

算定は、算定病院から納入されたデータだけをもとに実施された。提案に添付された算定結果または学術論文は確かに問題意識の先鋭化に役立ったが、シミュレーションされた提案を判定する際には考慮されなかった。

その提案がどの程度、どのような理由で考慮されたかについて提案者に結論を伝えるのも手続の一部であった。その際、すべての提案者は決定手続に関する十分な説明を受けた。さらに、寄せられた解決提案ないしは提起された問題分野についても個別に詳細な説明がなされた。この最終報告書およびドイツ DRG Version 2003/2004 のレポート・ブラウザーの中で公表された各 DRG に関する費用・給付データを使って全体像を示すことにより、ドイツ DRG 制度の再改訂プロセスについて可能な限り透明性を確保する努力がなされた。

3.2 参加

自治パートナーによる提案手続 2004 への参加の呼びかけは、大きな反響を呼んだ。InEK のもとには、専門団体および連合会から 170 件、そのほかに個人や個別組織からも 60 件の提案が寄せられた。これらの提案の中には、さらに 350 もの個別提案が含まれているものもあったため、提案は全部で約 2,000 件にもなった。これらの全個別提案のうち算定しうる提案は 814 個あった。なぜこのような数字の違いが生じたかという点、その内容から判断して提案の一部のみが、実際に算定病院からのデータをベースとしたシミュレーションが可能だったためである。

提案した組織は、医学専門団体がその大部分を占めた。しかしながらこれ以外にも、自治パートナー、連邦医師会、ドイツ看護協議会、医療製品メーカーの連邦連合会、製薬メーカーの中央組織、職業組合と利益団体、病院経営者、個人から提案が寄せられた。

3.3 提案の判定と考慮

寄せられた提案の具体さの程度は様々であり、病院資金調達法第 17b 条の包括払い報酬制度の導入に関する協定の前提条件としての定められた枠の考慮について、大きな違いがあった。これは特に個別提案の全体数とシミュレーション可能な提案の差違に表れている。シミュレーション不可能な提案は、まず第一に：

■ ICD コードと OPS コードの新編成／変更に関する提案

ICD-10-SGB-V 分類および OPS-301 分類をさらに改訂するのは、ドイツ医学資料情報研究所 (DIMDI) の任務である。InEK は、手続の過程で寄せられたコードの新編成に関する提案については、その職務の範囲であると考えたため、DIMDI の担当部署に転送した。提案されたコードに対する DIMDI の決定については、上述の回答状の中で知らせた。

■ 新しい ICD/OPS コードに基づいた新 DRG 形成に関する提案

算定病院のデータに基づくシミュレーションは、データセットの中にあったコードを使ってのみ実施することができた。新たに提案されたコードについては前項と同様の手順がとられた。これらのコードが DIMDI によって分類に取り入れた場合には、2004 年からコード化され、2005 年には算定データにおける分析に使用することができる。

■ 重複

複数の機関／個人から同一文章または同一内容の提案が数多く送られてきた。このような重複送付によっては、なんらの利点ももたらされなかったし、それによって優先されたわけでもない。

■ 個別の専門分野／疾病／施設を取り出す提案

大事なのは、DRG 制度の中で解決策を見出すというこの手続の目的であった。しかしいくつかの DRG には、2004 年包括払いカタログの中で評価関係が割り当てられなかったため（KFPV 2004 の別表 3）、病院と費用負担者の間で交渉が行われる必要がある。このように評価関係の非割当は、申請に基づいて実施されたのではなく、同質性、長期入院の割合、症例件数等の客観的基準の全体評価をもとに決定された。

■ CCL マトリクス変更に関する提案

CCL マトリクス変更のシミュレーションは、複雑なため何年分かの基礎となるデータを必要とする。これにふさわしい基礎的データがまだそろっていなかったため、該当する提案の算定を行うことができなかった。そのため CCL マトリクスの変更は、わずかな例外（明らかな欠陥がある場合ないしはオーストラリアのオリジナル制度の変更に適合させる場合）に限って行われた。

■ 評価関係変更に関する提案

個々の DRG に割り当てられた評価関係は、個別症例データの費用から算出された。そのため評価関係をフリーハンドに決定するという提案は、考慮されることはなかった。

■ 付加報酬に関する資金調達の提案

一般的に、個別の給付、複合給付、医薬品に対する報酬は、病院資金調達法（KHG）第 17b 条第 1 項 12 段に則り狭い範囲に限定された例外として規定されている。適切なデータが不足していたため、InEK は、断続的透析に対する付加報酬の額しか定めることはできなかった。病院ごとに個別に合意されるべきその他の付加報酬の決定は、補足実施の過程で連邦保健社会保障省（BMGS）によって行われた。付加報酬に関する様々な提案が、連邦保健社会保障省の招集した専門家ラウンドで討議され、それによって一つの推奨案が発表された。

■ ドイツ DRG 制度の大枠条件とは異なる提案

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）の大枠条件とは根本的に異なる、ないしはドイツ DRG 制度のシステムアーキテクチャの範

疇に入らなかった提案については、ドイツ DRG 制度の中でシミュレーションが可能かどうかについて調べた。

■ ドイツ・コーディング・ガイドライン変更に関する提案

2004 年については自治パートナーの間に、ドイツ・コーディング・ガイドラインの変更は、ICD・OPS 分類の変更によって、ないしはドイツ DRG 分類の変更に基づき避けられなかった箇所でのみ行うというコンセンサスがあった。

後に述べる決定基準に基づき 251 のシミュレーション可能な提案が、完全に又は部分的に実行に移された。2004 年ドイツ DRG 制度の変更のかなりの部分は、提案手続で得られた指摘によって生まれたものである。

4 方法論

4.1 概観

ドイツ DRG 制度の再改訂と育成の方法論的措置は、InEK の開発した一連の規則集によってあらかじめ定められていた。この規則集は、部分入院給付の報酬支払いと付加報酬の定義と評価という、すでにわかっている問題領域を除いて、自治パートナーの幅広い賛成を得た。この規定に定められた手続は、負担能力を備えた作業基盤であることが実証され、改訂プロセスにおいて、重大な事項については決してそこから逸脱することがあってはならなかった。このようにして、2004 年に向けてのドイツ DRG 制度再改訂は、手続技術上定められ、データ保護されたプロセスだけに基づいて行われたが、このプロセスはさらに提案手続 2004 で得られた専門家の造詣と専門知識によって支えられ、自治パートナーと連邦保健社会保障省の基準によって補われた。

図 7 は、分類と評価関係の形成プロセスをひとめでわかるように示している：

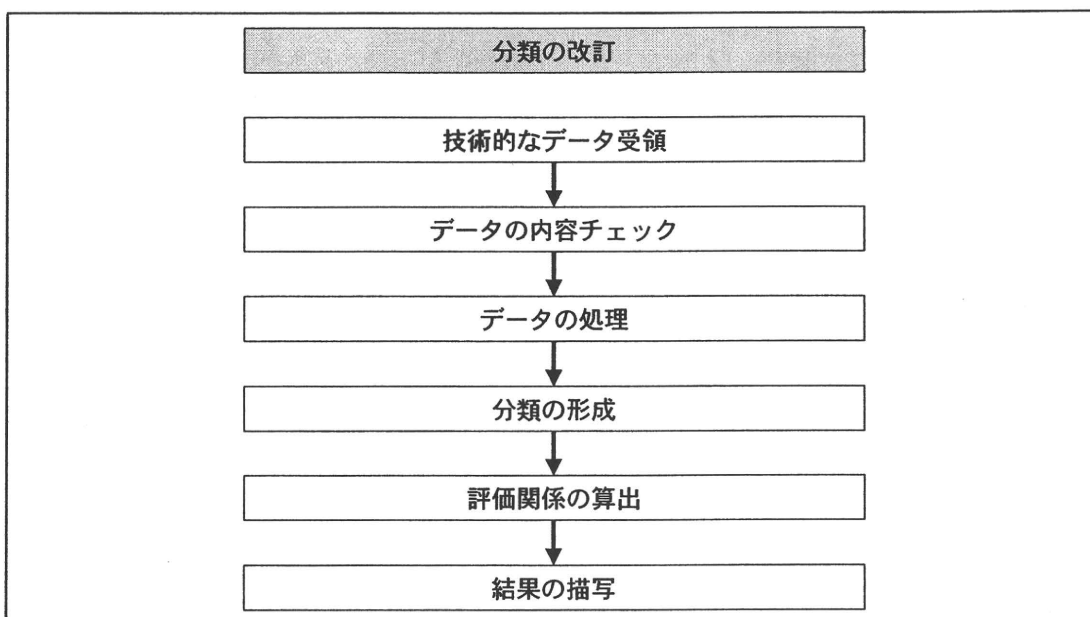


図 7： 分類と評価関係の形成プロセス（スキーム）

病院からのデータ調達および DRG データ機関へのその引渡しは、その後のすべての作業の前提となるものであった。DRG データ機関がデータを技術的に受領した際に、入ってきたデータセットに対してエラーチェックが行われた。技術的にチェックされたデータは InEK に引渡された。

InEK は、それに引き続き医学的、経済的観点から内容の妥当性チェックを実施し、補足的に医学・経済的関連のチェックと個別症例チェックも行った。

ドイツ DRG 分類再改訂のための基準となるデータ基盤を作り出すために、データ処理の過程でまず最初にチェックされたデータのエラー除去が行われた。その際、結果のひずみを引き起こしたファクターは、適切な方法で修正された。エラー除去されたデータセットを、供給形態（例えば完全入院給付または部分入院給付）に従ってまとめ、それに基づきコストプロファイルを DRG ごとに表した。その中には在院期間限度規定および DRG ごとの平均症例費用の算定が含まれた。

処理されたデータは分類を行うためのベースとなった。最初は一定の前提条件のもとで、現在のドイツ DRG 分類 Version 1.0 の DRG が濃縮された。現在の分類に関する分析結果ならびに提案手続 2004 において寄せられた意見は、発展のためのたたき台となった。これらには順位がつけられたが、この順位はドイツ DRG 制度の質の向上に対して最大限に貢献するものである。この順位をもとにドイツ DRG 分類の再改訂が進められ、変更可能性の評価が行われた。ドイツ DRG 分類 Version 2004 の開発にとって、相対的な在院期間値を含めた最終的なコストプロファイルを決定することにより、改訂措置は終了した。

ドイツ DRG 分類 Version 2004 のための評価関係は、基準値 1.0 に標準化して算定した。さらに加算や減額の大きさを定め、付加報酬の額の評価を行った。

この結果は、包括払いカタログ 2004、グルーパー・ソフトウェアを開発するためのスペックを含む定義ハンドブック、費用・給付データを含むドイツ DRG V2003/2004 レポート・ブラウザ、提案手続 2004 の提案に対する回答書ならびに本報告書の形にまとめられた。さらに病院診療報酬法第 21 条により収集された DRG データの公表が計画されている。

4.2 データのチェックと処理

4.2.1 技術的なデータ受領

4.2.1.1 データの流れ

ノイスにある DRG データ機関は、算定病院のデータおよび病院診療報酬法第 21 条による DRG データを病院から E メールまたは郵送で受け取った。データ保持のためにデータウェアハウス・ストラクチャーが設立され、それによってエラーチェック手続の終了後、安全なデータ経路を通じて InEK へ毎日最新のデータを伝送することが可能となった。図 8 は病院、DRG データ機関と InEK の間のデータの流れを示している：

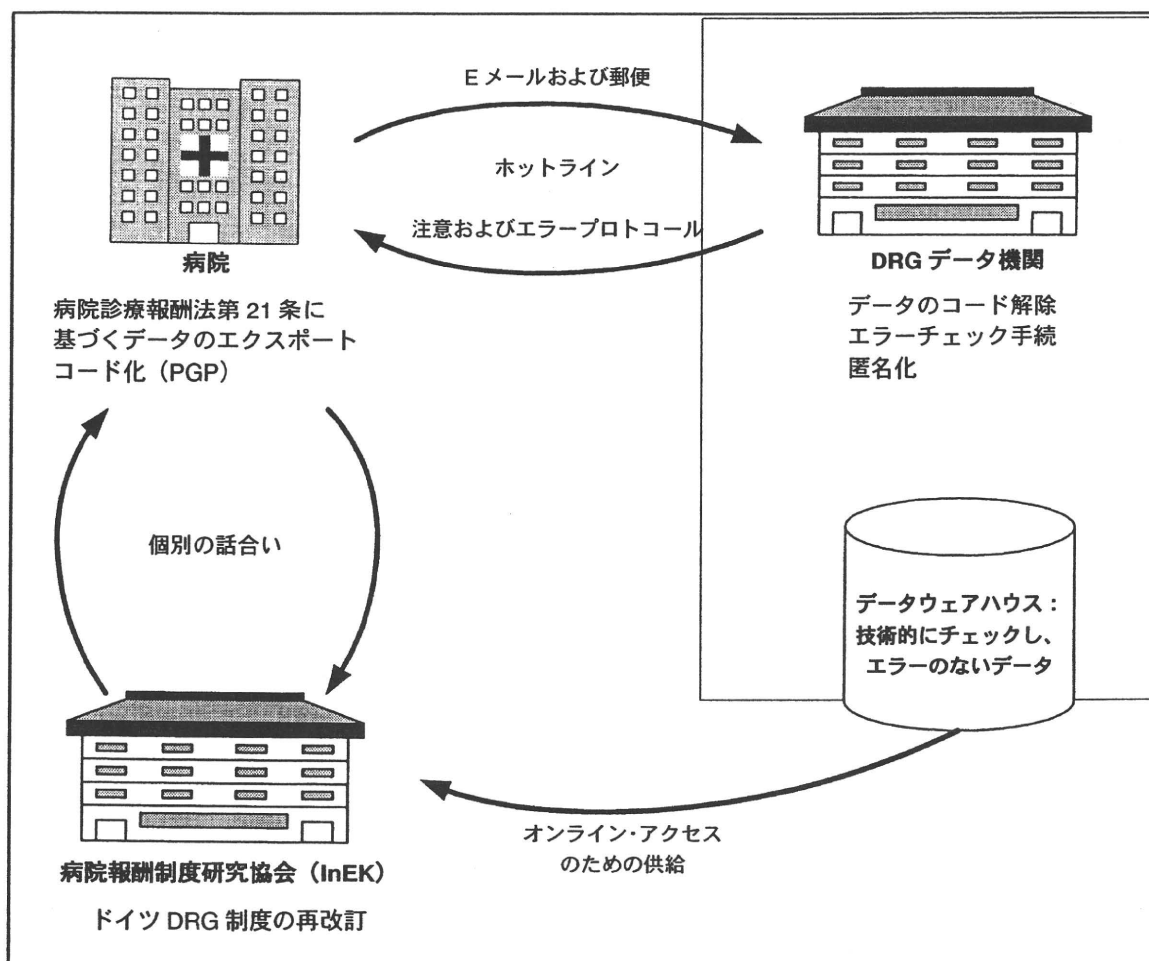


図 8： 病院、DRG データ機関、病院報酬制度研究協会間のデータの流れと情報交換

データ伝送とデータのコード化手順は、ほとんどは問題なく進められた。どの病院も修正版を納入したり、必要に応じて部分納入をしたため、データの納入回数は平均すると 1 回よりも多かった。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からは、データ機関に対して平均して 2.76 回のデータ納入が行われた。算定病院からのデータ納入回数は平均して 4.57 回であった。

4.2.1.2 DRG データ機関のエラーチェック手続

DRG データ機関の任務の一つとして、技術的なデータ受領に際して 3 段階のエラーチェックの実施が挙げられる。これらの InEK の DRG データ機関のチェック段階は、自治パートナーの委託を受けて定められた。

DRG データ機関におけるチェックは、事前チェック、フォーマットチェック、データチェックの 3 段階から構成されていた。

第1段階—事前チェック—処理可能性のチェック

納入されたデータは、事前チェックによって処理に適しているかどうかを確認された。チェックの対象は、主として納入されたデータの構造、コード化方式および送付者の分類であった。

第2段階—フォーマットチェック—データファイル構造のチェック

このチェック段階では、伝送されたデータファイルを、主としてデータセットの構造が技術的フォーマット規定に一致しているかどうかについて分析した。チェックは以下について行った：

- フィールドの数
- 各データファイルのデータを括る可能性
- 重複している症例コードの存在

第3段階—データチェック—フィールドの内容チェック

事前チェックとフォーマットチェックを行った後、最終データチェックでは各フィールドのチェック（データのタイプ、データフォーマット、データの内容）および全フィールドを網羅するチェック（例えば手術日は時間的に退院日の前になっているかどうか）が行われた。

事前チェックとフォーマットチェックにおいて不整合があった場合には、通常、全納入データに狂いが生じてしまったのに対して、データチェックにあたって妥当性のないことが判明した場合には、病院にエラープロトコルが送られた。その中にはエラー通知または注意の2種類があった；エラーの場合には、病院は訂正と再送付の機会を得た（これは第1、第2チェック段階で受けつけられなかったデータについても同様である）。注意の場合には、プロトコルの範囲で病院に報告が送られたが、伝送されたデータは正規に受領された。ただし病院はこれらのデータセットを訂正することも可能であった。

DRG データ機関により行われたエラーチェックは、受領したデータの単純な内容チェックだけである（例えば人工呼吸時間の申告には、正しい人工呼吸コードが付けられているかどうかのみ）。データがドイツ・コーディング・ガイドラインに一致しているかどうかのチェックは行われなかった。このような医学的な内容の、しかも費用値の妥当性に関する立ち入ったコントロールは、InEKによる内容的データチェックの過程で行われた。

DRG データ機関のエラーチェックに関する詳細な説明は、InEK のホームページから呼び出すことができる (www.g-drg.de)。

4.2.1.3 データの質とデータの準備

エラーチェックの結果

DRG データ機関によれば、特に以下の点が注意ないしはエラー通知につながった：

- 入院時診断と病院内での転科時診断を両方送ったことによると思われる、一つの症例の副診断名の重複申告（注意情報）
- ICD、OPS または FAB データファイルについてありえない分類が行われ、症例データファイルに記入されている（エラー通知）
- ありえないような病院の機関識別記号または転院先病院の機関識別記号が使われている（注意情報）
- 費用種類グループ 2 は、費用項目グループ 1、2、3 または 11 と組み合わせた場合（算定ハンドブック Version 2.0 による費用種類グループおよび費用項目グループの記述）にのみ認められる（注意情報）
- コンマの後の桁数が、最大限度数を越えている（エラー通知）
- FAB データファイルと症例ファイルの日付の記載（入院日と退院日）が一致しない（注意情報）
- 新生児の入院日における生後日数を 0 としている（注意情報）
- 特殊記号 * または ! のついたコードが第一次診断として伝送されたのに、第二次診断フィールドには記入されていなかった（注意情報）
- 診断のための最終コードがない（注意情報）

伝送された全データ（病院診療報酬法第 21 条による DRG データおよび費用データ）に占めるエラーのあるデータセットの割合は、DRG データ機関により 1.4%と見積もられた。このエラー率は、エラーチェック終了後に病院が送ってきた最終データをもとに算定した。

InEK へのデータ供給

DRG データ機関は、算定病院からの 2,825,650 件の症例に関するデータを InEK に渡した。

これらのデータは表の形で評価された。これらは 2.1 章の表 1 に表された「Fall（症例）」、「OPS」、「ICD」、「FAB」のデータファイルならびに 2.2 章の表 3 に表された「Kosten（費用）」データファイルを使って示されたが、内容は同じであった。表は症例毎に複数の事項を含むことが可能であった。平均して症例毎に 2.1 の処置（範囲は症例ごとに 0 から最大可能な 100 の処置の間に設定）および 3.3 の副診断名が挙げられた（症例毎の申告は、0 から最大可能な 49 の副診断名の間に設定）。症例毎の費用データは平均して 25.8 モジュールであった。

さらに InEK は、DRG データ機関から、評価関係の標準化に必要な病院診療報酬法第 21 条による DRG データ収集で得られたデータを受け取った。

コード化されたデータ回路を通じて InEK は、DRG データ機関の毎日更新されたデータウェアハウスの表にいつでもアクセスすることができ、呼び出して希望するデータをダウンロードすることができた。InEK でチェックと修正を行った後、データを準備されたデータセット構成に則した構造を持つデータベースに入れた。

4.2.2 データ保護

使用されたデータは、データ保護の観点から扱いに注意を要する情報である。データは、個々の患者の個人的な特徴や、参加した病院の経営データが含まれているという観点からも確実に保護されなければならない。それについては以下の措置が実施される：

- 病院と DRG データ機関の間のデータ交換は、コード化された形式においてのみ行われる。
- DRG データ機関の運営者は、契約上データ保護法の規定の遵守を義務づけられている。一連の契約には、実施されるべきコントロール機能が詳細に挙げられ、InEK にはその遵守をいつでもチェックできる権限が与えられている。
- DRG データ機関は、データセットの中に含まれる病院内部の記号（症例番号）と施設記号を匿名化し、InEK には匿名化されたデータセットのみを提供する。したがってそれによって InEK にあるデータセットをもとに人物の関連づけを行う可能性は排除される。
- InEK の内部には 2 つの互いに独立したネットワークがある。DRG データ機関によって準備されたデータは、2 つのネットワークのうち的一方（DRG ネットワーク）でのみ単独で管理される。新しく入ってきたデータの管理については、ドイツ DRG 分類の改訂に従事する職員のみが DRG データへのアクセス権を得ることができる。DRG ネットワークは DRG データ機関へのデータ経路以外には外部への接続ルートは持っておらず、またインターネットや E メールを通じて InEK ネットワークに平行してつながっているということもない。

データ保護のために実施された措置は、下記の図 9 に示してある。

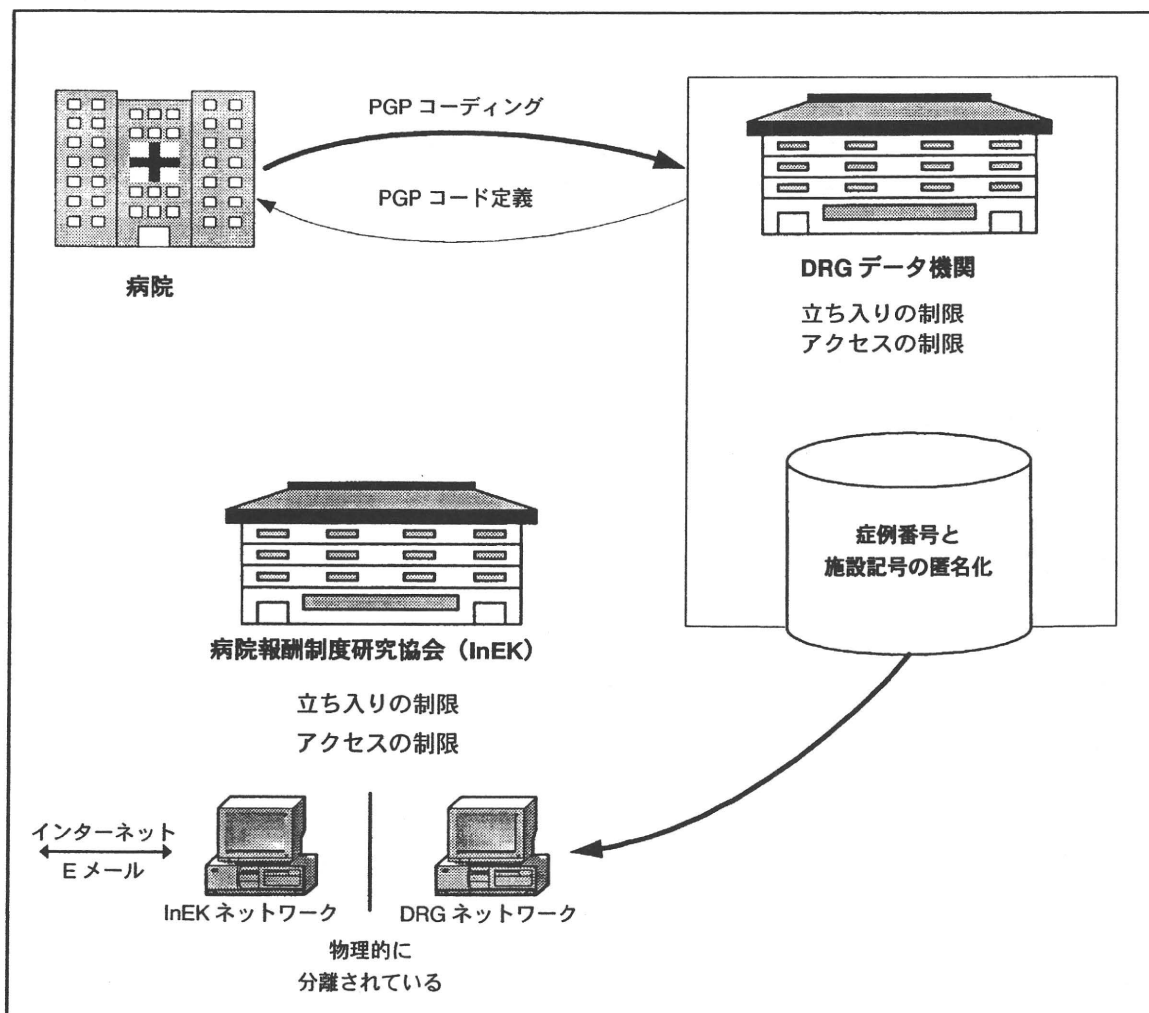


図9： データ保護措置

InEK は、外部の独立したデータ保護応嘱者にデータ保護措置に関するチェックを依頼し、組織的、技術的観点から定期的な監査を行わせている。TÜV Secure-IT 社が鑑定を行い、DRG データ機関を通じて病院に対してエラープロトコールを返送する際にデータ保護規定が遵守されていることが証明されている。

4.2.3 内容的なデータチェック

4.2.3.1 チェックの開始点

InEK による内容的なデータチェックは、データの質を客観化し、ドイツ DRG 分類再改訂のための信頼のおけるデータ基盤を作り上げるという目的に添って行われた。

妥当性のチェック

内容的なデータチェックに先立ち、補足的な技術的チェックが行われた。その際医学的給付データと費用データが結びつけられていなかった症例が、使用不可能としてフィルターにかけられ選別された。表5はDRGデータ機関によって提供された2,825,650件のデータセットに占めるそのような症例の量を示している。

チェック	データセットの割合 (%)
給付データのみ、費用データなし	2.7
費用データのみ、給付データなし	1.1

表5： 補足的な技術的チェックの結果

内容的データチェックのチェックスキーム

図式的な内容データチェックは、決められたチェック手順に従い、3つのレベルで実施された：

- 経済的チェックは病院から納入された費用データについて行われた。
- 医学的チェックとしては医学的症例情報の調査が行われた。
- 医学的・経済的チェックとしては、医学的な症例データと経済的症例データの間の関連性チェックが行われた。

チェック基準、チェック特性（例えば値は限界値の内側にある）、エラーを含んだデータセットの扱いを設定したチェックプログラムによってデータセットはすべてのチェックレベルでチェックされた。分析は、値の有無、値の信頼性および定められた限界値の超過について行われた。全フィールドを網羅するチェックでは、例えば特定の診断ないしは処置の組み合わせにおいて費用データがあるかどうかに関する従属関係も調査した。

調査されたデータセットには、重要性の段階と対策が定められたエラーカテゴリーが割り振られた（表6参照）。

エラーカテゴリ	意味	措置
0	内容的なエラーのないデータ	データベースに入れる
1	修正の必要性のない軽微な内容的エラーのあるデータセット	データベースに入れる
2	修正可能な内容的エラーのあるデータセット	経済的、医学的、医学経済的チェック：データセットを修正し、データベースに入れる、ないしは病院と連絡を取り、必要な場合には修正する。
3	修正不可能な、重大な内容的エラーのあるデータセット	データベースから取り除く

表6： データの内容チェックの際のエラーカテゴリ

データセットの修正が必要かつそれが可能な場合には、しばしば当該病院とも協議したうえで（図8参照）、これらの症例がドイツ DRG 分類の再改訂手続の中で対象となりうるように修正が実行された。修正が不可能な場合に限り、症例はデータベースから削除された。

程度がかなりひどい場合には、一つの病院の納入データ全体を、ドイツ DRG 分類の再改訂手続に使用されるデータベースから除外することも可能であった。

4.2.3.2 チェックレベル

経済性チェック

費用データの内容チェックのために以下の分析レベルが定義されていた：

- 病院全体
- 治療症例
- 費用種類グループ
- 費用項目グループ

必要があれば、目立った費用情報についてより深い分析が行われた。次の表7は経済性チェックスキームの一部を示している：

チェック基準	分析レベル	チェックの属性	エラー カテゴリー
病院の費用総額	病院	[50万 ; 5億] €の範囲外	2
一日あたりの非医療インフラ費用	病院	> 1,000 €	2
一日あたりの医師の業務費用	治療症例	> 1,000 €	2
一日あたりの看護業務の費用 (症例別)	費用種類グループ	> 1,000 €	2
一日あたりの看護業務の費用 (病院全体)	費用種類グループ	> 500 €	2
集中治療専門科がある場合には費用項目グループ2の費用 (症例別)	費用項目グループ	[50 ; 100,000] €の範囲外	2

表7: 経済性チェックの例

医学的チェック

医学的チェックの中心はドイツ・コーディング・ガイドラインを遵守しているかどうかであった。可能な限り、処置・診断に関する情報が許容されるものかどうかを、適切なアルゴリズムを使ってチェックした。チェックは、診断と処置の組み合わせの許容性だけでなく、記載された診断または処置と年齢や性別といった患者のその他の特徴の間の関連性にも及んだ。また診断または処置の内容と在院期間またはコード化の頻度の間の矛盾についても調べた。チェックにより、診断と処置の記載内容に変更の必要が生じれば、可能な限りにおいてデータセットの変更を行った。

表8は、医学的チェックプログラムを抜粋したものである：

チェック基準	チェックの属性	エラーカテゴリー
治療としての肺洗浄 8-173	診断のエラー J84.0	2
複合治療の場合の在院期間 8-550	在院期間 < 14 日	2
人工呼吸時間 > 在院期間	2つの値の比較	3

表8: 医学的チェックの例

医学的・経済的チェック

チェックプログラムは、医学的症例データと経済的症例データの間に関連性チェックを含

み、以下のような構成であった：

費用データ分野においては、費用項目レベル、費用種類レベルおよびモジュールレベルでの分析が実施された。内容の一致に関するチェックは、診断（1 つまたは複数）・処置（1 つまたは複数）パラメータおよびその他のパラメータ（性別、FAB フィールド等）に関連して行われた。

例えば特定の診断または処置においては、物品コストは常に費用種類グループ 5（移植組織／移植体）の中に記載されなければならなかった（例えば 5-820 股関節における体内プロテーゼ埋込みの場合）。この非常に高価な材料について妥当な費用分類を行うことは、該当する症例グループにとっては、大変大きな意味を持つので、この面は特に慎重なチェックが行われた。

これと同様に、定義された診断・処置のための費用項目グループのレベルでは、透析部門、手術部門、分娩室の 3 つの費用項目グループにおいては必ず金額を記入しなければならないと定められていた（例えば 8-854 血液透析、5-511 胆嚢摘出術または O80 自然分娩の場合）。

費用項目グループ 7 から 9 における費用値のチェック（心臓学的診断学／療法、内視鏡による診断学／療法、放射線学）は、例えば 8-837.3 心臓学におけるステントの挿入、1-633 内視鏡検査における診断学的胃鏡検査、あるいは 3-607 放射線学における下肢血管の動脈造影等の特定の処置と診断に一致しているかどうかについて行われた。

個別症例チェック

型通りの妥当性チェックが全体的に行われた後、そのかなりの部分について補足的に個別症例チェックを行った。これは個々のデータセットまたはデータセットのグループにおかしなところがあることに気がついた場合には、常に行われた。分析は複数の集合レベル（MDC、DRG、個別症例）で行うことができ、それぞれのチェック関係において関連する特徴（例えば在院期間、総症例費用、一日あたりの症例費用、1 モジュールの費用値）も含まれていた。この非常に手間のかかる分析のためにソフトウェアプログラムを使用した。このソフトは InEK のホームページ上（www.g-drg.de）で公開されている、このソフトの機能性の一部を含むドイツ DRG V2003/2004 レポート・ブラウザと同種であり、個々のデータセットまたは集合データセットへのアクセスが可能である。

4.2.3.3 チェック結果

データの内容チェックの結果、合計で 278,928 症例が排除されることになった。これは DRG データ機関から提供されたデータセット総数の 9.9%に相当する。この中には、妥当性チェックの過程で見つかったエラーのある個々のデータセットのほかに、7つの病院から納入されたデータの症例件数が含まれている。これは合計で 122,956 症例にのぼり、伝送されたデータのシステムエラーが原因で、その後の手続過程で除外されなければならなかったのである。

このように明らかになったデータの質の低さは、その原因が個別のエラーにあることが多かったが（例えば各症例においてデータを間違えて記録した）、構造上、システム上の欠陥に帰せられることもあった（例えば症例費用計算方式の欠陥）。InEK は、場合によってはおかしい値を持つデータセットが正しいかどうかを確認し、ドイツ DRG 分類の再改訂の基礎となる基礎データの中に取り入れることができるように、算定病院と独自の関係を持っていた。

データの内容チェックにより、ドイツ DRG 分類の再改訂のための基礎データは、膨大な数のエラーのあるデータセットによる歪みを生じさせるような影響を受けずにすんだ。そしてそれによって、その後の作業は、信頼のおける、しかも膨大な基礎データをもとにして進めることができたのである。

表 9 には、算定病院のデータから除外された症例に関する各チェック段階の結果がまとめられている（割合は、DRG データ機関により提供された 2,825,650 のデータセットに対して）：

チェック	除外されたデータセットの割合 (%)
補足的な技術的チェック	3.8
経済性チェックスキーム	1.3
医学的チェックスキーム	0.2
医学・経済的チェックスキーム	0.1
個別症例チェック	0.1
7 病院の除外	4.4

表 9： データの内容チェックの結果

以上のような結果であったが、その後の手続に用いられた基礎データのデータセットは、それでもまだ 2,546,722 個もあった。

4.2.4 データの評価

4.2.4.1 処理と修正

データ処理のための措置には、病院の前提条件が一律でないことによる歪みを生じさせるような影響を調整し、期間を統一し、費用アウトライヤーを除外することを目的とした、様々な修正が含まれる。さらに、定義された診療報酬形式と内容が一致する症例の塊を分離するために、症例の集団化を行った。このプロセスは以下の図 10 に示してある：

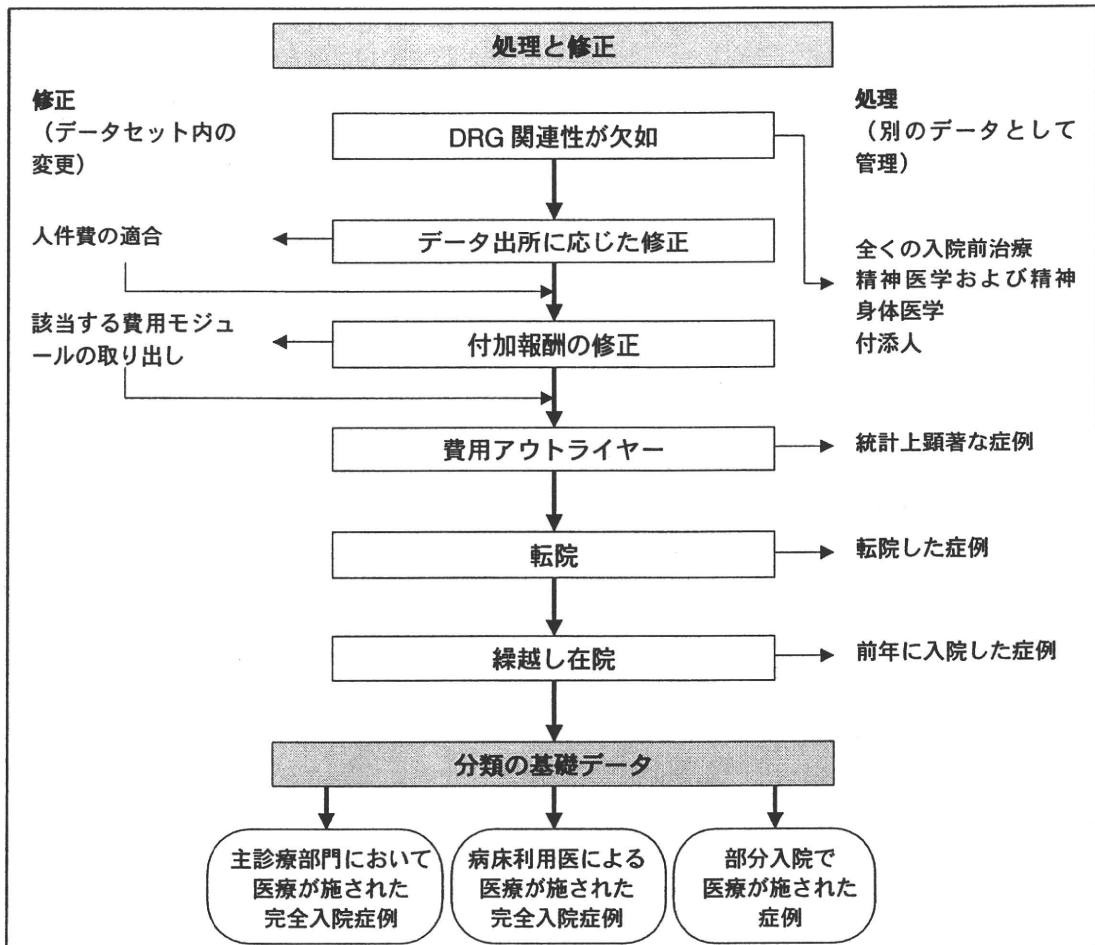


図 10：処理と修正のプロセス（図式）

DRG 関連性がない場合の処理

病院資金調達法第 17b 条第 1 項によれば、下記のものは DRG 制度には含まれない：

- その後に完全入院治療を伴わない入院前給付
- 精神科人員命令第 1 条第 2 項で定められた施設および精神身体医学および精神療法医学のための施設での給付
- 病院診療報酬法第 2 条第 2 項 2 段 3 号および連邦入院給付基準額命令第 2 条第 2 項 2 段 3 号による付添人の受入れ費用、病院資金調達法第 17b 条第 1 項に則り、付加報酬を通じて報酬が支払われるべきもの。

これに該当する症例は、DRG 関連性を有していないため、別の管理データに移された。

この処理の結果、把握された症例量は、データの内容チェック後に残っている 2,546,722 の

データセットに対して、以下のような割合となった（表 10 を参照）。

処理	データセットの割合 (%)
その後に完全入院治療を伴わない入院前の症例	0.9
精神医学および精神身体医学ないしは精神療法の症例	0.2
付添人	0.3

表 10：DRG 関連性がない場合の処理結果

データの出所に応じた修正

料率に関する規定が異なるため、新規加盟連邦州（旧東独の州）の病院の件費は、旧連邦州（旧西独の州）の病院よりも低くなっている。そのため旧東独州の病院から伝送されたデータセットは、件費の分野で（費用種類グループ 1～3）修正ファクターを用いて旧西独州で有効な料率に合わせた。連邦内務省により通知された修正ファクターは 1.1111 であった。

付加報酬の修正

特定の給付は、付加報酬が支払われるため、一件あたり包括払いに加えて診療報酬を請求することができる。従ってデータセットの中の、付加報酬に含まれるべき給付の割合は、症例費用から差し引かなければならない。

ドイツ DRG 制度再改訂の過程で 2004 年については KFPV (病院のための一件あたり包括払い制度に関する命令)2004 の別表 2 と 4 に挙げられている合計 26 の付加報酬が定義された。KFPV 2004 の別表 2 と 4 による付加報酬の請求に該当するあらゆる症例は、修正に回さなければならなかった。

断続的血液透析を伴う症例においては、費用項目グループ 3 (透析部門) のモジュールの中に記載された値を、伝送されたデータセットから取り出し、情報を付加報酬評価のために使用できるように別の管理データに移した。

血友病患者治療における血液凝固剤の費用は、特にそのために規定された費用モジュール 99.10 (算定ハンドブック Version 2.0 による費用モジュールの表示記号) の中に記載された。この費用モジュールに含まれる値も、同様に伝送されたデータセットから取り出し、別の管理データに移した。

残りの付加報酬については、費用を区分けするための適切なてがかり（例えば個別のモジュールによる）がなかったため、これに該当する症例はすべて基礎データから除外せざるをえなかった。

費用アウトライヤーをめぐる処理

費用のアウトライヤー値は、定められた統計学的限界を超えた場合に除外された。一つの DRG につき一日あたりの平均費用と平均症例費用が、それぞれ平均値の標準偏差の 3 倍を越えていれば、除外する理由があるとみなされた。ただしその際、費用が同質でない DRG であるにもかかわらず制約のない修正によって偽同質性を作り出すのを避けるために、一つの DRG の全症例の最大で 2% は、含めてもかまわないことになっていた。

この点、値が、症例費用の等比中項によりプラス 3 の標準偏差ないしはマイナス 3 の標準偏差に定義された限度の外側にあった場合に、原則としてハイコスト・クリーントリミングとローコスト・クリーントリミングを採用した前年の方式とは異なっていた。新たな方法が選ばれたのは、より深い分析を行う際に長期在院例と短期在院例の問題を扱いやすくし、場合によってはそれらの症例について別の症例群を作ることができるようにするためである (5.1.2 章のこの観点に関する説明も参照)。

この結果、このステップではわずか 65 症例が基礎データから除外されたにすぎなかった (表 11 参照)。

転院の処理

KFPV 2004 第 1 条第 1 項によれば、一件あたり包括払いの診療報酬は、転院しなかった患者に対して 100% 支払われる。カタログに示されたある DRG の平均在院期間に達しないうちに転院した場合には、KFPV の報酬請求規則は、評価関係の引下げを規定している。その結果、ドイツ DRG 分類の再改訂のために、症例全体を、転院した患者と転院しなかった患者とに区別する必要が生じた。転院による減額を定める方法は、4.4.4 章に説明されている。

繰越し在院の処理

病院からの納入データには、算定年に病院を退院した全患者が含まれている。算定における繰越し在院とは、前年に入院したが、算定年になってから退院した治療症例である。算定の評価期間は暦年であると定義されているので、いくつかの病院から、前年分に該当する治療部分について費用データが送られてこなかった。繰越し在院のケースにおいても治療費用の全データを評価関係の算定に含めることができるよう、病院が前年分に振り分けられる費用割合が完全にデータセットに含まれていると病院が明記したケースのみを算定対象とした。このように明記した病院は 84 あった。

処理と修正の結果

表 11 には、様々な処理・修正措置が施された症例の割合が示されている。母数は、内容のエラーチェック後に残ったデータセット 2,546,722 件である。

処理／修正	データセットの割合 (%)	措置
データ出所に応じた修正	14.4	人件費の修正
付加報酬の修正：血友病患者治療における血液凝固剤の費用	0.03	費用分離
付加報酬の修正：断続的血液透析の費用	0.4	費用分離
その他の付加報酬の修正	0.2	基礎データから除外
費用アウトライヤーの処理	0.003	基礎データから除外
DRG 関連性がない場合の処理	1.4	基礎データから除外
転院の処理	3.3	基礎データから除外
繰越し在院の処理	1.0	基礎データから除外

表 11：データの処理・修正の結果

以上のデータ処理プロセスにより全体症例件数は絶対数で 151,312 件減少したが、これは内容エラーチェック後の症例数の 5.9%に相当する。その内訳は、主として入院前症例または転院症例ならびに繰越し在院であった。

4.2.4.2 ドイツ DRG 分類の再改訂のための基礎データ

ドイツ DRG 制度には、完全入院給付と部分入院給付が含まれる。さらに完全医療供給は、主診療部門と病床利用部門における給付提供に分かれている。ドイツ DRG 制度における供給形態を細分化して明確に示すために、処理修正後に残った症例全体に対して以下のようにグループ分けを行った：

- 部門種類 1：主診療部門において完全入院で治療が施された症例
- 部門種類 2：病床利用部門において完全入院で治療が施された症例
- 部門種類 3：部分入院で治療が施された症例

病床利用部門における病床利用日数の合計が主診療部門におけるそれよりも多かった場合には、その症例は部門種類 2（病床利用部門）に分類され、その反対の場合には部門種類 1（主診療部門）に分類された。

部門種類 1 と 2 の中で、入院理由と OPS データファイルからの情報をもとに、供給形態を確定するためのさらに細かい区分けを行った。以下のような入院理由のあるすべての症例について

- „01xx“（病院治療、完全入院）または
- „02xx“（病院治療、入院前治療を伴う完全入院）または
- „05xx“（入院出産）または
- „07xx“（合併症による再入院）

データファイルに書き込まれた内容に従い、以下のような供給形態のバリエーションがあった：

供給形態 1：主診療部門

供給形態 2：主診療部門と病床利用助産婦

供給形態 3：病床利用手術医／病床利用医

供給形態 4：病床利用手術医／病床利用医および病床利用麻酔医

供給形態 5：病床利用手術医／病床利用医および病床利用助産婦

供給形態 6：病床利用手術医／病床利用医、病床利用麻酔医および病床利用助産婦

部門種類 3「部分入院で治療が施された症例」は入院理由「03xx」（病院治療、部分入院）によってのみ定義される。

入院理由だけでなく OPS データファイル内の病床利用手術医／病床利用医、病床利用麻酔医および病床利用助産婦に関する情報は、いわゆる「任意フィールド」だった（すなわち必ずしも記入する必要はなかった）ので、一部の症例はいずれの供給形態にも分類することはできなかった。

処理修正後に使用可能な基礎データのデータセットは、2,395,410 件であった。部門種類別の割合は、表 12 に示した：

部門種類	データセット数	データセットの割合 (%) (母数：2,395,410 症例)
部門種類 1：主診療部門における供給	2,062,366	86.1
部門種類 2：病床利用医による供給	148,187	6.2
部門種類 3：部分入院による供給	184,857	7.7

表 12：処理修正された基礎データの部門種類別の割合

以上により、ドイツ DRG 分類の再改訂のための基礎は、チェックと処理を通じて信頼性が確認された、主診療部門において医療供給を受けた約 206 万の症例により構成されること