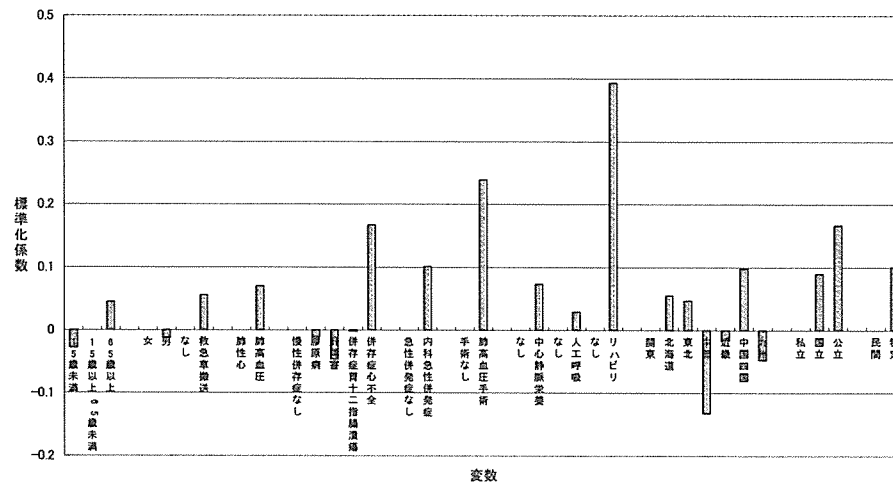


図C群(LOS分析)

在院日數 標準化係數

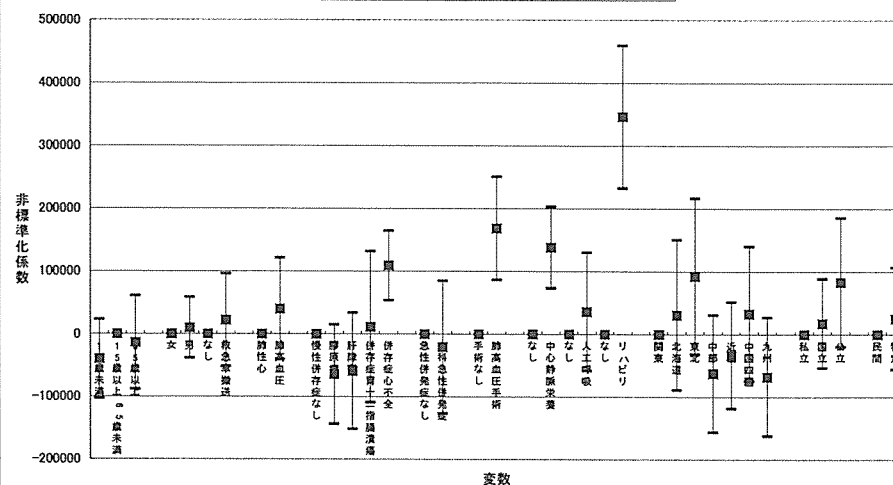
④標準化係數



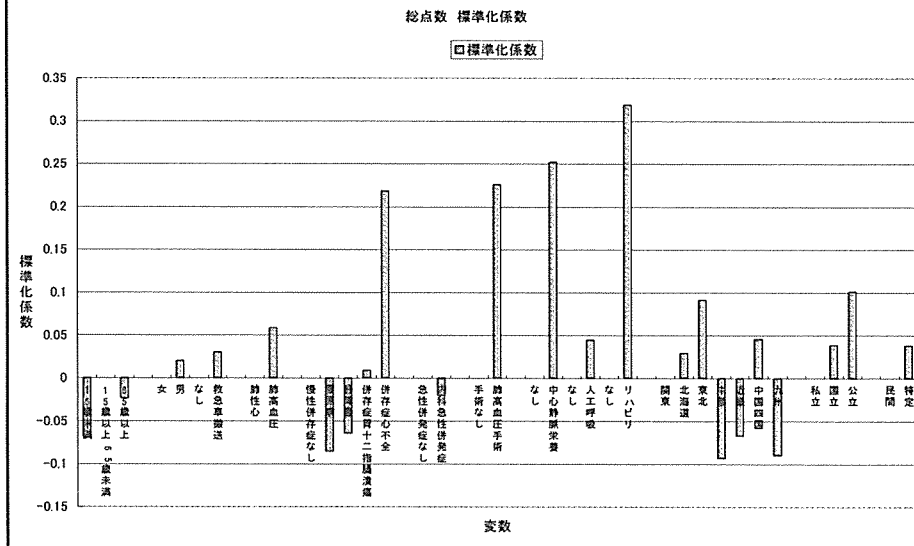
図C群(cALL分析)

総点数 非標準化係数

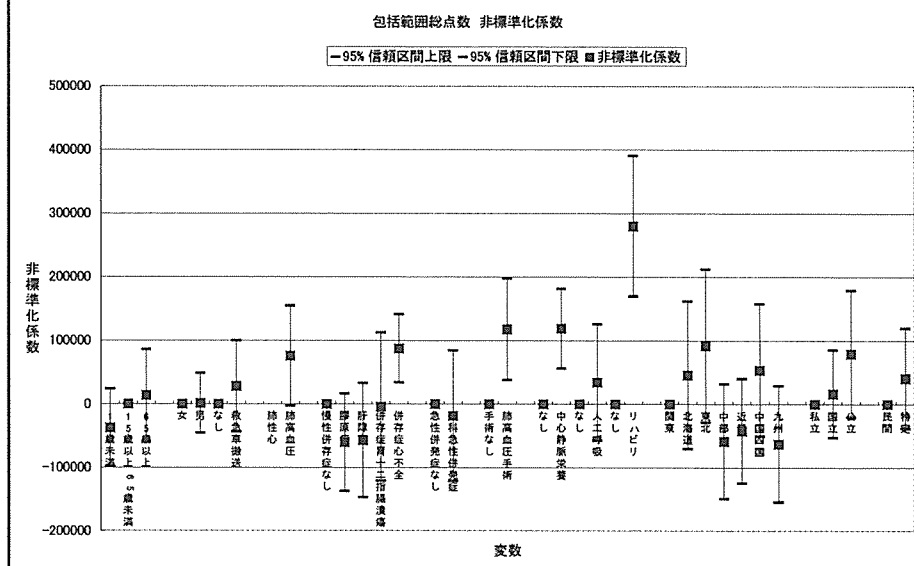
-95% 信賴區間上限 -95% 信賴區間下限 ■ 非標準化係數



図C群(cALL分析)



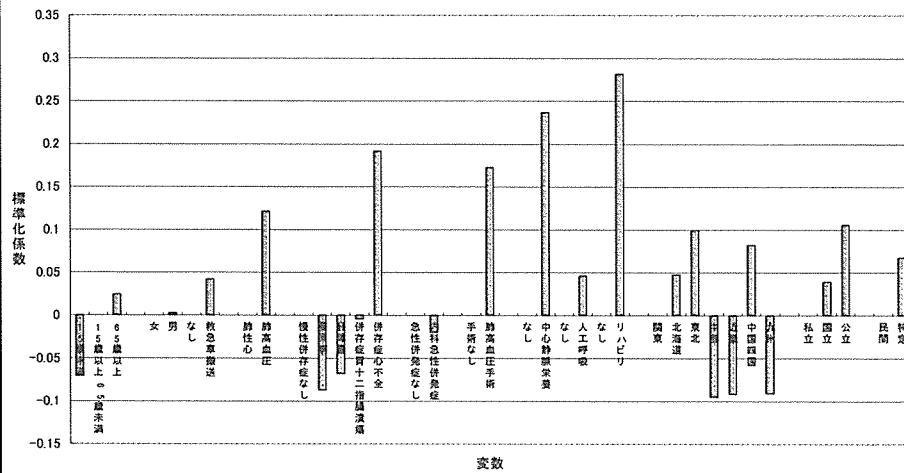
図C群(cDPC分析)



図C群(cDPC分析)

包括範囲総点数 標準化係数

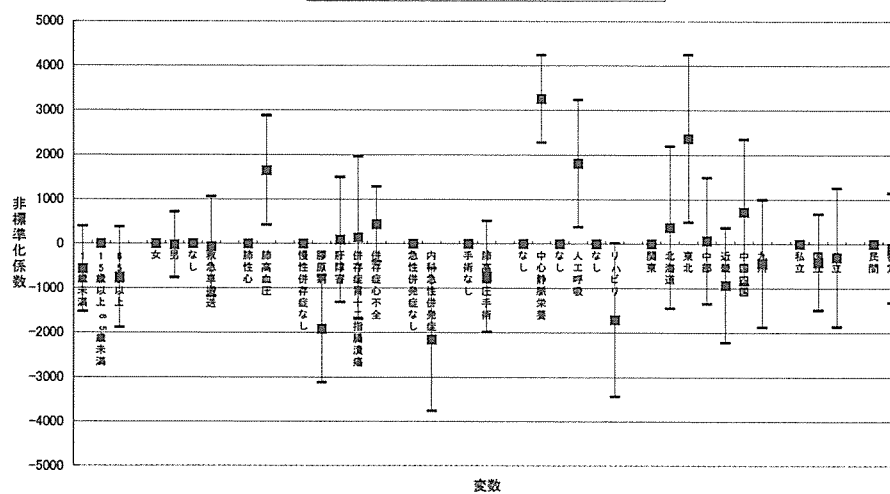
□ 標準化係数



図C群(dDPC分析)

包括範囲一日点数 非標準化係数

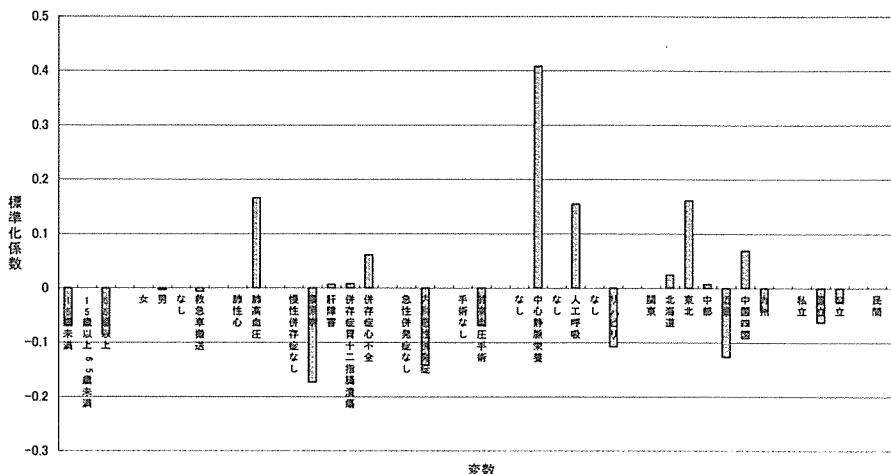
— 95% 信頼区間上限 — 95% 信頼区間下限 ■ 非標準化係数



図C群(dDPC分析)

包括範圍一日點數 標準化係數

標準化係數



2009 00157 A

別冊 4-3

平成16年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）研究報告書

診断群分類を活用した医療サービスのコスト推計に
関する研究報告
(H16-政策-027)

別冊4-3
診断群分類の精緻化に関する研究
(MDC05)

平成17（2005）年3月

分担研究者	今中	雄一
研究協力者	桑原	一彰
主任研究者	松田	晋哉

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視点から）

MDC5 虚血性心疾患関連疾患

『急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞（DPC6 桁分類 050030）』『急性心筋梗塞の続発性合併症（DPC6 桁分類 050040）』『狭心症、慢性虚血性心疾患（DPC6 桁分類 050050）』

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
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、虚血性心疾患関連疾患として MDC5

『急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞（DPC6 桁分類 050030）』『急性心筋梗塞の続発性合併症（DPC6 桁分類 050040）』『狭心症、慢性虚血性心疾患（DPC6 桁分類 050050）』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。包括範囲一日点数において、処置（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。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、包括範囲一日点数では急性心筋梗塞合併症の影響は若干考慮する必要がある、今回の分析対象での統合は妥当かどうかの議論は必要であろう。

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ⁱ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 DPCⁱⁱ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）ⁱⁱⁱ、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-

ブル^{iv}や樹形図^v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、虚血性心疾患関連疾患として『急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞（DPC6 桁分類 050030）』『急性心筋梗塞の続発性合併症（DPC6 桁分類 050040）』『狭心症、慢性虚血性心疾患（DPC6 桁分類 050050）』の入院後 24 時間以内死亡症例を除外した 19957 件〔内退院時死亡患者 283 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： 65 歳未満、65 歳以上未満の 2

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^{vi}、私立

⑤施設機能：特定機能病院^{vii}、民間病院

⑥救急車搬送の有無(ambulcat)

臨床情報

⑦疾患群^{viii}：ICD10 は病態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
に整理した。

不安定狭心症、異型狭心症、労作性狭心症、急性前壁心筋梗塞、急性下壁心筋梗塞、急性心筋梗塞（他部位）、急性心内膜心筋梗塞、急性心筋梗塞部位不明、狭心症明示なし、急性心筋梗塞合併症、陳旧性心筋梗塞とした。

⑧手術手技^{ix}：

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。

PCPS、IABP、人工心肺、PTCA、ステント、アルテクトミー、CABG1 本、CABG2 本、大動脈瘤手術、弁置換（心室瘤手術含む）とした。

この際、『循環補助』を整理の都合上 PTCS、IABP とした。CABG に関しても手術で人工心肺の併用されていないものは MIDCAB として整理した。

更に CABG 関連手術では PTCA、ステント、アルテクトミーを、手術を補完する『追加処置』として整理・収集し、これら処置の併用の有無もあわせて分析した。

⑨処置

人工心肺(pumpdum)

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^x）：慢性併存症、急性併存症、急性併発症を Manitoba-Darhmouth&Charlson Comorbidity Index の（以下 MD 指標）^{xi} 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^{xii}、有しないもの:dcinmdm^{xiii}）、痴呆(dcindem)^{xiv}、対麻痺(dcindr)^{xv}、慢性肺疾患(dcinp)^{xvi}、末梢血管障害(dcinpvd)^{xvii}、腎臓疾患(dcinrd)^{xviii}、慢性腎不全(dcincrf)^{xix}、自己免疫疾患(dcinctd)^{xx}、肝障害(dcinld)（慢性肝障害:dcinmld^{xxi}、重症肝障害:dcinsld^{xxii}）、悪性新生物(dcinal)^{xxiii}

■ 入院時急性併存症

急性心筋梗塞(dciami)^{xxiv}、脳血管障害(dcincva)^{xxv}、胃十二指腸潰瘍(dcipu)^{xxvi}、感染症(dcinf)^{xxvii}、急性腎不全(dcinarf)^{xxviii}、急性呼吸不全(dcinaf)^{xxix}、心不全(dcinahf)^{xxx}、急性肝不全(dcinalf)^{xxxi}、DIC(dcindic)^{xxxii}

■ 入院後急性併発症

急性心筋梗塞(dccami)、脳血管障害(dccva)、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(dccdv)^{xxxiii}、手術関連続発症(dcccomp)^{xxxiv}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、有無を検索した。

目的変数として、コストの代替変数の医療費関連指標（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^{xxxv}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文末脚注で示す。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65歳未満7880件(39.5%)、65歳以上12077件(60.5%)で、ヒストグラムでは1峰性分布であった(図A群)。男性14462件(72.5%)、女性5495件(27.5%)、地域は北海道937件(4.7%)、東北1120件(5.6%)、関東7034件(35.2%)、中部2523件(12.3%)、近畿3389件(17.0%)、中国2449件(12.3%)、四国374件(1.9%)、九州2131件(10.7%)であった。施設母体は国立6163件(30.9%)、公立3372件(16.9%)、私立10422件(52.2%)、特定機能12342件(61.8%)、民間7615件

(38.2%)であった。救急車搬入は2695件(13.5%)、退院時死亡は283件(1.4%)であった。病態の内訳は、不安定狭心症2889件(14.5%)、異型狭心症828件(4.1%)、労作性狭心症3501件(17.5%)、急性前壁心筋梗塞391件(2.0%)、急性下壁心筋梗塞353件(1.8%)、急性心筋梗塞(他部位)109件(0.5%)、急性心内膜心筋梗塞37件(0.2%)、急性心筋梗塞部位不明1914件(9.6%)、狭心症明示なし7353件(36.8%)、急性心筋梗塞合併症30件(0.2%)、陈旧性心筋梗塞2552件(12.8%)であった。

入院時併存症では、合併症を有する糖尿病1086件(5.4%)、合併症のない糖尿病3323件(16.7%)、痴呆45件(0.2%)、肺疾患423件(2.1%)、対麻痺10件(0.1%)、末梢血管障害1424件(7.1%)、腎臓疾患80件(0.4%)、慢性腎不全934件(4.7%)、自己免疫疾患79件(0.4%)、慢性肝障害140件(0.7%)、重症肝障害46件(0.2%)、悪性新生物275件(1.4%)であった。

急性併存症では、脳血管障害695件(3.5%)、胃十二指腸潰瘍1305件(6.5%)、感染症0件(0.0%)、急性腎不全47件(0.2%)、急性呼吸不全34件(0.2%)、心不全1309件(6.6%)、急性肝不全3件(0.0%)、DIC7件(0.0%)であった。

入院後急性併発症では、脳血管障害159件(0.8%)、胃十二指腸潰瘍587件(2.9%)、感染症0件(0.0%)、急性腎不全66件(0.3%)、急性呼吸不全22件(0.1%)、心不全322件(1.6%)、急性肝不全1件(0.0%)、DIC48件(0.2%)、静脈血栓塞栓、肺梗塞10件(0.1%)、手術関連続発症187件(0.9%)であった。

手術は、PCPS12件(0.1%)、IABP26件(0.1%)、PTCA2415件(12.1%)、PTCA+循環補助48件(0.2%)、ステント2085件(10.4%)、ステン

ト＋循環補助 54 件(0.3%)、ステント＋PTCA1167 件(5.8%)、ステント＋PTCA＋循環補助 41 件(0.2%)、アルテレクトミー190 件(1.0%)、アルテレクトミー＋PTCA 29 件(0.1%)、アルテレクトミー＋ステント 48 件(0.2%)、アルテレクトミー＋ステント＋PTCA 59 件(0.3%)であった。

手術では、MIDCAB1 本 112 件(0.6%)、MIDCAB1 本＋循環補助 23 件(0.1%)、CABG1 本 32 件 (0.2%)、MIDCAB1 本＋追加処置 19 件(0.1%)、MIDCAB2 本 848 件(4.2%)、MIDCAB2 本＋循環補助 115 件(0.6%)、CABG2 本 315 件 (1.6%)、CABG2 本＋循環補助 27 件(0.1%)、MIDCAB2 本＋追加処置 30 件(0.2%)、MIDCAB2 本＋追加処置＋循環補助 18 件(0.1%)、CABG2 本＋追加処置 11 件(0.1%)、大動脈瘤手術追加 18 件(0.1%)、弁置換（心室瘤手術含む）追加 58 件(0.3%)であった。

施行処置は中心静脈栄養 1349 件(6.8%)、人工呼吸 1529 件 (7.7%)、人工透析 920 件 (4.6%)、リハビリは 1244 件 (6.2%) 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別の箱ひげ図を見ると、年齢性別で差はなかったが、救急車搬送、退院時死亡症例で高かった。病態では、狭心症では全般に低く、心筋梗塞では急性心筋梗塞合併症で高かった。施設地域・母体・機能で差がなかった。入院時慢性併存症より急性併存症疾患を有する方が高かった。入院後急性併発症では、DIC や手術続発症で特に高かった。

手術に関しては、その手術侵襲の順に、ばらつきや中央値が高かった。処置では中心静脈ほか各処置施行群も高かった。

一方 dDPC については、退院時死亡例で中央値が高かった。病態では急性心筋梗塞合併症が高く、施設母体では国立の中央値・ばらつきが小さかった。副傷病では DIC 以外では差は見られなかった。手術では循環補助使用例で中央値が高かった。処置では人工透析施行例が高かった（図A群）。

各目的変数の分布は、LOS,cALL,cDPC, dDPC では右に裾をひく一峰性分布であった（図B群）。LOS,cALL,cDPC の重回帰分析では、決定係数は各々0.411(施設因子投入後 0.427),0.654(0.656),0.459(0.466)であった（表C群）。dDPC では決定係数は 0.210(0.234)であった（表C群）。

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 MIDCAB2 本（標準化係数 0.207）、CABG2 本（標準化係数 0.165）、cALL では MIDCAB2 本（標準化係数 0.265）、ステント（標準化係数 0.241）、cDPC では心筋梗塞部位不明（標準化係数 0.180）、中心静脈栄養（標準化係数 0.139）、dDPC では人工呼吸（標準化係数 0.136）、人工透析（標準化係数 0.114）であった（図C群）。副傷病に関しては、DIC 以外大きな影響をもつ疾患はなかった。

死亡退院のリスク因子分析では上述モデルでは、併発 DIC 17.73 [95%信頼区間：6.12-51.33]、人工呼吸 13.43 [95%信頼区間：8.68-20.78]で、母体、地域差は特定 0.355 [95%信頼区間：0.242-0.521]であった（Hosmer-Lemeshow 適合度検定，有意確率:0.441）。

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、支払い分類として継続的に精緻化または簡素化していく作業は必要と思われる。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『急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞（DPC6 桁分類 050030）』『急性心筋梗塞の続発性合併症（DPC6 桁分類 050040）』『狭心症、慢性虚血性心疾患（DPC6 桁分類 050050）』の診断群分類において、人工呼吸・透析は他の因子に比較し、大きく支払いに影響している。つまり包括範囲に該当する処置において、出来高評価となった診療行為（ここでは放射線療法、リハビリ）と等しく同じに扱うべきでなく、また前記3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昨年度に引き続き提起している。

また今回、基本 DPC を虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）の観点で統合し、臨床疾患群での差異を比較検討したが、臨床病名疾患群での差異は他の併存併発症や治療関連因子に比較し、若干小さかった。しかし包括範囲一日点数における非標準化係数の分析では、急性心筋梗塞合併症の影響は考慮する必要がある。前述したとおり、手術はともかく処置

を細かく配慮するためには樹形図の構造的特性上、上層で数の集積（つまり基本 DPC の統合）が必須であり、心筋梗塞合併症の分類上の取り扱いのあり方など、今回の分析対象での統合は妥当かどうかの議論は必要であろう。

E.結論

DPC 分類の精緻化の試みを、虚血性心疾患関連疾患として MDC5 『急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞（DPC6 桁分類 050030）』『急性心筋梗塞の続発性合併症（DPC6 桁分類 050040）』『狭心症、慢性虚血性心疾患（DPC6 桁分類 050050）』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かった。また包括範囲一日点数において、処置（人工呼吸・透析など）が相対的に大きな影響を持っていた。支払い分類方法を妥当に簡素化する観点において、包括範囲一日点数における非標準化係数の分析で急性心筋梗塞合併症の影響は考慮する必要があるもので、今回の分析対象での統合は妥当かどうかの議論は必要であろう。

F.研究発表

平成 17 年 1 月現在未発表

G.知的所有権の取得状況

該当せず

i 支払い分類としては、症例数 20 例以上、目的とする変数の変動係数が 1 未満という規則で、支払い分類が作成される。

ii DPC は 14 桁コードから構成されている。その左の 6 桁は臓器と病理・病勢の組み合わせを

意味する。基本 DPC ともいう

iii 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。それ以外の入院加算料、特定入院基本料、画像および画像診断合計、検査合計、処置合計、内服、頓服、外用、麻毒、注射、皮下筋肉内注射、注射その他合計などは包括範囲支払い評価とし、包括範囲総点数とした

iv 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

v 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

vi 自治体立の特定機能病院、民間病院以外に、社会保険病院、日赤、労災病院、済生会病院。

vii 大学付属病院と国立がんセンター、循環器センター。

viii 病態では、不安定狭心症 I200、異型狭心症 I201、労作性狭心症 I208、急性前壁心筋梗塞 I210、I220、急性下壁心筋梗塞 I211、I221、急性心筋梗塞（他部位）I212、I228、急性心内膜心筋梗塞 I214、急性心筋梗塞部位不明 I213、I219、I229、狭心症明示なし I209、I240-1、I248-9、I250-1、I255-6、I258-9、急性心筋梗塞合併症 I231-6、I238、陈旧性心筋梗塞 I252-4 とした。

ix 手術は 5 項目収集しており、組み合わせがあった場合、難易度の順に優先選択し、カテゴリー化している。診療報酬点数コード上のコードから、

PCPSK597\$, IABPK599\$, 人工心肺 K598\$, PTCBK614, K616、ステント K615、

アルテクトミー K614-2, K614-3、CABG1 本 K5871、CABG2 本 K5872, K5882、大動脈瘤手術 K605\$, 弁置換（心室瘤手術含む）K571\$, K563\$ とした。手術がない場合や、これ以外の手術は 1 つに集約した。

また『循環補助』を整理の都合上 PTCB, IABP とした。CABG に関しても手術で人工心肺の併用されていないものは MIDCAB として整理した。症例数が 10 例以上になるよう、可能な限り手術の組み合わせを収集整理した。

x 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。また手術処置関連続発症は各 MDC 毎に、T81\$-87\$ から妥当なものを拾っている。

xi 今回副傷病として、MD 指標, Charlson 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。悪性疾患の DPC においては、悪性新生物の MD 指標はカウントしなかった。

xii 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。

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

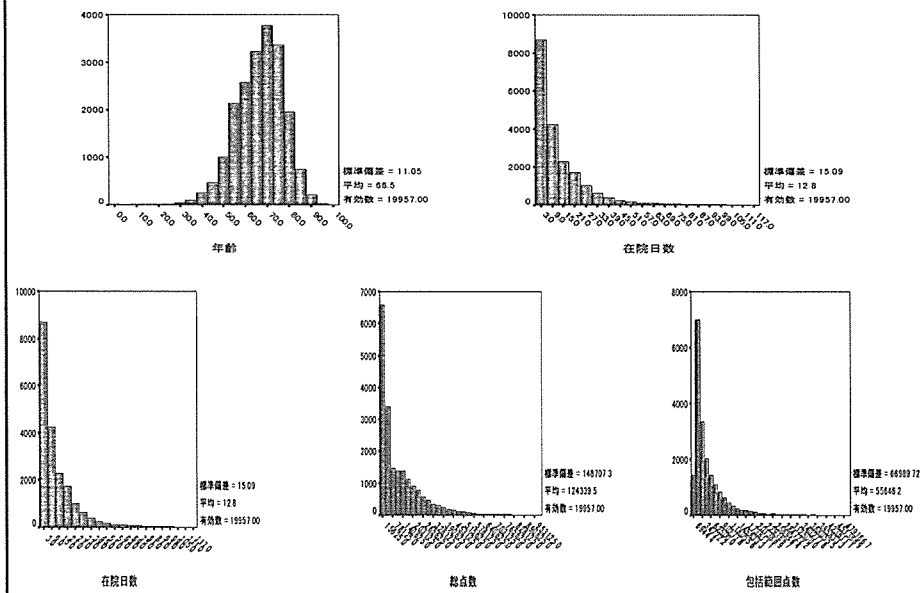
xiv F00-F021, F03\$, G30\$-G311

xv G81\$, G041, G820, 822-3

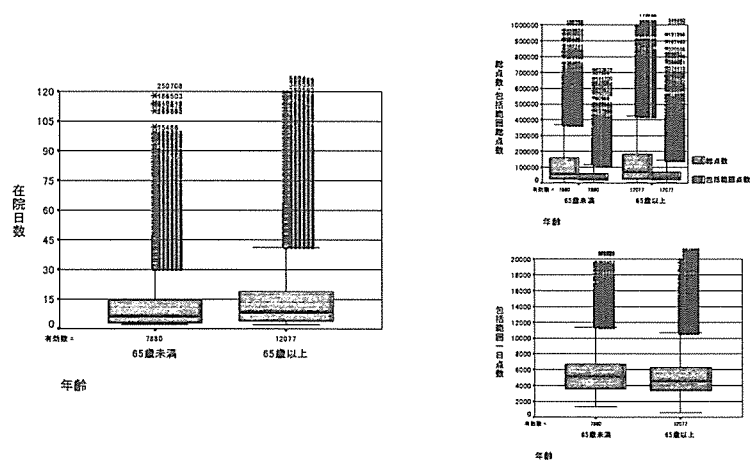
xvi J40, J41\$-47\$, J60-1, J62\$, J63-5, J66\$, J67\$, J961, J969

xvii I70\$,I71\$,I72\$,I73,I771,R02
xviii N01\$,N03\$,N05\$,N07\$,N19,N25\$
xix N18\$
xx M05-M06,M08-M09,M32\$-M34\$,M35\$
xxi K700,K701,K709,K710,K713-716,K718,K719,,K721,K729,K73\$,K748,K760-761,K768-769
xxii I850,I859K702-704,K711,K712,K717,K720,K740-746,K762-767
xxiii C00\$-C96\$,D890,Z85\$
xxiv I21\$,I22\$,I252
xxv I60\$-69\$,G45\$,G46\$
xxvi K25\$-28\$
xxvii A\$\$\$\$,B\$\$\$\$
xxviii N17\$
xxix J960
xxx I50\$
xxxi B150,B160,B162,B190,K720
xxxii D65
xxxiii I260,I269,I80\$
xxxiv T81\$-87\$を手術関連続発症とした。創感染、出血、膿瘍形成、人工物挿入合併症などが該当する。
xxxv 対照は年齢では 65 歳未満群、女性、地域では関東、私立とした。病態は『狭心症明示なし』、手術などでは『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 症例以下の場合は、因子投入しなかった。また副傷病では併存、併発心筋梗塞を関連疾患なので投入しなかった。

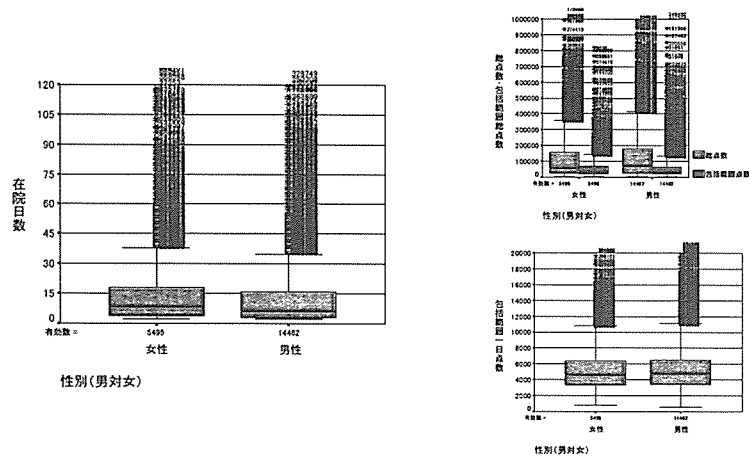
図A群



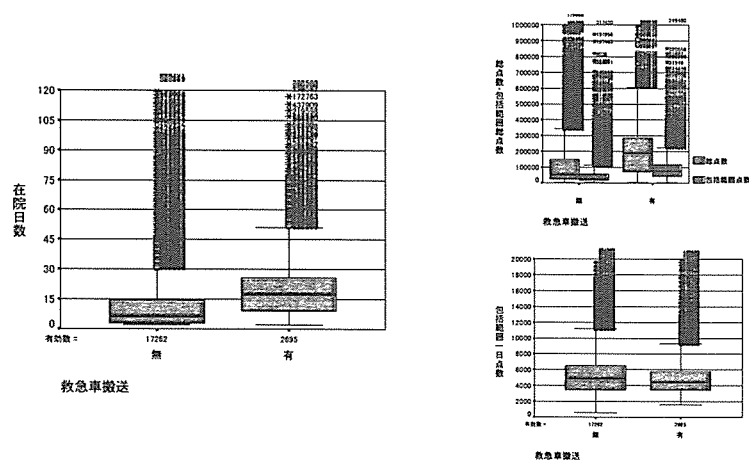
図B群(年齢)



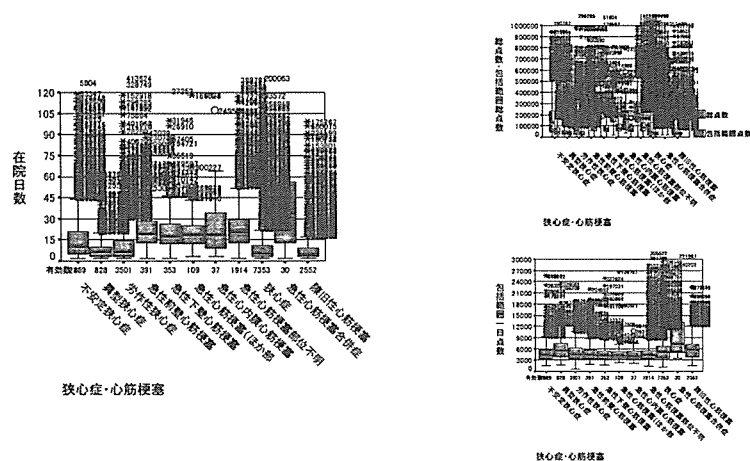
図B群(性別)



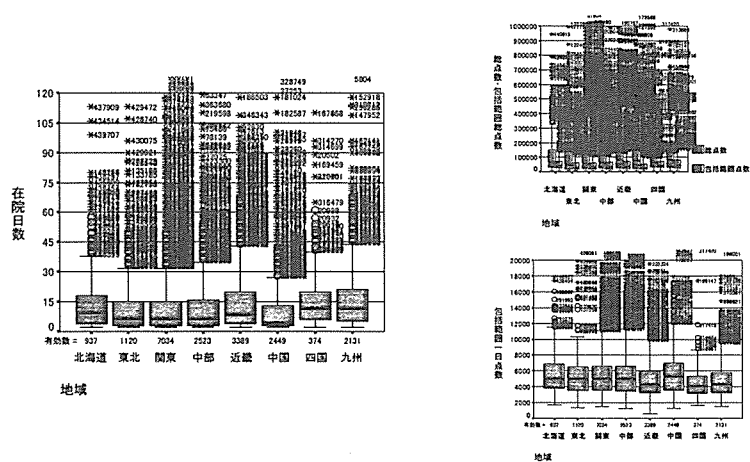
図B群(救急車搬送)



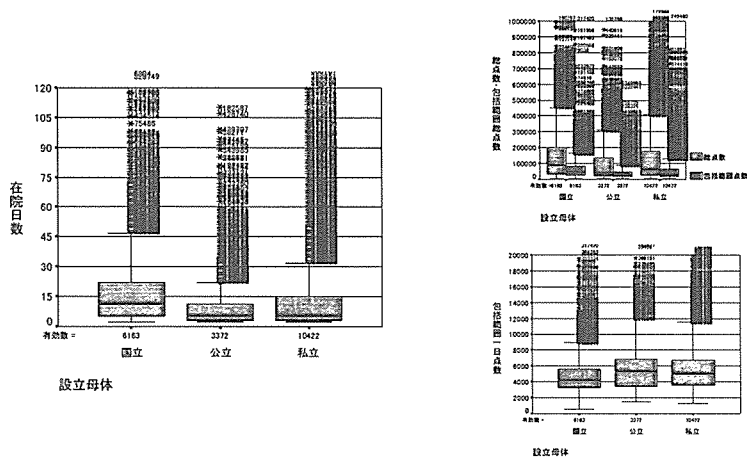
図B群(病態)



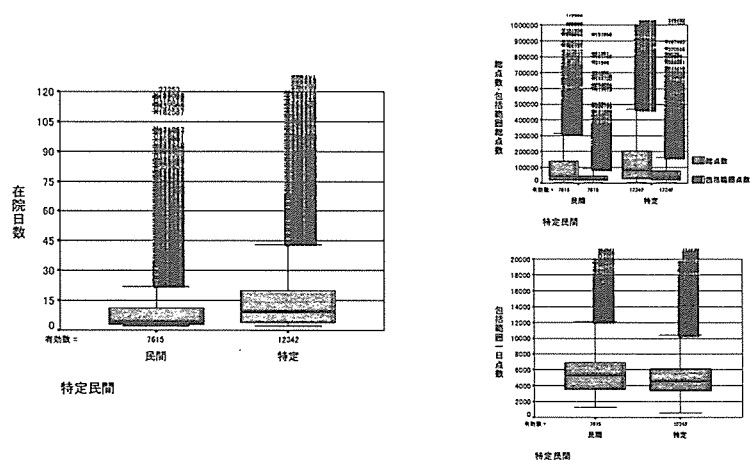
図B群(地域施設)



図B群(施設母体)

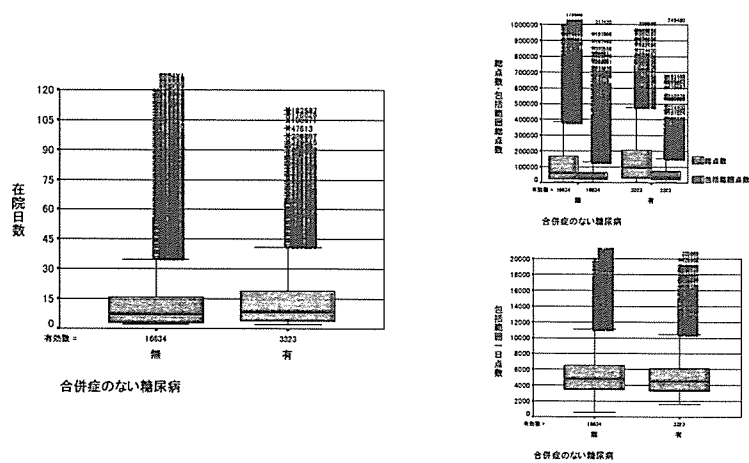


図B群(施設機能)

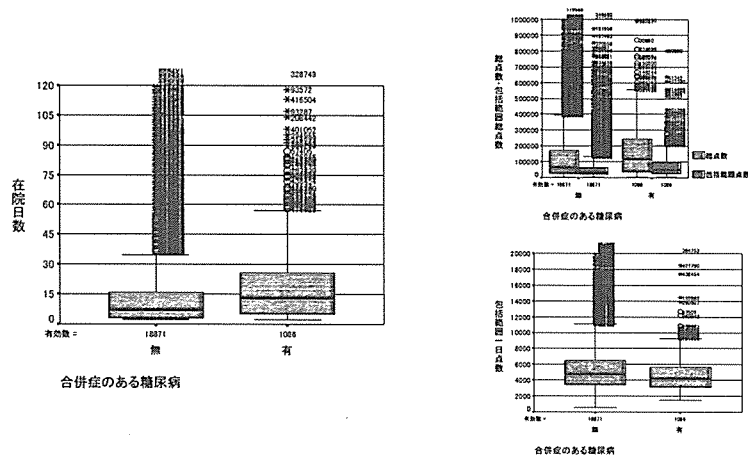


慢性併存症

図B群(合併症のない糖尿病)



図B群(合併症のある糖尿病)



図B群(呼吸器併存症)

