

なのですが、「係数の傾斜配分」の設定を考える必要があるだろうということです。

それから「急性期の扱い」で、米国のDRG/PPSでは死亡例についての支払いは、急性期と死亡例と急に出ています。日割り扱いなのではないかという話をされましたが、詳しいことは僕もよく分からないのですが、しかしながら、出生早期の急性期にかなりの労力と医療費が費やされるのは、新生児のみならずそうなのですが、早期新生児期に赤ちゃんが亡くなったのを7日間で割ってしまうということになってしまうと、医療費に対して低い仕方になってしまう。そうすると出生後のある時期までの入院日数に対しての傾斜配分が必要ではないだろうか。したがって死亡例に限らず、急性期とその後のある程度の日数後では傾斜が必要となる。ということで解決策としては、ちょうど早期新生児期と新生児期という7日、28日という区分がありますので、それを利用するかどうか、その後の時期に傾斜をつけるということが必要となってくるだろう。

それからもう一つは、「長期入院児の扱い」です。さっきアウトライヤーという言葉が出てきましたけれども、アウトライヤーとして出生体重と入院日数を設定した低出生体重児の場合、入院日数を超過したあとも入院が継続すると、準集中治療にもかかわらず、点数はかなり低下します。気管切開して、人工呼吸器をつけていても点数が取れないということが生じる可能性があります。これはもし最初のDRGのまま行きますと、出来高にもはるかに達しないことが予想されます。解決策として、入院時のDRGで規定された入院日数を超過し、平均在院日数を超過する妥

当な疾患が存在するとき、例えばCLDなどですけれども、新規の疾患の追加を認め、新しくDRG/PPSを開始する。一方、他に明らかな疾患が認められないときには初期のDRG/PPSの中で診療を続けるということが長期入院児に対する扱いだろうかということです。

それで新生児医療連絡会からは、今回の班会議にDRG/PPSに対する対応として何をするかということをもとにまず提案しなくてはいけないと思います。提案の1は、新生児領域では出生体重2,000グラム未満の児は、出生体重のみのDRGで分類していいのではないかとことです。これは参考資料1と大体同じなのですが、5ページの参考資料に大分類として体重別分類、体重不明の早産児がありまして、あとはずらっと低出生体重児、低出生体重児で2,000グラムまでは250グラム刻みで分けていくというのが大分類になると考えています。それから、その後合併症が外科手術など他科に関わる場合、または入院日数が予定を超える慢性疾患の合併では、新たなDRGを出生体重以外のDRGとして追加する。

3番として、出生体重2,000グラム以上については、参考資料3にICD10に準ずるような、さっき病名コーディングの話が出ましたが、2,000グラム以上については疾病による分類でいいのではないかと。それはICD10の新生児のMDCが13述べておりますので、それを参考にしていく。

2次・3次施設の係数差については現在のNICU加算に準ずる施設基準を作成し、係数を算定する。その際、3次施設の加算の維持と同時に、2次施設の救済手段として出生体重により係数を変化させる。(例えば極低

出生体重児と 1,500 グラム未満と 1,500 グラム以上では係数を変え、1,500 グラム未満では差を大きく、あるいは 1,000 グラムでもいいと思うのですが、それ以上では係数差を小さくする。)つまり、2次施設に対するGCU加算による補助の発想をもっていくことが大事ではないか。

今後そういうことで具体的に何をすればいいのかという話ですが、現行のNICUの加算、それから加算なしでの医療収入、さらに入院中の総医療費について調査を行って、ある程度の分析をしておく必要があるだろう。

それから、入院日数、疾患分類について調査を行う必要がある。これは合併症についてもそうです。それから3)が長期入院の要因と総医療費について調査を行って、長期入院に対する対応を検討しておく。4)として、コメディカル・スタッフの関与というのはこれから大きな問題になってくると思うのですが、看護婦さんやそのほかの、特に不採算部門で、臨床心理士の方々など、その辺の関与について調査を行って、それらがどういうふうなコストの中に入るかということを検討しておく。以上の項目について、2次・3次施設をある程度抽出しまして、今年の秋を目標に検討、調査を行う必要があるのではないかとすることがこれからの課題だと思っています。以上です。

楠田 ありがとうございます。かなり詳細に検討していただいたのですけれど、今のご発表で確認しておきたいことがございますでしょうか。

田村 基本的なことなのですけど、先生の計算された総医療費というのは病院のかかっ

たコストを積み上げた費用ということですか？

堺 そうです。あとで、亀山先生のほうから詳しく話があります。

楠田 ほかによろしいでしょうか？ それでは、またあとで総合討論するとしまして、追加発言のほうを亀山先生、最初にお願いできますでしょうか。

追加発言

倉敷中央病院 亀山順治

亀山 去年の4月から54の民間病院もDRGのいわゆる資料を提供するというもの一つに参加になりまして、4月以降のデータが厚労省のほうに一部送られています。それをベースにした形で、総医療費、総点数、それから入院日数などを少しまとめてみました。これは一施設なので、これからいろいろな施設から平均的なものをやはり出していかないといけないというふうに思います。われわれの所は地方型なので、バックトランスファーはほとんどやっていませんので、かなり長期まで大丈夫というところまで見ているので、大都市型の早期に転院したり、退院させるという形とはだいぶ違ってきます。それでいいますと、例数は少ないのですが、500~749gや、500~999gというのは、やはり108万点、101万点、円で言えば1,000万少しかかるというのがちょうど費用ではないかと思えます。749g以下はうちの所では、5ヵ月くらいかかっています。1000~1249gでは58万点になりまして、3ヵ月ほどです。1,250~1,499になりますと、超低出生体重児に比

べると3分の1くらいになってしまう。日数も3分の1くらいになります。それから1,500~1,990になりますと、1ヵ月弱になって10万点、それから2,000~2,499になりますと、約半月ということで、6万9,000点という一つのデータだけなのですけれど、それでRDSがあるなしで、1,000~1,499を見てみますと、例数が少ないので分かりませんが、やはりRDSがあるほうが点数は高く20数万点です。ただし小さい子がメインですから、体重別の1,000~1,500の二つの区分とそれ程変わらなくなってしまう。2,500以上になりますと、胎便吸飲症候群のあるなしくらいで見ますと、4万点くらいが少し違ってくるのではないかと思います。

こういう形でしまして、医業収入というのを楠田先生のほうから公的な病院、それから私的な病院それぞれ病床数、そこに書いてあるような形でNICUもして、医療報酬、補助金、繰入金、その他という形で収入合計を書いておきますと、これは単位が1,000円単位だろうと思うのですが、K、Aというところにそれぞれの収入があります。歳出に関していえば、給与費、薬品費、診療材料費、その他、それから経費という形で大きく分類していったものを下のほうに書いておきますと、Bの所に歳出というのがあります。それを差し引いたものが赤字分ということになって、これは全病院とも重症加算をとっている所がありますが、施設によって額の多少はあるのですが、いずれも赤字になっているというデータが出ております。一応以上です。

楠田 ありがとうございます。それでは続きまして千葉先生に、NICU加算あるなしでの差ということで追加発言をお願いしたいと

思います。

千葉 うちのほうの病院は規模からいうと、本当はNICU加算を6床取れるはずなのですけれども、手違いか何かで取っていないのでこういうような貴重なデータが出るようになりました。少しご覧いただきたいと思えます。この表です。これは例えば1,000グラム未満などで、対象が11名になっていますが、このうち数名が亡くなったりということがあって、その亡くなった時までです。細かいのではなくて多少どんぶり勘定的なところがあるのですけれど、一体うちの施設で加算を取ったのと取らないのとどうなっているのだろうかというところを見てみました。そうしますと、こういうふうにはアップ率というのはいちばん右側ですけれど、小さい子ですと1,000グラム未満ですと116%、1,500までですと164とか、こういうふうにはアップ率があります。それから先ほどの堺先生のお話もありましたが、2,000以上をどうするか、この場合には一応私のほうで社保をとったことがないものですから、2,000以上も全例対象にしてみました。それから呼吸不全というのは、体重のほうを優勢にして、2,500以上のレスピレーターを使ったものだけを呼吸不全としました。高度の先天奇形、これもやはり体重のほうを優先して、余ったものをこうやっています。例えばTGAとか非常に重症のものはわりと来ても数日で心臓外科のほうに回ったりしますので、期間が非常に短くなっているということです。一体どれだけ取ればどれだけ今の医業収益より増加するのだろうか、うちの規模でやってみますと、1億6,540万くらい差がある。それは軽い患者さん、たまたま何かあると思ってきたけれど、

なんでもなかったというまで混ぜて平均しますと、全体としてはいわゆるアップ率が85%までアップするということが分かって、非常に残念な思いをしているのですけれど、市民税のほうに影響がいて、まずいなと思って、せっかく国で出してくれるという制度があるので、利用しなくてはと思っています。

楠田 ありがとうございます。それでは矢島先生のほうからご発表いただきたいと思いますので、司会のほう多田先生に替わらせていただきます。

多田 それでは先ほどご紹介いたしましたように、今のが新生児側がどういうふうを考えていこうかということですが、全体がどういう動きをしているか、あるいはどういうことなのかということの解説を矢島先生にお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

DRG-PPS について 厚生労働省保険局医療課 矢島鉄也

矢島 失礼いたします。ただいまご紹介いただきました厚生労働省保険局医療課で企画官をしております矢島と申します。次のスライドお願ひします。

アメリカのことは先ほど愛育病院の加部先生のほうから十分なお説明がありました。ほとんどあの説明で間違いのないと思いますが、少しだけ補足をさせていただきたいのですが、あくまでもDRGというのは支払い方式を意味していないということです。アメリカの方としゃべっても、彼らは絶対にDRG/PP

Sと言ってくれません。自分たちの国の制度だと思っていますから、DRGというふうにしか言いません。日本でわれわれがDRGというと、日本もアメリカと同じ制度を導入するかと必ず間違えられます。どんなに説明しても理解していただけません。あとでご説明しますが、日本はアメリカと全く違うシステムです。それからヨーロッパも日本と同じなのですけれども、アメリカと同じようなことを導入している国はどこもありません。私たちは日本の診断群分類はまず症病名、処置手術、それから合併症の有無の3層構造になっていまして、これを組み合わせるということで、ダイアグノーシス・プロシージャ・コンビネーションというふうに表示したほうが適切であるというふうにやっています。ですから、外国の方にはこういうふうに言ったほうが理解していただけます。日本で説明するときは、当然のことながら日本語で診断群分類と言います。フランス人ももちろんフランス語で言っています。ちなみにイギリスはヘルスリソースグループと呼んでいまして、絶対にDRGとは言いません。DRGはそういう意味ではアメリカのシステムだというふうにご理解ください。次のスライドお願ひします。

これも先ほど加部先生のほうからお話があったと思いますが、最初はエール大学で病院管理手法として始まったのが、1983年でしょうか、要するにメディケアということでアメリカ連邦政府HCFAがDRGを入れたということで一躍有名になりました。ニューヨークが入って、All Patient—要するに年齢が広がってきました。これでリファインされまして、精緻化されて重症度などそういうものが入ってきたということで若干増えています。

先ほど3Mの話が出ましたが、アメリカの3Mが世界戦略ということでインターナショナルのAll PatientのDRGを作っていますが、これは売れていないと言うと怒られてしまうから、そういうふうなお話があるそうです。この流れからオーストラリアのシステムがけっこういいということで、そのリファインされたものが今、かなり流れとしては、例えばドイツやシンガポールなどそういう所で使われている流れだというふうに聞いていますし、このHCFAの流れから、先ほど著作権の関係で影響を受けないということでフランスが導入したのがGHMでありますし、それから北欧でやったDRGだというふうな世界的な流れがあります。それからドイツやオーストラリア、イギリスなどは独自に分類を作っています。日本もこのグループに入り、独自のグループを作っています。ポイントはヨーロッパのいろいろな国がやっていますが、どこもアメリカと同じような制度を導入した国は一つもないということです。次のスライドをお願いします。

これは各ヨーロッパがどういう形で導入してきたか。分類をHCFAのDRGの分類を受け入れたかどうか、包括を使ったか使わないか。使い方もすべての国があるのですが、これも若干飛ばさせていただきますが、全くそういう意味では結論はアメリカと同じ扱い方をしている国はどこもないということです。次のスライドをお願いします。

支払方法は、アメリカはこのようにパートAとパートBということで、ホスピタルフィーの部分だけが包括になっています。パートBのほうですが、ドクターフィーのほうは出来高になっています。ヨーロッパはそもそも制度が違っていて、フランスだとかそういう

所は、公的医療機関の総括の予算性だとかそういうところの配分係数に使っています。ドイツは今、少しくまなくなくて、このシステムの見直しをしていて、来年度くらいから新しいシステムになるというふうに聞いています。基本的な部分とそういうものを包括しつつ、出来高も残していくというふうな世界にいろいろなやり方があります。こういうものはいろいろなコストを見るときのやり方ですが、決してアメリカのようなやり方をしている国はないということです。次のスライドをお願いします。

先ほどから話が少しでましたけれども、来年の4月から特定機能病院にこの包括評価を使いました支払いが導入されることが決まっております。次のスライドをお願いします。

これが今年の中医協で今回の4月の点数改訂の中で一緒に議論されたものですけれども、1年後をめどにということで来年の4月から包括評価をします。対象は特定機能病院82施設だけです。この特定機能病院というのは、大学病院の本院と国立がんセンターの中央病院、大阪の国立循環器病センターというふうな所が対象になっています。患者さんは一般病棟の入院患者さんだけです。それから、いちばん間違えられるのですけれども、アメリカのように1入院ではなくて、1日当たりの包括点数です。これは日数制限はありません。何日でもけっこうです。ですから追い出しだとかそういう心配はありません。ただし、その実績は収益表で何日入院させているかという実績だけは公表させていただきます。病院には説明責任というものが求められると思います。ですから、その説明ができるかどうかということがポイントだと思います。

それからアウトライヤーの処理の仕方はい

ろいろなやり方がございまして、例えば入院日数が極端に長くなった場合、アウトライヤーになった場合の扱いは、また別途検討しなければいけない課題だというふうに認識しています。これはどういう患者さんがアウトライヤーとして定義されるのか、どういうふうな対象とするのかということの考え方が違ってきます。これはこれからの検討課題です。

それから、医療費も先ほど一生懸命努力すればするほど下がってきてしまうということ、要するにコストというか今の費用を積み上げていくというやり方でいけば、そういうふうになってしまうのだと思いますけれども、私どもはそんなことはしませんで、前年度支払えた額、これが担保できるような点数の設定をします。例えば、ある大学病院さんに1年間に100億円の入院のお金を払ったということであるならば、同じような相対係数の患者さんを同じようにベッドを使って同じように入院していれば、同じだけ金額が入るような係数を提供いたします。そういうふうな係数の設定をさせていただきます。ということで、それを聞いただけでもアメリカのDRGのPPSと全く違う計算方式だということは理解していただけるとと思います。

それからただそれだけではずっと変わらないことになってしまいますので、むしろそのいろいろな診断群分類の重症度ですとか、救急患者の受け入れ実績、地域の医療機関の紹介を受け入れるということは、地域で手に余る患者さんを引き受けるわけですから、そういうふうな紹介率、それからなかなか臨床研修医だとかそういうことを全面に出すのは表現が難しいのですが、看護婦の方だけでなくドクターも含めてですが、いろいろな職員の人たちの指導実績というのが必要だと思いま

す。これは何かというとこれは職員の数です。指導医だとかそういう人たちの数、それから指導を受けるスタッフの数が違うわけですから、こういうふうなところは別途評価する方法があるのではないかと考えています。それから症例が少ない疾患、当然ですが、特定、大学病院関係ですと症例が少ない疾患も集まりますので、そういう疾患に対する配慮ということも別途考えなければいけないということになっています。次のスライドお願いします。

実は6月4日に先ほど少しご案内がありました新しい診断群分類バージョン3になります。今2版まであります。今度新しく作るバージョン3のアルファ版が出来上がっております。これは各大学に6月4日に説明会をいたしまして、CDで一枚ずつお配りしていません。多分院内で配られるのに時間がかかると思います。それからこの診断群分類にご参加いただいた先生方にもお配りしていますが、若干その手配が遅れていますが、近いうちにこういうものがお配りできるようになるはずでございます。班長の先生方にはとりあえず印刷物でお配りをしていますが、アルファ版と言いますのは、まだまだ検討が不十分で、各学会の先生方のご意見をそのままとめただけでございます。いろいろな問題点がありまして、特に小児科のほうの分野はまだまだ検討が足りない部分がございます。ベータ版を秋ごろに作る予定ですので、ぜひこれについてのいろいろなご意見を小児科学会を通じて是非いただければと思います。基本的には各学会の社会保険担当の先生方がこの窓口をさせていただいております。次のスライドお願いします。

1個戻れますでしょうか、そのときに先ほ

どのダイアグノーシス・プロシージャ・コンビネーションという名称を初めて明確に出させていただきました。次のスライドお願いします。

この診断群分類の考え方なのですが、われわれはアメリカと違って、最初に病名を次に処置手術、合併症という3層構造で考えています。なるべく臨床科の思考過程に近い形をとっています。次のスライドお願いします。

これはアメリカなのですが、アメリカはまず最初に手術の有無があってその後に内科学科を分けてここに診断が出てくる。日本の考え方からいくと逆な形になります。アメリカの考え方は、まず外科系にいくか内科系にいくかというところをまず分けてから細かい分類がある。この分類の考え方も私どもの考え方と全く違いますので、この図をよく見ていただきたいのですが、こういうふうな考え方と違う分類を私どもは作っています。次のスライドお願いします。

私たちはなるべく診療現場における診療の思考過程に近づけようということで、まず症状名が最初、そして手術、処置、合併症、重症度、補助療法です。私どもは小児科の先生方、特に新生児の先生方からいただいているのは、今の診断群分類は人工呼吸器の有無だとかそういうもので重症度をやっているのですが、そうではなくて出生体重でやってくれというご意見をいただいております。それを採用させていただいております。分類の中は出生体重をグラムで書いていただくということになっております。次のスライドお願いします。

基本的な分類のスキームですけれども、各MDCというメジャーダイアグノスティックカテゴリーというものが16あります。これ

は内分泌代謝のところのグループなのですが、例えば病名がICD10で必ずコーディングをしていただかないといけない。そのあと手術、処置は点数表のKコード、Jコードを使っていただかなくてはいけない。合併症については、またICD10を使っていただく。こういうふうな形で電算的に処理をできるようにロジックを作り上げております。次のスライドお願いします。

たとえば処置、手術というのは複数ありますし、それから悪性の合併症の場合には、化学療法や放射線療法など複数組み合わせる場合がありますので、そういうものに対応できるように補助コードを作るような形の分類でやっております。かなりそういうものがうまく対応できるような分類のコード付けをしております。次のスライドお願いします。

具体的には、最初の2桁が主要診断群で分類コードが3桁ありまして、手術のサブ分類は2桁とってあります。それから副症状ということで、合併症やそういうもの入院時並存症、入院後の発症疾患。先ほども話がありましたが、新生児の方々の場合、入院してからの疾患ということも出てきますので、入院時のすでにあった並存症だけでなく、入院後の発症疾患もとるようになっております。あとは補助療法だとか、今後あるかどうかということで分類をするということになっております。次のスライドお願いします。

ここは実名が挙がっているので申し訳ないのですが、これは先ほどの倉敷中央病院の先生でしょうか、ご参考いただいた調査でございます。私どもは各データを、例えばこれは急性心筋梗塞で、手術、カテーテル治療の場合なのですが、分析をしております。ここは入院日数の度数で、こちらがそれぞれの患者

さんの数の度数分布になっています。それでこれは各医療機関別の平均在日数を実名入りで中協でご報告させていただいたものです。これは箱ひげ図ということなのですが、分布の状況を示しているものです。この緑の箱の中が 50 パーセント値で、仮に 100 人退院患者さんのデータがあった場合、50 人がこの箱の中に入っている。ですから狭ければ狭いほど、その 50 人の率がすごく狭まっているということになりますし、この幅を見る。それから、ここの丸のところはアウトライヤーです。今回のアウトライヤーの処理は片側、上位 5% をやるという北欧形式のアウトライヤー処理を使っています。そういうふうなやり方を使って分析をさせていただきました。いちばん大事なことは、やはりばらつきがあるのだということとちゃんとわれわれは認識しているということです。それを病院間比較できるような形でやることによって、お互いに病院同士比べることができる。そのためには実名でなければいけないわけで、そういうことが分かるようなデータを外に出すことができるかどうかということです。この表だけを見ますと、この医療機関の方々が少し不利になるように思いますけれども、こういうふうな分類が 500 いくつあるわけで、実際に提供させていただいたのが、180 くらいのグラフだと思うのですが、どこから見ていただくと絶対得て不得手がありまして、ほかの所ではかなり自信を持っていいデータを出していただいている医療機関さんがありますので、この 1 枚のグラフだけを見て何かとやかく言うのではなくて、それぞれの医療機関の得て不得手というものをみていただくとということが重要だと思っています。次のスライドお願いします。

今のこの箱ひげ図のボックスプロットという分析の仕方なのですが、75 パーセントイルから外れた人たち、それから 25% の人たちをいろいろなことで分析をする。合併症だとか手術などということで、その分類が正しい分類になっているかどうかという精緻化の作業をさせていただいております。次のスライドお願いします。

ここから具体的に分類のイメージです。先ほどの今、アルファ版になっているイメージを ICD10 のところでございますが、この 3 層構造、少し色がうまく出なくて申し訳ありませんが、最初が第 1 層の病名のところでありまして、この二つが処置手術のところです。例えば甲状腺の悪性腫瘍のところだと、内視鏡を使った手術やいろいろな切除術などというのがあって、リンパ節覚醒があるかどうか、化学療法があるかどうかということで具体的になってきますが、アルファ版ではこのトゥリーズは出ていません。トゥリーズは出ていませんが、こういうふうなイメージのものが分かるようなテーブルを提供しています。次のスライドお願いします。

内科の場合、糖尿病ですと、ただ単に糖尿病というのではなくて、糖尿病でのケトアシドーシスがあって、ノンケトの昏睡があるかどうかだと、いろいろな一型の糖尿病であるかどうかだと、インシュリンの注射をやっているかどうかだと、合併症があるかどうかということで、このような詳しい分類、それぞれに応じてやる分類が内科系ではできております。次のスライドお願いします。

そういうものを今、提供していますのは、テーブルの部分だけあります。それぞれの疾患に対して、ICD10 ではどういうふうなもの対象になって、臨床の現場ではどう

いうふうな呼ばれ方をしているかというふうなテーブルを提供させていただきます。次のスライドをお願いします。

これは具体的な手術でありまして、具体的な手術に対して、診療報酬点数表ではどういふふうの評価されているかというものをテーブルに作っています。それぞれはこの K コードなどが対応するということになります。次のスライドをお願いします。

これは合併症で、ICD10 でこういうふうな疾患が合併症として対象になりますというものがちゃんとリストアップされています。次のスライドをお願いします。

基本的には提出していただくデータは、7、8、9、10 の4ヵ月間の退院患者さんのデータを大学病院、特定機能病院さんをお願いするのですが、入院の契機となった症状名、医療資源を最も投与した症状名、退院サマリーの症状名ですとか、入院時の並存症、入院後発症疾患、こういうものを出していただくというふうなことを、基本的に四つの様式があるのですが、大きいのはこの二つです。あとレセプトのデータをお出しいただくようになります。次のスライドをお願いします。

これは病名のところの考え方ですが、主症病名一退院時サマリーの、主治医が記載したような病名、それから入院の契機となった病名は主治医が入院を必要と判断したような症状名。それから医療資源を最も投入した病名は、医療資源を最も投入した。今回の調査では、診療報酬点数が最も高いということに限定させていただきましたけれども、私どもは将来的にはコストデータを把握するようなシステムを考えておりまして、今回は点数表の点数ということにさせていただいていますが、将来的には生データ、実際にあった行為の中

でコストが掛かったようなものを作っていくたいというふうに考えています。次のスライドをお願いします。

そういうことで、カルテの情報、レセプトの情報を集めまして私どもでグループ1のソフトを使って作業をさせていただきます。次のスライドをお願いします。

これがいちばんのポイントなのですが、大学の先生方に入力表は主治医がちゃんと書いてくれないと困ります。それから、先ほど少し ICD10 などではできないということが言われたのですが、私どもは ICD10 添削ソフトを作っております。タイトルが面白いのですが、「病名君」という名前が付いていて、これは東大の大江先生のほうにご厚意で作っていただいて、再配布可能であります。各大学に一枚ずつ CD の資料の中に全部入っておりますので、コピーしてどんどん使っていただいてけっこうです。これはレセプト電算処理、要するに電子カルテに使う標準症病名マスター、日本医学会でご監修いただきました標準の辞書になっている症病名マスターが検索できます。ですから、多分先生方が論文で使われるような稀な疾患は入っていない可能性がありますけれども、日本医学会の電子カルテやそういうところで、例えば社会保険のほう、請求用に使う病名としてはいいのではないかとということで、辞書としてご監修いただいた病名がそこから検索できるようになっていまして、その病名についての ICD10 のコーディングがふれるようになっています。ただ、条件がないとふれないようになっています。例えばガンなどは、必ず部位を明確にしないと ICD10 がふれないということになっていますから、そういう必要なものがないと ICD10 のコーディングは

できません。そういうふうなことを、これから主治医に必ずやっていただくということを大学に教育の一環としてやっていただく。これは ICD10 診療補助管理士の仕事だという考え方もありますけれども、やはり自分のいろいろな技術や評価というふうに言われるのに、自分の技術がどういうふうの評価されているのか分からないようでは、すごく困ると私は思います。それから教育も含めて、ドクターに ICD10 というものがあるのだということをちゃんと認識していただく必要があると思っています。残念ながら私は国家試験の担当ではないのですが、私が国家試験の担当だったら、1問ぐらい入れたいと思っています。次のスライドお願い致します。

そういうことで、入力支援ソフトを今回私どもは提供させていただきまして、そういうものを使ってデータを出してください。レセプトデータはダウンロードプログラムというものを使って出していただくと、私どものほうで分析をさせていただきますということを今回申し上げさせていただきます。次のスライドお願いします。

これは、私ども研究班を作っています、産業医科大学でやっております。先生方はご存じないと思うのですが、産業医科大学というのは何と厚生労働省の外郭団体でございます。厚生労働省は大学を持っているのです。私も気が付かなかったのですが、省庁合併で、厚生省と労働省が一緒になったら大学が付いてきたという、セキュリティーの問題などでもすごくいいということで大変重要しております。ここが厚生科学研究でいろいろな情報を発信しています。次のスライドお願いします。

この先ほどの診断群分類も、学会の担当者

用のメーリングリストになっているのですが、先ほどの分類につきましてもこのような物を作って、この分類に参加していただいています先生方の中で、それぞれほかの所はどんなふうに行っているかという情報も見えていただきながら、分類の精緻化をやっていきます。今、こんな状況になっています。まだ、これからいろいろな情報が流れてくると思いますし、いろいろな意味で誤解がたくさんあるので、このような機会を使ってどんどん私が説明に出させていただきたいと思っています。また、先生方の周りで、多分大学の先生方いろいろな声が聞こえてくるかと思っていますけれども、私ども決して日本の医療の質が下がらないように、一生懸命頑張っていきたいと思っていますので、ぜひご支援をお願いしたいと思います。どうもありがとうございました。

多田 大変重要な問題をいろいろお話をいただきました。現実にはどうなのだとということをお話いただいたわけですが、今、日本は日本なりのやり方をやるのだということでございましたので、ある意味では非常に力づけられますし、逆にそれが医療の整備の方向に進んでいただければと思います。

最初に私から先生に教えていただきたいのですが、来年はこの医療費は原則として今までの実態を反映した医療費にするという話で、それを先ほどのスライドにございました解説をしていって、いろいろを分析して下さるということが多分中心になって、今後だんだんそういう形で今のいろいろな診断名や治療名を含めた整理をして下さるのだと思いますが、解析に新生児の分野というのは、この委員会にもあまりお入りになっておられないし、それから医療が非常に特殊です。例えば、

今も紹介率というのに、産婦人科にくる紹介はお母さんのおなかに入っている子供のために紹介して下さるのが大部分なのに、小児科の入院には紹介率には入らないというような問題もいろいろありまして、そういうふう非常に特殊なことがあります。それから分析も母子保健課でこういう周産期医療整備をしていただくには、この医療費だけではなくて、そこでいつ発生しても地域のケアを全部するという問題で、ある意味ではシステム化しているわけですが、その部分とこの医療費の問題と解析した上で、おそらくそれは別問題なのだろうとは思うのですけれども、解析するのは、新生児の場合どういうふうにやられていくのか、最初にご説明いただけますか。

矢島 まず基本的には、先ほど大学病院のデータを出していただくということになっております。ですから、まず大学病院、特定機能病院 82 のすべての実態をまずつかまさせていただきます。それでも多分、足りない分野というのは私どももあると思っています。それで、いろいろな診断群分類に関わっておられる先生が、先ほどの内分泌のところは特になのですけれども、多分ご存じだと思うのですが、ある特定の分野の内分泌をやっている病院さんが、数は少ないのですが、けっこうしっかりあるのです。そういう分野の先生方はそういう所の病院のデータをもとに先ほどの分類、なぜMDCGがいちばん整っているかという、限られた疾患のところはそういうデータをすごく持っている病院さんがいくつかポツポツといらっしやって、そういうデータを基にかなり精緻な分類をされていますので、私どもはそういう意味でこの包括払いとは関係なく、レベルの質の高いデータを出していただく医療機関があれば、私どもはぜひそのデータの中を参考にさせていただいて、それはもちろん大学の病院の先生たちとお話をさせていただくときに、大学とは違う機能の医療機関のデータになりますので、あくまで基本的には大学の評価をするときには大学のデータが基本だと思いますが、やはりある程度一定レベル以上の皆さんが聞いても納得できるような医療機関のデータというのは、一緒に入れていってより精緻化を図っていくことが必要だと思います。そういう意味では民間医療機関のほうは、全く包括とは別にいろいろなデータ分析のほうにご協力いただいていますので、そういうところでぜひ、またいろいろとデータをいただければありがたいと思っています。

それから地域医療との関係はまさに母子保健課だとか、そういうところの小児のいろいろな体制とも関わってくるので、私だけで申し上げられませんが、少なくとも大学病院は各都道府県に最低1カ所はあるわけです。1カ所あるという意味合いはすごく大きくて、それから大学病院というのはいろいろな意味で人材を輩出するわけですから、その影響というのはすごく大きいと思います。ですから、そういうことの兼ね合いで、そういう先生方が、多分この地域の先ほどの周産期医療センターやそういう所に行かれて、そういうふうなものが徐々にいろいろな意味で、いい方向に私どもは影響していくのではないかと考えていますし、そうすれば逆に言うと包括にしてもらいたいという皆様方から要望書がくるような制度にしたいと思っています。先ほど出来高でちまちまやっていくようなものは、私はもう限界にきているのではないかと考えています。

出している医療機関があれば、私どもはぜひそのデータの中を参考にさせていただいて、それはもちろん大学の病院の先生たちとお話をさせていただくときに、大学とは違う機能の医療機関のデータになりますので、あくまで基本的には大学の評価をするときには大学のデータが基本だと思いますが、やはりある程度一定レベル以上の皆さんが聞いても納得できるような医療機関のデータというのは、一緒に入れていってより精緻化を図っていくことが必要だと思います。そういう意味では民間医療機関のほうは、全く包括とは別にいろいろなデータ分析のほうにご協力いただいていますので、そういうところでぜひ、またいろいろとデータをいただければありがたいと思っています。

多田 ありがとうございます。ぜひ大学と一律ではなくて、中身もある程度検討していただいて、細かい検討をお願いしたいというふうに希望しております。

高橋 ちょうど特定機能病院には私どもでこの6月から入れることになったのですが、最終的にこれは予算配分ということに反映してくるわけですか？大学の予算配分なのですか？うちは県立病院なので元は一緒なのですが、どこにこれが実質効いてくるのかということと、実質4ヵ月で入院患者のみということになりますと、実数的には特に新生児ではそんなに数は出てこないと思うのですけれども、それが実際その成績がいわゆる大学の予算に影響してくるかというのがかなり大きいと思うのです。

矢島 まず誤解をしていただくとまずいのですが、予算制度はありません。それと診療報酬と同じように、この診断群の例えば新生児のグループができたとします。このグループの場合には、相対係数で幾らになりますというふうなものが出てくるのですが、重症な患者さんをやればやるほど増えていくというしくみになります。ですから、先ほど申しましたが、同じような相対係数の患者さんが同じように入院していれば、例えば100億円お支払いしていれば100億円いきますが、相対係数が1割下がれば、90億円しかお支払いできない。逆に相対係数が高い、それだけ重症が高い患者さんが1割増えれば、コストも掛かってしまうと思いますから、どちらが得か分からないですが、それだけ重症の患者さんを入れていただいているということであ

れば、それに応じてお支払いするという考え方で、決して予算制ということではなくて、その都度1回係数を決めていく。それでまた1年後になるか2年後になるか、これは中医協で決めるのですが、そのときにまた新しいデータを基にして再計算しなおして、前年度の実績に基づいて、また新しい評価をしていくという形になると思います。ですから、決して予算制ではありません。

高橋 ガンだったら、特殊なガンの治療をしているとか、高度先進医療をしているとか、うちの小児科は血液製剤が特に多いのですが、かなりの予算をそれで取っているのですが、そういう特殊な治療をしている分に関しては、いわゆるそれをデータベースにして、また翌年という形にさせていただけるということでしょうか？

矢島 基本的にそれをベースにして計算することになります。ただ、その血液製剤をどの程度使っているかどうかというのは、ほかの医療機関との絡みがあります。皆さん同じように使っていればそれはデータに反映されますが、ある所が使って、ある所が使っていないとなると、われわれは首をこうなってしまうというところが確かにあるのです。同じように使っているというデータがくれば、それはそれなりに反映されるというふうなものになります。

A 医師 重症度のことでお聞きしたいのですが、母体胎児集中治療やNICUというのは、人手をかけて手厚く看護すれば、その分医療も手厚くすれば予後が良くなるということで、加算が認められているわけです。今

回のこのシステムですと、ICUはどのように扱われるのか。もしICUに入られた場合は、ICU加算という形で支払額は増えるのでしょうか？

矢島 そのところはまだ具体的には決まっておられません。ただ、今言われたことはすごく重要で、施設基準だとかがあるわけです。そういうものが救命救急センターを持っているとか、あるわけです。そういうものはちゃんと反映されるような評価の仕方を、先ほどの係数みたいなもので病院が持っている機能に着目した係数でやっていきますので、その分が医療機関ごとの違いになってくるのではないかと思います。

岡井 DPCというのが医療資源の効率的な利用というということで、今までの出来高払いから変えていこうということは、私ども国民皆が分かることなのです。しかし、最初に多田先生が言われたみたいに、アメリカのDRGがそのままきたら、結局患者さんのためにならない医療をやらないとやっていけないということになってしまうという危惧があって、日本は日本なりのものを作ろうと。1日当たりにするから無理やり退院させるということとはなくなるという話も、今聞いただけのことなのですが、それから、あと医療の質の高い所がある程度収益が良くなるように重症度や緊急度などを加味していこうというところまでは分かったのですが、患者さんのためになる診療を医者は皆そうしたいと思っておりますが、そこにある程度の経済的なインセンティブがないとそちらに向かいにくいところがあるので、今のことがあるのですが、もう一つ抜けているのは、同じ疾患であったとき

に、どの治療法を選択するか、それが保険点数の高いほうにいきがちだという問題が今一つあり、同じ手術が2種類あったら、例えば今、僕らの領域だと、腹腔鏡手術というのはものすごく高い点数がついています。腹腔鏡を使わないとうんと安くなってしまふ。そうすると患者さんにとっては、腹腔鏡使わないほうがむしろリスクも少ないし、といっても腹腔鏡のほうにどんどん流れているという現状があるので、その辺のところは、今のシステムの中には加味されていないような気がしたのですが。

矢島 その手術のところは、どの手術を選ぶことによって評価をするかというのは、私どもは手術に関しては、今の部会が作っている係数があるのですけれども、それは尊重させていただくような分類を作らなければいけないと思っています。ですからそこは、どちらがいいのかどうかというのは、今、先生がおっしゃったように難しいのですが、例えば手術の術式だとかいくつかあって、ここは学会とも相談で、どこで分けるのかどこでグループを作るのかということのコンセンサスをするためには少し時間がかかると思うのですが、そこは私たちが今の現行の出来高でやっていすものをなるべく急激にやるというよりも、むしろ方向性だけを示させていただいて、そこはじっくり時間をかけてやっていくほうが日本的でいいのではないかと思います。

岡井 分かりました。最初はそれでいいと思いますが、そういう考え方もどこかで加味して変更していくような形を取っていただきたいと思っています。

矢島 将来的には、分類は定期的に見直しをすることになると思います。何年になるかはまた中医協ですが、見ていて大体2年ごとくらいに改定していますので、そんなことで新しい技術も入れなければいけないというふうにも思っています。

B 医師 教えていただきたいのは、結局サブコードが付いていて、実際に前年度からのデータでそれを解析したら、このサブコードを付けても付けなくても同じことになってしまうということになれば、それをくっつけるなど、この機能をサブコードに組み込んだ場合と組み込まない場合で、差ができるから、これはコードとして組み込むべきであるというふうに進化していくというふうに理解してよろしいのですか？

矢島 基本的にサブコードを作ったということで、正直言って私どもはサブコードの持つ意味はサブコードをはずしても差が出るかでないかということを出てくると思いますが、でも、例えば放射線治療や化学療法などは、そうは言っても別に評価しなければ現場としては困るというのは。

B 医師 データとして必要だということと、たまたま二つのサブコードの係数が同じだということとあるわけですね。

矢島 そういうときはわれわれ一緒にして分析をするということになります。

B 医師 それで、例えばB病院だとICD10にサブコードを付けて、病名の院内で独自の登録システムを作っているのですが、考えれ

ば自動化できるはずなのですが、そちらが進化していき、サブコードの付け方が変わっていくというのは、結局病名とこちらのコードを1人の患者さんに二重に作るという作業が発生するという事なのですか？

矢島 ぜひ今回CDに入れた「病名君」という添削ソフトを見ていただくと、大江先生が作った病名の変換コードというのがあります。それは共通ですし、レセプト電算処理コードという1回作ったものは共通です。ICD10は変わるかもしれませんが、けれども、そのところ変換コードというところは、われわれは変えないつもりですから、それを一応概念としていただければ変わらないというふうにわれわれは理解しています。

B 医師 進化するICD10と自分の持っているデータを同じ変換ソフトでやると、進化したコードができてくると考える。

矢島 大江先生の作っていただいた病名のレセプト電算処理システムのマスターの中のコードをキーにしておいていただければ、そこは大丈夫だと認識しています。

B 医師 今のデータを改変しないために、今の出来高を解析するという作業を繰り返して進化していく場合、今の出来高払い制度の矛盾点というのがどこで解決されるのかが分からないのです。

矢島 私どもは将来的に先ほどのデータのところは、コストデータのほうで出していただければと思います。本当は今回私どもが、今、研究班で作っていますコストデータを出して

いただくと、相対係数はそちらのコストデータで出すことができるのですが、まだ日本の医療機関ではそれがまだ定着していません。それから文部科学省さんのほうが経営情報分析システムをいうのを持っておられまして、今回の私どもと一緒にそういうことが出来るようなシステムと一緒に構築していきましようという話になっています。ですから、将来は私どもはできるだけ、例えばこの行為だと丸まっちゃったということで評価されないようなものも、なるべく生データでちゃんと積み上げていくようなことでコストデータを把握する標準的なものを作って、各医療機関が参加いただいたものも同じような形で、コストデータを把握できるものに将来的に持っていきたいと思いますが、ここ1年2年では無理だと思います。少しずつトライしながら、少しずつ変えていくというふうな考え方でやっていきたいと思っています。

仁志田 今のICD10のことなのですが、多分もともとのICD10が出来た背景とDRGで病名を付けることも思想が違うと思うのです。それを結び付けることは非常に大変です。今のご説明で「病名君」というところにいろいろな工夫があるようですが、私の所でも新生児に病名コードをなるだけ使うようにしていますが、ICD10というのは本当に実用に合わないのです。厚生省が採用したから、これもやはり人口動態統計の中に生かすためにどうしてもやらないといけないことだと思うのですが、ICD10というのは臨床のこういうものには不備なものであるということを僕は思っているのですが、そのことに矢島先生に質問したい。それからもう一つ、加部先生にアメリカではICD10

というのは、そんなに重要視して使っているのでしょうか？ たまたま僕は今日、小児科学会の会員向の雑誌を読んでいたら、1ページがコーディングに対するクエスチョン&アンサーなのです。すごく細かいことを聞いているのですけれども、患者さんが外来に来て、質問だけをしていったのだけれど、どういうコーディングをしようかと。微に入り細に入りコーディングのことを説明しているのです。ですから、ICD10というのはもう本当に学問的なところから病名をこうしようといふずれているのですが、それでもそういう考えですから、アメリカではICD10とDRGのコーディングは。

矢島 補足させていただきますと、アメリカはNICMでクリニカルモディフィケーションで、今、10のクリニカルモディフィケーションは実験的に私どもはデータをいただいておりますが、まだすぐに普及するには至らないと思っています。基本的にはICD9のときもそうだったのですが、10のときもそうなのですが、まさに先生がおっしゃったようなところの足りない部分をちゃんと補足するようなコード付けを、ICD9やICD10を骨格にしながら、やはりそのところを臨床の現場にあったコーディングを別途追加しております。日本もそれをやることは可能ですし、要するにICD10のジャパニククリニカルモディフィケーションを作ることができます。一応権限も与えられておまして、ルールがあるのですけれど、国際的に変えるとなるとWHOの手続きが必要なのですが、日本のこの事業のためだけに使うということであるならば、ジャパニククリニカルモディフィケーションを作るということは一応許

可をいただいております。この事業だけにやる。それで本当にICD10の分類コードで足りなくて、コード作りをしなければならぬという病名があれば、私どもの中で検討させていただいて、ICD室と協議させていただいて、作るということが可能です。ただ、先ほどの大江先生のコードがすごくよくできていまして、多分あれがあればいいのではないかというのが私どもの考えで、ぜひ一度見てください。ぜひよろしく願いいたします。

多田 先ほど少し先生がおっしゃったのですが、こういう形で病名でだんだん分類をしていって、最終的にはある程度診断によって大体の規準のようなものが将来作られていこうと、非常に細かいことで分類するよりもある程度疾病の大きな分類によって、だんだん医療費というものが分かれていくという将来の方向はそういうふうを考えてよろしいのでしょうか？

矢島 入院に関しては、この手法はすごく有効だと思っています。入院させるきっかけとなった病名が必ずあって、かなり特定できます。外来は私の知っている情報では世界的にうまくいっていないと聞いていますし、私どもは全く考えていません。研究するかどうかということは言われていますけれど、研究ぐらいしろというふうな声はありますけれど、私どもは全く外来は先ほどの理由で難しいと思っています。

多田 ありがとうございます。今のお話でだんだんこういう方向に日本がいくのだと思いますので、全体としてなかなか分析しにく

い分野で、われわれとしては現場にいる者として、ぜひまたこれをまたお願いして、次の医療が整備されていく方向に進んでくれて、しかも全体として無駄がないほうにいくということが私どもは大賛成のことなのですが、それに対していろいろ意見をこれからもまとめてお願いしていったり、あるいはご相談していきたいと思います。堺先生がこれからの調査のことをいっていただきましたけれど、ぜひ皆さんご協力いただきまして、きちんとした臨床データで、われわれ自身がメリットになるのではなくて、これから少子化時代の子供たちがメリットになるような制度に是非していきたいと思いますので、よろしくご協力をいただきたいと思います。

楠田 本日はどうもありがとうございました。周産期医療というのは母子保健課のご努力もありまして、日本の医療の中では多分世界に誇れる医療分野の一つだとわれわれ周産期医療に携わっていて日々思っているのですが、やはり医療も当然経済を考えなくてはいけない時代であることは間違いないのですが、せっかく日本の周産期医療が世界に誇れる状況が、経済ということをあまりにも優先してそれが損なわれるというのはわれわれとしては受け入れがたい状況ですので、ぜひ母子保健課のほうで地域医療、それから保険局のほうで経済的な裏打ちを十分取っていただいて、今のこの周産期医療がわれわれとしては発展していくように望みたいと思います。今日は本当にどうもありがとうございました。これで2部のほうを終わりたいと思います。

中村 熱心なご討議ありがとうございました。特に矢島先生、われわれに大変貴重な情報を

提供していただきましてありがとうございます。
す。まだまだ課題は多いですが、これを機会
に先生方のご意見を反映させるような格好で、
この研究班も進めていければと思っています。
今日はどうもご苦労様でございました。

中村

スライド1.

ハイリスク新生児の発生と新生児医療施設 平成13年度報告書から					
	平成9年		平成12年		増加率対平成9年度
全出生数	1,191,665		1,190,547		-0.1%
入院ハイリスク児数（対全出生数）	80,624	6.8%	105,083	8.8%	30.3%
人工換気患者数（対全出生数）	10,674	0.9%	13,962	1.2%	30.8%
VLBW出生数（対全出生数）	7,109	0.6%	7,755	0.7%	9.1%
VLBW入院数	3,318		6,007		81.0%
新生児病床のある施設数	555		626		12.8%
総新生児病床数	6,434		6,896		7.2%
保険認可NICU施設数	165		207		25.5%
保険認可NICU病床数	1,186		1,482		25.0%
新生児専任医師数	548		722		31.8%
新生児専任医師のいる施設数	124		192		54.8%
新生児専任医師が当直する施設数	79		123		55.7%
独立看護体制のある施設数	183		279		52.5%
全国平均病床数（対出生1万）	54.0		57.9		7.2%
必要病床数（対出生1万）	74.7		96.7		29.5%

出生1万人当たりの必要病床数の算出法：入院ハイリスク児数/全出生数/年間病床回転率×10,000人
平均在院日数40日から年間病床回転率を9.1として計算した。

スライド2

平成13年度厚生科学研究費補助金による子ども家庭総合研究事業
研究課題名：周産期医療水準の評価と向上のための環境整備に関する研究（公募課題番号：13050701）

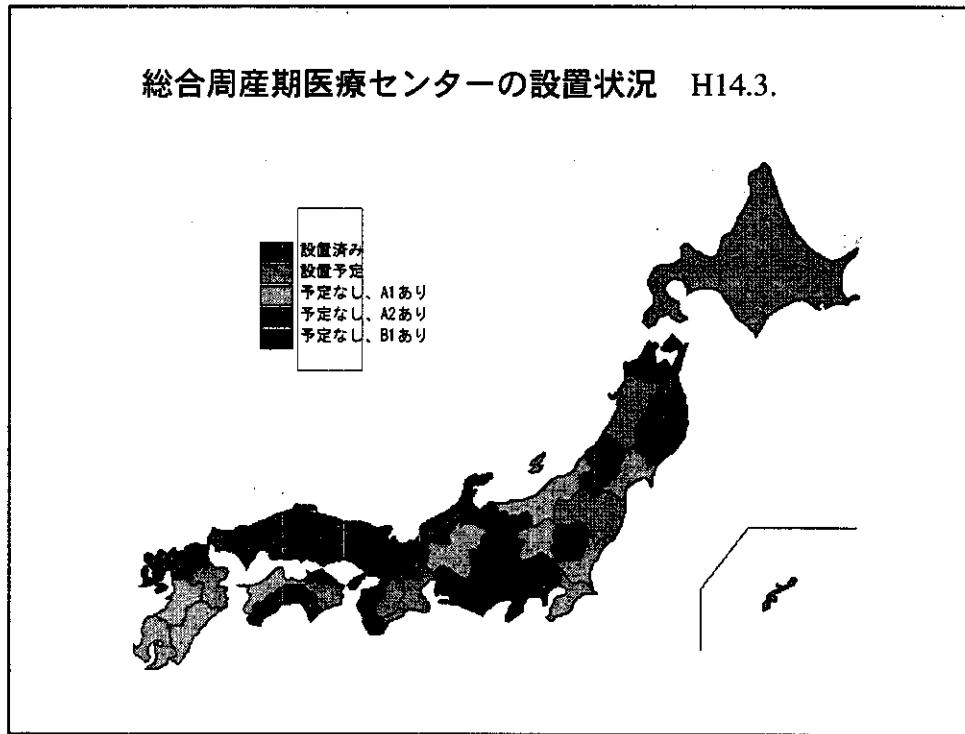
要旨：平成9年の全国周産期、新生児医療施設の実態調査と平成12年のハイリスク新生児医療実態調査結果の比較をおこなった。

その結果、

- 平成9年に比べ平成12年はハイリスク新生児のための病床数及び人員にも改善がみられた。病床数は7.2ポイント増、新生児専任医師数は31.8ポイント増となっているが、ハイリスク新生児の発生率が30.3ポイントと急増したために、施設整備や人員の確保に向けての一層の対策が望まれる。
- 新生児医療施設の現状をみると、病床数や人員の増加は、主として小規模施設での増加であり、総合及び地域周産期母子医療センターを含めた三次医療施設では入院数の増加に見合った新生児専任医師の確保がより深刻となっている。
- また必要病床数は、出生1万人当たり96.7床と算出され、現状では57.9床と必要病床数の59.9%しか存在せず、新生児病床数の不足はなお解決されていない。

甲野

スライド3



スライド4

大野のランク :

ランク	施設の概要	運営実績
A1	総合周産期母子医療センターに匹敵する施設	人工換気 \geq 50例/年 & ELBW \geq 20例
A2	総合周産期母子医療センターになれる可能性の高い施設	人工換気 \geq 20例/年 & ELBW \geq 10例
B1	地域周産期母子医療センターに匹敵する施設で、今後総合周産期母子医療センターになれる可能性のある施設	人工換気 \geq 20例/年 or ELBW \geq 10例

わが国における総合周産期 母子医療センターの現状と問題点

東京女子医科大学
母子総合医療センター

松田義雄

スライド1.

【目的】

- ・平成8年度から、総合周産期母子医療センター設置事業が開始され、平成14年1月現在、1都2府13県の計25施設が指定を受けている。
- ・現状と問題点を明らかにする目的で、上記の施設にアンケート調査を行った。