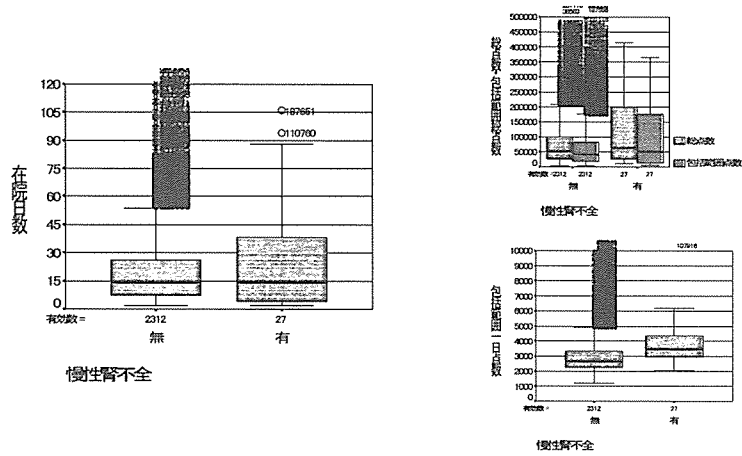
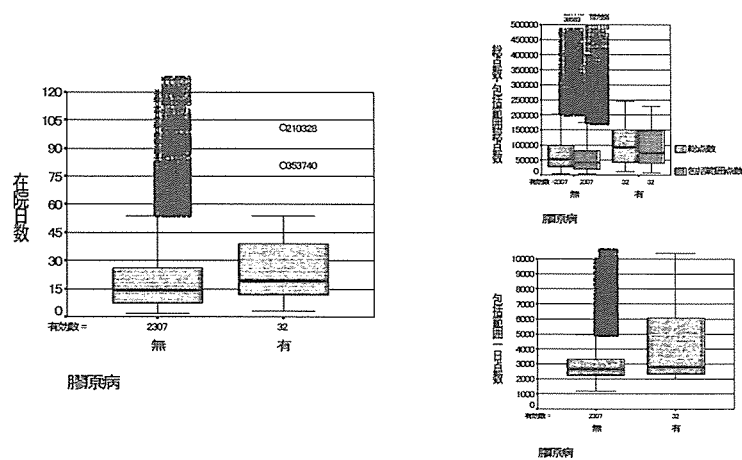


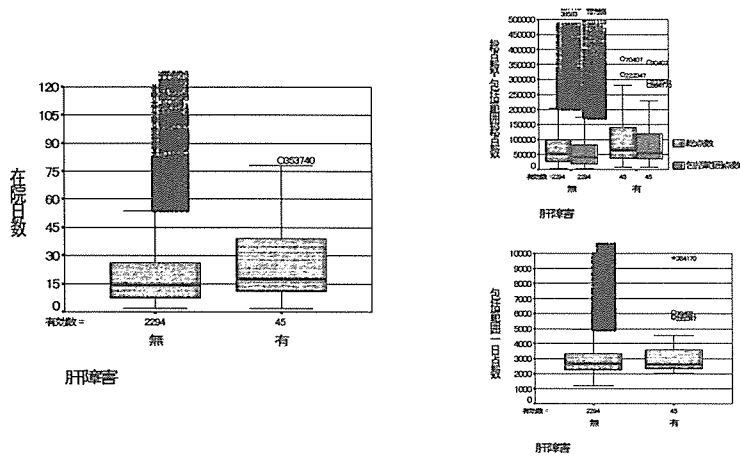
## 図B群(慢性腎不全)



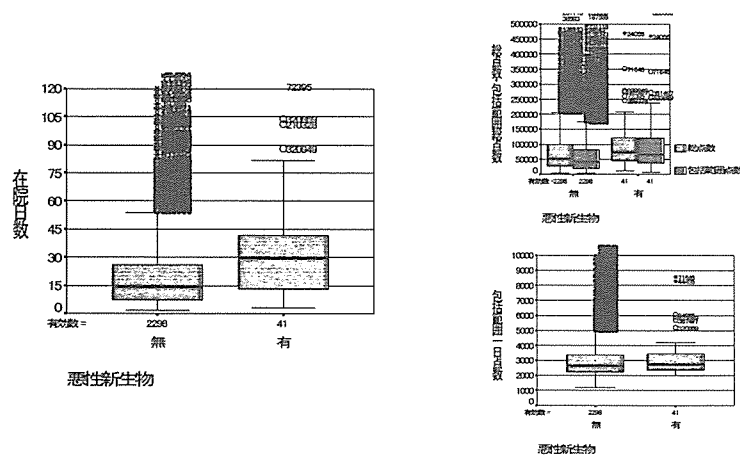
## 図B群(膠原病)



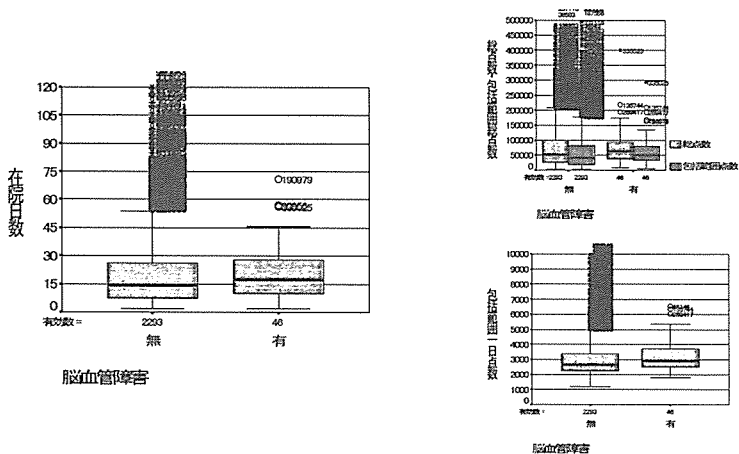
## 図B群(肝障害)



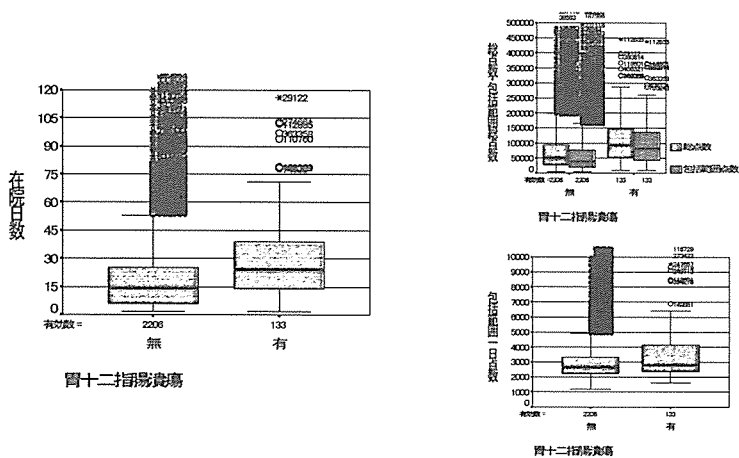
## 図B群(悪性新生物)



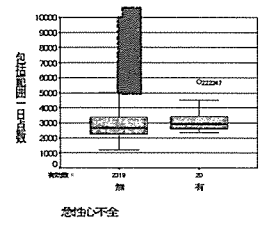
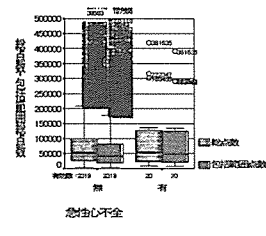
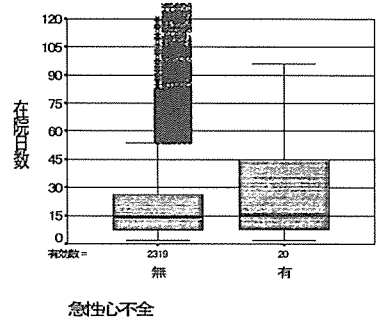
## 図B群(併存脳血管障害)



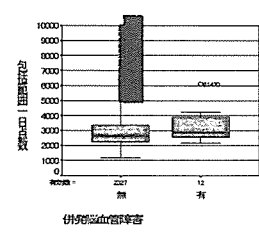
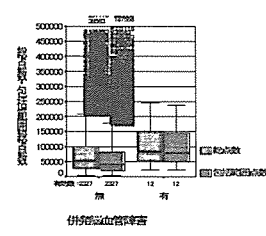
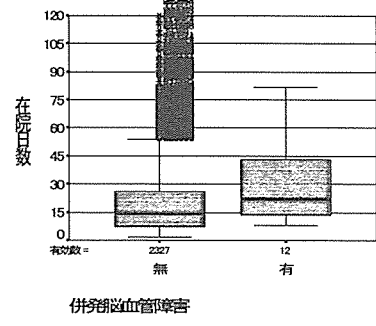
## 図B群(併存胃十二指腸潰瘍)



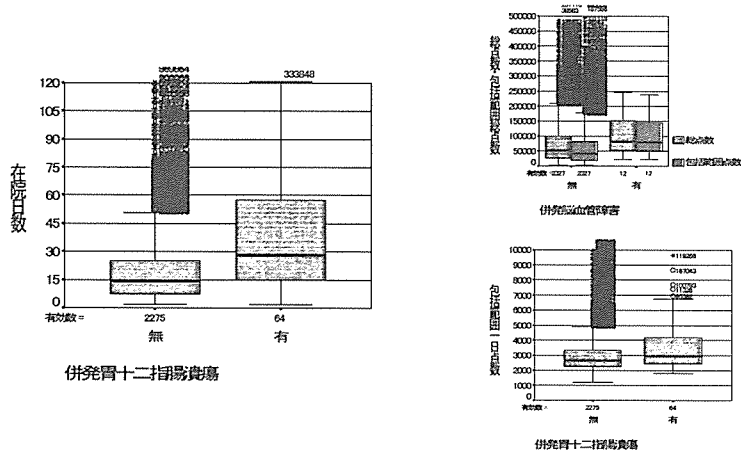
## 図B群(心不全)



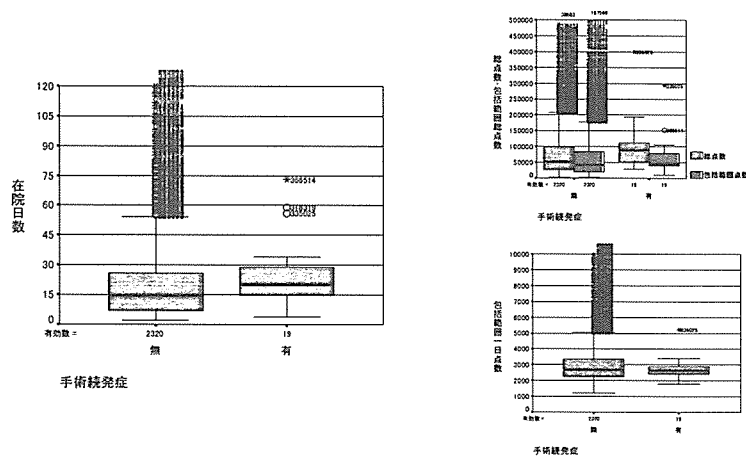
## 図B群(併発脳血管障害)



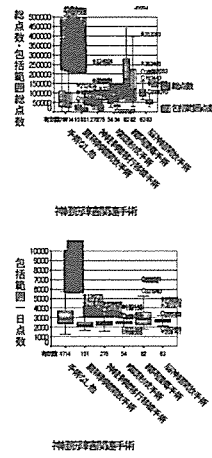
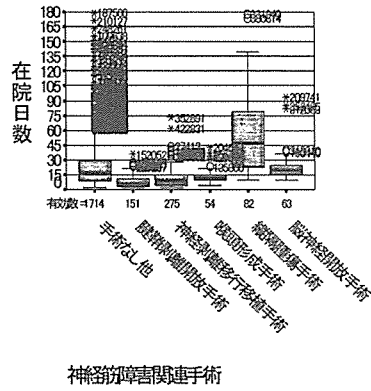
## 図B群(併発胃十二指腸潰瘍)



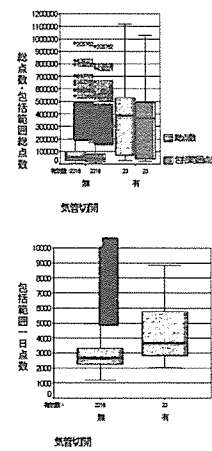
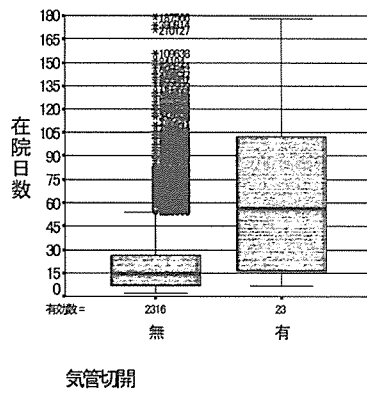
## 図B群(手術関連続発症)



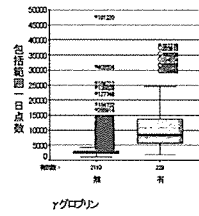
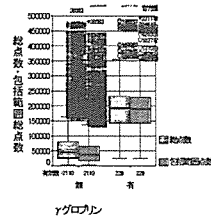
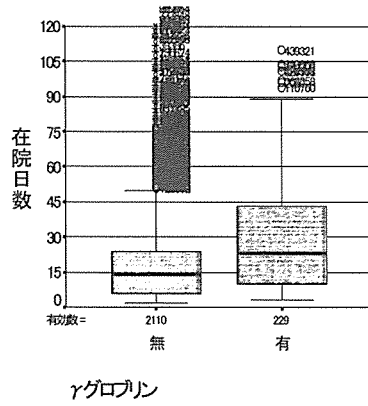
## 図B群(手術)



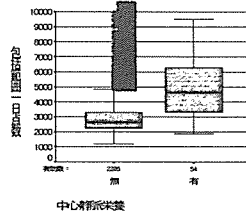
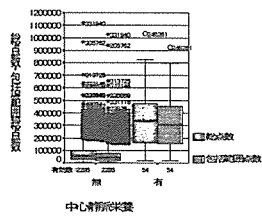
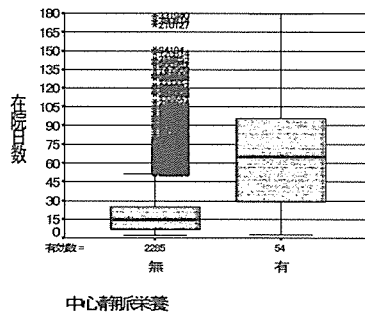
## 図B群(気管切開)



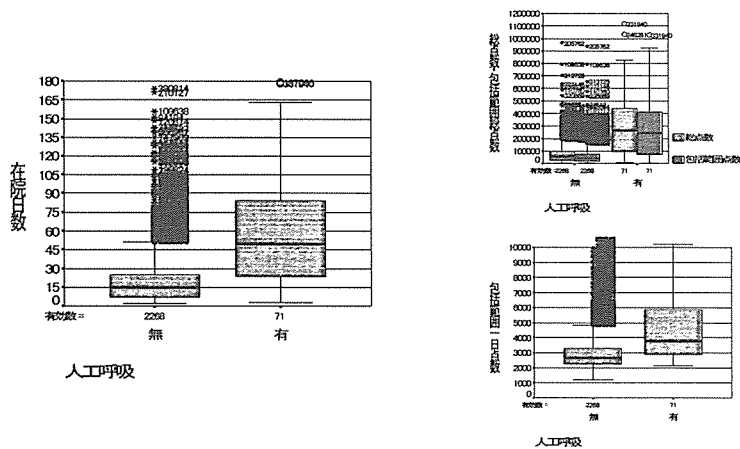
## 図B群(グロブリン)



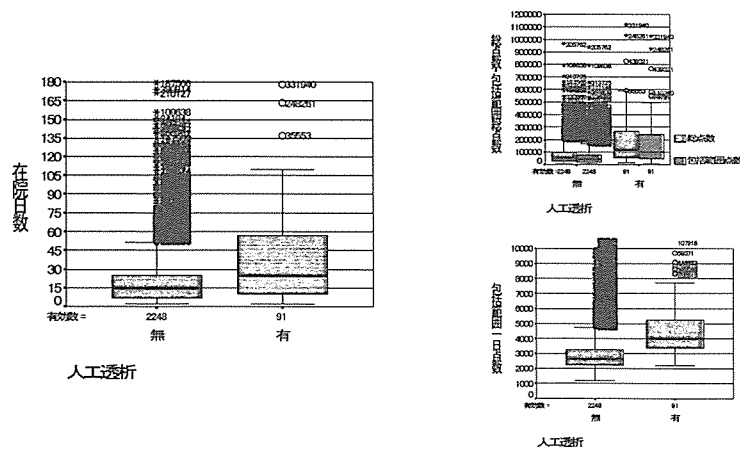
## 図B群(中心静脈)



## 図B群(人工呼吸)

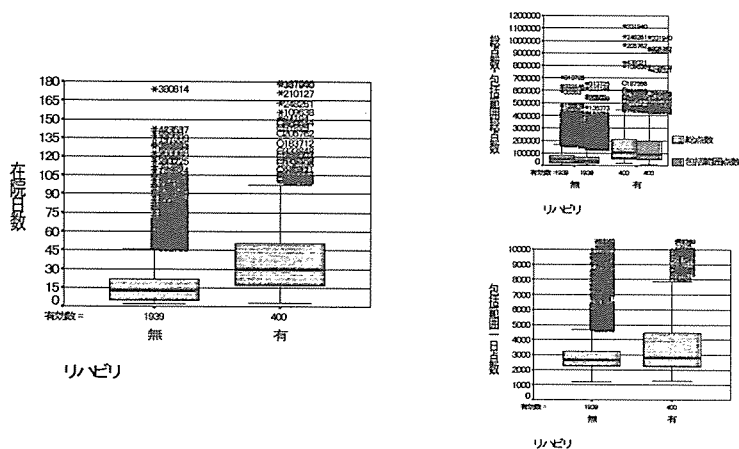


## 図B群(人工透析)

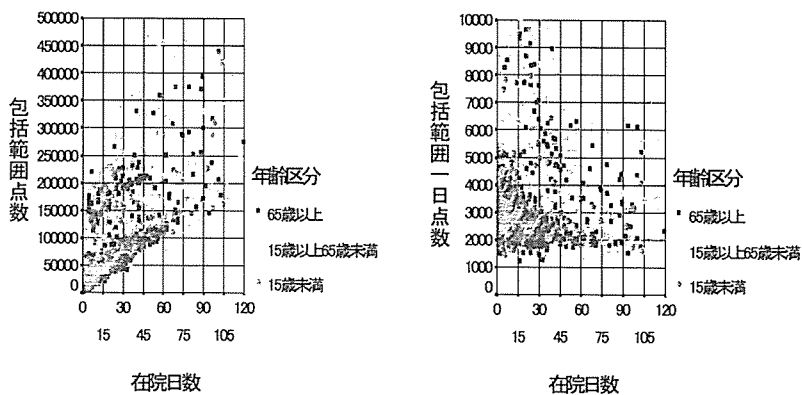




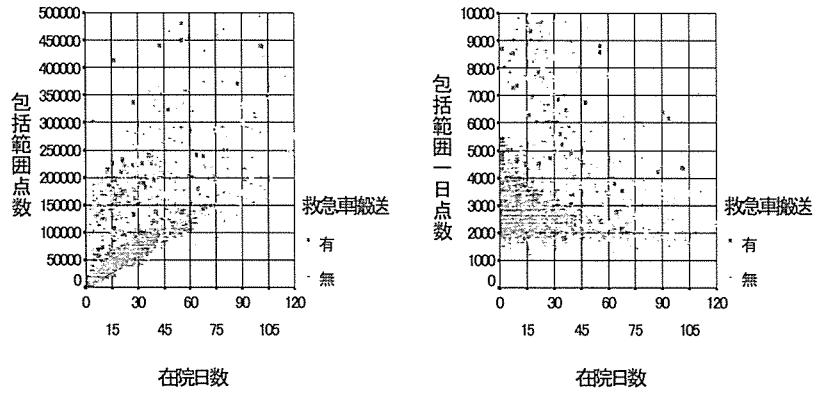
### 図B群(リハビリ)



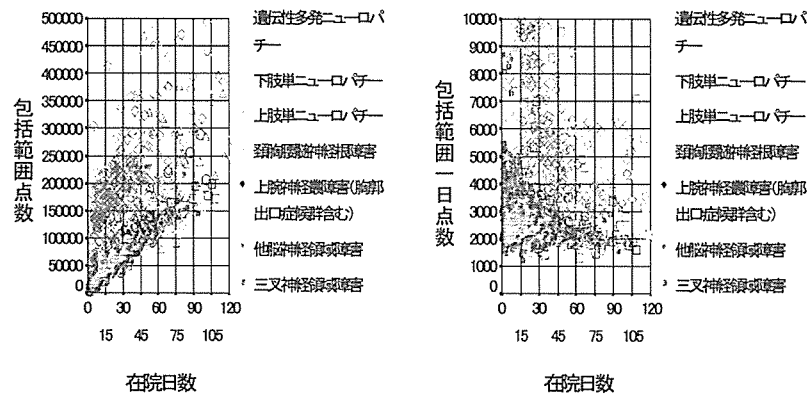
### 図B群(年齢)



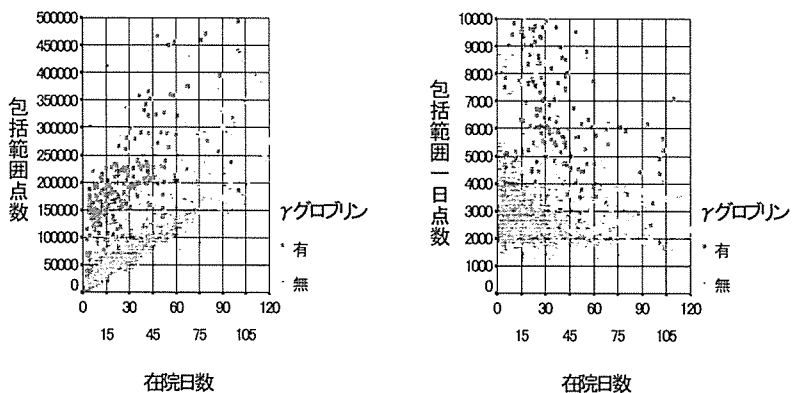
## 図B群(救急車搬送)



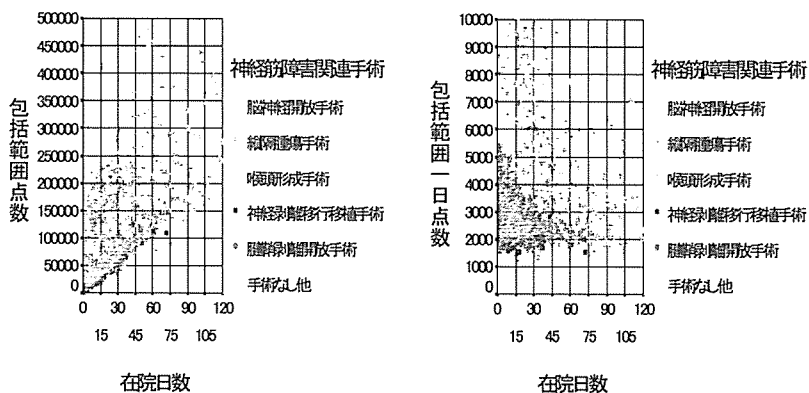
## 図B群(病態)



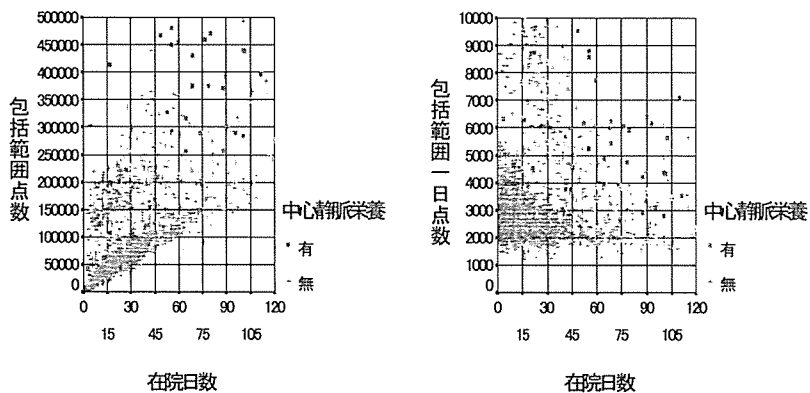
## 図B群(グロブリン)



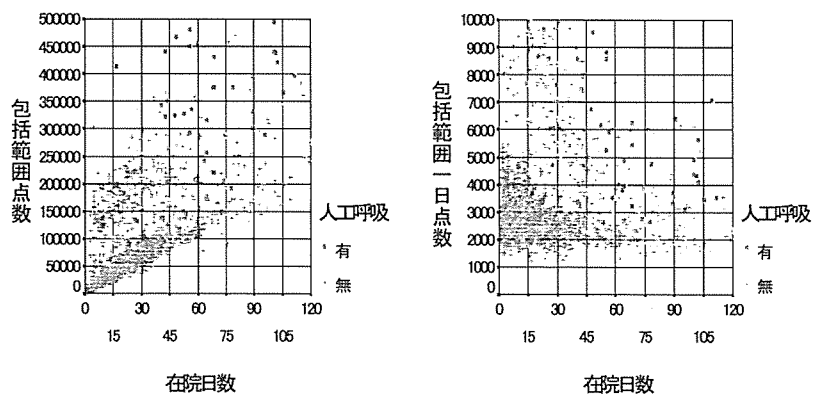
## 図B群(手術)



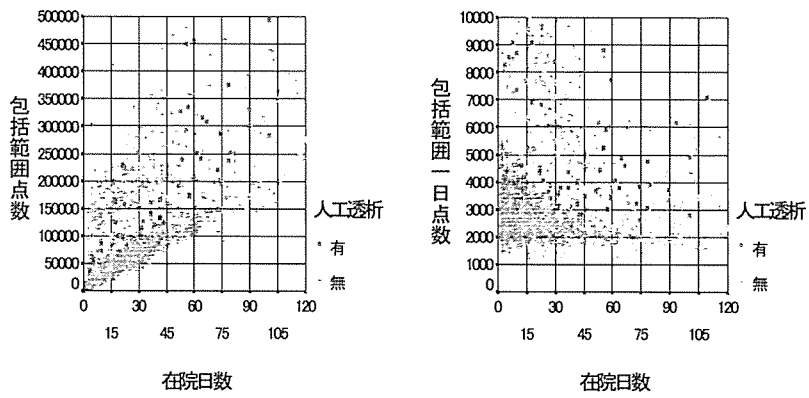
### 図B群(中心静脈)



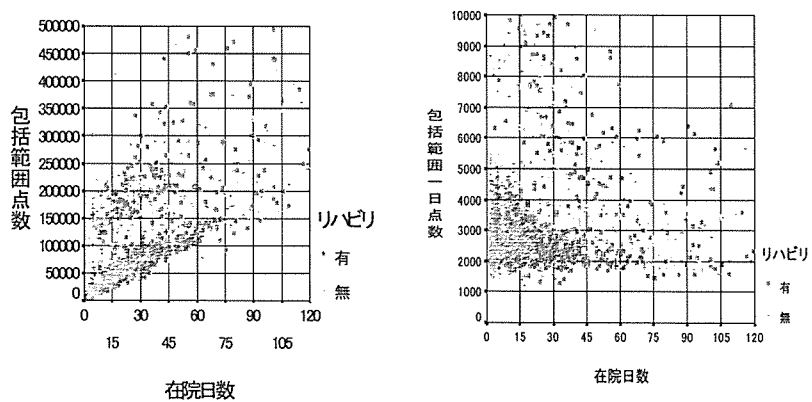
### 図B群(人工呼吸)



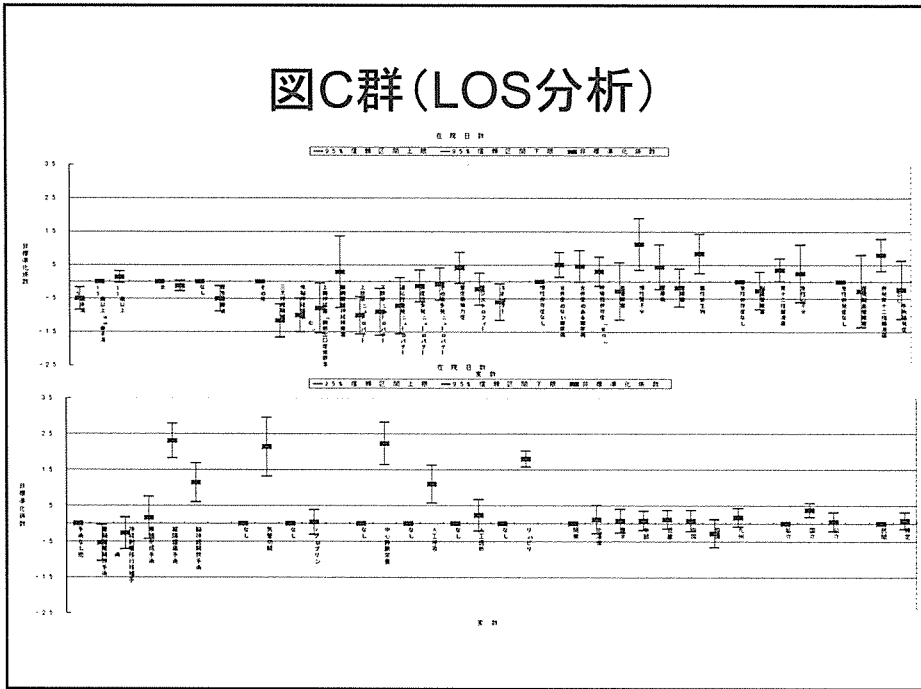
## 図B群(人工透析)



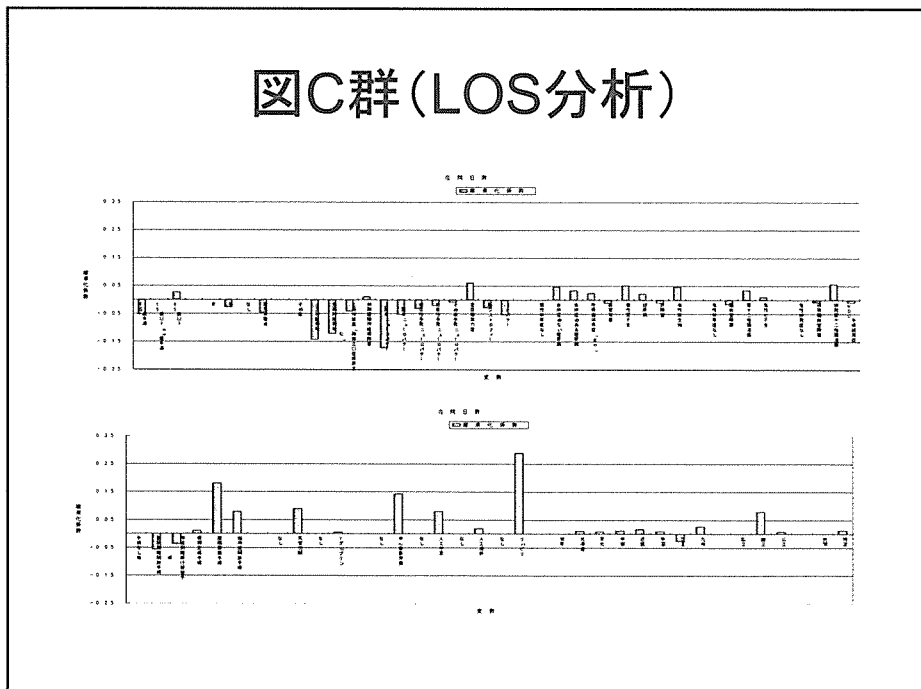
## 図B群(リハビリ)



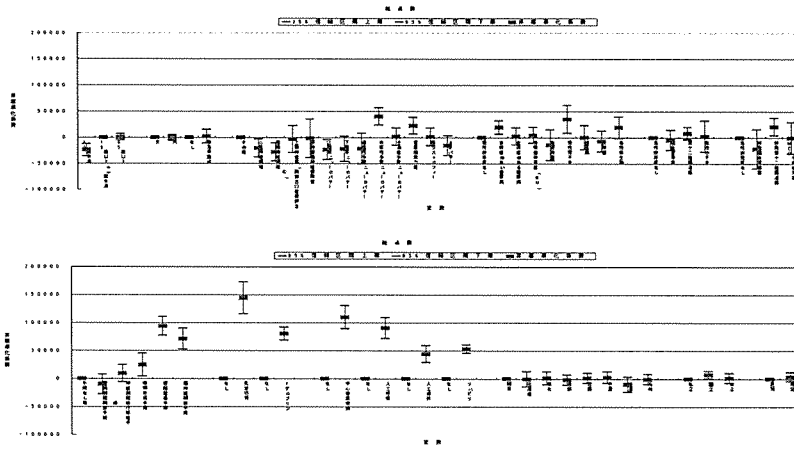
### 図C群(LOS分析)



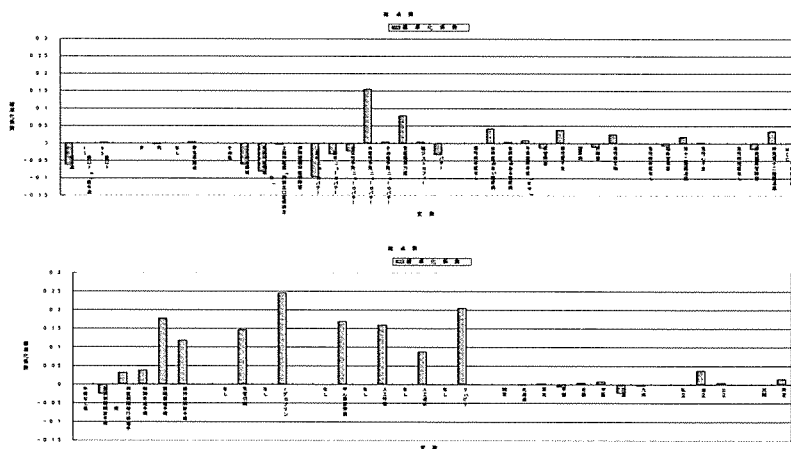
### 図C群(LOS分析)



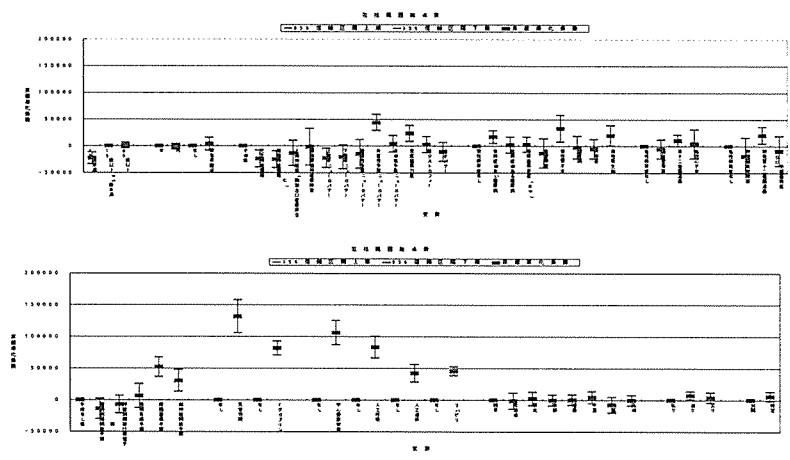
図C群(cALL分析)



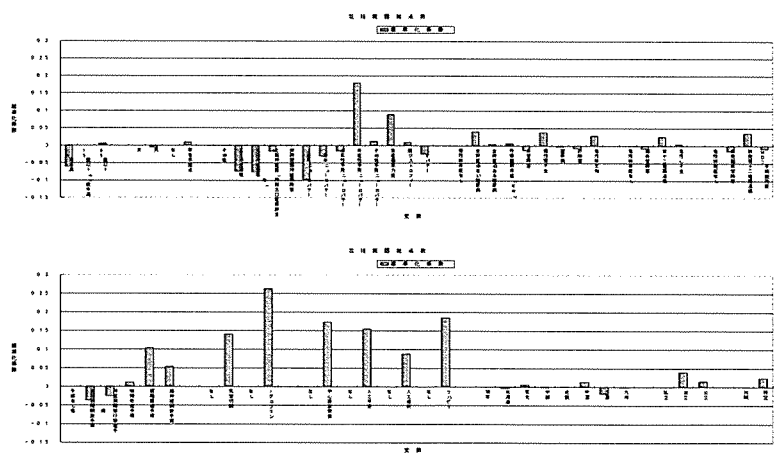
図C群(cALL分析)



図C群(cDPC分析)

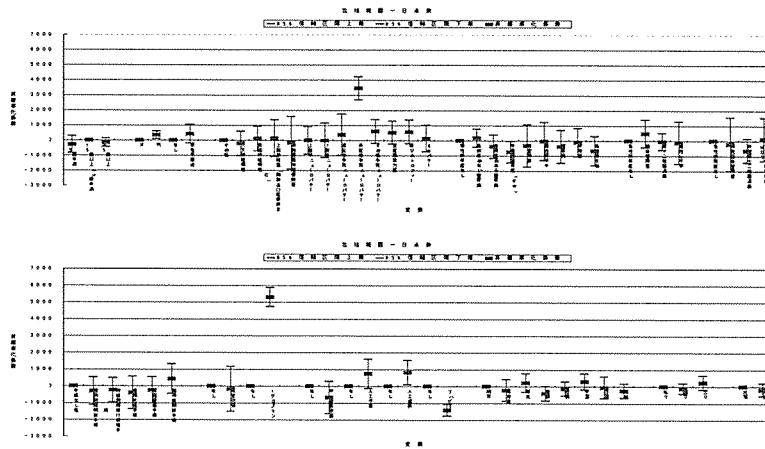


図C群(cDPC分析)

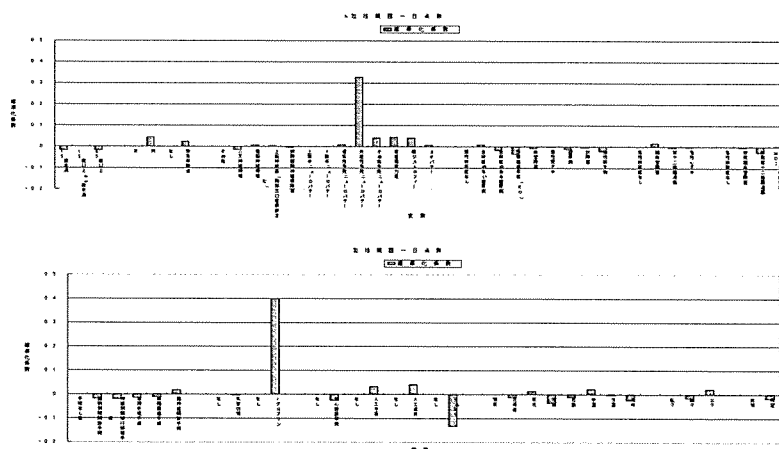




図C群(dDPC分析)



図C群(dDPC分析)



平成 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観点から）

MDC7

『脊椎変形（DPC6 桁分類 0700180）』『脊椎感染（DPC6 桁分類 0700330）』『脊柱管狭窄(脊椎症含む)（DPC6 桁分類 0700340）』『椎間板変性、ヘルニア（DPC6 桁分類 0700350）』『不安定椎（DPC6 桁分類 0700360）』『脊椎骨粗鬆症（DPC6 桁分類 0700370）』

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 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、脊椎の変性・炎症の観点から MDC7, DPC6 桁コード『脊椎変形（DPC6 桁分類 0700180）』『脊椎感染（DPC6 桁分類 0700330）』『脊柱管狭窄(脊椎症含む)（DPC6 桁分類 0700340）』『椎間板変性、ヘルニア（DPC6 桁分類 0700350）』『不安定椎（DPC6 桁分類 0700360）』『脊椎骨粗鬆症（DPC6 桁分類 0700370）』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。各医療費関連指標において、処置（人工透析、リハビリなど）に配慮（別途独立評価）を要することが判明した。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病態と部位の観点で、基本 DPC の統合する妥当性に問題はないと考えられる。

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、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、そこで症例数のしぼり<sup>i</sup>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 DPC<sup>ii</sup>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)<sup>iii</sup>、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<sup>iv</sup>や樹形図<sup>v</sup>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、脊椎の変性炎症の観点から MDC7 『脊椎変形（DPC6 桁分類 0700180）』『脊椎感染（DPC6 桁分類 0700330）』『脊柱管狭窄（脊椎症含む）（DPC6 桁分類 0700340）』『椎間板変性、ヘルニア（DPC6 桁分類 0700350）』『不安定椎（DPC6 桁分類 0700360）』『脊椎骨粗鬆症

『DPC6 桁分類 0700370』の入院後 24 時間以内死亡症例を除外した 6755 件〔内退院時死亡患者 9 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 歳以上未満の 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<sup>vi</sup>、私立

⑤施設機能:特定機能病院<sup>vii</sup>、民間病院

⑥救急車搬送の有無(ambulcat)

臨床情報

⑦疾患群<sup>viii</sup>: ICD10 は部位・病態を明示しているため、ここでは ICD がもつ臨床情報で以下のように整理した。

部位:頸部、胸部、腰部、不明(多部位含む)

病理:脊椎根障害、脊髄障害、脊髄血管障害、脊椎関節炎(感染除く)、変形、分離すべり、変性、骨髄炎、感染性脊椎関節炎、脊椎管狭窄変性、後靭帯骨化症、ヘルニア、骨粗鬆症とした。

⑧手術手技<sup>ix</sup>:

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。

脊髄電極埋め込み、椎間板手術、経皮的椎間板手術、脊椎固定手術とした。

⑨処置

血管塞栓術(embol)<sup>x</sup>

気管切開(tracheo)<sup>xi</sup>

骨移植手術<sup>xii</sup>

再建手術(皮膚移植)(reconsum)<sup>xiii</sup>

再建手術(有茎、遊離組織移植)(reconfsu)<sup>xiv</sup>  
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<sup>xv</sup>):慢性併存症、急性併存症、急性併発症を Manitoba-Darhmouth&Charlson

Comobidity Index の(以下 MD 指標)<sup>xvi</sup>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<sup>xvii</sup>、有しないもの:dcinmdm<sup>xviii</sup>)、痴呆(dcindem)<sup>xix</sup>、対麻痺(dcinprp)<sup>xx</sup>、慢性肺疾患(dcinpd)<sup>xxi</sup>、末梢血管障害(dcinpvd)<sup>xxii</sup>、腎臓疾患(dcinrd)<sup>xxiii</sup>、慢性腎不全(dcinrcf)<sup>xxiv</sup>、自己免疫疾患(dcinctd)<sup>xxv</sup>、肝障害(dcinld)(慢性肝障害:dcinmld<sup>xxvi</sup>、重症肝障害:dcinsld<sup>xxvii</sup>)、悪性新生物(dcinmal)<sup>xxviii</sup>

■ 入院時急性併存症

急性心筋梗塞(dcinami)<sup>xxix</sup>、脳血管障害(dcincva)<sup>xxx</sup>、胃十二指腸潰瘍(dcinpu)<sup>xxxi</sup>、感染症(dcininf)<sup>xxxii</sup>、急性腎不全(dcinarf)<sup>xxxiii</sup>、急性呼吸不全(dcinapf)<sup>xxxiv</sup>、心不全(dcinahf)<sup>xxxv</sup>、急性肝不全(dcinalf)<sup>xxxvi</sup>、DIC(dcindic)<sup>xxxvii</sup>

■ 入院後急性併発症

急性心筋梗塞(dccami)、脳血管障害(dccava)、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)<sup>xxxviii</sup>、手術関連発症(dcccomp)<sup>xxxix</sup>について、様式 1 の入院時併存症(4 つ併記)