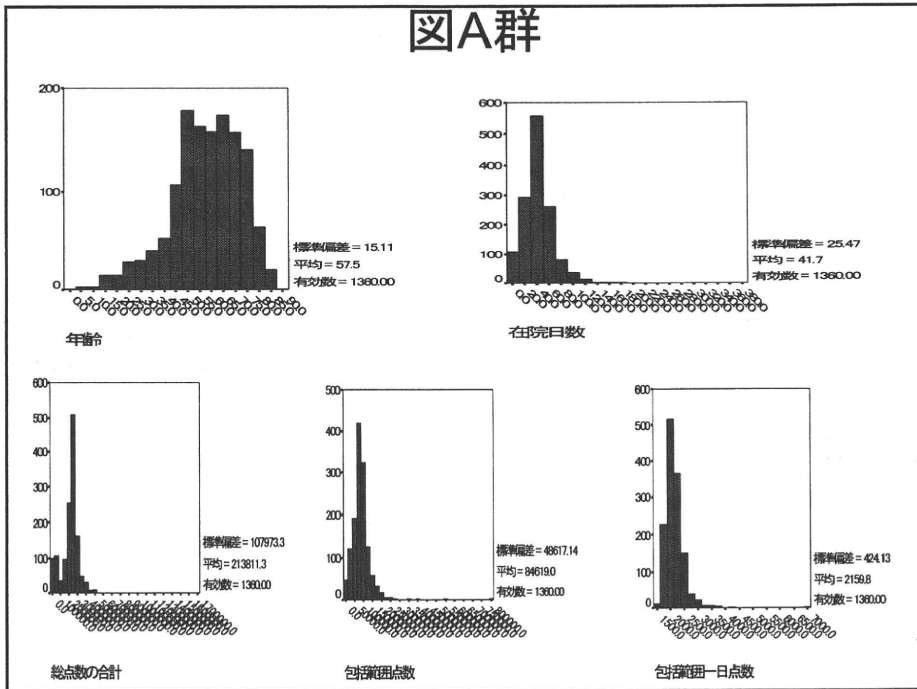
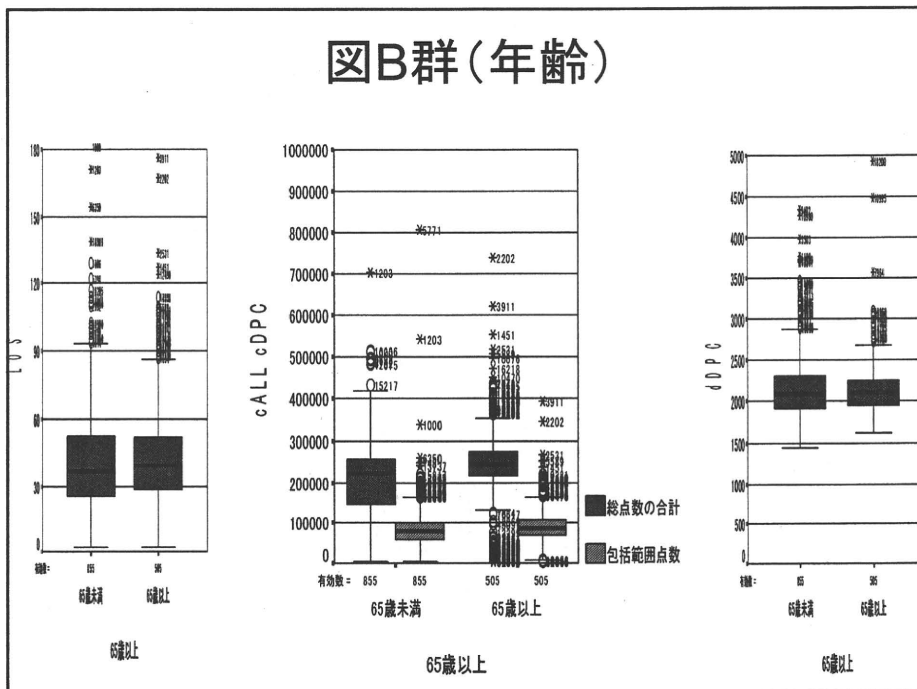


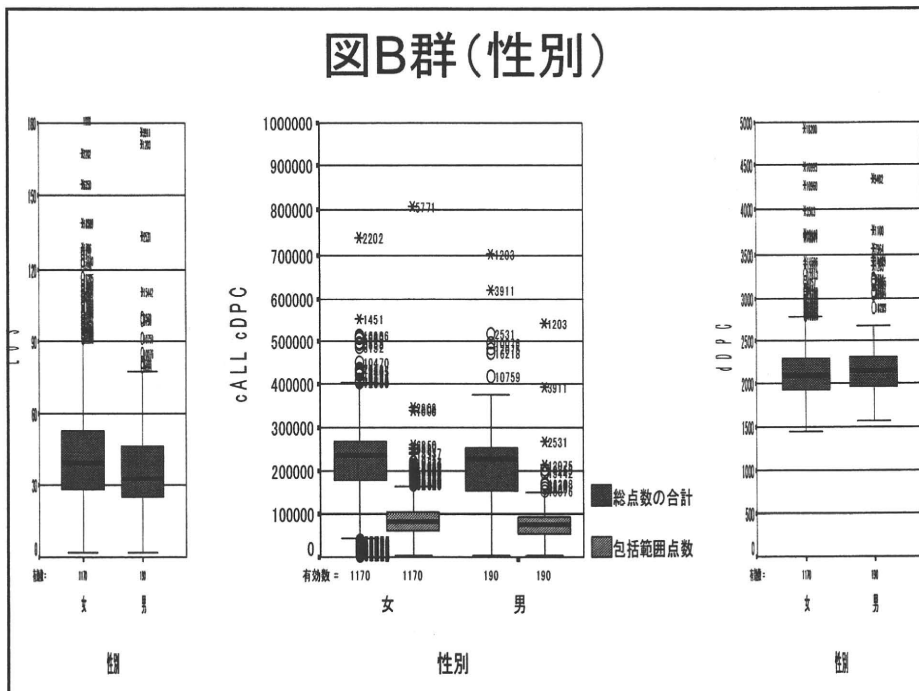
図A群



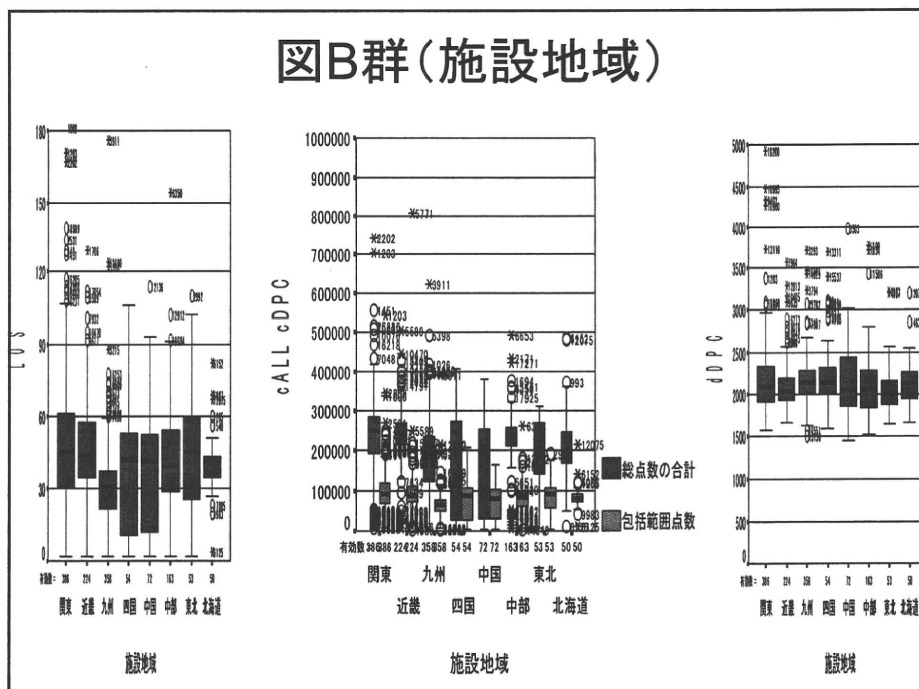
図B群(年齢)



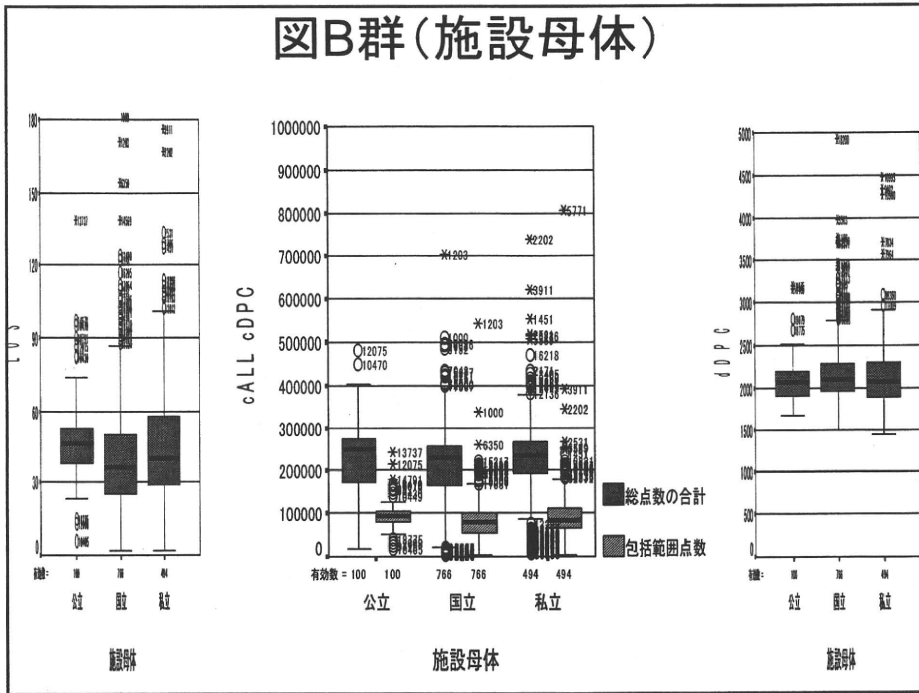
図B群(性別)



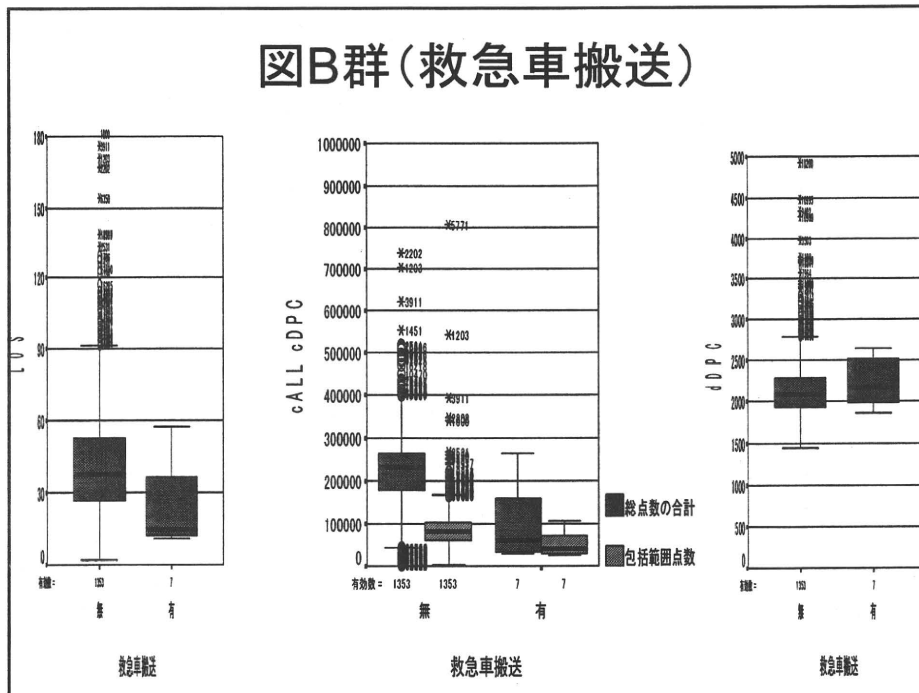
図B群(施設地域)



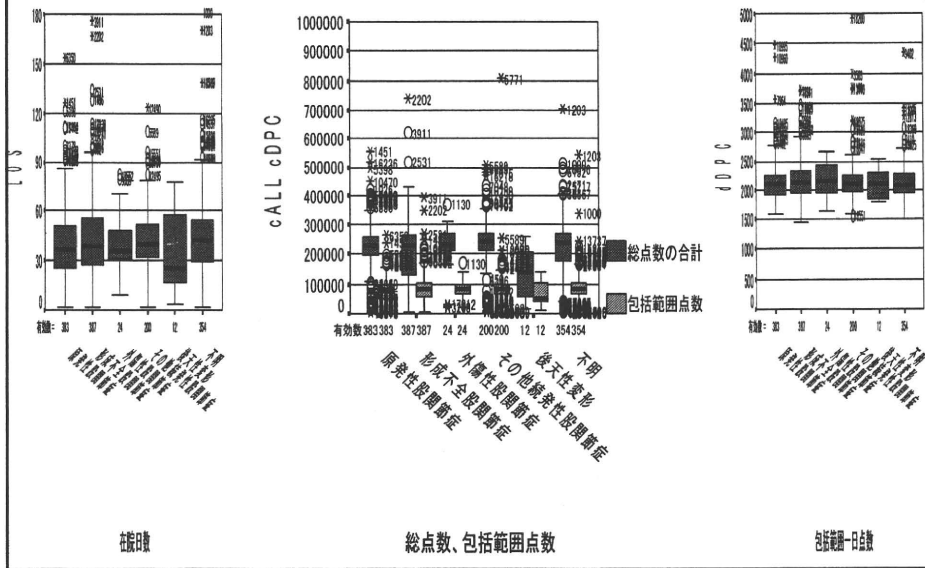
図B群(施設母体)



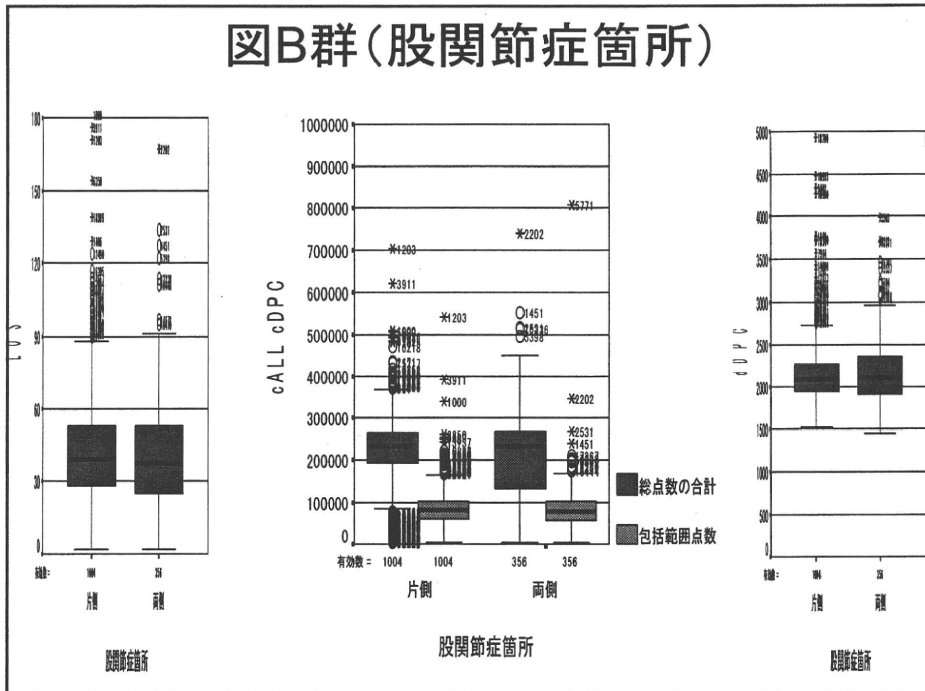
図B群(救急車搬送)



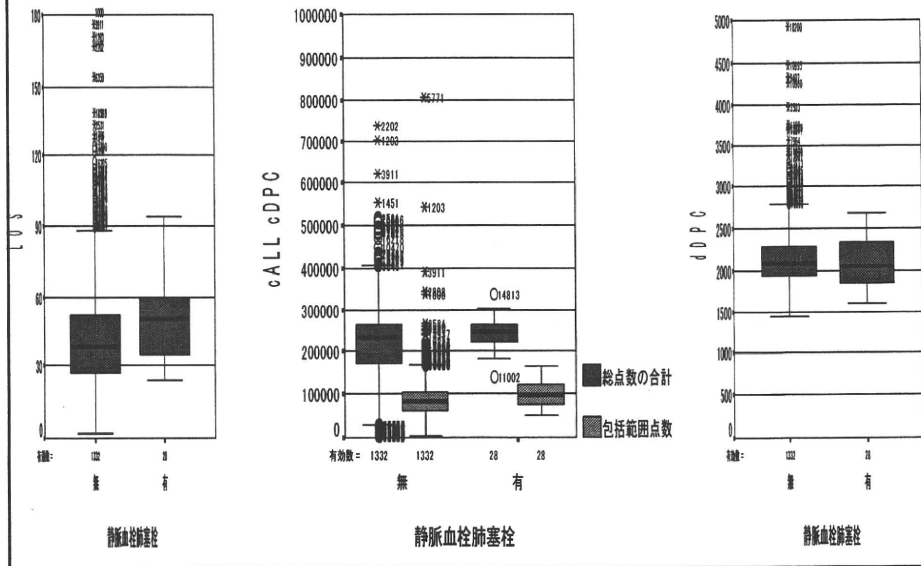
図B群(股関節症種類)



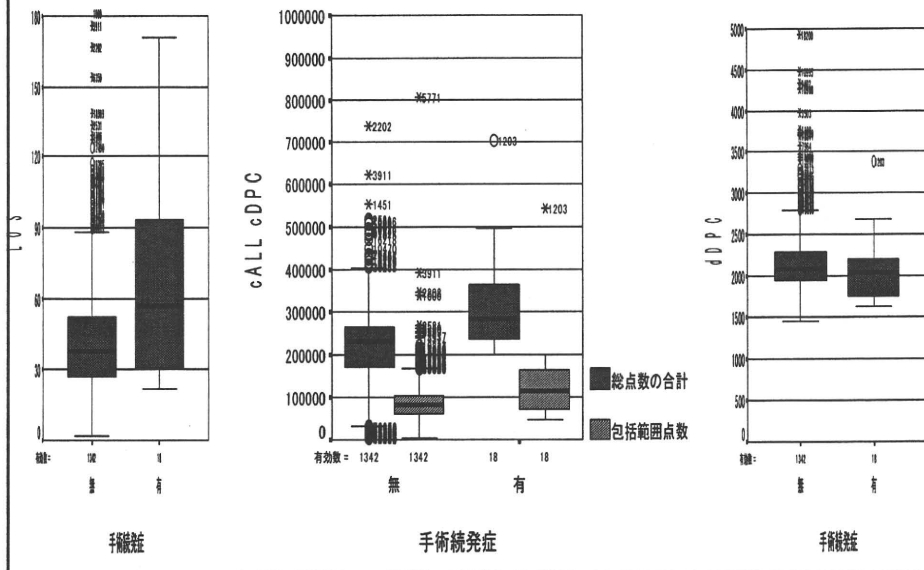
図B群(股関節症箇所)



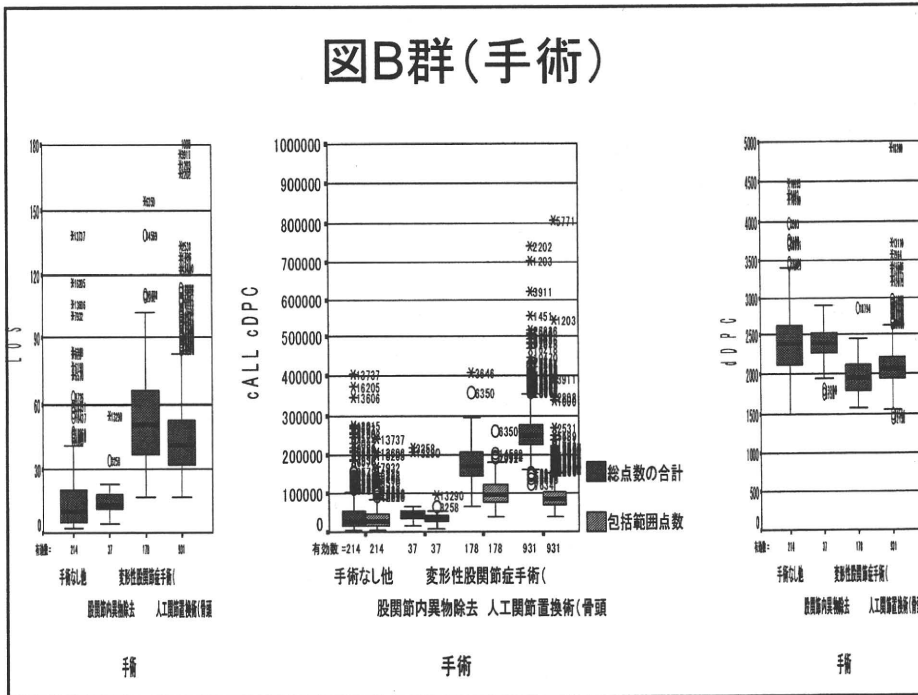
図B群(静脈血栓肺塞栓)



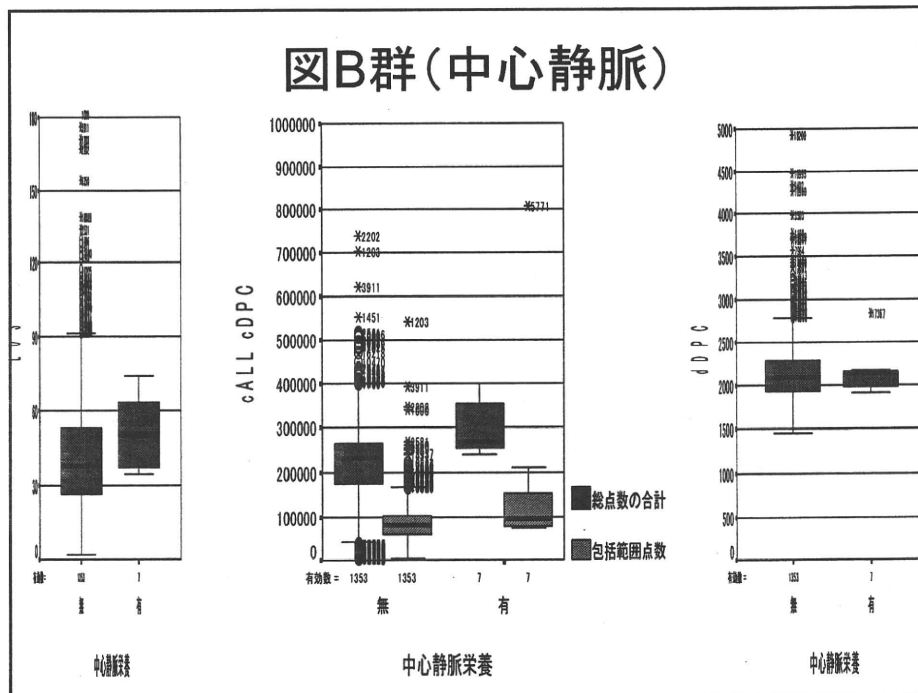
図B群(手術関連続発症)



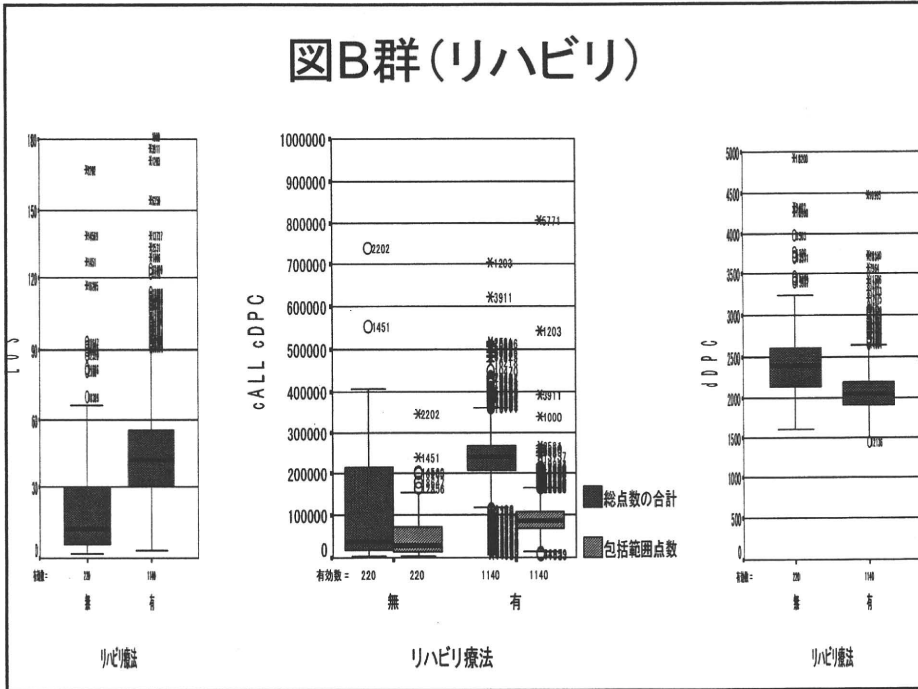
図B群(手術)



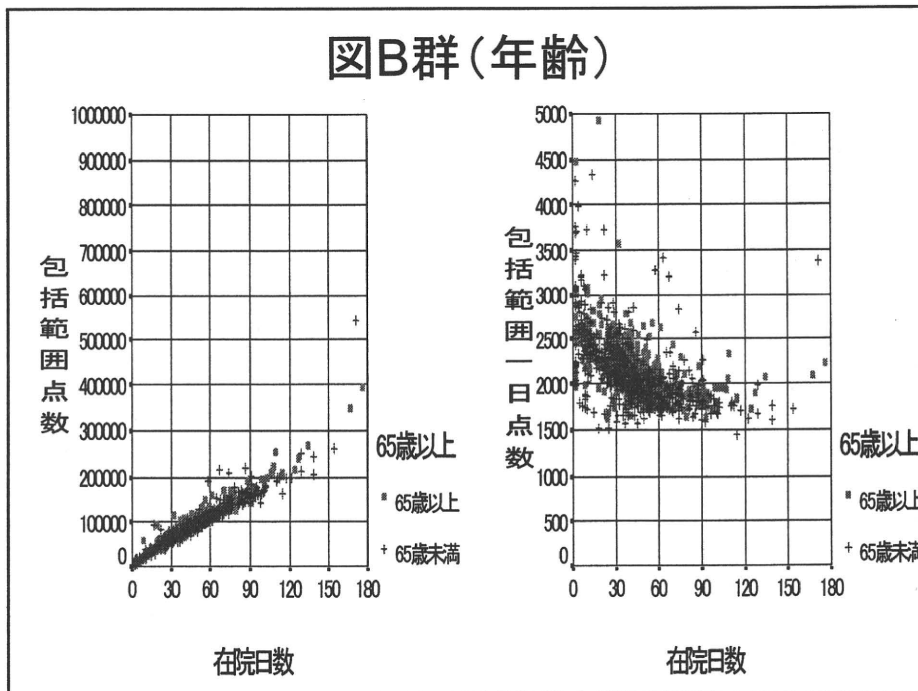
図B群(中心静脈)



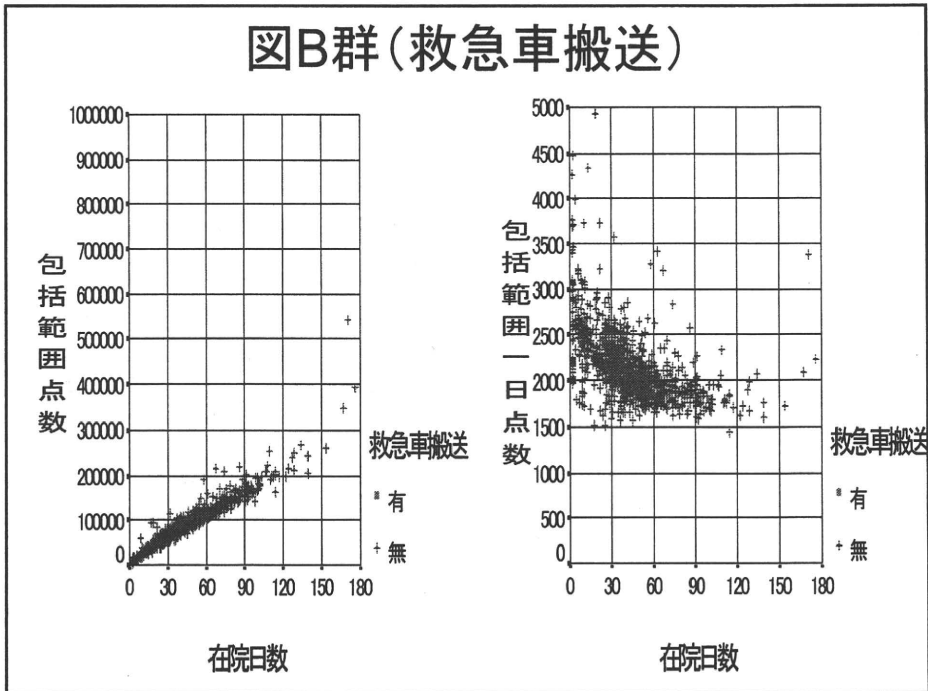
図B群(リハビリ)



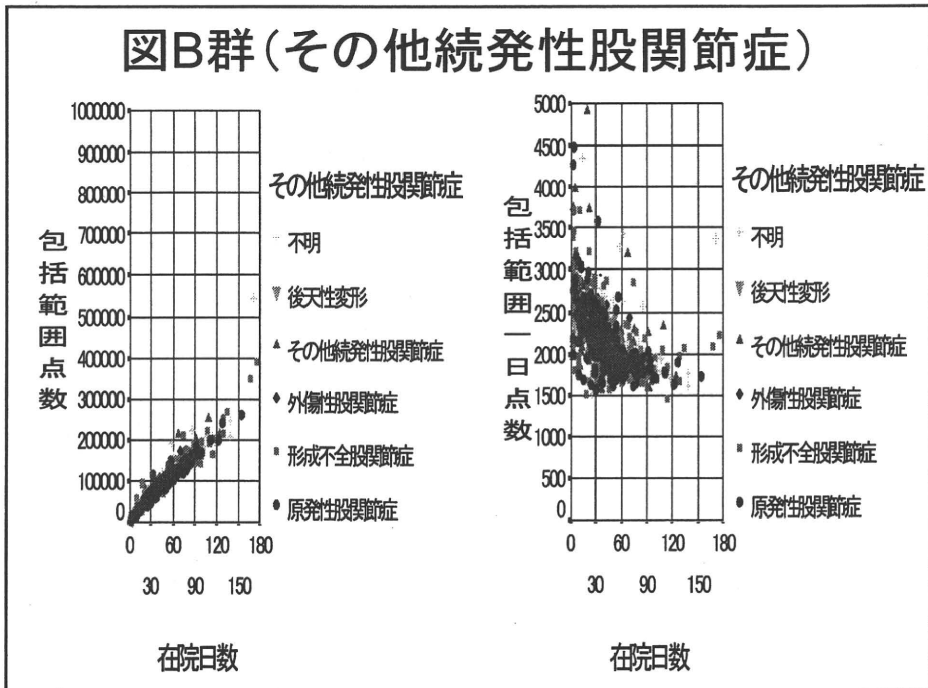
図B群(年齢)



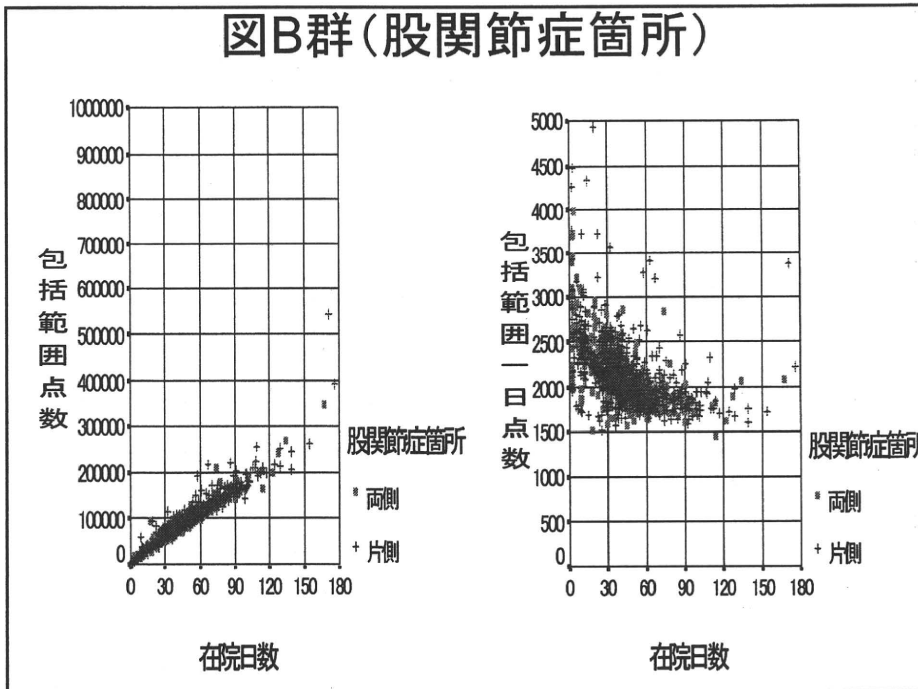
図B群(救急車搬送)



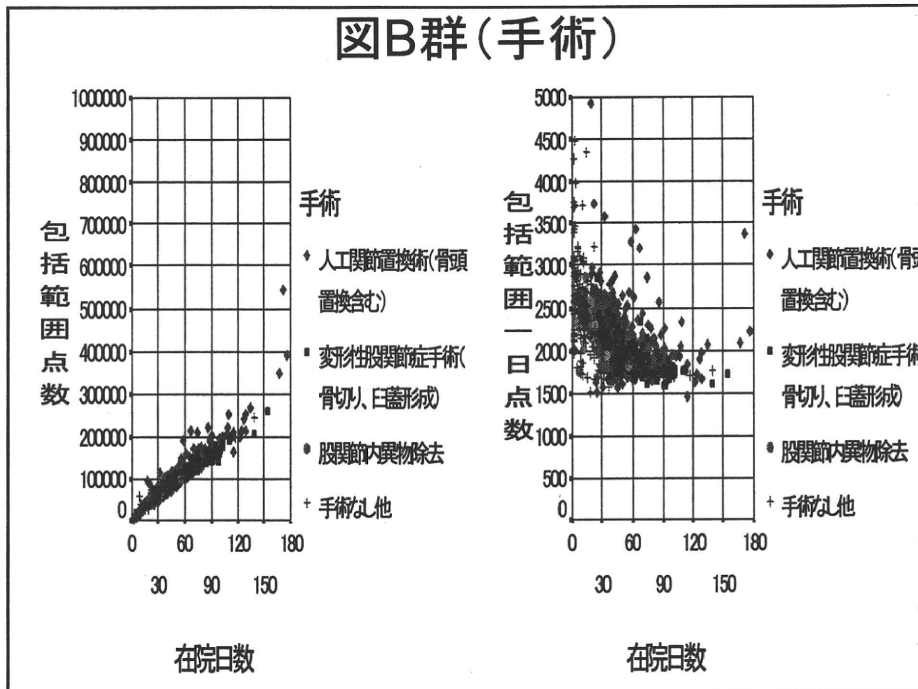
図B群(その他続発性股関節症)



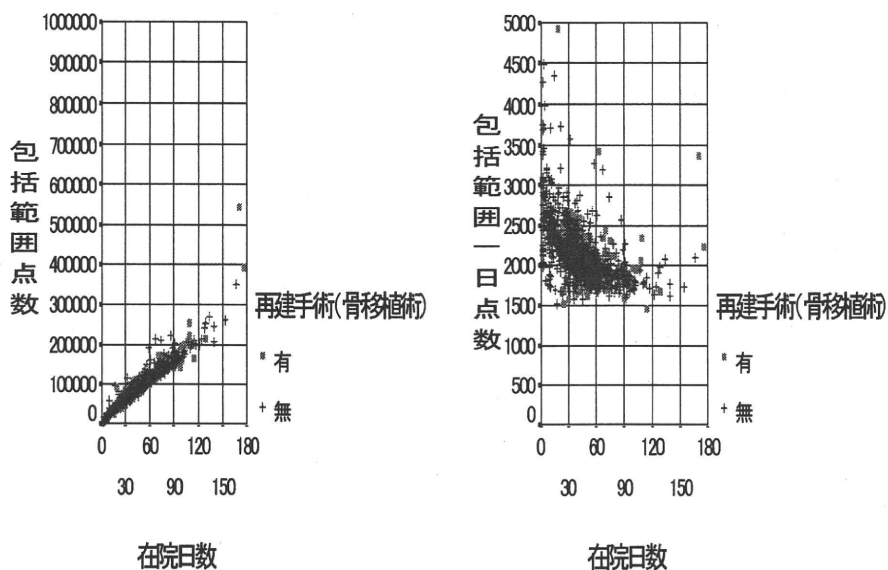
図B群(股関節症箇所)



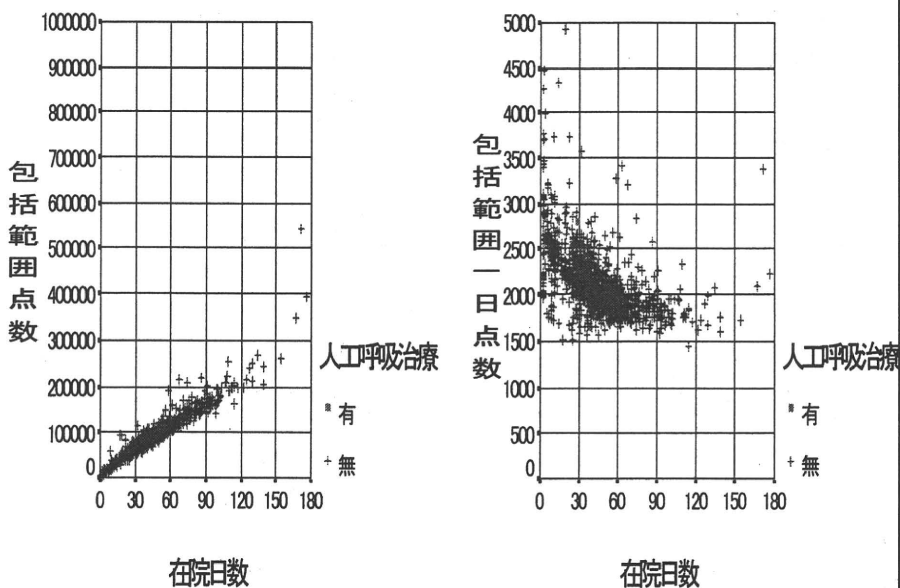
図B群(手術)



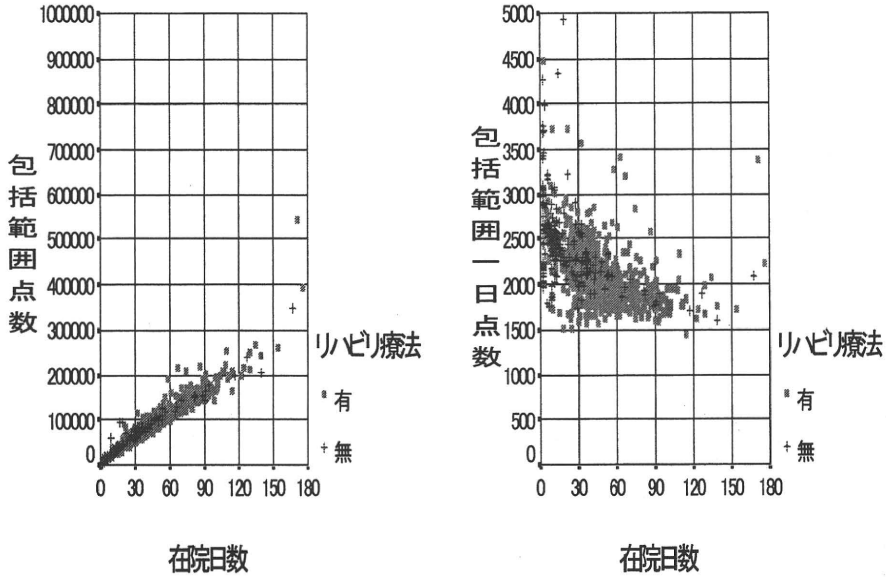
図B群(再建手術(骨移植術))



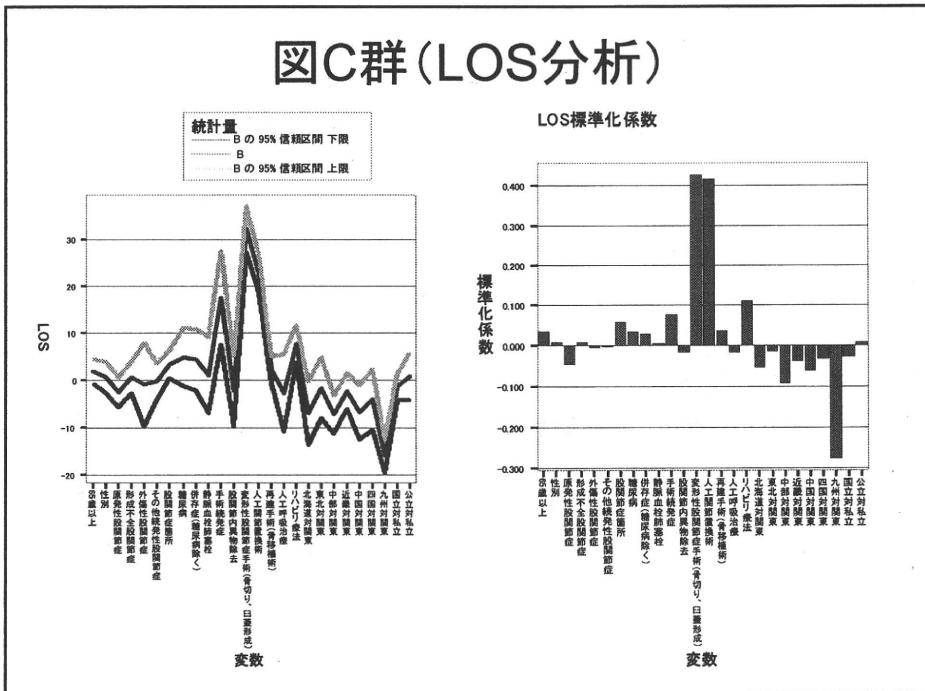
図B群(人工呼吸)



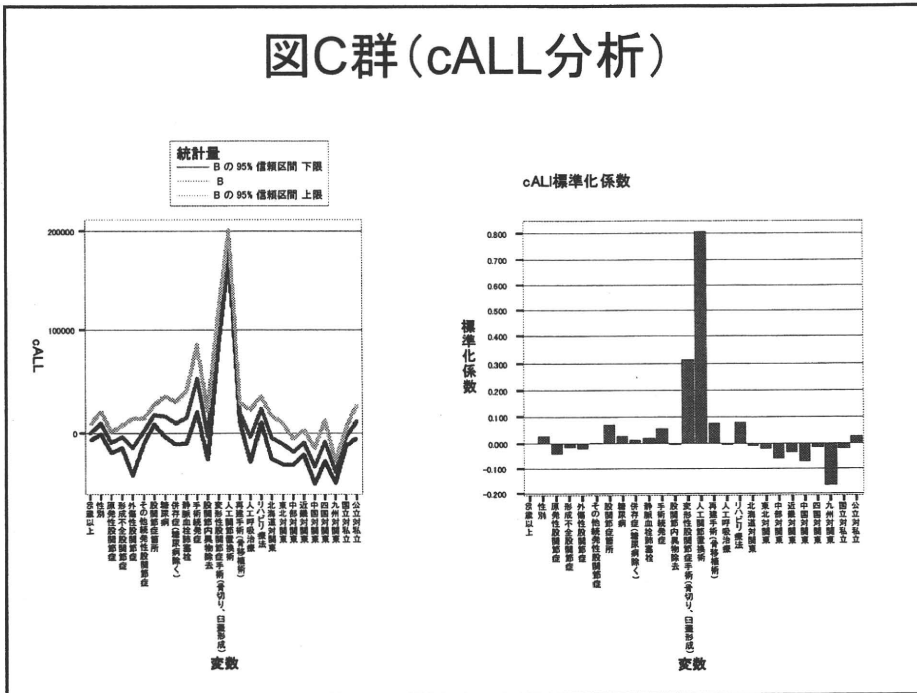
図B群 (リハビリ)



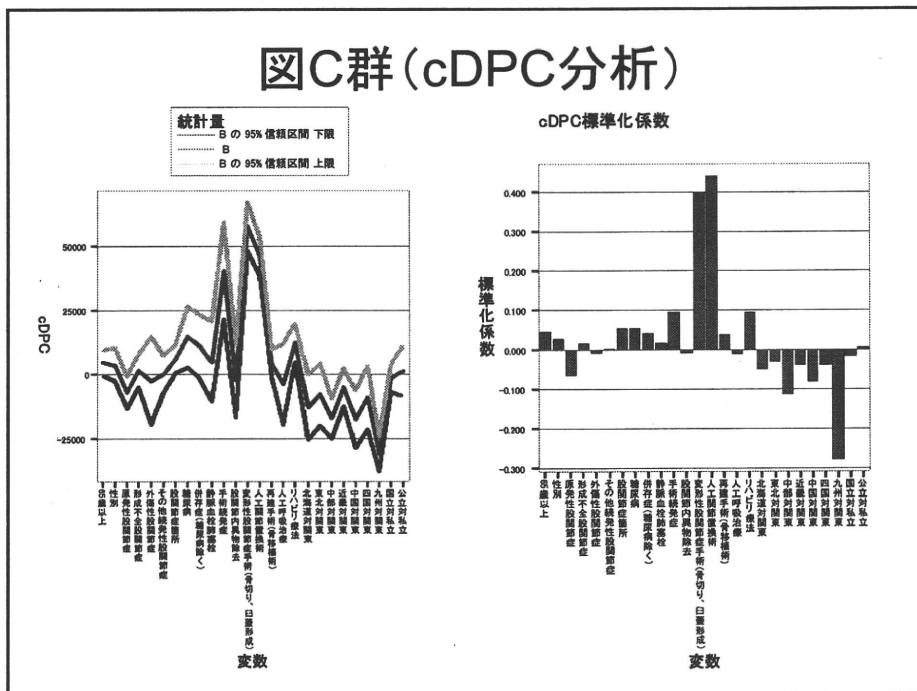
図C群 (LOS分析)



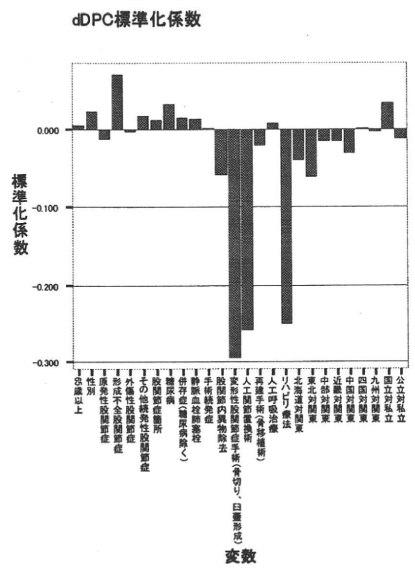
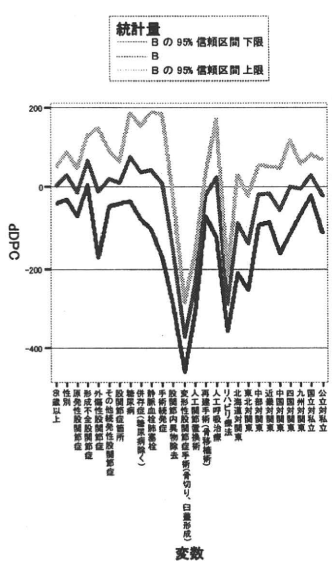
図C群(cALL分析)



図C群(cDPC分析)



図C群 (dDPC分析)



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）

MDC7『膝関節症（変形性含む）（DPC6 桁分類 070230）』

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 070230『膝関節症（変形性含む）』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。どの医療費関連指標においても、手術因子が大きく影響しており、これらは分類で反映されているので、妥当である。各種処置や他因子で相対的に大きな影響をもたらす因子はなく、現行分類は妥当であろう。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ⁱⁱ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、前術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ⁱⁱⁱや樹形図^{iv}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：定義テーブル上にある、疾患群や手術・処置、年齢の臨床的妥当性の検証と、副傷病の整理を兼ねての妥当性検証を計るために、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である。また同時に副傷病を系統的に整理し、かつ副傷病が上述指標にいかなる問題をもっているのかを検討する。更に、医療の質の評価として、退院時転帰（入院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）は何かも合わせて分析・付記する。

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、MDC7『膝関節症（変形性含む）（DPC6桁コード：070230）』の1360件〔内入院後24時間以内死亡4件、退院時死亡患者0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：15歳未満、15歳以上65歳未満、65歳以上の3カテゴリー

②性別

③施設地域：

region1:北海道

region2:東北

region3:関東

region4:中部

region5:近畿

region6:中国

region7:四国

region8:九州

④施設母体：

inst1:国立

inst2:公立

inst3:私立

⑤救急車搬送の有無(ambulcat)

臨床情報

⑥疾患群^v：ICD10は病態を明示しているの
で、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。

原発性膝関節症、外傷性膝関節症、その他続
発性膝関節症、膝関節不明とした。

また膝関節症片側両側についても分析した。

また重回帰分析のとき、

knee1：原発性股関節症

knee2：形成不全性股関節症

knee3：外傷性股関節症

side1：両側

side2：片側

とし、不明群、膝関節症側数不明を対照とし
た。

⑦手術手技^{vi}：

手術手技はデータ収集でデータセット様式1で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、検討した。

滑膜切除、鼠除去、半月板切除、骨きり術、関節形成術、人工関節置換術、手術他なし

重回帰分析で、

Opecat1：滑膜切除・鼠除去

Opecat2：半月板切除

Opecat3：骨きり術

Opecat4：骨きり術+滑膜切除・鼠除去

Opecat5：関節形成術

Opecat6：人工関節置換術

とし、手術なし他を対照とした。

別途再建手術として、

reconbon：骨移植術

とし、なしを対照とした。

⑧処置

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^{vii}）：

Manitoba-Darhmouth Comorbidity Indexの（以下MD指標）^{viii}を用い、糖尿病(dcindm)

（合併症を有する糖尿病：dcinsdm^{ix}、有しないもの：dcinmdm^x）、痴呆(dcindem)^{xi}、慢性閉塞性肺疾患(dcincopd)^{xii}、末梢血管障害

(dcinpvd)^{xiii}、慢性腎不全(dcincrf)^{xiv}、心不全

(dcinchf)^{xv}、自己免疫疾患(dcinctd)^{xvi}、肝障害

(dcinld)（慢性肝障害：dcinmld^{xvii}、重症肝障害：dcinsld^{xviii}）、悪性新生物(dcinmal)^{xix}、

前立腺肥大(dcinbph)^{xx}、入院後併発症として

静脈血栓塞栓、肺梗塞(dccdvt)^{xxi}、手術続発症(dccccomp)^{xxii}、について、データセット様式1の入院時併存症（4つ併記）入院後併発症（3つ併記）から該当ICD10コードを収集した。

目的変数として、コストの代替変数の医療費関連指標（LOS,cALL, eDPC 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^{xxiii}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146件（19.4%）（15歳未満0件）、65歳以上606件（80.6%）で、ヒストグラムでは左に裾をひく1峰性分布であった。男性122件（16.2%）、女性630件（83.8%）、地域は北海道33件（4.4%）、東北33件（4.4%）、関東235件（31.3%）、中部71

件(9.4%)、近畿 166 件(22.1%)、中国 38 件 (5.1%)、四国 49 件 (6.5%)、九州 127 件 (16.9%)であった。施設母体は国立 382 件 (50.8%)、公立 67 件 (8.9%)、私立 303 件 (40.3%)であった。救急車搬入は 6 件 (0.8%)、入院後 24 時間以内死亡は 4 件 (0.5%)、退院時死亡は 0 件であった。病態の内訳は、原発性膝関節症(片側) 196 件 (26.1%)、原発性膝関節症(両側) 243 件 (32.3%)、外傷性膝関節症(片側) 12 件 (0.7%)、外傷性膝関節症(両側) 7 件 (0.9%)、その他続発性膝関節症(片側) 60 件 (8.0%)、その他続発性膝関節症(両側) 50 件 (6.6%)、膝関節不明 184 件 (24.5%)であった。膝関節症片側は 1004 件(73.8%)、両側は 356 件 (26.2%)、残りは不明であった。

入院時併存症では、合併症のない糖尿病 30 件(4.0%)、合併のある糖尿病 8 件(1.1%)、痴呆 2 件(0.3%)、慢性閉塞性肺疾患 11 件(1.5%)、末梢血管障害 3 件 (0.4%)、慢性腎不全 12 件(1.6%)、心不全 4 件(0.5%)、自己免疫疾患 1 件、慢性肝障害 6 件 (0.8%)、重症肝障害 2 件(0.3%)、悪性新生物 2 件(0.3%)、前立腺肥大 3 件 (0.4%)、入院後併発症の静脈血栓塞栓、肺梗塞は 29 件 (3.9%)、手術関連続発症 2 件(0.3%)であった。手術は滑膜切除、鼠除去 39 件 (5.2%)、半月板切除 22 件 (2.9%)、骨きり術 33 件 (4.4%)、骨きり術+滑膜切除、鼠除去 16 件 (2.1%)、関節形成術 17 件 (2.3%)、人工関節置換術 539 件 (71.7%)、手術なし他は 86 件(11.4%)であった。骨移植術は 53 件(7.0%)であった。施行処置は中心静脈栄養 3 件 (0.4%)、人工呼吸 17 件 (2.3%)、人工透析 8 件(1.1%)、リハビリは 603 件 (80.2%)であった。

医療費関連指標である LOS,cALL,cDPC,に

関して各説明因子の箱ひげ図を見ると、性別、年齢に関して、差はない。病態や箇所では、外傷性膝関節症の中央値が低かった。施設地域は九州の中央値・ばらつきが小さく、母体では公立の中央値が高かった。入院時併存症、併発症に関して差はなかった。手術は侵襲度の大きいもの、骨移植施行例で中央値は大きかった。処置ではリハビリ施行の中央値が大きかった。

一方 dDPC については腎不全、人工透析以外、差はなかった。

医療費関連指標の分布に関して、LOS,cALL,cDPC は 2 峰性、dDPC は対称な 1 峰性分布であった。

各目的変数のうち、LOS,cALL,cDPC の重回帰分析では、決定係数は各々 0.322(施設因子投入後 0.359),0.566(0.598),0.301(0.333)であった。dDPC では決定係数は 0.153(0.169)であった。説明因子のうち、特に標準化係数に関して、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) では関節形成術 (標準化係数 0.398)、骨きり術 (0.307) であった。cALL では人工関節置換術 ((標準化係数 0.422)、関節形成術 (0.321)、cDPC では関節形成術 ((標準化係数 0.343)、骨きり術(0.253)、逆に dDPC では関節形成術 ((標準化係数-0.362)、骨きり術 (-0.223)とマイナスあった。

死亡退院のリスク因子では、退院時死亡が少数であり、分析しなかった

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ろ、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『070230』の診断群分類において、手術因子がどの医療費関連指標でも大きく影響しており、これらは分類で反映されているので妥当である。各種処置や他因子で相対的に大きな影響をもたらす因子はなく、現行分類は妥当であろう。

E. 結論

DPC分類の精緻化の試みを、MDC7『膝関節症（変形性含む）（DPC6 桁分類 0700230）』を用いて行った。どの医療費関連指標においても、手術因子が大きく影響しており、これらは分類で既に反映されているので妥当である。各種処置や他因子で相対的に大きな影響をもたらす因子はなく、現行分類は妥当であろう。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。

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