

付加報酬に関する報酬支払いについては合わせて 26 の給付または複合給付が見込まれている。これらは KFPV 2004 の別表 2 と 4 に載っている。しかしながら、現在あるデータをもとに算定したのは、断続的血液透析のための付加報酬の金額だけである。

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

ドイツ DRG 制度再改訂の基礎となる 2002 年の医学的データは、ICD-10-SGB-V Version 2.0 ないしは OPS-301 Version 2.1 によってコーディングされた診断と処置に基づいている。2004 年 1 月 1 日からは ICD-10-GM Version 2004 および OPS-301 Version 2004 がコーディングに使用される。これに伴いドイツ DRG 定義ハンドブックも、それに適合させなければならなかった。この適合は、ドイツ DRG 制度 Version 2003/2004 の公表に引き続いて行われた。

2004 年 1 月 1 日から適用される ICD-10-GM Version 2004 は、合計で 12,983 のコードを含んでおり、これは ICD-10-SGB-V Version 2.0 よりも 582 多い。コードの 90%以上 (11,811 コード) は (コードおよびテキストが) まったく同じである。

OPS-301 Version 2004 は、全部で 22,310 のコードを含んでいる (公式の OPS のみ)。Version 2.1 は 23,825 のコードを含んでいる。これらのコードも大多数が完全に同じである (20,121 のコードとテキストが同じで、やはり 90%以上)。

4.6.1 非同一コードの取り扱い

コードが同じ場合には移行する必要性はない。同じでないコードについては、選び出された移行の大部分はドイツ医療資料整備・情報研究所 (DIMDI) の移行表に添った分類上の移行の中に含まれた。ただし一部にはこれとは異なるものもあった。分類には次のような 3 種類のバリエーションがある：

- 分類上の移行
- 経済的な移行
- グルーパー・アルゴリズムに従った移行

以下に例を挙げて、これらのバリエーションを説明する。この時「旧コード」とは ICD-10-SGB-V Version 2.0 ないしは OPS-301 Version 2.1 のコードを意味し、「新コード」とは ICD-10-GM Version 2004 ないしは OPS-301 Version 2004 のコードを意味する。

例 1—分類上の移行

旧コード (ICD-10-SGB-V Version 2.0)

I50.1 左心不全

新コード (ICD-10-GM Version 2004)

I50.11 左心不全、痛みを伴わない

I50.12 左心不全、強い負荷がかかった場合に痛みを伴う

I50.13 左心不全、弱い負荷がかかった場合に痛みを伴う

I50.14 左心不全、安静の状態痛みを伴う

すべての新コードは、DIMDIの移行表に従って旧コード I50.1 上に移行された。これは定義ハンドブックに関して具体的には以下のことを意味する：

- 旧 ICD コード I50.1 が記載されている定義ハンドブック Version 2003/2004 の各表において、4つの新コード全部が、各表の該当する場所に記入された。このケースでは3つの表が該当する：
 - MDC 05 の主診断表
循環系の疾患と障害
 - 基本 DRG F62 の主診断表 心不全とショック
 - 診断表 新生児における重大な問題
- CCL マトリクスにおいては4つの新しいコードは、それぞれ旧コードのように取り扱われ、CCL マトリクスの21行目に取り入れられた。旧コード I50.1 の全 CC 除外が、同じく4つの新コードすべてについて付与され、また新生児については相応する CC 値も引き継がれた。

例2—経済的移行

旧コード (OPS-301 Version 2.1)

8-551 早期リハビリテーション (治療日 10 日以上)

新コード (OPS-301 Version 2004)

8-551.0 早期リハビリテーション、短期治療 (7~13 治療日)

8-551.1 早期リハビリテーション、通常治療 (14~20 治療日)

8-551.2 早期リハビリテーション、長期治療 (21 日以上の治療日)

分類形成の方法に合わせ、分類上の移行とは異なっている。定義ハンドブック Version 2004 の中では新コード 8-551.1 と 8-551.2 のみ (14 日以上の治療日) を、旧コード 8-551 と同様に扱う。

例3—グロバー・アルゴリズムに従った移行

旧コード (ICD-10-SGB-V Version 2.0)

T86.88 その他の移植された臓器と組織の機能不全と拒否：その他の移植臓器と組織

新コード (ICD-10-GM Version 2004)

T86.83 その他の移植された臓器と組織の機能不全と拒否：目の角膜移植

T86.88 その他の移植された臓器と組織の機能不全と拒否：その他の移植臓器と組織

コード T86.83 は、MDC 02 目の疾患と障害における角膜移植後の拒否反応を適切に説明できるようにするために、ICD-10-GM Version 2004 に新たに採用された。というのも当該症例が、それ以外の移植の後の拒否反応とは費用面で同質ではないからである。分類上の移行であれば、新コード T86.83 はドイツ DRG 分類の旧コード T86.88 と同じように取り扱われ、プレ MDC の基本 DRG A60 臓器移植体の機能不全と拒否に分類されることになったであろう。そのためここでは分類上の移行とは違った分類法が必要であった。

4.6.2 新たに採用されたコードの取り扱い

DIMDI による移行奨励がなかった、ICD-10 分類および OPS-301 に新たに採用されたコードについては、定義ハンドブック Version 2004 への取り入れ方に関して3つのバリエーションがあった：

バリエーション1： コードを取り入れない

このバリエーションは、場合によっては膨大な費用と結びついているかもしれないコーディング可能な診断または処置が、基本的に DRG 分類にとって重要でなくなり、そのためコーディングされない危険をはらんでいるという結果をもたらす可能性があり、それはその後のこの給付の算定を難しくする。基本的には、定義ハンドブックへの全面的な非採用は、OPS コードに限って、可能であった。

しかしながら新しい ICD コードは、体系論理に従い、少なくとも、ある MDC (または認められていない主診断) の医学的区分の DRG の一つに割り当てられねばならなかった。

バリエーション2： ICD-10 分類と OPS-301 分類に新たに採用されたコードに基づき、DRG を作り、または変更する。

こうした方法については算定基礎が不足していた。

バリエーション3： 新たに作ったコードを内容的に、または費用面で類似の旧コードに割り当てる。

この方法は、いくつかの新たに取り入れた処置を表すのに使われ、例えば定義ハンドブック Version 2004 における体内超音波検査は、これに相当する内視鏡処置と同様に取り扱われた。

DIMDI による暫定的移行推奨のない新コードは、通常はバリエーション 1 に従って取り扱われた。例外的にバリエーション 3 も使用された。これによってドイツ DRG 制度の Version 2003/2004 と 2004 の間で可能な限り内容を適合させるという、ICD/OPS コードの移行の基本原理を満たすことができた。

5 結果

5.1 前年と比較した重大な結果と変更点

次の段落では、2003年にほとんど変更することなくオーストラリアから受け継いだ制度（ドイツ DRG 制度 Version 1.0）と比べた、ドイツ DRG 制度 Version 2004 における重大な結果と変更点について述べる。今年行われた改訂作業を終え、今や始めてドイツの医療供給の現実に適合したドイツ DRG 分類ないしは包括払いカタログが出来上がったといえる。

5.1.1 症例群の拡大と改編

5.1.1.1 指数

ドイツ DRG 制度 Version 2004 は、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 が 664 個だったのに対して、合わせて 824 個の DRG を含んでいる。16 個の DRG が削除された一方で、176 個の DRG が追加で定義された。オーストラリアでは完璧に意味のあった DRG が、4.3.1 章で述べたような理由でドイツ DRG 制度においては削除された。当該症例は、他の DRG の中に新たなアルゴリズムに従って受け入れられた。MDC 別の変更については 5.1.1.4 章で全体を眺めることにする。

ドイツ DRG 制度 Version 1.0 で定義された DRG に対しては、補足もしくは削除の他にかなりの変更が行われたが、「複雑性の変化を伴う」ものではなかった。そのため DRG の数は、一定であった。126 個の DRG においては、前段階の区分基準が修正された。合わせて 290 個の DRG が、1 つまたは複数の ICD・OPS コードの移動に関係した。

ここでは説明のため、耳鼻咽喉科分野における複雑性の変化を伴わないコード移動に関する典型的な例を挙げる：

OPS コード 5-285.- アデノイド切除は、DRG D11Z 扁桃摘出またはアデノイド切除から DRG D13Z 中耳管？（訳註：Paukenröhrchens の意味が確認できませんでした。）の挿入を伴う鼓膜穿刺（鼓膜切開）に移動した。この時特徴的なのは、それによって体系の複雑性（DRG の数）が変更されなかったことである。しかし実施されたコードの移動は、費用の同質性の向上だけでなく一専門学界の論証に従いドイツ DRG 制度の医学的適合性の改善をもたらした。

5.1.1.2 転院

KFPV 2004 では転院症例の報酬支払いは、評価関係から減額することによって調整される（4.4.4 章参照）。そのため DRG の中では転院の構成要件は定義する必要はなかった。これに伴いドイツ DRG 制度 Version 2004 には、転院を定義の構成要件としている DRG はもはや存在しない。

唯一の例外として、DRG P60B 新生児、入院後 5 日未満に転院、重大な手術室処置なしは、

定義の中に転院の実態を含んでいる。というのはこの患者グループにおいては転院減額規則によって報酬支払いの金額を算定すると、費用を著しく上回るはずだからである。目的は、このケースにおける実質的な過剰支払いとそれに伴う過った方向への刺激を避けることである。さらに DRG P60B は、単に一つの治療症例の時間的に限定された部分についてのみ算定されたため、外部への転院に基づく減額規則からは除外されている（転院による一件あたり包括払いとして性格づけ、5.1.7 章参照）。

過った方向への刺激を避け、病気のある新生児の迅速な転院を確実に行うようにするため、DRG P60B には、補足的に 24 時間という最低在院期間が割り当てられた。ただしこれは、出産が行われた、転院を行う病院に対してのみ適用される。

KFPV 2004 第 1 条第 1 項 3 段の転院による一件あたり包括払いとして、包括払いカタログ（第 a）部主診療部門）の中には合計で 8 つの一件あたり包括払いが示されたが、それは、これら 8 つの症例が転院の際の評価関係の減少からは除外されていることを意味する。上述の DRG P60B を除く、残り 7 件の一件あたり包括払いは、「死亡」という退院理由により定義されている。

5.1.1.3 一日症例 DRG（1 日病床利用 DRG/同日 DRG）

1 日病床利用 DRG

KFPV 2004 は、在院期間が 1 病床利用日である症例の報酬を原則として KFPV 2004 に規定されている減額規則に応じて支払うと定めている。46 個の DRG について、分析と評価の結果、期待される報酬支払い額が、減額規定を考慮すると、この DRG に平均して算入される費用を大幅に上回ることが明らかとなった。このような、費用と期待される収益の関係から、1 日病床利用 DRG が作られた。その目的は、これらの症例の実質的な報酬過剰支払いを避けることである。1 日病床利用 DRG とは、すなわち在院期間が KFPV 2004 第 1 条第 7 項に則り病床利用日が 1 日である DRG のことである。

同日 DRG

ドイツ DRG 制度 Version 1.0 には、4 つのいわゆる同日 DRG が定義されていた。同日 DRG では原則として入院と退院が同一の暦日に行われる。この場合（例えば化学療法のための入院）には特別なコーディングを行い、グループ化の際に相応の考慮を行うことによって表示する。

多様な 1 日病床利用 DRG の形成を含めた腫瘍学分野の全面的な改編（6.14 章を参照）によって、ならびにかつての同日症例には 1 日病床利用症例と比べて費用面の違いがなかったことから、同日 DRG は削除することができた。その結果、これに対応する症例は、ドイツ DRG 制度 Version 2004 においては腫瘍学の 1 日病床利用 DRG の中に見出すことができる。同時にこの関連においてドイツ・コーディング・ガイドラインを、大幅に簡略化することができた。

残っている同日 DRG は一つだけである (L61Z 透析のための入院)。夜間透析 (入院中に日付が変わる) の場合は、この同日 DRG と同様に分類される。そのために必要なコーディングをドイツ・コーディング・ガイドラインは、ここでさらに規定している。

5.1.1.4 MDC あたりの DRG 数の変化

下記の表 20 は、MDC ごとの DRG 数の変化を示した一覧である：

MDC	名称	2003 年の DRG 数	2004 年の DRG 数	変化 (単位：%)
プレ	プレ MDC (MDC の前に来る主要診断カテゴリー)	9	37	311
01	神経系疾患および障害	52	69	33
02	眼疾患および障害	20	21	5
03	耳、鼻、口、咽の疾患および障害	27	35	30
04	呼吸系疾患および障害	41	45	10
05	循環系疾患および障害	64	91	42
06	消化系疾患および障害	52	60	15
07	肝胆系および脾臓の疾患および障害	30	31	3
08	筋骨格系および結合組織疾患および障害	79	86	9
09	皮膚、皮下組織、乳房疾患および障害	32	38	19
10	内分泌・栄養・代謝疾患	19	29	53
11	尿路疾患および障害	37	42	14
12	男性生殖器系疾患および障害	19	22	16
13	女性生殖器系疾患および障害	20	33	65
14	妊娠、分娩、産褥	18	17	-6
15	新生児	25	38	52
16	血液、造血器および免疫系の疾患	10	12	20
17	血液および固体の新生物	18	20	11
18A	HIV 感染症	7	6	-14
18B	感染症および寄生虫症	13	16	23
19	精神性疾患および障害	13	11	-15
20	アルコール・薬物の服用およびアルコール・薬物に惹起された精神障害	7	8	14

MDC	名称	2003年のDRG数	2004年のDRG数	変化(単位：%)
21A	多発性外傷	6	11	83
21B	損傷、中毒および薬物・医薬品の中毒作用	18	18	0
22	熱傷	8	8	0
23	健康状態に影響を及ぼすファクターおよびその他の保健衛生上の要求	13	13	0
エラーDRG	エラーDRG	7	7	0
合計		664	824	24

表 20 : MDC ごとの DRG の対比

5.1.1.5 重症度の拡大

ドイツ DRG 制度 Version 1.0 では、DRG はさらに 4 段階の重症度に区分されていた。ドイツ DRG 制度 Version 2004 では重症度の区分は 5 段階に拡大された。このような 5 段階への拡大は 4 症例でのみ必要であったが、そのうちの 3 つの症例で第 5 番目の重症度は、1 日病床利用 DRG を定義するのに使われる。

表 21 が示すように、区分されていない DRG は 214 から 236 になったが、区分されている DRG の数よりも増加数はあきらかに少なかった。ドイツ DRG 制度 Version 1.0 に比べると、ドイツ DRG 制度 Version 2004 では基本 DRG ごとの重症度段階数は明らかに増加している。ドイツ DRG 制度 Version 1.0 では 4 段階の重症度に区分されている基本 DRG は 6 個にすぎなかった。これに対してドイツ DRG 制度 Version 2004 では 33 の基本 DRG は 4 段階ないしは 5 段階の重症度に区分されている。追加された DRG の大部分は、重症度が区分されているため、症例群内の同質性改善のための重要な手段として使われた。

重症度	ドイツ DRG 制度 Version 1.0 における DRG 数	ドイツ DRG 制度 Version 2004 における DRG 数
A	197	235
B	197	235
C	50	85
D	6	29
E	-	4
Z	214	236

表 21 : 様々な重症度に分けられた DRG の数

5.1.1.6 基本 DRG の拡大

ドイツ DRG 制度 Version 2004 には 471 個の基本 DRG があるが、これに対してドイツ DRG 制度 Version 1.0 の基本 DRG は 411 個しかなかった。つまりドイツ DRG 制度の再改訂は、基本 DRG 数の顕著な増加を伴って行われたといえることができる。とはいえ新規の基本 DRG の創設は、新しい医学的内容を定義するためだけに限定して、行われたわけではなかった。むしろ他の理由によって新規創設が必要となった場合も多く、以下にその理由を説明する。

ある MDC の手術区分および「その他の」区分の中においては、降順の評価関係に従って分類するのが妥当である。ここで定義された DRG は互いに「排除」しあうことができないからである。グループ化は、むしろ大抵の症例において、どの処置（OPS コード）がアルゴリズムの中で最初に必要とされるかに左右される。これに対して医学的区分においては、DRG は主診断が異なることから、ほとんどの場合排除しあい、そのためここでは通常分類は必要とされないのである。

やらなければならないのは、費用の異なる複数の処置を伴う症例を、常に最大の費用ウェイトを持つ DRG の中に分類することである。そのための前提条件は、背景にあるグループ化アルゴリズムにおける階級的分類である。説明のためにこの場を借りて付け加えるなら、この階級制は、基本 DRG のレベル上に作られている。分類は、各基本 DRG のそれぞれ最も費用の高い DRG をもとに行われた。いくつかの症例では、現行の基本 DRG をさらに区分するかわりに、新たな基本 DRG を導入するという方法によってのみ、この階級制を維持することができた。

次の例は、選ばれた方法をわかりやすく示している。

ドイツ DRG 制度 Version 1.0 に含まれている DRG F12Z 心臓ペースメーカーの埋め込みは、ドイツ DRG 制度 Version 2004 の中では、3 つの重症度には区分せずに、次のような基本 DRG に区分した：

- F12 心臓ペースメーカーの埋め込み、1 心室機構
- F24 心臓ペースメーカーの埋め込み、2 心室機構
- F25 心臓ペースメーカーの埋め込み、3 心室機構

この区分法によって他の基本 DRG を、それぞれの評価関係に応じて上記 3 つの基本 DRG のいずれかに割り振ることができた（例えば F08 心肺機械を使わない大きな再建血管手術および F09 心肺機械を使わない他の心胸郭手術を F24 と F25 に）。

さらに一目でわかるようにするという理由から、重症度の数は一つの基本 DRG の中に 5 個以内に制限した。そのため場合によっては基本 DRG を追加して導入するケースも生じた。

5.1.2 圧縮作用

高額な給付が、明らかにそれよりも低額の給付と同じく、類似の評価関係を有する 1 つまたは複数の DRG に分類されるという事実は、圧縮作用と称される。これには次の 2 つの種類がある。

- 費用算定上の圧縮作用
- 文書記録上の圧縮作用

費用算定上の圧縮作用は、ある病院が、生の症例費用を算定する過程で、費用を、導き出された結果に従って症例に割り振るのではなく、包括払い方式によって、すべての症例に画一的に配分することによって生じる。極端な場合には、各症例に同じ費用値が分類され、そのため評価関係の中に何らの違いも表されないこともありうる。

文書記録上の圧縮作用は、一つには、グループ化に関連する個々の特徴を間違えて記録することによって、複雑さ・併存症レベルが高く、それに伴って費用も高額な症例を、間違えて低い評価の症例群に分類することによって生じる。他方、複雑さ・併存症レベルが低く、それに伴って費用も低額の症例が、間違った記録により（過剰コーディングと称される）、評価の高い症例群に分類されることもある。これによって実際より高く、あるいは低く評価された DRG の評価関係は互いに相殺される。

圧縮作用減少の理由

ドイツ DRG 制度 Version 1.0 には、著しい圧縮作用が見られた。これは今年度のドイツ DRG 制度の再改訂作業を妨害するものとみなされた。圧縮作用が著しく減少した理由は、以下に述べる。

内容的なデータチェック（4.2.3 章）の過程で経済的、医学的、医学経済的な妥当性チェックを広範囲に行い、さらに多数の個別症例分析によって補ったため、ドイツ DRG 制度 2004 の再改訂は、より一層信頼できる基礎データの上に立つて行うことができた。

これに加えて個々の病院の費用分類が再改訂され、個別費用の形をとったことも、圧縮作用の低下につながった。

病院のコーディングの質が改良されたため、文書記録上の圧縮作用も減少した。

算定に 12 の大学病院が加わったことにより、そうした施設で典型的に行われている高度に専門化された高額な給付の分析と評価が初めて可能となった。

極端な長期在院ないしは短期在院を分析したことにより、これらの治療症例を的確に表すことができるようになった。こうした症例の多くは、大学病院の参加によって初めて算定病院データに含まれることになった。

明確な分析を行い、費用分布ないしは通常在院の在院期間を各 DRG のあらゆる症例と比較

(短期滞在もしくは長期滞在問題) することによって、在院期間と費用に目立った違いがある場合に、この特殊な状況に解決策を与える可能性が生まれた。最もうまくいった場合には、このために独立した DRG を一つ作ることができた。

前段落で述べた分析を行うためには、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 ではまだ記述のあったデータトリミングを完全に行わないことが前提として必要であった。トリミングを行わないことによってのみ、こうした分析を行うことができた。

減少した圧縮作用

ドイツ DRG 制度の拡大は、例えば評価関係の平均変位値 α と平均変位値 $(1-\alpha)$ から算出される商をドイツ DRG 制度 Version 1.0 およびドイツ DRG 制度 Version 2004 それぞれについて一考察することによって見積もることができる。これによって低く評価された DRG と高く評価された DRG の間の評価関係の差がわかる。

この差を算出するには、変位値 α よりも大きい DRG 平均評価関係を、変位値 $(1-\alpha)$ よりも小さい DRG 平均評価関係で割る。

$\alpha = 0.9$ を選んだ場合、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 とドイツ DRG 制度 Version 2004 を比較すると、評価関係の拡大の増加はファクター2.7 という結果になる。 $\alpha = 0.8$ の場合には、拡大はファクター2.2 だけ増加する (図 14 参照)。

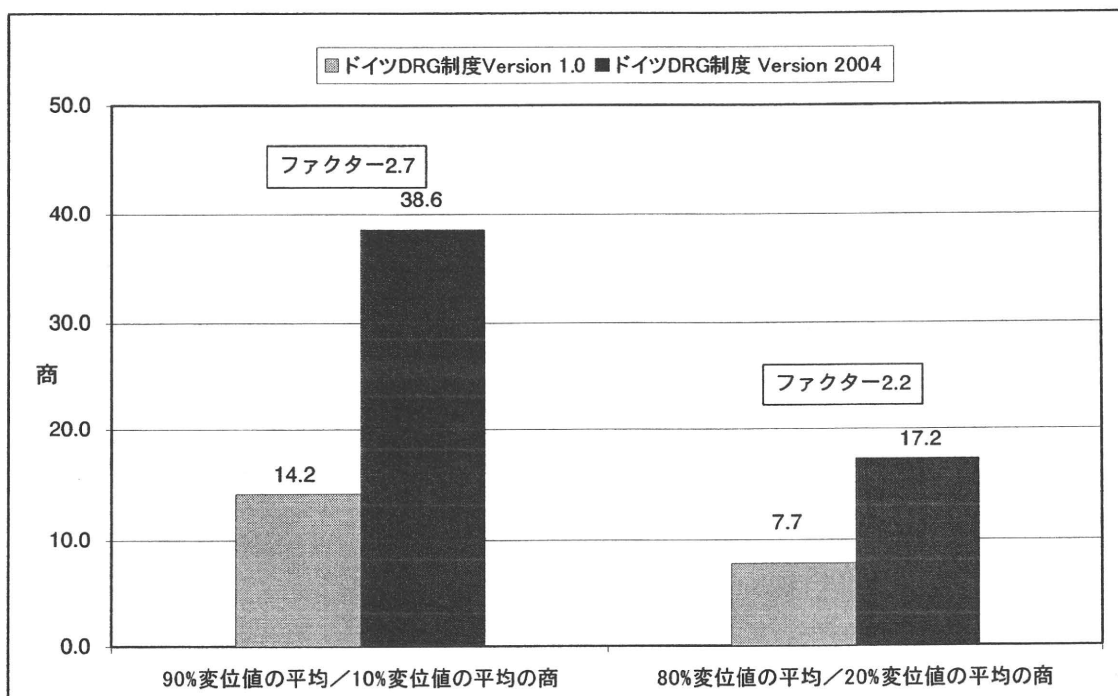


図 14: $\alpha = 0.9$ もしくは $\alpha = 0.8$ とした場合、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 とドイツ DRG 制度 Version 2004 について、変位値 α と変位値 $(1-\alpha)$ の平均から算出した商

以上から、ドイツ DRG 制度 Version 2004 の拡大は、上記の算定方法を使って算定すると Version 1.0 に比べ 2 倍から 3 倍上昇していることがわかる。このように DRG の評価関係間の拡大が、ドイツ DRG 制度 Version 2004 において細分化が一層進められることによって増大されたために、圧縮作用を明らかに減少させることができた。この値は、ドイツ DRG 制度の今後の発展のために、常に観察していかななくてはならない。

5.1.3 評価が行われなかった DRG

包括払いに関する評価の可能性を審査するため、全 DRG を以下の観点に立って詳細に観察した：

- あらゆる症例の同質性
- 通常在院の同質性
- 最低症例数
- 在院期間の拡散
- 一日あたりの費用に比例した長期在院の報酬支払い
- 特定のコーディング・ガイドラインと関連する現在の ICD-10 分類と OPS-301 分類をもとにした信頼できる、区別の精密な、明確な分類の可能性

これらの様々な観点から批判的に総合判定を行った結果、18 の症例においてのみ DRG が 1 つまたは複数の基準をクリアしなかったため「包括化できない」ことが明らかとなった。決して申請によって一つの医学的専門分野をテーマとして「取り出す」ようなことは、しなかった。しかしながら実際にはこれらの DRG も最終的にはドイツ DRG 制度 Version 2004 に従って定義された。ただし KFPV 2004 別表 3 のこれら 18 の DRG は、報酬については、病院診療報酬法第 6 条第 1 項 1 段 1 号に則り各病院毎に個別に交渉して取決めることになっている。

5.1.4 部分入院症例

部分入院給付に関する評価関係の算定は前年と同じく実施することができなかった。その理由は、病院によって症例を数える形式が異なり、個別給付に関連した費用算定が不可能だったからである。

算定病院のデータの中には、四半期毎、または月毎に数えたものもあれば、週または日ごとに数えたものもあった。こうした様々な方法を後から統一するのは不可能だった。そのため部分入院症例について表された費用は、裏付けをとる必要があった。勘定に入れられていた費用には一部、前述の症例の数え方には適合していないものがあることが判明した

り、あるいはまた正しく導き出された費用分類かどうかについて疑問を生じさせるものであった。要するに、施された給付から判断して、完全入院給付と部分入院給付の間でそれほど明確に区別がなされていないと認めねばならなかったような症例を、部分入院で医療給付が施されたと説明されたのである。

以上のような経緯で部分入院給付は、病院診療報酬法第 6 条第 1 項に従い各病院ごとに報酬を取決めるものとする。

5.1.5 付加報酬

算定ハンドブック Version 2.0 における生の症例費用を算出するための計算スキームでは、透析と血友病患者の分野について別々のモジュールを定めている。断続的血液透析のための付加報酬だけでも 2,835 件もの症例をもとに算出できたことは、算定病院のデータを、幅広く説得力のあるものにしてくれた。これらの症例は、費用の拡散が小さい。

それ以外の 25 の付加報酬については、高額な費用のかかる、まれな症例の場合のみ、連邦保健社会保障省 (BMGS) によって招集された専門家グループを混じえて、内容的な定義がなされた。これらの給付と費用を切り離して報酬の額を定めるには、現在揃っている基礎データは不十分であり、実施は不可能だった。そのため、これらの付加報酬は、病院診療報酬法第 6 条第 1 項 1 段 1 号に則り、病院毎に個別に交渉して取決めるものとする。該当する症例は、重複報酬を回避するため、算定病院のデータから削除された。

5.1.6 DRG ごとの費用・給付データ

2004 年ドイツ DRG 制度の再改訂結果に関する詳細な説明は、最終報告書の第 2 巻に掲載されている。そこには各 DRG ごとに費用・給付データが、はっきりとわかるようにリストアップされている。それ以外の評価は、InEK のホームページ上のドイツ DRG V2003/2004 のレポート・ブラウザーの www.g-drg.de のもとに掲載されており、ダウンロードすることができる。

5.1.7 主診療部門による医療供給におけるカタログ値

ドイツ DRG 制度の再改訂過程における算定の結果は、KFPV 2004 の別表 1 から 4 の中に載っているが、これは 2003 年 10 月 13 日に連邦大臣 Ulla Schmidt によって署名され、2003 年 10 月 17 日に連邦官報 (BGBl. IS. 1995 頁) に公示された。

■ 別表 1: 包括払いカタログ

- 主診療部門による医療供給 (a 部)
- 病床利用医による医療供給 (b 部)

- 別表 2：付加報酬カタログ
- 別表 3：包括払いカタログでは報酬が支払われない給付
- 別表 4：病院診療報酬法第 6 条第 1 項による付加報酬

昨年と同様に最終報告書の第 2 巻の中に 2002 年の全年間データの算定結果が納められている。これらは次の部分に分かれている：

- 主診療部門による医療供給における包括払いカタログ
- 病床利用医による医療供給における包括払いカタログ
- DRG ごとの費用・給付データに関する一覧

包括払いカタログには、プレ MDC、23 の MDC およびエラー DRG に従って分類されたすべての算定済み DRG がリストアップされている。

図 15：主診療部門による医療供給における包括払いカタログ a) 部 (抜粋)

図 15 は、主診療部門による医療供給における包括払いカタログの抜粋である。第 1 列には各 DRG の名称が記され、第 3 列にはその厳密な意味が詳述されている。第 2 列には、DRG が医学的区分 (M)、手術部門 (O)、「その他の」区分 (A) のどれに属するかが定義されている。

報酬の最終的な決定を左右する評価関係は、第 4、5、8、10、11 列に表されている。第 4 列は主診療部門における治療の評価関係を示している。第 5 列は MDC14 の 3 つの DRG 妊娠、出産および産褥における、主診療部門における病床利用助産婦の付き添いによる治療に対する評価関係を示している。

2004 年用包括払いカタログが 2003 年用包括払いカタログと異なるのは、第 6 列に在院期間の等比中項ではなく算術平均値が示されている点である。そのためこれらの 2 つの平均値は、直接比較することはできない。在院期間の算術平均値の算出方法は、4.2.5 章に述べた通りである。

2004 年用包括払いカタログでは第 7 列に、在院期間下限を下回った際に評価関係の減額が開始される第 1 日目を記している。次の 8 列目にはこの短期在院減額の日あたりの値が表されている。

それに続く 2 つの列は、長期在院加算の徴収が可能となる第 1 日目の値 (9 列)、それに相応する一日あたりの評価関係に対する加算額を含んでいる (10 列)。

第 11 列は、平均在院期間に達しない場合の転院ケースの評価関係が減らされるべき一日あたりの減額の値を示している。ただしこれらの適合は、転院による一件あたり包括払いで

あっても、そのように記されている（12列）場合には行われたい。

2004年用包括払いカタログに新たに加わった第13列は、KFPV 2004 第2条に規定されている同一病院への再入院における症例一括化に対する例外を有するDRGを表している。

5.1.8 病床利用医による医療供給におけるカタログ値

2004年用包括払いカタログのb)部は、病床利用医による医療供給（図16参照）に関するものであり、合計で806のDRGを網羅しているが、そのうち69は評価関係を有していない。列の区分は、a)部の主診療部門における医療供給と同様である。ただし病床利用医による4種類の異なる医療供給形態のDRG別評価関係を示すために、2つの列が追加されている：

- 4列： 病床利用手術医／病床利用医における評価関係
- 5列： 病床利用手術医／病床利用医および病床利用麻酔医における評価関係
- 6列： 病床利用手術医／病床利用医および病床利用助産婦における評価関係
- 7列： 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おける評価関係

8、9、11列の在院期間の値は、主診療部門による医療供給における6、7、9列の値に対応している。4.4.3章でも述べたように、病床利用部門からの症例に基づいてこれらの値を算定することはできなかった。

図16：包括払いカタログb)部 病床利用医による医療供給（抜粋）

5.2 分類の統計学上の質

5.2.1 分類変更の分析

包括払い診療報酬制度の質を査定するためには、費用が同質な等級を形成する能力が基礎になる。数学的には、費用の拡散度を用いて分類の質を評価することができる。これらを背景として、 R^2 値を分散低下のための尺度として使用したほか、症例費用の同質係数を援用した（定義については4.3.3.2章を参照）。

分析は、4.2.3章と4.2.4章によるチェックと処理を行った後、ドイツDRG分類の再改訂のために使用した、転院することなく主診療部門で医療給付を受けた症例の症例数をベースとして行った。これらの2,062,366件の症例はドイツDRG制度Version 1.0とドイツDRG制度Version 2004の両方をベースにしてグループ分けされた。

分析したのは、主診断部門のための包括払いカタログの中で評価関係を有している DRG のみである。2つのエラーDRGである960Z グループ化不能と961Z 許容できない主診断ならびに算定が行われなかったDRG（2002年9月19日のKFPVの別表2ないしはKFPV 2004の別表3）は、考慮に入れなかった。さらに46の1日病床利用DRG（5.1.1.3章参照）もドイツDRG制度Version 1.0の11の1日症例DRGと同様に分析には含めなかった。これらは、費用の同質性以外の理由によっても決定されたものだからである。

5.2.1.1 分散低下 R² の分析

ドイツDRG制度Version 1.0と比較してドイツDRG制度Version 2004の改善の範囲を決定するために、R²値を分散低下の尺度として取り入れた。この統計尺度によって、分類によって明らかにされる、全症例の費用拡散の割合が示される。等級間の拡散と比べ、等級内で明らかになった拡散の割合が小さくなるほど、DRG制度の質は向上する。

5.2.1章で述べた制約のもとで、ドイツDRG制度Version 1.0からは629個のDRGが、ドイツDRG制度Version 2004からは758個のDRGが、分析のベースとして使用された。両方のバージョンでR²値を算定し、互いに対比した。

分散低下は、ドイツDRG分類の再改訂のために使用した基礎データの全症例ならびにそこに含まれている通常在院に基づいて算定することができる。その結果以下のような数値が導き出された（表22参照）。

	ドイツ DRG 制度 Version 1.0	ドイツ DRG 制度 Version 2004	改善（単位：％）
全症例をベースとした R ²	0.4556	0.5577	22.4
通常在院をベースとした R ²	0.6211	0.7022	13.1

表 22：ドイツ DRG 制度 Version 1.0 とドイツ DRG 制度 Version 2004 における分散低下 R² の比較

全症例をベースとした場合、分散低下は22.4%改善できた。等級間の拡散に比べて等級内の費用拡散の割合が低下したことによって0.7022という通常在院R²値を達成することができた。それによってドイツDRG制度Version 2004の通常在院をベースとした分散低下の尺度としてのR²値を、ドイツDRG制度Version 1.0と比較して13.1%上昇させることができた。このように上昇した理由は特に次の2点に帰することができる。

1. 以下の理由により Version 1.0 に比べると基礎データが大幅に拡大され、信頼のおけるものになった
 - 症例数が明らかに増加した

- 4.2.3 章と 4.2.4 章に基づきデータを納得できるものにした

2. とりわけ提案手続 2004 の過程で外部の専門家をまじえることによって、Version 1.0 に比べるとはるかにきめ細かな分析が実施された

等級の数が増えると R² 値の上昇がもたらされる傾向にある。したがって DRG の数が 664 から 824 に (R² 値の算定のために使用された DRG は 629 から 758 に) 増えたため、自動的に R² の上昇に結びついた。しかしながらこれはささいなことであり、R² 値の改善理由全体からみれば、かなり順位が低い。

ドイツ DRG 制度全体を考察するだけでなく、分散低下は各 MDC についても算定することができる。

下記の図 17 は、通常在院をベースにした各 MDC ごとの R² 値を示している。MDC の分類は、ドイツ DRG 制度 Version 2004 の R² 値に応じて降順に行われる。

指数は、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 の各 MDC の分散低下に対するドイツ DRG 制度 Version 2004 の各 MDC の分散低下の関係を表している。指数の算定公式は次の通りである：

$$R^2_{MDC_V2004} / R^2_{MDC_V1.0} * 100$$

指数値 100 の基準線を使うと比較がやりやすくなる。

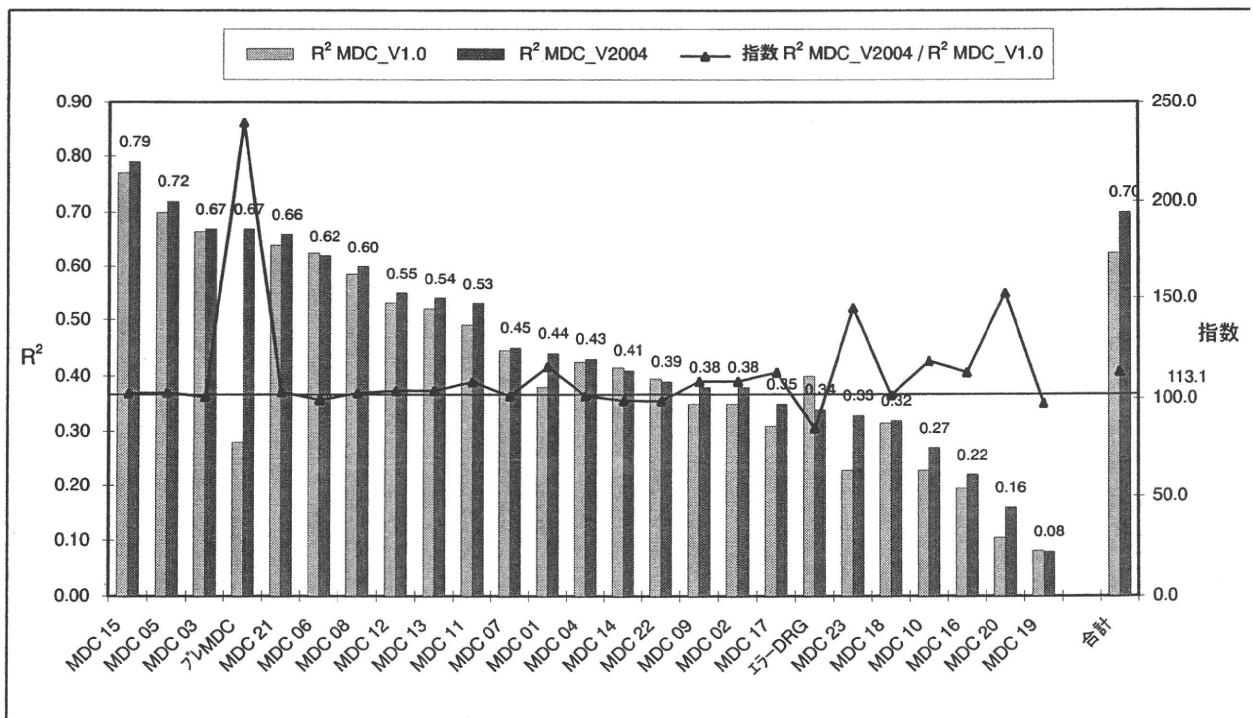


図 17：ドイツ DRG 制度 Version 1.0 と Version 2004 の MDC ごとの分散低下 R² ベース：通常在院

この表によって MDC 間の分散低下における明確な違いを識別することができる。ドイツ DRG 制度 Version 2004 においては、ほぼ例外なく値が改善されているのがわかる。とはいえ将来の分析で、重点を置いて取り組まねばならない MDC があることも確かである。

R² 値のパーセンテージの最も顕著な上昇が達成され得たのは、以下の MDC においてである：

- プレ MDC (+143.6%)
- MDC 23 健康状態に影響を及ぼす要因およびその他の保健衛生上の要求 (+42.6%)
- MDC 20 アルコール・薬物の服用およびアルコール・薬物に惹起された精神障害 (+32.7%)
- MDC 10 内分泌・栄養・代謝疾患 (+16.4%)

ドイツ DRG 制度 Version 1.0 とドイツ DRG 制度 Version 2004 双方において分析された DRG のほぼ3分の1にあたる MDC 01、05、08 における分散低下も同じく上昇した。

- MDC 01 神経系の疾患と障害：0.38 から 0.44 へ (15.4%の上昇)
- MDC 05 循環系の疾患と障害：0.70 から 0.72 へ (2.0%の上昇)
- MDC 08 筋肉骨格系および結合組織における疾患と障害：0.59 から 0.60 へ (2.2%の上昇)

5.2.1.2 同質係数の分析

ドイツ DRG 分類の向上を分析するこれ以外の可能性としては、Version 1.0 と Version 2004 という2つのドイツ DRG 制度における DRG の費用同質性を同質係数を使って比較することが挙げられる。

DRG を同質係数に応じて等級に分けると、通常入院をベースにした場合、次の表のようになる：

同質係数	ドイツ DRG 制度 Version 1.0		ドイツ DRG 制度 Version 2004		変化 (単位：%)
	数	割合(単位：%)	数	割合(単位：%)	
分野					
50%未満	3	0.5	0	0.0	
50%以上 55%未満	16	2.5	14	1.8	-27.4
55%以上 60%未満	142	22.6	150	19.8	-12.3
60%以上 65%未満	257	40.9	292	38.5	-5.7
65%以上 70%未満	150	23.8	180	23.7	-0.4
70%以上 75%未満	45	7.2	87	11.5	60.4
75%以上	16	2.5	35	4.6	81.5
合計	629		758		

表 23：ドイツ DRG 制度 Version 1.0 と Version 2004 における同質係数の比較
ベース：通常在院

ドイツ DRG 制度 Version 2004 には、同質係数が 50%未満の DRG は含まれない；同質係数が 75%以上の非常に同質な DRG の割合はパーセンテージにして 81.5%も上昇した。同質係数がこれよりさらに高い等級には、ドイツ DRG 制度 Version 2004 においては Version 1.0 に比べると明らかに多くの DRG が含まれている。

同質性等級を蓄積すると、ここでも費用が同質な DRG の増加がはっきりとわかる。図 18 にはドイツ DRG 制度 Version 2004、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 のそれぞれの同質性等級における割合の比が指数として示されている。この指数の算定公式は次の通りである：

$$\text{それぞれの同質係数等級}_{v2004} \text{の割合} / \text{それぞれの同質係数等級}_{v1.0} \text{の割合} * 100$$

指数値 100 の基準線を使うと比較がやりやすくなる。

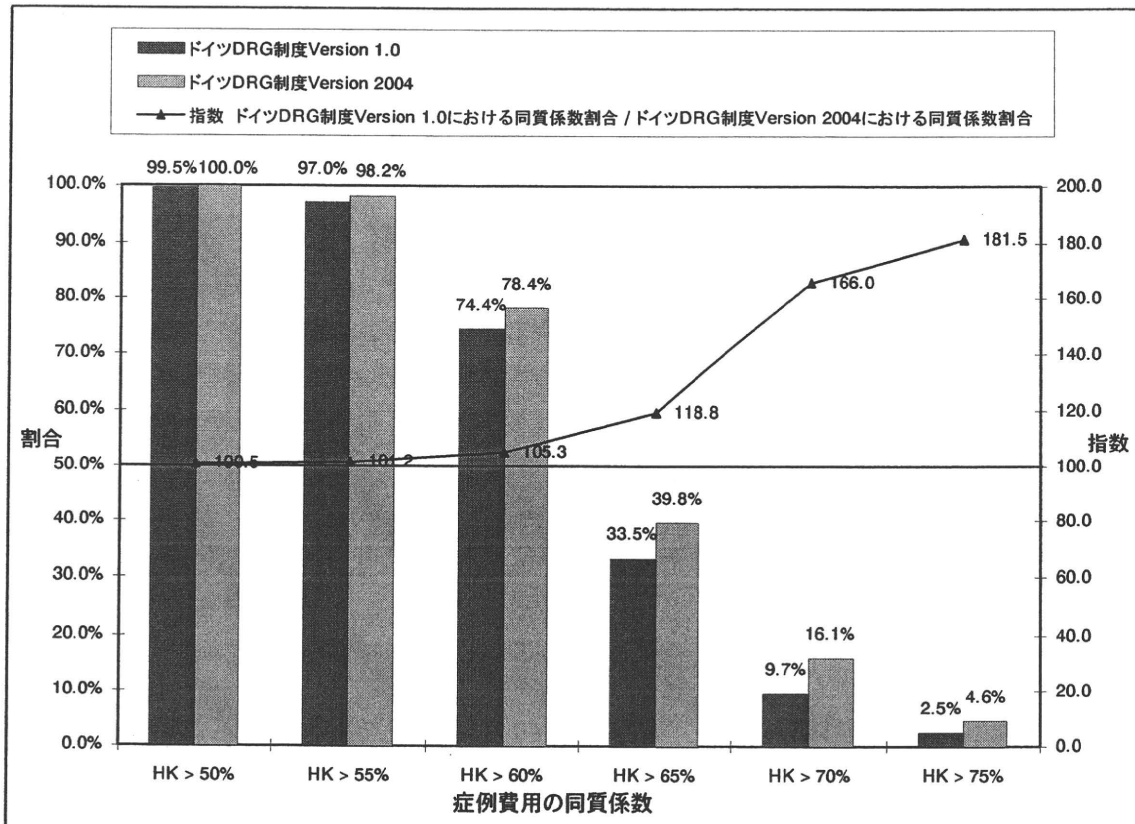


図 18：ドイツ DRG 制度 Version 1.0 と Version 2004 における蓄積された症例費用の同質係数階級の比較、ベース：通常在院

65%を超える同質係数を持つ DRG の割合は、パーセンテージにして 18.6%上昇した。同質係数が 70%ないしは 75%以上の費用同質性が非常に高い DRG にいたっては、66%ないしは 81.5%もの高い上昇率を示している。

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

算定病院から得られたデータが代表としての適性があるかどうかをチェックするために、これらのデータと病院診療報酬法第 21 条による DRG データとの調整が行われた。両者のデータ全体において通常在院を、包括払いカタログ 2004 の在院期間限度によって定義し、考察を行った。

原則的に算定病院のデータと病院診療報酬法第 21 条による DRG データを比較する際には次のことに注意しなければならない：特に算定病院に対して症例データのレベルまで個別に問い合わせることによって、データを幅広く納得できるものにする事ができた。このような詳細な作業を、病院診療報酬法第 21 条による約 1,790 万の DRG データセットすべ