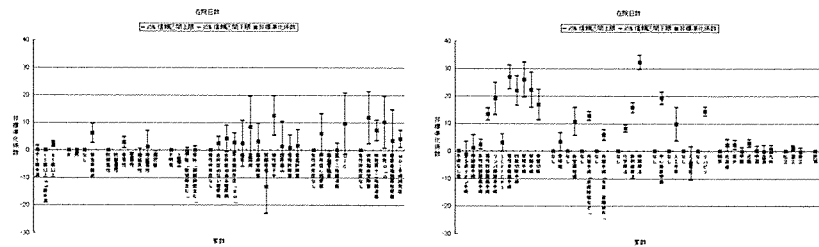
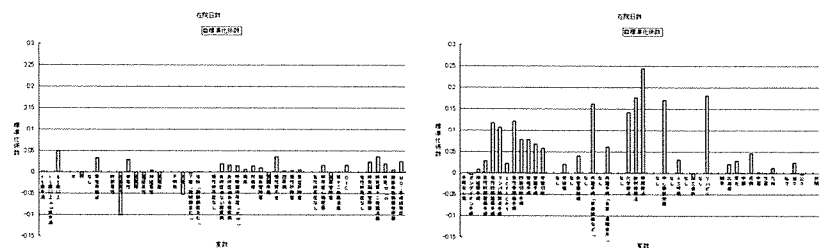


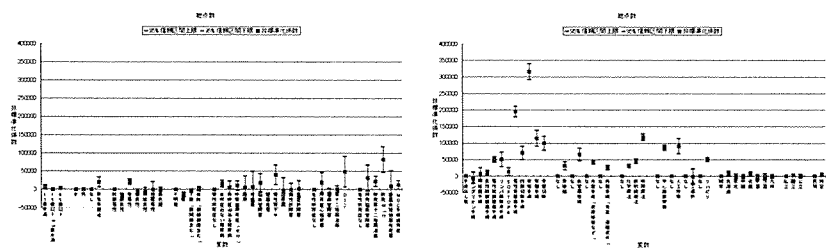
図C群(LOS分析)



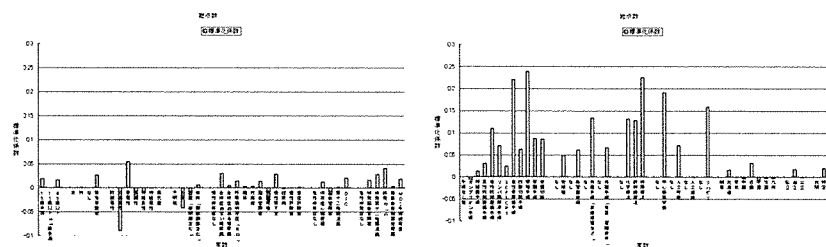
図C群(LOS分析)



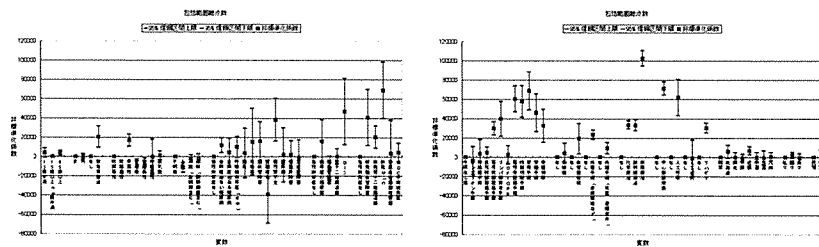
図C群(cALL分析)



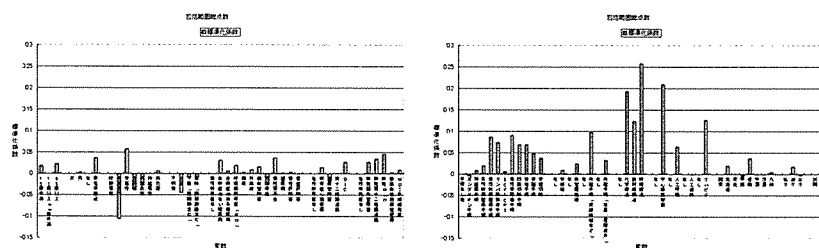
図C群(cALL分析)



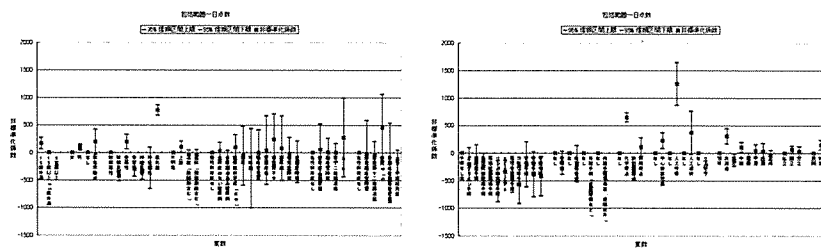
図C群(cDPC分析)



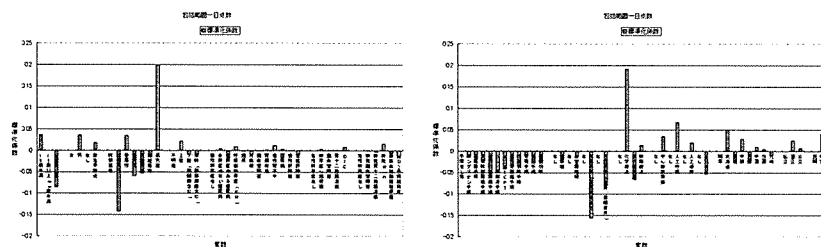
図C群(cDPC分析)



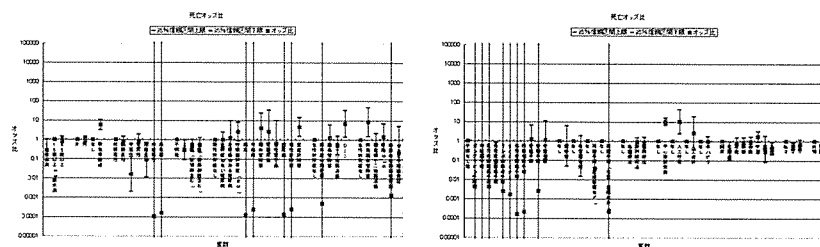
図C群(dDPC分析)



図C群(dDPC分析)



図表D群(死亡リスク分析)



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視点から）

MDC1,7

『上肢の神経障害（胸郭出口症候群含む）（DPC6 桁分類 070150）』『上肢末梢神経麻痺（DPC6 桁分類 070160）』『下肢神経疾患（DPC6 桁分類 070170）』『免疫介在性・炎症性ニューロパチー（DPC6 桁分類 010110）』『遺伝性ニューロパチー（DPC6 桁分類 010111）』『特発性(単) ニューロパチー（DPC6 桁分類 010120）』『重症筋無力症・神経障害(その他)（DPC6 桁分類 010130）』『筋疾患(その他)（DPC6 桁分類 010140）』

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、神経筋変性・伝達障害の観点から MDC1,7 の DPC6 桁コード『上肢の神経障害（胸郭出口症候群含む）（DPC6 桁分類 070150）』『上肢末梢神経麻痺（DPC6 桁分類 070160）』『下肢神経疾患（DPC6 桁分類 070170）』『免疫介在性・炎症性ニューロパチー（DPC6 桁分類 010110）』『遺伝性ニューロパチー（DPC6 桁分類 010111）』『特発性(単) ニューロパチー（DPC6 桁分類 010120）』『重症筋無力症・神経障害(その他)（DPC6 桁分類 010130）』『筋疾患(その他)（DPC6 桁分類 010140）』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（グロブリンや中心静脈栄養など）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部位の観点で基本 DPC の違いでは炎症性ニューロパチーが特異な存在であり、この臨床疾患の別途分離が必要である。それ以外の統合の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、そこで症例数のしほり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であろう。

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、定義テーブル^{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、神経筋変性・伝達障害の観点から MDC1,7『上肢の神経障害（胸郭出口症候群含む）（DPC6 桁分類 070150）』『上肢末梢神経麻痺（DPC6 桁分類 070160）』『下肢神経疾患（DPC6 桁分類 070170）』『免疫介在性・炎症性ニューロパチー（DPC6 桁分類 010110）』『遺伝性ニューロパチー（DPC6 桁分類 010111）』『特発性（単）ニューロパチー（DPC6 桁分類 010120）』『重症筋無力症・神経障害（その他）（DPC6 桁分類 010130）』『筋疾患（その他）（DPC6 桁分類 010140）』の入院後 24 時間以内死亡症例を除外した 2339 件〔内退院時死亡患者 13 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^{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。

三叉神経領域、他脳神経領域、上腕神経叢（胸郭出口症候群含む）、頸胸腰髄神経根障害、上肢単ニューロパチー、下肢単ニューロパチー、遺伝性多発ニューロパチー、炎症性多発ニュー

ーロパチー、その他多発ニューロパチー、重症筋無力症、筋ジストロフィー、ミオパチー、その他とした。

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。

腱鞘剥離開放手術、神経剥離開放手術、喉頭形成手術、縦隔腫瘍手術、脳神経開放手術とした。

⑨処置

骨移植手術^x

再建手術（皮膚移植）(reconsum)^{xi}

再建手術（有茎、遊離組織移植）(reconfsu)^{xii}

γグロブリン(gloum)

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^{xiii}）:

慢性併存症、急性併存症、急性併発症を Manitoba-Darthmouth&Charlson

Comorbidity Index の（以下 MD 指標）^{xiv}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^{xv}、有しないもの:dcinmdm^{xvi}）、

痴呆(dcindem)^{xvii}、対麻痺(dcinprp)^{xviii}、慢性

肺疾患(dcinpd)^{xix}、末梢血管障害(dcinpvd)^{xx}、

腎臓疾患(dcinrd)^{xxi}、慢性腎不全(dcinrcf)^{xxii}、

自己免疫疾患(dcinctd)^{xxiii}、肝障害(dcinld)（慢

性肝障害:dcinmld^{xxiv}、重症肝障害:dcinsld^{xxv}、
悪性新生物(dcinmal)^{xxvi}

■ 入院時急性併存症

急性心筋梗塞(dcinami)^{xxvii}、脳血管障害
(dcincva)^{xxviii}、胃十二指腸潰瘍(dcinpu)^{xxix}、
感染症(dcininf)^{xxx}、急性腎不全(dcinarf)^{xxxi}、
急性呼吸不全(dcinapf)^{xxxii}、心不全
(dcinahf)^{xxxiii}、急性肝不全(dcinahf)^{xxxiv}、
DIC(dcindic)^{xxxv}

■ 入院後急性併発症

急性心筋梗塞(dccami)、脳血管障害
(dcccva)、胃十二指腸潰瘍(dccpu)、感染症
(dcccinf)、急性腎不全(dccarf)、急性呼吸不全
(dcccaphf)、心不全(dccahf)、急性肝不全(dccalf)、
DIC(dccdic)、静脈血栓塞栓、肺梗塞
(dcccvt)^{xxxvi}、手術関連続発症(dcccomp)^{xxxvii}
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^{xxxviii}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15歳未満154件(6.6%)、15歳以上65
歳未満1445件(61.8%)、65歳以上740件
(31.6%)で、ヒストグラムでは左に裾を引
く1峰性分布であった(図A群)。男性1213
件(51.9%)、女性1126件(48.1%)、地域は北
海道115件(4.9%)、東北166件(7.1%)、関東
677件(28.9%)、中部323件(13.8%)、近畿331
件(14.2%)、中国239件(10.2%)、四国120
件(5.1%)、九州368件(15.7%)であった。
施設母体は国立1066件(45.6%)、公立337
件(14.4%)、私立936件(40.0%)、特定機
能1910件(81.7%)、民間429件(18.3%)であ
った。救急車搬入は113件(4.8%)、退院時
死亡は13件(0.6%)であった。三叉神経領
域213件(32.7%)、他脳神経領域204件(8.7%)、
上腕神経叢(胸郭出口症候群含む)35件
(1.5%)、頸胸腰髄神経根障害14件(0.6%)、上
肢単ニューロパチー471件(20.1%)、下肢単ニ
ューロパチー45件(1.9%)、遺伝性多発ニュー
ロパチー25件(1.1%)、炎症性多発ニューロパ
チー398件(17.0%)、その他多発ニューロパチ
ー189件(8.1%)、重症筋無力症327件(14.0%)、
筋ジストロフィー226件(9.7%)、ミオパチー
102件(4.4%)、その他90件(3.8%)であった。

入院時併存症では、合併症を有する糖尿病
68件(2.9%)、合併症のない糖尿病110件
(4.7%)、痴呆4件(0.2%)、肺疾患80件
(3.4%)、対麻痺1件(0.0%)、末梢血管障害
20件(0.9%)、腎臓疾患9件(0.4%)、慢性腎

不全 27 件(1.2%)、自己免疫疾患 32 件(1.4%)、慢性肝障害 37 件 (1.6%)、重症肝障害 8 件(0.3%)、悪性新生物 41 件(1.8%)であった。

急性併存症では、急性心筋梗塞 3 件(0.1%)、脳血管障害 46 件(2.0%)、胃十二指腸潰瘍 133 件(5.7%)、感染症 0 件(0.0%)、急性腎不全 1 件(0.0%)、急性呼吸不全 4 件(0.2%)、心不全 20 件(0.9%)、急性肝不全 1 件(0.0%)、DIC1 件(0.0%)であった。

入院後急性併発症では、急性心筋梗塞 0 件(0.0%)、脳血管障害 12 件(0.5%)、胃十二指腸潰瘍 64 件(2.7%)、感染症 1 件(0.0%)、急性腎不全 0 件(0.0%)、急性呼吸不全 6 件(0.3%)、心不全 5 件(0.2%)、急性肝不全 0 件(0.0%)、DIC2 件(0.1%)、静脈血栓塞栓、肺梗塞 2 件(0.1%)、手術関連続発症 19 件 (0.8%) であった。

手術では腱鞘剥離開放手術 151 件(6.5%)、神経剥離開放手術 275 件(11.8%)、喉頭形成手術 54 件(2.3%)、縦隔腫瘍手術 82 件(3.5%)、脳神経開放手術 63 件(2.3%)であった。

施行処置は気管切開 23 件(1.0%)、骨移植 1 件(0.0%)、再建手術 (皮膚移植など) 0 件(0.0%)、再建手術 (遊離有茎組織移植) 3 件(0.1%)、 γ グロブリン 229 件(9.8%)、中心静脈栄養 54 件 (2.3%)、人工呼吸 71 件 (3.0%)、人工透析 91 件 (3.9%)、リハビリは 400 件 (7.1%) 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、年齢順、退院時死亡症例で高かった。診断群分類別では重症筋無力症で大きかった。施設地域母体で差がなかったが、特定機能で高かった。入院後併発症を有する方が大きかった。

手術に関しては、縦隔腫瘍手術で高かった。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、年齢順に低かったが、救急車搬送例、死亡例で高かった。病態では炎症性ニューロパチーは際立って高かった。副傷病では差は見られなかった。手術では差はないが、グロブリンなど処置では高かった (図 B 群)。

各目的変数の分布は、LOS,cALL,cDPC では右に裾をひく一峰性分布、dDPC は対称的な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 0.366(施設因子投入後 0.374),0.563(0.564),0.581 (0.584) であった (表 C 群)。dDPC では決定係数は 0.407(0.412)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) ではリハビリ (標準化係数 0.289)、縦隔腫瘍手術 (標準化係数 0.180) であった。cALL ではグロブリン (標準化係数 0.245)、リハビリ (標準化係数 0.205)、中心静脈栄養 (標準化係数 0.169)、cDPC ではグロブリン (標準化係数 0.263)、リハビリ (標準化係数 0.185)、中心静脈栄養 (標準化係数 0.173)、dDPC ではグロブリン (標準化係数 0.398)、炎症性多発ニューロパチー (標準化係数 0.328) であった (図 C 群)。副傷病に関しては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死亡例が少ないので行っていない。

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、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、特に神経筋変性・伝達障害の観点から『上肢の神経障害(胸郭出口症候群含む)』(DPC6 桁分類 070150)』『上肢末梢神経麻痺(DPC6 桁分類 070160)』『下肢神経疾患(DPC6 桁分類 070170)』『免疫介在性・炎症性ニューロパチー(DPC6 桁分類 010110)』『遺伝性ニューロパチー(DPC6 桁分類 010111)』『特発性(単)ニューロパチー(DPC6 桁分類 010120)』『重症筋無力症・神経障害(その他)(DPC6 桁分類 010130)』『筋疾患(その他)(DPC6 桁分類 010140)』の診断群分類において、グロブリンや中心静脈栄養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 を各種神経筋疾患の観点で統合し、臨床疾患群での差異を比較検討したが、炎症性多発ニューロパチー以外は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。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、今回の分析対象での炎症性多発ニューロパチー以外の病態での統合に問題はないと考えられる。

E. 結論

DPC 分類の精緻化の試みを、神経筋変性・伝達障害の観点から MDC1,7『上肢の神経障害(胸郭出口症候群含む)』(DPC6 桁分類 070150)』『上肢末梢神経麻痺(DPC6 桁分類 070160)』『下肢神経疾患(DPC6 桁分類 070170)』『免疫介在性・炎症性ニューロパチー(DPC6 桁分類 010110)』『遺伝性ニューロパチー(DPC6 桁分類 010111)』『特発性(単)ニューロパチー(DPC6 桁分類 010120)』『重症筋無力症・神経障害(その他)(DPC6 桁分類 010130)』『筋疾患(その他)(DPC6 桁分類 010140)』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。またいずれの医療費関連指標においても、処置(グロブリンや中心静脈栄養など)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、臨床疾患分類としての部位に関する基本 DPC そのものの違いでは炎症性多発ニューロパチーの影響が大きかった。この病態以外での基本 DPC の統合の妥当性に問題はないと考えられる。

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、三叉神経領域 G50\$, 他脳神経領域 G52\$, G530-2、上腕神経叢（胸郭出口症候群含む）G540、頸胸腰髄神経根障害 G541-4、上肢単ニューロパチー G56\$, P140、下肢単ニューロパチー G57\$, 遺伝性多発ニューロパチー G60\$, 炎症性多発ニューロパチー G610, G618-9、その他多発ニューロパチー G621-2, G628-9, G63\$, G64、重症筋無力症 G700, G708-9、筋ジストロフィー G71\$, ミオパチー G72\$, G731, G737、その他 G545-6, G548, G580, G587-9, G590, P149 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、腱鞘剥離開放手術

K034-5, K035-3, K028, K093、神経剥離開放手術 K188, K197, K198、喉頭形成手術 K400\$, 縦隔腫瘍手術 K502, K503, K504、脳神経開放手術 K160 とした。気管切開は別途 K386 として収集した。手術がない場合や、これ以外の手術は 1 つに集約した。

x K059\$

xi K012\$, K013\$, K014

xii K015\$, K016, K017, K019, K020, K021, K021-2\$, K022

xiii 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。

xiv 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。

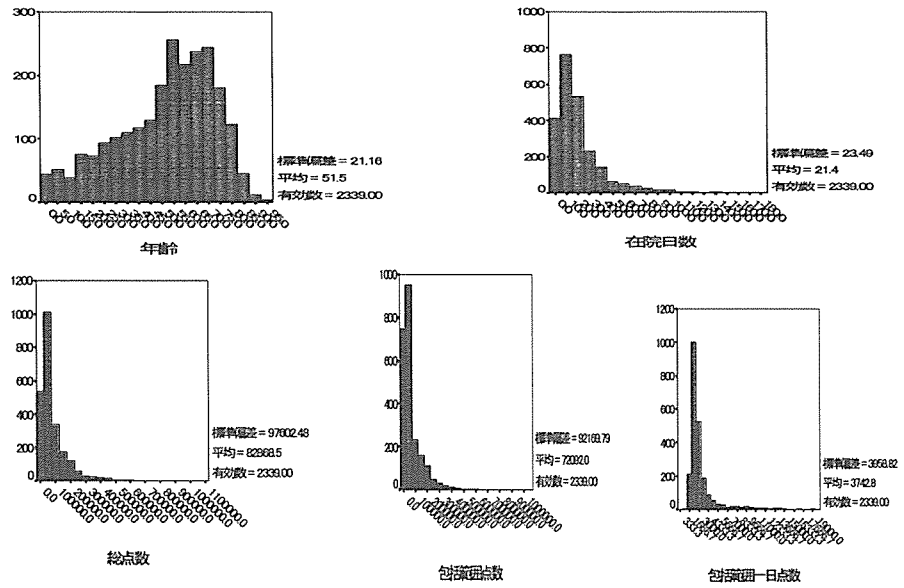
xv ICD10 コードでは E102-8, E112-8, E122-8, E132-8, E142-8 と MD 指標では定義している。

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

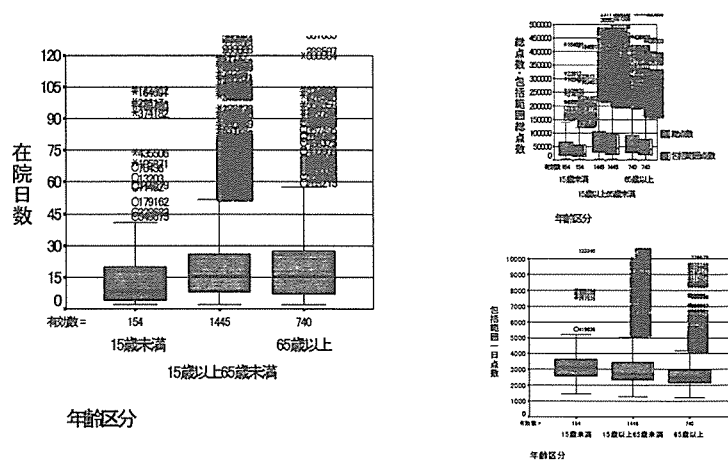
xvii F00-F021, F03\$, G30\$, G311

xviii G81\$,G041,G820,822-3
xix J40,J41\$-47\$,J60-1,J62\$,J63-5,J66\$,J67\$, J961,J969
xx I70\$,I71\$,I72\$,I73,I771,R02
xxi N01\$,N03\$,N05\$,N07\$,N19,N25\$
xxii N18\$
xxiii M05-M06,M08-M09,M32\$-M34\$,M35\$
xxiv K700,K701,K709,K710,K713-716,K718,K719,,K721,K729,K73\$,K748,K760-761,K768-769
xxv I850,I859K702-704,K711,K712,K717,K720,K740-746,K762-767
xxvi C00\$-C96\$,D890,Z85\$
xxvii I21\$,I22\$,I252
xxviii I60\$-69\$,G45\$,G46\$
xxix K25\$-28\$
xxx A\$\$\$,B\$\$\$
xxxi N17\$
xxxii J960
xxxiii I50\$
xxxiv B150,B160,B162,B190,K720
xxxv D65
xxxvi I260,I269,I80\$
xxxvii 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。
xxxviii 対照は年齢で 15 歳以上 65 歳未満群、女性、地域では関東、私立とした。病態は『その他』ほか、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。

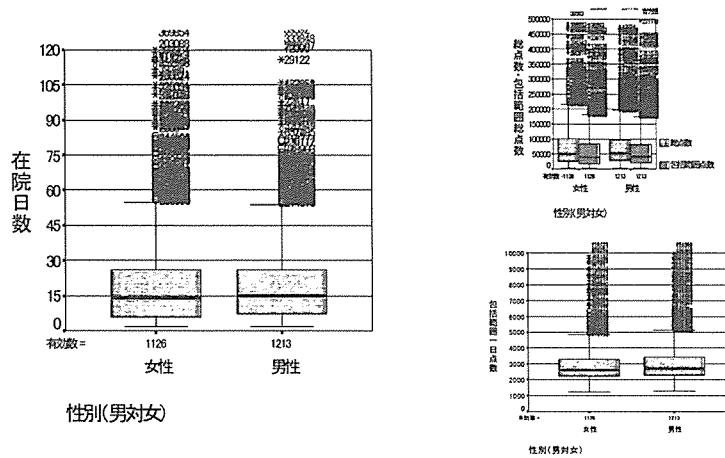
図A群



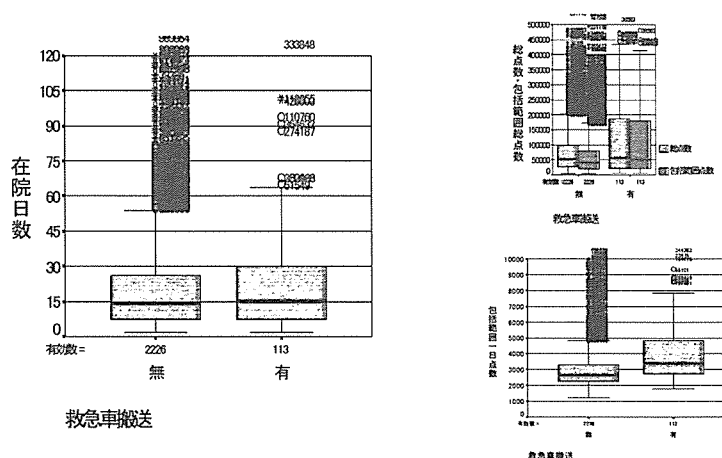
図B群(年齢)



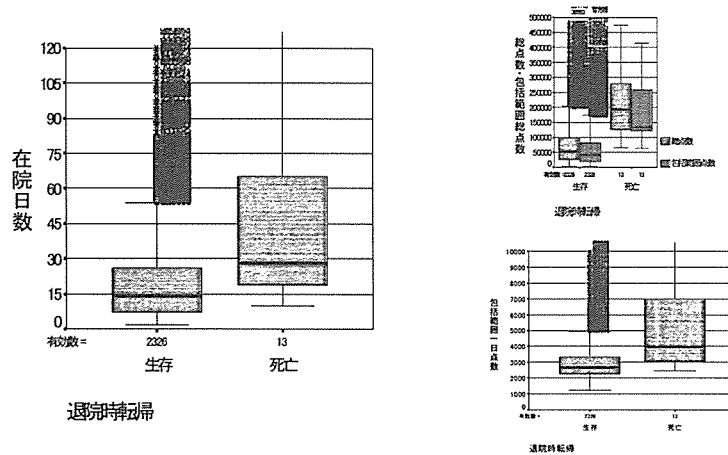
図B群(性別)



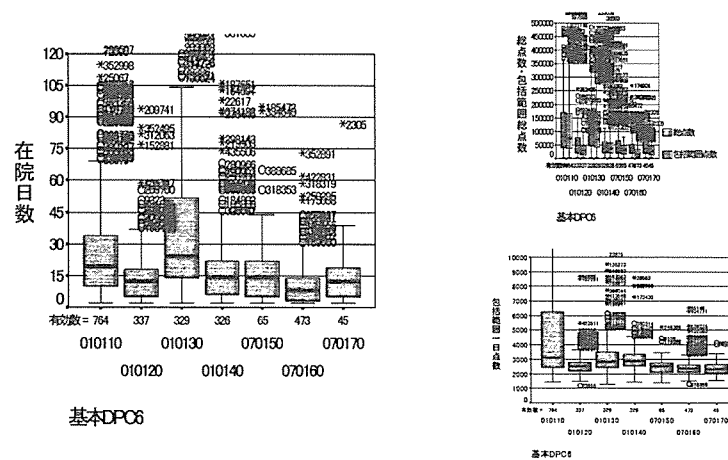
図B群(救急車搬送)



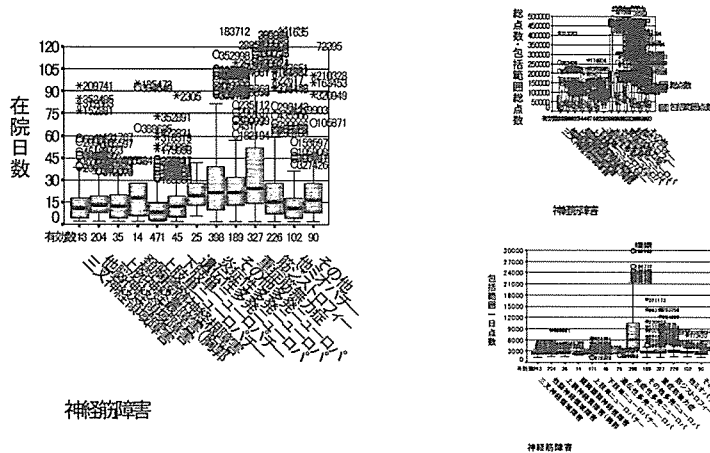
図B群(退院時転記)



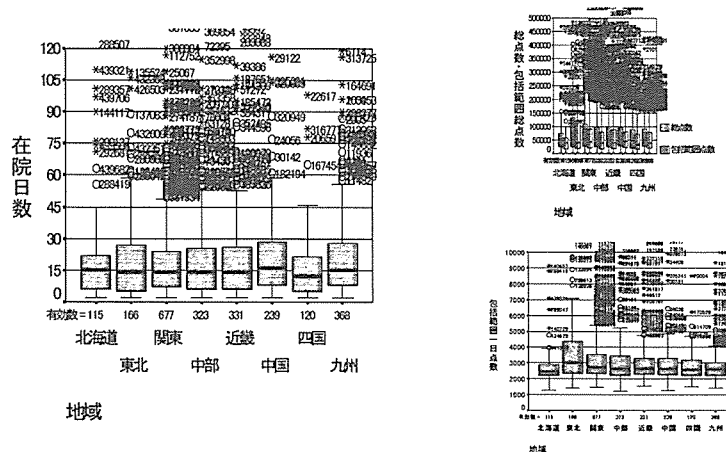
図B群(基本DPC別)



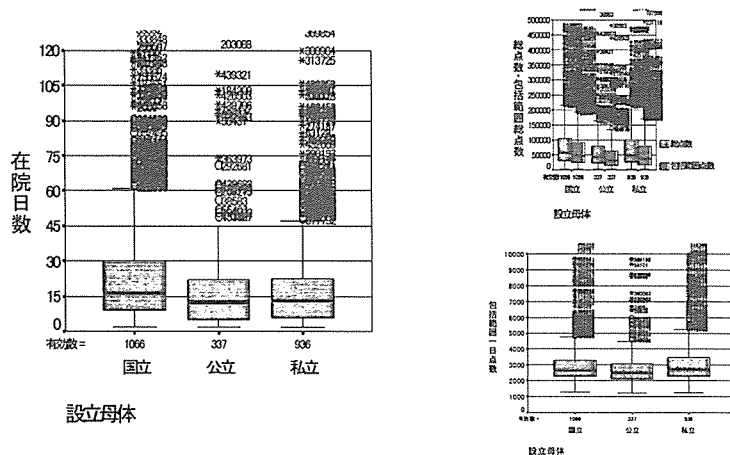
図B群(病態)



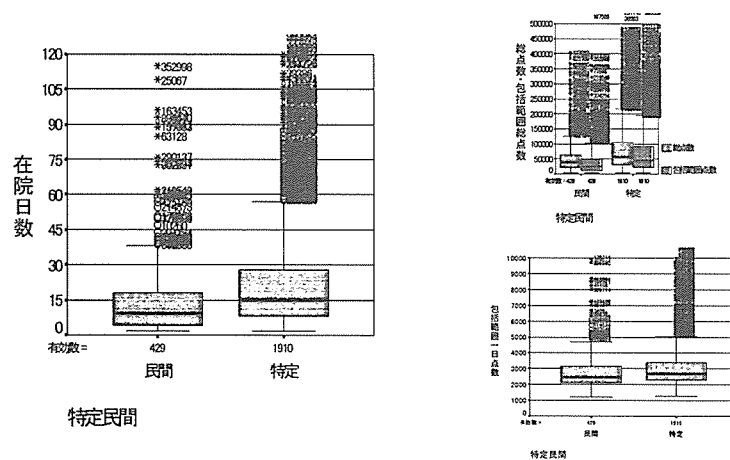
図B群(地域施設)



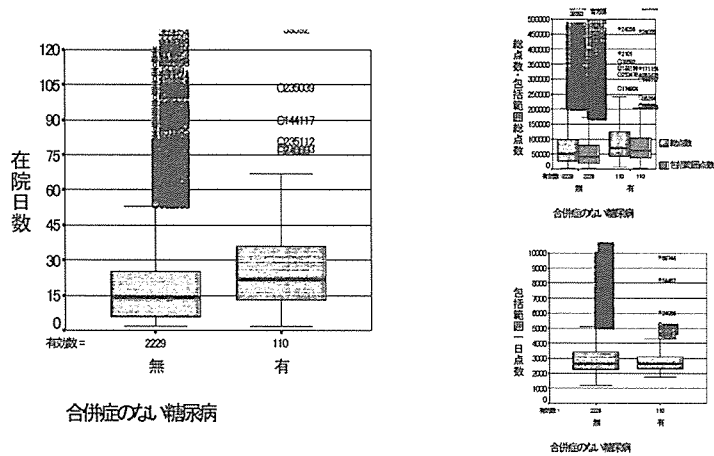
図B群(施設母体)



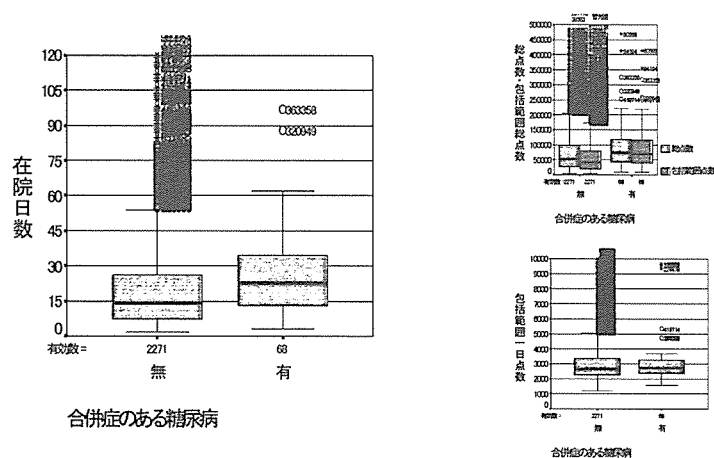
図B群(施設機能)



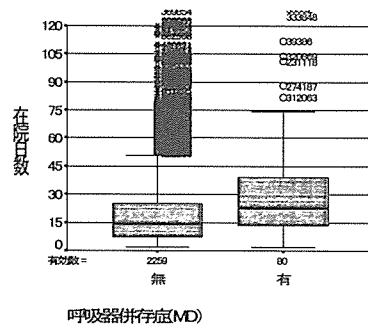
図B群(合併症のない糖尿病)



図B群(合併症のある糖尿病)



図B群(呼吸器併存症)



図B群(血管障害)

