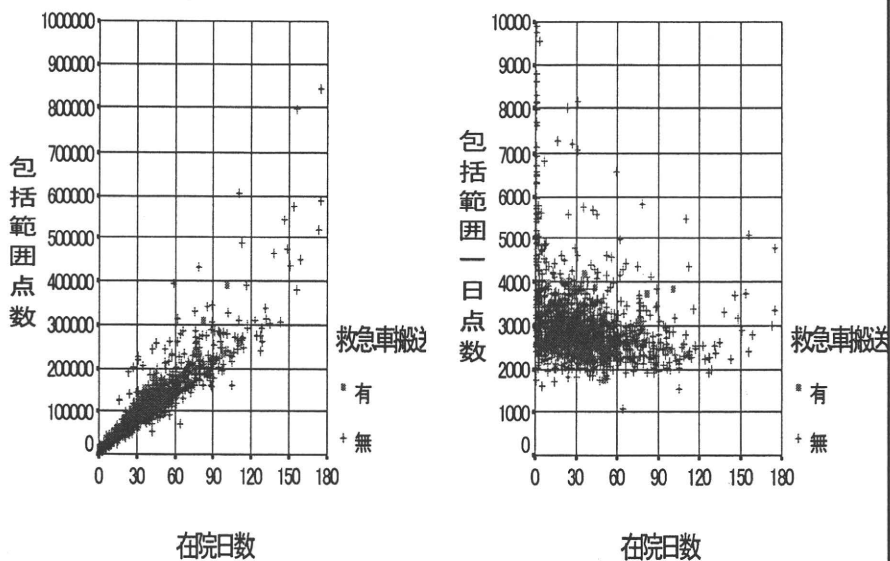
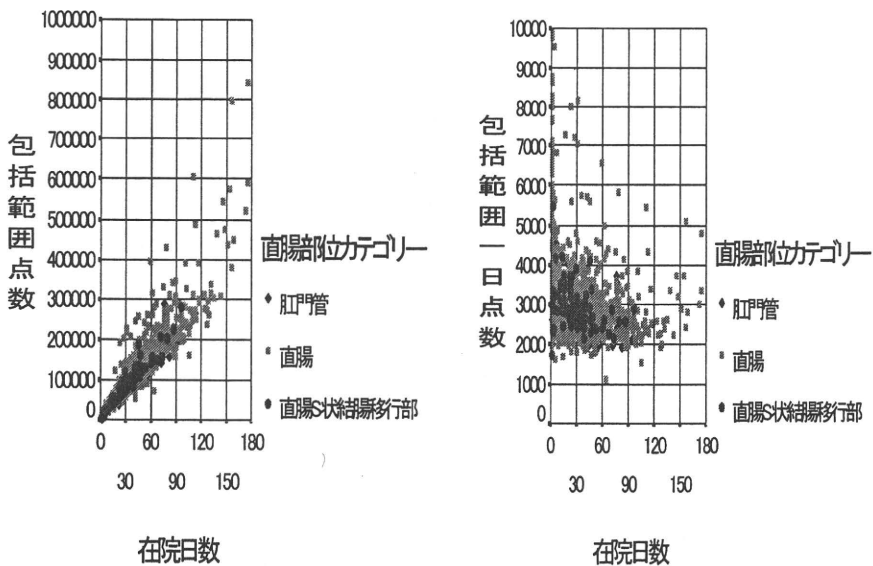


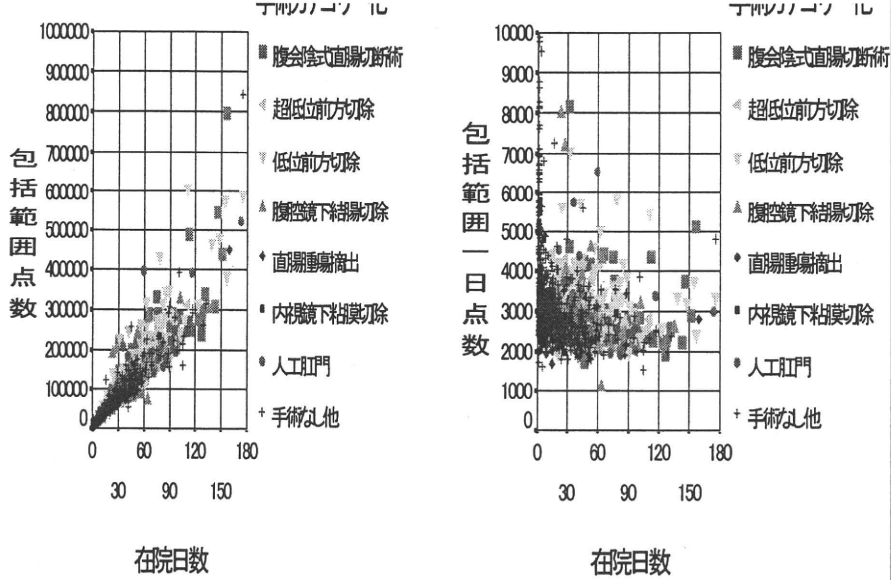
図B群(救急車搬送)



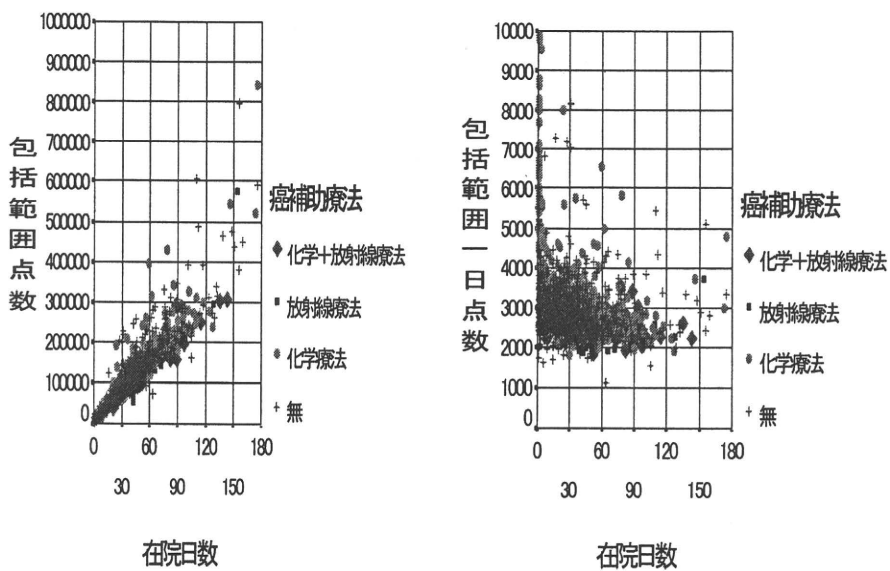
図B群(直腸部位カテゴリー)



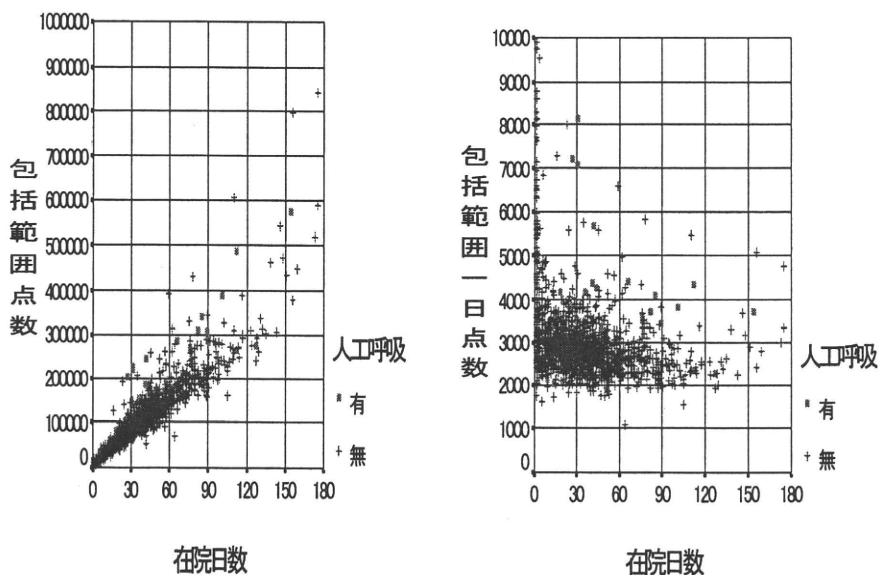
## 図B群(手術カテゴリー化)



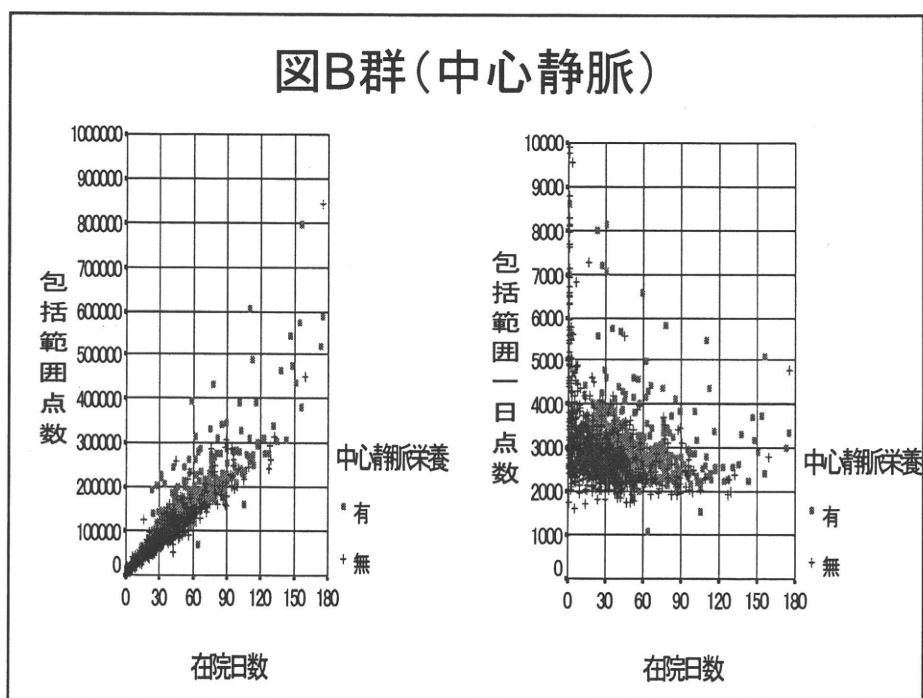
## 図B群(癌補助療法)



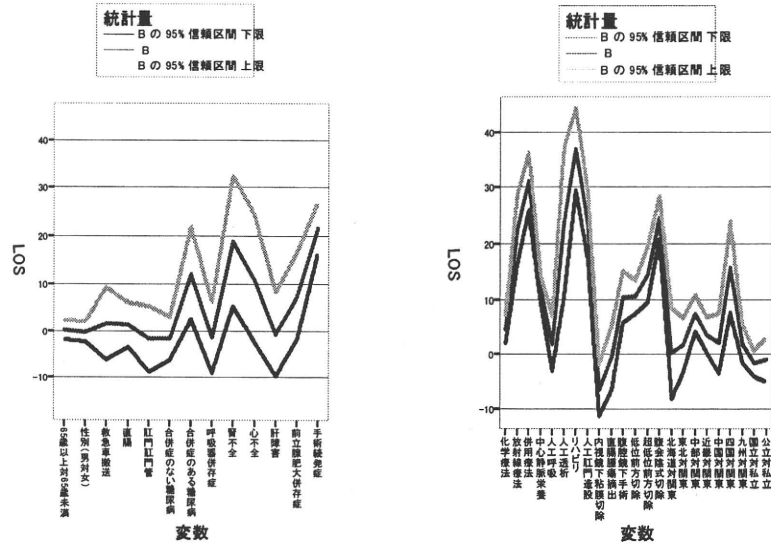
图B群(人工呼吸)



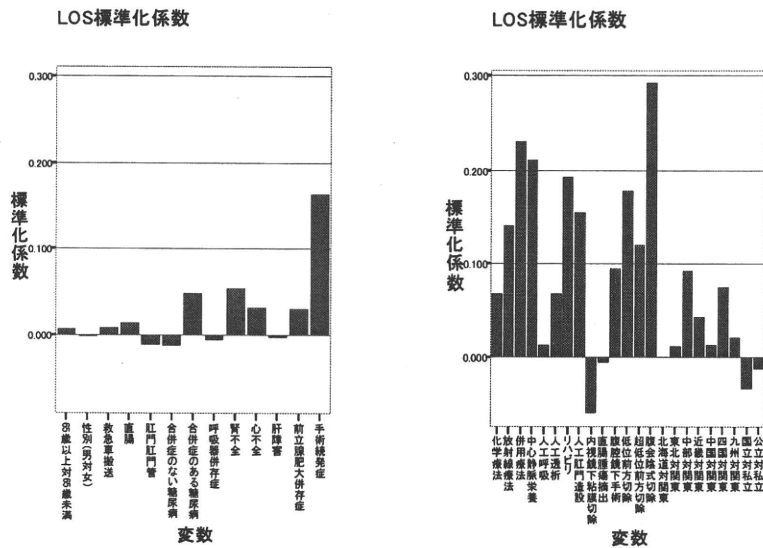
图B群(中心静脉)



### 図C群 (LOS分析)

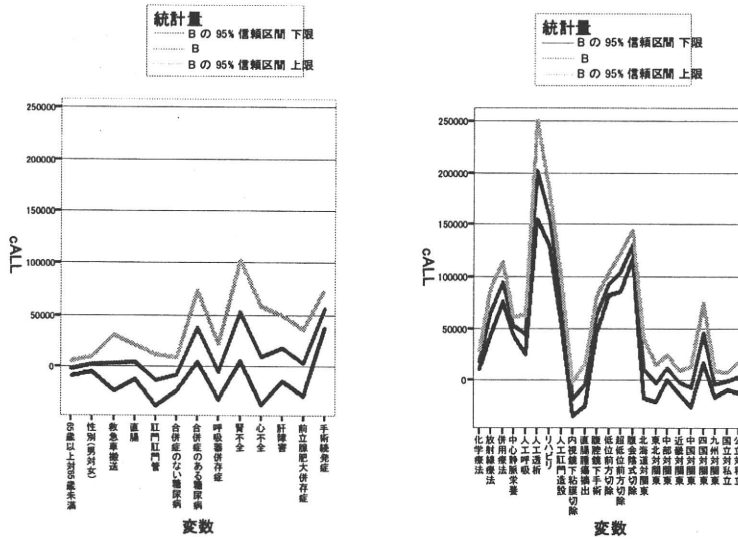


### 図C群 (LOS分析)

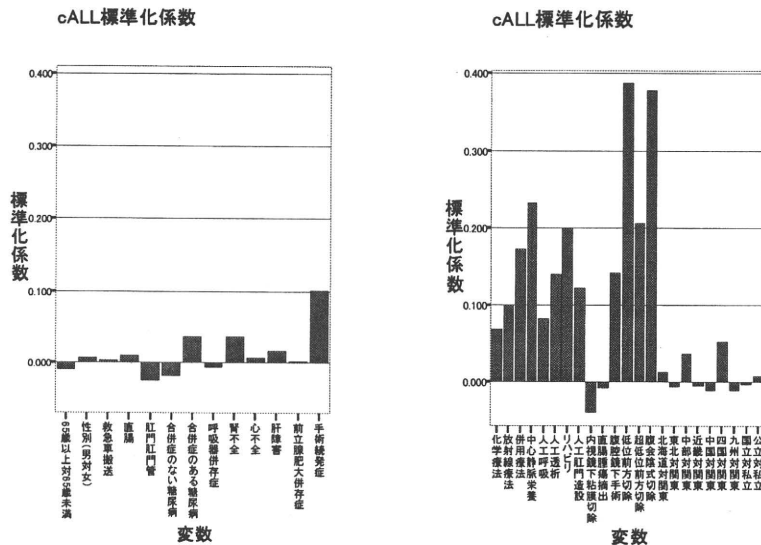




## 図C群 (cALL分析)

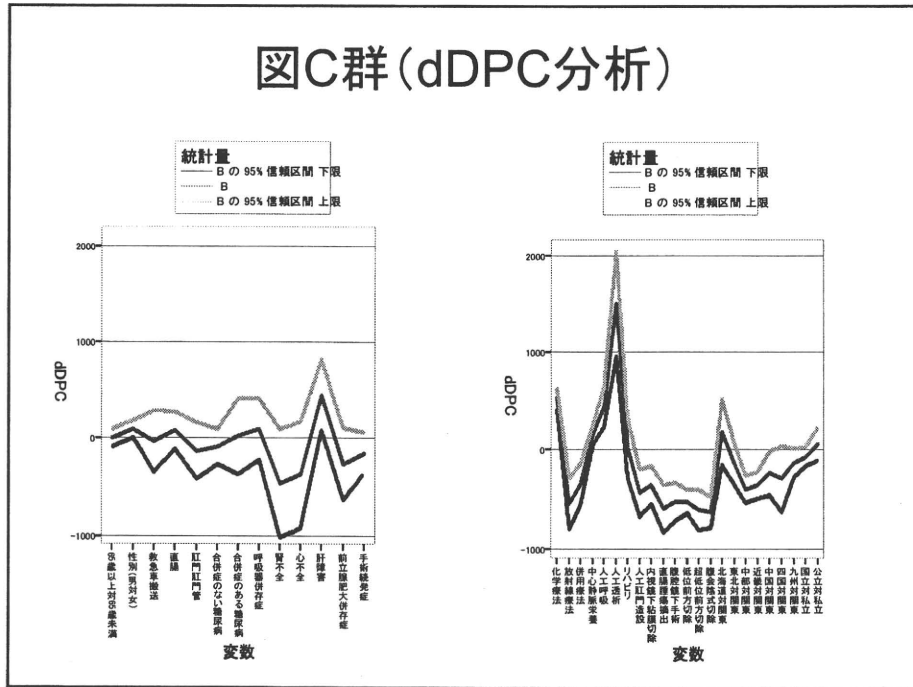


## 図C群 (cALL分析)

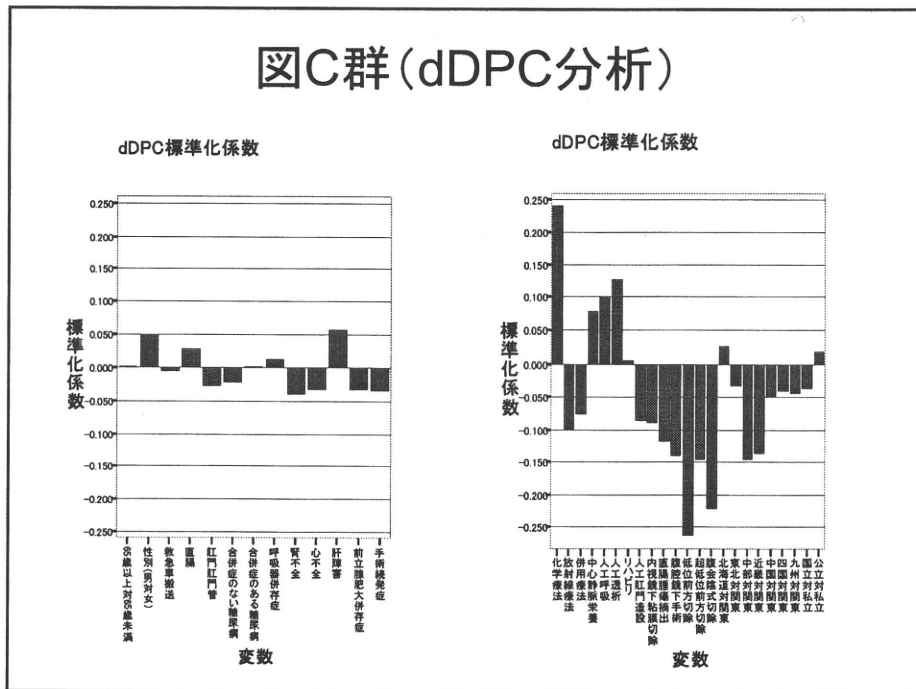




図C群 (dDPC分析)



図C群 (dDPC分析)



## 図表D群(死亡リスク分析)

方程式中の変数

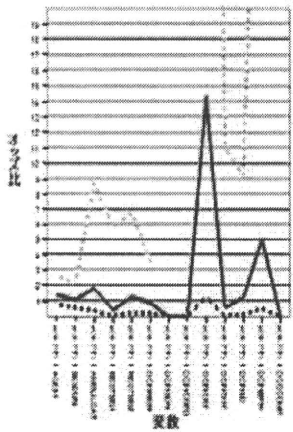
変数	B	標準偏差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)の95.0%信頼区間		
						下限	Exp(B)	上限
AGE65	.320	.325	.966	1	.326	.728	1.377	2.604
SEXDUM	.063	.332	.036	1	.850	.555	1.065	2.043
AMBULCAT	.585	.807	.525	1	.469	.369	1.795	8.726
RECTSIG1	-.884	1.343	.433	1	.510	.030	.413	5.745
RECTSIG2	.233	.857	.074	1	.786	.235	1.263	6.778
DCINMDM	-.137	.700	.038	1	.845	.221	.872	3.438
DCINSDM	-6.612	54.843	.015	1	.904	.000	.001	6.466E+43
DCINCOPO	-7.131	43.244	.027	1	.869	.000	.001	5.161E+33
DCINCRF	2.667	1.248	4.566	1	.033	1.247	14.392	166.069
DCINCHF	-.581	1.522	.146	1	.702	.026	.359	11.034
DCINILD	.180	1.037	.030	1	.862	.157	1.198	9.139
DCINBPH	1.602	1.174	1.862	1	.172	.497	4.963	49.535
DCCCOMP	-6.529	29.079	.050	1	.822	.000	.001	8.258E+21
ADJU1	-.650	.426	2.333	1	.127	.227	.522	1.202
ADJU10	.091	.792	.013	1	.909	.232	1.095	5.167
ADJU11	-.744	.810	.845	1	.358	.097	.475	2.324
IVHDUM	1.224	.409	8.963	1	.003	1.528	3.400	7.576
VENTIDUM	2.219	.661	11.274	1	.001	2.518	9.194	33.572
HDDUM	3.699	1.143	10.475	1	.001	4.302	40.419	379.766
RHADUM	.233	.949	.060	1	.806	.197	1.263	8.105
OPE01	-.526	.598	.775	1	.379	.163	.591	1.906
OPE1	-8.811	26.435	.111	1	.739	.000	.000	4.729E+18
OPE10	-8.985	33.520	.072	1	.789	.000	.000	4.267E+24
OPE1000	-4.217	1.589	7.038	1	.008	.001	.015	.332
OPE10000	-2.861	.569	25.289	1	.000	.019	.057	.175
OP100000	-9.450	27.265	.120	1	.729	.000	.000	1.270E+19
O1000000	-2.829	.751	14.197	1	.000	.014	.059	.257
REGION1	-7.563	44.831	.028	1	.866	.000	.001	7.511E+34
REGION2	-7.834	27.279	.082	1	.774	.000	.000	6.576E+19
REGION4	.549	.437	1.582	1	.208	.738	1.732	4.077
REGION5	-.281	.491	.326	1	.568	.288	.755	1.979
REGION6	-.216	.362	.054	1	.817	.130	.306	5.011
REGION7	-6.566	47.017	.020	1	.869	.000	.001	1.475E+37
REGION8	-1.923	1.150	2.795	1	.095	.015	.146	1.393
INST1	-1.256	.434	8.358	1	.004	.122	.285	.667
INST2	-.156	.612	.065	1	.799	.258	.856	2.839
定数	-2.511	.906	7.676	1	.006		.081	

注: ステップ 1: 投入された変数 AGE65, SEXDUM, AMBULCAT, RECTSIG1, RECTSIG2, DCINMDM, DCINSDM, DCINCOPO, DCINCRF, DCINCHF, DCINILD, DCINBPH, DCCCOMP, ADJU1, ADJU10, ADJU11, IVHDUM, VENTIDUM, HDDUM, RHADUM, OPE01, OPE1, OPE10, OPE1000, OPE10000, OP100000, O1000000, REGION1, REGION2, REGION4

## 図表D群(死亡リスク分析)

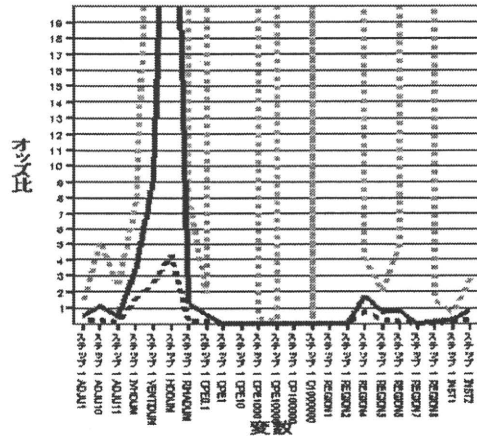
死亡リスク分析

統計量  
 — Exp(B)の95.0%信頼区間 下限  
 — Exp(B)  
 — Exp(B)の95.0%信頼区間 上限



死亡リスク分析

統計量  
 — Exp(B)の95.0%信頼区間 下限  
 — Exp(B)  
 — Exp(B)の95.0%信頼区間 上限



平成 15 年度厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

急性期入院医療試行診断群分類を活用した調査研究  
研究報告書

診断群分類の精緻化（定義テーブルの修正のために）

MDC6『肝、肝内胆管の悪性腫瘍（続発性含む）（DPC6 桁分類 060050）』

報告者

桑原	一彰	京都大学大学院医学研究科	医療経済学分野	博士課程（協力研究者）
今中	雄一	京都大学大学院医学研究科	医療経済学分野	教授（分担研究者）
松田	晋哉	産業医科大学公衆衛生学教室		教授（主任研究者）

特定機能病院で平成 15 年 4 月から順次導入された診断群分類（DPC）の問題点を整理し、より妥当な評価体制につなげていくことは急務である。今回、DPC6 桁コード 060050『肝、肝内胆管の悪性腫瘍（続発性含む）』を選択し、その分類の妥当性検証を、平成 14 年度 7 月から 10 月にかけて収集されたデータをもとに行った。各医療費関連指標において、年齢、性別などの患者因子や施設因子、併存症よりも、処置（中心静脈栄養、人工呼吸、人工透析など）に配慮（別途独立評価）を要することが判明した。医療の質評価（施設因子除外の死亡リスク因子分析）では、処置（中心静脈栄養、人工呼吸）があげられた。現行の診断群分類は、在院日数や一件支払い評価（包括範囲点数や総点数）で決定係数を上昇させた。

#### A. 研究背景と目的

平成 15 年度 4 月より特定機能病院において順次支払いに導入された診断群分類（DPC）は、臨床専門科別に組織された 21 のグループの意見をベースとして、資源投入量に影響をもたらすと示唆される臨床病名（ICD 対応）、その手術・処置（診療報酬点数上の K・J コード）、併存症併発症（ICD 対応）、それ以外の重症度から作成された。その『定義テーブル』は平成 14 年度 10 月以降、次々と改訂され、中央社会保険医療協議会の審議を経て、正式に平成 15 年 1 月に定義テーブル（β 版）として公表された。支払い評価作成には、平成 14 年度 7 月から 10 月までの 4 ヶ月間で集積された特定機能病院 29 万件余りのデー

タから、医療保険対象患者でかつレセプト情報が整備された約 26 万件を抽出・活用された。そして前述『定義テーブル』にある、入院目的、診断、手術手技、副傷病名、重症度を組み合わせた分類で、集積症例 20 件以上、変動係数 1 以下の基準を満たした 575 傷病数、1860 分類が確定し、1 日あたりの包括支払い額が決定された。しかしこの分類の妥当性を更に向上させるためには、継続的な評価が不可欠である。すなわち疾患群として異質なものはないか、手術・処置などが臨床的観点からみると、在院日数や支払いなどにどのような問題があるのか、副傷病や年齢などの重症度において分類上配慮を要するものはないかなど、さまざまな観点から検証されるべき事

項がある。今回、医療費関連指標として在院日数（以下 LOS）、診療報酬総点数(cALL)、包括範囲<sup>ii</sup>一件点数(cDPC)、現行の『包括範囲一日点数(dDPC)』を目的変数として、前述の角度からいかなる問題点があるのか、平成14年度7月から10月まで特定機能病院で収集されたデータを活用し分析した。そしてそこで問題になった因子に関して、定義テーブル<sup>iii</sup>や樹形図<sup>iv</sup>に反映させることで、より妥当なDPC分類につなげることが大きな目的である。

研究目的：①定義テーブル上の疾患群や手術・処置、年齢の現状分析、②、医療費関連指標（LOS,cALL,cDPC,dDPC）を目的変数としてあげ、診断群分類上留意すべき説明因子を探り、定義テーブルに反映させ、より妥当なものにすること、③更に副傷病を同時に系統的整理し、かつ副傷病が上述医療費関連指標にいかなる問題をもっているのかを検討、④医療の質の評価として、退院時転帰（入院後24時間以内死亡を除く死亡退院）に影響をもつリスク因子（年齢なのか、疾患なのか、手術・処置なのか、地域や施設母体なのか）は何かの分析、である。

## B.研究方法

### 対象

平成14年度7月から10月まで特定機能病院から収集した患者情報（臨床情報〈様式1〉、診療報酬点数情報〈様式2他〉）の内、MDC6『肝、肝内胆管の悪性腫瘍（続発性含む）（DPC6桁コード：060050）』の8564件〔入院後24時間以内死亡153件、退院時死亡患者583件〕である。ここで説明因子として分析したものは以下の通りである。

### 患者属性因子

① 年齢因子：65歳未満、65歳以上未満の2カテゴリー

②性別

③施設地域：北海道(region1)、東北(region2)、関東、中部(region4)、近畿(region5)、中国(region6)、四国(region7)、九州(region8)

④施設母体：国立(inst1)、公立(inst2)、私立

⑤救急車搬送の有無(ambulcat)

### 臨床情報

⑥疾患群<sup>v</sup>：ICD10は腫瘍部位と病理を明示しているため、ここではICDがもつ臨床情報で以下のようにカテゴリー化した。

liver1：肝細胞癌群

liver2：肝内胆管癌等群

liver3：転移性肝癌群

⑦手術手技<sup>vi</sup>：

在院中の手術手技情報はデータセット様式1で最大5項目採取しており、これらの情報を以下のように整理した。

ptcdum：PTC

reserdum：動注リザーバー

emboldum：血管塞栓術

microdum：マイクロ波凝固

sclerdum：硬化療法

segdum：肝部分切除

lobecdum：肝葉切除

extendum：拡大切除（血行再建含む）

⑧処置

補助療法(adjutant)として

化学療法(adju1)、放射線療法(adju10)、併用療法(adju11)とし、

他に

中心静脈栄養(ivhdum)

人工呼吸(ventidum)

人工透析(hddum)

リハビリ(rihadum)

以上の有無を分析した。

⑨入院時併存症、入院後併発症（以下CC<sup>vii</sup>）：Manitoba-Darhmouth Comorbidity Indexの（以下MD指標）<sup>viii</sup>を用い、糖尿病(dcindm）（合併症を有する糖尿病:dcinsdm<sup>ix</sup>、有しないもの:dcinmdm<sup>x</sup>）、痴呆(dcindem)<sup>xi</sup>、慢性閉塞性肺疾患(dcincopd)<sup>xii</sup>、末梢血管障害(dcinpvd)<sup>xiii</sup>、慢性腎不全(dcincrf)<sup>xiv</sup>、心不全(dcinchf)<sup>xv</sup>、自己免疫疾患(dcinctd)<sup>xvi</sup>、肝障害(dcinld）（慢性肝障害:dcinmld<sup>xvii</sup>、重症肝障害:dcinsld<sup>xviii</sup>）、前立腺肥大(dcinbph)<sup>xix</sup>、入院後併発症として静脈血栓塞栓、肺梗塞(dccdvt)<sup>xx</sup>、手術続発症(dcccomp)<sup>xxi</sup>について、様式1の入院時併存症（4つ併記）入院後併発症（3つ併記）から各々、該当ICD10コードを収集し、有無を検索した。

目的変数には、コストの代替変数として医療費関連指標LOS,cALL, cDPC dDPCを選択した。また医療の質評価のために、退院時死亡確率（入院24時間以内死亡例を除く）も目的変数とした。

解析方法：上記目的変数に影響すると思われる因子を抽出するために、各説明因子を強制投入し重回帰分析を行い、偏回帰係数や標準化係数（図表C群の凡例の中で‘B’と表記）が大きくかつ統計的有意なものを検索した。また施設因子（施設地域、設立母体）の投入前後の重回帰分析<sup>xxii</sup>も行い、決定係数の差を調べた。医療の質の評価については、退院時死亡（入院24時間以内死亡患者を除く）に関してロジスティック回帰分析を行い、死亡確率に影響するリスク因子（図表D群でオッズ比：凡例・表の中でExp(B)と表記）を分析した。

尚、前記分析の際の対照群は索引で示す。統計処理はSPSS for Win(Ver11.0)を用いた。統計学的有意差を0.05とした。

### C.結果

年齢は65歳未満3242件(37.9%)、65歳以上5322件(62.1%)で、ヒストグラムではほぼ対照的な裾を引く1峰性分布であった（図A群）。男性6058件(70.7%)、女性2506件(29.3%)、地域は北海道220件(2.6%)、東北378件(4.4%)、関東3291件(38.4%)、中部920件(10.7%)、近畿1706件(19.9%)、中国497件(5.8%)、四国239件(2.8%)、九州1313件(15.3%)であった。施設母体は国立4275件(49.9%)、公立688件(8.0%)、私立3601件(42.0%)であった。救急車搬入は151件(1.8%)、入院後24時間以内死亡は153件(1.8%)、退院時死亡は583件(6.8%)であった。大腸腫瘍の部位の内訳は、肝細胞癌6753件(78.9%)、肝内胆管癌399件(4.7%)、転移性肝癌1412件(16.5%)であった。入院時併存症では、合併症を有する糖尿病196件(2.3%)、合併症のない糖尿病828件(9.7%)、痴呆9件(0.1%)、慢性閉塞性肺疾患71件(0.8%)、末梢血管障害30件(0.4%)、慢性腎不全68件(0.8%)、心不全30件(0.4%)、自己免疫疾患16件(0.2%)、慢性肝障害285件(3.3%)、重症肝障害2466件(28.8%)、前立腺肥大82件(1.0%)、入院後併発症の静脈血栓塞栓、肺梗塞は2件、手術関連続発症48件(0.6%)であった。手術は、PTC55件(0.6%)、血管塞栓術2543件(29.7%)、動注リザーバー303件(3.5%)、マイクロ波凝固579件(6.8%)、硬化療法181件(2.1%)、肝部分切除649件(7.6%)、肝葉切除166件(1.9%)、拡大切除123件(1.4%)、手術なし他群3965件

(46.3%)であった。施行処置は化学療法 3279 件(43.5%)、放射線療法 118 件(1.4%)、併用療法 112 件(1.3%)であった。

中心静脈栄養 1242 件 (14.5%)、人工呼吸 138 件 (1.6%)、人工透析 75 件 (0.9%)、リハビリは 121 件 (1.4%) であった。

医療費関連指標である LOS, cALL, cDPC に関して各説明因子毎の箱ひげ図を見ると、年齢性別では差はみられなかった。肝内胆管癌で中央値、ばらつきが若干大きかった。施設地域では、中央値、ばらつきは関東と国立私立が若干小さかった。手術関連続発症以外、合併症に関しては大きな差がなかった。手術に関しては、PTC、動注リザーバーで以外では、侵襲度が高い手術ほど中央値・ばらつきとも大きかった。補助療法は化学、放射線、併用療法の順に大きかった。ほか中心静脈、人工呼吸、透析、リハビリ施行例で中央値、ばらつきが大きかった。

一方 dDPC についてみると、中心静脈栄養、人工呼吸・透析で中央値の差がみられた (図 B 群)。

目的変数の度数分布表は LOS, cALL, cDPC は右に裾をひく 1 峰性の分布であった。dDPC は左右対称な 1 峰性の分布であった (図 A 群)。

LOS, cALL, cDPC のそれぞれを目的変数とした重回帰分析では、決定係数は各々 0.224(施設因子投入後 0.252), 0.386(0.399), 0.299(0.315)であった。dDPC では決定係数は 0.090(0.096)であった。説明因子のうち、特に標準化係数が大きくかつ有意確率が 0.05 以下のものを順にみると、LOS (施設因子投入による分析) では中心静脈栄養 (標準化係数 0.174)、併用療法 (0.165) であった。cALL では拡大切除(標準化係数 0.256)、肝部

分切除 (0.221)、人工透析 (0.206) であった。cDPC では人工透析(標準化係数 0.232)、中心静脈栄養 (0.209)、拡大切除(0.171)、であった。dDPC では人工透析 (標準化係数 0.127)、人工呼吸(0.119)、逆に血管塞栓術、手術 (肝葉切除、拡大切除以外) がマイナスであった。(表 C 群)。

死亡退院のリスク因子では、オッズ比(odd ratio : 以下 OR)が中心静脈栄養 (OR=18.43 倍、95%信頼区間:14.62-23.24)、人工呼吸 (OR=9.63 倍、95%信頼区:5.16-17.99)と高かった(Hosmer-Lemeshow 適合度検定, 有意確率 0.136)(表 D 群)。しかし施設因子投入後の適合度検定の有意確率は 0.019 であった。

#### D. 考察

診断群分類 (手術、処置、副傷病名、重症度) の臨床的妥当性を LOS, cALL, cDPC, dDPC から分析し、分類を精緻化していくことは急務の課題である。これにより、平成 14 年度の定義テーブルとデータを元に各施設への支払いが決定されているプロセスに正当性を与え、更にはより妥当な評価見直しを行うことが可能になる。DPC の精緻化に際して、本来は LOS, cALL, cDPC, dDPC より、米国の RBRVS のように時間、物量、心理的負荷などの、より妥当な医療費関連指標を目的変数とし多軸的に分析すべきである。現在 DPC に対応した原価計算プロジェクトは開始されており、今後これを活用した精緻化作業が進んでいくことが期待される。現行の一日定額支払いのもとでは、各説明因子の決定係数は、一件当たり包括額など他の 3 つの医療費関連指標に比較し小さかった。しかし診療に関する施設間の標準化が進んでいない現状を考慮すると、日本の保険医療制度改正の出発点と



しては一日当たり包括評価が一番問題が生じにくいという、逆説的利点があるかもしれない。すなわち現支払い額は在院日数に強く依存するものであり、この在院日数は海外に比しとても長いこともあり大きくばらついている。この在院日数のばらつきを収斂させてから、一件あたり定額支払いの可能性を議論することが望ましい。しかしどの評価指標にしる、影響する因子を同定し、これらが妥当に評価されるべきであるのは急務である。

今回、特に『肝、肝内胆管の悪性腫瘍（続発性含む）（DPC6 桁分類 060050）』の診断群分類において、中心静脈栄養、人工透析などの処置は、患者属性や臨床情報（部位など）、併存症、その他の因子に比較して、支払いに影響している。つまり処置もどれか一つでも出現した場合、『有無評価』だけでいいかという問題を提起している（より正確にはこれら因子の交互作用を分析することも必要）。支払い評価の手順にもかかわるが、症例数がある程度収集されているのなら、少なくともこれら2処置が独自に評価されてしかるべきとい

えよう。医療の質の評価として、退院時死亡のリスク因子に中心静脈栄養、人工呼吸などを必要とする患者がリスク因子になったことは臨床的に妥当であった。

#### E. 結論

DPC 分類の精緻化の試みを、MDC 6『肝、肝内胆管の悪性腫瘍（続発性含む）（DPC6 桁分類 060050）』を用いて行った。

現行支払い制度(dDPC)は、LOS,cALL,cDPCに比較し、各因子の説明力が小さかったが、どの医療費関連指標においても、手術は別にして処置（中心静脈栄養、人工透析など）が相対的に大きな影響を持つようである。

#### F. 研究発表

平成 16 年 4 月現在未発表

#### G. 知的所有権の取得状況

該当せず

- i 階層化されていく分類で、最下層が症例数 20 以上、一日当たり包括範囲点数変動係数が 1 未満というルールで分類され、支払い点数が決定された
- ii 入院基本料等加算、指導管理、リハビリテーション、精神科専門療法、手術・麻酔、放射線治療、心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取、1000 点以上の処置については、従来どおりの出来高評価である。それ以外の化学療法などの薬剤、画像検査、投薬などは包括範囲支払い評価となった
- iii 疾患群に対して行われる手術群、処置群、副傷病名群、重症度などを、学会（保険医療に詳しい専門医集団）から意見集約し、最大公約数として定義テーブルに表記している。このテーブルを基にして、症例数や変動係数に留意しながら樹形図や支払いが決定されることが望ましいが、データに基づいた臨床的妥当性の検証が更に行われることが望ましい
- iv 臨床的概念を重視し、臨床病名とそれに対する手術、処置、更には副傷病や各重症度を階層的に樹形図として表記している
- v 部位を以下のように整理した。肝細胞癌はC220、肝内胆管癌等はC221-9,D015,D376、転移性肝癌はC787とした。

vi 手術を以下のように手術の難度順に整理した。

PTCはK6822,K689、血管塞栓術はK6121、動注リザーバーをK606-2\$, マイクロ波凝固術をK697-2、内視鏡下硬化療法(止血含む)をK533,K654とした。肝部分切除はK6951-2,K673、肝葉切除をK6953、拡大切除はK6954-5,K7031-4とした。試験開腹、胆嚢摘出術など単独で多数出現したがこれらは上記手術に組み込まなかった。最終的に説明因子として10例以上集積するようにまとめた。

vii C(Comorbidity),C(Complication)と称する。更に Complication を併発症(入院後発症した、手術・処置と直接因果関係のない疾患)と続発症(入院後行われた手術・処置に直接因果関係のあるもの)とに区別することがある。今回併発症は深部静脈血栓症や肺梗塞としている。また続発症は各MDC毎に、T81\$,T84\$,T87\$から妥当なものを拾っている

viii 今回副傷病として、MD指標を活用したのは、現行定義テーブルの副傷病がMDC間(DPC間ですら)整合性がなく、未整理のままであり、これを整理する目的もかねて前述副傷病をリストアップし、これに前立腺肥大や深部静脈血栓、肺塞栓を追加した。肝障害のところにも妥当と思われるICD10コードをMD指標に追加している。更に慢性疾患疫学では、他の指標としてCharlson Index,Tu indexがあるが、ICD10コードで定義しているのはMD指標だけであるからである。悪性疾患のDPCにおいては、悪性腫瘍のMD指標はカウントしなかった。

ix ICD10コードではE102-8,E112-8,E122-8,E132-8,E142-8とMD指標では定義している。

x E100,E110,E120,E130,E140,E101,E111,E121,E131,E141,E109,E119,E129,E139,E149

xi F00-F021,F03\$,G30\$-G311

xii I260,I278-9,J41\$-47\$,J960,J961,J969

xiii I70\$,I71\$,I72\$,I73,I771,R02

xiv N18\$-N19\$,Z49\$,Z940,Z992

xv I50\$

xvi M05-M06,M08-M09,M32\$-M34\$,M35\$

xvii K700,K701,K709,K710,K713-716,K718,K719,,K721,K729,K73\$,K748,K760-761,K768-769

xviii I850,I859K702-704,K711,K712,K717,K720,K740-746,K762-767

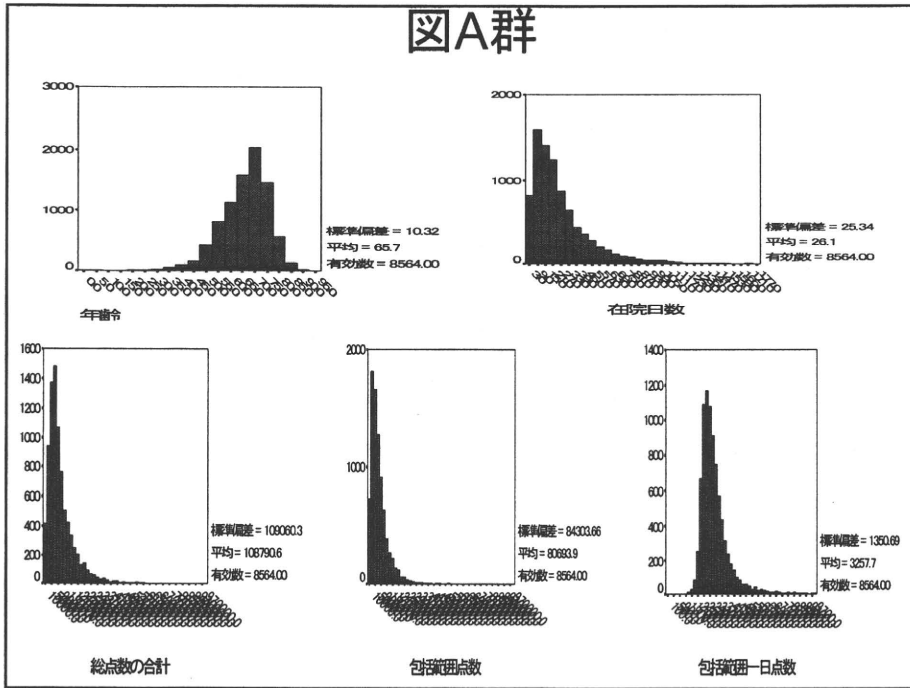
xix N40

xx I260,I269,I80\$

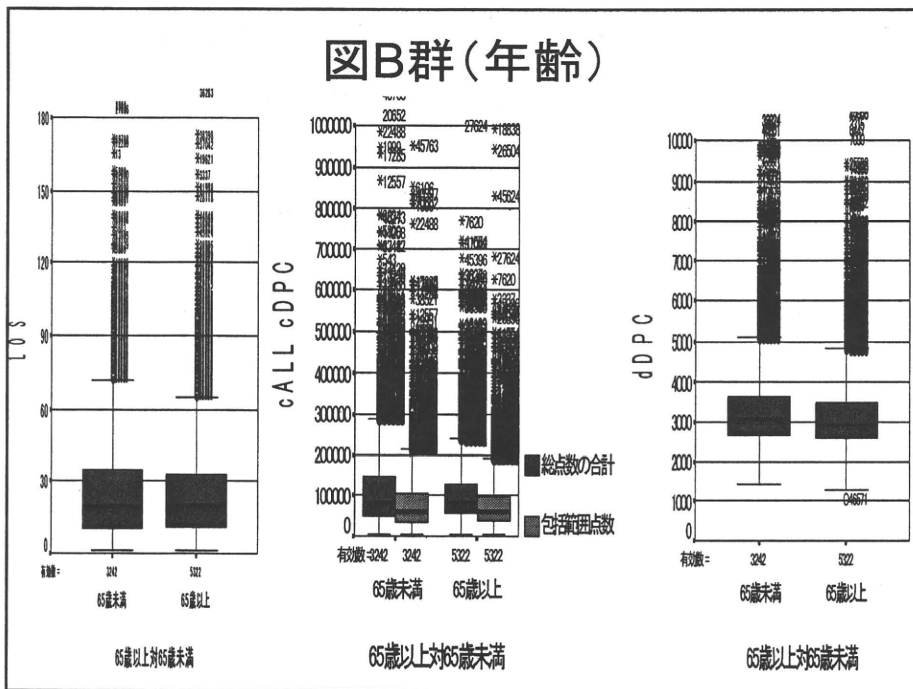
xxi T81\$を手術関連続発症とした。創感染、出血、膿瘍形成などが該当する。

xxii 対照は年齢では65歳未満群、女性、地域では関東、私立とした。部位病理、手術などでは『転移性肝癌群』、『手術なし他群』を対照とした。他因子は無群を対照とした。説明因子が10症例以下の場合は、因子投入しなかった。

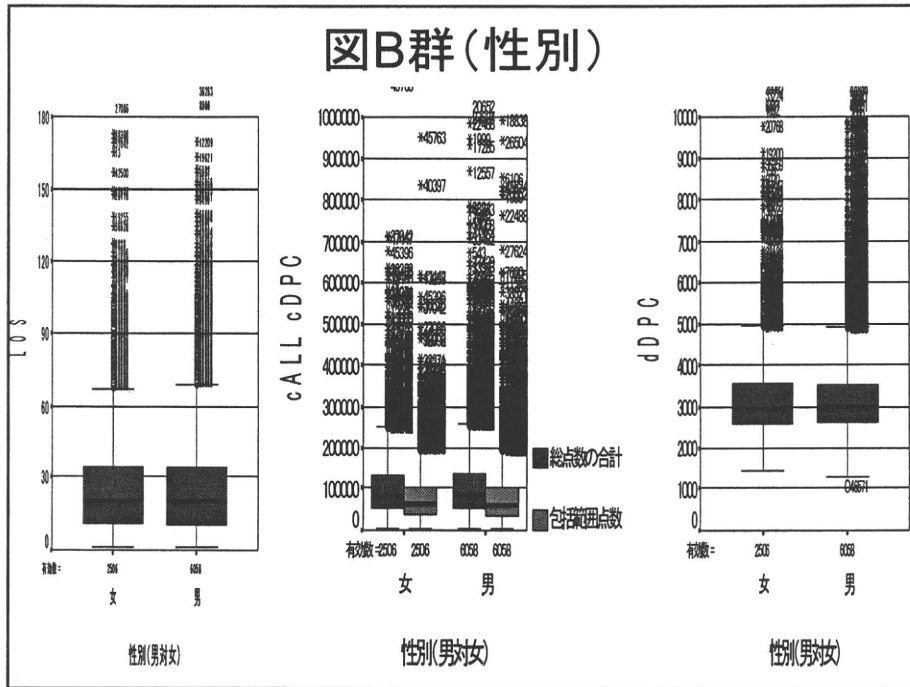
### 図A群



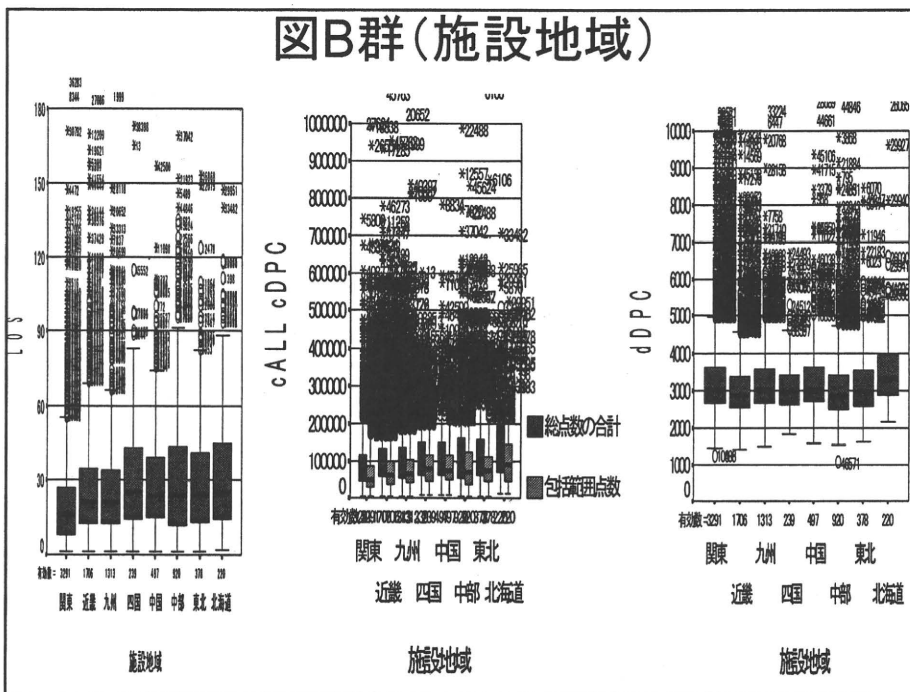
### 図B群 (年齢)



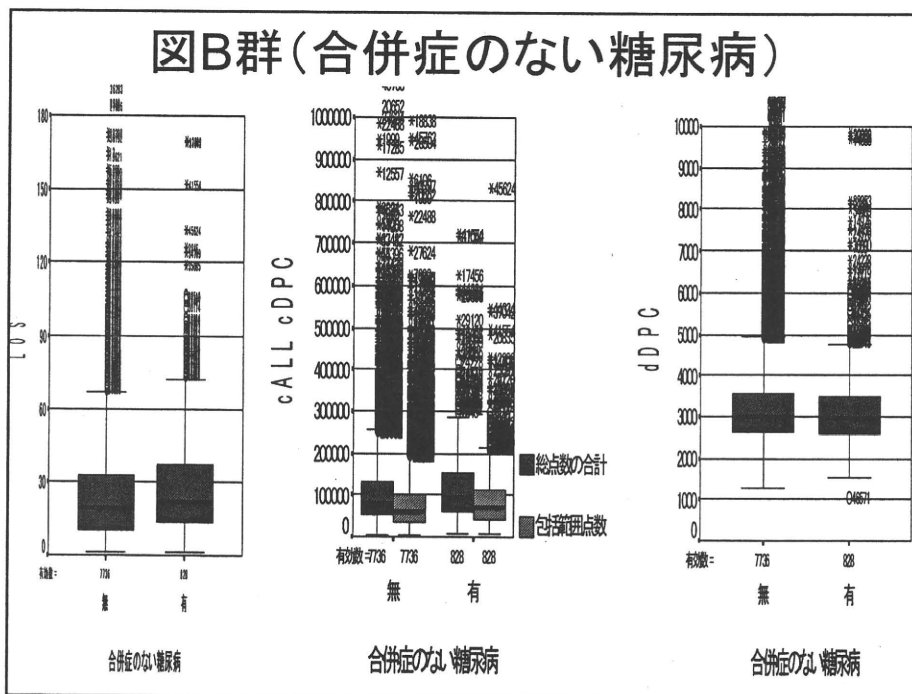
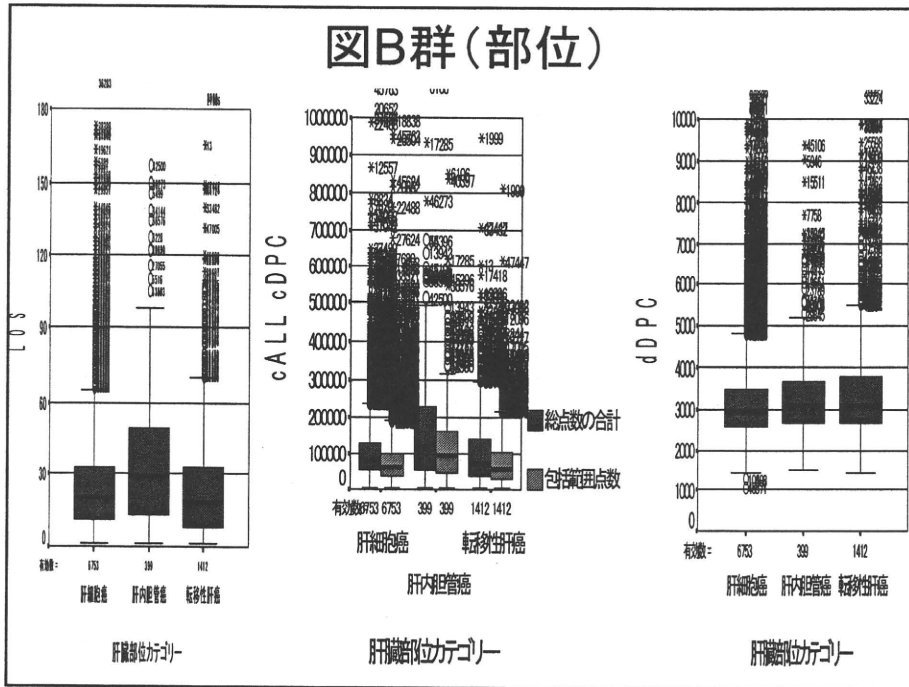
図B群(性別)



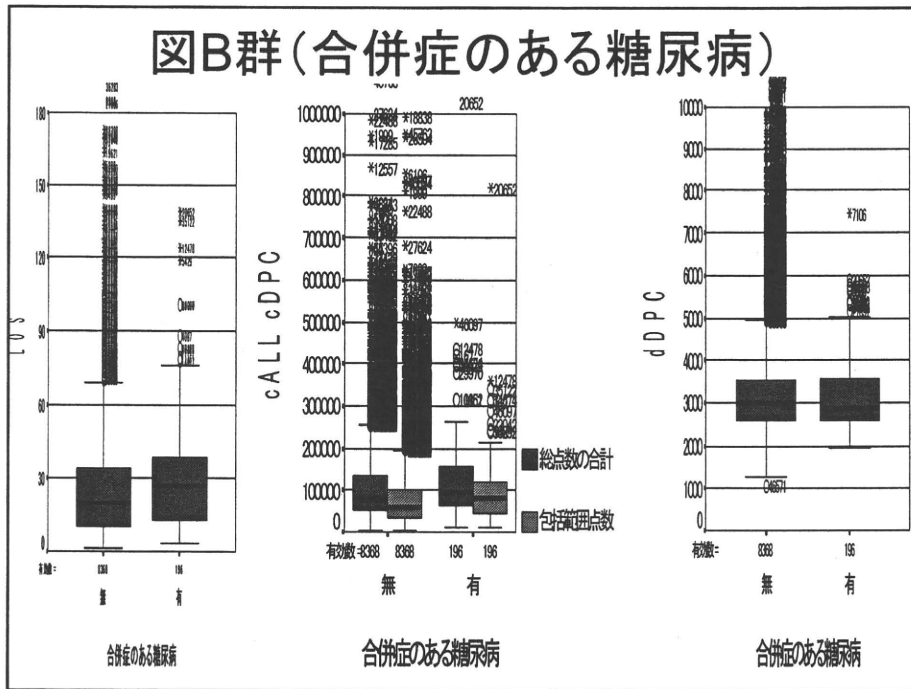
図B群(施設地域)







図B群(合併症のある糖尿病)



図B群(糖尿病)

