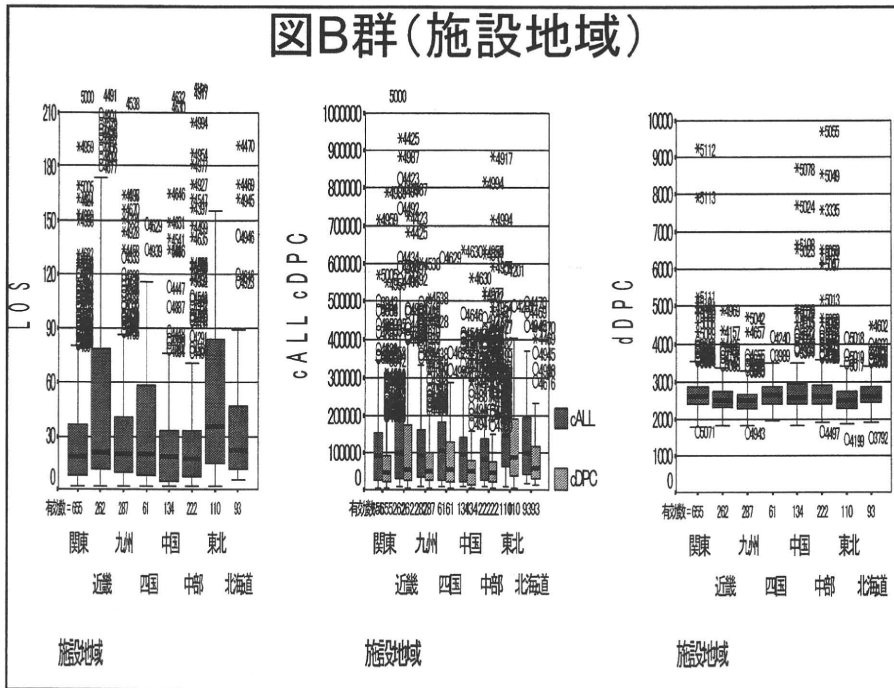
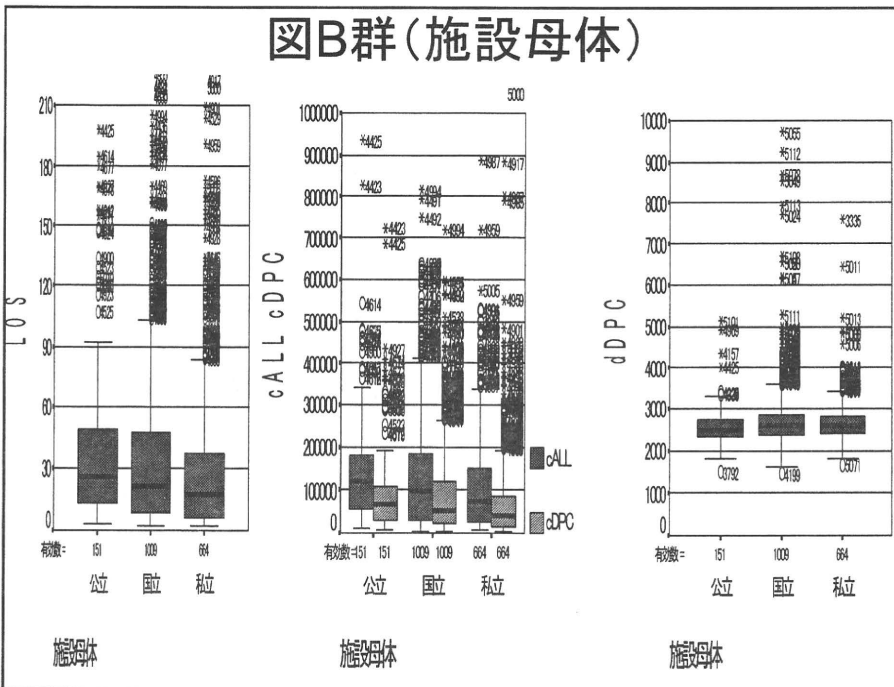


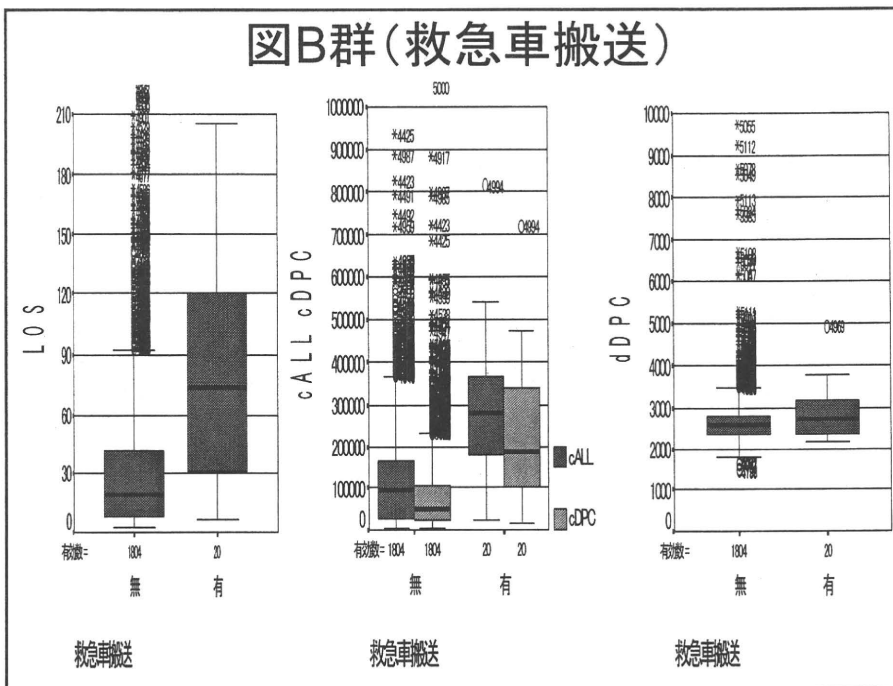
図B群(施設地域)



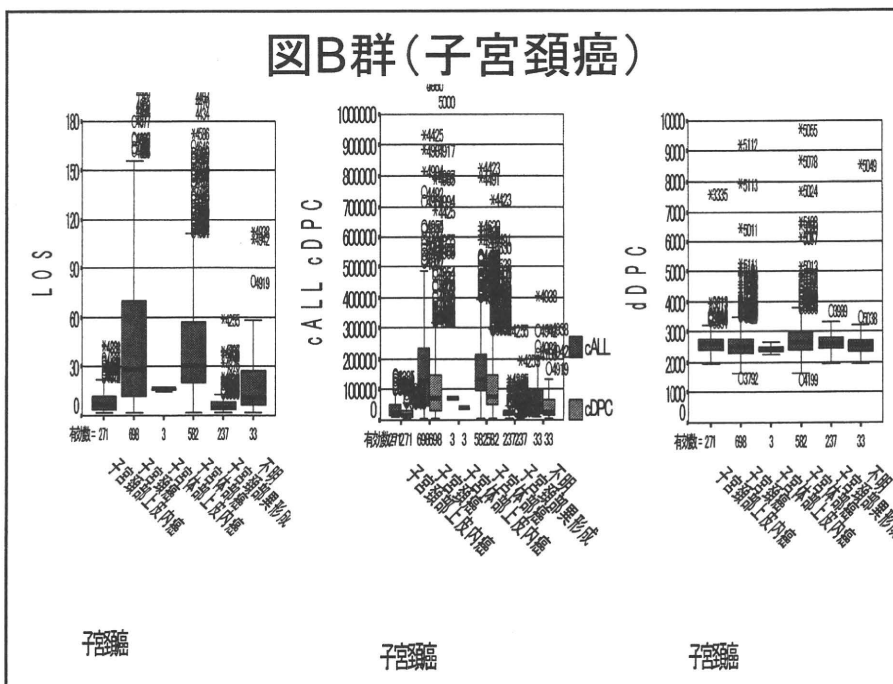
図B群(施設母体)



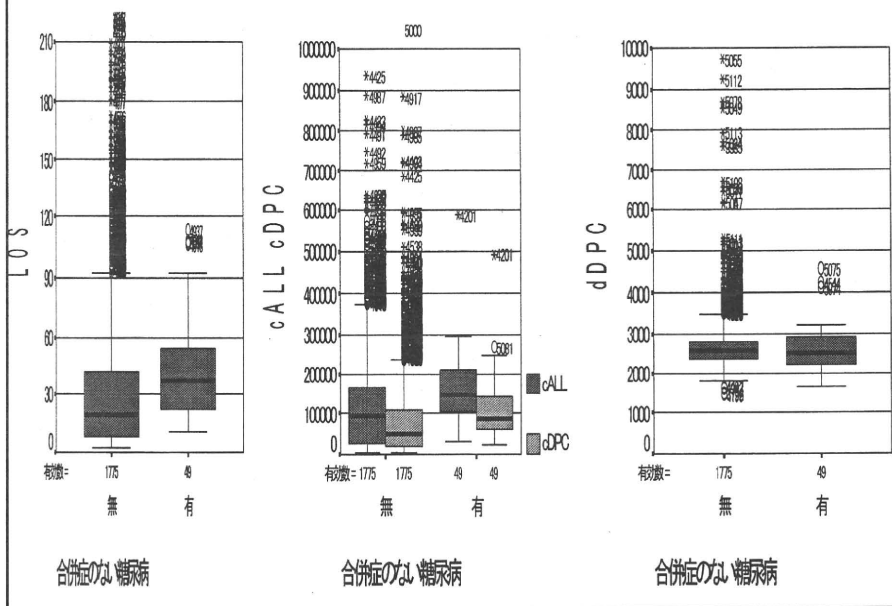
図B群(救急車搬送)



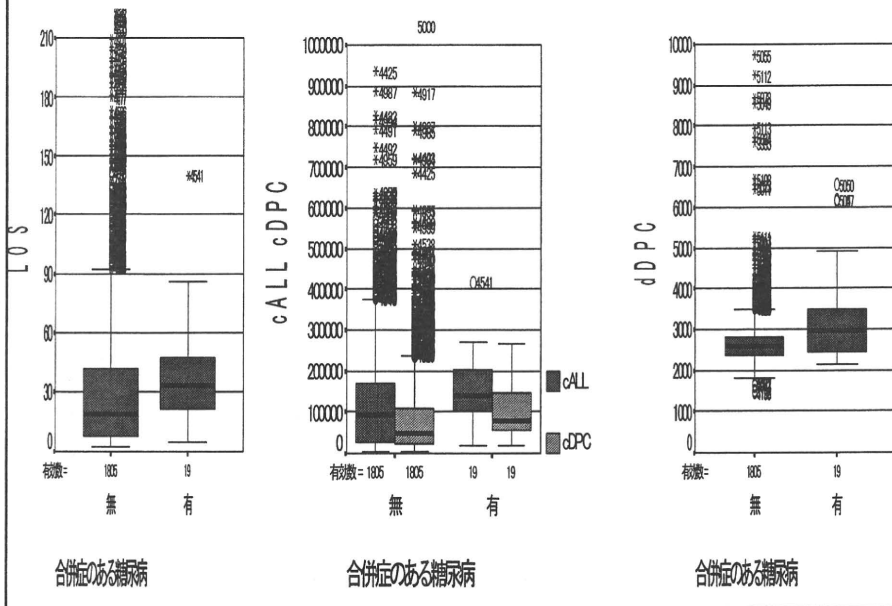
図B群(子宮頸癌)



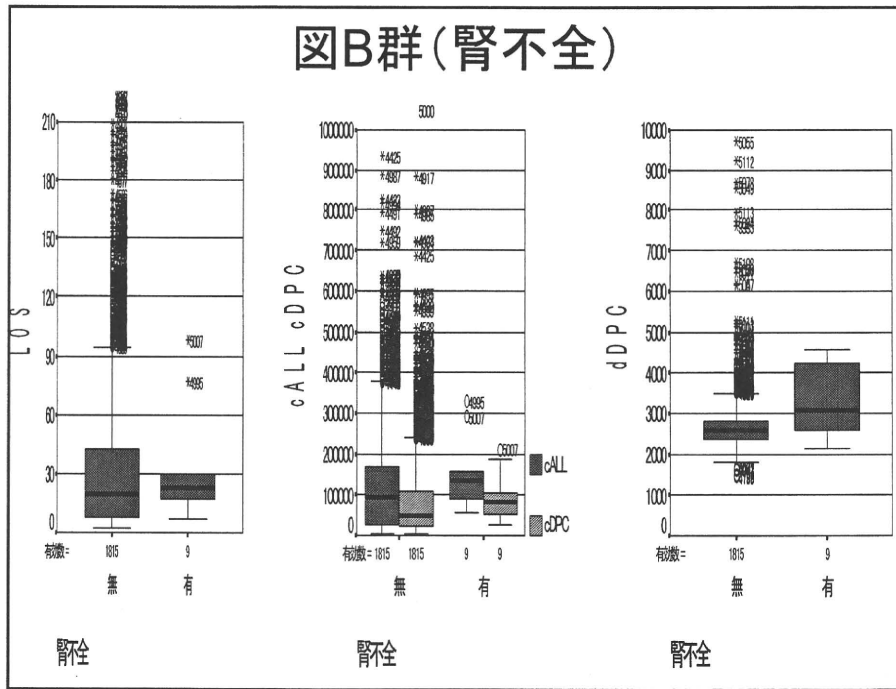
図B群(合併症のない糖尿病)



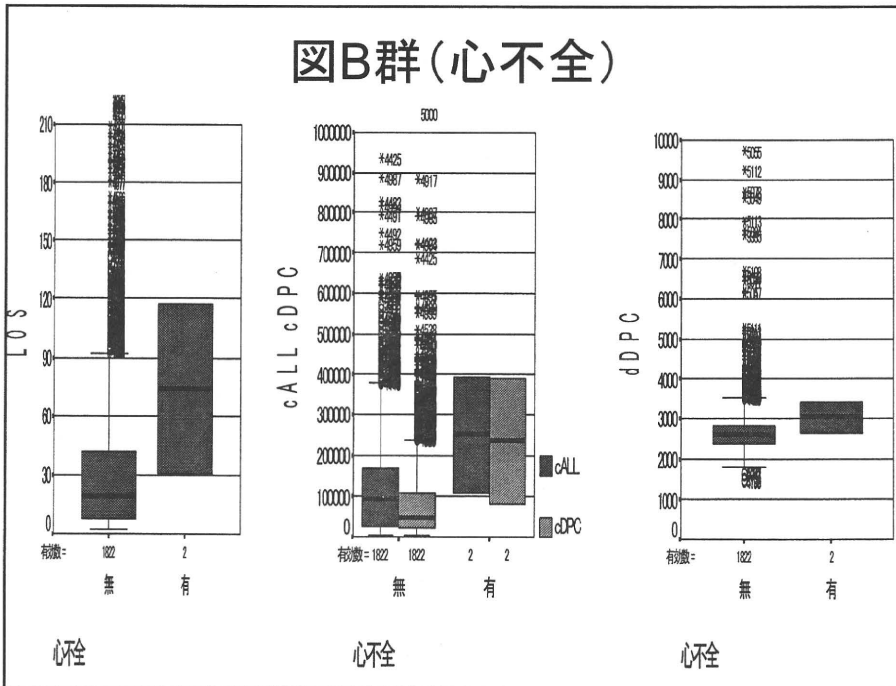
図B群(合併症のある糖尿病)

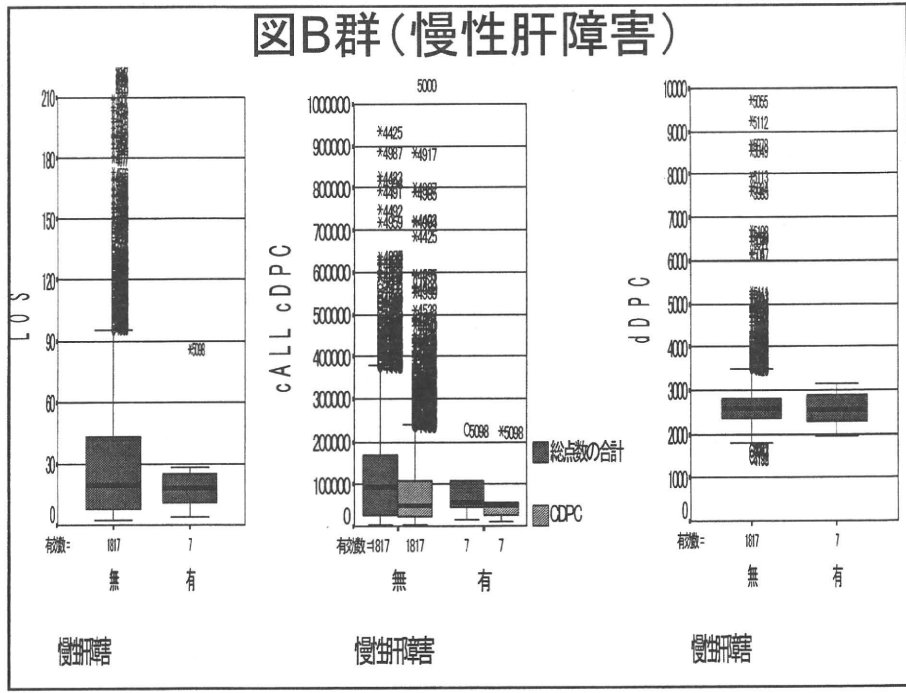
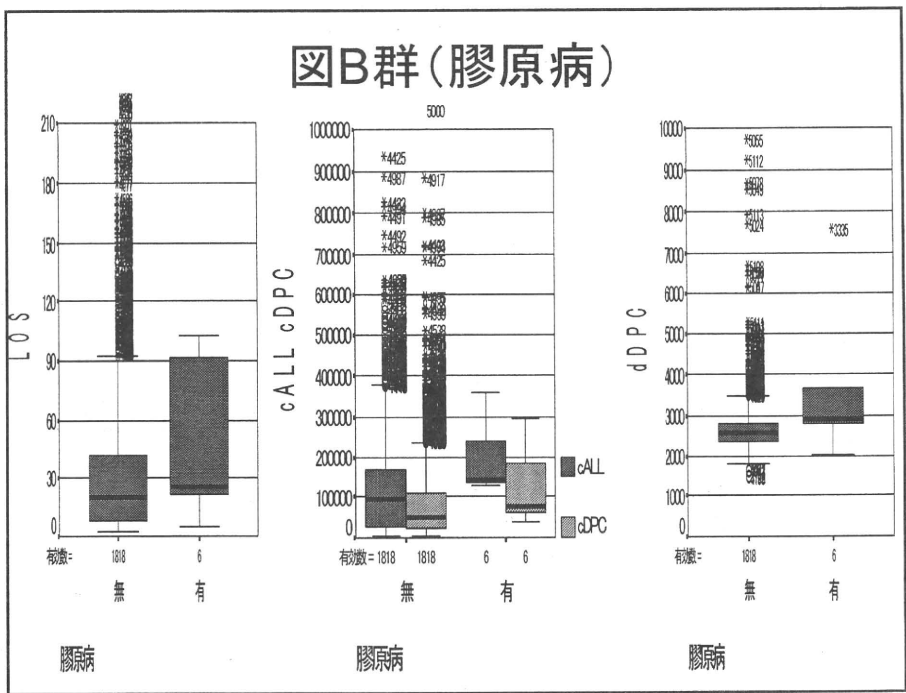


図B群(腎不全)

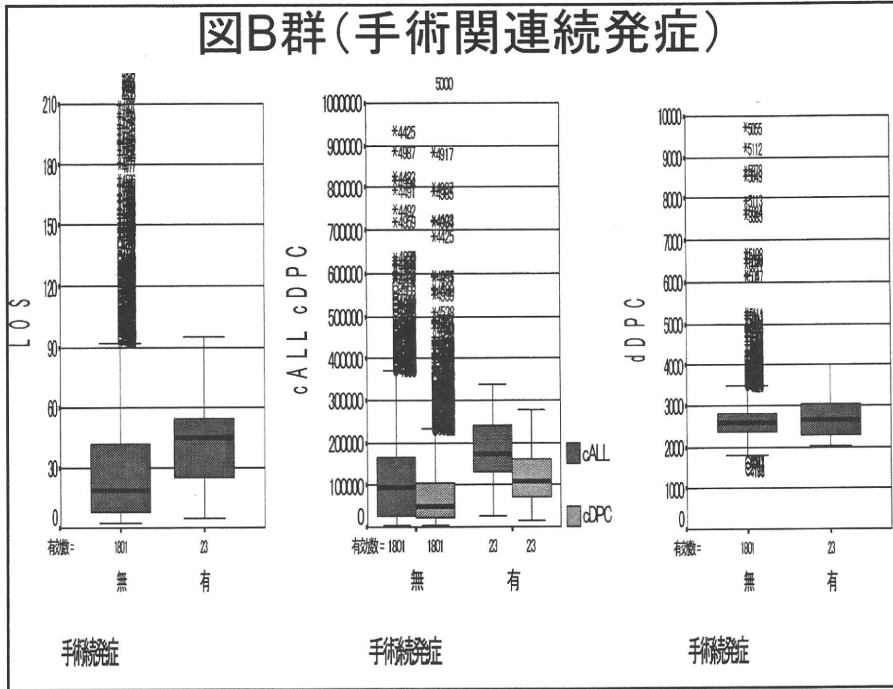


図B群(心不全)

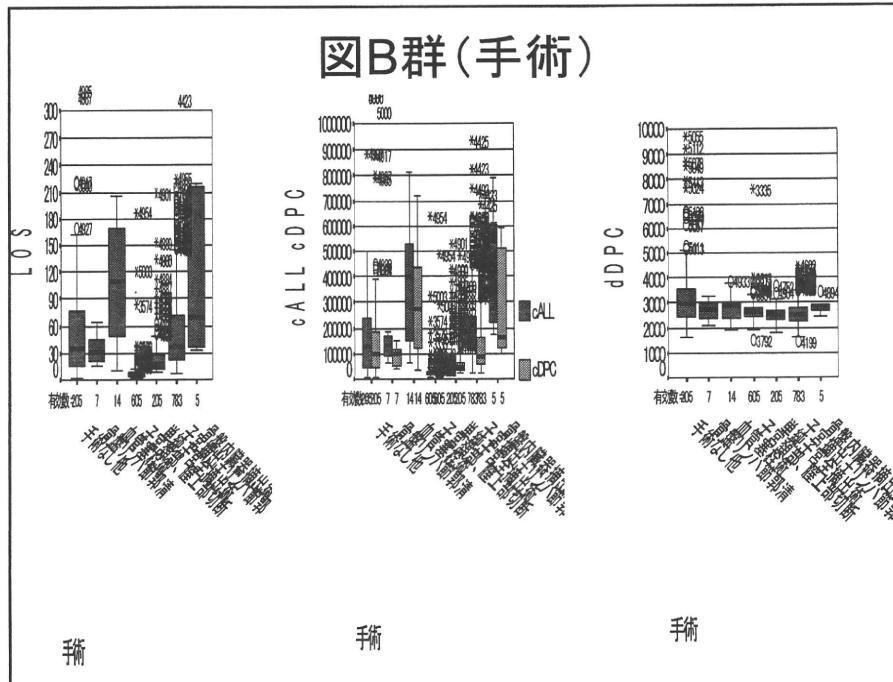




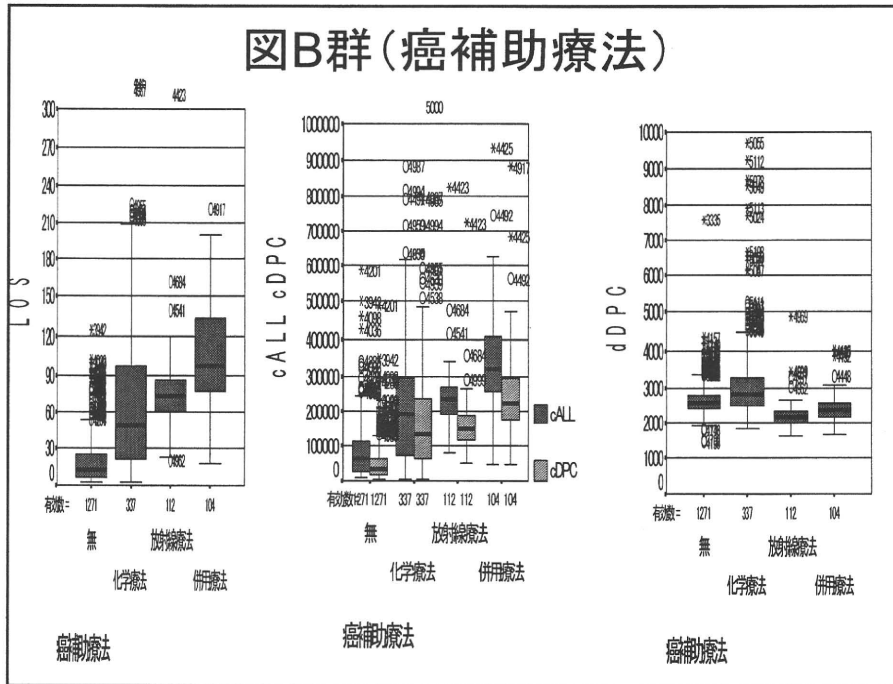
図B群(手術関連連続発症)



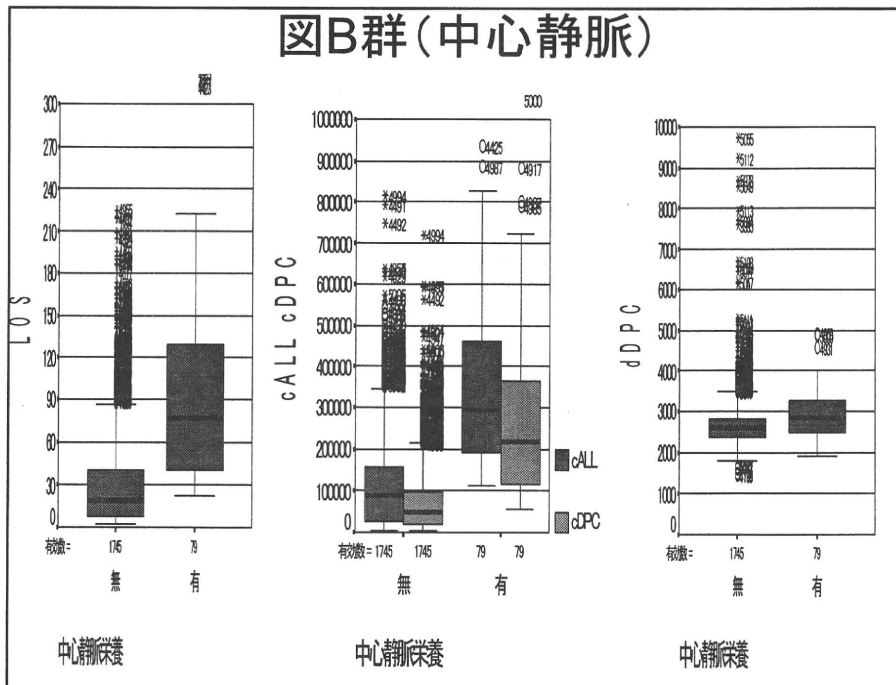
図B群(手術)



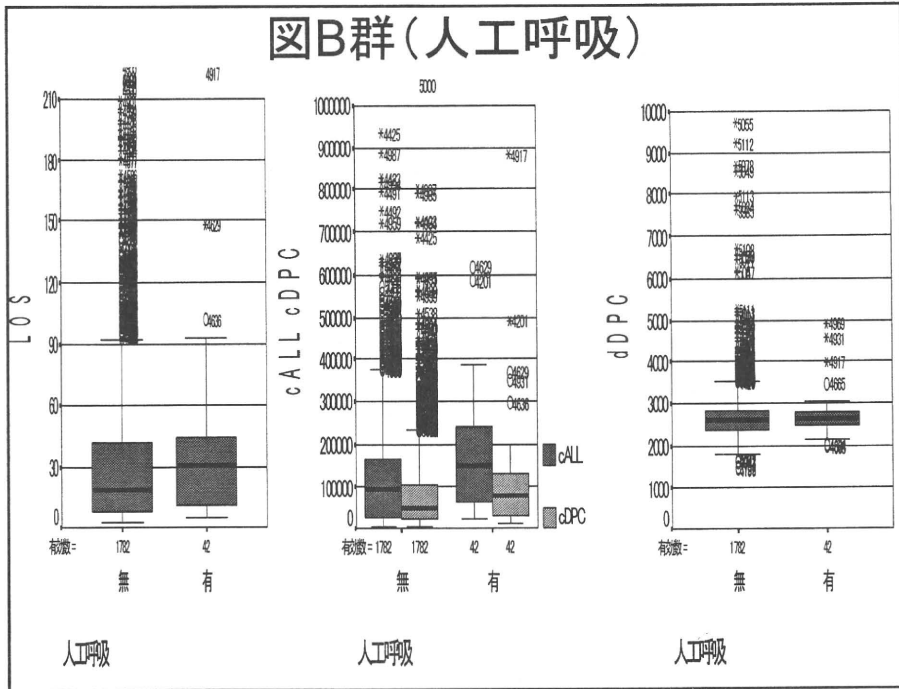
図B群(癌補助療法)



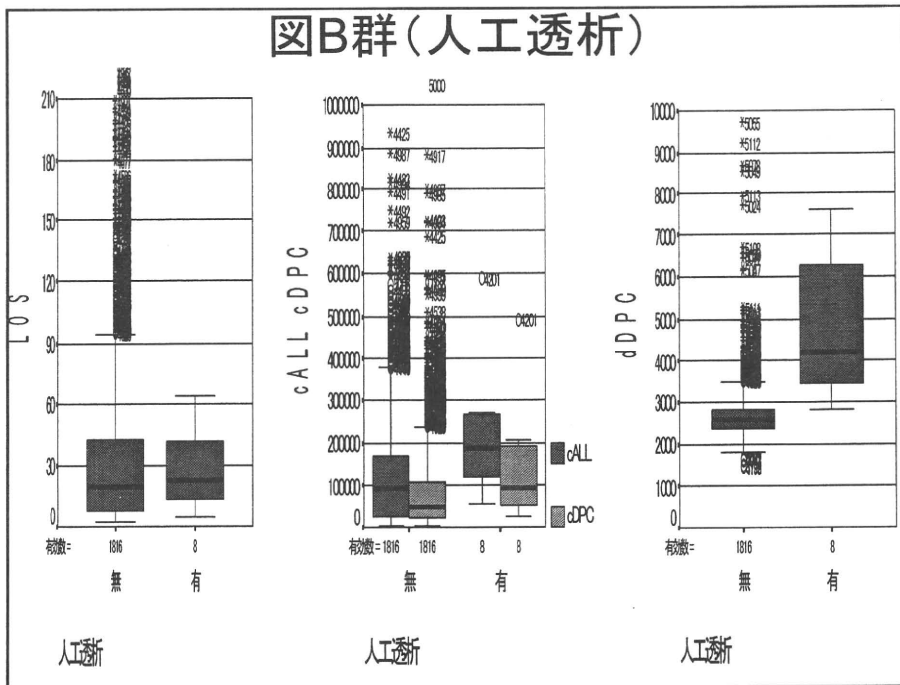
図B群(中心静脈)



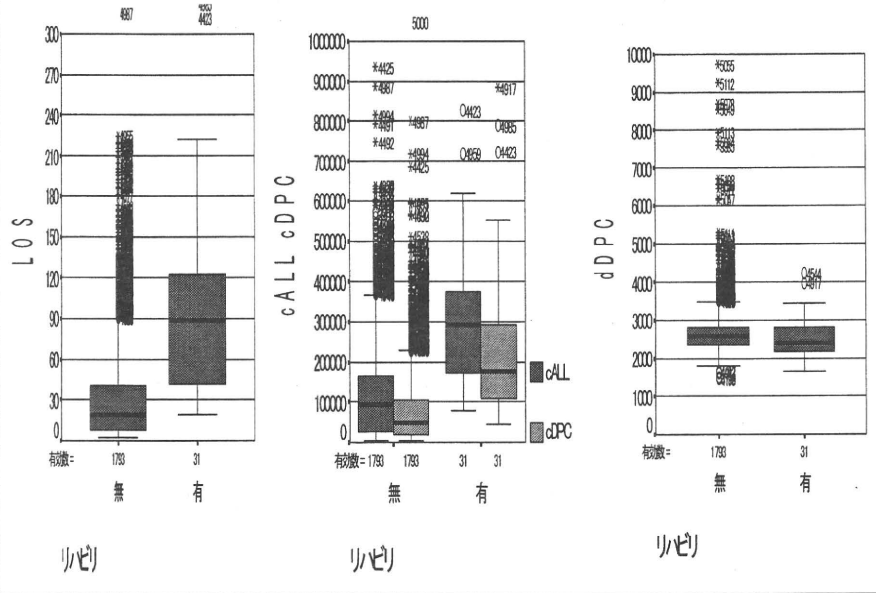
図B群(人工呼吸)



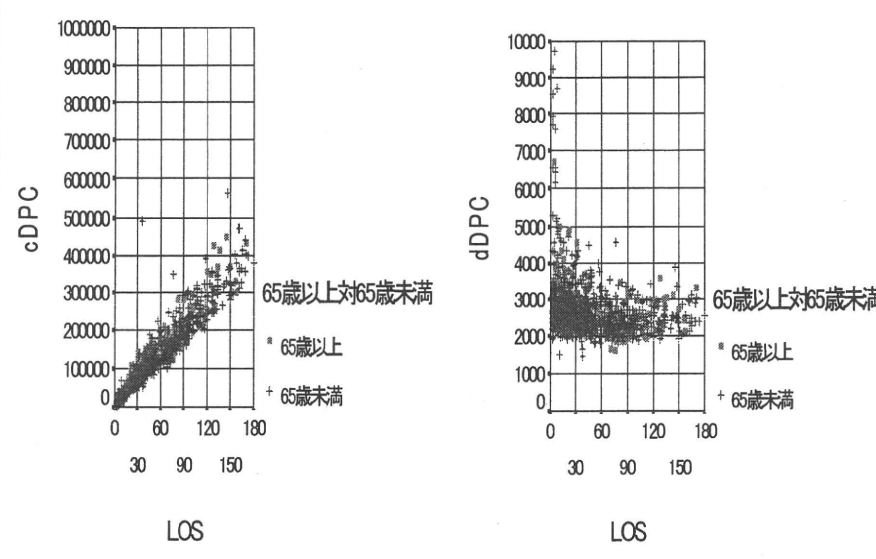
図B群(人工透析)



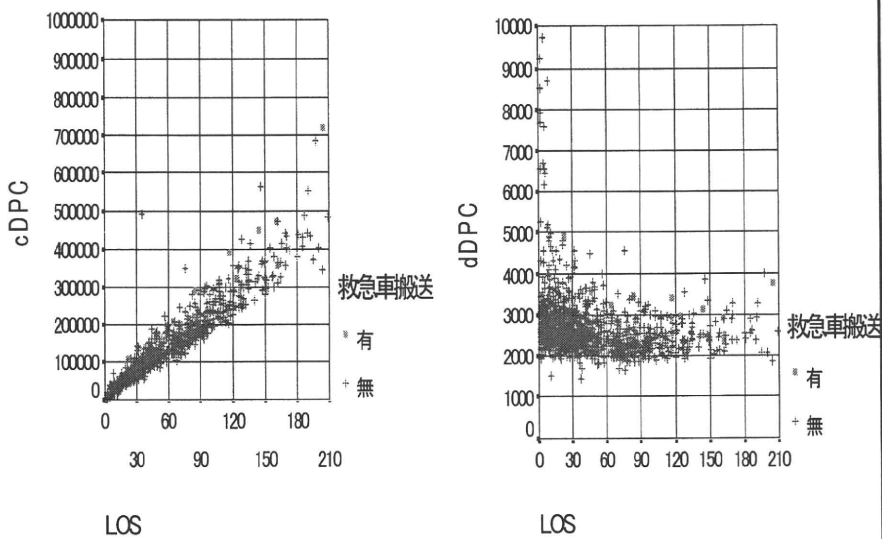
図B群(リハビリ)



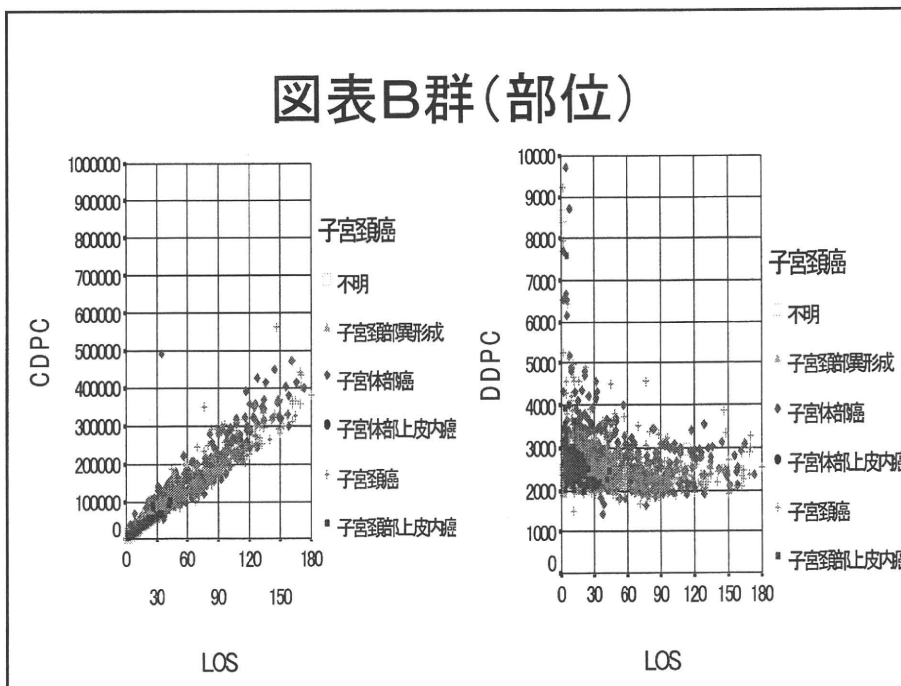
図表B群(年齢)



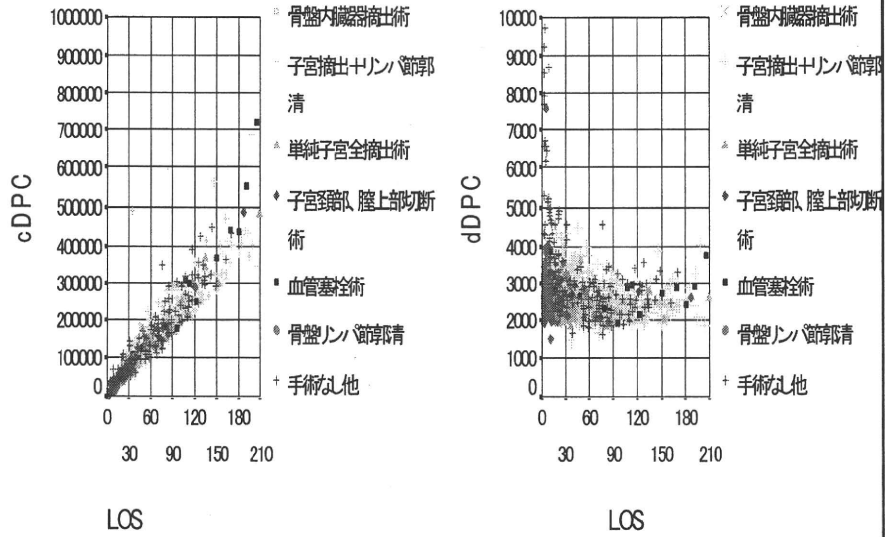
図表B群(救急車搬送)



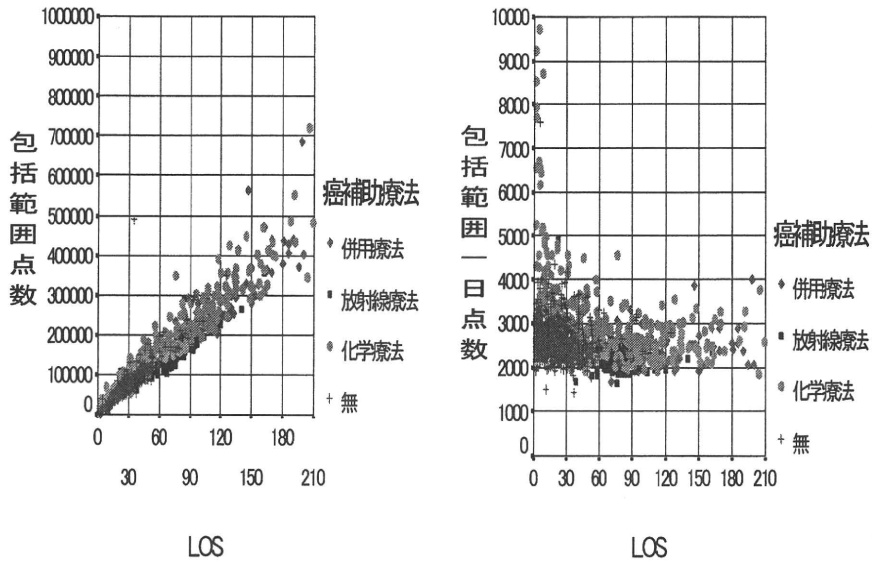
図表B群(部位)



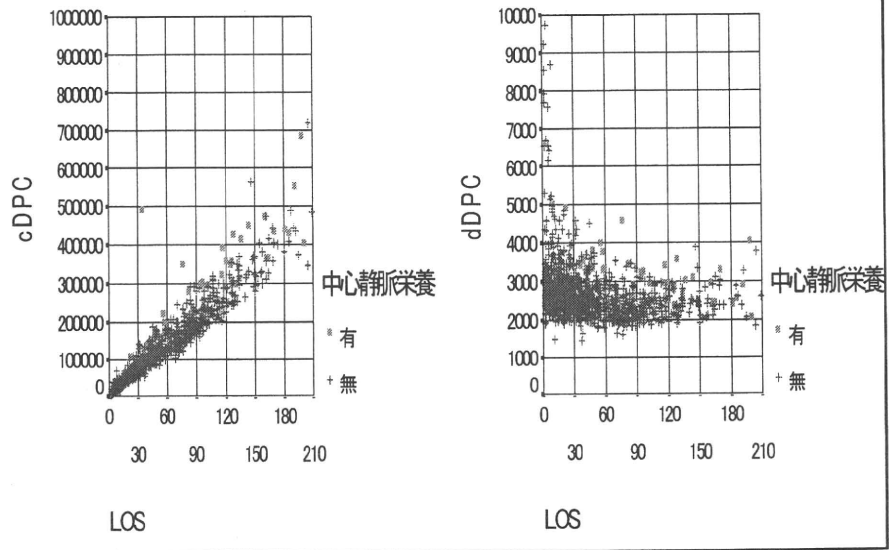
図表B群(手術)



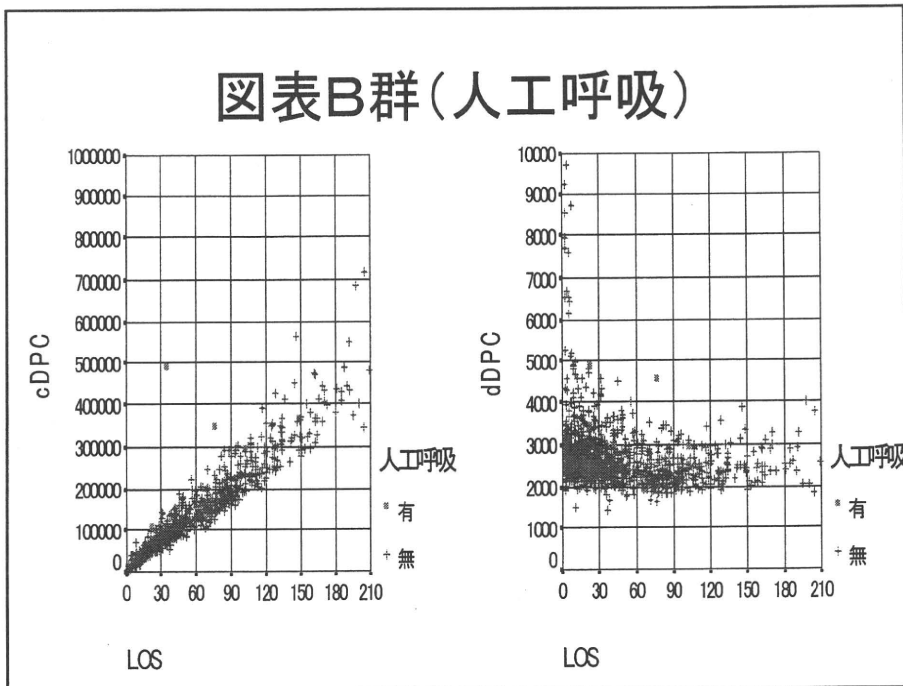
図表B群(癌補助療法)



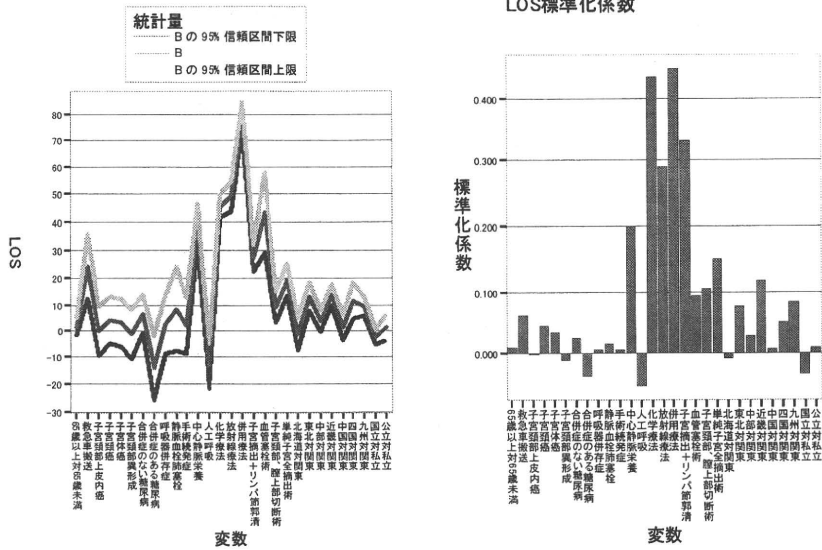
図表B群(中心静脈)



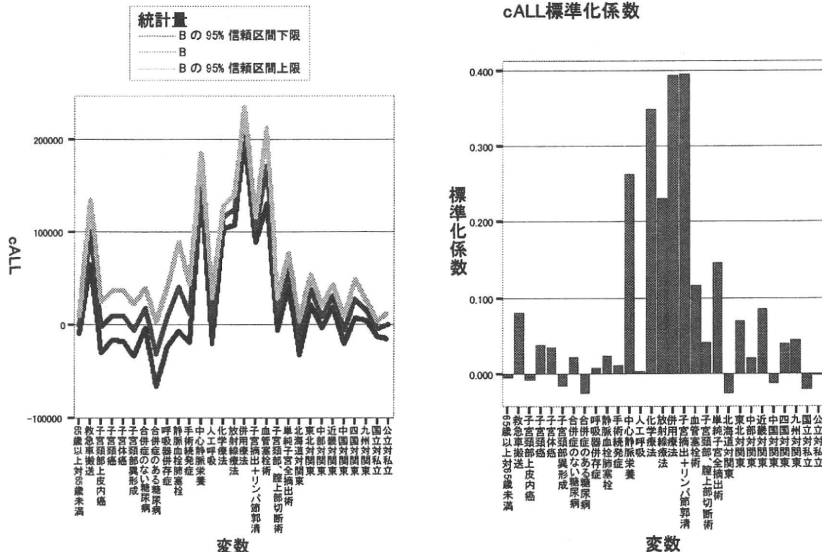
図表B群(人工呼吸)



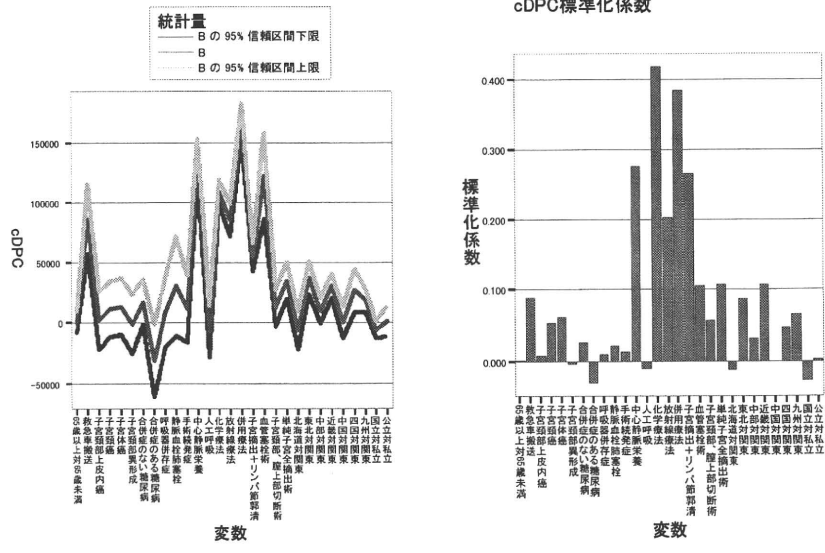
図C群 (LOS分析)



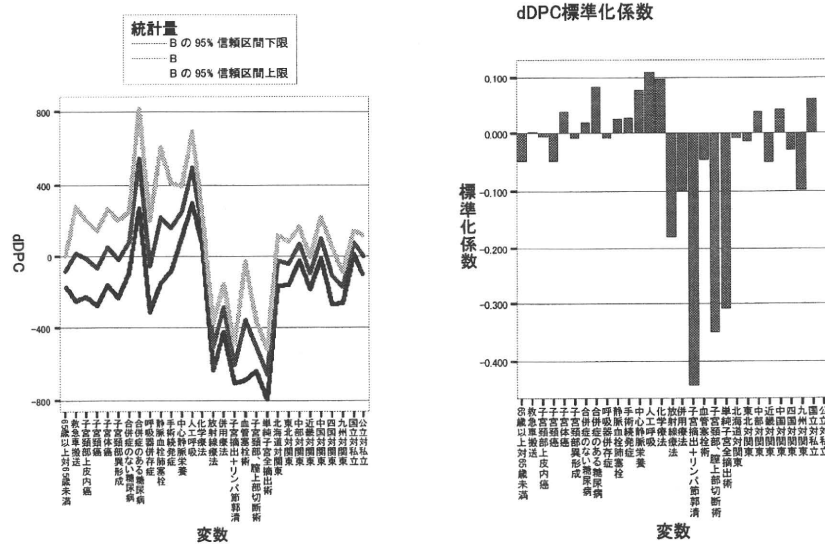
図C群 (cALL分析)



図C群 (cDPC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	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	Exp(B)の95%信頼区間	
							下限	上限
AGE65	-5.97	1.041	328	1	.557	.551	.072	4.236
AMBULCAT	5.181	1.718	9.095	1	.003	177.858	6.134	5157.206
UTERUS1	-6.670	52.104	.016	1	.898	.001	.000	2.845E+41
UTERUS2	-4.397	2.464	3.185	1	.074	.012	.000	1.540
UTERUS3	-3.798	2.335	2.644	1	.104	.022	.000	2.181
UTERUS4	-6.240	59.696	.011	1	.917	.002	.000	1.196E+48
DCINMDM	1.157	2.221	.271	1	.602	3.180	.041	247.143
DCINSDM	-4.280	8.332	.264	1	.607	.014	.000	171260.822
DCINCOPOD	2.730	2.160	1.598	1	.206	15.340	.222	1058.045
DCCDVT	-16.176	278.441	.003	1	.954	.000	.000	9.642+229
DCCCOMP	-6.823	217.340	.001	1	.975	.001	.000	1.089+182
IVHDUM	3.106	.954	10.607	1	.001	22.326	3.444	144.723
VENTIDUM	10.166	2.715	14.018	1	.000	25982.078	126.987	5320143.8
ADJU1	1.312	1.362	.927	1	.336	3.714	.257	53.651
ADJU10	-1.783	2.053	.754	1	.385	.168	.003	9.402
ADJU11	-2.830	3.148	.808	1	.369	.059	.000	28.239
UT1	-2.927	1.268	5.329	1	.021	.054	.004	.643
UT2	3.336	1.303	6.557	1	.010	28.115	2.187	361.380
UT3	-8.272	37.989	.047	1	.828	.000	.000	5.548E+28
UT4	-9.919	65.994	.023	1	.881	.000	.000	7.354E+51
REGION1	.168	2.212	.006	1	.939	1.183	.016	90.302
REGION2	-3.843	3.992	.927	1	.336	.021	.000	53.560
REGION4	-3.470	2.147	2.613	1	.106	.031	.000	2.090
REGION5	-1.585	1.586	.998	1	.318	.205	.009	4.593
REGION6	-4.622	4.406	1.100	1	.294	.010	.000	55.371
REGION7	-11.923	103.143	.013	1	.908	.000	.000	4.147E+82
REGION8	-7.315	2.720	7.234	1	.007	.001	.000	.137
INST1	-2.140	1.313	2.657	1	.103	.118	.009	1.542
INST2	-7.759	2.152	.124	1	.724	.468	.007	31.809
定数	-204	2.566	.006	1	.937	.815		

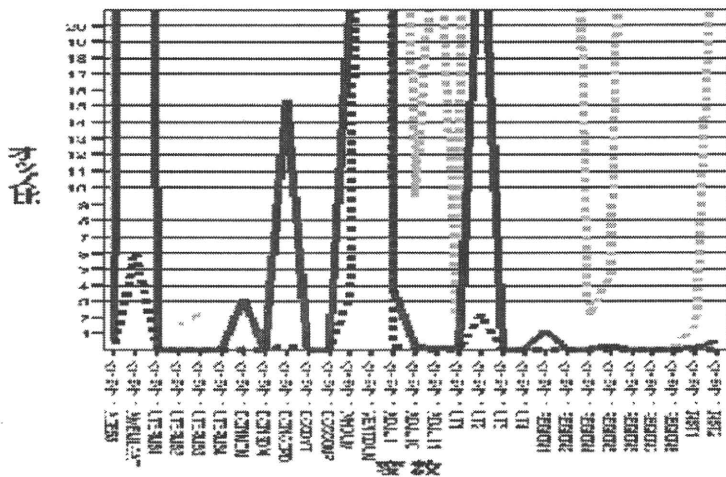
a. ステップ 1: 投入された変数 AGE65, AMBULCAT, UTERUS1, UTERUS2, UTERUS3, UTERUS4, DCINMDM, DCINSDM, DCINCOPOD, DCCDVT, DCCCOMP, IVHDUM, VENTIDUM, ADJU1, ADJU10, ADJU11, UT1, UT2, UT3, UT4, REGION1, REGION2, REGION4, REGION5, REGION6, REGION7, REGION8, INST1, INST2

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%信頼区間 下限
 Exp(B)
 Exp(B)の95%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）

MDC12『子宮の良性腫瘍（DPC6 桁分類 120060）』

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 120060『子宮の良性腫瘍』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関して、手術以外で相対的に大きな影響を持つ因子はなく、現行の診断群分類は妥当と思われる。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：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、かつ副傷病が上述の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、MDC12『子宮の良性腫瘍（DPC6 桁コード：120060）』の1959件〔内入院後24時間以内死亡45件、退院時死亡患者1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歳以上未満の2カテゴリー

②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

③施設母体

inst1：国立

inst2：公立

inst3：私立

④救急車搬送の有無

◆ 臨床情報

⑤疾患群：ICD10 は子宮筋腫部位を明示しているの、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。

粘膜下子宮筋腫群、壁内子宮筋腫群、漿膜下子宮筋腫群、不明他

重回帰分析では

myoma1：粘膜下子宮筋腫群

myoma2：壁内子宮筋腫群

myoma3：漿膜下子宮筋腫群

とし、子宮筋腫部位不明群を対照とした。

⑥手術手技^{vi}：

在院中の手術手技情報は最大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。血管塞栓術、子宮鏡下粘膜下有茎筋腫摘出、子宮鏡下子宮筋腫摘出、腹腔鏡下子宮筋腫摘出、子宮頸部・膣上部切断術、膣式子宮筋腫核出術、腹式子宮筋腫核出術、腹腔鏡下子宮全摘出術、開腹下子宮全摘出術などに関して分析した。

重回帰分析では

opemyo1：血管塞栓術

opemyo2：子宮鏡下粘膜下有茎筋腫摘出

opemyo3：子宮鏡下子宮筋腫摘出

opemyo4：腹腔鏡下子宮筋腫摘出