

## 【結果：薬剤管理指導料の関連因子】

### ①患者1人1日あたり

	偏回帰係数	標準偏回帰係数	P値	VIF
(定数)	26.346		<0.01	
入院患者数 <sup>a</sup>	-.667	-.409	<0.01	1.067
外来調剤件数 <sup>a</sup>	-.235	-.268	.008	1.223
入院業務件数 <sup>ab</sup>	4.152	.234	.018	1.188
経験年数3年以上の 薬剤師の割合	.146	.238	.010	1.022

調整済みR<sup>2</sup> 0.263

a: 薬剤師1人当たり b: 薬剤管理指導・入院調剤業務以外の業務

11

## 【結果：薬剤管理指導料の関連因子】

### ②薬剤師1人1日あたり

	偏回帰係数	標準偏回帰係数	P値	VIF
(定数)	245.574		.003	
入院患者数 <sup>a</sup>	9.818	.295	.002	1.079
外来調剤件数 <sup>a</sup>	-4.821	-.270	.011	1.345
入院業務件数 <sup>ab</sup>	77.058	.213	.031	1.179
公的病院 <sup>c</sup>	96.459	.202	.037	1.135

調整済みR<sup>2</sup> 0.254

a: 薬剤師1人当たり b: 薬剤管理指導・入院調剤業務以外の業務

c: 私立病院を基準とし、公立病院と公的病院をそれぞれ変数とした。

12

## 【考察：関連因子について 1】

- 薬剤管理指導業務の実施状況差の関連要因と影響度を定量的に示しが、これらの要因や、数値は、病院や薬剤部が業務の資源配分や業務設計を考える上で活用することができる。

13

## 【考察：関連因子について 2】

外来調剤件数

- 外来調剤件数が増加

⇒患者あたりの薬剤管理指導料  
薬剤師あたりの薬剤管理指導料 } 減少



オーダリングシステムや自動調剤機の普及が進んでも、調剤業務の負荷が大きいことが考えられる。薬剤管理指導業務など、ほかの業務の充実を図るためにも、院外処方への移行は必要である。

14

## 【考察：関連因子について 3】

入院業務について

- ・ 調剤以外の入院業務(特定薬剤治療管理、無菌製剤処理など)が増加

⇒患者あたりの薬剤管理指導料  
薬剤師あたりの薬剤管理指導料 } 増加



対象患者が重複していること、薬剤師が関わる機会が多いことなどが薬剤管理指導の増加につながっていると考えられる。入院業務へ薬剤部業務を集中させることは有用である。

15

## 【考察：その他ばらつきの要因 1】

これら解析モデルで説明されていないばらつきの要因として考えられるもの

- 病院・薬剤部での取り組みの違い
  - ・ 薬剤管理指導業務に対する方針
  - ・ 病棟と薬剤部の連携
  - ・ クリティカルパスの活用
- 薬剤師個人の違い
  - ・ 服薬指導に必要な知識
  - ・ 患者対応の能力
  - ・ 業務に対する取り組み方

16

## 【考察：その他ばらつきの要因 2】

- 関連要因とされた変数で補正した薬剤管理指導料が病院での薬剤管理指導業務への取り組み状況の差をより明確に表していると考えられる。



患者にとって、どの病院でも公平な薬剤管理指導を受ける機会を提供することを検討するうえで、この値を用いることで、各病院での現状把握や多施設比較が行いやすくなる可能性がある。

17

## 【考察：限界】

- QIP病院が対象であることについて  
急性期医療を担う病院の大多数はDPC参加病院であるため、急性期病院における薬剤管理指導業務の実施状況の差を示すものとして、参考にすることができる。
- 薬剤管理指導業務の質について  
1回の指導時間や、頻回指導、患者の理解度については十分に考慮出来ていないため、今後の課題と言える。

18



## 【まとめ】

- 多施設の客観的データを用いて、薬剤管理指導業務実施状況に病院間格差があることを数値で示した。
- 薬剤管理指導業務の実施状況差の関連要因と影響度を定量的に示した。これは、病院や薬剤部が業務の資源配分や業務設計を考える上で活用することができる。
- 得られた値や関連要因で補正した値は、病院での現状把握や多施設での実施状況の比較を行う場合に有用な指標となる可能性がある。

19

## 【謝辞】

調査にご協力下さいましたQIP参加病院ならびに各病院の薬剤部門責任者の諸先生方に心よりお礼申し上げます。

## 【資金源・利益相反】

この研究は厚生労働科学研究費補助金を資金源として行われ、利益相反はない。

ご清聴ありがとうございました

20

## OE60

一般口述 (英語) 60

Others

March 18 (Sun) 14:00-15:30

第 14 会場 (福岡国際会議場 5F 503)

座長: 樗木 浩朗 (保健医療経営大学 保健医療経営学部)

座長: 橋本 英樹 (東京大学 公共健康医学専攻臨床疫学経済学分野)

## OE-358

## Clinical Profiles of Hospitalized Acute Heart Failure Patients Using DPC Administrative Database

<sup>1</sup>Noriko Sasaki<sup>1</sup>Susumu Kunisawa, <sup>1</sup>Hiroshi Ikai, <sup>1</sup>Yuichi Imanaka<sup>1</sup>Department of Healthcare Economics and Quality Management, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Kyoto

**Objectives.** Epidemiological studies of acute heart failure (AHF) in Japan are rare. The ATTEND registry only presents the clinical profile of AHF. Using the Diagnosis Procedure Combination (DPC) database, we aimed to elucidate the clinical features of AHF in a wider population. **Methods.** We utilized administrative data from 17,917 patients in 183 acute hospitals [enrolled in the Quality Indicator/Improvement Project (QIP) administered by our Department] between April 2010 and March 2011. Patients with AHF were identified using DPC code 050130 (HF) with the newly-added "acute exacerbation" code. Characteristics, treatments, length of stay, and in-hospital mortality were compared with the ATTEND 2009 registry report. **Results.** When compared to the ATTEND report, our sample consisted of older [mean 79 vs 73 years], fewer males [50% vs 59%] and less severe patients

[functional classes III, IV: 35%, 32% vs 39%, 47%]. While underlying IHD [32% vs 33%] and AF incidences [29% vs 40%] were similar, our sample had less non-pharmacologic management [noninvasive ventilation 5.6% vs 36.1%, intubation 2.6% vs 11.1%, PCI 4.4% vs 9.6%, CRT 0.6% vs 2.4%], shorter hospital stay [median 17 vs 21d] and higher in-hospital mortality [8.9% vs 7.7%]. This was compatible with the fact that our sample included hospitals with fewer cardiologists. **Conclusions.** The use of the additional code produced a comparable clinical profile of AHF patients, showing that administrative data has applications in describing and analyzing clinical data in a wider population.

(Circulation Journal 2012, 76(Suppl. I): I-1065)

MyAbstracts : Noriko SASAKI (京都大学)

1

## Prediction of In-hospital Mortality for Acute Heart Failure using Simple Administrative Data

Noriko Sasaki, MD, Jason Lee, PhD, Takeshi Umegaki, MD,  
Susumu Kunisawa, MD, Tetsuya Otsubo, MEng, PhD, Hiroshi Ikai, MD,  
PhD, Yuichi Imanaka, MD, PhD

Department of Healthcare Economics and Quality Management, School of Public Health, Kyoto University Graduate School of Medicine, Kyoto, Japan

### Abstract

**Background:** Under growing healthcare costs of acute heart failure (AHF) with high in-hospital mortality, comparing hospital performance is a first step to the efficient hospital management. However, it is difficult to distinguish between patient severity from individual hospital care effects. The aim of this study was to develop a risk adjustment model to predict in-hospital mortality for AHF, using administrative database.

**Methods:** Administrative data were extracted from 90 acute care hospitals in Japan. We identified 9,287 patients with AHF from April 2010 to March 2011. The predictive model was developed with the test dataset using multivariable logistic regression analysis and cross validation was performed in the validation dataset. Expected mortality rates were calculated for each hospital by applying the model.

Results: The overall in-hospital mortality rate was 6.8%. Factors independently associated with higher in-hospital mortality included advanced age, New York Heart Association functional class and severe respiratory failure. Instead, comorbid hypertension associated with lower in-hospital mortality. The c-statistic for the test dataset was 0.82 and for the validation dataset, 0.79 .

Conclusions: Factors identifiable from administrative data well predicted in-hospital mortality. Application of our model may facilitate risk-adjustment for AHF and will contribute to evaluate hospital management related to AHF.

Key words: acute heart failure, in-hospital mortality, risk adjustment, administrative data

## 急性期病院における漢方製剤の処方状況解析と評価

濱田 啓義 猪飼 宏 今中 雄一

京都大学大学院医学研究科医療経済学

## Analysis and evaluation of Kampo prescriptions in acute care hospitals

Hamada Hironori Ikai Hiroshi Imanaka Yuichi

Kyoto University, Graduate School of Medicine, Department of Healthcare Economics and Quality Management

Objectives: Kampo medicine (Japanese traditional herbal medicine) has now gained popularity among physicians and patients. But a little is known about Kampo drugs usage in acute care. Therefore, the purpose of this study is to examine how Kampo drugs are prescribed in acute care hospitals.

Methods: We extracted inpatient administrative data between July and December 2009 from our database. Then Kampo prescriptions were examined by matching E and F files of DPC (diagnosis procedure combination) data and drug master from Minister of Health, Labour and Welfare.

Results: Kampo drugs were used in 6.4 percent of inpatients, and comprised 0.50 percent of all of the prescriptions in frequency and 0.16 percent in monetary base. Kampo prescriptions were found especially in patients of gastroenterology, obstetrics and gynecology and psychiatry. Top 3 diseases in which Kampo drugs were prescribed were ileus, ovarian cancer and colorectal cancer, and top 3 Kampo formulae were Daikenchuto, Shakuyakuzantoto and Rikkunshito.

Conclusion: This study found that Kampo drugs were widely used in acute care patients, and especially in patients of ileus and malignant tumors. Although administrative data was quite useful to investigate drug usage, further research is needed to examine clinical and economical effectiveness of Kampo medicine using administrative data.

Keywords: Kampo, administrative data, pharmacoepidemiology

## 1. 背景と目的

伝統医学に対する期待や、医学部での漢方教育の拡充を受けて、漢方が注目されるようになってきている。また、国際疾病分類 (ICD) の次回改訂で伝統医学に関する用語の取り入れが検討されるなど、国際的にも漢方を含む代替医療、伝統医療への関心が高まっている。その一方で、漢方製剤の処方状況は医師へのアンケート調査<sup>1)</sup>が散見される程度であり、十分に把握されているとはいえない。また、これまで漢方製剤の処方の多くは慢性疾患や慢性的な病態に対するものが多く、主に外来で処方が行われ、急性期疾患の入院症例への処方はあまり行われていなかった。

この数年、DPCが普及するに伴い、DPCデータを用いて多くの症例に対する薬剤の処方状況を検討することが可能となってきた。そこで今回、DPCデータを用いて急性期病院における漢方製剤の処方状況に関する検討を行った。

## 2. 方法

京都大学医療経済学教室にて行っているDPCデータ解析プロジェクトであるQIP (Quality Indicator/Improvement Project QIPは医療機関よりDPCデータの任意の提出を受け、それを基に医療の質と経済性の評価、向上活動に資することを目的とした研究である)のデータベースを用いた。

まず、QIPデータベースより2009年7月から12月の間に217病院に入院した全658,921症例を抽出。次に、これらの入院症例に対応するEファイル(診療明細情報)およびFファイル(行為明細情報)と、厚生労働省が提供する薬剤マスター<sup>2)</sup>を突合して、漢方製剤の処

方状況を検討した。漢方製剤は先述の薬剤マスター上で薬効が510もしくは520とコードされているものと定義した。

DPCコードと病名の変換にはふくろうくんver.2.21<sup>3)</sup>を、データの解析にはIBM SPSS 18を利用した。

## 3. 結果

入院症例の6.4%に対して漢方製剤が処方されていた。病院ごとの処方状況を検討すると、入院患者に対する処方割合は28.5%–0.8%と大きなばらつきを認めた。対象期間における全処方に対して漢方製剤が占める割合は回数ベースでは0.50%であり、薬価ベースにすると0.16%であった。

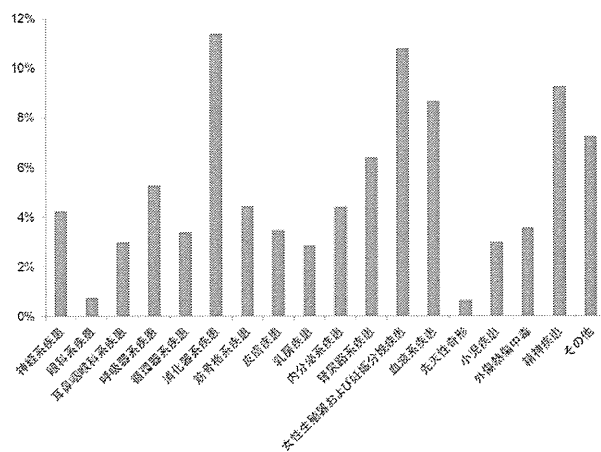


図1 MDC別の入院患者に対する漢方処方割合

漢方の処方割合を主要診断群(MDC: Major Diagnostic Category)別にみると、MDC4 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、MCD12 女性生殖器系疾患及び産褥期・異常妊娠分娩、MDC17精神疾患の入院患者に対する処方が高く、それぞれ約10%の患者に漢方が処方されていた(図1)。

次に、処方割合の高い病名をDPC 10桁コードで検討したところ、上位3位は腸閉塞、卵巣癌、直腸癌であり、腸閉塞に加えて、消化器・婦人科系悪性腫瘍での処方が多くみられた(表1)。

表1 漢方製剤の処方割合の高い病名

DPC 6桁コード	病名	処方患者数 / 全患者数	処方割合
060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	3782 / 8164	46.3%
120010	卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍	1414 / 4047	34.9%
060040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	2404 / 8578	28.0%
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	3119 / 13313	23.4%
060030	小腸の悪性腫瘍	134 / 699	19.2%
120020	子宮頸・体部の悪性腫瘍	930 / 5330	17.4%
110050	後腹膜疾患	216 / 1284	16.8%
050163	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	275 / 1655	16.6%
170040	気分[感情]障害	52 / 330	15.8%
120170	早産、切迫早産	567 / 3601	15.7%

ただし、100症例以下の病名は除く

入院患者に対する処方回数が多かった漢方製剤は大建中湯、芍薬甘草湯、六君子湯であったが、このうち大建中湯が全体の40%近くを占めていた(表2)。大建中湯の処方率は、腸閉塞や大腸・直腸癌の症例に多く認められた。

表2 処方回数の多い漢方製剤

漢方製剤名	処方回数	漢方処方全体に占める割合 (%)
大建中湯	102,662	39.5
芍薬甘草湯	19,652	7.6
六君子湯	12,982	5.0
補中益気湯	11,692	4.5
牛車腎気丸	11,028	4.2
抑肝散	8,847	3.4
十全大補湯	7,304	2.8
当帰芍薬散	6,757	2.6
大黃甘草湯	4,895	1.9
五苓散	4,601	1.8

ただし、生薬製剤は除く

#### 4. 考察

今回の検討では急性期病院において広く漢方薬が処方されている実態が明らかになった。近年、大建中湯は腸閉塞や術後の消化管通過不良に対してその効用が報告されている。また、悪性腫瘍における種々の症状緩和や、化学療法の副作用対策として漢方が処方される症例が増加している(図2)。

##### ・症状の緩和

- 大建中湯 消化管通過不良
- 補中益気湯 倦怠感

##### ・化学療法の副作用対策

- 芍薬甘草湯 パクリタキセルによる筋肉痛
- 牛車腎気丸 パクリタキセルによる神経障害(しびれ)
- 十全大補湯 抗癌剤による血球減少(白血球減少)
- 半夏瀉心湯 イリノテカン(活性代謝物SN-38)による下痢

図2 悪性腫瘍患者に用いられる漢方製剤

今回の結果は、このように外科系疾患や悪性腫瘍において漢方薬が広く用いられている実態を裏付けた。処方状況の把握においてDPCデータは極めて有用である。しかしながら、漢方製剤の一層の普及には効果に関するエビデンスが欠かせない。DPCデータは大量のデータを一度に解析でき、病院間の比較が容易になるなどメリットも多いが、その一方で臨床情報は限られるなどデメリットもある。今後、このようなDPCデータの特徴を踏まえた上で、処方状況の検討に加えて薬剤の臨床効果や医療経済的効果をどのように評価していくか、課題としたい。

#### 参考文献

- [1] 漢方薬処方実態調査 - 日本漢方生薬製剤協会 [http://www.nikkankyo.org/topix/news/091209\\_ad/enquete.pdf](http://www.nikkankyo.org/topix/news/091209_ad/enquete.pdf).
- [2] 診療情報提供サービス <http://www.iryohoken.go.jp/shinryohoshu/>.
- [3] DPC検索ソフトウェア ふくろうくん <http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/DPC/>.



# 急性期病院における 漢方製剤の処方状況解析と評価

京都大学大学院医学研究科 医療経済学

濱田 啓義, 猪飼 宏, 今中 雄一

*Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management*

## 背景

- ・ 注目される漢方
  - 西洋薬とは異なる効用に対する期待
  - 医学部教育における漢方教育の拡充
  - 世界的な代替医療・統合医療に対するニーズの拡大
  - 保険適用下での医療用漢方製剤の普及

*Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management*



## 背景

- ・ DPCデータによる処方状況の把握
    - 急性期病院におけるDPC/PDPSの拡がり
    - 薬剤の処方状況の把握が容易に
  - ・ その一方で、漢方の処方についてはアンケート調査が散見されるのみ
    - アンケートでは8割以上の医師が処方
- 漢方薬処方実態調査 日本漢方生薬協会
- 実際にどの程度の患者に、何が処方されているかについての調査はほとんどない

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

## 目的

急性期病院の入院加療における漢方製剤の処方状況に関して

- ・ どの程度の患者に処方されているか
- ・ どの病名の患者に処方されているか
- ・ どの製剤の処方が多いか

について検討した

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management



# 方法

以下のデータを突合し、解析した

- ・ DPCデータ (QIPデータベース)
  - 2009年7月-12月の入院症例
    - ・ 様式1 217病院 658,921症例
    - ・ E,Fファイル 処方件数 52,414,339件
- ・ マスター
  - 薬剤マスター
    - ・ 診療報酬情報提供サービス (2010/3/30分)
  - DPCコード
    - ・ ふくろうくん ver. 2.21 (2008/3/5版)

QIP (Quality Indicator/Improvement Project) <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/>  
 診療報酬情報提供サービス <http://www.iryohoken.go.jp/shinryohoshu/>  
 標準病名マスター作業班 <http://www.dis.h.u-tokyo.ac.jp/byomei/index.html>

Kyoto University Graduate School of Medicine  
 Department of Healthcare Economics and Quality Management

5

## 漢方薬が全処方に占める割合 (回数)

薬効コード	薬効	処方回数	薬価	回数%
331	血液代用剤	10,130,054	¥2,398,083,499	19.3%
232	消化性潰瘍用剤	3,396,509	¥1,319,356,309	6.5%
613	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの	2,641,534	¥4,891,007,210	5.0%
333	血液凝固阻止剤	1,852,909	¥738,353,725	3.5%
114	解熱鎮痛消炎剤	1,832,686	¥313,985,633	3.5%
325	たん白アミノ酸製剤	1,655,015	¥2,031,388,627	3.2%
112	催眠鎮静剤, 抗不安剤	1,541,143	¥237,450,690	2.9%
213	利尿剤	1,403,504	¥146,462,717	2.7%
121	局所麻酔剤	1,254,655	¥335,117,971	2.4%
214	血圧降下剤	1,219,173	¥630,863,754	2.3%
41位	:	:	:	:
510/520	生薬/漢方製剤	259,454	¥93,255,559	0.50%

Kyoto University Graduate School of Medicine  
 Department of Healthcare Economics and Quality Management

6

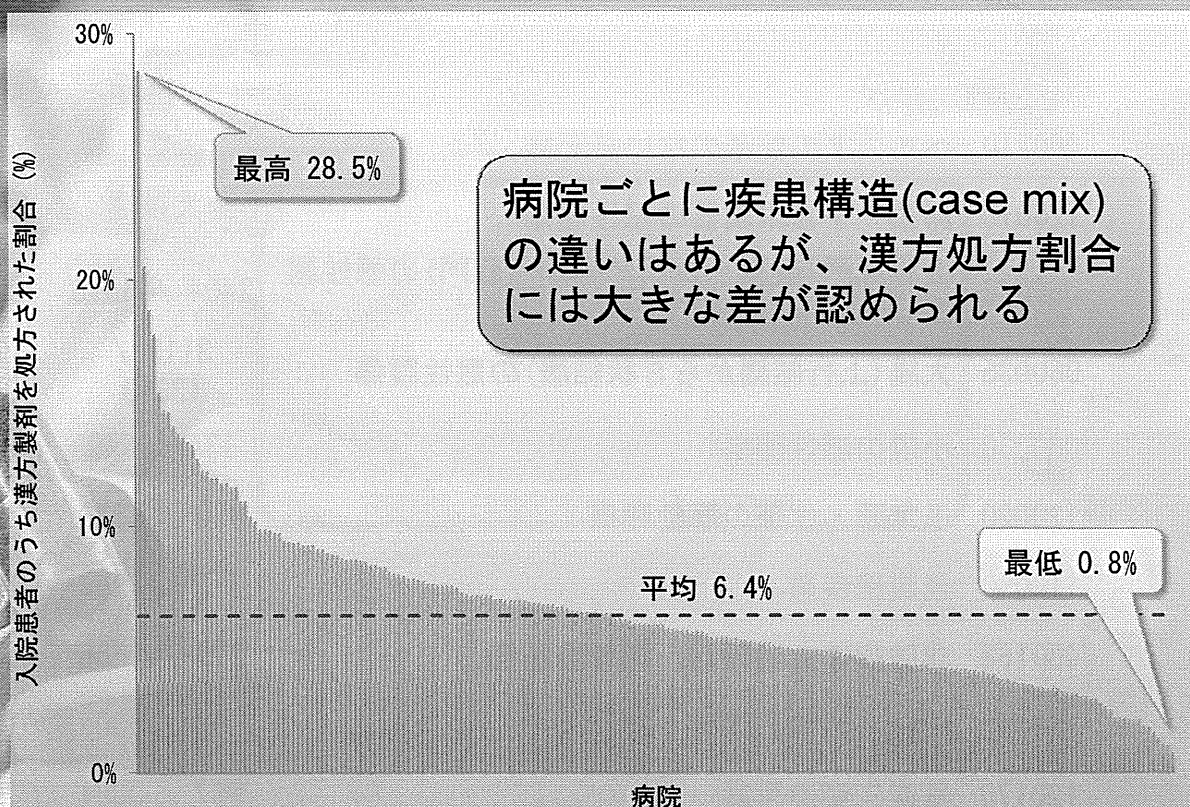


# 漢方薬が全処方に占める割合 (薬価)

薬効コード	薬効	処方回数	薬価	薬価%
634	血液製剤類	233,110	¥9,148,016,645	15.5%
429	その他の腫瘍用薬	117,525	¥4,971,844,513	8.4%
613	主としてグラム陽性・陰性菌に作用するもの	2,641,534	¥4,891,007,210	8.3%
399	他に分類されない代謝性医薬品	629,174	¥2,537,802,961	4.3%
331	血液代用剤	10,130,054	¥2,398,083,499	4.1%
325	たん白アミノ酸製剤	1,655,015	¥2,031,388,627	3.4%
339	その他の血液・体液用薬	982,910	¥1,864,688,167	3.2%
721	X線造影剤	305,797	¥1,858,450,301	3.1%
111	全身麻酔剤	341,146	¥1,678,994,455	2.8%
422	代謝拮抗剤	106,420	¥1,555,423,685	2.6%
59位	⋮	⋮	⋮	⋮
510/520	生薬/漢方製剤	259,454	¥93,255,559	0.16%

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

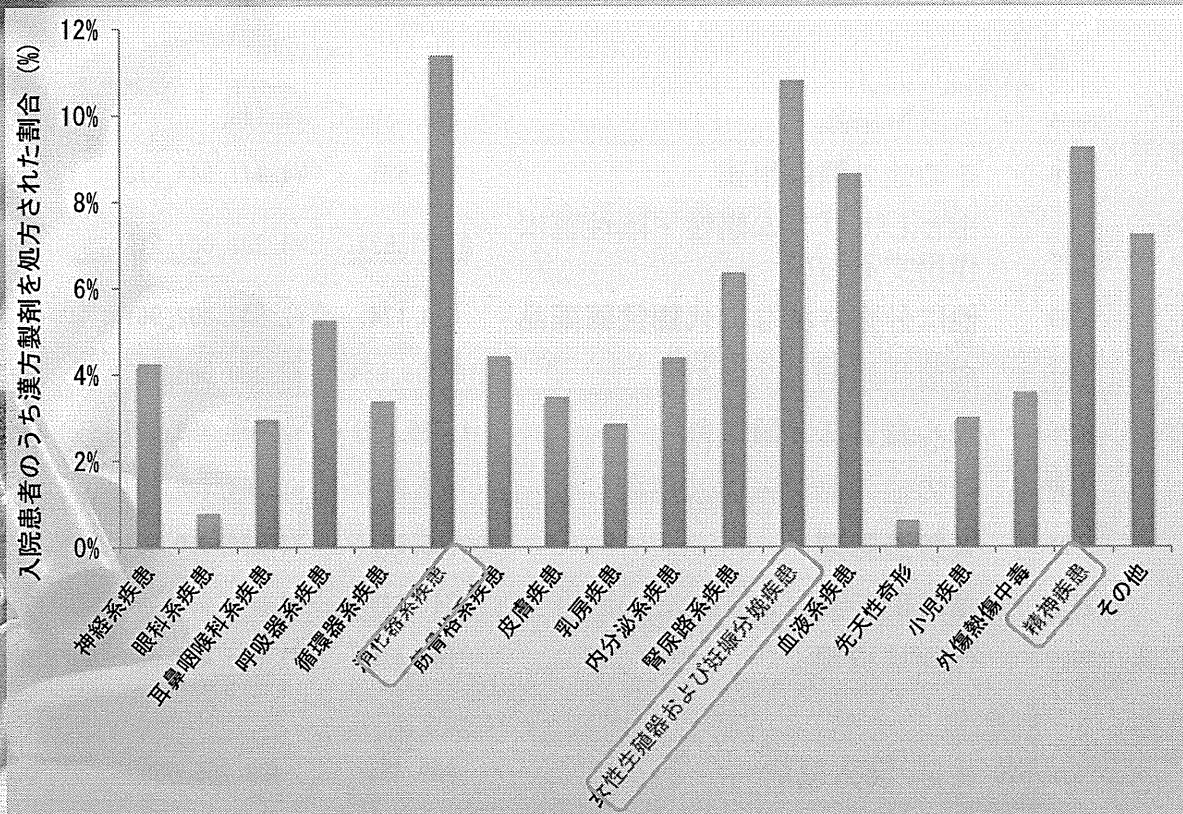
# 病院別の漢方製剤処方割合 (入院)



Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management



# MDC別の漢方製剤処方割合 (入院)



Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

## 漢方製剤の処方割合が高い症々

DPC6桁コード	病名	漢方製剤処方割合 (%)
060210	ヘルニアの記載のない腸閉塞	96.1%
120010	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	38.3%
060040	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍	28.0%
060035	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍	23.4%
060030	小腸の悪性腫瘍	19.2%
120020	子宮頸・体部の悪性腫瘍	17.4%
110050	後腹膜疾患	16.8%
050163	非破裂性大動脈瘤、腸骨動脈瘤	16.6%
170040	気分[感情]障害	15.8%
120170	早産、切迫早産	15.7%

ただし、100症例以下の病名は除いた

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management



# 処方が多い漢方製剤

漢方製剤名	処方回数	全体に占める割合 (%)
大建中湯	102,662	39.5
芍薬甘草湯	19,652	7.6
六君子湯	12,982	5.0
補中益気湯	11,692	4.5
牛車腎気丸	11,028	4.2
抑肝散	8,847	3.4
十全大補湯	7,304	2.8
当帰芍薬散	6,757	2.6
大黄甘草湯	4,895	1.9
五苓散	4,601	1.8

生薬製剤(19,359処方)は除いた

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

11

## 結果のまとめ

- ・ 漢方薬は広く処方されている
  - 入院患者の6.4%に漢方が処方されている
  - 消化器疾患, 産婦人科疾患, 精神疾患における処方が多い
- ・ 悪性腫瘍に対する漢方の使用が多い

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

12



# 悪性腫瘍治療に使われる漢方製剤

- ・ 症状の緩和
  - 大建中湯 消化管通過不良
  - 補中益気湯 倦怠感
- ・ 化学療法 of 副作用対策
  - 芍薬甘草湯 パクリタキセルの筋肉痛
  - 牛車腎気丸 パクリタキセルの神経障害 (しびれ)
  - 十全大補湯 血球減少 (白血球減少)
  - 半夏瀉心湯 CPT-11 [SN-38] の下痢

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

13

## 考察および結語

- ・ 漢方製剤の臨床における効果についてのエビデンスは十分とはいえない

後山 女性診療科医のための漢方医学マニュアル 永井書店 2003

- ・ DPCデータの特徴
  - 大量の症例を扱うことが可能
  - 詳細な臨床情報は得られない

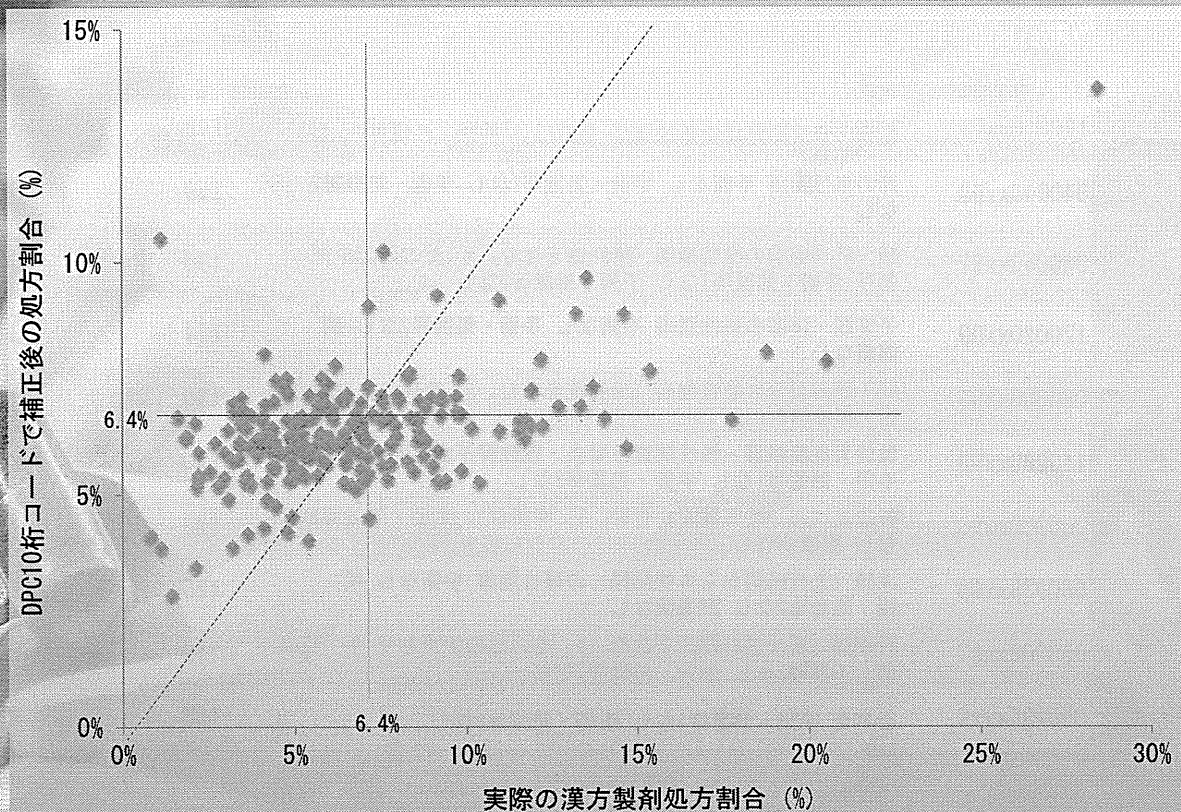
- ・ このような特徴を活かしつつ、臨床効果や医療経済効果を評価する手法の確立が求められる

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

14



# 病院別の漢方製剤処方割合 (疾患調整)



Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

15

# 大建中湯が処方された病名 (入院)

DPC 10桁コード	病名	処方患者数	全体に占める割合 (%)
060210xx99	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし 手術・処置等2なし	2,883	16.1
060035xx01	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍 結腸切除術 全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術等 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	975	5.4
060035xx99	大腸(上行結腸からS状結腸)の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	831	4.6
060210xx97	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術あり 手術・処置等2なし	750	4.2
060040xx99	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし	700	3.9
060040xx01	直腸肛門(直腸・S状結腸から肛門)の悪性腫瘍 骨盤内臓全摘術等 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	627	3.5
120010xx99	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし	367	2.0
040080xx99	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	315	1.8
060020xx02	胃の悪性腫瘍 胃切除術 悪性腫瘍手術等 手術・処置等2なし	294	1.6
060020xx99	胃の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし	284	1.6

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

16

## 芍薬甘草湯が処方された病名 (入院)

DPC 10桁コード	病名	処方患者数	全体に占める割合 (%)
120010xx99	卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし	295	6.0
040040xx99	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	259	5.3
060050xx97	肝・肝内胆管の悪性腫瘍 (続発性を含む。) その他の手術あり 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	176	3.6
120020xx99	子宮頸・体部の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	174	3.5
060050xx99	肝・肝内胆管の悪性腫瘍 (続発性を含む。) 手術なし 手術・処置等2なし	130	2.6
110280xx99	慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	130	2.6
060300xx99	肝硬変 (胆汁性肝硬変を含む。) 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	129	2.6
060035xx99	大腸 (上行結腸からS状結腸) の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	125	2.5
060300xx97	肝硬変 (胆汁性肝硬変を含む。) その他の手術あり 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	110	2.2
050130xxxx	心不全 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	103	2.1

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

17

## 六君子湯が処方された病名 (入院)

DPC 10桁コード	病名	処方患者数	全体に占める割合 (%)
040080xx99	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	108	4.9
060020xx99	胃の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし	96	4.3
060020xx02	胃の悪性腫瘍 胃切除術 悪性腫瘍手術等 手術・処置等2なし	89	4.0
060035xx99	大腸 (上行結腸からS状結腸) の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし 副傷病なし	85	3.8
040040xx99	肺の悪性腫瘍 手術なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	56	2.5
060130xx99	食道、胃、十二指腸、他腸の炎症 (その他良性疾患) 手術なし 手術・処置等2なし	55	2.5
050130xxxx	心不全 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	52	2.4
06007xxx99	膵臓、脾臓の腫瘍 手術なし 手術・処置等2なし	46	2.1
060210xx99	ヘルニアの記載のない腸閉塞 手術なし 手術・処置等2なし	46	2.1
040080xx97	肺炎、急性気管支炎、急性細気管支炎 手術あり 手術・処置等2なし 副傷病なし	39	1.8

Kyoto University Graduate School of Medicine  
Department of Healthcare Economics and Quality Management

18

○学会名：第111回日本外科学会総会

○開催地：東京

○日時：2011/5/26-28

○演題名：2004年から2009年における，わが国の急性胆管炎の診療パターンの変化についての検証～DPCデータを用いた，診療ガイドライン刊行前後の急性胆管炎の診療形態の変化～ / The change of diagnostic and treatmental patterns of acute cholangitis in Japan from 2004 to 2009. The inspection in using of DPC data around the period of publication of the clinical guideline

○演者：大隈 和英 / Okuma Kazuhide, 関本 美穂, 今中 雄一

京都大学大学院医学研究科医療経済分野 / Kyoto Univ, Healthcare Economics & Quality Management

○抄録：【目的】急性胆管炎のDPCデータを利用して，様々な臨床指標について経年的変化について解析を行い，ガイドライン刊行前後の急性胆管炎の診療パターンの変化について検証する。【方法】2004年4月～2009年9月に当教室のプロジェクト：QIP（Quality Indicator/Improvement Project）の参加病院を退院した急性胆管炎患者のDPCデータを用いて，2年毎の観察期間での疫学・患者特性・診療プロセス・アウトカム・医療資源消費の変化を比較した横断研究を行った。【結果】症例数は228病院14,816件。抗生剤投与日数の短縮，内視鏡的治療の増加，ステント治療の増加，腹腔鏡手術の増加，経皮的治療の減少，在院日数の短縮，医療費の減少を認めた。【結論】観察された経年変化は，ガイドラインの推奨に概ね沿うように変化した。