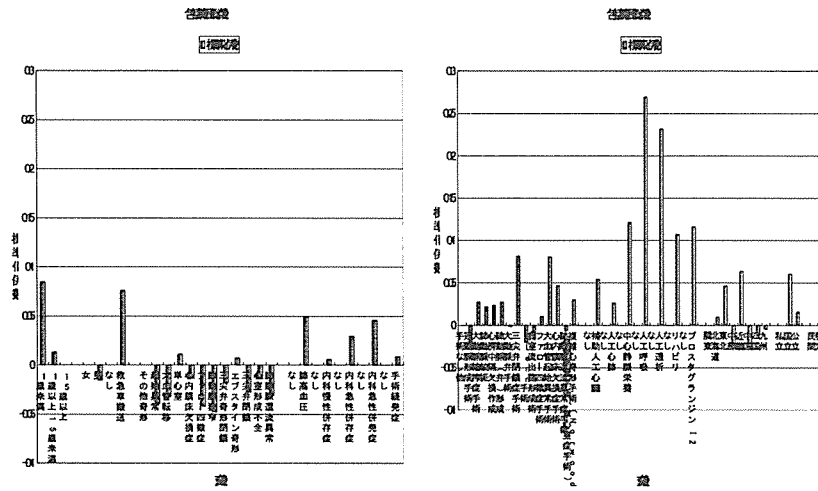
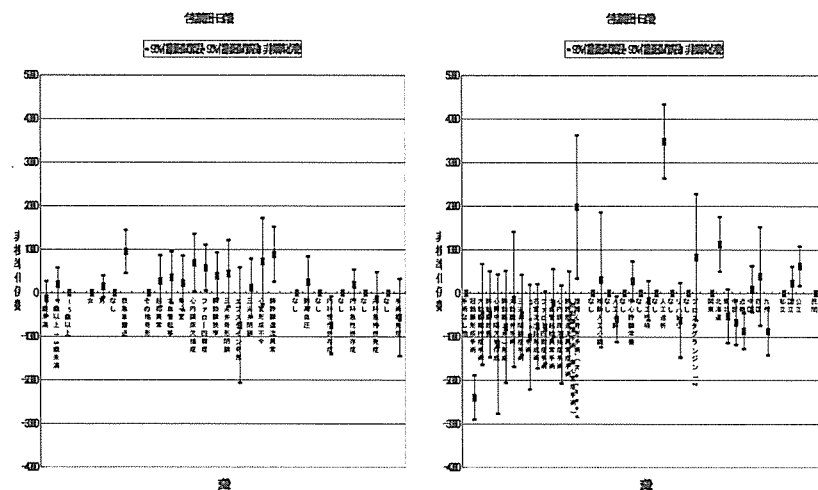


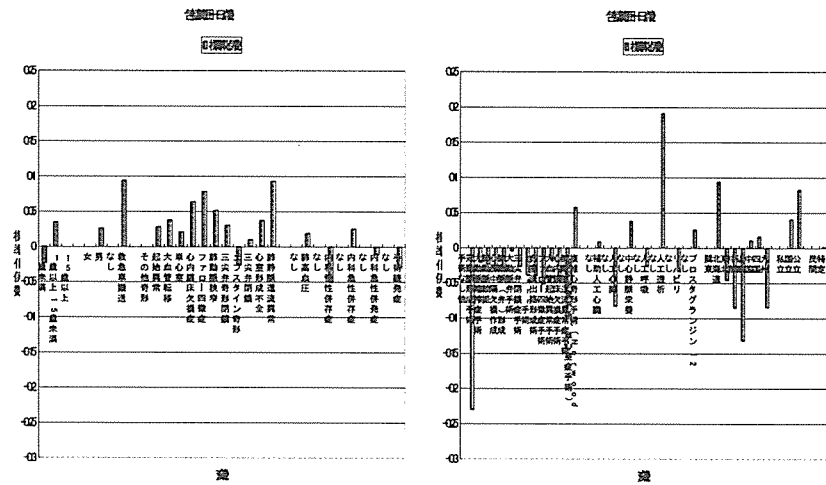
図C群(cDPC分析)



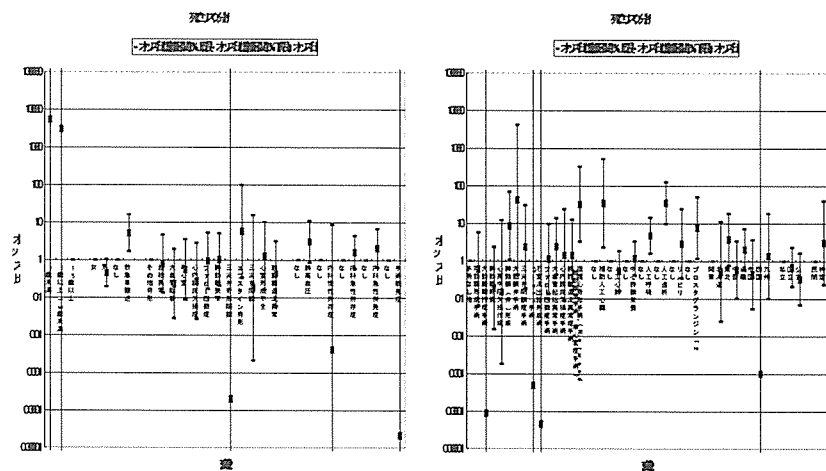
図C群(dDPC分析)



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）

MDC14 腹部臓器先天奇形関連

『新生児胃破裂（DPC6 桁分類 140060）』『食道の先天異常（DPC6 桁分類 140390）』『胃・上部消化管の先天異常（DPC6 桁分類 140400）』『先天性肥厚性幽門狭窄症（DPC6 桁分類 140410）』『小腸閉鎖（DPC6 桁分類 140420）』『腸管の先天異常（DPC6 桁分類 140430）』『肛門閉鎖（DPC6 桁分類 140440）』『胆道の先天異常（拡張症）（DPC6 桁分類 140450）』『胆道の先天異常（閉鎖症）（DPC6 桁分類 140460）』『肝胆道瘻先天異常（DPC6 桁分類 140470）』『先天性腹壁異常（DPC6 桁分類 140480）』

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、腹部臓器先天奇形関連として MDC14 『新生児胃破裂（DPC6 桁分類 140060）』『食道の先天異常（DPC6 桁分類 140390）』『胃・上部消化管の先天異常（DPC6 桁分類 140400）』『先天性肥厚性幽門狭窄症（DPC6 桁分類 140410）』『小腸閉鎖（DPC6 桁分類 140420）』『腸管の先天異常（DPC6 桁分類 140430）』『肛門閉鎖（DPC6 桁分類 140440）』『胆道の先天異常（拡張症）（DPC6 桁分類 140450）』『胆道の先天異常（閉鎖症）（DPC6 桁分類 140460）』『肝胆道瘻先天異常（DPC6 桁分類 140470）』『先天性腹壁異常（DPC6 桁分類 140480）』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、臨床疾患群（腸閉鎖症、胆道閉鎖症）や処置（中心静脈栄養、人工呼吸）に配慮（別途独立評価）を要することが判明した。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、各種腹部臓器先天性奇形の差異を分析した。腸閉鎖症、胆道閉鎖症の影響が包括範囲一日点数に見られ、これら基本 DPC の統合の妥当性に議論が必要と考えられる。また、中心静脈栄養や人工呼吸の分類上の個別の配慮も必要と思われた。

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、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、腹部臓器先天奇形関連としてMDC14『新生児胃破裂(DPC6 桁分類140060)』『食道の先天異常(DPC6 桁分類140390)』『胃・上部消化管の先天異常(DPC6 桁分類140400)』『先天性肥厚性幽門狭窄症(DPC6 桁分類140410)』『小腸閉鎖(DPC6 桁分類140420)』『腸管の先天異常(DPC6 桁分類140430)』『肛門閉鎖(DPC6 桁分類140440)』『胆道の先天異常(拡張症)(DPC6 桁分類140450)』『胆道の先天異常(閉鎖症)(DPC6 桁分類140460)』『肝胆道腓先天異常(DPC6 桁分類140470)』『先天性腹壁異常(DPC6 桁分類140480)』の入院後24時間以内死亡症例を除外した865件〔内退院時死亡患者11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:1歳未満、1歳以上15歳未満、15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)

⑦臨床情報

出生時体重

1500グラム未満、2500グラム未満、

2500グラム以上4000グラム未満

明示なし(4000グラム以上含む)

在胎週数

28週未満、28週以上37週未満、37週以上

42週未満、明示なし(42週以上含む)

⑧疾患群^{viii}:ICD10は腹部臓器の先天異常形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。

食道奇形、肥厚性幽門狭窄、十二指腸閉鎖狭窄、小腸閉鎖狭窄、鎖肛(直腸閉鎖含む)、メッケル憩室、ヒルシュスプルング病、腸回転異常、直腸肛門先天瘻、胆道閉鎖狭窄症、胆道拡張症、肝奇形、腹壁奇形、その他の消化管奇形、とした。

⑨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。

人工肛門造設、幽門形成、小腸手術(切除含む)、鎖肛手術、巨大結腸症手術、腸回転異常症手術、臍帯ヘルニア手術、総胆管拡張症手術、食道閉鎖手術、胆道閉鎖手術

⑩処置

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。

⑪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(dcinprp)^{xv}、慢性肺疾患(dcinpd)^{xvi}、末梢血管障害(dcinpvd)^{xvii}、腎臓疾患(dcinrd)^{xviii}、慢性腎不全(dcinrf)^{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(dcinmal)^{xxiii}

■ 入院時急性併存症

急性心筋梗塞(dcinami)^{xxiv}、脳血管障害(dcinva)^{xxv}、胃十二指腸潰瘍(dcinpu)^{xxvi}、感染症(dcininf)^{xxvii}、急性腎不全(dcinarf)^{xxviii}、急性呼吸不全(dcinapf)^{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(dccdvt)^{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）を選出した。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に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1歳未満514件(59.4%)、1歳以上15歳未満213件(24.6%)、15歳以上138件(16.0%)で、ヒストグラムではなだらかな右に裾を引く1峰性分布であった(図A群)。男性443件(51.2%)、女性422件(48.8%)であった。

体重は1500グラム未満4件(0.4%)、2500グラム未満56件(6.5%)、2500グラム以上4000グラム未満132件(15.3%)、明示なし673件(77.8%)であった。

在胎週数では28週未満302件(34.9%)、28週以上37週未満34件(3.9%)、37週以上42週未満128件(14.8%)、明示なし401件(46.4%)であった。

地域は北海道40件(4.6%)、東北89件(10.3%)、関東336件(38.8%)、中部114件(13.2%)、近畿116件(13.4%)、中国43件(5.0%)、四国15件(1.7%)、九州112件(12.9%)であった。施設母体は国立335件(38.7%)、公立81件(9.4%)、私立449件(51.9%)、特定機能711件(82.2%)、民間154件(17.8%)であった。救急車搬入は94件(10.9%)、退院時死亡は11件(1.3%)であった。

先天性形態異常では食道奇形55件(6.4%)、肥厚性幽門狭窄119件(13.8%)、十二指腸閉鎖狭窄17件(2.0%)、小腸閉鎖狭窄26件

(3.0%)、鎖肛（直腸閉鎖含む）99件(11.4%)、メッケル憩室 35 件(4.0%)、ヒルシュスプルング病 153 件(17.7%)、腸回転異常 30 件(3.5%)、直腸肛門先天瘻 24 件(2.8%)、胆道閉鎖狭窄症 182 件(21.0%)、胆道拡張症 46 件(5.3%)、肝奇形 11 件(1.3%)、腹壁奇形 31 件(3.6%)、その他の消化管奇形 37 件(4.3%)であった。

入院時併存症では、合併症を有する糖尿病 1 件(0.1%)、合併症のない糖尿病 0 件(0.0%)、痴呆 0 件(0.0%)、慢性肺疾患 4 件(0.5%)、対麻痺 0 件(0.0%)、末梢血管障害 1 件(0.1%)、腎臓疾患 0 件(0.0%)、慢性腎不全 3 件(0.3%)、自己免疫疾患 0 件(0.0%)、慢性肝障害 9 件(1.0%)、重症肝障害 27 件(3.1%)、悪性新生物 4 件(0.5%)であった。

急性併存症では、急性心筋梗塞 0 件(0.0%)、脳血管障害 4 件(0.5%)、胃十二指腸潰瘍 16 件(1.8%)、感染症 0 件(0.0%)、急性腎不全 0 件(0.0%)、急性呼吸不全 2 件(0.2%)、心不全 2 件(0.2%)、急性肝不全 12 件(1.4%)、DIC 0 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 0 件(0.0%)、胃十二指腸潰瘍 16 件(1.8%)、感染症 0 件(0.0%)、急性腎不全 1 件(0.1%)、急性呼吸不全 0 件(0.0%)、心不全 2 件(0.2%)、急性肝不全 2 件(0.2%)、DIC 2 件(0.2%)、静脈血栓塞栓、肺梗塞 0 件(0.0%)、手術関連続発症 8 件(0.9%)であった。

手術は人工肛門造設 23 件(2.7%)、幽門 91 件(10.5%)、小腸手術（切除含む）61 件(7.1%)、鎖肛手術 50 件(5.8%)、巨大結腸症手術 41 件(4.7%)、腸回転異常症手術 22 件(2.5%)、臍帯ヘルニア手術 22 件(2.5%)、総胆管拡張症手術 38 件(4.4%)、食道閉鎖手術 19 件(2.2%)、

胆道閉鎖手術 17 件(2.0%)であった。

施行処置は中心静脈栄養 134 件(15.5%)、人工呼吸 53 件(6.1%)、人工透析 4 件(0.5%)、リハビリは 8 件(0.9%)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、救急車搬送、低体重、在胎週数が 37 週未満で高かった。疾患群では小腸閉鎖狭窄、腹壁異常の疾患が高かった。施設地域、機能では差がなかった。手術続発症を有する例で高かった。手術処置では胆道関連の手術、処置施行例で高かった。

一方 dDPC については、低体重、在胎週数が 37 週未満で高かった。臨床疾患群では小腸閉鎖狭窄で高かった。手術処置では胆道関連の手術、臍帯ヘルニア手術、処置施行例で高かった。処置ではリハビリで低かった（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 0.344（施設因子投入後 0.361）、0.560(0.565)、0.479(0.488)であった（表 C 群）。dDPC では決定係数は 0.242(0.270)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）では巨大結腸症手術（標準化係数 0.218）、胆道閉鎖手術（標準化係数 0.215）であった。cALL では胆道閉鎖手術（標準化係数 0.231）、巨大結腸症手術（標準化係数 0.212）、cDPC では胆道閉鎖手術（標準化係数 0.217）、中心静脈栄養（標準化係数 0.214）、dDPC では小

腸閉鎖狭窄（標準化係数 0.203）、胆道閉鎖狭窄（標準化係数 0.201）であった。非標準化係数で見ても同じであるが、中心静脈栄養と人工呼吸の影響もあった（図C群）。

死亡症例が少なく、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、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低かった。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『新生児胃破裂（DPC6 桁分類 140060）』『食道の先天異常（DPC6 桁分類 140390）』『胃・上部消化管の先天異常（DPC6 桁分類 140400）』『先天性肥厚性幽門狭窄症（DPC6 桁分類 140410）』『小腸閉鎖（DPC6 桁分類 140420）』『腸管の先天異常（DPC6 桁分類 140430）』『胆門閉鎖（DPC6 桁分類 140440）』『胆道の先天異常（拡張症）（DPC6 桁分類 140450）』『胆道の先天異常（閉鎖症）（DPC6 桁分類 140460）』『肝胆道瘻先天異常（DPC6 桁分類 140470）』『先天性腹壁異常（DPC6 桁分類 140480）』の診断群分類において、包括範囲一日点数の観点においては臨床疾患（腸閉鎖症、胆道閉鎖症）、処置（中心静脈栄養、人工呼吸）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、腹部臓器奇形の差異を分析したが、これら基本 DPC の統合の妥

当に議論が必要と思われる。また処置も中心静脈栄養、人工呼吸の配慮が必要であった。

E.結論

DPC 分類の精緻化の試みを、腹部臓器先天奇形関連として MDC14『新生児胃破裂（DPC6 桁分類 140060）』『食道の先天異常（DPC6 桁分類 140390）』『胃・上部消化管の先天異常（DPC6 桁分類 140400）』『先天性肥厚性幽門狭窄症（DPC6 桁分類 140410）』『小腸閉鎖（DPC6 桁分類 140420）』『腸管の先天異常（DPC6 桁分類 140430）』『胆門閉鎖（DPC6 桁分類 140440）』『胆道の先天異常（拡張症）（DPC6 桁分類 140450）』『胆道の先天異常（閉鎖症）（DPC6 桁分類 140460）』『肝胆道瘻先天異常（DPC6 桁分類 140470）』『先天性腹壁異常（DPC6 桁分類 140480）』を用いて行った。

現行支払い制度(dDPC)は、LOS,cALL,cDPC に比較し、各因子の説明力が低かった。また包括範囲一日点数において、臨床疾患群（腸閉鎖症、胆道閉鎖症）、処置（中心静脈栄養、人工呼吸）が相対的に大きな影響を持っていた。具体的には各種腹部臓器先天奇形の差異を分析では、腸閉鎖症、胆道閉鎖症の包括範囲一日点数への影響が大きく、これら基本 DPC の統合の妥当に議論が必要と思われる。中心静脈栄養や人工呼吸の分類上の個別の配慮も必要と思われた。

F.研究発表

平成 17 年 1 月現在未発表

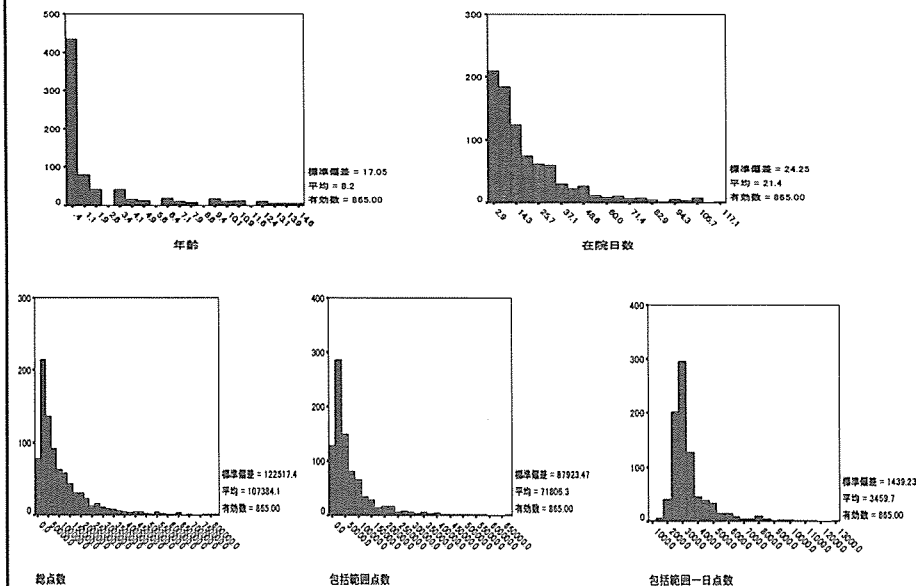
G.知的所有権の取得状況

該当せず

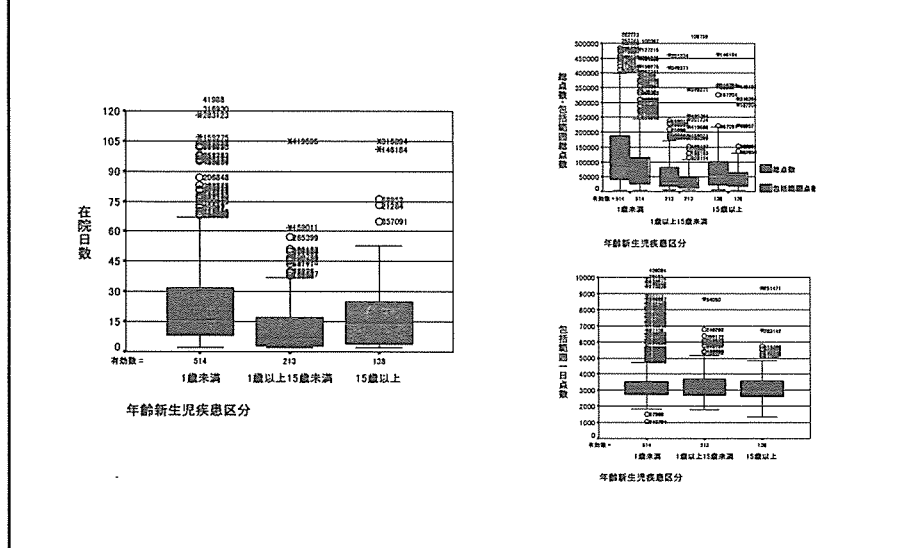
-
- i 支払い分類としては、症例数 20 例以上、目的とする変数の変動係数が 1 未満という規則で、支払い分類が作成される。
- ii DPC は 14 桁コードから構成されている。その左の 6 桁は臓器と病理・病勢の組み合わせを意味する。基本 DPC ともいう
- iii 入院基本料等加算、指導管理、リハビリテーション、精神科専門療法、手術・麻酔、放射線治療、心臓カテーテル法による諸検査、内視鏡検査、診断穿刺・検体採取、1000 点以上の処置については、従来どおりの出来高評価である。それ以外の入院加算料、特定入院基本料、画像および画像診断合計、検査合計、処置合計、内服、頓服、外用、麻毒、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 先天性形態異常では食道奇形 Q39\$, 肥厚性幽門狭窄 Q400、十二指腸閉鎖狭窄 Q410、小腸閉鎖狭窄 Q411-2,Q419、鎖肛（直腸閉鎖含む）Q422-3,Q429、メッケル憩室 Q430、ヒルシュスプルング病 Q431、腸回転異常 Q433、直腸肛門先天瘻 Q436-7、胆道閉鎖狭窄症 Q442,Q444、胆道拡張症 Q445、肝奇形 Q446-7、腹壁奇形 Q792-3、その他の消化管奇形 P788,Q402,Q408-9,Q434,Q438-9,Q453,Q458-9 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、カテゴリ化している。手術は診療報酬点数コード上のコードから、人工肛門造設 K726、幽門形成 K666、小腸手術（切除含む）K7401,K729\$,K728,K724,K719-2,K719\$,K718-2,K717,K716\$, 鎖肛手術 K752\$,K751\$, 巨大結腸症手術 K735、腸回転異常症手術 K734、臍帯ヘルニア手術 K6334、総胆管拡張症手術 K674、食道閉鎖手術 K528、胆道閉鎖手術 K684 とし、これ以外の手術は 1 つに集約した。
- 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 15 歳以上、女性、地域では関東、私立とした。先天性形態異常では『その他の消化管奇形』、手術は『手術なし群』を対照とした。他因子は無群を対照とした。

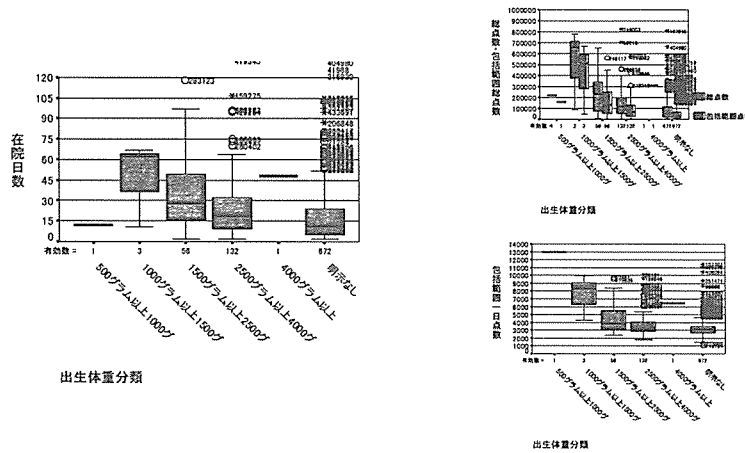
図A群



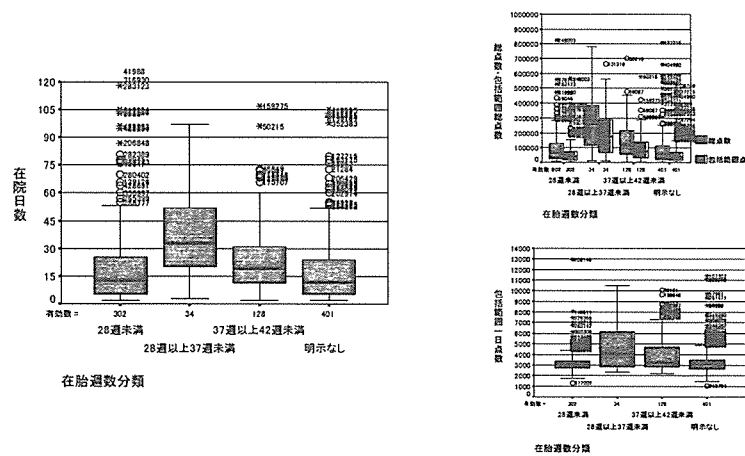
図B群(年齢)



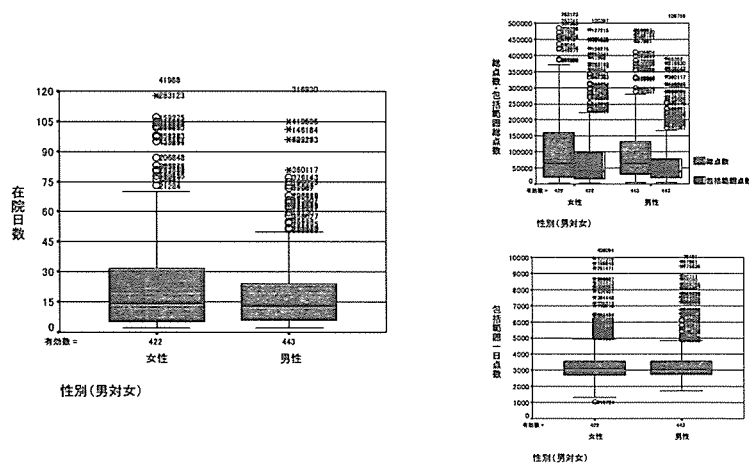
図B群(出生時体重)



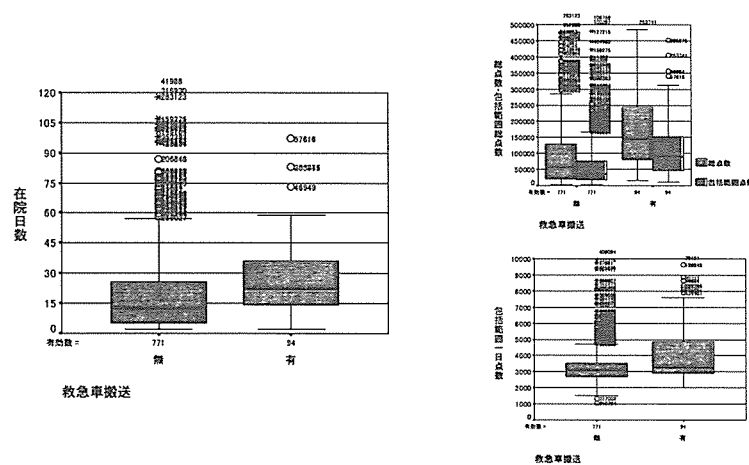
図B群(在胎週数)



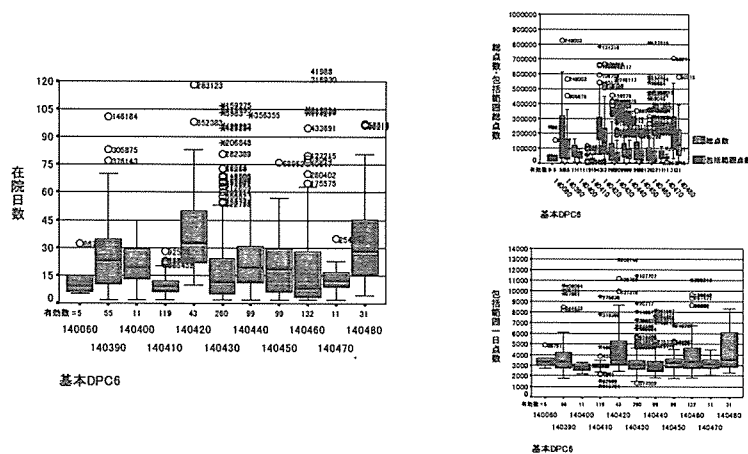
図B群(性別)



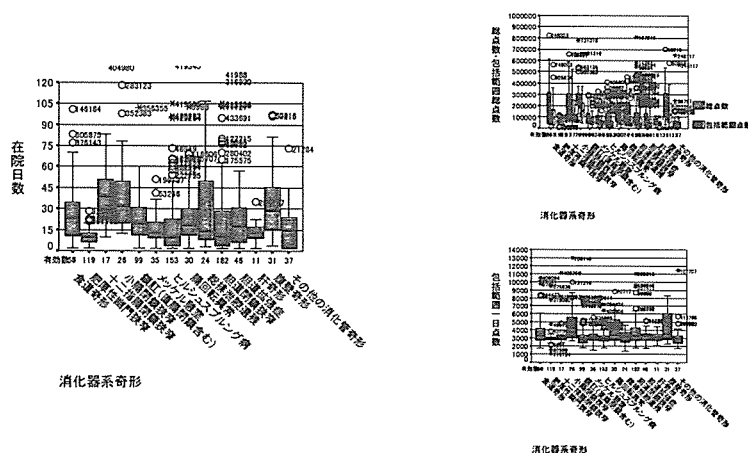
図B群(救急車搬送)



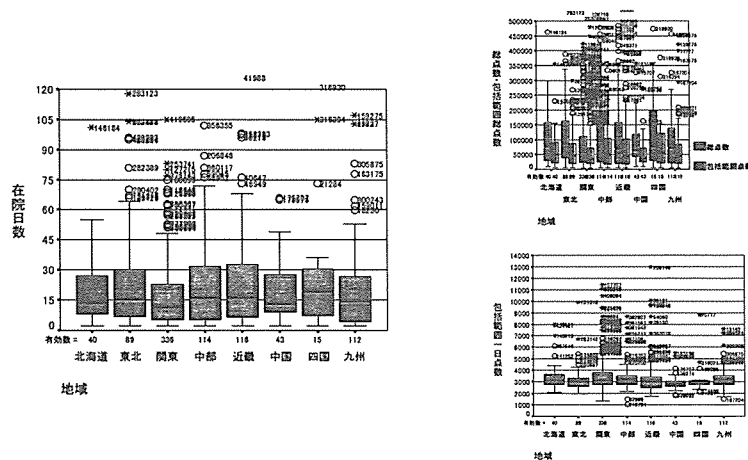
図B群(基本DPC別)



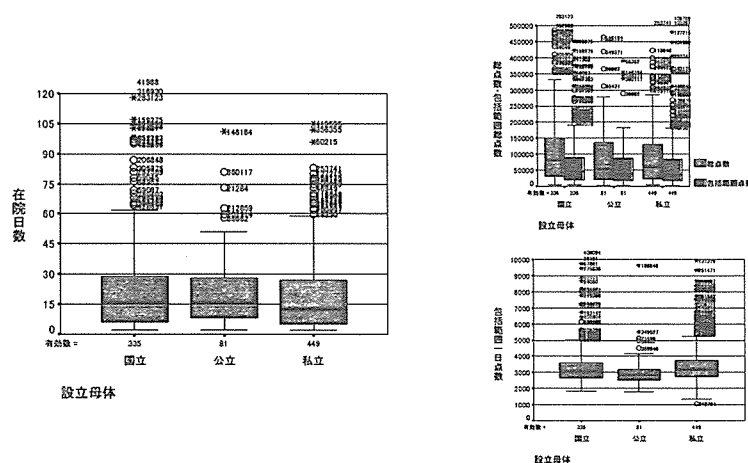
図B群(病態)



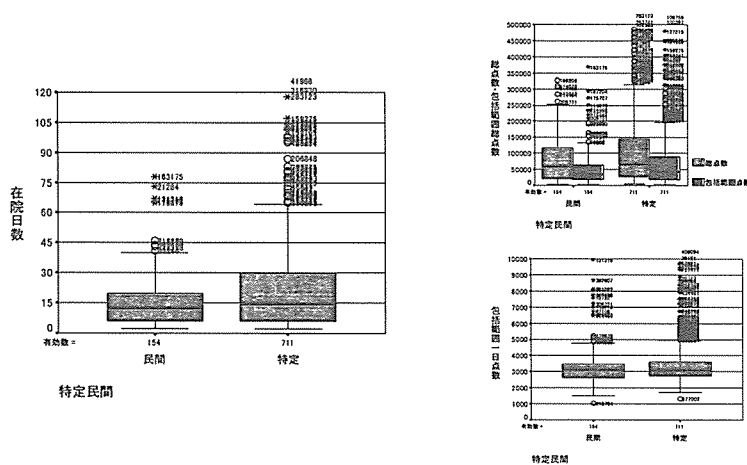
図B群(地域施設)



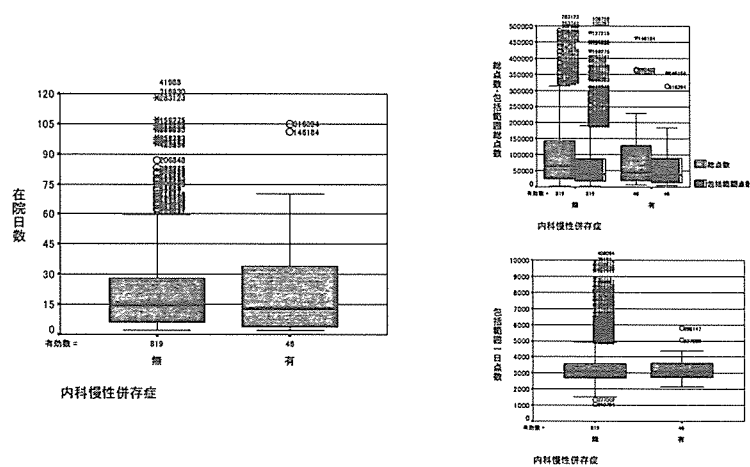
図B群(施設母体)



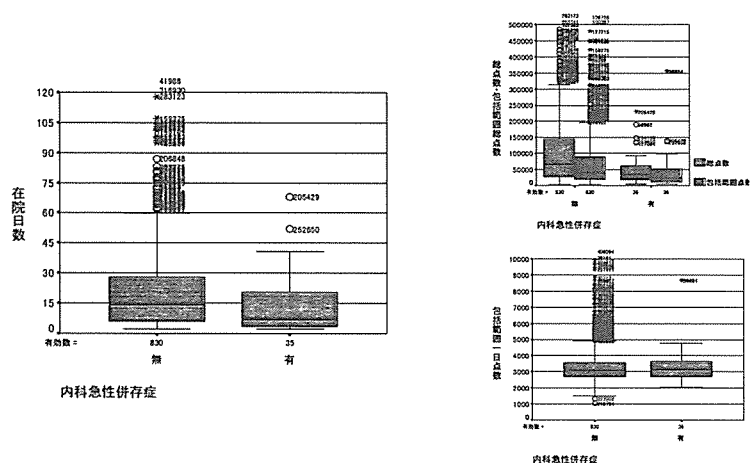
図B群(施設機能)



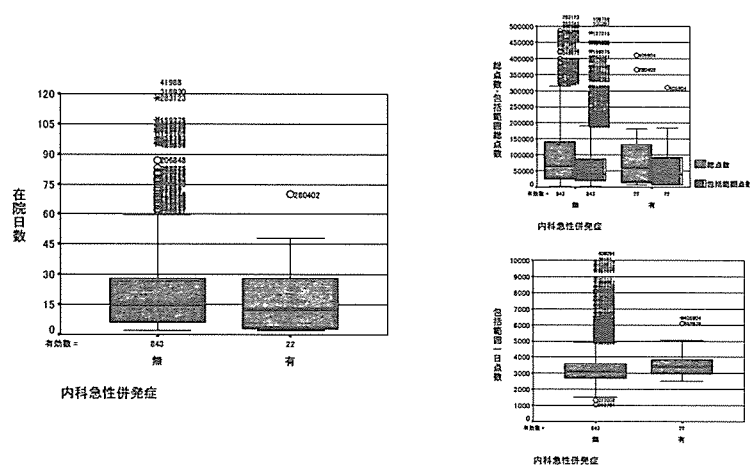
図B群(内科慢性併存症)



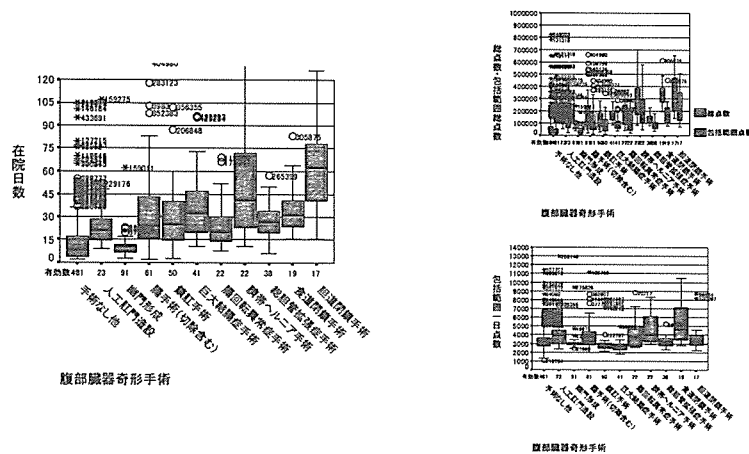
図B群(内科急性併存症)



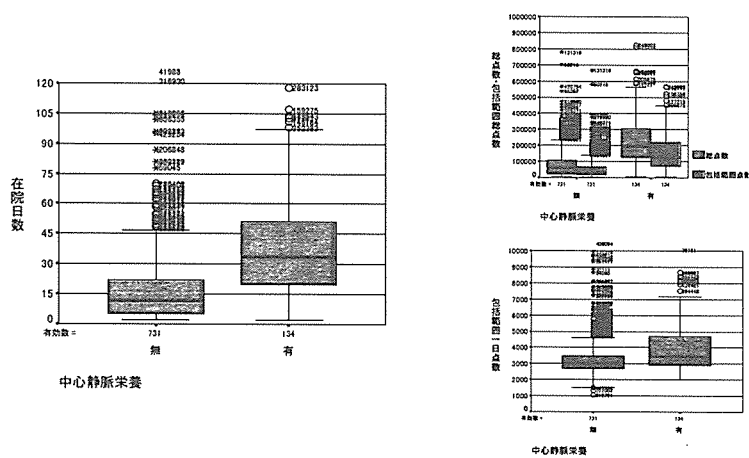
図B群(内科急性併発症)



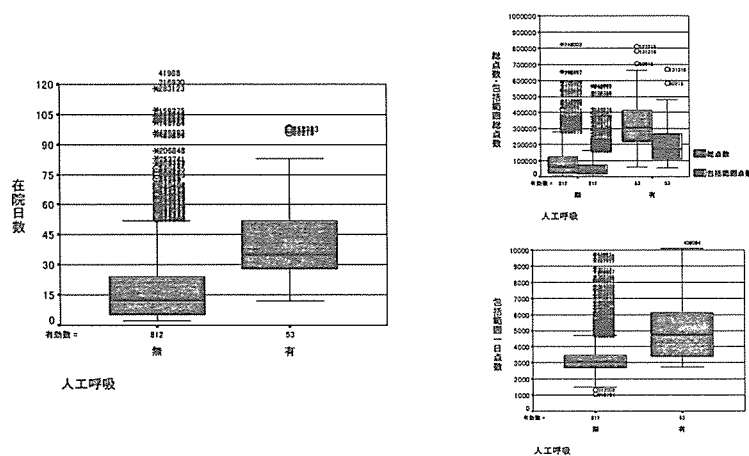
図B群(手術)



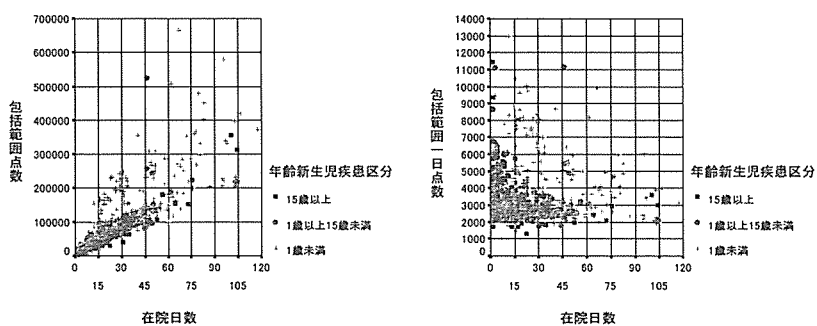
図B群(中心静脈)



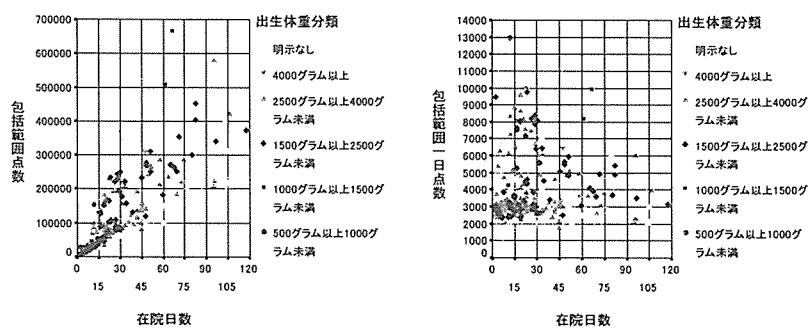
図B群(人工呼吸)



図B群(年齢)



図B群(出生時体重)



図B群(在胎週数)

