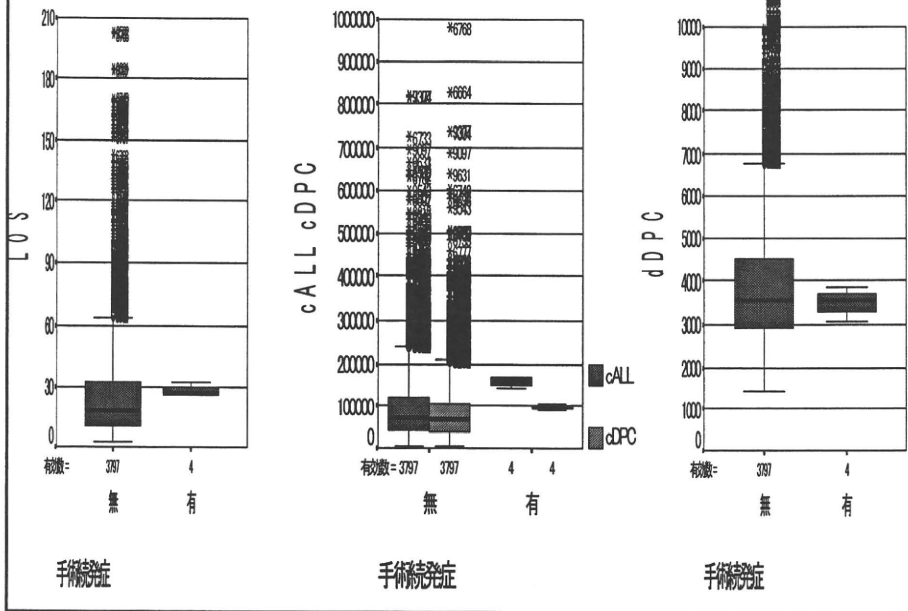
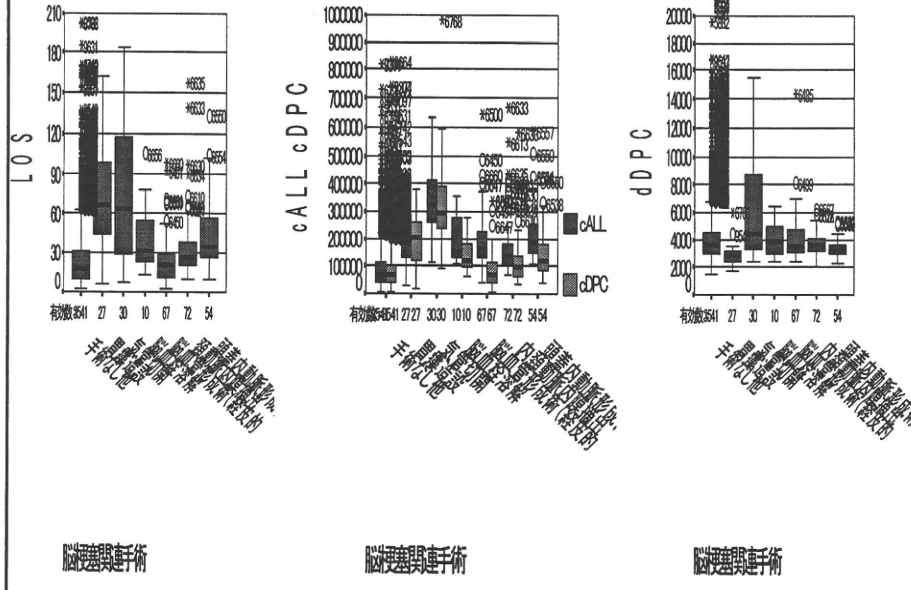
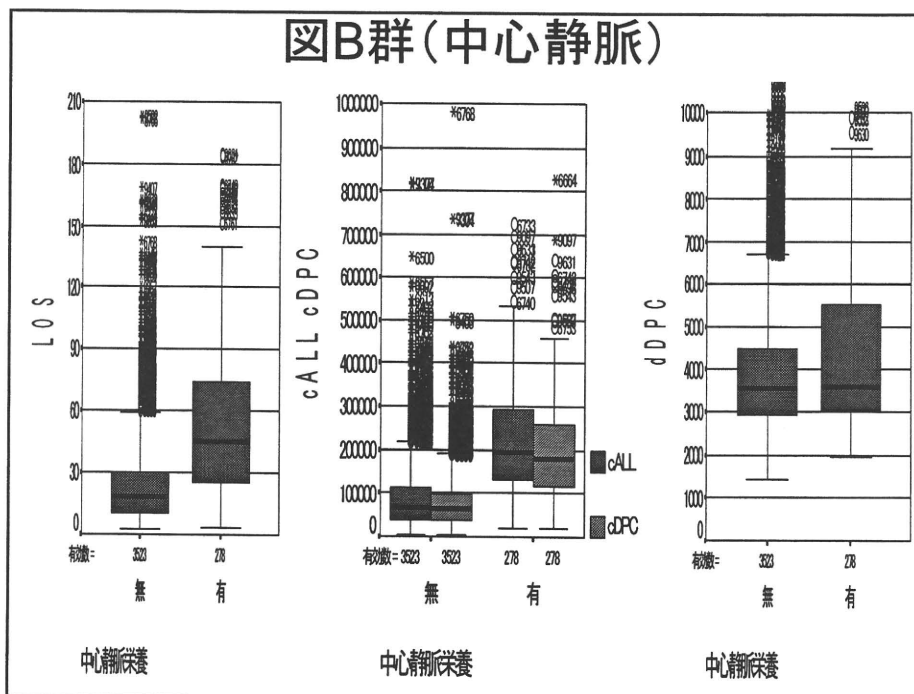
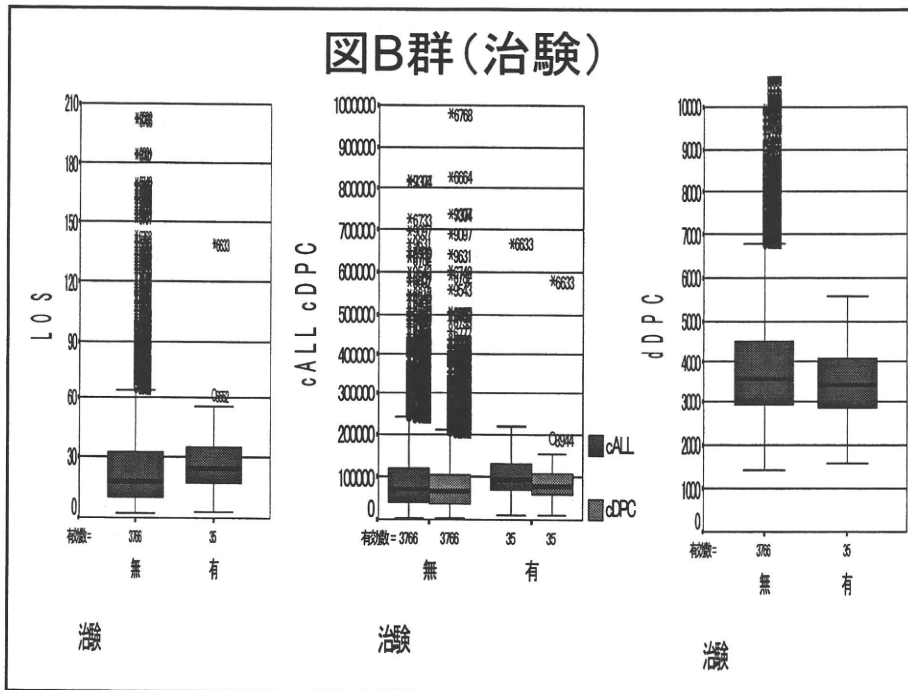


図B群(手術続発症)

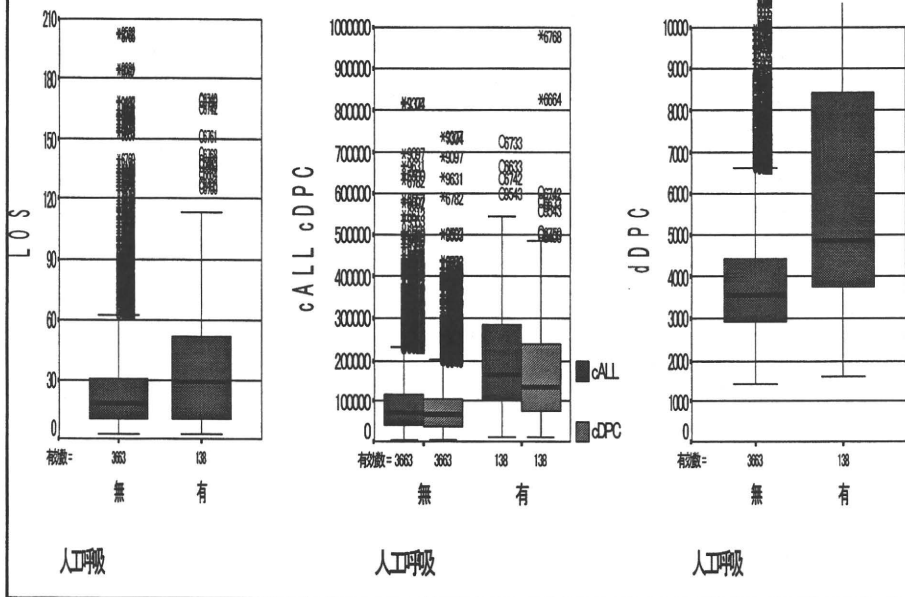


図B群(脳梗塞関連手術)

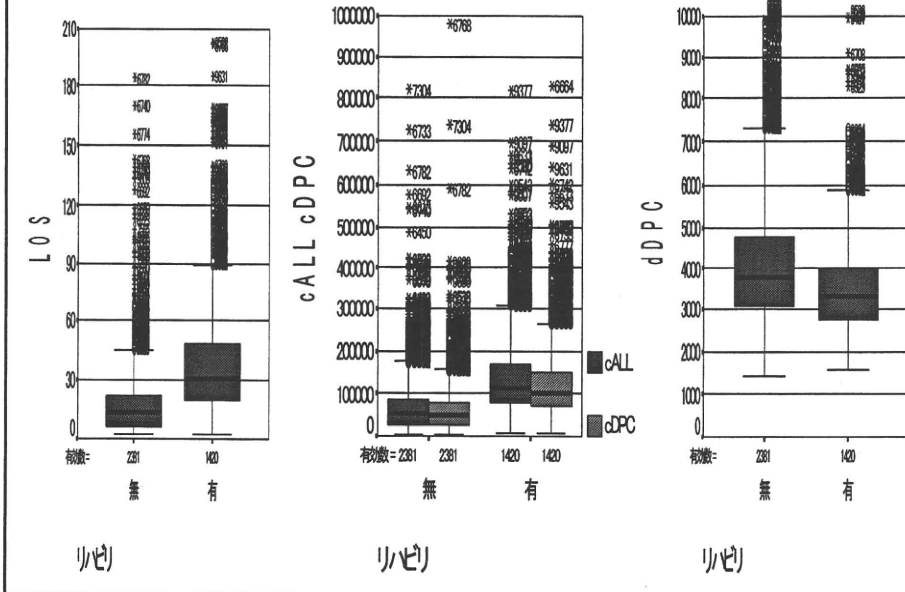




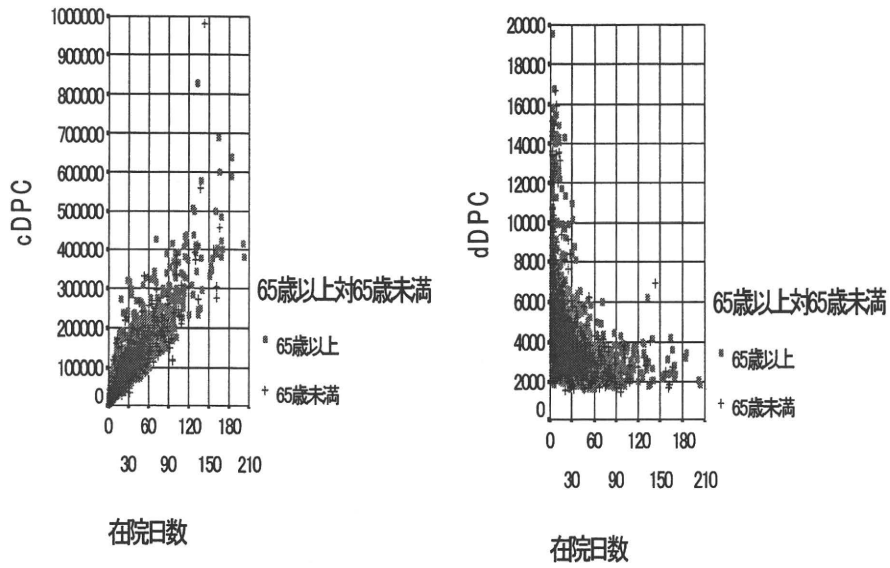
図B群(人工呼吸)



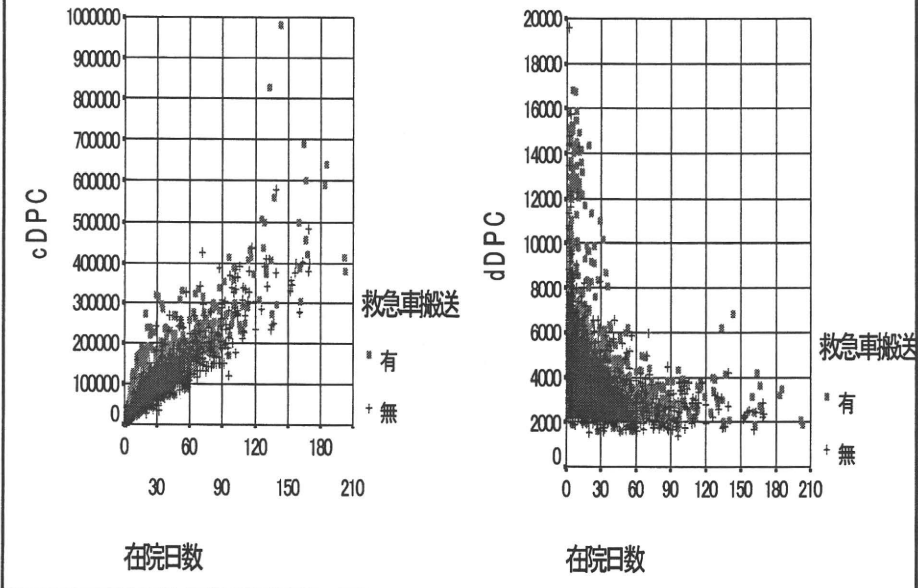
図B群(リハビリ)



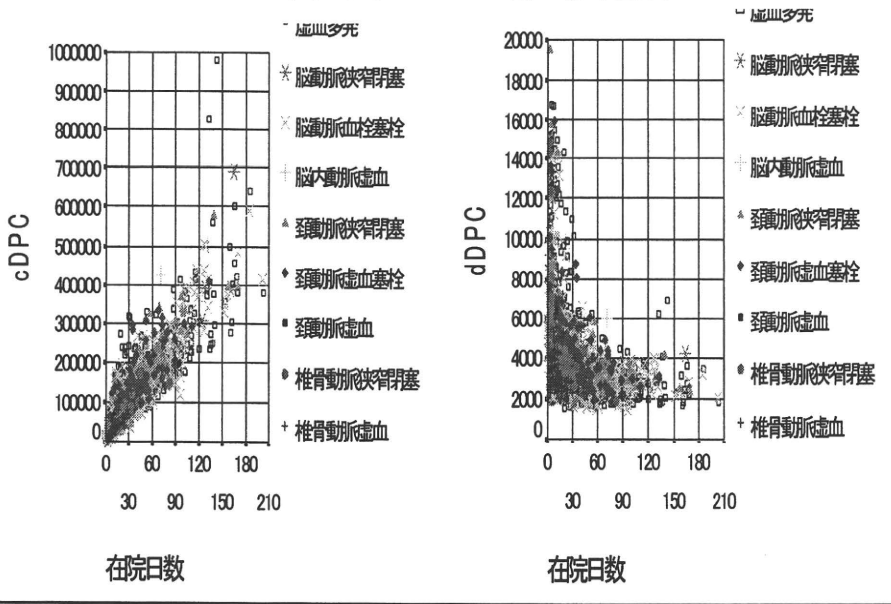
図B群(年齢)



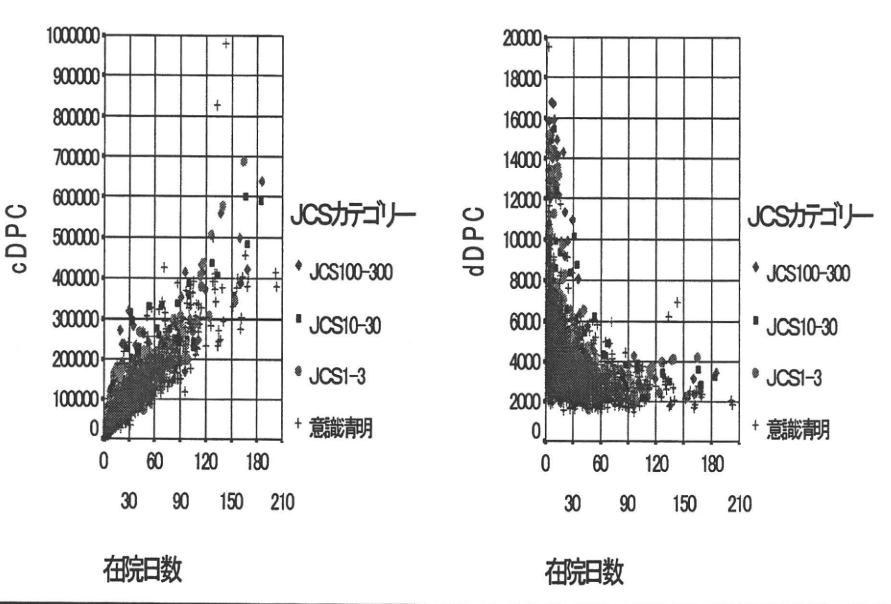
図B群(救急車搬送)



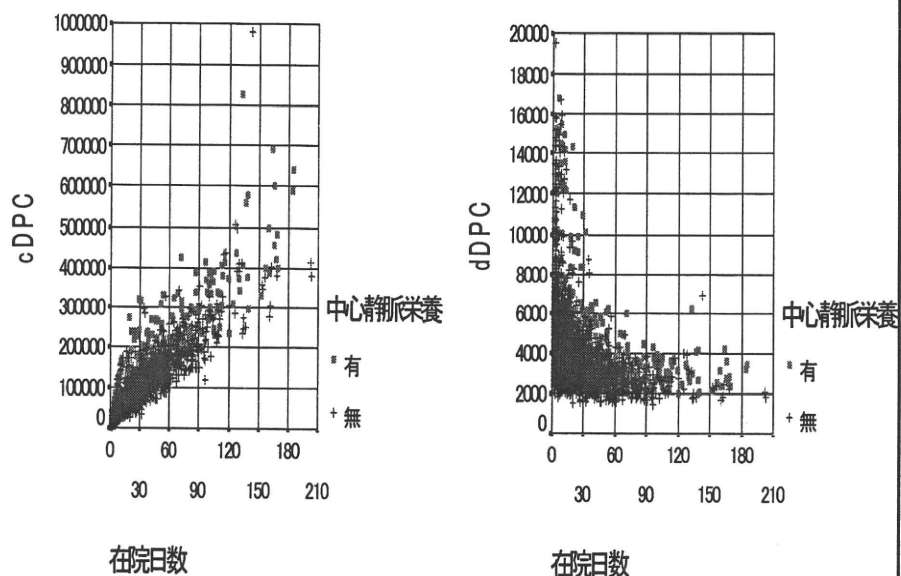
図B群(脳虚血脳梗塞)



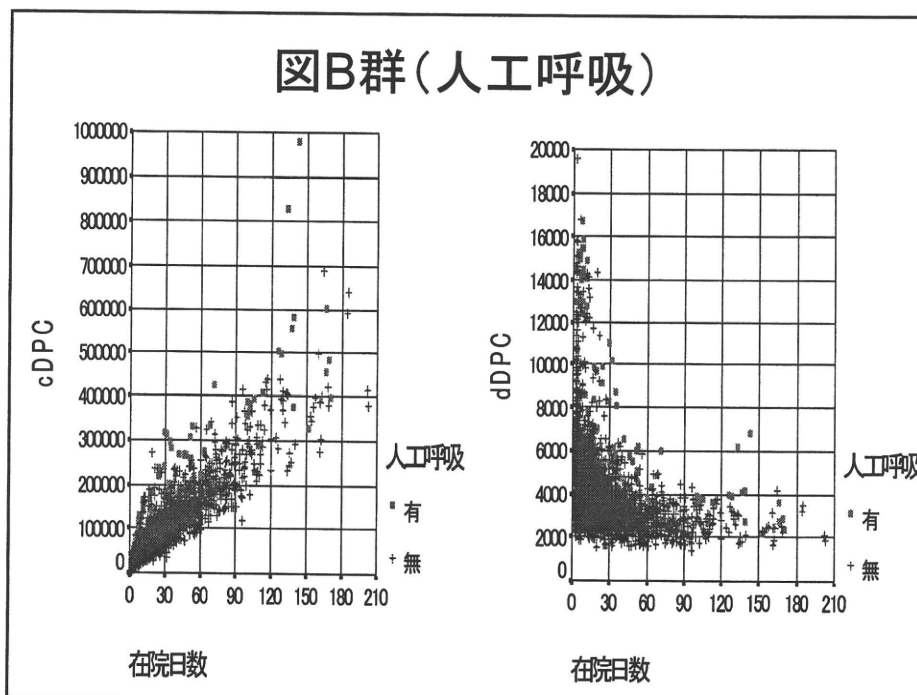
図B群(JCSカテゴリー)



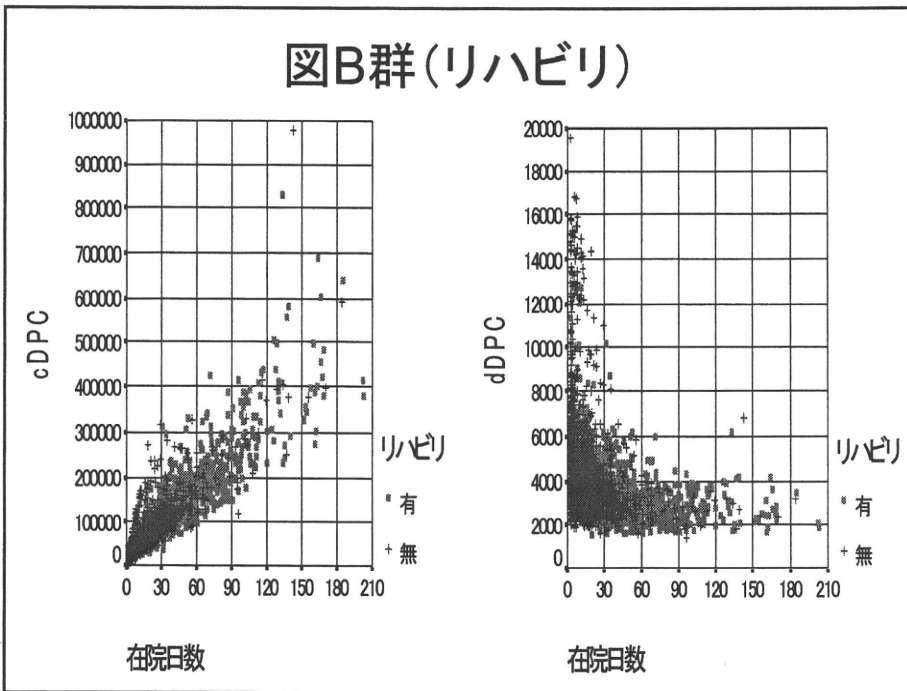
図B群(中心静脈)



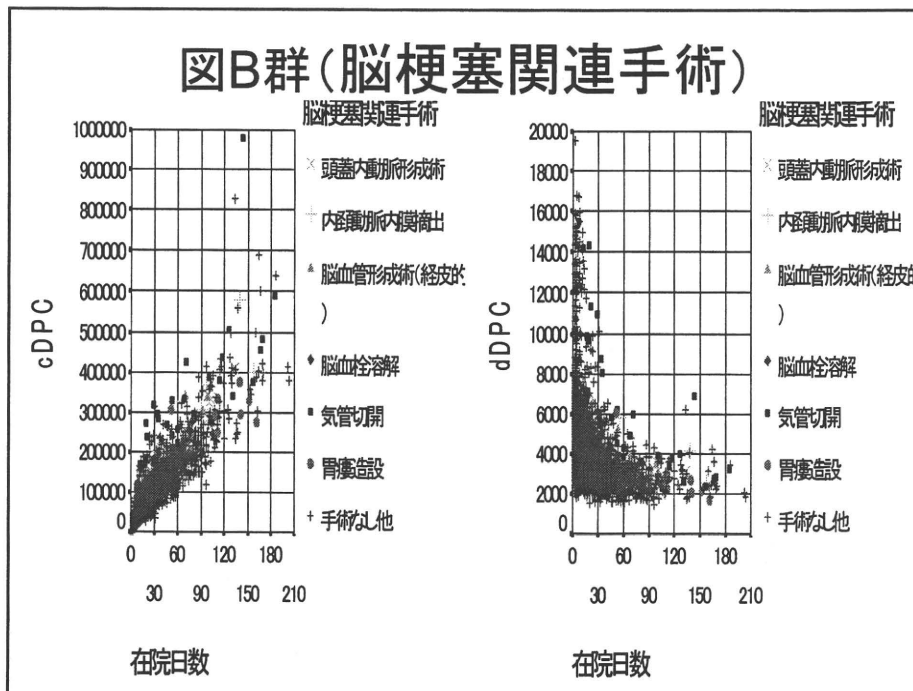
図B群(人工呼吸)



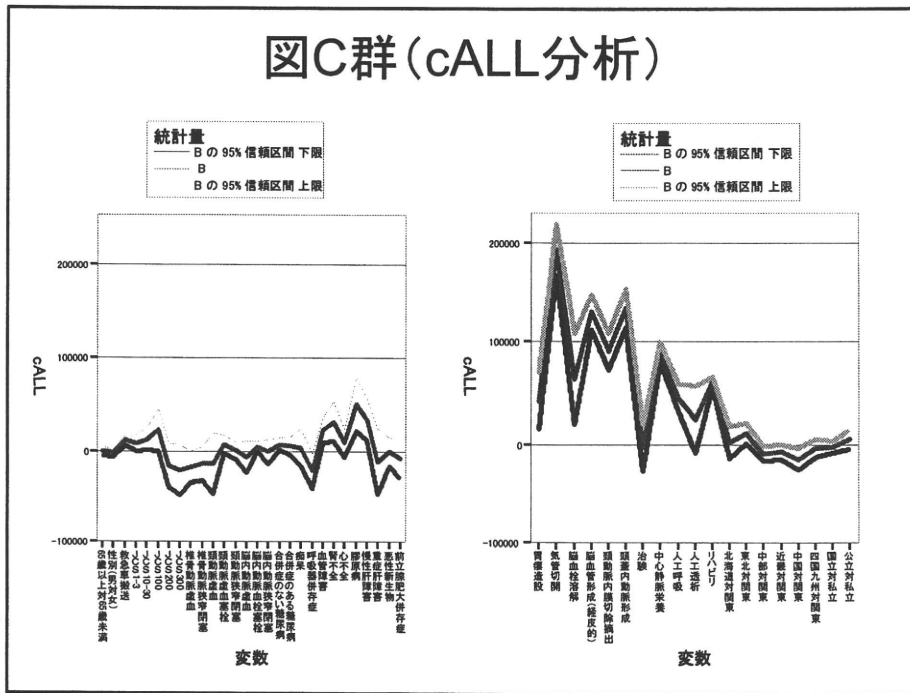
図B群 (リハビリ)



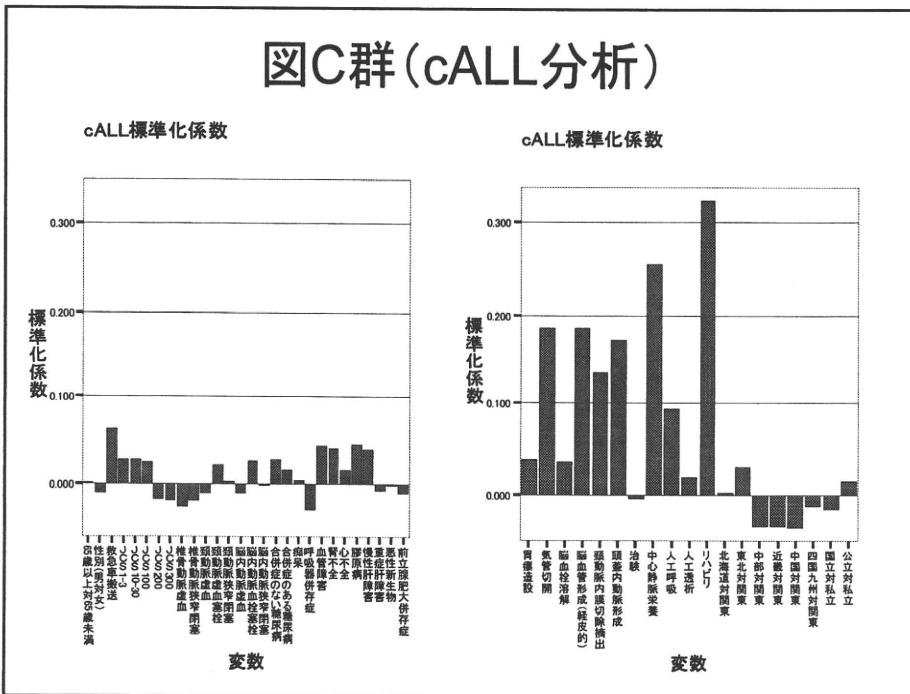
図B群 (脳梗塞関連手術)



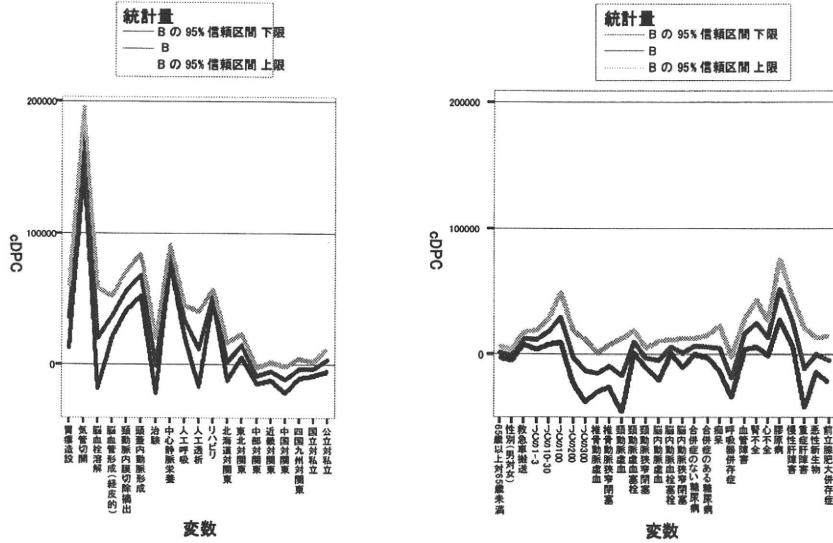
図C群 (cALL分析)



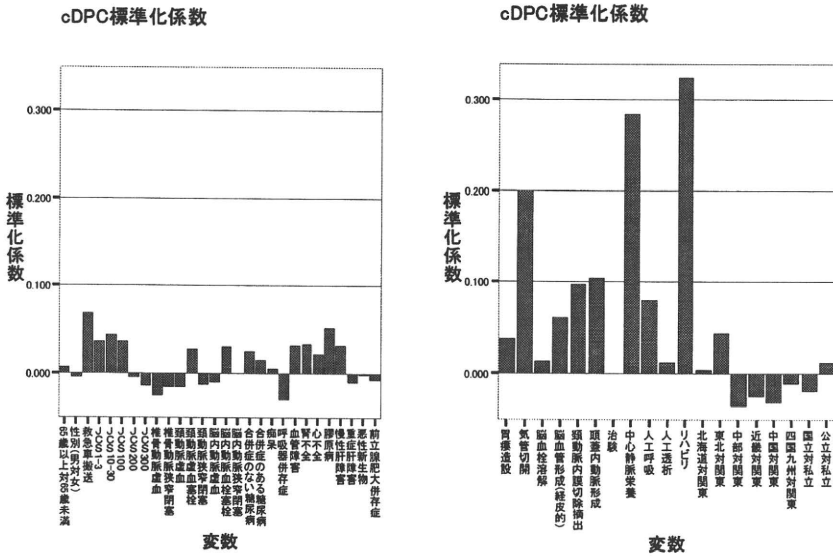
図C群 (cALL分析)



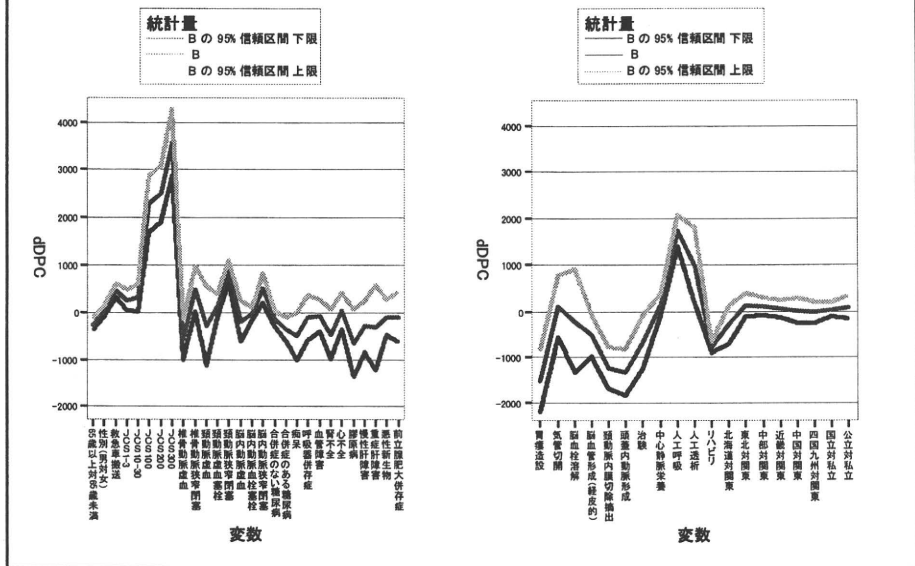
図C群(cDPC分析)



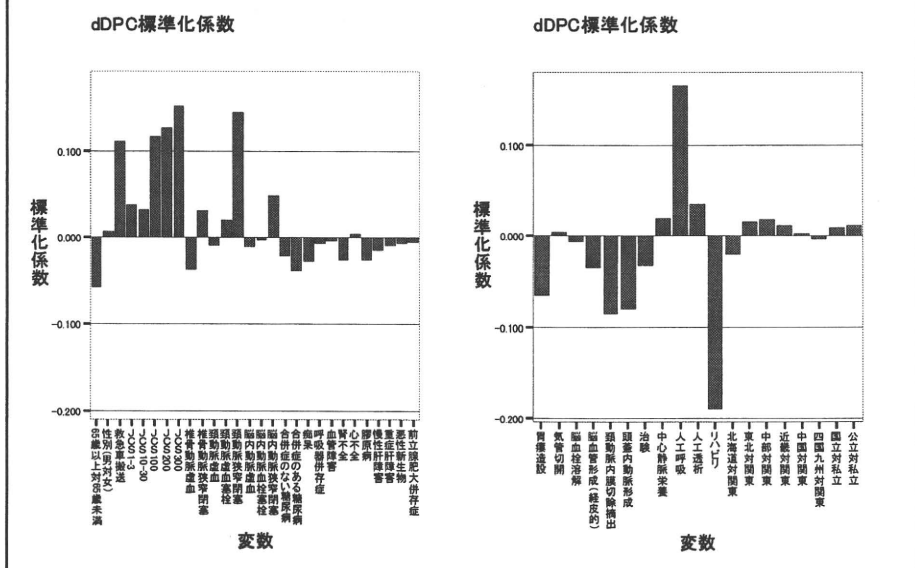
図C群(cDPC分析)



図C群(dDPC分析)



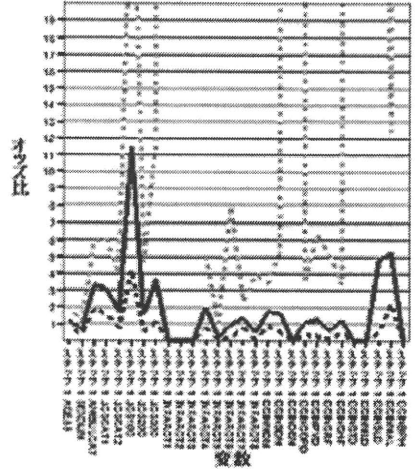
図C群(dDPC分析)



図表D群(死亡リスク分析)

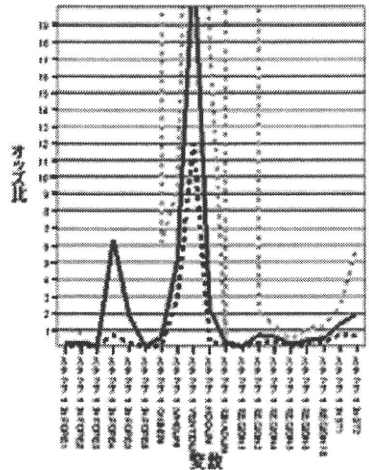
死亡リスク分析

統計量
 - Exp(0)0.95.0%信頼区間 下限
 - Exp(0)
 - Exp(0)0.95.0%信頼区間 上限



死亡リスク分析

統計量
 - Exp(0)0.95.0%信頼区間 下限
 - Exp(0)
 - Exp(0)0.95.0%信頼区間 上限



図表D群(死亡リスク分析)

方欄式中の記載

大分類	B	調整前値	Wald	自由度	有意水準	Exp(0)0.95.0%信頼区間		
						下限	Exp(0)	上限
AGERS	-1.14	292	165	1	694	646	1.121	1.847
SESDUM	-4.10	251	2.864	1	163	408	364	1.686
AMBULCAT	1.208	295	16.731	1	0.00	1.877	3.248	6.975
JOSCAT1	1.135	339	11.304	1	0.01	1.605	3.111	6.028
JOSCAT2	0.41	423	1.807	1	205	744	1.716	3.989
JOS100	2.438	511	22.785	1	0.00	4.211	11.464	31.211
JOS200	.450	559	.848	1	421	524	1.568	4.481
JOS300	1.294	605	4.809	1	623	1.113	2.646	11.942
INFARCT1	-7.000	31.697	0.69	1	825	0.00	.001	8.949E+23
INFARCT2	-7.264	31.065	.065	1	815	0.00	.001	1.941E+23
INFARCT3	-7.485	50.496	.016	1	868	0.00	.001	3.549E+46
INFARCT4	.685	490	1.853	1	182	756	1.264	5.165
INFARCT5	-1.870	882	3.753	1	253	0.05	.188	1.020
INFARCT6	-0.065	1.092	.004	1	952	1.10	.937	7.958
INFARCT7	.208	277	1.240	1	286	.791	1.261	2.243
INFARCT8	-7.28	1.074	.480	1	498	0.99	.483	3.983
DOINM0M	.547	343	2.345	1	111	.883	1.727	3.281
DOINM0M	500	504	8.66	1	458	505	1.649	5.282
DOINDEM	-7.844	33.867	.054	1	818	0.00	.000	1.780E+25
DOINCOPO	.097	384	.028	1	468	.351	1.102	3.482
DOINPYD	.231	328	.078	1	780	.250	1.290	6.257
DOINORF	-4.91	1.091	.202	1	453	.072	.612	5.191
DOINHF	.183	519	.138	1	710	.439	1.212	3.251
DOINOTD	-8.656	48.701	.041	1	840	0.00	.000	4.414E+35
DOINLAD	-7.757	38.430	.045	1	831	0.00	.000	4.272E+27
DOINSLD	1.973	1.151	1.867	1	172	.505	4.822	48.049
DOINNAL	1.656	440	14.161	1	200	2.213	5.239	12.402
DOINBPH	-6.228	38.991	.028	1	813	0.00	.002	3.006E+30
INFOPE1	-2.139	1.143	3.504	1	0.61	.013	.118	1.106
INFOPE2	-1.530	878	5.125	1	623	.058	.217	1.913
INFOPE3	-7.512	88.704	.008	1	931	0.00	.001	3.480E+70
INFOPE4	1.857	1.140	2.654	1	1.03	.688	6.403	59.768
INFOPE5	.584	1.221	.196	1	858	.135	1.793	23.877
INFOPE6	-5.242	32.965	.037	1	848	0.00	.002	1.010E+25
CHIKEN	-5.83	1.230	.225	1	838	.090	.558	6.223
PHADUM	1.644	297	30.537	1	0.00	2.889	5.175	9.270
VENTIDUM	3.132	331	80.751	1	0.00	11.991	22.923	43.322
HDDUM	.800	1.064	.586	1	.452	.277	2.226	17.915
RHADUM	-1.801	286	29.249	1	.000	.113	.202	.380
REGION1	-9.180	24.422	.141	1	708	0.00	.000	6.458E+16
REGION2	-3.97	593	.449	1	.503	.210	.672	2.150
REGION4	-4.94	383	1.858	1	.173	.300	.610	1.242
REGION5	-2.970	583	13.619	1	.000	.042	.126	.382
REGION6	-1.130	597	3.568	1	.058	.100	.323	1.040
REGION7	-6.98	448	2.430	1	.119	.207	.468	1.197
INST1	.310	314	.972	1	324	.736	1.363	2.624
INST2	.658	373	1.219	1	251	.438	1.631	5.933
変数	-3.222	380	128.651	1	.000	.012	.012	

▲ 大分類 1: 各大分類の調整前値 AGERS, SECDUM, AMBULCAT, JOSCAT1, JOSCAT2, JOS100, JOS200, JOS300, INFARCT1, INFARCT2, INFARCT3, INFARCT4, INFARCT5, INFARCT6, INFARCT7, INFARCT8, DOINM0M, DOINM0M, DOINDEM, DOINCOPO, DOINPYD, DOINORF, DOINHF, DOINOTD, DOINLAD, DOINSLD, DOINNAL, DOINBPH, INFOPE1, INFOPE2, INFOPE3, INFOPE4, INFOPE5, INFOPE6, CHIKEN, PHADUM, VENTIDUM, HDDUM, RHADUM, REGION1, REGION2, REGION4, REGION5, REGION6, REGION7, REGION8, INST1, INST2

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）

MDC 1 『脳脊髄の感染を伴う炎症（DPC6 桁分類 010080）』

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 010080 『脳脊髄の感染を伴う炎症』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、リハビリ、人工呼吸など）に配慮（別途独立評価）を要することが判明した。JCS の重症度は医療費関連指標に影響をあまり与えていない。年齢による区分では、dDPC 以外は 6 歳区分より 15 歳区分で決定係数が若干高く、15 歳区分でも妥当と思われる。

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、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、MDC1『脳脊髄の感染を伴う炎症（DPC6桁コード：010080）』の922件〔内入院後24時間以内死亡14件、退院時死亡患者22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(6歳未満も表示)、15歳以上65歳未満、65歳以上の3テグリー（但し重回帰分析では、前記3カテグリーの場合と、6歳未満、6歳以上65歳未満、65歳以上の3テグリーの場合で分析した。対照はそれぞれ15歳以上65歳未満、6歳以上65歳未満とした）。

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：救急車搬送『有』

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

jscat1：JCS=1~3

jscat2：JCS=10~30

jcs100：JCS=100

jcs200：JCS=200

jcs300：JCS=300

とし、意識清明を対照とした。

臨床情報

⑦疾患群^v：ICD10 は『脳脊髄の感染を伴う

炎症』の部位病因を明示しているの、ここでは ICD がもつ臨床情報で以下のようにカテゴリー化した。

結核性髄膜炎、スローウイルス感染症、ウイルス性髄膜炎、細菌性真菌髄膜炎、非感染性髄膜炎、脳炎、脳膿瘍肉芽腫、その他とした。

重回帰分析では

infect1：結核性髄膜炎

infect 2：スローウイルス感染症

infect 3：ウイルス性髄膜炎

infect 4：細菌性真菌髄膜炎

infect 5：非感染性髄膜炎

infect 6：脳炎

infect 7：脳膿瘍肉芽腫

とし、その他を対照とした。

⑧手術手技^{vi}：

在院中の手術手技情報は最大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。脳室ドレナージ開窓、脳膿瘍肉芽腫切除手術、椎弓開放形成

重回帰分析では

infope1：脳室ドレナージ開窓

infope 2：脳膿瘍肉芽腫切除手術

infope 3：椎弓開放形成

とし、『手術なし他』を対照とした。

⑨処置

治験(chiken)

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^{vii})：

Manitoba-Darthmouth Comorbidity Index

の(以下MD指標)^{viii}を用い、糖尿病(dcindm)

(合併症を有する糖尿病:dcinsdm^{ix}、有しないもの:dcinmdm^x)、痴呆(dcindem)^{xi}、慢性閉塞性肺疾患(dcincopd)^{xii}、末梢血管障害(dcinpvd)^{xiii}、慢性腎不全(dcincrf)^{xiv}、心不全(dcinchf)^{xv}、自己免疫疾患(dcinctd)^{xvi}、肝障害(dcinld)(慢性肝障害:dcinmld^{xvii}、重症肝障害:dcinsld^{xviii})、悪性新生物(dcinal)(原発性:dcintum^{xix}、転移性:dcinmst^{xx})、前立腺肥大(dcinbph)^{xxi}、入院後併発症として静脈血栓塞栓、肺梗塞(dccdvt)^{xxii}、手術続発症(dcccomp)^{xxiii}について、様式1の入院時併存症(4つ併記)入院後併発症(3つ併記)から各々、該当ICD10コードを収集し、有無を検索した。

目的変数には、コストの代替変数として医療費関連指標 LOS,cALL, cDPC dDPC を選択した。また医療の質評価のために、退院時死亡確率(入院24時間以内死亡例を除く)も目的変数とした。

解析方法：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を行い、偏回帰係数や標準化係数(図表C群の凡例の中で‘B’と表記)が大きくかつ統計的有意なものを検索した。また施設因子(施設地域、設立母体)の投入前後の重回帰分析^{xxiv}も行い、決定係数の差を調べた。医療の質の評価については、退院時死亡(入院24時間以内死亡患者を除く)に関してロジスティック回帰分析を行い、死亡確率に影響するリスク因子(図表D群でオッズ比：凡例・表の中でExp(B)と表記)を分析した。

尚、前記分析の際の対照群は索引で示す。統

計処理は SPSS for Win(Ver11.0)を用いた。
統計学的有意差を 0.05 とした。

C.結果

年齢は 15 歳未満 384 件(41.6%) (内 6 歳未満 238 件)、15 歳以上 65 歳未満 446 件(48.4%)、65 歳以上 92 件 (10.0%) で、ヒストグラムでは右に裾を引く 2 峰性分布であった (図 A 群)。男性 531 件(57.6%)、女性 391 件(42.4%)、地域は北海道 19 件(2.1%)、東北 48 件(5.2%)、関東 388 件(42.1%)、中部 150 件(16.3%)、近畿 88 件(9.5%)、中国 89 件 (9.7%)、四国 27 件 (2.9%)、九州 113 件 (12.3%) であった。施設母体は国立 369 件 (40.0%)、公立 53 件 (5.7%)、私立 500 件 (54.2%) であった。救急車搬入は 142 件 (15.4%)、入院後 24 時間以内死亡は 14 件 (1.5%)、退院時死亡は 22 件 (2.4%) であった。病態は結核性髄膜炎 9 件(1.0%)、スローウイルス感染症 29 件 (3.1%)、ウイルス性髄膜炎 59 件(6.4%)、細菌性真菌髄膜炎 67 件(7.3%)、非感染性髄膜炎 464 件(50.3%)、脳炎 161 件(17.5%)、脳膿瘍肉芽腫 86 件(9.3%)、その他 47 件(5.1%)であった。JCS では、意識清明 818 件(88.7%)、JCS1,2,3 はそれぞれ 22 件(2.4%)、12 件 (1.3%)、11 件(1.2%)、JCS10,20,30 はそれぞれ 15 件(1.6%)、10 件(1.1%)、5 件(0.5%)、JCS100,200,300 はそれぞれ 11 件(1.2%)、8 件(0.9%)、10 件(1.1%)であった。入院時併存症では、合併症を有する糖尿病 10 件(1.1%)、合併症のない糖尿病 17 件 (1.8%)、痴呆 0 件、慢性閉塞性肺疾患 11 件 (1.2%)、末梢血管障害 2 件(0.2%)、慢性腎不全 4 件 (0.4%)、心不全 1 件、自己免疫疾患 9 件 (1.0%)、慢性肝障害 9 件(1.0%)、重症肝障害 2 件(0.2%)、悪性新生物 13 件(1.4%)、前立腺肥大 1 件、

入院後併発症の静脈血栓塞栓、肺梗塞は 1 件、手術関連続発症 2 件(0.2%)であった。手術は、脳室ドレナージ開窓 9 件(1.0%)、脳膿瘍肉芽腫切除手術 37 件(4.0%)、椎弓開放形成 11 件 (1.2%)、手術なし他 865 件(93.8%)であった。施行処置は治験 4 件(0.4%)、中心静脈栄養 62 件 (6.7%)、人工呼吸 33 件 (3.6%)、人工透析 21 件 (0.6%)、リハビリは 124 件 (13.4%) であった。

医療費関連指標である LOS, cALL, cDPC に関して各説明因子毎の箱ひげ図を見ると、年齢の順に中央値が高くなり、性別では差はなく、部位病態では非感染性髄膜炎の中央値・ばらつきが小さかった。JCS では JCS100~300 点で中央値・ばらつきが大きかった。施設地域・母体で四国、中国の中央値・ばらつきが小さかった。入院時併存症ではそれを有するほうの中央値が大きかった。手術は、脳室ドレナージ開窓の中央値・ばらつきが大きかった。処置では施行例の中央値が高かった。

一方 dDPC についてみると、救急車搬送、細菌性真菌髄膜炎、JCS100~300 の中央値が大きかった。入院時併存症ではそれを有するほうの中央値が大きかった。手術では気管切開の中央値・ばらつきが大きかった。処置では施行例で高かった (図 B 群)。

各目的変数の分布は、cALL, LOS,cDPC では右に裾をひく一峰性の分布、dDPC では対称な一峰性の分布であった (図 A 群)。

LOS, cALL, cDPC のそれぞれを目的変数とした重回帰分析で、決定係数は各々 0.408(因子投入後 0.417),0.526(0.529),0.504(0.508) dDPC では決定係数は 0.292(0.303)であった。説明因子のうち、特に標準化係数が大きくかつ有意確率が 0.05 以下のものを順にみると、

LOS（施設因子投入による分析）ではリハビリ（標準化係数 0.285）、中心静脈栄養（0.197）、細菌性真菌髄膜炎（0.191）であった。cALL では中心静脈栄養（標準化係数 0.325）、リハビリ（0.227）、細菌性真菌髄膜炎（0.218）であった。cDPC では中心静脈栄養（標準化係数 0.330）、細菌性真菌髄膜炎（0.257）、リハビリ（0.222）であった。dDPC では人工呼吸（標準化係数 0.235）、人工透析（0.143）、中心静脈栄養（0.124）であった（表C群）。

また定義テーブルでは 6 歳区分であるが、6 歳 65 歳区分による決定係数（地域・母体因子投入後）は、LOS、cALL、cDPC、dDPC の順に 0.408、0.521、498、296 であった。退院時死亡例が少なかったため、死亡リスク分析は行っていない。

D. 考察

診断群分類（手術、処置、副傷病名、重症度）の臨床的妥当性を LOS、cALL、cDPC、dDPC から分析し、分類を精緻化していくことは急務の課題である。これにより、平成 14 年度の定義テーブルとデータを元に各施設への支払いが決定されているプロセスに正当性を与え、更にはより妥当な評価見直しを行うことが可能になる。DPC の精緻化に際して、本来は LOS、cALL、cDPC、dDPC より、米国の RBRVS のように時間、物量、心理的負荷などの、より妥当な医療費関連指標を目的変数とし多軸的に分析すべきである。現在 DPC に対応した原価計算プロジェクトは開始されており、今後これを活用した精緻化作業が進んでいくことが期待される。現行の一日定額支払いのもとでは、各説明因子の決定係数は、一件あたり包括額など他の 3 つの医療費関連指標に比較し小さかった。しかし診療に關す

る施設間の標準化が進んでいない現状を考慮すると、日本の保険医療制度改正の出発点としては一日あたり包括評価が一番問題が生じにくいという、逆説的利点があるかもしれない。すなわち現支払い額は在院日数に強く依存するものであり、この在院日数は海外に比しとても長いこともあり大きくばらついている。この在院日数のばらつきを収斂させてから、一件あたり定額支払いの可能性を議論することが望ましい。しかしどの評価指標にしろ、影響する因子を同定し、これらが妥当に評価されるべきであるのは急務である。今回、特に『010080』脳脊髄の感染を伴う炎症の診断群分類において、手術や中心静脈栄養・リハビリなどの処置は、患者属性や臨床情報（部位など）、併存症、その他の因子に比較し支払いに影響している。つまり処置がどれか一つでも出現した場合、『有無評価』だけでいいかという問題を提起している（より正確にはこれら因子の交互作用を分析することも必要）。支払い評価の手順にもかかわるが、症例数がある程度収集されているのなら、少なくともこれら処置が独自に評価されてしかるべきといえよう。また JCS などの重症度も各医療費関連指標からみると、影響は大きくなかったことは注目すべきである。

年齢による区分では、dDPC 以外は 6 歳区分より 15 歳区分で決定係数が若干高く、15 歳区分でも妥当と思われる。

E. 結論

DPC 分類の精緻化の試みを、MDC 1 『脳脊髄の感染を伴う炎症（DPC6 桁分類 010080）』を用いて行った。

現行支払い制度（dDPC）は、LOS、cALL、cDPC に比較し、各因子の説明力が小さいようだが、

どの医療費関連指標においても、処置（中心静脈栄養、人工呼吸、リハビリなど）が相対的に大きな影響を持つようである。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。JCSの重症度は各医療費関連指標に影響をあまり与えていない。年齢による区分では、dDPC以外は6歳区分より15歳区分で決定係数が若干高かく、15歳区分でも妥当と思わ

れる。

F.研究発表

平成16年4月現在未発表

G.知的所有権の取得状況

該当せず

-
- i 階層化されていく分類で、最下層が症例数20以上、一日当たり包括範囲点数変動係数が1未満というルールで分類され、支払い点数が決定された
- ii 入院基本料等加算、指導管理、リハビリテーション、精神科専門療法、手術・麻酔、放射線治療、心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取、1000点以上の処置については、従来どおりの出来高評価である。それ以外の化学療法などの薬剤、画像検査、投薬などは包括範囲支払い評価となった
- iii 疾患群に対して行われる手術群、処置群、副傷病名群、重症度などを、学会（保険医療に詳しい専門医集団）から意見集約し、最大公約数として定義テーブルに表記している。このテーブルを基にして、症例数や変動係数に留意しながら樹形図や支払いが決定されることが望ましいが、データに基づいた臨床的妥当性の検証が更に行われることが望ましい
- iv 臨床的概念を重視し、臨床病名とそれに対する手術、処置、更には副傷病や各重症度を階層的に樹形図として表記している
- v 『脳脊髄の感染を伴う炎症』の部位病理を以下のように整理した。
結核性髄膜炎はA170,A178、スローウイルス感染症はA810-2,A819、ウイルス性髄膜炎はA858,G020、細菌性真菌髄膜炎はG021,G028,G000-3,G008-9,G01、非感染性髄膜炎はG030-2,G038,G039、脳炎はG040-2,G048-9,G051-2,G058-9,G08、脳膿瘍肉芽腫はG060-2、その他はG958,G09とした。
- vi 『脳脊髄の感染を伴う炎症』の手術を以下のように整理した。
脳室ドレナージ開窓はK145-7、脳膿瘍肉芽腫切除手術はK150,K165-7,K1692、椎弓開放形成はK131-2とした。複数手術の組み合わせを可能なかぎり抽出しようとした。最終的に10例以上集積するようにまとめた。重回帰分析のとき『手術なし他』を対照とした。
- vii C(Comorbidity),C(Complication)と称する。更にComplicationを併発症(入院後発症した、手術・処置と直接因果関係のない疾患)と続発症(入院後行われた手術・処置に直接因果関係のあるもの)とに区別することがある。今回併発症は深部静脈血栓症や肺梗塞としている。また続発症は各MDC毎に、T81\$,T84\$,T87\$から妥当なものを拾っている
- viii 今回副傷病として、MD指標を活用したのは、現行定義テーブルの副傷病がMDC間(DPC間ですら)整合性がなく、未整理のままであり、これを整理する目的もかねて前述副傷病をリストアップし、これに前立腺肥大や深部静脈血栓、肺塞栓を追加した。肝障害のところにも妥当と思われるICD10コードをMD指標に追加している。更に慢性疾患疫学では、他の指標

として Charlson Index, Tu index があるが、ICD10 コードで定義しているのはMD指標だけであるからである。悪性疾患のDPCにおいては、悪性腫瘍のMD指標はカウントしなかった。

ix ICD10 コードでは E102-8, E112-8, E122-8, E132-8, E142-8 とMD指標では定義している。

x E100, E110, E120, E130, E140, E101, E111, E121, E131, E141, E109, E119, E129, E139, E149

xi F00-F021, F03\$, G30\$-G311

xii I260, I278-9, J41\$-47\$, J960, J961, J969

xiii I70\$, I71\$, I72\$, I73, I771, R02

xiv N18\$-N19\$, Z49\$, Z940, Z992

xv I50\$

xvi M05-M06, M08-M09, M32\$-M34\$, M35\$

xvii K700, K701, K709, K710, K713-716, K718, K719, K721, K729, K73\$, K748, K760-761, K768-769

xviii I850, I859, K702-704, K711, K712, K717, K720, K740-746, K762-767

xix C00\$-41\$, C45\$-C76\$, C81\$-C96\$, D890, Z85\$

xx C77\$-C80

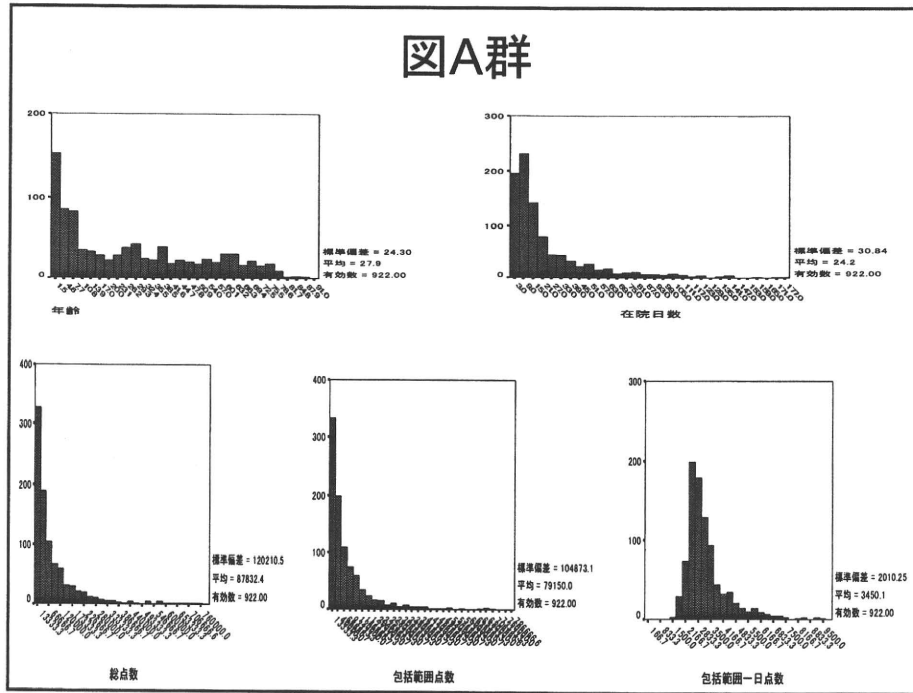
xxi N40

xxii I260, I269, I80\$

xxiii T81\$, T85\$を手術関連続発症とした。創感染、出血、膿瘍形成などが該当する。

xxiv 対照は年齢では『15歳以上 65歳未満』、性別では『女性』、地域では『関東』、『私立』とした。JCS、病態、手術などでは『意識清明』、『その他』、『手術なし他』を対照とした。他因子は無群を対照とした。入院時併存症で10例未満は合体した(dcincat)。説明因子が10症例以下の場合は、因子投入しなかった。但し『結核性髄膜炎』、『脳室ドレナージ開窓』は9例であったが因子投入した。

図A群



図B群(年齢)

