

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

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、男性外性器障害関連疾患として MDC11『陰茎・包皮の疾患（DPC6 桁分類 110230）』『陰嚢内疾患（悪性、炎症性疾患を除く）（DPC6 桁分類 110240）』『男性生殖器の障害（DPC6 桁分類 110250）』の入院後 24 時間以内死亡症例を除外した 1010 件〔内退院時死亡患者 2 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 歳以上の 2 カ

テゴリー

②性別：今回の分析対象疾患は男性のものであり、考慮していない。

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整理した。

精索静脈瘤、精索陰嚢水腫、精巣捻転、男性不妊、包茎、陰茎疾患、精索障害とした。

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。

包茎手術、陰嚢水腫手術、ソケイヘルニア手術、精巣捻転手術、睾丸摘出、精索静脈瘤手術とした。

⑨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。

⑩入院時併存症、入院後併発症（以下 CC^x）：慢性併存症、急性併存症、急性併発症を Manitoba-Darthmouth&Charlson Comorbidity Index の（以下 MD 指標）^{xi}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^{xii}、有しないもの:dcinmdm^{xiii}）、痴呆(dcindem)^{xiv}、対麻痺(dcinprp)^{xv}、慢性肺疾患(dcinpd)^{xvi}、末梢血管障害(dcinpvd)^{xvii}、腎臓疾患(dcinrd)^{xviii}、慢性腎不全(dcinrcf)^{xix}、自己免疫疾患(dcinctd)^{xx}、肝障害(dcinld)（慢性肝障害:dcinmld^{xxi}、重症肝障害:dcinsld^{xxii}）、悪性新生物(dcinmal)^{xxiii}

■ 入院時急性併存症

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

■ 入院後急性併発症

急性心筋梗塞(dccami)、脳血管障害(dccvva)、胃十二指腸潰瘍(dccpu)、感染症(dccinf)、急性腎不全(dccarf)、急性呼吸不全(dccapf)、心不全(dccahf)、急性肝不全(dccalf)、DIC(dccdic)、静脈血栓塞栓、肺梗塞(dccdvt)^{xxxiii}、手術関連続発症(dcccomp)^{xxxiv}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^{xxxv}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15歳未満484件(47.9%)、15歳以上526件(52.1%)で、ヒストグラムは右に裾をひく1峰性分布であった（図A群）。地域は北海道38件(3.8%)、東北71件(7.0%)、関東365件(36.1%)、中部129件(12.8%)、近畿174件(17.2%)、中国74件(7.3%)、四国21件(2.1%)、九州138件(13.7%)であった。施設母体は国立338件(33.5%)、公立174件(17.2%)、私立498件(49.3%)、特定機能670件(66.3%)、民間340件(33.7%)であった。救急車搬入は9件(0.9%)、退院時死亡は2件(0.2%)であった。病態では精索静脈瘤159件(15.7%)、精索陰嚢水腫331件(32.8%)、精巣捻転68件(6.7%)、男性不妊125件(12.4%)、包茎276件(27.3%)、陰茎疾患30件(3.0%)、精索障害21件(2.1%)であった。

入院時併存症では、合併症を有する糖尿病2件(0.2%)、合併症のない糖尿病5件(0.5%)、痴呆0件(0.0%)、肺疾患12件(1.2%)、対麻痺0件(0.0%)、末梢血管障害1件(0.1%)、自己免疫疾患1件(0.1%)、慢性肝障害2件(0.2%)、重症肝障害3件(0.3%)、悪性新

生物6件(0.6%)であった。

急性併存症では、急性心筋梗塞0件(0.0%)、脳血管障害1件(0.1%)、胃十二指腸潰瘍5件(0.5%)、感染症0件(0.0%)、急性腎不全0件(0.0%)、急性呼吸不全0件(0.0%)、心不全1件(0.1%)、急性肝不全1件(0.1%)、DICO件(0.0%)であった。

入院後急性併発症では、急性心筋梗塞0件(0.0%)、脳血管障害0件(0.0%)、胃十二指腸潰瘍2件(0.2%)、感染症0件(0.0%)、急性腎不全0件(0.0%)、急性呼吸不全0件(0.0%)、心不全0件(0.0%)、急性肝不全0件(0.0%)、DICO件(0.0%)、静脈血栓塞栓、肺梗塞0件(0.0%)、手術関連続発症20件(2.0%)であった。

手術では、包茎手術255件(25.2%)、陰嚢水腫手術282件(27.9%)、ソケイヘルニア手術23件(2.3%)、精巣捻転手術48件(4.8%)、睪丸摘出26件(2.6%)、精索静脈瘤手術149件(14.8%)であった。

処置では中心静脈栄養2件(0.2%)、人工呼吸5件(0.5%)、人工透析4件(0.4%)、リハビリは3件(0.3%)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別の箱ひげ図を見ると、年齢では15歳以上が高く、病態では男性不妊が低かった。施設地域で四国が低かった。副傷病を有する例で高かった。手術では精巣捻転手術が高かった。

一方dDPCについては、年齢で差はなかったが、病態では男性不妊が高かった。手術では精巣捻転手術で高かった（図B群）。

各目的変数の分布は、LOS, cALL, cDPCでは右に裾をひく1峰性分布、dDPCは対称な1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 0.225（施設因子投入後 0.254）、0.211（0.243）、0.248（0.274）であった（表 C 群）。dDPC では決定係数は 0.205（0.246）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）では包茎手術（標準化係数 0.258）、包茎（標準化係数 -0.470）、cALL では内科慢性併存症（標準化係数 0.205）、包茎（標準化係数 -0.430）、cDPC では内科慢性併存症（標準化係数 0.230）、包茎（標準化係数 -0.368）、dDPC では精巣捻転（標準化係数 0.199）、男性不妊（標準化係数 0.162）であった（図 C 群）。副傷病に関しては、慢性併存症が大きな影響をもった。

死亡退院のリスク因子分析は症例が少なく行っていない。

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、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『陰茎・包皮の疾患（DPC6 桁分類 110230）』『陰嚢内疾患（悪性、炎症性疾患を除く）（DPC6 桁分類 110240）』『男性生殖器の障害（DPC6 桁分類 110250）』の診断群分類において、臨床疾患群が他の因子に

比較し、大きく支払いに影響していた。

今回、基本 DPC を男性外性器障害関連疾患の観点で統合し、臨床疾患群での差異を包括範囲一日点数の観点で分析比較検討したが、臨床病名疾患群による影響は『精巣捻転』、『男性不妊』、『精索静脈瘤』が他と異なる影響をみせた。前述したとおり、手術はともかく考慮すべき因子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）が必須であるが、これら基本 DPC の統合は上記 3 種類とそれ以外に統合するのが妥当かどうか、議論が必要と考えられた。

E. 結論

DPC 分類の精緻化の試みを、男性外性器障害関連疾患として MDC11『陰茎・包皮の疾患（DPC6 桁分類 110230）』『陰嚢内疾患（悪性、炎症性疾患を除く）（DPC6 桁分類 110240）』『男性生殖器の障害（DPC6 桁分類 110250）』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。また包括範囲一日点数において、臨床疾患群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男性外性器障害関連疾患内の臨床疾患群で影響の大きいものは、『精巣捻転』、『男性不妊』、『精索静脈瘤』であり、これら疾患群の統合の妥当性に関して議論が必要と考えられた。

F. 研究発表

平成 17 年 6 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 病態では、精索静脈瘤 I861、精索陰嚢水腫 N430,B432-4、精巣捻転 N44、男性不妊 N46、包茎 N47,D294、陰茎疾患 N48\$, 精索障害 N508 とした。
 - ix 手術は 5 項目収集しており、組み合わせがあった場合、難易度の順に優先選択し、カテゴリー化している。診療報酬点数コード上のコードから、包茎手術、陰嚢水腫手術、ソケイヘルニア手術、精巣捻転手術、睾丸摘出、精索静脈瘤手術とした。それ以外の手術施行例と手術なし群は『手術なし他群』とした。
 - x C(Comorbidity),C(Complication)と称する。更に Complication を併発症（入院後手術、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。また手術処置関連続発症は各 MDC 毎に、T81\$-87\$から妥当なものを拾っている。
 - xi 今回副傷病として、MD 指標,Charlson 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。悪性疾患の DPC においては、悪性新生物の MD 指標はカウントしなかった。
 - xii 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。
 - xiii E100,E110,E120,E130,E140,E101,E111,E121,E131,E141,E109,E119,E129,E139,E149
 - xiv F00-F021,F03\$,G30\$-G311
 - xv G81\$,G041,G820,822-3
 - xvi J40,J41\$,J47\$,J60-1,J62\$,J63-5,J66\$,J67\$, J961,J969
 - xvii I70\$,I71\$,I72\$,I73,I771,R02
 - xviii N01\$,N03\$,N05\$,N07\$,N19,N25\$
 - xix N18\$
 - xx M05-M06,M08-M09,M32\$-M34\$,M35\$

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

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

xxiii C00\$-C96\$,D890,Z85\$

xxiv I21\$,I22\$,I252

xxv I60\$-69\$,G45\$,G46\$

xxvi K25\$-28\$

xxvii A\$\$\$,B\$\$\$

xxviii N17\$

xxix J960

xxx I50\$

xxxi B150,B160,B162,B190,K720

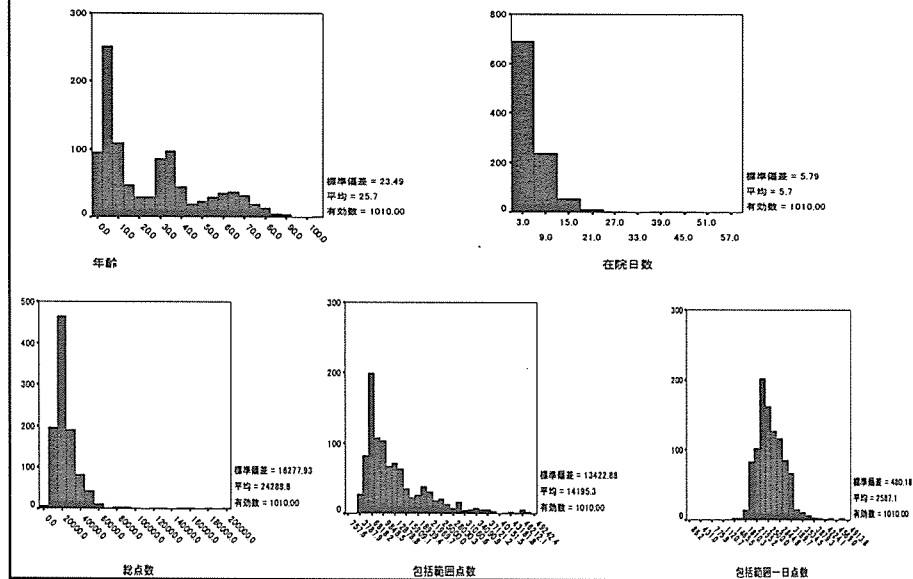
xxxii D65

xxxiii I260,I269,I80\$

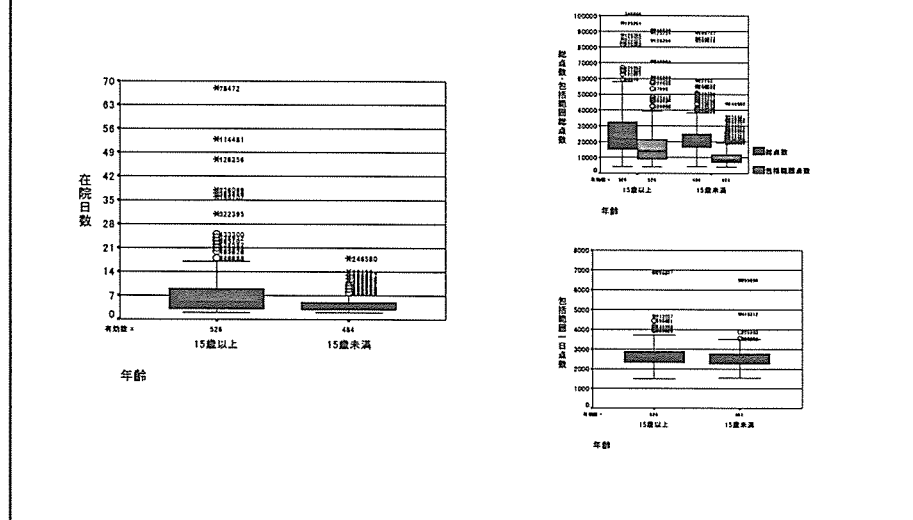
xxxiv T81\$-87\$を手術関連続発症とした。創感染、出血、膿瘍形成、人工物挿入合併症などが該当する。

xxxv 対照は年齢では 15 歳以上群、地域では関東、私立とした。病態では『精索障害』、手術などでは『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。

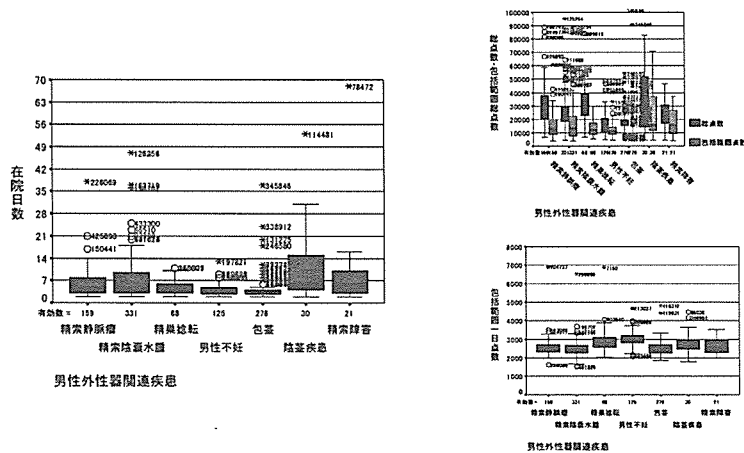
図A群



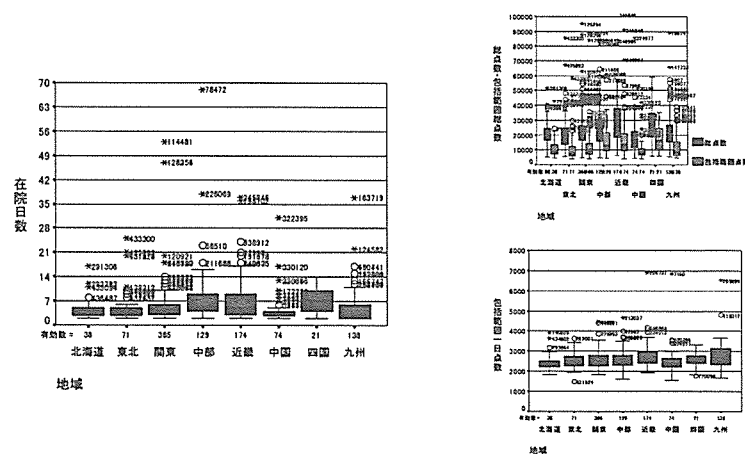
図B群(年齢)



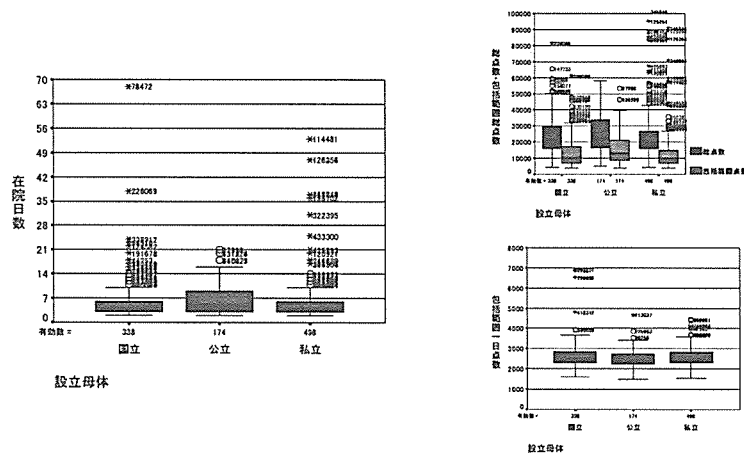
図B群(病理)



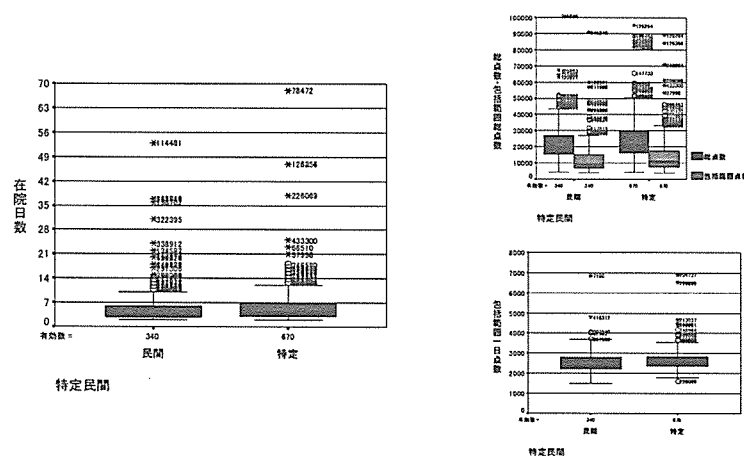
図B群(地域施設)



図B群(施設母体)

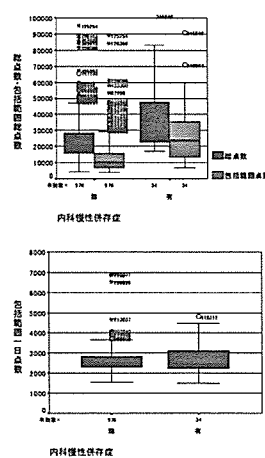
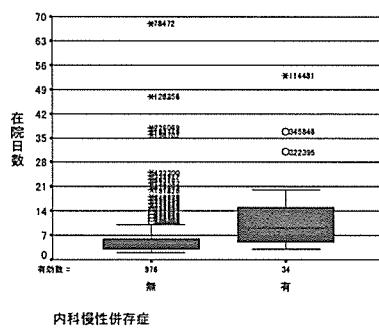


図B群(施設機能)



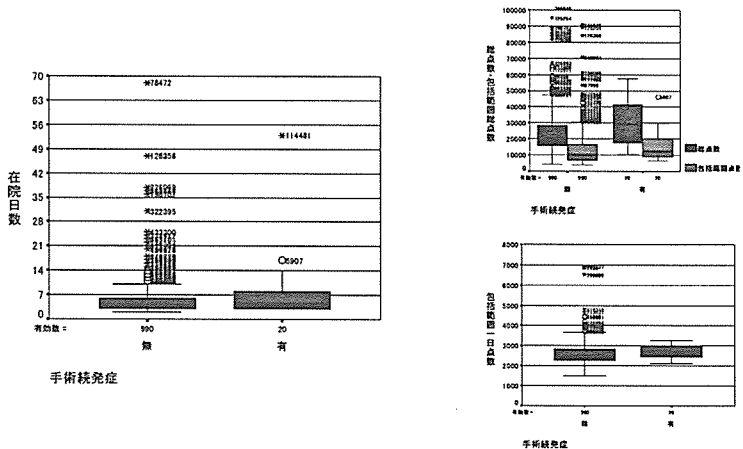
慢性併存症

図B群(内科慢性併存症)

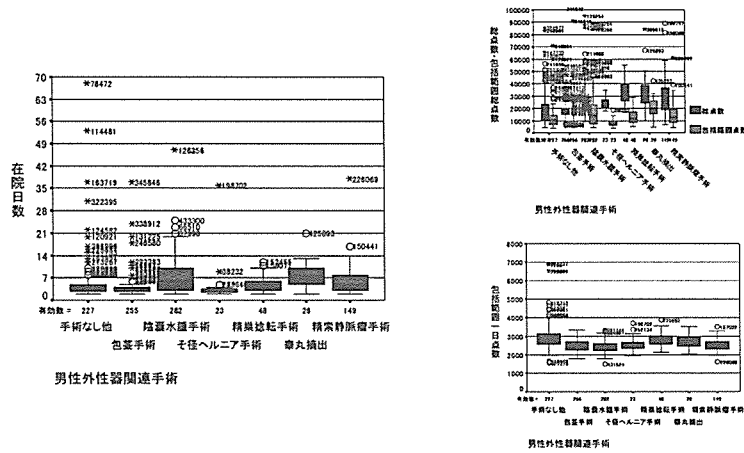


急性入院後併発続発症

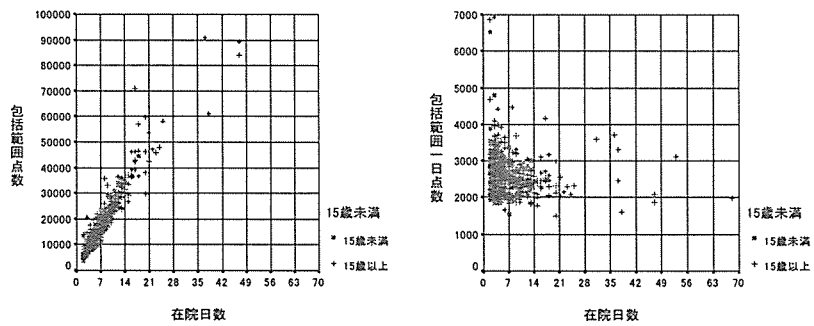
図B群(手術関連続発症)



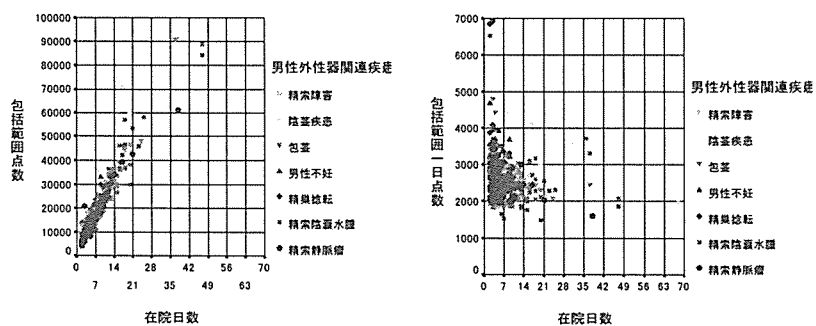
図B群(手術)



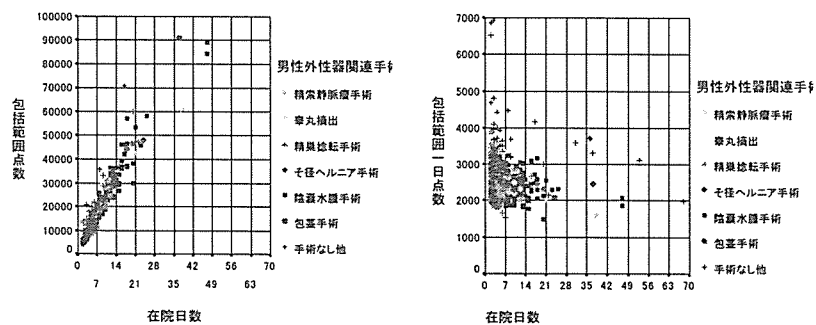
図B群(年齢)



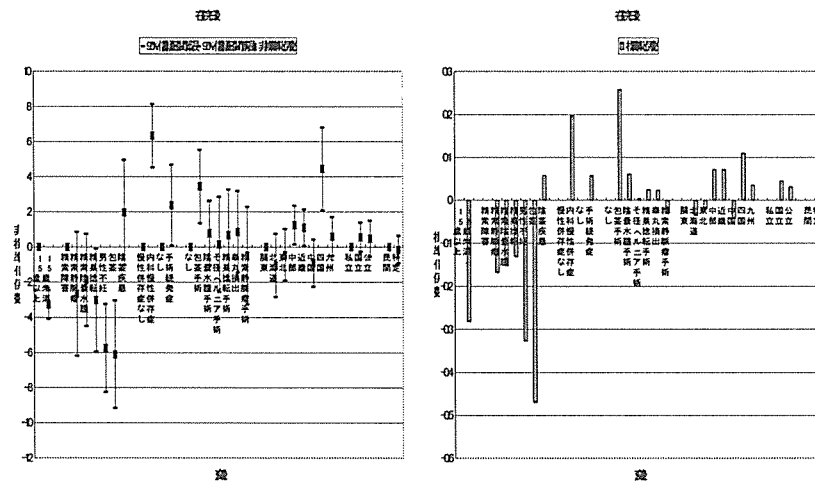
図B群(病態)



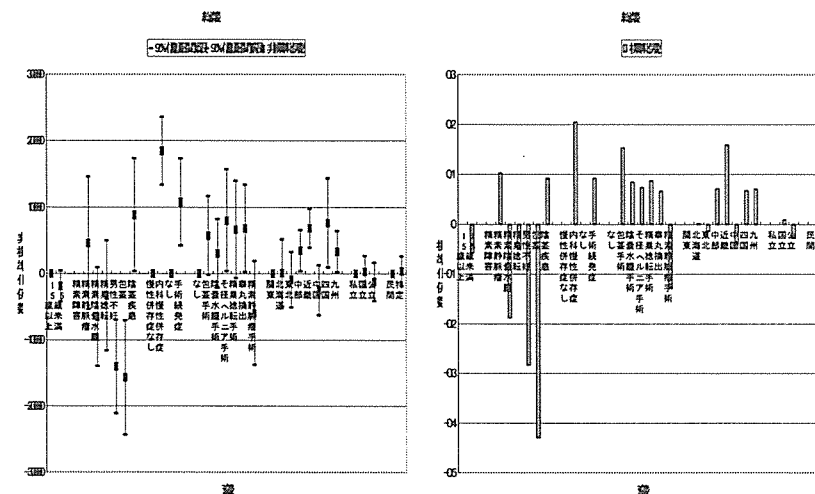
図B群(手術)



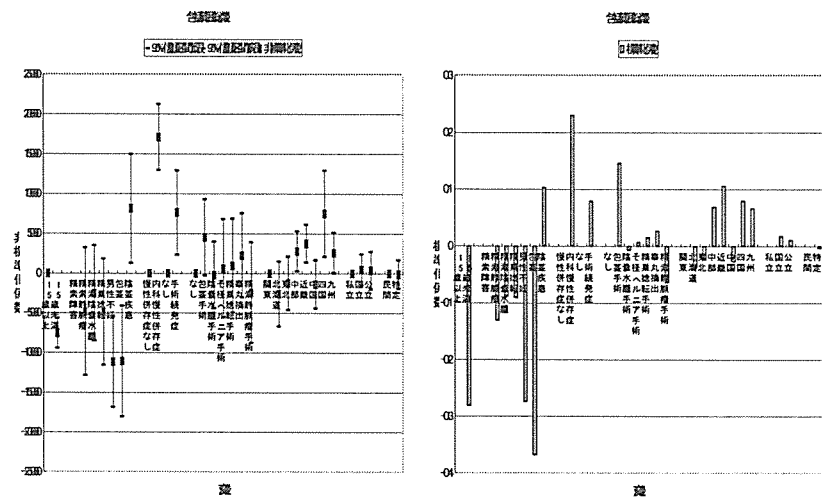
図C群(LOS分析)



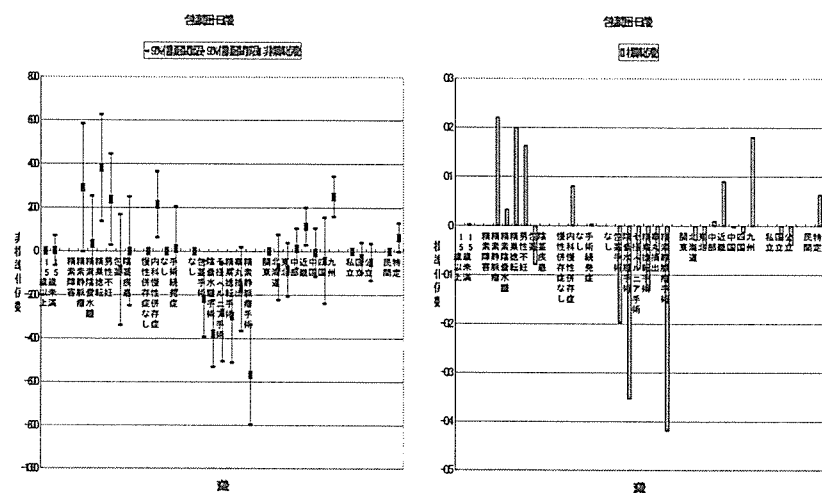
図C群(cALL分析)



図C群(cDPC分析)



図C群(dDPC分析)



平成 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）

MDC11 膀胱機能異常排尿障害

『膀胱尿管逆流症（DPC6 桁分類 110140）』『神経因膀胱（DPC6 桁分類 110150）』『尿道狭窄（DPC6 桁分類 110170）』『尿道腫瘍（DPC6 桁分類 110180）』

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、膀胱機能異常排尿障害として MDC11『膀胱尿管逆流症（DPC6 桁分類 110140）』『神経因膀胱（DPC6 桁分類 110150）』『下部尿路の炎症（DPC6 桁分類 110160）』『尿道狭窄（DPC6 桁分類 110170）』『尿道腫瘍（DPC6 桁分類 110180）』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。包括範囲一日点数以外の医療費関連指標において、15 歳未満に配慮（別途独立評価）を要することが判明した。しかし包括範囲一日点数では上記処置の影響はなかった。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膀胱機能異常排尿障害の中で影響の大きなものではなく、これら疾患群の統合は妥当と考えられた。

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、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のである。
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ふ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があろう。

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、膀胱機能異常排尿障害として MDC11『膀胱尿管逆流症（DPC6 桁分類 110140）』『神経因膀胱（DPC6 桁分類 110150）』『下部尿路の炎症（DPC6 桁分類 110160）』『尿道狭窄（DPC6 桁分類 110170）』『尿道腫瘍（DPC6 桁分類 110180）』の入院後 24 時間以内死亡症例を除外した 872 件〔内退院時死亡患者 2 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：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整理した。

神経因性膀胱、膀胱尿管逆流症、尿道尿路狭窄閉塞、腹圧性尿失禁、尿失禁その他、処置後尿道狭窄、先天性膀胱尿管逆流症とした。

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。

膀胱瘻造設、尿道狭窄手術、尿管膀胱逆流症手術、膀胱拡大手術とした。

⑨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。

⑩入院時併存症、入院後併発症（以下 CC^x）：慢性併存症、急性併存症、急性併発症を Manitoba-Darhmouth&Charlson Comorbidity Index の（以下 MD 指標）^{xi}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^{xii}、有しないもの:dcinmdm^{xiii}）、痴呆(dcindem)^{xiv}、対麻痺(dcinprp)^{xv}、慢性肺疾患(dcinpd)^{xvi}、末梢血管障害(dcinpvd)^{xvii}、腎臓疾患(dcinrd)^{xviii}、慢性腎不全(dcinrft)^{xix}、自己免疫疾患(dcinctd)^{xx}、肝障害(dcinld)（慢性肝障害:dcinmld^{xxi}、重症肝障害:dcinsld^{xxii}）、悪性新生物(dcinmal)^{xxiii}

■ 入院時急性併存症

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

■ 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(dccapf)、心不全(dccahf)、急性肝不全(dccalf)、DIC(dccdic)、静脈血栓塞栓、肺梗塞(dccdvt)^{xxxiii}、手術関連続発症(dcccomp)^{xxxiv}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^{xxxv}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15歳未満280件(32.1%)、15歳以上65歳未満243件(27.9%)、65歳以上349件(40.0%)で、ヒストグラムは2峰性分布であった(図A群)。男性512件(58.7%)、女性360件(41.3%)、地域は北海道50件(5.7%)、東北84件(9.6%)、関東223件(25.6%)、中部107件(12.3%)、近畿171件(19.6%)、中国103件(11.8%)、四国28件(3.2%)、九州106件(12.2%)であった。施設母体は国立331件(38.0%)、公立180件(20.6%)、私立361件(41.4%)、特定機能583件(66.9%)、民間289件(33.1%)であった。救急車搬入は28件(3.2%)、退院時死亡は2件(0.2%)であった。病態では神経因性膀胱176件(20.2%)、膀胱尿管逆流症145件(16.6%)、尿道尿路狭窄閉塞257件(29.5%)、腹圧性尿失禁141件(16.2%)、尿失禁その他21件(2.4%)、処置後尿道狭窄57件(6.5%)、先天性膀胱尿管逆流症75件(8.6%)であった。

入院時併存症では、合併症を有する糖尿病7件(0.8%)、合併症のない糖尿病24件(2.2%)、

痴呆1件(0.1%)、肺疾患11件(1.3%)、対麻痺1件(0.1%)、末梢血管障害3件(0.3%)、腎臓疾患3件(0.3%)、慢性腎不全8件(0.9%)、自己免疫疾患2件(0.2%)、慢性肝障害4件(0.5%)、重症肝障害2件(0.2%)、悪性新生物18件(2.1%)であった。

急性併存症では、急性心筋梗塞1件(0.1%)、脳血管障害10件(1.1%)、胃十二指腸潰瘍9件(1.0%)、感染症0件(0.0%)、急性腎不全0件(0.0%)、急性呼吸不全0件(0.0%)、心不全1件(0.1%)、急性肝不全1件(0.0%)、DIC0件(0.0%)であった。

入院後急性併発症では、急性心筋梗塞0件(0.0%)、脳血管障害0件(0.0%)、胃十二指腸潰瘍3件(0.3%)、感染症0件(0.0%)、急性腎不全1件(0.0%)、急性呼吸不全0件(0.0%)、心不全0件(0.0%)、急性肝不全0件(0.0%)、DIC1件(0.0%)、静脈血栓塞栓、肺梗塞0件(0.0%)、手術関連続発症4件(0.5%)であった。

手術では、膀胱瘻造設21件(2.4%)、尿道狭窄手術210件(24.1%)、尿管膀胱逆流症手術127件(14.6%)、尿失禁手術149件(17.1%)、膀胱拡大手術15件(1.7%)であった。

処置では中心静脈栄養6件(0.7%)、人工呼吸12件(1.4%)、人工透析0件(0.0%)、リハビリは9件(1.0%)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別の箱ひげ図を見ると、年齢性別、救急車搬送で差はなかった。病態では尿失禁関連が低かった。施設地域、機能では近畿、民間が低かった。副傷病では急性併存症で高かった。

手術に関しては侵襲順に高くなり、処置では人工呼吸施行例が高かった。

一方dDPCについては、年齢性別、救急車

搬送で差はなかったが、病態では先天性膀胱尿管逆流症が高かった。施設地域・母体・機能、副傷病、手術では差はなかった(図B群)。

各目的変数の分布は、LOS, cALL, cDPCでは右に裾をひく1峰性分布、dDPCは対称な1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0.220(施設因子投入後0.246), 0.420(0.436), 0.271(0.298)であった(表C群)。dDPCでは決定係数は0.254(0.268)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)では膀胱拡大手術(標準化係数0.330)、尿管膀胱逆流症手術(標準化係数0.260)、cALLでは尿管膀胱逆流症手術(標準化係数0.543)、膀胱拡大手術(標準化係数0.468)、cDPCでは膀胱拡大手術(標準化係数0.382)、尿管膀胱逆流症手術(標準化係数0.271)、dDPCでは15歳未満(標準化係数0.119)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は症例が少なく行っていない。

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、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『膀胱尿管逆流症(DPC6 桁分類 110140)』『神経因膀胱(DPC6 桁分類 110150)』『下部尿路の炎症(DPC6 桁分類 110160)』『尿道狭窄(DPC6 桁分類 110170)』『尿道腫瘍(DPC6 桁分類 110180)』の診断群分類において、15歳未満は他の因子に比較し、大きく支払いに影響していた。

また今回、基本DPCを膀胱機能排尿障害の観点で統合し、臨床疾患群での差異を包括範囲一日点数の観点で分析比較検討したが、臨床病名疾患群による影響は大きくなかった。前述したとおり、手術はともかく考慮すべき因子を細かく配慮するためには樹形図の構造的な特性上、上層で数の集積(つまり基本DPCの統合)が必須であり、これら基本DPCの統合は妥当と考えられた。

E. 結論

DPC分類の精緻化の試みを、膀胱機能異常排尿障害としてMDC11『膀胱尿管逆流症(DPC6 桁分類 110140)』『神経因膀胱(DPC6 桁分類 110150)』『下部尿路の炎症(DPC6 桁分類 110160)』『尿道狭窄(DPC6 桁分類 110170)』『尿道腫瘍(DPC6 桁分類 110180)』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。また包括範囲一日点数において、15歳未満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膀胱機能排尿障害の基本DPCそのものの違いに大きなものはなく、これら基本DPCの統合は妥当と考えられた。