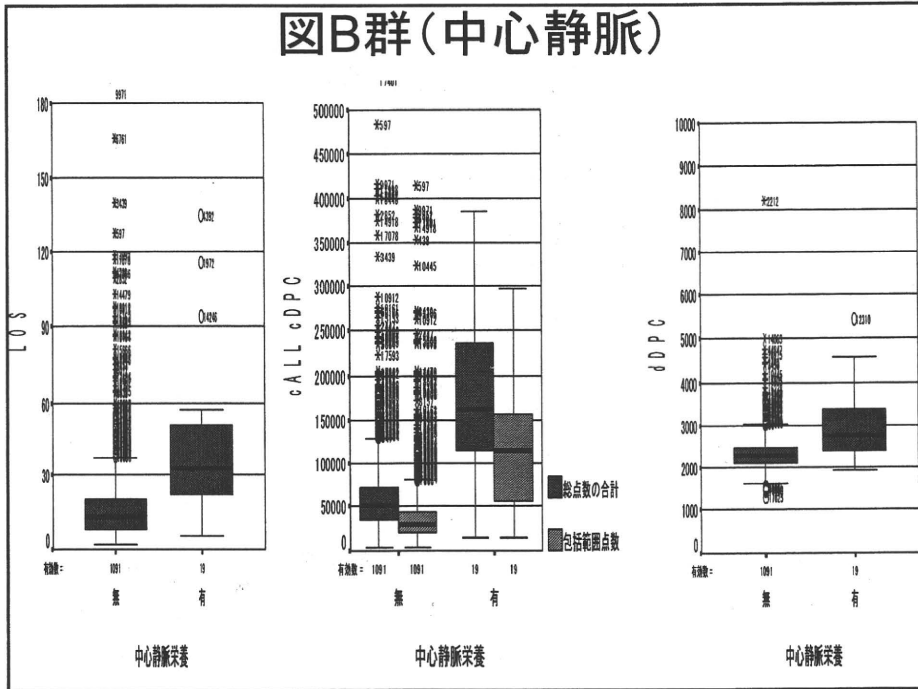
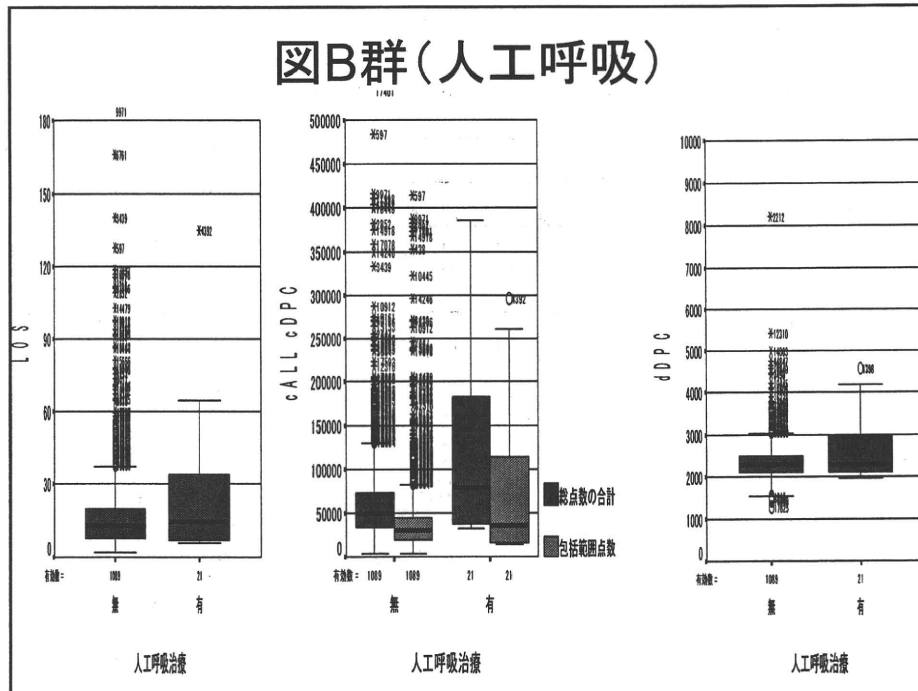


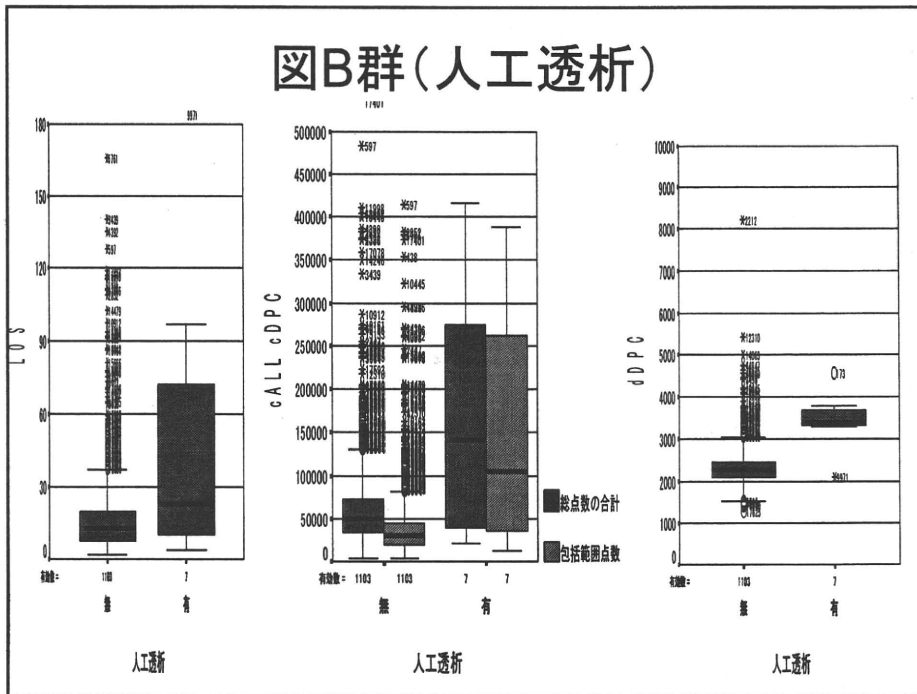
図B群(中心静脈)



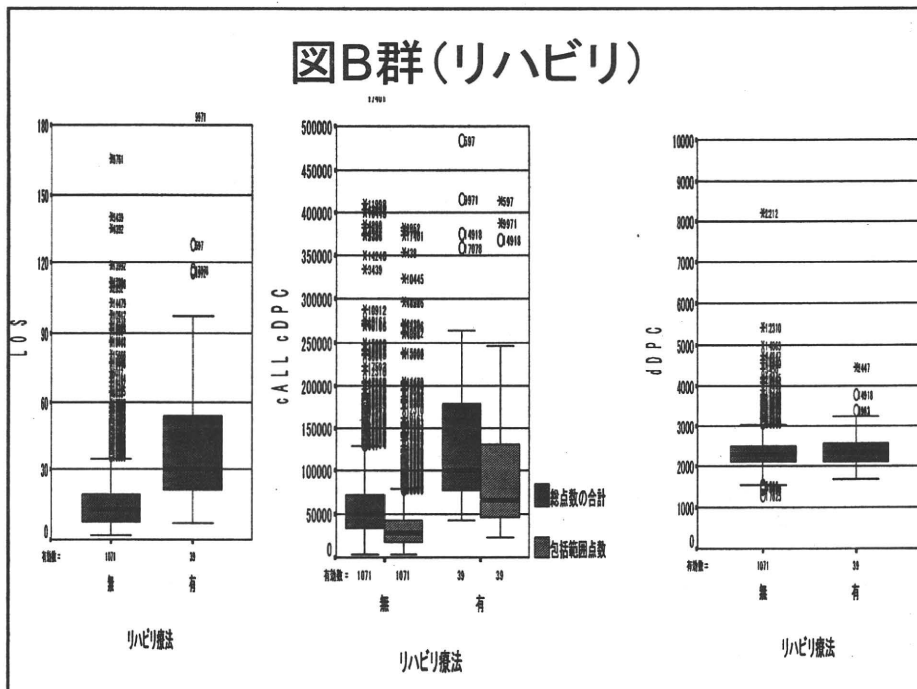
図B群(人工呼吸)



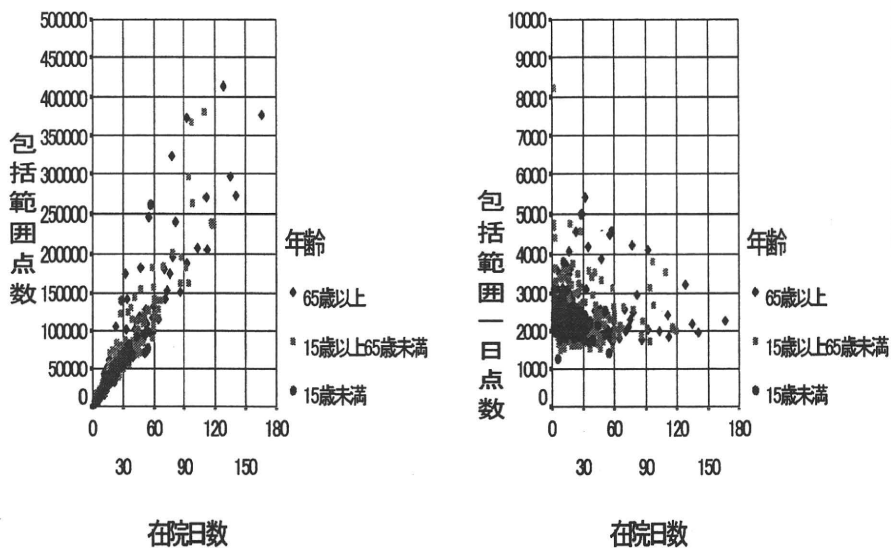
図B群(人工透析)



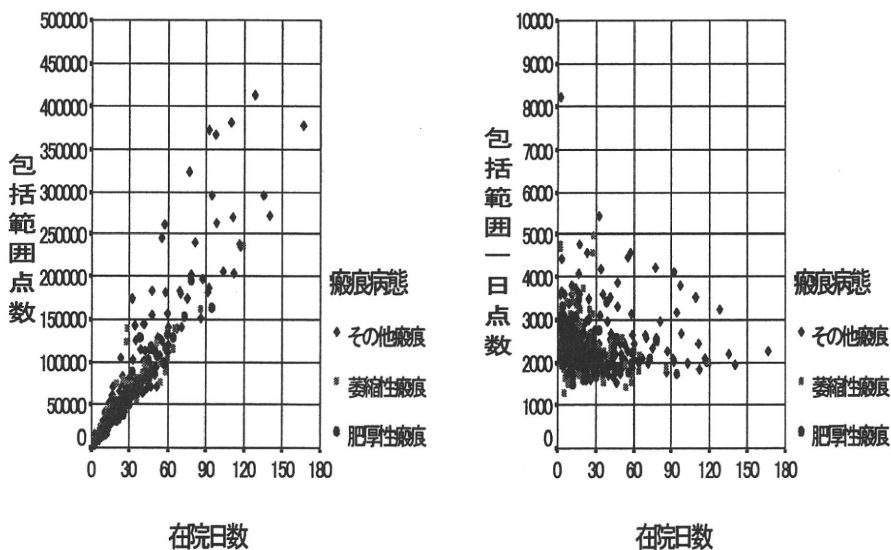
図B群(リハビリ)



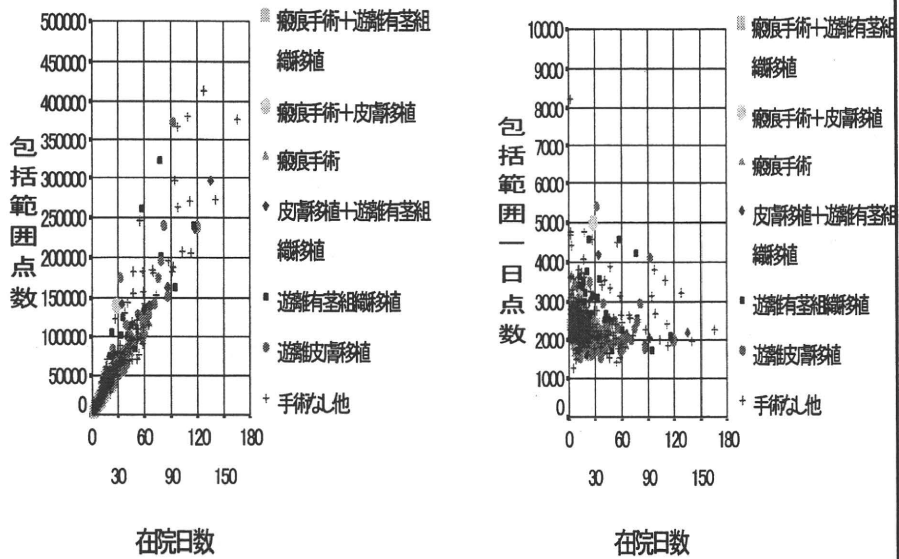
図B群(年齢)



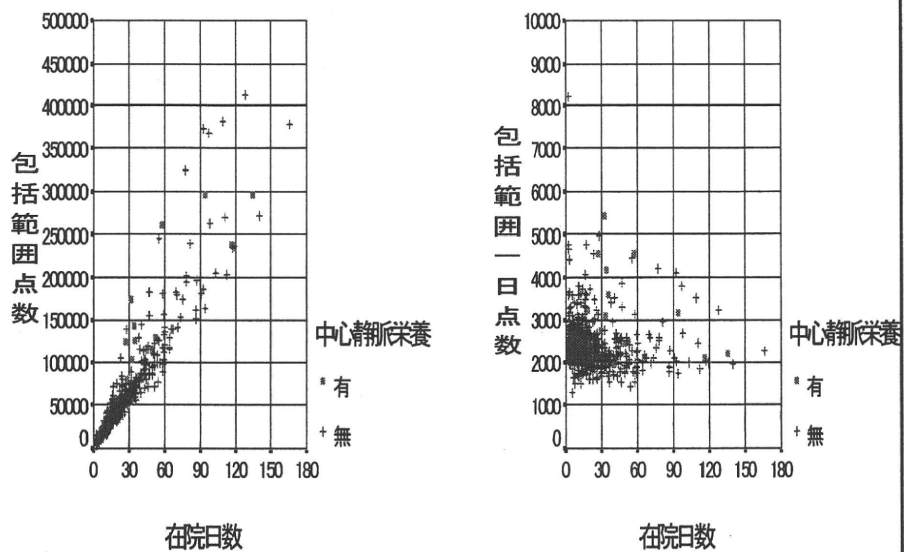
図B群(瘢痕病態)



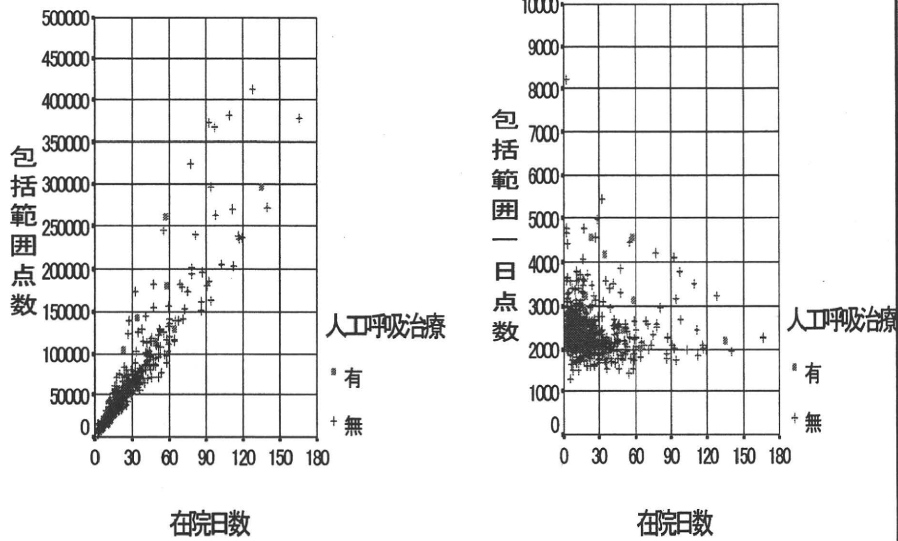
図B群(手術)



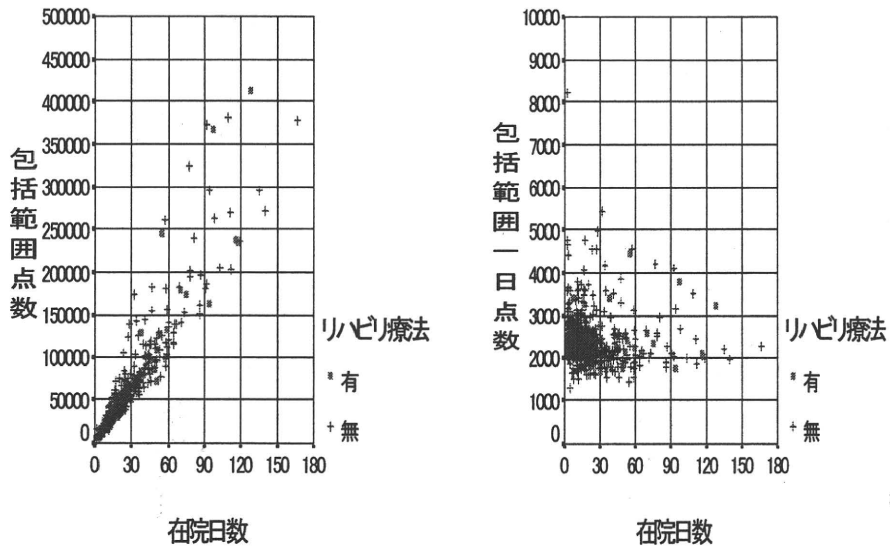
図B群(中心静脈)



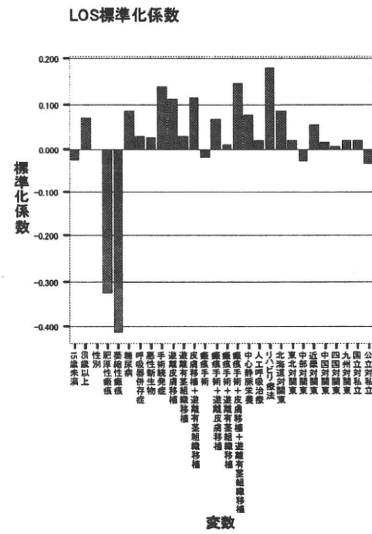
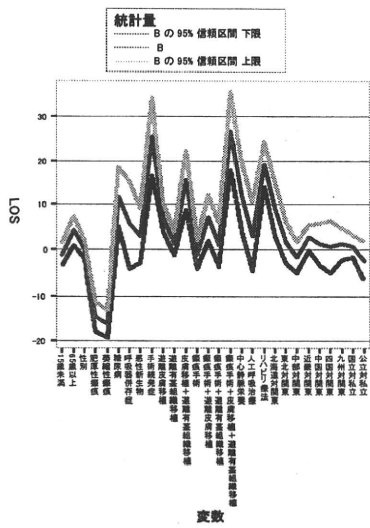
図B群(人工呼吸)



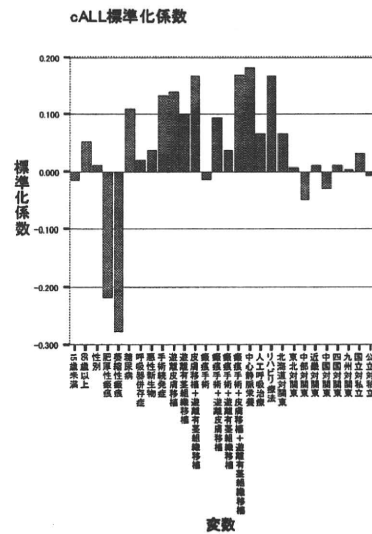
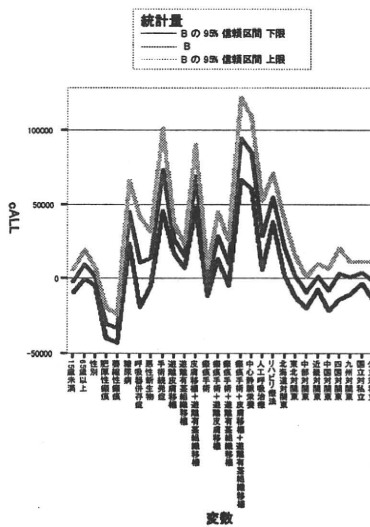
図B群(リハビリ)



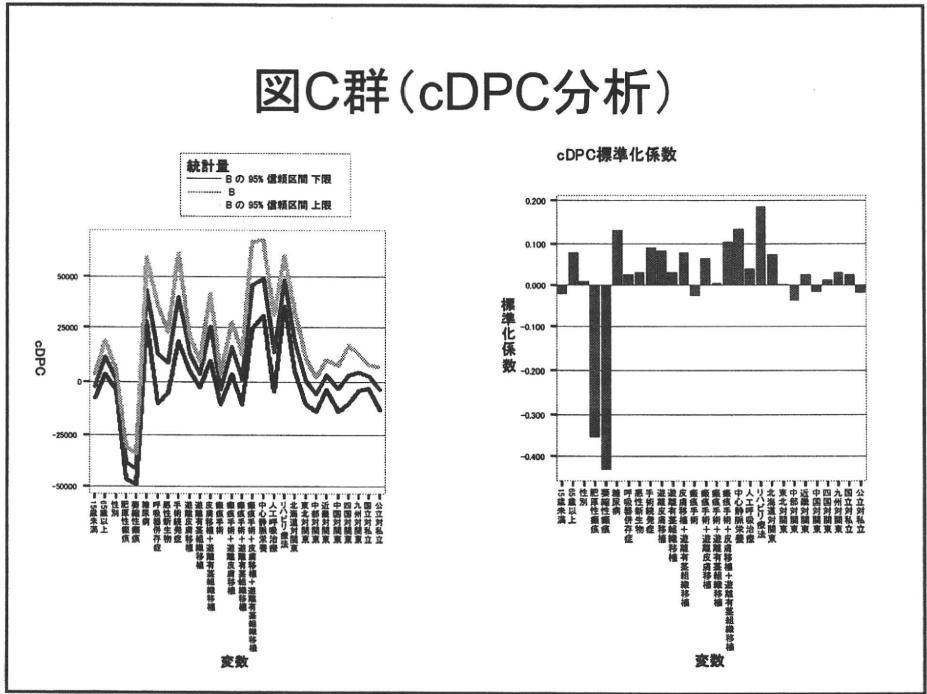
図C群 (LOS分析)



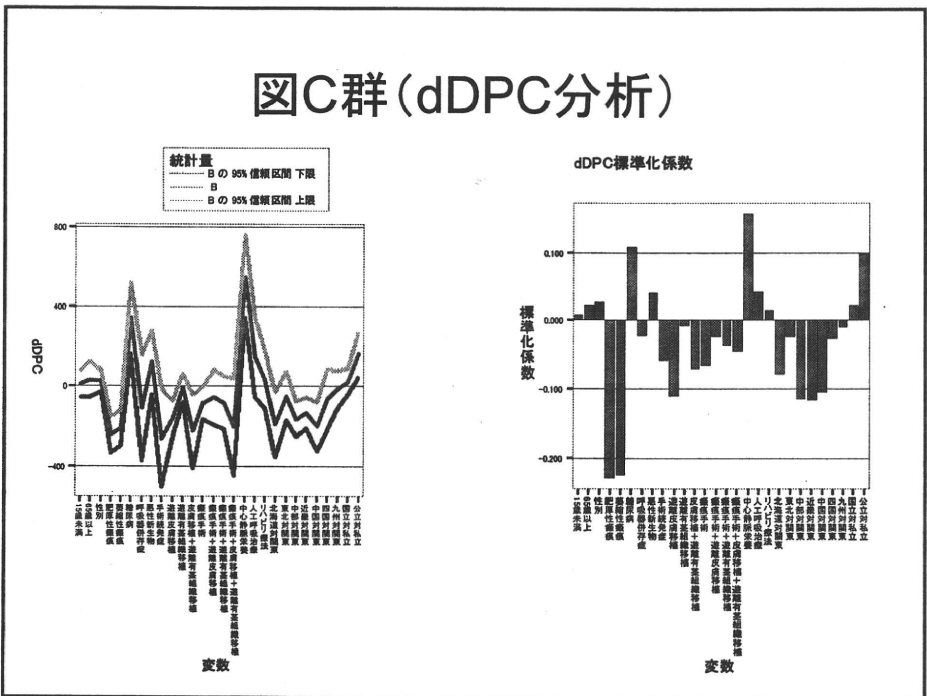
図C群 (cALL分析)



図C群(cDPC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（定義テーブルの修正のために）

MDC7『慢性関節リウマチ関連疾患群

（DPC6 桁分類 070470,070480,070490,070500,070560,070103）』

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 MDC7『慢性関節リウマチ関連疾患群（DPC6 桁分類 070470,070480,070490,070500,070560,070103）』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よりも、処置（中心静脈栄養、人工透析など）に配慮（別途独立評価）を要することが判明した。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）を指標とする場合が、包括範囲一日点数を指標とする場合よりも決定係数を上昇させた。慢性関節リウマチ各種疾患群やそれらの罹患部位に関して、各医療費関連指標に大きな影響はみられなかった。年齢の弁別的妥当性も、6 歳、15 歳で変わらなかった。

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。慢性関節リウマチ疾患群として部位による分類や慢性関節リウマチの亜分類、さらにこれらへの手術・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、前術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 D P C 分類につなげることが大きな目的である。

研究目的：定義テーブル上にある、慢性関節リウマチ関連疾患群やそれらに関連する手術・処置、年齢の臨床的妥当性の検証を計るために、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である。また同時に副傷病を系統的に整理し、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する。また年齢区分の弁別的妥当性分析を、6 歳区分の場合と 15 歳区分の場合とで行う。

更に、医療の質の評価として、退院時転帰（入院 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）は何かも合わせて分析・付記する。

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、MDC7 『慢性関節リウマチ関連疾患群（DPC6 桁分類 070470,070480.070490,070500,070560,070103）』の 1141 件〔内入院後 24 時間以内死亡 5 件、退院時死亡患者 3 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 才未満、15 歳以上 65 歳未満 65 歳以上の 3 カテゴリー

年齢の弁別的妥当性分析で、6 歳区分、15 歳区分の場合の分析も行った。^{vi}

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

⑥疾患群^{vii}：ICD10 は慢性関節リウマチ関連疾患の病態、部位を明示しているので、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。

慢性関節リウマチ（全身、股関節、上肢、下

肢、脊椎体幹、不明)、Still 病 (全身、股関節、上肢、下肢、脊椎体幹、不明)、Felty 症候群 (全身、股関節、上肢、下肢、脊椎体幹、不明)、乾せん性慢性関節リウマチ (全身、股関節、上肢、下肢、脊椎体幹、不明)

重回帰分析では

慢性関節リウマチ関連疾患ごとに

rapath1 : Still 病

rapath2 : Felty 症候群、乾せん性慢性関節リウマチ

とし、慢性関節リウマチを対照とした。

また部位ごとに

ralocat1 : 股関節

ralocat2 : 上肢

ralocat3 : 下肢

ralocat4 : 脊椎体幹

とし、全身を対照とした。

⑦手術手技^{viii} :

手術手技はデータ収集で5項目採取しており、ここでは、滑膜切除、関節固定、関節形成、人工関節置換術、脊椎固定、骨移植術に関して、収集した。

重回帰分析のとき、

opecat1 : 滑膜切除

opecat2 : 関節固定

opecat3 : 関節形成

opecat4 : 関節形成+滑膜切除

opecat5 : 人工関節置換術

opecat6 : 人工関節置換術+滑膜切除

opecat7 : 脊椎固定

とし、手術なし他を対照とした。

別途、再建手術として

reconbon : 骨移植術も説明変数

とし、なしを対照とした。

⑧処置

治験の有無(chikenm)

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。

⑨入院時併存症、入院後併発症 (以下 CC^x) :

Manitoba-Darhmouth Comorbidity Index

の (以下MD指標) xを用い、糖尿病(dcindm)

(合併症を有する糖尿病:dcinsdm^{xi}、有しないもの:dcinmdm^{xii})、痴呆(dcindem)^{xiii}、慢性

閉塞性肺疾患(dcincopd)^{xiv}、末梢血管障害

(dcinpvd)^{xv}、慢性腎不全(dcincrf)^{xvi}、心不全

(dcinchf)^{xvii}、自己免疫疾患(dcinctd)^{xviii}、肝障害

(dcinld) (慢性肝障害:dcinmld^{xix}、重症肝障害:dcinsld^{xx})、悪性新生物(dcinalm)^{xxi}、前立

腺肥大(dcimbph)^{xxii}、入院後併発症として静脈

血栓塞栓、肺梗塞(dccdvt)^{xxiii}、手術続発症

(dccccomp)^{xxiv}、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)

から該当 ICD10 コードを収集した。

目的変数として、コストの代替変数としての

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^{xxv}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）に関してロジスチ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 58 件(5.1%) (内 6 歳未満 25 件)、15 歳以上 65 歳未満 643 件 (56.4%)、65 歳以上 440 件 (38.6%) で、ヒストグラムでは若年者にも小さなピークのある 2 峰性分布であった。男性 249 件(21.8%)、女性 892 件 (78.2%)、地域は北海道 29 件(5.0%)、東北 40 件(3.5%)、関東 480 件(42.1%)、中部 165 件(14.5%)、近畿 196 件(17.2%)、中国 53 件 (4.6%)、四国 53 件 (4.6%)、九州 125 件 (11.0%) であった。施設母体は国立 507 件 (44.4%)、公立 124 件 (10.9%)、私立 510 件 (44.7%) であった。救急車搬入は 25 件 (2.2%)、入院後 24 時間以内死亡は 5 件 (0.4%)、退院時死亡は 3 件 (0.3%) であった。病態の内訳は慢性関節リウマチ 1058 件 (92.7%、内全身 591 件、股関節 54 件、上肢 46 件、下肢 286 件、脊椎体幹 29 件、不明 52 件)、Still 病 60 件 (5.3%、全身 53 件、股関節 1 件、下肢 5 件、不明 1 件)、Felty 症候群 4 件(0.4%、全身 2 件、上肢 2 件)、乾せん性慢性関節リウマチ 19 件(1.7%、全身 18 件、下肢 1 件)であった。

入院時併存症では、合併症のない糖尿病 59 件(5.2%)、合併のある糖尿病 9 件(0.8%)、痴

呆 2 件(0.2%)、慢性閉塞性肺疾患 26 件 (2.3%)、末梢血管障害 6 件 (0.5%)、慢性腎不全 15 件 (1.3%)、心不全 2 件 (0.2%)、自己免疫疾患 57 件(5.0%)、慢性肝障害 18 件(1.6%)、重症肝障害 1 件、悪性新生物 9 件(0.8%)、前立腺肥大 1 件、入院後併発症の静脈血栓塞栓、肺梗塞は 8 件(0.8%)、手術関連続発症 1 件であった。施行処置は治験 26 件(2.3%)、中心静脈栄養 17 件(1.5%)、人工呼吸 9 件(0.8%)、人工透析 10 件(0.9%)、リハビリは 604 件 (52.9%) であった。

施行手術は滑膜切除 51 件(4.5%)、関節固定 21 件(1.8%)、関節形成 50 件 (4.4%)、関節形成+滑膜切除 13 件(1.1%)、人工関節置換術 355 件(31.1%)、人工関節置換術+滑膜切除 27 件(2.4%)、脊椎固定 15 件(1.3%)、骨移植術 84 件(7.4%)、手術なし他 609 件(53.4%) であった。

医療費関連指標である LOS,cALL,cDPC,に 関して各説明因子ごとの箱ひげ図を見ると、年齢では 15 歳未満の中央値は低く、性別、慢性関節関連疾患の中央値に差はなかった。関節リウマチの部位では股関節、脊椎体幹の中央値が高く、地域に関しては東北、中部の中央値が高かった。入院時併存症に関して、腎不全、慢性肝障害以外は併存症をする有ほうが若干高かった。手術では侵襲度の大きいほど中央値が高くなり、処置では、中心静脈栄養、リハビリ施行例で中央値が高かった。一方 dDPC は、腎不全、北海道の中央値が高かった。処置は中心静脈栄養、人工透析の中央値が高かった。

各目的変数の度数分布表は、LOS,cDPC は右に裾をひく 1 峰性、cALL は 2 峰性分布で、dDPC は対称な 1 峰性分布であった。

各目的変数のうち、LOS,cALL,cDPC の重回

帰分析では、決定係数は各々0.228(施設因子投入後 0.238),0.0578(0.584),0.236(0.249)であった。dDPC では決定係数は 0.115(0.135)であった。説明因子のうち、特に標準化係数に関して、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) では中心静脈栄養 (標準化係数 0.216)、リハビリ (標準化係数 0.209) であった。cALL では人工関節置換術 (標準化係数 0.566)、人工関節置換術+滑膜切除(0.214)、cDPC では中心静脈栄養 (標準化係数 0.311)、リハビリ (0.188)、dDPC では人工透析 (標準化係数 0.202) であった。尚、慢性関節リウマチ関連疾患群や罹患部位毎の標準化係数については、最大のもので LOS での Still 病 0.099 (有意確率: 0.01) で、他の疾患群や罹患部位は 0 近辺にあった。

次に年齢の弁別的妥当性であるが、6 歳区分では各医療費関連指標(LOS,cALL,cDPC,dDPC)の決定係数(施設地域・母体因子投入)は、順に 0.235,584,245,134 であり、15 歳区分では 0.235,0.584,0.247,0.133 であった。

死亡退院のリスク因子分析は退院時死亡が少数で行っていない。

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、一件当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。しかし診療に関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革の出発点としては一日当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する、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 MDC7『慢性関節リウマチ関連疾患群』の診断群分類において、化学療法と放射線療法の併用療法や中心静脈栄養、リハビリ、人工透析などの処置は他の因子に比較し支払いに影響している。これら処置も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。ただし dDPC においては決定係数が他の医療費関連指標の場合と異なり、格段に落ちている現状を認識しておく必要がある。

最後に、診断群分類は疾患群、手術・処置、副傷病・重症度の3層構造を基本としているが、この第1層目の疾患群のもつ意味、つまり細かな病態や部位に関してどの程度の影響が各医療費関連指標の観点から見ることも必要である。疾患群自体に大きな影響がなければ、疾患群で細かく分類するより、合体して手術・処置他で細かく分類したほうが、より妥当な分類となろう。実際、慢性関節リウマチ関連各種疾患群や部位で細かく分析したところ、医療費関連指標に大きな影響はなく、逆に手術、処置に相対的に大きな影響がみられた。部位で細かく分かれた現行診断群分類よりも、これらをひとまとめにした『慢性関節リウマチ関連疾患群』で分類精緻化したほうがいいと思われる。更にこの考え方は、例えばMDC6の肝炎（急性、慢性、ウイルスタイプ）や膵炎（急性、慢性）での検討にも十分活用できると思われる。

E. 結論

DPC分類の精緻化の試みを、MDC7『慢性関節リウマチ関連疾患群（DPC6桁分類070470,070480,070490,070500,070560,070103）』を用いて行った。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）を指標とする場合が、包括範囲一日点数を指標とする場合よりも決定係数を上昇させた。どの医療費関連指標においても、処置（中心静脈栄養、リハビリ、人工透析など）が相対的に大きな影響を持っていた。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）を指標とする場合が、包括範囲一日点数を指標とする場合よりも決定係数を上昇させた。慢性関節リウマチ各種疾患群やそれらの罹患部位に関して、各医療費関連指標に大きな影響はみられなかった。

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 『070560』、『070103』は全身性臓器障害を伴う自己免疫性疾患やその他の筋骨格系・結合組織の疾患であるが、この中から慢性関節リウマチを抽出した。

vi 後述する重回帰分析で6歳区分の場合の各医療費関連指標の決定係数と15歳区分でのそれとを表記した。

vii 慢性関節リウマチ(全身)はM05\$,M05\$0,M06\$,M06\$0,M080,M0800,M083-9,M051\$,M052\$,M053\$、

慢性関節リウマチ(股関節)はM0815M0585,M0595,M0605,M0625,M0635,M0645,M0685,M0695,M0805,M0835,M0845,M0885,M0895、

慢性関節リウマチ(上肢)はM0281-4,M0291-4,M0581-4,M0591-4,M0601-4M0621-4,M0631-4,M0641-2,M0681-4,M0801-4,M0831-4,M0881-4,M0891-4、

慢性関節リウマチ(下肢)はM0586-7,M0596-7,M0606-7,M0626-7,M0636-7、

M0646-7,M0686-7,M0696-7,M0806-7,M0836-7M0846-7,M0886-7,,M0896-7、

慢性関節リウマチ(脊椎)はM0588,M0598,M0608,M0628,M0638,M0648,M0688,M0698,M0808,M081,M0838,M0848,M0888,M0898、

慢性関節リウマチ(不明)は、M0589,M0599,M0609,M0629,M0639,M0649,M0689,M0699,M0809,M0839,M0849,M0889,M0899、

Still病(全身)は、M082,M0820,M0610、Still病(股関節)は、M0615,M0825、

Still病(上肢)は、M0611-4、M0821-4Still病(下肢)は、M016-7,M0826-7、

Still病(脊椎体幹)はM0618,M0828、

Still病(不明)はM0829、

Felty症候群(全身)はM050,M0500、Felty症候群(股関節)はM0505、

Felty症候群(上肢)はM051-4、Felty症候群(下肢)はM0506-7、

Felty症候群(脊椎体幹)はM0508、Felty症候群(不明)はM0509、

Reiter症候群(全身)はM023,M0230、Reiter症候群(股関節)はM0235、

Reiter症候群(上肢)はM0231-4、Reiter症候群(下肢)はM0236-7、

Reiter症候群(脊椎体幹)はM0238、Reiter症候群(不明)はM0239、

乾せん性慢性関節リウマチ(全身)はL405,M070,M072-3、M0700、M0730,M0900、

乾せん性慢性関節リウマチ(股関節)はM0705,M0725,M0735,M0905、

乾せん性慢性関節リウマチ(上肢)はM0701-4、M0731-4,M0901-4、

乾せん性慢性関節リウマチ(下肢)はM0706-7、M0736-7,M0906-7、

乾せん性慢性関節リウマチ(脊椎体幹)はM0708,M072,M0725,M0738,M0908、

乾せん性慢性関節リウマチ(不明)はM0709,M0739,M090、

回帰性リウマチ(全身)はM123,M1230、回帰性リウマチ(股関節)はM1235、

回帰性リウマチ(上肢)はM1231-4、回帰性リウマチ(下肢)はM1236-7、

回帰性リウマチ（脊椎体幹）は M1238、回帰性リウマチ（不明）は M1239 とした。

viii 手術は 5 項目収集している。滑膜切除は K066\$, 関節固定は K078\$, 関節形成は K080\$, 人工関節置換術は K082\$, 脊椎固定は K0142\$, 骨移植術 K059\$ とした。

組み合わせ手術で出現した場合、できるだけ配慮した。

ix C(Comorbidity),C(Complication)と称する。更に Complication を併発症（入院後手術、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 MD C 毎に、T81\$,T84\$,T85\$,T87\$ から妥当なものを拾っている

x 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（D P C 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。

xi 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。他

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

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

xiv I260,I278-9,J41\$,J47\$,J960,J961,J969

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

xvi N18\$,N19\$,Z49\$,Z940,Z992

xvii I50\$

xviii M05-M06,M08-M09,M32\$,M34\$,M35\$（今回は、重回帰分析でこれら因子を説明変数として選択した。重複自己免疫疾患があると判断したからである）

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

xx I850,I859K702-704,K711,K712,K717,K720,K740-746,K762-767

xxi C000-419,C450-768,C810-969,D890,Z854, C770-80

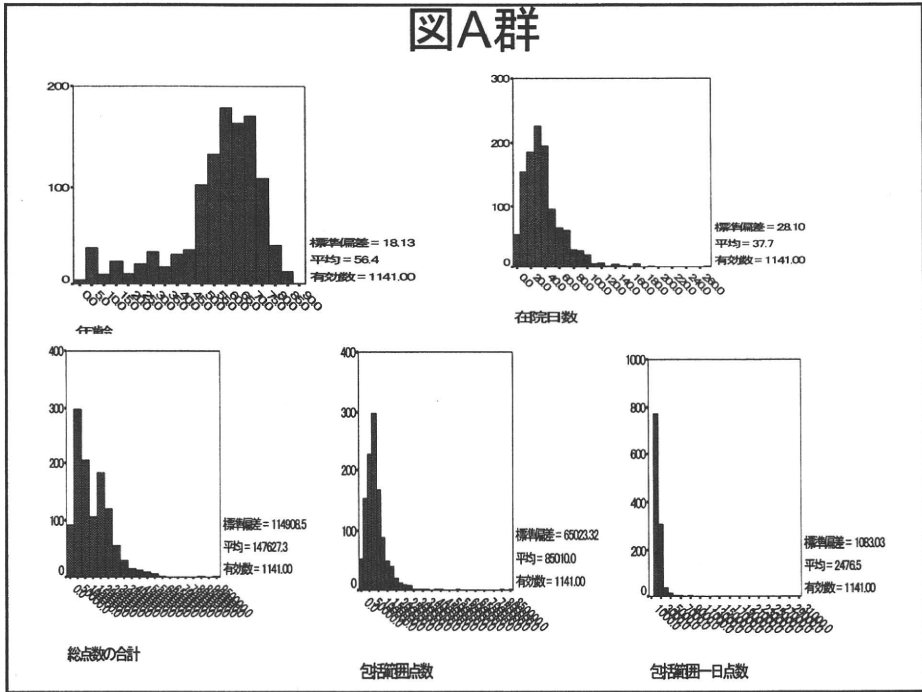
xxii N40

xxiii I260,I269,I80\$

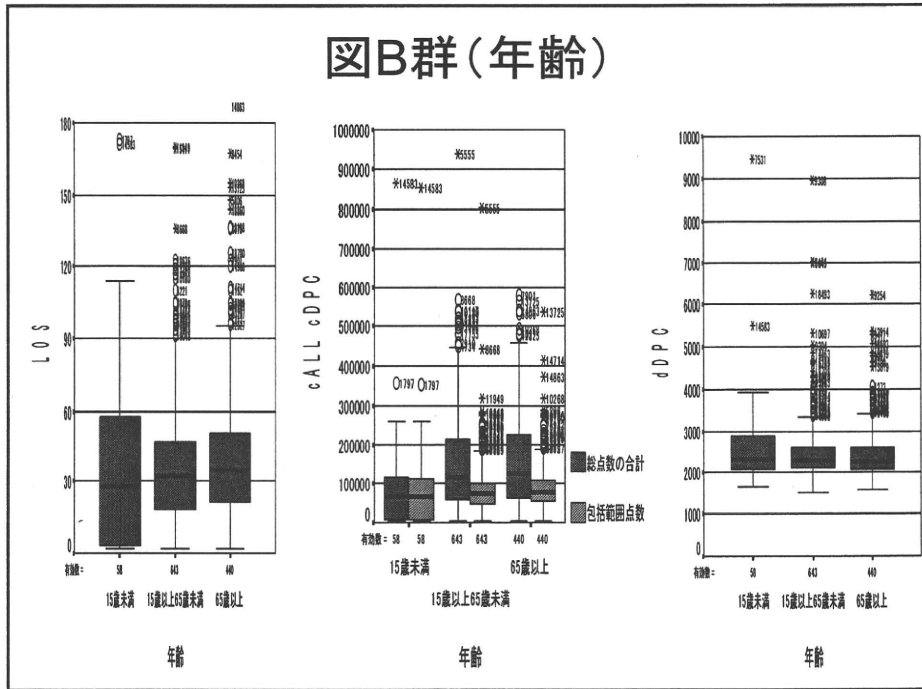
xxiv T81\$,T84\$,T850,T856-9,T870-6

xxv 対照は年齢では 15 歳以上 65 歳未満群、女性、地域では関東、私立とした。部位病理、手術などでは『慢性関節リウマチ群』、『全身群』、『手術なし他群』を対照とした。他因子は無群を対照とした。説明因子が 10 症例以下の場合、因子投入しなかった。

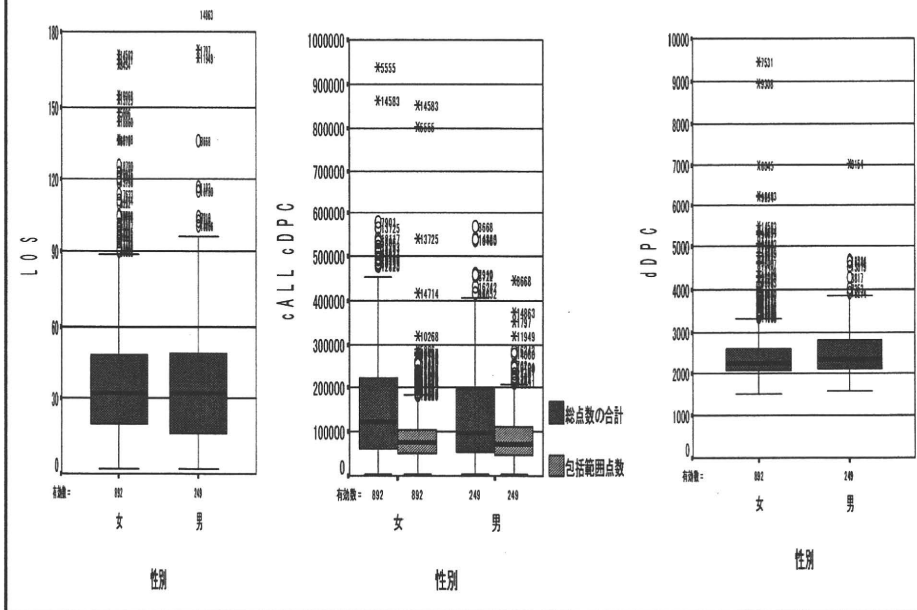
図A群



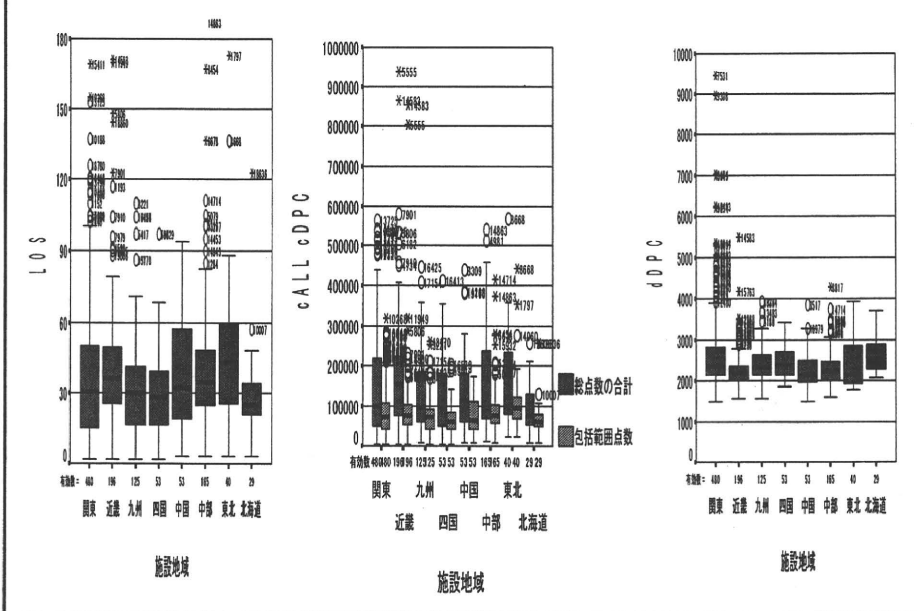
図B群(年齢)



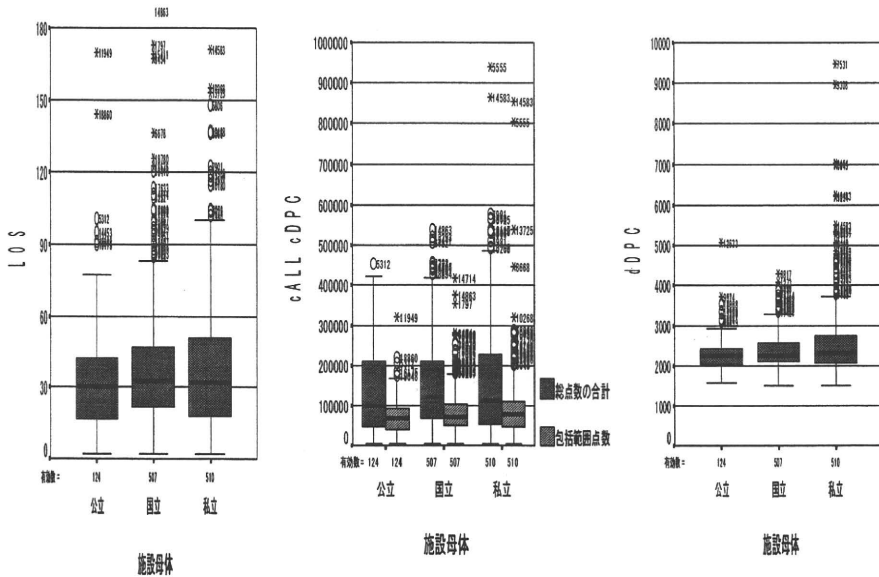
図B群(性別)



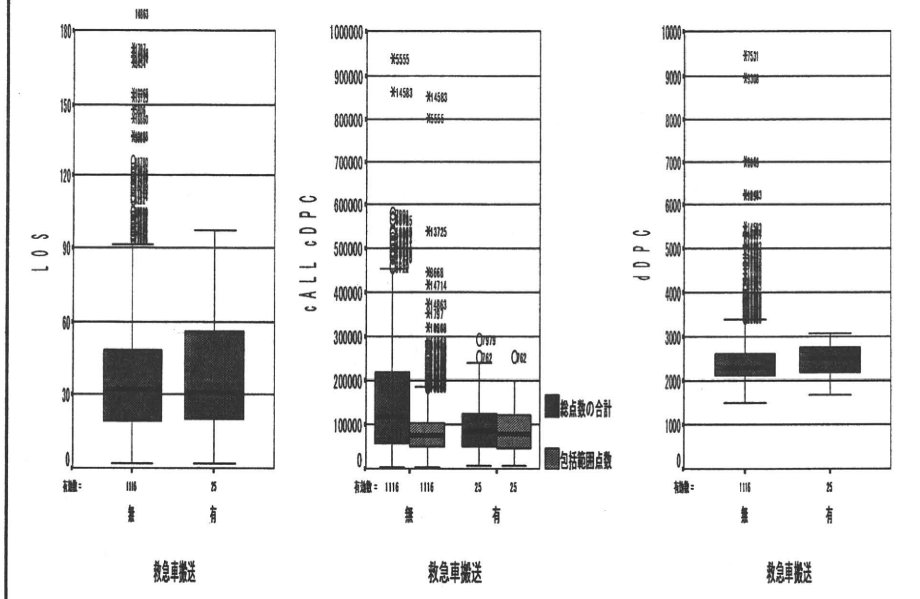
図B群(施設地域)



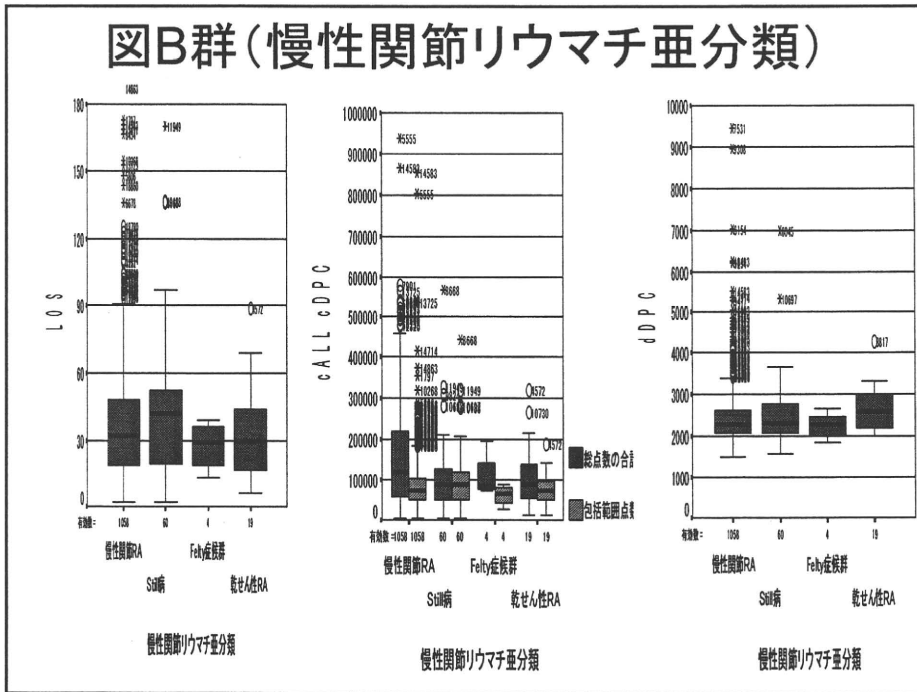
図B群(施設母体)



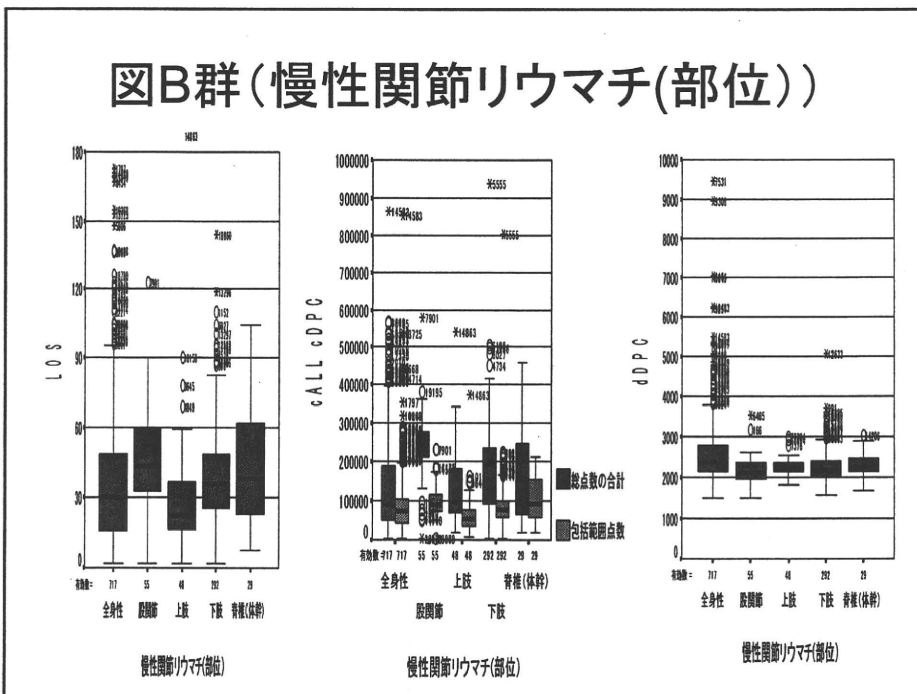
図B群(救急車搬送)



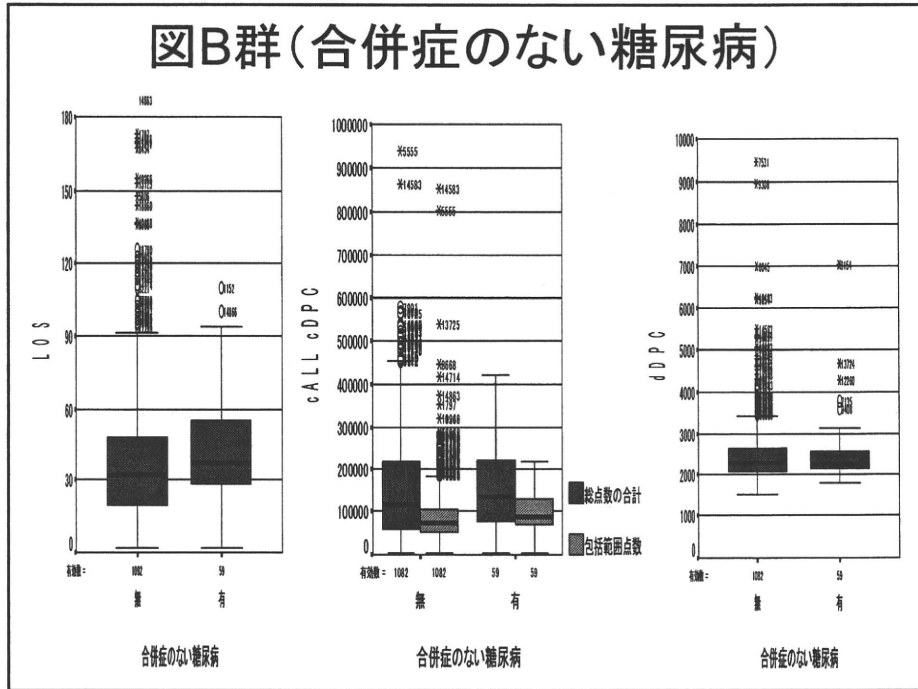
図B群(慢性関節リウマチ亜分類)



図B群(慢性関節リウマチ(部位))



図B群(合併症のない糖尿病)



図B群(合併症のある糖尿病)

