

opemyo5：子宮頸部・膈上部切断術

opemyo6：膈式子宮筋腫核出術

opemyo7：腹式子宮筋腫核出術

opemyo8：腹腔鏡下子宮全摘出術

opemyo9：開腹下子宮全摘出術

とし、手術なし他を対照とした。

⑦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。

⑧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}）、前立腺肥大(dcimbph)^{xix}、

入院後併発症として静脈血栓塞栓、肺梗塞

(dcedvt)^{xx}、手術続発症(dcccomp)^{xxi}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、退院時死亡割合（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、交絡因子を調整す

ることもかねて、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^{xxii}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、退院時死亡割合（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、死亡割合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 1934 件(98.7%)、65 歳以上 25 件 (1.3%) で、ヒストグラムでは 1 峰性分布であった（図A群）。地域は北海道 65 件 (3.3%)、東北 97 件(5.0%)、関東 1031 件 (52.6%)、中部 194 件(9.9%)、近畿 251 件 (12.8%)、中国 88 件(4.5%)、四国 46 件(2.3%)、九州 187 件 (9.5%) であった。施設母体は国立 690 件 (35.2%)、公立 172 件 (8.8%)、私立 1097 件 (56.0%) であった。救急車搬入は 18 件 (0.9%)、入院後 24 時間以内死亡は 45 件 (2.3%)、退院時死亡は 1 件であった。部位病理の内訳は、粘膜下子宮筋腫群 323 件(16.5%)、壁内子宮筋腫群 541 件(27.6%)、漿膜下子宮筋腫群 181 件(9.2%)、子宮筋腫部位不明群 914 件(46.7%)であった。入院時併存症では、合併症を有する糖尿病 2 件(0.1%)、合併症のない糖尿病 12 件 (0.6%)、痴呆 0 件、慢性閉塞性肺疾患 9 件 (0.5%)、末梢血管障害 0 件、慢性腎不全 2 件 (0.1%)、心不全 0 件、自己免疫疾患 12 件(0.6%)、慢性肝

障害 6 件 (0.3%)、重症肝障害 0 件、悪性新生物 9 件(0.5%)、入院後併発症の静脈血栓塞栓、肺梗塞は 4 件 (0.2%)、手術関連続発症 21 件(1.1%)であった。手術は、血管塞栓術 13 件(0.7%)、子宮鏡下粘膜下有茎筋腫摘出 26 件(1.3%)、子宮鏡下子宮筋腫摘出 174 件(8.9%)、腹腔鏡下子宮筋腫摘出 200 件(10.2%)、子宮頸部・膣上部切断術 18 件(0.9%)、膣式子宮筋腫核出術 45 件(2.3%)、腹式子宮筋腫核出術 415 件(21.2%)、腹腔鏡下子宮全摘出術 87 件(4.4%)、開腹下子宮全摘出術 819 件(41.8%)、手術なし他 162 件(8.3%)であった。施行処置は中心静脈栄養 6 件 (0.3%)、人工呼吸 33 件 (1.7%)、人工透析 1 件、リハビリは 2 件 (0.1%) であった。

年齢、目的変数である各医療費関連指標の度数分布表に関して、左右対称な一峰性分布であった (図 A 群)。

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、65 歳以上、救急車搬送、施設地域・母体では北海道、公立の中央値が高かった。病態に関して粘膜下子宮筋腫の中央値が小さかった。入院時併存症、手術関連続発症についてみると、有のほうの中央値が高かった。手術に関しては、手術侵襲が大きくなるほど高かった。人工呼吸以外の処置施行例で、その中央値が高かった。

一方 dDPC についてみると、因子全般では差はなかった (図 B 群)。

LOS,cALL,cDPC を目的変数とした重回帰分析では、決定係数は各々 0.235(施設因子投入 0.296),0.239(0.272),0.218(0.266)であった。dDPC では決定係数は 0.080(0.091)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) では開腹下子宮全摘出術(標準化係数 0.291)、腹式子宮筋腫核出術 (0.206) であった。

cALL では開腹下子宮全摘出術(標準化係数 0.463)、腹式子宮筋腫核出術 (0.371) であった。cDPC では開腹下子宮全摘出術(標準化係数 0.234)、腹式子宮筋腫核出術 (0.165) であった。dDPC では自己免疫疾患(標準化係数 0.043)、逆に血管塞栓術以外の手術では標準化係数がすべてマイナスであった (表 C 群)。死亡退院のリスク因子では、退院時死亡症例が少なかったので行っていない。

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。

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する、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『120060』の診断群分類において、手術は他の因子に比較し、比較的大きく支払いに影響し、処置は影響ないようである。手術が妥当に分類されていれば、大きな問題はないようである。

E.結論

DPC 分類の精緻化の試みを、MDC12『子宮の良性腫瘍 (DPC6 桁分類 120060)』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いようだが、どの医療費関連指標においても、手術以外で相対的に大きな影響を持つ因子はないようである。現行の診断群分類は妥当と思われる。

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 部位病理を以下のように整理した。

粘膜下子宮筋腫群はD250、壁内子宮筋腫群はD251、漿膜下子宮筋腫群はD252、不明他はD259,.D260-1,D267,D269,D390とした。

- vi 手術を以下のように整理した。

血管塞栓術はK6121、子宮鏡下粘膜下有茎筋腫摘出はK872-3、子宮鏡下子宮筋腫摘出をK873、腹腔鏡下子宮筋腫摘出はK872-2、子宮頸部・膣上部切断術をK867,K876、膣式子宮筋腫核出術はK8722、腹式子宮筋腫核出術はK8721、腹腔鏡下子宮全摘出術はK877-2、開腹下子宮全摘出術はK877,K879とした。手術がない場合や、前述以外の手術は『手術なし他群』として集約した。

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

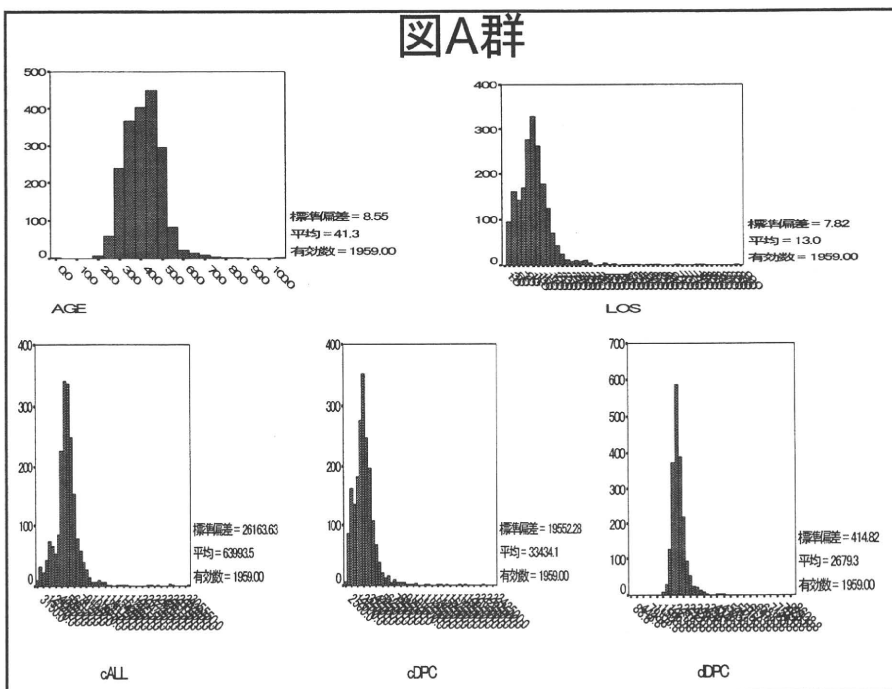
xix N40

xx I260,I269,I80\$

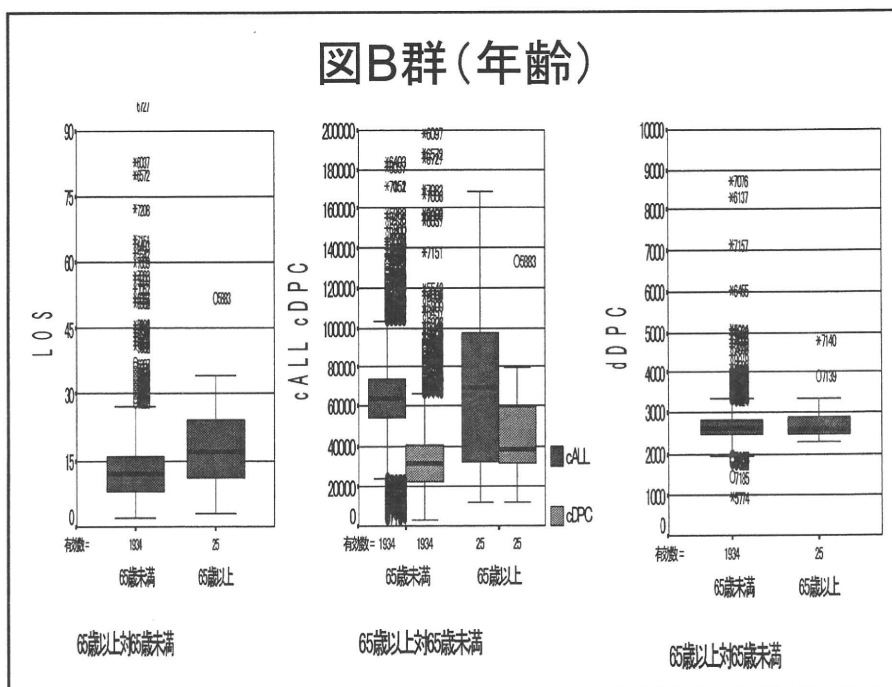
xxi T81\$, T833-4,T836-9を手術関連続発症とした。創感染、出血、膿瘍形成、性器挿入人工物合併症などが該当する。

xxii 対照は年齢では65歳未満群、地域では関東、私立とした。部位、手術などでは『子宮筋腫部位不明群』、『手術なし他群』を対照とした。入院時併存症で、糖尿病、自己免疫疾患以外を合体した(dcincat)。他因子は無群を対照とした。ただし説明因子が10症例以下の場合は、因子投入しなかった。

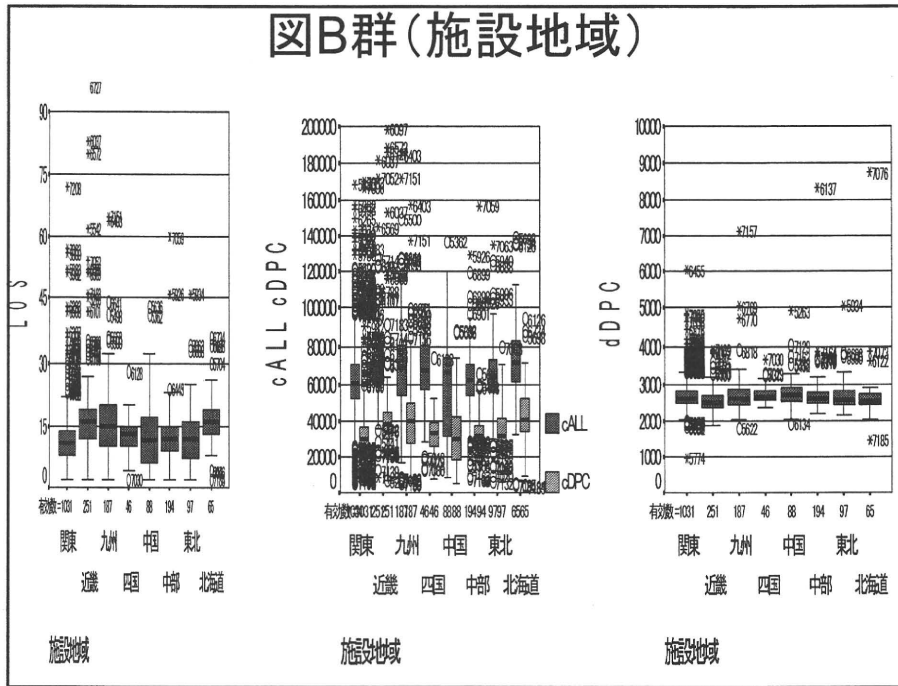
図A群



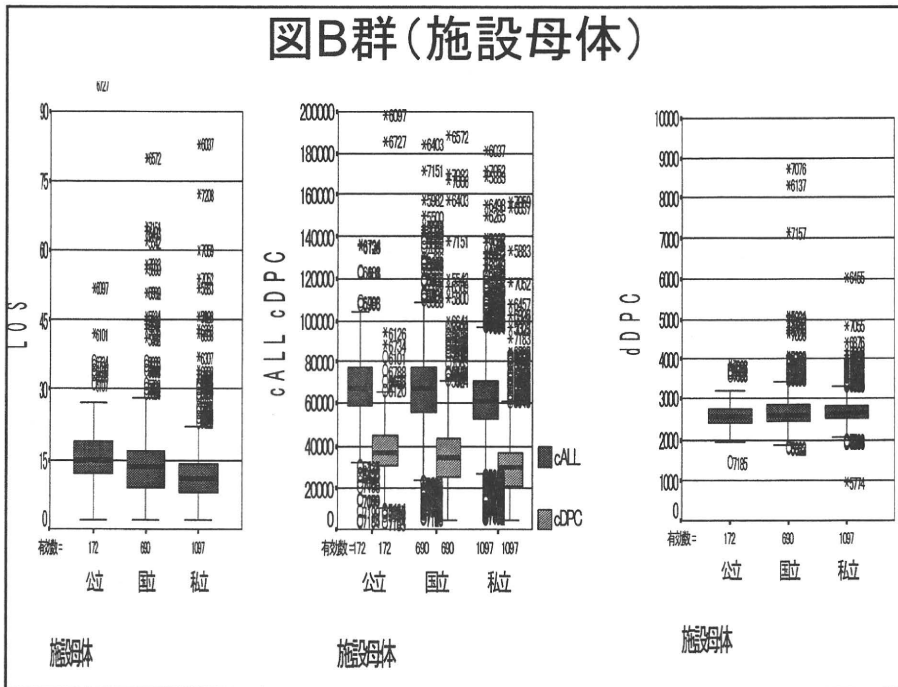
図B群(年齢)



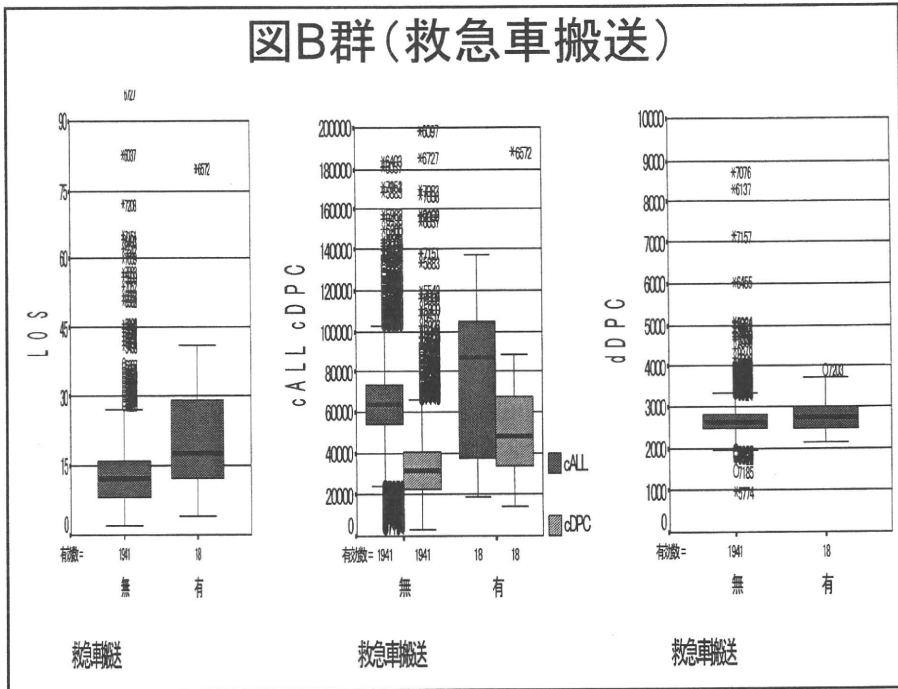
図B群(施設地域)



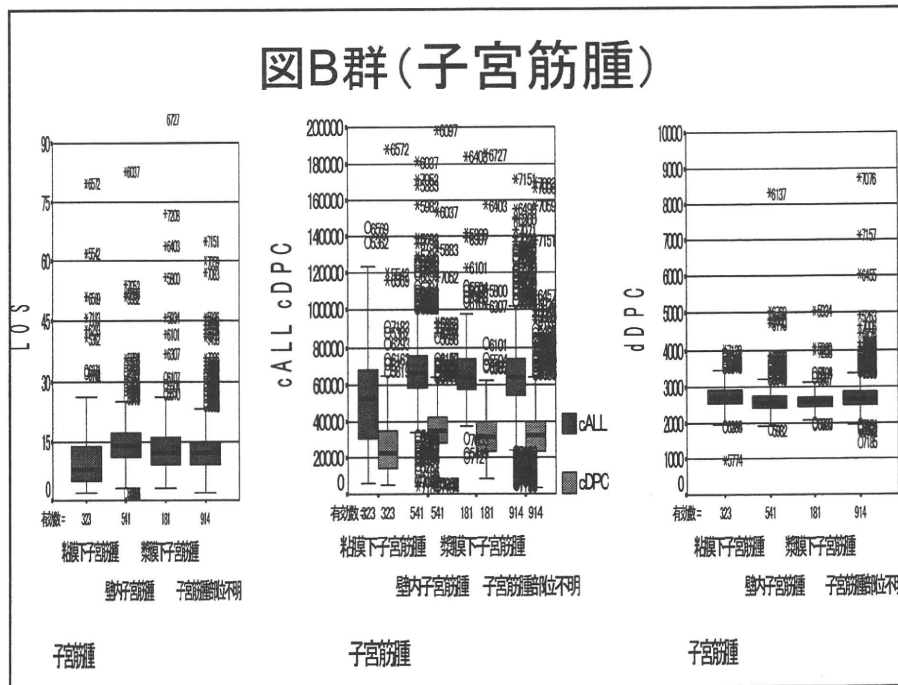
図B群(施設母体)



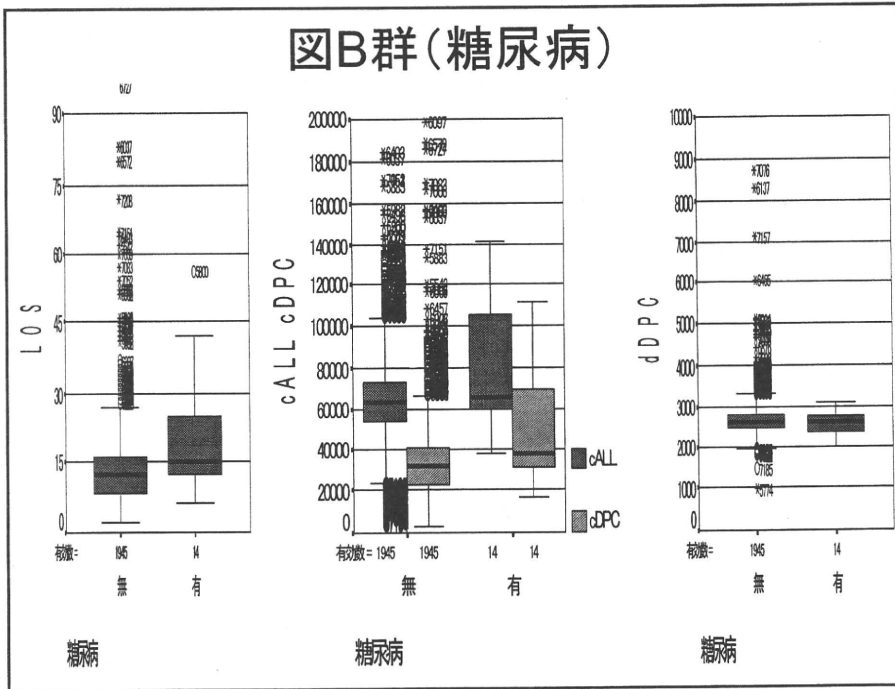
図B群(救急車搬送)



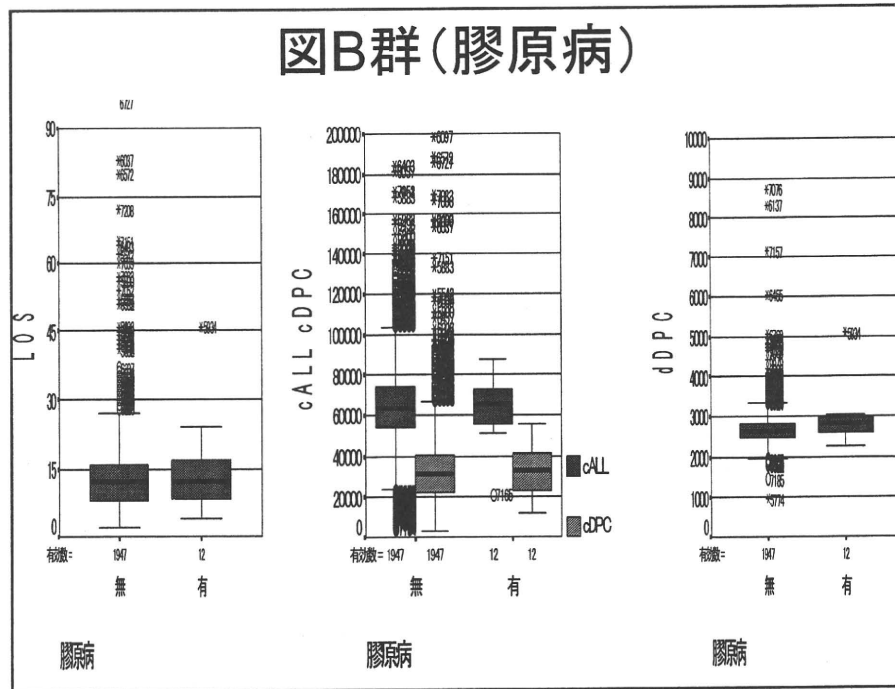
図B群(子宮筋腫)



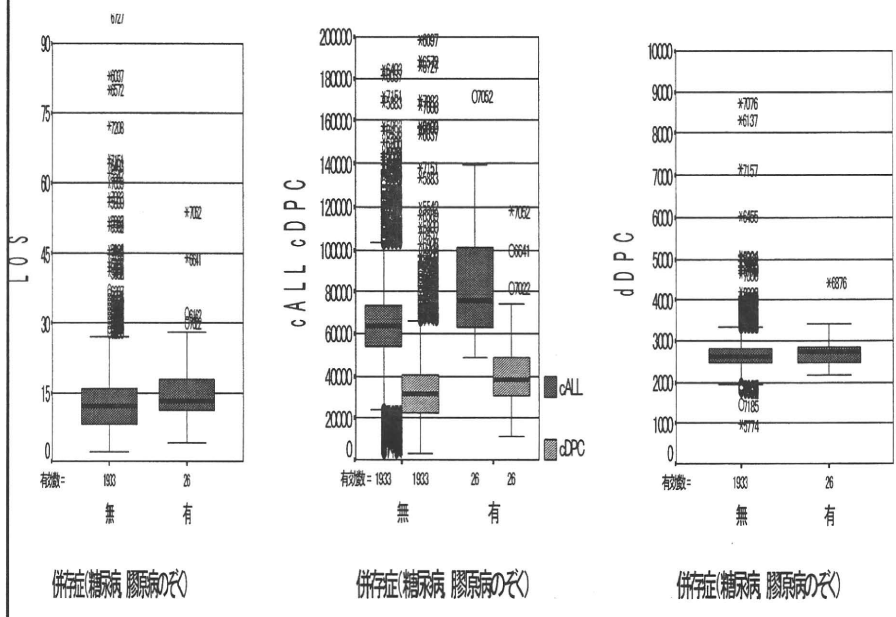
図B群(糖尿病)



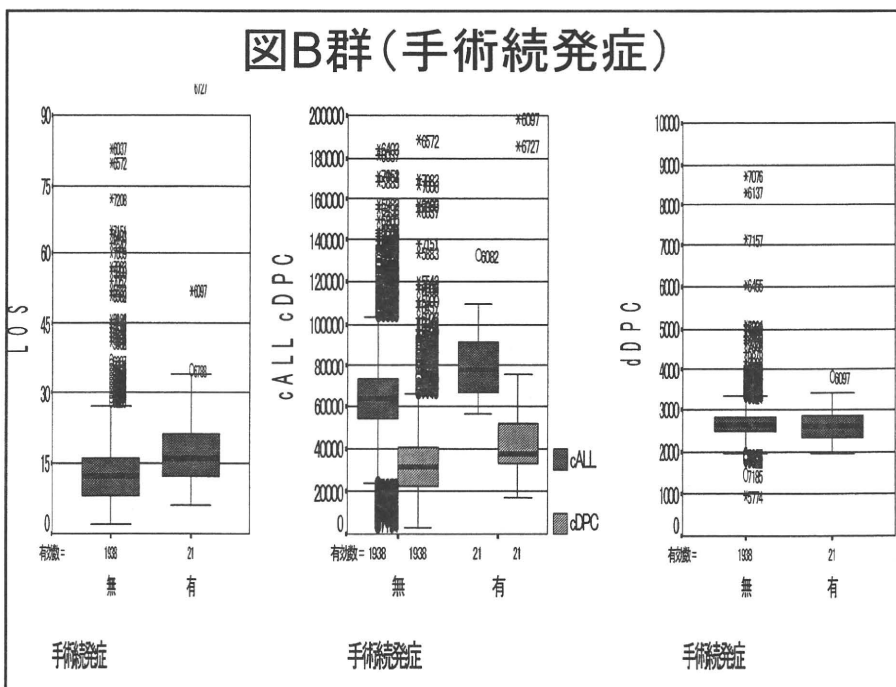
図B群(膠原病)



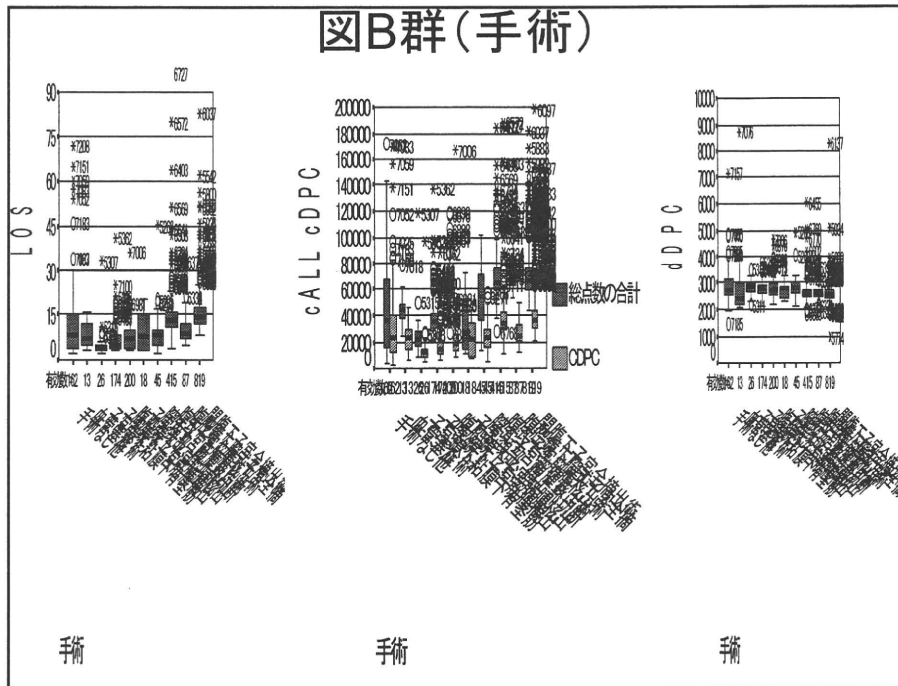
図B群(併存症(糖尿病, 膠原病のぞく))



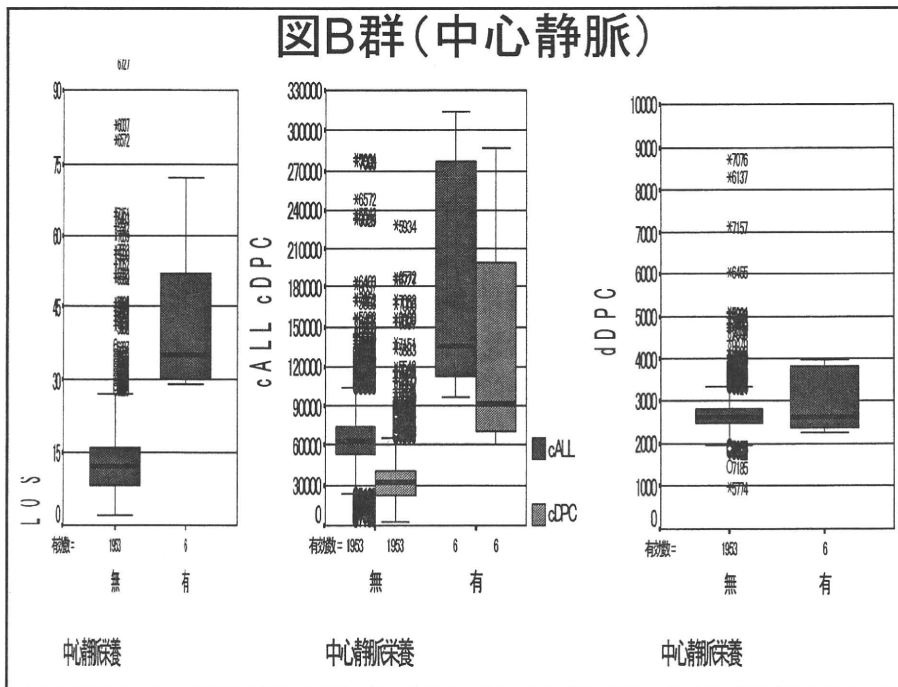
図B群(手術続発症)



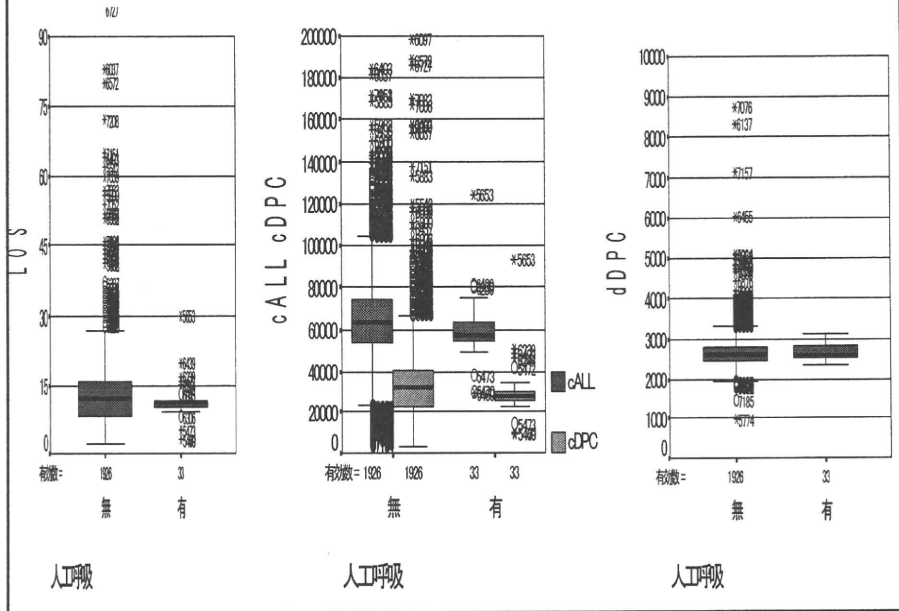
図B群(手術)



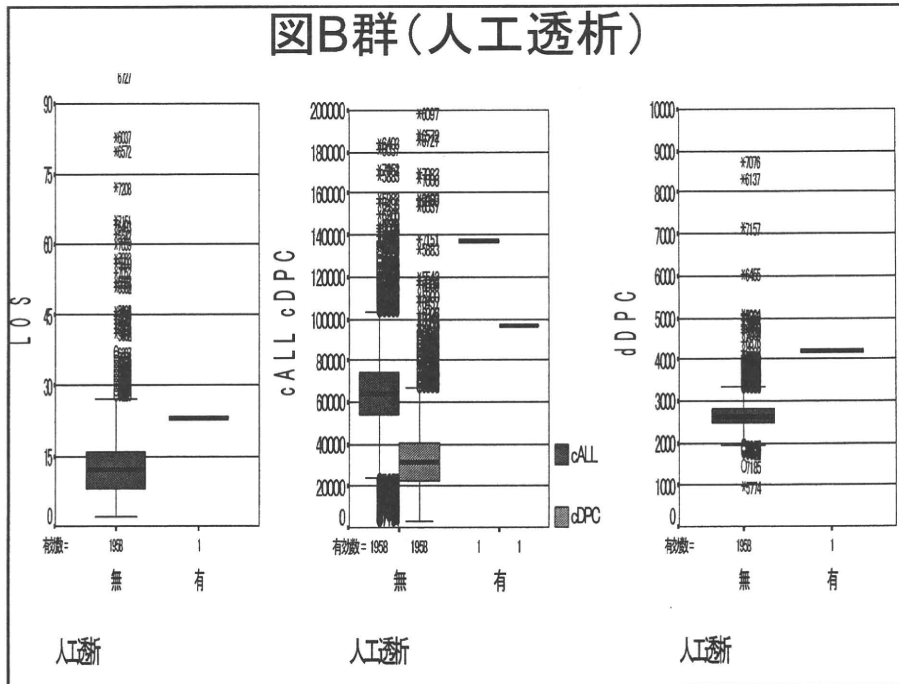
図B群(中心静脈)



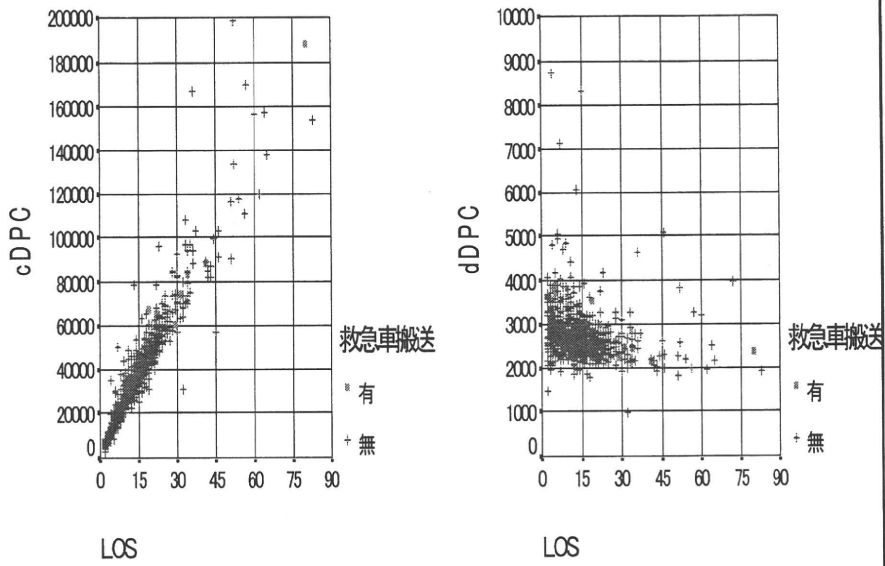
図B群(人工呼吸)



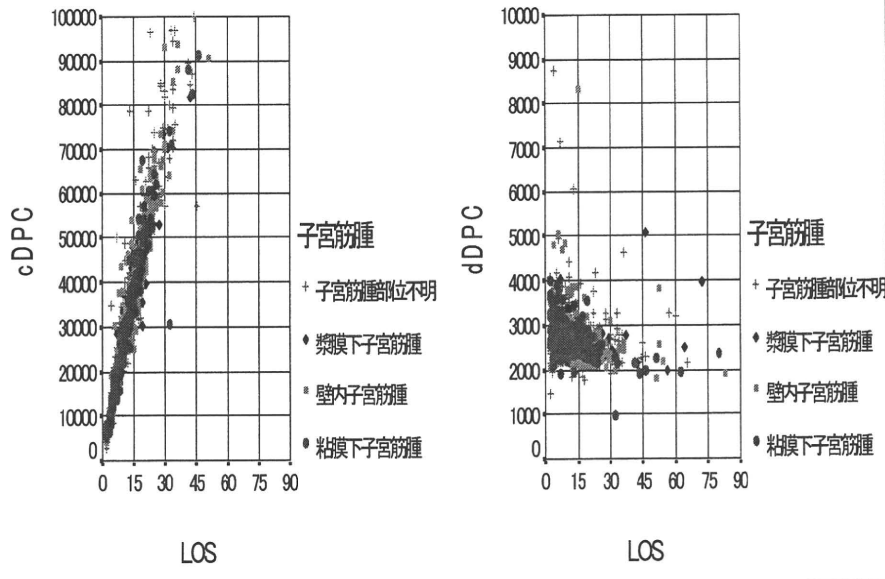
図B群(人工透析)



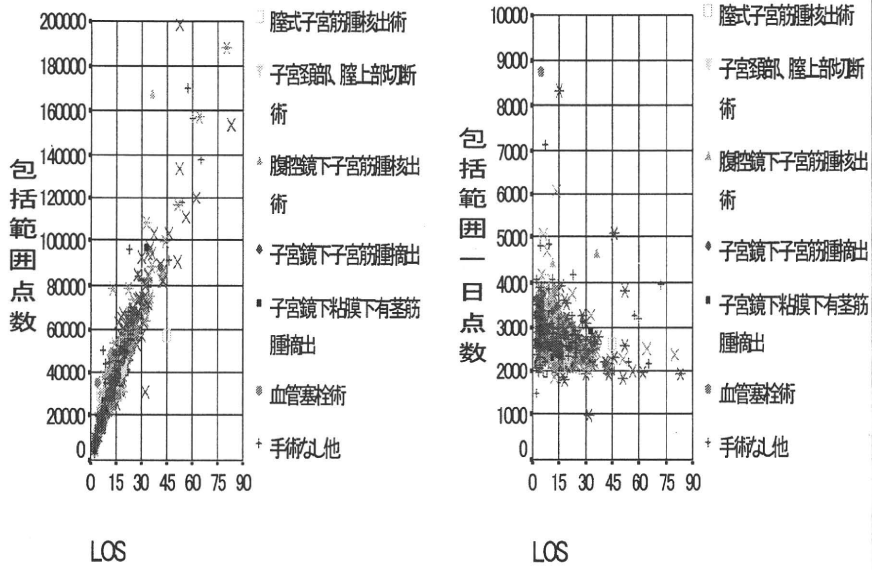
図B群(救急車搬送)



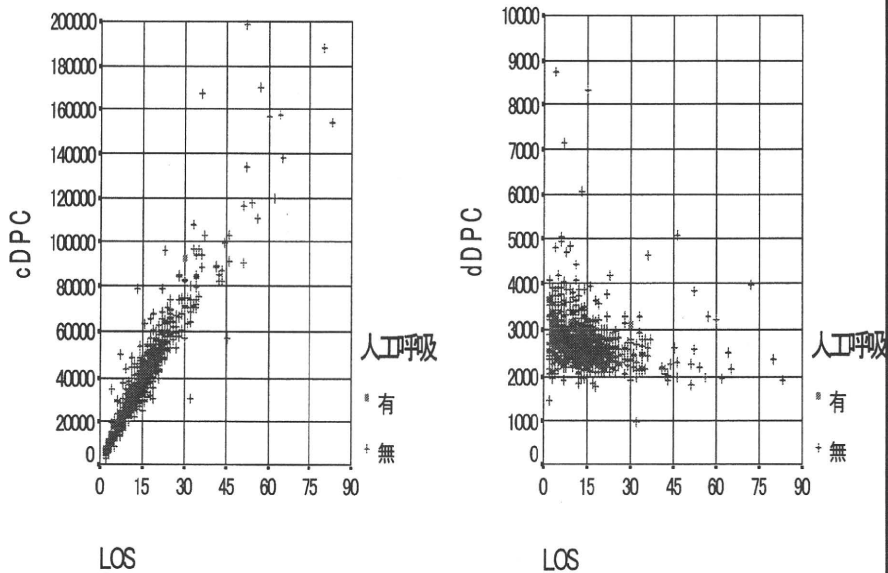
図B群(子宮筋腫)



図B群(手術)



図B群(人工呼吸)



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『卵巣の良性腫瘍（DPC6 桁分類 120070）』

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 120070『卵巣の良性腫瘍』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おいて、手術因子が影響をもつことが判明した。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。診断群分類は妥当といえよう。

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『卵巣の良性腫瘍（DPC6 桁コード：120070）』の1441件〔内入院後24時間以内死亡24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：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は卵巣の良性腫瘍に関して、臨床的に妥当な明示はないので、分析していない。

⑥手術手技^v：

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。腹腔鏡下子宮内膜病巣除去、子宮筋腫核出術、卵巣のう腫ドレナージ、腹腔鏡下卵巣部分切除、開腹下卵巣部分切除、腹腔鏡下卵巣切除、腹腔鏡下卵巣切除+追加手術（腹腔鏡下子宮内膜病巣除去、子宮筋腫核出術など）、開腹下卵巣摘出、子宮全摘出術に関して分析した。重回帰分析では、

benign1：腹腔鏡下子宮内膜病巣除去

benign2：子宮筋腫核出術

benign3：卵巣のう腫ドレナージ

benign4：腹腔鏡下卵巣部分切除

benign5：開腹下卵巣部分切除

benign6：腹腔鏡下卵巣切除

benign7：腹腔鏡下卵巣切除+追加手術

benign8：開腹下卵巣摘出

benign9：子宮全摘出術

とし、手術なし他を対照とした。

⑦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。

⑧入院時併存症、入院後併発症（以下 CC^{vi}）：

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

（合併症を有する糖尿病:dcinsdm^{viii}、有しないもの:dcinmdm^{ix}）、痴呆(dcindem)^x、慢性閉塞性肺疾患(dcincopd)^{xi}、末梢血管障害(dcinpvd)^{xii}、慢性腎不全(dcincrf)^{xiii}、心不全(dcinchf)^{xiv}、自己免疫疾患(dcinctd)^{xv}、肝障害(dcinld)（慢性肝障害:dcinmld^{xvi}、重症肝障害:dcinsld^{xvii}）、前立腺肥大(dcinbph)^{xviii}、入院後併発症として静脈血栓塞栓、肺梗塞(dccdvt)^{xix}、手術続発症(dcccomp)^{xx}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、退院時死亡割合（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、交絡因子を調整することもかねて、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^{xxi}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、退院時死亡割合

（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、死亡割合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 1312 件(91.0%)、65 歳以上 129 件 (9.0%) で、ヒストグラムでは 1 峰性分布であった（図A群）。地域は北海道 62 件 (4.3%)、東北 81 件(5.6%)、関東 654 件(45.4%)、中部 122 件(8.5%)、近畿 194 件(13.5%)、中国 71 件 (4.9%)、四国 43 件 (3.0%)、九州 214 件 (14.9%) であった。施設母体は国立 628 件 (43.6%)、公立 119 件 (8.3%)、私立 694 件 (48.2%) であった。救急車搬入は 41 件 (2.8%)、入院後 24 時間以内死亡は 24 件 (1.7%)、退院時死亡は 0 件であった。

入院時併存症では、合併症を有する糖尿病 3 件(0.2%)、合併症のない糖尿病 9 件(0.6%)、痴呆 2 件 (0.1%)、慢性閉塞性肺疾患 6 件 (0.4%)、末梢血管障害 1 件、慢性腎不全 3 件 (0.2%)、心不全 3 件 (0.2%)、自己免疫疾患 4 件(0.3%)、慢性肝障害 2 件 (0.1%)、重症肝障害 1 件、悪性新生物 4 件(0.3%)、入院後併発症の静脈血栓塞栓、肺梗塞は 1 件、手術関連続発症 10 件(0.7%)であった。手術は、腹腔鏡下子宮内膜病巣除去は 11 件(0.8%)、子宮筋腫核出術は 11 件(0.8%)、卵巣のう腫ドレナージは 26 件(1.8%)、腹腔鏡下卵巣部分切除は 46 件(3.2%)、開腹下卵巣部分切除は 16 件(1.1%)、腹腔鏡下卵巣切除は 498 件 (34.6%)、腹腔鏡下卵巣切除+追加手術（腹腔鏡下子宮内膜病巣除去、子宮筋腫核出術など）

は 18 件(1.2%)、開腹下卵巣摘出は 560 件(38.9%)、子宮全摘出術は 96 件(6.7%)、手術なし他は 159 件(11.0%)であった。施行処置は中心静脈栄養 7 件 (0.5%)、人工呼吸 23 件 (1.6%)、人工透析 0 件、リハビリは 7 件 (0.5%) であった。

年齢、目的変数である各医療費関連指標の度数分布表に関して、年齢は左右対称な分布、LOS,cDPC,dDPC は左右対称な一峰性分布であった。cALL は二峰性分布であった (図 A 群)。

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、年齢に関して 65 歳以上の中央値が高かった。施設地域・母体で中央値は関東、私立が低かった。病態に関して転移性卵巣がんの中央値が高いようである。入院時併存症、手術関連続発症についてみると、有りのほうが高かった。手術に関しては、手術侵襲が大きくなるほど高い傾向があった。人工呼吸施行例で中央値が低かった。

一方 dDPC についてみると、救急車搬送例の中央値が高かった。他の因子では差はなかった (図 B 群)。

LOS,cALL,cDPC を目的変数とした重回帰分析では、決定係数は各々0.228(施設因子投入 0.280),0.202(0.237),0.232(0.274)であった。dDPC では決定係数は 0.052(0.081)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) では開腹下卵巣摘出(標準化係数 0.327)、子宮全摘出術 (0.189) であった。

cALL では開腹下卵巣摘出(標準化係数 0.464)、子宮全摘出術(0.379)であった。

cDPC では開腹下卵巣摘出(標準化係数 0.338)、子宮全摘出術(0.208)であった。

dDPC では救急車搬送(標準化係数 0.152)、逆に開腹下卵巣摘出(-0.210)であった。(表 C 群)。死亡退院のリスク因子では、退院時死亡例がなかったので分析していない。

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