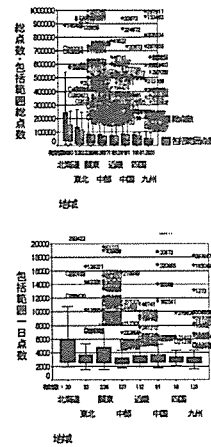
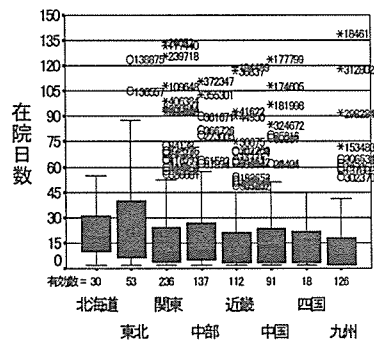
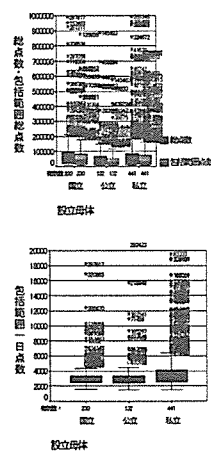
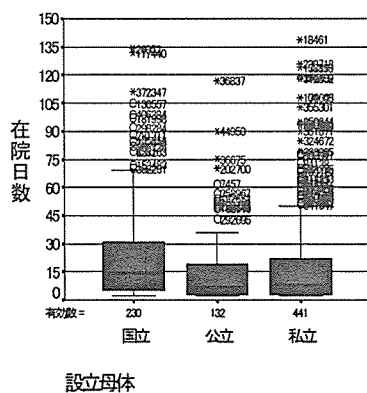


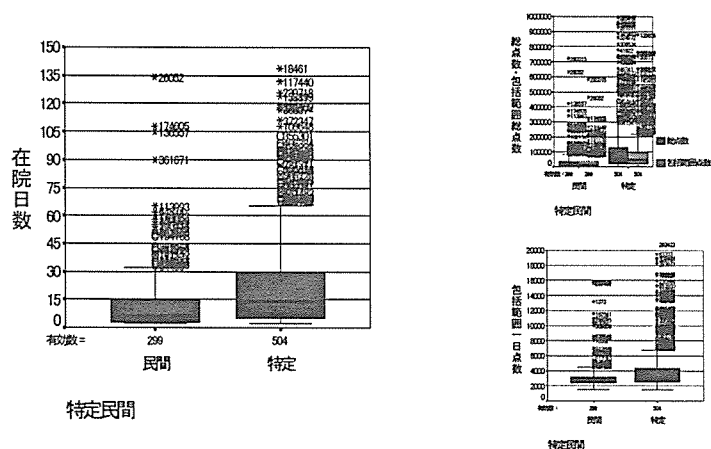
図B群(地域施設)



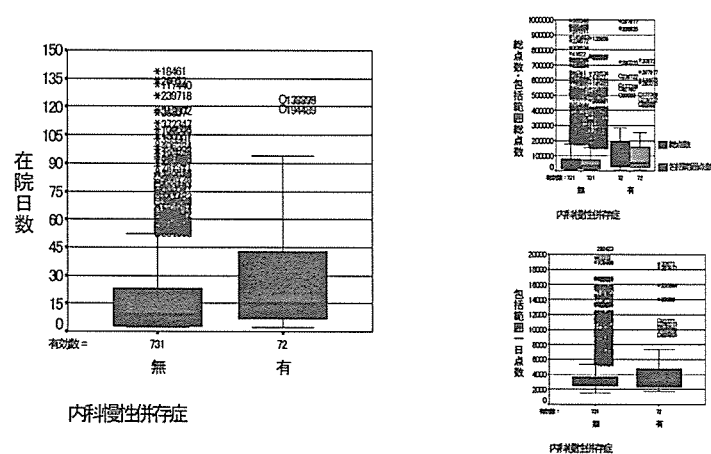
図B群(施設母体)



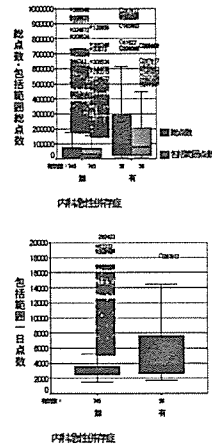
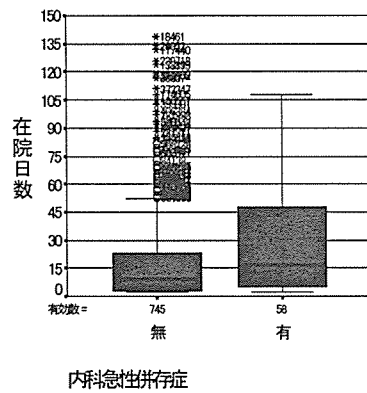
図B群(施設機能)



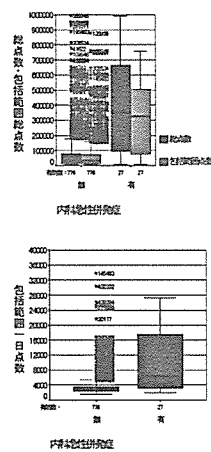
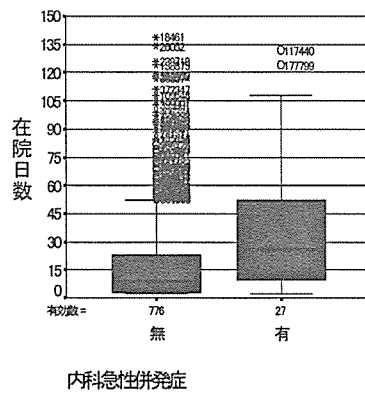
図B群(入院時慢性併存症)



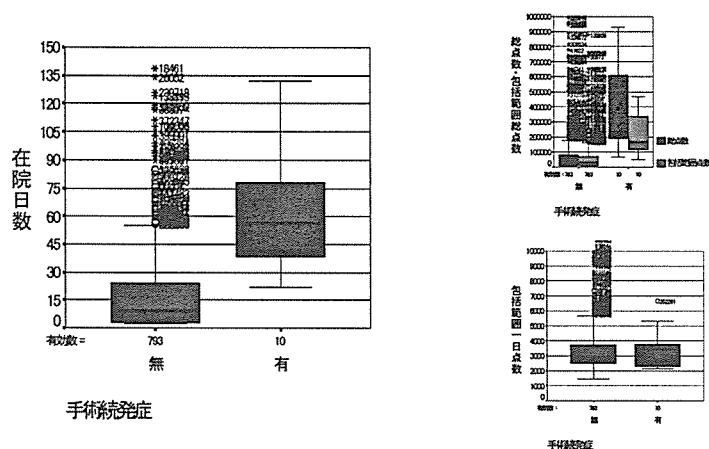
図B群(入院時急性併存症)



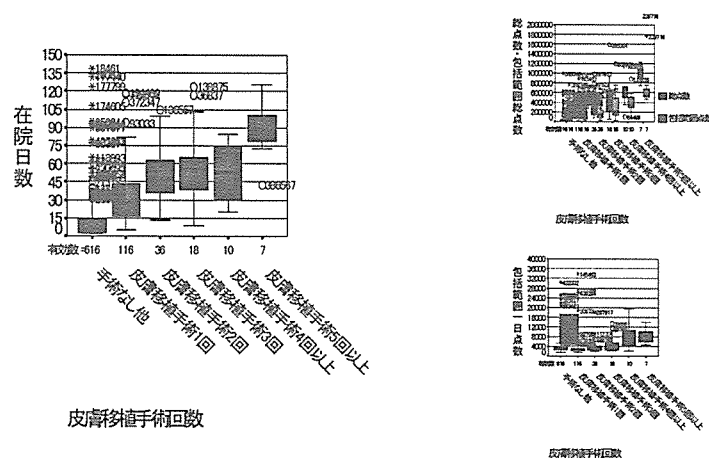
図B群(入院時急性併発症)



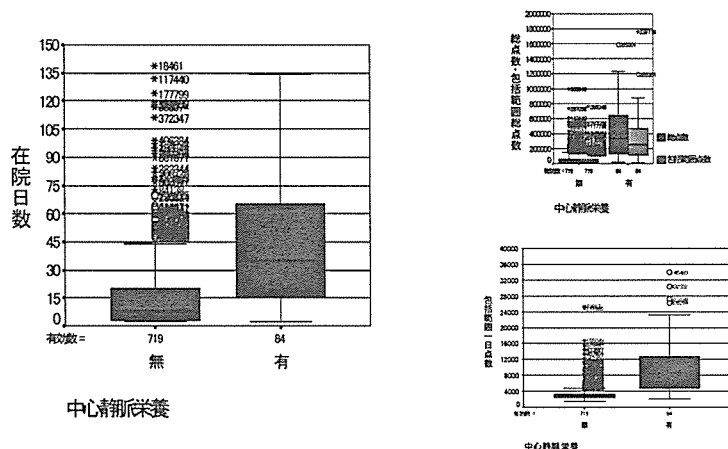
図B群(手術続発症)



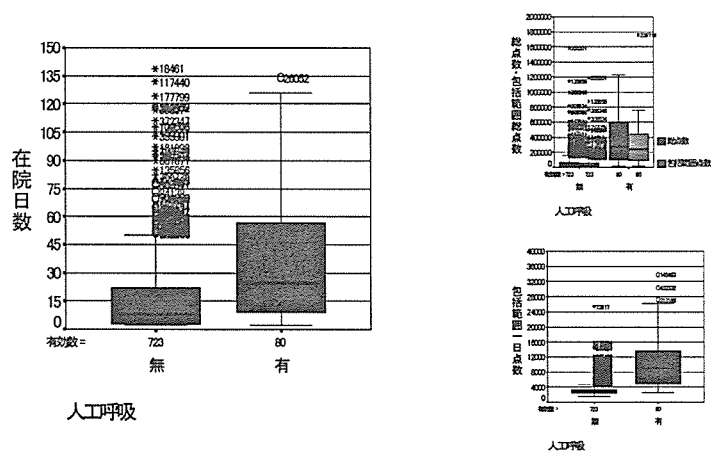
図B群(手術)



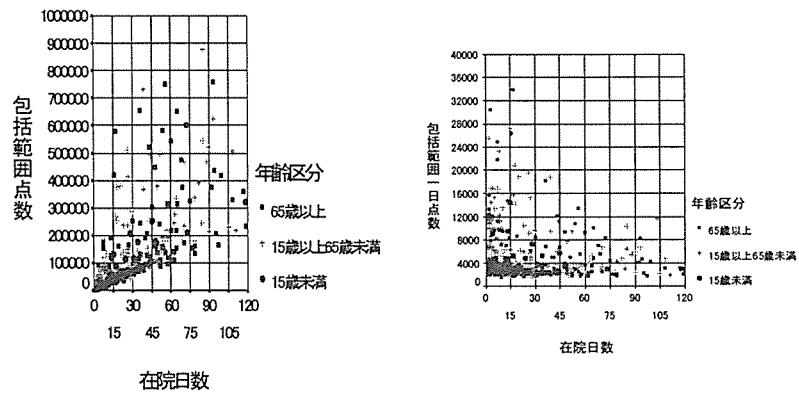
図B群(中心静脈)



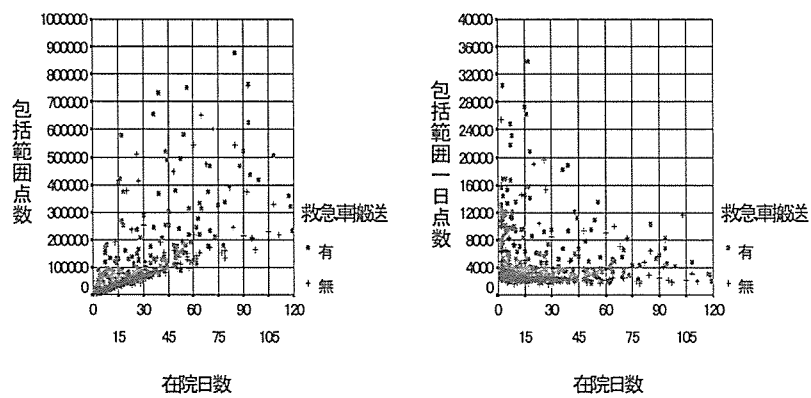
図B群(人工呼吸)



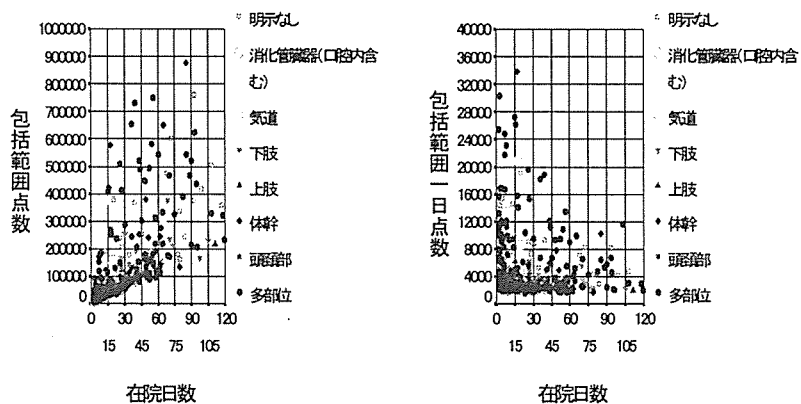
図B群(年齢)



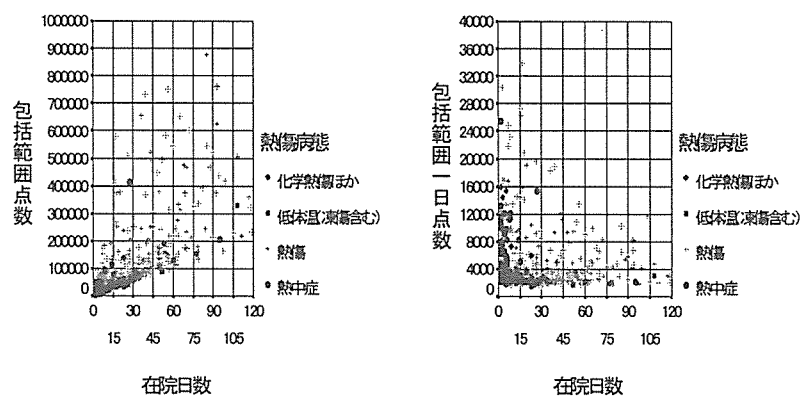
図B群(救急車搬送)



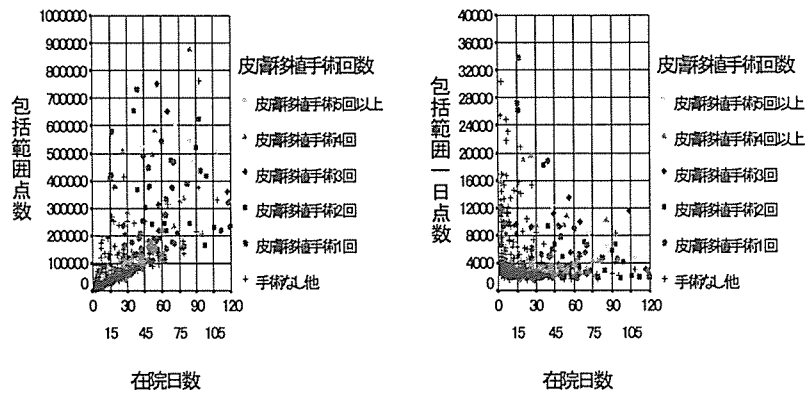
図B群(熱傷部位)



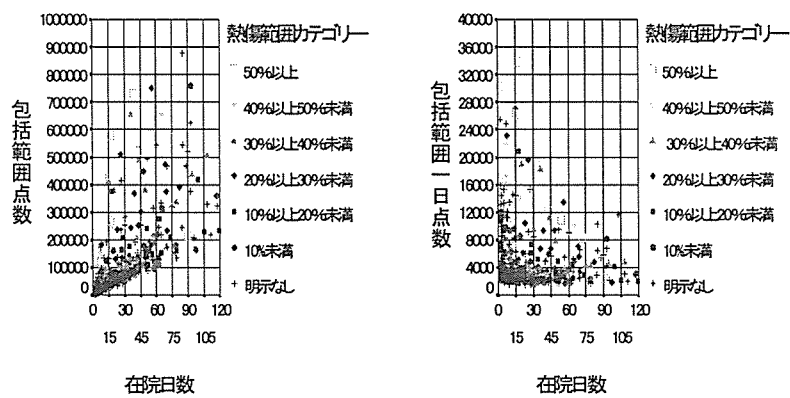
図B群(熱傷病態)



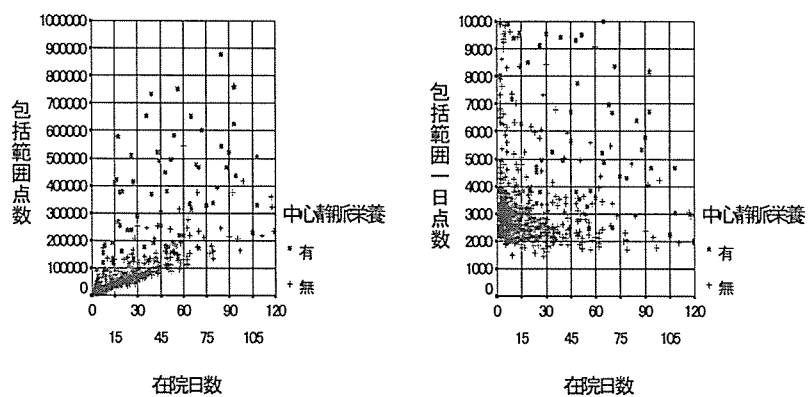
図B群(手術)



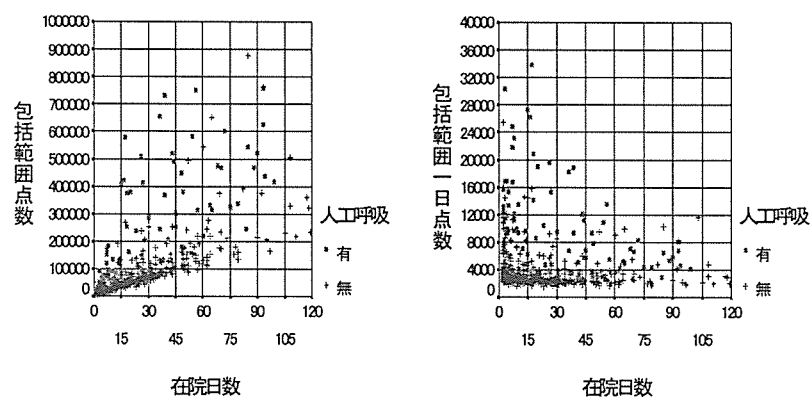
図B群(burn index)



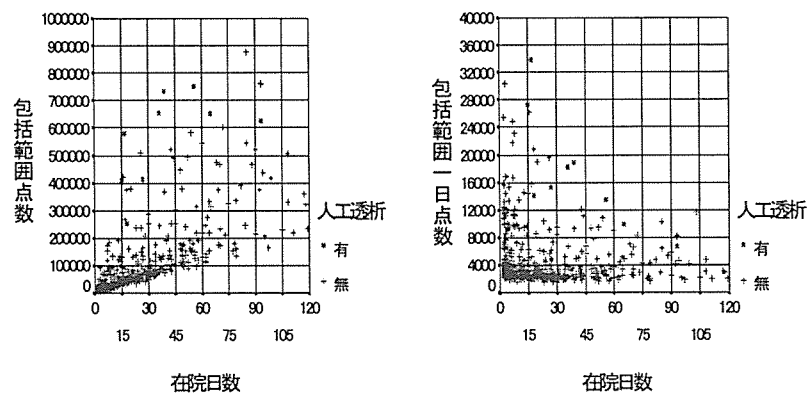
図B群(中心静脈)



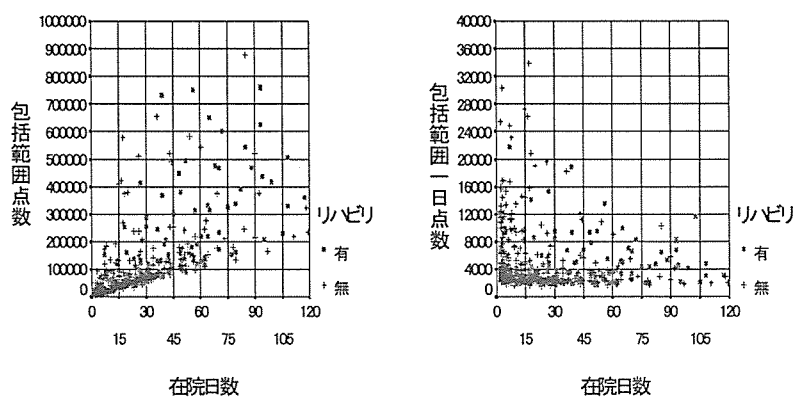
図B群(人工呼吸)



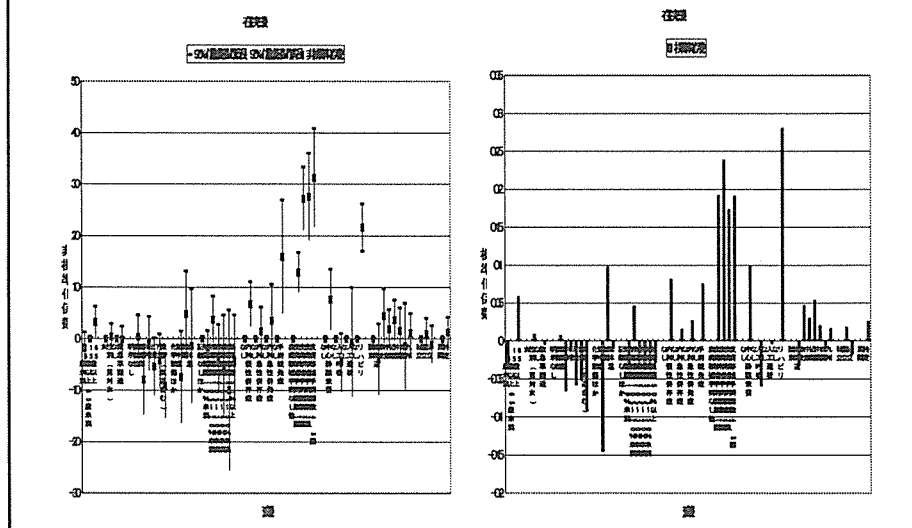
図B群(人工透析)



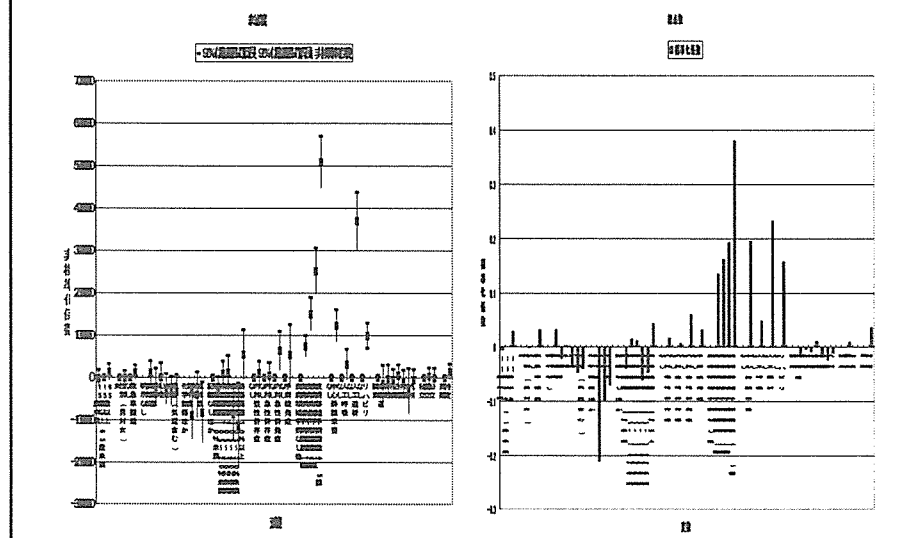
図B群(リハビリ)



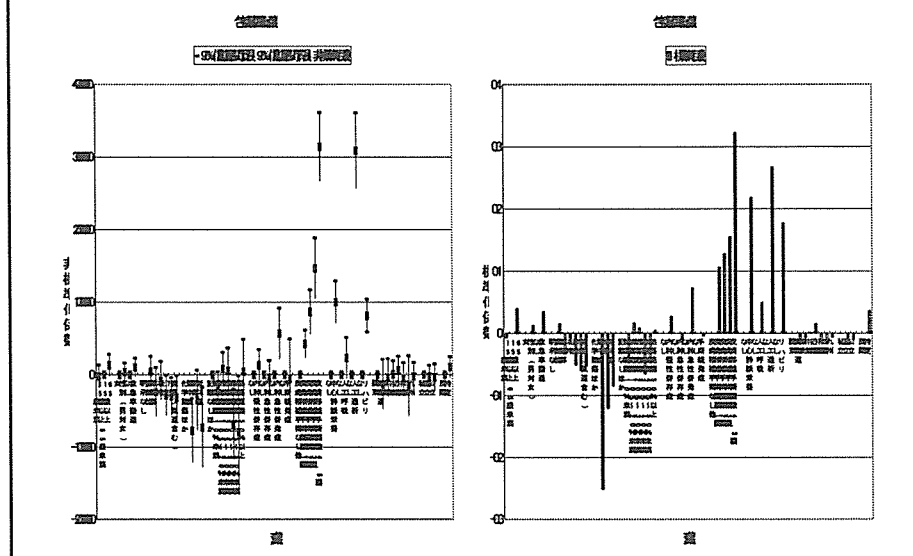
図C群(LOS分析)



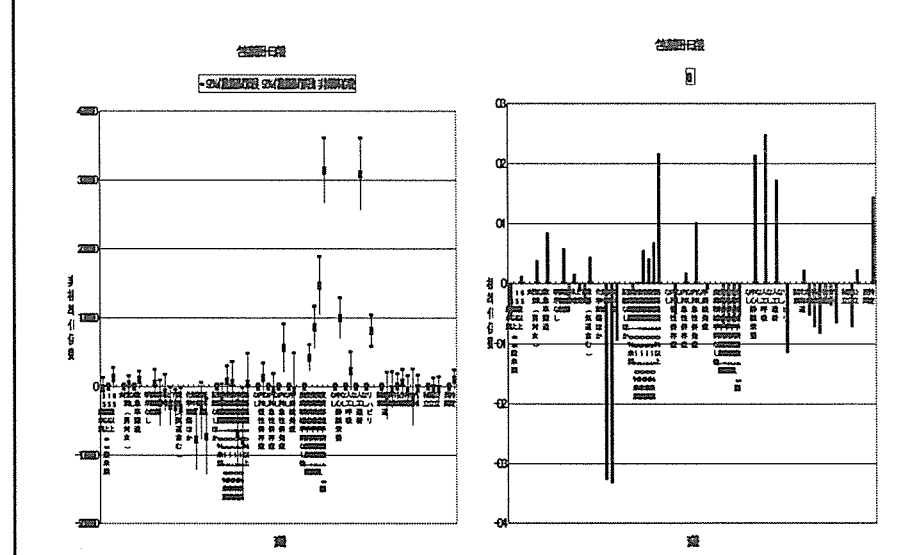
図C群(cALL分析)



図C群(cDPC分析)



図C群(dDPC分析)



平成 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）

MDC16 皮膚皮下軟部組織損傷関連

『上肢の開放創（DPC6 桁分類 160580）』『四肢神経損傷（DPC6 桁分類 160590）』『四肢血管損傷（DPC6 桁分類 160600）』『四肢筋腱損傷（DPC6 桁分類 160610）』『外傷性切断（DPC6 桁分類 160640）』『コンパートメント症候群（DPC6 桁分類 160650）』『皮下軟部損傷、挫滅損傷、開放創（DPC6 桁分類 160660）』『多発損傷（肩、上腕、下肢）（DPC6 桁分類 160670）』『肩関節軟部損傷（DPC6 桁分類 160680）』『上肢、前腕の損傷（DPC6 桁分類 160880）』『多発損傷（DPC6 桁分類 160990）（この中の多発骨折以外を選択）』

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、皮膚皮下軟部組織損傷関連の観点から MDC16『上肢の開放創（DPC6 桁分類 160580）』『四肢神経損傷（DPC6 桁分類 160590）』『四肢血管損傷（DPC6 桁分類 160600）』『四肢筋腱損傷（DPC6 桁分類 160610）』『外傷性切断（DPC6 桁分類 160640）』『コンパートメント症候群（DPC6 桁分類 160650）』『皮下軟部損傷、挫滅損傷、開放創（DPC6 桁分類 160660）』『多発損傷（肩、上腕、下肢）（DPC6 桁分類 160670）』『肩関節軟部損傷（DPC6 桁分類 160680）』『上肢、前腕の損傷（DPC6 桁分類 160880）』『多発損傷（DPC6 桁分類 160990）（この中の多発骨折以外を選択）』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（中心静脈栄養、人工呼吸、リハビリ）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損傷部位・形態を分析したとき、それらの差異で大きな影響のものはなかった。今回の分析対象での損傷部位・形態での統合は妥当であろう。尚、救急車搬送の影響が大きく配慮を要すると思われる。

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、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、皮膚皮下軟部組織損傷関連の観点からMDC16『上肢の開放創(DPC6 桁分類160580)』『四肢神経損傷(DPC6 桁分類160590)』『四肢血管損傷(DPC6 桁分類160600)』『四肢筋腱損傷(DPC6 桁分類160610)』『外傷性切断(DPC6 桁分類160640)』『コンパートメント症候群(DPC6 桁分類160650)』『皮下軟部損傷、挫滅損傷、開放創(DPC6 桁分類160660)』『多発損傷(肩、上腕、下肢)(DPC6 桁分類160670)』『肩関節軟部損傷(DPC6 桁分類160680)』『上肢、前腕の損傷(DPC6 桁分類160880)』『多発損傷(DPC6 桁分類160990)(この中の多発骨折以外を選択)』の入院後24時間以内死亡症例を除外した2128件〔内退院時死亡患者5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
- ⑧疾患群^{viii}:ICD10は損傷形態部位を明示し

ているので、ここではICDがもつ臨床情報で以下のように整理した。

部位:肩関節(体幹含む)、上肢、股関節、下肢、多発、明示なし、

損傷形態:皮膚皮下表在損傷、皮膚皮下挫滅損傷、筋腱損傷、血管損傷、神経損傷、多臓器損傷(コンパートメント症候群含む)

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。

筋腱損傷手術、骨折手術、関節内損傷手術、神経損傷手術、血管損傷手術、切断手術、再接着手術

⑩処置

血管塞栓術^x

骨移植手術^{xi}

再建手術(皮膚移植)(reconsum)^{xii}

再建手術(有茎、遊離組織移植)(reconfsu)^{xiii}

中心静脈栄養(ivhdum)

人工呼吸(ventidum)

人工透析(hddum)

リハビリ(rihadum)

高圧酸素療法(oxydum)

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^{xiv}):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)^{xv}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^{xvi}、有しないもの:dcinmdm^{xvii})、痴呆(dcindem)^{xviii}、対麻痺(dcinprp)^{xix}、慢性肺疾患(dcinpdp)^{xx}、末梢血管障害(dcinpvd)^{xxi}、腎臓疾患(dcinrd)^{xxii}、慢性腎不全(dcincrft)^{xxiii}、

自己免疫疾患(dcinetd)^{xxiv}、肝障害(dcinld)(慢性肝障害:dcinmld^{xxv}、重症肝障害:dcinsld^{xxvi})、悪性新生物(dcinmal)^{xxvii}

■ 入院時急性併存症

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

■ 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)^{xxxvii}、手術関連続発症(dcccomp)^{xxxviii}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^{xxxix}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180件(8.5%)、15歳以上65歳未満1389件(65.3%)、65歳以上559件(26.3%)で、ヒストグラムではなだらかな1峰性分布であった(図A群)。男性1347件(63.3%)、女性781件(36.7%)、地域は北海道141件(6.6%)、東北157件(7.4%)、関東643件(30.2%)、中部315件(14.8%)、近畿284件(13.3%)、中国252件(11.8%)、四国63件(3.0%)、九州273件(12.8%)であった。施設母体は国立559件(26.3%)、公立435件(20.4%)、私立1134件(53.3%)、特定機能1079件(50.7%)、民間1049件(49.3%)であった。救急車搬入は654件(30.7%)、退院時死亡は5件(0.2%)であった。

損傷部位では肩関節(体幹含む)440件(20.7%)、上肢694件(32.6%)、股関節47件(2.2%)、下肢656件(30.8%)、多発141(6.6%)、明示なし150件(7.0%)、損傷形態では皮膚皮下表在損傷644件(30.3%)、皮膚皮下挫滅損傷78件(3.7%)、筋腱損傷985件(46.3%)、血管損傷35件(1.6%)、神経損傷123件(5.8%)、多臓器損傷(コンパートメント症候群含む)263件(12.4%)であった。

入院時併存症では、合併症を有する糖尿病12件(0.6%)、合併症のない糖尿病41件(1.9%)、痴呆13件(0.6%)、慢性肺疾患20件(0.9%)、対麻痺2件(0.1%)、末梢血管障害6件(0.3%)、腎臓疾患1件(0.0%)、慢性腎不全8件(0.4%)、

自己免疫疾患 6 件 (0.3%)、慢性肝障害 7 件 (0.3%)、重症肝障害 7 件 (0.3%)、悪性新生物 7 件(0.3%)であった。

急性併存症では、急性心筋梗塞 6 件(0.3%)、脳血管障害 18 件(0.8%)、胃十二指腸潰瘍 14 件(0.7%)、感染症 0 件(0.0%)、急性腎不全 4 件(0.2%)、急性呼吸不全 2 件(0.1%)、心不全 6 件(0.3%)、急性肝不全 0 件(0.0%)、DIC2 件 (0.1%)であった。

入院後急性併発症では、急性心筋梗塞 1 件 (0.0%)、脳血管障害 3 件(0.1%)、胃十二指腸潰瘍 14 件(0.7%)、感染症 0 件(0.0%)、急性腎不全 1 件(0.0%)、急性呼吸不全 0 件(0.0%)、心不全 0 件(0.0%)、急性肝不全 0 件(0.0%)、DIC0 件(0.0%)、静脈血栓塞栓、肺梗塞 4 件 (0.2%)、手術関連続発症 19 件 (0.9%) であった。

手術は筋腱損傷手術 460 件(21.6%)、骨折手術 31 件(1.5%)、関節内損傷手術 251 件 (11.8%)、関節内損傷手術+筋腱損傷手術 12 件(0.6%)、神経損傷手術 89 件(4.2%)、神経損傷手術+追加手術 58 件(2.7%)、血管損傷手術 18 件(0.8%)、血管損傷手術+追加手術 25 件(1.2%)、切断手術 48 件(2.3%)、再接着手術 67 件(3.1%)であった。

施行処置は血管塞栓術 3 件(0.1%)、気管切開 1 件(0.0%)、骨移植 12 件(0.6%)、再建手術(皮膚移植など) 65 件 (3.1%)、再建手術(遊離有茎組織移植) 59 件(2.8%)、中心静脈栄養 18 件 (0.8%)、人工呼吸 16 件 (0.8%)、人工透析 15 件 (0.7%)、リハビリは 564 件 (26.5%)、高圧酸素療法 4 件(0.2%)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毎の箱ひげ図を見ると、年齢順で高かった。外傷形態では多臓器損傷が高かった。施設では特定臓が高かった。副

傷病で入院後急性併発症、手術続発症を有する例で高かった。手術は侵襲順に高く、再建手術例や各処置施行群が高かった。

一方 dDPC については、救急車搬送例で差がなかった。外傷部位では多発、損傷形態では血管損傷が高かった。施設、副傷病では差がなかった。手術では血管損傷手術が高く、再建手術では差がなかった。中心静脈栄養、人工呼吸・透析で高かった。(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 0.351 (施設因子投入後 0.366),0.460(0.480),0.369(0.387)であった(表 C 群)。dDPC では決定係数は 0.273 (0.303)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 0.397)、再建手術(皮膚移植など)手術(標準化係数 0.127)であった。cALL ではリハビリ(標準化係数 0.320)、再接着手術(標準化係数 0.300)、cDPC ではリハビリ(標準化係数 0.329)、中心静脈栄養(標準化係数 0.215)、dDPC では救急車搬送(標準化係数 0.254)、リハビリ(標準化係数-0.145)であった(図 C 群)。包括範囲・日点数では非標準化係数では人工呼吸、中心静脈栄養が大きかった。

死亡退院のリスク因子分析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低かった。しかしどの評価指標にしる、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『上肢の開放創（DPC6 桁分類 160580）』『四肢神経損傷（DPC6 桁分類 160590）』『四肢血管損傷（DPC6 桁分類 160600）』『四肢筋腱損傷（DPC6 桁分類 160610）』『外傷性切断（DPC6 桁分類 160640）』『コンパートメント症候群（DPC6 桁分類 160650）』『皮下軟部損傷、挫滅損傷、開放創（DPC6 桁分類 160660）』『多発損傷（肩、上腕、下肢）（DPC6 桁分類 160670）』『肩関節軟部損傷（DPC6 桁分類 160680）』『上肢、前腕の損傷（DPC6 桁分類 160880）』『多発損傷（DPC6 桁分類 160990）（この中の多発骨折以外を選択）』の診断群分類において、中心静脈栄養、人工呼吸、リハビリ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 を皮膚皮下軟部損傷部位と形態の観点で統合し、臨床疾患群での差異を比較検討したが、主たる外傷部位・形態での差異は他の併存併発症や治療関連因子に比較し小さかった。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損傷部位・形態での統合は妥当であろう。一方、救急車搬送の影響が大きく、配慮を要した。

E. 結論

DPC 分類の精緻化の試みを、皮膚皮下軟部組織損傷関連の観点から MDC16『上肢の開放創（DPC6 桁分類 160580）』『四肢神経損傷（DPC6 桁分類 160590）』『四肢血管損傷（DPC6 桁分類 160600）』『四肢筋腱損傷（DPC6 桁分類 160610）』『外傷性切断（DPC6 桁分類 160640）』『コンパートメント症候群（DPC6 桁分類 160650）』『皮下軟部損傷、挫滅損傷、開放創（DPC6 桁分類 160660）』『多発損傷（肩、上腕、下肢）（DPC6 桁分類 160670）』『肩関節軟部損傷（DPC6 桁分類 160680）』『上肢、前腕の損傷（DPC6 桁分類 160880）』『多発損傷（DPC6 桁分類 160990）（この中の多発骨折以外を選択）』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。またいずれ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）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、今回の分析対象での外傷部位・形態での統合は妥当である。救急車搬送の影響が大きく、配慮を要した。

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 損傷部位では、

肩関節は M6251 S311 S200 S400 S201 S408 S202 S410 S203 S434
S208 S447 S217 S448 S219 S449 S300 S460 S301 S462 S302 S463
S307 S468 S308 S469 S309 S47 S310 S498 S499

上肢は M6214 S560 S608 S662 M6254 S561 S610 S663 M6623 S562
S617 S667 M6624 S5620 S618 S668
M6634 S563 S619 S670 S411 S564 S633 S678
S451 S565 S634 S680 S459 S567 S635 S681
S481 S568 S636 S6810 S500 S570 S640 S682
S501 S578 S641 S683 S507 S579 S642 S684
S508 S580 S643 S688 S509 S581 S644 S689
S510 S589 S6440 S697 S517 S597 S647 S698
S518 S598 S650 S699 S519 S599 S651 T002
S540 S601 S654 T012 S541 S602 S655 T042
S542 S658 T111 S517 S660 T113 S550 S661 T115 S551 S6610 T116
T118

股関節は M6215 M6285 S700 S707 S708 S710 S718 S731 S740 S741 S758 S760 S767 S771
S798 S799