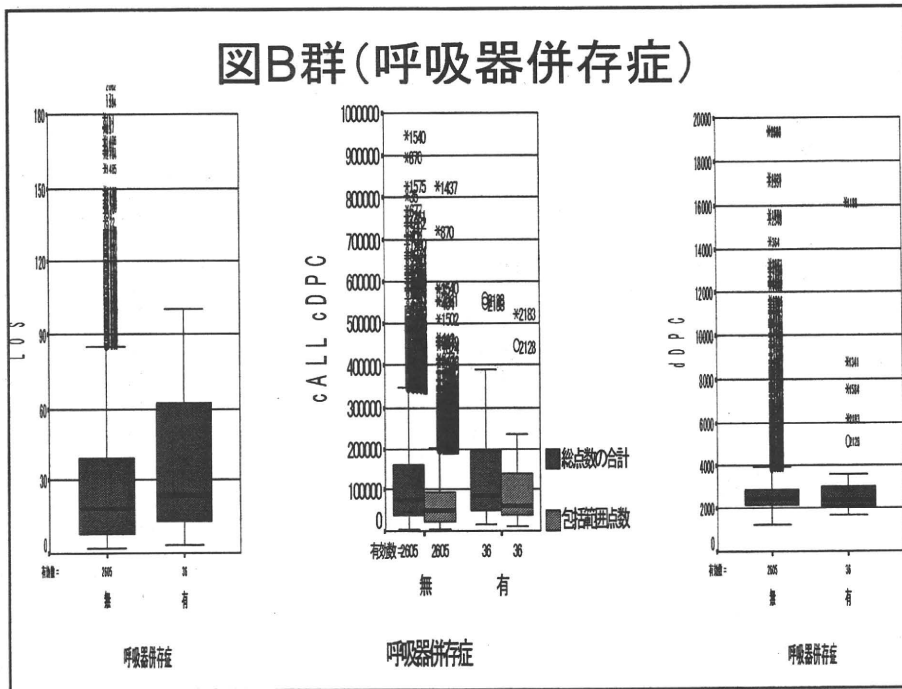
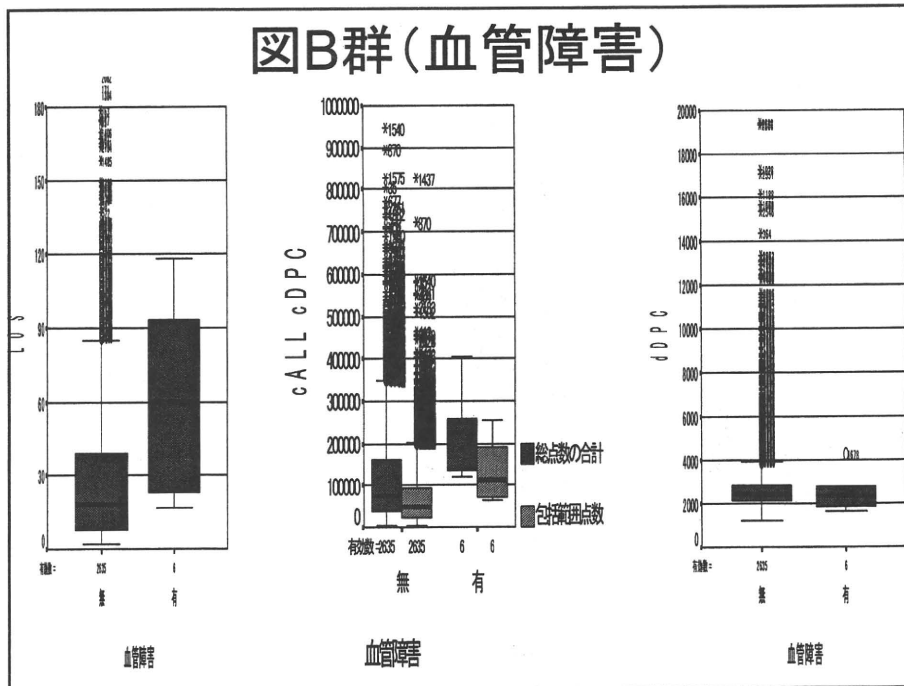


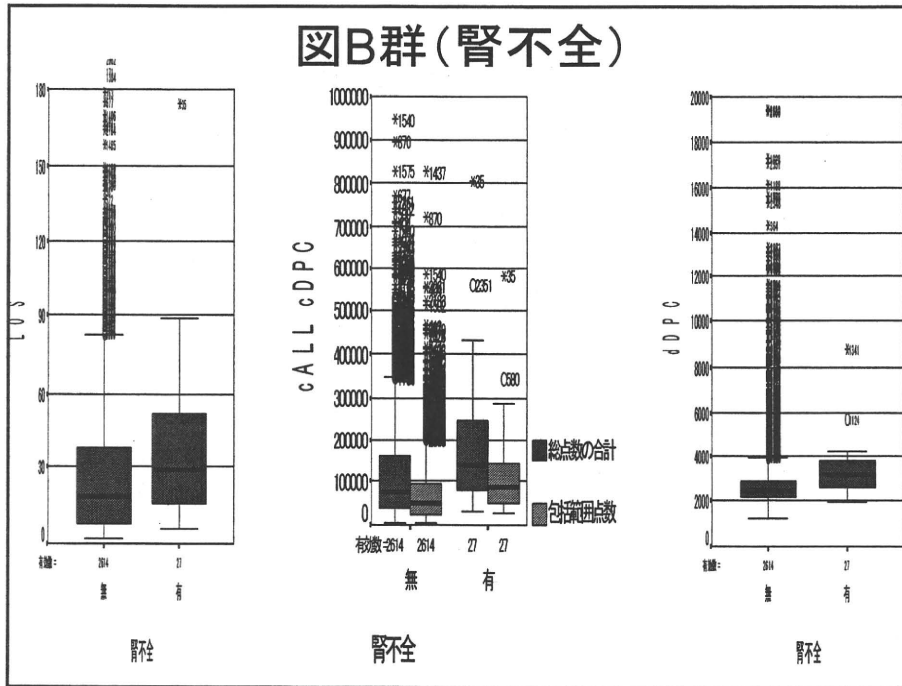
図B群(呼吸器併存症)



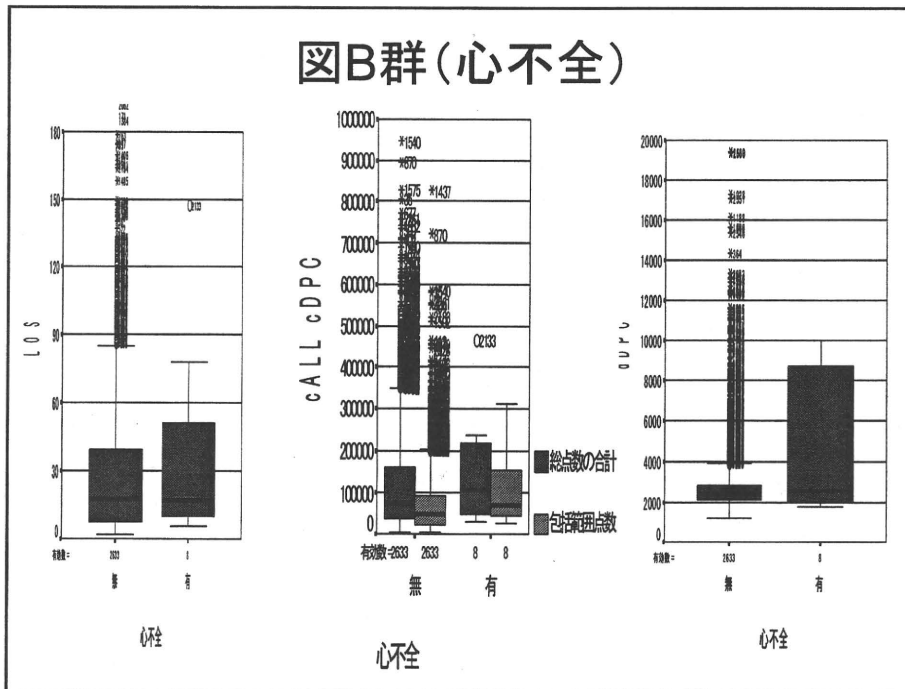
図B群(血管障害)



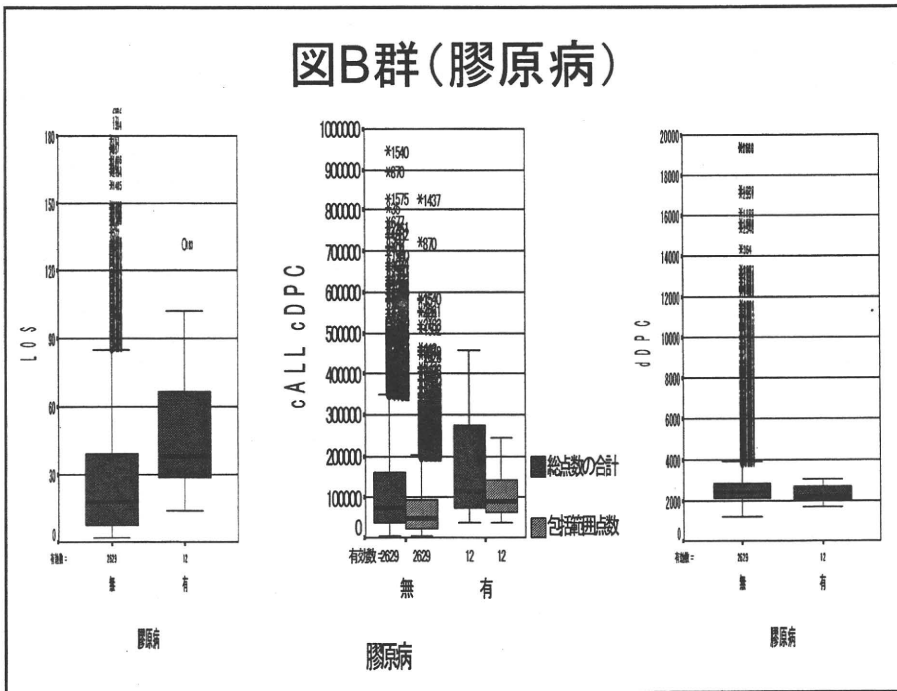
図B群(腎不全)



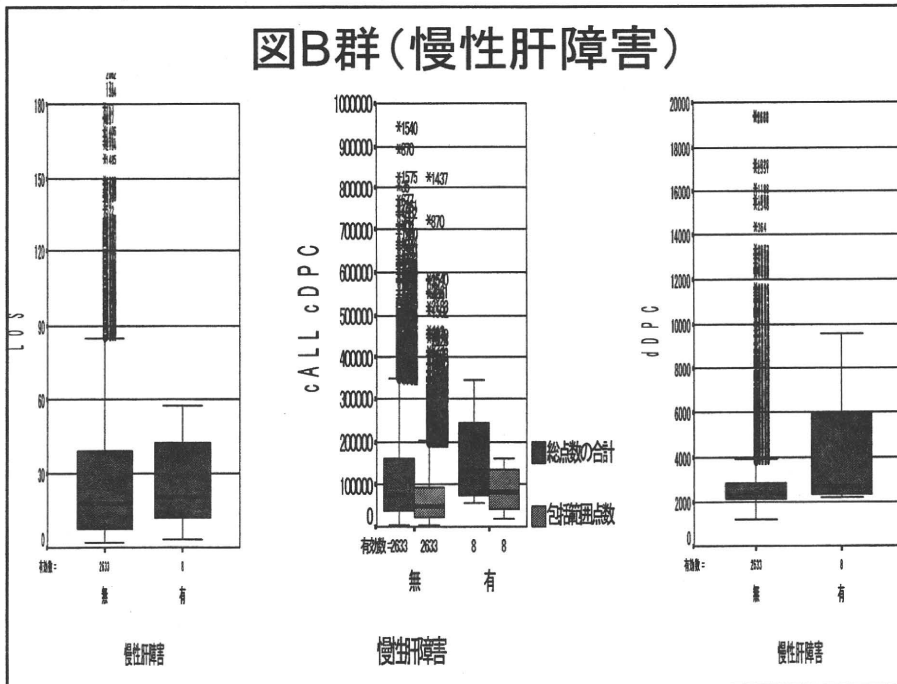
図B群(心不全)



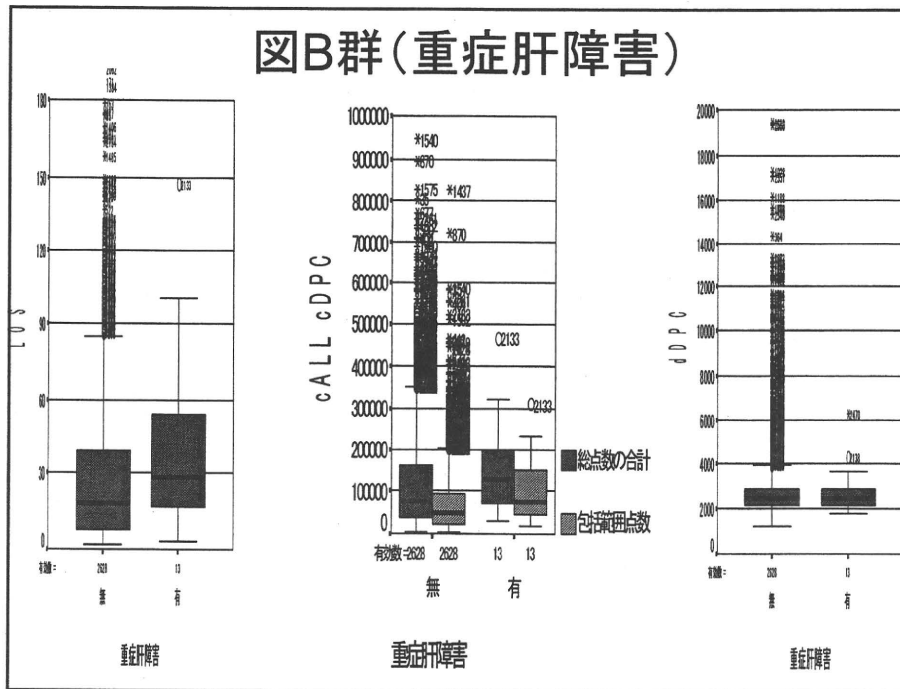
図B群(膠原病)



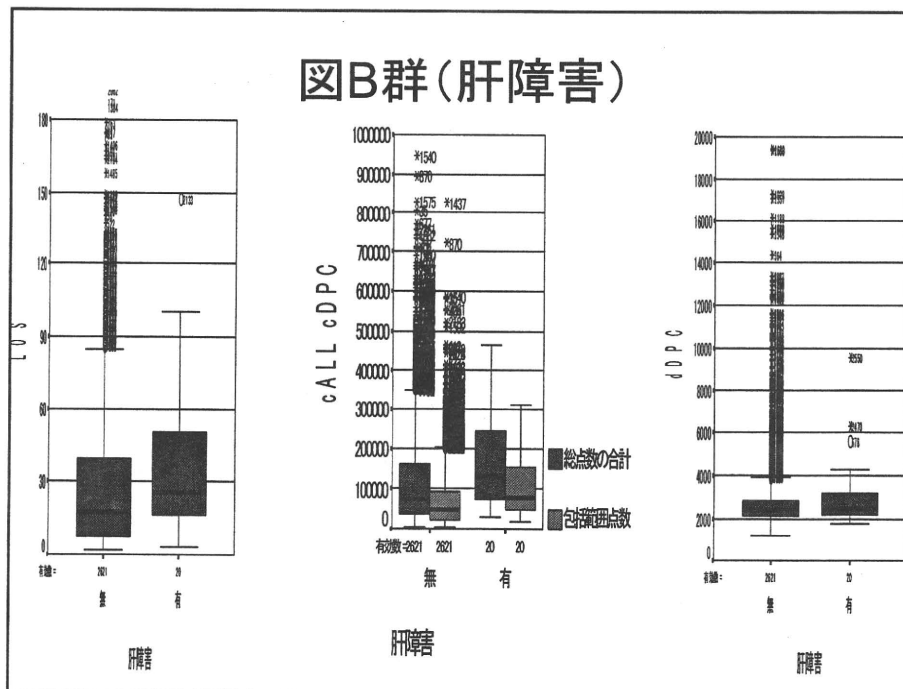
図B群(慢性肝障害)



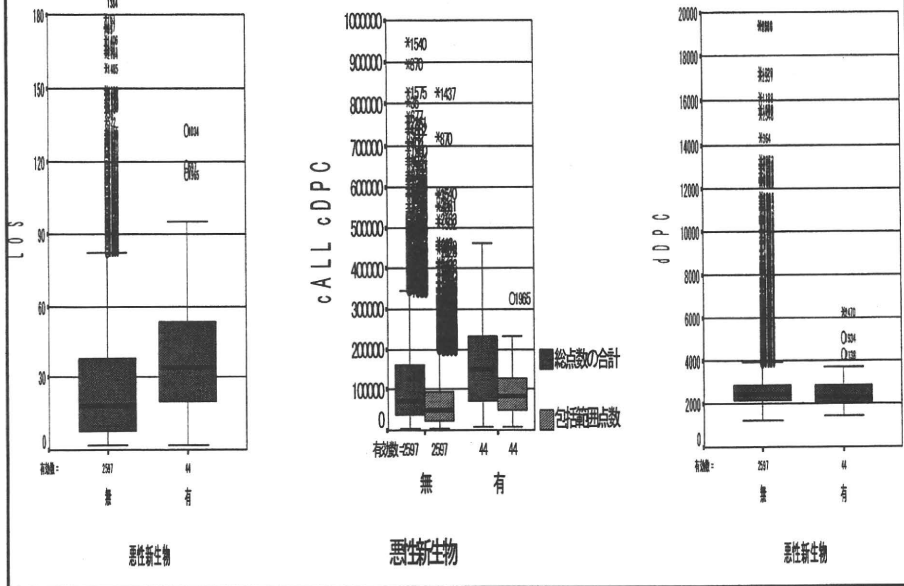
図B群(重症肝障害)



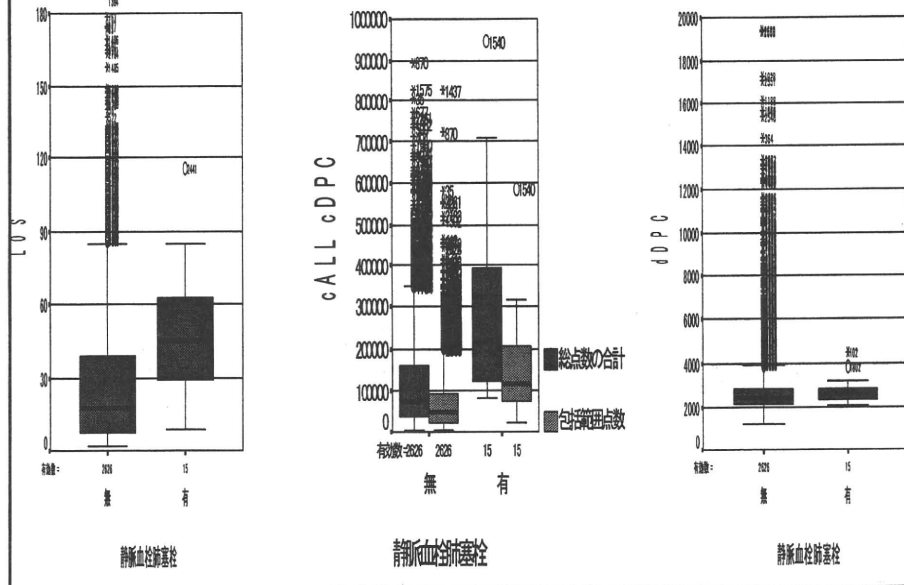
図B群(肝障害)



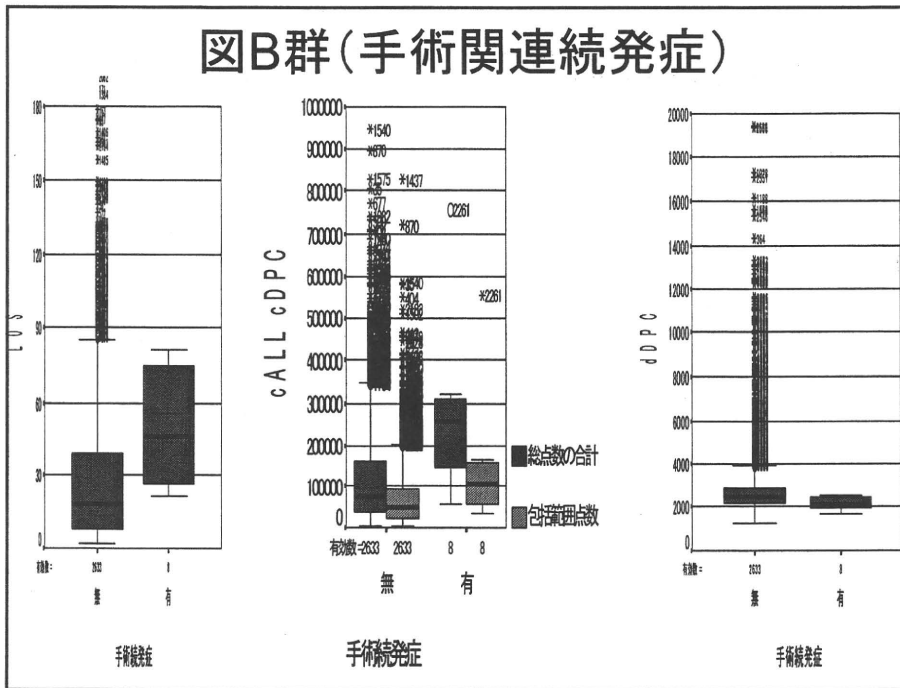
図B群(悪性新生物)



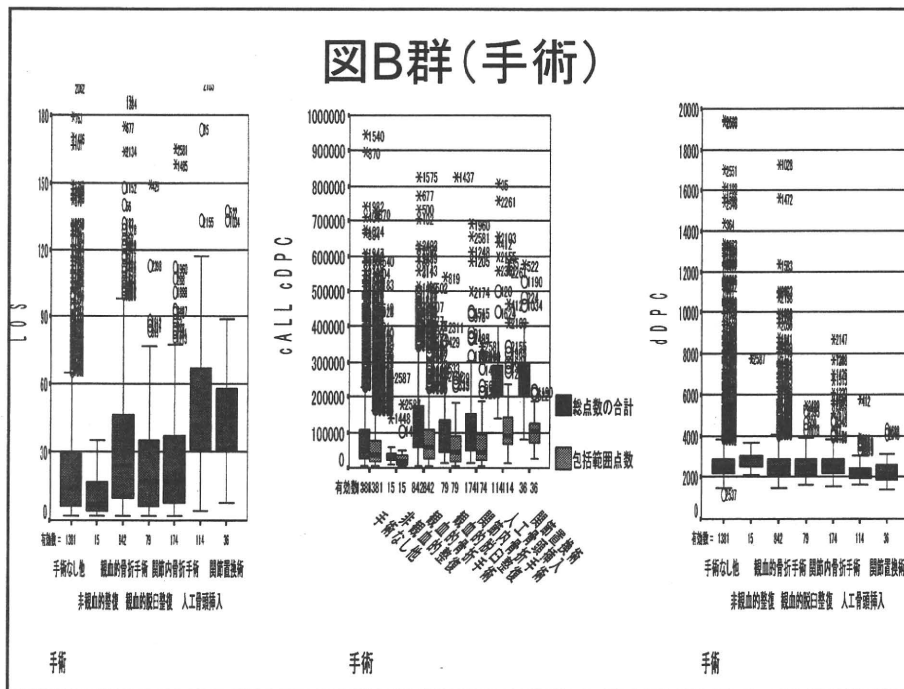
図B群(静脈血栓肺塞栓)



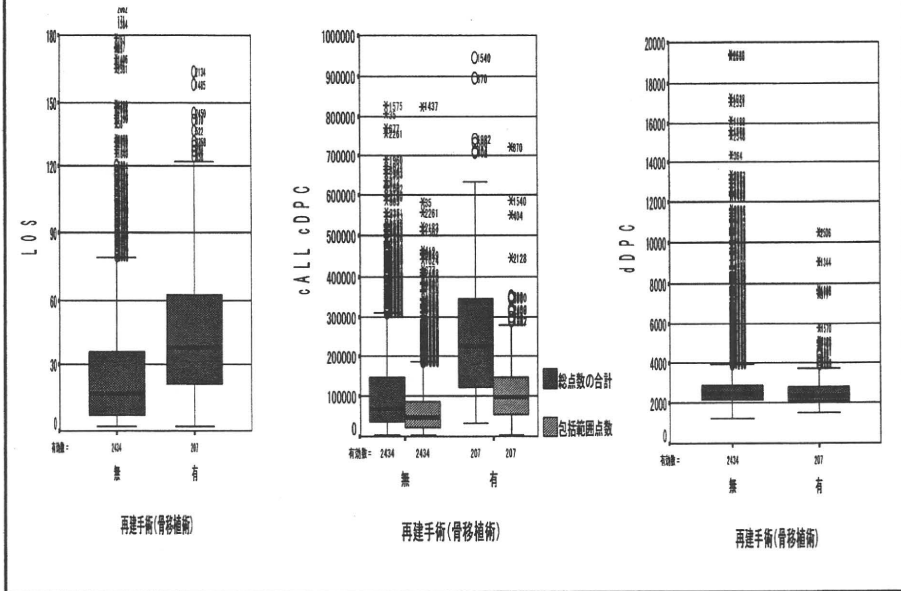
図B群(手術関連続発症)



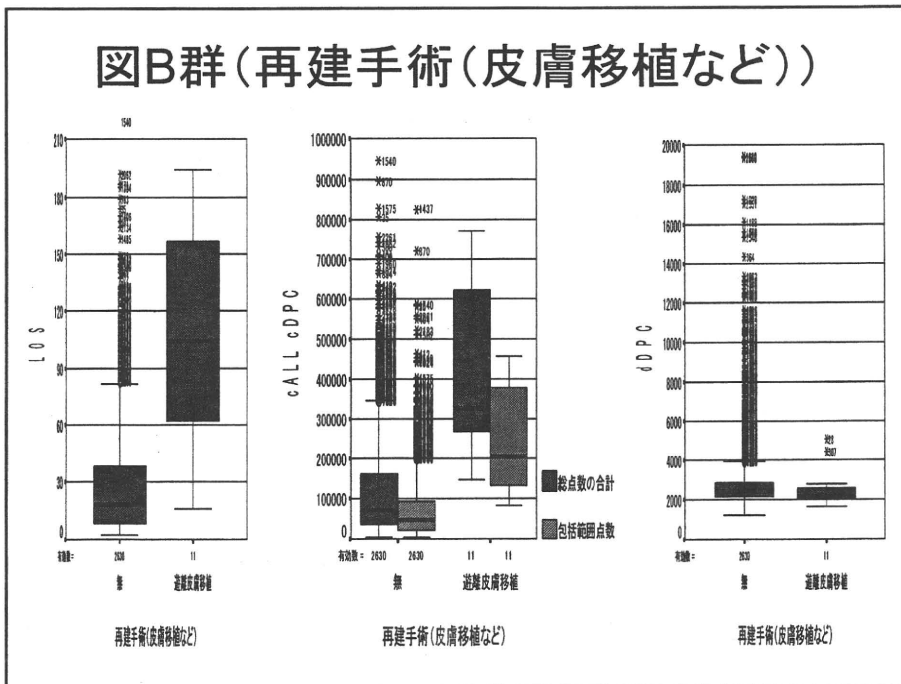
図B群(手術)



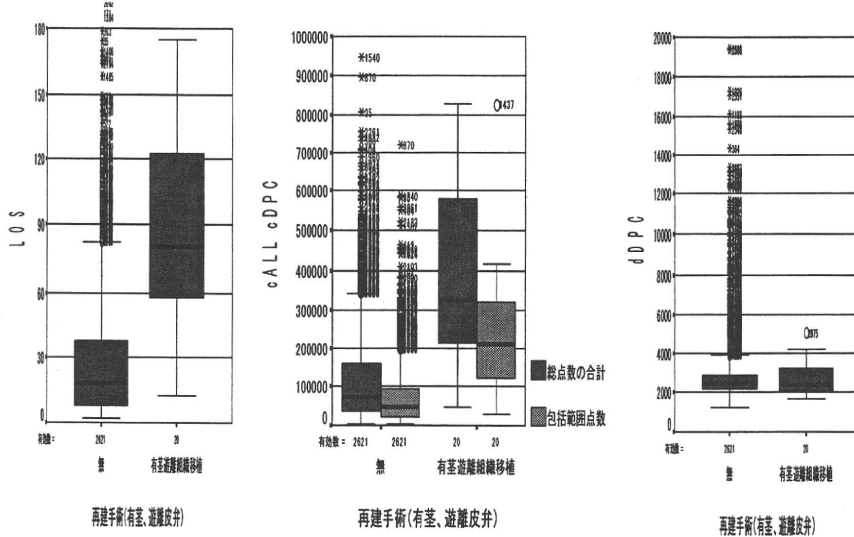
図B群(再建手術(骨移植術))



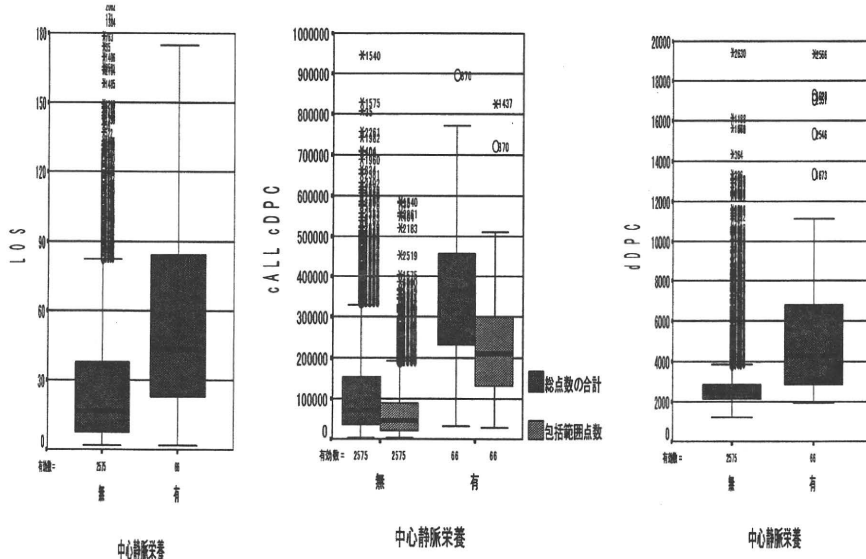
図B群(再建手術(皮膚移植など))



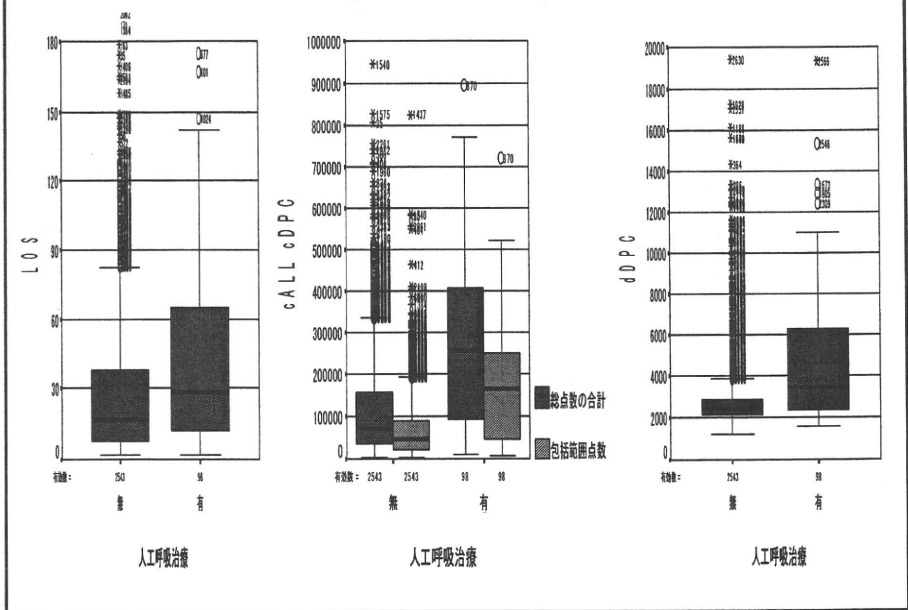
図B群(再建手術(有茎、遊離皮弁))



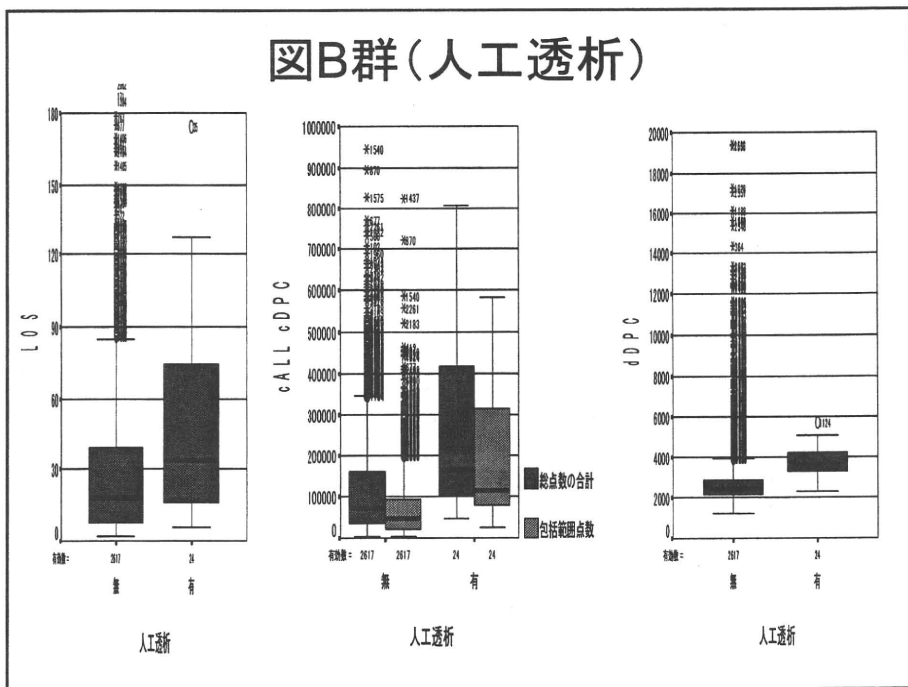
図B群(中心静脈)



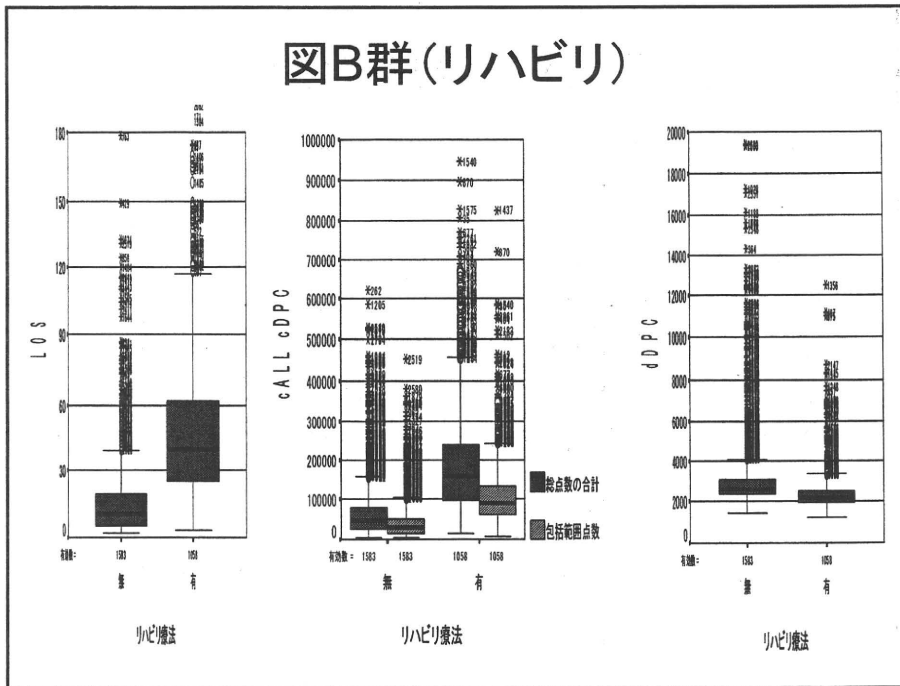
図B群(人工呼吸)



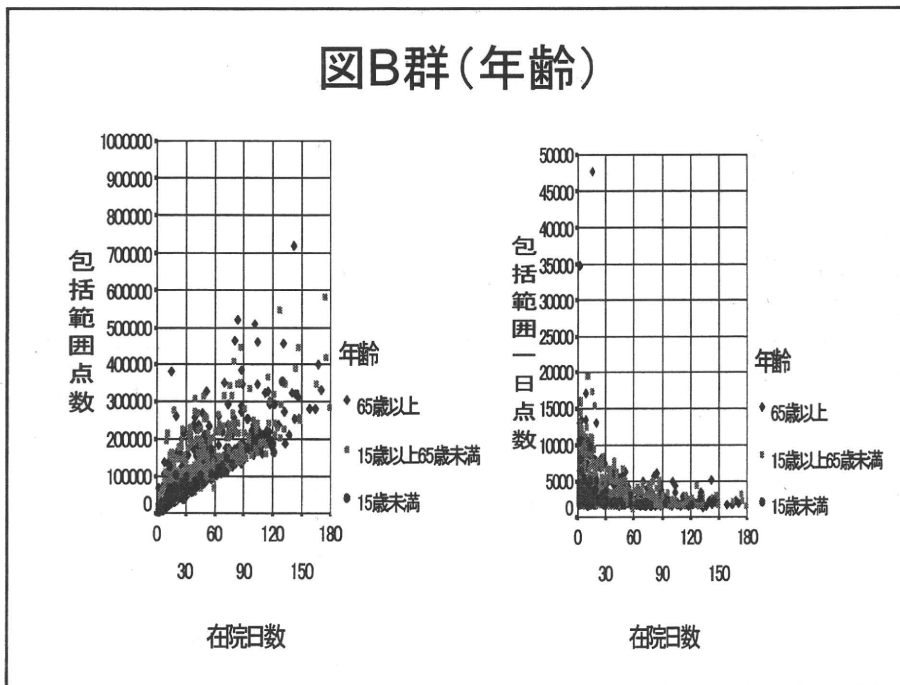
図B群(人工透析)



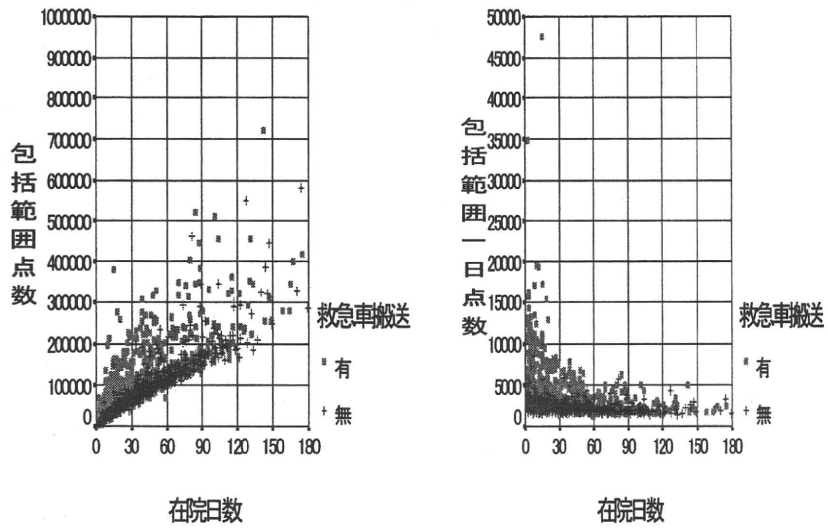
図B群(リハビリ)



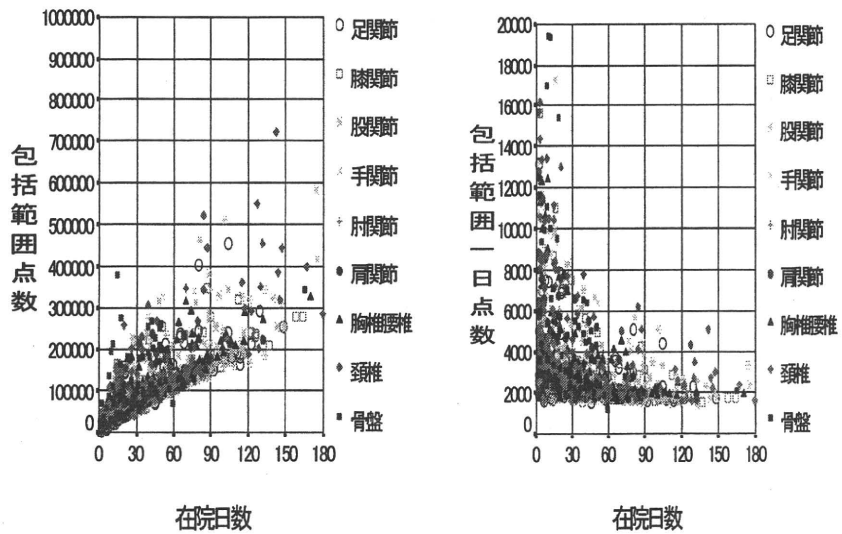
図B群(年齢)



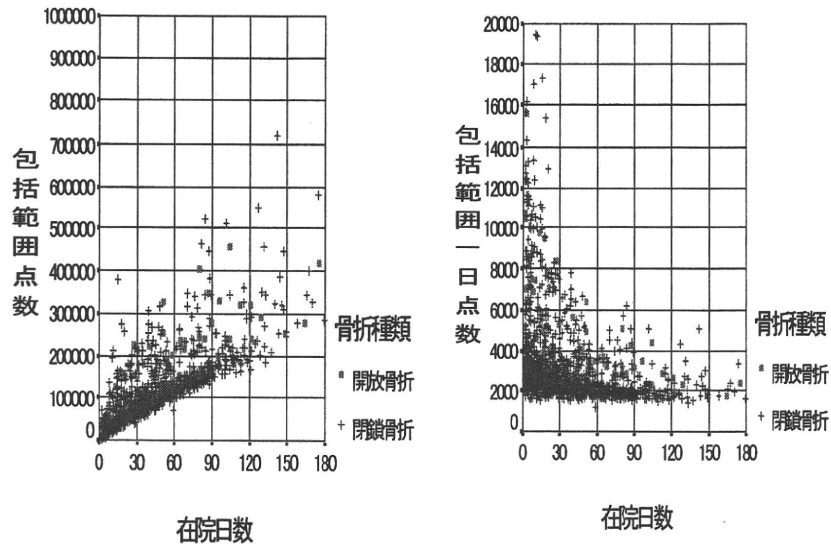
図B群(救急車搬送)



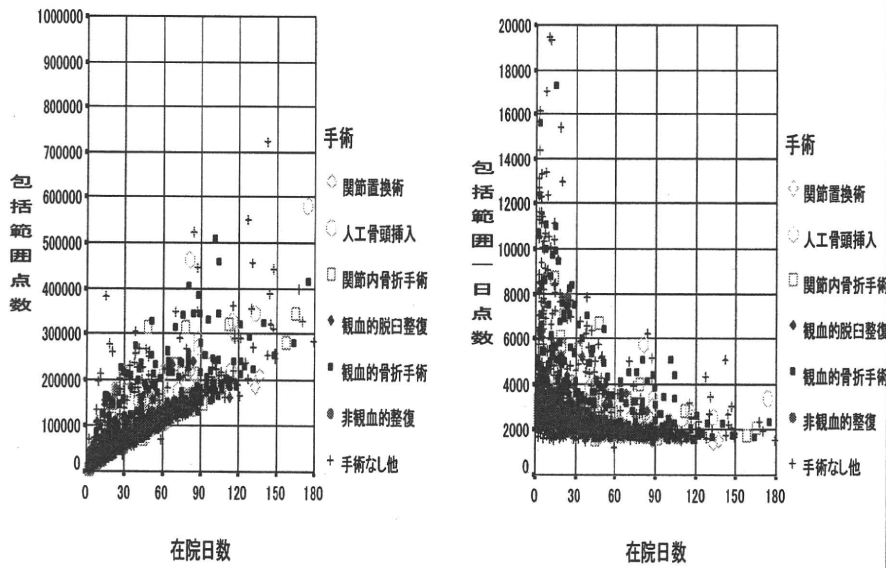
図B群(部位)



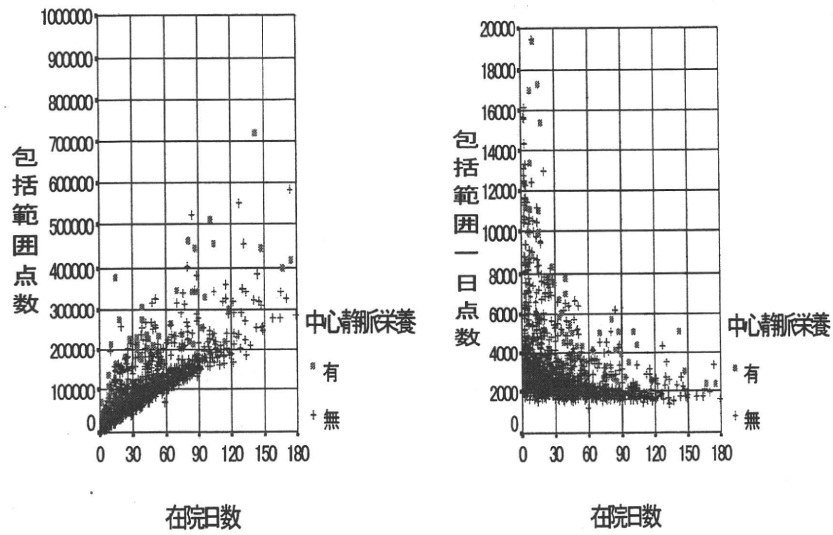
図B群(骨折種類)



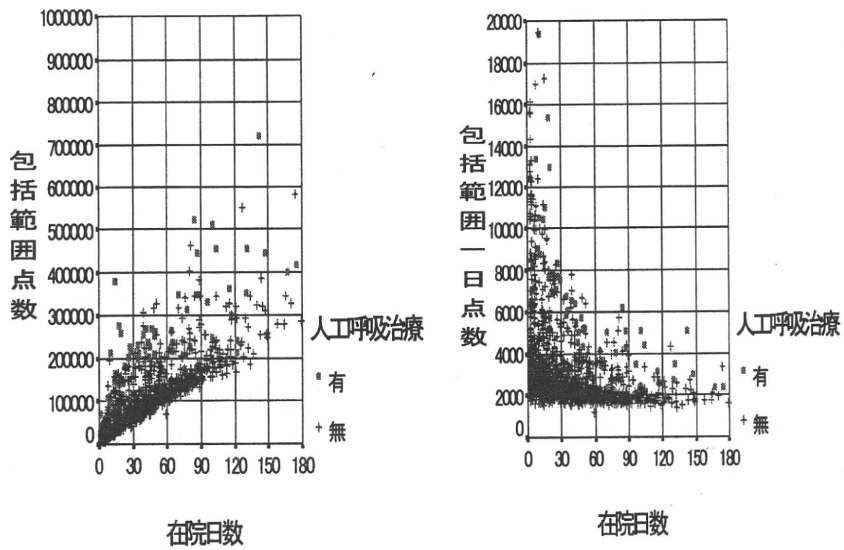
図B群(手術)



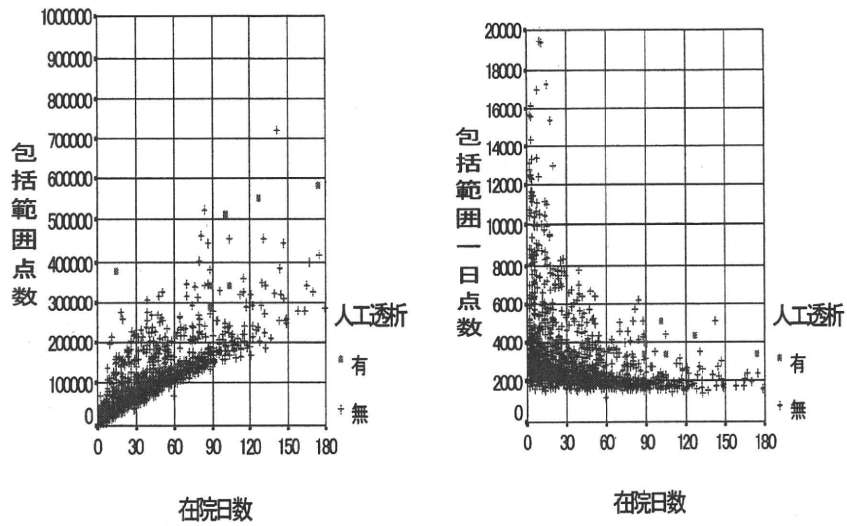
図B群(中心静脈)



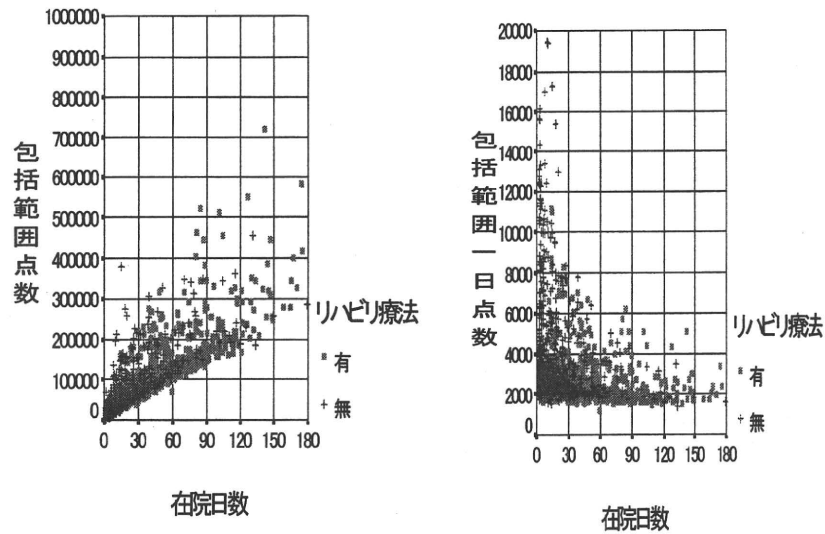
図B群(人工呼吸)



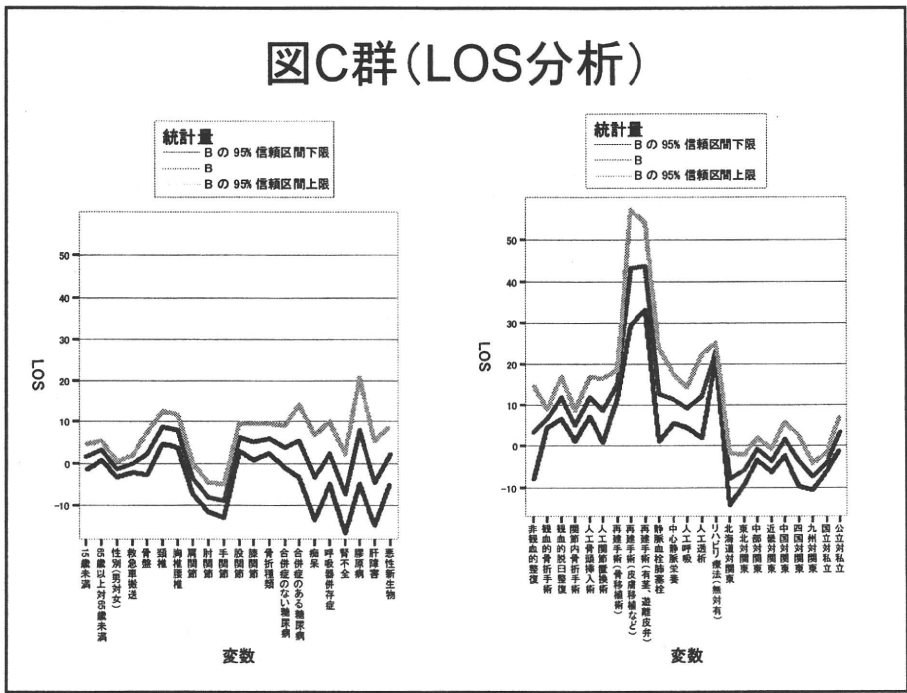
図B群(人工透析)



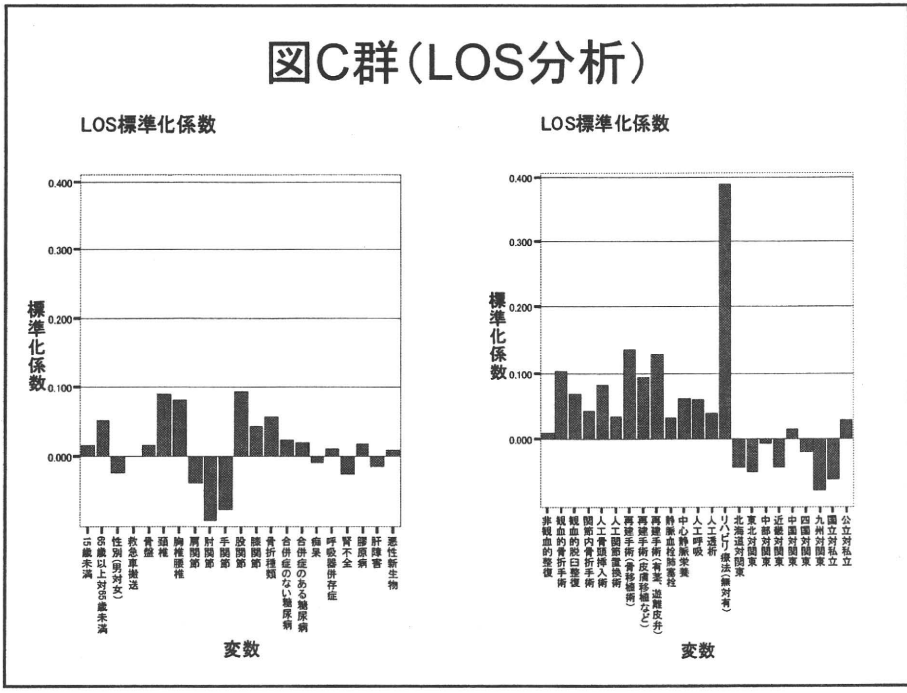
図B群(リハビリ)



図C群 (LOS分析)

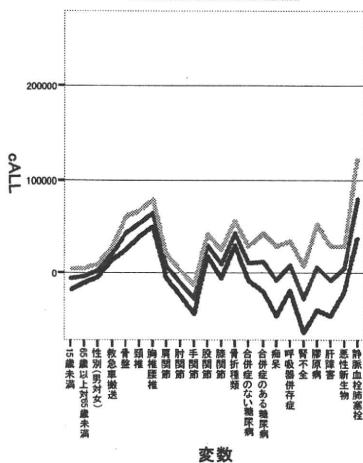


図C群 (LOS分析)

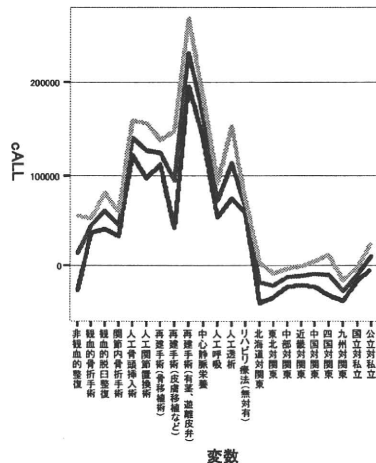


図C群 (cALL分析)

統計量
 Bの95%信頼区間下限
 B
 Bの95%信頼区間上限

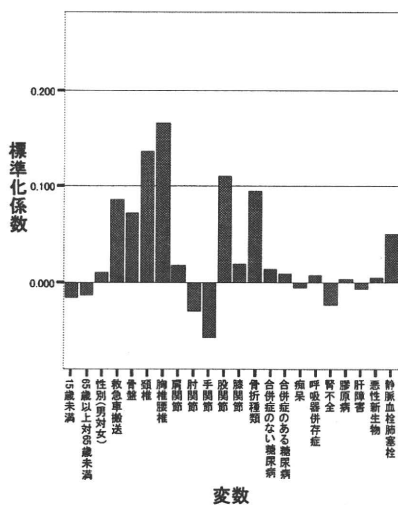


統計量
 Bの95%信頼区間下限
 B
 Bの95%信頼区間上限

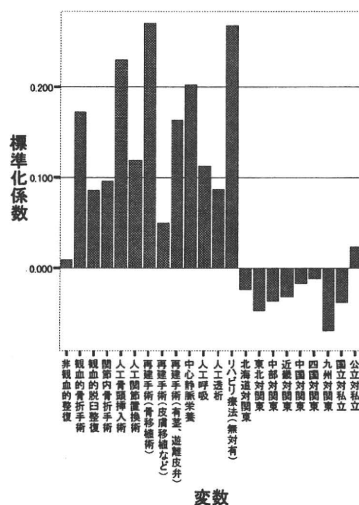


図C群 (cALL分析)

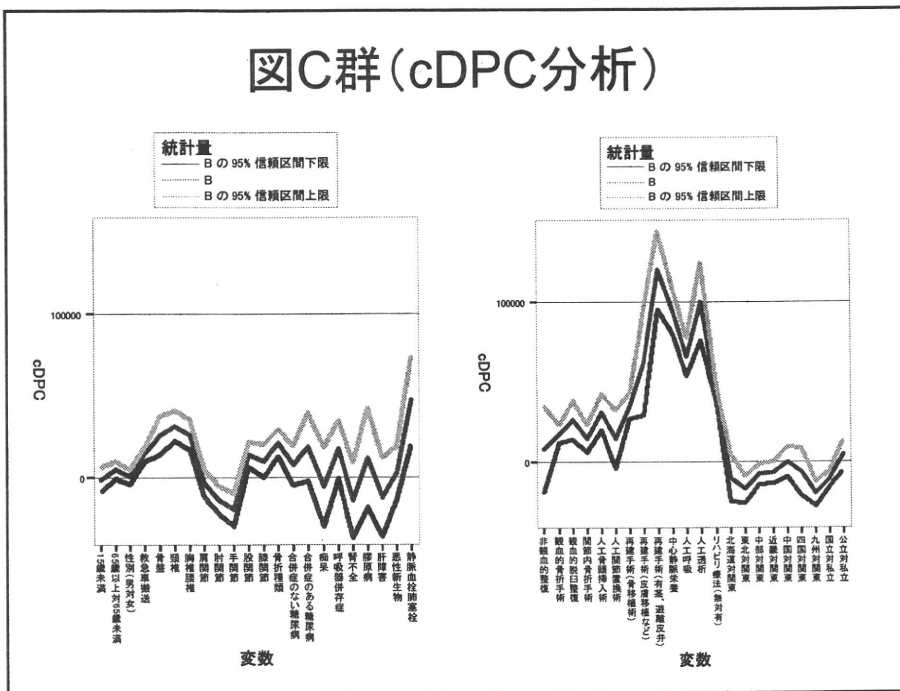
cALL標準化係数



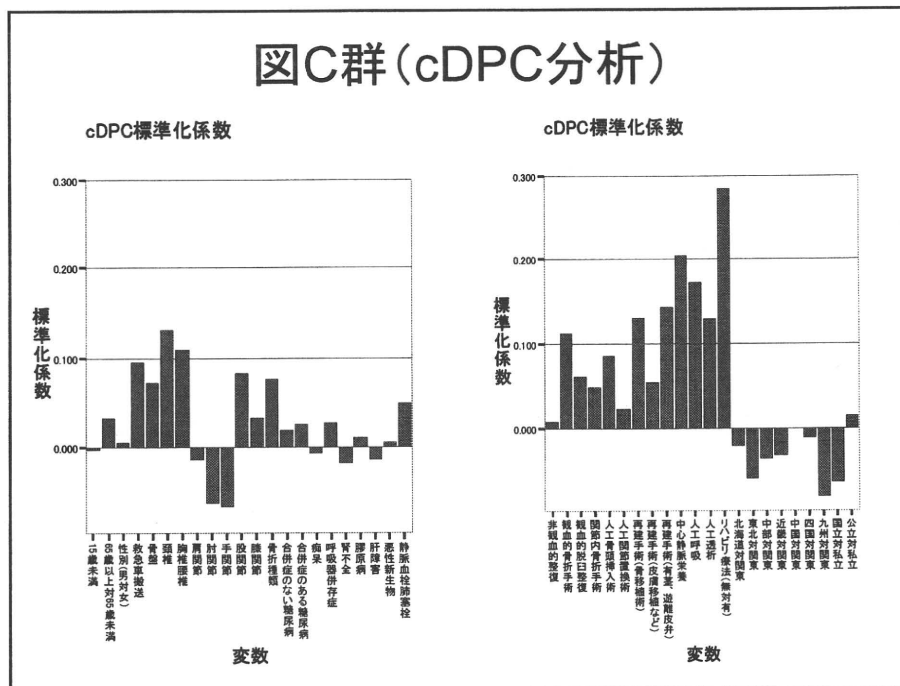
cALL標準化係数



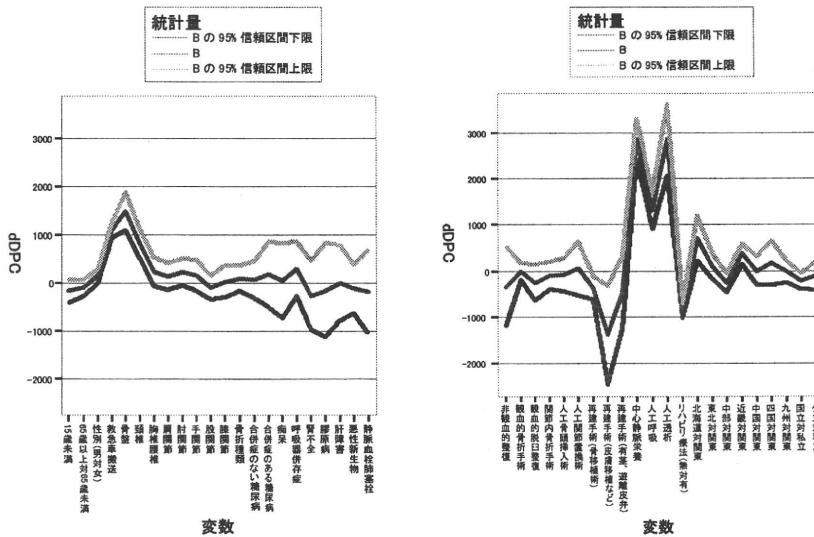
図C群(cDPC分析)



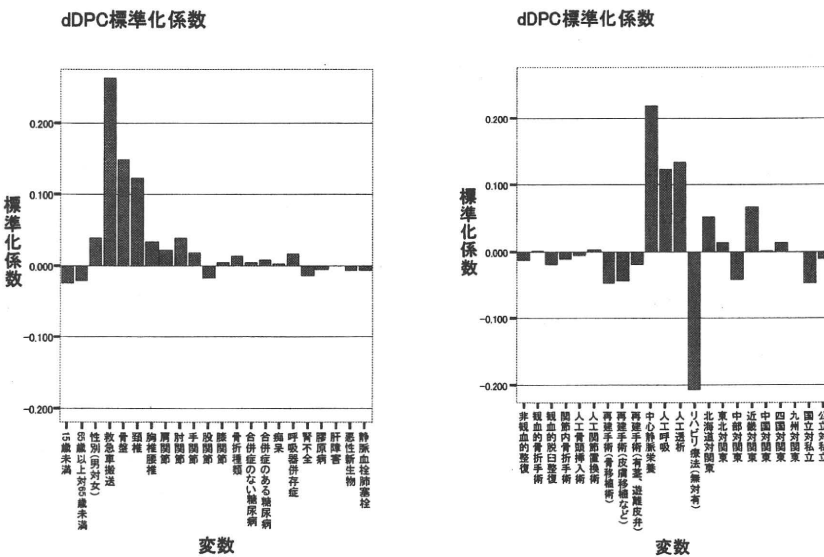
図C群(cDPC分析)



図C群 (dDPC分析)



図C群 (dDPC分析)



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

（胸部腹部外傷に関する定義テーブルの修正のために）

MDC16

『胸部実質臓器外傷（DPC6 桁分類 160460）』『胸部骨性外傷（DPC6 桁分類 160470）』

『肝外傷（DPC6 桁分類 160510）』『脾外傷（DPC6 桁分類 160530）』

『腸管外傷（十二指腸から直腸）（DPC6 桁分類 160540）』

『腎泌尿器外傷（DPC6 桁分類 160950）』

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、MDC16『胸部腹部外傷』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（特に中心静脈栄養）や救急車搬送に配慮（別途独立評価）を要することが判明した。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。外傷部位に関しても、医療費関連指標からみると胸部外傷群、肝脾外傷群、胸腔臓器外傷群、腎泌尿器外傷群と分類できそうである。

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、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項がある。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ⁱⁱ一件点数(cDPC)、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14年度7月から10月まで特定機能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ⁱⁱⁱや樹形図^{iv}に反映させることで、より妥当なDPC分類につなげることが大きな目的である。

研究目的：①定義テーブル上の疾患群や手術・処置、年齢の現状分析、②、医療費関連指標（LOS,cALL,cDPC,dDPC）を目的変数としてあげ、診断群分類上留意すべき説明因子を探り、定義テーブルに反映させ、より妥当なものにすること、③更に副傷病を同時に系統的整理し、かつ副傷病が上述医療費関連指標にいかなる問題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14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、MDC16『胸部腹部外傷』の292件〔内入院後24時間以内死亡21件、退院時死亡患者6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

region1：北海道

region2：東北

region3：関東

region4：中部

region5：近畿

region6：中国

region7：四国

region8：九州

④施設母体

inst1：国立

inst2：公立

inst3：私立

⑤救急車搬送の有無(ambulcat)

臨床情報

⑥JCS(Japan Coma Scale)

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

重回帰分析では

意識清明

jcscat1：JCS=1~3

jcscat2：JCS=10~30

jcscat3：JCS=100~300

とし、意識清明を対照とした。

⑦疾患群^v：診断群分類は外傷部位を明示しているため、ここでは以下のようにカテゴリー