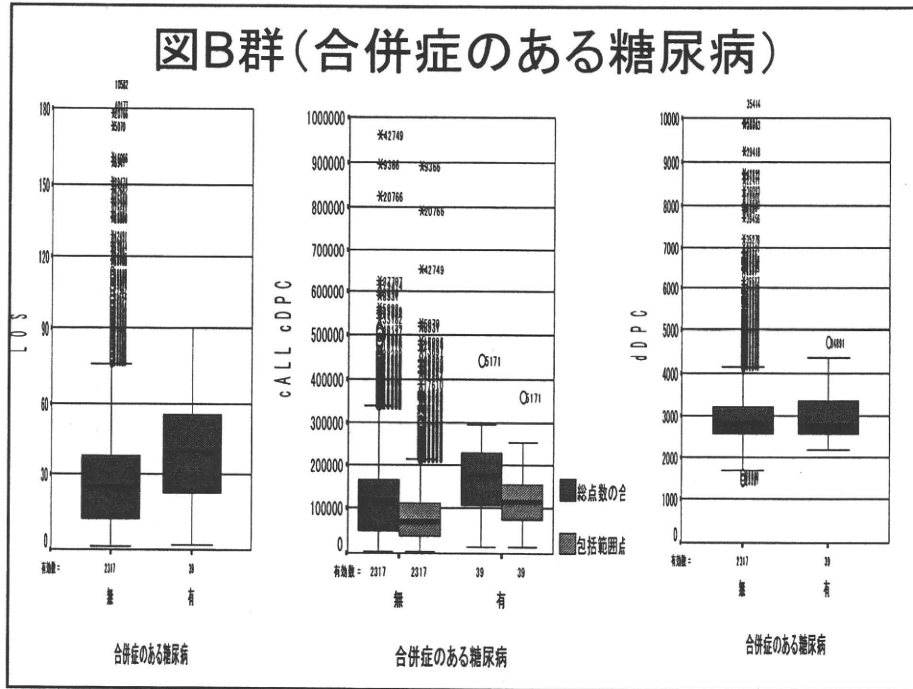
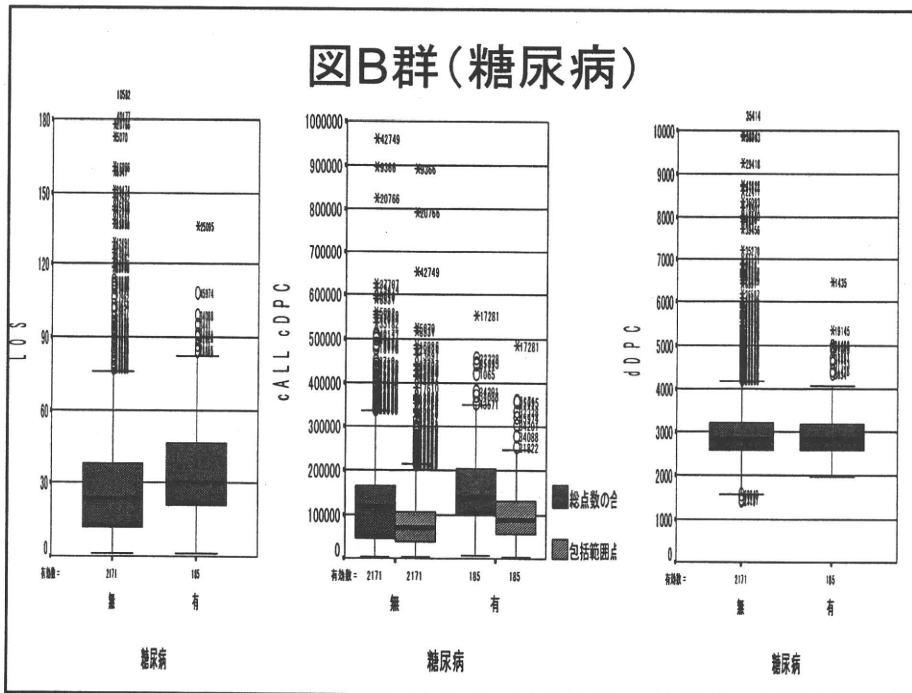
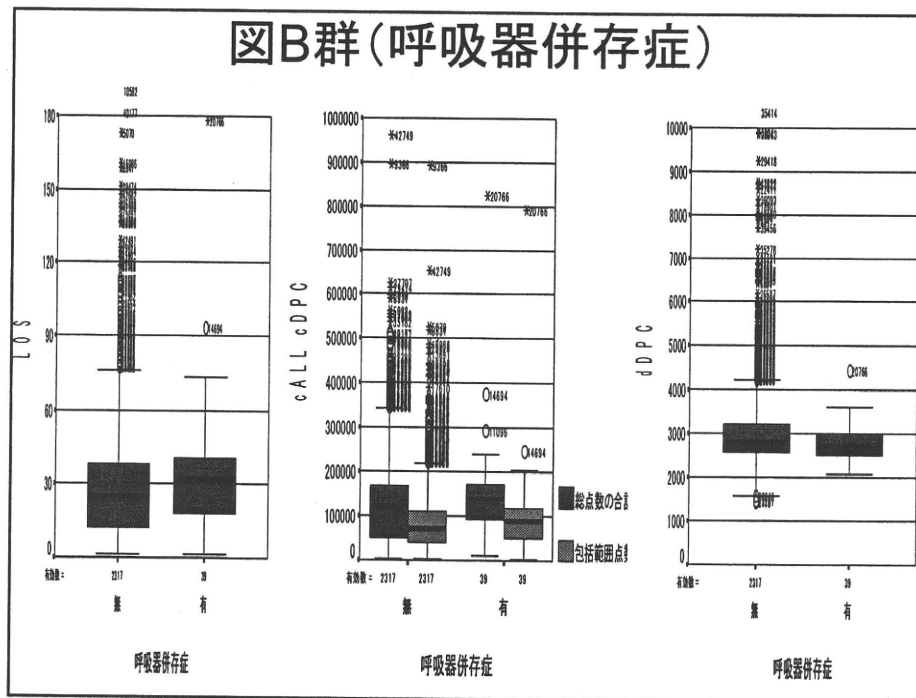
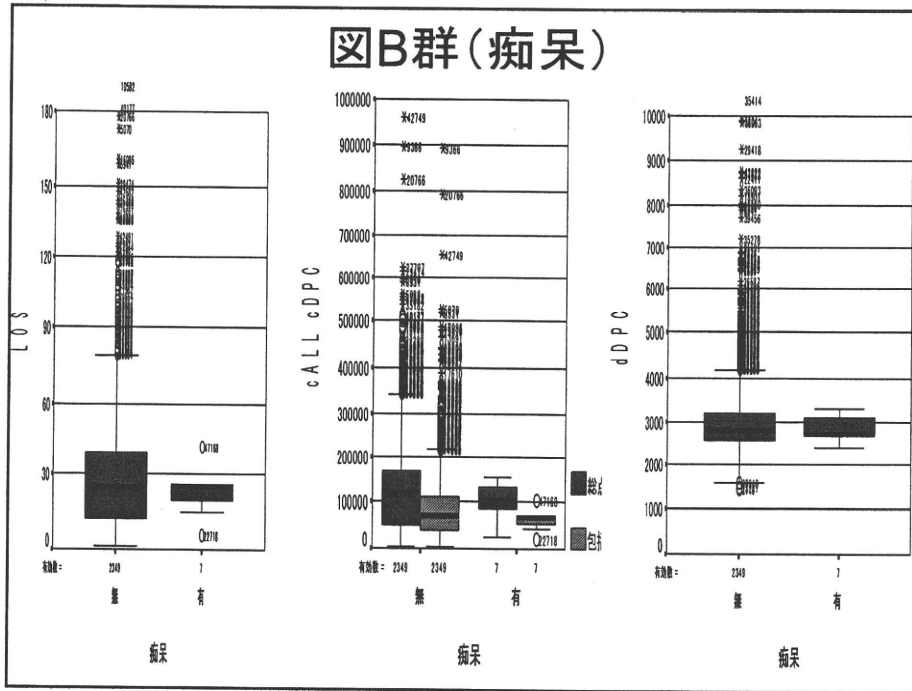


図B群(合併症のある糖尿病)

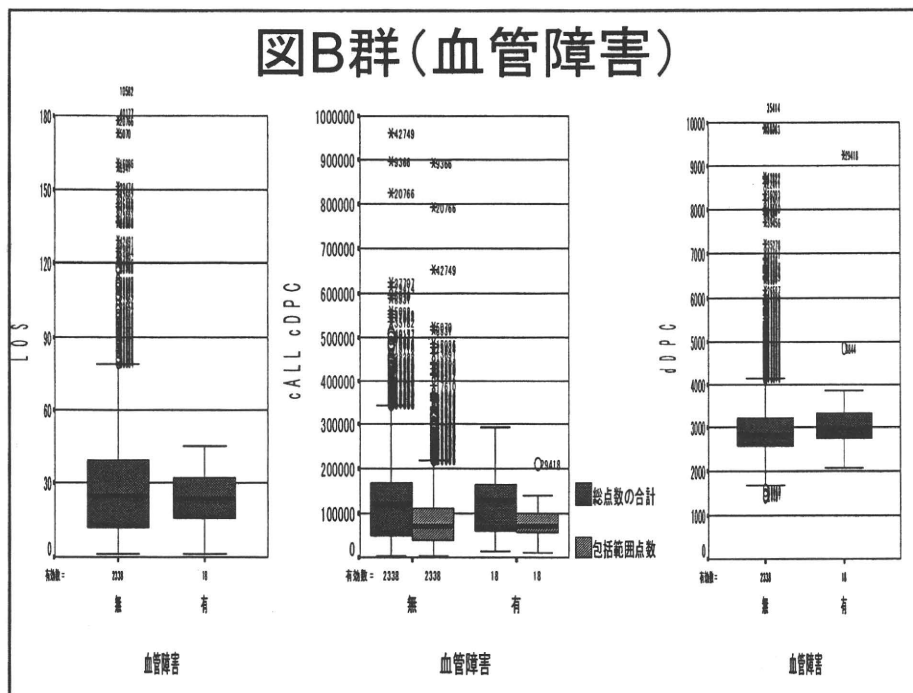


図B群(糖尿病)

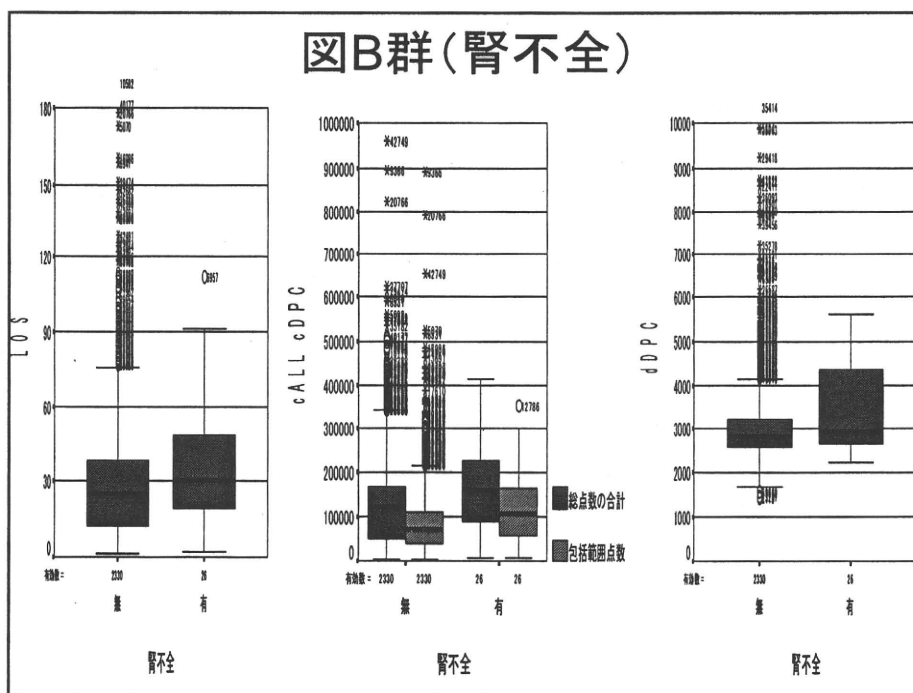




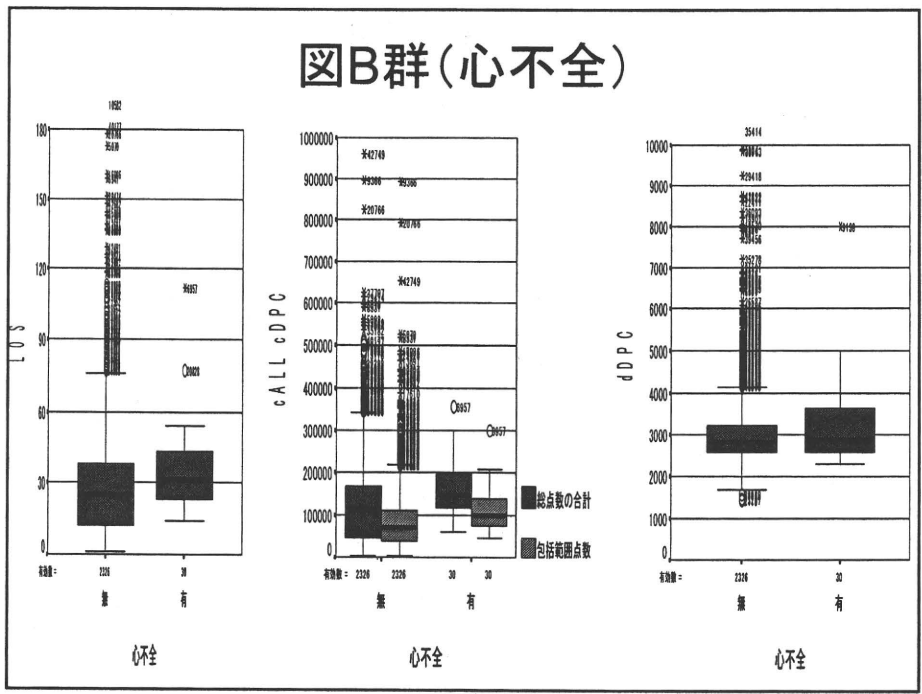
図B群(血管障害)



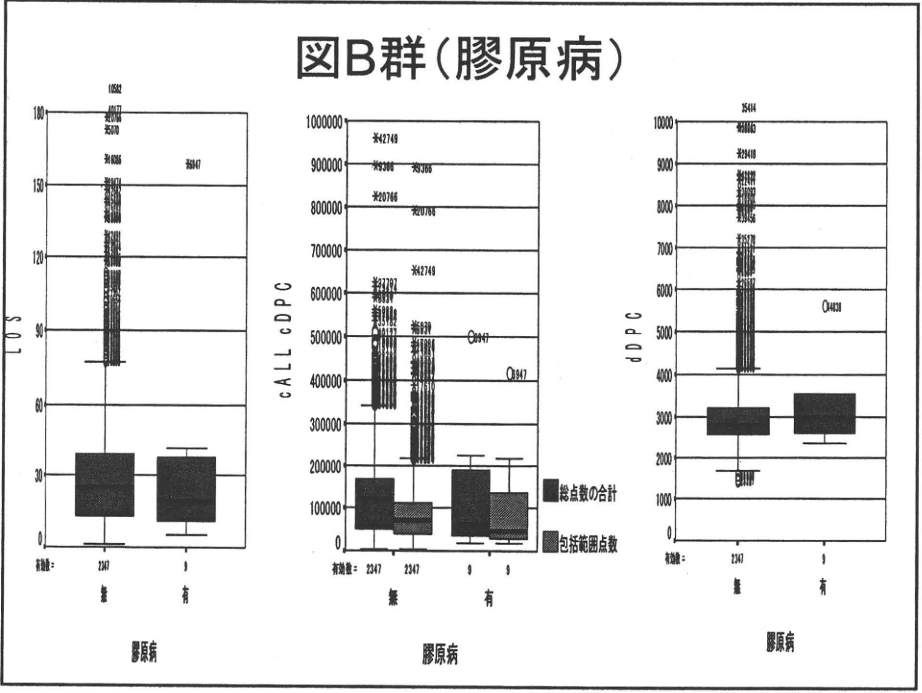
図B群(腎不全)



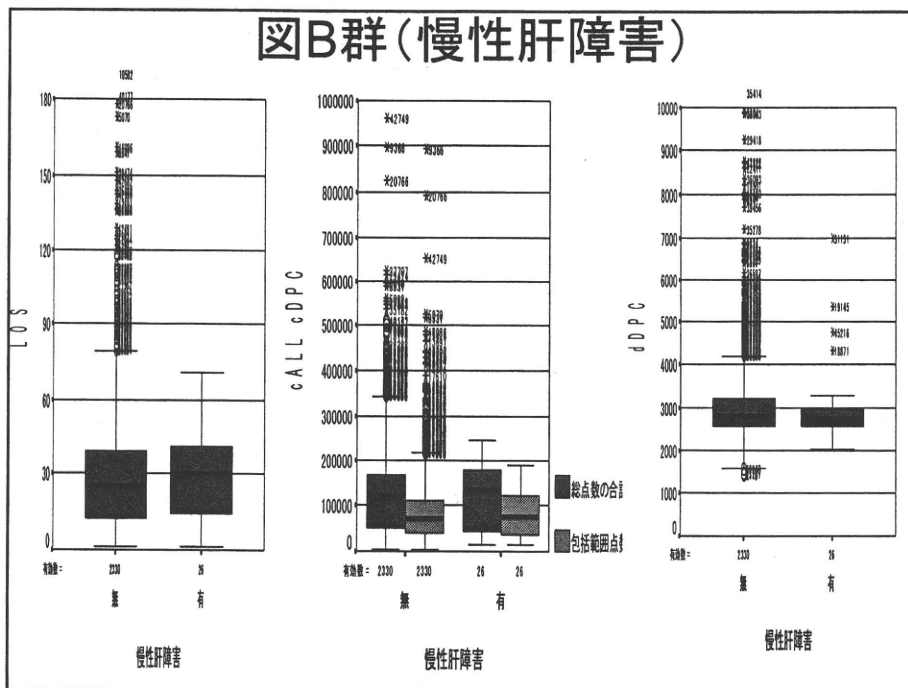
図B群(心不全)



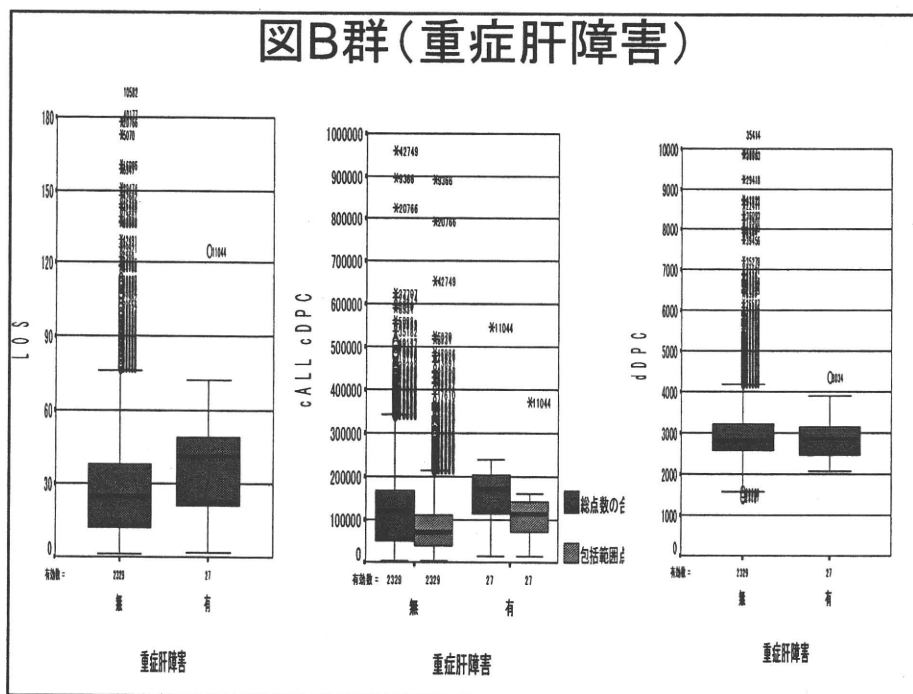
図B群(膠原病)



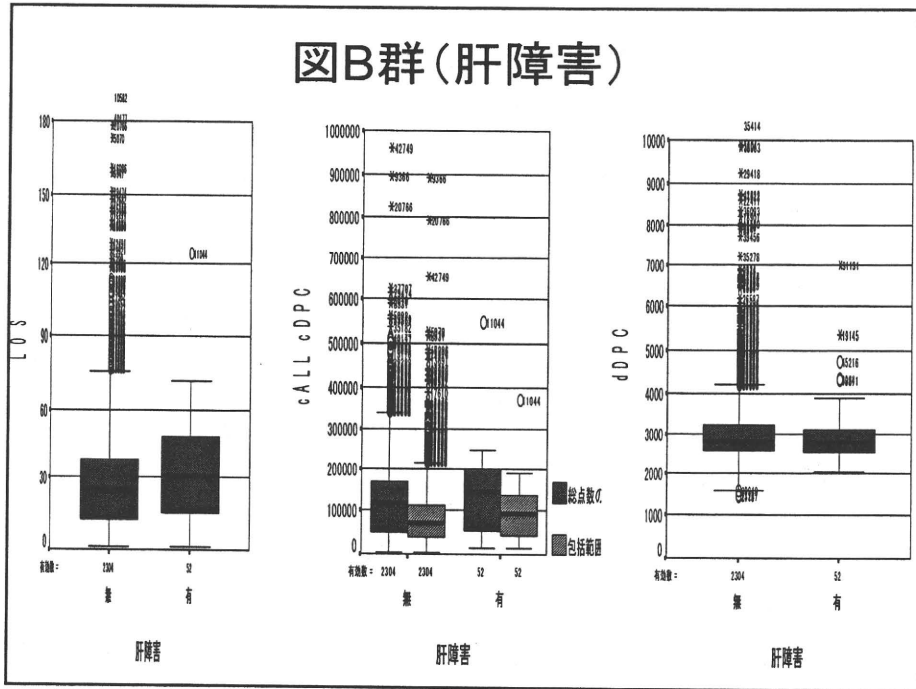
図B群(慢性肝障害)



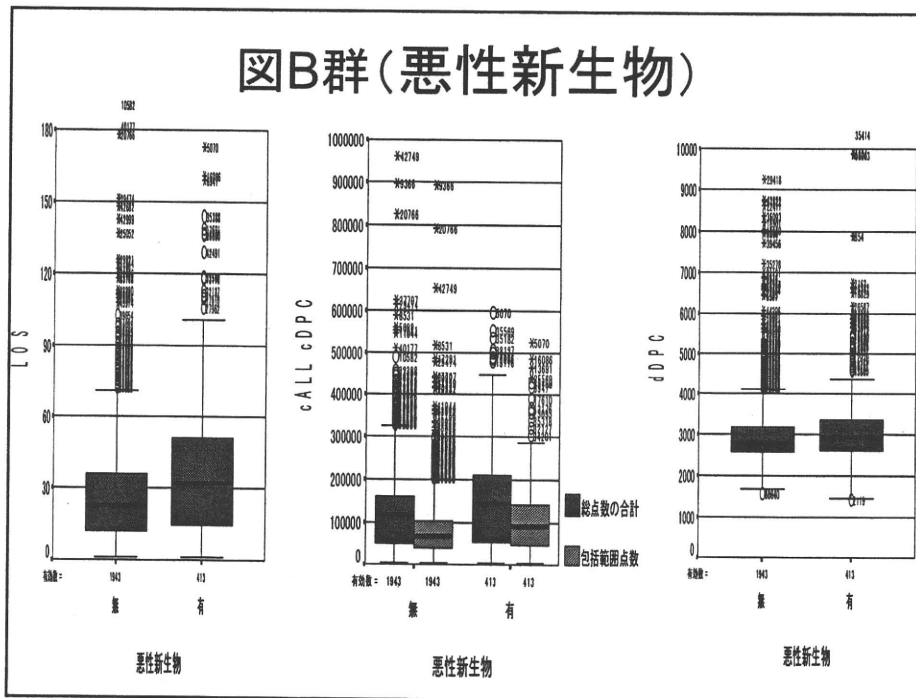
図B群(重症肝障害)



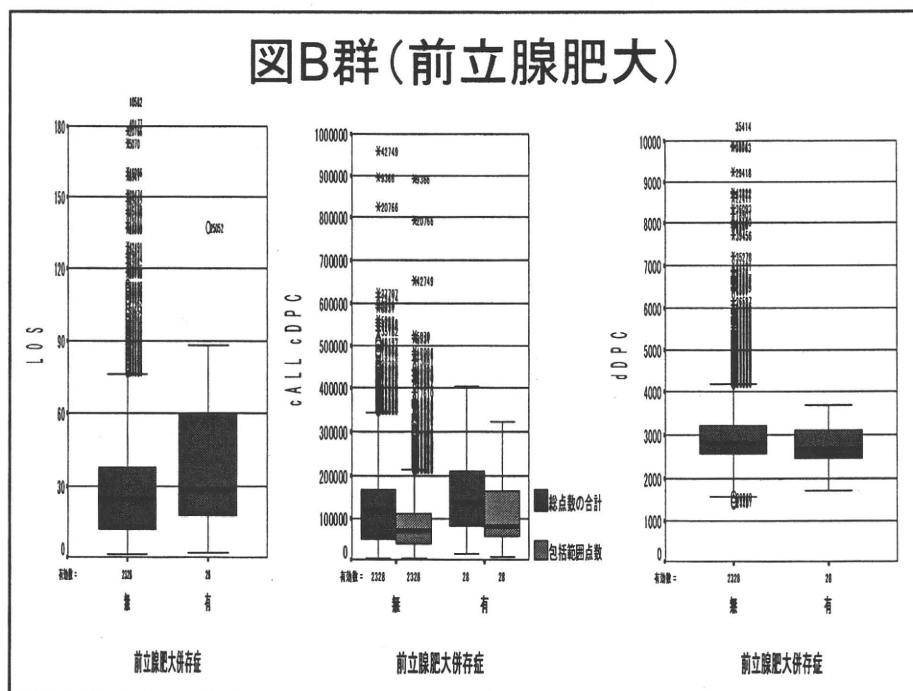
図B群(肝障害)



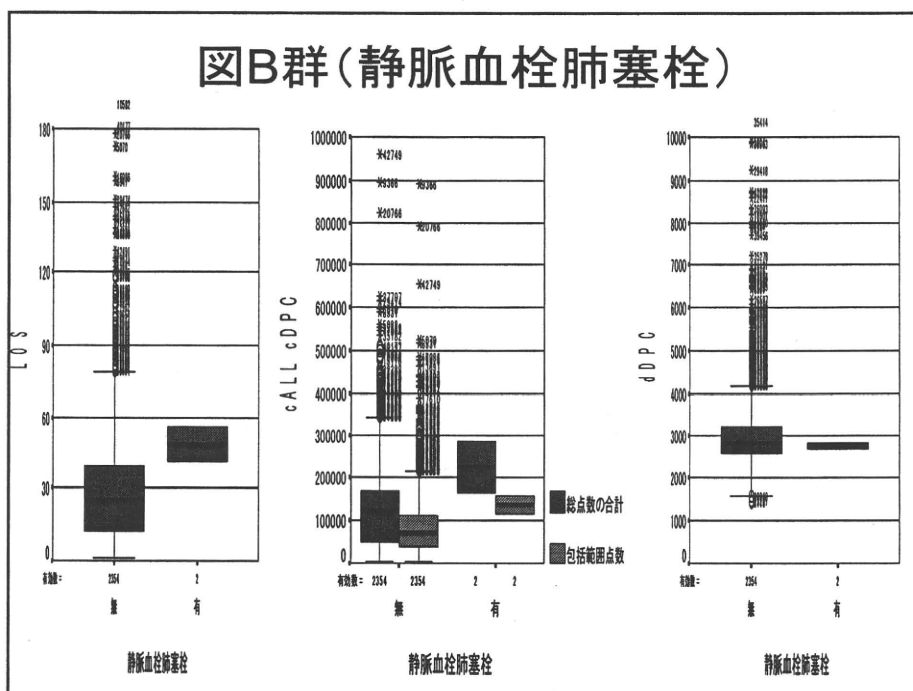
図B群(悪性新生物)



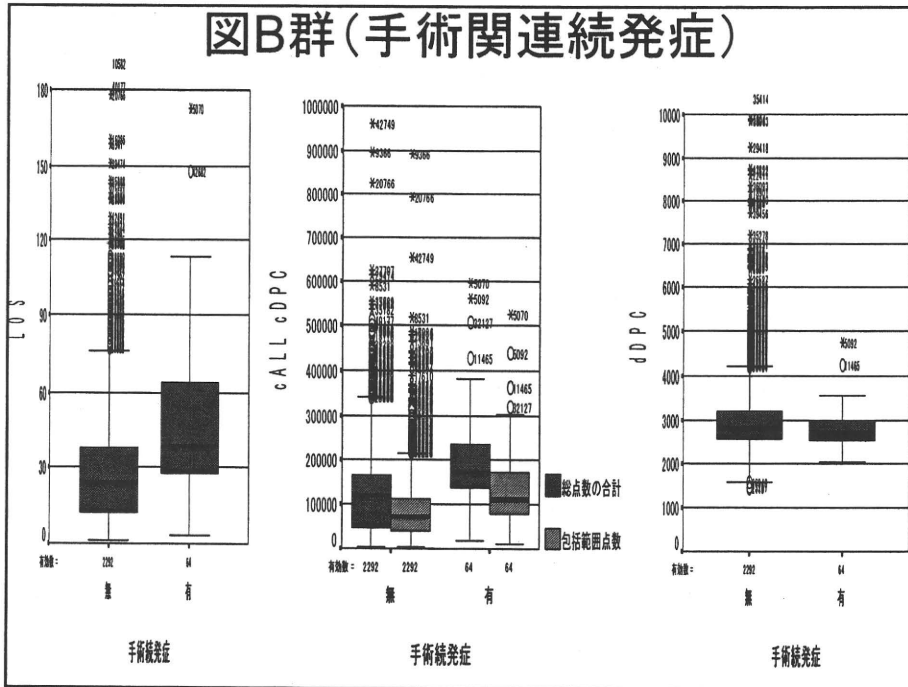
図B群(前立腺肥大)



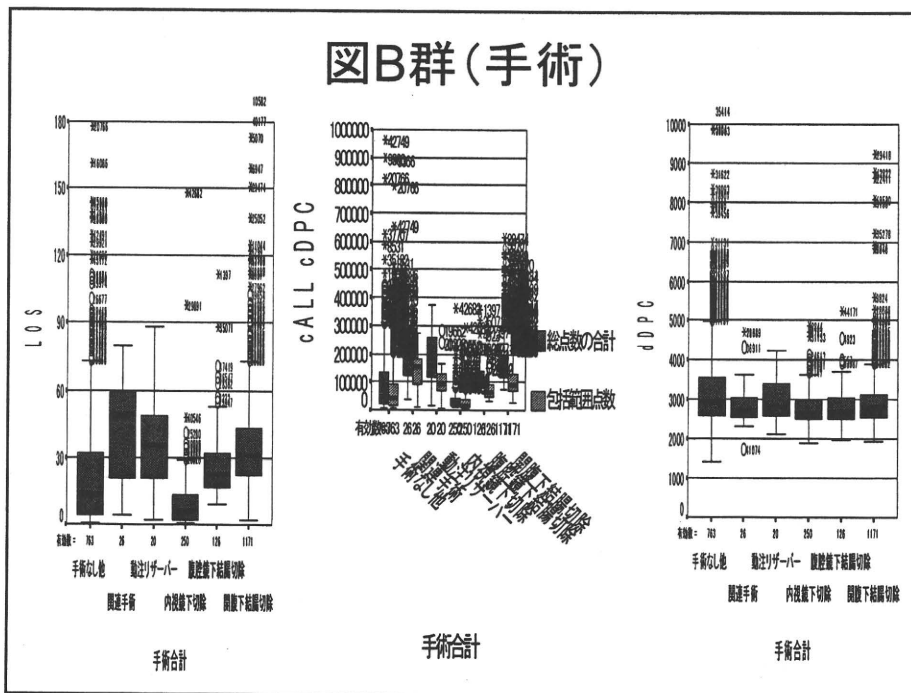
図B群(静脈血栓肺塞栓)



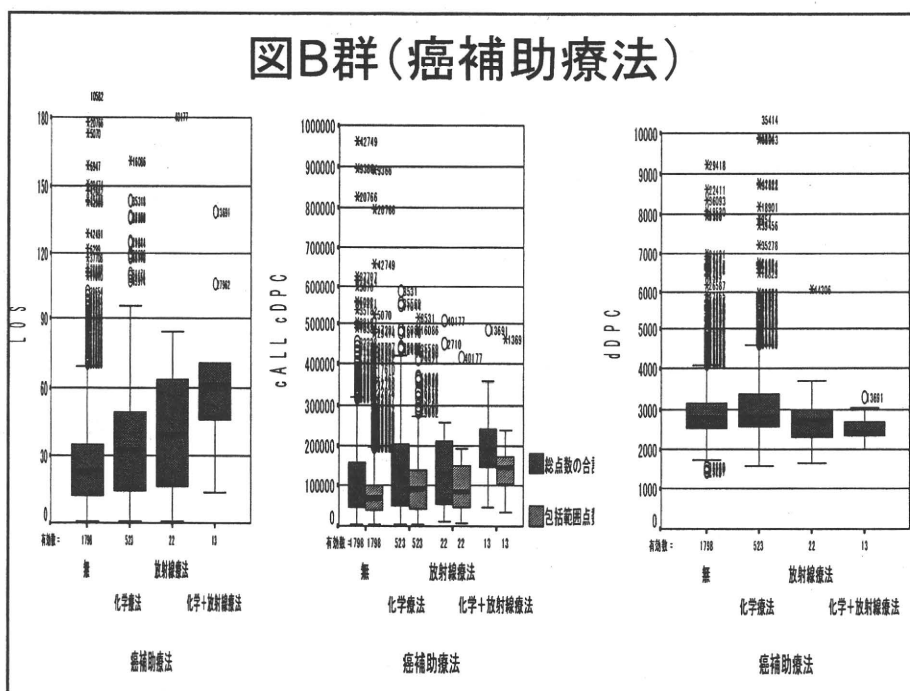
図B群(手術関連連続発症)



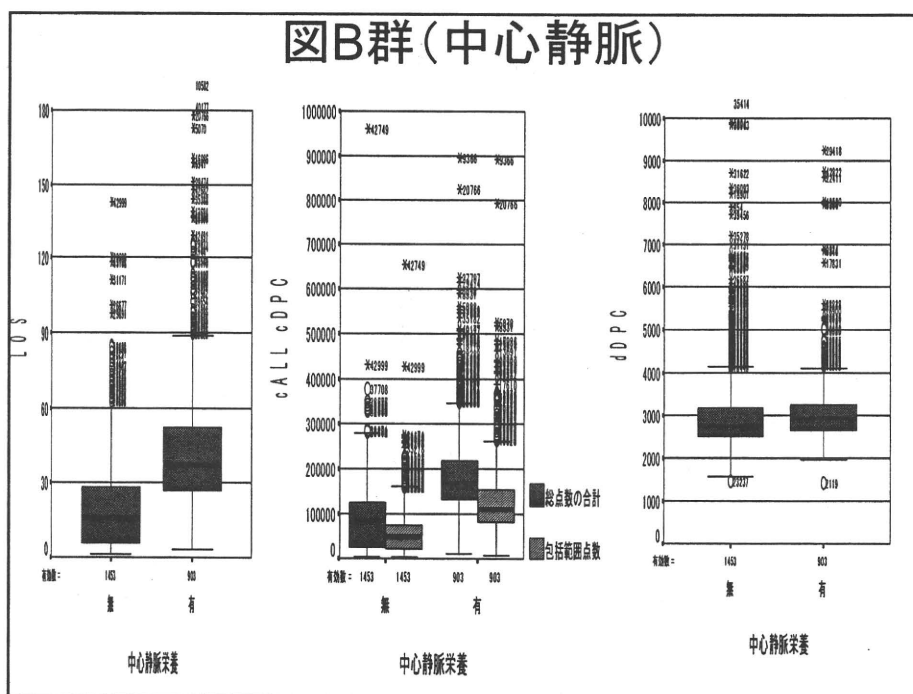
図B群(手術)



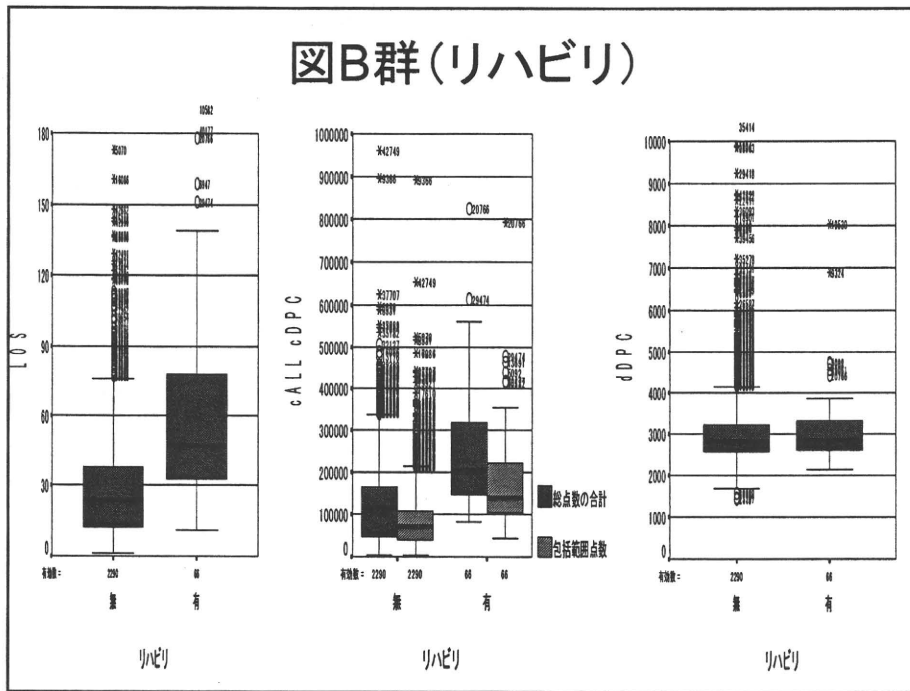
図B群(癌補助療法)



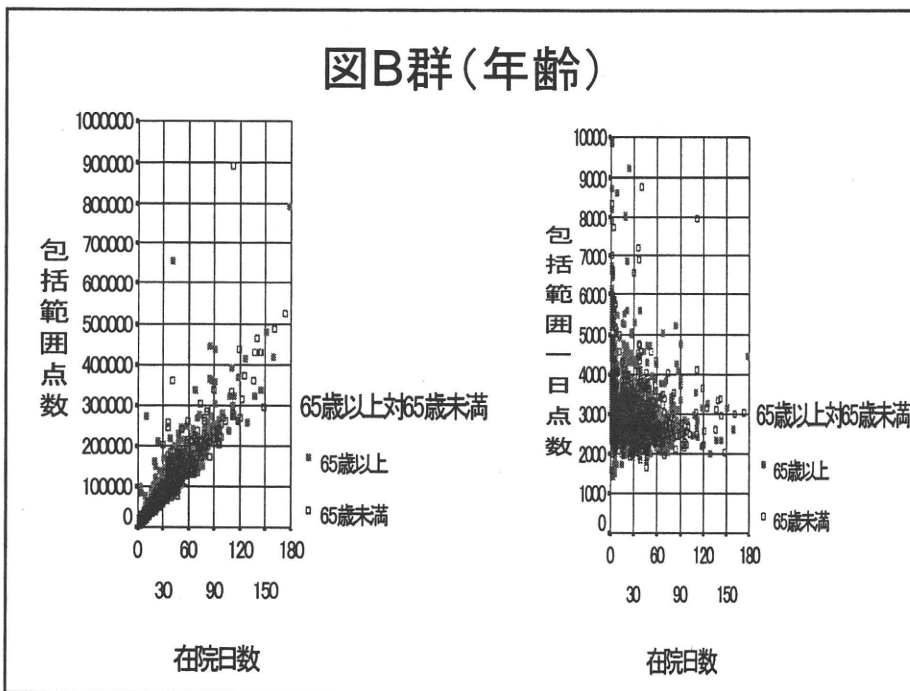
図B群(中心静脈)



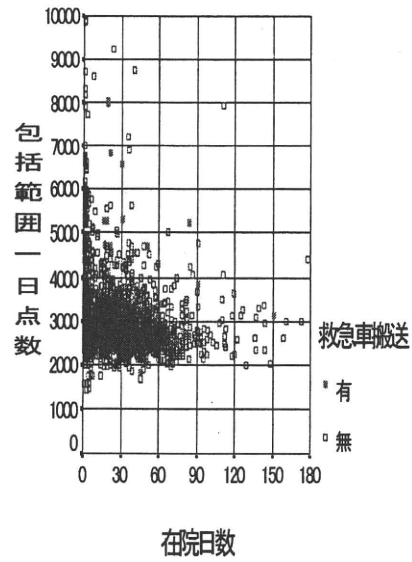
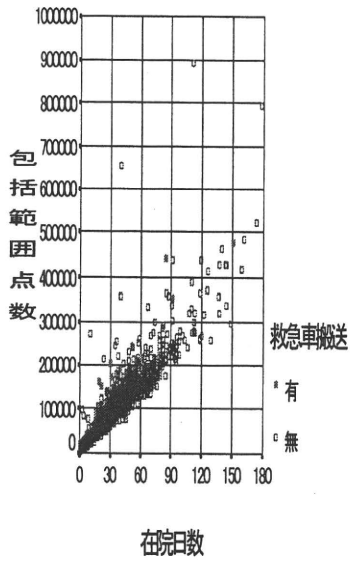
図B群(リハビリ)



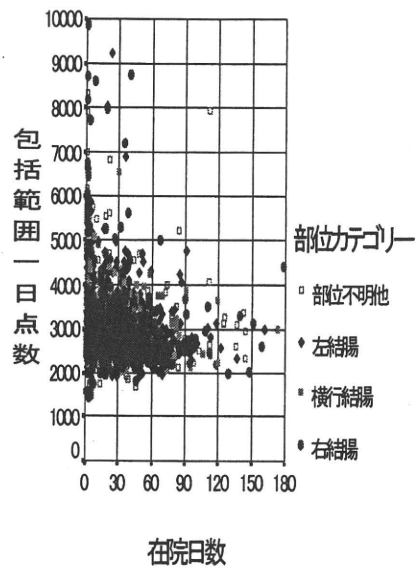
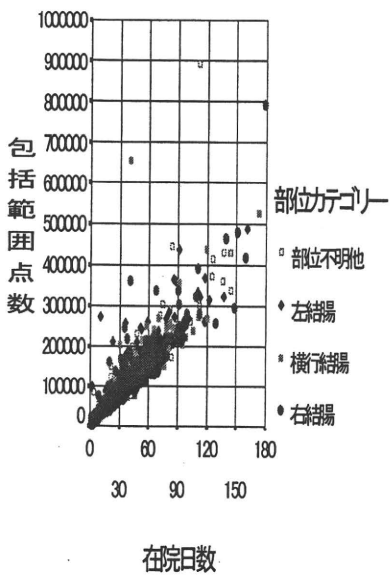
図B群(年齢)



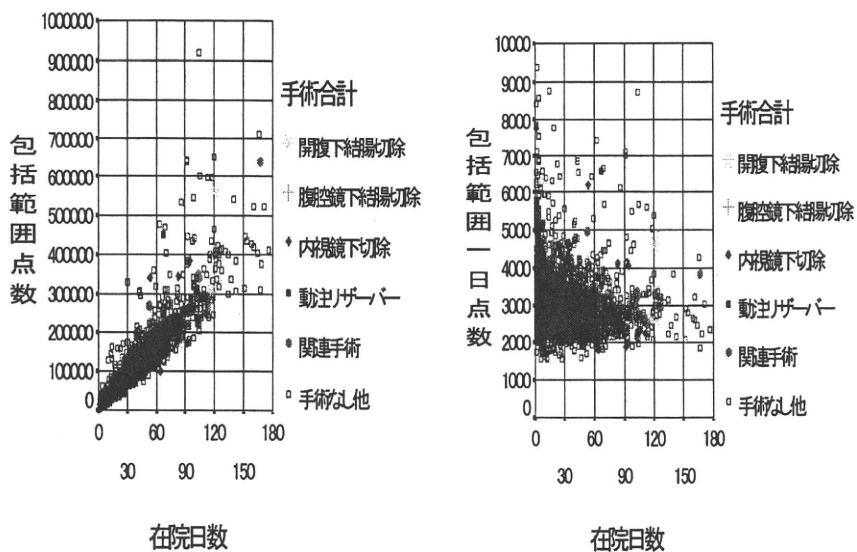
図B群(救急車搬送)



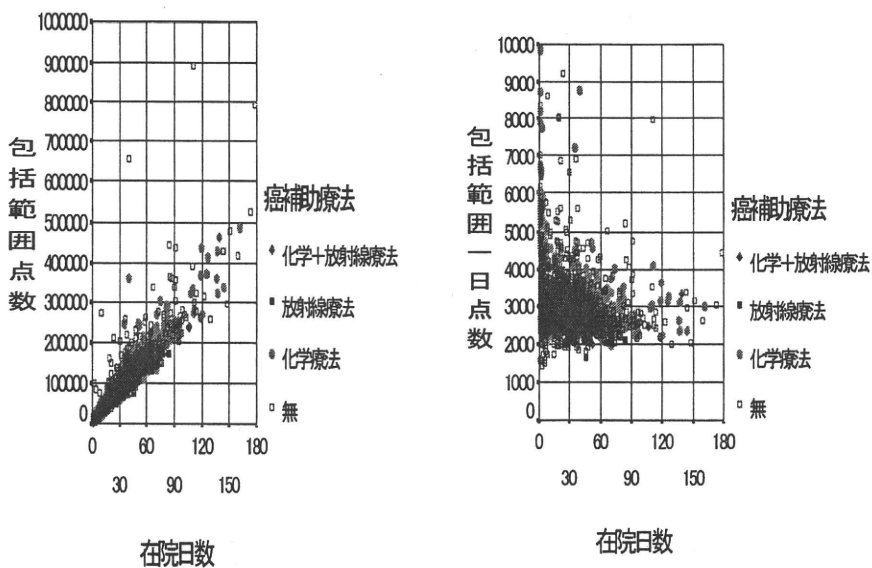
図B群(部位)



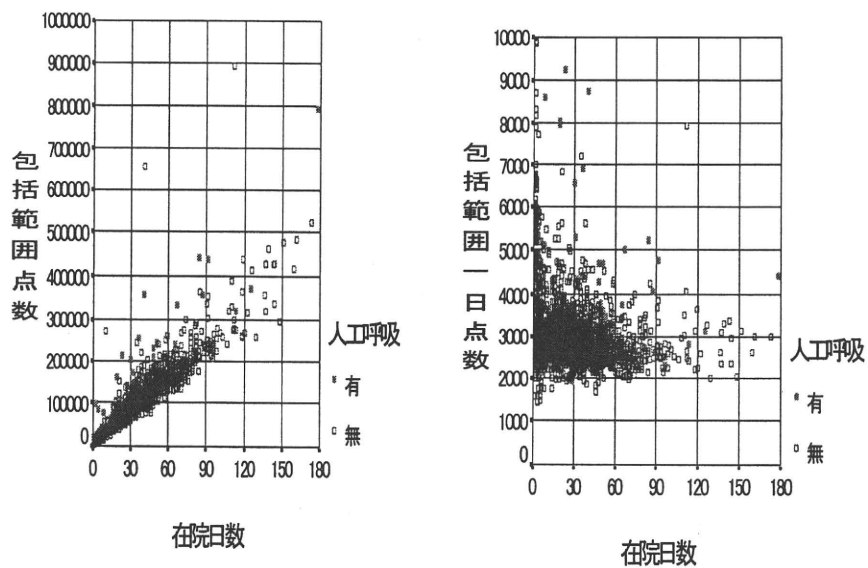
図B群(手術合計)



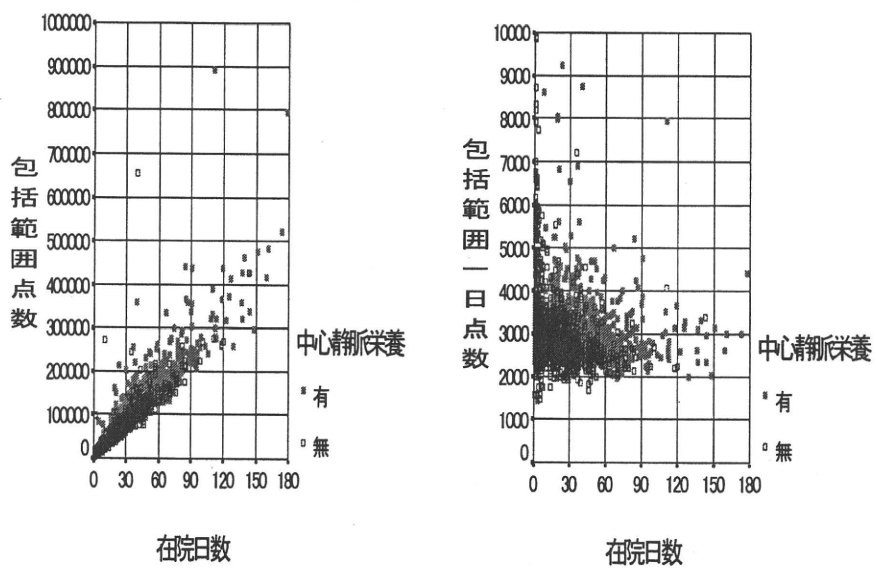
図B群(癌補助療法)



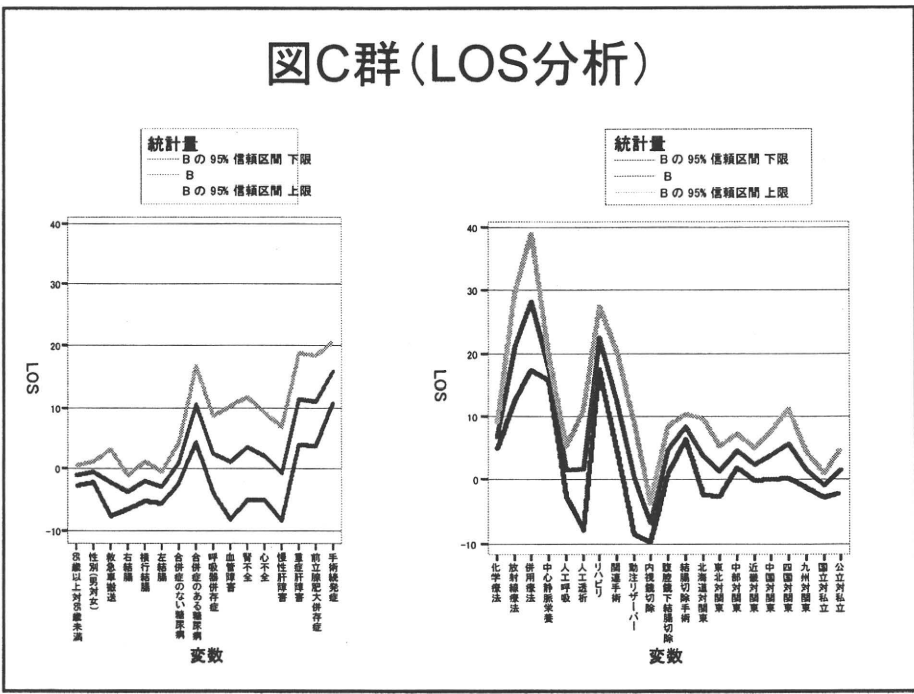
図B群(人工呼吸)



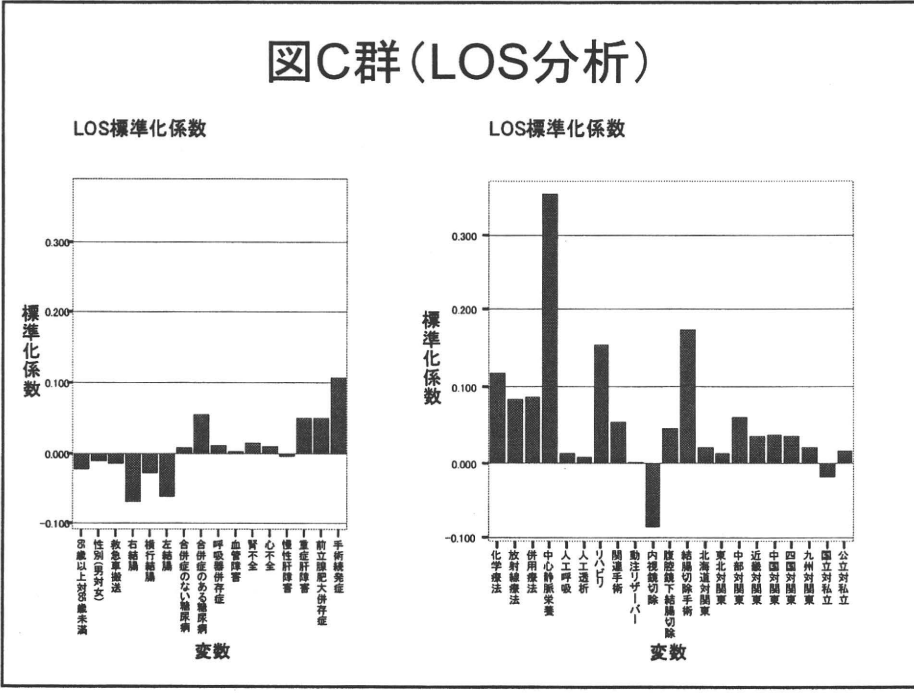
図B群(中心静脈)



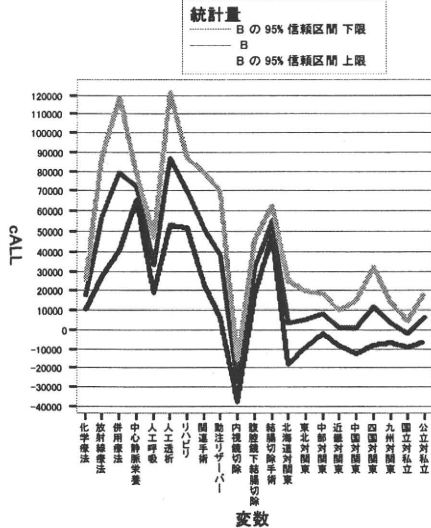
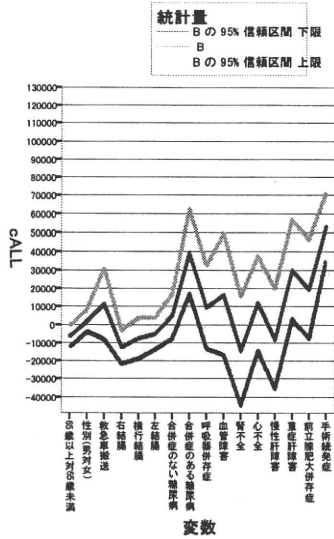
図C群 (LOS分析)



図C群 (LOS分析)

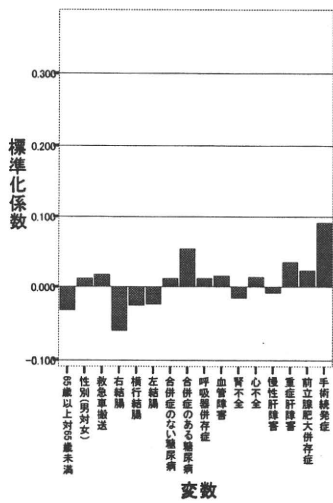


図C群 (cALL分析)

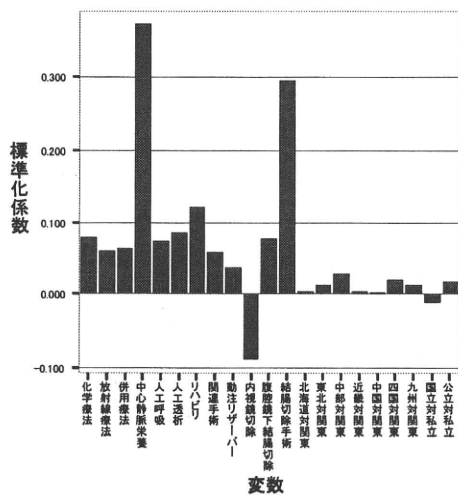


図C群 (cALL分析)

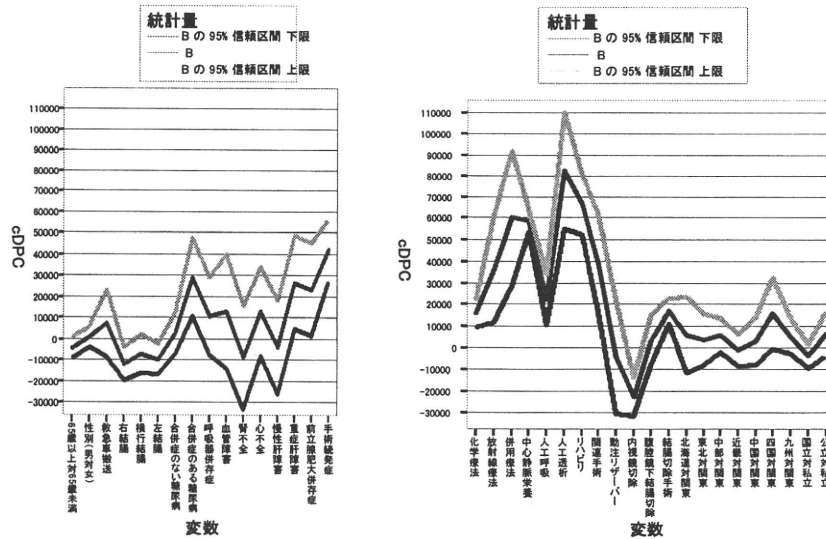
cALL標準化係数



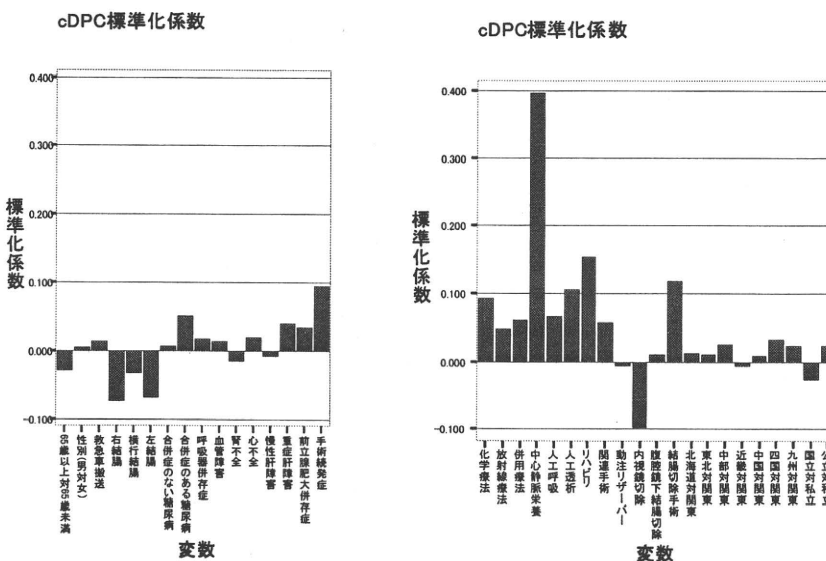
cALL標準化係数



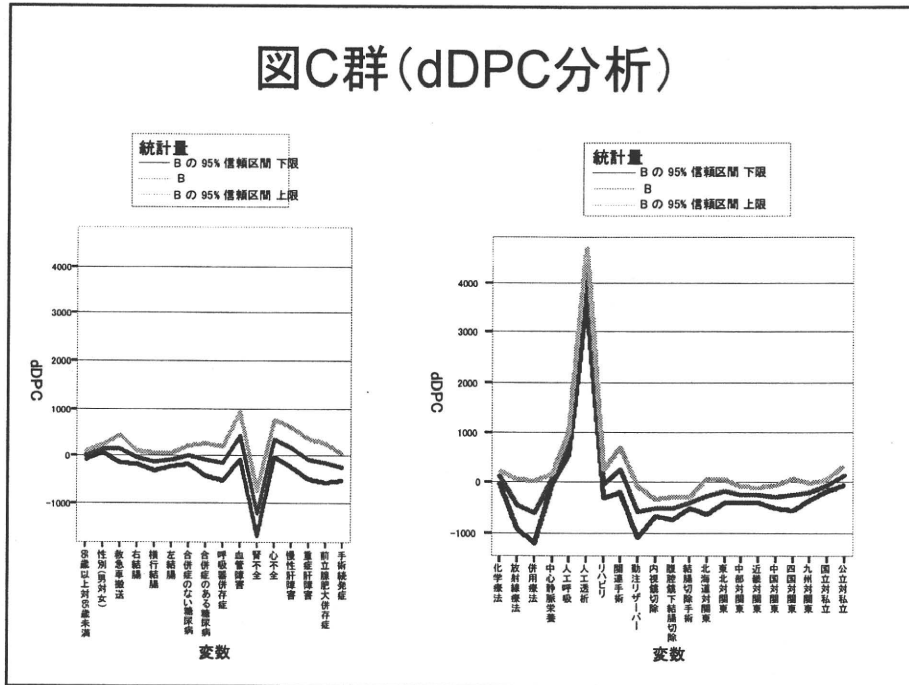
図C群 (cDPC分析)



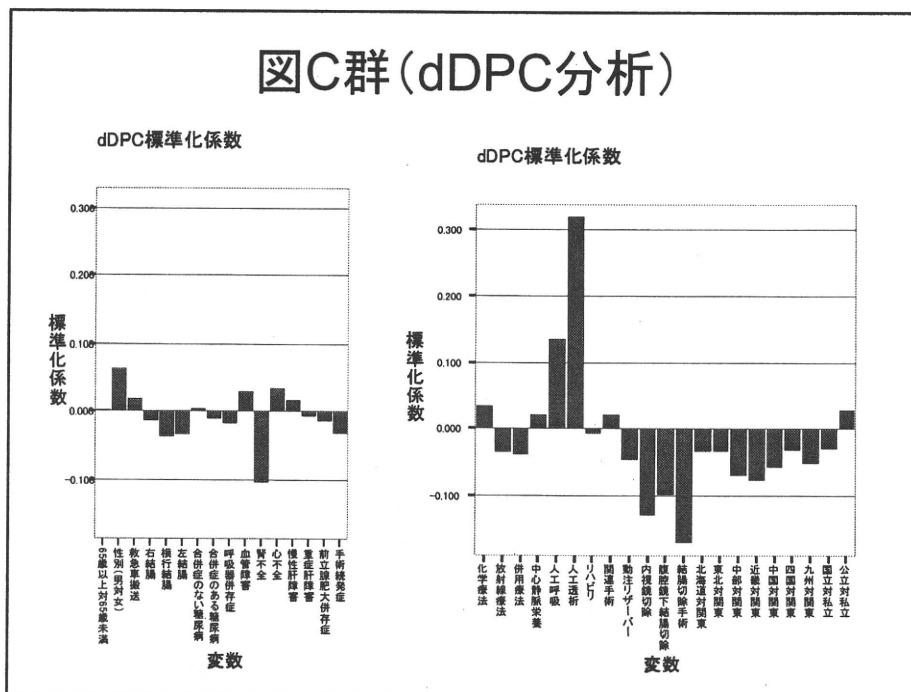
図C群 (cDPC分析)



図C群(dDPC分析)



図C群(dDPC分析)



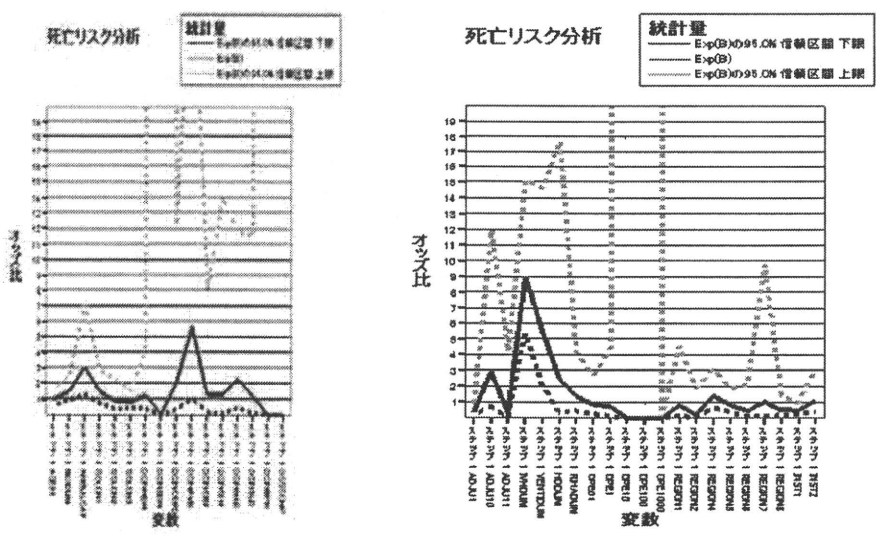
図表D群 (死亡リスク分析)

方程式中の変数

変数	B	標準偏差	Wtd	自由度	有意水準	Exp(B)の95%信頼区間		
						下限	Exp(B)	上限
AGE65	.000	.255	.000	1	.999	.807	1.000	1.488
SEXUM	.386	.247	2.437	1	.119	.806	1.471	2.387
AMBULCAT	1.107	.432	6.560	1	.010	1.297	3.024	7.052
COLON1	.361	.344	1.106	1	.293	.732	1.435	2.814
COLON2	-.128	.475	.072	1	.768	.347	.880	2.233
COLON3	-.220	.319	.474	1	.491	.428	.803	1.501
DCINMDM	.228	.600	.142	1	.707	.387	1.253	4.063
DCINSDM	-9.648	34.635	.078	1	.781	.000	.000	1.954E+25
DCINOPD	.711	.915	.604	1	.437	.339	2.038	12.229
DCINPOD	1.734	.871	3.961	1	.047	1.027	5.661	31.214
DCINCRF	.218	.955	.252	1	.819	.191	1.244	8.090
DCINCHF	.250	1.218	.042	1	.837	.118	1.284	13.865
DCINMLD	.812	.842	.931	1	.335	.432	2.253	11.741
DCINSLD	.141	1.178	.014	1	.805	.114	1.151	11.574
DCINBPH	-8.599	46.340	.020	1	.887	.000	.001	3.793E+08
DCCOMP	-8.218	27.019	.083	1	.761	.000	.000	2.865E+19
ADJU1	-1.102	.313	12.384	1	.000	.180	.332	.614
ADJU10	1.059	.728	2.128	1	.145	.895	2.883	11.855
ADJU11	-1.006	1.242	.856	1	.418	.032	.368	4.173
IVDUM	2.188	.265	86.034	1	.000	5.264	9.010	15.133
VENTDUM	1.710	.484	11.974	1	.001	2.069	5.530	14.967
HDUM	.906	1.003	.816	1	.368	.347	2.475	17.676
RHADUM	.319	.570	.314	1	.575	.451	1.376	4.205
OPE01	-.163	.579	.079	1	.779	.273	.850	2.644
OPE1	-.310	.368	.116	1	.733	.123	.733	4.358
OPE10	-8.767	16.258	.291	1	.590	.000	.000	1.075E+10
OPE100	-9.988	21.267	.220	1	.639	.000	.000	5.939E+13
OPE1000	-3.954	.408	93.689	1	.000	.009	.019	.043
REGION1	-.228	.889	.085	1	.800	.140	.798	4.557
REGION2	-1.488	1.071	.956	1	.162	.027	.224	1.824
REGION4	.357	.395	.817	1	.266	.659	1.429	3.103
REGION5	-.180	.401	.201	1	.654	.381	.835	1.833
REGION6	-.764	.770	.883	1	.322	.103	.468	2.109
REGION7	.017	1.156	.000	1	.888	.108	1.017	9.799
REGION8	-.645	.511	1.592	1	.207	.193	.525	1.429
INST1	-.685	.329	4.339	1	.037	.265	.504	.890
INST2	.085	.531	.026	1	.872	.385	1.089	3.083
定数	-2.719	.377	51.952	1	.000	.000	.066	

※ ステップ 1: 投入された変数 AGE65, SEXUM, AMBULCAT, COLON1, COLON2, COLON3, DCINMDM, DCINSDM, DCINOPD, DCINPOD, DCINCRF, DCINCHF, DCINMLD, DCINSLD, DCINBPH, DCCOMP, ADJU1, ADJU10, ADJU11, IVDUM, VENTDUM, HDUM, RHADUM, OPE01, OPE1, OPE10, OPE100, OPE1000, REGION1, REGION2, REGION4, REGION5, REGION6, REGION7, REGION8, INST1, INST2

図表D群 (死亡リスク分析)



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）

MDC6『直腸肛門の悪性腫瘍（直S状結腸から肛門まで）（DPC6 桁分類 060040）』

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 060040『直腸肛門の悪性腫瘍（直S状結腸から肛門まで）』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、年齢、性別などの患者因子や施設因子、併存症よりも、処置（特に化学療法、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。医療の質評価（施設因子除外の死亡リスク因子分析）では、処置（人工透析・呼吸）があげられた。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。

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