0.7万円/日、集学性の強い疾患群（M群）3.3±0.6万円/日、緊急性疾患群（E群）4.8±0.3万円/日、特性性と集学性の両属性（S+M群）4.0±0.9万円/日、特性性が強く、かつ緊急性の高いものは（S+E群）3.5±0.5万円/日、集学性と緊急性の両属性（M+E群）3.4±0.8万円/日、すべての属性を持つ（S+M+E群）10±5.3万円/日であった。
【結論】平均報酬額が当施設の平均医業費用に達するのはS+M+E群のみであり、全体としては3万円/床/日の赤字であった。小児外科医療が経済的に自立するためにも、投入される医業費用に見合う技術料の裏付けが必要である。技術料としては、救命救急入院料、ICU管理料、NICU管理料、無菌治療室管理加算、1対1看護加算などの組み込みを提案した。また、小児外科医療の社会的役割を示し、小児外科に対する社会的認知と支援を獲得するためには、小児外科医による小児外科救急対応の促進、さらには、周産期部門の参画の必要性が強調した。

索引用語：小児外科、医療保険、医療経済

I 緒 言
医学とその周辺科学技術の進歩は小児外科医にもこれまでなかった分野への対応をせまざるをえぬ。対象疾患や対象児は拡大するばかりである。かかる問の拡大は、人材、設備、資材などあらゆる面での面面化を進める。経済面においては、不採算部門の指摘を受け状態が続いている。
今後、小児外科医療を医療保険、医療経済の面から検討するにあたり、これまで拡大してきた小児外科対象疾患を特性性（専門性）、集学性、緊急性の基本属性に基づいて分類した。その上で、各属性に従う疾患群の医業収入（診療報酬）が、各属性に応じて必要と思われる医業費用に見合うか否かの検討を試みた。また、これらの検討から、小児外科医療の経済的な自立には何が必要かを模索した。

II 対象と方法
対象は1996年に当科で入院加療した511症例。
疾患を以下の8群に分類、入院基本情報を集計した。
すなわち、小児外科疾患（以下S群と称す）のうち外児側ヘルニアを代表とする短期入院治療となる疾患群（S-1群）、壊産やヒルシュブリング病、胆道閉鎖症のよう中・長期入院治療となる疾患群（S-2
日本外会誌 第35巻2号 1999年4月

The Japanese Society of Pediatric Surgeons (JSPS)

III 結 果

511症例の分類結果は、S-1群306例，S-2群81例，M群11例，E群53例，S+M群18例，S+E群16例，S+M+E群12例，分類不能が2例であった。総入院日数9055日でうち、S-1群の総入院日数1092日（全体の12.1％），平均入院日数36日，以下S-2群3268日（36.1％），403日，M群599日（6.6％），545日，E群661日（7.3％），125日，S+M群805日（8.9％），447日，S+E群951日（10.5％），594日，M+E群637日（7.0％），531日，S+M+E群1031日（11.4％），859日であった。

診療報酬額は、S-1群は1歳児の偏頭ヘルニア5件から平均7.4±0.5万円/日，S-2群は対象6件から平均3.2±0.7万円/日，M群は対象5件から平均3.3±0.6万円/日，E群は対象7件から平均4.8±0.3万円/日，S+M群は対象7件から平均4.0±0.9万円/日，S+E群は対象7件から平均3.5±0.5万円/日，S+M+E群は対象6件から平均3.4±0.8万円/日，M+E群は対象6件から平均10.5±3.5万円/日であった。

IV 考察

小児外科診療においても医療収入は医療保険報酬のみであり，その報酬額が診療に必要な費用（医療費用）に見合ったものであることが経済面からみた原則となる。医療費用の大半を人材，設備，資材とみなすと，疾患の特殊性，集学性，緊急性などの属性が強くなるほど，その診断，治療に要する費用は増大すると考えられる。すなわち我々の分類では（表1），S+M+E群が最も多く，その費用を要すると思われ，その報酬額も平均10.5±3.0万円/日当センターの平均医療費用を大きく上回るものではあった。しかし本群の人材，設備，資材の投入度を現行の技術評価基準から反映させるならば，救命救急入院料（入院7日以内9万円，14日〜14日8.5万円）相当するものが揃えると考えられる。この考えに従って本群の報酬額のうち，入院料相当額を救命救急入院料に差し替えて再計算すると，報酬額は約17万円/日となる。次に

<table>
<thead>
<tr>
<th>分類</th>
<th>現状</th>
<th>改定案（提言）</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>平均報酬額</td>
<td>1）現行点数表からみた</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(万円/日)</td>
<td>準用要望項目(万円/日)</td>
</tr>
<tr>
<td>S+M+E</td>
<td>10±5.3</td>
<td>救命救急入院料(9.4万円/日)</td>
</tr>
<tr>
<td>M+E</td>
<td>3.4±0.8</td>
<td>ICU，NICU管理料 (7.7万円/日)</td>
</tr>
<tr>
<td>S+E</td>
<td>3.5±0.5</td>
<td>1対1看護料 (3万円/日)</td>
</tr>
<tr>
<td>S+M</td>
<td>4.0±0.9</td>
<td>無資格診療室管理加算</td>
</tr>
<tr>
<td>S1</td>
<td>7.4±0.5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>S2</td>
<td>3.2±0.7</td>
<td>該当項目なし</td>
</tr>
<tr>
<td>M</td>
<td>3.3±0.6</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E</td>
<td>4.8±0.3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

（33）
に S + E 群、M + E 群が多くの費 用を必要とするが、これまでの平均 35 ± 0.5 万円/日、平均 35.4 ± 0.8 万円/日の報酬額であった。これらの群への人材等の投入度は ICU 管理料（7 日以内 7.7 万円、7 日〜14 日 6.8 万円）、NICU 管理料（1 日 7.6 万円）相当が妥当と考える。したがって、こちらの群の報酬額のうち、入院料相当額を ICU、NICU 管理料に差し替え再計算すると、報酬額は約 9.2 万円/日となる。更にこれに入院料、管理料には Earneds で は計算しないが、日本小児総合医療施設協議会の要望書8) でいうように、これら料金は人件費（すなわち技術料）を含むべきであり、検査料等を別途請求できることが望まれる。S + M 群の報酬額は平均 40 ± 0.9 万円/日であった。本群では抗癌化学療法中の無菌治療室管理加算（3.0 万円/日、90 日限度）の準用を望むことが多い。これが認めるならば報酬額は 7.0 万円/日となる。S-1 群の報酬額は平均 7.4 ± 0.5 万円/ 日と当センターの平均医業費用に匹敵する額である。これは平均 3.6 万円と短い入院日数が反映したものであり、今後日帰り手術、1 日入院等を導入すれば 1 日当たりの単価は上昇する。S-2 群、M 群、E 群の報酬額平均 3.2 ± 0.7 万円/日、平均 3.3 ± 0.6 万円/日、平均 4.8 ± 0.3 万円または医業費用に及ばない。これら群の入院技術料相当額（つまり入院料）は 1.5〜1.8 万円/日を留めるが、小児外科病棟では 1 対 1 看護体制をとっており、この点での加算などにかわらず、日本小児総合医療施設協議会の要望書8) の示す最低 0.75 万円/日での加算を望みたい。

ここで全体の収支を見ると、図 1 で示すように、3 万円/床/日、26 組相当の赤字であることがわかる。これは全国の小児施設がほとんど同じ傾向である4)、4)。この改善を向けては学会レベルに、各施設レベルで努力がなされてきたことである。この 1 つは報酬改定であり、これは技術料も含んでおり、過剰。技術料も含めて 1 万円/床/日に加算を望みたい。

10) 鈴木則夫：この文脈の中、突発的に報告するため、私たちはこの改定を申請した。普通 10 年度社会保険診療報酬改定11) では、医療技術の適正な評価に重点を置くとした。すなわち、救命救急入院料、ICU 管理料、NICU 管理料、無菌治療室管理加算、1 対 1 看護加算などの組み入れを提案した。また、小児外科医療の社会的役割を示し、小児外科の医療の社会的認知と支援を得るためには、小児外科医による小児外科救急対応の促進、さらには、周産期部門への参画が必要であるとした。

文 献
1) 土田嘉昭、鈴木則夫：これらの周産期外科、日外会誌、98：977-982、1997。
2) 鈴木則夫：小児外科の周産期外科、1000g 未満の超早産児を中心に小児外科、26：863-867、1994。
3) 島原太和、小澤和惠：周産期治療の経験（1000g 未満の超早産児を中心に小児外科、26：863-867、1994。
4) 日本小児総合医療施設協議会：要望書、1998。
Pediatric Surgical Diseases From the Viewpoint of Medical Insurance Expense

Satoshi Takeuchi*, Masashi Nakahira*, Teturo Nakamura*, Takashi Azuma*, Ken Harumoto*, Tatuo Nakaoka*, and Takashi Inoue*

* Department of Pediatric Surgery, Osaka City General Hospital

Objects: Pediatric surgical medical services were investigated from the aspects of medical insurance expense and medical service economics.

Methods: The 511 cases hospitalized in 1996 were classified into the following three attributes: specialty (S), multi-disciplinarity (M), and emergency (E), and the medical service charges of each attribute were determined and compared with medical practice costs for investigation.

Results: The average medical service charges were 74 ± 5 thousand yen/day for a disease group (S-group) represented by indirect inguinal hernia, 32 ± 7 thousand yen/day for diseases including imperforate anus, congenital megacolon (Hirschsprung’s disease), biliary atresia, etc. in a special disease group (S-2 group), 33 ± 6 thousand/day for diseases with a strong propensity to multi-disciplinarity (M group), 48 ± 3 thousand yen/day for the emergency disease group (E group), 40 ± 9 thousand yen/day for a group that possesses both attributes of specialty and multi-disciplinarity (S+M group), 35 ± 5 thousand yen/day for a group that possesses both attributes of specialty and emergency (S+E group), 34 ± 8 thousand yen/day for a group that possesses both attributes of multi-disciplinarity and emergency (M+E group), and 100 ± 53 thousand yen/day for a group which possesses all the attributes (S+M+E group).

Conclusions: It is only the S+M+E group that enabled the average medical service charges to meet the mean medical practice cost of the present institution, and the business goes into the red to the extent of 30,000 yen/bed/day as a whole. In order for pediatric surgical medical services to support itself, the backing of technical fees that can meet the medical practice costs provided is essential. For technical fees, it was proposed to incorporate the life-support emergency medical hospitalization fee, ICU administration fee, NICU administration fee, bioclean room administration fee, the addition of one-to-one nursing care, etc. Furthermore, in order to indicate the social role of pediatric surgical medical services and acquire social recognition and support for pediatric surgery, promotion of pediatric surgical life-support services by pediatric surgeons as well as the need of pediatric surgeons to participate in the perinatal section were emphasized.

Key words: Pediatric surgery, Medical care insurance expense, Medical service economy

2-13-22, Miyakojima-hon-dori, Miyakojima-ku, Osaka-shi, Osaka, 534-0021 JAPAN