

### 6.11 多種の抗生物質に対して耐性のある病原体

症例費用に対する感染の関連性は十分に知られている。この事実は副診断を考慮することによって CCL マトリクスを通じて調整される。CC 値を持つ 200 を超える副診断が、ICD-10 分類の第 I 章 特定の感染性および寄生虫による疾患のみに該当する。

多種の抗生物質に対して耐性のある病原菌は費用ファクターとして特に重要であるとの指摘が多かった。しかし区分の精密なコードがなかったためドイツ DRG 制度の改訂の中で該当する症例の範囲を限定することはできなかった。

提案された ICD コード Z29.0 予防措置としての隔離による細分化は、分析の結果適当でないことが明らかになった。そのため U80～U85 特定の抗生物質または化学治療薬に対する耐性を持つ病原体からの新コードを ICD-10-GM Version 2004 に採用することによりドイツ DRG 制度の将来の改訂に際して病原体の耐性状態を考慮するための前提条件が整えられた。

### 6.12 新生児学

新生児学にかかわる症例は、ドイツ DRG 制度 Version 2004 においては MDC 15 新生児の項目に示されている。この MDC は現在 38 の DRG を含んでおり、その数はドイツ DRG 制度 Version 1.0 よりも 13 多い。全 DRG について一つの評価関係を算定することができた（これはドイツ DRG 制度 Version 1.0 では DRG P02Z 新生児における心胸郭または血管手術についてまだ不可能だった）。ドイツ DRG 制度の改訂においては全部で 60,000 件を超える新生児関係の症例を利用することができた。それにもかかわらず 7 つの DRG において通常在院の症例数が 30 を下回った。しかしながらこれらの非常に高額な給付の重要性を考慮して、これらの DRG に対しても 5.1.3 章で述べた基準で評価を行った後、評価関係を算出し、指定した。

手術症例と保存症例の間の細分化を断念する際に専門学界によって提案された木目細かい体重細分化は、算定の結果、部分的にしか実施されなかった。1,000g 未満の新生児については、これまでは体重に従って定義された 2 つの DRG があったが、今回は体重に従って定義された 4 つの DRG が作られた。999g を上回る場合には、手術症例と保存症例の間の細分化を行わないという提案がなされたが、しかしながらこれはドイツ DRG 制度の質の悪化につながるため、実施は見送られた。

ドイツ DRG 制度 Version 1.0 の DRG P01Z 新生児、重要な手術室措置あり、入院後 5 日未満で死亡または転院および P60 新生児、重要な手術室処置なし、入院後 5 日未満で死亡または転院は、このような定義（「入院後 5 日未満で死亡または転院」）をもち有してはいない。新 DRG である P01Z、P60A、P61C、P62C は、退院種類「死亡」だけによって定義されている。DRG P60B だけはまだ「入院後 5 日未満で転院」という基準を有している。この DRG には唯一 24 時間という最低在院期間が設けられている。

「重要な手術室処置または長期人工呼吸」を伴う新生児のための基本 DRG P03～P06 は、そ

それぞれ次の3つに分割された：「120 時間を超える長期人工呼吸を伴う」「複数の重大な問題を伴う」「複数の重大な問題を伴わない」。医学的区分である DRG P63～P76 は、わずかながら変更された。新しく作られたのは DRG P67E 新生児、入院時体重 2,499g 超、重要な処置または長期人工呼吸なし、重大な問題なし、病床利用 1 日である。

「重大な問題」と「その他の問題」の表は、いくつかの点で調整が行なわれた。

許容入院時体重の幅は 300g～19,999g に拡大された。

全体として新生児に関する DRG は、高い費用同質係数を達成することができた。1 個の DRG だけは同質係数が 54.0% であるが、29 個の DRG は 60% 以上の同質係数を達成し、8 個の DRG の同質係数は 70% を超える。

MDC 15 の全 DRG は、KFPV 2004 第 2 条第 1 項による再入院規則からは除外された。

### 6.13 腎不全／透析

DRG の L61Z 透析のための入院と L71A 腎不全、病床利用 1 日、透析ありの区別に関しては数々の問い合わせがあったため、以下にこのテーマ分野で行われた変更を説明する。

DRG L61Z 透析のための入院への分類に関する定義ならびにドイツ・コーディング・ガイドライン Version 2004 の特別コーディング・ガイドラインのそれに付随する章 1401c には変更はなかった。その結果、分類基準は主診断 Z49.1 体外透析のままである。この DRG がドイツ DRG 制度 Version 1.0 から唯一の同日 DRG として引き継がれることになった特別な事情についてはすでに 5.1.1 章で報告した。

主診断が「腎不全」である症例（ないしはドイツ DRG 制度 Version 1.0 の中で基本 DRG L60 腎不全に分類される症例）を厳密に観察したところ、費用の異なる様々なグループを区分できることがわかった。これは一つには、その診断ないしはその PCCL 値によって区別することができる症例であった。もう一つは 1 日病床利用の在院期間の症例であり、これも有意味な数だけ存在した。これらの症例は新しく作られた基本 DRG L71 腎不全、病床利用 1 日に分類された。この基本 DRG の中で透析の OPS コードを持つ症例（L71A 腎不全、病床利用 1 日、透析あり）とこのコードの内容を有しない症例（L71B 腎不全、病床利用 1 日、透析なし）に区分される。

2 つの「透析 DRG」（L61Z、L71A）の細分化はコーディング・ガイドラインによって行われる。ICD コード Z49.1 体外透析は、主診断としては、第一に入院が特に透析のために行われ、次にそれが一日症例（同日の入院と退院、あるいは夜間透析においては連続する 2 日間における入院と退院）であるような症例の中でおいてのみ使用される。

### 6.14 腫瘍学

提案手続 2004 においては、腫瘍学のテーマ分野に関する指摘が数多く寄せられた。特に、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 では化学療法や放射線療法による処置の表し方が不十分だったという意見が多かった。また DRG の数が比較的少ないため、特に費用集約的な症例とあまり費用のかからない症例を明確に分離することができず、そのため圧縮効果が一層強化されるとのことだった。

上記の問題は、ドイツ DRG 制度の改訂において腫瘍学的疾病をドイツ DRG 制度の中に分類するための極めて広範囲で詳細な分析を実施するための出発点となった。

腫瘍学に関する各 DRG について、化学療法および/または放射線療法の特徴が費用分離要素として適しているかどうかの観点から調べたところ、MDC 17 血液および固体の新生物を例外として放射線療法については確認されたが、化学療法については確認されなかった。これらの分析の結果、DRG を一日症例と放射線療法に応じて保存的腫瘍治療に体系的に分割することになり、その結果、医学的区分（放射線療法を含む）の中に数多くの付加的な腫瘍学に関する DRG が作られた。ドイツ DRG 制度 Version 1.0 は 32 の DRG を含んでいたが、ドイツ DRG 制度 Version 2004 では 51 の DRG を利用することができる（表 26 参照）。

MDC	ドイツ DRG 制度 Version 1.0 における 保存的腫瘍治療に関する DRG の数		ドイツ DRG 制度 Version 2004 における 保存的腫瘍治療に関する DRG の数	
01	2	B66A-B	4	B66A-D
03	2	D60A-B	4	D60A-D
04	2	E71A-B	4	E71A-D
06	2	G60A-B	5	G60A-E
07	3	H61A-C	4	H61A-D
08	2	I65A-B	4	I65A-D
09	3	J62A-C	4	J62A-D
11	2	L62A-B	3	L62A-C
12	2	M60A-B	4	M60A-D
13	2	N60A-B	4	N60A-D
17	10	R60A-C, R61A-C, R62A-B, R63Z, R64Z	11	R40A-B, R60A-D, R61A-B, R62A-B, R65Z
合計	32		51	

表 26：保存的腫瘍治療に関する DRG

各 MDC における悪性新生物のための基本 DRG の重症度区分によって、広範囲な統一構造が作り出された。重症度が最も高い DRG への分類は放射線療法のための OPS コードによって定義された。重症度の最も低い DRG への分類は「1 日病床利用」という特徴を使って定義された。両方の特徴（放射線療法と 1 日病床利用）を持つ症例は、放射線療法 DRG と 1 日病床利用 DRG のどちらに分類されるのかについてはデータ分析に従って個別に決定された。この基本構造は、必要に応じて、PCCL 値等に従ってさらに細分化された。

MDC 03 耳、鼻、口、咽の疾患と障害においては、必要がある場合にはこの構造とは異なる方法がとられることもあった。腫瘍罹病の際の一日症例が、この MDC の他の一日症例と費用的に類似していることがわかったからである。そのため、他の MDC におけるやり方とは異なり、これらの症例は共通の DRG にまとめられた。

DRG R63Z 化学療法のための入院と R64Z 放射線療法のための入院には、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 に従って化学・放射線療法の同日症例が分類されていたが、上述の表示方法がとられることになったため、それぞれの MDC 内で削除された（これについては 5.1.1.3 章参照）。これによって 1 日病床利用（1~2 暦日）の枠内での治療は大幅に細分化され、それに伴い一層目的に適ったものになった。これは、これらの新しく作られた 1 日病床利用 DRG の中で一番高い評価関係は、最も低い評価関係の 1.7 倍を超えているということからも明らかである。

これに加えて MDC 04、12、13 の中に 6 つの新しいブラキセラピー（放射線近接照射治療）のための DRG が作られた。個々の腫瘍学に関する DRG に対して寄せられた数多くの個別の指摘について算定し、同質係数が改善される場合には実施された。この中には例えば基本 DRG B66 神経系の新生物への個別の ICD コードの新規採用等が含まれる。

頻度の高い腫瘍の手術治療は、ドイツ DRG 制度 Version 2004 の中では、様々に細分化されて表されている。基本 DRG B02 開頭術は、大幅に手が増えられ、5 つに分割された。MDC 09 皮膚、皮下組織、乳房疾患および障害では、乳癌の手術療法の表し方が決定的に改善された。提案通りに、形成再建が、新しい DRG を作ることによって区別された（J14Z 悪性新生物における乳房の形成再建）。さらにドイツ DRG 制度 Version 1.0 の DRG J10Z 皮膚、皮下組織、乳房における形成手術は、「悪性新生物における」という基準に従って分割された。

膨大な数の手術 DRG を、悪性新生物の存在に基づく分割が同質係数の改善につながるかどうかという観点から調査した。しかしながら該当したのは比較的まれであり、その結果、基本 DRG D08 口腔と口における手術または K11 甲状腺および副甲状腺における手術等の比較的少数の DRG でしか実施されることはなかった。

化学療法に対して、これまで以上に実際の消費（複雑性、毒性、使用された物質、ブロックの数）に即して報酬を支払うという提起は、算定病院のデータの中に様々な給付データが不足していたため、今年度は採用することができなかった。DIMDI が専門学界と密接な



協力により、OPS-301 Version 2004 の化学療法の章を内容的に完全に構成し直したため、今後数年の間にこの分野でさらに細分化された算定が可能になるであろうと期待されている。

これまで述べてきたようにドイツ DRG 制度の膨大な変更によって、費用同質性が明らかに改善されたので、腫瘍学にかかわる全 DRG について評価関係を算定し、2004 年用包括払いカタログの中に表すことができた。51 の上述した DRG の同質係数は、54.7%から 64.4%であり、満足できる～良好の範囲に入っている。腫瘍学の給付を DRG に基づく報酬支払いから除外するという意見も若干あったのだが、これは従って算定結果に基づいたものではない。

腫瘍学のいくつかの給付については、病院診療報酬法第 6 条第 1 項に基づく付加報酬が KFPV 2004 の中に表された：腫瘍体内プロテアーゼ、顔/頭蓋の CAD 移植組織、造血幹細胞の植え込み型薬剤ポンプと造血幹細胞の他家移植。化学治療薬には様々な価格があるという問題はよく知られているにもかかわらず、非常に高価な医薬品が使用されたことがデータセットからは認識できなかったという事情により、付加報酬の算出ができなかった。

腫瘍学にかかわる全 DRG は、KFPV 2004 の第 2 条第 1 項の再入院規定から除外された。

### 6.15 小児科

ドイツ DRG 制度 Version 2004 のための評価関係の算定には、137 の算定病院のデータが使われた。その中の 125 の病院が、子供と青少年の治療に特殊化されている一つまたは複数の診療科を有していた。ここで特筆すべきは、4 つの小児専門病院ならびに高度に専門化された小児・新生児への医療サービスを行う 12 の大学病院が参加したことである。

15 歳未満の患者のデータセットが合計で約 250,000 件あった。そのうちの 85%以上は小児専門科または小児専門クリニックから提供されたものである。ここでは小児腫瘍学、小児心臓学、小児神経学、小児腎臓学、小児整形外科、重度火傷児および AIDS 罹患者等の合計で 27 の小児専門科ならびに 30 の新生児専門科からの症例がドイツ DRG 制度の改訂に使われた。残りの 15%の大部分は、通常、小児科以外の専門科で医療が施される症例（例えば口蓋扁桃の切除）、あるいは特殊診療科で治療される症例（例えば移植、多発性硬化症による入院）である。

ドイツ DRG 制度の今年度の改訂は、説明とは反対に、小児または新生児専門病院/診療科または特殊診療科において医療が施される症例にかかわるものがほとんどである。

ドイツ DRG 制度は、今年度の算定のために揃っているデータ状況に合わせ、実質費用データの中で証明された看護や世話の費用をまず第一に算定し、同質の費用クラスに分布するという方法で調整された。これによって大人の治療に対して有意の超過費用が存在する場合には、それを表すことができた。原則として各 DRG を、標準的に、様々な年齢層だけでなく年齢と他のパラメータとの組み合わせも使って費用の違いを確認できるという観点から調査した。子供の治療において大人の治療と比較して有意の費用差を証明できた場合に

は、年齢区分を取り入れた。

このように患者の年齢は、ドイツ DRG 制度の今年度の改訂において最も広範囲にわたって調査された区分基準である。それによって年齢によって区分されていない症例群における子供と青少年の治療が、大人の治療よりも有意なほど高くはならないことが保証されている。

補足的に小児心臓外科と新生児学の説明を参照してほしい。

### 6.16 パーキンソン症候群

パーキンソン症候群のテーマ領域ではいくつかの提案がなされたが、その中から基本 DRG B67 神経系の変性疾患の中で細分化するという提案が採用された。それに基づきパーキンソン症候群のコードは、この基本 DRG (B67A と B67B) の重症度の高い方に使われている。同質係数は B67A は 64.7%、B67B は 64.4%であるため、これらの基本 DRG に含まれる症例群は、非常に同質であるといえよう。

2004 年度はパーキンソン症候群の治療に使われる ZNS 刺激装置移植については、病院診療報酬法第 6 条第 1 項に基づき付加報酬を協定で取決めることができる。

### 6.17 多発性外傷

MDC 21A 多発性外傷においては 3 つの重要な変更が行われた：

- プレ MDC における MDC 21A へ分類するためのクエリーポジションが変更された。分析は、MDC 18A HIV の場合と同様に、多発性外傷 MDC へ分類するための問い合わせポジションの変更が、MDC 内の費用同質性の改善と R<sup>2</sup> 値の上昇につながることを示した。そのため当然の帰結として人工呼吸が 479 時間を超える多発性外傷の患者は、人工呼吸の長さによって定義された対応する DRG に分類された。
- 早期リハビリテーションの特別給付を考慮した。これらの高額な給付を表すために手術と組み合わせた早期リハビリテーションの給付ならびに追加の手術を伴わない早期リハビリテーションを表す 3 つの新しい DRG が形成された。もっとも症例数が少ないためにこれらの DRG は評価関係を付すことはできなかった。
- 基本 DRG W01 機械的人工呼吸を伴う多発性外傷または開頭術は何重にも細分化された。早期リハビリテーションの区分だけでなく、人工呼吸期間と PCCL 値のような基本 DRG W01 のための新たな費用分離要素も確認することができた。

これらの重大な再編によって MDC 21A の全 DRG は、多発性外傷と DRG W60Z における評価関係のない早期リハビリテーションを除き、すべてが 55%を超える、最大で 72.6%もの同質係数を達成した (表 27 を参照)。

算定病院のデータは、したがって言及された給付が原則として包括化できないという根拠とはならない。

DRG	表示	HK (%)
W01B	機械的人工呼吸を伴う多発性外傷または早期リハビリテーションを伴わない開頭術、長期人工呼吸あり	72.6
W01C	機械的人工呼吸を伴う多発性外傷または早期リハビリテーションを伴わない開頭術、長期人工呼吸なし、最重度 CC あり	63.8
W01D	機械的人工呼吸を伴う多発性外傷または開頭術、長期人工呼吸なし、最重度 CC なし	67.8
W02Z	股関節、大腿骨、四肢の手術を伴う多発性外傷、移植を含む	58.5
W03Z	腹部の手術を伴う多発性外傷	58.8
W04Z	その他の手術室処置を伴う多発性外傷	62.3
W60Z	多発性外傷、入院後 5 日未満で死亡	54.4
W61Z	重大な手術を伴わない多発性外傷	58.4

表 27 : MDC 21A 多発性外傷における同質係数 (HK)

### 6.18 横断麻痺

「脊髄の急性疾患と損傷」については 2004 年用包括払いカタログの中では評価関係が示されなかった。これに対応する DRG B61A 最重度の CC を伴う脊髄の急性疾患と損傷および B61B 最重度の CC を伴わない脊髄の急性疾患と損傷は、KFPV 2004 の別表 3 の中に取り入れられたので、この給付については病院診療報酬法第 6 条第 1 項により病院個別の報酬を協定で取決めるものとする。

提案手続 2004 における提案も含めて数多くの分析が実施されたにもかかわらず（早期リハビリテーション、手術室処置、年齢、PCCL 値等の考慮）、現在あるデータをもとにしては急性の脊髄損傷を伴う症例は、特にこの分野において顕著な長期滞在問題に制約され包括化できなかった。これは急性横断麻痺を伴う全症例にあてはまるので、基本 DRG B61 への分類は、他の全 DRG に先立ちプレ MDC クエリー実行の過程で行われる。さらに急性横断麻痺を表す ICD コードは、主診断だけでなく副診断としてもこれらの DRG の中に含まれる。

急性でない対麻痺と四肢麻痺はドイツ DRG 制度 Version 2004 においては MDC 01 神経系の疾患と障害の基本 DRG B60 急性ではない対麻痺／四肢麻痺の中に表されているが、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 とは違ってこの DRG への分類は、主として対麻痺／四肢麻痺によって入院を引き起こされた（すなわち主診断として挙げられている）場合に行われる。他の

原因によって入院する場合には、その症例は該当する器官に関連する MDC に組み込まれる。例えば慢性対麻痺患者が急性虫垂炎で虫垂切除術のために入院した場合に、基本 DRG G07 虫垂切除術に分類される（ドイツ DRG 制度 Version 1.0 ではこの症例は DRG B60 に割り当てられていたであろう）。この患者の重症度を上げることができるよう、CCL マトリクスの調整が行われた。G82.0-から G82.2-の ICD コードならびに G04.1、P11.5、T91.3 のコードが新たに重症度を上昇させる副診断リストに取り入れられた。ドイツ DRG 制度 Version 1.0 ではこの副診断を持つすべての患者は、基本 DRG B60 の中に表されたので、このコードを CCL マトリクスの中で考慮する必要はなかった。CCL マトリクスの変更は数年間のデータに基づいてのみ行うという前提はあるのだが、この DRG のクエリーロジックの変更に伴い、ここでは調整が必要だった。これらのコードは CCL マトリクスの 7 行目に組み込まれた（ICD コード G82.3-から G82.5-と同じ）。

ドイツ DRG 制度 Version 2004 では、主診断が急性でない対麻痺／四肢麻痺である症例が初めて手術症例と非手術症例とに区別されることになった。手術室処置を伴う症例は、新たに作られた DRG B10Z 急性でない対麻痺／四肢麻痺における手術に分類される。さらに基本 DRG B60 は「病床利用 1 日」という特徴に基づき細分化された。

DRG の B10Z 急性でない対麻痺／四肢麻痺における手術、B60A 急性でない対麻痺／四肢麻痺および B60B 急性でない対麻痺／四肢麻痺、病床利用 1 日の同質係数はいずれも 65% を超える良い値を示している。

## 6.19 頭蓋・脳の外傷（SHT）

主診断、副診断および処置に応じて頭蓋・脳の外傷のある患者は、様々な DRG と MDC に分類される。この時議論の中心となったのは SHT 患者における早期リハビリテーションならびに多発性外傷患者の表し方であった。このテーマについてはすでに独立した章で述べた。

## 6.20 卒中発作

基本 DRG B70 卒中はドイツ DRG 制度 Version 2004 において大幅に改訂された。主診断表には固有でない診断がいくつか記入されていたが、それらを取り除かれた。ドイツ DRG 制度 Version 1.0 ではまだ区分基準として使われていた複雑さを増加させる診断と処置のリストはもはや使われなくなった。PCCL 値による区分は、費用分離要素としてすぐれていることが明らかになった。DRG B70A～C の同質係数は、いずれも 60% を超えており、良好な範囲におさまっている。ドイツ DRG 制度 Version 2004 においてほぼ一貫しているのだが、転院症例のための DRG は作られなかった。転院およびそれによって減少する費用は KFPV 2004 の減額規則によって考慮される。DRG B70D は、退院種類「死亡」によってのみ定義されることになった。ここでも 1 日病床利用 DRG が新たに作られた（B70E 卒中、病床利用 1

日)。

卒中発作の治療にとっては、MDC 01 神経系疾患と障害においても早期リハビリテーションと老人病科における複合治療を初めて広範囲に考慮することが、特に重要な意味を持つ。新しい基本 DRG B42 神経系疾患と障害における早期リハビリテーションによって、この給付を表すことが可能となった。これについてはすでに 6.4 章で詳細に説明している。

基本 DRG B70 の患者が治療された算定病院を分析したところ、この症例の 3 分の 2 以上が卒中ユニットのある病院もしくは最大限の医療サービスを提供する病院（たいていが大学病院）から得られたということがわかった。こうした背景から、算定病院のデータは卒中発作の最新の治療オプションを十分に反映していないという批判が散見されたのだが、これらには正当性が見当たらないように思える。

しかしながら卒中ユニットで治療された、ないしは卒中ユニットで治療されなかった患者の費用の違いの分析は、データ状況からはほぼ不可能だった。神経科の卒中ユニットでの治療のための専門診療科コード 2856（病院診療報酬法第 21 条によるデータ伝送の協定に基づく）はほんの少数しか送られてこなかった。内科の卒中ユニットのための専門診療科コード 0156 にいたっては、まったく送られてこなかった。わずかな症例数に基づいて費用算出を行うのは、このような理由から賢明ではなかった。これらの記号を付されたわずかな症例は、費用面ではほんのわずかの違いしかなかった。卒中ユニットで治療された患者について翌年様々な分析を行うために、これらのコードを一貫して使用することが必要である。

## 6.21 重度火傷者

2003 年用包括払いカタログにおいては DRG Y01Z 第 3 度の重度火傷は評価関係が付けられていない。症例数がわずかだったため、評価関係の算定は、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 の算定の枠内では実施できなかった。

2004 年用ドイツ DRG 制度改訂のための算定の範囲内は、重度火傷者の医療サービスのために指定された病床を持つ原則として十分な数のクリニックが参加した。また MDC 22 火傷の DRG における症例数も上昇した。それにもかかわらず今年度においても火傷医学の 2 つの DRG が包括化できないことがわかった：新たに DRG Y01Z 重度の火傷における手術または長期人工呼吸ならびに DRG Y61Z 重度の火傷（注：DRG Y01Z の説明テキストはドイツ DRG 制度 Version 2004 における区分改善のために変更された）。特に DRG Y01Z においては通常在院が 34 である症例数は、規則によって定められた症例数の最低ラインのところで変動した。さらに全体数の 21%を超えるこれらの DRG は長期在院の割合が非常に高かった。

KFPV 2004 の別表 3 への DRG Y61Z の採用決定の決めてとなったのは、同質係数がわずか 48.3%という事実だった。これらの DRG の症例は個別分析においても、意味のある区分基準を算出することができなかった。

こうした一連の問題は、二重の観点から対処された：

1. これらの患者のもとで実施された、永久代替皮膚の非常に高額な処置は、同原のケラチン生成細胞移植体によって OPS-301 Version 2.1 の対応するコードによっては表すことができないという専門学界の指摘に従った。今やこの方法はコード 5-925.9 と 5-925.a の OPS-301 Version 2004 への採用によって表すことができ、それによって 2004 年のデータも加え、別な分析のために使用することができる。
2. DRG Y61Z への分類定義は、第 3 度の火傷ならびに体表面積の 10%以上の火傷範囲を有する症例だけをこの DRG に分類するという趣旨で変更された。この変更がコーディング（ドイツ・コーディング・ガイドラインによれば火傷度および火傷の範囲がコーディングされる）の質の改善、それに伴うデータ状況の改善を招くことが期待される。

この措置は翌年のデータの中で初めて効果を発揮しうるので、2004 年の算定に対してはまだ何らの影響も期待することはできない。

## 6.22 移植

ドイツ DRG 制度 Version 1.0 における算定に際しては、移植医療の給付の包括化は、その時点に揃っていたデータだけではまだ不可能であった。2003 年には算定病院の非常に広範囲なデータを使って（移植センターが参加したため）これらの給付を算定し、同質の症例グループの中で表すことができた。

角膜移植についてはプレ MDC の中に表す必要はなく、ここでは新しい DRG C04A 角膜移植を伴う角膜、強膜、結膜における大きな手術によって MDC 02 目の疾患および障害の中に極めて同質な表示（74%の同質係数）が作られた。ICD-10-GM Version 2004 に採用されたコード T86.83 その他の移植された器官および組織の不全と拒絶：目の角膜移植のおかげで、今度から拒絶反応の表示が可能となった。

### 6.22.1 骨髄移植

骨髄・幹細胞移植の分野には合計で 6 つの DRG が作られた。DRG 分類 Version 2004 では、年齢、移植タイプ（自家移植、他家移植）、HLA の一致および試験管内処理といった特徴を考慮している。その結果 6 個の DRG すべてにおいて同質係数 66%以上を達成することができた。これらの 6 個の DRG は、血液腫瘍センターが算定に参加したお陰で、十分な症例をもとに算定することができた。DRG A15A 骨髄移植／幹細胞輸注、自家移植、試験管内処理、年齢 19 歳未満だけが 32 症例しかなく、目標症例数の下限ぎりぎりであった。このように細分化された分類を補足する形で、造血幹細胞の他家移植のための付加報酬が新たに定められた。

病院によって病症の範囲限定が異なることが算定を難しくしている。特に何回もの入院が

断続的に記録されていた場合に、実際に移植が行われた入院に関する全移植入院費用の費用配分が常に記載されていたわけではなかった。しかしながら補足的に移植センターによって実施された症例の妥当性に関連する手間のかかる個別分析によって、相当するデータセットを同定し、削除することができた。

幹細胞ないしは骨髄の提供に関する4つのDRGのうち3つ（Z41Z 自家提供者における骨髄の採取、Z42Z 他家提供者における幹細胞採取、Z43Z 他家提供者における骨髄採取）には、まだ評価関係を与えることはできなかった。DRG A42Z 自家提供者における幹細胞採取だけは、現在揃っているデータをもとにして手間のかかる個別の分析を行った後、算定を行うことができた。さらに細分化されたICD-10分類とOPS-301分類ならびに厳密に規定され、簡易化されたコーディング・ガイドラインにより、まだ評価関係の付されていないDRG A61Z 造血細胞の移植組織の不全と拒絶におけるのと同様に、今後、データの質の改善とそれに伴う評価付与の可能性が期待される。

骨髄／幹細胞提供の再編によって、ドイツDRG制度Version 1.0の同日DRG B62Z 肢体切断のための入院は削除することができた。

### 6.22.2 臓器移植

固体臓器の移植分野においてまず最初に自治パートナーのこれに相当する基準に基づき移植症例を移植日の前日から算定する試みが行われた。すなわち手術前の入院があれば、例えば技術的な症例区分を用いて、該当するDRGの付加報酬請求によって報酬が支払われるというものである。算定用に揃っていた費用情報からは、一つの症例の総費用のうちどの程度の割合が手術日までに発生したのかが分からなかったため、このような条件のもとでとりあえず手術日当日（または手術日の前日）に入院した移植症例だけしか評価関係算出のために使うことができなかった。このためリスクは必然的に低くなった。というのは手術前の在院期間が長い患者は、手術後の経過もやはり平均して併発症が多く、長期にわたることが多いためである。

連邦官報に2003年10月17日に2004年用包括払いカタログの最終版を公示する前には移植症例の手術前部分と手術部分に対する上述の分割は行わないことにした。主として長期人工呼吸、随伴疾患、拒絶反応といったパラメータの上に築かれた（全症例に対して）新たに算定された分割によって10の追加DRGが生まれた。それによって草案版と比べて同質性を向上させることができた。

各DRGを細かく分割するために、わずかな症例数（30症例未満）でもあえて認めるようにした。例えばDRG A03B 嚢胞性繊維症（膵臓繊維症）における長期人工呼吸を伴わない肺移植およびA05B 長期人工呼吸を伴わない心臓移植、19歳未満。これらの給付についてドイツにおける総症例数と比較すると、ドイツDRG制度の再改訂にあたって収集された症例の割合には注目すべきものがある。算定病院のデータには全体的に頻度の少ない肺移植については2002年のドイツの全症例の80%、膵臓移植については64%に相当する症例が含ま



れていた。比較的頻繁に行なわれる心臓、肝臓、腎臓移植については、この割合はそれぞれ 54、47、41%\*であった。

DRG A02Z 複合臓器移植は大幅に変更された。ドイツ DRG 制度 Version 1.0 のもとでは心肺同時移植および腎肝同時移植はこの DRG によって表されていた。ところがこの分類はドイツ DRG 制度の再改訂の中で不適切であることがわかった。DRG A02Z は、数のうえでは腎臓・膵臓同時移植を伴う症例が圧倒的に多く、これらの費用は（心肺移植または腎肝移植のような）他の複合臓器移植とは異なっていたからである。今回新たに心肺同時移植を基本 DRG A03 肺移植に、腎肝同時移植を基本 DRG A01 肝臓移植へと分類変更したことにより、費用同質性は著しく改善された。同様に腸または膵臓（組織）の移植は、新たな基本 DRG A16 としてこれまでの A02Z から引き離された。この結果、ドイツ DRG 制度 Version 2004 においては基本 DRG A02 の名称は腎臓と膵臓の移植になった。算定病院のデータは、心肺移植または腎肝移植に対して別々の DRG を作る理由とはならなかった。

拒絶反応の問題は、移植というテーマ範囲を検討する際に二重の観点から取り扱われた：移植入院中に拒絶反応がある場合には、基本 DRG A01 と A02 の中に相応する副診断があるため、もう一段高い重症度を割り振ることができる。拒絶反応に基づく入院の場合には、移植が同時に行われなかった限りにおいて、新たな基本 DRG A60 臓器移植の不全と拒絶へのグループ分けが行われる。同一入院の間の臓器の再移植という特殊なケースについては、付加報酬が定められた。

腎臓組織または肝臓組織の生体移植についても、2004 年用包括払いカタログの中に適切な DRG を設定することができた。臓器採取が行われる入院の前の予備検査は、DRG Z66Z 生体移植の準備に、臓器移植のための入院は、DRG Z02Z 肝臓移植（生体移植）または Z03Z 腎臓移植（生体移植）に分類されることとなった。これらの DRG は同質係数が良好であり、各 DRG に対して 2004 年用包括払いカタログの中で評価関係を割り当てることができた。

臓器移植に関連して提供されることの多い一連の給付のためには、付加報酬が設けられた。これは特に心臓補助システム、透析および肝臓補充治療が該当する。

## 6.23 結核

ドイツ DRG 制度 Version 1.0 では結核患者は基本 DRG E62 呼吸器の感染と炎症に分類されていた。ところが結核患者のこの DRG への分類は適切でないという意見が様々な方面から寄せられた。

MDC 04 呼吸器の疾患と障害の中に結核患者のための独立した DRG を作ると大幅な分散低下につながるため、これが実施された。この新しい基本 DRG E76 結核の最も適切な分割基

---

\* パーセント値は、ドイツ臓器移植財団の公表した移植法第 11 条第 5 項に基づく移植センターの業務に関する年間報告書のデータから算出された。

準は PCCL 値であることがわかった。しかしながら平均を超える長期在院割合が高いため、ならびに在院期間の分散がほぼ偶然に近いと、評価関係は証明されなかった。DRG E76A 最重度の CC を伴う結核および E76B 最重度の CC を伴わない結核は、KFPV 2004 の別表 3 の中に入れられた。この給付については 2004 年度は病院診療報酬法第 6 条第 1 項に基づき病院独自の報酬を取決めることができる。

新コード U82! 結核治療薬（第一位の薬）に対して耐性のあるマイコバクテリウムを ICD-10-GM Version 2004 に取り入れることによって、将来の算定における病原体の耐性状態を考慮するための前提条件が作られた。

さらに OPS コード 1-430.-呼吸器における内視鏡バイオプシーの分類に関する指摘が取り上げられた。気管支直視検査によるバイオプシーを行った患者は、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 では基本 DRG E02 呼吸器におけるその他の手術室処置に分類された。結核患者におけるこの手術はそれほど頻度が低いわけではないが、基本 DRG E02 のその他の症例とは費用面で同じではないので、基本 DRG E02 の処置表から相当する OPS コードが取り除かれた。主診断が呼吸器の結核で、気管支直視検査によるバイオプシーが唯一の処置として行われた症例は、同様に今度から基本 DRG E76 に分類されることになる。

## 7 ドイツ DRG 制度の今後の発展のための手がかかり

ドイツ DRG 制度はまだ始動段階にある。あらゆる関係者—給付提供者、給付の資金提供者、政治、病院領域の連盟および機関—は、ドイツ DRG 制度における経験を集め、そこから認識を得るが、これらはドイツ DRG 制度をさらに育成し、発展させていくために建設的に使うことが肝要である。

ドイツの医療サービスの現実に合わせた 2004 年用 DRG 分類の作成によって最初の大きな一歩が踏み出された。今年度の方式は、同時に将来の改訂のための出発点となる。これらは特に注目に値するものであり、下記に言及する。

### 部分入院給付の報酬

KFPV 2004 の包括払いカタログには、部分入院給付のための診療報酬は含まれていない。これらの給付に対しては KFPV 2004 第 6 条第 1 項に則り、病院診療報酬法第 6 条第 1 項 1 段 1 号による病院ごとの協定に基づき、診療報酬が支払われる。将来的には、部分入院給付を評価関係を用いて定めるのが目的である。特に重要なのは、この目的のために、病院における部分入院治療症例の症例数を全体で統一して計数することを実践し、それに応じて病院診療報酬法第 21 条による DRG データの中で伝送される情報を正確に定めることである。同時に部分入院でもたらされる様々な給付のための原因に応じた費用分類に、これまで以上に注目しなければならない。その中の一つは部分入院の給付提供については完全医療供給における一日平均に比べると人件費の額が少ない場合が多いという事実が挙げられる。もう一つには、部分入院給付の中には非常に高額な物品が使用されるものがあることであり、これを精密に勘定するには、信頼できる個別費用把握が前提となる。

### 付加報酬の算定

KFPV 2004 の別表 2 については、カタログ内で評価することができたのは付加報酬 1 個だけである（間欠血液透析）。別表 4 には病院診療報酬法第 6 条第 1 項 1 段 1 号に則り取決めることになっているこれ以外の 25 の付加報酬が載っている。将来は別表 4 の付加報酬もカタログ内で評価するよう努めなければならない。そのためにはまず第一に精密な基礎データが必要である。これは一つには、報酬が支払われるべき給付ないしは複合給付を同定するための、病院診療報酬法第 21 条による DRG データの中に含まれる症例別の給付特徴（OPS コード）が関連する。この目的のために一連の新しい OPS コードが定義された。もう一つ大切なのは、症例別の費用勘定の際の正確性の高さである。付加報酬の中に表されている給付費用が評価の基礎となるからである。

### 病床利用医による医療サービスにおける評価関係

病床利用部門から送られてきたデータセットの数は、150,000 症例弱（チェック、処理後）

であり、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 の算定経験から期待された規模の範囲内であった。この症例量は、純粹に病床利用部門だけから得られた症例量をもとに適切なカタログ値（在院期間と評価関係）を開発するには、特に病床利用医による医療サービスの様々な形態（病床利用手術医、病床利用麻酔医、病床利用助産婦）という観点から不十分であった。今後もっとたくさんの症例量が病床利用部門から得られるようになったなら、すぐにこれらの症例を包括払いカタログの病床利用部門に該当する部分の算定のために使用することができるであろう。

### データ調査

ドイツ DRG 制度は、給付案件の医学的、経済的観点に関する信頼のおける最新情報によって「生かされている」と言える。医学的な給付データと病院の構造データは、病院診療報酬法第 21 条による DRG データ調査によって得られた。しかしながらドイツ DRG 制度の再改訂にとってもう一つの重要な基盤は、算定病院による任意のデータ提供であった。これらのデータには症例別費用情報も含まれていた。参加を申し出てくれた病院数が全体としてかなり多く、特に 12 の大学病院が加わったおかげで、ドイツ DRG 制度 Version 1.0 の算定時に比べると、今回の再改訂にあたっては、数量面でも多く、多様な給付が幅広く含まれた基礎データを揃えることができた。

今後、今まで以上に多くの病院が症例費用算定手続に参加してくれることが期待される。これにはあらゆる規模の病院と病床利用部門を持つ病院が含まれる。創設された DRG のほぼすべてについて、ドイツ DRG 分類の再改訂のために定められた最低量が達成されてはいたものの、症例数をもっと多ければ、磐石な基盤に基づいた成果を出すことができるだろう。

同時に、病院内部でデータの質の向上のためのさらなる努力が必要であることも認めなければならない。すなわち、ドイツのコーディング・ガイドラインを遵守し、症例費用算定をハンドブック通りに実施することである。その際、形式上の規定を忠実に適用するだけでなく、引用した医学的、経済的データが完全であり、内容的に正しいことも大切である。InEK は、データの質を見極め、内部の内容的な妥当性チェックを常にそれに適合させ、変化させていくつもりである。

### 算定方法

費用負担者算定の過程で症例別費用データを採取するにあたっては、算定ハンドブック Version 2.0 の規定が適用された。この規定の中に定められた方法はすでにドイツ DRG 制度 Version 1.0 の算定の際に使われたので、多くの算定病院がやり方をよくわかっていた。2002 年の全年データの算定に関して、算定病院からは方法の実施が難しいというような意見はまったく聞こえてこなかった。

とはいえデータ分析の過程で、将来のやり方にとって意味のある 2 つの観点が明らかにな

った：一連の病院においては伝送された算定結果から判断して、算定ハンドブックの基準が、手順のいくつかの箇所では実行に移されなかったことがわかった。その原因は、病院から提供されたデータの構造的な弱さ、および方法を実施する際の間違いであると推測することができる。従って将来はデータセットの妥当性チェックを強化し、InEK が算定病院をもっと徹底的に面倒をみるようにすることを視野に入れなければならないだろう。

このほか、特に高額な物品の個別費用勘定の分野において、算定をもっと厳密に行うことが必要であった。そのために算定ハンドブックの基準を、それが可能になるような形に変更した。

### **提案手続**

2004年に向けたドイツDRG制度再改訂のために今回初めて実施された外部専門家を取り込むための提案手続は、適切であることが証明されたため、自治パートナーの委託に基づき、2005年に向けたドイツDRG制度再改訂の際にも使用されることになった。それに伴い2003年11月28日に2005年に向けた提案手続がInEKのホームページ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de))上に公表された。自治パートナーの第一の目的は、2000年6月27日の「病院資金調達法第17b条に基づく包括払い診療報酬制度の導入に関する合意」をもとにして解決策をドイツDRG制度内部に見出すことである。

InEKは、提案のチェックと実施の際にDIMDIと密接に協力したが、それは一つにはICD-10分類とOPS-301分類が、もう一つにはドイツDRG制度の症例グループ定義が互いに密接に関連し合っているからである。このInEKとDIMDIの緊密な調整は、将来も続くであろう。

将来この方法を続けていくにあたっては、変更提案は、まず第一に個人からではなく、適切な保健衛生組織および機関から提出されるよう、より一層注意を払っていかなければならないだろう。それによってそれらを評価判定し、まとめ、関連する問題を迅速に処理することができるはずである。内容的に同じ解決提案が重複して提出されても、該当する事案に高いウェイトを付与することにはつながらない。

提案手続2004の実施にあたっての実験的な経験から、手続の実施に関する若干の変更が行われたが、それらは[www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)の中の2005年のための提案手続に関する注意の中に記載されている。

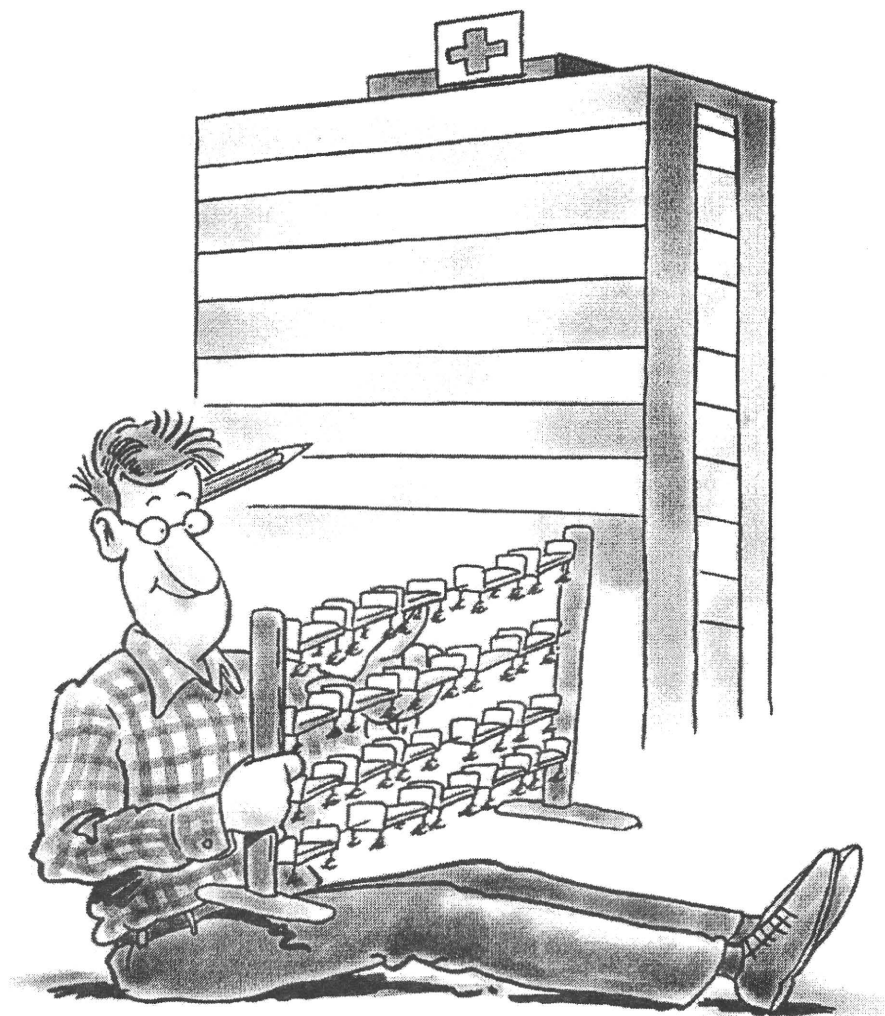
# 症例費用の計算

病院で適用するためのハンドブック



バージョン 2.0

2002年1月31日



2002年著作権：  
ドイツ病院協会（DKG）  
疾病金庫最高連合会（GKV）  
民間医療保険連合会（PKV）

たとえ一部分であってもコピー、配布を行う場合には、必ず出典を記し、変更を加えてはならない。これ以外のすべての権利は留保される。



## 序

病院の資金調達には 2003 年、遅くとも 2004 年までにはドイツ DRG（診断群分類）に適合させなければならない。そのためには DRG に対する相対ウェイトを 2003 年初頭までには算定し、コンセンサスを得られるようしなければならない。立法者の定めた日程に従って将来のドイツ資金調達システムのための組織的、経済的な前提条件を 2007 年 1 月 1 日までに段階を追って定めていくことになる。DRG の使用を開始するには、まず当該ハンドブックを使用して病院の粗症例費用を算出することが必要である。

計算ハンドブックを実行に移せる可能性、実践への適性、計算方法論については 2001 年に方法論プレテストを実施してチェックした。自治パートナーは、最大限の経験を集め、短期間でドイツ DRG の計算方法論を最適化するために、プロジェクト部署を通じて 6 つのコンサルティング機関をコーディネートし、専門フォーラムを実施した。プレテストの過程で生まれた提起と多層的な勧告が、当該ハンドブック、バージョン 2.0 の中に組み込まれている。病院は、日常的な実践を通じて多くの改善に貢献してくれた。病院にはプレテストに積極的に参加していただいたことを感謝する。

粗症例費用を算出するには、各病院の多大な労力と努力が必要とされる。簡単に扱うことができるように例、概観図を用いたほか、大事な点については必ず簡単なインフォメーションを掲載した。一目でわかる構成、見出し語索引、チェックリスト等を採用することによって病院の責任者は、ほぼすべての特別事項について注意すべき点と実施方法がわかるようになっている。どの病院にとっても算出は新たな経営認識を生み出すだろう。これは病院経費に直接役立つ可能性もある。

算出によって病院には患者の医療サービスに対するまったく新たな責任が加わる。個々の給付はドイツ DRG に対する相対ウェイトによって決まる。病院における給付提供は資金調達によってコントロールされる。連帯して資金を調達するという公的医療保険の成果が、DRG の導入によって無視されるようなことがあってはならない。病院領域のすべての関係者にとって、それは同時に、粗症例費用の算出を通じて資金調達システムの転換に寄与するチャンスであり、挑戦すべき課題でもある。

算出に参加し、そのため DRG 制度の実施に多大な貢献をして下さるあらゆる病院に感謝を捧げる。さらにハンドブックのバージョン 1.0 の作成を担当した KPMG コンサルティング社 (kpmg) ならびにバージョン 2.0 のためにハンドブックの改訂に大幅にかかわってくださった保健衛生制度システムコンサルティング協会 (GS<sub>0</sub>G) および経営コンサルティング社 (GEBERA) にも感謝したい。

2002 年 1 月

ドイツ病院協会 (DKG)

疾病金庫最高連合会 (GKV)

民間医療保険連合会 (PKV)

## 要約

ドイツ DRG (German Diagnosis Related Groups ドイツ診断群分類) の時代がやって来た。ドイツ DRG による新たな病院資金調達法の導入過程にはまだまだ克服すべき多様な課題が山積みされている。「学びながら成長する制度」の導入という趣旨から、常に適合と改善を行っていかなければならない。大事なのは連邦全体の相対ウェイトという観点である。この相対ウェイトを算出するには、病院により粗症例費用の算出が行われなければならない。今後数年間は算出が続けられ、その結果は算定された相対ウェイトのチェックと適合のために使われることになっている。算定に参加した病院においては、DRG 関連給付全体を考慮したうえで、DRG に関連する費用すべてを DRG 症例に対して分配する(100% 査定)。算出は、部分的に行うのではなく実際の費用をベースにした完全費用計算であり、病院の実際費用を証明済み年度末決算から導き出すという方法で行う。算出にあたっては一つの病院の全 DRG 関連症例を把握し、費用データと医療情報から成る症例別のデータセットを、DRG 研究協会ないしは独立のデータ機関に引き渡す。

症例費用の算出方法は、当該計算ハンドブックの中に詳細に記されている。ハンドブックでは、できるだけ多くの病院が算定に参加できるようにするため、計算方式は、かなり幅を持たせて適用できるようになっている。その一方で、結果の質と信頼性を確保するため、一定の水準および最低限の要求を規定することは不可欠である。以下の図には、粗症例費用を算出するための作業ステップの全体像が示されており、したがって大事な算出ステップがすべてまとめられている。

