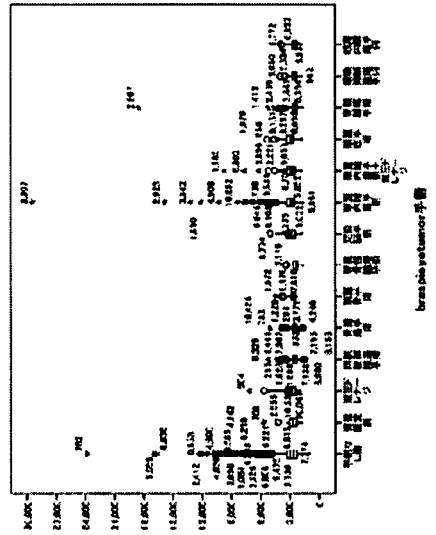
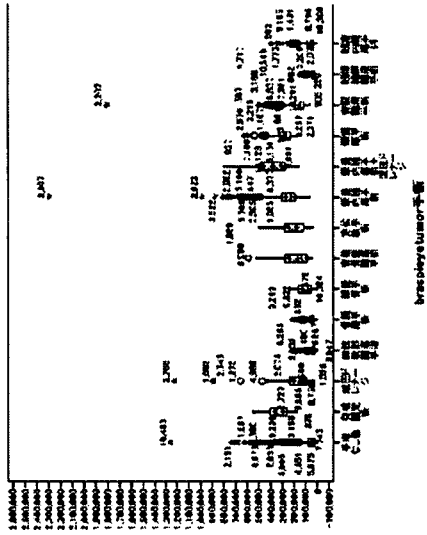
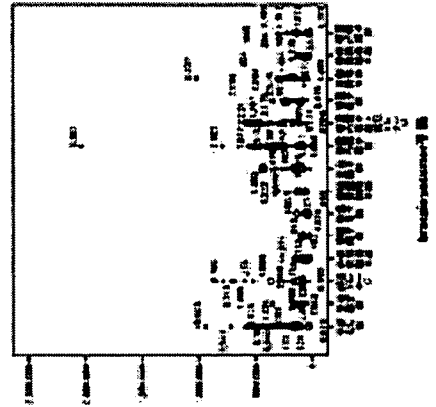
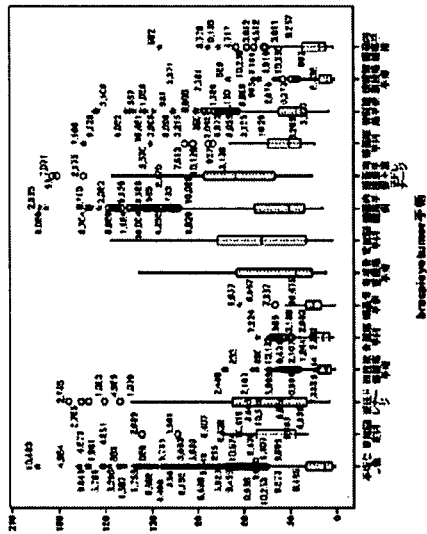
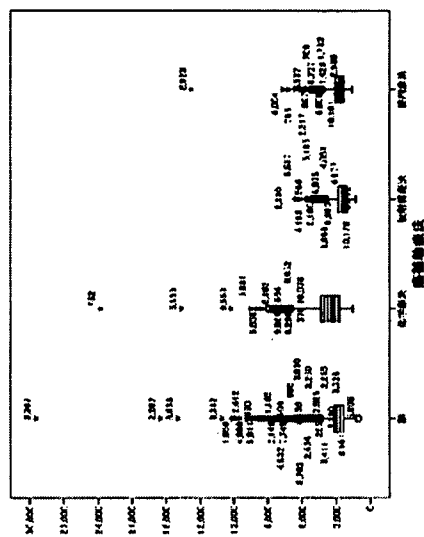
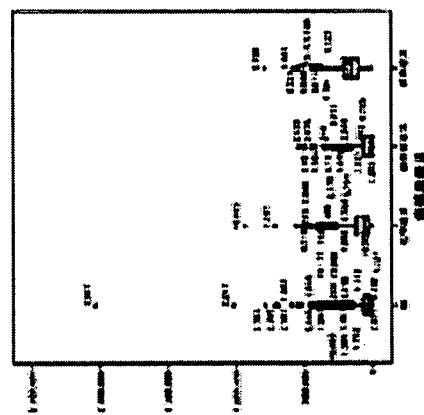
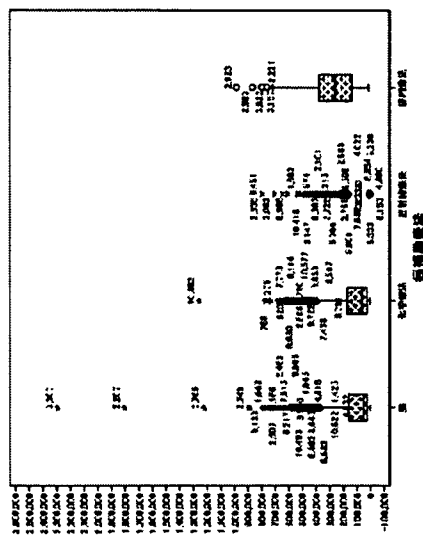
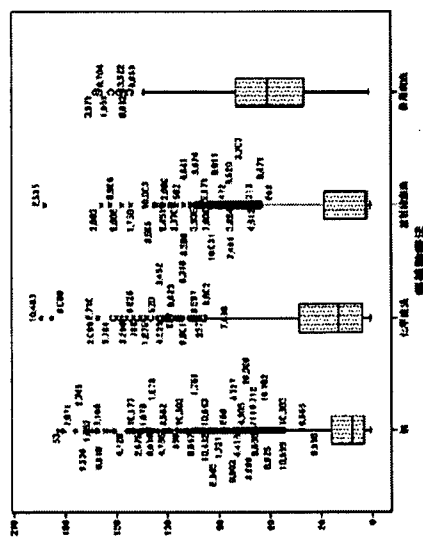


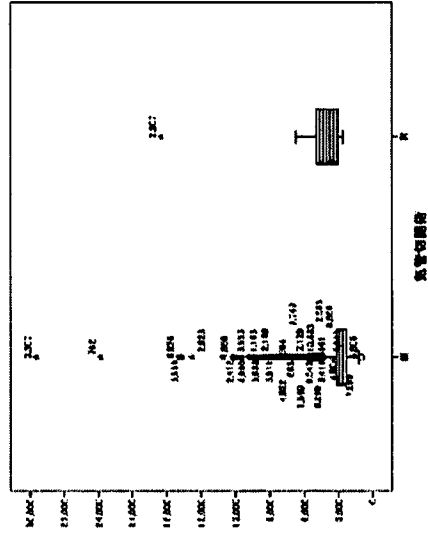
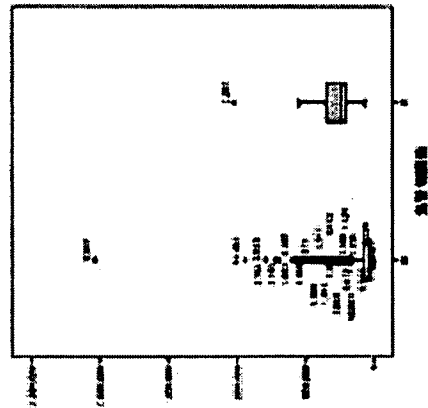
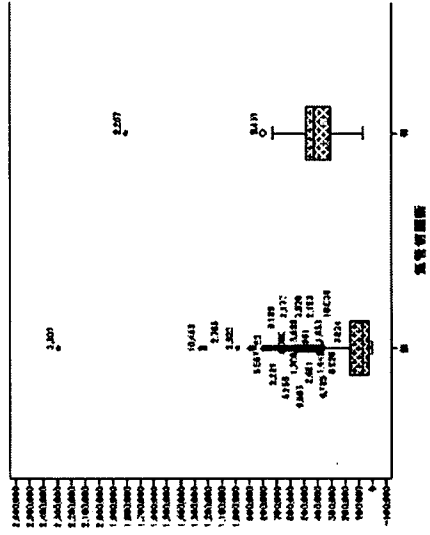
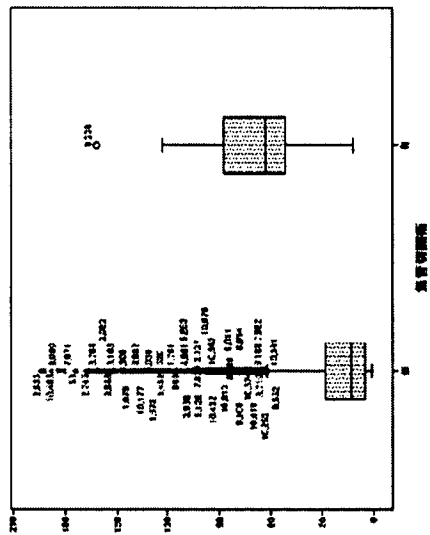
図B群(手術)



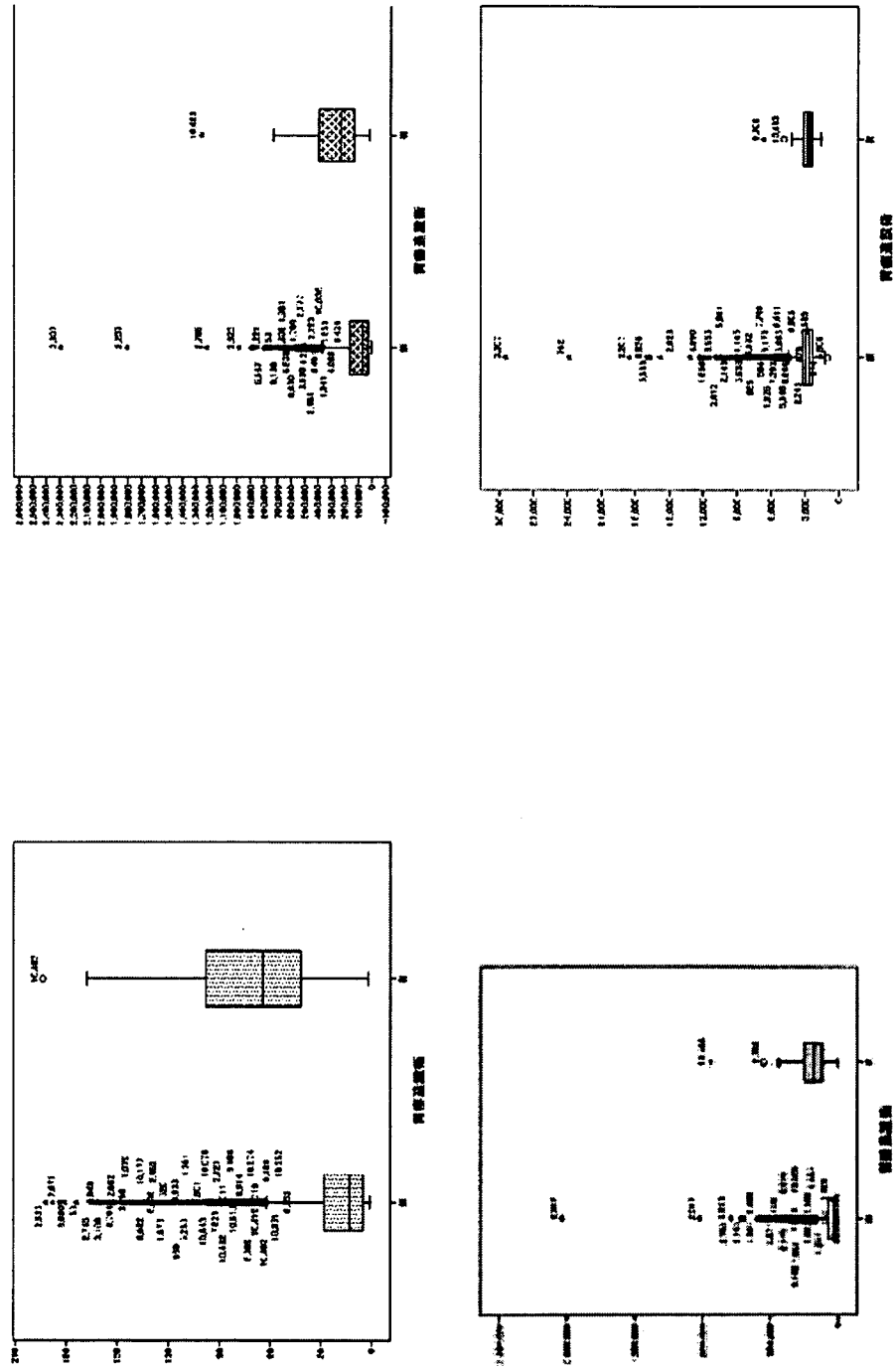
図B群(癌補助療法)



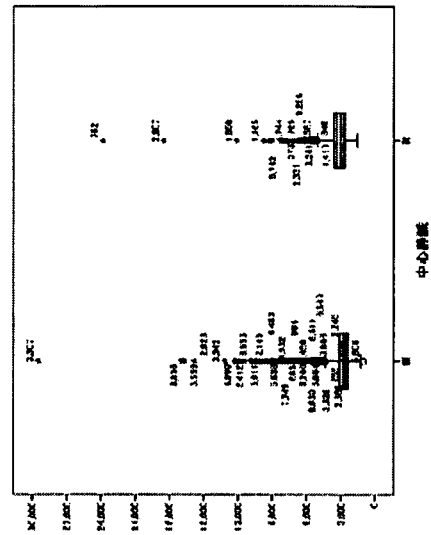
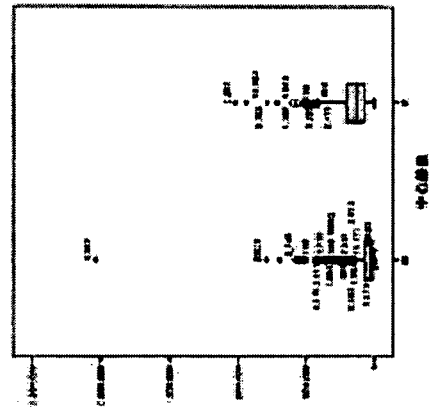
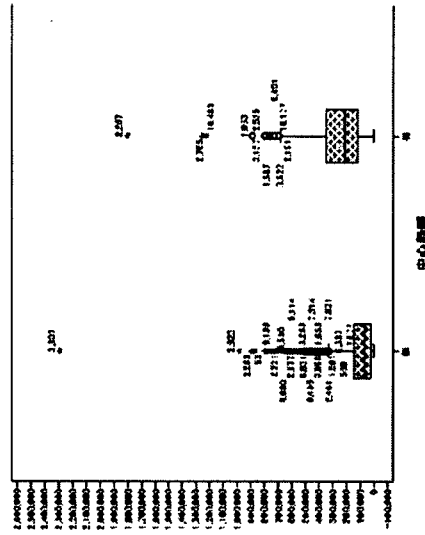
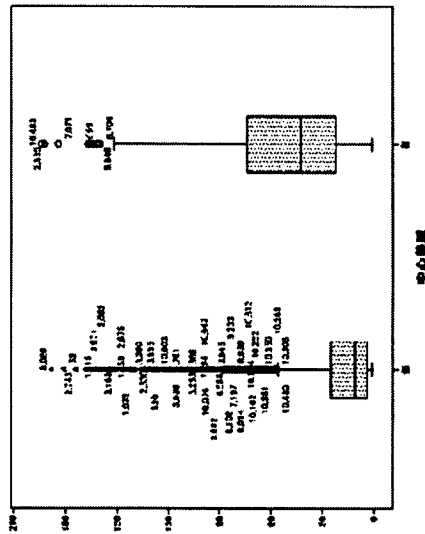
図B群(気管切開)



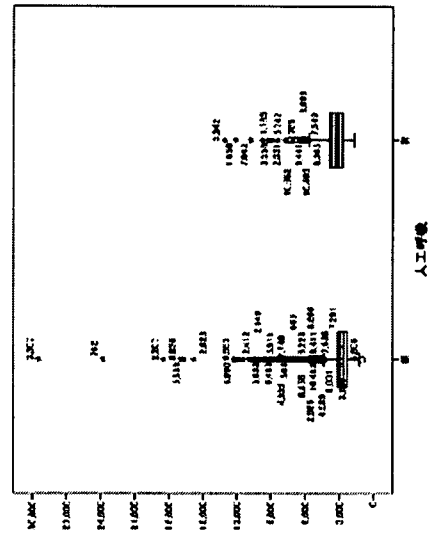
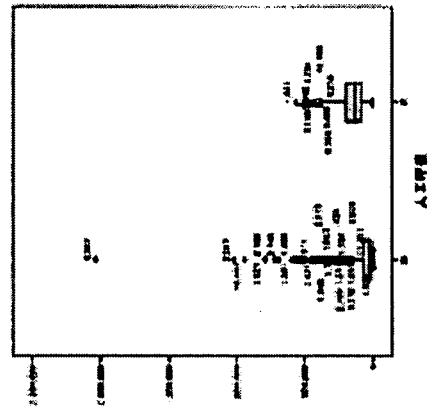
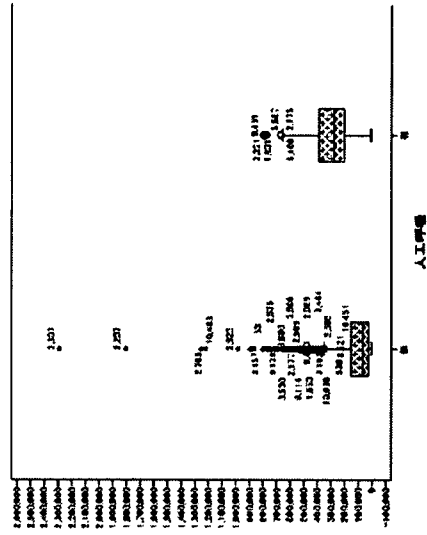
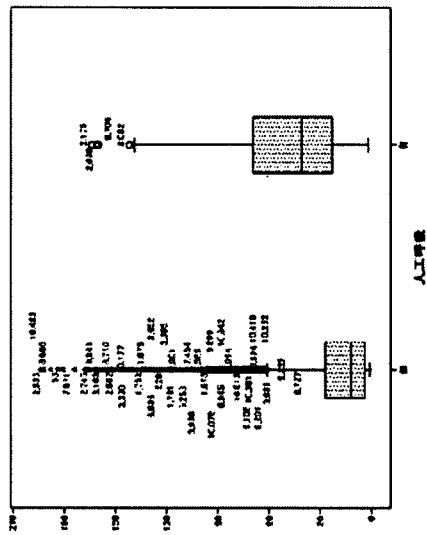
図B群(胃瘦造設)



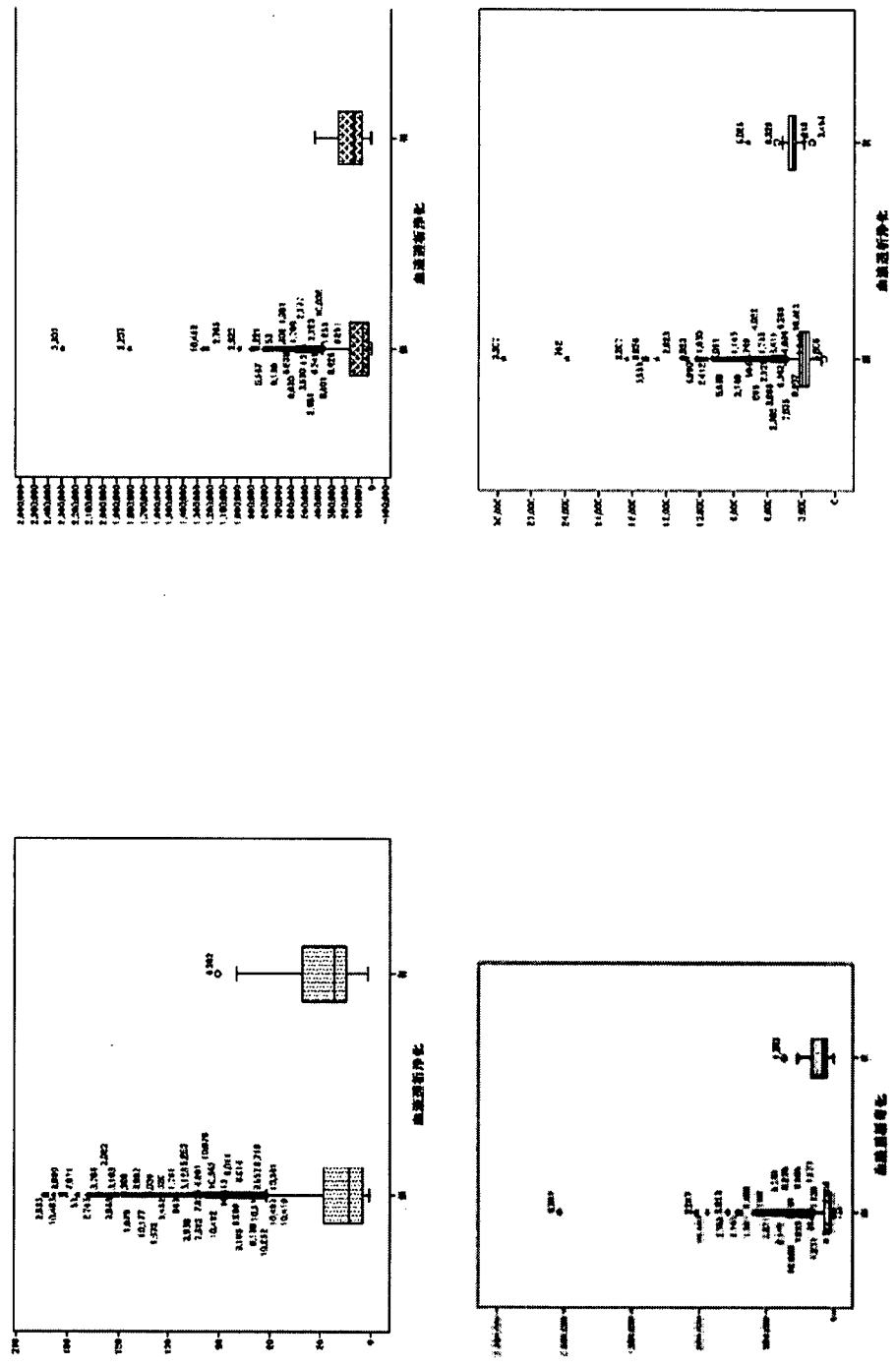
図B群(中心静脈)



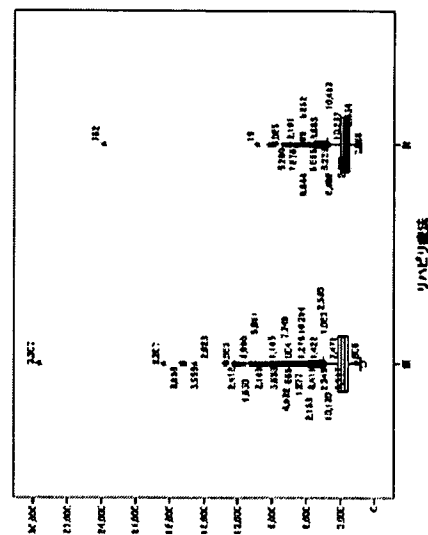
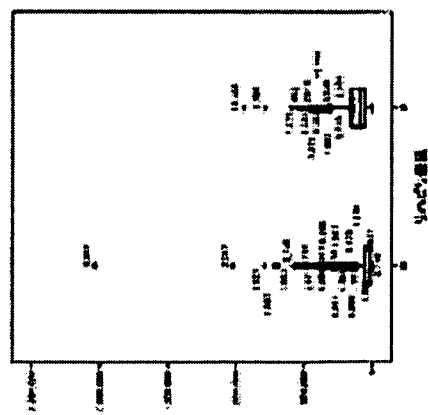
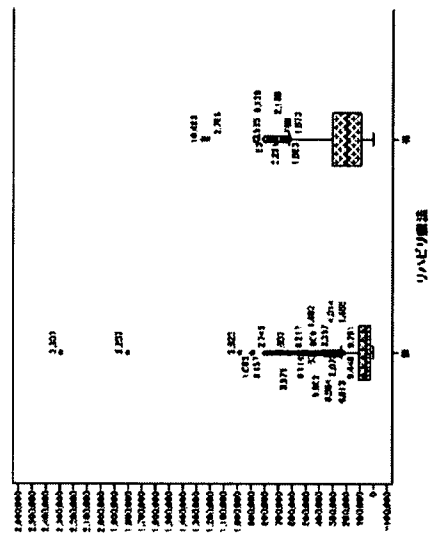
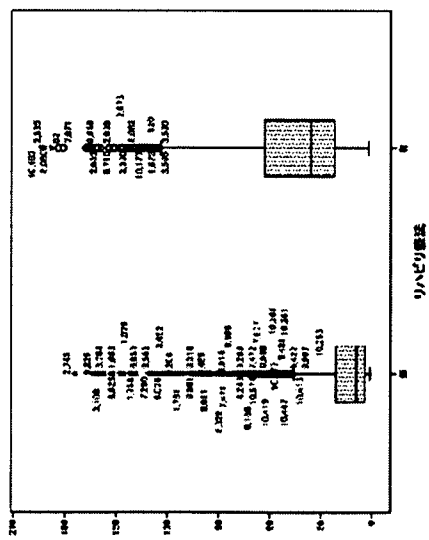
図B群(人工呼吸)



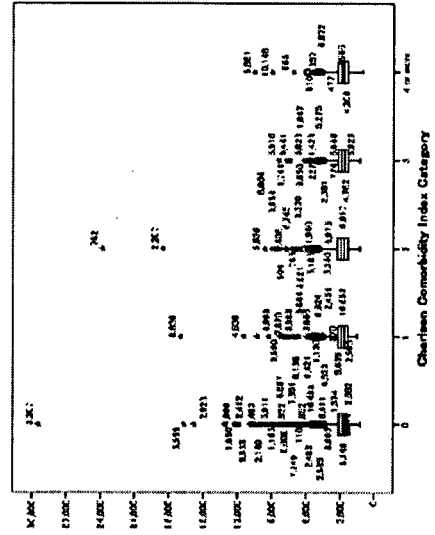
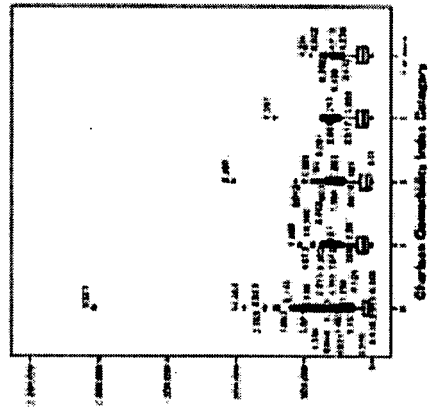
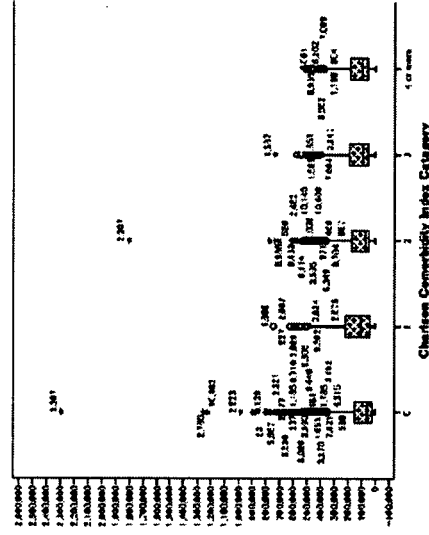
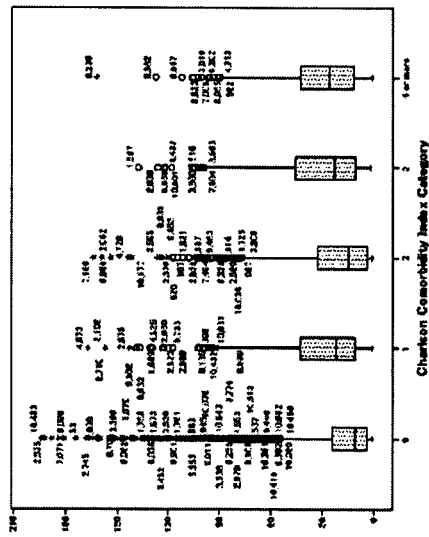
図B群(人工透析)



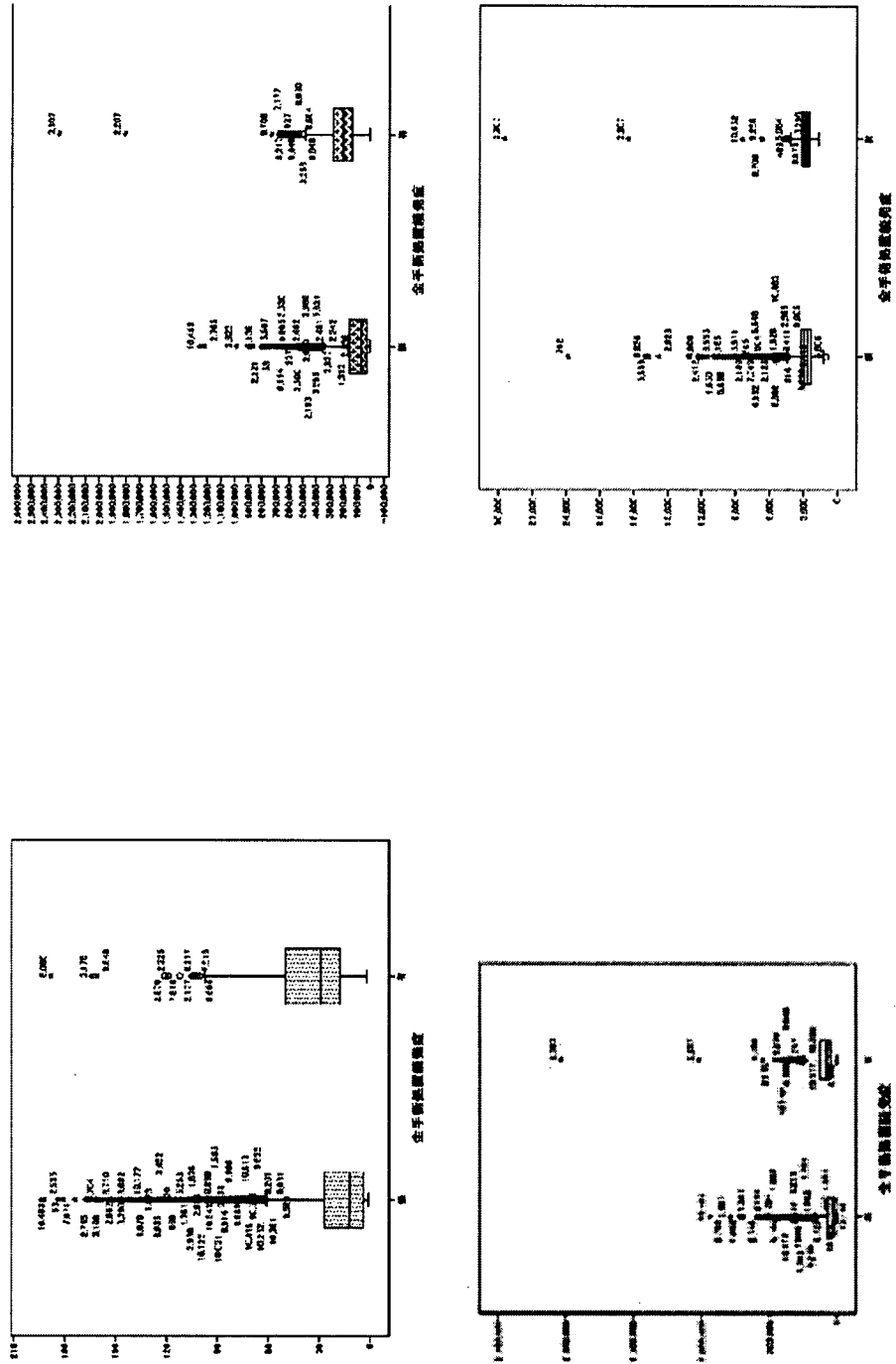
図B群(リハビリ)



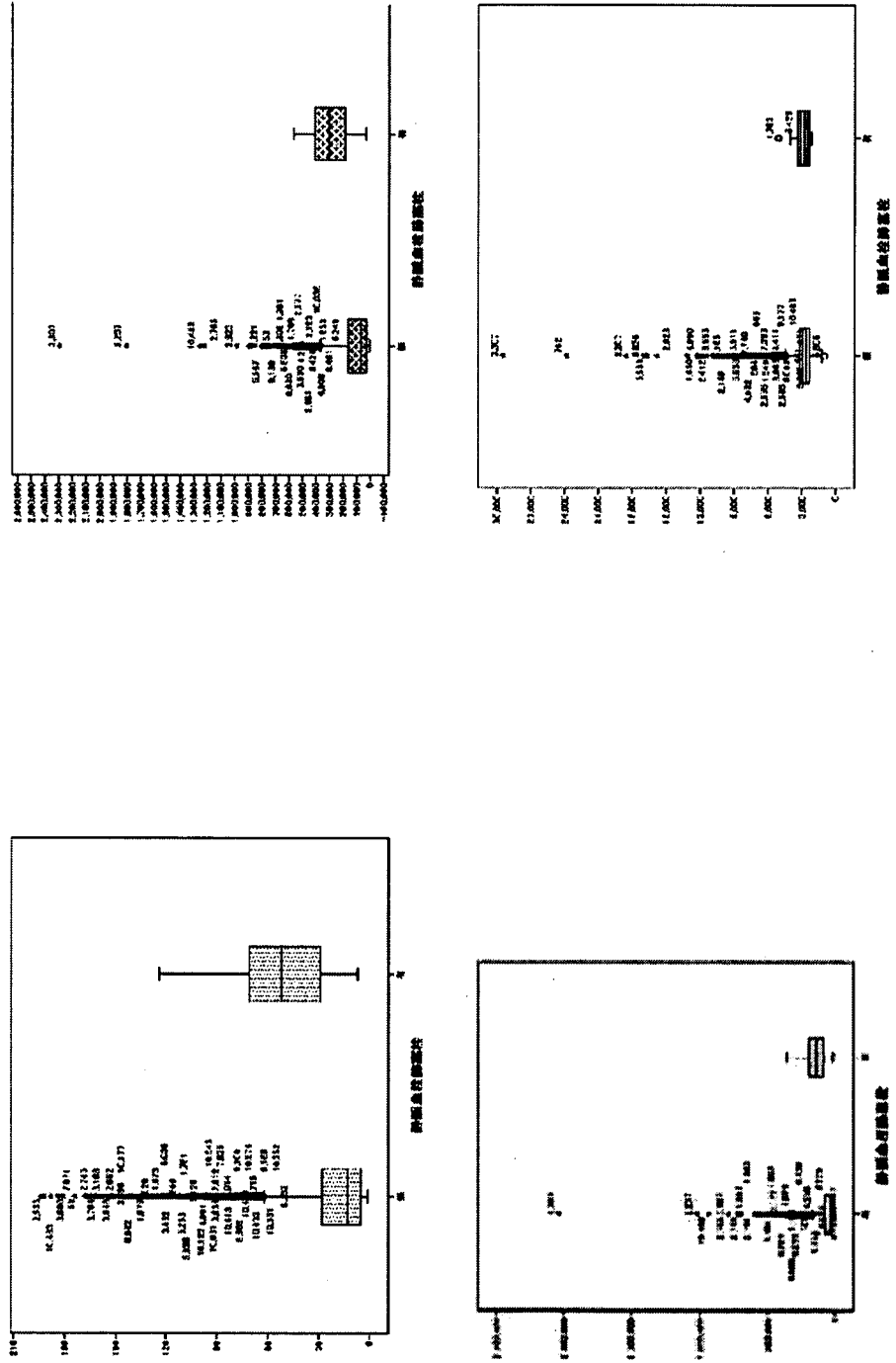
図B群 (Charlson Comorbidity Index)



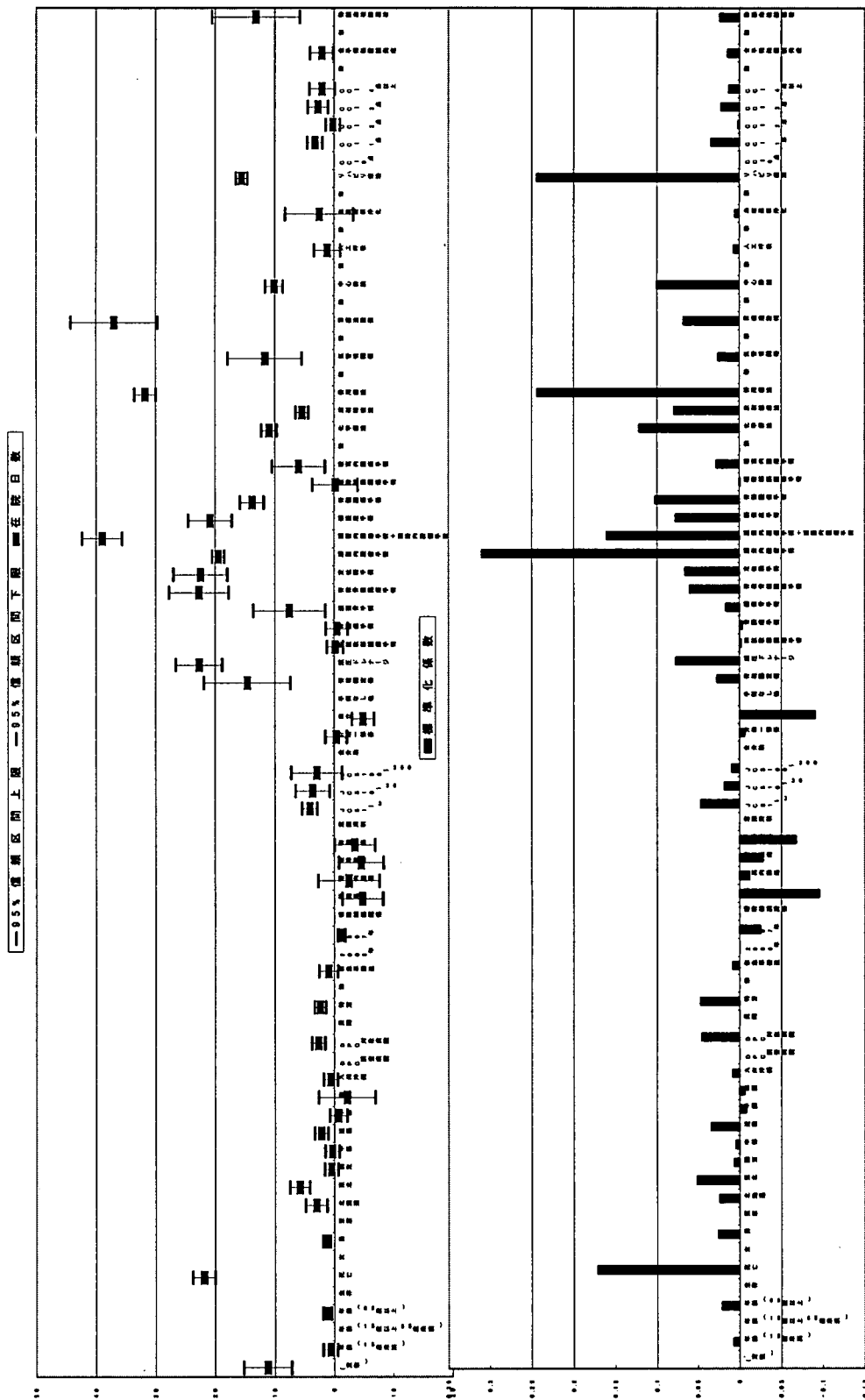
図B群(手術関連連続発症)



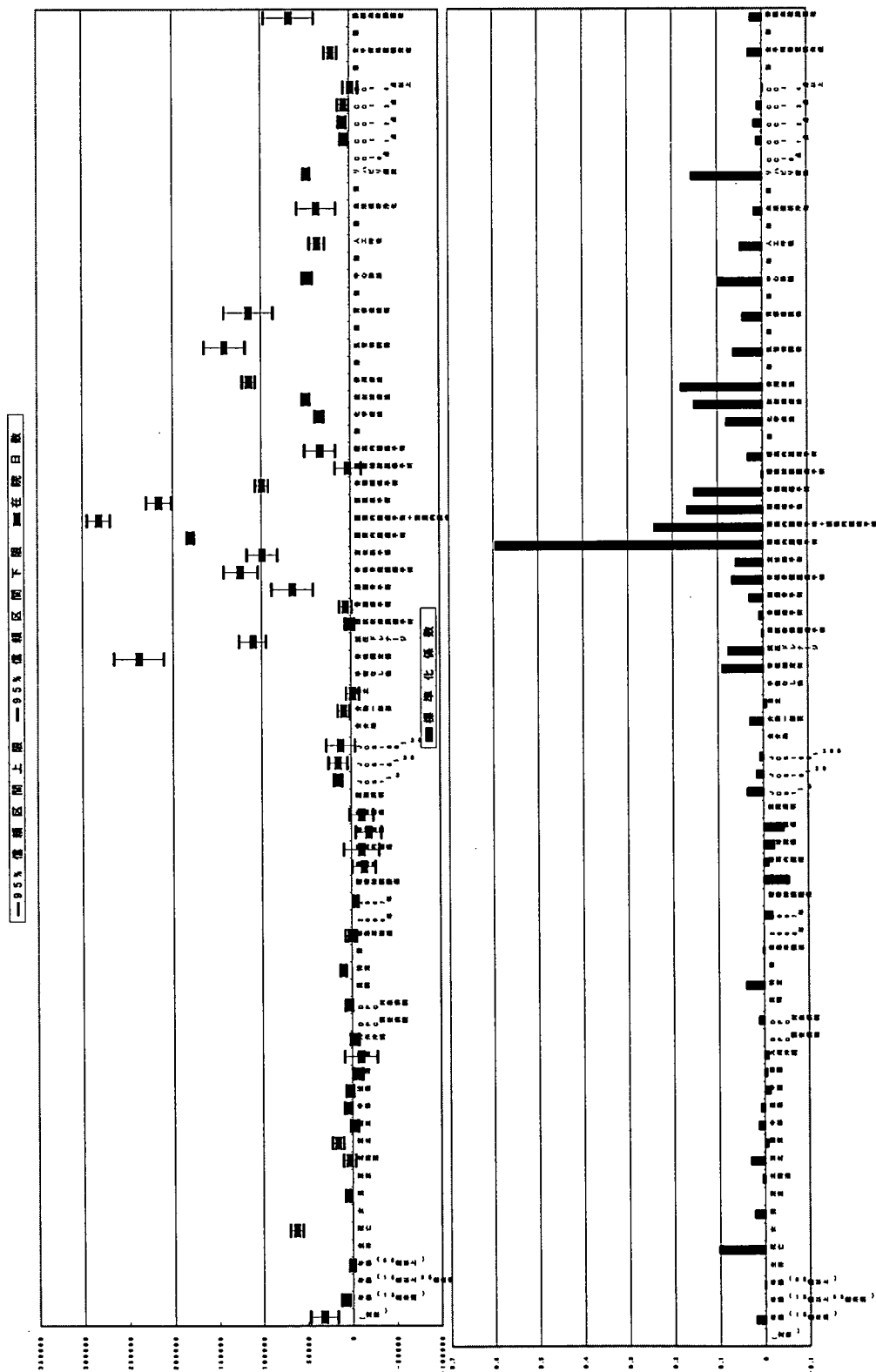
図B群(静脈血栓肺梗塞)



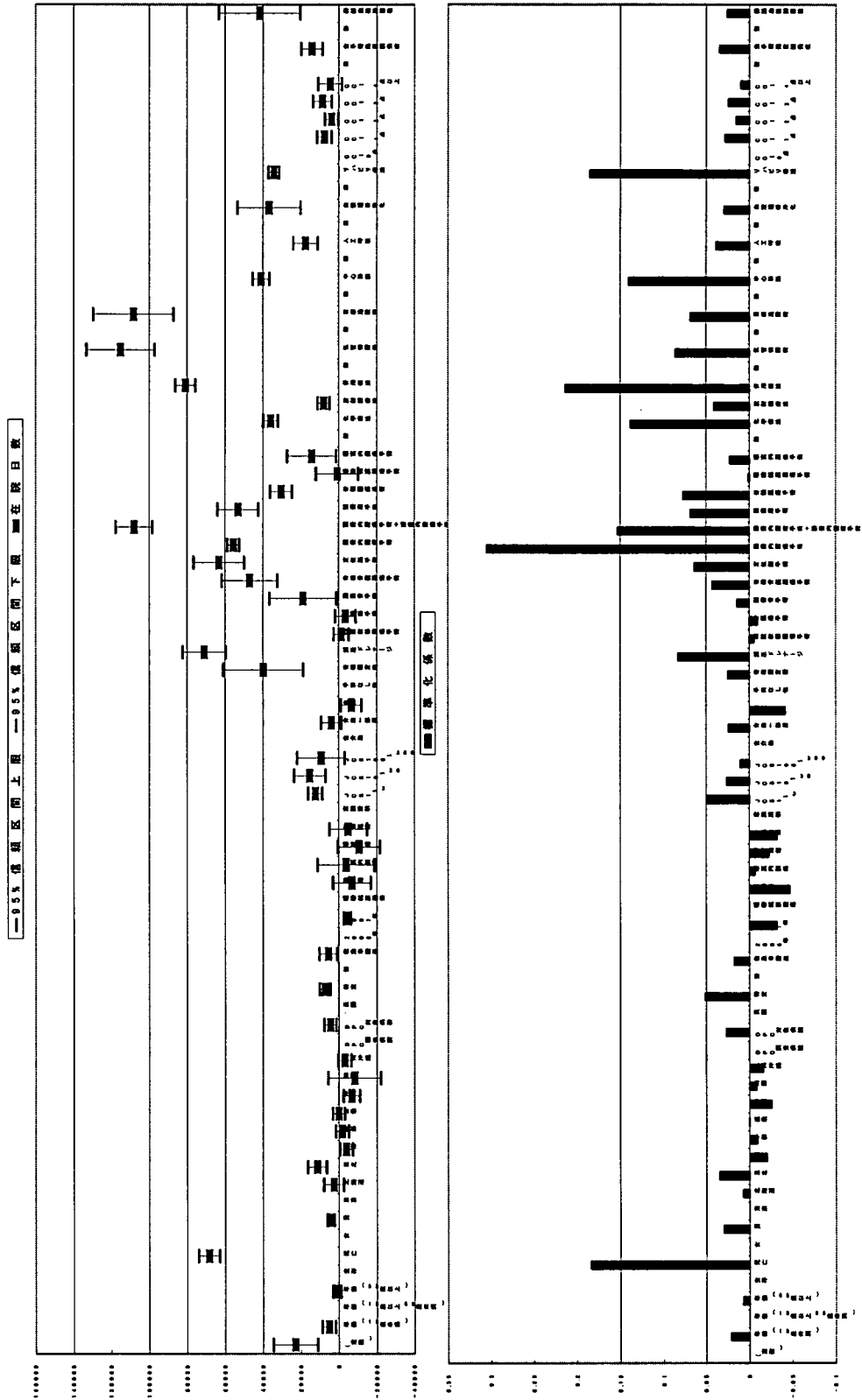
图C群(在院日数分析)



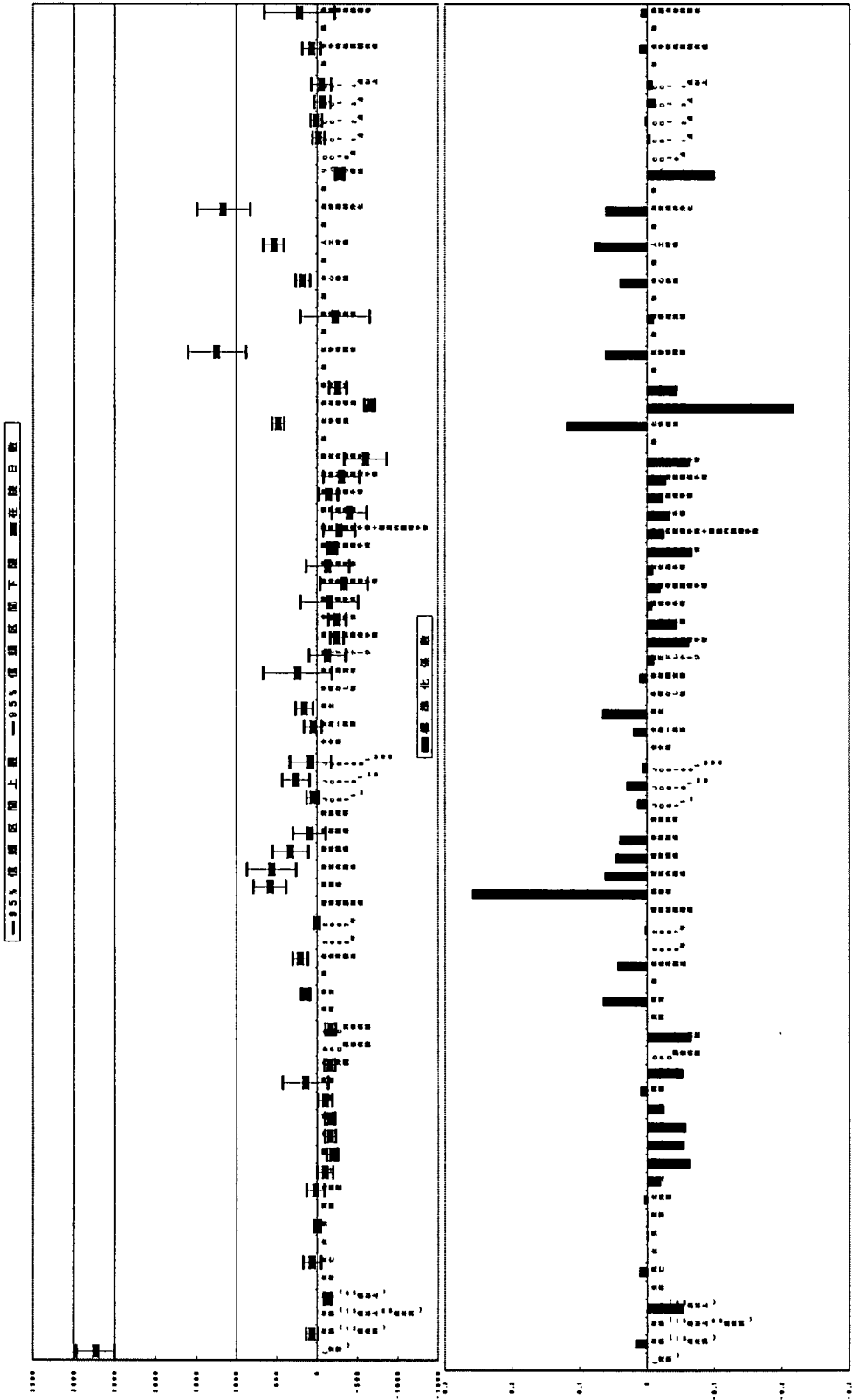
図C群(総点数分析)



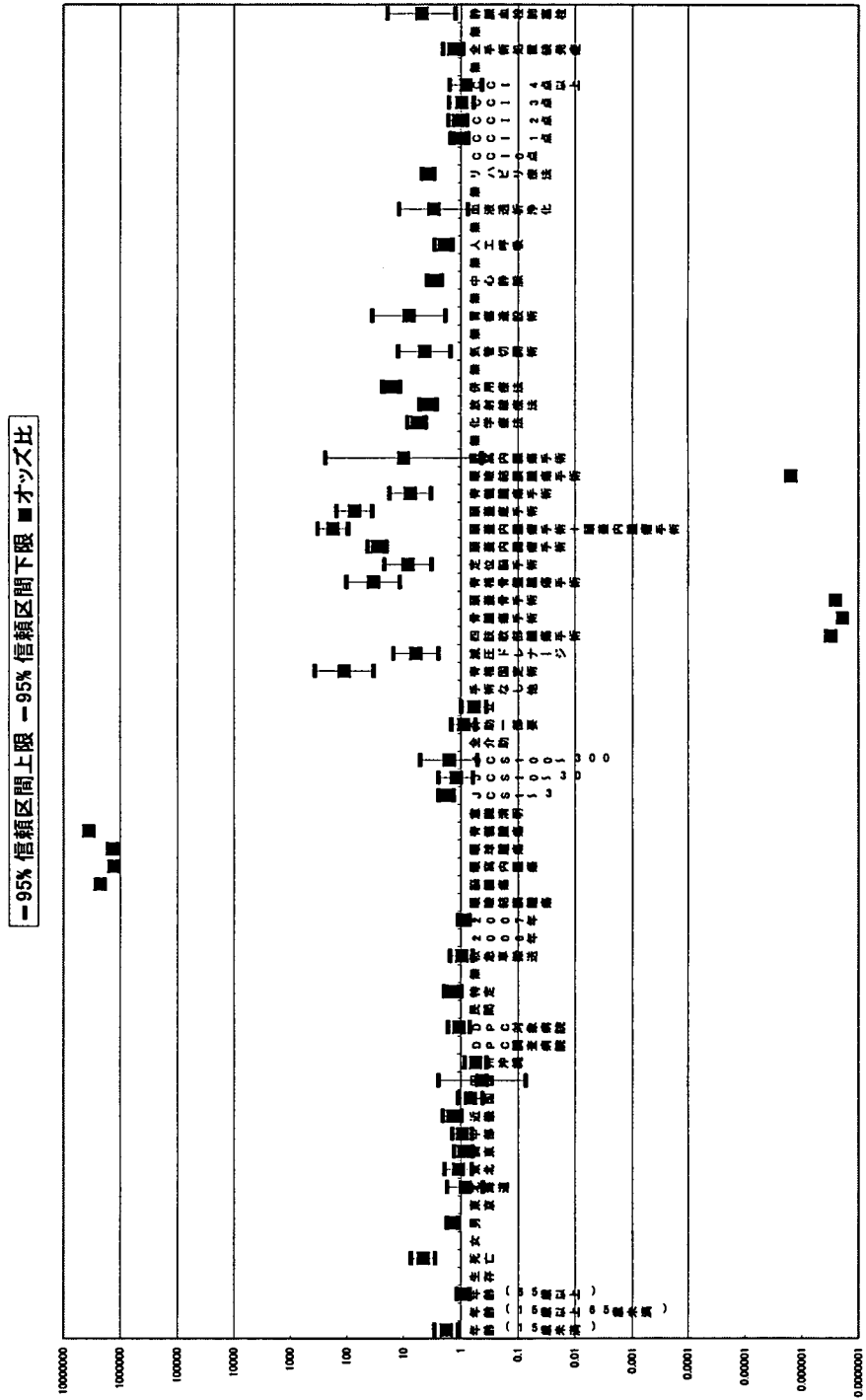
図C群(包括範囲総点数分析)



图C群(包括範圍一日点数分析)



図表D群(アウトライヤー分析; 包括範囲総点数)



平成 18 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と妥当性検証（分類簡素化の視点から）

MDC1 脱髄疾患関連 DPC

『010090 多発性硬化症』、『010100 脱髄性疾患（その他）』、『010110 免疫介在性・炎症性ニューロパチー』

報告者

桑原 一彰 九州大学大学院医学研究院 医療経営管理学講座 分担研究者
久富 洋子 アイネット・システムズ 株式会社 研究協力者

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肝要である。『臨床分類としての診断群分類』は、病理と部位からなる傷病名と、それに特異な手術処置の組み合わせからなる分類である。それを支払い分類として管理可能なものに簡素化する場合、資源投入量のばらつきを説明するのとして、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須である。

今回、MDC1 脱髄疾患関連 DPC 『010090 多発性硬化症』、『010100 脱髄性疾患（その他）』、『010110 免疫介在性・炎症性ニューロパチー』を選択し、その分類の妥当性検証を、平成 16、17 年度 7 月から 10 月にかけて収集された 2 年間の 4 ヶ月データをもとに行った。

在院日数、総点数、包括範囲総点数においてγグロブリン、リハビリ、中心静脈栄養に、包括範囲一日点数ではγグロブリン、『010110 免疫介在性・炎症性ニューロパチー』に配慮を要することが判明した。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『010110 免疫介在性・炎症性ニューロパチー』以外の基本 DPC の統合はまず妥当であろう。

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、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、18 年度にも見直しが行われた。その間、調査対象病院も増加し、平成 18 年 12 月時点で DPC 対象病院 360 施設、DPC 準備病院 371 施設となっている。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。前者は部位と病理の観点に立ち臨床家に親和性を持たせることで、日常診療行為の評価指標にできる可能性がある。後者はたとえ前者の臨床的分類は異なっても、現在の臨床的分類に、

包括対象とする資源の投入量の観点で大きな弁別的差異がない場合、臨床分類を統合し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。併せて、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、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。以上の理由や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。

疾患群、手術・処置などを臨床的分類の観点からみると、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、2年間で資源投入量に差異がみられるのか、アウトライヤーの要因として何があるのか、さまざまな観点から検証されるべき事項があるだろう。

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)、包括範囲一日点数(dDPC)ⁱⁱⁱを目的変数として、前述の視点でいかなる問題点があるのかを、平成 16,17 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罹患した部位と病理の視点で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、資源投入量の均質性と臨床的妥当性検証を行う。そこでは支払い評価として留意すべき因子を探り、分類統合の妥当性の検討
- 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の検討
- ④医療の質の評価として、医療費関連指標の高位アウトライヤー^{vi}に影響をもつ因子（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

B.研究方法

対象

『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班（主任研究者：松田晋哉 産業医科大学教授）』に、平成 16,17 年度 7 月から 10 月までの退院患者に係る調査データの提出に同意をいただいた医療機関

の内、2年間連続してデータ提出していただいた特定機能病院 42 施設からの患者数 387,645 件（平成 16 年度 187,413 件、17 年度 200,232 件）、民間病院 142 施設からの患者数 585,252 件（平成 16 年度 187,413 件、17 年度 200,232 件）、合計 972,897 件の患者情報（臨床情報、診療報酬点数関連情報）が対象である^{vii}。

この中から MDC1 脱髄疾患関連 DPC 『010090 多発性硬化症』、『010100 脱髄性疾患（その他）』、『010110 免疫介在性・炎症性ニューロパチー』の入院後 24 時間以内死亡症例を除外した 1761 件（平成 16 年度 807 件、17 年度 954 件）〔内退院時死亡患者 7 件〕を分析対象とした。

ここで説明変数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：15 歳未満、15 歳以上 65 歳未満、65 歳以上
- 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
- ④DPC に関する施設（以下 DPC 施設）：対象病院または準備病院
- ⑤施設機能：特定機能病院または民間病院
- ⑥救急車搬送の有無(ambulcat)

臨床情報

⑦JCS(Japan Coma Scale)

- JCS:0,1,2,3,10,20,30,100,200,300 について分析し、意識清明

jcscat1 : JCS=1~3

jcscat2 : JCS=10~30

jcscat3 : JCS=100~300

■ ADL 分類

全介助

介助一部要

自立

■ 喫煙係数

喫煙なし（記載なし）

喫煙係数 500 未満

喫煙係数 500 以上 1000 未満

喫煙係数 1000 以上

と整理した。

⑧疾患群：DPC6 桁分類

⑨手術手技

特異な手術がないので収集しなかった。

⑩処置

中心静脈栄養(ivhdum)

人工呼吸(ventidum)

人工透析(hddum)

リハビリ(rihadum)

γグロブリン

気管切開^{viii}

胃瘻造設^{ix}

以上の有無を分析した。

⑪入院時併存症、入院後併発症（以下 CC^x）：

入院時併存症は、Charlson Comorbidity Index（以下 CCI 指標）^xを活用し、以下のように整理した¹。

■ 入院時併存症

急性心筋梗塞(dcinami)、心不全(dcinchf)、末梢血管障害(dcinpvd)、脳血管障害(dcincvd)、痴呆(dcindem)、肺疾患(dcinpd)、自己免疫疾患(dcinctd)、消化性潰瘍(dcinpu)、肝障害(dcinmld)、合併症のない糖尿病

(dcinmdm)、合併症のある糖尿病(dcinsdm)、腎臓疾患(dcinrd)、四肢麻痺(dcinprp)、原発性悪性腫瘍(dcinmal)、転移性悪性腫瘍(dcinmst)、重症肝臓疾患(sld)、HIV(hiv)を、様式1の入院時併存症(4つ併記)から抽出し、重み付け係数を合算し、以下のように整理した。

CCI:0点、CCI:1点、CCI:2点、CCI:3点、CCI:4点以上。

■ 入院後手術関連発症

静脈血栓肺塞栓(dccdvt)と手術関連発症(dcccomp)は、様式1の入院後併発症(4つ併記)から該当ICD10コードを収集し、その有無を検索した。^{xii}

目的変数を、コストの代替変数として医療費関連指標(LOS,cALL,cDPC dDPC)と、それぞれの95%上位アウトライヤーとした。

解析方法:

- ①各説明変数の度数
- ②年齢と上記目的変数の度数分布表(図表A群)
- ③上記目的変数の各説明変数毎の箱ひげ図(図表B群)
- ④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^{xiii}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(図表C群)
- ⑤アウトライヤーに関して、ロジスティック重回帰分析を行い、外れ値に影響するリスク因子(オッズ比(Exp(B))と95%信頼区間)を分析(図表D群)

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(Ver14.0)を用いた。

統計学的有意差を0.05とした。

C.結果

基本DPCでは、010090 902件(51.2%)、010100 86件(4.9%)、010110 773件(43.9%)であった。

年度では、2004年 807件(45.8%)、2005年 954件(54.2%)、であった。

退院時転帰では、生存 1754件(99.6%)、死亡 7件(0.4%)、であった。

年齢区分では、15歳未満 95件(5.4%)、15歳以上 65歳未満 1396件(79.3%)、65歳以上 270件(15.3%)、であった。

性別では、女 989件(56.2%)、男 772件(43.8%)、であった。

施設地域では、北海道 63件(3.6%)、東北 104件(5.9%)、関東 341件(19.4%)、東京 276件(15.7%)、中部 257件(14.6%)、近畿 339件(19.3%)、中国 169件(9.6%)、四国 6件(0.3%)、九州沖縄 206件(11.7%)、であった。

DPC病院では、DPC調査病院 370件(21%)、DPC対象病院 1391件(79%)、であった。

施設機能では、民間 611件(34.7%)、特定 1150件(65.3%)、であった。

救急車搬送では、無 1639件(93.1%)、有 122件(6.9%)、であった。

JCSでは、意識清明 1707件(96.9%)、JCS1~3 38件(2.2%)、JCS10~30 6件(0.3%)、JCS100~300 10件(0.6%)、であった。

ADL分類では、全介助 75件(4.3%)、介助一部要 811件(46.1%)、自立 875件(49.7%)、であった。

喫煙係数では、喫煙なし(記載なし) 1653件(93.9%)、喫煙係数 500未満 70件(4%)、喫煙係数 500以上 1000未満 28件(1.6%)、