

20030075 (資料4)

平成15年度厚生労働科学研究費補助金 (政策科学推進研究事業) 研究報告書

急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究

(課題番号H13-政策-034)

資料集 4

ドイツDRGに関する資料

平成16 (2004) 年 4 月

主任研究者 松田 晋哉

InEK

最終報告書

2004 年に向けての ドイツ DRG（診断群分類）制度再改訂

分類、カタログ、評価関係

第1巻：プロジェクト報告

ジークブルク、2003年12月19日

病院報酬制度研究協会

住所：Auf dem Seidenberg 3

53721 Siegburg

電話：02241 - 9382 - 0

ファックス：02241 - 9382 - 36

目次

はじめに	1
1 導入	2
2 ベースとなるデータ	5
2.1 病院診療報酬法第 21 条による DRG データの収集	5
2.2 費用データの収集	6
2.3 納入データの量と構成	7
3 提案手続 2004	13
3.1 手続の基本的特徴	13
3.2 参加	14
3.3 提案の判定と考慮	14
4 方法論	17
4.1 概観	17
4.2 データのチェックと処理	18
4.2.1 技術的なデータ受領	18
4.2.1.1 データの流れ	18
4.2.1.2 DRG データ機関のエラーチェック手続	19
4.2.1.3 データの質とデータの準備	21
4.2.2 データ保護	22
4.2.3 内容的なデータチェック	23
4.2.3.1 チェックの開始点	23
4.2.3.2 チェックレベル	25
4.2.3.3 チェック結果	27
4.2.4 データの評価	28
4.2.4.1 処理と修正	28
4.2.4.2 ドイツ DRG 分類の再改訂のための基礎データ	32
4.2.5 コストプロフィールについて	34
4.2.5.1 在院期間の長さの算定	35
4.2.5.2 症例費用の算定	38
4.3 分類の形成	39
4.3.1 DRG の凝縮	39
4.3.2 優先順位の付与	40
4.3.3 不適切な分配をもとにした順位に従った改訂	42
4.3.3.1 手続概観	42
4.3.3.2 分類変更の評価のための統計標準値	44
4.3.3.3 変更提案の算定	45
4.3.4 最終的なコストプロフィールと CCL の調整	49
4.4 評価関係の算定	50
4.4.1 評価関係の標準化	50
4.4.2 主診療部門による医療供給における評価関係の算定	51

4.4.3	病床利用医による医療供給における評価関係の算定	51
4.4.4	評価関係に対する加算／減額の算定	52
4.5	付加報酬	53
4.6	ICD-10 分類と OPS-301 分類の 2004 年 1 月 1 日から適用されるバージョンへの移行	54
4.6.1	非同一コードの取り扱い	54
4.6.2	新たに採用されたコードの取り扱い	56
5	結果	58
5.1	前年と比較した重大な結果と変更点	58
5.1.1	症例群の拡大と改編	58
5.1.1.1	指数	58
5.1.1.2	転院	58
5.1.1.3	一日症例 DRG (1 日病床利用 DRG／同日 DRG)	59
5.1.1.4	MDC あたりの DRG 数の変化	60
5.1.1.5	重症度の拡大	61
5.1.1.6	基本 DRG の拡大	62
5.1.2	圧縮作用	63
5.1.3	評価が行われなかった DRG	65
5.1.4	部分入院症例	65
5.1.5	付加報酬	66
5.1.6	DRG ごとの費用・給付データ	66
5.1.7	主診療部門による医療供給におけるカタログ値	66
5.1.8	病床利用医による医療供給におけるカタログ値	68
5.2	分類の統計学上の質	68
5.2.1	分類変更の分析	68
5.2.1.1	分散低下 R^2 の分析	69
5.2.1.2	同質係数の分析	71
5.2.2	算定病院からのデータの代表適性に関するチェック：在院期間の分析	73
5.2.3	DRG ごとの分布基準	82
5.3	他の分類と指針に対する影響	82
5.3.1	ICD-10 分類と OPS-301 分類に対する影響	82
5.3.2	ドイツ・コーディング・ガイドラインに対する影響	83
6	選ばれた分野における結果の説明	84
6.1	AIDS／HIV	84
6.2	皮膚病	84
6.3	癩癩	85
6.4	早期リハビリテーション	86
6.5	胃腸病学／内視鏡検査	87
6.6	老人医学	88
6.7	集中治療	89
6.8	心臓学	90
6.9	小児心臓外科	92
6.10	多発性硬化症 (MS) の治療	93
6.11	多種の抗生物質に対して耐性のある病原体	94
6.12	新生児学	94
6.13	腎不全／透析	95

6.14 腫瘍学	96
6.15 小児科	98
6.16 パーキンソン症候群	99
6.17 多発性外傷	99
6.18 横断麻痺	100
6.19 頭蓋・脳の外傷 (SHT)	101
6.20 卒中発作	101
6.21 重度火傷者	102
6.22 移植	103
6.22.1 骨髄移植	103
6.22.2 臓器移植	104
6.23 結核	105
7 ドイツ DRG 制度の今後の発展のための手がかかり	107

省略語

Abs.	項
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator；自動移植可能電気除細動機/細動除去器
AM	算術平均値
AMV	在院期間の算術平均値
AR-DRG	Australian Refined Diagnosis Related Groups；オーストラリア細分診断群分類
BMGS	連邦保健社会保障省
BpflV	連邦入院給付基準額命令
bspw.	例えば
CC	Complication or comorbidity；合併症または併発症
CCL	Complication or comorbidity level；合併症または併発症レベル
d.h.	すなわち
DIMDI	ドイツ医療資料整備・情報研究所
DKG	ドイツ病院協会
DRG	Diagnosis Related Group；診断群分類
€	ユーロ
ECMO	体外膜酸素供給
etc.	等
FAB	専門診療科区分
G-DRG	ドイツ診断群分類
gem.	～に従い、～に則り
gew. PK	ウェイトを付けた優先順位付与係数
HK	同質係数
HNO	耳鼻咽喉医学
ICD	疾病および類似の健康障害に関する国際統計分類、社会保障法典第五編のための第10改訂版
InEK	病院報酬制度研究協会
KEA	病院報酬委員会
KFPV	病院のための一件あたり包括払い制度に関する命令
KHEntgG	病院診療報酬法
KHG	病院資金調達法

KHK	冠状血管心臓病
MDC	Major Diagnostic Category ; 主要診断カテゴリー
med.	医学的
Mio.	100 万
MW	平均値、中間値
Nr.	番号、ナンバー
OGV	在院期間上限
OP-Datum	手術日
OPS	社会保障法典第五編第 301 条による手術コード—医学における処置の国際分類
OR	Operating Room ; 手術室
PCCL	Patient Clinical Complexity Level ; 患者総合重症度
Prä-MDC	MDC の前に組み込まれた主要診断カテゴリー
R ²	分散低下
SD	標準偏差
SDV	在院期間の標準偏差
u.a.	とりわけ
UGV	在院期間下限
VK	変化係数
vorstat.	入院前の
VWD	在院期間
\bar{x}	平均値、中間値
z.B.	たとえば

はじめに

病院報酬制度研究協会（InEK：以下 InEK と称す）は、当該報告書を以って診断群別定額報酬支払い方式（DRG/PPS）の算定の方法ならびに個々の DRG/PPS のコスト・給付側面に関する詳細を公表する。これをもとにして病院、疾病金庫およびその他の関係者は、個別の質問提起に対する、そして医学的専門領域ごとのディテール分析を行うことができる。これらのデータは一件あたり包括払い制度をさらに発展させるためにも使用することができる。

ドイツ DRG 包括払いカタログ 2004 によって、ドイツ連邦共和国における供給構造の特殊性と治療方法を、これまで以上に配慮することのできる一件あたり包括払い制度に向けての大きな一歩が踏み出された。これは、ひとえにドイツの 144 病院が任意で症例別データを収集し、DRG 研究協会へ提供してくれたおかげである。特に 12 の大学病院の参加は大きく、いくつかの給付の算定が初めて可能となり、圧縮作用の減少に貢献した。算定に参加してくれた病院にはこの場を借りてお礼を申しあげたい。また DRG 分類を改善するための提案手続（「構造的な対話」）に建設的に参加してくれたその分野の専門団体と連盟も欠かすことはできない。最後に、はじめてのドイツ包括払いカタログの内容の開発に取り組み、その作成に多大な労力を傾注し、期限通りに完成してくれた InEK の職員に感謝したい。

この包括払いカタログ 2004 は、今後数年間にわたって必要となるであろう改訂のベースとなるものである。診療報酬は可能な限り病院給付の内容に見合ったものにするを目的とするが、その細分化は度を越さないようにしなければならない。そうでなければ診療報酬制度は、必要な認知を得ることができないだろう。このことは 2005 年 1 月 1 日から 2007 年 1 月 1 日までの一本化段階において、法で定められた予算へ一致させるためにも重要である。

病院には今後も DRG/PPS 制度の発展と算定に建設的にかかわっていただきたい。これはとりわけ、特別な患者グループを治療する病院が、変更の必要性について指摘する場合にあてはまる。医学専門団体には、この制度を管轄する自治パートナーおよび InEK が、一件あたり包括払い制度 2005 の開発に向けて招集する「構造的な対話」に今後も引き続き建設的に参加してくれることを望む次第である。

トウーシェン

連邦保健・社会保障省「病院経済問題」課
課長

1 導入

この最終報告書には、2004 年向けドイツ DRG 制度再改訂の基礎、手続方法、結果が述べられている。本報告書は、関係のある専門家のために書かれたものであり、今後の発展の基礎となるやり方を明確にし、ドイツ DRG 制度内の相関関係への理解を促進するために寄与するであろう。

DRG に基づく診療報酬制度をドイツに導入するための法的基盤は、公的医療保険の医療改革法 2000 によって整えられた。その他の具体的な規定および制度導入のためのステップは、2002 年 4 月 23 日の一件あたり包括払い法 (FPG) によって定められている。

ドイツ DRG 制度の導入は、2003 年 1 月 1 日を以って、関心のある病院に対してドイツ DRG 制度の規定に基づいて病院給付に対する診療報酬を請求する可能性を認めるという方法で (「オプションモデル」)、とりあえずは任意ベースでスタートした。この時参加した病院には、予算の中立の原則が適用された。1,284 の病院がこの規定を利用した*。2002 年 9 月 19 日の病院のための一件あたり包括払い制度に関する命令 (KFPV ; 以下 KFPV と称す) の中に、基準となる請求規則および 2003 年に適用される症例別カタログが定められた。

図 1 は、制度導入の進捗見込みを示している :

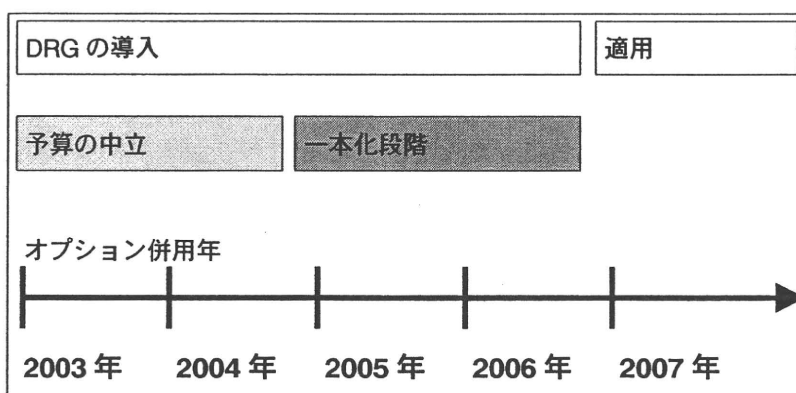


図 1: ドイツの DRG 導入の予定

2004 年は、病院と疾病金庫は依然として予算の中立に拘束されたまま、DRG 診療報酬請求規定の適用を受ける。2007 年 1 月 1 日の時点でドイツ DRG 制度は、あらゆる重要な構成要素と共に実施されていなければならない。2005 年と 2006 年は、参加者に対して、計画的できちんと構成された具体的な移行の形を提示するための移行期間だと考えられている。この一本化段階の間に病院予算を、州レベルの統一基本症例値に適合させていく。

* オプション病院の数は、www.krankenhaus-aok.de に掲載された一般地方疾病金庫の連邦連合会の記述 (2003 年 12 月 2 日現在) による

立法者は、DRG に基づく診療報酬制度の導入の過程で、一定の任務を病院資金調達法 (KHG) 第 17b 条の自治パートナー (疾病金庫の中央連合会、民間医療保険連盟およびドイツ病院団体 (DKG)) に委託しなければならない。同時に立法者は、自治パートナー間で不一致が生じた場合には、連邦保健社会保障省 (BMGS) を通して、法規命令という形で必要な規制を実施させる権利を留保している。ドイツ病院団体が、DRG 包括払いカタログ、付加報酬カタログ、診療報酬請求規定の分野における自治パートナーの交渉が不成立に終わったことを表明したため、連邦保健社会保障省により 2004 年用の診療報酬カタログ作成および請求規則制定の補足的実施が定められた。

この任務を引き受けるにあたり、病院報酬制度研究協会 (InEK) は、自治パートナーと連邦保健社会保障省を支援する。InEK は、自治パートナーと緊密に調整をはかりながら、ドイツ DRG 分類と評価関係のための体系的手順ならびにそのために必要なデータを盛り込んだドイツ DRG 制度をさらに再改訂・育成するためのルールを開発した。これに関連する InEK のその他の重大な任務には、定義ハンドブックとグルーパー明細書の作成ならびにドイツ・コーディング・ガイドラインの調整も含まれる。

DRG 制度は動的な制度であり、それにあわせて制度が開発されてきた患者グループの構成に変化があった場合、または新しい治療方法が見つかった場合には、制度内で考慮することが可能な構造となっている。これは、医学的給付動向および治療コストに関して、一定の間隔で更新されるデータを自由に使用できることを前提としている。

ドイツではこの目的のために、全データ調査により、治療を受けた患者に関する給付データおよび病院の構造データを収集し、さらに部分調査により症例別のコストデータを収集する。データは、1 暦年のデータを単位とする。その際、下記の図 2 から明らかなように、データ採取、データ評価、そこから得られる結果の有効期間は、それぞれ周期をずらして設定されている。

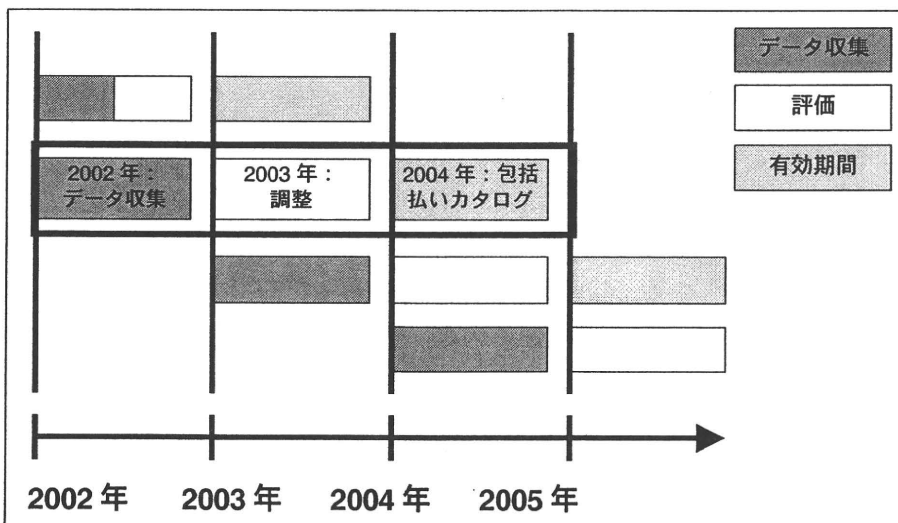


図 2: ドイツ DRG 制度の周期的な改訂、出典: 一般地域疾病金庫 (AOK) 連邦連合会に準拠

さらにドイツ DRG 制度を育てていくための作業は、「ドイツ DRG 制度を 2004 年に向け再改訂するにあたり、医学、経済、その他の分野の専門知識を取り入れるための提案手続（提案手続 2004）」に支えられた。医学専門団体、病院や疾病金庫の連合組織ならびにその他の研究機関が、「構造的な対話」の中で再改訂のための提案を行ってほしいという呼びかけに応じてくれた。非常に広範な人々が提案手続 2004 に参加してくれたおかげで、臨床的診療における経験と医学的専門知識を取り入れた結果を出すことができたのである。これによってドイツ DRG 制度は、最良の意味で「学びながら発展する制度」であることが実証された。

本最終報告書は、2 巻から構成されている。1 巻（「プロジェクト報告」）は、方法論と最も重要な結果を紹介している。2 巻（「包括払いカタログ、臨床的側面、コスト的側面」）には表形式で評価された詳細な分析結果が収められている。

病院報酬制度研究協会（InEK）の職員を代表して

Dr. Frank Heimig
理事長

Dr. Martin Braun
医学部長

ジークブルク、2003 年 12 月

2 ベースとなるデータ

2.1 病院診療報酬法第 21 条による DRG データの収集

ドイツ DRG 制度を再改訂するために必要なデータの用意については、2002 年 4 月 23 日の病院診療報酬法 (KHEntgG) 第 21 条が規定している。この規定によればすべての病院は、1 年間にわたる全データを調査し、病院ごとの構造データおよび症例別給付データを用意することが義務づけられている (以下「病院診療報酬法第 21 条による DRG データ」と称する)。DRG データは、前暦年について毎年 3 月 31 日までに、自治パートナーから指定された DRG データ機関に対して連邦一斉に引渡される。InEK は DRG データ機関のコントロールと監督を委託されている。

2004 年ドイツ DRG 制度再改訂に向けては、2002 年 (暦年) のデータが収集された。納入された病院データには、2002 年中に退院した患者の全入院データが網羅されている。DRG データの収集にあたっては、約 1,790 万件の治療症例に関する記述を伴う 1,776 の病院のデータが集められた*。

病院の構造データには、例えば経営形態や病床数などの特徴が含まれる。病院の施設記号は、納品されたデータの識別記号の一番最初につけられている。各病院ごとに申告された給付データには、患者の個人的な特徴 (例えば年齢、性別等) のほか、主診断名、副診断名ならびに手術と処置などの治療に関する医学情報が含まれている。症例別のデータは、病院内部の治療症例記号を病院の施設記号と関連づけることにより、明確に同定される。

法律で引渡すべく規定されたいくつかの情報、例えば協定に基づき、診療報酬の請求がなされた DRG 症例の件数等は、2002 年にはまだ存在しなかったため、ドイツ DRG 制度導入段階の後半になってからでないと収集することはできない。また給付データの一部 (請求された診療報酬の症例ごとの種類と金額) も 2002 年にはまだ引渡しデータの中には含まれていなかった。

自治パートナーは、病院診療報酬法第 21 条による協定に関する別表 2 の中で、引渡されるデータセット (以下「DRG データセット」と称する) の内容と形式をを具体的に記し、それ以外の手順についても指摘した。2002 年の 1 年分の納入データについては、2003 年 2 月 20 日付、2003 年 3 月 14 日改訂の病院診療報酬法第 21 条による協定に関する別表 2 が、基準とされた。

DRG データセットの中で定義された情報は、以下のデータファイルの中にまとめる (表 1 参照) :

* 内容は、2003 年 8 月 3 日のデータ引渡し時点のものである。

データファイル名	まとめられた内容
Info	方式に関する記述 (グルーパー、データ収集、バージョン識別信号など)
Krankenhaus (病院)	病院に関する情報 (名前、種類、経営形態など)
Ausbildung (教育)	病院の教育機関に関するデータ (タイプ、収容力など)
Abrechnung (請求)	協定にもとづき請求された DRG 症例の件数、評価関係、病院の収益調整
Fall (症例)	治療症例、基本データ、入院の経過ならびに主診断に関する記述
FAB	一つの病院の様々な専門診療科における治療網
ICD	ICD-10-SGB-V Version 2.0 による治療症例の副診断名、最大 49 まで
OPS	OPS-301 Version 2.1 による治療症例の処置、最大 100 まで
Entgelte (報酬)	1 つの症例の診療報酬の種類と診療報酬の額に関する記述

表 1: DRG データセットのデータファイル構成

データファイル「Abrechnung」と「Entgelte」は、まだ足りないデータがあったため、2002年の段階ではまだ準備する必要なかった。

自治パートナーは、DRG データ受入れのための DRG データ機関として病院診療報酬法第 21 条第 1 項 1 段に基づいてノイスにある 3M 健康情報サービス研究所を指名した。

データセットは、物理的なデータ収録材に納め、または E メールにより読み取り可能な形でデータ機関に提供することが可能だった。データは送付する前に、PGP コード化方式によりコード化する必要があった。

2.2 費用データの収集

費用データは、自治パートナーの呼びかけに従い、任意で症例費用算定を実施することをすでに表明していた 144 の病院による部分調査によって提供された。これらの病院は、以降「算定病院」と称する。

InEK は、2003 年 3 月 26 日の時点で、264 の病院と「ドイツ DRG 制度における症例費用算定への参加に関する協定」を結び、この協定がデータ収集のための正式な根拠となっている。協定に従い症例別の費用データは 2003 年 3 月 31 日までに DRG データ機関に提供されなければならなかった。算定病院からのデータ納入結果は以下の通りであった(表 2 参照)。

算定病院のデータ納入結果 (2003年6月6日現在)	病院数
費用データをデータ機関に提供した算定病院	144
協定を結んだが、病院診療報酬法第21条によるDRGデータのみを提供した算定病院	116
協定を結んだが、データを提供しなかった、あるいは遅れて提供した算定病院	4

表2: 算定病院のデータ納入結果

算定病院のデータセットには、病院診療報酬法第21条によるDRGデータのほか、症例別の費用データが付け加えられていた。費用データの内容と形式は、同じく自治パートナーが病院診療報酬法第21条による協定に関する別表2の中で定めた。これに伴い2つの追加データファイルが提供される(表3参照):

データファイル名	まとめられた内容
Kostenmodul (費用モジュール)	算定方式に関する記述 (費用種類・費用項目グループ、給付種類)
Kosten (費用)	費用モジュールを単位とする症例の費用価値

表3: DRGデータセットにおける費用データのデータファイル

ある症例の費用データは、病院内部の治療症例記号を病院の施設記号に関連付けて同定する。

InEKと結ばれた協定においては、算定病院は症例費用の算定に際して自治パートナーの算定ハンドブック(「症例費用の算定—病院で使用するためのハンドブック—Version 2.0」)の中に記された方法論を使用することが義務づけられている。このほかに、出版された2003年2月28日の「算定ハンドブック Version 2.0に関する更新とサポート」にも注意しなければならなかった。

DRGデータ機関に対するデータ納入は、病院診療報酬法第21条によるDRGデータの引渡しに関して記された手順に従って行われた。

2.3 納入データの量と構成

納入データの規模

表4は2種類のデータ収集において納入されたデータの規模を表している。ここでは費用データの収集数は、病院診療報酬法第21条によるデータ収集の「一部」と理解され

ることに注意しなければならない。というのも算定病院はいずれにしろ DRG データセットを提供するわけであり、費用データのみだけ追加して提供するにすぎないからである。表の内容は、DRG データ機関でエラーチェックの実施後、InEK によるデータチェックの実施前の状況を示している。

基準	病院診療報酬法第 21 条による DRG データの収集	費用データの収集
病院数	1,776	144
病床数	506,617	72,027
症例数	17,880,638	2,825,650

表 4： 納入データの量

病院診療報酬法第 21 条による DRG データの収集を通じて、ドイツの完全入院と部分入院の給付のほぼ完全な姿が描き出される。データを提供した算定病院の数は、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 のベースとなる算定と比較して 19 件増加したが、ここでは 12 の大学病院が初めて加わったことが、データセットの数にとっても、表された給付の多様性の幅にとっても特別な意味を持っている。給付・構造・費用のデータが初めて 1 暦年全体を通して提供されたのである。

費用データの収集によって得られたデータセットは、チェック実施後、ドイツ DRG 分類を再改訂するためのベースとされた。4.2.3 章と 4.2.4 章は、データチェック、データ処理、データ訂正の流れの中で実施される措置を個別に説明している。

病院診療報酬法第 21 条による DRG データ収集により得られたデータセットは、評価関係の標準化のために使用された (4.4.1 章参照)。

納入データの構成

納入データの構成に関するすべての内容は、表 4 に示された規模と関連している。

図 3 は、調査に加わった病院の州別の地域構成を表している。

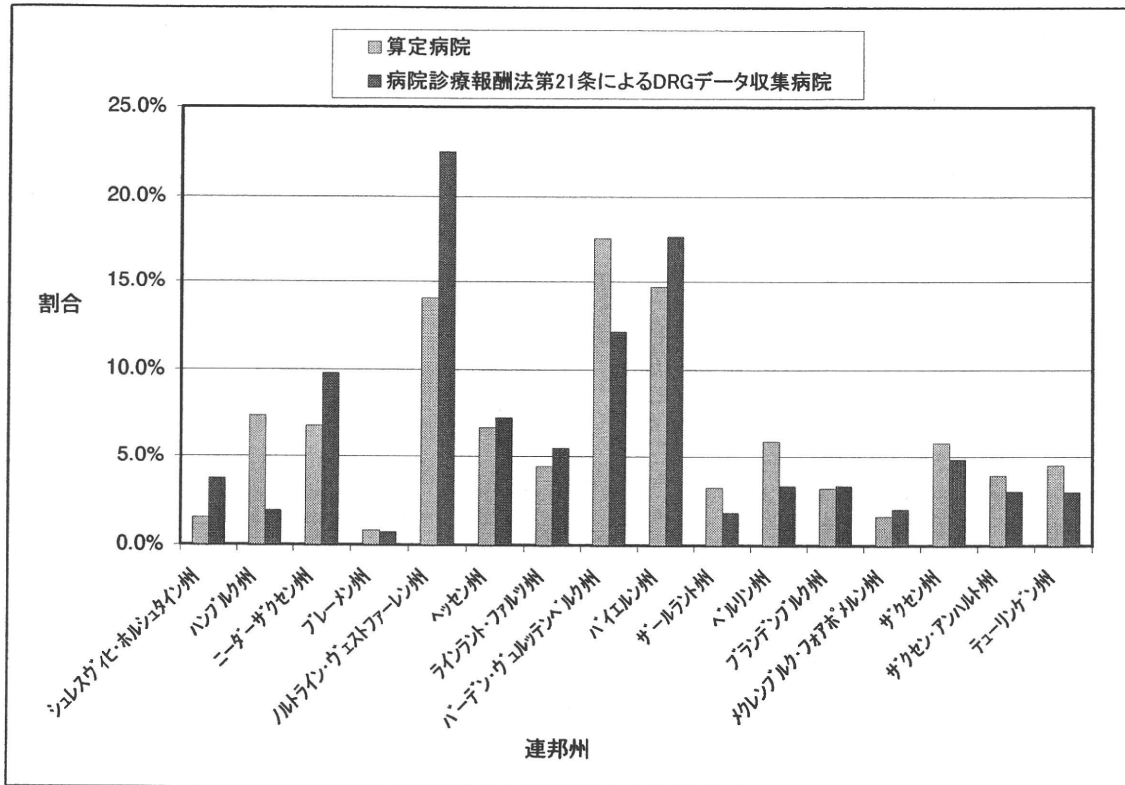


図3： 病院の州別のデータ収集構成

病院診療報酬法第21条によるDRGデータの収集に加わった病院の分布は、各州の供給構造をほぼ反映している。費用データ収集については、参加が自発性に基づいているため、このような結果を期待することはできなかった。ただしどちらの調査においてもノルトライン・ヴェストファーレン州、バイエルン州、バーデン・ヴュルテンベルク州で、加わった病院の割合が最も多いという点については一致している。

データ収集における各州の割合の違いは、図4から明らかである。図4は、算定病院の割合と病院診療報酬法第21条によるDRGデータ収集を行った病院の割合との相対的差違を州別に示している。例えば算定病院の中でのハンブルクの病院の割合は、病院診療報酬法第21条によるDRGデータ収集におけるハンブルクの病院の割合の3倍である。

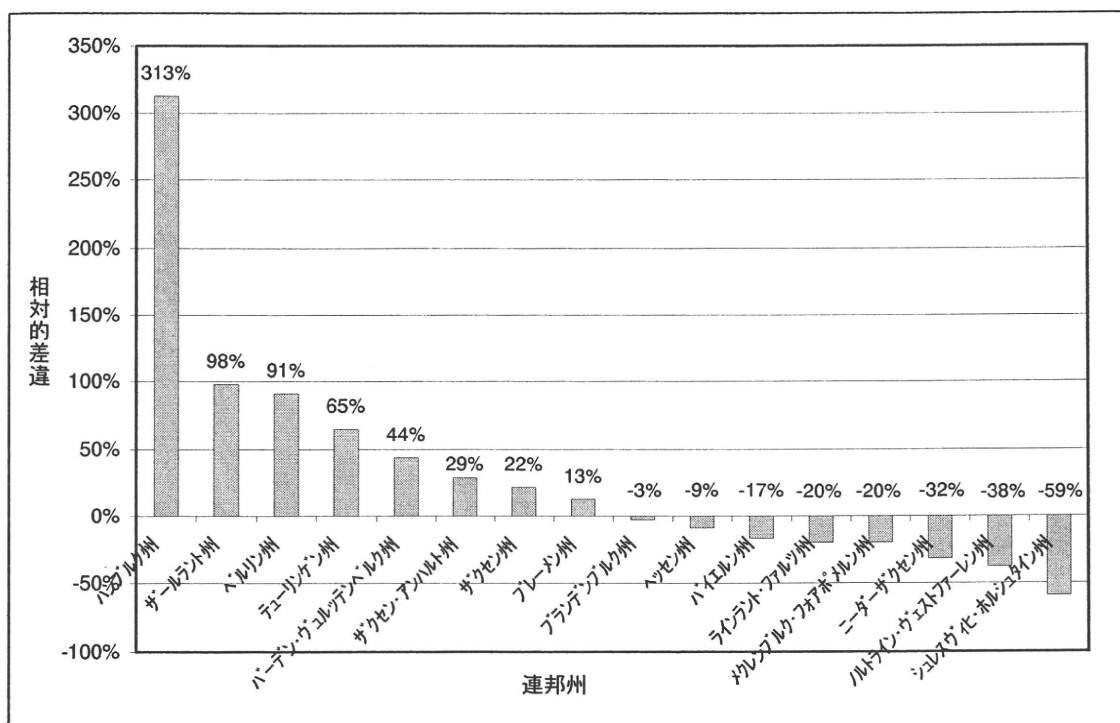


図4：病院診療報酬法第21条によるDRGデータ収集の病院割合と比較した算定病院の割合の州別の相対的差違

図5は病院の病床数の等級別のデータ収集構成を示している。

対比して見ると、費用データ収集においては中規模（301～600床）病院、そしてとりわけ病床数が600を超える大規模病院の割合が高いことがわかる。別の言い方をすれば、費用データ収集においては300床までの小規模病院の割合は、それらが病院診療報酬法第21条によるDRGデータ収集に占める割合に比べれば小さい。

このような結果となるのは、規模の大きな病院は、規模の小さい病院よりも、症例費用算定を実施するのに必要な最低要件である人的、技術的資源を備えているからであると推定することができる。

同時に大規模病院（そのほとんどが最大供給病院と大学病院）の参加率が高ければ、症例数も多いので多様な給付全体が確実に網羅されている。

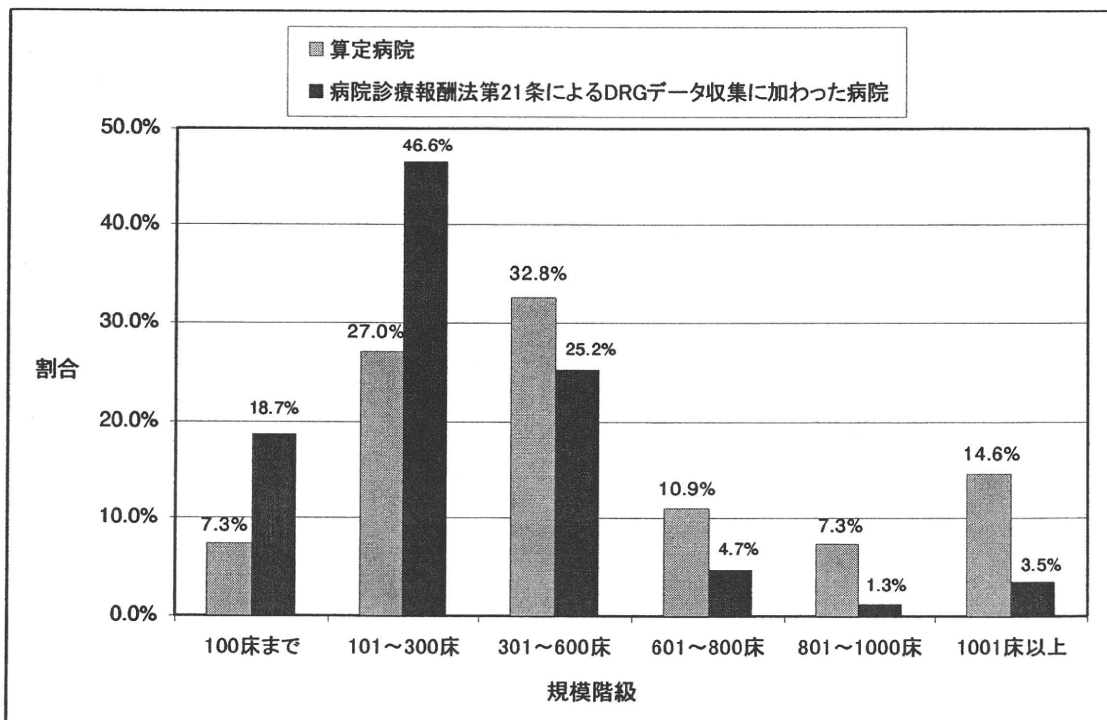


図5：病院の病床規模別のデータ収集構成

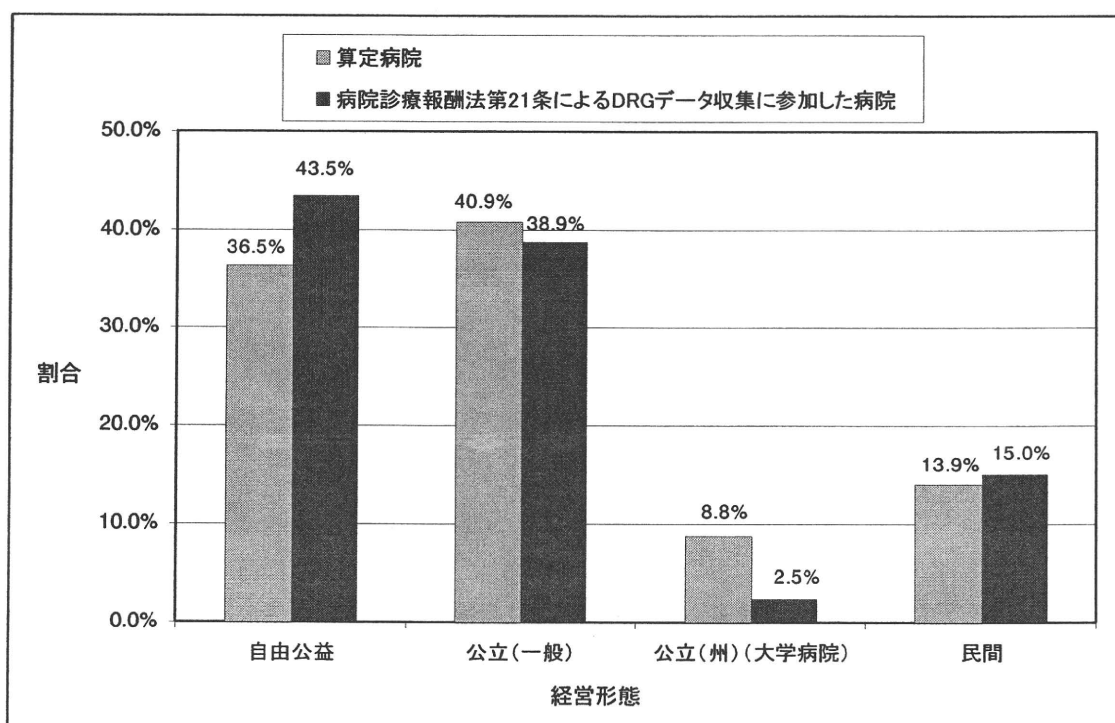


図6：病院の経営形態別のデータ収集構成

図 6 から、病院診療報酬法第 21 条による DRG データ収集においては、経営が自由公益・民間の病院の方が公立の病院よりも、いくぶん多いことがわかる。この分布は、費用データの収集に参加した病院においては、公立病院よりに変移し、公立病院は算定病院の約半数を占める。各州の公立の大学病院においては明らかな差違があり、算定病院の中で占める割合は、病院診療報酬法第 21 条による DRG データ収集に占める割合に比べるとかなり高い。

3 提案手続 2004

3.1 手続の基本的特徴

ドイツ DRG 制度は、最初から学びながら発展する制度として考案された。この視点は、2004 年に向けてドイツ DRG 制度をさらに発展させていくにあたり医学、経済、その他の分野の専門知識を取り入れるための提案手続において最も強く表れている。

自治パートナーは、ドイツ DRG 制度再改訂を成功させ、認知を促進するためには、外部の専門知識を取り入れることが必要だと考えた。そのため InEK は、医学、経済、その他の分野の専門知識を取り入れるための構造的対話の実施を委託された。2002 年 12 月 20 日の手続の公表を以って、2003 年 3 月 31 日という期限を定めた提案手続 2004 が開始された。

手続の前提条件は、病院資金調達法第 17b 条による包括払い報酬制度の導入に関する協定をもとに制度内で解決策を見出すことであった。目的は、とりわけ、ありえるにもかかわらず、これまで考慮されなかった、ドイツ DRG 分類 Version 1.0 の費用分離要素、医学的な妥当性のなさ、不十分な表現に対して指摘してもらうことであった。

諸機関、組織に手続への参加を呼びかけた。それによって、期待されているような提案がまとめられ、評価が行われ、そして効率的な問題把握が確実に実施されるためである。呼びかけには数多くの個人、個別機関が応じてくれた。

ドイツ DRG 制度を発展させ、育てていく手順として、後で記すように、提案された変更のシミュレーションを行い、制度全体の改善に寄与するかどうかという観点に立って提案を比較することがあらかじめ規則集で定められていた。前もって形式化されていたにもかかわらず、ほぼすべてにわたって細かい点まで指摘した提案がなされたため、膨大な改訂作業が必要となった。こうした多様な形態の指摘を比較可能な形にするために、提案はいわゆる「最小加工単位」(MBE) に分類された。最小加工単位は、課題を一まとめにしたものであると解釈され、その組み替え結果は、それぞれ 2 つの新しい、ないしは変更された DRG から構成されていた(例えば、現在の区分基準の変更、新たな区分の導入またはコードの移動)。さらに規則は、複雑さを変えない提案、すなわち新たな DRG 形成につながらない提案に従った細分化、および複雑さを変える提案に従った細分化の両方を想定していた。

提出された提案はすべて、体系化された到着リストに記録された(問題管理リスト)。リストには提案した機関/個人を記し、提案のテーマを挙げ、ドイツ DRG 分類の趣旨による解決提案、必要な場合には付加報酬による、ないしは病院診療報酬法第 6 条第 1 項に則った解決提案およびそれ以外の問題分野(これはその解決がドイツ DRG 分類の趣旨によっても、付加報酬によっても形式が与えられなかった問題分野を意味する)に従って区別した。このリストは 2003 年 5 月 14 日に自治パートナーに引渡された。

ある費用分離要素が可能ではないかという指摘がなされ、それがシミュレーション可能な場合、ないしはあるドイツ DRG 分類に医学的な妥当性がないのではないかという指摘があった場合には、後の文章に述べる手続に従い、算定病院のデータをもとにチェックした。

れることにより、患者の本人負担金が減少したという事項である。

- － 実際、試験事業の評価結果、患者アンケート調査で過半数以上が満足であると答えており、診療費が安いという点を満足の理由として上げている。
- － 相対的に世界各国と比較して、患者の本人負担分が大きいという国内医療保険の問題を考慮すると、患者と本人負担金が減少したのは励みとなるものと評価される。
- － 本人負担金減少の前提は、DRG 支払体系導入時も保険財政拡充という政策代案と不可分の関係にあり、本人負担を減らすための政策的努力により追加的な財政投入が前提となる時、本人負担減少政策の合理性が確保されうる。
- － しかし、現在の保険財政の現実を勘案すると、こうした政策代案が容易でないものと憂慮され、特に全国的に拡大実施されると、患者本人負担金の減少による追加的な財政所要に対する可視的で現実的な政策代案が提示されなければ、医療界の不信を解消しにくいものと判断される。
- － すなわち医療界では、万が一でも、DRG 支払体系の受容度を高めるために一時的に保険財政で患者本人負担金を支出したものの特別な財政代案を準備できず、制度の拡大実施後報酬統制を通じて財政を維持することになる状況を憂慮している。この場合には、制度的な本人負担金は減ってもまた他の診療費転移を通して国民負担に転嫁される歪曲現象が発生するかもしれない、患者本人負担金減少という社会的な便益は減少するであろう。

6.5.2 非給付項目の制限によるサービス選択権の制限

- － 現在、試験事業では良質のサービスに関する患者の要求を制限しないという側面から、5 非給付項目に限って医療保険で給付されなくても、患者本人負担を通じてサービスが提供されるように認めている。
- － これは患者の便益を高められるにもかかわらず、社会保険の原則上、保険者が負担しにくい項目については追加的な認定を通して患者のサービス選択権を認めるという趣旨であり、医療欲求が多様化している現代社会で避けることのできない代案であるといえる。
- － しかし、こうした趣旨を生かすために現在認定されている 5 非給付項目はあまりに範囲が狭くて、患者の多様な欲求および医療技術の発達に沿うには不十分であるという批判が提起されている。
- － 試験事業に参加している医療機関を対象に行ったアンケート調査で、こうした事例、すなわち患者の欲求により、またはサービス提供時の患者の不便を減少できたり、副

作用を減らせたり、今後の生活の質に影響を与えることにより患者の便益を増進させることのできる領域に対する別途の非給付認定を最も優先的な改善事項として要求していた。

一 追加的な非給付行為として認定を望む代表的な事例を示すと、次の通りである。

- PCA 無痛分娩手術および材料
- 水晶体囊拡張リング
- 各種内視鏡手術（肛門内視鏡手術、骨盤鏡手術、APPC 手術）
- レーザー手術（例：レーザー白内障手術）
- レーシック手術
- 先天性代謝異常検査
- 羊水穿刺検査
- partobulin（Rh-血液型患者に使用）
- 随伴性虫垂切除術

一 こうした手術以外にも、医学技術の発達によって患者の便益を高められる多くの医療行為が継続的に開発されているが、行為別報酬制の下では公式的ではないが任意非給付の形態でサービスが提供されることに対する統制が強くなかったために、こうした問題が表面化しなかったが、DRG 支払体系導入後、これに対する統制が強化され、サービスの質に対する患者の選択権問題がいつそう争点化されるものと予想される。したがって、医療費統制という名目でこれに対する手術を認めない場合、患者のサービス選択権制限の問題が、医療現場で主な苦情となるだけでなく、法的に紛争化する素地があり、医学技術の発展にも否定的な影響を招くものと憂慮される。

6.5.3 その他の苦情事項

1) DRG 支払体系に対する理解不足とそれによる苦情の増加

一 試験事業という状況的な制限点があるにはあるが、DRG 支払体系に対する患者の理解不足により苦情が発生する場合が増加しており、多くの医療機関でこれによるジレンマを提起していて、制度的な解決が要求される。

一 最も頻繁な苦情事例として提示された例を見ると、次の通りである。

- 先払償還に対する不満

肺炎で 2 回以上入院した患者が在院日数と治療を受けた程度が異なるにもかかわらず、同一の診療費を受け取ることに對して抗議する。(行為別報酬制は医療供給者だけでなく患者にもサービスを受けるので支払うという側面から理解しやすい反面、サービスを受けるのと関係がなく診療費金額が支払われる DRG 支払原理は、患者に納得されない難かしさがある。特に在院日数が短かったり診療内容が簡単で行為別報酬適用時に相対的に支払いが少ない可能性のある患者が多く苦情を申し立てており、これによって医療機関が不必要な誤解を買うケースが発生する。

■ 確実な診断が遅れることによる診断名算定錯誤の問題

急性虫垂炎と推定されて手術を行ったが、組織検査の結果、正常虫垂と判定された場合、随伴性虫垂切除術で非 DRG に分類されることになる。この時、患者は虫垂切除術を DRG で算定されて診療費を支払い退院した場合、診療費還収を巡り患者と医療機関の間の紛争または不信関係が醸成しうる。(組織検査を行ったり特殊検査を行う場合、患者が退院した後確定するケースが多く、こうした苦情が頻繁に発生している。)

2) 随伴診療に対する考慮の必要性

- 国内の医療文化的特性上、入院または手術するついでに、該当疾病に関連がないがすでに抱えていた健康上の問題で診断を受けたり治療を受けたがる傾向があり、行為別報酬制の下では提供されていたサービスについて給付範囲である場合、すべて補償されるために、こうした場合、特に問題なしに診療が提供されていた。
- しかし DRG 支払体系の設計原理上、医療機関の立場では様々な疾患が伴うほど収益性が低くなるために、一緒に診療することを忌避する可能性が高く、特に危急を要しない場合、期間が経過した後に追加的に診療を受けるように勧める、いわゆる疾病分離 (DRG split) 現象が起きる可能性が高く、これによって患者の苦情が頻繁に発生している。
- 保険者の立場では DRG 基準報酬算定時に随伴疾患に関する事例が勘案されて算定されたので、こうした患者の欲求を医療機関が実施してくれ、特に問題がないと主張することもできるが、DRG 報酬算定時に考慮された随伴疾患は該当疾患に随伴する可能性の高い疾患または関連性の高い疾患事例を中心に考慮されたために、厳格な意味で報酬に反映された随伴疾患の特性がこうした場合と異なりうる。
- 患者の立場では入院したついでに一緒に解決できる健康上の問題が解決できず、また別の入院を通して解決することになる場合の様々な不便と金銭的・非金銭的費用が追加され、この制度に対する不信または医療機関に対する不信が引き起こされる。

- － こうした状況で医療機関が診療を忌避したり、疾病分離形態を示すことに対する行政的統制が難しいために、原則的な立場のみを固守するより実際の苦情が合理的に解決されるように別途の補償が整備される必要がある。(例えば患者の同意書を添付する場合、該当診療に対して行為別報酬を適用する方策等、もう少し患者の立場で柔軟な代案が必要であると判断される。)

6.6 要約および結論

- － 3年間の DRG 支払体系試験事業を評価すると、その結果は次のように要約することができる。

① 医療費削減効果に対する評価

- 第1に、医療費削減効果に対する評価の結果、10%を上回る水準で1件当たり在院日数の減少と1件当たり診療費の減少、注射抗生剤の使用減少が報告されたが、研究設計上の問題として(一般的な医療界の傾向および関連要因統制不足、比較対象群の特性の差)試験事業効果であると評価するには制約的である。
- 2次年度にさしかかり減少幅が鈍化して DRG 支払体系によって医療費が削減されるという結論を下すには制約的であると評価され、もう少し十分な期間の検証が必要であると判断される。
- 憂慮されていた通り、外来部門への診療費転移が発見され、もう少し綿密な資料収集と十分な観察期間を通して医療費削減効果に対する総合的な評価がなされる必要があると判断される。

② 医療サービスの質に対する評価

医療サービスの質については、合併症と必須検査の未実施率が増加し、手術後の必要処置が欠落するケースが発生して、医療サービスの質低下の可能性を示唆し、全国的に拡大して医療機関が制度に慣れて適応するほど、こうしたサービスの質低下の問題は深刻化するものと憂慮される。

③ 医療報酬水準に対する評価

現在の DRG 報酬水準は、行為別報酬水準と比較して高いものと報告されているが、医療機関の規模により評価が異なりうる。実証分析の結果、相対的に重い患者を診療することになる総合病院以上の医療機関では、DRG によって原価水準より低いのはもちろん、現行行為別報酬水準より低いケースも発生していて、これに対する詳しい評価と補完が必要であると思料される。

④ 医療供給者に対する評価

- DRG 支払体系導入時に医療供給者に対する便益として請求の簡便性が提示されたが、実際に病院・医院級医療機関では請求の簡便性が増大したことを報告している反面、規模の大きな医療機関では重症度患者に対するモニター資料準備等、付加的な行政業務により特別な差がないことを報告している。
- 医療関係者と保険者間の摩擦の問題も、行為別酬価制に比べて摩擦の余地は減少したが、新たな制度導入による病院と連合会実務者の試行錯誤、制度の実行を円滑に支援する施行指針等が体系的かつ合理的に伝達されないことによる業務混乱の問題、医務記録情報に対する連合会の任意的適用等により、他の様態の摩擦が再燃されている実情にある。

⑤ 患者に対する評価

- 患者の立場では、本人負担金の減少により金銭的便益が増大したが、非給付範囲の制限により患者の便益を向上するサービスに対する選択権に制限を受けており、随伴診療慣行が考慮されない等、制度の硬直した運営により苦情が増加している実情にある。
- 一 結論的に3年間の試験事業の評価結果は、DRG 支払体系の肯定的効果により期待される医療費削減効果を評価するには、時期的にも資料上も充分でなく、同様に医療サービスの質等、否定的な効果に対しても発生可能性を排除するほど十分な結果を提示できないものと判断される。併せて、試験事業では相対的に DRG 支払体系適用に有利な医療機関が参加したために、拡大適用時に試験事業で露出した問題以外に多様な問題が追加されうることを勘案して、制度の拡大適用を慎重に勧める必要があると判断される。

第7章 DRG 支払制度導入に関する政策提言

第7章 DRG支払制度導入に関する政策提言

- 1977年に医療保険が導入された後、医療保険制度は国民の医療接近度を高めることにより、国民保健の向上に寄与し、短い期間で脆弱な医療供給基盤を拡充するのに決定的な寄与をした。
- しかし政府財政投入を最小限にする方向で医療保険制度が運営されてきた間、非現実的な医療保険報酬水準によるサービスの質低下の問題と医療供給形態の歪曲問題が慢性的な問題として指摘されてきており、保険者と医療関係者間の摩擦が絶えなかった。
- 政府はこうした問題を解消するための方策としてDRG支払制度導入を検討することになり、3年間の試験事業を実施した結果、全国的な拡大を決定したが、医療界ではDRG支払制度導入に反発している実情にある。
- DRG支払制度の導入は20余年の医療保険体系の枠組みを揺るがす変革であるといえ、導入以前に多様な側面からその妥当性を十分に検討して慎重に意思決定しない限り、国内医療保険体系の問題点を深刻化する否定的な結果を招きうる。
- このためこの研究は、国内外の関連文献の検討および試験事業に参加した医療機関の意見調査と関連事例の収集、そしてDRG支払制度に関連する主要専門家集団の討論等を総合して、次のような政策提言を提示しようと思う。

7.1 DRG支払制度導入適切性に対する意見

- いかなる制度も長所と短所を持っており、DRG支払制度もやはり理論的に多様な長所と短所を持っている。
- しかし理論的な長所と短所は制度を導入した国の医療体系の特性によって実証的に異なって現れる。
- 本研究で米国とDRG支払制度を活用している主要国の経験を総合的に検討した時、各国の医療体系の特性により肯定的な側面と否定的な側面の様相が異なり、韓国の場合にも国内医療体系の特性によりその結果が異なって現れうるものと判断される。
- したがって、DRG支払制度導入の適切性を評価するためには、国内医療体系の特性によりDRG支払制度導入がいかなる政策的結果や影響を及ぼすのかに対する深い考察が必要である。
- 本研究結果を総合すると、現時点でDRG支払制度を導入するのは時期的に適切でないと判断され、長期的な課題として慎重な再検討が必要である。

- － これに対する論拠を提示すると、次の通りである。
- 1. 国内医療体系は DRG 支払制度を適用している国と比較して相当な異質性があり、こうした差によって DRG 支払制度の導入効果が異なりうる。**
- － DRG 支払制度を導入している世界の主要国と国内の実情を比較すると、医療体系が異なり、こうした相違点は DRG 支払制度の肯定的側面より否定的な側面が強化される方向として作用する可能性が高い。
 - － 具体的な相違点を示すと、次の通りである。
 - ① 現在 DRG 支払体系を導入している大部分の国が OECD 先進国であり、医療費の効率的な管理が主な政策課題である反面、まだ韓国は OECD 国の中でも下位水準に留まっており、適正水準の医療費投入に政策的優先順位が与えられるべきで、医療費削減策としての DRG 支払制度の導入は時期尚早である。
 - ② DRG 支払体系を導入した大部分の国は公的医療体系を運営しており、DRG 支払体系を公共医療体系に対する予算支払基準として活用することにより、公共病院の生産性向上に重要な目的を置いている。反面、国内の医療体系は代表的な民間医療供給体系といえ、こうした特性上、DRG 支払制度を導入する場合、次のような問題点が予想される。
 - 公共予算支払に比べて民間医療機関に対する支払補償は支払の正確性と合理性を備えなければならないが、DRG 支払制度の場合、行為別酬価制に比べて相対的に正確性が劣る。
 - 公共医療機関は民間医療機関に比べて利潤動機が強いがないために、DRG 支払体系を導入する場合、制度の否定的な側面が相対的に少なく現れうる反面、民間医療体系の場合、費用削減に対する誘引にいつそう強く沿うことにより、必要サービスの減少、不適切な早期退院、重い患者の忌避等の弊害がより強く現実化する。
 - ③ 米国等は、医療費支払が医師の行為に対する支払と病院の管理費用に対する支払に区分されており、開放型病院体系として医師と病院の間の関係が独立的である反面、韓国は医療費が区分されておらず、閉鎖型病院体系として医師は病院に從属的であり、同一の利害関係を持つ。これによって引き起こされる問題点は次の通りである。
 - DRG 分類体系が国内の現実に合うように全面改編されなければ、DRG 支払制

度の合理性を損ねる問題がある。

- 米国では医師が牽制と均衡をなす調整者の役割を果たすことにより、病院サービスの質低下に有用な要因になっているのに反して、国内の場合これが欠如しているために、質低下の問題が深刻になりうる。

2. DRG 支払制度の実行できる基盤条件が醸成されていない。

一 国内条件を考慮すると、DRG 支払制度導入により引き起こされる様々な弊害を最小限にできる基盤条件が醸成されていない。例を示すと次の通りである。

- ① 米国は長期療養施設をはじめ、多様な中間段階の医療施設等が備わっていて、病院の早期退院に対する代案が可能な反面、国内の場合こうした施設が絶対的に足りないのが実情であり、DRG 支払体系導入後、早期退院問題が深刻化する場合、これに対する現実的な対処が不可能である。
- ② 米国は伝統的に病院単位の質管理活動が活発で、国家的な支援体系も確立されていて、サービスの質低下問題に合理的に対処できる反面、国内の場合、病院単位の質管理活動経験が初歩的で、統計資料や国家的な支援体系も備わっておらず、質に対する問題が大きくなっても効率的に対処しにくいのが実情である。
- ③ DRG 支払体系導入時、医療サービスの質低下による医療事故と紛争増加も憂慮されるが、米国の場合、医療紛争に対して国家的な管理体系と医療紛争に対する賠償保険体系が構築されている反面、韓国の場合、医療紛争に対する社会的な安全網が構築されていない関係で、医療関係者と患者の間の物理的摩擦および不信関係が深刻化する可能性がある。

一 したがって、こうした状況的環境が改善されない限り、DRG 支払制度の肯定的な側面による便益増大より否定的な影響による便益減少により、当初期待した目標を達成しにくいものと判断される。

一 良質のサービスを提供できる医療体系の基盤拡充、段階別機能分担の可能な医療機関の連係体系、国民と医療機関の間のトラブル調整機能の整備およびサービスの質管理体系等のような医療体系の合理的な整備が先行した後に、DRG 支払制度を含む包括報酬制導入を検討することがより妥当なアプローチであると判断される。何よりも医療体系に対する公共的機能の付与および国家的統制を正当化するためには、民間中心の医療体系に対する公的支援が先行しなければならないであろう。

3. 現在の医療界の変化を勘案すると、DRG 支払制度の早期拡大は時期的に不適切である。

- － 現在、政府は 2000 年 7 月に DRG 支払制度を全国的に拡大するという政策意志を明言している。
- － しかしこれは、公共医療体系に極限して実施している世界的な動向を考慮すると、急進的な政策決定であるといえ、特に民間中心医療体系に全面的に実施するのは世界的にも類のない事例であるために、その波及効果について十分な期間慎重かつ綿密な検討が必要であると判断される。
- － 特に研究結果で現行 DRG 支払制度試験事業に補完すべき事項が相当部分存在し、試験事業の肯定的・否定的効果に対しても明確な結論を導き出しにくく、制度の当事者として医療界の不信と反発が強い状況で制度を強行することは、政策効果を半減させるであろう。
- － それだけでなく、医薬分業をはじめとして、国内医療界を揺るがす多くの政策変化が予見されているなかで、効果の検証と制度に対する整備が充分でない DRG 支払制度を性急に導入することは、拙速な実施による多くの問題点を抱えることになり、究極的に国民と政府、医療界すべてに役に立たない結果がもたらされうるのであろう。
- － したがって、制度的問題点を補完整備して利害関係者との十分な協議を通じて制度的理解を模索する期間が政策的に考慮される必要がある。

7.2 DRG 支払制度導入に関する政策提言

- － 前に言及したように、DRG 支払制度を導入することが国内に適切でない判断されるが、DRG 支払制度が有する肯定的な側面を考慮すると、長期的な政策としての有用性は有効であると判断される。
- － したがって、DRG 支払制度が期待する政策効果および趣旨を生かすためには、前に言及したような DRG 支払制度実施のための基盤条件の整備と併行して、DRG 支払制度を国内の実情に合うように合理的に改編しようとする努力が必要であると思料される。
- － このために具体的な努力としては、次の事項を提示することができる。

7.2.1 分類体系の再整備

- － DRG 分類体系の問題点については、本研究第 4 章で詳しく記述したが、米国の分類体系をそのまま借用してきて生じた問題点を補完することが急務であると判断され、細部的には次の事項に対する補完が必要である。
 - 病院管理費用中心に分類された米国の DRG 分類体系を脱皮して、医療行為に要す

る資源消費量がともに反映された分類体系に再分類されなければならない。

- 適用人口の相違点による差を補完するために、国内医療情報を土台に国内疾病構造を反映する一方、可能な DRG の同質性を増大させる方向で DRG 分類を細分または統合する努力が必要である。
- 現行重症度分類体系もやはり国内疾病構造を反映して対象疾患を再整備し、分類体系の枠組みも重症度を合理的に反映できる方向で再整備されなければならない。
- このために医務記録コードの整備が必要であり（例：ICD-9CM コードの活用）、医療保険コードとの対応過程に対する公開的検証が必要である。

7.2.2 酬価算定過程の合理性の向上

- － 医療機関種別原価水準の差を合理的に反映できる指標の改善が必要である。
- － 農漁村僻地の病院、教育病院、地域社会病院、その他公共的機能を遂行する病院に対する政策的支援策が DRG 支払制度内に用意されなければならない。
- － 酬価算定のために医療機関種別代表病院の標本数を合理的に設定し、最近の経営資料を活用して酬価を再算定する必要がある。
- － 列外群算定および固定費と変動費の適用に関連して、その妥当性に対する専門家集団の検討が必要である。

7.2.3 原価に基づいた適正酬価水準の算定および保険財政代案の整備

- － DRG 基準酬価の算定は行為別酬価との比較でない医療機関の実際の実原価分析資料を土台に算出されなければならない。
- － 原価分析資料は言及したように十分な標本数を確保し、最近の経営資料を活用することで、時間的差を最小限にしなければならないであろう。
- － また十分な資料収集期間を確保することで、多様な疾病事例が包括的に含まれるようにしなければならない。
- － 患者本人負担金減少分に対して可視的な保険財政拡充策を整備しなければならない。

7.2.4 酬価管理体系の信頼性の向上

- － DRG 支払制度に対して医療界が不信感を抱く最も重要な理由は、DRG 酬価調整が行為別酬価制の下と同様に、政治的・経済的理由によって任意に調整されることに対する

憂慮である。

- － DRG 支払制度の下でも報酬調整が医療外的理由によって運営される場合、DRG 支払制度による弊害は行為別報酬制の下における弊害より深刻になりうる。
- － したがって、DRG 報酬水準の調整は例年的な調整に対する合理的な算定モデルを設定し、これを基本的な意思決定基準としなければならないであろう。すなわち、予測可能であり、合理性を担保した DRG 報酬水準調整手続きを整備することで、利害関係当事者の不信を解消する必要がある。

7.2.5 民主的で合理的な制度運営のための協議機関の整備

- － DRG 支払制度を導入・運営する大部分の国で、医療専門家を包括する専門家機関を中心に、DRG 分類体系の改編および報酬算定に対する合理的な方策が模索され、政府はこれを土台に政策を執行している。
- － この間、医療分野の多くの政策、特に医療保険政策の場合、政策議題の論議過程や決定および実施過程が政府によって一般的に主導され、専門性が欠如しており密室行政という批判が絶えない反面、医療界もやはり医療情報および経営資料の公開を通して制度の合理的設計を議論することにより、変化に対する抵抗と反対に終始してきた側面がある。
- － これにより、国民医療向上のために額を突き合わせなければならない政府と医療界は不信の壁を高めている実情にあり、医薬分業等最近の政策執行過程でこうした葛藤は尖鋭化している。
- － DRG 支払制度は、米国の医療体系的状況の中で 30 余年を発展させてきた制度であり、現在も絶え間なく補完してきているが、こうした制度を国内の現実に合うように補完し運営するためには、解決すべき多くの問題点がある。例えば、医療の現実に符合する分類体系の持続的改編、新たな技術の迅速な反映、疾病特性による報酬算定の補完等が挙げられる。
- － したがって、こうした過程をどれくらい合理的に調整していくかによって、制度の合理性が決定されるであろうし、このために多様な専門的見解を民主的に反映し、政策の妥当性と実行過程が公開的に検証され評価される過程が制度的に支援されない限り、DRG 支払制度もやはり、医療改革のもう一つの失敗に転落するであろう。

