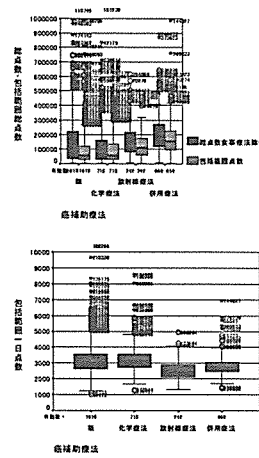
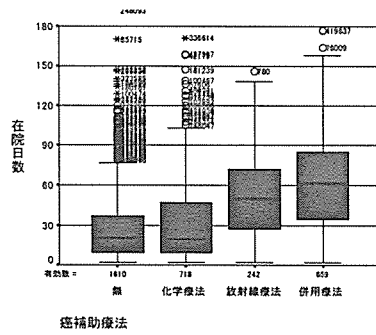
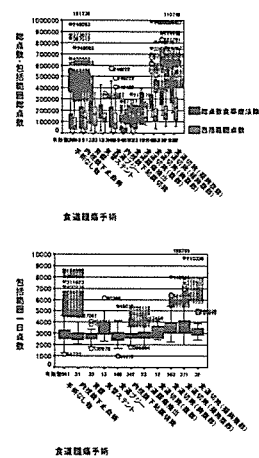
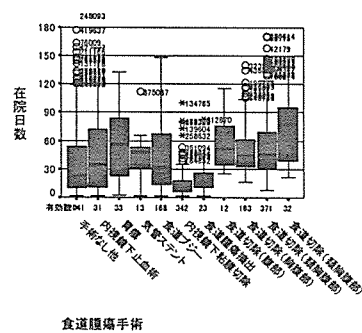


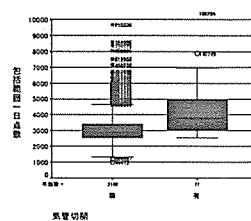
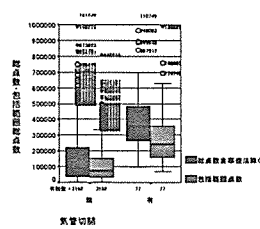
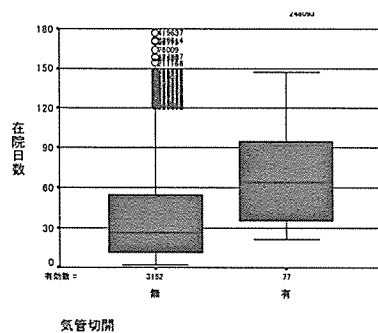
図B群(癌補助療法)



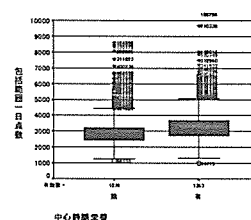
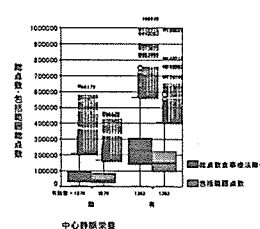
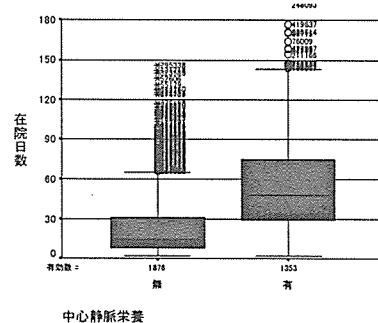
図B群(手術)



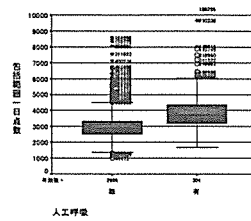
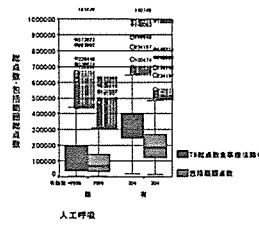
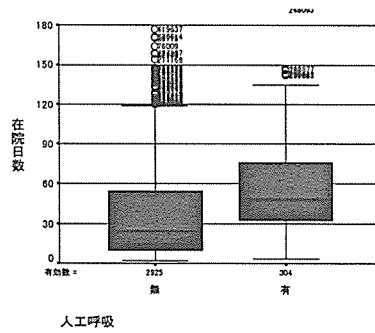
図B群(気管切開)



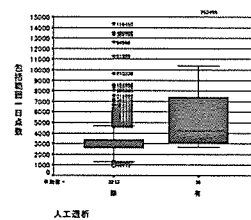
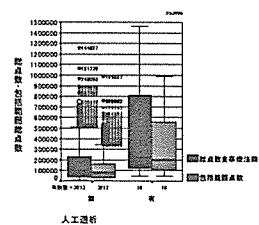
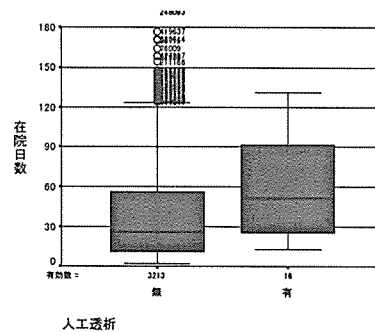
図B群(中心静脈)



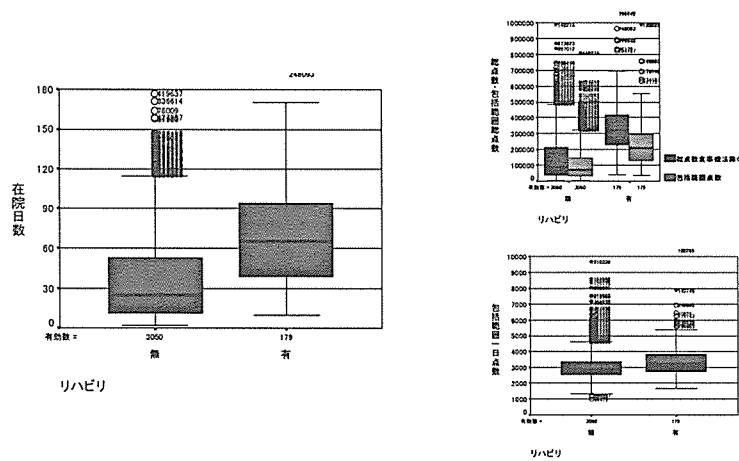
図B群(人工呼吸)



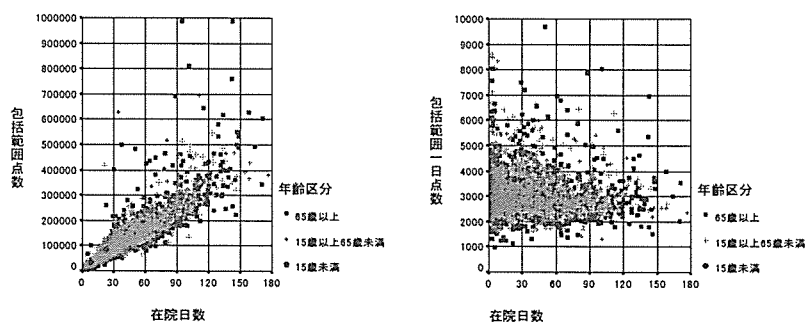
図B群(人工透析)



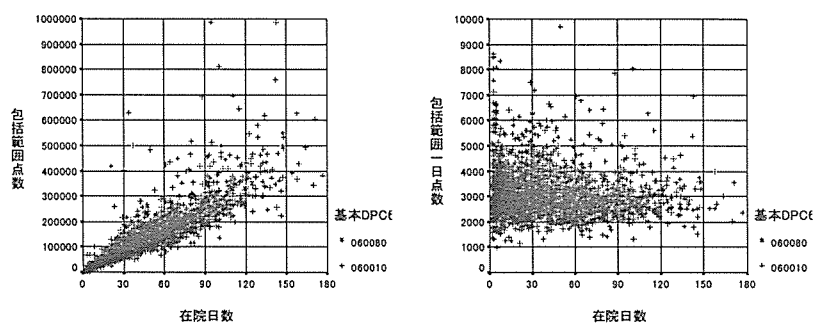
図B群(リハビリ)



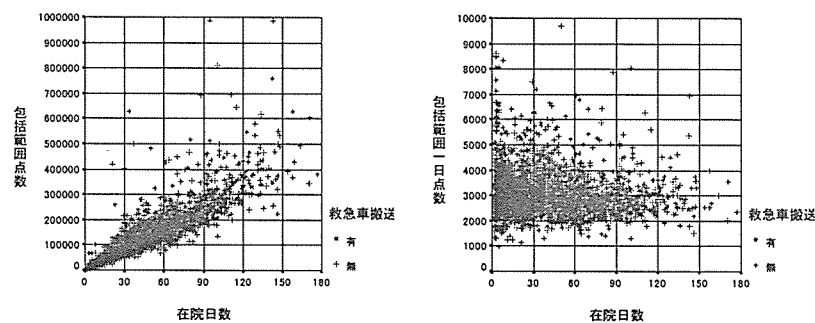
図B群(年齢)



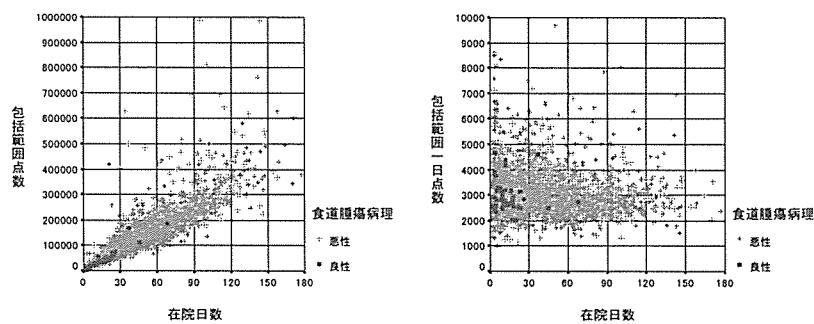
図B群(基本DPC)



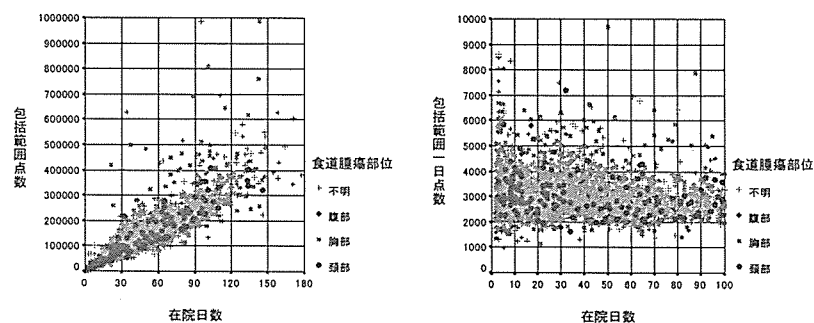
図B群(救急車搬送)



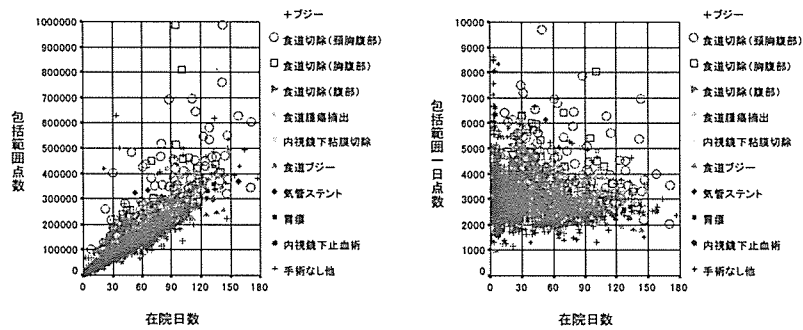
図B群(病理)



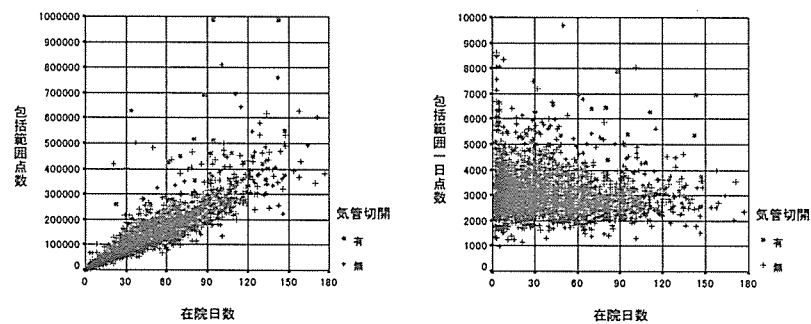
図B群(部位)



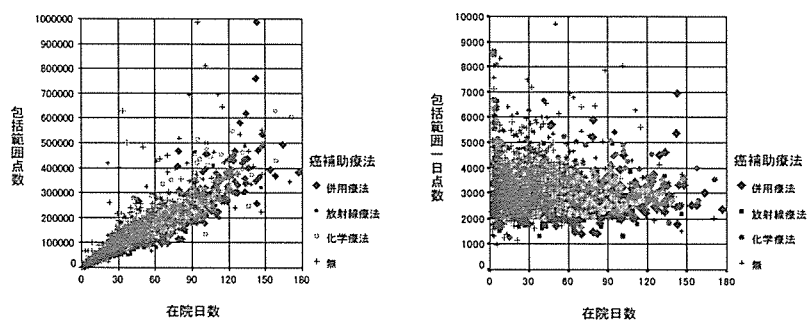
図B群(手術)



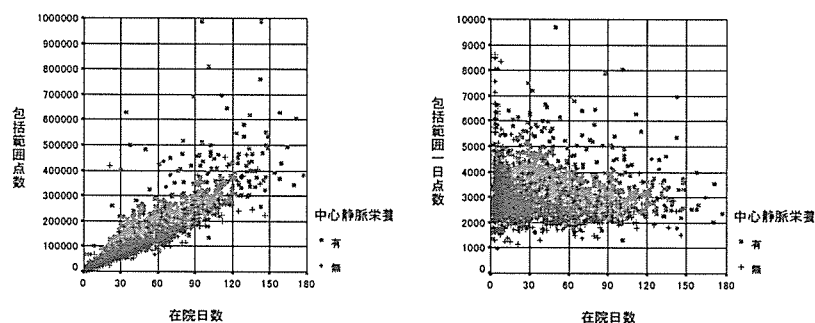
図B群(気管切開)



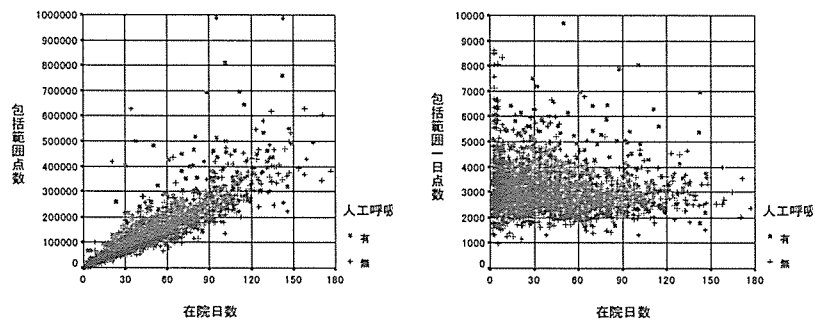
図B群(癌補助療法)



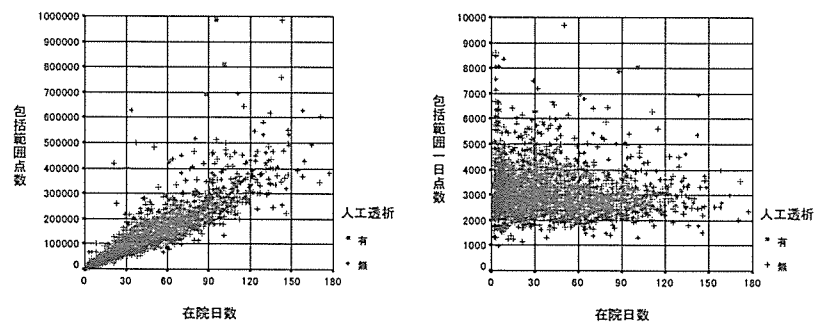
図B群(中心静脈)



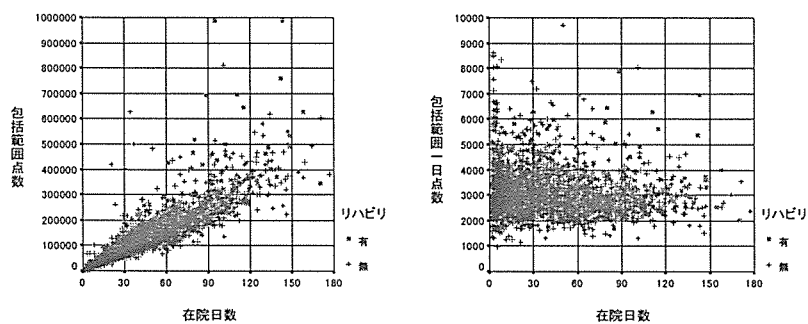
図B群(人工呼吸)



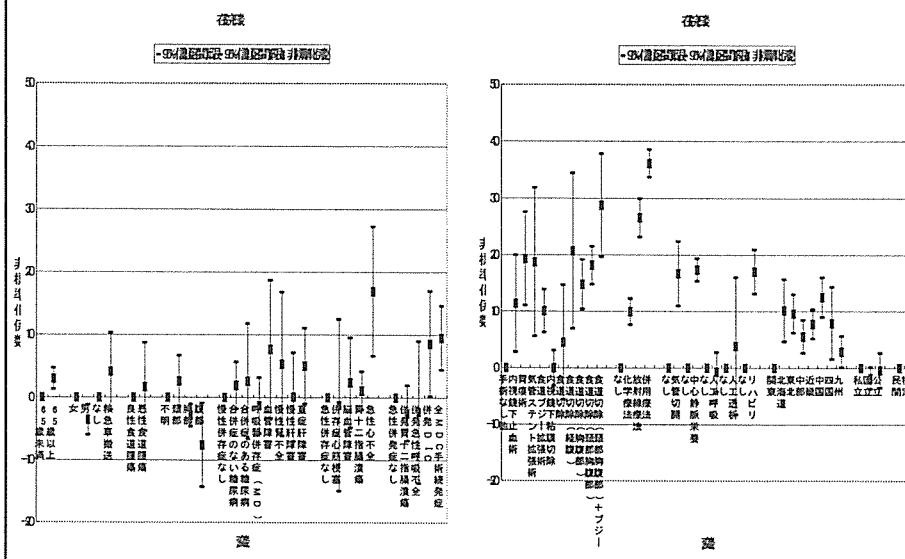
図B群(人工透析)



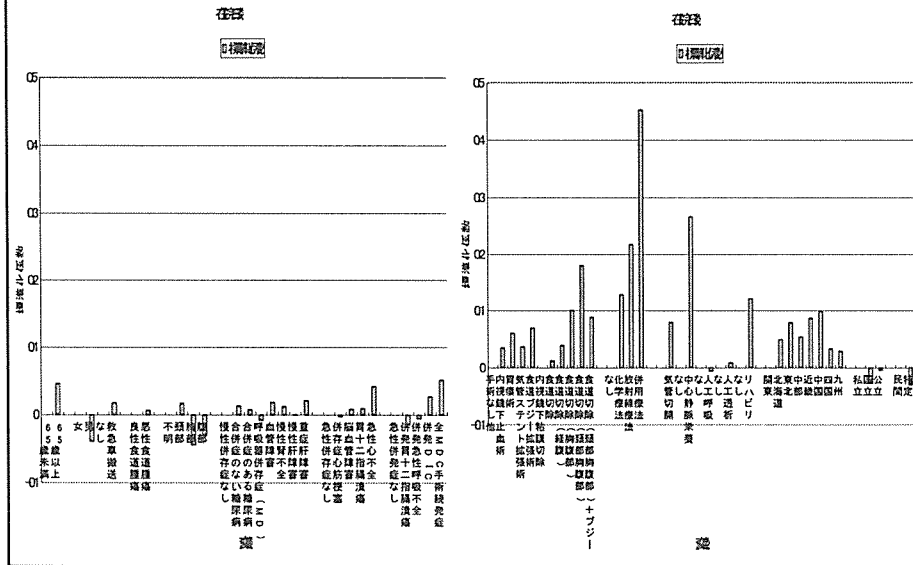
図B群(リハビリ)



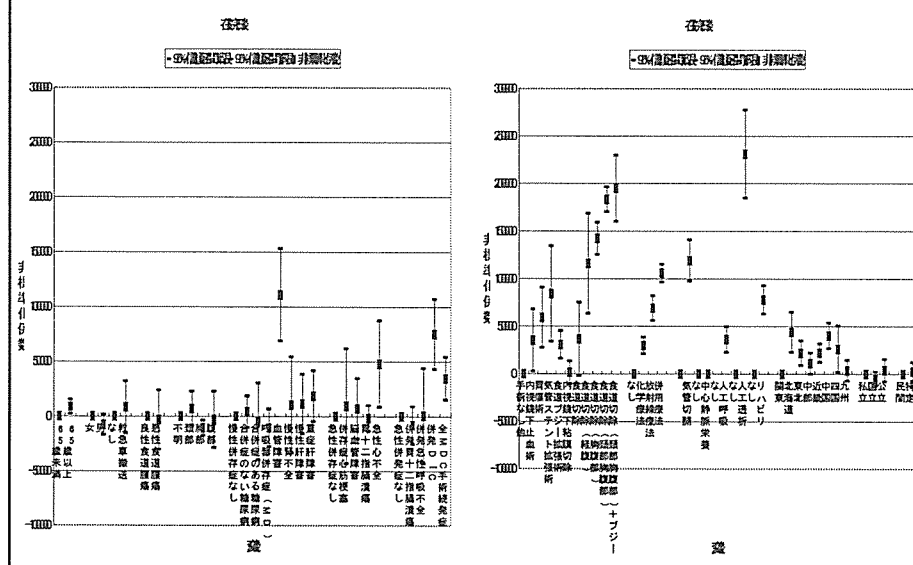
図C群(LOS分析)



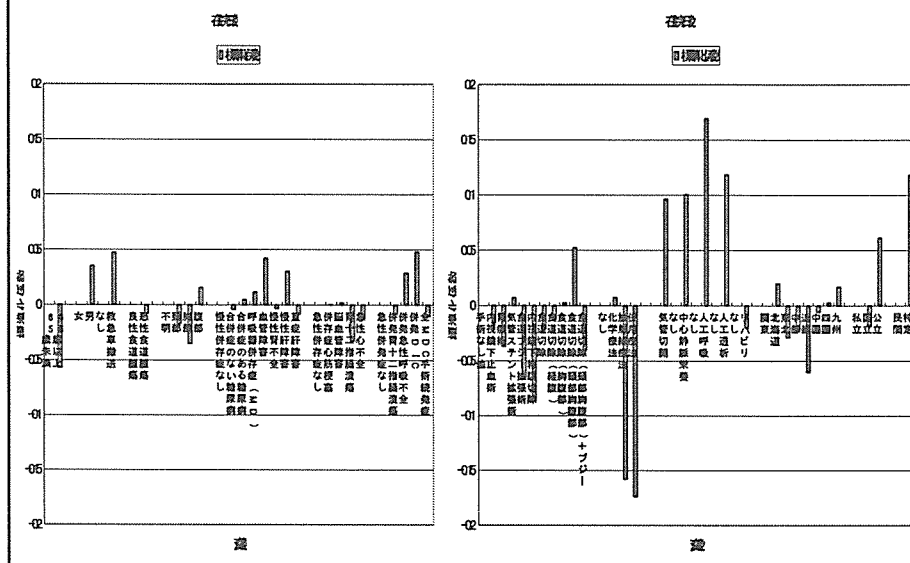
図C群(LOS分析)



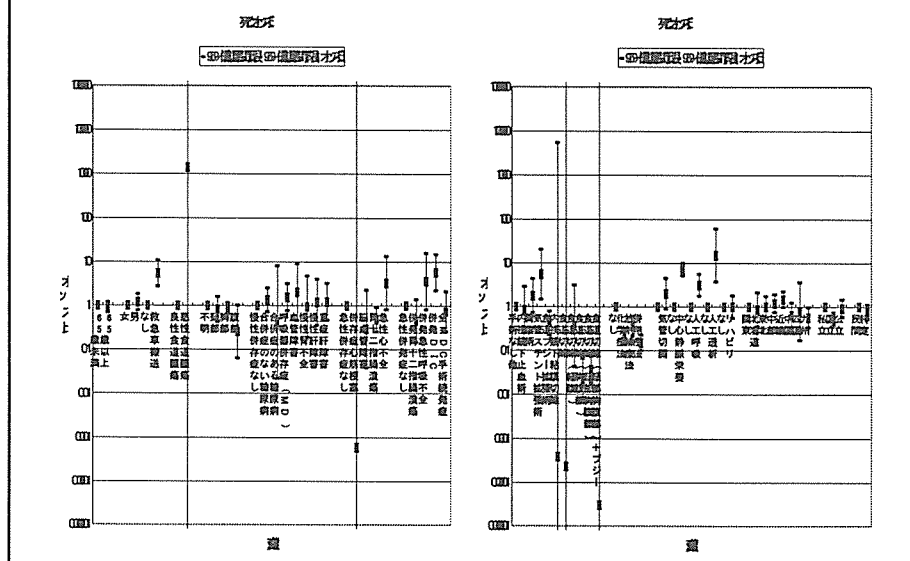
図C群(cALL分析)



図C群(dDPC分析)



図表D群(死亡リスク分析)



平成 16 年度厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に関する調査研究
研究報告書

診断群分類の精緻化（支払い分類簡素化の視点から）

MDC6

『胃の悪性腫瘍（DPC6 桁分類 060020）』『胃の良性腫瘍（DPC6 桁分類 060090）』

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 研究協力者
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

診断群分類（DPC）の問題点を継続的に分析し、より妥当な評価体制につなげていくことは急務である。臨床分類としての診断群分類を支払い分類として管理可能なものに簡素化しようとする場合、疾患群に投入される資源として何が一番大きな因子（疾患なのか、疾患に投入される治療なのか）なのかを模索することは必要である。今回、胃腫瘍疾患として DPC6 桁コード『胃の悪性腫瘍（DPC6 桁分類 060020）』『胃の良性腫瘍（DPC6 桁分類 060090）』を選択し、その分類の妥当性検証を、平成 15 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、処置（中心静脈栄養、人工呼吸・透析など）に配慮（別途独立評価）を要することが判明した。また、臨床分類としての診断群分類を保ちながら、支払い分類方法を妥当に簡素化・効率化する観点において、臨床疾患群としての胃悪性腫瘍、胃良性腫瘍という基本 DPC の相対的違いは大きくなく、これら基本 DPC の統合の妥当性に問題はないと考えられる。

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、保険医療に精通する臨床専門科集団の意見を参考にしながら、翌 16 年にも見直しが行われ、民間病院の試行的適応されながら今日に至っている。一方、厚生労働省は診断群分類の支払い評価分類としての妥当性検証と、診断群分類の簡素化に関して検討の意向も表示している。そもそも診断群分類には『臨床的分類』としての意味合いと、『支払い評価分類』としての意味を持たせることが可能であ

る。前者は臨床家にとっての日常診療行為としての評価指標にできる可能性があり、後者はたとえ前者の臨床的分類は異なっても、現在の診断群分類が包括対象とする資源投入量の観点から大きな弁別的差異がない場合、臨床分類を統合して支払い評価分類として簡素化する考えにもなるである。

更にこの統合自体が支払い分類としての弁別的妥当性を向上させる可能性を実は秘めている。具体的には、『支払い評価分類』は、分類構成が樹形図という、臨床疾患群、手術、処置、副傷病による層別分岐構造で、結果的に

分岐が進むに従って症例数が少なくなるという構造的特性を有している。資源投入量に大きな影響をもたらす層が、病名としての疾患群などの上層になく、それらに投入される治療などの下層の因子にある場合は、そこで症例数のしほりⁱで細かく配慮できない構造上の問題点を有している。

したがって疾患群（病名）が資源投入に大きな影響を与えない場合には、基本 DPCⁱⁱである最上層の疾患群をただ単に細かくしてしまうと、それらに対する資源投入量・種類は同等なのに、投入量のばらつきに大きな影響をもたらす下層の因子が細かく考慮されない場合もある。端的に言えば、大した影響もないところで分岐させることが、実態に合うのかどうかの検証ともいえる。診断群分類数としての管理可能性の観点からも、分類統合を臨床的妥当性も担保しつつ、統合することは必要と考える。

以上のように、疾患群、手術・処置などを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ばらつきをもたらすのか、学会から提案のあった臨床情報、副傷病や年齢などの重症度は分類上の配慮を必要とするのかどうか、さまざまな観点から検証されるべき事項であろう。

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）、包括範囲総点数（cDPC）ⁱⁱⁱ、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 15 年度 7 月から 10 月まで特定機能病院、民間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^{iv}や樹形図^vに反映させることで、より妥当な支払い分類としての DPC 分類につなげ

ることが大きな目的である。

研究目的：①定義テーブル上にある、疾患群や手術・処置、年齢の現状分析、②投入される資源の均質性と臨床的妥当性の観点から診断群分類を幾つかの基本 DPC で統合させ、医療費関連指標（LOS,cALL,cDPC,dDPC）を目的変数とし、支払い評価として留意すべき説明因子を探る。その過程で、基本 DPC で統合された支払い分類や学会から提言のあった臨床情報の妥当性を検証すること、③更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影響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 15 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『胃の悪性腫瘍（DPC6 桁分類 060020）』、『胃の良性腫瘍（DPC6 桁分類 060090）』の入院後 24 時間以内死亡症例を除外した 8710 件〔内退院時死亡患者 632 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、東北、関東、中部、近畿、中国、四国、九州

④施設母体：国立、公立^{vi}、私立

⑤施設機能：特定機能病院^{vii}、民間病院

⑥救急車搬送の有無(ambulcat)

臨床情報

⑦疾患群^{viii}：ICD10 は腫瘍部位・病理を明示しているの、ここではICD がもつ臨床情報で以下のように整理した。

部位(tumloc)

噴門胃底部(gastloc1)、胃体部(gastloc 2)、
幽門前庭部(gastloc 3)、多部位境界部
(gastloc4)、部位明示なし群(gastloc 5)

病理(tumpath)

悪性、良性 とした。

⑧手術手技^{ix}：

手術手技はデータセット様式1の収集で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た。

中心静脈ポート挿入 (gastop1)、ブジー術
(gastop 2)、姑息手術(gastop 3)、内視鏡下粘
膜切除(gastop 4)、胃部分切除(gastop 5)、胃
全摘(gastop 6)、胃部分切除+胆摘(gastop 7)、
胃全摘+胆摘 (gastop 8)、胃部分切除+脾摘
(gastop 9)、胃全摘+脾摘(gastop10)、胃部分
切除+肝合切(gastop 11)、胃全摘+肝合切
(gastop 12)、胃切除+膵臓合切(gastop13)と
した。

⑨処置

癌補助療法(adjuvant)

化学療法(adju1)

放射線療法(adju10)

化学・放射線併用療法(adju11)

気管切開(tracheo)^x

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。

⑩入院時併存症、入院後併発症（以下CC^{xi}）：
慢性併存症、急性併存症、急性併発症を
Manitoba-Dartmouth&Charlson
Comorbidity Index の（以下MD指標）^{xii}を
活用し、以下のように整理した。

■ 入院時慢性併存症

糖尿病(dcindm)（合併症を有する糖尿
病:dcinsdm^{xiii}、有しないもの:dcinmdm^{xiv}）、
痴呆(dcindem)^{xv}、対麻痺(dcinprp)^{xvi}、慢性肺
疾患(dcinpd)^{xvii}、末梢血管障害(dcinpvd)^{xviii}、
腎臓疾患(dcinrd)^{xix}、慢性腎不全(dcincrf)^{xx}、
自己免疫疾患(dcinctd)^{xxi}、肝障害(dcindl)（慢
性肝障害:dcinmld^{xxii}、重症肝障害:dcinsld^{xxiii}）、
悪性新生物(dcinmal)^{xxiv}

■ 入院時急性併存症

急性心筋梗塞(dcinami)^{xxv}、脳血管障害
(dcincva)^{xxvi}、胃十二指腸潰瘍(dcinpu)^{xxvii}、
感染症(dcininf)^{xxviii}、急性腎不全(dcinarf)^{xxix}、
急性呼吸不全(dcinapf)^{xxx}、心不全(dcinahf)^{xxxi}、
急性肝不全(dcinalf)^{xxxii}、DIC(dcindic)^{xxxiii}

■ 入院後急性併発症

急性心筋梗塞(dccami)、脳血管障害
(dcccva)、胃十二指腸潰瘍(dccpu)、感染症
(dccinf)、急性腎不全(dccarf)、急性呼吸不全
(dcccaph)、心不全(dccahf)、急性肝不全(dccalf)、
DIC(dccdic)、静脈血栓塞栓、肺梗塞
(dcccvt)^{xxxiv}、手術関連続発症(dcccomp)^{xxxv}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）から該当ICD10コ
ードを収集し、有無を検索した。

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, 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が大きくかつ統計的に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^{xxxvi}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文末脚注で示す。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 3454 件(39.7%)、65 歳以上 5256 件 (60.3%) で、ヒストグラムでは対称な 1 峰性分布であった（図A群）。男性 5992 件(68.8%)、女性 2718 件 (31.2%)、地域は北海道 323 件(3.7%)、東北 552 件(6.3%)、関東 3559 件(40.9%)、中部 1176 件(13.5%)、近畿 1299 件(14.9%)、中国 726 件 (8.3%)、四国 142 件 (1.6%)、九州 933 件 (10.7%) であった。施設母体は国立 3308 件 (38.0%)、公立 1407 件 (16.2%)、私立 3995 件 (45.9%)、特定機能 5924 件(68.0%)、民間 2786 件 (32.0%) であった。救急車搬入は 222 件 (2.5%)、退院時死亡は 632 件 (7.3%) であ

った。部位の内訳は、噴門胃底部 506 件(5.8%)、胃体部 1621 件(18.6%)、幽門前庭部 1198 件 (13.8%)、多部位境界部 355 件(4.1%)、部位明示なし群 5030 件(57.7%)で、病理は悪性 7913 件(90.8%)、良性 797 件(9.2%)であった。

入院時併存症では、合併症を有する糖尿病 106 件(1.2%)、合併症のない糖尿病 556 件 (6.4%)、痴呆 28 件 (0.3%)、肺疾患 214 件 (2.5%)、対麻痺 6 件(0.1%)、末梢血管障害 74 件 (0.8%)、腎臓疾患 18 件(0.2%)、慢性腎不全 92 件 (1.1%)、自己免疫疾患 16 件 (0.2%)、慢性肝障害 96 件 (1.1%)、重症肝障害 103 件 (1.2%) であった。

急性併存症では、急性心筋梗塞 104 件 (1.2%)、脳血管障害 145 件(1.7%)、胃十二指腸潰瘍 870 件(10.0%)、感染症 0 件(0.0%)、急性腎不全 9 件(0.1%)、急性呼吸不全 3 件 (0.0%)、心不全 88 件(1.0%)、急性肝不全 15 件(0.2%)、DIC16 件(0.2%)であった。

入院後急性併発症では、急性心筋梗塞 5 件 (0.1%)、脳血管障害 21 件(0.2%)、胃十二指腸潰瘍 468 件(5.4%)、感染症 0 件(0.0%)、急性腎不全9件(0.1%)、急性呼吸不全 10 件(0.1%)、心不全 17 件(0.2%)、急性肝不全 12 件(0.1%)、DIC35 件(0.4%)、静脈血栓塞栓、肺梗塞 7 件 (0.1%)、手術関連続発症 316 件 (3.6%) であった。

手術は、中心静脈ポート挿入 46 件(0.5%)、ブジー術 47 件(0.5%)、姑息手術 283 件(3.2%)、内視鏡下粘膜切除 1682(件 19.3%)、胃部分切除 2026 件(23.3%)、胃全摘 678 件(7.8%)、胃部分切除+胆摘 281 件(3.2%)、胃全摘+胆摘 137 件(1.6%)、胃部分切除+脾摘 19 件(0.2%)、胃全摘+脾摘 197 件(2.3%)、胃部分切除+肝合切 41 件(0.5%)、胃全摘+肝合切 44 件 (0.5%)、胃切除+脾臓合切 30 件(0.3%)であっ

た。気管切開 19 件 (0.2%) であった。

施行処置は化学療法 2001 件(23.0%)、放射線療法 33 件(0.4%)、併用療法 46 件(0.5%)であった。中心静脈栄養 2297 件 (26.4%)、人工呼吸 137 件(1.6%)、人工透析 63 件(0.7%)、リハビリは 272 件 (3.1%) 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ごとの箱ひげ図を見ると、年齢性別、救急車搬送に関しては差はなかった。退院時死亡症例でより多かった。診断群分類別では良性腫瘍疾患で少なく、部位で差はなかった。施設地域で関東がより少なかった。病態では、部位に関して大きな差はない。入院時慢性併存症では差はなかったが、急性併発症では DIC や手術続発症で大きかった。

手術に関しては、その手術侵襲の順に、中央値が大きかった。癌補助療法は化学、放射線、併用療法の順に中央値が高く、また中心静脈、各処置施行群も高かった。

一方 dDPC については、副傷病では DIC 以外では差は見られなかった。手術・処置では気管切開、人工呼吸、透析の中央値が大きかった。(図 B 群)。

各目的変数の分布は、LOS,cALL,cDPC では右に裾をひく分布、dDPC は対称的な一峰性分布であった (図 B 群)。

LOS,cALL,cDPC の重回帰分析では、決定係数は各々 0.333(施設因子投入後 0.343),0.590(0.594),0.383(0.392) であった (表 C 群)。dDPC では決定係数は 0.154 (0.190)であった (表 C 群)。

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) では中心静脈栄養 (標準化係数 0.291)、化学

療法 (標準化係数 0.162) であった。cALL では胃部分切除 (標準化係数 0.370)、胃全摘 (標準化係数 0.330)、中心静脈栄養 (標準化係数 0.259)、cDPC も中心静脈栄養 (標準化係数 0.313)、化学療法 (標準化係数 0.160)、併用療法 (標準化係数 0.118)、dDPC では人工透析 (標準化係数 0.139)、人工呼吸 (標準化係数 0.109) であった (図 C 群)。副傷病に関しては、大きな影響をもつ疾患はなかった。

死亡退院のリスク因子分析では上述モデルでは、急性肝不全 15.09 [95%信頼区間: 3.74-60.87]、急性呼吸不全 7.14 [95%信頼区間: 5.17-9.87] で、母体、地域、機能差では特定 0.558 [95%信頼区間: 0.442-0.704] であった(Hosmer-Lemeshow 適合度検定、有意確率:0.209)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、支払い分類として継続的に精緻化または簡素化していく作業は必要と思われる。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『胃の悪性腫瘍 (DPC6 桁分類 060020)』、『胃の良性腫瘍 (DPC6 桁分類 060090)』の診断群分類において、中心静脈栄養、人工呼吸・透析は他の因子に比較し、大きく支払いに影響している。つまり包括範囲に該当する処置において、出来高評価となった診療行為 (ここでは放射線療法、リハビリ) と等しく同じに扱うべきでなく、また前

記3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昨年度に引き続き提起している。

また今回、基本 DPC を病理と胃部位の観点で統合し、臨床疾患群での差異を比較検討したが、臨床病名疾患群での差異は他の治療関連因子に比較し、若干小さかった。前述したとおり、手術はともかく処置を細かく配慮するためには樹形図の構造的特性上、上層で数の集積（つまり基本 DPC の統合）が必須であり、今回の分析対象での統合に問題はないと考えられる。

E. 結論

DPC 分類の精緻化の試みを、MDC6『胃の悪性腫瘍（DPC6 桁分類 060020）』、『胃の良性腫瘍（DPC6 桁分類 060090）』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。またいずれの医療費関連指標においても、処置（中心静脈栄養、人工呼吸・透析など）が相対的に大きな影響を持っていた。支払い分類方法を妥当に簡素化する観点において、臨床疾患分類としての基本 DPC そのものの違いに大きなものはなく、これら基本 DPC の統合の妥当性に問題はないと考えられる。

F. 研究発表

平成 17 年 1 月現在未発表

G. 知的所有権の取得状況

該当せず

-
- i 支払い分類としては、症例数 20 例以上、目的とする変数の変動係数が 1 未満という規則で、支払い分類が作成される。
 - ii DPC は 14 桁コードから構成されている。その左の 6 桁は臓器と病理・病勢の組み合わせを意味する。基本 DPC ともいう
 - iii 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。それ以外の入院加算料、特定入院基本料、画像および画像診断合計、検査合計、処置合計、内服、頓服、外用、麻毒、注射、皮下筋肉内注射、注射その他合計などは包括範囲支払い評価とし、包括範囲総点数とした
 - iv 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
 - v 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
 - vi 自治体立の特定機能病院、民間病院以外に、社会保険病院、日赤、労災病院、済生会病院。
 - vii 大学付属病院と国立がんセンター、循環器センター。
 - viii 腫瘍部位では、噴門胃底部 C160-1、胃体部 C162、幽門前庭部 C163-1、多部位境界部 C165-8、部位明示なし群 C169.D002.D131-2.D371 とした。