

うと、そういう意味の地域の周産期システムがどの程度達成されているかというのを見たのですが、ただし、この達成度にあたっては、人員の問題を挙げてしまえば、達成されている所はほとんどありませんので、医者の数が足りないといった問題については参考には入れませんでした。

産科のほうで先ほどらい議論になりましたいろいろな問題というのは、平成 13 年 1 月段階でのアンケートでも詳細には検討していませんので、それについても含めていません。そういった意味で、その地域の患者さんの需要とある程度の供給のバランスが取れているかどうかということと、ある程度総合と地域、周産期センターが確立されているレベルということで、下の表にありますように、A1 はほぼ達成されている。A2 というのは、一部地域がまだ完成されていないだとか、あるいは一応は出来ているのだけれども、総合の絶対数が足りないとか、地域がまだ認定されていないとか、クオリティやクオンティティの問題でAのランクに入らない。B2 というのは現在検討中である、今後近い将来こういった総合なり地域のシステム化が行われるだろうけれども、現在ではまだはっきりしていない。C というのは、地域のシステムの見通しが立たないということで分けさせていただきました。しかし、このA1 の中でも、皆様からいただいたアンケートを私なりに見たもので、皆様方のご批判があるかもしれませんが、例えば茨城、それから山梨、長野、あと岩手県を挙げさせていただきました。今日、宮本先生もいるのですが、茨城県は実は総合周産期だとか地域周産期のシステムを全くやっていません。県が独自に作ったシステムがこの医療整備計画の前に出てくるので、新たに

やるつもりはないといったところもあるわけです。特にCといわれた東北や北陸、四国の辺ではもう現状でいいではないかと、これ以上新たに行政が関与する気はないというような都道府県単位での状況を持っている施設がCと呼ばれるランクの中に非常に多いというのをアンケートで示していただきました。コメントということで、簡単に私のほうからご報告させていただきました。

岡井 ありがとうございます。今の話に対して何かご質問等ございますでしょうか？

中村 先生が評価というか、こういうランキングをされたということですね。

大野 そのアンケートを見て僕なりに、それから最近のいろいろな意見を聞きながら、自分なりにまとめてみたということです。

中村 分かりました。

大野 例えば、細かい情報システムが出来ているとか、出来ていないとかは省いてあります。

中村 今日はいろいろな都道府県の方がお見えだと思いますので、内容的に大野先生が今、提示してくださったのと一致しない部分が非常に強いというご意見であれば。

B 医師 訂正をさせていただきたいのですが、いちばん最後のページの 17 番石川でございますが、急転直下変化しまして、今年6月に周産期協議会が設置されまして、平成 17 年度に総合周産期センターが出来ることになり

ました。

C 医師 そういうことであれば、15 番新潟は一応協議会がありまして、平成 13 年度の終わりに新潟市民病院と長岡赤十字病院の 2 病院を候補として県に答申しました。県からの返事は全然ありません。

中村 石川県は今の話では達成度は何になるのですか？

大野 たぶん B 2 ということだろうと思います。

D 医師 それから青森ですけれど、これはまた急転直下、厚生省の方が部長さんでいらしていたら、平成 16 年秋に完成予定ということです。今のところの予算が 21 億で、すでに 5 億使ってあともっとという話もあるので、すけれど、今のところ正式には 21 億ということでした。

中村 最近、厚生労働省がかなり力を入れていますので、各都道府県も動き始めているのではないかと思うのですが、ほかにございますか？ それでは、一応一通り予定のスピーカーにお話いただいたのですが、今までの話もひっくるめて進めていきたいと思えます。要はより良い周産期システムの構築に向けて、総合を各都道府県に作るということも一つの材料になるわけですが、今までの発表に対する意見ならびにご提案がございましたら、どうぞ挙手願いたいと思えます。

猪谷 神奈川県は地域総合医療センターがまだ指定できないでいるのですけれども、新生

児のほうは比較的施設基準やここは総合、ここは地域というので何となく分かるのですが、産科のほうは M F I C U の基準があるところは総合という形でいいのですが、地域にここだという明確な基準を作りにくくて、しかも今、現実に総合病院で産科をやっておられる所は正常産がどんどん多くなってきているということでなかなか余裕がない。お金の面でも、正常産のほうがもうかるので救急ベッドを開けておく余裕がないということで、先ほども 3 次の施設に 30 週以上が集まってきってしまうという現状が広島でもお話があったのですが、神奈川でも N I C U は 30 週以上診られる所は空いているのだけれども、産科が受けられないので、生まれてからだったら何とでもなるのに、母体搬送で 34 週でせっかくご依頼があるのに、産ませてからではというところもあって、斡旋に時間がかかってしまうというところもあって、今の形では、新生児のほうは今度新生児加算が付きましましたので、今後の発展では小児科は今ほかの一般病棟のほうに患者数が少なくなっているんで、新生児に力を入れようという施設も多いのですが、逆に産科のほうは正常産がいっぱいあったらそれでもう十分だという施設が多くて、なかなかその動機付けが難しいというところが現状なのですけれど、いかがでしょうか。

梶原 ぜひ基準作りのときに皆様方、あるいは国のほうで考えていただきたいのは、人口 100 万あるいは出生数 1 万人に一つの総合周産期センターだったときに、基準がどうあるべきだということをぜひ議論していただきたいと思うのです。80 万であれば、それに 0.8 をかけるだとか、200 万であれば、100 万に一つの総合周産期センターを二つ作る必

要があるという形で考えないといけないと思います。というのは、例えば大阪府立の末原先生の所であれば、何度も見学させていただきましたけれども、夜もずっと忙しいわけで、情報センターとしても人口 800 万を相手にずっと情報を受け、母体搬送を受けている。それと比べて、例えば大分などでは人口 100 万に一つであれば、年間そんなに夜働きまわる必要はないわけです。まさにエビデンスベースではないですけども、人口 100 万に一つの規模の所で、どれだけ本当に夜の緊急母体搬送があるとか、新生児搬送の例があるという形で、例えば当直医の数やそういうものをきちんと決めていただかないとおかしいし、国の認可もその規模であればそれでいいのだという形で認めていかないと、東京都や埼玉など大都市の地域医療センターと田舎の地域医療センターとは全然規模が違うわけです。そういう点もぜひ、基準が一定になるような形できちんとデータを集めて決めていただきたいと思います。

中村 ちなみに大分の人口はどうなっていますか？

梶原 人口約 120 万で、出生数約 1 万 1,000 件です。

中村 全県で 120 万ですか？

梶原 はい。

中村 ということは、そこで一つでいいということですね。

梶原 一つでやっていますし、総合ではまだ

ありませんけれども。

中村 それに合う規模でということですね。ありがとうございました。

多田 今の問題がいちばん大きいことだと思いますので、今日のディスカッションはそこなので、少し追加と質問をさせていただきたいと思います。人口 100 万というのを今まで決めてきたのは、東京は 10 個必要で、大阪は 8 個必要だから 100 万ということではなくて、先生がおっしゃるように、地域を考えると人口 100 万ぐらいの所で、一つセンターが必要であろうということで考えたわけです。2 人当直であるということは、一つは今はまだ言っていませんけれども、先ほど上田先生がお話になったようなケースで、お母さんが大出血していた場合には病院から行かなければいけないのではないかと、病院から行くためには 2 人いなければしょうがないだろう。将来のセンターはそういう所でなければいけないだろうから、やはり二人必要だということ。それからオンコールがかなり、部長の先生が半分以上うちにいてくださればいいわけですけども、オンコールでかなり呼ばれるのならば、やはり当直として病院にいるのが正しいのではないだろうか、若いドクターもそのほうがいいという議論があって実は 2 人になりました。これは規模によって、大分からカジワラ先生がおっしゃったように小さくするのはかまわないというか、一時的にしょうがないと思うので、今はまだ病院のセンターから各分娩施設に出向くということは今なかなか実現していませんので、まだいいかもしれないと思うのですが、ただそこで、今日のお話しにもあった松原先生の所が集中

化してきて、松原先生の所は確か 200 幾つですから、人口 100 万に 1 個という形で、二つ整備されているからなっているのだろうと思います。上田先生の所も二つということから考えるとかなり 100 万に近い形なのですが、あれで 5 人なり、6 人のドクターが当直をしておられて、かなりセンター化してきているので、1 人でできるかもしれない。ただ、かなりそれでも忙しいという意識はみなさん持っていらっしゃるのです。そうすると日本で限られた施設で、僕は 1 人でやむを得ないところはもちろんあると思いますが、それで今、松原先生や上田先生がおっしゃったところのドクターが、ほかの科のドクターに比べて果たして楽をされているのか、1 人でいいのかどうかという議論と、各地にとりあえず整備をして松原先生がおっしゃるように第一段階の整備をして掘り起こしていくために必要なのは指定しなければいけませんから、それで指定ができるということが一つあると思いますけれど、それで果たしていいのだろうかということも同時に議論しておかないと、地方では 80 万、60 万だから 1 人でいいのではないかとと言っても、ドクター 5 人か 6 人で毎日 1 人当直のほかにオンコールを週 1 回ずつやっていて、果たして産婦人科医が集まるのでしょうか？あるいはNICUの医者が集まるのか。そこを見据えたときに果たしてそういう規模でいいのか、一時的にはそうするけれど、こうしなきゃいけない、先ほど定員があっても満たないということだったですけれども、人が少なければますます人が足りなくなってしまうということも含めてどう議論したらいいのかというのをぜひここで一言聞かせていただきたいと思います。

大野 私も先ほどのお話を聞いていまして、先生が今ご発言されたことと同じようなことを感じていました。この基準というものがあまり少ないところで決まってしまうと、それでこれだけやれということになると、ますます医者が大変なのではないかというのが一つあるのです。ナースは、先ほどの松原先生の発表だと、基準でするとどんどん増えてきているけれども、医者はその基準を満たすだけの人が足りないという一つの問題があって、それをどうするかです。いちばん最初に桑島課長がお話された状況によっては、基準を少し下げる、敷居を下げて早く総合周産期というもののある数きちんと整備したほうがいいのかどうかということをおっしゃったのですが、そこは難しいですが、いかがなのでしょう？

高橋 奈良県の事情を少し言わせてもらって回答になるかもしれないですが、奈良県は一応 16 年までに県の医療施策を立ち上げてしまっているんで、16 年までに総合周産期というのはどうも入れない。県としてはやはり補助金がほしいわけです。補助金がほしいけれど、その基準にはなかなかもっていけない。どうすればいいかとはっきり言うと、県が持ち出しという形で、暫定的なものを少し作って、最終的には国の基準に合わせたいとやはり県は思っています。その過渡期をいかに国がある程度柔軟制を地域と県に持たせてもらえるか、前もって補助金をいただけるといえるのであればなおさらいいのですけれども、県と確約をしていただいて、何年までにしろというような形でしていただければいいというのがあります。

それと 16 年から臨床研修必修化が入って

きますので、ますます人的に本当に産婦人科の先生方がこれでやっていけるかというのを、小児科でもなかなか厳しいですけれども、僕も非常に疑問です。奈良県は産科の医師の入局者が減っていて、ない年もあり、このままでは周産期のほうにも人を裂けないというような状況になってきています。今の東京のほうではある程度、人的に産科の先生が行けるのであればいいのですけれど、地方では人は辞めていくし、入ってこないということです。ますます悪循環です。これもやはり 16 年以降は非常に切迫しているような気がしています。

小林 過渡期としてなのですが、当然総合周産期という所に人が多いに越したことはないのですけれど、まず考え方としては、ハイリスクは周産期センターに送るというものが、まず周産期センターが出来ないことにはそういう概念ができずに、分散したまま子供と赤ん坊が死んでいくわけです。それをいかに周産期センターに送るかという形を作るのがまず第一です。その次は、その周産期センターに人を集める。しかし、人というのは、医師も看護婦も待遇が悪ければ決して集まりません。そうすると、もうけようとする医者がいれば、ハイリスクは全部辞めて、夜の当直はできるだけ少なくして、正常分娩だけ扱えば、事故もなくお金も当然もうかる。しかし、ハイリスクをどんどん受け入れてやろうとすると、今の人員では絶対少なく、とても夜も寝てられないわけです。そういう所に人は集まりません。ですから、今のわれわれの、普通の基準が 7 人くらいと大野先生がおっしゃっていましたが、私は 10 人以上総合センターにいないと、正常分娩とかつハイリスクを年間 100 例～200 例やることはできな

いし、ハイリスクだけですと、山口院長もいらっしゃいます、私も副院長しておりますが、病院経営が成り立ちません。ですから、一般も受け入れながらハイリスクも受け入れるような規模というのは 1,000～1,500 というようなセンターを作っていないといけない。そのためには、医療費が上がるか、国からの補助が今の数倍上がるかしないといけないので、今の厚生省の補助金では看護婦さんを増やす分だけでいっぱいなのです。医者の給料が払えない。払えるために当直を、せめて 1 週間に 1 回くらいにしてやらなければ、産科医療は今後成り立たないです。より高度な産科医療をやるというような人が少なくなってしまう。ですから、大学はおそらく、産科が年間に 100 や 200 ある所は産科はやらなくていいではないか、むしろそれをやめて、婦人科なら婦人科、周産期センターは周産期センターで 1,000 くらいまとめようと、そういった人事的な配慮をしていきながら、かつ行政でもそういう方向に 10 年かけて指導していかないと、10 年後の日本の周産期というのはますます悲惨な目になるのではないかと気がいたします。

上田 先ほどらい何人医者が必要かというご意見があるのですが、私は実際今働いていて思うのは、とかく休日だ、あるいは夜間の当直だという話に今なっているのですが、むしろ昼間の普通の勤務帯に母体搬送は比較的多くありまして、その時間帯に搬送にあたる人間が何人いるのかというふうなところも非常に大事ではないかと思うのです。おそらく新生児科の先生と違って、産科の先生はほとんどの方が何らかの関係で婦人科のほうも担当されていて、どれだけの分娩数があ

るからというだけではなくて、一方では婦人科にどれくらいのパワーを割かれるかということによっても適正な人数というのは違ってくると思うのです。私たちは、例えば予定の手術をしていても、その時に搬送があっても、その搬送に2人や3人の医者が担当できる人数を残しておくことができれば十分な医療はできますけれども、医者が皆手術室に入っているというような状況では十分な対応はできないと思いますので、そういうこともやはり大事なポイントではないかと思います。

渡辺 小児科のNICUを担当しています。今までのお話をいろいろ聞いていますと、私たちの病院は昨年5月に改築してNICUを作りました。ちょうどこの話が出た時にその改築の話も出たので、これを作れないかということで県のほうといろいろ検討しました。ところが、基準が山形県にはどうも合わないというふうに考えまして、それ以上話ができませんでした。山形県は1%の県です。人口100万、出生数が1万。今、約1万よりは少しきっています。真ん中に山脈がありまして、人口が分断されて、交通網がまだ発展していません。ですから、すべての県を一つと考えると、それが1万にならないのです。大体6,000になります。ですから、今の基準で1万と考えられても、それに見合うだけの規模ができないということになります。それから医者の方も地方ではなかなかそういう所に集めることができません。いろいろな小さい病院も大学としては、そこに医者をやらなければいけないという状況はありますから、今までの話だとどうしても合わなくなってしまう。

小泉 今、新生児の話が出ましたが、産科の2人当直は多田先生がおっしゃるような形でいいかと思うのですが、最初に課長補佐のクワシマ先生のほうからNICUのほうも下げるといった話が出た場合、せっかくNICUがセンター化してきて、ある程度マンパワーが集まってきている状況で、最初も中村先生の解説の中にも、新生児専任の医師は増えているけれども、かなり分散しているかもしれないという現状があって、ますますそれを加速するような方向には絶対もって行ってほしくないということがあります。ですから、一つには総合周産期でやっていたのは、確か100万の人口で9床~12床ぐらいのNICU、例えば60万、70万の人口の県はそれに案分比例した形でいいと思うのですけれども、少なくともせっかく新生児の領域に関しては集まってきたのが、分散するような形に誘導してもらっては困るということだけは強く言いたいと思います。

中村 ありがとうございます。まだ意見はあるかと思いますが、大体出尽くしているのではないかと思います。やはり大きい県と小さな県との違いです。小さな県については最後のほうで、山形からお話がありましたように、やはりそれに見合うような格好での施設というのを考えていかなければいけない。そうするとマンパワーの面でも、今の基準では無理だろうということが言えるのではないかと思います。ただ、都道府県で人口的に見ましても、集約するほうが客観的に望ましいというところは、決してそのラインを崩さないという小泉先生の話ですが、どこでクリティカルな線を引くかというのはまた問題になるかもしれませんが、いくつかのパターンに分け

て考えるということが必要なのではないかと  
いうふうに私自身は今日のお話を聞きなが  
ら思いました。それと時期的な問題、周産期  
センターをまず作って、人は後からという意  
見もありますが、やはり同時進行的に物事を  
やっていかなければなりません。とはいえ、  
見通しが立つなら周産期センターをまず作る  
ということも考えていく必要があります。そ  
の場合決して、働きにくい職場というもので  
あればだめだということになるのではないかと  
思うのですが、先生何か。

岡井 今、中村先生から締めのお言葉をいた  
だきましたので、一つだけ私は追加です。今  
日厚生労働省から来ていただいている桑島課  
長がもう一つ持っている研究班があるのです  
けれども、それは今日の中で問題になってい  
る決定的な人不足のことなのです。厚生労働  
省で同じような班で、小児科産科若手医師確  
保育成のための研究班というのが出来ていま  
す。私も加えてもらっていますが、ここでで  
きるだけ頑張って人手を集める方策を考えて  
いただきたいと思います。

## 第2部 新生児医療と DRG

それではこれまでと少し異なった目的を持  
ったディスカッションになると思いますので、  
はじめに多田先生のほうから少し経緯をご紹  
介していただいて、それから演者の先生方に  
発表をお願いしたいと思います。

多田 新生児医療をやっている者として、診  
療報酬というのが非常に大事だということは

皆さんご承知のとおりでございます。われわ  
れが診療報酬のことを言いますのは、普通の  
保険だと自分の所の収入が増えると自分が潤  
うということなのですけれども、僕らが診療  
報酬を上げていただきたいとか、きちん  
としていただきたいという要求をしますのは、  
この前もディスカッションがありましたよう  
に、われわれが一銭ももうかるわけではない  
のです。ところが、今日堀内先生からお配り  
いただいた小児科学会の別冊を見ていただき  
ますと、607 ページに施設の規模別といいま  
すか、整備状況によって死亡率、予後が全然  
違うわけです。そうするとわれわれはこの診  
療報酬というものがきちんと整備されて、施  
設がきちんと整備されていないと結局こども  
たちの予後が悪くなる。子供たちの予後が悪  
くなるということは家族の負担にもなるし、  
社会の負担にもなるということで、われわれ  
が診療報酬をきちんとしてもらいたいとい  
うことは、決してわれわれ自身の要求のため  
ではなくて、次の子供たちあるいはお母さん  
たちのケアをできる制度を作ってもらいたい  
ということです。これが最初からのわれわれの  
希望でございます。したがって、先ほどから  
も議論がありましたように、この総合周産期  
あるいは地域周産期の医療整備をしていただ  
きたいということも結局われわれ自身の努力  
ではもうこれ以上できない。したがって、設  
備や要員というものの基準を決めてきちん  
としてもらいたいということの要求でございま  
した。

一方では、そうすることによっておかげさ  
まで随分整備が進んできたというのが、今日  
いろいろ出していただいたデータでも出てお  
りました。予後が良くなっているのですが、  
逆にそれだからといってすべて解決している

わけでない。まだまだ問題が山積をしているということが明らかになりました。一方ではこの周産期の整備をある程度していただいたことによって、施設がある程度維持できてきましたが、一方最近では包括化やDRGという問題ができて、診療報酬の払い方がだんだん変わってくるだろうと考えられています。このDRGを私も十分理解ができていなかったわけですが、そういう方法にだんだん変わってくるということになりますと、今までわれわれは周産期医療をだんだん整備するにしたがって、いろいろなことをやるようになりました。心理的なこともやるようになったし、子供のケアも十分進んできた。出来高払いで、それにお金を一つ一つつけていただくということが本当は望ましいことなのですが、逆にそういうことをする一方では、DRGというような診断名によって、グループ別にされて支払いが決まってくる。そうすると、合併症を起ささないでやったほうがケアがいいということは、もちろん子供にとってもいいことです。大いにいいことなのです。逆に人手をかけないで十分な治療をしないで、その子供をケアすれば予後が悪くなるほうが良くなるだろうが、それで一定のお金がもうかるということになったら、手を抜いたほうがいいに決まってしまうわけです。そうすると、どんどん悪い施設がもうかるようなことをやることになってしまうと、ここにありますA1、A2、Bという施設が、むしろ整備されなくて、C、Dでありながら医療費をもらえばいいということになってしまう危険が非常にあります。そういう点ではわれわれがDRG/PPSという制度を十分理解したうえで、新生児医療にどう生かしていくかということです。

先ほどから総合周産期だけでは足りないという議論もたくさんございました。これは今度、新生児入院医療管理加算というのを作っていただいて、私どもはそのNICU加算だけではなくて、全体的にNICU加算を取れなくても、そこで十分医療費が支払われるという制度を作っていただきたいということをお願いしました。まだ費用としては十分加算されませんでしたけれども、一応そういう制度は作っていただいて、準NICUというような新生児強化治療加算という形で整備をしてくださる方向に向いてまいりました。こういうものも含めて施設の基準をある一定に保たれたときに、きちんとした医療費が払われて、そういう施設が維持できて、次にそういう子供が生まれたときに管理ができるような制度、この前の分にあったような周産期医療整備につなげる医療費というものを考えていただきたいと思います。それには全体の医療を考えている厚生労働省や、あるいは支払い基金というのは未熟児などの問題を全然ご存じない方ですので、われわれがそこを十分理解した上で、提案して行って、お願いをしていかないといけないのではないかと感じています。そうしないとせっかくここまで来た医療がすべて壊れてしまう危険が極めて大きいと感じまして、今日はこのDRG/PPSについて、米国における現状を加部先生、それから新生児医療において今後どういうふうに考えていくべきかということを堺先生に解説していただく予定になっております。その他に今日は厚生労働省保健局の医療課の企画官でおられます矢島先生にもお越しいただいておりますので、そのお二人のディスカッションをお聞きいただいた後に、今の進む方向など全体について解説をしていただき、またその時にご挨拶という

か、われわれの疑問な点もいろいろ教えていただきたいというふうに考えております。そんなことで、今回でどうということはないのですが、これから進む方向を担って、矢島先生からもお話いただくとありますが、かなり進行していることなので、われわれもこの問題について真剣に考えていく契機にしたいと思ってこういう企画をさせていただきました。それでは、あとの進行を楠田先生にお願いいたします。

楠田 それでは早速ですけれども、われわれはまだDRG/PPSのことに関しては医療経済のことです。比較的知識が不足していると思われるので、愛育病院の加部先生のほうから、まずDRGということに関して一般的な解説、それからすでに先進国でありますアメリカの現状を報告していただきまして、新生児医療でこういうものやっていく上での問題点を提起していただきたいと思っております。加部先生よろしく申し上げます。

DRG と PPS-「それで何が変わるのか？」

母子愛育会愛育病院新生児科

加部一彦

加部 私も必ずしもDRG/PPS、医療経済は専門ではないので、ただこの問題に関しましては、ここ5年くらい前から少し興味と関心を持って、向こうのドクターと意見交換をしたり情報収集をしてきました。結局先ほどらい議論されていたような話を含めて経済的なインセンティブを与えることで、市場原理に医療を導入してしまっただけで、それで解決をしようとしたのが、解決にはなっていないので

すが、アメリカの医療です。その手段として使われたのがDRGとPPSだったわけです。私の理解している範囲ということなので、多少僕の勘違いというのものもあるかと思いますが、またご指摘いただければと思います。

(スライド 1) 日本ではDRG/PPSというふうに組んでいわれていますけれども、そもそもこれは別物でして、DRGというのは要するに疾患の名前の集合です。もともと疾患分類方法の一つで、例えばMajor Diagnostic Category であるとかICD9、ICD10とといったような同じような分類方法の一つなのです。ですから、直接これが何か支払いとリンクしているというものではなかったのです。

(スライド 2) もともと歴史的に言われますと、このDRGの分類自体はエール大学で1969年に作り始められました。その前にDr. コッドマンというマサチューセッツジェネラルにいた外科の先生なのですが、1900年代の初めのころに活躍された先生なのですが、この人が医療の標準化であるとか医療の質的管理に関してかなり活発な活動をされました。結局当時これが受け入れられずにこの人は追放されてしまうのですけれども、その医療評価というような手法をある程度編み出して、その流れがDRGの研究に結び付いていくという流れがありました。当時1969年はICD8、その後9になって約7,000疾患がこれにコーディングされているのですが、これが今、ICD10に拡張されてきています。こういったようなことが考えられるような背景、あるいは実現できそうになった背景というのは、70年代の後半、コンピューター技術が非常に進歩して大量の患者データを迅速に解析することができるようになったということがあります。ただ、この当時はDRG開発の

エール大学における当初の目的自体は、治療プロセスの評価や医療の標準化ということが目的であって、支払い制度のために開発されたのではないということを最近少し誤解されているように思います。なぜこれは支払い制度のために開発されたのではなかったかという、この当時はあまり医療費の問題というのは大きくクローズアップされていなかったそうです。経済的に医療をどうのこうのするようなインセンティブが働いていなかったのも、ある意味純粋にマネージメント、医療の質をよくするにはどうしたらいいかといったようなことを考えて、仕事のできた牧歌的ないい時代だったと思います。

(スライド 3) だんだんDRGが開発されていきますと、医療になるように標準化をしようというのが一つの目的だったわけです。というのは、その背景には同じ診断名が付くのであれば、同じ治療が行われるはずである。そうすれば、標準化が進めばコストも一定になるというかなり大胆な仮説があるわけです。これに関してはもちろんいろいろな議論があるのですが、こういうような発想が出てきた背景には、1970年代後半になるとアメリカでも保険医療関係予算の急騰が問題になり始めるわけです。その中で1970年代後半にニュージャージー州ではじめて、予算算定にDRGを使うということが行われました。ただこの時はPPSではない、要するに支払方法とはリンクされていなくて、疾患郡の名前でそれに関わる必要となるだろう予算をグルーピングするといったような仕事に使われたのだそうです。このHCFAというのはアメリカの公的医療に関する部分をコントロールしているアソシエーションです。ここの団体がエール大学のDRGの研究に少しずつ補助金

を出し始めているのもこの時期に相当するそうです。

(スライド 4) だんだん時代が1980年代に入ってくると、特にメディケアの医療費の増大が問題化してきまして、この時にはじめて包括支払い制度、いわゆるPPSが検討されます。ここで初めてDRG疾患分類とPPSというのが結び付くような議論が行われるわけです。日本の医療制度とアメリカの医療制度は皆さんご承知のとおり全然違うので、このとおりのことが日本で起こるとはとても思えないのですが、アメリカの歴史の流れをそのままどっていきますと、1983年に社会保障法の改正が行われまして、この時に初めてHCFA-DRG、多分今日皆さんも資料の中に「新生児関係DRG」という資料が入っていると思うのですが、あれがHCFA-DRGのいちばん新しいものの新生児のところの抜書きなのですけれども、それがメディケアに最初に採用されています。メディケアというのは、高齢者と障害者を対象とした医療保障制度です。

(スライド 5) それで、支払いそのものの方法も全然違います。これは基本的に押さえないといけないことなのですが、アメリカではホスピタルフィーとドクターフィーは別です。そしてDRG/PPSが行われているのは、このパートAと呼ばれるホスピタルフィーに関してで、ドクターフィーは技術料というわけではないのですが、ドクターに関するものに関してはパートBということで、こちらにはリソースベースリラティブバイオスケールというものがありまして、こちらできちんとかどうかいけると問題があるのですが、支払われるという格好になって、2本立てです。DRG/PPSというのはあ

くまでもパートAに対して行われていることを理解してください。

(スライド 6) 実際その後の展開というのは、1988年にニューヨーク州がメディケア患者だけでなく、一般入院患者に対してもDRGを採用します。この時使われたのがAP-DRGというAll Patient DRGというものでこれも今、バージョンアップを重ねられて使われています。このニューヨーク州で採用されたことが一つの大きなきっかけになって、特に医療費の抑制政策と結び付いて広く導入が進んでいくわけです。現在アメリカの保険医療というのは、日本の介護保険とは違って、メディケアといわれる高齢者や障害者に対するシステムで保険給付されている人が3,900万人。メディケイドという低所得者層向けの保険システムが3,400万人。そのほか民間保険で何らかの形でやっている人が1億8,800万人。この民間保険というのがくせものでして、それこそ病院へ行くとお医者さんが握手しながら待ち構えて待っているようなすごい病院から、薬だけはとにかく出してやるぞというような保険まで千差万別なわけですが、とりあえず保険を持っている人が1億8,000万くらいです。それで無保険者というのが大きくクローズアップされていますけれど、1997年のデータなのですが4,100万人といわれています。無保険者は大体7人に1人といわれています。そのような中で民間保険の膨張というのも問題になるわけです。それからDRG/PPSというのは現在のところ入院に関して行われているわけで、外来に関しては最近APGと呼ばれるコードが開発されて、今、外来手術と放射線撮影に使われているようなのですが、これは非常に評判が悪いシステムで、今のところ一般的ではなく

て試行段階にあるような感じですが、これについていい評判を言った人は僕の知り合いではまだ1人もいないです。まだ非常に問題がある方法です。ただ外来のほうにも、やはり包括支払い制度—APG、PPSというような言い方をしていますけれど、導入を目指して何か動きはあるというのが現状のようです。

(スライド 7) DRGというのは、最初に疾患分類であるというふうにお話しましたが、一つではないのです。いろいろなDRGがあります。よくメディケアで使われているのが、先ほど言ったHCFAという組織が作ったDRGで、これは非常に広く使われています。メディケア入院患者の支払いに利用されています。現在は新生児やHIVなどの分類も加わっています。それからAP-DRGというのは、All Patient DRGです。これはニューヨーク州で開発されて、メディケア以外の患者さんにも使えるように最初から新生児なども入っていました。これも幅広く使われています。それから、APR—これはAll Patient Refinement—もう少し精緻化しようということで、重症度であるとか死亡のリスク、それから処置なども細かく加えて、いわゆる精緻化されたものです。ところが3M HISという、スリーエムというバンドエイドなどを作っている、多分関係者なのでしょうが、HISのホスピタルインフォメーションシステムという会社が開発して、著作権を持っているのです。著作権がないところにはめったに内容を出さないらしくて、姿は見るのですが、内容がよく分らないです。ただ現実問題、この開発が進んで、全部手でやっているわけではなくて、コンピューターのソフトとリンクしますので、APR-DRGを作ったコンピューターソフトの開発をしているのだと思

うのですけれども、それを採用したところはまだないというふう聞いています。ただ、だんだん重症度であるとか精緻化して、細かく支払いにつなげていこうというようないろいろな動きになってきているというふうにあります。

(スライド 8) これは代表的な DRG なのですが、MDC というのは大きな病院の分類カテゴリです。大体 25、26 くらいです。疾患分類ですから、疾患をどのくらいの数に分類するか。やはり R がつくとすごく多くなっています。肝心の新生児のデータなのですが、これは使用しないとなっているのですが、この DRG 自体使われているのが主にメディケアなもので、あまり新生児患者が対象にならないということです。実際には APR - DRG を使っている病院が、私の知っている NICU などでは多いようなのですが、体重が 500 グラム刻みの DRG が設定されて、それに対して生存と死亡というような大まかな Diagnostic Category が使われています。それから APR のほうはそういうわけでよく分からないのですが、多分このリファインなので、おそらく何かそういったものが入っているだろうといわれています。それから子供のデータも同じです。

(スライド 9) では 1988 年に DRG と PPS が連動して導入され、何が起こったかということです。これはいろいろなことが皆さんの耳にも入っていると思うのですが、少しまとめてみますと、まず平均在院日数の短縮化ということがいわれています。ニューヨーク州のデータでは、試行後 1 年で平均在院日数 9.6 日が、これは全部の平均だと思うのですが、メディケアですが、7.4 日に短縮したという報告があります。それから医

療費の伸び率は鈍化した。これに関しては DRG / PPS だけかということ、これに議論があるのです。これはまた後ほど少し紹介したいと思います。それから病院数ベッド数は DRG / PPS 導入後、減少に向かいました。伸び率の鈍化とかこの辺のことというのは、必ずしも DRG / PPS だけで説明できるものではないのではないかと思います。一応これも効果である。それから日帰り手術は増加をしました。手術に関係する術前検査などというのは全部外来で行われたり、平均在院日数を 1 日でも短くするように、患者さんが入院をしてくるのは手術の当日、朝、病院に着いてそのまま手術室に直行するような格好になります。それから向こうで手術すると、今は早期離床一さっさと帰れと退院をうながされるわけです。「帰れ帰れ」でかなり大きな手術をしても、翌日から歩かされたりするようです。それから、術後管理はすべて外来であるとか在宅で行われ、これも平均在院日数を短くした一つの理由です。それで在宅ケアは増加したわけです。新生児に関して、例えば光線療法などというのは全部在宅で行われているようです。愛育病院には外国人の患者さんが入院しますが、光線療法で長引くというとなぜ在宅でできないのだとごねるアメリカ人がけっこういるのですが、向こうでは在宅でやっているわけです。当然、外来比率は増加しました。退院後 6 週間の死亡率は変化がない。再入院率は微増したといわれています。これは全体の話で、新生児ではやはり少し違います。死亡率は少し増えているようです。それから、再入院率に関しては明らかに増加したそうです。これはまとめたデータがなかなか手に入らないのですが、新生児領域では大体 1,800 グラムや 1,600 グ

ラムで退院してしまうのです。冬場などは、小児の救急にRSウイルスに感染して呼吸困難になった子が山のように運び込まれてきて、再入院しています。それでもとにかくNICUのレジデントは帰せ帰せといわれてすごく大変なのです。あとは一つには治療水準の明確化というのがあるといわれています。次のスライドをお願いします。

何が変わったかということなのですが、結局こういうことが起こります。患者に対して幾ら医療資源を投入しても、病名に応じて一定額しか支払われない。これはそういうシステムですからそうなのです。そうすると、最小限の資源投入で退院させたほうが病院にとってはプラスになるという経済的なインセンティブが働きます。

それと治療内容に対する医師の裁量が影響を受ける。これに対して患者さん側から粗診粗療であるという批判を受けますが、要するにこんなことをやると入院期間が長引くであるとか、とにかく一日でも早くおっばいや体重を増やして早く帰せという圧力が加わるわけです。病院従業員への経営サイドからの圧迫が多くなったといわれています。結局こういったようなことがあって入院日数というのは短縮して、病院が総ICU化したといわれています。総ICU化というのは、要するに軽症の患者さんがいなくなってしまうわけです。帰れる人は皆帰せということなので、病院に入院している人は逆にいうと重症患者ばかりになってしまった。その結果、お医者さんや看護婦さんは非常に多忙になります。これは看護のほうでいわれていることなのですが、医者はなかなか人を減らせないようなのですが、看護婦さんは切り詰めて切り詰めてというところが多くて、看護婦さんを常

勤職員からアルバイトにシフトして、非常に問題になっている所が多いというふうに聞きました。そういうことで非常に多忙になっている。そうすると当然対応できなくなってくるので、ここにクリティカルパスであるとかプロトコールを作成して、ケアをある程度定型化していくというようなことが行われています。新生児であるとか救命など、わりと同じような患者さんが入ってくる領域は、クリティカルパスを作ることは簡単だといわれているのですが、実際アメリカのNICUで見ていると、かなりのパスが導入されて、それに基づいて流れ作業のように仕事しているのを目にします。

DRG/PPSはこういうことをもたらしたといわれているのですが、実は先ほど言ったようにDRG/PPSだけでこれが起こったわけではないのではないかとされています。同時期に、やはりもう一つ導入されたシステムの中に、「PRO」というグループがあり、「Peer Review Organization 医療監査機構」というのでしょうか、訳す人によっては「医療警察」と半分悪意を持って訳す人もいるのですが、要するに医療の内容を監査するという仕組みがカップリングで導入されたことがあります。このグループは何をやったかという、入院の事前審査をやったわけです。例えば、現在アメリカでは心臓のペースメーカーでの手術というのは、それが本当に必要なかどうか事前審査をしないと受けられなかったりするということがあります。こういったことが始まりました。それから、非常に悪名が高かったのが、退院患者さんのカルテを抜き取り検査して、不適切だとか不必要な入院だと、このPROという施設の査察官が審査すると、その支払いを拒

否するわけです。それで大問題になりました。その人たちがまた悪質であると判断した医師や病院をどんどん公表されて、これは今もインターネットなどで見ることができるのですが、メディケアから排除されるということが起こって、非常に戦々恐々としたことが起こりました。実際このPROというのはコスト抑制機関一本は医療の質を保つために作られたといわれているのですが、実際にはコスト抑制機関としてかなり顕著な働きをして、その結果、当然だと思えるのですけれども、非常に批判をされるわけです。批判が高まって実質的な機能は停止をした。ただし、こういった流れがなくなったわけではなくて、それは悪名高いマネージドケアの中の特に事前審査といわれるものの中につながっていったといわれています。

(スライド 10) では、実際にどうやって医療費を決めているのかといいますと、考えようによっては簡単なのです。あるDRGのナンバーに対する支払額というのは、その相対係数というのを決めてベースレート—これは診療報酬基準額のようなものです。そのDRGの患者数をかければその支払額が出ます。相対係数というのは、平均的な医療資源に対するそのDRGで消費される相対的な資源量というふうに定義されているのだそうですが、この辺は非常にし意的に考えられるのではないかというふうに少し僕は思いました。日本でも医療経済研究機構という財団法人が平成9年からDRG/PPSの研究をしていますけれども、例えばDRG373は正常分娩ですが、正常分娩の平均的なコストは36万円、それを平均的な医療費で割って80万円、それでDRG373に対するリラティブウエイトは0.45と出すわけです。そうするとDRG

373に対するベースレートが幾らと決まって、例えばその分娩が1,000件あれば、その1,000倍が支払われる額というふうに決まってくる。実際にはこのほかにいろいろな掛け率などが加わるわけですが、大体基本的にはこうやって決まるのだそうです。

(スライド 11) 相対係数というのは非常に複雑な計算方法になっているのですが、これは病院部門別の非医療部門も含めた、DRGが採用されるのはホスピタルフィーですから、病院に支払われる全体のものに関して配分されているわけです。運営費、人件費、資本コスト計算、部門別単価。これは例えばオペ室というくくりで、DRG373、正常分娩に対するオペ室のコストを幾らといったような分析をして、それによって係数を決定するわけですが、大体日本ではすぐに作れそうにありません。細かい治療行為別単価というのは実際に日本では不明ですし、病院に対して資本コストというのは不明確です。それから人件費というものなかなかはっきりしない、一定のものがあるというわけでももちろんないわけですし、こういった部門別の配分になると、ましてやブラックボックスになっています。

(スライド 12) それからベースレートです。ベースレートというのはさっき言ったように、診療報酬基準額のようなものなのですけれど、平均コストです。ただこれも問題で、平均コストというのは病院ごとに設定されるものなのか、あるいは例えば2次医療圏ごとに設定されるものなのか、都道府県別に設定されるものなのか、全国一律に設定されるものなのか、これによってかなり変わってきます。先ほど第1部で議論されたように、例えば都市型・地方型になると、この辺で少し配布する

可能性があるかと思えます。それから、例えば病院の機能別に、高機能病院だと少し高く算定するなどということが行われる可能性があるのか、そういったうがった見方で今回の保険の改訂を見てみますと、例えば心臓手術などはある症例数以上でないと減額するという保険システムになってきていますし、そういったものがどんどん広がってくると、もしかするとこういったようなところで調整が可能かと思えます。いずれにしてもこのベースレートというのは政策的に決定されます。政策的というのは、日本の場合を僕は意識して政策的としたのですけれども、アメリカの場合これは力の関係です。ですから、病院と保険会社の関係で、ベースレートの改訂が行われたりして、実際に立ち行かなくなり、つぶれていった病院などがあるわけです。かなりこの辺は微妙な問題になるのではないかと思います。

(スライド 13) 例外の扱いがあります。当然DRGなどですべて同じ診断名であっても、例えば早く亡くなってしまおう子であるとか、あるいはNICU長期入院児の問題があります。こういったような患者さんはアウトライヤーという扱いになるわけです。平均入院期間R-DRG番号が整理されますと、このDRG番号の平均在院日数が計算されます。その平均在院日数を基準にトリムポイントというのを設定します。ローとハイ両方の、要するに短いほうと長いほうのトリムポイントというのがあるわけですが、このトリムポイントに応じて掛け率を変えます。これはメディケアの方法ですが、ある意味日割りになるわけです。必ずしも日割りではないようなのですが、計算としては日割りに近い、あるいはこの掛け率なども随分いろいろな計

算方法があるようです。こういったような形でアウトライヤーというものを規定しています。

(スライド 14) では、こういったような方法で医療費のコントロールをしようとしてアメリカではやっているわけですが、では実際、DRG/PPSを外国はどのくらい入れているのかということなのですが、最初にお話したようにDRG自体は病院のマネジメントのツールなのです。マネジメントのツールとして利用している国はけっこうあります。ただPPSと連動させるという国はまだ少ない。アメリカほど本格的にやっている所はまだ少ないようです。ただアジアでは、例えば韓国がおそらくもう始まったのかやろうとしているのか、シンガポールが多分近いうちにあるか、最近のことは良く分かりませんが、台湾も何かやろうとしているふうに聞いたことがあります。ヨーロッパでは、ドイツは確かPPSを入れました。ただ、ドイツはPPSが医療費の抑制には働かなかったというような結論を出していたと思います。使われているDRGというのもさまざまで、スウェーデンやポルトガルはHCFA、要するにメディケアに使うDRGを採用しています。イギリス、ドイツは自分たちで作りました。フランスも少し改変して使っています。では、日本はどうするかということです。

(スライド 15) 日本でDRG/PPSをやろうというふうに考えた場合に、ここ何年か僕はずっと中村班でICD10と組換えデータベースの仕事をしてきましたけれど、最大の問題点は病名コーディングがほとんど行われていないということです。これは本来医者の仕事ではなくて診療録の管理士の仕事なのですが、日本では診療録管理士の要請は全然

進んでいません。NICUで多くの場合、ICD10で皆さん入れていただいていると思うのですが、それに対してもデータの正確性というのはほとんど管理されていません。DRGに関していえば、どのDRGを使うのか。アメリカのDRGを導入することが本当に妥当なのかどうか。これも検討しなければいけない。検討はしているようなのですが、あまり臨床とリンクしていないようです。それから日本版DRGというのが、確か第3版まで進んでいるはずですが、その完成度というのが私たちには全く見えてこない。少なくともJ-DRG—日本版DRG第2版には、新生児疾患というのはほとんど入っていなかったのですが、そういったような状況で本当にDRGの導入をすることができるのか。それから、それぞれの係数です。相対係数、ベースレート、アウトライヤーの取扱い、こういったようなことでかなり支払いを意図的に今よりもかなり幅広く調整することが可能になるのに、それによって病院によっては収入が激減する可能性もあるのです。この大反対を押し切って改革ができるのでしょうかということも少し分からないというふうに思います。

(スライド 16) では、結論のようになってしまうのですが、とにかく現状では不確定要素が多すぎる。これは一つには日本の新生児医療を含めて医療がどこへ向かっていこうとするのかというグラウンドデザインがある程度明確にならないと、DRGはともかくPPSは少なくともかなり問題が生じそうです。やはり現状に関する調査が、どう考えても不十分です。ただ、いろいろな噂も含めて、世の中の潮流を見てみると、こういったような方向に向かう流れは確実に生じているようで

す。では、それに対してわれわれはこれから何をやっていこうかという、少し手前味噌になるようですが、臨床データの蓄積を進めていかなければいけないし、相互のデータを蓄えて比較検証していくシステムを作っていかなければいけません。それから、今はまだ世の中はICD9ですが、ICD10を使ったコーディングを普及させていかなければいけない。それから、臨床医は支払いのことに関しては、頓着しない人が僕を含めて多いのではないかと思うのですが、やはりここは自分たちがやっている医療行為に対するコストということをもう少し注目して、コストを含めた情報の蓄積と交換というのを行って、それぞれの施設あるいは医療の状況において、一体どのくらいのバリエーションが生じるのかといったデータを蓄積していく必要があると思います。少し長くなりましたが、ご清聴ありがとうございました。以上です。

楠田 ありがとうございました。続きまして、宮城子供病院準備室で副院長の堺先生のほうから、今、加部先生にお話していただきましたように、DRG/PPSは大きな流れなのですが、実際に新生児医療という一つの医療分野に導入するとなると、いろいろな問題点があるのではないかとということで、新生児医療で、もしDRG/PPSを導入するとどういふふうに対応しないといけないのかということで、堺先生にお話していただきまして、そのあと少し実際のデータを倉敷中央病院の亀山先生と青森市民病院の千葉先生に病院のほうのデータを追加発言のほうをお願いしたいと思います。それでは最初、堺先生よろしくお願ひします。

## 新生児医療における DRG-今後の動向と対応

新生児医療連絡会 堺武男

堺 はい、堺でございます。スライドを使わないでプリントで行いたいと思います。「日本におけるDRGについて」という表題が間違っています。加部先生がアメリカだったので、つい「日本」と書いたのですが、実は新生児のどうなるのだろうという話を提案だけさせてもらいます。

新生児連絡会の社会保険を担当してまして、未熟児新生児学会でも社保を担当してまして、先週の日曜日に加部先生はじめ何人かの先生にお集まりいただいてディスカッションしました。それをまとめたものがこれで、多分さっき加部先生が言われたとおり、流れは止まらないだろう、どうも来年だという話も聞いていますし、小児科は大学からそろそろ始まるらしいと、東北大学でも実は7月から病名の調査を始めることになっていまして、何らかの準備をはじめなくてはいけないというところにきています。

では、新生児にDRG/PPSが導入されると何を問題にしなくてはいけないだろうということで、この秋ごろまでにある程度の準備をしなくてはいけないだろうというようなことを考えまして、提案させていただきます。プリントに従っていきたいと思います。

まず1番、「DRGとは」というのは、これは今、加部先生がお話されたので省略いたします。それから、2番目「米国のDRG」。この米国におけるDRG/PPSに関する資料というのは新生児連絡会で抜粋した新生児関係のDRGを加部先生が持っていた資料です。これはあとで皆さんお読みいただきたい

のですが、これを少し抜粋しました。一応DRGの385番から391番が米国では新生児関係。469、470というのはある程度胎児条項になっています。DRGが九つです。それで1016項目の記載が米国では新生児の疾患に対するDRGとしてあります。かなり細かい分類がされています。では、日本ではどうするかということなのですが、いわゆるDRG/PPSは、今さっきの加部先生のお話でDRGとPPSは必ずしもイコールではないが、DRGを基にした支払い方式ということで、DRG/PPSということになるだろうということでPPSの一般的な考え方というのは次でございます。

DRG/PPS算定の基礎も、かなり加部先生が言われたとおり複雑な内容ですので、一般的にこうだということにならないのですが、大体整理すると、この①から④までの患者さんに費やしたマンパワー、薬剤や医療材料、入院日数、コストというものは平均コストという考え方ですけれども、ただアメリカでは医師の評価というのは入っていませんので、どうなるかというのはありますが、一応この四つを基にPPSが算定されるだろうということです。

DRGが開始されると、今、言われたとおりで病院間の経費の比較が容易となるということになります。ただし、3番、DRGに対する支払いが一定になりますので、病院では診療内容の合理化を行うことで収益をあげることを目指す。これがもしかすると、さっきの診療内容の低下というようなことにつながるかもしれません。

そのためにクリティカルパスというものを作りまして、診療内容を合理化することで、病院の収益の差額を増やそうというふうな努

力が、もしかしたらされます。ところがこのクリティカルパスで病院がコストを下げる努力をしますと、全体のコストが下がりますから、逆にそれにしたがって支払いも下げましょうというふうな可能性も出てきます。病院が努力すると下がってくる。実はこういうことも含めて、その辺にしたがって医療内容あるいは疾患の変化、そういうものを考えながらこれを見ていかないと、一生懸命いい医療をしようとするとうがるということもありうるということなのです。これはとても大変なことだと思います。

それで今、現在日本ではどういうふうになっているかというのが、これも確実な資料がなくて、手に入っている資料だけでお話をするのですが、いくつかの病院ですでに試行がされています。「日本におけるDRG/PPS試行病院と問題点」ということで、1998年11月から国立病院を中心としまして、5年間実施されています。対象患者は2)にあるとおり、一応小児は対象としない。それから、転院患者さん、検査の入院の患者さんは対象にしないということで行われています。そのほかに、1行上なのですが、民間の54病院がこれに手を挙げて参加しております。この54病院のリストを見せていただいたのですが、新生児関係でみる限りは、ざらっと54病院あるのですが、私の知っている範囲それから皆さんで新生児医療連絡会の幹事で確認した範囲では、聖隷浜松病院と倉敷中央病院、聖マリア病院のこの3病院くらいがNICU加算がとれている病院で、他の病院については新生児医療についてはどれだけやられているかははっきりしないというところで、ここで算定されますと、かなり低い点数計算がなされるであろうというふうに考

えております。そこで新生児につきましては、倉敷中央病院の亀山先生があとでお話されると思いますけれど、試行ではなくてデータの基本となる保険請求点数を厚労省に報告しているということでもあります。基礎データとしては、少しずつすでに厚生労働省に報告されているというところに来ております。

今回、私がまとめさせていただきましたのは、現在の日本の新生児医療を考えて、何を問題にしていくかということなのです。これは今の日本の新生児医療はご存じのとおりNICU加算という方式でやられており、このNICU加算とDRGというふうな、いわゆるマルメとなっていくとその関係はどうなるのだというのは非常に大きな問題となっています。まずその辺から今の日本の新生児医療が、DRG/PPSということになるとすると、どういうふうなことを問題としなければいけないかということをお述べさせていただきます。

まず、1)として、NICU加算をどういうふうに考えるかということなのです。これはあとで報告がありますけれども、今、超低出生体重児の総医療費はNICU加算のない施設は、NICU加算をとれている施設に対して大体3分の1くらいと考えられています。これは97年沖縄の未熟児新生児学会の連絡会のフォーラムで楠田先生がまとめてくれたデータですが、かなり出来高点数だけでいくと3分の1くらいにしかならないという計算です。次に今、実際に、超低出生体重児ないし極低出生体重児でどのくらいの経費がかかっているのかというのが、これはまたあとで出ますが、大体主要病院で算定された超低出生体重児が9例や10例くらいしかないので、平均大体1,000万という計算で、これは名古屋の小児科学会の時の楠田

先生の報告とほぼ同じでありまして、大体 1,000 グラム未満の赤ちゃんの総医療費は 1,000 万円かかっているということになると思います。

ところで、NICU加算で計算しますと、例えば多田先生がやった新生児入院医療管理加算 250.30 日というのを計算してみましても、1,000 万にはいっていません。超低出生体重児で 780 万、1,000 から 1,500g で 510 万くらいというふうな計算になります。そうしますと現実的にこれから点数を計算していくと、出来高払いではNICU加算に対して 3分の1くらい、現行のNICU加算で計算していても実際の総医療費の 1,000 万には満たないということになりまして、この辺の基礎データをきちんとしていかないと、かなり点数としては低く見積もられる可能性が出てきます。この辺の基礎データをわれわれはきちんと作る必要があるだろうということです。それで解決策ではなく、ただの提案なのですが、もしDRG/PPSが導入されるとすると、現行加算以上の点数であることが必要である。この基礎データをまず作る必要があるだろうということです。

それから合併症の考え方ですけれども、さっきの帰れ帰れというアメリカの病院の話がありまして、成人領域ではDRG/PPSにつきましては、ある特定の疾患について入院するわけです。例えば虫垂炎の手術をして腹膜炎がある場合とない場合があって、ポンポンと手術して2日で退院しなさいということで、PPSになるわけです。したがって、入院後のある程度の合併症、そこで傷が癒着したなどというのは病院の責任になるわけですが、ほとんど入院後の新たな合併症は少ないだろうと考えます。

ところが新生児の医療は、赤ちゃんが生まれて患児が低体重であること、つまり RDS があるということは、出生したときから発生するわけです。それから先天異常は、心疾患があるとかは出生したときから発生しますが、それ以降の合併症は、例えば敗血症になってみたり、PDAが開いてみたり、IVHが起きてみたり最初はまっさらなのに、あとから合併症が出てくるという疾患でありまして、1,000 グラム未満の赤ちゃんが生まれたとき、DRGにいきなりPVLをつける人は多分ないので、これはあとから出てくる問題ですので、この辺の考え方としては合併症というのは違ってきます。したがって、入院時だけのDRGでは診断が不足するという可能性があります。とすると、入院後に診断名を追加DRGになってくることが必要になるかもしれない。とは言いましても、実際合併症が少ないということが医療としては優秀なことになるわけですけれども、実はそうすると追加するDRGが少なくなります。そうすると、合併症が少なくなればなるほど、収益は下がるということになりまして、合併症を作ったほうがもうかるというところでもないことになってくるわけです。これは先ほど多田先生がおっしゃった予後の問題ということで検討していかないと、いい医療をした所の予後がいいということをきちんと出していかないといいけないということがあると思います。

したがって、この辺もどういうふうに新生児が入院したときに最初の大分類をしておくかということが大きな問題になります。話し合いましたのは、大分類については出生体重のみに絞るというふうに簡潔にして、できるだけ複数のDRGを使わないということを原則にしたらどうだろうか。合併症に関し

ては、全国のいろいろな施設で不可避免的に発生してくる合併症ということが必ずあるわけですので、例えばPDAなどはそうだと思うのですが、そういうような合併症の頻度を基準として合併症に対する医療費をあらかじめその体重の中に包括しておく。それでもやっぱり、水頭症の手術をしたとか腸管穿孔の手術をしたとか、新たなDRGが出てくる。それについては、外科手術など他科の治療など、そういうふうな本来的に発生したものについて計算するというふうなことがいいのではないかとということで合併症を考えていくということです。これは、またあとでお話します。

それからもう一つ、DRGですと、出生体重500グラム未満、750グラム未満であれば何日間という入院日数で、その入院日数が終わればドーンとその点数は下がるというふうになっています。これは当たり前だと思うのですが、入院日数につきましては、出生体重が少ないほど入院日数が長くて合併症が多い。またDRG/PPSでは規定の入院日数を超えると、点数はかなり低くなってきます。したがって出生体重で2番で提案したようなDRG/PPSを決定するとすれば、入院日数の算定が大きな要因となるので、出生体重である程度入院日数を予測することが適当と考えられます。これを事前の検討が必要だと思えます。

解決策として、出生体重ごとの入院日数を導入前に算定しておくことと、医療内容の変化、例えばRDSでしたら、人工サーファクタントが出てからかなり変わってきたとか、あるいは小さい子がどんどん生まれるようになってきて、入院日数が長くなってきたなど、それによって対応策を考える。参考資料1といえますのは、5ページにあります。あとで

亀山先生がもう一つ別のデータを出されます。それに比べると約1ヵ月入院日数が短いのですが、これは外科疾患や家庭酸素療法やその他長期入院を必要とする特殊な合併症を除いた、いわゆるセレクトされた例で、純粋に未熟児といえますか、そういう疾患の赤ちゃんたちです。それでいきますと当然ながら、出生体重500グラム未満の生存例のデータがなかったものですから、500グラム以上しかないのですが、そのような形で、大体500~750で、4ヵ月から少し、750で3ヵ月というデータが出ております。これも一応きちんとしたものを全国的なものとして出す必要があるかというふうに考えています。

戻っていただきまして、次に4ページですけれども、今の日本の新生児医療のNICU加算、先ほど大野先生からお話がありました2次病院、3次病院等々のいろいろな病院間の較差がございます。マンパワーの問題だとかコメディカル・スタッフの問題があります。それを一律に平均コストをかけていいのかというところで、さっき加部先生の話もありましたいわゆるリラティブウエイトー相対係数というものをどういうふうに考えていくかということを経験の較差となっていますが、病院群で考える必要があるだろう。

それで、NICU加算を取っている施設は人件費その他のコストが高くて、したがって加算のない病院とのある程度の点数差が必要と思われる。さまざまな不採算部門としての方々が参加されてきているということも新生児医療としては考えなくてはいけない。ということで、これをどうするかということなのですが、ある程度病院の規準を作って相対係数を3次病院の加算を多くしつつ、2次病院を救済するという、今の自主加算の考え方